Osaka University Knowledge Archive

Title	生命倫理と優生思想 : 出生前診断と選択的中絶をめぐって
Author(s)	徳永, 哲也
Citation	メタフュシカ. 1997, 28, p. 65-80
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/66600
rights	
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

Osaka University

生命倫理と優生思想

――出生前診断と選択的中絶をめぐって――

徳永哲也

医学・医療が進歩する中で、遺伝子研究や生殖技術などの発展は、人間の生のあり方に新しい問題を投げかけてきている。ここ二、三〇年、例えば「ヒポクラテスの誓い」に象徴されるような従来の「医者の倫理」とは違った次元からの、新たな生の倫理が様々に模索されつつあり、それらはアメリカでの諸研究を先行者としてバイオエシックス（生命倫理）という理論提示を見せている。

筆者も近年、この分野を研究対象とし、研究発表や小著（応用倫理学の共著の一部）[1]にその一端を示してきたが、本論文では右記の題目の下で、出生前診断をめぐる人間の生の倫理を考えながら、いわゆる優生思想（国家政策的な優生学から個々人の意識としての内なる優生思想まで）の評価と批判にまで、議論を届かせたい。このような問題設定を選んだ理由は三つある。第一には、近年の研究で生誕にまつわる倫理問題を主に扱う中で、若年者の妊娠中絶や不妊に悩む者の人工生殖などと違って、出生前診断は子をもうける多くの者が判断を迫られる問題であると考えたことである。第二には、受精卵の着床前診断や羊水穿刺だけならまだしも母体血清マーカーテストまで登場すると、診断の倫理的問題は早急に広く覚醒される必要があると考えたことである。第三には、昨年の学会発表[2]の結語で触れたが、生誕の倫理問題を論ずることは優生思想との対決を不可避とするであろうという自らの予測に、とりあえずは一つ目の答えを早めに出しておく責任を感じており、出生前診断に基づく選択的中絶の是非を論ずることが、その試金石になると考えたことである。

一　中絶一般の論議について

出生前診断から選択的中絶へ、という論に入る前に、人工妊娠中絶一般の是非論に少し触れておきたい。教科書的な議論は

先の小著に掲げたので、その繰り返しは避け、私見を短く四点にまとめておく。

その第一点。トゥーリーの『人工妊娠中絶と嬰児殺し』（一九七二年）以後のいわゆるパーソン論（パーソンすなわち人格を生存の基準とし中絶容認の論拠とする論）が中絶論議を新しい局面にもたらしたとは必ずしも言えないのではないか。各国の歴史を顧みるに、パーソンという語は使わなくとも「一人前の人」になっていないことを胎児や新生児を闇に葬ることの正当化に使う考え方は古くから諸々の民族にあったのではないか。(3)

第二点。このパーソン論は、受精の瞬間から生命の尊厳を守るべきとするカトリックの生命至上主義への対案と評価されている。が、伝統的キリスト教倫理が古くから受精瞬間説に依拠してきたとは言えないし、「パーソン」の許容度も論者によって違いがある。従って、生命至上主義に人格至上主義を対置するという構図では、事は割り切れないのではないか。(4)

第三点。生命の尊厳と言うにせよ人格と言うにせよ、いずれもどの時点で権利が発生するかという線引き問題と胎児の生存権に論点が片寄っているが故に、現実に起こる決断の苦悩とは別のところで上滑りな論争が繰り返されている感がある。現実の苦悩は、権利尊重云々よりも、胎児にこちらが共感を覚える他者を感じ関係性を認めながらも断ち切らねばならないときに起こる。（これは死にゆく者を看取る際にも言えることで、ここで脳死論議にも踏み込みたくなるのだが、今回はそれは控える。）権利の有無で論じようとする場合、例えば胎児の母体外生存可能性が妊娠何週目に発生するかが問題とされるが、今日の体外受精や未熟児保育の技術進歩の先に人工子宮まで予測されれば、その問題は議論の意味を持たなくなる。本当の問題は、「私のことは私が決める」と言いながらも「私のこと」では済まない他者を感じずにはいられない場面で納得のいく決断がいかになされるか、そして「私はそんな他者は感じない」と言い放つ者に何か言うべきことがあるか、というところにあるのではないか。

第四点。中絶の是非をめぐる論争は、各人の宗教観が背景にあれば特に、完全な合意に達することは期待しにくいであろう。それでは現実には何ができるか。対立の妥協点を見出すことである。考えるに、中絶禁止論者も容認論者も「中絶せずに済むならそれに越したことはない」という点では一致できるのではないか。ならば手の打ちようはある。まず、中絶を減らす環境を整えることである。具体的には、避妊教育の充実（この点では、避妊措置を性への耽溺であるとして認めないカトリックの人々にはさすがに譲歩してもらわねばならない）、性犯罪の防止、「障害者」や貧困家庭への福祉などの諸施策が考えられる。次に、本当に中絶せざるをえないのかの相談にのり、やむをえぬ中絶にはアフターケアを果たすカウンセリング体制を築くこ

とである。専門医やソーシャルワーカーの育成と簡便な相談窓口の広まりが望まれる。最後に、「男の身勝手による女の一方的負担」という構造を変えることである。男女差別を解消する教育や情報のあり方が考えられねばならないし、父系主義的社会風潮の見直しが図られねばならない。

二　出生前診断の倫理的問題

出生前診断は、生まれてくる前に胎児の障害や遺伝病を診断するという近年進歩の著しい技術である。診断結果によっては中絶という選択も出てくるわけで、そもそも診断を受けること自体が、さらにはこの技術を開発すること自体が、選択的中絶を想定しているとも言え、倫理的問題を議論する必要が出てくる。先の小著でも言及しているので、まずはその箇所を要約して提示しよう。(5)

主な診断方法――

(イ)超音波診断（妊娠中期、障害発見は不正確、遺伝病発見は不可能）

(ロ)羊水穿刺（妊娠四カ月段階、ダウン症などの発見に有効）

(ハ)絨毛診断（妊娠三カ月段階）

(ニ)受精卵診断（体外受精の細胞分裂八個段階で一個を遺伝病診断、異常卵は廃棄）

(ホ)卵子段階での極体の遺伝子診断（異常卵子は廃棄）

プラス面――「親の権利」として、望まない「異常児」は早期に「芽を摘む」ことができ、右記五つでは左に行くほど「心を痛めず」処理できる。このことは家族の諸負担の軽減になり、国家医療費の節約にもなる。

マイナス面――右に述べた「プラス面」の発想それ自体が差別的優生思想を物語っており、これらの技術は差別思想を助長するおそれがある。「障害者」と共生することで「健常者」が得られる側面もあるのに、その機会まで奪うことになる。

少し説明を加える。右記(イ)～(ハ)は、異常と診断された後に中絶という辛い選択を考えねばならなくなるのだが、異常診断自体が確率の問題であって、決断は賭けに近いところがある。なお(ロ)にはわずかながら（一〇〇〇分の三程度）流産を引き起こす危険性が伴う。(ニ)(ホ)は、体外受精ならではの診断方法であるわけだが、これが「受胎後の中絶より良心が痛まずに済む」という理由で広まれば、自然受胎が可能な夫婦までが体外受精に手を伸ばす時代が来るかもしれない。そもそも「こちらなら痛まずに済む良心」の精神構造からして問題がありそうだが。なお(ニ)での異常卵廃棄には、伴性遺伝病で保因者ではあっても発病はしない女子まで葬り去るという酷な面もある。

最近になって出生前診断が問題視されることが多くなったの

は、母体血清マーカーテスト（母体血検査）が急速に普及しつつあることによる。これは、妊娠一六週頃に母体から採血し、血清中の胎児や胎盤から分泌する蛋白質を測定することで、ダウン症などの先天性疾患の確率を推定するものである。ダウン症児出生の確率二九五分の一以上は陽性（ハイリスク）と判定され、よりはっきり知りたければ羊水検査（羊水穿刺）に進むことになる。ダウン症について言えば、ある大手検査会社によると、契約先の五三〇の医療機関で八四〇〇人（全妊婦の七％）が検査を受け一二〇〇人（受検者の一五％）が陽性と判定された。うち八割の人は羊水検査も受け二一人が、羊水検査は受けなかった二割の人でも三人が、つまり計二四人（陽性者の二％）が実際に患児を抱えていた。[6]

この母体血検査の一つの問題は、あまりにも手軽に受けられる点にある。羊水検査や絨毛検査なら、それなりの手間暇もかかるので一定の「覚悟」をもって臨むであろうが、母体血検査は、意味もよく分からないまま当たり前のように受けて結果を聞いてから当惑するというケースが考えられる。もう一つの問題は、今掲げた数値である。これは「信頼」して中絶選択へと赴かねばならないほどの確率なのか。しかも、このデータに戻れば、陰性と判定された七二〇〇人の方でも四人（〇・〇六％）はダウン症児を産んでいるのである。気楽に検査を受けて陽性と判定された際の精神的負担とあの発症確率とは「引き合う」のか。ましてや、陰性でも確率ゼロではないとなれば、この検査を通じて中絶を思い悩む、そして選択することにどれだけの意義があるのかは疑わしくなってくる。

「医学」サイドが目指すのはただ一つ、この検査の確度を上げるか、さもなければもっと確度の高い検査方法を開発することであろう。（それでも、陽性なら一〇〇％、陰性なら〇％と言える日はなかなか来ないだろう。）しかし、今に生きる我々が求める「医療・看護」はまた別のものである。この母体血検査について言えば、それこそインフォームド・コンセントが要求される。手間の簡便さだけに乗せられないこと、判定確率の不十分さと精神的負担とが「割に合わない」かもしれないことをきちんと告げる必要がある。さらには、中絶の心身の健康への影響、産んだ子が患児であった場合に予想される負担、将来の治療と緩和措置の可能性、カウンセリングやケアや障害者支援ネットワークの現状と展望、等々について、医療・看護従事者ができるだけ情報を集め、提供できるようにすべきであろう。

さて、本論文の主題は、これら発達しつつある出生前診断がその先に選択的中絶を想定している以上、そのような障害者（および遺伝病者）の事前排除は倫理的に許されるのかということである。もちろん、出生前診断に臨む人が必ず選択的中絶を見込んでいるとは言い切れない。障害や遺伝疾患があっても産み育てるつもりだが早めに知っておいた方が覚悟や具体的準備を

固めやすい、という人もいよう。それでも、「重度」であることが確実と判明し「さすがに手に余る」と判断すれば断念（＝中絶）する可能性も無いとは言えないのではないか。出生前診断を受けるとはそういうことである。

このような判断、選択をするとすれば、それは悪しき差別なのか。障害者団体などからよく指摘されるように、障害のある胎児を中絶することは、現に暮らしている障害者を「この世にいるべきではない存在」として片隅に追いやり圧殺するものなのか。逆に、かつて渡部昇一が大西巨人を指弾したように、[7] 障害者・遺伝病者と分かっていながら産むことは国家医療費を喰いつぶす悪徳だという言い方が通ってしまうのか。

「いい子」が欲しいという思いは、自然な、あってもよい感情だと言われる。しかし、ここまで診断技術が手に入ってしまった時点で、その思いを無批判に新しい技術に託してよいのか。「内なる優生思想」はまさに「内なる」ものであったが故に、人々の心の檻の中に危険ながらもそっと飼い馴らされてきた。今、それを檻から出して機能的に扱えると囁かれて、我々はその「思想」を檻から解放するのか、それともはっきりとそれに対決するのか、あるいは判断留保して再び檻の中に慎重に戻すのか。

人々の思想はやがて「文化」となり「システム」となる。優生思想は「優生学」「優生政策」という形をとって一九、二〇世紀の世界に浮かんでは消えてきた。「消えた」といっても無くなったわけではなく、姿を変えて潜行しているに過ぎないのであろう。最近の報道で、スウェーデンで一九七〇年代まで六万人もの障害者や遺伝病者に強制的に不妊手術が行われていたことが、「あの福祉大国で――」と話題になった。が、この報道は、ひた隠しに隠されてきたことの暴露スクープではない。不妊法は一九三五～七六年厳然と存在していたのであり、問題性を指摘する声は本国では一〇年も前からあった。日本でも、一九四八～九六年に存在した優生保護法[8]に基づく本人同意なき不妊手術は一万六五〇〇件に上ると言われている。

今は個別的に行われている出生前診断も、スクリーニング（集団検査）的に国ぐるみ、自治体ぐるみで行われる可能性はあるし、[9] 制度化されなくても、母体血検査のようにあっさり妊娠プロセスに入ってくれれば多数の人が受けることになる。やはり、出生前診断と選択的中絶の倫理問題は、優生思想への評価を避けて論じることはできない。

三　優生学と遺伝学

優生思想と言えば、ナチスドイツが想起されがちである。ナチズム＝アーリア・ゲルマン民族優生主義＝ユダヤ人の強制断種や大量殺戮、という図式で「二〇世紀最大の悪」とのイメー

ジが先行し、「優生」と聞いただけでナチ的、ファッショ的なるものを断罪しようと身構えがちになる。もちろんナチス批判は大いにあってしかるべきだが、あの狂気が批判される主な点は、[1]優れたゲルマン民族と劣ったユダヤ民族という合理的根拠のない差別に基づいて、[2]国ぐるみで強制的な断種と殺戮が行われた、ということである。ならば、[1′]遺伝病など合理的根拠のある弱点の有無を識別し、[2′]個人個人がそれを認めた上で不妊手術や中絶に向かうのなら、批判される点のない「正しい」優生策だということになるのだろうか。

このような問いを立ててみたのは、優生思想をたんにイメージでレッテル貼りするのでなく、優生学としての歴史も含めて客観的に見据える必要があると考えたからである。その延長上で、今日の遺伝学が認知され遺伝病スクリーニングなどに応用されている現状への評価も見出せると考えている。そこでまず、ナチスにもつながってしまったドイツ優生学と、優生学を最も「合理的に」転用したアメリカ遺伝学について、概観しておこう。[10]

優生学の父と目されるのは、一八六九年に『遺伝的天才』を書きその後優生学研究所や優生教育協会を設立したイギリスのゴルトンであるが、優生学の社会運動的性格を強めたのは、ドイツのプレッツである。彼は一八九五年に『民族衛生学の基本方針』を書き、一九〇五年には民族衛生学会を結成する。彼は、社会ダーウィニズム的なあからさまな生存競争は否定する。ただ、弱者保護で本来の淘汰がかからなくなると民族総体の遺伝的質は劣化していくから、淘汰を生殖細胞の段階に移行させようと主張したのである。この頃から、ドイツ優生学は進展を見せる。シャルマイヤーは、生殖での淘汰によって社会的価値に見合った国民階層を築こうとし、優生学を社会生物学という形で提唱した。またグロトヤーンはより「穏健」な限定的優生学を唱え、身体的知的「劣等者」を遺伝病予防として生殖から排除する社会衛生学を模索した。一方遺伝学者のレンツも、民族の遺伝的健康を希求していた。彼がバウアー、フィッシャーという遺伝学者と共に一九二三年に書いた『人類遺伝学と民族衛生学』は、ナチス優生学の拠り所となったと言われている。

彼らが手を携えてナチスを後押ししたというわけではない。各人の主張には対立する部分もある。しかし、生殖への国家の介入という点で彼らの諸見解がヒトラーに着想を与えたとは言えるだろう。さて、ナチスの所業を断罪するのが本論文の目的ではない。むしろここで着目したいのは、彼ら優生学者のある種「ヒューマニスティク」な発想である。

彼らは、必ずしも強権的粛正主義者ではない。むしろ社会の文明化が弱者救済を含むことを是認している。社会的競争によって弱者が排除されることを否定するからこそ、生殖段階で淘汰される方が現世の苦痛は少ない、と彼らなりに「人道的」

に考えたのである。だから彼らは正しかった、と言いたいのではない。彼らの発想が今日我々が選択的中絶に傾く際の発想と似ていることを指摘したいのである。出生前診断で障害（の可能性）が発見されると、我々のある者は、生まれてきても本人がかわいそうだし周りも辛くなる、と「慈悲深く」も考えて中絶を選ぶ。本テーマである選択的中絶と優生思想という問題の根は案外、こういう一見素朴な人道主義にありそうである。そこへ踏み込むのは後の章に譲る。

さて、優生学がナチスによって負の項点に導かれた観があるために、今日のアメリカに代表される遺伝学はそれとは別個に存在しているように見えるが、実は連続性は大きい。アメリカ合州国では、一八六五年の南北戦争の北軍勝利以降、黒人その他の移民が一定の勢力をもって増大し（その意味ではまさに合衆国であったわけだが）、その危機感から白人支配層では、イギリスやドイツに劣らず同時期から優生学的運動が活発であった。一九一三年には優生学連盟が、一九二二年には優生学委員会（後の優生学会）が設立されているし、相前後して断種法や移民法も各州で次々に成立している。

第二次大戦後、アメリカ優生学を「正しい」遺伝学へと「パラダイム転換」させた功績は、ヒト遺伝学会初代会長のマラーにあるようだ。彼は、政治的民族差別を孕む優生学とは一線を画したヒト遺伝学を唱え、病気である遺伝子欠陥を分析し制御するものとした。同時期にダイスも、市民の自発的協力による遺伝カウンセリングの推進を訴えた。彼らは、「差別的政策」となる優生学から「民主的医療」である遺伝学へのシフトを果たしたのかもしれないが、良き遺伝子を選ぶという優生志向の根本は変わっていないとも言える。（ちなみに、アメリカ優生学会は一九七二年に社会生物学会と名前を改めている。）

一九六〇年頃から、ダウン症の異常染色体組成の解読を始めとして、フェニルケトン尿症、テイ・ザックス病、鎌形赤血球性貧血などの遺伝子欠陥発見プログラムが次々と開発され、羊水穿刺の開発とも相俟って、遺伝病スクリーニング（胎児あるいは新生児の時点で）がアメリカ諸州で義務づけられるようになった。こうした動きが、時には特定の家系や民族の差別につながりかねなかったり選択的中絶の倫理問題を伴ったりという緊張関係を孕みながらも進んできたのは、アメリカならではのプラグマティックな功利主義（早めに検査して「対処」した場合と「後手を踏んで」長く治療にかかった場合とのコスト比較など）のおかげもあるが、民主的な議論とチェックに則った個人主義に支えられている面も大きいと思われる。つまりアメリカの多くの人にとっては、遺伝病スクリーニングとは個々人の妊娠を検査し発病可能性の高い胎児を中絶しても次の妊娠は期待できるものであり、集団としての結婚制限や不妊手術につながる優生学とは違う、という理解で落ち着いているのであろう。

筆者は本論文の執筆に先立って、ドイツ的優生学からアメリカ的遺伝学への移行を扱ったワインガートの論稿を翻訳しており、[11] この章の構想もその論稿の理解に負うところが大きいのだが、その翻訳の末尾に次のような訳者コメントを付した。本章のまとめと問題点の確認に資すると思われるので、ここに再録したい。

（このワインガート論稿は、）ナチス・ドイツを典型とする国家主義的な優生学から、戦後アメリカ民主主義を基盤とする遺伝学への移行を、学者たちの学会での発言などを指摘しながら論じている点は興味深く、資料的にも参考になる。ワインガートによれば、カギを握るのは「医療化」ということであり、国民国家レベルでの優生主義から「脱政治化」し、個人レベルでの医療として遺伝子研究の成果を生かしていく、というのが今日の方向づけになっているようである。

その範囲では異論はないのだが、次の問題になってくるのは「個人の医療」として改めて浮上する倫理的課題である。遺伝学の発展による選択と予知の幅の広がり、それに伴う自由と責任の問題である。手に余るほどの技術を獲得しつつある我々は、沈着適切な決断を下す個人に、そしてそれを包容できる世間になっているのだろうか。ワインガートはエピローグでわずかにその懸念に触れているが、結論としては今日的な民主社会の個人主義を信任しているようである。が、ここにはまだ検討すべき点が多いように思われるので、本稿のテーマとは別に、この問題に対する彼の考察に触れる機会を改めて持ちたい。

四　日本の優生政策

近代日本の優生主義的社会保健政策を拾ってみると、一九〇〇年の精神病者監護法、一九一九年の精神病院法がまず目に留まる。「精神病者」の強制隔離がこのあたりから始まるわけだが、二〇年代には「隔離よりも発生予防（＝断種）」という考え方が出てくる。三〇年には民族衛生特別委員会の設置、日本民族衛生学会の発足もあり、「民族改良」政策は本格化する。三八年には内務省から厚生省が分離独立し、そこに設けられた予防局厚生課の働きで四〇年に国民優生法が成立して、「遺伝性疾患の素質を有する者」の「優生手術」すなわち不妊手術が明文化される。模範とされたのは一九三三年のナチス断種法である。（このナチス断種法とて、一九一七年のカリフォルニア州断種法を範としているのだが。）

第二次大戦後の人口急増に対処すべく、国民優生法に「母性保護」の名の下に中絶容認の条項を混ぜ合わせたのが、四八年の優生保護法である。それが四九年の「経済条項」（経済的理由を中絶の適応事由に加える）の追加を経て九六年の母体保護法

への改正まで続くわけである。[12]（七〇年代に「経済条項」の削除や「胎児条項」の追加の動きはあったが否決されている。）断種や中絶の対象に「らい」つまりハンセン病が入れられたのもその頃である。「らい」への偏見と隔離策は五三年のらい予防法でますます固定化され、遺伝もせず感染力も弱い病気であることが判明した後でも改善されず、予防法が廃棄されたのはつい最近（九六年三月）のことである。

こうした流れを調べていて暗い気持ちになるのは、戦後のなしくずし的無反省ぶりである。戦前はまだ「そんな時代だったのだろう」と読めるが、戦後のこの流れを見ると、「戦後民主主義」はこの方面では無為無策だったのかとの疑念を抱かされる。優生保護法は中学高校でも教えられてきたはずだが、この法律名の意味ひとつ取っても、一体どんな意識を持って教師たちは教え、また生徒たちは教わってきたのだろうか。そして九六年の母体保護法への改正においても、「優生」の名称と条項を削除するための反省的論議は皆無であった。どうも日本には、自ら手を下すべき問題をやりすごす事なかれ主義が目立つ。優生政策のついでに人体実験に話を広げるなら、ドイツが八〇年代にナチス強制収容所の所業を痛みをもって検証したのに対し、より大規模で組織的だったと思われる日本の七三一部隊の中国での実態はいまだに洗い出されていない。（これには、アメリカがその「大規模で組織的」なデータを独占するためか、七三一部隊の方は戦争裁判で不問にしたという事情もあるが。）

ある種の「救い」があるとすれば、優生保護法（および母体保護法）に「胎児条項」（胎児の障害の虞れを中絶適応事由に加える）が入っていないことであろうか。だが、この評価も微妙である。「経済条項」万能の下にあっては、「胎児条項」はなくても入っているようなもの（「障害児」だと経済的に苦しくなるから――と言えることで、中絶適応事由に入ってしまう）とも考えられるし、七二年の「胎児条項」追加案に障害者団体が激しく反対したのは、裏を返せば日本の現実の障害者差別がいかに厳しく陰湿なものかを映し出しているとも言える。ただ、選択的中絶に日本がことのほか神経質であるのは事実のようだ。戦後の混乱期に「原則全面中絶自由」としてしまったが故にかえって「選り分ける」ことには抵抗があるのだろうか。キリスト教伝統から原則禁止である欧米が緊張関係の中で中絶の条件を少しずつこじ開けてきたのとは対照的である。

少しコンテクストは違うが、日本の選択的中絶の扱いが奇妙になっている例として、減数手術（減胎手術）の問題がある。[13]体外受精で胚移植をする際、一個では成功率が低いため、数個の受精卵を移植することが多い。ところが思いのほか多く成長してしまって多胎（母胎内に四つ子や五つ子がひしめきあう状態）になることがある。全員が無事成長する可能性は少ないので、共倒れにならぬよう一人か二人を残して他は殺すのが減数手術

である。「殺す子」をどう選ぶかは、それはそれで倫理的に問題があるが、奇妙なのは、全員を中絶すれば合法だが減数手術は違法となる（堕胎罪に問われる）ことである。優生保護法および母体保護法が、中絶を「胎児と付属物を母体外に排出すること」と定義しているからである。減数手術では、残した子を傷つけないためには「中からかき出す」わけにはいかないのである。今のところ、減数手術をした医者が告発された例はないようだが、かといって法のその部分を改正しようという機運もない。

五　出生前診断と障害者差別

さて、問題を絞り込んで答えを模索せねばならない。中絶一般の議論はさておき、母体血検査などで出生前診断が「簡便化」しつつある中、それに手を伸ばすことは、そしてその後に選択的中絶に赴くことは、倫理的に許容されるのだろうか。それは障害者や遺伝病者を差別していることになり、悪しき優生思想の現れなのだろうか。

まず、「出生前診断で障害があると思われる胎児を中絶することは、現にいる障害者に生まれてくるべきではなかったと宣告しているようなものであり、今の世の中にいる障害者を差別することになるので許し難い」という主張から検討したい。この主張に対してはとりあえず、「ある特性を有すると思われる胎児を中絶することが、同じ特性を有する生活者の否定に必然的につながるわけではない」とは言える。ある遺伝病ゆえに中絶を選んだ親たちが、同じ病気に苦しんでいる人々に人一倍の理解を示し支援するという話は聞くことがあるし、それは社会では比較的肯定的に受け止められている。たんに「生まれてしまったものは仕方がない」という消極的な理由以上に、それはそれで大切に相手をするという暗黙の了解は一定程度はある。

アメリカの例を見よう。第三章で「優生学ではなく遺伝学の医療化」というアメリカのある種「合理的」な問題処理の方向を述べた。少し付言しよう。[14] アメリカでの遺伝病スクリーニングは、一九六〇年代にフェニルケトン尿症の検出法が発見されてからすぐ、各州で新生児スクリーニングが法制化された（早期に検出されれば食餌療法で障害が回避できる）。一九七一年にはニクソン大統領が異例の保健教書を発表して鎌形赤血球性貧血の撲滅を唱えるなど、七〇年代は遺伝病の研究と予防を中心とした保健政策の時代となった。その過程に問題がなかったわけではない。フェニルケトン尿症なら、初期には患者家族への差別や食餌療法などの援助の不備があったし、鎌形赤血球性貧血スクリーニングでは、保因者の多い黒人がある職種から締め出されるという事態も生じた。人種差別的優生政策だと批判する勢力もあった。こうした一連の過程は、さまざまな試行錯誤

を重ねて進められていくのだが、それらを調べていて感じるのは、かなりオープンな議論に晒されながら事が決められ修正されていったのは間違いなさそうだということである。

この七〇年代アメリカの結論は、遺伝病診断の精度を上げると共に遺伝学教育にも力を入れて予防に努める、ただし受診は自発的個人的なものとする、ということになるようだ。遺伝病が判明することによる疎外感、被差別感はどこまでもついてまわったかもしれないが、例えばテイ・ザックス病を保因する夫婦が羊水穿刺を受けられるおかげで安心して子供をもうけられるというように、肯定的評価の方が多いとされている。もちろんそこには選択的中絶が伴うわけで、障害者差別との声は常にあるのだが、アメリカらしい現世主義（生まれてきた以上は障害者の権利は保障する）と功利主義（遺伝病検査で選別することとそれをせずに生まれる患者を生涯治療することとをコスト比較する）が幅を利かせているようである。

アメリカがこうした方向をとれたのは、やはり障害者に対する権利の保障と社会の理解が進んでいることによる面が大きい。遺伝病検査が進められるのと同時期、七三年には障害者リハビリテーション法が制定され、八〇年代の適用範囲拡大も伴って障害者のハンディや差別は縮減されつつある。八二～八三年のレーガン大統領によるベビー・ドウ規制（新生障害児への治療停止を障害者リハビリ法違反の疑いありとし対応規則を設けた）は一つの象徴的な出来事であろう。アメリカで全てがうまく行っているとは言わない。しかし、現にいる障害者をこのように認めていく風潮と、七三年のロウ判決で部分的に容認されだしたとはいえ八九年のウェブスター判決など今なお規制の厳しい中絶のあり方[15]を鑑みるに、選択的中絶をそれなりの議論の果てに妥当としてきたアメリカの動向には学ぶべきところがある。

以上見たことに照らすと、「出生前診断とそれに伴う選択的中絶は現にいる障害者への差別につながる」とは「必ずしも」は言えないことになる。ただ、日本でこのような出生前診断反対論が出ることにはそれなりの十分な理由がある。現にある障害者差別が、教育、職業、生活の場でなかなか改善されておらず、何よりも陰湿な差別意識が一般に根強く残っている。今の日本社会が障害者にとってまだまだ生きにくい世であることは間違いなく、選択的中絶に彼らが、自分たちは生まれてくるのが迷惑な存在と見られている、と感じるのも無理からぬところがある。前章で、優生保護法および母体保護法に胎児条項がないことをある種の「救い」と述べたが、それはこのような日本の現状では胎児条項が入ると今いる障害者をますます片隅に追いやることになりかねない、という危惧が大きな理由である。さてそうすると、論理必然的なつながりではなくても現状ではつながりかねない障害者差別の実態を改善する必要は当然ある。そ

もそも障害は、後天的には誰にでも起こりうるものであり、先天的異常とて出生前診断で一〇〇％捕捉できるものではない。ある確率で世に登場しうる「障害」を受け入れられるかは社会の度量の問題であり、もし豊かさに意味があるなら、受け入れる間口を精神的物理的に広げることが、その重要な体現の一つなのではないか。

障害を受け入れる「度量」を語るものとして、先天的障害ではないが、筆者の知人の例を一つ挙げたい。ある私立高校の壮年の教師が、脊髄を損傷して下半身付随になった。めげない本人の熱意にも応えて、学校側はエレベーターなど車椅子で授業ができる設備をかなりの費用を投じて整えた。「彼に残りの生涯賃金を支払って引退してもらった方が安上がりかも」との話は冗談としては出たらしいが、学校の方針に揺るぎはなかったようである。出来上がった設備とそこに紡ぎ出された学校・教師・生徒の相互理解は、学校に有形無形の財産をもたらしたと思われ、当の教師もその後、海外サマースクールを車椅子で引率するなど活躍を続けている。これは当の学校の伝統と教師たち生徒たちの理解水準がもたらした共同体空間の実例だが、世に広まることを望みたい姿である。

よって、出生前診断と選択的中絶が現にいる障害者を差別することになるわけではない、というより、そうなるわけではないと安心して言える状況を創り出すことが当面の課題なのではないか。現実には、福祉財政などの経済的問題もついてまわるだろう。それでも、理解と許容の水準を上げることはある種の教養（まさにヘーゲルの言う Bildung）の問題であるし、何のための豊かさかと問われれば、その理解と許容を具現化するためのものと答えたい。

六　自己決定と優生思想

まだ問題は残っている。というよりむしろ、本質的な問題はこれより先にある。出生前診断が現存する障害者を差別することにはつながらない、そちらはそちらで権利を保障され尊重される、という形に仮になったとする。その場合、出生前診断は大手を振ってまかり通ってよいのか。障害ありと判定された胎児を選択的に中絶することは、生まれてしまった者は支援するがやはり障害者は生まれない方がよい、との意識を表しているが、その優生的発想はやはり差別ではないのか。優生学の方面から言えば、合理的根拠のない民族差別に基づく強制的集団的優生政策は当然指弾されるとしても、客観的合理性のある遺伝学に基づいて個人個人が納得して行う選択的中絶なら認められるのか。

ここに「内なる優生思想」の問題が焦点化される。外堀が埋まれば、例えば「差別の多い社会のせい」にできなくなればな

おさらである。女性の自己決定権という点から、産む産まないは当の女性が決めてよいとの主張は擁護したいが、それは全く無反省に語ってよいものなのか。場合によっては女性の（および共同決定者の男性の）エゴということにならないか。もちろん現状では、障害児を育てにくい社会的制約が厳然とあり、育児負担も当の女性ばかりにかかりやすい。女性が「まともな子」を産めなくて夫や夫の両親に申し訳ない、という思いにとらわれるとすれば（実際そう言って泣いていた友人を知っている）、それは当人の思考回路の問題というより周りの人間の態度や社会風潮の問題であろう。そういった状況下で女性が負担を負わないという自己決定をすることには、一定の正当性がある。それはそれとして、ここで問題にしているのは、当の女性自身に、そしてそのパートナーである男性自身に、自分と異質な子、「まともでない子」はもちたくないという意識があるのではないか、あるとすればそれは認めてよいのか、ということである。

重苦しい問題であり、「内なる」ままに隠しておきたい問題である。ここで胸のすくような答えが出せるわけではないが、ある程度の見解は示しておきたい。「まともでない子」は避けたいという意識は、おそらく多くの人にある。社会的制約を改善すると共に「まともさ」に対する認識を問い直す作業は続けていきたいが、それでも「障害」を受け入れにくいという意識は残るかもしれないし、そちらがまさって中絶を選択する人は残るだろう。それは認めざるをえないだろうし、その意味では選択的中絶を禁止することはできない。ただし、「拡大解釈」を防ぐために出生前診断で認定する障害は重篤なものに絞っておいた方がいいだろう。また一方で、そうした選択へと向かいかねない「疑心暗鬼」を初めから遮断して出生前診断を受けないという自己決定も認められるべきだろう。

選択的中絶へと赴く場合、一つだけ認知してもらいたいことがある。「生まれてきても本人が不幸になるから」という理由は成り立たないし、[16] 口にすべきでない。その根拠だが、不幸かどうかは当人が生きた営みの結果もたらされるものであり、当人の感じ方の問題である、というのが第一。第二の根拠は、幸福は当人が家族や仲間と共に紡ぎ出すものであり、幸福な「障害者」もいれば幸福でない「健常者」も大勢いるということ。そして第三の根拠は、「生まれてきての不幸」は「生まれてこない幸せ」と比較せねば言えないはずだが、後者は存在者自体が消去されるのだから比較対象にならないこと。「生まれてきても不幸」というのは胎児本人のことでは実はない。今言ったように、比較自体が成り立たない。比較としてあるのは例えば、産む女性XとパートナーであるYと「障害児」Aという三者の生活と、Aを消去した次の「健常児」BとXとYという三者（あるいはXとYのみの二者）の生活との、Xの目から見ての比較である。そうした比較が悪だとは言わない。ただ、そうした比

較をしているのだという自覚は持つべきではないか。

そもそも私たちは、様々な人生設計、人生選択を行っている。女性が子供を産むということについて言えば、女性は生まれつき限られた数の卵母細胞を持っており、そこから卵を数十年にわたって月に一個ずつ排出する。若くてホルモンの力も安定している二〇代の卵はフイにして染色体異常などの危険の高まる三〇代になってから子づくりに臨んだとしても、その人生選択は非難まではされないだろう。これを敷衍すれば、今いる胎児の異常が確実と分かったときは、それは「流して」次の子に期待する、という発想はありうる。実際に、異常卵は自然流産になることは多いし、また（これは筆者が妻と共に残念にも二年続けて体験したことだが）着床卵が染色体異常か何かで成長を止め強制的に流さざるをえないこともある。受精卵はすでに人の命だという見方もあるが、それならＩＵＤは避妊リングならぬ殺人リングだということになるし、たんなる「生理の遅れ」としか思えないときでも受精卵の着床失敗を確認して「水子供養」をせねばならなくなる。

問題は、どこまでが自己決定の人生選択でどこからが他者たる子への侵害になるか、ということであり、他者侵害としてもどの程度はこちらの優先権が許されるか、ということではないか。そこでは生物学的な「線引き」はあまり役に立たない。母体外生存可能性でさえ人工子宮を想定すれば無意味であることはすでに述べた。他者関係がそこに出来上がっているか、個性的で取り替えのきかない他者がそこにいると認められるかが、鍵になるのではないか。中絶一般から選択的中絶に話を戻そう。重篤な障害ゆえに出生後間もなく子供を亡くした母親に対して、私たちは「残念だったね。でもまた子供はできるよ」と慰める。母親も「同じ子が生まれ変わるわけではない」と思いながらもその慰めを受け入れる。選択的中絶にも、似た理由付けはできるかもしれない。ただし、他者関係が薄いながらも芽生えつつある過程での、親の側の「家族計画」的都合を優先させた「侵害」であることは認識せねばならないのではないか。その上で、選択的中絶については「侵害ではあるが、その認識を覚えておくことで許されうる侵害」「他者にまで及んでいることを忘れてはならない自己決定」と規定したい。そして、それが優生思想かと問われれば、やはり個人の内面の問題とはいえ、そうであることを現時点では言い繕えないと思う。この「内なる優生思想」を、撲滅はできなくても暴れださせないように、上手に飼い馴らしていく手法は、これからも検討課題として残り続ける。なお、いま「認識を覚えておく」「忘れてはならない」と述べたが、具体的には次のような行動につながれば望ましいと考えている。出生前診断で胎児にある障害が見つかった女性（およびパートナーの男性）が、他の家族や親戚から見込める協力、地域社会の理解、自分（たち）の経済的身体的精神的力

量を勘案して、中絶を決断したとする。その事実には向き合いつつ、例えば同じ障害を抱えながらも頑張っている親子のネットワークを探し出して支援に参加する。その親子たちも、彼女（とパートナーの男性）を敗走者扱いせず同じ悩みにあったものとして理解を共有していく。そんな形につながれば、助け合いの輪は広がるし、中絶した女性にとっても最も実りある水子供養となるのではないか。

それにしても、「障害」を治療できるならする、他の手段で補償できるならする、できないものは受け入れてそれもあるものとしての社会の度量が出来上がる、という形が一番問題が少ないわけで、そうした中で「侵害」は極小化され「内なる優生思想」は見えないところにまで沈んでいってしまうことを望みたい。そのために必要なオープンな議論が、日本にはまだ決定的に不足している。今からでも、アメリカの後追いでなく、日本の歴史的事実に即した議論が、広く展開されることを願いたい。事故や疾病からの障害は誰にも起こりうるし、高齢化社会は、皆が動物的機能は衰えて「故障」箇所が増えても生き続ける社会である。障害をどう避けるかではなく障害とどう付き合っていくか、それを主題とする生命倫理や社会倫理が構築できれば、と考えている。

注

(1) 石崎嘉彦・山内廣隆編、徳永哲也ほか著『人間論の21世紀的課題――応用倫理学の試練――』ナカニシヤ出版、一九九七年（筆者は第一〇章「生誕の倫理問題」を担当）

(2) 学会発表「生命倫理と社会科学の問題圏――パーソン論を起点として――」日本現象学・社会科学会、一九九六年一二月八日

(3) 前掲学会発表の第二章「パーソン論の再検証」第一節「パーソン論は新しいか」にて論じた。

(4) 同第二節「パーソン論vs生命至上主義か」にて論じた。発表原稿は学会の場では発行済みだが、(3)の論点共々、いずれ詳細な検討も重ねて活字化するつもりである。

(5) 前掲書一八七頁。第一〇章第二節「生殖技術の進歩――新しい技術、新しい問題」の「男女生み分け、出生前診断」の項参照。

(6) 数値は日経新聞一九九七年七月一一日と八月二五日の記事による。その他、朝日新聞の一九九六年四月二六日、九七年五月一九日と五月二七日の記事など、出生前診断とりわけ母体血検査への言及は最近目につく。

(7) 一九八〇年、週刊文春に渡部昇一が「神聖な義務」という一文を寄せたことに始まるいわゆる渡部―大西論争。前掲書一九四頁参照。

(8) 一九九六年、母体保護法に改正。改正経過とその問題点は、前掲書一八一頁参照。

(9) 例えば、前掲書一八八頁で指摘した兵庫県の政策など。

(10) 本章の参考とした文献は、主には次の三点である。
米本昌平『遺伝管理社会――ナチスと近未来』弘文堂、一九八九年
天笠啓祐『優生操作の悪夢――医療による生と死の支配』［増補改訂版］社会評論社、一九九六年
P・ワインガート「不作為による合意――優生学の社会的技術からヒト遺伝学の『技術としての定位』への移行」（拙訳により「ヒトゲノム解析と社会との接点」研究報告集第二集――加藤尚武責任編集、京都大学文学部倫理学研究室発行、一九九六年――の二四三頁

に収録）

(11) 前掲論稿。

(12) 前掲書『人間論の21世紀的課題』一八〇～一八一頁。「a堕胎罪と優生保護法」と「b優生保護法の改正」参照。

(13) 同書一八四頁参照。

(14) 以下の記述で主に参考にした文献は次の二点である。
米本昌平『バイオエシックス』講談社現代新書、一九八五年
同『先端医療革命』中公新書、一九八八年

(15) ロウ判決からウェブスター判決、さらにはその後のキャセイ判決にかけての経緯については、次の文献が分かりやすい。
石井美智子『人工生殖の法律学』有斐閣、一九九四年
この点では立岩真也の説に同意する。

(16) 立岩真也『私的所有論』勁草書房、一九九七年
同書の特に第九章「正しい優生学とつきあう」、中でも三九四頁以下参照。同書には同意できる点もそうでない点もあるが、触発される部分は多かった。

（とくながてつや　大学院博士後期課程単位取得退学）