

## この世に生まれてくるといふこと

——生命操作の時代のなかで——

安藤 泰 至

出生というとき私が小さい頃、母から聞かされた話を思い出さず、私は一人っ子だが、母は結婚してから一〇年近く子どもができて、何度妊娠してもそのたびに流産を繰り返していたそう。流産の原因は盲腸が慢性化していて子宮を圧迫していたためだとわかり、盲腸を切除した結果、無事私が生まれたということだった。聞いたときは、もっと早くに原因がわかっていたら自分にも兄か姉がいたのに、と残念だったが、後からよく考えてみると、もしそうだったとしたらその時に生まれたのが「私」ということかもしれない、そうすると私は今の学校の友達とは出会うことがなかったことになる。そう考えると怖くなってしまい、私はこの問いを封印した。それゆえ私にとって、「この世に生まれてくるといふことか」という問いは、学問的な問いである以前に、人生をかけて問うべき核になる問いなのかもしれない。

### 一 生殖をめぐる医療技術

さて、私たちの生と死は現在、医療技術の存在を抜きにしては語れない面がある。日本で、一九五〇年には九五%以上の人々が自宅で生まれていたが、六〇年には自宅出産と病院出産がほぼ半分ずつになり、七〇年には逆に九五%以上の人が病院で生まれるようになった。このように、たった二〇年の間に急速に誕生の医療化が進んだことになる（死に場所の変化はこれに比べるとずっとゆるやかだ）。こうして出産・誕生が医療化されることで、私たちがこの世に生まれてくるといふ出来事のなかに、さまざまな形で医療技術による生命操作やそれを介した人為的な選択が入り込んでくることになる。

広い意味での生殖技術は、次の三つに分けられる。①子どもを産まない（産ませない）ための技術、すなわち避妊や人工妊

娠中絶。②子どもを産む（産ませる）ための技術、これは「産めない」人、つまり不妊の人たちのための技術（生殖補助技術）で、通常は「不妊治療」と呼ばれるもの。③胎児や受精卵の選別のための技術、すなわち出生前診断（胎児診断）や着床前診断（受精卵遺伝子診断）の三つである。たとえば②と③はいわゆる「デザイナー・ベビー（親がほしいと思う子を選んで産む）」においてつながるし、①と③は出生前診断で胎児に障害があるとうわかった場合に中絶するという行為（選別の中絶）においてつながるなど、これらの技術は別々のものというより、全体として生殖をめぐる生命操作システムを形成している、ととらえた方がよいであろう。注意しておくべきことは、生殖を人工的にコントロールするという（畜産や農業においては普通に用いられている）技術がこのように人間に対して用いられるようになったとき、それは必然的に優生思想と結びつくということである。

こうした生命操作技術に対する批判論にはさまざまな観点があるが、そうした技術を肯定し、推進しようとする側の理屈は単純だ。すなわち、そうした技術によって私たちが生きる上での選択可能性が増大する。技術を利用するかしないかは個人の選択であり、強制ではないのだから、いやな人は使わなければよいだけだ、という主張である。既存の生命倫理学にこうした技術に対する根本的な批判があまり見られないのは、生命倫理学（bioethics）においてはその歴史の出自からしても医療にお

ける患者（個人）の選択可能性の増大は基本的に善いことであると前提されている傾向が強いことが大きな要因となっている<sup>②</sup>。しかし、技術の進展や社会における意識の変化によって、それまで選択できなかったものが選択可能になったときに何が起こるのか、ということについてはそれほど樂觀になれるものではない。たとえば、日本における丙午（ひのえうま）の年の出生数を見みると、一九〇六年には前年比で三%減に過ぎなかったのに対し、一九六六年には前年比で二五%減になっている。少なくとも丙午の迷信はこの六〇年の間で確実に衰退していたはずであり、選択できなかったものが選択できるようになったときに人はより自由で合理的な選択をするわけではないことを、この事実はよく語っている。以下、先に挙げた広義の生殖技術のうち②と③について、やや詳しく見ていくことにする。

## 二 生殖技術の発展と「不妊」治療

人工授精・体外受精といった生殖補助技術（ART）は現在、「不妊治療」として広く普及している。一九七八年に世界初の体外受精が英国で成功したときには「試験管ベビーの誕生」として新聞の一面を飾るセンセーショナルな出来事だったが、今や日本だけでも年間二万人、新生児の六〇人に一人ぐらいが体外受精による赤ん坊である。しかし、この「不妊治療」という言葉は括弧付きでしか使えない。そもそも不妊は病気なのかど

うかという問題もあるが、「治療」という語には特に注意が必要だ。というのは、こうした生殖補助技術は不妊の原因になっているものを治療するというのではなく、妊娠・出産の妨げになっている機能を人工的に代替するための技術だからである。たとえば女性の卵管が狭くなっている精子と卵子がうまく出会えないで妊娠できない場合、自然状態ではけつして女性の身体の外に排出されることはない卵子を体外に取り出して、試験管のなかで精子と混ぜて受精させ、できた受精卵を女性の子宮に戻すのが体外受精である。あるいは、男性が無精子症であるような場合、別の男性の精子を女性の子宮に入れて妊娠させる、というのが提供精子を用いた人工授精（AID）という方法だ。こうした技術は「不妊」の人以外にもさまざまな形で利用できるだけでなく、「不妊治療」という言葉がこうした生命操作技術と普通の「治療」との異質性をあいまいにし、かつこうした技術が夫婦間で用いられる場合と、そこに夫婦以外の第三者が関わってくる場合との差をあいまいにするという点についても注意しなければならない。

こうした技術によってこれまで子どもをもてなかった人々が子どもをもつことができるようになる、という点だけを見てそれを肯定的に評価する人も多いが、そう単純ではない。実際、こうした技術によって子どもをもてるようになる人というのはほんの少数なのである。たとえば、体外受精の成功率は一般の人々の想像とは違って、厳密には一〇〜一五％程度である（医

師が不妊患者に告げる成功率は三〇％程度であることが多いが、これは子宮に受精卵を戻した数に対してどのぐらい妊娠に至ったかという割合であり、受精卵がうまくできない人や流産してしまいう人も多いことを考えれば、患者の立場から見た実際の成功率よりかなり高くなる）。排卵誘発剤によって卵胞を無理矢理に膨らませ、全身麻酔をかけて卵子を取り出すなど、女性への身体的、精神的負担も大きい。こうした技術によって子どもができて多くの人が幸せになっているというよりはむしろ、こうした技術があるせいで、子どもをもつことを「あきらめられない」まま、降りることのできない「治療」に駆り立てられ、最終的にはあきらめざるを得ない人々の方がずっと多いのである。いわば、こうした技術は一握りの成功者（勝者）の影に、長年にわたる「治療」の末に失敗者（敗者）として放り出される多くの人々を生んでしまう。また、治療が成功して子どもをもつことができた「成功者」にも多くの問題があると言われている。たとえば、出産後に子どもにも愛情がわかなかったり、子育てに過剰なストレスを覚えたりして鬱病になったりする女性が少なくないそうだ。妊娠、出産、子育てというのはわば連続した自然のプロセスなのだが、長年にわたって身体的・精神的・経済的に多くのコストをかけた末にようやく子どもをもつことができた女性たちは、妊娠・出産というところだけでいわば燃え尽きてしまうわけである。

このように、生殖補助技術の発展が必ずしも私たちを幸せに

しているわけではないし、私たちのより多様な生き方を支えているわけでもない。たしかに、不妊で悩み、苦しむ人は多く、その苦悩は当事者にしかわからないという面はある。しかし、ここで問題なのは、「子どもがほしいのにできない」というそうした苦悩について、生殖医療技術の利用によって子どもをもつことができるようになることだけがその「解決」の道なのか、という点である。子どもをもち、育てるという経験はエリクソンの言う *generativity* (世代継承性)、「自分のいのちを何かにつないでいく」という人間の営みの重要な部分を成しているだろうが、何もそれは文字通り自分の子どもを産み、育てるということだけによってなされるものではないはずだ。むしろ、「自分の子ども」にこだわり、医療技術の力に依存することは、先ほどの言葉を用いれば「あきらめること」(「あきらめる」とは「明らかにする」という本来肯定的な意味であろう)を妨げ、私たちが「不妊」という人生の経験に向き合うことを妨げているのではないだろうか。

### 三 出生前診断といのちの選別

最近日本で臨床研究として導入された新型出生前検査(NIPT)の登場はさまざまな議論を呼んでいる。超音波検査、羊水検査、母体血清マーカー検査など、こうした出生前検査(診断)では、胎児の段階でダウン症などの染色体異常や二分脊椎など、いくつかの先天的な病気の診断が可能となっている。こ

の技術は「いのちの選別」であるとして批判されることも多いが、検査そのものは必ずしも異常があった場合の中絶を前提にするものではないので、それ自体を「いのちの選別」であるとは言えない。とはいえ、(日本では「胎児の障害を理由とする中絶」が母体保護法で認められておらず、「経済的理由」の拡大解釈の形で処理されているため正式な統計がないが)こうした検査で胎児に異常が判明した際に約九割の人々が中絶を選んでいるという事実からすれば、障害者団体などが批判する通り、実質的には「いのちの選別」として機能している、と言わざるを得ないだろう。

もちろん、こうした検査を受けるか受けないかは個人にまかされているとはいえ、検査についての情報を与えなかったために障害児が生まれたとして医師が損害賠償を求められるような訴訟(wrongful birth, wrongful life 訴訟)もなされていること、医師が患者にある検査について説明する際には、患者はその検査が必要なものであり、勧められていると受け取る可能性が高いことを考えれば、じっくり考えることもなく検査を受ける人が増えていくことは理の必然である。

批判派はこうした技術によって新しいタイプの優生思想が社会に浸透しつつあると警告するのに対し、推進・肯定派は例によって「強制ではなく個人の選択であるから優生思想とは関係ない」と反論することが多いが、この理屈は成り立たない。出生前診断の普及によって特定の病気や障害をもった子どもを

「産まない」選択をする人が増えれば、そうした子どもは出生数が激減し、実際にその病気や障害をもって生きる子どもが医療的・社会的サポートを受けにくくなることは必然である。また、そうしたサポートにかかるコストは、「出生前診断」というツールがあり、中絶という選択肢があるにもかかわらず「産む」という選択をした親の『自己責任』である」という言説も露骨な形で現れてきており、障害者たちを生きにくくしているような「社会の不備」が医療に丸投げされているとも言える事態が進行しつつある。

この問題を考える際に、かつてNHKの討論番組「インターネット地球法廷・生命操作を問う」のなかであるダウン症児の父親が語っていた言葉が導きになる。彼は「障害児と共に暮らす人生は『絵に描いた幸せな人生』ではなかった。でも今は幸せだ。なぜかと言われたら、それは絵の描き方が悪かったかもしれない」と語っていた。生まれてくる子どもいのちを選択することは、親の側がその子と共に生きること出会おう自らの生の可能性を閉ざすことでもある。現在の自分の価値観だけをもとに将来の自分の生活にマイナスになり得る要因を事前に排除してしまうこと（「幸せの絵」を固定化すること）は、私たちが人生の抜き差ししない事態に出会ってそれをくぐり抜ける力（レジリエンス）を弱めてしまうのではないだろうか。

## 結語——生命操作への批判的考察のために

西洋語で「生」を表す語は基本的に一つ（Life, Leben, vie など）だが、日本語でそれに相当する語は少なくとも四つ（生命・生活・人生・いのち）あり、それぞれは重なりつつも人間の生のやや異なった側面を表現しているように思われる。現代における生命操作の根本的問題点は、そこに私たちの生活や人生が巻き込まれ、いのちが軽くなり、いのちへの視線が貧しくなっていくことにあるのではないだろうか。こうした生命操作に対する批判的考察のためのヒントを二つ提示することで本稿を閉じたい。一つは、生命は厳密には「操作できない」という事実。技術を推進しようとする人々は生命があなたも操作できるかのような幻想を振りまいているだけで、体外受精の成功率一つをとってみても、いかに人間の力は自然の力に及ばないものなのかは明らかだ。もう一つは、生命操作システムの裏側で起こっている風景についての想像力をもつこと。一匹の体細胞クローム動物を作るために、どれだけの数の動物の雌が無理矢理に卵子を摘出され、無理矢理妊娠させられ、流産してしまっただのか。これは私たち人間の社会で起きていることでもある。

- (1) 柘植あづみ「生殖技術の現状に対する多角的視点」浅井美智子・柘植あづみ編『つくられる生殖神話—生殖技術・家族・生命—制作同人社、一九九五年、二—三頁。

- (2) 安藤泰至「いのちへの問いと生命倫理—宗教にとって生命倫理と

「は何か？」『宗教哲学研究』第三二号、二〇一四年、一―一七頁。

（あんどぅ・やすのり、生命倫理・死生学・宗教学、

鳥取大学准教授）