

障害児の出生前診断の現状と問題点

水谷 徹*・今野義孝**・星野常夫***

The Current Problem in the Prenatal Diagnosis of Developmental Disorders from the Viewpoint of Bioethics

Tohru MIZUTANI, Yoshitaka KONNO, Tsuneo HOSHINO

要 旨

出生前診断が障害の早期発見・早期治療の理念から逸脱し、選択的人工妊娠中絶に結びついている現状に加えて、最近簡便な母体血清マーカー検査のマス・スクリーニング化が欧米各国、そして日本でも進行しつつある。本稿はこうした出生前診断をめぐるさまざまな問題を、倫理、優生思想、人工妊娠中絶の法的取扱い、胎児の親の自己決定権、カウンセリングの重要性、障害児養育の社会的サポート体制の整備の必要性などについて、一通りの展望と考察を行い、母体血清マーカー検査のマス・スクリーニング化への趨勢に対する警鐘を鳴らしたものである。

はじめに - 出生前診断出現の背景と意味

疾病の早期発見・早期治療は医療の基本原則である。障害児、とりわけ発達障害児の重荷になる心身障害の治療教育においても、障害の早期発見・早期治療の原則は同じであるばかりか、人間の発達過程における心身の可塑性はより早期であるほど著しいがゆえに、この原則はむしろ障害児の治療教育において最も端的にあてはまるといえる。

それゆえ、障害の早期発見は早くから心身障害に関わる諸領域における最重要課題の一つとして、多くの努力が傾注されてきた。そこでは発見がどこまで早期に遡れるかが大きな問題点になるが、心身障害といっても、精神面の障害を検出するには出生後相当の期日を要するから、実際には身体面の障害の早期検出が中心課題となったのは自然の成り行き

である。その結果として行き着いたのは、出生した人間としてはこれ以上遡りようがない、出生直後の時期の障害発見技術だった。これは先天性代謝異常症の早期発見を目標とした新生児マス・スクリーニング検査として、先進各国で普及しており、我が国では1977年から始められて、現在では殆ど100%普及している。

しかし少しでも早く検出をという願望は、新生児期の検出では満足しなかった。男女生み分けという素朴な願望とあいまって、胎児期に障害の有無や性質を検知しようという努力は、超音波画像診断技術や、羊水検査、絨毛検査などの胎児組織の検査法の発達により、胎児期における障害の検知を可能にしまった。これが胎児診断、いいかえれば出生前診断である。そしてこのことが、障害の早期治療、あるいは治療教育をより有利にするという、早期発見の本来の目的に使われるのであれば、率直に歓迎すべきことといえよう。

*みづたに とおる 文教大学教育学部

**こんの よしたか 文教大学教育学部

***ほしの つねお 文教大学教育学部

しかし、ここで早期診断の持つ意味が、大きく変質することになった。出生前に障害の有無や性質が分かってしまうことが、早期治療よりもその胎児を生むか生まないか、すなわち選択的人工妊娠中絶を実施するかどうかの判断に直結することになった。このことは、当の胎児の親の立場と心情からすれば、とりわけその親が既に障害児を持っている場合には、無理からぬ成り行きであろう。しかし一方では優生思想の観点から、また社会が負担する医療費や教育費、社会保障費などの社会経済的な観点から、障害児の発生をできるだけ抑え込もうとする国家レベルの施策として、出生前診断が奨励される可能性は常に存在する。それは障害者の生存権に関わる重大事として、障害者およびその支援者と国家社会との間にさまざまな緊張関係が生じるようになってきた。この問題は、障害者の生存権に関する社会思想上の問題であると同時に、最近とみに問題化している生命操作、生殖医療といった、生命倫理、さらには生命哲学の問題にも密接に繋がるものである。

とはいっても、出生前診断が高度の技術や高額な装置を必要とする限りは、必然的に限られた範囲でしか行えないので、出生前診断が内包する本質的な問題点が大きく表面化するには至らなかった。ところが最近になって、この事態が大きく変わる可能性が生じてきた。母体血清マーカー検査あるいは試験と呼ばれる新しい検査法が登場し、実施方法の容易さと、胎児を損傷する危険がないこと、検査企業に格好の収益が見込めることなどが相俟って、これを広く普及させ、更にはこれをマス・スクリーニング検査化しようとする動きが強まってきている。

本稿は、こうした出生前診断をめぐる諸問題に関して、その医学的内容の検証、選択的人工妊娠中絶に随伴する倫理的問題、背景としての優生思想、人工妊娠中絶の法的取扱い、胎児の親の自己決定権、マス・スクリー

ニング化への動向などについて、一通りの展望と考察を行い、この問題に対する現時点での考え方に一応の道筋をつけようとするものである。

なおこの種の問題を論じる際の用語として「診断」と「検査」がしばしば同義に用いられるが、本稿では「検査」あるいは「試験」は、診断のための具体的な「操作」を指し、「診断」とは「検査」などの結果によって導き出された「判断」を意味するものとして区別する。そして明確に診断するための検査を「診断検査」、スクリーニングのための検査を「スクリーニング検査」と呼ぶことにする。

出生前診断の概要

出生前診断をめぐる問題点を抽出し、検討するに先立って、現在一般に行われている出生前診断の概要を把握しておきたい。

1. 出生前診断の目的

およそ3点に要約される。

胎児治療のための情報採取。出生前診断の本来の目的だが、実際に胎児治療が行える疾患は、現状では副腎性器症候群、胎児不整脈など、極く少数に限られている。

胎児の状態に適合した分娩方法を選択したり、出生後のケアの準備をする。先天性代謝異常症を検出して、出生後の治療食による障害発生予防の準備をするのはこのケースである。しかしこれは出生後の新生児マス・スクリーニングでも可能であり、必ずしも出生前に検出する必要性はない。

妊娠を継続するか否かを判断する。実際には、これが主目的になっていることが問題である。

2. 出生前診断が行われるケース

既に障害児が生まれている、高齢妊娠、親が遺伝性障害の保因者である、など通常以上に障害児出生のリスクファクターがある場

合に行う。従来はこれが常道であり、それゆえ出生前診断の実施は妊婦全体の一部にとどまっていた。

高齢妊娠に関しては、母体の年齢が高くなると胎児に染色体異常が起き易く、その代表例としてしばしば“35歳以上になるとダウン症児が生まれる確率が高くなる”といわれている。高年齢ほど種々の染色体異常児が生まれる確率が高くなることは事実だが、35歳を境に急に高くなるわけではなく、“35歳以上はダウン症児出生の危険”という表現は妥当性を欠くという指摘（佐藤，1999）がある。

ところが最近では、妊婦の異常症状の有無に拘らず、医療側から診断検査を勧める動きが強まっている。ことにアメリカなどでは、この種の検査があることを医師が妊婦側に告知しないで障害児が出生した場合に、告知義務違反訴訟で医師側が敗訴する例が増えていることが、こうした傾向を促進していると考えられる。母体血清マーカー検査が実用化されるとともに、この傾向は一層著しくなってきた。

3. 出生前診断に用いられる主な検査の種類、狙い、方法、特徴、リスク

超音波断層法：放射線障害のために使用できないX線検査法に代って普及している画像診断法で、胎児の形態的な異常の有無を検索し、性別の判定も可能。母児にとくに害は無いとされている。静止画像、動画とも可能で、妊娠初期から実施できる。

羊水検査：母体の腹壁をとおして穿刺針で採取した羊水の性状を分析して、胎児の代謝異常を検出、羊水中の羊水細胞を培養して染色体診断、DNA診断、代謝酵素測定などを行う。羊水が十分採取でき、かつ胎児を傷つけない程度にまで羊水が増えてくる、およそ妊娠13週以降に行う。流産のリスクは、超音波断層法の併用によって少なくともはなったが、それでも1/300程度ある（佐藤，1999）。

絨毛検査：胎盤の胎児由来の組織である絨毛を少量採取して、そのまま、または培養後に染色体診断、DNA診断、代謝酵素活性の測定などを行う。羊水検査より早く妊娠10～11週ころ、早いときには妊娠9週に行うこともある。技術的に難しいため、実施機関はまだ少ない。流産の危険は羊水検査よりやや高い。妊娠早期に行うと胎児に奇形が生じることがある。

胎児採血：臍帯や胎盤表面の血管から穿刺針で採血して、染色体診断、DNA診断、代謝酵素測定、貧血や血液疾患の状態をみる。妊娠20週以降で可能。技術的に難しく、胎児死亡の危険がある。

母体血清マーカー検査：胎児が造り、胎盤を通して母体の血液中に流れ込んでいる物質を分析して、胎児の状態を推定診断する検査法である。母体からの採血だけで済み、母児に全く危険はない。妊娠初期～中期に行う。調べる物質（マーカー）の種類と数による種別があるが、3種類の物質（AFP、hCGまたはfree-hCG、uE3）を調べる「トリプルマーカー試験」が多く行われており、血清マーカー検査の代名詞になっている。

検出する目標の障害は、ダウン症 トリソミー18 神経管奇形（無脳症、脊椎裂など）の3種類で、検査結果は胎児にこれらの障害がある確率で示される。ダウン症については、確率1/200～1/300以上の場合を“陽性”とすることが多い。この1/300という境界値（カットオフ値）は、従来行われていた、妊婦の年齢だけから導かれたダウン症出生確率約1/300の値を適用したものである。確率わずか1/300で“陽性”とされる所に、妊婦に大きな誤解と、無用な不安の念を抱かせるおそれがある。

この検査は、母体血液をとおして遠隔的・間接的に胎児の状態を推定するもので、危険率（確率）としてはかなり低い値しか与えないので、正確には診断検査ではなく、その前

段階のスクリーニング検査であり、この検査で“陽性”と判定されたときは、障害の有無を確認するためには羊水検査などの、直接的な検査に進むことになる。

出生前診断の問題点(1) - 出生前診断自体の倫理的問題

1. 早期診断の倫理的な意味の論議

出生前診断が出生後診断のより早期への遡及として、可及的な早期治療を目的にしているのであれば、それ自体は倫理的問題を孕むことはない筈だった。とはいえ「障害の早期診断、早期治療という考え方自体に、『障害は本来あってはならないもの、障害児・者は本来生まれるべきではないもの』として障害者の価値と存在を否定する思想が含まれており、早期診断、早期治療は早期に障害児を発見して差別処遇することが目的になっている」として、これを否定する論がある(たとえば篠原, 1987)。

この立場からすれば、診断が出生の前か後かで本質的な違いはないことになり、診断の結果として障害が発見されたとき、障害の種類と程度に応じて違った療育の場が用意されているという差別処遇の社会構造をそのままにした中では、早期診断自体がすでに差別の道具であることになる。

この論は単純に極論すれば障害や疾患の診断・治療をすべて否定しかねないが、障害の治療や予防に明らかに有効な手段が用意されている場合には、早期診断・治療を否定する理由はない。先天性代謝異常症の新生児マス・スクリーニングは、最も早期の出生後診断検査として広く行われており、日本では受検率殆ど100%に達している(国民衛生の動向2000年)。

この診断は障害そのものの発見ではなく、代謝異常に起因する心身障害発生を予知するものである点で、純然たる障害の早期発見とはいささか性質が異なる。代謝異常が発見さ

れた場合には、治療食の早期開始によって障害の発生を予防できるという、確立された有効な対処法が用意されており、それ自体がすでに差別の道具とは言えない。

2. 選択的人工妊娠中絶の適用を前提としていることに対する問題点

しかし、出生前診断はこうした有効な対処法をもった出生後診断が単純に出生時点を遡って人間発達のより早い時期にシフトしたものではない。なかには出生前診断で先天代謝異常症を発見し、障害発生予防の早期準備につながるケースや、ダウン症を発見して「心の準備をして産む」例も少数はあるかもしれない。しかし出生時点を遡ったことは、障害あるいはその原因となる生理機能異常が発見されたとき、妊娠を継続しないという選択、つまり選択的人工妊娠中絶につながり得るという点で、出生後の発見とは決定的に意味が異なることになった。これは本来とは違った方向へと変質したというよりも、むしろ当初から選択的人工妊娠中絶そのものを主目的にして出生前診断が開発されていったとみるべきであろう。

胎児の診断情報が障害児の生命を奪うのは、選択的人工妊娠中絶だけではない。障害新生児に生存のための適切な医療的措置をとらないことで、新生児を死に至らしめる、選択的治療停止、言い換えれば障害児の消極的殺人が近年でもしばしば行われていることが報告されている(ロバート・F・ワイヤー, 1984)。選択的人工妊娠中絶が何等かの理由で行えない場合には、次の手段として選択的治療停止が行われる可能性が大きい。

胎児の診断情報がその児の生命を脅かすのは、障害児の場合だけではない。出生前の性別察知は“望まない性”の胎児の、DNA鑑定による父親の判別は“不都合な父親の子”の、選択的人工妊娠中絶につながる可能性が大きい。そのため日本産科婦人科学会は会員

に対して1988年の会告で、出生前診断によって判明した胎児の性別の告知を、伴性遺伝病の診断の場合を除いて禁止している。しかし非会員には効力はなく、これに従わない会員医師を精々学会から除名できるに過ぎない。

3. 診断情報の第三者への漏洩による障害者の不利益の問題

情報化社会の利便性の裏返しとして、さまざまな個人情報の当人の承諾のない漏洩が多方面で起こっている。障害や疾患に関する個人情報が第三者に洩れた場合、入学や労働雇用の採否、保険契約、縁談などの人間関係など、広い範囲にわたってさまざまな差別、不利益が生じるおそれが生じる。このことは出生前診断に特有ではなく、障害や疾患に関する情報全てに付き纏うことではあるが、出生前診断がマス・スクリーニング化されるなど一般化すれば、こうした危険性は著しく高まることが懸念される。

出生前診断の問題点(2) - 障害胎児の人工妊娠中絶は法的にどう扱われるか

1. 人工妊娠中絶一般に関する日本の法制

人工妊娠中絶を規定する法律は刑法と母体保護法の2つで、基本的には人工妊娠中絶は刑法(第212~216条)によって墮胎として処罰される。母体保護法はこの墮胎罪に対する例外規定であって、これに沿った範囲で人工妊娠中絶が行われるならば、墮胎罪にはならない。

母体保護法では、第2条第2項で人工妊娠中絶の定義をした上で、第14条第1項でそれを行えるのは次の2つの場合と規定している。

妊娠の継続または分娩が身体的又は経済的理由により母体の健康を著しく害するおそれのあるもの 暴行若しくは脅迫によって又は抵抗若しくは拒絶することが出来ない間に姦淫されて妊娠したもの

障害胎児に限らず一般に行われている人工

妊娠中絶は、この を拡大解釈して行われている。但しそれが可能なのは妊娠21週末まで、という制限がある。それは同法第2条第2項の人工妊娠中絶の定義と、その具体的な取扱いに関する平成2年3月厚生事務次官通達とに基づいている。但しこれはあくまでも基準であり、その弾力的な運用を可能にするもうひとつの通達が、事務次官通達と同時に精神保健課長から出されている。

2. 障害胎児の人工妊娠中絶に関する法制上の問題

胎児に異常がある場合の人工妊娠中絶は母体保護法に規定されていないが、これを合法的要件として明文化し、前述の妊娠21週末までという制限なしに、妊娠の時期に拘らず明示的に可能にする条文、いわゆる胎児条項を、母体保護法第14条第1項の として条文に加えようとする動きが根強く繰り返されている。しかし1996年にそれまでの優生保護法が改正されて名称も母体保護法となった際には、胎児条項の追加は見送られた。

胎児条項必要論は、障害胎児が妊娠22週以後になった場合、母体保護法の規定から人工妊娠中絶ができないという解釈を論拠にしている(恩田ら、1999)。この点については、障害胎児が出生後すぐに死亡する可能性があれば、現行法でも妊娠のどの時期でも人工妊娠中絶は可能であり、胎児条項は不要であるという解釈もある(佐藤、1999)。その理由は、母体保護法第2条第2項では人工妊娠中絶の定義を「胎児が母体外で生命を保続できない時期に胎児及びその附属物を母体外に出すこと」としており、「母体外で生命を保続できない時期」は通常は妊娠21週末までであるが、障害胎児であって母体外に出れば生命を保てないとみなされる場合は、妊娠の全期間がそれに該当することになる、というものである。しかしこの解釈は、無脳児のように仮に出生しても体外生活が可能なのは極く短期間とみ

られる場合には成り立つだろうが、ダウン症のように長期間の体外生活ができる可能性がある場合については、成り立ちにくい。

こうした法解釈の可否は法律専門家の検証が必要になるだろうが、胎児条項必要論者の意図は、ダウン症などの先天性障害児を妊娠22週以降に人工妊娠中絶することは現行法では違法となる恐れがあるが、それを条文上で明確に合法化し、そしてその前段にある出生前診断を普及促進することにあるのだろう。表向き母体保護を理由に掲げる論調をとっていても、その背後には優生思想、少子化時代における医療収入源の確保という経済的な狙い、障害児出生に伴う医療訴訟増加への対処、などといったさまざまな要因や思惑が存在していると思われる。

3. 先進諸国における胎児条項の状況

欧米各国の障害胎児の人工妊娠中絶に関する法的規制の状況は、佐藤（1999）のまとめによると、イギリス、フランスでは妊娠の全ての時期に可能になっている。統一ドイツでは西ドイツにあった胎児条項は無くなったが、実質的には母体への影響の考慮という形で、妊娠の全ての時期に可能になっている。アメリカでは、胎児が胎外生活可能になるまでの時期（州によって規定が異なり、妊娠24週～28週）までは障害の有無とは無関係に人工妊娠中絶が可能であり、それ以後は州ごとに規制できることになっていて、明文化された一般的な法的規制は設けられていない。

こうした各国の状況をみると、アメリカを除く各国では胎児条項の有無に拘らず、障害胎児の人工妊娠中絶は妊娠時期のいつでも可能になっており、明文化した胎児条項を設けるか否かは、各国の個別事情によるのであろう。我が国でも前述のように胎児条項は無いが、実質的には妊娠時期に拘らず可能という見解がある一方で、胎児条項を設けようとする動きが絶えない。現行法では不可能という

解釈（恩田ら，1999）からだけでなく、明文規定を設けることによって選択的人工妊娠中絶に対する抵抗感を薄れさせ、これを促進することが狙いなのではないだろうか。

出生前診断の問題点（3）- 選択的人工妊娠中絶の倫理的問題

さきに述べたように、出生前診断が倫理的問題を孕んでいるのは、それが選択的人工妊娠中絶と連動しているからである。従って倫理的問題の焦点は選択的人工妊娠中絶にあり、更にその原点には人工妊娠中絶そのものの是非の問題がある。

1. 人工妊娠中絶一般の倫理的問題

「産む／産まない」は女性の権利、という形で、人工妊娠中絶の自由化は、長年のウーマンリブ運動のなかで、妊娠・出産に関する女性の自己決定権の問題として勝ち取られてきた。この流れの中にあって、産む側の女性の自己決定権と、生まれる側の胎児の生存権がぶつかり合うことになり、両者をどう調和させるのが問題の焦点となる。

ここで、胎児は権利を持ち得る存在なのか、という論議が浮び上がってくる。それはつまるところ胎児はいつから人になるのか、という人格の起源の問題に帰着する。そこでは、「胎児にはまだ自律生活能力が無いので、独立した人格ではなく、母体の一部分であるから、母親の自己決定の対象となる」（加藤，1998）という論理が存在する。この論理は障害を持っているいないに拘わらない。この点をめぐっては既にかなり古くから論争があって、末木ら（1999）によれば、大正時代の1915年、平塚らいてうらの女流文学派の機関誌「青鞥」上で、加藤と同様の論の主張と、これを「胎児の成長は親の意思に左右されず、自然に属するものだから、親の附属物ではない」として批判する主張が戦わされている。

この個人の起源の問題は医学、生物学から

の答えが出せる性質のものではなく、思想の問題であろう。佐藤（1999）は産婦人科臨床医の経験から殆どの人が胎児を人と意識しており、母体の単なる一部分あるいは附属物とはみていないと述べている。また、新生児や乳児を対象とした行動心理学的研究から、胎児期のさまざまな体験の記憶が出生後の行動の中に明瞭に残っており、それがこどもの精神発達に明らかに影響していることを示す報告が数多く出されている（例えばトマス・バーニー、1981）。このことからみて、少なくとも胎生後期の胎児は、意識を持たない組織器官の塊りとして、まだ母体の一部である状態から脱しない存在であると断じることは妥当ではない。

胎児の法的な取扱いについては、日本では胎児の人格権については統一された認定は無いようだが、民法では第886条第1項で「胎児は、相続については、既に生まれたものとみなす。」と規定して胎児に既に生まれた子と同等の相続権を認めている。

胎児も既に人であるとするならば、母親の自己決定権と、胎児の生存権の衝突にどう折り合いをつけるのかは容易に答えは出せない。もし胎児の生存権を重視するのであれば、これまで理論としてはひとまず確立したように見える母親の自己決定権に、何等かの見直しを加えることも必要になるであろう。母親の自己決定権を主張する論は、胎児を母親の附属物あるいは従属物とみなし、母親の可処分の対象であるとする考え方に立っている。そしてこの考えは、母親が自分の子どもを多少とも自身の延長ないしは分身のように意識する、かなり広く存在していそうな感覚と、そして胎児が出生した後の養育責任が全面的に親にかかるという現実の社会体制と、密接に関連しているのではないだろうか。人工妊娠中絶の倫理的な問題を突き詰めて論議するためには、こうした親子関係の意識や、養育責任の所在のあり方まで含めた論議でなければ、

袋小路に陥ってしまうであろう。この点についてはいずれ稿を改めて考察したい。

2. 選択的人工妊娠中絶の倫理的問題

母親と胎児の権利の衝突の問題は、障害胎児の選択的人工妊娠中絶の場合に、一層鮮明になる。障害児を産んだ後の養育の責任とそれに伴う長期にわたるであろう労苦を、産んだ母親が、或いは両親が一手に引き受けなければならないという社会の仕組みが、苦渋の選択として人工妊娠中絶を選ばせるという構図が極く一般的だからである。

障害胎児の場合には、親子の権利対立だけでなく、さらに重要な問題が存在する。障害胎児だけの選択的中絶は、社会に障害者が存在することを拒否し、排除する優生的措置ではないのか、という疑問がついてまわる。障害児の親が自己決定のつもりで選択した人工妊娠中絶が、実は周囲から意識誘導された結果でないと言いきれるだろうか。家族など周囲の影響をまめがれて、全く自分だけの判断ができることは実際には少ないのではないか。真の自己決定が行われるためには、出生前診断自体を受けるかどうか、検査の結果をうけて人工妊娠中絶を実行するか否か、を両親なかでも母親が判断するに当たって、正確な情報の提供に基づいた、適切な非指示的カウンセリングが行われることが不可欠だが、我が国の現状は一般的にみて理想とは程遠い。仮にそれらが理想的に行われたとしても、専門的知識を持たない親が専門家と同じレベルの理解をすることは殆どの場合、不可能に近い。

そしてもし国家、社会が政策として障害胎児の選択的人工妊娠中絶を容認し、更には推奨し、誘導するならば、それは優生措置そのものである。その端的な表れが法律の優生的条項であり、胎児条項であって、国家による選択的人工妊娠中絶の公認という形をとおして、障害者を社会から排除しようとするものである。優生保護法は1996年に優生的な目的

をうたった条項を削除して母体保護法に改正されたが、そのあとも胎児条項を加える再改正を狙う動きが産婦人科医などにあり、優生思想は選択的人工妊娠中絶を前提とした出生前診断の根底にある問題であることが、あらためて認識される。

出生前診断の問題点(4) - 母体血清マーカー検査のマス・スクリーニング化

1. 母体血清マーカー検査の登場とマス・スクリーニング化への動き

出生前診断が孕むさまざまな問題の状況は、母体血清マーカー検査法の登場によって大きく変る可能性が出てきた。1970年代にイギリスを中心とする研究者が、いくつかの物質が胎児に神経管奇形、ダウン症、トリソミー18(体細胞に18番染色体が3本ある疾患)がある可能性の指標(マーカー)となることを発見し、それが検査法として実用化されたもので、イギリス、アメリカ、フランスなどの欧米諸国では1990年代になって急速に普及しつつある。ことにアメリカでは実施率60%を超え(佐藤, 1999)、カリフォルニア州では全妊婦に対してスクリーニング検査があることを示すことが義務づけられていて、妊婦検診の一部になっている(飯沼, 1996)。

日本でも1994年から慈恵医大グループが臨床応用を開始し、外資系検査企業が中心になって普及に努めているが、1997年の国内総実施数は約15,000件で、まだアメリカの170分の1程度に過ぎない。

この検査の大きな特徴は、母体からの採血だけで済み、検査に伴う危険は母子共に全く無いこと、胎児に障害がある可能性を確率で示し、ダウン症の場合はそれがわずかに1/300程度を超えれば“陽性”として警告する程度の、低い確率値しか与えないことである。の特性から検査操作が極めて簡易で、普及しやすく、の特性は診断検査ではなく

て、スクリーニング検査の性格をもつことを示している。結局、母体血清マーカー検査は、実施目的の妥当性とコスト面の条件が整えば、マス・スクリーニングに適した検査ということになる。

このように低い確率値しか与えないこの検査の目的について、恩田ら(1999)は「ある胎児疾患のリスクの高いサブグループを確認するために安価な検査を提供し、診断上、多少危険性のある診断検査の実施を正当化すること」と述べている。言い換えれば「多少危険を伴う羊水検査などの診断検査をすべきかどうかを判断するために、胎児疾患のリスクの程度を安い費用で確かめる」というもので、そこには、「このスクリーニング検査によって、危険性がありしかも費用が高い検査を避けられるケースがあることは、妊婦にとって大きなメリットだ」という論理が込められている。そして、その科学的意味は「このテストのおかげで、障害の発生確率を、従来は単に母体年齢だけからあいまいなリスク値で示すだけだったのが、妊婦一人ひとりのリスク値を示せるようになり、より科学的で正確になった」としている。

この検査の普及推進論のもう一つの重要な根拠として、「妊婦に出生前診断検査に関する情報を提供しないで障害児が出生したら、産科医は法的に責任を問われる」という主張がしばしばされる。これは「正しい情報が与えられていれば障害児の出生を避けられたはず」として、損害賠償を求める訴訟が欧米で頻発していることを意識したものとみられる。

欧米でのこのような情勢には、WHOが1995年と1997年に出した遺伝医療サービスに関するガイドラインが「出生前診断のマス・スクリーニング化が妊婦の自由意思の結果であれば、それは優生的措置ではない」として容認する姿勢をとっていることが背景にあり、母体血清マーカー検査のマス・スクリーニング化の推進に一役買っている。イギリスとア

アメリカのダウン症協会（親の会）も、これに反対する姿勢をとっていない（恩田ら，1999）。

検査費用の面では、現在日本では1件当たり1万円から2万円程度で行われており、受検者にとって安価ではないが、それほど大きな負担でもない。もしこの検査がマス・スクリーニング化されれば、検査企業にとっては、年間収益50億にも100億にも及ぶ大きな市場になるという試算もある。普及推進論の背後にはこうした企業の論理も見え隠れする。

2. マス・スクリーニング化に関する我が国の状況

我が国におけるこうした母体血清マーカー検査のマス・スクリーニング化への動きに対して、研究者、学会、障害者団体などから強い懸念と、反対論が沸き起こっている。反対論の要旨は、およそ次のように要約されよう。

「母体血清マーカー検査は選択的人工妊娠中絶につながるものであり、それをを行うに当たっては、検査前および検査後の十分かつ非指示的なカウンセリングが不可欠であって、それに基づいた妊婦本人の真の自己決定が保証されなければならない。それはマス・スクリーニング化とは相容れない。マス・スクリーニング化は妊婦に『皆がする検査』と思わせ、もともと何の不安も持っていなかった妊婦たちに障害児を産むかも知れないという不安感を植え付けて、羊水検査などの出生前診断検査に誘導し、選択的人工妊娠中絶への抵抗感を薄れさせるものであって、障害者を社会から排除しようとする優生的措置の一環となる」。

こうした反対論を反映して、1998年2月に日本人類遺伝学会倫理審議委員会・理事会は、「母体血清マーカー検査に関する見解」の中で「この検査は羊水細胞を用いた出生前診断に直結する可能性をもつ検査であるため、その実施に当たっては（中略）カップルまたは妊婦への検査前および検査後の十分な説明や

カウンセリング、さらに自由な意思による本検査への参加の確認が不可欠である。従って、母体血清マーカー検査は全妊婦を対象として一律に実施される検査ではない。現状ではこの点への配慮が不十分のまま行われている可能性がきわめて高い。」と述べて警告を発している。

これに続いて1998年10月には、厚生科学審議会先端医療技術評価部会出生前診断に関する専門部会は、「母体血清マーカー試験に関する見解」の中で、「まだ十分なカウンセリング体制が出来ていない日本では、医師は妊婦にこの試験を勧めたり、積極的に情報を与えたりするべきではなく、また検査企業はパンフレット等を妊婦に配布すべきではない」という趣旨の見解を述べて、安易なマス・スクリーニング化を制止する姿勢を明らかにした。

こうした専門家機関の見解表明と相前後して、日本のダウン症の親とダウン症に関連する各分野の専門家の有志組織である日本ダウン症ネットワーク（JDSN）は、厚生省に生殖医療に関する意見書（1998，INT）を提出し、その中で出生前診断の対象は胎児期または新生児期の早期治療が可能な疾患が疑われる場合、極めて重篤な異常が疑われる場合、に限定されるべきであること、かつ社会の支援体制までを含めた十分なカウンセリングが行われた上での真の自己決定として出生前診断の実施が希望された場合に限られるべきだとして、マス・スクリーニング化に反対する姿勢を明確に打ち出している。

母体血清マーカー検査のマス・スクリーニング化をどう考えるか

母体血清マーカー検査を普及させ、マス・スクリーニング化させようとする主張の要点はおおよそ表1のように要約できる。

これらのマス・スクリーニング化推進論理をどう考えるのか。

表1 母体血清マーカー検査普及論の要点

母子に対する危険が全く無い、安全な検査である。

障害胎児の発生確率が通常より高いハイリスクの判断は従来は単に母体年齢と、既に障害児を産んでいるか否かという既往から行われていたが、母体血清マーカー検査は妊婦一人ひとりのリスク値を示せるようになり、より科学的で正確になった。その結果、1)年齢ではハイリスクでも母体血清マーカー検査ではローリスクとなるケースもあり、多少危険が伴い費用も高い羊水検査などの診断検査を行わないで済むのは、妊婦にとって大きなメリットである。2)年齢だけのスクリーニングでは、35歳未満の妊婦では全てダウン症ローリスクで障害胎児は見逃されてしまうが、母体血清マーカー検査では偽陰性による見逃しは少なく、かなり確実に検出できる。

こうした進歩した検査法があるのに、妊婦に的確な情報を提供しないで、障害児が出生したら、医師はその不作為に対して法的責任を問われる。

の安全性は、別段もっと危険な検査と置き換わる訳ではないのだから、積極的な推進理由にはならない。

の科学的で正確というところには、落とし穴がある。「科学的で正確」なテストの結果が“陽性”と出たら、妊婦はたちまち大きな不安に陥ることになる。ところがその“陽性”の実体は確率およそ1/300(慈恵医大グループは1/295, フランスでは1/250を用いている)という低い値が境界値になっているのである。このことを妊婦に正しく理解してもらふことを含めて、検査の前と後に十分な非指示的カウンセリングが行われることが不可欠であるが、それはこの検査が広く多数の妊婦を対象とするマス・スクリーニング検査となることとは相反する。

また見逃しが少ないということを手放しでメリットと言えるのだろうか。見つけ出された障害胎児をどうするのかということをし、しっかりとしたカウンセリングで支える体制ができていないところで、障害胎児をとくに意識していなかった親たちを検査に引き込んで、何が何でも障害胎児を一網打尽に見つけ出そうというのであれば、結局は親を不安に陥れ、社会からの障害者排除のお先棒をかつぐ事になるのではないだろうか。ここで必要な「しっかりしたカウンセリングの体制」とは、社会的に整備されたシステムであって、単にいくつかのクリニックが相談に応じているという程度で足りるものではない。

の“不作為責任”を問う訴訟はアメリカで頻発していることが伝えられているが、日本では“出生前診断にかかわる情報を積極的に説明するしないは個別事情に基づく医師の裁量の問題で、医師に不作為責任はない”とする趣旨の判決が1997年に出されており、積極的に検査を勧めないと罪に問われるという社会情勢にはなっていない。

ダウン症の親の会組織、そして日本人類遺伝学会や厚生審議会などの専門学術機関が相次いで、カウンセリング体制の不備を指摘し、現状ではマス・スクリーニング化すべきではないという趣旨の見解をそろって表明している状況では、とてもマス・スクリーニング化に社会的なコンセンサスが得られているとは言えない。

おわりに - 障害児養育の社会的サポート体制の充実と課題 -

母体血清マーカー検査とそれに引き続く出生前診断の結果、胎内の我が子が障害胎児であることを知った親は、妊娠中絶をするか否かの深刻なジレンマに悩むことになる。障害児を長い将来にわたって養育して行く苦勞への不安、生まれてくる子自身が不幸ではないかという思い、周囲への気がねなど、さまざまな思いが錯綜する中で、苦渋の選択として妊娠中絶を選ぶケースが多い。そうした親たちにとっては、親の自己決定権と子どもの生まれ出る権利の調和というような思想的な論

議はあまり役に立たないだろう。胎児は日増しに大きくなって行くから、急いで結論を出さないと大過なく妊娠中絶できる時期を逸してしまう。

追込まれた立場の親にとって切実な関心事は、むしろ生まれた障害児の養育に対して周囲からどのようなサポートを受けられるかということではないか。もし何のサポートも期待できず、それどころか敢えて障害児を産んだことへの冷たい視線を浴びる中で、全ての苦勞を背負って行くことを覚悟せざるを得ないならば、産む産まないのどちらに傾くかは想像に難くない。

親にとって必要なのは障害児の養育に対する手厚い社会のサポート体制であり、そしてそれを必要としている親たちに、それについての的確な情報を与えるシステムである。そういう観点からみて、現実の社会の体制は甚だ貧しい状況にあると言わざるを得ない。早急な充実は困難としても、現時点で可能な社会的サポート体制を最大限活用できるような的確な情報を障害胎児をもつ親に提供することが、障害児の養育という重圧から妊娠中絶をやむなく選択する事態を避けるために不可欠である。こうした情報提供は、出生前診断検査ならびに母体血清マーカー検査を受ける前、後、そしてその後のカウンセリングを通じて、十分に行われることが必要である。この「産んだあとどうなる？」という親の最大の気がかりにこたえる情報を呈示できる体制なしに、母体血清マーカー検査をマス・スクリーニング化すれば、それは「安心をあなたの手へ」という検査企業のパンフレットとは裏腹に、親の不安を増幅させて、選択的人工妊娠中絶へと駆り立てる結果しかもたらさない。

障害児の養育にあたる親にとって、同じ障害児を持ち、育てた他の親たちからの情報やアドバイスほど頼りになり、力付けられるものはないといわれるが、母体血清マーカー検

査をマス・スクリーニング化しようとして動いている人びとは、こうした親たちの意見を取入れ、協調することを通じて障害児の出生と養育の受け皿を広げて行こうとするどころか、逆にその反対を押し切ってマス・スクリーニング化を推進しようとしている。

妊婦の診療に直接携わって影響力を持つ産科臨床医たちは、意図的に、或いは安易に妊婦たちを母体血清マーカー検査に誘導することの問題の重大さを認識すべきであるが、それとともに、妊婦や、障害児をもつ親、障害児教育の関係者などがこの問題への認識を深め、マス・スクリーニング化を阻止してゆくことが課題になっている。

文 献

- 飯沼和三 1996 監訳者まえがき『女性と出生前検査 - 安心という名の幻想』(カレン・ロゼンバーグ/エリザベス・トムソン編, 堀内茂子/飯沼和三監訳) 日本アクセル・シュプリング出版
- 加藤尚武 1998 現代生命倫理学の考え方『生命倫理学を学ぶ人のために』(加藤尚武, 加茂直樹編) 世界思想社
- 厚生統計協会 2000 国民衛生の動向2000年 厚生指針47巻9号
- 日本ダウン症ネットワーク(JDSN)委員会 有志 1998 生殖医療に関する意見書 <http://infofarm.cc.affrc.go.jp/momotani/i-kennsyo9802.html>
- 恩田威一, 北川道弘, 飯沼和三 1999 『トリプルマーカー・スクリーニング検査』 医歯薬出版
- 佐藤孝道 1999 『出生前診断 - いのちの品質管理への警鐘』 有斐閣
- 篠原睦治 1987 なぜ「早期発見・治療」問題に取り組むか『「早期発見・治療」はなぜ問題か』(日本臨床心理学会編) 現代書館
- 末木文美士, 前川健一 1999 妊娠中絶と水

- 子供養 『死生観と生命倫理』（関根清三編）東京大学出版会
- トマス・パーニー（小林登訳）1982（原著1981）『胎児は見ている - 最新医学が証した神秘の胎内生活』 祥伝社
- ロバート・F・ワイヤー（高木俊一郎，高木俊治監訳） 1991（原著1984）『障害新生児の生命倫理』 学苑社