福井大学リポジトリ
UNIVERSITY OF FUKUI REPOSITORY

ヒトゲノム解析と選択的妊娠中絶

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2012-05-09 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 山本, 達 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10098/5384

福井医科大学一般教育紀要　第15号　(1995)

ヒトゲノム解析と選択的妊娠中絶

山　本　　達
倫理学教室

(平成7年10月16日受理)

Analysis of Human Genome and Selective Abortion

Tatsu YAMAMOTO
Department of Ethics

Abstract : This paper focuses on the legal and ethical problems of selective abortion that are considered to be potential impacts on our society created by the Human Genome Project. As the range and efficiency of genetic diagnosis have increased dramatically, analysis of human genome raises problems in a new way. Different types of genetic diagnosis such as carrier, presymptomatic, and prenatal screening must be concretely examined in connection with selective abortion. The arguments of whether or not and how far selective abortion in such cases can be ethically justified will be faced with the conflicts between ethical principles, i.e. a woman's right to self-determination and the foetus' right to life. The recent German legislation concerning abortion, too, is an obvious reflection of similar ethical conflicts.

Key Words : genetic diagnosis, prenatal diagnosis, selective abortion, right to selfdetermination, foetus' right to life

はじめに

ヒトゲノム解析は今日，その臨床的応用として，遺伝子治療の技術開発への道を切り拓いた。これまで治療不可能とされてきた，幾つかの遺伝性疾患に対するヒト遺伝子治療は，現在既にアメリカ合衆国を中心に，単なる実験的研究の段階から踏み出して，臨床的プロトコールの実施段階に突入している(7)。こうしたなかで，この新しい遺伝子治療の技術的可能性に関しては，重大な倫理的・社会的問題が投げかけられている。遺伝子治療は，遺伝子組み替え技術の人間への応用である。ヒト遺伝子への遺伝子工学的介入は，ヒト遺伝形質の改変をもくろむ人間改

造への道を拓くのではないか。遺伝子治療の技術開発は将来的には，疾病の治療という従来の医療の基本的枠組みを逸脱して進展しはしないか，といった疑問である。

しかし実際は，ヒトゲノム解析の臨床応用に関しては，遺伝子治療に先立つ遺伝（子）診断の場面で，厄介な倫理問題が既に浮上している。即ち，ヒトゲノム解析の成果は，遺伝診断・スクリーニングの能力を質・量の両面で飛躍的に向上させ，それと同時に，遺伝診断のあり方や性格を大きく変貌させずにはおかないであろう。

J.F.Botkinが臨床小児科医としての立場から，こうした遺伝（子）診断の現況及び近い将来の技術的展望について語るところ（1990年公表の論文）によれば(1)，確かに，ここ10年間の内にヒトゲノムの完全な塩基配列の決定は達成されそうもないにしても，しかし，5年以内には，十分に解析されたゲノムの連鎖マップが作成される，と言う。このマップが臨床応用されると，一定の個人についての種々の疾患への遺伝的傾向性が発症に先立って予見できるようになる。又この方法で，現在既に，多くの疾患（ハンチントン舞踏病，家族性アルツハイマー病，成人腎多嚢胞病，嚢胞性線維症等々）の遺伝子が，マップ上に同定されている，とも言う。近い将来10年間の内に，数百以上の，ひょっとして数千もの遺伝子異常のテストが，可能になるかもしれないという見通しさえある(3)。そうして，これらの遺伝子診断は発症前の疾病や疾病感受性のテストを含むものとして，現実にプライマリケアとしてセットされる可能性がある，と言われる。遺伝（子）診断は，単に，従来の出生前や新生児のスクリーニングという形態にとどまらずに，キャリアー・スクリーニングとしても実行可能である。ガン，心臓疾患，アルツハイマー病などに対する遺伝的素質が発見されるとなると，この種の遺伝子テストに対しては，様々な社会的立場から強い関心が寄せられようとしている(6)のである。

（1）政策決定における倫理問題

しかし，そうした診断サービスが医療の場で日常化されれば，心理的・社会的な様々のリスクが予測されることも否定できない。個々人に対しは，遺伝診断受診への社会的強制が働きはしないか。診断へのあるいは診断後の社会的不安が生まれ，プライバシー侵害や職業上の差別等の事態が起こりはしないか。あるいは，遺伝診断サービスの拡大は，国家や公共団体に保健政策上の過剰な財政的負担を強いることにならないか。そうした予想される社会的問題が無視できないとすれば，遺伝子テストが遺伝診断技術として有効であるからと言って，それだけで直ちに，遺伝子テストが臨床的に遂行されてよいということにはならないであろう。

遺伝診断に関して国家レベルでの保健政策は，どうあるべきなのか。この点でのアメリカ合衆国の現状と今後の展望とについて，B.S.WilfondとK.Nolanは，興味ある提言を行っている。それは，新しい遺伝診断の実施段階を迎えて，どこに倫理上の問題があるのか，その所在を明らかにする上で一考に価すると思われる。

両人によれば(6)，新しい保健政策が決定される場合，その決定の型は2つに区別される。即

ち，〈場当たり的な型〉と〈証拠に基づく型〉とである。アメリカ合衆国のこれまでの保健政策決定は，概ね〈場当たり的〉に進められてきた。〈場当たり的な型〉で政策決定される場合の主要な因子は，自由市場，専門職の業務，法律の実効力，そして消費者の勢力である。この場合，遺伝診断の新しいテストが，a）技術開発され技術的に有効だとされると，b）自由市場において，専門職の業務に従い，法律上の権限のもとで，消費者の需要に応えて，広く利用され，c）次に，利用の増大による新テストの制度的定着となり，d）そうしてその実施の費用は，公的資金か保険料金かで償還される。

これに対して，あるべき政策決定は，〈証拠に基づく型〉でなくてはならない。それは次のように特徴づけられる。技術的に実行可能となったある種の遺伝診断サービスが利用されるべきであるのかどうかについての基準の明文化が，何よりも先ず，求められる。専門家による（遺伝診断という）ヘルスケアの明文的基準の作成のためには，1．新テストに関する臨床試験データの合理的分析と評価が不可避であるのは，当然である。しかし，そうした基準作りや，これに基づく一定の具体的な遺伝診断のための政策決定は，科学的合理的根拠だけで決まるものではない。2．そのためにクリアされるべき基本的な規範問題が少なくない。しかもその規範問題は一般市民に公開の場で提起されること。こうした型の政策決定にあっては，3．ヘルスケアの基準が，新テストの実用化を促すのであって，その逆ではない。

こうした保健政策決定の手順の2つの型の内，〈場当たり的な型〉の政策決定は，遺伝診断の新技術としての遺伝子診断テストに関する倫理問題を，基本的に回避してしまっていることは明らかである。新技術の開発→自由市場・専門職の業務・法律・消費者→制度化→公的資金・保険の過程にあっては，新技術の実施に関する倫理問題が本格的に議論される余地がない。簡潔に言えば，開発された新技術が有効でさえあれば，これの行使は，原則的に自由市場に委ねられてよいというのが，このような政策決定における基本的立場なのである。これに対して〈証拠に基づく型〉の政策決定の鍵は，経験的科学的合理性に立脚すること，及び技術行使にまつわる規範的問題のクリアである。新テストがいかなる条件のもとで実施されるべきなのか，その明確な基準・ガイドラインがその実施に先立って設定されなければならない。反面でしかし，遺伝診断プログラム実施の条件としての基準は，臨床的試験データの分析・評価に裏付けられる必要がある。一定の遺伝診断プログラムの価値の問題は，必ずしもアプリオリに答えられ得ず，そのプログラム実施の利益・リスク・コストについての経験的研究が不可欠とされるのである(6)。

それではB.S.Wilfondらによって，一体，どういうことが遺伝診断の基本的な規範問題とされるのであるのか。次の3つのことが挙げられている。第1としては，一定の遺伝診断サービスプログラムの目標を明確にすること，第2には，種々の遺伝的状況・疾患の中で，いずれのスクリーニングが優先されるべきか，可能的な遺伝診断の間での優先順位を確立することが重要である。そうして第3に，テスト前における被験者に対するインフォームドコンセントと，

テスト後におけるカウンセリングの必要性である。

第1の点について言えば，例えば代表的な常染色体劣性遺伝病である嚢胞性線維症のような疾患に対する場合，その保因者スクリーニングは，一体何のために行われるべきなのか，の問いである。子を生むか否かの出産に臨んでの個人の選択能力の向上のためであるのか，あるいは，疾病率の低下という保健衛生上の政策目標の達成のためなのか。そうした目標設定の違いによって，遺伝診断の意義は基本的に異なる。もし後者であれば，その目標は，子を生むか否かの個人の決断に関る自律性を脅かすことになろう。前者に目標がおかれるとすると，どのような仕方で，どのような対象者に対して遺伝診断が行われるべきなのか，次に検討されるべき問題は少なくない。

第2に，可能的な種々の遺伝診断のあいだでの優先の順位付けが必要なのは，その実施のための財源に限界であるという現実的理由にも拠る。問題は，優先順位の適切な基準をどう確定したらよいか，である。例えば，嚢胞性線維症のテストがテイサックス病のそれよりも優先されるべきである（嚢胞性線維症への欠陥遺伝子をもつ子供は，自分自身の病的状態を自覚できる能力をもつから，自分の病的状態を意識できないテイサックス病の幼児よりも一層重篤な状態にあるから）のか，あるいはその逆であるべき（嚢胞性線維症の患者は大抵，30歳代まで生存できるから）なのか。この問は，単に科学的な理由を挙げるだけでは答えられない。それにどう答えるかは，そうした遺伝的障害をもつ人の生命･経験の価値をどう見なすかという価値判断によって決まるからである。

遺伝子診断は第1義的には，個人の健康・福祉の増進のために行われるべきであるとすれば，第3のインフォームドコンセントの徹底とカウンセリングの重視は，当然の帰結であろう。この場合しかし，ことが遺伝に関する情報ということになると，当人に対して，どの程度のことが知らされるべきなのか，あるいは家族など関係者に対してはどうなのか。又遺伝子診断の対象が，成人とは限らず，新生児や胎児・胚であることもあるとすれば，その場合のインフォームドコンセントやカウンセリングは，どのようなしかたでなされるべきなのか。その場合，出生前の生命はどのように処遇されるべきなのか。出生前の遺伝診断に結び付く問題として選択的妊娠中絶の問題が改めて先鋭的に問われることになる。

（2）各種遺伝スクリーニングと中絶問題

遺伝子テストによるさまざまのスクリーニングの実施において顕在化する倫理問題の最たるものは，妊娠中絶に関するものであると思われる。各種スクリーニングによる欠陥遺伝子の発見が，果たして，人工妊娠中絶を許容する，あるいは正当化する根拠たり得るのであろうか。中絶問題に直面せざるを得ない遺伝スクリーニングは，言うまでもなく出生前の胎児スクリーニングである。しかし，出生後の各種スクリーニングにあっても，その診断の結果は，当人の出産に対する決断に深く影響する。出産（中絶）に対する態度決定を迫らずにはおかない場合

が少なくない。

各種スクリーニングに即して，中絶の選択が問題となり得る状況を具体的に考察してみたい。どのような形態の遺伝診断が行われ，更に近い将来実施可能として考えられているのか，その形態を大別すると，(a)キャリアー・テスト，(b)発症前スクリーニング，そして(c)出生前スクリーニングである(1)。

(a)キャリア（劣性遺伝子の保因者）・テストの場合。

DNA解析は，遺伝的疾患の有無，あるいはその予測を決定するだけではない。ある種遺伝的疾患に対する劣性遺伝子の保因者をも発見することができる。この場合，そのような遺伝子の保因者自身が発病することはない。同じ劣性遺伝子を有するもの同士が連れ添う場合に，その子供たちは，25％の確率で問題の疾患にかかる。従って，こうしたテストによって得られる遺伝的情報は，保因者であった場合，その当人の〈子をもつ〉か否かの選択にとって重要な意味をもつわけである。常染色体劣性遺伝病の実例である嚢胞性線維症（cystic fibrosis）は，アメリカ合衆国で近い将来，保因者スクリーニングの対象となると言われている(1)。

問題は，スクリーニングの対象と方法である，潜在的候補者として，幼児，思春期の子供，青年，結婚前・後のカップル，妊娠後のカップルが，考えられる。この疾患をもつ子の誕生を防止し，しかもこの疾患ゆえの妊娠中絶を回避するためには，確かに，妊娠前の各人を幅広く大々的に集団スクリーニングすることが最善であるかもしれない(1)。しかしながら，このテストに今なお100％の信頼性がおかれず，－1990年当時には，75％であったのが，1991年秋には85-90％の発見が可能である(6)－誤診の可能性が除かれていないのが現状のようである。

遺伝子診断テストには，診断技法としての独特の技術的信頼性の問題がある。遺伝子テストの実施に際しては，あらかじめ既に，そのテストに技術的信頼性が確保されていなくてはならないことは，一般の診断技法の場合と変わらない。しかるに，遺伝子テストには他の診断技法とは違った特異な誤診の可能性がつきまとうという点で，そのテストの特段の難しさがある(1)，と言われる。

遺伝子テストに得異的な誤診が起こりうる第１の理由は，疾患異質性（disease heterogeneity）にある。疾患異質性とは，相異なる遺伝子座に見いだされる遺伝子的欠陥から，同一の臨床的症候群が発生するということを意味する。従って，一定の遺伝的疾患は一定の遺伝子座の異常から生起する，という誤った仮定に基づいて遺伝子テストが行われるならば，不正確なテスト結果が起こりうる。同じ遺伝的疾患の源として，別の遺伝子座の欠陥を有するような患者が存在するからである。こうした問題が最近，成人腎多嚢胞病の研究で例証された。それゆえに先ず，テストが一般化される前に，こうした疾患異質性に対して注意深くあらねばならない，のである。

誤診の第２の理由は，疾患浸透度（desease penetrance）あるいは疾患発現性（expressivity）における変動性と言われるものである。嚢胞性線維症や鎌状赤血球症のように，単一遺伝子の

(monogenic) 欠陥がそれだけで疾患を生むということも確かにあるが，数個の遺伝子の相互作用に条件付けられる多遺伝子性 (polygenic) の遺伝的疾患もあれば，更には又，複数の遺伝的要因と環境的諸影響との間の相互作用によって初めて発症するような多因性疾患 (multi-factorial disease) もある。こうしたメカニズムのどの場合にあっても，一定の遺伝的資質が重篤な疾病に導くこともあれば，穏やかな症状の発現に終わることもあるし，あるいは，全然発病しないケースさえある。してみれば，遺伝子テストは，一定の疾患に導く，あるいは導くかもしれない遺伝子の有無については，確かに正確であろうが，しかし，一定の疾患が結果的に発症するかどうかに関する肝心の予見の点では，そのテストにそれほど信頼性があるわけではないのである。

遺伝子テストに伴う，こうした誤診の可能性，テストの信頼性の不足が軽視できないことだとすれば，遺伝子診断テストの実施に当たっての倫理的な最小限の条件は，そうしたテストの技術的な諸制限をクライアントに明示的に理解させることであろう。クライアントは，テストの開始に先立って，その誤診の可能性について十分に知らされていなければならないし，その上でのクライアントの同意がテストの実施の条件でなくてはならない。医師は又，一定の実施されるテストの結果を，正しく判断して適切に解釈できると確信が持てない限り，そうしたテストを試みるべきではないであろう。最近アメリカ合衆国において，嚢胞性線維症の一般的なキャリア・テストに対して小児科医や遺伝学者の間でさえ慎重論が出され，NIHも又，嚢胞性線維症のキャリア・テストの実施を，その疾病の家族歴をもつ個人やカップルに限って提供すべきであり，家族歴のないものにまで拡張することに反対する姿勢を示している。というのは，遺伝子テストが集団スクリーニングとして一般化されると，現状ではかなりの割合で偽陽性や偽陰性の出現が避けられないからである(2)。

そのテストのリスクとしては，単に，偽陽性や偽陰性を生み出す誤診の可能性が挙げられるだけではない。テストが正確であっても，その発見の後に残る問題は，その情報のもたらす人々の心理的・社会的混乱である。この情報が，キャリア本人のみならず，パートナー・家族や，さらには雇用者や保険会社によって誤って受け取られる危険があろう。この誤解の防止のためには，テストの前後における本人及び家族らに対する行き届いたカウンセリングが不可欠であり，又，これについての一般大衆の啓蒙・教化も必要である。そうした教育やカウンセリングを提供して混乱や誤解を最小限にするプログラムが実施できないうちは，嚢胞性線維症のための集団的スクリーニングの実施は，問題を解決するというよりも，多くの厄介な問題を生みだすだけである。このようにNIHのワークショップや多くの有力な専門家たちは，その集団スクリーニングに対して消極的な姿勢を崩していないようである(2)。

妊娠中絶の問題との関連で今我々が注目すべきは，そのテストが正確かつ安全に提供される場合に限って，これによってもたらされる遺伝的情報は生殖適齢に達した一切の人々に利用されてしかるべきだ，という見解である(2)。

嚢胞性線維症のような疾患のための正確なキャリア・スクリーニングに積極的に評価される意義が認められるとすれば，その遺伝子の保因者とされた当人自身にとって，その知識がみずからの生殖プランを決定する上で重要だと言うことであろう。カップルの２人ともがキャリアだとすると，生殖に当たって，1）子供を持たない，2）養子縁組をする，3）卵あるいは精子のドナーとの生殖，4）体外受精による妊娠と胎児のスクリーン，5）妊娠し出生前診断を受け罹病した胎児は中絶する，あるいは6）罹病する子供をもつ25％のリスクを承知の上で出産し，結果を受容して生きる，等々の多くの選択肢が考えられ得る。この種のキャリア・スクリーニングの開発は，陽性のカップル同士の生殖に対する選択の幅を拡張するものである。その意味でそうしたスクリーニングは，中絶を選択せざるを得ない機会を相対的に少なくする結果をもたらす，と言ってよい。その限りでは，政策的にこうしたキャリア・テストを禁止しなくてはならない理由もない，という考え方がある。

(b)発症前スクリーニングの場合。

ヒト細胞のDNA解析は，多様な生化学的分析と同様に，一定の疾病の症候が発現する前に，その疾病の遺伝的条件を診断可能にする。このアプローチの応用としての新生児スクリーニングが考えられる。PKU（フェニルケトン尿症）や甲状腺低下症についての場合のように，その病的状態が予防可能であるか，十分に改善・治療され得るものであれば，そのような疾患に対する発症前スクリーニングにジレンマは生じない。

しかし多くの遺伝的疾患については，その分子レベルでの生化学的欠陥が分かっていても，治療がむずかしい。鎌状赤血球症は，その顕著な実例であり，又，ハンチントン病もしかりである。ハンチントン病は，40あるいは50歳代で発病する進行性の優性遺伝の神経病である。両親のいずれかがこの病気にかかっていれば，その子供はその疾患にかかる50％のチャンスをもつ。現在のところ，これに対する治療法は見つかっていない。連鎖解析によって，ハンチントン病の発症前スクリーニングが可能である。しかし，そのようなスクリーニングが可能であるからといって，即座にそのテストが提供されてよいものであるかどうか，議論が分かれる(1)。

アメリカ合衆国では過去数年にわたって，いくつかの研究センターがそうしたテストを提供してきた。そのテストが開発された初期の頃には，そのリスクを背負う多数の人々が受診に関心を示したが，しかし後になると，驚くべきことに，研究センターの案内があっても，少数の人々しかテストを受けることを表明しなかった，という報告がある。こうした疾患のリスクを負う大多数の人々は，自分たちの将来の医学的知見を得たいとは思わない，というのが実情らしい。この種の知識をもつことの利益と重荷とを自ら判定できる判断能力のある成人であれば，被験者自身の自己決定に基づいて，こうしたスクリーニングが実施されるべきであることは，言うまでもない。問題は，このリスクを負う子どもや判断能力のない人々に対しては，どうなのかである。誰が，その決定を代行すべきであるのか(1)。

将来的には，ハンチントン病のような遺伝的疾患に限らずに，多くの疾患に対する遺伝的条

件が同定できるようになると，発症前スクリーニングの対象の候補となる疾患は著しく増加することが予想される。ガン，心臓疾患，鬱病，アルコール依存症，糖尿病等にかかる高いリスクに導く素因となる遺伝子の同定が可能だと言われる(2)。このように各種疾患に対する感受性に関する遺伝的情報をも，発症前スクリーニングが網羅するようになる，と充分に予想される。その遺伝診断の与えるインパクトは，個人的にも社会的にも甚大である。そのスクリーニングの性格が質的に変わると予想される。いわゆる遺伝的疾患のみならず，様々の成人病に対する遺伝的条件が知られるということは，殆どあらゆる人々が何らかの疾病に対する感受性をもつことが遺伝子レベルで明らかになるということである。このような各人の遺伝的情報が各人の健康・福祉の増進という主旨に沿って利用されるためには，十分に検討されるべき社会的倫理的問題が，少なくないであろう。

こうした発症前スクリーニングは，次に見る出生前スクリーニングに結びつくことによって，選択的妊娠中絶という問題が不可避的に起こってくる。発症前スクリーニングの進展によって得られる様々の遺伝的情報の利用を巡っての倫理的問題は，こと成人に関する遺伝的情報である限りでは，被験者（患者）の自律の原理を中核に吟味されてよいとしても，成人ではない子どもや胎児（胚）については，誰が一体，その利用の適否を決めてよいのであろうか。

（3）胎児診断の可能性

(c)出生前スクリーニングの場合。

現在，先天異常に対する出生前スクリーニングとして，羊水穿刺，絨毛膜絨毛抽出，超音波検査，母体血清α胎児蛋白検査などの様々の技法が，既に実施されている。しかし，遺伝子レベルでの検査技術が開発されると，これらの技法の多くは必要でなくなるかもしれない。ここ10年ないし20年内の見通しとして，妊娠期間中の最初の３分の１以内において，母胎の血液中から胎児細胞を分離して，この胎児細胞のDNAを増幅して，胎児の遺伝的解析が実行可能であるとされている。いろいろの遺伝的疾患の有無は勿論のこと，各種の疾病に対する感受性についての情報や，更には性別や他の身体的特徴など直接疾病に関係しない心身の性質特徴に関わる情報も，得られるであろう。

出生前スクリーニングの方法については，２つに種別できる。胚の着床前スクリーニングと胎児の出生前テストである。前者は，胚が母胎に着床する以前に，胚の遺伝的欠陥をスクリーニングする技法である。体外受精や胚凍結や胚生検の技術が発達すれば，それらを組み合わせることによって，胚の着床前の遺伝スクリーニングが近い将来実行可能になると言う。現在なお解決されるべき技術問題が残されており，実験段階であるが，研究の進展が期待されている。胚の遺伝子テストが陰性であれば，その胚は子宮内に移植され，陽性であれば，移植されない。このテストの利点は，一般に妊娠の後に実施される胎児診断とこれに続く妊娠中絶という問題的過程が，回避できる点にある。嚢胞性線維症のような，常染色体劣性遺伝病のリスクを負う

女性であれば，こうしたスクリーニングは有力な選択肢であり得る。更には，この技術開発は，胚での遺伝子治療への門戸を開く段階として注目する向きもある(2)。

これに対して胎児の出生前テストは，先の技術がまだ進展しない段階での唯一可能な出生前スクリーニングの方法であるが，羊水穿刺や絨毛膜絨毛サンプリング（CVS）による現行の胎児診断に代わって，今後期待される出生前スクリーニングの最も魅力的方法は，妊娠初期の母胎の血液中の胎児細胞を分離して，これのDNA解析を行なうというやり方である。これは母胎や胎児にとっては単純な血液テストであって，これによる母胎や胎児にとっての直接的なリスクはない。

現行の胎児の出生前診断テストは，限られた数の遺伝的疾患（ダウン症候群，テイーサックス病，二分脊椎，鎌状赤血球貧血，嚢胞性線維症など）に対してしか応用できない。それらのテストには侵襲性があり，胎児に幾らかのリスクが生じる。それゆえ，35歳以上とか，先天的ハンディキャップを負うとか，遺伝的障害キャリアーであるとかの条件をそなえた女性に限って，実行される。もし母胎の血液テストによる胎児の遺伝子テストが利用できるとなると，胎児の出生前スクリーニングの技術的可能性が飛躍的に拡大し，これに対するひとびとの要求も劇的に高まるかもしれない。そうした状況で胎児の遺伝子テストが容易に実行可能となるならば，それだけかえって，妊娠中絶を巡る倫理的問題が改めて重く受けとめなくてはならない局面を迎えることとなる(2)。

出生前スクリーニングが近い将来に，DNA解析の臨床応用によって質・量ともに技術的な飛躍的進展を迎える情勢にある。そうした中で社会的趨勢として，広範囲のテスト・プロトロコールによるスクリーニングの励行が助成されることが，充分に予想される。効果的な遺伝子治療が開発されても，なお中絶問題は残るであろう。遺伝子治療の社会的・経済的負担の大きさを考えれば，現実的には，遺伝的欠陥ゆえの妊娠中絶が両親にとっての有力な選択肢たり得る状況が，なくなるわけではないであろう。

今日，重篤な遺伝病を適応事由（indication）とする中絶に関しては，論争の余地が少ない。しかし，DNA解析による出生前スクリーニングによって胎児に関して得られる遺伝的知識は，重篤な遺伝的欠陥の有無の範囲を遥かに越える。軽症の障害や疾病，或は種々の疾病感受性のために，更には，性別・知能・体形などの健康に直接関係しない諸性質のために，胎児を中絶する資格を両親に認めることに躊躇がないのか。出生前テストの実施に際しては，こうした選択的妊娠中絶に対する倫理的な態度決定が改めて問われているのである。そうした議論の根底には，親の自律か，胎児の権利（福祉）か，功利性か，倫理的原則を巡る葛藤がある。妊娠中絶に関連しての倫理原則の葛藤が，具体的に，出生前スクリーニング場面で避けられなくなる。

出生前スクリーニングの新しい技法として着床以前の胚の遺伝子テストが注目されているが，これによれば，先に見たように，一定の遺伝子欠陥の発見された胚を除き，陰性である胚が，母胎内の子宮に移植させる。このテストで利用される体外受精の方法の技術的困難さと経済的

負担の大きさを考えると，このスクリーニングの技法が将来的に定着するかどうか，疑問視する向きもあろう。しかしそれは理論的には，着床後の胎児スクリーニングと中断の選択という組み合わせを回避できる方法である。とはいえ，この着床前スクリーニングに対しても強力な倫理的異論がある。その論拠としては，a）胚の道徳的地位の主張，b）〈着床前遺伝的スクリーニングは生殖細胞遺伝子治療への危険な門戸を開く〉という考え方，c）〈そのスクリーニングは自然を操作する〉という一般的見解，d）研究のための胚の産出への反対，などがある。その内，強力な論理的異論は，a）に基づくものであろう。受精卵と共に新しいヒトの生命が始まるのであるから，胚の破棄は，ヒトの生命の尊さを否定することとして，これに反対する立場である。これに対しては，初期の胚は，未だ未分化の細胞で個体でないのであるから，ヒトの生命として尊敬に値する生命でない。従って，これを破棄しても人・個体の生命を侵すことにならい。初期胚を子宮内に移すかどうかは，配偶子提供者の自由に委ねられる，と再反論される。このスクリーニングにおける倫理問題の基本は，胚の破棄の許容性如何に関してである，と言ってよい(2)。

因みにアメリカ合衆国では，胚の破棄は法律的問題でもある。ルイジアナ，ミズリー，ミネソタそしてイリノイの各州の法律では，胚の破棄が禁止されているようである。アメリカ合衆国の法学者J.A.Robertsonによると(2)，遺伝子欠陥をもつ胚をも含めて胚の破棄がたとえ憲法の上で禁止されることであったとしても，胚のスクリーニングの禁止を主張する政策的論証は極端に薄弱であると見なされる。胚の破棄を禁じたいとする州も，少なくとも，重篤な遺伝的欠陥のある場合には，そのような胚の破棄を許可すべきである，とされる。その論拠は，夫婦の〈出産の自由〉は，胚を着床に先立ってスクリーンして遺伝的に欠陥のあるものを破棄したり，場合によっては治療する権利を含むからである。成人の夫婦が，遺伝的子孫への第一義的利害を有する。子を生むかどうかを決定する最終的権限は，その夫婦にある。胚の破棄の禁止から得られる利益は，望まれない生殖が夫婦に及ぼす重荷に比較すれば，とるにたらない，と。

胎児の出生前スクリーニングについても，DNA解析の応用による新しいテスト法の技術開発が見込まれている(1)(2)(3)。先に見たように，期待される出生前スクリーニングの最も魅力的方法は，妊娠初期（妊娠期間の最初の３分の１）の段階で，母胎の血液中の胎児細胞を分離し，その胎児細胞のDNAを増幅することによって，胎児の遺伝的解析を行なうというものである。母胎や胎児の体に直接的リスクを与えない単純な血液テストで済まされるという点に，このテストの利点がある。又，従来の胎児の出生前診断は，限られた数の遺伝的障害しか発見できない（ダウン症候群，テイーサックス病，二分脊椎，鎌状赤血球貧血，嚢胞線維症など）のに比べれば，この遺伝子テストによっては，数百或は数千もの種々の遺伝子欠陥が発見されるとなるとなると，胎児の出生前スクリーニングへの人々の要求は，劇的に増大するであろうし，その及ぼす影響は甚大である。

当初から妊娠中絶との関連で倫理的論争のテーマとされてきた出生前診断は，今日，既に定

着している。遺伝子テスト技法の開発によって，その適用範囲が著しく拡大し，そのテスト時期が妊娠初期の段階へと移行するに至ると，そうした胎児に対する出生前スクリーニングを巡る倫理的・法律的問題は，結局次の2点に集約される，と思われる。a）どのような遺伝的疾患に対してそのスクリーニングが利用されてよいのか，重症でない些細な遺伝的欠陥に対するスクリーニングも許容できるのか，スクリーニングの適用範囲の問題である。次に，b）そうしたスクリーニングの結果発見される遺伝的欠陥を理由に妊娠中絶することの是非である。以下ここでは，b）の問題を中心に考えてみたい。

（4）遺伝的欠陥のための中絶

今日多くの人々によって，重篤な遺伝的欠陥のための出生前診断と中絶とは，許容されているが，より重篤でなく些細な遺伝的適応と見られるものに対する出生前診断と中絶とに対しては，根強い反対がある。Robertsonはこうした状況を踏まえた上で，遺伝的欠陥ゆえの中絶の道徳的ジレンマの典型を表すものとして，嚢胞性線維症（以下，CFと略記する）ゆえの中絶の法律的根拠を問題とする。CFは確かに，或る意味では重篤な疾患ではあるが，CFにかかった人でも現在では精神的に正常な状態での，25歳から27歳までの平均的生存を示し，40歳代まで生き延び，結婚して家庭を持った例さえある。果たして，CFに罹病した胎児のCFゆえの中絶は，正当化できるのか?

結論的に，法律的問題としては，胎児の出生前スクリーニングに限らず，種々のスクリーニングによって得られる遺伝的知識を生殖においてどのように利用するかは，個々人の決断に任されるべきであって，政府が直接介入すべきでないというのが，彼の基本的な見解である(2)。〈子を産む〉生殖行為において，遺伝的知識にどう関わるべきかは，妊娠の継続・中断も含めて，法律的には個人の選択に委ねられるべきだというのである。この場合，CFのような疾患に対する胎児の出生前テストを受けることも，もしテストの結果が陽性であれば妊娠中絶するということも，法律的にこれを禁止することのできない個人の選択肢の1つとして認められる。逆に又政府は，そうした疾患をもつ子の誕生を防止し減少させる目的のために，そうしたスクリーニングを個人に対して法律的に義務付けるということも，生殖に関する個人の自由への侵害である。ここでの政府の役割は，消極的で調整的であるに過ぎない。第1に政府は，個々人が遺伝的情報を獲得して，その上で自らの生殖行為においてこれを利用することを妨げてはならない，という意味で個人に対し消極的義務をもつ。第2には，遺伝的情報が資格ある専門職の手によって正確に提供されることや，各人に自らの遺伝的情報を獲得できるための，スクリーニングやカウンセリング等のサービスを提供するといった調整的役割があるに止まるのである。

それでは，出生前スクリーニングによって知られる遺伝的理由による妊娠中絶には，それが女性自身の自由な選択に基づく限りでは，法律的に問題がないということになるのであろうか。Robertsonは確かに，法律的問題としては，中絶の権利が女性にとって憲法上擁護されている，

と考える。女性の妊娠中絶の権利のRoe v. Wadeによる承認が，依然，判例として生きている限りは，州レベルで，CFのような比較的重篤でない適応に対するテストと中絶とが制限される見通しはない，と見ている(2)。Roeは，妊娠を継続するか中断するかの決定を当の女性自身の権利として認める。してみれば，自らの妊娠の継続を歓迎できないような遺伝的特徴をもつ胎児であれば，その女性は自らの妊娠を終わらせることができる，という結論が導き出される。将来的には，出生前スクリーニングによって同定できる遺伝的条件が多くなればなるほど（ガン，心臓疾患，うつ病，アルコール症，糖尿病等にかかる高程度のリスクに導く素因を与える遺伝子の同定が可能になれば)，そうした素因を持つ胎児の中絶を選ぶ機会が高まると予想される。軽症から重症まで発現のバラエティーの見られるCFのような疾患ゆえの中絶は勿論のこと，更に，性別故の中絶の頻度も増加するかもしれない(2)，と。

妊娠の継続か中絶かの最終決定は当の女性自身の選択にその女性の権利として委ねられているという立場に立つ限り，法律的には，中絶のための理由の間を区分して中絶の是非を問題にする根拠はまったくないことになる。Robertsonは，確かに，望まれない妊娠を中絶する権利が憲法上擁護されていると見る以上は，理由が何であれ，胎児の出生前テストから中絶に至る過程を法律的に禁止・制限することはできない，と考える。しかしそう言う彼にしても，そうした選択が法律的とは別途に果たして倫理的にはどうか，という問題を無視するわけではない。比較的に重篤でない遺伝的疾患，あるいは可変的に発現する遺伝的疾患を理由とする中絶が倫理的に正当化できるのか，の問題は依然残る。彼においても，女性の中絶の権利が絶対視されているのではない。中絶との関連で，胎児の道徳的地位がどう評価されるべきかが問われる。その際，胎児の遺伝的疾患の重症度の識別は，胎児の道徳的地位に関する倫理的評価と無縁ではあり得ない(2)。

Robertsonにおいては，しかし，出生前スクリーニングとの関連での中絶問題が，法律的観点とは別途に，倫理的観点からも提起されるべきことが単に，暗示されているに過ぎない。法律的観点では妊娠と出産との関する女性の自己決定権が尊重されるべきであって，これを外的に強制するような立法的規制は正当化できない。しかし倫理的観点では，そうした各人の自己決定における意志の選択の根拠が更に問われるのであってみれば，そうした倫理的意志決定の場面で，自己自身の生のあり方のみならず，それと同時に胎児の生命に関する評価が当然に問題にならざるを得ないのであるが，彼は，こうした中絶の問題状況に直面しての自らの倫理的見解を表明するには至っていない。

出生前診断と選択的妊娠中絶との関係を倫理的問題として考察する論文としては，S.G.Postのものが注目される(3)。彼によると，選択的中絶への基本的権利が女性に認められると仮定しても，その自由な選択の道徳的支柱が議論されるべき余地が十分に残されている，と言う。この問題提起は，Robertsonによって法律的観点から一応区別された倫理的観点において選択的妊娠中絶の問題に注視する姿勢を示している。

しかし，彼にあっても議論の出発点とされていることは，出生前診断と，その結果として発見された初期発病の重篤な遺伝的欠陥ゆえの妊娠中絶とは倫理的に許容されることだ，という主張である。かれは，この点での倫理的合意が成立している，と疑わない。従って，遺伝的欠陥の重症度が，出生前診断の結果としての中絶の道徳的是非を判定する際に，決定的な尺度の１つになるという考え方である。その際，中絶問題との関連で考慮されるべき区別は，次のように示される(3)。

ケース１：ターナー症候群。これは，短軀や不妊に帰結するが，生命を脅かすわけでも，短命に終わるわけでもない。発病の可能性もその年齢も明らかだが，その症候群の重症度は，大きいとは考えられない。

ケース２：嚢胞性腎疾患は，成人してから発病するかもしれないし，しないかもしれない。発病すれば成人期に進行性の腎不全に陥るが，その患者は，透析や移植で治療可能である。疾病の重症度は，中程度であり，又，発病するか否かが不確実であり，遅れた時期に発病するという点に特色がある。

ケース３：ハンチントン病は，一層重篤である。治療不能である点で，同じく成人で発病する嚢胞性腎疾患から区別される。嚢胞性線維症，ドゥシェンヌ型筋ジストロフィー，失明，家族性のアルツハイマー病等の重症度は，どうか。

ケース３に注目される。具体的に，ハンチントン病のような後期発病の疾患を理由とする妊娠中絶を巡る倫理問題が考察される。即ち，ハンチントン病のような遺伝的疾患が選択的中絶を倫理的に正当化し得る根拠たり得るか否かが，問われるのである。ハンチントン病は確かに，重篤である。しかしその罹病者には，その発病に先立って数十年間の無傷の生活，そして場合によっては結婚生活も可能である。こうした後期発症の重篤な疾患を理由とする妊娠中絶が果たして倫理的に正当化し得るのか。正当化し得るとすれば，その根拠は何か。

Postは，そうした中絶の重要な根拠の１つと見なされているものとして，「（子孫の）苦悩」に注目している。

「苦悩」について言えば，確かに，苦しみに満ちた生を出生させたくないという両親の選好それ自身は，正しい。従って，生きること自体を尋常ならざる苦しみの重荷とするような重篤な遺伝的欠陥が，出生前診断によって明示されるならば，そうした胎児に対する中絶は，加害行為ではないから，正当化できる。しかしながら，遺伝的欠陥の必然的結果が「苦悩」であると見なすなら，その見方は間違っている。ヒトゲノム計画によって大小さまざまもの遺伝的欠陥・差異の発見が可能になり，それゆえの中絶という事態を前にしての倫理的な態度決定が迫られている我々には，〈遺伝的欠陥をもつものは，必然的に苦しむ〉という仮定は，余りに安直ではないか，反省が求められている。

「（子孫の）苦悩」を遺伝的欠陥ゆえの中絶の根拠と見なすことに対して，Postが疑念を払うのは，遺伝的欠陥が必ずしも，中絶を正当化する「苦悩」を生むわけでないからである，と

いうことになろう。確かに，生きること自体が重大な「苦悩」となるような重篤な遺伝的欠陥があること，そうした欠陥のための中絶は正当化できるということは，一方で疑いなく認められている。しかし彼にとって問題なのは，種々の遺伝的欠陥→「苦悩」→中絶というように，短絡的に結びつけることである。こうした短絡的な結合に安易に依拠するならば，美貌とか種々の身体的卓越さの欠除を理由にした選択的中絶が疑問視される根拠はなくなるであろう。「苦悩」は本来的に，「社会的構成物」である。それゆえに，遺伝的欠陥・損傷→「苦悩」という短絡的関係は成り立たない。あるいは又，確かに遺伝的疾患に起因する「苦悩」があり，場合によってはその重篤性ゆえの中絶が正当化できることがあるにしても，「苦悩」が拡大解釈されることによって，美貌とか種々の身体的卓越さ等に関わる遺伝的差異に触発された「苦悩」が社会的に生じ得る。そのような「苦悩」を根拠とする中絶が道徳的に許容できないとすれば，「（遺伝的に条件付けられた）苦悩」→中絶は，いかがわしい理由付けと言わなくてはならないのである。要するにPostによれば，「苦悩」を中絶の根拠として挙げようとすれば，その前に先ず，遺伝的欠陥と「苦悩」との関係を精査する必要がある。次に又，遺伝的に由来する「苦悩」があるとしても，それが医療の力で除去されるべき疾患に結びつく「苦悩」なのかどうか，治癒不可能の「苦悩」だとすれば，中絶を認めざるを得ない程の「苦悩」なのかどうか，「苦悩」の意味というものを検討・吟味する必要に迫られている，と言わなくてはならないのである。

どのような遺伝的欠陥が，胎児の生命の停止を正当化し得るだけの重篤な遺伝的欠陥と言えるのか。「苦悩」が果たしてどの程度その基準を示すことができるのかどうか問題であるが，いずれにしろPostによれば，ハンチントン病のような遺伝的疾患は，これに罹病した胎児の中絶を正当化する根拠たり得る「苦悩」を与えるものではない，と見ているようである。それは，確かに重篤な遺伝的疾患ではあっても，健康に生きることのできる数10年の生活の意義は大きいからである。

こうしたPostの見方に対して，当然に反論がある。Postは，ハンチントン病のような遺伝的疾患に罹病した胎児の「苦悩」，或は出生後に経験すると予想される「苦悩」を，その胎児の中絶を正当化するに十分の根拠であるとは見ない。この見方に対して，ハンチントン病が優性遺伝病であることを勘案すれば，自分がこの保因者であることを知り，たとえ未だ発病していなくとも，そのうちに確実に身体の荒廃・衰弱を招き，やがて死に至ることを知っている親が，次世代も同じ非運で苦しむであろうことを回避したいがために，中絶を選ぶとしたら，このような選択を道徳的に非難することができるであろうか，の疑問が提示される(4)。ここで中絶の根拠とされていることは，自分の「子」には自己の経験する苦しみと同じ苦しみを経験させたくないという親としての願いであろう。この願望は一概に，胎児の道徳的地位を否定する親の単なるエゴイズムに発するものと同列に見ることはできないであろう。

このように見てくると，たとえ遺伝的疾患の重症度を中絶の倫理的に正当な根拠とみなし，

そのメルクマールの１つとして「苦悩」を挙げるにしても，これを一体だれがどのようにして判定するのかということになると，胎児の立場（道徳的地位）と親の立場（自己決定権）との対立が倫理的次元の問題として再浮上してくるのである。

（５）胎児の倫理的・法的地位と中絶

以上見てきたように，法律的次元では，生殖に関する女性の自己決定権と同等の，あるいはこれに優越するような権利や地位を，胚や胎児に対して認めてやることはできない，とするのが，アメリカ合衆国における大方の見方と言えようか。しかしその場合でも，法律的とは一応区別される倫理的観点では，胎児の利害に対する配慮が決して軽視されているわけではない。他方，こうした見方とは別に，妊娠中絶に関する立法化の議論にあっても，胚・胎児の生命の擁護に固執して，その生命権を尊重すべきを説くような考え方も依然有力である。妊娠中絶の立法的規定に関する議論の過程にあって，女性の自己決定権と胎児の生命権との原理的なせめぎ合いを如実に示している例は，妊娠中絶を巡って展開された最近のドイツにおける議論状況であろう。そこには，上に見てきたアメリカ合衆国における動向と対比してみると興味深いものがあろう。

そもそもの問題の発端は，東西ドイツの統一条約に始まる。旧東ドイツの刑法並びに中絶関連法規では，妊娠12週以内での医師の手による妊娠中絶に対する妊婦の権利が認められていた。即ちその規定は，〈期限モデル〉に拠ったものである。これに対して旧西ドイツでは，刑法218条により妊娠中絶が原則的に禁止されて，刑法218条aで〈緊急事態〉における中絶のみが例外的に処罰されない，とされる。所謂伝統的な〈事由モデル〉を基礎としたものである。ここで，妊娠中絶を例外的に処罰の対象から除外する条件としての適応事由（Indikation）とは，①医学的適応事由（妊娠の継続による妊婦の生命の危険，身体的・精神的状態への重大な侵害の危険など）②遺伝的適応事由（遺伝的素質のために子どもの健康状態に除去しえない程の損傷があり，その損傷が妊婦に妊娠の継続を要求し得ない程に重大であること）③刑事学的適応事由（強姦等により妊娠した場合）④社会的適応事由（妊娠継続を期待し得ない程に重大かつ回避不可能な緊急状態の危険のあること）である，とされる(12)。1990年ドイツ統一を迎えるが，統一と同時に統一的な妊娠中絶法が制定されるには至らなかった。そのため統一条約31条４項は，「遅くとも1992年12月31日までに，出生前生命の擁護と，･･･妊娠した女性の葛藤状況の合憲的打開とを保証するような取り決めを公布」すべきという課題を，立法者に課したのである(9)。

これをうけて，ドイツ連邦議会に諸法案が提案されたが，その内，伝統的な〈事由モデル〉に依拠するものは少数意見で（CDU－CSU），多数意見は，何等かの意味で女性の自己決定・責任を強調する立場に立った。後者は，妊娠中絶の完全自由化を主張する法案（DIE GRÜNEN）と種々の〈期限・解決（Fristenlösung）〉案（FDP，SPD）とに区別される(8)。そうした経

過の後に結局，1992年７月の連邦議会で改正された刑法218条は，基本的には〈期限・解決（期限モデル）〉に基づくものである。即ち，新218条aの画期的の点は，〈１．妊婦が中絶を要求し，中絶の処置の前に，新219条で定められた医師による助言・カウンセリングを受けた証明書があって，２．医師の手による妊娠中絶が，３．受胎後12週以上経過していない期間内で実施されるならば，その場合には，妊娠中絶は違法でない〉とすることにある(11)。因みに，新219条１項では，緊急状況における妊婦への助言に関して，その助言は胎児の生命の保護と妊婦の自己責任の喚起を目的とするものであって，その任務は被助言者への医学的・社会的・司法的情報にあり，助言は妊娠中絶の回避に向けて行われなければならない，と規定される。尚，新218条でも，医学的・胎生学的適応事由などに基づく妊娠中絶も違法でないとされる。その点は旧218条と変わりがない(12)。

しかるにドイツ連邦憲法裁判所は，1993年５月，上述の新218条aの規定は違憲であるとの判定を下した。憲法裁判所は，ドイツ基本法の２条２項「各人は，生命，身体を侵害されない権利を有する」に基づき，更に同１条１項「人間の尊厳は不可侵である。これを尊重し，かつ保護することは，すべての国家権力の責務である」の条文を基盤にして，この「人間の尊厳」の規定から，各人の生命に対する国家の擁護義務を導き出す。そうしてこの擁護義務は，出生前の人の生命に対しても要求される。即ち，胎児にも生命権が付与される。従って，この胎児の生命権が，全妊娠期間中の妊娠中絶を殺人行為として禁止するように国家を強制するのであり，又，妊婦に月満ちるまで懐胎を継続すべき法義務を課する(11)。

このように憲法裁判所は，〈期限・解決（のモデル）〉を却下する。もし，一方の基本権利である胎児の生命権と，他方の基本権利である女性の自己実現への権利との間に葛藤状況が生じるとすれば，その基本権利間の衝突は，一定の期限（受胎後12週）内に限って，女性の自己実現の権利による胎児の生命権の完全な排除によってのみ解決され得る，とするのが，〈期限モデル〉の根本主張だとすれば，これに対して違憲判決は，女性の権利よりもむしろ胎児の生命権に優越が認められるべきであって，中絶は原則的に違法だとする主張で貫かれている(11)。

違憲判決でも勿論，妊娠中絶の絶対的禁止が表明されているのではない。事由付きの妊娠中絶と事由なき妊娠中絶とが区別され，前者は許容される。立法者は，緊急事態としての医学的・犯罪学的事由を，中絶の手段が許容される例外的事態と見なしてよい。例外的状況とは，妊婦が懐胎の月満ちるまでの継続の義務を引き受けることが，当の女性に対して，〈決して無理強いできないような〉過酷な負担を背負わすことになるような場合である。このように憲法裁判所は，憲法に則した人間尊厳と生命権との関連で，妊娠中絶に関しては伝統的な〈事由モデル〉に固執する。新刑法の規定が依拠する〈期限モデル〉は，違憲として斥けられるのである(11)。

この違憲判決に対しては，〈期限モデル〉の立場に立つ陣営からの異論が当然に唱えられる。胎児の生命権に則って，女性に対して一方的に，出生前の生命の擁護のための倫理的・法律的義務を要求することは，女性自身の自己実現の権利を軽視することになり，基本的権利の尊重

という点で片手落ちにならないか。婦人科医やカウンセリング専門家の経験に基づくとされる次のような主張は無視できないのではないか。即ち，一方で国家が女性に対して胎児の生命擁護を法義務として課していながら，もしそのとき同時に国家自身が，出産への女性の決心をより一層容易にするような生活形態を保証すべき立法的処置を講じていないとしたら，そのような国家の要求は不誠実であると(11)。

違憲判決後のドイツにおいても，新しい妊娠中絶法を巡っての議論は依然として盛んである(12)。そこで展開される議論における〈女性の自己決定権〉と〈胎児の生命権〉との２つの原理のせめぎ合いについては，その根本的決着が不可能であるように思われる。しかし，違憲とされた新218条の規定は，〈事由モデル〉に全面的に対立する単純な〈期限モデル〉に依拠しているわけではない。このことに注目しておくことは重要である。注意してみれば明らかなように，妊娠中絶に関する新刑法の規定が立脚する立場は，端的に〈期限モデル〉であるというよりも，むしろ〈期限モデル〉と伝統的な〈事由モデル〉との調停を狙った第３の立場とでも言えるようなものである。それは，胎児の生命権（道徳的地位）と女性の自己決定権との２つの倫理的原則の和解を目指すような立場としても理解できるのではないか。

妊娠中絶に関する刑法改正の過程で寄せたH.-G.Kochのコメントによれば，「立法者は，包括的な生命擁護の倫理的命令がどのような仕方で，もっとも説得的，効果的に法制化され得るのか，について明晰な把握をもたなくてはならない」と言う。この「〈如何に〉へのプラグマティッシュな問い」に対して盲目であってはならない。立法者は，胎児の生命権を尊重する「生命擁護の立場」に立脚して，更にそこから「ドグマ的原理信奉」に陥るようなことが，あってはならないのである(8)。ここでは，胎児の生命擁護の原則が，放棄されているのではない。胎児の生命擁護を倫理的命令として認めたうえで，しかもこの命令をドグマ的原理として絶対化することなく，これに照準を合わせた妊娠中絶に関する適切な法的規制を求めるという観点が示されている。

こうした観点の延長線上で「第３の道」を提示する試みが，例えばA.Eserによって明示されている(9)。これによると，妊娠中絶に関する法改正を巡る論争で見受けられる基本的立場は，２つにではなくて，３つに大別される。それら３つの根本モデルは，それぞれに，a)〈自己決定を基盤とする期限モデル〉，b)〈第３者判定を基盤とする事由モデル〉，そしてc)〈自己評価を基盤とする緊急事態モデル〉と呼ばれる。〈期限モデル〉と全面的に対立する〈事由モデル〉，伝統的な〈事由モデル〉は，〈第３者判定を基盤とする事由モデル〉として規定されて，これと〈期限モデル〉との中間に位置を占めるモデルとして，新たに〈自己評価を基盤とする緊急事態モデル〉が提示されている点に，この分類の特色が見られる。

a)〈自己決定を基盤とする期限モデル〉では，或る一定の妊娠期間内における妊娠中絶は，単に法的に罰せられないのみならず，妊婦の権利として承認される。従って妊婦は，一定期間内の中絶を理由のいかんを問わず選択できるのであり，中絶の選択にあたって一定の緊急事態

を示す必要もない。例えば1972以来の旧東ドイツ，SPDの提案，スウェーデン（1973），デンマーク（1974），オーストリア（1975）などは，こうしたモデルを採用している，と言う。

これに対して，b)〈第3者判定を基盤とする事由モデル〉では，妊娠中絶が許容される（処罰されない）のは，妊婦が一定の医学的（或は社会的な）緊急事態に遭遇する場合に限られてのことであり，その際，緊急事態かどうかの決定は，第3者による〈事由〉に基づかなければならない。〈事由〉の内容や範囲の相違に応じて，中絶許容条件の厳格さの程度上の違いが見られるにしても，いずれにせよ，このモデルでは，出生前の胎児の生命に原則的な優先権が認められているのであり，従って中絶は原則的に禁止され，単に例外的状況においてのみ，中絶の選択が許容される。非常に厳しい中絶許容条件をもったモデルを採用する諸国としては，リッヒテンシュタイン，ポルトガル，スペイン，アイルランドがあり，他方，改正（1992.7.）以前のドイツ連邦の刑法では，医学的・遺伝的・刑事学的適応事由に加えて，更に社会的緊急事態というものも含むような事由規定が挙げられている。

c)は，上の2つの中間に位置する立場である。このモデルでも確かに，一定の期限内での，一定の緊急事態の場合に限っての中絶が許されるという点では，〈事由モデル〉と変わりがない。しかしここでは，中絶を容認する条件としての〈事由〉が第3者の判定に基づくものとして前提されているのではない。中絶の選択を迫られた女性は，先ず，緊急事態の確定のために専門家による助言・カウンセリングを受けるべきであり，妊娠中絶へと誘われる諸要因を相談医師に説明すべきである。しかし緊急事態なのかどうかの最終的な決定は，その女性自身の自己責任的判定・決断に委ねられる。〈自己評価を基盤とする緊急事態モデル〉とは，そのような規定である。ノルウェー（1975），フランス（1975／79），そしてイタリア（1978）で採用されているモデルである，とされる。

このモデルにあって法は，a)のように妊娠中絶の選択を妊婦の自由な〈恣意〉に委ねるのではない。緊急事態を前提してのみ中絶が許容されるとされる限り，b)と同様に胎児の生命権の尊重が，前提されているといってよい。他方では，緊急事態かどうかの決定が，最終的には妊婦自身の判定に委ねられる点で，女性の自己決定権もある程度尊重されている。しかしその自己決定は，医師の助言を踏まえた妊婦の熟慮（Abwägung）を要求する。〈自己評価基盤に基づく緊急事態モデル〉では，妊婦の意志決定に先立って，妊婦への医師によるカウンセリング，妊婦と医師との合意形成ということに特段の努力が払われるべきなのである。それゆえにこのモデルは，〈討議モデル〉とか〈緊急事態に方位付けられた討議モデル〉とも言われる。1992年当時の連邦議会議長Rita Süssmuth女史によって提案された改定案もこれに近い，と言う。

以上のようにEserによって分類された第3のモデルが，1992年7月に連邦議会で改定・議決され，1993年5月に憲法裁判所によって違憲判決が下された改定刑法条文のベースになった考え方であろうことは，容易に察しがつく。先に見たように，新218条において妊娠中絶が「違法でない」とされるための条件の1つは，妊娠中絶を求める妊婦が医師の助言を受けているこ

とであり，その助言は新219条によれば，胎児の生命の保護と妊婦の自己責任の喚起を目的にすると規定される。こうした妊娠中絶に関する新218条の規定が，単なる〈期限モデル〉と一線を画しているものであることは，明らかである。新218条の規定の基盤にある思想は，第3のモデルに立脚しており，その立場は，他の2つの対立的な立場のそれぞれが依拠する2つの倫理原則の，即ち女性の自己決定権と胎児の生命権との和解を目指すものに他ならない。

法学者Eserは更に，妊娠中絶に関する上述の3つのモデルと胚擁護法との関係を問題にする。胚擁護法と「妊娠中絶法」との関連を問題とするのは，彼においても，改定されるべき妊娠中絶法の合憲性の問題が意識されているからである。胚擁護法が合憲的であるとすれば，胚（胎児）の処遇に関して，両法の間に矛盾があってはならない。

彼によれば(9)，1991年1月1日以来効力をもつ「胚擁護法（ESchG)」では，胚の生命擁護のために次のことが禁止されている，とされる。

1) 研究を目的としてヒト胚を産出すること
2) ヒト胚を，その保存のためでなく，他の有用な目的のために利用すること
3) 1サイクル内で移植可能以上の卵細胞の体外受精
4) 3つの卵細胞ないしは胚の管内受精や移植（Übertragng)
5) ヒト生殖細胞系への遺伝子転移
6) ヒト胚の全能細胞の分割
7) 遺伝的に同一のヒトの産出を目指すクローン
8) ヒトと動物とのキメラ，雑種の産出

ここで特に，妊娠中絶の法との関連・比較で重要なのは，2）である。胚擁護法の根本思想は，卵と精子との融合時から既に出生前の生命が原則的に擁護に値するものだ，にある。この主張は，憲法に遡及する。ヒト生命には，その発端からして〈潜在的主体〉としての道徳的地位が与えられている，というのが憲法の主旨に沿う，と言う。

それでは，先の妊娠中絶に関する各モデルは，こうした胚擁護法と矛盾なく結合するのかどうか。〈第3者判定を基盤とする事由モデル〉（刑法の218条-219条dの根底にある）では，中絶が原則的に禁止されているとすれば，この規定から，出生前生命の原則的擁護性が帰結することは明らかである。又，第3の〈緊急事態に方位付けられた討議モデル〉にしても，妊娠中絶を原則的に禁止しているのであるから，このモデルも，出生前生命の擁護性に対する要請を満たしている。従ってこの2つのモデルは，胚擁護法と矛盾なく結合しうるとされるのである。これに対して，〈自己決定を基盤とする期限モデル〉は，妊娠中絶の完全な自由化を志向する限り，それが胚研究の禁止と結合することが難しいことも又明らかだ，とされる。

ところで胚擁護法は，研究目的のためのヒト胚の意図的な産出を例外なく禁止する。他方，〈事由モデル〉も〈討議モデル〉も妊娠中絶の例外なき禁止を主張するものではない。それにもかかわらず，両者の間に何ら胚に関する評価上の矛盾がない，とEserは考える。どうしてか。

胚擁護法によれば，ヒト胚の産出は移植目的のためにのみ許される。もしも胚擁護法が，もともと移植目的のためにのみ産出された胚を移植以外の目的のために使用する一切の試みを，あらゆる場合に例外なく禁止するよう命じているのであるならば，上述の2つのモデルと胚擁護法とが矛盾なく結合する余地はまったくなくなる。移植目的のために産出された胚が，かりに〈余分となってしまった〉場合でも，そうした胚の他目的のための一切の使用をも例外なく禁止するのであるならば，そのような胚擁護法の命ずる胚の取り扱いと，上述の2つのモデルに従う妊娠中絶法における胎児の処遇とのあいだには，重大な矛盾があると言わなくてはならない。というのは，両モデルに従う妊娠中絶法にあっては，出生前生命が法益として理解されているのに対して，胚擁護法では，その生命が絶対的に（いかなる比較考量の可能性をも越えるものとして）擁護されることになり，この点に根本矛盾があることになるからである。余分となった胚の生命は，いずれにせよ死すべき胚の生命である。胚擁護法が，そうした胚の生命であってもそれの絶対的擁護を要求し，そのような胚の生命と高度な研究関心とのあいだでのいかなる比較考量をも排除するとすれば，そのような胚擁護法と（両モデルに従う）妊娠中絶法との矛盾のない結合は不可能である。逆に言えば，胚擁護法が〈余分の〉胚に関しては，その高度研究目的のための使用を〈罰せられない〉ものとみなすならば，その場合に，出生前生命の着床前と後との統一的な擁護，即ち原則的であるが絶対的でない擁護が，確定される。その限りで胚擁護法と（事由モデルないしは討議モデルに従う）妊娠中絶法とのあいだには矛盾がない，と言えるのである。

われわれは，胚擁護法の条文解釈上の問題にこれ以上立ち入ることはできない。われわれがこのことに触れたのは，Eserは胚擁護法と「妊娠中絶法」との矛盾のない結合を問題にすることによって，「妊娠中絶法」の合憲性の確保に対して執拗な関心を払っている，ということを確認しておきたいからである。その際の合憲性の決め手となる基準は，言うまでもなく胚・胎児の生命の擁護にある。妊娠中絶に関する〈討議モデル〉も〈事由モデル〉も共にこの基準を満たしている，と彼は考える。しかし，〈討議モデル〉か〈事由モデル〉かの決定は，結局は，政治的決断の問題である，と見ているようである。このEserの見解は，妊娠中絶に関する立法を巡る論争は，容易には決着のつかない価値観の対立・抗争に導かずにはおかないことを率直に表明している，といってよいであろう。

見てきたように，〈討議モデル〉は，狭義の〈期限モデル〉と伝統的な〈事由モデル〉との中間的な立場にあるにしても，〈討議モデル〉と伝統的な〈事由モデル〉との相違は，結局のところ，妊娠に関する女性の自己決定権を生殖に関る道徳的原則として積極的に認めるかどうかに帰着する。伝統的な〈事由モデル〉，Eserの分類による〈第3者判定を基盤とする事由モデル〉では，中絶は原則的に禁止され，それが例外的に処罰されないのは，妊婦が医学的・社会的緊急事態に直面していると判定される場合に限られる。しかもその場合，当面の事態が妊娠中絶への適応事由にあたるのかどうかの判定は，第3者の専門医師によって下されるべきで，

妊婦はこれに従うべきである。このモデルでは，妊娠の継続か中断かについての女性自身の自己決定権は原則的に認められていない。これに対して，〈討議モデル〉では，ここでも確かに妊娠中絶は緊急事態に限って許されることであるが，しかし当面の状況が緊急事態なのかどうかは最終的に女性自身の自己決定に委ねられるべきだ，とされる。もっともその自己判定・決定にあたっては，それに先立って専門医師の助言を受けることが義務づけられいてる点で，その自己決定権は条件付であって，狭義の〈期限モデル〉におけるような中絶への女性の完全な自由を保証するものではない。しかし，たとえ条件付きとはいえ，原則上は，妊娠に関する女性の自己決定権が認められるのである。

〈討議モデル〉が一方では伝統的な〈事由モデル〉に対して，他方では狭義の〈期限モデル〉に対して，両者の単なる政治的な妥協の産物に終わらずに，独自の存在意義を発揮しうる立場であるのかどうかは，妊娠の緊急事態における妊婦への助言の在り方・方法のいかんにかかっている。その「助言」に課せられていることは根本的には，妊婦にとっての個々の具体的な緊急事態の解決を，女性の自己決定権か胎児の生命権かのいずれか一方の裁断によって図ることではなくて，２つの道徳的原則の両立を前提にしつつ，個々の具体的ケースに即した総合的な問題解決の探求にあろう。

前章まで見てきたように，ヒトゲノム解析の臨床応用によって，出生前の胎児診断の技術的可能性が質・量ともに飛躍的に向上する状況が生まれた。それと共に，選択的妊娠中絶の問題が重く受止められなくてはならない局面を迎えている。この問題は，我々が高度医療技術とどう関るべきなのかという生命倫理の重要な問題の１つとして改めて問い直されなくてはならない。こうした選択的妊娠中絶問題の解決方法を伝統的な〈事由モデル〉や狭義の〈期限モデル〉に求めることによって，確かにその問題への一定の一般的解答を引き出すことはできよう。しかしそうした方法による解決は，その問題の大きさと複雑さに比すると，余りに安直であるように思われる。ヒトゲノム解析によってもたらされる遺伝学的知識を回避することなく，選択的妊娠中絶問題を紛れもない倫理問題として自覚的に引き受けて，その問題解決に我々が自律的に取り組みうる方法は，今日の我々にとっては〈討議モデル〉以外にはないように思われる。その際，そのモデルにあっての「助言」は，出生前診断による胎児の遺伝的障害・欠陥の発見から直ちに妊娠中絶を自動的に導くような移行過程における一種の単なる儀礼に終わるものであってはならない。形だけではない〈討議モデル〉の構築が求められているのである。

追記　本稿の執筆にあたって原稿が一通りでき上がった段階で，本学学長（前小児科学教授）須藤正克先生には，激務の中，貴重な時間を割いて拙稿を見ていただき，氏からは，医学用語上の誤りを始め少なからぬ誤謬の逐一の懇切な指摘をいただいた。また，本学内科学教授栗山勝先生には同様の指摘と，特に（５）について，その論述が不明瞭であるとのコメントをいただいた。その後，論述を大幅に修正したが，論点が多少ともより明確になったとしたら，その

機縁は氏によるものである。公務ご多忙にもかかわらず，ご教示をいただいた両氏に対し，ここに感謝したい。

参 考 文 献

(1) J. R. Botkin, Ethical Issues in Human Genetic Technology, in : Pediatrician, 1990 ; 17, pp. 100－107.

(2) J. A. Robertson, Procreative Liberty and Human Genetics, in : Emory Law Journal, Vol. 39, 1990, pp. 697－719.

(3) S. G. Post, Selective Abortion and Gene Therapy : Reflections on Human Limits, in : Human Gene Therapy, 2, 1991, pp. 229－233.

(4) J. Greenberg, Huntington Disease : Prenatal screening for late onset disease, in : Journal of Medical Ethics, 1993, 19, p. 121.

(5) M. Mori, Genetic Selection and the Status of the Embryo, in : Bioethics, Vol. 7, No.2／3, 1993, pp. 141－148.

(6) B. S. Wilfond & K. Nolan, National Policy Development for the Clinical Application of Genetic Diagnostic Technologies, in : JAMA, December 22／29, 1993, Vol. 270, No. 24, pp. 2948－2954.

(7) W. F. Anderson, Human Gene Therapy, in : SCIENCE, Vol. 256, 8 May 1992, pp. 808－813.

(8) H. G. Koch, Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs, in : Ethik in der Medizin, Bd. 4, 1, 1992, S. 1－3.

(9) A. Eser, Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs vor dem Hintergrund des Embryonenschutzgesetzes, in : Würde und Recht des Menschen, hrsg. von H. Bielefeldt, W. Brugger, K. Dicke, 1992, S. 183－198.

(10) T. Neuer-Miebach, Zwischen Qualitätsprüfung und Entscheidungshilfe, in : Ethik in der Medizin, Bd. 5, 3, 1993, S. 163－165.

(11) G. Bockenheimer-Lucius, Anmerkungen zum Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zu der Neufassung des §218 StGB, in : Ethik in der Mekizin, Bd. 5, 3, 1993, S. 158－162.

(12) 堀内捷三「揺れ動くドイツの堕胎罪」法学セミナー，No. 464 (1993)，22－27頁。