

論文

日本における受精卵診断をめぐる論争（1990年代）

——なにが争われたのか——

利 光 恵 子*

はじめに

受精卵の着床前遺伝子診断（preimplantation genetic diagnosis PGD、以下、受精卵診断と略す）は、生殖補助医療と遺伝子医学の領域が重なることで可能になった出生前診断のひとつである。日本における受精卵診断導入の歩みは、1990年代初頭に、臨床への導入を計画する研究者／医療関係者および日本産科婦人科学会（以下、「学会」と略す）と、「受精卵診断は、女性の心身に過重な負担を強いて行う“いのちの選別”である」と主張してこれに反対する障害者・女性団体という構図で始まった。本稿では、いわば導入史の初期にあたる1990年代に、導入をすすめようとした医療関係者とこれを拒もうとした障害者や女性らの間で行われた論争をつまびらかにし、検討する。

受精卵診断の倫理的問題は、障害を持つものを生まれさせない／障害を持たないものの誕生を目的とするという優生にかかわる問題、それが生殖への直接介入技術であり生命操作につながることで、同時に女性の身体への介入が不可避であり女性の生殖の権利に深くかかわるという三つの問題が交わる場所に位置する。これらは、いずれも従来の出生前診断（羊水診断・絨毛診断など胎児診断）およびその結果に基づく選別の中絶のもつ倫理的問題と重なるが、対象が女性の体内に存在する胎児から顕微鏡下の複数の受精卵に移行したことで、操作性や選別への積極性が格段に強まり、適用の範囲や目的が一気に拡大するなど、はらむ問題もより先鋭化したといえよう。

胎児診断については、羊水診断が日本で普及し始めた1970年代から、「日本脳性マヒ者協会青い芝の会」（以下「青い芝」と略す）を中心とする障害者らによる果敢な反対運動が行われてきた。また、産む／産まないの自己決定権を主張する女性運動と、選別の中絶も女性の自己決定の範囲なのかと問いかける障害者運動の間で論争が繰り返され、思索が積み重ねられてきた。受精卵診断導入に反対した障害者や女性らの行動や主張は、これらの流れの中で、どのような位置にあったのだろうか、考察を試みたい。

出生前診断・選別の中絶についての先行研究は多い¹。選別の中絶に関する障害者と女性たちの論争については、立岩（1997）、市野川・立岩（1998）、森岡（2001）らが主として1970～80年代に行われた論争を念頭に論考している。また、1980年代後半以降の生殖技術の急速な進展にもなって、女性の身体が、これらの技術が直接介入する場になりつつあることを背景に、女性の自己決定権の再考が試みられている（柘植 2000；江原 2002；荻野 2005）。

一方、受精卵診断を中心主題としてとりあげ倫理的・社会的側面から検討した数少ない論考として、白井（1993、1995、1996、2004）、齋藤（1996、1998）、玉井（2004）、児玉（2003、2005、2006）がある²。非常に早い時期から受精卵診断について取り上げた白井（1996）は、その内包する倫理的問題として、遺伝的資質に基づく“選択的出産”という考え方、生殖細胞に対する遺伝子治療への契機、遺伝的資質を理由とするスティグマの流布について指摘し、後に、生殖補助医療という文脈での検討も急務だと述べている（白井 2004：538）。齋藤や玉井の論考は、その時点での医療関係者らの動向をめぐる考察に限られており、児玉は医療サイドおよび障害者・女性団体の主張を断片的に取り上げながら議論しているものの、十分ではない。

本稿では、受精卵診断導入をめぐる医療サイドと障害者・女性らとの間で交わされた応答に分け入り、その場でなにが問われ考えられたのかについて明示することから始めたい。具体的には、導入に反対した主要なアクター

キーワード：受精卵診断（着床前診断）、出生前診断、選別の中絶、女性の自己決定権、生殖技術

* 立命館大学大学院先端総合学術研究科 2005年度入学 生命領域

のひとつであり、障害者や女性らを主な構成員とする「優生思想を問うネットワーク」（以下「ネットワーク」と略す）と「学会」の間で交わされた公開質問状やその回答を中心に、「ネットワーク」と「学会」の話し合いの場での発言、公開討論会での発言等を取りあげる。そして、「さまざまな医学的・社会的・倫理的な問題を包含する」³と認識する先端技術を容認し導入しようとした医療側の論理と、これに対して当該技術の直接の介入対象となる女性およびその適用によって生存権が脅かされる障害者という立場から提起された異議申し立ての意味を再考し、争点とされた「子どもの質を選ぶこと」あるいはそれをめぐる自己決定権について論考する。

1. 日本における受精卵診断導入の概略—1990年代の位置

本稿では1990年代を取り上げるが、日本での受精卵診断導入の歩みの中でどのような位置にあるのかを示すために、まず、受精卵診断をめぐる論争の経過と争点のアウトラインを描いておく。

日本には、生殖技術を直接規制する法律や国家的な制度はなく、「学会」の定めるガイドラインである会告（見解）が規制の根拠とされてきた。そのため、受精卵診断導入に際しても、「学会」会告の作成およびその適用をめぐる動向が大きな意味をもつことになった。このような状況を踏まえると、日本における受精卵診断導入の歩みは、以下の三つの時期に区分できる。

第1期は、受精卵診断が日本に紹介された1990年代初頭から、臨床への導入を計画した研究者／医療者や「学会」とこれに反対する障害者や女性らとの激しい攻防の末に、「学会」が会告を出して、受精卵診断を臨床研究として行うことを承認した1998年までと考える。導入を拒む勢力の中心となったのが、「ネットワーク」である。「ネットワーク」は、障害者団体、女性団体を中心に、現代の先端医療やバイオテクノロジーのあり方に批判的な市民団体、生殖医療のユーザー、とりわけ不妊治療の現状に違和感を持つグループなどで構成された。

論争は、1995年3月に鹿児島大学医学部倫理委員会が、同大学産婦人科グループ（永田行博教授）から出されていたX連鎖遺伝病を対象とした受精卵診断の臨床応用の申請に対して、承認する方向を示したことを発端とする。これに対して、障害者団体や女性団体など多くの市民から反対意見が寄せられたことから、鹿児島大学医学部倫理委員会は承認を見送り、「学会」に見解を問い合わせた。「学会」は、倫理委員会での検討を開始し、1997年2月と1998年4月に受精卵診断の実施に向けた会告案（見解案）をまとめたものの、強い反対意見に押されて2度にわたって承認を見送っている。その間に、「ネットワーク」と「学会」との話し合いは4回行われた。また、「学会」は、2度の「着床前診断に関する公開討論会（1998年3月14日、1998年6月10日）」を開催した。1998年6月、「学会」理事会は、従来、不妊治療に限って用いられてきた体外受精・胚移植の適用範囲を拡大するとともに、「重篤な遺伝性疾患」についての受精卵診断を臨床研究として行うことを承認し、症例ごとに「学会」に申請し許可を得ることとした。10月には、正式に、会告「着床前診断に関する見解」が出された。「ネットワーク」はじめ障害者団体・女性団体は強い抗議を表明し、1998年12月には「着床前診断をめぐる市民がひらく公開討論会」を開催している（利光 2008）。

第2期は、1999年から「学会」が本邦実施第1例を許可する2004年7月まで、いわば、長い沈黙期を経て臨床研究が解禁されるまでである。「学会」は、この時期、会告を厳格に解釈し「重篤な遺伝性疾患を対象とした疾患遺伝子の診断」に限定することで、「社会的コンセンサス」を得て臨床実施を開始しようと志向した。その結果、鹿児島大学やセントマザー産婦人科医院からのべ3度にわたって申請が出されたものの、全て不承認とされた。鹿児島大学のデュシェンヌ型筋ジストロフィーを対象とした性別判定による受精卵診断は、「原因遺伝子を直接調べるべき」として承認されなかった。また、セントマザー産婦人科医院からの均衡型相互転座やロバートソン転座による習慣流産防止を目的とする申請については、「重篤な遺伝性疾患とは判断できない」というのが不承認の理由であった。5年間の空白期の後に、2003年に名古屋市立大学、続いて慶応義塾大学医学部から受精卵診断の申請が出された。時を同じくして、神戸の一産婦人科医師（大谷産婦人科医院・大谷徹郎院長）が、2000年初頭より「学会」に無申請のまま、男女産み分けや高齢妊娠に起因する染色体異数性回避を目的に受精卵診断を行っていたことが発覚した。「学会」は、このような規制外での実施を防ぐためにも会告に準拠した「厳格な枠組み」での開始が必要だとして、慶応義塾大学から申請されたデュシェンヌ型筋ジストロフィーについての実施を公式に許可した。一方、名古屋市

立大学からの筋強直性ジストロフィーについての申請は、「成人型」で重篤とはみなせないとして認められなかった。

第3期は、2004年8月から現在（2008年1月）にいたるまでの時期である。会告違反を理由に、2004年4月に「学会」に除名処分を受けた前述の神戸の産婦人科医師らは、社会的容認を求めて主たる診断対象を習慣流産へと移行させた。2004年秋には、再び「学会」が認めていない「流産防止」を目的とする受精卵診断を実施し、2005年春以降、続々と赤ちゃんの誕生が報じられた。これを機に、受精卵診断のパラダイムは「遺伝性疾患を持つ子どもが生まれないうための出生前診断」から「流産防止のための不妊治療技術」へと大きく変化していった。不妊治療の選択肢の一つとして受精卵診断の実施容認を求める不妊クリニック関係者や不妊症・不育症患者らに比べて、2006年2月には、「学会」も「習慣流産も重篤な遺伝性疾患の一つ」（吉村 2006:28）であるとして習慣流産への適用拡大を認めている。

本稿でとりあげる論争は、時代区分で言えば主として第1期にあたる1990年代に行われ、この時期、日本においては、上述のように受精卵診断はおおよそ「遺伝性疾患を持つ子どもが生まれないうための出生前診断」という文脈で認識されている。

「ネットワーク」は、1期～3期を通して一貫して「受精卵診断はいのちの選別であり、障害者や病をもつ者に対する差別であり、同時に、女性の心身に過重な負担を課して遺伝的に健康な子どもを産むことを強いる技術である」と主張した。

1990年代初頭から臨床実施を計画した大学病院など研究・医療機関の関係者、および、彼らが大きな影響力を及ぼす「学会」は、第1期～2期を通して、着床前の受精卵を選別の対象とするこの技術は、羊水診断・絨毛診断等の従来の出生前診断が引き起こす障害胎児の選別の中絶を“回避”し、「倫理的問題を解決するもの」であるとし、適応を「重篤な遺伝性疾患」に限定し、事前の適切なカウンセリングと十分なインフォームド・コンセントに基づいた女性（カップル）の自己決定を保障するなど、「学会」の厳格な規制の下での導入を主張した。これは、「受精卵診断はいのちの選別である」として導入に強く反対した障害者・女性らとの対峙の中で見出そうとした、いわば突破口でもあったろう。

第2期に「学会」の規制外で受精卵診断を開始し、第3期になってそのパラダイム転換に大きな影響を与えた神戸の産婦人科医師らは、「着床前診断は不妊症や習慣流産に悩む人が新しい命を育むための技術」であり、「着床前診断を受けることは、幸福追求権」であると主張し、医学的理由による適応は全て容認されるべきであり、「やむを得ざる場合には」男女産み分けも認めるべきと主張した（大谷・遠藤 2005）。

このように、時間的推移に伴って、医療側内部において主要な推進勢力に変化がみられ、それに相応しておおまかに言えば受精卵診断容認の二つの潮流がみとれる。

「学会」や臨床応用計画をもつ大学病院関係者は、受精卵診断は「生命の選別手技」⁴ではあるが、胎児の選別の中絶に比べれば倫理的問題は少なく、強制を伴わず女性（カップル）の利益を最優先して自発的に行われることを強調して「優生思想によるものではない」と主張した。また、神戸の産婦人科医師らは、受精卵診断は「不妊治療の一過程」であるとして、差別とは無関係であると主張し、これを望むカップルの生殖の権利の尊重を繰り返し訴えている。

このように、医療側の主張の変化を反映して、「受精卵を選別すること」の意味は、「生命の選別」から、「不妊や流産の治療」ひいては「女性やカップルの幸福追求」へと重心を移しているようにみえる。

2. 何が争われたのか

— 「優生思想を問うネットワーク」の公開質問状に対する「学会」の回答を中心に

まず、1998年から99年にかけて、「ネットワーク」と「学会」の間で交わされた質問状とその回答をたどることで、何が争点となったのかを整理する。その際、「ネットワーク」と「学会」の話し合いや、「学会」主催あるいは市民主催の公開討論会での医療関係者や障害者・女性・患者団体の発言も適宜参照する⁵。

取り上げる公開質問状とその回答は以下の通りである。まず、「ネットワーク」の1998年2月10日付の質問状（ネ

ネットワークⅠ)に対して、「学会」から98年9月30日に回答(学会Ⅰ)が寄せられた。それに対する質問も加えて、「ネットワーク」から1999年1月18日付の質問書(ネットワークⅡ)が出され、「学会」から3月12日付で回答される(学会Ⅱ)。6月24日に「ネットワーク」から改めて質問状(ネットワークⅢ)が送付され、9月10日付けで回答(学会Ⅲ)が返されている⁶。「ネットワーク」からの質問状については上記のようにネットワークⅠ、Ⅱ、Ⅲ、「学会」からの回答は学会Ⅰ、Ⅱ、Ⅲと略す。⁷

2-1 「重篤さ」をめぐる

受精卵診断は、見解(会告)作成の段階から、「重篤な遺伝性疾患」に限定して適用とされたことから、「重篤」とはなにかをめぐる議論が交わされた。

「学会」は、『重篤な遺伝性疾患』とは、医学的には、遺伝性疾患の中でも現時点で治療法が未だに開発されておらず、出生後進行を示し死の転帰をとる疾患、「遺伝性疾患の中でも重症な病型」であると定義する。同じ疾患でも病型によって重篤さは異なることを強調し、「将来治療が可能になれば対象からはずれることになる」(学会Ⅰ)とも述べた。

これに対し、「ネットワーク」は重篤の程度は「誰にも決められない」と主張した⁸。「医療サポートの程度、住環境、介護・福祉等の社会資源、周りの人々との人間関係等で重篤さはいかようにも変化するし、人それぞれの障害者観、生き方などでも変わってきます。まして、生まれるより、受精卵の段階で淘汰された方がいいような『重篤さ』などあるのでしょうか」(ネットワークⅡ)と述べた。

加えて、「医師から『重篤で余命いくばくもない』と宣言された障害者が何十年も自らの命を全うしています。また、いわゆる『重度』といわれる障害者が、親からも周囲からも『かわいそう』『不幸』と決め付けられながらも、全く相反する価値観で自分の人生を生きぬいています」(ネットワークⅠ)、「(学会の回答にいう)『治療法がなく、出生後進行しやがて死に至る疾患』をもちながらも、その人ならではの生を謳歌している患者や障害者はいっぱいいます」(ネットワークⅢ)と述べている。

治療の可否や医学的予後で「重篤さ」を区切り、受精卵診断の適応を決定できるとする「学会」に対して、「ネットワーク」は、病や障害をもつ人への社会的支援体制・システムのありかた、「病気」や「障害」あるいは「遺伝性疾患」についての社会あるいは個人の人々のとらえ方によって「重篤さ」の程度は大きく変化する、言い換えれば、社会的支援体制を充実させ、「遺伝性疾患」「障害」への差別や偏見をなくする中で「重篤さ」は軽減できると述べたのである。

さらに、ネットワークは「なぜ、『重篤な遺伝性疾患』であれば(受精卵診断を)実施してよいとされているのか、未だ理解できません」(ネットワークⅢ)と問いかける。仮に「重篤な遺伝性疾患」があるとしても、重篤だからといって、なぜ受精卵の段階で生まれないようにしていいのかと問うたのである。

だが、「学会」はこの問いに答えない。その回答(学会Ⅲ)で再び、「重篤な遺伝性疾患」の定義を繰り返し、「すなわち、『重篤』とは、極めて重症な病型と解釈されます。したがって、同じ疾患名であっても病型・病状の違いにより重篤と判断されたり、そうでないと判断される」こともあるとして、「着床前診断を受ける患者が遺伝学的に真に保因者かどうか、発端者が真に重篤と客観的に判断され得るか、着床前診断以外の方法が選択できないのかなどについて厳密に調査し、個別例ごとに慎重に審議が行われます」(学会Ⅲ)と医学的・客観的・個別的な「重篤さ」の厳密かつ慎重な判定をと繰り返した。

2-2 優生思想について

「学会」は、上述のように「重篤」を定義したうえで、「本会の意図する着床前診断は、対象を前述の『重篤な遺伝性疾患』に限定していますから、ご指摘の『不良な子孫の出生予防』、すなわち障害児を産まないための新しい技術にはなりません。したがって、優生思想につながる心配もありません」と言いいき「見解(筆者注:会告「着床前診断に関する見解」)では、優生的な使用を明確に禁じており、本法を本来の目的以外に使用した場合には毅然とした対応をするつもりです」(学会Ⅰ)と述べた。

これについてネットワークは、「優生思想とは、生まれながらにして優れたものと劣等なものがあるとの認識を前

提に、優秀な人間を増やし劣等な人間を減らそうともくろむ思想です。着床前診断は、受精卵の段階で遺伝子を調べて障害や疾患をもたない卵のみを子宮に戻す技術、言い換えれば、障害や疾患をもつ子を産まないための新しい技術です。まさに優生思想そのものではないでしょうか」（ネットワークⅡ）と応じた。そして、「学会」の主張が、「いわゆる一般の障害者を対象としているのではなく、『遺伝性疾患の中でもごく限られた重症な病型に限定している』から優生思想にあたらぬとの主張」であれば、「非常に重篤な遺伝性疾患をもつ子は産ませないのが当たり前、優生思想云々ではないというのならより差別的」ではないかと主張した⁹。そして、見解で禁じているという「優生的な使用」とは具体的に何を指すのかと問う（ネットワークⅡ）。

「学会」は、これに対して『「重篤な遺伝性疾患」に関連する家族から、着床前診断の要望が実際に医療現場には生じて」と述べて上で、「貴台が危惧されているような、『この子供を産まない方が良い』、または『産まれてこない方が良い』といった優生思想につながる家族への説明は、いかなる遺伝性疾患においても実施されません。今後そのような家族への対応を「学会」として認めることはありません」（学会Ⅱ）と、“家族への説明”という文脈にずらした返答を寄せている。また、『「優生的な使用はしない」とは、遺伝性疾患や障害をもつ子供が産まれてこない方が個人や社会にとって好ましいという思想に基づいた着床前診断の使用をしないことを指します」（学会Ⅱ）とも述べた。

このように「学会」は、“重篤な遺伝性疾患に限定”するだけでなく、家族に対して、遺伝性疾患や障害をもった子どもが産まれないほうが好ましいという意味での“優生的な説明や働きかけを行わない”ことを強調し、それを受精卵診断が「優生思想につながる心配がない」ことの根拠としたのである。

2-3 親の希望—自己決定について

1997年12月8日に行われた「ネットワーク」と「学会」との話し合いの中で青野敏博倫理委員長（当時）が、“第一子が障害児で次の子は健康な子を産みたいという親の強いニーズがある、それに答えるのが医療者の責務であり、そのための受精卵診断である”という意味の発言¹⁰をしたことを受けて、「ネットワーク」は、『「重篤」や「親の希望」を根拠に着床前診断の是非を決定するのは、『両親の選択』を超えて、障害者への『生まれてはならない』という宣告にも等しいものです』と述べ、「障害者が生きることが親や周囲の迷惑ですか」（ネットワークⅠ）と単刀直入に問う。

これに対して、「学会」は、通常の出生前診断が「それを希望する夫婦があり、医療施設を訪れ、相談することから始まる」と同様に、着床前診断も『「親の希望」すなわち動機がなければ始まりません』（学会Ⅰ）と述べる。ただし、着床前診断の適応となる場合は非常に限られており、経済的負担、検査の確実性などこれから検討すべき社会経済的問題、医学的問題を含んでいるので、「強い希望がありかつ夫婦で合意が得られた場合に限り認める」と適応を限定しているのだと述べて、『「親の希望」が実施の根拠なのではなく、実施の前提として必要であると考えています』（学会Ⅰ）と答えた。

「ネットワーク」はこれを受けて、この質問は、前掲の青野の発言に加えて、「学会」主催の第2回公開討論会（1998年6月10日）におけるパネリストの一人で、受精卵診断実施計画をもつ久保春海（東邦大学教授）が、受精卵診断を希望する女性の手紙を読み上げて¹¹「早期実施の必要性を訴えた」ことを踏まえたものだとしたうえで、次のように二つの点をあげて反論した。

第一に、今、問題になっているのは、着床前遺伝子診断という新たな技術を社会に導入するかどうかということです。その際に、「親の希望」があるからと個人個人の事情を持ち出し、「その技術を受けるか受けないかは個人の選択権に委ねられているのだから」と個人の選択に問題を還元する前に、医療界全体・社会全体としてこの技術を受け入れるのかどうかという幅広い論議を尽くすのが先決であると考えます。「一部の親の希望」があり動機があるのが事実だとしても、学会がそれを理由に「だから技術の導入を」と言い募るのは、これら社会的倫理的な論議を回避するためだと思えません¹²。

第二に、その「親の希望」も、障害や遺伝病に対する偏見や差別がいまだに根強く存在し、障害や病をもつて当たり前で生活することが困難なこの社会の中で、否応なく作られた「希望」ではないかという点です。障

害者やその親、女性を圧倒的に不利な立場に追いやったまま、着床前診断のような先端的な診断技術のみを突出させ、これを用いることであたかもすべての困難が霧散するように伝えられることで作り出される希望ではないでしょうか（ネットワークⅡ）。

また、「着床前診断をめぐる市民がひらく公開討論会（1998年12月12日開催）」では、堤愛子（DPI女性障害者ネットワーク）は、次のように述べた。

子どもを産まないという選択は女性の意思決定としてあるが、子どもを産まないという選択が「障害児だったら生まない」という選択にすり替えられてはいけないと思う。そして「障害児だったら生まない」という選択の必要がない社会をつくっていくことが、むしろこれからの課題ではないか。そういう意味で、どんな障害をもった子どもも安心して生める社会、障害者が生まれることが恐怖じゃない社会をつくっていくことこそ大事だと思う（堤 1999：11）。

親の希望や自己決定については、次項の中でも引き続いて取り上げる。

2-4 女性と受精卵診断

2-4-1 体外受精・胚移植および受精卵診断という技術と女性との位置関係について

「ネットワーク」の質問状は、まず、現在、不妊治療として行われている体外受精・胚移植が「女性に相当な負担を強いながら子どもを産ませる技術」として使われており、「女性は否応なく産むことになりたてられ、産めないまま、産まないままできなくて、追いつめられている」とした上で、ここでさらに、受精卵診断を実施して『遺伝的に正常な子どもを産ませる』ために妊娠機能に何ら不都合のない女性の身体を操作することは、『女性は健康な子どもを産まなければならない』というメッセージを与えることになり、当事者の女性だけでなく、多くの女性にとって大きな抑圧になるのではないかと述べた（ネットワークⅠ）。

これに答えて、「学会」は、「社会的にみて、今でも、結婚したら女性は子どもを産まなければならないとする風潮があります。しかし、女性が健康な子どもを産みたいという気持ちは倫理的に間違いでしょうか。これは社会や国家が押し付けるものではなく、素直な母性の表現であり、いつの時代、どこの社会でも同様ではないでしょうか」（学会Ⅰ）と述べた。そして、不妊治療で訪れる女性の中には、「追いつめられた」状況にいる人も確かにいるが、これは、「学会」や産婦人科医が是非を検討し社会に訴えるという性格の事象ではないとし、不妊治療を受けている女性の大部分は「自分の子どもを欲しい」と思っており、「われわれが生殖医療について論ずる場合、対象としているのは、女性一般ではなく、患者として来院する女性個人」だとする。そして、「本技術は、そのような女性個人の望みをかなえる医療技術であり、その技術を医療として受けるか受けないかは、女性個人の選択権に委ねられます」（学会Ⅰ）と述べている。

「ネットワーク」はこれに強く反応して、「（全ての女性が子どもをもちたいと思うわけではないし）子どもをもちたいと希望しても、『健康な』子どもだけを持ちたいと思うわけではありません。子どもをもつことを選択と、どんな子どもを得たいのかその質を選ぶことはまったく別のことです。障害のあるなしにかかわらず、生まれた子をいつくしみ、ともに暮らす中で、両親の中に『母性的』といわれる気持ちが生まれてくるのです」（ネットワークⅡ）と述べた。そして、「女性は健康な子どもを産みたいと望むはず、それが素直な母性の表現」というような社会や国、医療界からの圧力の中で、多くの女性が不安を募らせ、「完全な子ども」を産むことへと追い立てられており、不妊の女性や遺伝性疾患の保因者とされた女性は、ますます追い詰められ、いやおうなく不妊治療や出生前診断を「選択」していると述べた（ネットワークⅡ）。

さらに、保因者とされた女性の置かれた立場について、着床前診断の実施が始まれば、障害のない子どもを妊娠できる技術があるのに、なぜ使わないのかという周囲からの有形無形の圧力が強まり、そのような状況の中で夫婦の強い希望や合意が作られていく可能性は否めないとし、「そうなれば、着床前診断の実施が女性本人の心身にいかに大きな負担になろうと、もはや頓着されなくなります。着床前診断という新たな技術の登場は、選択肢がひと

つ増えて単に『選択の幅が広がる』のではない。この技術の実用化は、保因者とされた女性が自ら心身への負担を被ってでも、これを選択せざるを得ない状況をも同時に作り出しているのです」（ネットワークⅡ）と述べている。

これに関連して、「着床前診断をめぐる市民がひらく公開討論会（1998年12月12日開催）」で大橋由香子（SOSHIREN・女のからだから¹³）は、次のように述べた。

女が子どもを産みたいということと、どんな子どもを欲しいかということは全く違うこと。ごっちゃになりやすいけども、そこははっきりと違う。自己決定とか、女性の権利という言葉で、質を選ぶということを、あたかも女性運動が求めているかのように歪曲されてきているのではないか。女が子どもを産みたいと思うことと、子どもの質を選ぶということは違うことだけれども、そのすり替えがこの回答のなかで行われていると感じる（大橋 1999：15）。

さらに、大橋（1999:15）は、1995年に母体保護法に名を変えた優生保護法に言及して、生まれてくるべき命と生まれてくるべきでない命を分けるために、国が「女の身体を操作する」ことをあらわした法律だったとし、「着床前診断の発想というのは、その発想そのもの。妊娠を技術で操作する、顕微鏡の世界でしようとしている」と述べた。

また、「全国青い芝の会」事務局長（当時）の長谷川良夫は、「着床前診断に関する第2回公開討論会（1998年6月10日開催）」の席上、体外受精という技術は、不妊治療の性質上「完璧さ」が要求され、障害児の出生を許さない技術であることを踏まえるべきだと指摘した後に、次のように述べた。

（受精卵診断は）女性の子宮に戻す前に欠陥の受精卵を廃棄し、当事者や周囲の精神的負担をないとする、そういう新たな優生思想を散らしながら、そういう五体満足な子を産みなさいと、そういうような女性自体を加害者に巻き込んでしまう、そういうような卑劣な操作じゃないんかと思います（長谷川 1998：922）。

2-4-2 女性の心身への直接的な影響について

受精卵診断が女性の心身に及ぼす影響について、会告「着床前診断に関する見解」にはほとんど言及がない。「体外受精・胚移植の実施と同程度の安全性」との文言があるだけである。2回目の「学会」と「ネットワーク」の話し合い（1997年1月20日）では、佐藤和雄倫理委員長（当時）が「医学的には（着床前診断に比べて）観血的な手術である中絶の方が危険」と述べた（『全障連全国事務局ニュース』1997.2.19）。また、「第1回着床前診断に関する公開討論会（1998年3月14日開催）」で、青野敏博倫理委員長（当時）は、着床前診断の利点について「羊水穿刺に比べまして診断結果が早く出ますし、また、妊娠後の中絶はございませんので、お母様の身体的及び精神的なダメージを軽減できるのではないかとし、欠点として、「体外受精の操作を必要としますので、卵巣が腫れたりする、重症の卵巣過剰刺激症候群が起こる可能性がある」と述べている（青野 1998b:422）。

「ネットワーク」は、体外受精・胚移植という技術は、長期にわたる検査、通院や入院の必要性、排卵誘発剤投与による副作用、出産にいたる成功率が低いことから何度も繰り返さなければならないなど女性の心身に大きな負担をかけるものだとする。その上、受精卵診断では、「遺伝病を持たない胚だけを選ぶのですからより多くの胚を採取する必要があることや、妊娠後の胎児診断など多大な負担を女性にかける」（ネットワークⅠ）と述べ、不妊治療における体外受精・胚移植と同じとは考えられないのではないかと、また、受精卵診断が観血的な中絶より危険性が低いのであればその根拠を示してほしいと問いかけた。

これに対して「学会」は、着床前診断は、体外受精・胚移植の手法を用いる関係から、「女性に負担をかける医療」であることには間違いないが、採卵数は通常の体外受精・胚移植と同じなので、「採卵に伴う合併症の発生には差異はありません。また、妊娠後の胎児診断などの負担に関しても、通常の妊娠、体外受精・胚移植の妊娠と同様です」（学会Ⅰ）と答えている。また、産婦人科医は等しく、人工妊娠中絶を安全とは考えておらず、通常のお産に匹敵する危険性があると考えているとし、それに比べて「体外受精・胚移植では患者の異常の発現を常に監視しながら排卵誘発などを進めていきますので、たとえば卵巣過剰刺激症候群が発生しそうな場合には排卵誘発や採卵を中止す

れば良く、嚴重な経過観察により、生命にかかわる危険な状態を回避することは十分に可能です」(学会Ⅰ)と述べている。

「ネットワーク」はさらに、妊娠後の胎児診断について、「『診断精度に関して限界がある』ため、診断を確実にするために引き続き従来の胎児診断を受ける必要があるのではないですか。にもかかわらず、なぜ、胎児診断を受けることの稀な『通常の妊娠と同様』などと詭弁を弄されるのでしょうか」(ネットワークⅡ)と反論している。

不妊の人たちのセルフヘルプグループ「フィンレイジの会」の鈴木良子は「着床前診断をめぐる市民がひらく公開討論会(1998年12月12日開催)」で、体外受精における女性の体の負担について、排卵誘発剤の副作用で血栓症による半身不随という後遺症を残した例等にも言及した後で「回答文に『十分管理していれば大丈夫』と書いてあるが、現実に管理されていないからそういうことが起きている」のではないかと指摘した(鈴木 1999:16)。

3. 考察

3-1 残された問い「重篤であれば、なぜ、生まれないようにしてよいのか」

2-1と2-2で示したように、「学会」は、強制を伴わず、女性(カップル)の利益を最優先して自発的に行われること、および診断対象を「重篤な遺伝性疾患」に限定することで倫理的に容認されるとした。そして、受精卵診断実施の適否についての線引きを正当化すべく、「重篤さ」を標準化ないしは基準化することに精力を費やしている。

1998年の会告承認時には「『重篤な遺伝性疾患』とは、医学的には、遺伝性疾患の中でも現時点で治療法が未だに開発されておらず、出生後進行を示し死の転帰をとる疾患」と定義した。2004年の本邦初の臨床実施許可にあたっては、再度、「重篤」の定義や解釈について検討して、「成人に達する以前に日常生活を強く損なう症状が出現したり、生存が危ぶまれる状態」を重篤な疾患の基準としている(「着床前診断に関する審査小委員会答申」2004.6.18)¹⁴。

こうして「重篤さ」を定義した後に、「学会」は、受精卵診断の対象を「重篤な遺伝性疾患」に限定しているの、優生思想につながる心配はないと主張する。

同じような記述が、総合科学技術会議生命倫理専門調査会が2003年12月に出した「ヒト胚の取り扱いに関する基本的考え方(中間報告)」(以下、中間報告と略す)にも認められる¹⁵。中間報告は、「学会」会告の範囲で受精卵診断を追認したのだが、その際、受精卵診断は「遺伝病の可能性のあるヒト受精卵の生命を絶つものであり、すでに述べた意味での『人の生命の尊厳』を侵害しない範囲で認められるべきである。極めて重篤な遺伝性疾患以外のヒト受精卵の選別は、優生主義につながるものであり、許されない」と述べている。すなわち、極めて重篤な遺伝性疾患をもつ「ヒト受精卵の生命を絶つ」のは優生主義には当たらないとの主張と思われる。

これに対して「ネットワーク」は、重篤の程度は「誰にも決められない」と主張する。障害の社会構築性を強調して、社会的支援体制のあり方や障害や遺伝性疾患への差別・偏見の有無によって「重篤さ」はいかようにも変化するとして、「医学的判断」を唯一の判断基準にすることに異議を唱えたのである。

さらに、受精卵診断は胚の段階で遺伝子を調べて障害や疾患をもたない受精卵のみを子宮に戻す技術、言い換えれば、障害や疾患をもつ子を産まないための新しい技術であり、まさに優生思想そのものではないかと述べる。そして、「非常に重篤な遺伝性疾患をもつ子は産ませないのが当たり前、優生思想云々ではないというのならより差別的」ではないかと主張した。これらは一貫して「ネットワーク」が発し続けた核となる問い「重篤だからといって、なぜ、受精卵の段階で生まれないようにしていいのか」という問いに収斂する。すなわち「重篤さ」は計ることも決定することもできないものだが、たとえ「重篤」と判断できたと仮定しても、それを理由に生きる可能性を断つことは許されるのかと問いかけたのだ。

「学会」が臨床実施を解禁する直前に開催された「公開シンポジウム・着床前診断めぐって」(2004年6月14日)でも、パネラーのひとりとして「ネットワーク」の矢野恵子(2004:7)は、「重い障害ならどうして生まれないようにしてよいのかということが、私たちはずっと疑問なのですが、学会から明確なお答えはいただいております。どんなに重かろうと同じ人です。短命であろうが、子ども時代に発症しようが、症状が重かろうが、同じ人です。私たちの仲間です」と述べている。第1例目となる慶応大学の申請が承認された直後に提出された意見書でも、同様の問いを提示し、「疑問を封じたままでの受精卵診断の実施に反対します」と述べている(『ネットワークニュー

ス』No60 2004.7.31)。

障害をもって生きる立場から発せられたこの問いへの医療側からの回答は、今もなされていない。

3-2 生殖技術についての障害者と女性たちによる思索

3-2-1 受精卵診断をめぐる共闘

1990年代初頭、障害者団体と女性団体は、受精卵診断をめぐる比較的スムーズに共闘関係を築いている。受精卵診断自体を「女性のからだを操作して、いのちの選別を進める技術であり、障害者と女性どちらをも抑圧する」技術であるにとらえ、双方の立場から臨床実施に反対したのである。医学研究者らは「受精卵診断は、遺伝的にハイリスクで妊娠・育児を諦めている女性には大きな福音である」（鈴木 1993:10）と述べ、マスコミも「選択的中絶に比べれば女性の心の負担を軽くし、母体にも影響を与えない」（『朝日新聞』1995.3.10）と報じるなど、女性にとっての利点が強調されたにもかかわらず、女性団体の多くは、受精卵診断に対してむしろ否定的な態度を示した。

受精卵診断をめぐる女性団体と障害者団体は、どのようにして共闘関係を結んだのか。また、受精卵診断導入に対する抗議は、女性運動と障害者運動双方にとってどのような位置を占めたのだろうか。1970年代以降の経過をふりかえる中で見ていく。

<中絶の自己決定をめぐる対立>

1970年代からの優生保護法改定反対運動を通じて、女性の生殖に関する自己決定権と選別の中絶をめぐる障害者と女性らの鋭い対立が存在した。「産むも産まぬも女が決める」と主張する女性運動に対して、「青い芝」など障害者運動から障害児なら中絶することも女の権利なのかという問いかけが行われたのである（立岩 1997,1998a; 市野川・立岩 1998; 松原 2000a; 森岡 2001; 米津 2002; 荻野 2005）。市野川・立岩（1998:268）は、「青い芝」は「出生前診断という技術に姿を変えた優生学ばかりではなく、個人の自己決定という形で作動する優生学に対しても待ったをかけた」と読み解いている。また、障害者運動は、「障害胎児を含む『望まれない妊娠』に対しての、障害者の生存権からの抗議」として、中絶全般に批判的な態度を示した（長谷川 1996:18）。これに対し、リブ新宿センターなどウーマン・リブの女性たちは、出生前診断・選別の中絶が障害を持つ胎児を除去する技術であり、障害者はいないほうがよいという契機があること、直接手を下すのは自分の側であるということを受け止め、中絶の自己決定を掲げつつも、育児の負担が女性にかかる社会、産めない社会が問題なのだとし、「産める社会を、産みたい社会を」と主張した（立岩 1997:383-387,434）。

1980年代はじめに再燃した優生保護法改定の動きに対して、「女のからだから ‘82優生保護法改悪阻止連絡会」（後の「SOSHIREN女のからだから」）など女性運動は、墮胎罪と優生保護法そのものの廃止を明確に主張した。そして、1970年代以降も「障害者からのつきつけを受け止め、障害者解放運動との接点のなかで闘ってきた」彼女らは、「あえて『産むのは女（わたし）、産まないと決めるのも女（わたし）』『産む産まないは女（わたし）が決める』を打ち出した」（上埜・青海 1988:50）。それは、羊水診断・超音波診断といった医療技術の普及、母子保健政策の強化といった障害児を産ませぬための施策の浸透に加えて、体外受精という生殖技術が女性の身体へ踏み込もうとしていた時代¹⁶を背景に、「国家の管理に対して抵抗するのは一人ひとりの個人に決定権を取り戻すしかない、女たちが産まされ、墮ろされていると責任を転嫁している限り、（中略）優生思想のいない手になることを許してしまうのではないか」との思いからであるとする（上埜・青海 1988:50）。大橋（1986:61）は、このスローガンを、「『女の開発』への危機意識とそれを拒む意思』『産む自由』と『産まない自由』を含みこみ、女のからだの管理（＝人口政策）を拒否する叫び」だとも述べている。ちょうど、世界的な女性の健康運動の中でも、“Reproductive Freedom/Right” がキー・ワードとして語られはじめた時期である¹⁷。

1987年に発表された生殖技術を問う「女たちの声明文」¹⁸では、「胎児診断の本質は、『障害児』は産まれるべきではないという国家の要請に応える生命の品質管理」に他ならないとし、「私たち女は、『障害児』なら中絶して当たり前、という優生思想の普及の片棒をかつぎません」と自らの主体性を強調する。そして、「『障害者』を差別し、産まれる前から抹殺しようとする社会のありさまをこそ、変えていかなければなりません」と述べている。

＜架け橋としての女性障害者の登場＞

一方、男性主導だった障害者運動の側にも変化があった。1980年代後半から女性障害者たちの声が前面に押し出されてきたのである。1970年代から始まった自立生活運動の中で、障害をもつ女性たちのある部分は、障害者が親になることはその子どもにとって不幸だとする社会の偏見に抗して「当たり前に出産や子育てを担う」ことで、奪われていた性と産み育てることを獲得してきた。その彼女たちが、1980年代初めにウーマン・リブに出会い、『女性性』を獲得することを目標とするのではなく、『女性性』それ自体を障害者の側から問い返していく」試みをはじめた（瀬山 2002:164）。1986年には、「女性障害者の自立促進と優生保護法の撤廃」を掲げて、「障害者インターナショナル（DPI）女性障害者ネットワーク」が活動を開始している。障害をもつ立場から、我がこととして「産む、産まない」を語る女性たちが登場した意味は大きい。米津（2002:231）は、リブの立場から、「彼女たちが障害者と女性をつなぐ架け橋のように思えた」と率直に述べ、「実際の話し合いの中から、健常者には産ませて障害者には産ませない優生政策の構造、その両極に自分たちが分断されてきたことが、健常者と障害者両方の女性に、よく見えるようになった」としている。

1982-83年の優生保護法改定の際にも、女性運動と障害者運動の間で1970年代同様の厳しい議論が交わされた。けれども、障害をもつ女性たちが、生殖についての女性の自己決定権は擁護されるべきだと主張し始めたことから、両者は次第に理解を深めていった。

「障害者インターナショナル（DPI）女性障害者ネットワーク」（1996:79-81）は、次のように述べている。

そのような（筆者注：選別の中絶をめぐる障害者と女性の）対立を越えて、現在私たちは、女性が妊娠を継続するか否かを決定するのは女性の基本的人権のひとつであるという共通認識に至っています。また障害の有無によって生命が価値づけられるものではない、したがって女のからだを通して生命の質を管理することは許さない、という共通認識にも至っています（「障害者インターナショナル（DPI）女性障害者ネットワーク」1996:79-81）。

そして、この「DPI女性障害者ネットワーク」は、福祉政策の不備による情報とサポート体制のなさが、女性と障害者の対立を作り上げてきたとして、「社会福祉が充実し、差別のない社会が実現すれば、障害の有無は妊娠を継続するか否かの判断基準にはならない」と述べている。

「ネットワーク」結成のきっかけとなった「シンポジウム 生命が選別される現代－優生思想を問う！（1994年10月29日）」で、「ネットワーク」結成当時の事務局団体のひとつとなった「母子保健法改悪に反対する女たち・大阪連絡会」は、もう少し踏み込んで「新たな出生前診断技術の開発・実用化や、出生前診断を強制的に、全妊婦を対象とした健診に用いることも断固反対」と述べている。現在、既に実用化されている出生前診断については、「まずは、検査ひとつひとつについて、女が考え判断できるだけの詳しい情報が伝えられるべき」で、出生前診断は最初から受けたくないという選択も含めて、「自分が必要とする検査だけを受け知りたい情報だけを得たい」とし、加えて、「障害者の自主的な生き方を社会的に支えていく体制が整い、女個人がそれほどガンバラなくても障害児とともに生きていける社会であれば、障害児であるという理由だけで中絶することも少なくなるに違いない。そういう体制を強く求めたいと思う」と述べている（母子保健法改悪に反対する女たち・大阪連絡会 1994）。

このように1990年代半ばには、女性運動と障害者運動の間で、産むか産まぬかの決定は女性の基本的権利であること、女の身体を通した生命の質の管理には反対であること、「公正な」選択を行うために（結果的に選別の中絶を減らすためにも）、社会福祉や支援体制の充実、差別の撤廃など障害者が当たり前で暮らせる社会をめざすという3点については、おおむね共通認識になっていた。ただ、森岡（2001:319）が指摘するように、女性の中絶の権利の中には、障害を理由とした中絶の権利が含まれるのかという「青い芝」からの原初的な問いかけに対する答えは「巧妙に避けられていた」¹⁹。

＜出生前診断をめぐるジレンマ＞

1980年代に「国家の管理に対して抵抗するには一人ひとりの個人に決定権を取り戻すしかない」（上埜 1988:50）

という思いで、「産む産まないは女（わたし）が決める」と女性の自己決定を「あえて」前面に掲げた女性運動にしてみれば、選別の中絶のみを別にすることにはならない。世界的にも、1994年の国連国際人口・開発会議（カイロ会議）や翌年の世界女性会議（北京会議）で、リプロダクティブ・ヘルス／ライツの尊重が強調されるなど、女性の性と生殖の自己決定権が広く注目され始めた時期でもある。

女性の中絶の自己決定を主張し、選別の中絶はできるだけ避けたい（避けるべき）としつつも、それも生殖の権利のひとつであると認識する時、その手段の一部である出生前診断技術をなくすべきだとは言えない。特に、既に実用化され、実際にそれを用いる女性たちがいる場合にはなおさらだ。その結果、最初から出生前診断を受けない選択も含めて、「より自由な選択」で「より良い結果（できる限り選別の中絶が減少するような）」を得るよう、例えば障害を持つ子を安心して産めるような情報提供や、障害児・者への社会支援体制の確立等を求めることになる。もちろん、それらは追求されるべきことなのだが、一方で、生命の優生的な選別には反対としつつ、それを減らすために差別のない社会を実現すべきと述べる時、あたかも、使われる出生前診断技術自体は何の意図も含まないニュートラルな技術であって、その技術が存在する社会あるいは使われ方にのみ問題があるかのように語られてしまうというジレンマに陥る。いや、もう少し正確に言えば、当然のこととして、出生前診断技術＝生命の質の管理と認識されてはいるのだが、ならば、その生殖技術自体をどのようにして廃絶させるのか、あるいは、行使させないためにどのような方策をとるのがか詰められていない。それは、障害者運動の中の女性障害者にとっても同じだった。

1990年代半ばの障害者運動と女性運動は、対話を重ね、共闘を模索しつつも、障害を理由とした中絶を女性の自己決定の範囲に含めるのかどうかについては大きな隔たりをかかえたまま、現状の出生前診断技術にどう対するかという具体策を持ち得ないでいた。

<差別の技術>

そのような中で、医療サイドからの受精卵診断導入の動きだったのである。障害者も女性たちも、新たな出生前診断技術の開発・実用化には否定的だった。しかも、それは、障害者にとってみれば「受精卵の段階で生きるに値しない胚は廃棄する」という優生思想を絵に描いたような技術であったし、女性にとっても、「遺伝的に健康な子ども」を産ませるために、不妊治療の対象ではない女性に体外受精という身体への操作が行われるとなれば、これを認めるわけにはいかなかった。受精卵診断に反対することが直接には中絶の自己決定の問題に関わらないことも、この時点の女性団体に、より毅然とした態度をとらせたのであろう²⁰。こうして、受精卵診断という生殖技術自体を“差別の技術”だと規定して、その導入を拒む抵抗運動が行われた。

白井（2004:546）は、遺伝子工学の技術は「価値ある目的を達成するための価値－中立的な道具ではなく、むしろ人間の自己理解と社会関係に深く関わる価値－関係的な力をもった道具である」と述べる。新たな生殖技術の導入に際して、技術の直接的な操作対象となる女性、および、その適用によって生存の機会が脅かされる障害者が、その生殖技術に内在する価値観や操作の方向性に対して異議をとらね、導入をはかる医療職能集団に論戦を挑み、同時に、社会に対してこのような技術を受け入れるのかどうかを問いかけたのである。その意義は大きい。

3-2-2 自己決定と子どもの質を選ぶこと

2-3と2-4-1で取り上げた「ネットワーク」の質問に対する回答にみられるように、「学会」は、もっぱら、受精卵診断導入は「健康な子を産みたいという女性（親）の強い希望」に応えるためとし、実施にあたっては、女性（カップル）の自己決定権の尊重を強調した。さらには、2-2で述べたように、外部からの強制や指示・誘導もなく、女性（カップル）の自由意思に基づいて選択するのだから「優生思想につながる心配はない」（学会回答Ⅰ、Ⅱ）と述べている。

ちょうど、日本で受精卵診断導入がはかられた1990年代中盤は、前述のように、フェミニストたちが1980年代からの国際的健康運動を通じて訴えてきたリプロダクティブ・ヘルス／ライツの概念が認知され始めた時期でもあった。ところが、認知と同時に、医療サイドによって、その概念が新たな生殖技術導入を根拠付ける文脈の中で使われ始める。また、遺伝医療の分野では、1995年に公表され論議をよんだWHOの「遺伝医療に関するガイドライン草

案」(Wertz, Dorothy et al. 1995=1997)²¹に典型的に示されたような、個人・カップルの自発的選択により実施される限り、出生前診断・選別の中絶も優生学とは無関係であるとの主張がなされ、影響力をもつようになった(松原 2000b:69-70,85; 玉井 1997)²²。「学会」の回答も、このような潮流におおむね合致している。

1996年4月27日に鹿児島大学が開催した「市民公開シンポジウム 着床前診断を考える」で、同大学産婦人科教授の永田(1997:3-4)は、リプロダクティブ・ライツを「子どもを産むか産まないか、どのように産むかは女性の権利である(傍点筆者)」との概念と説明したのちに、医療者は、このような女性の権利に応じて「重い疾患を持った子供を産む可能性があるために妊娠を諦めている人のためには、産めるようにそういう準備をしておく必要がある」と述べた。また、「学会」の倫理委員会委員長(1997年度)を務めた青野(1998c:992-993)は、「着床前診断に関する見解(会告)」の内容と承認までの経過を紹介する中で、着床前診断を行うことは異常な胚を子宮に戻さないことが前提となっており、優生思想につながるのではないかと反対意見に触れ、「以前に重篤な遺伝性疾患を持つ児を出生した母親が、できれば次に健康な児を持ちたいと願うことを差し止めるのは、個人のリプロダクティブ・ヘルス/ライツの侵害になるのではないと思われる」と述べている。

医療側のこのような主張を前に、女性障害者も含めて女性たちは、女性の生殖の権利についての再考を迫られた。

「ネットワーク」は、「親の希望」や「個人の選択」を前面に掲げる「学会」に対して、今、問題となっているのは受精卵診断という新たな技術を社会に導入するか否か、いわば社会としての選択だとして、幅広い論議を尽くすのが先決だと訴えた。そして、その「親の希望」も、障害に対する差別・偏見や不十分な社会的支援体制の中で「否応なく作られた希望」ではないかと問い、さらに、受精卵診断という新たな技術の登場自体が受容への圧力になることを指摘している。同時に、「子どもをもちたいと希望しても、『健康な』子どもだけを持ちたいと思うわけではありません。子どもをもつことを選択と、どんな子どもを得たいのかその質を選ぶことは全く別のことです」(ネットワークⅡ)と主張して、受精卵診断の実施は「健康な子ども」の妊娠・出産を望む女性個人の自己決定に基盤を置くとする医療側に反論した。また、2-3、2-4でとりあげたように、「ネットワーク」に加わる女性障害者団体、女性団体のいずれもが、「子どもを産まないという選択は女性の意思決定としてあるが、子どもを産まないという選択が『障害児だったら産まない』という選択にすり替えられてはいけない」(堤 1999)、「自己決定とか、女性の権利という言葉で、質を選ぶということを、あたかも女性運動が求めているかのように歪曲されてきているのではないか。女が子どもを産みたいと思うことと、子どもの質を選ぶことは違う」(大橋 1999)というように、「子どもの質を選ぶ」ことは女性の自己決定権には含まれないと異口同音に主張している²³。

「子どもの質を選ぶこと」があたかも自己決定の問題であるかのように語られることについて、立岩(1998b:68)は、この社会は「優生を支持する社会」であり、「実際には優生を促進する装置があり、自己責任に委ねるということ自体が社会的決定であり」、その結果生じることも含めて選択されているのに、自己決定の問題であるということと「社会は中立を装う」。そして、個人に委ねることで、「優生を否定する者を圧迫」し、同時にそのことを個人の領域に押しとどめることでも負担をかけると述べる。立岩が指摘するように、「学会」が受精卵診断の導入・実施を自己決定の問題であると主張して「中立を装う」とき、医療側あるいは社会に存在する「障害をもたない子どもの出生を望む」という志向が隠される。また、個人に委ねることで生じる「圧迫」や「負担」とは、例えば、「保因者とされた女性が自らの心身への負担を被ってでも、これを選択せざるを得ない状況をも同時に作り出す」(ネットワークⅡ)ということだろう。「ネットワーク」が、これらに抗して、「個人の選択に問題を還元する前に、医療界全体・社会全体としてこの技術を受け入れるのかどうかという幅広い論議を尽くすのが先決」(ネットワークⅡ)と主張するとき、「学会」が中心となって成そうとする「自己決定に委ねるという社会的決定」に反対し、広範な社会的論議による決定、さらに言えば、障害者・女性らの意見を尊重した社会的決定への道筋を求めたといえる。

女性運動がこれまで主張した「産む産まないの自己決定」は、「国家の管理に対する抵抗」であり「『女の開発』を拒む意思」であった。すなわち、生殖に関する国家や家父長制社会による強要や優生的な管理に対する抵抗であり、そのための主体性の主張であり、女性身体への生殖技術による介入への強い警戒感を含むものであった。ところが、1990年代半ばから日本でも、先端的な生殖技術の進展・実用化を女性(カップル)の生殖に関する権利によって正当化する主張が医療側からなされるようになった。障害者や女性らがともに“差別の技術”と規定する受精卵診断もまた、女性(カップル)の自己決定権によって容認されるとの主張がなされたのである。松原は、このよ

うな流れを「自己決定に根ざした優生学、いわゆる『自発的な優生学』』としてとりあげ、「自己決定の結果の集積が優生学的効果をもたらさう」と指摘している（松原 2000a:234-235）。ここにきて、自己決定の回路を通じた優生学も生殖権の一部として擁護するのかがどうかを明示することを迫られた女性たちは、障害者との共闘の経験を踏まえて、「子どもの質を選ぶこと」と「子どもをもつことを選択」とを明確に弁別し、「子どもの質を選ぶこと」を自己決定権の主張によって正当化することをはっきりと否定しようとしたのである。

本稿では詳細な経過を追えないが、1990年代後半は、優生保護法から母体保護法への改定（1996年6月）、母体血清マーカー検査についてのガイドライン作成（1999年）をはじめとして、生殖医療あるいは出生前診断をめぐる、さまざまな出来事が矢継ぎ早に起こった時期である²⁴。上述の受精卵診断をめぐる論争同様に、これらの動きを通して、「子どもの質を選ぶこと」は常に問題の核心にあり、女性団体－障害者団体の間で「子どもの質を選ぶこと」をめぐる論議が繰り返されている。

2000年には、女性団体のニュース誌上に、「はっきり言う時期ではないだろうか。『子どもを産むか産まないかを決める権利は女にはある。だけど子どもを選ぶ権利はない』と」との記事が掲載された（『SOSHIRENニュース女のからだから』No.174 2000年1月25日）²⁵。また、2002年10月に札幌で開催された第6回DPI世界会議札幌大会の分科会で、同グループの米津知子は、パネラーとして「障害胎児をめぐる女性と障害者の人権」と題して発言し、「子どもをもつかもたないかを決めることは、カップルそして女性の権利だけれど、障害の有無で胎児を選ぶことは権利ではない、それはリプロダクティブ・ライツには含まれないということです」（米津 2003:280）と述べた。さらに「障害をもつ胎児の中絶は、障害者差別であるとともに、女性のリプロダクティブ・ライツを侵害する」（米津 2003:289）とも付け加えて、70年代の「青い芝」の問いかけに明確な返答を返している²⁶。

森岡（2001:288）は、日本の生命倫理のパラダイムは、ウーマン・リブと「青い芝の会」が衝突した時に一気に形成されたとして「日本の生命倫理が、女性と障害者という『社会的マイノリティ』によって開始されたことの意義は大きい」と評価した。ただし、そのことと生殖技術の倫理との関係については疑問を挟む論者もある。たとえば萩野（2005:104-105）は、日本のフェミニズムのメインストリームにおいて、生殖医療技術に関する問題意識が必ずしも優先課題として共有されてこなかった事実を指摘しつつ、1980年代半ばに、優生保護法改定の動きが頓挫し中絶規制問題がひとまず視界から消えた後、「この当時の議論の経験が思想的財産として現在の生殖技術をめぐる諸問題への取り組みにどれだけ生かされているのかという点に関しては、かなり疑問がある」と述べている。しかし、本稿で述べたように、1990年代の受精卵診断をはじめとする出生前診断をめぐる女性や障害者の思索を子細にたどれば、この「思想的財産」が確実に受け継がれ、新たな局面をひらいてきたのは明らかである。

終わりに

1990年代に、障害者や女性らは、受精卵診断技術を“差別の技術”であると規定して、その導入に強く反対した。そして、受精卵診断の導入に抗する共闘の中で、「子どもの質を選ぶこと」は女性（カップル）の自己決定には含まれないし、自己決定権の主張によって正当化もされないという認識をかためてきた。

ところが、1.で触れたように、2004年頃を境に受精卵診断をめぐる事態は急速に変化している。同じ技術が、妊娠率や出産率の向上をはかる技術として不妊治療の場で使われ始めた。体外受精の際に、受精卵の染色体異数性や構造変異を調べて「正常」な受精卵だけを子宮に戻すことで「治療」の効率を上げようというのだが、その際、例えば21番染色体を調べてトリソミーの場合は子宮に戻さないというのは、つまるところ、ダウン症児の出生予防につながるのではないかと批判に対しても、「21番染色体に異常があった場合、90%は着床せず、もし着床してもそのうち約8割は流産してしまうので、流産回避のためには必要な検査です」（大谷・遠藤 2005:114）とまったく躊躇がない。差別が、「差別」ではないとされる。さらには、何が何でも自分たちの子どもを手にした女性（カップル）達の中には、この技術に希望を託すものもいる。

1990年代の障害者や女性らの受精卵診断をめぐる思索の到達点が、現在さらに試されている。新たなアクターとして、不妊クリニックの医療関係者や不妊の「患者」たちが登場する2000年代以降の受精卵診断をめぐる論争については、今後さらに検討したい。

注

- 1 出生前診断・選別の中絶に関する論考には、江原編(1996)、立岩(1997)利光(1998)、玉井(1998)、坂井(1999)、玉井(1999)、森岡(2001)、齋藤編(2002)、松原(2005)などがある。
- 2 他に、神里ほか(2004)は世界の現状と規制のあり方について、只木(2005)、盛永(2000,2001a,2001b)らはドイツの受精卵診断について論じている。松田の監訳によるドイツ連邦議会「現代医療の法と倫理」審議会最終報告書は日本における論議にも示唆を与える(ドイツ連邦議会審議会答申 2002=2006)。イギリスについては、神里(2006)が詳細に論じている。鈴森(1994)、佐藤(1999)は医学の観点から倫理面も含めて論じている。
- 3 1998年に出された「学会」会告「着床前診断に関する見解」に付された「解説」には、「本法がさまざまな医学的、社会的、倫理的問題を包含している」ことに鑑み慎重に審議したこと、「本法が無秩序に実施されれば社会に測り知れない不利益をもたらすおそれがあるため」本ガイドラインを定めたことと記されている。
- 4 「学会」は本邦初の受精卵診断の臨床実施を承認するにあたって、厚生労働省、文部科学省、内閣府特命担当大臣(科学技術政策)あての「要望書」(日本産科婦人科学会会長藤井信吾 2004年7月23日付)を提出し、「着床前診断は受精卵が胚として生命をうる段階で、生命の選別を行う手技であり、(中略)この生命の選別手技の実行の是非については、国が検討することが望ましいと考えます」と述べている(日本産科婦人科学会 2004)。
- 5 「学会」主催の「着床前診断に関する公開討論会」の記録については、第1回目(1998.3.14)は「平成9年度診療・研究に関する倫理委員会報告(第1回着床前診断に関する公開討論会の記録)」として、第2回目(1998.6.10)は「平成10年度診療・研究に関する倫理委員会報告(着床前診断に関する第21回公開討論会の記録)」として日本産科婦人科学会誌上に掲載されている。市民主催の「着床前診断をめぐる市民がひらく公開討論会(1998.12.12)で出された意見の要約は『全障連全国事務局ニュース 優生思想を問うネットワーク 1999.1.19号』に発言者無記名で掲載している。当日の議事録メモを参考に発言者を特定し、当該発言者の了解を得て、本稿ではそれを記した。
- 6 「学会」の1998年9月30日付けと1999年3月12日付け回答は学会長佐藤和雄、副会長青野敏博、「診療・研究に関する倫理委員会」委員長藤本征一郎の名前で、1999年9月10日付け回答は学会長青野敏博、倫理委員会委員長藤本征一郎の名前である。
- 7 ネットワークの質問状Ⅰ,Ⅱ,Ⅲは、『全障連全国事務局ニュース 優生思想を問うネットワークから』の1998.1.21号、99.1.19号、99.7.7号に、「学会」からの回答Ⅰ,Ⅱ,Ⅲは、98.10.19号、99.4.15号、99.10.5号に掲載されている。
- 8 着床前診断に関する第2回公開討論会の中で、長谷川(全国青い芝)は、障害をもつ当事者の立場から重篤の程度は客観的には決められないとして次のように述べている。「重篤という概念がやっぱり全くといっていいほど定まっていない、誰も定められないということなんです。疾患をもつ本人、障害をもつ本人が幸せと感ずるか不幸と感ずるか、重度と感ずるか重篤と感ずるか(原文のまま)、それは本人しかいえないものです」(長谷川 1998:923)。
- 9 「着床前診断をめぐる市民がひらく公開討論会(1998年12月12日開催)」で、堤愛子(DPI女性障害者ネットワーク)も、臨床研究とするなど色々な止む止めがかけられている中で「あえて『重篤な遺伝性疾患に限定している』ということ自体が、逆に『重篤な遺伝性疾患って何てたいへんなんだ』『重い障害とか命が短いんだったら生まれてきてもしかたないんじゃないか』『むしろ生まれてこない方がいいんじゃないか』という意識を強めていくことになるし、優生思想を強めていくこと以外なものでもない」と述べた(堤 1999:11)。
- 10 青野倫理委員長(当時)は、なぜ受精卵診断を認めようとするのかという問いに対して、「現実に障害児を育てているお母さんがいて、精神的、経済的、肉体的に大変な苦境にあって、次の子は健康な子を産みたいというお母さんがいる」「管理された形でなら、医療を希望する方には提供しなくてはいけないと考える」と述べた(青野 1998a)。
- 11 久保(1998:920-921)は、自らが受精卵診断を選択肢の一つとして提示した経緯を説明するとして、前回の妊娠では絨毛検査によって胎児が発病者だと分かり中絶し、次回は受精卵診断での妊娠を希望しているというデュシェンヌ型筋ジストロフィー保因者の女性の手紙を紹介した。手紙の最後は「私は今、ほかの方法は考えていないし、着床前診断を選ぶことが母になろうと思っている保因者の私の責任だと思っています」という言葉で締めくくられていた。
- 12 この点について、第2回公開討論会(1998年6月10日)のパネラーとして発言した日本筋ジストロフィー協会の貝谷嘉洋(1998:927-928)も患者本人の立場から、患者に「ニーズがあるのだから」、インフォームド・チョイスが保障されれば問題ないとされるが、「本当の問題は違う」と指摘し、「着床前診断をして、遺伝性疾患が子どもに出ないようにするという行動に社会がゴーサインを出すかということが問題なわけですよ」と述べた。
- 13 1982年に「82優生保護法改悪阻止連絡会」(略称「阻止連」)として発足、後に、「SOSHIREN女のからだから」と改称。中絶や生殖の問題に取り組んでいる女性団体で、刑法墮胎罪の撤廃と子どもを産む産まないの自己決定の確立を目標に掲げている。
- 14 成人以降に発症する晩発性の疾患を除外するということである。審査小委員会の議事録には登場しないが、おそらく、前年2003年8月に遺伝医学関連学会が共同で定めた「遺伝学的検査に関するガイドライン」が、「出生前検査と出生前診断」の適用については「学会」の会告「先天異常の胎児診断、特に妊娠初期絨毛検査に関する見解」(1988)をほぼ踏襲しながらも、会告の「重篤な」を「新生児期も

- しくは小児期に発症する重篤な）に変えていることに影響されてのことだろう。なお、「着床前診断に関する審査小委員会答申」は、「学会」第1回公開倫理委員会（2004.7.2）配布資料。
- 15 「総合科学技術会議生命倫理専門調査会」は、生命科学がヒト胚を取り扱う時に生じる問題を包括的に議論する場として2001年8月に設置された。「中間報告」では、受精卵診断の利点として①重篤な遺伝性疾患を有する子どもを持つことによる母親の負担をなくする②遺伝病の子どもの可能性ゆえに妊娠・出産を断念していた親に実子を持つ可能性をひらく③母親に身体的・精神的に大きな負担をもたらす選別の中絶を避けることができることを挙げ、母親が受精卵診断を受けることは個人の幸福追求権であると考えらるべきであると述べる。これに続けて本文の記述が続く。この時点まで、国の審議機関や行政が受精卵診断の動向に直接的な影響を与えたことは一度もなく、国としての公式見解も提示されていない。「中間報告」はいわば、国の審議機関が受精卵診断に対して示した初めての見解である。最終報告書「ヒト胚の取り扱いに関する基本的考え方」（2004年7月23日）では、上述の3点を再掲し「着床前診断の利点を踏まえて、これを容認すべきかどうか問題となる」が、検討が不十分として「本報告書においてその是非に関する結論を示さないことにした」とされた。
- 16 英国で世界初の体外受精児ルーズ・ブラウンが誕生したのは1978年7月。1982年11月には日本においても体外受精の臨床応用に向けて、日本着床受精学会が発足した。1983年3月、東北大学産婦人科で日本で初めての体外受精による妊娠に成功し、10月には誕生している。
- 17 1984年7月にオランダ・アムステルダムで開催された「女と健康国際会議」のスローガンは「人口管理はいらない！女が決める」である。同年8月にメキシコで開かれた国際人口会議（主催国際連合）に対抗して開催され、キー・ワードは“Reproductive Freedom/Right”であった（大橋 1986:62）。
- 18 「女たちの声明文」（生殖技術を問う・発言する会 1987年1月20日）は、厚生科学審議会先端医療技術評価部会（1998年）の参考資料「生殖医療に関する障害者団体・女性団体からのご意見」に記載されている。「生殖技術を問う・発言する会」は「女のからだから82優生保護法改悪阻止連絡会（後のSOSHIREN女のからだから）」を連絡先とする。生殖技術（体外受精、男女産み分け、胎児診断・胎児治療、実験と情報公開）について意見を表明している。
- 19 立岩が「残されている問題」（立岩 1997:387）と指摘したのと、本質的に同様の問題である。また、玉井（1999:54）は、同時期の障害者・女性団体の主張を比較検討して、（1）選択的中絶を女性の自己決定の範囲として容認するのか（2）「選択的中絶をするかしないかという判断の材料にしかないような」胎児情報に、積極的にアクセスする権利が女性にあるかどうかの2点について意見の一致がないとしている。
- 20 米国のプロチョイス派（女性の中絶選択権を擁護しようとする人々）の中には、受精卵診断は中絶を希望するカップルに新しい選択肢を与えるものとし、障害胎児の中絶や妊婦の被る身体的・肉体的苦痛を考えれば、初期胚のレベルで選択できることから生命倫理的にもより容認されやすいと主張するものもある。だが、1970年代からの障害者運動との対峙の中で、障害を理由として生きる可能性を断つことの問題性を十分に認識してきた日本の女性運動にとってみれば、そのような機会をいかに少なくするかに腐心こそすれ、「新しい選択肢」を容認することは考えられなかった。
- 21 後にこの草案は改定され、最終版では「『優生学』という言葉の使用は慎重に回避されている（松原 2000:85）。
- 22 草案では、今日の遺伝医学は、「当事者の生殖に関する目標にとって最適な決断を当事者自身が下すことを援助するということ」であるとし、これが「過去の優生学との決定的な違いである」として「予防は優生学はない」と述べている（Wertz,Dorothy et al. 1995=1997:3）。松原（2000b:85）は、「草案は、遺伝医療を『優生学』という汚名から救い出すことによって、それが危険なものではないことを強調している」とし、（1）優生学の定義を国家による強制に限定することで「予防は優生学ではない」という宣言が成立しえた（2）「優生学は悪いもの」というイメージを逆手にとって、自発的選択や個人・家族の利益の優先など「優生学ではない」と分類されたものについては、倫理的に許容できるものとして扱われたことに注目すべきと述べている。なお、草案では着床前診断について、「中絶に反対する家族にとっては別の選択肢となりうる」「しかし、この方法は高価であり、他の選択肢に比べて健常児をえる可能性が低いことから、健康政策の主要な課題とはなりえない」と記している（Wertz,Dorothy et al. 1995=1997:71）。
- 23 立岩（1997:391-392；1998b:66）は、「ごく単純なこと」として、自分のことを自分で決めているわけではないのだから、選別の中絶は「自己決定ではありえない」と述べる。産む産まないの決定は女性に委ねるとしても、「子という存在のあり方に対する決定は別のこと」である。なぜなら、やがて子として存在を始めることになる存在、（潜在的な）他者が含まれているからであり、人となった状態が想定され、どのような人をこの世に現させないか／現させるかを決めているからだと述べる。つまり、選別の中絶は、どういう人を社会に迎えるのかを私たちの都合で決めることであり、自己決定権の主張によって正当化されることはないとする。江原（2002：164）は、「子どもの品質管理化」に「女性の自己決定権」という主張が荷担するかのような効果を発揮してしまうのは、その主張が「『身体の自己所有』を前提とした主張として読み替えられてしまうからであり、それが『生殖は女性の責任』という家父長制的社会のジェンダー・バイアスを含んだ身体観を強化してしまうからである」と述べている。
- 24 1996年6月には優生保護法が母体保護法に改定された。1997年3月には、日本母性保護産婦人科医会（日母）法制検討委員会が、胎児条項導入を含む母体保護法改正案をいったん認めたものの、女性・障害者団体の反対で継続審議となっている。同年、厚生省は厚生科学審議会先端医療技術評価部会を立ち上げ、出生前診断や生殖補助医療について審議を開始、1998年2月には障害者団体・女性団体から意

見を聴取している。1998年10月には部会のなかに「生殖補助医療技術に関する専門委員会」と「出生前診断に関する委員会」が設置された。1994年に米国の検査会社が日本に進出し母体血清マーカー検査の受注を開始したのに続き、1996年には国内大手の検査会社数社も参入し普及の様相を見せたことから、1999年7月には「出生前診断に関する委員会」による母体血清マーカー検査についてのガイドラインが作成され通達された。

- 25 Valerie Bryson (1999=2004) は、1980年代半ばには、あらゆる集団のフェミニストの多くは、女性の身体をめぐる自己決定権について合意していたが、最近では、欧米においても、より根深い反対論や論争がフェミニスト間で出現していると述べている。
- 26 荻野 (2005:106) は、選別の中絶について米日を比較した論考の中で、この米津の発言を、「リブから始まった日本での選別中絶をめぐる思考が今、どこまで到達しているのかを示すすぐれたマニフェスト」であるとして、詳しく紹介している。

参考文献

- 青野敏博 1998a 「第3回日本産科婦人科学会との話し合い1997.12.8」発言『全障連全国事務局ニュース 優生思想を問うネットワークから』1998.1.21
- 1998b 「平成9年度診療・研究に関する倫理委員会報告（第1回着床前診断に関する公開討論会の記録）『日本産科婦人科学会誌50(7):420-423
- 1998c 「出生前診断の倫理—産科医の立場から」『周産期医学』28(8):989-993
- 母子保健法改悪に反対する女達・大阪連絡会 1994「生命が選別される現代—私たちはこう思う」『シンポジウム 生命が選別される現代（いま）優生思想を問う！』配布資料（1994年10月29日）
- Bryson, Valerie 1999 *Feminist Debates: Issues of Theory and Political Practice*, Macmillan Press, =2004 江原由美子監訳 『争点・フェミニズム』勁草書房
- Enquete-Kommission. Recht und Ethik der modernen Medizin.Schlussbericht. 2002 *Deutscher Bundestag Referat Öffentlichkeit* =2006 松田純監訳『ドイツ連邦議会審議会答申 受精卵診断と生命政策の合意形成—現代医療の法と倫理（下）』知泉書館
- 江原由美子編 1996『生殖技術とジェンダー』勁草書房
- 江原由美子 2002 「『女性の自己決定権』再考—生殖技術との関連で」『法社会学』56:150-165
- 長谷川良夫 1996「障害を肯定することは命を肯定すること」『インパクション』97:18-20
- 1998「平成9年度診療・研究に関する倫理委員会報告（着床前診断に関する第2回公開討論会の記録）」『日本産科婦人科学会誌』50(10):921-923
- 市野川容孝・立岩真也 1998「障害者運動から見えてくるもの」『現代思想』26(2):258-285
- 貝谷嘉洋 1998「平成9年度診療・研究に関する倫理委員会報告（着床前診断に関する第2回公開討論会の記録）」『日本産科婦人科学会誌』50(10):912-939
- 神里彩子・小門穂・柴岡千穂・井上悠輔・張瓊方・馬場わかな・洪賢秀・米本昌平 2004「着床前診断の規制と実施のあり方—ヨーロッパ・東アジアなど海外の状況と日本の課題」『Etudes』No.3
- 神里彩子 2006「イギリスにおける着床前診断の法的規制と政策—発展する生殖補助技術に対する規制のあり方」『法学志林』103(3):119-162
- 児玉正幸 2003「鹿児島大学医学部の受精卵診断による命の選別（選別出産）の試みに関する問題点と私見」『医学哲学・医学倫理』21:167-175
- 2005 「日本の着床前診断の歩み—習慣流産に対する着床前診断の適応に期待する」『学術研究紀要』33:9-15
- 2006『日本の着床前診断—その問題点の整理と医学哲学的所見』永井書店
- 久保春海 1998 「平成9年度診療・研究に関する倫理委員会報告（着床前診断に関する第2回公開討論会の記録）」『日本産科婦人科学会誌』50(10):912-939
- 松原洋子 2000a「日本—戦後の優生保護法という名の断種法」米本昌平ほか『優生学と人間社会 生命科学の世紀はどこへ向かうのか』講談社 170-236
- 2000b「優生学批判の枠組みの検討」原ひろ子・根村直美編『健康とジェンダー』明石書店 69-88
- 2005「出生前診断と生命倫理」『助産雑誌』59(2):138-141
- 森岡正博 2001『生命学に何ができるか 脳死・フェミニズム・優生思想』勁草書房
- 盛永審一郎 2000「着床前診断の倫理的問題—ヒトゲノムと人権」『医学哲学・医学倫理』18:12-24
- 2001a「第3章着床前診断に対する倫理的視座—ドイツの議論を通じて」『生命倫理コロキウム1.生殖医学と生命倫理』太陽出版 70-99
- 2001b「ドイツにおける着床前診断の倫理的視座—『人間の尊厳』」『生命倫理』11(1):135-142

- 永田行博 1997「市民公開シンポジウム 着床前診断を考える」『鹿児島大学医学雑誌』48巻補冊:2-4
- 日本産科婦人科学会 1998a 「平成9年度診療・研究に関する倫理委員会報告（第1回着床前診断に関する公開討論会の記録）」『日本産科婦人科学会誌』50(7):415-446
- 1998b 「平成9年度診療・研究に関する倫理委員会報告（着床前診断に関する第2回公開討論会の記録）」『日本産科婦人科学会誌』50(10):912-939
- 1998c 「『ヒトの体外受精・胚移植の臨床応用の範囲』についての見解」、「『ヒトの体外受精・胚移植の臨床応用の範囲』についての見解に対する解説」、「『着床前診断』に関する見解」、「『着床前診断』に関する見解に対する解説」『日本産科婦人科学会誌』50(10):18-27
- 2004 「要望書」厚生労働省、文部科学省、内閣府特命担当大臣（科学技術政策）あて（日本産科婦人科学会会長藤井信吾 平成16年7月23日）http://www.jsog.or.jp/kaiin/html/ofure_23jul2004.html（2007年10月25日閲覧）
- 大橋由香子 1986 「産む産まないは女（わたし）がきめる—優生保護法改悪阻止運動から見えてきたもの」女性学研究会編『女は世界を変える 講座女性学3』勁草書房 48-73
- 1999 「1998.12.12着床前診断をめぐる市民がひらく公開討論会」発言『全障連全国事務局ニュース優生思想を問うネットワーク』1999.1.19:15
- 大谷徹郎・遠藤直哉 2005『はじまった着床前診断—流産をくり返さないための不妊治療』はる書房
- 荻野美穂 2005「障害を理由とした中絶とフェミニズム—アメリカの場合、日本の場合」『思想』979:85-111
- 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
- 坂井律子 1999『ルポタージュ出生前診断 生命誕生の現場に何が起きているのか』日本放送出版会
- 齋藤有紀子 1996「受精卵の着床前遺伝子診断の社会的倫理的問題点」『助産婦雑誌』50(8):668-674
- 1998「着床前診断の対象疾患—安易な拡大は誰のためにもならない」『助産婦雑誌』52(10):828-829
- 齋藤有紀子編 2002『母体保護法とわたしたち—中絶・多胎減数・不妊手術をめぐる制度と社会』明石書店
- 瀬山紀子 2002 「声を生み出すこと—女性障害運動の軌跡」石川・倉本編『障害学の主張』明石書店 145-173
- 障害者インターナショナル（DPI）女性障害者ネットワーク 1996「優生保護法、刑法墮胎罪の撤廃を求める要望書」『インパクション』97:79-81
- 白井泰子 1993「先端医療技術のクロス・オーバーによって惹起される倫理的問題の検討（1）」『哲学年報』6-13
- 1995「出生前診断と人工生殖—人間生命の始期における人為的介入とその背景」唄孝一・石川稔編『家族と医療—その法学的考察』弘文堂 237-257
- 1996「受精卵の着床前診断に内在する倫理的・社会的問題の検討」『精神保健研究』42:61-69
- 2004「着床前診断によって惹起された新たな波紋」、宇都木伸編『人の法と医の倫理』信山社 525-547
- 総合科学技術会議生命倫理専門調査会 2003「ヒト胚の取り扱いに関する基本的考え方（中間報告）2003年12月26日」<http://www8.cao.go.jp/cstp/tyousakai/life/pubcom/chukan.pdf>
- 鈴木良子 1999 「1998.12.12着床前診断をめぐる市民がひらく公開討論会」発言『全障連全国事務局ニュース優生思想を問うネットワーク』（1999年1月19日発行）16
- 鈴木薫 1993「今日の話 受精卵診断」『産婦人科の実際』42(1):5-10
- 1994「出生前診断・受精卵診断の最近の進歩と倫理的問題」『生命倫理』4(1):14-17
- 只木誠 2005「着床前診断をめぐる諸問題—ドイツにおける理論状況」『法学新報』111(5・6):1-64
- 玉井真理子 1997「世界保健機構（WHO）による遺伝医療に関するガイドラインと優生学」『信州大学医療技術短期大学部研究紀要』23:37-61
- 1998「出生前診断と自己決定」『現代思想』26(8):106-116
- 1999「出生前診断・選択中絶をめぐるダブルスタンダードと胎児情報へのアクセス権」松本了編『知的障害者の人権』明石書店 39-65
- 2004 「『報道されていないふたつの出生前診断問題』と『不可視化する出生前診断』」『社会と倫理』17:19-42
- 2005「出生前診断における『機会の平等』—『知らせる必要はない』問題再考」『思想』979:112-123
- 立岩真也 1997 『私的所有論』勁草書房
- 1998a 「1970」『現代思想』26(2):233-233
- 1998b 「空虚な～堅い～緩い・自己決定権」『現代思想』26(8):57-75
- 利光恵子 1998「生殖医療と遺伝子診断」山口研一郎編『操られる生と死』小学館 174-209
- 2008 「日本における受精卵診断をめぐる論争（1990年代）—争いの経過」『医療・生命と倫理・社会』6号[掲載予定]
- 堤愛子 1999 「1998.12.12着床前診断をめぐる市民がひらく公開討論会」発言『全障連全国事務局ニュース優生思想を問うネットワーク』

(1999年1月19日発行) 11

柘植あづみ 2000 「生殖における女性の自己決定権試論」原・根村編『健康とジェンダー』明石書店 89-109

上埜さと子・青海恵子 1988 「女の『自己決定権』と生命」福本・古川・山田編『バイオ時代に共生を問う』柘植書房 45-75

Wertz, Dorothy C., John C. Fletcher, Kare Berg and Victor Boulyjenkow, 1995 "Guidelines on Ethical Issues in Medical Genetics and The Provision of Genetics Services" WHO =1997 松田一郎監修、福島義光編、小児病院臨床遺伝懇話会有志誌『遺伝医学の倫理的諸問題および遺伝サービスの提供に関するガイドライン』

矢野恵子 2004 『優生思想を問うネットワークニュース』No60(2004年7月31日発行) 6-11

吉村泰典 2006 「日本産科婦人科学会平成17年度第4回理事会議事録(2006年2月18日)」:28

米津知子・大橋由香子 1998 「重さくらべや後回しからは、何も生まれない 優生保護法問題をめぐる女性解放と障害者解放」『現代思想』:234-242

米津知子 2002 「女性と障害者-女で障害者の私が、女の運動の中から考えること」齊藤有紀子編『母体保護法とわたしたち-中絶・多胎妊娠・不妊手術をめぐる制度と社会』明石書店 225-239

————— 2003 「障害胎児をめぐる女性と障害者の人権」DPI日本2002年第6回DPI世界会議札幌大会組織委員会編『世界の障害者われら自身の声-第6回DPI世界会議札幌大会報告集』現代書館 277-281

『優生思想を問うネットワークニュース』(2004年7月31日発行)

『全障連全国事務局ニュース臨時号』(1997年2月19日発行)

『全障連全国事務局ニュース 優生思想を問うネットワーク』(1998年1月21日発行)

『全障連全国事務局ニュース 優生思想を問うネットワーク』(1998年10月19日発行)

『全障連全国事務局ニュース 優生思想を問うネットワーク』(1999年1月19日発行)

『全障連全国事務局ニュース 優生思想を問うネットワーク』(1999年4月15日発行)

『全障連全国事務局ニュース 優生思想を問うネットワーク』(1999年7月7日発行)

『全障連全国事務局ニュース 優生思想を問うネットワーク』(1999年10月5日発行)

The Arguments in Japan over Preimplantation Genetic Diagnosis in the 1990s

TOSHIMITSU Keiko

Abstract:

This article looks at both sides in the debate over the introduction of Preimplantation Genetic Diagnosis into Japan in the 1990s - the medical experts who promoted the introduction, and the disabled and women who spoke against it - focusing on the exchange of arguments between the Network Against Eugenics, one of the major actors against P.G.D, and the Japan Society of Obstetrics and Gynecology.

The Japan Society of Obstetrics and Gynecology argued that “preimplantation genetic diagnosis may be more ethical than selective abortion, and that it can be ethically accepted only for ‘quite serious genetic disorders’ as it is conducted based on women's self determination.” On the other side, the Network Against Eugenics, a group of women and disabled people, stated that “P.G.D is a selection of life; it discriminates against those who live with a handicap. At the same time, the technology oppresses women by telling them that they have to give birth to a ‘normal,’ genetically healthy child. ‘To choose the quality of a child’ is not included in a women’s right to decide.”

This controversy opened a new stage in the enduring argument, dating from 1970s, between a woman’s right to an abortion and a handicapped person’s right to life.

Keywords: Preimplantation Genetic Diagnosis, prenatal diagnosis, selective abortion, reproductive right,
new reproductive technologies

