

「自己決定権」のあり方を考える

—尊厳死法制化・出生前診断をめぐる問題を中心に—

水谷 朱里

目次

はじめに

1. 自己決定権とは何か
 1. 1 「自己決定」と「自己決定権」
 1. 2 自己決定権と自己責任論
 1. 3 自己決定権の何が問題なのか

2. 尊厳死の法制化と死の選択
 2. 1 「尊厳死」とは—日本における尊厳死—
 2. 2 日本における尊厳死法制化をめぐる議論
 2. 2. 1 尊厳死法制化を進める動き—日本尊厳死協会—
 2. 2. 2 尊厳死法制化を阻止する動き—尊厳死の法制化を認めない市民の会—
 2. 2. 3 尊厳死法制化の問題点
 2. 3 自己決定権の尊重と尊厳死法制化

3. 出生前診断と選択的中絶
 3. 1 出生前診断とは
 3. 2 人工妊娠中絶へと導く出生前診断
 3. 3 自己決定権の尊重と選択的中絶

4. 自己決定権に頼らない「自己決定」のあり方
 4. 1 「自己決定権ありき」からの脱却
 4. 2 選択肢の拡大と「自己決定」へのアプローチ

おわりに

参考・引用文献

はじめに

私は大学で社会福祉関連の講義を中心に受けてきた。障害者や高齢者、子ども、生活困窮者、セクシュアルマイノリティなど、社会的弱者といわれる人々を取り巻く問題を知るたびに、今まで知らなかった社会の存在や見方に衝撃を受け、自身の持つ偏見に気づききっかけとなった。その中でも特に関心を持った問題は、尊厳死法制化や出生前診断の背景に社会的弱者の排除があるというものである。はじめはこのテーマに設定しようと考えていたのだが、調べていくうちにある疑問が生じる。それは、これらの問題に対する結論の根拠となるはずだった「自己決定権」自体に、社会的弱者を排除する側面があるのではないかということだ。

そこで本論文では、自己決定権をテーマとして設定し、そのあり方を問い直す。そして、社会的弱者を排除したり作り出したりしない社会を見据えて、一人ひとりが周囲に強要されることのない意思決定をしていくために国家や私たちが何をすべきかを示すことを目的とする。なお、どのような人が「社会的弱者」に含まれるかを明確に定義することはせず、この社会を構成する一人ひとりに目を向けるという姿勢で臨みたい。

まず1章では、本論文の足掛かりとして、自己決定権を批判的な視点で捉え、自己決定権のどのような側面が問題なのかを明示する。そして続く2章では尊厳死法制化、3章では出生前診断を取り上げ、それらをめぐる問題に対して自己決定権がマイナスに作用する側面をみていく。2章は、尊厳死の法制化に関して賛成派である「日本尊厳死協会」と反対派である「尊厳死の法制化を認めない市民の会」の両視点からの主張をもとに法制化の問題を明らかにし、自己決定権を重要視することによって死を選択できる社会について検討する。その後の3章は、出生前診断と人工妊娠中絶の関係について触れ、自己決定権を重要視することによって胎児を選別できる社会について検討する。最後の4章では、1章から3章で言及した自己決定権の問題をふまえつつ、自己決定権に頼らない「自己決定」の望ましいあり方について見解を述べる。

1. 自己決定権とは何か

1. 1 「自己決定」と「自己決定権」

日本国憲法上に「自己決定権」という名の権利は存在しない。現在、憲法第13条の基本的人権や幸福追求権が派生した新しい人権の一つとして検討されており、「日本国憲法上の

権利としての『自己決定権』をめぐる議論においては、それを肯定的に受け止める論調が圧倒的多数なのが実情である」(平岡 2013:1)という。

本論文では、キーワードとして「自己決定」と「自己決定権」の二語を使い分けている。本節において、よく混同して使用されているこの二つの語句の違いについて明確にしておきたい。

小松(2004:100)によると、「自己決定」は、「生の具体的な局面で、私たちが絶えず行っている個々の判断や選択そのもののこと」を指し、何時に起きるか、朝食では何を食べるかといったように、「人間が、自己決定なしに通常の社会生活を送ることは、とてもできない」という。一方「自己決定権」は、「自己決定することを、社会や国家が、個人の権利として認めるといふこと」だといひ、「『する』、あるいは『せざるを得ない』のが自己決定であるのに対して、『認められる』、あるいは『するために使う』のが自己決定権である」と述べている。

「自己決定権」と「自己決定」、この二つの違いを一言で表すならば、権利であるか、そうでないかだといえるだろう。その「権利」というものがどういう意味を持つかについて、平岡(2013:123)は、「日常用語としての『権利』を、最も短い表現で置き換えるならば、それは『正当性』ないし『正当な利益』」になる、と述べている。そして、「権利 (=正当性)」が認められるということは、ある行為によって「法的に不利な取り扱いを受けず、かつ道徳的な非難を受けないことを意味する」(同上 124)という。逆の見方をすると、「権利 (=正当性)」が認められるために、「たとえ道徳的に非難される行為であっても『自己決定権』の行使として認められる余地がある」(同上 124)ということになるが、これは、不道徳ともいえる行為が「正当な権利行使」として認められるために本人が何かしらの「責任」を引き受けることにつながりやすいと指摘する。

小松や平岡が自己決定権について「認められる」という表現を用いていることから窺えるように、「自己決定権」には個人の選択に国家が介入してくるという意味合いが含まれている。では、そのような意味が含まれることで「自己決定」とどのように異なってくるのか。殺人 (=自己決定権) と読書 (=自己決定) を例として示そう。

殺人も読書も個人が行うことのできる選択の一つであるが、人を殺すことには国が法律を定めることによって規制をかけており、それを行うと罪に問われるのに対し、本を読むことには特に規制がなく、その行為自体が罪に問われることはない。同じ「個人の選択」であっても、前者は国家に承認されないことによって自由に選択できないようになっているといえる。

このように、「自己決定権」は国家の示した規範に個人が従うことで成り立ち、私たちが普段絶えず行っているような選択を指す「自己決定」とは異なるものなのである。

1. 2 自己決定権と自己責任論

自己決定の責任はそれを下した個人へと集中しがちだ。こうした自己責任論は自己決定権とも結び付いている。

小松(2004:27)によれば、その背景には「新自由主義という名の、新たな国家意思が働いている」ことが関係している。新自由主義とは、「国家経済が逼迫^{ひっばく}するという昨今の状況^{じょうきょう}を背景に、個人の自由を前面に強く押し出す一方で、これを自己責任とセットにして事に当たろうとする考え方のこと」(同上 26)である。その中には、「長引く世界的な経済不況の下で、国家財政にかかる福祉政策のコストの圧迫を軽減するために、福祉国家として抱え込んだ国家の課題を、都合よく個人に転嫁、皺寄せしようとする動き」(同上 26-27)があるといい、その際に「自己決定権という口当たりのよい考え方が、国家権力の意図を隠すために有効に機能している」(同上 27)と指摘する。

また、平岡(2013:135)は、「『危険な行為』¹への従事を個人の『自己決定権』行使として承認しようとする議論」は、「国家・社会が必要とする『危険な行為』への従事者を、その結果の負担を本人に押し付けつつ確保しようとする要請に応えるものであった」と指摘する。つまり、個人が行う活動の中には、国家・社会から求められている「危険な行為」があり、望ましい行為に対しては「自己決定」、そうではない行為に対しては「自己責任」という言葉を前面に押し出すことで、人々の価値観がコントロールされているのである。

自己決定権の行使による自己責任は、一見個人内での問題のようにみえて、実のところ、国家・社会と切り離すことのできない問題だといえる。

1. 3 自己決定権の何が問題なのか

「自己決定が権利化すると、権力の道具になる」(小松 2004:14)。そう表現する小松(2004:15)によれば、自己決定権とは、「言葉によって普遍化された人為的な権利であり、思弁によって客観化された制度であり、さらには個別の実相を他人事に変えてしまう装置であり、したがって、いつでも政治的な恣意によって道具にされるという危険性をもったもの」であるという。ここから、権利であり、制度である以上、自己決定権には個人の選択に対して法を介した政治的な規制あるいは誘導が常につきまとうということが読み取れる。さらに、「個人の『危険な行為』への従事を『自己決定権』の行使として積極的に承認する議論は、究極の形において、全体主義思想と結びつく危険性を否定できない」と平岡(2013:132)が述べるように、権力の道具である自己決定権を行使することによって、個人の利益よりも国家・社会の利益の方が重視される可能性さえある。

¹平岡(2013)は「危険な行為」とは「本人の生命・身体への著しい危険を伴う自発的な行為」と定義している。警察や消防機関、建築現場で行う高度な肉体的危険を伴う業務は、国家・社会から求められる「危険な行為」としてそこに含まれるとしている。

また、「自己決定権を持ち出すと、そこで当面の結論が出てしまって、(中略)後は考えないということになってしまう」と小松(2004:142)はいう。そういった思考の停止や自己責任論との結び付きによって、自己決定権へ国家・社会からの圧力がかかっているにもかかわらず、自己決定権を行使した際の責任はその個人へと課され、国家・社会の側の責任が不可視化されることにつながると考えられる。

平岡(2013:73)によると、「近年医療・教育・ジェンダー論といった様々な文脈で『自己決定権』の主張がなされてきた背景には、社会的に優位に立つ側(医師・教師・男性など)が、一方的に自らによる『決定』を劣位におかれた側(患者・子ども・女性など)に対し『強制』してきた状況への抗議がある」という。自己決定権が、周囲からの圧力を受けることなく自己決定をするための武器として社会的弱者の側から主張されてきた。しかし、社会内には「集団・カテゴリー間の権力における不平等」(平岡 2013:37)が存在するため、障害者や子ども、女性、生活困窮者などといった「完全な人間」(同上 29)として扱われてこなかった人々は、個人としての尊厳を確保すべく、「自らの属する集団・カテゴリーの地位を向上させる」(同上 29)必要がある。

したがって、自己決定権が社会的弱者にとっての重要な権利である反面、「『個人』が政治的・社会的文脈から切り離され、『自己決定権』の担い手として、その自己破壊的な決断(自殺・安楽死など)すらも積極的に『尊重』するような『個人主義的』人権理論を構築することは、かえって社会的弱者に抑圧をもたらす」(平岡 2013:26)ことにつながり得ると考えられる。「『自己決定権』という概念の肯定的な使用が、生命権・平等権・政治的自由といった権利の保護にマイナスに作用する」(同上 i)のだ。

以上の検討を簡潔にまとめると、

- (1) 自己決定権の行使は国家の示した規範に個人が従うことで成り立つこと
- (2) 自己決定権の行使によって、責任のすべてが個人へと転嫁されてしまうこと
- (3) 自己決定権が国家権力の意図を隠す作用をすること
- (4) 社会的弱者が自己決定権を行使することで自らの排除につながる事
- (5) 自己決定権を持ち出すと当面の結論が出てしまうこと

このような点が自己決定権の問題として挙げられる。

続く2章、3章では、尊厳死法制化と出生前診断を取り上げ、それらをめぐる問題に自己決定権が負の方向に作用する側面を具体的に掘り下げていく。その際、(5)の自己決定権を持ち出すと当面結論が出てしまうという「自己決定権の尊重」を結論におく議論を特に問題視し、「自己決定権の尊重」の名のもとに尊厳死法制化が認められたり、出生前診断の結果による人工妊娠中絶が容認されたりしたら、そこにはどのような社会があるのかを見据える。

2. 尊厳死の法制化と死の選択

2. 1 「尊厳死」とは—日本における尊厳死—

一個の人格としての尊厳を保って死を迎える、あるいは迎えさせること。近代医学の延命技術などが、死に臨む人の人間性を無視しがちであることへの反省として、認識されるようになった。(広辞苑 第六版「尊厳死」)

「安楽死は良くないけれど、尊厳死なら認めても良いと思う」という意見を耳にしたことがある。だが、“尊厳死”、“安楽死”という言葉聞いて、その違いを説明できる人は果たしてどのくらいいるだろうか。尊厳死の法制化について言及していく前に、まずは「尊厳死」とは何かということ、安楽死との違いを整理しながら本節で明確にしておきたい。

小松(2012:27)によれば、「安楽死と尊厳死の相違とは、死を選ぶ背景要因や動機が安楽志向にあるか尊厳志向にあるか、この相違にほかならない」という。安楽志向とは、「苦痛を取り除く方法が死以外にないといわれる状況で、苦痛に苛まれた状態で生きるよりは安らかな死を選ぶ」こと、尊厳志向とは、「患者がたとえば種々の医療チューブにつながれており、自分で食事を摂れず用便もできない日常を尊厳の奪われた惨めな状態と捉え、医療の続行を拒否して尊厳に満ちた死を選択する」ことである。要するに、死を選択する動機が“尊厳を保つため”であるならば尊厳死ということだ。

ここで一度、基本的に四種²に大別されている安楽死についてまとめておく。区分の基準は安楽死を執行する方法の違いであり、積極的安楽死、消極的安楽死、医師による自殺幫助、間接的安楽死がある。

【積極的安楽死】

第三者(主に医師)が致死薬を投与して患者を死へ導く。

【消極的安楽死】

人工呼吸器や点滴などによる延命治療と呼ばれるもののいくつかを最初から実施しない、あるいは実施後に中止することによって、より自然に近いとされる死へ導く。

【医師による自殺幫助】

医師が致死薬を処方し、患者本人がそれを服用することによって死に至る。

【間接的安楽死】

薬剤の投与により患者の寿命短縮が予測できていたとしても、患者の苦痛を緩和するた

² 安楽死は基本的に四種に区分されるが、「間接的安楽死」は人為的に死を迎えることを目的としていない点で、他の三つとは質的に異なるとされる。(小松 2012)

めに麻薬などの薬剤を投与し、結果的に患者が死へ至る³。

四種に区分される安楽死のうち「消極的安楽死」が、先述した尊厳死に至るまでの過程である医療続行の拒否と通じるものがあることに気づいただろうか。実は、日本では「尊厳死」、「安楽死」という二つの言葉が使い分けられているのと同時に、「尊厳死」と「消極的安楽死」を同一のものとして扱う傾向がある。そして、その背景には、以下で述べるような「日本尊厳死協会」の存在や戦略が大きく関わっていると考えられる。

日本尊厳死協会は、尊厳死法制化とリビング・ウィル⁴の普及に向けた活動を行っている団体で、1976年に「日本安楽死協会」として設立された。当時理事長を務めていた太田典礼は「優生保護法」の制定に寄与した中心人物であり、もともと安楽死全般の制度化に向けて運動を行っていた。しかし、安楽死という言葉がナチスの安楽死政策を想起させたため、社会の目を考慮して1983年に会名を「日本尊厳死協会」へと変更したという経緯がある。そうすることで、「安楽死の意味を積極的安楽死に限定する一方、消極的安楽死を尊厳死と呼び、法制化の対象をひとまず消極的安楽死に絞るように方針変更した」(小松 2012:26)のだ。安楽死の持つ言葉のニュアンスを濁すために「尊厳死」という言葉が用いられるようになったとあって良いだろう⁵。

要するに、日本で尊厳死と消極的安楽死が同一のものだという見方がされているにもかかわらず、尊厳死と安楽死が区別して用いられているのは、消極的安楽死のことを「尊厳死」、積極的安楽死のことを「安楽死」と位置づけて広めた日本尊厳死協会の意図的な戦略によるところが大きいといえる。

そこで、本論文ではあえて「尊厳死」を日本尊厳死協会が提唱している「不治で末期に陥った患者が、本人の意思に基づいて、死期を単に引き延ばすためだけの延命治療を断わり、自然の経過のまま受け入れる死⁶」(≒消極的安楽死)を指す言葉とし、本来の意味の核心にある尊厳志向の有無は基本的に問わないものとする。

以上のことをふまえて、次節からは尊厳死の法制化をめぐる議論や問題についてみていく。

³ Dr.Clover's Computer Clinic, 「間接的安楽死」
[https://mumu.jpn.ph/forest/computer/2017/01/26/7757/\(2017.12.11\)](https://mumu.jpn.ph/forest/computer/2017/01/26/7757/(2017.12.11))

⁴ 「リビング・ウィル」とは、「自分の命が不治かつ末期であれば、延命措置を施さないでほしい」との意思表示を記しておく終末期医療における事前指示書のことで、日本尊厳死協会が発行や管理をしている。

⁵ 日本尊厳死協会が編集した本(『誰もが知っておきたいリビング・ウィル』)の中に「消極的安楽死を強調するために、尊厳死という言葉に変えるのがふさわしいと考えるに至った」(沖 1994:12)という記述がある。

⁶ 「リビングウィル Q&A 【尊厳死】協会が主張する『尊厳死』とはどんな死ですか。」,日本尊厳死協会,http://www.songenshi-kyokai.com/question_and_answer.html (2017.12.16)

2. 2 日本における尊厳死法制化をめぐる議論

日本ではまだ尊厳死が法律で認められていない。しかし、法制化を目指す動きは常にある⁷。本節ではその法制化をめぐる動きを賛成派と反対派の両視点から捉え、尊厳死法制化の問題点を明らかにしていきたいと思う。

2. 2. 1 尊厳死法制化を進める動き—日本尊厳死協会—

日本尊厳死協会と「尊厳死」・「安楽死」という言葉の関係については前節で少し触れたが、本項ではその「日本尊厳死協会」が現在どのような活動をしているのかを、尊厳死法制化に賛成する立場からの視点としてみていく。なお、以下に示す日本尊厳死協会の目的や考え方については、すべて「日本尊厳死協会」ホームページ⁸を参照することとし、必要あれば引用している。

日本尊厳死協会は、「治る見込みのない病態に陥り、死期が迫ったときに延命治療を断る『リビング・ウイル』（終末期医療における事前指示書）を登録管理」することで、精神が健全な状態の時に終末期の延命治療を望まない人がその意思を示しておくように支援している。「リビング・ウイル」には、不治の状態を迎えた際の延命措置の中止、延命措置をするにあたり苦痛を緩和する医療の要請、回復不能な遷延性意識障害（持続的植物状態）になった際の生命維持措置の中止といった意思表示をする内容があらかじめ記されており、これを広めることで、ただ生かされるだけの延命治療を断る権利、死のあり方を選ぶ権利を持つことが認められる社会を目指している。

そして、そのためには尊厳死法制化によって医師の権利を守ることが必要だと主張する。

延命治療の中止を求めても、医療機関に受け入れてもらえないケースもあります。

医師は人の命を助けることが使命ですから、人工呼吸器を装着しないことや、それをはずしてしまうことに抵抗があるのです。さらには、医師自身が罪に問われることを懸念するためでもあります。自分の最期は、自分で決めるというリビングウイルの精神が生かされるためには、これらの意思を法律で認めてもらわねばなりません。結果として、医師が罪に問われることもなくなります。（下線筆者）

なお、「医師など第三者が薬物などを使って患者の死期を積極的に早める」行為だと定義する安楽死に関しては、現在認めない姿勢である。

2. 2. 2 尊厳死法制化を阻止する動き—尊厳死の法制化を認めない市民の会—

日本には日本尊厳死協会のように尊厳死の法制化を目指して活動する団体が存在するが、

⁷ 日本尊厳死協会の運動がまさしくそうである。

⁸ 「日本尊厳死協会」HP,[http://www.songenshi-kyokai.com/\(2017.12.16\)](http://www.songenshi-kyokai.com/(2017.12.16))

一方で尊厳死の法制化を危惧して声をあげる人たちもいる。その一つに「尊厳死の法制化を認めない市民の会」があり、彼らの主張を法制化に反対の立場からの視点として取り上げたいと思う。なお、以下に示す尊厳死の法制化を認めない市民の会の目的や考え方については、すべて「尊厳死の法制化を認めない市民の会」のホームページ⁹を参照することとし、必要であれば引用している。

尊厳死の法制化を認めない市民の会は、代表が存在しない個人の集まりによって成り立っている。尊厳死に対する考え方は様々だが、尊厳死法案を「人間の個人的な『死』に関して国家が介入するという政治的なもの」として捉え、法制化には断固として反対という共通意識がある。

この集まりの呼びかけ人¹⁰の一人である平川克美は、安楽死や緩和医療に対して否定的ではないものの、「死とは生き方のひとつであり、そのことに関して社会的コストといった功利的な理由や、医師の免責の理由や、家族の負担といった理由や、あるいは国家の財政的な理由などによってひとの死を法律によって拘束したり、収奪することはできない」¹¹と考え、法制化に反対している。また、法制化によってなされるのは死にかたの自由な選択ではなく、死を選ぶ「意志の強制」であり、自由意志は排除されるのだという。中西正司は、家族の介助に依存している障害者は「家族への遠慮から延命治療を選択しにくい状況」¹²にあり、法律の制定で彼らを死の選択に追い込む可能性がある」と指摘する。川口有美子も同様に、「この法律は、すべての国民に対して、終末期どころか、重度障害者に『なりそう』などとき（障害者になったとき）や、介護が必要な高齢者になったときの『死ぬ義務』を推進するもの」¹³になり得ると述べ、「病気や高齢や障害等で自分のことが自分でできなくなった人（食べられなくなったり、呼吸ができなくなったりした人）は医師が終末期と判定し、法に則って治療を控えて死なせていくことにより、自立した人だけが、長く生き残れる社会の構築が望まれているのか」¹⁴と疑問を投げかけている。そして、必要なのは尊厳死の法制化をどう考えるかという議論で、個人の尊厳死に対する思いが論点ではないと主張する。

2. 2. 3 尊厳死法制化の問題点

本節の1項と2項では尊厳死法制化に賛成派と反対派の主張をそれぞれ取り上げた。そこからみえてくることをまとめつつ、本項では尊厳死法制化をめぐる問題を明らかにする。これから挙げる問題点は大きく分けて3つだ。

一つ目は、個人よりも国家にとってのメリットが大きい点である。

⁹ 「尊厳死の法制化を認めない市民の会」HP,<http://mitomenai.org/>(2017.12.16)

¹⁰ 「尊厳死の法制化を認めない市民の会」の呼びかけ人は、カフェの経営者であり文筆家の平川克美、DPI 日本会議理事の中西正司、難病患者会の川口有美子である。

¹¹ 平川克美「尊厳死の法制化は、国家による個人の死の収奪である」より

¹² 中西正司「尊厳死に反対する」より

¹³ 川口有美子「今わたしたちに『死ぬ権利』は必要なのか？」より

¹⁴ 同上

そもそも、尊厳死の是非と尊厳死法制化の是非は別問題である。尊厳死の法制化を認めない市民の会の主張にあったように、尊厳死を法制化するということは個人の死に国家が介入するということを指す。尊厳死が一人ひとりの自由な死の迎えかたの一つであるかということとはもはや論点ではない。「『尊厳死を選ぶ自由』が事実上『尊厳死を選ぶ義務』になっていく」(児玉 2013:21)恐れがあるからだ。児玉(2013:20)によると、法律は「多様な人が生きている社会そのものの価値意識やあり方に大きな影響を及ぼす」という。死を法律で規定することで、人々に死の義務を負わせかねない。尊厳死の「法制化」とは、国家が個人の死をコントロールしやすくなることを意味するといえる。

では具体的に、国家が個人の死をコントロールすることにはどのような意図があるのか。それに関して小松(2012)は、尊厳死法制化運動が国による医療や福祉の削減の動きと一致していると指摘する¹⁵。死の選択を可能にすることで、延命治療などにかかる医療費を減らすことがねらいではないかと考えられる。つまり、国家の都合で切り捨てられる生命が出てくるということだ。

実は、積極的安楽死が認められているオランダやベルギーなどの国には、高福祉政策を実施しているという共通点がある。日本も社会保障費が財政を圧迫している背景があり、その社会保障費をカットするために重傷病者や障害者、高齢者、生活困窮者といった社会的弱者を死に追いやろうとしている可能性は否定できない。実際に、1997年に施行された臓器移植法は、脳死者への医療費削減が目的だという見方もある¹⁶。

また、現在は安楽死(=積極的安楽死)を容認しない姿勢の日本尊厳死協会だが、もともと安楽死全般の法制化に向けて活動し、そのための戦略として尊厳死という言葉を使い始めた経緯をみると、いつ「尊厳死」が拡大解釈されるようになってもおかしくない。拡大解釈によって積極的に死へと至らせることまで認められるようになったら、国家が個人の死をコントロールすることはさらに容易になるだろう。

二つ目は、個人の死が医師の独擅場で決定されていく点である。

尊厳死を選択するためには、終末期¹⁷に関する二人以上の医師の判断が一致していることが法案として提案されている。しかし、

2 人以上の医師の判断という条件についても、さまざまな病気を抱えた患者それぞれについて高度に専門的で複雑な判断を下すには、どのような専門知識と経験のある医師で

¹⁵ 小松(2012)は、1990年代からの医療・福祉改革と尊厳死法制化をめぐる動きを照らし合わせた上で、「医療や福祉の削減の流れの中に、尊厳死をめぐる動きはびたりと収まるのである」と指摘している。

¹⁶ 脳死を一律に死とする臓器移植法の改定案について、その「主眼はマスメディアの多くが喧伝するように子供の移植ではなく、やはり脳死者への医療費をあまねく浮かせることにあったと思われる」と小松(2012:40)は述べている。

¹⁷ 「終末期」については、尊厳死法案の第五条において、「この法律において「終末期」とは、患者が、傷病について行い得る全ての適切な医療上の措置(栄養補給の処置その他の生命を維持するための措置を含む。以下同じ。)を受けた場合であっても、回復の可能性がなく、かつ、死期が間近であると判定された状態にある期間をいう」と定義されている。

あればよいのか。医師の世界の上下関係や権力構造の中で、2人目の医師の判断に本当に独立性が担保できるのか。一定の年齢を超えたり、一定の重症障害のある患者には積極的に治療する意味がないという持論の医師が、自分と同じ考え方の医師をもう一人見つけてくればいだけ、ということにはならないのだろうか。

と児玉(2013:25)が指摘するように、二人以上の医師が終末期だという判断をしたとしても、そこに偏りが出てくる可能性は高い。そのような「終末期」の判断を含め、延命治療の中止など、尊厳死というものは医学という一つの専門分野の知識に基づく極めて限定的、閉鎖的な環境で選択されていくことになる。

加えて、尊厳死法案には、医師の免責事項¹⁸が含まれている。患者の意思に従って治療を開始しない、あるいは中止した医師は、民事、刑事、行政上の責任を問われないという医師を守る規定は果たして必要なのだろうか。これは医療ミスを容易に隠蔽できることを意味するのではないか。医療現場において、医師が患者に及ぼす影響は大きい。見方によっては既に立場が患者よりも上にある医師の権利を保障するとなると、それはもはや医師を不可侵の存在へと、のしあげることにほかならない。

三つ目は、「本人の意思」という不確定なものに取り返しのつかない死の選択を委ねている点だ。

尊厳死の法制化を認めない市民の会の中西が、家族への遠慮の気持ちが死を選ぶことにつながるということを述べていたが、死を選択したのは本人であっても、家族への遠慮が根本的理由だとしたら、それは「本人の意思」だといえるのだろうか。もし医療費や介護の負担がなければ生き続ける選択をしている可能性が大いに考えられる。また、人の気持ちは状況によって変化し得るものである。健康な精神状態の時に尊厳死を望んでいたとしても、終末期と判断された時にはまだ死にたくないと思うことがあってもおかしくない。「本人の意思」という極めて不安定なものを根拠に、「死」という取り返しのつかない選択権を委ねて果たして良いのだろうか。

さらには、「本人の意思」が不確かであるが故に、尊厳死の“自己決定権”が将来取り払われる可能性も出てくる。臓器移植法における臓器移植を例に挙げると、1997年の時点では本人の承諾の意思が文書で明示されていることが条件だったが、2010年には本人の意思が不明でも家族の承諾があれば臓器の提供が可能になった。現在のところ本人の意思が重要視されている尊厳死だが、同様に家族や周囲の承諾があれば死を執行できるようになるのではと危惧される。皮切りとして既に、遷延性意識障害（持続的植物状態）の患者が挙げられている¹⁹。植物状態は、意識が一切なく眠り続けているだけの意識障害ではなく「意思疎

¹⁸ 尊厳死法案の第九条に、「第七条の規定による延命措置の不開始については、民事上、刑事上及び行政上の責任（過料に係るものを含む。）を問われないものとする」とある。

¹⁹ 日本尊厳死協会が発行しているリビング・ウィルに、「私が回復不能な遷延性意識障害（持続的植物状態）に陥った時は生命維持措置を取りやめてください」との表記がある。

通障害」の可能性がある²⁰といわれるほど、身体の状態は健康であることが多い。しかし、コミュニケーションを上手くとれないことを理由に他者が死の決定を代わりに行うようになるかもしれない。そう考えると、認知症患者や知的障害者も例外ではなく、“自己決定権”がいつ取り払われてもおかしくない状況に追い込まれる恐れがある。

2. 3 自己決定権の尊重と尊厳死法制化

これまで尊厳死やその法制化をめぐる問題についてまとめてきた。本節では、本論文の主題である自己決定権が、それらの問題にどのように関わってくるのかについて言及していく。そして、自己決定権を重要視することによって死を選択できる社会について考察する。

前節の3項では、尊厳死法制化の問題点として、(1) 個人よりも国家にとってのメリットが大きいこと、(2) 個人の死が医師の独擅場で決定されていくこと、(3) 「本人の意思」という不確定なものに取り返しのつかない死の選択を委ねていることが挙げられると指摘した。しかし、そこに一旦自己決定権を持ち出すと、「個人の意思は最大限尊重されなければならない」という当面の結論が出てしまい、それらの問題に目を向けずに法制化が認められてしまう恐れが出てくる。自己決定権が尊厳死法制化の問題点を隠すように作用するのだ。

小松(2012:80)によると、「尊厳死をめぐる自己決定権は、私たちの美意識を喚起し、共感を誘いがちである」という。「『尊厳のない苦痛に満ちた生』と対をなすのは、『尊厳のある安らかな死』ではなく、『尊厳のある安らかな生』にほかならない」(小松 2012:80)はずだが、自らの意思で尊厳死を決断することによって、「尊厳のある安らかな死」は容易に死を正当化してしまう。さらに、その正当化された死は社会が抱えた問題さえも隠蔽する。

そもそも尊厳死の対象が「健常者」でないのはなぜだろう。死を選択する自由が認められるのは不治かつ末期の状態にある人だけというのは一見然るべき条件のようで、言い換えれば不治かつ末期の人であればいつ死んでもらっても構わないということになるのではないか。医療や福祉にかかるコストを削減するために重傷病者や障害者、高齢者、生活困窮者といった社会的弱者が排除の対象になっている可能性が否定できないことは前節で指摘した通りだ。彼らに対して一方的なマイナスイメージを押し付けて死を選びやすい環境においておきながら、その死の選択をすべて本人に委ねることで「当事者の自己責任への転嫁と、それに伴う専門家や専門機関をはじめ社会の側への免責という現象」(児玉 2013:192)を引き起こす。延命治療を受ける際に少なからず伴うであろう周囲の介護や医療費といった負担は本来、社会全体のサポートによって軽減していかなければならないにもかかわらず、患者に死の選択を与えることで社会の責任や負担をなくそうとしているのだ。

²⁰ 小松(2012)によると、「意識の有無を判定する医学の方法は、刺激に対する反応の存否を診ているにすぎず、「意識があって外部のことを認識しているものの、発話や身振り手振りで応答するための運動機能が麻痺している状態」であることも十分考えられるという。

ここでは個人の意思決定を重んじることを批判しているのではない。法制化によって個人の死に国家が介入していることが不可視化され、さらにそこへ自己決定権を持ち出すことで死を決定した責任がすべて個人に押し付けられるような構造にあることを問題視している。平岡(2013:37)によると、「『死ぬ権利』や『安楽死』について個人の『自己決定権』行使として肯定的に評価することは、結果として社会的弱者が社会内における自らの存在を『消去』することを後押しすること」になるという。死という後戻りのできない選択を本人の意思決定にすべて任せるとするのは、自己決定権の最大限の尊重以前に国家にとって都合の良いことなのだ。社会による生の保障が不十分な以上、自己決定権を重要視することによって尊厳死法制化が認められるようになった先には、国家や社会が不要だと判断した人を自殺に追い込む生の保障のない社会があるだろう。

「死はそもそも人々の織りなす関係のもとに成立し、(中略)『自己決定権』を盾に単独の個人が死を自由に決定できるはずはない」と小松(2012:99)が述べるように、本人の意思決定には周囲の人々や社会通念に影響を受けるところも大きい。自己決定権の尊重を結論に持ってくる前に、自己決定権の主体性の曖昧さや社会背景にも目を向ける必要があるそう。

3. 出生前診断と選択的中絶

3. 1 出生前診断とは

出生前診断とは、簡単にいうと「妊娠中に実施される胎児の発育や異常の有無などを調べる」(西山 2015:7)検査である。この定義は広義の出生前診断ともいわれ、通常の妊婦健診で行われている超音波検査や胎児心拍数モニタリングも含まれる。一方で遺伝学的検査のことを指して出生前診断と呼ぶことがあり、こちらは狭義の出生前診断といわれる。「胎児の発育や異常の有無を調べるだけでなく、先天性疾患、特に染色体の変化(染色体異常)や遺伝子レベルの変化(遺伝病)の有無を調べる検査」(同上 8)で、羊水検査や絨毛検査、NIPT(新型出生前診断)などがある。本論文ではこの狭義の出生前診断に焦点を当てるため、遺伝学的検査のことを「出生前診断」と定義することにする。

まずは、出生前診断において具体的にどのような検査を行い、出生児にどんな疾患がみられるのかをある程度知っておくために、以下に代表的な検査や染色体異常をまとめた²¹。

【羊水検査】

妊娠 15 週以降に行う、染色体異常の検出率がほぼ 100%の確定的検査である。ただ、子

²¹西山(2015)を主に参照。

宮に針を刺すため、約 300～500 人に 1 人の割合で流産するリスクもある。超音波装置で胎児の位置を確認した後、腹部に長い注射針を刺して羊水のなかに含まれる胎児由来の細胞を採取して診断する。これによってわかる染色体異常は、21 番、18 番、13 番のトリソミーを含む常染色体や性染色体の数的異常、構造の異常などである。

【NT 測定】

妊娠 11～13 週 6 日にみられる超音波を用いて胎児の首の後ろのむくみの厚さを調べ、21 番トリソミーなどの染色体異常や心臓の疾患である可能性を評価する非確定的検査。あくまで先天性疾患をもって生まれる可能性が高い状態であるとしかいかえ、診断を確定するためには羊水検査などの確定的検査を受ける必要がある。

【母体血清マーカー検査】

妊娠 15～18 週に妊婦の血液を採取し、血液中のたんぱく質の濃度を測る非確定的検査。検査の対象は、21 番と 18 番がトリソミーの染色体異常、そして開放性神経管欠損症である。また、診断を確定するためにはさらに確定的検査を受ける必要がある。

【新型出生前診断（無侵襲的出生前遺伝学的検査、略して NIPT）】

妊娠 10 週から検査可能で、妊婦の血液にわずかに含まれる胎児の胎盤に由来する DNA から、21 番、18 番、13 番、この 3 種類の染色体異常を判定する非確定的検査。検出率は 99%と精度が高く「診断」と名称にあるものの、確定的な診断ではない、あくまで胎児が染色体異常の可能性が高いことが示される非確定的なスクリーニング検査である。よって、陽性と判定された（染色体異常がみつかった）場合には羊水検査などの確定的検査を受けて診断する必要がある。

【21 番トリソミー（ダウン症候群）】

800 出生あたり 1 人に現れるとされる。身体の特徴は、成長障害、筋肉の緊張低下、特徴的な顔貌で、寿命はだいたい 50～60 歳である。

【18 番トリソミー（エドワーズ症候群）】

7500 出生あたり 1 人に現れるとされる。身体の特徴は、胎児期からの成長障害、呼吸障害、摂食障害で、胎児死亡率は約 50%、生後 1 年以内の死亡率は約 90%である。

【13 番トリソミー（パトー症候群）】

15000～25000 出生あたり 1 人に現れるとされる。身体の特徴は、成長障害、呼吸障害、摂食障害で、生後 1 年以内の死亡率は約 90%である。

この中でも近年注目を集めているのは、2011 年にアメリカで始まり、日本でも 2013 年の 4 月から開始された新型出生前診断（NIPT）だ。この 4 年間で約 4 万 5000 人が受診し

たといわれている²²。染色体異常を持つ子どもの生まれる確率が上がる²³高齢出産が増加している背景²⁴や、採血による検査で流産のリスクがほとんどない、胎児の染色体の疾患が高い精度でわかる、既存の検査方法よりも一ヶ月ほど早い妊娠 10 週に検査を行うことができる、といった様々なメリットがあるからだろう。ただし、この検査を受けられるのは²⁵、(1) 胎児超音波検査で、胎児が染色体数的異常を有する可能性が示唆された人、(2) 母体血清マーカー検査で、胎児が染色体数的異常を有する可能性が示唆された人、(3) 染色体数的異常を有する子どもを妊娠したことのある人、(4) 出産時において 35 歳以上になる高齢妊娠をした人²⁶、(5) 両親のいずれかが均衡型ロバートソン転座を有していて、胎児が 13 番トリソミーまたはダウン症候群となる可能性が示唆される人、(1)～(5) のどれかに該当する妊婦に限られており、遺伝カウンセリング体制の整備など、日本産科婦人科学会の指針に基づいて日本医学会が認可した医療機関でのみ、臨床研究として実施されることになっている。また、保険適用はされないので、費用は約 20 万円と高額だ。

新型出生前診断の反響は大きく、その欠点を補うかのように新手法の出生前診断が登場したり²⁷、認可外の施設が斡旋^{あつせん}に乗り出したり²⁸といった問題も浮上している。ちなみに、新手法の出生前診断とは、母体血清マーカー検査と超音波検査 (NT 測定) を組み合わせた検査で、年齢制限はなく、費用は新型出生前診断の 8 分の 1 ですむ。妊娠 11～14 週から検査可能だが、異常をみつけられる確率はダウン症が 83%、18 番トリソミーは 80%と、約 8 割にとどまるという。

次節では出生前診断と人工妊娠中絶の関係についてみていくが、出生前診断が単に命の選別ありきのものではないことを確認しておくために、以下の 2 点だけはおさえておきたい。

一つ目に、そもそも出生前診断の目的というのは「治療」であるという点だ。「医学的には『病気を持った子どもがいたらできるだけ早く見つけ、新生児医療を行える分娩施設への転院などを検討すること』『出産後すぐに手術や投薬が開始できるように待機すること』もしくは『胎児治療を行うこと』」(河合 2015:10)のために行われているとされる。

二つ目は、染色体異常があるという陽性の判定が出ても、生まれてくる子どもに疾患がみ

²² 朝日新聞 2017 年 9 月 16 日朝刊「(今さら聞けない+)出生前診断 『新型』が普及、4 万 5000 人受診」

²³ 胎児がダウン症候群の可能性を例に挙げると、30 歳未満は 1000 分の 1 以下、35～39 歳は 400 分の 1 から 100 分の 1、40 歳以上になると 100 分の 1 以上だといわれている。(西山 2015)

²⁴ 厚生労働省『平成 22 年度 「出生に関する統計」の概況』

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/tokusyuu/syussyo06/syussyo1.html>
(2017.12.16)

²⁵ 西山(2015:111)を主に参照。

²⁶ 羊水検査や絨毛検査で染色体異常が見つかる可能性と検査によるリスクを比較したときに、染色体異常が見つかる可能性の方が高くなるのが 35 歳以上の妊婦であるとされている。(西山 2015)

²⁷ 朝日新聞 2013 年 10 月 3 日朝刊「出生前診断に新手法 費用 8 分の 1、年齢制限なし 相談体制の充実課題」

²⁸ 朝日新聞 2016 年 10 月 19 日朝刊「新型出生前診断で 2 機関、指針外の検査あつせん」

られないこともあるという点だ。もちろんその逆もある。もともと出生児の 3～5%は心疾患や奇形など何らかの先天性疾患をもって生まれる。その中で染色体異常は 4 分の 1 程度であり、染色体異常がみられなかった場合でも出生児に疾患が見つかることがある²⁹。

3. 2 人工妊娠中絶へと導く出生前診断

新型出生前診断が開始された 2013 年 4 月から 2017 年 3 月末までの 4 年間でその検査を受けた人は 4 万 4645 人にのぼる。陽性と判断されたのは 1.8%にあたる 803 人で、そのうち 675 人が羊水検査などの確定的検査を受けた。最終的に陽性が確定したのは 605 人だったが、その 94%にあたる 567 人が人工妊娠中絶を選択したという³⁰。

胎児の先天性疾患の有無などを調べる出生前診断は、本来「治療」を目的として行われる。しかし、これから生まれてくる子どもに身体的な欠損や障害があるとわかったとき、「中絶」という選択肢が突如現れる。我が子の誕生を待ち望んでいたはずなのに、どうしてそのような考えに至るのか。出生前診断と人工妊娠中絶の関係をみていく。なお、「中絶」について、望まれない妊娠などその背景にあるものは様々で一概に批判されるべきものではない³¹ため、本論文ではあくまで出生前診断の結果に基づく中絶という視点で言及していくこととする。

胎児に異常が見つかったことを理由に中絶することを「選択的中絶」という。日本では母体保護法によって人工妊娠中絶が条件付きで認められているが³²、胎児に障害があることを理由にした中絶を認める「胎児要項」はない。故に、胎児を選別するような行為は本来違法にあたるはずなのだが、選択的中絶は暗黙の了解で行われている。そこには医療関係者、当事者やその周囲にいる人、もっと広くいえば社会による、障害者に対する偏見が大きく関わっていると考えられる。

特に医療関係者の態度や発言が中絶の選択に及ぼす影響は大きい。なぜなら、『病院化』された社会の中で医学が人の『生』に対する認識を『支配』(渡部 2014:43)しているから

²⁹ 出生前診断を受けても、単純に計算して「健常児の親になる可能性は確率は 98%から 98.7%に増える」だけだと玉井(2014:215)は述べている。

³⁰ 「NIPT コンソーシアム」による 2013 年 4 月～2017 年 3 月末までの実施状況報告に基づいたデータ、朝日新聞 2017 年 9 月 16 日朝刊「(今さら聞けない+)出生前診断 『新型』が普及、4 万 5000 人受診」に掲載

³¹ 日本におけるウーマン・リブ運動などでみられるように、中絶自体を否定することが、女性に産むことを強要し、なおかつ産んだ責任をすべて押し付けることにつながりかねないとして問題視されてきた。

³² 第 3 章 母性保護

(医師の認定による人工妊娠中絶)

第 14 条 都道府県の区域を単位として設立された社団法人たる医師会の指定する医師（以下「指定医師」という。）は、次の各号の一に該当する者に対して、本人及び配偶者の同意を得て、人工妊娠中絶を行うことができる。

一 妊娠の継続又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
二 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できない間に姦淫されて妊娠したもの
2 前項の同意は、配偶者が知れないとき若しくはその意思を表示することができないとき又は妊娠後に配偶者がなくなったときには本人の同意だけで足りる。

だ。「医学というひとつの専門知が人の『生』の規準となるということは、人の『生』に対して私たちの持つ認識が、医学の認識によって支配されることを意味する」(同上 44)。病气やけがをしたら病院へ行き、医師の診断や治療、アドバイスを受ける。この何気ない行為一つをとっても、既に医学の管理下に身を置いたことになる。医学に精通していない者にとって、医療にまつわる医師の見解は正しいと錯覚してまで鵜呑みにするしかない。従うしか術がない、ある意味強者と弱者の関係にある。そのような関係性において出生前診断を受ける際に行われる遺伝カウンセリングがどれほど重要であるかは想像に難くない。医療関係者からカウンセリングや診断で提供される情報によって選択的中絶が導かれる可能性は十分考えられる。

そもそも、出生前診断自体が「医学という一つの専門知の認識に基づく分類と技術の可能性によって、産む胎児を選択することを可能にする技術」(渡部 2014:44)であるともいえる。胎児に身体の欠損や 21 番トリソミーなどの「異常がある」と表現するけれども、果たしてそれらは「異常」³³なのだろうか。「異常」と聞くと何か良くないもののように感じるが、あくまでそれは医学という一つの専門分野が定義づけた言葉の綾に過ぎない。といっても、もはや医学による認識が常識として浸透しているため、それを疑うことはなかなかできない。ましてや、障害者を「異常」と定義づけた医学の管理下で、産むか産まないか、産まれるべきかどうかの決断をしなければならないのだ。

また、経済効果の視点では障害を持つ人を支える費用より検査代の方が安くすむという見方がある³⁴、ある種の善意で中絶を勧めるような医師の存在は否定できない。医療だけにとどまらない、福祉や教育などもふまえた「最新のそしてバランスのとれた情報」(玉井 2014:38)提供をしない限り、中絶の選択に医療関係者当人の、個人的な見解の圧力がかかることになるのはいうまでもないだろう。

だが、最終的に中絶を選択するのは妊婦自身である。妊婦やパートナー、その家族を含む周囲の人たちも同様に障害者に対する偏見を少なからず持っているといえよう。出産ジャーナリストの河合が行ったアンケート「35 歳以上の母親 82 名に聞いた『新型出生前診断 (NIPT) を受けていますか?』」³⁵によると、「受ける」と回答した人の理由に、「『障害がある子は育てられない』『高齢で確率が高く、自分たちの余命も長くはないので心配』『妊娠中ずっと不安な状態でいたくはない』」(河合 2015:54-55)といったことが挙げられており、そこから「胎児に障害がある=産めない」と思っている人の存在が窺える。

ただ、中絶には精神的にも身体的にも妊婦にかなり大きな負担があることを忘れてはな

³³ 野崎(2015:111)によると、「障害は『異常』なものであり、それを『正常』にすることこそが、自らの使命であると考える医療者が少なくない」という。さらに、「医学が『異常』と分類しない状態、あるいは現在の出生前検査の技術では発見し得ない状態の胎児が、『産まれるべきかどうか』を検討する対象となることはない」と渡部(2014:45)は指摘している。

³⁴ 朝日新聞 2013 年 5 月 11 日朝刊「(私の視点)新出生前診断 検査に市場論理持ち込むな 室月淳」

³⁵ 妊娠・育児情報サイト「ベビカム」(<http://www.babycome.ne.jp>)の協力のもと、2012 年 11 月に河合が実施した。アンケートの回答結果は、「受ける」15%、「受けるかもしれない」24%、「たぶん受けない」20%、「受けない」18%、「わからない」23%となっている。

らない。出生前診断の結果に基づいて行われる人工妊娠中絶は、羊水検査などの確定診断を受け終わった妊娠 22 週以降に行われる。22 週は妊娠中期にあたり、胎動を感じ始める頃だ。その時期の中絶は、人工的に陣痛を誘発して分娩することによってなされる。娩出された胎児がまれに産声をあげたり、後産や初乳があったりと、通常の出産と同じようなことを経験することになる上、12 週以降の中絶なので死亡届を出さなければならない。

それでもなお、前述したように、障害のある子どもを産むことが中絶以上にリスクのあることだと考える傾向がある。「障害がある子は自分には育てられない」とか、「障害を持って生まれる子どものことを思うとかわいそう」といった当たり障りのない言葉を並べても、結局のところ障害者に対する差別意識の現れに過ぎない。

また、障害者に対する偏見が根強くある中で、遺伝カウンセリング体制の未整備も出生前診断の結果による人工妊娠中絶を招く要因の一つであるといえるだろう。新型出生前診断においては、遺伝カウンセリング体制の整備などが認められた医療機関でのみ実施できるという対策がとられているものの、母体血清マーカー検査では実施施設のうち倫理的な問題を説明していた割合は約 43%、検査でわかる疾患についての説明をしていた割合は約 58%、確定的検査である羊水検査では倫理的説明の実施が約 62%、疾患についての説明の実施が約 71%と、全体としては完全に整備されていない状況である³⁶。現在は、厚生労働省の研究班が 2015 年に実施したダウン症候群のある人から本人の自己認識や生活の実態を調査するアンケート³⁷ (5025 件に配布して本人からの回答は 841 人あった) によって、「ダウン症候群のある人の 8 割以上で、幸福感と肯定的な自己認識を持ち、周囲との人間関係にも満足している状況が認められ」ており、これらのデータをもとにリーフレットを作成し、出生前診断に関する情報提供や遺伝カウンセリングの適切な体制の構築が目指されているところだ。

ただ、いくらカウンセリング体制を充実させたとしても障害児を安心して産み育てることのできる社会のサポート体制が整っていなければ意味がない。結局はそういった障害のある人が生きづらい社会の存在が、人工妊娠中絶を視野に入れた出生前診断を煽っているといえる。

³⁶ 「出生前診断における遺伝カウンセリング及び支援体制に関する研究」平成 25 年度研究報告書,厚生労働科学研究成果データベース
[http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/Download.do?nendo=2013&jigyoId=131031&bunkenNo=201305008A&pdf=201305008A0001.pdf\(2017.12.17\)](http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/Download.do?nendo=2013&jigyoId=131031&bunkenNo=201305008A&pdf=201305008A0001.pdf(2017.12.17))

[http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/Download.do?nendo=2013&jigyoId=131031&bunkenNo=201305008A&pdf=201305008A0005.pdf\(2017.12.17\)](http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/Download.do?nendo=2013&jigyoId=131031&bunkenNo=201305008A&pdf=201305008A0005.pdf(2017.12.17))

³⁷ 「出生前診断における遺伝カウンセリングの実施体制及び支援体制のあり方に関する研究」平成 28 年度研究報告書,厚生労働科学研究成果データベース

[http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/Download.do?nendo=2016&jigyoId=162011&bunkenNo=201606003A_upload&pdf=201606003A0003.pdf\(2017.12.16\)](http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/Download.do?nendo=2016&jigyoId=162011&bunkenNo=201606003A_upload&pdf=201606003A0003.pdf(2017.12.16))

3. 3 自己決定権の尊重と選択的中絶

これまで出生前診断という医療技術によって選択的中絶が行われている現状や背景についてまとめてきた。本節では、本論文の主題である自己決定権がその選択的中絶にどのように関わってくるのかについて言及していく。そして、自己決定権を重要視することによって胎児を選別できる社会について考察する。

前節において、最終的に中絶を選択するのは妊婦自身であるということを述べた。そこには子どもを産むか産まないかを選ぶのは本人だという女性の権利を尊重する側面があるのと同時に、「個人の意思は最大限尊重されなければならないという結論」によって決断のすべての責任が妊婦である女性自身に集中するという危険性が孕まれている。選択的中絶の決断には、これから生まれてくるはずの子どもの生命を絶つという罪の意識だけでなく、障害を持っているから産まないという優生思想や差別意識も伴う。果たしてこういった思いを抱いているのは妊婦だけだろうか。

もちろん検査の結果によって中絶を選ぶ妊婦に少なからず障害者への偏見があるということは否定しない。だが、その女性自身もパートナーや親族といった周囲の人たち、医療関係者、世間の、障害者は良くない存在だという認識の影響を受けている一人に過ぎない、そういった見方もできる。誰しも決して聞こえの良くないこの排除行為を自らが望んでいたと思いたくはないし、思われたくないだろう。障害のある子どもを産みたくない、産ませたくないという気持ちを隠し、適当な誰かに責任を押し付けて自身を正当化しようとしているのではないか。

それは国家、ないしは社会にとっても同じことがいえる。だから敢えて自己決定権に委ねることで、胎児の選別に関与しないよう努めていると考えられる。「より多くのコストをかけて育てなければいけない生は、資源を無駄遣いする劣った生である」(野崎 2015:120)と捉えているのは紛れもなくこの社会であるにもかかわらず、そうすることによって選択的中絶を、さらにいえばその根底にある優生思想をあくまで「個人的な決定」として矮小化している。女性が産む産まないを自由に選ぶ権利を求めるジェンダーの問題ともリンクして「自己決定権の尊重」が国家にとって都合良く解釈され、社会的に地位の低い女性の自己決定権がまるで命の選別に利用されているかのようだ。

また、「妊婦が、出生前検査を用いるか用いないかを選択する『自由』を得た時には既に、どのような状態の胎児を『生むか、生まないか』の選択の対象とするかが、技術の存在によって決定されている。ここに、出生前検査の根本的な問題が存在する」という渡部(2014:48)の指摘があるが、もはや出生前診断が治療目的で行われておらず、それ自体が命を選別する装置なのではないかという疑問もある。出生前診断に足を踏み入れた時点で既に社会の望んでいない生命が指定されており、その上で「中絶をするか」と問われる仕組まれたルートがあると考えられる。そこから、社会に隠された優生思想が選択的中絶をするように誘導している構造がみえてくる。遺伝カウンセリング体制が今なお見直されている段階の、偏った

情報しか得られないような状態で自己決定することを求められ、そこで下した決定の責任が個人へ問われて果たして良いのだろうか。

「妊娠した女性たちが不安に思うのは、胎児の医学的状态だけではなく、出産後の子育てや教育のこと、さらには家庭の経済事情やパートナー関係のこと、社会の偏見あるいは公的支援制度のことなど」(小椋 2015:194)多岐にわたる。医療関係者はそれらをふまえて相談にのらなければいけないし、社会は不安のないようなサポート体制を整えていなければならない。だが現状は、福祉サービスと医療の連携が上手くとれておらず、「障害をもつ子どもを、社会的なサポートを受けながら育てているカップルのことなどは、ほとんど紹介されて」(野崎 2015:111)いないため、利用できる制度や療育施設などを親が自力で探さなければいけないことも多いという。社会的なサポートを充実させないで選択的中絶をほめかすのは、国家の無責任だといえるだろう。

選択的中絶において重んじられている「自己決定権」には、直接的ではないにしても権力や圧力といったものが個人の意思決定に大きく関わってきている。権力や圧力のかかった自己決定権を尊重することに、果たして個人の意思を大切にす要素が含まれているのだろうか。障害者に対する社会的支援が不十分な以上、自己決定権を重要視することによって選択的中絶が容認されるようになった先には、国家や社会が劣っていると判断した生命を切り捨てる社会的支援のない社会があるだろう。また、胎児の自己決定権についても無視できないものがある³⁸。自己決定権の尊重を結論に持ってくる前に、個人が自己決定権を行使する際に負うリスクや責任についても考慮する必要がありそうだ。

4. 自己決定権に頼らない「自己決定」のあり方

2章では尊厳死法制化、3章では出生前診断を批判的に検討し、その是非に大きく関わってくる「自己決定権」が個人に対して負の方向へと作用する側面をみてきた。そこから、自己決定権の主体性は必ずしも個人にないこと、自己決定権の行使によって国家の思惑までもが個人の責任へと転嫁されてしまうことが明らかになった。本章では、これまで述べてきた問題をふまえつつ、自己決定権に頼らない「自己決定」の望ましいあり方について考えていく。

³⁸女性の自己決定権とは直接関係ないが、筆者自身「女性の決定=胎児の決定」だとは考えていない。不安だ、幸せになれない、かわいそうなどといった、あたかも障害のある子どもの将来を案じているかのように中絶を決断しようとする人もいるが、それこそ障害者に対する偏見でしかない。ダウン症候群の人を対象としたアンケートの結果にもみられたように、障害者=不幸せでは決してない。親が胎児の幸せに関わることはあっても、幸せだと感じるかどうかは本人であって、他者が幸せを決めつけるのは何か違うと思う。

4. 1 「自己決定権ありき」からの脱却

そもそも「自己決定権の尊重」を結論におく議論に問題はないだろうか。

「自己決定権」というワードが出てくるとそれは侵してはならないものだとか咄嗟に感じる。死にかたを選ぶ自由や選択的中絶をする自由を権利として保障する必要があるかという議論において、「自己決定権を尊重するため」という意見に異論は出づらい。それは、個人の意思を大切にしなければいけないという理屈を私たちが何となく分かっているのと同時に、自身の選択の自由を制限されることに抵抗感を覚えるからだろう。

ただ、これまで言及してきたように、「自己決定」と「自己決定権」は異なるものだ。自己決定権には国家の意思を基準とした是非が伴い、その上で自己責任が問われることを見逃してはならない。その自己責任について、小松(2004:13)は、「政府の言う自己責任論は、国家や支配権力が、基本的に人々を強制したいと考えている事実の裏返しの表現に過ぎません。自己決定をするのなら自分で責任をとれという、身も蓋もない態度の裏側には、文句を言わずに言うことを聞けと言う、国家の冷徹で傲慢な態度が透けて見えます」と指摘する。そんな支配権力の下で認められる「自己決定権」を尊重することを、日常生活で絶えず行っている「自己決定」の尊重と同一視したまま議論を進めることは極めて危険である。自己決定権の尊重によって認められるのは、本人の自由な意思決定ではなく、国家や社会が望む意思決定だけあり、あらかじめ良しとされる答えが決められている。「自己決定権」にどこまで自分の望む意思を尊重する保障があるのかを見極めなければならない。

一人ひとりの意思を大切にしなければいけないという常識が「自己決定権の尊重」に対する異議をなくす。そのようにして作り上げられた「自己決定権の尊重」という確固とした動機や結論は懐疑や思考の停止を招き、自己決定権の承認の背景にある社会問題を不可視化する。自己決定権を最大限尊重することが極論ではないこと、むしろそれが極論に走ることによって自己決定権が常に肯定的に捉えられ、国家に個人が利用される危険性があることを強調しておきたい。

「自己決定権」というワードについて注意深く検討される必要があり、自己決定権ありきで議論を行うことから抜け出さなければならない。

4. 2 選択肢の拡大と「自己決定」へのアプローチ

今回具体的に掘り下げた尊厳死法制化や出生前診断をめぐる問題において、「自己決定権の尊重」の名のもとに下される決定の背後には優生思想が垣間見えた。社会的弱者を排除したり作り出したりしない社会、周囲に強要されることなく本人の意思決定を尊重する社会を築いていくためには、具体的にどうすれば良いのか。国家がすべきこと、私たち一人ひとりが意識すべきことについての見解を述べる。

選択肢を増やすということ

尊厳死法制化や出生前診断をめぐる問題に自己決定権を持ち込むことによって、社会的に弱い立場にある人が自分の意思で自ら（出生前診断においては障害児）を抹殺するという構造ができていく。自己決定権は社会的弱者だけの特権というわけではないのに、どうして彼らが排除されるような構造になるのだろうか。その主な原因の一つとして「選択肢の少なさ」があると考えられる。

例えば、延命措置をするかという選択を迫られたときを想定してみよう。生活困窮者と経済的に余裕のある人とでは生きることに對する選択の幅が違うはずだ。「延命措置をしますか？」という同じ問いが両者に投げかけられたとしても、極端な話、生活困窮者にとってのそれは「延命措置を受けるお金はありますか？」という問いの先に答えがあり、措置をするという選択肢はあつてないようなものである。他にも、終末期において、介護する家族に対して申し訳ない気持ちがあつたり、家族や知り合いのいない孤立した状態におかれていたり、自分は死ぬことを選ぶべきなのではないかと考えるような状況にある人は少なくないと思われる。もし、医療費が無料だったら？、家族が介護をしなくても代わりに無料で受けられる介護サービスがあつたら？、自分の生を望んでくれる人が目の前にいたら？、それだけでも生きることを選ぶ選択肢が増えるのではないだろうか。

障害児を産むかという選択を迫られたときについても想定してみよう。障害のある子どもを育てるのは経済的にも技量的にも大変だと考えて、産むことを敬遠する人は多い³⁹。実際のところ、障害者が生きづらさを感じるのは社会側のサポートが少ないことが関係している。

女性の受けとめを肯定的なものにすることと、どんな出産も肯定的で喜ばしいものと受けとめることのできる社会を目指すことを同時に行われなければ、結局は、女性とそのパートナーに、出産したことや子育てをしていくことの責任を負わせることになりかねない。女性への適切な情報提供とともに、ダウン症も含めた障害のある子が育つ社会環境の整備、すなわち、障害についての人々の知識を豊かにし、子が育つために必要な資源を整えることが必要になる。

と二階堂(2014:147)が指摘するように、障害のある子どもを産んだら産んだで、産むと決めたのはあなただからなんとかしなさいよ、と責任を女性に丸投げするような社会では本末転倒である。もし障害があつても必要な支援を選択しながら不自由なく生活できることが当たり前な社会であれば、胎児に障害があるとわかつて産むことに前向きになることが

³⁹ 妊娠・育児情報サイト「ベビカム」(<http://www.babycome.ne.jp>)の協力のもと、2012年11月に河合が実施したアンケート、「35歳以上の母親82名に聞いた『新型出生前診断(NIPT)を受けたいですか?』」によると、「受ける」と回答した人の理由として、「『障害がある子は育てられない』『高齢で確率が高く、自分たちの余命も長くはないので心配』『妊娠中ずっと不安な状態でいたくない』」(河合 2015:54-55)といったことが挙げられていたことから窺える。

できるのではないか。

社会的に弱い立場におかれている人ほど「選択肢」が少ない傾向にあり、その選択肢の少なさが生きづらさと結び付いていると考えられる。ある選択をしたくてもできない状態に追い込むことのないよう、社会的「選択肢」を増やすことが求められる。社会的な支援を充実させ、生きていく上で必要な「選択肢」が数多くある社会を築けば、社会的弱者が排除されないだけでなく、新たに作り出されないことにもつながり、自己決定権に頼らない自己決定を一人ひとりしていくことができるのではないだろうか。国家が国民の最低限の生活を保障するという本来の責任⁴⁰を果たし、必要な支援を必要な時に必要なだけ受けられる「選択肢」を個人の前に常に提示できるようにすべきである。

かかわりの中で尊重するということ

自己決定権を介して社会的弱者が排除されるような社会にしないためには、国家が「選択肢」を増やすことによって社会にある障害を除去するだけでなく、この社会を構成する私たち一人ひとりが、「他者とのかかわりの中で意思決定を尊重する」という意識を持つことが重要であるとする。

「私たちの行う決定は、好むと好まざるとにかかわらず、いつも本質的に共決定であることを強いられている」と小松(2004:100-101)はいう。自分の行動に対する決定は他者からの影響を受けた上で行っており、また、他者の決定には自分の言動が少なからず影響を及ぼしている。そんな他者と切り離すことのできない「自己決定」にとって、日々の人とのかかわり方は重要な鍵となるといえる。

まずは、他者を自分の都合の良いように誘導していることがないか自身の言動を省みてほしい。筆者自身、悪気なく他者を誘導してしまうことがあり、反省することがよくある。

例えば、小学校の介助員として障害のある子どもと接している時に、子どもたちに判断を委ねておきながらも、ある答えに誘導するように問いかけてみたり、特別支援学級の子どもを通常学級の子どもに合わせようとしたりしてしまうことがある。その子どもの意思よりも、“こうしなければならない”、“こうあるべきだ”、という社会や周囲の期待に沿おうとしている自分がいて、どれを選択しても良いような限定した選択肢だけを子どもの前に提示し、選ばせているのだ。

このようなことは身近なところ、例えば、大人と子ども、介助者と障害者のように対等であるとは言い難い関係性でよく見かける。これまで国家が個人の自己決定を都合よく利用して社会的弱者を排除する構造を指摘してきたが、個人と個人の間でも同じような構造になり得ることが示唆される。誰もが自分の都合で他者の意思を排除する加害者になる可能

⁴⁰ 憲法第 25 条で生存権として国民の最低限の生活を保障する義務が国家にはある。

〔生存権及び国民生活の社会的進歩向上に努める国の義務〕

第二十五条 すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。

2 国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。

性があるということを一人ひとり自覚しておかなければいけない。

そこで、自分の自己決定を主張し、他者の自己決定を尊重するというを今一度一人ひとりに見直してほしい。自分の望む意思決定をしたり他者の意思決定を尊重したりするために、こんな社会だったら、もっとこうした社会のサポートがあったら、と思う「気づき」が出てくるのではないだろうか。

個人は常に社会から何かしらの影響を受けており、意思決定の際は既存の社会が基準になりがちだ。枠組みされた社会の中では、本来なら社会側が積極的に支援すべきことであっても、支援のないことが当然であると思い込んで自分で何とかしようとする傾向にあると考えられる。そうした“仕方がない”といった潔いあきらめの思考が、自分で何とかしようとしてもできない状態にある人を枠組みされた社会から追い出していく。

「気づき」は、そのような不自由であることが当たり前すぎて不可視化された需要を可視化するきっかけとなるはずだ。また、2章や3章において、尊厳死法制化や選択的中絶が認められるようになった先には、生の保障や社会的支援のない社会があると指摘したが、社会的弱者にとっての障害の延長線上には、私たちにとっての生きづらさもあるといえる。得た「気づき」によってより多くの人々が国家や社会に対して改善を求めることで、今までマイノリティとして扱われていた社会的弱者の声を拡大することにもつながっていくのではないだろうか。

周囲に強要されることのない意思決定をしていくためには、一人ひとりの自己決定や自己決定権に対する認識、それを意識した他者に対する言動こそが重要であるといえる。自己決定権に頼らない「自己決定」ができるよう、まずは普段接している人の意思決定を尊重しようとするかかわりの中から「気づき」を得ることが必要だ。

おわりに

以上、本論文では、尊厳死法制化や出生前診断をめぐる問題に焦点を当てながら、自己決定権を批判的に捉えてきた。その結果、自己決定権の主体性は必ずしも個人にないこと、自己決定権の行使によって国家の思惑までもが個人の責任へと転嫁されてしまうことが明らかになった。そして、自己決定権が国家に都合よく利用されず、周囲に強要されることのない意思決定が行われるためには、自己決定権の「本能化」からの脱却や、必要な支援を必要な時に必要なだけ受けられる「選択肢」の拡大、そして他者の意思決定を尊重しようとするかかわりを通した「気づき」の取得が必要であるという結論に至った。

ただ、自己決定権が国家に利用される危険性のあるものとして批判的に検討したものの、それ自体に対する是非については言及できなかった。それについては法学や政治学などをふまえた多角的視点からのさらなる検討が必要となってくるだろう。また、国家に求め

ることとして、幅広い「選択肢」の用意を挙げたが、具体的にどのような選択肢が必要で、実現するためにかかるコストはどう確保するのかということまでは検討できていない。それらについては、残された課題として考えていきたい。

冒頭でも述べたが、今回の論文には、社会的弱者に焦点を当てながらも、この社会を構成する一人ひとりに目を向けようという姿勢で臨んだ。それは、“自分は社会的弱者ではない”と思っている人も決して無関係ではないからだ。自己決定権のあり方を問い直し、一人ひとりが周囲に強要されることのない自己決定をしていくために国家や私たちがなすべきことを探ることが、結果として社会的弱者を排除したり作り出したりしない社会の構築につながるきっかけとなるのではないかと期待する。

参考・引用文献

- 朝日新聞 2013 年 5 月 11 日朝刊「(私の視点)新出生前診断 検査に市場論理持ち込むな 室月 淳」
- 朝日新聞 2013 年 10 月 3 日朝刊「出生前診断に新手法 費用 8 分の 1、年齢制限なし 相談体制の充実課題」
- 朝日新聞 2016 年 10 月 19 日朝刊「新型出生前診断で 2 機関、指針外の検査あっせん」
- 朝日新聞 2017 年 9 月 16 日朝刊「(今さら聞けない+)出生前診断 『新型』が普及、4 万 5000 人受診」
- 沖種郎,1994,「リビング・ウィルと 13 年」,日本尊厳死協会編,『誰もが知っておきたいリビング・ウィル』人間の科学社
- 小椋宗一郎,2014,「『新型出生前診断』をめぐるドイツの生命政策—ドイツ倫理評議会答申(2013 年)と妊娠葛藤法改正(2009 年)」,玉井真理子・渡部麻衣子編著,『出生前診断とわたしたち—「新型出生前診断」(NIPT)が問いかけるもの』生活書院
- 河合蘭,2015,『出生前診断 出産ジャーナリストが見つめた現状と未来』朝日新聞出版
- 久具宏司(研究代表者),厚生労働科学研究成果データベース,「出生前診断における遺伝カウンセリング及び支援体制に関する研究」平成 25 年度研究報告書,
<http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/Download.do?nendo=2013&jigyoId=131031&bunkenNo=201305008A&pdf=201305008A0001.pdf>(2017.12.17)
- <http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/Download.do?nendo=2013&jigyoId=131031&bunkenNo=201305008A&pdf=201305008A0005.pdf>(2017.12.17)
- 厚生労働省『平成 22 年度 「出生に関する統計」の概況』
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/tokusyuu/syussyo06/syussyo1.html>
(2017.12.16)
- 児玉真美,2013,『死の自己決定権のゆくえ 尊厳死・「無益な治療」論、臓器移植』大月書店
- 小西郁生(研究代表者),「出生前診断における遺伝カウンセリングの実施体制及び支援体制のあり方に関する研究」平成 28 年度研究報告書,厚生労働科学研究成果データベース,
http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/Download.do?nendo=2016&jigyoId=162011&bunkenNo=201606003A_upload&pdf=201606003A0003.pdf(2017.12.16)
- 小松美彦,2004,『自己決定権は幻想である』洋泉社
- _____,2012,『生権力の歴史 脳死・尊厳死・人間の尊厳をめぐって』青土社
- 衆議院 HP,「日本国憲法」,
http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_annai.nsf/html/statics/shiryo/dl-

constitution.htm(2017.12.17)

新村出編,2008,『広辞苑』第六版,岩波書店

尊厳死の法制化を認めない市民の会 HP,<http://mitomenai.org/>(2017.12.16)

_____,「尊厳死法案と尊厳死法制化を考える議員連盟」,<http://mitomenai.org/bill>, (2017.12.17)

玉井真理子,2014,「出生前診断と自己決定」,玉井真理子・渡部麻衣子編著,『出生前診断とわたしたち—「新型出生前診断」(NIPT)が問いかけるもの』生活書院

Dr.Clover's Computer Clinic 「間接的安楽死」,

<https://mumu.jp/forest/computer/2017/01/26/7757/>(2017.12.11)

二階堂祐子,2014,「出生前および出生後告知の現状と医療者への助言—アメリカ ブライアン・スコトコの取り組み」,玉井真理子・渡部麻衣子編著,『出生前診断とわたしたち—「新型出生前診断」(NIPT)が問いかけるもの』生活書院

西山深雪,2015,『出生前診断』ちくま新書

日本産科婦人科学会,「母体保護法」,

<http://www.jaog.or.jp/sep2012/JAPANESE/teigen/hou.htm>(2017.12.17)

日本尊厳死協会 HP,<http://www.songenshi-kyokai.com/>(2017.12.16)

_____,「リビングウイール Q&A 【尊厳死】協会が主張する『尊厳死』とはどんな死ですか。」,

http://www.songenshi-kyokai.com/question_and_answer.html (2017.12.16)

野崎泰伸,2015,『「共倒れ」社会を超えて 生の無条件の肯定へ!』筑摩選書

平岡章夫,2013,『多極競合的人権理論の可能性—「自己決定権」批判の理論として—』成文堂

渡部麻衣子,2014,「医学の『まなざし』・家族の『まなざし』—出生前検査の投げかける問い」,玉井真理子・渡部麻衣子編著,『出生前診断とわたしたち—「新型出生前診断」(NIPT)が問いかけるもの』生活書院