

# 障害福祉論における「生命倫理」というテーマ

小山 聡子

Discussing moral dilemmas in genetic technology and neonatal medicine  
in undergraduate courses on the welfare of people with disabilities

Satoko Oyama

## はじめに

日本社会福祉学会第44回全国大会（1996年10月）のうちに放送大学の三ツ木任一教授の呼びかけで「障害者福祉論」担当教員の交流会が行われ、22名の参加を得て、自己紹介、担当教員名簿の点検、教育技術・教材などに関する情報交換を実施した。その際、「障害者福祉論」の担当教員同士の情報交換と交流の場を作りたいということで意見が一致し、「障害者福祉論」教育技術研究会が発足した。まず、状況把握のための基礎的調査<sup>1)</sup>を実施することになり、関東ブロックの4名が担当し、結果を筆者が1997年10月の第45回全国大会で発表したところである。

社会福祉の一分野である障害者福祉論において、教育内容の標準化や質の向上を目指して教員のネットワークが作られたことの意義は大きく、今後の活動にも期待をよせるところである。そしてこのように、大学教員が教育内容や教育方法について、手の内を明かしながらその向上をはかってゆく試みは、今後ますます重要になってゆくと考えられる。筆者は、障害児者福祉の現場で社会福祉職として13年余の実践活動に携わり、2年前より研究教育の場に入った者である。担当した科目の中で、理論と実態のずれ、理想と現実のギャップ、本音と建前の差等、現実社会につきものの実態をどの

ように考え、また希望を失わずに現実に立ち向かってゆく姿勢をどのように伝えられるのかを考え続けてきた。前述のネットワークに参加したことにヒントを得て、筆者がこの2年間担当した障害福祉論を中心にそれらの中で「生命倫理」というテーマを設定した意図とその教育実践例を整理して紹介し、今後の方向性を再検討したい。

## 1. 障害福祉論における生命倫理という切り口

### 1) 「環境」と「共生」

1980年、国連は、国際障害者年の行動計画を採択し、ある社会がその構成員のいくらかの人々をしめだすような場合それは弱くもろい社会なのであるとうたった。<sup>2)</sup> 現在障害は、ある「個人」と「環境」の関係でとらえることがより建設的・合理的であると考えられるようになってきている。つまり、障害とは、「特定の環境において、その要求水準に達しないこと」<sup>3)</sup>をいうのであって、その環境が変われば障害が解消されることも、また逆に新たに生み出されることもありうるというのが妥当である。このような考え方をふまえて、障害福祉論<sup>4)</sup>の中では、「障害者の問題＝社会の問題＝自分の問題」という図式を設定し、それを説明し理解してもらうことを基本姿勢としてきた。

また、いわゆる障害者観の変遷をたどると、拒

否や差別から同情・あわれみへ、次に更生（身体的、職業的リハビリテーション）ガンバリズムの時代が訪れ、現在はあるがままの姿で共に生きる共生という図式がおおざっぱながら描けるといえる。これらの要素はもちろん現在においても混在し、さらに深い吟味が必要な課題ではある。しかし講義の中で現時点における到達点としての「共生」はもうひとつのキーワードであった。

さて、このように「環境」と「共生」をキーワードに、障害の問題を「一部の障害者の問題」とかたづけるのではなく、「自分の問題」と認識するにはどのような方法をとればよいかという課題がある。そのためには、「障害者の心理」「障害の特性」「障害者のニーズ」等「障害者の～」とくくってひとつの枠の中におしこめる前に、国連のいう、「障害者は、その社会の他の異なったニーズを持つ特別な集団と考えられるべきではなく、その通常の人間的なニーズを満たすのに特別な困難をもつ普通の市民と考えられるべきなのである」<sup>6)</sup>というフレーズを充分理解してもらう必要がある。「障害福祉」とくくった授業のなかで、あえて「障害」（主に手帳取得の基準となる機能障害）でくくることの雑ばくさ、誤りを強調するのであるから、充分な理解を得るためには、工夫が必要なのは論を待たない。

これに関して、例えば「障害特性」をとりあげた講義では、個々の医学的特性と固有の生活障害に入る前に、「障害者というより、人間。人間というよりその人」というフレーズを打ち出して、個別性を理解する視点を強調した。そうでなければむしろステレオタイプを促進するおそれもあると考えたからである。障害福祉論は社会福祉士受験の必修科目のひとつであり、本学社会福祉学科の学生は1年ないし2年という比較的低学年のうちにほとんどが受講する現状である。これは、前述の基礎調査でも、全国の大学で同じような傾向

がみられた。<sup>6)</sup>近年は社会人経験のある入学者も増えつつあるが、しかし、受講者の大半が障害者と接した経験を持たない20歳前後の若者であることを考慮すると、実感をともなった理解にはどのような配慮をしてゆけばよいかという問題意識が継続している。

こうした問題意識に基づいて設定したテーマのひとつが出生前診断や重度障害新生児の選択的治療停止等をめぐるモラルジレンマ、すなわち生命倫理の問題である。つまり、20歳代前半の女性が大半をしめるグループに対して、自らが近い将来遭遇する可能性のある胎児診断等の問題を提示することは、「人事ではない」実感をともなって自らの頭で考えるきっかけを与えると考えた。

## 2) 社会福祉援助における自己覚知との関係

対人援助の際に自己覚知が強調されるのはなぜであろうか。バイスティックは、「自己覚知は、自己の受容、そして究極的には他人の受容をもたらす。問題に対する自らの態度・感情および反応を把握することは、われわれが、困難に対する他人の態度・感情および反応を受け入れる助けとなる。」<sup>7)</sup>と述べている。つまり、援助関係において最も大切な要素のひとつである相手の「受容」を可能とするためにはまず自己を受容しなければならず、自己の受容のためには自己を知ることが必要であるということであろう。

カウンセリング理論の学びの中からさらにこれを考えると、自分が覚知という「気づき」の経験をすることは防衛機制、つまり「かまえ」のとれた人間に近づくことであり、そのような自己体験のプロセスがあってこそ、他人の「気づき」を手伝えるということができよう。相手の「明確化」を援助するには、自己の中で常に明確化の作業ができればならないのである。

国分は、ゲシュタルト療法の解説の中で、自己

覚知とは、「感情の存在に気づく（洞察）のではなく、感情になりきる（覚知）のである。」とパールズの説を引用している。そしてさらに「今まで気づけなかった「地」（感情）が「図」になるとは、気づけなかった感情になりきることである。悲しみをこらえて笑っている人が、「はい、そうです。悲しみを克服しようとして反動形成をしているのです」と言えば洞察であり、「はい、悲しいのです」と言って泣けば「覚知」である。泣くことが「地」が「図」になることである。」<sup>9)</sup>と述べている。

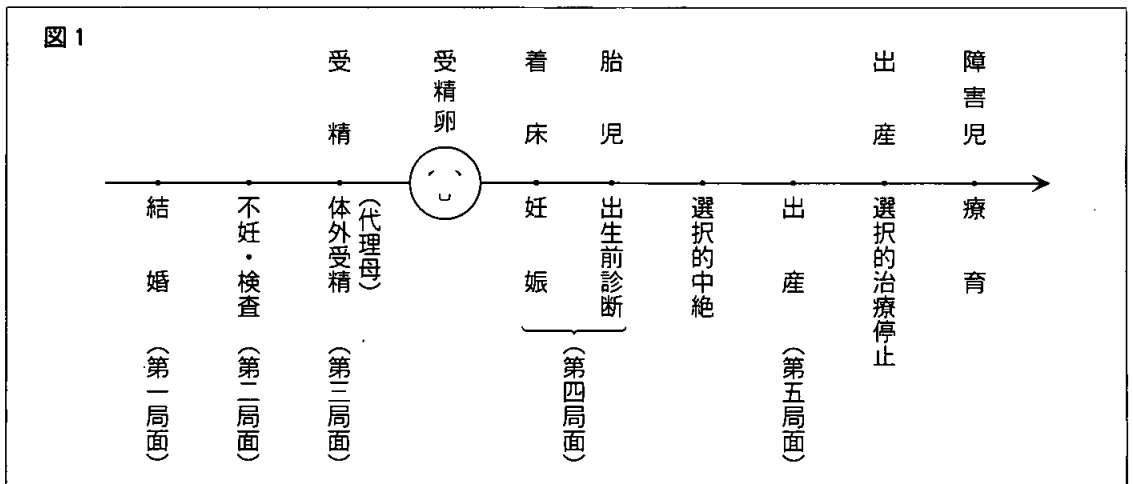
また、社会福祉の対人援助においては、他人を援助しようとする時に、援助する側が、無意識のうちに優越感や、「まだまし」といった感覚をいだくことがある。こうした事実は、無自覚にすすむと、相手との対等な関係性構築の妨げとなるが、気づきながら、結果としての「学び」や相手からの「癒し」として享受するのであれば、その専門職を成長させる糧ともなる。

さて、こうした自己覚知の意義と方法を、「障害のある人々との共生」の意味を本音の部分でとらえ、知識と感情を一体化する教育方法に活用できないだろうか考えるようになり、設定したのが次のテーマと方法である。

### 3) テーマ設定のプロセス

自分のおなかにいる子供に染色体異常等の障害があると判明したときにあなたはどうか、またそのようなことを出生前に判明させる検査そのものをどう思うかというテーマのみでなく、一個の受精卵をめぐる時の流れを女性のライフサイクルの一時期に重ねて、自らの生き方を問い返す試みができるようなテーマ設定をしたいと考えた。結果、学生に提示したのが、「結婚、妊娠、出産、子育てをめぐる我々の姿勢と生命倫理」である。これを図1のように視覚化した。

これは、ひとつには筆者がたまたま4年間の不妊期間を経て子供を授かった経験と関係している。すなわち、日本社会における結婚や子産みに対する考え方、一種のプレッシャーを認識し、また、母性至上主義等の価値観が自らに内在化している現実気づいたことを通して、前述のような知識と感情の統合化を試みた体験に基づくものである。不妊は、その個人の生死にかかわる問題ではない。よって看過されがちであるが、しかし、治すものとして医療モデルの中でのみ扱われた場合、「受容」との関係で心の傷を残すことがあるという意味では、「障害の問題」と共通点を持っている。また、科学が踏み込める領域が増えれば増える程、



あるがままの自然を許容しづらくなるという意味において、生命倫理の範疇で捉えるべき点が多い。これらのテーマを部分的なりとも経過した感情を自己開示することで、一種のモデリングとして教材提供したいという思いもあった。そして、結婚や出産が近未来のこととして想定できるグループであるからこその実のある学習プロセスとなれるという予測も持った。

## 2. 結婚、妊娠、出産、子育てをめぐる我々の姿勢と生命倫理（教育実践例）

### 1) シナリオの作成

1996年度前期に開講した障害福祉論の最終回にこのテーマで話を進めたところ、反響があり、各自でテーマ設定して書くように求めた課題のレポートでは64名の受講者中約3分の1が何らかの形で生命倫理を取り上げた。また、毎回質問や感想を記して提出してもらっていた小レポートにおいても自分のこととして考えようとする熱心な感想が多く寄せられた。こうした反応を頭に置いた上で、これらのことを密に話し合える演習形式の授業形態を模索し、同年度9月に筆者が担当した教養特別講義Ⅰ（軽井沢セミナー）の個別ゼミにおいて「自分捜しのために」というテーマ追求の一方策として2日間計5時間半をかけて18名の学生とともに話し合いの機会を持ったのである。図1の流れにおける1から5の各局面を筆者の創作した短いシナリオに基づいて役割分担して話し合った。その方法を以下に記す。

### 2) 進め方

「結婚・妊娠・出産・子育てをめぐる我々の姿勢と生命倫理」という題のもとに自分捜しをするという導入をし、進め方の説明をする。6名ずつ3グループに分かれて、時間毎に配られるシナリオをまず読む。6名がそれぞれ2名ずつに分かれ

てシナリオの下にある(1)～(3)の立場を分担し、自分の気持ちは別にして演ずる。どの立場の人が一番強くまたは自然に内容を主張しているか、演じながら苦しいときはなぜかなども考えながら15分から20分話し合う。次に3つのグループがそれぞれ話し合いの経過を発表し合い、他のグループの内容と比較しながらさらに全体で意見を出し合う。途中で適宜教員からの関連説明をおり込む。筆者の体験を語ることによって、自分を開くことのモデルとすることは、この教養特別講義Ⅰにおいてはすべての話し合いが終わった後にまとめておこなった。同じシナリオを用いた障害福祉論等での講義の際は、各局面毎に話す方法をとった。

この、自分の考え方は一旦置いて「演ずる」ということの意味づけは、ゲシュタルト心理学の「ルビンの壺」を使って説明した。すなわち二つの顔が向き合っているというゲシュタルトを作った人は顔の部分が「図」になり、真ん中の壺に見える部分が「地」となって背景にひっこんでいる。しかし、逆にこれが壺に見えた人には、顔の部分が「地」となっている。つまり、人の心の中には様々な思いが混在し、そのとき自分の考えとして「図」をなしている事柄もひとたび視点を変えれば「地」として引っ込み、背景をなしていた全く逆の考えが「図」として浮かび上がることもある。<sup>9)</sup> よってひとつの事象に対して通常抱いている思いをほどいて様々な感情を経験してみようといった説明をした。

#### (第1局面——物語の始まり)

話し合いに入る前に、不妊の定義付けをしておく。すなわち「避妊をしないで自然に性行為を営んでいるカップルの間で2年たっても子供ができない状態」という国際産婦人科連合及び国際不妊学会による定義を紹介する。

また、話し合いの一段落したところで、20代の女性が結婚するか否かの選択において感じるプレッ

シャー、そして結婚後は子供を生むか生まないかの選択において感じるプレッシャーのそれぞれについて触れ、結婚して子供を生み育てることこそが女の幸せという「母性神話」<sup>10)</sup>について話す。また、そういった価値観が、良い悪いは別として自分の中に内在化している可能性、及び内在化していることに気づけない可能性についても触れる。ここで今まで場合によっては自明の理として受け入れてきた自己の価値観を客観視することをねらう。この局面は、生命倫理というよりは、結婚、子供を持つこと、関連で仕事をどうするかを選択等にかかわる社会的状況と自分の考えを含めてフェミニズムの観点からも考察することをめざした。

#### (第2局面——検査、検査、検査)

この局面は選択肢による役割分担を特にしていない。1) で見た社会状況を踏まえ、不妊という問題の持つ意味を生物学的にも社会的にもとらえることをめざす。シナリオを読み終わったところで、資料(資料1)を配り、その図を参照しながら各検査の説明を簡単に行う。ここでは、単純に感想を話し合ってもらう。話し合いが一段落したところで、不妊の持つ一般的意味合いについて説明する。すなわち、一般の疾病と違って、それに直面した当事者達が子供のできない状態を特に不都合と感じなければ検査、治療どちらにも縁がなく過ぎることがらであること。一方それを不都合と感じたとたんに直すべきものとしての治療の対象となるという現実である。<sup>11)</sup> 検査に要する時間的、金銭的、身体的、精神的エネルギーの大きさと、しばしば医療者との間に生じる葛藤についても説明する。

#### (第3局面——何が何でも子供がほしい、体外受精へ)

シナリオを読み終わったところで資料(資料2及び3)を配り体外受精の適用や方法、及び問題点について説明する。

体外受精は、1984年オーストラリアで初めて成功した。現在日本では、100を越える医療機関で取り組まれており、日本産婦人科学会の見解によれば、これ以外の医療行為によっては妊娠成立の見込みがないと判断されるものを対象としている。具体的適用例としては、1. 卵管性不妊症、2. 乏精子症、3. 免疫性不妊そして4. 原因不明の不妊である。

方法は、①卵子を体内から取り出し、②精子を準備し、③卵子と精子を合わせ(体外受精)、受精を確認して④受精卵を子宮に移す(胚移植)というステップからなっている。①では、排卵誘発剤を使用して卵巣を刺激し、卵胞の発育状態を時間単位で調べ、成熟を確認したら入院してHCG(ヒトじゅう毛性ゴナドトロピン)を注射して34~36時間後に卵子を取り出す。採卵は腹壁または膈から金属針を腹の中に向けて刺し、卵胞液とともに卵子を吸引するという方法である。②ではマスターベーションによって採取した精液を調整して培養液と混ぜ、遠心分離器にかけて運動性の良い精子を選んで受精に適した濃度にする。④で受精卵を子宮に移すのは受精後24~60時間後で受精卵が1から8分割した段階である。<sup>12)</sup> なお、このほかに資料2にあるように、卵と精子を混合させて、受精は確認しないで卵管に移植するギフト法、卵と精子を受精させるがごく初期の接合子の段階で卵管に移植するジフト法もあることを説明する。

成功率の説明。世界的に見て、1回あたりの採卵率は成績の良い施設で92%、受精率は88%程度であるが、子宮移植後の着床率は19%と低下し、さらにその中の33%は流産するため実際の出生率は13%と低くなる。<sup>13)</sup>

次に資料3の表に基づいて法的問題を説明する。現在日本では、配偶者それぞれの卵子と精子を使って受精させた胚を妻の子宮に移す組み合わせのみしか認められていない。そこでは少なくとも生物

学的な親子関係の錯綜は起こらないが、世界的には様々な組み合わせが試みられており、その中には実態としての代理母も含まれる。表のⅣとⅤは妻の卵で第3者に生んでもらう方式でホストマザーと呼ばれる。また、Ⅲは実質は妻自身がホストマザーと共通する立場となる。Ⅵは、実際は体外受精ではなく、夫の精液を第3者に人工授精して生んでもらう方式でサロゲートマザーと呼ばれる。

従来の母子関係当然発生主義の法的立場からゆくと、ⅠからⅢは受精卵をその体内で生育させた妻が母とされるが、この場合卵子の提供者が親子関係不存在の訴えをする可能性が理論上はある。また、ⅣとⅤでは上記と同じ考えでゆけばホストマザーが母となってしまう。アメリカでは、Ⅳ型の代理母では、州によっては、妻が子を養子としてひきとる法形式がとられている。Ⅵ型のサロゲートマザーでは、ベビーM事件とあって、代理母がその意志をひるがえして、報酬を受け取らず、養子契約にもサインしなかったため、法廷で親権、養育権が争われたケースがあったこと、これらを説明する。

このほかにも非配偶者間の体外受精やサロゲートマザーのような「借り腹」では、様々な法律問題が想定されることにも触れる。医師の過失によって体外受精子が障害を持って生まれた場合、損害賠償が認められるか、代理母のプライバシーと子のアイデンティティーを知る権利の矛盾。そして冷凍卵や精子、冷凍受精卵と提供者の死後における相続法との関連を説明する。<sup>14)</sup>

この局面は役割分担を2回行うため、時間を長めにとる。

#### (第4局面——子供、命……苦悩の選択)

この局面はシナリオを読んだ後にダウン症候群及び羊水穿刺の説明をする。ダウン症候群は、母体の年齢によって発生率が大きく違い、30歳以下の母親では、1500回に1回であるが、40歳以上に

なると130回に1回と高くなる。卵子、精子または受精した卵の初期細胞分裂中の染色体分布異常によって起こるトリソミー-21は、普通各細胞中に染色体を47本持ち、21番目の染色体が1本余分にあるという点が正常な染色体と違う。ダウン症候群例の90%以上が完全トリソミー-21である。トリソミー-21の新生児は出生時より診断可能な身体的特徴がある。筋弛緩、平均より小さい頭囲、比較的水平べったい顔、短い指など。知的障害をとともなうが、程度は一定しない。また、しばしば心臓、消化器等の身体奇形をとともなう。<sup>15)</sup> 羊水穿刺は、出生前診断の目的で行う場合には、妊娠16～20週で羊水中に浮遊する胎児由来の細胞を分析し、各種の胎児診断に利用する。方法としては、超音波により胎盤や胎児の位置を確認し、それをさけて穿刺できる位置に局所麻酔を行い超音波映像を見ながら穿刺針をすすめて針の先に10～20ml羊水を吸入する。<sup>16)</sup> この説明の後、資料3の下図をみながら、異常発見された人の68.3%が中絶をすること、染色体異常のときは92.7%、代謝異常の時は96.7%の人が中絶することを話す。<sup>17)</sup>

話し合いが一段落したところで、第3局面でみた体外受精との関連で一連の生殖技術の進歩とジレンマについて解説する。生殖技術そのものは①医療技術の対象が女性の体の生殖機能に向けられたもの及び②医療技術の対象が生殖細胞(卵や精子)及び生殖によって生じた新たな個体に向けられたものの2種類に分けられる。①には古くから行われてきた各種の避妊法、人工妊娠中絶、そして障害部位が分かっている場合の不妊症の治療技術が含まれる。一方②には、前述の人工授精、体外受精やそれに付随して開発された卵子、精子、受精卵の体外選別や操作、胚の冷凍保存、さらにはそのようにしてできた胎児の出生前診断、それに基づく胎児治療や選択的中絶等がある。

体外受精を初めとする②の生殖技術が①と決定

的に違うのは、これまでの「女性が体内にかかえる胎児」という不可分の関係を崩壊させたことであるといわれる。<sup>18)</sup> 我が子を持ちたいという、場合によっては理屈を越えた切望に対し、それをかなえるという点では、現代科学の勝利ともいえる進歩であるが、しかし一方で、こうした生殖に関する選択肢の広がり、そこまですれば子供はもてるという事実を女性につきつけて、逆に追いつめる結果にもなっていることを話す。そしてまた、そこまでして得た子供にはパーフェクトベビーを求めるという状況も招いていることについても注意を喚起する。

#### (第5局面——出産、そして新たな旅立ち)

ここでは、話し合いの後に、出生前診断によって選択的中絶を行う場合の法的根拠に触れ、同時に中絶にかかわる日本の法制度の経過に触れる。すなわち刑法の墮胎罪の存在、明治維新後の富国強兵政策のもとでの人口政策やその後の戦争時における「産めよ増やせよ」の考え方等が女性を子産みの道具とみなした部分もあること。その後1940年、一種の障害者排除を目的とした国民優生法が制定され、1948年「母体の健康を護る」という目的を加えた優生保護法を制定し、中絶を条件つきで認めたことなどである。周知の通り、この優生保護法は、1996年6月不良な子孫の出生を防止するという目的を削除するなどの改正をして母体保護法となった。ここでは、従来、国の人口政策に支配され、個人の人権をないがしろにされてきた面もある女性達が、産む産まないについては女に自己決定権があるということを主張して運動をすすめてきたが、<sup>19)</sup> その時、「産む産まない」を決める「女」が母性至上主義を内在化させて気づけないでいたり、また障害のある人々に対する偏見を持っていたらどうなるであろうという問題提起をする。

また、重度障害新生児の選択的治療停止につい

ては、ロバート・ワイヤーによる同名の文献をもとに、説明する。

古来から世界中で幼児殺しは行われて来た。その動機の代表的なものが、1. 経済的な理由、2. 社会的慣習や圧力（その社会で容認されている母親の婚姻上の地位、子供の数やきょうだいの性比等）3. 子供の障害である。古来、この障害児の誕生は、超自然的な象徴、取り替え子、仮の子またはけものとの性交渉の結果という説明のもとに殺害されてきた。ワイヤーは、現代ではもう行われていないと考えられがちなこうした殺害が、ある意味では続いていると述べる。新生児集中治療室における決断をあげ、そこにおける密室性、巨大な裁量権が一部の専門家集団（主に医師）に与えられていること、そして直接及び間接の方法がありうることの3点に従前との共通性を指摘していることを紹介する。<sup>20)</sup>

そして、結論としては、「子の最大の利益」をキーワードに ①正確な診断、②慎重な予後判断、③診断カテゴリーによる選別を両親、医師、委員会、法廷の順にあげてゆくことを提案している。<sup>21)</sup>

### 3. 学生の反応

本シナリオに基づくストーリーには前述のように様々な課題が含まれているので学生の反応も様々である。最も多くの学生が表明したのが、「簡単には結論の出ない難しい問題が含まれていた。」という感想であった。この一連のテーマに取り組んだこと自体への評価は、未婚の20歳そこそこの立場からもまた、出産・子育てを経てきた立場からも概ね前向きのものであった。また、進め方の方法との関係で、自分の中の矛盾に気づいたという感想が大半の人から出された。いくつかの感想を引用する。

・それまで生命とは自然にまかせるのがいいし、

人道的立場から生まれてきた命は出来る限り死から遠ざけたいと思ってきた学生が、「このような人道主義の考えが私の行動や思考の根底を形作っているものであると思ってきたにもかかわらず、それが私の中で揺らいでいることも自覚したということである」

・「おもしろいことに、自分の本心とは全く逆の選択を行うときの心情を想像しながら話しているうちに、私の本心の方もああそういえばそういう気持ちであるかと相づちをうちはじめる。」

・「相反する感情は、それぞれが納得のいく理由を持って、常に両方存在するのではないだろうか。そんな心の状態が自分にあることを知ることを学んだことが大きな収穫になりました。それは他者の受け止め方をも変える大切な気づきなのではないでしょうか。」

・「こうした不妊の問題から障害児中絶という問題に展開していく中で、私は自分の心の奥底から生まれてくる矛盾を感じました。」

・「自分の考えと全く反する意見を述べているとき、おや？やっぱりこっちも一理あるなあ等とあれこれいっぱい考えてしまった。」

・「自分の中に矛盾する葛藤した気持ちがあることを今回のゼミで改めて私も感じた。～するべきとは思いますが本当は～したい。このずれを見つめることは大切なことなのかもしれない。矛盾に気づき葛藤するとき初めて人間は考え始めるのではないか。」

その他不妊検査の大変さ、女性への負担をあげた人も比較的多く、また、不妊であれば、世間体などにこだわらず、自然に任せあきらめることもひとつの道であるという感じ方もだされている。羊水検査で子の障害がわかったとき自分なら中絶すると書いた人は18人中2人であったが、その時になったら迷うだろうと述べている。科学の進歩が人間にとって本当にいいものなのか、人間の幸

せとは何かを考えたという感想もあった。

#### 4. 今後に向けて

作成したシナリオを用いて、その後1997年度前期には社会福祉学科の1年生対象の基礎ゼミ（各教員が1回ずつ研究内容を紹介しながら社会福祉の世界の間口を知らせるもの）にて1回、また同年度後期には1～2年が中心の障害福祉論にて1回生命倫理の問題をとりあげた。どちらも1こまの授業内で講義中心に進めたため、学生自身が納得いくまで考える時間を保証することができず、また90名～150名という大人数の授業のため、学生からの反応も十分に受けとめきれてはいるのが現状である。講義形式であれば少なくとも2回とるか、もしくは「出生前診断」「選択的治療停止」等ひとつのトピックに絞って話しを進めることも考えたい。

演習形式の参加を求められない場合においては特に、筆者の体験をありのままに語ることを重要な部分として位置づけている。内容としては、まず4年間の不妊期間に様々な検査を受けたが原因がわからず、生殖器のみしか対象としないことの多い西洋医学のあり方に疑問を感じたこと、自分のおかれた状態が受容できなかったこと、母親になれない（ならない）かもしれない自分を自分で差別していたこと。また、1年間の漢方治療の結果、妊娠して後は、この4年間でどんな命も受け入れたいと思わせるに至ったと自覚したこと、具体的には、羊水検査等は受けず、また、「どんなに重い障害を持っていても大事に育てる」と胎児に繰り返し話し掛けたこと等である。しかし、これは逆に障害を持つ可能性に対する通常以上の恐怖感の現れとも振り返ることができ、また、仮に障害のある子が生まれた場合、スムーズに受け入れることができたかどうか疑問であると加える。つまり、結果として受け入れ、成長してゆく



のであって、はじめから葛藤のない状態はありえないと結んでネガティブな感情の存在を認める方向に話を進める。

こうした一種の当事者体験の語りや、学生に対し、あるがままの自己を振り返るためのヒントになるはずであると考えている。いずれにしても「共生」や「多様性」をたたえる理念を理解しながらも、自ら育てる可能性に直面したときに、中絶という形で障害者の存在を否定しうる立場にいることを自分の問題として認識することは、社会のあり方への問い返しを重視する今日の障害福祉論の勉強の中で、大きな意味をもつものと考えられる。

1997年度前期に筆者が担当した社会福祉援助技術総論の中で胎児診断をとりあげたNHK作成のビデオを視聴し、小レポートを提出してもらった。提出した80名中、おなかの子に染色体異常等の障害があるとわかった場合、自分だったら生むということを表明した人が26名、苦しい思いで迷いを表明した人が44名、生まないとハッキリ書いた人が5名、そして自分の行動については触れずに、中絶する人を非難しないと記した人が5名であった。つまり、半数強の人が自己の矛盾をみつめながら結論が出せないのである。柳田邦男が述べる「二人称の死」、「三人称の死」という概念を<sup>23)</sup>メタファーとするなら、「二人称の障害」と「三人称の障害」では個人にとって意味合いが全く違うのは当然である。二人称の障害を科学技術の可能な限り避けようとする人が、必ずしも三人称の障害を排除するとは限らないという考え方もあろう。また、中絶そのものに関する議論も別の次元で続いている。よって、くだんの中絶論議を即障害者の人権侵害に直結させて論じようとしているわけではない。しかし、かなりの深さで迷い、苦しい思いをすることそのものの大切さをまずは指摘したい。そして、今回設定したテーマのようにひと

つの流れの中に各生命倫理の問題を位置づけ、自己の価値観、姿勢との密接な関連において考えることを提案したい。そして、自己の中にある本音と建前のギャップを見つめた上で、社会全体としてはこのようにしてゆこうというガイドラインを作ることに加勢してゆけるような人材を育てる教育について検討し続けてゆきたいと考えている。

1990年代に入ってにわかには活発化したいいわゆる「大学改革」の流れの中で、1991年に大学審議会が「大学教育の改善について」という答申を出し、同年新大学設置基準が施行された。この、新大学設置基準では、新たに「自己点検、自己評価」を打ち出している。<sup>24)</sup>こうした改革を担うソフト面での鍵が教員の意識改革であるともいわれ、教育内容と方法の見直し、向上にむけての努力といったものは大学全体に求められている。社会福祉の分野では、「日本社会事業学校連盟」の「社会福祉教育特別委員会シラバス研究班」でシラバスの研究に取り組み、1993年に報告書<sup>25)</sup>が出されている。全般的に大学進学率が上がり、大衆化された大学としての対応が迫られているといわれて久しい。場合によっては、勉強のノウハウを教えることや、学ぶ意欲そのものを喚起するようなアプローチが工夫されなければならないであろう。こうした流れの中で今後も全国のネットワークに参加される教員の方々にご批判をいただきながら教育方法の改善を重ねてゆきたい。

## シナリオ

### 1. 物語の始まり（第一局面）

私は30歳の誕生日を目前に控えたOL。大学卒業後、1回転職をして現在の外資系企業に入った。やる気と努力で地位も年収も上がり満足している。実は婚約者がおり、2ヶ月後には結婚の予定である。結婚後も仕事は続けるつもり。彼もこれには賛成している。

幸せな結婚に続く2年間。仕事にはますます気合いがはいる日々が続く。でもちょっと気になりだしたのは子供のこと。大学の同級生で専業主婦になった友達の中には2人目が幼稚園入園なんて人もちらほら。夫も両親にいわれて子供のことを時々口にするようになったし……。育児休業法があるからって外資系の企業ではなかなか取る人って少ないのよねー。でもその時はその時、と割り切って私たちは避妊を解除した。

もともと健康で丈夫だったし、子供はすぐできると思ってた。だから最初に生理が来たときはびっくりよ。2～3ヶ月内にはね、とタカをくくってたけど、毎月正確に生理は来て、あっという間に2年が過ぎた。

34歳。今では生理が来るととても落ち込み、夫との仲もぎくしゃくすることがある。重い腰をあげて産婦人科を訪れた。

- (1) 共感する。
- (2) ピンとこない。
- (3) バッカみたい。子供いなくなっただけいいじゃん。

### 2. 検査、検査、検査（第二局面）

1～2回病院に通えばすむのかと思ってたらとんでもなかった。私の生理周期に合わせていろいろあるのだ。相変わらずバリバリ仕事している私には時間のやりくりが大変。同僚には子供ができなくて悩んでいることも、ましてや検査のことも言っていない。

（不妊の一般的検査）

- ・全身の健康状態チェック——身長、体重測定、尿検査、血液型（RH検査）、血沈、血清梅毒検査、胸部レントゲン、性器の発育状態等。
- ・基礎体温
- ・卵管の通過性チェック——通気検査と通水検査。
- ・子宮卵管造影法
- ・腹腔鏡検査
- ・子宮内膜検査
- ・月経血結核菌培養検査
- ・LHRH検査（ホルモン検査）
- ・頸管粘液検査
- ・ヒューナーテスト
- ・膣細胞診と子宮内膜の細胞診その他

何ヶ月もかけて受けた検査の結果は、少しずつ不十分なところはありつつもこれといった異常はなしと出た。夫も泌尿器科で精液の検査を受けたが、精子の数、運動性ともに問題はなかった。

ほっとすると同時に何だか割り切れない思いが残った。いつかできると言われながらもまた2年の時が流れた。

### 3. 何が何でも子供がほしい、体外受精へ (第三局面)

37歳の誕生日を目前にして私は一つのチャレンジについて考えていた。仕事は今も頑張っている。夫はもう子供はいいんじゃないかと口にするようになってきている。でも今まで努力で何でも切り開いてきた。できない、はいそうですかとあきらめるわけにはいかない。実は、2ヶ月ほど前に病院を変え、そこで体外受精をすすめられていた。体外受精はもともと卵管に不都合のある人のための医療技術であるが、私のように原因不明の「患者」にも適用されるとのこと。保険がきかないので費用は相当で、また、なかなか成功しないことも多いとはきいたが、試してみる価値は大いにあると考えた。

私自身約1週間の入院が必要であったが、いつも夏に取っている休暇をずらしてとることでなんとかやりくりができた。はじめて体外受精にのぞんだときは不安と期待で胸がいっぱいだった。無事採卵がすみ、受精も確認された。子宮には8分割したところで3個の卵をもどしたとのこと。うまく着床しますように、と祈るような気分だった。2週間後……、しかし結果はマイナスだった。

春と秋、年に2回ずつ受けて、また2年が過ぎた。

体外受精を

- (1) 自分だったらもちろん受ける。
- (2) わかんないなー、場合による。
- (3) そうまでして子供をほしいとは思わない。

上記の(1)を選択し、4回受けてだめなとき

- (1) それでも続ける。
- (2) 迷う。
- (3) やめる。

### 4. 子供、命……苦悩の選択 (第四局面)

39歳。さすがの私もいささか疲れてきた。子供をと願うようになって7年間、できないとなると逆に無性にほしくなるというような「あまのじゃく」で意味もなく子供、子供と騒いできた時期もあるように思う。でも、この間なぜ自分はこれを望んでいるのだろうかということについてじっくり考え、自分を見つめ直す機会も持った。やりがいのある仕事も私を待っているし、子供は授からなかったけど人間的には成長できたようにも思う。

夫とも再度話し合い、40歳までの間にあと1回だけチャレンジして、それでだめならあきらめようと決めた。中には、アメリカに渡り、自分たちの受精卵で出産してくれるいわゆる借り腹を頼むカップルもいるときが、そこまでの気はなかった。

半分あきらめつつ臨んだ最後の体外受精で、なんと私は妊娠したのである。高温期が3週間続き、医師から結果を聞かされたときは夢のようで、涙がとまらなかった。

妊娠16週、人によってはまだつわりもある時期であるが、私はうれしさのせい、やや眠気が増した程度で元気一杯だった。しかし、一方心の片隅に気になっていることがあった。それは、自分の年齢……、女性が高齢になるほどダウン症の出現率が高まるときいている。病院で知り合った女性が、これくらいの時期に羊水穿刺を受けたといていたのを思い出し、医師に相談してみることにした。

安心のためにと受けたその胎児診断がプラスとでた日のことを私は忘れられない。おなかの子供は女の子で、ダウン症をもっていた。

- (1) 中絶する。
- (2) わからない。
- (3) 妊娠継続する。

## 5. 出産、そして新たな旅立ち（第五局面）

ジェットコースターでてっぺんから一番下まで落ちたような何週間かであった。夫もそして両親も中絶をすすめた。しかし苦しみながらも私は継続を決意した。9年間待ち望んだ末に宿った命であるということと無関係ではなかろう。

医師によるとダウン症も軽度の場合は中程度の知能の遅れを持ちつつも、訓練によって社会生活が可能、人なつこくて明るい性格の子が多いとのこと。継続を決めたが、落ち込む気持ちは止められなかった。

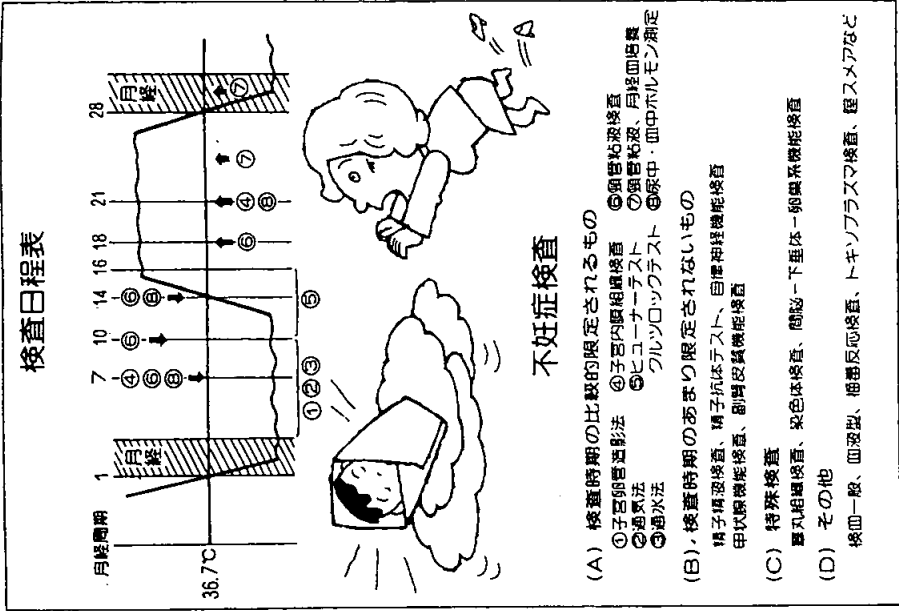
妊婦健診のたびに受ける超音波検査ではどうも内蔵の奇形も持っているらしいことが判明した。治療ができますようにと祈る気持ちの反面、生まれてもすぐに死んでくれたらという恐ろしい考えがよぎる日もあるのだった。

予定日の2日前、陣痛が始まった。入院後6時間の安産。しかし、生まれた子は予想以上に障害が重かった。鎖肛と食道閉鎖があり、すぐに手術しなければ、死んでしまう。

手術の承諾書にサインを

- (1) する。
- (2) わからない。
- (3) しない。

西川 潔 赤ちゃんが授かる知恵 日本芸社



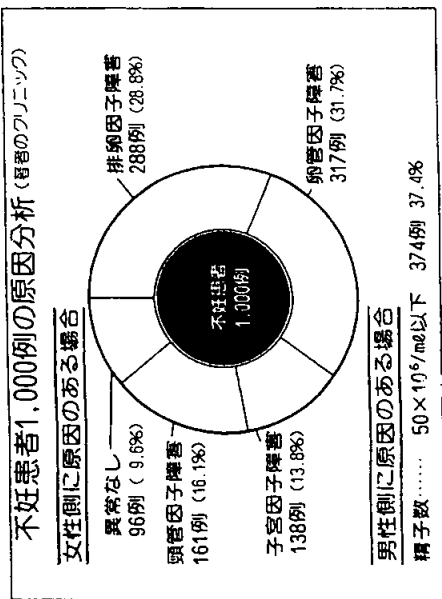
右の表のようにいろいろの検査がありますが、特殊検査を除いては、不妊症の一般検査としてはいずれも大切なもので、この一部のみをしたのでは、原因を見逃すことにもなりかねません。特に(A)(B)の検査は、直接不妊症に関して大切なものです。

いたずらに検査をいやがって治療のみ先行させようとするのは、暗闇でが見えないまま鉄砲を打つようなものです。原因が分からず何の治療ができるのでしょうか。検査の意味を十分に理解して、むだな年月を費やさないようにしなければなりません。

もちろん、たとえば結婚一年未満で検査を希望される方には、すべての検査でなく、主な検査のみをしてしばらく様子を見ることはあります。

少なくとも一年〜一年半以上の方、もちろん不妊期間二年以上の方は、わずかの原因をも感ずることなく知って治療することが大事です。

不妊症の原因と治し方



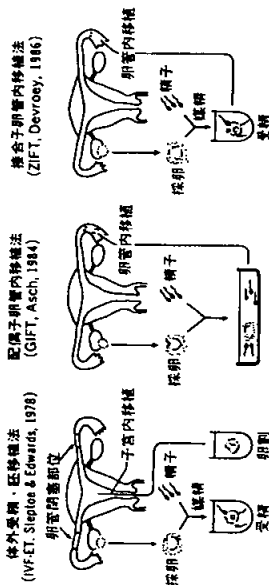
せられるし、養育にかかわらないことを条件に男友達の協力を得ることもできる。女性が子どもをもつことを、結婚や男性との関係の中に封じ込めることは、少なくとも技術的にはもはや不可能なのである。

体外受精

体外受精 (In Vitro Fertilization, IVF) は、女性側の原因による不妊、それも卵管通過障害に対する不妊治療として登場した。自然の生殖では、卵はほぼ月に一回一個ずつ卵巣から排出されて卵管に入り、卵管の中で精子と出会う受精して受精卵となり、その後子宮に到達して着床する。これが妊娠である。したがって卵管が塞がっていたり切断されていて、卵が卵管の中を通過できないと精子と出会う場がないので妊娠できない。そこで卵管の中での受精というプロセスを、体外の試験管の中で行なうことで、不妊を治療しようというわけである。具体的には卵巣から卵を採取し、試験管の中で精子と結合させて受精させ、培養して四ないし八個に細胞分裂するのを確認した受精卵を子宮に移植する。世界ではじめての体外受精児を誕生させたステファニーとエドワーズは、「卵管が詰まっているのなら、そこをバイパスさせては」という患者の言葉をヒントに、体外受精の発想を得たという。その後体外受精は、卵管通過障害を原因とする不妊治療という当初の範囲を超えて、さまざまな可能性に結び付くことになった。

第二章 生殖技術の現状

図 2-1 さまざまな体外受精



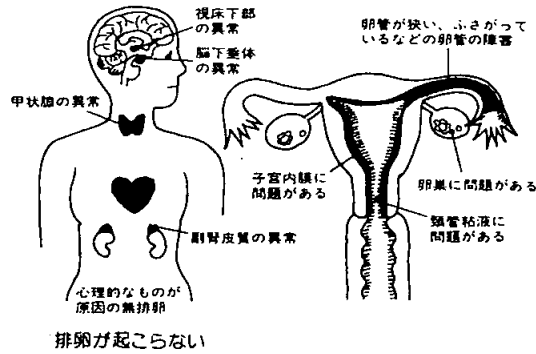
不妊治療法としての広義の体外受精には、そのヴァリエーションとして、図 2-1 のような技術が開発されている。

卵と精子を体外で受精させ、細胞が四から八個に分割した受精卵 (胚) を子宮へ移植する体外受精・胚移植法 (In Vitro Fertilization-Embryo Transfer, IVF-ET 狭義の体外受精)、卵と精子を混合させて、受精は確認しないで卵管に移植する配偶子卵管内移植法 (Gamete Intra Fallopian Transfer, GIFT ギフト法)、卵と精子を受精させるがごく初期の接合子の段階で、卵管に移植する接合子卵管内移植法 (Zygote Intra Fallopian Transfer, ZIFT ジフト法) などである。ギフト法、ジフト法は、いずれも試験管の中での生成物を卵管に戻すので、子宮へ戻す体外受精に比較して、外科的な手術が必要であるばかりでなく、少なくとも一方の卵管が健全でなければならない。

卵・受精卵の提供

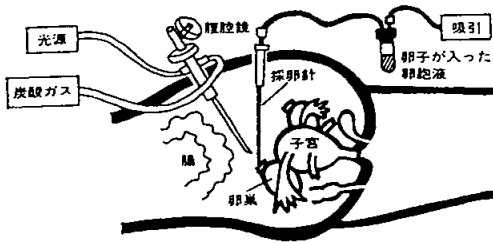
精子は簡単に体外に排出されるから、人工授精では夫以外の第

女性の不妊の原因はどんなところに



\*板倉啓夫他共著 不妊症の治し方 婦人生活社 1986. p 19

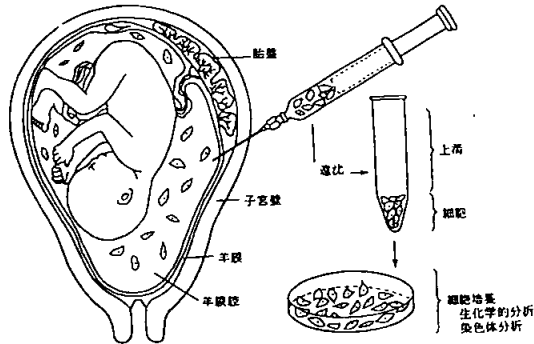
体外受精



VI	V	IV	III	II	I	タイプ
妻	妻	妻	妻	妻	妻	卵子
夫	夫	夫	夫	夫	夫	精子
第三者	第三者	妻	妻	妻	妻	母体

\*同 上 P. 297

\*人見康子 体外受精をめぐる法律問題  
ジュリスト 1985. 1. (No. 828) p 42



\*岡田武世編著 人間発達と障害者福祉 川島書店 1988  
第4章 障害・障害者と優生思想 p 99

## 註、引用、参考文献

- 1) 「障害者福祉論」教育技術研究会、関東ブロックの三ツ木任一、佐藤久夫、石渡和美、小山聡子の4名で担当し、社会福祉士の受験資格が取得できる全国の大学及び短大の「障害者福祉論」担当教員68人を対象として行った調査。「障害者福祉論」及び関係科目の開講状況、授業計画、評価方法、教育技術上の工夫、配慮事項、関連科目についての現状を調べた。
- 2) 国際障害者年行動計画 1980年1月30日採択 東京都心身障害者福祉センター、東京都障害者福祉技術セミナー報告書、資料4 p.105.
- 3) Stolov, C.W. (1981) 'Comprehensive Rehabilitation: Evaluation and Treatment' in Stolov, C.W. et al (eds.), Handbook of Severe Disability Washington, D. C., Superintendent of Documents, pl.
- 4) 全国の大学では講義名を障害者福祉論とするところがほとんどである。社会福祉士受験科目における当該科目名も障害者福祉論となっているが、本学では「障害者」のための福祉というイメージを避け、環境との関連や社会の持つ障害を追求する立場から「障害福祉論」とよんでいる。
- 5) 東京都心身障害者福祉センター 前掲書 p106.
- 6) 基礎調査においては、回答をよせた29大学中、1年生指定、2年生指定および1～2年生指定の3タイプつまり低学年で受講させるところが計14校となっていた。
- 7) F.P. バイステック 田代不二男・村越芳男訳 ケースワークの原則 誠信書房 1983 p133.
- 8) 国分康孝 カウンセリングの理論 誠信書房 1996 p. 252.
- 9) 国分康孝 前掲書 p. 250.
- 10) 宮 淑子 「性と生殖の間」グループ・女の人権と性著 ア・ブ・ナ・イ生殖革命 有斐閣 1989.p. 60.
- 11) 板倉啓夫 永田宏 「身体のしくみと働き 妊娠と不妊症」板倉啓夫他著 不妊症の治し方 婦人生活家庭医学選書9 婦人生活社 1987. p. 70.
- 12) 丸本百合子・草野いづみ 「知っておきたい基礎知識」グループ・女の人権と性著 前掲書 p p. 5～7.
- 13) 飯田悦郎 「体外受精」板倉啓夫他著 前掲書 p. 299.
- 14) 人見康子 「体外受精をめぐる法律問題」ジュリスト 1985. 1. 1—15 pp. 40～45.
- 15) ロバート・F・ワイヤー 高木俊一郎 高木俊治監訳 障害新生児の生命倫理 学苑社 1991.p. 53.
- 16) 南山堂 医学大事典 1992 p. 1985.
- 17) 豊島律 「障害・障害者と優生思想」岡田武世編著 人間発達と障害者福祉 川島書店 1988 p. 99.
- 18) 丸本百合子 前掲書.
- 19) 柴崎和恵 「人工妊娠中絶と女性の自己決定権」ヒューマン・セクシュアリティ No. 13 1993. 11 pp. 26～27.
- 20) ロバート・F・ワイヤー 前掲書 pp. 20～32.
- 21) ロバート・F・ワイヤー 前掲書 pp. 318～342.
- 22) 柳田邦男 犠牲 サクリファイス 文芸春秋 p. 203.
- 23) 藤原書店編集部編 大学改革最前線 藤原書店 1995
- 24) 日本社会事業学校連盟 社会福祉教育特別委員会シラバス研究班編