

## 子どもから見た優生学

柴 崙 雅 子\*

### Eugenics from the Perspective of the Child

Masako Shibasaki\*

#### Abstract

The eugenics movement that flourished in the early twentieth century is now denounced as morally wrong, whereas the liberal eugenics of today is endorsed by some ethicists because it is based on the decisions of parents and free from coercion. Both these views are based on the reproductive rights of parents. This paper aims to shed a new light on the two types of eugenics by taking account of the child's right to an open future. First I illustrate that the forced sterilization of the past had an aspect of protecting children from disease or abuse that might be inflicted on them by their parents. Second, I argue that whereas the old eugenics did not harm offspring, the new one can be detrimental to children whose lives are restricted by traits imposed on them by their parents.

#### キーワード

子どもの権利、断種法、ハンセン病、聾文化、出生前診断

#### はじめに

19世紀後半、イギリスのフランシス・ゴールトンがその名称を作り出した「優生学」は、今ではもっぱら批判的な意味合いで使われ、差別主義、人権無視、人命軽視と同義のように扱われている。その一方で英語圏では、20世紀半ばごろまでの優生学とは一線を画しながら、やはり優生学の名を冠した「新優生学」「リベラル優生学」について肯定的に語る論者も少なくない。たとえばアーサー・キャプランらは1999年に公表した論文、「優生学のどこが非倫理的なのか」において、20世紀前半の断種政策のような集団本位で抑制的な優生学を悪しき所業として斥けながら、個人本位の増進的優生学には倫理的に批判すべき点はないと論じている<sup>1)</sup>。

本稿では、そうした新旧の優生学について、親ではなく生まれてくる子どもの視点に立って考察し、新たな見方を提示したい。まず第1章で旧優生学について再考する。第2

---

\*しばさき まさこ：大阪国際大学人間科学部教授〈2013.5.20受理〉

章では誰でも親になってよいのかという問題を提起し、第3章では旧優生学以上に新優生学は子どもを害しうることを明らかにする。なお、旧優生学は「学」に値せず、新優生学は「学」というより、生殖に関する一つの立場ではあるが、本稿では便宜的に主義や思想の意味を含めて優生「学」という言葉を使っている。

## I 旧優生学の光と影

### 1) 隆盛の原動力

現在、優生学と言うとすぐにナチ・ドイツによる精神障害者の「安楽死」やホロコーストと結び付けられているが、ナチズムとの同一視は優生学の理解を歪めてしまう。

第一に、戦後、急速に権威を失墜する以前の優生学は、決してドイツに限定されていたわけではない。欧米だけでなく日本やブラジル、ロシアにも広がっていた。そもそも1907年に世界で初めて「断種法」を制定したのは、アメリカのイリノイ州である。今では人権先進国とされる北欧諸国でも強制的な断種が行われていた。しかも優生学は政治的な保守派からフェビアン協会のような革新派まで幅広い支持を受け、学会が設立され、多くの大学で優生学の講座が開かれていた。また優生学は象牙の塔にこもった偏狭な学者の営みではなく、アメリカのステート・フェアで同時に開催された「優良家庭コンテスト」が示すように、一般大衆をも巻き込んだ運動であった<sup>2)</sup>。

第二に、ナチスが断行したユダヤ人大量虐殺や障害者の計画的殺害と、優生学との間には大きな相違点がある。例えばドイツの著名な優生学者、アルフレート・プレッツは反ユダヤ主義に反対していた<sup>3)</sup>。優生学と人種主義が重なることがあっても、両者は原理的には別の主張である。また弱者の淘汰にしても、優生学の研究者や支持者は殺害ではなく、あくまで遺伝学の知見に基づく生殖管理による実施を目指していた。市野川容孝が指摘しているように、「優生学は『低価値者』とされた人びとがうまれないようにするために、遺伝の仕組みを解明し、またそのための技術を開発しようとする。そうした人びとを生後、殺害という形で淘汰することが許されてしまうのなら、優生学はその存在理由を失ってしまうのである」<sup>4)</sup>。さらにナチ・ドイツは侵略のために世界大戦を引き起こしたが、有能な若者を殺し虚弱な人間を生きながらえささせる戦争は、究極の逆淘汰として優生学者がもっとも忌避していたことだった。

19世紀末から20世紀半ばまで、世界各地で優生学を推進したのは人類退化の恐怖と社会改善への希望だった。ブキャナンらが著した『偶然から選択へ』は、「全優生学者に共通する中核的な信念」として、「選択——すなわち、この世に生まれてくるすべての人がよりよい人生を享受し、他の人の生活改善に貢献できるよう対策を講じること——により、人間を改善したいという思い」を挙げている<sup>5)</sup>。ゴールトンの従兄弟、ダーウィンが提示した進化論は、文明の発達により、本来行われるべき淘汰が消え、人類がどんどん衰退することも示唆していた。また義務教育制度や統計的手法の導入により、それまで分からなかった障害児やスラムの問題も顕在化するようになった。人間の退化に対抗し、社会改善につながるからこそ、保守主義者だけでなく進歩主義的な左派まで優生学に熱狂したのである。「いわゆる優生思想は、ナチスなど、特殊な歴史的拘束に囲い込まれた過去のおぞ

ましい偶発的逸話というよりは、きわめて古くから存在し、今後、新たな相貌のもとに現れ直してくる可能性の高い思想だと考えた方がいい。それは、「自己凌駕の力動性を抱え込む人間性の根幹に関わるもの、世界に対する一種の態度・欲望の発露なのである」と金森修は語っているが、正鵠を得た分析だと思われる<sup>6)</sup>。

## 2) 問題点

人類改造の夢と結びつく優生学を単に悪と切り捨てられないとはいえ、実際に展開された旧優生学は多くの問題を抱えていた。ここでは、そのうちの主要な3点を取り上げよう。

### ①強制

自国民の生得的質を高めるために親となる人の生殖管理を実施する際、優秀な人間同士が夫婦となって、できるだけたくさん子を生むように仕向ける促進的優生学と、劣悪な人間が子どもを産まないようにする抑制的優生学がある。社会のエリートに結婚を強制したり子産みを強要することは困難である。そのため多くの国で法制化され施行されたのは、後者の方である。悪しき性質を子どもに受け継がせないために、劣悪とみなされた人の生殖を断種手術によって不可能にしてしまったのである。これは現在の人権感覚からすれば、リプロダクティブ・ライツを無視した国家の横暴ということになる。

たとえば、1948年から1996年まで施行されていた日本の「優生保護法」を見てみよう。この法は、第1条に明示されているように、「優生上の見地から不良な子孫の出生を防止する」ことを目的とし、「優生手術」と称された不妊手術の実施条件を規定していた。第4条には「医師は、診断の結果、別表に掲げる疾患に罹っていることを確認した場合において、その者に対し、その疾患の遺伝を防止するため優生手術を行うことが公益上必要であると認めるときは、都道府県優生保護審査会に優生手術を行うことの適否に関する審査を申請しなければならない」とある。つまり、患者の同意を得ずとも、医師は審査会に不妊手術の申請が行える。第6条では、審査会の決定に異議がある場合、「優生手術を受くべき旨の決定を受けた者」だけでなく「配偶者、親権者、後见人又は保佐人」も、再審査を申請できることになっている。しかし再審査により、やはり不妊手術を行うと審査会が判断すれば、断種が強要されることになる。また第12条によると、遺伝性疾患でなくとも、「精神病又は精神薄弱に罹っている者」については、本人の同意がなくとも、後见人、配偶者、親権者などの同意があれば、医師は「都道府県優生保護審査会に優生手術を行うことの適否に関する審査を申請することができ」た。「優生保護法」施行中に不妊手術は全部で約84万5千件実施され、そのうち本人の同意を必要としない第4条と第12条を適用した強制的な不妊手術の件数は約1万6500件に上る<sup>7)</sup>。2003年にWHOが出した「遺伝医学における倫理的諸問題の再検討」は、日本の「優生保護法」について、「ほとんどの場合、関係者の同意ないし依頼に基づいてのみ断種が実施されていたので、強制的な優生法ではない」と述べている<sup>8)</sup>。たしかに98%以上の件数が、「関係者の同意ないし依頼」に基づいていたが、断種を強制された1万6500人の存在を無視することは、理解し兼ねる。さらに「関係者」、特に親が同意し依頼したとしても、本人は望んでいないということもあ

りうる。とりわけ障害者の人権が軽視され、社会的支援もあまり受けられなかった時代、親と障害者の利害関係が対立し、障害者にとって親が最大の敵にもなった日本の事情を、WHOの報告は全く考慮していない。

断種の場合、精管や卵管の結紮などの方法が用いられたが、手術後、再び生殖能力を回復することは不可能であった。二度と取り返しの付かない方途を選ばずとも、「劣等」とされた遺伝子が次世代にも存続することを避けたいのであれば、たとえば避妊や人工妊娠中絶といった方法もある。欧米の場合、中絶が合法化されたのが1960年代から70年代であり、旧優生学が盛んだっころ、非合法の中絶を断種の代わりにするのは不可能だった。しかし、日本は1948年の優生保護法で、優生手術のみならず中絶を許可する条件も規定しているので、「不良な子孫の出生」を防ぎたいのなら、中絶に留めることも可能だった。ただ、何度も中絶が繰り返されると母体を傷つけ、経費もかかるので、多くの人が一挙に断種に踏み切った、あるいは踏み切ることを余儀なくされたのだろう。

## ②「優秀」「適者」の内実の恣意性

人類の退化や改良について語るとき、価値判断の基準が問題になる。優生学者やその支持者はしばしば上流中産階級の自分たち自身を理想化し、貧者や障害者やマイノリティーを遺伝的に劣った「不適格者」とみなした。彼らは、文明は淘汰を妨害する、自然においては死んでしまう弱者が文明社会では生き残り子孫を残す、と主張したが、時代と共に生活環境も変化し、それとともに「適者」も変わる。たとえば儉約遺伝子の持ち主は、飢饉に何度も襲われる時代には生き残る適者だが、飽食の現代では肥満になりやすい不適格者となる。あるいは鎌状赤血球症のように、貧血という意味では弱者だが、マラリアに抵抗できる強者でもある、というように、一つの特性がプラスとマイナスの両方の意味を持つ場合もある。知性にしても、一般的に望まれる能力ではあるが、IQの平均値が高い国は自殺率も高い<sup>9)</sup>。優生学者が特定のタイプを「優秀」とみなし、それ以外のタイプの存続を不可能にしてホモ・サピエンスの多様性を減少させることは、危険でもある。急な環境変化が生じたとき、単一種の個体しかいなければ、一挙に絶滅する確率が高くなるからである。

人間の「改良」の方向性が社会的エリートの勝手な判断で決められていたことより、さらに根本的な問題として、そもそも人間に優劣をつけることに反対する論者もいる。たとえば重度障害児の親でもある竹内章郎は、能力主義とほぼ一体の優生学を批判し、「関わりのなかでしか人間の真実は捉えられない」と訴える<sup>10)</sup>。確かに、能力を見るだけでは、人を真に理解することはできない。優生学者が社会的に不適格と烙印を押すような人でも、家族の中ではかけがえのない存在として大事にされていることがほとんどだろう。家族だけでその人の生活を死ぬまで支え続けるつもりなら、第三者や国が能力主義の価値観を振りかざして、その人を「劣等」とみなす権利はない。だが竹内は、「『優れた者』とか働きの多い者が、現在以上の累進課税制で税金をたくさん出して、その税金で例えば福祉予算が組まれる、ということは、{中略} 当然のこととして考えている」と語り、国の支援を要求している<sup>11)</sup>。

しかし、どれほど累進性をきつくしても、課税可能な「優秀者」との割合が減少したり、経済状況が悪化して税金の実質金額が減じたりすると、国が援助をすることは困難になるだろう。もともと社会的に不適格な人の断種に否定的だったフランスでも、1920年代の終わりに大恐慌が起きると、一変して抑制的優生学が声高に唱えられるようになった<sup>12)</sup>。これは福祉国家がもつパラドックスと言えよう。生活保護や医療費補助といった制度がなく、ある人が何らかの障害ゆえに生活苦に陥っても家族が全責任を負って面倒をみることになっているなら、政府はどのような国民がどのような子どもを産もうと無関心でいられる。しかし国家が福祉政策を実行するとなると、経費や援助者確保のために、援助を受ける側の数に神経を尖らせることになる。「障害児福祉政策と優生思想——1960年代以降を中止として」で、山本起世子が述べているように、「福祉国家とは、すべての者に人間らしい最低限の生活を保障するとともに、人間の生命の維持や生殖に国家が深く介入する性格を持っているのである」<sup>13)</sup>。

### ③非科学性

家畜やサラブレッドの育種などを通じて、遺伝現象は古くから知られていたが、メンデルの法則が最初に示されたのが1865年であり、改めて再発見されたのは1900年である。旧優生学が基礎にした遺伝学は、ヒトを含め様々な生物のゲノムが解読された21世紀の視点から見ると、間違いも多かった。何と言っても当時の遺伝学では、遺伝子型は表現型から想像する他なかった。たとえば精神発達に遅れが見られた場合、脆弱X症候群のような遺伝性疾患が原因なのか、それともDNAに異常は無いが、分娩中のトラブルで知的障害が残ったのか、正確には区別ができなかった。そのため何でも単純に遺伝のせいとされることも少なくなかった。笑いを誘うような例としてしばしば取り上げられるのが、アメリカ優生学運動の立役者、チャールズ・ダヴェンポートが1919年に発表した「タラソフィリア(thalassophilia)」に関する研究である。わざわざ「海」と「愛」を意味するギリシア語から「タラソフィリア」という疾患名を作り出したが、これは「海が恋しくて仕方がない」という珍しい症状で、ダヴェンポートは海軍士官の間に多数発生しているのを発見したと称している。彼はこの症状が色盲と同様、性別に関係ある劣性の形質であると結論した<sup>14)</sup>。ロナルド・M・グリーンが指摘しているように、ダヴェンポートは「海軍士官の息子は航海に親しむように育つことが多く、女性は伝統的に海軍には入れなかったという二つの状況を考慮に入れていない」<sup>15)</sup>。このような環境要因を無視した研究方法なら、日本で歌舞伎俳優の間に多発し、男性にのみ遺伝する「歌舞伎愛好症」なども捏造されてしまうだろう。同様に、養育過程の影響も大きい精神障害や知的障害まで、100%遺伝で決まると誤解され、患者は生殖能力を奪われたわけである。

日本の優生保護法の場合、遺伝性疾患は全て別表にまとめられているが、その第1号、遺伝性精神病には「精神分裂病、そううつ病、てんかん」が挙げられている。これらの病気において遺伝が一定の役割を果たしていることは一卵性双生児の研究などから明らかになっているが、親が患者でも、子が同じ病気を発症しないことも少なくない。また第3号「顕著な遺伝性精神病質」として規定されている「顕著な性慾異常」「顕著な犯罪傾向」に

しても、性欲異常や犯罪傾向を必ず引き起こす遺伝子は、現在でも特定されていない。

たとえ本当に遺伝性の疾患であったとしても、人の持つ遺伝子を直接検査することができなかつたため、結局、悪しき特質を遺伝すると「推定された」親の生殖行動を阻止することしかできなかつた。たとえば常染色体優性遺伝病で、父親だけが患者で母親は正常の場合を考えてみよう。父親の原因となるアレルが両方とも変異しており、なおかつ浸透率が100%なら、確かに子は全員発症する。しかし片方のアレルしか変異していないヘテロ接合なら、子どもが全く病気の遺伝子を受け継がない確率も50%ある。日本の優生保護法の場合、「本人又は配偶者四親等以内の血族関係にある者」が遺伝性の症状を示している場合、本人の同意があれば不妊手術を行うことが許されていた。本当に問題となる遺伝子を受け継いでいるかも分からないまま、手術を受けた人が大勢いたに違いない。

### 3) 子どもから見た旧優生学

多くの国で制定された断種法は、親の立場からすれば、リプロダクティブ・ライツを踏みじめる国家の暴挙である。特に遺伝性ではない精神障害や知能障害も断種の対象とする法律は、国民の生得的質の向上を目指す優生学本来の目的からも外れている。しかし親ではなく、生まれてくる子どもの立場に立つと、それは十全な養育力を期待できない人、親としての責任や義務を果たせそうにない人が子どもを作り、その結果、子どもに危害を与えることを予防するという面もあった。精神病患者、知的障害者に対する断種を合法化したスウェーデンで、「誰が子どもをもつに値する人間なのかという選別の必要性を強く訴えていた」ミュルダール夫妻について、市野川容孝は「児童福祉の充実を訴える主張が、同時に優生学と不可分に結びつく」と否定的な意味合いで述べているが<sup>16)</sup>、逆に言うと、旧優生学が生み出した法や政策は児童福祉に貢献するということである。

親の権利と子の権利の相克を具体的に考えるために、日本における癩病の扱いを見てみよう。優生保護法第3条は本人や配偶者の同意があれば優生手術が認められる条件を記しているが、その第3号には「本人又は配偶者が、癩疾患に罹り、且つ子孫にこれが伝染する虞れのあるもの」とある。本人の同意が必要になっているものの、不妊手術は療養所内で結婚する場合の条件とされており、実質的には強制だった。優生保護法により実施された癩病患者に対する優生手術は1400件を超える<sup>17)</sup>。遺伝性疾患ではなく感染率も低い癩病の患者を断種の対象とすることは、優生学の主張と矛盾する不当な差別である。しかし、生まれてくる子に降りかかりうる害を考えると、必ずしもそうだとは言いきれない。

まず、優生保護法が効力をもっていた間、癩病患者を隔離する法律が存在していた。1931年の「癩予防法」(旧法)は放浪患者のみならず在宅患者も收容するよう定め、感染の可能性を理由に就業を禁じた。地域社会からの患者排除を目指す「無癩県運動」も盛んとなり、有無を言わず患者を療養所へ囲い込んでいった。さらに1953年に成立した「らい予防法」(新法)でも患者たちの反対を押し切って隔離政策が継続され、しかもこの法律は1996年まで廃止されなかつた。患者は自宅に留まることを許されず、死ぬまで療養所で暮らす運命だった。それゆえ本人あるいは配偶者が「癩病」にかかっている人は、子どもを産んでも、親としての責任や義務が全く果たせないことが、あらかじめ分かっていたわ

けである。人権を無視した法律は、そもそも存在すべきでないことは言うまでもない。ただ、患者の隔離を規定する法律が施行されているかぎり、それでもあえて子どもを産むことは、養育環境を考えない、きわめて無責任な行為になっていたのである。

次に、たとえ患者に隔離を命令する法律が存在していなかったとしても、ハンセン病を発症した人が子を生み育てると、子どもに病気をうつす可能性はやはり残る。現在、ハンセン病に対する偏見をなくすため、「国立感染症研究所、感染症情報センター」のホームページには、「感染し発病することは稀です。乳幼児期に多量かつ頻回にらい菌を口や鼻から吸い込む以外まず発病しません。日本において感染源になる人は殆どいません。もちろん遺伝はしません。」と書かれている<sup>18)</sup>。逆に言うと、患者が親となり子育てをすると、子は「乳幼児期に多量かつ頻回にらい菌を口や鼻から吸い込む」ために、感染し発病するということだ。

もちろん癩病患者の隔離や生殖阻止について法律あるいは倫理的に考える場合、治療法の存在や普及状況を考慮しなければならない。1942年にアメリカでプロミンが開発されるまで、癩菌に対する特效薬は無かった。それゆえ旧「癩予防法」が誕生した1931年の時点では、感染性が弱いとはいえ不治の病である以上、患者の隔離を推進したことを一概に非難できない。しかし、1947年には日本でもプロミンの試用が始まり、癩は治る病気となった<sup>19)</sup>。にもかかわらず、1953年の新法でも患者の隔離政策は続いた。本来、治療法が存在するなら、たとえ親が子に感染させたとしても、生殖禁止に釣り合うほど大きな害を子どもに与えるとは考えられない。しかし、癩病にかかった者を隔離する法律が存続する限り、わざわざこの病気だけを特別視した優生保護法第3条第3号の条文は、健全な環境で育つ子どもの権利を守るとも言えるのである。

## Ⅱ 親になる資格

かつて子どもは親の所有物とされ、親による自由な売買の対象にすらなっていた。子どもの権利が謳われるようになった現在でも、出自を知る子どもの権利など無視したまま、ドナーの精子を使って親が子どもを作ることを社会は許してきた。生まれて来る子よりも親の希望がつねに優先され、生殖補助医療の発展とともに、卵子や代理母の利用も始まった。生き残って子を残す、というのは生物としての基本的欲求だ。しかし他者である子に重大な危害を与える場合は、そのような欲求に基づく権利要求も当然、制限される。それゆえ『自由論』でミルも、「一個の人間存在をこの世に生み出すこと、それは人生のうちでもっとも責任を伴う行為である。この責任を引き受けること——親にとって災難にも祝福にもなりうるものに生命を授けること——は、生まれてくる子どもの人生が望ましいものになる見込み、少なくとも人並みになる見込みがないのであれば、まさしく子どもに対する犯罪である」と述べたのである<sup>20)</sup>。親になる資格に関する議論は、決して過去の遺物ではない。2004年、応用倫理学者のペグ・ティトルは様々な論者の主張を編集して『親は免許制にするべきか』を出版した。彼女は序文で、心理学者のロジャー・マッキンタイアの次の言葉を引用している。「私たちはパイロット、セールスマン、スキューバ・ダイバー、配管工、電気技術師、教員、タクシー運転手、土壌検査技師……は、すでに免許制にして

いる。私たちにとってテレビやトイレの方が、子どもより大切なのだろうか<sup>21)</sup>。本当に子どもを大切に思うなら、親となることを希望する人を審査し、不適格な人には子を作らせないほうが良い、というわけである。

とはいえ、人の子育て能力をあらかじめ判断することは極めて困難である。優生学者が理想とする高度の知性を持っていても、乳幼児の扱いは苦手な人、情緒の安定性を欠く人もいる。たとえ父親が重度の身体障害のために、抱いたりオムツを替えたりできなくとも、そうしたことは母親が行い、父親はそんな母親をしっかり精神的にはサポートすれば、立派に育児はできる。ただ、知的あるいは精神的に重度の障害を持っている場合、子育てに参加することは不可能だ。そのため、『なぜ子どもを持つのか』を著したクリスティーン・オウヴァーロールは、「私たちは、もし親としての能力の高い基準に達しないなら、子どもを作らないようにする責任がある。障害には様々な程度の差がある。非常に重度の障害がある場合、自分自身の世話をする個人的能力が損なわれたり失われたりすることもある。それほどの障害を持つ人が子どもを持つべきでないのは明らかだ」と主張している<sup>22)</sup>。また医療倫理が専門のアイク・ヘナー・W・クルーゲも「子どもを人として知覚し、関わり、扱うことができない重度の障害者」に断種手術を行うことは適切だと主張している<sup>23)</sup>。

親になる資格は日本でも、第一に親権剥奪という形で法制化されてきた。しかも増加する児童虐待の検挙数に対応するため民法が改正され、2012年4月1日から施行されている。かつて規定されていたのは無期限の親権喪失だけだったため、執行をためらい、その結果、子どもの不利益に終わることも少なくなかった。そこで新たに第834条の2が追加され、一時的に親権の行使を制限する「親権停止」の制度が創設された。さらに旧法では、親権喪失を家庭裁判所へ請求できるのは子の親族と検察官に限られていたが、新法では、親権の喪失も停止もともに、子ども自身や未成年後見人および未成年後見監督人も請求権を持てるように改善された。つまり、子どもが親に対して、「あなたは、もはや私の親ではない」と縁切りを突きつけることができるようになったのである。

第二に、保護者がいなかったり保護者が養育者として不適切な場合に子どもを育てる里親の制度においても、親になれる資格が規定されている。里親には大きく分けると「養育里親」、「養子縁組を希望する里親」、「親族里親」の三つがある。「養育里親」はさらに、通常の要保護児童を育てる場合と、虐待や非行や障害などの問題を持つ子どもを預かる「専門里親」に細分される。これらの中でもっとも基準がゆるい、専門里親以外の養育里親でも、①養育里親研修を終了したこと、②養育里親になることを希望する者及びその同居人が欠格事由に該当しないこと、③経済的に困窮していないこと、が認定要件となっている。児童福祉法第34条の20で定められている欠格事由は、成年被後見人、禁固以上の刑の執行中ないし執行猶予中、などだ。つまり、子育てに必要な知識を研修で学んでいなければ、また経済的に余裕がなければ、里親にはなれない。妻が法律を厳守していても、夫が執行猶予中の夫婦も、里親にはなれない。親にはなれても里親にはなれない人はかなりの数に上るだろう。逆に言うと、里親として他人の子を育てるのにふさわしくない人でも、自分の子を出産し養育するのは許されているということである。



人類はごく最近になるまでずっと、無自覚、無計画の生殖を繰り返していた。確実な避妊法、安全な中絶法もなく、女性は妊娠したら産む以外の選択はまずなかった。20世紀前半に成立した断種法の背景には、現在とは大きく異なるこうした出産事情があったことを忘れてはならない。また胎児の異常は出産前には分からないので、生まれてきた障害児は育てるしかなかったが、医療も未発達だったため、そうした子は成人になる前にたいてい亡くなっていた。DNAテストがまだなかった時代、男性は妻が産んだのは自分の子と信じる他なく、逆に女性を妊娠させておきながら、子が生まれても知らぬ顔をして、父としての責任を取らずにすますこともできた。

分からないまま運命にゆだねられていた生殖に科学のメスが入り、ここ数十年の間に自覚的に選択できることが飛躍的に増大した。ブキャナンらの著書の題ではないが、「偶然から選択へ」移行したのである。だからこそリプロダクティブ・ライツが問題になり、たとえば、そもそも子どもを産むか産まないか、産むなら何人をどれほどの間隔を空けて産むのかを決める権利が、親にあることが当然視されるようになったのだ。権利があるなら、義務も生じる。かつてなら「分からなかった」がゆえに許されたことでも、現在では「あらかじめ分かったはず」なので、選択の責任も問われる。最新の科学技術新に基づく新優生学では、旧優生学以上に、こうした親の責任がより大きく問われてくるのである。

### Ⅲ 新優生学における子ども

#### 1) 子どもの選別

旧優生学は断種法が典型的に示すように、国民の遺伝的質を高めるため、国が法を定めて特定の人に不妊手術を強制した。それとは一線を画する新優生学は、国ではなく親が、自分の家族のことを考えて子作りのコントロールを行う。新優生学が「リベラル優生学」、「個人主義的優生学」とも呼ばれるゆえんである。一般的には集団主義や強制の有無が新旧の優生学を分かち大きな特徴として語られがちだが、より根本的な変化は、チェックの対象が親から子に移ったことである。つまり、生まれてくる子の質を高めるために、旧優生学では親を選別していたのに対し、新優生学は直接、胎児や胚や前胚を選別の対象とするのである。

これはまず1960年代、羊水検査の実施から始まった。胎児の染色体を調べ、第21染色体が1本多いダウン症であることが、出産前に分かるようになった。また親が血友病のような伴性遺伝病患者の場合、胎児が罹患の可能性がある男児か否かも判明するようになった。そうした胎児の異常が見つかり、中絶を選択できるようになったのである。羊水検査は侵襲性が高く、流産の危険も伴っていたが、やがて絨毛生検、超音波診断、母体血清マーカーと、より簡便な出生前診断法が開発されていった。これらの技術は、胎児の選択的中絶を前提にして生まれたものだ。旧優生学は親となる人に疾患や障害があるか否かを調べて、その生殖を国が禁止していたが、新優生学では胎児に疾患や障害があるか否かを調べ、その出生を親が阻止するようになった。つまり、かつては遺伝病や精神疾患などを理由に親のリプロダクティブ・ライツが奪われていたのに対し、今やリプロダクティブ・ライツを楯に、何らかの異常のある子を親が生まないようになったのである。

1978年に世界で始めて「試験管ベビー」が誕生し、体外受精の技術が進展するのに伴い、1990年には着床前診断が開発された。胎児ではなく前胚の段階で検査を行えるようになったのである。さらにヒトゲノムが解読され、病気を引き起こす遺伝子が次々に突き止められて来たので、そうした悪しき遺伝子を持たない健全な前胚を選んで着床させ、出産することが可能になっている。今後、記憶や免疫力といった人間の知的・身体的能力を左右する遺伝子も特定されると、疾患の回避ではなく、平均よりも高い身体能力や記憶力持つデザイナー・ベビーを作ること、いわゆるエンハンスメントも、遺伝子改造により可能になるだろう。少なくとも着床前診断により、兄や姉に移植できるようHLA型が適合する「ドナー・ベビー」や、親の好みの性別の子は、現在すでに誕生している。このように親が生まれてくる子を選別する新優生学は、子にとってどのような影響があるのだろうか。

## 2) 子への危害

ここでまず、「子」の範囲を明確にしておく必要があるだろう。受精の瞬間から一人前の人間であると信じている人にとっては、前胚の廃棄も人工妊娠中絶も「殺人」に当たり、子に対して最大の危害を与えることを意味するからだ。しかし、リー・M・シルヴァーが『複製されるヒト』で述べているように、科学的に考えるなら、父と母のDNAが混ざり合うのは受精の瞬間ではなく2細胞期であり、胚は生きていたとはいえ神経活動は見られず、「毎日のがれる皮膚細胞」と同じ程度にしか「人間」でしかない<sup>24)</sup>。もちろん胎児も妊娠24~26週になると、大脳皮質活動が始まるが、「できたばかりの大脳皮質が、意識的な思考を行う能力があるとはみなしがたい」<sup>25)</sup>。受精した瞬間のみならず、それからもっと成長した胚や胎児にしても、生きてはいるが、まだ「人格」とは呼べないのである。

人間の生命は受精の瞬間から始まるとするカトリックの主張が一方の極なら、その反対の極として、誕生した後の新生児も人格ではなく、胎児と同程度にしか保護する必要はないという主張もある。以前からピーター・シンガーらが、重度障害を抱えた新生児の殺害は許容されるべきだと唱えていたが<sup>26)</sup>、最近では2012年2月、『ジャーナル・オブ・メディカル・エシックス』に、重度障害がなくても、嬰兒殺は「出産後中絶」として、中絶と同様に容認されるべきだという論考が掲載され、プロライフ派の非難を買った<sup>27)</sup>。

嬰兒殺は日本を含め非キリスト教圏では人工調節の方法として使われた過去があり、人口過剰による食糧と水の不足や環境破壊が今後さらに深刻化すると、肯定的に受け入れられるようになるかもしれない。ただ差し当たり本稿では、新生児は危害を受ける「人格」とみなして話を進めたい。なぜなら誕生後であれば、親とは異なる第三者が望ましい養育環境を提供でき、母親に寄生して生きている胎児とは根本的に異なるからである。

このように考えると、廃棄された前胚や胚、あるいは墮ろされた胎児は、生命を停止させられたとはいえ、人間として危害を受けたことにはならない。また「産めよ殖やせよ地に満ちよ」というユダヤ・キリスト教倫理の中核をなす倫理をもとに、とにかく生まれないうよりは生まれたほうが良いという楽観的な信念が一般的ではあるが、すでにホモ・サピエンスが「地に満ちあふれ」、他の多くの生物種の絶滅を引き起こすだけでなく、自分たちの生存条件すら危険に晒している現在、そのような人間中心主義の出産奨励論は妥当性

を持ち得ない。ロナルド・M・グリーンの「生まれなければならない人はいない。生まれてこなければ、害されることはない」<sup>28)</sup>という言葉は、子どもに与える危害の原理を直截に表現していると思われる。この原理に基づくと、不妊手術や人工妊娠中絶、あるいは着床前診断による前胚の廃棄は、何ら危害を引き起こさない。他方、この世に生まれさせると、子に様々な危害を与える可能性が生じることになる。子の立場からすれば、もっぱら抑制的だった旧優生学は問題ないが、新優生学は着床前診断や出生前診断で子の出生を回避するだけでなく、選択的に親の好みの子を生む方途も提供するため、危険性が高くなる。子どもにとってだけでなく社会にとっても、促進的な新優生学の方が問題が大きい。というのも、断種や中絶で生まれなかった子は社会に働きかけようがないが、誕生し生き続ける子は社会の一員となり、養育責任の一端を社会も担うからである。

では、新優生学によって親が選択的に子を生んだ場合、具体的にどのような危害を子は受けるのだろうか。ここでは、すでに現実化している例を見てみよう。2002年アメリカで、聾のシャロン・デュシェノーとキャンディ・マッカローが意図的に聾の子どもを産んだことが報道されると、このレズビアン・カップルに対する憤激が巻き起こった<sup>29)</sup>。

彼女たちはわざわざ代々聾の家系の男性から精子を入手し、人工授精により妊娠して、念願の聾の男児をこの世に生み出した。この事件に関連して中村満紀男は、「障害を『できればない方がいい』と考え、障害者を極力減らしていく思想をもって『優生思想』と考えるなら、(我が子が)『できれば聴者でない方がいい』と考えることは『逆優生思想』か」と問うている<sup>30)</sup>。確かに、旧優生学では、特定の価値観を国が強制し、たとえば遺伝的聾は「欠陥」とみなして断種の対象としていた。しかし新優生学では、どのような特性が望ましいかは親が決める。多くの人が「障害」とみなす聾でも、親がそれを「理想的」とみなして聾の子を産むこともできる。したがってこれは「逆」ではなく、やはり新優生学の一形態なのである。

デュシェノーとマッカローにとっては予想外だった世間の批判を反駁するために、二人が主張した主な論点は次の3つである。①聾は障害ではなく、聾者は手話によって独自の文化を形成している、②自分たちと同じような子が欲しい、③社会で差別されるからと言って、そんな子を産んでいけないわけではない、それなら、黒人も子どもを産むことを禁止されることになる。これら3点について、子の立場から考えてみよう。

①については、確かにとりわけアメリカでは「聾文化」を主張し、「聾」の障害視に反対する人は少なくない。人間は視覚により得る情報が多いため、目の見える聴覚障害はそれほど生活に困難をきたさないからだろう。しかし、耳が聞こえないことから生じるマイナスを痛感し、「音楽が聞きたい。子や孫が笑ったり泣いたりするのを聞きたい」と訴える聾の人もある<sup>31)</sup>。生まれる前から子どもを「聾文化」に縛り付けることは、子どもの選択肢を減らし、開かれた未来を奪ってしまうことにもなる。さらに、聾が障害でないと主張するなら、障害者に対する援助を受け取る権利も失ってしまうだろう。

②については、親が聾文化に根付いたアイデンティティを持っていると、聴者の子どもを育てる際に違和感や疎外感を味わうかもしれない。それは、全く文化が異なる国に移住した家族のうち、新しい環境になかなか適応できず故郷の習慣を引きずる親と、新しい国

の言語や価値観をすばやく吸収していく子どもとの間で、コミュニケーションが取りにくくなることに似ている。デュシェノーとマッカローは、たいていの親と同じ望みを持ったに過ぎないかもしれないが、生まれた子どもが危害を受けることを無視している。聾は障害ではないと自分が考えるのは勝手だが、子どもにそれを強制し、持てるはずだった能力を奪うことは正当化されえない。

③は黒人差別と障害者差別の質的差を理解していない。意図的に聾の子を産むことに対する批判のポイントは、世間に差別される可愛そうな子を産んだことではなく、ヒトが本来持ちうる聴覚を失わせた点にある。黒人差別を生むのは社会であり、社会が変化すれば黒人として生きること何の障害もない。聴覚障害は、手話の普及などのバリアフリー化が進めば、社会での暮らし辛さは減じるが、耳が聞こえないという機能的障害は残り、それは特に大自然の中では生存を危うくしてしまう。

耳の不自由な人が好きな人と結婚し、生まれた子がたまたま聾であった場合なら、咎める人はあまりいないだろう。しかしデュシェノーとマッカローのように、聾の子を意図的に作り出したなら、その責任が問われる。もしわが子を殴打して鼓膜を破り、その子の耳が聞こえなくなったなら、親は傷害罪に問われる。それと同じ罪を、デュシェノーとマッカローは出生前に犯しているとも考えられる。では、もし子どもが二人の親を訴えたとすると、どうなるだろう。いわゆる「ロングフル・ライフ」訴訟である。持てたはずの聴力を奪われ、聾のコミュニティーに縛り付けられ、聴者の世界で将来を築く可能性を奪われたと、子が親の加害責任を問うことは、決して理不尽な反抗ではない。実の子ではなく、赤の他人がこのようなことをされたら、刑事と民事の両方で訴えるのが当然だからだ。

聾のレズビアンのカップルが起こした事件は例外的かもしれないが、作為的ではなく、過失や注意不足により子どもに危害を与える事例は少なくない。たとえば、妊婦が食事に無頓着で喫煙や飲酒を続けると、子どもが身体的・精神的な機能障害を負う可能性が高い。あるいは風疹が子どもに及ぼす危険性を知っていながら、予防接種もせずに妊娠し、子どもが先天性風疹症候群になることもある。また母親がデュシェンヌ型筋ジストロフィーの保因者であり、着床前診断と選択的な前胚の着床により、この疾患に罹らない子を作れることを知っていながら、「自然にまかせたい」ので体外受精はせずに産んだ子がデュシェンヌ型筋ジストロフィーであった場合はどうだろう<sup>32)</sup>。危害を受けた子が「ロングフル・ライフ」訴訟を起こしたら、親は何と答弁するのだろうか。とにかく産んでもらったのだから、子どもはありがたいと思え、という論理はもはや通用しない。問題の発生を避ける手段があるにもかかわらず、意図的あるいは不注意により、親がそれを取らなかった結果、子どもに不当な不利益や不要な不幸が生じた場合、その責任を親は取らねばならない。ロナルド・M・グリーンは生まれてくる子の権利を考慮せず、親や医師が無責任に遺伝技術を利用するのを、「ロングフル・ライフ」訴訟は抑止できると述べているが<sup>33)</sup>、この特殊な訴えは、そのような効用も有しているのである。

## おわりに

旧優生学が日本でまだ脚光を浴びていた1927年に芥川龍之介が発表した『河童』には、

その出産場面も描かれている。「河童もお産をする時には我々人間と同じことです。やはり医者や産婆などの助けを借りてお産をするのです。けれどもお産をするとなると、父親は電話でもかけるように母親の生殖器に口をつけ、『お前は这个世界へ生れて来るかどうか、よく考えた上で返事をしろ』と大きな声で尋ねるのです。[中略]すると細君の腹の中の子は多少気兼でもしていると見え、こう小声に返事をしました。『僕は生れたくはありません。第一僕のお父さんの遺伝は精神病だけでも大へんです。その上僕は河童的存在を悪いと信じていますから』<sup>34)</sup>。精神病者の語る話として芥川が描いた河童の世界では、この世に生れてくることについて、親は子の同意を取っているわけである。これなら「ロングフル・ライフ」訴訟は必要ないだろう。もちろん人間の世界では胎児からインフォームド・コンセントを得ることは不可能だ。しかしだからこそ、子の利益を最大限に考慮した上で、最適の妊娠・出産・養育を行う義務が親には課されるのである。

注

- 1) Arthur L. Caplan et al., "What is immoral about eugenics?", *BMJ* 1999; 319.
- 2) ダニエル・J・ケヴルズ (西俣総平訳)、『優生学の名のもとに』、朝日新聞社、1993、111頁。
- 3) マーク・B・アダムズ編 (佐藤雅彦訳)、『比較「優生学」史』、現代書館、1998年、44頁。
- 4) 米本昌平、松原洋子、髙島次郎、市野川容孝、『優生学と人間社会』、講談社、2000年、103頁。
- 5) Allen Buchanan et al, *From Chance to Choice* (Cambridge: Cambridge University Press, 2000), 42.
- 6) 山中浩司・額賀淑郎編、『遺伝子研究と社会』、昭和堂、2007年、53頁。
- 7) 優生手術に対する謝罪を求める会編、『優生保護法が犯した罪』、現代書館、2003年、105頁。
- 8) Professors D.C. Wertz, J.C. Fletcher, K. Berg, "Review of Ethical Issues in Medical Genetics," 12. ([http://www.who.int/genomics/publications/en/ethical\\_issuesin\\_medgenetics%20report.pdf](http://www.who.int/genomics/publications/en/ethical_issuesin_medgenetics%20report.pdf))
- 9) 上田昌文、渡部麻衣子、『エンハンスメント論争』、社会評論社、2008年、132頁。
- 10) 日本社会臨床学会編、『「新優生学」時代の生老病死』、現代書館、2008年、280頁。
- 11) 同書、286頁。
- 12) マーク・B・アダムズ、前掲書、173頁。
- 13) 山本起世子、「障害児福祉政策と優生思想——1960年代以降を中心として——」、『園田学園女子大学論文集』第44号 (2010、1)。
- 14) ダニエル・J・ケヴルズ、前掲書、88頁。
- 15) Ronald M. Green, *babies by design* (New Haven: Yale University Press, 2007), 160.
- 16) 米本昌平、松原洋子、髙島次郎、市野川容孝、前掲書、119頁。
- 17) 熊本日新聞社編、『検証・ハンセン病史』、河出書房新社、2004年、34頁。
- 18) <http://idsc.nih.gov/disease/leprosy/page01.html>を参照。
- 19) 熊本日新聞社編、前掲書、326頁。
- 20) ミル (齊藤悦則訳)、『自由論』、光文社、2012年、259-260頁。
- 21) Peg Tittle (ed.), *Should Parents Be Licensed?* (New York: Prometheus Books, 2004), 9.
- 22) Christen Overall, *Why have Children?* (Cambridge: The MIT Press, 2012), 170.
- 23) Eike-Henner W. Kluge, "Sterilization of the Mentally Severely Handicapped: A Violation of the Right to Have Children?," Peg Tittle, *ibid.*, 247. クルーゲが定義しているような重度の知的あるいは精神的な障害者の断種については、二つの批判を提出しよう。第一に、そうした人のパートナーが健常者だった場合、離婚や死別の後に片親で育てている人と養育環境はさほど変わらないので、障害者だけをあらかじめ断種のターゲットするのは不公平だという点である。第二に、子を作らせないために断種手術までする必要はなく、避妊と中絶の組み合わせで十分である。問題となっている重度障害者の場合、本人が手術に同意する能力もないだろう。特に自ら性行為を行

- う、あるいはレイプの被害にあう可能性も低い場合、後見人の判断で手術を受けさせるのは行き過ぎである。
- 24) リー・M・シルヴァー（東江一紀、真喜志順子、渡会圭子訳）、『複製されるヒト』、翔泳社、1998年、52-53頁。
  - 25) 同書、71頁。
  - 26) ピーター・シンガー、『生と死の倫理』、昭和堂、1998年、260-261頁。
  - 27) Alberto Giubilini and Francesca Minerva, "After-birth abortion: why should the baby live?", the Journal of Medical Ethics, 23 Feb. 2012.  
(<http://jme.bmj.com/content/early/2012/03/01/medethics-2011-100411.full>)
  - 28) Ronald M. Green, *ibid.*, 213.
  - 29) "Couple 'choose' to have deaf baby," BBC NEWS,  
<http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/1916462.stm>
  - 30) 中村満紀男編著、『優生学と障害者』、明石書店、2004年、718頁。
  - 31) Dena S. Davis, *Genetic Dilemmas*, Second Edition (Oxford: Oxford University Press, 2010), 72.
  - 32) ローラ・M・パーディは遅発性のハンチントン病についてすら、保因者の可能性を持つ人は病児が生まれないようにする道徳的義務があり、社会も医療テストやカウンセリングを実施する義務があると主張している。Laura M. Purdy, "Genetics and Reproductive Risk: Can Having Children be Immoral?," Helga Kuhze and Peter Singer (ed.), *Bioethics*, Second Edition (Malden: Blackwell, 2006), 115-121.
  - 33) Ronald M. Green, *ibid.*, 212.
  - 34) 芥川龍之介、『河童 他二篇』、岩波書店、2004年、17頁。