

[司会：廣田榮治]

#### 講演4. 鴨下重彦（東京大学名誉教授）

[廣 田] 午後の講演をお願いします。

最初は鴨下重彦先生です。鴨下先生は自己紹介のときにおっしゃいましたが、第1回と第2回の2度お話しいただきました。その後も万障繰り合わせてずっと出席していただきまして、この会は高畑さんと私はオーガナイザーとして当然ですが、鴨下先生は皆勤でいらっしゃいます。今回、また話してもいいとおっしゃっていただきましたのでお願いいたしました。どうぞよろしくお願いいたします。

[鴨 下] 鴨下でございます。今日の午前中の大変高尚なご講演とは違ひまして、私の話は皆様にとっては極めて身近な問題、医療の問題であります。話題提供させていただき、ぜひ先生方のご意見をお伺いしたいと思います。

先ほどの濱先生のお話は本当に衝撃的でした。私も先生のお言葉で100年後に私どものひ孫、孫が笑顔で——私は専門が小児科でありますので、常日頃そういうことを思って——子どもたちの幸せを考えていますから大変感銘を受けましたし、そのためにどうすればいいのか。今日の話は多少それに関連性があるかと思えます。

お手元に焼いたものをお配りさせていただいています。“From Womb to Tomb”というのは、日本語でいえば「ゆりかごから墓場まで」ですが、現在医療の世界で一番問題になっておりますのは、実はゆりかごの問題と墓場の問題です。

私は前にも、これは高畑先生と意見が食い違ひましたが、自然科学の進歩によって出てきたいろいろな難しい問題は自然科学だけでは解決できないのではないか、ということ申し上げたことがあり、医療の世界では痛切に感じておりまして、本日の話題もそういうことです。別の言葉で置き換えますと「生殖補助医療と末期医療」ということになります。

資料がございまして、ここ30年ぐらいでしょうか。生殖補助医療というものが、専門家は Assisted Reproductive Technology、ART と略していますが、ここに書いてありますような歴史的な展開がございまして、この後さらに、これは精子、卵子を体外でいろいろ操作するというものですが、さらに人の子宮を使って産ませる。それが一番大きな問題になってきています。また前半のほうはごく普通にやられていることですので飛ばしてまいりますが、非配偶者間の体外受精ですが、これも日本では慶應大学の産婦人科では60年前から男性不妊の治療とし

て、どうしても子どもができない場合に男性の精子だけ借りて赤ん坊をつくるということが広くやられています。その当時、生まれた子どもたちはいまや孫ができるような世代になっています。

ARTでスタートしてからでもずいぶんいろいろなことがあります。最近では年間2万人近い赤ん坊が生殖補助医療で生まれています。これは積もり積もれば大変な数になります。

どうして不妊の数字がこうなるか。これまた別の問題ですが、一つは高齢まで結婚しない。あるいは結婚しても高齢まで子どもをつくらない。これが不妊率の上昇につながるわけです。

精子は簡単に提供できますが、卵子の提供となりますといろいろな問題が出てまいります。女性が健康で排卵があればいいのですが、そうでない場合は人からもらわなければいけない。日本産科婦人科学会が学会としてガイドラインを作って、厚生労働省では専門家を集めて議論をして、医者だけでは到底解決ができませんので法律家あるいは倫理学の専門家、メディア関係者なども含めて委員会を作って検討して、一応それぞれこういう結果が出ております。

産科婦人科学会では特に胚の提供、つまり他人の精子、卵子を使って、それで子どもをつくるということは禁止している。その点は厚生労働省の方の委員会（生殖補助医療部会）では認めたわけです。

もう一つは、これはよく移植医療と同じだという議論をする場合もあります。移植には簡単なものから脳死による心臓移植、肝臓移植などがありますが、そういうものと決定的に違うのは新しく生命が誕生して、そのことに対してだれがどう責任を持つべきか、というのは本当に言ってわからない。その中でも最近特に言われておりますのは出自を知る権利です。自分は一体だれの子どもなのか。今まで精子提供については匿名性が守られてきて、絶対にそれは明かさなないということで精子の提供が行われてきたわけですが、それは今の世の中では子どもの権利という立場からやはり知らさなければいけないというふうに傾いてきた。これについては産科婦人科学会も態度を保留しておりまして、それから厚労省の部会の方では良しとやってきたのですが、これまたそう簡単なことでもないですね。頭の中でイエスかノーが言えるわけですが、こういうことが今非常に問題になっております。

卵子提供の問題点はいろいろあります。実際の母とは遺伝的に別で、自分の遺伝子を受けついでいない子どもが生まれるのが当然になる。それから、生殖年齢はある限られた期間ですけれども、それを越えた母親が出てくるということ。具体的な技術的なことでは、排卵は精子の場合とは全然違うわけです。排卵というのはそれなりに心身が安定していなければならない。

もう一つの問題ですが、お金のやり取りが入ってくる。それから、生まれた子どもの法的な

地位が不安定です。これはあとで申し上げます。

この問題は日本国内で片がつかないということがまた大きな問題です。実際にアメリカは、あとでグラフを示しますが、州によっては卵子提供を認めている州があります。それで卵子を提供して貰うために渡米するということが起こる。国内法だけでは答えが出せない。卵子提供は先進国では禁止しているところもありますが、お隣の韓国など、認めるところもあるのです。アメリカは州によってまちまちです。ドイツは厳しく全面禁止ですね。

問題は代理懐胎です。生まれつき子宮のない女性や、何らかの理由で子宮を失った女性、その夫婦の卵子と精子を体外で受精させて、ほかの女性の子宮に戻す。代理懐胎には大きく大別しますと2通りあります。自分たちの卵子、精子で、これは胚移植です。ホストマザーといいます。子宮だけ借りる。それに対して不妊にはいろいろな原因がありますが、生まれつき子宮だけでなく卵巣もないという病気もあります。その場合は夫の精子だけ使ってやる。これはサロゲートマザーと言って、同じ代理母でも質的に異なってきて母親との遺伝的な関係がなくなります。

問題ですが、生殖補助医療部会では代理出産は禁止する報告書を出しました。しかも違反したら刑罰を科します。ところが、これはなぜか法律制定に至らず、国会でも取り上げられず、現在はある意味では野放し状態のままなのです。

産科婦人科学会では、繰り返しになりますが、生まれてくる子どものことを最優先に考えて、会告で代理懐胎を禁止しています。殆どの産婦人科医はこれを守っている。ところが外国へ行ってやってくる夫婦がいる。そういう子どもはすでに日本で150人ぐらいいるといいます。日本では諏訪マターニティクリニックの根津医師が代理懐胎をやっていて、マスコミを騒がしているわけです。学会では禁止しているけれども、学会を除名するとかいろいろなことを言っても、医師としてやるのは妨げないのでいまもやっている。彼はもし法律で禁止され罰せられるのだったらやめるとは言っています。

114人と書いてありますが、アメリカに行ってやります。日本の民法では母親の定義は産んだ人で、「分娩者イコール母ルール」と言っています。ですから、自分で産んでいなければよその赤ちゃんを連れてくるということになりまして、日本の法律上は実子とは認められないです。ところが、出生届けを受け取る役所のほうはそれを判断できない場合が大部分ですからみんな実子になってしまう。

ところが、アメリカでは代理出産を認め、しかも法的手続きによって依頼者を母と認める州がいくつかあるということで、問題になりましたのは向井亜紀さんという女優です。彼女がア

アメリカでやった。ところが有名人なものですから品川区役所が出生届けを、これはあなたの子とは言えないと言って受理しなかったわけです。これは法定闘争に持ち込まれて、最後は最高裁まで行って、実子と認めない決定がなされました。こういうことが問題になり、社会的にだんだんとやかましくなってきた、代理懐胎は一つの学会が規範を定める程度では片がつかない大きな問題だし、法律問題に係わることなので、厚生労働省と法務省両方から大臣名で日本学術会議に検討を依頼してきました。それは昨年、ちょうど今ぐらいのことでした。私は学術会議とは縁が切れていたのですが、検討する委員会の委員長に引っ張り出されて、それで今鋭意やっているところです。それで生殖補助医療は私にとっては大変身近な問題です。それはそれとして、一体こういう代理懐胎のようなことは社会的に容認されるのかが問題でしょう。さらに容認するもしないも実際に赤ん坊が生まれているというところがまた問題です。

母親には3種類あるということになります。卵子を提供する遺伝子の母ということ。本来は普通自然な出産です。ところが今は自分の卵子が使えるならまだいいが、それもできないが、どうしても子供が欲しい。これは育ての親なわけです。それからいわゆる借り腹をして出産する。これは母親をめぐる夫との関係でもなかなか難しいわけです。さらに子どもがある程度成長して出自を知るということになると、なかなか問題が大きくなる。この出生の時点でも、アメリカでは幾つか代理出産をめぐる法定での争いがありました。ベイビーM判決、これは卵子を提供した人、依頼した女性ではなくて、卵子提供者を出産女性にした。これは産んだ人、日本人と同じです。それから、カルバート判決というのは依頼女性が卵子提供者で、これは出産女性の子ども、こちらのほうを母親にした。つまり代理出産で子宮を貸した女性は母親にならないということです。これは日本の民法と同じようになってしまうわけです。これはまた別の例で、依頼女性を母親とした。カリフォルニアのブザンカ判決です。アメリカで認める認めないが、州によって違うので、同じアメリカの中でもいろいろな判例が出ています。

より医学的な観点から見ますと、代理出産の問題点の一つは、出産による死亡率は低くはなりませんが、それでもなお年間60人ぐらいは亡くなっています。お産のために死亡している人が60人もいます。これは少ないと言えませんが、一人ひとり大事な命と考えれば60人も死ぬ人がいることは大変なこと。それだけ妊娠、出産というのはリスクがあるということが理解されていない面があります。そのリスクをたとえ本人の同意があるにしても、第三者に負わせることの可否が問われるのです。

次は10か月間おなかの中にいるから母性、愛情がわいて、生まれた子供を引き渡さない。これは実際にアメリカでもそういう裁判が起きました。そして健康な子どもならばいいのですが、

障害を持った子どもが生まれたらどうなるか。胎児のほうにも無理がかかっています。そうしますと引き取らないというケースも実際に出ています。また引き取っても虐待に遭う。

日本の場合は民法の規定によって親の資格はお腹を痛めた人が母親という定義です。それをどうクリアするか。それと経済的な対価というのが問題で、これは産婦人科学会では原則禁止しておりますが、厚生労働省の委員会では生殖補助医療部会は医療費ぐらいの金銭のやり取りにする。ところが実際にはどのくらいお金が動いているか見えません。アメリカではBaby Businessといって商売が成立している。日本では今までやられた代理出産には不明瞭なことが多いのも問題です。

わかりやすいつもりでいて結構面倒くさいのですが、体外受精など生殖補助医療というのはかつては先端医療といわれましたが、今では腕のいい技術士がおれば、どこでもやれる。代理懐胎については産科婦人科ではやりたい人はいるらしいですが、学会のほうでは禁止していますので、それはできない。それをどうクリアするか。学会というのは学会員しか縛れない。すべての産科婦人科の医師が学会に入っているかというところでもない。少子化で子どもが少なくなっておりますけれども、子どもを持ちたいという不妊夫婦は結構多いのです。

一方、アメリカ社会は異常と言えれば異常ですが、同性愛の女性同士で子を産む人がいます。こんなことは日本では考える必要がないと思いますが、とにかく日本でも患者さんの要求は結構あるわけです。しかし代理懐胎を容認するには社会一般の合意形成が必要で、それはまだ得られていないというのが実情でしょう。

その場合に生まれてくる子どもの権利とか幸福、これは非常に難しい問題です。そういう子どもたちが、自分たちは生まれてきてよかったのかどうかというのは、成人にならないと答えが出ないのではないかと思います。

提供精子と提供卵子による体外受精は認めてよい。これは自分の子宮に戻すということで母親の子宮が使われる場合です。それから言われているのは匿名性です。これをしないと提供者がなくなるだろうと思います。出自を知る権利を保障すると提供者はさらに少なくなる。

それから代理出産につきましては、日本ではとにかく民法の親子法を少し整備してもらいたい。整備の方法は母親の定義を、できれば海外の例、それもなかなか難しいと思いますが、しかし特別養子制度、そういうものを積極的に活用していく。それから自分の遺伝子を継ぐ子どもを人のお腹を借りてまで持ちたいという、これは親のエゴだという、そういう厳しい見方もあるのですけれども、代理懐胎をどんどんおやりなさいということには絶対にならないし、してはいけないだろう。あくまでも非常に厳しい制限の下に行われる。それと実際に生まれた子

どもについてはどうするか、は別の問題ですが、その辺が基本的な考え方だと思います。

学術会議の委員会は来年1月末までに結論を出すことになっておりまして、これまで、いろいろな有識者の方の意見を聞いたり、当事者のヒアリングをしたりしまして、これから報告書をまとめるという段階になっております。ですから、今日ご紹介したデータもまだ非常に不完全なものですので、注意してよろしくお取り扱いください。

(講演者註：その後4月上旬に学術会議「生殖補助医療の在り方検討委員会」の報告書は完成し、代理懐胎については原則禁止とし、違反者には処罰をもって臨むこと、一方で医学的、法的、倫理的、社会的問題などを今後明らかにする目的で、厳重な公的管理の下に、試行として行い、一定期間の後に評価する道を残した。)

さてもう一方の話題に入ります。後期高齢者として75歳以上、濱先生、廣田先生もそうで、私は間もなくですが、厚生労働省が2年前、高齢者の医療の在り方をどうしようかと考えていまして、それも検討する特別部会ができました。どこをどう間違ったのか、私は小児科医なのにその委員になりまして、いろいろ議論してまいり、この夏に一応結論が出ました。

これは具体的に75歳を超えた方の医療費、保険料などをどうするかという話ですが、基本的には医療を抑制する、過剰な医療をしないということ。それに伴って一つは終末期の医療をどうするかという問題です。そもそも高齢者医療をどうしてこんなに考えなければいけないかというと、医療費の抑制を国として考えていまして、小泉内閣のときですが、経済財政諮問会議でものすごく踏み込んで医療費抑制、年間31兆円でありますけれども、それを何とか増やさないうようにしたいと決めました。

31兆円というのは、経済学者の宇沢弘文さんによりますと、日本のパチンコ産業の収益が同じ31兆円だそうです。それでいいのか、と言っておられます。病院が倒産したり、医者が足りない。最初は産婦人科、小児科の医者が足りないという話でしたが、現在では全体的に医師不足。それは医師が楽な道を選ぶ。病院から撤退して開業する。開業すると朝9時から5時まで診療して、あとは閉めて、当直もないし楽だ。そういうふうに行ってしまっているというのがあります。いずれにしても医療が非常に荒廃してきています。

そういう中で一つは厚生労働省の考えは、患者さんをできるだけ病院から在宅に移す。在宅医療のほうが患者さんにとっても幸せだろう。そういうことを言い出した。実際にそうなのかどうか。それが一つです。

もう一つは延々と病院で極端な場合には人工呼吸器をつけて点滴や経管栄養をして、そうすると延々と生きているわけです。そういうことをできるだけなくして医療資源を有効に使おう。これはいろいろ意見があると思います。また人間の尊厳の立場からどうなのか。

そういう線の延長でターミナルケアがある。それについてつい最近終末期医療について日本救急医学会がガイドラインをつくりました。それをご紹介したいと思います。

まず終末期の定義と判断です。適切な医療の継続にもかかわらず死が間近に迫っているととらえて、次のスライドでお見せしますが、死が迫っている状態を指す。この判断は主治医と主治医以外の複数の医師により客観的になされる。一人で、独断ではやらない。独断でやった場合はすでに刑事裁判になっています。富山県の射水市民病院、これは有名ですが、そのほかにも筋弛緩剤を打ってしまったとか、担当医が勝手にやってはいけない。必ず複数の医師で客観的に検討がなされる必要があります。

4条件というのは細かいですが、不可逆的な全脳機能不全。これは脳死に近い。それから人工的な装置に依存している。移植などをする手段もない。新しい治療法はもうない。現状を継続してもそう長くは生きられない。悪性疾患、回復困難疾患の末期である。治療をいったん始めたけれどもそのような事態が判明した場合。これが一つの条件です。

それだけではなくて、そういうことになった場合に家族あるいは予め本人の意思があれば一番いいわけですね。最近では私自身もそうですけれど、何かあったときに呼吸器は絶対につけるなどということをはっきり言っておく。それを家族が承知している。ある程度家族も納得して同意している場合にはそれには従うべきだと思います。

本人の意思は不明である。これは数の上から言えば圧倒的に多いわけですが、そういう場合も家族の容認する範囲で中止する。こういうふうにもやってもらえればいい。延命措置の中止も医療チームの判断に任す。大変重大な判断です。まかり間違えば殺人の罪に問われます。いずれにしても慎重に判断することになります。

ここまで踏み込んだのは、今まで我が国でも新聞アンケートなどは別にして、延命をやめるというところまで具体的にやったのが救急医学会のガイドラインです。これは人工呼吸器などを外す。透析とか輸血も含まれると思いますが、血液浄化が行われる終局的治療を縮小する。投薬量を変更する。それから水分です。水分は非常に大事ですが、それも制限するか中止する。

ただし積極的に安楽死といいますか、そういう手段は考えていません。

75歳以上の高齢者の医療ですが、1960年代には男性の70%が家で亡くなっていました。病院で18%です。足して100%になりませんが、それはほかのいろいろな亡くなり方があり

ます。これは1980年ぐらいに半々ぐらいになりまして、現在は逆転して大部分の方々が病院で死を迎えるようになりました。

実際に病院で死を迎えることを希望する方はそんなに多くはなく、やむを得ず病院で亡くなっている状況です。そここのところに厚労省が目をつけて何とか在宅医療を中心にして、親しい家族に囲まれて息を引き取るほうが幸福だろう、そういうようなモデル的な考えで、そういうほうへ持っていかうということなのです。

それに当たってはやはりdeath educationが不可欠です。これまで医者には人を生かすことが至上命令で、とにかく死ということに関してはあまり言われることがありませんでしたが、医療関係者だけではなくて、一般に死というものは、そういう意味で教育も必要です。自宅で最期を迎えたいという小さい子どものときから人の人生というのはただ延命するだけではないよと考える、そういう考え方がこれはすべての人たちにとって必要なことではないか。これは私の考えです。

少し古い話ですが、東大の総長で病理学者の森亘先生がちょうど10年前ですね。今日は11月1日ですから正にちょうど10年前ですが、日本医師会が創立50周年を迎えたそのときの記念講演で「美しい死—品位ある医療の一つの結末—」という講演をなさいました。これは医療関係者の間では大変な反響を呼び、英訳されて外国にも報道されたのです。具体的には森先生の先生であります、やはり日本医学会会長、前任者であった太田邦夫先生という病理学者がおりました。私も学生時代に習ったことがあります。その先生が84歳、膵臓癌で亡くなられて、そのとき病理解剖に立ち会われた森先生が感想を聞かれたとき、思わず口走ったのが「美しい死であると思います。」というところから、そういう題の講演をされたのでした。

要点は、太田先生はご自分の希望もおありになったと思いますが、強い抗癌剤も一切使わず、手術も決して無理にはされず、膵臓癌というのは手術もやっかいなものですから、根治的に取ったりはしないで、せいぜいバイパス程度にして、自然な形で亡くなられた。その病理解剖の所見が自然の死に近いきれいな所見だった、言ってみればそういうことなのです。

それは今の医学でしばしば行われる徹底的に何でもやるということではなくて、ある一つの品位とおっしゃっているわけですが、節度とかそういう態度で臨む。その判断は現場の医師一人ひとりの裁量が非常に尊重されるから、それだけの哲学といいますか、そういうものを日頃から備えた医師が必要であり、後輩を育てて頂きたい、という結びの言葉で私も大変感動しました。その森先生がその記念講演を中心にこれまでいろいろな機会に各地でなさった講演を集められた本が今年4月に出版されまして、これも医療の世界に反響を呼んでおりますけれども、



そういうことは、進歩主義の後継ぎとは言えないのか……。医学の世界では進歩、進歩で前に進むことばかりではない時代が来ている。人の死を勝手に云々するという、それももちろん当事者にとっては大変なことかもしれませんが、高齢者の医療から、ターミナルケアを展望するときに、学問としての医学がそういう方向で進むのは正しい方向ではないのか。森先生のおっしゃる節度ある医療も必要であって、人類の将来を大きなスコープで見た場合に、むしろそういえるのではないのでしょうか。丁度時間がまいりました。

[廣 田] ありがとうございます。(拍手)

### 鴨下重彦氏の講演についての討議

[塩 谷] 代理出産についてですが、異状児出生とも関係して、遺伝上リスクがある場合があります。例えば、家系的にあらかじめわかっているケースがありますね。そういう問題もいろいろ考えられているのでしょうか。

[鴨 下] そこが本当の論点にはなっていないと思います。つまり自分はそういう遺伝子を持っているからどなたかのをもらってやろう、そこまで議論が進んでいないと思います。こういうことの片がつけば、それは必ずしも代理出産ではなくて、子宮は大丈夫であれば人さまの精子なり卵子なりをもらっているということですから、現時点では抵抗は少ないだろうと思います。ただそうケースが実際にどのくらいあるのかは判りません。

生殖補助医療の世界というのは情報が、個人情報の問題もありますのでかえってベールに包まれてしまってわからないのです。本当にきちとした管理機関があって、そこで情報管理をしてやる必要があるかなと思います。

[塩 谷] ありがとうございます。

[小 林] 出自を知る権利ですが、近親婚の問題はどのくらい要素として考えられているのか。

[鴨 下] 出自については少なくとも結論というか決着はついていないのです。人によって違うのです。必要な場合には知らせるべきだ、絶対に知らせるべきではない、非常に極端に分かれています。近親婚も当然起こり得るわけです。年に2万人が体外受精児、その中、精子提供で生まれる子がかなりいるので、ある意味で恐ろしいですね。情報管理機関が絶対必要だと思います。

ちょっとずれますが、脳死問題なんか先ほど配られた梅原先生は、脳死は人の死と認めないという代表者です。今でもお考えは変わらないと思います。それと同じように出自を巡って

は意見の合意点が見いだせない気がします。それだけに難しいです。

[小 林] 確率的には、精子の提供なんかだと一人がずいぶんたくさん、その数しだいですか。

[鴨 下] 先ほどの先生のご質問にも絡みますが、デザインベビーというのがあります。ノーベル賞受賞者の精子と女優さんの卵子を合わせて自分の子宮で懐胎し分娩する。デザインする。それこそ社会的合意は得られないと思いますが、言葉だけでなく、デザインベビーという例はアメリカで起きています。

[北 川] 植物はそれをずっとやっているわけです。

[鴨 下] そうなんですね。生殖補助医療をやっている技師さんは獣医出身の人が多いのです。獣医畜産関係が進んでいるのです。そういう腕のいい人を雇うと産科婦人科は左うちわなのですが。(笑)

[廣 田] 悩ましい問題が多いです。最後におっしゃった品位のある死、非常によくわかりますが、その場になると生に対する執着は意外と強いのではないかと。私もほとんど意識のないような人がいつまでも病院のベッドをふさいでいるというのはいろいろな観点から幸せだと思わないですけど、ただ自分意識がないからわからないかもしれない。ただ家族にとってはそれでも生かしておいてくれということは出てくるケースは多いでしょうね。

[鴨 下] そういうケースはよくありますし、総数は多いと思います。しかし一方でそういうケースがどんどん増えていくとどうなるのか。これは救急医学界が一石を投じたようなことで、一学会のガイドラインですから、警察が殺人罪か何かで捜索をするときに、紙っぺら一枚でどれだけプロテクトできるか。その点は運用に当たって臨床の場では十分気をつけなければいけないですね。適用するにしても限りなく慎重にやらなければならないと思います。

[廣 田] ありがとうございます。