

「減数中絶の医学的適応と倫理—TTTS (双胎間輸血症候群) を例に一」

青 野 透

1 多胎回避と自然妊娠

本誌前号の拙稿提出後のこの1年間、減数中絶についての海外からのマスコミ報道が続いた。例えば、96年8月、朝日新聞等は、減数中絶を拒否した結果、8胎全てを死産したイギリスの女性について報じた。また97年1月、女性週刊誌は11胎から二度の減数中絶によって2胎にしたキプロスの女性について報じた。

一方、国内では、96年10月、日本不妊学会が『新しい生殖医療技術のガイドライン』で減数中絶について見解を示した。すなわち、「減数(胎)手術の実施にはいまだ、医学的根拠、法制上の解釈、倫理的問題点など未解決な部分が多く残されている。人為的(医原性)多胎を胚移植数の制限、適正な排卵誘発剤の使用法など、まずでき得ることから多胎妊娠を少なくする努力をはじめることが、とりあえず医療側のとるべき対策であると思われる」。

しかし、前稿で指摘したように、人工生殖における多胎を完全に予防することは無理であることは明らかである①。これは、専門家たちによってまとめられた、平成6年度・7年度の「厚生省心身障害研究 多胎妊娠の管理及びケアに関する研究」(以下『6年度(7年度)多胎研究』と略記)に報告された成果でも確認できる。ちなみに、移植胚数の上限を3個とする施設が増えつつあるが、それでも多胎妊娠率は減少しないという報告が相次いでいる(藤井俊彦他「体外受精・胚移植における多胎妊娠の発生に影響する因子の検討」『弘前医学』48巻2・3号、1996年など)。

多胎妊娠の回避に関してはむしろ、人工生殖技術を前提としたままで多胎妊娠回避のための方法を探ること以上に大切なことがある。不妊治療のためには人工生殖しかないかのごとく短絡的に考えることは避けなければならない。不妊で悩む女性たちが人工生殖技術に依存させられてしまうことへの警告は、優れた論文によってなされている。われわれは、星合昊「体外受精・胚移植の応用と適応基準」『産科と婦人科』63巻5号(1996年5月)に注目したい。この論文では、(1)学会が示したガイドラインでは、卵管性不妊症の場合に「体外受精・胚移植以外では妊娠成立の見込みのない」と診断したうえで体外受精が実施されるとしているが、このガイドラインを遵守するために正確な診断をする医師、マイクロサージョンが決定的に不足していること、(2)その結果、卵管形成術という自然な妊娠への可能性をもつ「生産率の高い」「健康保険による」方法ではなくて、体外受精・胚移植という「保険のきかない」方法を「夢の治療法」として、医師も患者も選択することになってしまっていると指摘している。

筆者：法学部 助教授

受理：平成9年3月3日

たしかに、日本産科婦人科学会は、その会告（1983年10月）で「体外受精・胚移植」に関する見解を公表し、「本法は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する」と、学会員に対して勧告し、今日まで何度も確認し続けている。

多胎妊娠の回避策として、人工生殖の場でさまざまな試みが続けられているが、抜本的な解決策の一つとして、多胎の頻度が人工生殖に比べて極めて低い自然妊娠の機会を女性に与えるという、産科本来の治療にもっと力を注ぐ必要がある。排卵誘発剤を使わない（例えば、腹腔鏡下卵巣焼灼術について、桑原章他「PCOSの排卵誘発法としてはなにが適当か？」『臨床婦人科産科』50巻11号、1996年）、体外受精をしない不妊治療の試みこそが、多胎防止の最優先課題である。卵管形成という外科的治療を行うマイクロサージャンの育成は急務である。廻り道のように見えるが、産科医療の本来のあり方を失わないためには、不可欠である。もちろん「卵管内腔の所見と妊孕性との関連が症例を重ねることによって検討され、それによっては非可逆的な卵管内腔の病的変化について妊孕性が回復できない卵管については体外受精を優先して行う方向へ進むことも充分考えられる」（末岡浩他「新構造の卵管鏡システムを用いた卵管形成法の操作技術と適応についての考察」『日本不妊学会誌』40巻2号、1995年、242頁）。だが、あくまでも人工生殖は、不妊治療の一つの手段、それも最後の手段でなければならないということが、原則である。

生殖医学という特殊な性格をもち始めたといわれる産科学であるが、治療医学であることを忘れてはならないだろう。マイクロサージェリーをfirst choiceとすることを、院内倫理規定で定めている病院もあるが（日本大学産婦人科、『不妊の診療と治療—最近の動向』金原出版、1992年、155頁）、これは学会のガイドラインを考えれば当然のことに過ぎない。人工生殖に関する学会のガイドラインを誠実に守ろうとすれば、本当に人工生殖以外に妊娠する方法はないのかということ、不妊患者のそれぞれについて、精査することが医師には要求されているはずである。不妊患者の人工生殖への要求は強いと想像される。しかし、医療のあるべきインフォームド・コンセントとしては、女性の体への侵襲性の強い人工生殖という拙速は避け、自然妊娠の可能性を探ることが望ましいことを医師の立場から説明し、患者の納得を得るべきである。「排卵誘発剤を使うとき多胎になるかも知れませんよという説明はありますが、その多胎がハイリスクですよという説明はない」②という、女性たちの批判を真摯に受けとめる必要がある。人工生殖という方法のみに頼った結果、多胎になって悩むのは、他ならぬ患者自身であり、その場合どのような決断をしようとも（仮に減数中絶がその選択肢として公認されようとも）、苦しい選択になるのは必至だからである。

「卵管障害性不妊に体外受精、胚移植が適応されてきているが、自然な生殖行為での妊娠成立を多くの不妊カップルは希望している。そのためには、卵管障害例に対し卵管形成術（卵管機能改善のための温存手術）が必要となる」（河上征治「卵管鏡と卵管形成術（マイクロサージェリー）」『Pharma Medica』14巻10号、1996年、45頁）ことは、産科医師に共通する認識のはずである。幸い、例えば、卵管鏡下卵管形成システムという新しい方法を用いれば、「83.1%の治療成功率を得ている。2年間の経過観察後の妊娠率は30%以上に到達している」といった報告もある（末岡浩他「卵管鏡手術」『日医雑誌』116巻13号、1996年12月）。さらに、正橋鉄夫・浅井光興・野口昌良「内視鏡下手術の応用と限界」『産科と婦人科』63巻5号（1996年5月）、622頁には、「腹腔鏡下卵管形成術の成績は、体外受精の成績を凌ぐ」ことを示すデータも紹介されている。こうした医師たちの地道な努力こそ、多胎妊娠問題のスムーズな解決につながる。人

工生殖よりも高い妊娠率が確保され、経済的な合理性をそなえ、なにより倫理的に全く問題がない方法によって、女性が妊娠できる道を探ることこそ、患者本位の医療といえる。

自然妊娠への努力を怠ったまま、体外受精・胚移植のガイドラインを守ることなく、あるいは、胚移植数についての適応を考慮せず、人工生殖を用いる。しかも、体外受精実施施設の4分の3は、多胎妊娠の回避策として求められる胚凍結保存の設備をもっていない（1994年時点で胚の凍結保存を実施している施設の割合は26.2%）。その結果多胎になってしまったから減数中絶をと医師が主張することは、許されることではない。

さて、現実が増え続ける多胎妊娠について、減数中絶という手段が認められるべきであることは、女性の自己決定権の保障（憲法上の幸福追求権の具体化）という観点からすでに前稿までで確認したことである。どんなに医療の場で自然妊娠への努力がなされても、今後とも人工生殖を残された唯一の手段とせざるをえないカップルがゼロになることは有り得ず、また自然妊娠による多胎もゼロにはなりえないので、減数中絶が必要な事態の発生は避けられない。

「多胎妊娠を回避する努力にもかかわらず、多胎妊娠は発生する。したがって、減数手術が現状では緊急避難としての手段とはいえ、どうしても必要である」「議論を尽くしたうえで、減数手術を公認していくことが必要」、それゆえ、母体保護法について「女性の生殖に関する自己決定権を保障する方向での改正の一つとして、中絶の方法についての規定を技術発展の現状にそつものとして、減数手術について疑義が生じないようにしなければならない」③という法学者の指摘はまさにその通りである。

だがここで問題になるのは、減数中絶を選択肢として用いようとしなない、圧倒的多数の産科医師たちの姿勢である。限られた医師を除けば、日本の医師たちのほとんどは、患者が希望しても減数中絶をしない。しかも、減数中絶は違法である、医療として許されないと指摘しながら、減数中絶をしたと公表している医師を刑事告発することも試みていない。

女性が自分の身体のこととは自分で決める権利があるとしても、自分の手で減数中絶をできるわけではない。当たり前なことだが、この技術は他者である医師の手によってのみ実行可能である。医師の手を借りた自己決定権の行使とならざるをえない。減数中絶は、中絶一般と同じく自己決定権にもとづいて正当化されるだけではなくて、医師が医療技術のなかに位置づけていることが、その必須条件となる。

残念ながら、現在の日本の産科医療では、減数中絶に医療としての正当化根拠があるのかどうかを問うことすら、ためらわせているものがある。医師たちの「倫理」観であり、さらには「法」解釈である。本稿は、その事実を指摘したうえで、医療としての減数中絶について、再考・吟味を医師たちにうながすことを意図している。私が示す例（TTTS）では、医学上の適応については賛否が分かれるかもしれない④。だが、減数中絶の医療での公認のためには、「可能な適応を細かく検討する」⑤段階に入らなくてはならない。医療として認められる症例での減数中絶の実施は、かりに形式上、刑法上の墮胎罪に該当する場合であっても、正当行為となり、刑事罰という制裁を受けることはない。この点に関して法律家の間で解釈が分かれることはまずないと思われる。産科の医師たちにわれわれが求めるのは、医学上の適応如何についての回答である。減数中絶問題の考察で必要なことは、適応の有無に関する医学的判断と、倫理的判断（根拠を明示した）、及び法的解釈を、議論に加わる人たちがすべてに了解できる形で提示することであると考える。

- ①国内全ての医学部に拙稿「多胎妊娠は回避できるか—『減数中絶』問題検討の前提として—」『金沢大学大学教育開放センター紀要』16号(1996年)、及び「減数中絶問題と法思想」『書齋の窓』457号(1996年)を送付した。医療関係者から数多くのご返事をいただいたが、私の結論を間違いであると指摘するものはまだない。
- ②「フォーラム 多胎児育児を巡る問題点」『6年度多胎研究』166頁。具体的に、「双胎では脳障害の危険が高い」「双胎に関しては、36週以下で産まれる可能性が60%で、32週以下が15%で、約10%が脳性麻痺になる」(同論文での医師の指摘)という情報を伝える必要がある。
- ③金城清子「減数手術—望まれる生殖医療の副作用としての多胎妊娠への責任ある対応」『時の法令』1527号, 1996年, 74頁。
- ④Bernd K. Wittmann, et. al., “The role of feticide in the management of severe twin transfusion syndrome”, *American Journal of Obstet Gynecology*, vol. 155, No. 5, (1986) pp. 1023-1026. なお、根津八紘「妊娠初期における経腹的減胎手術171例の報告」『産婦人科治療』71巻3号, 1995年9月, における適応基準では、中絶に関する胎児側適応の基準を今後明確にしなければならないとはしているものの、TTTSがそれに含まれるものとは示されていない。外国の文献でも、管見するかぎり、双胎の症例の報告は例外的であり、双胎の場合を含んで減数中絶の適応を考えようとする場合も、R. J. Wapner, et al., “Selective reduction of multifetal pregnancies”, *Lancet*, vol. 335 (1990), pp. 90-93, あるいは R. G. Edwards, *Human reproductive technology*, (1995), p. 638 などに見られるように、もっぱら遺伝病に対象が絞られていることが多い。
- ⑤坂田泰子・仁志田博司「選択的減数とその倫理的諸問題」『小児内科』27巻12号, 1995年12月, 37頁。

2 多胎と双胎

減数中絶について論じるほとんどの論文が、品胎(三胎)以上であることを理由とする減数中絶を主たる対象にしている。「不妊治療の現状を考えれば、双胎は難治性不妊にとってはむしろ、歓迎すべきものといえよう。双胎は不妊患者の多くが望むところでもある。問題は3胎以上の多胎妊娠である」①という認識が一般的であろう。「品胎それ自体は、減数中絶を必要とするものと考えべきではない」とさえ主張する外国の研究者もいる②。たしかに、品胎以上の急増という事実から、多胎妊娠そして減数中絶は注目を集めてきた。減数中絶の必要性を説く日本の医師たちも、「三胎以上の多胎の危険性を考えると」とことわった上で、「減胎手術は有効な治療法である」③と述べている。

だが、減数中絶という方法自体、「最初外国で双胎の一方の胎児に染色体異常、その他の先天異常を診断した場合に患者のみを死亡させ、正常健康児を無事出産させる試みとして始められた」④のものであった。公表されている限りでは、1978年の *Lancet* 誌に掲載された Hurler's disease (ハーラー症候群) と呼ばれる遺伝性疾患の胎児に対するものを嚆矢とする。つまり、この技術は最初は、障害児を産まないという目的のもとに、双胎における胎児診断の結果一方の胎児のみを中絶するという技術として、行われたものである。70年代に羊水穿刺による染色体分析や生化学的診断からスタートした出生前診断を受けて、この趣旨での減数中絶は、70年代終わりに始まり今日まで続いている⑤。

双胎の一方の胎児における染色体異常を理由としての減数中絶が、生命倫理について考えてきた人々にとって大きな衝撃であったことは、ホアン・マシア『生命の未来学』(南窓社, 1987年, 118頁以下)でも十分窺える。また、減数中絶について最初に日本の人々に強く関心を喚起した、毎日新聞社会部医療取材班『いのちがあやつられるとき』(情報センター出版局, 1993年, 35頁)も次のように指摘している。「90年には、オーストラリアの南オーストラリア州で双子を妊娠した妊婦に対して遺伝病の胎児一人を選択的に中絶し、残る一人を無事出産させることに

成功した。中絶された胎児は診断の結果サラセミア（地中海貧血）という遺伝病で、生まれても成人前にほとんどが死んでしまうという。このケースを報道したオーストラリアの医学専門誌は『胎児を選択して中絶させることの是非の判断は、非常に難しい。それは優秀な人間だけを作りだそうという危険な側面もある』と書いた。

減数中絶についての考察を行うさいに忘れてはならないのは、このように、減数中絶という技術が決して多胎という数のみを理由とするものに適用されるわけではないという事実である。すなわち、減数という以上、多胎妊娠時にのみ適用されるのであることは当然だが、症例によっては、数を減らすことが目的ではなくて、その質による、つまり障害児のみを対象とする選択的減数中絶の問題性を考察しなければならない。問題は胎児診断それ自体の是非をも当然含むことになる。新聞報道（『毎日新聞』1997年2月26日）によれば、日本母性保護産婦人科医会は不治で致死的な場合は障害胎児の中絶を認める法改革案をまとめようとしている。当然、単胎の場合の異常児の中絶と、多胎の場合の一部の異常児の中絶と果たして区別できるのかどうか問われるが、本稿ではこれは論じない⑥。前稿で確認した多胎一般の不可避性に基づく減数中絶の必要性の認識の次には、医療として減数中絶を位置づけていく試みをすべきであると考えるからである。

加えて、減数中絶に関して胎児の数にのみ注目すべきでないことは、3胎以上を双胎にすること、双胎を単胎にすること、さらに、単胎をゼロにすること、これらを並列的に論じる⑦こととて、中絶一般のもつ意味を問題にしなければならないことから明らかである。

そもそも、日本の出産率としては、増えているとはいっても三つ子は出産百万対で274.98（1994年）でしかないのに対し、双子は出産千対で8.32（1994年）である。その実数は、三つ子以上が390組（うち三つ子が352組）であるのに対し、双子は10,662組という数字に昇る（1994年）。出産総数が減少するなかで、20年以上にわたってこの1万組前後という数字に大きな変化はないため、その割合が出産千対で5.79（1974年）から8.32へと増えたのである（今泉洋子「多胎妊娠の疫学」『7年度多胎研究』13頁）。多胎のうち95%以上は双胎なのである。しかも、古今東西を問わず、双子は常に医師たちを悩まし続けてきたという歴史的事実がある。

ある研究者は、双胎妊娠のリスク性について認識することが必要であることを、次のように指摘する。「品胎以上の多胎妊娠のハイリスク性については、妊娠中毒症や肝機能障害などの母体異常や、早産、未熟児出生、分娩時胎児仮死などの産科異常は必発で、周産期医療上重大な検討課題であることは周知の事実であり、既に嚴重な周産期母児管理体制が必須の条件であることは認識されている。しかし、双胎妊娠においても同様に、早産、未熟児出生、胎児仮死、1児胎内死亡などの産科異常の発症は単胎妊娠に比べて高頻度ではあるが、全く特別な異常妊娠経過を示さずに無事元気な双生児を得る例も少なくなく、一般的な産科施設においては、双胎妊娠のハイリスク性については十分に徹底した認識が得られているとはいえない。したがって、特にIUFDやIUGR、胎児水腫などの重篤な異常を来することが知られている双胎間輸血症候群（TTTS）が高頻度に発症する1絨毛膜性双胎のハイリスク性を再度明確に示すことが重要な検討課題である」⑧。

減数中絶に関しては、人工生殖を選択してまで子どもを望みながら、多すぎるから減らすというのは身勝手だと、女性を責める声もある。人工生殖による多胎妊娠がもたらした医師にその責任があり、女性にはその責任はない（＝医原性）という事実を目をつぶった暴論としかいいようがない。減数中絶を続けてきた根津八紘医師が「多胎になったのは患者側の責任とし紹介

状もなく来院するケースに遭遇するたび、誰のための治療かと考えさせられる」^⑨と実感を述べるのも無理はない。少数者の権利を、自分には関係ないとばかりに無視しようとする傾向は根強い。けれども、自然妊娠であろうと人工妊娠であろうと、医学的に双胎の場合にさえハイリスクであり、減数中絶をその治療法の一つとして考えてもよい重篤な症例が存在しうる。その意味では多胎妊娠をめぐる問題、そして双胎における減数中絶問題は、子を望む誰でも当事者となりえる問題なのである。

双胎についての文献を読めば、患者の希望だけにもとづく減数中絶ではなくて、純粋に医療的判断にもとづく減数中絶が存在する可能性が否定できない。治療としての減数中絶である。その代表例が、これまで引用した文章にも登場した「双胎間輸血症候群 (twin-to-twin transfusion syndrome : 通常 TTTS と略記され、本稿でも以下これに従う)」の場合の選択的中絶である。

多胎妊娠における胎児に関する具体的リスクを考えての中絶である。TTTS は 1 卵性双胎の場合の症状であるから、2 卵性の場合のように卵性が異なる故に遺伝子が異なり、一方のみを先天的な遺伝子の異常を理由にして減数中絶をするということにはつながらない。あくまでも、全く同じ遺伝子をもった双胎間での、その胎内での発育状態に基づく、選択的中絶である。遺伝子による選別という倫理問題が関係しない事例である。ところが、これから見るように、日本の場合は、この治療として行われる減数中絶であっても倫理的に許されないと考える見解が存在し、医師の間でそれが多数説とみられるのである。以下、TTTS の症例と治療法について、日本の医学者の論文を中心に紹介していく。

①井上正人「多胎と不妊治療」『小児内科』27巻12号、1995年12月、19頁。

②S. Lipits, et al., "The improving outcome of triplet pregnancies", *American Journal of Obstetrics Gynecology*, vol. 161, No. 5, (1989), pp. 1279-1284. S. Lipits, et al., "The effect of fertility drugs and in vitro methods on the outcome of 106 triplet pregnancies", *Fertility and Sterility*, vol. 60, No. 6, (1993), pp. 1031-1034.

③中村幸雄・勝又木綿子「減胎手術」『からだの科学』189号、1996年、56頁。

④我妻堯「リプロダクションのバイオエシックス」『産婦人科の世界』49巻1号、1997年1月、27頁。そのさいの異常とは、「Down 症、Hurler 症候群、Thalassaemia Major、水頭症を伴った脊椎破裂などである」(我妻堯・早乙女智子「胎児減数術の臨床的・倫理的問題について」『日本生命倫理学会誌』1号、1991年、81頁)。なお、白井泰子「人間の生命過程への介入と女性の問題」伊藤幸郎編『医療と人間 II』メディカ出版、1994年、110頁では、1981年の「サイエンス」(304巻)に紹介された事例が紹介してある。さらに、S. Lipitz, et al., "Multiple pregnancy reduction", *Human Reproduction*, vol. 9, No. 11, (1994), pp. 1978-1980 が参考になる。

⑤M. I. Evans, et al., "Efficiency of second-trimester selective termination for fatal abnormalities", *American Journal of Obstetrics Gynecology*, vol. 171, No. 1, (1994), pp. 90-94.

⑥減数中絶が障害の有無による胎児の選別の手段とされていることについては Robert H. Blank and Janna C. Merrick Editors-in-Chief, *Encyclopedia of U. S. Biomedical Policy*, 1996, Greenwood Press, p. 239, p. 280.

なお、脳死・臓器移植に関連して、一方の胎児が無脳児である場合の選択的中絶について、立花隆・NHK取材班『NHKスペシャル 脳死』日本放送出版協会、1991年、60頁に言及がある。

⑦Evans, M. I, et al., "Efficacy of Transabdominal Multifetal Pregnancy Reduction: Collaborative Experience among the World's Largest Centers", *Obstetrics & Gynecology*, vol. 82, No. 1, (1993), p. 61. 双胎は単胎に比してよりハイリスクという理由で、単胎への減数中絶も正当化されることを強調する論文もある。A. Groutz, et al., "Pregnancy outcome after multifetal pregnancy reduction to twins compared with

spontaneously conceived twins”, Human Reproductions, vol. 11, No. 6, (1996), p. 1335.

⑧宇津正二「多胎妊娠初期における胎児・胎盤の超音波検査の時期とその有用性に関する研究」『7年度多胎研究』94頁。

⑨根津八紘「妊娠初期における経腹的減胎手術171例の報告」『産婦人科治療』71巻3号, 1995年, 218頁。

3 TTTSとその治療法

宇津正二「多胎妊娠初期における胎児・胎盤の超音波検査の時期とその有用性に関する研究」(『7年度多胎研究』93頁)は、次のように記している。「双胎妊娠に対する産科管理上の重大な問題は、1絨毛膜性双胎の約30%に発症すると言われている双胎間輸血症候群である。両児間の不均衡な胎児循環障害に起因する子宮内胎児死亡と、胎児水腫や胎児心不全、胎児不均衡発育、羊水過多・過少、および早期妊娠終了(流産、早産)などに引き続いて、呼吸循環不全、頭蓋骨内出血や脳質周囲白質軟化症などから、未熟児や低出生体重児に中枢神経障害児が高頻度に発生していると報告されている」。

「双胎妊娠は様々な産科的合併症が発生しやすい。特に、一つの胎盤を共有していたり、胎盤間に血管吻合が存在している一絨毛膜性双胎の場合には、その特殊な血流動態に起因する多彩な病態の胎児異常が発生し易い」①とされる。そのうちとくにTTTSは、多胎妊娠時に発生しやすい胎児合併症として常に指摘されてきた。「一絨毛膜双胎の予後が依然として不良であることは、わが国の多数の先進的周産期施設で指摘されているところである。その原因の一つは、TTTSの関与が大きい」(川滝元良「双胎間輸血症候群に伴う心筋症」『小児内科』28巻12号, 1996年, 1844頁)。したがって、産科及び小児科で多胎妊娠問題を論ずるさいの最大のテーマの一つとなっている。

TTTSの原因と定義について、三宅良明「双胎間輸血症候群とその病態生理」(『小児内科』27巻12号, 1995年12月, 39頁)は、次のように述べている。「1絨毛膜性双胎(1卵性)において胎盤の表面および深部の血管吻合を介して一方の児から他方の児へ血液が流入するため、1児または両児に循環不全を生じた状態と考えられ、急性に起こる場合は児の発育や臓器障害は認められないが、慢性型の典型例では受血児(recipient)に多血症、高血圧、心機能不全、胎児水腫、羊水過多などを生じ、供血児(donor)に貧血、低血圧、脱水、尿量減少による羊水過少などをきたすと考えられている。その定義は胎内診断に関しては明確なものはないが、新生児に関しては表のように定義されている。1) 1絨毛性双胎である、2) 2児間の体重差が25%以上ある、3) 出生児の2児間の血色素差が5.0G/Dl以上ある、4) 顕著な羊水過少を伴う、5) 2児が肉眼的に多血と貧血である、6) 胎盤の占有部に著明な多血と貧血が認められる。以上の症状から、1および2～6のうち一つ以上を示す場合」。

このように、TTTSは「予後不良の重篤な疾患である」が、「その病因、病態についてはいまだ不明な点が多く、TTTSの予知、診断基準および有効な治療法も確立していないのが現状である」②。双胎にだけ起こる、〈予知ができず、有効な治療法がない〉きわめて重篤な疾患というわけである。

TTTSになると、胎児はどうなるのか。最も重い場合は死亡である。日本の代表的な医学辞典の一つは「妊娠の早い時期に生じると一児が死亡し、紙様児、圧迫児になる」(『最新医学大辞典』第2版, 医歯薬出版, 1996年)とする。一般的には「供血児と受血児の循環血液量の不均衡が続くと、ついには供血児か受血児のいずれかが子宮内死亡に陥」③る。具体的に数字を

挙げている論文もあり、「発症時期が早く、持続期間が長く、循環血液量の不平等が大きいほど不良である。本症の児の周産期死亡率は、66%と高い」④とか、「周産期死亡率は非常に高く、70~80%」⑤。さらに、「胎児期に発見されて放置した場合、児の死亡率は80%~100%」⑥というデータを紹介する文献もある。

次に、胎児奇形の問題が指摘される。TTTSが「早期に発生した場合には二次的に無心体、無脳児、紙様児となったり、一絨毛膜一羊膜双胎にみられる癒合などの種々の胎児奇形を生ずる」⑦。「供血児は子宮内低酸素症や低出生体重児のため生存しても脳障害をとまうことがあ」⑧り、一方、「受血児はhypervolemicであり、心負荷に伴う心機能の低下により心不全を生じ、重症化すると胎児水腫へ移行する」⑨。

早産の防止は双胎に限らず、現在の産科医療の最大の焦点である(武谷雄二「産科学」『日本医事新報』3798号、1997年2月、27頁)が、TTTSの場合は、羊水過多症を発症しやすく、妊娠継続も困難な状況が生まれてくる。「多胎妊娠でとくに問題となるのは、急性羊水過多症である。本症は、全妊娠の0.04~0.14%に発症するが、双胎妊娠では、約2%と高率に発症することが報告されている。本症は、1卵性双胎で、しかも胎児間輸血症候群が存在し、その受血児に発症しやすい。通常、妊娠の21~28週に発症し、急激に羊水が増すため、流産や早産に終わることが多い」⑩。「32週以下で出生する未熟児においては、双胎間輸血症候群の頻度が高く、早産の要因としては羊水過多などの胎内環境悪化により妊娠継続が困難であることが挙げられる」⑪。その結果、「TTTS発症例の平均在胎週数は28w1dで、TTTSを発症しなかった1絨毛膜双胎59例の平均在胎週数36w3d、および2絨毛膜性双胎172例の平均在胎週数36w5dに比較して明らかに短く、TTTSは双胎妊娠の早期異常発症の大きな原因である」⑫。

出生後の後遺障害について、「双胎妊娠は未熟児出生の重要な原因であると同時に、TTTSなどに起因する病的な胎内環境などが要因となり高率に中枢神経系の後遺症を残すことが大きな問題となっている。双胎における後遺症の発生は、1絨毛膜性双胎の1児死亡に際して、胎盤血管吻合の存在下に線溶系のこう進あるいは急激な双胎間の血液のシフトが起こり、その結果生存児に広範な脳損傷をきたすと考えられている。しかし、両児共に生存出生でも、双胎間輸血の胎内循環が起きている場合、あるいはその結果、双胎間の体重差が20%を越えるような場合には、PVLの発症頻度は非常に高い」⑬。

さて、このTTTSは、双胎のうちどのくらいの頻度で見られるものであろうか。TTTSの発症頻度については、全双胎の「3.2~9.6%」⑭「約4%」⑮、「5~15%」⑯、「7.3~19.5%」⑰と様々である。北里大学病院の13年間の症例では「未熟児双胎(両児生存出生)46組」中「TTTSと診断したのは18組であった」⑱という。数字の違いは、TTTSの定義の不一致にも起因している⑲。ただし、「最近では排卵誘発剤による多胎が増加しているため、その発生頻度は異なってきていると考えられる」(三宅良明「双胎間輸血症候群とその病態生理」『小児内科』27巻12号、1995年12月、39頁)という指摘がある。双胎のうち2卵性が増えていることは、前稿で紹介したとおりであり、TTTSの発症に結びつく1卵性の割合自体が、全体として減少していることは明らかである。

日本での出産における双子は、年間1万組前後である。これはあくまでも出産の数であり、中絶数、及び死産数は含まれていない。したがって、推定されるTTTS発症の胎児の数としては、最少で年間320組(3.2%)以上、最多で1,950組(19.5%)以上と推定してよいことになる。

問題は、TTTSと診断された年間数百組以上の双胎に対して、日本でどのような治療が施さ

れているかである。

- ①池ノ上克「多胎妊娠の管理に関する研究」『6年度多胎研究』93頁。なお、宇津正二「多胎妊娠初期における胎児・胎盤の超音波検査の時期とその有用性に関する研究」『同』105, 111頁は、「双胎妊娠では、早産、未熟児出生、妊娠中毒症、IUGR、分娩時胎児仮死などの産科的合併症や胎児奇形の発症率が高く、双胎妊娠自体がハイリスク妊娠であることは既に認識されていることである。特に、2卵性双胎に比べて1卵性双胎のうちの3/4を占めると言われている1絨毛膜性双胎の場合は更に問題が多い」「双胎妊娠のうち、1絨毛膜性双胎では胎盤血行の共有が存在するため、TTTSは1児胎内死亡を起し易く、さらに生存児にも神経学的異常や周産期死亡を来しやす」と指摘する。さらに「1絨毛膜性双胎において両児の体重差が25%以上の discordancy を認める率は24%であり、周産期死亡率は出生1,000対131.1と高率であったのに対し、2絨毛膜性双胎では discordancy 8.5%, 周産期死亡率は出生1,000対27.9であったとの報告もある」(寺尾俊彦「多胎妊娠とその問題点」『産婦人科治療』71巻3号, 1995年9月, 295, 296頁)との指摘もある。
- ②妹尾匡人・岡村州博「双胎間輸血症候群の診断と治療」『産婦人科治療』71巻3号, 1995年9月, 296頁。
- ③荒木勤・進純郎・兼子和彦『双胎』金原出版, 1993年, 103頁。
- ④片山和明「多胎妊娠(妊娠中の管理)」杉山陽一他編『産婦人科学書 2. 周産期医学』金原出版, 1994年, 421頁。
- ⑤山守かずみ他「多胎の周生期異常と周生期管理」『小児内科』27巻12号, 1995年12月, 31頁。同論文は、聖隷浜松病院新生児未熟児センターに入院した1卵性双胎に関して、「TTTSの43%は新生児期に死亡、1卵性双胎死亡の75%はTTTSによるものである」ことを明らかにしている。
- ⑥名取道也「双胎児間輸血症候群に対するレーザー治療」『小児内科』27巻12号, 1995年12月, 99頁。池ノ上克・岡村州博「多胎妊娠の管理に関する研究 DISCORDANT TWIN & TTTS」『6年度多胎研究』121頁でも、TTTSの「予後はとても悪い。放置すると80%以上小さい方が胎内死亡する。また、受血児も出生後予後は悪い」と指摘している。
- ⑦坂田寿衛「多胎妊娠の管理」水野正彦・武田佳彦編『今日の産婦人科治療指針』医学書院, 1989年, 330頁。
- ⑧進純郎・澤倫太郎・荒木勤「胎児間輸血症候群」『産婦人科の実際』45巻6号, 1996年, 641頁。なお、竹内豊「ハイリスク新生児収容施設における多胎児の入院・管理状況1」『7年度多胎研究』124頁は、「多胎脳性麻痺児のうち、双胎は12例であり、双胎の12例中8例(66.7%)が双胎間輸血症候群を合併していた」と報告している。
- ⑨矢内原巧・鈴木真・田原隆三「多胎妊娠をめぐる最近の問題点」『産婦人科治療』71巻3号, 1995年9月, 263頁。
- ⑩片山和明「多胎妊娠(妊娠中の管理)」杉山陽一編『産婦人科学書 2. 周産期医学』金原出版, 1994年, 421頁。
- ⑪小口弘毅「32週以下の双胎未熟児の周産期管理の問題点」『6年度多胎研究』149頁。なお、「多胎児の合併症とNICU管理上の問題点」『同』127頁では、「32週以下で出生する未熟児双胎においては、TTTSの頻度は極めて高く(39.2%), これは早産の要因となる羊水過多を来すのみならず、胎内発症の脳の虚血性病変の原因となる」と指摘している。
- ⑫宇津正二「多胎妊娠初期における胎児・胎盤の超音波検査の時期とその有用性に関する研究」『7年度多胎研究』95頁。
- ⑬小口弘毅「多胎児の合併症とNICU管理上の問題点」『7年度多胎研究』125頁。なお「両児出生の未熟児双胎は胎内環境、とくにTTTSによる胎盤循環の不均衡のために胎内で脳虚血に陥り高率にPVL(脳室周囲白質軟化症 periventricular leukomalacia)をきたす」(小口弘毅「双胎間輸血症候群と脳障害、心筋障害」『小児内科』27巻12号, 1995年12月, 51頁)。
- ⑭三宅良明「双胎間輸血症候群とその病態生理」『小児内科』27巻12号, 1995年12月, 39頁。
- ⑮片山和明「多胎妊娠(妊娠中の管理)」杉山陽一他編『産婦人科学書 2. 周産期医学』金原出版, 1994年, 421

頁。

- ⑯石川睦男・佐々木公則「全前置胎盤を合併した一絨毛膜二羊膜性双胎の管理」『日本医事新報ジュニア版』352号、1996年5月、3頁。池ノ上克・岡村州博「DISCORDANT TWIN & TTTS」『6年度多胎研究』119頁も同様。
- ⑰川越靖之・池ノ上克「双胎児間輸血症候群の出生前診断と周産期管理」『小児内科』27巻12号、1995年12月、63頁。山守かずみ他「多胎の周生期異常と周生期管理」『小児内科』27巻12号、1995年12月、31頁も同様。
- ⑱小口弘毅「32週以下の双胎未熟児の周産期管理の問題点」『6年度多胎研究』149頁。
- ⑲胎児についての定義が新生児におけるそれをモデルに行われていることから明かなように、正確な診断は出生後でなければできないとも考えられる。つまり、妊娠4～10週位で、「絨毛膜性の診断は、妊娠初期の超音波診断で可能である」が、そもそも双胎妊娠の卵性診断自体は「確実に決定できる手段は、両児の血液型判定やDNA診断で可能ではあるが、侵襲的な胎児採血以外は出生後の採血によるしかない」(宇津正二「多胎妊娠初期における胎児・胎盤の超音波検査の時期とその有用性に関する研究」『6年度多胎研究』108頁)。なお、外国文献で、TTTSの発症頻度を「4～35%」としているものもある。E. G. Robertson, et al, "Placental injection studies in twin gestation", American Journal of Obstetrics Gynecology, vol. 147, (1983), pp. 170.

4 TTTS 治療と減数中絶

まず、妹尾匡人・岡村州博「双胎間輸血症候群の診断と治療」(『産婦人科治療』71巻3号、1995年9月、297頁)は、TTTSは「予防できないものはもちろん、早期治療も難しい」と指摘する。

予防できないのであれば、とりあえずは症状の早期の発見ということになる。「出生前にTTTSの状態に陥っているか否かを判断するのは容易ではないが、有意な胎児の体重差があり、体重の大きな方の羊水過多が認められる場合にはTTTSの可能性は高い。また逆に、1児が羊水過多、他児が羊水過少であるいわゆる“stuck twin”の所見がある場合にも重篤なTTTSを考えなければならない」①という注意が、産科医師の常識となっている。まずは、一卵性か二卵性かどうかの診断を行い、とくに一卵性の場合に、TTTS発症への注意を怠りなくすることが求められることになる。

次にこうしてTTTSの発症の疑いがもたれた症例について、診断をくだすことになるわけだが、実はTTTSの定義自体が揺れ動いている。「従来より用いられてきたRausenらの臨床診断基準(血管吻合を含める1絨毛膜双胎で出生時のHb差が5g/dl以上)が多くの慢性型に胎児期、出生時を含めて適応できないことが証明され、従来より考えられているこの疾患の病態概念の根本的な再考が必要である」②。つまり、「TTTSの定義は、現在共通のものはない」^③。また、「発症時期より急性型と慢性型の二つに分類されているが、病名どおり分娩直前の血液の単純な移動により1児に多血、他児に貧血をもたらすと考えられる急性型と異なり、臨床上より重要な慢性型の病態は不明である」④。

さて、TTTSとして診断されたのち、外科的な治療法が試みられていることも事実である。以下、管見する限りでの、専門家が紹介する治療法の記述である。

「1. 治療的羊水穿刺。2. 吻合血管焼却法。このほかの治療法としては、1児がIUCFDに陥った場合に臍帯血流の遮断、あるいは死亡した児を外科的に取り除く方法などの報告もみられる」⑤。

「子宮内輸血、羊水穿刺など、減数処置、XAGレーザーによる吻合血管焼灼などが試みられ

ている」⑥。

「1. 反復羊水穿刺。2. 母体ジギタリス投与。3. 選択的胎児穿刺 報告者：Baldwinら(1990), Wittmannら(1986)目的：心臓内カリウム注入，心嚢法または心筋内0.9%生食注入タンポナーデ法。4. 選択的死亡胎児除去。5. 臍帯血液遮断。6. 胎盤血管閉塞術」⑦。

「1. 反復羊水穿刺。2. 選択的胎児穿刺。一方の児の feticide である。心臓内に塩化カリウムを注入したり，心嚢に生食を注入し心タンポナーデをおこすなどの方法がとられているようである。3. 選択的死亡胎児除去。4. 胎盤血管閉塞術」⑧。

さらに，「3rd trimester では air embolism (空気塞栓) 法や循環器系から大量の血液除去法などが用いられる」という指摘と並べて，「選択的胎児穿刺 (超音波ガイド下胎児減数法) ultrasound-guided fatal reduction 品胎以上の多胎妊娠に際して行われる」とことわった上で，TTTS の治療法の解説として，「(1)経膈超音波ガイド下吸引法。(2)経腹超音波ガイド下 feticide (11～13週)…穿刺針を GS の一つに刺入する。ついで胎児胸部に刺入し KCL を注入する。心拍停止を確認したら針を抜去し，別の GS を穿刺する。心停止に一胎児あたり 2 mEq の KClO₃ 3～0.5ml を必要とする。GS が内子宮口に近く存在する場合には，feticide 後に PROM になることがあるので穿刺しないほうがよい。(3)その他の方法 18～20週ころでは0.9%生理的食塩水 5ml を，心嚢内あるいは心筋内に注射し心タンポナーデや心筋構造を壊す」⑨と詳細に具体的な処方を示す書物もある。

以上のような治療法についての記述に共通するのは，有効な治療法は確立されていないということである。『周産期学シンポジウム』11号 (1993年) は双胎児間輸血症候群をめぐっての特集号であったが，「出生前に TTTS の診断がついた場合にどのようにするのがいいのか」(岡井崇，『同』69頁) について，答えはここでも得られていない。つまり，三宅良明「双胎間輸血症候群とその病態生理」(『小児内科』27巻12号，1995年12月，43頁) にあるように，「最近の超音波断層法の開発 (経膈超音波法，カラードップラー法) とともに妊娠初期胎盤形成過程や子宮内での胎児循環動態，胎盤内循環が次第に明瞭になるとともに種々の胎児治療への可能性 (子宮内臍帯結，Laser 凝固，塞栓，選択的胎児致死，頻回の羊水穿刺など) も指摘されているものの確定的な治療法はなく，TTTS の発症機序，病態生理もまだ不明な点も多く残されて」いるのが，現状といえる。

胎児疾患についての検査の多くが胎内での治療ではなく，出生と同時に治療にとりかかれる態勢を作るためのもの (出産に外科医が立ち会うことにもなる) であると同様，胎内で TTTS の診断が下されても，胎児治療の有効な方法がないということである。ここで，減数中絶という技術の存在を知っているわれわれとしては，かりに双子の両方が死の危険にさらされるのなら，一人の救命につながるためにこの技術を使うというのは当然のことと考えられる。実際，既述のように，日本の研究者のほとんどが，この技術の存在を紹介しているのである。

しかしながら，多くの論文で紹介され TTTS の治療の選択肢の一つとなっていはずの，減数中絶 (選択的胎児致死) は，現実には日本では行われていないのである。それも，その技術の安全性に疑問をもつてのものとは限らない。上記の治療法の最後に紹介した，荒木勤・進純郎・兼子和彦『双胎』(金原出版，1993年，110頁) は，「KCL 胸腔内注入法は安全で，即効で技術的にももっとも安全な選択的中絶法であるとの報告もある」とする。

減数中絶一般に関して，世界的にはその安全性を確認する論文が発表され，また，1995年の第47回世界医師会総会の声明も，そうした裏付けにたった減数中絶の医療技術としての認知を

意味するものであった。日本でも、実際には減数中絶を行っていない医師の中に、「超多胎に対しては減数手術が唯一の治療的処置である。減数手術に関しては社会的、倫理的に異論もあるが、その有効性、安全性はすでにほぼ確立されている」(井上正人「多胎と不妊治療」『小児内科』27巻12号, 1995年12月, 19頁)とする見解も見られる。日本不妊学会の『新しい生殖医療技術のガイドライン』(金原出版, 1996年, 198頁)でも「これまでの報告に関する限り重篤な合併症、事故はない」としている。

もちろん、TTTSの治療法として減数中絶が本当によいのかどうかについては、もう一方の胎児への影響という面から、疑問をなげかける見解もある。例えば、欧米の文献に典拠しながら、「双胎で一方の胎児を選択死亡させるには注意する必要がある。なぜなら、一絨毛膜性双胎では胎盤で両児の血管が吻合していることがあり、一方の胎児の死亡後に生存胎児が血液中にトロンボプラスチン様の血液凝固促進物質が流入して子宮内播種性血管内凝固症候群 (intra-uterine DIC) を起こす可能性がある。その場合には生存胎児の四肢の発育障害や臓器損傷、中枢神経障害による重症の脳性麻痺を来すことがある」(我妻堯・早乙女智子「胎児減数術の臨床的・倫理的問題について」『日本生命倫理学会誌』1号, 1991年, 81頁)と指摘するものがある。また、「従来から双胎未熟児における脳障害として、双胎1児死亡のさいの生存児の広範かつ重度な脳障害が報告されており、その主要因として線溶系の亢進、あるいはTTTSにおける血液シフトによる生存児の広範な脳梗塞の発生が示唆されている」(小口弘毅「双胎間輸血症候群と脳障害、心筋障害」『小児内科』27巻12号, 1995年12月, 45頁)とするものがある。さらには、遠藤力他「不妊治療と多胎」『Perinatal Care 1995 Vol. 14新春増刊』198頁のように、「減数手術のため、残った胎児が流・早産する率が高い」ことを、「倫理的問題がわが国では解決されていないこととともに問題として指摘している文献もある。

技術上の安全性に対する危惧がまったく払拭されているわけではない。しかしながら、減数中絶をTTTS治療に使わないとする日本の研究者が明言する理由は、医学的に危険だからというのではなく、次に見るように「倫理に(あるいは法に)反するから」なのである。

- ①小口弘毅「双胎間輸血症候群と脳障害、心筋障害」『小児内科』27巻12号, 1995年12月, 46頁。
- ②川本豊「“慢性型”双胎間輸血症候群と羊水異常の病態」『小児内科』27巻12号, 1995年12月, 55頁。
- ③川越靖之・池ノ上克「双胎児間輸血症候群の出生前診断と周産期管理」『小児内科』27巻12号, 1995年12月, 63頁。
- ④川本豊, 前掲, 55頁。
- ⑤川越靖之・池ノ上克, 前掲, 65頁。
- ⑥池ノ上克・岡村州博「DISCORDANT TWIN & TTTS」『6年度多胎研究』121頁。
- ⑦荒木勤・進純郎・兼子和彦「双胎」金原出版, 1993年, 108頁。なお、大本裕之他「双胎間輸血症候群の分娩時期」『産婦人科の実際』45巻6号, 1996年, 696頁も同様。
- ⑧妹尾匡人・岡村州博「双胎間輸血症候群の診断と治療」『産婦人科治療』71巻3号, 1995年9月, 297頁。
- ⑨荒木勤・進純郎・兼子和彦, 前掲, 108頁。

5 産科医師の「倫理」

荒木勤・進純郎・兼子和彦「双胎」(金原出版, 1993年, 110頁)は、選択的胎児穿刺(超音波ガイド下胎児減数法)について、「これらの方法はすでに多数の文献に記述されている。また第7回国際双生児研究会議でLynch(米国)は219組の3胎以上に妊娠9.5~13週に減数手術を

施行し、品胎 6 例、双胎 206 例、単胎 7 例に減数した。このうち 177 例が分娩となり、158 例の生存児を得た。流産は 19 例に起こったと報告している」と指摘した上で、「3 あるいはそれ以上の正常胎児を、selective termination とすることは倫理的に正当なことといえるであろうか。著者らは疑問に感じている」と結論する。

また、川越靖之・池ノ上克「双胎間輸血症候群の出生前診断と周産期管理」(『小児内科』27 巻 12 号、1995 年 12 月、65 頁)は「Wittmann らは一方の児を選択的に中絶するといういわゆる therapeutic feticide を試みているが、倫理的問題を含んでおりわが国では施行されていない」と記す。

さらに、妹尾匡人・岡村州博「双胎間輸血症候群の診断と治療」(『産婦人科治療』71 巻 3 号、1995 年 9 月、297 頁)は、「選択的胎児穿刺」は、「一方の児の feticide である。心臓内に塩化カリウムを注入したり、心嚢に生食を注入し心タンポナーデをおこすなどの方法がとられているようであるが、胎児に注入した薬物がもう一方の児にも移行する可能性や、生存児の PVL 発症の可能性、また倫理的問題を考慮すると現在は行ってはいけないものである」としている。

この他、法的問題として意識する医師の存在もある。佐藤孝道編『産婦人科臨床指針』(中外医学社、1992 年、652 頁)は、「現在具体的に(胎児治療の)検討の対象となる疾患以外に、双胎間輸血症候群に対し、選択的な中絶を行う方法があるが、わが国の法体系では難しい」とする。もちろん、減数中絶全てを違法だとする見解からは、TTTS の場合を例外扱いする論理は出てこないはずである。

いずれにせよ、減数中絶という方法をとらないため、日本では結局、TTTS については「今のところ決定的な治療法はない」①までである。医師からは、「TTTS の発症は妊娠早期に絨毛膜性診断がついていない例に多く、突然発症し、急激な進行経過をとるため、紹介または母体搬送されて来た時点では産科治療困難な例が多い」②との悲鳴のような声すら聞こえる。

最終的な措置として、termination (selective となっていないので全ての中絶を意味すると思われる)ということを示す文献も複数存在する。「われわれの施設では超音波断層法にて、1) 胎児仮死徴候が認められた場合、2) 腔水症や房室弁逆流が認められた場合、3) 胎児発育が停止し肺成熟が予測される場合は termination をするようにしている」③。「治療法は未だ確立したものはなく、一側児の選択的人工中絶などが試みられているが、現在のところ良好な成績の報告は少なく、現状では適時の termination? が一般的と考えられる」④。

はたして、これが望ましい医療の姿であるのだろうか。減数中絶一般の法的位置づけについては、別稿で論ずることとして、問題は「倫理」の名による、TTTS 治療としての減数中絶の医療からの排除である。

ここで注目すべきなのは、TTTS の治療に減数中絶を用いることがどのような理由で「倫理」に反するのかに、これらの論文は全く言及していないことである。具体的に、どの点で、どのような倫理に反するのか全く説明されていないのである。

減数中絶一般について日本不妊学会が示した倫理的問題の 4 つのポイント(日本不妊学会『新しい生殖医療技術のガイドライン』金原出版、1996 年、199 頁)が参考になるかもしれない。1) 減数児の選択、2) 減数児の数、3) 予防の検討、4) 母児への心理的問題の 4 点である。ただし、これらは、TTTS の場合にはほとんど抵触しないと考えられる。双胎のうちどちらを選択するかは臨床上明らかな場合もあるであろうし、数は最初から決まっている。TTTS の予防も現在の医療では不可能である。母児への心理的ケアに関しても、医師が丁寧なインフォーム

ド・コンセントを行えば、納得のいく性質のものだと思われる。学会があげる具体的な倫理的問題性をもっともクリアしやすい症例として、TTTSは考えられる。

「生殖医療の現場に、医学的適応と倫理的妥当性のずれが介入してくることも、生殖医療の倫理的特性といえる」⑤という指摘もある。だが、医師の側から社会に対して行うべきなのは、その臨床の経験にもとづいて医学的適応の是非の判断を告げることではないだろうか。医師のなかには、「医学的に減数手術を施行すべき明確な理由は見いだせない」としながらも、「その施行の決定は、われわれ産婦人科医師が決定するのではなく、倫理的、法律的なことを含め、国民に決定を委ねるような方策が必要」（佐藤章『日母医報』平成7年11月1日号）という提言まで見られる。だが、他方でTTTSにおける減数中絶のように、医学的適応を否定しないままに、「倫理」的妥当性に反すとしてこれを実施しないと、しかも具体的理由を述べないのは、医療の専門家でない立場から見れば理解に苦しむ。

TTTSの症例で、一方の胎児の成長が止まりしかもそのまま放置していれば他方の胎児の生存が危ないという場合であっても、「わが国では倫理的」な理由で減数中絶は許されないと日本の医師は解しているのであろうか。「smaller twinの成長が停滞し胎外生活困難な大きさであり、受血児の生存の期待がわずかになったような場合にはselective feticideを適応したとの報告がある。生理的食塩水を心嚢内に注入し心嚢タンポナーデを作製することなどにより行われる。わが国では倫理的な面より本法を実施することは困難」⑥とって済ませてよいのであろうか。

TTTSでの減数中絶は倫理的に許されないとしながら、同じ日本の医師たちの多くは、単胎の中絶については次のような状況にある。「驚かされるのは、女性が『羊水穿刺を受けない』という結論を出した時や、検査結果で異常が認められた後に『妊娠を継続したい』という結論を出した時の医師の反応であった。リスクが高いと医学的に認められながら検査をしないこと、また異常が見つかって効果的な治療が望めなくても妊娠を継続すること。それは医学の前提に全く反することだといわんばかりの、非難に近い反応であった。異常や障害を選択的中絶によって除去することが、現代医学の進歩の証であり、あたかも人として正当な行為であると信じ込んでいる医師の多いことに愕然とした」⑦。単胎の場合には、双胎のTTTS発症の場合にみられる倫理的妥当性に厳格な姿勢は、どうしてとられないのであろうか。「いまの日本は、出生前診断にもなつてどれだけ中絶されているかわからない」⑧という事実がある。

すでに、減数中絶について「我国では1986年に根津博士が学会で発表した際にも、積極的な議論は行われないうままに、マスコミだけが興味本位に取り上げるに留まった。その理由として、我国の医学界では生命倫理的な問題を正面から見据えて議論することを避ける傾向があることが挙げられる」⑨と指摘されている。TTTSを起点の一つとして、具体的にどのような形で、医師たちの考える倫理が、減数中絶の実施を妨げているのか、医師の側からの真摯な検討が必要である。

欧米では積極的に「正常児の妊娠を継続させ、異常な胎児のみを選択的に中絶する」ことが行われている⑩。だが、アメリカでも、減数中絶の倫理性如何は、今なお、中絶論議の最大のテーマである⑪。ひとつひとつ、具体的な論議を積み重ねていくことが必要である。

同じ日本で、他方、体外受精も顕微授精も、倫理的問題の存在を指摘されながら、実験医療として始まるとたちまち普及していった。当初指摘されていた倫理的問題がどのようにして医師の間で解決されたのかは全く明らかにされることなく、人工生殖に関しては既成事実の先行

によって、実施数が多くなればそれで倫理について言及しなくてもよいかのような観さえある。何が許され、何を禁じるのかを学会が、医学的根拠と倫理的な根拠を明示して、それに違反した場合の実効性あるサンクションを含めて、公表することが行われてこなかった。問われるのは医師個人の倫理観に基づく決断ではなく、のっとるべきルールの有無と、その形成の仕方、そしてルールの内容の善し悪しである。

生殖医療をめぐる学会のルールに対して、厳しい批判が続いてきた。『読売新聞』1995年8月9日付け社説は、「日本産科婦人科学会では、学会が認める前に体外受精や顕微授精が実施された前例がある。この学会では、ルール違反が横行している」「顕微授精の場合は『精子』を使うよう同学会で定めているが、栃木県や北九州市の場合は、精子になる前段階の細胞が使用されている。これはルール無視だ」と厳しく学会を指弾した。『毎日新聞』同年7月29日付け社説も「ルール無視が横行している」ことを指摘した上で、「産科婦人科学会は学会の体質改善を図らないと信用を失うだろう」とまで言い切っている。これに対して、医師たちは、学会は、どのように応えてきたか。減数中絶について医学的適応と倫理面のそれぞれに関し、オープンな議論をし透明度を高めていくことは、人工生殖を行う医師すべてに課せられた責務である。

中絶の権利を法的に正当なものとする立場^①からは、減数中絶の是非の判断が、個々の医師の（あいまいでしかない）倫理観にのみ委ねられているかのような現状は、承認しがたいものである。多胎で苦しんでいる女性がどの医師のもとでも、正当な選択肢として減数中絶の機会を与えられることは、公平性という観点からも当然と考えられる。母子ともにギリギリの状態が多胎妊娠の継続・出産を強制することは望ましくないことは明らかである。患者自身が最終的な判断をすることではあるが、多胎妊娠のうち、その継続が医学的に望ましくないときれる場合について、医学的適応を中心とした判断材料を提供することは医師として当然のことである。

「本邦では合法性の問題、倫理上の問題などの点でコンセンサスが得られていない」（森崇英・中山貴弘・藤原浩「生殖補助医療の現況」『Pharma Medica』14巻1号、1996年10月、17頁）と繰り返すばかりでなく、中村幸雄・勝又木綿子「生殖医学と法律」（『日医雑誌』115巻7号、1996年4月、1069頁）のように「現時点では、確実に1胎もしくは2胎妊娠をする不妊治療は確立されていない。母児共に安全な妊娠・分娩とするためには、減胎手術を必要とする場合もあると考えられる。医療技術の一つとして減胎手術の法的位置を明確にすることが望まれる」と一歩踏み込んで、法学者に積極的に問題提起を行う医師達も現れてきている。これにあって、次の機会に、減数中絶に関する法的な側面からの検討を試みることにする。

①川越靖之・池ノ上克「双胎児間輸血症候群の出生前診断と周産期管理」『小児内科』27巻12号、1995年12月、65頁。

②宇津正二「多胎妊娠初期における胎児・胎盤の超音波検査の時期とその有用性に関する研究」『7年度多胎研究』93頁。

③山守かずみ他「多胎の周産期異常と周産期管理」『小児内科』27巻12号、1995年12月、31頁。

④石川睦男・佐々木公則「全前置胎盤を合併した一絨毛膜二羊膜性双胎の管理」『日本医事新報ジュニア版』352号、1996年5月、3頁。

⑤森崇英「生殖医学の倫理」森崇英他編『産婦人科学書 1. 生殖医学』金原出版、1994年、800頁。

⑥進純郎・澤倫太郎・荒木勤「胎児間輸血症候群」『産婦人科の実際』45巻6号、1996年、641頁。

- ⑦堀内成子「監訳者あとがき」カレン・ローゼンバーグ、エリザベス・トムソン著、堀内成子・飯沼和三監訳『女性と出生前検査』日本アクセル・シュプリンガー出版、1996年、372頁。
- ⑧「遺伝子・胎児診断に対する期待と疑問」『からだの科学』191号、1996年11月、6頁の髙島次郎氏の指摘。
- ⑨我妻堯「リプロダクションのバイオエシックス」『産婦人科の世界』49巻1号、1997年1月、27頁。なお、坂田泰子・仁志田博司「選択的減数とその倫理的諸問題」(『小児内科』27巻12号、1995年12月、37頁)は、「寺島らがおこなったアンケート調査(産科44施設、大学病院41施設、その他の3施設)の減数手術施行に関する各施設の意見の結果は賛成(必要、やむをえない)36.4%、反対(詳細な検討が必要、時期尚早)32.1%、その他(回答なし)31.8%に大きく分けられる。必要の理由としては、母体や胎児の産科的要因からが多かった。やむをえない理由としては、一定の規制を設けることを前提にした賛成や発生子防の努力を前提とした賛成が多かった」として「まとめると、今後、多胎妊娠を減らす努力が不可欠であるとしながらも、症例によって倫理上可能ならば適応が考慮されてよいとの意見がかなりあるといえる」とする。ここでもやはり、「倫理」が持ち出されている。
- ⑩黒木良和「出生前診断における遺伝カウンセリング」『医学のあゆみ』172巻8号、1995年12月、519頁。
- ⑪ロジャー・ローゼンブラッド著、くばたのぞみ訳『中絶』晶文社、1996年、45頁参照。
- ⑫拙稿「自己決定の思想と優生保護法の解釈—法的権利としての人工妊娠中絶の自由—」『金沢大学大学教育開放センター紀要』15号、1995年8月。

1997年2月28日提出

校正中の追記

6月8日、1997年度日本不妊学会北陸支部学術総会で、この問題に関連して報告する機会が与えられた。報告後の質問で、「減数児の人の手による選択はやはり倫理的に問題があるのでは」と問われた。私は、①多数の受精卵のうちから原則3個以内を戻すとき、②一つの精子だけを顕微授精で卵子内に入れるとき、これらについては、人の手による選択を学会としても暗黙の前提として認めているのではないか、減数中絶の場合にのみことさら選択を倫理上超えられない問題とするのはおかしいと答えた(着床前と後とで明確なラインを引くことも可能だが、その点の統一の見解が関連学会内であるとも思えない)。人工生殖全般について、中絶一般との関連を含め、体系的にできるだけ矛盾を生じないような論理を必要とされるであろう。