

資 料

オランダにおける胚の選別

ペーター J・P・タック
ウィルマ L・J・M・ダウスト
甲斐克則 訳

- 1 序
- 2 医学的側面
- 3 倫理的側面
- 4 法的側面
- 6 結 語

1 序

最近、オランダでは、胚の選別に関して国会討議が行われた。その討議はかなり白熱し、ほとんど政治的危機をもたらし、そして2か月後にその論題について国会の幅広い合意を得て終結した。本稿において、われわれは、胚の選別について医学的、法的、倫理的および政策的側面を扱う。そして、胚の選別とは何か、どのような場合に胚の選別が許容され実践されるのか、なぜ胚の選別がそれほど白熱して討議されたのか、そして、その討議の結論はどうなったのか、といったような諸問題に解答することにしたい。

オランダでは、胚の選別は、ハンチントン病、嚢胞性繊維症（cystic fibrosis：外分泌線の遺伝性疾患で、特に小児期に消化不良・呼吸困難を起こす：訳者）、およびデュシェンヌ型筋ジストロフィーといったようなきわめて限定された不治の遺伝性疾患について許容されているにすぎない。胚の選別が、現在数百あるといわれているすべての遺伝性疾患についてなぜ許容されないのか、という問題についても、本稿で解答されるであろう。英国、フランスおよびスペインのような他のヨーロッパ諸国においては、胚の選別は、より多

くの遺伝性疾患について許容されている。また、イタリアやドイツのように宗教および歴史的な理由から、すべてについて許容されていないヨーロッパ諸国もある。

2 医学的側面

胚の選別とは、着床前遺伝子診断 (pre-implantation genetic diagnosis=PGD) としても知られているが、ハンチントン病や重度の染色体疾患 (chromosomal disease) といったような重度の疾患に至りうる遺伝的条件を同定するために胚 (または受精前の卵細胞) を試験管内で検査することである。PGD は、体外受精に先立ってのみ行うことができる。体外受精のための卵細胞は、母親のホルモン組織の刺激によって創出される。その刺激の後、卵細胞は、卵巣から採取される。試験管 (実際にはシャーレ) の中で、卵細胞は、卵細胞と精細胞と接触し、その後に精細胞が卵細胞を受精させることによって受精されることになる。例えば、精細胞が活動しえないがゆえに精細胞が卵細胞を受精させるチャンスが少ない場合、精細胞を卵細胞の中に人工的に注入すること、いわゆる intracytoplasmic sperm injection (ICSI) が可能である。卵細胞の受精後、6 分割から 10 分割の胚の段階に達するまで、細胞分裂が数度行われる。PGD の場合、1 個または 2 個の細胞が医学研究のために胚から採取される。その研究は、DNA 構造のためのクローニング技術を使用することによって行われる。胚は 1 個または 2 個の細胞を取り出すことで害を経験することがない、と推定されている。細胞が遺伝性疾患または障害を示す条件を有しない場合、その胚がさらなる細胞分裂のために子宮に入れられる。その細胞が遺伝的障害を示す場合、その胚は、発育を止められる。

オランダでは、マーストリヒト大学メディカル・センター (Maastricht Academic Medical Centre) においてのみ、PGD を行うことが認められている。1995 年以来、1300 組以上のカップルが PGD の申請を行った。それらのカップルの半数は、濃密なカウンセリングを受けた後に PGD を差し控える決定をした。体外受精処置は、彼らにとってあまりに負担が大きかったからである。結局、250 件の PGD が行われた。毎年、150 件の PGD の申請が行われる。2009 年までには、100 人の健康な赤ちゃんが、PGD 実施後に誕生した。

PGD は、エコグラフィ⁽¹⁾、絨毛検査⁽²⁾、羊水穿刺⁽³⁾、および血液検査⁽⁴⁾といったような出生前遺伝子診断 (prenatal genetic diagnosis=PND) に対

するひとつの代替策である。PNDは、妊娠期間中の胚の検査であり、ハンチントン病のような重度の疾患およびその他の神経疾患、ダウン症およびその他の染色体異常の発見のために用いられる。PNDは、オランダの8つの大学病院で実施されている。PNDについては、ヒト被験者を伴う医学研究に関する中央委員会（CCMO=Centrale Commissie voor Medisch Onderzoek met mensen: the Central Committee on Medical Research involving Human Subjects）の認可が必要である。

多くの将来の両親は、PNDよりもPGDを好む。なぜなら、PGDは受精された卵細胞に適用されるのに対して、PNDは、子宮内の胎児に対して適用されるからである。PGDは、遺伝的傾向のある胚を子宮内に入れない決定に導くことができる。PNDは、胎児が障害を有している場合、人工妊娠中絶を行う決定へと導くかもしれない。多くの将来の両親は、PGDの心理学的および道徳的利点を認めている。なぜなら、PGDは、彼らが人工妊娠中絶を受けるか否かに関する難しい決定を行わなければならないということを防止するからである。

3 倫理的側面

PGDは、あらゆる種類の倫理的問題に取り囲まれている。宗教団体、プロライフ運動、および「自然に生きる（natural living）」を信じる団体においては、PGDの許容性に関して、重大な疑念が表明されてきた。その疑念は、体外受精の実施に関する疑念、余剰胚の問題をいかに扱うべきかに関する疑念、およびPGDを実施する理由に関する疑念に分類することができる。

体外受精は、女性の身体ホルモン刺激の後のみ実施することができる。卵細胞を創出するためにホルモンで女性の身体を操作することは非倫理的である、と考える人々がいる。自然な方法で卵細胞を創出する諸問題を有していない女性でさえも、それにもかかわらず、複数の卵細胞を創出する体外受精処置に従わざるをえない。体外受精の反対者たちは、さらに、ホルモン療法は母親に対する危険性なしにはありえず、また、もっと重要なものかもしれないが、

-
- (1) 心臓、腎臓および腸の異常といったような胎児の障害が見てとれる。
 - (2) DNA 診断および新陳代謝疾患のために胎盤から採取された試料。
 - (3) 二分脊椎および新陳代謝疾患の診断のために羊水から採取された試料。
 - (4) 二分脊椎およびダウン症の診断のためのもの。

生まれてくる子どもに対するリスクなしにはありえない、と主張する。体外受精児は、医療的干渉なしで生まれた赤ちゃんよりも多くの生来の障害を有しているように思われる⁽⁵⁾。さらに、医療的干渉なしの出産については、両親は、「新たな生命を創出すること」に対して責任がある。医師が新たな生命を創出することに関わる場合、彼は、両親の最善の利益においてのみならず、その子どもの最善の利益においてもそれを行わなければならない。

体外受精のプロセスにおいては、厳密に必要とされる以上の卵細胞が受精させられる。受精させられた余剰卵細胞は、医学研究のために利用される。そこで、いくつかの問題が生じている。医学研究は、どの程度までなら倫理的といえるのか。そして、受精させられた余剰卵細胞が利用されなかった場合、その胚は、どのように扱われるべきか。それらの胚は、破壊されるべきか。

体外受精のみならず、PGD もまた、いくつかの問題を引き起こす。健康な胚のみが選別されることは、正しいことなのか。健康な子どもだけを得るために生命を操作することは、許されるべきなのか。社会は、障害児を平等に価値あるものとして承認すべきではないのか。

また、滑りやすい坂道論 (slippery slope argument) については、どうであろうか。もし PGD を認めれば、その次のステップはどうなるであろうか。結局のところ、髪の毛や目の好ましい色の良い外観をもった子ども、いわゆるデザイナー・ベビー (designer babies) の選別が始まるのではないか。特に保守的な宗教団代においては、胚の選別に対する抵抗が実在する。

4 法的側面⁽⁶⁾

オランダでは、胚は、妊娠年齢が過ぎるに連れ、法律によってますます保護される。胚は、胚法 (Embryo Act) によって保護される⁽⁷⁾。同法は、体外受精または科学的研究のために創出された胚をどのように扱うべきかに関する諸規定を含んでいる。胚を用いた科学的研究は、医療倫理プロトコールに適合し

(5) M. F. Helmerhorst, D. A. Perquin, M. J. Keirse, Perinatal outcome of singletons and twins after assisted conception: a systematic review of controlled studies. *Br. Med. J.* 2004: 328: 261.

(6) さらなる詳細については、W. L. J. M. Duijst, *Gezondheidsstrafrecht, (Criminal aspects of health law)*. Kluwer Publisher Deventer 2009 参照。

(7) 2002年6月20日の法律, *Staatsblad (Statejournal)* 2002, 338.

ていなければならない。妊娠を促進するための胚の利用は、2002年の胚法によっても規制されている。胚を用いた多くの医学的応用は、明文で禁止されている。胚を用いた医学研究は、その所有者（owners）の同意を得てのみ実施することができる（12条）。その研究は、所有者に対して情報が提供された後でのみ実施することができる（6条）。卵細胞または精細胞を創出する医学的干渉は、その細胞の所有者に対して書面による情報提供がなされた後にのみ実施することができる（5条）。卵細胞および精細胞、ならびに胚は、法律によって保護されているが、独立した権利を有しているわけではない。胚は、欧州人権協定（European Convention on Human Rights and Fundamental Freedoms）2条によっては保護されていない⁽⁸⁾。胚が胎外生育可能なほどに成長した場合にのみ、胎児の生命は、刑法によって保護されるにすぎない（刑法289条および82a条）⁽⁹⁾。子どもが生まれてはじめて、その子どもは、独立した権利保持者となり、それは執行することができるのである。

胚のこの法的保護は、1997年の欧州評議会人権・生物医学協定（1997 Convention on Human Rights and Biomedicine of the Council of Europe）と符合する⁽¹⁰⁾。胚は、独立した権利を有しないがゆえに、胚の利益は、健康な子どもを持つという両親の利益、あまりに多くの障害者を持たないという社会の利益、および幹細胞提供者を持ちたいという兄弟の利益といったような他の利益と比較衡量されざるをえないのである。

胚の選別は、指定された特別な医学手術の実施が彼の公的認可がなければ禁止されることを規定する権限を保健大臣に与える1997年の特別医学手術法（1997 Special Medical Operations）⁽¹¹⁾の管轄下に置かれる（2条）。

(8) Commission in X. v. UK 13 May 1980, application no. 8416/78, 110. Vo v. France European Court on Human Rights 8 July 2004, application no. 53924/00.

(9) Peter J. P. Tak, Late termination of pregnancy under the Dutch Penal Code (part 1 and 2). The Hiroshima Law Journal vol. 25 no's 3 and 4 [ペーター・タック（甲斐克則訳）「オランダ刑法における後期妊娠中絶（一）（二・完）」広島法学25巻3号（2002年）139頁以下、25巻4号（2002年）53頁以下：ペーター・タック（甲斐克則編訳）『オランダ医事刑法の展開——安楽死・妊娠中絶・臓器移植』（2009年・慶應義塾大学出版会）117頁以下所収] 参照。

(10) H. Leenen, Handboek gezondheidsrecht Deel I, Rechten van mensen in de gezondheidszorg, (Handbook health law part I, patients' rights in health care) pp. 31-137. Bohn Stafleu van Loghum Publishers, 2007.

保健大臣は、胚の選別に関する 2 つのセットの規制を發布した。第 1 のセットは、専門的な医学的見地によれば重大な伴性遺伝性疾患のリスクが存在し、かつ特別な医学手術がそうしたリスクを回避するために行われる場合を除いて、将来の子どもの性を選別するために人工生殖の領域における医学手術を実施することの絶対的禁止を含んでいた（1998 年勅令 336 号）⁽¹²⁾。この勅令は、2002 年胚法 26 条に取って代わられている⁽¹³⁾。勅令の説明書では、デュシェンヌ型筋ジストロフィー、血友病、もしくは様々な形態の伴性の精神遅滞のような特例に言及している⁽¹⁴⁾。

胚の選別に関する第 2 の規制セットは、臨床遺伝研究と遺伝的助言の計画命令（Planning Order Clinical Genetic Research and Genetic Advising）⁽¹⁵⁾ である。計画命令 1 条は、保健大臣の認可なく着床前遺伝子診断（PGD）を実施することを禁止する旨を規定している。実際、保健大臣または副大臣は、いかなる遺伝性疾患が胚の選別を生ぜしめうるかを決定するであろうがゆえに、胚の選別政策を決定するのである。

計画命令によれば、PGD は、将来の両親が重度の遺伝性障害ないし疾患のある子どもをもつという、個別的に創出されたリスクを有する場合に考慮することができるかとされている。

5 政策的側面

計画命令に規定された PGD のための選別基準に関する議論によって、医療倫理の性質に関する問題において保健大臣に助言する、国家保健審議会（National Health Council）による助言を請う必要性が高まった。

(11) Staatsblad 1997, 515.

(12) Staatsblad 1998, 336 Royal Order of May 26, 1998.

(13) ヒトのバイオテクノロジーと法律に関するオランダ法学会の最近の報告書（Dutch Law Association on Human Biotechnology and Law (Humane biotechnologie en recht, handelingen NJV 2009-1 pp. 1-56)）において、J. サムセン（J. Somsen）教授は、純粋な性に関連する胚の選別を禁止する確信的理由は無い、という結論に到達している。彼の見解によれば、——性に関連する胚の選別を禁止する主な理由である——差別の禁止は、主要なものとなりえないという。

(14) Staatsblad 1998, 336, p. 6.

(15) Staatscourant 23 januari no. 16 p. 11.

2006年1月に公表された報告書において、保健審議会は、計画命令において定式化された PGD のための選別指示の拡大を訴えた⁽¹⁶⁾。審議会は、保因者の場合、人生の終わり近くで明らかになる重大な遺伝性条件と結び付くハイリスクを片親が有している場合、および、必ずしもすべての個人ではないが突然変異でその疾患に結び付きかつきわめて侵襲的治療もないかそれしか利用できない遺伝性条件がある場合、PGD のための好都合な助言を与えた。保因者であるということは、保因者自身がその疾患に冒されない（もしくは冒される程度が低い）けれども将来の子どもがその疾患に罹患するリスクがより大きいということを意味する。

2006年5月のオランダ議会への書簡⁽¹⁷⁾において、保健副大臣は、保健審議会の助言に対する自己の対応を定式化した。副大臣は、保因者に関するかぎり選別指示の拡大に同意した。そのような場合、PGD は、将来の子どものための重大な遺伝性疾患を防止する目的を有する場合にのみ適用することができる、というわけである。

副大臣は、さらに、人生の終わり近くで明らかになる重大な遺伝性疾患のための PGD を許容することに同意した。加えて、副大臣は、病気の兄や姉のドナー・シップ（donor ship）の視点で PGD がヒト白血球抗原組織（HLA system）を決定することは認められないという宣言をした。副大臣は、将来の子ども自身が疾患または障害に罹患する重大なリスクを負うであろう場合にのみ PGD を承認することができる、と宣言した。

議会におけるこの書簡を議論することがその意図であったが、それは、政府の危機と政府の崩壊により、議論は行われなかった。保健副大臣による2006年の書簡は、その選別基準があまりに明確でなかったがゆえに、PDG の医療職者にとって著しいいくつかの困難をもたらした。

PGD を実践することを認可するマーストリヒト大学メディカル・センターは、それゆえに、PGD を100%の遺伝疾患に限定したのである。遺伝性の乳がんおよび卵巣がん、ならびにその他の遺伝性疾患の場合、その疾患が遺伝で受け継がれるチャンスは100%未満であり、PGD は適用されない。

PGD を明確に限定するこの決定は、法的理由以外の理由に基づいて行われ

(16) Gezondheidsraad (Health Council), preïmplantatie genetische diagnostiek en screening, (pre-implantation genetic diagnostics and screening). The Hague 2006, 102 pp.

(17) Parliamentary Papers 2005-2006, 30300 XVI no. 136 p.4.

た。なぜなら、保健副大臣によって表明された立場は、法的性質がきわめて弱いものだからである。保健大臣は、一定の医学手術を禁止することしかできないが（特別医学手術法 3 条）、PGD のための拘束力あるガイドラインを発する権限を有しているわけではない。保健大臣が PGD の財務管理上の決定権を有するという事実は、おそらく、——特別な医学手術が必要であるがゆえに——マーストリヒト大学メディカル・センターが厳格な PGD を適用するのに決定的なものとなっている⁽¹⁸⁾。

2008 年初頭、保健副大臣は、乳がん、卵巣がん、もしくは大腸がんに至りうる遺伝因子の保因者の場合に、PGD に関するスタンスを定式化する約束をした。2008 年 5 月の議会への書簡⁽¹⁹⁾において、保健副大臣はまた、必ずしもすべてではないが個人が突然変異により（遺伝性乳がんまたは一定形態の大腸がんのような）疾患に罹患する遺伝的条件を有している場合にも、PGD について認可を与えた。選別基準を拡大する理由は、先の書簡以来、突然変異した BRCA1 遺伝子または BRCA2 遺伝子によって惹起された乳がんに関してより多くの情報が利用可能である、という点にあった。

これらの遺伝性疾患のための選別基準の拡大は、ホットな政治的論議を引き起こした。なぜなら、新たな政府の連立の合意においては、妊娠をもたらす以外の目的で科学研究のために胚を創出しかつ利用することを禁止するということが明示的に表明されていたからである⁽²⁰⁾。それゆえに、こうした拡大は、この合意に明らかに抵触するものであったし、また副大臣は、議会への書簡を撤回して大臣の審議会においてその問題を議論せざるをえなかったのである。

議会においては、政党の多数は、女性が乳がんまたは人生の終わり近くで明らかになるその他の疾患の遺伝的傾向を有する場合には胚の選別に好意的であった。保守的政党は、遺伝的傾向がある場合の胚の選別の利用に反対した。すべての政党が、政府は胚の選別について立場決定をしなければならない、と述べた。

大臣審議会および議会における討議の結果、副大臣は、PGD の適用に関する新たなガイドラインを公表した⁽²¹⁾。新たなガイドラインによれば、マース

(18) J. Somsen, *Humane Biotechnology and Law* op. cit. P. 30 参照。

(19) *Parliamentary Papers* 2007-2008, 31200 XVI no. 147 p. 1-13.

(20) Regeerakkoord, *Samen werken, Samen leven* (coalition agreement work together, live together p. 42 rule 36. (www.regering.nl 参照)。

(21) *State Journal* no. 42 March 3rd, 2009.

トリヒト大学メディカル・センターは、依然として、PGDを実施することが認められる唯一のセンターである。体外受精が行われているその他のセンターでは、細胞は、8分割から10分割の胚細胞が採取でき、また、これらの細胞は、細胞のPGD研究のためにマーストリヒトに輸送することができる（いわゆる輸送（transport）PGD）。

新たなガイドラインによれば、PGDが実施できるのは、重大な疾患のための高度な個別的风险がある場合だけである。PGDが実施可能となる前に、以下の4点が考慮されなければならない。

1. 研究が行われるその疾患の重大性。
2. その疾患を治療する諸々の可能性。
3. その他の医学的基準。および、
4. 心理学的側面およびその他の側面。

- Ad.1. 重大な疾患の高度の個別的风险。この点については、以下のことが考慮されなければならない。

重大な疾患に罹患するリスクは、PGDを正当化するためには高度のものでなければならない。その疾患が発症するであろう年齢は、重要である。遺伝性のがんの場合、そのがんが生じる方法を考慮する必要があるであろう。すなわち、そのがんは、1つ以上の臓器に発症するであろうか。その疾患は何歳で発症し、そしてその疾患はどの程度耐え難いものであるか。

- Ad.2. 治療の諸々の可能性。この点については、以下のことが考慮されなければならない。

第1に、適切な時期にその疾患を発見する可能性に関するいくつかの疑問がある。さらに、定期的なスクリーニングの負担が、PGDの負担よりも重いものとされなければならない。PGDのポジティブな結果に対する対応の諸々の可能性が、患者に受け入れられる可能性のあるものでなければならない。例えば、乳がんの遺伝子を有している場合に、その女性が乳房を切除されることを受け入れることができるか、あるいは、予防的治療の成果が、ある人が不妊症になるということが受け入れることができるか。そして最後に、しかし少なくともではなく、近い将来、新たな治療が、開発されること期待されるのか。

- Ad.3. その他の医学的基準。

一般的な医学的基準は、PGDが遺伝的異常の高度の個別的风险に対す

る正しい対応であるという決定にとって重要である。PGD についての選択肢に関して、決定がなされなければならない。なぜなら、PGD は、体外受精が可能な場合にのみ行われうるからである。体外受精について、病的肥満および年齢といったような反対の指示がある場合、PGD はできない。

— Ad4. 心理学および道徳的側面。

心理学的側面は、考慮されなければならない。彼が「悪しき」遺伝子の保因者であるということを個人が知る負担とは何であるのか。PND は代替案なのか、特に人工妊娠中絶は当該人にとって 1 つの選択肢となるのか。ときどき、以前の人工妊娠中絶もしくは遺伝的突然変異による流産のような事前の体験は、その決定を行うにあたり重要である。

法的観点から議論を振り返ると、国会および大臣審議会におけるこの議論は必要であったか否か、問題となりうる。PDG の適用範囲が政治家によって決定される事柄なのか、それとも将来の両親との十分な相談により医学の専門家によって決定されるべき医学的決定なのか、これを問題とすることができる。

1 例を挙げてみよう。将来の両親は、家族内の遺伝性疾患について、および彼らの将来の子どもがその疾患に罹患するおそれがあることを知っており、医学の専門家に連絡して PGD について尋ねるとしよう。専門家は、将来の両親に対して、遺伝的リスクは高くはないという情報提供をするにもかかわらず、両親は、PGD を受けたい、と主張する。新たなガイドラインに規定された PGD 手術の適応範囲内に該当しないこのケースで、専門家が実際に PGD を行うことを想像されたい。専門家は、法律との葛藤、特に胚法との葛藤をしつつ行為し、刑事責任まで負うことができるであろうか。

すでに見たように、胚法の射程範囲は、胚の商業的利用といわゆるキメラの禁止に関連づけられたものである。それゆえ、胚法との葛藤はないし、訴追されるリスクもない。専門家は自己の専門的基準と葛藤しつつ行為するかもしれないが、しかし、それは、懲戒裁判所の管轄事項であって、刑事裁判所の管轄事項ではない。

6 結 語

以上のすべての側面を考慮すると、PGD が適用されるのは、以下の場合に

ついでのみであろう。

- 突然変異がその疾患に罹患する遺伝的条件により子どもが重大な遺伝性疾患または異常を有する高度の個別的リスクを伴うカップルの場合。および、
- 必ずしもすべてではないが突然変異を伴う個人がその疾患に罹患する遺伝的条件により、子どもが重大な遺伝的疾患または異常を有する高度の個別的リスクを伴うカップルの場合。

これらの一般的基準に加えて、PGD がその子どもの重大な遺伝的疾患または障害を防止するために行われる場合、キャリア・シップ (carrier ship) は、診断の基準に役立つかもしれない。

PGD は、非医学的理由からも利用することができる。すなわち、(将来の) 胚または両親の中で知られている、PGD を正当化する医学的リスクがない場合である。例えば、両親が、幹細胞を必要とする疾患のある子どもを有している場合である。幹細胞は、臍帯血から採取することができる。PGD は、幹細胞治療を必要とする子どもと適合するヒト白血球抗原組織を有する胚を選別するために利用される。しかしながら、——いくつかの国で許容されているように——兄または姉のために幹細胞移植に対する観点からのみこの HLA₍₂₂₎ を類型化することは、オランダでは許容されない。

そのガイドラインの適用に関して情報提供を受けるために、マーストリヒト大学メディカル・センターは、保健大臣に、PGD が行われた遺伝的疾患および障害の種類と数を報告しなければならない。その情報を通して、政府および議会は、胚の選別政策を容易にコントロールできるのである。

政策的観点からは、政府および議会が胚の選別政策をコントロールしたいということは、十分によく理解できる。しかしながら、PGD の適用範囲は、政治家によって決定される管轄事項か否か、疑問視することができる。PGD が将来の両親との十分な相談により医学の専門家によって決定されるべき医学的決定であると考えられる大きないくつかの理由がある。

PGD が世界的に実施されている単一遺伝子障害および疾患の数は、きわめて多い⁽²³⁾。ハンチントン病、嚢胞性繊維症、およびデュシェンヌ型筋ジストロフィーもしくはベッカー型筋ジストロフィーもしくは血友病 A 型または B 型といったようないくつかの単一遺伝子障害については、ヒドキシラーゼ欠乏

(22) Human leukocyte antigens.

(23) Health Council Report p. 31参照。

症 (lyrosine hydroxylase deficiency) のような他の疾患以上に多く PGD が行われている。これらの例は、PGD が医学者による高度に専門的な知識を必要とすることを示している。政治家が胚の選別に関する自己の決定の帰結を理解しているかどうかは疑わしい。それゆえ、PGD の実践的適用の展開を医学の専門家に委ね、政治的レベルでは胚政策の概略のみを議論することが賢明であろう。

ナイメーヘン、オランダ

2009年 4月22日

(完)

〈訳者あとがき〉

ここに訳出したのは、オランダのラードバウド・ナイメーヘン大学 (Radboud University Nijmegen) 法学部のペーター・タック教授が2009年 4月22日付で作成され、同年 4月25日付で私宛に送ってこられた、ウィルマ・ダウスト上級研究助手と共著の書下ろしの論文 (原題は Peter J. P. Tak / Willma L.J.M. Duijst, Embryo selection in the Netherlands) である。オランダの医事法は、安楽死、人工妊娠中絶、臓器移植 (ペーター・タック (甲斐克則編訳) 『オランダ医事刑法の展開——安楽死・妊娠中絶・臓器移植』 (2009年・慶應義塾大学出版会) 参照、両氏の紹介については、同書「編訳者解説・あとがき」参照)、臨床研究 (甲斐克則『被験者保護と刑法』 (2005年・成文堂) 105頁以下、特に113頁以下)、医行為の規制 (甲斐克則『医事刑法への旅 I [新版]』 (2006年・イウス出版) 40頁以下参照) 等でユニークな展開を見せている。本稿は、オランダの生殖医療の展開の一端として、受精卵の着床前診断 (PGD) についての最新の情報を伝えるべく、親交のあるタック教授とダウスト上級研究助手 (医師・刑法学者) が日本で翻訳・紹介して議論に役立ててほしいとの思いで書き下ろされたものである。確かに、受精卵の着床前診断に関する政府と議会と医学界の最新の動向が正確に描写されており、この問題に慎重に対応している日本の議論においても参考になるところがあるが、入念な検討は別途行わざるをえない。なお、原文では章の番号が付されていないが、訳文では、便宜上番号を付した。

(甲斐克則)