

はじめに

第一章 生命倫理から考える「中絶」

I bioethics とは

II bioethics の日本への流入

III 日本における生命倫理の捉え方

第二章 日本における中絶に関する法制定の変化

I 中絶と日本の法律

II 人工妊娠中絶の現状

III 女性の権利対胎児の生命権

IV 女性の心理状況

第三章 出生前診断の登場による出産の変化

I 出生前診断の広がり

II 母体血清マーカーの輸入と日本での広がり

III 優生学

IV 自己決定

V 出生前診断と出産

第四章 出産における不安事項

I ジェンダーによる役割分担

II 男女における時間に関する不安

III 出産における経済的不安

IV 目指すべき社会とは

おわりに

参考文献

はじめに

近年、医学は急激な進歩を遂げつつある。遺伝子が発見され、ヒトゲノムの解読も終了し、医療への応用というように我々の生活にも科学技術は大きく貢献している。しかし一方で、このような科学発達のスピードについていけずに発生した社会的・法的な問題が多く残っている。脳死臓器移植や、安楽死、生殖補助医療など法律上での扱いも曖昧なままニュースなどで大きく取り扱われ、明確な社会的改善策は見つかっていない。

その数多くある問題の中でも、私は「中絶」について考えていきたい。中絶という医療行為に疑問を持ったことはないだろうか。医業行為を法的に許された医者の手によって子宮内の胎児の生命を絶つ医療行為に私は違和感を覚えた。その治療を行うという意思決定自体は、中絶される本人ではなくその子供の両親によって決定される。この過程の中で医者と患者（胎児）の間にはインフォームド・コンセント（説明と同意）がなく、代わりに保護者が胎児の代わりとして「生か死か」という二択の選択肢のどちらかを決めている。この仕組みが現代社会に生きる家族たちの求める「何を」達成しうるものなのか考えることによって家族にとってどのような家族環境づくりが求められているのか言及したい。

また中絶を考える上で「他者が他者の生命の是非を選択している」という事について述べたが、その部分に深く関わってくるのが出生前診断の登場である。出生前診断とは中絶をすることを少なからず前提として、そのリスクを凶るための一つの指標として行われる検査技術である。このような検査が一般普及し、かつそれを当然のように受け入れていくには何かしらの社会的要因があると考え。女性の社会進出や高齢出産化、現代社会人のライフワークバランスを考えていく上で必要不可欠なものだからこそ、「暗黙の了解」というかたちで黙認され続けてきたのではないか。

私は中絶の歴史や社会との関わりを考え、最終的には現代社会における家族のありかたについて述べたい。

第一章 生命倫理から考える中絶

私が中絶に疑問をもちはじめるときっかけとなったのは生命倫理学である。非常に幅広い学問領域であるが、中絶に関する問題を考える上では必要となってくる。はじめにそもそも生命倫理学とはどのような学問分野なのか、どのように誕生したのかという経緯について述べる。

I bioethics とは

生命倫理のもとの言葉となった **bioethics** という言葉は「生命」や「生活」をあらわす **bio** と「倫理」ないし「倫理学」をあらわす **ethics** を合成してつくられた言葉である。この言葉ははじめ **V・R** ポッターによって 1970 年代頃に名付けられ、主に医療問題について考え

るものではなく「地球環境の危機を克服して人類が生き残る為の科学」について考えるためにできた学問領域にすぎなかった。しかし、ちょうどその時代の米国では生命科学と医療技術の著しい発展により様々な倫理上の医療問題が社会的議論を引き起こしており、ケネディ倫理研究所によって「バイオエシックス百科事典¹」内において **bioethics** が「生命科学とヘルスケアの領域に置ける人間の行為を、道徳的諸価値や諸原理に照らして吟味する体系的な研究」と定義されると、その意味が米国一般に広がってしまった。このようにしてポッターが最初に定義した **bioethics** の意味は忘れ去られてしまい、アメリカ国内においてケネディ倫理研究所における「医療倫理」としての考え方が一般的な考え方として定着することとなった²。

II 日本への **bioethics** の流入

このように、「地球環境倫理」の意味を強く含むポッター流の **bioethics** と「医療問題」の意味を強く含む **bioethics** が米国で普及していたが、当時、両意味とも日本に輸入された。

まず、ポッターの著書が 1974 年に日本語訳され日本国内に入ってきたが、その際、あまり学問的に定着しなかった。**Bioethics** という言葉自体も「バイオエシックス」とカタカナ書きに訳されているだけであり、カタカナ表記だけでは当時の日本人を惹き付けなかったのかもしれない。1977 年に上智大学の青木清によってはじめて「生命倫理」と訳され 1978 年には生命倫理の授業も開講された。上智大学は、同じイエズス系の姉妹校であるジョージタウン大学の影響を受けて、75 年頃から生命科学研究所の設立と生物化学専攻の新大学院設置を準備していたが、新大学院のカリキュラムに盛り込んだ「バイオエシックス」という科目名を文部省がカタカナ書きであったために認めなかったため、青木は急遽「生命倫理」という **bioethics** という日本語訳を生み出した。これにより、より日本人になじみある単語になったのかもしれない。

その後、「バイオエシックス百科事典」刊行により **bioethics** が一つの学問領域として米国で認識されたのを受けて日本でも「医療倫理」としての **bioethics** を本格的に輸入しようとする動きが広まっていった³。

III 日本における生命倫理の捉え方

日本で **bioethics** を広めていく運動を最初に積極的に行っていたのは、武見太郎と木村利人である。武見はバイオエシックス百科事典の「日本の医療における伝統的な職業倫理」などを執筆して、「医療倫理」としての **bioethics** について知っていた。それに加え「環境

¹ Reich, Warren Thomas (1978) Encyclopedia of Bioethics, 4 Vols.

² 加藤尚武・加茂直樹 (1998) 生命倫理学を学ぶひとのために 世界思想社 14-18 頁

³ 同書 19-24 頁

倫理」に通じる bioethics の考え方を「生き残る為の科学」として独自に自らの学問に加え「生存科学」として bioethics を捉えていった。

一方、木村は 1980 年からケネディ倫理研究所に所属し「医療倫理」の bioethics を実地に体験していた。また、木村は 1980 年代に日本全国 36 カ所で bioethics を紹介する講演を行っていた。彼は主に米国の患者や被験者の権利を守る意味での bioethics に注目 bioethics とは「医療・医学のみならずビオス（生命・生物・生活）のすべてにかかわりを持つ、人間の尊厳の主張に根ざした人権運動であり公共政策づくり」であると論じている⁴。

1985 年には脳死判定基準の問題が日本社会で大きく取り上げられるようになりマスコミでも「生命倫理」という言葉が取り上げられるようになった。この生命倫理は「ライフサイエンス」に根ざした意味を強く含んであり広くその意味で認識されるようになった。

これらの種類の「生命倫理」が日本において存在し議論されてきたが、どれか一つが明確な「生命倫理」を示すのかは定義されていない。そのため、日本の中でも認識が異なり議論が混乱してしまう場合がある。この論文を書くにおいて私は生命倫理を何か一つのものとして定義し進めていきたい。生命倫理は学問ないし学問領域をさす言葉であって特定の倫理規範をさす言葉でないということを先に定義しておき、「我々は何者なのか」ということを追究する学問であると捉えておきたい。

第二章 日本における中絶に関する法制定の変化

次に、日本の法による中絶の歴史を考えていきたい。現在の日本では刑法 212 条から 216 条により墮胎は禁止されている。しかし、例外的に一部の条件を揃えていれば、中絶は認められ、中絶を行うことができる仕組みとなっている。このような法律の形は、どのようにしてできたものなのか。日本の歴史に注目し、法と中絶の観点から考えたい。

I 中絶と日本の法律

時代の変遷にあわせて日本の妊娠中絶に関する法律は大きく変化している。日本で墮胎や間引きが多発したのは江戸時代である。農村部では深刻な食糧難によって、また都市部では性風俗の悪化などにより、社会維持のために墮胎が行われるようになった。もちろんこの当時、法制度として女性の身体や健康への配慮はなく、女性にリスクが伴う墮胎であった。この状況は明治初期にも続いたのだが、1880 年にフランスの影響を受けて、旧刑法典の中で正式な犯罪類型として墮胎罪が登場した（旧刑法典 330 条から 335 条）。それに加えて 309 条には「一家ノ恥辱ヲ蔽フカ為メ又ハ生児ヲ養育スル能ハサルコトヲ恐ルル為メ婦女若クハ其夫又ハ其父母、祖父母墮胎ノ罪ヲ犯シタルトキハ其罪ヲ宥恕シテ本刑ニ二等又ハ三等ヲ減滅ス」という規定があった。「一家ノ恥辱」を刑罰法規に取り込もうとしているところに当

⁴ 木村利人（1987） いのちを考える—バイオエシックスのすすめ 日本評論社 11 頁

時の「家」制度の強化の意図を見る事ができる。その後 1907 年に成立した現行刑法点でも基本的には旧刑法を土台としており、特に目立った変更箇所はなかった。

日本での堕胎・妊娠中絶問題が優生学と結びつき始めるのは大正時代になってからである。その契機となったのが 1916 年の永井潜「生物学と哲学の境」であったといえる。その中では「国家における個人はちょうど一個体における細胞のようなもの」で、個人は国家の為に働かなければならないとする社会有機体論的国家主義が説かれた。さらに 1924 年から 1926 年にかけて、社会運動としての優生運動が始まり「優良な子孫」を残すこと、つまり日本民族の優越性の保証とその強化に目が向けられるようになった。1933 年にはドイツでナチス政権が「遺伝病子孫の出生阻止に関する法律（断種法）」をつくったことを受け、1936 年には「財団法人日本民族衛生教会」が設立された。そのまま「国民優生法」が制定され優生志向中心の堕胎合法化が決定されていくのである。任意の断種手術が可能になるという法律であったのだが、戦争の影響もあってか実施件数自体は大きくのびなかった。

第二次世界大戦後は 1946 年に日本国憲法が制定され基本的人権の尊重、人格権の尊重、個人の自由の保障、男女平等といった基本理念が導入され、家族法も改正されたため中絶規定において大きな影響を与えた。これらの方針があったと共に、戦後の急激な人口増加によるヤミ堕胎防止のための策として、1948 年に国民優生法に変わる「優生保護法」がつくられた。このため、優生保護法には優生思想が強く根付いており、1 条では「優生上の見地から不良な子孫の出生を防止するとともに、母性の生命健康を保護することを目的」とする旨が書かれている。この法規制で特に注目しておきたいのは妊娠中絶許容項目に「経済的事由理由」が組み込まれた事によって、中絶が広い範囲で許容されてしまった点である。これにより日本は中絶大国と呼ばれるほど中絶数が増加し、法実務上も堕胎罪の適用は激減した。

1995 年には優生保護法における、直接的な優生思想の表現が障がい者に対する差別になるのではないかという理由から、優生保護法から「母体保護法」への改正が行われた。「優生手術」を「不妊手術」に改めるなど文章上の表現は大きく変わったものの突然の改正であったため、あまり十分な議論がなされないまま変更が行われた。なので「経済的理由」による中絶は今もなお残っており、その規定範囲の曖昧さが大きな問題となっている⁵。

II 母体保護法による妊娠中絶の現状

図 1 人工妊娠中絶の件数の年次推移⁶

⁵ 甲斐克則（2010）生殖医療と刑法 成文堂 30-37 頁

⁶ 平成 24 年度衛生行政報告例の概況 母体保護関係

http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei_houkoku/12/dl/kekka6.pdf

(単位：件)

各年度

	平成20年度 (2008)	21年度 (' 09)	22年度 ¹⁾ (' 10)	23年度 (' 11)	24年度 (' 12)	対前年度	
						増減数	増減率 (%)
総数	242 326	226 878	212 694	202 106	196 639	△ 5 467	△ 2.7
20歳未満	22 837	21 535	20 357	20 903	20 659	△ 244	△ 1.2
15歳未満	347	395	415	406	400	△ 6	△ 1.5
15歳	976	947	1 052	1 046	1 076	30	2.9
16歳	2 771	2 543	2 594	2 831	2 701	△ 130	△ 4.6
17歳	4 247	4 031	3 815	4 099	4 038	△ 61	△ 1.5
18歳	6 071	5 683	5 190	5 264	5 344	80	1.5
19歳	8 425	7 931	7 291	7 257	7 100	△ 157	△ 2.2
20～24歳	56 419	51 339	47 089	44 087	43 269	△ 818	△ 1.9
25～29歳	51 726	48 621	45 724	42 708	40 900	△ 1 808	△ 4.2
30～34歳	49 473	45 847	42 206	39 917	38 362	△ 1 555	△ 3.9
35～39歳	43 392	41 644	39 964	37 648	36 112	△ 1 536	△ 4.1
40～44歳	17 066	16 544	15 983	15 697	16 133	436	2.8
45～49歳	1 379	1 302	1 334	1 108	1 163	55	5.0
50歳以上	22	27	25	21	14	△ 7	△ 33.3
不詳	12	19	12	17	27	10	58.8

近年中絶件数は減りつつあるが、それでも年間約20万件中絶がおこなわれている。日本における中絶は母体保護法の規定の範疇で行われる。母体保護法による中絶は「胎児が、母体外において、生命を保続することのできない時期に、人工的に、胎児及びその付属物を母体外に排出すること」をいい、「生命を保続することのできない時期」とは、現在、妊娠22週未満とされている。

母体保護法の規定では人工妊娠中絶として認められる条件として「①妊娠の継続または分娩が身体的または経済的理由により母体の健康を著しく害する恐れのあるもの」、「②暴行もしくは脅迫によってまたは抵抗もしくは拒絶することができない間に姦淫されて妊娠したもの」の条件に適合する場合に限り違法性阻却され、法的に認められる。しかし、実際の現場では「経済的理由」が拡大解釈され、ほとんど審査のないまま中絶が認められてしまう。

現在に行われている中絶手術とはどのようなものか。人工妊娠中絶の手術方法は胎児の成長度合いにもよるが、早期の施行のほうが母体にとってもリスクが少なく、短期間で終了する。妊娠初期の人工妊娠中絶は指定医によって医療施設で行われる。一般に全身麻酔下で子宮内容除去として胎盤鉗子法・搔爬法あるいは吸引法で行われる。手術後は子宮収縮や感染防止のための内服薬が処方されることが多く、数日～1週間後に再診し異常の有無を調べる。

妊娠中期（妊娠12週～22週未満）の中絶手術は数日間の入院・管理が必要となる。浸透性頸管拡張器を用いて緩徐に子宮頸管を拡張した後、陣痛を誘発させる為の薬物をつかい、分娩を誘導する。胎児および胎盤の摘出後は子宮収縮や感染防止の為の薬剤内服のほか、乳汁分泌抑制剤の内服も必要になる場合がある。また、妊娠12週以降の中絶には母体保護法による人口死産として、死亡届も必要となってくる⁷⁾。

⁷⁾ 日比野由利・柳原良枝（2011）テクノロジーとヘルスケア-女性身体へのポリティクス生活書院 40頁

Ⅲ中絶に関する法律に関わる人物

出産は、一般的な出来事であり、その過程の中で多くの立場の人が関わってくる。その中でも特に出産と法律の関係では、①出産主体である女性②胎児・新生児③出産を介助する側の三者が注目される。

①出産主体である女性の立場について言及する。まず、出産は誰のためにあるのかという観点から、出産の個人的意義と社会的意義を確認しておく。出産の個人的意義とは出産を私的なものと考え他者がとやかく干渉しない、つまり産むか産まないかは出産主体である女性がきめるという「女性の自己決定権」あるいは「リプロダクティブ・ヘルス」ないし「リプロダクティブ・ライツ」を認めることにある。リプロダクティブ・ヘルスとは「人々が安全で満ち足りた性生活を営むことができ、性能力を持ち、子供を産むか産まないか、いつ産むか、何人産むかを決める自由をもつこと」であり、リプロダクティブ・ライツとは「すべてのカップルと個人が自分たちの子供の数、出産間隔、ならびに出産するときを責任もって自由に決定できそのための情報と手段を得ることができるという基本的権利、ならびに最高水準の性に関する健康およびリプロダクティブ・ヘルスを得る権利」と解釈されている。

これに対して、出産の社会的意義とは、出産は個人的レベルにとどまるものではなく、新たな生命誕生に関わるので社会的に重大な出来事であり、個人のわがまま勝手は許されず、必要に応じて社会的コントロールに服するべきだというものである。これも厳密には二つの側面があり、一つは個人的意義を認めつつも、真に公共の福祉という観点から、社会的混乱や社会的有害性（犯罪等）を防止するため、必要に応じて法律や倫理と行った規範が介入することを認めるものである⁸。この個人的意義と社会的意義の双方を認めることが望ましいが相反するこの二つの性質を互いに十分に認めることは難しい。女性個人の権利を最低限度社会が認め、社会全体で妊娠・出産における女性の立場をかばえるような時代背景を上手に捉えた社会づくりが必要となる。

次に重要な当事者である②胎児についても考える。この章で書いているように現在、胎児の生命は刑法墮胎罪の保護法益として規定されており、母体保護法に基づかない中絶は、原則として墮胎罪の適用範囲となる。法的には22週を過ぎると母体外でも胎児が生存できると判断されそれ以後の中絶は認められていない。生命が宿っていると思われる胎児に対して、生命を奪う中絶の行為がなぜ許されるのであろうか。

中絶時期に関する考え方においてさまざまな哲学的議論が行われてきた。そもそも人はいつ「人」として認められるのか。胎児が母体からでてもお生存可能性が認められるときか、外の刺激を「経験」として受け止めそれに反応することができるようになるときか、「感情」を持てるようになるときか等、どのタイミングで人であるかの有無を問うかが議論されてき

⁸甲斐克則 2010 生殖医療と刑法 条文堂 28-29 頁

た⁹。このような「線引き」論は1980年代半ば以降に日本にも移入されたが、現在もつばら、その線引きの恣意性や能力主義的人格概念を批判されることが多い。第一に「女性の自己決定権に対して生じる」、つまり「線引き」的発想は、たとえ一種の理念的枠組においてではあったとしても、あまりにも抽象的な「人」一般を論じている。中絶に言及する場合でも、胎児がどのような存在か分析することに論点が絞られ、女性の現実の決定の場において生じる女性の苦悩とは、議論が離れてしまっている。第二に胎児の生命権に対して生じるものである。この「線引き」論においては、女性という具体的な主体が問題されないのと同時に、女性あるいは他者にとっての胎児の一個体という要素も捨象される。ここでは中絶の個別具体的な現場における決定主体である女性の他者関係的要素が消失してしまうと同時に、胎児は人格として、つまり線引き論における「生命の主体」として位置づけられなければどのようにでも扱ってようというように、一律に「もの」として捉えられてしまっている。このように線引きによる正当化では、胎児の人格の存否ないし生命権の主体性という問題と、それに対抗する利益としての女性の自己決定権という構図になってしまい問題となる¹⁰。規定上、人工妊娠中絶の可能期間としての一定時期の設定は必要であると思うが、いつから人になるかという議論のみに注目し、そこで中絶問題に関する議論を停滞させているはこの問題の根本を解決できない。胎児と妊婦の二者に注目するのではなく、広い視野を持ちさまざまな当事者を勘案し最良の改善策を見つける必要がある。

現在、③出産を介助する立場の人間にも大きな役割が求められる場面が多い。出生前診断技術が向上しより手軽に選択肢が広がったことによって余計に悩む機会が増えた。「仮の妊娠」という言葉にある「仮」とは出産したという事実が曖昧で不明瞭な状態にあることを指す¹¹。つまり出生前診断をするか、その結果次第で人工妊娠手術をするか選択するまでの期間が別の段階で選択肢としてあり、素直に妊娠を喜ぶことのできない現状である。事実、妊娠中絶前に抑うつ気分、罪悪感、自己嫌悪、自己避難などさまざまなネガティブな心理状況に追い込まれる女性が多い。妊娠中絶後1週間でその状態は徐々に回復してくるものの、アンビバレンスの強い女性であったり、中絶の選択が女性自身ではなく他者の意向であった女性は手術後うつ状態が低下しない傾向がある。このような女性に対し、手術前及び手術後のカウンセリング的関わりが必須になってくる。女性たちの話に耳を傾け、妊娠に関して彼女たちの望む情報を正確に提供し、不安や疑問を軽減させることが必要だ。また、手術後の心

⁹ John T. Noonan 太田徹訳 (2011) 妊娠中絶の生命倫理 哲学者たちは何を議論したか 勁草書房 2-5頁

¹⁰ 森脇健介 (2005) 早稲田法学会誌第55巻 いわゆる「中絶の権利」に関する一考察 354-356頁

¹¹ 佐藤純一・土屋貴志・黒田浩一郎 (2010) 先端医療の社会学 世界思想社 先端医療の社会学 45-46頁

理的ケアは再診時一回限りとするのではなく、継続して行っていく必要がある¹²。そのようなケアのできる医療環境システムが、特に中絶を行う際必要になってくるのではないか。

第三章 出生前診断の登場による出産の変化

選択的妊娠中絶の問題をさらに混乱させた原因として、出生前診断の登場が揚げられる。この技術が登場するまでは「胎児の優劣」というのは産んでから分かるものであった。しかし、様々な出生前診断が登場し、その技術の正確性があがると同時に、妊娠中に我が子の優劣を判定し、出産するか否かを選択できる権利が夫婦に与えられた。出生前診断は妊娠中絶に深く関係する技術であると言える。もちろん、その診断で必ずしも「不良」と分かり次第、中絶する親ばかりではないだろう。しかし、診断を行うということはすなわち出産する心構えとして、産まれるこの状態を知りたいとする欲があるということだと私は思う。また、この技術があるからこそ、母体保護法による「身体的または経済的理由により母体の健康を著しく害するおそれがある」という項目が拡大適用され現在多くの中絶がなされている状態である。中絶に関する問題を考える上で、出生前診断技術について考えておくことは必要である。

I 出生前診断の種類

今日までにさまざまな出生前診断が開発されてきた。検査によって検査を行う時期、用法、正確性、判定できる症状が異なっている。

図2 出生前診断の種類¹³

種類	名称	方法	目的
確定診断法	絨毛検査	少量の絨毛を採取して分析する 直接分析もできるが培養が必要なこともある	(初期) 胎児が染色体異常、代謝異常、DNA 診断が可能な場合疾病等に罹患していないかどうかを確認する
	羊水検査	羊水中の細胞を培養して分析する	(初期～中期) 胎児が染色体異常、代謝異常、DNA 診断が可能な疾病等に罹患していないかどうか確認する

¹²日比野由利・柳原良子 (2011) テクノロジーとヘルスケア-女性身体へのポリティクス 生活書院 47-49 頁

¹³玉井真理子・大谷いづみ (2011) はじめて出会う生命倫理 有斐閣 65 頁

	胎児採血	臍帯や胎盤表面の血管、胎児の肝臓内の血管から採血して分析する	(中期～後期) 胎児が染色体異常、代謝異常、DNA 診断が可能な疾病等に罹患していないかどうか確認する
	胎児組織の採取	胎児から小さな鉗子で微量の組織を採取して分析する	(中期) 胎児の皮膚疾患などで組織診断が可能な疾患に罹患していないかどうかを確認する
	超音波断層法	画像診断の一つ	(初期～後期) 胎児の発育、先天異常の診断、羊水の量等を確認する
確率的検査	胎児頸部浮腫	超音波断層法を用いて、頸部の厚みを測る	(初期) 胎児がダウン症である確率を算出する
	母体血清マーカー検査	母体血中のホルモンや蛋白の量を測定する	(初期～中期) 胎児が染色体異常や、無脳症、神経管欠損症である確率を算出する

このような様々な検査方法があるが、当然医療行為である以上リスクを伴う。妊婦の腹部に注射器を刺して子宮内から羊水を採取し、羊水に含まれる胎児由来の細胞を使って染色体異常や遺伝子異常の判定を行う羊水検査は侵襲性が高く流産の可能性が数百分の一程度あると言われている。しかしそれに対し、母体血清マーカー検査は、胎児由来の物質が一部母体の血中に入り込んでいることを利用して、妊婦の採血検査によって胎児の特定の症状をもつ可能性を検査できる（スクリーニング検査）である¹⁴。このように血液採取のみでの判定が可能になったということは革新的でもあり、大きな不安を人々に与えることとなった。出生前診断が容易に行えるようになり、医療行為として一般的に普及することに一体どのような問題があるのだろうか。妊娠した際にとりあえず母体血清マーカー検査を受けるといって社会が構築されるということは、近代医療社会への一歩と言えるのだろうか。

II 母体血清マーカーの輸入と日本での広がり

出生前診断は 1960 年代から開発が始まり、急速に広まった技術である。種類はさまざま存在し、過去に比べて現在の出生前診断は母体や胎児にかかるリスクも少なく施行できるようになり、判定の正確性も高くなっている。特に 80 年代後半にイギリスで、胎児を傷つけ

¹⁴佐藤純一・土屋貴志・黒田浩一郎（2010） 先端医療の社会学 世界思想社 50-54 頁

る危険のない、母体の血液を用いる検査（母体血清マーカー）が登場して以来、各国で妊娠期に行う一般的な検査の一つとして受け入れられるようになってきた。日本にこの技術が輸入されたのは 1994 年頃で大きな問題となった。日本では企業中心に普及活動に取り組み、母体血清マーカーの商品性のみを強調し普及活動を押し進めたため、「障がい児の出生の予防を目的とする検査を、営利目的に提供する」という側面のみが広がってしまった。特に障がいをもった人や障がい児を育てる親たちにとっては受け入れがたい状況となってしまった。社会では母体血清マーカーに対する強い反論がおこったため、当時の厚生省は、社会にある意見をまとめるために、専門委員会を設けた¹⁵。専門委員会は関係者の意見を聞いた上で、1999 年に母体血清マーカー検査の問題を以下のように報告する。

「さて、母体血清マーカー検査については、近年急速に普及しているが、この検査に関する事前の説明が不十分であることなどから妊婦に誤解や不安を与えていること等が指摘されており、早急な対応が求められているところである。（中略）…母体血清マーカー検査には、①十分な説明が行われていない傾向があること、②胎児に疾患がある可能性を確率で示すものに過ぎないこと、③胎児の疾患の発見を目的としたマススクリーニング検査として行われる懸念があることといった特質と問題があること等から、医師は妊婦に対し本検査の情報を積極的に知らせる必要はなく、本検査を勧めるべきでもないというものである¹⁶。」

この報告書では、すべての妊婦に胎児の疾患を発見するための検査を提供することになるのではないかということが問題となり、結果として、妊婦に対し積極的に検査を勧め、胎児の先天的な病気の有無を告知するべきではないという結論が下された。

その結果、母体血清マーカー検査の実施数は、1997 年には約 14700 件、翌年には 21700 件に増加したが、この見解が出されてからは徐々に検査数を減らし、2000 年以降は 15000 件前後におちついた。

この結果はこの検査が産まれたイギリスとは大きく異なった結果となった。イギリスでは「すべての妊婦に希望しさえすれば公費で出生前診断を受けさせられるようなルートを確保する」こと、すなわち「公平な医療のための（出生前診断について知る）機会の平等」を目指して、本検査を出生前スクリーニングとして全国一律に提供する方針が定められた。

1990 年代の日本で出生前診断を「ある集団に属するすべての人が受けることを前提とした、あるいはそれが推奨されるふり分け」として用いることに対して強い拒否感が示され、

¹⁵ 同上 63-67 頁

¹⁶厚生科学審議会先端医療技術評価部会・出生前診断に関する専門委員「母体血清マーカー検査に関する見解」について 平成 11 年 7 月 21 日

http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1107/h0721-1_18.html

「専門委員会」もその方向でガイドラインを定めた事実は、特記すべきである¹⁷。

この差は、日本とイギリスの出生前診断に対する考え方の差を表す結果である。日本人は普及方法に原因があったにしろ、「出生前診断＝優生か否か」を知るためのふり分けの手段として見ている傾向がある。医療としては見ていない、それがもちろん悪いということではなく、中絶問題を考えるにあたって踏まえておきたい点である。

Ⅲ 優生学

出生前診断のもつ倫理的・社会的な問題点をどう考えるためには、出生前診断と 20 世紀初頭の優生学との関連性を考えなければならない。出生前診断に肯定的で、その普及を積極的に擁護する主張では、「近年の出生前診断は自由な自己決定による選択であって、国家による強制であった従来の優生学とは全く異なるものである」と考えられている。

優生学は、19 世紀にイギリスのフランシス・ゴルトンによって創始され、ある人種や集団の遺伝的質を改善して発展させることを目指す学問とされる。チャールズ・ダーウィンの進化論の考え方を人間社会にも応用して、障害や病気を持った遺伝的な「生存不適格者」を人為的に淘汰することで人間集団の改良をはかろうとするものだった。この優生学の考え方によってナチスドイツは「不良」な遺伝子をもつものを大量虐殺し、戦後、強く批判される結果となった¹⁸。

この優生学上の問題を考えることは「生きるのに資格がいるのか」を考えることと同義である。線引きの根本思想は、生命個体が有する能力・資格によって生きるに値する生命とそうでないものとを分つことにある。つまり胎児がどの程度人間能力を備えたか、あるいは人格という名の資格を有しているか否かによって境界を確定しようとするもので¹⁹、人間に対する決定的な線引きである。

ナチスドイツではこのような優生学の考えを大きく取り入れた「遺伝性疾患子孫予防法」が 1933 年に公示され、実行されていた。この法律を範例とした法律も日本で制定されそれが今で言う母体保護法の原型となる国民優生法である。この両方の法律の施行によって問題視されていたのが、本人の自発的同意のないままに、国家による強制として優生学的措置がとられていたことだった。

優生学に対して、今日の出生前診断では、インフォームド・チョイスが重視され、妊婦やカップルの自己決定にもとづいて、出生前診断を受けるかどうか、またその結果によって中絶を行うかどうかを「自由」に選択することが原則とされている。つまり、妊婦またはカッ

¹⁷ 利光恵子 (2012) 受精卵診断と出生前診断-その導入をめぐる争うの現代史 生活書院 90-91 頁

¹⁸ 佐藤純一・土屋貴志・黒田浩一郎 2010 先端医療の社会学 世界思想社 54-55 頁

¹⁹ 江原由美子・井上達夫・加藤秀一・市野川容孝・柘植あづみ フェミニズムの主張 3 生殖技術とジェンダー 8-12 頁

プルの自発的な希望にもとづき、医療者や遺伝カウンセラーは強制や誘導をすることなく、あくまで正確かつ的確な情報のみを妊婦またはカップルに提供し、個人の選択の自由を援助する形で出生前診断を行い、続けて妊娠中絶も行うというものとなっている。

このようなことから優生学は国家的・集团的・強制的であったが、出生前診断と中絶は私的・個人的・自発的と判断でき²⁰、優生学と出生前診断を直接結びつける必要はないと考える。

IV 自己決定

現在、出生前診断や中絶の現場だけではなく、インフォームド・コンセントから「インフォームド・チョイス」へと展開されつつある。インフォームド・チョイスとは医師が提案するある一つの治療法を受けるか受けないか決めるという訳ではなく、医師が複数の治療法を説明しその中から患者が選択し、自分でも納得した上で安心して医療を受けてもらおうとするものだ²¹。

しかし、出生前診断や中絶の問題に対して、検査・治療を受ける側の自己決定を正確に求めることができるのだろうか。出産に関わってくる人は、妊婦及びカップルと医師だけではない。周囲環境（カップルの家族など）の助言なども自己決定に入ってくる。出産に関する自己決定の歴史から考察していきたい。

1970年代から優生保護法改定反対運動を通じて、女性の生殖に関する自己決定権と選択的中絶をめぐる、障がい者と女性らの間で鋭い対立が起きた。「産むも産まぬも女性が決める」と主張する女性運動に対して「青い芝の会」など障がい者運動から、産まれてくる子供が障がい児でも中絶するのは女性の権利なのかという問いかけが行われていた。障がい者運動家は中絶に対して批判的な態度を示し、これに対し女性運動家は、出生前診断・中絶技術を「障害を持つ胎児を除去する技術」と認めた上で障がい者はいないほうがよいという契機があるとし、直接手を下すのは自分の側であるということを受け止め活動していた。

1980年代初頭の優生保護法改正の際にも、女性運動と障がい者運動の間で1970年代と同様の議論がなされていたが、障害を持つ女性たちが、生殖についての女性の自己決定権は擁護されるべきだと主張し始めたことから、両者は次第に理解を深めていった²²。1994年10月29日、DPI 障害者インターナショナル²³は「あたらな出生前診断技術の開発・実用化や、出生前診断を強要的に、全妊婦を対象とした検診に用いるのも断固反対」としつつも「まずは、検査ひとつひとつについて、女が考え判断できるだけの詳しい情報が与えられるべき

²⁰佐藤純一・土屋貴志・黒田浩一郎 2010 先端医療の社会学 世界思想社 56-59 頁

²¹玉井真理子・大谷いづみ (2011) はじめて出会う生命倫理 有斐閣 99-100 頁

²² 利光恵子 (2012) 受精卵診断と出生前診断-その導入をめぐる争いの現代史 126-128 頁

²³ DPI 女性障害者ネットワーク <http://dpiwomennet.choumusubi.com/>

…（中略）自分が必要とする検査だけを受け知りたい情報だけを得たい。…障害者の自主的な生き方を社会的に支えていく体制が整い、女個人がそれほど頑張らなくても障がい児とともに生きていける社会であれば、障がい児であるという理由だけで中絶することも少なくなるに違いない。そういう体制を強く求めたいと思う」と述べている。

このように 1990 年代半ばには、女性運動と障害者運動の間で産むか産まぬかの決定は女性の基本権利であることは両者の間で共通認識とされていた。このように女性と障害者の間で「女性の自己決定権」について長い間議論され、現在も解決したものの、少し違和感のある認識で人々の中にあることは間違いない。「女性の自己決定権」という思想は、まず『避妊や中絶問題として具現化する「産まない自由」という権利問題』であった。しかし、「女性の自己決定権」が「女性の権利」として主張されたのは、生殖とジェンダーとの関わりを前提とした世界である。「産む性」と規定される女性の人生は「産む・産まない」ということによって決定的にかわってしまう。一方、昔、男性は「産む・産まない」によって女性ほど人生を左右されることはなかった。このような状況の中、なぜ、女性の人生により決定的な影響を与えるような決定を男性が行っているのかについて、女性たちが疑問に思う気持ちも理解できる。女性の権利は強い言い方かもしれないが、強さを出していかなければ多くの人に認めてもらえないという事情があった。

V 出生前診断と出産

現在、出産と出生前診断とは切っても切れない関係となってしまった。妊娠をした段階で、出生前診断を行うかどうかという選択肢が夫婦にはあり、その結果に応じて、また結果に関わらずとも中絶を行うかどうかを選ぶ権利が夫婦にはある。周囲の人との人間関係や現在の自分の状況をよく考えた上で、結論を出さなければならない。この結論を出すまでの過程の中で出生前診断は必要なものだろう。前述した通り、出生前診断に直接的には優生学的思考は結びつかない。もし仮に障がいを持ってくる子供が産まれると分かっても、すべての人が中絶という選択肢を選ばないはずだ。出生前診断の結果と向き合った上で夫婦の将来を考える機会になり得るはずである。

第四章 出産における不安事項

中絶や生殖医療の問題における問題において、女性の社会、家族における立ち位置を考える事が必要になってくるだろう。世間一般的に「男が働き、女が家事をする」という考え方は伝統的であり普通であり自然なことかもしれない。この考え方は長い年月をかけて形作られた歴史的なものであり、今日における「性による役割分担」が社会的に定着してしまった。しかし近年、女性の社会進出は進んでおりこの役割分担が、夫婦となり子供を産む家庭において新たな問題を生じさせている。それに伴い妻の就業継続を促進し、子育てのコストを低減させる政策がいくつかなされてきた。しかしそれでも、まだ十分とはいえない。この章で

は夫婦にとって子供を作る家庭において何が障壁となるのか言及する。

I ジェンダーによる役割分担

ジェンダーを社会的に定着させるものとしては、既存の分業構造が社会システムに大きく影響しているのは明らかである。狩猟社会や、農業社会であった時代は女性たちも生産労働に参加してきた。しかし、工業社会になると、男女の外と内という労働の場の分離が進行していった。その最大の理由は、女性が妊娠・出産という生理的機能を持っており、常に外に身を置くのが困難であったためだろう。女性は、合理的に運営される資本主義的な計算の下では、計算しにくい労働力である。未婚の女性であっても、結婚した際に「寿退社」として社会から離脱してしまう可能性もあれば、既婚の女性でさえ妊娠し長期間休暇される可能性もある。また、外で働く労働力が一般化するという自体の進行は、それまでの男女両方が担ってきた家事や育児、さらに介護という労働（再生産労働）を、専門的に担う人々にまかせる必要性が生じる。現在では保育所や、高齢者福祉のようなそのための業者が存在し、分業社会を支える仕組みが存在しているが、家庭内のそのような仕事をすべて外部にまかせる社会的な仕組みはまだ整っていない。その外部に発注できない部分は現在でも多くの場合女性が請け負い、男性が外で働くという仕組みを形成している²⁴。

図3 結婚と市場²⁵

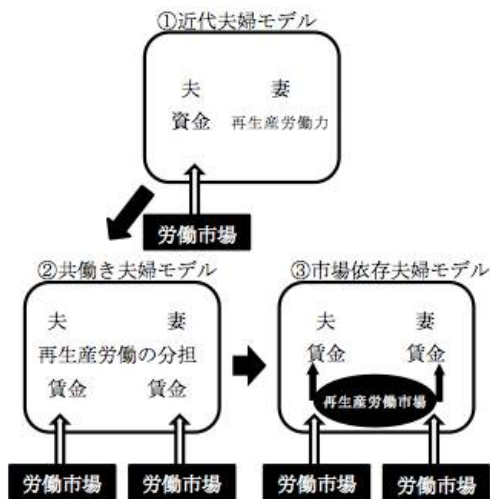


図3は結婚の市場の変化を表したものである。性別的な役割分業が根強く残っている場合

²⁴伊藤公雄・牟田和恵 (2006) ジェンダーで学ぶ社会学 世界思想社 79-87 頁

²⁵西原和久・保坂稔 編 (2007) 〈入門〉グローバル化時代の新しい社会学 新泉社 53 頁

①のようなモデルの状態になる。妻が家で家事を担い（再生産労働）、夫が社会に出て資金を集めてくるというこのモデルは従来の日本の夫婦のスタイルを表しているといえる。この状況から、女性の社会進出が進むと②の共働きモデルへと変化する。このモデルであれば夫婦それぞれが家庭に持ち込む資金や労働時間に応じて家事分担の量が決まる。家事分担を説明する要因としては i：夫婦の収入格差 ii：夫婦の労働時間格差 iii：子供が産まれる、両親の介護などその必要性 iv：性別分業イデオロギーなどが挙げられる。しかし、少しでも①のモデルの考えが残っていれば、②モデルは実現しなくなる。「責任の公平性」というはかりで夫婦両者の仕事量が均衡に保たれているため、少しでも仕事量の割合が変化してしまうと、片方の立場に大きな負担がかかる。だからといって③のような外部組織に家事や育児などをまかせる市場依存夫婦モデル体制は現在の日本には整っていない。再生産労働に関しては依然として家庭内で調達されることが多い。

前述したように現在の日本ではモデル①から②の仕組みへと変わりつつある。また、バブル崩壊後の不況期においては就職環境の悪化もあって、容易に仕事を辞めることができない環境になっている。近年ではかなり男女の家事時間の公平性は高まっているものの、子供を産み、育てるとなると今まで以上の家事の負担が夫婦両方にかかることとなる²⁶。各家族スタイルにあった責任の分担を行わなければならない。

II 男女における時間に関する不安

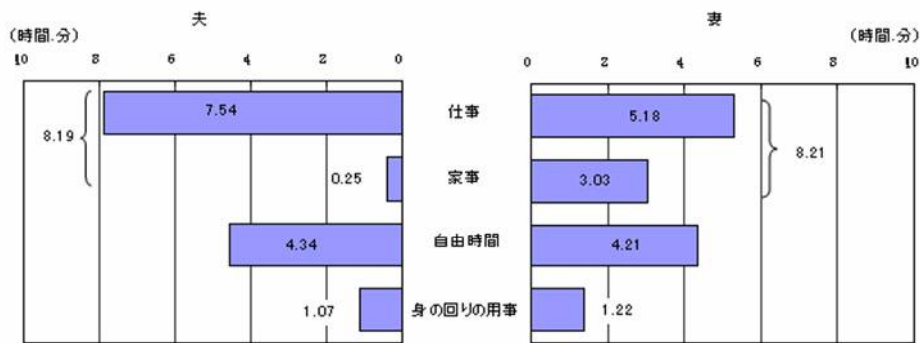
近代における男女の共働き化が進んだことにより、従来と比べると生活時間の使い方が大きく変わった。

図4 主な行動の種類別生活時間（平成18年）-週全体、共働きの夫・妻（夫婦のみの世帯） -27

²⁶西原和久・保坂稔 編（2007）〈入門〉グローバル化時代の新しい社会学 新泉社 52-54頁

²⁷総務省「夫と妻の仕事、家事・育児、自由時間の状況-男女共同参画週間にちなんで-（社会生活基本調査の結果から）」

<http://www.stat.go.jp/data/shakai/topics/topi30.htm>



注：行動の種類の内容(図2、図3も同様)
 ・「仕事」時間＝「仕事」＋「通勤・通学」の時間
 ・「家事」時間＝「家事」＋「買い物」の時間
 ・「自由時間」＝「テレビ・ラジオ・新聞・雑誌」＋「休養・くつろぎ」＋「趣味・娯楽」＋「スポーツ」＋「交際・付き合い」の時間

図5 主な行動の種類別生活時間（平成18年）一週全体、末子が三歳未満の共働き世帯の夫・妻（夫婦と子供の世帯） - 28

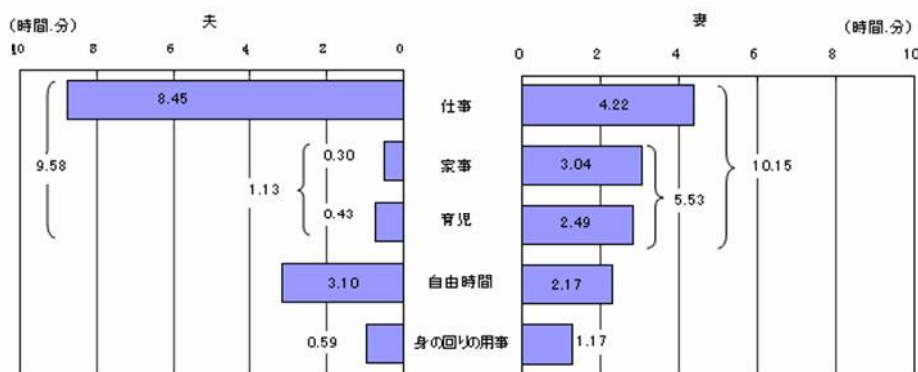


図4、5の統計から夫婦のみの共働き世帯では多少女性の仕事労働時間が短いですが、家事を担うことでお互いの仕事量のバランスはとれている。家事自体は分業化しやすいものであり、時間による制約もないため、お互いが空いた時間の合間に行うことができる。しかし子どもが産まれた後、両者が共有する役割の質が変わってくる。三歳未満の世話は再生産労働者に任せる時間以外は両親のどちらかが常にそばにいる必要があり、時間的拘束をうける。図5を見てみると女性の労働仕事時間の平均は4.22時間と比較的短く、家事・育児に費やす時間が大幅に増えている。子供の年齢が幼いほど仕事と家事の両立が難しくなるという女性も多い²⁹。もちろん、このデータは夫婦の職業、生活スタイルによって各家族にとって適切な

²⁸総務省「夫と妻の仕事、家事・育児、自由時間の状況-男女共同参画週間にちなんで-（社会生活基本調査の結果から）」

<http://www.stat.go.jp/data/shakai/topics/topi30.htm>

²⁹内閣府生活統括官（共生社会政策担当）平成25年3月「子ども・子育てビジョンに係る点検・評価のための指標調査」14頁

判断の拠となされているのかもしれないが、子供を産むということが従来の生活とは大きく変動する可能性があることを示している。

Ⅲ 出産における経済的不安

母体保護法中に「経済的理由」とあるが、出産とコストという面ではどのように社会的に変化してきたのであろうか。農業社会時代、子供を多く産むことは、両親にとって子孫を残すことと同時に利益を生む手段であった。子供をたくさん産み、働かせることで労働力とする文化があった。しかし産業化が進み、義務教育制度によって子供を育てるコストのほうが高くなった。」将来子育てすることは、大きな負担になるか」と質問したところ「そう思う」と答えた人は55.9%と最も多く、次いで「ややそう思う」(30.6%)、「どちらともいえない」(9.3%)、「あまりそう思わない」(2.6%)となっている³⁰。このデータを見て分かるように、金銭的心配を全くしていない夫婦はほとんどいない。もちろん、経済的負担のみで出産を拒むというケースは日本では少ない。もともと子供の面倒は親や家族が見るという文化が日本に定着しており、子供の生活や成長が家族を単位として捉えられている。しかし金を稼ぐために働くことと、家族のために費やす時間のバランスが出産を躊躇させる問題として挙ってくる。

経済的不安の一つとして高学歴化が進んだことによる学費の問題がある。

図6 幼稚園三歳から高等学校第三学年までの15年間の学習費総合（注：金額は各学年ごとの平成22年度の平均額の単純合計である）

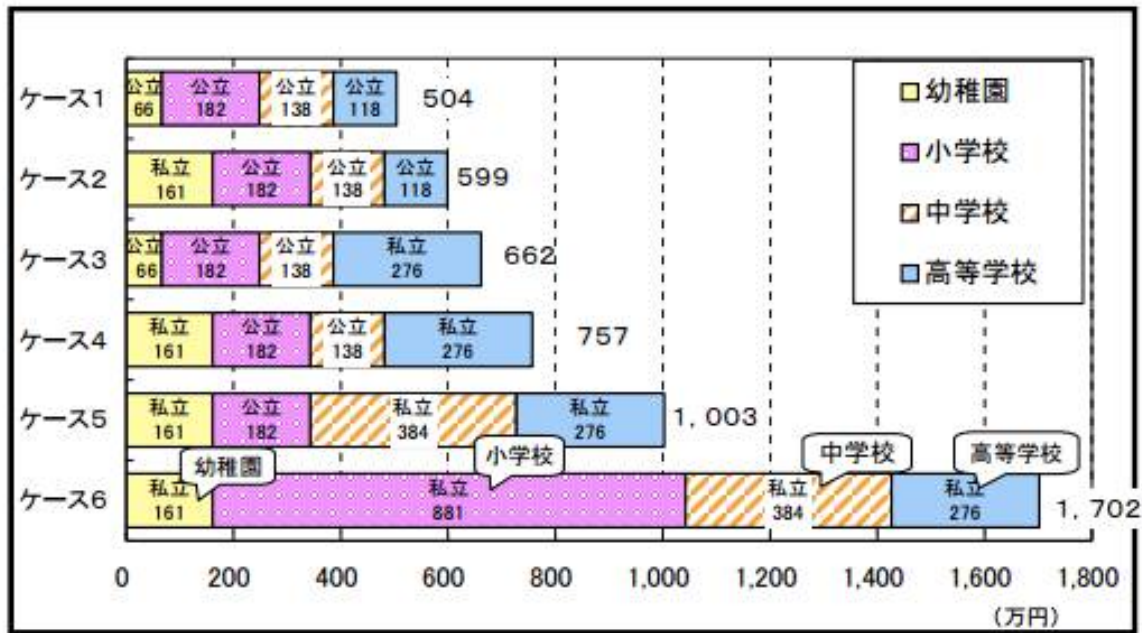


図6からも分かるように三歳から高校三年生の学校学費だけでも上記の金額がかかる。何人も出産するというのは現社会人にとって高コストとなってしまふ。この値は世界的に見ても比較的高い。後期中等教育段階の子供一人あたりの学校教育費だけ比べても、親の負担は、フランスの2.7倍、ドイツの1.4倍の水準にある³¹。

しかし、子供に対して当然学費のみがかかってくる訳ではない。将来的に子供を(さらに)持つと考えたときの不安は、①経済的負担の増加②仕事と生活・育児の両立③不安定な雇用・職業関係と答える人が多かった。とくに、子育てにかかる経済的な負担として大きいものは「学校教育費(大学・短大・専門学校など)」(55.6%)、「学習塾など学校以外の教育費」(47.0%)、「保育所、幼稚園、認定こども園にかかる費用」(39.1%)などと義務教育以外の教育費用に関する答えが挙げた³²。現代日本社会を生き抜くためには、当然学力が求められる。近年のゆとり化・学習指導要領の変更に伴い、公立学校の勉強のみでは勉強に追いつくことのできない子供たちもたくさん存在する。また高学歴化が進んだことにより受験戦争も激化していく中で義務教育だけでは十分ではないと考える親が増えた。子供を何人も出産し、すべての子供に教育を十分受けさせるというのはリスクを伴うものとなってしまった。

その他、実際にかかってくる負担とは別に失うコストが存在する。他の先進国と比べ、日本の妻は出産と同時に就業を中断する割合が高い。これは、多くの女性が出産による就業中

³¹ 阿藤誠・西岡八郎・津谷典子・福田亘孝編 (2011) 少子化時代の家族変容 パートナーシップと出生行動 東京大学出版会 161-162頁

³² 同上 14頁

断で女性自身の収入を失い、女性の大きな子育てコストを生み出していることを意味する。妻の就業継続を促進し、子育てコストを低減するための家庭と就業の両立支援策がなされてきた。1994年には保育所の待機児童減少を目指す「保育サービスの拡大」、育児休業法改正に見られる育児休業制度適用範囲の拡大や育児期の短時間勤務制度創設の義務化、育児休業制の実効性の確保という「育児休業制度の充実」を政策というかたちで目指してきた。しかし、この二点だけでは十分ではない。もっともこの恩恵を受けていたであろう正規社員雇用において、実際あまり効果があったとは言えなかった³³。この二つの支援の他に、近年のライフワークバランスの推進により共働き夫婦モデルとなった家族において必要なものは、女性男性双方の働き方を見直し、互いが家族参加できる仕組みをつくることではないか。

IV 目指すべき社会とは

戦後、都市化が進展し、夫婦家族志向、マイホーム志向が強まるにつれて、家族の孤立化が進んだ。家族の生活は近隣社会や親族との関わりを疎遠なものとし、社会生活の基本単位として「核家族」のウェートが増大してきた。1970年代までは「男は外、女は内」の文化が根強く定着しており、男女による分業が当たり前である社会であった。この女性の主婦化が定着している現象と日本的企業社会と学歴社会意識が結びつけられたことによって、「子供の教育」により熱心に取り組む親の姿が徐々に社会に見られるようになっていった³⁴。このような変化の中、1980年代以降に男女平等・共生への社会的動きが見られるようになり、男女共同参画社会への法整備が課題となった。書生の社会進出もそれに合わせ徐々に増えていき、日本の男女の共働き家族モデルが現在に至る段階で形成された。このような急速な家族形態の変化により社会全体としてカップルが子供を産むのに必要な環境体制が整っていないのではないか。

カップルは出産において、今の経済状況・社会的立場を考慮して出産の意思決定を行わなければならない。女性においては妊娠・出産時期において大きな身体的・心理的・時間的コストがかかり、社会とのつながりを勘案し出産を大きく踏みとどまらせているものがある。また近隣住民とのつながりや、核家族化が進んだことによる親族とのつながりが薄くなったことにより育児においての家庭内での負担も大きく考慮しなければならなくなった³⁵。育児は家事と違って時間的拘束がかかってくる。共働き社会に求められる家事の分担も行いづらく、一般的には女性に育児の負担がかかってしまうことが多い。現在家族としての考え方は「集団」としてではなく一人ひとり「個」として自分らしく生きていける生き方を望んでい

³³阿藤誠・西岡八郎・津谷典子・福田亘孝編（2011） 少子化時代の家族変容 パートナースhipと出生行動 東京大学出版会 126-127頁

³⁴藤田英典（2003） 家族とジェンダー-教育と社会の構成原理 世織書房 57-59頁

³⁵目黒依子 目黒依子・西岡八郎編（2004） 少子化のジェンダー分析 勁草書房 197-199頁

る。家族としての集団単位はもちろんあるものの、一人ひとり自分らしく考え・行動し、個人の権利を家族のなかでも持てるような環境でなければならない。これをサポートする周囲環境が必要となってくる。出産・育児にかかるコストを軽減し、周囲に頼れる環境を、また出産し生活していくことが許される環境を作ることによって、出産という行為に踏み込めるのではないだろうか。

おわりに

現在、中絶を行うためには刑法の規制をかいくぐらなければならない、そのために母体保護法の「経済的事由」によって、多くの人が妊娠中絶を行っている。人々は、妊娠してもすぐ喜ぶことができず、胎児に対して出生前診断を行うか否か選択を行わなければならない。今日の妊娠から出産までの過程でカップルが選択しなければならない場面は増え、出産することに対しリスクを考えなければならなくなった。しかし、母体保護法規定

『①妊娠の継続または分娩が身体的または経済的理由により母体の健康を著しく害する恐れのあるもの②暴行もしくは脅迫によってまたは抵抗もしくは拒絶することができない間に姦淫されて妊娠したもの』

によって計画外の妊娠を中絶することにより救われた女性も多いはずであるし、一概にこの規定を否定することはできない。この2種類の規定はすべての女性を対象につくられているため幅広く曖昧な規定とせざるを得ない。そのため、「産む・産まない」によって人生が大きくかわる可能性がある夫婦はどのようなことを考えて出産に対して備えておく必要があるのか。

まず、この論文を書くにあたって最初に考えた **bioethics** と中絶について言及する。中絶を考える上で最も必要になってくる **bioethics** は武見太郎の医療倫理と環境倫理を取り入れた「生きるための科学」の考え方に近い。当然医療倫理として「命を殺してはいけない」という考え方ではこの問題は解決できず、かといって環境倫理として「人間（胎児）の人種保護」のみに視点を当てても胎児は生命か生命ではないかという線引き論へ展開してしまい解決できないのではない。「生きるための科学」として、カップルがより豊かな人生を送るために、夫婦はそれを踏まえて中絶を選択しなければならない。

また、出生前診断技術の向上により、母体はほぼ傷つくことなく妊娠初期に胎児の障害の有無を知ることができるようになった。この技術により中絶を選択することはより手軽になったかもしれない。出生前診断の結果による中絶は従来の中絶と性質が異なるかもしれない。しかしその生死を決定するのは胎児本人ではなく夫婦（法的には妻）であることは共通しており、安易な中絶決定自体が胎児に対する冒瀆となることには変わりがない。中絶に関する問題を考えるにあたって、中絶に悩むカップルの周囲環境を現代カップルが必要なかたち

へと近づけることによって、より彼らに対し選択肢の幅を広げるものとなるのではないか。

例えば産婦人科などの医療従事者のケアは必須となってくる。病院に来たカップルのなかで中絶に関する知識を十分に理解している人は少ない。そのような人に対し、恐怖心を与えないよう現状における妊娠の現状に関して伝える必要がある。その上で、カップルがとれる選択肢を母体血清マーカーも含めすべて提案し、十分に説明した上で決断は本人たちまかせるべきだ。最善の策などない医療行為において、医師の「提案」という形で出生前診断を勧めてはならない。それを行うと中絶が優生学的な思考を持ったかたちになってしまう恐れがある。

現在、男女共働き社会が形成されつつある中で、双方のライフワークバランスを維持するためには共働きを維持し続けられるような環境を社会全体で整えていく必要がある。家族内での男女の責任の負担がしっかりと分散できるよう、双方が家族へと関われる仕組みづくりをし、出産に関する不安を取り除いていかなければならない。

このように周囲環境の変化を促し、少しずつ選ぶことのできる選択肢の幅を広げることによって現在の出産環境、また家族が良き方向へと向かうのではないだろうか。

〈参考文献〉

- ・加藤尚武・加茂直樹（1998）『生命倫理学を学ぶひとのために』 世界思想社
- ・木村利人（1987）『いのちを考える-バイオエシックスのすすめ』 日本評論社
- ・甲斐克則（2010）『生殖医療と刑法』 成文堂
- ・日比野由利・柳原良枝（2011）『テクノロジーとヘルスケア-女性身体へのポリティクス』（株）生活書院
- ・佐藤純一・土屋貴志・黒田浩一郎（2010）『先端医療の社会学』 世界思想社
- ・利光恵子 2012 『受精卵診断と出生前診断-その導入をめぐる争うの現代史』 生活書院
- ・伊藤公雄・牟田和恵（2006）『ジェンダーで学ぶ社会学』 世界思想社
- ・西原和久・保坂稔 編（2007）『〈入門〉グローバル化時代の新しい社会学』 新泉社
- ・江原由美子・井上達夫・加藤秀一・市野川容孝・柘植あづみ 『フェミニズムの主張3』 生殖技術とジェンダー 勁草書房
- ・玉井真理子・大谷いづみ（2011）『はじめて出会う生命倫理』 有斐閣
- ・藤田英典（2003）『家族とジェンダー-教育と社会の構成原理』 世織書房
- ・目黒依子 目黒依子・西岡八郎編（2004）『少子化のジェンダー分析』 勁草書房
- ・阿藤誠・西岡八郎・津谷典子・福田亘孝編（2011）『少子化時代の家族変容 パートナーシップと出生行動』 東京大学出版会

〈参考サイト〉

- ・平成24年度衛生行政報告例の概況 母体保護関係
http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei_houkoku/12/dl/kekka6.pdf
- ・厚生科学審議会先端医療技術評価部会・出生前診断に関する専門委員「母体血清マーカー検査に関する見解」について 平成11年7月21日
http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1107/h0721-1_18.html
- ・DPI 女性障害者ネットワーク <http://dpiwomennet.choumusubi.com/>
- ・総務省「夫と妻の仕事、家事・育児、自由時間の状況-男女共同参画週間にちなんで-（社会生活基本調査の結果から）」
<http://www.stat.go.jp/data/shakai/topics/topi30.htm>
- ・内閣府生活統括官（共生社会政策担当）平成25年3月 「子ども・子育てビジョンに係る点検・評価のための指標調査」
<http://www8.cao.go.jp/shoushi/cyousa/cyousa24/shihyo/pdf/gaiyo.pdf>