

- 1) 要約：REPRODUCTIONを現代社会における人と人との時間的空間的なつながりととらえ、その中で出生を支える好ましい医療のあり方を考える  
見出し語：リプロダクション、人間関係、周産期医療
- 2) 研究方法：専門家へのヒアリング、ききとり調査
- 3) 結果：医療技術のある面での飽和状態、専門分野の再編の可能性、出生を支える価値観の変動を分析
- 4) 考察：医療技術の進歩と同時に、出生を支える価値観の変動の研究が必要
- 5) 文献：(1) 日本医師会雑誌、Vol. 106, 177  
(2) 助産婦雑誌、Vol. 43, 618  
(3) 心理学評論、Vol. 33, 71

## 1. はじめに——“つながる”ということ

母親にとって“産む、子供にとっては“産まれる”ということ。そこでは、一つの生命がこの世に登場し、人が親になり、人間関係の基本ともいえる親子（母子）関係が生まれる。そもそも出産・誕生は、“続いていく”という生物の基本を支えるものであり、決して難しく考えるべきはずのものではない。その素晴らしいドラマである出産というできごとと、産まれてくる子供の一人一人を祝福して受け止める社会を実現させるためには、出産をめぐる基本的システムがしっかりしていることが重要である。いま、この基本的な仕組みはどうなっているか。その実態をおさえつつ、本当に大切なことを捉え、それを基に調査と議論を進めてゆきたい。

ところで、私たちの研究班は、REPRODUCTIONというテーマが与えられているが、この英語を、どのような日本語にするのが一番ふさわしいのか、考えてみた。直訳すれば、生殖、再生、出産、誕生などになるのであろうが、われわれに与えられた課題は、医療ではなく保健であり、かつ社会性・倫理性という面をも含む包括的のものであるとされており、それは広くは人口や環境の問題をも含むものであるであろう。このような前提を踏まえた上で、私たち自身の問題意識を表わすのにふさわしい言葉として、“つながり”という言葉を選びとった。“つながり”という言葉は、親から子への継承、親と子の絆、医師と妊婦の関係、さらに広げて家庭や社会の中での、強弱様々な人と人と

のつながりまでを含むものである。私たちは、この“つながり”という言葉によって、現代社会を、人間の生物学的な側面を結び目にして空間的・時間的（言語学の用語を使えば共時的・通時的）に捉えようとする試みを表現するもの、と考えている。

## 2. 具体的テーマと研究の方向性

問題の具体的な切り口としては、以下の三つの角度から接近して行くことにしたい。

- ① 人間の生命を一つのつながりの中で捉える（生物としてのつながり）。
- ② 誕生を支えるに当たって、人と人とのつながり・人と社会とのつながり・親と子のつながりが、現在どうなっているか（文化的・社会的つながり）。
- ③ 具体的な医療の場の中で、人と人とのつながりがどうあるのが望ましいか。

そしてこれらの課題を考えていくにあたっては、以下の三つの視点を保持するよう努力したい。

- ① 出産・誕生の周辺にある事柄を、医療のほか家庭・社会なども含めて総合的に捉えていく研究にする。
- ② 現代を意識すると同時に、基本的に変わらない部分にも目を向ける。
- ③ 専門性を大切にする。第一線で尽力している専門家の日常の中での問題意識をくみあげる。
- ④ 女性を中心に当事者の実感をくみあげるようにする。

- ⑤ 現存するシステムの<欠陥>を指摘して修正を迫る、という方向ではなく、<産む>ことの現状を見直しながら、望ましいあり方を考える。

以上のような問題意識とこれを扱う視点にふさわしい研究方法を見つけるのは容易ではないが、まず関係者のレクチャーと文献レビューから開始し、徐々に具体的問題の個別調査に入って行き、最終的にはこうあって欲しい REPRODUCTION のあり方を描くところまで到達したいと考えている。“産むこと・産まないこと”の現状を見直しながら、具体的には、インフォームド・コンセントの現状を調査し、REPRODUCTIONを支えるにあたって、どのような専門性の発揮が望まれているかを検討し、この問題に関わる人と人とのつながりについて、21世紀に向けてより広い視野を切り開いていきたい。

### 3. 今年度の成果

#### 3-1. 変わらないものとその変動

##### ——文化人類学的考察

日本の女性が一生に産む子供の数が1.53人となったことが問題視され、それへの対策として母性を保護したり、欧州諸国をモデルに働く女性が子供を産みやすくする環境を整えることが検討されている。しかし、文化人類学の視点からみると、子供を産むということ、子供を持つということ、そのことの意味自体が、今の日本の社会の中で変わってきており、このような制度的な工夫がどこまで回復できるかは、疑問だと言わざるをえない立場にある。文化人類学とは、地球上の様々な人間の文化の違いと普遍的構造を抽出してくる学問的立場である。そしてこの観点からみると、現在の日本社会の変化は、親と子の関係、そしてこれを越えて世代を祖父母から孫へ、そしてひ孫へと“つなげて”ゆこうとする基本的な価値観のレベルでの変質であり、構造的な問題である。

要約して言えば、基本的にはどんな社会においても、子供を産み育てるということは、確固とし

た“継承のイデオロギー”に基づいたものであるからである。子供を産むとは、一つの家、血族、地域社会など様々な次元での集団の全体の成員を補充し、また制御していく文化的な体系の中で位置づけられてきたものであり、これをつなげていくというイデオロギーに支えられて営まれてきたものである。過去25年間の日本の農村調査からの結論は、この継承のイデオロギーが急速に弱体化し、ほとんど消滅しかかっている、ということである。しばしば核家族化し、子育てには経済的にも物理的にも難しい都市生活では、子供を持たない夫婦や独身者が多いと言われるが、子育てという条件にはめぐまれているはずの農村でも、子供の数は減っており、嫁不足と言われている一方で、長く結婚しない女性が増えている。つまり、結婚し子供を産んで育てるためには、そうさせる強い動機づけが必要なのであり、今それが崩壊し始めている。

基本的に日本の農村は、家の継承を軸に結婚が考えられてきた。家を継承して行くためには、絶対に跡継ぎがなければならぬ。子供ができなかったり、娘ばかり生まれたときは婿養子をとるなどの文化的な仕掛けが準備されていた。その背景には祖先崇拜や水田の保持・継承、地域社会の安定、といった価値観が共有されていた。こういう意味の世界の中で、人は生育し、結婚し、子供を産み育て、そして老いていくものだった。たとえば、北米の文化の中では更年期は嫌なものと思われるが、日本ではそれを障害とみなさず、楽々と乗り越えてゆく。とくに農村では、閉経後の女性は地域社会の中で一つの宗教的な講をつくって暮らしており、その村で妊娠した女性が出ると皆で安産の祈願をし、子供が生まれれば生まれたで育児についての知識を伝達し、霊的な力をさづけ、一つの精神共同体として地域全体の REPRODUCTIONに参加してゆく。農村には、こういう不思議で巧みな文化的な仕組が機能していたのである。

しかし、今の農村は、経済的・政治的・面的からも、

次の世代の生活像を自信をもって描けなくなって  
おり、継承のイデオロギーも崩壊寸前の状態に  
ある。しかし、安定的に継続する社会を成立させる  
基本には、“つながり”に関する信念を共有した  
人と人とのネットワーク構造が不可欠であり、21  
世紀の日本社会を考えるヒントはなお、日本の農  
村の生活を見つめ直すところにある、と思われる。

### 3-2. 周産期医療と生育限界

#### ——その医学的・社会的問題

もはや、医学が進歩するままに任せてはおけな  
いレベルに達してしまった問題の一つに、受胎から  
出生までのどこかに生育限界を引かなくては  
いけないという問題がある。輝かしい新生児医療  
の進歩の代償として、この子の治療を続けるべき  
のか、あるいは、われわれは本当によいことをや  
っているのだろうか、という、NICUで日々直面す  
るジレンマがそれである。欧米的な考え方の中  
では、人間性の定義とこれに見合う段差を妊娠の  
ある時期に対応させ、「連続と不連続の思想」に基  
き、その線引きを行うことになる。わが国のこれ  
までの言葉使いでは、生育と成育とはほぼ同じ  
意味として用いられているが、医療の現場では苦  
しい決断をしなくてはならないのである以上、こ  
の二つの言葉のもつニュアンスも重要な意味をも  
ってくる。生育限界という表現は、単に生きること  
のできる限界という意味に相当し、出生後、数時  
間しか生きられない場合でも、またほぼ 100%の  
確率で障害を残しうる場合でもその中に含まれる。  
わが国の優生保護法や英国の中絶法の表現などは、  
この意味に受けとれる。一方、成育限界という言  
葉には、ほぼ正常に発育・発達しうる限界、とい  
う意味あいがかみ取れる。

なぜ、妊娠のある時期にこのような判断の境目  
を設けなければいけないかは、いくつかの理由が  
ある。もっとも基本的なことは、現在の医療の水  
準で成育可能なのにその機会が与えられないまま  
死んでしまうのを防ぐ目的と、逆に、成育不可能  
な胎児に無益な苦しみからの治療が加えられるこ

とを防ぐ目的のためであるが、これに重ねて欧米  
の社会ではとくに、人工妊娠中絶の医学的論点を  
明確にするという目的がある。とくに、1973年の  
米最高裁の中絶自由化判決の根拠が、胎児の母体  
外での生育限界という、法的判断の主要な根拠に  
医学的理由をもってきたため、これ以来欧米社会  
はこの問題の動向にきわめて敏感になっている。

近年のわが国における新生児医療の進歩はめざ  
ましく、1985年に北海道大学で395gの児の生存  
が記録され、現在のところ最も小さな生存例と考  
えられる。超未熟児の生存率も、最近の全国調査  
では約70%の生存率となっている。東京女子医科  
大学母子総合医療センターの超未熟児の生存率は  
82%（24週以上では85%）であり、その死因も  
18トリソミーの染色体異常、子宮内発育不全、仮  
死に伴う障害などの理由によるものがほとんどで  
あり、未熟性そのものによる死亡は少ない。つま  
り24週以上であれば、むしろその出生前管理が重  
要な時代になってきた。

このようにわが国の新生児医療は確実に世界の  
先端を走っているが、これを社会全体からみた場  
合、狭義の成育限界の医学的判断以外に、医療現  
場の献身的努力で進んできた新生児医療をどう位  
置づけるかの検討を始めるべき時にきている。ま  
た世界に先駆けて人工妊娠中絶の期限を24週から  
22週に繰りあげたことも、強い関心をもたれてい  
る。

### 3-3. 高齢出産の現状と問題点

生物学的には生殖年齢は卵巣の年齢であり、初  
潮に始まり閉経に終わる。先進工業国ではこの初  
潮が早まり、閉経年齢が遅れる傾向がある。日本も  
例外ではなく、今世紀初めと比べると初潮は約1  
年半早まり、閉経は2～3年遅れるようになった。  
これは医学的に、生殖可能期間の延長を意味する  
ものであるが、必ずしも人口増加に直結するもの  
ではない。先進国では計画出産が同時に進行する  
場合がほとんどであり、オーストリア、ドイツ、ル  
クセンブルグ、スイス、イギリスでは逆に人口増

加率はマイナスの段階に入っている。この閉経の遅れと女性の晩婚化に伴って、高齢出産の頻度が増えてきており、わが国でも30歳以上で初産を迎えるケースがめずらしくなくなっており、この面での医療政策上の配慮が不可欠になってきている。

興味深いことは、出生率の低減傾向にある先進諸国でも低水準ではあるが、ドイツ、スウェーデンでは増加がみられ、この場合とくに高齢出産の増加にはつながっていないことである。これは、結婚年齢の若年化、未婚による妊娠・出産が少なくないことなど、政府による出産奨励政策や欧米における結婚観などの相違が反映しているものと思われる。逆に、人口抑制政策をめざす中国は、晩婚を奨励し、その結果高齢出産が増加しており、先進国型の課題をはらみつつある。

局産期の死亡率をみると、どんな経産回数でも周産期死亡率が高いのは高年齢の妊婦であり、また先天異常や低体重児の出産は35歳以上で急増する。また年齢15歳以下の若年の妊婦では局産期死亡が増加し、早産になるケースも増える。結局、20～29歳での出産がもっとも安全である。

ある種の重症先天異常児は、母体の高齢化に伴って出生頻度が高くなるが、そのいくつかは出生前診断の可能な染色体異常によるものである。歳をとるにつれて、生体は潜在的に老化が進行し、高血圧、腎臓病、糖尿病などの病気も増える。このような病気をもっている婦人が妊娠すれば当然、危険が高い妊娠になる。また、わが国でも生活様式の欧米化に伴い、肥満も避けては通れない課題であり、とくに肥満高齢出産は、妊娠中毒症はもとより、難産になる確率が高くなる。高齢初産に妊娠中毒症が合併した場合、次回の平安な妊娠を期待できないという時間的制約が問題となる。加齢とともに、子宮筋腫、卵巣のう種、子宮ガンなどの危険も増加する。

最近では子供は1人か2人というケースが多く、高年初産は当然すべてが貴重児で、分娩管理もいわゆるインテンシヴ・ケアが要求されるようになる。胎児の管理はもとより、母体側の内科的・局所的

な疾患に対する一層の配慮が必要になる。高齢出産は、分娩様式だけを考えれば、帝王切開を選べば子供にリスクをもたらずことなく分娩できる。しかし、いざ高齢になってから妊娠を試みてもうまくいかない場合があり、20歳代の医学的にみて安全な時期の妊娠を人工的に完全に回避してきた後で、高齢出産恐るにたらず、という風説を信じすぎ、結局は高齢での妊娠・出産に失敗する悲劇が起これぬよう、医療の側も考えておかななくてはならない。

### 3-4. 出生前診断に対する社会的態度

羊水診断を行い胎児に先天的な異常があると診断された場合、このカップルがどうするだろう。そのために両親は、この妊娠を継続して赤ちゃんを産むか、それとも産むことを諦めるか、という重く苦しい選択を迫られることになる。

第一子にダウン症の子をもつ若い母親が第二子妊娠をした場合どう考えるか。このケースについて意識調査を行ってみると、日本人の大多数は、この母親と同じ状況におかれた場合は羊水診断を希望することがわかる（第二子の羊水診断に賛成78～91%。ただし僧侶の場合は67%）。さらに、羊水診断を希望すると答えた者に対して、検査の結果、胎児に異常があると診断された場合どうするか、という問には、8割以上が人工妊娠中絶を受けたいと考えていることが明らかになった（僧侶の場合は60%）。これは、諸外国の結果と同様の傾向である。

このような重篤な障害をもつ胎児の出生を否定するものは、きわめて現実的な見地から、こうした判断を行っていると思われる。たとえば、既婚女性の場合、6割が「生まれてくるとかえって本人が不幸になる」を理由とし、また約2割のものが、「家族の精神的・経済的負担が増加して家族が不幸になる」を理由とした。これに対して、障害胎児の生命権を認めるとした者の半数近くは、「生命はいかなる場合でも尊重されるべきだ」を理由にあげた。

出生前診断という新しい技術の登場によって、人工妊娠中絶に関する倫理問題には、生命の質による選択、あるいは遺伝的健康に対する個人的責任への圧力など、新しい問題が重なってきたことになる。

#### 4. 今後の課題

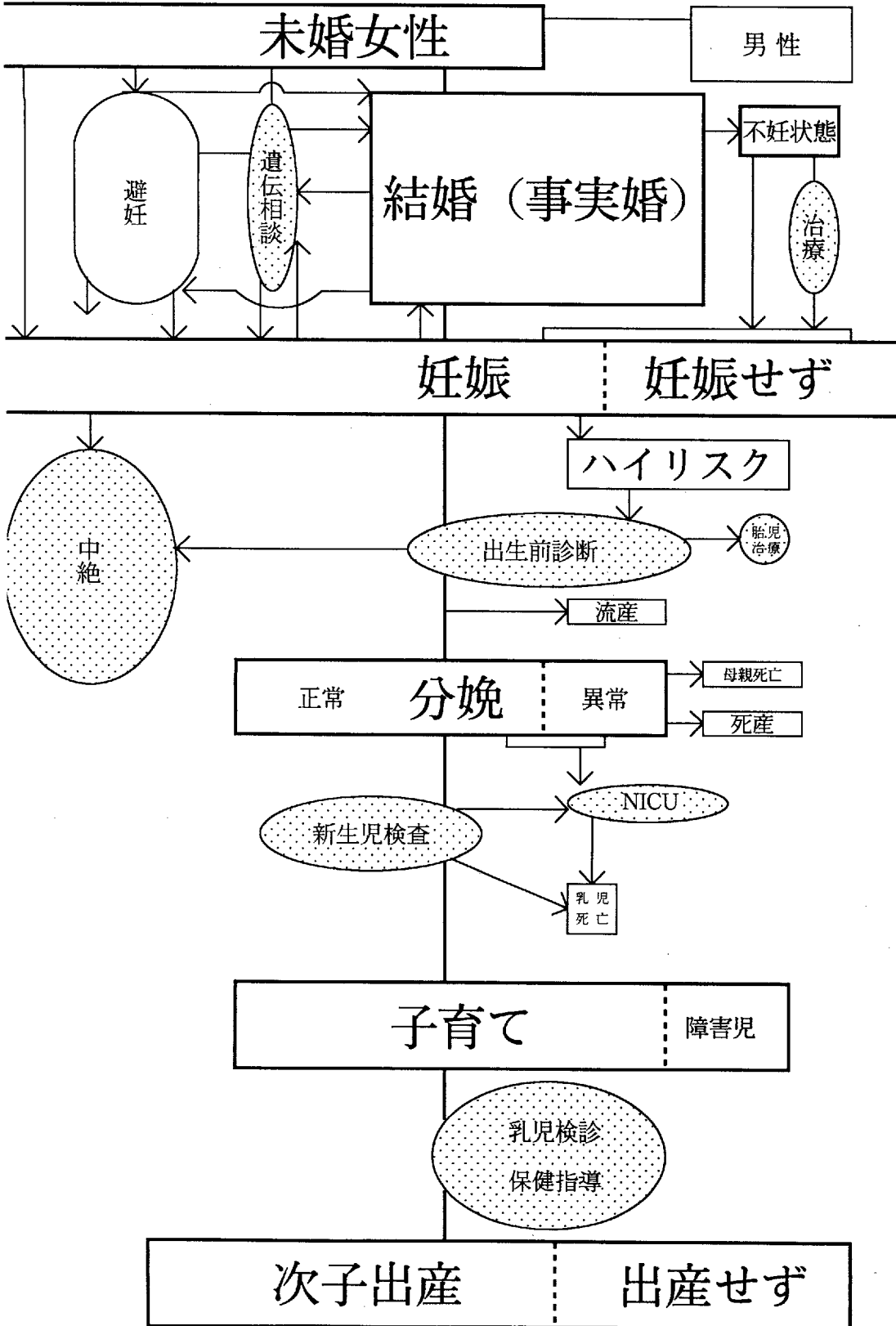
##### —— 出生関連諸技術に対する政策形成

日本はこれまで、出生前診断の是非を開かれた場で正面から語ることを大筋で避けてきた。しかし日本を除く諸先進国では、出生前診断は治療法がない先天異常・遺伝病の予防とみなされ、広範に行われている。ただ現在の状態に達するまでには混乱もあり、様々な調査も行われてきた。結局、社会的・倫理的問題といわれているもののほとんどは、この種の諸技術をどのように使い、どのようにには使わないか、という基準をどのように確立し、これを遵守する体制をどう築き上げてゆくか、という医療政策上の問題であることになる。これに関して諸外国と比較すると、本来は医療職能団体が主導権をとって、合理的な政策形成をべきなのであり、医療職能集団としての責任は大きい。本来、医療は、個々の社会の価値観と技術の実用性とが直接ぶつかる場であるはずであり、これは、個々の社会が実情に見合った医療技術規制の体制とこれを支えあう制度を、工夫し発見していかな

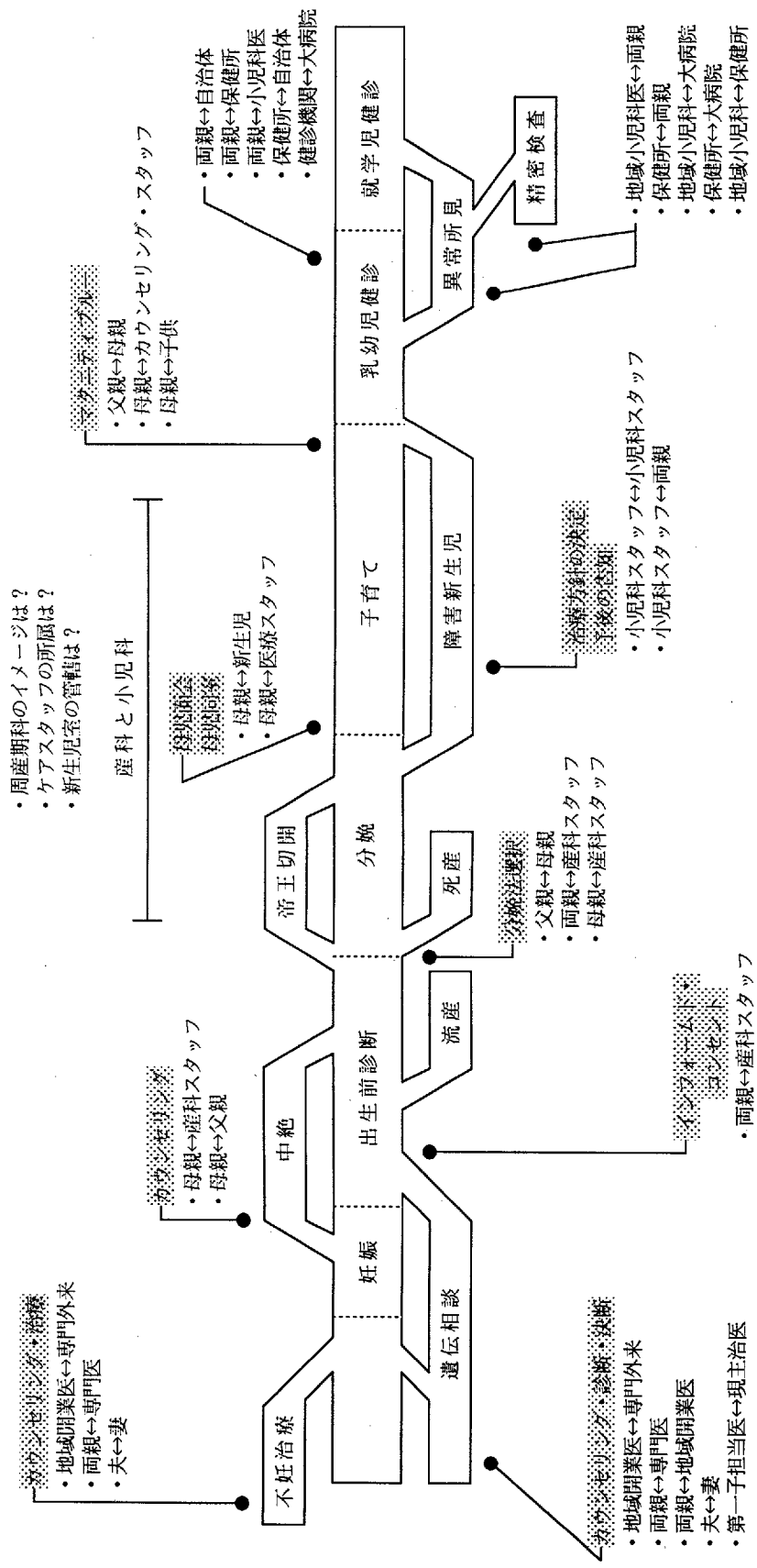
くてはならないことを意味している。

日本は臓器移植問題で遅れをとっている、と言われることがあるが、結局日本では「人の命はどこで終わるか」という問題に社会的関心が集まり、欧米では「人の命はどこから始まるか」という問題に社会の関心が向かっている。アメリカで連邦最高裁の判事やNIH長官の人事がもめるのも、そこに人工妊娠中絶の問題の帰趨が大きく関わってくるからである。こういう背景の中で、新しい医療技術の是非が論じられることになる。そしていま各国は、この種の政策を立案し決定する場合は、議会がいいのか、原理的には医療専門家に任せておいていいのか、第三の機関を設置するのがいいのか、試行錯誤のさ中にある。議会で結論を出した例として、イギリスは体外受精を国の監視下に置く法律を成立させたし、ドイツは、受精卵の実験的操作を法律で全面禁止する道をとった。ただ全体としては、国が関連領域の研究者を動員し、包括的な調査報告を積みあげるとするのがその主流である。このような傾向を促す別の要因として、現代情報社会においては、どのような機関決定があるせよ、その基礎には実証的で合理的な根拠が不可欠であるという時代認識がある。つまり、政策形成とその判断の根拠となる包括的な報告書作りの手を抜いては、社会的権威が獲得できなくなっているのである。

図 1

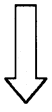


女性と環境（家族・家庭・社会・職場・制度・情報・経験）  
 女性と職業（無職・就職・転職・退職・再就職）



全域にわたる適切なケアスタッフ配置、充分にコミュニケーションがはかれるような空間（場）の設定、諸制度整備

図2. 周産期における人間関係 第3班『Reproductionに関する研究班』



## 検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



- 1) 要約:REPRODUCTION を現代社会における人と人との時間的空間的なつながりととらえ、  
その中で出生を支える好ましい医療のあり方を考える