

アジアにおける出生前検査と障がい観：
ベトナム、ミャンマー、フィリピン調査より

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 静岡大学人文社会科学部 公開日: 2020-03-09 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 白井, 千晶 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.14945/00027095

アジアにおける出生前検査と障がい観

—ベトナム、ミャンマー、フィリピン調査より—

白 井 千 晶

1. はじめに

(1) 背景と目的

子どもが生まれる前の、配偶子（卵子や精子）、受精胚、胎児やその付属物（胎盤等）、母体の検査は、出生前検査と呼ばれる。出生前検査は、日本では後述のように、「新型」出生前検査のように、優生学的見地から「命の選別」と報道されることが少なくない。しかし、検査は多岐に渡り、それぞれの検査が必ずしも妊娠の中絶を企図しているわけではない。本稿では、筆者がインタビュー調査を実施したベトナム、ミャンマー、フィリピンにおいて、出生前検査の受検や、子どもの障がいがどのように語られたかを整理、検討することによって、日本の出生前検査の語られた方において暗黙の前提となっている検査と障がいの関係性の論理を明らかにする材料を得ることを目的とする。

出生前検査の概要については、表1にまとめた。簡単に確認しておく、出生前検査は、広義には、児が出生する前におこなう検査を指し、一般的に受ける妊婦健診や超音波検査を含む。母体の状態を確認するための検査と、胎児の状態を確認する検査があり、狭義には胎児の状態に関する検査を出生前検査と呼ぶ。超音波検査では、胎児や胎盤の位置や臍帯の様子、羊水量などだけでなく、胎児の発育（例えば標準的な大きさ、体重かどうか）、胎児の形態（例えば脳の有無、指の数）、機能（例えば心臓の拍動の様子、血流、膀胱中の尿）も観察することができ、形態学的検査と呼ばれる。超音波検査による血流測定や尿測定に、胎児心拍数モニタリング、胎動、筋緊張、羊水量を加えた胎児機能評価（Biophysical Profile Score（BPS）等）もある。

受精胚や胎児の染色体を調べる検査は、出生前遺伝学的検査という。まず染色体、DNA、遺伝子、ゲノムという用語を簡単に整理しておく、細胞の中に核という構造体があり、核の中に染色体がある。染色体はタンパク質にDNA

(deoxyribonucleic acid：デオキシリボ核酸) が巻き付いたものである。DNAの中でタンパク質の構造に関わる暗号部分と暗号の読み取りを指令する部分が遺伝子と呼ばれる。DNAの遺伝情報全体のセットのことをゲノムという。こうした染色体の異常を調べるのが遺伝学的検査である。

表1 日本の現在の主な出生前検査

受精卵・胚の遺伝学的検査	
着床前検査	<p>PGT (preimplantation genetic testing)：着床前検査。分割が進んだ受精卵の割球の1～2個を取りだして受精胚の染色体や遺伝子を解析する検査。染色体(13、18、21トリソミー：21トリソミーはダウン症候群)、性染色体遺伝子、疾患遺伝子(筋ジストロフィー、ハンチントン病)などの検査、診断をする。PGTには、PGT-A、PGT-M、PGT-SRがある。かつてのPGS (Preimplantation Genetic Screening：着床前スクリーニング)はPGT-Aに、PGD (Preimplantation Genomic Diagnosis：特定の遺伝子異常をターゲットにして検査し診断する：着床前診断)はPGT-M、PGT-SRに変更された。</p> <p>PGT-A (preimplantation genetic testing for aneuploidy) 着床前染色体異数性検査。特定の遺伝子ではなく染色体の数の異常を調べる検査。</p> <p>PGT-M (preimplantation genetic testing for monogenic/single gene defects：着床前単一遺伝子検査) ある特定の遺伝子の異常を調べる遺伝疾患の検査。</p> <p>PGT-SR (preimplantation genetic testing for chromosomal structural rearrangement：着床前染色体構造異常検査)、特定の染色体の転座や逆位などの構造異常を調べる検査。</p> <p>PGT-S：着床前性染色体検査</p> <p>NGS (next generation sequencing)：次世代シーケンシング</p>
胎児の遺伝学的検査	
母体血清マーカー検査	<p>母体の血液のいくつかのタンパク質の成分の濃度を測定するスクリーニング(非確定的)検査(日本では現在、シングルテスト、ダブルテストはほぼ実施されておらず、クアロトテスト、トリプルテストが用いられている)。トリソミー(18、21)、開放性神経管奇形の確率を予測するスクリーニング検査であり、確定検査ではない。検査時期は初期(妊娠9週ごろ以降)、中期(妊娠15週ごろ以降)で、時期により検査が異なる。結果が出るまで約1～2週間程度かかることがある。採血のみのため非侵襲的。精度は約8割前後。</p>
絨毛検査	<p>腹壁や子宮頸部からカテーテルや針を刺して、胎盤を形成する前の胎児由来の細胞で作られている絨毛を採取し、染色体を調べる確定的検査。Chorionic Villi Sampling：CVS。トリソミー(18、21)、神経管奇形のほか全染色体を調べることができる。検査時期は妊娠9～13週ごろで結果が出るまで2～3週間程度。流産や感染の可能性はある。</p>

羊水検査	腹壁から針を刺して、羊水を採取し、浮遊している胎児の細胞の染色体の数的異常や構造の異常を調べる検査。13、18、21トリソミー、XY染色体（ターナー、重複X、クラインフェルター等）、開放性神経管奇形（開放性二分脊椎や無脳症など）のほか、特定の遺伝子変異や酵素の変化を調べることができる確定的検査。検査時期は妊娠15週ごろ以降で、結果が出るまで2～4週間程度。流産や感染の可能性がある。
母体血胎児染色体検査、cfDNA（細胞フリー胎児DNA）検査	母体の血液中に流れている胎児のDNAの断片を分離して胎児の特定の染色体の数的異常を調べるスクリーニング（非確定的）検査。13、18、21トリソミーの検査を提供する検査会社が多い。妊娠10週ごろから検査可能、結果が出るまで約10日。採血のみのため非侵襲的。精度は約99%だが、母体の年齢等により陽性的中率が変化する。2012年に日本の数病院が同社の検査を導入して「新型出生前診断（検査）」と呼ばれた。医学的には無侵襲的出生前遺伝学的検査（Noninvasive Genetic Prenatal Testing：NIPT）、母体血細胞フリー胎児遺伝子検査（cfDNA検査、cffNA検査）と呼ぶ。日本産科婦人科学会が指針を出し2013年4月から学会に認定された病院で臨床研究として実施が始まった。
臍帯血検査	腹壁から針を刺して臍帯の血液を採取しておこなう確定的な胎児の血液検査（胎盤や胎児内血管から採取することもある）。臍帯血検査によりわかる胎児の疾患もある。検査時期は妊娠17週以降。胎児死亡、流産や感染の可能性がある。
母胎血中胎児細胞（NRBC）検査	母体の血液中に流れている胎児の有核赤血球（NRBC）を分離し、染色体を調べる確定的検査。トリソミー（13、18、21）、XY染色体の数の異常がわかり、転座はわからない。妊娠6週から可能、1週間ほどで結果が出る。採血のみのため非侵襲的。研究段階で臨床利用はされていない。
胎児の臓器、骨格、容貌など形態の検査や診断	
超音波画像検査（エコー）	胎児の大きさ、脳（水頭症、頭蓋骨形成、大脳小脳など）、心臓や各内臓器など（例えば心臓の異常、内臓の欠損、機能障害等）がわかる。胎児後頸部浮腫（nuchal translucency：NT）が21トリソミー（ダウン症候群）などの染色体異常を知る手がかりになるとも言われているが、発生危険率が一般より高いということであり、なおかつ母体年齢、妊娠週数、合併疾患によって左右される。胎児のみならず、胎盤の位置や臍帯、羊水の量なども調べられる。一般的な妊婦健診で用いられる超音波検査と、特に胎児の内臓の形態や機能を調べる胎児超音波検査（胎児精密超音波検査）がある。 超音波検査による血流測定や尿測定に、胎児心拍数モニタリング、胎動、筋緊張、羊水量を加えた胎児機能評価（Biophysical Profile Score（BPS）等）もある。

その他、一般的な妊婦健診で実施される母体の状態を調べる検査やその他の検査	
母体の血液検査など	血液検査の検査項目は、感染症等（肝炎、梅毒、風疹、HIV、トキソプラズマ、成人T細胞白血病ウィルス、サイトメガロウィルス）、生化学検査や血液学検査（血糖、貧血、甲状腺）など。ほかに子宮の計測や検尿等の妊婦健診の母体の一般的な検査で胎児の発育状態がわかることがある。
両親の染色体検査、遺伝子検査	両親の遺伝子を検査して、受精や妊娠継続を阻害する原因や、子の遺伝性疾患の可能性について調べる検査
流産・死産のさいの胎児の検査	
染色体検査	胎児の染色体異常により流産・死産に至ったのか、胎盤の絨毛、胎児組織を検査する。胎児の染色体異常が両親の染色体異常に由来することもある。

白井千晶作成

検査自体は、疾病の予測、可能なら治療や温存、分娩様式の検討、胎児や出生児の治療方針の検討、その他出生後の準備に役立ちうるものであり、必ずしも妊娠の中断の選択を迫るものではない。しかし、児が生まれることで経済的問題が生じるとして、人工妊娠中絶（以降中絶）できることも事実である。

日本でNIPT（Noninvasive Genetic Prenatal Testing：NIPT：無侵襲的出生前遺伝学的検査、母体血胎児染色体検査、いわゆる新型出生前検査）で13、18、21番目の染色体の数的異常のスクリーニング（非確定的）検査が始まったときには、早い妊娠週数のときに、妊婦の血液を調べることで（無侵襲的に）、高い精度で、ダウン症候群（21番目の染色体の数的異常か構造異常がある）かが確認できる「新型出生前診断」が始まると新聞報道されて（2012年8月29日朝日新聞）、その2日後には厚生労働相が閣議後会見で「日本産科婦人科学会がなるべく早く自主規制を示して欲しい」「命の選別にならないよう懸念は持っている」と示した（2012年8月31日朝日新聞夕刊）。学会も直ちに「研究以外の一般的な検査として安易に実施するのは『厳に慎むべきだ』」とする声明を発表し、ルール作りの検討委員会を立ち上げるとした（2012年9月2日朝日新聞）。初めて受検後の帰結が発表されると、「新出生前診断、陽性29人 開始3カ月で1,534人検査、2人中絶」と、中絶数が取り上げられた（2013年7月17日朝日新聞、29人のうち6人が確定検査をして、2人が中絶、2人が陰性、2人は結果待ちと未報告）。開始半年後の報告では「陽性の9割中絶」（2013年11月23日朝日新聞）、「進む選別、中絶増の懸念」（2013年7月23日朝日新聞夕刊）、「命の選別」（2013

年12月14日朝日新聞朝刊)と報道された。以後、検査結果が陽性であると中絶する、検査結果による中絶は「命の選別」である、というストーリーが繰り返されてきたように思われる。

この「染色体異常があると中絶するが、それは命の選別である」というストーリーが、社会の「忌むべき（であるが他の物語が想定されない）ドミナント・ストーリー」なのはなぜだろうか。優生保護法による障害者の強制不妊手術や、行政が羊水検査を推進した「不幸な子どもの生まれない運動」などのように、中絶が所与のものとされてきたからだろうか。

しかし本稿で論じるように、筆者らが実施したアジア調査では、妊娠中の不安は、盲聾児が出生する不安や胎児の生死の不安だったと語られたり、障害児は仏の贈り物で来世の転生のために皆がかわいがるから育児負担はないと語られたり、ダウン症という名称を知らなかったりと、障害に対する認識や態度は多様だった。また、疾病や障害が日常的だと、染色体異常が排除されるべき障害とは認識されないこともある。したがって、遺伝学的検査の研究には、身体観、障害観や障害ケアを組み込む必要があるだろう。そこで本稿では、アジア調査のうち、筆者が実査したベトナム、ミャンマー、フィリピンのデータをもとに、障がい観と出生前検査への態度を探索する。

(2) 概要

本稿で用いるデータは、「現代アジアのリプロダクションに関する国際比較研究：ジェンダーの視点から」(JSPS17H04559)によって実施された調査のうち、ベトナム、ミャンマー、フィリピンのデータの一部を使用している。「現代アジアのリプロダクションに関する国際比較研究」は、10名から成る研究チームで、東アジア、東南アジア、南アジアの14ヶ国・地域（日本、韓国、中国、台湾、ベトナム、ラオス、タイ、ミャンマー、ブータン、ネパール、インド、スリランカ、フィリピン、インドネシア）において、リプロダクション領域（妊娠、出産、哺育、不妊、避妊、養子縁組や里親など）の調査を実施した。

調査デザインについて述べる。14ヶ国それぞれにおいて、「都市」と「非都市」2カ所（以上）を選定し、出産女性10名以上（末子10歳未満）、医療者等5名以上のインタビューを実施した。調査地や女性、医療者等の対象については、各国の現状を反映するよう、それぞれの担当者が選定や割り付けをおこなうこととした。なお、本研究は、静岡大学ヒトを対象とする研究倫理委員会の倫理審査を受審し、承認されている（登録番号17-4および17-38）。

国内外の研究動向については、①香港、中国など単独地域のNIPT受検行動調査はあるが、アジアの比較調査はない、②欧米諸国の比較調査はあるが、NIPT導入概況 (Chandrasekharan et al, 2014; Allyse et al., 2015; Minear et al., 2015)、受検促進要素の調査 (Hill et al., 2016) のみで、管見では障害観を検討した研究は存在しない。③アジアにふれたものとしては、欧米国内でのエスニシティによって受検への態度が異なることを検討した研究がある程度である。④既存研究は、受検行動および人工妊娠中絶に影響を与える要素の分析 (Hill et al., 2016)、検査商品のグローバル化への警鐘 (Chandrasekharan et al, 2014)、優生学への警鐘 (Thomas and Rothman, 2016; Thomas, 2017, Löwy, 2017) のいずれかで限定的だった。

しかし松尾 (2015) はインドでのフィールドワークから、生殖細胞を「サブスタンス」(身体構成物) と捉えたときに、子に受け継がれるものの理解は、必ずしも西洋の生命科学的な理解と一致しないことを明らかにし、多元的生命倫理を提起している。

アジア諸国の出生前検査の利用状況については、NIPTが実施されているインド、中国、台湾、シンガポール、韓国以外は、国外の研究を含め出生前検査の調査研究はほとんどなかったが、本研究ではこれらの国々の状況や文脈が浮かび上がってきた。それぞれの国・地域は、宗教、政治体制、人口政策、保健医療システム、福祉政策、経済体制などによって特徴付けられる。例えばミャンマー、フィリピンは出生前遺伝学的検査はほとんど利用されていないが、少なくとも都市部では超音波検査が一般的に使用されている。一方、ベトナム都市部では高額なNIPTの代替として偽陽性率、偽陰性率の高いダブルマーカー検査、トリプルマーカー検査がスクリーニングとして使用され、Thomas (2017) が、検査は「ダウングレード」されて通常の妊婦健診の検査に組み込まれると述べたことが実際に生じているようだ。中国ではNIPTで性染色体を検査することが禁止されているために、実際には的中しない (Chandrasekharan et al., 2014)、母体の唾液や尿によるスクリーニング商品が消費者に直接販売されているという。

フィリピンではカソリック系のキリスト教を信仰する人が約8割であることが法制度にも影響して、人工妊娠中絶が禁止されているためか、本調査では、特定の染色体異常の発見を目的とする遺伝学的検査はほとんど普及していなかった。一方で精密な超音波検査を用いた胎児機能評価は都市部で普及し、胎児治療も実施されていた。

このように、国・地域によって検査のありようは多様で、調査を進めていけば、政治的アクターと経済的アクターによってただ一元的に出生前検査が普及するのではないことが浮き彫りにできるだろう。表2に、出生前遺伝学的検査の実施概況、人工妊娠中絶の実施概況、主な宗教、および該当するアジアの国・地域の例を示した。あくまで傾向であるが、国・地域という単位でみても多様であることがわかる。また、出生前遺伝学的検査と人工妊娠中絶には関連する部分があると予想される。次節では、ベトナム、ミャンマー、フィリピンの調査結果の一部を報告する。

表2 東アジア、東南アジア、南アジア諸国の出生前遺伝学的検査と人工妊娠中絶の概況（抜粋）

出生前遺伝学的検査および人工妊娠中絶の実施概況	主な宗教	該当するアジアの国・地域の例
出生前遺伝学的検査に消極的・中絶消極的	無宗教ないし仏教	日本
出生前遺伝学的検査の実施あり・中絶実施	無宗教ないし仏教	韓国、ベトナム、中国、台湾、タイ（上座部）
	主にヒンドゥー教	インド
	多宗教	シンガポール
出生前遺伝学的検査の実施なし・中絶禁止（困難）	仏教	ミャンマー（上座部）
	キリスト教	フィリピン（カソリック）
	イスラム教	インドネシア

注：出生前検査および人工妊娠中絶の実施状況、主な宗教についての記載は、傾向を示したものであることを付言しておく。

2. ベトナム

（1）調査地概要

ベトナムはインドシナ半島の東部に位置する国で、人口は約9,370万人（2017年、越統計総局）、首都はハノイである。国民の約86%がキン族（越人）で、他に53の少数民族が存在する。公用語はベトナム語、宗教は仏教（大乘仏教）、カトリック、カオダイ教他である。主要産業は、農林水産業、鉱業、工業で、一人あたりのGDPは2,385米ドル（2017年、越統計総局）、経済成長率は6.81%（2017年、年平均、越統計総局）である。（出典：外務省）

ベトナムは健康保険加入割合が高く、住所登録した管区内では自己負担率が

軽減され、管区内の自身が登録された病院ではさらに軽減されるシステムになっている。政府系病院、公立病院、省病院、省の下の県病院、地区病院、ヘルスセンター、と保健医療が階層化されている。都市部には私立病院や、勤務医が夕方からプライベートに開業するクリニックも多い。プライベートクリニックの受診患者は、当該勤務医の受け持ち患者として、勤務医の病院で検査、手術、分娩、入院をする。

人口増加に対して政府は1988年から夫婦に生まれる子どもを2人以下に抑制する政策を始め、2003年には人口規制法を制定して、いわゆる「2人っ子政策」を実施してきた。「夫婦に子ども2人が幸せな家庭」というスローガンが掲げられ、3人目が生まれると、罰金や、社会保険加入者に対する国からの分娩補助金や産休期間中の休業補償金が支払われないという措置があり、公務員（軍人や教員を含む）は解雇、ないし減給や左遷もある。しかし都市部の合計特殊出生率が1.4～1.5と人口置換水準を下回っていることから、保健省人口・家族計画化総局はしばしば政策の見直しを提案しており、2017年の共産党総会では、人口問題決議として、2030年までの目標として、出生時性比男児109：女児100の達成、人口置換水準（出産可能年齢にある全女性が平均して2.1人を出産する）の維持等が掲げられた（厚生労働省2018）。

ベトナムでは人工妊娠中絶は合法で、東南アジアで最も女性の中絶経験率が高いと言われる（生涯に2.5回：VietnamPlus, 2014/5/20）。2011年11月14日の保健省の通知では、産科・家族計画を専門とする診療所は妊娠6週以下の胎児で規定条件を満たした場合に吸引法または子宮収縮剤による中絶手術を行うことができる。2015年には、12週以降の中絶を禁止（母体の健康、性暴力や近親相姦による妊娠をのぞく）、性選択や母体にリスクがある中絶は週数にかかわらず禁止する草案が策定されている。

ちなみに、保健省人口・家族計画化総局の2018年の統計によるとベトナム国内の男女出生比は115で、男児の数が不均衡に多い（性選択を理由にした人工妊娠中絶は法律で禁止されており、超音波検査で性別を伝えること、着床前診断で性選択することも禁止されている）。

ベトナムにおける不妊治療は、体外受精は1998年、卵子提供は2000年、体外受精型代理出産は2001年にそれぞれ実施され成功した。2003年のARTに関する法律で卵子提供・精子提供は無償で可能になった。胎児の性選択が禁止になったのもこの法律においてである。2014年に親族間の無償の代理出産を可能とする法律が成立し、2015年より法律下で実施されている。

養子縁組については、養子法が2011年に施行され、手数料の規則が2017年に施行された。欧米の福祉団体による国際養子縁組の多さにより、国内養子縁組制度が改善されず、児童福祉が進まないとい国際児童福祉機関が提起している(ISS, 2009)。

(2) インタビューの結果と考察

次に、医療者インタビュー、女性インタビューのうち、出生前検査、それに伴う人工妊娠中絶、障がいに対する考えに関する部分を報告する。ベトナムでは、A市、B市、C市の3都市と、D省、E省の2地域の山岳部でインタビューを実施した。

都市部の医療者インタビュー

始めに、出生前検査について、A市、B市、C市の医療者（産婦人科医、助産師）インタビューで回答されたことを概略する。

A市のある病院では、超音波検査は、妊娠12週で4Dの超音波で心臓を診て、15週から18週の間に4D超音波と血清マーカーやNIPTをして、問題があったら羊水検査をし、32週に再度、4D超音波検査をする。超音波では、胎児と、胎児に関連するもの（胎盤の位置や羊水の量）を診るとのこと。

胎児の異常については、「妊娠初期に風疹に罹患したら、人工妊娠中絶をした方がよい。耳が聞こえないのが確実なら中絶した方がよいが、ベトナムの現在の技術では、妊娠3ヶ月ではそれが発見できないから。他にも、妊娠3ヶ月ごろに風邪様の症状で手足の指が繋がってしまう病気があるが、ひどい風邪を引いても胎児に異常がないこともあり、中絶をした方がいいとは言いがたい。インフルエンザの影響の検査は別の私立病院のできるから紹介するが、妊婦はあまり行かない」という。

この病院には障害検査科、診断センターがあって専門の医師がおり、感染症による胎児への影響の相談や検査、ダウン症の検査ができる。医師によれば、以前はNIPT検査はアメリカの検査会社がおこなっていたが、この5年くらいでNIPTの検査会社がベトナムにできて、ほとんどの妊婦が受けているという。母体血清マーカー検査はダブルテスト、トリプルテストと呼ばれ¹、染色体異常の

¹ 母体血清マーカーの数によって、シングルマーカー（1）、ダブルマーカー（2）、トリプルマーカー（3）、クアトロマーカー（4）、クアドラプルマーカー（5）と呼ばれる。ダブル、トリプルのマーカーが何かは本調査では確認していない。

可能性が高いという結果が出たら羊水検査をするが、羊水検査をしたくないときにNIPTを受けることもあるそうだ。ダウン症とわかったら、障害検査のセンターで、病院の産科、外科、小児科、小児科の心臓の医師、遺伝の博士、超音波検査の医師などがチームで父母と面談して、状態やその後の説明をする。養育の相談をする医師も紹介する。妊娠を継続しない場合は専門医を紹介して内服薬で中絶する。育てる場合にも、妊娠を継続する旨、確認書に父母のサインをもらう。男児だと中絶せず出産を選択する人もいるそうだ。

B市の病院では、ダブルテストとNT検査（nuchal translucency：胎児後頸部浮腫）は100%実施するそうだ。遠方の田舎の病院がこの病院にダブルテストの検体（血液）を送ってきて、検査結果を返送する仕組みになっているという。まずダブルテストをして、確率が高いとトリプルテストを実施するとのことだ。こうしたマーカー検査で確率が高い場合は、流産のリスクを説明した上で羊水検査を勧め（16週以前だと絨毛検査）、羊水検査で21などのトリソミーが診断されたら「家族に説明して中絶を勧める」という。STD（性感染症）がある場合も中絶を勧めるそうだ。医師は、自分たちがしているのはあくまで助言で、クリスチャンなど産む人もいるし、検査をしないで出産する人や、検査の時期を過ぎてしまって産む人もいるが、羊水検査で陽性の場合はほとんど中絶すると答えた。

C市の病院では12～13週でNT検査をして、80%位の確率で18トリソミー、21トリソミーがあるようなら羊水検査を勧め、それ以下の確率なら、ダブルテストやトリプルテストを勧めるそうだ。NT検査の結果が正常でも、希望によりマーカーテストを受けられる。また、35歳以上など、リスクが高いと思われるときにもダブルテストを勧めるが、経済的理由で受けないこともあり、最終的な選択は妊婦がするという。C市にはNIPTはないそうだ。NT検査の結果でダウン症の可能性が高いと思われても、羊水検査等の検査を受けずに産む人もいて、検査を受けないときには同意書を書いてもらうそうだ。同じ病院でも「ダウン症とわかったら、ほとんど産まない」と答える医療者もいれば、「ダウン症でもそのまま産む人もいる」と答える医療者もいた。

このように、染色体の数的異常に関する検査が広く使用されているものの、A市ではNIPT、B市とC市では母体血清マーカーと超音波検査のNTを使うと答えていて、異なっている。母体血清マーカー検査の使い方も、日本での使用とは異なっているようだ。

予定外の妊娠や人工妊娠中絶について尋ねたところ、A市の病院では、医師

は、若年者、多子、婚姻外の妊娠などで中絶の希望があるが、妊婦の希望で中絶を実施し、7週以下は中絶薬で、7週以上だと手術で中絶すると回答した。同病院の助産師は、中絶は子どもにかわいそうだから賛成できないが、若年者が病院に来ないでクリニックに行くので助言のしようもないかと前置きをしながら、「ベトナムの文化で大人の権利や利害、メンツが大切にされて、胎児のことが考えられない」、子どもが多くて貧しいので中絶も仕方ないと話した。B市の病院では、中絶科での中絶手術数は多くなく、全妊娠の1%位で、その理由は、人びとは妊娠初期だと町のクリニックで処置するか、この病院ならば家族計画科で中絶薬を飲ませて流産するのを待つからだという。病院では妊娠12週を越えた中期中絶か、合併症がある妊婦の中絶を扱う。病院で中絶する場合には、入院して中絶薬を飲んで流産するのを待つので最低1週間は入院することになる。法律的には可能でも18週を越えたら出産を勧めるそうだ。中絶数は、母体にも胎児にも病気がないケースが1日30件ほど、母体か胎児に病気がある人が70～80件とのこと。しかし、「そもそも生理が遅れたら、薬で生理を起こさせる」という。B市の別の病院は、中絶は1日1～2件、6週までは服薬のみで、7週以上は入院して、服薬して内膜を剥がして吸引することが多い。掻爬もある。C市の病院の家族計画センターによれば、病院の中絶科の中絶数は1日40～50件で、生まれる数と同じくらいあり、中絶方法は他と同じで、「中絶数が多いので施術の腕がいい」と語った。全体に、人工妊娠の数が多く、初期、中期、それぞれの時期に対応した中絶方法で施術できる様子がわかる。

非都市部の医療者インタビュー

妊婦健診の内容は、計測、尿検査、血液検査、超音波検査で、E省総合病院には4Dエコーが10台あり、3台が産婦人科用だという（2台は産婦人科外来、1台は産婦人科入院用）。4Dエコーの研修は政府系病院の産婦人科、心臓病院などで受け、胎児の心臓、手足など形態、NT検査ができるようにするとのことだ。超音波検査は妊娠12週、22週、32週に実施し、12週には初期の検査、子宮内の妊娠かどうか、NT検査、22週は胎児の異常がないか、性別、32週はダウン症の検査や胎盤の位置を確認する。12週のNT検査でダウン症の可能性があるそうならば、母体血清マーカー検査と羊水検査をする。あるいは都会の病院に紹介する。NIPT検査は大都会の病院にはあるが、省病院にはまだない。ダウン症とわかったらほとんどが中絶するが、出産するまでわからない他の障がいもあると回答した。

人工妊娠中絶については、妊娠9週未満は県病院で、それ以上の中期中絶は省病院でおこなう決まりがあるという。しかし省病院の医師は、女性たちは妊娠12週まで、特に未婚の人はクリニックで中絶するので、中絶の実態はわからない、日本よりずっと多いだろう、統計がとられていないのでわからないが、生まれる数より多いのではないかと語った。貧困で多子か、胎児の疾病が中絶の条件だが、レイプによる妊娠や学生の妊娠なら中絶した方がよいのではないかと話していた。

都市部の女性インタビュー

次に、女性へのインタビュー結果を報告する。

妊娠中の検査は、計測、血液検査、尿検査、超音波検査で、超音波検査を受けたことがない人はいなかった。ほとんどの人が4Dの超音波検査を受けていた。

染色体異常に関する検査について、3人の女性は、NT検査と母体血清マーカー検査を妊娠12週と16週で受け（12週はダブルテスト、16週はトリプルテスト）、確率が低かったので羊水検査を受けなかった。2人の女性は12週でダブルテストを受け、確率が低く、年齢が若いのでそれ以上の検査は不要と助言を受け、他の2人はNT検査で異常がなく、年齢が若いのでマーカー検査等の他の検査は不要と医師から助言を受けたようだ。別の女性は不妊治療で体外受精をして、胚のグレードで胚を選択をして子宮に移植した。現在なら性別を選ぶ着床前スクリーニングがあるが、自分は子どもがほしいのであって、性別は選ばないと話した。経腹超音波のみ受けたある女性は「お腹の赤ちゃんに障がいがあったらどうしよう」と思ったが「生まれて手足がきちんとあって、顔も問題がなくてほっとした」という。別の女性は、「知り合いに寝たきりの子がいるが、子どもがかわいそうだし、母も子も大変」と答え、障がいがあったら中絶に賛成と答えた。この2人の女性の回答では、「障がい」と聞いて思い浮かんだのが、「手足があるか」「寝たきり」など、ダウン症ではない障がいだったことがわかる。別の女性は「ダウン症という言葉は知らない」と答えた。血清マーカー検査を2種受けた女性は「ダウン症の赤ちゃんも人で、自分の子どもだから育てる」と思っていたようだ。

人工妊娠中絶について、家族もキリスト教徒である女性は、「子どもの幸せのために産むのに、（障がいがあっても）子どもが幸せを感じられないなら産まない方がいい」が、それ以外の理由は中絶が適当か判断が難しいと話した。もし自分が夫に中絶してくれと頼まれたら離婚すると話していた。

12人の女性たちの多くが、NT検査、母体血清マーカー検査をルーティーンで受けていたが、胎児がダウン症だとわかった場合について答えた4人のうち3人は中絶すると答え、1人は産むと答えた。前者は「子どもがかわいそうだし、育てるのも大変」というのが理由で、後者は「ダウン症でも人で、自分の子だから」というのが理由だった。中絶の可否の条件を問うために、母体の健康問題がある場合に中絶してもよいと思うか尋ねたところ、子どもが生まれても母が亡くなるようなら中絶した方がよい、「母がいないと子どもがかわいそう」という人が2人いて、この2人は経済的理由や、婚外子であっても産んだ方がよいが、子に障がいがある場合は中絶した方がよいと答えた。田舎だと未婚女性が産んで男性が認知しないと、子どもを連れたい女性はまだ結婚できないから故郷を離れるしかない、学生が産んだら子どもに愛情をかけられないかもしれないし、経済力がなく祖父母が世話をするのも大変、など、産んだ場合の状況を考えて、仕方ないと答える人もいれば、それでも産んだ方がよいと答える人もいた。

非都市部の女性インタビュー

D省の女性の一人は妊娠12～14週の超音波検査でダウン症の検査をしたが、ダブルテスト、トリプルテスト、羊水検査という言葉は聞いたことがないという。別の41歳の女性は、第1子は他の人と同じように妊婦健診に行かず自宅出産したが、第2子は妊娠3ヶ月の時に風邪を引いて点滴をしたさいに、お腹の子は育てることが難しいだろうと医師に言われたそう。妊娠5～6ヶ月の時に病院で診察を受けたら、お腹の子はダウン症だがもう大きいので中絶できないと言われたという。当人はお腹の子が生まれるかどうかを決めるので、生まれたら子どもも自分も大変なことがわかっているが、産むことにしたという。自分の父母にもお腹の子はもう大きくなったから中絶できない、お腹の子も生む人のせいでもないから、皆で世話をしようと言われ、夫婦二人で産むと決めたという。

E省の女性2人は、妊婦健診で毎回4Dの超音波検査を受け、1人は超音波検査で男児ということがわかったが、もう一人は関心がないので聞かなかったという。ダウン症、NT検査、NIPTという言葉は聞いたことがなく、「無事にかわいい子が生まれますよ」という言い方で、胎児に異常や障がいがないことを言われたと答えた。

人工妊娠中絶に対する考えや、実施してよい条件について尋ねたところ、前

述の女性は、障がいのある子は生後1ヶ月から痙攣を繰り返し、特に治療方法がないとのことで服薬やリハビリはしておらず、家で介護している。6～7歳まで母乳を飲み、座ることもできたが、6～7歳から身体が成長して座れなくなり、現在は、食事や水浴の介助やおむつ替えを家族がおこなっている。中絶しないと夫婦で決めて産んだが、「産まれたら世話をするが、自分たちが高齢になってからのことが心配」で、子どもに障がいがある場合は親も子も大変だから中絶した方がよいと話した。レイプ、若年、多子などの場合は、父母が病気がち、貧困、生活がきちんとできない、産む意思がなかった、などの理由で中絶してよいという考えだ。現在妊娠中の彼女の娘は、自分は中絶するという選択肢を考えたことがないのでわからないし、障がいがある弟の世話は、家族だけでなく近所や親戚にも頼めるので、大変ではないと話しつつ、胎児に障がいがあったら中絶した方がよい、貧困、レイプ、学生も同様、と答えた。

D省の女性は、一様に、中絶できない、考えたことがない、自分はしないと答えた。しかし、中絶してよい条件があるか、いくつか条件を提示したところ、子どもに障がいがあるときは皆、「中絶した方がよい」と答えた。母体の健康、経済的理由、レイプなどの場合についても「中絶してよい」とのことである。

しかし別の女性は「子どもに障がいがあるときは中絶してもよい」と答えたが、「ダウン症の時は中絶しない。自分の子だから」と答えた。「障がい」の範囲や、ダウン症の人の生活について十分聞けていないため今後の課題であるが、この女性にとってダウン症は障がいに入らないか、重要ではないのかもしれない。

小括

妊婦健診はほとんどの人が3回以上受診し、超音波検査を初期、中期、後期に受けているが、山岳部の少数民族や農業従事者など、受診しない人もいる。都市部ではダウン症等のトリソミー検査のスクリーニングである母体血清マーカー検査とNT検査がルーティーンでおこなわれているが、一部の都市ではNIPTが用いられるとのことだった。一方、非都市部ではほとんどなく、検査を知らない女性も少なくない。

中絶についてみると、出産の数より人工妊娠中絶の数が多いと言われるほど、中絶数が多い。ベトナムでは政府系、公立の病院がレベル別に整備されて、大病院や基幹的な病院での出産が多いが、勤務医が私設クリニックを開設していて分娩予定者は混雑を避けてクリニックで妊婦健診を受けることが多い。妊娠

初期の中絶（中絶薬の服用（ないし吸引との併用））はそうした町の簡便なクリニックで実施されるか、緊急避妊薬を薬局等で購入して女性が自ら着床阻害をするので、中絶の実数、実態はよくわからないという。地方では私設クリニックや私立病院がそれほどなく、人びとは公立の一次医療（ヘルスセンター）、二次医療、三次医療を受診していて、受療行動が都市部とは異なっている。インタビューでは、都市部では人工妊娠中絶の許容度が高く、非都市部では低いことが浮かび上がるが、どちらにおいても、障がいがある子どもは中絶した方が子どものためだと考えられているようだ。

また、都市部では胎児の染色体異常の発見を目的とする出生前検査が普及していることがわかる。ベトナム戦争下での枯れ葉剤による土壤汚染で現在もなお障がい児が出生していること、障がい児者福祉を家族が担っていること、急成長する経済の中でテクノロジーに親和的であること、その他の要素が絡み合っているのかもしれない。希望すればNIPTが利用できるA市の病院の医師は、「ベトナムは発展途上国だが、ベトナムの医学は世界でも有名で、進んでいることを誇りに思っている」と語った。本調査とは別のヒアリングであるが、枯れ葉剤などの影響で先天性の障がいがある子どもの施設では、「昨今では超音波検査技術の発展のおかげで、出生を未然に防ぐことができて、この施設にいるような（水頭症や小脳症などの）障がい児の出生は劇的に減少している」と話があり、テクノロジーにより幸福がもたらされるという態度が随所に示されていたように思う²。

ただし、障がいの概念は、本調査で十分に深めることができていない。「子どもがかわいそうだから、障がいがあったら中絶した方がよい」と大半の女性が語ったが、「ダウン症は人だし、自分の子だから中絶しない」と回答する人もいた。回答者が中絶の対象として許容する「障がい」と、ダウン症の関係について、さらに調査する必要があるだろう。

また、中絶に対して許容的な医療者や女性が大半だったが、中絶の認識自体が日本と異なる可能性がある。薬局で簡便に購入できる緊急避妊薬で着床阻害できたり、通経薬として経口中絶薬が使用されている状況では、「人工妊娠中絶」の概念自体、日本とは異なるのではないだろうか。

² 本稿では出生前検査と障害に焦点を当てているが、本調査では不妊治療や第三者が関わる生殖技術もインタビュー項目に含まれている。ベトナムは体外受精児が国内で出生してまもなく、精子提供、卵子提供、代理出産が認められた。本調査では「代理出産で子どもが生まれ、夫婦が子どもを持てることは朗報である」など、テクノロジーによって不妊という家族の課題を解消することに好意的な態度が語られた。詳しくは別稿に改める。

3. ミャンマー

(1) 調査地概要

ミャンマーはインドシナ半島の西部に位置している。人口は5,141万人（2014年9月）で、首都はネーピードー（2006年までヤンゴン）である。国民の70%がビルマ族だが、少数民族が多数存在する（ミャンマー大使館によれば8部族、135民族）。公用語はビルマ語、宗教は90%が仏教（上座部仏教）、その他キリスト教、イスラム教等である。主要産業は農業、天然ガス、製造業で、一人あたりGDPは1,267米ドル（2017/2018年度）、経済成長率は6.8%である（2017/2018年度）。（出典：外務省、ミャンマー大使館）

ミャンマーでもベトナムと同様に、大都市では私立病院や私立クリニックがあるが、地方では私設クリニックや私立病院がそれほどなく、人びとは公立の一次医療（ヘルスセンター）、二次医療、三次医療を受診していて、医療システムや受療行動は都市部と地方部で異なっている。健康保険加入率は高くないが、公立病院の診察費は無料であるなど、一般財政内で、医療費負担軽減がはかられている。

人工妊娠中絶は禁止されているが、母体に危険がある時は実施できる。国民全体の罹患率（Morbidity）の3位は「単体の自然出産」（6%）、6位に「その他の流産に終わった妊娠」があがっており（2.9%）（ウイン・トゥウ・ミャッカラヤ2014によるミャンマー保健省2013年のデータ）、出産と流産（人工妊娠中絶が含まれるかもしれない）が健康リスクになっていることがわかる。

(2) インタビューの結果と考察

ミャンマーでは都市部としてA市、B市（ともにビルマ族が多い）、非都市としてC町区（タウンシップ）でインタビューを実施した。

A市、B市には、専門的な医療を提供する政府系病院のほか、私立病院があり、私立病院では様々なサービスを提供している。

C町区は、高原地帯にあり、シャン族、ダヌー族が多い地域である。C町区には医師が数人と看護師がいるステーション病院と、ステーション病院の下部組織になるルーラル・ヘルスセンターがある。公立病院は都市部のタウンシップ病院、下部のステーション病院と階層化されていて、総合医はこれらの病院に勤務しながらせん状に職業的地位をあがっていく。タウンシップ病院、ステーション病院の院長は、医務官として管内の保健衛生行政も担っている。タ

ウンシッ病院、ステーション病院での出産は産婦人科専門医ではなく、この総合医が診察、分娩介助をする。母子保健はヘルスセンターが担っており、助産師はセンターに配置されている。助産師は予防接種などの母子保健の他、妊婦健診や自宅出産を担っている。

都市部の医療者インタビュー

都市部では、妊婦健診における超音波検査は、妊娠中期に実施するそうだ。患者が多いため産婦人科医師が超音波検査をするのは緊急時のみで、妊婦健診では放射線科の超音波検査専門医師がおこなうという。NIPTは政府系の病院では実施しておらず、プライベート・クリニックでは年齢が高い人がすることがあるそうだが、ある医師は「高いし（日本円で4万円ほど）、中絶できないので検査はしない。それにNIPTも100%の診断ではなく偽陰性も偽陽性もある。検査会社はタイ、シンガポール、マレーシアなどで、アメリカは高い」と、希望者は海外の検査会社で検査できるけれども、検査に懐疑的であると話した。「障がいはいは確かに気にするし心配するが、お祈りをするしかない」というが、「妊娠11週くらいまでならNTを診るが、受診がそれより遅かったら診ない」と、経膈エコーを利用した超音波検査によるNT検査への言及もあった。インタビュー直前に面会していたのは検査会社の営業担当者だそうで、鞆からNIPTのパンフレットを取り出した。検査ニーズがほとんどないと語りつつ、胎児の染色体異常検査の知識はあり、検査会社が最新の検査を営業していることがわかった。医師たちは英国など留学経験があったり、PubMedなど世界的な医系論文データベースで検索したりしている。

人工妊娠中絶については、「仏教では受胎から命。仏教徒の医師は中絶をしたくない」と医療者側の心的態度から中絶回避の発言があったほか、「人工妊娠中絶は母体の危険があれば法的には可能だが、リスクを伝えても患者がどうしても中絶を許可しない。産婦人科医、小児科医、医療法務の弁護士と本人方で何度も会議をしても、強制的に早期の帝王切開をすることはできない」と、人びとも中絶を許容しないことが語られた。「ミャンマーでは人工妊娠中絶ではなく家族計画をする。その方が健康によい」と、家族計画との関連を述べる医師もいた。人工妊娠中絶は母体の健康の理由、中学生がレイプで妊娠、など理由があれば可能だが、違法に中絶をおこなう人もいると話す医師もいた。もし女性がレイプをされたら、緊急避妊薬を72時間以内に飲んで（5日以内の薬もある）、そのあとIUDをすると答えた医師もいる。

非都市部の医療者インタビュー

妊婦健診は、妊娠7ヶ月までは4週に1回、妊娠7ヶ月以降は2週に1回というスケジュールで、C町区では、受診しない人もいるが、前院長が村にも助産師を派遣して教育したので、妊婦健診を1度も受けずに陣痛が来ていきなり受診する人は少ないそうだ。妊娠7ヶ月で超音波検査の専門医が超音波検査をし、例えば前置胎盤であることがわかったりする。超音波検査をする医師は日曜日など曜日が決まっている。総合診療医は超音波を使用せず、例えば子宮外妊娠であるかどうかは、尿検査、出血の様子、外診から判断をするとのことだ。

超音波検査をする医師は、ダウン症かどうかは診ていない、NT検査という言葉は知らない、日本がダウン症を気にするのは、高齢出産だからではないか、ここでは妊娠中にダウン症を気にすることはないし、ここではスクリーニングの技術もない、と回答した。

女性インタビュー

超音波検査はおおむね妊娠6ヶ月以降に超音波検査をおこなう医師が3回ほど実施し、性別、正常かどうか（おそらく胎盤の位置や胎児の位置）を診て、それによって帝王切開か普通分娩かが決まるという。インタビュー協力者の中には、超音波検査を受けたことがない人が1人いた（希望帝王切開で分娩）。ダウン症かどうか妊娠中に検査をしたり心配したりするかどうかについては、「ダウン症は知っているが、妊娠中に胎児がダウン症かどうかを調べる検査は知らない」「検査はしない」「羊水検査という検査は知らない」「超音波検査では胎児の心臓など異常がないかを見る」「障がいがあっても受け入れる」「妊娠中は、お腹の子が活着しているかの心配だけで、ダウン症かどうかの心配はしなかった」「生まれたときに（ダウン症かどうか）顔を見た」など、ダウン症という障がいがあることは認識しているが、胎児がダウン症かどうかを調べて、その結果によって妊娠の継続を検討するという発想はないようだった。

人工妊娠中絶については、医療者と同様に、「口にするのも嫌だ」という表情だった。女性で1人、妊娠を機に結婚、その後離婚して現在は海外に在住しているからか、「未婚で若い人は中絶してよい。安全にできるように中絶が認められるべき」と答えていた。他の14人は中絶はよくないと答え、「中学生がレイプされて妊娠した」など、若年、未婚、性被害という例を出して尋ねたところ、その状況ならば中絶もやむを得ないと回答したのは3名のみだった。他は、仏様からのギフトだからどんな場合でも許されない、子どもに罪はない、殺人と

同じである、親族が育てればよい、預けるところがあるからそこに預ければよい、中絶は悪魔である、という回答だった。

小括

ミャンマーではNIPTや羊水検査など、胎児の染色体異常の検査は一般的ではない。女性たちにダウン症候群について尋ねたところ、ダウン症候群という言葉を知らない人は一人もいなかった。しかし、女性たちは「障がいをもった子どもは、かわいそうなので、優先され、皆にかわいがられるので、子育ては大変ではない」「女性が責められることはない」「妊娠中にダウン症の心配はしていなかった。ダウン症になる理由は分からないし治せない」と話し、ダウン症の子が生まれることを忌避する態度は見せなかった。むしろ「胎動がないと感じて心配したことはある」「お腹の中にいるかいなか、生きて生まれるかどうかだけ」と、胎児の生命の心配をしていた。ただし、「健康であるよう妊娠中に祈る」「生まれてからダウン症かどうか顔を見た」とも言い、無関心というわけではない。「来世で健常に生まれるように、皆がかわいがる」と仏教（上座部仏教）的生死観との関連も見いだされた。一方で、「知人にダウン症の子が生まれて、仕事と子育てが大変そうだ」と現実的な回答もあった。

こうした障がい観、出生前検査に対する態度は、胎児は子どもであり、仏からのギフトだから、中絶は殺人にあたり、絶対悪だという中絶への考え方とも関連しているのではないかと推察される。

4. フィリピン

（１）調査地概要

フィリピンは東南アジアの南部に位置する島国で、人口は約1億98万人である（2015年フィリピン国勢調査）。民族はマレー系が主体で、ほかに中国系、スペイン系及びこれらとの混血並びに少数民族がいる。主要民族はマレー系のタガログ族で、タガログ語を母語とする人口は全体の24.4%を占める（2010年フィリピン国勢調査）。国語はフィリピン語（タガログ語を基礎にした人工言語）、公用語はフィリピン語と英語で、80前後の言語がある。ASEAN唯一のキリスト教国で、国民の83%がカトリック、その他のキリスト教が10%、イスラム教は

5%である（ミンダナオではイスラム教徒が人口の2割以上）。主要産業は農林水産業で、全就業人口の22%が従事している（2019年1月）。一人当たりのGDPは3,104米ドル（2018年、IMF）、経済成長率は6.2%（2018年、IMF）。中間所得層（世帯所得5,000～34,999US\$）の割合が2000年の43.8%から、2017年に65%まで上昇した。特に、上位の中間所得層（10,000～34,999US\$）の割合が増加している（経済産業省2019年3月医療国際展開カントリーレポート）。

都市には公立病院、政府系専門病院、私立病院、大学病院等、様々な病院があり、サービスや費用が異なっている。医師は複数の病院に勤務したり、自身のクリニックを病院の中に持っていることが一般的である。地方では州立、町立病院とヘルスセンターが医療の資源になっている。健康保険の加入率が高く、出産費用と家族計画は健康保険や公共サービスでカバーされることが多い。

人工妊娠中絶については、憲法に受胎から生命であって保護されると明記されており、例外なく非合法である（1870年の刑法、1930年修正刑法256～259条）。ただし刑法11条4により女性の生命を救うためにのみ可能である。しかし、プライベート・クリニックでの非合法の闇中絶、海外で認可されている中絶薬の密輸、薬局で販売している一般薬の過剰摂取、出店で販売されている中絶ハーブ（催経薬）、ヒロット（伝統的なマッサージ師）による手技などで健康を損なったり死亡する人も少なくないという。

出生前に超音波検査で判明した性別を伝えることに制限はないが、性選択はしてはならない。染色体異常に関する出生前検査は現在、都市部のプライベート・クリニックでは、コンバインド検査（母体血清マーカー検査と超音波検査によるNT検査を組み合わせる確率を算出する検査）や羊水検査は可能だが、一般的に、染色体異常を検査するために出生前の検査をおこなうことはない。

（2）インタビューの結果と考察

A市とB町でインタビューを実施した。B町はマニラから陸続きで南東に約180キロ、車で4時間程度である。2015年の統計で人口63,000人あまりで、主な産業は漁業と農業である。B町ではルーラル・ヘルスセンター（RHC）が1つ、公立病院が1つあり、私立クリニックも1つあるそうだが、プライマリケア（保健、家族計画、一次医療）はヘルスセンターに、出産³や検査を伴う医療は公立病院に行くことが多いようだ。

³ 州によって法律が異なるが、フィリピンでは周産期死亡率を低下させるために、近年施設出産が推奨され、B町では自宅分娩が禁止されているようだ。

医療者インタビュー

胎児の染色体異常に関する検査は、公立病院等に勤務する医師は、染色体異常の検査は一切しないと答えた。一方、私立クリニック院長の医師は、母体血清マーカーテストはあり、NIPTも高額だが希望があれば対応可能で、フィリピンに検査会社があると答えた。大学病院勤務医師も、NIPTは対応可能で、「障がいの子どもの出生に）事前に備えてもらう」と答えた。羊水検査は周産期専門産科医が実施する。着床前診断については、倫理的な問題から、フィリピンでは今後もPGT-M&SRはしないだろうが、PGT-Aは実施されるのではないかと答えた。超音波検査が専門のクリニック院長は初期の超音波検査でNTを診るという。精密超音波検査とロボ手術に専心して、胎児診断、出生直後の迅速手術の準備、胎児治療を進めている。「検査を行うのは、両親の側の準備をするためです。精神的に用意するため、また出産時に備えて必要な準備を行うためなんです」と話した。公立病院の医師は、妊娠初期、妊娠中期に出血が止まらない妊婦を診ることがあるが、おそらくヒロットやハーブの中絶薬で流産を試みたのだらうと承知しつつ、治療をし、時には妊娠中期に帝王切開することもあるという。あくまで妊娠の継続や、生産（死産ではなく生きて胎児が出生すること）に向かって治療が進むことを示している。

A市郊外の助産師が開業するクリニックでは、特定の曜日に医師による健診があるが、クリニックに超音波診断装置はなく、最終月経不明で超音波検査から分娩予定日を算出したい時などは、他の病医院に行って診断してきてもらうため、現在、助産師本人が超音波検査を勉強中だという。妊婦健診の頻度は病医院より多く、保健省の規定では妊娠中に4回の健診であるところを、妊娠37週からは毎週、38週からは3日おきで、37週から内診もするとのことだった。このように、大都市でも、妊娠中に受けられる検査の内容には幅があった。

B町では母体血清マーカー検査、羊水検査、NIPT等の出生前検査はRHC、地区病院、州都の病院にはなく、マニラで利用可能とのことだった。

女性インタビュー

出生前検査でダウン症などの染色体異常を発見することについて尋ねたところ、「Anomaly Scan（妊娠20週ごろにおこなう異常発見のための超音波検査、解剖学的超音波検査）にはダウン症がないか、心臓の検査、奇形がないかを含んでいる。障がいや病気があったら準備するためだ」と回答した女性、「生まれたらnew born screening（新生児スクリーニング）をPhilhealth（健康保険）で無

料でして、ダウン症の検査もできる」と話した女性、「障がいがあったら、子どもがかわいそうだし、自分なら準備をしたいから胎児の時に知りたい。中絶できないので受検のジレンマはない。中絶できる国なら自分も検査をしないと思う」という女性や、「お腹の赤ちゃんがダウン症だったら、きっと最初は悲しいけど、神様からのギフトだからきっと受け入れられる。フィリピンでは家族に申し訳ないということはない。余計にサポートして親切にしてくれる」と話す女性など、中絶するかしないかという発想がなく、出生の準備であること、本人も周囲も障がいに受容的であることが語られた。

別の女性は「妊娠中にもしダウン症とわかったら、薬を飲んで治る治療ならする。ダウン症の子が生まれたら、ノーマルに生まれるように治療する。近所に聴力がない子がいて、言葉も話せなくて、本人の責任じゃないのに、かわいそう。日本では中絶が少なくないという話はショッキング。かわいそうだ。水頭症やポリオの人も世話をしてもらっていた。クラスメートでダウン症の人も勉強はできないけど学校に来ていた。special child（特別な子ども）には、スペードという名前のspecial education（特別教育）があり、読み書き、特殊技能を教える。そういうところに行かせればいい。新生児スクリーニングをして、障がい、ダウン症があれば早めに治療を開始すればいい」と、出生を回避する必要がないことを語っていた。また、調査者はダウン症を想定して出生前検査の質問をしているが、回答した女性は、ダウン症に焦点化せず、聴覚障害、言語障害（発話障害）、水頭症、ポリオなども身近な子どもの障がいとしてあげていた。

第2子が生後1年で脳炎で亡くなった女性は、生まれたときに間もなく亡くなることがわかっていて、理由は葉酸を6ヶ月服用すべきところ1ヶ月しか服用しなかったからだという。長く生きられないことがわかっていたので、洗礼を済ませていたそう。フィリピンでは、日本のような小児医療や、健康保険や助成の適用が受けられないことがあるだろうが、疾病や障がい、生まないことや治療の停止には直結しないと言えるかもしれない。

人工妊娠中絶への考えは、居住地や年齢に関わらず、「子どもは神様からの恵みだから、中絶はよくない」と答えた。「子どもが多くてヒロットで中絶したい人はいると思うが、禁止されているし、母体によくない」と法律や女性の健康を理由にあげる人もいた。

一方、母体の生命に関わる場合の中絶の医学的判断については、「医師の判断によって中絶していいことがある」「心臓に異常があるとか母体の健康が阻害さ

れるなど産婦人科医の判断で、特別に必要な時は正当」「母の健康が阻害されるなど医学的理由なら仕方ない」と法律通り許容されていた。

若年妊娠や予定外の妊娠での中絶に対しては、「自分も学生で妊娠したが、自分の責任だし、神様からの恵みだから、若すぎる、準備ができていないというのは中絶の正当な理由ではない」「神様からの恵みだから心の準備ができていなくても産むべき」と、中絶を容認する意見はなかった。レイプによる妊娠は、先にあげた意見のほか、「レイプによる妊娠でも人の命だから中絶は神に対する罪になるし、心理的理由で中絶するのは犯罪だから、生きるチャンスを与えて、子どもに世界を見せるのがいい」と、養子に出すかは意見が分かれても、産むべきだと答える意見がほとんどで、「レイプだと生まれてきたら思い出すから認められてもいいと思う」と答えたのは一人だけだった。

「知人が妊娠初期に水疱瘡に罹患して、医師に妊娠の中断を勧められたができなかったそうだと、例え医師が中絶を助言をしても、妊娠を継続したいという妊婦の気持ちも語られた（結果的に児に異常はなかった）。また、妊娠中に胎児の心音が停止した人も、児が1歳で病死した人も、2人とも「子どもの数」を尋ねたときに、その数を入れて回答していた。

小括

キリスト教、特にローマン・カソリックが基底にある生命観が、出生前検査や障がいに対する考え、人工妊娠中絶に対する態度、避妊や家族計画、不妊治療に一貫した影響を与えているようだ。すなわち、「受胎から生命であり、生命は神からの恵みだ」ということである。人工妊娠中絶は法律上、母体の生命が危険な場合に限定され、人びともそれを共有しているようだ。水面下で実施される中絶が成功せず、公的医療にかかったときには、あくまで胎児の救命という姿勢から、週数が早くても帝王切開も辞さない。避妊も神に背くものとされてきたが、人口増を背景に家族計画が施策として打ち出され、無償で避妊手段が提供されるようになった。性感染症の予防や避妊などを学校教育で教える向きもあるが、カソリック系の学校を中心に、性教育には消極的な学校もある。障がいもまたギフトで、出生を前提にしており、出生前検査は、児の治療や良好な名予後のために実施される。そのため、母体血清マーカーやNIPTなど染色体異常の検査のニーズは低い。子どもの障がいとして想定されるのは、トリソミーだけでなく、聴覚障害、言語障害、ポリオ、水頭症など、様々な障がいがある。

体外受精は提供されているが、忌避感がある人もいる⁴。養子縁組は身近な選択肢になっている。中絶や養子縁組に対する態度などは様々で、一概にできない部分もあるが、おおむね、以上のように概括できるだろう。

また、都市部の先端医療の管理体制の発達も特徴的だ。A市の胎児診断とロボ手術の専門家である医師のクリニックは、(フィリピンのクリニックはこのような形態が多いのだが) 病院に入っているテナントである⁵。「帝王切開には監査が入り、医学的適用の第三者評価がある。NIPTなどの胎児の染色体異常の検査についてはケースごとに病院の倫理審査を受審する。子宮内の胎児手術には、小児循環器医、心臓外科医などのチームが組まれるが、このさいも倫理委員会を受審して、胎児の最善の利益になっているか審査がされる。病院にはメディカルロイヤー(医師弁護士)がいて、法律的な問題を扱っている。機器の購入には経営側へのプレゼンテーションをして評価を受けるなど、経営的視点も入る。病院は国際的な承認を受けており、最新の研修は海外で受けている」と厳格な体制を語った。

5. まとめ

以上、ベトナム、ミャンマー、フィリピンでのインタビュー調査の一部を報告した。都市部と非都市部の2地点以上で、当該地域の状況に配慮しながらインタビュー協力者を選定するなど、歪みが軽減できるように配慮したが、医療者5名以上、出産女性10名以上、と規模が小さく、調査はパイロット的な位置付けである。調査結果は限定的で、一般化することはできない。日本の調査を検討していないから、日本と比較することはできないし、そもそも比較することは大変困難である。

そうした慎重さをもったうえで、フィールド調査やインタビュー調査の結果を見ると、出生前検査の目的、利用できる出生前検査の種類、検査でわかる内容、当該の検査の用いられ方、入手できる地域、医療施設や階層、費用、人工

⁴ ある医師は、勤務先の病院がカソリック系であるために、体外受精が許可されておらず、精子、卵子、受精胚の移動も許可されていないため、患者を他院に紹介せざるを得ないと話した。

⁵ テナントクリニックを受診している患者は病院で検査、手術、入院することができる。担当医が決まっていない病院患者をテナントクリニックの医師が診察したら、医師に決まった報酬が支払われる。テナントクリニック医師は、自身の患者が病院を利用したときに、病院の施設、パラメディカル(看護師、技師等)を使用することができる。患者は評判、口コミ、紹介で医師を選ぶ。という仕組みである。都市部の公立病院医師は病院外にプライベートクリニックか、非常勤で病院内で担当患者を持っていることがあるが、そこでも同様の仕組みになっている。

妊娠中絶がありうる選択肢が否か、中絶の入手可能性や方法、中絶への態度、中絶が許容される条件、中絶に対する周囲の評価、障がい児の出生への態度、染色体異常と他の異常・障がい・疾病の頻度や予後、評価、障がい児の育てられ方、周囲の関わり、家族の経済的・非経済的負担が、国や地域、法制度、階層、個人の属性、経歴や信仰などマクロ的な要素やミクロ的な要素によって、多様に異なっていることがわかる。

とくに、出生前検査、染色体異常やその他の障がいや疾病、人工妊娠中絶への態度の基底にある生命観や身体観については、質問項目と対象を加えて調査を継続するとともに、量的調査の実施が必要だろう。例えば、本調査では、障がいをもって生まれることが予測されるときに中絶することの是非について問うた時に、ダウン症候群ではなく、聴覚障害や視覚障害（盲聾）、水頭症、ポリオ、四肢欠損など様々な障がい想起されていた人びとが少なくなかった。障がいは本人が「かわいそう」と評価されても、中絶が許容される場合と、子どもや親を支援する場合があった。通経薬や着床阻害薬、性交後のIUD挿入、中絶薬などによる妊娠回避は、妊娠中絶とは認識されていない可能性があった。法的にも文化的にも中絶が罪悪として共有されている地域では、障がいや予後不良が予測されていても、医療者にとっても妊娠している人や家族にとっても、治療と救命しか想定されていないようだった。こうした、障がい観、生命観、身体観、人工妊娠中絶に対する態度と出生前検査の関連について、より広く深い質的調査および量的調査が必要だろう。

また、本調査では、避妊や家族計画、人工妊娠中絶の経験や態度、流死産児や胎盤の扱い、不妊治療や生殖技術への態度など、出生前検査と中絶以外の質問もしている。今後、これらの結果と合わせて、出生前検査の実施の仕方に影響を与える要因を分析していきたい。

本稿はJSPS17H04559の研究成果の一部を使用しています。

参考引用文献

- Allyse, M., Minear, M. A., Berson, E., Sridhar, S., Rote, M., Hung, A., & Chandrasekharan, S., 2015, Non-invasive prenatal testing: a review of international implementation and challenges. *International journal of women's health*, 7, 113-126. doi:10.2147/IJWH.S67124
- Chandrasekharan, Subhashini et al., 2014, "Noninvasive prenatal testing goes

- global.” *Science translational medicine* vol. 6, 231fs15. doi:10. 1126/scitranslmed.3008704
- Gareth M. Thomas, 2017, *Down’s Syndrome Screening and Reproductive Politics: Care, choice, and Disability in the prenatal clinic*, Routledge
- Gareth M. Thomas, and Barbara Katz Rothman, 2016, “Keeping the Backdoor to Eugenics Ajar? : Disability and the Future of Prenatal Screening,” *AMA Journal of Ethics*. 2016 Apr 1; 18(4): 406-15. DOI: 10. 1001/journalofethics.2016. 18. 4.stas1-1604
- Hill, Melissa et al. 2016, “Preferences for prenatal tests for Down syndrome: an international comparison of the views of pregnant women and health professionals.” *European journal of human genetics: EJHG* vol. 24, 7: 968-75. doi:10. 1038/ejhg.2015. 249
- Ilana Löwy2017, *Imperfect Pregnancies: A History of Birth Defects and Prenatal Diagnosis*, Johns Hopkins University Press
- Löwy, Ilana, 2017, *Imperfect Pregnancies: A History of Birth Defects and Prenatal Diagnosis*, Johns Hopkins University Press
- 松尾瑞穂2015「新たなサブスタンスとつながりの再配置—インドの生殖医療のフィールドから」『民博通信』149, 4-9
- Megan Allyse et al., 2015, “Non-invasive prenatal testing: a review of international implementation and challenges,” *International Journal of Women’s Health* 2015;7 113-126
- Melissa Hill et al., 2016, “Preferences for prenatal tests for Down syndrome: an international comparison of the views of pregnant women and health professionals,” *European Journal of Human Genetics*24, 968-975
- Minear, M. A., Lewis, C., Pradhan, S., & Chandrasekharan, S., 2015, “Global perspectives on clinical adoption of NIPT.” *Prenatal diagnosis*, 35(10), 959-967. doi:10. 1002/pd.4637
- Mollie A. Minear et al., 2015, “Global perspectives on clinical adoption of NIPT,” *Prenatal Diagnosis* 2015, 35, 959-967
- Subhashini Chandrasekharan et al.2014, “Noninvasive Prenatal Testing Goes Global,” *Science Translational Medicine*. 2014 April 9; 6(231): 231fs15. doi:10. 1126/scitranslmed.3008704
- Thomas, Gareth M. and Rothman, Barbara Katz 2016, “Keeping the Backdoor to

Eugenics Ajar?: Disability and the Future of Prenatal Screening,” *AMA J Ethics*. 2016;18(4):406-415. doi: 10.1001/journalofethics.2016.18.4.stas1-1604.

Thomas, Gareth M. 2017, *Down’s Syndrome Screening and Reproductive Politics: Care, choice, and Disability in the prenatal clinic*, Routledge

ウイン・トゥウ・ミャッカラヤ2014「ミャンマーにおける保健医療の現状と今後の可能性」『日本経済大学大学院紀要』2(2), pp.189-207