

アジアにおける不妊への対処および非血縁的親子関係に関する態度：
ベトナム、ミャンマー、フィリピンにおける第三者
が関わる生殖医療と養子縁組に関するインタビュー
より

メタデータ	言語: ja 出版者: 静岡大学人文社会科学部 公開日: 2020-08-18 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/10.14945/00027596

アジアにおける不妊への対処 および非血縁的親子関係に関する態度

—ベトナム、ミャンマー、フィリピンにおける第三者が
関わる生殖医療と養子縁組に関するインタビューより—

(1)

白井千晶

本稿は、ベトナム、ミャンマー、フィリピンにおける第三者が関わる生殖医療と養子縁組に関するインタビュー調査をもとに、アジアにおける不妊への対処および非血縁的親子関係に関する態度を分析する論考の第一部にあたり、研究目的、調査方法、ベトナムとミャンマーの調査報告をおこなう。第二部（別稿）では、フィリピン調査の分析と全体の考察をおこなう。

1. はじめに

(1) 背景と目的

近年、グローバル化する中で、アジアにおいても精子提供、卵子提供、代理出産など（夫婦・カップル間とは限らないが、便宜的に第三者が関わる生殖技術third party reproductionと呼ぶ）の生殖ツーリズムがみられる。より自由に、安価に、成功率が高く実施できる国・地域への渡航があり、それを仲介する業者は多国籍、多言語の営業をおこなっている。営利を目的にした業者だけでなく、提供も謝礼を目的にしており、生殖が商業モデルで実施されていることに注目が集まっている。

一方、国内で第三者が関わる生殖技術が用いられることもあるし、国の法律や学会等のガイドラインで非商業的、親族間、匿名など限定された方法で実施されていることもある。

しかし、不妊ならばAssisted Reproductive Technology（ART：生殖補助技術、体外受精、顕微授精、胚移植、凍結保存と移植を指す）という西洋医学による「不妊治療」をすることは限らないし、可能なら第三者が関わる生殖技術を使うと

も限らない。人びとの不妊への対処は、子どもをもつことに関する社会文化的コンテキストを浮かび上がらせる。医療供給システムや医療資源の違い、ARTの費用などの環境要因を考慮してもなお、ARTへの態度は、親子関係に関する規範、生物学的サブスタンスの認識、テクノロジーへの態度が絡み合った産物である。「夫婦に子どもがいないよりは、いた方がよい。夫婦の血縁的子どもを妻が産んだ方がよいから、経済的に可能ならIVFで子どもをもつのがよい。したがって、望ましきは、夫婦間IVF>配偶子提供によるIVF>養子である」という序列とは限らない。そもそも結婚が若年で、不妊よりも子どもができてしまうことの方が問題になる地域もあるし、中絶ができない／希望しないために養子になる子どもが多い地域もある。中絶できない／しないが本人や誰かが育てるので養子になる子がほとんどいないような場合もある。したがって、不妊への対処と、第三者が関わる生殖技術の問題は、血縁の解釈と態度、家族構成の原理、テクノロジーに対する態度を含む幅広い問題である。

本稿では、不妊への対処、とくに第三者が関わる生殖技術、養子縁組への態度から、人びとが誰の配偶子を用いて、何のためにARTを利用するか／しないか、親子のありようをどのように考えているか、を検討する。

(2) 概要

本稿で用いるデータは、白井（2020a,2020b）で述べたが、簡単に記載すると、「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で得られたデータである。本稿ではそのうち、ベトナム、ミャンマー、フィリピンのデータの一部を使用する。「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）、医療者等専門家5名以上のインタビューを実施した¹。調査地や女性、医療者等の対象について

¹ 本稿では参考としてインタビューした、末子が10歳以上の女性、出産していないが養子をとった女性などのデータも含める。

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）。

2. 3ヶ国の調査結果と考察

(1) データ分析の方法

まず、データの構築については、本研究でインタビューした275名の回答は、インタビューの流れや質問、回答をそのままに1回のインタビューを1ファイルにしたナラティブ・データと、回答を調査項目別に切片化して切り出し、専門職と女性2つのエクセル表にまとめたスプレッド式データの2種類のデータに構築した。本稿では、ベトナム、ミャンマー、フィリピンの3ヶ国について、スプレッド式データの「不妊の相談・対処」（専門家対象）、「不妊経験ないし身近にいるか」（女性対象）、「不妊治療の状況や態度」、「精子提供・卵子提供・代理出産・養子縁組の状況や態度」の項目に収められたすべての回答を分析対象にした。また、これらの回答には、入手できる技術や環境、親子観、家族観、身体観、生命観、テクノロジーへの態度、が関わってくることが予想されるため、避妊・家族計画、人工妊娠中絶、出生前検査、障がい、出産、胎盤や流死産児の扱い、哺乳、子育て、の項目も分析対象にした。

これらの回答について、国別、都市／非都市別、専門家／女性別に回答内容と回答者IDをエクセルシートに転記したものを分析の元データとした。

回答を断片化すると、回答者の属性や回答者が生活している環境といった文脈が捨象されがちだという懸念がある。国によって、政治体制や法制度、医療体制が異なっていて、人工妊娠中絶が禁止されている国、多くの人が当該行政区の病院を受診しそこで出産する地域、超音波診断装置がない地域、人工授精ができる施設がない地域など、リプロダクションに関する環境は多様だ。回答者についても、例えば女性回答者は小学校を卒業していない人もいれば、海外で大学院を修了した人もいるし、生まれも育ちもその町である人もいれば、海外で仕事をしていてインタビュー時にたまたま一時帰国していた人もいる。専門家としてインタビューに回答した人の中には、TBA（伝統的産婆）もいれば、留学経験がある政府系専門病院の教授もいるし、総合医が当該地域の妊娠・出産・不妊治療を扱うところもあれば、胎児診断の専門家もいる。国別、都市／非都市別、専門家／女性別のまとめではそうした文脈が見えにくいため、当該

地域の状況について説明し、属性・環境に根ざした（grounded）記述、解釈、説明を心がけた。

次の節では、3ヶ国の結果のうち、ベトナムとミャンマーを報告する。なお、回答者IDの最初のアルファベット2文字は国を、3桁目は区分で、専門家データのDは医師、Mは助産師、Oはヘルスセンター、Xはその他（本稿では助産補助者 Auxiliary Midwifeと Traditional Birth Attendant: TBA）、女性はWが女性、Xは参考（出産経験なし養取、末子10歳以上、末子10歳以上の助産経験者）である。末尾数字2桁は通し番号である。都市、職業、その他の個人属性は報告書（白井2020b）に掲載されているので一律に掲載することは割愛するが、必要に応じて説明する。インタビューは日本語通訳を介して、協力者の母語であるベトナム語、ミャンマー語でおこなわれた。本稿では訳された日本語のみ記す。

（2）ベトナム

調査地概要

白井（2020a）で述べたので繰り返しになるが、調査地概要を述べる。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、と医療保健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。

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・精子提供は無償に限って可能になった。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年より実施されている。本調査の産婦人科医イン

タビューでは、体外受精は物価に比して高額である（白井2020b）²。

ベトナム南部で不妊カップルに対し質問紙調査およびインタビュー調査を実施したWiersemaら（2006）によれば、ベトナムでは家族が最も重要な単位であり、子どもをもつことが不可欠とされているという。長男は両親を扶養し、長男の妻が世話をするという文化において、ベトナム北部の他の先行研究と同じく、不妊カップルは子どもがいないことに高い圧力を感じている。そのため生殖技術による解決には肯定的であるが（67%が検討）、経済的コストが障壁となっている。父系の血縁を継承することが重要で、養子縁組は「自分の子ではない」から76%が検討せず、インタビューでは精子提供は検討しないか、夫方の兄弟以外の精子提供は許容しないと答えたという。

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。一方、国際児童福祉機関は、欧米の福祉団体による国際養子縁組が多いために、国内養子縁組精度が改善されず、児童福祉が進まないと提起している（ISS, 2009）。

本調査では、ベトナムの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。市部には前述のように政府系病院、公立病院、専門病院やプライベートクリニックや私立病院があり（ただし大都市とそうでない都市の差も大きく、B市、C市にはそれほど多くの医療施設はない）、D省、E省は前述の地方部の医療システムに属する。地域のヘルスセンターが一次医療で、村には研修を受けたボランティアの医療補助者や助産補助者（Auxiliary Midwife）がいて、ヘルスセンターで実施する健診や予防接種の連絡をしたり、ピルを配布したり、緊急時の対応・処置を委嘱されたりしている。二次医療として県病院、三次医療として省病院がある。

回答者は、A市では産婦人科医、助産師、看護師（区のヘルスセンターで家族計画担当）7名と女性6名、B市では産婦人科医、助産師5名と女性4名、C市では産婦人科医、助産師4名と女性2名、D省では産婦人科医とTBA（村の出産を数多く扱った医療資格のない人）2名と女性2名、E省では産婦人科医と助産補助者2名と女性2名である。

都市の医療者

都市の医療者は、勤務する病院に不妊を専門とする不妊科や不妊センターが

² 体外受精が約40万円とのことであるが、2017年のベトナムの労働者の平均月給は約30,500円である。

あるなど、不妊への対処として西洋医学的な不妊治療をすることに慣れ親しみ、顕微授精も当然の治療としてあげていた。不妊への対処は、まず夫婦間の体外受精、次に精子提供・卵子提供、最終手段として養子の順だ、という回答に集まっている。

精子提供・卵子提供については、「血のつながりがほしいので養子ではなく精子提供、卵子提供、代理出産が好まれる」(VND05)と「血のつながり」を理由にあげていた。回答者の中には、代理出産が許可された／申請中の病院に勤務している医師もいて、「子宮摘出など代理出産しか方法がない人には仕方ない」(VND01)と許容していた。

一方、自分ならば「経済力があれば精子提供、卵子提供、代理出産をしたいが、なければ養子をもらうしかない」「養子にはお金のやりとりがないのでお金がなかったら養子をもらうしかない」(VNM04)と、卵子提供や精子提供には費用がかかるが、養子縁組には費用がかからないと、経済的な要素をあげる人もいた。「養子を迎えたいという相談もある。不妊治療をして授からなければ養子」(VND01)、「身近に養子縁組して子どもをもった人はいるが、血のつながりが大事なので不妊治療優先」(VND07)と、養子縁組は次善の策として認識されている。

しかし、地方都市の母子専門病院の管理職的な立場にある助産師は、「人工的な方法が嫌なのではなく経済的に余裕があれば精子提供、卵子提供、代理出産をしたいが、現実には養子だろう。知っている人からの養子は噂やプレッシャーがあるので知らない人からがよい。血がつながっていないと愛せないという人がいるかもしれないが、小さい頃から愛情をかければ大丈夫。提供だとどんな人か、病気かなどわからなくて面倒」(VNM06)と、必ずしも「血のつながり」を優先しない価値観を答えた。一方で同じ病院の産婦人科医は、「生理が遅れたら薬で流すから、出産したり養子に出したりはない」(VND07)と、対象になる養子候補児が少ないことをあげている。

実際、ベトナムは出生を抑制するために、人口政策として二人っ子政策を進めてきた。家族計画、人工妊娠中絶、出生前検査については白井(2020a,2020b)で述べたが、インタビュー回答者は、ピル、IUD、注射、インプラント、コンドームなどの避妊を安価に利用できる体制があること、緊急避妊薬が薬局で入手できて妊娠回避ができることをあげていた。また、「出産の数と同じくらい中絶の数が多い」(VND05)と、中絶が身近であり、週数の早い妊娠はクリニックで中絶薬と吸引で中絶し、中期以降は病院で中絶するという。このように妊

娠、出産をコントロールできる状況で、養子候補児がそれほど多くないのは事実だろう。

先述のように、「血のつながりを重視するため、養子より精子提供、卵子提供が優先される」ことは都市の医療者のほぼ共通する態度だったが、問題になるのはむしろ精子提供、卵子提供の実施の仕方だった。ベトナムでは、配偶子提供の場合、病院ごとに提供精子・卵子を集めており、ドナーは匿名で実施されることになっている。

精子提供、卵子提供も実施しているが、近親婚の心配から提供者が少なく、また不妊の人も父の遺伝を受け継がないことへの抵抗感から実施する人は多くない。どうしても不妊なら仕方なく実施する。提供は匿名で実施される。ドナーが少ないので精子提供を受けたい人が、親族を提供者として連れてきて、代わりに精子提供を受けることがある。兄弟での精子提供はどちらの子か将来的に採める可能性がある。しかし兄弟の子同士は結婚しないから、最も近親婚になる可能性が少ないと考え、連れてきた兄弟の精子を患者側には知らせずに使用したことがある。(VND03)

法制度的には精子バンクはあるが卵子バンクはない。友人を連れてきたり不妊治療で採卵した余剰卵子も使う。近親婚の可能性が高まるので卵子は1人産まれたらおしまい。精子ドナーが足りなくて提供を受ける人が兄弟の精子をもらってきてそれを提供して、自分は別の匿名精子をもらう(地方周産期病院不妊科による説明)

不妊治療のために採卵した卵子が多くて他の人に譲ることはしている(VND06)。

卵子提供は不妊治療をしている人が自身の卵子を提供し、多少の謝礼をもらうことがあるが、自身の血が知らないところに行くことに抵抗感があり7割の人は提供しない。病院が仲介しているのではなく患者間でやりとりしている。それでも余剰卵があるときは匿名ドナーとして病院に寄付することがある(VND03)。

法律の条件が厳しく実際には少ない。大都市に行くか、病院にはバンクが

ないので家族から提供を受ける（VND05：地方小都市）。

などの回答があった。精子ドナーが足りないこと、提供を受ける人は、親族などに提供者になってもらい、代わりに提供してもらえらること、卵子は他の人が不妊治療で採取した卵子（いわゆる余剰卵）が使われることがあること、いずれも、「自分の血が知らないところに行くことに抵抗がある」あるいは「近親婚の心配」から、ドナーのなり手が少ないことが語られた。地方小都市では、病院にはバンクがないため、直接的に親族から提供を受けることになるだろうという回答もあった。近親婚の懸念はしばしば述べられたが、その回避を優先して、被提供者に伝えずに兄弟の精子を利用するケースも語られている。

また、養子より配偶子提供が好まれる（あるいは自分が好む）と回答する医療者が多いけれども、「個人としては精子提供、卵子提供、代理出産、養子のどれも好きではない。不妊治療しても子どもができなかったら運命」と夫婦間の不妊治療以外は選ばないと回答する人もいた（VNM03：地方都市病院の主任助産師・子あり）。

都市の女性

不妊への対処を尋ねたさい、経済的に体外受精が可能かどうかは別として、全員、自分や周囲は不妊治療をおこなうと答えた。実際に不妊治療を経験した人は12人のうち4人いて、4人とも人工受精の経験があり、1人は体外受精を実施、もう一人は体外受精の実施準備に入ったところで妊娠した経験があった。

夫婦間の体外受精に対する態度として、「高い」「高額でできない」と費用面から実施しないことは語られたが、する必要はない、不自然だ、抵抗がある、危険だ、といった回答はなかった。高額な不妊治療の費用を支払ってでも子どもが生まれなければならないかということについて、体外受精をした女性は「不妊でも離婚しようとは思わなかった」（VNW01）と答えたが、タイの専門医に相談したり、いくつも病院を転院したり、何年も人工授精を実施していた。地方都市の女性は、人工授精をするにも、頻繁な検査があるため、周囲には不妊治療ということは秘密にしながら夫婦とも仕事をやめて大都市に引っ越しをした経緯があった（VNW09）。

不妊治療をしても子どもがもてない、あるいは体外受精などの生殖補助技術が（経済的理由などで）利用できない場合、12名の中で、精子提供、卵子提供、代理出産よりも養子の方がよいと答えた人は一人もおらず、その根拠として「血

のつながり」をあげた。具体的には、「夫婦の一人とでも子どもと血のつながりがもてることがよい」「血がつながっていたら子どもを愛することができる」とされ、提供配偶子もまた血のつながりがあることがよい、自身が生むのがよい、その人の子を養子に迎えるのとは異なると答えていた。

[夫婦の一人とでも親子に血のつながりがある]

精子提供、卵子提供、代理出産が（でも）無理だったら養子（VNW06）。
夫婦どちらかと血縁があった方がよいので養子は選ばず精子提供、卵子提供、代理出産を選ぶ（VNW05）。

親戚は不妊治療して養子をとったが、自分なら血がつながるように精子提供、卵子提供で子どもをもつ。（VNW10）

養子よりも夫婦どちらかと血がつながった子どもがほしい。姉の子を養子にしても自分の子、夫の子とは違うから、姉の卵子、夫の精子で自分が生んだ方がよい。配偶子は血がつながっている人のがよい。（VNW09）。

夫婦のどちらかが婚姻外の性交をして子どもをもつことについては次項の非都市の部分で後述するが、都市の女性の回答にも、「養子よりいい」と語られ、「精子提供は性交しないで病院でもらえるから、なおよい」と評価されている。ここでは、精子提供は、子どもをもつための承認された婚姻外性交という慣習より望ましい代替物として認識されている。

どちらかの子であれば自分の子になる。代理出産も遺伝的つながりがあるので強く同意する。田舎で経済的にそうした方法が難しい人は、他の人と性交して子どもをもつことは夫婦どちらかの血がつながるから養子よりよいし、子どもがないよりよい。精子提供は性交しないで病院でもらえるから、なおよい。血がつながっていたら子どもを愛することができる（VNW10）。

配偶子提供は、誰か他の人とも血のつながりがあること、自身が提供したら誰か他の人が自分と血のつながりがある子をもつことについても語られた。次の語りは、体外受精で作った受精卵を提供しなかったという語りである。この女性は4個移植して双子を出産し、凍結保存料がかかるため1年後に廃棄の決定をしている。

受精胚は7個できた。子どもがほしいのだから、着床前スクリーニングで性別は調べなかった。タイだと移植は2個だがベトナムだと4個。多胎になったら母体のために双子に減らすように医師から助言される。減らさないときは責任を追及しないという書類を書かなければならない。自分は4個移植して双子を妊娠した。余剰胚を匿名で提供する選択肢もあるが、あげた受精卵で誰かの子どもになった時に、自分の子と結婚するかもしれないからやめた。凍結保管料がかかるので1年後に廃棄した（VNW01）。

第三者が関わる生殖技術と養子縁組は、選択肢としてしばしば対比されるが、次のように、養子となった子どももまた「血のつながり」を重視するため、「帰ってしまう」と語られたり、「簡単ではない」、「自身の子ではない」と考えて「愛せるか自信がない」と消極的な評価をされていた。

[養子のネガティブな点]

せっかく育てても養子は血のつながりのあるところに帰ってしまうので、できるだけ自分の身体で精子提供、卵子提供で産むか代理出産（VNW06）。

[養子の回避]

不妊治療をしているときに養子を迎えた方がよいと助言する人もいたが、自分たちの子どもがほしいので不妊治療を8年してIVFで子どもが生まれた（VNW01）。

不妊治療が長く、養子縁組を検討したこともあるが、知人が引き取り手のいないハーフの子どもを養子に迎えていじめられていたため、簡単ではないと思った。自身の子でない子を愛せるか自信がない。不妊治療をしてから考えようと思った（VNW03）。

ただし、代理出産は頼める親族がないから選択できないことや、養子を評価する語りもあった。

[代理出産の不可能性]

友人が姉妹に代理出産してもらい子どもをもったが自分には兄弟しかおらず、親戚には頼めないと思った（VNW03）。

[養子の評価・身近な経験]

経済的に可能ならARTをするが養子は人道的にいいことだと思う (VNW04)。
親戚で不妊治療をしても子どもが生まれなかった人が未婚の大学生の子を
養子にした。育て親の名前で出生届を出す (VNW10)。

非都市の専門家

次に、非都市の専門家のインタビューを整理して報告する。

D省、E省の医療システムは、村のヘルスセンター、行政区の病院、省の病院と階層的になっていて、大都市のような私立病院や公立病院の医師が夕方以降に開業しているようなプライベートクリニックはあまりない。また、大都市の政府系病院や大きな私立病院でなければ体外受精はできない。省病院でも人工授精を実施しておらず、タイなど海外に渡航することも非常に難しいことが予想される³。

IUI (人工授精) を勉強中の医師がいるので数年後にはこの省病院でも IUI ができるようになると思う。IVFはできない (VND08)。

卵管造影、超音波やホルモンをみて排卵誘発はするが他はできない。近い将来、IUIはするだろうがIVFは計画もない (VND09)。

不妊治療は県病院ではできなくて卵管造影は省病院に送る (VND10)。

現状では、回答した専門家は体外受精や第三者が関わる生殖医療に携わる機会はない。医師は、夫婦間の生殖技術、第三者が関わる生殖技術、養子縁組、子どもがいない、の順で望ましいと答えた (VND10, VNM07)。根拠は「血のつながり」である。以下のように、子どもをもつための承認された婚姻外性交を「否定しない」と答え、時にはそのペアに愛情が生まれて「自分が追い出されるかもしれない」が「仕方ない」と認識されるほど、子どもが生まれないことは解決しなければならない問題であるようだ。

精子提供、卵子提供はどちらかと血がつながるからよいと思う。代理出産は我が国ではまだ決まっていないが血がつながるからよいことだと思う。

³ D省、E省は山岳部で少数民族も多い。主な産業は水力発電、農業だ。ただし近年、道路が整備され、オートバイの普及によって省都に行くことは容易になりつつある。省都から大都市へは高速バスで数時間で行くことができる。

それでもできなかつたら養子、子どもをかわいがると夫婦仲がよくなる (VND09)。

自然にできるのいいが、子どもがほしい気持ちがわかるので、精子提供、卵子提供、代理出産を否定しないし、一晚寝るのも否定しない。自分から勧めることはしない。本省では精子提供、卵子提供、代理出産はできない。養子は血が繋がらないので最後 (VND08)。

望ましいと思うのは、夫婦間のIUI、IVF、精子提供、卵子提供、代理出産、養子縁組、子どもがいない、の順。子どもができない時に婚姻外性交をするのは、夫も自分も仕方ない。その女性と愛情が生まれて自分が追い出されるかもしれないけれど仕方ない。そうしたことは今でも実際にある (VNM07)。

非都市の女性

次に同地での女性インタビューを整理して報告する。

D省、E省では6人の女性にインタビューをした。不妊の人が身近にいるという回答はあったが、「不妊の人や養子をとった人はいない。外国で働いたり結婚していないなど子どもがいない人はいる」(VNW11)、「不妊で困っている人はいないが、薬草を飲んで妊娠した人の話や、養子の話は聞いたことがある」(VNW12)など、「いない」という回答もあった。

不妊への対処について、「子どもができない人はいて、養子をとる人もいるし、何もしない人もいる。自分がそうだったら不妊治療はすると思う」(VNW14)、「子どもができなかつたら、そのままでもいい」(VNW12)など、「何もしない」ことを複数の人が回答した。「不妊治療して(だめなら)養子縁組」という人は1人だった(最終学歴中学校卒、職業は農業)。

「何もしない」ことの具体的なありようとしては、

村に養子はいない。子どもがなくて、きょうだいに子どもが多くて、子どもの頃から育てたかつたらもらってもいいが、男の子が何人かいたら子どもが大きくなってから、子どもがいない親戚の家の高齢者の世話をするように言われる。その子どもが結婚するときに家を建ててあげれば家や財産を継ぐので、世話をしてくれる (VNW1)。

と、子どもがいない高齢者がいたら、親族の大人になった子どもが、世話する

ことを指示され、見合った経済的贈与があると語られた。専門家の回答では、不妊治療が現実的な選択肢にない環境が語られたが、女性たちは、子どもが生まれない人の人生や世代間関係が従来からあって、親族システムでの対処がされてきたことを示している。

女性たちに精子提供、卵子提供、代理出産、養子縁組について尋ねたところ、以下のような回答だった。

養子縁組よりも精子提供や卵子提供。お金がなかったら他の人と一晩寝ることも夫は理解すると思う。夫が他の女性と性交して子どもをもつことも。代理出産で子どもをもつのもよいが、自分が頼まれたら同意するが、自分の子のように離れられなくなりそう (VNW13)。

精子提供や卵子提供、代理出産、婚姻外性交の次に、養子縁組がよく、子どもが生まれないよりもよい (VNW13)。

精子提供、卵子提供は聞いたことがない。精子提供を受けるお金がないから他の男性と一晩の性交をするだろうが、夫が喜ばないため、子どもがいないままになるから、家族や親戚の子どもの世話をする (VNW11)。

養子にせず家族や親戚の子どもの世話をする (VNW11)。

親戚ではないが養子を取った人がいて、子どもが多い人にお金を払って育てる人の名で出生届を出した。自分なら不妊でも何もしない (VNW12)。

子どもができなかったらそのままよいが、精子提供、卵子提供よりは養子縁組を優先する (VNW12)。

生まれない時は親戚の子をもらう。よその子より親戚の子がいい (VNW12)。

すなわち、精子提供、卵子提供、代理出産と養子縁組を比較すると、態度は分かれている。精子提供、卵子提供、代理出産は、慣例的におこなわれている「他の人と一晩寝ること」と比較されている。婚姻外性交は、夫婦とも理解するという人、夫が嫌がるから（婚姻外性交をやめることになって）子どもが生まれないままになる、婚姻外性交のペアが愛情をもつようになる、など、好ましくない結果を招くと考えられていて、病院で施術する方がよいが、その経済的コストや心理的距離から、非現実的と考えられているのだろう。また、子どもが生まれないことと、何らかの方法で子どもをもつことを比較しても、態度は分かれている。子どもが生まれないまま、家族や親戚の子どもの世話をすればよいという回答もあれば、お金を払って子どもをもらった人がいるという話も

ある。法律的な養子縁組をしなくても、家族や親戚の子を世話すればよく、また、子どもがいない人が年老いたときにも、養子縁組をしなくても、誰が誰の世話、扶養をするのか合意があればよい、という親子関係に還元されない世代間関係があることがわかった。そこでは「家族」「親族」が世代間関係を結びつける原理になっていたが⁴、必ずしもそうではないこともある。

以上が、都市／非都市別にみた、専門家と女性のインタビュー結果の概要である。概要をふまえて、本稿のテーマである不妊への対処および非血縁の親子関係についての考察として、①エンハンスメント、②コントロール、③テクノロジーを使った「血のつながり」の維持について検討したい。エンハンスメント（enhancement）とは、人工的な手段で改良、増大、増進、強化、拡張すること、かさ上げやかさ増しなどで、もともと何かがあることを前提にしている。それに対して、本稿におけるコントロール（control）は、人工妊娠中絶など中絶、改変（treatment）を含むもので、人工的な手段でもともとある方向を変更することを指している。コントロールと対立する概念は、不可侵性（inviolability）である。最後に、エンハンスメントやコントロールをするテクノロジーが、「血のつながり」という文化的価値とどのように関連しているか、いないかを論点に考えたい。

エンハンスメントについて

回答の全体において、体外受精、近代的方法による避妊など、技術や医薬を使ったエンハンスメントに抵抗感が低い傾向がある⁵。

⁴ VNWX2には寝たきりの子どもがいることは述べた通りである。VNWX2の娘で、弟に障がいがあるVNW11は家族で世話できているから大変ではないし、困ったときや大変なときは近所や親戚が世話をすると答え、ケアを依頼するのは、「家族」「親族」以外の「近所」もあることがわかる。一方、VNWX2は、長期的な観点から「将来自分の年齢が高くなって世話できなくなるのが心配」と話していた。VNWX2はすでに妊娠5～6ヶ月だったため、生むしかなかった、父母は「産んだら自分のせいでも子どものせいでもないから、みんなで頑張って世話をしよう」と言ってくれ、自分も誰かにあげるとか棄てるということは考えなかったが、出生前検査をして障がいがあったら中絶した方がよいと答え、VNW11も同様に答えていた。

⁵ 本来あるものに科学、技術、医薬が介入して増強すること、という広義のエンハンスメントの観点から、体外受精や主に医薬を用いた家族計画をエンハンスメントと捉えた。狭義のエンハンスメントは、健全な人に転用してその技術、科学、医薬を使用することによって能力を向上させること、例えば運動選手のドーピング、身体改造をいい、病者への「治療」（treatment）と対比される（美馬2015）。エンハンスメントについては、例えば上田ほか（2008）、サンデル（2007＝2010）美馬（2015）などを参照。

都市の医療者は、IUD、ピル、注射、インプラントが使用されていると回答していた。非都市での家族計画は、病院のレベルで分担されていて、ピルの配布は村のアシスタント、ヘルスセンターではIUDやインプラント、県病院では卵管結紮、ピル、注射、IUD、省病院では卵管結紮とIUDを実施している。

都市の医療者は、不妊治療をすることが一般的、優先的で、希望によって人工妊娠中絶もおこなっている。非都市の場合は不妊治療も中絶も実施病院は階層的だ。県病院では不妊治療はできないが、省病院に紹介して、超音波検査による卵胞の確認（タイミング法）、投薬による排卵誘発、子宮卵管造影を実施している。人工妊娠中絶は県センターでは9週まで、12週程度まではクリニック、12週を超えたら病院など、中絶の方法によって場所が異なる。私立クリニックは未婚者や妊娠初期の中絶がおこなわれている。非都市では、胎児の病気（障がい）、貧困で多子、レイプ、若年は中絶してよいが「そうでなければ中絶しないように助言している」（D09）という医師もいた。後者は省病院の医師で、中期以降の中絶希望者が来院するという事も関係しているかもしれない。

一方、女性の回答は医療者と若干異なっている。女性は都市でも、避妊について、膣外射精法（性交中絶法）やリズム法（カレンダー法）などの伝統的方法を用いたと回答する女性が少なくなかった。非都市では、年齢が高い女性は、「家族計画、避妊はしない、好きだったらつきあって、子どもができたら産む」（VNWX1）、「出産後に森の薬草を煎じて飲んでいて、生理が来たのは2年後だった。そのあとヘルスセンターでピル、注射をした」（VNWX2）など、出産期間以外は近代的避妊法をしているということでもない。現在では村の助産補助者が無料でピルを配布している。「IUD、インプラントは身体に何かを入れるのが嫌なのでピルにした」（VNW11）と身体への介入への抵抗感を話した人もいる。これらは、不妊への対処を「何もしない」と答えたことと関連しているだろう。

コントロールについて

ベトナムでは、人工妊娠中絶、出生前検査、出生前検査の結果による人工妊娠中絶など、テクノロジーを使ったリプロダクションのコントロールに抵抗感が低い傾向があった。

都市部の医療者が人工妊娠中絶の数や方法について語った内容は、先に述べた通りである。都市部では母体血清マーカー、NIPT、NT検査などの染色体異常を検出する出生前検査がルーティーンで実施され、医師は「ダウン症とわかったらほとんどが産まない」（VND04）と話す。D01の病院、クリニックではダ

ブルテスト、トリプルテストを実施し、NIPTをほぼ全例が受検、必要に応じて羊水検査を実施していて、以前はアメリカの検査会社に送っていたのが、現在はベトナムに検査会社ができたと話す。ダウン症がわかったら産科、外科、遺伝、小児科のチームが家族に助言をし、家族が最終決定する体制をとっている。「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」と話した。

一方で、女性たちは、ほとんどの女性がNT検査、ダブルテスト、トリプルテストを受検していた。年齢とNT検査の結果から、マーカー検査やNIPTの必要はないだろうと医師に助言されてやめた人もいる。大都市の近郊で農業に従事している女性はヘルスセンターで妊婦健診を受け、そこで出産した女性は、ダウン症という名称は知らず、超音波検査では「何もないから安心して下さい」と伝えられたという（VNW16）。人工妊娠中絶については、先の体外受精をした女性は減数手術を前提に受精胚を4個移植していた。「不妊治療していた立場からは中絶はかわいそうだし自分の子はしたくないが、事情によって仕方ない」と条件付きで容認していた（VNW01）。「母体に危険があるなら仕方ない」（VNW04, 05）。ダウン症など子どもの障がい、レイプ、若年、貧困、多子などの状況がある場合は、「自分も大変だけど子どもがかわいそうだから中絶すると思う」（VNW15）、「仕方がない／あきらめる」（VNW08, 15）と許容していた。出生前検査の経験の仕方には多少の違いがあっても、中絶についておおむね許容していることは一様であるといえる。

非都市でも専門家は「若い未婚の人はクリニックで中絶するので数がわからないが、日本より多いのではないか」（VND08）と中絶が多いと認識している。出生前検査は、NIPTは実施していないが、省病院では超音波でのNT検査、血清マーカー、羊水検査、超音波検査、県病院ではNT検査、超音波検査をしていて、「ダウン症を知らない妊婦や他の障がいが出産まで発見できないこともあるが、ダウン症がわかった場合はほぼすべて中絶する」（VND08）そうだ。

非都市の女性は、「ダウン症、NT、NIPTという言葉は知らないが、超音波検査で障がいについては検査した」（VNW13）、「超音波検査を3回して無事にかわいい子が生まれますよと言われただけ」（VNW14）など、ダウン症をターゲットに検査していない人や、「妊婦健診も超音波検査も受けたことがない。生まれて子どもの見た目で障害がないか確認して安心した（VNW12）」、と妊娠中に障がいに関する検査をしていない人もいる。12～14週でダウン症の検査をしたが、マーカーや羊水検査という名称は聞いたことがない（VNW11）と、ダウ

ン症の検査をしたという人、妊娠3ヶ月で風邪を引いて点滴をしたときに、医師にこの子は育てにくいと言われ、5～6ヶ月で病院に行つて診察してダウン症と言われたが、「中絶できないので仕方ない」「命が決めること」と出産し、現在、家族で寝たきりの子の世話をしている人もいる。しかし出生前検査で障がいがわかっただら中絶することには賛成だった。インタビュー時にちょうど妊娠中だった娘はダウン症の検査をしたものの、「きょうだいの世話は家族や困ったら近所、親戚が世話をするから大変ではない」という。回答者のうち、障がいがわかっただら中絶をすべきでないと言ったのは1人で、母体の危険、貧困、レイプによる妊娠は中絶してよいが、「ダウン症でも自分の子だから」中絶はしないと答えた(VNW13)。子どもの障がい以外の理由で中絶すべきではないという人も一人いたが(VNW09)、それ以外の人は、親も子も「かわいそう」だから、障がいがあるとき、貧困、未婚など、それぞれの理由で中絶してよいと答え、非都市でも、出生前検査の経験は多様であっても、障がいがあるときの中絶についてはおおむね許容的だった。つまり、産む／産まないについては、コントロールしてよいものとおおむね考えられているようだ。

テクノロジーを使った「血のつながり」の維持について

精子提供、卵子提供は「夫婦の片方とでも血のつながりがもてる」、「出産できる」、養子より望ましい方法として認識され、代理出産も夫婦の遺伝的な子がもてることを理由に許容されている。さらに婚姻外の人と性交しなくても、夫婦の片方と血がつながった子どもがもてるというように、テクノロジーが慣習を置き換える望ましが語られていた。ただし、非都市の女性は、子どもが生まれなくても、年老いたら親族の子どもに家を建ててやれば世話をしてくれることがあげられたり、子どもが生まれなくても何もしない、親族の子をかわいがればよい、と話す人もいて、すべての人がテクノロジーが慣習を置き換えることを望ましいと語っていたわけではない。

(3) ミャンマー

ベトナムの次に、ミャンマーについて報告する。

白井(2020a)で述べたので繰り返しになるが、まず、調査地概要について述べる。ミャンマーはインドシナ半島の西部に位置する国で、人口は5,141万人(2014年9月)、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、一人あたりGDPは1,267ドル（2017/2018年度）、経済成長率は6.8%である（2017/2018年度）。（出典：外務省サイト、ミャンマー大使館サイト）

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、公立の一次医療（ヘルスセンター）、二次医療、三次医療があり、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。

ミャンマーでは都市部としてA市、B市、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市はともにビルマ族が多い大都市で、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る。病院には総合医（GP）がいて、産婦人科領域も担当し、妊婦健診や分娩介助をおこなっている。ヘルスセンターには助産師がいて、受け持ち地域に向向いたり、センターで母子保健、妊婦健診、家族計画、公衆衛生を担っている⁶。

ミャンマーで最初のIVF（体外受精）成功は、プライベートクリニックのDr. May Thu Myo Nyuntによって2007年で、ICSIは2008年、TESEも2008年、FET凍結胚移植2008年、胚盤胞2010年だという⁷。本調査で2018年に実施した産婦人科医インタビューによれば、大都市圏のA市では人工授精実施は7施設、体外受精と顕微授精は2016年に開始した2施設（政府系と私立病院）がある（白井2020b）。

⁶ 日本との違いは、省病院、県病院、地区病院、ヘルスセンターに階層化された公的医療供給システムは、保健、公衆衛生行政と対になっており、病院管理職が医療行政を担っている。専門に分かれていくときに総合医を選択した医師によって構成されている。政府の保健、公衆衛生施策を担い、大学病院や政府系・私立病院の専門医および大学教員は専門の臨床施策を担っていて、互いに独立しているという。大都市の政府系病院の役職者は大学の教授を兼務しており、臨床のあり方に大きな影響を与えている（白井2020b）。

⁷ イギリスで研修を受けたDr. May Thu Myo Nyuntが勤務する私立バホシ病院の不妊センター（Bahosi Fertility Centre：ヤンゴン）で、同教授によって2007年にIVFが成功とある。<http://www.bahosifertilitycentre.com/> 政府系の中央女性病院では1例目が2018年12月に出生、2例目は2019年10月に出生したという（ミャンマー情報省プレスリリース2019年10月25日：<https://www.moi.gov.mm/moi:eng/?q=news/24/10/2019/id-19532>）。

ミャンマーの養子縁組制度については、1941年の養子縁組法（The Kittima Adoption Act）が現行法である。タウンシップにはソーシャルワーカーがいて、区域の子どもの保護を担当している。ボランティア団体に運営されている若年者開発センター（全国211カ所）がおこなう孤児や貧困家庭の保護に財政的支援がされている状況である。ストリートチルドレンや虐待被害者には、国際機関やNGOと連携して取り組みを強化しているという（厚生労働省2019）。ミャンマー国民以外の国民がミャンマー国籍の子どもを養子にすること、法的親権をもつことはできない（国際養子縁組の禁止）。養子縁組できるのは、仏教徒のミャンマー国民であり、二重国籍も認められていない。

都市の専門家

不妊について、「ミャンマーでも晩婚化して日本のように不妊がある」（MMD06）、「知識人は出産を遅らせて不妊になるかもしれないが、田舎では不妊はない」（MMM01）と、少なくとも都市では不妊が問題化しつつあると考えられる。「自分の私立病院では、レントゲン、卵管造影、通水検査、超音波での卵巣確認ができ、この私立病院でもまもなく人工授精ができるようになる。また台湾から6ヶ月研修した人が帰ってきたので、ラパロ（子宮鏡）もできるようになる。」（MMD03：都市で政府系病院を退職し私立病院に勤務）。「自分の専門は不妊。晩婚化で不妊は増えており、12-15%くらいいる。現在、排卵の超音波での確認、子宮卵管造影、人工授精、通水検査などができる。タイで研修して機械を買って自分の病院でも体外受精を始めようと思っている。200万円、300万円という高いお金を払って海外で治療するのではなく、家族がいるミャンマーで国内で安心して30-60万円でするようにしたいと考えている。ただしエンブリオロジストなどの人材が足りない」（MMD04：都市のプライベートクリニック）という。インタビュー当時、大都市A市では人工授精できる施設が7施設まで増えていたが、体外受精を始めるには、設備、技術者、手技の研修など、様々な障壁がある。「タイに研修に行っている医師がいる。中国からも教えに来てくれている。しかしミャンマーでの体外受精は高額なので、タイやシンガポールに行っている」（MMD01）。「機械を揃えて、シンガポール、中国、ドイツ、インドなどの医師が手ほどきしてくれ、ミャンマー人医師だけで体外受精を実施できるようになった。エンブリオロジストや医師が私費でシンガポールやインドに行っている。向こうから無料で来て研修してくれることもある。現在、体外受精できる医師が5名になった」（MMD06）、と体外受精ができるようにプロ

セスが進んでいることがわかる。

第三者が関わる生殖医療、養子縁組について尋ねると、以下のような回答があった。

夫婦間の自然妊娠が最も望ましいが、それ以外は一長一短。夫婦間のIVFは血がつながっているから一番いいが費用がかかるし、できるかどうかわからない。精子提供、卵子提供は、してほしいと依頼されるができないのでタイを紹介している。精子提供は軍人や海外で長期に仕事に行く人がすでに精子を凍結保存しているので、いつかはミャンマーでもできると思う。養子縁組は、一生自分の子のように育てられるか、子どもが成長したときに他人が養子だと言ってしまう時に気持ちが変わるかもしれない。それぞれいいことと悪いことがあるので、個人個人の意思で決めるのがよい(MMD06)。

あるとしても精子提供だけ。ビジネスでなく、本当に困っている人には、ミャンマーでも卵子提供、精子提供ができるようにしてもいいのではないか。タイとシンガポールでは可能で、シンガポールには精子バンクと卵子バンクがある。子どもの悪いところをみて、自分の子どもと思えない人はすべきではない。卵子提供も、カウンセリングをする。お金も時間もかけて卵子提供で子どもを持っても、大人になって自分の子と思えないというのは、その子の人生にもよくないし、卵子提供は夫や家族に影響を与えるので、カウンセリングが必要 (MMD04)。

引用は割愛するが、都市の専門家6人のうち、他の2名も合わせて4名がミャンマーでは精子提供、卵子提供はできない、タイやシンガポールなど海外で可能、あるいは紹介している、と答えた。海外渡航が(費用があれば)現実的な選択肢と認識されていることがわかる。D04の回答では、精子提供、卵子提供は「自分の子どもと思えない」可能性を持つものとして認識されていることがうかがえる。

養子縁組については、公式に可能だという回答と、ほとんどない、あるいは勧めないという回答があった。「血のつながりを大事にするので親戚の子」という回答は、養子であるが親戚の子は「血がつながっている」と人びとに理解され、養子縁組が実子の代替になり得る方法と認識されていることがわかる。同

時に、公的な養子縁組があることも回答では言及された。

子どもがほしい人は養子縁組。血のつながりを大事にするので親戚の子。病院に残された子どもがいるので、社会福祉部門が管理している孤児院にいる子どもについて、年齢や経済状況など審査を通れば、病院院長、メディカルソーシャルワーカーなどが養子を決める。児童労働目的を排除し、また、人身売買にならないように無料でおこなっている（MMD01）。児童福祉施設があり、政府が養子縁組をしている。養子に虐待をしないかどうかしっかり観察する必要があり、6ヶ月親子をみて合わないなら戻すという契約をしている（MMD04）。

10人子どもを生んだとしても養子に出すことはなく、頑張って自分でも育てる。シングルマザーという問題はミャンマーにはない（MMM01）。不妊で勧めるのはまず人工授精、次に体外受精、最後に養子（MMD03）。

都市の女性

次に同地の女性へのインタビューを紹介する。都市の女性7名へのインタビューでは、不妊への対処について、「そのまま」「養子をとらない」「甥や姪をかわいがって世話すればよれでよい」と、「何もしない」と答える人が多かった。「IVFをする人もいる」「服薬を5年」など、不妊治療するとも語られたが、「できなくてそのまま」とのことである。

不妊で困っている人はいるが、体外受精しないし、離婚しないし、養子を取らない。甥や姪をかわいがって世話すればそれでよい（MMW02）。知り合いで経済的に豊かで子どもができない人がいるが、体外受精はあまりにも高すぎるのと、したくないから、何もしていない（MMW05）。今子どもを育てている姉夫婦は結婚してしばらくしても子どもができなかった。IVFをする人はいるが費用が高い（MMW01）。15年子どもができない人は服薬を5年したが、できなくてそのまま（MMW06）。養子は取らない。お金がある人はバンコクで体外受精する（MMW07）。

ミャンマーは母系社会と言われ、婚姻しても姉妹や母娘が同居したり相互扶助関係を維持する傾向にある。不妊で子どもが生まれなくても、「不妊治療はし

なくてもいい」「甥や姪の世話をしてかわいがればいい」という回答は、こうした生活様式と関連しているのではないか。

離婚してシングルマザーに。シンガポールに働きに行く2歳まで自分で育てて、5年間、シンガポールでフルタイムで働きながら専門の勉強をしている。結婚が若すぎて離婚したが、新しい人生のスタート。姉夫婦には子どもがおらず、姉夫婦が育てており、子どもは姉夫婦を父、母と呼んでいる。戸籍は私が母で、子どもは私が産んだということもわかっている (MMW01：当人は自身をシングルマザーと同定し、家族構成は子ども、母、祖母と回答)。

一緒に暮らしているのは、私たち夫婦と子どもの他、母、母方の祖父母、母の姉3人(2人は子どもがいない)、母の姉の子、妹夫婦(子どもはいない)。子どもの世話は家族もしている。自分たち姉妹は、生まれたときから母の姉の子姉妹(いとこ)と暮らしてきて、4人は姉、妹と呼び合ってきた。その妹が留学していて一時帰国することがある。妹の留学費用や父母の扶養など経済的役割は私たち夫婦 (MMW07)。

精子提供、卵子提供、代理出産は、身近ではなくても全員が実施方法については正しく理解しており、それは「血のつながりがない」ものだからしたくないと答えていた。

政治家と宝石商のカップルで夫がLGBTで夫の子ができないから精子提供を受けたミャンマー人がある。自分ならば他の人の精子は使いたくない。夫の子ではない、血のつながりを気にするから。子どもがいない人生はよくないけれど、卵子提供はミャンマーではできない (MMW07)。

精子提供、卵子提供は血がつながっていないから反対、子どもの性格も他の人に似てしまう (MMW02)。

非都市の専門家

次に非都市の専門家インタビューを紹介する。

不妊への対処は、「不妊の相談は医師に相談し、服薬などを行っている。男性も女性と同じように受診する」(MMM04)と、医療の受診があるというが、「村の中で子どもができなくて困っている人がある。病院を受診するが、子どもがで

きた夫婦もあれば、できなかった夫婦もいる。できなかった夫婦は、養子を取る人もいれば、そのままの人もいる。養子を取るときに、親戚からのこともあれば、他の村であげる人がいたら契約する。この村で生んだ子どもをあげる人はおらず、自分は仲介したこともない」(MMO01)と子どもができなくても、養子を取ったり、そのまま何もしなかったり、様々だという。精子提供、卵子提供、代理出産については、「養子より血のつながりがあるからよい」と認識されていた。

この国では体外受精は可能だが、卵子提供、精子提供は実施していない。プライバシーを守るなどのルールを決めることができていたら、配偶子提供の方が血のつながりがあって養子縁組よりよいだろう。日本で医学部の学生が精子提供しているなら、頭がいいから国のためにもいいかもしれない(MMD05)。

非都市の女性

同地の女性インタビューはどうだろうか。

非都市の女性が不妊への対処について語ったのは、

身の回りに不妊の人はいない。もしできなかったらマッサージしてもらおうとよい(MMW08)。

自分もこの村の他の人も、もし生まれなかったらそのまま何もしない(MMW10)。

と、周りにいないか、何もしないということだった。

精子提供、卵子提供、養子縁組についての考えを尋ねたところ、以下のように様々な意見が語られた。

精子提供、卵子提供、代理出産は考えたことがないが、嫌。血が繋がらなくても赤ちゃんを小さな頃から育てる。どこに行けばもらえるか知らない。しかし自分もこの村も、どうしても子どもがほしいというのはなく、生まれなかったらそのまま(MMW10, 11)。

卵子提供、精子提供、代理出産は嫌で養子縁組がいい(MMW13, 14, 15)。

卵子提供、精子提供、代理出産は嫌で養子縁組が一番いい。複雑なことを

するよりも、恵まれない子がいるならその子を育ててあげたい (MMW15)。
もし夫が不妊だったら子どもはほしい。自分が不妊だったら、夫に他の人
と子どもを作ってもらうのではなくて離婚する (MMW09)。
養子より技術の方がいい。自分の血がつながっている方がよいので、精子
提供、卵子提供はお金があったらいいと思う。代理出産は嫌 (MMW12、
グループで話したが12だけ違う意見)。

「複雑なことをするよりも」「血がつながらなくても」養子の方がよいという
意見が多く、「技術の方がよい」「自分の血がつながっている方がよい」と答えた
のは8人のうち1人だけだった。MMW13は「養子になる子はこの町にはいな
いけど遠くにいけばいると思う」と、「養子になる子がいない」と答えた。09は
「例え交際していなくても帰宅が遅くなったら責任をとって結婚させる。婚前性
交渉はない」と話し、実際に自分も帰宅が遅くなり、そのときに自宅に送って
くれた男性と交際しておらず、性交渉もなかったが、男性は「責任をとって」
結婚したようだ。交際、結婚前の性交渉に厳格で、未婚女性は月経について話
すことも憚られるという。回答者の2人は妊娠がわかって結婚したが、親もそ
のうち結婚するだろうと思っていた交際だったようだ。「コンドームは男性が浮
気するときに使うもので、男性は買うのを恥ずかしがって、女性にアフターピ
ルを飲ませる」そうだが、そもそも結婚と性に関する規範が厳格であり、また
親族が子育てに関わる様式であるため、中絶が禁止であっても養子になる子ど
もは少ないことが予想される。

W09はインタビュー中に「そういえばうちに2人養子がいた」と家族構成で
語っていなかった子どもの存在を話した。夫婦喧嘩が多いので古い師に見ても
らったら、夫婦も子ども（現在5歳）も土曜日生まれのため、日曜日生まれの
養子を2人迎えるとよいと言われ、親元が田舎で高校に寄宿している日曜日生
まれの子ょうだい（現在15歳の高校生と10歳の小学生男児）が、この家に住む
ようになった。親元から身分証明書も預かり、将来この家に残るか、親元に帰
るかは本人に任せるようだ。

以上が調査地別、専門家／女性別のインタビューの概要である。最後に、ベ
トナムと同様に、論点として、①エンハンスメント、②コントロール、③テク
ノロジーを使った「血のつながり」の維持について検討したい。

エンハンスメント

都市の専門家は、様々な方法の避妊や家族計画が人びとに行き渡っていると語っていた。「ミャンマーでは中絶できないので家族計画をする。その方が健康によい。ピルや注射で、コンドームは知識人が使う」(MMD01)と、中絶の禁止が家族計画の普及に影響しているという。「仏教は家族計画に反対せず、またミャンマーは男性主義ではないので、抵抗には遭わない。ムスリムも家族計画に反対なのではなく、家族が多い方がよいと言う考え。IUDを入れるのもほとんど女性が一人で決めている」(MMD02: リプロヘルスに関わる国際NGOの公衆衛生医) そうだ。「家族計画は当初、ヘルスケアとしてでなく人口政策として始まった。海外NGOがヘルスケア領域に入れなかったのが1988年から入れるようになった」ことによりNGO活動を開始、「子どもの人数を具体的に掲げるのではなく、機会と権利を持つこと、スペーシングすること、高齢出産しないことを勧めている」と説明した。

地方の状況については、「農村では日にちがわからない人がいるからリズム法は使えず、コンドームを夫に使ってと言えないので、注射とインプラントが多いが、そうするとSTD(性感染症)が増えるのでデメリットを説明するようにしている」(MMD02) そうだ。

都市の女性は、インプラント、ピル、注射、リズム法などで避妊しており、「コンドームは夫婦では使わない」と話した。避妊をしないと答えたのは、持病があるからか妊娠しない人、夫が海外にいる人だけだった。

コントロール

人工妊娠中絶について、「TBA、助産補助、助産師は違法なメディカルアポーションをしている。死産後のことをきちんと女性に伝えていない」(MMD02)と違法な中絶があることに言及しつつ、

仏教では受胎から命なので、医師が仏教徒だと中絶をしたがらない。例えば医師ががんで亡くなると中絶したからだと言われる (MMD02)。

仏教だから99%の人が中絶したくないという。妊婦ががんで亡くなりそうなき、産婦人科医、小児科医、メディカルロイヤー、妊婦と何度も会議をするが、妊婦が絶対に中絶したくないし、妊娠中期の帝王切開もしたくないという。胎児が生存不可能な状態でも、リスクもすべて伝えたが、中絶も帝王切開も拒否し、強制的に帝王切開することもできない (MMD06)。

と、医師が中絶をしたがらないだけでなく、母体の生死に関わる危険を回避するための違法にならない中絶についても、妊婦が同意しないと語られた。

出生前検査については、胎児の染色体異常も含め、超音波検査で確認するが、ダウン症の検出を目的にした検査は、中絶できないのでニーズがない、あるいは特段の希望があれば海外の検査会社を利用しているとのことだった。

12週の時に心拍や胎児の数、中期にダウン症ではないかを超音波で診る。3D, 4Dもある。超音波の専門家が診ることもある。母体血清マーカー検査はあるが、羊水検査はできない (MMD04)。

20週、24週で放射線科の超音波検査の専門医が超音波検査を実施する。NTだけではなく、胎盤などすべてをみる。ダウン症のスクリーニングは中絶ができないのでニーズがない。マーカー検査は検査だけ実施するラボ、クリニック、私立病院で可能で、シンガポールやタイに送っているのではないか。羊水検査はしない (MMD06)。

ダウン症はNTでみるが、説明をして、出産後の話をして、最終決定は夫婦に任せる (MMD04)。

中絶できないのでNIPTはしないが、年齢が高いなど希望があれば、私立クリニックでは実施していて、シンガポール、アメリカ、マレーシア、タイなどの検査会社に送る。NIPTも100%正しいわけではなく、偽陽性も偽陰性もある。NTは11週までに受診したら診る。18-20週で精密超音波を実施する。診るのはダウン症だけではない。障がいのことは気になるし心配だが、祈るしかない。ダウン症で中絶したい場合は外国に行くしかない。無脳症など特別な場合は会議をする (MMD01)。

女性たちは、「仏教の教えでは人を殺すことになる」から中絶は嫌で、小学生やレイプによる妊娠も、「妊娠するということは出産する準備ができているともいえる」(MMW04, 05, 06)、「お腹の子どもには罪はないから難しい」(MMW02, 03) と、胎児は人だから殺すことは罪だと答えていた。「中学生、レイプ、母体の身体が危険なときなどは中絶が許されてもいいと思う」と回答したのは、タイの大学院を修了した女性で、現在、海外と取引する仕事についており、「自分はできちゃった婚で若いシングルマザーになって大変だったので、そういう時の中絶は認められていいと思う。中絶が禁止で危険なところで中絶しているので合法的にできたらよい」と回答したのは、5年以上、シンガポールで専門の

勉強と仕事をしている女性である。

出生前検査は、超音波検査を妊娠6ヶ月以降に受け、NIPT、マーカー検査、羊水検査を受けた人はいなかった。それらの検査を知らない人もいた。

もし子どもに障がいがあっても受け入れる (MMW02)。

子どもに障がいがあるかどうか超音波で見る。ダウン症は知っていて、生まれる前に健康に生まれるようにお祈りする。生まれたらダウン症かどうかわかる (MMW03)。

障がいがある子は、かわいそうと思われて、他の子よりもかわいがられ、優先される。女性が責められることはない (MMW04)。

超音波は妊娠中に3回、ダウン症という障がいを知っているが妊娠中に検査することはなく、生まれてから、元気かどうか、健常かどうか見る。障がいがある子は優先され、かわいがられる (MMW05, 06)。

ダウン症の子どもについて、自然にできた子どもで、仏からいただいたものだから、何があっても中絶しない。障がいがある子が生まれたら、障がいがある子が行く学校に通わせればいい。その子に障がいがあるのは前世で悪いことをしていたから現世でそれを抱えて生まれたから、来世がそうならないようにいいことをしてあげ、父母が祈る (MMW06)。

血液検査は母に病気があるかどうかの検査で、子どもにダウン症があるかどうかの検査はしていない。3回超音波を受けて胎児の心臓の確認はしたが、ミャンマーではダウン症かどうかの検査はできないのではないかな。出産前にダウン症かどうかの心配はしていなかった。原因も治療も研究されていない。無事に生まれてから身体的障害がないか、ダウン症かどうか心配はした。ミャンマーでは中絶は禁止だし、ダウン症の知識はあまりない。知人の子の一人目は生まれて6～7ヶ月でダウン症とわかった。次の子を産むのは心配していたし、勇気が必要だったと思う (MMW07)。

女性たちの多くはダウン症という障がいがあることは認識している。しかし、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のではなく、生まれたらわかることがあるが受容するという回答だった。

非都市部では、超音波は曜日を決めて病院に超音波専門医が診察に来る。妊娠7ヶ月の超音波検査では胎盤の位置などを見て、帝王切開かどうか決める。通常の妊婦健診をしている総合医と助産師は超音波を使用しない(子宮外妊娠

の確認においても)。「NIPTやマーカーのような血液検査によるダウン症のスクリーニングはここにはないが、日本は高齢出産が多いから関心が高いかもしれないが、ここでは妊娠中にダウン症かどうかの関心は低い」(MMD05)という。この医師は、水面下の中絶の危険や、中絶の条件を現実的に考えていた。

ミャンマーで多いのは、母体の健康上の危険ではなく未婚の若年者の妊娠で、親が無理に中絶させようとし、伝統薬を使用すると出血するので危険である。もし中絶を合法化するならば、すべて許可するのではなく、どのような状況なら中絶してよいかをきちんと決めてほしい。自分が産む産まないの相談を受けたとしたら、人生の計画をカウンセリングしてあげたい(MMD05)。

ヘルスセンターの助産師は、

例えば中学生がレイプで妊娠したとしても中絶はできない。生んで育てるしかない。そういう人はたくさんいるが、子どもがかわいそうだから、みんながかわいがり、施設に預ける人はこの町ではほとんどいない。子どもを棄てる、施設に預けることは聞いたこともない。ダウン症や障がいがある子は母が世話をする(MMM04)。

と周囲もかわいがるから問題は生じないと答えていた。

女性たちは、一様に中絶には反対し、(都市でも専門家でもそうだったが)口に出すのも嫌だという顔をしていた。

中絶が許されるケースはない。例えば中学生がレイプされて妊娠しても、親戚に預かって育ててもらえばよい(MMW08)。

仏様からもらったギフトだから出生前検査で中絶することには反対(MMW09)。

中絶は悪魔、地獄に落ちること。障がいがあっても自分の子どもだから生む。障がいのある子の学校はなくて普通の学校に行く(MMW10)。

出生前検査については、

デヌー族は障がいがある子が生まれたら、かわいそうだからみんながかわいがってくれる。障がいがある子が生まれたらよく育ててあげる (MMW09)。子どもに障がいがあったら、親は先に死ぬけれど、あとの世話は親戚に頼むと思う (MMW11)。

出生前検査で障害があったら中絶するのは考えたこともない。障がいのある子を育てるのは確かに難しいかもしれないけど、産むのが当然 (W10, W11, W12, W13, 14, 15)。

出生前検査で中絶しないのは仏教と関係がある (MMW13)。

と、産むのが当然で中絶するという選択は考えたことがない、皆がかわいがるし、親が世話できなくなったら親戚がすると答えた。これらからわかるのは、妊娠(お腹の子ども)は中断という形でコントロールすることはできないという考えと、障がいがある子が生まれても輪廻転生のために特別に寵愛されるという考えである。胎児は仏からの贈り物だから不可侵なものだと考えられていた。

テクノロジーを使った「血のつながり」の維持について

夫婦間のIVFは海外渡航すると高額で、ミャンマー国内では実施数があまりにも少なく、現実的ではない。そのため、現実的な選択肢に入っていなかった。卵子提供、精子提供は国内で実施しておらず、海外渡航だと夫婦間IVFよりさらに高額だ。「血のつながりがない」「夫の子ではない」からしたくない、「自分の子と思えないならしない方がよい」と、精子提供、卵子提供は「血のつながりがない」方法として語られてもいた。養子縁組は、そもそも子育てに親族が関わっていたり、里子のように預かっていたり、法律的な養子縁組をして一対の親子を作る形式ではない子育ての中に、子どもが小さい時に法的手続きをとって育て親になる養子縁組という方法があるようだ。親戚の子は「血のつながりがある」(から配偶子提供よりよい)という回答もあり、「血のつながり」が、親子一対のものと考えられていないことをうかがわせる。

以上、ベトナムとミャンマーについて、都市／非都市の、専門家／女性インタビューのうち、不妊への対処、生殖技術や第三者が関わる生殖技術、養子縁組、非血縁的親子に対する経験や態度を報告した。そこから、不妊には対処すべき(子どもをもつべき)という社会規範がある場合もあれば、夫婦の間に

子どもが生まれるように（あるいは養子などで夫婦の間に子どもがもてるように）対処が必要とは限らない場合もあった。生殖技術に対処の優位性があるとも限らず、親子の遺伝的つながりに親子関係の優位性があるとも限らない。さらに「夫婦」「親子」が他の社会的関係とは異なるかどうかとも限らない。したがって、「夫婦間の体外受精が第一の選択肢、次善の策が第三者が関わる生殖技術、次に養子縁組」という選好とは限らないことが示された。本稿では不妊への対処について、エンハンスメント、テクノロジー、テクノロジーを使った「血のつながり」の維持という3つの論点を示し、限られた報告、分析ではあるが、それぞれの国でのロジックの説明を試みた。別稿の第二部で、フィリピンの報告と、3ヶ国の議論をおこないたい。

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

International Social Service, 2009, *Adoption from Viet Nam*

美馬達哉2015「正常・病理・エンハンスメント」『スポーツ社会学研究』23(1), 7-18

サンデル・マイケル2010『完全な人間を目指さなくてもよい理由－遺伝子操作とエンハンスメントの倫理』林芳紀, 伊吹友秀訳, ナカニシヤ出版 (Michael J. Sandel 2007 *The Case against Perfection: Ethics in the Age of Genetic Engineering*, Belknap Press of Harvard University Press)

白井千晶2020a「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－」『人文論集』70(2), 1-27

白井千晶編2020b『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』2017年度～2019年度日本学術振興会・科学研究費助成事業・基盤研究（B）17H04559報告書（静岡大学レポジトリ）

上田昌文、渡部麻衣子2008『エンハンスメント論争－身体・精神の増強と先端科学技術』社会評論社

Nicole J Wiersema, Anouck J Drukker, Mai Ba Tien Dung, Giang Huynh Nhu, Nguyen Thanh Nhu, and Cornelis B Lambalk, 2006, Consequences of infertility in developing countries: results of a questionnaire and interview survey in the South of Vietnam, *Journal of Translational Medicine*. 4: 54.