

アジアにおける出生前検査と障害をめぐる実証的研究 アンケート調査一次報告書(抄録版)

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2022-11-21 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 白井, 千晶, 菅野, 摂子, 木村, 美也子, 松尾, 瑞穂, 二階堂, 祐子, 洪, 賢秀 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10297/00029190

日本学術振興会科学研究費補助金

基盤研究 B (20H01564)

アジアにおける
出生前検査と障害を
めぐる実証的研究
アンケート調査一次報告書
(抄録版)

2022 年 10 月 1 日

研究代表者：白井千晶

分担研究者：菅野摂子、

木村美也子、松尾瑞穂、

二階堂祐子、洪賢秀

目次

1. はじめに	3
2. 調査の概要	9
3. 各国の出生前検査と障害児者に関する状況	11
3-1. 日本.....	11
3-2. シンガポール.....	14
3-3. インド.....	17
3-4. フィリピン.....	20
3-5. タイ.....	22
3-6. 大韓民国（韓国）	24
3-7. 中華民国（台湾）	26
3-8. ベトナム	29
3-9. ミャンマー.....	31
4. 調査結果	全体版に所収
4-1. スクリーニング質問.....	全体版に所収
4-2. 本調査.....	全体版に所収

4-3. 章末資料	全体版に所収
5. 調査結果を踏まえた各国の詳細	34
5-1. 日本.....	34
5-2. シンガポール	38
5-3. インド	40
5-4. フィリピン.....	44
5-5. タイ.....	46
5-6. 韓国.....	48
5-7. 台湾.....	53
5-8. ベトナム	57
5-9. ミャンマー.....	59
6. おわりに	61

1. はじめに

白井千晶

本研究の目的

概要

本研究は、アジアにおける出生前検査の導入や普及・非普及をめぐる政治、経済、技術、文化の葛藤や調和を調査研究するものである。

日本では近年、NIPT（非侵襲的出生前遺伝学的検査、いわゆる新型出生前検査）をはじめとする出生前検査の諸課題が議論されているが、グローバル化の中でアジア諸国でもNIPTや超音波検査をはじめとする出生前検査が飛躍的に拡大しているように見える（出生前検査とは、胎児の疾患や障害の可能性を知るためあるいは診断するための検査である）。各国はこれまで家族計画（避妊）や少子化対策によって人口の量をコントロールしようとしてきたが、NIPTや母体血清マーカーなどの出生前検査は、生まれる人口の「質」をコントロールする優生的な政策にもなりうる。ならば政治的、経済的理由から単線的に導入されるかという、現状では限定的・消極的な国もある。具体的には、アジアには出生数を増大させようとする国と抑制しようとする国がある。後者の中には、宗教や文化的背景から人工妊娠中絶を許容して人口を抑制しようとする国と、許容せず家族計画でのみ抑制しようとする国がある。

本研究代表者らの先の研究では、出生前検査に関する制度設計、施策、利用者の態度には、こうした制度や政策、および社会文化的な人間観（生命観、障害観、身体観等）も関わることが示唆された（白井 2020,2022）¹。アジア諸国の出生前検査の利用状況について、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。例えば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、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。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わかった。

出生前検査に関する先行研究は、欧米の近代的な個人観や、西洋的な社会制度を所与のものとしてきたのではないかという問題意識のもとに、本研究では人工妊娠中絶の社会的位置づけ、宗教、出生前検査の利用状況が異なると考えられるアジア9ヶ国（日本を含む）を選択し、医療者と女性への質的調査（インタビュー）と量的調査（質問紙調査）の両面から

¹ 白井千晶編著 2020『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』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
白井千晶編著 2022『アジアの出産とテクノロジー：リプロダクションの最前線』勉誠出版

検討する。宗教や文化的背景、出生前検査の導入や普及・非普及のバリエーションを考慮して選択した国々の社会制度および障害観をはじめとする文化的側面を取り上げ、出生前検査の実施との関連性を比較検討することは、この検査をいかに位置づけ、どのような形で運用していくのか、という日本での議論に対して重要な示唆を与えるものと考えられる。本報告書は、その量的調査の一次報告書にあたり、量的調査のより詳細な分析と質的調査は今後刊行するものである。なお、一次報告書の集計が含まれる全体版については、学術データベース等で所蔵を確認いただきたい。

学術的背景と問い

近年、人の出生プロセスは生物医学モデルで認識され、医療技術や医薬品、すなわち超音波画像診断、帝王切開、陣痛促進剤などの科学技術によって医療者にリスクマネジメントされるようになった。その背景には、リプロダクションの病理学化 (pathologicalization) と科学生物医学化 (techno/biomedicalization) および技術の商品化がある。リスクマネジメントにはこうしたハイテクによるマネジメントだけでなく、ローテクによるマネジメントも並行するが (Sezin et al., 2019)²、出生プロセスのリスクマネジメントにおいては、血液検査や超音波検査等によるハイテクマネジメントと、妊婦健診の制度化や不要な医療介入を減らす WHO コードや学会ガイドラインなどローテクマネジメントが進行してきた。

しかし NIPT、羊水検査、母体血清マーカー等の出生前遺伝学的検査は、特定の染色体異常のある胎児を発見する、さらにいえば排除するために実施されることがあるという点において、血液検査や超音波検査などの検査とは性質を異にする。いかに母体や胎児を生かすかではなく、いかに疾病や障害を排除し人口の「質」を管理するかが目的になりうる。ゆえに出生前遺伝学的検査は「優生学への裏口を開く」と比喻されるのだ (Thomas and Rothman, 2016)³。発展途上国は、例えば出産環境や医療者を整備するのではなく帝王切開で出生のリスクに対処することのように、リスクマネジメントをテクノロジーに頼る傾向があるという (Sezin et al., 2019)。ならば、障害の対処においては、社会保障や障害者福祉を制度化する前に、NIPT など出生前検査による障害排除という、テクノロジーによる人口のリスクマネジメントが促進されるのではないか。これが一点目の問いである。

二点目の問いは、出生前検査に関する研究が、いわゆる近代的個人ないし近代的自己と、政策決定と社会保障・社会福祉を担う近代社会という近代西洋的世界観を所与のものとしてきたのではないかということである。アジアの出生前検査の現状はこれまで十分に調査

² Sezin T, Patrick B. The impact of technology on pregnancy and childbirth: creating and managing obstetrical risk in different cultural and socio-economic contexts. *Health, Risk & Society*, 21 (3-4), 2019, pp89-99.

³ Thomas GM, Rothman BK. Keeping the Backdoor to Eugenics Ajar?: Disability and the Future of Prenatal Screening, *AMA Journal of Ethics*, 18(4), 2016, pp406-415.

研究されてこなかったが、アジアにおける様々な障害に対する認識や態度、遺伝や身体に対する認識、ケアの目的やあり方の観点から研究することによって、主体的な自己決定、それを遂行できる知性、キリスト教的世界観、福祉国家等の近代西洋社会観に基づいてきた先行研究を問い直せるのではないか。

三点目の問いは、出生前検査への態度の違いを明らかにし、その理由を探究することである。研究代表者らの先の調査では、アジアの国・地域によって取り入れ方に違いがあることがわかった。すなわち、超音波画像診断は調査地すべての国・地域において積極的に導入され、標準化されようとしているのに対し、母体血清マーカー検査や NIPT、羊水検査などの遺伝学的検査は、ほとんど導入されない地域と、マーカー検査や NIPT がルーティーン化しつつある地域がある。各々の検査に対する公的補助、つまり国がどの検査を推進しているかにも違いがあった。さらに同じ国・地域においても個人・組織などミクロな状況によって出生前検査の態度が異なることがある。技術が利用できる環境であっても、医療者/組織が導入するか、女性が受検するか、妊娠を継続するかを選択は、経済的利益や非経済的利益、パートナーや家族の意向や環境/条件、信仰や方針など多くの要素が影響するだろう。女性の意思決定や役割を取り巻くジェンダー的な布置も関わっていると予想できる。

国内外の研究動向については、これまで、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)⁴、受検促進要素の調査 (Hill et al., 2016)⁵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)⁶のいずれかで限定的だった。しかし松尾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

⁴ Chandrasekharan S, Minear MA, Hung A. Noninvasive prenatal testing goes global, *Science Translational Medicine*, 6(231), 2014, 231fs15.

Allyse M, Minear MA, Berson E. et al., Non-invasive prenatal testing: a review of international implementation and challenges. *Int J Womens Health*, Jan 16.7, 2015, pp113-26.

Minear MA, Lewis C, Pradhan S. et al. Global perspectives on clinical adoption of NIPT. *Prenat Diagn*, 35(10), 2015, pp959-67.

⁵ Hill M, Johnson J, Langlois S. et al. Preferences for prenatal tests for Down syndrome: an international comparison of the views of pregnant women and health professionals. *Eur J Hum Genet*, 24, 2016, pp968-975.

⁶ Thomas GM. *Down's Syndrome Screening and Reproductive Politics: Care, choice, and Disability in the prenatal clinic*. Routledge, 2017.

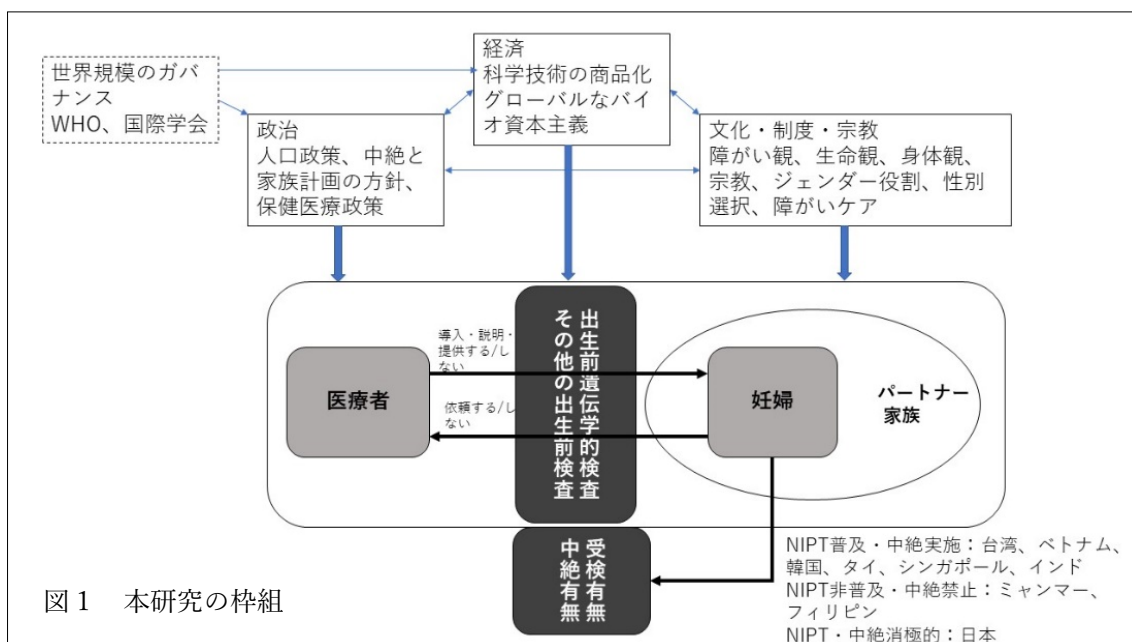
Löwy, Ilana, *Imperfect Pregnancies: A History of Birth Defects and Prenatal Diagnosis*, Johns Hopkins University Press, 2017

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た（松尾 2016）⁷。障害観、障害の多元的なありようと合わせ、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。

研究目的と独自性

以上の点をふまえた本研究の具体的な目的は、アジア諸国（日本を含む）の出生前検査と障害の関わりを調査することによって、胎児および人口の「リスク」をめぐる政治的ダイナミズム（政府の人口政策と福祉政策）、経済的ダイナミズム（科学技術のグローバルな商品化）、文化や倫理（障害観、身体観や生命倫理、家族やジェンダーの役割や構造）の調和や衝突を明らかにすることである。見取り図を下記に示した。

なかでも本研究の独自性は主に3点ある。1点目は、障害観を所与のものとせず、各国・地域の障害観や障害児者のありよう（家族ケア、障害者福祉）を研究対象とすることである。欧米や日本では染色体の数的異常という障害の認識を共有していることを前提に、NIPTの受検やその後の意思決定に関する調査研究が進んでいる。しかし後述する申請者らのアジア調査では、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。障害観と関連して、身体観や生命倫理観は、宗教に還元されるとも限らない。したがって本研究では、アジア各地域の「障害観」を探求すると同時に、それが出生前検査の制度



⁷ 松尾 瑞穂 「サブスタンスから個と集団の関係性と範疇化を考える」 民博通信 153 12-13, 2016

化、新技術の導入、受検行動に与える影響を調査する。

2点目はアジアの実証的な比較調査であること、3点目は出生前検査の導入や普及を、人口政策等の政治、検査の市場化、宗教や文化の葛藤や調和という観点から分析することである。

人口政策と人工妊娠中絶への方針をめぐる政治的企図と出生前検査の導入とは、どのように関係するだろうか。発展途上国のハイテクによるリスクマネジメントと NIPT 等のバイオ資本主義的商品は親和的だが、それと宗教・文化のコンフリクトはどのように現れるだろうか。アジア諸国は、人口増加対策として中国、ベトナムのように多子禁止と中絶容認で出生抑制をしてきた国、フィリピンやミャンマーのように中絶を容認せず家族計画によるスペーシング（出産間隔）で出生抑制をしてきた国、他方で韓国、台湾、日本のように少子化対策をしている国もある。また性選択が出生前検査の動機になる国・地域もある。すなわち中国、香港、ベトナムでは、出生数が限定されているのに男児が選好されるジレンマを解決するために、出生前検査で性別を判別し、中絶するケースが少なくないと言われている。従って、アジアは人口政策、福祉政策、保健医療政策というポリティクス、グローバルなバイオ資本主義というエコノミクス、障害観、障害者ケア、家族・親族や社会における女性の役割、身体観や生命観といった文化の関わりの多層的なダイナミズムが働くアリーナだといえよう。

調査の方法と対象

アジア諸国のうち、表1に示した国・地域を研究対象に量的調査と質的調査を実施する。表中に記載したように、NIPT や母体血清マーカー検査、羊水検査が実施・普及している国・地域と、していない国・地域を選択し、制度の背景となる宗教文化がいくつか比較できるように考慮した。それぞれの国・地域は、宗教だけでなく、政治体制、人口政策、保健医療システム、福祉政策、経済体制によっても特徴付けられる。遺伝学的検査の取捨選択を検討するために、妊娠中の健診や検査自体が普及していない地域ではなく、検査はしているが遺伝学的検査が選ばれていない地域を選択した。例えば、前科研調査の結果では、ミャンマー、フィリピンでは、現状で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。

表1 類型別にみた本調査の対象国・地域

出生前遺伝学的検査消極的・ 中絶消極的	無宗教ないし仏教	日本
出生前遺伝学的検査実施あり・ 中絶可	無宗教ないし仏教	韓国、ベトナム、台湾、タイ
	多宗教	シンガポール、インド
出生前遺伝学的検査実施なし・ 中絶禁止	仏教	ミャンマー
	キリスト教	フィリピン

注：これらは単純に類型化できるものではないが、概念的見取り図として示した。

研究対象の出生前検査は、NIPT 等の出生前遺伝学的検査および超音波検査等の非遺伝学的検査を対象とする。なぜなら、例えば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)は、「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」と指摘する。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。フィリピンでは NIPT より精密超音波検査による胎児機能評価が普及している等、国・地域によって検査のありようが多様だからだ。

2. 調査の概要

白井千晶

調査名：アジア9か国における出産経験女性の出生前検査と障害観に関する調査

対象国：日本、韓国、台湾、ベトナム、ミャンマー、タイ、シンガポール、フィリピン、インド

調査時期：2021年1月～2月

実査：WEB調査（調査会社に委託、公用語に翻訳、ダブルチェックして本研究メンバーによる確認をおこなって実施）

助成：日本学術振興会科学研究費助成事業・基盤研究(B)「アジアにおける出生前検査と障害をめぐる実証的研究」（2020年4月1日～2024年3月31日：課題番号20H01564）

（英文名：Prenatal Testing and Disability in Modern Asia: International Comparison）

回答者：女性、出産経験あり、末子5歳以下、現在妊娠中の人をのぞく。年齢は当該国のモニター条件による。当該国の年代別出産数におおむね準じる。15歳以上、64歳以下。

割付：全土対象、各国の地域（省・県等）をブロック分けし、センサスの人口比で割付をおこなった。収入条件なし。

回答数：有効回答100人×9か国。不良回答は回答から除いた。

表2 調査項目とカテゴリ

基本属性	年齢	地域	居住圏	世帯構成
	職業（自身・夫）	最終学歴	信仰（自身・夫）	エスニシティ
	暮らし向き	幸せ点数		
出産	出産回数	子どもの現在の年齢	子どもの性別	
末子の妊娠	妊婦健診機関種	受けた検査	受けたいか	勧めた人
	受けた理由	受けない理由	障害判明時相談	相談する理由
末子の出産	出産場所			
避妊	知識入手	避妊経験有無	避妊方法	避妊決定者
価値意識	価値観	科学観	子育ての目的	理想子ども数
	中絶の条件	身近な障害者	種別見通し	出生時の感情
検査、障害に関する自由記述				

質問によってエラー値を定めた質問がある。

倫理的配慮：本調査は静岡大学の倫理審査の承認を得て実施された（整理番号 21-40）。人工妊娠中絶等については、考えを聞くのみとし、個人の経験は質問に含めなかった。回答者への倫理的配慮については、法制度や文化的背景が国・地域によって異なるため、研究メンバーで検討するとともに、実査委託会社および委託会社を通じて現地会社にも問題がないかを確認した。調査ページの冒頭に出産、宗教、民族に関連する質問を含むこと、個人を特定しないことを明示し、回答しないことや途中で中止が可能であることを示して、同意を得てから質問を表示する形式にした。

また、本研究にあたって、利益相反はない。

実査会社は、調査の倫理的観点から、請負者の業務を実施する拠点が情報セキュリティに関する国際規約である「情報セキュリティマネジメントシステム」(ISMS)の国際規格「ISO/IEC 27001:2013」および国内規格「JIS Q 27001:2014」の認証を取得していること。情報セキュリティ（個人情報保護を含む）の方針を示していることを条件にした。

調査メンバー（所属・職位、掲載順は2022年時点のKAKENによる）および概要執筆国

白井 千晶 静岡大学, 人文社会科学部, 教授（ミャンマー、韓国）

二階堂 祐子 国立民族学博物館, 超域フィールド科学研究部, 外来研究員（ベトナム）

菅野 摂子 埼玉大学, ダイバーシティ推進センター, 准教授（日本、タイ、台湾）

洪 賢秀 明治学院大学, 社会学部, 研究員（韓国、台湾）

松尾 瑞穂 国立民族学博物館, 超域フィールド科学研究部, 准教授（インド、シンガポール）

木村 美也子 聖マリアンナ医科大学, 医学部, 講師（フィリピン）

報告書担当（量的調査班）：菅野摂子、木村美也子、白井千晶

3. 各国の出生前検査と障害児者に関する状況

3-1. 日本

菅野摂子

出生前検査とは、胎児に対して行われる検査のことであり、形態学的検査と遺伝学的検査のふたつがある。形態学的検査とは超音波検査に代表される画像による検査である。日本では妊婦健診で超音波検査が日常的に行われており、胎児の成長や母体の管理を目的としているが、胎児に形態的な所見が出る場合がある。従って、妊婦からみた場合、胎児の染色体異数性による首の後ろにむくみの計測（NT：Nuchal Translucency）との違いは曖昧になりがちである。

一方、遺伝学的検査は胎児の染色体疾患や遺伝性疾患を知る目的で行われ、確定的検査と非確定的検査に分けられる。前者は出生前診断と呼ばれ、妊婦の腹部に細い針を刺して羊水を採取して診断する羊水検査、絨毛を採取して診断する絨毛検査があり、いずれもわずかながら流産の可能性がある。また、後者には、妊婦の血液検査として行われる母体血清マーカー検査、NIPT（Non-Invasive Prenatal Testing）があり、母体血清マーカー検査と超音波検査を組み合わせるコンバインド検査が妊娠初期に行われることもある。

羊水検査が日本に導入されたのは1970年前後だが、当時は羊水穿刺による流産率が高く、1980年代に動画が得られる超音波装置が開発されると、安全に検査が行えるようになり件数が増加した。高齢妊娠が染色体疾患と関連があるという知識が共有され、1998年には10,419件の実施が認められた。しかしながら、現在も羊水検査による流産は0.3~0.5%ほどあるため、日本産科婦人科学会の「出生前に行われる遺伝学的検査および診断に関する見解」では羊水検査および絨毛検査を受ける要件が定められている。

非確定的検査であるNIPTは2013年より日本医学会および関連団体によって実施施設が認定され、NIPTコンソーシアムの臨床施設を中心として実用化が始まった。遺伝カウンセラーによるカウンセリングが導入されるなか、2016年頃から認定外の施設もNIPTを提供するようになった。2020年には認定外施設での受検者数が認定施設のそれを上回ったと報告され、妊婦に出生前検査の情報を提供していく方針にかわった。

出生前検査に特段の関心が払われるのは、胎児の疾患が診断された場合、人工妊娠中絶が選択されることがあるからである。日本では、人工妊娠中絶は刑法墮胎罪で禁止されているものの、母体保護法が母体保護法指定医師に一定の条件のもとでの中絶手術を許可しており、その限りにおいて「合法」である。しかし、その条件のなかに「胎児の疾患」

（胎児条項）はないため、条件のひとつである経済的理由に読み替えて実施されているのが現状であり、「妊婦の希望」による中絶が認められていない。日本の遺伝学的検査の件数は国際的にみて少ないが、検査を受けないという妊婦のコンセンサスの結果というよりも、こうした制度的状況の反映と言えるだろう。ただ、検査件数が少ないのは遺伝学的検

査のみであり、冒頭で述べたように形態学的検査が非常に多いことには留意すべきである。

障害者基本法では、障害者を「身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む）その他の心身の機能の障害があるものであって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるもの」としている。令和4年度の障害者白書によれば、身体障害、知的障害、精神障害の各区分の概数は、身体障害児者436万人、知的障害児者109万4千人、精神障害者419万3千人となっている。これを人口千人当たりの人数で見ると、身体障害者は34人、知的障害者は9人、精神障害者は33人となる。複数の障害を併せ持つ者もいるため、単純な合計にはならないものの、国民のおよそ7.6%が何らかの障害を有していることになる（内閣府2022）。

そのうち、18歳未満の子どもは、身体障害者の1.6%（71,000人）、知的障害者の20.4%（221,000人）であり、20歳未満の精神障害のある子どもは精神障害者の6.9%（269,000人）となっている（ibid）。また、2005年には発達障害者支援法が策定され、2012年に文部科学省が行った調査では、発達障害の特性をもつ子どもは小学校、中学校に6.5%程度在籍している（文部科学省2012）とされている。

こうした子どもたちは、増加傾向にあるようだ。2007年から2017年の10年間で、義務教育段階の全児童生徒数が減少している一方で、特別支援支援学校の生徒は1.2倍、特別支援学級は2.1倍、通級の学級は2.4倍となっており、延べ数では全児童の4.2%が特別支援教育の対象となっている（文部科学省2019）。この背景には、従来であれば救命できなかった疾患が医学の進歩によって治療可能となり生存期間が延伸したことや、母子保健をはじめとするパブリックヘルスの領域や小児医療、教育現場などで早期発見のしくみが整えられてきたことが挙げられる。

経済的支援においては、未熟児養育医療、代謝異常の子どもへの特殊ミルク供給事業、出生後早期の手術に対する育成医療などで補助が受けられるほか、福祉領域の手当てや共済制度として、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、障害児扶養共済制度がある。また、障害者手帳を取得することによって、税金の控除・減免や公共料金の割引が受けられる。

近年、出生時の障害によってNICUに入っていた子どもが成長して家庭で暮らすようになり、引き続き医療的ケアが必要になるケースも増えてきた。2021年に医療的ケア児支援法が公布され、国や地方公共団体は医療的ケア児およびその家族に対する支援に係る施策を実施する責務を負うこととなった。具体的な施策はこれからだが、こうした一連の動きが、障害児者と家族の幸福につながることを望まれる。さらに、障害児者と家族をひとつの支援対象とするのではなく、自立生活運動が指摘してきたように、両者がそれぞれ尊厳を持ち自立した個人であるという眼差しも必要である。両者の依存関係がお互いの負担になったり社会活動の可能性を狭めることにもならないよう、ケアを社会に開いていくことも強く期待される場所である。

引用文献

内閣府 2022 「令和4年度版 障害者白書」(参考資料)

<https://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/r04hakusho/zenbun/pdf/ref1.pdf>

(2022年7月10日閲覧)

文部科学省 2012 「通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果について」

https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/__icsFiles/afieldfile/2012/12/10/1328729_01.pdf (2022年7月10日閲覧)

文部科学省 2019 「日本の特別支援教育の状況について」

https://www.mext.go.jp/kaigisiryu/2019/09/__icsFiles/afieldfile/2019/09/24/1421554_3_1.pdf

3-2. シンガポール

松尾瑞穂

シンガポールは、マレー半島の南端に位置する都市国家で、東京 23 区とほぼ同じ広さの面積 720 平方キロメートルの国土に約 545 万人が暮らしている。そのうちシンガポール人と永住者の合計である「シンガポール住民 (residents)」は約 399 万人で、あとは短期滞在の移民である (2021 年シンガポール政府統計)。

シンガポールは 1819 年にイギリス東インド会社のトーマス・ラッフルズが上陸してジョーホール王国から許可を受け貿易の拠点を置いたことから、大英帝国の貿易の中継地として発展した。英領期には多数の移民が移住し、多民族社会が形成された。第二次世界大戦中は一時的に日本軍の支配下に置かれるが、1945 年には再び英領となる。1963 年にマレーシアがイギリスから独立すると、マレーシアのなかのシンガポール自治州となるが、1965 年に独立してシンガポール共和国が成立した。民族的には中華系が 76% と多数派を占めており、マレー系が 15%、インド (タミル) 系が 7.5% と続く。シンガポールは独立以降、中華系、マレー系、インド系、その他の 4 分類された民族の民族融和を掲げ、多文化主義を推進している。国語はマレー語だが、公用語として英語、中国語、マレー語、タミル語が定められている。

独立以降、シンガポールは初代首相リー・クワン・ユーの指導のもと、国家管理体制を敷き、国家を安定させ経済成長を優先させるために国民の政治参加を大幅に制限する、いわゆる開発独裁体制を取った。シンガポールは製造業、サービス業、金融業を中心とする産業構造で急速な経済発展を遂げ、国民一人当たり名目 GDP は 72,766USD (2021 年) と、アジアで最も高い。

リプロダクション事情

シンガポールの合計特殊出生率は、独立時 1965 年の 4.66 から減少し続け (干支に関連する増減はあるものの)、1975 年に人口置換率を下回った。2021 年には 1.14 と過去最低の出生率を記録し、世界の中でも最も少子化が進む国の一つである。少子化の原因としては、1) 女性の社会進出が進んだことによる女性の晩婚化及び既婚女性の減少、2) 国家及び民間による人口政策の影響、3) 人工妊娠中絶の合法化が挙げられている (Saw2012)。シンガポールは独立以降 80 年代までは人口抑制政策を取り、家族計画プログラムを実施していた。人口抑制政策と関係し、1969 年に人工妊娠中絶は合法化されている。14 歳以上であれば両親の承諾書は必要なく、既婚女性の場合も配偶者の合意書も必要ないなど、法の適用は比較的寛容的である。また、妊娠 24 週までの中絶が認められている。2020 年の人工妊娠中絶件数は 6,648 件、対出生比は 17.2% となっている (Johnston 2022)。

また、出生前検査へのアクセスは広く認められており、ダウン症のスクリーニング検査のうち、first combined trimester screen (FTS) (コンバインド検査: 母体血液と超音波検査)

はルーティンで提供されている。NIPT も 2013 年にシンガポールに導入されて以降、急速に広がっている。なお、FTS の費用は、助成を受けている患者は 130 シンガポールドル(SGD、約 13,000 円)、一般患者は 270SGD (約 26,000 円)、NIPT の場合は私立病院での提供で 1,100~2,500SGD (約 10 万~24 万円) である。

社会保障政策

なお、シンガポールの社会保障政策は、国による貯蓄スキームを提供することを目的とした Central Provident Fund (中央積立基金) (以下、CPF) を骨格にして運営されている。CPF は賦課方式ではなく、給与額の一定割合を使用者及び労働者が労働者個人の口座に積み立て、その積立金が労働者の老後の生活資金のための口座 (特別口座 : Special Account (退職口座 : Retirement Account))、医療費の支払いのための口座 (医療口座 : Medisave Account)、住宅購入等のための口座 (普通口座 : Ordinary Account) に分けられ、管理される仕組みとなっている。本制度は、① 自身の CPF 口座は自身の給与で必要な支出を行う (自己責任)、② 残高が不足している家族の CPF 口座へ子や親族が代わりに入金するトップ・アップ制度 (相互扶助) を原則とする。全国で 28 の病院 (うち公立 15、非営利組織 5、民間 8)、延べ病床数は 14,554 床 (2018 年) がある。診療費の統制制度はないものの、公立の診療所では処方箋も含めて 1 回の診療当たり、平均的な所得者でも十分に支払い可能な 20~30S ドル程度に設定されており、65 歳以上、児童に対する治療費については減額がある。入院や手術に係る医療費は、CPF の医療口座 (メディセーブ) から支払われる。ただし、風邪などの一般外来診療や外来処方については、メディセーブから支払うことは原則として認められておらず自己負担。一方、メディセーブではカバーできない高額又は長期にわたる医療費は、政府提供の医療保険であるメディシールド (MediShield) でカバーされる。さらに、メディセーブやメディシールド等によっても支払うことのできない低所得者のためのセーフティネットとして、メディファンド (Medifund) による医療費支援制度がある (厚生労働省 2014)。

シンガポールにおける福祉政策は、①自助 (individual responsibility)、②地域互助 (community support)、③政府による間接的援助 (Government subsidies help to keep basic healthcare affordable) の 3 原則に基づいて実施されており、基本的に老後の生活や医療は自助により行われることが目指されている (「自助の原則」)。それが可能ではなく何らかの援助が必要な人は、家庭や地域社会を中心とした福祉ボランティア団体の互助による救済が目指されている (「互助の原則」)。そのため、伝統的にシンガポール政府は直接的な福祉政策は取ってこなかった。社会家族開発省の管轄下にある障害者政策に関しても、法律はなく、地域の福祉団体への援助という形で主に実施されてきた。障害者政策は、主に早期教育 (幼児向け早期介入プログラム)、学校教育 (特別教育学校)、職業訓練と雇用企業への研修補助金、そして介護者研修などの基本的政策にとどまってきた。しかし、近年に発表された Enabling Master Plan3 (2017~2021 年) では、「障害者がエンパワーされ、彼ら自身の真の

潜在力を理解することが出来る包摂社会 (inclusive society) の創出」が掲げられ、国家による取り組みも進んでいる。

引用文献

厚生労働省 2014 『2013 年海外情勢報告』

(<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/14/dl/t5-08.pdf>) (2022 年 9 月 16 日閲覧)

Johnston, Robert 2022 *Historical abortion statistics, Singapore*,

(<https://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/ab-singapore.html>) (2022 年 9 月 16 日閲覧)

Saw, Swee-Hook 2012 *Population of Singapore* (Third Edition), Singapore: Institute of Southeast Asian Studies.

3-3. インド

松尾瑞穂

国土は日本の約9倍で、29の州と7の連邦直轄領（Union Territory）からなる。北はヒマラヤ山脈、南はインド洋、東はベンガル湾、西はアラビア海に面している。人口は約12億1,057万人（2011年国勢調査）で、中国に次いで世界第二位、人口増加率は17.68%である。1952年より国家五か年計画の一環で産児制限政策を実施しており、合計特殊出生率は5.9（1952年）から2.2（2019年）へとゆるやかに減少し続けている。

政治形態としては共和制をとり、政治は二院制（上院と下院）。元首は大統領だが、政府は首相と内閣によって組織される。首都はニューデリー。民族はいわゆるインド・アーリア系と、ドラヴィダ系、モンゴロイド系からなる。言語は、北インドを中心にヒンディー語が話されているが、憲法によって認められている州言語だけでも21にのぼり、準公用語として英語が広く流通している。宗教も多宗教で、多数派を占めるヒन्दゥー教徒が人口の79.8%、イスラーム教徒が14.2%、キリスト教徒が2.3%、シク教徒1.7%、仏教徒0.7%、ジャイナ教徒0.4%、その他にパールシー（ゾロアスター教）、ユダヤ教徒も存在する（2011年国勢調査）。主要産業は、農業、工業、鉱業、IT産業。実質経済成長率は6.8%（2018年）で、名目GDPは2兆7,263億ドルで世界7位である。一人当たりGDPは2,015ドル（出典：外務省、日本貿易振興機構）。

人工妊娠中絶は1971年に制定されたThe Medical Termination of Pregnancy Act 1971(MTP法)によって合法化されている。母体保護に限らず、胎児の障害や避妊の失敗など広範な理由での中絶が認められているが、胎児の性別を理由とする性選択中絶は厳しく禁じられている。なお、同法は2000年に改正され、中絶可能周期が20週から24週へと延長された。中絶件数は保健家族福祉省の統計では年間70万件前後だが、これはRegistered clinicでの中絶に限られており、未登録の民間医師などによるものは把握されていない。これらを踏まえて、年間約156万件との推計もある（Singha et al. 2018）。出生前検査は、都市部の中間層以上を除いて、それほど広く実施されているわけではないが、コンバインド、母体血清マーカー、羊水検査が最も一般的である。NIPTは、大都市で可能となっている。検査会社のWebサイトによれば、NIPTの検査費用は25,000ルピーから50,000ルピーであり、インドの一般的な物価からすれば高価である。出生前検査を制限する法としては、「妊娠前および出生前診断技術（規制および悪用防止）法（Pre-Conception and Pre-Natal Diagnostic Techniques (Regulation and Prevention of Misuse) Act」（1994年、2003年改正）があり、これに基づき、出生前検査は胎児の異常または遺伝性疾患の検出に限定すべきであると明示されている。

障害者政策

インドでは障害者法(Persons with Disabilities (Equal Opportunities, Protection of Rights

and Full Participation) Act 1995) があり、障害の予防と早期発見、教育、雇用、社会保障などが提言されている。政府は、心身障害者に対する福祉サービス政策および障害者を取り巻く様々な問題に効果的に対処する以下の政策を規定している（中西 1996）。

- ① 関係省庁の大臣、各院より 2 人ずつの国会議員、視覚障害、精神障害、肢体障害、聴覚障害の分野での国の四か所の研究所の代表などから構成される中央調整委員会の設置。
- ② 州調整委員の設置（上の中央調整委員会と類似）。
- ③ 障害の発生原因に関する調査と研究、障害予防法の推進、年に少なくとも一度全児童の検診、第 1 次健康センタースタッフの研修施設の提供、公衆衛生や保健に関する啓発や情報提供の活動の後援、出産前後と周産期での母子へのケアなどを含む障害の予防と早期発見。
- ④ 全障害児に教育の機会を与えることを優先する教育。18 歳までの障害児に無料教育の保障、5 年生まで終了したが勉強を続けられない障害児のための時間ぎめのクラス、16 歳以上の非識字の障害児のための時間ぎめの特殊学級、農村の人材を活用しての非公式な教育など。
- ⑤ 雇用での民間の事業所を含めて 3 % の雇用割り当て。その 1 % は全盲または弱視、聴覚障害、運動障害また脳性マヒの 3 種類の障害のうち仕事に適した障害に割り当てられる。特別職業紹介所が雇用の情報を管理する。政府の教育施設や政府の助成を受けている教育施設では、3 % 以上の割り当て。
- ⑥ 福祉機器提供の制度と、家や商売、特別レクリエーション・センター、研究センター、障害をもつ企業家の工場を建てる土地の割引き価格で優先的に分け与える制度の 2 つを含むアフターマティブ・アクション。
- ⑦ アクセスと雇用での差別の告発と撤廃
- ⑧ 障害予防、リハビリテーション、福祉機器の開発、職業探し、事務所と工場の現場の改造の研究の推進と援助のほかに、特殊教育、リハビリテーション、人材開発の研究を行うための、大学やその他の高等教育機関、専門団体や民間の研究所や施設への財政援助を含む研究と人材開発。
- ⑨ 担当官庁によって規定された基準を満たし設備が整っていれば、登録証明書を発行しての障害者のための施設の承認。
- ⑩ 設備の権限を中央、州政府がもつ重度障害者施設。民間の施設で重度障害者のリハビリテーションに適すれば、本法の目的に沿った重度障害者の施設として認められる。重度障害者とは、80%の障害または一つ以上の障害をもつ人をいう。
- ⑪ 中央政府による障害者のための首席コミッショナー、各州政府による障害者のためのコミッショナーの任命。
- ⑫ 障害者のリハビリテーション、リハビリを提供する NGO への財政援助、障害をもつ公務員のための保健制度、職業紹介所に 2 年以上登録していても給与のもらえない就職ができない障害者への失業手当制度を含む社会保障。

これに対応して、社会正義・エンパワーメント省の管轄下で主な障害分野毎に国立研究所や

リハビリテーション評議会が設立されている（出典：JICA『国別障害関連情報インド』）。また、障害者を支援する民間組織やNGOも数多くある。

社会正義・エンパワーメント省の管轄下にある組織

- 1.国立視覚障害者研究所
- 2.国立整形外科的障害者研究所
- 3.国立聴覚障害者研究所
- 4.国立リハビリテーション研究訓練研究所
- 5.身体障害者研究所
- 6.国立重複障害者研究所
- 7.インドリハビリテーション評議会
- 8.国民障害者財政開発協会
- 9.障害者主席コミッショナー事務所

引用文献

Singh, Susheela et al. 2018 “The incidence of abortion and unintended pregnancy in India, 2015”、Lancet 6 (1): E111-E120.

中西由紀子 1996 「インドで障害者法が成立」『月刊ノーマライゼーション』第 16 巻
https://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/norma/n178/n178_067.html
(2022 年 1 月 10 日閲覧)

3-4. フィリピン

木村美也子

フィリピンは東南アジア南部に位置する人口1億903万5,343人（2020年フィリピン国勢調査）、298,170平方キロメートル（日本の約8割）の国である。首都はマニラ（人口約1,348万人）（2020年フィリピン国勢調査）、民族はマレー系が主体で、他に中国系、スペイン系及び少数民族がいる。ASEAN唯一のキリスト教国であり、国民の83%がカトリック、その他のキリスト教が10%、イスラム教が5%である。識字率は98.2%（2015年世界銀行）であり、平均寿命は男性67.4歳、女性73.6歳となっている（2019年WHO）。主要産業はビジネス・プロセス・アウトソーシング（BPO）産業を含むサービス業がGDPの約6割を占め、他に鉱工業（GDPの約3割）、農林水産業（GDPの約1割）（2020年）がある。経済成長率は5.7%（2019年）から-9.5%（2020年）に転じ、失業率も5.1%（2019年）から10.3%（2020年）に上昇している。

（外務省 <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/philippines/data.html#section1>）

ASEAN地域でも人口増加率が高く、その対処として「親としての責任とリプロダクティブ・ヘルスに関する法律」が制定されている。同法律は避妊を選択する権利の保障、母体の保護等を定めており、順次法律に基づいた施策が導入されている。また、保健省において避妊具の配布などの普及啓発を行い、2016年12月現在、現代的避妊法の普及率は45%であるという（厚生労働省 2018）。

妊産婦死亡率は121（出生10万対）、新生児死亡率は13.5、乳児死亡率は22.5、5歳児未満死亡率は28.4（出生千対）であり、改善傾向にあるとはいえ、ASEAN近隣諸国と比較して状況は悪いようである（2018年データWHO）。

都市には公立・私立病院、政府系専門病院、大学病院等があり、地方では州立・町立病院及びヘルスセンターが医療的資源となっている。人工妊娠中絶は、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、女性の生命を救うという目的においてのみ可能となっている。半面、プライベート・クリニックでの非合法の闇中絶や海外で認可されている中絶薬の密輸その他も行なわれており（白井 2020）、こうした側面が妊産婦死亡率の高さには関連しているともいわれている。

超音波検査で胎児の性別を伝えることに制限はないものの、性選択は禁じられており、染色体異常に関する出生前検査は、コンバインド検査、羊水検査が都市部のプライベート・クリニックで実施可能、しかし染色体異常を見つけるための出生前検査は一般的ではないとされる（白井 2020）。

フィリピンの障害者人口は全人口の1.57%（2010年）となっているが、実際はそれ以上といわれている。WHOの推計では5~10%であり、そのうち3分の2が地方に居住しているという。障害者の権利は、1992年公布の共和国法第7277号（通称「障害者のマグナカルタ」）や1984年発効のBatas Pambansa Bilang 344（通称、「アクセス法」）に

よって保証され、障害者に対して質の高い教育を受ける権利を認めており、フィリピン全土で障害児には特殊教育が提供されることになっている（厚生労働省 2018）。一方で、7人に1人が障害児（510万人）と推定されるも、有病率などに関するデータは不足しており、実際には障害児は社会的支援にアクセスできない状況が続いているともいわれる（UNICEF 2018）。

社会保障政策は、年金や医療保険等の社会保険制度が政府関係機関によって運営されている他、障害者、高齢者、児童等を対象とした社会福祉サービスが主に地方自治体を通じて供給されている（厚生労働省 2018）。

参考文献

外務省 <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/philippines/data.html#section1>

厚生労働省. 2019年の海外情勢. 第5章「東南アジア地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向（フィリピン）」第4節フィリピン共和国（Republic of the Philippines）. <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/20/dl/t5-07.pdf>

World Health Organization. Global Health Observatory data. 2017.

白井千晶. 2020. アジアにおける出生前検査と障害観—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.

アジア途上国障害情報センター.

<http://www.adinfo.jp/philippines/education.html>

UNICEF. 2018. No Child Left Behind: Study calls for better care of children with disabilities.

<https://www.unicef.org/philippines/press-releases/no-child-left-behind-study-calls-better-care-children-disabilities>

世界銀行によると、2020年のタイの人口は69,799,978人であり、近年その割合は鈍化しているものの、人口は増え続けている。しかしながら、2018年の合計特殊出生率は1.52人であるため、長期的に見れば少子化に向かっていると考えられる（世界銀行2019）。特に、首都バンコクでは子どもを望まない女性も多く、チュラロンコン大学の人口学研究所が女性の結婚観について実施したアンケート調査では、未婚女性の6割以上が「結婚する気がない」と回答しており、結婚した女性についても7割強が「子供を持たなくても幸せな人生を送ることが出来る」と回答したと報告されている（熊谷章太郎2019）。

社会保障システムは、公務員医療保険制度（CSMBS）、被用者社会保障制度（SSS）、国民皆保険制度（UC）からなり、この3制度で、ほぼ全国民がカバーされている。UCは国民の約8割が該当し急性期医療が対象で任意加入となっているが、一回の外来や入院につき30バーツ（低所得者は無料）が本人負担となる「30バーツ医療」により住民の医療へのアクセス容易にしている（厚生労働省2020）。こうしたなかで、妊娠期の医療的ケア（prenatal care）を受けている妊婦は98.6%であり（世界銀行 ibid）、妊娠・出産の医療化は進んでいると思われる。

出生前検査に関するタイ全国の集計を把握することは現時点でできていないが、タイ東北部の商業都市で助産師4名看護師1名に行った聞き取り調査では、超音波検査は妊娠期間中1~3回、羊水検査は35歳以上でリスクが高いと判断される妊婦に行われたり、その前に母体血による非確定的検査が実施される病院もあるという（嶋澤2020 p175）。他方で、バンコクにある私立の大規模病院（サミティベート病院、バムルンラード病院、バンコク病院）のホームページを閲覧した限りでは、NIPTは標準的に組み込まれており、羊水検査も実施されている。地方と都市での医療格差が大きく、民間医療保険が増えていること（経済産業省2021）も考慮すると、妊娠・出産に関連する医療においても同様の格差が存在すると考えられる。

また、2007年に従来の障害者リハビリテーション法を全面改正した「障害者エンパワーメント法」が制定された。同法に基づき、約174万人（2015年12月）の障害者が登録している。同法は、障害者の不当な差別の禁止、雇用主の障害者雇用の義務、公共施設や交通機関の利便性の向上について定めているほか、保健医療、生活支援、職業訓練、教育、情報支援といったサービスの利用について定めているが、現状では十分なサービス基盤が整っているとは言い難い。また、障害者に対しての教育や訓練を行う施設はまだ少なく、障害者の雇用機会も限定的であり、障害を持った就業者は約30万人程度（2014年）にとどまっている（厚生労働省2020）。児童福祉として特徴的なのは、低所得世帯に対する補助である。低所得世帯の新生児8.5万人を対象に当該新生児が1歳に達するまでの間、毎

月 400 バーツを給付する施策を実施している（当初、2015 年 10 月から 1 年間の試行事業として開始後、継続して実施）(ibid)。

参考文献

世界銀行 2019 Pregnant women receiving prenatal care (%) – Thailand

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.ANVC.ZS?locations=TH>

熊谷章太郎 2019 「急速な高齢化への対応を進めるタイ—中所得国型高齢化対応の成功事例となれるか—」 環太平洋ビジネス情報 RIM 2019 Vol.19 No.72 p57 b

厚生労働省 2020 「第 2 章東及び東南アジア地域にみる社会保障施策の概要と最近の動向 第 4 節タイ王国」『2020 年海外情勢報告』

<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/21/dl/t2-04.pdf>

嶋澤恭子 「14 カ国の調査報告—タイ王国」白井千晶編『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 調査報告書』

経済産業省 2021 年 医療国際展開カントリーレポート 新興国等のヘルスケア市場環境に関する基本情報 タイ編

3-6. 大韓民国（韓国）

洪 賢秀

韓国はユーラシア大陸の東側と西太平洋の西側に位置する半島国であり、東アジア文化の文化圏に含まれる。韓国の面積は、10,034km²と、朝鮮半島全体の45%、日本の約4分の1に相当する。韓国の地方自治体として、首都であるソウル特別市と、世宗特別自治市、釜山広域市、大邱広域市、仁川広域市、光州広域市、大田広域市、蔚山広域市と、京畿道、江原道、忠清北道、忠清南道、全羅北道、全羅南道、慶尚北道、慶尚南道、済州特別自治道がある。

韓国では、56%が宗教を持っていない。44%が宗教と持っており、そのうち、プロテスタントが45%、仏教が35%、カトリックが18%などの順となっている（韓国統計庁、2017年 https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1PM1502）。

2022年推計人口は5,163万名であり、都市人口が47,402,647名に対して、非都市人口が4,236,162名であり、都市の人口は、非都市の約11倍である（韓国統計庁、https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1PM1502&conn_path=I3）。

韓国政府は、朝鮮戦争後に疲弊した社会を立ち直らせるために高度経済成長を掲げ、「家族計画事業」のもと人口抑制政策を推し進めてきた（1962～1996年）。本事業により、事業開始当時であった1960年の合計特殊出生率は6.00人、1970年には4.53人、1980年には2.82人、1990年には1.54人となった。しかしながら、1990年代後半には、「伝統的」な家族制度で根づいていた「男児選好思想」と生殖医療技術の普及にともない男女産み分けによる男女不均衡が生じ、少子化と共に喫緊の課題となった。そのため、韓国政府は約30年間推進してきた産児制限政策に終止符を打ち、出産奨励政策へと転じた。医療法により男女産み分けが禁じられるようになったことから、新生児の男女比は改善されたものの、2000年は1.48人、2010年は1.23人、2020年は0.84人と日本の1.33人、OECD平均の1.59人よりも低く、OECD加盟国の最下位となった

（<https://data.oecd.org/pop/fertility-rates.htm>）。2021年の合計特殊出生率は0.81人とさらに減少しており、少子化は韓国社会の重要な継続課題となっている（韓国統計庁、<https://kosis.kr/index/index.do>）。

韓国の障害関連政策は、初期は、朝鮮戦争により障害を持った児の収容救援がその中心をなしていた。その後、1976年に、国連が「世界障害者の年」を定めてことで、韓国でも障害者福祉への関心が高まり、1980年代から本格的に障害者福祉関連の政策が行われるようになった。1981年には「心身障害者福祉法」が制定され、1987年には「障害者登録試験事業」が開始された。ソウルオリンピック・パラリンピックが開催された1988年には、「障害者登録」制度は全国的に拡大された。『2019年度登録障害者現況』によると、登録障害者は216万8000名である。当初は、なかなか登録が進まなかったものの、2003年以後、「障害者登録」制度に対する認識もじょじょに改善されていき、登録者数は増加していった。2010年からは人口全体の約5%水準を保っている。男女別に見ると男性が

57.8%と女性 42.2%より比率が高い。障害類型別では、肢体障害が 46.7%と最も多く、聴覚障害が 14.4%、視覚障害が 9.7%、脳梗塞 9.6%、知的障害が 8.1%などの順である。年齢別では、60代が 22.3%、70代が 22.2%、50代が 18.2%、80代が 15.5%、40代が 9.7%、30代が 4.9%、20代が 3.7%、10代が 2.3%、10歳未満が 1.2%となっている。

Lamichhane らの研究結果によると、韓国社会で障害を持って生まれる新生児数は、2009年から 2010年まで、100名のうち、5.5名と推察している(2016)。

韓国の出産場所は、病院が 325,162件、自宅が 975件、その他が 467件、不明が 218件となっており、つまり、99.49%の産婦が病院で出産をしており(韓国統計庁、2019)、病院では妊婦の定期検診において「胎児奇形検査」として、NT測定、母体血マーカー、NIPT、羊水検査、絨毛膜検査などが積極的に実施されている。

出生前検査に関する規定としては、「生命倫理および安全に関する法律(2004.1.19制定)で人胚または胎児に対して遺伝学的検査の実施可能な遺伝子疾患を定めている(法第50条)。加えて、遺伝情報による差別を禁じている(法第46条)。

しかしながら、出生前遺伝学的検査、とりわけ NIPT の対象となっているダウン症候群は本法の適用外である。Gun Woo Park らの研究結果によると 2007年から 2015年までのダウン症候群で生まれてくる新生児は、出生 1万人あたり約 5人とされており、ダウン症をとまなう出生児は社会・経済的に弱い層において多みられていた。医療現場においては、「出生前遺伝学的検査・診断に対する臨床指針(大韓母体胎児医学会)」が用いられている。

不妊治療(韓国では「難妊治療」という)は、1985年にソウル大学で初の体外受精児である双子が誕生した。近年では、ICSI、IVF-ET、ZIFT、GIFT、Natural Oycle IVF、凍結保存胚移植が実施されており、2021年 12月 31日現在の実施件数は 141,236件である。着床前遺伝学的検査(PGD)は、64の医療機関で実施可能であり、4,970件が実施された(保健福祉部、2022)。

参考文献

Dirga Kumar Lamichhane, Jong-Han Leem, Myungsook, Park Jung Ae Kim, Hwan Cheol Kim, Jin Hee Kim and Yun-Chul Hong, 2016, Increased prevalence of some birth defects in Korea, 2009–2010, *BMC Pregnancy and Childbirth* (2016) 16:61

Gun Woo Park, Nam-Eun Kim, Eun Kyung Choi, Hyeon-Jong Yang, Sungho Won and Yong Ju Lee, 2019, Estimating Nationwide Prevalence of Live Births with Down Syndrome and Their Medical Expenditures in Korea, *J Korean Med Sci.* 2019 Aug 12;34(31):e207

保健福祉部 2020年『2019年度障害者現況』統計情報報告書

韓国統計庁 <https://kostat.go.kr/portal/korea/index.action>

洪賢秀・大久保豪、2021、「東アジアにおける出生前遺伝学的検査の経験と認識—意識調査を手がかりに—」『研究論文』明治学院大学社会学部附属研究所年報 51号、159-170.

保健福祉部、2022、「2021年度胚保管及び提供現況調査結果」

3-7. 中華民国（台湾）

洪 賢秀

台湾島及び島嶼からなる台湾の面積は、36,197 平方キロメートルと、九州の 42,191 平方キロメートルよりやや小さい。人口は、2021 年 12 月末現在、2,340 万人（外務省）である。主要都市は台北、台中、高雄で、総人口の 79.7%(2022 年)が都市部に居住している。台湾は、多民族社会であり、約 95%の漢民族以外に、マレー・ポリネシア系先住民族、国際結婚などで台湾籍を取得した「新住民」がいる。公式に認められている先住民族は 16 グループあり、アミ族、パイワン族、タイヤル族が先住民族の約 70%を占めている。言語は、公用語として中国語を使用しており、閩南語（台湾語）、客家語なども使われている。宗教は、仏教が 35.3%、道教が 33.2%、キリスト教が 3.9%、民間宗教が（儒教を含む）約 10%、その他が 18.2%と推定されている（2005 年推定）

(<https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/taiwan>)。

・妊娠・出産をめぐる状況

1951 年の合計特殊出生率は 7.00 であったが、1965 年から家族計画が実施され、着実にその成果をあげていった。合計特殊出生率は、1965 年は 4.83 人、1970 年は 4.00 人、1980 年は 2.52 人、1990 年は 1.81 人、2000 年は、1.68 人、2010 年は 0.895 人、2020 年は 1.07 人、2021 年は 1.03 人であり、少子化は深刻な社会的課題となっている。

また、2019 年の初婚の平均年齢は、男性が 32.6 歳、女性が 30.4 歳であり、初産の女性の平均年齢は 31.0 歳である。女性の出産年齢は、30~34 歳が 36.0%と最も多く、35~39 歳が 25.5%となっており、晩産の傾向がある。このような背景から国民健康署は、2021 年 7 月 1 日から不妊治療（体外受精）費用の補助制度を開始した。本制度の対象となるのは、（1）少なくともパートナーの一方が台湾国籍を持ち、妻の年齢が 44 歳以下である不妊症のカップルの場合、（2）人工生殖臨床医が不妊症と診断し、体外受精を実施する場合である（「体外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術補助方案」、2021)。補助金は、39 歳までは最大 6 回まで、40 歳から 44 歳以下は最大 3 回まで、44 歳以上は補助金対象外である。

・出生前検査

台湾では、2007 年に「人工生殖法」が制定され、医療機関による生殖医療の管理、生殖医療の実施要件、生まれた子どもの地位などについて方向付けられた。

出生前検査に関連する規定は「優生保健法（2009 年）」がある。本法では、胎児が奇形になる危険性があるという医学的理由がある場合などは、妊婦は自由意思で中絶することができる」と示されている。

妊婦検診及び出産においては、1995 年に国民健康保険が導入され、妊婦は 10 回の妊婦検診や出産サービスを医療機関から無料で受けることができるようになった（Chen 他、

2003)。2008年には妊婦検診は97.2%に達しており（行政院衛生局統計、『社会指標統計年報2009』）、妊産婦ケアは医療センターからクリニックにおいて広く対応している。1994年から妊娠中期における出生前検査の一環としては母体血清マーカー、トリプルマーカーがルーチンとして実施された。出生児のダウン症候群をもつ割合は、1994年70.42%であったのが2001年では48.74%と大幅減少した（Ching 他、2022、S.W. Steven 他、2013）。

2005年からは妊娠初期における出生前検査としてNT検査と血清マーカーを組み合わせたコンバインド検査が、2008年からは妊娠中期におけるクワトロテストが提供されている。NIPTは、2011年に臨床研究を経て2013年から普及されているが、国民健康保険の対象ではない。出生前検査費用の補助対象となっているのは、34歳以上の妊婦で、本人または配偶者や家族に遺伝性疾患があり、遺伝性疾患を持つ児の出産歴がある場合や、超音波検査で胎児に異常があると可能性がある場合である。出生前診断（羊水検査）の費用1回分、5,000台湾ドルを補助する。また、低所得世帯や優良な保健資源が不足している地域住民を対象に最大3,500台湾ドルの補助を提供している。

Hsiaoらの研究結果によると、35歳以上の高齢妊娠の割合は、2006年の11.63%から2019年の30.94%と増加しており、そのうち、87.22%が侵襲的出生前検査を受検していた。しかし、NIPTが導入されてからは侵襲的検査の受検割合が減少している。

台湾は、1971年に国連を脱退し、非国家の身分による個別の国際法主体になっているため、国際人権条約を独自の台湾国内法により法的効力を明文化した。そのなかで、障害者の権利保護について、「身心障害者權益保障法」（1980年、2011年改正）があり、第5条には、心身障害者とは、以下の要因により社会への参加や生産活動に従事する機能が制限されていると、専門家からなるチームにより認められた者を指す。①神経系の構造や精神及び精神機能、②視聴覚及び関連する構造や感覚機能及び痛み、③音と発話の構造や機能関連、④循環器系、造血系、免疫系、呼吸系の構造と機能、⑤消化、代謝、内分泌系の関連構造と機能、⑥泌尿器系や生殖器系の関連構造と機能、⑦神経、筋肉、骨の運動関連の構造と機能、⑧皮膚及び関連構造とその機能。『中華民國110年版（2021年版）衛生福利年報』によると、台湾の心身障害者の数は、2020年現在、1,197,939人で、人口の5.1%を占めており、性別では男性が55.6%、女性が44.4%を占めている。

引用・参考文献

外務省、台湾基礎データ、（2022年8月23日取得、

<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/taiwan/data.html#section1>）

台湾衛生福利部国民健康署ウェブサイト(<https://www.hpa.gov.tw/Home/Index.aspx>)

『中華民國109年（2020年）出生通報統計年報』

https://www.hpa.gov.tw/File/Attach/14718/File_17497.pdf

優生保健法 (<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0070001>)

衛生福利部国民健康署、2021、『108年人工生殖施行結果分析報告』

台湾の国家發展委員会人口動態データ

(<https://www.ndc.gov.tw/en/cp.aspx?n=2e5dcb04c64512cc>)

衛生福利部、2021「體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術補助方案」

衛生福利部、2021『中華民國110年版衛生福利年報』pp.137-139.

人工生殖法(<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0070024&kw=人工生殖法>)

身心障害者權益保障法 (身心障害者權益保障法-全國法規資料庫 (moj.gov.tw))

The World Factbook (<https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/Taiwan>)

Chin-Shyan Chen, Tsai-Ching Liu, Li-Mei Chen, National Health Insurance and antenatal care use: a case in Taiwan, *Health Policy*, (2003) vol.64, Issue 1, 99-112.

S.W. Steven, Chih-Ping Chen, Po-Jen Cheng, From Down syndrome screening to noninvasive prenatal testing: 20 years' experience in Taiwan, *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology* 52(2013): 470-474.

Ching Hua Hsiao, Ching Hsuan Chen, Po Jen Cheng, Steven W. Shaw, Chyn Chu and Ran Chou Chen., The impact of prenatal screening tests on prenatal diagnosis in Taiwan from 2006 to 2019: a regional study, *BMC Preanancy and Childbirth*, (2022)22:23

3-8. ベトナム

二階堂祐子

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9,762万人（2020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3,498米ドル（2020年、IMF推計値）、経済成長率は2.91%（2020年、年平均、越統計総局）である。（外務省2021）

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（白井2020）。

政府は、2019年にそれまでの人口抑制政策を転換し、新たに「2030年までのベトナム人口戦略」を公表した。当戦略では、2030年までに合計特殊出生率を2.1とするために、「出生率が低水準（出産可能年齢の女性の子供の数の平均が2.0人未満）にある21の省市の合計特殊出生率を10%増加」、「出生率が高水準（同2.2人超）にある9の省市の合計特殊出生率を10%減少」、「出生率が人口置換水準（同2.0~2.2人）を満たす33の省市はこれを維持」の3つの目標を掲げた。

人工妊娠中絶は合法で、2018年には208,885件が行われている（Ministry of Health, Vietnam. Health statistics yearbook 2018）。なお、日本の2019年の件数は156,430件である（内閣府男女共同参画白書 令和3年版）。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とある（白井2020）。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や着床前診断で性選択することは禁止されている）。（白井2020）

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り、胎児の性選択が禁止になった。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（白井2020）。

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国際児童福祉機関が提起している。(白井2020)

参考文献

白井千晶, 2020, 人文論集 : 静岡大学人文社会科学部社会学科・言語文化学科研究報告 = Studies in humanities : annual reports of Departments of Social & Human Studies and Language & Literature 70(2), 1-27, 2019

外務省, ベトナム社会主義共和国 (Socialist Republic of Viet Nam) 基礎データ, (2021年9月24日取得,

<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/vietnam/data.html#section1>)

Ministry of Health, Vietnam. Health statistics yearbook 2018, (2021年9月24日取得,

<https://www.moh.gov.vn/thong-ke-y-te>)

3-9. ミャンマー

白井千晶

ミャンマーは、東にタイ、ラオス、北に中国、西にインドと国境を接する東南アジアの国である。人口は5141万人（2014年9月現在）、首都はネーピードーで、主要産業は農業、天然ガス、製造業。1948年に英領インドから独立し、現在の政治体制は大統領制、共和制である。人口の約70%がビルマ族だが多くの少数民族があり、宗教は仏教が90%、そのほかにキリスト教、イスラム教、公用語はミャンマー語である。一人当たりGDPは1,441ドル（2020/21年度、IMF推計）、経済成長率は5.7%（2020/21年度、IMF推計）である（以上外務省サイト）。

保健医療

次に、保健医療の概要をみる。厚生労働省『世界の厚生労働：海外情勢報告 2019年』には、医療機関の制度については、以下のように説明されている。「保健医療サービスは、大きく分けて、国レベル、地域／州レベル、タウンシップレベルに分けられている。大都市に設置されている国レベルの総合病院、特定機能病院（小児病院、眼科病院等）と州／地域レベルで設置されている州／地域総合病院において、2次・3次医療²が提供されている。各タウンシップ（人口10万～20万人）では、1次・2次医療を提供するための施設として、16～25病床程度を有するタウンシップ病院が地域の状況に合わせて1カ所程度と、その下に4～7カ所の地域保健センター（Rural Health Center）が設置されている。さらに、各地域保健センターは、4カ所程度のサブセンター（Sub-Center）を管轄している。一部の国立病院以外は、300病床未満の施設が多く、全体の3割程度はタウンシップ病院を含む50病床未満の規模の病院で、その半数がステーション病院（station hospital）と呼ばれる地域保健を担う小規模病院となっている。（中略）2007年に民間保健医療法が制定され、民間保健医療施設の位置付けが明確にされた後、その数も拡大し、2010年12月時点で、私立病院・クリニックは、ミャンマー全体で87総合病院、16特定機能病院、2,891総合クリニック、192特殊クリニックとなっており、保健医療サービスの提供に当たって重要な役割を担っている。しかしながら、地方部を中心に公的病院で働く現役の医師や退職した医師がアルバイト又は非常勤で勤務しているケースも多い」。また、同書によれば、医療費については、英国の国民保健サービスであるNHSを受け継いで医療費負担は政府の一般財源によるものとしてきたが、税金による公費負担のみでは増加する医療費に対応できなくなってきたため、1992年に支払い能力のある国民は医療費を一部負担するスキームが制定された。政府は個人支出の比率を抑える方針であるが、全体医療費に対する個人負担割合は2016年に74.0%である（東アジア及び大洋州地域では同年25.7%）。公的病院で無料化が進められた結果、患者が殺到し、医師や看護師の負担増やその結果生じるサービス低下が指摘されているという（白井編2020,p.19）。

障害者保健福祉

厚生労働省『世界の厚生労働：海外情勢報告 2019年』によれば、2014年ミャンマー国勢調査では、人口のうち約230万人が視覚障害、聴覚障害、歩行障害及び記憶障害・精神障害のうち、少なくとも一つの障害があり（人口の4.6%）、最も多いのは視覚障害で、人口の2.5%を占めている。特殊学校は国が運営する学校が全国に6校、障害者・福祉団体が設置する施設・学校が全国で15校ある。また、生活保護に相当する公的扶助制度はなく、生活困窮者は家族やコミュニティに支えられながら生活することが多く、国民の約9割を仏教徒が占めていることから、国内には多くの僧院が存在し、高齢者、若年者、障害者を問わず、家族等による支援を受けることができない者の生活支援を行っているとのことである（白井編 2020,p.20）。

周産期医療・母子保健および出生前検査

先述のように、ミャンマーでは一次医療（プライマリケア）として地域保健センター（Rural Health Center: RHC）およびRHCが管理する地域補助保健センター（Sub Rural Health Center: SRHC）が設置されている。RHCないしSRHCの助産師が助産を含む母子保健を担っている。RHCを統括する郡部中心地にあるステーション病院や、都市部の都市部のヘルスセンター（Urban Health Center）には総合医がいて、重篤な異常が認められない妊娠管理や分娩介助を担っている。タウンシップ病院、郡病院、州・地域総合病院が二次、三次医療を担っている。コミュニティには研修を受けた村落保健ワーカー（CBHW：Community-based Health Worker）がいて、乳幼児の予防接種のスケジュール管理などを担っている。また、コミュニティ成員に研修を実施して、熟練分娩介助者（SBA：Skilled Birth Attendants）の育成もおこなっている。

ミャンマー全体の都市人口は全体の約30%であるが（2014年人口センサス）、旧首都のヤンゴン管区では都市人口比率が約70%である（ヤンゴン管区の人口は約520万人）。ヤンゴンや第二の都市マンダレーには夜間診療やプライベートクリニック併設の私立病院、高度な医療を提供する専門病院や国立病院がある。

ミャンマー全体では、主要疾病原因の2位に「妊娠及び分娩その他の合併症」（6.9%）、3位に「単胎自然分娩」（6.0%）、6位に「その他の流産に終わった妊娠」（2.6%）があがっており、周産期医療・母子保健が健康の重要課題であるといえる（厚生労働省 2019,p.17）⁸。

妊婦健診および出生前検査については、白井（2020）におけるインタビューによれば、都市部の産婦人科医師は妊娠中期に超音波検査を実施すると答え、自身のプライベートク

⁸ 世界全体では10大死亡原因に周産期の疾患は入っていない（厚生労働省 2019,p.17,WHOの2012年データ）。

リニックには、4Dの超音波画像診断装置があった。妊娠中期の検査で21トリソミーを疑う場合はカウンセリングをおこなっているようだ。郡部の総合医は超音波検査の医師（放射線科医師）が月に1回来院しており、妊婦は妊娠7か月時に超音波検査を受けて胎盤の位置などを確認しているようだ（白井2020）。女性へのインタビューにおいても、都市部でも郡部でもほとんどの女性が妊娠中に1度は超音波検査を受けていた。一方、血液検査による遺伝学的出生前検査については、実施していると答えた医師も、受けたことがある女性もいなかった。

引用文献

白井千晶編 2020『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』（科研費報告書）

4. 調査結果（全体版報告書に所収、抄録版では割愛）

本調査は、日本、シンガポール、インド、フィリピン、タイ、韓国、台湾、ベトナム、ミャンマーの9カ国に対して100名ずつ16歳～60歳の女性に対して、女性の人口比に基づいて各地域に割り当てを行った。回答内容が不良な回答者については、有効回答から除外するのではなく、調査会社が多めに取った予備回答者の回答を、回答内容の検討を経た上で差し替え、有効回答が各国100名ずつになるように調整した。

全体および各国のスクリーニング結果を示した後、本質問への回答を報告する。

5. 調査結果を踏まえた各国の詳細

5-1. 日本

菅野摂子

[選択式]

(1) 妊娠・出産

妊娠中にかかった医療機関は 57%が病院で、クリニック・診療所は 52%だった。全体平均で病院が 76.7%であること、ヘルスセンターや助産所が 1 割を超えているのと比べると、クリニックと診療所で出産場所を二分していることが日本の特徴といえる。妊娠中の検査については、妊婦健診で行われることの多い検査（血圧、触診、尿検査、血液検査）と胎児心音および超音波検査は、遺伝学的出生前検査（母体血清マーカー検査、NIPT、羊水検査、コンバインド等検査）よりも多い傾向である。妊婦健診として行われることの多い検査のなかで、日本が特徴的なのは触診である。シンガポールやインド、およびベトナムで半数以下だが、日本は 8 割となっている。遺伝学的出生前検査のなかで国によって大きく異なるのがコンバインド等検査であり、日本は極端に少ない。詳細は次項で述べる。

(2) 出生前検査

全体平均で遺伝学的出生前検査のなかで最も受けている割合が高いのがコンバインド等検査 45.1%となっているが、日本は 7.0%と 9 カ国中最も少なく、次に少ないのはミャンマーの 18%、続いてフィリピンの 29%であり、この 3 カ国以外はいずれも 4 割を超えている。もっとも多い台湾は 82%である。日本は、コンバインド等検査以外の遺伝学的出生前検査についても受検率は低い。コンバインド等検査のような非確定的検査が増えれば、そこで確定的検査を受ける人が絞られるので、代表的な確定的検査である羊水検査を受ける人が減ると言われているが、日本は両者ともに少ないことが、日本のもうひとつの特徴と言える。

検査の希望についても、日本は遺伝学的出生前検査の希望は大きくなく、特に羊水検査を「受けない」と答えた人は、全体の 17%にとどまっている。これは全体平均 45.2%の 1/3 以下である。ベトナムも羊水検査に対して慎重な態度を取る人が多く、26%しか「受けない」と回答している人はいないが、非確定的な検査については、「受けない」人が日本より多い。出生前検査については、全体平均では 8 割弱の人が「医師」に勧められたと回答しているが、日本では 33.3%であり、全体平均で 1 割が回答しているに過ぎない「誰からも勧められていない」という人が 6 割を超えている。

このことは「検査を受けた理由」にも反映されている。全体平均で最も多いのは、「医師等が勧めたから」（63.1%）、次が「自ら必要であると考えたため」（52.2%）でいずれも半数を超えているが、日本の場合は「高齢出産のため」が「自ら必要だと考えたため」および「検査の結果によって今後のことを検討するから」と横並びで 37.5%であり、「医師等が勧めたから」は 12.5%と少ない。「医師等が勧めたから」が半数を切っているのはミャンマーのみだが、それでも 42.3%である。逆に、「検査を受けなかった理由」を見てみると、全体平均でもっとも多い「医師等から勧められなかったから」が日本でも同様に多く、49.3%である。

実際に医師が検査を勧めているかどうかは、この調査結果から導くことは難しいが、日本では、医師等から出生前検査を勧奨されていないと妊婦が思っているのと同様に、妊娠中に胎児に障害があるとわかったときに医師に相談しようとする人が少ない。「もし末子の妊娠中に胎児に病気や障害があると判明したら、誰と相談しようと考えていましたか」(Q6)に対して、全体平均で最も多いのは「医師やカウンセラー等の専門職」(74.2%)、続いて「夫・パートナー」(69.9%)だが、日本で「医師やカウンセラー等の専門職」を挙げているのは、44%に過ぎず、「夫・パートナー」(94%)の次は「親」(58%)となっている。こうした相談を医療者よりも親にする人の割合が高いのは9カ国中日本のみである。

さらに、その理由についてしてみると、日本では「家族やまわりの人に心理的負担がかかるため」が最も多い83.3%であり、他のいずれの国よりも多い。「家族やまわりの人に経済的負担がかかるため」が日本の第2位で64.6%であり、台湾の83%に次いで9カ国中2番目に多い。遺伝学的出生前検査の受検傾向の似ていたミャンマーは、「心理的負担」は46.3%、経済的負担は35.8%と日本よりかなり低い。

(3) 意識調査

次に意識調査について述べる。20項目中、日本が特徴的だったのは「妻は夫に従うものだ」だった。全体平均で「全くそのとおりだと思う」11.3%、「そう思う」25.4%で合計36.7%が肯定的であったが、日本は「全くそのとおりだと思う」が0%、「そう思う」は2%で、9カ国中最低、最高のミャンマーは肯定的な答えが79%であり、差が大きい。同様に、「結婚したら子どもを持つのは当たり前」という考え方に肯定的な人は12%にすぎず、次に少ない韓国の27%の半分以下である。択一式で尋ねた子どもをもつ目的は「幸せ、楽しみのため」がベトナムに次いで多く72%だった。子どもは、人生の幸せのために結婚後も欲しければ産む、という傾向がうかがえる。

(4) 避妊

避妊については、どのように知ったか複数選択で尋ねたところ、全体平均で50%以上だったのは、多い順に「学校などの教育で」57.1%、「医師、保健婦、助産婦などから個別的に指導を受けた」53.6%、「本や雑誌、テレビなどで知った」52.3%だったが、日本は「医師、保健婦、助産婦などから個別的に指導を受けた」が13%と9カ国中最も低かった。避妊の実施率も、全体平均が47.9%だが、20ポイント低い27%であり最も低い。避妊の方法は、全体平均では男性用コンドーム63.9%、ピル44.4%、性交中絶・膣外射精が37.1%と続くが、日本は男性用コンドームが94.4%と高く、性交中絶・膣外射精、リズム法と続き、ピルが10.1%で9カ国中最低、日本に次いで少ないシンガポール31.3%の1/3以下である。避妊するかどうかを決めるのは、択一式の選択肢(あなた、配偶者・パートナー、2人で、わからない)のなかで、全体平均で「二人で」が最も多く日本も同様だが、「あなた」とした割合が台湾に続いて少なく25.8%であった。

(5) 生殖技術と中絶

生殖技術について日本は寛容な態度を示している。批判的な傾向、すなわち「認められな

い」「どちらかという認められない」の合計が高かった「ヒト胚のゲノム編集」と「代理出産」について、全体平均はそれぞれ41.8%、39.3%だったが、日本では前者が25%、後者は7%であった。「代理出産」にもっとも慎重なミャンマーでは60%の人が「認められない」「どちらかという認められない」と回答した。

中絶についても、日本女性の回答は他の国に比べて寛容である。中絶が許される理由として、全体平均でもっとも高い「妊娠継続が母体に危険を及ぼす場合」は66.7%、続いて暴力による妊娠52.4%、胎児の病気や障害は49.3%、経済的理由は29.1%だが、胎児の病気や障害はほぼ同じ(49.0%)であるものの、他の理由はどれも20ポイント前後高い支持を集めている。逆に「どんな場合も中絶は許されない」は全体平均が14.6%だが、日本は3%と少なく、韓国および台湾とほぼ同じ水準である。

(6) 障害

身近に障害のある人がいるか、という質問(Q18)に対しては、親族・親戚が全体平均とほぼ同じだったが、「いない」と答えた人は66%と比較的高く、韓国に次いで2番目で、シンガポールとほぼ同じである。

障害のある子どもを育てることについて、障害の内容によって「普通の子どもを育てるのと変わらない」「周囲の支援があれば育てられる」「自分には難しいと思う」「わからない」の4件法で尋ねたが(Q19)、全体平均で「自分には難しいと思う」が最も少ないのが「耳が聞こえない・聞こえづらい」の31.9%、もっとも多いのが「知的／発達障害」40.4%であり、日本もほぼ同じ傾向だったが、「普通の子どもを育てるのと変わらない」はいずれも8%以下で、シンガポールおよび韓国も同じく少ない。

子どもが障害を持って生まれた場合、どのように感じるかという質問については、全体平均でもっとも多いのが「障害のある子の将来が不安」で54%、次が「障害のある子はいそいそう」38.7%、「障害のある子の子育ては負担」26%の順だが、日本は「障害のある子の将来が不安」が62%と同様に多いものの、次が「障害のある子の子育ては負担」が40%と続いている。子育ての負担感が強いのは、日本の他に韓国(53%)、台湾(40%)である。

[自由記述]

ここでは、Q28「妊娠中に検査を受ける、受けないことについて、どのように考えていましたか。また、子どもに障害があるかもしれないと考えたり、それについて考えたことがありますか。検査の結果にどのように対応しましたか。あなたの経験や気持ち、考え方をぜひ詳しく教えて下さい」への回答について検討する。無回答のほか、「わからない」「特になし」といった実質的に回答がなされていないものを除くと、75件の記述があった。KHコードでこれらの頻出語を抽出したところ、名詞で最も多かったのは、「障害」77件であり、続いて「検査」73件、「子ども」62件であった。どの単語も本調査の趣旨に合致するものであり、同じ文章の中で使われることも多かった。そこで、まずもっとも頻出している「障害」について文章の中の使われ方を検討する。

まず、自分の子どもが障害を持って生まれることが想定できない、という記述である。「自

分が検査を受けることはあまり考えなかった。自分の子どもに障害があることを想像できなかった（実際、なかった）」などである。年齢について、高齢出産、と記述している人の中には、障害のある子どもを産むことを想定した結果、検査を受けた、あるいは受けようと思った、という意見も見られた。この中には、次のように、不妊治療を受け、多額の治療費に言及した人もいた。「不妊治療の末の高齢出産だった為、検索を考えたけど、障害が分かったからと言って動いてる心臓を止めてしまうのは苦しい、中絶する事によって高額治療費を捨てる気がして、中絶は考えられなかった」。

障害のある子どもを育てる自信がない、といった記述と、障害があるとわかっても産んで育てると思う、という双方の意見が見られたが、障害のある子どもに対する受容／拒否といった二項対立的な図式ではとらえきれない記述もあった。「金銭的に負担なく、安全性が認められていれば、検査は受けたいと思っていた。障害のある子どもを育てるというのは本当に大変な事。障害のある子どもが悪いとは全く思っていないが、自分のキャパシティでは無理だろうと思っていたし、障害のある子どもが産まれたらどうしようという不安も少しはあった。それよりも産まれてくる事への幸せな気持ちの方が大きかったが」この語りからは、経済的条件や医療的評価を踏まえた上で、障害のある子どもを持つことに躊躇しながらも子どもを持つことへの喜びもうかがえる。また、医師が検査を勧めない、と言ったことに安堵しながらも、障害の有無について納得のいく説明がされていない可能性のある記述もあった。「現在第2子を妊娠して、検診時に、検査について教えて頂く機会がありました。身内に障害を持った家族がいない限り、検査を勧めないと言われ、少し安心しましたが、例外もあるということを忘れてはいけませんとも思いました。エコーで分かる範囲で、先生に聞くしかありませんが、健康で元気に生まれてきてくれることを信じたいと思います」。障害と出生前検査とのつながりがいかに説明されているか、あるいは上記のように「必要ある／ない」という水準で話されているのかなど、臨床現場における更なる検討も必要である。

[回答者基本情報]

回答者の平均年齢：35.6 歳（最低年齢 23 歳、最高年齢 48 歳、）

これまでの出産回数：平均 1.6 回（最少回数 1 回、最高回数 4 回）

[選択式]

末子の妊娠中に受診した医療機関は、病院 85%、クリニック 59%、助産院 22%、ヘルスセンター 16% である。出産場所は、84% が病院で、13% が助産院であった。妊娠中に実際に受けた検査では、血圧、尿検査、血液検査、超音波検査がいずれも 80% を超えている。出生前検査は、コンバインド検査が 49%、NIPT が 41%、羊水検査が 39%、母体血清マーカーが 33% である。コンバインド検査に次いで NIPT の受検率が高いという結果だった。また、仮に妊娠した場合、今後受けたいと思う検査は、コンバインド検査 46% よりも NIPT 47% がやや優勢だった。検査を受けた理由としては医師等から勧められたからが 72.5% とトップで、また、検査を受けなかった理由も、必ず出産するから (44%) に次いで、医師等から勧められなかったから (27.8%) が多かった。「もし末子の妊娠中に胎児に病気や障害があると判明したら、誰と相談しようと考えていたか」という設問に対しては、パートナー (67%) よりも医師やカウンセラーなどの専門家 (76%) が上回っている。また、相談する理由は、「家族やまわりの人の心理的負担がかかるため」が 64.3% で最多だった。

障害がある子どもとのかかわりについては、自分の身近に障害がある人がいるかどうかは、66% がいないと答え、ついで親族が 16%、回答者または家族が 8% であった。もし障害がある子が生まれたらどう感じるかについては、「障害のある子の将来が不安」51%、「障害のある子の子育ては負担」35%、「障害のある子はかわいそう」33% という回答が上位を占めた。

[自由記述]

検査を受けることについては、出産前に子どもの状態を知るためという回答（「安全を期して検査を受けることを考えました」や「お腹の赤ちゃんの状態を知りたくてテストを受けたので、結果はきちんと受け止めました」、「医師のアドバイスにより、私と夫は赤ちゃんが元気で健康であることを確認するためにいくつかの検査を受けました。しかし、結果が出るまでの間、私たちは常に緊張し、祈りが通じていることを願っていました」）がよく見られた。結果次第では中絶を選択する／するべきだ、と答えている人も中にはいた。回答のなかには、高齢出産であることを理由に障害児を持つ可能性が高いと不安に思っていた人（「出産時、私はかなりの高齢だったので、妊娠中に問題がないかどうかをチェックするために、より包括的な検査を受けることを医師から勧められました」や「障害児を授かる可能性を考えて、妊娠初期に検査を受けました」など）や、高齢出産なので将来のことを考えて、障害児を持つことは不安である人などがいた。

例えば、ある人は次のような回答で、自身の不安や葛藤を次のように吐露している。「私が高齢であることを考えると、より高いリスクがあります。また、私たちは障害のある子どもの面倒を見られるほど長生きできないこともわかっていますし、兄弟が障害のある子どもの面倒を見られるように、もう一人子どもを授かることができるほど若くありません。健

康な子供を授かったことを神に感謝しなければなりませんし、それだけが親の願いです。私は以前に流産したことがあるので、より多くの検査を受けたり、頻繁に婦人科を訪れたりすることを望んでいます。どのような異常でも早期に発見することが重要であり、それによってどのような選択肢が最善であるかを定めることができますと思います。高額な iGene テストの結果が正常であったことに感謝し、とても安心して幸せな妊娠生活を送りました。アスピリンを処方され、妊娠糖尿病になってしまいましたが、その後はより一層、健康的な食事をして、健康な赤ちゃんを産むように気をつけました。とても長い旅だったと感じます。障害のあるお子さんをお持ちの親御さんには敬意を表します」。

このように、出生前検査へのアクセスがルーティン化されているシンガポールであるが、受検者である女性たちは障害児を持つということについては、社会的な差別を受けるといった感想というよりは、心理的・身体的負担のほうをより懸念していることが伺えられた。

〔回答者の基本情報〕

平均年齢は 34.29 歳であり、年齢幅は 24~46 歳である。

平均出産数は 1.79 で最大が 5、世帯平均は 4.35 である。

職業は 77%がホワイトカラー、7%がブルーカラー、無職が 15%である。

民族は 68%が中華系、20%がマレー系、10%がインド系、そして 2%がその他と答えている。

宗教は、25%が仏教、19%が無宗教、17%がキリスト教プロテスタント、10%がキリスト教カトリック、17%がイスラーム、そして 5%がヒンドゥー教である。

参考文献

一般財団法人自治体国際化協会 シンガポール事務所 2021 「シンガポールの政策—福祉・障害者政策編」 http://www.clair.org.sg/j/wp-content/uploads/2021/03/21_Fukushi.pdf (2022 年 7 月 1 日閲覧)

Barrett, A.N. et al. 2017 Evaluation of preferences of women and healthcare professionals in Singapore for implementation of noninvasive prenatal testing for Down syndrome, Singapore Medical Journal 58(6): 298-310.

Saw, Swee-Hock. 2012 The Population in Singapore (Third Edition), Singapore: Institute of Southeast Asian Studies.

[選択式]

末子の妊娠期間中にかかった医療機関としては、病院が86%と最も多く、ついで助産所・助産院が32%、クリニック・診療所(31%)であった。同様に出産場所は、病院74%、助産所・助産院が16%、クリニック・診療所とヘルスセンターはそれぞれ4%であった。末子妊娠中に受けた検査では超音波検査と血液検査はそれぞれ82%、尿検査81%と比較的高いものの、一般的と思われる検査のなかでは血圧(64%)や触診(43%)はそれほど高くはない。その一方で、「羊水検査」(35%)、「母体血清マーカー」(35%)、「コンバインド等」(47%)、「NIPT」(24%)も受検されていた。触診よりも、コンバインド等(コンバインド・胎児精密検査・胎児機能調査)を受検した人が多いという結果であった。また、今後受けたらと思うかという質問にも、羊水検査には51%、母体血清マーカーは59%、コンバインド等67%、NIPTも47%が受けたらと思うと回答していた。検査を受けた理由としては、医師等から勧められたからが85.5%とトップで、二番目の「自ら必要だと考えた」41.9%を大きく引き離している。また、検査を受けなかった理由も、医師等から勧められなかったから(47.2%)が最も多かった。次いで、「検査に費用がかかるから」(22.2%)となっており、医師らの介入が大きいことが分かる。同様に、「もし末子の妊娠中に胎児に病気や障害があると判明したら、誰と相談しようと考えていたか」という設問に対しては、パートナー(61%)よりも医師やカウンセラーなどの専門家(64%)が上回っていた。また、相談する理由は、「家族やまわりの人の心理的負担がかかるため」が48.4%と「親の死亡後、世話をしてくれる人がいない」44.1%が高かった。

障害がある子どもとのかかわりについては、自分の身近に障害がある人がいるかどうかは、43%がいないと答えているが、回答者または家族と答えた人が25%と、比較的多かった。もし障害がある子が生まれたらどう感じるかについては、「障害のある子の将来が不安」40%と「障害のある子は特別な才能がある子だ」が38%と拮抗していた。また、「障害のある子はかわいそう」(25%)、「障害のある子の子育ては負担」(18%)よりも「障害がある子は贈りもの」(29%)がやや上回った。

[自由記述]

今回のインターネット調査では、「妊娠中に検査を受ける、受けないことについて、どのように考えていましたか。また、子どもに障害があるかもしれないと考えたり、それについて考えたことがありますか。検査の結果にどのように対応しましたか。あなたの経験や気持ち、考え方をぜひ詳しく教えて下さい」(Q28)という自由記述欄を設けた。100名の回答者のうち、8名が無記入、9名が「ノーコメント」、7名がただ「良い(Good)」と答えており、76名から記述回答を得られた。

検査に関しては、一般論として肯定的に捉える意見が多くみられた(19人)。例えば、典型的なコメントとしては「母子ともに健康であることを確認するためにも、妊娠検査を受け

ることは勧められる」、「検査を受けて安心して赤ちゃんを迎えることを考えていました」、「親が将来に備えるために検査は義務だと思います。確かに私も、検査結果が理想的なものではなかったので自分の子供がダウン症ではないかと心配しましたが、幸いにも大丈夫でした」、「検査を受けることは良いことであり、重要なことだと思います。妊娠中に何らかの病気や異常があった場合に、胎児を中絶すべきかどうかを母親が判断できるからです」、そして「検査を受けることは、赤ちゃんが健康であるかどうかの親にとっての保証の一つの形です。検査結果は、私とパートナーが、赤ちゃんに大きな障害があった場合に、妊娠を続けるかどうかを判断するのに役立ちます」といったものがある。ここでは、検査は胎児が健康であるという安心感を親に与えるとともに、何らかの障害があった場合には事前に備える（中絶の可能性も含めて）ために有益である、との考えが表れている。

検査の経験者の間では、よりニュアンスのある回答が見られた。「私はとても慎重になっていたので、すべてが正常でポジティブであるかどうかを確かめるために、いくつかの検査を試しましたが、期待通りにポジティブな結果になりました。私は自分の子供が障害を持っているかもしれないと思ったことはありませんが、検査結果がポジティブであったので、健康な赤ちゃんを授かることができるという自信と喜びがありました。検査の間は言葉では説明できないほど怖かったのですが、最終的にはすべてがスムーズにいきました」であるとか、「妊娠中、超音波検査をよく受けましたが、結果が出るたびに緊張していました。いつも子どもが健康ですべてが大丈夫であるようにと神に祈っていました。検査を受けるときはいつも複雑な気持ちでした。なぜなら私の夫は障害者なので、葛藤を引き起こしていたからです。子どもが生まれた後も、すべてのワクチン接種が完了するまで、この緊張は終わりませんでした」といったものである。これらの記述からは、検査そのものが緊張や葛藤をもたらしながらも、それが安心につながるさまを伺うことが出来る。

一方で、障害は中絶の可否と結びついてコメントされていた。中絶をするかもしれないという意見としては、「重度の障害がある場合は中絶するかもしれない。また、ダウン症であれば中絶するかもしれません。私の考えでは、障害のある子供は、他の子供たちに負担をかけ、その子自身も大変な思いをします。解放してあげた方が親切だと思います」や「赤ちゃんが障害を持つ可能性が高い場合、中絶できるように検査を受けたいと思います。障害のある子どもを育てる自信がない。自分の子どもが苦しんでいるのを見たら悲しくなるだろう。精神的ストレスに耐えられるかどうかわからない」、また「私の一番の関心事は、健康な子どもを産むことです。…（中略）…健康な人がこの残酷な世の中で生きていけないときに、障害者が恒常的なケアなしにどうやって生きていけるのでしょうか。この世界では、親を除いて誰も他人のことを気かけません。ですから、健康な子どもをこの世に生んだ方がいいのです」というものがあった。子どもの障害に関わらず受け入れるという意見には、「妊娠中の検査は必須で、母親と子供の安全のためです。もし私の子供が何らかの障害を持っていると知ったら、まずショックを受けるでしょう。しかし、神からの贈り物である私の子どもは、私の責任として世話をします」、「それを考えるのは恐ろしいことですが、宗教上

の理由で私たちは神の手に委ねています。神様が私たちに与えてくれたものは、すべて贈り物です」といった、ギフトというイディオムが示された。また、「もし自分の子供に障害があるとわかっていたら、私はとても落ち込んでいたでしょう。しかし、私たちが知っているように、子どもはみなそれぞれの力を授かっています。障害者ではないと言われるのと同じように、みなできることは違うのです。ですから、もし自分の子に障害があるとわかったら、彼か彼女かが与えられた力を活かして一人で世界に立ち向かえるように支援するでしょう」「障害のある子どもも人間であり、人生があります。私は障害者も健常者と同じように見えています」といった意見からは、彼女たちの障害観をうかがうことが出来る。

ただ、選択式の設問への回答は、例えば Q17（「中絶が許容されるのはどのような場合か」）に対して、「どんな理由であれ中絶は許容できない」はわずか 9%、「胎児に病気や障害が分かったとき」は 49%であることを考えると、アンケート回答と記述回答とは必ずしも一致していない傾向がある。

Q16-17. 産むか産まないかを決めるために出生前検査で胎児の異常を調べることを認める

		n	う 全 く そ の と お り だ と 思	そ う 思 う	そ う は 思 わ な い	決 し て そ う は 思 わ な い	そ の 他	わ か ら な い
全体		100 100.0	33 33.0	42 42.0	15 15.0	3 3.0	0 0.0	7 7.0
エリア割付	Northern	31 100.0	13 41.9	12 38.7	4 12.9	1 3.2	0 0.0	1 3.2
	Eastern	22 100.0	10 45.5	7 31.8	5 22.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	Southern	21 100.0	5 23.8	10 47.6	4 19.0	1 4.8	0 0.0	1 4.8
	Western	14 100.0	4 28.6	8 57.1	1 7.1	0 0.0	0 0.0	1 7.1
	その他	12 100.0	1 8.3	5 41.7	1 8.3	1 8.3	0 0.0	4 33.3

Q16-18. 受精胚の染色体を調べて、染色体異常がある受精胚は移植しないで、あらかじめ妊娠しないようにすることを認める

		n	う 全 く そ の と お り だ と 思	そ う 思 う	そ う は 思 わ な い	決 し て そ う は 思 わ な い	そ の 他	わ か ら な い
全体		100 100.0	38 38.0	32 32.0	15 15.0	5 5.0	1 1.0	9 9.0
エリア割付	Northern	31 100.0	12 38.7	11 35.5	5 16.1	2 6.5	0 0.0	1 3.2
	Eastern	22 100.0	15 68.2	3 13.6	3 13.6	1 4.5	0 0.0	0 0.0
	Southern	21 100.0	4 19.0	9 42.9	4 19.0	1 4.8	0 0.0	3 14.3
	Western	14 100.0	4 28.6	6 42.9	2 14.3	1 7.1	0 0.0	1 7.1
	その他	12 100.0	3 25.0	3 25.0	1 8.3	0 0.0	1 8.3	4 33.3

Q17.中絶が許されるのはどういう場合だと思いますか。(Country=4、9 なら以下表示) ※
仮に違法でないとして、あなたの考えをお答え下さい。(いくつでも)

	n	暴 力 に よ る 妊 娠	妊 娠 継 続 が 母 体 に 危 険 を 及 ぼ す 場 合	経 済 的 な 理 由 で 育 て ら れ な い 場 合	胎 児 に 病 気 や 障 が い が わ か つ た 場 合	子 ど も の 人 数 が 多 い 場 合	子 ど も の 性 別	そ の 他	中 絶 に 条 件 は い ら な い	さ だ め な い 場 合 も 中 絶 は 許 さ れ な い	わ か ら な い
全体	100 100.0	43 43.0	57 57.0	30 30.0	49 49.0	23 23.0	7 7.0	1 1.0	4 4.0	9 9.0	3 3.0

[選択式]

(1) 医療機関

妊娠期間中にかかった医療機関としては、病院(72%)が最も多かったが、クリニック・診療所(41%)よりもヘルスセンター(43%)の方が上回っていた。避妊について知ったのは、「医師、保健師、助産師などから個別的に指導を受けた」(84%)が最も多く、「ヘルスセンターや病院のクラスで」(59%)、「学校などの教育で」(58%)と、家族計画についても医療従事者の果たす役割が大きいようであった。

(2) 出生前検査

末子妊娠中に受けた検査では超音波検査(98%)、血圧(93%)、尿検査(92%)といった一般的なものが多数を占める一方、「羊水検査」(32%)、「コンバインド等」(29%)、「母体血清マーカー」(20%)、「NIPT」(19%)も受検されていた。今後の検査についても、「受けたい」との回答が全ての検査で半数を上回り(68%~99%)、最も希望が多かったのが「超音波」(99%)であった。一方、「受けたくない」検査は、「羊水検査」14%、「NIPT」10%、「コンバインド等」8%、「母体血清マーカー」「触診」6%の順に多く、侵襲性の高さ、確定診断に結びつく検査にやや抵抗があるように思われた。

末子の妊娠中に検査を受けた経験のある者を対象に、誰かに勧められたかと尋ねたところ、「医師」が90%、「夫/パートナー」が32%と医師が圧倒的に多かった。また、検査を受けた理由についても同様に、「医師等が勧めたから」が75%、「検査の結果によって今後のことを検討するから」が37.5%、「自ら必要であると考えたため」が33.3%と医師の影響が大きいことがうかがえる。

さらに、検査を受けなかった理由についても、「医師等から勧められなかったから」が50%、「検査に費用がかかるから」が36.5%、「自身・家族・親族の中に障害がある人がいないから」が21.2%で、医師の影響が大きかった。

また、妊娠中に胎児に病気や障害があると判明したら誰と相談しようと考えていたか、との質問に対しても、「医師やカウンセラー等の専門家」(75%)との回答が「夫/パートナー」(35%)の倍以上であり、専門家への信頼が大きいことが推察された。

(3) 障害に対しての思い

検査で胎児に病気や障害があると判明した際に、他者に相談する理由としては、「親の死亡後、世話をしてくれる人がいないため」(46.9%)、「家族やまわりの人に心理的負担がかかるため」(37.5%)が挙げられていた。

障害のある子どもを育てることについて、「自分には難しいと思う」のは、「心臓など内臓の病気がある」場合が35%で最も多く、次いで「手足の不自由」の25%であった。「目が見えない・見えづらい」「耳が聞こえない・聞こえづらい」「知的/発達障害」などは30%以上が「普通の子どもの育てるのと変わらない」と回答していた。また「心臓など内臓の病気が

ある」場合以外の全ての障害について、43～46%が「周囲の支援があれば育てられる」と回答しており、多くが肯定的な受け止め方をしているものと考えられる。

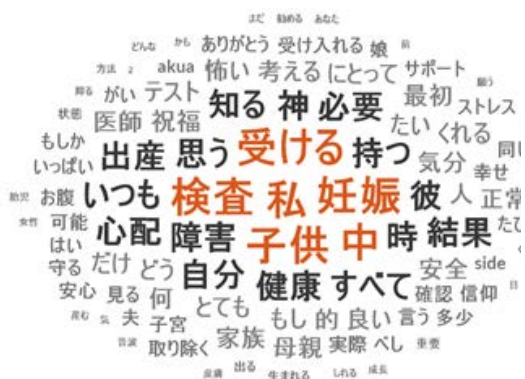
さらに、もし仮に障害がある子どもが生まれたらどのように感じると思うかとの質問には、「贈り物」(56%)、「将来が不安」(52%)、「特別な才能をもつ子」(48%)の順に多く、不安はあるものの障害ある子の存在そのものを肯定的に捉えている傾向がみられた。

[自由記述]

全般的に出生前検査については、「赤ちゃんのためのもの」という見方が多く、「妊娠中に検査を受けることで、子供の健康状態を知ることができて安心」「妊娠中に検査を受けると、とても幸せな気分になります」といった肯定的な思いが多く見られた。そして、「子宮の中の赤ちゃんを確認するために受けていない検査があることに罪悪感をもちました。もしまた妊娠する機会があれば、これらの検査を受けてみたいと思います。」など受検をしていないことを悔やむ記述も見られた。

障害については、「神が与えてくれたもの」ならば受け入れる、という内容の記述が複数みられ、信仰が重要な役割を担っているのではないかと考えられた。とはいえ、「正直、自分の子供が障害を持っているかどうか心配でした。でも、障害の検査で陰性だったときはホッとしました。」「健康な赤ちゃんが欲しかったので、どんな結果が出てくるのか不安でした。」など、「心配」「不安」といった気持ちも散見された。

下記は自由記述の頻出語 (NVivo により作成)。



[回答者基本情報]

平均年齢：30.0歳 (±5.7) 範囲 18~48歳
教育歴：回答者の78%、夫/パートナーの70.7%がカレッジ・
専門学校・大学・大学院卒業
職業：回答者の58%がホワイトカラー、夫/パートナーの46%
がブルーカラー
居住地：「大都市圏」29%、「地方都市圏」53%、「農山漁村」18%
暮らし向き：「ほぼ平均」が41%

[選択肢]

出産場所は、病院が82%、クリニックが42%で、ヘルスセンターは13%である。

妊娠中に受けた検査は9割を超える検査が妊婦の貧血や肝炎などを検査する血液検査と超音波検査、8割を超える検査が尿検査と胎児の心音であり、血圧や触診は7割程度であった。胎児に対する検査（出生前検査）について、特筆すべきはコンバインド検査が63%であり、NIPT、母体血清マーカー検査がそれぞれ51%、49%と続いたことである。何らかの非確定的検査を受けている人が約半数を超えていた。羊水検査は35%であった。検査を受けた人で「医師等から」受けることを勧められたという人は84%だが、日本を除く対象国のなかでは下から3番目であり高くはない。「夫・パートナー」は、その半分に満たない39.8%、「親や親族」は31.6%だった。検査を受けた理由は、約68%の人が「医師等が勧めたから」としているが「自ら必要であると考えたため」も半分を超える53.1%だった。検査を受けなかった人の理由は「医師から勧められなかったから」が最も多く、35.3%だったが、次は「年齢が若いから」(29.4%)であり、その次が「検査の機会がなかったから」「自身・家族・親族の中に障害のある人がいなかったから」「費用がかかるから」が23.5%と同率であった。

また、胎児に障害がある場合の相談相手としては、「医師やカウンセラー等の専門家」が最も多く91%であり、第2位の「夫・パートナー」は18ポイント少ない73%であった。出生前検査を受けるかどうか、胎児に障害があった場合の相談相手はともに、医師等の専門職を選ぶ人が多く、その理由には「家族や周りの人への心理的負担」を上げる人が最も多かった。末子の出産場所の97%は病院であり、ヘルスセンターはゼロであり、助産所も非常に少なかった。

子どもを育てる主な目的は、全体では約半数が「幸せ、楽しみのため」であり、次が13.4%で「子孫を残す」であったが、タイの場合には40%が「親の期待に応える」であり、「幸せ、楽しみのため」はわずか7%だった。第2位は「子孫を残す」で26%であり、親からの期待や世代の継承が意識されている。理想の子どもの人数は2.41人であり、全体の平均2.25人をわずかに上回る。避妊に関する知識は、全体でもっとも多いのは「学校などの教育で」だが、タイはもっと多いのは医療者からの個別の指導であり、学校教育が第2位、次はヘルスセンターなどの病院であるクラスであった。避妊の実施は「現在実施している」が9カ国の中で多い方であり53%、避妊法の最多はピル(66.7%)であり、避妊の主導は自分であると回答する人は7割を超えた。

テクノロジーに対する支持は、家族計画や硬膜外麻酔分娩への支持が高く、全体の傾向と近似している。また、中絶が許される条件は母体への危険、胎児の障害や病気、暴力による妊娠の順であり、いずれも半数を超えている。

障害のある子どもの子育てについては障害の種類に分けて、育てられるかどうか3件法

で尋ねたが、いずれの障害においても育てられると答える傾向があり、心臓病などの内臓の障害については 62%の人が「普通の子どもを育てるのと変わらない」あるいは「周囲の支援があれば育てられる」と回答していた。さらに、障害のある子どもが生まれたらどう感じるか、という質問に対して、不安があったり、かわいそうと感じる人は半数を超えており、これは全体の傾向と同じだった。しかし、全体で 3 位だった「障害のある子の子育ては負担」については 11%と少なかった。、都市と地方双方の障害のある子どもへの社会的支援をさらに調べ、母親に負担感を抱かせない理由を探る必要があるだろう。

[自由記述]

自由記述の多くは各問いに設定した「その他」の回答だが、職業以外の記述はほとんど見られなかった。ここでは、最後の設問 (Q28) の出生前検査や障害のある子どもを産み育てることに対する意見を雑駁ではあるが整理したい。

100 名のうち、記述があったのが 90 名だった。このうち、出生前検査を受けることに積極的な意見は 68 名で見られた。消極的な意見は 8 名、「わからない」など実質的な無回答は 14 名であった。積極的な意見 68 名については、子どもを育てる準備ができる、障害のある子どもを産みたくない、障害のある子どもが成長して自分の死後のことを考えると不安になるなどの意見もあったが、「妊娠中に検査を受けることは良いやり方である。胎児が異常なく育っているかを見ることができ、異常があれば医師はきちんと助言をしてくれる」など医療者のアドバイスを期待する意見も複数あった。消極的な意見は、検査に対する批判というよりも、「私の子どもがどうであれ、私はすべてを受け入れる」など自分には必要なかったという内容が多かった。

[基礎情報]

- ✓ 平均年齢は 31.1 歳±12.35 であり、全体平均よりやや低いがばらつきは大きい。
- ✓ これまでの出産回数は全体平均とほぼ同じ 1.6 回。
- ✓ 同居家族は、全員が子どもと同居していたが、夫は 86 人、親は 69 人であり三世代同居が約 7 割を占める。同居人数も 5.34 人であり、全体の平均よりもやや多い。
- ✓ 居住地は、調査会社の人口動態を反映させた割付を行ったが、回答者の申告では、大都市圏が 33%、地方都市圏が 51%、農山漁村は 16%だった。
- ✓ 最終学歴は、回答者の 65%が専門学校やカレッジ以上の学歴であり、夫・パートナーでは 54.9%だった。
- ✓ 宗教は、回答者本人も夫・パートナーも 9 割以上が仏教であった。
- ✓ 職業は、本人はホワイトカラーが 35%で最多、夫・パートナーはブルーカラーが最多で 43%だった。ただし、本人欄の「その他」に会社員、IT などの記述があるため、これらを加えると、ホワイトカラーはさらに増える。

5-6. 大韓民国（韓国）

白井千晶

〔選択肢〕

末子の妊娠時の医療機関は、99%が病院をあげ、病院はほぼ全員が受診している（複数回答）。一方、ヘルスセンターも25%が受診歴があり、クリニックは15%だった。妊娠中の助産所受診は3%のみだった。

妊娠中に受検した検査については、尿検査、血液検査、胎児心音、超音波検査は94~97%とほぼ全員が受検していた（複数回答）。母体血清マーカー51%、NIPT45%、羊水検査45%、コンバインド42%とこれらの検査の受検率も半数近い。興味深いことに触診は51%であった。

検査の意向（仮に今妊娠したとして受検したいか）については、血圧、尿検査、血液検査、胎児心音、超音波検査は8割前後が「受けない」と回答した。コンバインドは6割弱、母体血清マーカー、NIPTは5割強、羊水検査は4割強が「受けない」と回答し、ほぼ受検行動と同じだといえよう。

検査を勧めた人として、ほとんどの人が医師をあげ（96%）、夫・パートナーは29%、親や親族は12%だった（複数回答）。誰からも勧められておらず自分で決めた人と答えた人は2%しかいなかった。

母体血清マーカー、NIPT、羊水検査、コンバインド・胎児精密検査・胎児機能評価などを受けた理由については、医師等が勧めたからと答えた割合が高く（50%、複数回答）、自ら必要であると考えたため（35.4%）、高齢出産のため（24.4%）、検査の機会があったから（22.0%）と答えた割合が次いで高かった。

母体血清マーカー、NIPT、羊水検査、コンバインド・胎児精密検査・胎児機能評価などを受けなかった理由としては、検査に費用がかかるから（44.4%）、次いで年齢が若いから（38.9%）、夫・パートナーから勧められなかったから（38.9%）、私には検査の必要がないため（38.9%）が割合が高かった。

妊娠中に胎児に病気や障害があるとわかった時に誰に相談するかは（複数回答）、夫・パートナー95.0%、医師やカウンセラー等の専門家63.0%、親49.0%の順で割合が高かった。その人に相談する理由としては、「家族やまわりの人に心理的負担がかかるため」をあげた割合が最も高く72.7%（複数回答）、次いで「家族やまわりの人に経済的負担がかかるため」（62.6%）、「障害者に対する社会的偏見のため」（45.5%）だった。

出産について、末子の出産場所を尋ねたところ、病院で出産したと答えた人が94.0%、診療所は5.0%、助産所は1.0%のみだった。

価値観・意識について、肯定が過半だったのは、「先祖を尊ぶものだ」「親が反対する結婚はしないものだ」「女性として妊娠出産を経験したい」「なにか大きな見えない力によって生かされているという実感がある」「障害をもつ子を産むことは社会の不利益につながる」「妊娠中に自分の赤ちゃんのことはできるだけ詳しく知りたい」「生まれてくる子どもの命を救

うために出生前検査で胎児の異常を調べることを認める」「産むか産まないかを決めるために出生前検査で胎児の異常を調べることを認める」「染色体異常がある受精胚は移植しない」だった（カテゴリの文章は一部省略）。否定が過半だったのは、「長男は両親の面倒を見るものだ」「妻は夫に従うものだ」「年上の人の意見に従うものだ」「家系を続かせるため息子は必要だ」「男性は外で働き、女性は家庭を守るものだ」「結婚したら子どもをもつのは当たり前」「精子提供、卵子提供、代理出産を使ってもいいから、夫婦のどちらかとも血がつながった子どもをもつのがよい」「子どもをもてば自分の死後も自分の生命がつながっていく」「人は死んでも繰り返し生まれ変わるものだ」だった。

子どもを育てる目的は、「幸せ、楽しみのため」が50.0%と最も割合が高く（単数回答）、次に割合が高いのは「子どもはいなくてもいいと思う」だった（19.0%）。望ましい子どもの数は平均2.14、最大値は3だった。

避妊について知っているか、どのように知ったか尋ねた質問では、経路として最も割合が高かったのは「学校などの教育」67.0%、メディア（56.0）で、人を介したものと病院等でのクラスをあげた人は1～2割だった（複数回答）。避妊実施の経験は、実施経験ありが84.0%だった。実施したことがあるものについては、男性用コンドームが最も割合が高く88.1%、次いでピルが54.8%、性交中絶・膣外射精が40.5%だった（複数回答）。それ以外の方法は1割に満たなかった。避妊の実施や方法を決定するのは、「二人で」が最も割合が高く45.2%、回答者本人33.3%、配偶者・パートナーは21.4%だった。

科学技術に対する許容について、「認められる」が過半だったのは、体外受精、家族計画、硬膜外麻酔分娩、胎児治療、「認められない」が過半だったのは「代理出産」だった。ゲノム編集、卵子提供、精子提供は回答が分かれていた。

中絶が許容される場合について、許容が過半だったのは、割合が高い順に、母体の危険、暴力による妊娠、胎児の病気や障害、だった。経済的理由をあげた人は42.0%だった。

身近に障害がある人がいるかどうか尋ねたところ、「いない」が75.0%と割合が高かった。

障害種別に子育ての見通しを尋ねた質問では、視覚障害、聴覚障害、四肢障害、知的・発達障害、いずれも6割前後が「自分には難しい」と答え、内臓の病気も49.0%が自分には難しいと答えていた。

障害がある子が生まれたらどのように感じるかは、「子の将来が不安」が最も割合が高く59.0%、次いで「子育ては負担」53.0%、「かわいそう」35.0%だった（複数回答）。

最後に、基本属性を見ると、同居人数の平均は3.83、住まいは大都市圏62.0%と過半、地方都市圏37.0%で農山漁村は1.0%のみである。仕事は回答者夫・パートナーもホワイトカラーが過半で、最終学歴は9割強が大卒以上である。信仰については、本人も夫・パートナーもないと答えた人が過半で、キリスト教が3割前後だった。収入は「ほぼ平均」が過半だった。

〔自由回答〕

最後の自由記述について、抜粋であるが、概要をまとめたい。出生前検査については、「正

直、障害があると怖い。韓国は障害者に対する待遇や状況等がよくない場合が多々あり、妊娠をする度に心配になる」などのように、韓国社会において障害者が生きていきづらいことが述べられていた。

韓国の自由記述の傾向としては、①検査への態度として、胎児の状態や障害について詳しく知りたいという記述が過半だったが、人工妊娠中絶を選択しないため検査を受ける意向がないという記述もあった。しかし、中絶しないが出生の準備のために検査を受けるという記述もあった。②検査費用が高額であるという記述が目立った。費用の点から特定の検査を受検しない／できなかったという記述もあった。③「胎児保険」(後述)に加入したという記述もあった。④実際に妊娠中の検査で胎児に何か異常がある可能性があるという医師に指摘されたという記述が少なくなかった。順に、ごくわずかな事例であるが、引用していく。

①の検査への態度と人工妊娠中絶との関係性については、例えば次のような記述があげられた。

○客観的な根拠をもって判断できるので検査を受けるほうがよい。

○妊娠中に検査をすることは当然だと思う。子どもを健康に産んであげることも義務だと考える。障害があるとしたら障害の程度によって異なるとは思いますが、墮胎をすることが親や子どものためによりよい決定だと思う。

○障害の是非が出産に影響を及ぼすことはできない。なので、障害の是非を調べる検査は不必要だと感じる。

○高齢なので妊娠中に胎児に対する心配が多々あった。病院でももっと多くの検査を推奨したが、経済的負担もあり、夫と相談した結果、障害の有無について選択できる部分ではないと考えており、基本的な検査のみを受けた。

このように、検査に対して肯定的で、障害を事由にした中絶は親子のためになるという記述もあれば、中絶には関連しないので検査は不要だという記述もあった。韓国の平均出産年齢の上昇を反映した「高齢出産」もあがっていたが、「経済的負担」もあって、検査を受けなかったという記述もあった。

この検査費用が高額であること(②)については、次にあげる記述以外にも随所で述べられていた。

○高齢妊娠であるため障害があるのではないかと心配し、羊水検査も受けようかと悩んだ。しかし、検査費がとても高く、神様に任せ祈ろうと考えた。

○(自分の子供に)特別な障害があるとは考えた事はなく、出産当時、私とパートナーは二人とも大学生だったため、経済的に余裕がなかった。

③の「胎児保険」について、「胎児保険を調べ、出生前検査や産後検査に臨んだ」などの記述があった。「胎児保険」は、民間の保険商品のうち、子ども保険、終身保険などの保険につけた、先天的疾病や、出生時の医療(例えば NICU での治療)に関する特約のことである。この特約は出生時に何か異常があつてからではつけられず、おおむね妊娠 22 週頃までと制限がある。ただし医療や福祉の保障が向上し、高額医療費が国の制度でカバーされる

ようになるとニーズは低下しているが、カバーされる費用にかかわらず支払いがある商品にするなどして、現在も普及しているという。

④の実際の経験については、以下のような記述があった。

○13週の際に、胎児の首の後ろの厚さを測りダウン症候群の是非を判断するのがあったが、その際に再検診になり、検診日まで不安だった経験がある。

○妊娠中は定期的に来院し、(妊娠)期間別に受けなければならない検査はすべて受けた。その結果、奇形児の可能性があったため、追加検査を勧められ、心配になり高い費用(約40~60万ウォン:4~6万円相当)を支払って検査をした。幸いにも検査結果が正常だったので安心した記憶があり、ともに検査すべきではなかったと後悔をしたことがあった。その時、はじめて自分の子どもの障害の可能性について考えた。本当に絶望的で、私が障害児を育てることができるのだろうかと考えた。また、追加検査の結果、もし障害児の可能性が確実になればその時にはどうすべきかについて、配偶者と長い間心配しながら悩んだ記憶がある。幸いにも検査結果が正常だったので、正常な子どもを産み幸せに暮らしているが、もしそうではなかった場合には、本当のところ、自信がなかった。障害児は、韓国で生まれると果たして幸せに暮らせるだろうか考えるとそうは思えないからである。もう一つ、奇形児検査は、本当に確実なものなのか。妊産婦に不安を植え付け高額な検査費用を支払わせて検査しているのではないかという思いもあった。一方で、受検をしたほうが悪くはないのではないかという思いもあり、ともあれ費用があまりにも高いので若干の疑問がある部分もあったように思える。

○友人が妊娠中におなかの赤ちゃんに心臓の問題があり、墮胎した経験があった。そのために心理的に大変だったのを横でみていたので、受検することを迷わなかった。

○トリプルマーカーの検査でダウン症候群の確率が高く出て、NIFTY(NIPT)検査や羊水検査を勧められた。中絶をするには胎児が大きかったのも、もし障害児であったとしても中絶はしなかったと思う。検査費用も高かったし、あえて障害児であることを確認しなくなかったので15万ウォン(約1万5千円)の精密超音波検査のみを受け、大きな異常はみられないという診断のみで出産をした。

○高齢出産で羊水検査、(血清マーカーの)血液検査を勧められたが、家に障害をもっている人がいないのと、基本検査の数値が高くなかったのも、悩ん末、検査を受けなかった。高額な検査費も負担だったのもある。出産時に臍帯血を保管し、多様な遺伝子検査を受けたが異常はなかった。

○2次奇形児検査で数値が高く出たので羊水検査を勧められた。今は、正確に覚えていないが、心臓奇形または血液関連で、何か奇形が表れる可能性があり、生まれても1か月しか生きられないと言われた。にもかかわらず羊水検査をしなかった。羊水検査をしたところで胎児が本当に奇形だとしても墮胎をするつもりはなかった。1か月、又は1日であれ、生きられるということに希望をもった。奇形だという診断がなかったのであえて羊水検査をして確認をする必要はなかった。それで、今は健康な子どもを出産して育てている。もちろん、

親が不安であれば検査は必要であると思う。だが、本当に問題がある胎児だと診断されて、中絶しない以上心理的に不安をもちながら10か月をどう過ごせるのか。障害は選択ではないため、健康な子どもよりもっと愛情を注ぎケアしてあげなければならないと思う。

[選択式]

(1) 妊娠・出産

妊娠中にかかった医療機関は85%が病院で、クリニック・診療所は50%だった。出産場所は、77%が病院、クリニックや診療所は21%で、ヘルスセンターなどは少なかった。妊娠中の検査については、妊婦健診で行われることの多い検査（血圧、尿検査、血液検査）と胎児心音および超音波検査はいずれも9割以上だが、コンバインド検査も82%と多い。コンバインド検査は、受けた検査においても88%と大方の妊婦健診項目と遜色ない。

(2) 出生前検査

コンバインド検査の他にも、母体血清マーカー検査は65%、NIPT45%、羊水検査は43%であり、いずれも全体平均より多かった。検査を勧めたのは、「医師等」が76%と最も多いが、「夫・パートナー」も52%である。検査を受けた理由は、これと関連して「医師等が勧めたから」が約65%と最も多い。ただし、ほぼ同じ割合で、「自分で決めた」が多く、「夫・パートナー」は3割弱で、高齢出産であることや検査の結果によって今後のことを検討するから（3割超）よりやや少ない。一方で、受けなかった理由は検査費用が高いことを挙げた人が75%と多く、次は「私には検査の必要がないため」の50%だった。

また、胎児に障害や病気が見つかった場合、相談する相手は、もっとも多いのが夫・パートナーで89%、次が医師やカウンセラーなどの専門家で80%だった。親は50%だった。さらにその理由を尋ねると、家族や周りの人への経済的（83%）および心理的（80%）負担であった。

(3) 意識調査

次に意識調査について述べる。20項目中、台湾が特徴的だったのは、「産む産まないを決めるために出生前検査で胎児の異常を調べることを認める」（4件法の「まったくその通りだと思う」以下同様：全体37.1%、台湾56%）であり、「妊娠中に自分の赤ちゃんのことはできるだけ詳しく知りたい」（全体54.9%、台湾60%）とともに多い傾向である。「妻は夫に従うものだ」（全体11.3%、台湾5%）、「先祖は尊ぶべきだ」（全体30.4%、台湾16%）などは少ない傾向にある。択一式で尋ねた子どもをもつ目的は「幸せ、楽しみのため」は全体平均52.9%より多い61%であり、「子どもはいなくても良い」は20%と9カ国中もっとも多かった。望ましい子どもの数も、インドの1.87人に続く1.93人であり、一人台はこの2カ国のみである。

(4) 避妊

避妊について知ったのは、全体平均とほぼ同じであり、学校教育が57%だが、本や雑誌なども50%と多い。避妊の実施は、「まったくしたことがない」が27%であり、シンガポール（35%）に次ぎ多い。実施している人は52%、過去に実施した人は14%である。

具体的な避妊法は、86%が男性用コンドームだが、次がオギノ式などで50%となっており、非常に高い。オギノ式などは全体平均は15.9%、隣の韓国は7.1%である。避妊法の選択は、「2人で」が最も多く65.2%だが、次が配偶者・パートナーの19.7%であり、本人（15.2%）よりも高くなっている。配偶者・パートナーが本人を上回っているのは、台湾のみである。

（5）生殖技術と中絶

生殖技術について台湾は比較的寛容な姿勢を示している。批判的な傾向、すなわち「認められない」「どちらかというとも認められない」の合計が高かった「ヒト胚のゲノム編集」と「代理出産」について、全体平均はそれぞれ41.8%、39.3%だったが、台湾は前者が33%、後者は34%であった。隣の韓国が比較的厳しい態度を示している（46%、59%）のと対照的である。

中絶が認められる条件は、全体では多い順に母体に危険な場合66.7%、暴力による妊娠52.4%、胎児の病気や障害49.3%だが、台湾では母体に危険な場合84%とほぼ同じ割合で胎児の病気や障害82%が上がる。暴力による妊娠は71%となっている。

（6）障害

身近な障害者については、「いない」が最も多いが43%であり、親族・親戚に障害者がいると答えた人は26%となっており、「いない」は9カ国中最も少ない。全体平均よりも障害のある人が身近にいる傾向が見られる。障害のある子どもの子育てについては、全体平均とほぼ同じだが、知的障害についてはやや負担感が大きい。もし障害のある子どもをもったらどのように感じるかという問いに対しては、子どもの将来が不安、と答えた割合は最多のベトナム72%とほぼ同じ71%である。

[自由記述]

Q28「妊娠中に検査を受ける、受けないことについて、どのように考えていましたか。また、子どもに障害があるかもしれないと考えたり、それについて考えたことがありますか。検査の結果にどのように対応しましたか。あなたの経験や気持ち、考え方をぜひ詳しく教えて下さい」への回答を検討する。無回答のほか、「なし」などの実質的に回答がなされていないものを除くと、72件の記述があった。

KHコーダーでこれらの頻出語を抽出したところ、最も多かったのは、「子ども」48件であり、続いて「障害」43件、「検査」40件であった。

もっとも多かった「子ども」は、その胎児が出生した際の子ども、すなわち自分の子どもとして記述されている場合が多く、一般的な「子ども」は少数である。「妊娠中に必要な検査をしなければならないと思う。検査の結果により、問題がある場合、自分と家族の扶養能力を考慮したうえで、出産をするかどうかを決める。これは子どもの人生に責任を負うためである」「不健康な子どもを出産しないように、遺伝病などの出生前検査を受けるべきと思う。私は不健康な子どもを扶養できないので。など、子どもの養育への責任から検査を受けるべき」など、検査を受ける必要性が親の養育責任と結び付けられて書かれ

ていたり、「妊娠中は胎児が健康かどうか心配しているので、ほとんどの検査を受けた。もし胎児に障害があった場合、親としてどのような医療資源を求め、子どもを助けることができるかについても考えた」など胎児への心配と関連付けられる場合も多かった。他方で、信仰を持っていると思われる人のなかには「子どもは神からの贈り物である。たとえ障害があったとしても構わない」という人や、「胎児の生命が大変危険な場合だけ、中絶を検討する。それ以外の場合、配偶者と出産のことを話し合った後に出産する」という人もいた。検査の結果によって妊娠を継続するかどうかは保留にして、検査を受けることを肯定的に記述する人もいた。「できるだけ早く子ども状況を把握できる。胎児の障害の可能性を考え、軽重度に応じて出産するかどうかを考える」「診断は必要だと思う。しかし、子どもが障害があるかどうかを心配している。産むか産まないか悩む」などである。

障害については、次のように、障害がわかって出産すること、あるいは諦めることの両方の記述があった。「もし本当に障害児を出産する場合、悲しいけど、夫と一緒に落ち着いて困難を乗り越える」「妊娠中は出産検診が必須である。障害児はお互いにとって負担である。障害児が生まれ前に彼の人生を終えるのはとても悲しいけど、お互いの将来のためにやらなければならない」などである。また、次のように障害のある親族や子どものことがかかれることもあった。「家族の中に障害をもつ親戚がいるので、診断時に心配した。診断結果には出ていなかったが、2人目の子どもが3歳ぐらい時に軽度の動き遅い状況があった。正直、受け入れられないが、1年以上、早期治療を受けた後、状況は徐々に改善された。子どもがもっと良くなることを願っている」。選択肢質問で家族や親族に障害のある人がいるか尋ねた際、台湾は「いない」は最も多かった。検査を過大評価していると思われる「身体的および精神的に障害がある場合には、出生前検査のみで知ることができる」といった記述も見られた。

検査については、検査の侵襲性に言及した次のような記述もあった。「無料または低コストで、胎児への侵襲性がない場合は検査をしたいが、胎児への侵襲性があり、流産のリスクがある場合は、後悔しないように検査はしない」。本人の意思決定というより医師の診断や考えも尊重する記述も見られた。「以前、胎児が内臓に問題を抱えていて、出産時に手術が必要になることがあるという話を聞いたことがあった。しかし、私は自分の子どもが心身ともに問題を抱えているとは思っていないので、基本的には主治医に相談してから判断し、検査の手配は主治医に任せる」「夫と医師と話し合っ、中絶を行うかもしれない」「医者勧めに従って検診を受けた」などである。また、数は多くないが、「妊娠中は検査・診断が必要である。子どもに何か問題があっても、早期に対処でき、社会の負担を減らすことができる」と検査が必要な理由を社会の負担に求める記述もあった。

台湾は、総じて出生前検査に対して受容的であり、それは政策として検査を推進していることとも関係していると思われる。医師が勧めた、という記述も散見された。また、出生前検査が自費診療で行われていることは、「経済的に可能な範囲でできるだけ受検するように心がけている」といった記述から読み取れた。

[回答者基本情報]

回答者の平均年齢：35.6 歳（最低年齢 24 歳、最高年齢 47 歳、）

これまでの出産回数：平均 1.7 回（最少回数 1 回、最高回数 5 回）

[選択式]

(1) 検査と医療機関

末子の妊娠中に受けた検査 (Q1) は、コンバインド検査 69%、母体血清マーカー検査 68%、NIPT46%、羊水検査 21%であった。

今後受けた検査 (Q2B)も、コンバインド検査 88%、母体血清マーカー検査 87%、NIPT77%の順に多かった。羊水検査は「受けたくない」との回答が 57%を占めた。検査を受けることを誰に勧められたかについては、91%が「医師等」と回答し、受けた理由 (Q4) は、「自ら必要であると考えたから」82%、次に「医師等が勧めたから」59%、そして「検査の結果によって今後のことを検討するから」54%の順で回答が多かった。

(2) ジェンダーと家族計画/医療

子どもを育てる目的 (Q10) は、85%が「幸せ、楽しみのため」と回答した。望ましい子どもの数 (Q11) は、2.31人であった。

実施したことのある避妊の方法 (Q14) は、「コンドーム」80%、「性交中絶、膣外射精」55%、「ピル」52%となっており、「緊急避妊薬」は 31%であった。

中絶が許される要件 (Q17) としては、「妊娠継続が母体に及ぼす影響」が 76%、「胎児に障害や病気がわかった場合」が 71%の順で回答が多かった。

(3) 障害のある人々とのかかわり

障害のある子どもを育てることについての考え (Q19A) は、知的障害や発達障害のある子どもを育てるのが「自分には難しいと思う」と回答をしたのが 50%、手足の不自由のある子どもについては 42%であった。もし自分に障害のある子どもが生まれたらどのように感じると思うかについては、「障害のある子の将来が不安」が 72%、「障害のある子がかわいそう」が 63%であった。「障害のある子は選ばれて私の家に生まれた」には 24%の回答があった。

[自由記述]

内容は主に三つの傾向に分かれた。ひとつは、おなかの子どもの障害を心配したわけではないが検査は受け、そして結果に満足している (たとえば「深刻な問題を防ぐために妊娠中に検査する必要があります。お腹の赤ちゃんに障害があるとは思っていませんでした。検査結果に満足しています」)、次に、出生前検査は胎児の栄養状態や発達段階を把握し、健康に生まれるための準備に役立つ (たとえば「検査を受けることによって、胎児が健康に発育するためにどのような栄養素を補給する必要があるかを知るのに役に立ちます。同時に、胎児疾患があればそれを検出して、迅速な医療介入を求め、医師から有用なアドバイスを受けます」)、そして、出生前検査を定期的な妊婦検診 (超音波検査) と同等の検査として受け取っている (たとえば「妊娠中に検査を受けることは、胎児の発達段階を観察するのに役に立ちます。定期的な妊婦検診と検査をしないと、赤ちゃんが健康で発

育しているかどうかはわかりません。(略)もし障害の可能性があると言われれば、障害の程度によって、どう判断するか考えると思います)ものがあった。

なお、自由記述において「染色体」という語句を使った回答者はいなかった。胎児の障害を意味する言葉としてもっとも多く用いられていたのは、体表や体内の奇形を表す単語「先天性疾患」(“di tat”, “khuyet fat”)であった。

白井(2020)の指摘にも重なると思われるが、障害という言葉を通してイメージしているものが、母体血清マーカー検査や羊水検査などの出生前検査で主に検知できる(と説明されているはずの)「染色体異常性」ではないのかもしれない。また、ルーティンで受ける妊婦健診と中絶につながりうる出生前検査とが一部の回答者にとって区別なく捉えられていることも示唆された。

[回答者の基本情報]

- ✓ 平均年齢は、32.16歳であり、北中部の回答者の58歳1名を除くと、22歳から44歳の間にある。
- ✓ 子どもの数の平均は、1.63人であり、3人が最大値であった。
- ✓ 居住地は、紅河デルタ(ハノイ)23%、北中部21%、東南部(ホーチミン)が19%、メコンデルタ18%、その他19%であった。
- ✓ 教育歴は、カレッジ、専門学校、大学、大学院卒業が90%、夫・パートナーが専門学校、大学、大学院卒業であるのは77%であった。
- ✓ 仕事内容は、ホワイトカラーが64%、ブルーカラーが18%、夫・パートナーの仕事内容は、ホワイトカラーが34%、ブルーカラーが46%となっている。
- ✓ 世間一般と比べた世帯収入は、ほぼ平均と回答した方が36%、平均より多いと回答した方も同じく36%、平均よりかなり多いと回答した方も22%であった。

【参考文献】

- ・白井千晶, 2020, 人文論集: 静岡大学人文社会科学部社会学科・言語文化学科研究報告 = Studies in humanities: annual reports of Departments of Social & Human Studies and Language & Literature 70(2), 1-27, 2019
- ・外務省, ベトナム社会主義共和国 (Socialist Republic of Viet Nam) 基礎データ, (2021年9月24日取得, <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/vietnam/data.html#section1>)
- ・Ministry of Health, Vietnam. Health statistics yearbook 2018, (2021年9月24日取得, <https://www.moh.gov.vn/thong-ke-y-te>)

[選択式]

基本属性について特に言及しておきたい点として、回答者の 43.0%は無職で、夫は 60.0%がブルーカラーである。最終学歴は大学相当が女性 47.0%、男性 42.4%だった。信仰は仏教が夫婦とも 95%である。

末子妊娠時の妊婦健診・妊娠中の検査については、血圧、触診、尿検査、血液検査、胎児の心音の聴取、超音波検査は 8～9割が受けているが、母体血清マーカー、羊水検査、コンバインド・胎児精密検査・胎児機能評価を受けたのは 1～2割だった。その理由として、医師等から勧められなかったから、検査の機会がなかったからと答えた割合が高い。一方、これらの検査について、仮に今妊娠したとして受けたいか受けたくないかを尋ねたものには約半数が受けたいと答えている。

妊娠中に胎児に病気や障害があると判明した場合の相談相手は、日本、韓国、台湾は、「夫・パートナー」が専門家よりも割合が高かったが、ミャンマーは専門家の方が割合が高かった（複数回答で専門家 85.0%、夫等 69.0%）。

末子の出産については、出産場所は病院、クリニックが 80.0%を占めていたが、助産所という回答も 13.0%あった。

意識については、「先祖を尊ぶものだ」「長男は両親の面倒を見るものだ」「妻は夫に従うものだ」「年上の人の意見に従うものだ」「年上の人の意見に従うものだ」「結婚したら子をもつのは当たり前」「妊娠中に、自分の赤ちゃんのことはできるだけ詳しく知りたい」「女性として、妊娠・出産を経験したい」「命を救うために出生前検査で胎児の命を調べることを認める」「産むか産まないかを決めるために出生前検査で胎児の異常を調べることを認める」は「そう思う」回答割合が大きい（99.0%、81.0%、79.0%、82.0%、82.0%、96.0%、79.0%、93.0%、83.0%）。一方、「親が反対する結婚はしないものだ」「障害をもつ子を産むことは社会の不利益につながる」は「そう思わない」回答割合が比較的大きい（65.0%、78.0%）。

子どもを育てる目的は、「幸せ・楽しみのため」と回答した人が最も多く 41.0%、次は「子孫を残す」32.0%だった。望ましい子どもの数は、平均 2.06 だった。

避妊についての知識は、医療者からの個別の指導をあげた割合が最も多く 65.0%、メディア 45.0%、友人知人が 35.0%だった。避妊を実施している・したことがある人が 91.0%と割合が高い。その方法としてあげられたのは、注射がもっとも割合が高く 54.9%、ピルが 40.7%、IUD が 20.9%だった。避妊の決定は配偶者パートナーと 2人で決めると回答した人が 50.5%と過半だったが、自分で決めると回答した人も 37.4%あった。

次に生殖技術等への意見を見ると、家族計画、避妊、受胎調節は 73.0%が、硬膜外麻酔分娩は 70.0%が「認められる」、と回答したが、体外受精は 71.0%が、卵子提供、精子提供、代理出産は 6割前後が「認められない」と回答した。

人工妊娠中絶が認められる条件については、暴力による妊娠は 60.0%、妊娠継続が母体

に危険を及ぼす場合 57.0%と過半であり、「どんな場合も中絶は許されない」は 25.0%だった。

障害のある子どもを育てることについて、視覚障害、聴覚障害、四肢障害、知的・発達障害、内臓疾患いずれも、3、4割前後が「周囲の支援があれば育てられる」「自分には難しいと思う」と答えていた。聴覚障害、四肢障害については、約4人に1人は「普通の子どもを育てると変わらない」と答えている。

障害がある子どもが生まれたらどう感じるかということについて、「かわいそう」の割合が最も高く 61.0%だった。次に割合が高かったのは「特別な才能をもつ子だ」で 36.0%、「かわいい」が 28.0%、「選ばれて私の家に生まれた」が 25.0%だった。

[自由記述]

自由記述については、「年齢が高かったから出生前検査を受けた」など高年齢をあげた人が複数いた。

「子どもが障害を持っているかもしれないと思ったので検査を受けたのではない。健康な赤ちゃんを出産するために検査したのです。何があっても生みます。」「障害児でも生みます」「出生前検査は、妊娠出産のリスクを低下させ、赤ちゃんの健康に寄与するためにおこなわれる。障害があっても中絶は考えない。赤ちゃんの最善のケアと治療に貢献するだろう」「検査は赤ちゃんと母親の健康を保証するため」など、障害によって産むか産まないかを決めることはなく、胎児と母体のための検査だと説明されていた。「親族に障害がある人がいるので、障害をもつ子が生まれることは怖い」と書いた人も「検査を受けたのは健康な赤ちゃんを出産するため」という。「生まれた子どもに知的障害があるが、もし妊娠して障害があることがわかって産む」と書いた人もいる。

「自分の子どもだから育てる」「障害がある子が生まれても、社会で生活できるように最善の努力をする」と子育てに前向きなことが語られた。

少数ではあるが「障害がある子が生まれることが怖い」と書いた人もいるが、「自分の子どもだから産む」という。

「医師の指示を守って妊娠中に健康と栄養に気を配り、検査を受ける」「障害があっても医師の指示に従って最善の治療を受ける」と、忠実に医師や医療の方針を守りことも複数語られた。

参考引用文献

厚生労働省 2019「第5章第3節 ミャンマー連邦共和国」『世界の厚生労働：海外情勢報告 2019年』

白井千晶 2020「II-10 ミャンマー連邦共和国（ミャンマー）」『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』（科研費報告書）

独立行政法人国際協力機構（JICA）「事業・プロジェクト ミャンマー」

<https://www.jica.go.jp/project/myanmar/index.html>

6. おわりに

白井千晶

本報告書は、「アジアにおける出生前検査と障害をめぐる実証的研究」のうち、インターネットによるアンケート調査「アジア9か国における出産経験女性の出生前検査と障害観に関する調査」の一次報告書の抄録版にあたります。集計が含まれる全体版については、学術データベース等で所蔵を確認してください。

アジア9か国は、日本、韓国、台湾、ベトナム、ミャンマー、タイ、シンガポール、フィリピン、インドで、インターネットを使用して、2021年1~2月に、末子年齢5歳以下の出産経験女性に対して調査し、各国100名の回答を得ました。末子年齢5歳以下と条件付けしたのは、近年、アジアにおける出生前検査をめぐる動向が大きく変化しているため、直近の経験に揃えるためです。動向の変化と書きましたが、出生前検査を取り巻く環境の地域差も大きいので、地域の居住人口比で割付をおこないました。

出生前検査と障害観に関する意識・経験調査は世界的にも先行調査はほとんどないと思われませんが、なかでもアジアを対象にした調査は、初めてではないかと思えます。報告書本文に記載した通り、「アジア的」と一括りにすることができない多様性ととも、一定の傾向もまた、示唆されました。今後、さらに分析を進めて報告したいと思えます。

本研究では、各国でのインタビュー調査も計画しています。医療関係者、出産経験女性、障害のある人やその家族などに、出生前検査と障害観について、丁寧に聞き取り、量的調査と質的調査を合わせて分析し、公開する予定です。

調査メンバーおよび概要執筆国（所属・職位、掲載順は2022年時点のKAKENによる）

白井 千晶	静岡大学, 人文社会科学部, 教授 (ミャンマー、韓国)
二階堂 祐子	国立民族学博物館, 超域フィールド科学研究部, 外来研究員 (ベトナム)
菅野 摂子	埼玉大学, ダイバーシティ推進センター, 准教授 (日本、タイ、台湾)
洪 賢秀	明治学院大学, 社会学部, 研究員 (韓国、台湾)
松尾 瑞穂	国立民族学博物館, 超域フィールド科学研究部, 准教授 (インド、シンガポール)
木村 美也子	聖マリアンナ医科大学, 医学部, 講師 (フィリピン)

報告書担当 (量的調査班) : 菅野摂子、木村美也子、白井千晶

本研究はJSPS 科研費 20H01564 の助成を受けたものです。

アジアにおける出生前検査と障害をめぐる実証的研究 アンケート調査一次報告書 (抄録版)
日本学術振興会科学研究費補助金 基盤研究 B (20H01564)
研究代表者 白井千晶
2022年10月1日
shirai.chiaki@shizuoka.ac.jp