

第2章

産む

産む／産まない選択が行われる制度的インフラの日仏比較

岩本美砂子 *Iwamoto Misako*

はじめに

「フランスなら産める」という本が流行っている^①。日本では、産める訳がない、産みたいのに産めない、産んだらこんなはずでなかった、二度と産みたくない、およそ「にこやか」とは言い難い事態が少子化と並存しており、それとの対比で語られる。本章は、生身の身体の「産む／産まない」に関わる政策を比較する。日仏比較でよく扱う、非嫡出子の地位や、政府からの経済的支援や託児・育児支援は、触れない。他方養子制度は、中絶に厳しいキリスト教文化圏でその代案として提起されてきた。日本でも、合法的に中絶できる時期（現行の厚生省の通達で、二週と六日まで）を過ぎ、妊婦やその親（祖父母）が育てられなければ、迫られる選択だ。この知識を欠けば、妊婦は思い詰めかね

ない。この章では養子制度にも触れる。

具体的には、ピルなどの避妊、人工妊娠中絶（以下、中絶）、出産方法、授乳、産後の会陰の訓練、出生前診断、養子と養育費の取り立てを扱う。生殖医療は割愛した。省庁の管轄は、旧厚生省業務事務局、同医療部局、同母子保健部局（日本の中絶は一九九六まで精神保健部局が担当）であり、さらに社会保険部局と日本では避妊・中絶・生殖補助医療から消費税を徴収している^②ので、国税庁が関わる。特別養子や養育費の別れた親からの取り立ては、法務省管轄である。出生前診断における「過失」については、いくつかの裁判所で判決が出ている。これらの機関での決定に、全てではないが、立法や予算が枠組みを与えている。

「望まない妊娠をしたくない」「妊娠したが産む・産まないを迷う」という際、女性は、自分の健康や胎児の様子への不安に加え、これら一連の問題群を思い浮かべて、産む場合・産まない場合のシミュレーションをする。しかし、男性が作った制度は、縦割り部局に分かれている。本章は、管轄の壁を超えて女性の経験を確認し、日仏を比較する。一章としては過大だが、「一連の政策」という視角を優先する。日本の課題も、明らかにしたい。

I 避妊と中絶

仔牛・仔羊の料理は全部オスだが、日本の常識ではない。オスの幼畜は、種牛・種羊以外、早く

食べる。馬などオスの成畜は去勢する。家畜の生殖の管理は、牧畜文明の技である。西欧ではこうした技術を、ヒトに取り入れるべきかを問うた。キリスト教は、ヒトの生殖を神の領域に属するとした。避妊・中絶を禁止し、自慰・同性愛など生殖目的以外の性行為も禁止した。これらの禁止は、「そうしないことが自然だから」ではない。「全ての自然の上に立つ神の命令だから」反してはならないとされる。妊娠は、「その意図がなくても性交渉をした女性に父なる神が強制する」ので、ヒトが中絶してはならない。

これに対し日本では、一九〇〇年代になるまで軍部でさえ馬を去勢しなかった。現在でもペットの去勢・不妊手術に抵抗し、「不自然だからかわいそう」と言ったりする。こうした技術が外来であることも作用している。産まれたイヌ・ネコを捨てるのには、余り罪悪感がない。日本で「中絶は自然に反する」と言う時には、唯一神の生み出した自然でなく、「産む母性」をイコール自然だと前提している。中絶を間引きなどの子殺しと一続きとする言説には、子どもを生かしたり殺したりする母というイメージ（鬼子母神）が重なるが、これらの行為を「神の秩序に反する」とは言わない。「仏の慈悲で悔い改める」と言う。

一九七〇年代のウーマンリブが使った「産める社会を、産みたい社会を」というスローガンも、論理的に展開すれば、女性は子どもを産みたいもので、産めるだけたくさん産める社会こそあるべき社会だという、出産奨励主義的前提に立つと解しうる。母性とは「偉大な、産み出す自然」であり、これを守り、産ませない社会を克服するべきだという主張と言える。他方、産ませるのを神の意志とす

る社会では、これに対置されるのは、産みたくないこともある人間の女性である。欧米社会では、大きな抵抗に対して女性の「産まない」という意志を貫くために、権利という論理を編み出さなければならなかった。

戦後日本では、「避妊一般は自然に反する」とは言わず、「コンドームは自然に反する」とも言わなかったが、「ピルは自然に反する、身体によくない」という言説が多かった。だとしたら、「コンドームが止めないでピルが止める自然」が表象するものが問題である。それは、孕妊性、つまり着実な排卵であり、予測が難しく重い月経である。

予測が難しく重い月経については、一九八五年に雇用機会均等法が法制化される前に、労働基準法の狭義の母性保護でない「女性保護」（深夜業・残業の制限と生理休暇）削減が問題化し、日本のフェミニストは、一九七〇年代から八〇年代の「労働基準法改悪反対」の議論のなかで、「生理休暇を守れ」「私の生理はこんなに重い」という言説を交わしてきた。これに対し、生理休暇は日本独自のものであり、ピルが解禁されたり労働条件が整ったりすれば不要になり得るとか、男性の上司に生理休暇を申請するのはプライバシー上望ましくないという議論は、「フェミニストらしからぬ」とされた。戦後日本の女性労働運動では、生理休暇の取得は「解放」とされた。ここに、前近代のムラ社会で、月経中の女性がひとつの小屋で時間を共有したことや、最近まで初潮を赤飯で広めていた心性も、関わっていたかもしれない。

こうして、重い月経は孕妊性の証として祝福されたが、ピルは、月経を軽くし、起きる時期をコ

ントロールし排卵を抑えるのだから、「偉大な母なる自然」に反すると考えられた。一九七〇年代初頭、ピルの解禁を唱えたほぼ唯一の団体である「中ピ連」は、フェミニストの中でも「スキヤングル」とされ、ピルは、まともな選択肢と考えられなかった。

フランスでは、避妊用ピルは、米国に七年遅れ一九六七年に承認された。しかし、当時二二歳の成人年齢まで親の承諾が必要で、成人女性も、細々した規定によりアクセス困難であった。カトリックが色濃かったフランスでは、離婚の自由の確立は一九七五年と遅かった。最も切実にピルを必要とする未婚・未成年を含め一般の女性にアクセスが容易になったのは、ジスカールデスタン政権下の一九七四年である。中絶が解禁されるのが翌七五年で、その後も中絶へのアクセスは容易でなく、ピルは、まさに切実な要求に応えた。また、「排卵するのに人為的に受精させないこと」は「自然に反する」と考える一方、排卵自体の抑制には、心理的な壁が低かったのではないか。定期的に長期に服用するので、通常の医師の処方が必要とされたが、一九七六年、医療保険（全額負担の後、七割払い戻し）がカバーした。

中絶については、西欧では、英国が一九六七年に合法化、米国では一九七三年に、州の刑法における墮胎罪は憲法違反とする連邦最高裁判決が出た。フランスでは、一九七一年の中絶経験を告白した三三三人の女性の声明や、ポピニ裁判支援など女性運動が盛り上がり、一九七五年、ジスカールデスタン政権のシモーヌ・ベイユ厚生大臣が五年の時限立法で合法化した。中絶は、二名の医師が、精神的な健康を含む母体の健康上の重大な問題または、胎児の不治と認められる著しい重患を認めた場合、

期間は無制限に認められる。妊婦の困窮を理由とする時は、期間は妊娠一〇週まで（日本を含む通例のカウントで二二週）である。妊婦は、一度中絶を求めた後、中絶のリスクや出産すれば受けられるサービス（養子も含む）の情報を受け、一週間後に再請求すると中絶が認められる。未婚で未成年の場合、親の承諾が必要である（上村 [1988]）。

なお、医師には中絶をしない「良心の権利」が認められ、ベイユ法以後も実際に手術を受けるのは容易でなかった。合法中絶期間が過ぎると、この期間が長い外国に行くか、国内で違法中絶を受けるか出産するかという選択肢しなくなる。合法中絶期間が短いので、一〇週（のちに一二週）を経た中絶を全面禁止するのではないいわばクッションとして、胎児条項が機能している面がある。胎児条項の削除は女性の選択を狭くすると、フェミニストは強く反対する。

ベイユ法は、一九七九年、条件の緩和を伴わずに恒久法となった。一九八一年にミッテラン社会党政権が成立し、翌八二年、イベット・ルーディ女性省大臣が、中絶への国費からの、医療保険と同率の払い戻しを導入した。フランスでは、ポピニ裁判でも、墮胎罪は裕福な女性を罰しない（カネの力でヤミでも腕のいい医師を雇える）が、貧しい階級の女性に、子だくさんか違法中絶が望まない出産かを迫る、不公平なものだと批判された。この時は、望まない妊娠をしたのに財力がないから中絶できないのでは、「権利」として不十分だと論じた。さらに、いくつかの公立病院で中絶が受けられるよう制度を改正した。二〇〇〇年、妊娠一二週（日本流で一四週）までに、合法中絶期間を延長した。

「飲む中絶薬」RU-486（ミフェプリストン）はフランスで開発され、一九八八年から一二週ま

での中絶に導入された（日本は未承認。厚生労働省は個人輸入に警告を出し、用いにくくさせている——個人輸入で事故があった場合、国内の手続きをかなり省いて急遽輸入したバイアグラとは、判断が異なる）。初期中絶では、日本のような掻爬でなく、他国と同様真空吸引法だったが、医師の抵抗感が強かった。この薬で、医師は葛藤をある程度回避できる。服用した妊婦は自宅で、子宮内容物の脱落を経験する。約一割は薬だけではうまく流産しないので、事後の確認が不可欠で、もし不完全なら真空吸引を受けらる。

避妊のない性交渉の後、七十二時間以内に服用すれば、かなり妊娠を防ぐ緊急避妊用のモーニング・アフターピル（商品名ノルレボ）も、早く承認された（日本は未承認。必要なら同様の作用を持つ高用量ピルが処方される）。一九九九年、世界に先駆けて薬局で処方箋なしに販売する通達を、ジヨスパン社会党政権のセゴレーヌ・ロワイヤル厚生大臣が出した。年間、約一万人が利用している。さらに翌二〇〇〇年、中高校で、学校看護師によつて親の許可なく生徒に与えられると、彼女は通達を出した。後述の匿名出産の場合に親の許可はいらないから、出産を防ぐ薬に親の許可は不要と主張した。その後国務院が、一九六七年のニューイヴィルト法に反すると後者の通達を無効にした。⁽⁴⁾しかし、それを逆転する法律が同年一二月に議會で成立した。⁽⁵⁾なお、モーニング・アフターピルは通常ありえない大量のエストロゲンとプロゲステロンを飲むので、吐き気など副作用が強く乱用は余り考えられない。日本では、離婚の縛りは小さかった。一九四七年に当時は先進的な、破綻主義に基づく離婚制度となった。戦後のベビーブームと食糧難のなか、一九四八年に（ロシア革命後に一時的に墮胎罪を廃止し

たソ連を除く)世界に先駆け、優生保護法によって中絶を合法化した。優生学的理由のほか社会的適
用として翌四九年に経済的理由を明記し、一九五二年には、それまで必要だった都道府県優生保護審
査会による事前審査を、廃止した。同法の中絶は、医師一人の認定による。本人および(配偶者がわかっ
ている時は)配偶者の同意を必要とする。しかし同意書は、医師の面前で署名する必要がなく、二名
の署名と異なる形の印とがあれば、通る。なお、未成年者の優生手術(現不妊手術)には親の同意が
必要だが、中絶にこの規定はない。

合法中絶が、一時年間一〇〇万件を超えた。どの文化圏でも、また非合法でも、女性の一部は中
絶を試みてきたので、日本の事例は著しく特異ではない。他方、優生保護法は産科医のイニシアティ
ブでできたのであり、広く女性の声を集めてきたのではない。女性たちは、制度が受け入れた出産
の調節法に、必要ならおとなしく、またはしぶしぶ従った。宿った命と考えれば、後ろめたさはあつ
た。しかし、江戸時代には間引きの慣行とともにあつた仏教や神道は、これを禁じていない。また中
絶は、「母性への反乱」とは意識されなかつた。おそらく「望まない妊娠」が、「人知を超える荒ぶる
母性のなせるわざ」と意識され、荒々しさの平癒を祈つて、その乱調を止めると意識されたのではな
いか。優生保護法で、優生学以外の理由の中絶は、「母性保護」にかかわるものとされており、「母性
の否定」ではない。「産みたい分だけ少なく産む」ことが、保護された母性のあり方とされた。

日本の産婦人科で中絶を行わないのは、カトリックの病院など例外的だ。費用は、保険外の自由診
療である。導入当時、正常分娩は助産師が扱っており、「病院で出産するぜいたくは自由診療」とい

う位置づけにも、政策的整合性があった。しかし、一九六〇年代に病院出産が主流になり、見直す可能性があった。一九六五年、自民党・社会党・民社党の女性議員がそれぞれ議員提案を行った母子保健法制定過程で正常分娩への保険適用がアジェンダとなったが、自民党が反対し、法律に入らなかった。中絶費用に触れる者はなかった。

一九五〇年代後半、多産がまだ問題だった頃、助産師が、使い捨てのコンドームによる避妊を粘り強く普及させた。また大企業では、合理的な生活を推進した「新生活運動」の一環で、家族計画指導を行った（フーグレン [2008]）。一九三〇年代のベッサリーによる避妊から、一九四〇年代前半の「産めよ殖やせよ」の断絶をへて、「避妊と言えばコンドーム」の時代が訪れた。「避妊と言えばコンドーム」が定着したのは、「自然」ではなく、布オムツの干された家を訪ね回った助産師の人為的努力の成果である。なお、若手労働力不足が意識されると、この動きは弱まった。

婚前交渉がタブーの時代には結婚したカップルに限ってコンドームを勧めるという方法も有効だったであろう。それは、ピルより確実性は低くても、失敗した時に合法中絶があり、大きな不都合はなかっただろう。しかし一九六〇年代以降も、外国で承認されたピルのような避妊手段へのアクセスが人為的に限定されていた。こうした状況下で望まない妊娠や中絶を半ば強いられる事態は、処罰はなくても、女性は「自分が大切にされている」と意識しにくかった。そしてコンドームは、男性に、避妊する／しないの決定権をゆだねるものなのだ。

実は高用量ピルは、日本でも、一九五九年に「月経困難等医療」用に承認された。米国でも、まず

治療目的で承認され、避妊に流用されたことから避妊目的で審査され、一九六〇年に避妊用で承認された。日本でも避妊目的での承認が進みかけたが、一九六五年の新薬承認に関わる中央薬事審議会(議事録非公開)で、理由不明で承認が見送られた。もちろん、避妊目的での脱法的な服用は広がったが、

一九七二年、厚生省は高用量ピルを要処方薬に指定し、薬局の棚からリコールした。

一九七三年、現在のホルモン量が低く、それゆえ重篤な副作用の血栓症も、軽い副作用の吐き気や頭痛なども少ない、避妊のみが目的の低用量ピルが開発された。先進諸国では、低用量ピルが数年のうちに席捲した。しかし日本は、一九九九年まで低用量ピルを承認しなかった。避妊用にピルを飲みたい女性は、政治的な「非決定」によって、不必要に量の多いホルモン剤を飲まされ続けた。目的外の服用で、害があれば自己責任とされ、一般女性はピルを敬遠した。

一九八五年まで、日本母性保護協会(現日本産婦人科医会)は、低用量ピル承認に消極的だった。しかし少子化は、妊娠の減少を伴った。産科医は経済的問題に直面し、ようやく、妊娠してない女性を産婦人科に通わせる低用量ピルに注目した。一九八六年、厚生省も承認向け手続きを開始し、約五〇〇〇人の女性が低用量ピルを飲み、一九九〇年に治験が終了し、問題ないとされた。けれど、一九九二年の中央薬事審議会以降、何度も理由不詳で承認が見送られた。一九九九年になって、男性用勃起不全治療薬バイアグラが異例のスピードで承認され、低用量ピルの長年の棚ざらしが男女の性について「政府の性の二重基準」によると批判されて初めて、急遽承認された。

しかし、低用量ピルは、医師の処方が必要な上に保険適用外で、現在でも二八日分が二五〇〇―

三〇〇〇円に設定されている。私は、二〇〇二年にバリの薬局で処方箋なしでピルを求めたが、同額で三カ月分購入できた。正規の手続きなら、払い戻しで負担はさらに三割に減る。日本の正規価格は、フランスの一〇倍である。他方、承認時に未成年への処方論は議論にならなかったが、「構わない」からでなく、「未婚女性の性」が、まだ政策決定過程では正統なアジェンダとされていないことによる。

さらに、「身体によくない」「自然でない」という言説が大量に出回ってきた。一般の「副作用がかわい」という言説は、根拠ゼロではないが、針小棒大である。これを打破する性教育が、日本では行われていない。二〇〇二年に文部科学省が配布した性教育の小冊子『ラブ&ボディBOOK』が、ピルでの避妊を進めるとバッシングされ、回収になった。これ以降、表だってピルの知識を広める試みはない。つまり、一定の財力と、普通は得にくい知識を持つ女性のみが、低用量ピルを服用できる。フランスでは正面から否定された、リプロダクティブ・ライツの女性間格差が存在している。日本では中絶も保険がきかず、ここにも格差がある。低年齢や低所得の女性が直面する望まない妊娠という問題は、解決すべき問題とされてこなかった。

私が、ピル承認後男子学生と授業外で避妊について話した際、まじめな学生ほど「女性にピルを飲ませたくない」と語った。金銭問題とは別に、女性の身体に負担が大きいと強く意識される一方、他の避妊方法ではかなり妊娠する率が高いとは意識されていない。男性が誠実でも、予期しない・望まない妊娠は、女性には心理的負担が大きい。避妊の失敗率を視野に入れて、個々のカップルや女性が決定できるようにする支援が、不可欠であろう。

なお、低用量ピルを日本で販売する製薬会社五社によって運営される「OCC情報センター」（低用量ピルに関する広報機関）によれば、ピルの服用者は二〇〇一年の二〇・〇万人から、二〇〇九年には六五・七万人に増えたと推測されている。^⑦

II 出産

フランスでは、一九九八年に五八%、二〇〇三年に六三%の出産が硬膜外麻酔^⑧で、パリでは九割に上ると言う。麻酔による無痛分娩や、妊娠中・産後の検診を含め、国が費用を一〇割払い戻している。日本では、麻酔分娩は稀だ。出産の痛みには、過剰な意味付与が行われている（天野 [2003]、田辺（西野） [2006]）。無痛分娩が「子どもによくない」という言説は、全身麻酔の時期の出生時に泣き声を上げないスリーピングベビーのイメージが、硬膜外麻酔（部分麻酔）が主流になっても続いている。「ピルの副作用」についての過大なイメージと同様、「偉大な産む母性」に対する人為的介入は不安」という基底の意識が作用しているのではないか。

加えて、日本で麻酔出産が普及しないのには、麻酔医不足と産科病院の集約不足という構造的な背景がある。^⑨ また、保険を適用しない方針である。日本では、正常分娩・避妊・生殖補助医療・医療目的外の中絶に保険が効かないが、帝王切開など、「異常分娩」は給付される。正常分娩も異常分娩も、別に出産手当が出る。麻酔分は、医療目的以外給付されず、正常分娩費用の四〇万円程度（手

当は、これをカバーする一定額)に、産院によって二一〇万円が付加される。韓国で無痛分娩に保険を適用するのだから、日本のありようは、政策的な不作為とも言えよう。

酒井順子は、二〇〇三年のベストセラー『負け犬の遠吠え』の三年前の『少子』(酒井 [2001])冒頭で、産まない理由として、出産の痛みへの恐怖をあげた。実際に出産を控えている女性たちは、自然分娩がよいという他、無痛分娩の是非や、どこかの病院で無痛分娩を扱うかとか、料金について情報を交わしている。しかし、政策的に麻酔分娩を援助するべきだという議論は見かけない¹⁰。海外でのお産や、母体の回復が早いという無痛分娩のメリットの情報は、増えつつある。状況は変わるかもしれないが、「ピルの是非」から「ピル不承認の是非」に議論が移るのに二〇年かかったので、即時ではないだろう。また、麻酔医不足は、医師免許取得者が自由に診療科目を選べる現状では、たちには解決できない。

日本では、米国経由のラマーズ法が流行したが、今日ではソフロジである。ラマーズ法はソ連で始まりフランスで体系化され、ソフロジもフランス発である。無痛分娩の多いフランスで、オルタナティブとして提案された自然分娩の改善法が、「お産は痛いのが当たり前」、「おなかを痛めない」と母性愛がわかない」という考えの強い日本で、主流の方法となっているのは、皮肉であろう。

III 授乳

厚生労働省のホームページを「母乳」で検索すると、「乳幼児突然死症候群（SIDS）対策強化月間（一一月）の実施について」として、「人工乳が乳幼児突然死症候群（SIDS）を引き起こすものではありませんが、できるだけ母乳で育てるようにしましょう」という文章がヒットする⁽¹⁾。この文章は「が、」の前後に論理的繋がりがなく、母乳の効用を説くなら別の形で行うべきだ。これと別に、同省による一〇年おきの『乳幼児栄養調査（二〇〇五年）』⁽²⁾では、授乳期の栄養方法は、一〇年前に比べ母乳を与える割合（母乳栄養と混合栄養の合計）が増加し、生後一カ月では約九五％、三カ月では約八〇％。また、母乳のみを与える（母乳栄養）割合は、生後一カ月で約四二％、三カ月で三八％となっている。

最近、「完全母乳」の略で「完母」という言葉ができた⁽³⁾（図1）。日本は、完全母乳の割合も高く、混合栄養でも一二月、ないし育児休暇を保育所の入所に合わせて切り上げる三月末まで飲ませることが多い。にもか

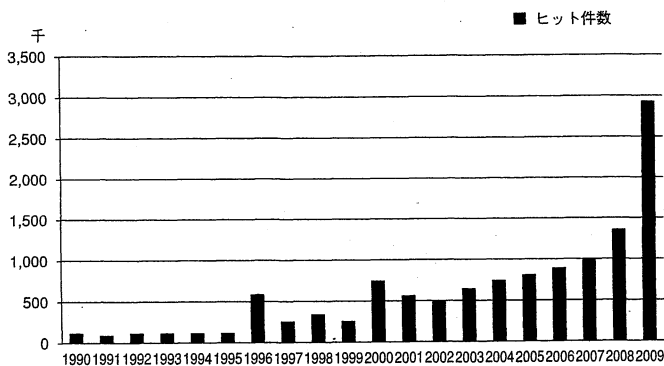


図1 「完母」でのgoogle検索結果

わらず、「完全母乳」でない¹と母として欠けるといふ言説や、「必ず出ます」といふ客観性のない「励まし」の言説があふれ、人工乳を肯定すれば起こらないような、「母乳育児ノイローゼ」が発生している。

フランスでは、例えばアントワヌ・ベクレール病院の研究で、出産直後に母乳を与える割合が七三%、そのうちの八九%が一カ月まで授乳（一カ月の乳児のうち六四%^{*}）、但し、そのマタニティ・センターから離れた者では六八%。^{*}印のうち一カ月から六カ月まで与えたのは三七%で、全乳児のなかでは一一%である。これはミルク併用も含んだ数字だが、フランス全土で同様の傾向と言われる⁽¹⁾。母乳を与えても一〇週の産後休暇終了までが多く、フランスでの母乳は、ヨーロッパでも最低水準である。

日本と違って、出産前に、全部母乳・全部人工乳・混合を選ぶことができる。全部人工乳を選ぶ場合、母乳が出るのを待たず母乳を止めるホルモン剤を処方する。全部母乳か混合を選んでも、出なければあきらめ、長く母乳を与えるべきという文化がない。また、全部粉ミルクの場合は通常のピルが、母乳を与える場合は、プロゲステロゲンだけのミニピルが処方される（日本は未承認、授乳中は他の避妊に頼らざるをえない）。費用は全額払い戻し。また、粉ミルクも医師が処方し、払い戻される。子どもが夜間長く寝るよう、デンプン入りのミルクもある。

母乳を与えない女性は、働きながらの育児スタイルとしての選択のほか、タバコを吸いたいか、よい形の乳房を保ちたいという理由もある。子どもでなく、男性パートナー優先とも言われる。前出

の研究で、近年は母乳の比率が若干高まっており、とくに学歴の高い女性で増加していると指摘されている。

一九八九年、WHO（世界保健機関）とUNICEF（国連児童基金）は、世界の産科医療関係者に、母乳育児を保護・推進・支援するよう呼びかけ、「母乳育児成功のための一〇か条」を共同宣言した。また一九九二年、八月一日を「世界母乳の日」、八月第一週を「世界母乳週間」と定めてキャンペーンを推進している。日本にこの動きを伝える人々は、「母乳育児でなくてはいけない」という雰囲気、さらに強化している。

実は国際機関の動きには、日本で知られていない背景がある。一九七〇年代発展途上国で、人工乳メーカーの職員が医療従事者を装い、大量に粉ミルクを広めた。ところが、水を含む衛生状況が悪く、お湯で作る人工乳によって乳児の栄養・健康状態が悪化し、死亡例も多かった。シェアの半分を占めるネスレは、「ベビー・キラー」と言われた。WHOなどが母乳を広めるのは、過剰な医療介入が母子の生活を落とすという問題意識のほか、衛生状態が悪いところでの母乳の相対的な安全性を称え、「粉ミルク国際資本」に対抗しようという意図による。医療従事者への推奨であり、母乳だけがよいと言わず、母親に説く形ではない。日本では、粉ミルクに消費税も含めカネがかかるが、経済的理由で母乳を愛好しているケースばかりではない。「母子の絆を強める」「子どもに良い」という言説が、呪文のように母親をしばっている¹⁵。

日本では、麻酔分娩が行き渡らないうちに、「女性の身体のすばらしさの回復」を唱える「自然出

産原理主義」「母乳原理主義」が登場した(三砂 [2004]、[2008]、[2009]、桜沢 [2003]、大葉 [2003] など)。オムツさえ使わず子どもの排泄を事前に察知して対応し、経血は膣口を締めることでトイレまで貯めておけるという。鍛錬すれば可能かもしれないが、一般の女性には高レベル過ぎる。またそうしたことに神経を使うと、現代の雇用労働者として役に立たない。しかし読者には、排泄の事前察知や経血を自力で体内に保つことができないなら、「せめて自然分娩と母乳育児くらい実行しなくては」と思わせる。「痛くないなら」産んでみたいとか、「母乳に振り回されなければ」育ててみたいとかいうニーズは、存在していても注目されにくい。

IV 産後のペリネ(骨盤底筋)の訓練

日本では、骨盤底という言葉は、十分には普及していない。一般的に言うなら「あそこ」の筋肉である。その締まりの回復は、公の政策問題として指摘されることはなく、産後シェイプアップや尿失禁予防という言葉に溶け込ませて、オプシオンの形で理解されている。

フランスでは、一九八五年以降、医師が処方した理学療法士による産後骨盤底訓練一〇回分の一〇〇%が保険から払い戻され、それ以上でも六〇%払い戻される。尿漏れだけでなく、将来の性器脱などを予防し、性功能の回復としても理解されている。フランスの理学療法士や産科医はこの制度化を押ししたが、ミッテラン政権の親女性政策のひとつである。フランスでは、日本と違って理学療法士に

開業権があり、出産した病院で紹介される。¹⁶⁾

これに対して、日本では女性の性機能が顧みられていない。また私自身、開業医での出産体験で、産後の腹筋・背筋回復のためとされる体操を教えられ損なった。腰痛になり、しかも産後すぐという理由でそのケアが受けられなかった。日本の病院では、分娩後、入院七日間のスケジュールが決まっている。シャワーの許可・新生児との同室・沐浴指導・産後体操・乳房のマッサージと母乳の授乳指導などである。私に産後体操を教えなかった理由は、急なお産がたてこんで手がなくなつたからだという。しかし、隠れた理由として、母乳指導など他のスケジュールの優先度が高いことがある。フランスでは入院は三日で、産後の母体の訓練はアウトソーシングされ、母乳マッサージは行わない。¹⁷⁾

日本での骨盤底の訓練は、膣と肛門を締めるとか、排尿を途中で止めるようにする体操を指し、産後の入院中のメニューとして指導するところもあるが、その有無で入院先を選べるような状況にはない。あるいは本やDVDを見て自分で行うか、自由診療で指導を行っているところか各種エクササイズに取り入れているところを見つけたですが、都市部に少しあるだけだ。訓練が自己流だと、かえって性器脱を促進するともいう。国内で骨盤底訓練を実施している病院は、米国製の磁気による機械を入れている。フランスの例では、電気の通った膣棒や療法士の指を膣に入れての締め具合の調整が紹介されているが(玄田・斎藤 [2007: 49-57])、この米国製の機械は着衣のまま使用するもので、日本の女性の抵抗感に対応している。

骨盤底を放置すると、尿漏れ・性器脱を起こしやすいので、保険適用のロジックはあるが、日本

の医療保険は予防に使えない¹⁸⁾。フランスでは、骨盤底訓練の制度化から一〇年後に出生率が回復した。他の手当も同時に改善されたが、この訓練のおかげで第二子・第三子を妊娠しやすかったとの声もある。将来を考へるのなら、これに、満期産でゼロになる腹筋や、背筋・足腰の回復も加えて実施するべきだろう。日本では理学療法士に開業権がなく、さらに最近他の資格と統合され、療法の保険点数も下げられた。医療費増大に制約をかけようとして産科領域への療法の導入を抑え、先になつて多くの尿漏れ・性器脱の女性（重症なら手術が必要）や、足腰が立たない要介護度の高い女性を生み出すなら、本末転倒である。

V 出生前診断

妊娠中、妊婦は自分の健康のほか、元気な子どもが産まれるかどうか、氣を揉む。子どもの幸福を願うほか、自分のライフスタイルに大きな制約が加わらないか懸念する。生命の選別は良くない、「どんな子どもでも受け入れるのが母性だ」、障害のある子どもを不幸と決めつけるのは正しくない、と言われることもある。しかし、「障害のある子どもを持つこと」と「母親の幸福」の関係について、「優生学的であつてはならない」という議論だけでは、不十分と考へる。障害へのケアが充実し、子どもを受け入れる環境があれば、子どもは安心して過ごせる。だが、そのケアや環境が圧倒的に母親の無償労働に依存するなら、彼女たちの中の「子どもに常時縛られる」ことを受け入れられない感情が、

強くなることは理解されるだろう。

出生前診断のうち胎児診断のみを取り上げたい。超音波診断、母体血清マーカーテストと、羊水検査¹⁹⁾である。マーカーテストは、トリプルマーカーやクアトロテストとか言うものだ。ダウン症（トリソミー21・21番目の染色体が2でなく3ある）とトリソミー18、二分脊椎などの神経管閉鎖障害が、確率で診断される。妊婦の年齢によってダウン症の確率は上がるが、日本では三五歳の妊娠での確率（1/295）より検査結果の確率が高いと、「陽性」と言われる。他方、検査結果が低くても、ダウン症の子どもが産まれることはある。羊水検査は、ダウン症を含む染色体のトリソミーや、ターナー症候群など性染色体異常や他の染色体異常の、確定診断となる。羊水穿刺によって約1/300の確率で流産すると言われ、検査実施はこの危険性との関係で判断されることが多い。

超音波診断は、日本では「出生前診断」と意識されることが少ない（柘植ほか [2009]）が、心臓の「奇形」、口唇口蓋裂や、頸部浮腫（NT）によるダウン症の疑いの診断などが行われ、その結果、精密な超音波検査や羊水検査を勧める医師も少なくない。けれども、「疑わしい」とされた場合にも検査を進めても障害が見つからないことが多い。逆にこれらの検査でも、全ての障害はわからない。検査によってわからない遺伝病、染色体異常、先天的「奇形」、他の感染性・毒性による疾患、遺伝子の異常などが起こることがあり、出産時に負う障害もある。男性は、女性ほど深刻に考えないことがある（柘植ほか [2009: 259-60]）が、差別意識がないのではなく、「自分の子どもに障害は起こらない」と思いこんでいるゆえなので、強い選別意識を持つとも言える。

出生前診断が社会的・倫理的に緊張を招くのは、障害のある人の生命の重みという問題と、それが、誰がケアを担い、誰が費用負担するかという問題を伴って現れることによる。議会は、中絶ができる理由に胎児の障害を加えるか否か⁽²⁰⁾、イギリスのようにマーカーのスクリーニングを義務づけるか否か、決定する。検査費用を公の負担とするか、障害を持つ子どものケアをどこまで公費負担するのかも、決定している。司法は、個々の民事訴訟に即して、胎児の障害の可能性を親に告げなかった「過失」について賠償責任があるか否かを決定している。次に見る「反ペリユシユ法」のように、立法がこうした裁判のあり方を規定する場合もある。

フランスでは、二〇〇三年の数字で、遺伝病を理由とするリスクが高い女性（一%弱）以外の女性も、四人に三人がマーカーテストを受けている。超音波診断は、全妊娠経過のうち平均四・三回、羊水検査は一%である⁽²¹⁾。費用は一〇〇%払い戻される。羊水検査を受け、確定診断を受けて中絶するケースが、一九九〇年に三八・六%、二〇〇一年に七五・五%というデータがある⁽²²⁾。出生前診断や中絶を受けることは、義務ではなく「女性の自己決定」に依るとしているが、一九七五年法以来、立法で胎児の障害を理由とした中絶を認め、マーカーテストや羊水検査は費用の負担がない。ここに「隠れた優生主義」があると、指摘されている（山本 [2007]）。

さらに、診断の過失によって中絶の機会を失ったという訴えについて、裁判が行われてきた。二〇〇〇年に破棄院が、出生前診断の「過失（妊婦の風疹抗体値を誤って伝えた）」によって障害児が産まれたとして、親の精神的負担への慰謝料のみでなく、「障害ある生を損害とする」子への金銭的賠償

を認め（ペリュシユ判決）、多くの議論を呼んだ。二〇〇二年、今度は議会が、子による、その生を損害とする賠償は認めないという、いわゆる「反ペリュシユ法」を、中絶反対派の後押しも得て作った（柿本 [2007]）。二〇〇五年にはヨーロッパ人権裁判所が、「反ペリュシユ法」が親への金銭的賠償まで否定するのは、正当な賠償を奪いヨーロッパ人権条約に違反するとした。フランス国内の破産院、国務院は、小児脊髄性筋萎縮のケースと、重篤な脳奇形・身体障害のケースにつき、人権裁判所の決定に沿った判決を出すようになった（本田 [2008a]、本田 [2008b]）。

日本では、フランスと異なり中絶に関する法規に胎児条項はないが、旧優生保護法・母体保護法の「身体的または経済的理由」によって受けられる中絶のなかで、胎児の障害を理由とするものも行われている。羊水検査は年間約一万件で、マーカーテストは一万五〇〇〇件程度と言われる（佐藤 [1995: 52]）。費用は自費負担で、マーカーテストは一―二万円、羊水検査は数万から一〇万円強かかる。希望しても、経済的理由や近くで実施してないという理由で受けられないことも考えられる。マーカーテストは妊娠一五週頃に行い、その結果によって、合法中絶限度の妊娠二―三週までに羊水検査の結果が出るよう時期が設定されている。もし中絶するならば、妊娠二―三週以降の中期以降は国内では陣痛をつけて行っており、一〇―二〇万円ほどの自由診療である。

日本では、風疹症候群児について、胎児が障害を持つ可能性を中絶可能な時期に告げなかった医師に親の精神的苦痛への賠償責任を認めた判決が三つ東京地裁であるが、その後、認めない判決が前橋地裁で一つ出ている。「望まない」ダウン症児の出生をめぐることは、京都地裁が、三九歳の妊婦へ

の医療者による出生前検査に関する積極的情報提供義務を否定し、妊婦が提供を要請しても、出産を検討する機会を保証する必要はないとしている。東京高等裁判所は、中絶に関してではないが二〇〇五年、障害児の出生を避妊によって回避する判断を失わせたとして医師の説明義務違反を認め、親の精神的苦痛への賠償と金銭上の賠償を認めた判決がある。中絶については胎児の障害を理由とするものが法的に認められていないのに対し、避妊は、夫婦が取りうる正当な手段とされていることが、判断を分けたと言う(服部 [2008: 125-53]、石川 [2006: 167-9])。

法学の学説では、障害のある子によるその生まれたことを理由とする損害賠償は認めないが、親の精神的苦痛・金銭的負担について、すべて認めないもの、前者だけ認めるもの、両方とも認めるものに分かれている。現状では後者を認めたからと言って、障害のある子の存在価値を否定しない、とも言(服部 [2008: 154-6])。他の理由による中絶も、「身体的または経済的理由」に当たるとして広く行われているので、妊婦に出産を検討する機会を失わせることが全く権利侵害にあたらない、と言うことも難しい。他方、議会は、検査の機会をどう示すべきか、また検査があることを告げなかった場合にどのように賠償を認めるのか、決定を行っていない。

一九九八年の厚生科学審議会先端医療技術評価部会「出生前診断に関する専門部会」の「母体血清マーカー試験に関する見解」(「まだ十分なカウンセリング体制が出来ていない日本では、医師は妊婦にこの試験を勧めたり、積極的に情報を与えたりするべきではなく、また検査企業はパンフレット等を妊婦に配布すべきではない」)が、厚生省から通達として示されている。日本産科婦人科学会は、その倫理委員

会見解を改訂して、「出生前に行われる検査および診断に関する見解（二〇〇七年二月）」として、検査を受けられるのは、「夫婦のいずれかが染色体異常の保因者、染色体異常児を分娩した既往を有する者、高齢妊娠、重篤な伴性劣性遺伝性疾患の保因者、重篤で胎児診断が可能な先天性代謝異常症の保因者、重篤でDNA診断が可能な遺伝性疾患の保因者、その他重篤な胎児異常の恐れがある者に限る」と示している。しかしこれらは、法律や、強制加入の職能団体によるルールではない。行政の通達や任意団体の見解であり、こうしたレベルの「規範」に検査を受ける機会のコントロールを代行させているのは、問題だと考える。

日本の女性の体験に関する調査では、医師はマーカー検査や羊水検査について、まったく情報を与えない、聞かれれば与える、何らかのガイドラインに沿って与える、どの妊婦にも与えるなど、対応がばらばらである（柘植ほか [2009: 147-51, 203-5, 361-70]）。また、倫理委員会の見解に従うとしても、最終項目にある「その他重篤な胎児異常の恐れ」は、あいまいである。

他方、超音波診断はルーティンの妊婦検診に組み込まれ、上記の見解による限定の対象外にされている。一二回ほどの妊婦検診のたび、「値段は高いが、赤ちゃんに会える」と楽しみにする女性も多く、写真や動画を保存したり他の人に見せたりしている。この診断も自由診療であり、日本では医療予算の観点からの受診抑制が働いてない。超音波診断は、多くの国では妊婦の主治医とは別の専門家が行い、回数²⁶は三回程度である。超音波が胎児に有害だという説も作用して受診回数を抑えているが、日本ではこの説は劣勢である。マーカーテスト²⁶の受診者が少なくても、産科医が頻繁な超音波

診断で「異常」や「障害のおそれ」をある程度診断しており、部分的に機能的な代替が行われている。また、きちんと「出生前診断」と位置づけられておらず、インフォームド同意で胎児の障害のない障害のおそれを発見し、妊婦に伝えてしまふという問題がある。²⁷⁾

マーカートテストや羊水検査については、医師は情報を与えなくてよいとされ、妊婦が自分で知っているか調べるかしないと、知らないままのことも多い(柘植ほか [2009: 147-51, 203-5, 361-70])。知らせるにしても、それが適切で十分な情報であったかどうか、モニターが十分には行われていない。妊婦が検査を受ける場合も、医師しだいで、詳しく教えられたり、何も教えられないまま「超音波がちょっと心配だから、見てみましょう」と言われたり、「誰でも受ける検査だ」とか「念のための確認に過ぎない」という意識で受けることが少なくない(塚本 [2005]、山中 [2010])。

なお検査の結果は、大概「障害は見つからなかった」となるが、高い障害の確率や確定的な診断を受けた妊婦は、心の準備が不十分で、その障害のある子どもが実際どう育っているか、親の負担はどうかを知る機会が余りなく、大きく動揺する可能性がある。こうした中では、医師の示唆する次の段階に、他の選択肢を考えずに進みがちだろう。遺伝カウンセリングは普及²⁸⁾しておらず、自由診療である。この日本の事態は、妊婦に対して「知らしむべからず、(当たった医師に) 依らしむべし」という支配が行われていると、言えないだろうか。服部篤美の示した、「そもそも自己責任を強調しその決定を生ませない方向へと誘導する社会は、真に自己決定を尊重している社会とはいえない。しかし他方、障害児の出産回避選択を少なくするために、必要な情報を与えないことで選択機会を与えずにお

く、あるいは選択肢を實質的に奪ってしまう方法を社会が用いることも、個人を強制的に産むしかない立場に追い込むもので、社会のよりよいかかわり方なのか」(服部 [2008: 159]) という疑問を、共有したい。

フランスでは、費用がかかることを理由として検査を受けられない妊婦はないことになっている。検査を普及させたことや、個々の女性の判断が結果的に優生学的に作用するという大きな問題はあるが、女性間の公平を優先させるという意志が見て取れる。障害児・障害者をめぐる環境は、日本はフランスに劣る。障害のある子どもを抱えて女性が「幸福に」生きられるかどうかの中絶という選択の賭け金であり、その「幸福」のなかに優生学的なドライブがあれば、確かに問題である。しかし日本では、なお、「障害のある子どもにとこまで母親が尽くせるか」が問題とされ、「親が死んだあとどうなるか」の心配さえしなければならぬ。賭け金が過大である。確かに障害のある子どもを持つて働き続けている女性もいる(玉井 [2008: 179, 80]) が、一般の妊娠した女性の七割が退職しているというワークライフバランスの悪い職場の現状では、当事者にかかる圧力はさらに大きいであろう。

「母親なんだから」と過剰な負担をかけるのではなく、社会的な障害児・障害者へのケアを充実させることが、女性の生き方の選択肢を広くし、出産に躊躇する女性にも、産みやすくさせることになる。他方、検査機会の不均衡や情報格差を埋めなくてよいのか、あるいはどう埋めるべきか、議会が明示的に決定することが必要と言えよう。議論や、責任の所在の確定が、不可欠と考える。

VI 匿名出産と特別養子・養育費

匿名出産は、フランス革命以前にさかのぼる。間引きも中絶も宗教上認められず、カトリック教会が、望まない出産の受け皿だった。妊婦に出産時のケアを提供し、子どもを養子に出したり、修道院で育てたりした。母親と子どもは、関係がないものとされた。ナポレオンは政教分離の立場から、国がこうした出産の面倒を見ることにした。妊婦には国が出産をケアし、子どもは「国家の孤児」とされた。男子は、係累なく育つことから「死をおそれない」兵士になるとされ、女子には単純作業が割り振られた。

現在でも、妊婦が中絶を望まないが育てられない場合や、出産を望まないのに中絶できる時期を過ぎた場合、匿名出産を選べば、公立病院で無料・匿名で出産できる。女性の法的記録に、出産が残らない。子どもは、孤児として養子に出される。妊婦の生命の万一に備えて、病院は個人情報をついで預かる。無事に出産すれば、中身を見ずに返す(西[2001]、Kokado [2004])。熊本の民間病院で「赤ちゃんポスト」を導入したが、元になったドイツの制度は、これに似ている。しかし、産後すぐ母親が預けに来て、母体のフォローができない(但しドイツでは、未成年の妊娠には、別途サポートが用意されている)。これに対し匿名出産は、産婦を数日ケアする点で優ると言われる。

二〇〇〇年代にはいつて、子どもが自身の出自を知る権利という観点から、母親の個人情報については開示されうるようになったが、母親が望まない場合、情報を残さない道が残っている。どちらの

場合も、父親の情報はわからない(柿本 [2008])。

匿名出産は、年間五〇〇人程度である。フランスは米国と並ぶ養子大国で国外からの養子も多く、引き取り希望者は多い³⁰⁾。養子を取るのには二八歳以上なら単身者でもよい。フランスでは労働法に、産後休暇・育児休暇と同様に養子を得た際の休暇が定められている。また、「出産または養子を取った際」や「子どもを扶養する際」に支給される手当や、養子手当がある。なお、同性カップルは養子が取れないとされていたが、ヨーロッパ人権裁判所を経た長い法廷闘争の末、二〇〇九年二月ブザンソンの行政裁判所が養子を認めなかった決定を覆し、レスビアン女性の主張を認めた³¹⁾。

日本では、中絶されかけた子どもを無償斡旋し実子として届けていた菊田昇医師が、一九七三年に告発された。この事件も契機として、実親との法的関係をなくする特別養子制度の導入が検討された。中絶や子どもが捨てられるのを防ぐ、子どもの養育条件を整える、従来の実子を装う届出をなくすといった点から(吉田 [2009: 87]、米倉 [1999]、鮫島 [2006])、新制度の立法が本格化し、一九八七年に成立した。同法では、子どもは六歳未満、父母による監護が著しく困難または不適当などの特別の事情があり、子のために特に必要でなければならぬ。養親となるには、二五歳以上で結婚している必要がある(根津・沢見 [2009])³²⁾。子どもの戸籍を実子とほぼ同然にする。年間四〇〇件程度だが、日本はフランスより人口が多いので、匿名出産の約半分の規模と言える。

ただ、母親の戸籍には出産の記録が残る³³⁾。立法過程で、望まぬ妊娠をし、子どもを自分で育てようとしぬ女性を、国会議員が「ふしだら」と見るかもしれず、彼女たちへの配慮条項を入れると、

特別養子制度自体の成立が危ぶまれた（吉田 [2009: 88]）。産婦への医療提供には予算が付かず、カウンセリングも設定されてない。

この他に日本は、海外への養子送り出し国である（朝日新聞大阪社会部 [1995]、舟越 [2004]、高倉 [2006]）。厚生労働省は、国内で養子の手続きがされた例を部分的に把握していたものの、国外で手続きされた場合を管轄する外務省が、実数を把握していなかった。後者は、前者の三倍ほどあると言われる。アメリカへ渡る年間約五〇人は、先進国としては異例の多さと指摘される（奥田 [2004: 19]）。斡旋の際の養子元・養子先からの費用徴収、売春目的や臓器移植目的でないかなど、斡旋業者 [9] のチェックがなされていない（湯沢 [2007]）。日本は、「国際養子に関するハーグ条約」も批准していない（奥田 [2004: 18-22]）。日本人ないし日本居住者の子どもなのに、法律外・政府の管轄外の存在としてしまっている。

児童養護施設からの普通養子の運用の条件は、夫婦そろっており妻は専業主婦と、フランスより厳しい。同性愛者の権利という問題提起はなく、働く女性が養子を取る権利、養子が働く女性に育てられる可能性を閉ざしている。労働法に「養子」理由の休暇がない日本では、「大いなる母性」が産んだ「自然の血縁」による親子に過剰に意味付与されていると言える。単身者でも人為的に親子関係を作りうるというフランスの発想とは、大きく異なる。

ここで、離婚した親からの養育費の取り立てに触れる。フランスでは一九七五年に離婚を自由化した際、子どもを養育しない側の親（多くは父親）からの養育費の継続的取り立てを国が行い、この徴

収分を国が立て替えて払う制度を導入した。しかし、養育する女性に、他のあらゆる手段を使つても払つてもらえなかつたとの証明を課し、非常に使いにくかつた。一九八四年、ルーディ女性省大臣が、証明要件を緩和し、離婚した女性の経済状況を実質的に改善した (Jenson and Sineau [1995: 259])。この時期のフランス版男女雇用機会均等法と、この定期扶養金立て替え制度の改正が、両方「ルーディ法」と呼ばれている。

全離婚が裁判を経るフランスと異なり、日本では九割が協議離婚で、養育費の支払いも不明確なことが多い。夫の暴力で早く離婚したくて、一円ももらわないケースもある。子どもを養育する親に、もう片方の親から養育費が支払われるのは、二割弱である。母子家庭の母親は、日本の長時間労働の正規社員になりにくく、収入が明らかに低い。国からの手当ても少なく、生活保護も簡単に適用されない。離婚した女性は、経済的に罰されている。放置は、元夫からの、そして法的・政治的・財政的な虐待と言える。「父親からの取り立て」という政策的選択肢が見えないまま、母子家庭が国から給付を受けるのは過剰な優遇だというバッシングも行われた。安心して子どもを産むために改善されるべき制度は、ここにもある。

まとめ

日本では、「母は偉大」だと称えながら、「母親は、△△するのが自然だ」と、特定の役割を出産

する女性に押しつけ、他のやり方の選択も含めてゆっくり出産・育児に臨むことを妨げている。出産・育児の展望が暗ければ、妊娠に前向きになれない。文化の問題だけでなく、制度・政策の問題が大きく、行政任せにしないで、立法が変革を進めるべき事態である。

今、妊娠しては困るといふ女性にとつて、ピルなど確実性の高い避妊方法にアクセスしにくい現状は、おびえながら暮らすことを強いている。もちろんピルも、身体に合わない女性もあり、妊娠も全くゼロではなく、いわば賭けの要素が残る。しかし、情報の格差やピルの価格が高いことから、避妊をコンドームに頼り、男性パートナーの避妊への協力に頼るしかない女性もいる。それは、よりリスクの大きい賭けを、人為的に強いることである。こうした状況では、女性は社会から大事にされているとは、感じにくい。

もちろん人生には様々なリスクがあり、妊娠・出産には、大きな身体的リスクがある。どのような子どもを得るかも、予測不可能である。自分に仕事が続けられるかわからないし、パートナーも不慮でなく、彼も常に仕事があるかわからず、カップルは永遠には続かない。しかし、妊娠・出産を、「女性として自然なこと」と放置するのではなく、大きなリスクを取る勇氣に込める制度を用意することが、政治の義務ではないだろうか。また女性という集団は、個々に産むかどうかとは別に、シスターフッドの実践として、そうした制度を整える責任を負っている。もちろん従来政治を動かしてきた男性には、帰すべき大きな責任がある。

「子どもを持つことが幸福」という、建前ではなくロールモデルがあつてこそ、女性は、妊娠する

かしくないか、性交するかしないか、「にこやかに」選ぶことができる。フランスの制度・政策も完全無欠ではなく、ただのマネは正しくはない。しかし、日本の多くの女性は、産んでからあきらめ、あるいは産まないであきらめてきた（シヨッパ [2007]）。しかし、あきらめや不平不満だけでは、現状は変わらない。では、日本の女性にだけ、創造性が欠けているのだろうか。そうではなく、家事・育児や介護という狭い場所から、あるいはチャンスの限定された職場から出ることが難しく、そこでだけ創造性を発揮したり、あるいは創造性をすり切らせたりしてきたのだ。この状況は、変えるべきだ。政策を作り動かすという形での集団的な創造性の発揮が、今こそ求められている。マネるのなら、これである。「産む／産まない」という決定を、自分たち自身が作った政策の枠組みによって行える時、日本の女性は、はじめて女性として責任を持つて生きていると言ふことができるだろう。

*忙しい中、インタビューさせて頂いた、三井記念病院産婦人科の中田真木医師に感謝する。また、草稿の段階で口頭発表の機会を得た、「北京JAC」、日本ドイツ研究所、日仏会館、日仏女性資料センター、「JAWS」（日米女性政治学研究者研究交流シンポジウム）に感謝する。

注

(1) 祐天寺 [2002]、中島 [2008] (二〇〇一—二〇〇三年に、月刊誌「ふらんす」に連載、二〇〇五年単行本、二〇〇六年日本エッ

- セイスト・クラブ賞受賞)、中島 [2010]、牧 [2008]、横田 [2009]。他に、三カ国比較の蘭部 [2005]、東京に居たら産まなかったという、長坂 [2005] がある。長坂のタイトルは、桜沢えりかの著書(桜沢 [2003])への批判である。
- (2) 一九八九年四月より出産にも消費税がかかり、女性有権者は怒った。そこで、国税庁と厚生省は、改正消費税法に「助産にかかわる資産譲渡」の免税を入れた。国会審議では、五万円個室でも出産の場合には非課税になるとされた(衆議院税制問題等に関する調査特別委員会 一九九〇年六月一日)が、避妊・中絶・生殖補助医療については、審議されなかった。両省庁は、「助産にかかわる資産譲渡」に、正常分娩以外は含まないと決めていた。改正消費税法は、一九九一年一〇月から施行された。
- (3) ノーグレン [2008] は、「中絶連」が非難を浴びながら、スキヤンダルとしてマスコミに乗ったことによって、地方の女性にピルとらう避妊手段に関する情報を届けたことに注目した。
- (4) "Liberation," 7e janvier 2000 <http://www.liberation.fr/societe/0101341064-la-pilule-du-jendemain-proscrite-a-lecole> 以下ウェブサイトで閲覧は、二〇一〇年四月三〇日。
- (5) <http://www.education.gouv.fr/cid137/la-sante-au-lycee.html> (フランス教育省、リセでの保健に関するページ)
- (6) 二〇〇三年七月一七日、衆議院青少年問題に関する特別委員会での、山谷えり子の質問など。小泉内閣、安倍官房長官の時期に当たる。この時期の男女共同参画二次計画は、一次計画より後退した。
- (7) http://www.pill-ocic.net/news/oc_release_090821.pdf
- (8) Tereza Mikešic, *Accompagnement des femmes enceintes à bas risque obstétrical en France et au rayonne uni* (<http://www.ansf.org/medias/doc/090509-TerezaMikešic.pdf>)
- (9) 「特集産科麻酔」「産婦人科知慮」96 (4) 2008 など参照。
- (10) Benesse のサーター、ウイメンズ・スペース (<http://women.benesse.jp/>) など。
- (11) <http://www.mhw.go.jp/houdou/2009/10/h1028-3.html>
- (12) <http://www.mhw.go.jp/houdou/2006/06/at/h0629-1b.pdf> 一〇年前と比較すると、母乳のみは若干減っており、混合は増えている。
- (13) Google 検索で、「完母」と「990」—「2009」までの数字を入れて検索した。一九九〇年代前半では、ヒット結果の第一ページでも、母乳に関係あるサイトはゼロである。

(14) V. Siret, C. Castel, P. Boileau, K. Castetbon and L. Foix l'Hélias, Facteurs associés à l'allaitement maternel du nourrisson jusqu'à 6 mois à la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère, Clamart

(http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VKK-4SNGRHP-4&_user=10&_coverDate=07%2F31%2F2008&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_sea_rchStrId=1338651569&_rerunOrigin=google&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=e72956464ada4f3687b0abedf5f6eb9)

(15) 男性のために、仮想例をあける。「精液を女性に与えることが、女性の健康を向上させ男女の関係の発展に不可欠なので、結婚当初一年間は毎日二回ずつ性交をするべき」というキャンペーンがあるとする(妊娠は考えない)。努力なしかわずかな努力でこなせる男性はよいが、一日一回しか無理とか毎日は無理とかの男性は、「男性として至らない」と思う。数日に一回という男性は肩身が狭い。仕事でも気になる。「必ず二回できる」というサプリメントやお守りに、科学的根拠がなくても、すぎる。家族や知り合いは、女性の顔色が良くないと、「夫はがんばっていないのか」と、挨拶代わりにも声をかける…という事態に近い。妻は、「他人が何と言おうと、私は大丈夫」と言うかもしれない(逆に責めるかもしれない)。しかし、乳児は言語なしに不快な時に不快さを表現するだけであり、それを「母として至らないと叱っている」と、過剰な読み込みをする母親も多い。

(16) 日本の理学療法士の課程で、産科領域はあまり重視されていない。

(17) 注13の厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課による日本の調査では、母乳育児に関する指導を受ける機会が「産前になかった」と回答した者が七・四%、「産後になかった」と回答した者が六・九%。重なっているのかどうか、判然としない。

(18) 日本の医療保険では、症状のない時の検査にも効かないので、性感染症検査に二万円近くかかる。受診しやすく改善する喫緊の必要がある。HIV検査のみ無料である。

(19) 絨毛検査は、件数が多くなく、言及しない。

(20) 日本では、一九七四年の優生保護法「改正」過程の中で、原案にあった胎児条項を落とす修正案が衆議院で成立したが、参議院では審議未了廃案となった。以後は立法のアジェンダとなっていない。

(21) Inserm, Diagnostic prenatal: pratique et enjeux, www.inserm.fr/content/download/9940/74720/version/1/file/dp_mg

- en_inserm_20_11_2003_11].pdf 山本 [2007] を参照したが、数字の一部を訂正した。
- (22) Roman Favre, 'En quoi le niveau de connaissance médicale et la position des médecins respectent-ils ou non le consentement des patientes dans le cadre du dépistage de la Trisomie 21?', [http://infodoc.inserm.fr/inserm/ehiqueuse/ViewAllDocumentsByUNID/385EA070A5D9F4F5C1257367002E4A69/\\$File/Th%C3%A8se+R+Favre+2007.pdf](http://infodoc.inserm.fr/inserm/ehiqueuse/ViewAllDocumentsByUNID/385EA070A5D9F4F5C1257367002E4A69/$File/Th%C3%A8se+R+Favre+2007.pdf), p.158
- (23) WHO は、すべての避妊手段と同様、出生前検査についても、費用負担のないアクセスを推奨している。
- (24) 海外では、子宮口の拡張と吸引という手法が多い。WHO が、陣痛誘発法よりも優先すべきと推奨している。
- (25) 妊娠四カ月以降なら死産届と埋葬許可が必要である。また医療保険に申請すれば出産手当が出ることになっている。
- (26) 多くの出生前診断に関わる文献で、超音波診断は「侵襲はない」とされている。
- (27) 参照、「胎児のエコー 染色体の状態も推測可能 同意得る医師は半数 学会調査」朝日新聞二〇一〇年七月九日朝刊。
- (28) いわゆる「遺伝病」だけでなく、先天的な病気や障害を広く扱う。
- (29) フランス外務省によると、二〇〇八年の海外からの養子は三二六六人。日本では、約五〇〇人を受け入れている。 <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2009/01/19/01016-20090119ARTFIG00350-les-adoptions-a-etranger-ont-augmente-en-phn> <http://ameblo.jp/ishzeroko/entry-10194981090.html>
- (30) この一五年で、養子を迎えたい人は倍増した。年間約一万人が希望している。九〇%は、三〇歳から四九歳までの子どもがいなくカプトルで、他に子どもがいるカプトル、単身者も希望している。 <http://www.adoption.gouv.fr/Chiffres-cles.html> Fin 2007 および <http://www.adoption.gouv.fr/Chiffres-cles.html> (フランス政府の公式養子サイト)。このサイトに、国内養子については県庁に、海外養子については外務省に質問できるフォームがある。
- (31) <http://www.christiantelegraph.com/issue/629.html>
- (32) 国内で、産科婦人科学会の会告に反して実母が代理出産したケースで、特別養子が認められている。参照、根津・沢見 [2009]。
- (33) 親子三代はひとつの戸籍に掲載しないので、戸籍実務上自動的に産婦の親の戸籍から離れ、産んだ女性と子どもとの戸籍が作られる。女性は、多くの場合便法として転籍を行い、出産の記載のない戸籍にしている。

〔和文文献〕

朝日新聞大阪社会部 1995 『海を渡る赤ちゃん』朝日新聞社。

天野完 2003 「無痛分娩の実際とわが国の現状」『日本医事新法』No.4116。

石川友佳子 2006 「着床前診断に関する一考察」齊藤豊治・青井秀夫編『セクシニアリティと法』東北大学出版会。

上村貞美 1988 「フランスの妊娠中絶法」『香川法学』八巻一号。

大葉ナナコ 2003 『えらぶお産』河出書房新社。

奥田安弘 2004 『国籍法と国際親子法』有斐閣。

柿本佳美 2007 「人工妊娠中絶に見る身体の自由とは何か——フランスにおける人工妊娠中絶合法化と選択的中絶をてがかりに」『倫理学年報』第五六集。

柿本佳美 2008 「子どもへの権利」は「子どもの権利」に優越するか——フランスにおける「自分のルーツを知る権利」『医療・生命と倫理・社会』（大阪大学大学院医学研究科・医の倫理学教室）第七号。

玄田有史／斎藤珠里 2007 『仕事とセックスの間』朝日新書。

酒井順子 2000 『少子』講談社。

桜沢エリカ 2003 『贅沢なお産』新潮文庫。

佐藤孝道 1999 『出生前診断——いのちの品質管理への警鐘』有斐閣。

鮫島浩二 2006 『その子を、くたさう——特別養子縁組で絆をつむぐ医師、17年の記録』アスペクト。

J・シモン 2007 『最後の社会主義国』日本の苦闘 野中邦子訳、毎日新聞社 [Leonard J. Schoppa, *Race for the Exits*].

The Unraveling of Japan's System of Social Protection, Cornell University Press, 2006)。

園部咨子 2005 『子供の生きる国——産んで育ててニッポン・イギリス・フランス』新風社。

高倉正樹 2006 『赤ちゃんの値段』講談社。

田辺(西野)けい子 2006 「へ出産の痛み」に付与される文化的意味づけ——『自然出産』を考えた人々のエスノグラフィ——

『日本保健医療行動学会年報』二二巻。

玉井真理子 2008 「出生前診断と心理社会的支援」丸山英二編『出生前診断の法律問題』尚学社。

塚本康子 2005 『医療のなかの意思決定ー出生前診断ー羊水検査をうける妊婦たち』こころち書房。

朽植あづみ・菅野撰子・石黒眞里 2009 『妊娠ーあなたの妊娠と出生前検査の経験をおしえてください』洛北出版。

長坂道子 2005 『世界一ぜいたくな子育てー欲張り世代の各国「母親」事情』光文社新書。

中島さおり 2008 『パリの女は産んでいるー〈恋愛大国〉フランスに子供が増えた理由』ポプラ文庫。

中島さおり 2010 『なぜフランスでは子どもが増えるのかーフランス女性のライフスタイル』講談社新書。

西希代子 2001 『母子関係成立に関する一考察ーフランスにおける匿名出産を手がかりにして』『本郷法政紀要』一〇巻。

根津八紘・沢見涼子 2009 『母と娘の代理出産』はる書房。

T・ノグレン 2008 『中絶と避妊の政治学ー戦後日本のリプロダクション政策』岩本美砂子監訳、青木書店〔Triana

Norgren, *Abortion before Contraception: The Politics of Reproduction in Postwar Japan*, Princeton University Press, 2001〕。

Norgren, *Abortion before Contraception: The Politics of Reproduction in Postwar Japan*, Princeton University Press, 2001〕。尚学社。

服部篤美 2008 『望まない障害児出産訴訟』をめぐる議論』丸山英二編『出生前診断の法律問題』尚学社。

舟越健之輔 2004 『そして赤ちゃんは花嫁になったー海を渡った国際養子の子供たち』ポプラ社。

本田まり 2008a 『フランス』丸山英二編『出生前診断の法律問題』尚学社。

本田まり 2008b 『反ベリユシユ法』その後ー欧州人権裁判所との関連で』『上智法学論集』五一巻三・四号。

牧陽子 2008 『産める国フランスの子育て事情ー出生率はなぜ高い』明石書店。

三砂ちづる 2004 『オニババ化する女たちー女性の身体性を取り戻す』光文社新書。

三砂ちづる 2008 『昔の女性はできていたー忘れられている女性の身体に「在る」力』宝島社文庫。

三砂ちづる 2009 『赤ちゃんにおむつはいらない』勁草書房。

山中美智子 2010 『赤ちゃんに先天異常が見つかった女性への看護』メディカ出版。

山本由美子 2007 『研究ノートーフランスにおける出生前診断の現状と胎児理由によるIVGの危機ーベリユシユ判決

その後』『生命倫理』vol.17(1)。

柘天寺りえ 2002 『フランスだったら産めると思った』原書房。

湯沢雅彦編 2007 『要保護児童養子斡旋の国際比較』日本加除出版。

横田増生 2009 『フランスの子育てが、日本よりも10倍楽な理由』洋泉社。

吉田一史美 2009 『特別養子制度の成立過程』『立命館人間科学研究』No.19。

米倉明 1999 『特別養子制度の研究』新青出版。

〔外国語文献〕

- Jenson, Jane and Mariette Sineau 1995 *Miterrand et les françaises: un rendez-vous Manqué*. Presses de science po.
- Kokado, Minoru 2004 "The Anonymous Birth System in France". Adumi Tsuge and Yukari Semba ed., *Rethinking Science and Medicine from the Perspective of Gender in the Post-Human Genomo Project Era* F-GENS Publication Series 2, Ochanomizu University.