

研究論文 (Articles)

現代フランスにおける医学的人工妊娠中絶 (IMG) と 「死産」の技法

山 本 由美子

(立命館大学大学院先端総合学術研究科)

Interruption médical de la grossesse (IMG), "Interruption of Pregnancy for Medical Reasons," and the Techniques of Artificial Stillborn in Contemporary France

YAMAMOTO Yumiko

(Graduate School of Core Ethics and Frontier Sciences, Ritsumeikan University)

This paper investigates *Interruption médical de la grossesse* (IMG), "interruption of pregnancy for medical reasons," in contemporary France. The French law allows IMG to be performed for medical cause anytime during pregnancy with the approval of two doctors. The condition of fetus can be used as a reason for IMG, too. This paper discusses the ethical problems of allowing the condition of performing IMG after 22 weeks pregnant. First, this paper analyzes medical books, medical journals and the statistics of *Agence de la biomédecine* (the Bio-medicine Agency) to find out the process of medical decision making for IMG. Then, this paper positions the medical techniques applied for mother and fetus in the IMG as the techniques of "stillborn" and clarifies its actual situation. Finally, this paper discusses how to justify the realization of fetal death when the fetus is living inside of the mother's uterus and the fetus can survive outside of the mother's uterus.

Key Words : *Interruption médical de la grossesse* (IMG), medical techniques, delivery, second and third trimester, stillborn

キーワード：医学的人工妊娠中絶 (IMG), 医療技術, 分娩, 中・後期中絶, 死産

はじめに

妊娠の中・後期における人工妊娠中絶では、胎児を人工的に早産させる方法が長年採用されてきた。そのため、胎児が生きて生まれる場合がある。その胎児は中絶を目的として娩出されているので、死すべき存在とみなされる。しかし、娩出後なお生存している胎児を死に至らしめる

ことは、出生を期待されて生まれた新生児の生命を絶つことと生物学的には同等といえる。したがって、そこには出生をめぐる倫理的問題が存在する。本稿では妊娠の中・後期中絶において、生命の徴候を示しながら娩出された「胎児」の医療における取り扱いに焦点をあてる。そのうえで、出生前診断の結果から、重篤な障害をもつなど、母胎内で生きている胎児の状態を理由として、妊娠 22 週以降に中絶することに伴う

倫理的問題を明らかにする。

以下では、日本における人工妊娠中絶を概観し、日本と対照的な位置にあるフランスのIMG (Interruption médicale de la grossesse) すなわち医学的人工妊娠中絶を取りあげる。本稿では、フランスのIMGにおいて、おもに妊娠中の出生前診断により、生きている胎児の状態が診断されIMGの必要性が検討される場合を対象とする。したがって、母体救命の場合やすでに胎児が母胎内で死んでいる場合(子宮内胎児死亡)のIMGは除く。そのうえで、まず母胎内で生きている胎児がいかなる理由で中絶の適応となり、どのような過程を経てIMGが決定されていくのかを分析する。次に、母児に行われる医療技術の実際を「死産」の技法として明らかにする。最後に、IMGをめぐる、母胎内で生きており母胎外での生存可能性があるともみなしうる胎児を死に至らしめることについて、倫理的にどのように正当化されているのかを明らかにする。

1 日本における人工妊娠中絶

日本において、人工妊娠中絶は母体保護法によって合法化されている。同法は障害をもつなどの胎児の状態を理由とした中絶を認める規定、いわゆる胎児条項を定めておらず、また胎児が母胎外で生存可能とみなされる時期、すなわち妊娠22週¹⁾を超えた中・後期中絶も認めていない²⁾。にもかかわらず、胎児の状態を理由とした中絶および妊娠の中・後期中絶は事実上可能である。まず、妊婦による医師への中絶の要請は、中絶を受ける本人と配偶者に相当する者

1) 旧優生保護法の指す、胎児が母胎外で生存できないとみなされる時期は、厚生事務次官通知によって明示されてきた。その時期は、1953年から1975年までは妊娠28週未満、1976年から1990年までは妊娠24週未満、1991年以降は妊娠22週未満と短縮されていった。

2) 日本の産科学では、最終月経の初日から起算して妊娠16週以降27週までを妊娠中期、妊娠28週以降を妊娠後期としている。

の署名のみで足りる。そして、その要請の承認は、同法の指定医師である、産婦人科医ひとりの判断によってなされる。同法にもとづく、「胎児が、母体外で生命を継続することのできない時期」の判断や、「人工妊娠中絶を実施することができる時期」の判断は、「個々の事例」における指定医師の医学的観点によるものである(1990年3月20日厚生省発健医第55号、1990年3月20日健医精発第12号)。とりわけ、妊婦の妊娠期間が22週未満であるか否かの診断は、指定医師の裁量による(新家, 2003)。

現在日本では、妊娠22週以降に胎児の状態を理由とし、母胎内で生きている胎児を中絶することにかんする記述は極めて稀である。こうした中絶の存在自体が医療において明らかにされにくい。妊娠22週以降、且つ障害をもつなどの胎児の状態を理由とする中絶は、母体保護法によって法的に認められていないからである。しかし、なによりも出生前診断技術の進展によって、胎児の状態を早期に知りうるものが大きく関係している。これにより、母胎内の胎児について中絶をするか新生児医療との連携を図るかが、妊娠の比較的早い段階で決定されるからである。それでも、妊娠22週以降に、母胎内で生きている胎児の状態を理由とした中絶は存在している。石井・兼松・桜庭(1993)の事例³⁾では、胎児の母胎内での発育がこれ以上は不可能な状態であるということから、夫婦と妊婦の母親の意向に沿う形で、妊娠28週5日に後期中絶が行われている。胎児は、母胎内で発育できないゆえに母胎外でも生存できないとみなされたと考えられる。この中絶は、医師が、中絶合法期限後の胎児について生命を尊重するという「原則的倫理」ではなく、胎児と家族の「状況倫理」を鑑みることで行われている(石井他, 1993前出)。胎児の

3) 1991年以降の日本で、28週5日における母胎内で生きている胎児の後期中絶の事実を明示した貴重な文献である。

予後よりも、すでに障害をもつ子どもを育てている家族の状況が考慮された形である。

妊娠の中・後期中絶は、初期の中絶と大きく異なる。吸引や搔爬によって子宮内の胎児を破壊して排出するのではなく、人工的に誘導された子宮収縮によって胎児を子宮外に娩出する。通常の人工分娩と同じ様式であるから、子宮内で胎児が死亡していなければ、胎児は生きて生まれてくる可能性がある。1975年までは、中絶合法期限が28週未満であったため、母胎内で生きている胎児の中絶にかんする記述はかなり多くあった（橋爪, 1950；今尾, 1950；清水・宇津野, 1950；山田・今泉・清野・和田, 1950；大垣, 1962）。しかし、かつても現在も、子宮内で生きている胎児を妊娠の中・後期中絶することにかんし、その中絶手技こそ詳細が述べられるものの、娩出された胎児への具体的な言及はほとんどない。せいぜい、「娩出児の生存するを認めた」⁴⁾（清水他, 1950 前出）、「生（→）死」⁵⁾（今尾, 1950 前出）、「生命の徴候はあり、生後12時間後に死亡している」（石井他, 1993 前出）といった程度の記述に留まるのみである。胎児は母胎内で生きていたのであり、かつ中・後期中絶なのだから、娩出後の胎児が死なない可能性さえある。生きて生まれた「胎児」はその後どうなったのか。「胎児」はいつどのように死んだのか。中絶後の胎児の生命が生から死へと移行する部分の記述が欠落しているのである⁶⁾。

- 4) 経陰的にネラトン氏ゴムカテーテルを用い、子宮壁と卵膜の間（羊膜腔）に生理食塩水を注入することによる、妊娠5ヶ月以降に行った中絶である。
- 5) 経腹的に羊膜腔内へ注射によって生理食塩水を注入するアブレル氏人工妊娠中絶法を用い、母体疾患を理由として妊娠7ヶ月に行った中絶である。
- 6) 中絶後の胎児に関連するものとして、久野ほか（2003）の報告によれば、厚生労働省の死産定義に基づき検討した12週以降22週未満の91名の流産児のうち、5名の自然流産と3名の人工流産において、娩出時に「生の徴候」を確認している。よって、死産ではなく早期新生児死亡として、医師より出生証明書と死亡診断書が交付されている。あくまでも一医師の裁量による。

そしてこの欠落は、生きて生まれた「胎児」が死に至るのをただ待ち、子宮内胎児死亡の場合と同様に死産に包括するしかない、日本の医療の現状を示唆している。

ここで、死産と出生の医学的定義を確認しておく。WHOが勧告した国際疾病分類（ICD-10）によれば、死産は妊娠22週以降の妊娠中絶をいう。なお、同分類の2003年版からは、死産を胎児死亡と表示している。日本産科婦人科学会の定義では、死産とは「妊娠22週以降の妊娠中絶による死亡胎児の出産」としている。ただし、ここでいう「妊娠中絶」とは人工妊娠中絶に限っていない。胎児が人為的ではなく、自然に死亡して娩出された場合も含んでいる。これにたいし、厚生労働省は、「妊娠12週以降の死児の出産」を死産とする。ここでいう死児とは「出産後において心臓拍動、随意筋の運動及び呼吸のいずれをも認めないものをいう」としている。一方、出生とは、国際疾病分類によれば「妊娠期間にかかわりなく、受胎生成物が母体から完全に排出または娩出された場合」であり、且つ、受胎生成物が「母体からの分離後、臍帯の切断または胎盤の付着のいかににかかわらず、呼吸している場合または心臓の拍動、臍帯の拍動もしくは随意筋の明白な運動のような生命の証拠のいずれかを表す場合」としている。

日本は出生にかんし法的に明確な定義はなく、さまざまな学説⁷⁾に依拠しており評価も定まっていない。国際疾病分類に従えば、母胎外で22週以降に生命の徴候をみる「胎児」すなわち生きて生まれた「胎児」は厳密には新生児であり、出生とみなされてよいはずである。ところが人工妊娠中絶の結果であるから、生きて生まれた「胎児」は、新生児ではなく死産児とされなければならない。よって、中絶の結果生きて生まれ

- 7) 出生については、人の始期をめぐっておもに次の学説がある。独立生存可能性説、出産開始説、一部露出説、全部露出説、独立呼吸説、出生説（社会的評価説）。

た「胎児」は、国際疾病分類の定義による「出生」を経ることなしに死亡とみなされることになる。日本では、こうした一連の過程について医学的・倫理的立場を明確にしないまま、今日まで中・後期中絶が実施されている。したがって、妊娠22週以降に胎児の状態を理由として母胎内で生きている胎児を中絶することはもとより、中絶後の胎児の生から死への移行過程について十分な資料に欠けており、中・後期中絶の倫理的問題が浮彫りにされにくくなっている。

2 フランスにおける人工妊娠中絶

フランスでは、障害をもつなど胎児の状態を理由とする中絶⁸⁾が合法化されている。それは、IMGすなわち医学的人工妊娠中絶として、妊娠期間の期限制限なく認められている。さらに、あらかじめ胎児が生きて生まれないための措置が用意されている。出生前診断の結果によって中絶される胎児は、計画的に厳密にそして明確に「死産」児となる。フランスの医療では、中・後期中絶における倫理的配慮を、胎児

の状態を理由に中絶することよりも胎児が生きて生まれることに対して向けているように見える。なお、日本におけるフランスの人工妊娠中絶にかんする議論は、「中絶の権利」や胎児の地位に焦点をあてたIVG (Interruption volontaire de la grossesse) すなわち自発的人工妊娠中絶にかんするものがほとんどである(中嶋, 1993, 2002; 建石, 2002; 小出, 2003; 本田, 2005; 小林, 2008)。このことから、日本でフランスのIMG、とりわけ妊娠の中・後期に行われる医学的人工妊娠中絶の倫理的問題を検討することの意義は少なくない。

フランスは1975年のヴェイユ法、すなわち「人工妊娠中絶に関する1975年1月17日の法律第75-17号 (Loi veil n° 75-17 du janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse)」によって中絶を合法化した。ヴェイユ法は、次の二つの中絶を規定する。IVGすなわち理由のいかんを問わない自発的人工妊娠中絶と、ITG (Interruption volontaire de la grossesse pratiquée pour motif thérapeutique) すなわち治療的理由による自発的人工妊娠中絶である。IVGは、妊娠継続の有無について当人に一定の熟慮期間が設けられるが、妊娠12週(現在は14週に改正)⁹⁾の終わりまでに限り、女性の自由な意思にそって行われる。現在、胚と胎児の法的境界は14週と15週の間に置かれており、胚の時期を過ぎた15週以降のIVGは認められていない。これにたいしITGは、母体救命が必要な場合を想定して妊娠のすべての時期つまり無期限に実施できるが、ふたりの医師の証明にもとづく治療的な理由を要する。この証明は、医師が「妊娠の継続は女性の健康に重大な危機をもたらすこと、あるいは、生まれてくる子どもが診断時に不治と認められる特別に重篤

8) フランスの中絶はあくまでも英米式の優生的な選択的中絶の概念をもたない。同国の中絶で「選択的」な意味をもつのは、一般的に双胎妊娠における一方の病理学的に不治な胎児を「選択」して中絶する場合である(Goussot-Souchet, Tsatsaris et Moutel, 2008)。つまり、胎内の複数の胎児からある胎児を選んで中絶し、残された胎児の妊娠は継続する。この場合を医学界に限り、ISG (Interruption sélective de grossesse) すなわち選択的人工妊娠中絶と呼ぶ。特別な法律もなくヴェイユ法の枠組みにおいて実施されている。医療技術としては多胎妊娠でのいわゆる減胎手術とほぼ同じ原理であるが、妊娠末期まで行われている。なお、欧州ではフランスをはじめ英国、ドイツ、オーストリア、ベルギー、オランダ、イタリア、ルクセンブルク、ポルトガルおよびスイスを除き、妊娠22週から26週以降に、母体救命ではなく胎児の状態を理由として中絶することは禁止されている(Gallot, Moreau et Lémery, 2002)。この時期は、1977年にWHOが定義した「生存可能性(viabilité)」すなわち胎児が新生児として母胎外で生存できるとみなされる時期だからである。なおヴェイユ法は、中絶にかんし「生存可能性」との関係は一切規定しない。

9) フランスにおける妊娠週数の医学的表記は、たとえば妊娠14週であれば、14 SA (14 semaines d'Aménorrhée)とする。日本や米国と同様に最終月経初日からの無月経週数を示す。

な疾患に罹している可能性が強いこと」を認めるものである¹⁰⁾。

中絶が合法化される一方で、胎児医学および出生前診断技術が進展を見せた。1950年代には胎児の心機能について音響と画像を併用した記録装置が出現し、1960年代には超音波装置が登場した（Sureau, 2005）。周産期医学が胎児を中心として構築されていくにつれ、ITGでは、母体救命よりも胎児の状態を理由に実施されることが圧倒的に多くなっていった。ITGの文脈において、そもそも妊娠中断による「治療」とは、胎児を治療して出生させるのではなく、胎児の死をもって母児を「治療」するものであった（Milliez, 1999）。このことから、やがてITGは、ヴェイユ法におけるその規定と名称を存続させたまま、2001年の中絶と避妊にかんする法律¹¹⁾において、「治療的」の用語を「医学的」へと置き換え、IMGすなわち医学的人工妊娠中絶と読み替えられるようになった。ただし、これはITGの呼称の変化にとどまり、母体もしくは胎児の状態を理由として期限制限なく中絶するという概念そのものは変わっていない。

さて、中絶や生殖補助技術との関連において問われるのが、胎児や胚の地位である。ま

ず、フランスでは、生物学的な出生に続く民事的な出生によって法的能力を取得している場合に限り、法的な〈人〉とみなされる。民法では、新生児すなわち〈人〉の生物学的な出生が、生後3日以内に医学的もしくはそれに準ずる仕方で公的に証明されていなければ、民事的な出生の手続きができない。また刑法では、胎児にかんする殺人罪や過失致死罪を認めない判例が重ねられている。これに対して、1984年に生命科学と医療のための国家倫理諮問委員会（CCNE: Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé）、通称国家倫理諮問委員会が明らかにした見解¹²⁾では、胎児や胚は「潜在的な人（personne humaine potentielle）」であると位置づけられている。この概念が1994年のいわゆる「生命倫理法」の基盤をなしている。また、2002年に国立医学アカデミーは、胚や胎児について「尊重、治療および配慮を受けるに値する患者（patient）である」と宣言している（Sureau, 2005 前出）。このように胎児とは、容易に〈人〉と区分し切れないうちに位置する。しかし、胎児は「潜在的な人」や「患者」であると公的に明言されていても、胎児の状態を理由として母胎外で生きる可能性のある胎児を中絶すること自体が倫理的問題として取りあげられることはほとんどない。

フランスにおける、胎児の状態を理由とした、妊娠の中・後期に行うIMGについての医学的な議論はおもに次のようなものである。まず、母胎内の胎児については、中絶が与える痛みを少なくするための医療技術的な問題に関心が高い。中絶後の胎児については、解剖病理学研究や超音波検査画像の解析に最も重点が置かれている（Dommergues, Aymé, Janiaud et Seror, 2003）。妊婦については、効果的な

10) 実は、ITGは既に1939年のデクレ・ロワ（行政府への委任立法）、つまり「フランスの家族および出生率にかんする1939年7月29日の政令（Décret-loi du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité françaises）」で母体救命の場合に限り公認されていた。これにたいし、母体救命のほか強姦による妊娠の中絶や胎児の状態を理由とする中絶も考慮しようとしたのが1970年のペイレ法案（Proposition de loi Peyret le 29 juin 1970）である。これは、おもに胎児の状態による中絶のいかんをめぐる、保革双方での激しい議論をもたらした。この動きは最終的に法案成立には至らなかったものの、後のヴェイユ法成立に一定の方向性を示した。

11) 「人工妊娠中絶および避妊にかんする2001年7月4日の法律第2001-588号（Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à interruption volontaire de grossesse et à la contraception）」。なお、この法律は、おもにIVGすなわち自発的人工妊娠中絶における合法期限の拡張にかんするヴェイユ法の改正法である。

12) 「先端治療・診断・科学のための胚およびヒト死亡胎児の組織採取にかんする見解」、1984年5月22日のCCNEの見解第1号、報告。

麻酔と中絶過程全般の効率性が重視されており (Toubas, 2002), 出産するはずであった子どもを中絶することに先立つ, 妊婦やカップルへの心理面の配慮が強調されている (Gaudet, Séjourné, Allard et Chabrol, 2008)。IMG のコンセンサスは, 中・後期中絶が妊婦にとってハイリスクであることと, 母胎外で生存する可能性を満たす胎児は本来なら蘇生のために医療チームが集結するべきであることを認識した上で, 子が出生することによって母児がもつであろう「不公平」を未然に防ぐというものである (Guibet-Lafaye, 2009)。「不公平」とは, すなわちハンディキャップをもって生まれること, ハンディキャップをもって生まれた子どもを育てることとされている。こうした認識のもと, IMG はいかように決定されていくのかを述べる。

3 医学的人工妊娠中絶 (IMG) における胎児の適応と審議

IMG の決定にいたる審議は, 妊婦もしくはカップルと, 妊娠の診断あるいは胎児の診断をした担当医との間で始まる。次に, IMG の必要性や妥当性について, 外部における公的な承認を得なければならない。外部の承認における第一段階では, IMG の必要性が, ヴェイユ法によって身分を規定されたふたりの医師の所見書に基づき証明される。ひとりとは公立病院あるいは私立病院¹³⁾で医療活動をしていること, もうひとりとは破棄院あるいは控訴院付けの専門医リストに登録されていることが条件となる。第二段階では, IMG の必要性にかんする所見書が, 認定された専門機関において審議される。専門機関とは, 1994 年の「生命倫理法」によって

国内全域に創設された, 出生前診断複合専門センター (CPDPN; Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal) である。そこで, 数十名からなる医療チームによる合議を経たのち, 最終的にチームメンバーのふたりの医師によって当該の所見書が承認される。なお, 妊婦は, リストから自分で選んだチームメンバーと面談をしたうえで, 審議にかかわる医師の候補者を一定数指定することができる。なによりも, IMG は「患者 (patiente)」によって依頼され (demandée) なければならない (Dommergues et al., 2003 前出)。「患者」とは, 言うまでもなく, 胎児ではなく妊婦である。

胎児の診断において, 先述した「診断時に不治と認められる特別に重篤な疾患」についての具体的な規定はない。しかし, 基本的に公費負担である妊婦健診には超音波検査のほか, 胎児検診として母体血清マーカー検査および羊水穿刺検査が組み込まれている。なかでも 21 トリソミーの検診は, 国家プログラムとしてすべての妊婦に提案される (Nisand, 2002)。まず, 妊婦は妊娠の診断を受けてまもなく, 妊娠初期 (14 週以前) の超音波検査によって視覚的に胎児の状態を知る。ここでは, 胎児の染色体異常や神経管閉鎖不全症などの罹患確率を調べる検査が用意されている。妊婦の希望に応じて, それらの罹患の有無を確定する検査も準備される。確定検査の結果がわかるのは, 妊娠中期 (15 週以降 26 週以前) になってからである。なお, 染色体異常等が陰性であった場合, あるいは染色体検査等を始めから受けなかった場合でも, 妊娠後期 (26 週以降 41 週以前) に超音波画像上で胎児の奇形等が指摘されることがある。どの時期においても, 胎児の検査結果が確定し, 妊婦が中絶を希望すれば, 担当医から外部のふたりの医師へ IMG の適応であるかについての診断が要請される。

奇形および染色体異常を発見された胎児は,

13) 私立病院とはクリニックや産院を指す。公立病院が妊婦の中絶依頼を拒否できないのに対し, 私立病院は妊婦の中絶依頼を拒否できる。

付随する諸疾患の重症度とともにその予後が検討される。IMGの必要性をめぐる所見書が、専門機関の医療チームにおいて審議されるのはこのためである。医療チームでは、「胎児が病理学的に重度の奇形症候群を示す場合は、経験的に死亡にいたるか非常に重度なハンディキャップを負う」（Guibet-Lafaye, 2009 前出）とされる。また、胎児が「致死性の異常や深刻な染色体異常の場合、決議は容易である」（Body, Perrotin, Guichet, Paillet et Descamps, 2001）。当然、胎児の何をもってどんな状況を致死と予測するのか、あるいは、致死ではないが重篤な疾患をもつ胎児の予後をいかに判断するのかについては、極めて慎重な審議過程を経るはずである。しかし、審議の後、専門機関から依頼元の医療機関と妊婦宛に届けられる結果報告書には、審議の結果とIMGの可否が記されるにとどまり、審議の内容の詳細は開示されない。

2008年の先端医療庁（Agence de la biomédecine, 2008）の報告によれば、フランス全国で2007年に6,642件¹⁴⁾のIMGが実施されている（表1参照）。その内訳のおよそ8割を胎児の染色体異常と奇形が占める。出生前診断複合専門センターが調査した2004年のデータ¹⁵⁾では、IMGの国内件数は5,989件である（表2のI, II, III参照）。その9割強が母側ではなく胎児側の状況によるものであり、その内訳をやはり染色体異常と奇形が占めている。これらは公的機関による比較的大規模な調査であるが、IMGの対象となった胎児については、おもに疾患名のみで統計分類されており、具体的な状況は調査結果では示されていない。胎児が致死性の病理もしくは疾患をどの程度もっていたのか、そもそも、果たしてそれは致死性であったのかすら明らかではな

表1. IMGの承認内容内訳（2007年）

承認内容	件数	%
胎児の染色体異常	2,546	38.3
胎児の遺伝子異常	444	6.7
胎児の感染症	72	1.1
胎児の奇形もしくは奇形に類する症候群	2,789	42.0
胎児のその他の状況による必要性	621	9.3
母体の状況による必要性	170	2.6
情報なし（Non renseigné）	0	0
合計	6,642	100

※出生前診断複合専門センター（CPDRN）におけるIMGを承認した所見書にもとづく。

※Agence de la biomédecine, 2008, *Rapport annuel 2008*.（先端医療庁による2008年の年間報告書）をもとに作成した。

表2. IMGにかんする出生前診断複合専門センター（CPDRN）の全国調査（2004年）

IMG 総数: 5989 件	
I. IMGの理由	%
母側の状況によるもの	1.7
胎児側の状況によるもの	98.3
染色体異常	45.5
エコーグラフィー上の奇形（染色体異常なし）	39.5
遺伝子疾患	3.8
識別可能な症候群	2.9
先天的感染	4.4
双胎病理	1.3
生活環境病理（薬物、アルコールなどの影響）	0.8
II. 染色体異常のタイプ	%
21トリソミー	54.3
21トリソミー転座型	2.0
18トリソミー	11.3
13トリソミー	4.5
その他のトリソミー	2.3
ターナー症候群（45X）	9.3
クラインフェルター症候群（47XXY）	2.9
性染色体にかんするその他の異常	2.5
三倍体	2.5
その他	8.4
III. 奇形およびエコーグラフィー下の異常の詳細	%
神経系統の奇形	29.8
心臓および大血管の奇形	18.7
泌尿系統の奇形	10.1
筋肉、骨、四肢の奇形	10.0
肺葉の水腫、浮腫、腫瘍	9.1
腹部および腹壁の奇形	7.6
顔面の奇形	5.1
生殖器の奇形および性別不明瞭	0.6
極度の発育遅延	3.8
17週以前に発見された異常	3.8
その他	1.4

※パリ市の出生前診断・胎児医学センター（Centre de diagnostic prénatal et de médecine fœtal, Paris）の報告による。"Les indications des interruptions de la grossesse (IMG)" (IMGの所見書)にもとづく。
※表2のI, II, IIIともに、<http://www.diagnostic-prenatal.fr/indicimg.htm>のデータを参照して作成した。

14) IMGの年間件数について先端医療庁は、2005年に6,093件、2006年に6,787件を報告している。

15) パリ市の出生前診断・胎児医学センターがウェブ上で公開しているデータである。

い¹⁶⁾。なお、胎児の状態を理由とする IMG について、すべての申請が認められるわけではない。医師の経験上では、四肢の異常（関連疾患のない単独のもの）、手術可能な病理学異常（口唇裂・臍帯ヘルニア・腹壁破裂）、性別不明瞭、遅発性軟骨形成不全症と診断される胎児の場合の IMG は承認されにくいという (Daffos, 2002)。しかし、こうした胎児にたいしても、先の出生前診断複合専門センターのデータでは IMG が実施されている。

すでに述べたように IMG の適応となる対象疾患名は、ガイドラインや法律で特に規定されていない。そのため、医師は、当該胎児が IMG の適応であるかについて柔軟に判断することができる (Milliez, 1999 前出)。このようにフランスでは IMG の適否は、ひとりの指定医師の判断によって決定される日本とは異なり、専門機関の複数の専門医によって胎児の致死性や予後の重篤さが判断され、合議の上で決定される。IMG の対象となる胎児は、いわば流動的ともいえる医学的基準で慎重に判断される。しかし、いったん IMG が決定されると、とりわけ 22 週以降の胎児の場合は、その生命を死に導くプロセスはほぼ揺るがない。以下、IMG における医療技術について母児双方から検討する。

4 「死産」の技法—「胎児安楽死」と「胎児殺し」

フランスの妊娠中期は 15 週以降から始まる。15 週を過ぎると、胎児は大人の握り拳ほどの大きさとなり骨も形成されている。よって、中絶における妊婦のリスクすなわち感染症や大量出血を避けるためには、粉碎吸引の処置ではなく

分娩の過程をたどるのが最も安全とされている。IMG では「妊婦の次の妊娠に備えてその子宮生理学を尊重しなければならない」(Dommergues et al., 2003 前出)。陣痛を誘発するために、医師によって妊婦への薬物投与や産科的処置が準備される。なお、妊婦にはあらかじめ硬膜外麻酔(半身麻酔)が施されるが、陣痛や胎児娩出に伴う痛みがまったくなくなるわけではない。したがって、妊婦の痛みを和らげるため、助産婦の立ち会いのもとに IMG は遂行される (Toubas, 2002 前出; Gaudet et al., 2008 前出)。

しかし、IMG が通常の分娩と異なるのは、子どもが生きて生まれかつ生存することを誰も望まないという点である。妊娠 22 週を過ぎた場合、通常の分娩では、母胎内の多くの胎児は母胎外で生命の徴候を示す可能性がある。それは、この時期の中絶でも同様である。生命の徴候を示して生まれた母胎外の「胎児」は新生児である。ところが、中絶であるから、母胎外の「胎児」は新生児となつてはならないし、その生命は絶たれなければならない。そのために、かつて「胎児安楽死 (euthanasie foetal)」と呼ばれる、排出直後の「胎児」を蘇生しないことによってその死を待つ方法がとられていた (Milliez, 1999 前出)。この方法は、母胎外の「胎児」に直接的に手をかけるものではなかったが、妊婦やカップル、医療チームに非常に辛い問題を提起した。それは「子どもが生きて生まれることを見るリスク」(Milliez, 1999 前出)である。生命の徴候を示し生物学的に出生している新生児を、中絶であるために「胎児」とみなして「胎児安楽死」へ位置付けることは、「新生児安楽死 (euthanasie néonatal)」¹⁷⁾を行っている事実

16) これらデータはフランス国内の年間のすべての IMG を集計したものであるが、子宮内胎児死亡の区分を明確にしていない。しかし子宮内で胎児がすでに死亡していれば胎児の予後を審議する必要がないため、全例が子宮内胎児死亡であったとは考えにくい。

17) 安楽死は、2005 年に例外的な 4 つの場合に限り合法化されている。そのうちのひとつが「新生児安楽死」である。不治で重篤な神経後遺症をもって生まれた新生児であり、両親がそのことをあらかじめ告知されている場合をいう。中絶ではなく通常の分娩において、胎児ではなく出生した新生児にたいして行われる。

を隠蔽するからである。このリスクを避けようのが、積極的に「胎児」の生命を絶つ、「胎児殺し（foeticide）」という医療技術である。それは、排出直後の「胎児」が呼吸運動を開始する前に、ただちに母児間の臍帯を器具で遮断し、「胎児」側の臍帯から薬剤を注入して「胎児」の心停止を図る方法である（Meunier, 2002）。やがて、「胎児殺し」の対象は、母胎外の「胎児」から母胎内の胎児へと移行していくことになる（Mahieu-Caputo, Dommergues et Dumez, 2002）。「子どもが生きて生まれることを見るリスク」を完全になくすためである。こうした背景には、1970年代からの超音波検査機器の開発と検査技術の向上、1980年代からの国家倫理諮問委員会創設の動きがある。現在、「胎児殺し」の技術は、胎児が新生児として生きて生まれようあらかじめ死亡させておく方法へと変わった¹⁸⁾。超音波画像下で妊婦に腹壁穿刺を行い、母胎内の胎児の臍帯静脈あるいは直接に心臓めがけて、致死量の鎮痛剤、麻酔剤および塩化カリウムの混合液を注入することによって、胎児の心停止を図るのである（Toubas, 2002 前出；Dommergues et al., 2003 前出；Dumez et Benachi, 2004）。薬液注入からおよそ5分で胎児は死亡し（Dumez et Benachi, 2004 前出）、妊婦側では胎動の感覚の停止、医師側では胎児心拍動の画像の停止が処置の完了である（Milliez, 1999 前出）。この医療技術は、妊娠の中・後期のIMGにおいて必要不可欠なものとして確立している¹⁹⁾。

現在まで、「胎児安楽死」や「胎児殺し」の医

療技術は、特別な規定もなく、ヴェイユ法の解釈の範疇内で用いられている。「胎児殺し」の技術を用いてIMGを行うことは、母胎内で生きている胎児を確実に「死産」にして娩出させる「死産」の技法といえる。ところで、IMGはそもそも中絶なのだから、母胎の内外を問わず、医師が胎児の生命をいかようにして止めようとも殺人にはならない。にもかかわらず、IMGにおいて、生きて娩出された中絶胎児を殺すことを避け、あえて胎内で生命を絶つことはいかなる意味を持つのか。それは、出生概念の軸がぶれることを厳格に防ぐことにほかならない。実際、妊娠22週以降に、中絶によって生命の徴候を示して娩出された中絶胎児と、分娩によって生命の徴候を示して生まれた新生児は、生物学的な出生の事実においてなら差異はない。よって、母胎外で生命の徴候を示す「胎児」を死にいたらしめることは、母胎外の新生児を死にいたらしめることと同じになる。娩出後の「胎児殺し」の正当化は、生きて生まれた中絶胎児の出生が、新生児の出生そのものであることを隠蔽することなしには成り立たない。フランスはここに倫理的配慮の重心を置いたと考えられる。中・後期中絶において、生物学的な出生の事実の隠蔽を回避することこそが、「死産」の技法の変遷と確立をもたらしたといえる。

おわりに

フランスには法律の裏付けのもと、複数の専門医の合議を経て、胎児の状態を理由とする中絶を決定する仕組みがある。したがって、その帰結としての生きて生まれる「胎児」への対処についても、専門医集団の責任のもとにおかれる。日本もフランスも、人工妊娠中絶に法的な規制がありながらも、最終的には医師の裁量によって実施されることに変わりはない。しかし、フランスが日本と根本的に異なっているのは次

18) 日本には「胎児殺し」に類似した「子宮内胎児死亡誘導」という技術がある。破水によって妊娠の中断を余儀なくされ、且つ妊婦に産科的合併症のある場合の中期中絶に行われた例がある。特殊な例であり一般化はされていない。

19) 一方、「胎児殺し」の医療行為は、まれな場合、胎児に投与したはずの塩化カリウムが母体の血液循環に入り妊婦の心停止を招くことがある（Lewin et Mirlisse, 2002）。腹壁穿刺の行為はもとより、母体生命をかけて行う「胎児殺し」の医療技術は、明らかに妊婦にたいする侵襲的行為である。

の二点である。まず、妊娠22週以降の中・後期中絶において、胎児の生から死への移行過程に曖昧さを残さない点である。母胎内の胎児は、決定的に確実に死んでから母胎外へ娩出される。よって、胎児は「死産」となり「出生」しない。次に、「不治で重篤な疾患」をもつ胎児がIMGつまり医学的人工妊娠中絶の対象であるか否かが、段階的に複数の専門医によって合議されるという点である。胎児が中絶の対象であるか否かについて、日本の場合は指定医師一名の判断に依拠する。胎児が22週未満であるか否かはもとより、胎児が子宮内で死亡しているか否かの判定がひとりの医師に任される。言い換えれば、日本では、ひとりの医師によって、22週以降を22週未満とみなすことや、子宮内で生きている胎児を子宮内胎児死亡として扱うことさえ可能であるということである。これに対し、フランスの場合、胎児が中絶の対象であるか否かについては合議によって決まる。一医師の裁量によってすべてを任されることがない。このことは、中・後期中絶について、専門医集団でのコンセンサスを形成すると同時に責任を分散することに深くかかわる。

こうして、フランスでは、「死ぬべき」胎児は明確に厳密に死んでいく。フランスの医療において、中絶胎児にかんする、娩出後の「胎児安楽死」から母胎内での「胎児殺し」への移行は、死すべき胎児への対処を徹底することを意味していた。生きながら母胎外に娩出される「胎児」が目前で死に行くというその事実を受け止め、生きた「胎児」を目前で死なせることを回避するための処置を、フランスの医療は標準的な方策として採用したのである。通常、妊娠のかなり早い時期に生まれてしまう胎児、すなわち流・早産児は、非常に未熟で小さいために分娩の途中で死亡する。これに対してIMGでは、「胎児安楽死」や「胎児殺し」を正当化する、胎児の「不治で重篤な疾患」に加えて、陣痛誘発のため出

産の生理をまったく尊重しない非常に強力な薬理効果によって、「胎児」は瀕死の状態では娩出されることになる。蘇生行為の差し控えは、多くの場合、娩出後数分以内で「胎児」を死に至らしめる (Milliez, 1999 前出)。母胎外へ娩出された「胎児」は急激に体温が下がり、呼吸運動や筋肉の運動が絶え絶えとなり、じわじわと死の過程をたどりながら、やがて心臓の拍動が止まる。ところが、IMGにおいて、「胎児」の蘇生を控えるだけでは死に至らない場合がある。妊娠7ヶ月のダウン症の「胎児」がまさにその例である (Milliez, 1999 前出)。トリソミーのリスク、すなわち未熟状態のリスクと仮死状態のリスクを合わせもちながら、「胎児」は未熟児で生きて生まれる。小児科医は、拳児をはかる通常分娩であればその生命を呼び戻す使命をもつところを、IMGすなわち医学的人工妊娠中絶であるから、その生命を中断する行為を行わなければならない。医療者たちは、ここに解決すべき問題を見出した。その結果、医師が責任をもって、あらかじめ母胎内の胎児に手をかけておく「死産」の技法が確立したのである。

IMGにおいて、前もって母胎内で胎児を死亡させておかなければ生きて生まれる「胎児」とは、積極的にその生命を中断させる措置を要するほど、生命力のある「胎児」である。このような生命力のある「胎児」が、IMGの適用の対象となっていることにこそ、問題を見出すべきではないだろうか。医療者の合議を経て判定される胎児の予後は、あくまでも胎児の疾患名から導き出された予後の予測と専門医集団の医学的経験に依拠している。しかし、現在の新生児医療、胎児医療の発展は、胎児の予後についての認識も変化させているはずである。

IMGにおいて「胎児」が生きて生まれることを避けるために、医療に「胎児安楽死」や「胎児殺し」の技術が導入され、ヴェイユ法によってこれらは法的に正当化された。医療技

術は、「胎児」の生物学的な出生と法的な出生との整合性を図り、生物学的な出生の事実を隠蔽することの回避も可能にした。しかし、IMG、すなわち「医学的人工妊娠中絶」の名のもとで、生きられるかもしれない胎児を医学的に殺害している事実をまず直視する必要がある。生きて生まれる「胎児」の安楽死問題は、出生前診断を含む周産期医療全体のあり方を、新生児医療、胎児医療の発達をふまえて、根本的に見直すことを迫っている。

謝辞

本研究は、立命館大学 GCOE プログラム「生存学」創成拠点における、2008 年度「生存学」若手研究者グローバル活動支援助成金を受けて調査研究した成果の一部です。同拠点をはじめ先端総合学術研究科の先生方、そしてパリ第 V 大学医学部医療倫理・法医学研究所の Christian Hervé 教授に多くの助言をいただきましたことを深謝いたします。

引用文献

- Agence de la biomédecine (2008) *Rapport annuel 2008*. Nancy: Bialec.
- Body, G., Perrotin, F., Guichet, A., Paillet, C., et Descamps, P. (2001) *La pratique du diagnostic prénatal*. Paris: Masson.
- Centre de diagnostic prénatal et de médecine fœtale (2004) Les indications des interruptions médicales de la grossesse (IMG). <http://www.diagnostic-prenatal.fr/indicimg.htm> (2011 年 3 月 20 日)
- Daffos, F. (2002) Refus d'interruption médicale de grossesse, Le point de vue de l'expert. Mirlesse, V. ed., *Interruption de grossesse pour pathologie fœtal*. Paris: Flammarion.
- Dommergues, M., Aymé, S., Janiaud, P., et Seror, V. (2003) *Diagnostic prénatal: pratiques et enjeux*. Paris: Inserm.
- Dumez, Y., et Benachi, A. (2004) *Médecine fœtale et diagnostic prénatal*. Paris: Doin Edition.
- Gallot, D., Moreau, H., et Lémery, D. (2002) Cadre légal français et européen. Mirlesse, V. ed., *Interruption de grossesse pour pathologie fœtal*. Paris: Flammarion.
- Gaudet, C., Séjourné, N., Allard, M.-A., et Chabrol, H. (2008) Les femmes face à la douloureuse expérience de l'interruption médicale de grossesse. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 36, 536-542.
- Goussot-Souchet, M., Tsatsaris, V., et Moutel, G. (2008) Interruption sélectives de grossesse en cas d'anomalie grave: état des lieux et enjeux éthiques. *Le Courrier de l'éthique médicale, Sffem*, 8 (1), 31-33.
- Guibet-Lafaye, C. (2009) Pourquoi accepter des refus d'IMG en cas de pronostic vital néonatal très péjoratif ?. *L'archive hal, Centre Maurice Halbwachs, CNRS*, 1, 1-24.
- 橋爪一男 (1950) 第 6 章アブレル氏人工妊娠中絶法. *日本産科婦人科学會雑誌*, 2 (4), 144-155.
- 本田まり (2005) フランス生命倫理法の改正—出生前診断, 生殖補助医療および受精卵着床前診断における要件の緩和: 共同研究・生命倫理の展開・比較法考察Ⅳフランス法. *上智法学論集*, 48 (3・4), 227-252.
- 今尾孝 (1950) 所謂 Aburel 氏人工妊娠中絶法による胎盤の病理組織学的變化に就て. *日本産科婦人科学會雑誌*, 2 (9), 407-410.
- 石井トク・兼松百合子・桜庭繁 (1993) 看護と生命倫理: 倫理的な分析の方法論について. *生命倫理*, 3 (1), 33-37.
- 笠松真弓・藤田太輔・関島龍治・荘園ヘキ子・橋原敬二郎・山下能毅・亀谷英輝・大道正英 (2008) 中期中絶における誘発・促進の有効性. *産婦人科の進歩*, 60 (2), p214.
- 小林真紀 (2008) 胚の法的保護の枠組みに関する一考察—フランス生命倫理法の視点から. *愛知大学法学部法経論集*, 179, 1-35.
- 小出泰史 (2004) フランス生命倫理法に見られる人格概念. *生命倫理*, 14 (1), 91-99.
- 厚生省保健医療局 (1990) 厚生省発健医第 55 号厚生事務次官通知 優生保護法により人工妊娠中絶を実施することができる時期について. http://www.mhlw.go.jp/shinsei_boshu/gyouseibunsho/

(2011年3月20日)

- 厚生省保健医療局 (1990) 健医精発第12号保健医療局精神保健課長通知. http://www.mhlw.go.jp/shinsei_boshu/gyouseibunsho/ (2011年3月20日)
- 久野達也・渡辺博・庄田亜紀子・岡崎隆行・多田和美・西川正能・大島教子・田所望・稲葉憲之 (2003) 妊娠22週未満の出生証明書. 日本産科婦人科関東連合地方部会会報, 40 (3), p369.
- Mahieu-Caputo, D., Dommergues, M., et Dumez, Y. (2002) Arrêt de vie in utero. Mirlesse, V. ed., *Interruption de grossesse pour pathologie fœtal*. Paris: Flammarion.
- Meunier, É. (2002) Entretien préalable à une interruption médicale de grossesse. Mirlesse, V. ed., *Interruption de grossesse pour pathologie fœtal*. Paris: Flammarion.
- Milliez, J. (1999) *L'euthanasie du fœtus*. Paris: Éditions Odile Jacob.
- 中嶋公子 (1993) フランスにおける避妊・人工妊娠中絶・人工生殖をめぐる歴史と現状—自己決定権のゆくえ. 女性空間, 10, 80-91.
- 中嶋公子 (2002) 「人工妊娠中絶と避妊に関する法律」の改正—女性のリプロダクティヴ・ヘルス/ライツのいま. 女性空間, 19, 41-51.
- Nisand, I. (2002) Diagnostic prénatal: comment gérer ce progrès?. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 30, 177-179.
- 大垣栄 (1962) 胎児体重の間接測定法と100%確立の分娩誘発法 (妊娠中絶法): 付記・腹部横径と安産の範囲. 日本産科婦人科學會雑誌, 14 (14), 1179-1186.
- 清水直太郎・宇津野榮男 (1950) 余等の人工妊娠中絶法に就て. 日本産科婦人科學會雑誌, 2 (3), 93-94.
- 新家薫 (2003) 生存することのできない胎児の妊娠中絶—異常胎児の妊娠にどう対応するのか. 医学のあゆみ, 204 (13), 1103-1106.
- Sureau, C. (2005) *Son nom est personne*. Paris: Albin Michel.
- 建石真公子 (2002) 人工妊娠中絶法における「生命の尊重」と「自由」. フランス憲法判例研究会(編)「フランスの憲法判例」. 信山社.
- Toubas, M.-F. (2002) Particularités de la prise en charge anesthésique des interruptions médicales de grossesse. Mirlesse, V. ed., *Interruption de grossesse pour pathologie fœtal*. Paris: Flammarion.
- 山田千里・今泉英夫・清野嘉久彌・和田泰美 (1950) 人工妊娠中絶法としての羊水パンピングの効果. 日本産科婦人科學會雑誌, 2 (3), 94-95.

(2011. 2. 28 受稿) (2011. 5. 16 受理)