

【研究ノート】

リプロダクティブヘルスをめぐる葛藤と困難に関する

基本的理解と一考察

Consideration Towards Understanding dilemmas
And Difficulties Concerning Reproductive Health

近藤 純子（北海道大学大学院 研究生）

要旨

本稿は妊娠や出産といったリプロダクティブヘルスに関わるライフイベントにおいて生じる葛藤と困難を捉えるため、基本的な妊娠の特性を身体的、心理的、社会的側面から整理した。また意思決定に関わる要因、実際に起こっている問題を文献より先行研究を整理することを通して、リプロダクティブヘルスに関わる葛藤や困難を抱えた当事者女性の状況を捉えること、それから見出される今後の研究課題を提示することを目的とした。その結果、妊娠した女性が直面する葛藤や困難は、貧困等の経済的要因やそれと関連した社会保障制度からの排除といった社会的不利との関連が示唆された。それはライフコースを通して不利な状況を生きてきた人が妊娠という状況が加わることによりさらにリスクの高い状態に追い込まれていく構造が考えられること、医療や母子保健など「妊娠」「出産」「子育て」に関連したものを含む社会保障制度からの排除される要因にも貧困が関係している可能性が高いこと等が示唆され、内情を明らかにするための実証研究が必要といえる。

Keyword : リプロダクティブヘルス 葛藤 困難 経済的困窮 社会的排除

1. はじめに

(1) 研究目的

本稿は、妊娠や出産、避妊や人工妊娠中絶(以下中絶)を含むリプロダクティブヘルス¹⁾に関するライフイベントにおいて、女性に生じている葛藤や困難に関して基本的な理解に必要と考えられる点を整理すること、また葛藤や困難に伴って起こっている問題を捉えることにより、この問題に関する論点を提示することを目的とする。

女性のライフコースにおいて妊娠は大きなライフイベントのひとつである。自らの性的関係や行動をどうするか、また子どもを望むか否かについて自ら意思決定すること、もし妊娠という現象が自らの身体に起きた時、産むか否かを決めること、もし産むという決断をした場合には生まれ来る子どもを迎える十分な環境と

準備の中で妊娠・出産に臨めることが保障されることは、女性の権利である。フェミニズム運動とそれに伴う理念研究の進展によって確立したこうした権利を、リプロダクティブヘルス ライツと呼んでいる。リプロダクティブヘルスに関わることは性的事柄を含むため、これまで社会の中では極めて個人的な事として扱われてきた。さらに内面化された性道徳による女性への眼差しは、保障されるべき権利がどうかというよりは、あるべき姿という枠にあてはまるか否かで女性を選別する見えない作用が働いている側面を持つといえる。さらに母である女性は一人前とみなされ問題を抱えた人として捉えない母性観(大日向 1988)も、そのような性道徳やジェンダーと深く関連して社会を作ってきた側面を無視することはできない(加藤 2004)。その為、妊娠・出産等に関わる問題

に対するこれまでの議論では、望まない妊娠を避け自由な性行動や性行動の低年齢化に対処するための性教育をいかに充実させるという方向性が中心となってきた。確かに正しい知識を持つことは女性の「ケイパビリティの発揮 (Nussbaum2000)」や「エージェンシーを行使 (Lister2004)」するため、あるいは女性が自らの権利を行使するのに必要な要素である。しかし対応が教育に偏重してきたことは妊娠に伴う困難が生じた際、十分な知識を持ち責任ある行動をとれなかつた失敗の結果であるとして、本人の責任とされやすい側面を持つともいえる。しかし、妊娠・出産は女性の個人的な事であると同時に、パートナーとの関係性の中で発生するものである。また次世代を担う新たな子どもと母となる女性が社会の一員として認知されてはじめて社会に包摂されるという意味で、極めて社会的なものもある。であるならば、個人に生じる妊娠に伴う葛藤が発生する問題も、社会との関わりが個々の生活にどう影響を及ぼしているのかという視点で捉えることが必要であり、まずは先行研究から実際に起こっている問題を把握し論点を整理する必要性があると考える。

さらに、妊娠・出産・中絶・避妊といったリプロダクションに関わる事柄は、医療との関連が深い側面を持つ。女性が主体となることが可能な避妊方法の選択やバースコントロール²⁾には、医療機関での処方や処置を必要とする。妊娠が判明した際の意思決定、つまり出産を選択する、中絶を選択するいずれの場合も医療機関の関与は必須である。にもかかわらず、妊娠・出産は病気とは異なり正常な身体に起こる正常な現象であるとして、我が国の社会保障制度では公的医療保険の現物給付の対象から外されている。そのような仕組みを持つ日本の場合、リプロダクティブヘルスに関わる事柄は女性個人が費用負担する仕組みになっているため、生活に経済的脆弱性がある場合、必要な医療にアクセスが制限される等の可能性がある。例え

ば主体的な避妊を選択できない、未受診での飛び込み出産など、周産期に関わって起きている問題の背景として、経済的問題が関係している可能性があると考えられる。このような意味で妊娠可能な性としての女性の諸問題を検討するには、「安易な妊娠・出産」「自覚のない母」といった言説のように困難に直面する女性個人の問題とする見方ではなく、妊娠における困難や葛藤に伴つて起こる問題を社会の仕組みとの関係の中で捉える必要があると考える。

(2) 分析の視点と研究方法

研究方法は、文献研究である。文献収集の方法は、CiNii 検索で「妊娠 葛藤」「望まない妊娠」、「予期しない 思いがけない妊娠」「中絶」などでヒットしたものの中で、医学的なものを除いた 30 件余りと、子どもの虹情報研修センターの文献研究のリスト、それらの関連の研究も合わせた中から、母子保健、周産期医療、心理学、社会福祉、社会学、公衆衛生領域を中心に本研究の主旨に関連すると思われる研究を選び出し、3 つの構成に整理して検討を行なった。即ち 2 章では「妊娠」の特性と困難や葛藤との関連とそれに伴うリスクについて整理、3 章では妊娠における意思決定とその際に生じる葛藤について整理する。4 章ではさらに困難な出産とその後の「育てる」か「育てられない」か、という養育をめぐる選択に関わって生じる問題の中から、女性の生活状況が間接的に読み取れる 4 つの研究を選び出し、葛藤や困難と関連したと思われる社会的状況や仕組み、特に経済的側面、社会的側面に着目して整理した。これらを通じて、日本におけるリプロダクティブヘルスに関わるライフイベントにおいて生じている葛藤や困難を捉え、生じ得る問題とその論点を提示することを試みる。

2. 「葛藤」理解のための妊娠の特性とリスク

本章では、「妊娠」をめぐる葛藤を捉えるため、身体的側面、心理的側面及びメンタルヘルス、

社会的側面の3つの側面から、リプロダクティブルヘルスにおける妊娠の特性とそれに伴うリスクを整理する。

(1) 身体的側面

妊娠すれば基本的にはその進行は中絶という手段を取らない限り進行し、約280日(40週)で出産に至るものである。前の生理の初日からカウントするため、女性の経験する妊娠期間は実質9か月になる。母体は身体的に大きな変化をもたらすリスクの高い状態となる。個人差はあるが悪阻による体調不良の他、子宮内に送りこみ循環させるための血液が必要となるため、血液の総量や心拍数呼吸数の増加、ホルモンバランスの変化のため妊娠性糖尿病、妊娠性高血圧症、腎臓や肝臓の機能低下等の異常妊娠を引き起こすこともあり、見過ごして医療的管理されないままになった場合、母体、胎児の生命に危険が及ぶ可能性がある。こうした異常妊娠の発症率は全妊婦の10%以上であるとされ、確率は少なくなく、同時に胎内で成長する胎児にも異常が発生する可能性があり、時には胎内で死亡する場合もある(青木2003)。母体・胎児の双方を守るには妊婦検診が重要な役割を果たしている。しかし、妊娠に戸惑いや葛藤がある場合、妊娠中のケアが遅れがちになる、また不十分になる傾向がある指摘とされており(Brockington1996)、妊婦検診が未受診となれば母子共に身体的リスクを高める可能性がある。

(2) 心理的側面・メンタルヘルス

妊娠中は妊娠した女性の妊娠・出産への「適応過程」として捉える必要性がある。自分自身が妊娠を受け入れ愛着を発達させると同時に、家族や社会に対し生まれてくる子どもの存在が受け入れられるよう働きかけていくことが求められる。身体の変化とともに生まれてくる子どもを受け入れ、出産に備えた準備をする中で、母となることへの適応を図っていく。妊娠は計画的にはいかないことも多くあるので、妊娠が判明すると葛藤がうまれる。妊娠の計画性

と受容の関係では、計画していなかったとしても妊娠とわかってから出産を望む場合も多くみられる。しかし、周囲に歓迎されない場合や妊娠した女性本人が妊娠を受け入れがたい場合、悲しみ、ショックや怒り、喜びなど矛盾した感情が同時に湧き上がりアンビバレン特な心理状態となるなど、心理的重圧は相当なものとなる。妊娠に否定的感情を持つ場合には、自らの身体や胎児に意図的に危害を加えようとする胎児虐待が見られることもある。また妊娠に気づきながら秘匿して認めないとする場合もあるが、妊娠を認めたくない心理が妊娠に気づかない原因の一つなりうる。もともと月経不順で軽微な出血があった場合、妊娠ではないと理解をしてしまったりすることで、妊娠という身体の変化に気づけないという場合も報告されている(Brockington1996)。妊娠を受容できないまま出産に至った場合、母親のメンタルヘルスが損なわれやすい、虐待が起きやすい、母子それぞれの不適応などリスクが高まることが指摘されている(福井1999)。

出産を選択できなかった場合には中絶の処置を受けることとなる。身体的には一定の期間を経て回復するが、心理的には長期にわたり影響が残ることが少なくない。公衆衛生学における「自傷行為」に関する全国データの統計解析による研究では、自傷行為は若い女性に多く、被虐待経験者と並び中絶経験者に優位に高い傾向が指摘されている(阿江2012)。

(3) 社会的側面

妊娠の社会化は周囲に伝えると共に、医師の診断により発行された妊娠証明を受け、妊娠の届を、母子保健事業を行う地方自治体の担当窓口に提出し、母子手帳の交付を受けることから始まる。これにより、母となる女性とその胎児は社会的な存在として公的に認知される。妊娠の9割は妊娠11週(妊娠3か月)までに届出を行っている(一瀬2016)。母子手帳交付の際は、保健師による簡単な聞き取りなどで生活状況についてアセスメントがなされ、その後の妊

妊娠出産後の「包括支援」、「特定妊婦」の支援もここから始まる場合が多い。また各自治体で行っている妊婦検診の助成や医療保険からの「出産育児一時金³⁾」を受けるための情報が得られるのも、妊娠の相談もここで行われる仕組みの自治体が多い。しかし、届を出すということは妊娠が公になることを意味するので、産むか否かを迷っている、妊娠を否定したい、妊娠を知られたくないと感じている女性にはハードルが高い。また出産か否かを迷って相談を行ったとしても、基本的には出産を前提とした対応が多い窓口で、思うような対応がなされない場合もあり、妊娠に葛藤や困難がある人の相談先として必ずしも機能できていない可能性がある（白井 2014）。さらに、手続きの際に住所の提示、身分の証明ができるものとして個人番号通知書（カード）とともに、本人確認ため運転免許証、住民票、健康保険証等のうちのいずれかの提示も求められるため、居住地に住民票がない、住所が不定、健康保険の未加入、保険料の滞納等で保険証を持てないなどの状況にある女性はこの仕組みから排除されやすい。

出産に関わる費用については、通常の分娩でおよそ 40～50 万円と高額である。その為「出産育児一時金」が加入する健康保険から支給される。支給額は近年徐々に増額されて現在 42 万円になっているが、実際にかかる平均出産費用は約 50 万円とそれを数万円上回っており、個人負担金が発生している（国民健康保険中央会 2015）。また保健上必要であるにもかかわらず、経済的理由などで入院助産が受けられない妊婦を対象に、指定助産施設での入院助産に必要な費用を助成する「助産制度」があり自治体によっては対象拡大や助成金の増額などがなされる場合がある。検診においても公費負担割合を増やす傾向にあるが、自治体によって差があることや、検診の内容によって公費負担額を超える場合は自己負担が発生する（佐藤 2016）。

このように日本の制度では一部公費負担がありながらも、基本的に妊娠・出産費用負担は

個人にかかる仕組みになっており、経済的に脆弱な暮らしを余儀なくされている人ほど、その影響は大きいと考えられる。

（4）妊娠と葛藤⁴⁾

出産は女性の人生を大きく左右するライフイベントのひとつである。出産後、子どもの養育について基本的に途中で降りることはできないものと考えられている。出産を選択した場合、自分の現在の生活と養育との両立といったことや、中絶を選択した場合の費用の捻出等、望むと望まざるとにかかわらず、未婚既婚を問わず妊娠という現実は、女性に様々な二者択一のしかも重い決断を短期間のうちに迫るものである。その決断は妊娠の相手である子どもの父親との関係、家族との関係が大きく左右し、必ずしも自分と周囲の意思が一致するとは限らない。ごく限られた時間の中で、それぞれの意向やそれに伴う見通しを立てて決断するに至ることは、状況が厳しい人ほど難しい。

また、悩むことのできる期間が限られているのも、妊娠における葛藤の特徴といえる。仮に初期に妊娠に気づけたとして、初期中絶する場合に検討できる時間は最大 8 週間、費用が大きくなる中期中絶の場合最大で 16 週間、妊娠に気づくのが遅れた場合その分時間は少なくなる。22 週（妊娠 6 か月）を越えると中絶の選択肢はなくなり、出産に臨むことになる。計画していない妊娠の場合、突然妊娠という状況が発生し、短期間のうちに人生や命を左右する重い決断をする必要に迫られる。日本の場合、女性が最初にコンタクトを取る社会資源は医療機関であることがほとんどである。しかし、医療機関では診断と中絶処置は行うものの、その間で揺れ動く女性の相談を受け支援する機能を持った病院は大変少ない。そうしたことから近年では「にんしん SOS」など妊娠によって窮地に立たされる女性のために専門の相談を行う仕組みを整えられつつあるが、都道府県レベルが中心であることや、対応する NPO 法人や医療機関が特定の地域に限られていることから、

当事者にとって身近な機関になっているかは検討されるべきといえる（一般社団法人全国妊娠SOSネットワーク）。ドイツやオランダなど、妊娠をめぐる葛藤をかかえるすべての妊婦を対象として、早期に対応するための相談の仕組みを制度として整えている国もある（田口2012）。しかし日本では、あくまで当事者からの申告から支援が始まる体制であるため、自ら相談する意思を持って相談できる機関へのアクセスがなければ、支援が始まらない場合が多い。

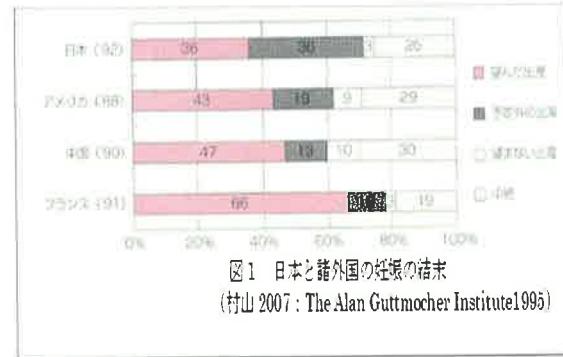
3. 「妊娠」における意思決定

生殖技術の発展とフェミニズムの進展に伴い、妊娠・出産できる性としての女性は、意思決定する権利「リプロダクティブヘルスライツ」を保障される権利を手にしたかに思われる。しかし、実社会のなかで生きる女性にそれを十分に享受できていない現実がある。そこで本章では、妊娠期の女性における「産む」「産まない」に関する意思決定と葛藤を捉えるため、妊娠の計画性と生殖のコントロールや中絶、望まない出産について先行研究の知見を整理し、意思決定に影響を与える可能性のある経済的脆弱性と費用負担などについて検討する。

（1）妊娠の計画性と生殖のコントロール

「授かりもの」という感覚であった妊娠・出産は、この100年あまりの間で希望し計画して「予定するもの」に変化した。それは、妊娠・出産に関わる生殖の知識とコントロールする技術の進歩によるものであり、それを享受することでベースコントロールが可能になったことによる。リプロダクティブヘルスライツが権利として確立したのも、「望まない妊娠」「計画外妊娠」が問題視されるのも、裏を返せば生殖が個々人の意思と責任においてコントロールされることが前提とされるようになったからといえる。しかし、図1に占めず日本と諸外国の妊娠の結果を示すデータによれば、1990年

代のデータではあるが日本においては予定外の妊娠による出産の割合が諸外国と比較して高く、実際に生まれた子どものうちの半数は当初から予定されていた計画された妊娠ではないということになる（村山2007）。



中絶の割合も少なくない。リプロダクティブヘルスに関わる制度の手厚いとされるフランス比較すると対照的である。関連する日本の研究としては、産児数決定のメカニズムに関する研究において平松（2007）が、既婚者でありさらに階層的に安定層であっても、経済的負担、養育に対する時間的・体力的・精神的負担、住環境との関係など、妊娠・出産を決意するのに様々な葛藤があり、産児数を決定する要因として関連が深いこと、また希望産児数と実際が異なる場合が少くないことを指摘している。さらに、精神保健領域では、首都圏、地方都市における望まない妊娠で生まれる子どもの出現率とそれに伴う妊娠期のケアの状態、乳幼児期の成長・発達との関連について明らかにしようとした福井ら（1999）の調査研究がある。この研究では、受胎時に子どもを実際に生れた子どものうち望んでいた妊娠を「望んだ妊娠」、受胎時やそれ以前に妊娠を望んでいなかったもの・時期が早すぎたものを「望まない妊娠」と規定して、幼稚園・保育園利用者家族の調査を行っている。これによれば、実際に生まれた子どものうち、望まない妊娠の出現率は約25%で4人に1人の割合としている。妊娠から婚姻へ発展する場合も多く、それらをすべて望まない妊娠と分類してしまうことは問題があるが、この

出現率のデータは社会階層を限定したものではないことから、広く女性の間に起きていることと考えられる。

さらに妊娠と婚姻の関係について述べる。日本では妊娠後の婚姻いわゆる「授かり婚」「でき婚」の割合が年々増加している。平成 17 年度国民生活白書によれば、10 代での結婚の 8 割、20 代前半で

の結婚の 6 割で、妊娠期間より婚姻期間が短い「授かり婚」が占めているとのデータがある。これは、若年ほど生まれてくる子どもを迎える準備が十分に整っていない中の妊娠であったことを示すものと考えられる。この数字は結果的に結婚に至った場合を示しているが、一方でそうしなかった人もいるだろう。それゆえ女性は、妊娠の判明と同時に、産むか否か、結婚するか否か、結婚という形をとらず産むのかなど、同時に多くの決断を迫られることになる。

これらの研究から、女性自身が十分にリプロダクティブヘルスライツを行使、あるいは享受できていない現実があることが示されたと理解できる。

(2) 中絶

受胎調節の知識と技術が進展したにも関わらず、妊娠・周産期において「中絶」はまだ多く存在している。日本の中絶数は 1960 年代前半まで届け出があったものだけで 100 万件を超えていたが、徐々に減少し 2010 年代に入り 20 万件を切っている⁵⁾。先に示した図 1においては全妊娠数の 25% を占めている。年齢別では 10 代の中絶率が増加傾向、20 代前半で他の年齢階層の中で最も多いおよそ 20% と高めに推移している（村山 2007）。広く国内外の中絶について研究を行っている塚原（2014）によれば、1990 年代における中絶理由として、出生調整（産むタイミングを先送りする出生延期、希望挙児数に達したための出生停止）を含む希望しない妊娠と社会的経済的懸念がともに約 3 割、それに続いて婚外の妊娠、相手の反対、健康上の理由であったとしている。中絶経験の

ある人は、妊娠経験者のうちの 4 割にのぼり、そのうち複数回、いわゆる反復中絶の経験がある人の割合が 3～4 割であったとしている。

毎年これだけの数の中絶が行われているにもかかわらず、女性が中絶に至る詳しい状況が分かる研究は多くはない。これは中絶をタブー視する社会的意識から女性にとっては知られたくない秘密として扱われることも一因と考えられる。その中で、吉田（2014）は中絶経験者を対象に中絶の原因を探るための面接調査を行っている。対象者が 35 人（既婚 20、事実婚 2、未婚 13 名）と限られているが、直接経験について聞き取りが行われた貴重な研究といえる。この調査においても、「経済的な問題」が最も多く、ついで「育てる自信がない」というものであった。さらに興味深いのは、避妊に関する実態である。女性が相手との関係において避妊を希望しているにも関わらず、「いつも実行できていた」との回答は 1 割にとどまっている。実際に相手にその意思を伝え実行できていた割合は 2 割に満たない状況で、女性が避妊について主張すること実行することの難しさを表していると理解できる。インタビューにおいて中絶を繰り返さないために必要な支援は何かの問い合わせ、「避妊教育」の他、「子育てができるよう経済的支援の必要性」、「相手の避妊の協力」と同時に「避妊用ピルの低価格化や購入しやすいよう手続きの簡素化」が挙げられており、切実な声として受け止める必要がある。ピルは女性が自ら予定しない妊娠を主体的に防ぎ、リプロダクティブヘルスライツを行使するのに非常に有効な手段である。しかし、医療機関での処方が必要な上、自費負担となるといった入手のしにくさなどから普及率は低い（村山 2007）。

最後に、中絶の費用負担の問題に触れる。日本での中絶は、基本的に健康保険が適用はされないので、その費用は全額本人負担となる。初期中絶（12 週まで）はおよそ 10～15 万円、中期中絶（13～21 週）はおよそ 30～60 万円の費

用がかかるとされているが、自由診療であるため医療機関による差も大きい。中絶を経済的に支援するための制度は未整備であるため、たとえ経済的理由等で出産・養育の選択ができない状況にある女性でも、中絶に多額の費用を負担しなければならない状況になる。このことは、出産を望まない（望めない）のに、中絶もできないまま妊娠が進行し、結果的に出産に至ってしまう状況を生みだす可能性があることが考えられる。

（3）「望まない（望めない）出産」とそれに関する問題

計画外の妊娠の割合や中絶の選択の多さについては前項で述べた。計画外の妊娠であってもその後それをきっかけに積極的選択として出産、また婚姻に進展していく場合も少なくないが、すべての例がそのように進むわけではない。

このでは出産を望まなかつたが中絶もできなかつたという場合に起こりうる問題について取り上げる。

先述の図1では、「望まない妊娠」は全妊娠数のうち3%にあたる。こうした、出産を積極的に望まないあるいは望めないまま妊娠が進展していった場合に起こる問題としては、妊娠の秘匿、妊婦検診未受診、母子手帳の未発行、飛び込み出産、単独出産、児童虐待、社会的養護との関連が考えられる。

妊婦検診を受けず、産気づいてからはじめて医療機関につながる「飛び込み出産」は、医療機関外で不適切な環境での単独出産と近似の状況の妊婦と考えられる。そのような出産は、周産期管理が行われている通常の出産に比べ産科合併症が多く、早産、妊娠高血圧症候群の発症、低出生体重児、NICU入院の頻度が高いこと、また医療機関以外での分娩後の搬送も多く死産数も多いと報告されている（水主川2014、光田2014）。

次に飛び込みでの出産に結びつかなかつた結果として、単独出産と児童虐待との関連にふ

れる。厚生労働省の「子ども虐待による死亡事例検証結果12次報告」によれば、平成26年の心中以外の虐待死の61.4%が0歳児でそのうち55.6%は日齢0日の死亡であった。また、出産場所が判明していない例を除けば医療機関での出産は0%（1次～12次報告の類型）であり、ほとんどは医療機関外での出産であった。飛び込み及び搬送中の分娩における出生児の死亡は死産として扱われる一方、自宅など医療機関外での分娩に伴う死亡の場合、女性は虐待による新生児死亡の加害者となる可能性がある。結果の違いは産気づいた場所やタイミングが人目についたか等の「ちょっとした」差であるのに、女性は虐待通告の対象となると同時に刑事事件の被疑者となるため、司法の場で裁かれる立場となってしまう。こうした虐待死事件は毎年起こっており、死亡数における割合が最も高いが、被疑者となってしまった女性の背景や経緯についての研究が進んでいないこともまた大きな問題といえる。今後必要な対策を取っていくには、このような状況に至った人を、支援を必要とする生活者として丁寧に捉えなおしていく必要がある。また、0歳児以外の深刻な虐待例の背景にも望まない妊娠による出生が優位に関連しているという指摘もある（藤井1996）。いずれにしても、女性にとっての妊娠・出産における葛藤や意思決定が、女性と生まれた子どものその後の人生に大きな影響を与えるものといえる。

4. 妊娠・出産をめぐる葛藤と困難

妊娠・出産をめぐる葛藤と困難、出産後の児童虐待や社会的養護との関連についての研究では、女性のライフコースにおける状況や貧困との関連を直接検討したものは少ない。そこで本章ではこれらを間接的に読み取ることのできる先行研究を選択し、葛藤や困難に関わると考えられる経済的側面や社会的側面に焦点を当てて再検討を試みる。

（1）「妊娠葛藤相談事業」の利用者調査から

田口（2012）の研究は、NPO 法人が行う「妊娠葛藤相談事業」を利用し出産をした女性 177 名のうち、出産当時 20～30 歳代だった人を抽出し 100 名に郵送式事前アンケート調査を実施、返信のあった 30 名のうち協力を承諾した 8 名について妊娠葛藤の質的構造を分析するための深層化面接を分析した研究である。この研究では、①妊娠に至った経緯、②妊娠葛藤要因、③出産の決断の理由、④対胎児感情、⑤出産後の変化と⑥その他で聞き取ったインタビュー発言録を、質的データ分析法を援用してデータを単位化しカードを図式化しカテゴリー同士の関係について構造化して解釈するというものである。これによれば、妊娠葛藤の質的構造は「社会的孤立」と「生命観の変化」であったとしている。この研究は、女性が自分自身の問題をどのように捉えていたか、今回の妊娠における葛藤はどのようなものだったのか、どう対処したか分析されている。これをもとに全体の傾向を再検討すると次のことが読み取れる。まず暮らしについては、蓄えのない状況で妊娠が明らかになる中、生活費・検診費・出産費をどう工面するかという経済的問題があったこと、また妊娠による失業への懸念など不安定な生活に直面していた。人間関係では妊娠の相手が将来を描くことができない相手であったこと、自分の家族には頼ることができない関係であり、妊娠を身近に相談できる関係を持たず、未熟な自分の問題として一人で抱えて孤立した状況であったこと、心理面では困難で無謀と思えても産むのか、恐怖感や罪の意識と葛藤しながら中絶を選択するのかぎりぎりまで葛藤、苦悩した経験が、調査対象者のほとんどに共通した点として挙げられている。また、そうした中で妊娠葛藤相談にたどり着き、保健師・助産師、ケースワーカー等からの対応や励まし、支援のためのインフォメーションなど「他者とのつながり」を持つことを通じて妊娠に対する感情が変化したこと、自らの身体に宿った「生命」を実感できるようになるなど大切にしたいとい

う感情が芽生え、母となる価値を見出し、出産を前向きに決意していったなどの経験が報告されている。

（2）特別養子縁組利用者の調査から

白井（2014）は、「特別養子縁組」を利用した女性 15 名はの利用に至るまでの意思決定プロセスについてインタビューを行い分析している。それによれば、意思決定に影響する主な要素として①フォーマルな福祉へのアクセス不能・拒否、②インフォーマルな福祉（親、親族、パートナー）を頼れない、③自分が養育しないことを最善と考える、④中絶の非選択、⑤養子縁組以外の選択肢（結婚する、親元に戻つて養育する、乳児院などの利用、シングルマザーで育てる）の非選択、⑥若年 の 6 つに分類し分析している。この分析では、特別養子は「父母の養子となるものの監護が著しく困難、また不適当であること、その他特別の事情がある場合」を要件としているが、その事由について検討が十分になされていないことを指摘、「特別養子縁組」の制度利用を決定するプロセスを、その意思決定に影響を及ぼしたと考えられる事柄や社会資源へのアクセス状況と女性の生活環境について聞き取りから明らかにすることを試みている。対象者は 10 代 4 名、20 代前半 10 名、20 代後半 1 名の計 15 名である。

すべての事例で同じ情報が取れているわけではないが、インタビューの内容から妊娠時の生活状況、ライフコースにおける状況等に焦点を当て再検討を行う。15 名中実家との関係がよかつたのは 1 名で、それ以外は本人の原家族とは明らかな被虐待被害があるなど良い関係ではなかった。生育経験の語りから原家族も経済的にも脆弱であったと見られる。こうしたことが背景となって家出のような形で家を出している。家を出た後は風俗や不安定なアルバイトで生活していた。住民票は実家にそのまま置いてあること、児童に該当する年齢である場合、家族に戻されることを恐れ公的な支援につながりにくい状況が 3 人においてあった。そのよ

うな状況では、公的医療、母子保健をはじめ本来受けられる社会保障制度の利用も困難にしていると考えられる。学業・職業・経済的状況については、中学生、高校生、専門学校生、資格勉強中が各1名で、親との関係が良好だった1名（中学生）は、親の支援により妊娠の発覚を隠すため地元を離れてひそかに出産している。高校生、専門学校生のうち一人は妊娠を機に中退している。妊娠とは関係なく高校中退が1名、そのほかは不明。職業は、「性産業（風俗、水商売、援助交際）」従事が4名で、妊娠と同時に失業し収入が途絶え、同時に寮からでなければならぬなど、住居も失っている。パートナーとの関係では、結婚を検討したが頓挫したものが1名、集団強姦の被害により妊娠した1名を除き、子どもの父親は交際相手か以前の交際相手であった。相手の男性との関係も不安定であることがほとんどで、妊娠判明後別れるなど、結婚することや子どもと一緒に養育することを望めるような状態にはなかった。相手の状況も、不安定就労、無職、原家族の不安定な関係や経済的脆弱性など、女性と似たようなライフコースをたどって来たことがうかがえる。中絶の非選択についてでは、2名に過去の中絶経験とその後悔から産むことを選択している。また中絶可能期間を過ぎて妊娠が判明し、中絶の選択肢がなかったのが15名のうち7名であった。中絶ができなくなる妊娠中期まで、身体を配慮できない生活をしていたことがわかる。今回の妊娠にあたっての相談先は、先述の通り妊娠の発覚や原家族への連絡を恐れて、公的機関での相談を避ける場合が見られた。また、公的機関や病院に相談した際、「出産を望んでいるのに中絶とその費用についての話に終始した対応だった」、「自らの手で育てることは困難と考えているのに養育することを進められる」など、本人の心情に寄り添った対応が受けられなかつた経験や、「目を付けられるから相談しない」などの語りでは、公的機関にこのような状態を認知されることを恐れ、また社会的養護

へのネガティブなイメージから乳児院や児童養護施設での社会的養護の利用を避けようと「公的機関での相談を避けた」との語りもみられた。いずれにしても、出産後の養育が困難な厳しい状況にある女性の状況が読み取れる。公的機関、インフォーマルな支援や相談ができない中、それでも彼女たちは携帯電話やインターネットから支援団体につながり、生まれた子どもを「特別養子縁組」で社会に託すことができた。これは彼女たちの力であり、そうした社会活動の必要性を再確認するものである。

（3）未成年実母による新生児虐待

（日齢0日死亡）の加害者調査から

一方、パワーレスな状態のまま出産に至った場合の帰結のひとつに、生まれたばかりの子どもを死なせてしまう問題がある。本項ではその中で、犯罪社会学の研究から未成年実母による虐待死に関する研究を取り上げる。

近藤（2008）の研究は、改正少年法改正の後の5年間における少年女子による殺人で約半数と最も多いのが、妊娠を周囲に隠し通した末に孤独に出産し、その日のうちに発覚を恐れるなどの動機から産んだばかりの嬰児を殺害するに至った、殺人罪及び保護責任者遺棄致死罪であったとし、望まない妊娠により危機的状況に追いつめられる背景や資質的特徴を分析するため、少年鑑別所の資料からKJ法を用いて分析、類型化を試みている。分析対象者18名のうち、犯行時無職3名、アルバイト2名の他は各種学校に在学していたものが13名で、出産に至るまで家族や通い先に妊娠を隠し通して社会生活を送っていた。当時の就学状況は通学中18人（72%）すべてが未婚であった。犯行内容は18人全員が生後24時間以内の新生児殺しであり、自室、トイレ、ふろ場などひとりになれる場所で出産し、泣き声によって家族に知られまいととっさに殺害したものが多い。動機は「出産の発覚を恐れて」が14人（77%）、「母親を悲しませたくない」2人、「育てられな

いと思った」2人であった。中絶しなかった理由は「時期を逸したと思った」9人(50%)、「費用がなかった」4人(22.2%)、「中絶できないと病院でいわれた」2人、「相手をつなぎとめるために産むつもりだった」3人であった。ライフコースでの経験では、経済的困難あり44.4%、虐待被害あり38.9%、要ケアの家族あり16.7%、家族関係は実父母55.6%、シングルペアレント44.5%で、経済困難、離婚や再婚など家族の変動を経験しているものが約半数にみられた。妊娠について家族に相談したものは一人もいなかった。相談しなかった理由は、親に対する遠慮や情緒的交流の不足が目立ち、保護者からの叱責や見捨てられることを恐れて親の援助を求めることができない状況にあつたことが指摘されている。妊娠の相手は、交際していた身近な異性66.7%、出会い系33.3%で、相手への妊娠の相談の有無については、61%は相談したが、「妊娠が判明した時点で交際していなかった」5人(27.8%)、「父親が誰であるかはっきりしなかった」が2名11%いた。「父親が賛成した」場合も3人あったが、女子少年が決断できないまま迷った末、誰にも相談することも受診することともなく出産に至り、激しいジレンマに直面する中で動搖し殺害に及んだとしている。調査対象となった18名は全員、犯罪・非行歴などではなく、予期せぬ妊娠と孤独出産以外はごく普通の生活をしていたとある。ごく普通の若者が、最終的に最悪の事態を防ぐことができなかつたのはなぜか、どのように追い詰められていったのかという詳細はこの研究では明らかになつてないものの、新生児殺しと日齢0日での虐待死の状況が分かる数少ない研究の一つである。

(4) 未受診・飛び込みによる出産調査から

最後に、光田(2014)を中心に大阪府の委託事業として大阪産婦人科医会が行った、大阪府の医療機関に対する未受診・飛び込みによる出産の実態調査を取り上げる。この調査は、2009年からの4年間大阪府内の全産婦人科医療機

関へのアンケート調査と個票調査による実態調査であり、未受診妊婦を①全妊娠過程を通じ産婦人科受診回数3回以下、②最終受診日から3か月以上受診がない妊婦、と定義されている。4年間で全分娩約30万件のうち①②にあたる分娩が861件報告されてい

る。未受診・飛び込み妊婦のうちおよそ8割は母子手帳の交付を受けておらず、およそ2割は飛び込み状態での分娩であった。未受診になつた理由

として30%は経済的問題、残り半数は社会的孤立、多忙、妊娠の受容困難、家庭の事情がそれぞれ5~10%となっており、余裕のない生活をうかがわせる。割合は明らかではないが医療券の利用も指摘されており、経済的困難な生活状況であることが推測できる。また個票による調査での生活状況が分かるキーワードを仮に「妊娠」「経済状況」「制度」「現在の婚姻／家

筆者による女性の状況の分類	光田による女性の状況を表すキーワード
妊娠に関連して	望まぬ妊娠、自宅出産、前回未受診出産、助産、妊娠届未提出、中絶、若年
経済状況に関連して	貧困、夫無職、借金、生活保護、
制度に関連して	健康保険証不取得、妊娠届未提出、住所不定、
現在の婚姻／家庭状況など	未入籍、離婚、母子家庭、DV、ネグレクト、社会的養護、乳児院、虐待歴、独居
原家族との関係	母子家庭、被虐待、支援者なし
メンタルヘルス、その他	精神疾患、リストカット、出会い系サイト、いじめ、不登校

庭状況」「原家族との関係」「メンタルヘルス」に分類して整理しなおしたものである(表1)。

表1「大阪産婦人科医会未受診・飛び込みによる出産実態調査」個票に多く見られるキーワード

出典：光田(2014)を用いて筆者作成

この調査により、経済的困窮に加え、家族関係の困難、住所不定や無保険状態にあるなど、社会的に不利な状況による困難の中にある女性が見えてくる。未受診・飛び込みによる出産をする女性の実態が明らかとなつていなかつたこの調査が行われる以前は、そうした女性は「無責任無自覚な問題のある人」「理解できない」という捉え方や言説があった。しかしこの大規模な調査の結果により、そうではなくむしろやむを得ない事情、やむにやまれぬ生活状況が共通した傾向としてあるということを認識する必要性を示したという意味で、意義が大きい。つまり、未受診・飛び込みによる出産に追い込まれる背景には、経済的に困窮した貧困状態での生活の中、医療保険制度や住民登録による自治体の母子保健によるケアやサービスなど、本来包摂されているはずの社会保障制度から抜け落ち排除された状態の中を生きることを余儀なくされ、妊娠によってさらにその状況を悪化させ追い詰められた、あるいは妊娠を契機にさらに、困難を深めていかざるを得ない女性の生活状況があるということが明らかとなつたということが言える。

5. おわりに

以上、女性の「妊娠」や出産といったリプロダクティブヘルスに関わるライフイベントにおいて生じる葛藤と困難を基本的理解それに関連するいくつかの問題について、女性が直面する困難が特に経済的状況や社会の仕組みとの関係の中でどのように立ち現れているのかについて着目して整理してきた。その結果、生殖技術の進展とリプロダクティブヘルスライツの理念の確立により、妊娠することが可能な性としての女性はその権利を手にし、個人の責任の下、権利が行使されているはずという社会の言説とは裏腹に、多くの女性において妊娠や出産に関して多くの様々な葛藤が生じていることが分かった。妊娠という状況が発生し葛藤が生じた場合に迫られる何かしらの決断には、

パートナーや家族との関係性の他、経済的状況が大きな要因となっていることが示唆された。またその決断は本当に望む結論というより、今の現実的状況の中での「適応的な選好」である可能性がある。社会保障制度も一定程度整い、ある程度成熟した社会においてなぜそのようなことが起きているについては、今後改めて検討していく必要がある。

さらに妊娠における葛藤は多くの女性が経験している問題である一方、とりわけ一部の女性において養育困難や児童虐待、妊婦検診未受診での飛び込み出産など、より深刻な事態へ陥る場合があり、そのことにも社会保障制度からの排除や経済的困窮が関わっていることも示唆された。リプロダクティブヘルスに関わることは医療との関わりが欠かせないにもかかわらず、日本では公的医療の現物給付から除外する仕組みの中、個人負担の額はとても大きい。子育て以前の大きな経済的負担は、妊娠における葛藤に大きく関わっていることが推察される。それでも健康保険に加入し、住所を持ってその居住地に住民登録ができるといつた社会保障制度に包摂されていれば、その自治体の母子保健のサービスや出産育児一時金などの社会手当を得ることができる。しかし、原家族、パートナーを含め経済的困難と不安定な関係性が社会保障制度から排除された状態を引き起こす要因として考えられた。であるなら、単に本人の問題ではなく、世代間にわたって不利な状況のライフコースをたどってきたことが妊娠・周産期に関わる深刻な葛藤や困難の背景にあることを示唆するものと考えられるが、まだ明らかになっていないことが多い。少なくともそれらは決して「安易な」ものでも個人的なものでもなく社会の仕組みとの関連した問題として捉える必要があるのでないだろうか。

以上のことから、近代標準家族（堅田 2012）を基準に制度設計がなされている社会保障制度の中で、非標準型家族や原家族との関係性で

の不利や、不安定就労などによる経済的脆弱な状況における妊娠・出産に関わる困難がどのようなものなのか、ひとりひとりのライフコースと背景について丁寧に見ていくこと、さらには、経済的困窮と「妊娠」や出産における困難との関係において、特に未成年だけではなく成人実母による新生児虐待死の内情、助産制度の利用などあまり明らかになっていない事柄について実証的に明らかにしていく必要があるといえる。

理念的概念であるリプロダクティブヘルスライツは等しく女性の権利として確立している。今後の課題は、理念的概念を基に実社会で生きる人の実際の暮らしの中で、その理念がどう活かされているか、または権利が侵害されているとすればどんな事実があるのか、どういう構造によるものかなど、実質的に問うていくことが必要となる。特に社会的不利にある人の困難に関して、個人責任とする見方から、社会的公正と照らして検討されることが今後の重要な課題といえる。

注

- 1) リプロダクティブヘルスは生殖過程に病気や異常が存在しないだけでなく、生殖過程が身体的精神的及び社会的に完全に良好な状態を指し、女性の権利として提唱されている。さらに、リプロダクティブヘルスライツは狭義では妊娠出産を巡る健康と自己決定権のことを指すが、広義ではそのプロセスを含め広く性をめぐる健康と自己決定権を意味するとされる。本稿では広義として扱う。
- 2) ベースコントロールは産児数の調整や出産時期の調整といった受胎調節のことを指す。
- 3) 出産育児一時金は健康保険の被保険者及びその被用者が出産した場合、健康保険の保険者へ申請すると一時金としておよそ42万円が支給される（医療機関により減額あり）。
- 4) 葛藤とは心理学的には二つ以上の対立する

欲求が同時に働いてそのいずれかを選択するかで悩み迷う状態を指す。これだけを見ると葛藤とは個人の心理的・内面の問題のように見えるが、その心理的内面的葛藤状態を引き起こしているのは、「社会的側面」との関連によるものも大きいことは考慮されるべき点として捉えられる必要がある。

- 5)ここ数年の中絶の減少傾向の背景には、事後の緊急避妊薬の効果も指摘されている。

文献

- ・阿江竜介他（2012）「わが国における自傷行為の実態 2010年度全国調査データ解析」『日本公衆衛生誌』第9号、665-674
- ・青木康子他編（2003）『第3版助産学大系 第3巻妊娠・分娩の整理と病態』日本看護協会出版会
- ・Brockington,F,I “Motherhood and Mental Health” (1996) (=『母性とメンタルヘルス』(1999) 岡野禎治監訳、日本評論社
- ・藤井東治（1996）「「望まない妊娠の結果生まれた児」への虐待を巡る問題—児童虐待に関する調査と考察—」『家族心理学研究』第10巻第2号、105 - 117
- ・福井知美他（1999）「望まないで生まれた児と母親の精神保健に関する研究」『乳幼児医学心理学研究8』(1) 37-52
- ・一瀬篤（2016）「「妊娠・出産包括支援事業」とは」『保健師ジャーナル』Vol.72 No.1、8-13
- ・一般社団法人全国妊娠SOSネットワークホームページ： <http://zenninnet-sos.org/>, 2017.3.23
- ・水主川純、田中守（2014）「特集 周産期医療と虐待 妊婦健康診査未受診と児童虐待」『周産期医学』Vol.44 No.1、2014-1、25 - 28
- ・堅田香緒里（2012）「女／貧困／福祉 主婦と売春婦の分断と共謀」『現代思想』11Vol.40-15
- ・加藤秀一（2004）『〈恋愛結婚〉は何をもたらしたのか—性道徳と優生思想の百年』ちくま新書

- ・国民健康保険中央会：「正常分娩の平均的な出産費用について」（2016年7月）
https://www.kokuho.or.jp/statistics/lib/h27nendo_syussan1-4.pdf, 2017.3.23
- ・厚生労働省（2016）「子ども虐待による死亡事例検証結果 12 次報告」
- ・近藤日出夫（2008）「女子少年による嬰児殺の研究」『犯罪社会学研究』第33号、157-176
- ・Lister, Ruth (2004) "Poverty" (=松本伊智朗監訳 2011) 『貧困とはなにか』、明石書店
- ・光田信明（2014）「特集 周産期医療と虐待妊娠中からの対応 児童虐待の産科的背景」『周産期医学』Vol.44 No.1、2014・1、17 - 23
- ・村山より子（2007）「第3章女性のライフステージとその特徴②成熟期」久米美代子、飯島治之編『ウーマンズヘルス－女性のライフステージとヘルスケア－』医歯薬出版株式会社
- ・Nussbaum,C,Martha (2000) "Women and Development The Capabilities Approach" (=池本幸生他訳（2005）『女性と人間開発 - 潜在能力アプローチ』岩波書店
- ・内閣府(2005)国民生活白書平成17年度版
- ・大日向雅美（1988）『母性の研究』川島書店
- ・大阪産婦人科医会（2014）「未受診や飛び込みによる出産等実態調査報告」
- ・佐藤拓世（2016）「妊娠・出産期における子どもの貧困の発見と支援」『都市問題』2016年6月号、23-27
- ・白井千晶（2014）「妊娠葛藤・子の養育困難にある女性の養子に出す意思決定プロセスと公的福祉 特別養子縁組で子を託す女性の語りから」『和光大学現代人間学部紀要』第7号、55-75
- ・田口朝子（2012）「妊娠葛藤の質的構造—妊娠から出産に至るまでの女性たちの悩みの声—」『生命倫理』Vol.22 No.1、14-25
- ・塚原久美（2014）『中絶技術とリプロダクティブ・ライツ フェミニスト倫理の視点から』勁草書房
- ・吉田佳代、前田ひとみ（2014）「望まない妊娠の予防対策に関する研究—A 県における人工妊娠中絶経験者の面接調査から—」『母性衛生』第54巻4号：604-611