

## 羊水検査の受検とその決定要因

菅野摂子

はじめに

出生前診断は胎児の健康を知り母体の管理を徹底させるという医療行為であると同時に、異常があった場合の選択肢として中絶が選ばれる可能性があることから倫理的に批判されてきた<sup>(1)</sup>。特に、1994年に母体血清マーカー検査<sup>(2)</sup>が日本で実用化されると、その件数が大きく伸びたため、より一層こうした問題がクローズアップされるようになった。障害者運動の流れ<sup>(3)</sup>のみならず、生命倫理<sup>(4)</sup>、社会学<sup>(5)</sup>などアカデミズムの流れがこれに合流した。しかしながら、出生前診断に関する議論は、結果的に母体血清マーカー検査の「蔓延」を阻止することを終着点とし、出生前検査の「意味」はもとより確定診断である羊水検査の是非が問われることはなかった。1999年に『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委員会「母体血清マーカー検査に関する見解」について』(以降「母体血清マーカー検査に関する見解」と記述する)<sup>(6)</sup>が通知されると、出生前検査についての議論全体が下火になっていった。「母体血清マーカー検査に関する見解」では、検査の説明や結果の告知の仕方などについて指針が出されたが、そうした医療体制が整っていない、という現状認識から、「この検査を積極的に妊婦に知らせる必要はない」という文言が書かれた。この流れは出生前検査を消極的なものとして位置づけると共に、それまで行われてきた羊水検査をさらにタブー視することに繋がったのではないだろうか。少なくとも、1988年に出された産科婦人科学会の会告「先天異常の胎児診断、特に妊娠初期絨毛検査に関する見解」(以降、「会告」と記す)<sup>(7)</sup>への問い直しが行われることはないまま、「遠ざけられるべきもの」として羊水検査は据え置かれた。また、検査の精度や安全性、という検査そのものの持つ性質についても、母体の負担という文脈で議論されることは少なかった。そして、皮肉にも「通達」の末尾には、これまで伏せられていた「羊水検査の認知」が記されることとなったのである。

こうした状況の中で、「母体血清マーカー検査に関する見解」以降妊婦は、公には「遠ざけられるべきもの」である羊水検査という出生前検査にどのように出会い、検査を受けるか受けないかを決めていくのか、筆者が参加した調査の結果から明らかにするのが本稿の目的である。同様の問題意識で行った母体血清マーカー検査について分析は終了しているので、その結果と比較しながら考察を進める。

## ．羊水検査をめぐる状況

羊水検査とは、妊婦の腹部に針を刺して羊水を採取し、その羊水の中にある成分を調べることによって、染色体異常のほか先天性代謝異常、神経管欠損、性別判定、ヘモグロビン異常症とその他のDNA診断を要する異常などが判明する検査である。ただし、腹部に針を指す際、流産などの危険が伴う。この危険は0.3%～0.5%と言われている(西島1995)。同じ目的で実施される絨毛検査<sup>(8)</sup>は約2%の危険がある(鈴森1995)のに比べて、比較的安全で信頼できると認識されている。

実施件数は、2000年に10,627件というデータが出されており、1998年からは微増している<sup>(9)</sup>。

出生前検査を受けた女性の経験を調べた先行研究は、アンケート調査に限ると次のような研究があげられる。まず、古くは産科医の鈴森らが行った調査がある。名古屋市立大学病院で羊水検査を受けた女性から回答を得た 208 件(配布数 280 件)のアンケートをもとに、羊水検査を受ける前の気持ち、羊水検査を受けたあとの感想と受けた理由、さらに羊水検査にて何らかの所見のあった 10 名(全て中絶)に対して、中絶した時の気持ちなどを尋ねている(鈴森 1986)。しかし、この調査の対象となった女性のうち、染色体異常児を出産した経験のある者が全体の 47%にあたる 97 名であり、高齢妊娠 80 名、転座型染色体の保因者 12 名と続いており、特徴のある妊婦の経験に基づいた結果が得られているものと考えられる。また、「中絶したときの気持ち」が単数回答であるため、「やむを得ないと思った」が最多であるなど、女性の微妙な心情をすくい取れているとも言い難い。次に、やはり産科医である本多の研究があげられる(本多 1992)。新潟大学医学部産婦人科の遺伝外来で羊水検査希望者に行ったアンケート調査 81 件(1980 年から 1991 年までの 12 年間で 107 件配布 81 件回収)の分析である。実際に羊水検査を受けたのは 67 件(内他の病院が 7 件)であったが、説明を受けて「かえって心配になった」としたものが約 40%、「全く変わらない」が約 35%、「あまり気にならなくなり安心した」が約 20%であった。これは、雑誌をはじめとするメディアが「簡単に出来る検査」というイメージを与えているためではないか、と考察している。また、看護師の安藤は 6 医療施設において 30 歳以上の妊婦へのアンケート調査を行った(安藤 1994)。有効回答数は 193 件であり出生前診断として羊水検査を肯定的に捉えていること、「夫の考え」が羊水検査を受けるかどうかの決定に影響を与えていること、検査による妊婦や胎児への影響を不安に感じていること、より年齢の高い群(35 歳~42 歳:89 件)の方が年齢の低い群(30 歳~34 歳:104 件)よりも羊水検査を自分の問題として考え実際に受けた人が多いこと、受けた人の半数は検査の結果に対する対処を決めていなかったことなどを明らかにしている。また、比較的新しい研究として、塚本が公立の総合病院産婦人科外来で、羊水検査説明会(当該病院では羊水検査を希望する場合、羊水検査説明会に出席しなければならない。また、当該病院以外からも紹介されてこの説明会に出席することができる)に出席した 60 名の妊婦にアンケート調査を行い、30 名分を回収、その分析を行った(塚本 2005)。その結果、説明会に 9 割以上の妊婦が満足しているものの、「もっと知りたいこと」として「検査のリスク」を挙げた人が最も多かった。また、説明を聞いても「非常に迷っている」(31%)、「どちらかという迷っている」(28%)など、約 6 割の人が確固とした結論を出せないまま検査を受けていた。

これらの調査は、産科外来、遺伝外来、羊水検査説明会など、全て病院の中で医療者が行った調査であること、調査対象者が羊水検査の受検者経験者または希望者、30 歳以上、など医学的に心配があったり医学的に「適応」とされる人々に限定されているなど、共通点がある。対象者を患者としてではなく女性として捉え、医療と距離を置いた環境で行われた調査は見当たらなかった。

#### ・羊水検査の受検要因の整理

羊水検査を受けるかどうかの要因として何が考えられるか、調査の説明及び分析に入る前に、羊水検査を受けるかどうかを決める要因として考えられるものを整理したい。大山は、羊水検査の受検における意思決定について書かれた医学系の先行研究に対するレビュー論文で、意思決定の要因として次の項目を挙げている(大山 2001)。まず、身体的要因

として「高齡妊娠」,「染色体異常児の出産既往」,「その他の検査(母体血清マーカー検査および超音波検査)の所見」,心理的要因としては「不安」,「障害に対する不幸感」,社会的要因としては「夫や家族(の意見)」,「医療者(の態度や考え方)」の7要因である。これらの要因を検討した結果、本研究では「高齡妊娠」,「不安」,「医療者(の態度や考え方)」を採用し、「染色体異常児の出産既往」,「その他の検査(母体血清マーカー検査および超音波検査)の所見」,「障害に対する不幸感」,「夫や家族(の意見)」を除外した。除外の理由は以下の通りである

まず、「染色体異常児の出産既往」についてだが、本調査では一般の母親を対象としたため「染色体異常児の出産既往」とされる妊婦が対象者に含まれているかどうか懸念された<sup>(10)</sup>。また、「その他の検査(母体血清マーカー検査および超音波検査)の所見」については、超音波検査と母体血清マーカー検査に対してアンケートの別の項目で質問しており、「検査の所見」の認識の仕方が妊婦によって異なっていることがわかったため所与のものとして説明変数にすることは難しいと判断した。「障害に対する不幸感」は、「障害」についての認識が多様であり、また「不幸感」についても、選択式の回答から選ぶ方法では把握が困難だと考えられた。「夫や家族(の意見)」についても、関わり方はさまざまであるため数値化よりも自由記述からの分析がふさわしいと判断し、こちらも除外することとした。

最終的に「高齡妊娠」,「不安」,「医療者(の態度や考え方)」の3項目を採用し、新たに「学歴、信仰などによるもの」,「医師以外からの情報」,「これまでの妊娠経験」を付加した。その理由を項目ごとに説明する。

#### 1. 年齢によるもの(高齡妊娠)

羊水検査出生前診断でわかる障害は、その診断方法によって異なるものの、いくつかの染色体異常が含まれている。染色体異常の中でも最も多いものが21トリソミー(ダウン症)である。21トリソミーは、妊婦の年齢が高くなるにつれ発症率が高くなり、40歳になると106人に1人の割合でみられると言われている(檜原1995)。特に35歳を過ぎると発症率が上昇することから、日本産科婦人科学会の「会告」で羊水検査の適応となっている。しかしながら、日本産科婦人科学会は「高齡」を明確に定義していない<sup>(11)</sup>ため、実際には、医師や病院の判断によって「高齡」の対象となる人の年齢は異なっている。

#### 2. 学歴、信仰などによるもの

欧米、特にアメリカでは中絶をめぐる議論が宗教的な背景を持つ政治的な課題にもなっており、「胎児の異常」による中絶も例外とは言えない。妊婦に対する出生前検査の調査において、対象者の信仰する宗教は属性として大きな役割を担っている(カレン・ローゼンバーグ/エリザベス・トムソン1996)ことから、本論文においても説明変数に「宗教」を加えた。また、「学歴」は一般的に対象者の社会階層を知る上で重要であるが、特に医療者の使う医学用語の理解やコミュニケーションスキルとの関連で必要であると考え、付加した。

#### 3. 医師からの情報

医師から情報を得る、すなわち説明を受けたり検査を受けるかどうかたずねられることは受検の選択に大きな影響を及ぼすものと考えられる。検査についての説明があるかどうか、そして説明の内容はどういったものであるかは、医師の考え方が強く反映するものと

考えられる。

#### 4. 医師以外からの情報

出生前診断の情報は医療者以外からも入ってくる可能性があり、塚本の先行研究においても「妊娠に関する情報源」で最も多いものは「マタニティ雑誌」つづいて「友人」であったため（塚本 2005）妊娠中の検査である出生前検査の情報もメディアや友人、あるいは両親や親族など医師以外からも入手できる可能性があると考えられる。

#### 5. これまでの妊娠経験

羊水検査の受検要因として大山の挙げた「染色体異常児の出産既往」のみならず、妊娠経験全般が出生前検査受検の選択の要因になりうるのではないかという観点から「妊娠の経験」をとり入れた。

#### 6. 妊娠の受容および妊娠中の不安

大山の挙げた「(心理的要因としての)不安」についてはより細分化する必要があると考えた。予定外の妊娠の場合に起こる不安、何らかの不安要素が妊娠時にあった場合の不安、さらに妊娠の経過による不安などである。特に、予定外の妊娠の場合に起こる不安については、羊水検査を受ける人が「選択的中絶を行うことを覚悟している」とすれば、中絶することに抵抗感が少ない、すなわち妊娠が望んだものでなかった可能性がある。しかし、同じように選択的中絶を覚悟しているとしても、その目的が「より完璧な子ども」を産むことであるのだとすれば、子どもを産むこと自体は肯定的な意味づけがされていると考えられる。いずれにせよ、その妊娠が妊婦の希望したものかどうかは、出生前検査を受けるかどうかの決定に少なからず影響を与えているだろう。

## . データ

### 1. 調査の概要

妊婦が母体血清マーカー検査を受けるか否かを決定するのはどういった要因からなのか、2002年度に実施した「妊娠と出生前検査の経験に関するアンケート調査」の集計結果から分析する。本調査の調査期間は2003年1月中旬から3月末までであり、調査票は、調査の了承を得た東京都内の保育所21ヶ所にて780件および医療機関4ヶ所にて120件、計900件を保育所の園長もしくは病院の院長に委託して配布した。回収は、プライバシーに配慮してアンケート用紙と共に配布した封筒で各人が投函する方法をとった。その結果、3月末までに382件の回答が得られ、回収率は42.4%であった。無効票7件を除いた375件のうち、「羊水検査を知らない」と回答した41件を除いた334件が分析対象と考えられた。

ここで、保育園から回収したものと、病院から回収したものの羊水検査の受検の有無について検討したところ、無回答18件（保育所からのもの17件・病院からのもの1件）を除いた保育所（N=259）と病院（N=57）の平均をノンパラメトリック検定した結果、有意水準5%で有意とはならなかったものの、対象者の属性に関わるもの（現在の年齢、妊娠時の年齢、10年以内の妊娠回数、学歴、職業の有無、医療関連の仕事の経験、信仰）については、仕事の他に、仮説として挙げた「学歴」が有意水準5%で有意となった。さらに、厚生労働省による「第2回21世紀成年者縦断調査(国民の生活に関する継続調査)」（2003年11月5日実施）によれば、第1子出産後に出産前の職を継続する女性は全体の26.1%、

転職を含めても 31.7%であり、本論文の分析対象者の構成比(保育所 276 件 / 病院 58 件)と大きく異なっていた。従って、今回は保育所からの票 276 件に限って分析を行った。

## 2. アンケートの質問内容

アンケートは「妊娠の経験」「出生前検査(超音波検査、母体血清マーカー検査、羊水検査)」「病院や医療システムに対する意見」「妊娠・出産および出生前検査についての意識調査(25 項目)」「回答者の属性」の大きく 5 部の構成になっている。

本論文においては、上記のうち「妊娠の経験」「出生前検査(羊水検査)」「回答者の属性」の 3 部で、「 . 羊水検査の受検要因の整理」であげた 6 要因に該当すると思われる内容で説明できるかどうかを試みた。

## 3. 分析方法

被説明変数を「検査を受けたかどうか」の回答とし、「 . 羊水検査の受検要因の整理」であげた羊水検査の受検における 6 要因に対応する質問項目への回答を説明変数として、二項ロジスティック回帰分析により分析した。

具体的な質問項目と羊水検査の受検における 6 要因との関連は次の通りである。

まず、「1. 年齢によるもの」については、「妊娠の経験」の中の「妊娠時の年齢」に対する回答を用いた。「2. 学歴、信仰などによるもの」は「回答者の属性」に関する質問の中の「学歴」と「信仰」に対する回答を用いた。「3. 医師からの情報」に関しては、「出生前検査(羊水検査)」の中の「医師から説明された」「医師から受検の選択肢を提示された」の二つの質問項目をそれぞれ投入する予定であったが、この 2 変数の相関係数について検討したところ、相関係数が 0.66 となり多重共線性が疑われた。「受検の選択肢の提示」は少なくとも、この検査がある、という情報を提供していると考えられることから、「医師から何らかの情報を得た」と解釈し、「医師から説明された」か「医師から受検の選択肢を提示された」のどちらかに「はい」と回答したものについては 1 とする新たな変数「医師からの情報」を設定した。「4. 医師以外からの情報」は、「出生前検査(羊水検査)」の「医師以外からの情報の有無」に対する回答を用いた。「回答者の属性」に関する質問項目のひとつである医療関係の仕事に従事した経験があるかどうかの回答も合わせて用いた。

「5. これまでの妊娠経験」は、「妊娠の経験」の質問項目から過去の流産、死産、中絶経験の全てを把握することが難しかったため、妊娠回数をたずねる質問に対する回答のみ用いた。「6. 妊娠の受容および妊娠中の不安」についても「妊娠の経験」中の該当の質問項目への回答を用いた。また、母体血清マーカー検査についての先行研究(菅野 2005)と比較し、羊水検査独自の要因についても言及した。

統計的に有意となった項目については、これら変数に関連する自由記述を参照した。

## 4. 分析対象

今回の分析対象者 276 名の属性をまとめると次の通りである。

調査時点の平均年齢は 34.51 歳(最少年齢 20 歳、最高年齢 45 歳)、該当の妊娠時の平均年齢は 31.95 歳(最少年齢 17 歳、最高年齢 42 歳)、調査時の子どもの数の平均は 1.75 人(最小人数 1 人、最高人数 5 人)、学歴は中学卒 5 名(1.8%)、高校卒 39 名(14.1%)、専門学校・短大卒 103 名(37.3%)、大学卒 108 名(39.1%)、大学院卒 21 名(7.6%)であった。妊娠・出産・中絶に影響を与えた信仰が「ある」と答えた人は 22 名(8.0%)、「ない」と答えた人は 231 名(83.7%)、「わからない」と答えた人は 18 名(6.5%)、「その他」が 2 名

(0.7%)、無回答が3名(1.1%)であった。

・分析結果と考察

1. 羊水検査の受検状況

羊水検査を受けたのは、20名で全体の7%であった。そのうち19名は「陰性」といわれ、残りの1名は「陽性」と言われた、と回答していた。また、受けなかったとした人は239名であり87%を占めていた。無回答は17名で6%であった。

2. 羊水検査受検の決定要因の分析結果

羊水検査の受検の有無を被説明変数として二項ロジスティック回帰分析を行った。被説明変数は検査を「受けた」「受けなかった」を表す二値変数（「受けた」が1、「受けなかった」が0の値をとる）とした。説明変数は、「データ」の「3. 分析方法」で挙げた10項目である。

今回行った羊水検査の分析と共に、先行研究である母体血清マーカー検査の結果（菅野2005）も併記して、結果を示したのが表1である。

表1 検査の受検の決定要因に関するロジスティック回帰分析結果

説明変数( )内は変数のレンジ	羊水検査			母体血清マーカー検査		
	B	Wald	Exp(B)	B	Wald	Exp(B)
妊娠時の年齢(17-42)	0.17	4.70 **	1.19	0.11	2.80 *	1.11
学歴(教育年数 9-18)	0.01	0.00	1.01	-0.19	1.90	0.83
信仰(1,0)	-0.23	0.04	0.79	0.47	0.24	1.60
医師からの情報(1,0)	2.75	11.35 ***	15.65	2.35	15.60 ***	10.47
医師以外からの情報(1,0)	0.27	0.20	1.31	-1.33	4.99 **	0.27
医療従事者の経験(1,0)	0.01	0.00	1.01	0.22	0.13	1.24
それまでの妊娠回数(0-5)	-0.28	0.98	0.76	-0.21	0.96	0.81
予定した(望んだ)妊娠か(1,0)	-1.26	3.48 *	0.28	-1.27	4.14 **	0.28
妊娠を知った時の心配(1,0)	0.94	1.77	2.57	-0.84	1.17	0.43
妊娠中の不安(1,0)	-0.32	0.23	0.72	-0.35	0.41	0.70
Constant	-8.94	6.04	0.00	-2.09	0.53	0.12
2LogLikelihood		88.5873039		108.9297168		
Cox & Snell R-square		0.18682143		0.194739025		
Nagelkerke R-square		0.406680568		0.319004099		
Model Chi-square(df=10)		44.87658748 ***		32.488 ***		
n		276		196		

註 被説明変数は、検査を受けたが1、検査を受けなかったが0  
 縦1列が1つの回帰式を表し、点線は回帰係数(B)、Wald、およびオッズ比(Exp(B))である。点線下はモデルの適合度および標本数(n)を表す  
 説明変数は、「はい」もしくは「ある」が1、「いいえ」もしくは「ない」が0  
 \*\*\*1%水準で有意 \*\*5%水準で有意 \*10%水準で有意

ロジスティック回帰分析における規定力を判断するために、オッズ比(Exp(B))を用いる。まず有意水準1%で有意となった変数は、「医師からの情報」であり、オッズ比は最も高い15.65であった。「医師からの情報があった」と回答した人は「医師から情報がなかった」人に比べて15倍以上受ける確率が高くなる。続いて有意水準5%で有意となった変数は、「妊娠時の年齢」でありオッズ比は1.19であった。これは年齢が1つ上がる度に1.19倍受ける確率が高くなる、という意味である。また、「予定した(望んだ)妊娠か」は10%水準で有意となったが、オッズ比0.28は1以下であるため「予定した(望んだ)妊娠」で

あれば、検査を受けない傾向にあるといえよう。「予定した(望んだ)妊娠」であれば検査を受ける確率がおよそ 1/4 になる。母体血清マーカー検査では有意水準 5% で有意となった「医師以外からの情報」については、10% 水準でも有意とはならなかった。

### 3. 羊水検査の受検要因の考察

羊水検査の受検要因として、仮説として挙げた 6 要因について考察する。

まず、「1. 年齢によるもの」については、5% 水準で有意であったことからやはり大きな規定力を持つものと考えられる。「医師からの情報」が「ある」とされた人は 91 名であったが、その平均年齢は 33.55 歳であり、全体の平均年齢 31.95 歳よりも高かった。羊水検査を「受けた」人の平均年齢は 35.6 歳なので、まず年齢の高い人が医師からの情報を得る傾向にあり、情報を得てから実際に受けるのは、さらに高齢の妊婦である。このことから、やはり年齢が高いほど羊水検査を受ける傾向にあるといえよう。

また、「2. 学歴、信仰などによるもの」に該当する、「学歴」「信仰」はオッズ比が 1.01、0.79 と、規定力は弱かった。特に、「学歴」は「医療従事者の経験」と共に、説明変数の中で最も弱く、学歴は羊水検査を受けるかどうかにはほぼ無関係と言える。

「3. 医師からの情報」は、他の要因に比べて圧倒的に強い規定力を持っていた。医師からの情報があるほど検査を受ける傾向にあるので、医師が説明をしたり、受けるか受けないかをたずねる、といったコミュニケーションにおいて、検査を勧めていると推測できた。しかし、アンケート調査の質問項目の中の「医師からの説明内容」(自由記述)を見ると、「検査を勧められた」という記述は 1 件のみであり、年齢を指摘されて遠回しに勧められたのではないかと思われるものを加えても 5 件足らずであった。これに対して、明らかに「勧められなかった」という記述は 6 件であった。その理由として流産のリスクに言及していたものが 4 件、「検査が不正確である」と説明したものが 1 件、「(理由は語られず)ふつうはやらない」と説明されたものが 1 件であった。

こうしたことから、医師が特に検査を勧めているようには考えられない。さらに、検査の副作用として流産が起こることがあるということを説明されたとした人は 24 名であり、最も多くの人と言及しており、むしろ医師の消極的な態度がうかがわれた。

それでは、こうした説明内容にも関わらず、何故説明を受けた妊婦は検査を受ける傾向にあるのだろうか。考えられることとしては、医師が妊婦に説明する、という行為そのものが「この検査はあなたに必要な検査です」というメタメッセージとして受け取られる可能性を指摘できよう。全員に説明している、ということが明白であれば、「勧められている」とは思わないだろうが、「全員にプリントを配っています」などと医療者が言わない限り、他の妊婦に説明しているかどうかはわからない場合も多いのではないだろうか。

さらに、一見マイナスのイメージで捉えられがちな「リスク」という言葉の影響が考えられる。「リスク」については、「流産のリスク」の他に「障害を持つ子どもを産むリスク」「母体へのリスク」など複数の意味で使われていた。子宮筋腫や切迫早産などの妊娠そのものに対するハイリスク要因についても随所と言及されていた。医師からの説明で最も強調され、件数が多かったのは「流産のリスク」であったが、「1. 年齢によるもの」が 5% 水準で有意になったことから、「高齢になると染色体異常の子ども生まれるリスクが高い」という「障害を持つ子どもを産むリスク」も周知されているものと見られる。「流産のリスク」と「障害を持つ子どもを産むリスク」は拮抗しており、また、妊娠中のハイリス

ク要因を医師から注意を促された場合、胎児への不安が大きくなったり、流産の心配が膨らんだりという補完的な関係になることもあるだろう。こうした、時として拮抗し、補完しあう「リスク」という言葉の用いられ方が出生前検査における受検の選択を複雑にしていることも指摘できるのではないだろうか。羊水検査における「リスク」概念については、次項さらに検討する。

次に、「4. 医師以外からの情報」であるが、10%水準でも有意とはならなかった。母体血清マーカー検査が5%水準で有意になっているにもかかわらず、何故同じ出生前検査である羊水検査は有意にならなかったのだろうか。「医師以外からの情報」が「あった」と回答したのは、母体血清マーカー検査では81件で対象数196件の41.3%、羊水検査は112件で対象数276件の40.6%とほぼ同じ割合で医師以外から情報を得ていた。その内容(自由記述)の特長としては、羊水検査において流産の危険が指摘されており、母体血清マーカー検査では結果が確率で出されることへの戸惑いが書かれていたが、両者の受け止め方については大きな差異はみられなかった。両者共に、雑誌や本などの印刷媒体が多数を占めており、こうしたメディアの中の言説に違いがあることが考えられるが、今回の調査からは明らかにはできなかった。もうひとつ考えられるのは、他の要因の強さである。特に、医師から情報を提供されたかどうか大きな要因となっていることから、たとえ医師以外から情報を得たとしても、いざ受けるかどうかの判断になった時には、医師からの情報提供の有無を含めた医師の態度や意見に大きく影響されるといえるだろう。そうであれば、医師以外から情報を得たかどうかは、それほど大きな要因とならないと考えられる。

「5. これまでの妊娠経験」に該当する「それまでの妊娠回数」も有意にはならなかった。この要因に関しては、それまでの妊娠経験を問う質問として「それまでの妊娠回数」のみであったことが、問題として挙げられよう。妊娠経験は妊娠の回数だけではない。どのような妊娠経験をしたのか、という質的なデータが求められる。

「6. 妊娠の受容および妊娠中の不安」の中では、唯一「予定した(望んだ)妊娠」が有意となったが、「妊娠中の不安」「妊娠を知ったときの心配」では有意にはならなかった。「妊娠中の不安」は心身両面についてあると思われるが、それは当然胎児の異常だけではないだろう。自分の体調や生活のことも含まれるとすれば、出生前検査を受けることで解消できる不安がどれだけあるのかはわからない。妊娠を知ったときの心配も同様であり、その心配は一時的なものの場合もあるだろうし、出生前検査とは違う方法で解消されたものも含んでいるであろう。「予定した(望んだ)妊娠」は、選択的中絶への抵抗感を知るために設定した項目であり、若干( $p < 10\%$ )有意であることがわかったが、母体血清マーカー検査よりもその規定力は弱かった。検査によって流産が起こる可能性がわずかながらある羊水検査よりも侵襲性のない母体血清マーカー検査の方が、「予定した(望んだ)妊娠」でない、すなわち「より望まれていない胎児」に適用されていることは、理論的には矛盾しているように見える。今後、質的なデータを用いた検討が必要である。

#### ・羊水検査におけるリスク概念

上記で有意となった「医師からの情報」「高齢妊娠」「予定しない(望まない)妊娠」は、それぞれ「流産によるリスク」「障害を持つ子どもを産むリスク」「障害の有無に関わらず子どもを産み育てるリスク」を指し示している。これらのリスク概念は、妊娠・出産に全般におけるリスクとも重なっているのではないだろうか。



「リスク」という概念は、古典的定義として「生命の安全や健康、資産や環境に、危険や傷害など望ましくない事象を発生させる確率、ないし期待損失」と説明されるが、確率分布が明確でない事象については、定義の後半部分を「望ましくない事象を発生させる可能性」と広義に捉えることもあるという。しかしながら、「リスク」という言葉そのものが実際には可能性が全くなかったり 100% 確実である場合には用いないことから、広義の不確実性を採用しても差し障りなく、また、「望ましくない」あるいは「損害」という表現は主観的かつ複合的に判断されるものであるため、その評価は難しいといわれている（木下 2006）。

流産を起す可能性という意味でのリスクは 0.3~0.5% と言われているものの、本アンケート調査の記述ではそれを「わずか」と表現するか「かなり大きい」と回答者によって異なる表現がなされており、その判断は主観的ならざるを得ない。年齢によるダウン症の発生率と羊水検査による流産のリスクを比較して判断するとしても、年齢によるダウン症のリスクもあくまで確率であること、ダウン症のほかにも先天異常はあり、必ずしも障害といわれるものと同義ではないことなど、不確定の要素も大きい。

小松は「リスク」という概念そのものが近代の観察様式を表していると指摘する（小松 2003）。小松は、ニクラス・ルーマンの膨大な著作から「リスク」概念を取り出して論考しているが、中でもリスクとの対比を「安全」ではなく「危険」と置いていることに注目している。一般的にリスクの定義は「安全」への希求として、「望ましくない」リスクが説明される。しかしながら、ルーマンが着目したのは、「何が」危険かという水準ではなく、セカンド・オーダーの観察として、リスクが「どのように」観察され説明されているか、ということであった。ここで、リスクは「未来の損害の可能性が、自らでおこなった『決定』の帰属とみなされ、そのような決定に未来の損害が帰属される」のに対し、危険は「未来の損害の可能性が、自分以外の誰かや何か（社会システムも含む）によって引き起こされたものとみなされ、そのように帰属される」と定義される。

羊水検査の受検におけるリスクにおいても、羊水検査を取り巻くさまざまな「リスク」は他者によって引き起こされるのではなく、自らの「決定」の帰属と見なされてしまうのではないだろうか。高齢で妊娠したこと、そのために胎児の染色体異常の可能性が高くなること、出生前検査を受けること、そして出産すること、全てが個人に帰属されるものとして責任を問われ、それだからこそ個人の問題として何なりと対応できる、いや対応しなくてはいけない、と妊婦に受け取られる可能性がある。医療者は検査を明確に勧めることはしておらず、むしろ流産のリスクを検査の「危険」として説明していても、同時に「あなたの問題」として出生前診断を妊婦に提示していることになる、と解釈することもできる。

ただし、「あなたの問題」として提示することが必ずしも選択的中絶を誘導するかどうかは、別の議論になるだろう。「自分の責任」において障害を持つ子どもを育てるために、妊娠中に胎児の状態を知りたいと望むケースも想定できるからである。ここでは、さまざまなリスクの提示が、出生前検査を受けて胎児の状態を知ることの動機付けになりうる、という知見にとどめておきたい。

．おわりに

羊水検査は「医師からの情報」がある場合、そして年齢が高いほど受ける傾向にあるこ

とから、日本産科婦人科学会の「会告」は遵守され、「母体血清マーカー検査に関する見解」は有効に機能しているように見える。医師が説明することは「必要だ」というメッセージになり、特に高齢のリスクについて説明が「起こったことへの責任を妊婦に負わせる」こととして作用するのであれば、羊水検査におけるインフォームド・コンセントは危ういもののようにも思われる。しかし、妊婦は医療情報を知らされなくても良い、と結論付けるのはあまりに早急であろう。この結果は、情報を知らされない人は検査を受けない、ということも同時に意味しているが、検査について「知らないこと」が障害者団体等の主張してきた「障害者を排除しない社会」の構築へと向かうものであるかどうかは、さらに検討が必要である。障害児を産まないことが望まれる社会であるのなら出生前検査における妊婦の「選択」は不均衡なものになるという議論（柘植 2006）と共に、「知らされない」ことの意味についても「インフォームド・コンセントの重要性」とは異なる視点で今後論じられなくてはならない。「知らされないこと」でそれが「リスク」ではなく「危険」として認識されることのメリット/デメリットも、「知らされること」による「リスク」を論じることと同じ地平で議論されうるものだからである。

本調査は、「平成 14 年度 - 16 年度 科学研究費補助金基礎研究(C)(2)、研究代表者 柘植あづみ(平成 16 年度は加藤秀一)」によって実施したものである。

(1) 医療者としては佐藤孝道が、自己決定による出生前検査の受検に関して、「“自己決定”は新しい技術導入の露払いとして使われてきた一方、企業や医師の一部は自己決定を操作することによって出生前診断の普及をはかっている」(佐藤 1999)と疑念を記している。またジャーナリストの坂井律子は、選択的中絶について「すでに生まれている障害者の人権・尊厳は最大限守る。だが、これから生まれれてくることは防ぐ。この二つはぶつからず、両立しうる」という論理を「ダブルスタンダード」とであると指摘し、問題の出発点として「誰もが受けられる」母体血清マーカー検査を取り上げ、出生前診断の「大衆化」と危惧している(坂井 1999)。

(2) 母体血清マーカー検査とは、妊娠 15~17 週の間母体から数ミリリットル採血し、血液中の成分を測定して、その値から胎児が 21 トリソミー(ダウン症候群)であるかどうかを推定する検査で、検査所要日数は通常、約 1 週間。この検査では、21 トリソミー以外にも神経管欠損(Neural tube defect) 18 トリソミーも検出可能といわれているが、21 トリソミー以外は判定に用いる日本人のデータが得られていない。(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委員会「母体血清マーカー検査に関する見解」について(平成 11 年 7 月 21 日 児発第 582 号)より)

(3) 「日本ダウン症協会(JDS)」は母体血清マーカー検査に対して明確に反対の立場をとった。「障害児出産が不利益な状況での出生前診断の普及は、自己決定という個人に責任転嫁した優生政策である」として母体血清マーカー検査の凍結を求めたのである。他にも、「全国重症心身障害児(者)を守る会」「日本脳性マヒ者協会」などが出生前診断に否定的な立場をとったが、母体血清マーカー検査の「普及」というよりも「人の尊厳」「障害者の生存権」という基底的理念に基づいていた。「全国精神障害者家族会連合会」「全日本手をつなぐ育成会」は、検査の精度や安全性およびカウンセリングを含む情報の充実、情報伝達体制を論点としていた。また、「日本筋ジストロフィー協会」は「患者・家族が字湯的な意思で採用できる選択肢が多いことが望ましい」としてインフォームド・コンセントをカウンセリング体制の整備を求めると共に、遺伝子診断で遺伝子治療を望むなど、治療への意欲を表明していた。このように、障害者団体の中にも検査への姿勢はさまざま

---

である。(天沼 2006)

- (4) 心理職としても活動している玉井真理子は、患者の決定によって「選択的中絶」を選んだ場合について厳しい批判のまなざしを向けている(玉井 1998)。さらに、その後の著作においてはフェミニストが選択的中絶に対して批判的でありながらも胎児情報の情報提供を批判しないのは、障害者差別の「ダブルスタンダード」だとして糾弾している(玉井 1999)
- (5) 立岩真也は『私的所有論』で身体が私的に所有できるものなのか問いかける。中でも、選択的中絶に関する論考の中で、誰についての決定なのか、という点が曖昧だと指摘する(1999 立岩)。確かに、日本の場合、刑法の中で墮胎罪が規定されていると共に、母体保護法では条件付で容認する、という二重構造になっているため、中絶の是非および可否については完全に結論が出ているとは言い難い。しかしながら、現実には、母体保護法の解釈を広げることによって、中絶が行われていることを考えると、その決定が「誰についての決定なのか」という問題は選択的中絶にのみに問われるものではないであろう。
- (6) ここでは、検査についての説明やその後の相談体制の充実を図ると共に、「妊婦が検査の内容や結果について十分な認識を持たずに検査が行われる傾向にあること」「確率で示された検査結果に対し妊婦が誤解したり不安を感じること」「胎児の疾患の発見を目的としたマスキング検査として行われる懸念があること」など社会の受け入れ環境の不備から、「医師が妊婦に対して検査の情報を積極的に知らせる必要はない。また、医師は検査を勧めるべきではなく、企業等が本検査を勧める文書などを作成・配布することは望ましくない」としたな内容を持つものであった。詳しい内容は、厚生労働省のサイト：<http://www.hourei.mhlw.go.jp/hourei/> より検索可能である。
- (7) 日本産科婦人科学会は、「先天異常の胎児診断、特に妊娠初期絨毛検査に関する見解」において、夫婦のいずれかが染色体異常もしくは遺伝性疾患の保因者、染色体異常児を分娩した既往を有するもの、高齢妊娠、その他重篤な胎児異常の恐れのあるものなどに該当する場合に限り、こうした検査を行うことを許可する、という指針を出した。
- (8) 絨毛検査とは、胎児からの遺伝情報として子宮内にある妊娠初期の絨毛を用いる方法である。臨床的価値としては、診断時期が9~11週と羊水検査(15~18週)に比べて早いこと、診断的価値としては、絨毛は生きた細胞なので培養せずに短期間で診断でき、DNA遺伝子診断による遺伝子疾患の診断に優れている。
- (9) 平成13年度厚生科学研究(子ども家庭総合研究事業)「遺伝カウンセリングシステム構築に関する研究」(主任研究者 古山順一)(以後「平成13年度調査」と記す)があげられる。この中の分担研究「周産期遺伝カウンセリングシステム構築に関する研究」(分担研究者 左合治彦)では、母体血清マーカー検査、羊水検査、絨毛検査、胎児血検査のいずれかの検査解析を行っていると思われる54施設を対象に出生前検査の実施状況を調査している。この調査の特徴は、対象を大学、病院だけではなく、臨床検査会社にまで広がっていることである。多くの診療所が検査解析を臨床検査会社に委託している現状を踏まえると、実際に検査解析を行っている施設に焦点を当てたこの調査は、今まで困難と言われてきた出生前検査の実態をほぼ把握していると考えられる。アンケートの回答を得た51施設のうち母体血清マーカー検査、羊水検査、絨毛検査、胎児血検査のいずれかの検査解析を行っていた施設は32施設であり、検査数の内訳は次の通りであった。尚、平成10年とは平成10年1月1日から12月31日までの範囲であり、平成11年、平成12年も同様である。母体血清マーカー検査は、平成10年が21,708件、平成11年が18,312件、平成12年が10,627件と減少している。一方羊水検査は、平成10年が10,419件、平成11年が10,516件、平成12年が10,627件と微増している。
- (10) 染色体異常の中で最も多いと言われるダウン症の発症率は、およそ1000人に1人である(新川 1996)。今回の調査では、母集団が1000名に満たない上、染色体異常に対する認知も十分ではないと思われたため、染色体異常児の出産既往は説明変数から除外した。
- (11) 日本産科婦人科学会は、「高齢初産」すなわち初産の場合に限って「高齢」の定義を 35

---

歳としているものの、経産婦を含むより広い意味での「高齢」については、何ら定義がなされていない(1992 日本産科婦人科学会)。

〔引用文献〕

- 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：86-87
- 坂井律子．1999 『NHKスペシャルセレクション ルポルタージュ出生前診断 生命誕生の現場に何が起きているのか?』日本放送協会出版：7-11
- 天沼理恵．2006 「母体血清マーカー検査における女性／妊婦の『自己決定権』 臨床検査会社の調査を中心に」現代医療研究会発表資料：3(表8)
- 玉井真理子．1998 「出生前診断と自己決定」現代思想 vol.26-8：113-114
- 玉井真理子．1999 「出生前診断・選択的中絶をめぐるダブルスタンダードと胎児情報へのアクセス権」松友了編 知的障害者の人権 AKASHI 人権ブックス(8) 明石書店：35:40
- 立岩真也．1997 『私的所有論』 勁草書房：390-392
- 鈴森薫．1986 「羊水検査・絨毛膜検査についての意識調査」『産婦人科の実際』 vol.35No.10：1682
- 本多達夫・高橋美恵子他．1992 「遺伝外来における羊水による出生前診断に関するアンケート調査」『新潟医学会雑誌』第106巻第7号：626-630
- 安藤広子．2004 「羊水穿刺を受けるか否かの意思決定に関する妊婦の意識調査 30歳以上の妊婦へのアンケート調査」『母性衛生』第35巻3号：203
- 塚本泰子．2005 『医療の中の意思決定 - 羊水検査を受ける妊婦たち』こうち書房：88-91
- 大山由紀．2001 「羊水検査をめぐる意思決定に関連する要因の文献的考察」『広島大学保健学ジャーナル』Vol.1(1)：30-32
- Karen H. Rothenberg / Elizabeth J. Thomson . 1994 . Women and Prenatal Testing: Facing the Challenges of Genetic Technology (Women and Health) . Ohio State Univ Pr . (= 1996 . 堀内成子 / 飯沼和三監訳 『女性と出生前検査 安心という名の幻想』日本アクセル・シュプリンガー出版株式会社 . : 220 )
- 檜原幸二 ほか．1995 「出生前診断と胎児新生児管理の実際 - 染色体異常症」森川良行編 『NEW MOOK 小児科 8 出生前診断と胎児新生児管理』：81
- 西島正博．1995 「出生前診断の方法 羊水穿刺」森川良行編 『NEW MOOK 小児科 8 出生前診断と胎児新生児管理』：13
- 鈴森薫．1995 「出生前診断の方法 絨毛採取」森川良行編 『NEW MOOK 小児科 8 出生前診断と胎児新生児管理』：20
- 菅野摂子．2005 「母体血清マーカー検査の受検と決定要因」『保健医療社会学論集』第15巻2号：87
- 木下富雄．2006 「不確実性・不安そしてリスク」日本リスク研究学会 『リスク学辞典』(株)阪急コミュニケーションズ：13
- 小松文晃．2003 『リスク論のルーマン』勁草書房：31-32
- 新川詔夫．1996 『遺伝カウンセリングマニュアル』南江堂：290

---

柘植あづみ．2006「出生前診断は何を提起するのか」 藤村正之編著『講座・社会変動9  
福祉化と成熟社会』ミネルヴァ書房：241

(立教大学大学院社会学研究科博士課程後期過程)