

中絶の自由は選択的中絶を含むのか？

—優生主義とジェンダー—

柿 本 佳 美

要 旨

本稿では、日本社会における中絶の意味と役割の変化をたどり、胎児の性による中絶を手がかりに、優生主義について検討することを目的とする。

江戸時代末期まで、中絶は家族計画の手段の一つとして、女性たちの間で処理されてきた事柄であった。しかし、明治政府成立後、中絶は、1880年の墮胎罪の創設を経て、1940年、国民優生法によって非合法化された。この法では、「国民素質ノ向上ヲ期スル」という言葉に当時の優生思想の影響を見ることができる。そして、この流れを受け継ぐ形で制定された優生保護法では、中絶は人口政策および優生主義の実践の一環として機能することとなった。

優生主義が問題となるのは、これが既存の社会構造にある差別的な状況を反映し、これを強化する傾向にあるからである。胎児の性を理由とする中絶が示すように、中絶は、女性の身体への自由を超えて、優生主義的な個人の「欲望」を実現する医学的手段ともなりうるのである。

キーワード：中絶、優生主義、ジェンダー

現在、中絶は女性の生殖権の一つとして多くの国で合法化されている。しかしながら、社会における中絶の役割は、国や文化によっても異なるだけでなく、医療技術の発達やその時々社会状況によっても変動する。例えば、欧米での中絶合法化運動が女性の身体への権利としての中絶を求めたのに対し、日本では人口調節・産児調節の一環としての中絶が行われてきた。しかし、近年の生殖補助医療の発展により、中絶は、産む側である女性の生活上の理由や母体の健康を害する可能性がある場合に見られる、自己決定権の行使としての側面だけでなく、親となる側が望ましい子どもを持つための手段としても機能しつつある。そうすると、親の「欲望」を実現するための中絶は、家族計画上の必要としての中絶あるいは自らの身体への自由としての中絶とは異なる個人の優生主義的な選好に基づく点で、胎児の障害を理由とする選択的中絶と同じ性質を持つのではないか。そして、優生学的な選好の背後には、障害者や女性の置かれた社会的状況が反映されているのではないか。そこで、本稿では、胎児の性による中絶を手がかりに、現代社会における中絶の意味づけの変化と優生主義の影響について考えてみたい。

ところで、日本社会の生命観について、西欧世界のキリスト教的生命観からすれば、ユニークな形でプラグマティックだと指摘する声がある。中絶の合法化の過程は言うまでもなく、日本の場合には既婚者の中絶が多いことから、中絶が家族計画の一環として成立している面があることがわかる。そこで、まず、中絶に見られる日本社会のプラグマティズムとは何かを見

ておこうと思う。

I. 女性の身体への権利としての合法的中絶の確立

1. 中絶と「間引き」と「女の世間」

中絶という行為は、嬰兒殺しおよび子捨てとともに、古来から人口調節の手段として行われてきた。例えば、日本の場合、中絶や新生児殺しが行われる一方で子どもが非常に大切に育てられていたことは、16世紀に日本を訪れたイエズス会宣教師らの書簡に記されている¹⁾。また、江戸時代に入ると、「子墮し」と呼ばれる中絶や、「間引き」あるいは「子返し」と呼ばれる嬰兒殺しが行われていたことは、各藩で出された報告書や取り締まり通達、寺に奉納された絵馬等から知ることができる²⁾。また、「子墮し」が都市部で行われていたのに対し、養育できる子どもの数と年齢差によって行われていた「間引き」は、農村部で行われていたとも言う。千葉と大津は、その子どもの魂が再び別の身体を持って自分たちのところに生まれてくるようにとの願いをこめて、あえてその新生児が成仏できないような仕方で葬るという風習があったことを指摘している³⁾が、中絶と新生児殺しは、人口調節の手段として機能していたことがうかがえる。

妊娠の仕組みが明らかでなかった時代、避妊についてはさまざまな方法が試みられてはいたものの確実な避妊方法はなかったし、逆に子どもを得たいと願っても確実に得られる方法もなかった。生殖コントロールに関しては寺社への参詣やまじない、儀式など効能の定かでない方法に頼らざるを得ないがゆえに、人間の力では抗しがたい必然的な運命の出来事とならざるを得なかった。千葉と大津は、「子止め」の利益で信仰を集める寺社が「子授け」の寺社でもあることに注目するとともに、避妊方法として、1) 寺社への祈願、2) 子どもに「トメ」「スエ」など命名することによって後を望まない意志を示すまじない、3) 女性の腹部に灸を据えるなどの生理的方法、があったことを指摘する⁴⁾。また、中絶に関しては、水銀などを使った劇薬を用いる生理的方法と、腹部の圧迫や至急口からの器具の挿入といった物理的方法があり、町では薬屋や「中條流」を掲げる墮胎専門医に行けば中絶は可能だったが、こうした手段にアクセスできない農村部では新生児殺しが最も確実な家族計画の方法だったようである⁵⁾。

-
- 1) LaFleur, W.R. (1992) *Liquid Life : Abortion and Buddhism in Japan*, Princeton U.P. (森下他訳『水子—〈中絶〉をめぐる日本文化の底流』、青木書店2006)
 - 2) 高橋梵仙『墮胎間引の研究』、1936年発行、1981年復刻、第一書房、佐々木保行編著『日本の子殺しの研究』(1980)、高文堂出版、p.29-40、および千葉徳爾・大津忠男(1983)『間引きと水子—子育てのフォークロア』、人間選書67、農村漁村文化協会、p.65-80。ただし、千葉と大津は、新生児殺しの絵馬について、藩の上層部が抱いた農村人口の減少への危機意識の反映と推測し、間引きが常習化していたのではなく、あくまで非日常的な出来事であったのではないかと、また「間引き」を描いた絵馬が江戸時代よりも明治時代に多いことから、これらの絵馬が「間引き」の禁止を示すものであったのではないかと指摘している。
 - 3) 千葉・大津、*ibid.*、p.20-26
 - 4) 千葉・大津、*op.cit.*、p.119-121
 - 5) 高橋、*ibid.*、p.27-34。高橋は、「中條流」の医者に女医が多かったことを指摘する。

日本の場合に限らず、中絶および新生児殺しや新生児の遺棄は、未婚のまま妊娠したり、婚姻外で子どもを身籠ってしまった女性とその家族の社会的評価を傷つけないという目的だけでなく、家族計画の一環として行われていた。例えば、プラトンは、『国家』において優秀者である男女の間に子どもを作ることを奨励し、そうでない人々の間の子どもおよび障害を持った子どもが生まれてきた場合には「しかるべき仕方秘密のうちに隠し去ってしまう」ことを勧めた⁶⁾。ウォレンは、子殺し、なかでも女兒の新生児殺しがヨーロッパ社会において稀ではなかったと述べ⁷⁾、ラフルーアは、キリスト教が禁じた堕胎の代わりに新生児の遺棄が広く行われ、孤児院によっては捨てられた子どもの死亡率が90%を超えていたことすらあったことを指摘する⁸⁾。

ところで、中絶や出産などに関わるさまざまな医療処置は、産婆など女性達の手で家庭内ないし産小屋などで行われた時代が長く、男性医師によって病院で行われるようになったのは比較的新しい。出産に関していえば、日本の場合、病院での出産が一般化したのは1960年代に入ってからであり⁹⁾、それまでは産婆・助産婦による自宅出産が一般的であった。中絶が合法化されるまで、堕胎罪によって禁止されてきた中絶が病院で行われることはほとんどなかったことはいうまでもない。また、新生児殺しについては、産婆にあらかじめ「男ならば挙げず」、あるいは「女ならば挙げず」と伝えておくなどすると、産婦と家族の意向に従って処置が為されたという¹⁰⁾。

こうした状況はヨーロッパにおいても見られた。ウォレンは、西欧社会における新生児殺しの存在とともに、中絶の社会的逸脱化により、中絶薬を処方したり中絶を行ったりする女性が魔女裁判にかけられたことを指摘する。始まりからの人間の生命尊重を重要視するキリスト教社会では、次第に、新生児殺しによる家族計画の役割は、新生児の遺棄が担ったと考えられる。

洋の東西を問わず、生殖に関わる医療行為とその周縁は、おおむね女性達の間で処理されるべき事柄であり、男性が立ち入ることのない領域、いうなれば、女性だけで構成される「世間」での出来事であった。すなわち、「女はまた、共同体の中で大きな紐帯をなしていたが、それは共同体の一員であるまえに女としての世間を持ち、そこではなしあい助け合っていた」¹¹⁾と宮本が描く「世間」での女性達の経験である。そして、そこでの女性達の関係は、近代以降の医療がそうであるように、女性の身体とその生理現象を客体化し、治療の対象としてのみ見るような関係ではなかった。生殖に関わる事柄も含めて、女性達だけで構成する生活世界が存在していたのである。

6) プラトン『国家』第5巻、460C

7) Mary Anne Warren, *Gendecide, the implications of sex selection*, New feminist perspectives, 1985, p.37

8) ラフルーア、*ibid.*、p.236-238

9) 厚生労働省の資料サイト：<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/09/s0905-7f.html>

10) 高橋、*op.cit.*、p.195

11) 宮本常一「女の世間」、『忘れられた日本人』(1984)、岩波文庫、p.105

2. 墮胎罪の成立と中絶合法化

江戸時代には「子墮し」や「間引き」は、為政者にとっては人口を減少させる大きな要因の一つであったため、各藩では「子墮し」および「間引き」の禁令を出すばかりでなく、子どもを扶養する困窮家庭に撫育米や赤子養育米を支給する藩さえ現れた¹²⁾。政権が徳川幕府から明治政府へ移行してまもなく、1868年12月には産婆に「売薬之世話マタハ墮胎ノ取扱」を禁じる太政官布告が出され、1880年には現在も存在する「墮胎ノ罪」が刑法に盛り込まれる¹³⁾。しかしながら、経済的に苦しい家庭では扶養可能な人数を超えて子どもを養う余裕はなく、中絶や新生児殺しは家族計画の一環として機能し続ける一方、女兒であれば新生児殺しではなく、売買の対象にもなった¹⁴⁾。

富国強兵を志向する近代国家において、避妊や中絶を禁じる国家の政策の前では、生殖に関する個々人の権利は無に等しい。墮胎の倫理的問題について議論を重ねたのは恵まれた都市部の女性であって、貧困ゆえに産児調節を必要とする層の女性達は、怪しげな中絶薬や危険なヤミ墮胎に頼るしかなかった。藤目は、1910年代に『青鞥』紙上において墮胎論争が起き、山川菊栄がアメリカの女性運動のなかで定着していた「女性が出産を自己の意志で決定するという『自主的母性』」が紹介される一方、ヤミ墮胎や嬰兒殺しが頻発していたことを指摘する¹⁵⁾。

松原によれば、国民優生法（1940）は、「悪質ナル遺伝性疾患ノ素質ヲ有スル者ノ増加ヲ防アツスルト共ニ健全ナル素質ヲ有スル者ノ増加ヲ図リ以テ国民素質ノ向上ヲ期スルコト」（第1条）を目的とした優生断種法であったにもかかわらず、審議過程において優生学的理由による中絶条項の削除などがなされ、実質上、「中絶禁止法」の側面が強調された形で可決された法律である¹⁶⁾。これにより、中絶は非合法行為となり、多くの女性に苦しみを与えることとなった。しかし、敗戦後のベビーブームのなか、助産院で一時的に預けられた乳児が多数死亡する事件が報道されたこともあって、国民優生法の強化を主張する人々や人口政策の転換を求める人々、戦前から産児調節を主張していた人々などから、中絶を含む産児調節の必要性を求める声上がり、1948年、優生保護法が成立した¹⁷⁾。

江戸時代の中絶および新生児殺しにせよ、戦後の優生保護法成立にせよ、生活の必要によって選択された行為であり、合法化が必要とされた行為なのであって、そこで女性の意志が決定的な力を持ったわけではなかった。この意味で、日本の優生保護法の成立は、欧米で女性達が

12) 高橋、*op.cit.*、p.135-136（秋田藩）、p.145-151（荘内藩）p.161-168（新莊藩）等、赤子扶持米の制度は各藩に存在した。

13) 藤目ゆき（1997）『性の歴史学』、不二出版、p.119

14) 「乍併、明治以降農民が直接には領主からの経済的壓迫或いは其他の事情が取り除かれたとしても、地の利を得ず而も限られたる土地と周期的に来る凶作飢饉其による困窮は舊時にも増したのがあり、其上人口は増加するのみで、其の為め村落に於ける農民の経済生活の打開は舊時の墮胎陰殺に替へられて婦女子の人身賣買のかたちになつて現れるにいたつたのが現今の状態である」（高橋、*op.cit.*、p.169-170）。

15) 藤目、*ibid.*、p.129-136

16) 松原洋子「戦後の優生保護法という名の断種法」、米本昌平ほか著（2000）『優生学と人間社会』、講談社現代新書、p.180-182

17) 田間泰子（2001）『母性愛という制度』、勁草書房、p.112-114

要求した、女性の身体への権利としての中絶合法化とは大きく異なる。

とはいえ、明治以降の墮胎罪の法制化は、各世帯で行われていた産児調節の自律性を取り上げ、国家の手のなかに生殖権を滑り込ませただけでなく、国家による「国民素質ノ向上」のための優生政策を可能にし、戦後の優生保護法に優生主義の色彩の濃い文言を盛り込ませるにいたった。そして、この過程もまた、中絶と優生政策における日本社会のプラグマティズムとの現れの一つであると言えよう。

Ⅱ. 優生思想と胎児の性選択

1. 優生思想と日本の優生政策

ところで、優生思想とはどのような思想を指すのか。

優生思想は、通常、『人間の能力とその発達の研究』のなかで優生学という言葉を使ったゴルトンがその父とされる。彼は、1904年5月にロンドンで開かれた第1回イギリス社会学会において、「優生学—その定義、展望、目的」と題した講演を行い、「優生学とは、ある人種の生得的質の改良に影響するすべてのもの、およびこれによってその質を最高位にまで発展させることを扱う学問である」と定義したという¹⁸⁾。これにより、優生思想は、民族や人種の長所とされる性質の強化と移民の排除（積極的優生思想）と、望ましくない性質の除去（消極的優生思想）によって、人種および民族の改良を目指す学問領域となった。とはいえ、プラトンが語った、望ましい「優秀者」の子孫を増やし、そうでない人々には子どもを産ませないという理想国家の政策が示すように、優生主義的傾向の社会的土壌は、古来から存在していた。しかし、優生主義的選好が優生主義という人口政策を支える見解となるには、遺伝の科学的解明が必要であり、ダーウィンの進化論をベースにしたワイズマンの遺伝理論の登場、遺伝の発現として考えられた身長などの計測と分析を中心とするゴルトンらの研究、やメンデル説の再発見といった生物学の進展がこれに寄与した¹⁹⁾。

日本では、1938年、厚生省予防局に優生課が設置されるとともに、「優良健全」な階層の出生率の向上と「劣悪者」の出生防止のための政策が検討され、そこでの議論の一部はナチスの断種法を手本とした国民優生法へと取り入れられた²⁰⁾。

だが、優生政策に含まれていた遺伝性疾患等の理由による断種・不妊手術が国力増強に反するといった意見が出されたり、精神医療に携わる医師たちから反対の声が出されたりしたことで、国民優生法は、実質的には中絶禁止法として機能するにとどまり、完全な優生政策を可能にするものにはならなかった。そこで、1948年に成立した優生保護法は、国民優生法では徹底

18) 米本昌平「イギリスからアメリカへ—優生学の起源」、米本他著『優生学と社会』、p.23

19) 米本は、生物学のこの3つの進展が優生学の成立とアメリカへの伝播を推し進めたと指摘する (*ibid.*、p.18-21)

20) 松原、*op.cit.*、p.176-179

しなかった優生政策を押し進めるという側面を持つ²¹⁾。

1946年、当時の厚生大臣芦田均は、国民優生法を「封建的色彩の濃厚なもの」と断じ、「民族復興の理想」のもと、「文化国家、健康国家」の建設の推進を示唆した。優生保護法が採択された当時、中絶および強制断種・不妊手術の対象となったのは遺伝性疾患と「らい疾患」であったが、51年にはそこに「精神病」および「精神薄弱」が付け加わり、また52年の改正では配偶者が精神的疾患がある場合と遺伝性以外の精神疾患の場合までもが不妊手術の対象となった²²⁾。

通常、国家による優生政策といえばナチスの優生政策が連想され、全体主義国家のもと、国家の統制が個人の自由に優越した場合に可能だと思われがちである。優生主義という言葉がネガティブな響きを持つようになったのは、ナチスによるユダヤ人絶滅計画と障害者の安楽死が広く知られることによってであった。しかし、松原が指摘し続けているように、日本の場合、第二次世界大戦にいたる全体主義の時代ではなく、敗戦によって民主主義国家に生まれ変わろうとしている過程において、優生政策の必要性が説かれ、推進されていった。そして、中絶もまた、優生保護法のもと、優生政策の一環として機能していくことになる。

2. 障害者の生きる権利と選択的中絶

戦後の食糧事情とベビーブームを背景に成立した優生保護法は、中絶を逸脱行為ではなく、家族計画の一環と見なす社会的傾向を形成する。田間によれば、産児制限運動は、「子どもを少なく計画的に産むことが幸福な家庭生活をもたらすという思想」に支えられ、「子どもを少なく産むことが幸福の鍵であり、中絶はその一手段だという位置づけ」を伴っていた²³⁾。もちろん、「楽しい家庭」という当時の産児制限運動のキャッチフレーズが示すように、戦前の家制度において庶子とされた子どもを含む婚外子の出生が忌むべきものとされたのはいうまでもない。

ともあれ、人口政策上の必要から速やかに成立した優生保護法は、優生政策の実施と強化ではなく中絶の合法化の側面を強調される形で人々の生活に関わり始めた。1948年以降の数度の改正のなかでこの法律の優生主義的側面が大きな問題となったのは、経済的理由の削除と胎児条項の導入が試みられた1972年から1973年にかけてである。

日本社会で許容されていた優生思想に対する障害者による最初の異議申し立ては、1970年に神奈川県で起きた、障害を持つわが子を殺害した母親の減刑嘆願運動への反対行動である。心身障害者対策基本法（1970年）、身体障害者福祉法（1972年）によって障害者福祉に関する対策に法的根拠が得られるようになったものの、福祉コスト削減のためには障害者の発生を防止

21) 松原、「中絶規制緩和と優生政策強化」、『思想』第886巻、1998年4月号、岩波書店、p.118。また、田間は、「この成立過程において中絶の是非をめぐる議論は全く報道されなかった」と指摘する（田間、*op.cit.*、p.113）。

22) 松原、2000、*op.cit.*、p.186-187

23) 田間、*ibid.*、p.118

すべきとする声も上がるようになり、一部の自治体において「不幸な子どもを生まないための運動」が行われるようになった。こうした状況のなかでおきた、障害児を殺害した母親への社会の同情は、障害者たちに、「障害者は殺されて当然なのか」という抗議の声を上げざるをえないものであった。脳性まひ患者の団体である「青い芝の会」は、この事件に対する激しい抗議を行うとともに、出生前診断による選択的中絶が障害者の生存権を否定するものであるとし、中絶を身体的自由と見なす女性運動とも対立した²⁴⁾。

優生保護法が提出された当時、優生政策を否定する見解は、カトリックは別としてほとんどなかったし、それどころか優生的理由による中絶の適用範囲を広げる動きさえあった。そして、戦前からの産児調節運動家でありこの法案を提出した加藤シヅエらがよりどころとしたエレン・ケイの主張は、「種族の母」たる女性には「自主的な恋愛・結婚・出産による優生選択の義務」があるとする母性主義に基づいており、産児調節を支える思想的基盤は優生主義と親和性があった²⁵⁾。優生保護法成立時のこうした背景からしても、障害者によって、優生保護法で認められた中絶が自分たちの生存権を脅かす行為と位置づけられるのは無理もないことだった。しかしながら、1972年の胎児条項導入の動きが引き起こした障害者とリブ活動家およびフェミニストとの対立は、彼女たちに、身体に対する女性の自己決定権について再考を迫ることになる。

1970年代の優生保護法改正にあたってフェミニストたちが問題としたのは、経済的理由の削除だった。しかし、優生的理由による強制断種・不妊手術と中絶は、国の人口政策へと女性の生殖が従属させられることを意味するものであり、女性と障害者への差別を隠蔽しているという批判が上がった。米津は、1972年11月発行のリブ新宿センターのパンフレットの文章の「(障害児の出生は)女自身の罪と、産まれてしまった子どもの不幸として女と子供にすべてを背負わせることで、今を乗り切り、より高い経済成長率を確保しようとするものだ」という文章を引きつつ、胎児条項が女性に障害者を排除させようとするものであったことを指摘する²⁶⁾。

フェミニズムが主張してきたのは、「産む産まないは私が決める」というフレーズで語られるように、生殖において当事者による自己決定権を認めよということである。しかし、その権利の行使が他の人々の権利を侵害するものであった場合、ミルの無危害原則を取り出すまでもなく、その権利がいついかなる場合においても無制限に認められるかどうか、考え直す必要がある。女性の中絶の自由が障害者の生きる権利の侵害につながりかねないという障害者からの指摘によって、中絶をめぐるフェミニストたちの議論は、中絶の自由が胎児の選択的中絶をも

24) 松原、2000、*op.cit.*、p.204-218。

25) 藤目、*op.cit.*、p.352-354。戦前の母性論争や産児制限運動には、女性の主体性と自立の可能性を探る側面と同時に、軍国主義に協力する方向に流れていった側面がある。戦前の母性主義における優生主義的な側面についても、優生主義の社会への浸透について知るためにも必要であるように思われる。この点については、今後の課題としたい。

26) 米津知子「女性と障害者」、斉藤有紀子編『母体保護法とわたしたち』所収、明石書店、p.228-220

肯定するものではないという見解に落ち着くことになる²⁷⁾。

3. 選択的中絶とジェンダー

ところで、選択的中絶には胎児の障害によらない中絶も存在する。胎児の性による中絶である。

江戸から明治初頭にかけてのように安全で確実な中絶が不可能であった時代、「間引き」は中絶と並んで家族計画の一環であり、子どもの数を制限するためだけでなく、女兒の出生を忌避する目的でも行われた。高橋が指摘するように、2人男児があれば女兒は1人でよいとする親の意向や、新生児が男児か女兒かによって「間引く」かどうかをあらかじめ産婆に伝えておく習慣などにより、人口における男女比が著しくアンバランスになっている地域もめずらしくはなかった。

しかし、優生保護法成立にいたる過程や改定の際に、中絶における性選好について大きな議論を呼んだ様子はない。これは、武士層に特有であった儒教的な家父長制が明治以降に日本の社会全体に広まったことで、女性に男児を産むように促す社会的圧力が強まった結果、胎児の性選好を逸脱行為と見なさない風潮が成立したためだと考えることもできよう。

胎児の性による選択的中絶がやっかいなのは、往々にしてその対象となるのが女胎児であり、そして、胎児の障害を理由とする中絶と同じく、望ましい胎児と望ましくない胎児を親となるであろう人間の「欲望」によって選択する行為であるがゆえに、優生主義的な性質を帯びるからである。

なぜ女兒よりも男児が望ましいとされるのか。

日本の場合、江戸時代であれば、男児がいなくとも養子を取る方法で「家」を存続させていた。そこでは必ずしも血のつながりが重要視されていたのではなく、共同体システムとしての「家」の維持が第一であった。しかし、明治以降、士族階層での儒教を基盤とする家族観が広まり、庶子の扱いに見られるように、当主との血縁関係が重要になってくる。おりしも富国強兵の国策により、多産が奨励され、戦前の女性にのしかかる男児誕生への重圧はかなりのものであったと思われる。その一方で、女性の置かれた状況は、民法上、全く権利を持たない、父と夫に庇護される存在であった。

日本の宗教的風土における不浄観も女性の置かれた困難な状況を作り出すのに作用した。

女性は、多くの宗教において、月経による「血の穢れ」を理由に、到達できる宗教的救済への方途を制限される。平安時代の浄土教や浄土真宗が多くの女性信者を集めたのは、密教の

27) 脳性まひの障害者達の団体「青い芝の会」は、他人に依存する生き方のどこが悪いのかという問題を投げかけると同時に、障害者への同情や愛を拒否し、中絶が障害者の排除につながるというメッセージを鮮明に打ち出すことで、経済的理由による中絶の削除に反対するウーマン・リブの女性達と対立した。加藤は、これにより、ウーマン・リブの女性達が「中絶は殺人である」という認識から「産むもエゴ、産まぬもエゴ」、「産める社会を、産みたい社会を」へと女性の主体性が確立されたと指摘する (p.70-83) (Masae Kato (2005) *Women's right? -Social movements, abortion and eugenics in modern Japan*, Universiteit Leiden:Leiden)

世界では男性僧侶の修行の支障になるとされ、修行の道から排除された女性の救済可能性を示したからであった。しかしながら、宗教の教理は、その社会の規範や慣習に沿って解釈されることで社会に受容されるため、そこにも既存の社会規範が影を落とすことになる。このため、仏教もまた、女性を抑圧するシステムを支える思想的根拠として変容してゆかざるをえなかった。

ともあれ、胎児の性を理由とする中絶は、中絶の対象となる性に対して何らかの差別が存在することを示している可能性があるだけでなく、生殖補助医療の発展は、出生前診断による障害胎児のふり分けとともに、胎児の性を理由とする中絶を容易にしている。中国やインドのように、こうした状況において女児の誕生が忌避され、人口における男女比のバランスが崩れつつある社会の存在は、生殖補助医療が今ある両性間の不平等を強化するのではないかという懸念を呼びさます。

Ⅲ. 中絶の意味の変容と生命倫理

1. 生命倫理における中絶擁護論

ところで、中絶は、「生命の始まり」を重視するキリスト教教理においては神の教えに背く行為とされ、社会規範からの逸脱と見なされる。このため、生殖における女性の自己決定権を否認するキリスト教教理は、多くの女性達が望まぬ妊娠を苦に自らの命を絶ったり、危険なヤミ堕胎によって生命を危機に晒したりするなど、女性を抑圧するイデオロギー装置として機能する面があった。この一方で、1960年代以降、自らの身体への権利を主張する女性達によって、自分の身体への権利もしくは自由という視点と、堕胎罪が貧しい女性に適用されている実情を踏まえての階層化を超えた女性の連帯という視点から、中絶合法化を求める運動が広まり、1970年代にアメリカ、フランスなどで中絶合法化が進んだ。欧米生命倫理において中絶擁護論が展開されるのは、キリスト教の信仰と伝統を重視する人々にとっては今なお中絶が道徳的に許しがたい行為とされているからでもあるが、生命科学の進歩によって変化しつつある「人間存在」とは何かという問題を議論するうえで、一つの示唆となるからである。

エンゲルハートによれば、人が人格的存在となるのは生物学的生命が始まったとされる時点ではなく、「自己を意識している理性的存在としてのわれわれ自身という概念」を持つことで道徳的人格となり、「道徳的主体がもつ諸権利が与えられる人格」が発生する。そして、胎児は道徳的人格ではなく生物学的生命にすぎないのだから、「ヒトの胎児が、同じ位の発達水準にある動物の道徳身分以上のものをもつとすれば、それは妊娠した女性および彼女の周囲において胎児に関心がある人々、胎児が実現することになる将来の人格、にとって胎児が持つ意義のゆえなのである」²⁸⁾。したがって、中絶に関しては妊娠した女性にまず妊娠の継続と停止を決

28) トリストラム・エンゲルハート、加藤尚武・飯田亘之監訳（1989）『バイオエシックスの基礎づけ』、朝日出版、p.269

定する権利があるのであり、ついでその胎児の両親にその権利がゆだねられる。やっかいなのは、子どもを欲しいと思っている女性やカップルと周りの人達にとっては胎児は価値ある存在であるけれども、妊娠の状況や出産時の状況によって—そこには胎児の障害も含まれる—、「胎児が何か脅威を与え、危険で無価値なもの、憎むべきものとさえ見なされる」ことにある²⁹⁾。

トムソンは、望まぬ妊娠について、ある朝、あなたの血液型だけが彼の腎臓に適合しているからという理由で著名なバイオリニストと背中合わせに突然つながれてしまった人に例える³⁰⁾。自分自身が望んだわけではない妊娠と育児がその女性にさらなる苦しみを与えることを考えるならば、第三者は人工妊娠中絶の処置をしてもかまわない。そこで彼女が強調するのは、「してもかまわない」とは、「すべきだ／すべきでない」とは異なるという点である。つまり、「権利がある／ない」とされる事柄の周縁には「許容される」領域が存在するのであって、そこでは積極的に認められるべきではないが、禁止されるべきでもなく、その当人の判断にゆだねられるということである。

もちろん、身体への女性の権利もしくは自由としての妊娠中絶合法化運動は、「自分の身体は自分のもの」というロック以来の所有論においては自明とされてきた「自分の身体は自分のもの」という原理が女性を排除してきたことを明らかにするものであったし、それゆえ、中絶は、法的な枠組での「権利」または「自由」として確立される必要があった。ただし、選択的中絶となると話は別である。障害者から出され続けている、選択的中絶が障害を持つ人々の生きる権利を侵害するという指摘は、1970年代の日本のフェミニストたちにとっては身体への女性の権利のありかたを問い直し、弱者が加害者にもなりうるという現実とどのように向かい合うのかをつきつけるものであった。1970年代のフェミニストたちが障害者運動と共鳴し、胎児条項導入反対の立場をとったことは、身体への女性の権利の要求が当事者自身による当事者の権利要求へと広がったことを示しているといえるのではないか。

2. 新優生主義と選択的中絶

ところで、優生思想は、ナチスドイツによる優生政策が引き起こした大量虐殺と障害者の安楽死をきっかけに、反人道的な思想と位置づけられ、実際には障害者の断種手術が各国で行われ続けたものの、次第に社会政策の表舞台から姿を消していった。しかしながら、1980年代以降、遺伝学の進歩と生殖補助医療の発展が新しいタイプの優生主義を許容する社会的土壌を用意しつつある。体外受精の成功は、精子および卵子を選別することで親となる人間にとって望ましい子どもをつくる可能性を開き、遺伝子解析により将来罹りうる病気を予見できるという見込みのもと、保険会社が加入者から望ましくない遺伝子を持つ人々を排除するケースなどが

29) エンゲルハート、*ibid.*、p.270

30) Thomson, J.J. (1986) *A defence of abortion*, in *Applied ethics*, ed. by Peter Singer, Oxford U.P. (ジュディス・J・トムソン「人工妊娠中絶の擁護」、加藤尚武・飯田亘之編 (1998)『バイオエシックスの基礎』、東海大学出版会、所収)

報告されるようになった。また、イギリス政府諮問機関である人類遺伝協議会（HGC）は、2001年1月のレポートのなかで、胎児の性、皮膚の色、大きさ、遺伝性疾患の有無などが「人生のくじ」任せであったが、出生前診断の技術の発達によって望ましくない子どもになるであろう胎児である場合には妊娠の中断が可能になったとして、着床前および出生前診断による胎児の選別を積極的に支持する。

こうした考え方の基盤となるのが、新優生主義と呼ばれる優生主義である。

新優生主義は、着床前・出生前診断による胎児の選別や、新生児の治療停止等を道徳的に許される行為として認める消極的優生主義と、望ましいとされる遺伝的形質の増強を図る積極的優生主義からなる。キッチャーは、遺伝子テストや出生前診断、個人の選好による胚選択や遺伝子操作を優生主義と認め、これを「レッセ・フェール優生主義」と呼び、自らが提唱する「ユートピア優生主義」をこの優生主義の一環として位置づける。彼によれば、「レッセ・フェール優生主義」とは、親達が自分達自身で遺伝子診断および出生前診断を選択することで幸福な未来を選択するものであり、生殖における自由を強化するものであり、「ユートピア優生主義」とは、社会のすべての構成員に使用可能な、出生前診断での遺伝情報を用いるものである。そして、こうした立場からすれば中絶は、人間の苦悩を減じる多くの医療技術の一つである。親は、子どもによりよい遺伝子を選択することでその子どもの生活の質の向上を可能にすることができるのだから、着床前診断や出生前診断によって遺伝的によりよい子どもを産むことはよいことであって、異常があれば遺伝子操作が可能な段階で積極的な介入を行うか中絶するというのであれば、将来的には、人間の「幸福」を妨げるような遺伝的特質は存在しないと見込まれる。したがって、個人レベルで優生主義を実践することは、国家および社会レベルでの生活の質の向上に役立つから、積極的に容認すべきである³¹⁾。

この立場からすれば、胎児の性選択もまた、子どもの生活の質の向上につながるのだから、容認されうる。霜田によれば、新優生主義の立場を取るストックは、胎児の性選択に関して、人口のバランスにおける男女比の不均衡が引き起こされたとしても、その性の出生数が少ないことで「希少価値」が上がり、親もそちらを選ぶようになるので、男女比が是正されると主張する³²⁾。

しかし、多くの社会では、第一子に男児を望む傾向が存在し、女兒は第一子が男児である場合に望まれる傾向にある。日本もその例外ではなく、江戸時代においては出生したのが女兒であれば「間引き」の対象となる可能性が高かった。「間引き」は産児調節の役割も果たしたが、出生する子どもの性を理由とする選択の手段でもあったのである。これにより、人口における男女比が生じた藩も存在したが、女兒の出生数の少なさによって女性の地位が向上したり、親

31) Philip Kitcher (1997), *The lives to come*, a Touchstone Book, p. 167-204

32) 霜田 求 (2005)、「バイオテクノロジーをめぐる倫理と政治—G. ストックとF. フクヤマの論争を手がかりに—」平成13年度～15年度科学研究補助金基礎研究 (B) 課題番号13410013報告書『レオ・シュトラウス政治哲学研の方法による思想史研究と政治哲学の可能性』、p. 116-130

たちが女兒を選択したりするということにはならなかった。逆に、公的空間への女性の進出を促したのは、皮肉にも戦争で男性の労働力が不足した時代であった³³⁾。新優生主義者たちが主張する、親となる人々の選好の変化による男女比の自動調節への期待は、それぞれの社会にある伝統的な役割意識の強さを過小評価した見解にとどまっているのではないか。

Ⅳ. まとめ：生殖補助医療とジェンダー

優生主義が問題となるのは、これが既存の社会構造にある差別的な状況を反映し、これを強化する傾向にあるからである。フランスで最初に体外受精を成功させたテスタールは、社会の優生主義的な傾向が個人の優生的選好に影響を与えることを指摘し、生殖補助医療が優生主義的な選好に拍車をかけることを危惧する³⁴⁾。

親となるであろう人々が生まれてくる自分たちの子どもに幸福に生きて欲しいと願うのは、昔から変わらない、親のありふれた望みである。しかし、医療技術を用いて、生まれる前からあらかじめ望ましい性や諸性質を兼ね備えるように何らかの操作を行おうとするとき、親となるべき人々の願望は、親のありふれた願望を超えて、自己実現のための手段としての「子どもへの欲望」となるだろう。とはいえ、現在の医療技術の飛躍的な発展のなかで、個人の欲望が実現できる手段がありながらそれを利用することを禁止すれば、その禁止をかいくぐる人間が出てくることは明らかである。

生殖と死に関わる医療倫理は、個々の具体的な場面における倫理的かつ具体的な判断枠組を提示し、人間存在と生の根源的な意味を問いかける。しかし、医療が人間の欲望を実現する手段ともなりつつある以上、どのようなものであれ、実現可能な限り、欲望は充足されなければならないものであろうかという問いについても考えていかなければならないだろう。「他の利益を侵害しない限り」という原則によって私たちが回避しなければならないと思いつくのは、直接的な対象と範囲での侵害であるから、個々人の判断がもたらす間接的な侵害については態度を曖昧なままに保っていても、表面的には問題はないように見えるかもしれない。しかし、急速に発展しつつある医療技術は、どれほど個人の欲望を実現しうるかに見えても、それが現実社会において進行する以上、その社会の規範と価値体系から無関係ではなく、社会の総体的な意志に左右されうる。また、個々人が孤立して生きているのではない以上、個人の意志も社会からの影響から無縁であるわけではなく、個人の欲望と見えるものは、提供される様々な情報によって喚起され、新たな欲望を生み出すという形で発展し続ける。例えば、生殖補助医療技術について言えば、体外受精は不妊に悩むカップルのための子を持つ手段であったはずで

33) 例えば、金野は、戦時期の「中心的の事務」への女性の進出について、ブルーカラーよりもホワイトカラーの職場で顕著であった一方で、女性の職場経験が将来の家庭経営に役立つという形で理解されていたことを指摘する（金野美奈子（2000）『OLの創造』、勁草書房、p.121-135）

34) Testart, J. (1994) *Le désir du gène*, Flammarion, p.27-28

あった。しかし、体外受精の成功は、配偶子の売買や代理母といった倫理的問題がある行為だけでなく、着床前診断による受精卵の選別や、閉経後の妊娠、凍結された配偶子を使つての死後の生殖などを可能にすることで、生殖補助医療への人間の新たな欲望を喚起しつつある。

しかも、生殖補助医療の進歩は、その一方で女性に多くの身体的そして精神的負担を強いるものでもある。以前ならば何らかの理由で子どもを持つことをあきらめざるをえなかった人でも、生殖可能な年齢が上がったために長い間不妊治療を続けることになり、この結果、心身ともに傷つくことにもなりかねない³⁵⁾。しかし、生命倫理での生殖補助医療に関する議論は、新たな技術によって引き起こされる人間の欲望や、華やかな技術の進歩の影にある人々の苦痛を直視してこなかったのではないだろうか。

中絶に話を戻せば、日本においては受胎調節のための最終的な手段の一つでもあった中絶は、国家による人口政策の手段、そして精神障害を持った人々やハンセン病患者への優生学的な実践の手段としても機能してきた。そして、現代では、生殖医療技術の進歩によって、母体の健康ではなく、胎児の状態を理由とする中絶が可能となることで、個人の選好を実現する手段にもなりつつある。この結果、選択的中絶—医学的理由によるものであれ、胎児の性を理由とするものであれ—が、障害者への偏見の再生産によって障害者の生き難い状況を作り出し、女性に対する差別の存在する社会を肯定し維持することにつながる可能性もまた、否定できない。選択的選択がもたらすこうした影響を考えるならば、技術はその社会の価値基準や規範に沿って発展する一方で、逆に既存の道德規範を強化する装置としても機能しうると言えよう。

松岡がフォックスを引用しながら指摘するように、生命倫理における普遍的な原則に関する議論は、社会的な問題をモラルの問題として語ることで、社会、経済、政治に関する問題を倫理問題にすり替えてしまう傾向がある³⁶⁾。中絶を含む生殖医療をめぐる倫理的議論もまた、当事者の女性とその経験を十分に考慮することなく、人間の生命をめぐる普遍原則の問題の一つとして論じてきた部分がないわけではない。今後、生命倫理では、人間の生をめぐる普遍的な倫理的原則を問うだけではなく、変動するその社会の文化的、経済的、政治的状况を視野に入れ、その変化に応じて意味を問い直す行為としての側面も重要になってくると言えよう。

35) 柘植は、不妊治療において患者である女性を選びうるのは、「技術を利用して子どもを産むという目標だけ」であることを指摘する（柘植あづみ（1999）『文化としての生殖技術』、松籟社、p.159-182）。

36) 松岡悦子「女性の身体をめぐるポリティックス」、坂井昭宏・松岡悦子編（2004）『バイオエシックスの展望』、東信堂、p.118-121、および Fox, R. (1990) *The evolution of American bioethics, in Social science perspectives on medical ethics*, University of Pennsylvania Press