

## 人工妊娠中絶に関する看護学生の倫理意識

村岡 潔\* 森本兼曩\*\*

### Various Ethical Viewpoints of Nurse Students On Abortion and When A Human Life Begins and Ends

Kiyoshi Muraoka and Kanehisa Morimoto

Department of Environmental Health (Hygiene and Preventive Medicine)

School of Medicine, Osaka University

In order to know why people justify or refuse abortion, this paper analyzed the result of the questionnaires sent to 516 nurse students in Osaka. The questionnaire consisted of four kinds of questions [the result is shown in square bracket]: (A) whether abortion is ethically justifiable or not in each case of ① failure of contraception [yes=14.8%], ② poverty [yes=55.6%], ③ danger to the mother's body [yes=89.1%], ④ raped conception [yes=89.3%], ⑤ incest [yes=59.1%], ⑥ divorce during pregnancy [yes=19.1%], ⑦ obstruction to the mother's career or job [yes=9.1 %], ⑧ congenital abnormality of the coming baby [yes=67.4%], or ⑨ social birth control [yes=8.3%], (B) whether or not the use of embryonic or fetal tissues of aborted baby for medical research and clinical purposes is ethically justifiable [yes=28.2%, no=43.9%], (C) when a human life begins; and (D) When a human life ends.

On the question (C), the students chose various points of time such as when the fertilization is occurred [31.2%], when the heart starts beating [22.7%], when the fertilized egg is implanted in the uterus [13.8%], When the baby is born [12.6%], when the formation of the fetus organs starts [8.3%], when the formation of cerebral cortex of the fetus is completed [6.2%], when the movements of the fetus is felt [4.1%], or when the baby is a week old [0.2%]. More than 80% of them, therefore, considered that a human life begins within the period of 22 weeks after fertilization (the legal abortion

---

\* 大阪大学医学部環境医学教室 \*\* 同・教授

should be done within these weeks in Japan) . This answer means that an abortion in the early stage is killing a human life, which is ethically inconsistent with their approval of the abortions on some condition on the question (A).

On the question (D), 56.7% of the students regarded only Ⓐ when the heart stopped as the time of the end of a human life, while 34.2% regarded Ⓑ when the brain is 'dead' or when the heart stopped as the time. Five percent of them added Ⓒ the persistent vegetative state to the former two conditions.

The end of a same human life, therefore, could come later on the condition Ⓐ, and could come earlier on the condition Ⓑ and/or Ⓒ according as each decision-maker decides. The comparison between the results of (C) and (D) revealed the correlation that the earlier a human life begins, the later it ends (the converse is also true) .

#### キーワード

人工妊娠中絶 abortion

胚と胎児 embryo and fetus

人の生命の始まり beginning of the human life

医療上の意思決定 medical decision-making

看護学生 nurse student

## I はじめに

現代医療では、癌告知の問題、体外受精や臓器移植などの先端医療、あるいは「脳死」や植物状態などのターミナル・ケアの側面にみられるように、医療行為の選択肢や決定が複雑化・多様化してきている。そこには医師や看護スタッフら、個々の医療者の倫理意識と価値観が様々な形や度合いで反映されている。そうした医療上の意思決定の傾向やパターンの分析は、判断や決定が行われる〈患者-医療者関係〉という日常臨床の場で、患者と医療者の相互行為の選択の幅を推察するうえで有用と思われる。

筆者らは、この視点から、看護学生（一部は看護婦としても勤務）や医学生を対象に、彼らの「脳死と臓器移植」観、体外受精や代理母などの生殖技術に

関する「自然観」、さらには「脳死」「植物状態」「障害新生児」の模擬的ケースに関する倫理意識や価値判断の傾向について一連の調査研究を行ってきた(村岡1991・1992, 村岡他1993)。

今回、筆者らは、こうした調査研究の一環として「人工妊娠中絶」やその関連事項に関する看護学生の倫理的評価について意識調査を行った。日本では「脳死・臓器移植」の問題ほどには議論されてこなかったが、人工妊娠中絶には、①「重視されるのは胎児の権利か、それとも親(特に、母親)の権利か?」という論点、さらには②「生物学的なヒトはいつ(人権・人格をもった)人間となるのか」という論点など、医療倫理上の重要な問題点が含まれている(プロディ1985, ロックウッド1990, シンガー 1991 a, Singer 1991 b, 香川1992)。

たとえば、論点①では、親側の理由が健康上でも経済的でも、人工妊娠中絶が許容される度合いは胎児の権利の尊重とは反比例することになるであろう。論点②では、胎児がある段階で人権をもつ存在と判断されたなら、その以後の人工妊娠中絶は人権のある存在を死に至らしめることになり、倫理的・道徳的にも大きな問題となりえよう。

また、人工妊娠中絶は、③中絶後の胎児を医学実験や臓器移植のための医療資源として利用するという観点からみれば、生殖技術や遺伝子治療などの先端医療とも密接に結びついている(Singer 1991c)。

本稿では、上記の論点①, ②, ③をふまえたアンケート調査の結果をもとに、人工妊娠中絶に関する看護学生の倫理意識の分析と解釈を行った。また、医療倫理の観点から、人工妊娠中絶に関する若干の文献的考察も行った。

## II 対象と方法

対象は、大阪府の4つの看護専門学校生、14クラス、計546名で、無記名自記式によるアンケート調査を実施し、その有効回答516通(回収率94.5%)について検討した。内訳は、女性507名、男性9名で、平均年齢20.5歳(範囲18~46歳)であり、病院勤務の経験者は200名(勤務歴、平均3.8年)であった。

アンケートの質問項目は、筆者らが看護学生や医療者、患者の医療倫理の調査用に作成したもので【A】【B】【C】【D】の4大項目からなる(アンケートの各質問項目内容や選択肢等の詳細は、表1、表2、表5、表6を参照)。

【A】は、論点㉔「重視されるのは胎児の権利か、それとも親(特に、母親)の権利か?」という点に関連した調査である。質問項目に書かれた、母体や胎児の医学的条件、社会・経済的事由、および、個人的事由の各項目(それぞれアト・ランダムに配列)について、看護学生が倫理的にみて人工妊娠中絶が許容されるかどうかを回答してもらった(いずれも「はい」「いいえ」「保留」の選択肢からの回答)。

【B】では、中絶後の胎児の医学研究や臓器資源への利用の是非についても回答を得た(これも「はい」「いいえ」「保留」から回答)。

次いで、論点㉕「生物学的なヒトはいつ人権・人格をもった人間となるのか」に関連して【C】の「ヒトはいつ人権・人格をもった人間になるのか」、また、その対概念として【D】の「ヒトはいつ人間(=人権をもった存在)ではなくなるのか(三徴候死・「脳死」状態・植物状態から複数選択)」についても回答を得た。【C】では「生物学的には人類(=ヒト)に属する存在が、受精卵/胚/胎児/新生児という連続的過程のどの時点から人権をもった存在、つまり社会的人間として認められるのか」が、また【D】では、逆に「いつ社会的人間ではなくなるのかの線引き」が求められている。

なお、【C】で、生物学的ヒトである受精卵から新生児までの、ある段階で人権をもった存在と判断するなら、その後に人工妊娠中絶を行うことは論理的に「殺人」と同等の行為になりうる点をふまえ、【A】の結果とも比較検討した。つまり看護学生は、【A】で(ある条件のもとで)人工妊娠中絶が許されないとした場合、【C】の判断も、それに合わせて考えているか、それとも、両者を独立した別次元の問題としてとらえているかという点にも注目した(以下、こうした大項目間のクロス比較を「横断比較」と呼ぶ)。

また【C】と【D】の横断比較では、【C】で「受精卵・胚から始まり胎児から新生児に至るどの段階で社会的人間となるとされるか」という点と、【D】の

「三徴候死・脳死・植物状態（と3者の組み合わせ）」のうち、どこで「社会的人間」ではなくなるとされやすいかという点の間の相関性の有無についても検討した。

なお、各質問項目に対して、全回答者516人中に占める人工妊娠中絶の肯定（「㊟はい」選択）の割合（％）をその項目の「許容度」と呼ぶことにする。

### III 結 果

#### 1. 様々な理由ごとにみた人工妊娠中絶の倫理的許容度について

【A】の結果は表1に示したが、それを許容度の高い項目順に並べ換えると、

1位＝④母親（妊婦）が暴行されて妊娠した場合（89.3%）

2位＝③妊娠継続や出産が母体を危険にする可能性が高い場合（89.1%）

3位＝⑧先天異常が見つかった場合（67.4%）

表1 【A】理由別にみた人工妊娠中絶の許容度

【問】妊娠中絶は、次の場合、倫理的に許される行為か？	㊟はい	㊟いいえ	㊟保留	許容度順
①避妊に失敗した場合	14.8%	<u>63.0</u>	22.2	7位
②経済的に育てられない場合（親が未成年の場合を含む）	<u>55.6</u>	21.5	22.9	5位
③妊娠継続や出産が母体を危険にする可能性が高い場合	<u>89.1</u>	1.2	9.7	2位
④母親（妊婦）が暴行されて妊娠した場合	<u>89.3</u>	2.7	7.9	1位
⑤親子・兄弟姉妹などの近親者同士の妊娠の場合	<u>59.1</u>	17.6	23.2	4位
⑥相手の反対や離婚など両者が不仲になった場合	19.2	<u>53.6</u>	27.2	6位
⑦妊婦が仕事（キャリア）への影響から産みたくない場合	9.1	<u>77.3</u>	13.6	8位
⑧胎児に先天異常が見つかった場合	<u>67.4</u>	13.4	19.2	3位
⑨政府の人口調節政策などによる社会的な義務づけの場合	8.3	<u>71.3</u>	20.3	9位

注) 100%＝516名；下線は、各理由の最頻値。

4位=⑤親子・兄弟姉妹などの近親者同士の妊娠の場合（59.1%）  
5位=②経済的に育てられない場合（親が未成年の場合を含む）（55.6%）  
6位=⑥相手の反対や離婚など両者が不仲になった場合（19.2%）  
7位=①避妊に失敗した場合（14.8%）  
8位=⑦妊婦が仕事（キャリア）への影響から産みたくない場合（9.1%）  
9位=⑨政府の人口調節政策などによる社会的な義務づけの場合（8.3%）  
となる。ただし、1位と2位間に有意差は認められなかった（ $\chi^2=4.092$ ； $p>0.1$ ）。

すなわち、調査対象とした看護学生からみた人工妊娠中絶が許容される条件としては③「母体の危険性」や⑧「胎児の先天性異常」などの医学的事由と、④「暴行など」の刑事的事由が上位を占めた。次いで、②「経済的」事由や⑤の近親者間の場合に許容度が高かった。後者の④、②、⑤は、経済的社会的事由のカテゴリーに入れることができよう。

これらとは、対照的に、①の避妊に失敗や、⑥の相手の反対や両者の不仲、あるいは⑦仕事のキャリアへの影響からなどの「個人的事由」とされたものに対しては否定的な判断が大多数を占め、また、社会政策的事由としての⑨「政府による人口調節政策」にも多くが否定的だった。

## 2. 中絶胎児を医療資源に利用することに対しての倫理的許容度について

中絶胎児の医療資源利用の是非を尋ねた【B】の結果は表2に示した。この場合の許容度は28.2（%）であり、反対および保留が過半数を占めていた。

表3には、【A】①～⑨までの項目ごとの中絶賛成者が【B】の問いにどう答えたかの分布を示した。その結果、両者の間には有意の相関は認められなかった（定性相関係数 $C=0.0827$ ； $p>0.5$ ，NS）。また、表4には、逆に、【A】①～⑨の各項目の中絶反対者数と、その【B】に対する賛否の分布を対比した。この結果も、両者の間に有意の相関を示さなかった（定性相関係数 $C=0.0851$ ； $p>0.5$ ，NS）。つまり、この比較からは、回答者たちは、妊娠中絶することと、中絶後の胎児を医学研究や臓器移植に利用することとは別次元の問題と考えて

表2 【B】中絶胎児の医療資源化の許容度

【問】中絶胎児の臓器の利用（医学研究・臓器移植等）は許されると思いますか？	㉔はい ㉕いいえ ㉖保留 28.2% <u>43.8</u> 28.0
---------------------------------------	--

注) 100%=516名；下線は、最頻値。

表3 【A】人工妊娠中絶の賛成意見と【B】中絶胎児の医療資源化の許容度との対比

【A】人工中絶は、次の場合、倫理的に許される行為か？ ①～⑨の各場面におけるの賛成意見（㉔はい）の数 [516名中]	【B】中絶胎児の臓器の 利用は許されるか？ ㉔はい ㉕いいえ ㉖保留
①避妊に失敗した場合……………76名	39.5% 43.4 17.1
②経済的に育てられない場合（親が未成年の場合を含む） ……………286名	31.1 44.4 24.5
③妊娠継続や出産が母体を危険にする可能性が高い場合 ……………460名	29.3 42.8 27.8
④母親（妊婦）が暴行されて妊娠した場合 ……461名	27.8 44.5 27.8
⑤親子・兄弟姉妹などの近親者同士の妊娠の場合 332名	28.0 45.2 26.8
⑥相手の反対や離婚など両者が不仲になった場合…99名	31.3 45.5 23.2
⑦妊婦が仕事（キャリア）への影響から産みたくない場 合……………47名	38.3 49.0 12.8
⑧胎児に先天異常が見つかった場合 ……348名	30.2 45.1 24.7
⑨政府の人口調節政策などによる社会的な義務づけの場 合……………43名	39.5 37.2 23.2
平均 239.1名	30.0 44.3 25.7

いることが示唆された。また、いずれの場合にも、表2の結果と同じように、中絶胎児の資源利用に関しては反対および保留が過半数を占めていた。

### 3. 【C】ヒトはいつ人権をもった「社会的人間」となるかについて

ヒトはいつ社会的人間になるのかを尋ねた【C】の結果は表5に示した。①から⑧までの選択肢は、受精卵の発達に沿った生物学的時間経過によって並んでいる。したがって、選んだ時点以降（たとえば④を選べば⑤以降も）は「社会的人間」として認め、それより前（たとえば④を選べば①から③まで）は「社会的人間」とは認めていないことになる。

表4 【A】人工妊娠中絶の反対意見と【B】中絶胎児の医療資源化の許容度との対比

【A】妊娠中絶は、次の場合、倫理的に許される行為か？ ①～⑨の各場面におけるの反対意見（⑥いいえ）の数 [516名中]	【B】中絶胎児の臓器の 利用は許されるか？ ④はい ⑤いいえ ⑥保留		
①避妊に失敗した場合 ……………324名	26.9%	44.8	28.4
②経済的に育てられない場合（親が未成年の場合を含む） ……………115名	28.7	49.6	21.7
③妊娠継続や出産が母体を危険にする可能性が高い場合 ……………6名	0.0	66.7	33.3
④母親（妊婦）が暴行されて妊娠した場合……………14名	50.0	42.9	7.1
⑤親子・兄弟姉妹などの近親者同士の妊娠の場合……………69名	27.5	47.8	24.6
⑥相手の反対や離婚など両者が不仲になった場合 ……………276名	29.3	44.2	26.4
⑦妊婦が仕事（キャリア）への影響から産みたくない場 合 ……………399名	27.6	45.6	26.8
⑧胎児に先天異常が見つかった場合……………69名	21.7	52.2	26.1
⑨政府の人口調節政策などによる社会的な義務づけの場 合 ……………368名	25.5	48.6	25.8
平均182.2名	27.2	46.6	26.2

この①から⑧までの選択肢のうち、①受精した時[31.2%]、④胎児の心臓が拍動し始めた時（受精後約4週）[22.7%]、②受精卵が着床した時（受精後約1週）[13.8%]、⑦母親から生まれ出た時[12.6%]などが上位を占めた。しかし、いずれも過半数を超えるようなものではなく、「ヒトはいつ人権をもった人間になるのか」の判断は、多様性に富むことが認められた。

また、①から⑧までの各段階までごとに選択された度数を累積すると、「①受精から⑤大脳皮質細胞の形成」までの累計が全体の82.2%に達していた。ちなみに、この時期は、優生保護法で中絶が許容される妊娠22週未満の時期（1991年改正）に相当する。ところが【A】では、上位5位までは過半数が人工妊娠中絶を許容しており（表1参照）、結果的に、この時期に行われる中絶を許容することになってしまう。このことは、論理上【C】で「人権をもった人間」とした存在の中絶を認めることを意味する。筆者らは、この論理を矛盾したもの



表5 【C】ヒトはいつ「社会的人間」になるか？

【問】人はいつ人間(=人権をもった存在)になると思いますか？	(%)	累積(%)	
選択肢	①受精した時	31.2	31.2
	②受精卵が着床した時(受精後約1週)	13.8	45.0
	③胎児*の器官形成期の始まり(受精後約3週)	8.3	53.3
	④胎児*の心臓が拍動し始めた時(受精後約4週)	22.7	76.0
	⑤胎児の大脳皮質の細胞ができた時(受精後約20週)	6.2	82.2
	⑥胎動を感じた時(妊娠5~6か月)	4.1	86.2
	⑦母親から生まれ出た時	12.6	98.8
	⑧新生児期(生後7日間)を無事過ぎた時	0.2	99.0
	⑨その他**	1.0	100.0

注) 100%=516名；☞ = 「①~⑤までで80%以上」。

[\*] 解剖学用語では8週目までは胚だが便宜上胎児とした。

[\*\*] 「子宮外生存可能性が生じた時」などの回答あり。

とみなすが、看護学生たちは、【A】と【C】との横のつながりを考慮せず、両者を独立した問題とみなしていると思われた。

表5中の「⑨その他(1%)」の意見としては、胎児が母体外において生命を保つことができる時期、つまり「子宮外生存可能性が生じた時」とするものが多かった。

#### 4. 【D】ヒトはいつ「人権をもった社会的人間」ではなくなるかについて

【D】では【C】とは逆に、ヒトは「いつ人間(=人権をもった存在)ではなくなるか」を「三徴候死」「脳死状態」「植物状態」の3つの選択肢から複数選択で選んでもらった。結果は表6に示した。

なお、設問の「いつ人間ではなくなるか」という表現が学生にとって聞き慣れないものかもしれないという懸念から、それは「医療の停止(=すなわち死)が倫理的に許される条件」を求めていることを加筆した。また「①三徴候死」「②脳死状態」「③植物状態」についても選択肢に表6のような説明を補足した。

この設問を複数選択した理由は、【C】の選択肢と異なり、生物学的時間軸に沿った序列が確定できないからである。筆者らが、当初期待した選択肢は、{①}、

表6 【D】ヒトはいつ「社会的人間」でなくなるか？

【問】人はいつ人間（＝人権をもった存在）ではなくなると思いますか？ [医療の停止（＝すなわち死）が、倫理的に許容される条件は？] （複数選択）		(%)
選択肢	①＝三徴候死（瞳孔散大固定・呼吸停止・心停止）の条件を満たした時……………	56.5
	②＝心拍動はあるが意識や自発呼吸がもはや回復しない「脳死状態」の時……………	19.8
	③＝自発呼吸も心拍動もあるが、意識や意思表示がない「植物状態」の時……………	2.3
	④＝「三徴候死」＋「脳死状態」（＝①＋②）……………	14.2
	⑤＝「三徴候死」＋「植物状態」（＝①＋③）……………	0.6
	⑥＝「脳死状態」＋「植物状態」（＝②＋③）……………	0.2
	⑦＝「三徴候死」＋「脳死状態」＋「植物状態」（＝①＋②＋③）……………	2.5
	⑧＝その他……………	3.9

注) 100%＝516名

{①と②} および {①と②と③} の3種類の組み合わせのみであった。しかし、実際は表6に示したように、より多くの組み合わせが出現した。この理由の1つは、「脳死状態」が新しい死の定義として喧伝される中で、「脳死」か「心臓死（三徴候死）」かといった二者択一を迫るような通俗的論調の影響が考えられる。周知のように、「脳死」をヒトの死とすることは、ここでいう {①と②} の組み合わせを採択することである（村岡1992b）。

一方、臨床的通念からみれば、大部分の場合、「①三徴候死」>「②脳死状態」>「③植物状態」の順に判定が早くなると想定することもできよう。そこで筆者らは、上記の組合せ以外は、「②を含むが③がない場合」は、③はまだ「人権をもった存在」であるが①はもう「人権をもった存在」ではないとみなしたものと解釈し、「③を含めば」、①と②はすでに「人権をもった存在」ではないとみなしたものと解釈することにした。

その結果は、516人中、

{ $\alpha$ ：三徴候死（①）} ……………56.5%

{ $\beta$ : 「脳死」+三徴候死 (②+④)} .....34.2%

{ $\gamma$ : 「植物状態」+ 「脳死」+三徴候死 (③+⑥+⑦)} ..... 5.0%

であった(○数字は、表6参照)。つまり{①}と{①と②}の組合わせが90%強を占め、植物状態をも含めて「社会的人間」とはみなさないという意見は5%にとどまった(ただし、{①と③}の組合わせは意味不明のため、この加算から除外した)。

## 5. 【C】と【D】と関連性について

この横断比較、つまり【C】の横列(受精卵/胚/胎児/新生児の系列)と【D】の縦列({ $\alpha$ :三徴候死}/ { $\beta$ : 「脳死」+三徴候死}/ { $\gamma$ : 「植物状態」+ 「脳死」+三徴候死}の系列)の $8 \times 3$ 分割表の結果は表7に示した。この場合③区画の相対度数が多かった。また、【C】の選択と【D】の選択の間には有意な相関があった(定性相関係数 $C=0.383$ ;  $P<0.01$ )。このことは「人がいつ人権をもつ存在になるか」と「いつ人権を失った存在になるか」という2つの判断の基準はまったく無関係ではないことを示唆している。

その内容を明確化するために、表7中の点⑥を中心に、③⑤④⑦の4つの区画からなる $2 \times 2$ 分割表を作成した(表8参照)。この点⑥は、【C】の横系列①から④までは、【D】の縦系列での度数の比較が $\alpha > (\beta + \gamma)$ であり、⑤から⑧までは $\alpha \leq (\beta + \gamma)$ となるような位置にある変換点である。この変化は、統計的にみて有意であった( $\chi^2=23.5247$ ;  $P<0.01$ )。

このことは、調査対象とした看護学生の場合、ヒトがより早期の段階に人権を有する存在と認める者は、その喪失の時期(死の時期)を三徴候死というより晩期の段階に求める傾向があり、また、逆に、ヒトの人権獲得の時期をより晩期におく者は、その喪失の時期(死の時期)を「脳死や植物状態」といったより早期の段階に求めやすい傾向があることを示唆している。

## 6. 勤務経験の有無による違い

今回の調査対象者516名の中、202名が病院に勤務しながら看護学校に通学し

表7 【C】と【D】の関連性

【D】ヒトはいつ人間(人権をもつ)でなくなるか?	【C】ヒトはいつ人間(=人権をもった存在)になるか?								
	受精卵 ①	⇒ ②	胚 ③	⇒ ④	胎児 ⑤	⇒ ⑥	新生児 ⑦	⑧	
$\alpha$ =三徴候死(①)	107	47	27	63	16	9	22	0	291
	[Ⓐ区間：小計244]					[Ⓑ区間：小計47]			
$\beta$ ＝「脳死状態」+ 三徴候死 (②④)	31	20	14	47	15	8	34	1	170
$\gamma$ ＝「植物状態」+ 「脳死状態」+ 三徴候死 (③⑥⑦)	7	2	1	6	1	4	5	0	26
	[Ⓒ区間：小計128]					[Ⓓ区間：小計68]			
	145	69	42	116	32	21	61	1	487

注) 合計487名：全体516名のうち，【C】の「⑨その他」の1%，および【D】の⑤と⑧の4.5%の計5.5%を除いた数。

表8 点Ⓓで分けた2×2分割表

【C】		①～④	⑤～⑧	
【D】	$\alpha$	244	47	291
	$\beta + \gamma$	128	68	186
		372	115	487

( $\chi^2=23.5247$ ； $p<0.01$ )

ている者であった(勤務歴，平均3.8年)。しかし，「②経済的に育てられない場合」と「⑤親子・兄弟姉妹などの近親者同士の妊娠の場合」の2項目以外の【A】，および【B】【C】【D】においては，勤務経験の有無は，回答結果の分布に有意な差をもたらさなかった( $\chi^2$ 検定で，いずれも $p>0.05$ )。また【A】の②と⑤においても，それぞれ，中絶に対する賛否の割合が逆転するほどの差ではなかった。ちなみに，②では，勤務者の中絶賛成が47.5%（反対は22.5%）であったのに対し，非勤務者の中絶賛成は60.8%（反対は20.9%）であった。一方⑤では，勤務者の中絶賛成が66.5%（反対は10%）であったのに対し，非勤務

者の中絶賛成は54.4%（反対は21.8%）であった。

なお、男女差については、男性の割合が全体の1.7%しかいないため検討しなかった。

## IV 考 察

(1) 人工妊娠中絶（以下、中絶）や嬰兒殺し（間引き）は、江戸時代以前には広く行われており、日本で中絶が犯罪とされるようになったのは明治以降である。1880（明治13）年制定の旧刑法によって中絶は墮胎罪の対象となった。これは西欧化の促進とともに、富国強兵政策のための人口増加もその目的であった（山本1992、中下1983）。

一方西洋でも、法律によって明確に犯罪として禁止されるようになったのは19世紀になってからで、現在でも中絶が合法かどうかは国によって異なる。中絶を一切認めず、母体の治療上も違法とする国（ベルギーなど）から、母親の意思で中絶できる国（仏、伊、スウェーデン）まである。しかし、1970年代半ば頃から一定の条件（母親の生命の危険、強姦・近親相姦による妊娠、胎児の重篤な奇形など）を満たす中絶は認める国が多くなっている。

日本では、1949年、優生保護法にいわゆる「経済条項」が追加され、遺伝性身体疾患、強姦などの事由に加えて、経済的事由でも中絶が可能になり、欧米諸国にくらべ早期に中絶の「法的自由化」が果たされたといえよう。ちなみに、法律に基づいた日本での中絶の届出数は、1990年では約45万7000件（生命倫理研究会1992）であり、米国での中絶数は年間約150万件といわれる（ウィルキー夫妻1991）。なお両国の総人口が、それぞれ1億2000万と2億5000万であることを考えると、日米の公称の中絶率には大差がないともいえよう。にもかかわらず、わが国では、米国などとは異なり、人工妊娠中絶が、時に優生保護法との関連で問題にされることはあるものの、生命倫理や医療倫理の観点から正面きって語られることはあまりなかった（平石1989、香川1992）。本稿が人工妊娠中絶を取り上げたのも、この観点からであった。

(2) 今回の看護学生の意識調査では、【A】で、人工妊娠中絶が許される条件として、医学的事由や刑事的事由、あるいは経済的事由などが優先的に許容される傾向があり、逆に、個人的事由や政策的事由には否定的であることが示された。この背景には、不可抗力なものは許容度は高く、回避できる場合は中絶は避けるべきとの判断があろう。

しかし、たとえば、個人的事由と目される①「避妊に失敗」と②「経済的困窮」のような経済的事由は、実生活では表裏一体となっている部分も多い（実は、余裕があれば産んで育てるかもしれない）。したがって、同一の中絶ケースも、その理由づけに対して、医療者（看護学生）側が、文字どおり「個人的事由」と受け取れば「身勝手な中絶」となり、その背景を考慮し「経済的事由」と受け取れば「やむにやまれぬ中絶」となってしまう。このように、中絶の是非の評価は多義的であり判定者の恣意性に負うところが大きい。

結局、【A】の質問項目①～⑨までの理由に対する許容度の序列は、中絶を正当化する事由としては、「医学的」、「刑事的」、「個人的」、「経済的」および「政策的」などのカテゴリーのうち、どれが望ましいかというポイントを反映しているともいえよう。また、許容度約70%を示した⑧「胎児の先天異常」という理由は、単に医学的事由にとどまらず、いわゆる「優生学」的な要因も含んでいる（この問題は重要だが、別の機会に論じたい）。

ちなみに、日本では、1955年から90年の統計に至るまで、厚生省報告による中絶の事由は、その99%以上が「母体の健康」である（生命倫理研究会1992）。また、ドイツでは医学的適応事由により「精神的健康状態」を毀損するおそれのある時には中絶は罰せられないが、その状態のカテゴリーには、出産後に予想される経済的家庭的負担増大が妊婦の精神的な過重負担となる場合（精神医学的に「病気」とされなくてもよい）や、若年妊婦にとっては妊娠継続による学業の中断が精神的な発育障害に相当する場合さえも含まれる（エーザー1990）。さらに、ある世論調査でみた年次別推移も興味深い。たとえば「生活苦」や「避妊に失敗」を理由に中絶を認めるかという問いに、20代前半の既婚女性の肯定度はどちらの理由にも10%未満（それぞれ84.1%、57.1%が認めない）

なのに対し、40代後半では賛否ともにほぼ1/3で等しくなっている（谷合1983）。

このように、どの社会にも共通した「中絶の是非に対する絶対的な基準は存在しない。中絶に対する態度の違いは死生観の違いでもある。どこまでを〈生〉とし、どこからを〈死〉とするかという死生観抜きに、中絶の是非を論じることとはできない」（山本1992）。

(3) 【B】の結果でみたように、中絶胎児を医療資源として医学研究や臓器移植に利用するという考え方には、過半数が否定的であった。【A】③と【B】の横断比較や、「中絶しても胎児はそのままそっとしてあげてほしい」というある学生の意見をみるかぎり、この場合は中絶の是非とは異なる価値判断が働いているようだ。これとはニュアンスが異なるが、この問題を扱う倫理委員会は、非道徳な中絶を行うことによって組織を手に入れようとする「共犯説」を避けるために「中絶の決定」と「胎児から得た組織の利用の決定」とを切り離して考えるべきとの意見がある。P・シンガーは、胚や胎児は生命に関して私たち〔成人〕と同じような権利はもっていないので、科学者が胚や胎児を医学研究などに利用しようとしても道徳的問題はないとしつつも、妊娠後期中絶では胎児が苦痛を感じるのでそのことに配慮すべきだと述べている（Singer 1991c）。

これとは逆に、今回、調査した看護学生の過半数は、中絶胎児の利用は、道徳的に問題だとみなしていると考えられる。こうした結果の背景には、彼らに、胚や胎児を対象とする先端的な医学研究に批判的な考えが一定程度、存在することも否定はできない。

(4) 【C】の「ヒトはいつ人権をもった人間（＝社会的人間）になるのか」についての判断は多様であり、今回の調査では80%以上が①受精から⑤大脳皮質の形成（約20週）までの前半の時期を選択した。1977年の米国のある調査でも、同様に多様性が示されたが、その時期を受胎時としたのが約半数で、このほかは、出生時、胎動時、母体外生育可能時などいずれも10～20%の範囲であった（ウィルキー夫妻1991）。

これらの時期の決定は、個々人の「ヒトはいつ人権をもった人間になるか？」あるいは「ヒトの生命はいつ始まるのか？」という見方に基づいている。この観点は、生命倫理（医療倫理）において「人工妊娠中絶は倫理的・道徳的に認められるかどうか？」の判断の根拠となっている。たとえば、中絶に対して保守的な立場にあるローマ・カトリックは、受胎の時から生命は始まるとして、胎児の発育のいかなる時点における中絶も罪なき人間の生命を奪うこととして禁止している。神のみが生命の創造主であり、人間には罪なき他の人間の生命を奪う権利はないとして、直接的治療中絶（妊娠自体に起因する母体の危険のために行う中絶）は認めない。ただし、間接的治療中絶（母体が妊娠以外の子宮癌などの原因で危険になった時に行われる）は認めている（イエッツィ1985）。

このような中絶禁止の保守派に対しては、M・トゥーリーやP・シンガーといった中絶容認のリベラル派（自由主義者）があり、この両極の間には、中絶を場合によって認めるが全否定も全肯定もしない、J・J・トムソンのような中間派が存在する。これが中絶議論をめぐる一般的構図である（トゥーリー1988、シンガー1991 a、トムソン1988）。

リベラル派が、中絶を容認する根拠は「人格 person」概念からみて、胚や胎児には成人に相当する「人格」がないということによる。「すなわち、胚や胎児（時には、出生直後の新生児）は、「人格（＝生存する重大な権利を有する存在）」ではないので、中絶や嬰兒殺しが正当化されうるという論理である（もちろん、リベラル派は、中絶や嬰兒殺しを推奨しているのではなく、人間社会に起こる中絶という社会現象を倫理的立場から擁護できるというにほかならない）。ちなみに、「人格」は道徳的概念であり、生物学的なヒトであつてもただちに「人格」ということにはならない。一般に「人格」は、意識経験の主体としての自我の概念をもたねばならない（つまり、自分自身を様々な精神状態の存続的主体として意識しない存在、喜怒哀楽が表現できない存在は「人格」ではない）とされる。このため、胎児はそのままでは「人格」ではないし、幼児もまだ（成人と違い）「人格」ではないので、中絶や嬰兒殺しは擁護されるとするのである。

最後に、【D】の「ヒトはいつ人間（＝人権をもった存在）ではなくなるのか？」



という問いにも多様な判断が示されたが、「Ⅲ 結果」の節で述べたように【C】と【D】の判断の間には有意な相関が認められた(表6, 7参照)。このことは、「ヒトはいつ人権をもった人間(=社会的人間)になるのか」と「ヒトはいつ社会的人間ではなくなるのか」とが不可分であることを表している。したがって、「脳死」を死の判定基準に加える看護学生は、中絶の問題に関しても、上記のリベラル派的な考え方をする傾向があることが推察されよう。

## V ま と め

人工妊娠中絶について516名の看護学生にアンケート調査を行った。そして、【A】9通りの理由による中絶の賛否、【B】中絶胎児を医療資源に利用することに対する賛否、【C】ヒトはいつ人権をもった人間となるか、および【D】ヒトはいつ人権をもった人間ではなくなるかに関する、彼らの倫理意識について分析、考察した。

その結果、看護学生たちは、【A】については、医学的経済的などの妊婦に不可抗力と思われる理由の場合には中絶を承認するが、「個人的」で回避可能と思われる理由には中絶を認めない傾向がみられた。【B】では医療資源としての利用には過半数が否定的または保留であった。【C】や【D】では時期決定の判断には豊かな多様性が認められたが、概して、【C】で受精卵/胚/胎児/新生児という系列のより早期の段階で「ヒトは人権をもった人間になる」と判断する場合には、【D】では「脳死」や植物状態よりも三徴候死の時期を選択する傾向があることが認められた(この逆も成立した)。

また、学生たちは、筆者らが医療倫理の講義を受け持ったかぎりでは、このアンケート結果についての解説やグループ討論を行うことで、アンケート時に比べ、自己の考え方に幅をもたせることが可能になった。以上より、臨床上、人工妊娠中絶に関する医療上の意思決定やインフォームド・コンセントの形成に際して、あるいは、医療や看護における倫理教育の場面では、中絶の動機や条件の多義的解釈の可能性や中絶に至る背景の多様性、さらには「生物学的ヒ

トはいつから人権を有する社会的存在として扱われなければならないか」という倫理的観点をふまえつつ、ケース・スタディや討論を進めていく必要性があると思われた。

#### 引用文献・参考文献

- 1) イエッツィ, R., 1985, 医の倫理〜いのちを考える拠点, HJB 出版局, p. 89-124.
- 2) ウィルキー夫妻, 1991, わたしの生命を奪わないで〜人工中絶に関する Q & A, 燦葉出版社, p. 10-13, 269-278.
- 3) エーザー, A., 1990, ドイツ墮胎刑法の改革, 先端医療と刑法, 成文堂, p. 157-184.
- 4) 香川知晶, 1992, 人工妊娠中絶, 今井道夫・香川知晶編: バイオエシックス入門, 東信堂, p. 44-58.
- 5) シンガー, P., 1991 a, 実践の倫理, 昭和堂, p. 141-167.
- 6) Singer, P., 1991 b, WHEN DOES A HUMAN LIFE BEGIN AND WHY DOES IT MATTER?, p. 1-13, (「ヒトの生涯はいつ始まるか」, 星野一正, 齊藤隆雄編: 胎児の生命と尊厳, 蒼穹社, p. 12-26).
- 7) Singer, P., 1991 c, ETHICAL ASPECTS OF THE USE OF EMBRYONIC AND FETAL TISSUES FOR RESERCH AND CLINICAL PURPOSES, p. 47-62, (「研究・治療に胚子・胎児を使う場合の倫理」, 星野一正・齊藤隆雄編: 胎児の生命と尊厳, 蒼穹社, p. 63-74).
- 8) 生命倫理研究会(生殖技術研究チーム), 1992, 生命倫理研究会レビュー&リサーチ, No. 2: 188-194.
- 9) 谷合規子, 1983, 拒むことも求めることもできないなかで, <社会評論社編集部編: 女の性と中絶——優生保護法の背景, 社会評論社>, p. 155-173.
- 10) トゥーリー, M., 1988, 嬰兒は人格を持つか, <加藤尚武, 飯田亘之編: バイオエシックスの基礎——欧米の「生命倫理」論, 東海大学出版会>, p. 94-110.
- 12) トムソン, J. J., 1988, 人工妊娠中絶の擁護, <加藤尚武, 飯田亘之編: バイオエシックスの基礎——欧米の「生命倫理」論, 東海大学出版会>, p. 82-93.
- 13) 中下裕子, 1983, 中絶すれば牢獄ゆき〜刑法墮胎罪と家制度, <社会評論社編集部編: 女の性と中絶——優生保護法の背景, 社会評論社>, p. 38-58.
- 14) 平石隆敏, 1989, 人工妊娠中絶, <塚崎智・加茂直樹編: 生命倫理の現在, 世界思

想社), p. 206-220.

15) プロディ, H., 1985, 医の倫理——医師・看護婦・患者のためのケース・スタディ, 東京大学出版会, p. 148-169.

16) 村岡潔, 1991, 看護学生の流動的「脳死・臓器移植」観——特に, 意思決定を左右する家族のファクターについて, 日本保健医療行動科学会年報, 6 : 75-91.

17) 村岡潔, 1992 a, 生殖技術に対する看護学生の意識——(その1) 特に, 批判的意見の「自然観」について, 日本保健医療行動科学会年報, 7 : 212-227.

18) 村岡潔, 1992 b, 脳死, <医療人類学研究会編:文化現象としての医療, メディカ出版>, p. 14-17.

19) 村岡潔, 森本兼囊, 1993, 選択的治療停止に関する医学生の意識, 日本保健医療行動科学会年報, 8 : 162-185.

20) 山本亨, 1992, 中絶, <医療人類学研究会編:文化現象としての医療, メディカ出版>, p. 300-303.

---