

【研究ノート】

ドイツにおけるリプロダクティブ・ヘルス&ライツを
めぐる医療実践と課題

—人工妊娠中絶をめぐる医師の語りから—

Issues of Medical Practice on Reproductive Health & Rights in Germany:
From a Medical Doctor's Narratives on Abortion Care佐野 敦子*
SANO Atsuko

【要旨】

本稿は、東京大学大学院情報学環の紀要に掲載した科学研究費 JP20H04449 の報告書（佐野・菅野 2023）に連続する内容である。

2021 年 12 月、ドイツは中道左派政権となり、医師による中絶の広告を禁じていた刑法 219 条 a の撤廃と、人工妊娠中絶法制の刑法からの削除を検討する委員会の設置が公約に明記された。その委員会では、議論が多い卵子提供や代理出産の在り方も扱うことになっている。政権交代によって、ドイツのリプロダクティブ・ヘルス&ライツを巡る状況は転換期を迎えつつある（佐野 2023a：20–24）。

この状況を受け、研究チームは 2022 年 10 月にドイツに滞在し、8 名の関係者にインタビューを行った。目的はドイツの人工妊娠中絶法制改正に向けた議論、そして妊娠期に行われるケア及び本研究の主眼である出生前検査の実施等の概要を把握するとともに、アクティビストや医療者の聞き取りから、ドイツの人工妊娠中絶のフレームがいかに再構築されようとしているのかの手がかりを得ることである。

上述の紀要ではアクティビストのインタビューから、出生前検査と人工妊娠中絶の課題について検証した。今回は、実際に中絶を提供している医師のインタビューをとりあげ、医療実践としてドイツではいかなる医療体制の枠組みで出生前検査と人工妊娠中絶が提供され、医師の視点からみた課題は何かを中心に考察した⁽¹⁾。女性の自己決定を支えるケアの在り方や、法律等に明記された権利に対する意識について、ドイツとの比較において貴重な示唆が得られた。

* 立教大学大学院 21 世紀社会デザイン研究科兼任講師・立教大学ジェンダーフォーラム教育研究嘱託

キーワード：ドイツ リプロダクティブ・ヘルス&ライツ 人工妊娠中絶 自己決定権 助産師

1. 本報告の背景と調査の概要

本稿は、科学研究費基盤研究 (B)「医療実践としての人工妊娠中絶の新たなフレーム構築—出生前検査とのかかわりから」のドイツ調査報告の一部である。先行して公表したアクティビストの語りをめぐる報告書 (佐野・菅野 2023) と異なり、ドイツで実際に中絶を提供する医療者から聞き得た内容を中心にまとめる。具体的には、いかなる制度の下、いかなる手法で中絶を行うのか、及び現政権の公約でも言及があった中絶に関連する教育研修 (佐野・菅野 2023 : 7⁽²⁾) は現状どのように行われているかについて、そして、その制度下で感じる課題等である。加えて、本研究の主要テーマでもある出生前検査に関連した事項、そして日本と異なる医療・保険制度と助産師の役割についても示唆に富むと考えるため掲載する。

今回扱ったインタビューー D2 氏は、ドイツ北部在住の 30 代の女性で、大学修了後に別の地域の大学病院で短期間勤務後、現在は専門医師になるための継続教育を受けながら近郊の産科クリニック (Geburtsklinik) で働いている。本インタビューは日本語、ドイツ語、英語を交えて実施した。報告書にまとめるにあたって、筆者が適宜てにをは等の微細な修正を加えている。大きく補足した言葉は鉤括弧で、日本語等言い換えた箇所の原語は括弧で示した。

2. 医療実践としての人工妊娠中絶

ドイツの妊娠・出産で日本と大きく異なるのは、妊婦健診、出産、産後のケア等が、ほとんどすべて健康保険でカバーされている点、及び出産については妊婦健診でかかる病院と出産する病院が異なる点である (佐野・菅野 2023 : 9)。妊婦健診でかかる病院は、プラクシス (Praxis) と呼ばれる開業医であり、診療科ごとに街のあちこちに存在する。妊娠すると、産婦人科の開業医で妊婦健診を受け、出産する病院を探す⁽³⁾ (同上)。そのような制度のもとで、妊婦が妊娠継続を望まない、すなわち人工妊娠中絶を選択する場合、医療はいかに介入するのだろうか。

(1) 病院と開業医 (Praxis) の違い

病院と開業医 (Praxis) の役割や提供内容の違いについては以下の説明があった。

A 日本のシステムは、全部、専門家は病院のなかにいますよね。問題の [ある] ときはなんでも病院にいて、入院にならないときも、専門の [外来の] 時間になるのですね。その外来の部分は、ドイツは病院の中ではなくて、外の Praxis というところになります。例えば、救急じゃないとき、普通の妊娠のケア、健診とか、あとはガンのスクリーニングとかはそれは全部 Praxis のなかでします。手術が必要

になるときとか、入院になるとき、ちょっと特別な薬になるときとかは病院に行く。(中略) それ [2つの違い] はね。多分簡単に説明したら、外来と入院の違いですね。

その上で、中絶薬の処方について伺うと、病院で勤務する自身の経験から以下の言及があった。

A 私は病院で働いている医者として、もちろん、家で飲める薬も出せるのですが、それは、私の働いている病院のお金にはならないから、あまりしません。それは外来 (Praxis) の医者の仕事です。保険 (Krankenkasse) からお金をもらえるから、こういう、あの自分で自由に家で飲める薬は別に病院にいるときじゃなくても飲めるから、外来 (Praxis) のひとつの部分になるんです。それはたぶん、私がわかっている (のは) [限りでは]、お金と関係がある、病院はどこからお金を [得て]、また戻ってくるかと関係がある。

つまり病院にとってはオペをしたほうが保険等から償還があってお金が入る、だから、薬剤の中絶は日本での外来にあたる Praxis がやることが多いのではないかと説明された。D2氏からは、薬は高くないがその他のサービス、医者と話す時間とか、あとは薬を飲んで問題があるときとか、そういうことは結構お金がかかる。そうした事情もあってかドイツのオペ数は [ヨーロッパ内の他国に比べて] 多いとの発言もあった。

(2) 他病院との連携

他病院との連携についても以下のように具体的な説明もあった。病院と開業医 (Praxis) だけでなく、他の医療機関の間でも明確な役割分担があるのがよくわかる。

Q [勤務している病院で提供していない⁽⁴⁾] 羊水検査が必要なら他の病院を紹介するのでしょうか？

A ええ、[他の医院に] 送ります。移送 (Verlegen) は私が働いている病院ではときどき出産のクリニックに送ります。つまりはこの地域に小児科がないのと、36週+ゼロ以下の妊娠週数は私たちでは扱えません。女性がやってきて、もう出産が始まっていて、羊水が出ていて、陣痛が始まっている、36週+ゼロ以前では私は彼女を移送しないといけないのです、他の病院へ。

Q 小児科か婦人科のどちらのクリニックで扱うかは、子どもの妊娠周期で決まるということですか？

A ええ、病院の間ではね。Praxisは期限まで妊婦をみます。けれども、出産については、出産クリニックには、Level 2とLevel 1があって、Level 1⁽⁵⁾ というのはすべて [が対象] です。初期、24週から最大限の看護、新生児 (neo-natales)、ICUに新生児集中治療室 (NICU) と小児集中治療室 (PICU) すべてあります。それがLevel 1。Level 2は、確か、27週+ゼロ以上で、小児科医がいて、新生児の看護は

ない。私たちの出産クリニックは、36週＋ゼロ以上の複雑なことがない成熟した (reife) 子どもだけを受け入れます。(中略)

助産師だけの出産施設は、私が働いている病院と一緒に。36週＋の出産はOKで、それより少ない、それより短い妊娠はだめです。そういう女の人があると、私が他の病院に移送する、他の病院に電話して、こういう患者がいますよ、助けて下さいみたいな、そういう話をして、その人を他の病院に送ることになるんです。

(3) 人工妊娠中絶の手法

D2氏はこれまで10回の人工妊娠中絶の施術を経験している。D2氏が病院で実際に行っている手術の内容を共有いただいた。

A 私たちはいつも吸引法 (Vacuum aspiration) を使っています⁽⁶⁾。ミソプロストールを使った Cervixpriming mit Misoprostol。ミソプロストールのオベは、錠剤で子宮を柔らかくして、それから吸引。

Q 最初に錠剤を吞んで、それから吸引。

A そうですね。ミフェプリストンではなく、ミソプロストール、[ドイツ語の製品名は] Cytotec。それは、妊娠中絶 (Schwangerschaftsabbruch) 以外 [にも] 使える薬なの。例えば妊娠じゃなくて、血がたくさんでるときとか、そのときも、オベの前に同じ薬を飲むのです。

日本で2023年に製造販売が承認された中絶薬は、ミフェプリストンとミソプロストールの2つの薬剤を同梱したものである。前者は黄体ホルモンを抑制させる作用があり、それによって妊娠が終わり、胎盤が子宮内膜から剥がれ落ちる、そしてその1～2日後に後者を服用し、子宮を収縮させて妊娠組織を排出させる (塚原 2022: 133)。D2氏は、そのうち後者の子宮収縮の作用があるミソプロストールを使用し、その後、吸引で手術を行っている。プラスチックの器具を使うとのことで、体に優しいといわれる手動吸引と考えられる。

また、病院によって提供する内容や、提供できる週数は異なる⁽⁷⁾。D2氏の勤務する病院では、以下のように、中期中絶 (Spätabbruch) には対応していない。

Q ドイツでは12週の前とあとで [中絶の] 扱いが変わりますか？

A そうですね、自分はいままで、中絶は12週までで、あとは普通に、自然に亡くなったとか。けれども、[ガイドライン⁽⁸⁾にある] やり方を読んだら、[胎児の] サイズによってやり方が違うんですね。だいたい、自分の経験をみると、16週からは普通の出産になりますね。胎児の大きさによってやりかたが変わりますね。手術したら、搔爬法 (Curettage) だけでとれないから。普通の出産になりますね、薬をのんで普通に。

A そこで飲んでいるのは、ミソプロストール？

Q そうですね。

(中略)

A 私が働いている病院は、中期中絶（Spätabbruch）〔にあたる〕12週から後の中絶〔は〕しませんから、いままでしたことがないので〔すが、もし行う場合は〕、そのときはFetozid⁽⁹⁾、この赤ちゃんを〔子宮内で〕殺す、出産の前にFetozitをしないといけない。それは、ミフェプロストール〔ミフェプリストン〕。それはいま働いている病院ではいままで経験してないから、そのやり方はちょっと私わかりません。けど、指針に書いてあるのは、ミフェプリストンを飲んで、ミソプロストールを飲む。

Q ただ、12週までの早い時期でも薬で中絶をする人はいますよね。その人たちもミフェプリストンを飲んで、ミソプロストールをそのあと飲む。

A 外来〔Praxis〕の患者としては、そのやり方ですよ。

（中略）

Q ただ、16週ぐらいになると、それにプラスして出産みたいになるので、やっぱり、医者が立ち会ったほうがいいってことですかね。例えば自分一人で中期中絶するってことは、基本的にはないってことですか？ 12週以降になったら。

A ええ、それはね、普通の出産になるから、それは家ではあまりしない。自分の家で、例えば、一緒に家にいる助産師がいたら、まあ、もちろん家でもできるんですけど、あんまりいないので。助産師のなかにもあんまりいないので、だいたい病院でするのですね。

Q そういうことをする助産師はすごく少ないということですね。

A そうです、はい。

後述するが、日本にない妊婦ケアとしてドイツにはヘバメ（Hebamme）と呼ばれる助産師が提供するサービスがある。ドイツのヘバメは産前産後、乳児の育児に渡って継続したケアを独立して提供する。つまり、妊婦と深い関わりをもって、医師とは異なる角度から妊婦を支援する。中絶におけるこの助産師の役割については5に詳述する。

(4) 研修制度とケアの提供

ドイツの政権公約に「中絶は医学の研修や継続教育の一環であるべき」とある（佐野・菅野 2023：7）。つまりは、医学における中絶に関する教育の提供がドイツで現在大きな課題に挙げられている。D2氏に現状について伺った。

A 大学で中絶のカリキュラムもありましたが、けれども、理論的（theoretisch）なもので。そして、ちょっと前まで（bis vor kurzen）広告が許されていませんでした⁽¹⁰⁾、なにも〔中絶に関する〕情報が与えられなかったので、とても少なかったです。それに追加研修（Fortbildung）では私はなにも義務づけられなかったです。

ドイツでは、妊娠14週〔受胎後12週〕までであれば、3日前までに妊娠葛藤相談を受けた証明書を提示すれば中絶をうけることが可能である（佐野・菅野 2023：6）。この妊娠葛藤相談が提供できる施設や資格、方法は法律で細かく定められている。中絶に関連する資格についての質問から、妊娠葛藤相談についての言及があった。

- Q 中絶をするのに、〔日本の母体保護法医師のような〕特別な資格とがありますか？
- A それはすごい議論になっているテーマなのです。私は医者になったので薬を出せます。別のなんの薬でも出せます。医者は〔その〕専門でなくても薬はなんでも出せます。
- Q 日本と同じですね。
- A そのときは、別に特別なトレーニングとかなにもいらぬ。が、中絶だから簡単にはできませんね。本当はドイツの法律をみるとだめなのです。いつでもだめです。中絶はだめです。法律的には禁止されています。でも、その特別な〔相談をうけた〕ときは大丈夫です。で、この〔妊娠葛藤〕相談ができる人には特別なトレーニングが必要です。私、医者としては、薬は出せます、手術はできますけど、3日前の相談はできません。
- Q 完全に分けられているのですね。
- A そうそう。それはドイツ政府から出した免許みたいなのもっていないと、相談はできません。法律的に大丈夫ですという免許がないと、私は相談できません。
- Q 医者が免許をもつというよりも、相談所が免許をもつということですね。
- A その相談所で働いている人は、医者もいるし、ソーシャルワーカー (Sozialarbeiter) もいるし。免許がないと私は相談できない。
- Q 医者で免許をもっている人もいるわけですね。
- A そうです。

だが、実際には医師は中絶のアフターケア等で相談を受ける場面も多々あることは想像に難くない。そうした相談への対応について以下のように質問した。

- Q 妊娠や中絶に関する相談 (Beratung) を提供していますか？
- A その人次第です。医者によっても違います。私は4人の患者に、痛み止めや、出血のあとのことについて話しましたが、すべての人にしているわけではありません。決まってやっているということではありません。そして、これもトレーニングが欠けている、研修でもたらされない、研修の一部ではないので。かわりに提供できるのは、手術、私たちは相談を学んでいないのです。
- Q 手術前後でカウンセリングをしていますか？
- A それはね、もちろん手術のやり方とかあとは問題の可能性とか、それは手術前に細かく説明するけど、あとはこういう ProFamilia⁽¹¹⁾ とかがやる相談はしませんね。人によってはもうちょっと長い話になるけど、普通は手術の説明だけでいいです。
- Q 医療の説明だけをする？
- A そうそう、やり方とか、手術についての問題とか、そういう説明はするけど、あとは、エモーショナルサポートとかそういうのはあまりしません。
- Q もし、エモーショナルな問題がでてきたら、どこかに紹介をしますか？
- A うーん、そうですね。どうだろう。それは多分、医者と看護師と助産師によってかわりますね。話をする人と話をしない人と両方います。その相談、エモーショナルサポートをするかは、人によって変わりますね。

Q 中絶後のフォローはしていますか？

A あんまり、なにもないですね。あんまりフォローアップとかはしないですね。その外来の患者として、だいたい手術の10日後ぐらいに、もう一回外来の専門医にいらしてください、とはいうのだけど、それはフォローアップではないでしょう。あまりしません。

Q さっきお話してくださったように、自分で決めて、中絶するんだから、あまりそこで立ち入らないというか。

A そうそう。そういう考え方ですね。

3. 医療制度と健康保険との関係

もうひとつドイツと日本の大きな違いは、妊婦健診、出産、産後のケアなどが、ほとんどすべて健康保険でカバーされている点である（佐野・菅野 2023：9）。日本でも最近検討が始まっているが、先行しているドイツにおいては、運用上の課題も実際の現場から見え隠れする。インタビューから3点に絞ってまとめてみたい。

(1) 貧困の場合の支援

中絶は刑法に位置づけられている“罪”であり、妊娠葛藤相談を経てそれを選択する場合は保険の適用はできず基本的に自己負担である⁽¹²⁾。しかしながら、医学的な理由、レイプ等の犯罪的な理由、そして収入が少ない場合は健康保険に申請すれば費用が免除される。2023年7月1日からは、女性の可処分所得が月1383ユーロを超えないのが条件であり、さらに未成年の子供がいるときは1人につき328ユーロに上限が上がり2024年の6月30日まではこの額が適用される（BMFSFJ 2023）。

実際の現場の運用は以下のようなものである。

A 女の人の中絶の手術[をして]ほしいと決めたら健康保険から、手術のお金がでてこない。で、その人がお金がないときは、例えば、生活保護をもらう人とか、いまちょっとお金が足りないときは、手術前に健康保険にお金を出してくださいという申込書を出して、OKをもらえたら、保険がお金も出す。でも本当は、手術の部分だけは、自分で払わないといけない。自由に選んだ手術だから、保険からお金がでてこない。

Q 特別にすごく貧しいとか、お金が全然ないというときに限って、なにか（申請を）出せば？

A そうそう、でもそれは手術前には書いてないと。保険から手紙をもらえないときは、手術のあとはもうなにもできません。で、払わないといけない。

Q そうしたら、前もって払えないとなったならば、書類を書かなくちゃいけないということですか？

A そうです。そうそう。

Q いま日本だと、すごく貧しくて、日本の場合は出産にお金がかかるので、妊婦

検診もかかりますし、あの、すごく貧困な妊婦に対してなにかやらずにちゃいけないんじゃないか⁽¹³⁾、という動きもあるんですけど、ドイツはそういう貧しい女性に対する対策とか議論ってあるんですか？

A ドイツはだいたい本当にお金が全然ないとか、他に家で何かの問題があるとか、だいたいなにかヘルプがでてくるんですね、健康保険とか、あとは、福祉事務所 (Sozialamt) とかソーシャルワーカー (Sozialarbeiter) とか、誰かが患者を助けますけど、自分でいわないといけない、私はお金が足りないとか、あとは私は時間がないとか、そのやり方わからないとか、なんでも問題があるときは、患者さんが自分でいわないと。誰もわからないから。

Q そうですね。

A 本当は問題があるけど心配かなにかでいえないときもありますね。たまに私がある患者に初めて会うときは、まあなにか難しい生活 [を送っているの] だろうと思うときは、私は直接聞く [ようにする] 人なんだけど、まあなにもどう [しよう] もない気持ちだけ (で) [しか持たなくて] 次から次へいく人もいるので、そのときは患者さんはお金をもらえない、誰にも [申請する] 必要がありますよ、といわれなかったから、保険からも福祉事務局からもなにも出てこない。でも、そのドイツのシステムをみるといろんな助かり方がありますね。悪くないと思います。ただ、そのやり方知らない人が多いです。

Q それは親切な助産師さんだったら、状況をみてこういうことができますよ、とか教えてあげられるわけですね？

A そうです、そうです。医者も一緒ですね。自分でやり方がわかる人は、いろんなやり方を教えられますけど、知らない人が多いですね。

Q ああ、そうですか。

A それはその専門のトレーニングのなかに入っていないからですね、医学ではないことだけど、役に立つ情報 [が]。

(2) スタッフ不足

コロナやジェンダーの観点からケアを提供するスタッフが足りないこと、医師の不足を懸念する見解も共有された。

Q いま日本だと、大きな病院だと医療相談室があって、ソーシャルワーカー専門の部屋があって、そういうところに相談に行きなさいっていわれるのですけれど。

A ドイツにもありますが、スタッフが足りないし、あとは高齢者の患者についてはいろんな情報があって、ソーシャルワーカーとか、病院にある医療相談室の人たちは、高齢者の患者さんに対してはいろんな話をするけど、若い人とかお金の問題がある人とかあまり相談しません。なぜなのかわからないけど、まあ、スタッフも足りないし。

Q 高齢の患者さんの相談にはのるっていう。

A そうそう。

Q それは介護保険とかそういったところからお金がでるからですか。

A 入院する患者さんは、相談する必要があるときは、相談〔して〕もらえるはずなんですけれど。若くても、相談〔して〕もらえるはずなんですけれど、忘れる人が多いですね。リクエストするとか。医者として看護婦として、リクエスト、この人が相談が必要です、相談しにきてくださいとそういうリクエストを出さないとなにもこないです。みんなリクエストを出すと、絶対スタッフが足りないですね。

Q 日本でも、そういうスタッフのお給料が低いから。

A そうですね、一緒です。

Q そうですか、この対人援助の状況というか。じゃあ、日本と同じですね。いまケアワーカーの待遇がとても悪いと、ドイツで問題になっていると聞きます。SAHGE⁽¹⁴⁾ という女性の割合が高い分野の待遇が悪いと。

A それはドイツはコロナの関係もありますね。コロナのときは在宅〔ホームオフィス〕もできたけど、普通の事務所に働いている人は男性が多くて、在宅ができる仕事で、その家族、子どもがいる家族は、いまもだいたいお母さんが家にいて、子どものケアをして、お父さんは在宅か、会社について仕事することが多かった。普通の1950年の生活みたいな。私のママが生まれたときのセッティングに戻っていて。毎日の生活がね、2020年じゃない状態に戻ってきて。それで、いま、コロナがちょっとだけましになってきて、でも仕事に帰ってこない人もいるし、そのSAHGEの専門の人も少ないのですね。

Q SAHGEに含まれる社会活動 (Soziale Arbeit) が、相談 (Beratung) の提供も含むという認識がなかったのが、いまわかりました。教会の人とか思っていたんですけど。

A (ドイツ語のソーシャルワーカーにあたる) Sozialarbeiter はいろんな仕事の大きな言葉で、教会にもいるし、病院とか、政府の事務所にもいるし、いろんなところに Sozialarbeiter といえる仕事があります。

Q ドイツのお医者さんは大変なのですね。100% [の勤務] (夜勤も含めてのフルタイム勤務) をやっている人も多いのですか？

A 多いですね。若い医者を見るとだいたい100%ですね。子どもがいない人は、産婦人科をみるとパートタイムやっている人が多いですね。だいたい女の人が多くて、子どもがいる人が多いから、産婦人科はパートタイムがたくさんある専門。他の専門をみると少ないですね。

Q 日本だと、産婦人科はお産があって、計画分娩をしないところが多いので、夜中に呼び出されたりとかが産婦人科は多いので、本当は女性が多い方がいいんだけど、夜中のお産とかに対応できないんじゃないかということで、ちょっと伸び悩んでいるというか、分娩にかかわるような女性は少ないんですけど。ドイツは計画出産なんですか？

A 計画出産はできないよね。赤ちゃんに、いまからね、待ってよ、みたいな感じで、そういう時間 [の感覚] になるので。産婦人科の病院で働いている医者は、一番大変な専門とはみんないいですね。全然予定がないから、予定してもなんとか準備してもぜんぜん関係ない仕事なので。出産はいつでも [やってくる]、出産になるときは働きます。

Q 薬を飲んで〔出産を〕コントロールして、日本でも大きな病院でやっているところあるんですけど、この時間までにでてくるように、と。

A でもそのときも薬を飲んでも、これから出産になるときは、結構時間の違いがありますね。はじめて〔初産〕だったら結構時間かかるときもあるし、2、3回目だったら出産はもっともっと早く薬を飲んですぐ破水するときもあるから、全然準備できないですよ。

Q 日本もまあそういうところが多いので。

A 〔帝王切開等の〕手術にしないと、多分、出産のこういういつになるのかは全然いえないですね。手術以外は。それ以外は全然。私はよく、病院に出産のために入ってきた人に聞かれるけど。私たちの赤ちゃんが何時に生まれてくるのって。知りません。これをはっきりいえたら偉い人に〔なれる〕、全然いえないので、何時になるか私もわかりません、というしかないです。

(3) 情報の提供

医師の中絶に関する広告を禁止していた刑法 219 条 a が、2022 年 6 月 24 日の連邦議会で大多数の賛成で採決され、公約どおり撤廃となった (Bundestag 2022)。これによって医師は中絶に関連する情報提供、とくに ICT を活用した情報発信が可能になった。D2 氏はその状況について以下のようにコメントした。

A 最近、法律も変わって、情報に関する法律が変わってから、もっともっとそういう情報〔提供を〕やっているのですが、その前は法律的になにがあるか、あまり知らなかった、あまりよく知らない人が多かったですよ、患者さんとして。情報を出すのもだめだったから、そういう情報もなかったんです。患者さんに。

4. 出生前検査・NIPT・新生児の診断について

本科学研究費のテーマである出生前検査に絡めての質問も行った。D2 氏は超音波以外の出生前検査や、その結果を受けての中絶に関わったことはないが、知る限りの現状や課題、そして自身の考えを共有いただいた。

(1) 出生前検査の体制

Q 〔NIPT は〕Praxis がやっているということですよ。

A 周産期センター (Perinatalzentrum) でも、(中略) こういうトレーニングを受けた医者がいるところは、NIPT でも、他のテストでもできる。私の病院では〔できない〕。周産期センターは、細かくテストするセンターがあって、そういった出生前診断を全部やる、たまに、こういうテストが全部できる場所は、病院のなかにあるところもあるし、外来で細かくテストできる場所もあります。両方あるんですよ、病院だけではなくて。

Q それはお金かかるんですか

A それは、特別な理由がなくてやってほしいときは、自分で払わないといけない。例えば普通のチェックアップ〔妊婦検診〕でなにかちょっとわからないことをみるから〔であれば〕、自分のお金をださなくてもいい。

Q 日本では高齢出産では35歳以上は、こういう検査してもいいというのだけれど、年齢というのは条件に入りますか？

A そうですね。35歳以上は高齢出産になりますね。ドイツも。

(2) 胎児の障がいによる中絶について

Q 胎児が障がいを持って生まれ、女性が中絶をしないといけない、というのはどう考えますか。

A すごく難しい質問ですね。私は自分で経験ないから、胎児の病気とか、私自身妊娠したことないから、心の中の気持ち〔は〕私は想像できないので。すごくエモーショナルな難しい時間だから、ゆっくり相談して、お母さんお父さんと一緒に相談して、ゆっくり考えてから、そのペアの決まり〔決定すること〕だと思います。全然医学の関係もないし、私が思っている〔こととの〕関係もない、そのお父さんお母さんがなんの病気でもその子どもを育てるかどうかが決めてから、私が何でもしますみたいな考え方です。私の思いですけど。子どもが生まれてきたら、私と全然関係ないですね、その家族の一人になるから、毎日の問題とか、つらいときとかは、私は医者として全然関係ない、経験もしなくていいから、すごく難しい相談ですね。その医学的な情報とか、あとは医学的な助け方とか、それを全部すべて説明してから、生まれてからこうなると思います、みたいな相談をしてから、そのお父さんお母さんになる人が決める、と思います。その人たちが何をしたいかどうかを聞いてから、一緒にそのやり方を選ぶ。

(3) NIPT とダウン症について

Q 日本だとダウン症の子どもがいなくなっちゃうのでは、とかを心配している人がいます。

A ドイツにもそういう意見があります。例えば、ダウン症はいろんな重さがありますよね。ダウン症は顔を見てわかる子もいるし、本当に重い病気になってしまう子もいるので。テストをやって、この子はどうなるかわからないから、テストの情報で、どのタイプになる、そのダウン症は重いかどうか、前にはわからないから、本当はそれは医学ではなく、社会への質問でしょ。社会はこういう人は生きて欲しいかどうか、こういう質問になるんじゃないかな、と思っています。

Q ドイツはどうなりそうですかね。

A ドイツはもう、NIPT前には首の厚さをはかってリスクがわかるテストで、そのときもいろいろディスカッションになって。でも、ダウン症の子どもはいまも生まれてくるんですね。例えば私のお母さんの友達、(中略)その人の娘さんはダウン

症の人で、生まれるときは知らなかった、生まれてからわかった。で、前のテストは全然、全部もう何の問題もない、生まれてからわかって。こういうダウン症の子どもはなんのテストをしても生まれてくるんです。NIPTはもちろん超音波より細かいんだけど、100%ではないから。いなくなることはないでしょ。で、その質問で、本当は社会の問題でしょ、医学の問題ではなく。

5. ヘバメ（助産師）との関わり

日本にない妊婦ケアとしてヘバメ（Hebamme）と呼ばれる助産師が提供するサービスがある。ヘバメは、開業助産師のことを指すが病院にも所属している場合があり、妊娠中に簡単な妊婦健診を行ったり、両親学級を主催するなどの活動をし、出産後は産後のケア、乳児のアクティビティーの指導、健康相談などを行う。1985年に制定された助産師法に基づく医療職であり、ヘバメから受けるケアも原則無料となっている（佐野・菅野 2023：9）。ここではそのヘバメに関連する D2 氏の発言についてみていく。

(1) ヘバメの資格

Q 日本だと看護師の資格がいるが、イギリスだといきなり助産師になれる。ドイツは？

A ドイツはイギリスと一緒。2、3年前からは大学の勉強〔履修課程〕になったんです。助産師になるには、大学で勉強しないといけない、その前は職業訓練（Ausbildung）だった。イギリスはずっと前から大学のコースになっていたけど、ドイツは多分3年前から〔筆者注 2020年以降〕大学にいかなければならなくなった。

Q 最初から助産師になろうという人が入ってくる？

A そうそう、多いんです。

Q 日本だと最初はとりあえず看護師になって、そのあと、保健師とか助産師をプラスして勉強するだけなので。

A 全然違いますね、仕事は、内容は全然。

Q 違いますね。

A 違いますね。最初から、看護師になってからもう一回勉強する人もいるのだけれど、看護師になる必要はないです。助産師になる前には。

(2) ヘバメと医師・妊婦の関係

ヘバメと中絶の関わりについても質問した。

Q ヘバメは、ドイツでは独立して働けると聞きますが、大きな病院でしか産めなくなってしまうたら、助産師の仕事がなくなるのでしょうか？

A ヘバメの仕事がなくなることはありえないんじゃないかな。そういう独立〔フリーランス〕で仕事をする、たまに喧嘩になるんですね、医者と助産師の間の（笑）喧嘩になるときも、少なくないですね。看護師ももちろん独立に仕事できる

けど、もうちょっと医者が言うてからやる仕事になるんですね。ヘバメは、ドイツの法律をみると、出産のときは、ヘバメが必要なんです、医師は必要ではないんですね。

(中略)

A ドイツ語でいうと、erforderlich [英語 required] ?

Q そのとおりです。権利が、どの女性も出産のときにヘバメの権利がある。けれども、医師の権利はないし、通常の健康的な大変でない妊娠と出産で、医師が必要でないときは、必須でもない。

(3) ヘバメと中絶

Q 助産師は中絶に関わりますか？

A それは妊娠の周期によって変わってくる。もし12週前だったら助産師は関係ないです。[中絶の]手術か薬を飲むときは[12週前なので]関係ないんです。けど、一応、妊娠できた女の人ドイツではみんな助産師のケアが必要なきはもらえる。そういう法律もあるのですが、多分だいたい女の人あまり知らないの、あまり[12週前はヘバメは]関係のない時間ですね。中絶のときは助産師はあまり関係ないですね。

Q 12週をすぎて、体調が悪いとか、状況がよくないので妊娠継続ができないというときの助産師の対応は？

A 例えば手術になるときも、妊娠がおわってから生理みたいなものもあるし、普通は中絶(Abbruch)じゃなくて、たまに赤ちゃんがなし[死産等]になったときも、生理みたいな血がでるときもあって、そのときは助産師のケアになる。で、手術になっても、そのときは、まあ、本当は、助産師のケアになる[けど、]あまりそのときみる助産師が少ないと思いますね。それは病院のなかではなくて、家に帰ってからのケアになるから、それは自分自身で探さないと、簡単にはケアがもらえない。(つまり、)一応関係あるけど、あまりやらない、やっていないことなんです。

Q 中絶をしたのを後悔したりとか、そういうケアを助産師はやらないということ？

A そう、少ないですね。で、アフターケアが必要、そういう考え方もあまりない。私自身は[そう]思いますけど。自分の、私の同じ病院で働いているお医者さんと話したら、みんなそう思っています。自分で選ぶから、まあ、自分で後でも自分のアフターケアになります。中絶を選ぶこともいろんな理由があって、そういう簡単には、アフターケアはいらないとはいえないと思います。

ヘバメは中絶に関わらない。女性は法律上はヘバメにアフターケアなどを求める権利があるといえるが、知られていないこともあって、実際にはあまり行われていない。自分で決めて中絶を選択した女性に対してアフターケアが必要という考え方もあまりない、ということであった。

6. 結びにかえて

D2氏はフェミニストを自称している。インタビューでも、医学界の女性が増えていることについて「産婦人科は女の人 [の医学なのに]、女の人にフォーカスした、歴史的にはあんまりいい医学がなかった」「女の医者も増えているから（中略）医学のクオリティ、女の人对患者に対して、看護・ケアのクオリティ（Versorgungsqualität）が多分これからあがる」、また「お母さんから離れて生活できるときは命のはじまり。その前は、その女の人健康が一番」という発言もあり、女性の医師の増加、性差医療、リプロダクティブ・ヘルス&ライツの改善が社会に及ぼす影響に深く考えが及んでいることが推し量れる。そしていったん中絶を決めたらそれを尊重し、妊婦が求める情報を提供するというD2氏の姿勢も、自己決定を支えるケアのあり方を考えるうえで非常に示唆に富んだ発言であった。

加えて、D2氏の発言で注目したいのは、法律等に明記された妊婦の権利についてくり返し言及があった点である。ヘバメのケアは権利であって医師は必須ではないと謳った法制度、刑法219条aで阻まれていた医師からの情報を妊婦が得る権利についてである。リプロダクティブ・ヘルス&ライツのライツ、つまり権利が法律にしっかりと記載され、それをもとに主張と要求をすることが当たり前のこととして受け取られているドイツ社会の姿を強く感じる事ができた。ドイツと日本の大きな違いはそこにあるのかもしれない。

末尾になるがインタビューをご快諾いただいたD2氏、そしてドイツ調査に同行いただき、本報告書執筆にご助言をいただいた埼玉大学の菅野摂子准教授にこの場をかりて謝辞を述べさせていただきます。本研究は科学研究費JP20H04449の助成を受けた成果の一部である。

■註

- (1) 紙幅の都合上、上述の紀要と重なる調査の目的と方法、背景となるドイツの現状の人工妊娠中絶の法制度や産科医療・出生前検査の体制の概要は、注釈等で必要最低限を説明するに留める。
- (2) 中絶は医学の研修や継続教育の一環であるべき（Bundesregierung, 2021: 116より筆者翻訳）。
- (3) バースセンターと呼ばれる助産師の運営する出産施設（Geburtshaus：出産の家）があり、自宅での出産も可能（佐野・菅野 2023: 9）。
- (4) D2氏が現在勤務している病院は設備がないため羊水検査を提供していない。
- (5) だいたい大学病院とのことである。
- (6) 2022年の総中絶数は103,927、うち掻爬法10,479（10%）、吸引法52,504（50.5%）、ミフエプリストンを用いた方法は36,729（35.3%）である（Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2023）。
- (7) 宗教も関係する。D2氏が以前勤務していたキリスト教系の病院は中絶は提供していなかったとのこと。
- (8) ドイツの医療関係のガイドラインは以下のリンクから得られる。AWMF（Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.）Leitlinie [<https://www>]

awmf.org/leitlinien.html] (2023年8月31日閲覧)

D2氏によればそのガイドラインをもとに各病院はそれぞれのガイドラインを作成する。

- (9) 子宮内で胎児を除去する施術。注(6)で言及した統計によれば、多胎妊娠とそれ以外の理由によるこの施術の実数は、2022年はそれぞれ50、717である。
- (10) 刑法219条aは、医師の中絶に関する広告を禁止し、ひいては医師による中絶に関連するネット上情報提供も阻んでいることが問題視されていた。2022年6月24日の連邦議会で大多数の賛成で採決され、公約どおり撤廃となった(Bundestag 2022)。
- (11) 妊娠葛藤相談を認可されたドイツ全土にわたって展開している団体。他にも、性教育等のリプロダクティブ・ヘルス&ライツに関する幅広い活動を行い、調査やプロジェクトを通じて政局への提言も行っている(佐野 2023b)。
- (12) ProFamiliaによれば、Praxisや手法や保険によって異なるが約200から570ユーロである(ProFamilia)。
- (13) 日本では、生活保護受給者に対して出産扶助が支給される。
- (14) ドイツの第2次男女平等報告書で提示された女性が多い職業分野の概念。「社会活動」(Soziale Arbeit)、「家事に類するサービス」(Haushaltsnahe Dienstleistungen)、「健康と介護」(Gesundheit und Pflege)、「教育」(Erziehung)の頭文字をとっている(佐野 2023b: 110)。

■参考文献 (URLの最終アクセス日はすべて2023年8月31日)

- 佐野敦子、2023a、「新政権の公約からみるドイツのリプロダクティブ・ヘルス／ライツの方向性—「中絶は罪」を前提とした議論と相談体制の今後を見据えた考察—」『21世紀社会デザイン研究』Vol.21 19-31
- 佐野敦子、2023b、『デジタル化時代のジェンダー平等—メルケルが拓いた未来の社会デザイン—』春風社
- 佐野敦子・菅野摂子、2023、「ドイツの出生前検査における情報提供の課題—NIPT (Non Invasive Prenatal genetic Testing) の保険適用をめぐるアクティビストの語りから—」『東京大学大学院情報学環紀要情報学研究・調査研究編』No. 39 (2023年3月) 1-41
- 塚原久美、2022、『日本の中絶』ちくま書房
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 2023, *Schwangerschaftsabbruch nach §218 Strafgesetzbuch* [https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/familie/schwangerschaft-und-kinderwunsch/schwangerschaftsabbruch/schwangerschaftsabbruch-nach-218-strafgesetzbuch-81020]
- Bundesregierung, 2021, *Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP* [https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/gesetzesvorhaben/koalitionsvertrag-2021-1990800]
- Bundestag, 2022, *Werbeverbot für Schwangerschaftsabbrüche gestrichen* [https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2022/kw25-de-werbeverbot-schwangerschaftsabbruch-897782]
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2023, *Schwangerschaftsabbrüche, u.a. nach Merkmalen der Schwangerschaftsabbruchstatistik* [https://www.gbe-bund.de/gbe/!pkg_olap_tables.prc_set_page?p_uid=gastd&p_aid=1939707&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=240&p_ansnr=54992162&p_version=5&D.001=1000001]
- ProFamilia, *Schwangerschaftsabbruch - Abtreibung* [https://www.profamilia.de/themen/schwangerschaftsabbruch]