

## 訳者解説・あとがき

---

すぺーすアライズ 麻鳥澄江 鈴木文

### 本書翻訳の経緯

本書は、WHO（世界保健機関）発行の『Safe abortion: technical and policy guidance for health systems – 2nd edition』全文の日本語訳である。2003年の初版と同一の題名を踏襲しているが、初版から大幅な改訂がされている。情報面の追加だけでなく、本書の中心となる中絶方法等の推奨事項についてシステムティック・レビューによるエビデンス（科学的根拠）に基づくものであることが明記され、厳格な手続きを示した診療ガイドライン（本書のタイトルはguidance（手引き）となっているが、第2章の記載はより厳密な診療ガイドラインとして作成されている）となっている。人工妊娠中絶の方法についての技術的進展や研究成果とともに、人権分野での法制定・改正の進展や解釈の変革、リプロダクティブ・ヘルス／ライツの保障や妊産婦死亡の削減、保健システム強化等の国際協力の目標設定等の進展も反映されている。

2010年10月にスペイン・セビージャにて開催の第9回FIAPAC（International Federation of Professional Abortion and Contraception Associates）大会のWHO主催の分科会にて、『Safe abortion: technical and policy guidance for health systems』の改訂版が近々発表されると知り、日本での翻訳出版をぜひにと、連絡をとり翻訳許可をいただき、日本語版を翻訳出版した。本書には安全な中絶ケアの実現にとって重要な論拠が示されており、必要なのは、本書の内容を各国で実現・実践することである。このガイドラインが日本において広まることを期待して、翻訳をした。このガイドラインに関して世界各地でワークショップが開催され、ガイドラインについてのWHO専門家らを招いての2013年5月・6月に開催されたマレーシアでのワークショップには日本からすぺーすアライズのメンバーなどが参加した。

## 本書の内容と位置付け

第1章では安全でない人工妊娠中絶ケアの全体状況を概観し、第2章では外科的方法による人工妊娠中絶及び薬剤による中絶方法、並びに妊娠中期の中絶方法について推奨事項を示し、また中絶前の処置と中絶後のケアについての推奨事項を提示している(要旨のBOX1～5に相当)。続く第3章では、安全な人工妊娠中絶のための医療保健システムの創設・強化を含めたあり方を、第4章では、人工妊娠中絶についての法律や政策面での課題を記述している。

ところで、本書は、人工妊娠中絶についての最新技法のガイドラインとして評されることが多いが、本書は人権についての書籍であり、人工妊娠中絶に人権課題として光を当てたものであり、その実現のための医療保健システムを構築し強化するという国の義務を明記したものであり、安全な中絶ケアへのアクセスを改善するための、人権を基盤とした強固な政策枠組みを示したものと評価できる。人工妊娠中絶の課題は、人権どころか、健康の課題としてさえ、リプロダクティブ・ヘルスや家族計画を語る際にもタブーとして無視されがちであったが、人権の課題として正面から認めることに本書の意義がある。突き詰めると、望まない妊娠をした女性は人権の享有主体であるということを確認することである。好き好んで妊娠中絶を受ける女性はいない。また、中絶の制限は、少子化社会とも中絶率とも無関係である。中絶に対する法的制限にかかわらず、望まない妊娠をした女性が妊娠中絶を求める可能性はほぼ同じであり、中絶に対して制限的な法律によっては中絶率は低くならず、安全でない中絶を増やすだけである<sup>i</sup>(本書38及び142頁)。しかし、ひとたび、望まない妊娠をすると、宗教や政治、(エセ)科学の名のもとに、倫理に名を借りた権威の押し付けによって、望まない妊娠をした女性は人権を大きく制限されてしまうのが現状であり、本書は彼女たちの人権と健康と尊厳を守る立場が貫かれている。

このような観点から、本書を後ろから、第4章での枠組みの呈示、第3章での具体化、第2章での詳細説明、第1章の順序で概説する。

## 第4章 「法的及び政策的検討事項」について、ICPDパラ 8.25 を超える法律改正の推進を

本書は、第4章において国際人権基準を引用し、安全な中絶へのアクセスの保証を求め、アクセスへの障壁を特定する。とりわけ中絶の非犯罪化(日本の場合、

墮胎罪撤廃)を強く推奨し、非犯罪化によって、安全でない中絶を避けることができるようになることを強調している。女性のみに必要な医療措置を処罰する法律を改正すべきとの要請は国連・女性差別撤廃条約を含め、国連の各人権条約委員会が勧告で求めているところである。人工妊娠中絶が犯罪ではなくならない限り、安全でない中絶は残り続け、女性の生命や健康を脅かし続ける。国連の人権条約委員会は、同じく、女性が安全でない中絶に頼らなくてもよいよう保証することも求めている(自由権規約一般的意見 28 の第 10 段落、2000 年)。これらの記載は、本手引きが、カイロでの国際人口開発会議(ICPD)での行動計画パラグラフ 8.25 での(妥協的文言である)「妊娠中絶が法律に反しない限り、その妊娠中絶は安全でなければならない」という足かせから出発するのではなく、その後の約 15 年間の国際人権基準の、安全な中絶への人権の適用の成果を反映して(本文 4 章、Box4.1 参照)、エビデンスに基づく政策及び人権上の義務の問題として中絶に関する法律自体を改正する必要性を位置付けている。その他、4 章で人工妊娠中絶への障壁として指摘している、第三者の承諾、中絶提供者についての過度の制限、手頃な費用で中絶が利用できないこと、情報の不足・欠如は、いずれも日本の課題でもある。また、4 章では秘密やプライバシーの侵害、良心的拒否も中絶ケアへのアクセスの障壁として指摘されている。このように、4 章において、安全で合法な中絶サービスを人権の実現の中に位置づけており、これが本書を貫く柱となっている。

また、公平性に関連して、妊娠時期の制限について、確かに妊娠早期の中絶へのアクセスを拡大することは重要であるが、これによって遅い時期での中絶のニーズは完全になくなるものではなく、特に性暴力被害者や暴力的な環境にいる女性や若者など、妊娠や中絶を言い出しにくい、社会の中で脆弱な立場におかれた女性は中絶を求めるのが遅れがちであり、中絶時期の制限は、社会的不平等を招くものである(本書 148 頁)。また、「非婚の女性、思春期の少女、極度の貧困の中に生きる女性、エスニック・マイノリティの女性、難民や避難民の女性、障がいを抱える女性、家庭で暴力に直面する女性たち等は、安全な中絶サービスに公平なアクセスができないという脆弱な立場におかれていると言え」(本書 106 頁)、「健康保険の適用対象から中絶サービスを除外し、または貧困な女性や思春期の女性への利用料を無料化または減額していないこと」が障壁に該当すると指摘し(本書 149 頁)、中絶についての「許可を得るための交渉の手続き

は、貧困な女性、思春期の女性、教育をほとんど受けられない女性、及び家庭内の葛藤や暴力の只中にある、またはその危険性のある女性たちに過度に負担をかけ、アクセス面での不平等を生みだします。親による許可(しばしば恣意的な年齢制限に基づいています)を求めることは、発達中の若い女性の能力を認識することを否定しています。」(本書151頁)と記載しており、社会的に脆弱な立場におかれた女性たちのニーズを満たす法律と政策の実現の必要性を述べている。

### 第3章「安全な中絶ケアの計画・管理・運営」について アクセスの保証と良質なケア

3章では、すべての国家は安全な中絶サービスを提供できるよう医療保健システムを確実に整える義務があるということを出発点にし、サービス提供の究極の目的は、女性の健康と人権の保護及び促進であることを確認する。そして、安全な中絶サービスの簡素化と主流化を提示するが、ここでも特に中絶ケアの非犯罪化に高い価値を置いている。本書は、中絶サービスを、正当な医療保健サービスとして認めて医療保健システムに統合し、女性や医療提供者をステイグマから差別から守ることを提案している。非科学的でイデオロギーに基づく中絶への反対や抵抗が、「健康」保護の名のもとに科学的エビデンスなしに、いまだに残っていることを医療保健システムの大きな課題と位置付けている。特に、アメリカ合州国では、ことさら1992年のCasey判決以降、TRAP(“targeted regulation of abortion providers (and facilities)”)と呼ばれる中絶に関する、健康保護名目での、エビデンスに基づかない、中絶提供者への規制がなされ、また、ミフェプリストンについては、共和党政権時代の大統領の中絶に対する保守的な態度を反映して、FDAでは2000年のクリントン政権下で承認されるまで時間がかかり、また、最終的には課されなかったが、FDAの処方に従うよう求めるという条件が議論される等問題があり、その後もジョージ・W・ブッシュ政権ではFDA指定のプロトコールに拘束され、または死亡事例が紹介されると処方を取りやめる医療機関も現れた<sup>ii</sup>。このような背景を踏まえて、本書は「中絶ができる施設や中絶提供者の規則は、過度に医療化し、恣意的な、または不合理な要件から保護できるようエビデンスに基づかなければなりません。」(本書152頁)と述べている。また、3章では、初版にもまして、医療保健システムにおける人権の享有主体である利用者(患者)の女性の視点を重視し、尊厳を守り、プ

ライバシーを保持し、医療従事者が単なる医療ケアの提供ではなく社会的価値の実現者、つまりアドボケーターたることも示唆している。また、3章では医師だけではなく、中レベルの医療従事者やコミュニティ・レベルでの中絶ケアの提供が勧められているが、日本の医師法や保助看法との兼ね合いは今後解決すべき課題である。

## 第2章 「中絶を受ける女性への臨床ケア」について

上記について科学的根拠を主に示しているのが2章である。2章では、質の高い中絶ケアと良好な中絶ケアへのアクセスの保証を展開しているが、その内実は人権から導かれる。必ずしも「人権」と随所に明記しているわけではないが、人権を反映させた表現を用いている。例えばケアの質として表現される、「自由かつ情報に基づいた意思決定」は人権保障そのものの反映であり、中絶を受ける女性本人の中絶方法や疼痛管理の選択を尊重することを強調している。尊厳、秘密の保持、インフォームド・コンセントは何度も本書で強調されている。また科学的根拠を示して、不必要な検体検査やルーティンの中絶前の超音波検査、中絶後のルーティンのフォローアップ受診等の非科学的な要件を排している。また、合併症の割合がより高くなることから中絶処置にルーティンでは全身麻酔をしないことを推奨している。また、人道的な視点にも適合する疼痛管理の重要性を強調して、すべての女性に鎮痛剤を提供することを推奨しているが、疼痛管理については、懲罰的に鎮痛薬の処方拒否する運用があることを踏まえ<sup>iii</sup>、「適切な疼痛管理の提供には、薬剤や設備や訓練に莫大な投資が必要とされるわけではありません。この大切な要素をおろそかにすれば、不必要にも、女性の不安、不快感や苦痛が増大して、それゆえにケアの質を著しく落とし、処置の遂行を難しくしかねません。」「鎮痛剤は、外科的中絶の際にも薬剤による中絶の際にも、常に提供されなければならない、女性が望む場合には遅滞なく提供されなければなりません。」(本書59, 60頁)としている。また、避妊についてもエビデンスに基づくというだけでなく、本人のニーズと希望を満たす避妊方法にアクセスできる権利を保障し、強制によらないという人権基準の観点からも、中絶後の避妊の情報とサービスの提供を推奨する。また、義務的なカウンセリングを課すことなく、中絶を求める女性の意思を尊重することを促進している。本手引きは最新の科学的エビデンスに基づいているだけでなく、医学的な観点から、さらには人

権的観点から、不要な障壁の除去の重要性を強調している。

また、本書では、中絶方法として、「頸管拡張及び子宮内膜搔爬術(D&C)は真空吸引法よりも、安全性に劣り(文献 61)、女性にかなり大きな痛みを強めます(文献 62)。したがって、頸管拡張及び子宮内膜搔爬術(D&C)は真空吸引法に切り替えるべきです。頸管拡張及び子宮内膜搔爬術(D&C)による重大な合併症の発生割合は、真空吸引法の場合よりも2倍～3倍の高さです(文献 3)。頸管拡張及び子宮内膜搔爬術(D&C)を真空吸引法と比較するランダム化比較試験では、最終月経期から10週までは真空吸引法の方が頸管拡張及び子宮内膜搔爬術(D&C)よりも処置も早く、失血が少ないという結果が出ています(文献 63,64)。頸管拡張及び子宮内膜搔爬術(D&C)が、いまだに行われているならば、安全性及び女性にとってのケアの質を向上するために、頸管拡張及び子宮内膜搔爬術(D&C)に代えて真空吸引法ができるようにあらゆる可能な取り組みを行わなければなりません。」(本書 63 頁)とケアの質を含む人権的側面からも、この推奨事項を作成している。

なお、本書全体についての概要は、Joanna N. Erdman, Teresa DePiñeres, Eszter Kismödi による Updated WHO guidance on safe abortion: Health and human rights (International Journal of Gynecology and Obstetrics 120 (2013) 200–203)が参考になる<sup>iv</sup>。

なお、本書作成後の最新の研究成果については Ipas の“Clinical Updates in Reproductive Health” (2013)が参考になる。

## 第1章 「安全な中絶ケア：公衆衛生及び人権上の理論的根拠」について

1章では、安全でない中絶による死亡や障がい、ほぼすべて防ぎえたものであるという事実を出発点にして、安全でない中絶についての全体像を示す。この課題は1967年の世界保健総会(WHA)で重大な保健課題として認識されたが、その後20年近くは実態さえ把握されなかった。1987年に Safe Motherhood Conference がケニア・ナイロビで開催され、1989年に中絶に関連する死亡数が初めて公表された。その後、WHOが当初の推定値を修正したが、それ以降は妊産婦死亡に占める安全でない中絶を原因とするものの割合は13%のまま変化していない。1987年の Safe Motherhood Conference では、家族計画へのアクセスや基本的な産科ケアの重要性が説かれたが、中絶が安全であることや



中絶を提供する医療従事者の訓練や配置は、中絶に対する制限が厳しい国々（その多くは植民地時代の法律の残滓である）の反対があり、しばらく WHO はこの課題について立場を表明しなかった。1994 年のカイロでの国際人口開発会議において、中絶について様々な意見を有する政府の交渉の結果、行動計画で安全でない中絶が重大な公衆衛生の課題であることを再確認して、家族計画を通して中絶へのニーズを削減することを誓約し、また、「妊娠中絶が法律に反しない場合」その妊娠中絶が安全でなければならない (8.25) と合意した。この文言は、不適切な法律によって女性の安全な中絶へのアクセスが制限されるということを知る余地があるという点で不十分であったが、この文言が根拠となって、この国際人口開発会議 (ICPD) についての 1999 年での検討・評価プロセス (ICPD+5) の中で、「妊娠中絶が法律に反しない場合、医療保健システムは医療従事者を訓練し、配置し、そのような中絶が安全でアクセスできるよう確実に実現するためのその他の措置を講じられなければならない。女性の健康を守る追加的な措置も講じられなければならない」と記載され、保健機関である WHO がこの任務を遂行することになり、これにより、WHO は、医療従事者を訓練し、配置する責務を負い、また、NGO の Ipas が、WHO と積極的な対話を積み重ね、1998 年にノルウェーのリプロダクティブ・ライツの擁護者である Dr Gro Harlem Brundtland が WHO の事務局長に就任して以降は、医療保健システムが安全な中絶を提供することについての手引き作成に向けた動きを加速した。WHO のスタッフやパートナーは法律と適切な医療保健サービスが重要な役割を果たすとの認識から、臨床的な推奨事項だけではなく、安全な中絶サービスの提供や法律的・政策的障壁の除去を重視した。初版の原稿についての専門家会合は 2000 年に実施されたが、WHO 内部での検討がきわめて長くかかり、特に 2001 年に成立したアメリカ合州国のジョージ・W. ブッシュ政権へ配慮し、また、本手引きの中絶の合法化への影響等について慎重に吟味し、『安全な中絶：医療保健システムのための技術及び政策の手引き』の初版 (2003) を発行することになった。今回の改訂版では、2010 年に改訂作業が始まり、初版ほどには WHO 内部承認の過程は長引かなかったが、法律の部分である第 4 章は初版の際の内部承認の際と同様、懸念が示されて別個に出版すべきとの提案もされたが WHO のリプロダクティブ・ヘルス部門のスタッフが、それではこのガイドラインの本質を損ねると反対して、第 4 章を残すことに成功した。以上につき後記<sup>v</sup>

の文献参照。安全でない中絶の状況はなかなか変化してこなかったが、この状況を変革する鍵は、上記の通り人権である。ICPDの「妊娠中絶が法律に反しない場合」を超えて、人権保障の観点から安全な中絶へのアクセスを保証することが近年の国際人権基準であり、その実現により、事態の改善が期待できる。本書は、未だに、国際保健政策において、安全な中絶について避けて通ろうとし、また国際協力において人権という概念を回避しようとする政府の態度<sup>vi</sup>に見直しを迫る材料ともなろう。

安全でない中絶については、1990年にはWHOは、安全でない中絶についての世界的な統計を「Abortion: a tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion. 1990. Geneva: WHO」として発行して以降、2011年に、その第6版として2008年時点のデータを推算し、またこの分野のデータ推移やその原因を分析した「Unsafe abortion incidence and mortality -Global and regional levels in 2008 and trends」（和訳は、すぺーすアライズにより2012年に刊行、『安全でない中絶 全世界と各地域の安全でない中絶と安全でない中絶による死亡の統計（2008年現在）』）を刊行している。2000年を皮切りにした、貧困のない世界を実現するためのグローバルな目標であるミレニアム開発目標の中でも、妊産婦の健康改善は重要な目標に掲げられ、妊産婦死亡率の削減がターゲットとして挙げられている。

人工妊娠中絶の課題は、あまりにも多くの視点からの主張がなされており、この紙面ですべてを総括できないが、差別と貧困の課題であることを確認したい。日本は世界の中で特殊な状況にあるが、と同時に、どこに生まれどこで生活しているかによって、中絶によって死亡する可能性が大きく異なるという不正義を直視することも必要である。本書でも指摘されているが、安全な中絶を規制することによって貧困層の女性の生命や健康や人生にしわ寄せが及んでいることは、ラテンアメリカや、人工妊娠中絶について国内外に公的資金の拠出を制限したとりわけアメリカ合衆国共和党政権の影響を見れば明らかであり、これを宗教観や価値観の問題で述べることは、問題のすり替えである。安全でない中絶の98%は発展途上国で起きており、中絶が厳しく制限されている国では安全な中絶は富者の特権となっていることが本書では強調されている。



## 避妊・家族計画及び中絶との関係について

女性が妊娠・出産について自分で決める権利を持てば、望まない妊娠を回避し中絶の件数を減らすことができる。避妊へのアクセスを通じて年間約 300,000 件 (2008 年) の妊産婦死亡を削減できる。未だに世界中で 2 億 2200 万人の女性たちが家族計画にアクセスできない。2012 年のロンドンでの家族計画サミットでは、2020 年までに追加的に 1 億 2000 万人の女性が避妊にアクセスできるよう 26 億 US ドルの新規拠出が誓約されたが、すべての女性たちのニーズを満たすためには 41 億 US ドルが不足している<sup>vii</sup>。また、とくに若者は、中絶との関係では脆弱な立場におかれるが、家族計画が婚姻・同棲カップルを対象にしていたり、望まない性行為が蔓延している場合にはとくに脆弱になり、避妊とともに性教育や女性に対する暴力防止も重要である。政治家や宗教家による、人権教育・性教育の制限による理想の女性像、貞操観、性規範の押し付けは、特に若い女性たちの判断を否定するだけでなく、彼女たちの生命・身体や (学業、仕事、社会生活の中断を含め) 人生を大きく脅かすものである。

本書では、中絶ケアにおける避妊の位置づけの重要性について言及し、避妊についての情報、カウンセリング、避妊方法やサービスの提供は中絶ケアの重要な要素であり、将来の予期しない妊娠を回避できることになると評価しつつも、避妊方法を受け入れることを女性が中絶を受けることができる要件としてはならないとする。

これに対して、家族計画から見た中絶の位置づけについては、残念ながら問題を含むものもある。本書では、望まない妊娠を極力減らすべきであるが、いかにしても安全な中絶へのニーズはなくなり、中絶が安全であることと、アクセスできることのニーズは決してなくなり、双方を満たしていくことが求められ、普遍的な避妊使用によっても避妊の失敗 (年間 3600 万件<sup>viii</sup> と推算される) による中絶のニーズはなくなり、また強制的な性行為には避妊は無力であり、女性が中絶を唯一の選択肢と判断する状況は必ず存在するという前提に立っている。避妊・家族計画も安全な人工妊娠中絶も双方とも必要な手段としてアクセスの保証を求めている。しかし、家族計画を推進する立場の中には、中絶への反対や、中絶反対派への配慮から中絶について言及しないこともしばしばあり、それぞれの立場や目的の違いもあり難しいが、課題であることはここで指摘しておく。

本書では、避妊の重要性に着目し、望まない妊娠を防ぐための避妊を重視し、包括的なセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルスサービスの普及を説くとともに、望まない妊娠をした理由を考える機会を提供し、また、中絶後にできるだけ早く避妊を始められることを重視している。日本の場合、避妊の情報さえ不十分であり避妊実行率も5割程度と先進国の中では極めて低いが、避妊についての情報と、避妊方法の提供、利用する本人の意思決定の保障が実現されることを期待したい。

なお、本書の避妊についての記載には妊娠の原因をつくる男性の課題の面が見えにくいことが、訳者として気になるところである。

### 薬剤による中絶概説

薬剤による中絶 (medical abortion) については、1970年代からプロスタグランジン類似物質の人工妊娠中絶への使用が発表され、1980年にフランスの製薬会社 Roussel-Uclaf 社によって抗プロゲステロン剤であるミフェプリストン (RU-38486, the 38,486th compound synthesized by Roussel-Uclaf from 1949 to 1980; 略して RU-486) が開発されたことを受けて、また、プロスタグランジン類似物質 (ミソプロストール等) の中絶への使用方法についての研究が進むにつれて、中絶に対して制限的な法律や医療保健システムへの導入の遅れや薬剤に対する混乱した情報に阻まれつつも、その使用方法の改良、安全性と効果のエビデンスの発表、女性や医療保健システムへの負担の軽減のメリット等を受けて、徐々に薬剤の使用範囲が拡大した。1990年代には WHO の報告書「Medical methods for termination of pregnancy」(1997、WHO Technical Report Series, No. 871) が出版されたほか、広範囲にわたり検討され、多くのエビデンスに基づくガイドラインが出版され、本書の初版刊行後の2004年には、WHO は薬剤による中絶について、イタリアのベラージオにて専門家による会合を開催し、入手可能なエビデンスの検討結果に基づいて、臨床上の一般的な質問に回答する、「Frequently Asked Clinical Questions about Medical Abortion」(和訳はすべーすアライズにて入手可) を刊行した。この書籍は、薬剤による中絶についての基本的な知識を普及するための一里塚となるものであった。この出版時期の21世紀初頭は、アメリカ合衆国において、ブッシュ政権下での、レーガン政権当時に採用されたグローバル・ギャグ・ルール(メ

キシコ・シティ政策)の復活(その後オバマ大統領就任直後の2009年1月23日に撤回された。)のため、とりわけ同国だけでなくその財政的支援を受ける国では、中絶についてのサービスだけでなく情報の提供さえも制限された時代でもあり、このWHOによる刊行は科学的な根拠に基づく情報として大きな意義があった。ただし、たとえば、この「Frequently Asked Clinical Questions about Medical Abortion」では、妊娠期間が63日より後では薬剤による中絶の情報は限定的であり、その場合には入院が必要となり、別途の医学的、法的、サービスの課題が生じるとの認識を示しているが、薬剤による中絶方法については、次々とエビデンスが登場し、とくに妊娠9週を過ぎた場合の方法については推奨事項が更新されている。2012年発行の本書で記載されているように、妊娠初期の後半での具体的な方法やフォローアップの要否については現在研究が進行中であり、また、付録1の最終行に記載されているように、インターネットでの提供、遠隔治療、ソーシャル・マーケティング及びその他類似のサービスが中絶サービスの安全な提供及び中絶サービスへのアクセスに及ぼす影響の評価についても今後の研究成果が待たれるところである。中絶ケアの脱医療化するための研究、自宅での利用等、とりわけWomen on Webなどの活動の展開とその評価等によって、今後さらにガイドラインが進化すると見込まれる。(なお、Women on Webのホームページでの情報提供の一部は、WOWのホームページ及びすべすアライズのホームページからも日本語訳が入手できる。<https://www.womenonweb.org/> <http://www12.ocn.ne.jp/~allies/library/index.html>)

ちなみに日本ではミフェプリストンは承認されておらず、ミソプロストールは利用の幅が広いため消化性潰瘍等の適応症としては日本においても使用されている。しかし、海外の産科領域では、ミソプロストールは陣痛誘発や分娩後出血の防止等のためにも使用されているが、日本ではその状況に追いついておらず、ましてや日本では薬剤による人工妊娠中絶における使用は皆無に等しい。

### 女性自身による自宅での薬剤による中絶

ミソプロストールの自宅使用については、日本でも議論が分かれると思われるが、本書で(ミフェプリストン摂取後の)「ミソプロストールの自宅での使用は、女性にとって安全な選択肢です」(本書69頁)、「医療施設でミフェプリストンを処方したうえでのミソプロストールの自宅での使用を認めることは、安

全面においては妥協することなく、プライバシーをより保障し、サービスの利便性と受容性をさらに高められます」（本書 101 頁）と記載している。この点イギリスでは、BPAS を中心に 2004 年ころからミフェプリストン摂取後の自宅でのミソプロストールの服用による中絶を求めるキャンペーンが展開された。ミソプロストールの病院での薬剤の使用は不要なストレスと苦悩を強いるものとして自宅での使用を認める法改正を求めた請求について、2011 年初めには高等裁判所での判断が示され、残念ながら判決は請求を棄却したが、この判決は同時に、科学が進歩して受容できるようになればルールを変えるべきとしている点は注目に値する<sup>ix</sup>。

### ハームリダクション

一部または全部の中絶が犯罪とされている場合のハームリダクションと違法性阻却の関係については、ハームリダクションは HIV 予防分野で提唱されたものであり、同分野では「感染の主ルートであり、同時に違法性を伴う活動において、免訴化を行うことによってリスク集団への介入のためのアクセスを確保することを試みる場合を広くさす」とされ、個人的な薬物利用についての厳罰化の回避と、注射針交換プログラムの違法性の阻却として議論されてきたものであるが<sup>x</sup>、ハームリダクションとは、ある危険行動によって引き起こされる健康被害を軽減させることを目的としたコンセプトを指す言葉である。ハームリダクションはエビデンスに基づくアプローチであり、人工妊娠中絶についても中絶へのニーズをなくせない以上、安全でない中絶を抑制するため、違法性を阻却して処罰しないこと、安全な提供が必要であること及び、道徳的な評価をしないことが帰結される。ミソプロストールの医療管理下ではない自己使用は、他の安全でない中絶に頼るよりも安全であり、むしろ必要なことは、ミソプロストールについて正確な情報を知る権利であり、ミソプロストールの自己使用についてのエビデンスに基づいたリスクを知る権利である。この点、独立行政法人国民生活センターは、2013 年 3 月にミフェプリストンについて「経口妊娠中絶薬の安易な個人輸入や使用は危険！」という文書を発表しているが<sup>xi</sup>、むしろ安全でない中絶への依拠を高めてしまわないか心配である。安易に「安易な」と決めつける根拠が不明であるが、中絶を選ばざるを得ない状況の女性は様々であり、ドメスティック・バイオレンスの被害に遭っていたり、コミュニティの中で強いス

ティグマを体験している等、女性本人が薬剤の自己使用を求める事情を他人は知りえないものであり、医療者や行政の視線から道徳的審査をしないことが必要である。このような視点からの薬剤を、世界的には、NGOである Women on Waves と Women on Web が、安全な中絶への障壁がある国に提供している。ウルグアイでは、中絶への法的制限にもかかわらず NGO がかかる情報サービスを提供し、その後、保健省からの支援を獲得している。このハームリダクションは、正攻法ではなく、中絶について制限的な法律を改革する国家の政治的意思を弱体化しかねないという懸念も示されることもあるが、人権に焦点を当てることがまずもって必要であり、ハームリダクションの採用は、不当な制限を課す法律を改正すべき政府の義務を軽減するものにはならない。

本書での薬剤による中絶の主要な推奨事項(13頁、14頁、66頁～、174頁～)をまとめると次のようになる。

lpas 作成の『What are the most important updates on medical abortion from the World Health Organization』より抜粋

### ミフェプリストン及びミソプロストールの投与

妊娠期間	ミフェプリストン 投与量	ミソプロストール投与量、 経路及びタイミング
9 週まで(注1)	200mg の経口投与	24～48 時間後、800 $\mu$ g の口腔投与、 舌下投与、または経膣投与で 1 回
9 週～12 週	200mg の経口投与	36～48 時間後、800 $\mu$ g の経膣投与 その後、3 時間おきに 400 $\mu$ g の経膣 投与、または舌下投与 最大合計 5 回 医療施設にて投与
12 週より後 (注2)	200mg の経口投与	36～48 時間後、400 $\mu$ g の経口投与、 または 800 $\mu$ g の経膣投与 その後、3 時間おきに 400 $\mu$ g の経膣 投与、または舌下投与 最大合計 5 回 医療施設にて投与

### ミソプロストールのみの投与

妊娠期間	ミソプロストールの 投与量及び経路	ミソプロストール投与のタイミング
12 週まで	800 $\mu$ g の舌下投与、 または経膣投与	初回投与に続けて 追加的に 2 回まで投与 800 $\mu$ g の舌下投与、または経膣投与 3 時間以上 12 時間未満の間隔で(注3)
12 週より後 (注2)	400 $\mu$ g の舌下投与、 または経膣投与(注4)	400 $\mu$ g の舌下投与、または経膣投与の 繰返し 3 時間おき 最大合計 5 回

(注1) WHO 手引きは、妊娠7週までは経口投与も推奨している。

(注2) 妊娠24週を過ぎた場合には、ミソプロストールの投与量を減らすべきである。また、妊娠20週より後の薬剤による中絶の場合、処置前の胎児死亡の誘発が検討されるべきである。

(注3) 例えば、ミソプロストール 800mcg を3回繰返し舌下投与する。

(注4) 舌下投与は、未経産の女性には経膣投与よりも効果が低いようである。



## 真空吸引法と人権としての良質なケアへのアクセスについて

真空吸引法については、1950年代に中国で使用され、1967年にはイギリスで電動式吸引器が使用されたとの記録があるが、1970年代初めにアメリカ合衆国において改良が重ねられた。また、アメリカ合衆国の女性の健康運動のなかで Roe 対 Wade 判決の直前に、Del-Em という真空吸引器が開発された。この経緯や日米の女性運動での位置づけ等については、「月経吸引器 Del-Em と女性の健康運動」(『女性学年報』27号 p97-118、水島希、2006)を参照されたい。1973年に Ipas が、アメリカ合衆国で中絶の実施のための海外での開発資金の抛出が禁じられた直後に設立され、手動真空吸引器の製造・流通を開始した。このような真空吸引法は、現在では Ipas や Marie Stopes International (MSI) 等の国際 NGO によって世界各地に広められ、このような NGO 等が医師だけでなく中レベルの医療従事者も訓練している。

なお、薬剤による中絶及び真空吸引法(月経吸引法)を女性の選択肢として女性の手に取り戻す運動については Chalker, Rebecca, and Carol Downer による「A Woman's Book of Choices, Abortion, Menstrual Extraction, RU-486. 1st ed.」(New York: Four Walls Eight Windows, 1992)も参考になる。また、女性運動の側での中絶技術を女性の手に取り戻すという流れとともに、医療そのものを利用する側が納得して選択したうえで利用するということを徹底し、また、医療水準を開発する側が薬剤による中絶の自宅での利用可能性の拡張に向けての研究を進める等、脱医療化に向けての研究を積極的に進めているという流れにも注目する必要がある(付録 1 参照)。

## EBM を用いた診療ガイドラインと GRADE システム

本ガイドライン、とりわけ第 2 章は、エビデンスに基づく医療 (Evidence based medicine、EBM と略されて使用されている) の考え方に基づいて作成されている。エビデンスに基づく医療とは、「科学的根拠に基づく医療」とも呼ばれ、臨床疫学者 Guyatt によって 1991 年に提唱され、「個々の患者の医療判断の決定に、最新で最善の根拠を良心的かつ明確に、思慮深く利用すること」と定義される。医師の個人的な経験や慣習などに依存した治療法を排除し、科学的に検証された最新の研究成果に基づいて医療を実践することを目指すものであ

る。

エビデンスに基づく医療の考え方にもとづき、関連論文を整理、再検討して、RCT（ランダム化比較試験）で検証されたものが、エビデンスとして最も重みがあるとして多くの診療ガイドラインが作成され、本書も同様に、エビデンスに基づく医療に基づく診療ガイドラインとしての作成方法に基づいて、作成された。

EBMの考え方でもあるが、本書は中絶ケアについての唯一の黄金律を指示するものではなく、利用者の病態、環境、並びに利用者の価値観及び行動と、エビデンスを統合して、意思決定するという姿勢を重視している。

なお、本書記載のエビデンスに基づく安全な中絶サービスをガイドラインによって導入し強化することで、危険性と女性の負担を減らせるだけでなく、安全でない中絶への対処をせざるを得ないことによる医療費や社会が負担するコストを省くことができ、資源の適正配置も目指すことができる。

また、EBMは、有効性を示すエビデンスがあるにも関わらず国内に導入されていない場合に、診療ガイドラインによって問題提起をするアドボカシーの道具ともなる<sup>xii</sup>。

さらに、本書は多数の研究成果が存在する中で、システムティック・レビューを実施し、推奨事項を作成している。エビデンスを系統的に集約するシステムティック・レビューを行い、診療ガイドラインを作るためのシステムとして、標準プロセス普及のために開発されたのがGRADEシステムである。本書での推奨事項については本書付録5に、作成過程での臨床上の問いとアウトカムは付録2に、エビデンスの格付け基準は付録3に記載されており、また本ガイドラインの根拠となる『Safe abortion: technical and policy guidance for health systems Evidence summaries and GRADE tables』については、244頁もの関連研究の分析が要約されており、下記ウェブサイトから入手できる。[www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/rhr\\_12\\_10](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/rhr_12_10)

また、GRADEについては、相原守夫ほかによる「診療ガイドラインのためのGRADEシステム」（凸版メディア株式会社、2010）、また、GRADE working groupでは、GRADEについて様々な情報提供をしており、<http://www.gradeworkinggroup.org/> をご覧いただきたい。

## 本書初版(2003)からの相違について

2003年に発行された『Safe abortion: technical and policy guidance for health systems』初版は、すでに日本での人工妊娠中絶の状況と国際水準のギャップを示すのに十分な内容であったが、今回の第2版への改訂にあたり情報量が増えただけでなく、枠組み自体が精緻なものとなり、作成プロセスが冒頭(本書20頁)に明示されている。

初版が中絶方法について22週で終わる記載になっていたため、中絶が可能な週数について誤解を与えかねないことから、第2版での本書では、そのような記載を避けて妊娠時期による相違を記載し、付録5の推奨事項6では、24週を超えた場合の方法についても記載している。

ところで日本の中絶についての法規制、中絶方法については、(掻爬の技能は高くその研鑽には敬意は示しつつも、そのせいもあって)世界的なエビデンスに基づく水準、国際人権の基準からかけ離れている。既に2003年の初版から、日本での初期中絶方法の主流となっている掻爬による方法は時代遅れとして、真空吸引法等への移行をすべきとし、かつ、薬剤による中絶の導入を勧めるものであり、また、中絶の際のルーティンでの全身麻酔の使用をしないことを勧める点も、日本の現場への影響が期待される点である。

なお、日本における中絶分野での科学技術と権利の関連についてまとめたものとして、塚原久美の「科学技術とリプロダクティブ・ライツ」が参考になる<sup>xiii</sup>。

## 人権論拠

初版では、人工妊娠中絶の各適応事由についての概括的説明等きわめて簡潔であったが、初版以降も、中絶にかかわる人権・法律分野についてさまざまな進展があった。一方でジョージ・W・ブッシュ政権下でのアメリカ合州国内及びその開発政策の影響を受ける国々での、中絶を含むリプロダクティブ・ヘルス全般の活動の後退や、ニカラグアでの中絶の全面禁止法への改悪(2006)などの残念な後退もあったが、他方でポルトガルやメキシコ・シティでの法律改正、コロンビアでの司法判断などは、中絶を認める範囲と論拠を着実に拡大した。1994年国際人口開発会議の行動計画後も、1995年の第4回世界女性会議での北京行動綱領、1999年国際人口開発会議の5年後検討・評価プロセス(いわゆるICPD+5)成果文書、1999年の国連・女性差別撤廃委員会の一般的勧告24、

さらには、国連の各条約機関からの各締約国に対する総括所見が発表され（本書4章の参考文献、特に文献9～20中に記載されているが、国連OHCHRのuniversal human rights index、<http://uhri.ohchr.org/en>において検索が可能）、また地域人権裁判所での裁判例（対ポーランド、対アイルランドの事案など）など、安全で合法的な中絶へのアクセスを実質的に保障する方向の流れが強まっている。

また、本書で示された科学的根拠は、それ自体、人権としての論拠となり、あるべき法律の合理性を支える立法事実として大きな意味を持つ。科学的な根拠に基づかずに、人工妊娠中絶そのものや、安全な中絶サービスへのアクセスを阻害する法律や規則を、女性、とりわけ社会の中で周辺化された女性たちの生命・健康への権利を保護し充足するべき義務に反するものとして改廃すべきと主張できることになろう。

この点、国連・女性差別撤廃委員会による、日本の政府報告書審査に対する総括所見（2009年）は、人工妊娠中絶を刑事罰の対象とする法律の改廃を求めている<sup>xiv</sup>。ちなみにこの審査においては、本書を翻訳したすぺーすアライズからも審査が実施されたニューヨークにNGOとして参加し、NGOレポートの提出や、ランチブリーフィングでの発言の機会を与えられ、中絶の非犯罪化を求めてアピールをした。

### 刑法墮胎罪と母体保護法について<sup>xv</sup>

日本では、墮胎罪の撤廃がまずなされるべきである。

日本では人工妊娠中絶が人権課題として取り組まれているだろうか。

刑法墮胎罪と母体保護法は、女性の身体を女性自身ではなく、墮胎罪では国の管理下に、母体保護法では墮胎罪の範疇でさらに夫という別人格の男性のコントロールのもとに置くものである。女性の判断は、取るに足らないもの、軽いもの、安易なものとする女性不信、ミソジニーが背景にあり、さらに望まない妊娠については、男性には無責任な性行為を許容し、女性にのみ貞操を守れなかった女性というレッテルを貼る性の二重規範が存在する。望まない妊娠をした女性を軽いまたは不道德な女とみなし、その背景にあるそれぞれの中絶に関するさまざまな苦悩も迷いも、「中絶した女」がもたらすイメージの前に、かき消されてしまい、当事者の声がなかなか届かないし、話せない。「中絶天国」という矛盾

した言葉は、当事者の苦悩や中絶への差別を度外視した空虚な表現であるが、このような認識は形式的な法的枠組みと、当事者にとっての真実や中絶へのアクセス障壁や中絶にまつわるスティグマとの混同を起し、女性が「安易に」中絶を利用しているはずとの根拠のない道徳的評価を強化している。墮胎罪が撤廃されない限り、中絶や性にまつわることについて、十分な情報を取得することも話すことも難しい。

人工妊娠中絶を犯罪としている規定(墮胎罪)の存置は、中絶せざるを得ない場面にまで追い込まれた女性の状況や、中絶をした女性自身の身体的及び精神的な傷つきを度外視し、女性にさらなる苦痛を課すものであり、女性に対する人権侵害であり、望まない妊娠の原因を作った男性を放置するという点で性差別である。

女性差別撤廃条約第2条は、「女性に対するあらゆる形態の差別を非難し、女性に対する差別を撤廃する政策をすべての適当な手段により、かつ、遅滞なく追求し、同条(g)では「女性に対する差別となる自国のすべての刑罰規定を廃止すること」を締約国に求めている。

とりわけ差別的法規については、政府は即時的撤廃義務を負っており、いかなる遅滞も、意図的な漸進的手法も許容されるものではない(条約上の義務についての同条約一般的勧告28)。

戦中の国民優生法から優生思想を引き継ぎ、人口抑制政策を接ぎ木した優生保護法(1948年制定、翌1949年には経済的理由が追加される。)は、戦地からの男性の帰還や疎開からの復帰により妊娠が増加し、また、敗戦後の混乱の中、貧困のために性買売に従事した結果の妊娠や性暴力による妊娠等も多数生ずる中、産んでも育てられない事態が急速に拡大し、人口抑制<sup>xvi</sup>のためにも人工妊娠中絶を推進する必要があったため、産児調整運動に携わっていた議員や医系議員らの提案で、制定されたものである。この法律は、人工妊娠中絶を犯罪として処罰する(富国強兵・出生増強主義の影響が色濃い1907年公布の)刑法の墮胎罪を残したままであり、「産む・産まない」を国がコントロールするという法制度であり、望まない妊娠をした女性の人権の保障という観点は欠落していた。優生保護法は、戦中からの優生思想の上に、敗戦後の全般的な経済的困窮や社会状況、女性の地位の低さ等を背景にして制定されたものであり、リプロダクティブ・ヘルス/ライツを国際合意した国際人口開発会議(1994)後に、優生条項を

削除して改正された母体保護法も同じく、女性の生殖についての決定権や人権主体としての健康への権利の保障という観点を欠く点については、そのまま引き継がれている。

## (1) 墮胎罪(刑法第 212 条から第 214 条まで)の廃止について

### ①女性差別撤廃委員会の勧告・国連諸機関の見解

国連・女性差別撤廃委員会は日本政府に対し、「人工妊娠中絶を選択する女性が刑法に基づく処罰の対象となり得ることを懸念する」(女性差別撤廃委員会第 6 回報告書審査総括所見第 49 段落)、「委員会は、女性と健康に関する委員会の一般的勧告第 24 号や『北京宣言及び行動綱領』<sup>xvii</sup> に沿って、人工妊娠中絶を受ける女性に罰則を科す規定を削除するため、できる限り人工妊娠中絶を犯罪とする法令を改正するよう締約国に勧告する」(同第 50 段落)と表明している。

中絶の処罰が女性のみを処罰するものであって、その不当性、不平等性は中絶の犯罪化(墮胎罪)が存在する限り消滅しないことは、国際人権分野では確立した議論となっている。国連人権理事会が選任した「全ての人にとっての達成可能な最高水準の健康の享受についての特別報告者」Anand Grover は、その報告書において、リプロダクティブ・ヘルスへの刑事罰(教唆、ほう助の処罰も含む)による障壁は、女性差別であり、処罰されるおそれは情緒的健康や福祉に著しい悪影響を及ぼし、即時の撤廃義務があると明確な見解を示している(A / 66 / 254) <sup>xviii</sup>。

「国連・拷問についての特別報告者」Juan E.Méndez は、合法な中絶へのアクセスの否定は拷問に匹敵すると述べている。(A/HRC/22/53)

さらに、中絶への制限的法律は、国連・自由権規約や拷問禁止条約での拷問等にも該当する。国連拷問等禁止委員会の一般的意見 2 の第 22 段落では、「女性が拷問の危険にさらされている状況には、特に性と生殖に関する決定権を奪われること及び共同体や家庭における私人による暴力が含まれる」と記載している。国際社会は、妊娠した女性本人が望まない妊娠について、本人以外が妊娠の継続を強いるという人権侵害を国家が放置することを拷問と位置付けている<sup>xix</sup>。自由権規約委員会は、女性のリプロダクティブ・ヘルスが、身体的・心理的な尊厳の一部であり、その保護の重要性に焦点を当て、このような権利のいかなる侵害も自由権規約第 7 条(や 17 条)違反を引き起こしうるとしている<sup>xx</sup>。



## ② 墮胎罪適用の現状

近年、自己墮胎罪によって処罰される事例は少ない。しかし、2010年には、交際相手から中絶を迫られ、十分な知識や資金がなく、薬剤を輸入して自身で中絶を試みたものの激しい出血等で体調を崩して病院に搬送され、病院からの通報によって自己墮胎罪で書類送検となった事案が報道されている（2011年11月19日、毎日新聞及び時事通信）。このように、現状において墮胎罪が適用されているのは、若者や、貧困者、知識が不十分な者、身近な人間関係から孤立している者等であるが、これらの女性に対する処罰はかえって社会的排除を強めることになりかねない<sup>xxi</sup>。

## ③ 「胎児の生命」との関係

「胎児の生命」を、妊娠している女性と対立するものと見立てて、人工妊娠中絶処罰を根拠付ける立場やこのような法制や解釈を採用する国もある。

しかし、妊娠している女性と体内物とは密接不可分な関係にあり、女性にとっても心身ともにつながり感は強い。また、妊娠した女性は出生後の子どもの養育状況を考えざるをえないが、その考慮においては女性と子どもの利益は必ずしも対立しているとは言えない。このような女性と胎芽または胎児の関係性の中で行われる人工妊娠中絶については、妊娠している女性自身が、一切の事情を考慮して真摯に行う倫理的判断にゆだねられるべき課題である<sup>xxii</sup>。中絶を選択する女性の状況については産み育てられる環境が整わない実態を直視せず、「安易」「(母)親の身勝手」と決めつけ、女性を責めておけば社会の問題が解決したつもりになる社会的風潮が、女性の倫理的判断を無効にしている。妊娠した女性の判断に少なくとも国家が刑罰をもって介入すべきではない。「胎児の生命の尊重・保護」は、女性が産みたくても産めない状況の改善、例えば、育児環境の保障、貧困女性への援助や、婚外子差別の撤廃などを通して実現すべき事柄である。中絶を処罰しても、その妊娠中絶を必要とする事情を解消しない限り妊娠中絶を減らすことはできない。

中絶は、妊娠した女性自身にとって極めて不幸でつらいことであり、望まない妊娠が起きないように対策、例えば、エビデンスに基づく包括的な性教育や家族計画の普及等の充実、男性の自覚、性暴力の防止等を充実すべきである。

## (2) 母体保護法第14条の人工妊娠中絶における配偶者の同意について

刑法の墮胎罪の違法性阻却事由として、明文では母体保護法第14条は一定

の要件の下に中絶を行うことを認めている。しかし、同条により違法性が阻却されるためには、原則として妊娠している女性自身(本人)だけでなく、その配偶者の同意をも必要とされているが、配偶者の同意を必要とする法制は適切でなく、第 14 条から配偶者同意要件を削除する必要がある。

違法性阻却事由において配偶者の同意を必要とすることは、人工妊娠中絶を必要とする女性が適切な医療にアクセスすることの妨げとなる危険性があるもので、産む・産まないの決定権(拒否権)を事実上配偶者が持つことになり(配偶者が出産や中絶の強制をしうることになり)、妊娠・出産のために自らの身体に大きな負担を受ける女性のリプロダクティブ・ライツを著しく損ねるものである(女性差別撤廃委員会一般勧告 14 も同旨)。アメリカ合州国の連邦最高裁判所でも同様の判断がなされている<sup>xxiii</sup>。

そもそも、中絶について夫婦間(男女間)で協議すべきかどうかは個々の事情によるものであり、犯罪の成否に関わらせるべきではない。むしろ、ドメスティック・バイオレンスの場合や別居中の場合やデート DV など、男性パートナーの同意を求めることが非現実的な場合も多く、同意を求めることで中絶の時期が遅れたり、中絶できないとの事態は妊娠した女性の健康保護の観点から問題であり、女性が自身の身体的健康を保持するという基本的な権利も侵害されることになる。

日本医師会母体保護法等に関する検討委員会も、内部で様々な意見があることに言及しながらも、「人工妊娠中絶の同意は、原則女性本人の同意だけで足りる。」とすべきであるとの立場を表明している<sup>xxiv</sup>。

なお、母体保護法はそもそも薬剤による中絶を予定しておらず、その点でも見直されるべきである。

## 法律の解釈について

本書の 4 章では、中絶についての法律規定だけでなく、その解釈のあり方についても言及している。

この点、墮胎罪と母体保護法が改正されることが必要であることを前提としても、現行法の解釈として、母体保護法 14 条の要件を満たすことが唯一の違法性阻却(正当化の)事由ではなく、人工妊娠中絶を必要とする場面はこれに限られず、母体保護法の要件は違法性阻却の一例にすぎず、これ以外の場合にも正当

行為として、または緊急避難行為として違法性阻却をされるという解釈(日本産科婦人科学会雑誌 59 巻 3 号「診療の基本 母体保護法」(宮崎亮一郎執筆部分)は妊娠 22 週以降は母体保護法 14 条の適用外だが緊急避難に該当する旨記述している。)が妥当であろう。また、男性パートナーが意思を表示できないという同意が得られない場合を広く解釈し、暴力的・虐待的環境の下で、または別居して同意についての協議を期待できない場合には同法に基づく中絶を認めるべきであろう。暴行または脅迫についても、刑事事件の該当性を問わず、本人が望まない性行為、さらには相手が避妊に応じない場合をも広く含むべきであろう。また、未成年や 18 歳未満の女性に保護者の同意を求める等の扱いも多いが、これは不必要なアクセス障壁である。経済的理由の拡大解釈について問題にする論者もいるが<sup>xxv</sup> (もちろんこのような手法によらず墮胎罪を廃止し、女性のみの要請による中絶を認めるべきであるが)、健康の定義は WHO 定義を踏まえれば、望まない妊娠を継続させることのさまざまな影響が健康を害しているとして、広く妊娠中絶ができる範囲を認める運用は妥当と思われる(ただし、WHO の健康の定義については、病気や障がいがある人をどのように位置づけるかについて批判があるところである)。現場では、女性の健康と権利や実情を踏まえた、法律の規定と異なる運用がなされている。本書 145 頁のように、安全でない中絶に頼らざるを得ないことが生命や健康を脅かすという現場解釈には頷ける。安全でない中絶という保健課題の重要性を踏まえた場合、妊娠をした女性の本人の意思に基づくすべての人工妊娠中絶は(かりに墮胎罪の存在を前提にしても)違法性を阻却される方向で解釈されるべきである。

### 選別の中絶について

生殖について、及び生殖過程における障がいを理由とする差別や障がい者に対する人権侵害や排除については、日本においては未解決の課題が多くあり、本書での「4.2.1.4 胎児に障がいがある場合」の記載に違和感を覚えた読者もいたのではないと思われる。とくに先進国では、障がい者本人たちの思いを聞き、障がい者運動と接した人々たちにとっては、そのような反応が強いかもしれない。しかし、どのような理由であっても、人工妊娠中絶を処罰し、禁止し、制限することは、解決にならず、妊娠した女性のそのようなニーズを生み出す社会を根気よく変更しない限り、女性を安全でない中絶、高額な非合法的な中絶、良質のケ

アが保障されない中絶に向かわせることになる。中絶自体を非難のターゲットとすべきではなく、社会全体が取り組む課題を「浅はかな」女性の問題にすり替えることは許されない。中絶をする理由を説明させない、詮索しない、女性の判断を信用するという前提を守らなければ、社会の周辺にいる女性ほど、中絶にアクセスできず、安全でない中絶に頼らざるを得なくなる。また、中絶が制限付きである限り、女性の身体が論争のための戦場となってしまう。また胎児の障がい（の可能性）、性別、遺伝情報等がきっかけであるにしても、理論的にはそのみがか中絶の理由かどうかとも疑問であり、生まれる子どもについての情報がないこと、その胎児を産んだ後に育てる人的・物的支援や環境がないことが理由であることが実際には多いのではないだろうか。かかる選別の中絶には人間の質を判定する優生思想の側面があり、また、自己決定の名のもとにかかる選別が行われており、自己決定万能論には危険が潜むことには注意が必要であり、解決の方向性について争いがあるテーマではある。しかし、かつての優生保護法が引き起こした問題や、社会のいたるところでの優生思想に目を向けつつも、反優生思想、反技術、生命倫理、副作用の糾弾等がいとやすく、安全な中絶へのアクセスを阻止する言説に絡め取られ、中絶の処罰、禁止、制限の根拠に利用され、女性の身体についての意思決定への国の介入を広げ、女性の身体を「産む機械」に近づけることになることには警戒するべきであり、明確な視点が必要である。技術によってますます「重い選択」を迫られている実態を柘植あずみは指摘している<sup>xxvi</sup>。自己決定が問題になるのは、個々の女性の具体的な妊娠であり、すぐに決断する場合から、迷った末に決断する場合までさまざまであり、その中身は外部から簡単には評価できることではない。外から道徳的判断をしない、何らかの理由がある、それだけで良いのではないか。

### 医療保健システムの構築について

第3章の記載に関連して、肝心なことは、医療保健システムをどのような視点で構築するかである。医療保健システム自体を非差別的なシステムとして構築するかどうか、医療保健システムの中で中絶サービスやその利用者を差別しないシステムを構築するかどうか、の双方の検討が必要である。公平なアクセスができること、特定の医療サービス利用者が差別されないことを医療保健システム全体の課題として取り組むとともに、安全な人工妊娠中絶へのアクセスに対

する、他の医療サービスとは異なる価値観からの規制や扱いをする非科学的障壁を撤廃することが大きな課題である。中絶を特別視して被差別的立場におき、スティグマを課し、他の医療サービスに比して特別に手続きを加重し、または、医療者の利益・経済性・イメージ等の都合によっているシステムを、エビデンスに基づく、利用者の意思やニーズに基づくシステムに代えていく必要がある。本書のガイドラインに基づき、中絶に関係する医療保健システムを再構築することが喫緊の課題である。

本書3章では、中絶についての政策が、女性の健康と人権を推進するという大目標のもとに立案・実施されるべきと記載している。人工妊娠中絶についての医療保健システムを検討する場合、第4章で記載されている法律や政策が大きく影響してくる。特に中絶が刑罰の対象であり、例外的に許容するという枠組みでは、人工妊娠中絶へのアクセスの障壁だけでなく、中絶についての十分な統計の整備、医療保険または無償化の適用、人工妊娠中絶技法とその提供資格の適正化、人工妊娠中絶についての情報、人工妊娠中絶にまつわるスティグマ等に悪影響が及ぶ。日本の実態については限られているが、塚原久美らによる「医療者を対象にした 初期妊娠中絶薬ミフェプリストンに関する意識調査」、杵淵恵美子らによる「医師を対象にした人工妊娠中絶の医療実態調査」（いずれも2011年）が参考になる。中絶を闇で実施しなければならず、または、合法的な中絶へのアクセスが困難である場合には、統計も技術も保険適用も、スティグマ解消も利用者の意志も隅に追いやられ、語ることも困難にしまっている。非犯罪化・合法化することで安全になり、人権保障につながることは言うまでもない。良質なケアはスティグマを減らす。中絶の費用については、日本では初期中絶でも数万円から10万円程度かかる。厚生労働省の、「正常な」妊娠・出産は疾患ではなく治療の対象ではないとの考えにも影響されて経済的理由による人工妊娠中絶も健康保険の対象外である。さらに妊娠週数が多くなると中絶に伴う危険が高まるが、妊娠85日以後の一定の中絶では出産育児一時金が支給されることになっているため、経済的理由から中絶時期を遅らせる女性もいる。中絶を必要とする女性が手頃な料金で利用できるか、無料にする医療保健システムに変更しない限り小手先の修正では解決にならない。中絶を特別扱いする理由として、たとえば、前記日本産科婦人科学会雑誌59巻3号「診療の基本 母体保護法」（宮崎亮一郎執筆部分）では、中絶の影響は大きく、指定医師のみが行いうること、母体

保護法の適応がある場合のみ認められること、患者の求めに応じて行うものではないこと、中絶後の届出義務の存在、原則として配偶者の同意が必要なが法定されていることと整理されている。しかし、このような枠組みが不必要に作られており、女性にとって必要な医療を遠ざけている枠組みである墮胎罪と母体保護法こそ変更される必要がある。

墮胎罪は、若者や、貧困者、知識が不十分な者、身近な人間関係から孤立している者に適用されやすい社会的排除の機能を有していることは前述したが、イメージダウンを恐れて中絶を扱わない医療機関が多く、中絶を利用する女性を叱責する医療者も多く、中絶の処置や処置前後のケアについて説明をほとんどせず、避妊情報も伝えないなど、中絶を受けた当事者が医療機関で嫌な思いをしたことは枚挙にいとまがなく、技術の標準化とともに、医療提供者の倫理、教育が求められる。法律だけでなく現実のアクセスの課題の双方が連関しているが、双方の解決が必要である。

本文中に登場する WHO による "Clinical practice handbook for safe abortion care" は、本書の 2 章を補う実践的なハンドブックが刊行予定であり、その刊行とともに人工妊娠中絶についての現場の医療ケアの国際水準がさらに明確になっていくと見込まれる。

この点について、カナダ・ブリティッシュコロンビア州において BC Women's hospital & Health centre 及び (BC) provincial health service authority による「Best Practices for Abortion Care: Guidelines for British Columbia」は、中絶方法は作成時期やカナダでの薬剤による中絶の承認状況等が異なるため本手引きと異なることがあるが、利用者への対応について、woman-centered care (利用者である女性本人を中心にしたケア) の考え方に基づいて良質な中絶ケアの提供を目指した手引きであり、参考になる。<http://whv.org.au/static/files/assets/13d559fe/Best-practices-in-abortion-care-Guidelines-for-British-Columbia-Jul-2004.pdf>

日本では、公益法人制度改革に伴って指定医の認定が議論されたことはあり、日本医師会は 2013 年 4 月に指定医師の指定基準モデルを改訂したが、母体保護法指定医のありかたについて、本書に登場した基準を満たすのか、また(掻爬法を標準としていることによるものも含めて) 不必要な制限を課していないのかの見直しも必要である。



## 性暴力について

平成 24 年 3 月内閣府犯罪被害者等施策推進室による「性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センター開設・運営の手引～地域における性犯罪・性暴力被害者支援の一層の充実のために～」のなかで人工妊娠中絶の課題については触れられており、また、国連女性の地位向上部による「女性に対する暴力防止・法整備のための国連ハンドブック」では、レイプ救援センターにおいて中絶を含む包括的で総合的サービスを即時に提供すること、そのサービスを警察への被害届出を条件としないことを推奨しており、WHO による Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence (2004)においても、性暴力対応としての中絶サービスについて述べている。

性暴力は、身体の統合性への侵襲であるだけでなく、リプロダクティブ・ヘルス／ライツを大きく侵害する行為であるが、性暴力被害者支援の議論の中で中絶について抜けてしまうことも見受けられる。日本の政策では、残念なことに、女性に対する暴力対策と、女性の健康分野の施策とが分離されている。性暴力の被害者の多くが、被害を誰にも言えず(男女間における暴力に関する調査(平成 23 年度調査)によると、異性から無理やりに性交されたことがあった人のうち、その被害ついて誰にも打ち明けたり、相談しない割合は 67.9% である)、そのため性暴力の結果で妊娠をした場合に医療機関に赴くまでにかかなりの時間が経過してしまうことが多い。性暴力被害者はどこにも支援を求めたくないと思い、なかなか支援を求められず、実際に被害を原因と考えられる妊娠が発覚して人工妊娠中絶を求めるため医療機関を利用せざるを得ないことも多い。近年、大阪の性暴力救援センター・大阪(SACHICO)をはじめ、性暴力被害者のためのワンストップセンターが設立され、被害の実態がより明確になってきた。たとえば、性暴力救援センター・大阪(SACHICO)のデータによると、開設後 2 年間の利用被害者 197 名のうち緊急避妊処方が 66 名、STD 検査 140 名、妊娠への対応 21 名等と報告されている。そのため、性暴力被害者にとって必要な医療情報や医療機関へのアクセスを保証するとともに、特に被害者の現実的ニーズとして多い人工妊娠中絶についての法規制を、セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス／ライツの視点から見直す必要がある。この点、本書では、性暴力の被害者への特別の配慮を記載しており、捜査機関とのやり取りの負担や二次被害を恐れて、中

絶を希望する女性が被害を申告できず、また、利用のための手続きの負担が中絶を妨げたり、遅らせたりしない手続きが求められている（本書 146 頁）。日本では、各都道府県によって取扱いに差異はあるが、性犯罪被害者に対する公費負担制度によって必要な医療費の全部または一部が賄われうることになっているが、公費負担のためには少なくとも警察への通報や届出が求められており、手続きが負担な上に、自治体によっては未だに中絶への公費負担制度の適用を認めていなかったり、金額の上限設定がある。事案によっては公費負担を拒否され、または公費負担へのアクセスが困難であったり、被害者が利用したがない事案が多数埋もれている。また、ワンストップセンターのなかには、人工妊娠中絶に対応できない所も存在しているようであり、医療機関の事情もあろうが、利用する性暴力被害女性の立場からは、性暴力の被害にあった女性が、中絶の利用の際にさらなる負担や苦しみを味わうことのない制度設計を期待したい。

佐賀県のワンストップセンターでは、警察への被害申告をしなくても、性暴力被害者に医療費負担をさせない取り組みがなされている。そもそも本来は、感染症対応、緊急避妊、人工妊娠中絶等のセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルスに関する基本的医療サービスについては、性暴力かどうかを問うことなく（性暴力についてあえて開示しなくても）、無償化すべきことが望まれ、とくに性暴力被害者にとって必要な医療は優先して無償化すべきである。

## 少子化対策との関係

残念ながら、少子化対策として人工妊娠中絶を規制すべきとの本末転倒した主張がなされることがある。しかし、本書では、中絶の規制は、出産（生）率の低下や中絶件数の増加をもたらさないことも、指摘している（本書 142 頁）。

Alan Guttmacher Instituteの「Sharing responsibility; Women, society and abortion worldwide」によると、日本では出産の半数以上が、望まない出産か、もっと出産を先送りしたかったとなっており、人工妊娠中絶と合わせると妊娠のうち、6割以上が計画外の妊娠である。日本でこれ以上望まない妊娠や出産を増やせという主張は暴論である。

日本でも少子化対策が叫ばれるようになってから、時々登場するようであるが、2013年にも、国会議員の発言として（生まれた子どもが育つ環境について言及しつつも）「年間 20 万人が妊娠中絶しているとされるが、少子化対策をや

るのであればそこからやっつけていかないと。」と発言したと報じられている<sup>xxvii</sup>。しかし、少子化対策の観点からの中絶の規制については、科学的エビデンスに欠け、かつ望まない妊娠をした女性の人権を無視したものであり、これ以上重ねて説明しないが、目的とする少子化社会対策自体が、単に人口置換水準や社会保障の採算を意味するのであるならば、それに代わり避妊の普及等による望まない妊娠を減少させられるか、女性が産み(育て)たい子どもの数と、子どもに障がいがある場合も含めて産み育てることができる環境を満たせるか、という観点が必要である。

福祉国家分析の枠組みを借用すれば、この点について伝統的な家族規範に依存する生活保障システム(南欧等)では、性規範による拘束が強く、中絶は外部から非難されやすく合法化された時期は遅く、かつ家庭での女性の負担が多く、雇用における不平等のため産みたくても子どもを産めない社会になりつつある。自由主義による生活保障の傾向が強いシステム(アメリカ合州国等)では、中絶の権利を自由権的課題としてとらえプライバシーの課題と位置付けられたが、その反面、中絶の権利が女性の人生全体の保障から切り離されたものとみなされて社会的対立の対象になり、また市場化の流れの中で、貧困や不平等が放置され、中絶サービスも都市部を中心に、貧困層を排除した形で格差を作り出した。これに対して家族形態や生き方によって選別しない生活保障システムでは、中絶だけでなく、性教育・避妊・出産をはじめ女性の健康や人生全体をトータルに保障し、女性の人生選択を認め、その選択による選別をしない社会保障や雇用システムができ、子育て・子育て支援が充実し、性別役割分業に依存しないサービスの社会化によって社会保障が実現している社会では、産みたい人数の子どもを育てることができやすい傾向にある。

## 国連女性差別撤廃条約と人工妊娠中絶について

### ……背景……

- 1979年 国連・女性差別撤廃条約 2条 g では差別的刑罰法規の撤廃を、16条 e では子どもの数や出産の間隔を決定する権利を明記
- 1994年 国際人口開発会議ではリプロダクティブ・ライツについて国際合意
- 1994年 国連・女性差別撤廃委員会一般的勧告 21（婚姻・家族関係における平等）において女性が子どもの数や出産の間隔を決定する権利の確認（21項）
- 1995年 北京行動綱領が人工妊娠中絶を処罰する規定の撤廃を求める（106項 k）
- 1999年 国連・女性差別撤廃委員会一般的勧告 24（女性と健康）において中絶に対する刑罰の廃止を政府に要求（31項 c）
- 2009年 日本に対して国連・女性差別撤廃委員会から、墮胎罪の撤廃をするようにとの勧告
- 2010年 閣議決定された第3次男女共同参画基本計画に、人工妊娠中絶に関する法制度の検討を明記
- 2011年 国連・健康についての特別報告者の報告書で、人工妊娠中絶の非犯罪化を明記
- 2012年 WHOによる「安全な中絶 医療保健システムのための技術及び政策の手引き」（第2版）
- 2013年 国連・拷問についての特別報告者の報告書で、合法的な人工妊娠中絶へのアクセスの否定は拷問に匹敵すると明記

## すぺーすアライズからの提言

### ……日本政府への要望事項……

- (1) 即時に、ドメスティック・バイオレンスの被害者の妊娠中絶について、夫の同意がなくても関係機関の証明があれば中絶できる運用を導入することを求めます。
- (2) 刑法堕胎罪の速やかな撤廃を求めます。
- (3) 妊娠中絶の費用を賄うことが困難な者に対する救済措置を速やかに導入することを求めます。
- (4) 母体保護法の配偶者の同意の廃止を求めます。
- (5) リプロダクティブ・ヘルス/ライツの保障を実現するための包括的な法律の制定を求めます。
- (6) 人工妊娠中絶の方法について、薬剤による中絶、吸引法による中絶を積極的に導入をしてください。
- (7) 中絶費用について、公費負担を含めた利用者の経済的負担軽減を求めます。
- (8) その他、妊娠中絶のアクセスを疎外する要因を解消し、妊娠中絶サービスと情報へのアクセスを高め、妊娠中絶の利用者のプライバシーを確保し、スティグマを解消する措置を求めます。

### \* (1) ドメスティック・バイオレンス事案における配偶者の同意を不要とする運用の確立

ドメスティック・バイオレンスなど配偶者との関係が悪化している場合、特にさらなる暴力から逃れるため避難している場合に、この同意を得るための協議や連絡することは現実的ではなく、妊娠中絶の時期を逸したり遅れることがあり、女性の健康と人権を侵害しています。これらの場合について、女性が希望する場合には配偶者の同意を要求せずに人工妊娠中絶を利用できる運用を速やかに導入すべきです。

### \* (2) 刑法堕胎罪の速やかな撤廃

妊娠した側(女性)のみを処罰する刑法堕胎罪は、女性を差別する法律です。女性差別撤廃条約は、女性を差別する法律の廃止を求めており、とくに刑罰を伴う差別については廃止を強く求めています。また、日本政府は、国連女性差別撤廃

委員会より差別的法規の是正が進まないことについて世論を口実にできないと指摘されています。第3次男女共同基本計画においては、「多様な国民の意見を踏まえた上で検討」との記載がなされていますが、女性差別的法規については、世論を口実にするのではなく、政府が女性の人権と健康を保護するという強い政治的意思により、端的に速やかな撤廃が必要です。特に、中絶の課題は当事者のスティグマがあるため中絶を必要としている当事者の発言が困難である反面、女性の決定権を認めない一部の人の発言力が大きいと、とくに当事者以外の意見に振り回されることはむしろ人権の保障に反することになります。

刑法堕胎罪（すべての人工妊娠中絶をした女性及びこれに関与した施術者を処罰するという構成要件になっている）については、2009年8月の女性差別撤廃委員会の総括所見で撤廃の勧告をされてから、少なくとも撤廃に向けた具体的な動きが国民に示されていません。このような中、（2009年6月の中絶について）2010年11月には自己堕胎罪で女性が書類送検されたことが報じられており、女性差別撤廃委員会の総括所見が各行政機関に対して不徹底ではないのかとの危惧もあります。

#### ＊(3)人工妊娠中絶の費用負担の軽減

妊娠中絶費用が高額（初期で10万円程度、中期では数十万円程度）ですが、このような高額の費用設定は人工妊娠中絶への女性のアクセスを妨害するものです。特に、性暴力被害による妊娠の場合には、これを被害女性が負担するのは不公平であり、現状では各都道府県警察が所定の要件を満たした場合のみを公費負担していますが、各都道府県で基準が異なる上、また、被害後に警察に赴きたくない被害者は、このような公費負担を利用できないでいます。また、貧困状態にある女性や学生、DVにより避難中のため所持金が乏しい女性が中絶の費用を捻出するのは困難な状況にあります。妊娠中絶の費用を賄うことが困難な者に対する救済措置を速やかに導入することを求めます。

#### ＊(4)母体保護法14条の配偶者の同意の廃止

現行・母体保護法は、刑法堕胎罪に対する違法性阻却事由として人工妊娠中絶が合法となる要件を規定していますが、法文上で、中絶には配偶者の同意を求めています。かかる同意の要求は、女性差別撤廃条約一般的意見24の14項及び社会権一般的意見14の21項、同一般的意見16の29項に違反しています。(1)記載のドメスティック・バイオレンスや性暴力の場合だけでなく、パートナーに

よる女性の健康に及ぼす影響についての理解不足や誤解や、現実に配偶者の同意を得ることが困難な場合など、配偶者の同意を求めることは女性にとって必要な医療へのアクセスへの障壁となっており、配偶者の同意の要件を廃止すべきです。(2007年11月の母性保護法に対する日本医師会母体保護法等に関する検討委員会の答申もほぼ同旨)

＊(5) リプロダクティブ・ヘルス／ライツの保障を実現するための包括的な法律の制定

1994年の国際人口開発会議にて採択された「行動計画」にて、リプロダクティブ・ヘルス／ライツが明記されて以降、民間団体や政党からもリプロダクティブ・ヘルス／ライツの保障を求める法改正の提言がなされています。しかし、制定に向けた動きはなかなか進展していないようであり、改めて、リプロダクティブ・ヘルス／ライツの保障を実現するための包括的な法律の制定を求めます。

なお、少子化対策の観点からリプロダクティブ・ヘルス／ライツの保障に反対する議論もあるようですが、国家の人口政策のために個人の権利や健康を否定する(全体主義的)政策は、まさに1994年の国際人口開発会議で否定されたものであり、かつ、リプロダクティブ・ヘルス／ライツを保障している国ほど、社会環境が整い、女性が自らの人生に見通しを立てやすく、結果として女性が産みたい人数を産みたい時期に産むことができ、女性の労働市場への参加に成功していることを付記します。

＊(6) 人工妊娠中絶の方法について

人工妊娠中絶の方法については日本では初期中絶では掻爬が中心的手法となっています。しかし、この方法では中絶をする女性の身体的・精神的・経済的負担が大きく、世界保健機関の安全な中絶の手引きにおいても、初期中絶の方法として吸引法とメディカル・アボーション(薬剤による中絶)が推奨される方法として記載されています。メディカル・アボーションに利用されるミフェプリストン及びミソプロストールは世界保健機関では不可欠な薬剤として記載されていますが、日本ではこれらの方法について厚生労働省により承認(ミフェプリストンは未承認、ミソプロストールは承認適応症外となっている)や普及が進められておらず、人工妊娠中絶についての女性のアクセスを阻害しています。早急に、人工妊娠中絶の方法を見直す必要があります。

なお、厚生労働省は、ミフェプリストンについてその事故事例や副作用の危険



性を流布していますが、海外の事故報告例は特殊事例やミフェプリストンの誤使用等に基づくものであり、ミフェプリストンの個人輸入が事実上される余地がある現状の下では、むしろミフェプリストンについて正確な情報を周知し、必要があれば医療の管理下で運用するほうが危険を削減できます。

＊(7)中絶費用について、公費負担を含めた利用者の経済的負担軽減

上記(3)記載の貧困者の中絶費用対策に限らず、中絶費用全般の経済的負担軽減が必要です。妊娠中絶は女性のみ起きることでありますが、女性のみが負担することは不合理です。諸外国では、(6)記載のメディカル・アボーションの導入によって中絶の費用が低下しており、日本での中絶費用は高額すぎるものになっています。また、費用負担過程において、利用した女性のプライバシー保護が不可欠であることは当然です。

＊(8)人工妊娠中絶についての女性のアクセス障壁、スティグマ等の除去

上記の他、人工妊娠中絶についての女性のアクセスの阻害要因として、中絶は都道府県単位の医師会の指定医の認定によること、一部医療機関において未成年の場合には保護者の同意を求めている運用があることがありますが、これらは、人工妊娠中絶についての女性のアクセスを阻害しています。また、中絶をはじめとする女性の健康についての情報やすべてのサービスへのアクセス、中絶を含む女性の健康についての教育について、女性差別撤廃委員会の第6回日本報告に対する勧告49、50で指摘されていますが、これを実行に移していく必要があります。また、人工妊娠中絶についての情報及びサービスについての女性のアクセス並びに医療ケアについて、依然として中絶を利用した当事者女性に対するスティグマが押し付けられており、政府はそのための対策を講じていないようですが、中絶についてのスティグマを除去するために積極的な措置を講じてください。

- i Sedgh G, et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*, 2012, 379:625–632.
- ii Metzger GE. Abortion, Equality, and Administrative Regulation. *Emory Law J* 2007;56:865-906 [at pp. 870–5].
- iii Cook RJ. Modern Day Inquisitions. *Univ Miami Law Rev* 2011;65:767-96.
- iv Joanna N. Erdman, Teresa DePiñeres, Eszter KismödiによるUpdated WHO guidance on safe abortion: Health and human rights (*International Journal of Gynecology and Obstetrics* 120 (2013) 200–203)
- v Paul F.A. VanLook, MD, PhD, and Jane Cottingham, MSc The World Health Organization's Safe

- Abortion Guidance Document, April 2013, Vol 103, No. 4 | American Journal of Public Health
- vi 国際保健政策での安全な中絶に対する消極的態度については、(国際機関への拠出を除けば)『保健と開発に関するイニシアティブ』(2005年6月)、『国際保健政策 2011-2015』[http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/doukou/mdgs/pdfs/hea\\_po\\_l\\_ful\\_jp.pdf](http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/doukou/mdgs/pdfs/hea_po_l_ful_jp.pdf)、『国際保健外交戦略の策定について(2013年5月17日)』等では消極的である。また、例えば2013年5月17日の国連・社会権規約委員会による日本に対する第3回総括所見(E/C.12/JPN/CO/3)は開発協力政策において人権を基盤とするアプローチを追求するよう促している。
- vii Women's choice is key to reduce maternal deaths. Lancet. 2012;380 (9856):1791.
- viii [4] Ali MM, Cleland J, Shah I. Causes and consequences of contraceptive discontinuation: evidence from 60 demographic and health surveys. Geneva: WHO; 2012.
- ix British Pregnancy Advisory Serv. v. Sec'y of State for Health, [2011] EWHC (Admin) 235 (Eng).
- x 例えば、「エイズ対策関連の法制度に関する国際比較研究」ハームリダクションと薬物規制の刑事罰の運用 研究協力者 井上悠輔 東京大学大学院医学系研究科 特任助教 (次世代型生命・医療倫理の教育研究拠点創成)
- xi [http://www.kokusen.go.jp/pdf/n-20130307\\_1.pdf](http://www.kokusen.go.jp/pdf/n-20130307_1.pdf)
- xii 中山健夫「EBMを用いた診療ガイドライン作成・活用ガイド」金原出版(2004/06)
- xiii 塚原久美「科学技術とリプロダクティブ・ライツ」2009年6月 金沢大学大学院人間社会環境研究科
- xiv 原文の49,50段落参照。<http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/co/cedaw.c.jp.n.co.6.pdf> 政府訳は、[http://www.gender.go.jp/international/int\\_kaigi/int\\_teppai/pdf/CEDAW6\\_co\\_j.pdf](http://www.gender.go.jp/international/int_kaigi/int_teppai/pdf/CEDAW6_co_j.pdf)
- xv 刑法 第二十九章 墮胎の罪  
 第二百十二条(墮胎) 妊娠中の女子が薬物を用い、又はその他の方法により、墮胎したときは、一年以下の懲役に処する。  
 第二百十三条(同意墮胎及び同致死傷) 女子の囑託を受け、又はその承諾を得て墮胎させた者は、二年以下の懲役に処する。よって女子を死傷させた者は、三月以上五年以下の懲役に処する。  
 第二百十四条(業務上墮胎及び同致死傷) 医師、助産師、薬剤師又は医薬品販売業者が女子の囑託を受け、又はその承諾を得て墮胎させたときは、三月以上五年以下の懲役に処する。よって女子を死傷させたときは、六月以上七年以下の懲役に処する。  
 母体保護法 第三章 母性保護  
 第十四条 (医師の認定による人工妊娠中絶) 都道府県の区域を単位として設立された公益社団法人たる医師会の指定する医師(以下「指定医師」という。)は、次の各号の一に該当する者に対して、本人及び配偶者の同意を得て、人工妊娠中絶を行うことができる。  
 一 妊娠の継続又は分娩が身体的又は経済的理由により母体の健康を著しく害するおそれのあるもの  
 二 暴行若しくは脅迫によつて又は抵抗若しくは拒絶することができない間に姦淫されて妊娠したもの  
 三 前項の同意は、配偶者が知れないとき若しくはその意思を表示することができないとき又は妊娠後に配偶者がなくなつたときには本人の同意だけで足りる。
- xvi 国内事情だけでなく、GHQが、日本の侵略戦争の原因を人口過剰によるものと分析して、

産児制限を進言したことも背景には存在した。

- xvii 1995年第4回世界女性会議（北京会議）行動綱領の106（k）には「違法な妊娠中絶を受けた女性に対する懲罰措置を含んでいる法律の再検討を考慮すること。」と明記されている。
- xviii <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/443/58/PDF/N1144358.pdf>
- xix このような拷問等についての解釈の背景のもと、拷問等禁止委員からのニカラグア政府に対する総括所見、CAT/C/NIC/CO/1（CAT, 2009）では、国連人権理事会、女性差別撤廃委員会、社会権規約委員会からの直近の総括所見が勧告しているように、中絶に対する法規制を見直し、女性の生命を守る場合やレイプや近親姦の場合の中絶を、中絶の一般的禁止から除外する可能性を検討するよう勧告している。その後アイルランド政府に対する総括所見CAT/C/IRL/CO/1（CAT, 2011）では、成文法を通して合法な中絶の範囲を明確にし、法や実践が拷問禁止条約に整合するよう、締約国での、異なる医師の意見に異議を述べられる適切な手続や中絶の実施のための適切なサービスを提供することを求めている。このように、拷問禁止委員会からのニカラグア政府及びアイルランド政府への勧告は、人工妊娠中絶への処罰規定が拷問等に該当すると趣旨から廃止等を勧告している。
- xx Committee on Civil and Political Rights, General Comment No. 28 on article 3 ICCPR, UN Doc.CCPR/C/21/Rev.1/Add.10, para 20
- 特に、中絶の制限に対して、アイルランド政府に対する自由権規約の総括所見において、同委員会は、「女性が妊娠の継続を強いられることは自由権規約第7条や一般的意見28から導き出される義務に違背するところであるが、このようなことが起きないように保障するよう要望して」いる（Committee on Civil and Political Rights, Concluding Observations on Ireland, second periodic report）。自由権規約委員会は、「委員会は、子どもに特別な保護を与える規約第24条と同様に第7条に従っているかを評価するために、女性に対する強姦を含む、夫婦間及びその他の形態の暴力に関して国内の法律及び慣行について情報を得る必要がある。委員会は又、締約国が強姦された結果妊娠した女性に安全な中絶をする手段があるかどうかを知る必要がある。締約国は又、委員会に対して強制的な中絶及び不妊を避けるための措置に関して情報を提供すべきである」として（Committee on Civil and Political Rights, General Comment No. 28, UN Doc. CCPR/C/21/Rev.1/Add.10, para 11）、中絶の強制や、性暴力の結果としての妊娠中絶のアクセスの制限について、自由権規約第7条違反であることを示唆している。
- xxi 人工妊娠中絶に対して厳しく刑罰や規制をしているラテンアメリカでは富裕層は規制の緩いキューバに渡航して中絶を利用することができており、貧困層女性が、やむなく安全でない中絶（いわゆる「闇中絶」）を利用して死亡や障がいを負っている。また、アメリカ合州国では、中絶そのものは、1973年の連邦最高裁判所でのロー対ウェイド事件（Roe v. Wade, 410 U.S. 113（1973））の判決において、「妊娠を継続するか否かに関する女性の決定はプライバシー権に含まれる」として、アメリカ合州国憲法修正第14条が女性の墮胎の権利を保障していると初めて判示し、妊娠中絶を規制するアメリカ国内法の大部分を違憲無効とした。その後、この中絶に対する公的助成等を厳しくする動きがあったが、そのために中絶を断念して不本意な出産を迎えたり、適切な中絶時期を逸して身体的・経済的に負担の大きい人工妊娠中絶をせざるを得なかったのは貧困層の女性たちであった。
- xxii 伊佐智子「人工妊娠中絶 産まない権利か、生まれる権利か」葛生栄二郎ほか「新・いのちの法と倫理」129頁（法律文化社、2009年）。このような関係の中で行われる中絶を「胎

児の生命権と女性の自己決定権との衝突」として捉える従来からの枠組みにつき、「中絶の経験の現実からあまりに遊離した、他人事のような空論」であると批判している。

xiii アメリカ合州国では、中絶に夫の同意を要求していたミズーリ州法に対して、妊娠した本人と医師以外に中絶の決定を委任できず、妻の妊娠中絶を禁止する一方的な権限を夫に与えることは憲法上認められず、中絶の決定という重要な決定に夫婦が一致できないなら夫婦は円満ではなく、夫に拒否権を与えても解決にならないこと等を挙げて 1976 年に連邦最高裁判所が違憲判決を下している (Planned Parenthood of Central Missouri v. Danforth (1976))。同判決は、「妻と夫が妊娠中絶の決定について意見が一致しない場合には、2人の結婚当事者のうち一方の見解だけが勝ることになる。身体的に子を産み、妊娠によって直接かつ即時に影響を受けるのは2人のうち女性のみであるのであるから、衡量は女性の側に傾く」と理由を述べている。また、1992年の、ペンシルバニア州法に対する連邦最高裁判所の判決 (いわゆる Casey 判決) も、人工妊娠中絶において夫への通知をする要件について、「かなりの数の女性が中絶を受けることを妨げる可能性があり」「ほんの少しの困難や費用ではなく」「多くの女性にとって大きな障害」であり、「女性の選択に対する実質的障害であり、過度の負担として無効である」と判示している (Planned Parenthood of Southeastern Pennsylvania v. Casey, 505 U.S. 833 (1992))。

xiv 結論の主旨：現行母体保護法を改正し、「人工妊娠中絶の同意は、原則女性本人の同意だけで足りる」とすべきである。

人工妊娠中絶が必要な場合、配偶者やパートナーが、妊娠・分娩が女性の健康に及ぼす影響についての理解不足や誤解から中絶の同意を拒否するケースがある。また、女性の性行動が多様化・活発化し、現実的に配偶者やパートナーから中絶の同意を得ることが困難なケースも増えている。このような状況下で、人工妊娠中絶の時期が遅れたり、失すことがあるならば母体保護の観点から問題であり、女性が自身の身体的健康を保持するという基本的な権利も侵害されることになる。

本委員会では、リプロダクティブ・ヘルス／ライツの観点から生殖に関わる女性の自己決定権を尊重し、人工妊娠中絶の適応を満たす場合は、原則女性本人の同意だけで足りるとする意見が大勢であった。ただし、「原則女性本人の同意だけで足りる」となった場合であっても、他の手術と同様に中絶手術の方法、内容やリスク等を本人と共に配偶者を含む家人やパートナーにも説明し了承を得ることが必要であるとする意見や、同意ができる年齢や妊娠週数の制限を設けることの是非について検討課題とすべきとの意見があった。

また、父親の子どもに対する権利あるいは施術に関わる問題回避の観点から、現行通り原則配偶者の同意も必要としておいた方がよいとする強い少数の意見があった。(「母体保護法等に関する検討委員会答申」(日本医師会母体保護法等に関する検討委員会、2007年11月))

xxv 日本産科婦人科学会雑誌 59 巻 3 号「診療の基本 母体保護法」(宮崎亮一郎執筆部分)では、昭和 28 年 6 月 12 日厚生事務次官通知を引用しつつ経済的理由についてかなり限定した解釈を紹介している。

xxvi 柘植あずみ「新型出生前検査」が可視化する日本社会の問題、『世界』、岩波書店、2013 年 1 月号

xxvii 2013 年 2 月 23 日 朝日新聞デジタル版

## 「安全な中絶」によせて

阪南中央病院 産婦人科医師 加藤治子

産婦人科医師としての卒業研修を大学で始めた時、私の直接の指導者は1年先輩のタイ人の医師（留学生として日本に来て医師になった）でした。今から思うと何と優秀な人物であったかと感心しますが、彼は医師としての診療姿勢や考え方、基本的な手技等を1カ月ほどの間に集中的に私に教え込みました。その際に、掻爬術の手ほどきも受けました。内診による子宮の大きさや向き、柔らかさの把握、頸管拡張の仕方、細心の注意を払う胎盤鉗子と鋭匙による操作、子宮が元の大きさに戻った時の感触、硬さ、音、出血の止まり方、絨毛組織の確認の仕方、麻酔のかけ方等、事細かに教えてくれました。同時に、患者さんへの「声かけ」の大切さも言い聞かされました。

以後38年間、その教えを守り、数多くの中絶手術をしてきました。掻き残しがあって再掻爬させてもらったことは数回ありますが、子宮に穴をあけるなどの大きな事故なく今日まで来ることができました。これは、他の外科的手術と同様、基本的に忠実に丁寧に、を守ってきたからと思っていますが、難しい患者さんに当たらなかったという幸運な側面も大きいと思っています。というのは、中絶手術の際に子宮に穴があき、腹腔内出血をしたり、腸管が傷ついた患者さんの紹介を受け治療した経験が少なからずあるからです。

妊娠初期の中絶術即ち子宮内膜掻爬術は、手探りで柔らかい妊娠子宮の内容物を取り出し、内面の膜を細長いスプーン状のもので掻き出すという、ある意味職人的な技術を要する手技です。日本における人工妊娠中絶は、母体保護法に基づいて認められており、各都道府県医師会が指定する母体保護法指定医によって施行されています。指定医の資格は、産科の臨床経験と技術的にはこの掻爬術ができることが要件となって取得することが可能です。日本の産婦人科医師は、この掻爬技術でもって特権的に中絶術施行の資格を取得してきたといっても過言ではないでしょう。

ところが、本書にあるように、WHOは、「頸管拡張及び子宮内膜掻爬術は、時代遅れの外科的中絶の方法であり、真空吸引か薬剤による中絶を行うべきです」と言い切っています。子宮を傷つける可能性のある掻爬術ではなく、より簡

便な方法でより安全に中絶をすることが可能であるということを科学的に証明しています。「女性の健康を守るための中絶サービスを提供するために、証拠に基づく最良の実践が必要である」という視点から、2003年に刊行された「安全な中絶：医療保健システムのための技術及び政策の指針」を改訂し、このガイドラインが出されたのです。

日本においては、真空吸引法による中絶手術は、全中絶手術の1割程度とされています。電動の吸引器具は以前よりありましたが、使い勝手が悪く、手動の器具は日本での販売は未だなされていません。薬剤による中絶には、ミフェプリストン(RU486)が必要ですが、日本においては未だ承認されていません。2004年10月25日、厚生労働省医薬品局は「個人輸入される経口妊娠中絶薬(いわゆる経口中絶薬)について」と題する通達を出し、ミフェプリストンのことを、「我が国では未承認の医薬品であり、譲渡・販売等は薬事法で禁止されています」「安易に個人輸入され、使用されること健康被害が懸念されます」「インターネット上の個人輸入代行会社を通して本剤を入手し、個人で使用することは危険なので、やめて下さい」と個人で使うことの危険性を強調しています。一方、この薬のことを、「子宮収縮作用のある他の医薬品(ミソプロストール)と一緒に使用した時、妊娠後49日以内であれば妊娠を終了することができるものとして欧米では認可され、医師が使用して経過を観察することが必要とされています」と有効性について認めるような書き方もしています。

1980年代から欧米では認可されてきたミフェプリストンが、何故日本では認可されないのでしょうか？WHOのこのようなガイドラインができれば、日本の女性の健康を守る立場にある厚労省はミフェプリストンを承認し、「より安全な方法による中絶」が女性に提供されるように動くべきではないでしょうか？

個人がその気になれば、インターネットで世界中の薬が手に入る時代です。いくら厚労省が通達を出しても、例えば性暴力被害に遭って妊娠させられた女性が、インターネットでミフェプリストンとミソプロストールのセットを購入し、必死な思いで密かに中絶を試みるということは、今後十分あり得ます。その結果運悪く大出血で救急搬送されたり、子宮外妊娠だったため腹腔内出血で大変なことになるということが起り得ます。

子宮外妊娠ではなく正常な子宮内妊娠であるか、妊娠何週であるか、確実に子宮内容を娩出出来たか否か、子宮の復古は順調か等を判定するには医師の診察



が必要です。何よりも、妊娠の継続についての女性自身の自己決定を支持し、どのような方法で中絶するかを選択枝を提示し、安全な中絶を実践し、その後の避妊についての相談にものるという女性にとってのホームドクターが必要なのです。それが、母体保護法指定医の役割ではないでしょうか。

「安全な中絶」の日本語訳が出ることにより、私自身も含めて掻爬術に固執してきた日本の産婦人科医師の意識改革につながることを期待します。そして本書が、女性が中絶を決めた時、「より安心してより安全な方法で中絶することが出来る状況」をつくるための理論的背景になり得ると確信しています。

大変な熱意と努力のもと、本書を訳出刊行されたすぺーすアライズの皆様に心から敬意を表します。

## 中絶という言葉

きただ女性クリニック 産婦人科医師 北田衣代

中絶という言葉は、心にもからだにも強い痛みを想起させる。それも、複雑かつ根の深い痛みである。どんな事情や背景があろうとも、当事者の女性が、胎内の命に忌避感や憎しみだけを抱くことはないと思う。その命を生かすことができない『事情』に対して、憎しみや怒り、無念を感じるのだと思う。そして、その『事情』は、ほとんどの場合、女性ではなく男性から、あるいは行政の貧困から発している。

妊娠は、男性の行為なくしてありえないが、その結果は、中絶であれ出産であれ女性のからだを通してのみ表現される。女性の生活や生命を危機に陥れる可能性があれば、当然女性の判断、決定が最優先されるべきである。が、実際には、男性や司法の判断が優先され、手遅れの判断や、法にふれかねない危険な処置で、しばしば、女性の心身に危機をもたらす事態となる。日本では、中絶を女性だけの決定で行うことは、法を犯すことになっている。(母体保護法の犯罪的役割についてはここでは、詳細はふれない)

日々、望まない妊娠に至り苦悩する女性と接する産婦人科医として、すこしで



も、このやむをえず身を切る思いの中で行われる中絶の処置が、できるだけ(費用の負担の軽減を含め)心身に負担の少ない形で実施できることを願っている。処置に伴う苦痛やストレスが、次の「安易な」妊娠を「防ぐ」などというおぞましい発想が、痛みもストレスも感じない男性や行政を変えることはありえず、安易なセックスは男性によって繰り返される。

中絶の処置は、女性の決定のみで、可能なかぎり侵襲のすくない、女性のころとからだへの影響が軽微なやりかたで提供されることが不可欠である。日本の事情は、法律の誤りから、そのすべてを奪っているといえる。中絶の方法が、吸引や掻把でなく、薬剤による排出に代わることができれば、女性の背負わされる苦痛の相当な部分を取り除くことができる。費用の軽減にもなるはずである。生活を脅かすような高額の中絶処置費が、当事者を追い詰めている。女性にとって八方塞がりの日本の中絶事情が、薬剤による処置の導入を契機に、全面的に見直しをされ、新しい法律の整備を引き出す動きとなることを願ってやまない。

## 「安全な中絶」に寄せて

ウィメンズセンター大阪 谷田寿美江

「私達女性は、年齢や生活、考え方が違っていても、同じ様に自分の体や性にまつわる悩みや不安を経験しています。また、これまで自分達の体について、女達がお互いに話し合ったり、知ったりする機会があまりありませんでした。」

これは、私達が「女のためのクリニック」をつくりたいと準備会を始めた時に、初めて文字にしたメッセージの前文です。これを書いた時の私達の気持ちは、あまりにも自分の体を知らないことが残念で、もっと自分の体を愛おしいと思えるようになりたい、そしてこの気持ちをもっと大きな輪に拡げて行きたいというものでした。(「中絶 女たちからのメッセージ」序章より原文のまま抜粋)。

女のからだで生きていく中で生きにくさ、もどかしさを感じていた私が、1993年初めてウィメンズセンター大阪(準備会⇒ウィメンズヘルスセンター大阪⇒ウィメンズセンター大阪)に出会い、準備会から20年経てやっと「女のため

のクリニック」をウィメンズセンター大阪(WCO)の中に実現する過程にも立ち会ってきました。

WCOで「セルフヘルプ」の視点に出会うことで、目からうろこだった私は、カイロ会議以降、やっと日本の中でも口にされだした「リプロダクティブ・ヘルス&ライツ」が、世界では1970年代から「女性のWell-being に関わる課題」として検討されていたこと、女の健康運動の動き等を知っていききました、女性の人生を焦点にあてて考えると、ジェンダーの問題、性暴力の問題など、視点はさらに広がります。

世界の常識が日本では違う現実も多く知っていく中で、世界ではスタンダードな方法や薬物が、日本の中では使用できないという壁も知らされました。世界会議と日本の現実のかい離を嘆いていても仕方ないのですが、ため息は出ます。

前出した「中絶 女たちからのメッセージ」発行から28年も経つのに、墮胎罪が規定された刑法は変わらず、優生保護法が母体保護法へ名前を変えただけの法律であり、人工妊娠中絶の方法も変化ないのが、日本です。相談現場にいても、「日本では中絶薬は使えないのですか？」と質問してくる女性もいます。女性の健康について必要なアクセスを考えると、本当に時代遅れとしかいいようがない現状を変えていく必要があると思いつつ、ため息をついているだけでは仕方ありません。

今回、「安全でない中絶」に続き、「安全な中絶」を日本語訳されている過程を、垣間見させていただき、ただただ、その熱意と尽力に頭が下がる思いです。女が「わたし(女)のからだはわたし(女)のもの」と言えるようになるためにも、女性の健康に関するアクセス方法が多様化することは重要です。そして、女性が女性の健康の視点から医療へ繋がる必要があるときは、ホームドクター的に、産婦人科医を女性の健康を守るために利用できるようになっていくことが大切です。「安全な中絶」の丁寧なガイドラインが日本のスタンダードになるよう、活発な議論が進むことを願っています。

本書を刊行して下さった、すぺーすアライズの皆さまに心から敬意を表します。

## 女の安全と人生

すパーすアライズ 麻鳥澄江

この冊子を手にしてくださった方々に感謝します。

医療関係者でない女性たちには読みにくい部分もあるかもしれないが、この冊子は、まさにひとり一人の女性たちへの情報として提供するものである。刊行を企画した元々の出発点は、日本の人工妊娠中絶状況を女性主体のものに変えたいこと、すべての面で女性の決心が信頼され尊重される社会の流れを求める気持ちからである。

### ● わたしのからだは わたしのもの

「リプロダクティブ・ヘルス／ライツ」の保障が国際合意されたのは1994年のカイロでの政府間人口会議である。世界各地で実現のための整備や活動が続けられている。これより前、1980年代の初めに「リプロダクティブ・フリーダム」という言葉を知ったとき、目の前が明るくなった。‘82 優生保護法改悪阻止連絡会のミーティングで国際女性活動「女と健康国際会議」のメンバーと共に語り、「わたしのからだは わたしのもの」と意識することにした。「女の身体は女のもの」ということであり、当然である。

女性の身体を国単位で支配する人口管理政策がまかり通り、「多産は貧困の源」その抑制は女の身体を使えばいい、という恐ろしく乱暴な理屈が政府間で取り交わされていた時期だ。その実施のために巨額の資金が世界中で動いていた。なんと、本人の女性たち抜きの人口会議が行われていたのである。

多産による人口爆発＝食糧危機まで大声で叫ばれ、女性の身体を支配して急場をしのぐ考え方であった。家庭で食べきれずに食品を捨てる現実と、実際に水も食料も不足する地域の食卓の差は、実は国力とそこで暮らす人々の貧富の格差であること、女性の無給過重労働、男尊女卑の生活、「女性の貧乏」が問題であり、国の課題とされるべきだという論議は、ごく一部でしかされていなかった。

### ● 女性の健康は、人権の芯である

「人生」とは「人性」と表現したほうがびったりくる。そして、「人権」とは、尊重

され、絶望しなくて済むことである。女性の人権に光を当てれば、つまり、「わたしが生きる希望」が女性の中にいつもあるということだ。

1970年代に月経処理用品のリサーチのために訪問インタビューをしたことがある。タンポンやナプキンという月経にまつわる品への「女＝消費者」の意見聴き取りで、この社会を女の側から透かして見るという体験をさせてもらった。そこで問わず語りの女性だけの話、不妊・妊娠・中絶・性暴力・子育て＝無給状態などは、話す本人も月経が話題でなければ、見知らぬ私に語らなかつたろう。大半が団地に住み子育て中の彼女たちは、こうなるとは知らなかつた、わたしはわたしでありたい、自分で予測して生きていきたいという内容だった。自分の中絶も含めて、「女のからだ＝人性」だと感じた出発点であった。

その後、世界の各地で展開された「女のクリニック」運動の拠点を訪ね歩き、現場のスタッフの強い人権意識、女性の声をきちんと聴いて対応する姿勢に感動と安心感を覚えた。「女のクリニック」を創設していった女性運動の基本には、発言しにくい女性や貧しい女性に優先して扉を開き、すべての女性に必要な情報として練り直して伝えていく意識改革、女性の健康に関連するサービスの提供、既成の医療制度を変革するために活動することが常に含まれていた。

日本では富士見産婦人科病院の乱診事件のようなきっかけから、からだは誰のものか、女性への医療のありかたを問う女性運動や報道が生まれたし、女性側に立って口を開く女性医師が登場したことで、「知って、考えて、選ぶ」女たちの流れが合流し始めた。自分が本人であってもカルテを見せてもらえなかつた時代の医療との闘いは過酷だったと思う。富士見産婦人科病院事件を告発した女たちの長い長い闘いに感謝します。そして彼女らが、扱われる「患者」から、自分が主体の「利用者」への視点を広げてくれた。誰にも管理させず、自分の判断で「ひとり分の人生」を生きていく方向が見えてきた。

### ● 女たちが身体の話をしてもいいと判断するのは、どんなときか。

打ち明け話は、性暴力被害(夫からも含めて)の体験を話すときと似ているかもしれない。誰にでもは話せない。中絶について助けを求める場合にしても、自分に役立つ情報を得たいが、余計なことは訊かれたくないし、非難されたくない。その時は言いたくないことや、説明しかねることがある。自分で中絶するのは難しいし恐ろしく、医療という科学に身をゆだねるにしても、不安や心細さが

募る。本音は、中絶も出産もどちらも選びたくない、という状況が女にはある。

中絶の立会いや付き添いを頼まれたことがあり、一緒に待合室に座り、待ち、彼女が目覚めたら「何が食べたい？」と自然に言葉が出た。一緒にレストランに行ったからといって、格別のことを彼女が話すわけでもない。本格的に話すとしたら、その日ではないし予想できない。何を話しても、相手がどんな立場でそれを聴くかで事態が違ってくる。タイのバンコクでの「Unsafe Abortion」の国際会議に参加していた時、中絶にまつわる昔の記憶がどっと押し寄せてきた。そうか、私とは、このような体験と女たちの物語で成り立っていたのか、と改めて感じた。

本書では、女性を信頼すること、中絶方法を本人が自由に選べるよう説明すること、避妊を伝える機会であること、未成年者の成長を信じること・・など医療が女性本人の立場や希望を聴き取り、安全感覚を保障する必要性と方法が述べられ、読んでいて感謝の念が湧いてきた。女性の人権を軸にした医療の基本姿勢がしっかりした証拠と共に展開されている。

ただし、医療は、国の政策に巻き込まれ巧妙に使われ、立ち往生してしまうことがある。その最たるものが国による妊娠中絶の禁止だ。先頃、ニカラグアで大統領のサイン一つで妊娠中絶が全面禁止になった。結果は、女にとっての大惨事だ。これまで中絶提供サービスをしていた医療者も手が出せない。ある国際会議の会議中に、この一大事の推移が逐一報告され、抗議した女性活動家の逮捕が告げられ、国際署名が呼びかけられ、しかし、中絶できない女性の死亡が抗議と共に伝えられてきていた。ニカラグアは他人事ではない。とくに、日本は未だに刑法に堕胎罪があるが、まずは廃止しておくべきである。医療者にしても、中絶が非犯罪化されていれば女性の人権の側に安全に立つことができる。

かつて、1982年頃、路上で優生保護法と中絶についてのビラを道行く人々に撒いていたら、女子高生は受け取ったのに、一緒に歩いていた母らしい人がビラを見るや怒りだし、「返してらっしゃい！中絶がうつる！」とすごい剣幕で言ったので、びっくりした。もしかしたら、その母自身も中絶体験者かかもしれず、そういう態度をとるしかなかったのかな、と感じた。女の「人性」はややこしい。しかし、中絶も性暴力も「ある」のに「ない」ことにはできない。

## 安全な中絶までの長い道のり

東京大学情報学環特任助教 水島希

日本の医療は世界でも最高水準にある。日本で暮らす誰もがそう思っているが、人工妊娠中絶(以下、中絶)に関しては事実ではない。日本で行われる中絶はどのような手法が主流なのかといった実態すら、ようやく数年前に調査されたばかりである(\*1)。結果は、妊娠初期の中絶では掻爬が多く、吸引のみは1割。薬剤による中絶は4%に留まる(2010年9月)。すでに本書をお読みの方はお分かりの通り、これはWHOの推奨レベルを大きく下回る。旧式な施術法が日本での主流なのだ。

こうした状況に当事者の女性たちが無関心であったはずはない。1960年代後期から80年代にかけて、社会に大きなインパクトを与えたウーマン・リブ(女性解放運動)は、合法的な人工妊娠中絶の範囲を狭めようとする国会の動きに強く反対し、優生保護法(当時)の「改悪」を阻止した。実はこの当時、すでに日本の中絶技法は古い!という指摘も行われていた(\*2)。

たとえば、「女のからだのバイブル」と呼ばれた書籍『からだ、私たち自身』はアメリカでの初版刊行の翌年、1974年という早い時期に抄訳版『女のからだ—性と愛の真実』として日本でも出版され広く親しまれた。この本では、妊娠12週以内の中絶法の項で、吸引法を「現在では妊娠中絶の最も一般的な方法」と紹介し、「真空吸引法は掻爬よりもずっと多く用いられ、子宮を傷つけることも少ないと考えられている」と解説している。女性運動の担い手でもあった翻訳者たちはここに次の訳注を付けている(\*3)。

「日本では、一部には吸引法もおこなわれているが、やはり掻爬が圧倒的に多い。これは、真空吸引の技術が遅れているというよりは、日本の産婦人科医の掻爬技術の水準が高いことが原因のようだ。(中略)今のところ日本の女は、優生保護法二十数年の輝かしい伝統によって磨かれた、日本の医師の職人芸に身を託すほかはないようだ。」

それから40年。EBM(根拠に基づく医療)のご時世に職人芸はないだろう、科学技術立国の日本において40年前と同じ水準なんてあり得ないだろう、と誰しもが思うに違いない。しかし、冒頭にあげた調査結果は中絶技術の新旧交代

が行われなかったことをはっきりと示している。国際的に見ればこの間、吸引法の浸透だけでなく、経口薬を用いた中絶法も発達・普及してきているが、日本ではその是非についての議論もない。

ちなみに 1970 年代には、中絶施術時の全身麻酔への懸念や、病院・医師の対応に通常医療との格差があり既往症を聞かれることすら稀なこと、費用が医療者側の「言い値」であり高額であること、事前事後に心理ケアもなく放置されることなどが問題として指摘されている(\*2)。さらに言えば、中絶施術を受ける際に当事者が提出している「同意書」(母体保護法に基づくもの)は現在、医療で標準となっているインフォームド・コンセント(提供する医療についての十分な説明と同意)とは別の概念であり、施術前に十分な説明が行われているかも不確かである。技法だけでなく、中絶を取り巻く医療環境についても 40 年の時を越える取り組みが必要なのだ。

さて、中絶技術が遅れているということは、日本においては女性に対する医療が全般的に遅れているということなのだろうか。他の領域に目をやると、その特徴が見えてくる。たとえば妊娠・分娩は、人工妊娠中絶と同様、保険適用外で医療技術を用いる場である。しかし 10 年前と比べてみても、3D の胎児エコーや母体血を用いた出生前診断など、過剰なまでの最新医療技術が導入され問題となっている。また、アンチエイジングなどの美容領域では、iPS 細胞の開発などで期待されている再生医療がすでにシワとりに利用されるなど、最先端技術が積極的に、しかも「治療」のための医療製品などよりも早く導入されている(\*4)。こうした状況を俯瞰すれば、技術水準のバランスの悪さが際立つ。当事者の女性の安全や健康といった側面が重視されるのではなく、医療者や医療企業の視点で動いているように思われるのである。

本書に戻ろう。この「安全な中絶」は、現在得られる最新のエビデンス、医療上の根拠に基づいた、より安全で身体負担の少ない方法を示している。こうした手法を日本でも早く利用できるようにしていく必要がある。しかし一方で、これが医療者中心に技術が決まっていくという傾向を後押しするならば、妊娠・分娩やアンチエイジングと同じ轍を踏むことになるだろう。70 年代からの女たちの声が十分聞かれてこなかったように、いまだに私たち自身が中絶については多くを語っていない。中絶技術だけでなく、中絶を取り巻く医療環境を私たちに合ったものにしていくためには、女性運動の活動家たちの蓄積を活かし、医療者



だけでなく、当事者である私たち自身が改善に関わりを持てるようにしていく必要がある。人工妊娠中絶の現場は、女性と医療とのつき合い方という古くて新しい課題を、いままに示しているのである。

#### 脚注

- \*1 杵淵恵美子、水野真希、塚原久美「医師を対象とした人工妊娠中絶の医療実態調査」母性衛生、52巻3号、p.299、2011.
- \*2 水島希「1970年代における人工妊娠中絶の実態と批判 —女性活動家たちによる問題の定位とその含意」、日比野由利・柳原良江編『テクノロジーとヘルスケア』生活書院、p.24-40、2011. を参照。
- \*3 The Boston Women's Health Book Collective. "Our Bodies, Ourselves". 1st ed. Simon & Schuster. 1973 (秋山洋子、桑原和代、山田美津子訳編、ボストン「女の健康の本」集団著『女のからだ——性と愛の真実』合同出版、1974)、邦訳版 p.189-190.
- \*4 水島希、「ザ・アンチエイジング！！ 科学医療技術と女のアヤシイ関係」『わたちの21世紀』、vol.59、p.32-34、2009.

## 翻訳版出版についての謝辞

翻訳にあたり、原稿全般についての初訳は林恭子さんに、とくにエビデンス・ベースド・メディスンによるガイドライン作成については東京大学情報学環特任助教の水島希さん、人工妊娠中絶関連の用語や翻訳方法については金沢大学非常勤講師の塚原久美さん、医療用語や日本での医療実践との照合については、阪南中央病院産婦人科医の加藤治子さん、きただ女性クリニック産婦人科医の北田衣代さん、ウイメンズセンター大阪の谷田寿美江さん、まつしま病院産婦人科医の佐々木静子さん、山口大学法医学分野准教授の高瀬泉さん、助産師の森崎寛子さん、校正・編集進行については東千順さん、レイアウト・デザインは株式会社つなかんぱにーの広瀬麻弥さんにお世話になった。また、この課題を深めるきっかけをいただいた、女のクリニック運動の先駆者のリナ・ニシムさん、前国際産婦人科連合会長のドロシー・ショウさん、カナダ・BC 州立女性病院のエリザベス・ワイノットさん、Reproductive Health Matters のマージ・ベレさんに感謝します。

すべーすアライズは、国内外の女性の人権の実現に取り組む NGO です。とりわけ、女性の人生及び人権行使の基盤である女性の身体の基本にかかわる、安全な中絶への権利とアクセスの保障の実現に向けて活動しています。国際女性会議や、セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス / ライツに関する国際会議だけでなく、ASAP (Asia Safe Abortion Partnership) や WGNRR (Women's Global Network for Reproductive Rights) などの国際ネットワークの活動にも参加しています。

## 訳注

本書の翻訳にあたっては、日本産科婦人科学会編にかかる『産科婦人科用語集・用語解説集(改訂第3版)』や、財団法人家族計画国際協力財団(JOICFP)の日本語版作成にかかる『新版 IPPF セクシュアル／リプロダクティブ・ヘルス用語集』等を参考にしつつ、医療専門者や研究者の意見を聞いて一般用語を用いる等の独自訳をした箇所もある。

medical abortion については、日本にはまだ導入されていないため定訳はないと思われ、実際には、外科的方法に対して、薬理作用を利用して誘発する人工妊娠中絶であろうが、わかりやすさの点から、「薬剤による中絶」とした。

また、妊娠第一期、第二期については、本書では第一期(初期)を12または14週としているが、欧米と日本とでは分類が異なり、日本では妊娠初期を16週未満、中期を妊娠16～28週未満としている点で相違がある。

D&E ; dilatation and evacuation については、「頸管拡張及び子宮内容物排出術」の訳語を採用した。Evacuation は、子宮内容物の除去を指すが、D&C や D&X (Dilation and extraction) と相違を明確にするため排出を訳語にあてた。

「妊娠中絶」についての動詞については、女性が技術を利用するということから、中絶をする、中絶を利用する等の訳語も検討したが、日本では中絶技術が医療者の管理下にとどまっていることから中絶を「受ける」との用語を主に用いた。

また、provider については、適宜、医療従事者、提供者、施術者と使い分けた。

Ectopic pregnancy については、日本産科婦人学会において、子宮腔以外の場所に着床が起こり成長した妊娠として「異所性妊娠」との訳語を用いているが、本書ではこれまでの用例にならい、初出以外を子宮外妊娠とした。

本書におけるウェブサイトの引用については、原文(WHOのオリジナル版)作成の時点では検索可能であることの確認がなされているが、翻訳過程で該当文書の検索が不可能なものもあったが原文のまま引用したことを付記する。

なお、本書翻訳においては、翻訳者であるすぺーすアライズにおいて検討を重ねたが、翻訳に誤りや不明瞭な点が存在するかもしれない。日本語版への翻訳は、すぺーすアライズの責任によるものであるが、本書の解釈及び使用に対する責任は読者に帰し、いかなる場合においてもその利用によって生じる損害については責任を負わない。ただし、今後、誤訳等のため、翻訳情報等を修正する必要がある場合には、ホームページにて補足をしたいので、下記を適宜ご参照いただきたい。 <http://www12.ocn.ne.jp/~allies/library/index.html>

「安全でない中絶 全世界と各地域の安全でない中絶と安全でない中絶による死亡の推計(2008年現在) (Unsafe abortion)」

「安全な中絶 医療保健システムのための技術及び政策の手引き 第2版 (Safe abortion)」

「薬剤による中絶 臨床上の一般的な質問(Medical abortion)」

この3冊は姉妹版である。併せて読んでいただければ幸いである。

申込先 すぺーすアライズ

ファクシミリ:047-320-3553

allies@crux.ocn.ne.jp