

女たちが生きのびられるために
世界ができること

すぺーすアライズ 麻鳥澄江 鈴木ふみ

この本を手にとっていただき、ありがとうございます。

この頁を読んでいただいているこの瞬間にも、世界中で3分間に2人の女性が、妊娠・出産に関連した原因で死亡（妊産婦死亡）し続けています。その中で、安全な人工妊娠中絶ができる環境にいないために5分に1人の女性が死亡し続けています。そして、彼女たちの死のほとんど全ては、防ぐことができるものです。女性が人として生きることが軽視され、時には法律によって否定される現状に対して、従来の「保健」という枠組みだけではなく、明確に「人権」という視点を打ち立てる必要があります。

1948年の国連の世界人権宣言では、生命・身体の安全の権利が謳われ、プライバシーの権利も国際合意として認められました。生命への権利は「市民的及び政治的権利に関する国際規約」（自由権規約）6条でも確認されています。健康への権利は社会権規約12条などで保障され、妊産婦死亡率を低下させるための対策を各国政府に求めています。しかし、この「女性が生きる」という当然の人権の享受は長い間障壁に囲まれ続けてきました。多くの政府や資金提供者が、妊産婦死亡、とくに女性たちが「安全な妊娠中絶」にアクセスできないという根深い課題を軽視してきたこともその原因になってきました。

そればかりか、女性の生命や健康への権利を奪う流れさえも存在します。そのひとつに、女性の、人間としての尊厳を否定し固定的役割を押し付ける国際政治の流れと、人権に配慮を欠いた新自由主義・グローバリゼーションの流れがあります。1980年代には、世界的な構造調整政策の押し付けによって、多くの開発途上国の医療・保健システムが、過重な対外債務の犠牲になって崩壊してしまいました。また、1994年には国際人口開発会議（カイロ会議）での行動計画が採択され、女性の性と生殖の健康/権利（リプロダクティブ・ヘルス/ライツ、Reproductive Health / Rights）が国際社会の合意となったにもかかわらず、一部の宗教原理主義勢力の抵抗にあいました。その後の1995年第4回世界女性会議（北京会議、「北京行動綱領」を採択）

や「女性 2000 年会議」(「北京+5」)でも宗教勢力の抵抗が強まり、リプロダクティブ・ヘルス/ライツを女性の権利として確認することには成功しましたが、「女性 2000 年会議」では妊娠中絶の権利を完全に合意することはできませんでした。合州国では、ブッシュ政権は、レーガン政権の際に導入されたグローバル・ギャグ・ルール(合州国の資金援助を受けている世界中の組織・団体に対し、自己資金であっても妊娠中絶に関する情報やサービス、ケアを提供することを認めず、妊娠中絶について話し合うことも安全でない妊娠中絶を批判することも禁止するというルール)を復活させ、前述の国際人口開発会議の行動計画や北京行動綱領の妊娠中絶の条項を制限する修正を試み、それらの女性の健康と人権について後ろ向きな政策方針によって、後退させられました。合州国をはじめとする高所得国いわゆる先進国での、保守派の支持を集めるために女性の命や健康を犠牲にすることが政争の具とされることにより、国内の貧困者や国外の多くの貧しい女性たちの犠牲にされているのです。

妊産婦死亡の是正のための道のり

防ぐことが可能であるのに不当にも高い妊産婦死亡率に対して、25 年も前の 1987 年には、国際機関が集まり「Safe Motherhood Initiative」が開始されました。その後、1994 年の国際人口開発会議の行動計画第 8 章では、妊産婦の罹病率と死亡率の急速かつ大幅な引下げ、先進国と途上国の格差の是正、安全でない妊娠中絶による死亡と罹病の大幅な削減が公約されました。また、2000 年を記念して合意された国連の「ミレニアム開発目標」では、世界の貧困解決のために 2015 年までに世界が達成を目指す 8 つの目標とその目標を達成するためのターゲットと指標を定めました。その 8 つの目標の一つに「妊産婦の健康改善」が掲げられており、具体的には「2015 年までに妊産婦の死亡率を 1990 年の水準から 4 分の 3 減少させる」ことが掲げられました。

しかし、妊娠・出産を原因として死亡する妊産婦死亡率はこの 25 年間、ほとんど下がらず、妊娠・出産を原因とする合併症はその何十倍にも上ります。国連の統計によると、アフガニスタンでは 6 人に 1 人の女性が妊娠・出産が原因で死亡しているのに対して、スウェーデンでの死亡は約 3 万人に 1 人という、貧富による大きな格差があります。しかも、妊産婦死亡の大半がいわゆる開発途上国で起きており、低所得国ではこの 20 年の間に妊産婦死亡率の改善がほとんどなく、悪化した国もあります。途上国で妊娠することは棺桶の蓋を自分で開けてしまったようなものだと言われ、

女性は生きる価値が低いと見られていることが、この不公正の原因といえます。この不正義を放置することはできません。人権に普遍性がある以上、文化や宗教を口実にすることは許されないことです。人を死なせるものは文化や宗教とは呼べません。すべての場所での妊産婦の健康改善を課題として、人権という視点で明確にしていくべきです。

妊産婦死亡を防ぐという課題を解くには大きな、政治的意思と継続的な力が必要です。妊産婦の健康増進のためには医療・保健システムの強化も必要ですが、まず、妊産婦の死亡は当たり前という考え方を変えることです。男性パートナーが女性を病院に行かせない、女性が医療機関を利用する余裕がないなどという現実が、世界のあちこちにあります。妊産婦死亡は妊娠する女性にしか起こり得ないのであり、これを放置することは明らかな女性差別です。女性の教育も女性の労働環境の整備も必要不可欠なものです。それらの改善は全ての女性に向けられるものです。各国や国際機関が、したい支援や短期的な成果が見えることだけをしていたのでは、根本的な解決につながりません。女性差別社会という社会の根本を変えることに手つけない限り、大きな進歩はありえないのです。

また、妊産婦の健康は、平和問題とも関連します。紛争下、紛争後に性暴力が起きやすく、性暴力は、望まない妊娠を引き起こします。また、妊産婦死亡を予防するための家族計画、医療サービス、専門者の訓練には費用がかかりますが、多くの政府が投入する軍事費予算を削減すれば、その大半がまかなえます。100 万米ドル分の避妊具の予算が減少すれば、妊娠中絶が 15 万件、妊産婦死亡が 800 件増加してしまう現実を私たちは知る必要があります。

安全な妊娠中絶を実現するために

法律の範囲内での妊娠中絶のアクセス、つまり情報や手段などを本人が利用できること、を保障することは当然の前提であり、国際人口開発会議の行動計画でも確認されています。しかし、2006 年、ニカラグアでは、妊娠継続が女性の生命を脅かす場合も含めて全面的に妊娠中絶を禁止し、妊娠中絶を重罰の対象とする法律改悪がされました。安全な妊娠中絶が保障されていない国では、富裕層は国外での妊娠中絶を利用できることから、その被害は貧困層に集中しがちです。その背景には、宗教上層部の価値観の押し付けと、多くの人たちがこのような押し付けが女性の生命・身体を侵害すること見抜いていても反対できないという支配構造が存在します。ある新聞は、

ニカラグアの現状について、危険な妊娠をすれば、死か監獄行きかの究極の選択しかないと表現しました。これとは逆に、妊娠中絶を合法化した南アフリカ共和国では妊産婦死亡数が大幅に減少しました（本文7章参照）。こうした事実を背景に、女性の人権の視点からの法改革を推進する必要があります。

安全な中絶へのアクセスを実現するということは、「安全でない妊娠中絶」による妊産婦死亡や障がい減らすだけではありません。その実現のための1999年国際人口開発会議+5（カイロ+5）で強調された保健人材の育成・確保、保健システムの強化、ジェンダー不平等の是正、人権保障を同時に達成することになるので、必然的に妊産婦死亡が大幅に減っていくものなのです。つまり、安全な中絶へのアクセスを保障することは、女性の人権を保障し、国連ミレニアム開発目標達成への早道でもあります。

妊娠中絶は、女性にとって精神的・肉体的負担も大きいものです。妊娠中絶が合法とされ、安全な妊娠中絶にアクセスできることは大切なことです。そして、妊産婦死亡を減らしていくには望まない妊娠を防ぐことがもっとも効果的です。避妊を利用する「家族計画」は費用が小さく効果が大きいものであり、ミレニアム開発目標の改訂版では「2015年までにリプロダクティブ・ヘルスへの普遍的アクセスを実現する」ことが目標に加えられました（開発目標5b）。しかし、その「家族計画」にさえ、特定の宗教的または道徳的立場から制限をしようという反動が存在します。2007年にはローマ・カトリック教会の一派の影響により世界銀行の「健康・栄養・人口に関する戦略」から家族計画、リプロダクティブ・ヘルスという言葉が削除されそうになるという危機もありました。そもそも、途上国では、旧宗主国の影響で中絶に対して厳しい法律が導入され、その後、旧宗主国は次々と女性の人権の視点から中絶を合法化していったのですが、中絶の合法化を政治的影響力、宗教的影響力で、途上国に迫ることは歴史的な不公正なのです。

1994年の国際人口開発会議では、リプロダクティブ・ヘルス/ライツが、国際合意とされています。女性の身体についての決定権、自律性を、自分の生と性を、女性の手で、という当然のことを世界が再確認したのです。これは性と生殖の健康/権利と翻訳されることが多いのですが、「女（わたし）のからだは私のもの」と日本の女性運動は翻訳しています。世界は、反動と闘っており、このリプロダクティブ・ヘルスの重要性和普遍性を再認識するためにも、この冊子が翻訳されました。

国際社会と日本の状況

(1) 日本は無関係ではない

女性の身体が、国家に支配され、男性に支配され、医療機関など専門者に支配され、その結果、女性が自分の生命、身体、健康への権利が軽視されていることは途上国だけの状況ではなく、多くの先進国にも共通することです。問題が見えにくいのは、そのしわ寄せが、社会の中心からはじき出された女性たちに集中するからです。貧しい女性、暴力被害に遭っている女性、若い女性、外国人女性などです。日本でも、人工妊娠中絶によって処罰される件数は、今でこそ少ないものの、社会の中心からはじき出された女性たちは、危険な中絶や中絶による処罰に晒される危機に日々直面しているのです。

日本では、経済成長に伴って医療水準が高くなったことや医療保健関係者の努力などによって、現在の妊産婦死亡率は出生 10 万件当たり 6 程度です。しかし、アメリカ合州国の妊産婦死亡率が増加傾向にあり、この傾向は日本にとって対岸の火事ではありません。日本でも、検診段階からの産科システムの崩壊、地域格差、障がい者や外国人への医療現場での差別、そしてそれに追い討ちをかける女性に固定的な役割を押し付ける一部の反対勢力の動きが起きています。妊娠した女性が複数の病院から受け入れ拒否をされたことは、日本国内で起きたことです。

ご存知のように、日本には、墮胎罪（刑法 212 条以下）が 100 年以上も変わらず存在しています。この犯罪規定が残っている限り、中絶が悪いことであり、処罰されるべき行為であるという価値観が政府から押し付けられたままです。墮胎罪は、明治時代に、富国強兵に基づく出産奨励や、「処女や寡婦の隠れた行為の結果」を統制するため規定されたものですが、個人の尊厳と男女平等を謳った日本国憲法が制定されても廃止されませんでした。戦後の混乱と貧困の中で、中絶を容認せざるを得なくなった際、優生思想と人口政策を利用した苦肉の策として優生保護法が制定されましたが、これは女性の性と生殖についての人権を認めたものではなく、墮胎罪は残ったままであり、優生思想に従った場合に犯罪とされないという人権としての根拠に乏しいものでした。確かに、優生保護法の制定によって中絶について処罰されない範囲は拡大した時期は、世界の中でも早かったのですが、人権先進国としての改正ではありませんでした。優生保護法は、優生的理由だけでなく、経済的理由による中絶を合法としています。1970 年代、80 年代には、この経済条項を削除する動きがあり、これに対して女性運動、家族計画推進団体等から反対があり、改悪が阻止されました。カイロ

での国際人口開発会議を受けて優生保護法を改訂した母体保護法においても経済的理由を原因とする妊娠中絶は合法扱いとされるものの、純粋に女性の意思だけでは妊娠中絶が認められず、妊娠中絶のためには配偶者などの同意さえ原則として必要とされています。女性の人権、とりわけ、リプロダクティブ・ライツを基準にした法律策定を求める声は、女性運動の中だけでなく、政党の中にもありましたが、未だ実現していません。「妊娠中絶」については、いろいろな考えがあるでしょう。それを含めて、戸惑い、悩み、悲しむのは妊娠した女性です。妊娠の原因を作った男性は妊娠中絶の苦しみを味わうことがない上、女性だけが処罰されるのは、ずいぶんと不公平なことです。家族計画の普及によって望まない妊娠を防ぐことはできますが、望まない妊娠を完全になくすことはできず、中絶は不可欠な手段であり、処罰の対象とすることは許されないのです。

いまやヨーロッパの多くの国々などでは女性の希望のみで妊娠中絶ができるよう法改正ができています。女性差別撤廃条約2条gは女性差別になる刑罰規定の廃止を政府に求めており、北京行動綱領106-k及び「女性2000年会議」成果文書は、違法な妊娠中絶を受けた女性に対する懲罰措置を含む法律の見直しを求めており、1999年の女性差別撤廃委員会の「女性と健康に関する一般勧告」14段落は、「女性のみが必要とする医療手続きを犯罪とすること」は適切な医療へのアクセスの妨害であると非難しています。これらに明らかに反する日本での墮胎罪の存在は、国際的な人権標準からも遅れをとっています。もちろん非犯罪化だけが最終目的ではありませんが、刑罰の対象とする条項が存在する以上、安全な妊娠中絶へのアクセスの障壁になっています。

日本では妊娠の過半数が望まない妊娠です。日本では避妊実行率が（欧米が7割であるのに対して）約5割に過ぎませんが、毎回使用する割合は3割程度であり、避妊失敗率も1割を超えています。性道德の押し付けや性教育の制限によって、若い女性などの中絶情報やアクセスが困難になりつつあります。婚姻した夫婦で、夫が避妊に協力しないことはまれではなく、これはれっきとした「暴力」です。さらに夫による強姦については、夫には性交を要求する権利があるとして、婚姻関係が破綻している場合にのみ強姦罪が成立するに過ぎないとした時代遅れの判例が存在していますが、夫による性暴力は、1993年の国連「女性に対する暴力撤廃宣言」や「北京行動綱領」を持ち出すまでもなく女性に対する暴力であり、はなはだしい人権侵害で

す。「夫からの強姦」を処罰するよう世界の潮流は動き出しています。日本でも男性パートナーからの性行為の強要の体験がある女性が約2割に上る現状からも、さらに妊娠中絶については思春期の女性の課題が注目されやすいが実際には30歳前後での女性の妊娠中絶件数が多いことから、日本の判例は非常識です。避妊の失敗と、あってはならないことですが性暴力の被害者対応として、緊急避妊の普及も必要です。

(2) 日本の国際協力のあり方

このような日本国内の状況から、この分野での国際協力も相当な改善をしない限り、現場での賢明な努力にもかかわらず限界があることとなります。振り返れば1970年代、日本は途上国の人口を減らすことに他の先進国に負けじと大量の資金を投入しました。それが日本の国益にかなうとされ、その結果、途上国では多くの女性たちが、強制的に、または物などと引き換えに、意思に反して産むことを奪われ、健康被害を被った歴史があります。リプロダクティブ・ヘルス/ライツが国際合意となった1994年以降は、女性の個人としての選択や意思を起点にすべきだと発想が転換されたはずですが、それ以降も、日本の国際協力が完全に女性の選択の視点に立っているかどうかは大いに疑問が残ります。日本国内で実践できていないことは、海外支援でやれないという現況です。人口の半分を占める女性の健康を重要視する改善が求められます。

女性が援助されることに抵抗を感じる男性指導者も多いのが現実であり、国家としての統率力を維持するために宗教的権威を利用し、女性の役割や行動の制限を規定する国もある国際社会で、このような強固な男性優位の社会構造にメスを入れていく視点や発言が日本政府に必要です。すべての人々に生きる価値があります。世界中の女性の身に起きている重要な人権課題について、理解が広まり、ともに取り組むよう日本政府に期待します。

日本のODA・国際協力政策は、母子手帳の普及などが特徴的で、母子保健政策を重視しているという印象がありますが、実のところ、母子保健全体について「必要な援助」をしてきたわけではなく、「したい援助」をしてきました。被援助国の実情、政治や保健のシステム、社会状況、とりわけジェンダーに基づく差別状況に合わせたものではありませんでした。また北欧・中欧諸国等とは異なり、日本のODA・国際協力政策は国益を重視し、憲法前文に示された、「全世界の国民が、ひとしく恐怖と

欠乏から免かれる権利を有することを確認し、自国だけに専念して他国を無視してはならない」という精神とは著しくかけ離れています。かつては、途上国の「人口爆発」から日本の贅沢な生活を守るために、途上国の人口抑制を副作用や女性の意思に反した避妊への普及のために多額の資金拠出をしました。

2010年9月に、日本政府から国際保健政策、いわゆる「菅コミットメント」が発表されました。EMBRACEモデルと称していますが、妊娠してから出産、新生児、乳幼児へのケアの連続性は、日本政府が主張するまでもなく、国際的に認識されましたが、本書のWHOの報告書で登場する、「安全な中絶」については政策の対象から意識的に除外をしており、さらに、家族計画やその前提となるジェンダー平等の位置づけもきちんとしていません。家族計画についてはわずかに3回登場するものの、政策の中での中心的役割は占めておらず、その位置づけが不明確であり、また「安全な中絶」については言葉さえ登場しません。国際社会においてミレニアム開発目標(MDGs)の2015年までの達成に向けた努力が続けられていますが、特に保健分野(MDGs4, 5, 6)の進捗が遅れているとの認識のもと、2011年9月に日本政府は外務省国際協力局内に国際保健政策室を新たに設置しました。しかし、不明瞭な方針のもとで保健分野のミレニアム開発目標を実現できるのでしょうか。せめてこの実現を公約どおりに果たしてほしいものですが、2010年度予算では、他の国連機関等に対する拠出額の総計が対前年度比8パーセント程度の削減となった中で、国際連合人口基金及び国際家族計画連盟への拠出が対前年度比約23パーセント減となっています。

国内の政府認識が、いかに直接に国際協力の方針に反映されているかがわかります。少子化対策のため、妊娠・出産は公費助成でほどほどの支援がされるものの、避妊・中絶は自己責任と自腹とされています。家族計画の普及が不十分であり、中絶については犯罪としつつ官許にゆだねるという枠組みをくずさず、一部の女性の犠牲と沈黙のもとに国内の問題は顕在化しにくいままです。かつてアメリカ合衆国では、国内の貧困女性を苦しめたりプロダクティブ・ヘルス/ライツに否定的な国内動向が、国際協力ではグローバル・ギャグ・ルールとして国外の女性たちを苦しめたように、日本でも、国内状況が、途上国の女性たちにも反映しているのです。国内状況とともに、国際協力方針を変革する努力が求められているのです。

また、日本政府が国際保健政策(2011-2015)を発表した2010年9月には、国連事務総長パンギムン氏の名で、女性と子どもの健康のための世界戦略(Global

Strategy for Women's and Children's Health)が発表されました。この世界戦略は、多くの関係機関に開かれたプロセスで策定され、家族計画や安全な中絶サービスを含む基本的な介入やサービスの包括的で統合化されたパッケージと、医療保健従事者の確保や、保健サービスへのアクセスの障壁の除去を中心として、十分なリーダーシップとアカウンタビリティ（課せられた責任をしっかりとる実践と報告）の元に実現しようとしているものです。日本の政策はこの国連の政策を無視して作成されています。

さらに、安全な中絶や家族計画の分野に限りませんが、日本政府の国際協力は人権の視点が圧倒的に欠如しています。国連では1990年代から権利・人権を国際協力の原則とすべきことが強調されており、国連改革プログラム（1997）、世界サミット（2005）、アクラ行動計画（2008）、釜山・効果的開発協力のためのパートナーシップ（2011）でも人権の重視が強調されていますが、日本政策の国際協力についての文書では「人権」という言葉が忌避される傾向にあります。「したい援助」を手放さないことの表れであり、経済的国益に結びつかない援助に束縛されたくないという本音が見え隠れします。憲法前文に示された、全世界の国民が、ひとしく恐怖と欠乏から免かれる権利を有すること、人権の普遍性、つまりどこに生まれたかによって生きられるかどうか異なることが実現される必要があります。

墮胎罪撤廃キャンペーンの事務局をしている、すぺーすアライズです。

刑法には、墮胎、つまり人工妊娠中絶を1年以下の懲役に処する墮胎罪が100年以上前からあります。このような女性のみを処罰する刑罰規定は女性差別であり、北京行動綱領では妊娠中絶をした女性を処罰する法律をなくすよう求められ、2009年の国連・女性差別撤廃委員会からも墮胎罪の撤廃を要請されています。

墮胎罪とは別に、人工妊娠中絶を医療行為として合法とする要件を定めた母体保護法では、中絶に、配偶者の同意を要求しています。費用は自己負担となっています。

妊娠中絶の処罰は、女性全体に対する差別を意味しますが、特に、困難な状況におかれた女性たちをさらに追い詰めます。

夫の暴力から逃れて身を隠しているのに、同居している当時に夫から無理やり性行為をされて妊娠し、中絶したい場合に、夫から同意書をもらうことは難しく、大変に困ります。

また、ドメスティック・バイオレンスで避難中の女性や貧困状態にいる女性、仕事がない女性などからは、中絶費用を捻出できないという問題もよく耳にします。日本は、世界でも有数の中絶費用の高い国です。

2010年11月に、交際相手からおろしてほしいとせまられ、病院の費用を親に借りて迷惑をかけたくなかったため、個人輸入した薬物で中絶をした女性が墮胎罪に該当するとされて通報され、書類送検になる事件がありました。彼女の苦境に対して、交際相手はおとがめなしです。この報道された事件は、一例に過ぎませんが、恋人から中絶を求められ、親に迷惑をかけられず、お金もなく、知識もないという社会的な排除を受けやすい女性が墮胎罪の餌食にされやすいのです。また、若い女性はろくな判断ができないという画一された、想像力のない観念も本件の送検の背景にはありそうです。

日本の妊娠中絶には、配偶者の同意という壁、薬による中絶が許可されていないという壁、中絶=悪いことだ、避けるべしという教育・情報の壁、他の国々に比べて異常に高い中絶費用などの障壁があります。

一度妊娠したら産むしかない、子育ても産んだ女性のみが負担を負うという社会では、中絶を規制しても少子化対策は進むはずがなく、リプロダクティブ・ライツや女性の生き方選べが保障されている国ほど、女性の社会参加が進み、また少子化対策に効果があるとされています。産めよ、増やせよ、として中絶を規制する政策は今や時代

遅れとなり、逆効果です。むしろ、先進国では女性の人権、とりわけ女性に対する社会保障やリプロダクティブ・ヘルス／ライツを保障している国ほど、女性が希望する人数（日本では1.75人）の子どもを産むことができます。

中絶の規制は、男女の役割分担や宗教観の問題ではなく、女性の貧困や女性に対する暴力の課題であり、むしろ女性の社会参加を妨げる障壁であるという認識を共有できればと思っています。

……これらの背景……

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cでは女性が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 北京行動綱領は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）

2000年 現与党・民主党が墮胎罪の廃止を含む「避妊、不妊手術および人工妊娠中絶に関して規定し、性と生殖に関する健康を守る教育に関する法律（案）」

2009年 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、墮胎罪の見直しを明記

……政府への要望事項…… *（1）から（8）をご覧ください。

（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妊娠中絶できる運用を導入することを求めます。

（2）刑法墮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女性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、薬剤作用による中絶、吸引法による中絶の積極的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の提供（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、社会的偏見（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、同意を得ることが困難で精神的苦痛を感じる場合に、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、公的機関の発行する証明等を配偶者の同意に代えて、女性が希望する場合には人工妊娠中絶を利用できるようにすべきです。

* (2) 刑法墮胎罪の速やかな撤廃

刑法墮胎罪は、女性を差別する法律です。女性を差別する法律については、女性差別撤廃条約において廃止を求めており、とくに刑罰を伴うものに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は世論を口実にできないことが指摘されています。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るが、女性差別的法規については、世論を口実にせず、政府が女性の人権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をすることが必要です。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人々の発言力が大きいため、とくに世論の考慮が人権の保障に反することになります。

刑法墮胎罪（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

は自己墮胎罪で女性が書類送検されており、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

妊娠中絶の費用については妊娠した女性のみを負担させることは不平等であり、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についての女性のアクセスの妨害するものです。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ほぼ10数万円を公費負担していますが、各都道府県で基準が異なる上、中期中絶の費用はこれではカバーできず、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による避難中のため所持金が乏しい女性が特に中期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、刑法墮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、原則として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思24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、パートナーが女性の健康に及ぼす影響についての理解不足や誤解や、婚姻前の妊娠など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、また、現与党・民主党においても「避妊、

不妊手術および人工妊娠中絶に関して規定し、性と生殖に関する健康を守る教育に関する法律（案）」（2000）を作成する等されておりますが、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、少子化対策や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おります。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ガイドライン（<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590343.pdf>）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認可（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妨害しています。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ミフェプリストンの誤使用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てい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の軽減

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にかかることであり、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、費用の支払においては、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とスティグマ（社会的偏見）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、中絶は県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妨害しています。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社会的偏見・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。

※ なお、生殖について、および生殖過程における障害を理由とする差別や障害者に対する人権侵害や排除について、日本では未解決の課題が多いのですが、紙面の関係で、省略しました。

すページアライズ

墮胎罪撤廃署名用紙申し込みは、

FAX 047-320-3553 まで。または、下記アドレスをプリントアウトしてご利用ください。

<http://www12.ocn.ne.jp/~allies/space/dataizai-teppai-shomeiyoushi.pdf>

「すぺーすアライズ」は小さな NGO です。これまで女性の健康についての分野で活動してきました。女性の健康とは、女性の人生そのものの健康であるという認識で、日本政府も批准している「女性差別撤廃条約」の完全実施を求めています。この本では統計が利用されていますが、ひとり一人の女たちの実感する人生、自分のまごとの人生を心地よく感じられるよう、何をすべきか考えながら活動をしています。日本語版の刊行にあたり、林しんこさん、東千順さん、廣瀬麻弥さん、ジョジョ企画の皆様の応援があっただけではありません。そして、この「安全でない中絶」を手にとって日本や世界の女たちの状況を読み解く皆様に感謝します。

麻鳥澄江 鈴木ふみ