

私たちのリプロダクティブ・ライツについて考える
優生保護法は終焉したのか？
—産む・産まないを選択できる社会へ—

女性プラザ祭 2023 トークセッション報告

岡田 久美子・長島 香・加藤 喜久子・川名 早苗

北海道ジェンダー研究会

2024年10月

私たちのリプロダクティブ・ライツについて考える 優生保護法は終焉したのか？ —産む・産まないを選択できる社会へ—

女性プラザ祭 2023 トークセッション報告

岡田 久美子¹・長島 香²・加藤 喜久子³・川名 早苗⁴

- I 解題
- II 講演
- III コメント
- IV 質疑応答
- V おわりに

I 解題

北海道ジェンダー研究会は、2023年の11月10日（金：18：30～20：30）、「かでの2・7」を会場に、女性プラザ祭の催しとして、トークセッション「憲法カフェ8」を開催いたしました。参加者は、29名。本冊子は、その内容をまとめたものです。

当研究会は、2022年10月、『ジェンダーで読み解く北海道社会』（明石書店）を出版しました。9年前に出版した『北海道社会とジェンダー』（明石書店）の続編ともいえます。今回の憲法カフェの講師として、第7章で「堕胎の刑事規制と優生思想」を著した岡田久美子さんに白羽の矢が立ちました。ちょうど、「優生保護法」がらみの話題がのぼっていた時期で、タイムリーな人選であったと感じます。「困難な問題を抱える女性支援法」に焦点をあてた前年度の講師、近藤さんも同書第8章で「当事者参画によるGBV（ジェンダーバイスト・バイオレンス）根絶施策の展開—北海道モデル」を著していますが、お二人の講演内容に関わるのが次ページの注に示した「リプロダクティブ・ライツ」(*)の概念です。

岡田さんは、「優生保護法は終焉したのか？—産む・産まないを選択できる社会へ—」と題

-
1. おかだ くみこ：札幌学院大学法学部教授（II, IV）
 2. ながしま かおり：勤医協札幌病院産婦人科副科長（III, IV）
 3. かとう きくこ：北海道情報大学名誉教授（I, V）
 4. かわな さなえ：元北星学園大学非常勤講師（I, V）

する講演で、今日の日本において、産む・産まないの選択にあたり個々人の権利が脅かされ

る状況はないと言い切れるのだろうかという問いのもと、過去の時代における国家による妊娠・出産の統制の歴史を振り返り、次のような問題を提起されています。

産まない選択をするとき中絶の根拠となるのは「母体保護法」ですが、その前身は「優生保護法」でした。それがどのような法律であったのかということ、そこでは、遺伝性疾患の伝播防止という公益を名目として、国が本人の同意なく不妊手術を強制する条文が存在しました。それに依拠して不妊手術が行われました。他県に比べると、北海道はその事例数がとびぬけて高かったのです。

1996年に「優生保護法」は廃止され、強制不妊手術はなくなります。しかし、新法「母体保護法」でも、人工妊娠中絶に配偶者の同意が必要で、産む性としての女性の意思は二の次になっています。また、刑法では中絶は堕胎罪と規定されたままです。経済的理由などにより本人の健康が損なわれる場合以外は、中絶は認められません。少子化が進む今日の日本ですが、現在の法の枠組みのなかに、中絶を制限して出生数を増やす政策の余地があることはあまり知られていません。

さらに懸念されるのは、自民党が2012年の憲法改正草案において、「公益・公の秩序に反しない限りで、国民の自由及び権利を認める」と謳う条文（12条）を掲げていたことです。もし、かつての優生保護法のように、障がいがあると判断された胎児の中絶や断種を認める政策が可能となるなら、わたしたち国民の自由や権利は制限されるといえるでしょう。

このような時代状況であるからこそ、私たちが、私たちの、そして社会の、性と生殖に関する課題を考えることに意味があると考えます。

コメントくださるのは、産婦人科医である長島香さんです。医療の現場で遭遇する、問題を抱えた出産、中絶や避妊の事例を通してみえてくる性と生殖の権利とともに、ジェンダーの視点からの包括的な性教育の実践など、興味深いお話を伺えることと思います。

* 「リプロダクティブ・ライツ」（性と生殖に関する権利）とは、すべてのカップルと個人が子ども数、出産間隔、および出産時期に関して責任をもって自由に決定でき、そのための情報や手段を得ることが出来る基本的権利です。その権利には差別、強要、暴力なしに産む、産まないについて決定することも含まれています。1994年国連世界人口開発会議で提唱され、その後、1995年北京国連世界女性会議で「女性の基本的人権」として確認されました。

なお、「リプロダクティブ・ヘルス」の概念は、そのバックボーンとして、人間の生殖システム、その機能（と活動）のすべての側面において、単に疾病、障害がないというだけでなく、身体的、精神的、社会的に完全な良好な状態にあることを指しています。

II 講演

講演者：岡田 久美子（札幌学院大学法学部教授・北海道男女平等参画審議会会長）

タイトル：優生保護法は終焉したのか？ 一産む・産まないを選択できる社会へ

1. 問題提起

今日は、「優生保護法は終焉したのか」というテーマで、お話しさせていただきます。いきなりですが、よく聞く言葉、「異次元の少子化対策(*)」、それから「憲法改正」について、問題を提起したいと思います。これらをやっているのでしょうか。もちろん少子化対策は、働く親の育児休暇や柔軟な勤務形態、それから休暇取得後の職場復帰をスムーズにするとか、子育て支援をすれば、そういう形での対策であれば、どんどん進めていただきたいのですが、ただ、これがもしも仮に、社会の支援を考えるよりも、今ある法律を駆使して、とにかく産んでもらいましょう、なんていうことになったらどうでしょう。

子どもを産み育てることができないために、やむを得ず中絶をするとき、根拠となるのは「母体保護法」という法律です。その母体保護法は、一体どういう法律なのかというと、産む・産まないを決める個人やカップルの権利について定めている法律ではないのです。これは5年ほど前から悪名を知られ始めた「優生保護法」が姿を変えた法律です。この法律は、とにかく子どもを産ませるように機能するリスクをはらんでいるのです。

そして自民党の2012年の改憲草案、これがもし憲法になったら、どうでしょうか。憲法というのは国の最高法規です。国は最高法規の内容に合わせ、法律や制度をつくるのが可能になります。そうなることも危険がある。ではどういう危険があるのかを、母体保護法の前身である優生保護法の立法過程をみることで、考えていきたいと思います。

2. 優生保護法から母体保護法への変遷

母体保護法の前身は優生保護法で、1948年にできました。母体保護法になったのは1996年で、優生保護法は半世紀近く使われていた法律です。この法律は細かい言葉遣いなどの改正は20回以上ありましたが、大きな内容的な改正は2回です。成立した翌年の1949年、そしてその数年後の1952年です。1949年の改正があって、この年から20年以上にわたって全国で強制不妊の手術がかなり行われました。公式統計上は全国で年間130件から、多い年

* 岸田政権が2024年度から2026年度に「こども・子育て支援加速化プラン」の実施にあたり、2023年6月に閣議決定した「こども未来戦略方針～次元の異なる少子化対策の実現のための『こども未来戦略』の策定に向けて～」の略称。

の 1955 年には 1,260 件です。ただ、これはあくまで公式統計です。

それから 1952 年の改正があって、合法的に中絶ができる要件が非常にゆるくなりました。この年から中絶の件数が爆発的に増大して、1966 年まで年間 80 万件を超えていました。このような大きな流れが、まずあります。

(1)1948 年優生保護法

では、一つ一つを細かくみていきたいと思います。法律ができる時というのは、まず提案理由が述べられます。どのような趣旨で法律が作られようとしていたのか。国会審議要録をみると、1948 年の優生保護法の提案理由を、ある国会議員が述べています。谷口弥三郎氏という当時の参議院議員で、産婦人科の医師でした。この人がどういうことを言ったのか。この時代は敗戦後で食糧不足が深刻でした。それで人減らしをしたかったのです。人口が増えて食べていけない、この状況に対処する方法の一つとして、産児制限がある。その発言をそのまま読みます。

「これはよほど注意せんと、子供の将来を考えるような比較的優秀な階級の人々が普通産児制限を行い、無自覚者や低脳者などはこれを行わんとために、国民素質の低下すなわち民族の逆淘汰が現れてくるおそれがあります」

「先天性の遺伝病者の出生を抑制することが、国民の急速なる増加を防ぐ上からも、また民族の逆淘汰を防止する点からいっても、極めて必要であると思います」

「強制断種の制度は社会生活をする上に甚だしく不適応なもの、あるいは生きていくことが第三者からみてもまことに悲惨であると認めらる者に対して、行おうとするものであります」

「これは悪質の強度な遺伝因子を国民素質のうえに残さないようにするためにはぜひ必要であると考えます」

このように、今の国会ではとても言えないようなことを、この時代は言っていたのです。これが受け入れられていた時代です。この 1948 年に成立した法律は、優生上の見地から不良な子孫の出生を防止すること、そして母性の生命健康を保護することの二つを、目的としていました。法律の二つの柱は「優生手術」と「人工妊娠中絶」です。

「優生手術」というのは、不妊手術のことです。不妊手術は、本人と配偶者の同意だけでできる場合もありました。例えば、本人や配偶者に遺伝性の身体疾患がある場合、あるいは妊娠分娩が母体の生命に危険を及ぼす場合です。これらの場合は同意だけでできたのですが、ただ一定の疾患にかかっている人に対して、遺伝を防止するために不妊手術をすることが公益上必要なときは、都道府県の優生保護審査会が審査して優生手術の適否を判断し、「適」と

の判断が出たら、これは強制的に実施する。一定の疾患というのは、一覧表に掲げられていて、遺伝性の精神病や遺伝性の精神薄弱等の項目があって、その下にさらに病名が書かれている。そのなかには例えば、躁鬱（そううつ）や癲癇（てんかん）、血友病、あるいは顕著な犯罪傾向など、そういうものも書かれていました。

そして、もう一つの柱である「人工妊娠中絶」は、胎児が母体の外で生きていけない時期に、人工的に胎児とその付属物を排出することを言います。これも、任意でできる場合と審査による場合が、当時はありました。審査による場合というのは、やはり遺伝性精神病、遺伝性精神薄弱など一覧表にある項目にあてはまる場合です。なかには事実上の強姦など、性的暴行によって妊娠した場合も入っていました。

このように、不妊手術にしても、中絶にしても審査制というのがありまして、審査を請求するのは誰かという医師です。優生保護法審査会というのは、三種類ありました。全国と都道府県と地区の審査会です。都道府県の審査会が優生手術を審査する。そして、地区の審査会が中絶を審査する。全国的な中央審査会もあったのですが、これは不妊手術の審査に対して不服申し立てが生じたときに、再審査をします。この中央優生保護審査会は、ほとんど活動はなかったようです。つまり、優生手術に対する不服は上がってこなかった、ということのようです。

(2)法改正と時代の趨勢

この1948年に成立した優生保護法は、翌年すぐに改正されます。それというのも、優生保護法はできたけれども、まだまだ中絶してもらう必要がある。経済的理由からの中絶を認めよとの要求がとても強い。谷口議員は、これに応えることが、「急激なる人口の増加を抑制するために必要である」と改正提案の理由を述べました。また審査による強制的な不妊手術について、医者は申請することができるという条文だったのですが、いやいや、申請しなければならぬと義務づけよう。公益上不妊手術が必要であれば、医者が申請をする義務がある、ということになりました。

それで成立した内容はというと、「不妊手術をすることが公益上必要なとき、医者は優生保護審査会に手術の適否に関する審査を申請しなければならない」というものです。中絶については、審査制の中絶のなかに経済的理由での中絶を認める条文もできました。これによって中絶の件数は前年より倍増し、50万件くらいになりました。ただ、まだ違法な闇中絶も同じくらいの件数がありました。そこでまたすぐ3年後に法改正をしました

1952年改正の時も、谷口議員が提案理由を言いました。「闇の手術は、拙劣な技術によりますところの中絶手術の結果母体の健康を害します」。闇の中絶は、「優生保護法の要求する

手続があまりにも煩雑に過ぎるということも大きな理由の一つ」なのだから、手続きを簡単にしましょう、ということで、中絶については審査制を廃止しました。そして中絶件数が爆発的に増えたのが、この年からです。合法的な中絶件数が増えたのと反比例するかのようになり、刑法にある墮胎の罪で検挙される人がほぼいなくなる。検挙された人が必ずしも有罪になるわけではないのですが、その検挙される人がそれまで全国で3桁だったのが、2桁になり、1桁になって、やがて検挙もされない時代になっていきました。

この時代のことを分析した識者によると、この当時は国が国民の質を管理する、そして政策的に介入することに否定がなかった時代である。そして避妊と中絶を明確には区別しておらず、中絶は手っ取り早い産児制限手段であった時代です。優生保護法は指定医師、これは産婦人科の医者ですが、産婦人科の医者に独占的な中絶の実行権を与えて、医師会に医師を指定する権限を与える。これでもう産婦人科の団体は、特権化します。谷口氏は産婦人科のなかでは、英雄的な存在だったのですね。自分たちの利益を高めるためにまず中絶を合法化し、そして自由化する。そして自分たちだけが手術をできるので、産婦人科の医者にすると、とても儲かる。専門家集団の利益と国益が一致していた、そういう時代です。

このあと 1996 年までは内容的な改正はないのですが、その間に起きた変化があります。まず、未熟児医療が進歩したので、1950 年代には合法的に中絶できる時期、胎児が母体外で生命を保続できない時期が 8 月（はちげつ）未満だったのですが、1991 年には 22 週未満になりました。

その他に 1970 年代には、改正の提案が出され、廃案になっています。この時、中絶を合法的にできる条件を適応事由といいます。適応事由のなかから「経済的理由」という言葉を削るべきだという声が国民からあがってきました。それと同時に、胎児に障がいがある場合に中絶を認める「胎児条項」を入れるべきだという声もあがってきました。「経済的理由」を削除するべきだというのは、女性団体の反対、そして「胎児条項」を追加するという声については、障がい者の団体からの反対が多くて、それで結局、改正案は廃案になったのです。

「胎児条項」を設けろという声が上がったのは、なぜか。胎児の状態がどうであるかを合法的な中絶要件に加えることを検討するべきだと、医師会から主張が出てきたことが、一つにあります。もう一つの背景として、全国で不幸な子どもの生まれない施策・運動（遺伝性精神病や障がいがある子どもが生まれないようにする優生政策の実施）というのが展開されました。その運動をみると、障がいをもっている人、精神的疾患をもっている人は社会のなかで危険であるという認識がみられるのです。1960 年代の国会議員の発言のなかにも、そういった発言がみられます。例えば、精神薄弱者が野放しにされている、これを放っておけば犯罪がおき、社会不安がおきるというような発言もみられました。

(3)母体保護法

さて、そういう時代ではあったのですが、これが 1990 年代になると国が国民の生命や自己決定に介入することは批判されるようになってきます。国民からの声もあがってきましたが、国際会議からも注目されて日本はこんなことをやっているのか、とみられる。日本は、外圧に弱いですね。それで 1996 年に「母体保護法」になりました。

提案理由ですが、このときの提案はもう谷口氏ではなく、別の国会議員です。提案理由は、優生保護法の目的、そのほか様々な規定のうち、不良な子孫の出生を防止するという、優生思想にもとづく部分が障がい者に対する差別となる、というもの。そして改正内容はまず、名称が「母体保護法」になりました。法律の目的のうち、不良な子孫の出生を防止するという部分が削除されて、法律の目的は「母性の生命健康を保護すること」になりました。「優生手術」という言葉もなくなり、「不妊手術」といわれるようになりました。遺伝性の疾患を防止するための手術、それから本人の同意を得ない手術の規定は削除。中絶についてもやはり、遺伝性の疾患などを防止するための中絶に関する規定を削除しました。

この母体保護法になったことによって、中絶の適応事由は二つです。一つは、妊娠の継続または分娩が身体的または経済的理由により、母体の健康を著しく害するおそれがあるとき。もう一つは、性的な暴行によって妊娠したときです。この二つのどちらかに該当するときに、指定医師が本人と配偶者の同意を得て、中絶の手術をすることになる。

以上が、優生保護法が成立してから今の母体保護法になるまでの流れです。ではこの流れをみたうえて、一体どういう問題があるのか考えます。まず、立法の過程をみると優生保護法・母体保護法というのは、妊娠出産について定めている法律なのに、胎児の生命をどう考えるのかが、まったく議論されていません。母体の健康を害するかどうかはちらっと触れられたことはありますが、胎児の生命についてはまったく議論されていない。それから母体保護法が変わるときにも優生保護法の何が問題だったのかを総括していないのですね。障がい者に対する謝罪もありませんでした。

そして内容に関する問題はまず、法律の名称・目的と内容が食い違っていることです。母体保護法という名称は母の体を守る法律、でも不妊手術や中絶をする女性というのは、母になるのを避けようとしている人ですよね。それなのに、母の体を守る法律という名称になっているし、それに不妊手術を受けるのは、女性だけとは限りません。それでも母体保護法です。

それから、いつまで中絶が可能かという母体外で胎児が生命を保続できない時期は 22 週未満となっています。これは法律に 22 週と数字がでているわけではなく、厚生労働省の通知で来ているのですが、その 22 週未満というのが、果たして合法的に胎児を中絶できる期

間として妥当なのかどうかという点も、疑問です。

さらに最大の問題が、配偶者の同意がなければ中絶ができない点です。女性の意思に優越する判断権を配偶者に与えている、配偶者が同意しないと中絶をしたくても断られるのですね。配偶者がいない場合とか、性暴力被害者の場合は、同意は不要とされてはいますが、そうではない場合、恋人と気軽に性的行為をして妊娠しました、恋人がその子の親だとわかっているのに同意はない、となると中絶手術を嫌がる医師が現にいるのです。中絶を断られて、どうしようもなく産まざるを得なくなって、産んだけれども、トイレで出産し、その後すぐに死なせてしまった、殺してしまった、そのまま放置したというケースが時々報道されます。中絶手術を嫌がる医師からすると、相手の同意をとっておかないと訴えられる危険があるので、怖くて仕方がない、ということもあるのでしょう。ただ、産むことができない、産まないと決めたのにそれがかなわず、産み落として育てられず死なせてしまった女性、支援を受けられなかった女性が、犯罪者として処罰されるという矛盾が出てきています。産まないという判断が実現できないことから生じる問題です。

3. 北海道優生保護審査会と強制不妊手術

ここで、優生保護法時代の強制不妊手術について、北海道は全国一の強制不妊手術数だと報道されましたが、その実態を少し紹介したいと思います。公式統計上の手術数と最近になって発見された北海道優生保護審査会作成の冊子（北海道衛生部・北海道優生保護審査会1956『優生手術（強制）千件突破を顧みて』）に載っていた数の乖離です。この冊子は、おそらく全国に配られているのですね。公式統計の実施数よりも、この審査会が手術してよい、審査「適」と判断した数のほうが、現実の実施数に近いと思います。ところどころ公式統計の方が、数が多いこともありますが、大体は審査会の冊子の数の方が多くなっています。1953年度の228件、1954年度の314件などは、公式統計の7～8倍くらいの数になっています。

今から2年ほど前に私は、北海道の公文書開示制度を使って、公文書を開示してもらいました。古い資料なので、部分的に残っていただけですが、それでも1962年度から5年分についてはかなりまとまった資料が残っていました。それをみると、審査「適」の数は公式統計上の手術数よりもはるかに多くなっています。この時期は、完全な強制手術もあれば、保護者の同意がある場合もあって、どちらも審査会は審査をしていましたが、完全な強制の場合のほうが、圧倒的に多いです。1962年度から1966年度まで、優生保護審査会が5年間で28回ありました。この審査で「適」と判断された770人が、この5年間に北海道で子どもを産み育てる自由を奪われた人たちの数になると思われます。

では、北海道の優先保護審査会はどういう人がメンバーになっていて、不妊手術「適」と

判断していたのでしょうか。都道府県の優生保護審査会は 10 名以内で構成されます。これは、法律上決まっていた。開示された公文書からすると、北海道の衛生部長が常に審査委員長になっていて、医師が 4 名程度、そのうち半分は精神科医です。それから家庭裁判所の裁判官、そのほかに人は時々変わりますが北海道の教育委員や調停委員、矯正管区の部長、民生委員婦人部長、検事、こういった肩書をもつ当時の知識人たちが、審査会のメンバーになっていました。これをみても、障がい者は治安上危険だと位置づけられていたのかなという気がします。矯正管区というのは、日本をブロック分けしてその各ブロックの刑事施設（刑務所・少年刑務所・拘置所）を事務統括する組織ですので、そこで仕事をしている人などが審査委員になっています。

そして先ほどの北海道優生保護審査会が作った冊子を見ると、優生手術（強制）の件数がいかに多いかを誇っているのです。もう群を抜いて全国一位であると。これは対象者が多いというより、審査を申請する医者や審査委員が積極的になっているからだ。精神科医が特に積極的に協力していることを誇らしげに書いてあって、これを全国の優生保護法審査会等に配布していたと思われます。

このように、精神科医が不妊手術の審査を申請していました。北海道では北海道大学の精神医学教室がすごく力をもっていたのです。開示された公文書を見ると、ほんの 20 年間しかわかりませんが、この 20 年間だけでも北海道大学の精神医学教室出身の精神科医が 6 名ほど入れ替わり審査委員になっていました。当時、北海道大学の精神科の教室にいた野田正彰氏によると、北海道の衛生部の精神科行政は北海道大学の医師が指導をしていた。北海道内の地方の精神科医が積極的に手術を申請し、そして道内中心の 2 名以上の精神科医がいる審査会で審査をしていたということになります。その時代の知識人が公益上必要な手術を審査していた、そういう時代です。

中絶のほうの審査はどうだったのか、ということも調べたかったのですが、妊娠中絶の審査制は戦後の 3 年間くらいしかなくて、かなり古い時代なので資料がほとんど残っていませんでした。開示された公文書を見てもあまりよくわからない。ただ、その当時 40 くらいの保健所が北海道内にあって、その保健所があるところに地区の審査会が設けられていて、5 名以内の審査員で中絶の審査をしていました。

4. 人工妊娠中絶と墮胎罪

では、今、中絶はどのくらいあるかをみていきましょう。出生数が 2021 年のデータだと 81 万人です。そして中絶件数が 12 万件となっています。この中絶が、二つの中絶適応事由、つまり合法的に中絶できる条件を満たさなければ、犯罪になるはずなのだということを、今

の若い人の多くは知りません。「墮胎罪などあるのですか」、と言います。でも実は刑法には墮胎罪があります。

刑法の規定をみると五つの条文があって、212条、213条、214条は、妊娠している女性が墮胎に同意している場合の中絶を犯罪としています。この三つを問題にしたいと思います。215条と216条は女性が同意していないのに、他人が毒を飲ませるなどして墮胎させた場合なので、これについては犯罪とすることに問題はないでしょう。女性が同意をしている場合、自分で墮胎する、あるいは医者を含めて他人にしてもらい、そういう場合に犯罪なのかどうかを考えなければなりません。

刑法の何々罪というときには必ず、その何々罪という規定を設けて、それを設けることで何かを守ろうとしています。各罪には、守ろうとしている利益、「保護法益」というものがあります。自分で墮胎する罪は、胎児の生命を守ろうとしている、胎児の生命を傷つけてはいけないのだということを言っている。そして他の人に墮胎をしてもらい場合には、胎児の生命、それから女性の生命や身体が脅かされる場合もある。だから、これらも刑法の規定によって守ろうとしている利益だといわれます。こういうことが必ず刑法の教科書に書かれています。昔の教科書を見ると、いやいや、墮胎罪の保護法益は副次的にはあるが国の利益だとか、性風俗頹廢の防止などもあるとされていました。

この墮胎が、母体保護法の中絶適応事由の条文に該当するならば、合法的にできる。妊娠の継続・分娩が身体的また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とき、それから性的暴行によって妊娠をしたとき。それでほとんどの場合は、妊娠・分娩が経済的理由からできないということで、この「経済的理由」に該当するものとして、中絶しているのです。今、女性が同意している場合の墮胎の罪が適用されることは、ほとんどないです。この30年以上、ずっと0件です。そこでもうこの墮胎の罪というのは空文化しているのではないと言われるのですが、果たしてそうなのか考えてみたいと思います。

刑法の墮胎罪と母体保護法・優生保護法は裏表の関係ですね。母体保護法の要件を満たせば犯罪は成立しない、この要件を満たさなければ犯罪になるわけです。では、優生保護法の立法過程をみてきたので、それを念頭に、墮胎罪が刑法になぜ置かれているのかを考えてみましょう。優生保護法の立法過程を見ると、実は墮胎罪規定が守りたいのは、古い時代の教科書に副次的利益として挙げられていた人口操作をする国の利益、こちらが本音ではないかという気がするのです。というのは、人が多くて困る、食いぶちを減らしたいという時代には、優生保護法上の中絶の要件は緩められました。経済的理由を中絶の合法的要件に加えたり、審査制を廃止したりして、どんどん、どんどん中絶をしてもらおうという風にしたのです。これって、人口操作ですよ。もし、これが今活用されたらどういうことになるのか、

使い次第では人口を増やしたいときに、増やすことも可能になります。経済的理由により母体の健康を著しく害するおそれについて、本当に厳格に考えれば、該当するものはかなり減るのですね。今 12 万件の中絶が行われていますが、そのうち 10 万人くらいは、処罰されたくなければ産まなければならない、ということになります。人口を増大させる火急の必要性が生じて、もし、この母体保護法が厳格に運用されたら、悪用されたら、こういうこともできてしまう。

5. 近年の議論

さらに最近の犯罪学の議論をちょっと紹介したいと思います。かつて優生保護法の時代に、優生手術をしていいと判断したのは時代の知識人たちでした。さて、時代の流れ、風潮というのはその時々で変わりますよね。今は、どういう議論がでてきているのかというと、これはアメリカの大学の研究者で、神経犯罪学を確立したといわれているエイドリアン・レイン (Adrian Raine) という学者の議論です。この人は 30 年以上、犯罪者の脳を研究していました。脳の一定の領域が機能をはたしていない場合、攻撃性とどのような関係があるのかをずっと研究したのですね。サイコパスという言葉聞いたことがあると思いますが、他人の痛みを感じない、自分もあまり痛みを感じないのですが、そういう人が全人口の 1% いるだろうと。ところが刑務所には 20% いるのだと。これは脳の構造によっていて、生得的な影響が大きい、犯罪というのは脳の神経発生的な異常の産物であるというのですね。その後、犯罪に走るかどうかは環境の影響も強いが、ただ最新の科学に基づいて計算するのであれば、ある人から生まれ育った人間が、暴力的な危険性をもつ犯罪者になるような可能性を、かなりの確率で計算できる。脳の構造とその人の環境、親がどういう人かなどをみて、かなりの確率で計算することができるのだと言っています。そして、暴力というのは公衆衛生の問題なのだから、介入して予防をすることがとても大事だと言うのですね。この議論は、日本でも紹介されるようになってきています。

さて、それではここで、冒頭で挙げた 2012 年の自民党の改憲草案を見てみましょう。憲法改正案のなかには「国民に保障する自由及び権利は…濫用してはならず、責任及び義務が伴うことを自覚し、常に公益及び公の秩序に反してはならない」という条文があります。これを見て明らかなのは、公益、公の秩序というのはとても大事で、人の自由や権利ももちろん大事なのですが、それに優先するという条文ですよ。社会が安全である、暴力犯罪を抑止するのは、これは公の利益、公益になるでしょう。そして、子どもを産み育てるというのは人の自由・権利です。この犯罪の抑止、社会防衛と子どもを産み育てる自由、これらを比べたときには社会防衛のほうが重んじられる、これを理由にして人の人権、権利が制約でき

てしまう、ということになります。

もし、今後、暴力犯罪を抑止しよう、危険人物からの社会防衛がすごく大事だという気運が社会のなかで現われたならば、そういう強い国家的な要請が現れたならば、脳の構造からして、暴力犯罪者になるであろう胎児を中絶することはいいではないか、という話になりかねないですよ。中絶適応事由の一つに、「公益のため必要と思料されるとき」を設けることが、もし憲法改正案がそのまま最高法規である憲法になったならば、認められることになります。例えば、胎児が一定の身体的特徴をもっていると認められるときには、中絶が公益のため必要だと思料される、と言えることになります。

6. まとめ

これまで見てきたことを、まとめてみましょう。もしも、少子化対策のために母体保護法を厳格に運用したならば、どうなるか。今行われている中絶のほとんどは、妊娠・分娩が経済的理由によって母体の健康を著しく害するときに該当するから、合法なのだとされています。では、この経済的理由により、母体の健康を著しく害するというのは、どういうときなのかというと、その基準を厚生労働省の通知が示しています。

この経済的理由というのは、今まさに生活保護を受けている人が妊娠した、あるいは妊娠・分娩によって生活が今後著しく困窮し、生活保護の適用を受けるに至るような場合だとされます。もしそれを厳格に運用したならば、その基準を満たさない人が中絶をしたとき、どんどん、どんどん墮胎罪で処罰をする、処罰されたくなければ産んでください、ということになります。10万人以上、子どもが増えます。

そして、憲法が自民党の案通りに改正されたならば、公益・公の秩序に反しない限りで、人の自由・権利が認められる。逆に言うと、公益・公の秩序のためには人の自由・権利は制約されるわけですから、「公益のため必要と思料されるとき」には、中絶が可能になる。胎児が一定の身体的特徴をもっている、暴力犯罪者になるような高度の可能性が判明すれば、これはどんどん公益のために中絶をしていいということにもなりかねない。これって、まるっきり優生保護法のとおりと同じですよ。危ない子どもは生まれなくて良いと。今、法律を駆使したり、憲法を改正したりすると、こういうことも場合によってはできてしまうのです。

ですから、「人の自由・権利」が「公益・公の秩序」のために制約されないよう、人が自分の人生を自分で決める、これは当たり前に見えることかもしれませんが、「自分の人生を自分で決める」ことを確保する、これが必要であろうと思います。具体的には、リプロダクティブ・ライツ（性と生殖に関する意思決定の権利）を確立する。優生保護法が母体保護法に変わるときに、なんの総括もありませんでした。まだ強制不妊手術の裁判も、全国で継続して

います。その優生保護法の総括をおこなって、リプロダクティブ・ライツをきちんと掲げた新しい法律を作ることが必要でしょう。

それと同時に、女性の意思にもとづく中絶を犯罪として処罰するような規定、これは削除する必要があります。母体保護法と墮胎罪がセットで存在すれば、人口が増大してほしいという国の要請が生まれたとき、中絶する女性に刑罰を科して、産ませることも可能になる。個人の生殖を国がコントロールする、かつての時代のようなことが起きないようにするために、このリプロダクティブ・ライツを確立する法律と墮胎罪の削除、これを同時にすることが必要です。

リプロダクティブ・ライツというのは何か。性と生殖に関する意思決定の権利なのですが、具体的には妊娠・出産する、しないを自分で決める。出産するのであれば、いつ、何人の子をどういう間隔で産むかを決めることができる。そしてそれを実行するための情報と手段も獲得する、それから性と生殖をめぐる健康を得る、以上が含まれます。

このリプロダクティブ・ライツを、新しい法律によって、きちんと掲げてほしいのです。そしてこの権利を行使するためには、性教育を充実させること、女性がコントロールできる避妊手段を確保すること、安全な中絶法を導入すること、これらが課題としてあげられると思います。これらについては、このあとに長島先生が詳しくお話をしてくださると思いますので、私の話はここで終わりたいと思います。ありがとうございました。

Ⅲ コメント

コメンテーター：長島 香（勤医協札幌病院産婦人科副科長）

タイトル：「医療現場で考える、性と生殖の権利」

私は勤医協札幌病院の産婦人科医です。今日は「医療現場で考える、性と生殖の権利」、このタイトルでお話をします。

1. 妊娠する性 VS 妊娠させる性

社会は暴力に満ちています。戦争という国と国の間だけの暴力ではなく、付き合っている人たち、夫婦間もこのような力関係になり、女性が妊娠について自己決定できない状態にあるということは稀ではありません。産婦人科は性暴力に最初に気が付く診療科です。相手への支配を確認する性行為が行われた結果、頻回に妊娠したり性行為感染症が繰り返されたりすることがあります。例えば、妊娠のスクリーニングで性感染症が見つかったとき、パートナーに感染症の検査を受けてもらうことを「怖くて言えません」と、そのような会話があったときは、これはDV（ドメスティックバイオレンス）だなとわかります。

2. 産む性が政治に利用されてきた

これはさきほど岡田先生がお話をされましたので、繰り返す必要はないと思いますが、産む性は政治に利用されています。もし、少子化対策ということで中絶を禁止、墮胎罪にするとすれば政治利用ですね。非婚、高齢出産が増えて人口減少になると、「女性手帳」(*)というのが10年前に発行されたのですが、あっというまに炎上しました。

やはりこういう庶民のみなさんの感覚が正しいのだと思います。結婚したら3人以上、産みましようと言われても困る。産みたくてもこの状況では産めないでしょう。本当に政治家は何をみているのだろうと思います。「女性は産む機械」だとか、「LGBTは生産性がない」とか、そういう発言を次々と政治家がして、私は誰がその政治家を当選させているのだと、いつも怒っています。

* 2013年5月、内閣府より少子化対策として、「生命（いのち）と女性の手帳」（略称「女性手帳」）を若い女性に配布することが提案されたが、その後物議をうけ配布は見送られた。

<https://japanknowledge.com/articles/kotobajapan/entry.html?entryid=2367>

3. リプロダクティブ・ヘルスに中絶は必要

リプロダクティブ・ヘルスにおいて、中絶は必要です。私は産むということも支援をしますが中絶をするということも支援します。絶対に必要です。避妊の失敗、テクニカルエラーがいっぱいあります。夫婦間で避妊をしても、コンドームが外れたり破れたりなど、ちょっとしたエラーはあります。避妊の知識がない、あったとしても実行できなかった。性暴力での妊娠もあります。いろいろな場面で起こります。私自身が経験した中絶理由は100%「経済的理由」です。でも、経済的理由には色々な状況が含まれます。ドクターや弁護士だって、中絶をしたい。お金がないわけではないですよ。目の前の仕事や、やりたいこと、やらないといけないことがたくさんあるから、子どもを産んでいる場合ではない、育てている場合ではないということもあります。

4. 事例Sさん

中絶可能な時期は限られています。妊娠に気が付かない、気が付いても親に相談しづらい思春期は、一般的に妊娠の診断が遅れます。事例Sさんですが、よくあるパターンです。高校一年生で同級生との性行為が1回あった。その後、無月経となったが親に相談できずにいた。自分としては月経も来ないし、妊娠しているだろうとわかってはいたけれど、高校生が妊婦になることは、想定されないので相談できなかった。お腹が大きくなったことに気が付いた母親が「変ではないか」と本人に聞いたら、「こんなことがあった」と。それで病院にきました。胎児の大きさから妊娠24週と推定されました。

母体保護法によって、中絶可能な時期は妊娠21週6日までです。この診断をどうするかですが、胎児の頭の横幅を測り妊娠歴計算機をおすと、何週何日とわかります。

高校生が妊娠すると先生はこんなことを言います、「もしあなたが廊下を歩いていて、誰かがあなたにぶつかって早産でもしたら危ない、だから妊娠中は学校に来ないように」と。まあ、暗に休学、退学を勧めるわけですね。そう言われたので退学をしました、こういうのが一般的です。子どもを増やしたいのなら、妊娠した高校生が希望すれば学業も子育ても一緒にできる、そんな風に支援すればいいのです。日本においてはできていません。

5. 性教育スライド1：自身にあった避妊法

私は性教育に行っています。その中で避妊方法を話します。スライドにIUS、IUDとあります。どちらも子宮腔内に挿入する避妊器具です。IUSというのは、器具に黄体ホルモンが添加されています。これは5年間黄体ホルモンを放出します。絶対に妊娠を望まない、してほしくない、そういう人にはこれを一番勧めています。5年間効果を発揮するので、定期受

診が不要です。挿入費用は月経痛治療と言う病名がつけば約1万円です。1万円で5年間、年間2千円です。(笑)

ところが、ピルの薬料金は一般に1か月分で2千円です。年間で考えると2万4千円、私、コストは大事だと思っています。それにピルは3か月に一度、受診をしなければなりません。また毎日、できるだけ決まった時間に飲まないといけません。ピルは難しいなという人はIUSを勧めます。異物を身体の中に入れてたくないという感覚のある人は不向きです。避妊手術は永久的なものですから、手術後に妊娠したいと思ったら、体外受精が必要です。それからコンドームは男性依存性の方法ですが、男性がつけない、嫌だと言ったら避妊はできなくなるので、曖昧な方法です。でも感染症の予防ができるのでIUSやピルと併用するダブルブロックを勧めています。

6. 性教育スライド2：アフターピル

もう一つ、緊急避妊薬、アフターピルについて話します。避妊に失敗したと思ったときに、性行為から72時間以内に服用します。今のところ、これも診察をしてから処方するということが必要です。産婦人科診療の医療機関が遠いとか、中学生や高校生が子どもだけで受診することが困難であることなどがあってハードルは高いです。今はドラッグストアで受診なしに購入できる試験運用段階です。先進国の中では珍しいほど、誰でも簡単にアフターピルを手に入れることができない状況です。

7. 性教育スライド3：妊娠は選んで

妊娠は選んで、私はこれをすごく強調して言っています。セックスはイコール妊娠、ではないよね。あなたとパートナーは避妊について相談していますか？相談できる関係ですか？SNSで知り合った人、名前も知らず会ってすぐセックスまでということもあります。それで妊娠することもあります。相談できない関係であれば、望まない妊娠をするかもしれないです。

8. 性教育スライド4：人と人の関係

小学生への性教育でこのスライドを出してこんな話をしました。人と人の関係、今日ここにいるみんな、みんなが違う人です。そしてみんなが同じです。何が同じなの？みんなが人として大切にされないといけない存在である。それは同じなのですよ。

9. 性教育スライド5：男らしさ・女らしさ

ジェンダーについても必ず話します。このスライドのイラストをぱっと見ても、男の子と女の子でジェンダーバイアスがでていますね。男の子は正面を向いて力強い。女の子はやや斜め、にっこり、相手に嫌な感情を出さない。男の子は青い服、女の子はピンク。まだまだ日本は男らしさ、女らしさへのこだわりが強いのだと思います。小学生に話をした時、男の子に男らしさで辛かったことはなかったかと聞くと、「男だから泣くなと言われてつらかった」と二人の子どもたちが話していました。その二人は兄弟でした。「誰がそう言ったの？」と聞いたら、「おじいちゃん」だと。より年齢の高い人、戦争に近かった方達で男らしさ、女らしさという概念が強くなるのかなと思います。男らしさは、泣かない、勇気がある、力が強い、負けない、これでいくと戦争、兵士です。それを支えるのが女の子、でもそんなことはないよねって。性別による決めつけはその人らしさを奪う。自分らしく生きるのが誰にとっても心地いいよね。このあとに私はLGBTの話もしています。

「包括的性教育」といいますが、人権を主体に話をしていくことが大事なのかなと思うし、子どもたちが一番よくアンケートに書いてくれるのが、DVについての感想です。DVは嫌だ。自分の親はどうみてもDVだと思うけれど、自分はそんな関係にはなりたくない。私はここに未来への希望を感じます。

10. 避妊を勧めるケース1：産むだけで育てない人

では、臨床の話に戻ります。産んだ後に育てるのが困難な人がいます。特に私の勤務する病院には多いです。まず経済困窮があります。生活保護を受けている方、国民保険や社会保険に加入していないので分娩費用の約45万円は払えないので、入院助産制度を利用します。本人の費用負担は出産証明書料金のみです。経済困窮の他に精神疾患、支援者不在などいろいろなリスクをもっている人がいます。妊娠初期には妊娠したことを喜んでいるが途中で妊娠に飽きてしまって、もうやめたい、お腹開けて赤ちゃんを出してという人がいました。産んだ後、様子を見てみると産後5日間の間に全く赤ちゃんに興味もないし、母乳もあげようとしない。このまま退院したらこの子どもは死んでしまう。児童相談所に連絡をします。それから帝王切開が予定されている人でまた妊娠育児をすることは大変ではないかというとき、もちろん強制はできませんが、卵管結紮（らんかんけっさつ）という方法がある、そうするとあなたはもう避妊を考えなくていいですよと話します。

あと、産後に前述した黄体ホルモン添加デバイスの挿入を勧めています。これのいいところは月経困難症、過多月経、子宮内膜症の治療としても使えることです。生活保護の人は本人の医療費用負担がないのです。デバイス挿入は子宮に妊娠する、しないのスイッチをつけるということです。ピルを望む人もいますが、通院が中断されて結局は妊娠してしまうこと

があるので、まずはデバイス挿入を勧めます。

11. 避妊を勧めるケース2：産むたびに生活困窮

産むたびに生活が困窮する人がいます。前回産んだから今回は中絶しようかな、前回中絶したから今回は産もうかなって。本当にこの人は自分の意思で産んでいるのだろうかと思うことがあります。経済困窮していて、衛生・食事が十分ではない場合、例えば産んだ子どもが十分なミルクや食事を与えられなくて、体重が増えてこない。栄養失調のために入院です。給食はよく食べる。そして体重が戻ったら退院ですが、また増えない。そんな現実があります。

それから上の子が学校を休んで家事と下の子の面倒をみる、ヤングケアラーもよくあります。「産み育てる権利」ということには「育てる義務、責任」が伴っていると思います。産むたびに困窮していると考える方には避妊を勧めることも大事な医療と思っています。でもこんなことがありました、7人子どもを産んでいるから、そろそろあなたは避妊をしてはどうですかと話したら、私たちは子どもが欲しくて産んでいる、失礼だと苦情の手紙が来ました。そう言われたらもうこちらは引きます。いろいろな考え方があって、強制はできないけれど健康ではないのではないかというときには私たちは避妊を勧めています。

12. 医療者のぼやき

親になるのに免許証が必要じゃない？そう思うことがあります。例えばこんな例、妊娠した女性は育児ネグレクトの家庭で育った、そして、親子の縁は切れている。妊娠させた相手とも別れて仕事がなく、友人の家を転々としています。ホームレス妊婦です。でも産むということにすごく期待をしています。自分は幸せな家庭で育たなかったので、母親になって子どもを大事に育てたいという気持ちは強い。まず住む家を決めましょうから始まります。ソーシャルワーカーが介入して住居を定めます。住居がないと生活保護も受けられません。生活保護制度を利用して生活の基盤を作ってから、赤ちゃんを育てましょうと話します。

訪問看護と聞くと、高齢者へのケアだけだと思われがちですが、最近はどういったいろいろなリスクをもって産み、子育てが大変だなという人のところに行ってくれる訪問看護師が現れました。この人たちがすごくよくて、妊娠中からそれぞれの家庭に行って、ゴミ屋敷状態を片づけたり、産まれた後は一緒にご飯を作ったりすることもやってくれます。その方から聞いた話です。人参の皮を剥ぎましようと言ったらこの女性が「どうやって剥ぐの？見たことがない」って。そのことから、この人がどんな家庭で育ってきたかわかるかなと思います。そういうことにも寄り添って、「こうやって切ってね、炒めてね」と教える赤ちゃんまで

きるようになる。洗濯物を干すのを見たらカーテンレールに干していたと。「いや、干せるけれど、こうやって干すのよ」というと、「ああそうか」となるそうです。ぼやく前に私たちが家庭で当たり前のように教えられ、与えられてきたことがない人がいるということを想像することだなと思いました。

13. 同意のない避妊手術をしたことがありますか？

旧優生保護法の話に戻ります。15年くらい先輩のドクターに聞いたことがあります。「先生、本人の同意のない避妊手術をしたことがありますか？」と。「あの例はそれに当たるかなと思う」と言われたので聞いてみると、「知的障害のある女性の母親に手術を依頼された。お母さんから娘が誰に妊娠させられるか、妊娠に気が付くかわからないので、育てられない子どもを産んでほしくないからと頼まれたのだ」と。私が今、同じことを依頼されたらどうするでしょうか。麻酔をかけて子宮腔内に避妊デバイスを入れて、5年たったら入れ替える。閉経までの50歳まで入れ替えるということはできるかもしれません。優生保護法は人権侵害ですが、個々にいろいろな事情はあるのかなと思います。女性の意思が一番です。意思が確認できない時にはキーパーソンの意見を聞いて、体への負担が少ない方法や医療を考えることが大事かと思いました。

14. リプロダクティブ・ヘルスに必要なこと：ジェンダー平等

最後ですが、岡田先生、私のスライドを見ましたかと思うくらいほとんど一緒です。(笑)ですので、私は感動しました。リプロダクティブ・ヘルスに必要なのは、みなさんがされているようにジェンダー平等、これはみんな幸せになる方法ですから。働きかけですね。それと性教育、感性のやわらかい子どもたちに働きかけたいと思います。そして避妊や中絶へのアクセスへの簡便化ですね。私は中絶の配偶者同意規定は問題だと思います。実際、私の病院にはDVなどで夫の中絶同意が得られない人が他の病院で手術を断られて来院します。それで、カルテに夫婦間でこういうやりとりがあったと記載して中絶を行います。後から夫が訴え出てくるということがあるかもしれないけれど、女性が産みたくないということを守ろうと思ってやっています。そんな勤医協札幌病院です。以上です、終わります。最後に病院の宣伝のようになりましたが、そういうつもりではないです。(笑) (拍手)

IV 質疑応答

質問1：厚生省からの通知により人工妊娠中絶の経済的適用理由が生活保護を受けるレベルとされているのにも関わらず、現在適用が曖昧になっているのはなぜですか。

岡田：通知のなかで基準は示されていますが、実際に医師の目の前にきて「とても大変で育てられないのです」と言う人がいれば、それが中絶可能な期間であれば、それは実際に目の前にそういう人が現れた医師が手術に踏み切るとのことだと思います。

質問2：個人の自由や人権に対する意識は高まっていると思うのですが、現実問題として、今後、国家が母体保護法や刑法を厳格運用する可能性があるとするれば、何が起こったときだとお考えですか。

岡田：戦争に向かう風潮が表れたときだと思います。

質問3：中絶の配偶者同意規定の廃止に賛成いたします。ところで母体保護法を立法する際に、どうしてこの同意規定が盛り込まれたのでしょうか。それとの関係で自民党改憲案の家族は社会の自然、かつ基礎的の云々、24条のほうも問題だと思いますがいかがですか。

岡田：同意規定があったのは、優生保護法の1948年の時点からですので、その時代としては抵抗なく受け入れられたのだと思います。そして、1996年の母体保護法改正のときには障がい者差別となる部分のみ削除するということでしたので、その点の議論はありませんでした。今日は憲法改正草案の12条のみにふれましたが、24条も家族を非常に持ち上げる規定で、これもまた問題のある規定だと思っています。

質問4：性風俗で働いている人が、客に妊娠をさせられ出産し、子どもを遺棄したニュースがありました。報道では発達障がいとの関連として報じられていましたが、セックスワークの労働問題ではないか。性暴力と感じました。ご意見を聞きたいです。メディアの扱い方について違和感があります。

岡田：そうですね。その女性は発達障がいをもっていたという事実はあるのかもしれませんが、それ以上に労働の場で意に沿わない妊娠をさせられ、そして育てられない状況に陥り、中絶もできなかった。いろいろな事情があると思います。そのなかで本人が発達障がいをもっていたというところだけをクローズアップするのは、非常に偏見に満ちているという気はします。

質問5：中絶の方法についてより母体に負担をかけない方法があると聞きますが、日本での状況を教えてほしい。

長島：多分、経口中絶薬のことかなと思います。妊娠9週までの間と診断されれば、内服をすることで子宮腔内から妊娠部分が排出されます。これは北欧などでは当たり前のようになっています。今の日本においては、製薬会社が出した、安全な薬使用方法のスライドを医師が学習後に登録して処方できます。薬の値段設定は自由診療です。

今のところ中絶費用が日帰りの手術で15万円、こちらもおそらく10万円くらいの設定です。内服したあとに妊娠部分が出るまでの間、今のところですよ、原則入院管理下のもとで見るようになっていきます。それが1日が出るかもしれないが、場合によっては3日かかるかもしれない。その間、入院期間が延びて、もしかするとその分入院費用を一日2万円加算されるかもしれないと思うと、日帰りの手術と内服薬でまだどちらの負担が軽いかどうか。内服で終わるのはいいけれど、人によってはすぐに排出されないかもしれません。全国でどういう状況かみてから、拡がっていくのかと思います。試験運用段階にあります。

質問6-1：未成年の子が保護者に知らせずに中絶をすることは可能でしょうか。

長島：場合によります。当院でもあります。例えば、もう親子の縁が切れている、切っている、そういうことがありますよね。その親に知らせる必要は、私は一切ないだろうと思います。まあ、その人のキーパーソン的な立場の人に話をしておきます、というのは中絶というのは、やはり子宮に穴をあけるとか、大出血とか、輸血が必要だとか、そういう緊急事態はありえますし、全くリスクがないとはいえないからです。ただ通常で、親子と一緒に暮らしている場合は両親に内緒でというのはできないよと言っています。

質問6-2：法律のほうではどうでしょうか。

長島：中絶については、親は一切関係ないです。基本的に配偶者のみです。実は親が同意する必要はないのです。ただ、医療者が合併症をおこしたときに、先生、なぜそんなことを教えてくれなかったのか、となるとそれは医療事故としての問題が生じるから言うまでであって、法律的に言うと親は関係ないのです。

質問7：アフターピルは通販でも買えますか。

長島：買っている人はいると思います。海外から。安いですから、中国製とかありますね。あるとは思いますが、ただ飲んで具合が悪くなっても病院では責任を負えません。そ

のように思います。

質問8：器具を入れる避妊手術は初めて聞きました。北海道でもできる病院はたくさんあるのでしょうか。

長島：手術ではなく処置ですね。子宮のなかに T 字型のデバイスを入れる、もうどこの産婦人科でも導入していると思います。カタカナで「ミレーナ」です。みなさんいろいろ知っていて「ミレーナを入れてください、友人が入れているから私も入れたい」と来る方もいます。「ミレーナ」で検索してみてください。(笑)

質問9：数日前に「性同一性障がい特例法に関する生殖不能の手術要件が違憲」であるという判決が出ました。そして、この最高裁の判断を受けて岸田政権も適切に対応すると述べていましたが、このように優生思想によるリプロダクティブ・ライツの侵害が今もあるということですが、このニュースをどのように受け止めましたか。

岡田：優生思想によるリプロダクティブ・ライツの侵害でしょうか。その判決というのは、性同一性障がいの人に対して二者択一を迫ることがおかしいという判決だったと思います。つまり、性自認に従って自分らしく生きるためには、身体にメスを入れられ、身体に強度の侵襲を受けることになる。身体への侵襲を避けようとするれば、自らをごまかすことになる。これらのうち一つを選ばなければいけないからおかしい、それはその通りだと思います。

質問10：科学技術、医療技術の発達により出生前診断がありますが、これは現在の医学界ではどのような見地で受け止めていますか。

長島：出生前診断というと、今は妊娠 12 週くらいまでに母体の血液検査で染色体異常、ダウン症は 21 番の異常ですが他にも 13 番、18 番とかなりの正確さで異常を見つける方法があります。出生前診断をあなたは受けますか？と言われますが、例えば超音波検査、妊婦さんが超音波検査を受けるのは当たり前ですよ、大体月一回は受けています。これも広い意味では出生前診断です。

出生前血液検査を受けたいという人、日本では結構高くて 20 万円近くかかります。その費用が払える人について、それがいいだとか悪いだとか、私はいうことではないかなと思います。ただ、それを受けたいけれどお金が高すぎて受けられないということは残念です。北欧などでは出生前検査を受けるのも、全員にこんな検査がありますよとお知らせをして、受ける、受けないはあなたの自由だと、でも非常に安価なので

多くの方が受けられるようです。

日本だとちょっと高価ではありますが、実際、35歳以上の妊婦さんで受けたい人はいます。検査データをどんな風に取り取るのか、ちゃんとわかっているスペシャリストのいるところで検査を受けることをお勧めします。ただ、金儲けのために血液だけ採るというクリニックもありまして、データを渡して終わる。そういうところはよくないと思いますが、受ける、受けないは、私は自由だと思っています。

IV おわりに

妊娠・出産の問題は、女性にとってその決定と責任を考えたとき、人生において大きな選択であり、その後の生活に大きな影響を与え続けます。妊娠によって、産む性である女性は、時によって、キャリアの推進やシングルマザーへの偏見など社会的な不利益を一身に受けることは稀ではありません。こうした状況では、産むかどうかの女性自身の決断を優先しない母体保護法の存在自体が、リプロダクティブ・ライツの観点から言うと、その意義を問われるべきではないでしょうか？しかし、これを極論とするなら、どのような「母体保護法」が望ましいのでしょうか？本講演では、歴史的、法的、社会的問題点を指摘しながら、その模索の指針も示されました。

とくに、講演者とコメンテーターのお二人から、母体保護法で中絶に配偶者の同意が必要であるとの条文は排除すべきとの指摘がありました。この点に関しては、女子差別撤廃委員会からも、墮胎罪と並んで、女性差別であるとして是正勧告が出されてきましたが、日本政府は無視の状態です（柘植、2023：13）。政策上利用価値があるとしてこれら二つの法律を温存し続けているのでしょうか？あるいは、逡巡として進まない不平等の是正も外圧を受けて、その一步を前に進むことができるのでしょうか？

また、講演者の岡田さんは母体保護法成立時の問題点として胎児の生命についての議論の欠如を指摘されましたが、その問題は女性自身の身体の自己決定権とはどのように折り合いをつけることが可能でしょうか？そして、妊娠に関わった男性パートナーの意思と責任はどのように反映されるべきでしょうか？

そして、女性のリプロダクティブ・ヘルス/ライツを確保できるにふさわしい「母体保護法」の改正に向けて明らかなのは、望まない妊娠の背景にあるジェンダー不平等の是正です。女性に不自由な避妊、セクハラやDVなどの犯罪、そしてジェンダーバイアスに満ちた社会制度などの山積する課題に、私たちはこれからも果敢に、辛抱強く、一つ一つを紐解くように挑戦していかなければならないでしょう。

「憲法カフェ8」から半年後の2024年7月、「旧優生保護法は違憲である」との最高裁判

決がニュースとなりました。優生保護法に基づき手術を受けさせられた人々、生殖能力の喪失に苦しんできた人々の異議申し立てが認められたのです。国の賠償責任とともに、男女に関わらず、リプロダクティブ・ライツが個人の尊厳に深く関わることを社会に知らしめる判決であったといえます。

参考文献

柘植 あづみ (2023)、日本におけるセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツの現状と課題－医療・ジェンダーの視点から－、連合総研レポート DIO、35(9)、10-13.