

塚原 久美

(金沢大学非常勤講師、RHR リテラシー研究所)

早乙女 智子

(産婦人科医)

福田 和子

(なんでないのプロジェクト代表)

はじめに

野呂：これから立教大学社会福祉研究所主催の第53回社会福祉のフロンティアを開始したいと思います。私は現在の社会福祉研究所所長の野呂芳明と申します。立教大学社会学部の社会学科の教授をしております。本日はどうぞよろしくお願いいたします。これからいよいよシンポジウムを始めさせていただきますけれども、まず皆さまがたにいくつかお願いがございます。まず、このオンラインで行われる講演会につきましては、事務局のほうで記録のために録画・録音をしておりますので、ご了承いただきたいと思います。また視聴者の皆さまによる録画・録音、撮影につきましては、固くお断りしております。著作権、肖像権など権利関係は複雑でございますので、どうかご理解ください。

これから始まります、このフロンティアの講演会でございますけれども、質問はGoogleフォームで記入していただきます。その後、事務局がチャットにURLを貼り付ける形で皆さまがたにお知らせしますので、ぜひご活用ください。いただいた質問につきましては、できるだけディスカッションの中で生かしていきたいと考えておりますけれども、時間の都合で答えられない可能性があることはご承知おきください。よろしくお願いいたします。

ということで、この立教大学社会福祉研究所というのは、立教大学の学内にございます研究所として、大学の教員、あるいは立教大学の外で研究活動や実践の現場などで働かれてるかたがた、さまざまな方が所員であったり研究員であったりと

いう形で関わりながら、細々と続けてございます。本日のように年に2回公開講演会をさせていただいておりますけれども、本日も100人以上のご参加をいただいております。本当にありがとうございます。

それでは早速、シンポジウムを始めたいと思います。このシンポジウムについての趣旨説明等につきましては、今回の企画者で当研究所にも特任研究員として所属をされております菅野摂子先生にお願いしたいと思います。では、菅野先生、どうぞよろしくお願いいたします。

菅野：皆さん、こんにちは。本日、司会進行を務めます、立教大学社会福祉研究所特任研究員の菅野摂子と申します。どうぞよろしくお願いいたします。演者の皆さまのご講演に先立ちまして、本シンポジウムの趣旨について、簡単にご説明させていただきます。

少子化への危機感から晩婚化、高齢妊娠、不妊治療といった問題が取り上げられ、子どもを産むことへの支援が政策として推進されています。しかし、子どもを産まない選択に対して、日本の社会は、どのような姿勢をとってきたのでしょうか。産む選択も産まない選択もリプロダクティブ・ヘルス&ライツ、すなわち女性が自分の身体の健康と権利を守って生きていく上で、重要であるにもかかわらず、子どもを産まない選択については、世界から大きく遅れをとっています。

ちょうど5日前（2022年2月15日）の朝日新聞では、国際協力NGOジョイセフの小野美智代さんが、「私の視点」という欄でこの問題を取り上げました。1999年に低用量ピルが認可されて以降、

ようやく緊急避妊薬のオンライン処方が始まり、市販薬化——これはOTC化と呼ばれることもありますけれども、人々がお医者さんに行かなくても薬局で薬を手に入れられるという市販薬化に向けて、女性たちの動きが活発化しています。避妊と同様に中絶の配偶者同意の問題や中絶薬の承認に関しても女性運動が起こり、海外メディアが関心を持って報じるものの、中絶薬の承認予定を巡っては、運用の仕方や価格などについて論争が続いています。そこには、産婦人科医療の当事者としての女性の視点の欠如といった問題があり、これはわが国におけるリプロダクティブ・ヘルス&ライツの認識が未成熟であることと関連しているのではないのでしょうか。

本シンポジウムでは、長年、中絶問題を国際的視野で研究し、著書も非常に多数出されている中絶問題研究者、RHRリテラシー研究所の塚原久美さん、産婦人科医として女性たちの健康を支え、学際的な活動をされてきた、「性と健康を考える女性専門家の会」代表理事の早乙女智子さん、海外の多様な避妊法を紹介し、若者の避妊について発信を続けている「なんでないのプロジェクト」代表の福田和子さんをお招きし、現在の日本の状況と問題点について、皆さまと共に考えていきたいと思ひます。

本シンポジウムは2時間という限られた時間でするので、恐れ入りますが、休憩はなしで進めさせていただきます。この趣旨説明の後に、まずは福田和子さんから「避妊へのアクセスとその歴史から考える日本のSRHR」、続いて塚原久美さんからは「中絶ピルの何が変わるか」最後に早乙女智子さんから「女性の身体をめぐる健康と権利——日本の産婦人科医療とRHR」と、ご講演いただき、後半はディスカッションと質疑応答といたします。

ご質問は常時受け付けております。先ほど、野呂先生からご説明がありました通り、Googleフォームで受け付けております。ディスカッションの時間にできるかぎりお答えしていきたいと思ひますので、どうぞよろしくお願ひいたします。最後に、当研究所の野呂芳明所長より閉会のあいさつがあり、17時を目安に終了させていただきます。きょうが女性の身体と健康について皆さまと共に考え、行動を始める、行動を続ける日となることを希望しております。それでは早速ではございますが、福田さん、どうぞよろしくお願ひいた

します。

講演 ①

福田：ありがとうございます。きょうはたくさんの方に——今、140名になってますね。ご参加いただき、ありがとうございます。私のほうからは、今ご紹介にあずかりましたとおり、避妊へのアクセスと、その歴史から考える日本のSRHRということでお話を進めさせていただきたいと思ひます。よろしくお願ひします。

最初に自己紹介させていただきます。私は大学在学中に1年間、スウェーデンに留学しております。そのときにすごく、これからお伝えするような性と生殖に関する健康と権利が日本では守りたくても守れないなというのをすごく感じて、2018年から帰国後、「#なんでないのプロジェクト」というものを立ち上げまして、署名活動など行ってまいりました。その後、スウェーデンのヨーテボリ大学の大学院にて公衆衛生の修士を修了しまして、今はルワンダにある国際機関で、難民キャンプにおけるSRHRやジェンダー平等に基づく暴力に関するプログラムアナリストとして勤務をしています。きょう、そういった中で学んできたSRHRのことであったり、日本の現状をお伝えさせていただければなというふうに思っておりますので、どうぞよろしくお願ひします。

最初に、先ほどからSRHRとかRHRとか、性と生殖に関する健康と権利とか、聞き慣れない方もいらっしゃると思ひますので、そこから始めたいなというふうに思うんですけども、これ何かというと、結構幅広い健康権利の話に関わってきますので、例えばこういうものがあるよというのをお伝えすると、例えば全ての個人とかカップルが子どもを産むか産まないか、産むならいつ産むか、何人産むかを自分で決められることだったり、安全に安心して妊娠、出産ができること、子どもにとって最適な養育ができること、あと他者の権利を尊重しつつ、安全で満足のいく性生活を持てることだったり、ジェンダーに基づく暴力などによって傷つけられないこと。それから強要を受けることなくセクシュアリティを自由に表現できることだったり、そういったことを実現するために必要なサービスを必要なときに受けられることなどが含まれていてます。

WHOの健康の定義もそうなんですけれども、

ただ性感染症にかからないとか、想定外の妊娠をしないとか、そういったことだけではなくて、身体的、情緒的、精神的、社会的に良好な状態、ウェルビーイングの状態が満たされたことを目指していて、結構幅広いものを扱うなというのが伝わるといいます。これはSRHRというものなんですけど、当然ですが突然空から降ってきたものではなくて、ずっと昔から世界中のアクティビストが戦い、言葉になってきたものです。この後の塚原さんの発表でも触れられるところかと思うんですが、1994年にあったカイロ会議と1995年の北京会議というのが、特にSRHRにはランドマーク的になっているというふうに言われております。

特に北京会議では、北京行動綱領というものがある定められて、日本含め各国政府は政治的、経済的、文化制度に関係なく、女性の人権の推進と保護に責任を有することが認められて、生殖に関することが国家の都合ではなく、個人の意思が尊重される世界になっていったんですね。これ、どういうことかって言いますと、例えば分かりやすいところと言うと、戦時中は産めよ増やせよで、子どもが欲しいっていうところで、産んでください。でも戦後、食料難になりそうだったら、中絶もOKにして、人口を減らそうとか。あと一人っ子政策とかも分かりやすいところですけども、そうやって生殖に関することって国家の都合っていうのが非常に重きを置かれてきたけれども、そうじゃないよね、個人の選択が尊重されるべきだよってのが見える化され、権利となったっていうのが、ここで非常に大きなシフトでした。

当時の映像をこの間見させていただいて、本当に世界中からアクティビストが集まって練り込まれていったということで、すごく感動して、今でも北京会議から、ちょうど25年を記念した、パリで開催されたGeneration Equality Forumというのがあって、私も参加させていただいたんですけども、本当に若い世代も——一番若い子がいた私に分かる中でのセッションって、13歳ぐらいの女の子から、学校におけるジェンダー平等の実現だったり、包括的な教育の実現っていうのを訴えているセッションなどがありましたけど、今でも昔の話ではなくて、戦い、権利の実現のために訴え続けているというのがSRHRかなというふうに思います。

ということで、SRHRの大きな枠組みを紹介させていただいたんですけども、ここからは

SRHRの重要な要素の一つである避妊について、わたしからお伝えしたいなと思います。避妊法と聞いて、皆さんはどんなものを思い浮かべるでしょうか。きっとコンドームっていうのが一番分かりやすいところかなというふうに思うんですけども、他にも低用量ピルだったりとか、IUD、IUS、子宮内避妊具を思い浮かべる方もいるかもしれませんが。

これは日本でも使える方法にはなってるんですけども、私が当時、スウェーデンに留学しに行ったときに、ピルが欲しいなというふうに思っただけで、もらいに行っただけですよ。そのときに、私は性教育とかちょっと興味あったので、当時から多少は勉強してたんですけども、この三つくらいかなと思って、選択っていうか、取りあえずピルみたいな感じだったんですけども、行って、「ピル欲しいです」「そうですか」と一連の説明をいただいて、帰ろうかなと思ったときに、「他の方法も考えてみた？」と言われて。そこで「他の方法って何ですか」というので伺ったら、このカラフルな冊子がいろいろ出てきて、見たことも聞いたこともない避妊法が、たくさん私の前に並べられました。

これから、いろんな方法っていうのをお伝えしたいんですけども、スウェーデンは、私が留学していた当時は18歳以下だったんですけど、つい最近、21歳以下は、あらゆる避妊法が無料というふうになりました。イギリスは年齢関係なく無料ですし、フランスもこの間、方法に関係なく25歳以下無料というふうになって、そういったところも日本では避妊では保険適用がないということになって、大体2,000~3,000円、高いと本当に4,000円とか取られるところもありますけれども、月そのぐらいの値段になるので、相当値段は違います。スウェーデンの場合、25歳以下であれば、1年で1,000円ぐらいの値段でもらえたりするので、かなり若者にやさしいと思います。日本だと若者こそ手にしづらいイメージがあるので、すごい守られてる感じがするなというふうに思ったんですけども、そういった国でした。

どんな方法を紹介されたのかということ、こちらが一覧を絵にしたものなんですけれども、これはスウェーデンもそうでしたし、世界で一般的に使われている避妊法を効果が高い順に上から並べたものなんですけれども、日本にあるのがこの白い部分ですね。子宮内避妊具、低用量ピル、男性用

コンドームとかがありますけれども、他にも避妊にインプラントを注射、パッチ、リングなど、さまざまな方法が実はあります。どんなものかっていうのをちょっとお伝えしたいと思います。

避妊インプラントっていうのは、マッチぐらい細いですね。そのぐらいのすごい細いこの棒状のものを、アプリケーターで、ぶしゅって、注射みたいな感じで、二の腕の下に入れるんですね。結構入れてる友達いましたけど、入れていても別に分かる感じではなくて、1回入れると3年間もって、やめたければそれを抜けばいいし、続けたいとなれば、それを取り替えるっていうことで、ここからホルモンが出て避妊ができるというものになります。

これは結構、技能実習生の問題とかいろいろありますけれども、日本に移住してくる東南アジアからの女性って少なくないと思うんですけども、結構注射が人気なんですけど、注射は日本でできないらしいということで、もっと効果の長いインプラントをしていこうということまでしてきて、でも日本のお医者さんにかかったときに、そもそも先生が知らないというところで、たらい回しにされてしまったり、なかなか教育も受けられてないので、母国だったら近くのヘルスケアセンターで、助産師さんなどに対応してもらえるものが、非常に大掛かりになってしまって、もう帰国せざるを得ない現状があったりするっていうのが、この避妊インプラントですね。

あと避妊注射っていうものもあって、自分で注射できるものっていうのも——これ、デポ・プロベラがあったりするんですけど、1回打つことで3カ月間避妊ができるというもので、こちらWHOの手引きにもあるんですけども、DVなどで避妊をさせないっていうのも一つの暴力なんですけど、すぐ逃げられないっていうときもあったりしますよね。そのときに少なくとも妊娠はしないっていうところで、この避妊注射であればれないというところで、まず被害者にお勧めする方法として載ってたりするんですけど、日本にはないというところがあります。

あと避妊リングというのがあって、これは私、使ってすごい好きだったんですけども、すごく柔らかいリング状のものを自分で膣に入れて使うというものなんですけど、3週間入れっ放しにできて、そこからホルモンが出て避妊ができるというもので、ピルとかと同じで、この後話すパッチも

ですが、避妊だけじゃなくて月経が軽くなったりとか、出血が軽くなったりとか、PMSにも効果があるものになってますね。3週間入れっ放しで1週間お休みという4週間のサイクルを繰り返す避妊リング。

あとパッチっていう避妊シールですね。貼る部位はここから選んで、どこでもいいんですけども、これも私やってみたんですけど、1週間貼ってっていうのを3回繰り返すので、3週間貼った状態になって1週間お休みするっていう4週間のサイクル。リングとそれは同じなんですけれども、吸収の方法が違うっていうだけでっていうのがあって、結構シャワーとか浴びても落ちないですし、へーと思って。結構こういった講演させていただくと、日本で一番人気そうだなっていう感じがするのは、どれ使ってみたって言うとパッチが圧倒的に多くて、ちょっと外から気軽な感じというのが人気なのかなと思うんですけど、そういったパッチがあったりします。

これだけ選択肢があると選べるというところがあって、これは例えば、ブランド・ペアレントフード・アメリカから持ってきたんですけど、どの方法が一番自分に合ってるだろうということで、クエスチョンみたいなのがあって、そこを見ると、妊娠を防げる、避妊ができるっていうだけじゃなくて、セクシュアルプレジャーを損なわないとか、プライバシーを保ちやすいとか、月経の出血が減るとか、あとホルモン使ったのがいいか、それは嫌かとか、膣に入れるのは抵抗があるかないかとか、いろんな形で選べて、これが選べるっていうことなんだって、すごく私自身、自分で選べるっていうのにエンパワーメントされたような気がしたのをすごく覚えています。

これ、日本にないってことは危ないんじゃないの？っていうイメージがある方もいらっしゃるかもしれないんですけど、実は今、紹介させていただいたほとんどの方法っていうのは、WHOの必須医薬品リストという世界のどこに置くんかとしても、最低限これは用意しようねっていうリストに入っていて、例えば今、ルワンダでフォローアップとかプログラムをしますけれども、コントラセプション、避妊具のストックアウトがあるかないかっていうのを調べるときに、それこそ女性用コンドームとかも含めて、あらゆるもの全部があるかないかで見られるので、日本の場合、ストックアウトがあるかどうかどころか承認がないの

で、全部ゼロ！という状況ですが、世界では結構さまざまな方法が使われているっていうのが分かると思います。

日本は非常にコンドームのみでの避妊っていうのが多いっていうのが分かるかと思いますが。別に、これ自体が日本に生きる女性の選択であれば、私は全然それはそれかなというふうに尊重されるべきと思うんですよね。ただ選択っていったときに、ちゃんと情報があるかとか、値段が高いから諦めてるっていうのは、それは選択が守られている状況とは言えなくて、本当にこの数字って、日本女性の選択、本当にフリーなチョイスを反映したもののかなっていうのは、私は正直すごく疑問に感じているところです。

特に今、少子化もっていうふうに最初もお話がありました、その中で、なんで避妊なんて話すの？みたいなことを言われたりするんですけども、国家の都合で少子化だから避妊が手薄くっていうのは、本当に冒頭にお伝えした国家の都合っていうところから逃れられてないなというふうに思いますし、特にこのリプロダクティブ・ライツだけじゃなくてジャスティスっていう考え方もありますが、それは避妊のプログラムの質っていうのは、どれだけの人が本当にリスペクトされてケアされたかで、はかれるべきっていうふうにもあったりして、そういった考えが広まってほしいなっていうふうに思っています。

でもこれって、たまたまできてきた状況なのかっていうと、歴史を振り返ると実は違うというところがあります。日本は実は、国連加盟国の中で、経口避妊薬の最後の国、1999年でした。軽くピルの歴史を振り返りますと、実は経口避妊薬のピル、当時は中・高用量のもっと副作用の高いものでしたが、ただ、それでも経口避妊薬が世界で初めて発表されたのは1955年のことでした。60年代以降、経口避妊薬っていうのが世界で使われて、特に80年代以降、70年代から生まれた、今も使われている低用量ピルっていうのが使われて、非常に女性解放の一つの証しとして受け入れられたという状況があります。ただ日本には承認がなくて、ずっと99年まで承認がなかったというような状況になります。

逆に、すごい40年以上も時がたってるけれども、なんで逆に承認できたんだろうっていうと、この裏にはバイアグラのスピード承認があったというふうにも言われています。というのはバイア

グラ——男性の勃起不全治療薬ですけども、これが販売されだしたのは98年3月、アメリカで販売されだして、同じ年には、それを個人輸入した日本人男性が死亡するといったこともあったんですが、同月に承認申請が出されて、同じ年のうちに承認され発売が決定されて、6カ月ということ、当時、海外の薬を日本で承認するときは2年かかるというふうに言われていたので、異例のスピード承認だったわけです。このとき、まだ経口避妊薬は承認されてないわけですね、日本では国内外から大批判があり。ちなみに、このとき非常に前に立ってくださったのが、この「性と健康を考える女性専門家の会」、この後きつと早乙女さんからもお話があると思うんですけども、そのように声が強く上がって、99年に初めて承認されたということでした。

やっぱりここでポイントなのは、権利や医療という視点よりも、国際社会からの批判が怖いっていうのが強かったというのが今も残る姿勢だなというふうに思うんですが、なんでそんな駄目だったのかっていうのを考えたときに、たくさん理由はあるんですけども、私がすごく歴史を振り返って気になったのは、例えば国会答弁を見ると、コンドームで十分だっていう説が非常に何回も出てくるんですね。避妊効果も十分高いし、新婚家庭等に指導をちゃんとすれば大丈夫でしょうとか、簡単だし、よく利用されてるし、これでいいんじゃないですかっていうのが非常に多く出てきました。

ただ、さっきの表を見ていただいても分かるんですが、このパーセンテージっていうのは、100人の女性がその方法を使って1年間避妊をしたときに、何人くらいの方が失敗をするか。失敗も含めて、妊娠するかっていうことで、コンドームなら破損とか、ピルなら飲み忘れとかも含めてということで、もっとちゃんと確実にすれば99%——ほぼ確実にピルと近いものにはなりますが、ただ失敗とかを含めると、男性は13%、13人以上の女性が妊娠ということで、避妊法としては必ずしも非常に確実なものではないんですね。ただ、それでも避妊としても十分だして言うてしまうっていう。当事者の女性からすると、ここの1%、2%だけでも非常に怖い、どうしようかなって悩むのに、13%で十分って言われてしまうっていうことが本当に当事者の気持ちだったりとか在り方、権利っていうのが理解されていないなというふう

に感じます。

あと非常に特徴的だなと思ったのが、当時の性に関する情報って、男性雑誌が非常に多かったの、当時、ザ・男性から見たピルの解禁ってどんなのだったんだろうっていうのを調べるのに、雑誌の図書館みたいところに行って、くまなく調べたっていうことがあって、これ、あえてピックアップしたのではなくて、全部載せたものなんですけれども、当時言われていた言説としては、まとめると、「女性が妊娠を恐れずにセックスできるので、女性が性に奔放になって、セックスの女性主導っていう女性上位革命が起こる。そうやって奔放になった女性によって、男性が私生活の危機にさらされる。非常に恐ろしいし、女性の貞操も守れないかもしれない。あなたの娘や妻は大丈夫？」っていうのが非常に多くあり、これが当時実際にあった冊子でしたけれども、こういう見方をされるんだと。

でも今、どこまで変わったかっていうと、今でも性教育もそうですし、緊急避妊も性が奔放に、性感染症が増えるんじゃないかって言われたりして、どこまで変わってるのかっていうのは謎ですが、そういった言説が増えていました。そういった状況を世界からは、パイアグラはエクスプレスのように進むけど、ピルはトロッコのようだっていうふうに風刺されたりしています。これって昔の話かっていうと、必ずしもそうではないなというふうに思っていて、緊急避妊薬、アフターピルというものですけれども、避妊の失敗とか性暴力の際に、後に飲むことで——なるべく早く、72時間以内に飲むことで、高い確率で妊娠を防ぐことができる薬で、今、対面診療とオンライン診療でもらえるようにはなりましたが、処方箋が必要というところで、結局高額で買えないとか、土日祝日はやってないからもらえないとか、本当に手に入りにくいという声が多くあります。なんですけれども、今でも医会だったり学会のトップのかたがたっているのは、かなりの慎重姿勢ということです。

特に、このCOVIDの中では、WHOも薬局販売すべきっていうふうな書き方をしているのに、非常に安易な考えとかって言われてしまって動かないってところで、非常に歴史の根深さみたいなものを感じているんですが、やっぱりこの裏にも、なんでそれ必要になったの？って聞くと、一番高いのは男性用コンドームの失敗だったりし

て、なかなかいろんな実情っていうのが、当事者に対する想像っていうのも一緒に理解されるってことがないなっていうふうに思っています。これは、たまたま起こってることじゃないなというふうに思うんですが、これは、この後のお二人の大先輩のお話の中でも、非常に実感いただけと思うので、塚原さん、よろしくお願ひします。ありがとうございました。

講演 ②

塚原：では続きまして、私から中絶薬^{ピル}の話をしたと思います。私は今、RHRリテラシー研究所というグループで活動しています〔RHRリテラシー研究所のホームページと著書の写真を見せながら〕。きょうは中絶薬で何がかわるかという話をしますが、その前に、このRHRリテラシー研究所って何かというと、オンラインに私が作ったバーチャル研究所で2年前に活動を始めました。自分が持っているいろんな情報などを集約して共有していこうと思って作ったバーチャル研究所なんですけど、それでも、今、一応スタッフが4人いるようになりました。一緒に広報研究活動とか、画面の上のほうに書いてある学習会の開催などを行っています。

真ん中に置いたのは、私の著書（『中絶薬とリプロダクティブ・ライツ』勁草書房2014年）です。私は2003年から中絶問題を研究してきて、この本は2014年に出しました。ここで初めて明らかにしたのが——実は中絶薬のことも絡んでいるのですが——日本と海外の中絶の方法が全然違うということです。今は国内外の中絶方法が違っていることはずいぶん知られてきてうれしいんですが、当時は中絶薬そのものの存在も全然知られてなかったんですね。中絶薬と——搔爬ではなくて——「吸引」という方法が海外では主に行われていることも、この本で初めて紹介しました。多くの方から「衝撃を受けた」、「目からうろこが落ちた」と言っていたら、賞も二つ頂きました。

その中絶薬がいよいよ日本にも入ることになって、去年4月にまず第一報があり、その次に11月にいよいよ来るぞと報じられて、実際に12月に英国ラインファーマ社から承認申請が出されました。この薬は「中絶薬」と呼ばれていますが、実は人工的に流産を起こす薬です。昨年12月22日の

承認申請から約1年間、つまり今年末までには承認されるのではないかとされています。もちろん承認されれば製造販売もされていく。そして医療などで使われていく、と。では、どんな使い方をしていったらいいのかといったことが、ちょっと話題になっているんですね。

まず中絶の日本の状況を見てください〔資料を提示〕。これはNHKがまとめたものです。左側は日本で現在、中絶がどのような方法で行われているかということです。掻爬法という金属製の器具で掻き出す方法と、子宮の中に細いストローみたいなものを入れて吸い出す吸引法が主に使われています。吸引法単独で中絶しているのが4分の1弱。掻爬法と吸引法を併用しているのが4割くらい。掻爬法を単独もしくは吸引と併用しているのを合わせると、いまだにおよそ3分の2の中絶で掻爬が使われているというのが日本の現状です。

ところがこの掻爬法——英語ではD&Cと呼ばれる外科処置——は、WHOでは2012年に、D&Cは安全性が劣るし苦痛ももたらすため、より安全な薬が吸引に替えるべきとしたのです。昨年7月によろしく厚労省が、日本でももっと吸引法を周知してくださいと関係団体に「お願い」を出しています。でも、お願いしただけなんです。そのお願いが出た後になって、この薬の導入が現実味を帯びてきた——それもあって注目されてるんですね。今現在、この薬は70カ国以上で承認されていると言われています。私は82カ国という数値も見っていますが、いずれにせよ先進国はとっくに承認していて、今や承認国の過半数がいわゆる「途上国」になっています。

先進国では、この薬と吸引法が主流です。吸引法は1970年代から主流の中絶方法になっていて、その頃に先進国は掻爬法を捨てているという状況なんです。なのにそれから半世紀経っても、まだ掻爬を行っているのが日本の実態です。WHOは中絶薬を推奨しています。多くの国で——これも先進国が多いのですが——中絶薬に対して公費負担もしています。だけど日本では、これが自己負担で10万円から20万円になると言われており、私はかなり危機感を覚えています。

日本の人工中絶手術がどうなっているかをお見せします〔妊娠週数と対応する法律を示したグラフを見せながら〕。まず妊娠初期の中絶と言われるのは12週までです。12週を境にして、手術のやり方も変わります。日本では今、法律上、12週か

ら22週未満まで期中中絶を合法的に行えることになっています。それ以降になると基本的に中絶できません。初期中絶は12週までなんですが、今回の中絶薬は妊娠9週0日まで使える薬として承認申請されています。なので、9週1日目から12週未満については従来の外科的手法を使うしかないんですね。今や世界では、中絶薬は妊娠中期の中絶にも安全に使えることが確認されています。なのに今回日本に入ってくる薬は、9週までしか使えない。そういう中途半端な形で入ってくるということを、ちょっと頭に入れておいてください。

ご存じない方のために付け加えると、日本の刑法には墮胎罪があります——日本では、中絶は基本的に刑法で墮胎の罪として禁じられています。それを母体保護法という法律が、妊娠22週未満まで——胎児が母体外において生命を存続できない期間に関して——は、合法的に中絶ができるようにしましょうと、いくつかの要件をつけて、それに当てはまれば中絶してもよろしいという形をとっているのです。それで妊娠初期と中期の中絶が合法的に行われる仕組みになっています。

さて日本の中絶のイメージなんですが〔中絶のイメージを尋ねた結果を示す〕、まずこんな具合で、大体ひどいイメージ、悪いイメージが持たれているんです。これは、やはり日本に墮胎罪があるということが大きく影響していると思われます。あとは水子供養ですね。これも日本独自のものです。水子供養は古くからあるわけではなくて、実は1970年代に作られたものです。しかも政治的な含みもあって作られたものなんですね。そこには女性差別も絡んでいます。ネガティブで否定的なイメージが生み出されているんです。これがスティグマ——社会的な烙印——となって、中絶した女性たちに突き刺さってくる。(本当は妊娠する可能性をもつすべての人々に関わる話ですが、話をシンプルにするためにここでは「女性」で統一させてください。)スティグマがあるからこそ、女性たちは中絶について語れなくなってきた、ディスエンパワーされてきたという現実があります。

なので中絶イメージを転換していく必要があります〔ポジティブで肯定的に中絶を捉えた言葉のリストを示す〕「自分の体は自分で決める」ということや、「自分で決定できた」ということを自負して強くなる——自信をつけるとか、「前向きな選択である」とか、「人生のターニングポイント

トになった」といった捉え方だって、本来できるはずなんです。そうやって肯定的でポジティブな中絶イメージを持てるようになることで、人はエンパワーされます。自分の中絶の体験をポジティブなものとして捉え直し、語っていくことが、エンパワーの道につながると私は信じています。

続いて日本の中絶の実態を示します。まず、このグラフ〔年間中絶件数127万件を記録した1955年から14万件までに減った現在に至るまでのグラフ〕を見てください。合法化されて以来、1950年代から60年代にかけて、年間100万件を超える中絶が行われてきました。この大量中絶の事実が、日本で中絶に悪いイメージを持たれてきた理由のひとつだと思し、そのうち中期中絶も多く含まれていたのかもしれませんが。今回、詳しくは触れませんが、中絶件数の多かったこの時代には自然流産も多かったんです。その中には、本来、合法的に中絶できなくなっただけの胎児の人工流産が含まれていた可能性もあります。そのように、実態としてとにかく多かった中絶と、その中で何やら際どいことも行われていたといったイメージ——そういった憶測もあいまって中絶を悪いものとして見るようになった。中絶の悪いイメージが作られてきたのではないかなと思うんです。

ただその後、中絶件数が急激に下がってきて、今や年間14万件で減少傾向にあります。ただし20代前半は中絶件数と中絶率がちょっと増加傾向にあります。中絶率は20代前半が一番高いです。次に高いのが30代、あとは10代も多少あるという感じです。全妊娠7件のうち1件が中絶されるというのが今の日本の実態です。しかし、この中絶率は決して世界的に高くないんです。どちらかといえば低いぐらい、低すぎて怖いぐらいなんです。つまり、日本は「望まない妊娠で出産している人がそこそこいる」可能性があるとは見えています。

ところで、中絶というのは現代女性には必須のヘルスケアです。100年前の女性の生涯月経の回数は50回だったと言われています。100年前は、若くして結婚して、長い間、何人も子どもを産み、長い間、母乳育児をしていて、閉経前に死んでいた。なので生涯に50回しか月経が来なかったというんです。ところが現代女性は、生涯の月経の回数が約450回に増えていると言われていま

す。結婚が遅くなり、出産回数が減り、母乳育児が短くなったからです。しかも閉経後、30年以上も生きる。全然、昔とパターンが違うわけですね。そうなってくると、生殖期の約30年間にわたって、女性たちは自分の月経をコントロールしなければならぬのです。

ここで大事なのが三つの薬になると思います。避妊ピル、緊急避妊ピル、そして中絶ピル——人工流産ピルと言ったほうがいいかもしれませんが、それが今や求められている。これは日本だけの話ではなく、世界中で求められているのです。そこには現代の人類の女性の人生のパターンが変わったということが、非常に大きく影響しているわけです。

リプロダクティブ・ヘルス&ライツは福田さんのほうでかなり説明していただいたんですが、簡単に付け加えておきます。(一般に)性と生殖の健康と権利と言われてますが、その権利の中に二つ重要なものがあります。まず自己決定権ですね。産む、産まないを自分で決める権利。もう一つは、その自分で決めた権利を実現するためのヘルスケアを受ける権利。人権規約には自由権規約と社会権規約がありますが、自己決定権は自由権的なもので、ヘルスケアを受ける権利は社会権的なもの。自由権と社会権という人権の二つの側面を備えているのがリプロダクティブ・ライツです。このリプロダクティブ・ライツが叶えられて初めてリプロダクティブ・ヘルスが得られる、そういった考え方です。

先ほど話に出ましたが、セクシュアルのSを付けてSRHRと表記されることもあります。最近は確かにその表記が増えています。ただし、当初、ICPD、カイロ会議と北京会議の成果文書では「リプロダクティブ・ヘルス&ライツ」とされていました。それで、一つは議論を複雑にしないために、私はセクシュアルをあえて抜いて話すことが多いです。あともう一つは、セクシュアル・ライツは、ヘテロ女性やトランス男性のような産む機能を備えている人以外にとっても重要な権利なんです。なので、セクシュアリティを含めて語りだすと、リプロダクションをめぐる話からどんどん離れていくこともあり得ます。なので、私は、そこはあえて分けて話しています。

さて日本の中絶と欧米の中絶の違いですが、日本はマクロの視点に立って国の人口政策として中絶を合法化してきました。欧米は、女性の健康運

動の結果、中絶が合法化された欧米では、ミクロの視点、つまり一人一人の女性の健康と権利の視点に立っています。

だけど、欧米はもともと中絶禁止法を19世紀末に作り、日本もそれをまねして刑法墮胎罪を作ったのです。ところが日本は、戦後の優先保護法でさっさと中絶を合法化してしまった。このときに日本の医師たちは掻爬法を導入して、大量中絶時代に備えたのです。一方、欧米は先に避妊ピルが合法化されて、その後になって中絶が合法化されたのです。この順に段階を踏んで進んだことで、女性たちは自分たちの権利意識を育ててくれたという側面があると思います。

吸引法は、1970年代の西欧の中絶合法化時に登場しました。掻爬法（D&C）は欧米の合法的中絶では最初から使われていません。同じころ、日本では優生保護法を変えて、中絶をできないようにする方向に政府が動いたことに対抗して、優先保護法の改悪を阻止しようとする運動が起こりました。でも、中絶方法を改善しようとは誰も思わなかった。一方、西欧では、1980年代末に経口中絶ピルが合法化され、薬で中絶できる時代が訪れます。リプロダクティブ・ライツが登場したのは1994年のカイロ会議で、日本も賛同しています。ところが、その2年後、1996年に作られた日本の母体保護法は、優生保護法の後半部分——つまり障がい者差別の部分を含めて削除した残り——の中絶に関する規定をそっくりそのまま残してしまっただけです。

一方、コロナ禍が訪れて、世界では、早急にオンライン処方と自宅中絶が進められていきました。ところが、日本は今になっても中絶ピルは未承認です。1994年のカイロ人口開発会議——リプロダクティブ・ライツという言葉が出てきた非常に重要な国際会議——に参加した日本の代表団は外務大臣に率いられています。その以前の人口会議は、厚生大臣や厚生事務次官が代表だったのに、なぜかカイロ会議から外務大臣が行くようになった。これは、日本の政府がリプロダクティブ・ライツを外交政策の手段にしたことの現れではないのでしょうか。リプロはODA案件であって、国内の女性の個人の健康と権利の問題ではなくってというのが日本の実態だと思います。

カイロ会議はICPDという略語でも呼ばれるので、ICPD+25というのは、カイロ会議から25年後の2019年のナイロビ会議を意味しています〔写真

を見せる〕。このICPD+25の会議で、皆さん大喜びしていますね。カイロ会議の時点では、実は「リプロダクティブ・ライツ」には様々な制約がかけられていました。パチカンやイスラム諸国の猛反対にあって、いろいろ妥協的な文言上が加えられたのです。それが、この2019年のナイロビ会議で、非常に明確に、例外なし、除外なし、全ての人、全ての加盟国に対して、「セクシュアル&リプロダクティブ・ヘルス&ライツ&ジャスティスを実現する」と宣言されて、ほとんどの出席者がわーっと立ち上がって喜んでるわけですよ。一方、こちらに、暗い表情で座ったままの人たちがいますね。恐らくパチカンやイスラムの代表なのだと思います。

こうやって世界で「リプロダクティブ・ヘルス&ライツ」が歓迎されるようになったのは、条約や人権規約の裏付けもあります。たとえば女性差別撤廃条約の「女性の健康」という項目の中でRHRが提唱されています。2012年に国連人権委員会がSRHRへのコミットメントを宣言し、15年になってSDGsが示されるなど、国連ではどんどんリプロダクティブ・ライツという概念は進化してきてるんです。2016年、人権規約のうち社会権規約の一般勧告の中にSRHRサービスを受ける権利が明確に入り、今度は2019年の自由権規約の一般勧告——実は先ほどのナイロビ会議の直前に出たのですが——の中で、女性の自己決定権が明確に打ち出されました。そのように、国連の人権規約の中に今や女性と少女の安全な中絶の権利は書き込まれています。世界では、リプロの権利は進展しているのです。

国際社会では、質の高いケアと、UHC——ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ——は基本的人権だとされていて、その中にセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス（SRH）サービスも含まれることが先ほどのICPD+25の会議でも明確に示されたのです。家族計画でアンメット・ニーズをゼロにするとか、女性に対する暴力をゼロにするとか、国連加盟国すべての人間、地球上のすべての人間にSRHサービスは必要であり、とりわけ、脆弱な立場の女性と少女の健康を守らなければならないというのがポイントになっています。

こちらは国際産婦人科連合（FIGO）が2021年3月に出した声明です〔声明を提示〕。まずリプロダクティブ・オートノミー、リプロダクティブ・ヘルスケアに関するオートノミー——つまり、自

己決定権ですね——それを重視して、それを実現するために医療サービスを提供していかなければならないと言っています。これは21年3月でCOVID-19のパンデミックのさなかですが、この時、FIGOを初めとする世界の産婦人科医療界は、自宅中絶——つまり自宅に中絶薬をオンラインで処方して、自宅に送付し、当人に飲ませる自己管理中絶——を提唱しました。そうすることでセルフケアとしての中絶を広めていこうとしたわけです。ジャスティスに関しては説明する時間がありませんが、この絵を見れば一発で分かるかなと思います〔絵を提示〕。イクオリティというのは、すべての人に同じような支援を与えるという考え方。エクイティは機会均等なんですけど、まだ障壁は残っています。ジャスティスは障壁そのものをなくするという考え方です。不平等を生んでいた元凶を取り払おうというのがジャスティスの考え方なのです。

最後に、中絶薬が日本で承認されたら今後どうなるかといえば、いろいろ問題が残されています。今までの日本の中絶医療は根本的に「自由診療のビジネス」だったんですね。その在り方を変えていかないと、ジャスティスにはたどり着けないだろうと思います。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを指針に、公的に安全な中絶を提供していくという考え方に切り替えるべきだというのが、私の主張です。

残念ながら、自分たちのビジネスを守るために、デマを流してる産婦人科医が実際にいるという問題もあります〔事例を提示〕。あとは、専門家と名乗る方々が不正確で大げさで危機をあおるような表現を使って、薬へのアクセスを困難なものにしようとしている動きも見られます。さらに厚労省にも問題があります〔厚労省の説明文言を提示〕。厚労省のサイトにある「中絶薬は危険だ」とする情報を何がしか理由をつけて、絶対に消そうとしてくれません。その厚労省情報が、中絶薬は危険だとする産科医たちの情報源になっているという問題もあります。

最後に、中絶薬はいくらくらいになりそうかというのも、すごく大きな問題です。日本産婦人科医会という中絶を合法的にできる医師たちの団体の会長は、従来の中絶手術と同じように10万円ぐらいにするとおっしゃったんですが、ところが、たとえば東京の事例を見ると、従来の中絶手術は10万円で収まるのはごくわずかなんです〔提示〕。実際

に、どうしていくのか、私たちはしっかり議論していかなければいけないと思います。

果たして10万円という線に合わせていくのか、それとも従来の手術どおりという線に合わせていくのかなんです。従来の手術どおりに合わせていくとなると、20万、25万になるかもしれません。薬になっても、各クリニックの言い値になるんでしょうか。これは、やはりジャスティスの問題として見ていかなければならないというのが、私の最後の意見です。

「中絶の負担を減らしてください」というChange.orgもやっております。つい最近、『中絶が分かる本』という翻訳本も出しました。この本では、福田和子さんにも解説を書いていただいています。後で、また話ができればと思います。ご清聴ありがとうございました。

講演 ③

早乙女：皆さま、こんにちは。早乙女智子と申します。福田さん、塚原さんとお会いいただいた、避妊に関すること、そして中絶に関すること、女性の身体権と絡めて、リプロダクティブ・ヘルス/ライツに関して、お話をいただいたと思います。私は少少だけ視点を変えて、私は産婦人科医として35年働いてきたんですけれども、ずっとその中で疑問があって、中絶のこと、避妊のこと、そして出産のことについても、何かおかしいと思いながらやってきたことが、ちょうど今年の4月に、産科暴力という言葉を知りまして、自分でその言葉にたどり着けなかったのが、すごく残念ではあるんですけれども、きょうは、そのお話をさせていただこうと思っています。

私のバックグラウンドは、今お話したとおりで、産婦人科医なんですけれども、日本性科学会の副理事長で、日本の性科学会の認定セックスセラピストとして、性のご相談にも携わっています。また先ほど来、ちょっと出てきてますけれども、性の健康世界学会の理事も昨年からは引き受けさせていただいております。あとは性と健康を考える女性専門家の会として活動してまいりました。女性のことというと、とにかく妊娠関連のことというのが非常に大きな健康問題であるということは論を待たないと思います。リプロダクティブ・ヘルス/ライツと言ったときに、男性の権利はどうなんだという話が出てきますけれども、男

性の体には今のところ妊娠は起こらないので、きょうは女性という言葉を一応使わせていただきますけれども、誰の性的な健康も守られるべきであるということは強調しておきたいと思います。

ICPDに関しては、先ほど出ていますのでちょっと重なってしまいますけれども、ここで大事なのは母子保健という、子どもを産む母体を守るという発想から、女性の健康あるいは一人一人の性的健康というふうにシフトしたということが非常に重要でありまして、また、ここの原則4のところに書いてあるように、女性と女兒の人権とは改めて出さなければならぬほど、この時点では、まだ女性の人権は守られていなかったということが分かると思います。これは今の日本はどうなんだという、私はまだ達成できていないかと考えています。

産婦人科医でありながら産科暴力って、何が言いたいんだっておっしゃる方もいらっしゃるかと思うんですけども、でも、この中に非常にたくさんスティグマとジェンダーバイアスがあります。私自身も「子持ちの女医さん」というふうに、あたかも、ししゃもであるかのように言われたり、「子持ちの女医さんは何でも言えていいね」なんていうふうに言われたり、そういったスティグマがあったり、それから一緒に働いてた中で、「看護師に人権はない」と言い放った医師もいました。

そんな中で、そんな女とか、こんな女とか言われる筋合いではないことがたくさん起こっていて、そして助産師さんの中には、女性たちを守りたかったのに守れなかったというふうに、本当に苦しくてしょうがないとぼしている助産師さんたちもいます。ここにもいろいろ書きましたけれども、同意のない会陰切開ですとか、自宅出産をしようとしたら、「そんな危険なやつは二度と来るな」と言われてしまったとか。それから一つ、時代が本当に変わったなと思ったのは、医学部の入試、女性とか多浪生の差別問題が明るみに出て訴訟にもなり、多大な労力を使って、いろんなことが動くわけですが、今年、初めて女性の合格率が男性を上回ったと。オープンにしてみたら、そういうことも起こるんだなということが分かったのだと思います。

そして、もちろん出産のことだけではなくて、私は避妊とか中絶問題にも取り組んできていますけれども、避妊を勧めないとかピルを処方し

ないとか、緊急避妊薬の薬局販売を反対するとか、それから今の塚原さんからもありましたけども、高額だとか手法が古いとか時代遅れだとか、いろんなことがそのままになっている。これは、やっぱり何とかしたいなと思うわけです。この無意識のスティグマが男性も女性も苦しめてるんじゃないかな、と。特にこれは女性が多いかと思えますけども、遊んでる女だと思われる。遊ぶためにはピルが必要ですよと言い切ってしまうと、いつも言うんですけども、あるいは避妊の話はしづらいとか。しづらいとか言わないで、しましよようよとかですね。これは有給休暇取りづらいついていう人もいますけども、取りましよう、有給休暇は自分の権利ですし、言ってみればお金のようなものですからね。

そういう何かよく分からないスティグマで遠慮をしている、苦しんでいるっていうことに対して、私は性の相談外来という究極の、人にはなかなか伝わりにくいお悩みに向き合ってるうちに、これは普遍的に誰もが、いろいろな個人的な特別なニーズを持っていて、それは誰かから非難されるようなものではないんだというふうな確信に至りました。コンドーム、日本はとても好きなわけなんですけれども、避妊の話をする、「でも男性にも責任ありますよね」と言う男性も女性もいます。「どうして、そんなに必要だと思うんですか」っていうと、「エイズの予防とか」って言われるのですが、避妊の話が性感染症予防にすり替わっています。今、これUNAIDSのほうでも、エイズにならないようにコンドームしようねっていうのも、エイズに対する偏見差別だと。そういう偏見差別はやめてくれというふうに言われています。

きょう、ここまで話を広げると、なかなか皆さん、頭が混乱してしまうかもしれないんですけど、これはすごく私は重要だと思っていて、なぜならば日本にしかない内診室のカーテン。内診室のカーテンというのは、ちょうどカーテンのない真ん中のがニューヨークのLGBTセンターの内診台。それから左端のが、人が写ってるほうですね。窓が写ってるんですけど、窓のほうには内診台、足は向いてないんですよ。日本の内診台は結構窓のほうに向かって足が開いていることが多いんですけど、窓のほうは絶対向いていない。カーテンは、もちろんない。これはオランダの病院の産婦人科の内診台です。もう一つ、左端のが、昔

勤めていたところの内診台なんですけど、こんな感じでカーテンなんか全然要らないはずなんですけど、カーテンで仕切ると何が起るかというと、下半身を明け渡してしまう。何をされても分からなくなってしまうということがあります。

産科暴力という言葉に出会ってから、なるほどなと思うことが、本当に私の中ではありすぎて、妊娠初期に毎週のように受診をして、もちろん心配だから受診をするわけです。ちょっと色がついた出血があったから心配して受診するわけですが、イギリスなどでは、「12週までは、そんなに頻回は見ないよ」って聞いたときに、確かに妊娠12週くらいまで待てば妊娠が流産に終わるのか、そうではないのか分かるので、そこまでゆっくり待てばいい話だなと。そうすると毎週、内診を受けてるのは何のためかっていうと、これはある産婦人科のドクターが、「いや、あれは再診料が稼げる」って、本当にそういうふうに言われたときに、私はショックを受けました。

それから毎年のがん検診を受けるっていうのも、これは今、2年に1回と皆さん認識されてると思いますけれども、後で、ちょっとお出ししますが、それももう内診されすぎというのが世界の潮流です。それから妊娠10カ月に入って、毎週内診を受けるというところがほとんどだと思いますけど、これも多分ほとんど無駄で要りません。特に痛い、卵膜剥離とって、ぐりぐり内診をするなんていうのは性暴力に近い話で、それをしなければならぬ理由はない。それから出産のために入院したとき、病院によっては1時間おきの内診とか勤務交代時の内診とか、要は病院都合の内診っていうのが、まだたくさん残っています。

内診室のカーテンがあると何が起るかというと、今言いましたように、まず内診室が個室ではなくて、内診台の足を開く方法が窓を向いていたり、それから診察を受けると、今だいぶ減ったと思うんですけど、向こう側を人が通ったり。それからカーテン閉めてるから何をやっても、お互い気にならないというか、しょうがないっていう感じなんだろうけども、陰部をずっとライトで照らしっぱなしっていうところもあります。それから足を開いたままドクターが来るまで待っているところ。それから痛い内診。そして足が勝手に動いて、そこまで開かなくても見えるよねっていうところまで、ものすごく開脚をされるようなところもあります。

今、私、アルバイト的に、いろんな検診センターに行ってるんですけども、本当にいろんなところがあって。これまたは産婦人科業界とは違って、検診業界なんですけれども、ここもコミュニケーションが必要だなと思っています。多くの方は恥ずかしいからおっしゃるんですけど、恥ずかしがらせる装置自体が、おかしなプレイなんだというふうに気付いていただきたい。ですから可能な限り、内診のカーテンは開けて診察を、皆さん、ぜひ受けてみてください。どれほど気楽に受けられるのか、やってみれば分かると思います。

先ほども言いました子宮頸がんの検診ですけども、これも今、私たち、性と健康を考える女性専門家の会で研究として、スミアテイクといって、イギリスやアメリカのようにトレーニングを受けた医療職、看護師、助産師等が細胞を採ってはどうかということで、これは実はもう看護職が採っても良いというふうに、厚労省のほうからは通達が出てるんですけども、にもかかわらず、産婦人科学会、産婦人科医会等が反対してるということもあって、なかなか進んでいないので、私たちは今、研究という形でやっていますが、看護職が採っても何も問題はありませぬ。

そう思って調べてたら、2020年の研究開発法人国立がん研究センターのほうで、2009年から約10年たってガイドラインは更新されてるんですけども、ここでは皆さん、本当にびっくりされるかもしれないんですけども、細胞診単独と、それからHPVという子宮頸がんになりやすいウイルスの検出の単独と、それから細胞診とHPVの検査の併用と、この三つの方法について推奨されていまして、細胞診単独、一般的に今、普通の子宮頸がん検診という形ですね。これが20歳から69歳、検診間隔は2年。これは一応、医師が採ることというふうに書かれていました。

HPV単独のほうは、要はウイルスがいるかないかを調べて、いなければ検診間隔は5年でもいいって書いてあるんですね。検診対象は30から60歳です。今、日本では75歳以上の後期高齢者にもクーポン券が出ています。もちろん受診して悪いことはないんですけども、膣がもう縮んでいて、毎回検診に来ると、2、3日はひりひりして血が出て痛いのよって言いながら、高齢の方が、それでも検診はしなきゃいけないと思って必死で来るっていうのを見ていると、「もうそろそろご卒

業でいいんですよ」って私は声を掛けるんですけど、全国でそういう方がたくさんいるっていうことを知らずに受けているっていうことを思うと、本当に胸が痛みます。

細胞診とHPVの併用の場合でも30から60歳、検診間隔は5年。これはなぜかという、一つには、やはり頻回の内診が性暴力に近いような産科暴力であるからなんですね。これは欧米で、どんどん検診間隔を広げていこうという動きがあって、私も、そのことによく気付かずにワシントンD.C.で行われている女性の健康の講習を受けてたんですけども、その頃に検診はそんな毎年要らない、2年に1回も要らないっていうふうに、どんどん延びていって、内診なんかなるべくしないほうがいいって言われていたのを、この産科暴力という言葉聞いてから改めて思い出して、なるほど、そういうことなんだなというふうには今は理解しています。

産科暴力とは何なのかという、いろいろな形の暴力がありまして。言葉による暴力ですね。例えば、「高校生がピル取りに来るの？」って言うだけでも非常に無礼な態度になりますし、身体的暴力としては、会陰切開しないでくださいってバースプランに書いても、会陰切開をさしてしまうとか。それから今、「不必要な」って書くと、またお叱りを受けるかもしれませんけれども、COVID-19の感染があって帝王切開せざるを得ない方もいらっしゃるし、少し待って回復してから経膣で産めるところもあって、これも地域によって違うという話も聞いています。地域によって違うというのは、標準化されていないということですので、その中には不必要な帝王切開は含まれている可能性があります。

それから心理的暴力ですね、脅迫するとか大きな声を出すとか、「自宅で産むなんて、けしからん」と怒鳴ってみるとか、そういうのも全部、産科暴力にあたります。それから社会的な差別、ケアの放置、不適切な処置など、実は本当に小さなことかもしれませんが、一つ一つ、何か嫌だったんですよ、何かつらかったんですよっていうのは、全部暴力だったかもしれないということ、思い出すのもつらいかもしれませんが、私は過去を責めるのではなくて、これからの医療ということを考えてときに、これを見直していったらどうかと考えています。非常に普遍化されていて見えにくいところがあるんですね。なの

で、そのところで女性に対する暴力なんだということ、女性側が認識して、それを避ける。そのために、やはり自分たちのほうで情報がある程度持っていないといけないという部分もありますし、それから開示されていない医療のデータのなところも開示を求めていく必要があるかもしれません。

これは、先ほど直前まで資料作ってたんですけども、今年出た論文で、実はスウェーデンの産科暴力のインタビューのレビューだったんですけども、やはり、ここにありますように情報と同意のなさとか、自己決定ができなかったとか、それから信頼や安心、セキュリティがなかったのがつらかった、レイプに近い体験だったというようなことで、個人レベル、構造レベル、政策レベルで、さまざまな問題が内在化されているということが報告されていました。

私、昔からずっと会陰切開はおせっかいと言ってきたんですけど、それは産科暴力だから、確かにこれはおせっかいだし、それからアメリカの産婦人科学会ではルーチンの会陰切開はすべきではない。あらかじめ切ったほうが短期、長期の利益があるというエビデンスはないということ、アメリカの産婦人科学会は、きちんと5、6年前に言っています。それから自分らしいお産を希望するのは当たり前のことで、今、産科が少なくなってきた、産む場所がないのに贅沢を言うなという声もあるんですけども、一方で助産師さんたちが、だからこそ私たちが正常産をとりますということで、各地で立ち上がり始めているので、少しお産の仕方が変わってくるかなと思って期待しています。

私たち、性と健康を考える女性専門家の会は、1997年に設立したんですけども、当時日本に経口避妊薬のピルがなかった。なぜなんだろう、どうやったら手に入るだろうということで活動しました。先ほど、福田さんのほうからもお話がありましたけど、ピルを認可すると性感染症が増えるなんていうふうに言われて、厚労省の感染症部会がオープンだったので、私たちは、それを聞きに行きました。そうしたところ、やっぱりそのような議論があって、ピルなんか認可したら感染症が増えるという議論になっていて、なので認可になったときは、性感染症予防対策を充実させることを前提にして承認になったという経過がありました。

そして、そのときに、とっくに中用量、高用量のピルを、月経困難症や過多月経の方に使っていたにもかかわらず、低用量のものなのに、血栓症のリスクが高いから、検査をたくさんしなきゃいけないとか、低用量ピルを飲むことはセックスをするわけだから、子宮がん検診をしなきゃいけないとか言って、過剰な処方前検査を課せられてしまいました。なので私たちは、そのときに、みんなで低用量ピル適正使用マニュアルというのを書いたんですけども、今ようやく時代が追い付いてきたのかなと思っています。

中絶ピルについても、先ほど塚原さんのほうからもお話がありましたけれども、厚労省も本当に残念ながら、危険性ばかりを強調してきた。これは2004年に私たちはインターネットで、本当にその頃何人か目立つ形で中絶ピルを入手されたケースがありまして、よく分からないインターネットで取り寄せた薬を飲んで、出血が続いていると言って産婦人科に駆け込んだというのが散見されて、それが産婦人科内部で共有されたという経緯がありました。これが危険性ばかり強調されていておかしいなということがあったので、私たちの性と健康を考える女性専門家の会で、中絶ピルの現状と問題点っていうのをセミナーをしたのが2004年のことでした。そして、その翌年には、その当時の個人輸入の問題点について、松本佳代子さん、薬剤師ですけども、彼女と一緒に論文にもまとめました。そこから随分時間がたったなという感じがいたします。

私は先ほど言いましたように、世界性の健康学会の理事もさせていただいてるんですけども、2000年にはミレニアム宣言が、そして2014年には性の権利宣言がリバイスされ、今は2019年にセクシュアルプレジャー宣言ということで、セクシュアル・ヘルス/ライツ・アンド・プレジャー。そして、そこに今、2019年ぐらいから言われ始めてるものではありませんが、セクシュアル・ジャスティスというようなことも盛り込もうとしています。このセクシャル・プレジャー宣言は、なかなか理解されたい部分があるかと思うんですけども、他者の人権を侵害して得られるプレジャーはプレジャーではないということを言ってるんですね。ですから単なるプレジャーで、何でもありというふうには言ってるわけではない。ここには非常に、やはり人権というものを重視した考え方が隠れています。

私は人口学のほうも少しかじってしまっていて、今、合計出生率（TFR）は1.26程度なんですけれども、置換水準、静止人口に必要な値を、はるかに下回っています。マクロの人口学という人口政策ですね。かつて人口政策と言われたものが少子化対策だったり、人口抑制政策だったりするわけですが、ミクロの人口学は女性の健康政策に相当するもので、よくこれを一緒にされてしまうんですけど、これはベクトルが逆だということは皆さま、ご認識いただきたいと思います。それから性教育も同じ理由で少子化対策ではありません。そして本当に残念なことに、日本のジェンダーギャップ指数は非常に低くて、特に政治分野が低いわけですけども、これは私の順位であり、今聞いていらっしゃる皆さまの順位であるということ肝に銘じていただければなと思います。

女性の性の健康を守る3種類のピルについては、先ほど塚原さんのほうからもお話がありました。これは私たち、必要なお薬なので、何とかしてくださいっていうよりは、必要なんですって、もっとフラットに言いたいな今は思っています。そして妊娠、出産関連費用は無償化してはどうか。これはヨーロッパ、北欧の国なんかは、そうなのなんですけれども、日本はなぜか、すごく高額な費用を払い、そして非常に手に入りにくいのを何とか手に入れるゲームを強いられている。そしてプレッシャーとしては産めばと言われてるけど、どうやって産んでいいのか分からないというようなことがあるかなと思っています。ですから、まずは自分の体は自分で知る。勝手に人には触らせない。自分の体を自分で管理する。そのための情報を得る。そのための情報を提供するということが大事です。

それからマイボディー・マイチョイスっていう言葉、私は好きなんですけど、生き方は選べるんだと。だから、どんな避妊がしたいか。それから自分の体を自分のタイミングで、自分で見たり触れてみる。それから、どんな避妊がしたいかを選択する。そして若い方には特に言いたいんですけど、どんな出産がしたいかは、準備しないと手に入らないんですね。妊娠しました。じゃあ産みます。どこで産む？さあ？ってなってから、会陰切開90パーセントのところに行ってみて、そうだったと分かるというのでは遅いんですね。なので出産するなら、どんな出産、どんなタイミングということを選ぶ女性が増えたらいいなと思っていま

す。ご清聴ありがとうございました。

パネルディスカッション&質疑応答

菅野：皆さん、お疲れさまでした。どうもありがとうございました。

質問がたくさん来てるんですけども、その前に本当に皆さん、視聴者の方たちも感じてらっしゃったと思うんですけども、今の産科暴力のお話ですね。それとつなげて、福田さんと塚原さんのほうから、それぞれのお詳しい分野からコメントをしていただければと思います。福田さん、いかがでしょうか。

福田：ありがとうございます。本当に今までもやもやしていたものがクリアになるような言葉がたくさんあるなというふうに思って、非常に学びが多かったんですけども、実は今、さっき紹介し忘れてしまったんですが、産婦人科医会でお話しさせていただく機会をいただいたので、せっかくなら私だけの声じゃなくてと思って、皆さんに若者が行きやすい産婦人科ってどんなところだろうっていうので、オンライン調査してるんですけども、今、既に届いてる声として、怒らないでほしいとか、出産前提で話すのはやめてほしいとか、逆に質問たくさんしても、ちゃんと答えてくれてうれしいとか、いろんな声が届いていて、ぜひ、ご参加いただけたらうれしいです。

そういったことがプラスアルファの願いではなくて、当たり前にあっていいはずだし、そもそもそれが守られなかったときは暴力であるっていうふうに、はっきり言えるようになるっていうことは、語彙の獲得として、すごくエンパワリングだし、そういうふうに認識できるようになるっていうことは、一人一人重要なことなんじゃないかなというふうに思いました。以上です。

菅野：ありがとうございます。塚原さん、どうでしょうか。

塚原：ありがとうございます。もう重なりすぎて、どこからいこうか、みたいな感じなんですけれども、やっぱり産むほうの選択は、まだまだといった話が、一番初め、菅野さんがおっしゃったと思うんだけど、私、日本は産むほうもサポートが全然足りなすぎるって考えています。実際、

私自身が若いときに中絶をせざるを得なくなった経験をしてるんですが、そのときに海外には、妊娠した学生でも学べる学校があるし、保育所のある大学もあるといった話を知って、なんで日本に生まれたんだろうって、すごく嘆きましたね。

若くて、学生で妊娠してしまったときに行き場がない、誰も支援してくれない、親にも言えないといった人が、いまだにいっぱいいるわけです。産むほうの支援も全然足りていないんですよ。産まないほうは、もっとない上に痛めつけられているっていう、この現状。あまりにも女性に厳しい日本の社会というのが、本当に、全体で変わっていかなくちゃいけないし、早乙女さんがおっしゃってくださったとおり、リプロまわりのことは、本来、すべて国が持つべきなんだと私はずっと思っています。

なぜって、子どもがいないっていうことは、日本社会にとっても問題だと分かっているわけじゃないですか。少子化は問題なんですよ、本当に。次世代がいなかったら、私たちの社会、回っていかないんです。だったら本気で次世代を産み育てられるような社会にしてほしい。そうすることで、その中で女性たちも、自分自身のタイミングで産めるっていうことが保障されていけば、産みたい人は産みますよ。今は本当に産みたくないタイミングでできちゃったものを無理に産めって言われたり、産みたいときにお金がなかったり、何もサポートがないから産めなかつたりしてるわけで。本当にリプロに関する公的援助っていうものを徹底していくっていうのが、一番の解決の道だと私は思っています。取りあえず、ここまでで。

菅野：ありがとうございます。私も最初に高齢妊娠とか不妊治療っていうふうに言いましたけれども、別に誰も高齢妊娠にたくてしてるわけではなくて、普通にやってるうちに、そうなってしまった。日本の社会が産み育てることとキャリアを作るっていうことを両立させない社会だから、そうなるっていう部分があって、でも産んでほしいから、高齢になると、だったら不妊治療だね、みたいに乘つけられちゃってるようなところがあるのかなと。それに対しては少子化対策という大義名分のもとでお金が出る、出そうという流れになってるのかなということを指摘したんですけども、確かに、おっしゃるように、産むことに対して、全然人権としての産むこと

が保証されていないのかなというふうに思っています。ありがとうございます。

質問がいくつか来ておりますので、順番にお尋ねしたいと思います。

スウェーデンのことについて、福田さんに対しての質問です。「スウェーデンにおいて、ピル、避妊具、医療アプローチ以外にSRHRの視点において特徴的なところ、差し支えなければ共有をお願いできればと思います。特にアントレプレナー教育や労働者の権利教育の観点をはじめとする経済の視点から、そういったものが、もしお分かりになれば、特徴があれば助かります」ということで、お尋ねです。福田さん、いかがでしょうか。

福田：ありがとうございます。私が個人的に感じたところとしては、ピル、避妊具っていうのも分かりやすいところではありますけれども、例えば若者向けって意味だと、ユースクリニックっていう若者だけが行ける場所っていうのがあって、そこだと例えばLGBTQの人も行けたりして、くっきりはっきり、女性は産婦人科へ男性は泌尿器科へってなると、私どこへ行けばいいんですかってなる人が間違いないと思いますし、男性の見た目はしてるけれども、子宮がありますって人は、すごく肩身が狭い思いを産婦人科に行くときに、「裏口から入ってください」とかってなったりとか、本当に苦しいなというふうに思っていて、必ずしもSRHRって、女性のリプロだけかっていうと、そうではないので、そういった視点が含まれているっていうのは、特徴として感じたところかなというふうに思います。

菅野：ありがとうございます。これ、難しい質問かもしれないので、少しまた時間を置いて、もしまたアイデア出たら、お話しただけたらなと思います。あと、これは一応福田さんに来てるんですけども、塚原さんも早乙女さんもお詳しいと思うので、どの方がお答えになってもいいと思います。「バイアグラは、なぜ早期承認に至ったのですか」という質問ですが、いかがでしょうか。

早乙女：それはバイアグラを使いたい議員さんは多かったけど、ピルを飲みたい女性議員がいなかったという、うわさレベルですけども、そういう圧力がかかったとは聞いています。あとは、先ほど塚原さんのお話にもあったように、海外から

の外圧がひどくて、「日本ってバイアグラは認可するけどピルは認可しないのね」って言われるのが、ちょっと嫌だったっていうのはあったみたいですね。だから福田さんが、私たちの会が大活躍って書いてくださったけど、私たちの会のささやかな抵抗は、ささやかな抵抗だったのかもしれない。あまり評価を受けてないのかなと思ってますが。

ただ当時、雑誌やメディアの取材は、私を含めて会員は本当に毎日のように受けてました。当時は残念ながら、ピルはやっぱり怖い副作用って書かれてましたね。だから、それが変わってきたのは、本当に時間はかかって、まだ普及率も全然上がってないけれども、やっぱり親がうるさくてとか、ピルって怖いとかって言う人が減って、ピル取りに来ましたっていう人が増えたのは、少し変わったところかなって思いますし、今、バイアグラも実は保険適用の話も出てますよね。これは、ただ不妊治療中の人に限るっていうところで、だからそこじゃないっていうところを私たちは繰り返して、出産につながるものだけは保険にしているっていう動きについては、それはリプロダクティブ・ヘルス/ライツを包括的に考えていないので、それはNGだと私は思いますが。

菅野：そうですね。バイアグラは本当に危険性があるにもかかわらず、あつという間に承認されたというところで、多分奇異に感じてらっしゃる方、多いと思いますが、そういうことだったということですね。次に、これは塚原さんについてなんですけれども。「中絶をポジティブに捉える」というと、急転換すぎてついていけない人も多いのではないかと思います。中絶を容認する世論を作るには、どうしたらよいと思われるでしょうか」と。確かに中高時代に中絶しないように、自分の性を自分でちゃんと管理しましょうっていうふうな教育を多分多くの方は受けている。そこから考えると、中絶容認というのは、どういうふうにかいたらいいんだろうかというご質問かと思いますが、いかがでしょうか。

塚原：まず「中絶容認」っていう考え方、私はしたくないんですね。誰が容認するの？必要な人がするだけであって、他の人は口出しすることじゃないんじゃないかって、基本的に私は考えています。その上で、本人が自分の中絶に対するス

ティグマをどう捉えるのか、そこを問い直してみませんかと呼び掛けたい。第三者が他人の中絶に口出しをして、それを批判するのは、もう初めからなしです。それは人権侵害ですから。そうじゃなくて、自分の中で——私自身経験もしてきたことなんですけども——中絶してから、自分は駄目な人間、ひどいことをしてしまったと、ずっと自分を責めてきたんですけれども、あるときカウンセラーさんから、「あなたは自分の人生を選んだのね」って言われて。その一言から、「え？」と気づいたんです。中絶をすることで、次の段階に行ける、人生が開けるっていう考え方もあるのかと。そのときから、いろいろ変化して行って、いろいろと考えていくと、「中絶＝悪いこと」、「中絶＝悲しいこと」、「中絶＝スティグマ」である必然性はなくて、実は「今回の中絶は今の私にとっては必要」だとか、「悲しい決断だったけど、これで一つ賢くなれた」とか、前向きに捉えることは、いくらでも可能なんですわね。

今、私、中絶ケアカウンセラーと名乗って、ご相談も受けているんですけども、本当に苦しくて、つらくて相談に来られる方々のお話を一つ一つ聴いて、「今のあなたにとって中絶の選択は必要だったのね」って言うと、ほとんどの人たちが、「そうなんです」ってなります。ポジティブな思いも、必ずやあるはずなんです。私は離婚も経験してるんですけど、「あなたの離婚は不幸だった」と私に対して決めつけてきた人がいて、「いや、私は幸せになるために離婚という選択をしたんです」って返すのだけど、信じてくれない。結局、他人事だから「離婚＝悪いこと」と決めつけて、終わりにできるんですわね。

だけど、人は一見ネガティブな選択をしたような場合でも、何かしら自分の人生にとって必要だとか、先に進むためだったり、何かを捨てるためだったり、それを捨てたがために別のものを選ぶようになっていたりしているはずなので、何かしら必ずいいこともあるはずなんです。だから、そこに目を向けていくことが大事だと思うんですわね。

だから、世論が一斉に「中絶賛成」となることを求めているわけではなくて、まずは当事者一人一人に対して、ご自分の持っている中絶に対するスティグマとかネガティブなイメージを見直してみませんか……と私は提案したいんですわね。

福田：1個だけいいですか。

菅野：どうぞ。

福田：思ったことがあって。今おっしゃってたように、本当に一言が変える考え方ってあるなと思っていて、私もピルを日本でもらって生まれ育ってたんですけど、なんかいけないみたいな、責められてるような気持ちがずっとしてたんなんですけど、スウェーデンに行ったときに、「よく来たね、偉いね」みたいな、「自分の体、考えて偉いよ」みたいなその一言で、そうなんだ、偉いんだ、私みたいになったんですけど、そういう一言の大きさってあるよなって思ったのと、容認するしないっていうのが、すごく風潮として大きいなというふうに思って。LGBTQの社会的な承認がないから同性婚できないみたいなありましたけど、容認されるされないとかじゃなくて、もう権利なんですっていう話で。誰が容認する力があるねんみたいな。でも性教育も緊急避妊も、私たちは反対なので反対になりますみたいな力を持つてると思ってる人がいるように感じてしまうんですけど、こういうことやってると。でも、いや、容認してあげるとか、そういうものじゃないよねっていうのを、すごく伝わってほしいなと思いますよね。

早乙女：きょうは3人とも海外の情報を取り入れながら、お話をしています。だから日本の中ではねって言われたとき、そうだった、確か日本はそうだったって思うんですよ。なんだけど、塚原さんに教えてもらって、安全でない中絶と女性の健康っていう国際会議があって、塚原さんが第2回、私が第3回、塚原さんと一緒に第4回、タイで行われた会議に行きました。そのときに宗教家も来てました。日本は、なぜか中絶の話になると、突然宗教的にはどうなんですかねって。あなた、宗教何だっけっていう人が言ってくるんですよ。男性のほうから見ると、俺の子を勝手に中絶して、けしからんと思う人もいるのかもしれない。そこはコミュニケーションの問題だったり力関係の問題だったりするかもしれないんだけど、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの話になったときに限りなく力がないのは男性かもしれないですね。自分では産めない、自己決定しようがないっていう、最初から全然違う土俵に乗って

いる。

そのときに、女性が中絶のことにに関して、よく言うのが罪悪感。罪悪じゃなくて感なんですよ。感覚、センスなんですよ。「その罪悪感は、どこから来たの？」って言うと、何となくって言う方がほとんどで、確たるものがあるわけでもなくて、「誰かに言われたの？」って言うと、意外に世間はそう言いますよね、みたいな。世間様って、どなたさまっていうぐらい、誰からも言われてないのに、罪悪感を持つんですね。その罪悪感を持つところで安住したいという安全装置のようなものを感じるのかもしれないんだけど、あくまでも感は感なので、そう感じる人もいますでしょうし、そうじゃない、もうちょっと精神的にも身体的にも安全な場所に自ら移動することも可能であって、だから私は、選んでいいとは書かなかった。選べると書きました、一番最後の。許可を求めるといふ必要は私たちはなくて、生まれながらに女性であるけど、それが何か？と。女性ですみませんなんて言う必要、かけらもないわけですよ。そここのところから変えていかないと、この中絶の話は、いつまでも変わらないかなって、これ、更年期の女性もそうだし、更年期以降の女性もそうだし、妊娠中は妊娠中で、妊娠してすみませんだし、出産したら出産してすみませんだし、いつまで謝ればいいんですかって感じがします。

菅野：そうですね。非常にいろいろな面があると思います。本当に別に、なんで妊娠、出産について、私たちはこんなに罪悪感を感じなくちゃいけないのか。誰に対して申し訳ないと思ってるのかっていうことを、今一度、私、社会学専攻なんですけれども、問い直さなくちゃいけないですね。神様に対して、今おっしゃったように、本当に申し訳ないと思ってる人もいるかもしれないけど、どうもそういう人は、そんなに多くなさそうですね。じゃあ一体、誰に対してなのかということ、私たち共通のテーマなのかもしれません。

では次も、中絶のことをお尋ねの方がいらっしゃるんで、もう一回、塚原さんに戻したいと思うんですけど、「掻爬法のほうが危険なのに、なぜ日本は安全な方法を取り入れないのでしょうか。やはり簡単に中絶を選べるようになることを危惧して——つまりわざと危険なことやってるんじゃないかってことですかね。諸外国では

吸引法の承認によって、むやみな中絶が増えたのでしょうか。どうでしょうか。

塚原：まず、なぜ掻爬なのかということについて。実は日本の医師たちは、国内の中絶がどういう方法で行われているのかということ調査してきませんでした。2010年に金沢大学の研究者と共に初めての実態調査をしたときに、掻爬法オンリーで行っているのが3割、併用法——つまり吸引と掻爬の両方を使ってるのが5割で、合わせると約8割が今も掻爬法を使っていると、初めて世の中に明らかにしたんですね。その時点で、すでに世界では掻爬(D&C)は危険だから、できるだけ使わないようになって言われていたんです。

私たちの初の調査が報道されたとたん、日本産婦人科医会が初めて自前の調査を行いました。私たちのよりも規模も大きな調査で、前年の中絶の半数を網羅したという非常に大きな調査でした。その結果、彼らの出してきた数値も、ほとんど変わらなかったんですね。それどころか、合併症は掻爬よりも吸引のほうが若干少ないことも分かった。なのに彼らの出した結論は、「日本の中絶は安全だ」だったんです。そこで、それはおかしいだろうと思って、すごく時間がかかりましたが、医会の調査結果の問題点を調べ上げたんです。今年の3月によく女性学会誌に論文として掲載できました。

結論から言いますと、日本の中絶は掻爬で行っていても安全だということを彼らは言いたかったのだと推察されます。なぜ掻爬なのかと言えば、吸引法——特に手動吸引法は、世界では、もはや助産師がやっても安全だと言われる簡便なものになっているのですが、掻爬は、今でも熟達してないと子宮に穴を開けてしまう危険のある手術です。その難しい掻爬を使えるのは自分たちだけだと、1948年の優生保護法を作ったときに、おそらく医師たちは主張したのです。その結果、ただの産婦人科医でも駄目で、特別な訓練を積んだ者を特別に指定することにした。その指定医師しか中絶を行えないと、法に書き込まれたわけです。

民間団体の業務独占が法律に書き込まれてるのは、中絶以外では弁護士だけだと聞いています。つまり日本産婦人科医会の方々が、なんで調査の結果をねじ曲げてまでも、自分たちのやり方が安全だと言いたかったのかということをも裏読みしていきますと、結局、「中絶には掻爬が必要」、「掻

爬は指定医師にしかできない」と主張することによって、自分たちの存在意義を守りたいのではないかなと疑っています、私は。

一方、中絶薬のほうは、補助看護師レベルで処方できる安全な薬だとWHOは言っています。吸引のほうも助産師レベル、ミッドプラクティショナーレベル以上ならできると言っています。そういう専門性の低い医療者でもできる安全な方法に世界は既に移行したのです。ただども、掻爬が必要だと主張することによって、日本の指定医師は業務を独占しているんです。この構造がおかしいということを私は多くの人に知ってほしいです。もうそれは時代遅れなんだということなんです。掻爬はやめましょう。薬が入ってきたならば、薬をもっとアクセス良くするために、いろんな職種が処方できるようにしましょう。緊急避妊薬も同じです、ピルも同じです。だから業務独占はやめて、公的に費用補填することによって、産婦人科医療自体を変えていってほしいと私は主張しているのです。

福田：1個いいですか。

塚原：どうぞ。

福田：私がこの間、解説を書かせていただいて、塚原さんが訳した、この『中絶がわかる本』で、私がすごく衝撃を受けたところがあって、中絶の歴史が書いてあるんですけど、26ページに、アメリカの話なんですけど、「男性が大半を占める正規の医師たちは、産婆のような中絶を提供する女性たちと競合するのを嫌がり、中絶は不道徳で危険だと主張して、犯罪化するように圧力をかけました。アメリカのほぼ全州で1910年までに中絶を犯罪とする法律が作られ、女性の命を救うために医師が必要だと判断した場合のみに例外にしました。これで医師しか合法的に中絶を行えなくなったのです」というふうになって、これって日本だけで起きてることじゃない。

塚原：世界中で起きてる。

福田：女性の中の起きたことだけど、でもこれ100年前の話やなっていうふうにも思ったりして、すごく複雑な気持ちになったんですけど、こうやって世界の構造の中で起きてることって思う

と、やっぱりより分かりやすくなるかな、なんて思うんですけど、一つ一つ明確化するのが大事ですよ。

塚原：それは本当に世界中で起きたことなんですけど、一つ世界と違うのは、合法的中絶を避妊より先に認めたってことなんです。避妊ピルより先に認めてしまった。これは日本独自なんです。先に中絶を、医師たち、社会の都合で認めてしまって、女性の権利とはしてこなかった。

福田：そこは大きいですよ。

塚原：そこ、すごく大きいんです。しかも、それが。

福田：結局、人口調節でしか認められてない。権利の上でじゃなくて。

塚原：それ。しかも大量に掻爬で行ってきたというのが日本の特異なところなんです。外国は1970年代ぐらいに合法化したところは、みんな初めから吸引法なんです。なぜなら、医師たち自身が「盲目的（ブラインド）」という言葉を使っているんですが、手さぐりで掻き出すなんていうことは、医師たち自身、やりたくなかった。自分の手で殺してるんだって分かるようなことはしたくなかったんです、特にキリスト教系の医師たちは。そういう意識があったので、吸引でスマートに……というのが適切かどうかは分かりませんが、初めから機械を使って吸引しようということになったのだと思います。

しかも、ついでに言いますと、日本で思われている吸引と世界の吸引は別物で、世界では70年代のときに、吸引機が入るだけではなくて、プラスチック製のカニューレと呼ばれる管を使うことによって、初めて吸引でいこうということになったんです。どういうことかと言えば、日本の電動吸引機は、いまだに金属の管を女性の体に差し込んでます。けども、そのとき70年代の海外の医師たちは、金属の管を入れるんだったら掻爬と同じじゃないかということで、それはいけないと。何かいいものはないかと必死で探し回って、プラスチック製のカニューレっていう管を見つけてきたと、そういうエピソードがあるんですね。

実際、だから、それがあって初めて、吸引が使

えるようになったというのが、世界のリプロの常識なんですね。ところが日本では、最近、手動吸引機というのが導入されてようやくプラスチック製の管が使われるようになりました。ただでも電動のほうは、いまだに金属管だといいますね。だから同じ吸引法と言っている、全く別物なんです。日本で安全な中絶として、今行えるのは、手動吸引法だけなんですね。ただの吸引で全ていいわけじゃない。そこも知っていただきたいポイントです。

菅野：ありがとうございます。本当だったら安全な医療というのは一番最初に医療者が考えなくてはいけないことなんですけれども、どうもそれが世界の各国でそうではないという状況があるということです。次の質問です。「性別にかかわらず生殖する権利が保証されるべきだ」という前提に基づいたリプロダクティブ・ライツの議論には、大きな危険性があると思います。生まれる側の人は選択肢を与えられずに存在させられ、生まれてから死ぬまで、さまざまなリスクにさらされるのに、その人の存在を開始する当然の権利がわれわれにあるのだという前提に何の疑問も差し挟まずに議論を始めてしまうことに正当性を見いだせません。皆さまはリプロダクティブ・ライツの前提たる他者の存在を始めることの自由について、どうお考えでしょうか。他者の存在を開始することは、自己決定権として保証されるものではなく、越権行為なのではありませんか」という、こういった意見が来ていますけれども、それぞれご返答をお願いしたいと思います。では、早乙女さんからお願いします。

早乙女：多分、議論してたら一晩中でもできるような深いテーマだと思うんですね。時間もありませんし、端的に申し上げたいと思います。私は医学の中において、科学的な立場ではありますが、ちょっと話がずれてしまうかもしれませんが、赤ちゃんは、やってくるものだと、人はやってくるものだと思っていて、ただ、それを受け止め切れるかどうかというのは、受け止める側のお宿のほうの都合もあるというふうを考えています。なので生まれる側の他者の存在を、勝手にしてるわけではなくて、むしろやってくるのは、勝手にやってくる人のほうかなと、ちょっと思っているんで、それを「ごめんなさい、うちには泊

められません」というのはありかなと、そういうスタンスで考えています。

ここは、どういう物語をそこに付与するかということなんですけれども、終始大事にしたいのは、やはり自分の体は自分のものであるという、揺るがない女性の身体権。これは先ほど言ったように、国際学会等でいきますと、宗教者が、それでも女性の身体権は優先されるべきであるとおっしゃったのです。それで私自身も宗教的にどうなんだろうという迷いが私の中では払拭されました。

菅野：ありがとうございます。では、塚原さん、どうでしょうか。

塚原：私は人権規約や国連での議論を調べてるんですけども、当然ながら、世界では宗教を交えて大論争を繰り広げてきたわけですよね。先ほど、ナイロビの様子をお見せしましたように、いまだに納得してない人たちもいるんですけども、それでもやはり女性の存在、尊厳を認めていこうというのが世界の趨勢になりました。そこまで行くのに、すごく大きな論点の一つが、胎児の人権はあるのかないのかということでした。

国連レベルでは、胎児に人権はないとは言っていないですね。「人は生まれて初めて人権が付与される」ということが確認されただけです。生まれて初めて人権が付くんです。生まれる前は、まだ人権はないのです。胎児が大事じゃないと言ってるわけではないんです。法的な「人権」はない……そこなんですね。そこが非常に重要なポイントで、一方、すでに生まれている「女性」には人権があるんです。

今、この議論を出してくださった方も、すでに生まれてるから人権があるんですね。だけでも、おなかの中にいる存在のときはどうなのか。昨年12月に院内集会をしたときに、法務省の方が刑法墮胎罪は胎児の「生命身体」を守ってるんだということ、さんざん繰り返しておっしゃったので、「中絶薬は、まだ身体ができてないときにも使えるんですけども、どうなりますか」って聞いたら、六法全書を猛スピードでめくりながら「いや、それでも生命がある……」と頑張られたんですが、六法には書いてないですよね。たとえ「生命」はあったとしても、それだけでは「人権」は生じない。そういう議論に少なくとも世界では落

ち着いてしまっていることを指摘しておきたいと思います。

菅野：ありがとうございます。本当に難しい質問ですけども、福田さん、どうでしょう。

福田：ありがとうございます。SRHRの中に、子どもにとって最適な養育ができることっていうのも実は中に入っていたりして、今、生きていく上では、たくさんリスクがあるっていうのは、本当に今おっしゃっているとおりだと思うんですけども、でも生きていく上で最低限の人権が守られるように、さまざまな保証とかサポートを受ける権利が生まれてきた時点で生まれていくので、例えば、その責任が全て産んだ女性に起因されるのかっていうと、必ずしもそうではなくて、公的なサポートだったりとかが、さまざま入ることによって、最低限生活が守られるとか、そういったことが権利として認められていくべきなのかなと。なので、それを産んだから悪いっていう形で、全てのあらゆる権利を守る責任が女性だけに押し付けられるっていうのも、ちょっと違うのかなというふうに感じました。

菅野：ありがとうございます。少し加えれば、もし胎児の生命だけを考えるのであれば、それこそ養子縁組とか、とにかく産むだけ産めという議論もあると思うんですけども、ただ、そうなるんだと出生したくないという女性の気持ちはどうなるんだという気持ちがあるわけですね。なので非常に難しい問題ではありますけれども、今生きてる人たちがどういうふうなのかということも非常に大事な問題。生まれてくるほうも大事な問題だけれどもというところで、また考えていきたいと思えます。

塚原：もう一つだけ、いいですか。実は海外では中絶薬が入ってきたことによって、見方がかなり変わったんですね。結局、まだ人の形に全くなっていないような段階で中絶が行えるようになったというのは画期的なことで、昔は特に日本の場合なんて、掻爬は形ができないと中絶できないということで、待たせていたりしてたんです。だから、わざわざ大きくして、わざわざ人の形してるかどうか分からないけど、ある程度の塊ができてから「取る」と言うんですよ、日本の医師たち

は。そういうやり方をしたのが、薬は全く違ってきたと。それで例えば今、カトリックの国々がどんどん中絶を合法化してるんですよ。それは中絶医療が変わったからだだと思います。見方が変わったんです。それも声を大きくして言いたいことですね。

菅野：ありがとうございます。今、着床前の診断の問題とか、胚盤胞のもっと前のほうの問題も出てきているので、確かに生命倫理とは、やはり切り離しては議論できないということは、皆さまも共通認識としてお持ちだということだけは私からお伝えしたいと思えます。あと今回、看護の領域の方がいらっやっています。早乙女先生に「産科暴力という言葉を初めて知りましたが、私自身、とても共感することばかりでした。ただ、日本で助産師として働く上では、産科暴力を自覚しながらも、その環境の中で働かざるを得ない人もいます。どのような心持ちで日々の勤務にあたればよいのだろうと少し戸惑っています。ぜひアドバイスをお願いします」というコメントがきています。

早乙女：ありがとうございます。やっぱり一つ一つの行動で示すしかないんですよね。だから小さなことでも「今の患者さん、傷ついたらんじゃないかな」と、ぼそつと試してみるとか。「私は待たば出ると思ったのに、どうしてあそこで切ったんですかね」みたいなことを繰り返したりとか。「他の先生は切らないですよ、こういうとき」とかって耳元でささやくと、職場の雰囲気が変わってくるっていうのは、私は今までずっと経験してきたことなので。

助産師の中にある、自分自身の女であるというスティグマを1回ちょっと外していただいてもいいと思うんです。だから医師は医師の仕事で、助産師は助産師の仕事で、助産師の仕事は、あくまでも正常産をとることだから、異常になったときは呼ぶから黙っておれと、そう言ったらいいんですよ。それは、もっと助産師さんたちにも頑張ると言い方は違うかもしれないんですけども、一緒につながっていききたいと思えます。助産師さんたちが、やっぱり女性を守っていくっていう一番要のところなので、私は、本当は助産師になればよかったんだなって思うことがしばしばなんですけれども。一緒につながって

きましょう。

菅野：ありがとうございます。他にも立教の学生さんから、10代の妊娠などそういった問題を支援していきたいという意見なんかもいただいています。最後に、「今のアメリカとかポーランドとか、あとアイルランドなどで、世界で中絶の権利を大幅に制限するような、今のお話は、どんどん変わっていったのに、日本が取り残されてるといってお話だったんですけども、むしろ大幅に制限するような法改正っていうのが出てきていますけども、そういった世界状況について」ご質問がきています。最後にお一方ずつ、ご説明いただけるといいかなと思います。じゃあ、早乙女さんから、いいですか。

早乙女：バックラッシュという形で、もともとある女性の権利を抑えることで安心してた人たちが、それが拡大すると不安になるというのは当たり前前のことだとは思っています。そこは、やはり力関係で、行ったり来たりをするっていうことがあり得るかなと。ただ私の中では先ほど述べたように、これは揺るぎない、私が私でいる、それが何か？と、皆さんがそうおっしゃって、これ必要なんですって言うもので、お願いしてもらいようなものではない。そういう強い意思で一人一人が行動していただければ、世の中全体が変わり、男性にも、あるいはLGBTの方もみんな、自分は自分なんだって、ちゃんとと言えるようになると思います。男性は言えてないんだと思います。そこが大きな問題なのかもしれません。

菅野：分かりました。どうでしょうか、塚原さん。

塚原：まずアイルランドは、今は違います。アイルランドは今、いい方向に来てる国の一つですから。ポーランドがひどいですね。ポーランドが、かなり上からの押し付けっていう意味でひどい。アメリカは前大統領が作ってしまった制度のために困っているっていう感じですよ。国民はそうでもない。国民は、やはり女性の権利は大切だと考えてる人が、どの国でも実のところは多いのではないかなって私は見えています。ポーランドも、大規模なデモがコロナ禍の最中に何度も行われているというのは、やはり上からのバックラッシュ

というか、反動が激しいけれども、もう世界は黙っていませんし、今、世界中から、そういう国には支援しようといった動きもありますし、世界全体を見ていけば間違いなくリプロ推進の方向に向かっていってると私は信じています。

菅野：新聞なんかのほうでも、そうですね。報道だと、そういうところがクローズアップされてしまうというところが。

塚原：そうですね。中国、ちょっと怖い状況ですね。一人っ子政策から極端に振れて、今また締め付けに向かっているようです。そういう国もあるけれども、そういう国にならないようにしなくちゃ、私たちは……と思っています。

菅野：ありがとうございます。福田さん、どうでしょうか。

福田：ありがとうございます。本当に今、塚原さんがおっしゃっていただいたように、他の国のデモっていうのがすごく、私も初めて、そういったデモに参加したり、ヨーロッパにいたときにしたときに、なんて中絶の権利だったり避妊の権利だったり、そういったことを外で声高にみんな、ばーって、My body my choiceって叫ぶっていうのが、でもこんなふうにしていいことなんだっていうのをすごく思ったし、逆に日本でするって思ったときに、どんな声を受けるだろうとか、何か攻撃されるかなとか、ちょっと怖いとか思ってしまったったりして、すごく日本の中だけで見ていると、こういったことに声を上げるとかっていうのが、すごくハードル高いことになってしまうと思うんですけど、でも世界の現状を見たら、必ずしもそうではないし、こういうふうには声上げていいんだって、上げる権利があるっていうのをすごく知れるので、ぜひそういうのを見てほしいし、そうやって締め付けが厳しくなってる国でこそ、すごく盛り上がっているものがあって、スペインから来た女の子は、スウェーデンに留学中に、スウェーデンに来て、すごい進んでるって思ったけど、Women's dayのみんなの熱意は、全然私たちの国のほうが強いみたい。締め付けが逆に強いから、そういう熱意は私たちのほうがあって言っていました。

今、日本もこうやって国のトップは変わらない

けれども、人々の意識が変わりつつある中で、この熱みたいなのは、すごく強みとして、これから開花してほしいなっていうふうに、バックラッシュに負けずになってほしいなって思っていて、なんでないのって言葉にしたのも、すごくお2人がずっとおっしゃってきたように、あったらいいじゃなくて、あって当たり前のものだし権利だしてというふうに思って、お願いしてもらうものとか容認してもらうものではなくて、当たり前の権利として、きょうのイベントを通して感じてほしいし、そういう言動をちょっとずつすることが周りの意識も変えたりして、それが私たちにできることなのかなっていう気がしました。きょうは、ありがとうございます。

菅野：ありがとうございます。他にも、すごくたくさん質問をいただいています。このシンポジウムはそろそろ終わりの時間になってまいりました。確かに、先ほど塚原さんおっしゃったように、私も中絶というか、そういった研究をしてきたんですけども。結局、中絶できるからいいだろうと。ピル容認したからいいだろうというような、ずっとそういうので、やっぱり容認してもらってるっていう状況に私たちが慣れてしまってきた。だから今のバックラッシュに対して、だったらデモすればいいんじゃないとか、今そういう意見が出ましたけれども、まさにそういった態度というか姿勢が私たちに求められてるのかなと思います。きょうは本当にどうもありがとうございます。では最後に、野呂所長のほうから、終わりのごあいさつをさせていただきます。野呂先生、お願いいたします。

野呂：お三方の議論を聞いていて、どう言ったらいいかな…いろいろ、そうだねと思ったり、そうなのかなと思ったりとあって、実はいろいろあったんですけども、一つ非常にやりとりを聞いていて印象に残ったことが、これは早乙女先生おっしゃったことだったと思うのですが、容認されるという、そういうたぐいの問題ではなくて、私の権利なのだっていうお話がありましたよね。そのときに、なるほどっていうふうに思った上で、さらにLGBTのかたがた関係の、いわゆる同性婚の問題などにしても、あれなども、もちろん運動としては例えば渋谷区であったりとか世田谷区であったりとかっていう話もありましたけ

れども、運動論として見れば、逆に容認されるっていうことを求める運動であったようにも思うわけですね。

でも他方で、逆に私の権利であるのに、でもやっぱり容認されることも必要であるっていう、その辺の、いわゆる社会みたいなもの、見えない社会、見えない圧力みたいなものと、また他方で、でもこれは私の体の問題なんだとか、私個人の権利の問題なんだっていうふうに、私ってものに立脚して主張を通していくっていう道筋の在り方っていう、この二つのところのせめぎ合いっていうものを、多分、今、私どもは、きょうのやりとりなどを聞いて、すごく感じさせられたのだというふうな気がします。

楽観とか悲観とかっていうことは、ちょっと何とも言えないところがありますけれども、でも多分、見えない社会と私っていうだけではなくて、もう少し見えないところが、どういうふうにしたら、もう少し見える近いところに、ある種、拠点みたいなものを作っていけるのかとか、そういうようなところをうまく議論していけるような話が来ると、こうした問題って、合意形成も含めて進められていくのかなっていうふうな、ちょっと抽象的で申し訳ないんですけど、そんなことを感じたりしました。でも、とてもある意味、面白かったし、不思議なことですけど私みたいな、ジェンダーでいうと全然反対側の人間なんですけれども、聞いてて元気が出てくるようなところがありまして、大変面白い議論だったと思います。本当にありがとうございます。

いろいろ準備、それから、こうしたコーディネーションも含めて進めていただいた菅野さんにも本当に感謝を申し上げたいと思いますし。それから本当に150人ぐらいの方に、ずっと参加をしていただきました。いろんな立場の方、学生さんの方もいらっしゃいますし、医療関係の方もいらっしゃったようでございますし、専門もいろんな方も今回、参加していただいたということで、とてもいいひとときであったかなと思います。本当にご参加いただいた皆さまがた、そして何よりも今回、講師としていろいろお話をさせていただいたお三方の先生、そして菅野さん、そして事務局ですね。いつもながらですけども、大変深く感謝を申し上げたいと思います。ありがとうございました。

【当日の質問への回答】

※講演会当日はたくさんのご質問をいただきましたが、時間の都合上、すべてにお答えできませんでした。この場をお借りして、各登壇者より質問に回答させていただきます。なお、講演会当日に口頭でお答えした質問は割愛いたしますので、ご了承ください。

Q1 なぜバイアグラは早期承認に至ったのですか？

A 明確な答えはありませんが、男性が圧倒的に多い議会じゃ、やはり男性が使う薬のニーズは女性が使うピルのニーズよりも理解されやすいのはあったのではないのでしょうか。荻野美穂さんの「女のからだ——フェミニズム以後 (岩波新書)」などおすすめです。(福田)

Q2 避妊薬が普及しない理由として、①日本では社会的に「避妊」のためのものと認識されているもの、②認可承認できる上層部に、妊娠できる女性の関わりが少なすぎることに、あげられると考えています。しかし実際には、低用量ピルを含めホルモンバランスを整えるための薬は、避妊だけでなくPMS、PMDDのためにも大変重要な薬です。この選択肢が増えないこと、費用が高いことは、避妊以外の文脈でも女性の人権侵害だと考えます。PMS・PMDD当事者として、金銭的にも精神的にも生きづらさを感じております。避妊薬においても中絶薬においても、なぜ日本は、ここまで進みが遅いのでしょうか？どのようにすれば、女性の人権が侵害されない世の中になるのでしょうか？日本の現状を伺っていると、将来に希望を抱けません。御三方のご見解を伺いたいです。

A 歴史を振り返ると、「優生保護法」という障がい者や女性の権利を侵害する法律によって、避妊よりも先に中絶が合法化され、リプロの領域が産婦人科の利権に囲い込まれて、女性たちがディスエンパワーされてきたのが大きな原因の一つだと考えています。まずは現に起きている問題を理解し、本来あるべき方向を見定めて、声を上げていく必要があります。過去を振り返る

と、セクハラやDVだって最初はだれにも理解されませんでした。今は多くの国民が理解し、問題だと考えるようになっていきます。フラワーデモも続いています。諦めないで声を上げ続けていきましょう。(塚原)

塚原さんのおっしゃるとおり、変化を起こしてきた例は日本でもありますし、不可能はないと思っています。ただそれには、諦めずに声を上げ続け、あらゆる意思決定で多様性を実現する努力は必須だと思います。頑張りましょう！(福田)

すでにお話ししたように、女性側も自分の中にあるスティグマに気づいて行動すべきです。堂々と、必要なので、とピルを取りに来る女性も増えました。「普及」を気にするより、自分に必要なものを手に入れる、と考えてはいかががでしょうか。そうしたスティグマを解消するためか、日本では、避妊用OC(経口避妊薬)と治療用LEP(低用量EP)を分けて、治療用を保険診療としていますが、同じものです。中には避妊のためにOCを、月経困難症のためにLEPを飲んでいたという女性もいましたが、無駄ですしリスクが上がります。使用する女性が増えて、費用はだいぶ下がりました。(早乙女)

Q3 暴力的な行動は産科に限定して起きるのでしょうか？それとも医療全体で起こっているものなのでしょうか？産科限定だとすれば、産科暴力の原因は女性蔑視からくるものなのでしょうか？

A 産科暴力は、施設内暴力に女性への暴力が合わさったもので、女性蔑視が関係しています。施設内暴力は、たとえば不必要な身体拘束や過度な医療介入ですが、産科以外では十分な説明や同意を取るなど改善されてきています。(早乙女)

Q4 社会的なスティグマや偏見、アンコンシャスバイアスなどがあるなかで、それらを払拭するためには、どのように情報を広めていく必要があるのでしょうか？例えば、性教育であっても、今教えている教師自身に女性軽視のアンコンシャスバイアスがあると

感じています。その中でも、適切な情報を教育していくためには、どのようにすれば良いのでしょうか？

A 男性に理解を求めるよりも、女性が認識することが重要です。自分が嫌だ、心地よくないと感じた気持ちを素直に認めて理由を探すことでしょうか。教育も大事ですが、一人一人が気付いて行動することから流れが変わります。(早乙女)

Q5 戦後日本において医学教育は男女共学化することになり、事実上医学教育は平等となりました。しかしそれまで男女別学の頃までであったジェンダー問題への意識がどんどん薄くなっていったのではないかと感じていたのですが、こうして現代社会で女性医師の方が女性たちの権利をきちんと訴えていけることに感銘を受けました。今後日本の医学教育のなかでジェンダーに関する教育が重要となってくるとは思いますが、医学界の変革にはどういったことが必要だと考えられますか。

A 医学の中には、まだ隠れたジェンダーバイアスがあります。男性医師は子どもが生まれても同じ仕事を続けますが、女性医師は非常勤になったりします。また、診療科の選択の段階で性差がありますし、昇進も違います。例えば、産婦人科の臨床教授は、全国81大学医学部でまだ数人しかいません。(早乙女)

Q6 OC, LEPの処方のために、年に一回子宮頸がん検診、エコー検査、採血(凝固機能と血液一般、肝機能など)を勤務先で行なっています。医事課から「保険を通す為に必要」と言われ、数年前から必須になった検査です。毎年までの必要性は実際ないのでしょうか。

A (早乙女)

Q7 福田さんが紹介された避妊法でインプラントと注射は普及率/使用率が低用量ピルと比較すると低い理由をご存じでしたら、教えてください。個人的には注射やインプラントが画期的だと感じています。

A やはり開発された時期がピルは50年代以

降、低容量ピルに絞っても70年代以降であるのに対し、他の避妊法は90年代以降なので、先にピルが根付いた場所も少なくないのではと思います。(福田)

Q8 日本は若いときに産みづらくて、高齢出産への不妊治療をやる、ということになっていると思います。私は現在立教大学の学生であり、たとえば十代の母、と呼ばれるような若くして母になるような人への支援に興味があるのですが、そうした方々へのご支援には何がありますか？

A 若い時に産みづらいというのは、社会的な産科暴力ですよ。少子化対策と言うなら、出産しただけで単位が取れるくらいのことでもいいと思います。それは極端だとしても、学業がつづけられるように子連れ登校できるとか、学校内に保育所があるなど、対策はいくらでもあると思います。(早乙女)

Q9 今、日本の若者の中で、エイズが蔓延してきていると聞きましたが、実態はいかがですか。

A エイズの増加はにぶっていますが、何故か梅毒の急増は若い女性に顕著です。(早乙女)

Q10 産科暴力という言葉を知りましたが、私自身とても共感することばかりでした。ただ、日本で助産師として働く上では、産科暴力を自覚しながらもその環境の中で働かざるをえないと思います。どのような心持ちで日々の勤務にあたれば良いのだろうか？と少し戸惑っています。ぜひアドバイスをお願いします。

A 助産師さんが産科で働く中で、日常的に医師から暴力を受けているのが現状ですよ。ただ、制度として正常産は助産師の仕事ですから、これは「正常ですから異常になったら医師に任せます」と毅然と対応したり、「先生はまだお茶でも飲んでいてください」と、医師の仕事を軽減するそぶりを見せるなど、やりようはあると思います。(早乙女)

Q11 中絶への罪悪感は、自ら授かった「子どもの命を殺めたこと」に対してではないかと思うのですが、いかがでしょうか？

A 人によって罪悪感の有り様は様々です。おっしゃる通り、必ずしも「子どもの命を殺めたこと」に対してだけではないでしょう。いずれにしても、多くの場合「中絶」に対する人々の「罪悪視」やジェンダー規範を内面化した結果であるように思います。(塚原)

Q12 がんの内診の間隔が広がっていく世界的な傾向は癌の早期発見に影響しないのでしょうか？内診以外の検査の選択肢が増えているのでしょうか。

A HPVワクチンの普及と、健診の組み合わせ(スメアとHPV検査)で、漫然と細胞診を行う愚をさけることができるということです。(早乙女)

Q13 世論が容認するしないではなく、自分の権利なのだという認識を当事者が持つ事によって、中絶や避妊を選びやすくなるのはとても納得しました。しかし、中絶・避妊方法の選択など、当事者が権利だと思っても国がその権利を行使させてくれない状況があるので、やはり国(国会議員)がこういった認識を持たないと権利を十分に行使できないままなのではないかと思いました。という意味で、こういった認識を国が持つにはどうしたらいいとお考えでしょうか？

A 昨年、国会で中絶問題や中絶薬の問題について何人も議員が質問を出してくれたのは、議員に対して働きかけ、情報提供した成果でした。国の制度を変えていくには、世論を形成していき、議員に働きかけていくことが重要だと考えています。世論を形成していくためには、まずは「問題」を知る人を増やしていく必要があります。ぜひ質問者の周囲の人々にもリプロの問題を知らせていってください。(塚原)

Q14 新たな命を生み出すことの暴力性についての質問は、「生まれたくないと思っている子供を産むことはその子供にとってよくな

いのではないか」という意味に受け取りました。私は個人的に反出生主義に興味があり勉強しているだけの学生なのですが、個人的な考えを述べさせていただきます。子供の誕生について難しい部分は、産む前にその胎児の意見を聞くことができないという点です。生まれることは不可逆なので、生まれた後に生まれなかったことにすることはできません。確かに、「生まれなくなかった」という胎児の意見は今の技術では不可能であるため、「胎児の意見を聞くことができないので、子供を産むことを奨励するのはよくないことである」とすると、女性の「子供を産みたい」という思いが守られなくなってしまいます(私は子供を産みたいと思う気持ちも、とても大切であり軽視するべきではないと思っています)。そこで、「生まれてきたくなかった子供もいる」という前提を踏まえて私たちができることは、まずそのような子供が少しでも生まれてきてよかったと思えるような社会を作ることではないでしょうか。少なくとも、このように女性の権利などマイノリティの権利が全く守られていない状況で、生命を生み出すことの暴力性についてのみ注目するのは女性自身に責任を押し付ける形になってしまうのではないのでしょうか。

A 自身の身体に責任を持つことは押し付けではなく、本来ある身体権です。個人的な体験ですが、私はどうやら母の元で生まれる気がなかったのに、墮ろしに行った産婦人科医師に産むことを勧められて母が翻意したらしいのですが、本当に余計なお世話だと感じます。どのような社会であれ、どれほど恵まれていると見えたとしても、その時産むか産まないかは当人にしか決められないし、母は子どもの気持ちもくみ取っているのかもしれないと考えることもできます。(早乙女)