

日本における緊急避妊薬 OTC 化の必要性と課題

—リプロダクティブ・ヘルス/ライツの観点から行う日英比較—

190029 磯貝 日和

序章

近年、ソーシャルメディアの普及に伴い、性に関わる問題に対する認知と関心が高まりを見せている。社会を席卷した「#Me Too」運動を足掛かりとして、性被害者がこれまでの被害を告白するムーブメントが世界中で巻き起こっており、中には被害の告白だけでなく、ソーシャルメディア上で署名を集めている例も見られる。しかし、性犯罪や性に関する権利について人々の関心が高まっている一方、アメリカで人工妊娠中絶権が合憲であるとの判決が下された 1973 年の「ロー対ウェイド」判決が 2022 年 7 月になって覆され、世界中でこの出来事が及ぼす影響について懸念されているなど、社会的状況は一進一退である。

日本に焦点を当ててみても同様のことがいえるであろう。性に関する人権や性教育、リプロダクティブ・ヘルス/ライツに関する話題が耳目を集めており、特定の職業に従事する性被害者による、業界や企業内で発生したセクシュアルハラスメントや性犯罪の告発、性犯罪の厳罰化や刑法見直しを求める署名活動等が盛んに行われるようになった。しかしその一方で、未だ堕胎罪が存在している事、緊急避妊薬へのアクセスが限定的である事、人工妊娠中絶の手段として経口中絶薬が導入されていない事など、未だ多くの課題を抱えている状況である。緊急避妊薬は、適切な知識を持たないまま行われた避妊や、避妊の失敗、同意のない性交等から女性の心身を守るために重要な役割を果たすものであり、緊急避妊薬の入手が簡便でないという現状は、より身体的、心理的、経済的負担の大きい人工妊娠中絶やその後の育児放棄等に繋がりがねず、危惧すべき状況であると考えられる。加えて、緊急避妊薬の使用や人工妊娠中絶の自由は、リプロダクティブ・ヘルス/ライツ、つまり人権の観点から保障されるべきものであるが、日本はこれらの課題に対して真剣に取り組めていないのが現状であると思われる。

そこで本研究では、日本が早急に解決すべき課題の一つである緊急避妊薬の OTC (Over-the-Counter) 化、つまり緊急避妊薬を医師の処方箋無しで薬局にて入手可能にする一般医薬品化を主題とする。緊急避妊薬は性行為後 72 時間以内に速やかに服用される必要があるが、日本では病院を受診して処方箋を手に入れる必要があるため、薬を入手するまでに時間がかかることに加え、医者面前で服用しなければならないという心理的負担もある。更に、日本は緊急避妊薬の価格も高価に設定されており、これらの時間的、心理的、経済的制約から、緊急避妊薬へのアクセスが開かれているとは言い難い。一方、イギリスではリプロダクティブ・ヘルス/ライツが重視されており、このことは政策からも読み取ることができる。

緊急避妊薬の OTC 化をフランスに次いで世界で 2 番目に早く実現し、その他にも生理用品の無償化や、人工妊娠中絶の無償提供等、女性の生殖に関する権利や自己決定権が保障されている。そこで本論では、イギリスと日本の緊急避妊薬やリプロダクティブ・ヘルス/ライツに関する政策を比較し、緊急避妊薬を OTC 化することの必要性を論じ、日本で緊急避妊薬の OTC 化が進んでいない原因と課題を明らかにすることを目的とし、今後の展望を示したい。研究方法は、日本とイギリスの法律や政策、性教育の比較研究及び、筆者が行ったアンケート調査の分析である。

第 1 章では、緊急避妊薬に関する基本的な情報について取り扱い、日本とイギリスの両国での使用状況や入手方法について論じる。その際、筆者自身が行ったアンケート調査の結果を用いながら、各国での緊急避妊薬入手方法や政策に関する意見、性教育の内容等について分析する。

第 2 章では、日本で緊急避妊薬の OTC 化が進まない原因を、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの観点から考察する。1994 年国際人口開発会議で制定されたリプロダクティブ・ヘルス/ライツの定義と、1995 年第 4 回世界女性会議で言及された女性の権利について確認した後、内閣府の男女共同参画基本計画を基に、リプロダクティブ・ヘルス/ライツに対する日本の解釈や方針について論じる。更に、イギリスの性教育の内容や、イギリス政府が発行しているセクシュアルヘルスに関するフレームワークの内容から、イギリスのリプロダクティブ・ヘルス/ライツに対する解釈について論じる。

第 3 章では、日本がリプロダクティブ・ヘルス/ライツを軽視する根本的な原因について論じる。また、人工妊娠中絶に関する日本とイギリスの政策や施術方法を比較し、そこから見えるリプロダクティブ・ヘルス/ライツ観の違いについて指摘する。更に、近年まで人工妊娠中絶が禁止されていた北アイルランドにおいて人工妊娠中絶が合法化された過程や、その法律の決定プロセスを確認し、リプロダクティブ・ヘルス/ライツを重視するようになった流れが日本でも取り入れられるものかを検討する。

第1章 日本とイギリスの緊急避妊薬を取り巻く現状

本章では、緊急避妊薬の OTC 化に関して日本とイギリスを比較研究するにあたり、前提となる事柄について扱う。第1節では、本論の中心となる緊急避妊薬について、その効果等について論じる。第2節では、日本における緊急避妊薬の提供方法及び使用状況や、学校教育の中での扱いについて、筆者が行ったアンケート調査を用いながら確認していく。第3節では、イギリスにおける緊急避妊薬の提供方法及び使用状況や、学校教育の中での扱いについて論じていく。

第1節 緊急避妊薬の登場と普及

本節では、緊急避妊について確認し、その中でも特に緊急避妊薬に焦点を当てる。また、筆者が行ったアンケート調査の結果を分析し、緊急避妊薬の入手に関する人々の満足度及び、不満の内容について論じていく。

まず、緊急避妊の基本的な情報について確認したい。緊急避妊とは、妊娠を望まないが避妊せずに性交渉を行った場合、避妊器具の破損や脱落等によって避妊に失敗した可能性がある場合、経口避妊薬の飲み忘れや避妊器具の使用が不適切であった場合、また、避妊をしない状態で性的暴行を受けた場合等に行われる避妊法である。緊急避妊法には、本論で中心的に言及していく緊急避妊薬の他にも方法があり、性交渉後 120 時間以内に装着することで有効な銅含有の子宮内避妊具、中用量ピルを使用したヤッペ法等がある。緊急避妊薬は性交渉の後に服用することで着床成立前の卵胞や子宮内膜に対して作用し、妊娠を予防することができる。緊急避妊薬であるノルレボ錠の使用は 1982 年からアメリカで始まり、1999 年にはフランスで初めて OTC 化された。2001 年にはイギリスでも OTC 化され、現在フランスやオランダを含むいくつかの国では、学校にて無償で入手可能である。

では、緊急避妊薬の効果や世界での販売状況を確認しておこう。緊急避妊薬は着床後には効果を発揮しないため性交渉後 72 時間以内に服用する必要がある、早く服用すればするほど高い効果が期待できるものである。性交後 120 時間以内であれば服用することができる緊急避妊薬もあるが、日本では未承認である。72 時間以内に服用する緊急避妊薬であるノルレボ錠を性交後 24 時間以内に服用した場合の妊娠阻止率は 95% と高く、副作用として悪心がみられる確率は 3.6% に留まっており、稀に嘔吐が起こる場合も、軽度且つ自己管理が可能な範疇に留まる（日本産科婦人科学会, 2016）。また、緊急避妊薬は避妊の失敗等以外にも、宗教上の理由から人工妊娠中絶を選択できない人々にとっても有効な手段である。更に、後述するリプロダクティブ・ヘルス/ライツの観点から見ても、緊急避妊薬を必要としているすべての人に迅速且つ安価に提供されるべきであると考えられる。しかし、産婦人科専門医の遠見（2021）によれば、薬局で薬剤師を介さず購入できる国は 19 か国、薬局で処方箋無しで薬剤師を介して購入できる国は 76 か国と限られている。よって緊急避妊薬が、これを必要としている人に適切且つ迅速に届けられているとは考えにくい。そこで以下では、筆者が行ったアンケート調査を用いて、OTC 化が実現していない日

本と OTC 化を実現している国における人々の自国の緊急避妊薬に関する制度についての満足度に差があるかを確認し、OTC 化の必要性を確かめたい。

本研究に当たり、インターネット上で匿名アンケート調査を行った。避妊、緊急避妊薬、妊娠の仕組み、人工妊娠中絶に関する学習経験の有無、性教育や緊急避妊薬へのアクセスに対する満足度や不満な点等を認知する目的で行い、年齢、性別、国籍問わずランダムな対象者 81 名から回答を得た。回答者の国籍、居住地の内訳は、日本 37 名 (45.6%)、イギリス 15 名 (18.5%)、イタリア 13 名 (16%)、その他 16 名 (19.7%) であった。性別は女性 65 名 (80.2%)、男性 15 名 (18.5%)、無回答 1 名であり、年齢は 18-24 歳が 52 名 (64.1%)、25-30 歳が 13 名 (16%)、31-40 歳が 7 名 (8.6%)、40 歳以上が 8 名 (9.8%) であった。

では、このアンケート調査を用いて、人々が自国の緊急避妊薬に関する方針に満足しているかを確認していきたい。まず、「特に意見無し」と未回答を除いた日本人の回答をみると、表 1 が示すように 27 名中 25 名 (92.5%) が「不満」もしくは「非常に不満」と回答していた。また、緊急避妊薬使用経験がある日本人 8 名全員が「不満」もしくは「非常に不満」と回答したことから、OTC 化されていない現状が、実際に緊急避妊薬を入手する際に足枷となっていると考えられる。一方で、緊急避妊薬の OTC 化が既の実現しているアゼルバイジャン、イギリス、イタリア、カナダ、ドイツの回答者は、「特に意見なし」と未回答を除くと「満足」もしくは「非常に満足」の割合が高く、21 人中 16 人

(76.1%) であった。「非常に不満」と回答した人はおらず、「不満」は 5 名 (23.8%) に留まっており、不満の内容も価格に関するものがほとんどであった。以上より、日本では緊急避妊薬へのアクセスの悪さと高価な価格設定に対して不満を持っている人が多い一方、OTC 化が実現している国では入手のしやすさに対する人々の満足度が高いことが指摘でき、OTC 化が必要なものであることがわかる。だが、OTC 化が実現している国では、緊急避妊薬が€20 前後という日本と比較すると非常に安価な価格設定ではあるものの、それでもなお人々のニーズを完全に満たすには至っていないということが理解できる。

表 1 「あなたの国の緊急避妊薬に関する方針に満足していますか」という質問に対する回答の国別内訳 表中の () は人数

非常に満足	満足	不満	非常に不満
アゼルバイジャン (1)	イギリス (5)	イギリス (2)	日本 (17)
イギリス (3)	イタリア (3)	イタリア (3)	
イタリア (1)	ドイツ (2)	日本 (8)	
カナダ (1)	日本 (2)		

本節では、緊急避妊薬の誕生と普及について確認し、緊急避妊薬の OTC 化が実現されていない国においてはその状況に対する不満を抱えている人が多く、イギリス等 OTC 化が既の実現している国では現状に満足している人が多いことを理解した。このことか

ら、日本とイギリスを含む国々の緊急避妊薬に関する現状が確認でき、緊急避妊薬の OTC 化が実現していることが人々の満足度に影響を与えていることが理解できた。

第 2 節 日本の緊急避妊薬を取り巻く現状

前節では、緊急避妊薬の誕生と普及についての確認、およびアンケート調査の結果を用いた現状分析を行った。本節では日本に焦点を当て、緊急避妊薬を日本で入手する際に直面する困難について病院の受診、価格、知識の面から指摘し、緊急避妊薬へのアクセスをより開かれたものにする必要性について考察する。特に学校での学習状況に関しては、筆者が行ったアンケート調査を用いて論じていく。

日本で緊急避妊薬にアクセスするには、3つの壁を乗り越える必要がある。3つの壁とは病院受診の壁、費用の壁、そして知識の壁である。初めに、病院受診の壁について言及する。日本で緊急避妊薬の販売が開始されたのは 2011 年であり、2022 年現在において OTC 化は未だ実現しておらず、服用を希望する者は病院を受診する必要がある。この問題点として、夜間休日のタイミング次第で性交後 72 時間以内に緊急避妊薬を入手できない可能性が指摘できる。加えて、性暴力で緊急避妊薬が必要となった場合には、医師から好奇の目で見られたり心無い質問をされたりする等の被害、所謂セカンドレイプを受ける可能性や、受診に伴う心理的苦痛を避けるために海外のサイトから成分の信頼がおけない薬を個人輸入してしまうケースへの懸念も無視できないであろう。したがって、緊急避妊薬を OTC 化することは利便性の向上のみならず、利用者の尊厳や健康を守ることに繋がると考えられる。

次に、2つ目の壁である緊急避妊薬の価格について確認したい。日本では緊急避妊薬の値段設定も他国と比較すると高価である。遠見 (2021) によると、日本を除く G7 の国々では約 800 円～2,000 円で緊急避妊薬を購入することが可能であり、高くても約 5,000 円以内に納まるという。しかし、日本では緊急避妊薬は保険適用対象外のため、約 6,000～20,000 円の料金が発生する。この金額は、特に学生や未成年にとって突然捻出するには非常に大きな額であり、親や保護者と相談できない場合やパートナーの支援が受けられない場合等には、経済的理由から緊急避妊薬を入手できない事態が発生しかねない。その結果、さらに費用と心身の負担が大きい人工妊娠中絶に繋がる可能性が十分に考えられる。緊急避妊薬は人工妊娠中絶を防ぐ最後の手段であり、人々に確実に届けられるものでなければならない。

次に、3つ目の壁である人々の緊急避妊薬に関する知識についても確認していく。生涯発達看護学者の亀崎ら (2020) が行った大学生 229 名を対象とした避妊に関するアンケート調査では、男女ともに 60%以上が緊急避妊薬について「よく知らない」または「全く知らない」と回答している。「全く知らない」と回答した男女 110 名を除いた緊急避妊薬の効果等に関する質問では、「無防備な性交後 72 時間以内に速やかに内服する」必要性について良く知っていた女性は約 25%、男性は 10%以上 20%未満に留まっていることが明らかとなった。緊急避妊薬は決まった時間内に服用する必要があるが、多くの人がこの事実を知らない状況にある。実際に避妊の失敗や性暴力被害を経験した場合、そこから緊急避妊薬につい

での情報収集を開始すれば、性交後 72 時間以内に病院を受診することができない可能性や、知識不足故に必要な以上に動揺して間に合わない可能性も考えられる。更に、過半数が緊急避妊薬自体をよく知らないという現実、性交渉が行われた後に妊娠を防ぐ手段があるという考えに至らず、緊急避妊薬について調べることにすらないという事態が起りかねない。よって知識の壁は取り除かれるべき障壁であるといえる。

また、緊急避妊薬に関する知識が足りないだけでなく、誤った情報を信用してしまう場合もある。筆者が行ったアンケート調査の「あなたの国で緊急避妊薬を薬局で入手することは可能ですか？」という質問に対して正答をした日本人は 37 名中 23 名 (62%) であり、残りの 14 名 (37%) は「わからない」、「緊急避妊薬は認可されていない」もしくは「薬局で入手可能」という誤答を選択した。このような現状の原因の一つは、学校教育の至らなさであると考えられる。亀崎ら (2020) が行った避妊に関する調査における緊急避妊薬に関する情報源の質問では、男女ともに「インターネット」よりも「中学校の教員や養護教諭による授業」、「高校の教員や養護教諭による授業」と回答した人がはるかに多数であった。しかし、図 1 に示した筆者のアンケート調査の回答を見ると、教育内容については統一されておらず、「避妊と緊急避妊薬について学校で学習しましたか？」という質問に対して「両方学習した」と回答した日本人は未回答を除く 35 名中 11 名 (31.4%) のみであった。また、「避妊のみ」を学習した割合が 14 名 (2.5%) と最も高く、4 名 (11.4%) の回答者が避妊と緊急避妊薬について学校で学習したか定かでないと回答している。したがって、多くの人が学校教育を情報源としているものの、避妊に関する性教育の内容が適切に浸透していないことが理解できる。加えて、同質問に対して「両方学習していない」「覚えていない」と回答した人を除き、その学習時期について質問した。結果、図 2 に見られるように、「小学校」が 2 票、「中学校」が 15 票、「高校」が 19 票、「高校卒業後」は 2 票であった。しかし、平均初経年齢が 12.2 歳 (原・富岡, 2021) である我が国において、避妊と緊急避妊薬に関する内容を中学生になってから扱うというのは些か遅いのではないかと感じられる。更に、人間発達環境学者の宋ら (2012) が行った調査によると、中学 1 年生の男子の 2.9%、女子の 1.4% が性交経験を有している。避妊の失敗や性暴力被害等の経験を持つ前に適切な知識を有している必要があるであろう。したがって、適切な性教育が小学校から開始され、継続的に行われていくことが理想であると考えられる。

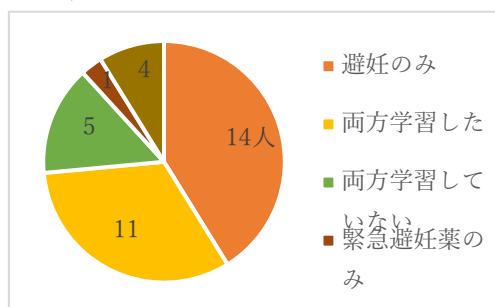


図 1 避妊と緊急避妊薬について学校で学習したか？

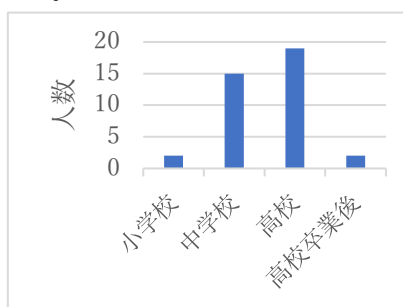


図 2 避妊と緊急避妊薬について学校で学習したか？

本節では、病院受診、費用、知識の3点から日本の緊急避妊薬に関する現状について確認し、筆者が行ったアンケート調査によって日本人回答者の多くが緊急避妊薬に関する国の方針に対して、入手の困難さや価格に関する不満を抱えていることが明らかとなった。しかし、本節ではこれらの課題以外にも学校教育の不足問題が存在することが確認できた。避妊や緊急避妊に関する適切な教育が行き届いておらず十分な知識が与えられていない中で、緊急避妊薬のアクセスすら限られているという現状は、本来人工妊娠中絶を防ぐ最後のセーフティネットであるはずの緊急避妊薬が適切に供給されていないということであり、望まない妊娠に苦しむ人を必要以上に生みかねない。このセーフティネットを正常に機能させるための最初的手段として、迅速なOTC化実現が必要であると考えられる。

第3節 イギリスの緊急避妊薬を取り巻く現状

前節では、日本での緊急避妊薬の取り扱いと、それに対する人々の反応を確認し、入手の困難さや高価な値段設定に対して不満感情を抱いている人が多いことを指摘した。本節では、日本の状況を客観的に捉え比較するため、既にOTC化が実現しているイギリスでの緊急避妊薬の取り扱いについて論じる。また、イギリスで緊急避妊薬が承認され、OTC化された際に発生した議論についても言及する。

イギリスでは、緊急避妊薬が認可された20年後の2001年の1月から処方箋を必要としない薬局での購入が可能となった。では、イギリスではどのような段階を踏んで緊急避妊薬のOTC化が実現したのだろうか。感染症疫学者のSchenk(2003)は、OTC化実現以前にあった問題点として、緊急避妊薬へのアクセスがクリニックの営業時間によって限られていたこと、クリニックの受付で緊急医療の依頼理由を明かす羞恥心があったこと、また利用者の秘密がクリニックによって守られるかどうかの不安があったこと等を指摘している(p.35)。更にSchenkは、1984年からOTC化が実現する直前の2000年までの間に発行された緊急避妊薬の処方箋が600万枚であり、後半の10年間には大きく増加していたことを指摘し、この頃には医療関係者の間で緊急避妊薬の入手可能性を広げることを求める声が出始めていたと論じている(pp.35-36)。このように、イギリスでは緊急避妊薬のアクセス拡大を求める声を受けてOTC化が実現し、これを必要とする人に届き易くなったのである。しかし、通常処方箋を必要としない製品の価格は、常用防止のために高く設定されることが多い。British Pregnancy Advisory Serviceの外務部長であるMurphy & Pooke(2019)によると、緊急避妊薬が薬局で販売され始めた頃の価格はおよそ£30(約4,800円)に設定されていたが、2017年にBritish Pregnancy Advisory Serviceが行ったキャンペーンによって£12~16に引き下げられた(p.123)。以上のことから、イギリスでは国民の声を反映した結果として緊急避妊薬のOTC化を実現し、改良を行ってきたことがわかる。

イギリスで緊急避妊薬が承認された際、またはOTC化された段階において、どのような議論が巻き起こっていたのかを確認しておこう。イギリスでは早々に緊急避妊薬がOTC化され、価格も当初の設定からおよそ半額に引き下がったため、全ての工程が順調に進んで来

たように見える。しかし実際には、緊急避妊薬に関して様々な議論が展開されてきた。その例として Murphy & Pooke(2019)は、緊急避妊薬を服用することが人口妊娠中絶と見なされたり、いくつかの宗教団体からは流産を誘発するとみなされ、1861年対人犯罪法の規制対象とすべきであると主張されたり、緊急避妊薬が薬局で手に入ることによって女性たちが常用するのではないかという懸念があったりしたことを挙げている (p.123)。1861年対人犯罪法とは、死刑制度が存在しないイギリスにおいて裁量的無期刑を定める役割を担う法であり、その対象として謀殺や放火等の重犯罪とともに墮胎も含まれている (吉開, 2019, pp.301-306)。つまり、緊急避妊薬の OTC 化に際し、「緊急避妊薬=人工妊娠中絶」であるとみなす主張や、女性による緊急避妊薬の常用を危惧する声が出ていたということである。このような議論はイギリスに限った事ではなく、日本でも見られるものであるが、日本産科婦人科学会 (2016) は緊急避妊薬の作用を排卵の抑制、または排卵の遅延を引き起こすものであると説明しており、「生殖医学の領域では、妊娠は受精の時点ではなく、着床の時点で成立すると規定されて」いるため、緊急避妊薬が「人口妊娠中絶薬とは見なされてはいない」(p.4) として、緊急避妊薬が人工妊娠中絶に当てはまるとする説を否定している。また、薬局で緊急避妊薬を取り扱うことで女性がこれを常用する可能性があるという主張に対する否定的な研究結果も出ている。例えば、公衆衛生学者の Rowlands & Lawrenson(2000) の研究では、緊急避妊薬を初めて使用した人の大多数が、その経験後すぐに通常の避妊具を使い始めたという結果が示されており (p.142)、また公衆衛生学者の Bissell & Anderson(2003)は、薬局での供給が無防備な性交渉を増やすのではないかという懸念に対して、このようなことが実際に起こっているという証拠はないと結論づけている (p.2372)。

以上のように、緊急避妊薬とその OTC 化に関して様々な議論や懸念が起こったものの、最終的にイギリスは国民の声を汲むことを選択し、2001年にヨーロッパで2番目に早く OTC 化を実現したのである。社会学者の梅澤 (2003) が示したように、日本でも緊急避妊薬を巡ってイギリスで起こったものと同様の議論が見られたものの、結果として未だに OTC 化を実現していない日本はイギリスに大きく後れを取っているといえる。

本章では、緊急避妊薬の登場と普及について理解し、筆者が行ったアンケート調査を用いながら、緊急避妊薬の OTC 化と人々の満足度の関係や、日本で緊急避妊薬を入手する際に直面する受診、価格、知識の壁について理解した。次章では、両国のリプロダクティブ・ヘルス/ライツに対する考え方に焦点を当てていく。

第2章 日本とイギリスのリプロダクティブ・ヘルス/ライツ

前章では、緊急避妊薬の登場と普及、更に日本とイギリスにおける緊急避妊薬の取り扱いについて論じ、緊急避妊薬に関して両国で同様の議論が起こっていたにもかかわらず、イギリスのみが OTC 化を実現しているということを指摘した。この差は、緊急避妊薬の OTC 化が人権に関わる問題であるという認識、つまり両国のリプロダクティブ・ヘルス/ライツ観の違いに起因するのではないかと考えられる。よって本章では、日本とイギリスのリプロダクティブ・ヘルス/ライツの捉え方に焦点を当て、その違いを明らかにすることを目的とする。第1節では、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの定義について確認し、緊急避妊薬とリプロダクティブ・ヘルス/ライツの関係について言及する。第2節では、男女共同参画基本計画を分析し、日本がリプロダクティブ・ヘルス/ライツをどう解釈しているのかについて論じる。第3節では、イギリスのリプロダクティブ・ヘルス/ライツの捉え方及び、それがどのようにして緊急避妊薬の OTC 化に結び付いたのかについて論じる。

第1節 リプロダクティブ・ヘルス/ライツとは

日本とイギリスのリプロダクティブ・ヘルス/ライツについて論じるにあたり、本節では1994年に開催された国際人口開発会議と1995年の第4回世界女性会議をもとにその定義を確認する。そして、緊急避妊薬とリプロダクティブ・ヘルス/ライツの関係について言及し、緊急避妊薬のアクセスを開かれたものにするのが人々の権利として当てはまるかどうかを検討する。

1994年9月5日から13日の間、エジプトのカイロで国際人口開発会議（International Conference on Population and Development, 以下カイロ会議）が開催された。179の政府が参加し、その他国連機関等からおよそ1万1,000人もの参加登録があったこの会議は、人口と開発に関する会議の中で最大規模のものとなり、今後20年間の人口と開発の分野における指針として新行動計画が採択された。また、この新行動計画は単に人口統計的な目標を達成するためのものではなく、人権基準の枠組みの中において個人のニーズを満たすことにフォーカスしたものである（United Nations, 1994a）。

では、新行動計画の第7章で決定されたリプロダクティブ・ヘルス/ライツの定義を確認していく。新行動計画によると、リプロダクティブ・ヘルス/ライツは次のように定義されている。

Reproductive health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes. Reproductive health therefore implies that people are able to have a satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. Implicit in this last condition are the right of men and

women to be informed and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of family planning of their choice, as well as other methods of their choice for regulation of fertility which are not against the law, and the right of access to appropriate health-care services that will enable women to go safely through pregnancy and childbirth and provide couples with the best chance of having a healthy infant (United Nations, 1994b, p.40, 下線は筆者による)

この定義には、人々は満ち足りた安全な性生活を送ることができ、子どもを産むか産まないか、いつ産むのか、何人産むのかを決定する自由がある、と明記されている。加えて、男女が情報を与えられ、安全で効果的尚且つ手ごろな価格で受け入れられる避妊法のアクセスを持つ権利について端的に記載されていることから、「満ち足りた安全な性生活」を送るためには避妊の知識と避妊法への開かれたアクセスが必要だと解釈することが可能である。また、「安全で効果的尚且つ手ごろな価格で受け入れられる避妊法」には、避妊が失敗した際のセーフティネット、所謂緊急避妊も含まれて然るべきであると思われる。何故なら、緊急避妊が安全で効果的且つ手ごろな価格で手に入らずアクセスが制限されているという状況は、例えるならばエアバッグが装備されていない車を運転するようなものであり、満ち足りた安全な性生活を送ることができる状況であるとは言い難いからである。したがって、緊急避妊薬を OTC 化し、これを必要とする人に迅速かつ手ごろな価格で提供することは、リプロダクティブ・ヘルス/ライツに当てはまると考えられる。

では、カイロ会議にて定義されたリプロダクティブ・ヘルス/ライツに対して、日本とイギリスが取るべき立場について論じていく。医療人類学者である柘植 (2000) は、この会議で定められた定義ではリプロダクティブ・ヘルス/ライツが女性の権利であることが強調されず、個人もしくはカップルの権利であるとだけ記載されたことを問題視している。そして柘植は、このことが「各国の政治的攻防の結果」(p.10) による妥協の結果であり、更に「各国の政治的攻防」の原因については、「先進諸国と、宗教的・文化的規律を重んじ、性や生殖については一般の人々が言及することさえも規制されているような厳しい規範を有する国々との激しい対立があった」(pp.10-11) と分析している。日本とイギリスでは、内容と程度の差はあるものの性教育も行われており、一般の人々が性や生殖について言及することで処罰されたり婚前交渉が禁じられていたりすることはない。したがって、本論で研究対象としている日本とイギリスは「先進諸国」に該当し、リプロダクティブ・ヘルス/ライツを女性の権利として認めるべき立場にある国であると指摘できよう。ただし、「先進諸国」に当てはまるが故にリプロダクティブ・ヘルスを女性の権利と認める必要があるのではなく、性行為や生殖に関して女性側が負う負担やリスクの方が圧倒的に大きいこと、ジェンダー平等が実現していないために女性の方が弱い立場になり易いこと、性犯罪の被害者の大半が女性であること等を考慮した結果として、リプロダクティブ・ヘルス/ライツは女性が

自分自身を守るための権利であり、女性が自己決定をするためにある権利として扱われるべきであることをここでは主張しておきたい。

また、本章冒頭で言及した、緊急避妊薬の OTC 化が人権に関わる問題であるということについて確認したい。カイロ会議の翌年、1995 年の 9 月 4 日から 25 日に中国北京にて第 4 回世界女性会議（以下北京会議）が開催された。この会議では「北京宣言・行動綱領」が制定され、その第 14 条では、“Women’s rights are human rights”(United Nations, 1995, p.6)と、女性の権利が人権であることが明確に示された。上述の通り、日本やイギリスはリプロダクティブ・ヘルス/ライツを女性の権利として認めるべき立場の国である。したがって、北京会議で明文化された「女性の権利＝人権」という定義に当てはめると、リプロダクティブ・ヘルス/ライツは人権として強い効力を持つと捉えることができる。よって、リプロダクティブ・ヘルス/ライツに当てはまる緊急避妊薬の OTC 化は、人権として保障されるべきであることが理解できるであろう。更に、日本が行っている性教育に歯止めをかけて与える情報を制限する行為、緊急避妊薬のアクセスを物理的、経済的に制限すること、人工妊娠中絶を認めない、または条件付きや限られた方法でのみ認めるといった政策や方針等は、カイロ会議で定められたリプロダクティブ・ヘルス/ライツの定義に反しており、それ故、これらは全て人権を軽視、あるいは無視しているものとして指摘できよう。

本節では、カイロ会議と北京会議で採択された定義や条文から、緊急避妊薬の OTC 化がリプロダクティブ・ヘルス/ライツに該当すること、更にリプロダクティブ・ヘルス/ライツが女性の権利として人権に当たることを指摘した。カイロ会議で定められた行動目標では、全ての国が 2015 年までに、適切な年齢の全ての人にリプロダクティブ・ヘルスへのアクセスを提供可能にするという目標が決定されている。しかし 2022 年現在でこれが完全に達成されている国はごく一部であると推察できる。少なくとも、前述の通り緊急避妊薬を薬局で購入できる国が 95 か国のみに留まっており、未だ人工妊娠中絶の権利までもが禁止されている国や地域が存在している現状を見ると、2015 年までにすべての個人がリプロダクティブ・ヘルスにアクセスできるようにするという目標からは程遠いといえる。

第 2 節 日本のリプロダクティブ・ヘルス/ライツへの姿勢

前節ではリプロダクティブ・ヘルス/ライツの定義を確認し、緊急避妊薬の OTC 化が人権として捉えられるべき事柄であることを指摘した。本節では日本に焦点を当て、内閣府の男女共同参画基本計画を分析することで、日本がどのようにリプロダクティブ・ヘルス/ライツを解釈しているのかについて論じていく。

まず、日本のリプロダクティブ・ヘルス/ライツに対する捉え方を確認する。前節で指摘した通り、日本はリプロダクティブ・ヘルス/ライツを女性の権利として認めるべき立場の国であり、同時にそれを人権として捉えなければならない。実際に、内閣府の男女共同参画局が制定している男女共同参画基本計画における「生涯を通じた女性の健康支援」の項目に着目すると、第 1 次及び第 2 次男女共同参画基本計画では、それぞれ「国際人口・開発会議

においてリプロダクティブ・ヘルス/ライツという概念が提唱され、今日、女性の人権の重要な一つとして認識されるに至っている」(内閣府男女共同参画局, 2000)、「第4回世界女性会議で我が国を含め採択した行動綱領においても、女性の人権として確認された」(内閣府男女共同参画局, 2005, p.87)と記されている。したがって、日本政府がリプロダクティブ・ヘルス/ライツを女性の人権として認識していることが確認できる。

では、具体的な施策内容を性教育の観点から確認していく。第1次男女共同参画基本計画では、「学校における性教育の充実」と「性に関する学習機会の充実」という項目が設置され、その中で「リプロダクティブ・ヘルス/ライツなどの性に関する学習内容を取り上げるよう努める」(内閣府男女共同参画局, 2000)と明記されていた。しかし、性教育で取り扱う内容としてリプロダクティブ・ヘルス/ライツが挙げられたのはこの1回のみであり、第2次男女共同参画基本計画以降では削除されている。それだけでなく、第2次男女共同参画基本計画では、第1次男女共同参画基本計画で定められた「学校における性教育の充実」という名称が「学校における適切な性教育の推進」(内閣府男女共同参画局, 2005, p.93)と改められており、そこに「行き過ぎた内容とならないよう、学校関係者等に対し周知徹底を図る」(p.93)という新たな文言が加えられた。これらの状況から、日本政府は2005年の第2次男女共同参画基本計画を境に、「リプロダクティブ・ヘルス/ライツなどの性に関する学習」を「行き過ぎた内容」と捉えなおし、一貫して保守的な姿勢を取るようになったことが読み取れる。しかし、当然リプロダクティブ・ヘルス/ライツ等の性に関する事柄について学ぶことは過剰な内容ではないであろう。何故なら、前述の通りリプロダクティブ・ヘルス/ライツには性に関する情報を与えられる権利も含まれており、性に関する場面における自己防衛や自己決定の術を学ぶこともまた人権として認められるはずだからである。日本政府は現在の姿勢を改め、女性の人権を名ばかりのものとするのではなく、女性の人権を保障し、存続させるための具体的な方針を示す必要があるのではないだろうか。

次に、男女共同参画社会基本計画の内容から、人工妊娠中絶とリプロダクティブ・ヘルス/ライツに関する日本政府の見解について確認していく。日本政府はリプロダクティブ・ヘルス/ライツを女性の人権として認めることを示したものの、それと同時に「人工妊娠中絶については刑法及び母体保護法において規定されていることから、それらに反し中絶の自由を認めるものではない」(内閣府男女共同参画局, 2005, p.87)と明記している。つまり、日本政府はカイロ会議と北京会議において制定された国際基準のリプロダクティブ・ヘルス/ライツの考えに縛られるつもりはなく、あくまで独自の墮胎罪と母体保護法を保持し、人工妊娠中絶の自由を人権として認めないとする姿勢を保持しているのである。人工妊娠中絶は、女性が子どもを産むか産まないかを決定できる手段の一つであり、その選択はリプロダクティブ・ヘルス/ライツに含まれるため、個人の自由意志に委ねられるべきものとしてカイロ会議でも確認されている。よって、人工妊娠中絶を選択する自由は人権によって守られるべき権利であり、人工妊娠中絶の自由を認めないことは、人権を軽んじる行為であるといえるのではないだろうか。日本政府は人工妊娠中絶の自由を認め、リプロダクティブ・

ヘルス/ライツを保障する立場へと改めるべきであろう。

では、日本政府がリプロダクティブ・ヘルス/ライツを女性の権利として認識してきた立場の変化も確認したい。日本政府は、人工妊娠中絶の自由を認めないと宣言したことに留まらず、平成 22 年に制定された第 3 次男女共同参画基本計画以降、令和 2 年に定められた現在の第 5 次男女共同参画基本計画に至るまで、リプロダクティブ・ヘルス/ライツを女性の人権と認める文言を全て削除している。これは、性教育の中でリプロダクティブ・ヘルス/ライツについて扱うことを廃止した改訂と同時期の出来事であり、第 2 次男女共同参画基本計画以降、性差別の撤廃状況はむしろ悪化、後退の一途をたどっていると考えられる。日本政府は人工妊娠中絶の自由を認めないとしているばかりか、リプロダクティブ・ヘルス/ライツを女性の人権として認めることさえも明示しなくなったということである。

では、人工妊娠中絶の具体的施策の変化について論じていく。第 3 次男女共同参画基本計画以降では、女性の人権について明記しない事と、性教育に歯止めをかける事に加え、女性の人権を更に軽視している傾向がみられる。第 3 次男女共同参画基本計画では、人工妊娠中絶と生殖補助医療に関する具体的施策において、「少子化の進展や科学技術の進歩等の中で、人工妊娠中絶・生殖補助医療に関する法制度等の在り方について ... 検討が行われる必要」(内閣府男女共同参画局, 2010, p.88) があると記され、現行の第 5 次男女共同参画基本計画では「10 代の性感染症罹患率、人工妊娠中絶の実施率及び出産数等の動向を踏まえつつ、性感染症の予防方法や避妊方法等を含めた性に関する教育を推進する」(内閣府男女共同参画局, 2020, p.93) と規定された。つまり、人口変動によって、人工妊娠中絶の制度や教育内容が変更され得るということである。

この人工妊娠中絶に関する具体的施策の変化から何を読み取ることができるのかを論じていく。この変化からは、日本政府が人工妊娠中絶や避妊方法等を含めた性教育の方針に、人口政策という視点を組み込んでいるということが指摘できる。少子化や出生率といった所謂「生産性」と人権や教育は切り離して考えられるべきであり、日本政府のこれらの性教育の方針は、リプロダクティブ・ヘルス/ライツを否定する立場から制定されたものとして捉えることができ、危惧すべき状況であると考えられる。何故なら、「生産性」を求める人口政策と人権や教育を混同して考えると、人口政策の一環としての人工妊娠中絶禁止や緊急避妊薬販売規定の厳格化という過激なジェンダーバックラッシュが起こり得るからである。例え出生率が下がり、少子化が進行している状況下でも、人工妊娠中絶や緊急避妊薬は、それらを必要とする人に確実に提供されるべきであり、女性は生殖に関して自己決定する権利がある。それと同時に、人工妊娠中絶や避妊に関する情報、アクセスを持つ権利も有しているはずである。そしてそれらを保障するのがリプロダクティブ・ヘルス/ライツであり、日本政府はこれを人口政策とは切り離して考えなければならない。

また、日本のリプロダクティブ・ヘルス/ライツ観、ジェンダー観について、別の角度からも確認したい。政策と離れたところでも、日本政府が女性の人権を軽視し、男性の権利を優遇している事例は存在する。その例として挙げられるのが、経口避妊薬や緊急避妊薬とバ

イアグラの承認スピードの違いである。社会学者の平山（2019）によれば、日本で中・高用量ピルが経口避妊薬として承認を受けたのは、これが月経困難症の治療薬という名目で承認されてから約 40 年の年月が経過した 1999 年のことである。また、前述の通り緊急避妊薬が日本で承認されたのは、アメリカで販売が開始されてから 29 年後の 2011 年である。このことから、女性の避妊に関する薬の承認には、非常に長い年月を要してきたことが理解できる。一方で、男性用機能性障害治療薬であるバイアグラは、1998 年にアメリカで承認されてからわずか半年という早さで承認された。平山は、この意思決定の手続きが性差別的であるという批判が国内外から出たと指摘している。また、緊急避妊薬は保険適用外であるため最大で約 2 万円の経済的負担が発生する一方、厚生労働省（2022b）はバイアグラを 2022 年 4 月から保険適用の対象にすると発表し、勃起不全による男性不妊であれば安価に入手することが可能となった。これは性差別的な待遇であり、リプロダクティブ・ヘルス/ライツという女性の権利の蹂躪とも捉えられよう。

以上、これらの状況を踏まえると、日本では 2005 年頃から緩やかなジェンダーバックラッシュが発生しており、日本政府はリプロダクティブ・ヘルス/ライツ及び、女性の人権を軽視している傾向があることがわかる。それどころか、男女共同参画基本計画の内容の推移を見ると、日本政府のリプロダクティブ・ヘルス/ライツ観、ジェンダー観が時代に逆行していると捉えられても仕方のないものとなっている。同時に、前節で言及したカイロ会議で定められた行動目標からも大きく逸脱しており、このような遅れたリプロダクティブ・ヘルス/ライツ観が日本の緊急避妊薬の OTC 化を遅らせている一つの要因と言えよう。日本は過激なバックラッシュが発生する前に、ジェンダー観やリプロダクティブ・ヘルス/ライツ観を改め、これが人権であると認める必要があるのではないだろうか。

第 3 節 イギリスのリプロダクティブ・ヘルス/ライツへの姿勢

前節では主に男女共同参画基本計画を対象とし、リプロダクティブ・ヘルス/ライツ、つまり人権の軽視が日本での緊急避妊薬の OTC 化を遅らせていると理解した。本節では、既に緊急避妊薬の OTC 化を実現させているイギリスにおけるリプロダクティブ・ヘルス/ライツ観やそれに関する方針を、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの定義と照らし合わせながら日本の状況と比較していく。

イギリスはリプロダクティブ・ヘルス/ライツについてどのような立場を取っているのだろうか。イギリス政府はセクシュアルヘルスに対する立場として、“For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled” (GOV.UK, 2022b)としているように、全ての人のセクシュアルライツを保障しようとしているといえる。また、イギリスの健康省は、性と生殖及び HIV の健康増進の定義として、避妊、性感染症、HIV、妊娠中絶に関するアドバイス、情報、教育、サービスの提供を掲げており、これらを実現するために A Framework for Sexual Health Improvement in England を 2013 年に発表している。イギリス政府はこのフレームワーク

の中で“**We need...to help people to have the confidence and ability to say ‘no’ as well as ‘yes’**”(GOV.UK, 2013, p.2)としており、自己決定権を保障する事の重要性について明言している。したがって、イギリスはリプロダクティブ・ヘルス/ライツの核ともいえる、自己決定することの重要性について重く受け止め、自己決定に際して人々を補助する必要性について認識しているといえる。

次に、前述したリプロダクティブ・ヘルス/ライツの定義と照らし合わせながら、イギリスの立場を確認する。イギリスは同フレームワークの中で人々に共通する根幹的なニーズについて言及しており、“**accurate, high-quality and timely information that helps people to make informed decisions about relationships, sex and sexual health**”(GOV.UK, 2013, p.5)とあるように、人々が性に関する自己決定をするために、精度と鮮度の高い情報が重要であることを挙げている。これは、カイロ会議で制定された定義に含まれる「生殖について決定する自由」及び「男女が共に性に関する情報を与えられる権利」を満たすものと考えられる。加えて、“**rapid access to confidential, open-access, integrated sexual health service in a range of settings, accessible at convenient times**”(GOV.UK, 2013, p.5)として、情報に加えてセクシュアルヘルスサービスの提供の重要性にも言及している。実際にイギリスでは、NHS(National Health Service)によって 15 種類もの避妊具が無償で提供されている(村上ら, 2020)。これらはリプロダクティブ・ヘルス/ライツの定義に含まれる「安全、効果的、経済的且つ受け入れることができる避妊方法を選択して手に入れることができる権利」に合致しているため、イギリスは定められた定義に則って性的な場面における権利や自己決定権を守る姿勢を保持しているといえる。

次に、イギリスはリプロダクティブ・ヘルス/ライツを重視する姿勢だけでなく、果たしてそれを具体的に保障しているのかを確認したい。リプロダクティブ・ヘルス/ライツの定義のうち、「男女が共に性に関する情報を与えられる権利」という部分に着目し、イギリスにおける性教育の内容について確認していく。イギリスの教育省は、性教育に関するガイダンスとして **Relationships Education, Relationships and Sex Education (RSE) and Health Education** を 2019 年に発表している。これによると、イギリスでは全ての小学校で人間関係に関する教育が義務化されており、人間関係と性教育は全ての中学校で義務化されている。よって性に関する情報を与えられる機会は保障されているといえる。また、教育の内容に関しては、これらの科目に関する重要な決定は政府の一存で下されるのではなく、学校や専門家、さらに保護者や若者から得た公募や 4 万人以上の人々が教育省に問い合わせた内容が反映されている (GOV. UK, 2019)。したがって、男女がともに性に関する情報を与えられる機会が保証されているのみならず、その内容に関して国民が関与することができると解釈できる。以上のことから、イギリスでは性教育を通じてリプロダクティブ・ヘルス/ライツを実際に保障していると考えられる。

更に、もう少し詳細にイギリスにおける性教育の内容を確認しておこう。イギリス政府は性教育の方針として、教育者の中心に両親や保護者を据えており、学校は家庭教育の補完的

役割を果たすものとしている。この方針は、各家庭の方針によって与えられる情報に差が出ることや、片親家庭、特に父親と娘で構成される家庭での教育の問題等が懸念されるが、決して性教育が家庭任せになっているわけではない。イギリスの性教育ガイドラインによると、中等教育の時点で性行為について取り扱っており、全ての避妊法に関する情報、リプロダクティブ・ヘルス、性交同意、性的場面における自己決定等に関する内容も教育に含まれている (GOV. UK, 2019)。よってイギリスにおける性教育は、両親や保護者が中心でありながらも、生徒が自身のリプロダクティブ・ヘルス/ライツについて理解するのに有効な内容であるといえる。日本政府の姿勢、つまり学校教育で性行為について指導させず、性教育の内容に関して「保護者の理解を得ることなどに配慮することが大切」(森, 2007, p.7) としている姿勢と比較すると、イギリスはより国民の声に寄り添いながら男女が共に性に関する情報を与えられる機会を保障していると捉えることができる。

しかし、筆者が行ったアンケート調査の性教育に関する項目では、予想外の結果が得られた。学校の性教育の中で避妊と緊急避妊について取り扱われたかを問うた項目では、イギリス人回答者 15 人中 7 人 (46.6%) が避妊と緊急避妊薬の両方を学習したと回答し、避妊のみを学習したと回答したのは 6 人 (40%) と 2 番目に多かった。どちらも学習しなかったと回答した人は 2 人 (13.3%) であった。このことから、性教育が義務化されているものの、その内容には偏りがあることが理解できる。回答者の年齢による回答内容の偏りは見られなかったため、地域ごと、もしくは階級による教育内容に差があるものと予測できる。少数派ではあったものの、避妊と緊急避妊をどちらも学習していない人や避妊について学校で学んでいない人がいるという現状は、リプロダクティブ・ヘルス/ライツを国民に保障するという方針や政策が十分に機能していないといえる。よってイギリスは、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの定義における情報を与えられる機会を保障するという点において日本よりはるかに進んでいるものの、すべての学校や生徒に実践的な授業内容と情報を確実に提供することができていないという点において、未だ改善の余地があると言えよう。イギリスでは薬局で緊急避妊薬を入手できるが、そのことを学校で教えない限り、緊急避妊薬が人々の間で選択肢として認識されないこともあり得るため、学校で確実に取り扱うべきで事項であると思われる。

次に、イギリス人が、自分が実際に受けた性教育に満足しているかどうかを確認しよう。筆者が行ったアンケート調査における「自国の性教育の方針に満足しているか」という質問項目では、「非常に満足」と回答したイギリス人はいなかったものの、「満足」が 5 人 (33.3%)、「非常に不満」、「不満」、「どちらでもない」がそれぞれ 3 人 (20%)、「特に意見なし」は 2 人 (13.3%) であった。「非常に不満」と「不満」の回答の具体的な中身を見てみると、「情報が古い」、「教員の知識不足」、「もっと早く開始すべき」といった意見が最も多く、「実践的でない」や「表面的」、「カリキュラムの内容が男女で異なる」という意見も一部見受けられた。同質問の自由記述回答では、「同性間のセックスについて教えられなかった」、「セックスは楽しむことができるものという観点からではなく、機械的で危険なものとして教えら

れた」という意見が見られた。この回答から、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの一部である「男女が共に性に関する情報を与えられる機会」がヘテロセクシュアルの文脈でしか保証されていない、またはセクシュアリティによって情報量と情報を与えられる機会数に差があると考えられる。リプロダクティブ・ヘルス/ライツはその保持者のセクシュアリティに関わらず平等に保障されるべき人権であり、教育の現場において情報のアップデートと教員に対する教育が遅れていることは、ヘテロセクシュアル以外の、無性欲を含むあらゆるセクシュアリティに属する生徒の人権を軽んじることに繋がりがねないと指摘できよう。また、セックスが機械的で危険な行為であるという印象付けは、「満ち足りた安全な性生活」を営むという本来のリプロダクティブ・ヘルスの解釈や定義から逸脱しており、むしろセックスを危険なものにしない方法を学校で指導すべきであると考えられる。

また、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの定義の一つである、「子どもを産むか産まないか、いつ産むか、何人産むかを決定する権利」がイギリスで保障されているかを、人工妊娠中絶の視点からみていこう。イギリス政府は医療や介護の専門家に対する行動指針として、「全ての避妊法に関する情報を提供し、個人のニーズに適した避妊法へのアクセスを促進すること」、「中絶を必要とする妊婦が尊重され、偏見の目を向けられることなく、簡便、迅速且つ内密なサービスを受けられるようにすること」、「妊婦が妊娠の意思を話し合う機会を持ち、偏りのない情報を入手し、妊娠前の避妊等の要因に早期から対応することの潜在的な利点を考慮し、避妊や妊娠前のケアにアクセスできるようにすること」(GOV.UK, 2022b)等を挙げている。これらの指針はすべてリプロダクティブ・ヘルス/ライツを保障する内容である。実際に、イギリスでは人工妊娠中絶が NHS によって無償で提供され、配偶者やパートナーの同意も必要とされていない。性交同意年齢に満たない 16 歳未満 13 歳以上の中絶においても親の同意は求められず、この年代での人工妊娠中絶の場合には必須とされる帰宅時の成人の付き添いも、親以外の間柄でも認められる(村上ら, 2020)。これらのことから、イギリスは人工妊娠中絶の政策において、リプロダクティブ・ヘルス/ライツを保障していると言えよう。

以上のことから、イギリス政府はリプロダクティブ・ヘルス/ライツを保障する姿勢を明示しており、実際に性教育の義務化や避妊具の無償化、緊急避妊薬の OTC 化、人工妊娠中絶の無償化を実現していることが理解できる。その一方で、性教育がヘテロセクシュアル的規範の内容に偏っている問題や、緊急避妊に関する内容が不十分である問題が指摘できる。しかし全体的に見ると、イギリスでは性的な場面での自己決定権や自尊心がかなり尊重されており、緊急避妊薬がイギリスで OTC 化されている要因の一つはリプロダクティブ・ヘルス/ライツを重要視する方針によるものと言え、これは日本が緊急避妊薬の OTC 化を実現するために足りていない要素であると推察できる。

本章では、緊急避妊薬の OTC 化を巡る日本とイギリスの差がリプロダクティブ・ヘルス/ライツ観の違いに起因するのではないか、ということを検討すべく論を展開してきた。その過程において、1994 年のカイロ会議で定められたリプロダクティブ・ヘルス/ライツの定

義と 1995 年の北京会議の内容を基に、緊急避妊薬の OTC 化がリプロダクティブ・ヘルス/ライツ、すなわち人権に当たることを確認した。更に、日本とイギリスのリプロダクティブ・ヘルス/ライツに対する解釈及び具体的な政策や性教育について論じ、その結果、日本では第 2 次男女共同参画基本計画以降はリプロダクティブ・ヘルス/ライツが女性の人権であるということを明記しなくなり、性教育の内容も保守的な内容に変化していったことが理解できた。そしてこのようリプロダクティブ・ヘルス/ライツの捉え方が、緊急避妊薬の OTC 化を妨げている要因の一つであると推知できる。一方で、イギリスは人々の生殖や性に関する自己決定を尊重する立場を取っており、性教育の内容もリプロダクティブ・ヘルス/ライツの定義に沿ったものであった。しかし、アンケート調査の結果からイギリスの性教育の内容も完全なものではないことがわかり、方針や理念は理想的であるものの、具体的な施策に関しては改善すべきであろう点があることが理解できた。

第3章 日本とイギリスの緊急避妊薬及び人工妊娠中絶等に関する意識と制度の差

此処まで、緊急避妊薬の OTC 化の必要性としてリプロダクティブ・ヘルス/ライツを挙げ、同時に OTC 化を巡る日本とイギリスの方針の差を生み出している要因として、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの解釈及び、それに関する政策の違いという視点から論じてきた。結果、日本とイギリスの間にリプロダクティブ・ヘルス/ライツを人権として重く捉えているか否かという政策の差がみられ、性教育の内容も異なることが理解できた。本章では、日本で緊急避妊薬の OTC 化が実現していない要因と必要性について別の角度から論じる。第1節では、厚生労働省の「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」の議事録を基に、日本で緊急避妊薬の OTC 化実現が遅れている要因について論じる。第2節では、日本でリプロダクティブ・ヘルス/ライツを軽視する傾向がみられる原因について論じる。第3節では、イギリスがリプロダクティブ・ヘルス/ライツを重視するようになった過程を確認し、その流れが日本でも取り入れられ得るものかどうかを検討する。

第1節 容易な緊急避妊薬入手に関する懸念に見られる日本の矛盾

日本政府と日本産婦人科医会は、緊急避妊薬へのアクセスをより開かれたものにするため、オンライン診療とオンライン処方を進めている。しかし、オンライン処方を推進するための会議や方針には些か矛盾や効果的でない内容が含まれていると思われる。加えて、日本は「女性像」の捉え方に関しても矛盾している所があると考えられるため、本節ではそれらの点について分析し、日本で緊急避妊薬の OTC 化が進んでいない原因について論じていく。

厚生労働省は、2019年1月より毎月、もしくは数カ月おきに「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」を開催している。本節では、特に緊急避妊薬について言及された第2回から第5回までの検討会について扱う。公益社団法人日本薬剤師会（2021）によれば、2019年から緊急避妊薬のオンライン診療は産婦人科医もしくは厚生労働省によって指定された研修を受けた医師のみが行い、受診した人は薬局において薬剤師の目の前で服用するという条件下においてのみ認められ得ることとなった。したがって、緊急避妊薬のオンライン処方は既に終了している議論且つ本論の論点ではないものの、検討会から現在も日本で緊急避妊薬の OTC 化が実現していない要因の一端を読み取れる可能性があるため、此処で取り上げることとする。

では、討論会の中で挙げられた緊急避妊薬の入手をより容易にすることに関する意見について確認していく。主な懸念と主張は以下の4つである。1つ目は、緊急避妊薬を重く扱い、容易に処方すべきでないという主張、2つ目は、緊急避妊薬の転売、乱用、悪用の危険があるという懸念、3つ目は、使用者側の知識不足故に OTC 化することはできないという主張、そして4つ目は、緊急避妊薬へのアクセス改善より性教育の普及を先に実施すべきであるという主張である。これらの主張はオンライン処方に限った懸念ではなく、今後 OTC 化の実現に際しても持ち出されるものと予測できる。

最初に1つ目の、緊急避妊薬を重く取り扱い容易に処方すべきではないという主張から

検討したい。この主張は、検討会を通じて繰り返し主張されていた。第2回の検討会では、この主張の文脈において、「(緊急避妊薬のより開かれたアクセスには) 社会的な必要性がある…ただ、多分一定の制限が必要」(厚生労働省, 2019a, p.9, 丸括弧は筆者による) という発言がみられた。だが、緊急避妊薬の OTC 化は、「社会的な必要性」から求められているのではなく、人権として整備されるべきであるということが本稿の主張である。また、本節で取り扱う全ての検討会を通じて緊急避妊薬を重く取り扱うべきという主張がみられたわけであるが、第5回の検討会で、唯一の女性参加者であった構成員のみが、「もっとハードルを低くしてほしい…19の国では薬局で簡単に購入できる。そういう現状にあっているなかで、日本では逆にもっとハードルを高くしようという議論を今している」(厚生労働省, 2019d, p.12) と主張した。日本で緊急避妊薬の OTC 化が進まない原因の一つとして、このように当事者意識をもって議論を進められる女性が討論の現場に少ないということも挙げられるだろう。

また、緊急避妊薬を重く扱うべきである、という同じ主張に関する別の発言についても言及したい。第3回の検討会の中では、「(緊急避妊薬を処方する際に患者に対し) 同意書をとって、ちょっと怖い感じにも言います」(厚生労働省, 2019b, p.10, 丸括弧は筆者による) という発言があった。緊急避妊薬の利用を希望している者は、その後の人生が変わり得る瀬戸際にいるのであり、緊急避妊薬は望まない妊娠を防ぐ最後の砦なのである。その意味で緊急避妊薬が利用者にとって「重いもの」であると主張するのであれば領けるが、これらの主張は、緊急避妊薬の処方に制限をかけることを主眼としていたため、利用者側にとっての事の重大さへの理解に欠けるのではないかと、という印象を受け取り手に持たせかねない。加えて、処方する側がその立場を利用して「ちょっと怖い感じに」、つまり高圧的に言うことで利用者を委縮させ罪悪感等を抱かせることは、アンフェア且つ緊急避妊薬の使用が女性の権利であるという視点が欠落しているのではないかと感じられる。この点において、この「緊急避妊薬は重く取り扱われるべきであり、容易に処方するべきでない」という主張は、矛盾していると考えられる。緊急避妊薬の利用は、利用者側にとって重大なことであり、それ故処方には制限されるべきでないと思われる。

次に、2つ目の懸念である、緊急避妊薬を容易に入手可能にすることで転売、乱用、悪用が起り得るという事に関して、まずは転売について取り上げる。この主張に関して、緊急避妊薬の入手を困難なものにしているからこそ転売等が起り得るのではないかと、という矛盾が指摘できよう。この懸念は、成分の不明な輸入品の緊急避妊薬がインターネット等で流通している現状も加味してのものであると考えられるが、そもそも利用者がこのような危険な緊急避妊薬に手を出す原因として、正規品へのアクセスが悪く、薬が非常に高価である事が挙げられる。緊急避妊薬を入手するまでに乗り越えなければならない心理的、物理的、経済的負担が大きすぎる事実を考慮せずに、「転売、乱用のリスクが決定的に重要」(厚生労働省, 2019a, p.7) という発言が出てしまうのは、些か軽率であると考えられる。例えば、適切な価格で販売され、購入する際に処方箋も必要なく容易に入手することができる一般

的な風邪薬等が転売されることは考えにくい。緊急避妊薬を OTC 化させ、インターネット等で非正規品を取り寄せるよりも早く、薬局で安全な正規品を入手できるようにすれば、転売されるリスクやそれを利用者が購入するリスクも低減できるのではないだろうか。転売のリスクを気にして緊急避妊薬へのハードルを上げることは本末転倒であると考えられる。

同じく 2 つ目の懸念における「乱用」、「悪用」という部分について考えてみたい。「乱用」、「悪用」という言葉が検討会を通じて頻繁に見られたが、この主張に関しては第 1 章第 3 節で既に言及している。緊急避妊薬が簡単に入手できることで利用者が「乱用」、「悪用」するようになるという事実は認められておらず、むしろ緊急避妊薬使用後には適切な避妊を行うようになったという研究結果が認められている。よって、これらの懸念は緊急避妊薬へのアクセスを制限する主張としては、不確実且つ根拠に欠けるものであると指摘できよう。また、この懸念には、何をもって「乱用」、「悪用」とするのかという視点が欠落しているように思われる。誰と、どこで、どのような頻度で性的関係を持つかというのは、両者の合意があり、また常識の範囲内であれば個人の自由且つ個人の決定に委ねられるべきことである。その結果として緊急避妊薬を複数回使用することになったとしても、それを第三者の視点で「乱用」、「悪用」と判断することは偏見に満ちた見方であり、論理的ではないといえる。

次に、3 つ目の懸念である、使用者側の知識不足について確認していく。第 3 回検討会参加者は、緊急避妊薬に関して、「100%避妊（避妊ではなく『妊娠』であると思われる）は防げないということは使用者も十分に知識として持ち得ていないのではないか」（厚生労働省, 2019b, p.7, 丸括弧は筆者による）という懸念から緊急避妊薬のアクセスを制限することを提案しているが、これは理にかなっていないと思われる。そもそも、有効率が 100%の薬など存在しないであろう。また、例えば風邪薬一つをとっても利用者全員がその効果や副作用を完全に理解しているとは考えにくい。それでも一般医薬品化された薬は数多く存在する。それが緊急避妊薬になった途端、利用者に十分な知識がないという理由から処方箋を必須にしたり、病院受診を必須にしたりするという方針は、女性の人権の軽視に繋がりがかねないものであると思われる。また、知識不足を指摘されるべきは利用者に限った事ではない。第 4 回の検討会では、日本産婦人科医会のメンバーによって、「妊婦が飲んだ場合には…男児が女性かすとか、そういったようなリスクもあります」（厚生労働省, 2019c, p.17）という発言がなされた。しかし、妊婦が緊急避妊薬を服用することにより胎児に影響が出るという報告はされておらず、梅澤（2003）は「ECP（緊急避妊薬）の催奇性による胎児への影響を理由に承認を否定することは困難」（p.200, 丸括弧は筆者による）であると指摘しており、産婦人科学者である Santis(2005)も、緊急避妊薬の使用によって先天性奇形や、その他の有害なリスクの増加に繋がることはない結論付けている。男児が女体化するリスクという根拠に乏しい懸念から緊急避妊薬へのアクセスを大幅に制限するという主張は論拠に欠け、また上記の 2 つの懸念と同様に、緊急避妊薬への開かれたアクセスは権利として保障されるべきであるという観点が欠落しているのではないかとと思われる。

また、第 5 回の検討会では、緊急避妊薬の OTC 化に関しても意見が出ていたので確認す

る。検討会の中で、「日本でこれだけ若い女性が性に関して知識がない状況で、それはできないと思います。責任が持てないと思うんです」（厚生労働省, 2019d, p.20）との発言がなされたが、何に対する責任が使用者にあるのかという疑問が残る。先述の通り、緊急避妊薬は妊娠が成立する前に効果を発揮することから、人工妊娠中絶とはその性質を異にするため、胎児への責任が生じることはない。そもそも、人工妊娠中絶も女性の権利としてその自由が認められるべきであるため、例えこれが胎児への責任という意図を持ってなされた発言であったとしても、それを理由にして処方制限する事はできないであろう。また、緊急避妊薬は女性が自身の身体を守り、望まない妊娠を防ぐためのものであり、これを使用することは女性の権利であるため、服用することやその責任について第三者から説教される筋合いはなく、知識の有無を理由にアクセスを制限されていいものではないと考えられる。むしろ、使用者側に知識がないということは教育の至らなさに起因するのであり、そのことについて利用者責めというのは筋違いであろう。よって、若い女性に性の知識がないという理由で緊急避妊薬の OTC 化を実現させない、という考えは理にかなったものではなく、更に女性の権利を軽視したものであると指摘できよう。

また、緊急避妊薬の OTC 化という本論の主旨からは外れることになるが、若い女性に性の知識がないため OTC 化を実現すべきではない、というこの主張から垣間見える「女性像」の矛盾についても言及しておきたい。2022 年 10 月現在、日本の性交同意年齢は 13 歳と規定されているが、これはつまり、13 歳の人間には性交に同意するだけの性知識と自己決定能力があるとみなされているということである。しかし前述のように、日本の性教育では性行為について取り扱うことがなく、中学生になったばかりの子どもが性行為をするもののリスクや意味について深く理解しているとは到底考えられない。学校で性行為について教えることを禁じていながら、13 歳の子ども、その多くは女子であることが想像に容易いが、彼ら彼女らに性交同意能力を期待することは無理があるのではないかと思われる。その一方で、緊急避妊薬の話題になると、「若い女性が性に関して知識がない」ため、OTC 化が認められないという理論が登場する。女性が性に関する知識を有しているか否かは、その時々によって社会から矛盾した決定を下されるようである。更に、人工妊娠中絶を行う際にパートナーである男性の同意が求められることや、望まない妊娠の末に嬰兒を遺棄した事件で女性のみが罪に問われる場合が多数であること等を加味すると、女性の生殖が社会、それも極めて男性中心主義的な社会にコントロールされていると言わざるを得ない。この現状を打開するためには、本論で繰り返し主張しているように、人権という観点から、緊急避妊薬や人工妊娠中絶等の性や生殖に関わる政策や法律を制定すべきであると主張したい。

また、緊急避妊薬へのアクセス改善よりも性教育を優先すべきであるという主張についても確認したい。第 5 回の検討会では、緊急避妊薬へのアクセスを良くすることによって人工妊娠中絶を減らすよりも、まず一般の女性に性の知識を普及させる方が「圧倒的に効率のいい社会」（厚生労働省, 2019d, p.9）をつくることのできるため、性教育を先に普及させるべきであるという主張がなされた。繰り返しになるが、緊急避妊薬の利用は権利として認

識されるべきものであり、OTC化は後回しにされて良い問題ではないと主張したい。加えて、女性は身を守るため、望まない妊娠を防ぐために緊急避妊薬を服用するのであり、「効率のいい社会」の実現の為にその選択をしているのではない。「効率のいい社会」を実現するためであれば、「一般の女性に性の知識を普及させる」だけでなく、一般の男性もその対象に含めるべきであろう。また、現実的に考えると、適切な性教育を推進する基盤を整えることの方が、緊急避妊薬をOTC化するよりも時間がかかり、「効率」が悪いと思われる。この主張のために現在不利益を被っている緊急避妊薬利用者の声を蔑ろにし、性教育を優先させるのではなく、どちらも同時に進行すべきではないだろうか。

本節では、「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」の議事録の内容を詳細に確認した結果、日本で緊急避妊薬のOTC化が実現されない理由として、緊急避妊薬への開かれたアクセスが人権として保障されるべきである、という意識が希薄であることが明らかとなった。また、女性の性知識について社会では矛盾した捉え方がなされており、このことが男性中心主義社会による女性の生殖の管理を生み出しているのではないかと指摘できる。したがって、緊急避妊薬のOTC化実現のためには、女性が自分の性行動や生殖に関する事柄を自己決定する権利でもある、リプロダクティブ・ヘルス/ライツを社会に浸透させていく必要があると考えられる。そして同時に、「社会的な必要性」ではなく、人権を基盤とした緊急避妊薬のOTC化が必要であるといえるだろう。

第2節 何故日本ではリプロダクティブ・ヘルス/ライツが軽視されるのか

前節では、日本で緊急避妊薬のOTC化が実現されていない要因を探り、リプロダクティブ・ヘルス/ライツという人権を根底に据えたOTC化の実現が重要であることを主張した。本節では、日本がリプロダクティブ・ヘルス/ライツを軽視している本来の原因を探ることを目的とする。その原因の一つとして日本での人工妊娠中絶の在り方を指摘し、刑法堕胎罪や母体保護法の内容と人工妊娠中絶の方法から、現代のリプロダクティブ・ヘルス/ライツ観について論じる。

此处まで、日本がリプロダクティブ・ヘルス/ライツを軽視している傾向と緊急避妊薬のOTC化の関係性について論じてきたが、この傾向の根本的な原因は何であろうか。その原因の一つとして、日本では母体よりも胎児を優先する考え方がなされていることを指摘したい。臨床心理学者の塚原（2010）はこれを「胎児中心主義」（p.39）と称し、日本の人工妊娠中絶に対する考え方が国際的に見て遅れていることを指摘している。前述の通り、日本は1907年に制定された刑法堕胎罪と、1996年に制定された母体保護法を保持しており、これが日本の人工妊娠中絶の考えが遅れている原因の一つと考えられる。刑法堕胎罪の内容は、「妊娠中の女子が薬物を用い、又はその他の方法により、堕胎したときは、一年以下の懲役に処する」（e-GOV, 2022）というものであり、人工妊娠中絶を全面的に禁じている。この制約に対し、例外的に人工妊娠中絶を認めるものが母体保護法である。人工妊娠中絶を行うことが許可される要件は、「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」、又は「暴力若しくは脅迫によつて又は抵抗も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」（厚生労働省，1948）とされている。例外はあるが、人工妊娠中絶の実施には原則配偶者、つまり男性の同意が必要となる。

では、人工妊娠中絶を例外的に認めている母体保護法に見られる問題点について確認したい。1つ目の問題は、人工妊娠中絶に男性の同意が求められる点である。性や生殖に関して自己決定をすることは人権として保障されるべきことである。したがって、人工妊娠中絶に際して男性の同意がいるということは、女性の自己決定権が保障されていないと捉えることができる。このことが引き起こす問題点として、パートナーからの性的DV、多産DV、虐待等が背景にある妊娠であった場合、人工妊娠中絶を希望する女性の意見とは裏腹に、産ませられるという危険性が挙げられる。性暴力の被害である場合や性交をした相手が不明である場合等、一部男性の同意が不要な場合はあるが、加害者が必ずしもパートナー以外であるとは限らない。よって、人工妊娠中絶をする、しないという決定は、体と精神の負担を一身に背負う女性に委ねられるべきと考えられる。

2つ目の問題として、この法律では女性の精神の健康被害を理由とする人工妊娠中絶が認められていないことが挙げられる。公衆衛生学者の北村ら（1996）の研究によると、妊婦のうち病罹患率は、妊娠初期で31%、妊娠中期で12%、妊娠後期では14%とされており、妊婦の精神健康被害は無視できない。しかし、精神的理由による人工妊娠中絶が認められないという現状は、母体の生命よりも胎児の安全が優先されていると考えられる。塚原（2010）は、政府が胎児を優先する姿勢が「胎児を被害者に、女性を加害者側に固定することで、胎児への同情的な見方を支えてきた」（p.40）と指摘しているが、この見方は刑法堕胎罪が成立した明治時代から存続しており、この時代の価値観が現代のリプロダクティブ・ヘルス/ライツ観にも影響を与えているといえるだろう。何故なら、刑法堕胎罪や母体保護法も、緊急避妊薬のOTC化を阻害する人権軽視も、結局のところは女性の生殖に関する自己決定権を認めないということであり、男性中心主義社会による女性の生殖の管理に帰結するからである。したがって、日本がリプロダクティブ・ヘルス/ライツを軽視する傾向にある原因の一つとして刑法堕胎罪や母体保護法の存在が考えられるであろう。

母体保護法の問題点に加え、現行の人工妊娠中絶方法についても確認したい。現在日本で採られている方法の多くが、搔把法、もしくは吸引法である。搔把法とは、金属製の細長い器具で子宮内の妊娠組織を搔き出す方法である。しかし、この方法は痛みと苦痛が伴うためWHOは推奨しておらず、「健康に関する人権を含む多くの人権と相容れない」（World Health Organization, 2022, p.66）としている。推奨されている方法は、1980年代にフランスで開発された、ミフェプリストンとミソプロストールと呼ばれる2種類の薬を時間差で服用する方法であり、WHOは2005年からこの経口中絶薬を「必須医薬品リスト」に加えている。経口中絶薬を使用すれば器具や麻酔等が必要なく、身体への負荷も従来の方法と比較すると大幅に減少する。しかし、厚生労働省はイギリスの製薬会社から経口中絶薬の承認を呼びかけられていながらも未だ認可しておらず、輸入も禁止しているため、人工妊娠中

絶を希望する女性は「人権と相容れない」方法を選択するしかない。経口中絶薬は世界の約 80 か国で使用されており、安全が確認されているが、日本はあえて危険と痛みの伴う方法を採用しており、人工妊娠中絶を希望する女性の人権を尊重していないと指摘できよう。

加えて、経口中絶薬の価格と、日本が仮に経口中絶薬を承認した際の制約について確認したい。日本が採用している搔把法や吸引法にかかる費用は、一般的に 10~20 万円と言われているが、WHO による経口中絶薬の卸売価格は 700 円前後である。日本でも経口中絶薬への注目度が徐々に高まってきてはいるものの、日本産婦人科医会がその承認に対して難色を示しているのが現状である。日本産婦人科医会の木下会長（当時）は、経口中絶薬について、「医学の進歩による新しい方法であり、治験を行った上で安全だということならば、中絶薬の導入は仕方がないと思っている。しかし、薬で簡単に中絶できるという捉え方をされないか懸念している」（NHK, 2021）と述べており、安全性に配慮している一方で、人工妊娠中絶に伴う女性の心理的状況や、リプロダクティブ・ヘルス/ライツとしての安価で簡便な中絶方法の必要性をまったく考慮していない。また、上述したように WHO による中絶薬の卸売価格水準が 700 円程度であるのに対し、日本産婦人科医会は、経口中絶薬を導入したとしても保険適応外で 10 万円程度の料金設定とすることを想定しているという。これでは人工妊娠中絶における金銭面での負担は変わらず、経済的に中絶にアクセスできない人は取り残されたままである。さらに日本は、実際に経口中絶薬を導入した場合、使用するには夫の許可が必要になるとしており、女性に生殖の自由、生殖の自己決定というリプロダクティブ・ヘルス/ライツを認めない立場を貫く姿勢でいる。

経口中絶薬が承認されていない現状は、単に人工妊娠中絶をする際の身体的負担が大きいというだけではない。塚原（2010）によれば、アメリカやフランスでは第 1 薬を服用した後第 2 薬を自宅に持ち帰り自分自身で服用する方法も許可されているという。塚原は、この方法が許可された結果、「医療者の介入も減って女性たちはより大きな自律を獲得した」（p.43）と評価している。性に関する自己決定権と自律を保障されることは、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの核といえる。日本では経口中絶薬が未承認であることから、この権利が完全に保障されていないといえるのであるが、経口中絶薬の承認、更にはその自宅投与が承認された暁には、リプロダクティブ・ヘルス/ライツを軽視する傾向から一歩前進し、男性社会による生殖の管理があるという現状の改善にも繋がるであろう。また、塚原は経口中絶薬の普及によって女性たちが受胎産物を直接見ることが可能になったことについても言及している。経口中絶薬を服用した後、受胎産物は大量の血液と共に生理のように排出されるのであるが、塚原はこれまで女性の健康や権利に優先されてきた「胎児」が、実際には人の形ではなく血の塊であるという事実を女性たちが認識できる点を評価している。女性にとって人工妊娠中絶を行う際の過剰な罪悪感や心理的負担の軽減に繋がると考えられる。

以上のことから、日本がリプロダクティブ・ヘルス/ライツを軽視する傾向の原因は、明治時代から存続する刑法堕胎罪から母体保護法として現在に至るまで引き継がれている「胎児中心主義」的考え方であると考えられる。そしてこの「母体の健康・権利<胎児」と

いう価値観は、結果として、現在の時代遅れな人工妊娠中絶方法や、より開かれた緊急避妊薬へのアクセスが実現されないという問題を引き起こしていると言えよう。

第3節 イギリスの人工妊娠中絶制度と変革の過程における国民の声の重要性

前節では、日本がリプロダクティブ・ヘルス/ライツを軽視する現状の原因として、「女性の健康・権利<胎児」という考え方が挙げられるのではないかと指摘した。しかし、リプロダクティブ・ヘルス/ライツを重視する政策を取っているイギリスも墮胎罪を保持しており、近年までは北アイルランドでの人工妊娠中絶が禁止されていた。そこで本節では、イギリスがリプロダクティブ・ヘルス/ライツを重視するようになった過程を確認し、その流れが日本でも取り入れられ得るものかどうかを検討する。

まず初めに、イギリスの現行の人工妊娠中絶制度を確認したい。現在、人工妊娠中絶に関わる措置及び手術は、NHSによって無料で提供されている。加えて人工妊娠中絶が可能な期間も日本や他のヨーロッパ諸国と比較して長く、イングランド、ウェールズ、スコットランドにおいては妊娠24週まで認められている。また、図4は2010年から2022年の間にイングランドとウェールズで行われてきた人工妊娠中絶の方法の推移を表しており、2013年と2014年の間に手術による人工妊娠中絶と経口中絶薬を用いた方法の数が逆転し、薬による中絶が主流となっていることが読み取れる。スコットランドは2017年、イングランドとウェールズでは2018年から経口中絶薬の第2薬の自宅投与も許可されており、イギリスは人工妊娠中絶に関して進んだ政策を取っているといえる。更に、NHS(2020)は人工妊娠中絶に関し、“The decision to have an abortion is yours alone”、“You may also want to speak to your partner, friends or family, but you do not have to. They do not have a say in your decision”としているように、人工妊娠中絶に関する決定権が完全に妊婦にあることを表明している。したがって、イギリスは人工妊娠中絶に関する女性の自己決定権や、女性が自分の生殖をコントロールする権利を保障する体制をとっていると理解できる。

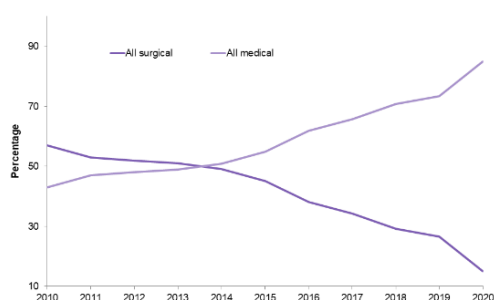


図4 Abortions, procedures, percentages, England and Wales, 2010 to 2020

出典：GOV. UK. (2022a)

北アイルランドの人工妊娠中絶制度についても確認しておきたい。北アイルランドでは長らく人工妊娠中絶が禁止されていた。制度が動いたのは、2019年に The Northern Ireland (Executive Formation etc) Act 2019、通称 NI EF Act がイギリス議会を通過し、それによ

ってイギリス議会が北アイルランドの人工妊娠中絶に関する法律を見直すことが決定した時である。この際に作成された **A new legal framework for abortion service in Northern Ireland** によると、北アイルランドでは、「妊娠の継続が妊婦の身体または精神の健康を脅かす場合、強姦及び近親相姦によって妊娠した場合、胎児が重度の障害を持つ場合」(GOV.UK, 2020, p.43) の人工妊娠中絶が可能となった。また、政府は胎児の障害を理由とする人工妊娠中絶を認めるにあたり、障害者に対する固定観念を永続させることなく、同状況において出産を選択した女性に対して社会的、経済的な適切且つ継続的な支援を行うことを約束している。このような姿勢から、イギリスではリプロダクティブ・ヘルス/ライツのみならず、より広義の人権的視点に基づいた政策を取っていると理解できる。

では、イギリスが北アイルランドの政策を改訂した過程に目を向けたい。北アイルランドにおける人工妊娠中絶の非犯罪化は、イギリス議会議員の自由投票によって決定された。そして新しい法的枠組み案を作るにあたり、イギリス議会は北アイルランドにとって最適な提案を出すため、北アイルランドに居住する人々及び関連組織が意見や見解を提供できる機会を保障した。GOV.UK(2020)によると、6週間の間に郵送、メール、ホームページ等を通じて 21,000 以上の意見が集まり、その内個人からの意見は 7,006 件であった。最適を模索する議会と寄せられた北アイルランドの人々の意見が合わさった結果、北アイルランドでは妊娠 12 週までの人工妊娠中絶が無条件に合法、妊娠 24 週までの人工妊娠中絶がイギリスの他の地域とほとんど同じ条件で合法となった。ここで着目すべきは、政府の決定に国民が直接的に関わったことで、理想的な結果を実現したということである。国民の意見を取り入れるという意味決定のプロセスを採っていることが、イギリスにおいて進んだ政策が実現していることの要因といえるのではないだろうか。

同様に、イギリスで国民の意見が反映されたことにより、進んだ政策が実現した例がある。経口中絶薬の第 2 薬が自宅で投与可能ということは先に示した通りだが、2020 年 3 月からは COVID-19 によって病院へのアクセスが制限されたことを受け、一時的に経口中絶薬の第 1、2 薬共に自宅で服用することが許可されている(GOV.UK, 2022a)。これは本来、感染症拡大に伴う一時的な対処であった。しかし、日刊新聞 *The Guardian* (2022)によれば、パンデミックが始まって以来、イングランドだけでおよそ 15 万件もの中絶手術が遠隔医療で行われており、その必要性の高さが明らかとなった。政府が人工妊娠中絶の遠隔医療廃止を発表した際には、医療団体や中絶の権利を擁護するプロチョイス運動家などが反対し、国会議員に対して、遠隔医療が終了すれば病院を受診できない女性が規制のないオンライン医療に頼らざるを得なくなり、犯罪に巻き込まれる危険性があると意見した。その結果、BBC(2022)によると、国会議員はイングランドにおける経口中絶薬に関する遠隔医療及び自宅投与を継続するか否かの採択を取り、最終的には 215 票対 188 票で遠隔医療の継続が決定した。この例においても、国民の声が理想的な結果をもたらす鍵であったといえる。よって、緊急避妊薬 OTC 化等、リプロダクティブ・ヘルス/ライツ重視の政策実現の肝となるのは、如何に国民が議会に声を届け、議会が耳を傾けるかということではないだろうか。

では、イギリスのような政策決定の過程が日本でも導入され得るかを検討したい。まず、国民が議会に声を届けるという部分に関して、国民の間に大きな意識の差があることが問題として挙げられるだろう。実際に日本でも活動的な女性団体や個人の発信者等は存在しているが、SNS 等においてそのような団体、個人は悪質な反対勢力を集めやすいように感じられる。一部では、議会に正当な意見を届けようとする動きがみられるものの、一部から足を引っ張られている状態であると言えよう。また、このような意識の差が生まれる要因として考えられるのは、学校教育の至らなさではないだろうか。前述の通り、イギリスでは学校教育の中で性行為やリプロダクティブ・ヘルス/ライツについて取り上げられるものの、日本ではどちらも扱われない。よって、そもそも国民が自分の意見を持つことが難しい、または知識不足によって何が問題であるのか把握できないということが起こり得ると考えられる。したがって、日本においてより確実に我々国民の意見を議会に届けるためには、現状や問題の周知、さらにはその問題点に気が付くことができる教育が必要といえるだろう。

では、如何に議会が国民の声を取り入れられるか、という部分について考えてみたい。イギリスが国民の声に柔軟に対応できている要因として、議会の中でリプロダクティブ・ヘルス/ライツ等の考えが浸透していることと、女性議員の割合が高いことが挙げられるだろう。Global Gender Gap Report 2022 によると、日本の女性国会議員の割合はたったの 9.70% である (World Economic Forum, 2022, p.208)。一方で、イギリス議会で女性議員は 34.50% を占める (p.350)。本章の第 1 節でも指摘した通り、議論の場において当事者意識をもって発言できる女性の存在は大きなものである。緊急避妊薬の OTC 化や人工妊娠中絶に関する議論においては特に、議会が国民の声に柔軟に取り入れる過程において女性議員は大きな役割を果たすであろう。したがって、日本でイギリス的政策決定プロセスを実現するためには、国民側に教育が、議員側に知識と女性が必要であり、日本はこの何れも十分に有していないのが現状である。よって、日本で緊急避妊薬の OTC 化を実現するためには、まず国民がこれを求めるだけの知識と力を有し、そして国民がそれを求めているということを国が理解し、議員間での意識改革及び女性議員を増やすことが必要となると考えられる。

本節では、北アイルランドを含むイギリスの人工妊娠中絶制度について確認し、その制度が変革する過程について考察した。そして、変化の過程で国民の声を取り入れることがリプロダクティブ・ヘルス/ライツを重視した政策の実現の鍵となるのではないかと指摘し、同時にこれを日本で実現するためには教育や議員の意識改革が必要であると論じた。

本章では、緊急避妊薬のオンライン処方に関する検討会の内容から、日本で緊急避妊薬の OTC 化が進んでいない原因を探り、日本では緊急避妊薬の開かれたアクセスと人権が関連しているという意識が希薄であると指摘した。更に、日本でリプロダクティブ・ヘルス/ライツが軽視されている根本的な原因について言及し、それが刑法堕胎罪と母体保護法に起因する胎児中心主義的考えが根付いていることであると論じた。そして、イギリスの政策決定プロセスを参考にし、日本がリプロダクティブ・ヘルス/ライツを重視した政策を実現するためには教育や女性議員の数を増やすことが必要であると指摘した。

終章

日本で緊急避妊薬を手に入れるためには病院を受診し、処方箋を入手し、高額な支払いをする必要がある。一方でイギリスをはじめ多くの国では、緊急避妊薬を薬局で安価に入手することができるため、入手に掛かる経済的、時間的、心理的制約が少ない。そこで本論では、緊急避妊薬の OTC 化を主題とし、これに関して日本が抱える課題を主にリプロダクティブ・ヘルス/ライツの観点から捉えてイギリスと比較分析し、イギリスがリプロダクティブ・ヘルス/ライツを尊重する方針を選択した過程が日本でも取り入れられ得るものかを検討することを目的とした。方法としては、両国の法律や政策を 1992 年国際人口開発会議で定められたリプロダクティブ・ヘルス/ライツの定義と照らし合わせながら分析し、日本及びイギリスにおける課題を明らかにし、日本の改善方法を検討した。

第 1 章では、日本とイギリスにおける緊急避妊薬の基本的情報を確認した。また、筆者が行ったアンケート調査の結果から、緊急避妊薬の OTC 化が実現している国とそうでない国の人々との間で、自国の緊急避妊薬に関する方針への満足度に差があることが理解できた。更に、OTC 化の未承認に加えて、緊急避妊薬に関して学校で学習しなかった人が多いため情報が人々に浸透していないことも日本の問題点として示した。一方、イギリスに関しては、緊急避妊薬の承認と OTC 化に際して様々な議論が巻き起こったものの、OTC 化を早期に実現している。日本とイギリスで同様の議論が見られたが、イギリスのみが OTC 化を実現していることを指摘した。

第 2 章では、緊急避妊薬の OTC 化を巡る日本とイギリスの違いを、リプロダクティブ・ヘルス/ライツに対する考え方の違いから考察するため、両国の政策を比較した。日本の男女共同参画社会基本計画の変遷を分析した結果、第 2 次男女共同参画社会基本計画以降にリプロダクティブ・ヘルス/ライツの解釈や性教育の内容が保守的なものとなり、緩やかなジェンダーバックラッシュが起こっていることが明らかとなった。また、政府が「生産性」を求める人口政策と、人権や教育を混同していることを指摘し、これを切り離す必要性があると論じた。次にイギリスの **A Framework for Sexual Health Improvement in England** を分析した結果、イギリスでは女性の生殖に関する自己決定権が保障されていることが明らかとなった。しかし、筆者が行ったアンケート調査から、性教育に関してはヘテロセクシュアルな内容に偏っている等、改善すべき点があることを指摘した。両国の政策を分析した結果として、日本がリプロダクティブ・ヘルス/ライツを軽視している一方、イギリスはそれを尊重する立場を明文化しており、両国の間で緊急避妊薬の OTC 化が人権として保障されるものであるという認識の違いがあることが明らかとなった。

第 3 章では、日本がリプロダクティブ・ヘルス/ライツを軽視している原因を探ることと、イギリスの政策変遷の過程が日本でも取り入れられるかを検討する事を目的とした。まず、厚生労働省による「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」の議事録及び、母体保護法の内容や人工妊娠中絶の方法を分析した。結果、日本では緊急避妊薬の OTC 化が人権として保障されるべきであるという認識がないこと、議論の場に女性が

少ないこと、女性の性知識について社会では矛盾した捉え方がされていること等を指摘した。性行動や生殖に関する自己決定権を保障し、生殖に関する政策をリプロダクティブ・ヘルス/ライツを基盤として制定することが、日本が抱える重要な課題である。また、母体保護法の内容や経口中絶薬を巡る日本の立場からは、日本が胎児中心主義的社会であることが明らかとなり、女性の生殖に関する事柄が男性中心社会によって管理されていると指摘した。一方イギリスでは人工妊娠中絶の決定が完全に女性に委ねられており、処置も NHS によって無料で提供されている。また、以前は人工妊娠中絶が禁止されていた北アイルランドでも合法化され、新法作成に際して国民の声が議会から求められた。そして、国民の意見を取り入れる決定プロセスが、リプロダクティブ・ヘルス/ライツを基盤とした理想的な政策実現の鍵であることを指摘した。そして、日本でリプロダクティブ・ヘルス/ライツを保障した政策を実現させる為に国民の声を取り入れようとするのであれば、性に関する学校教育の充実、議員間での意識改革、女性議員を増やすことが肝要となる。

以上のように、本論文ではリプロダクティブ・ヘルス/ライツの観点から、緊急避妊薬の OTC 化の必要性和日本が遅れている原因について論じ、OTC 化及びリプロダクティブ・ヘルス/ライツを尊重した政策作りが進んでいるイギリスと日本を比較することで、イギリスの政策作りの過程を日本でも取り入れられるかを検討した。結論として、緊急避妊薬の OTC 化の必要性は、これがリプロダクティブ・ヘルス/ライツ、つまり人権として保障されるべきことにあり、日本で緊急避妊薬の OTC 化が遅れている根本的な原因は、胎児中心主義に起因するリプロダクティブ・ヘルス/ライツの軽視であることを明らかにした。更に、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの観点から理想的且つ国民の声が反映された政策を実現するためには、国民が知識や問題意識を持つための学校教育、国民の声を受け入れられるだけの議員の意識改革、また女性議員の増加が必要であると結論付けられる。また、本論において日本のリプロダクティブ・ヘルス/ライツ軽視の原因であると指摘とした胎児中心主義の根本には、家父長制や男性中心主義社会が存在する。したがって、緊急避妊薬の OTC 化のみならず人工妊娠中絶制度等、女性の生殖に関わる政策を変革していくためには、男性優位の社会構造の抜本的な見直しが必要であり、女性の生殖に関する自己決定権を完全に保障することが必要である。

本論文では、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの観点から行った緊急避妊薬の OTC 化に関する日英比較研究により、緊急避妊薬の OTC 化の必要性及び日本社会におけるリプロダクティブ・ヘルス/ライツ問題の課題を明らかにし、その改善策を検討した。以上のように、日本で緊急避妊薬の OTC 化が進んでいない根本的な原因に言及したこと、更に、独自のアンケート調査を用いて多数の国の政策や教育に対する意見を比較分析したことに本論の意義がある。

参考文献

- BBC. (2022). MPs vote to keep at-home abortion service. Retrieved November 14, 2022, from <https://www.bbc.com/news/uk-politics-60930774>
- Bissell, P., Anderson, C. (2003). Supplying emergency contraception via community pharmacies in the UK: reflections on the experiences of users and providers. *Social Science & Medicine*, 57(12), 2367-2378.
- GOV.UK. (2013). A Framework for Sexual Health Improvement in England. Retrieved October 23, 2022, from https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/142592/9287-2900714-TSO-SexualHealthPolicyNW_ACCESSIBLE.pdf
- . (2019). Relationships Education, Relationships and Sex Education (RSE) and Health Education. Retrieved October 21, 2022, from https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1090195/Relationships_Education_RSE_and_Health_Education.pdf
- . (2020). A new legal framework for abortion services in Northern Ireland Implementation of the legal duty under section 9 of the Northern Ireland (Executive Formation etc) Act 2019. Retrieved November 14, 2022, from https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/875380/FINAL_Government_response_-_Northern_Ireland_abortion_framework.pdf
- . (2022a). Abortion statistics, England and Wales: 2020. Retrieved November 14, 2022, from <https://www.gov.uk/government/statistics/abortion-statistics-for-england-and-wales-2020/abortion-statistics-england-and-wales-2020>
- . (2022b). Sexual and reproductive health and HIV: applying All Our Health. Retrieved October 19, 2022, from <https://www.gov.uk/government/publications/sexual-and-reproductive-health-and-hiv-applying-all-our-health/sexual-and-reproductive-health-and-hiv-applying-all-our-health#taking-action>
- Murphy, C., Pooke, V. (2019). Emergency contraception in the UK: stigma as a key ingredient of a fundamental women's healthcare product. *Sexual and Reproductive Health Matters*. 27(3), 122-125.
- National Health Service. (2020). Overview—Abortion—. Retrieved November 14, 2022, from <https://www.nhs.uk/conditions/abortion/#:~:text=When%20an%20abortion%20can>

- %20be,born%20with%20a%20severe%20disability
- Rowlands, S., Lawrenson, R. (2000). Repeated use of hormonal emergency contraception by younger women in the UK. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 26(3), 138-142.
- Santis, D. M. (2005). Failure of the emergency contraceptive levonorgestrel and the risk of adverse effects in pregnancy and on fetal development: an observational cohort study. *Fertility and Sterility*, 84(2), 296-299.
- Schenk, D. K. (2003). Emergency contraception: lessons learned from the UK. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 29(2), 35-40.
- The Guardian. (2022). MPs vote on whether to end abortion 'pills by post' in England. Retrieved November 14, 2022, from <https://www.theguardian.com/world/2022/mar/29/mps-vote-on-whether-to-end-abortion-pills-by-post-in-england>
- United Nations. (1994a). International Conference on Population and Development 5-13 September 1994, Cairo, Egypt. Retrieved October 7, 2022, from <https://www.un.org/en/conferences/population/cairo1994>
- . (1994b). Report of the International Conference on Population and Development Cairo, 5-13 September 1994. Retrieved October 7, 2022, from <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/231/26/IMG/N9523126.pdf?OpenElement>
- . (1995). REPORT OF THE FOURTH WORLD CONFERENCE ON WOMEN Beijing, 4-15 September 1995. Retrieved October 8, 2022, from file:///C:/Users/d723i/Downloads/A_CONF-177_20-EN.pdf
- World Economic Forum. (2022). Global Gender Gap Report 2022. Retrieved November 14, 2022, from https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2022.pdf
- World Health Organization. (2022). Abortion care guideline. Retrieved November 8, 2022, from <file:///C:/Users/d723i/Downloads/9789240039483-eng.pdf>
- 梅澤彩 (2003) 「緊急避妊薬の承認とその一般用医薬品化に関する議論 (1)」『国際公共政策研究』 8 (1) , 191-205.
- 遠見才希子 (2021) 「日本の緊急避妊薬をとりまく現状と課題(特集コロナ禍のウィメンズヘルス)」『月刊地域医学』 35 (3) , 239-245.
- 亀崎明子・川本恵理・倉重理歩 (2020) 「大学生の緊急避妊薬および低用量経口避妊薬に関する知識習得状況ならびに低用量経口避妊薬の使用に関する意識」『母性衛生』 61 (1) , 日本母性衛生学会, 87-94.
- 北村俊則・菅原ますみ・島悟・戸田まり・菅原健介 (1996) 「妊産褥婦におけるうつ病の出現頻度とその危険要因一周産期の各時期における心理社会的うつ病発症要因一」『平成8年度厚生省心身障害研究 これからの妊産褥婦の健康管理システムに関する研究』 26-29.

- 公益社団法人日本薬剤師会 (2021)「オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤について」
<https://www.nichiyaku.or.jp/pharmacy-info/online/index.html> (最終閲覧日: 2022年10月28日)
- 厚生労働省 (1948)「母胎保護法」
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=80120000&dataType=0&pageNo=1
(最終閲覧日: 2022年11月5日)
- . (2019a)「第2回オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する討論会 議事録」<https://www.mhlw.go.jp/content/000487594.pdf> (最終閲覧日: 2022年10月28日)
- . (2019b)「第3回オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する討論会 議事録」<https://www.mhlw.go.jp/content/000501102.pdf> (最終閲覧日: 2022年10月28日)
- . (2019c)「第4回オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する討論会 議事録」<https://www.mhlw.go.jp/content/000507836.pdf> (最終閲覧日: 2022年10月28日)
- . (2019d)「第5回オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する討論会 議事録」<https://www.mhlw.go.jp/content/000517419.pdf> (最終閲覧日: 2022年10月28日)
- . (2022a)「出産費用の実態把握に関する調査研究(令和3年度)の結果等について」<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000977521.pdf> (最終閲覧日: 2022年11月5日)
- . (2022b)「中医協総新医薬品一覧表(令和4年4月1日収載予定)」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000892309.pdf> (最終閲覧日: 2022年10月12日)
- 宋昇勲・川畑徹朗・今出友紀子・辻本悟史・中村晴信・菱田一哉・李美錦・堺千紘 (2012)
「中学生の性行動とその関連要因に関する縦断研究—心理社会的要因に焦点を当てて—」『学校保健研究』54, 神戸大学大学院人間発達環境学研究科, 27-36.
- 柘植あづみ (2000)「女性の人権としてのリプロダクティブ・ヘルス/ライツ」『国立婦人教育会館研究紀要』4, 9-14.
- 塚原久美 (2010)「技術の観点から見た日本のリプロダクティヴ・ライツ政策の問題点」『医学哲学医学倫理』28, 38-48.
- 内閣府男女共同参画局 (2000)「男女共同参画基本計画」
https://www.gender.go.jp/about_danjo/basic_plans/1st/index.html (最終閲覧日: 2022年10月12日)
- . (2005)「男女共同参画基本計画(第2次)」
https://www.gender.go.jp/about_danjo/basic_plans/2nd/pdf/all.pdf (最終閲覧日: 2022年10月12日)
- . (2010)「第3次男女共同参画基本計画」
https://www.gender.go.jp/about_danjo/basic_plans/3rd/pdf/3-26.pdf (最終閲覧日: 2022年10月12日)
- . (2020)「第5次男女共同参画基本計画～すべての女性が輝く令和の社会へ～」

- https://www.gender.go.jp/about_danjo/basic_plans/5th/pdf/print.pdf (最終閲覧日 : 2022年10月12日)
- 日本産科婦人科学会 (2016) 「緊急避妊法の適正使用に関する指針 (平成28年度改訂版)」
https://www.jsog.or.jp/activity/pdf/kinkyuhinin_shishin_H28.pdf (最終閲覧日 : 2022年10月13日)
- 原直美・富岡美佳 (2021) 「我が国の若年女子の月経教育に関する文献検討」『姫路大学看護学部紀要』13, 11-17.
- 平山満紀 (2019) 「日本ではなぜ近代的避妊法が普及しないのか」『明治大学心理学研究』14, 43-62.
- 村上仁・神田未知・中島玖・澤柳孝浩・曾我健太・濱田憲和・池上清子 (2020) 「持続可能な開発目標 (SDGs) の保健目標とジェンダー目標を相乗的に達成するには : 日本とイギリスの比較研究から」『国際保健医療』35(1), 国立国際医療研究センター, 49-64.
- 森良一 (2007) 「学校における性に関する指導について (学習指導要領に基づいて)」
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001dh87-att/2r9852000001dhhq.pdf>
(最終閲覧日 : 2022年10月21日)
- 吉開多一 (2019) 「英国の無期刑 (1) —重大犯罪における行為と危険性との関係が問題になる一場面として—」『國土法學』49, 299-355.
- e-GOV 法令検索 (2022) 「明治四十年法律第四十五号 刑法」
<https://elaws.egov.go.jp/document?lawid=140AC0000000045> (最終閲覧日 : 2022年11月5日)
- NHK (2021) 「『経口中絶薬』の使用承認申請国内初手術伴わない選択肢」
<https://www3.nhk.or.jp/news/html/20211222/k10013398921000.html> (最終閲覧日 : 2022年11月8日)