

日本における少子化問題の特殊事情

— 晩婚・晩産化とリプロダクティブ・ヘルス／ライツ — (2)

河内 優子

目次

はじめに

I. 日本における女性のライフサイクルの変化

II. 高齢妊娠・出産の医学的諸問題と ART

(以上、『共立国際研究』第 33 号掲載)

III. リプロダクティブ・ヘルス／ライツと女性

IV. 統計資料から見る世界のリプロダクティブ・ヘルス／ライツの変化と現状

V. リプロダクティブ・ヘルス／ライツと日本

結語

(本稿掲載)

III. リプロダクティブ・ヘルス／ライツと女性

(1) リプロダクティブ・ヘルス／ライツ

本稿冒頭でも述べたように、1994年にエジプトのカイロで国連国際人口開発会議(ICPD: 以下、「カイロ会議」と略す)が、そして翌95年に中国の北京で第4回世界女性会議が開催された。この二つの国際会議でクローズアップされたリプロダクティブ・ヘルス／ライツ(性と生殖に関する健康／権利)は、人口・開発問題と女性の人権問題の視点を接合させる新たな概念として、その後、さまざまな国際機構や組織、また多くの諸国での政策策定・遂行に重大な影響を及ぼすようになった。実際国際的に、そして各国で法律や制度改正等の取り組みが推進され、「いつ産む、何人産む、どの間隔で産む」など、性と生殖に関し、当事者である女性もしくはカップルの自己意思で決める権利が広く認められるようになっていく。

以下は、カイロ会議におけるリプロダクティブ・ヘルス／ライツに関する見解が最も明確に示された「行動計画」のなかの代表的2項目である。

[第2章原則8: ①]

「誰でも可能な限り最高レベルの肉体的、精神的健康を享受する権利をもつ。国家は、男

女平等を基礎として、家族計画とセクシュアル・ヘルスを含むリプロダクティブ・ヘルスケアを含めたヘルスケア・サービスへの普遍的なアクセスを確保するための、あらゆる適切な措置を実施しなければならない。リプロダクティブ・ヘルスケア・プログラムは、強制という形をいっさい採ることなく、最大範囲のサービスを提供すべきである。すべてのカップルと個人は、自分たちの子どもの数と出産間隔について、自由にかつ責任をもって決定する権利ならびにこれらの権利の行使を可能にする情報、教育および手段を享受する権利をもつ。」

〔第7章2項：②〕

「リプロダクティブ・ヘルスとは、人間の生殖システム、その機能と（活動）過程のすべての側面において、単に疾病、障害がないというばかりでなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な（well-being）状態にあることを指す。従って、リプロダクティブ・ヘルスは、人々が安全で満ちたりた性生活を営むことができ、生殖能力をもち、子供を産むか産まないか、いつ産むか、何人産むかを定める自由を持つことを意味する。この最後の条件で示唆されるのは、男女とも自ら選択した安全かつ効率的で、経済的にも無理がなく、受け入れやすい家族計画の方法、ならびに法に反しない他の出生調節の方法についての情報を得、その方法を利用する権利、および女性が安全に妊娠・出産でき、またカップルが健康な子どもをもてる最善の機会を与えるよう適切なヘルスケア・サービスを利用できる権利が含まれる。」⁽¹⁾

「行動計画」①および②に示されているように、リプロダクティブ・ライツ／ヘルスの概念は広範で多岐にわたる。ただし中核をなす主旨が妊娠・出産に関する当事者（とりわけ女性）の「自己決定権」承認にあり、その権利侵害となるさまざまな強制等の排除とともに、自己決定可能な状況の整備、すなわちセクシュアリティやリプロダクティブ・ヘルスに関する適切な知識・情報およびサービスの供与、女性に対する差別的な社会的慣習の改善と権限の付与が強調されていることは明らかである。ただしそこで主たる対象とされているのは、まずは多くの途上諸国などリプロダクティブ・ヘルスが甚だしく充たされていない社会の女性であり、その保障が主要な目標に掲げられている。

またカイロ会議翌年に開催された北京女性会議では、女性団体 NGO の積極的なロビー活動により、女性の社会的地位向上のためには女性のリプロダクティブ・ライツの確立が重要であるとの合意がなされた。北京行動綱領によれば、リプロダクティブ・ライツは「すべてのカップルと個人が自分たちの子どもの数、ならびに出産する時を責任をもって自由に決定でき、そのための情報と手段を得ることができるという基本的権利、ならびに最高水準の性に関する健康およびリプロダクティブ・ヘルスを得る権利を認めることにより成立している⁽²⁾」とされている。

このようにみえてくると、「リプロダクティブ・ヘルス」を保障する権利が「リプロダクティブ・ライツ」であり、相互間の密接な関係性は否定すべくもないように思える。たとえ

ば日本で一般的に使用されているのはリプロダクティブ・ヘルス／ライツという表記であり、これは‘reproductive health and rights’の邦訳であるが、実際、一くりに論じられることが多い。だが必ずしも両者は一つに包摂できるわけではない⁽³⁾。

それぞれ別の事象から生じ、時代の流れとともに、また背景とする社会・経済情勢、文化・宗教的諸事情により、用いる基本スタンスと意図により、異なる経緯を辿ってきた別概念なのである。両概念が合わせ使用されるようになったカイロ会議以降、それぞれの含意の違いから時に混乱がみられる。

本章では、以下、(2)、(3)において、この二つの概念がそれぞれいかなる背景をもって出現し、そもそもどのような起源からどういう主旨を有して使用されるようになり、それがどういった経緯を経て展開してきたものなのか、大まかにその概要を説明する。

(2) リプロダクティブ・ライツ

カイロ行動計画、北京行動綱領双方にも共通して確認されることだが、本来、リプロダクティブ・ライツは、女性のみに限定することなく男性、女性双方の人間の基本的権利と考えられるものである。だが歴史的にみて女性が妊娠・出産についての主導権を持たず、性的に抑圧されてきたという現実があること、また妊娠・出産、人口妊娠中絶、育児といった人間の実際の再生産プロセスにおいて、女性が担い、課される身体的、精神的、社会的負担が男性に比べ圧倒的に大きい、といった状況が重視され、主として女性の「リプロダクティブ・ライツ」に力点が置かれるようになった⁽⁴⁾。

たとえば伊佐智子は「出産はもっぱら女性の身体に生じる現象であり、基本的人権における『身体の不可侵性』の原則、ならびに、これからの人生への選択、という意味での自由、幸福追求という原則にもとづいて、生むかいないかの決定は女性自身にその権限があり、リプロダクティブ・ライツは、女性の基本的な人権としての性格を持つと考えられる」と主張している。

ところで、このリプロダクティブ・ライツ概念の出現には、歴史的に遡り、大きく二つの流れがある。第1に欧米における中絶権獲得の動き、そして第2に人口問題への反発である。そして後者にはさらに二つの流れがある。一つは途上諸国に広がる人口爆発に対する人口管理政策（Birth Control）への抵抗であり、もう一つが欧米先進諸国での優生学に基づく人口管理政策に対する女性の抵抗である⁽⁵⁾。いずれもその中心には、国家管理に対する女性の自己決定権の獲得が据えられている。

第1の流れは、1960年代、欧米で勢いをもった第2派フェミニズム運動に始まる。当時、男女平等の制度の確立と女性の労働権を求める機運の高まりとともに、経済的自立と身体と性の自立を求め、自分の身体をコントロールする声が女性の中からわきあがった。さまざまな「セルフ・ヘルプ（自助）」グループが作られ、性と生殖に関する女性の選択権を要求として掲げる「リプロダクティブ・フリーダム」獲得運動へと展開していった。

旧来、女性は受け身で、性、セックス、生殖などについて何も知らない方がよいとされ、自分で決めることもできず、夫に重要な決定を委ねてきた歴史がある。だが、そうした旧弊に抵抗し、自分の身体を知り、自分でコントロールしようという「身体こそ、わたしたち自身」という考え方が、まず広がり、それが「子どもを産むか産まないかのところで自決権がなければ、女性の本当の自立はない」という主張につながっていった⁽⁶⁾。

こうした「リプロダクティブ・フリーダム」を保障する権利がリプロダクティブ・ライツであり、女性の自立を求める運動として、妊娠中絶における女性の自己決定権を求める⁽⁷⁾運動が世界的に波及していった。そして実際、欧米各国で、イギリス1968年、アメリカ1973年、フランス1975年と、中絶合法化が相次ぎ実現していった。ちなみに日本では例外的に、戦後の特殊事情を背景に定められた1948年の優生保護法の規定により墮胎罪が空文化され、中絶は戦後早い段階で実質的に合法化されていた⁽⁸⁾。

だが中絶論争においては、複雑に絡む問題があった。女性の特質としての母性への根強い価値観、人種差別や民族浄化の歴史に不妊、墮胎の強制があったこと、世界の文化・宗教の独自性の尊重、といったことなどである。それらをめぐる議論は容易に帰着点を見出せるものではない。中絶法反対を無批判に訴えることはできず、そうした問題をめぐる論争が、当時のフェミニズム内部にも存在した⁽⁹⁾。また今日もなおこうした点は、リプロダクティブ・ライツをめぐる議論において、正当性をめぐる混乱に通じているように思われる。

第2の流れは、1972年に出版されたローマ・クラブの「成長の限界」に代表される、地球の規模での人口爆発の脅威とその資源・環境への破壊的影響、という議論の広がりの中で高まった論調である。とくに途上諸国や欧米貧困層女性への強制的避妊技術、またアメリカで認可されなかった有害な作用のある避妊薬や重大な副作用が確認されていた避妊子宮内リング等が途上国への近代的避妊手段として大量に輸出されたことなどの問題が世界的に問題化した⁽¹⁰⁾。そしてこうした問題に抵抗する様々な動きが、主として途上諸国の女性達の人口管理政策へ反対する「リプロダクティブ・ライツ」の流れに収斂していったのである。

1974年に開催された第1回ブカレスト世界人口会議では、国連や先進諸国（とくにアメリカ）が、人口調整のために家族計画の重要性を主張した。それに対し途上諸国側は「開発は最善の避妊法である」と主張し、人口問題の解決に経済成長が不可避と主張した。当時、途上諸国が主張していた「新国際経済秩序（NIEO）」がその背景にあった⁽¹¹⁾ ことはいうまでもない。

その後1980年代になると、途上諸国のフェミニスト達に、欧米に端を発した性と生殖に関する自己決定権を柱とする「リプロダクティブ・ライツ」概念が急速に広がっていった。彼女たちは、途上世界の出生率低下は女性自身による出産コントロールにかかっており、それは基本的に女性の社会的・経済的状态次第であるとした。何より女性が自身の身体に関する決定権がない現状からの脱却こそ最重要であるとの主張であった。先進諸国がグローバルな環境保護追求のために途上世界の出生率低下を図り、その目的のために途上世界の女性へ

強行してきた避妊・不妊施策への抵抗にほかならなかった。

この対立関係は1984年に表面化し、紛糾した。まず第2回国際人口会議がメキシコシティで開催された。アメリカ国務省国際開発局により「人間の尊厳と家族の尊重を踏まえた真に自発的な人口プログラム」こそ何より重要、との表明があり⁽¹²⁾、人口妊娠中絶、非自発的断種、その他の強制的人口抑制策が一括りで批判され、それらを支援している途上国や国際機関に対する財政援助が停止されることになった⁽¹³⁾。一方、オランダのアムステルダムで同年開催された「女性と健康国際会議」では、“Population Control No! Women Decide! (人口管理反対! 女性が決める!)”をスローガンに、南北フェミニストのネットワークが集結した⁽¹⁴⁾。女性の意思や健康を無視した多くの人口政策の現状が報告され、これを契機に女性の地位改善を出生率引き下げの鍵とする捉え方が広まっていった。

そして当時、欧米フェミニズムの運動は、たんなる中絶の権利獲得から、幅広く世界的な女性の「リプロダクティブ・ライツ」保障を目指すようになった。人工妊娠中絶承認とともに、強制的不妊処置や不本意な人口妊娠中絶への反対を強調することで、一貫して女性の自己決定権が強力に押し出されるようになった。こうした流れが「リプロダクティブ・ライツ」を権利概念として醸成し、主導する形でカイロ会議へとつながっていったのである。

かくしてリプロダクティブ・ライツは、「リプロダクティブ・ヘルスケアの権利」と「リプロダクティブ自己決定の権利」という二つの原則から構成される⁽¹⁵⁾ようになった。つまり、リプロダクティブ・ライツはリプロダクティブ・ヘルスの全分野を包含する権利となり、両者は不可分の関係にある。だがその権利の射程は、リプロダクティブ・ヘルスにとどまらない広がりをも有すということなのである。

このリプロダクティブ・ライツを前面に押し出したカイロ会議は、それ以前の人口会議に比較して、当然、大きな変貌を遂げることとなった。どのように変化したかについて、阿藤誠は以下の3点を指摘している。

- (1) 個人、とりわけ女性の妊娠、出産の決定権が強調されたことで、旧来のマクロ的、国家的視点が大幅に後退し、政府による人口抑制政策的アプローチがほとんど姿を消した。
- (2) 家族計画の必要性には立場を異にする二つの論拠がある。旧来はそれが混在していた。子どもの数の制限が個人の生活水準の向上、社会の経済発展につながるのみならず新マルサス主義的な考え方、およびこれが女性の健康と権利拡大のために不可欠のみならずM.サンガーなどの考え方であるが、カイロ会議では後者が強調された。
- (3) 人々（とりわけ女性）が出産の決定権を行使する手段として中絶を受け入れる可能性が出てきた。一大中絶論争に発展し、世界的な注目を集めることとなった。

国連にとっての人口問題とは世界の人口問題であり、したがってそこで至上課題とされたのは、第一義的に途上世界の人口過剰問題の解消ということになる。何よりもその方途として、ミクロレベルでの個々の女性のリプロダクティブ・ヘルスとライツの確立が重視される

ようになったのである。こうした世界的な人口論をめぐる思潮と人口戦略の変化は、「人口政策的アプローチ」から「フェミニスト・アプローチ」への転換⁽¹⁶⁾、と捉えられる⁽¹⁷⁾。

(3) リプロダクティブ・ヘルス

リプロダクティブ・ヘルスは、WHO（World Health Organization：世界健康機関）の「健康」概念の定義を人間の生殖の領域に適用し、再生産過程全般に関わる保健ニーズを総合的に把握するために生み出された概念である⁽¹⁸⁾。出産調整、不妊、性に関する保健、母性保護、乳幼児の生存・成長・発達の5分野を対象とし、家族計画、各種避妊法の有効性や安全性、中絶一般の問題など、従来は別々の分野として扱われてきた諸問題を、統一的に捉えなおそうとするものである。

最初にこの用語が使用された国際機関もWHOであった。1972年、WHOは「ヒト生殖生理学特別計画」を設けた。そこで‘Human Reproduction’の文脈の中で用いた「母子保健（Maternal and Child Health）」という概念が、その後のリプロダクティブ・ヘルスの基礎になっている。だがそもそもこの母子保健という概念は、1978年、WHO及び国連児童基金（United Nations Children's Fund：UNICEF）共催の「プライマリー・ヘルスに関する国際会議」で採択されたアルマ・アタ宣言の中に登場した「プライマリー・ヘルスケア」という概念を基軸概念としている。アルマ・アタ宣言には、プライマリー・ヘルスケアを実施するために具体的な諸項目が挙げられたが、なかでも「家族計画と母子保健サービス」が重点項目とされた。これ以来、「家族計画と母子保健サービス」が、ヘルス・サービスの一環として認識されるようになった⁽¹⁹⁾。

だがこの「母子保健」に限定するアプローチに対して、その後、世界的に批判が集中した。母であること、母になることだけでなく、「産む」という機能を有す女性であるからこそ生じる生殖に関する健康問題（性感染症、婦人科系の疾患等）があり、それは女性の生涯にわたるものである。また家族計画に対し、女性自身が自分の身体をコントロールできるアプローチを求める声が高まった。その結果、WHOでは1988年に、‘Human Reproduction’に関わるすべての健康問題を「リプロダクティブ・ヘルス」という用語でくくる新たなアプローチへの途が開かれた。最初にこの概念を提唱したのが著名なWHOのM.H.Fathalaである。

こうして既述のように、WHOの従来からの健康に関する定義概念が生殖関連の領域に適用され、「リプロダクティブ・ヘルス」となった。当時1988年段階でのWHOによるリプロダクティブ・ヘルスの定義は、以下のようなものであった。

「リプロダクティブ・ヘルスとは、生殖システム及びその機能と過程のすべての側面において、たんに疾病、障害がないというだけでなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な（well-being）状態であることを指す。これは生殖能力を持つことを意味し、女性が安全に妊娠・出産することができ、母児の生命・健康にとって安全でなければならない。人々は、

健康を害すことなく、安全な性生活を持つことができなければならない⁽²⁰⁾。」

まさに本稿Ⅲ冒頭にも示したカイロ会議「行動計画」第7章2項のプロトタイプといえる。その後、1992年6月にリオ・デ・ジャネイロで開催された「国連環境会議」で採択された「アジェンダ21」では、その第24段の表題が「持続的で衡平な開発に向けての女性のための世界的行動」であった。部分抜粋する。

「女性を中心とし、女性の管理による安全で効果的なリプロダクティブ・ヘルスケア、および自由、尊厳ならびに個人の価値観にあった実現可能で責任のある家族の大きさとサービスを含む予防的で治癒力のある保健設備の設置と強化計画、また計画は胎児を含む包括的なヘルスケア、健康および親としての責任に対する教育と情報の提供に焦点を当て……計画は、女性の生産的、および再生産的役割と福祉を十分に支援し、妊産婦と乳幼児の死亡と病気のリスクを削減するために、すべての子どもに平等で進歩的なケアの提供の必要性を特に注意する。⁽²¹⁾」

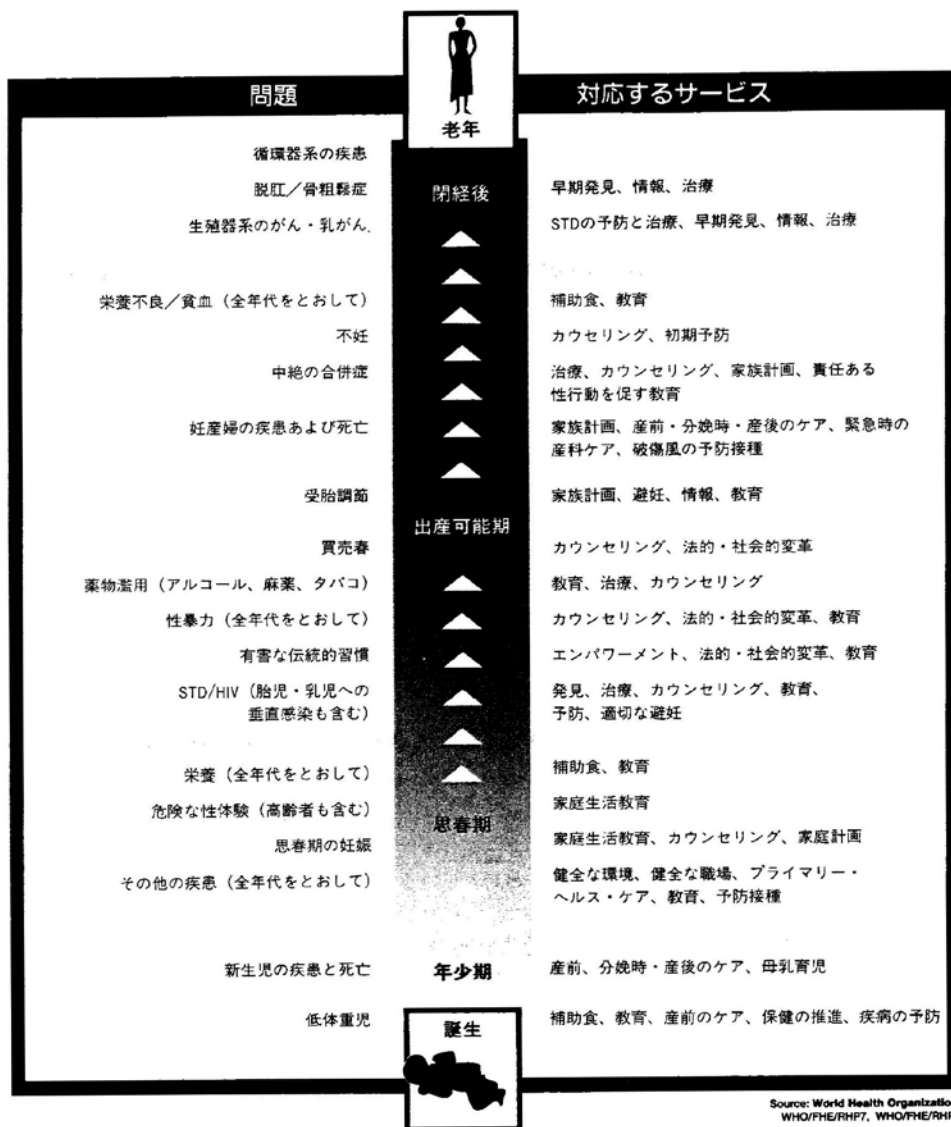
カイロ会議の3年前に、「リプロダクティブ・ヘルスケア」という用語がこのように明確な形で使用されていたのである。また1993年6月にウィーンで開催された「世界人権会議」においても、採択された「ウィーン宣言」のなかで、「世界人権会議は、女性が生涯を通じて最高水準の身体的及び精神的健康を享受することの重要性を認識する……世界人権会議は男女の平等に基づき、利用しやすくかつ十分なヘルスケアおよび広範囲な家族計画サービス、ならびにあらゆるレベルの教育への平等なアクセスに対する女性の権利をあらためて確認する。」という規定がある。女性の健康の射程を格段に広げた画期的な規定といえる⁽²²⁾。

上記のようなプロセスを経て、リプロダクティブ・ヘルスは、1994年のカイロ会議において、リプロダクティブ・ライツとともに明確な定義がなされ、さらに翌1995年の北京世界女性会議での取り組みも加わり、広く世界的認知を得るようになった。そして女性の性と生殖に関する諸問題への包括的な取り組みが、実際、世界的規模で取り組まれるようになったのである。

では、そもそも「ヘルス：健康」とは何か、ここで確認しておきたい。WHO（世界保健機関）は健康を、「単に病気や障害がないということではなく、身体的・精神的・社会的に完全に良好な状態（well-being）にあること」と定義している。ここで、精神的・社会的健康にも言及していることは重要だ。「精神的健康」「社会的健康」をどのように捉えるか自体、議論のあるところだが、とはいえ「健康」を「身体的健康」ととどまらず、精神的、社会的状況にも注視することは、人間の「生きるうえでの広義の健康」概念として、「生命」「暮らし」の健全さを求める、かつてなく深い含意を有す定義といえよう。

図表3-1は、国連人口基金の『世界人口白書 1995』に記載されている「ライフサイクルからみたリプロダクティブ・ヘルス」である。この図に則して、簡単にその内容を見ておこう。基本構図として、女性のリプロダクティブ・ヘルスに関わる具体的諸問題が左側に、そして右側にそれに対応すべきサービスが、生命誕生の出生時から始まり、年少期、思春

図表 3-1 ライフサイクルからみたリプロダクティブ・ヘルス



Source: World Health Organization, WHO/FHE/RHP7, WHO/FHE/RHP9

出所) UNFPA [1995] 44 ページ。

期、出産可能期、閉経後、老年期と、生涯にわたって列記されている。

まずリプロダクティブ・ヘルスの問題には、家族計画や母子保健（低体重児、新生児の疾患と死亡、妊産婦の疾患および死亡、妊娠中絶の合併症、思春期の妊娠など）は当然のこととして、それに加え不妊、胎児・乳児への垂直感染も含む STD（性感染症）／HIV、全年代（思春期・更年期・老年期）を通しての女性特有の疾患や栄養問題、生殖器系の癌・乳癌、さらには女性性器切除（Female Genital Mutilation : FGM）のような女性に有害な伝統的・

因習的習慣、性暴力、買売春など社会的諸問題までもが記載されている。とりわけ性暴力や買売春が女性の健康という視点から取り上げられたことは画期的といえよう⁽²³⁾。

一方、右側には、そうした諸問題に対応すべき具体的サービス提供のポイント項目が列挙されている。リプロダクティブ・ヘルスが広範囲な領域を網羅するのに対応して、講ずべきサービス提供措置も多様なものとなっている。産前・分娩時・産後のケア、緊急時の参加ケア、治療、母乳育児、保健の推進、疾病の予防、受胎調節のための適切な避妊など基本的な母子健康対策に加え、思春期の妊娠、危険な性体験に対する家庭生活教育、STD/HIV、栄養問題などについての情報・教育、また有害な伝統的習慣や性暴力、買売春には法的・社会的変革と教育など、幅広い対応策が掲げられている。多様性とどまらず、左側の画期的な諸問題の列挙に対応する、従来の保健的領域を大きく超え、情報と教育の重要性を強調し、社会の抜本の変革をも求める、画期的な対応の前進と解される図である。

ところで性と生殖に関する健康課題は、現実には男女ともにある。だがリプロダクティブ・ヘルスは、リプロダクティブ・ライツ同様、基本的に「女性」の健康に焦点を当てる。そこには、前節(1)でライツに関して示した理由と内容的には重なるが、それ以上に、女性を主体とすべき、あらがえない深刻な現実的理由がある。かつて日本家族計画連盟事務局長であった芦野由利子は、その理由として次の3点を指摘している。かなり長文となるが、引用する。

「まず第1に、女性だけに妊娠する仕組みがある。男性との生物学的違いである。そのため、女性には固有の身体的変化や疾病がある。世界的に見て、妊娠・出産は女性の病気の原因の約2割を占めるといわれている。妊娠・出産による死亡は世界で年間約60万人、毎日1,600人も女性が死亡していることになる。その中で、人口妊娠中絶（以下、中絶と略す）による死亡は5～10万にのぼる。世界の中絶数は、非合法を含め年4,000～5,000万もあると推測されている。また身体的構造上の違いもあり、性感染症やHIV/エイズの症状も女性により重く発現することも報告されている。

第2に、社会的・文化的に規定された性差（ジェンダー）があり、それによって男性は『強者』、女性は『弱者』という力関係が構造的に社会に組み込まれている。社会・制度的『強者』の男性の立場でみるか、不利な立場に置かれた女性の立場でみるかにより、同じ事象の問題もとらえ方が違ってくる。ジェンダー視点が導入されることにより、旧来、社会問題として看過されてきた、女性が多く被害を負った諸問題（性暴力や買売春）までも含まれることになった。

とりわけ開発途上国の性差別は深刻で、教育や栄養、保健、医療、雇用などあらゆる面で男性が優先されてきた。その結果、妊娠・出産に直接的に関連する妊産婦死亡率は極度の高率を続け、また出産後の乳児死亡率も先進諸国に比較して著しく高い状態だったのである。

日本をはじめとする先進諸国は、たしかにそうした直接的健康面では途上諸国に比較して恵まれていたとはいえ、『女性は母になって一人前』という根強い『母性神話』、男性中心の

性規範、社会や家庭での女性に対する暴力、商品化される女性の性など、女性が構造的『弱者』であることには違いない。

そして第3に、何よりリプロダクティブ・ライツが女性たちが使い始めた用語であるという事実である。『リプロダクティブ・ライツのための女性のグローバル・ネットワーク(WGNRR)』と呼ばれる国際的な女性NGOは、カイロ会議以前に既に次のような定義を行っている。『リプロダクティブ・ライツとは、子供を産むか否か、産むとしたらいつどのように産むかに関する女性の権利である。その権利は国籍、階級、人種、民族、年齢、宗教、セクシュアリティ、障害、婚姻の有無にかかわらず、社会・経済・政治的に保障されるべきである……そこには女性のニーズに基づいた良質で包括的なリプロダクティブ・ヘルスサービスを入手する権利が含まれる。』

このリプロダクティブ・ライツを実現するには、身体と性に関する事柄を女性の生涯にわたる健康課題として捉え保障することが不可欠である。女性の健康を障害にわたり権利として保障すること。それがリプロダクティブ・ヘルスの意味するところである。したがって、リプロダクティブ・ヘルス／ライツは単なる母子保健や家族計画とも同義語ではない。⁽²⁴⁾

こうして、リプロダクティブ・ライツ／ヘルスは、女性を主たる対象とする概念になるとともに、実際、女性を主要な対策・施策対象とするものとなったのである。

IV. 統計資料から見る世界のリプロダクティブ・ヘルス／ライツの変化と現状

今や時代はカイロ国連人口開発会議、北京女性会議から20年を超えた。世界のリプロダクティブ・ヘルス／ライツは、とりわけ問題が深刻な途上諸国の状況は、どのように改善されているのだろうか。基本的指標を幾つか検討してみる。

(1) プロダクティブ・ヘルス／ライツに関する基本指標の変化

図表4-1は、リプロダクティブ・ヘルスに関連する最も基本的な指標として、妊産婦死亡率、乳児死亡率、避妊実行率、そして合計特殊出生率について、1990年代と直近の数値を並記したものである。

まず北京女性会議以前(1987-1994年平均値)の妊産婦死亡率に着目したい。アンゴラからリベリアに至るアフリカ、とりわけサブサハラ・アフリカ(東西・中央アフリカ)やイエメンなど中東地域、アフガニスタンなど中央アジア、ブータンやネパールなどアジア最貧国、バングラデシュなど南アジアやインドネシアなど東南アジア諸国での高い比率が並ぶ。なかでも出生10万対4桁1,000を超える、アンゴラ1,500(1.5%)、ニジェール、ウガンダの1,200(1.2%)、ナイジェリア1,000(1%)、イエメン1,400(1.4%)、アフガニスタン1,700(1.7%)、ブータン1,600(1.6%)、ネパール1,500(1.5%)といった数値には驚愕させられる。こうした諸国は合計特殊出生率も高く、1992年当時の出生率をみると多くは6~7に

図表 4-1 リプロダクティブ・ヘルス関連指標

年	妊産婦死亡率		乳児死亡率		何らかの避妊実行率 (近代的避妊法の実行率)		合計特殊出生率	
	(出生10万対)		(出生千対)		(%)		1992	2018
年	1987-1994	2018	1996	2015	1996	2017	1992	2018
アフリカ								
アンゴラ	1500	477	124	55	-	17 (15)	7.2	5.6
ニジェール	1200	533	114	51	4 (2)	20 (18)	7.4	7.1
ウガンダ	1200	343	113	38	15 (8)	39 (35)	7.3	5.4
ナイジェリア	1000	814	77	67	6 (4)	19 (15)	6.5	5.4
コートジボアール	810	645	86	66	11 (4)	19 (17)	7.4	4.8
ガーナ	740	319	73	41	20 (10)	33 (28)	6.0	3.9
スーダン	660	311	71	45	8 (7)	16 (15)	5.7	4.4
ジンバブエ	570	443	68	40	48 (42)	67 (66)	5.0	3.6
リベリア	560	725	153	51	6 (5)	30 (30)	6.8	4.4
中東								
イエメン	1400	385	80	43	7 (6)	42 (36)	7.6	3.8
イラク	310	50	95	26	14 (10)	58 (44)	5.7	4.2
イラン	120	25	39	13	65 (45)	78 (65)	5.0	1.6
アジア								
アフガニスタン	1700	396	154	53	2	26 (23)	6.9	4.3
ブータン	1600	148	104	27	-	62 (62)	5.9	2.0
ネパール	1500	258	82	28	29 (26)	53 (47)	5.4	2.1
バングラデシュ	850	176	78	27	47 (39)	64 (57)	4.4	2.1
インドネシア	650	126	48	22	55 (52)	61 (59)	2.9	2.3
インド	570	174	72	35	41 (37)	56 (51)	3.8	2.3
パキスタン	340	178	74	64	12 (9)	41 (32)	6.2	3.3
フィリピン	280	114	35	22	40 (25)	56 (41)	3.9	2.9
タイ	200	20	30	11	74 (72)	79 (76)	-	1.5
タジキスタン	130	32	56	37	-	35 (32) + -	-	3.3
韓国	130	11	9	3	79 (70)	78 (70)	1.7	1.3
カザフスタン	80	12	34	10	59	57 (55)	-	2.6
日本	18	5	4	2	59 (53)	44 (40)	-	1.5
欧米								
ブラジル	220	44	42	14	66 (57)	80 (77)	2.9	1.7
メキシコ	110	38	31	13	53 (45)	71 (68)	3.2	2.1
アメリカ	12	14	7	6	71 (67)	74 (67)	-	2.6
ロシア	75	25	19	7	21 (13)	69 (57)	-	1.8
イタリア	12	4	7	3	78 (32)	69 (54)	-	1.5
オランダ	12	7	6	3	78 (76)	72 (69)	-	1.8
アイルランド	10	8	6	3	-	68 (63)	-	2.0
スウェーデン	7	4	5	2	78 (71)	67 (63)	-	1.9

出所) UNFPA (2018), UNFPA (1997), UNDP (1995), から作成。

のぼる。結果的に、そうした諸国の女性は、一生のうちに6、7回、高率の妊産婦死亡率をその都度重ねたことになる。いかに死を覚悟した妊娠・出産を繰り返していたかが想像される。

このような状況下で出産される乳児の死亡率は、当然のように凄まじく高率であった。1996年時点では、出生千対でみて100を超えるということは二桁台の死亡率ということになる。たとえばアフガニスタン154(15.4%)、リベリア153(15.3%)、アンゴラ124(12.4%)、ニジェール114(11.4%)、ウガンダ113(11.3%)、ブータン104(10.4%)という状態であった。また幾分下がるとはいえ、イラク95(9.5%)、コートジボアール86(8.6%)、ネパール82(8.2%)、イエメン80(8.0%)、バングラデシュ78(7.8%)、ナイジェリア77(7.7%)、パキスタン74(7.4%)というように、出産される乳児数の多さを勘案するならば、二桁台の場合は、妊産婦の殆どが自身の乳児死亡を経験し、またそうでなくとも、かなりの確率で乳児死亡を目にする光景が日常化していたといえる。ロシアが19(1.9%)というのは、体制転換後の混乱期の悪条件が大きく影響したものと推察される。

こうした惨状は、その後20年を経てどの程度改善されているのだろうか。同表で確認したい。まず妊産婦死亡率に関しては、内戦終結後も劣悪な治安状態が続くリベリアを例外として、その他諸国では大きく低下している。その改善度は国によりかなりの違いはあるが、たとえばアジアでアフガニスタンが1,700から396(0.396%)、ブータンが1,600から148(0.148%)、ネパールが1,500から258(0.258%)、イエメンが1,400から385(0.385%)、アフリカでもウガンダが1,200から343(0.343%)と急減している。これら諸国には国際機関等からの支援の奏功が相当程度みとめられる。またバングラデシュが850から176(0.176%)、インドネシアが650から126(0.126%)、インドが570から174(0.174%)、パキスタンが340から178(0.178%)と、経済成長著しいアジア諸国での改善も顕著である。

一方、乳児死亡率の改善はすべての国で確認される。アフガニスタンが154から53(5.3%)、リベリアが153から51(5.1%)、アンゴラが124から55(5.5%)といった極度な劣悪状況からの改善もあれば、インドネシアが48から22(2.2%)、タイが30から11(1.1%)、というような、ASEAN経済をけん引する諸国での改善も注目される。ただし、世界中に看護師を送出するフィリピンが35から22(2.2%)という低水準であり続けているのには、医療をめぐる特殊事情の国フィリピンの、解消しがたい矛盾した問題の根深さが垣間見られるところといえよう。

これら注目すべき劣悪な状況からの改善の動きがみられるのはすべて途上諸国だが、そうした諸国では、その改善の背後に、避妊実行率の上昇と合計特殊出生率の低下が伴っている。1996年時点では、妊産婦死亡率も乳児死亡率も非常に高かった諸国の大半で、避妊実行率が極度に低く、出生率もおよそ6、7人台と高かった。たとえばアフガニスタンでは前者2%、後者6.9人であった。ウガンダでは、前者15%、後者7.3人であった。それが近年では、アフガニスタンの前者が26%、後者4.3に、またウガンダでは前者39%、後者は5.4と改善しているのだ。世界レベルからすれば依然低率ではあるが、とはいえ避妊の普及と実

行により出生率が下がったことの妊産婦、乳児死亡率改善への寄与度は甚大と考えられる。

さてここで本表下段の方の諸国の状況にも目を通しておこう。まず中でも、いわゆる新興諸国と称されるような国々などに注目してみたい。たとえば妊産婦死亡率が1987-1994年、乳児死亡率が1996年、それぞれブラジルで220 (0.22%)、42 (4.2%)、韓国130 (0.13%)、9 (0.9%)、メキシコ110 (0.11%)、31 (3.1%)であったのが、2015年にはブラジルで44 (0.44%)、14 (1.4%)、韓国11 (0.11%)、3 (0.3%)、メキシコ38 (0.38%)、13 (0.13%)と改善されている。又、避妊実行率も、何らかの方法のみをみても、ブラジルが66%から80%、韓国が79%、78%、そしてメキシコも53%から71%と、いずれも今や7、8割水準になっている。これは、ほぼ一般的な先進諸国レベルとみなすことができよう。

最後に、日本をはじめとする先進諸国の状況も確認しておこう。妊産婦死亡率や乳児死亡率の低さは、ここ20年間での医療技術の進歩に支えられ、今や限界的な水準（前者出産10万対1桁、後者出産千対1桁）にまで低下しており、その安心感は、リスクを考えない妊娠・出産という一般的感覚を広げるに至っているほどである。出生率はいわずもがな、アメリカ以外の先進諸国はみな人口置換水準より低く、少子化の進行が共通している。

だがその現実と並置して避妊実行率をみると、奇妙な数値動向が捉えられる。波線を引いている国、イタリア、オランダ、スウェーデン、日本などでは、国により程度は異なるが、近年、避妊実行率が低下しているのである。イタリアが78%から69%、オランダも78%から72%、スウェーデンでは78%から67%、そして日本は最も低く、59%から44%と、格段の下がり方を示しているのである。少子化の深刻化と避妊率の低下。少子化であるがゆえに、避妊率は低下しているということなのかもしれない。

だが、それ以外の問題はないのだろうか。前章I、IIで検証した晩婚・晩産化による妊孕力低下も考慮すべきであろう。また実際の避妊方法自体の問題性も絡んでいるかもしれない。先進諸国に共通の、とりわけ歴史的経緯からも諸他の国々に比較して人工妊娠中絶へのハードルが低い日本ならではの家族計画方法、つまり事前手段の避妊ではなく、事後の中絶が、主要なバース・コントロールとして極めて安易にアクセスしうる状況となっているのかもしれない。この点は、本稿の主旨でもある日本の特殊事情として、次章Vで再度検討する。

(2) リプロダクティブ・ヘルス／ライツに関する近年の未成年少女に関する諸指標と教育指標

次に、リプロダクティブ・ヘルス／ライツの今後に甚大な悪影響を及ぼしかねない事項として、未成年少女の近年の状況について、**図表4-1**にリストアップした諸国に関し、重要と思われる指標の数値をあげてみたい。18歳以下での結婚や19歳以下の出産、それを支えられる出産環境（専門技術者立ち合い）の有無、加えて有害な慣行として世界的にその残虐性が非難されているFGMの実施比率、またそうした少女達の劣悪な状況と密接な関係性が考

図表 4-2 リプロダクティブ・ヘルス/ライツの未成年少女に関連する指標と教育指標

年	妊娠・出産		有害な慣習		教育			
	専門技術者立合い下の出産	少女(15～19歳)の出産数	少女(18歳以下)の結婚	FGM(15～19歳)実施比率	初等教育就学率		中等教育就学率	
	(%)	1000人当	(%)	(%)	男(%)	女(%)	男(%)	女(%)
	2000-2017	2018	2006-2017	2004-2017	2007-2017	2000-2017	2007-2017	2007-2017
アフリカ								
アンゴラ	50	87	30		89	66	13	10
ニジェール	40	210	76	1	69	59	20	14
ウガンダ	74	140	40	1	90	92	23	21
ナイジェリア	43	145	44	12	72	60	-	-
コートジボアール	74	129	27	-	92	83	41	30
ガーナ	71	76	21	2	84	86	52	53
スーダン	78	87	34	82	55	58	-	-
ジンバブエ	78	100	32	-	84	86	44	44
リベリア	61	149	36	26	39	36	16	14
中東								
イエメン	45	67	32	16	88	78	54	40
イラク	70	82	24	5	98	87	49	40
イラン	99	38	17	-	99	99	72	73
アジア								
アフガニスタン	51	87	35	-	-	-	62	36
ブータン	89	28	26	-	82	84	59	68
ネパール	58	88	40	-	96	93	53	57
バングラデシュ	50	78	59	-	90	100	60	67
インドネシア	93	48	14	-	94	89	76	78
インド	86	28	27	-	97	98	61	62
パキスタン	52	44	21	-	84	71	50	41
フィリピン	73	47	15	-	96	97	60	72
タイ	99	43	23	-	92	87	77	77
タジキスタン	87	54	12	-	99	98	87	78
韓国	100	1	-	-	97	98	98	98
カザフスタン	99	31	7	-	98	100	100	100
日本	100	4	-	-	99	99	99	100
欧米・中南米								
ブラジル	96	62	26	-	94	95	80	83
メキシコ	98	63	26	-	98	100	76	79
アメリカ	99	20	-	-	93	94	90	92
ロシア	99	24	-	-	97	98	-	-
イタリア	100	5	-	-	99	99	97	96
オランダ	-	3	-	-	97	98	93	94
アイルランド	100	9	-	-	99	100	98	100
スウェーデン	-	4	-	-	100	100	100	99

出所) UNFPA (2018), より作成。

えられる教育関連指標（初等・中等教育の就学率）についてまとめたのが**図表 4-2**である。

まず18歳以下の結婚，ならびに19歳以下の出産を確認しておこう。アフリカには高比率の国が多く，それぞれニジェールが76%，210（21.0%），ナイジェリアが44%，145（14.5%），ウガンダが40%，140（14.0%），リベリアが36%，149（14.9%），スーダンが34%，87（8.7%），ジンバブエが32%，100（10.0%），アンゴラが30%，87（8.7%）など，サブ・サハラアフリカ諸国の高さが際立っている。中東でも若干低率となるがイエメンが32%，67（6.7%），イラクが24%，82（8.2%），アジアではバングラデシュが59%，78（7.8%），ネパールが40%，88（8.8%），アフガニスタンが35%，87（8.7%）と，イスラム教諸国を中心にかなり高率の国が並んでいる。宗教上の戒律が強固に女性へのジェンダー差別を持続させる国々でもある。女性が幼くして結婚し，出産すること自体，身体的成熟度不足の問題がある。さらにはそうして出産が人生の早い時期に始まり，その多くが多産となることで，当該女性は人生の大半を出産と子育てに費やすことになる。

またこうした諸国の中にはFGMの慣習が根強く残る国もあり，世界に衝撃を与えている。未成年少女への実施比率は，スーダンの82%の他，リベリア26%，ナイジェリア12%など，サブサハラ・アフリカでいまだに残存する，女性の健康を長きに渡り直接的に害してきた深刻な問題といえる。専門技術者の立合い出産の割合も，そういう諸国では低く，たとえばニジェールが40%，ナイジェリア43%，アンゴラ50%と，半分以下にとどまる。世界最貧地域サブサハラ・アフリカの不衛生・低栄養の状況下であり，専門技術者の立合いもなく，FGMによる身体的被害を抱えながらの厳しい出産環境が，**図表 4-1**でみた当該諸国の妊産婦死亡率や乳児死亡率の高さにつながっているのは明らかだ。

この専門技術者立合い出産比率に関しては，イスラム教諸国の低さも顕著である。バングラデシュ50%，アフガニスタン51%。パキスタン52%という状況である。女性に対する厳格な身体的・性的戒律に加え，そもそもの医療水準の低さと膨大な貧困層の広がりからすれば，その危険性は言うに及ばないであろう。他方，日本，韓国や欧米諸国に加え，近年経済成長が著しいタイやインドネシアといったASEAN諸国や新興国ブラジル，メキシコでも専門技術者立合い出産の比率は9割を越え，先進国水準ともみえるが，その医療技術がどれほど近代的なものであるかは，ここでは判明できない。また世界に看護師を送出し続けるフィリピンが73%にすぎないという出産環境水準の低さは，先にも指摘したように，膨大な看護師送出の問題性が問われるところでもあることを重ねて強調しておきたい。

だがこうしたリプロダクティブ・ヘルス／ライツの改善と向上には，途上国であれ，先進国であれ，詰まるところ，何よりも当該女性個人々の意識改革が重要である。そして，それを支える知識・思考力・判断力を高める教育が不可欠である。実際，**図表 4-2**の「教育」欄にも明らかのように，たとえば若年少女達のリプロダクティブ・ヘルス／ライツに関わる諸問題が深刻な諸国では，教育就学率は，そうでない先進諸国などに比較して明らかに低水準である。そもそも数値自体が把握できない諸国もあるが，18歳以下の結婚比率が36%，19

歳以下の出産が14.9%、FGMも26%と高率で残存するリベリアでは、女性の初等教育就学率でさえ36%、中等教育就学率になるとわずか14%にすぎない。ちなみに前掲図表4-1で確認すると、リベリアの妊産婦死亡率は、2018年はむしろ増加して725(0.725%)、乳児死亡率も153(15.3%)という高さである。

UNFPA発行の年次報告書“The State of World Population 2018(『世界人口白書2018』)”最新版のサブタイトルは“The Power of Choice”である⁽²⁵⁾。国連が2015年版として発行した、世界の女性の状況改善のために5年に1度発行される“The World’s Women 2015(『世界の女性2015』)”には、事務局長Ban Ki-moonによる巻頭メッセージの中で、「すべての女性が自身の権利を行使し、そのポテンシャルを十分に発揮できること」が刊行目的として明示されている⁽²⁶⁾。プロダクティブ・ヘルス／ライツで中核とすべきは、やはり結局のところ、当該女性自身による自由意志にもとづく「選択」である。だがその適切な実行を可能にするには、相当な水準の「教育」が不可欠である。図表4-2の、今日の少女達のいまだ悲惨な状況が看取される数値からは、この「教育」が絶対的に不足していることの問題性が痛感される。

V. リプロダクティブ・ヘルス／ライツと日本

(1) 日本の妊娠中絶に関する近代以降の歴史的経緯と現状

ところで本稿Iでみたように、日本では人工妊娠中絶は近年、急速に減少傾向にある。とはいえ、届け出件数だけで依然年間19万件を数える。一見、女性の自由意思で行われているようにもみえる。だが刑法の堕胎罪(212条～216条)は、明治時代に富国強兵策の一環として制定されて以降、戦後空文化されたとはいえ、法規上今なお犯罪として残っている。つまり妊娠した女性は子供を産むことが前提とされているのである。しかも処罰の対象は当該女性と医師のみであり、男性は罪に問われない。この堕胎罪は、いわば国力としての人口規模の量に対する国家の管理を意味する。日常的に意識される状態ではないが、この法律はいまだに存続しているのである。

また日本では、ながく国家による国民の質的管理も行われてきた。1940年、ナチスの断種法にならい「国民優生法」が定められ、「悪質な遺伝的疾患の素質をもつ者の増加防止」のための不妊手術(当時、「優生手術」と呼ばれた)が実施されてきた。その一方で、翌1941年には「人口政策確立要綱」により、「産めよ殖やせよ」政策が強化され、避妊も禁止された⁽²⁷⁾。

ところが1945年の敗戦後、帰還兵や植民地からの引揚者の増大、さらにはベビーブームも加わり、日本では人口急増対策が緊急課題となった。そして1948年に「優生保護法」が制定され、「母性保護」の名目で中絶が合法化されることとなった。中絶数が最大となったのは戦後10年たった1955年であり、117万件を超えた⁽²⁸⁾。1954年末から始まる日本の高

度経済成長にとっては、その頃まで続いた人口急増が、それ以降の経済成長を支える人口ボーナスを形成したことになる。だが、同時にその頃は、まださほど豊かでなかった多くの世帯が、子どもの養育の経済的困難さから中絶を選択するという、意図的人口抑制が明確な時代でもあった。また当時の「優生保護法」には、「国民優生法」より「不良な子孫の出生防止」目的がより強化され、露骨な形で残っていた。戦後だけで1万6千人以上が本法下、強制不妊手術が実施されたという⁽²⁹⁾。

戦後日本の人工妊娠中絶は、この優生保護法と堕胎罪の二重構造により管理されることとなった。だが「優生」関係事項に対する国際社会からの批判が強まり、1996年には「優生保護法一部改正法」として「母体保護法」が成立した。そして優生の理由が削除され、中絶と不妊手術の許可条項は、前者が①医学・経済的理由⁽³⁰⁾、②強姦による妊娠、後者が医学的理由（母体の生命の危険または健康の悪化）となった。また中絶に対しては、①医師の認定、②配偶者の同意、③妊娠22週未満、という要件が課せられた。

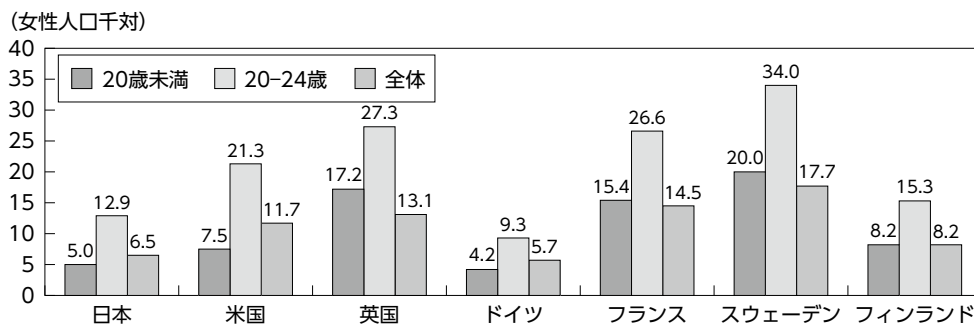
ということは、妊娠・出産に関わる当事者男女双方の意見が異なる場合は認められないことになる。また堕胎罪は依然として存在するため、母体保護法の許可条項の改訂次第では、効力を発揮する可能性もありうる。日本の中絶は、実は依然として、こうした特殊な二重の法制度構造下におかれているのである。とはいえ、既に述べたように、主要欧米諸国の中絶合法化が女性の権利獲得闘争を経て1960年代末から70年代に実現したのに対し、実質的な中絶合法化が戦後すぐに認められた日本では、この中絶に対する女性の権利意識が育ちにくかったといわれている⁽³¹⁾。

しかし、この日本における人工妊娠中絶件数は近年、減少傾向にある。1998年には年間46万6,000件を越えていたが、2013年には6割減の18万6,000件にまで低減している。この件数減の理由としては、少子化による妊娠可能世代の総人口自体の縮減によるところも多いと思われる。だが、Iの図表1-7で示した女子人口対比で示された中絶実施率も、漸減傾向にある。これは日本に限ったことでなく、先進諸国共通の現象でもある。図表5-1において、主要先進諸国の各国全体でみる（右端の棒グラフ）中絶率の低さが確認できる。15～49歳女性人口千対で、最高値のスウェーデン、フランスでさえ17.7、14.5、そしてドイツの5.7より若干高いが、日本も6.5にまで下がっているのである。

この図表5-1で注目すべきは、主要先進諸国における若年世代（20歳未満及び20～24歳）での中絶率の高さだ。各国ともに、20歳代前半は各国全体比率のおよそ2倍の中絶率となっている。女性人口千対でスウェーデン34.0、英国27.3、フランス26.6、そして日本も全体の約2倍の12.9である。また妊娠に対し肉体的成熟度が未達で妊娠・出産自体ハイリスクの若年層（20歳未満）の中絶率が、各国、全体比率に近い数値で出ている。スウェーデン20.0、英国17.2、フランス15.4、そして日本も5.0という状況である。

対馬ルリ子は、たとえばこうした日本の中絶状況について、以前、次のように語っていた。

図表 5-1 先進諸国の人工妊娠中絶率



- (備考) 1. 日本は厚生労働省「衛生行政報告例」、米国は Centers for Disease Control and Prevention “Abortion Surveillance United States, 2014”, その他は United Nations “United Nations Demographic Yearbook” より作成。
2. 20歳未満は15～19歳、全体は15～49歳の女性人口千人当たりの中絶数。
3. 日本は2016(平成28)年、フィンランド、ドイツは2015(平成27)年、米国は2013(平成25)年、英国は2012(平成24)年、スウェーデンは2010(平成22)年、フランスは2009(平成21)年の数値。
4. 米国は、カリフォルニア、フロリダ、メリーランド、ニューハンプシャー、テキサス、ワイオミングの各州を除いた数値。
- 出所(内閣府)〔2018〕63ページ。

「…年代別では、20歳未満では妊娠が診断される時期が遅れるケースが多く、中絶を選択する割合が約7割である。30歳代では3割、40歳代では8割以上と、日本の女性が、妊娠をコントロールしているのではなく、中絶によって出生をコントロールしていることがわかる。十代に正しい情報を与えサポートすべき親の世代が、性、避妊、性感染症について無知であることも、性と健康の教育の普及を妨げている実態がうかがえる。つい最近までピルなど確実な避妊法の選択肢が提供されず、予定外の妊娠に対して中絶という手段で対応せざるをえない日本女性の実情は、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの後進国といわざるをえない⁽³²⁾。」

だがこの若年層の中絶問題は、今や先進国共通の問題となっている。各国、法制度や医療体制の違いもあるため全く同じ状況とはいえないが、若年層の中絶率が他世代より高いという現実だけは共通している。「望まない妊娠」と事後対応措置としての中絶が、若年女性に集中しているこの現状を注視せねばならない。

幾度も繰り返し挙げる本稿Ⅰの図表 1-6, 1-7 において、2013年、日本における女性の全妊娠中絶件数に占める世代別割合は、20歳代前半が21.6%、また20歳代後半が20.4%、そして20歳未満が10.4%という状況であった。この3世代合計で中絶件数の過半を占めていることになる。また図表 5-1 で焦点があてられた若年世代(20歳代前半とそれ未満)だけでも全体の3分の1である。図表 1-6, 1-7 の解説としてⅠで既に述べたところでもあるが、かつて日本での妊娠中絶は30歳代が中心であり、明らかに既婚女性の家族計画としての妊娠中絶が多かった。それ自体も問題ではあるが、今や、その中心は20歳代になっている。未成年の多さも問題である。その若さゆえ、当該女性のその後の人生に甚大な影響を及ぼす

可能性も考えられ、またその決定が、そもそも自己意思による責任あるものとみなしうるか、という点でも、リプロダクティブ・ヘルス／ライツの観点から大きく問題視すべきところといえよう⁽³³⁾。

(2) 日本の避妊事情

上記、人工妊娠中絶と密接に関わっているのが避妊の状況である。ここでまず、世界的なリプロダクティブ・ヘルス／ライツ関連事項の一つとして、本稿Ⅳの図表4-1で示した避妊実行率について、日本の状況を再度検討してみたい。日本では、何らかの避妊実行率が1996年59%、2017年44%、さらにこれを近代的避妊法の実行率に限定すると、96年53%、2017年は40%と、他の先進諸国に比較して格段に低い。かたや社会規範や家族・生活意識において日本との類似性が多々指摘される韓国だが、何らかの避妊実行率が96年、2017年各々79%、78%、また近代的避妊法でも兩年ともに70%と、避妊実行率は欧米並みの高水準になっている。日本のこうした避妊実行率の低さの背景事情として、一つには深刻な少子化に対し、避妊手段の利用率がむしろ低くなっているという面もあるとは考えられるが、それは韓国も同様である。それだけではない日本の避妊をめぐる特殊事情の存在が伺われる。

そもそも日本における家族計画（出産コントロール）の具体的内容には、重大な問題点がある。国際協力 NGO ジョイセフ（JOICEF）によると、日本での避妊方法は、2016年の調査結果で、1位：コンドーム（82.0%）、2位：性交中断法（膈外射精）19.5%、3位：オギノ式7.3%、4位：ピル（経口避妊薬）4.2%、5位：IUD（子宮内避妊具）0.4%、であった⁽³⁴⁾。

これは、女性の自主的意思による最も確実な選択肢と言われるピルが、1999年に日本で解禁されて17年を経た後の調査であったが、それでも4%程度と非常に低い使用率にとどまる一方、男性主導のコンドームの使用が8割を超えていることが確認される。ピルには副作用懸念や毎日飲み続ける面倒さがある。加えて、HIVをはじめとする性感染症予防手段としてのコンドームの効果の喧伝などが影響しているとも考えられる。また避妊方法として確度が低い2位の性交中断法や3位のオギノ式が、日本では依然としてかなりの比率を占めている。これが日本の避妊の現状なのである。

こうした状況に直接的に関係すると思われるデータがある。少し古くなるが、2005年に内閣府により実施された「少子化に関する国際比較調査」の結果である。日本、韓国、アメリカ、フランス、スウェーデンの5か国でアンケート調査が実施され、少子化に関わる幅広い各国の実情・意識調査が行われた。各国原則1,000サンプル（20～49歳までの男女：男女ほぼ半数）回収によるものであり、そのなかで避妊、妊娠、出産、結婚について、各国の状況と各国国民の意識の特徴が明確な形で確認できる⁽³⁵⁾。

図表5-2(a)は、「避妊は、男性、女性のどちらが、主体的にするものだと思いますか」という質問に対する回答結果である。日本では「男性が主体的にするもの」「どちらかという」と男性が主体的にするもの」を合わせた男性主導型が73.2%、およそ4分の3を占める。圧

例的にそうした意識が根強いことがわかる。他方、「女性が主体的にするもの」「どちらかという」と女性が主体的にするもの」を合わせた女性主導型はわずか 15.7%にすぎない。欧米諸国では男性主導型が極めて少なく、その一方で、女性主導型がフランス 79.1%，アメリカ 56.5%，スウェーデン 45.3%と、圧倒的である。日本に最も類似性を有すといわれる儒教文化国韓国でさえ、たしかに男性主導型が 64.2%と約 3 分の 2 を占めているが、73.2%の日本よりは低い。また女性主導型も 27.6%と欧米諸国よりは格段に低いが、15.7%の日本よりは 10%以上高い。

日本における避妊が、他の先進諸国と比較していかに男性任せであるかが明確に表れている。少なくともこの結果からみえてくるのは、リプロダクティブ・ライツで強調される、女性の自由で責任ある自己意思決定とはほど遠い日本の状況である。リプロダクティブ・ヘルス／ライツの状況改善にとって何よりも重要なのは意識改革であり、そのために教育の役割が大きいという点については、前章Ⅳで、とりわけ途上諸国の劣悪な状況に対し述べた。だが、先進国日本のこうした意識状態は、民主化が進み、女性の教育水準も高度化した先進世界ではむしろ異例といえる。

図表 5-2(a) 「避妊は、男性、女性のどちらが、主体的にするものだと思いますか」の回答結果 (%)

	日本	韓国	アメリカ	フランス	スウェーデン
女性が主体的に避妊すべき	5.5	11.9	27.3	35.7	5.9
どちらかという、女性が主体的に避妊すべき	10.2	15.7	29.2	43.4	39.4
女性主導型 (計)	15.7	27.6	56.5	79.1	45.3
どちらかという、男性が主体的に避妊すべき	44.2	32.3	20.8	6.5	17.1
男性が主体的に避妊すべき	29.0	31.9	7.3	3.0	4.5
男性主導型 (計)	73.2	64.2	28.1	9.5	21.6
避妊はすべきでない	2.5	1.5	2.5	1.7	0.7
わからない	8.6	6.7	12.9	9.8	32.5

出所) 内閣府政策統括官 (共生社会政策担当) (2006) 244 ページ。

こうした日本の一般的意識に直結して問題となるのが、女性の望まない妊娠への対応である。図表 5-2(b)をみる。「女性が望まない妊娠をしてしまった場合、どのようにすべきと思いますか」という質問に対する回答結果が集計されている。

いずれの国でも圧倒的に妊娠中絶容認の意見が多い。ただしスウェーデンやフランスで「そもそも中絶は女性の権利として認められるべきである」がそれぞれ 81.5%，52.1%と多くを占めるのに対し、アメリカが意外にも 32.7%と 3 割強程度に下がる。また日本と韓国は

低率で、10%台でしかない。とはいえ、日本も韓国も、身体（健康）上の理由や、それに加えての経済的理由がある場合は、6割以上が中絶容認である。日本、韓国のこの結果は、両国の法的規制内容に沿う結果ともいえる。

こうした容認派と対峙するのが「理由は何であれ、妊娠した以上生むべきである」という意見である。これが最大なのが、また意外にもアメリカで29.4%なのである。移民国ならではの思想・信条、社会規範の多様性が看取される場所なのかもしれない。次に韓国が21.6%と高いのも、儒教やカトリック教の規範が少なからず影響していると思われる。だがこの点について、前掲**図表 5-2(a)**で明らかな、避妊に関し女性の主体性が著しく欠如している日本が、フランスと同水準の13%台という低さであるのも驚くべき事実である。つまり日本においては、避妊に関しては女性が主体性をもたず男性主体であり、かといって、もし望まない妊娠となった場合は、「生むべき」と考える意見は極めて少数派で、フランスレベルに低いのだ。ここに避妊には主体性を持たないものの、望まない妊娠となった殆どの場合、中絶に直結するという、日本女性の現実がみえてくる。

図表 5-2(b) 「女性が望まない妊娠をしてしまった場合、どのようにすべきと思いますか」の回答結果

	日本	韓国	アメリカ	フランス	スウェーデン
理由は何であれ、妊娠した以上生むべきである	13.5	21.6	29.4	13.6	3.8
身体上の理由から母体の健康を著しく害するおそれがある場合は中絶が認められるべきである	32.6	41.3	25.0	20.4	9.7
上記理由に加え、経済的理由から母体の健康を著しく害するおそれがある場合は中絶が認められるべきである	33.3	18.9	6.2	10.5	3.5
そもそも中絶は女性の権利として認められるべきである	16.1	14.8	32.7	52.1	81.5
その他	0.5	0.3	1.9	0.5	1.4
わからない	3.9	3.1	4.8	2.9	0.1

出所) 同上。

それでは最後に、**図表 5-2(b)**との関連で、**図表 5-2(c)**「一般的に、結婚していないカップルの間で、もし妊娠が判明した場合、どのようにしたらよいと思いますか」という質問への回答をみておこう。

「子供が生まれる前に結婚する」が突出して高率なのが韓国の71.1%、次いで日本が58.5%である。「子供が生まれれば結婚する」は韓国が9.8%、日本が13.8%なので、両項目を合算すると韓国が8割、日本が7割強となる。これがいわゆる「できちゃった婚」志向を表している。日本、韓国という避妊が男性主導の2か国が、典型的「できちゃった婚」国と

図表 5-2(c) 「一般的に、結婚していないカップルの間で、もし妊娠が判明した場合、どのようにしたらよいと思いますか」の回答結果

	日本	韓国	アメリカ	フランス	スウェーデン
子どもが生まれる前に結婚する	58.5	71.1	32.6	12.3	5.8
子どもが生まれれば結婚する	13.8	9.8	5.2	5.2	3.9
妊娠が判明しても必ずしも結婚する必要はない	22.7	10.7	51.5	79.6	89.2
中絶をする	0.5	4.4	1.6	0.5	0.7
その他	0.7	0.8	3.7	0.9	0.4
わからない	3.8	3.2	5.4	1.4	-

出所) 同上。

捉えて大過あるまい。この場合、リプロダクティブ・ライツの「『いつ産む、何人産む、どの間隔で産む』など、性と生殖に関し、当事者である女性もしくはカップルの自己意思で決める権利」はどのように解釈されるのだろうか。「自由にかつ責任をもって決定する権利ならびにこれらの権利の行使」とは言い難い日韓両国の現状である。

他方、「妊娠が判明しても必ずしも結婚する必要はない」という回答は、スウェーデン 89.2%、フランス 79.6%、そしてアメリカが若干下がり 51.5%という状況である。その対極が韓国の 10.7%、日本の 22.7%である。避妊での女性主導が強い欧米で妊娠と結婚が直結しないのに対し、男性主導が根強い日本と韓国では、妊娠と結婚が直結する「できちゃった婚」が、今や若者世代に一般化している。そしてそれが不可能な場合は、中絶に帰着するというのが、近年広がりを持つ両国の妊娠・結婚の現状といえよう。妊娠から結婚という流れそれ自体は理解できる。だが何より、その出発地点にあるべき出産コントロールに不可欠な「避妊」が極度に男性主導であり、女性主導でないという状況自体が、リプロダクティブ・ライツという観点からすると、重大な問題といわざるをえない。

しかも同じ男性主導型といっても、日本の避妊実行率は図表 4-1 で示されていたように、今や 40%台にすぎず、その一方で、韓国では 7 割から 8 割近い状態が持続している。その差は言うまでもなく、主導権を握る男性の出産コントロールに対する意識の違いに起因すると考えられる。日本においては、韓国同様の男性主導型避妊という問題に加え、その主体となっている男性の出産コントロール意識が韓国よりはるかに低く、先進国では考えられないほど希薄だという現実を直視したい。またそうした男性へ、自分自身の人生にとって極めて重要な出産と結婚の決定を委ねていることになる日本女性の主体性の欠如に、リプロダクティブ・ライツとは程遠い状況を目の当たりにする思いである。

日本は実態として、諸他の国々に比較して法的に中絶の医療的処置への障壁が低い。またその安全性への信頼度が高い。そして何より戦後早くに外部与件として認められたため、日本の女性は、中絶という権利に対する意識が諸外国に比べ著しく低い。加えて墮胎罪は実質

休眠状態であり、現在のところ法的に問われることも稀である。その一方で、近代的避妊法の代表的手段といえる、女性自身による最も確実性の高い避妊手段ピルが日本で解禁されたのは、既述のように1999年であり、アメリカより40年遅い。日本が国連加盟国最後の承認となった⁽³⁶⁾ 現実も看過しがたい。こうした避妊に関わるさまざまな諸要因が、日本における出産コントロール、なかでも避妊に関する状況を、先進諸国としては特異なものにしているのかもしれない。

国民優生法以来、日本で広く実施されてきた合法中絶の歴史はながい。だが家族計画、出産コントロールが、事前的手段としての避妊ではなく、事後的対応としてのこの中絶に実質大きく依拠している現実には、その行為自体はリプロダクティブ・ライツとしての権利の行使ではあっても、それを行う当該主体の意識は、本来のライツの趣旨から大きく外れているとみなすべきであろう⁽³⁷⁾。

結 語

リプロダクティブ・ヘルス／ライツに関し、日本は根深い問題を抱えた特異な状況下にある。本稿(1)、(2)を通して確認できたことが主として2点ある。以下、それを振り返りつつまとめたい。

まず第1点目として、日本における性と生殖をめぐるのは、関連する言動への極端な拒否反応があり、それが一時的に一種の情報統制的状況を惹起したことの問題性である。

性と生殖に関する女性の状況は、先進諸国と途上諸国により大きく異なる。少子化と多産という一般の人口動態の視点からも、またリプロダクティブ・ヘルス／ライツに関わる諸事象においても、それは明白である。それを女性の自由意志はく奪として一括りにすることは、女性の人権運動、女性解放に向けての自由化運動としては有用だが、現実の具体的対応や施策に対しては、重大な判断間違いと失策を招来しかねない⁽³⁸⁾。またそうして勢い付いた運動は、往々にして強力な情報統制の働き掛けを行ってきたのである。

日本における今日の深刻な少子化の進行、そして30歳代後半から40歳代にかけてのARTの異常なまでの多さは、そういう過った運動がもたらした弊害にほかならない。日本の1980年代からの20年間、高齢出産のリスクについての言説は社会全般においてタブーとされ、「まる高」制度も廃止された。これは今日、生殖可能年齢を過ぎた多くの人々に、取り返しのつかない人生の禍根を残した。当時、過度なまでのジェンダー・センシティブな風潮が社会を席卷し、一種の情報統制社会となった日本社会の罪は重い。

カイロ宣言の次の文面を繰り返したい。

「…すべてのカップルと個人は…自分たちの子どもの数と出産間隔について、自由にかつ責任をもって決定する権利ならびにこれらの権利の行使を可能にする情報、教育および手段を享受する権利をもつ」

正確な「情報」「教育」あつての「責任ある自由意志にもとづく決定」である。「情報」が操作され、知らされず、教えられない状況下で決定する判断は、自由意思とはいえない。そして責任を負えるはずもない。そうした権利行使への妨害が、日本の1980年代以降、執拗に行われた。医療現場では常識となっている妊娠・出産の常識的知識と現実が、教育現場でも、またマスコミを中心に一般社会でも不可触領域とされ、情報として適切に伝えられなかった。

そしてそこで常に出てきたのが「産めない」女性への配慮であり、そこに「産まない」女性がうまく隠れこんでいった。「産めない」と「産まない」は自由意思、自己選択として全く異なるものである。だがIでも検証したように、年齢が高まるに伴い、「産めない」確率は確実に高まる。「産めた」かもしれない多くの女性が、「産みたい時が産み時」という無責任な言説を信じ、「産めなく」なった事例が多く存在する。

正確な事実を客観的根拠による裏付けとともに教え、伝える「情報」と「教育」は、責任ある自由意志にもとづく決定の大前提である。だが日本の状況は、先進世界の中でも特異だったといえる。対馬ルリ子は次のように強調している。「実際上は、(日本における*)個人の権利としてのリプロダクティブ・ヘルス／ライツの概念の浸透、科学的事実に基づいた最新の家族計画サービスの普及や、情報提供・教育の浸透は、諸外国に比較して著しく遅れているといわざるをえない⁽³⁹⁾。((*)は筆者による)」

第2点目にあげるべきは、リプロダクティブ・ヘルス／ライツの根幹ともいべき妊娠・出産コントロール(家族計画)をめぐる日本の避妊と中絶の現状である。本稿IVで示したように、日本は先進諸国の中でも極端に避妊実行率が低い。そして避妊に対する意識も、依然として男性主体である。そこには日本では人工妊娠中絶が戦後早くに人口急増対策として実質合法化されたという経緯も影響しているようだ。多くの先進諸国では、女性自身による激烈な人権運動の結果、獲得しえた中絶権が、日本の場合は、労せず得ることができた。日本の女性にとっては、こうした経緯に起因する中絶に対する意識の低さが、避妊への主体性欠如につながっているとみることができる。また女性主導の避妊手段ピルの日本での承認が1999年と極めて遅くなった特殊医療事情などの問題も、多分に影響しているのかもしれない。

そして避妊における主体性のなさの中で結果した不本意な妊娠に対しては、「できちゃった婚」による出産となるか、そうでなければ中絶が選択される。できちゃった婚自体がもつ女性の自己意思をリプロダクティブ・ライツの視点からはどのように捉えるべきなのか、容易には判断できない。またそうできない場合の選択肢が中絶となるのも日本的である。日本に多い主体性のない避妊から中絶を選ぶパターンは、先進国としては、その起点も終着点も、あまりにお粗末である。

その中絶についての統計数値を確認すると、かつては30歳代女性が圧倒的だったが、近年では、世界的傾向でもあるが、20歳代が圧倒的に多く、また未成年者もかなりの高比

率となっている。妊孕力が最も高いといわれる20歳代ゆえの妊娠しやすさが、予期せぬ妊娠、そして望まない妊娠を多くしているのは間違いないであろうが、一方で、その時期の妊娠中絶が、その後の希望する妊娠を困難にする可能性も否定できない。とりわけ昨今、世界一のART大国とまで称されるようになった深刻な日本の不妊問題の背景事情として、晩婚・晩産化が、肉体的な高年齢化それ自体はもとより、出産希望年齢までの期間が長期化することで、様々な婦人科的疾患の罹患や、過去の望まない妊娠への中絶による影響もありえ、一層の不妊化を進めているのかもしれない。

本稿Ⅲの冒頭に挙げたカイロ宣言第7章2項に「リプロダクティブ・ヘルスは…生殖能力をもち、子どもを産むか産まないか、いつ産むか、何人産むかを定める自由を持つことを意味する」とある。だが妊娠・出産のコントロールは、実際、自由意思に従い、それほど制御可能なのか。とりわけ「産む」ことについてはそうではない、ということをもっとよく表しているのが、たとえば日本の今日のARTをめぐる状況といえよう。

人間は理想を求める社会的・文化的存在であるとともに、自然的・生物学的存在でもある。かくありたいという願望や理想が、自然的・生物学的制約という障壁で妨害され、実現不可能となることは多い。この人間存在の二重性を認識せねばならない。人間の存在はそのいずれかにあるのではなく、いずれにもあるのだ。「産もうと思った時が産み時」と声高に叫ばれていた時期がある。女性の人生が歴史的・社会的に「産む」強制により抑圧され、歪められてきたことへの抵抗を強調する第2波フェミニズムが、この妊娠・出産をめぐる緊縛の人生からの脱却に突破口を求めようとしたのは理解できる。だが女性も、男性同様に人間であり、自然的・生物学的存在でもあることを忘れてはならない。

第2派フェミニズムに、女性自身の手で自分の肉体を取り戻そうとしたE.アードナーやS. B. オートナー等がいる。彼女たちは、かつて「男は文化で、女は自然か」と主張し⁽⁴⁰⁾、女性性の自然性を根本的に否定することに歴史的・社会的意義を見出した。そうした働きかけの延長線上に、ポスト・フェミニズムの時代と呼ばれる今日、女性自身の生き方は極めて反自然、非自然的な方向に向かっているのかもしれない。高齢不妊問題に関わる多くの女性たちに、予想もしていなかった人工的文明の利器、医学的手法の極致、すなわちARTに極度に縛る人生を押し付けることになったのも、そうした反自然、非自然的プロセスの暴走のように思えてならない。

「男は文化で、女は自然か。」女性の自然性拒否を女性解放の突破口とした第2派フェミニズムの主張は、こうした「人工」的生殖により、今、女性自身の手で自分の肉体を取り戻せたことになるのであろうか。

《注》

- (1) UNFPA [1997] p. 6.
- (2) 国際女性の地位協会 (1998) 45 ページ。

- (3) このような両概念を合体させた表記は日本のみであり、他の諸国や国際機関ではみられない。それはカイロ会議の「行動計画」に対する外務省訳注記に端を発する。当初、日本語の適切な訳語がなくカタカナ表記し、「性と生殖に関する健康」「性と生殖に関する権利」との訳語が付された。その後、「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ（仮訳 性と生殖の健康・権利）」との表記が広まり、さらには日本語の付記がなくなっていったという。この経緯については、次を参照されたい。谷口真由美〔2007〕5～7 ページ。
- (4) 伊佐智子〔2007〕170 ページ。
- (5) 谷口真由美〔2007〕9, 10 ページ。
- (6) ヤンソン柳沢由美子〔1997〕10, 11 ページ。
- (7) 「産む産まない…自由」とは言うものの、そこで強く求められたのはまさに「産まない自由」であった。たとえば松原洋子の次の記述に、その関係性が明確に示されている。「リプロダクティブ・フリーダムは『産む産まないを自分で決める自由』とされるが、『産む』自由は『産まない』自由のネガとしてしか語られず、ポジの『権利』として積極的に定義されているわけではない。中絶という『作為』が積極的な正当化を必要とするのに対して、『産む自由』とは妊娠継続と出産という『不作為』を妨害されないという消極的な自由なのである。」松原洋子〔2008〕20 ページ。
- (8) 山根純佳〔2004〕2 ページ。
- (9) 竹中和子〔2000〕23～27 ページ。
- (10) 荻野美穂〔1994〕252～262 ページ。
- (11) B. Hartmann (1995) pp. 108～112.
- (12) 木村利人〔1984〕1301～1304 ページ。
- (13) これをメキシコシティー政策、またはグローバル・ギャグルール (Global Gag Rule) という。同上, 1301 ページ。
- (14) S. Correa〔1994〕, pp. 11～14.
- (15) 詳しくは、以下を参照されたい。リプロダクティブ法と政策センター編 (房野桂訳)〔2001〕
- (16) 阿藤誠〔1996〕12～14 ページ。
- (17) こうした世界の人口問題をめぐる流れと個人主義、リベラリズム、フェミニズム、との関連性については、河内優子〔2002〕を参照されたい。
- (18) 佐藤龍三郎〔2003〕8 ページ。
- (19) 谷口真由美〔2007〕25～27 ページ。
- (20) M. F. Fathalla〔1992〕p. 3.
- (21) 谷口真由美〔2007〕9 ページ。
- (22) 同上, 51, 52 ページ。
- (23) 芦野由利子〔1998〕12 ページ。
- (24) 同上, 12～14 ページ。
- (25) UNFPA〔2018〕
- (26) UN〔2015〕
- (27) 芦野由利子〔1998〕16 ページ。
- (28) 国際協力 NGO ジョイセフ (JOICEF)〔2017〕
- (29) 同上。
- (30) 中絶を認める 1948 年制定の優生保護法に 49 年、改正で加えられたのがこの「経済的理由」である。日本では、この「経済的理由」の拡張解釈により、実質的に中絶の自由が保たれてきた。上野千鶴子〔1996〕185 ページ。
- (31) 荻野美穂〔1991〕133 ページ。
- (32) 対馬ルリ子〔2001〕15 ページ。

- (33) 近年、UNFPAは、世界的に若年者、とりわけ思春期の青少年に対する性教育を、リプロダクティブ・ヘルスのための取り組みとして重視するようになってきている。女性のリプロダクティブ・ヘルスの将来を見据えた改善には、女性のみならず将来のパートナーになる男性への早期の啓蒙も不可欠という、より現実的、実践的前進と捉えられよう。UNFPA〔2016〕
- (34) 国際協力 NGO ジョイセフ (JOICEF)〔2017〕
- (35) 具体的な調査方法については、次を参照されたい。内閣府政策統括官 (共生社会政策担当)〔2006〕3~6 ページ。
内閣府の同様の「少子化に関する国際比較調査」は、これ以降も5年に1度実施されているが、質問内容が2010年以降は大きく改変され、本稿の趣旨からは利用できないため、情報としては古くなるが、2005年調査結果を示すことにした。
- (36) 日本においてピル承認が遅れた理由など、日本のピル事情については次が詳しい。北村邦夫〔2002〕
- (37) マルコム・ポッツらは、次のように避妊と妊娠中絶の関係性を説いている。「社会学的に観察すると、避妊と妊娠中絶は、人間の出生力をコントロールするという難しい課題に向けて二人三脚をしているといえます…避妊に失敗したばあいはたいいてい中絶 (合法、違法を問わず) するようです…中絶と避妊は切ってもきれない問題です。家族数を制限するという考えが社会に広まるにつれ、避妊を導入し始めた時点で人為的中絶率は上昇します。避妊の実践と中絶率がともにふえている開発途上国が多いのです。」マルコム・ポッツ、ピーター・ディゴリイ、ジョン・ピール (池上千寿子、根岸悦子訳)〔1985〕389~390 ページ。
- (38) 「先進諸国の少子化対策への批判…は途上世界の人口抑制策との矛盾を論拠に、人口問題における二重規範として強烈な非難を受けるのである。そこに看取されるのは、グローバルレベルでの知見への普遍性の付与と、そのあまりにも安易な国家レベルへの転用である。(河内優子〔2002〕163 ページ。)」こうした一元論が、途上国と先進国の状況を、そして女性の生き方、その意思決定においても、恣意的な方向付けによる情報操作により、多くの女性の人生に取り返しのつかない禍根を残したことは否定できないであろう。
- (39) 対馬ルリ子〔2001〕10 ページ。
- (40) エドウィン・アードナー、他 (山崎カヲル監訳)〔1987〕

参考文献・資料

- 芦野由利子〔1998〕「リプロダクティブ・ヘルス／ライツ概論」北村邦夫編『21世紀のキーワード：リプロダクティブ・ヘルス・ライツ』メディカ出版。
- 阿藤誠〔1996〕「社会人口学」岡田實・大淵寛編『人口学のフロンティア』大明堂。
- 伊佐智子〔2007〕「生む権利としてのリプロダクティブ・ライツ：少子社会における生殖の自己決定権の重要性」『法哲学年報』第1巻。
- 上野千鶴子〔1996〕「リプロダクティブ・ライツ／ヘルスと日本のフェミニズム」上野千鶴子・綿貫礼子編『リプロダクティブ・ヘルスと環境』工作舎。
- エドウィン・アードナー、他 (山崎カヲル監訳)〔1987〕『男が文化で、女は自然か?』晶文社。
- 荻野美穂〔1994〕『生殖の政治学：フェミニズムとバース・コントロール』山川出版社。
- 荻野美穂〔1991〕「人工妊娠中絶と女性の自己決定権：第2次世界大戦後の日本」原ひろ子・館かおる編『母性から次世代育成へ：産み育てる社会のために』新曜社。
- 河内優子〔2002〕「人口問題と女性労働」久場嬉子編『経済学とジェンダー』明石書店。
- 北村邦夫〔2002〕『ピル』集英社。
- 木村利人〔1984〕「家族計画のルーツと展望」『看護学雑誌』第48巻第11号。
- 国際協力 NGO ジョイセフ (JOICEF)〔2017〕「日本の避妊方法から考える」

(<http://www.joicef.or.jp/jpn/2017/06/05/37254>)

国際女性の地位協会〔1998〕『女性関連法データブック』有斐閣。

佐藤龍三郎〔2003〕「リプロダクティブ・ヘルス／ライツとは」『公衆衛生』Vol. 67。

谷口真由美〔2007〕『リプロダクティブ・ライツとリプロダクティブ・ヘルス』信山社。

竹中和子〔2000〕『フェミニズム』岩波書店。

対馬ルリ子〔2001〕「女性のヘルスエデュケーション」武谷雄二編『新女性医学体系 11：リプロダクティブヘルス』中山書店。

内閣府〔2018〕『平成 30 年版 男女共同参画白書』勝美印刷。

内閣府政策統括官（共生社会政策担当）〔2006〕「調査の概容」内閣府政策統括官（共生社会政策担当）『平成 17 年度 少子化に関する国際比較調査』

(http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/research/cyousa17/kokusai/pdf/k_2.pdf)

松原洋子〔2008〕「リプロダクティブ・ヘルス／ライツとリベラル優生主義」『倫理学研究』第 38 号，晃洋書房。

マルコム・ボッツ，ピーター・ディゴリイ，ジョン・ピール（池上千寿子，根岸悦子訳）〔1985〕『文化としての妊娠中絶』勁草書房。

山根純佳〔2004〕『産む産まないは女の権利か』勁草書房。

ヤンソン柳沢由美子〔1997〕『からだと性，わたしを生きる：リプロダクティブ・ヘルス／ライツ』国土社。

B. Hartmann〔1995〕*Reproductive Rights and Wrongs: The Global Politics and Population Control*, South End Press.

M. F. Fathalla〔1992〕‘Reproductive Health in the World: Two Decades of Progress and the Challenge Ahead’, in J. Khanna, P. F. A. Van Look and P. D. Griffin (eds.), *Reproductive Health: a Key to a Brighter Future (Biennial Report 1990-1992)*, WTO.

S. Correa〔1994〕*Population and Reproductive Rights: Feminist Perspective from the South*, Zed Books.

UN〔2015〕*The World's Women 2015: Trends and Statistics*.

UNDP〔1995〕*Human Development Report 1995*.

UNFPA〔2018〕*The State of World Population 2018*.

UNFPA〔2016〕*Adolescent Boys and Young Men*.

UNFPA〔1997〕*The State of World Population 1997*.

Special Circumstances of the Declining Birthrate Issues in Japan: Delaying Marriage and Late Childbearing, and Reproductive Health and Rights (2)

Yuko Kawauchi

At the United Nations International Conference on Population and Development held in Cairo in 1994 and the Fourth World Conference on Women held in Beijing in 1995, reproductive health and rights were a focus of the proceedings. Since then, these concepts have become recognized ideas worldwide. The notion that women, as the participant in these actions, should have the right to independently make decisions based on their own will for issues related to sex and reproduction such as when to give birth, how many children to have, and the interval between births has become widely accepted. Awareness of the importance for guaranteeing women's health as a right for their entire lives spread as well.

In fact, after these events, there were major improvements in both maternal and infant mortality rates worldwide. The decreased birth rate that resulted from the spread of contraception and increase in its use was a major contributor. However, in Japan, where an extreme decline in the birth rate is causing a severe shortage of children for the next generation, the rate of implementation for birth control, especially modern methods, is low. According to a certain trustworthy international survey, Japanese people tend to think that the male partner should take responsibility for contraception.

There is a lack of autonomy for women related to contraception in Japan. Also, in the case of an unexpected pregnancy, couples either welcome it as a shotgun wedding or depend on induced abortion to resolve the issue, as confirmed in previous paper (1). Instead of implementing proactive preventive measures, choosing to handle these situations after they occur is the norm.

Previous paper (1) discusses the sudden increase in demand for assisted reproductive technology (ART) caused by the late marriage and late childbearing trends in Japan and pointed out a temporary distortion of proper provision of information related to sex and reproduction which was a background factor. This paper (2) describes the unique process by which low contraception autonomy among women in Japan accompanied by shotgun weddings or induced abortion to handle unexpected pregnancies became the norm, a pattern not seen in other developed countries.

There are common background factors contributing to these unique circumstances in Japan. These factors are deficiency of correct knowledge and information (education) related to sex and reproduction and the weak autonomy of women attempting to apply this education to their daily lives. These factors contribute to both infertility problems related to late childbirth and the choice between two extremes, a shotgun wedding or induced abortion, when dealing with unexpected pregnancies due to the lack of proactive

contraception practice. This problematic attitude causes severe deficiencies in autonomy and personal decision-making, preventing women from living proactive lives which emphasize reproductive health and rights, and it needs to be taken seriously.