

日本における避妊・人工妊娠中絶に関する調査報告書

避妊・人工妊娠中絶に関する人権上の義務
—日本におけるアクセスの改善を求めて—



2025年1月
国際人権 NGO ヒューマンライツ・ナウ
HUMAN RIGHTS NOW
ウォルター・ライトナー国際人権クリニック
WALTER LEITNER INTERNATIONAL HUMAN RIGHTS CLINIC

目次

略語一覧	3
定義・用語一覧	3
要旨と提言	5
I. 日本における避妊と人工妊娠中絶へのアクセスの現状	8
A. 避妊	8
1. 経済的な障壁	9
2. 手続き上の障壁	9
3. 教育・啓発キャンペーンの欠如	10
4. 社会的スティグマと文化的規範	11
5. 限られた選択肢	11
B. 人工妊娠中絶	12
1. 経済的な障壁	12
2. 手続き上の障壁	13
3. 教育・啓発キャンペーンの欠如	15
4. 社会的スティグマと文化的規範	15
5. 限られた選択肢	16
II. 調査データの分析	17
A. 回答者の属性	17
B. 避妊に関する調査結果	19
C. 人工妊娠中絶に関する調査結果	22
D. その他の調査結果	26
E. 調査の限界	29
III. 国際的な人権の枠組み：避妊と人工妊娠中絶の権利	29
A. 到達可能な最高水準の健康への権利（「健康への権利」）	30
B. 情報と教育を受ける権利	32
C. 平等と非差別的な法律への権利	33
D. 子どもの数と間隔を決める権利	34
E. 拷問や虐待に当たらない医療を受ける権利	35

F. プライバシーの権利	35
IV. ベストプラクティスの比較	36
A. 避妊	36
1. ベストプラクティスのまとめ	37
2. ベストプラクティス：完全な保険適用もしくは手頃な価格で入手できる	37
3. ベストプラクティス：不当な障壁からの解放	38
B. 人工妊娠中絶	39
1. ベストプラクティスのまとめ	39
2. ベストプラクティス：完全な保険適用	40
3. ベストプラクティス：同意要件なし	41
4. ベストプラクティス：非犯罪化と保護	41
5. ベストプラクティス：法律と政策による人工妊娠中絶へのアクセス向上と 脱スティグマ化	41
V. 日本における避妊と人工妊娠中絶に関する提言	42
VI. 結論	46

略語一覧

- CEDAW** : 女性差別撤廃委員会 (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women)
- CESCR** : 経済的、社会的及び文化的権利に関する委員会 (Committee on Economic, Social and Cultural Rights)
- CRC** : 子どもの権利委員会 (Committee on the Rights of the Child)
- D&C** : 頸管拡張と内膜搔爬 (Dilation and curettage)
- DV** : ドメスティック・バイオレンス (Domestic Violence)
- ICESCR** : 経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約 (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)
- IUD** : 子宮内避妊具 (Intra-uterine device)
- SRH** : 性と生殖に関する健康 (Sexual and reproductive health)
- UPR** : 普遍的・定期的審査 (Universal Periodic Review)
- WHO** : 世界保健機構 (World Health Organization)

定義・用語一覧

- インプラント** : ホルモン剤を使用したホルモン避妊薬を皮下に埋めこむことで、妊娠を予防するバース・コントロール (産児調節) の方法¹。
- 頸管拡張と内膜搔爬 (D&C)** : 妊娠を外科的に終了させるために、子宮頸管を拡張し、キュレットと呼ばれるスプーン状の器具を用いて子宮内膜を削り取る人工妊娠中絶方法²。
- 緊急避妊薬** : 避妊せずに性行為を行った後、72 時間以内に正しく服用すれば高い避妊効果が期待でき、性交後 5 日目までもある程度妊娠を防ぐことができる錠剤³。緊急避妊薬には、レボノルゲストレル錠とウリプリスタル酢酸エステル錠の 2 種類がある⁴。

¹ セクシャル/リプロダクティブ・ヘルス用語検索サイト, INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION, <https://www.joicfp.or.jp/ippf/>.

² *Dilation and Curettage*, YALE MEDICINE, <https://www.yalemedicine.org/clinical-keywords/dilation-and-curettage> (last visited May 10, 2024).

³ *Which Kind of Emergency Contraception Should I Use?*, PLANNED PARENTHOOD, <https://www.plannedparenthood.org/learn/morning-after-pill-emergency-contraception/which-kind-emergency-contraception-should-i-use> (last visited Mar. 3, 2024).

⁴ 同上

経口避妊薬：避妊ピルとしても知られる、妊娠を防ぐために排卵を止めるホルモン（プロゲステロン、場合によってはエストロゲン）を含む錠剤⁵。最も効果的にするには、毎日服用する必要がある⁶。

子宮内避妊具：子宮内避妊具（IUD）は長い間作用する避妊法で、精子が卵子に到達する能力を低下させることで妊娠を防ぐ⁷。IUD は子宮に挿入し、数年間留置することができる⁸。ホルモン IUD は、プロゲステロンを子宮内に放出することで妊娠を防ぐ⁹。銅付加 IUD は、精子が銅の近くを通りたがらないので、精子の通り道を変えることによって妊娠を防ぐ¹⁰。避妊せずに性交をしてから 5 日以内に子宮に挿入すれば、緊急避妊の役割も果たす¹¹。

真空吸引法：子宮内容物を優しく吸引し除去して妊娠を終わらせる中絶方法¹²。

性と生殖に関する健康：性と生殖のすべての局面で、身体的、精神的、社会的に良好な状態にあること¹³。

ダイアフラム：柔らかいシリコン製で、浅いカップのような形をしている避妊具。ダイアフラムで子宮頸部を覆い、妊娠を防ぐ。性行為のたびにダイアフラムを使用しないと効果がない¹⁴。

膣リング（またはホルモンリング、避妊リング）：ホルモン剤を使用したして妊娠を予防するバース・コントロール（産児調節）の方法で、膣内に挿入される柔軟性のあるリング。リングの内側から継続的にプロゲステロンとエストロゲンが放出される。ホルモン剤は膣壁から血流に吸収される。妊娠を予防するバース・コントロール（産児調節）の方法¹⁵。

避妊：薬、器具、処置、行動などによって妊娠を予防すること¹⁶。

避妊キャップ：子宮頸管キャップとも呼ばれる避妊法のひとつ。柔らかいシリコンでできたカップで、水夫の帽子のような形をしている。膣の中に入れて子宮頸部を覆う¹⁷。

⁵ *Birth Control Pill*, PLANNED PARENTHOOD, <https://www.plannedparenthood.org/learn/birth-control/birth-control-pill> (last visited Mar. 3, 2024).

⁶ 同上

⁷ Carrie MacMillan, *Intrauterine Devices (IUDs): What Women Need to Know*, YALE MEDICINE (Oct. 4, 2023), <https://www.yalemedicine.org/news/intrauterine-devices-iud>.

⁸ 同上; *IUD*, PLANNED PARENTHOOD, <https://www.plannedparenthood.org/learn/birth-control/iud> (last visited Mar. 3, 2024); IUD の留置可能期間はブランドによって 3~8 年と異なるが、8 年以内が一般的である。

⁹ MacMillan, 前掲註 7.

¹⁰ *What are Non-hormonal IUDs?*, PLANNED PARENTHOOD, <https://www.plannedparenthood.org/learn/birth-control/iud/non-hormonal-copper-iud> (last visited Mar. 3, 2024).

¹¹ PLANNED PARENTHOOD, 前掲註 5.

¹² Vacuum Aspiration, BRITISH PREGNANCY ADVISORY SERVICE, <https://www.bpas.org/abortion-care/abortion-treatments/surgical-abortion/vacuum-aspiration/> (last visited May 10, 2024).

¹³ *Sexual and Reproductive Health*, UNITED NATIONS POPULATION FUND, <https://www.unfpa.org/sexual-reproductive-health> (last visited May 10, 2024).

¹⁴ INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION, 前掲註 1.

¹⁵ 同上

¹⁶ Oshin M. Bansode, Manbeer S. Sarao, & Danielle B. Cooper, *Contraception*, NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536949/> (last updated Jul 24, 2023).

¹⁷ INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION, 前掲註 1.

避妊パッチ：ホルモン剤を使用したホルモン避妊薬を体に貼って、妊娠を予防するバース・コントロール(産児調節)の方法。小さくて薄い四角形の柔軟性のあるプラスチックを体に貼る。プロゲステロンとエストロゲンが継続的に放出される。ホルモン剤は皮膚を通して血流に吸収される¹⁸。

避妊用スポンジ：柔らかいプラスチック製の小さくて丸いスポンジ。性交の前に膣の奥深くに入れることで、子宮頸部がスポンジで覆われ、殺精子剤が含まれているため妊娠を防ぐことができる。それぞれのスポンジには、取り出しやすいように布製のループが付いている。子宮内への精子の進入を物理的に阻止するバリア法と呼ばれる避妊法のひとつ¹⁹。

ホルモン注射：ホルモン剤を使用したホルモン避妊薬を注射で投与することで、妊娠を予防するバース・コントロール(産児調節)の方法。経口避妊薬よりも効力が長く続く。最初の方法はプロゲステロンのみで、通常3カ月有効のデポメデロキシプロゲステロンアセテート(DMPA)と、2カ月有効のノルエチステロンエナンテート(NET-EN)だった。新しいものは毎月注射する方法で、エストロゲンとプロゲステロンを含む。注射以外にも、皮下埋没法、子宮内避妊具、膣リング、パッチがある²⁰。

要旨と提言

2023年1月31日、国連人権理事会の作業部会において、日本の人権状況に関する普遍的・定期的審査(以下「UPR」)が行われ、日本政府は、115の国連加盟国から約300もの勧告を受けた。そのうち、性と生殖に関する健康と権利に関しては、24か国から36の勧告が提出された。日本における避妊や人工妊娠中絶に対する規制やアクセス状況は、国際基準と比べて非常に遅れているだけでなく、現状の改善を促す過去のUPR勧告を日本政府が何ら採択していないことは、市民団体による報告からも明らかにされている。

性と生殖に関する権利が著しく侵害されている状況を受けて、ヒューマンライツ・ナウとウォルター・ライトナー国際人権クリニックは、以下のプロジェクトを開始した。

(1) 日本における避妊と人工妊娠中絶へのアクセスに対する障害を概観する、(2) 日本における避妊と人工妊娠中絶に関する経験や意見を調べるための調査を実施する、(3) 避妊と妊娠中絶へのアクセスを支持する国際的な人権の枠組みを特定する、(4) 日本における避妊と妊娠中絶に関する過去の調査結果や提言を検証し、国際的な人権の枠組みに基づき、日本における避妊と妊娠中絶へのアクセスを改善するための法的・政策的提言を提示する、(5) 避妊と妊娠中絶に関するベストプラクティスを国際的に比較する。

¹⁸ 同上

¹⁹ *Birth Control Sponge*, PLANNED PARENTHOOD, <https://www.plannedparenthood.org/learn/birth-control/birth-control-sponge>.

²⁰ INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION, 前掲註 1.

この調査報告書は、プロジェクトが行った調査とデータに基づき、国際的人権基準と関連する国連条約の締約国としての日本の義務を遵守するために、日本における避妊と人工妊娠中絶へのアクセスの改善を提唱するものである。

この要旨は、ウォルター・ライトナー国際人権クリニックとヒューマンライツ・ナウが本報告書を作成するにあたっての使命について詳述し、各項目を要約したものである。また、日本政府が人工妊娠中絶と避妊に関する人権にコミットするために実施すべき主要な政策提言を提示している。

第 I 部では、日本における避妊と人工妊娠中絶の現状を評価する。経済的・手続き上の障壁、教育や啓発キャンペーンの欠如、社会的なスティグマや文化的規範、避妊法の選択肢が限られていることなど、避妊にアクセスする上での障害を明らかにしている。同様に、犯罪化、第三者による同意の要件、不十分な医療保険の適用など、人工妊娠中絶を利用する上での障害も明らかにしている。そして、日本の法律と政策は、避妊と人工妊娠中絶の権利に関する国家の人権上の義務を果たしていないと結論づけている。

第 II 部では、ヒューマンライツ・ナウとウォルター・ライトナー国際人権クリニックが実施した、日本における避妊と人工妊娠中絶に関する調査のデータを分析している。はじめに、幅広く多様な回答者の属性について概観している。次に、避妊と人工妊娠中絶に関する経験と意見を測定し、その後、性と生殖に関する健康についての教育と言説に関するその他の調査結果について論じている。我々の調査データは、日本における避妊と人工妊娠中絶が法律と政策によって制限されており、その結果、公衆衛生と身体の自律に悪影響を及ぼしていることを強調している。また、避妊具の使用や、より多くの種類の避妊具が手頃な価格でアクセスできるようになることへの国民の支持も反映している。最後に、調査回答者の大多数が、人工妊娠中絶は合法であるべきであり、日本の人工妊娠中絶の法律は厳しすぎる上に、中絶サービスは高額すぎてアクセスできないと考えていることを示している。

第 III 部では、日本が加盟している国際人権条約上の義務によって確立された、避妊と人工妊娠中絶の権利の根拠を明らかにしている。これには以下が含まれる。(1) 健康への権利、(2) 情報と教育を受ける権利、(3) 平等と非差別的な法律への権利、(4) 子どもを持つ間隔と数を決める権利、(5) 拷問や虐待に当たらない医療を受ける権利、(6) プライバシーの権利などである。最後に、国際条約上の義務に基づき、これらの権利を尊重、保護、履行する日本の責任を改めて表明している。

第 IV 部では、避妊と人工妊娠中絶の提供における国際人権基準を満たすためのベストプラクティスを、他国の法律や政策の比較事例研究に基づいて明らかにしている。避妊に関するベストプラクティスには、処方箋の要求のような不当な障壁からの解放に加え、完全な保険適用または払い戻しが可能で、手頃な価格であることが含まれる。人工妊娠中絶に関するベストプラクティスに関しては、完全な保険適用、同意要件の撤廃、刑法墮胎罪の非犯罪化と保護が含まれる。

第 V 部では、日本の市民団体が指摘した問題だけでなく、2023 年の日本の UPR 審査で国連加盟国が出した勧告と、2024 年の日本の CEDAW 審査で CEDAW が出した勧告にも基づき、日本における避妊と人工妊娠中絶に関するこれまでの調査結果を要約している。本セクションは、日本における避妊と人工妊娠中絶に対する数々の制限について述べ、日本における避妊と人工妊娠中絶へのアクセスを改善するためには、法的・政策的改革が必要であることを確認している。また、国際的人権基準に基づき、日本政府が人権上の義務を果たすために実施すべき具体的な政策提言も行っている。具体的には、日本政府は以下のことを行うべきである。

- 人工妊娠中絶サービスに対する配偶者の同意要件を撤廃し、人工妊娠中絶を希望する者に対し、第三者による同意要件が課されないようにする。
- 刑法墮胎罪を削除することで人工妊娠中絶を非犯罪化し、理想的には、人工妊娠中絶を受ける権利を憲法上または法的に保護する。
- 人工妊娠中絶と人工妊娠中絶前後のケアに、国の医療制度が完全に適用されるようにする。サービスは無料であるか、または手頃な自己負担額で済むようにする。
- 農村部やサービスが十分でない地域の女性や、立場の弱い移住労働者や技能実習生も人工妊娠中絶を受けられるように、農村部における人工妊娠中絶手術が行える医師の数を増やし、人工妊娠中絶を希望する者の移動費を賄うための資金を提供する。
- すべての薬局で人工妊娠中絶薬を入手できるようにするか、郵送で入手できるようにし、医師が遠隔医療相談を通じて人工妊娠中絶薬を投与できるようにすることによって、中絶へのアクセス性を高める。
- 避妊（緊急避妊と通常の避妊の両方）が、完全な医療保険の適用、補助金、払い戻しなどを通じて、無料か、すべての人にとって手頃な価格で提供されるようにすること。
- 薬局やクリニックで、処方箋なしで緊急避妊薬が市販されるようにする。
- 個人が避妊をするために処方箋を必要とする場合は、入手が困難でないようにすること。一部の安全な薬剤については、処方箋なしに避妊薬が入手できるようにすること。世界保健機関（WHO）の必須医薬品リストに従い、避妊薬、IUD、

注射、インプラント、男性用・女性用コンドーム、男女の避妊手術など、幅広い現代的な避妊法への選択肢と適切なアクセスを安値で提供する²¹。

- 身体的、感情的、精神的、社会的側面を含む総合的なアプローチを用いて、年齢に応じた包括的な性と生殖に関する健康についての義務教育を学校で行う。

第 VI 部は、本調査報告書の最終的な要約である。提言された政策を採用することで、日本は人権上の義務を果たし、避妊と人工妊娠中絶へのアクセスを改善し、国全体で性と生殖に関する健康を支援することができると結論付けている。

I. 日本における避妊と人工妊娠中絶へのアクセスの現状

A. 避妊

1999 年、44 年にわたる議論の末²²、日本政府は低用量の経口避妊薬の使用を承認した²³。それ以降、数十年間合法であったにもかかわらず、日本での避妊具の使用率は他の G7 諸国などと比較して非常に低い²⁴。2019 年の時点では、日本において避妊薬を使用している女性は 3% に満たない²⁵。子宮内避妊具 (IUD) を使用する女性はさらに少なく、わずか 0.4% であった²⁶。こうした低い使用率は、避妊に対する根強い拒否反応の結果というより、むしろ避妊へのアクセスを妨げる様々な障壁の結果といえる²⁷。これらの障壁には、(1) 経済的な障壁、(2) 避妊や緊急避妊にアクセスする上での困難で大変な手続き、(3) 教育や啓発キャンペーンの欠如、(4) 社会的スティグマや文化的規範、(5) 選択肢の少なさなどがある。これらの障壁は、日本における避妊の利用・入手の可能性や質を制限し、日本が国際人権基準を満たしていないことを示している。

²¹ WHO 必須医薬品リストは、すべての保健医療システムにおける医薬品の選択と普遍的な適用に関する意思決定のための世界的な政策ツールである。治療薬の優先順位を決定することで、安価な医薬品アクセスを改善している。WHO Model List of Essential Medicines 23rd List, 2023, (2023), WORLD HEALTH ORGANIZATION, <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MHP-HPS-EML-2023.02> (last visited Oct. 15, 2024); 日本 WHO 協会, WHO, 「多発性硬化症などの必須医薬品モデルリスト (EML) および小児用必須医薬品モデルリスト (EMLc) の新版を発表」, <https://japan-who.or.jp/news-releases/2307-51/>.

²² 1955 年に東京で開催された第 5 回国際家族計画会議で、世界で初めて経口避妊薬が発表された。American Experience, *A Timeline of Contraception*, PBS, <https://www.pbs.org/wgbh/americanexperience/features/pill-timeline/>.

²³ Michelle Ye Hee Lee & Julia Mio Inuma, *In Japan, Abortion is Legal – but Most Women Need Their Husband’s Consent*, WASH. POST (June 14, 2022, 2:26 AM), <https://www.washingtonpost.com/world/2022/06/14/japan-abortion-pill-women-reproductive-rights/>; Sumire Sorano et al., *Why is it so difficult to access emergency contraceptive pills in Japan?*, 7 LANCET REG’L HEALTH W. PAC. 100095 (Jan. 28, 2021), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8315389/>.

²⁴ *Data Booklet: Contraceptive Use by Method 2019* (2019), p.18, U.N. DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS, https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2019_contraceptiveusebymethod_databooklet.pdf.

²⁵ Ye Hee Lee & Inuma, 前掲註 23.

²⁶ U.N. DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS, 前掲註 24.

²⁷ Ye Hee Lee & Inuma, 前掲註 23.

1. 経済的な障壁

月経前症候群や月経過少などの健康障害の治療を目的とする場合を除くと、避妊薬には日本の国民健康保険は適用されない²⁸。民間の医療保険では、避妊のための費用や避妊薬の処方に必要な診察料がカバーされる場合があるが²⁹、健康保険が十分に適用されないため、避妊薬の価格は病院やクリニックが独自に設定している³⁰。そのため、避妊具の購入には月 3,000 円から 4,000 円もの費用がかかり、さらに診察料が加算される³¹。また、緊急避妊も国民健康保険の対象外である³²。そのため、避妊と同様、クリニックは緊急避妊を受けるための価格を独自に設定することができる³³。日本では緊急避妊薬は非常に高額で、1 回あたり 6,000 円～20,000 円程度である³⁴。

2. 手続き上の障壁

日本で入手できる避妊具の種類は限られており、購入するには処方箋が必要とされる場合がほとんどである³⁵。また、処方箋を入手するための手続きはクリニックが独自に定めることができるため、クリニックは何度でも来院を要求することができる³⁶。避妊薬は市販されていないため、クリニックが定めるいかなる手続きにも従わなければならない³⁷。緊急避妊薬を入手する場合についても、同様の手続き上の障壁が存在する。避妊薬と同様、「時期尚早」という理由で緊急避妊薬も市販されていない³⁸。転売や DV などにおける悪用への懸念の声も多い³⁹。緊急避妊薬を入手するには、来院・診察の予約を取る必要がある⁴⁰。緊急避妊薬は避妊なしの性行為から 72 時間以内に服用しなければならない上に、時間が経つにつれて効果が薄れていくため、緊急避妊を必要とする女性にとってはリスクが高い⁴¹。このような女性たちは、地元のクリニックの予約状況に左

²⁸ Joint Stakeholder Submission on Sexual and Reproductive Health and Rights in Japan: Universal Periodic Review 42nd Session, 5 (Jan.–Feb. 2023) [以下、UPR].

²⁹ Gary Buswell, *The Healthcare System in Japan*, EXPATICA FOR INTERNATIONALS, <https://www.expatica.com/jp/health/healthcare/healthcare-in-japan-79635/#women> (last updated Mar 18, 2024).

³⁰ UPR, 前掲註 28, 6.

³¹ Johann Fleuri, *Pandemic provides an opportunity to improve access to contraception*, THE JAPAN TIMES (Jan. 30, 2022), <https://www.japantimes.co.jp/life/2022/01/30/lifestyle/japan-covid19-contraception/>.

³² Fleuri, 前掲註 31.

³³ UPR, 前掲註 28, 6.

³⁴ UPR, 前掲註 28, 5-7; Sorano et al., 前掲註 23.

³⁵ *Birth Control*, JAPAN HEALTHCARE INFO, <https://japanhealthinfo.com/birth-control/> (last visited Oct 7, 2024).

³⁶ 同上, 6.

³⁷ 同上, 6.

³⁸ 同上, 7.

³⁹ 東洋経済, 「緊急避妊薬」日本の扱いが世界から遅れている訳, <https://toyokeizai.net/articles/-/647941?page=2>

⁴⁰ UPR, 前掲註 28, 7; Ye Hee Lee & Inuma, 前掲註 23.

⁴¹ Sorano et al., 前掲註 23; Kathleen Benzoza, *Japan Panel Weighs Making Morning-After Pill Available Over the Counter*, THE JAPAN TIMES (June 13, 2023), <https://www.japantimes.co.jp/news/2023/06/13/national/science-health/morning-after-pill->

なされていない⁵¹。さらに、政府機関による避妊の実践や性の健康に関する公的な報告も不足している。例えば、日本における性感染症の報告は最近増加しており、2023年には梅毒の症例数が史上初めて1万件を突破した⁵²。それにもかかわらず、日本の厚生労働省は、誰でもすぐにアクセスできる調査結果や報告書を公開していない⁵³。包括的な性教育や国民の意識を高める努力の欠如が、性と生殖に関する健康の権利を世論に盛り込むことをより困難にしており、望まない妊娠を避けようとする女性へのスティグマ化が進むばかりである⁵⁴。

4. 社会的スティグマと文化的規範

2023年に行われた最近の定量的研究は、日本における避妊具の使用率の低さは、以下のような複数の要因によるものであるとしている。避妊具の使用をめぐる社会的判断が性的モラルを低下させるという考え、健康に悪影響を及ぼす可能性への強い懸念、医師や薬剤師などの医療関係者の社会文化的、経済的、政治的な利害などである⁵⁵。2021年に行われた別の研究では、多くの薬剤師が性と生殖に関する健康に関するサービスの提供を支持しているものの、実際にサービスを施すことになった場合、これらのトピックについて患者に教える自信、訓練、経験が不足していることが示された⁵⁶。避妊の使用と提供に対する考え方の停滞は、政策の変更の必要性を示している。制度的な変革によってのみ、日本人の性の健康のために避妊の使用に対する時代遅れの考え方を改めることができる。

5. 限られた選択肢

日本で女性が利用できる現代的な避妊法は、経口避妊薬（避妊ピルと緊急避妊薬の両方を含む）と子宮内避妊具（IUD）だけである⁵⁷。WHOがインプラント、ホルモンリング、ホルモン注射など、他の多くの安全な避妊法を承認していることを考えると、これらの選択肢は限られている⁵⁸。避妊の選択肢を制限することは、利用者の総数を制限するこ

⁵¹ UPR, 前掲註 28, 58.

⁵² *Syphilis Cases Hit Record Levels in Japan*, NIPPON.COM (Nov. 18, 2022), <https://www.nippon.com/en/japan-data/h01498/>.

⁵³ MINISTRY OF HEALTH, LABOUR, AND WELFARE OF JAPAN, <https://www.mhlw.go.jp/english/index.html> (last visited Jan 29, 2024).

⁵⁴ Moe Shiojiri, *Japan Severely Lags on Reproductive Rights*, THE DIPLOMAT (Mar. 9, 2023), <https://thediplomat.com/2023/03/japan-severely-lags-on-reproductive-rights/>.

⁵⁵ Yuhei Shimada and Momoko Nakayama, *Conflicts and Contraception: The Politics of Birth Control in Japan*, 45 J. OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY CANADA (Nov. 2023), <https://www.pp.u-tokyo.ac.jp/en/graspp-blog/policies-of-birth-control-in-japan/>.

⁵⁶ Shigeo Yamamura et al., *Reproductive Health Services: Attitudes and Practice of Japanese Community Pharmacists*, Healthcare (Basel) (Oct. 8, 2021), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8544538/>.

⁵⁷ UPR, 前掲註 28, 4.

⁵⁸ 同上

とになるため、障壁といえる⁵⁹。世界的に見ても、避妊ユーザーは、自らが好む避妊法などの最終的な決定権を持つことを望んでいる⁶⁰。個人は、人生のさまざまな時期や期間において、自分の好みに合ったさまざまな避妊法の選択肢を望んでいる⁶¹。

これらの要因が相まって、個人が避妊や緊急避妊にアクセスし、利用することを困難にしている。「#なんでないのプロジェクト」によるオンライン調査では、2020年に緊急避妊薬を必要とした日本人女性のうち、緊急避妊薬にアクセスできたのはわずか17%だった⁶²。これは、個人が自分の体をコントロールし、家族計画における決定力に影響を与えるだけでなく、認証されていない緊急避妊薬の調達を余儀なくされる可能性もある⁶³。緊急避妊薬を海外で購入したり、海外のウェブサイトから輸入することに頼ったという女性もいるが、これは製品の真偽が確認できないため、本質的に危険である⁶⁴。

B. 人工妊娠中絶

日本では現在、人工妊娠中絶へのアクセスは、法的規制、第三者による同意要件、健康保険が適用されないことなどの障壁によって制限されている。人工妊娠中絶へのアクセスを阻むこれらの障壁は、日本の人工妊娠中絶サービスの入手可能性、アクセス性、受容性、さらには質をも危うくし、第III部で述べる国際人権基準を下回っている。

1. 経済的な障壁

人工妊娠中絶は日本の国民皆保険制度の適用外であるため、人工妊娠中絶の利用しやすさや費用は健康保険の政策によって妨げられている⁶⁵。日本の医療保険制度である国民皆保険は、すべての国民や住民に対し、雇用または居住による加入を義務づけている⁶⁶。日本の居住者の70%近くが民間の医療保険に加入しているが⁶⁷、自己負担額をカバーするためのもので、加入しても保険が適用されるサービスが増えるわけではない⁶⁸。人工

⁵⁹ Ping Teresa Yeh, Hunied Kautsar, Caitlin E Kennedy, & Mary E Gaffieldb, *Values and Preferences for Contraception: A Global Systematic Review*, 111 *Contraception* 3 (2022), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9232836/>.

⁶⁰ 同上; *Promoting Contraception Choice for Every Individual*, WORLD HEALTH ORGANIZATION (Jun. 22, 2022), <https://www.who.int/news/item/22-06-2022-promoting-contraception-choice-for-every-individual>.

⁶¹ Yeh et al., 前掲註 59.

⁶² UPR, 前掲註 28, 8.

⁶³ Benoza, 前掲註 41.

⁶⁴ 同上

⁶⁵ Magdalena Osumi, *Abortion Legal and Apolitical in Japan, but Cost and Consent Present Barriers*, JAPAN TIMES (June 28, 2022), <https://www.japantimes.co.jp/news/2022/06/28/national/social-issues/abortion-japan-rights-explainer/>

⁶⁶ Roosa Tikkanen, *International Health Care System Profiles: Japan*, THE COMMON WEALTH FUND (June 5, 2020), <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/japan>.

⁶⁷ 同上

⁶⁸ Edmund Taylor, *Health Insurance and Healthcare in Japan Explained*, INTERNATIONS, <https://www.internations.org/japan-expats/guide/healthcare> (last visited May 2, 2024).

妊娠中絶手術の費用は一般的に約 10 万～20 万円で、手術時に現金で支払わなければならない⁶⁹。妊娠中絶を希望する者が性的暴力や家庭内暴力の被害者であったり、性的パートナーと結婚していない場合であっても、すべての中絶に男性の同意を求める医師もいる⁷⁰。署名された同意書は、手術費用の支払い保証とみなされるからである。正常分娩の場合の出産費用についても、診療や手術が必要な病気・ケガには該当しないと見なされ、日本の国民皆保険制度の対象外であるため、人工妊娠中絶と出産のどちらを選んでも個人への経済的負担は大きい⁷¹。

2. 手続き上の障壁

i. 犯罪であること

日本では、墮胎は刑法第二十九章により犯罪とされている。この法律では、女性が墮胎を自ら行ったり、受けたりした場合、1 年以下の懲役に処せられるとされ、2020 年にはこの規定に基づいて 4 人が逮捕された⁷²。医療従事者でない者が、女性が安全な中絶サービスへアクセスするのを助けた場合、2 年以下の懲役に処せられる⁷³。医療関係者は、女性の同意を得て中絶を誘導した場合、少なくとも 3 カ月、最高 5 年の懲役に処される⁷⁴。これらの罰則は、女性が中絶に同意しない場合や、中絶手術によって女性が死亡または傷害を被った場合に強化される⁷⁵。

1996 年に制定された母体保護法（旧優生保護法）⁷⁶は、人工妊娠中絶が許される刑法の例外を定めている。人工妊娠中絶が認められるのは、妊娠・出産が「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」場合、または強姦の場合である⁷⁷。

⁶⁹ Osumi, 前掲註 65.

⁷⁰ Chika Yamamoto and Etsuko Akuzawa, *Mom Abandons Newborn After Being Wrongly Denied Abortion*, ASAHI SHIMBUN (Jul. 18, 2021), <https://www.asahi.com/ajw/articles/14387528>

⁷¹ THE JAPAN TIMES, *Japan to discuss public insurance coverage of childbirth*, <https://mainichi.jp/english/articles/20240717/p2a/00m/0op/009000c#:~:text=Unlike%20treatment%20for%20illnesses%20or,%20covered%20by%20public%20insurance.>

⁷² 刑法 (1907 年) 212 条; UPR, 前掲註 28.

⁷³ 同上, 213 条.

⁷⁴ 同上, 214 条.

⁷⁵ 同上, 213-216 条.

⁷⁶ 1948 年に成立した「旧優生保護法」は 1996 年に改正され、名称が「母体保護法」へと改められた。旧優生保護法では、戦後の人口過剰問題やヤミ墮胎の増加を背景に、優生思想の下、遺伝性疾患、ハンセン病、精神障害がある人等に対して、手術を受ける本人の同意がなくとも、審査によって強制的に不妊手術及び人工妊娠中絶を実施することができると規定されていた。1996 年の改正により、「不良な子孫の出生を防止する」という目的が削除されるとともに、優生手術に関する規定等が削除されることとなった。しかし、法律の制定から改正までの間に 48 年もの年月を要し、旧優生保護法による多数の被害が生み出された。日本弁護士連合会、旧優生保護法下において実施された優生手術等に関する全面的な被害回復の措置を求める決議。

https://www.nichibenren.or.jp/en/document/statements/220930_3.html.

⁷⁷ 母体保護法 (昭和 23 年法律第 156 号), 第 14 条第 1 項 [以下、母体保護法].

これらの承認された状況下では、指定された医師が処置を行う限り、女性は妊娠 22 週目未満まで妊娠を終わらせることができる⁷⁸。この法律では、女性が単独で人工妊娠中絶を決めることはできず、配偶者の同意を得なければならない⁷⁹。

ii. 第三者による同意

日本は、女性が人工妊娠中絶を受ける前に配偶者の同意を得ることを義務づけているわずか十数か国のうちのの一つである⁸⁰。但し、母体保護法第 14 条第 2 項は、「配偶者が知れないとき若しくはその意思を表示することができないとき又は妊娠後に配偶者がなくなつたときには本人の同意だけで足りる」としている⁸¹。2021 年 3 月 4 日、日本医師会は、母体保護法第 14 条第 2 項について、「妊婦が夫の DV 被害を受けているなど、婚姻関係が実質破綻しており、人工妊娠中絶について配偶者の同意を得ることが困難な場合は、同項の規定する本人の同意だけで足りる場合に該当すると解してよいか」と厚生労働省子ども家庭局母子保健課に照会した。これを受けた厚生労働省子ども家庭局母子保健課から、同年 3 月 10 日、日本医師会からの照会の件については、「貴見のとおりである」と回答がなされ⁸²、その内容は日本産婦人科医会により全国の産婦人科医に通知された⁸³。しかし、このような通知には法的拘束力はなく、医師やクリニックは法的措置を受けないように、包括的な同意要件を保持することができる⁸⁴。性的暴行を受けた女性や、一度だけ性交をした相手と連絡が取れなくなった女性は、何度も人工妊娠中絶を拒否されたと報告している。また、同意要件があることで、女性は後期の人工妊娠中絶を余儀なくされたり、自暴自棄になって出産後に乳児を遺棄する場合もある。2020 年には、性的パートナーと連絡が取れず、同意が得られなかったために人工妊娠中絶を受けられず、後に新生児殺の容疑で逮捕された元看護学生がいる⁸⁵。2022 年 6 月、#も

⁷⁸ 厚生省発見第 122 号（平成 8 年 9 月 25 日）、第 2 第 1 項および 2 項。

⁷⁹ 母体保護法第 14 条第 1 項。

⁸⁰ Law and Policy Guide: Third-Party Authorization, CTR. FOR REPRO. RTS., <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/law-and-policy-guide-third-party-authorization/> (last accessed Mar. 31, 2024).

⁸¹ 母体保護法第 14 条第 2 項。

⁸² 母体保護法に係る疑義について（照会）および（回答），<https://nwsnet.or.jp/wp-content/uploads/2023/09/c3258b17acafb31fd762520aeb77128b.pdf>; Yu Shundo, Abortion and Spousal Consent in Japan, Inst. of Compar. L. (Feb. 2, 2023), <https://www.waseda.jp/foaw/icl/news-en/2023/02/02/8331/#:~:text=The%20Maternal%20Health%20Act%2C%20which,introduced%20into%20Japanese%20abortion%20policy.>

⁸³ Satoko Nakagawa, No consent from spouse needed for abortion in broken marriages in Japan: ministry, The Mainichi (March 15, 2021), <https://mainichi.jp/english/articles/20210315/p2a/00m/0na/016000c>.

⁸⁴ Kathleen Benzo, *Consent Issue Casts Shadow on Safe Abortion in Japan*, THE JAPAN TIMES (Sep. 28, 2023), <https://www.japantimes.co.jp/news/2023/09/28/japan/science-health/international-safe-abortion-day/>.

⁸⁵ Yamamoto & Akuzawa, 前掲註 70.

っと安全な中絶をアクションは⁸⁶、配偶者の同意要件を撤廃することを求める 8 万 2 千人の署名を添えて、日本の厚生労働省に請願書を提出した⁸⁷。

3. 教育・啓発キャンペーンの欠如

調査によれば、学校における包括的な性教育の統合において地域的な前進は見られるものの、日本の性と生殖に関する健康についての教育カリキュラムは、国際基準を満たす上で「遅れている」と国内の学者から批判されている⁸⁸。日本のカリキュラム教材に関する 2023 年の調査によると、「セクシュアリティと性行動」、「性と生殖に関する健康」、そして「価値観、権利、文化、セクシャリティ」に関連する主要概念の大部分は、学校では部分的にしかカバーされていないか、全くカバーされていなかった⁸⁹。日本産科婦人科医会は、不十分なセクシュアリティと発達に関する教育が、日本の若者の予期せぬ妊娠や妊娠中絶の一因となっていることを認めている。なぜなら、若者は自分の体について知識がなく、妊娠の仕組みや妊娠週数の数え方を知らず、22 週以降は人工妊娠中絶ができないことを知らないからである⁹⁰。日本の性と生殖に関する健康カリキュラムは、自分の体がどのように機能するのかを生徒に十分に伝えていないため、人工妊娠中絶やその他の性と生殖に関する健康の必要性について、十分な情報を得た上での意思決定をする能力を低下させている⁹¹。

4. 社会的スティグマと文化的規範

日本では人工妊娠中絶は重大な道徳的問題ではないが、人工妊娠中絶医療に関する情報を見つけることは困難であり、さらに政府における女性の割合が少ないことなどの理由により、生殖に関する権利は政治において優先されていない⁹²。妊娠中絶への障壁にひとり親へのスティグマが相まり、新生児の段階で遺棄する母親もいる。慈恵病院（熊本）は、女性が養子縁組のために乳児を預けることができる、匿名の「赤ちゃんポスト」を

⁸⁶ #もっと安全な中絶をアクション (Action for Safe Abortion Japan, ASAJ), <https://www.asaj2020.org/>.

⁸⁷ Etsuko Akuzawa, Petition Demands End to ‘Spousal Consent’ Rule for Abortions, Asahi Shimbun (Jun. 28, 2022), <https://www.asahi.com/ajw/articles/14655669>.

⁸⁸ Harel & Yamamoto, 前掲註 46.

⁸⁹ 同上, p. 7.

⁹⁰ 性教育が必要な理由, 日本産科婦人科医会,

<https://www.jaog.or.jp/note/%EF%BC%881%EF%BC%89%E6%80%A7%E6%95%99%E8%82%B2%E3%81%8C%E5%BF%85%E8%A6%81%E3%81%AA%E7%90%86%E7%94%B1/> (last visited May 2, 2024); *Sex education – Why do we need it?*, Tokyo Sexual Health 2023 (Feb. 7, 2022), https://www.tsh.ncgm.go.jp/en/social_responses/Why_do_we_need_it.html.

⁹¹ Harel & Yamamoto, 前掲註 46.

⁹² Chermaine Lee, *Reproductive Rights Elusive 1 Year After Japan’s Approval of Abortion Pill*, VOA NEWS (Apr. 20, 2024), <https://www.voanews.com/a/reproductive-rights-elusive-1-year-after-japan-s-approval-of-abortion-pill-/7577929.html>.

提供することによって、この問題に取り組んでいる⁹³。日本の技能実習生制度に参加し妊娠した移民女性たちは、人工妊娠中絶に関する情報やアクセスの欠如に苦しんでいる⁹⁴。多くの技能実習生は、プログラム期間中に産休を取る権利について誤った情報を伝えられている⁹⁵。これにより妊娠した女性の多くが辞めてしまったり⁹⁶、新生児を遺棄したり死産を隠したりする人もいる⁹⁷。

5. 限られた選択肢

人工妊娠中絶に健康保険が適用されないことと制限的な法律が相まって、日本では、より安全で侵襲性の少ない妊娠中絶方法の導入が遅れている。日本で行われる人工妊娠中絶の半数以上には、いまだに頸管拡張と内膜搔爬（D&C）が用いられている⁹⁸。D&Cは外科的な人工妊娠中絶法であり、WHOは時代遅れな方法であるとしている。そして、より安全で、医療システムのコストを削減でき、鎮痛剤がより少なくて済むことから、真空吸引法に置き換えることを強く推奨している⁹⁹。一方、妊娠中絶薬は2023年4月まで承認されておらず、さらに、薬剤による人工妊娠中絶を受けることは依然として困難である¹⁰⁰。経口中絶薬を提供する認可を受けているクリニックの数は少なく、中絶薬の値段は外科的な人工妊娠中絶と変わらない¹⁰¹。多くの国では、医師と直接、または遠隔医療で面会した後、女性が人工妊娠中絶薬を自己投与することを認めている。しかし、日本では薬剤による人工妊娠中絶を希望する人は外来予約を取り、中絶が確認できるまでクリニックにとどまる必要がある¹⁰²。

⁹³ Agence France-Presse, *Japan's Baby Hatch – Where Children Have Been “Safely Abandoned” For Years*, NDTV (Jul. 22, 2022), <https://www.ndtv.com/world-news/japans-baby-hatch-where-children-have-been-safely-abandoned-for-years-3182309>.

⁹⁴ Arisa Kamei, *Vietnamese Trainee Acquitted in Japan of Abandoning Stillborn Twins*, NIKKEI ASIA (Mar. 24, 2023), <https://asia.nikkei.com/Spotlight/Japan-immigration/Vietnamese-trainee-acquitted-in-Japan-of-abandoning-stillborn-twins>.

⁹⁵ Kosuke Tauchi, *One in Four Foreign Interns Told to Quit if Pregnant: Survey*, ASAHI SHIMBUN (Jan. 13, 2023), <https://www.asahi.com/ajw/articles/14805747>.

⁹⁶ 2017年から2020年の間に637人の実習生が妊娠と出産を理由にプログラムを離脱している。同上

⁹⁷ France-Presse, 前掲註92; *Woman Arrested for Abandoning Body of Newborn Infant in Trash Can*, JAPAN TODAY (Feb. 7, 2024), <https://japantoday.com/category/crime/woman-arrested-for-abandoning-body-of-newborn-infant-in-trash-can>; Ririe Rangasari, *Japan Police Arrest Indonesian Woman for Leaving Newborn Baby to Die*, TEMPO (Feb. 29, 2024), <https://en.tempo.co/read/1839303/japan-police-arrest-indonesian-woman-for-leaving-newborn-baby-to-die>.

⁹⁸ Yudai Kaneda, *Japan's Approval of Oral Abortion Pills: A New Era of Opportunities and Challenges in Aligning With Global Standards*, WOMEN'S HEALTH (Nov. 28, 2023), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10685794/#bibr3-17455057231216533>.

⁹⁹ WORLD HEALTH ORG., *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, p. 2, 31 & 79 (2012), <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70914/9789?sequence=1>.

¹⁰⁰ Kaneda, 前掲註98.

¹⁰¹ Kumi Tsukahara, *One Clinic Began Prescribing Abortion Pills and Now Others Seem to be Starting*, INT'L CAMPAIGN FOR WOMEN'S RIGHT TO SAFE ABORTION (June 1, 2023), <https://www.safeabortionwomensright.org/news/japan-one-clinic-began-prescribing-abortion-pills-and-now-others-seem-to-be-starting/>.

¹⁰² Osumi, 前掲註65.

II. 調査データの分析

ヒューマンライツ・ナウとウォルター・ライトナー国際人権クリニックは共同で、日本における避妊と人工妊娠中絶に関する経験や意見を調べるための公開オンラインアンケート調査を実施した。調査報告書のこのセクションでは、この調査の重要な調査結果のいくつかを詳述し、法律と政策の改革の必要性をさらに実証している。この調査は、回答者の属性、避妊へのアクセスに対する障壁、人工妊娠中絶へのアクセスに対する障壁の3つのカテゴリーの質問で構成されている。アクセスへの障壁に基づく質問では、(a) 社会的・文化的障壁、(b) 法的・政策的障壁の両方を取り上げた。さらに、各質問には、「答えたくない」という選択肢と、回答の選択肢でカバーされていない追加のコメントがある回答者が記入できる選択肢を設けた。記入された回答のいくつかを、このセクションで紹介する。

ヒューマンライツ・ナウは、このアンケート調査へのリンクをウェブサイトと SNS に掲載した。調査期間は2024年3月22日から2024年4月2日までである。すべての調査結果のパーセンテージは、小数点第1位を四捨五入している。この四捨五入の方法に加え、回答者が質問をスキップすることができる設定にしたため、すべてのパーセンテージが合計100%になるわけではない。すべてのパーセンテージは、特に断りのない限り、サンプル数93名に基づいて表示されている。

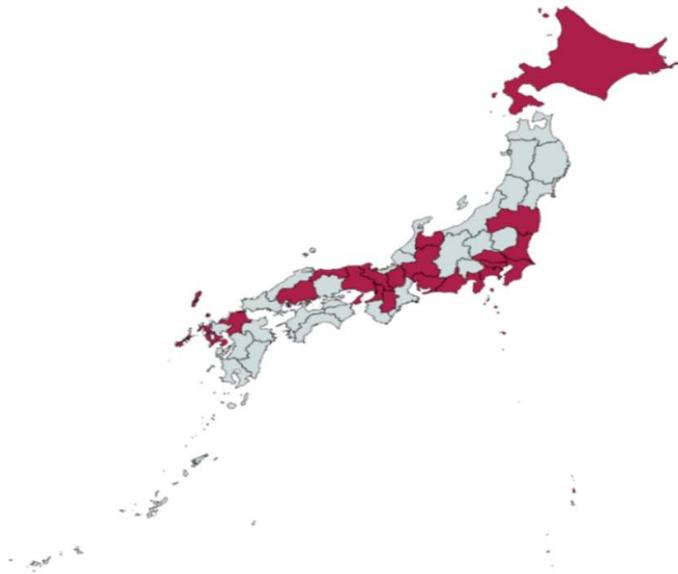
回答者の属性と回答内容は、以下の調査結果に詳述されているように、日本における避妊と妊娠中絶へのアクセス改善に対する多様で広範な社会的支持を反映している。

A. 回答者の属性

日本の幅広い層の人々を代表する93名の回答者がアンケートに回答した。回答者の約95%は日本国民であった。全回答者のうち、78人が女性、10人が男性、3人が「どちらともいえない」、2人が「その他」と回答した。また、回答者の11%がLGBTQ+と回答した。

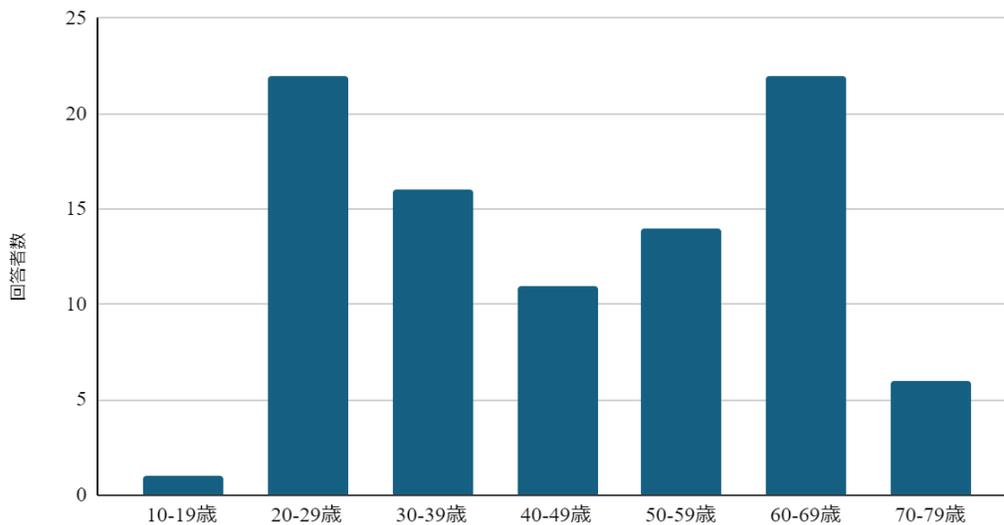
アンケートに回答した時点で、回答者の96%が日本に居住していた。回答者の居住地は20都道府県に及び、東京都の割合が最も高かった(43%)。その他、奈良県、茨城県、長崎県、北海道、福島県、大阪府、愛知県、千葉県、京都府、埼玉県、福岡県、鳥取県、神奈川県、富山県、兵庫県、広島県、滋賀県、静岡県、岐阜県から回答があった。

図1. 回答者の居住地



回答者の年齢、交際状況、子どもの有無も大きく異なっていた。回答者の半数以上は20歳から49歳であったが、10代から70代のシニアまで、すべての年齢層が回答している。年齢別の内訳は以下の図2を参照のこと。回答者の交際状況については、独身が32%、交際中だが未婚が40%、既婚が13%、離婚が12%。さらに、回答者の13%に子どもが1人、18%に子どもが2人、9%に子どもが3人以上おり、60%に子どもはいなかった。

図2. 回答者の年齢

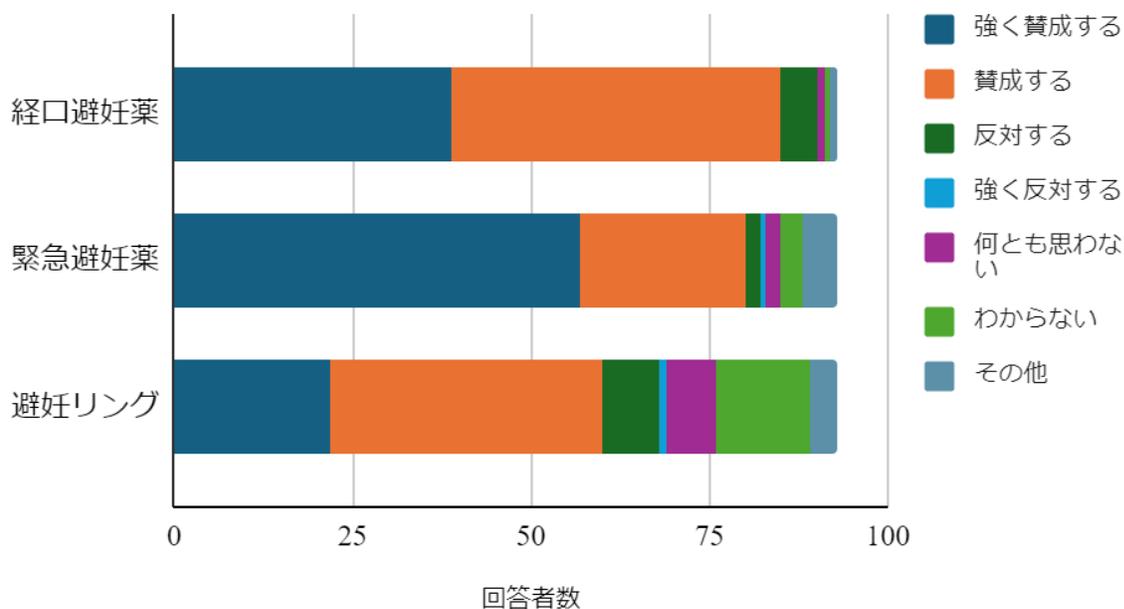


また、回答者は幅広い教育レベルや世帯収入も反映している。全回答者のうち、高卒が12%、大卒が58%、大学院卒が20%であった。回答世帯の年収は、95万円未満が11%、95万～330万円が23%、331万～695万円が24%、696万～900万円が10%、901万～1,800万円が22%、1,801万～4,000万円が3%であった。

B. 避妊に関する調査結果

回答者は圧倒的に避妊具の使用を承認している。下の図3が示すように、回答者の91%が経口避妊薬の使用に賛成または強く賛成し、67%がIUD（子宮内避妊具）の使用に賛成または強く賛成し、90%が緊急避妊薬の使用に賛成または強く賛成した。

図3. 日本における避妊方法の賛否状況



回答者は、避妊具へのアクセス性、購入しやすさ、入手可能性への障害について懸念していた。避妊具にアクセスしやすいと考える人はわずか8%で、40%以上が避妊具の値段が手頃でないと考えている。しかし、80%以上が、避妊具がもっと簡単に手に入り、利用できる避妊具の種類がもっと豊富であることを望んでいる。

「受診することの精神的ハードルが高いため、アクセスしづらいのだと思う。」

さらに、回答者の 86%が緊急避妊は処方箋なしで薬局やドラッグストアで購入できるようにすべきだと考えている。何人かの回答者は、現在、緊急避妊は高すぎるという考えを回答として書いている。以下の図 4、5、6 は、これらの問題の内訳を反映したものである。

図4. 緊急避妊薬を処方箋なしで薬局等で購入できるようにするべきだと思いますか？

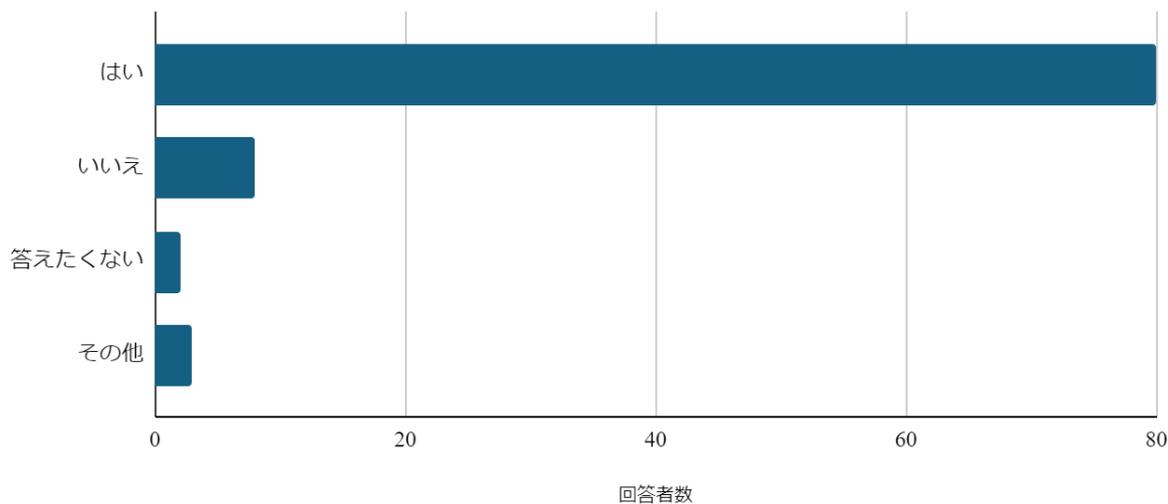


図5. 避妊のアクセス性

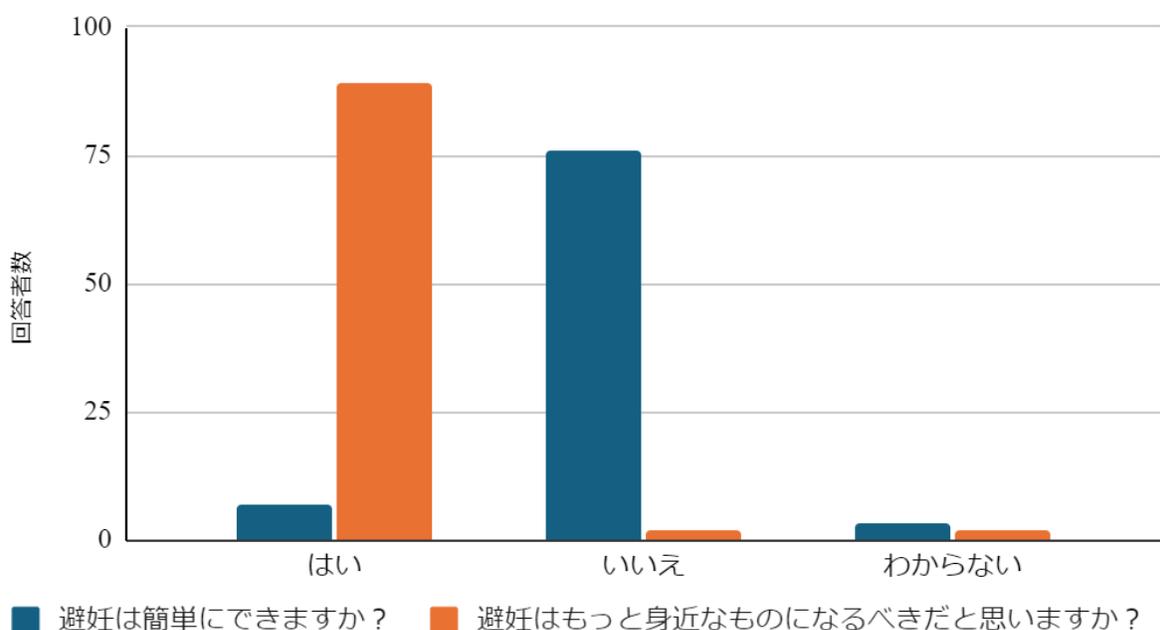
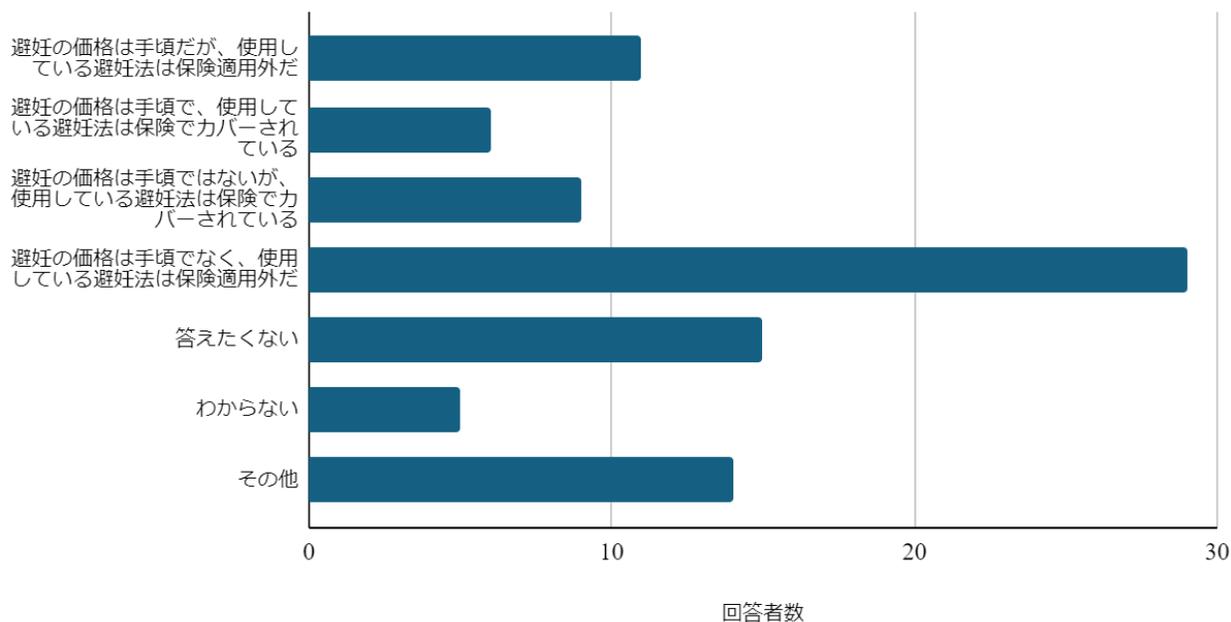


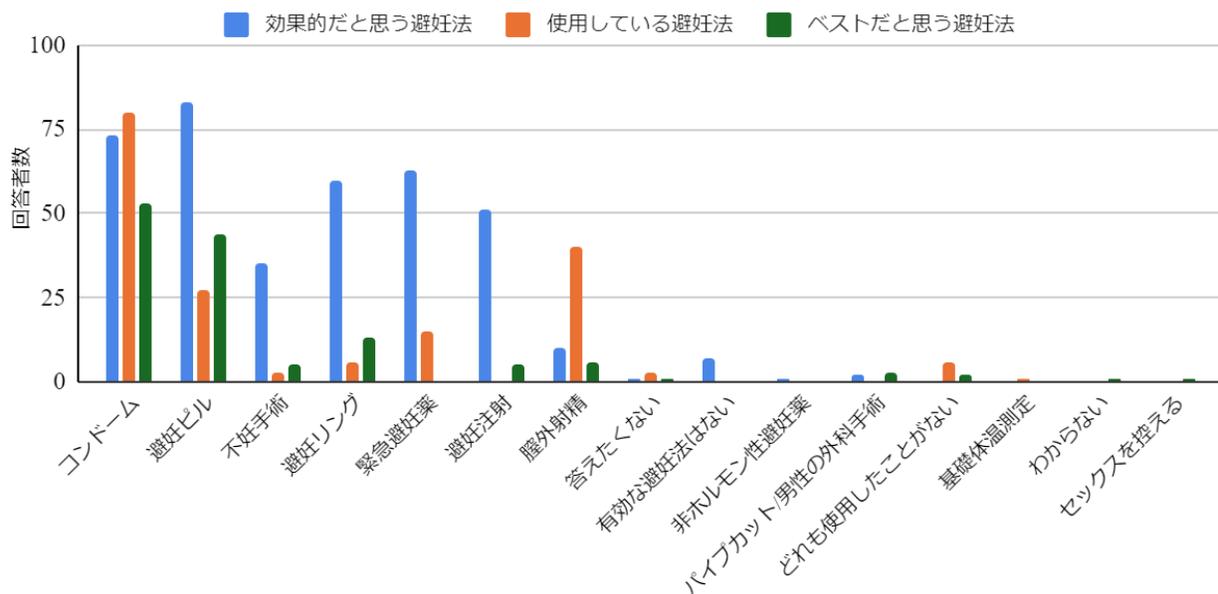
図6. 避妊の価格に関する見解



「かつて使っていたピルは保険適用されていましたが、手頃かと聞かれると、例えば学生には痛い出費という金額だという認識です。自分で収入があるのであれば支払えると思います。」

回答者はさまざまな避妊法を使用していると報告したが、最もよく使われている方法は、回答者が最も効果的だと考えている方法とは異なっていた。最もよく使われている避妊法は、コンドームが 87%、膣外射精法が 43%、避妊薬が 29%、IUD が 7%であった。しかし、コンドームが最も効果的な避妊法だと考えている回答者は 55%にすぎず、54%が避妊薬、14%が IUD を支持し、膣外射精法はわずか7%であった。この差は下の図 7 で確認できる。一般的な使用法と選好とのミスマッチは、避妊薬、IUD、そしてホルモン性避妊インプラントのような日本ではまだ承認されていない長期作用型可逆的避妊法へのアクセス性、購入しやすさ、または入手可能性に対する障壁のために、コンドームや膣外射精法の使用に頼っている回答者がいることを示唆している。

図7. 使用している避妊法と有効性に関する見解



「避妊リングを入れる時にとても痛く辛い思いをしました。腕に入れるインプラントが日本にもあればいいのと思います。」

全体として、調査データは、回答者が圧倒的に避妊を支持し、日本でより多くの種類の避妊具が利用可能で、手頃な価格で、アクセス可能になることを望んでいることを裏付けている。

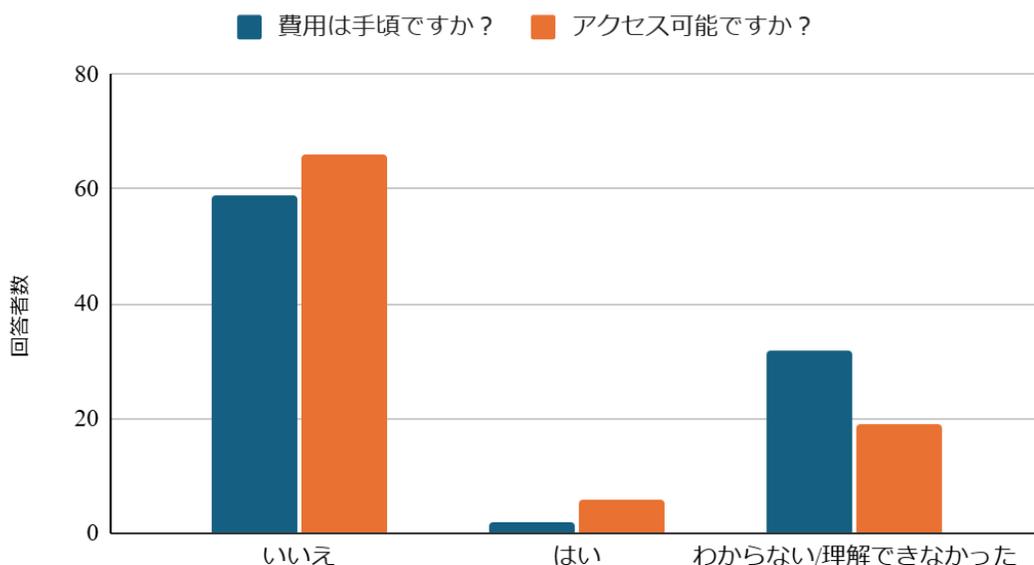
C. 人工妊娠中絶に関する調査結果

多くの回答者が日本における人工妊娠中絶の現状に不安を抱いており、63%が人工妊娠中絶の費用は手頃ではないと考え、70%が人工妊娠中絶にはアクセスしにくいと考えている。

「フランスのように、人工妊娠中絶が女性の権利と認められることを要求します。」

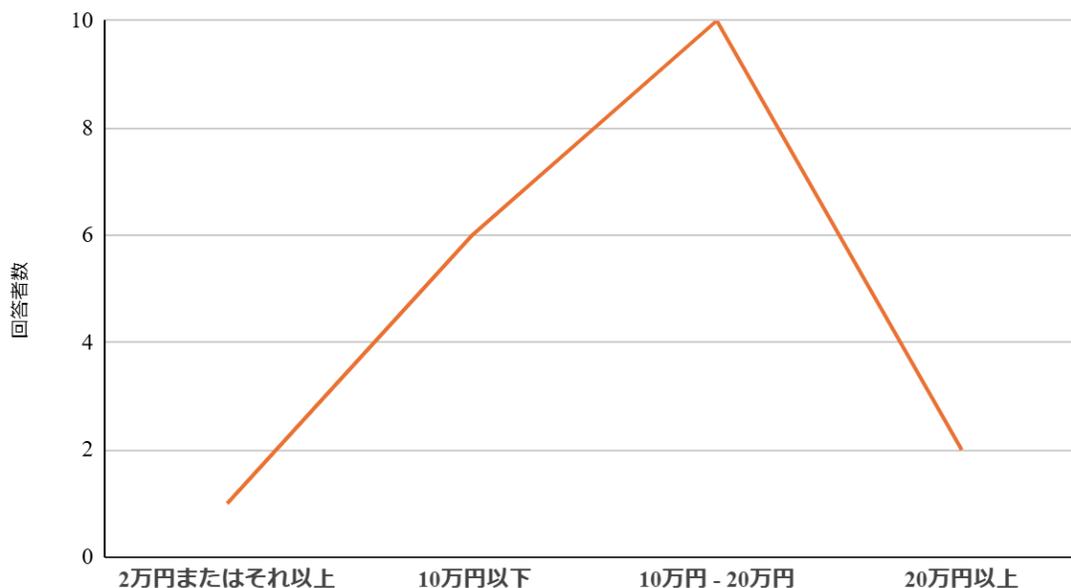
回答者の中には、人工妊娠中絶を希望した際に直面した深刻な課題についても詳しく述べている人もいます。回答者全体の4分の1近くが過去に人工妊娠中絶を経験している。人工妊娠中絶を経験した人のうち半数は、費用、移動の必要性、仕事との両立、配偶者の同意の必要性などの理由で、人工妊娠中絶にアクセスすることが困難であると感じていた。図8は、日本における人工妊娠中絶へのアクセス状況と費用に関するこれらの見解を反映したものであり、図9は回答者が人工妊娠中絶のために支払った金額を示したものである。

図8. 日本における人工妊娠中絶の費用とアクセス性に関する見解



「中絶を行っている病院が少なく予約が取りにくい状況であるため
アクセスしにくい。」

図9. 日本における人工妊娠中絶の費用



「保健師としてたくさんの女性と関わってきましたが、家族計画が不十分であったり、望まない妊娠をしても貧困の問題で中絶を諦めるケースをたくさんみてきました。」

以下の図 10 に反映されているように、参加者の大多数が人工妊娠中絶は合法であるべきであり、日本の現在の人工妊娠中絶に関する法律は厳しすぎると考えていると回答した。ある回答者は、日本の法律に違反して人工妊娠中絶をしたために罰金を科された人を知っていると報告している。

過去に人工妊娠中絶を経験した回答者のうち、85%以上が頸管拡張と内膜搔爬（D&C）の手術を受けている。しかし、D&C の手術を受けた人の 40%以上が、それが利用可能な唯一の人工妊娠中絶方法であったと回答した。さらに、真空吸引法を受けたのはわずか 14%で、経口中絶薬を利用した回答者は 1 人だけであった。その内訳は以下の図 11 を参照のこと。これらの調査結果は、人工妊娠中絶を希望する者の選好に関わらず、D&C の手術が日本で人工妊娠中絶希望者の多くにとって利用できる唯一の方法であり、真空吸引法や経口中絶薬へのアクセスは困難であることを示唆している。

図10. 日本の人工妊娠中絶法に対する意見

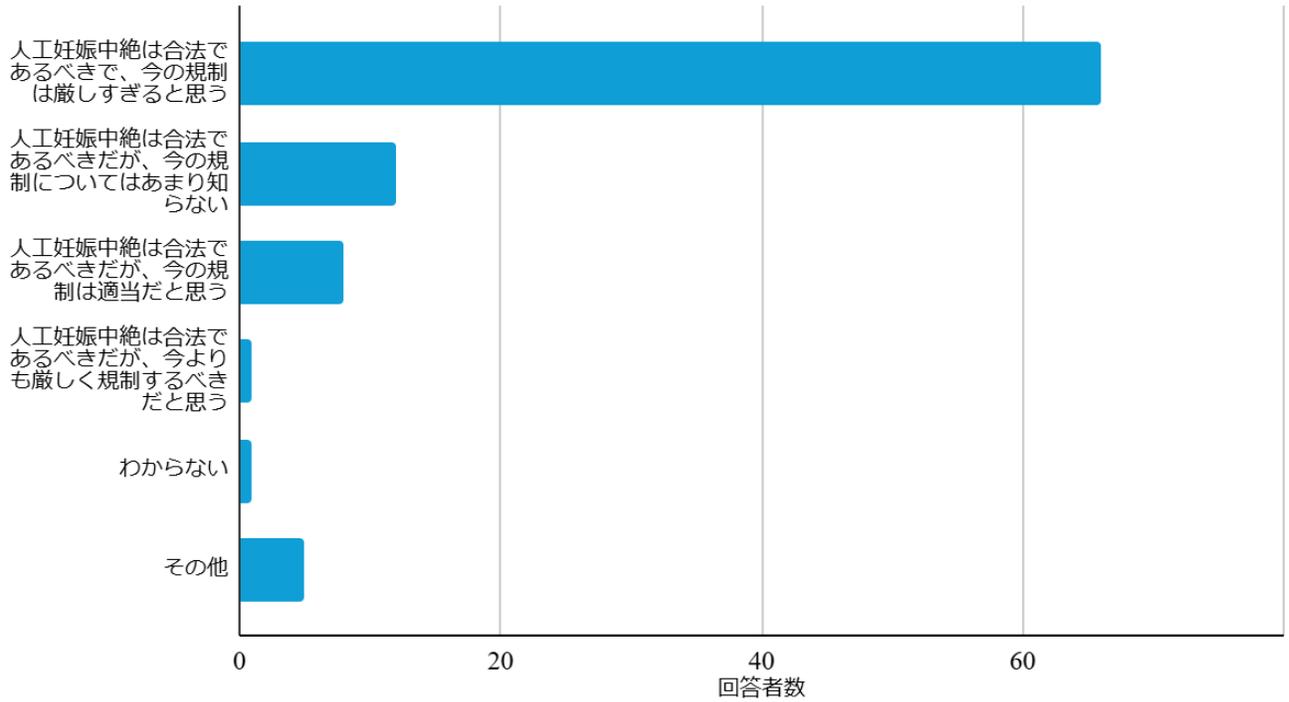
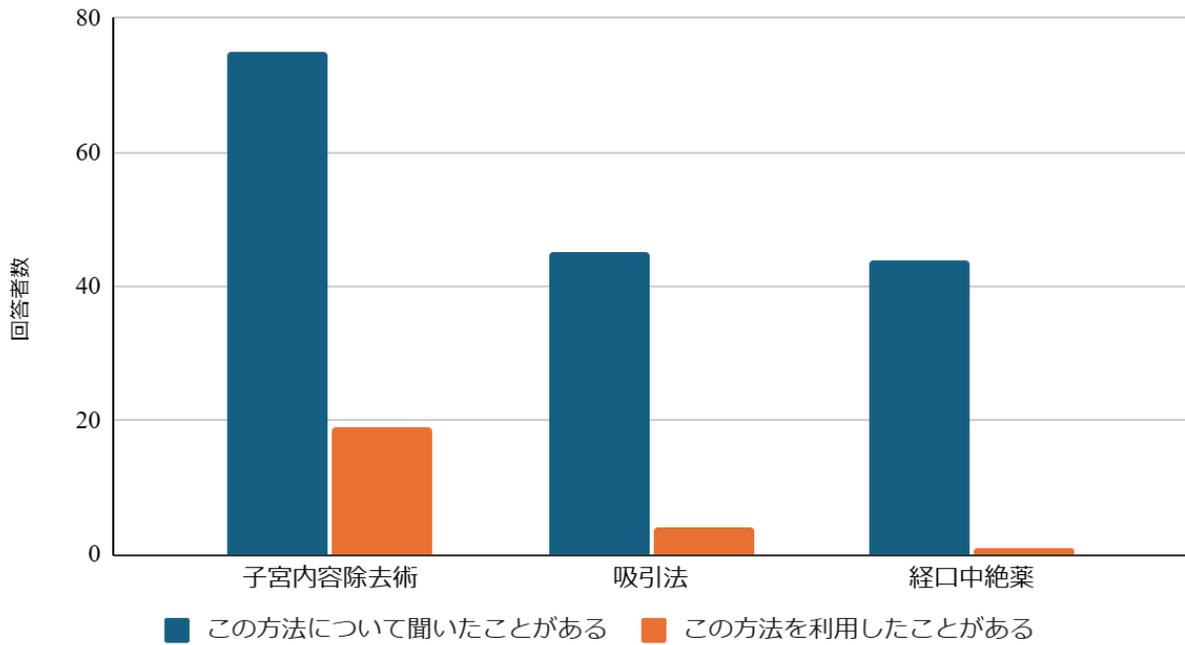


図11. 人工妊娠中絶方法に関する知識と経験



これらのデータを総合すると、日本の人工妊娠中絶希望者は、法的・政策的な障壁の結果として、中絶を受ける経済的な余裕やアクセス能力だけでなく、希望する中絶方法を選択する能力も制限されていることが示唆される。

D. その他の調査結果

調査の回答は、日本では性と生殖に関する健康への権利に関する教育や言説が不足していることを裏付けるものであった。全回答者の半数以上が、性と生殖に関する健康について学校でほとんど何も学ばなかったと回答している。これらの結果は、以下の図 12 と 13 に反映されている。

図12. 学校で性と生殖に関する健康について学びましたか？

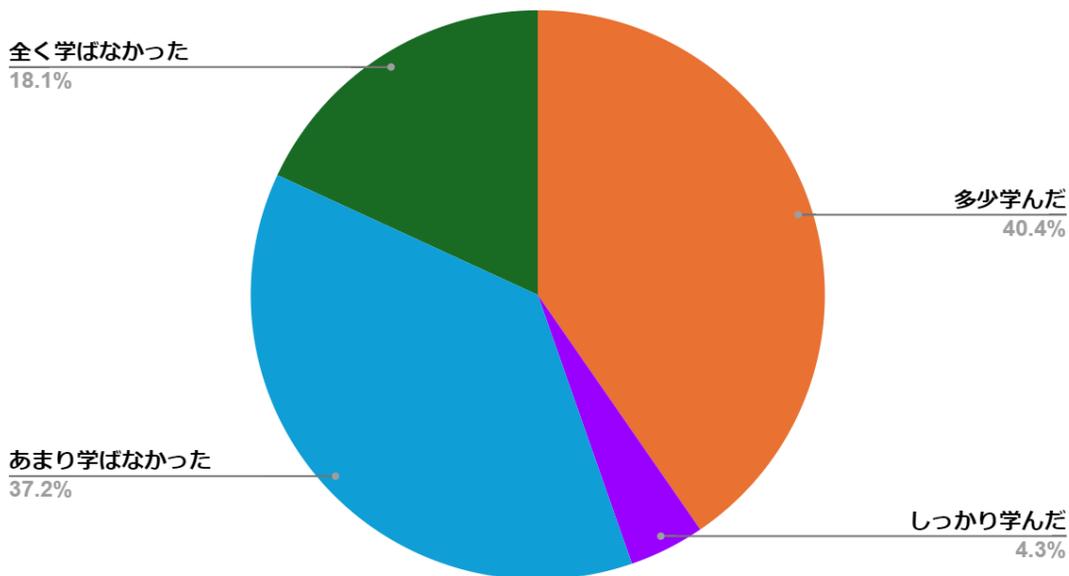
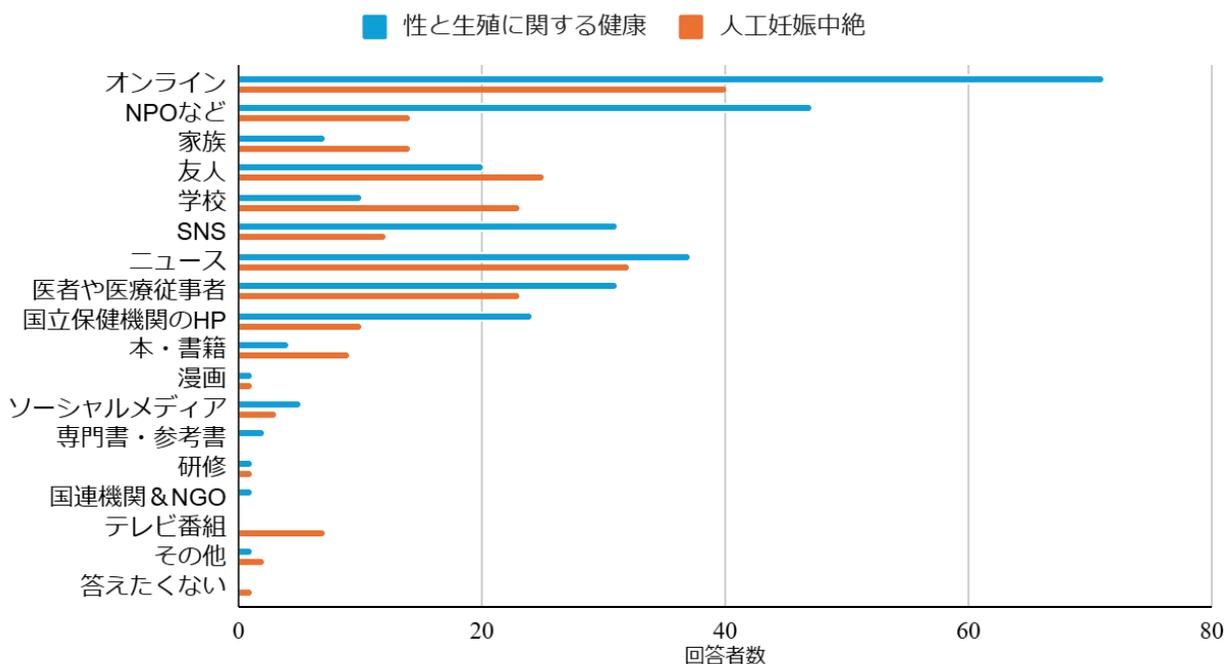


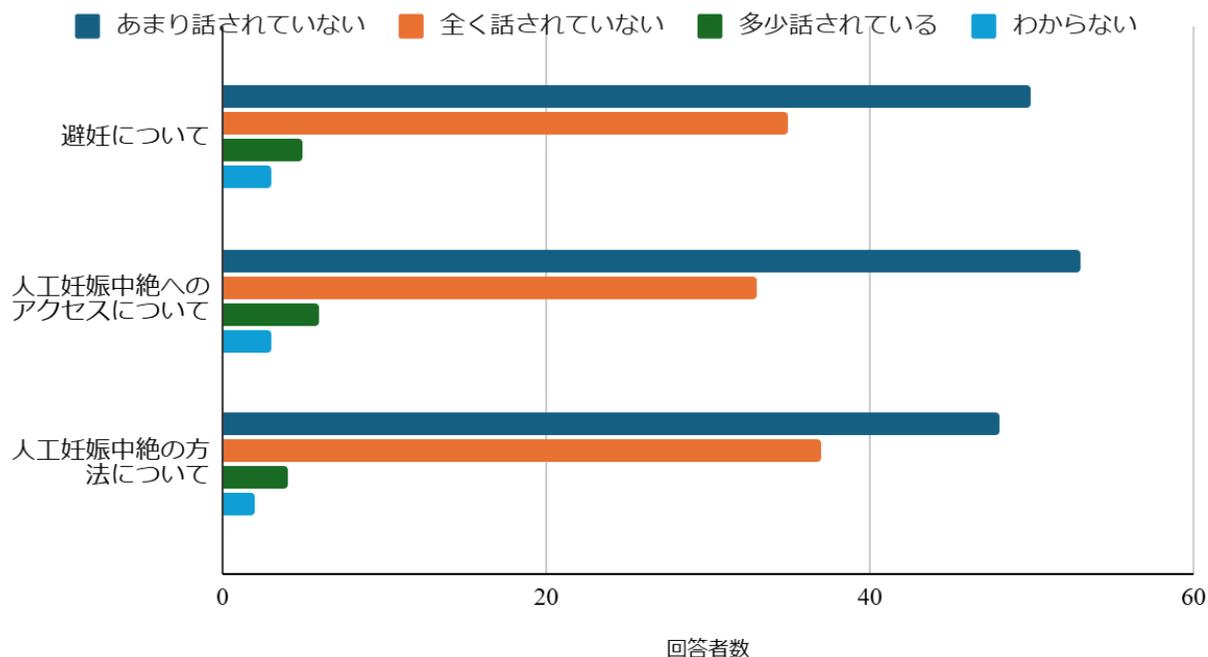
図13. 性と生殖に関する健康・人工妊娠中絶についての情報はどこから得ますか？



「学校では習ったけどそれだけでは不十分な知識だった。学校では本当に基礎しか教えてもらえない。(避妊法はコンドームのみ、のような) 今はオンラインやSNSで自分で調べて得た知識の方が圧倒的に多い。」

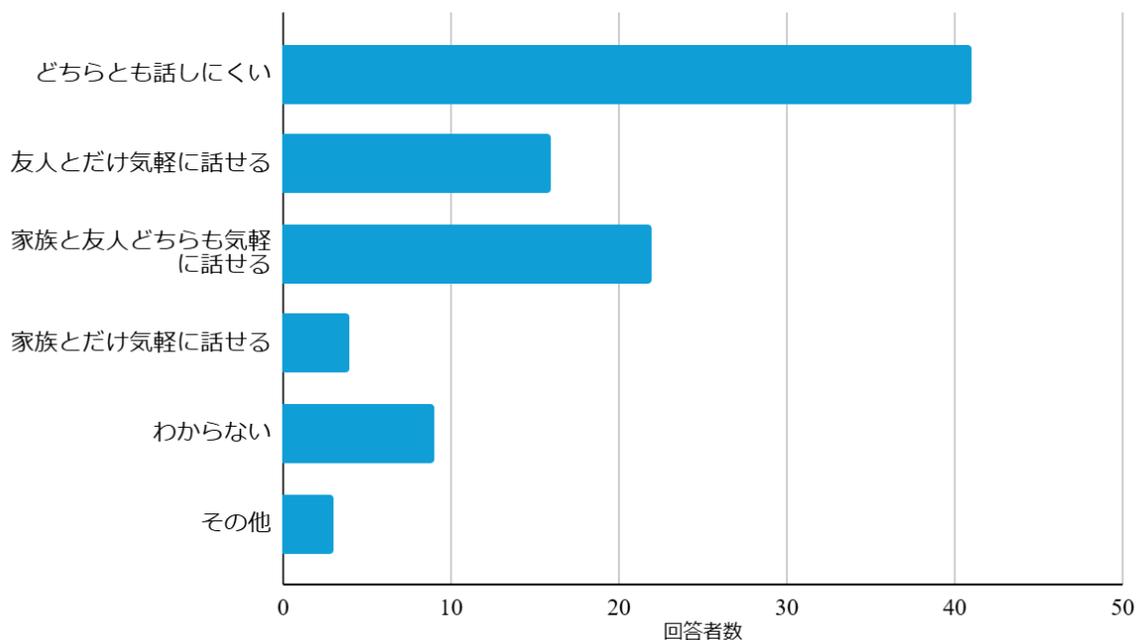
さらに、90%以上が避妊について日本の社会ではあまり話されていない、あるいは全く話されていないと考えており、88%が人工妊娠中絶へのアクセス性と、その方法についてあまり話されていない、あるいは全く話されていないと考えている。以下の図 14 を参照のこと。

図14. 日本の社会では、避妊や人工妊娠中絶について話されていると思いますか？



最後に、80%以上が日本の配偶者の同意要件について知っていたが、40%以上が友人や家族と人工妊娠中絶について話すのは難しいと考えていた。

図15. 人工妊娠中絶について友人や家族と気軽に話し合えますか？



「若者には包括的な性教育が必要」「日本ではまだ性教育が十分でない」といった声が寄せられた。また、女性の健康に関する書籍の推薦を求める声もあった。全体として、これらの調査結果は、日本における性と生殖に関する健康についての教育を改善し、国民の健康と自立への障壁となる社会的なスティグマや文化的な規範に立ち向かうために、避妊と人工妊娠中絶に関する世論を高める必要性を再確認するものである。

E. 調査の限界

このアンケート調査の限界の一つは、参加者の数と、一般公開された調査期間が短かったことである。サンプル数がもっと多ければ、より広い範囲、統計的な検出力、調査結果の一般性を得る上でより有益であったかもしれない。とはいえ、参加者は地理的に多様で、20以上の都道府県から回答を得ている。また、年齢、所得水準、教育水準の異なる、代表的なサンプルも得ている。この調査のもう一つの限界は、アンケートの配布方法である。ヒューマンライツ・ナウはこのアンケートをウェブサイトや SNS を通じて配布したが、その結果、避妊や妊娠中絶に関心のある人たちが、回答者として自己選択された可能性がある。

III. 国際的な人権の枠組み：避妊と人工妊娠中絶の権利

避妊と人工妊娠中絶の権利は、健康への権利、情報と教育を受ける権利、平等と非差別的な法律への権利、子どもを持つ間隔と数を決める権利、拷問や虐待に当たらない医療を受ける権利、プライバシーへの権利など、十分に認知された多くの国際的な人権の枠組みに根ざしている¹⁰³。さまざまな国際人権条約に列挙されているこれらの権利は、条約監視機関、国連の特別報告者、地域の人権裁判所によって、避妊と人工妊娠中絶の権利を含むように拡大解釈されてきた¹⁰⁴。WHO は、これらの権利が満たされるための必須基準に関するガイダンスを提供している¹⁰⁵。日本は以下で取り上げる人権条約すべて

¹⁰³ CTR. FOR REPRO. RTS. & U.N. POPULATION FUND, *Briefing Paper : The Right to Contraceptive Information and Services for Women and Adolescents*, p. 12 (2010), <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Contraception.pdf>; U.N. POPULATION FUND, THE DANISH INSTITUTE FOR HUMAN RIGHTS, and U.N. HUMAN RIGHTS OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER, *Reproductive Rights Are Human Rights: A Handbook For National Human Rights Institutions*, p. 89 (2014), <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/NHRIHandbook.pdf>.

¹⁰⁴ 同上, CTR. FOR REPRO. RTS. & U.N.F.P.A, p. 12; U.N.F.P.A, THE DANISH INST. FOR HUMAN RTS. & U.N. HUMAN RTS. OFF. OF THE HIGH COMM'R, The Danish Inst. For Human Rts. & U.N. Human Rts. Off. of The High Comm'r, p. 89.

¹⁰⁵ WHO, *Introducing WHO's sexual and reproductive health guidelines and tools into national programmes: Principles and processes of adaptation and implementation*, https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69878/WHO_RHR_07.9_eng.pdf?sequence=1.

に加盟している¹⁰⁶。そのため、日本はこれらの列挙された権利、および避妊と人工妊娠中絶に関する基本的な権利を尊重、保護、履行しなければならない¹⁰⁷。

A. 到達可能な最高水準の健康への権利（「健康への権利」）

健康への権利は、経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約（ICESCR）の第12条1項で確立された¹⁰⁸。経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約の履行を監視する国連の経済的、社会的及び文化的権利委員会（CESCR）は、規約締約国が健康への権利を履行する義務を明確化かつ拡大させるため、一般的意見をいくつか発表している¹⁰⁹。さらに、健康への権利に関する特別報告者も、健康への権利や健康の定義について発表している¹¹⁰。

経済的、社会的及び文化的権利委員会の一般的意見14と22は、健康への権利とは、単に健康である権利以上のものであり、自分の健康と身体をコントロールする自由と、健康の平等な享受の権利を含むと説明している¹¹¹。一般的意見22は、健康への権利には性と生殖に関する健康が含まれるため、避妊と人工妊娠中絶の両方の権利が含まれると説明している¹¹²。健康への権利に関する特別報告者はまた、医療だけでなく、栄養価の高い食料へのアクセス、安全な水へのアクセス、性と生殖に関する健康に対する権利のような付加的な要素を含むように、権利を拡大的に定義している¹¹³。

経済的、社会的及び文化的権利委員会の一般的意見14と22はまた、健康への権利を満たすために必要な4つの要素を定めており、それぞれが避妊と人工妊娠中絶の権利にも当てはまる¹¹⁴。この4つの要素とは、「入手可能性」、「アクセス性」、「受容性」、

¹⁰⁶ 日本は1979年6月21日に市民的及び政治的権利に関する国際規約を批准、1985年6月25日に女子に対するあらゆる形態の差別の撤廃に関する条約を批准、1979年6月21日に経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約を批准した。OCHCR, *U.N. Treaty Body Database*, https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/Treaty.aspx?CountryID=87&Lang=EN (last visited April 14, 2024).

¹⁰⁷ U.N. COMM. ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RTS., 22nd Sess., General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health, 33, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (Aug. 11, 2000). [以下 CESCR, 一般的意見 14].

¹⁰⁸ International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, art. 12.1, Dec. 16, 1966, 993 U.N.T.S. 3 [以下 ICESCR].

¹⁰⁹ 例えば以下を参照: CESCR, 一般的意見 14, 前掲註 107; U.N. Comm. on Economic, Social and Cultural Rts., General Comment 22 on the right to sexual and reproductive health, 5, U.N. Doc. E/C.12/GC/22 (May 2, 2016) [以下 CESCR, 一般的意見 22].

¹¹⁰ Special Rapporteur on the Right to Health, *About the Right to Health and Human Rights*, U.N. HUMAN RTS. OFF. OF THE HIGH COMM’R, <https://www.ohchr.org/en/special-procedures/sr-health/about-right-health-and-human-rights> (last visited Feb. 26, 2024).

¹¹¹ ICESCR, 前掲註 108; CESCR, 一般的意見 14, 前掲註 107, 8; CESCR, 一般的意見 22, 前掲註 109, 5.

¹¹² CESCR, 一般的意見 22, 前掲註 109, 1; Anand Grover, *Interim Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health*, 21, U.N. Doc. A/66/254 (Aug. 3, 2011), [以下、Anand Grover, Interim Report].

¹¹³ U.N. HUMAN RTS. OFF. OF THE HIGH COMM’R, *Special Rapporteur on the Right to Health*, <https://www.ohchr.org/en/special-procedures/sr-health> (last visited Feb. 26, 2024); *Special Rapporteur on the Right to Health*, 前掲註 110.

¹¹⁴ CESCR, 一般的意見 14, 前掲註 107, 12; Anand Grover, *Interim Report*, 前掲註 112, 65.

「良質性」である¹¹⁵。第一に、十分に利用可能で機能する公的医療施設、商品、サービス、プログラムが存在しなければならない¹¹⁶。避妊の権利のこの要素を満たすために、国家は必要不可欠な医薬品を利用できるようにしなければならない¹¹⁷。WHO は、これには様々な形態の通常避妊と緊急避妊が含まれると定義している¹¹⁸。国連自由権規約委員会の一般的意見 36 は、国家が人工妊娠中絶の権利のこの要素を満たすためには、「女性および女兒のために、出産前および妊娠中絶後の質の高いヘルスケアが利用可能で、効果的にアクセスできることを、あらゆる状況において秘密保持のもとに確保しなければならない」としている¹¹⁹。第二に、経済的、社会的及び文化的権利委員会の一般的意見 14 と 22 は、個人は差別されることなくそれらの施設、商品、サービス、プログラムにアクセスできなければならないと説明している¹²⁰。アクセス可能であるためには、避妊および人工妊娠中絶サービスが、国民健康保険制度が適用される場合でも、またはその他の方法で低料金で提供されている場合でも、手ごろな価格でなければならない¹²¹。第三に、経済的、社会的及び文化的権利委員会の一般的意見 14 は施設、商品、サービスは、医療倫理、文化的基準、ジェンダーに配慮した視点を受け入れ尊重するものでなければならないとしている¹²²。

これらの要素を満たすために、国家は様々な措置を取ることができる。の第 12 条 2 項 (a) と経済的、社会的及び文化的権利委員会の一般的意見 14 は、重要な第一歩は、性と生殖に関する健康 (SRH) サービスを提供することであり、これには家族計画のサービスへのアクセスや、その情報に基づいて行動するための資源、緊急産科サービスが含まれることを明確にしている¹²³。経済的、社会的及び文化的権利委員会の一般的意見 22 は、SRH サービスや医薬品へのアクセスを実際に拒否することは、健康への権利を侵害するものであると付け加えている¹²⁴。女性差別撤廃委員会 (CEDAW) によればこれには緊急避妊の拒否も含まれる。緊急避妊は処方箋なしで利用でき、公的医療保険が適用されなければならない¹²⁵。子どもの権利委員会 (CRC) は、青少年にも避妊が利用で

¹¹⁵ CESCR, 一般的意見 14, 前掲註 107, 12.

¹¹⁶ 同上, 12 (a).

¹¹⁷ 同上; CESCR, 一般的意見 22, 前掲註 109, 13.

¹¹⁸ WHO, 前掲註 21 (緊急避妊薬を必須医薬品に認定している).

¹¹⁹ U.N. HUMAN RIGHTS COMMITTEE, *International Covenant on Civil and Political Rights, General Comment No. 36, Article 6: Right to Life*, 8 (Sep. 3, 2019), <https://www.ohchr.org/en/calls-for-input/general-comment-no-36-article-6-right-life> [以下 HRC, 一般的意見 36]; Anand Grover, *Interim Report*, 前掲註 112, 65 (k).

¹²⁰ CESCR, 一般的意見 14, 前掲註 107, 12 (b); CESCR, 一般的意見 22, 前掲註 109, 18.

¹²¹ CESCR, 一般的意見 14, 前掲註 107, 12 (b); *Report of the Committee on the Elimination of Discrimination Against Women, Twentieth Session (19 January-5 February 1999) & Twenty-First Session (7-25 June 1999)*, U.N. GAOR, 54th Sess., Supp. No. 38, art.12, U.N. Doc. A/54/38/Rev.1 (1999).

¹²² CESCR, 一般的意見 14, 前掲註 107, 12 (c).

¹²³ ICESCR, 前掲註 108, art. 12.2(a); CESCR 一般的意見 14, 前掲註 107, 14.

¹²⁴ CESCR, 一般的意見 22, 前掲註 109, 57.

¹²⁵ CTR FOR REPRO RTS., *Breaking Ground Treaty Monitoring Bodies on Reproductive Rights*, p. 7 (2020),

<https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/Breaking-Ground-2020.pdf>; 例えば以下を参照: CEDAW

きなればなければならぬことを明確にする一般的意見を公表した¹²⁶。これには、予防的な SRH サービス、教育、必要不可欠な医薬品への適時かつ平等なアクセスが必要である¹²⁷。

B. 情報と教育を受ける権利

CEDAW の一般的勧告 21 によれば、情報と教育を受ける権利には、「避妊を含む性と生殖に関する健康についての情報と教育を求め、受け、伝えること」が含まれる¹²⁸。避妊に関する情報は、個人が自分にとって最適な避妊方法を選択できるよう、性教育や家族計画に関する資料を伴うべきである¹²⁹。避妊の権利を実現するためには、個人が避妊に関する情報にアクセスできるだけでなく、避妊の利用について十分な情報を得た上で決定するために必要な資源を入手できなければならない¹³⁰。

人工妊娠中絶に関して、国連自由権規約委員会の一般的意見 36 は、情報および教育を受ける権利も同様に、国家に対して「性と生殖に関する健康についての質の高い、証拠に基づく情報および教育へのアクセス（中略）を確保し、（中略）人工妊娠中絶を求める女性や女児のスティグマ化を防止する」よう求めていると説明している¹³¹。特に、国家は、個人が証拠に基づく性と生殖に関する健康についての情報にアクセスすることを妨げる刑法やその他の法的制限を撤廃すべきである¹³²。人工妊娠中絶を禁止したり、人工妊娠中絶を受けるための信頼できる情報へのアクセスを制限する法律は、安全でない状況下で人工妊娠中絶が行われる可能性を高める¹³³。人工妊娠中絶に関する情報と教育への権利を満たすためには、人工妊娠中絶の法的状況や利用可能性について、最新の医療提供者等を通じて国が公開すべきである¹³⁴。

これらの権利を実現するために、経済的、社会的及び文化的権利委員会の一般的意見 14 と CEDAW の一般的勧告 21 は、性と生殖に関する健康および家族計画に関する教育

Committee, *Concluding Observations: Hungary*, 31(b), U.N. Doc. CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013); *General Recommendation No. 35: Gender-based Violence Against Women*, Updating General Recommendation No. 19, 31(a)(iii), CEDAW/C/GC/35 (Jul. 26, 2017).

¹²⁶ Committee on the Rights of the Child, *General Comment No. 15 on the Right of the Child to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Health*, art. 24, 70, CRC/C/GC/15 (Apr. 17, 2013).

¹²⁷ ICESCR, 前掲註 108, art. 12.2(d); CESCR, 一般的意見 14, 前掲註 107, 17.

¹²⁸ Ctr. For Repro. Rts. & U.N.F.P.A., 前掲註 103, p. 13; CEDAW, *General Recommendation 21: Equality in Marriage and Family Relations (13th Sess., 1994)*, 22, U.N. Doc. A49/38 (1994) [以下 CEDAW, 一般的勧告 21].

¹²⁹ CEDAW, 一般的勧告 21, 前掲註 128, 22.

¹³⁰ 同上

¹³¹ HRC, 一般的意見 36, 前掲註 119, art.2.

¹³² Anand Grover, *Interim Report*, 前掲註 112, 65(e).

¹³³ 同上, 26.

¹³⁴ 同上, 65(l).

を、医療施設や医療・教育機関で受けられるようにするよう国家に指示している¹³⁵。また、子どもの権利委員会の一般的意見 4 と健康への権利に関する特別報告者は、学校における包括的で年齢に応じた SRH 教育の重要性を強調している¹³⁶。さらに、経済的、社会的及び文化的権利委員会の一般的意見 22 は、この教育は適時的、科学的に正確であり、証拠に基づいた差別のない情報を含むものでなければならないと付け加えている¹³⁷。教育の権利に関する特別報告者は、性教育は教育を受ける権利の一部であると述べており、健康の問題としてだけでなく性暴力と闘うため、包括的な性教育の必要性を詳述した報告書を発表した¹³⁸。

最後に、経済的、社会的及び文化的権利委員会の一般的意見 22 は、国家がこのような情報を検閲したり、差し控えたり、意図的に誤った形で提示したりするのは、情報と教育を受ける権利の侵害に当たると規定している¹³⁹。

C. 平等と非差別的な法律への権利

平等と非差別的な法律への権利は、国が差別的な法律や政策を禁止するだけでなく、差別的慣行をもたらし社会的・文化的に根付いた規範に対して行動することも必要だとしている¹⁴⁰。経済的、社会的及び文化的権利委員会の一般的意見 14 は、この権利は、性と生殖に関するサービスと教育の提供における女性に対する差別を禁止するものと解釈している¹⁴¹。このことは、経済的な障壁を含め、これらのサービスや教育にアクセスするためのあらゆる障壁を取り除くことを要求している¹⁴²。

¹³⁵ Ctr. For Repro. Rts. & U.N.F.P.A., 前掲註 103, p. 17; CESCR, 一般的意見 14, 前掲註 107, 11; CEDAW, 一般的勧告 21, 22 前掲註 128.

¹³⁶ Ctr. For Repro. Rts. & U.N.F.P.A., 前掲註 103, p. 13; Committee on the Rights of the Child, *General Comment No. 4: Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights of the Child*, 28, U.N. Doc. CRC/GC/2003/4 (Jul. 2003); Vernor Muñoz, *Report of the United Nations Special Rapporteur on the Right to Education*, 19 & 24–37, U.N. Doc. A/65/162 (July 23, 2010). 2019 年のエクアドル訪問後、特別報告者は同国に対し、「学校のカリキュラムでの義務教育として、年齢を考慮した、科学的に正確な性教育」を含めるよう勧告した。 *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health visit to Ecuador*, 77 (1), U.N. Doc. A/HRC/44/48/Add.1 (May 6, 2020).

¹³⁷ CESCR, 一般的意見 22, 前掲註 109, 18, 19, 21, 40, 41, 43 & 58.

¹³⁸ 教育を受ける権利に関する特別報告者の活動は、主に教育を受ける権利の実現と、教育へのアクセスを制限する障害への対処に焦点を当てている。しかし特別報告者は、教育の権利の一部としての性教育に関する報告書を総会に提出している。この報告書では健康の問題としてだけでなく、性暴力と闘うための包括的な性教育の必要性が詳述されている。 U.N. HUMAN RTS. OFF. OF THE HIGH COMM'R, *Special Rapporteur on the Right to Education: About the Mandate*, <https://www.ohchr.org/en/special-procedures/sr-education/about-mandate/> (last visited Feb. 26, 2024); Muñoz, 前掲註 136.

¹³⁹ CESCR, 一般的意見 22, 前掲註 109, 41&58. 2019 年のエクアドル訪問後、特別報告者は同国に対し、「学校のカリキュラムでの義務教育として、年齢を考慮した、科学的に正確な性教育」を含めるよう勧告した。 *Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health Visit to Ecuador*, 77(1), U.N. Doc. A/HRC/44/48/Add.1 (May 6, 2020).

¹⁴⁰ Ctr. For Repro. Rts. & U.N.F.P.A., 前掲註 103, p. 12

¹⁴¹ 例えば以下を参照: CESCR, 一般的意見 14, 前掲註 107, 21.

¹⁴² 同上

また、経済的、社会的及び文化的権利委員会の一般的意見 22 は、SRH サービスの提供において女性に対する差別を避けるために、手頃な価格で安全かつ効果的な避妊具への平等なアクセスを確保する法的・政策的措置を採用するよう国家に指示している¹⁴³。国家はまた、女性の SRH と避妊の使用に関する決定権を尊重する法律と政策を採用しなければならない¹⁴⁴。CEDAW の一般的勧告 24 は、避妊へのアクセスに親または配偶者の同意を必要とする法律が差別を構成することを明確にしている¹⁴⁵。

この権利は人工妊娠中絶にも適用されるため、国連自由権規約は一般的意見 36 の中で、国家は「人工妊娠中絶を受ける女性や女兒に刑事罰を適用するような措置をとるべきではない」と述べている¹⁴⁶。それはこのような罰が「女性と女兒に安全でない人工妊娠中絶に頼らざるを得なくさせる」可能性があるからである。女性の精神的な健康は、望まない妊娠を終わらせるか、安全でない医療行為を受けるか、法律に違反するかを決めるストレスによっても影響を受ける¹⁴⁷。女性と女兒の健康への権利に不釣り合いな影響を与えることに加え、超法規的・即決・恣意的処罰に関する国連特別報告者は、命を救うための人工妊娠中絶や中絶後のサービスを意図的に拒否することは、「ジェンダーに基づく恣意的な殺害に相当」し、安全でない人工妊娠中絶は生存権を侵害すると指摘している¹⁴⁸。安全でない人工妊娠中絶は妊産婦の死亡率と罹患率に大きく寄与するため、国家は人工妊娠中絶を受けた女性に対する処罰を完全に禁止すべきである¹⁴⁹。

D. 子どもの数と間隔を決める権利

CEDAW は、子どもの数と間隔を決定する権利を定めている。そして、その権利は、子どもを産み育てるという女性の責任が、教育や雇用などの人生設計面のあらゆることに影響することを認めるものであると、一般的勧告 21 で説明している¹⁵⁰。したがって、この権利は本来、この権利を行使するために必要な避妊やその他のサービスへのアクセ

¹⁴³ CESCR, 一般的意見 22, 前掲註 109, 28.

¹⁴⁴ 同上

¹⁴⁵ Ctr. For Repro. Rts. & U.N.F.P.A., 前掲註 103, p.12; CEDAW Committee, *General Recommendation 24 (art. 12)*, (20th Sess., 1999), in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies* (Vol. II), 14 & 21 (p. 361-362), U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II) (2008).

¹⁴⁶ HRC, 一般的意見 36, 前掲註 119, 8.

¹⁴⁷ Anand Grover, *Interim Report*, 前掲註 112, 17.

¹⁴⁸ Agnes Callamard, *Report of the Special Rapporteur on Extrajudicial, Summary or Arbitrary Executions on a Gender-sensitive Approach to Arbitrary Killings*, U.N. Doc. A/HRC/35/23, 94 (June 6, 2017).

¹⁴⁹ U.N. HUMAN RTS. OFF. OF THE HIGH COMM'R, *Access to Safe and Legal Abortion*, <https://www.ohchr.org/en/statements/2022/07/access-safe-and-legal-abortion-urgent-call-united-states-adhere-womens-rights> (last accessed February 14, 2024).

¹⁵⁰ CEDAW, 一般的勧告 21, 前掲註 128, 21; CEDAW, *adopted* Dec. 18, 1979, art. 1, G.A. Res. 34/180, U.N. GAOR, 34th Sess., Supp. No. 46, 193, U.N. Doc. A/34/46 (1979) (*entered into force* Sept. 3, 1981).

スを提供することを国家に要求するものである¹⁵¹。この権利は人工妊娠中絶にも適用されるため、国家は女性が「自身の子どもの数と間隔について自由かつ責任を持って決定できる」ことを保証しなければならない¹⁵²。さらに、北京宣言及び行動綱領は、人々が満足のある安全な性生活を営むことができ、子どもを産むか産まないか、あるいは子どもを産む間隔を自由に決定する意思を有し、安全で効果的で手頃な値段で家族計画の方法を選択できることは、性と生殖に関する健康における最低条件であるとしている¹⁵³。

E. 拷問や虐待に当たらない医療を受ける権利

「拷問及び他の残虐な、非人道的な又は品位を傷つける取扱い又は刑罰」に関する特別報告者によれば、医療を受ける権利の下では、医療行為が害を与えないことを保証するために、国家が民間および公的医療機関を規制・監視する義務があるとしている¹⁵⁴。これには、虐待的な医療行為は、尋問や刑罰の領域を超えて起こりうると認識することも含まれる¹⁵⁵。人工妊娠中絶に関する不当な扱いの例としては、人工妊娠中絶の拒否がある¹⁵⁶。国家は、そのような医療が人工妊娠中絶希望者や医療提供者に刑罰や報復をもたらさないようにすべきである¹⁵⁷。

F. プライバシーの権利

市民的及び政治的権利に関する国際規約第 17 条は、プライバシーの権利を定めており、「個人及び夫婦が、政府の干渉を受けることなく、私生活に関する基本的な決定を行う権利を保護する」としている¹⁵⁸。CEDAW は一般的勧告 21 で、プライバシーの権利には家族を作るかどうか、またはいつ作るかについての個人の決定も含まれると説明しており、家族を持つことを決定するために必要な情報へのアクセスの必要性も認めている¹⁵⁹。WHO もまた、『避妊に関する情報およびサービスの提供における人権の確保：ガ

¹⁵¹ CEDAW, 一般的勧告 21, 前掲註 128, 21.

¹⁵² U.N. HUMAN RTS. OFF. OF THE HIGH COMM'R, *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women: Article 16*, adopted December 18, 1979.

¹⁵³ U.N. WOMEN, *The United Nations Fourth Conference on Women: 94-96*, <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/health.htm>.

¹⁵⁴ Juan E. Méndez, *Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*, U.N. Doc. A/HRC/22/53, 15 (Feb. 1, 2013).

¹⁵⁵ 同上

¹⁵⁶ 同上, 50.

¹⁵⁷ 同上, 90.

¹⁵⁸ CTR. FOR REPRO. RTS. & U.N.F.P.A, 前掲註 103, p. 13; 例えば以下も参照: Universal Declaration of Human Rights, G.A. Res. 217 (III) A, art. 12, U.N. Doc. A/RES/217(III) (Dec. 10, 1948); International Covenant on Civil and Political Rights, adopted Dec. 16, 1966, art. 17, 1-2, G.A. Res. 2200A (XXI), U.N. GAOR, 21st Sess., Supp. No. 16, U.N. Doc. A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171 (entered into force Mar. 23, 1976).

¹⁵⁹ CTR. FOR REPRO. RTS. & U.N.F.P.A, 前掲註 103, p. 13; 例えば以下も参照: CEDAW, 一般的勧告 21, 前掲註 128, 22.

イダンスと勧告』で、性と生殖に関する健康への決定権は個人のプライバシーの権利として尊重されるべきものであるとしている¹⁶⁰。

欧州人権裁判所（ECHR）のような地域の裁判所は、プライバシーの権利として人工妊娠中絶へのアクセスを強化してきた¹⁶¹。2010年にECHRは、患者が人工妊娠中絶を受ける資格があることを証明できる、アクセス可能で効果的な手続きを確立することを怠ったアイルランドは、欧州人権条約第8条（私生活及び家族生活が尊重される権利）に違反していると判断した¹⁶²。R.R.対ポーランド事件でECHRは、ポーランドが合法的な人工妊娠中絶にアクセスする経路を確立しなかったことにより、欧州人権条約第8条に違反したと判断した¹⁶³。どちらの裁判例も、プライバシーの権利には、人工妊娠中絶を受けるためのアクセスしやすく効果的な法的ルートが含まれることを明らかにしている。

IV. ベストプラクティスの比較

日本の国際人権義務、日本における避妊と人工妊娠中絶に対する法的・政策的障壁、避妊法の使用の現状や理解と、人工妊娠中絶についての調査データ、諸外国のベストプラクティスに関する研究は、日本が避妊と人工妊娠中絶へのアクセスに関する人権義務を遵守していないことを明らかにしている。人権へのコミットメントを果たすためには、日本政府は諸外国のベストプラクティスを参考にして、改革を行うべきである。人工妊娠中絶と避妊に関する法律と政策が、国際人権法と規範に準拠している6大陸の国々を調べた結果、本報告書で取り上げる7カ国が選ばれた。以下の各国は、第III部で詳述されているように、避妊と人工妊娠中絶の提供における国際人権基準の遵守に基づいて選ばれている。このセクションで取り上げるベストプラクティスは、フランス、イギリス、アイスランド、オランダ、スウェーデン、コロンビアの国々と、アメリカのニューヨーク州とカリフォルニア州、カナダのブリティッシュコロンビア州とマニトバ州の法律と政策に基づいている。

A. 避妊

¹⁶⁰ *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services*, WHO, https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/102539/9789241506748_eng.pdf?sequence=1.

¹⁶¹ *A, B and C v. Ireland*, EUR. CT. H.R., 267–268 (Dec. 10, 2010), <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-102332>; EUR. CONV. ON H.R., art. 8, Nov. 4, 1950; *R.R. v. Poland*, No. 27617/04, EUR. CT. H.R., 213–214 (Nov. 28, 2011), <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-104911>.

¹⁶² 同上

¹⁶³ EUR. CT. H.R., 前掲註 161, 213–14; CTR. FOR REPRO. RTS., *R.R. v Poland: Poland's Obligation to Prevent Inhuman and Degrading Treatment in Reproductive Health Care*, <https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/RR%20English.pdf>.

1. ベストプラクティスのまとめ

避妊へのアクセスに関する各国のベストプラクティスは、通常の避妊と緊急避妊に健康保険が適用されること、補助金や払い戻しによって手頃な価格になるべきであることを強調している。避妊へのアクセスに不当な障壁があってはならない。理想的には、処方箋は不要であるべきだが、処方箋が必要な場合にも、その入手は困難であってはならない。緊急避妊薬は処方箋なしで市販されるべきである。避妊のための経済的および処方箋に関する障壁を取り除くことで、国家は個人の健康への権利¹⁶⁴、平等と非差別的な法律への権利¹⁶⁵、およびプライバシーの権利を保護し、国際人権上の義務を果たす¹⁶⁶。国家はまた、さまざまな避妊法の選択肢を幅広く提供すべきである。多様な避妊法へのアクセスを確保することは、女性の健康への権利と、子どもの数と間隔を決める能力を保護するのに役立つ¹⁶⁷。

2. ベストプラクティス：完全な保険適用、もしくは手頃な価格で入手できること

イギリスでは、国民健康保険が通常の避妊法と緊急避妊法に完全に適用される¹⁶⁸。カナダのブリティッシュコロンビア州とマニトバ州では、通常の避妊法には州の健康保険制度が完全に適用される¹⁶⁹。アメリカのカリフォルニア州では、すべての健康保険制度が緊急避妊法を含む幅広い避妊法に完全に適用されなければならない¹⁷⁰。メディカル（Medi-Cal）に加入している患者は、これらの避妊法に無料でアクセスすることができる¹⁷¹。

¹⁶⁴ CESCR, 一般的意見 14, 前掲註 107, 12(b).

¹⁶⁵ 同上, 21; CESCR, 一般的意見 22, 前掲註 109, 28.

¹⁶⁶ CTR. FOR REPRO. RTS. & U.N.F.P.A., 前掲註 103, p. 13; 例えば以下も参照: Universal Declaration of Human Rights, G.A. Res. 217 (III) A, art. 12, U.N. Doc. A/RES/217(III) (Dec. 10, 1948), International Covenant on Civil and Political Rights, adopted Dec. 16, 1966, art. 17, 1–2, G.A. Res. 2200A (XXI), U.N. GAOR, 21st Sess., Supp. No. 16, U.N. Doc. A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171 (entered into force Mar. 23, 1976).

¹⁶⁷ CESCR, 一般的意見 14, 前掲註 107, 12(a); CESCR, 一般的意見 22, 前掲註 109, 13 (緊急避妊薬を必須医薬品に指定している); CEDAW, 一般的勧告 21, 前掲註 128, 21.

¹⁶⁸ NHS, *Where Can I Get Contraception?* (Apr. 7, 2021), <https://www.nhs.uk/conditions/contraception/where-can-i-get-contraception/?tabname=methods-of-contraception>; 例えば以下も参照: DR FOX PHARMACY, *Morning after pill*, <https://www.doctorfox.co.uk/morning-after-pill/> (last visited Apr. 14, 2024).

¹⁶⁹ B.C., *Free Contraceptives*, (Jan. 31, 2024), <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/health-drug-coverage/pharmacare-for-bc-residents/what-we-cover/prescription-contraceptives>; *Women's Health Advocates Applaud Manitoba's Plan to Subsidize Prescription Birth Control*, CBC NEWS (Nov. 22, 2023, 6:00 AM), <https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/manitoba-throne-speech-birth-control-1.7035927>.

¹⁷⁰ CAL. HEALTH & SAFETY CODE § 1367.25 (West 2024).

¹⁷¹ 同上; また、メディカル（Medi-Cal）とはカリフォルニア州のメディケイド（医療費補助）プログラムである。COVERED CALIFORNIA, *Medi-Cal*, <https://www.coveredca.com/health/medi-cal/>; メディケイドとは、所得やリソースが限られている人たちのために医療費を援助する連邦政府と州の共同プログラムである。メディケイドの加入には、その州の居住者および米国民であることが条件で、州ごとにルールおよび資格が異なる。MEDICAID.GOV, <https://www.medicaid.gov/>.

一部の国では、避妊具の購入時に健康保険が適用されない場合、払い戻しが受けられる。例えば、アメリカのニューヨーク州では、メディケイド（Medicaid）と多くの民間のプランが緊急避妊の払い戻しを行う¹⁷²。オランダでは、国民健康保険により 21 歳未満の個人は払い戻しを受けられる¹⁷³。

3. ベストプラクティス：不当な障壁からの解放

i. 医師による処方箋が不要、または処方箋が必要でも入手が容易であること

イギリスでは、国民健康保険が通常の避妊と緊急避妊に完全に適用されるためには処方箋が必要だが、2021 年には合成プロゲステロンのみを成分とした経口避妊薬が、2023 年には合成エストロゲンとプロゲステロンの成分が混合された経口避妊薬が、薬剤師との簡単な相談の後、一部の薬局で処方箋なしで市販で購入できるようになった¹⁷⁴。また、アメリカでも、FDA（アメリカ食品医薬品局）に承認されたプロゲスチン（合成ホルモン）のみを成分とする経口避妊薬オピル（ノルゲストレル）錠が、ドラッグストア、コンビニエンスストア、食料品店、オンラインストアで処方箋なしで購入できるようになった¹⁷⁵。さらに、カナダのブリティッシュコロンビア州とマニトバ州でも、保険制度が通常の避妊に適用されるためには処方箋が必要だが、これらの処方箋はさまざまな医療専門家が発行できるためアクセスしやすい¹⁷⁶。これには、医師、ナースプラクティショナー（診療看護師）、助産師、予約なしで診察を受けられるクリニックや薬局の薬剤師、ストリートナース・プログラム（路上で働き、緊急の医療ケアや医療アドバイスを必要とするホームレスの人々に基本的な医療を提供するプログラム）などが含まれる¹⁷⁷。

ii. 処方箋なしで市販で購入できる緊急避妊薬

¹⁷² N.Y. COMP. CODES R. & REGS. tit. 18, § 505.3.

¹⁷³ Bas Knopperts, *Health Insurance Contraception Reimbursement*, INDEPENDER (Nov. 13, 2023), <https://www.independer.nl/zorgverzekering/info/health-insurance/contraception>.

¹⁷⁴ Jenna Philpott, *Combination Contraceptive Pill to Be Made Available OTC in England*, PHARM. TECHNOLOGY (Nov. 17, 2023), <https://www.pharmaceutical-technology.com/news/combination-contraceptive-pill-to-be-made-available-otc-in-england/?cf-view>; NHR, *Find a pharmacy that offers the contraceptive pill without a prescription* (Nov. 27, 2023), https://www.nhs.uk/nhs-services/pharmacies/find-a-pharmacy-offering-contraceptive-pill-without-prescription/?fbclid=IwY2xjawGerrdleHRuA2FlbQIxMAABHYDNeQAr9N2y2mP4lswUdIXznut9nHC7jFcrISGA3r6KHZhORHmAs3lpWg_aehm_q0vK_BvbFYaB5qrQFDN-mQ.

¹⁷⁵ US FOOD & DRUG ADMINISTRATION, *FDA Approves First Nonprescription Daily Oral Contraceptive*, FDA News Release (July 13, 2023), https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-first-nonprescription-daily-oral-contraceptive?fbclid=IwY2xjawGe4Q1leHRuA2FlbQIxMAABHSyqJBcACy40ud8hvvrLMimlodkEUi1LwPR6umPo3obEgGsQr5qLpXCwv_aem_q0vK_BvbFYaB5qrQFDN-mQ.

¹⁷⁶ B.C., *Free Contraceptives*, 前掲註 169; CBC NEWS, 前掲註 169.

¹⁷⁷ B.C., *Free Contraceptives*, 前掲註 169.

処方箋なしで通常の避妊法を提供する国は一般的に少ないが、緊急避妊法は処方箋なしで入手できるのが一般的である。イギリスでは、緊急避妊薬は薬局で処方箋なしで手頃な値段で購入できる¹⁷⁸。アメリカのニューヨーク州¹⁷⁹とカリフォルニア州¹⁸⁰、アイスランド¹⁸¹、オランダも同様に¹⁸²、処方箋なしで緊急避妊薬を提供している。

iii. 幅広い避妊の選択肢の提供（および保険適用）

イギリスでは様々な避妊の選択肢が利用可能である。避妊薬、男女の避妊手術、IUD、注射、インプラント、男性用・女性用コンドーム、避妊パッチ、避妊キャップ、ダイアフラム、膣リングなどである¹⁸³。カナダのブリティッシュコロンビア州とマニトバ州の健康保険制度は、避妊薬、IUD、インプラント、膣リング、注射、緊急避妊には適用されるが、男性用コンドームには適用されない¹⁸⁴。アメリカのニューヨーク州のメディケイドは、ピル、コンドーム、ダイアフラム、IUD、緊急避妊薬、避妊手術、IUDを含む幅広い避妊具の利用に完全に適用される¹⁸⁵。カリフォルニア州のメディケイドは、ダイアフラムと避妊用スポンジ、避妊薬とリング、IUDとその他のインプラント、緊急避妊、避妊手術に適用される¹⁸⁶。

B. 人工妊娠中絶

1. ベストプラクティスのまとめ

人工妊娠中絶へのアクセスに関する各国のベストプラクティスは、人工妊娠中絶は国民健康保険が適用されるべきであることを示している。理想的には、全額補助されるべきであるが、そうでない場合は、手頃な自己負担額で実質的に補われるべきである。資金

¹⁷⁸ 例えば以下を参照：Morning After Pill, 前掲註 168.

¹⁷⁹ N.Y. COMP.CODES R. & REGS.18, 前掲註 172.

¹⁸⁰ CAL. HEALTH & SAFETY CODE, 前掲註 170.

¹⁸¹ EUR. PARLIAMENTARY F. FOR SEXUAL AND REPROD. RTS., *European Contraception Policy Atlas – Iceland*, <https://www.epfweb.org/node/732> (last visited Apr. 22, 2024).

¹⁸² EUR. CONSORTIUM FOR EMERGENCY CONTRACEPTION (NOV. 2021), *Netherlands*, <https://www.ec-ec.org/emergency-contraception-in-europe/country-by-country-information/netherlands/>.

¹⁸³ NHS, *Methods of Contraception*, <https://www.nhs.uk/contraception/methods-of-contraception/> (last visited Apr. 22, 2024).

¹⁸⁴ B.C., *Free Contraceptives*, 前掲註 169; SEXUALITY EDUC. RES. CTR. MB (2023), *Birth Control Methods*, <https://serc.mb.ca/birth-control-methods/>.

¹⁸⁵ N.Y. STATE DEP'T OF HEALTH, *Medicaid Family Planning Services*, https://health.ny.gov/health_care/managed_care/famplan10ques.htm (last visited Apr. 14, 2024).

¹⁸⁶ OFF. OF THE CAL. SURGEON GEN., *Let's Talk Birth Control (Contraception)*, <https://osg.ca.gov/contraception/> (last visited Apr. 14, 2024).

的に完全に補助された人工妊娠中絶医療を提供することは、個人の健康への権利¹⁸⁷、平等と非差別的な法律への権利を保護する国家の義務に合致する¹⁸⁸。

人工妊娠中絶を行うための第三者による同意は、いかなる形でも存在すべきではない。いかなる人工妊娠中絶も非犯罪化されるべきであり、理想的には憲法上または法的に保護されるべきである。いかなる人工妊娠中絶を非犯罪化することは、女性の情報と教育を受ける権利¹⁸⁹、プライバシーの権利¹⁹⁰、拷問や虐待に当たらない医療を受ける権利を保障するのに役立つ¹⁹¹。その他のベストプラクティスとしては、農村部で人工妊娠中絶を求める人にサービスや移動費を提供することで人工妊娠中絶へのアクセスを増やすことや、包括的な SRH 教育を義務付けることで人工妊娠中絶をスティグマ化しないようにする積極的な措置をとることが挙げられる。スティグマ化されることなく人工妊娠中絶の情報や手続きにアクセスすることは、包括的な情報や教育を受ける権利を満たすものである¹⁹²。

2. ベストプラクティス：完全な保険適用

フランス¹⁹³、アイスランド¹⁹⁴、オランダの国民健康保険制度では¹⁹⁵、人工妊娠中絶は完全に保険の適用内であり、無料である。カリフォルニア州の妊娠中絶アクセス法（Abortion Accessibility Act）は、人工妊娠中絶の保険にかかる自己負担をなくすことで、妊娠を終わらせるかどうかの女性の決断の際の経済的負担をなくすことを目的としている¹⁹⁶。ベルギーでは、人工妊娠中絶サービスには完全に保険が適用されるが、完全に無料というわけではない。ただし自己負担額は 4 ユーロに抑えられている¹⁹⁷。同様にスウ

¹⁸⁷ HRC, 一般的意見 36, 前掲注 119, 8; Anand Grover, *Interim Report*, 前掲註 112; CESCR, 一般的意見 14, 前掲註 107, 12(b).

¹⁸⁸ CESCR, 一般的意見 14, 前掲註 107, 21. SRH サービスの提供において女性を差別しないことには、経済的な障壁を含む、サービスを受けるための障壁を取り除くことも含まれる。

¹⁸⁹ Anand Grover, *Interim Report*, 前掲註 112. 国家は、根拠に基づく SRH に関する情報への個人のアクセスを阻げる刑法とその他の法的規制を撤廃すべきである。

¹⁹⁰ CTR. FOR REPRO. RTS. & U.N.F.P.A, 前掲註 103, p. 13. プライバシーの権利は、「個人やカップルが、政府の干渉を受けずに私生活に関する基本的な決定を行う権利を保護する。」

¹⁹¹ Méndez, 前掲註 154.

¹⁹² HRC, 一般的意見 36, 前掲注 119, 8.

¹⁹³ SERV. PUB. FRANÇAISE, *Voluntary Termination of Pregnancy (abortion)*, <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1551> (last visited Mar. 8, 2024).

¹⁹⁴ Termination of Pregnancy Act 2019, No. 43/201, art. 9 (Iceland).

¹⁹⁵ GOV'T OF THE NETH., *I'm Considering Abortion. What Should I Do?*, <https://www.government.nl/topics/abortion/question-and-answer/i-am-thinking-about-getting-an-abortion-what-should-i-do> (last visited Apr. 14, 2024).

¹⁹⁶ CAL. GOVERNOR, *Governor Newsom Signs Legislation to Eliminate Out-of-Pocket Costs for Abortion Services*, (Mar. 22, 2022), <https://www.gov.ca.gov/2022/03/22/governor-newsom-signs-legislation-to-eliminate-out-of-pocket-costs-for-abortion-services/>.

¹⁹⁷ VLAANDERN, *Health and Social Security*, <https://www.vlaanderen.be/en/your-future-in-flanders/health-and-social-security-0> (last visited Mar. 9, 2024). 自己負担額は、人工妊娠中絶が行われる施設の種類によって異なることがある。同上

エーデンでは、人工妊娠中絶は他の医療サービスと同様に扱われ、かかる費用は通常の診察と同じである¹⁹⁸。

3. ベストプラクティス：同意要件なし

避妊や人工妊娠中絶治療への広範なアクセスを提供している国で、人工妊娠中絶希望者に配偶者の同意要件を設けている国はない。国家は、人工妊娠中絶希望者に対する教育とインフォームド・コンセントを優先し、制限的な第三者による同意要件を避けるべきである。

4. ベストプラクティス：非犯罪化と保護

フランスの最近の憲法の改正では、人工妊娠中絶は非犯罪化されただけでなく、「保障された自由」として認められた¹⁹⁹。カナダには人工妊娠中絶に関する刑事法はない²⁰⁰。そして1995年、政府はカナダ保健法（Canada Health Act）の下で、人工妊娠中絶は医療上必要な処置であり、健康保険制度が適用されなければならないと認めた²⁰¹。カリフォルニア州の州憲法は、人工妊娠中絶の権利と、人工妊娠中絶の過程における国家の干渉からの自由を保障している²⁰²。コロンビアでは、人工妊娠中絶は非犯罪化されているが、人工妊娠中絶をする権利は明確に保護されていない²⁰³。しかし、レイプによる妊娠の場合や胎児の生存能力がない場合、女性の生命や健康に危険がある場合には、24週以降の人工妊娠中絶も明確に合法化されている²⁰⁴。

5. ベストプラクティス：法律と政策による人工妊娠中絶へのアクセス向上と脱ステイグマ化

i. 農村部やサービスが十分でない地域における人工妊娠中絶へのアクセスの増加

¹⁹⁸ Susanne Ahlund, *Statistik om Aborter 2022*, SOCIALSTYRELSEN, (Apr. 5, 2023),

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2023-5-8521.pdf>.

¹⁹⁹ Catherine Porter, *French Lawmakers Enshrine Access to Abortion in Constitution*, N.Y. TIMES (Mar. 4, 2024),

<https://www.nytimes.com/2024/03/04/world/europe/france-abortion-rights-constitution.html>.

²⁰⁰ Position Paper #61: Canadian Regulation of Abortion, ABORTION RTS. COALITION OF CANADA (Apr. 2023), <https://www.arcc-cdac.ca/media/position-papers/61-Canadian-abortion-regulation.pdf>.

²⁰¹ Jeanelle N. Sabourin & Margaret Burnett, *A Review of Therapeutic Abortions and Related Areas of Concern in Canada*, 34(6) JOGC 532 & 534 (June 2012), [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(16\)35269-0/pdf](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(16)35269-0/pdf); Position Paper #61, 前掲註 200.

²⁰² CAL. CONST. art. 1, § 1.1.

²⁰³ CTR. FOR REPRO. RTS., *Causa Justa Lawsuit to Decriminalize Abortion in Colombia (Colombian Constitutional Court)*,

<https://reproductiverights.org/case/causa-justa-decriminalize-abortion-colombia/#:~:text=The%20lawsuit%20proposed%20that%20instead,and%20information%20on%20access%20and> (last visited

Apr. 14, 2024).

²⁰⁴ Regina Tames & Mauricio Albarracin-Caballero, *Colombia: Abortion Rights Under Threat*, HUM. RTS WATCH (July 3, 2023, 1:19 PM), <https://www.hrw.org/news/2023/07/03/colombia-abortion-rights-under-threat>.

2023 年、カナダの保健大臣と女性・ジェンダー平等・青少年担当大臣は、農村部における人工妊娠中絶へのアクセスの向上と妊娠中絶のための移動費の改善に特化したプロジェクトに 420 万ドルの資金を提供した²⁰⁵。アメリカでは、カリフォルニア州で、認定された医療提供者との遠隔医療での面会の後、患者が中絶薬を郵送で入手することを認めている²⁰⁶。

ii. 包括的な性教育

スウェーデンは 1955 年以来、学校での学際的な性と生殖に関する健康（SRH）に関するカリキュラムを義務づけている²⁰⁷。そして、SRH 教育にスティグマがあるヨーロッパ諸国よりも「思春期の出産率が著しく低い²⁰⁸」。コロンビアでは、女性の権利擁護団体が政府を相手取り、人工妊娠中絶を犯罪化する代わりにより良い性教育を求める訴訟を起こし、成功した²⁰⁹。

V. 日本における避妊と妊娠中絶に関する提言

国連加盟国や国際条約、日本の NGO を含む多くのステークホルダーが、日本における避妊と人工妊娠中絶に関する問題を特定し、提言を発表している。2023 年に日本の NGO の連合が発表した「日本における性と生殖に関する健康と権利に関するステークホルダー共同報告書」（以下、「報告書」）では、避妊と人工妊娠中絶に関する様々な問題が特定されている²¹⁰。報告書では、処方要件に制限が多いことや保険が適用されないことなどが原因で、緊急避妊薬へのアクセスや購入面で法的・経済的な障壁が生じ

²⁰⁵ *Government of Canada strengthens access to abortion services*, Canada.ca. <https://www.canada.ca/en/health-canada/news/2023/05/government-of-canada-strengthens-access-to-abortion-services.html> (last visited Oct. 7, 2024).

²⁰⁶ STATE OF CAL., *California Abortion Access: Types of Abortion*, <https://abortion.ca.gov/getting-an-abortion/types-of-abortion/> (last visited Apr. 22, 2024).

²⁰⁷ WHO Regional Office for Europe, *Standards for Sexuality Education in Europe*, THE FED. CTR. FOR HEALTH EDUC. (BZGA) (2010), 12 & 14, https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/BZgA_Standards_English.pdf.

²⁰⁸ *Comprehensive Sexuality Education Implementation Toolkit*, UNESCO, <https://csetoolkit.unesco.org/toolkit/getting-started/cse-implementation-regional-and-country-levels#:~:text=Countries%20such%20as%20Sweden%2C%20Norway,and%20reproductive%20health%20and%20rights%20> (last visited Apr. 22, 2024).

²⁰⁹ *What Role Does UNESCO Play in National CSE Programmes?*, UNESCO, <https://healtheducationresources.unesco.org/toolkit/what-role-does-unesco-play-national-cse-programmes> (last visited Oct. 7, 2024).

²¹⁰ 一般的に UPR については前掲註 28 を参照。この報告書は日本の広範な NGO 連合によって発表された。その中には、家族計画国際協力財団（現在は公益財団法人ジョイセフ、JOICFP）、緊急避妊薬の薬局での入手を実現する市民プロジェクト（CIPATEC）、#なんでないのプロジェクト、SOSHIREN（生殖の自由のための女性のネットワーク）、J-ALL（LGBT 法連合会）、Spring、持続可能な社会に向けたジャパンユースプラットフォーム（JYPS）、The Sexual Rights Initiative、The Asia Pacific Alliance for Sexual and Reproductive Health and Rights、が含まれる。

ていることを明らかにしている²¹¹。同様に、安全な人工妊娠中絶処置へのアクセスや費用面での法的、経済的、技術的、社会的障壁の原因の一部として、刑法による墮胎罪としての人工妊娠中絶の犯罪化、母体保護法の配偶者の同意要件、保険適用の欠如、現代的で医学的に適切な人工妊娠中絶方法の不在、人工妊娠中絶希望者と人工妊娠中絶提供者に対するスティグマがあることを明らかにしている²¹²。最後に報告書は、避妊と人工妊娠中絶に対するこれらの障壁は、国際的に認められた性と生殖に関する健康の権利を侵害し²¹³、日本で周縁化された人々の間の不平等を悪化させ²¹⁴、身体の自律性を行使しようとする女性を効果的に処罰すると結論付けている²¹⁵。

まとめると、この報告書は、避妊と人工妊娠中絶への制限に対する日本の NGO の鋭敏な認識を反映している。これは、1999 年の時点で CEDAW が表明していたように、日本が人工妊娠中絶を合法化し、配偶者の同意要件を撤廃することを求める声と呼応しており²¹⁶、日本における法的・政策的改革を提唱するための基盤を提供している。

日本の NGO によって特定されたこれらの問題は、2023 年の日本の最新の普遍的・定期的審査（UPR）において、国連加盟国によってなされた一連の勧告に反映された²¹⁷。UPR は、国際社会が国連加盟国による人権義務の履行を審査し、改善を勧告するピアレビューのプロセスである²¹⁸。「客観的で信頼できる情報に基づき」、「普遍的な適用範囲とすべての国に対する平等な扱いを確保する方法で」、双方向の対話を通じて人権侵害に対処することを目指す²¹⁹。

日本の最新の UPR 審査において、国連加盟国は日本における避妊と人工妊娠中絶の改善に向けて法的・政策的改革を通じた勧告を行った。勧告には以下が含まれる。

- 「包括的な立法と政策の改革を通じて、人工妊娠中絶と避妊を含む、女性のための安全で適時的かつ手頃な価格の、性と生殖に関するヘルスケアへのアクセスを確保すること²²⁰。」 - ノルウェー

²¹¹ UPR, 前掲註 28, 5-9.

²¹² UPR, 前掲註 28, 10-20.

²¹³ UPR, 前掲註 28, 11, 14-15.

²¹⁴ UPR, 前掲註 28, 6, 7, 11 & 20.

²¹⁵ UPR, 前掲註 28, 14, 15, 17 & 19.

²¹⁶ CEDAW, *Concluding Observations on the Combined Seventh and Eighth Periodic Reports of Japan*, 39 a-c, <https://www.mofa.go.jp/files/100171077.pdf> (last accessed May 3, 2024).

²¹⁷ 一般的に以下を参照: U.N. Human Rights Council, *Universal Periodic Review – Japan, Fourth Cycle, Matrix of Recommendations*, Recommendation 147 & 158, <https://www.ohchr.org/en/hr-bodies/upr/jp-index> (last visited Mar. 7, 2024).

²¹⁸ U.N. Human Rights Council, *Basic Facts About the UPR*, <https://www.ohchr.org/en/hr-bodies/upr/basic-facts> (last visited Mar. 6, 2024).

²¹⁹ 同上

²²⁰ U.N. Human Right Council, 前掲註 217, 147 & 158.

- 「質の高い現代的な避妊具を、政府の補助金を通じて、生殖年齢にある女性にとって入手可能で、アクセスしやすく、手頃な価格にし、（中略）緊急避妊薬を医師の処方箋なしに薬局で購入できるようにすること²²¹。」 - オランダ
- 「人工妊娠中絶を墮胎罪という犯罪から除外し、配偶者の同意を必要としない、安全かつ合法的な中絶へのアクセスを確保するために、母体保護法を改正すること²²²。」 - ニュージーランド

これらの勧告は、日本の NGO が指摘した、日本における性と生殖に関する健康の権利侵害の報告に直接応えるものである²²³。しかし、日本はこれらの勧告を何一つ受け入れず、履行もしていない。そのため、UPR 参加国として継続的に非協力的であるとして、国連人権理事会による是正措置の対象となる可能性がある²²⁴。これらの事実は、日本が UPR の勧告を考慮し、法的・政策的改革を通じて、避妊と人工妊娠中絶へのアクセスを改善する緊急の必要性を強調している。

CEDAW は、日本の第 9 回合同定期報告に関する最終見解で、女性と健康に関する一般勧告第 24 号（1999 年）および持続可能な開発目標の目標に従い、性と生殖に関する保健医療サービスへの普遍的なアクセスの確保について以下を行うよう勧告している。

- (a) すべての女性と女兒に、緊急避妊を含む、手ごろな価格の現代的避妊法への十分なアクセスを提供すること。これには、16 歳と 17 歳の女兒が避妊法を利用するために親の同意を得るという要件を撤廃することも含まれる。
- (b) 刑法と母体保護法を改正し、人工妊娠中絶を合法化し、すべての場合において非犯罪化すること。また、女性と思春期の女兒が安全な人工妊娠中絶と中絶後のサービスを十分に利用できるようにし、女性の権利、平等、生殖に関する権利について自由な選択をするための経済的・身体的自律性を完全に実現すること。
- (c) 人工妊娠中絶を求める女性に対する配偶者の同意の要件を削除するために法律を改正すること。
- (d) 締約国の領域全体ですべての女性と女兒にとって、中絶薬を含む安全な人工妊娠中絶サービスがアクセスしやすく、安価で、健康保険でカバーされ、利用できるようにすること。

²²¹ 同上, 158 & 206.

²²² 同上, 158 & 211.

²²³ UPR, 前掲註 28.

²²⁴ U.N. Human Right Council, *Report of the Human Rights Council on Its Seventh Organizational Meeting*, https://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/OM/7/1 (last visited Apr. 3, 2024).

すべての女性が任意の不妊手術サービスを利用できるようにするため、配偶者の同意の要件を撤廃するよう母体保護法を改正すること。

日本政府の国際人権条約上の義務に基づき、また、条約機関による今までの総括所見および日本に対する勧告に対応して、我々は避妊と人工妊娠中絶へのアクセスを改善するために、以下を提言する²²⁵。

- 人工妊娠中絶サービスに関する配偶者の同意要件を撤廃し、人工妊娠中絶希望者に他の第三者による同意要件が課されないようにすること。これは、健康への権利、平等と非差別的な法律への権利、子どもの数と間隔を決める権利、プライバシーの権利を満たすものである。
- 刑法墮胎罪を削除することで人工妊娠中絶を非犯罪化し、理想的には人工妊娠中絶を受ける権利を憲法上または法的に保護すること。これは、健康への権利、平等と非差別的な法律への権利、子どもの数と間隔を決める権利、拷問や虐待に当たらない医療を受ける権利、プライバシーの権利を満たすものである。
- 人工妊娠中絶と人工妊娠中絶前後のケアに、国の医療制度が完全に適用されるようにすること。サービスは無料または手頃な自己負担額で済むようにすること。これは、健康への権利、平等と非差別的な法律への権利、子どもの数と間隔を決める権利を満たすものである。
- 農村部やサービスが十分でない地域の女性や、立場の弱い移住労働者や技能実習生が人工妊娠中絶を受けられるように、農村部における母体保護法指定医の数を増やし、人工妊娠中絶を希望する者の移動費を賄うための資金を提供すること。これは、健康への権利、情報と教育を受ける権利、平等と非差別的な法律への権利、子どもの数と間隔を決める権利を満たすものである。
- すべての薬局で妊娠中絶薬を入手できるようにするか、郵送で入手できるようにすること、また医師が遠隔健康相談を通じて妊娠中絶薬を投与できるようにすることによって、人工妊娠中絶へのアクセス性を高めること。これは、健康への権利、情報と教育を受ける権利、子どもの数と間隔を決める権利、拷問や虐待に当たらない医療を受ける権利、プライバシーの権利を満たすものである。

²²⁵ 最終見解と勧告は、人権条約機関が、締約国に対する評価と勧告を行う文書である。総括所見は法的拘束力を持たないが、条約締約国はこれらの見解の実施を検討することが期待されている。Lourika, *Concluding observations*. Callisto. <https://www.maputoprotocol.up.ac.za/concluding-observations> (last visited Oct. 21, 2024).

- 避妊（緊急避妊と通常の避妊の両方）が、完全な医療保険の適用、補助金、払い戻しなどを通じて、無料か、すべての人にとって手頃な価格で提供されるようにすること。これは、健康への権利、平等と非差別的な法律への権利を満たすものである。
- 薬局やクリニックで処方箋なしで緊急避妊薬が入手できるようにすること。これは、健康への権利、平等と非差別的な法律への権利、子どもの数と間隔を決める権利を満たすものである。
- 個人が避妊をするために処方箋を必要とする場合は、入手が困難でないようにすること。一部の安全な薬剤については、処方箋なしに避妊薬が入手できるようにすること。これは、健康への権利、平等と非差別的な法律への権利、子どもの数と間隔を決める権利、プライバシーの権利を満たすものである。
- 世界保健機関（WHO）の必須医薬品リストに従い、避妊薬、IUD、注射、インプラント、男性用・女性用コンドーム、男女の避妊手術など、幅広い現代的な避妊法への選択肢と適切なアクセスを安値で提供すること。これは、健康への権利、情報と教育を受ける権利、子どもの数と間隔を決める権利、プライバシーの権利を満たすものである。
- 身体的、感情的、精神的、社会的側面を含む総合的なアプローチを用いて、年齢に応じた包括的な性と生殖に関する健康についての義務教育を学校で行うこと。

VI. 結論

日本は、避妊と人工妊娠中絶の権利を認める国際人権条約上の義務の締約国である。しかし、日本における避妊と人工妊娠中絶の状況を分析すると、日本の法律や政策がこの権利を保障しておらず、むしろ侵害していることが明らかになる。ヒューマンライツ・ナウとウォルター・ライトナー国際人権クリニックが実施した調査のデータは、日本の住民が、日本がこの権利を保障していないことによって悪影響を被っていることを裏付けている。さらに、ベストプラクティスの比較分析により、この調査報告書に記載されている提言を採用することで、日本が避妊と人工妊娠中絶の権利を保護し、促進することができることを示している。そうすることで、日本は国際的な人権条約上の義務を果たすと同時に、国全体で性と生殖に関する健康を支援することができる。