

令和8年（行コ）第119号

自由に不妊手術等を受けることのできる地位確認等請求控訴事件

控訴人 梶谷風音ほか4名

被控訴人 国

控訴人ら準備書面(2)

—不妊手術の安全性について—

令和8（2026）年6月18日

東京高等裁判所第16民事部ロA係 御中

控訴人ら訴訟代理人弁護士 亀石倫子

同 井桁大介

同 岡香織

同 谷口太規

同 戸田善恭

同 早坂由起子

同 太田こもも

控訴人らは、控訴理由書44～46頁において、本件各規定が手段としての合理性・必要性を欠くことの根拠として、①優生保護法制定当時と比べて不妊手術の危険性は著しく低下していること、②現在の不妊手術のリスクは妊娠・出産に伴うリスクよりも低いことを主張した。本書面は、現在の不妊手術の安全性について詳述し、上記主張を補充するものである。

第1 はじめに

母体保護法第3条は、不妊手術を行うことができる要件として、①妊娠又は分娩が母体の生命に危険を及ぼすおそれのあるもの（同条1項1号）、②現に数人の子を有し、かつ分娩ごとに母体の健康度を著しく低下するおそれのあるもの（同条1項2号）の2類型に限定している。これ以外の目的で生殖を不能にする手術を行った者は、1年以下の懲役又は50万円以下の罰金に処せられる（同法28条・34条）。

同法の前身である優生保護法（昭和23年、1948年）は、ナチス・ドイツの遺伝病子孫防止法をモデルとして制定された国民優生法（昭和15年、1940年）を引き継ぐものであり、当時、女性に対する不妊手術は日本では十分に普及しておらず、腹部を十数センチ切開する開腹手術が標準術式であった。麻酔管理技術も未成熟であり、感染症や出血による死亡リスクは現代と比較にならないほど高かった。すなわち、女性に対する不妊手術が高侵襲・高リスクの医療行為であったという優生保護法制定当時の医療水準は、不妊手術を厳格に制限する立法を支える事情の一つであったと考えられる。

しかし、現代における不妊手術は、腹腔鏡下手術が標準術式となり、日帰り手術が可能など低侵襲化が進んでいる。現代の不妊手術の死亡率は、優生保護法制定当時とは比較にならないほど低下しており、妊娠・出産に伴うリスクをも下回る水準にある。

第2 不妊手術の術式の歴史的変遷

1 黎明期（～昭和20年代）：開腹手術の時代

(1) 外科的不妊手術の始まり

外科的不妊術の歴史は19世紀末に遡る。1880年、米国のLundgrenが絹縫合糸による卵管結紮を初めて報告した。その後、1895年にDührssenが腔式切開による卵管結紮術を実施し、1924年にIrving法が、1930年には（Pomeroyの死後に同僚により）Pomeroy法が発表された（甲144の1、2：Tubal Sterilization: Practice Essentials, Background, History of the Procedure）。Pomeroy法は卵管の一部を結紮・切除する術式であり、以後長期間にわたって標準的開腹術式として普及した（甲145の1、2：Sterilization by the Pomeroy Operation）。

(2) 日本における女性不妊手術の普及状況

もともと、昭和23年（1948年）に優生保護法が制定される以前の日本において、女性に対する不妊手術は広く普及していたわけではない。

昭和23年（1948年）に優生保護法が制定される以前の日本において、不妊手術は、隔離されたハンセン病患者に対して事実上なされていたほか、昭和15年（1940年）に制定された国民優生法に基づいてなされていた。

日本では、精管切除術（パイプカット）が大正4年（1915年）にハンセン病患者に対して初めて実施された（甲146：国立国会図書館調査及び立法考査局資料「旧優生保護法の歴史と問題—強制不妊手術問題を中心として—」5頁脚注(4)）。また、ハンセン病患者に対する不妊手術は昭和14年（1939年）まで続いたが、当時、女性の不妊手術は男性に比べて複雑困難であったことから、ハンセン病患者に対する不妊手術は専ら男性に対してなされていた（甲147：公益財団法人日弁連法務研究財団「ハンセン病問題に関する検証会議最終報告書」198頁）。

このように、優生保護法制定時、女性に対する不妊手術は、日本において一般的な術式であったとはいえない。

(3) 優生保護法制定当時の術式

昭和23年（1948年）に制定された優生保護法下においては、女性に対する不妊手術の術式として、同法施行規則1条3号に定める卵管圧ざ結さつ法（卵管の中央を引き上げ、直角又は鋭角に屈曲させて、その両脚を圧ざかん子で圧ざし、結さつするもの）及び同4号に定める卵管間質部けい状切除法（卵管を結さつして切断し、卵管間質部をけい状に切除し、残存の卵管断端結さつ部をしょう膜で覆い縫合するもの）が利用可能であったが、当時、使用器具や手技などその具体的な方法は確立していなかった（甲148：後藤直「手術による避妊（不妊手術）」『臨床婦人科産科』6巻12号679頁（1952年））。

(4) 麻酔及び感染症管理の未成熟性

優生保護法制定当時は、麻酔管理及び感染症管理の水準も現在とは大きく異なっていた。

日本において麻酔医療が本格的に整備されたのは1950年以降であり、優生保護法制定時には麻酔の専門医もおらず（甲149：田中聡「麻酔科医・麻酔科診療はどこへ向かっていくのか？」『信州医学雑誌』73巻4号211頁（2025年））、麻酔の技術も未発達であったことから、開腹手術を伴う不妊手術は困難であった。開腹手術を伴わない腔式の卵管結さつ術も戦後になって用いられることもあったが、手術時の視野が狭く、技術的に確立されていなかった（甲150：井上文夫・瀬尾芳寛「腔式卵管結紮術と其の遠隔成績」臨床婦人科産科6巻10号479頁（1952年））。

抗生物質についても、ペニシリンは、1942年に初めて製造され、日本では1948年にペニシリンを自給自足するに至ったが、ペニシリンが普及するまでの外科手術後の感染症管理は現在と比較して未整備であり、術後感染症が手術成績を大きく左右する要因となっていた（甲151の1、2：The history of antibiotics: the Japanese story、甲152の1、2：THE TREASURE CALLED ANTIBIOTICS）。これらの事情から、当時の外科手術一般のリスクは現代と比較にならないほど高く、不妊手術につい

ても同様の高リスク環境下で実施されていたといえる。

(5) 小括

以上のとおり、優生保護法制定時に想定されていた女性に対する不妊手術は、高侵襲な医療行為であった。したがって、当時の医療水準を前提とする危険性評価を、現在の不妊手術にそのまま当てはめることはできない。

2 転換期（昭和30～50年代）：腹腔鏡の導入

腹腔鏡（内視鏡）を用いた腹腔内手術は、1936年にスイスのBöschが最初の腹腔鏡下卵管閉塞術を報告したことに始まる（甲144の1、2）。その後、英国のPatrick Steptoeは1950年代末にパリ及びドイツで腹腔鏡技術を習得し、英国において、不妊手術に腹腔鏡を導入した。さらに1967年には英語初の婦人科腹腔鏡テキスト『婦人科における腹腔鏡（Laparoscopy in Gynaecology）』（E & S Livingstone, Edinburgh）を刊行して北米への技術普及において中心的な役割を果たした（甲153の1、2：Laparoscopy, Sterilization, the Test-Tube Baby, and Mass Media）。

日本では、日本医科大学附属病院女性診療科が1970年代より腹腔鏡手術を開始し、1990年以来1500例以上の腹腔鏡下手術の実績を有する旨を公表している（甲154）。技術と機器の急速な発展とともに手術適応は拡大し、平成以降に腹腔鏡下手術は婦人科手術の標準術式となった（甲155：桑原慶紀「婦人科腹腔鏡下手術の発展」）。

3 標準化期（平成初期以降）：腹腔鏡下手術の確立

平成年間を通じて、婦人科領域における腹腔鏡下手術は急速に普及し、不妊手術を含む良性婦人科疾患の標準術式となった（甲156：子宮鏡・腹腔鏡による手術について（聖マリアンナ医科大学））。腹腔鏡下手術は、臍部に約1センチメートルの切開を加えて炭酸ガスを注入し、下腹部の2、3か所に約5ミリメートルの切開を加え、腹腔内を膨らませた状態で腹腔鏡（スコープ）と専用器具を挿入して手術を行う術式

であり、腹部を約20センチメートル切開する開腹手術に比べて切開創が著しく小さい（甲157：婦人科における腹腔鏡下手術（医療法人豊田会刈谷豊田総合病院））。

現在、女性に対する不妊手術は、腹腔鏡下での実施が主流となっている。腹腔鏡下手術は開腹手術と比較して侵襲が著しく小さく、術後の疼痛は軽微であり、日帰りも可能であって、患者の負担は小さい（甲34）。

4 現代（令和以降）：両側卵管切除術への移行

平成8年（1996年）、優生保護法から母体保護法に改正される際に、同法施行規則1条の定める術式に、新たに、卵管切断法（同条5号。卵管を結さつし、切断するもの）、卵管切除法（同条6号。卵管及び卵管間膜を結さつして切断し、卵管の一部又は全部を除去するもの）、卵管焼しやく法（同条7号。卵管を電気メス、レーザーメス、薬剤等で焼やくし、閉鎖させるもの）、卵管変位法（同条8号。卵管を骨盤腹膜外に移動させ、固定するもの）、卵管閉塞法（同条9号。卵管又は卵管内くうを器具、薬剤等により閉塞させるもの）が追加された。

近年では、従来の卵管結紮（卵管を切断・結紮するもの）に代わり、両側卵管切除術（bilateral salpingectomy：卵管を全摘出する術式。母体保護法施行規則1条6号に含まれるもの）が選択されるようになってきている。両側卵管切除術は、従来の卵管結紮術と比較しても合併症のリスクを増加させない安全性の高い術式であることに加え、卵管を切除することで、卵管に由来する卵巣がんを予防する有効かつ安全な方法としても位置付けられているからである（甲158の1、2：Tubal Sterilization、甲159の1、2：Salpingectomy for the Primary Prevention of Ovarian Cancer: A Systematic Review）。

このように、現代の不妊手術は、単なる「避妊目的の処置」ととどまらず、卵巣がんリスクの低減という医学的利益をもたらすものとしても位置付けられている。すな

わち、現代の不妊手術は、女性の生命健康の保護¹という観点からむしろ積極的な意義を有するに至っている。

第3 現代における不妊手術の安全性—数値による論証

下表は、腹腔鏡下不妊手術の死亡率の歴史的変遷を示すものである。

時 代	死亡率（10万手術当たり）	主な出典・備考
1973～1979年（途上国）	約5.86件	Mortality risk associated with female sterilization（甲160の1、2） （25万5812件中15件）
1977～1981年（米国）	約4件（手術起因）	Mortality risk associated with tubal sterilization in United States hospitals（甲161の1、2）
腹腔鏡標準化後（米国）	1～2件	Sterilization in the United States（甲162の1、2）
CREST研究（米国・1979～1986年）	0件（死亡ゼロ）	Complications of interval laparoscopic tubal sterilization: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization（甲163の1、2） （9475件の腹腔鏡下手術中死亡ゼロ）
スイス大規模研究（1993～2001年）	0件（死亡ゼロ）	Tubal sterilization: complications of laparoscopy and minilaparotomy（甲164の1、2） （2万7653件の腹腔鏡・小開腹術中死亡ゼロ）

¹ なお、母体保護法は「母性の生命健康」を保護することを目的としている（同法1条）。同法の立法経緯及び仕組み解釈からすれば、同法という「母性」とは、「母親として子を産み育てる機能」を意味すると解されることは、控訴理由書37～44頁において主張したとおりである。もっとも、そのような解釈を前提とする限り、同法は、女性の身体を国家の人口政策上の手段として位置付けるものにほかならず、個人の尊厳を基礎とする憲法秩序の下で正当化される余地はない。そのため、同法の目的をなお正当なものとして理解する余地があるとすれば、それは上記の法令解釈に反して、不妊手術の侵襲性に鑑み、被施術者である女性の生命身体の保護を図ったものと解するほかない。しかし、本書面で述べるとおり、現代における不妊手術は、被施術者である女性にとって、一律禁止を必要とするほどの危険性を有するものではなく、かえって、女性の生命・身体健康維持に資する側面があるから、いずれにしても本件各規定の正当性を維持する立法事実は失われている。

これらの文献によれば、現代の腹腔鏡下不妊手術における死亡率は腹腔鏡標準化以前（約４～８件／１０万件）から劇的に低下し、大規模な多施設研究において死亡ゼロが報告されるに至っている。現時点で学術的に示される死亡率の上限は１０万手術当たり最大２件であり、これは腹腔鏡手術に伴う全身麻酔リスクに起因するものが主体である。

このように、現代の腹腔鏡下不妊手術については、大規模研究において死亡例が報告されておらず、その死亡率は極めて低い水準にある。

日本の医療水準は欧米と同等以上であり、腹腔鏡下手術に関する施設・術者の技術もまた高度に整備されている。優生保護法の下で、本件各規定の前身となる規定に基づきなされた不妊手術は８１万９９７５件であり（甲１６５：旧優生保護法に基づく優生手術等を受けた者に対する一時金の支給等に関する法律第２１条に基づく調査報告書第２編２１頁）、母体保護法の下でも、本件各規定に基づき年間２５００件から５０００件程度の不妊手術が実施されており、１９９７年から２０２４年までの間に、合計１０万８５００件の不妊手術が実施されているが（甲１６６：人口統計資料集２０２６年版７２頁）、不妊手術により前記の研究報告と比較して高い死亡率や重大な合併症が生じていることを示す公的な統計は見当たらない。

したがって、日本における不妊手術の安全性も、これら諸研究の結果に劣るものではない。日本における現代の不妊手術のリスクの評価に当たっては、これらの諸研究が示す医療水準を前提とすべきである。

第４ 不妊手術リスクと妊娠・出産リスクの比較

日本における妊産婦死亡率は、近年低下傾向にあるものの、なお１０万出産当たり２～５件の水準にある（甲１１６）。これに加えて、死亡に至らない場合であっても、重大な合併症を引き起こすことも少なくない（甲１１７、１１８）。

これは、現代の腹腔鏡下不妊手術の死亡率（１０万手術当たり０～２件）と比較して、概ね同等ないしむしろ高い水準である。すなわち、不妊手術は妊娠・出産に伴う

リスクと比較しても安全性に劣るものではなく、むしろリスク低減の選択肢として位置付けられる（甲１６２の１、２）。

第５ 結語

以上のとおり、不妊手術は、優生保護法制定当時の高侵襲・高リスク手術から、低侵襲の腹腔鏡下手術へと飛躍的に進歩を遂げてきた。死亡率は劇的に低下し、現代における不妊手術の安全性は、妊娠・出産に伴う死亡リスクをも下回る水準にある。むしろ、両側卵管切除術は卵巣がんリスクを低減するという積極的な医学的利益をもたらすに至っている（甲１５８の１、２、甲１５９の１、２）。

したがって、現代における不妊手術は、優生保護法制定時代に前提とされていた「高い医療的危険性」を伴うものではない。そのため、仮に、母体保護法２８条が女性の生命健康の保護を目的とするものであったとしても、同法３条所定の厳格な要件を維持する立法事実は既に失われている。

そうである以上、本件各規定により不妊手術へのアクセスを制限することは、現代医療の実情と乖離した過剰な制約であり、憲法１３条及び２４条２項に違反するものというべきである。

以上