

[모임넷XASA] 한국-일본 활동가 웨비나 '유산유도제, 재생산 건강과 권리 이슈들'

한국 참가자 질문에 대한 일본 발표자의 답변 모음

1) 2021년 여성 기자들이 경구 임신중절약 승인 신청에 관심을 가지고 보도를 하기 시작한 것은 제약회사에 의해 승인 신청이 먼저 있었기 때문인가요? 아니면 보도가 먼저 시작되고 라인파마가 승인을 신청한 것인가요?

(츠카하라 님의 답변) 승인 신청은 2021년 12월에 있었지만, 그 해 4월에 매일신문의 여성 기자가 '승인 신청될 전망'이라는 특종을 냈고, 거기서부터 다른 TV와 신문사들이 일제히 보도를 시작했습니다.

2) 한국에는 라인파마(생산사)가 기존에 들어와있지 않아, 현대약품(수입사)가 수입신청을 시도하다가 철회되었습니다. 일본에서는 라인파마사의 일본판매지부가 이미 들어와 있었던가요? 그래서 라인파마사에서 직접 승인 신청이 가능했던걸까요?

(츠카하라 님의 답변) 영국 라인파마 인터내셔널 사가 일본에서의 승인 신청을 위해 먼저 일본 자회사를 설립하고, 거기에서 주체적으로 임상시험과 신청을 진행했습니다.

3) '극약'이라는 것은 어느 정도의 의미인가요? 매우 위험한 약이어서 특별 관리가 필요한 약으로 취급되는 것인가요? 비교를 하자면 어떤 약의 수준으로 취급되는 것인가요?

(츠카하라 님의 답변) 일본에서는 약품 관리 기준이 엄격하게 적용되어 일상적으로 사용되는 고혈압 치료용 약품 등도 '극약'으로 지정되는 경우가 있습니다. 극약은 처방전 약물의 일부이지만 독성에 대한 과학적 기준이 있으며, '극약'보다 독성 수준이 더 강한 경우에는 '독약'으로 분류됩니다.

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11121000-lyakushokuhinkyoku-Soumuka/0000014658.pdf>

구체적으로는, 극약은 다른 약물과는 별도로 보관되며, 판매량과 사용량이 정확히 일치하는지 등이 엄격히 관리됩니다. 제가 문제로 지적하고 있는 것은 '극약'으로 지정되면 동시에 '모체보호법 지정의사'만 사용할 수 있는 약으로 일본 보건복지성이 위치시킨 것으로, OTC화(매장 판매)나 다양한 직업군에서 다룰 수 있는 등의 규제 완화가 이루어지지 않아 결과적으로 현재의 일본의 저용량 피임약과 마찬가지로 '승인은 받았지만 사용하는 사람이 극히 적은' 약이 되어 버리는 것입니다. 참고로, 일본에서 긴급 피임약은 '극약'은 아니지만 의사 또는 약사의 앞에서 복용해야 한다는 사항이 의무화되어 있습니다. 이는 일본의 실정에서 '여성은 신뢰받고 있지 않다'는 것을 보여주는 정확한 현실입니다.

또한, 극약 지정에 대한 과학적 증거는 특정 동물 실험 결과가 영향을 미친다는 답변을 일본

보건복지성 담당자로부터 얻을 수 있었기 때문에 현재 외국 전문가들에게 일본의 보건복지성(PMDA 심사기관)의 판단이 적절한지 여부를 확인 중입니다.

4) 일본에서는 일반적으로 오프라벨 사용(적응증 외 사용)이 얼마나 시행되나요? 의사의 재량권으로 가능한지, 법적으로 제약이 있는지? 오프라벨 사용이 제약이 적다면, 계류유산이나 9주 이상에서의 사용이 점점 확대될 수 있을거라 생각되어서요. (한국은 오프라벨 사용이 그렇게 제약이 크지는 않아, 미소프로스톨을 이용한 임신중지 등이 현재 일부 되고 있습니다.) 일본은 낙태죄가 남아 있어 미페프리스톤이 도입되었더라도 한계가 있고, 한국은 낙태죄는 폐지되었지만 미페프리스톤이 못 들어와서 절름발이네요.

(츠카하라 님의 답변) 일본에서는 일반적으로 오프라벨 사용은 적습니다. 저는 자세히 알지는 않지만, 오프라벨 사용을 하다 어떤 문제가 발생했을 때, 의사를 구제하는 체계가 없어서 그렇다고 들었습니다. 즉, 오프라벨 사용을 하려면 의사 측에 '충분한 확신과 각오'가 필요합니다. 장벽이 높습니다. 예를 들어 미페프리스톤과 미소프로스톨을 각각 한 번씩 사용한 후에 배출이 잘 일어나지 않는 경우, 유럽과 미국의 의사들은 오프라벨로 미소프로스톨을 사용하는 것이 일반적입니다. 그러나 일본의 의사들은 그 절차를 밟지 않고 바로 수술(혹은 유산 절제 및/또는 흡입)을 시행한다고 밝히고 있습니다.

5) (비슷한 결에서) 일본은 피임약을 도입하는데(그런데 피임약은 도입에 몇년, 비아그라는 도입에 6개월!) 에도 무척 많은 시간이 걸렸다고 들었어요. 운동이 무척 많이 어려웠을것 같아요. 운동이 정체되었다고 느꼈을 때 어떻게 논의를 모으고 방법을 마련하려고 했나요?

(츠카하라 님의 답변) 미국 FDA가 1998년에 승인한 바이아그라는 다음 해에 일본에서 신속히 승인을 받았으며, 불만과 비판이 일어나면서 이 1999년에 저용량 피임약도 마침내 승인되었습니다. 미국의 1960년 승인보다 거의 40년이나 늦었으며, UN 가맹국 중 마지막으로 승인되었습니다.

(이와모토 님의 답변) 일본에서는 바이아그라가 해외에서 승인된 후 즉시 중년과 노년의 남성들이 개인 수입을 시작했습니다. 바이아그라는 심장병 약물과 함께 복용해서는 안 됩니다. 그렇지만 이를 무시하고 개인 수입을 하다가 사망 사례가 발생했습니다. 그러자 보건성은 즉시 국내에서 의사 처방하에 안전하게 사용할 수 있도록 하겠다는 목적으로 6개월의 검토를 거쳐 1999년에 승인했습니다.

피임약은 40년이나 검토가 중간에 중단되어 여성들이 구할 수 없었습니다. 1990년의 저용량 임상실험 종료로부터도 9년이 지났습니다. 남성의 성에 대해서는 정부가 즉각적으로 지원하였지만 여성의 성에 대해서는 억압을 지속할 것인지는 의견이 불거져 여성 의원들과 미디어도 피임약 해금을 주장하며 어떤 운동인지 정확히 식별하기는 어렵지만, 정부에 피임약 승인을 결심하게 했습니다.

1970년대에서 1980년대 사이에는 일본의 여성운동은 피임약에 대해 회의적이었습니다. 중절을 금지하는 구실로 사용된다거나, 비자연적인 호르몬제를 섭취시키는 것에 대한 불안 등의 이유였습니다. 일본 여성들이 피임약 승인에 적극적으로 변화한 것은 1980년대 말에서 1990년대가 된 이후입니다. 1999년에는 피임약에 긍정적인 여성들이 많아졌습니다.

6) 2019년 이후 한국에서는 ‘임신중지’라는 단어가 확산되면서 ‘임신중절’이라는 단어가 오히려 위화감이 드는데요(물론 법률 등은 그대로지만), 이런 단어에 대한 논의가 일본에는 없는지 궁금합니다.

(츠카하라 님의 답변) 일본에서는 산파들로부터 중절약을 ‘유산약’이라고 부를 것이라는 제안이 있었지만, 채택되지는 않았습니다. 또한, 이번 여러분의 제안을 받아 ‘임신중지’와 그 외 ‘임신중단’ 등의 용어에 대해 몇 명과 의견 교환을 했지만, 뉘앙스적으로 크게 변화할 것으로 보이지 않는다고 판단하였습니다. 개인적으로는 원래의 몸으로 돌아가는 것을 의식하여 ‘임신으로부터의 해방’이라고 부르는 것은 어떨까 생각해 보기도 했지만, 더 부드러운 용어가 있다면 더 바람직하다고 생각합니다.

참고로, ‘형법 타태죄’의 ‘타태(Datai)’는 일본에서도 매우 비난을 받는 용어이며, 저 역시 강한 어색함을 느낍니다. 혹시 한국에서 ‘죄로서의 낙태(abortion as a crime)’는 ‘임신중절(termination of pregnancy)’과 동일한 용어인가요? 그렇다면, 어색함의 이유도 이해할 수 있습니다.

(카타야마 님의 답변) 일본에서는 법률 용어나 연구자들 사이에서는 불법 중절은 ‘타태’, 합법 중절은 ‘임신중절’ 또는 ‘중절’이라는 용어를 구분하여 사용합니다. 일반인들은 그 구분을 크게 신경 쓰지 않으며, 사람에 따라 모두 ‘타태’나 ‘탈락시키다’라는 단어를 사용하는 경우도 있습니다. ‘타태’는 부정적인 의미를 갖고 있으며, ‘중절’에 비해 비교적 중립적으로 울릴 수 있어서 생식권을 넓히고자 하는 측도 ‘중절’이라는 용어에 만족할 수도 있을 것입니다. 다만, 언론에서 임신한 여성을 즉시 ‘어머니’라고 부르는 등 다른 용어의 문제가 있으며, ASAJ에서 이에 대해 노력하고 있습니다.

7) 과거 한국의 여성은 7~8명의 아이를 출산하는 거의 출산기계에 불과한 적도 있었습니다. 이런 측면에서 여성의 자기결정권을 옹호하는 것이 매우 중요한데요.. 다만, 오랜 논쟁 대결의 하나인 장애아 낙태와 장애인 혐오의 문제가 커질 것에 대한 우려에 대한 대안은 있으신지 궁금합니다.

(츠카하라 님의 답변) 앞부분에 대한 대답을 드리겠습니다. 일본에서도 국가를 위해 여성들이 다산을 강제당하는 시기가 있었고, 패전 이후에는 여성들이 소산을 장려받았습니다. 고도경제성장기를 거치며 현재는 ‘저출산화’가 진행되고 있어 다시 출산하도록 사회적·문화적 압력이 가해지고 있습니다. (하지만 이전과 달리 국가가 여성들에게 직접적으로 출산을 ‘강제’하는 것은 불가능해졌습니다.) 이러한 ‘국가의 인구정책’에 따른 강제는 물론 인권침해이며, 자기 결정권을 옹호하는 것뿐만 아니라 어느 선택을 하더라도 지원되는 체계가 필요하다고 생각합니다. 한 쪽만 지원하는 것은 사실상의 ‘강제’가 되기 때문입니다. 또한, 현재의 일본은 문화적으로 ‘낳지

않는 선택'을 부인하면서도, '낳는' 선택에 대해서도 사회적 지원이 거의 없기 때문에 저출산화가 진행되는 것은 당연한 것이라고 생각합니다.

(ASAJ 다른 구성원의 답변) 여성은 '인구정책'에 의해 다산하거나 소산을 강요받지만, 장애인 차별에 의해 장애가 있는 아이를 낳지 말라는 압력도 받습니다. 여성을 출산 기계로 취급하는 차별을 없애는 동시에 장애인 차별을 없애는 것이 이 문제를 해결하는 길이라고 생각합니다. 여성은 낳아도, 낳지 않아도 존중 받고, 장애의 여부를 묻지 않고 임신출산할 수 있으며, 태어나는 아이에게 장애가 있든 없든 동일하게 양육할 수 있도록 지원이 이루어져야 합니다. 성과 생식 건강·권리의 실현에도 이는 필요한 일입니다.

8) 발표 잘 들었습니다. 많이 배웠습니다. 이와모토 선생님께 질문드리고 싶습니다. 7-80년대 우생보호법에서 경제적 사유를 삭제하려는 개악이 몇차례 있었다고 하셨는데 정권이 그런 개악을 시도한 배경은 무엇이었는지요? 그리고 당시 이 개악에 대한 여성단체, 장애인단체, 의사단체 입장이 달랐던 거 같은데 구체적으로 어떻게 달랐는지 궁금합니다.

(이와모토 님의 답변) 자민당 정부가 '경제적 사유'를 삭제하려고 한 이유 중 하나는 젊은 노동력 부족(당시에는 '저출산'이라는 용어를 사용하지 않음)에 대한 경제계의 우려에 대응하기 위함입니다. 또 하나는 10대와 20대 초반의 미혼 여성의 성행위가 증가하는 문제를 해결하는 것이었고, 구식 도덕관을 가진 보수 정치인들은 임신중지를 불가능하게 만들어 성행위를 억압하고자 했습니다.

여성단체들은 '경제적 사유'를 삭제하면 사실상 임신중지를 할 수 없게 된다는 이유로 반대했습니다. 장애인 단체는 정부의 '태아 조항(태아에게 장애가 있는 경우의 허용 조항)' 도입에 반대하며 '여성의 결정'에 '장애가 있는 태아는 낳지 않는다'는 선택권을 넣어야 한다면 이는 여성단체가 장애가 있는 태아를 선별하고 배제하는 것이라고 비판했습니다. 일부 여성 단체는 태아 선별에 반대하는 입장이 되었습니다.

1970년대 의사회는 '태아 조항'을 넣으면 '경제적 이유'를 삭제해도 좋다고 '생장의 집'과 밀실 협상을 벌였습니다. 태아에 이상이 없더라도 '태아 기형'을 핑계로 임신중절 수술을 하면 배출된 태아 조각으로는 장애 여부를 증명할 수 없기 때문입니다. 그러나 1974년 장애인단체의 활동이 시위로 여론이 촉발되자 하원은 '우생보호법개정안'에서 '태아 조항'만 삭제했습니다. 그러면 개정안은 '경제적 사유'만을 삭제하는 내용이 되기 때문에 임신중지 관련 의료행위를 계속 하고자 하는 의사협회의 이익에 반하는 것이 되어, 의사회가 중의원에서 수정된 개정안을 반대한 것입니다. 또, 어차피 개정안이 통과되지 않을 것이라는 시나리오도 있었다고 합니다. 그래서 개정을 요구하는 단체는 중의원에서만 통과시키고 참의원에서 무산시키는 시나리오가 있었다고도 알려져 있습니다.

9) 의사의 재량에 대해 답변해주셨는데, 오프라벨 사용이 허용되지 않는다는 것이 아니라, 일본 의사의 성향상 재량 범위 외의 진료를 잘 안 하려는 경향이 있다고 이해하면 될까요?

(츠카하라 님의 답변) 4)번 질문에 대한 답변을 함께 확인해 주십시오. 일본에서 임신중절은 보험 외 진료(의사가 자유 재량으로 방법과 가격을 결정할 수 있는)로 이루어지는데, 그 대신 약물 사용에 대해서는 신중한 태도를 보이고 있는 것 같습니다. 보험 진료 범위 내에서 사용되는 약물인 경우, 합병증 등이 발생했을 때 의사 한 명이 개인적으로 책임을 져야 하는 구제제도(보험과 유사한 것?)가 있는 것으로 알고 있지만, 더 자세한 내용은 알지 못합니다.

10) 일본에서 피임에 대한 정보와 교육이 적은 사회적 배경이 있을까요? 임신중기에 사용하는 질좌제는 전세계적으로 일본에서만 사용한다는 말씀인가요?

(츠카하라 님의 답변) 일본에서 피임이나 성교육이 부족한 것은, 자민당이 끈질기게(반세기 이상에 걸쳐) 반대해 왔기 때문입니다. 결국, 그들은 국민(특히 여성)들에게 권한을 부여하고 싶지 않은 것이라고 생각합니다.

1999년에 남녀평등사회기본법이 제정되어, 2000년에 남녀평등기본계획(제1차)이 수립될 무렵까지는, 일본도 여성의 지위 향상을 향해 나아가고 있었습니다. 그러나, 21세기 초부터, 자민당의 우익 세력이 성교육에 대한 공격에 나서면서 계속해서 격렬한 젠더 프리 공격(젠더 프리라고 하는 것을 「남녀의 차이를 없앤다」라고 비틀어 비판하는)이 일어났습니다.

2005년 남녀평등기본계획(제2차) 수립시에는 전 아베 총리가 이끌고 있던 프로젝트 팀을 중심으로 당시 정권을 잡고 있던 자민당이 강한 개입을 실시해, '생식권' (이것은 정부 용어이며, 개인적으로는 '재생산 건강 및 권리'라는 용어를 사용합니다.)에 관한 내용이 폐기되었고 관련 조치는 거의 흔적도 없어졌습니다.

임신 중기의 질좌제(프레그란딘, 성분명 게메프로스트)는, 일본의 오노약품공업 주식회사가 ONO-802라는 이름으로 1970년대에 개발한 약으로, 기본적으로는 현재의 미소프로스톨과 같은 자궁 수축 효과가 있습니다. 임신중지를 유발하는 약으로, 또는 자궁수축 작용을 통해 외과적 임신중지 수술의 전처리를 하기 위한 약으로서 한 때 해외에서도 세르바젼 Cervagem등의 상품명으로 주목을 받았습니다. 그러나, 1988년에 미페프리스톤이 프랑스에서 승인되면서 미페프리스톤의 복용 후에 사용하는 프로스타글란딘 제제의 하나가 되었습니다.

그런데, 게메프로스트는 1제에 4,000엔으로 고가이고, 2~3회 사용할 필요가 있어 질좌약으로서 밖에 사용할 수 없고, 냉동 보존이 필요하여 사용하기 어려운 약이었습니다. 이에 반해, 미소프로스톨은 1정에 20엔 정도이고 1회분이 100엔 정도이며, 질과 경구용으로 모두 사용 가능하고, 실온 보존이 가능하여 매우 사용하기 쉬운 약이었기 때문에, 대부분의 나라에서 게메프로스트 대신 미소프로스톨을 선택했습니다. WHO도 2005년에 미페프리스톤과 미소프로스톨을 필수 의약품 목록에 등록해, 그 후 게메프로스트는 다른 나라에서는 '잊혀져 갔습니다.'

일본에서 이 약이 지금도 계속 사용되고 있는 것은, 관성이거나 의사에게 유리하기 때문입니다. 프레그란딘은 사실 1970년대에 '초기 임신중지'의 임상시험에 성공했습니다. 그러나 의사들은 '약으로 쉽게 임신중지를 할 수 있다'게 되면 수익성이 좋은 소파술이 줄어들 것이라는 위기감을

느꼈습니다. 따라서, 임신중기에만 한정 사용하는 약으로서 승인 신청하는 것을 제약회사에 설득한 대가로, '고액 가격'을 책정하기로 합의한 것으로 저는 생각하고 있습니다.

1994년에 만들어진 '출산 육아 일시금' 제도를 통해 중기 임신중지도 '사산'으로 취급해, 일시금 지급의 대상이 되었기 때문에, 중기 임신중지는 '수술로 시행하는' 관행이 강화되었다고 생각합니다. 1994년 시점에 이 일시금은 30만엔이었지만, 지금은 50만엔입니다.

덧붙여 미페프리스톤이 중기 임신중지에도 사용할 수 있다는 것이 확인된 것은 2010년경이므로, 그 이전에 해외에서는 D&E라고 불리는 외과적 수술이 사용되고 있었다고 생각합니다만, 한국에서도 그렇지 않은가요?