

Table 1 人工妊娠中絶後の心理的反応に関する主な研究のまとめ (3)

	著者	対象	主な独立変数	主な従属変数	主な結果
6	Russo et al., 1992	5,295人、 22-30歳 (M=25.7歳)、 White89.4%、 Black26%、 その他 4.6%、既婚者 48.5%、未婚 37.2%、 14.4%別居・ 離婚・未亡人	* 1回中絶経験者 * 繰り返し中絶経験者 * 中絶を経験していない女性 * 望まれた出産経験者 * 望まれない出産経験者 * 子どもの数 * 望まれた出産回数 * 望まれない出産回数	Self-Esteem Scale RSE87; α = .86 RSE87; α = .84	低所得、貧困、低い教育レベルは望まれない妊娠回数と有意に関連していた。1回中絶経験者、中絶を経験していない女性、繰り返し中絶経験者間の自尊感情の比較では、1回中絶経験者が最も高かった。繰り返し中絶者は2つのグループよりも有意に低かった。低い自尊感情は、貧困、教育レベル、望まれない妊娠と関連づけられた。繰り返し中絶は、子どもの数と望まれない出産と関連していることが認められた。

Table 2 人工妊娠中絶後の心理的ケアに関する主な研究のまとめ (1)

	著者	対象	主な独立変数	主な従属変数	主な結果
1	岸田泰子, 2000	中絶を受ける女性 66人。	中絶前、中絶直後、中絶後1週間	*受けたい援助 *感情(不安、怖れ、うつ、腹立たしさ、罪悪感)の変化	受けたい援助は、中絶前は、「医療者からの精神的援助」、中絶後は、「医療者からの健康に関するアドバイス」であった。中絶前後よりも1週間後以降に「不安」や「罪悪感」が増えるという感情の変化が確認された。
2	Berger et al., 1984	中絶を求めている 580人。 平均在胎週数 8.1週	初回中絶、繰り返し中絶	*physical complaints *Emotional adjustment *Cognitive functioning *避妊法	繰り返し中絶者は、初回中絶者に比べて年齢が高く、既婚者が多く、法的中絶について寛容で、性交回数が多いが、避妊はほとんど実行していなかった。繰り返し中絶者の45%は自分自身で決定していた(初回中絶者は33%)。中絶決定について医療者の援助があった割合は2つのグループにおいてわずかに1%であった。中絶との関連要因としてカップルの関係、同棲状態、心気症と不眠症傾向が確認された。
3	Pope et al., 2001	望まない妊娠のためにカウンセリングを求めた14~21歳の96人の若い女性。 22人(37%)が中絶既往を持っていた。	18歳未満と18-21歳、 中絶時期(中絶前と中絶後)	<中絶前> うつ尺度 (BDI,) Emotion Scale 決定の困難性 <中絶後> 自己決定への安堵感 うつ尺度 (BDI) Emotion Scale STAI (不安尺度) Self-esteem Stress 尺度	18歳未満は18歳以上より有意に中絶の決定において不快を示した。18歳未満、18歳以上に関わらず、うつ状態は中絶直後よりも4週間後に有意に低いことが示され、パートナーとの関係に満足していない程度は中絶後適応と関連していた。

Table 2 人工妊娠中絶後の心理的ケアに関する主な研究のまとめ (2)

	著者	対象	主な独立変数	主な従属変数	主な結果
4	Mueller et al., 1989	中絶前のカウンセリングを受ける女性 283 人。 (年齢 14-40 歳、平均 22 歳。 学生 34%、有職者 40%、主婦 10%。 独身 80%、子どもがいない 66%、中絶既往無し 66%)	カウンセリング介入 (関与的、予想対処、コントロール)	<u>5つの非難尺度</u> 、 <u>7件法</u> (自己特性、自己行動、状況、他人、変化)、 <u>対処のための自己効力感認識</u> 、 <u>直後適応</u> (身体的苦痛、気分、ネガティブ予想の適応、うつ得点)、 <u>3週間後適応</u> (身体的苦痛、気分、ネガティブ予想の適応、うつ得点)、 <u>自己効力感尺度</u>	中絶後適応は中絶直後の適応 (気分、ネガティブ結果予想、BDI) と高い正の相関 ($r=.55$) が確認され、中絶直後のよりよい適応は3週間後の適応を予測することが示唆された。対処予想介入に割り当てられた女性はコントロールグループの女性より、うつ状態、身体的苦痛、予期されたネガティブな結果は有意に低い。中絶直後に self-efficacy が低い人よりも高い人のほうが有意に予想されたネガティブ結果が少なく、低いうつ状態が示され、実験的な介入が中絶後適応を促進したことが明らかにされた。
5	Bluestein et al., 1993	中絶クリニックで妊娠初期 (6~12 週) に中絶を希望している女性 304 人。	年齢、結婚の有無、学歴、妊娠歴、避妊用具使用の有無、妊娠に対する拒絶、妊娠についてコミュニケーション困難度 (パートナー、両親、友人などと)	CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) 家族関係の不満足度 (Family APGAR Scale)	CES-D スコアと Family APGAR スコア、若年、低学歴、拒否的な感情に高い相関 ($p<0.001$) があった。また、健康への主体性の低さと未婚、うつ症状には有意な相関 ($p<0.01$) がみられた。さらに、CES-D スコアとパートナーとのコミュニケーション困難、避妊用具の使用、中絶を選択したことへの不満とも相関があった ($p<0.05$)。 Family APGAR スコアと CES-D スコア、家族関係不満足、強いうつ状態は強い相関を示した。

Table 2 人工妊娠中絶後の心理的ケアに関する主な研究のまとめ (3)

	著者	対象	主な独立変数	主な従属変数	主な結果
6	Smith et al., 1999	14~21歳までの中絶を希望しクリニックに訪れた6~12週の女性63人。	*年齢、民族、宗教、学年*9つの調査場面	* Beck Depression Inventory * Impact of Event Scale * Self-Esteem Scale	t検定の結果、中絶に比べて年齢、喫煙、宗教、学歴、民族については有意に話しやすかった。また、中絶に比べて家族の収入、oral sex、anal sexについては有意に話にくかった。教室で記入したアンケートを書くことが最も話にくかった。また、電話インタビューより自宅でのインタビューの方が話しやすかった。
7	Brenda et al., 1990	妊娠初期に中絶クリニックを訪れた283人。 14 - 40歳;平均22歳 学生34%、有職者40%、主婦10%、無職16%。 独身女性80%、出産経験無66%、初回中絶66%)	年齢、人種、宗教、職業、学歴 結婚の有無 出産経験、中絶経験、避妊用具使用の有無	Perceived self-efficacy measure、 Social support measure、 Adjustment measure、 BDI 尺度	サポートはパートナー(85%)、友人(66%)、家族(40%)の順だった。3つのサポートがあった女性は家族よりパートナーや友人を頼りにしており、意思決定に際してはパートナーを最も頼りにしていた。全てのサポートとself-efficacyは正の関連があった。しかし、それぞれのサポートと心理的適応度とは直接的な関連はなかった。つまり、社会的サポートはself-efficacyを介して心理的適応に関与していると予測できる。中絶についてサポーターに話したがサポートに満足しなかったケースは心理的適応度が低かった

引用文献

- Adler, N.E., David, H.P., Major, B.N. & Roth, S.H., Rusoo, N.F., Wyatt, G.E.. 1990 Psychological responses after abortion. *Science*, 48, 247-248.
- Bandura, A. 1985 自己効力（セルフ・エフィカシー）の探求. 祐宗省三他編著 社会的学習理論の新展開, 金子書房, 103-141.
- Bandura, A. 1977 Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 84: 191-215.
- Bandura, A. Reese, L. & Adams, N.E. 1982 Microanalysis of action and fear arousal as a function of differential levels of perceived self-efficacy. *Journal of Personality and Social Psychology*. 43, 5-21.
- Belsey, E.M., Greer, H.S., Shirley Stella, S.L., Lweis, C. & Beard, R.W. 1977 Predictive factors in emotional response to abortion: King's Termination Study-IV. *Social Science & Medicine*. 11, 71-82.
- Berger, C., Gold, D., Andres, D., Gillette, P. & Kinch, R. 1984 Repeat abortion: Is it a problem?. *Family planning perspectives*, 16, 70-75.
- Bluestein, B., & Rutledge, C.M. 1993 Family relationships and depressive symptoms preceding induced abortion. *Family Practice Research journal*, 13, 149-156.
- Cozzarelli, C. 1993 Personality and self-efficacy as predictors of coping with abortion. *Journal of Personality and social psychology*, 65, 1224-1236.
- 出口克己、大西和子、中西貴美子、長谷川雅美、南信行 2000 悪性新生物に対する化学療法によるストレスに関する予備的研究, 三重看護学誌. 2, 99-104.
- 遠藤辰雄、井上祥治、蘭千壽編著 1994 セルフ・エスティームの心理学 自己価値の探求 ナカニシヤ出版.
- 遠藤辰雄、安藤延男、冷川昭子、井上祥治 1974 Self-esteem の研究, 九州大学教育学部心理学部紀要, 18, 53-65.
- 遠藤由美 2000 自尊感情. 中島義明編著 心理学辞典 有斐閣, p343-344.
- Erikson, R.C. 1993 Abortion trauma: Application of a conflict model. *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 8, 33-44.
- 福田一彦、小林重雄 1973 自己評価式抑うつ性尺度の研究, 精神神経学会誌. 75, 673-679.
- 福田一彦、小林重雄 1983 日本語版 SDS 自己評価式抑うつ性尺度 Self-rating Depression Scale 三京房.
- 林謙治 1999 人工妊娠中絶の実態に関する調査, 厚生省心身障害研究 望まない妊娠等の防止に関する研究, 平成6年度研究報告書. 40-46.

- Hulme, H. 1983 Therapeutic abortion and nursing care. *Nurs Times*, 79, 54-60.
- Kanfer, R. & Zeiss, A.M. 1983 Depression, interpersonal standard setting, and judgements of self-efficacy. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 319-329.
- 木村好秀、菅睦雄 1998 人工妊娠中絶の動向. *ペリネイタルケア*, 17, 116-125.
- Kishida, Y. 2001 Anxiety in Japanese women after elective abortion. *JOGNN*, 30, 490-495.
- 岸田泰子 2002 若年者の人工妊娠中絶前後に必要なとされる援助に関する一考察. *思春期学*, 20, 266-272.
- 岸田洋一、寺崎庄司 1986 日本語版 STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY (STAI) の作成. *近畿大学教養部紀要*, 17, 1-14
- Kitamura, T., Toda, M. A., Shima, S. & Sugawara, M. 1998 Single and repeated elective abortions in Japan: a psychosocial study. *Jornal Psychosom Obstet Gynecol*, 19, 26-134.
- Lask, B. 1975 Short term psychiatric sequelae to therapeutic termination of pregnancy. *British Journal of Psychiatry*. 126, 173-177.
- Lydon, J., Schetter, C.D., Cohan, C. & Pierce, T. 1996 Pregnancy decision making as a significant life event: A commitment approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 141-151.
- 前田基成、坂野雄二、東條光彦 1987 系統的脱感作法による視線反応恐怖反応の消去に及ぼす SELF-EFFICACY の役割, *行動療法研究*. 12, 68-80.
- 前田三枝子・林かおり・藤野文代 2000 中高年看護婦におけるストレスと不安に関する研究 職位と STAI による 161 人の分析, *群馬大学医学部保健学科紀要*. 20, 69-74.
- 毎日新聞社人口問題調査会 編 1996 「平等・共生」の新世紀へ, 第 23 回 全国家族計画世論調査.
- Major, B., Cozzarelli, C., Cooper, L., Zubek, J. & Richards, C., Wilhite, M., Cramzow, R.H. 2000 Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Arch Gen Psychiatry*. 57, 777-784.
- Major, B., Cozzarelli, Sciacchitano, M. Cooper, L. & Testa, M. 1990 Perceived social support, self-efficacy, and adjustment to abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*. 59, 452-463.
- 松田惺 2000 自己効力感. 中島義明編著 *心理学辞典 有斐閣*, p552.
- Mueller, P. & Major, B. 1989 Self-Blame, Self-Efficacy, and adjustment to abortion. *Journal of Personality and social psychology*. 57, 1059-1068.
- 大野裕、吉村公男、山内慶太、百瀬知雄、水島広子、浅井昌弘 1995 心理的健康感と心理的不健康感の関係について: 患者群と非患者群の比較, *ストレス科学*. 10, 237-278.

- Pope, L.M., Adler, N.E. & Tschann, J.M. 2001 Postabortion psychological adjustment: are minors at increased risk?. *Journal of Adolescent Health*, 29, 2-11.
- Rogers, J.M. & Adams, d.w. 1973 Therapeutic abortion: Multidisciplined approach to patient care from a social work perspective. *Canadian Journal of Public Health*, 64, 254-259.
- Rosenberg, M. 1965 *Society and adolescent self image*. Princeton: Princeton University press.
- Russo, N.F. & Zierk, K.L. 1992 Abortion, childbirth, and women's well-being, *Professional psychology*. *Professional psychology: Research and practice*, 23, 269-280.
- 笹川宏樹、藤田正 1992 親の養育態度と自己効力感および自己統制感の関係、奈良大学教育研究所紀要. 28, 51-57.
- 佐藤龍三郎 2000 我が国における人工妊娠中絶の要因についての人口学的検討—特に有病率、性行動、避妊との関連—, 厚生省心身障害研究 望まない妊娠等の防止に関する研究, 平成7年度研究報告書. 25-30.
- Smith, L.B., Adler, N.E. & Tschann, J.M. 1999 Underreporting sensitive behaviors: The case of young women's willingness to report abortion. *Health Psychology*, 18, 37-43.
- Speckhard, A. & Rue, V. 1992 Postabortion syndrome: An emerging public health concern. *Journal of Social Issues*. 18, 95-119.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. and Lushene, R.E. 1970 *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Press: Palo Alto, California.
- Spielberger, C.D. 1972 Anxiety as an emotional state. In C.D. Spielberger (ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research (vol. 1)*. Academic Press: New York., 23-49.
- 鈴木江三子、柳修平、三宅馨 2001 人工妊娠中絶を経験した女性の不安の経時的変化. *母性衛生*, 42, 394-400.
- 東條光彦・板野雄二 2001 セルフ・エフィカシー尺度. 上里一郎監修 心理アセスメントハンドブック 第2版 西村書店 425-433.
- Zolse, G. & Blacker, C.V. 1992 The psychological complications of therapeutic abortion. *British Journal of Psychiatry*. 160, 742-749.

栃木県における10代妊娠に関するアンケート調査より

自治医科大学産婦人科
日光市民病院産婦人科

渡辺 尚
角田哲男

平成13年7月から12月に栃木県内の産婦人科を受診し、出産、中絶、流産に至った10代の妊婦に対しアンケート調査を実施した。調査項目の内容は、性行動、出産・中絶の状況、避妊、性感染症、心の問題などとした。

全部で109の対象医療施設に調査票を配布し、54施設(49.5%)より回収された。回収された54施設における20歳未満の妊娠終了者の総数は660名で、出産が171名、流産が26名、中絶が451名、不明が12名であった。そのうち調査に同意し回答が得られたのは447名で、出産が129名、流産が11名、中絶が300名、不明が7名で、回答率は、それぞれ、75.4%、42.3%、66.5%、58.3%、全体で67.7%であった。10代の妊娠では、660例中451例と、約2/3が中絶に至っていることがわかった。

全体の平均年齢は17.8歳、中絶例のみでは 17.6 ± 1.3 (平均±標準偏差、以下同様)歳・最低年齢は14歳、出産例では 18.2 ± 1.0 歳・最低年齢は15歳で、中絶例は出産例に比べて、年齢が有意に低いという結果であった($p < 0.001$)。パートナーの平均年齢は20.3歳で最低年齢は15歳、最高年齢は45歳で、17歳から20歳が最も多く全体の52%を占め、中絶例では 19.8 ± 3.6 歳、出産例では 21.0 ± 3.4 歳で、本人の場合と同様に、中絶例は出産例に比べて、年齢が

有意に低いということが確認された。既婚者が87例で全体の19.5%、未婚者が314例で70.2%、事実婚の状態である者が23例で5.2%であった。

この調査のうち、人工妊娠中絶に至った300名について、特に術後の心理状態に関わりのある項目に絞って、その結果を以下に記述する。

中絶の時期は、妊娠11週以前が300名中213名(71%)と多くを占めたが、12?15週が26名(8.7%)、16?19週が8名(2.7%)、20?21週が6名(2.0%)で、40名(13.3%)が12週以降の中期中絶となっている。

「中絶することを保護者に相談したか」という質問に対し、「保護者に相談した」と回答した者は全体の約半数にすぎず、「相談しなかった」とする者が37.0%も存在した。親には相談しにくい内容であることがわかる。

「中絶を決めたのは誰か(複数回答可)」という質問に対しては、「パートナーと二人で」が最も多く169名(57%)、自分のみで中絶の方針とすることを決断したのが79名(26%)で、それらを併せると、300名中248名、82.7%が自分の意志で決定している。両親が決めたとしたのが75名(25%)、パートナー29名(9.7%)、その他9名(3.0%)で、自分自身の気持ちに反して中絶の決定がなされている場合も少なからず存在し

た。

「妊娠が継続できなかった理由」は、「経済的負担が多い」が最も多く145名(48.3%)、次いで「生み育てる自信がない」135名(45.0%)、「希望妊娠でない」102名(34.0%)、「両親の反対」77名(25.7%)、「学校を優先した」73例(24.3%)、「パートナーが中絶を望むため」38名(12.7%)、「結婚前のため」37名(12.3%)の順であった。「学校を優先した」がこれだけ存在した背景のひとつには、現在の高校では、妊娠・分娩のために産休、育休、そして復学といったことが困難であることがあげられる。もしもこのシステムがあれば、中絶例が減少する可能性があるかもしれない。

「中絶についてどのように考えますか」という質問に対しては、135名(45.3%)と中絶例の半数近くが「すべきではない」と回答している。次いで「育てられない場合はしかたがない」が81名(27.0%)、「本人の自由」と回答した者が18名(6.0%)であった。

「今後、妊娠をしたいですか」という質問に対しては、分娩できない理由があつての中絶の直後であるため、「すぐにでも妊娠したい」と答えたものは5名(1.7%)当然のごとく少なかった。「現在未婚なので結婚してから妊娠したい」が最も多く198名(66.0%)、次いで「当分の間妊娠したくない」が60名(20.0%)であった。「二度としたくない」と答えた者は7名(2.3%)であった。従って、中絶後何らかの精神的身体的苦痛により、妊娠に対してネガティブな感情をもった者はこの7名であるといえる。つまり、少なくともこの7名が中絶後の心のケアを必要とする例であるということ

になる。「当分の間妊娠したくない」と答えた60名の中にもそれを必要とする例が存在している可能性がある。これに対し、同じ調査で、出産例129名に対する同じ質問では、「二度としたくない」と答えた者は4名(3.1%)で、中絶例よりもむしろ高い割合であった。後者では分娩時の身体的苦痛が原因か、あるいは、望まない妊娠であったが産せざるを得なかった例であったのかもしれない。

「性や日常生活などの不安はありますか」という質問に対しては、「不安がある」と回答した者は136名(45.3%)で、「不安はない」と回答した者は51名(17.0%)であった。不安ありとした例のその内容は、「将来のこと」74名(24.7%)、「からだのこと」55名(18.3%)、「性に関すること」37名(12.3%)、「こころの問題」と「学校のこと」が27名(9.0%)、「仕事のこと」24名(8.0%)、「進学のこと」20名(6.0%)であった。中絶後にこれだけの不安を抱えていることが明らかとなった。とくに、「からだのこと」は医療機関で解決すべき問題であり、今回の主題である「こころの問題」についても9%の者が不安を抱えていることがわかった。

「不安や悩みに関する専門の相談機関が必要ですか」という質問に対しては、専門の相談機関が「必要」と回答したのが118名(39.3%)、「必要ない」と回答したのが47名(15.7%)であった。

「相談するとしたら、どのような方法がいいと思いますか」という質問に対しては、「電話相談」141名(47.0%)、「面接相談」85名(28.3%)、「インターネット」58名(19.3%)、「病院の特殊外来」53名(17.7%)、

「公的な相談所」34名(11.3%)、「FAX相談」26名(8.7%)、「ラジオ・テレビ相談」8名(2.7%)の順であった。「電話相談」が2位に大きな差をつけて1位であったが、気軽に、自分の身元を明かさずに相談できることや携帯電話の普及なども影響しているものと思われる。

「相談する相手がどのような人なら相談しやすいですか」という質問に対しては、「同年代の人」141名(47.0%)、「看護婦」97名(32.3%)、「心理カウンセラー」80名(26.7%)、「助産婦」62名(20.7%)、「保健婦」57名(19.0%)、「医師」55名(18.3%)、「養護教諭」26名(8.7%)の順であった。半数近くが、同年代の人なら相談しやすいと回答している。同世代から知識を得るピア・エデュケーション(仲間教育)、ピア・カウンセリング(仲間相談)の実施が、不安を相談できないでいる人たちへの明るい材料となる可能性がある。気軽な相談は、電話やインターネットで解決する場合もある。しかし、実際に身体の問題で不安・悩みがある場合は、病院における医師・助産婦・看護婦が大きな役割を担うことになる。この問題では、さらに学校や公的な相談所において、教師・養護教諭・心理カウンセラーが大きな役割を担うことになる。従って、これらの機関・人材が、いかに連携をとってひとりの症例に対して対処できるか、ということがこれからの課題となる。

最後に、自由記載欄に記述されたもののうち、中絶後の心の問題に関連する内容を書かれたままの文章で列挙する。

「赤ちゃんを見ていると幸せな気持ちになれ、産んでよかったと思った。中絶で傷つくことより大変だけど、出産の苦しみの

方が痛くないし、それがわかってもらえたら、中絶する人が少なくなるのにと考えた。(出産、19歳、既婚)」

「中絶ぜったいいけないと思う。手術こわいだけだし、すごく不安だった。友達に言ったら、きっとおなかの子供もこわいはずだよって言った。それ考えたら私はひとつの命を殺すんだと思ってすごく泣いた……。だから、若い人には避妊してもらいたい。私みたく妊娠を簡単に考えてもらいたくない。(中絶、16歳、未婚)」

「中絶手術が終わった時、看護婦さんが近くにいてくれて安心した。(中絶、17歳、未婚)」

「中絶する時こわかったが、看護婦さんの優しさですごく安心できた。(中絶、18歳、事実婚)」

「辛い経験だったので他の人にも理解してほしい。少しでも中絶が減ってほしい。(中絶、19歳、未婚)」

「中絶は絶対にするのではない。(中絶、17歳、未婚)」

「赤ちゃんの大切さを理解して、中絶してほしくない。(出産、18歳、未婚)」

「赤ちゃんがほしかった。(中絶、16歳、未婚)」

「赤ちゃんがかわいそう。産んであげたかった。二度と中絶したくない。赤ちゃんには罪がないのだから。(中絶、18歳、未婚)」

<まとめ>

1. 10代の妊婦に対して、アンケート調査を実施した。
2. 10代の妊娠では、約2/3が中絶に至っていることがわかった。
3. この調査のうち、人工妊娠中絶に至っ

た 300 名について、特に術後の心理状態に関連する内容に絞って検討した。

4. 中絶することを保護者に相談した者は全体の約半数であった。
5. 中絶の方針は、82.7%の者が自分の意志で決定しているが、自分自身の気持ちに反して中絶の決定がなされている場合も少なからず存在した。
6. 中絶について、45.3%の者が「すべきではない」と回答し、「しかたがない」が 27.0%、「本人の自由」と回答した者が 6.0% 存在した。
7. 「今後、妊娠を二度としたくない」と答えた者は 7 名 (2.3%) であり、この 7 名は中絶後何らかの精神的身体的苦痛により、妊娠に対してネガティブな感情をもった者であるといえる。少なくともこの 7 名は中絶後の心のケアを必要とする例

であるということになる。

8. 中絶後に「からだのこと」に 18.3%、「こころの問題」に 9.0%の者が、不安を抱えていることが明らかとなった。
9. 不安や悩みに関する専門の相談機関を 39.3%の者が必要であると回答した。

<今後の課題>

今回の調査は、10代という限られた世代での調査であったが、中絶症例 300 例の回答を分析できたことで、意味のある結果であると判断する。中絶後にとくに積極的にこころのケアを必要とする症例はそれほど多くはないと考えられるが、必要とする症例も存在することが明らかとなった。このような症例をどのようにピックアップし、どの機関で、誰が中心となって、どのような内容のケアを行うのかを決めていくことが今後の課題であると思われる

医療機関へのアンケート調査より

自治医科大学産婦人科	渡辺 尚
日光市民病院産婦人科	角田哲男
あかほり産科婦人科	赤堀彰夫
木村クリニック	木村孔三
白井医院	白井謙一
玉戸レディースクリニック	西平守美
高橋レディースクリニック	高橋 勉
真中医院	真中千明
樹レディースクリニック	佐山雅昭
自治医科大学附属病院産科病棟	工藤祝子

平成15年1月に産科を標榜する医療機関に対して、「人工妊娠中絶後の心のケアについてのアンケート調査」を実施した。調査を依頼した医療機関は、当教室在籍者あるいは元在籍者が、院長あるいは産科医長を勤めている9施設（病院：2施設、診療所：7施設）とした。9医療施設の分布は、栃木県内が6施設、茨城県・群馬県・静岡県が各1施設である。調査内容は別紙のとおりである。

<調査結果>

全9医療施設より回答を得た（回答率100%）。

全9医療施設を医療施設①から⑨とし、対応させて調査結果の要約を示す。

1. 貴施設では、人工妊娠中絶後の心のケアについてどのような配慮、指導をしていますか。

(1)一般的に

①今回の望まれなかった妊娠、および

それに対する人工妊娠中絶に対しては、ことさら責めることはせず、今後の気持ちの持ち方、避妊法等の指導を行う。

②人工妊娠中絶手術が障害を残すことは稀であるが、心の傷は残すことを話し、今後の避妊について指導している。カウンセリング、避妊指導は女性医師と助産師が行っている。

③要求のある方に対しては1?2回の面接をすることがあるが、特別なプログラムはない。

④罪の意識を表わす人はいませんでした。今後繰り返さないように、避妊も指導をする

⑤特に行っていない。

⑥本人の訴えがなければ、特に指導していない。

⑦出産計画を聞きながら、計画的に妊娠できるように避妊指導。精神的に罪悪感を持っているひとにはフォローアップを心掛けている。

⑧責任は男女平等にあり、中絶に関して医師は正しいとか正しくないという判断はしない。二人で決めたことを重視する。自分の身体は自分で守ることを指導する。

⑨大学附属病院であるという性格上、「既に重症の合併症を有しており妊娠を禁止されていたが、妊娠してしまった」という場合と「合併症が悪化し、母体保護のために仕方なく妊娠継続を断念した」という場合の2者に分類される。入院中の対応が心の回復過程にかなり影響するため、キーパーソンが誰かを明確にし、良い関係が築けるチームを選択して対応している。基本スタンスとしては、中絶を否定的に捉えたり、自責の念にかられることのないように、この処置は適切な判断で行ったと気持ちが整理できるように声をかけている。退院時には、電話訪問が必要かどうかの確認をしている。退院後の外来受診は、妊婦と一緒にならないように配慮している。外来継続が必要であると判断した症例は、看護要約をもとに、外来助産師に継続させている。

(2) 反復中絶者に対して

- ①反復中絶に至った背景を考慮した上で、反復中絶の危険性を説明し、理解してもらうように指導する。
- ②前項の②に加えて、低用量ピルとIUDについて説明している。
- ③避妊法の指導を行う。
- ④前項の④と同じ。
- ⑤特に行っていない。

⑥反復中絶者の大半は、こちらが気にするほど本人は問題意識のないことが多く、逆に適切な指導には苦慮することがある。

⑦反復することの危険性を中心に話ながら、本人の思いを聞いている。

⑧罪ではないが、自分の身体を傷めることは将来の妊娠に悪影響を及ぼすので、避妊を強くすすめる。

⑨なぜ反復してしまうのか、本人と個室で面談し、その原因を一緒に探る。そして、夫あるいはパートナーとの関係を詳しく聞き、夫あるいはパートナーへの避妊指導が必要であれば、本人およびパートナーも含めた保健指導も行っている。非協力的な相手には、本人(女性)が自ら行える避妊法を指導している。また、外来の家族計画外来への紹介も行っている。

(3) 若年者に対して

- ①人工妊娠中絶術の身体へ及ぼす影響についてよく説明し、今後出産が可能になるまでは、確実に避妊するように指導する。
- ②前々項の②に加えて、低用量ピルについて説明している。
- ③避妊法の指導をすすめ、性感染症への配慮を指導する。
- ④前々項の④と同じ。
- ⑤特に行っていない。
- ⑥中絶をマイナスのみの考えに終わらせるのではなく、将来の幸せにつながるプラス思考(人生の意味のあるハードル)で捉えるように指導している。母性本能で産んでも必ずし

も子どもは幸福ではない、など。望まれた生命の誕生の意義を考えるように指導している。

- ⑦ 中絶に対しどう思っているか話を聞き、避妊の大切さを話している。
- ⑧ できる限り罪意識を持たせないようにする。性感染症を含めて、性教育的に指導する。
- ⑨ 穏やかに話せる環境に配慮し、中絶したことについて、一緒に振り返りを行う。本人の妊娠、避妊の知識の確認のち、性感染症や中絶を繰り返すことの精神的身体的ダメージ、自分を大切にすることはどのようなことなのかを含めた保健指導を行っている。

2. 貴施設では、人工妊娠中絶後の避妊の指導はしていますか。

- a. している 9 施設
- b. していない 0 施設

3. 2. で「a. している」と答えた方へ
(1) 具体的にどのような指導をしていますか。

- ① 退院時か 5 日目の外来診療時にパンフレットを渡し、主に IUD、ピルによる避妊を勧める。
- ② 低用量ピル、IUD、コンドームについて説明している（特に低用量ピルと IUD）。
- ③ 避妊に対して関心が低いと認められる方に対して、避妊法による失敗率などの話を伝える。
- ④ 退院前に、コンドーム装着やピル内服が必要かつ有効なことを話してい

る。

- ⑤ 未婚者にはピルを中心に、既婚者には IUD を中心に指導している。
- ⑥ IUD、低用量ピルのパンフレットを配布している。
- ⑦ 今後の妊娠の希望について確認し、方法を説明している。
- ⑧ 未産婦にはピル、経産婦には IUD を中心に指導している。できれば、次回月経時より始めるように。
- ⑨ 一般的には、中絶後の生活指導から入り、基礎知識の確認をしながら、その不足分を指導している。夫あるいはパートナーには、できるだけ来院してもらい、一緒に指導するようにしている。

若年者に対しては、基礎知識から入り、実際の避妊具を見せながら使用方法等を指導している。また、相手から強要された場合、“No” と断る方法についても説明している。今後も同じ相手と付き合う場合は、可能な限り相手も一緒に行っている。

4. もしも、差し支えなければ、平成 14 年 1 月から 12 月までの貴施設の人工妊娠中絶術数をお知らせ下さい。だいたいで結構です。

- ①120, ②186, ③90, ④10, ⑤110,
⑥250, ⑦160, ⑧120, ⑨23 件

5. 貴施設でこれまで中絶後の精神的ケアで苦慮した症例がありましたらお知らせ下さい。

施設⑦より、1 例のみの報告があった。
症例：3 経妊 3 経産。

問題点、苦慮した点。

IUD 装着中に妊娠、経済的理由で中絶を決意。

経済的理由でもう出産できないため避妊していたのに妊娠してしまい、産んであげられないことに心を痛めていた。

どのような対策をしましたか。

話を聞き、本人の気持ちに共感し、本人が選んだ方法を肯定するしかなかった。

<調査結果の分析>

人工妊娠中絶後の心のケアについて、積極的に配慮、指導を試みている施設が4施設(①②⑦⑨)、本人の訴えや要求があれば面接、指導を行うとする施設が2施設(③⑥)、特別には配慮していないとする施設が2施設(④⑤)、その他が1施設(⑧)であった。積極的に配慮、指導を試みているとする施設では、「罪悪感」、「自責の念」、「中絶を否定的に捉える」という気持ちを持つことのないように指導、カウンセリング、フォローアップがなされている。具体的には、施設⑨において、「キーパーソンが誰かを明確にし、良い関係が築けるチームを選択して対応」、「この処置は適切な判断で行ったと気持ちが整理できるように声かけ」、「退院時には、電話訪問が必要かどうかの確認」、「退院後の外来受診は、妊婦と一緒にならないように配慮」、「外来フォローアップが必要な症例には、外来助産師によってフォローアップを継続」という方法がとられている。施設⑨は大学附属病院であるという性格上、経済的理由や未婚であるためという理由での人工妊娠中絶はほ

とどなく、母体の生命の保護のために妊娠継続を断念せざるを得ない者が対象であることより、術後の心のケアの必要性が高い場合が多く、そのことに特に配慮がなされているものと思われる。

反復中絶者に対しては、その背景、原因を考慮した上で、リスクを説明し、避妊指導・保健指導をとする施設が5施設(①②⑥⑦⑨)、避妊指導を特に強く行っているのが3施設(③④⑧)、他の者と比べて特に指導等は加えていないとする施設が1施設(⑤)であった。「反復中絶者の大半は、こちらが気にするほど本人は問題意識がない」という問題点が指摘された(⑥)。具体的な方法としては、「本人およびパートナーも含めた保健指導」、「非協力的なパートナーをもつ場合は本人(女性)が自ら行える避妊法を指導」が挙げられた(⑨)。

若年者に対して、特に配慮していると回答した7施設は(①②③⑥⑦⑧⑨)、そうではないのは2施設(④⑤)であった。避妊に加えて性感染症予防についても指導している施設が3施設(③⑧⑨)あった。

人工妊娠中絶後の避妊指導は全9施設で行われており、ピル、IUD、コンドームについて、実物(⑨)やパンフレット(①⑥)を示しながら指導しているとする施設が多い。「避妊法による失敗率」(③)や「コンドーム装着やピル内服の有効性」(④)のような具体的な話もなされている。「夫あるいはパートナーもできるだけ一緒に指導」とする施設(⑨)もあった。

中絶後の精神的ケアで苦慮した症例として、施設⑦より、「IUD 装着中に妊娠、避妊していたのに妊娠し、経済的理由で中絶を決意したものの、産んであげられないこ

とに心を痛めていた」という症例があげられた。「話を聞き、本人の気持ちに共感し、本人が選んだ方法を肯定する」という対策がなされた。

<まとめ>

1. 産科を標榜する 9 医療機関に対して、「人工妊娠中絶後の心のケアについてのアンケート調査」を実施した。
2. 人工妊娠中絶後の心のケアについて、積極的に配慮、指導を試みている施設が 4 施設あり、「罪悪感」、「自責の念」、「中絶を否定的に捉える」という気持ちを持つことのないように指導、カウンセリング、フォローアップがなされていた。
3. 反復中絶者に対しては、その背景、原因を考慮した上で、リスクを説明し、避妊指導、保健指導をとする施設が 5 施設、それ以外に反復中絶者でない場合よりも避妊指導を特に強く行っているとする施設が 3 施設あった。
4. 若年者に対して、特に配慮していると回答したのは 7 施設あった。避妊に加えて性感染症予防についても指導している施

設がそのうち 3 施設あった。

5. 人工妊娠中絶後の避妊指導は全 9 施設で行われていた。

<今後の課題>

1. 「人工妊娠中絶後の嚴重な心のケア」がすべての症例に必要なわけではなく、各病院、診療所のマンパワーから考えても、それは困難である。それを必要とするのはどのような症例かを定める基準を設定することが必要である。そのような症例を適切にピックアップすることによって、高率的で十分なケアができることが期待できる。
2. 心のケアが必要な症例に対して、誰がそれを担当するのが適切か。手術を施行した医療施設内で行うべきか。それ以外に別の機関を設けるべきか。
3. 心のケアの内容をどうするか。各症例のポイントをどのようにピックアップし、それに対してどのように対応するか。

別紙：調査内容

厚生労働省厚生労働科学研究費補助金子ども家庭総合研究事業

「望まない妊娠、人工妊娠中絶を防止するための効果的な避妊教育プログラムの開発に関する研究」2. 人工妊娠中絶後の心のケアの在り方に関する研究

アンケート調査

1. 貴施設では、人工妊娠中絶後の心のケアについてどのような配慮、指導をしていますか。

(1)一般的に

(2)反復中絶者に対して

(3)若年者に対して

2. 貴施設では、人工妊娠中絶後の避妊の指導はしていますか。

a. している b. していない

3. 2. で「a. している」と答えた方へ

(1)具体的にどのような指導をしていますか。

4. 2. で「b. していない」と答えた方へ

(1)していないのは、なぜですか。

5. もしも、差し支えなければ、平成14年1月から12月までの貴施設の人工妊娠中絶術数をお知らせ下さい。だいたい結構です。

_____件

6. 貴施設でこれまで中絶後の精神的ケアで苦慮した症例がありましたらお知らせ下さい。

番号	年齢	妊娠分娩歴	問題点、苦慮した点	どのような対策をしましたか。
1		G P		
2		G P		
3		G P		
4		G P		
5		G P		

ご協力ありがとうございました。

厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)

分担研究報告書

出産を可能にする環境整備に関する研究

分担研究者 戒能民江 お茶の水女子大学生活科学部教授

研究要旨

望まない妊娠の結果としての出産をした場合の環境整備のうちの一つの選択肢である「ひとり親」家庭について、パイロット調査を行うとともに、シングルマザーに関する社会学および法学を中心とした先行研究および調査の整理を行った。必ずしも結婚という選択をすべての女性が行うわけではないことを考慮すれば、今後、少子化対策の一環として非婚女性が安心して出産・養育を行うことができるような支援策を検討すべきである。シングルマザーの支援策を検討するに当たっては、シングルマザーの生活全般のニーズを経済的側面に限定することなく、幅広くとらえた調査研究が一層必要となっている。

I 研究の概要

本研究班の課題は、望まない妊娠の結果としての出産をした場合の環境整備のあり方の検討である。今年度は、1) 今後の研究の基礎資料の収集、2) 出産した場合の選択肢の一つである「ひとり親」家庭についてのパイロット調査の実施を行った。

- ① 統計資料については、(1)「ひとり親」家庭の家庭に関する国および地方自治体の統計資料、(2)地方自治体のひとり親家庭施策資料、(3)厚生労働省母子世帯等実態調査、(4)民間、NPO等が実施した調査、(5)中絶関係の文献について、収集を行った。婚外子および婚外子出産および社会的支援についての統計資料が必ずしも十分ではないことが伺えた。

- ② 文献資料については、研究の視点を明確化するために、十代の中絶、出産と学校等の支援、シングルマザー、婚外子を中心に英語および日本語文献を収集した。収集した文献をもとに、先行研究のレビューおよびシングルマザーについて法的側面に関する研究を行った。
- ③ 「ひとり親」家庭についてのパイロット調査では、シングルマザー4名に対するグループ・インタビューを実施した。

II 研究組織

今年度は、分担研究者戒能民江、研究協力者埋橋孝文(日本女子大学人間社会学部教授)、田中弘子(愛媛大学教育学部教授)、田宮遊子(お茶の水女子大学大学院人間文化

研究科後期課程)、赤石千衣子(ふえみん共同代表)、石井要子(MIRAI総合研究所)の6名で研究にあたった。

Ⅲ 調査結果の概要

「ひとり親」家庭についてのパイロット調査は、シングルマザー4名の協力を得て、2003年2月9日お茶の水女子大学において実施された。回答者は比較的学歴が高く、シングルマザーに対する問題関心をもっていていると思われた。常勤、非常勤、フリー、無職が各1名である。当日は、研究組織を構成する全員が調査に当たった。パイロット質問項目は、①出産行動へ影響を与えた要因および出産前後の意識と社会的差別の内容、②出産前後のサポートネットワーク、③公的支援の現状と問題点の3点である。

パイロット調査からは、婚外子出産行動決定に医師、助産婦などの医療機関の対応の影響が大きいこと、親族を含めて周囲の理解が得られない場合が多いが、地域での援助が実際には助かること、母親教室など、パートナーがいることを前提としたサービスでの疎外感、同じ立場同志の自助グループの有効性、行政窓口の偏見やプライバシー侵害などが語られ、母子生活支援施設や母子家庭優先入居制度、家事支援サービス等の公的支援の問題点が指摘され、「ひとり親」支援施策と社会意識の現状が明らかにされた。

シングルマザーの法的研究からは、近年、シングルマザーの増加傾向がみられること、しかも、離別のシングルマザーの急増だけではなく、非婚シングルマザー

が前回比85%増(1998)となっており、シングルマザーの多様化がうかがえる。しかし、母子家庭全体の経済状況は厳しく、年収が両親家庭の34%にもかかわらず、離別した夫からの養育費支払いを受けたことのない割合が60%と高い。さらに、常用雇用者は52%にとどまる。経済的困難を抱えるシングルマザーへの生活支援に関する法的問題点としては、児童扶養手当法などの社会福祉法制の世帯単位主義および非婚差別が指摘できる。

今後、シングルマザーの激増は予測できないが、女性の高学歴化と職業進出および価値観の多様化を反映し、非婚での出産・養育が一つの選択肢として、相対的であれ、重要性を増すものと考えられる。少子化対策の一環としても、子を産みたい非婚女性が安心して出産・養育を行うことができるように、シングルマザーへの支援を進めていくべきであろう。

シングルマザーの家族社会学的研究では、ひとり親家族、離婚、「未婚の母」などを「家族病理」、「問題家族」とみなし、その問題の解決をはかろうとする「家族問題研究」が1970年代、1980年代に行われた(望月嵩 2001「家族病理学的アプローチ」清水浩昭、野々山久也編著『家族社会学の分析視角』ミネルヴァ書房)。1980年代半ば以降、こうした家族問題研究に対する批判が行われた。それは、家族問題研究が、未婚、離婚などを病理現象とカテゴライズすることによって差別が生み出されること、未婚や離婚などは病理ではなく個人の選択であるという批判がされた。