

『十代の望まない妊娠防止対策に関する研究』

－世界の十代の避妊、妊娠、中絶、出産等に関する現状調査－

北村 邦夫
(社)日本家族計画協会クリニック
所長

西田 良子
(財)家族計画国際協力財団（ジョイセフ）
調査研究担当部長

1. はじめに

国際的にみると、1994 年の国際人口開発会議（ICPD:カイロ会議）において策定された行動計画において「思春期のセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス」の重要性が強調されて以来、次第に世界各国では、若者に対する取り組みが進行している。それに伴って、若者の「性と生殖に関する健康／権利」に関する情報やサービスの提供の重要性、中でも、若者に対する避妊教育やサービスの必要性も重視されるようになってきている。その結果、世界の国々の中では、低用量経口避妊薬（Oral Contraceptives: OC）や緊急避妊薬（Emergency Contraceptives: EC）などの近代的避妊法が次第に若者に向けたサービスとして普及し、望まない妊娠の防止に貢献しているといわれている。その一方、わが国にあっては、そうした近代的避妊法の普及が遅れており、依然としてコンドームや膈外射精が中心であり、さらに妊娠したら人工妊娠中絶に頼るといった傾向が強いという状況がみられる。

こうした背景をもとに、世界各国における十代の妊娠、中絶、出産、避妊等に関する現状を調査するとともに、「十代の望まない妊娠」に対する取り組みを明らかにすることによって、わが国の今後のあり方について検討する。

キーワード： 世界の十代の性、望まない妊娠防止対策、避妊の選択肢、中絶、経済的負担

2. 調査方法

1) 調査対象・調査票回収率

国際家族計画連盟（International Planned

Parenthood Federation: IPPF、1952 年設立、ロンドンに本部を置く、赤十字社に次ぐ世界第 2 の非政府機関（NGO）、2007 年現在、179 カ国で活動、うち加盟は 166 カ国）の協力により、傘下加盟家族計画協会を対象として、調査票を送付し、調査を実施した。調査票は、英文 A 4 版 8 ページからなり、調査票の回収を促進するために、スペイン語版およびフランス語版も作成し、関連国については、英文と合わせて送付した。調査票の送付・回収は 10 月から 12 月での期間（当初締め切りを 11 月中旬としていたが回収率を高めるために 12 月中旬まで延長）、各家族計画協会宛てにすべて電子メールで実施した。IPPF 本部および各地域事務所の協力を依頼するとともに、調査表への回答依頼はフォローアップも含めて 3 度行うとともに、国際会議等を通しての個別のフォローアップも実施した。

調査票の回収については、IPPF が活動する加盟・非加盟含む協会すべてを対象としたが、電子メール・アドレスがない場合、あるいは送信したメールが未配達となった場合を除き、141 カ国への送信を確認し、回答が寄せられた国は、65 カ国、回収率 46%であった。^{*1)} 回答国リストは、別添参照（付録 1）。

調査票の回答については、各協会において、若者のプログラムの責任者あるいは若者プログラムの調査の責任者による回答を依頼した。14 カ国については各協会の事務局長が中心となり回答しているが、半数（33 カ国）はプログラム責任者および専門担当者（アドバイザー、事業部長・若者プログラム担当およびカウンセリング・クリニック責任者など）、また 13 カ国では評価・調査担当、広報・アドボカシー・ドキュメンテーション担当の回答によるもの、その他、運営管理等の担当者であった。

2) 調査の内容

調査対象となる思春期の若者としては、10歳から19歳の10代の若者とした。UNFPA/WHOの定義では、Adolescence（思春期）は10歳から19歳、Youth（若者）15歳から24歳、Young People（青少年）10歳から24歳としており、今回の調査では、10歳から19歳の10代・思春期の若者を対象とした。

調査票は3つの主要項目（A：避妊、B：妊娠・出産、C：中絶）に分かれ、下記のとおり、多岐にわたる内容を網羅している。（調査票：付録2参照）

A. 避妊

- ・ 十代の避妊法について法的に認められているか
- ・ 処方箋なしで購入可能か
- ・ 大人あるいは十代が使用している避妊法は何か
- ・ 十代は避妊サービスをどこから得ているか
- ・ 避妊法の価格はどうか、一般的な料金はどのくらいか
- ・ 若者への取り組みは行われているか（情報提供・教育・サービス）
- ・ 学校における公式のプログラムの中での性教育・避妊教育の実施
- ・ 避妊教育に対する反対するグループの存在
- ・ 若者への教育に対するコミュニケーションの手段は何か
- ・ 思春期の若者の性・性教育・避妊等にかかわる緊急の課題は何か

B. 妊娠・出産

- ・ 10代母親からの出産の現状
- ・ 法的結婚年齢
- ・ 初婚年齢、第1子出産平均年齢
- ・ 平均初交年齢
- ・ 十代妊娠・出産の場合、若者はどのように対応するか

C. 人工妊娠中絶

- ・ 人工妊娠中絶については合法かどうか、その可能な場合の条件は何か
- ・ 人工妊娠中絶数、10代の中絶数、非合法の中絶
- ・ 十代の中絶に同意は必要か？

- ・ 中絶が実施される場所、経費の支払い

3) 調査実施上の問題点

今回の調査はすべて電子メールによる送信によって実施したため、メールでの連絡がとれないケースおよびメールが届かないケースがみられた。また、直接担当者のアドレスに届かないため、何度もフォローアップを試みると共に、調査回収期間も当初予定よりも1ヵ月延長する処置をとった。今回、回収率を高めるために調査票を英語だけでなく、フランス語およびスペイン語に翻訳して発信したが、その結果、スペイン語での回答が10カ国、フランス語では6カ国あった。しかし、全体としては46%の回収率となり目標の半数には届かなかった。

調査票は大きく3つのパート（A：避妊、B：妊娠・出産、C：中絶）に分かれていたが、特にパートBおよびパートCについては、統計データの質問が多く含まれており、またパートCについては中絶というデリケートな問題のため無回答が多く見られるとともに、回答においても、明確な情報ソースに基づくものではなく、回答者の経験や知見に基づくものも含まれていた。調査結果の分析・考察においては、国連データやすでに公表されている調査データ等を参考として活用し、補足した。

また、今回の調査は、IPPF傘下の家族計画協会を通して行われた。IPPF傘下家族計画協会は、思春期プログラムをはじめリプロダクティブ・ヘルス分野では、各国において、パイオニア団体であり、また中心的役割を担っている民間の非政府機関（NGO）であるが、回答結果は、必ずしも政府の公的サービスやプログラム、また他の民間およびNGOによるサービスについて十分に含めているわけではないと考えられる。

3. 調査結果

調査への回答国（家族計画協会）は、日本を含めて65カ国であったが、本調査結果のとりまとめ・分析にあたり、統計上の便宜を考慮し、国連人口部の区分に基づき、大きく2つのグループ、先進工業地域（More developed regions）と開発途上地域（Less developed regions）、に分類した。先進工業地域は、「北アメリカ、日本、ヨーロッパ、オーストラリア、ニュージーランド」で構成されている。回答国は、先進工業地域14カ国（22%）、開発途上地域51カ国（78%）であ

った。^{*2)} また、調査結果の集計では、「回答なし」「回答不明」については集計数からは除外して検討している。

A. 避妊

1) 10代の若者の避妊具・薬へのアクセス

10代の若者が希望した場合、避妊法にアクセスが可能かどうか、また可能とすると、何をどのように入手しているか、という点について調査した。

図1は、10代の若者の避妊法へのアクセスが法的に可能であるかどうかについての質問への回答結果をまとめたものである。最も回答が多かったのは、先進国、途上国の双方において、「大人と同じく合法である」であり、2番目は「政府の正式な規定はなし」としている。先進国では、大人と同じであるとの回答が多く、その割合は途上国と比較して高い。年齢制限があり、10代へのサービスに制限があるケース、また既婚者のみというケースも途上国に多くみられる。

先進国、途上国ともに、10代の若者に対する避妊サービスについて明確な政府の規程がないとの回答も多かった。また、「その他」の回答者も多く、その中には、「法的な規定はないが、若者は避妊サービスをお金さえあれば受けることは可能」、「若者へのサービスのガイドラインはあっても、必ずしも医療従事者が提供するとはかぎらない」といった回答が見られる。

先進国の中の事例では、「10代の特定の法律はないが、避妊に関するカウンセリングは全て無料で、特に若者や若い女性などには避妊具・薬の補助金が提供される」（スウェーデン）、「コンドームは若者には無料、15歳以下は親の同意が必要。16-20歳の女性にはホルモン避妊薬には補助あり」（ノルウェー）という事例もある。オーストラリアでは、医療サービス提供（緊急避妊薬以外の避妊サービスも含む）の合法的年齢は16歳だが、だれでも15歳から医療保険（Medicare Card）に申請が可能であり、もし若者でもこのカードを取得していれば、両親の同意なしに医療サービスを受診することができる。また、米国では、州によって対応が異なり、21州および首都では、両親の関わりなしに全ての未成年に避妊サービスの同意を明確に許可しているが（2006年8月現在）、一方2州（テキサス・ユタ）では、政府の支援による避妊サービスでは親の同意が必要となっている。

先進国では、処方箋なしで入手可能な避妊法では、男性用コンドーム、女性用コンドーム、殺精子剤と並んで、半数の国が「緊急避妊ピル」も挙げており、10代の若者にも入手可能としている。また、「合法であるが、年齢制限が有り」と回答して国は、9カ国（先進国2カ国、途上国等、7カ国）であった。10歳（3カ国）、14歳（1カ国）、15歳（2カ国）、18歳（3カ国）であった。

2) 最も利用されている避妊法

図2および図3では、大人および10代の若者に最も多く使用されている避妊法を示した。

大人の使用している避妊法では、先進国では、ピル、男性用コンドーム、IUDの順であったが、途上国では、ピル、ホルモン注射法、男性用コンドーム、IUD、不妊手術の順となっている。若者では、先進国は、男性用コンドームおよびピル、膈外射精、ホルモン注射法の順、一方、途上国では、男性用コンドーム、ピル、注射法の順で高い。緊急避妊ピルも、わずかながらも先進国、途上国ともに利用されている。この結果からみると、日本の場合は、コンドームが唯一の避妊手段として考えられていることからすれば、諸外国と大きく異なり、大人にとっても、そして若者にとっても避妊手段の選択が限られていることを表しているといえる。

図4、10代の若者が避妊サービスをどこで得ているかについて示している。先進国および途上国ともに、主たる入手先は、家族計画協会あるいはその他の民間機関のクリニック・薬局、政府のクリニック・薬局とともに、スーパーマーケット等の薬局や販売員等の商業ベースのアウトレットから入手している例が多い。また先進国では自動販売機による入手もみられる。日本の場合は、第1位は、スーパーマーケット等の商業ベースのアウトレット、第2位は、自動販売機となっており、クリニックは3位であり、サービスへアクセス、とくに医療サービスへのアクセスの場が限られている。

家族計画協会では、大人にもまた若者にも避妊具・薬のサービスを提供しており、大人に対しては、83.1%、若者に対しても84.6%が提供していると回答している。一部の協会はサービスの提供をしていないが、大多数の各国協会が、情報・教育活動のみならず、実際のサービスを提供していることがわかる。

図5-1および図5-2では、サービスの提供の場合の、条件の有無を質問したものであるが、約

半数は、条件があると回答しており、条件有りとは回答した国の半数は基本的に医療上の条件である(主に医療上の禁忌)。その他の回答の中には、ホルモン避妊法(ピル等)の場合のカウンセリングの必要性、25歳以上のハイリスク・グループへの対応の必要性がある場合が含まれる。

3) 避妊具・薬の入手にかかる経費

若者の避妊へのアクセスについての質問に対して、避妊への政府の規定があるなしに関わらず、避妊を取得する際のサービス提供者側のバリアーとともに、購入経費の問題も指摘されている。表1-1、1-2、1-3は、若者が避妊手段、特にピル、コンドーム、緊急避妊ピルを入手する場合、その価格についての回答まとめたものである。日本を含む先進工業地域と開発途上地域とに分けてみてみた。また若者が一般に入手可能なものと比較するために、一般的な「マクドナルド・ハンバーガー」の価格との比較を試みた。

<ピル>

ピルの価格自体は、民間製薬会社提供のデータをもみても、先進国ではマクドナルド・ハンバーガーの値段と比較すると、あまり安いとはいえない。特に、医師の処方箋を必要とする国がほとんどであり、診察費・処方箋料などが必要となっている。先進国の間では、日本も含めて、避妊用ピルは保険診療の対象とならず、負担が大きい国と公的に保険制度の適応や補助により負担が少ない国と二つに分かれる。日本は、月平均約¥3000(約\$28)と高いレベルである。日本の場合は、ピルを初めて処方される際には薬剤費・処方箋料などを含めて、(社)家族計画協会クリニックにおいては、¥7,500(約\$70)の負担となる(ちなみに、服薬に慣れた半年後くらいからは、6周期分の薬剤費を含む経費は12,600円となっている)。一方、ノルウェー、オーストラリア、ニュージーランド、イギリス、スウェーデンでは、公的保険制度の適応や保健サービスの補助により、無料あるいは経費負担は少ない。特に、10代の若者に対しては無料サービスを提供している。

途上国になると、政府の政策や外国からの援助等により、非常に安価に、あるいは無料で提供されている。マクドナルド・ハンバーガーの値段と比較してもむしろ安いレベルとなっている。(表1-1)

<コンドーム>

コンドームは、若者に最も利用されている避妊法である。コンドームの入手経費については、先進地域の中では、価格自体をみると、日本はピルと異なり、最も高いレベルではなく、中間レベルである。しかし、先進国の中には、公的保健サービスの補助により若者向けには無料で提供されている国が多い。途上国では、外国の支援を受け非常に廉価で提供されており、政府クリニックでは無料配布が多くみられる。また、各国の協会では、無料で提供しているところが多い。(表1-2)

<緊急避妊ピル>

日本では、正式に承認されていないが、世界では、現在、117カ国(国連加盟国114カ国、非加盟国3カ国)で承認されており、日本は先進国でも途上国でも数少ない未承認国の一つである。多くの国では、処方箋なしに薬剤師より購入(BTC: Behind-the-Counter)あるいは処方箋なし薬剤師を介さず購入可能(OTC: Over-the-Counter)である(2006年10月30日現在)(北村 2007)。

先進国においては、緊急避妊ピルはまだ比較的高価である。日本の場合、月経困難症などの治療薬として承認されている薬剤を緊急避妊目的で転用して提供しているのが現状であるが、その入手価はアイルランドに次いで高い。しかし、国によっては、若者には、公的保健サービスの適応や補助により、無料で提供されている事例もみられる。途上国等の地域では、イスラエルを除いて、かなり低い価格で提供されている。多くの国では、援助を受けて、安価に提供されているが、まだ国内で普及していない国々もみられた(約4分の1は無回答)。(表1-3)

避妊サービスを行っている各国の家族計画協会では、通常の民間クリニックや商業ベースのアウトレットと比較すると比較的安価で上記避妊具・薬を提供している(国によっては、半額あるいは3分の1以下)。また、プログラムの一環として若者へは無料で提供しているところもみられた。

4) 10代の若者への取り組み (カウンセリング・啓発・教育プログラム)

今回の調査に協力いただいた IPPF 傘下の家族計画協会では、近年、若者への取り組みを重視してきている。IPPF は、その活動戦略において、活動の柱として2004年に「5A」を導入し、当面2009年までを目標として実施している。「5A」とは、Abortion (中絶)、Access (アクセス)、

Adolescent (若者)、Advocacy (アドボカシー・提言活動)、AIDS/HIV (エイズ) を示し、その一つである若者に対するセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルスは中心的な課題となっている。前回 1996 年の同様の調査は、1994 年カイロの国際人口開発会議後まもなく、思春期の若者への対応が注目され始めたばかりのことであり、この点が今回の調査とは異なる (Kitamura and Aibe 1996)。今回の調査では、回答を寄せた 65 カ国の加盟団体についてみると、前述の避妊法サービスに加えて、全団体が若者に対する教育活動およびカウンセリング活動を実施していると回答している。

a) 学校教育における性教育の中での避妊に関する教育

学校における公式教科課程の中での性教育・避妊教育の実施が行われているかどうかについては、先進国はほぼすべての国 (1 カ国は回答なし)、途上国等の地域では、21 カ国 (41.2%) のみで実施されている (図 6)。

どのレベルで実施されているかについては、様々である。主な実施状況は、表 2 のとおり。先進国の場合では、性教育の中で避妊教育も中等学校レベルから実施されている国がみられるが、州や地域によって異なる場合や各学校の裁量に任されている場合もみられる。

途上国の事例では、「中等学校レベルから」がもっとも多く 13 カ国。「高等学校レベル」は 3 例見られた。初等レベルで「保健家庭教育」の一つとしてから始められるケース、また初等レベル後期から開始されるケースもあり、また中学校レベルで、妊娠防止や HIV 予防の一環として限られて避妊法について触れられるケースもみられた。先進国では、中・高等学校レベルの就学率が高いが、途上国の場合は、中等教育レベルでの就学率が先進国ほど高くなく、この点は留意する必要がある (表 5)。

b) 10 代の若者に対するカウンセリング・教育プログラム

それでは、具体的にはどのような形での啓発教育プログラムやカウンセリングが実施されているのかについて示したものが図 7-1 および図 7-2 である。専門家による活動と若者自体による活動と二つに分けて質問したものである。様々な形でのプログラムが実施されているが、専門家によるプログラムでは、先進国および途上国双方に

において、ホットライン (電話相談)、個別およびグループ相談、特別なイベントや会合が特に顕著である。若者自体によって実施されているものは、同様に、グループおよび個別相談、特別なイベントや会合、キャンプや合宿、ラジオのトーク番組などが挙げられている。

若者の間では、ラジオのトーク番組の方が、テレビや新聞・雑誌のコラムの利用よりも高く、特に途上国では多く活用されている。また、その他の中には、教育的な講演、インターネット・サイトの活用、若者クラブやコミュニティ・プロジェクトの活用も挙げられている。また、専門家によるプログラムでの無回答は 2 件のみであったが、若者によるプログラムでは、若者の中の専門家を通してプログラムの実施という 1 例を除き、その他 12 件については無回答であり、まだまだ、「若者による」プログラムの実施は限られているとも考えられる。

c) 若者に対するプログラムへの資金提供者

上記、若者に対するプログラム実施への資金はどこから提供されているかを示したものが、図 8 である。回答結果については、先進国および途上国における状況の違い、また今回の調査が IPPF 加盟団体を対象としたものであることを留意する必要がある。

先進国では、最も多い資金ソースは、「政府補助」であり、2 番目は、「他事業の収益」、3 番目は、「国内の助成・慈善団体」であった。一方、途上国の場合は、IPPF、海外のドナーに資金援助を頼っていることがうかがえる。しかし、「他事業の収益」、「政府の補助」も重要な資金ソースとなっている。「その他」の中には、途上国の場合は、国際機関 (UNFPA、世銀、EU など) や他の NGO からの資金援助が含まれている。先進国の場合は、企業 (コンドーム会社、製薬会社) や地方自治体が挙げられている。

5) 性教育に対する反対

各国での 10 代の若者に対する性教育、特に避妊教育に対して反対するグループの存在とそのおもな理由についての質問では、先進国および途上国等に限らず、「反対グループあり」と回答したのは、全体では、51 カ国 (78%)、「反対グループなし」10 カ国 (15%)、無回答 4 カ国 (6%) であった。途上国グループの方が先進国グループより、「反対グループあり」の回答が多かった (先進国 10 カ国 (71%)、途上国 41 カ国 (80%))。

図9は、性教育に対する反対グループに関する回答である。先進国においても途上国においても最大の反対グループは、「宗教指導者・宗教団体」でともに80%を超える回答があった。先進国では、「政治団体」、「親・保護者」と続く。一方、途上国では、2位は「親・保護者」、そして「地域の伝統的有力者」へと続く。「政治団体」や「教師」も反対グループとして影響をもたらしているといえる。

表3は、反対グループによる性教育・避妊教育反対の理由である。我が国を含む先進国においても途上国においても、その反対理由には、共通する点として、「若者煮避妊の情報を提供するの早すぎる、また若者の性行動を助長する」ということがみられる。

6) 10代の若者への教育およびコミュニケーションの手段

図10および図11は、10代の若者に対する教育啓発またコミュニケーションの手段として各国がどのようなアプローチや手段を取っているかについて質問したものである。現在、最も活用している手段やアプローチ（図10）、また今後、ぜひ活用していきたいと考えている手段・アプローチ（図11）を示している。

現在活用されている手段は、先進国では、「学校・教師」、「インターネット/ウェブサイト」、そして、「個別相談」および「グループ相談」、「ちらし・パンフレット・冊子」の順で続く。一方、途上国等では、「グループ相談」、「ちらし・パンフレット・冊子」、「個別相談」が上位3つであり、続いて、「学校・教師」、「ポスター」となっている。先進国では、性教育が学校の教科課程として実施されていること、またインターネットへのアクセスの状況がよいことなどがその理由として考えられる。途上国では、グループや個別相談、また印刷媒体を通してのコミュニケーションが主流となっている。同時に、ラジオの寸劇やメッセージなどの活用もみられる。

今後ぜひ活用したいと考えているアプローチとしては、先進国では、「学校・教師」および「インターネット・ウェブサイト」への希望が多く、途上国では、テレビやラジオの活用、インターネットの活用、そして学校や教師を通じたアプローチへの期待が強い。先進国では、その他として、携帯電話・携帯サイトの活用も新しい媒体として挙げられている。学校を中心とした教育活動や情報提供の重要性とともに、現代の新しい媒体として

のインターネットやマスメディア、携帯電話サイトなどは今後の可能性とともに注目に値する。

7) 今後の緊急な課題

思春期の若者の性・性教育・避妊等にかかわる緊急の課題は何かについて、各国・団体から下記のおもな課題が提示されている。10代の若者の「セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス—性と生殖に関する健康/権利」は今後の重要課題であるとの考えに基づき、各国から挙げられた緊急課題は、10代の若者の望まない妊娠、早期の妊娠防止のために、政策・施策、環境づくり、教育・情報・サービスの提供、若者に対するプログラムの充実、親や教師、またサービス提供者の養成など広範囲にわたっているが、共通する課題としては下記が挙げられる。

- ① 望まない妊娠、早期の妊娠の防止のため、10代の若者の性・避妊についての情報やサービスへのアクセスの確保、そのための政策・施策および環境づくり
- ② 若者の立場に立った、若者にフレンドリーなサービスやプログラムの充実
- ③ 学校の教科課程における総合的な性教育の実施（避妊に関する教育も含む）
- ④ サービス提供者の人材養成、知識や能力強化
- ⑤ 政策決定者、地域や宗教指導者、教師、親に対する若者のニーズや権利についてのアドボカシー推進

各国から挙げられた主な課題を取りまとめたものが表4-1と表4-2である。

B. 妊娠・出産・結婚

表5は、10代の妊娠、出産、結婚にかかわる事項について回答国の中から先進地域およびその他の地域についての事例を選択して取りまとめたものである。回答だけではデータの入手ソースが明確でない場合などがあり、国連等の統計ソースから補足している。特に出生データについては、各国の比較をみるために、国連人口基金（UNFPA）による「世界人口白書2007」の合計特殊出生率および15-19歳女子人口1000対出生数を参考としている。

1) 結婚

表5でみると、先進地域においても、また途上

国地域においても、法的婚姻年齢は、一部の国を除いて、男女とも18歳が主流である。日本の場合、未成年者の結婚はどちらかの親の同意が必要となっているが、他の国では明確ではない(一部、18歳より若い場合に適応がある)。一方、実際の平均初婚年齢でみると、先進国は、他の地域と比べると初婚年齢は比較的高い。途上国等の地域では、特に、中南米地域、アフリカ地域、南アジアでは女性の間では初婚年齢は若く、10代での結婚も珍しくない。

2) 妊娠・出産

平均第一子出産年齢をみると、先進国では、一部の国を除いて、他の地域の国々より出産年齢が高い。また、平均初婚年齢よりも若い平均第一子出産年齢もみられることから、必ずしも結婚を経て出産という形ではなく、婚外出産の可能性も示唆している。

10代(15-19歳)の出生率では、先進国では、米国が非常に高く(49)、ついでイギリス(23)、エストニア(23)となっている。10代の女子による出生数でみると、米国で、全出生数の4.2%、英国(イングランド・ウェールズ)で全体の7.2%、エストニア(7.4%)、オーストラリア、ポルトガルで約5%との報告が出ている。途上国はこれに比べて、全体的な出生率も高く、また、初婚年齢が若いことも合わせて、10代の女子の出生率は非常に高く、特にアフリカや中南米、南アジア(ネパール)はその傾向は強い。日本の出生率、また10代の女子の出生率は先進国の中でも非常に低いレベルとなっている(回答国の中では、チェコ、スイス、オーストラリア、そしてシンガポールと同様に低いレベルである)。

3) 若者の性交経験

平均初交年齢については、実際にサーベイ調査が限られていることもあり、データの入手は困難との回答が多く、比較検討はむずかしいが、先進国・途上国を問わず、既婚・未婚にかかわらず、初交年齢は、おおむね10代後半と若い。平均初婚年齢と比較して、10代の若者は、婚姻関係によらず、早い段階から性的な経験を開始することを示している。これによれば、先進国、途上国と比較して、日本の場合は、若者の性的活動の活発化が言われているが、必ずしも、若者の性交経験年齢は早くはないといえる。

4) 10代の少女の妊娠・出産への対応

図12は、10代の少女が妊娠した場合の対応を示している。この回答では、10カ国が無回答であり、また回答のうち、データがあったとしたものが21.5%、半数は印象および経験からの回答であったが、先進国、途上国とも、「教育を続けるよう後押しをする」ことを目指しつつも、10代の少女が妊娠した場合は、状況は少女にとってきびしく、学業の継続は難しい場合が多くみられる。

先進国の事例では、「学校から追放される」というケースはなく、「教育を続けるように後押しをする」が63.6%、「社会的な重圧により退学を余儀なくされる」場合が27.3%となっている。その他として、「妊娠しても家庭で特別な教育を受け、教育の継続は可能。少女は学校よりサポートを受ける権利を有し、復学も可能」(スウェーデン)、「個別のプログラムあり」(チェコ)というケースがある一方、「妊娠中や子育て中の10代の少女には学業の継続を支援する方策がない」(オーストラリア)との回答もみられた。

途上国では、5分の1(20.5%)は、「学校から追放される」とし、半数(47.7%)は、「社会的重圧により退学を余儀なくされる」としている。「教育を続けるよう後押しをする」は27.3%であった。その他のなかには、「既婚女性は未婚女性とは別の特別学校へ移動」、「夜間学校へ移動」、「政府の政策として、出産後に復学可能」というケースが見られるが、一方、「未婚の場合は社会的なプレッシャーで退学を余儀なくされる」(ネパール)、「公立ならば勉学継続は可能だが、私立は学校が決定。一般的に働く必要から学業放棄となる」(ニカラグア)のケースが見られる。また、パラグアイでは、「約2割(18.5%)が勉学を中断したが復学をせず、その内、復学できなかった理由は、2割(22.3%)は世間への恥ずかしさのため、また2割(20%)は保育者の確保ができなかった(2004年最初の妊娠による勉学への影響に関する調査に基づく)」という報告が出されている。

C. 人工妊娠中絶

1) 人工妊娠中絶の状況

人工妊娠中絶は政治的、社会的にデリケートな問題であり、調査における回答においても、中絶数(合法・非合法)、10代の中絶数、人工妊娠中絶が許される場合の条件等についてはすべての回答は得られておらず、また各国においてもデータの入手が難しいとする回答が多くみられた。

表 6 は、人工妊娠中絶の状況について、調査回答に加えて、国連人口部による「世界の中絶政策-2007 年版 Wall Chart」および国連データをもとにまとめたものである (UN Population Division and UNFPA 2007)。

図 13 は、人工妊娠中絶は合法かどうかについての回答である。先進国では、無回答の 2 例を除いても、半数の 7 カ国は「要求があれば可能」であり、5 カ国 (35.7%) は「ある条件下において可能」としている。一方、途上国の場合は、4 カ国 (7.8%) は「要求があれば可能」、34 カ国 (66.7%) では「ある条件下で可能」、7 カ国 (13.7%) 「いかなる場合でも認められていない」との回答があった。現在、いかなる場合にも中絶が認められていない国としては、エルサルバドル、チリ、ニカラグアが挙げられている (Center for Reproductive Rights 2007)。しかし、「女性の生命が危険である場合」についても、各国において様々な解釈が見られ明確ではない。

表 6 では、人工妊娠中絶が認められる要件について 7 項目—a) 生命を救う、b) 身体的健康の保持、c) 精神的健康の保持、d) 強姦・近親姦、e) 胎児の障害、f) 経済的・社会的理由、g) 女性の要請 (オン・リクエスト) に分けている (UN Population Division 2007)。これによると、7 項目、女性の要請によるレベルの国は、先進国、アジア、旧ソ連邦の国々に多い。一方、中南米やアフリカ地域、西アジアの国々では、基本的に妊婦の生命を救うためという場合に可能であるというケースが多く、中絶へのアクセスは制限がみられる。また、米国やオーストラリア、メキシコのように州によって適応が異なる国も見られる。米国では、最高裁の決定として中絶については基本的人権として認められてはいるが、中絶へのアクセスについては、10 代の場合の親の同意の必要性、カウンセリングや待機期間の有無、また貧しい女性のための公的資金の適応については州によって異なる制限が存在している。またメキシコでは、昨年 (2007 年 4 月)、連邦区 (メキシコ市) では女性の要請により妊娠 12 週までは中絶は合法となった。また、州によっては、身体的精神的健康への危害、強姦、経済的理由などが考慮される州もある。同様に、ポルトガルでは、2007 年 4 月より女性の要請により中絶は 10 週までは法律で可能となっている。一方、ニカラグアでは、2006 年法律改正により緊急の必要性としての治療的中絶も含め、一切の中絶を認める要件をすべて排除し、非合法となっている。

人工妊娠中絶に関するデータは、先進国では入手可能であるが、途上国では入手がむずかしく、回答も限られており、国連人口部の最新の報告書においても記載されていない国も多い。表 6 によれば、中絶件数が 100 万を超える国は、先進地域では、米国、その他の地域では、ロシア、中国、インドネシア、ベトナムが挙げられる。中絶率 (15-49 歳女子人口 1,000 に対する中絶数) でみると、先進国では、エストニア、スウェーデン、米国、オーストラリアは、日本より高く、また 10 代の中絶件数をみても、日本より高い数字となっている。10 代の中絶実施率 (同年代の女子人口千対中絶数) を比較すると、主な先進国では、スウェーデン (25.4)、米国 (22.5)、カナダ (14.1)、日本 (9.9) となり、この中では日本の 10 代中絶実施率は低い。

先進地域以外の国々の事例をみると、女性の要請により中絶が可能な国では、中絶の実施率は高くなっている (ロシア、中国、モンゴル、ベトナム等)。一方、はっきりとしたデータの入手は困難であるが、途上国の場合、特に、中絶が認められる要件が限られている国の場合 (基本的に女性の生命を救うために限られている場合が多い)、推計中絶件数の中での非合法の中絶の高さへの懸念が報告されている。非合法であるため、実際の非合法中絶の件数は推計の域にとどまり、詳しいデータの入手は難しいとの回答が多かったが、中絶による合併症による罹病率・死亡率につながっているとの回答があった。多くの国において、特に、避妊の普及がまだ満足いくレベルに達していないところでは、高い妊産婦死亡率につながっていると考えられる (UN Population Division 2007)。

2) 10 代の中絶について

a) 10 代の中絶の場合の同意の必要性

10 代の女性が中絶を受けようとする場合、同意が必要かどうかについては、図 14 が示すとおりである。先進国では回答した国の半数は「必要なし」としているが、1 カ国については「パートナーの同意が必要」としている。その他の回答には、年齢によって (14 歳、あるいは 16 歳以下)、親・保護者の同意が必要というケースがみられる。また米国のように、州によって異なるケースおよび、アイルランドのように国内では難しいため、海外で中絶を受けるため、受診国によって異なるケースがある。

途上国の場合は、回答国のうち、10カ国(19.6%)は「必要なし」、8カ国(15.7%)は「パートナーあるいは保護者の同意が必要」、1カ国は「パートナーの同意」が必要としている。その他のケースをみると、「保護者の同意が必要」は3カ国、また年齢によって、「保護者の同意が必要」としている国が、4カ国みられる(15歳以下：ロシア、16歳以下：キルギス、モンゴル、18歳以下：カンボジア)。また、非合法であるため、若者は自分だけで決定する、あるいは友人や家族の助けで中絶を行うという若者が取り巻く厳しい状況もみられる。

b) 中絶の受診場所および経費の支払い

10代の女性が中絶を受ける場合の受診場所と経費については、図15のとおりである。受診場所としては、先進国では、半数以上は、政府の病院・クリニック(8カ国、57.1%)、次に民間の病院・クリニック(6カ国、42.9%)で中絶を受けている。一方、途上国では、最も多いのは、民間の病院・クリニック(21カ国、41.2%)、次に多いのは、政府病院・クリニック(12カ国、23.5%)となっている。5カ国では家族計画クリニックで実施されている。ここで留意すべき点としては、途上国で正規の医療従事者以外のところでの中絶の実施である。伝統的助産師7カ国(13.7%)、医学的な訓練を受けていない提供者5カ国(9.8%)、伝統的医師3カ国(5.9%)となっており、危険な中絶が行われていることをうかがわせる。

中絶の経費をだれが負担しているかについては、デリケートな問題であることもあり無回答が多く、明確な比較はむずかしい。傾向としては、先進国では、回答14カ国中11カ国が回答を寄せ、3カ国が無料(公的機関を利用した場合等)、また医療保険でカバーが可能というケースがみられる。その他は主に、妊娠した少女かその家族が支払う傾向がみられる。途上国等においては、回答国31カ国であり、複数回答が多く、明確な判断はむずかしいが、傾向としては、妊娠した少女(18カ国)、妊娠した少女の家族(11カ国)、妊娠した少女のパートナー(13カ国)によって負担されている。共に、女性の側の負担が多い。

c) 中絶後のカウンセリングの有無

中絶後の避妊カウンセリングがシステムとして行われているかどうかについては、回答数55カ国(先進国11、途上国41)のうち、40カ国(73%)

が実施されていると回答している。その実施機関については、先進国では、家族計画協会自体、また政府機関ともに提供されているとしている。途上国等において、回答した32カ国中、家族計画協会自体(31カ国)、政府機関(22カ国)で実施されているとしている。しかし、明確なシステムとして確立されているかどうかについては疑問視する回答もあり、国あるいは受診機関によって異なることが考えられる。

4. 考察

日本では、現在、出生率の低下に伴う少子化の進行や若者の数の減少が政府においても社会においても中心的な関心テーマとなっているが、世界的にみると、世界の人口の約半分は、25歳以下であり、過去に経験がないほどに最も若者の人口が大きい時代となっている。今回調査の対象となった、10-19歳の年齢層の若者は、世界に現在12億人いるといわれている(UNFPA 2003)。

1994年の国際人口開発会議(ICPD、カイロ)では、その行動計画において強調されているように、年齢にそったリプロダクティブ・ヘルスに関わる情報やサービスに若者のアクセスを確保し、思春期保健への取り組みの重要性を求めている。若者の9割近くを占める途上国の課題であることは言うに及ばず、先進国においても、次世代を担う若者の思春期から大人への健全な育成は重要な課題であり、1994年以来、これまでの幾つかの国際会議における協議や合意を経て(1995年北京の第4回世界女性会議、1999年ICPD+5など)、若者また思春期の若者の性および生殖(セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス)に関わるニーズが次第に国際的には認識され始めている。UNFPAによる1994年以来のICPD行動計画実施進展に関わる全世界の国々に対するフォローアップ調査においても、2004年の10年間の進展として、3分の1足らずの国々が思春期保健に関わる政策策定・実施していると答えており、また半分以上(62%)の国々がすでに何らかの思春期保健に関わる国レベルの計画やプログラムを策定していると答えている(UNFPA 2004)。

さらに、若者の権利として、若者が情報・教育、およびカウンセリング・避妊を含むサービスへのアクセスを保障することが必要であり、さらに若者に対して「適切な、特有の、守秘に基づいた、利用しやすく、アクセスが可能な」サービスを提供する重要性が指摘されている。

IPPFは、前述のとおり、2004年よりその活動戦略、5A (Access, Adolescent, Abortion, HIV/AIDS, Advocacy) の中で若者に対するプログラムを重視してきている。本調査の中でも、現在、100%の傘下の協会が若者に対する、教育・広報活動を推進しており、約85%がサービスも提供していると回答していた。IPPFの2005-2006年の世界的共通指標に基づく各国加盟団体の活動評価報告においても同様な状況が明らかにされている。2006年の報告では、若者に対する情報・教育を提供している加盟協会は100%、セクシュアル・リプロダクティブ・サービスの提供については97.2%、また若者に対するサービスの改善についてのアドボカシー・提言活動を実施している団体は、98.6%にのぼっている。一方、中絶に関しては、安全な合法的中絶の制限を排除することやアクセスの改善に向けてのアドボカシー、54.5%、危険な中絶・安全な中絶、合法的な中絶サービスの有無に関する広報・教育の活動の実施は48.3%、中絶に関連するサービスについては85.5%が実施をしている (IPPF 2006)。日本を含め、各国の家族計画協会は若者をめぐる対策では中心的な役割を担ってきていることがうかがえる。

本調査を通して判明した、望まない (意図しない) 妊娠の防止に対する共通の課題について以下まとめた。

1) 十代の性と避妊

現在の十代の若者は、表6が示すとおり、早く思春期を迎え、先進国、途上国に限らず、平均的な初交年齢と平均初婚年齢をみると、思春期から結婚までの期間が長くなっている。ほとんどの国において、初交経験は15歳から19歳までの間に行われている。また、法的結婚年齢は、多くの国々で18歳以上と共通してはいるが、実際の初婚年齢はより高くなっている。特に、先進国では、これが顕著であり、結婚までの期間、結婚にとられない比較的長い「性的な活動期間」があると言える。こうした傾向は、他の世界的な比較調査においても報告されている (Wellings et al. 2006)。

一方、日本では、先進国と比較すると、10代の若者の性的体験は必ずしも早いとは言えない (表5参照)。また、初婚年齢、第1子出産年齢、そして10代 (15-19歳) の出産についても他の先進国と比べるとまだ低いレベルとなっている。先進国の調査データとの比較においても、日本では、20~24歳女性の性交経験について、18歳までの

累積性交経験率では、44.8% (2006年)、39.8% (2004年)、26.2% (2002年)、と次第に上昇しているが、他の先進国に比べると、18歳までの累積性交経験率では、スウェーデン65.2% (1996)、カナダ53.4% (1996)、英国63.8% (1990-1991)、米国63.1% (1995) であり、日本の10代の性交経験は上昇しているとはいえ、まだ先進国のレベルまでは至っていないといえる。^{*3)}

こうした性交経験の機会が増加しているにもかかわらず、日本では若者の避妊についての意識が低く、避妊が普及していないという調査結果がでている。「第3回男女の生活と意識に関する調査」(2006)によれば、16-19歳の女性の初交時の避妊法の主体は、コンドーム (71.9%) であり、「避妊せず」も4分の1 (25%) いた。また最近使用した避妊法についても同様にもっぱらコンドーム (71.9%) であり、避妊をしなかった女性も約2割 (21.9%)、ピルの利用は3%と非常に低い使用率であった (北村 2007)。これは、10代のみならず、一般的な避妊法の普及においても同様であり、他の先進国と比べても、避妊実行率が低く、男性依存型の避妊法の使用率が高く (コンドーム、膣外射精)、ピルなどの避妊の効果の高い避妊法の実行率は低いことが指摘されている (Sato and Iwasawa 2006)。

2) 「望まない (意図しない) 妊娠」の防止と避妊へのアクセス

最近の日本および米国からのニュースをもとに、日米および他の先進国の現状を「意図しない妊娠 (unintended pregnancy)」(望まない妊娠および早すぎる妊娠) について検討してみたい。表5にあるように、米国は、他の先進国に比べて10代の女性の妊娠・出産率ははるかに高い。

米国よりの最近のニュースとして、米国の研究機関、グッドマッハー研究所より、2008年1月17日に出されたプレス・リリースは、「米国の中絶実施率は、1974年以來の最低レベルに下がり (2005年に19.4/15-44歳の女子人口1000対)、約20%の妊娠が中絶によって終結している。2000年から2005年の間に9%の減少率であり、これはおそらく避妊の利用率の向上と中絶の実施機関・者へのアクセスの減少によるものと考えられる」と報告している (Guttmacher Institute 2008)。

同様な報告が近年、米国の10代の妊娠・出産について同研究所から出されている。米国の10

代の女性の出生率は、表5でみるように他の先進西欧諸国と比較しても高い。米国での15-19歳女子人口千人当たりの妊娠件数は1990年の117から2002年の75まで減少、1990年のピーク時から36%減少している。この妊娠率減少の主たる理由は、10代の若者の間で避妊を常時実行している率が上がっていることであり、1995年から2002年の妊娠率減少の約86%を占めており、また残りの14%は、10代の若者が性行動を遅らせるかあるいは性交回数を減らしていることによると報告している(Guttmacher Institute 2006b)。事実、10代の避妊の実行率(最近の性体験での避妊の有無)では、10代の女性の83%、10代の男性91%となっている(Guttmacher Institute 2006a)。

一方、日本に目を転じれば、2008年1月21日付朝日新聞では、「ピル無許可でネット販売」という記事が掲載された。これによると、現役の医師であるクリニックの院長が、経口避妊薬(低用量ピル)をインターネットで全国に販売していることがわかり、厚生労働省は、医師法や薬事法に違反する疑いがあるとして調査を行うという記事である。ネットでの医薬品販売は、医師の処方箋なしでも薬局で買える薬のうち、薬剤師の介在する必要のないものに限られており、医師の診断と処方箋を必要とするピルについては対象とならない。摘発された院長は、「オンライン処方」というホームページを開設し、電子メールのやり取りのみで販売していたというものである。記事によれば、このホームページには1日約6万件、またメールの問い合わせは1日60から100件と報告されている。この医師は、「患者の利便性」を考慮したものであり、医療行為であるとしている。他の先進国あるいは途上国と比較すると、前述のとおり、日本での避妊法の選択肢はかぎられている。ピルの実行率はまだ低いレベルであるが、潜在的なニーズの存在については注目に値する。

「第3回男女の生活と意識に関する調査」(2006)でみると、「ピルの認知度」(よく知っている、おおよびある程度知っている)は、男性63.3%、女性69.6%となっており、25歳未満でみると、男性61.7%、女性66.7%となっている。現在の服用者は、50万人、服用希望者は400万人を超えているという調査結果も出されている(北村2007)。本調査結果で見られるように、日本では、他の先進諸国(イギリス、スウェーデン、ノルウェー、オーストラリアなど)と比べると、ピルは高額であり、診察料や細かい検査も求めら

れるという点があり、10代の若者にはなおさらアクセスが難しい現状が見られる。また、緊急避妊ピルについては、日本はまだ承認されておらず、そのために認知度もまだ低く、医師の診療に基づき高額でもあることから、アクセスは限られているのが現状である。

米国のグッドマッハー研究所による米国と他の先進国との比較調査によれば、避妊を含むリプロダクティブ・ヘルスに関するサービスが従来の医療保健サービスに組み込まれており、また若者に対しても保険診療あるいは補助を通してアクセスが保障されている場合は、若者の避妊の実行率が高い、と指摘している(Guttmacher Institute 2001)。日本では他の先進諸国と比較すると10代の若者の避妊の選択肢あるいはアクセスは限られている。

3) 望まない(意図しない)妊娠と人工妊娠中絶

WHOの推計によれば、世界の中絶は、1995年から2003年の間において、約4,600万件から4,200万件へ減少している。世界では、妊娠件数の3分の1以上は、意図しない妊娠であり、妊娠の約2割は中絶として終わっている。ほとんどの中絶、毎年3,500万件は途上国地域で起こり、残りの700万件は先進国で起こっており、途上国の中絶の半数以上(55%)は危険な中絶となっている。女性の中絶実施率は、先進国においても途上国においてもあまり変わらず、15-44歳の女子人口1000人に対する中絶数では、先進国26に対して途上国29(2003年)と報告されている(Guttmacher Institute and WHO 2007)。

先進国をはじめ一部の国々では、安全な中絶サービスが確保されており、中絶を権利として「女性の要請(オン・リクエスト)」により提供されている。別の調査によれば、何らかの理由で要請により中絶の可能な国は56カ国、世界人口の39.3%であり、一方、厳しく制限されている国(妊婦の生命を救うのみあるいは全く認められていないケース)は69カ国、世界の人口の25%であるとの報告が出されている(Center for Reproductive Rights 2007)。世界の国々では、以前として、女性の中絶へのアクセスに制約があることがみられる。

また、人工妊娠中絶手術の経費についてみても、先進国を中心として、健康保険、あるいは公的な支援が得られる国がある。また、最近の先進国での傾向として、中絶薬による中絶の増加がみられる。前述のグッドマッハー研究所によると、米国

での中絶は妊娠初期（3 ヶ月）の中でも早まる傾向があるとし、中絶の 13%は手術ではなく、中絶薬による中絶 Medication Abortion が近年増加している（中絶実施機関の 57%が提供しており、2001 年の 33%より増加）（Guttmacher 2008）。英国の場合は、2006 年の中絶実施率（15-44 歳の女子人口 1000 人当たり）は 18.3、2005 年の 17.8 より上昇している。投薬による中絶は全体の 30%であり、米国同様に 2005 年の 24%より増加傾向が見られる。また、米国および日本とも異なる点は、87%の中絶は、国民健康保険（National Health Scheme）でカバーされている（U.K. Department of Health 2006）。

日本では、中絶件数は、全体としては減少してきているが、19 歳以下の年齢層、および 40 歳以上の産み終えた世代の間での中絶実施割合は高くなっている。特に 19 歳以下の思春期の若者における「意図しない妊娠」への中絶が抱える問題への対処は重要な課題となっている（北村 2007）。

望まない妊娠・意図しない妊娠、それに伴う中絶が、その後の心身に及ぼす影響は看過できない。これまでにも世界各地で、中絶の防止に向けてさまざまな対策が取られてきている。若者個人の行動を変えるような教育・カウンセリングの提供のみならず、若者を取り巻く社会・経済的な環境や制度にも目も向けて対応していくことが必要となる。たとえば、適切な性教育、避妊教育やカウンセリングに加えて若者の避妊法へのアクセスの確保とそれを可能とする社会的な環境づくり、などが重要な要素となってくる。

4) 性教育・避妊教育および 10 代の若者へのアプローチ

本調査を通して、先進国、途上国を問わず、近年、10 代の若者に対する取り組みが広がりつつあることがわかった。義務教育制度や中等教育の就学率では格差が認められるが、学校での教科課程の中で、性教育・避妊教育が実施されている。また様々な若者向けのプログラムが実施され、若者が主体的に実施する活動も行われており、若者に対する情報・教育・啓発活動も多くのチャンネルを通して複合的に推進されてきている。先進国を中心とした、10 代の若者の望まない妊娠、出産、中絶が低下傾向にある国々では、10 代の若者が利用しやすい公的、あるいは公的な制度の支援のもとでの民間のサービスが存在している。また、多くの途上国では、思春期の若者へのプログラムへの海外からのドナーからの支援による公

的また NGO による活動が推進されている。むしろ、日本ではまだ立ち遅れている印象を受ける。

本調査からは、先進国においても途上国においても、「学校・教師」を通じた若者へのアプローチを重視していることがうかがえる。しかし、先進国、途上国において共通に、性教育・避妊教育への反対グループの存在を指摘しており、宗教指導者や政治団体・地域の指導者とともに、親や教師の反対も根強く、反対の共通する理由は、「若者に避妊の情報を提供するのは早すぎる、性教育・避妊教育は、子供たちの早い性行動を促進し危険」とするものである。多くの調査や研究が、これが正しい認識ではないことを報告している。学校の教科課程における若者に対する性教育は、多くの人たちが反対するように、危険な性行動を助長するような形とはなっておらず、むしろ、リスクやリスクを回避するための正確な知識、自己認識・自己決定能力の向上により、安全な性行動をとり、性行動を早めるよりも遅らせることに寄与しているという報告が出されている（Kirby et al. 2005）。さらに、グッドマッハー研究所の報告では、米国での様々な調査によれば、「禁欲」のみならず、避妊に関する教育も含めた総合的なバランスのとれた性教育アプローチの重要性を指摘しており、「禁欲」のみを強調する性教育は 10 代の若者の性交を遅らせる結果には結びついておらず、むしろ、避妊に関する教育を含めた総合的な性教育は、10 代の若者の性行動の開始を遅らせ、またセックスパートナーの数を減少させるとともに、性行動においては避妊の実行を進める結果となっていると報告している（Guttmacher Institute 2006）。

本調査を通して、思春期分野の緊急課題として、先進国も途上国も共通に 10 代の若者が自分たちの権利として、避妊を含むセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルスの情報やサービスへのアクセスが保障され、正しい知識と自信をもって自己決定することができるようにすることを重視していることが明らかにされた。複合的な若者へのアプローチ（1対1の個人ベースの対応から、マスコミや最近のインターネットの活用も含む）、若者が主体性をもって実施するプログラムの重要性が指摘されている。また、先進国、途上国を問わず、ユース・フレンドリーなサービスの確立を重視、若者のみならず、サービスの提供者、若者を取り巻く地域社会の理解や支援体制づくりが強調されている。

ユース・フレンドリー・サービス（若者が利用

しやすい、若者にやさしいサービス)については、UNFPA では、次の点が不可欠であるとしている——利用しやすいサービス提供時間(クリニック等のオープン時間帯)、プライバシーの確保、能力の高いスタッフの存在、若者の尊重、最低限のサービスパッケージの提供が可能、避妊具や避妊薬が十分確保されていること、避妊法のチョイスの確保、確実な避妊法と性感染症予防としてのコンドームとの二重の防御(Dual Protection)の確保、リファール・システムがあること、低年齢の若者(12-15歳)に対してもサービスが可能であること、守秘義務の確保、過度な待機時間がないこと、入手しやすい適切な価格であること、若者に対して特定のスペース・時間帯の確保。また、上記の不可欠な要素に加えて、ユース・フレンドリー・サービスを促進する要因として、若者の意見やフィードバックの重視、アクセスし易いロケーションであり、若者が訪問しやすい環境であること、ピア(仲間)カウンセリングの存在、若者に対する適切な広報活動、教材や教育機会の提供、医療スタッフ以外のスタッフの存在、パートナーと一緒にサービスの提供、血液検査や内診は可能限りすぐには行わない——といった点を挙げている(UNFPA Website)。

一口に10代の若者といっても、様々であり、性や生殖の健康問題は、若者が置かれた社会経済的な状況に影響されるため、年齢や状況に即した若者のニーズにそった情報やサービスの提供が求められている。IPPF では、総合的性教育フレームワークを作成しており、総合的性教育の重要性をうたっており、若者が自分たちの権利として、1)セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツに関する正しい情報や知識を得ること、2)ライフ・スキル(Life Skills)——自己認識や自己決定能力、コミュニケーションや交渉能力、責任感、他者との関係の構築などの育成・発達、3)積極的な態度や価値観の醸成といったことを発展させていくことを可能とすることを目指している(IPPF 2006)。

5. 結論・提言

日本では、他の先進国や途上国と比較すると、10代の妊娠・出産・中絶の件数の面では問題は少ないようにみえる。しかし、近年の19歳以下の中絶の割合の高さや、先進国で唯一HIV感染率が増加しているという現状を考えると、10代の若者のセクシュアル・リプロダクティブ・ヘル

スの向上への課題も多く、他国の事例や教訓からも示唆を得つつ、今後の対策をさらに進めていくことが肝要と考えられる。こうした観点に立ち、今後の検討事項として下記の点を提言したい。

- ① 学校の教科課程における総合的な性教育(避妊や性感染症予防に関する教育も含む)を充実させる。小学校レベルからの年齢に即したカリキュラムづくり、またそのための教材の拡充を図る。ジェンダーの視点(男女のより良いパートナーシップ)も含めて検討する。
- ② 10代の若者の避妊サービスへのアクセスの確保、そのための政策・施策および環境づくりを推進し、近代的避妊法の選択肢[チョイス]の拡大や入手が若者にとって可能となるような対策を早急に検討する。特に、緊急避妊ピルの早期承認、ピルやコンドームを格安でかつ入手しやすい環境を整備すること。これらを含めて、若者へのサービスについて公的な支援の導入を検討する。
- ③ リプロダクティブ・ヘルス/ライツ(性と生殖に関する健康・権利)の視点で、器械的人工妊娠中絶ではなく薬物を用いた安全な人工妊娠中絶のサービス(medical abortion)を保障すること。また経費を安価にし保険適応の可能性など利用しやすいサービスの可能性を検討する。
- ④ 若者自身による、若者にフレンドリーなサービスやプログラムの充実をはかる。特に、ピア・カウンセリング(仲間教育)組織の拡充やネットワークづくり、またピア・カウンセリングを推進していく上での地域、学校、親の支援体制づくりを促進する。
- ⑤ 若者を対象としたクリニックのさらなる充実とネットワークづくりの推進。また全国的な電話相談網の拡充をはじめ、インターネット等の新しいチャンネルを活用した複合的なアプローチを推進する。
- ⑥ 親・教師、またサービス提供者への性教育の実施とともに、性教育プロモーター(若者を含む)の人材養成、知識や能力強化をはかる。
- ⑦ マスメディアの10代の性に対する認識を高め、常時、責任ある報道に関するモニタリングを実施する。
- ⑧ 若者でも容易にアクセスが可能なポルノ雑誌やアダルト・ビデオ、またインターネ

ット・サイトに対する提供者自身による良心的な規制。

10代の若者の妊娠・出産という課題には、保健分野のみならず、教育、労働、経済、社会状況、家族の在り方など、変化していく現代における様々な問題の中でとらえられなければならない。男女ともにより良い出産・子育ての環境を考えることは、社会的な弱者をも含めた社会の福祉を考えることにつながり、若者は未来を形成していくという観点から、上記の対策の実現にあつては、政策決定者や保健分野のみならず、広くさまざまな分野の関係者のコミットメントと支援が肝要であり、若者の健康と権利に対する投資は次世代に大きく寄与するという認識のもと、若者のニーズや権利を保障する提言活動が今後も重要なる。また、今回の調査を通して、若者への支援が社会的に進んでいる国々において、今後も継続的に他の国の対策や教訓を比較検討し、また互いに共有することは、我が国の今後の具体的な対策づくりに寄与していくことにもつながると考える。

注：

- 1) IPPF は、2007年現在、166カ国に正式加盟協会150団体をもつ。これには、カリビアン家族計画連盟に加盟する17カ国を含む。これに加えて、13カ国で IPPF1 は活動しており、合計、世界179カ国で活動している。今回はカリビアン家族計画連盟加盟協会、およびその他非加盟ではあるが活動している国2カ国（キューバ、マラウイ）をふくめて全168カ国を当初対象とした。その中で、メールアドレスが不明のもの、また送信が未配達となったものを除いて、計141カ国に送信された。
- 2) 先進工業地域・開発途上地域の分類は、国連人口基金（UNFPA）、「世界人口白書2007」参照。旧ソ連諸国は、経済転換期にあるその他の国々の分類であるが、開発途上地域に含めている。回答国の分類は、付録1を参照。
- 3) 北村邦夫，出所：日本のデータ；「男女の生活と意識に関する調査」2002、2004、2006。その他、The Guttmacher Institute, *Teenage Sexual and Reproductive Behavior in Developed Countries*, 2001.

参考文献

- ・北村邦夫 (2007)、「緊急避妊法」、日産婦誌 59 卷 9 号、N-514-518 頁。
- ・北村邦夫 (2007)、「思春期の性行動と性差」、産婦人科治療、Vol. 94, No. 4-2007/4
- ・北村邦夫他 (2007)、厚生労働科学研究費補助金 (子ども家庭総合研究事業)「全国の実態調査に基づいた人工妊娠中絶の減少に向けた包括研究」、平成 18 年度 総括研究報告書 (付録:「第 3 回男女の生活と意識に関する調査報告書」)
- ・佐藤隆三郎・白石紀子・坂東里江子 (2007)、「日本の人工妊娠中絶の動向と要因に関する人口学的分析」：経済学論纂 (中央大学)、第 47 巻 代 3・4 合併号、197-198 頁。
- ・Center for Reproductive Rights (2007), *The World's Abortion Laws*, Fact Sheet (May 2007), New York.
- ・Francome, Colin and Marcel Vekemans (2007), *Abortion: A Worldwide Perspective*, Middlesex University Press, London (published with the support of IPPF).
- ・Glasier, Anna et al. (2004) "Advanced provision of emergency contraception does not reduce abortion rates," in *Contraception*, 69 (2004): 361-366.
- ・Guttmacher Institute / Alan Guttmacher Institute (2001), *Can more progress be made? - Teenage Sexual and Reproductive Behavior in Developed Countries*, N. Y. and Washington, D. C.
- ・Guttmacher Institute (2006a), "Facts on American Teens' Sexual and Reproductive Health", *In Brief* (September 2006), N. Y. and Washington, D. C.
- ・Guttmacher Institute (2006b), "Facts on Sex Education in the United States", *In Brief* (December 2006), N. Y. and Washington, D. C.
- ・Guttmacher Institute (2006c), "Facts on Induced Abortion in the United States", *In Brief* (June 2006), N. Y. and Washington, D. C.
- ・Guttmacher Institute (2006d), *U.S. Teenage Pregnancy Statistics: National and State Trends and Trends by Race and Ethnicity* (Updated September 2006), N. Y.
- ・Guttmacher Institute and WHO (2007), "Induced Abortion Worldwide," *In Brief* (October 2007), N. Y. and Washington, D. C.
- ・Guttmacher Institute (2008), "Facts on Contraceptive Use," *In Brief* (January 2008), N. Y. and Washington, D. C.
- ・Guttmacher Institute, New Release, January 17, 2008.
- ・Human Rights Watch (2007), *Over Their Dead Bodies, Denial of Access to Emergency Obstetric Care and Therapeutic Abortion in Nicaragua*, *Human Rights Watch*, October 2007, Volume 19, No. 2 (B), New York.
- ・IPPF (2006a), "Global Indicators 2006 Results," *IPPF Programme Report 2005-2006*, London, U. K.
- ・IPPF (2006b), *IPPF Framework for Comprehensive Sexuality Education*, London, U. K.
- ・Jones, Rachel K., Mia R. S. Zolna, Stanley K. Henshaw and Lawrence B. Finer (2008) "Abortion in the United States: Incidence and Access to Services, 2005," in *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Vol. 40, Number 1, March 2008.
- ・Kitamura, Kunio and Sono Aibe (1996) *Study on the Prevention of Unwanted Teenage Pregnancies - Perspectives Drawn from the International Survey*, Japan Family Planning Association.
- ・Kirby, Douglas, B. A. Laris and Lori Rolleri (2005), *Impact of Sex and HIV Education Programs on Sexual Behaviors of Youth in Developing and Developed Countries*, Youth Research Working Paper No. 2, Family Health International.
- ・Sato, Ryuzaburo and Miho Iwasawa (2006), "Contraceptive Use and Induced Abortion in Japan: How is it so unique among the developed countries?" , in *The Japanese Journal of Population*, Vol. 4, No. 1 (March 2006).
- ・Sedgh, Gilda, Stanley K. Henshaw, Susheela Singh, Akinrinola Bankole and Joanna Drescher (2007), "Legal Abortion Worldwide: Incidence and Recent Trends," in *International Family Planning Perspectives*, Vol. 33, No. 3, September 2007: 106-116.
- ・U.K. Department of Health (2006), *Abortion Statistics, England and Wales*, London, U. K. (through website).
- ・UNFPA (2008), "Expanding Access to Youth-Friendly Services", Supporting Adolescent and Youth in Population Issues, UNFPA Website, N. Y. (www.unfpa.org)
- ・UNFPA (2007), *World Population Report 2007*, N. Y.
- ・United Nations Population Fund (UNFPA) (2004), *Investing in People, National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action 1994-2004*, N. Y.
- ・UNFPA (2003), *World Population Report 2003*,

N. Y.

• United Nations (UN) Population Division (2007) *World Abortion Policies 2007* (Wall Chart), N. Y.

• UN Population Division (2001/2002), *World Abortion Policies - A Global Review*, Volume I, II and III, N. Y.

• Wellings, Kaye, Martine Collumbien, Emma

Slaymaker, SusheelaSingh, Zoé Hodges, Dhaval Patel, Nathalie Bajos (2006) , “Sexual behavior in context: a global perspective” , *THE LANCET*, Sexual and Reproductive Health, October 2006, 24-46.

• World Health Organization (WHO) (2004), *Reproductive Health Strategy*, Geneva.

表 1-1 ピルの入手経費の国際比較（日本と他の国々との比較）

国名	ピル 1ヶ月分 (US\$)	マクドナルド ハンバーガー の価格 (US\$)	備考
先進国の事例（利用者の負担額、価格の高い順による）			
アイルランド	64.71	1.47	医師診察代 Euro 38 (\$55.88) および Euro 6 (\$8.82) / 月
カナダ	38.83	1.94	\$20 - \$40/月
日本	28.16	0.94	平均¥3,000/月、JFPA クリニックでは、初回は診察料を含めると、¥7,500
ノルウェー	0 - 21.25	9.11	一般に 100 - 450 NOK (\$18.71 - \$81.97) /3 ヶ月分。16-20 歳の女性には 100 NOK/3 ヶ月分、補助・払い戻しあり。
オーストリア	18.57	1.43	Euro 6-13 /月
スイス	16.36	3.18	10 - 18 frs. /月
ポルトガル	14.71	2.21	Euro 10.00 / 月
エストニア	14.11	3.01	50 - 150 FEK /月
チェコ	8.41	1.12	100-150 Czk / 月
オーストラリア	5.80	3.04	3 か月分で\$A20.00
ニュージーランド	0	1.53	22 歳以下は、避妊相談・受診は無料。NZ 公的保健サービス受診資格者(市民・居住者、2 年滞在ビザ)は NZ\$3.00 の処方箋代で 6 か月分のピル入手可能。ピルによっては全額補助がない場合もあり、経費がよりかかるものもある。
イギリス	0	1.96	公的医療保険制度により無料。 ピル本体の価格は £ 2.69 (Microgynon) - £ 14.70 (Yasmin) /月、平均 £ 6-8
スウェーデン	0	4.29	避妊のカウンセリングは無料、州・自治体より特定グループ(若者・若い女性)に補助あり。一年間に 300/400 SEK (\$57.14) まで無料
その他の事例			
ロシア	60.93	0.85	RUB 300 (\$12.19)-RUB1,500 (\$60.93)
シンガポール	20.63	1.38	S\$6.00 (US\$4.13)-S\$30.00 (US\$20.63)
マレーシア	13.04	1.45	RM4.00 (\$1.16)-RM45.00 (Yasmin:\$1.16)
パラグアイ	3.38	2.13	Gs. 15,900
中国	1.60	1.60	Yuan 12
メキシコ	1.41	3.29	Peso 15
タイ	1.21	0.61	Bhat 40
インドネシア	0.83	1.22	Rp. 7,500
ベトナム	0.50	2.48	8000 VND 最も安価なもの
ガーナ	0.16	4.30	15 Ghana Pesewas

- 注 1) ピルの種類によって価格は異なるが、価格の幅がある場合は、注釈がない限り最大価格を提示。
- 2) US\$との換算レートは、2008年1月23日現在、外為情報(Yahoo ファイナンス)・ロイター・ジャパンのデータに基づく。
日本円との換算レートは、US\$1.00=¥106.53
- 3) 参考：米国の市販価格の例、\$ 25.82 (Microgynon)、\$59.00 (Yasmin)、独：\$20.69 (Microgynon) から \$27.07 (Myvlar/Femodene)、スペイン:\$9.18 (Microgynon) から \$18.13 (Yasmin)s、韓国:\$5.54 (Microgynon) から \$10.68 (Logynon/Tri-Levlen)：(北村調査 2008)

表 1-2 コンドームの入手経費の国際比較（日本と他の国々との比較）

国名	コンドーム 12個 (US\$)	マクドナルドハン バーガーの 価格 (US\$)	備考
先進国の事例（利用者の負担額、価格の高い順による）			
イギリス	19.61	1.96	£2.50 より(3個)
アイルランド	17.87	1.47	Euro 12.15 (12個)
チェコ	16.83	1.12	7-25 Czk (1個)
ポルトガル	17.64	2.21	Euro 1.00 (1個)
オーストリア	12.00	1.43	Euro 0.7 (1個)
カナダ	11.65	1.94	Canada\$ 10 (12個)
日本	9.39	0.94	平均¥1,000 (12個)
スイス	5.45	3.18	約0.50 frs (1個)
オーストラリア	5.16	3.04	\$A 0.50 (1個)
ニュージーランド	0	1.53	市販は NZ\$1 (US\$1.31、1個；22歳以下は避妊サービスは無料；公的保健サービスでは、\$3の処方箋代で144個入手可能
スウェーデン	0	4.29	協会では無料、または12個で60 SEK(\$8.57)
ノルウェー	0	9.11	若者には無料
その他の事例			
ロシア	9.75 -48.74	0.85	RUB 20-100 (1個)
インドネシア	6.67	1.22	Rp. 5,000 (1個)、市販は2倍
シンガポール	6.05	1.38	S\$8.80 (1箱、12個入り)
マレーシア	4.06	1.45	RM 3.5 (3個入り)
メキシコ	5.63	3.29	Peso 5 (1個)
ニカラグア	1.08	3.76	Córdobas 5.00 (3個パック)、協会では無料；マックバーガーはソーダとポテト付セット
タンザニア	0.35	3.04	Tsh. 100 (3個入りセット)
ベトナム	0.24	2.48	VND 300 (1個、最も安価)
パキスタン	0.20	2.50	Rs. 12 (12個、国産)

- 注 1) US\$との換算レートは、2008年1月23日現在、外為情報(Yahoo ファイナンス)・ロイタージャパンのデータに基づく。
日本円との換算レートは、US\$1.00=¥106.53
- 2) 価格に幅がある場合は、注釈がない限り、最大価格を提示。
- 3) 途上国では、政府クリニック等では無料配布が多い。

表 1-3 緊急避妊ピルの入手経費の国際比較（日本と他の国々との比較）

国	緊急避妊ピル (US\$)	マクドナルドハンバ ーガーの 価格 (US\$)	備考
先進国の事例（利用者の負担額、価格の高い順による）			
アイルランド	77.94	1.47	Euro 42 - 53
日本	46.94	0.94	¥5,000/1回
イギリス	43.14	1.96	£ 22
カナダ	38.83	1.94	Canada\$ 40
ノルウェー	27.32	9.11	150 NOK
ニュージーランド	22.90	1.53	およそ NZ\$30 ; 22歳以下若者には避妊相談を無料で受診可能。または3ヶ月の処方箋代を支払い、薬局で無料で入手可能
スイス	22.73	3.18	薬局では、25 frs 協会では、0 ~15 frs(\$13.64)
オーストリア	21.43	1.43	Euro 15
スウェーデン	20.71	4.29	協会では無料、市販では145 SEK
ポルトガル	17.65	2.21	Euro 12.00
オーストラリア	17.39	3.04	\$A 20.00
チェコ	14.02	1.12	250 Czk
エストニア	9.41	3.01	100 FEK
その他の事例			
イスラエル	23.81	4.76	NIS 100
ロシア	8.12	0.85	RUB 200
パラグアイ	6.15	2.13	Gs. 28,900
ザンビア	5.19	1.69	ZMK 20,000
メキシコ	5.16	3.29	Peso 55
モンゴル	4.27	1.02	MNT3000(\$2.56) - 5000(\$4.27)
シンガポール	2.06	1.38	S\$3.00 (Postinor-2: 1箱2錠入り)
パナマ	2.00	0.89	Yuspe 2
インドネシア	1.67	1.38	Rp. 15,000
ガーナ	1.61	4.30	Ghc. 1.50
タイ	1.36	0.61	THB 45
マレーシア	1.16	1.45	RMB 4.00 /2錠
スリランカ	0.91	0.77	Rs. 100
ベトナム	0.43	2.48	VND 7000 /1回(最も安価なもの)

- 注 1) US\$との換算レートは、2008年1月23日現在、外為情報(Yahoo ファイナンス)・ロイタージャパンのデータに基づく。
日本円との換算レートは、US\$1.00=¥106.53
- 2) 途上国のうち13カ国は無回答。

表 2 学校での性教育・避妊教育—実施状況（国の事例より抜粋）

先進国の事例（どのレベルから実施されているか）	
アイルランド	社会・体育教科の一環として実施。避妊についての教育は中等学校から実施。実際の内容は各学校の裁量による
イギリス	科学の教科の一環として全学年で、そのレベルに適した形で実施
エストニア	初等・中等学校
オーストリア	14、15、17歳の時に実施
スウェーデン	中等学校から避妊教育
チェコ	12歳から避妊教育
ノルウェー	5年生より実施。最も多く活用されている情報源は10代の若者向けウェブ・サイト
スイス	初等・中等・高等学校（公立）。実施回数は県レベルによって異なる
オーストラリア	初等・中等・高等学校。州や地区によって異なる。
ニュージーランド	10年生(14歳)より必須。学校の裁量により決定。
日本	主として高校、一部中学レベル。