

II 中絶合法化の根拠

欧米諸国では、女性が文字通り生命をかけて中絶合法化のために闘い、法律を勝ち取った。これは合法中絶が上から与えられた日本との大きな違いである。たとえばカトリックの国フランスでは、1971年に作家のボーボワールや女優のカトリーヌ・ドヌーブなど著名人を含む343人の女性たちが一流雑誌に意見広告を出し、中絶合法化を訴えた。意見広告には「私も中絶を経験した」という勇気ある宣言が載せられた。この宣言は多大な反響を呼び、その後、男友だちにレイプされ闇中絶を受けたマリ・クレールという女子高校生の裁判をきっかけに、中絶合法化を求める大きなうねりへと発展していった。その結果、1975年ついに中絶を認める法律が成立した。推進役はシモーヌ・ベイユという女性の保健大臣で、中絶禁止派の攻撃に対し、「ユダヤ人としてナチの迫害を受けた私は、他の誰よりも生命尊重の大切さをわかっているつもりだ」と答えたと言われる。米国では、一般に「ロウ判決」として知られる1973年の歴史的判決により、中絶が憲法の定めるプライバシー権として位置付けられ、妊娠初期であれば中絶は女性の要請のみで認められることになった。この判決は世界的にも大きく注目された(なお「世界各国の中絶政策」には、73年のドゥー判決もロウ判決と同じ効力を持つ判例として紹介されている)。

それでは、こうした中絶合法化はなぜ起きたのだろうか？その背景を探ると、根拠となった4つの視点が浮かび上がる。

① 中絶を選ぶ自由は女性の自己決定権であるという人権の視点。

妊娠は女性と男性の性行為によって成立するが、女性のからだと人生は妊娠・出産・中絶によって大きく左右される。産むか産まないかについて女性と男性の意見が一致すれば問題はないが、そうでない場合、最終的な決定権は女性にあるとするのが①の考えである。

② 中絶を道徳や刑罰ではなく女性の健康の問題としてとらえる公衆衛生の視点。

中絶を法律で禁止しても、どうしても産めない女性は生命の危険を冒してでも闇中絶を選ぶ。これは時代と地域を超えた普遍的事実である。また中絶は一部の限られた女性ではなく、広範囲にわたる女性の問題である。したがって、中絶を公衆衛生の視点でとらえ、合法化することによってこそ、女性の健康と生命が守られるとするのが②の根拠である。世界では年間50万人以上の女性が妊娠や出産が原因で死亡しているが、そのうち約7万件は中絶によるものと言われる。中絶禁止後の約10年間で妊産婦死亡が7倍にも増えた1960年代のルーマニアの事例は、②の視点がいかに重要かを物語っている。

③ 貧富の差にかかわらず女性はすべて合法的で安全な中絶が受けられるべきであるとする社会的公正の視点。

中絶が非合法の国でも、裕福な女性は安全な中絶の手段を得ることができる。その一方で、社会的・経済的に弱い立場の

女性はますます窮地に追い込まれる。金の力によって、生命が助かる女性と助からない女性が分断されてはならないとするのが③の視点である。

④ 安全な中絶(特に初期)を可能にした医学の進歩という医学的視点。

医学技術の進歩や抗生物質など新薬の開発により、中絶手術の安全性が格段に高まった。今では、初期中絶は一般に出産より安全であることがデータによって証明されている。

Ⅲ 中絶合法化の原動力ー世界の女性運動

歴史的にみて女性解放運動は、教育権や労働権、参政権などの実現を通し、女性の地位の向上を目指してきたが、性や避妊、中絶に関することは必ずしも主流ではなかった。これは日本だけの傾向ではない。20世紀初頭、後に家族計画の母と呼ばれた米国のマーガレット・サンガーは仲間と共にバース・コントロール(産児調節)という言葉を発明し、「女性のからだはアメリカ合衆国のものでもなければ、地球上のいかなる政府のものでもない・・・母性の強制は、女性の生きる権利と自由への権利に対する完全な否定である」と女性のからだの自主権を訴えた。ただし、サンガーは中絶には否定的で、他の欧米のパイオニアも当時はほぼ同じ考えだった。日本でも戦前は、堕胎罪改正または撤廃を要求する声がかたがたに聞かれるにとどまった。

中絶が欧米の女性運動の優先課題になったのは第二次大戦後の1960年代後半である。この頃米国では公民権運動とあいま

って、ウーマンリブと言われる女性解放の声が高まり、女性のからだの自主権や中絶合法化を求める運動が盛んになった。女性解放の波は欧州でも活発になった。当時の欧米ではほとんどの国が中絶を禁止していたため、闇中絶やコートハンガー・アポーション(針金のハンガーを使った中絶)に象徴される自己中絶が後を絶たず、生命を落としたり重い後遺症で苦しむ悲惨な状況に終止符を打とうと女性自身が立ち上がったのである。日本の場合は1948年に優生保護法が制定され中絶が条件付きで合法となったが、1972年と82年に中絶禁止をねらった優生保護法「改正」問題が起こり、「改正」案の国会上程・採択を阻止しようとする運きのなかから、性や避妊、中絶を考える女性運動が盛んになった。その後も、不妊・性暴力などさまざまな角度から性と健康の問題に取り組む女性グループが誕生し、多様な活動を展開してきている。

一方国連は、開発途上国の人口爆発が食糧や資源不足、貧困、経済や開発の遅れを招くとして、1960年代後半から人口問題解決のための援助(人口援助)に積極的に取り組むようになった。多くの途上国では国家による人口抑制政策が推進されるようになり、先進工業国からの人口援助も増大した。人口抑制を国策とする途上国では、出生率や人口増加率などの数値目標が決められ、それを達成する手段として、しばしばわずかな奨励金や物と引き換えに、強制的・半強制的避妊や不妊手術が行われるようになった。それに伴って、副作用の強い避妊薬がインフォームド・コンセントなしに投与され、女性の健康が害されるという

ケースも報告され始めた。やがて、そうした状況に疑問を持った女性たちが、本人の自由意思による避妊と不妊手術を求め声を上げ始めた。途上国でも非合法中絶の問題は深刻だったが、宗教や社会の圧力が強く合法化運動を起こすのは困難な状況だった。

しかし、国や宗教や家父長制が女性の性と生殖を管理し支配しているという構造は、先進国も途上国も変らない。そこで1980年代に入り、本人の自由意思による安全で合法的な避妊・不妊手術・中絶の保障を求め、人口政策に「ノー」を言おうと南と北の女性たちが集まり国際会議が開かれた。それを機に「リプロダクティブ・ライツに関する女性のグローバルネットワーク」(Women's Global Network on Reproductive Rights)と呼ばれる地球規模のグループが結成され、現在も先進的活動を続けている。国境を越えた女性の組織はその後数多く誕生しているが、こうした世界の女性たちの動きが、中絶合法化を進める強力な原動力となったことは疑いのない事実である。

IV 日本における中絶と法律—現状と課題

1. 歴史的背景と現状

いまの日本では中絶は一見女性の自由意思で行えるように見える。しかし、明治時代に富国強兵政策の一環として制定された刑法墮胎罪(1907-)によって、中絶は今なお犯罪とされ、自己中絶した女性、中絶施術に携わった人間は原則として処罰される。「妊娠させた」男性は一切罪に問われない。墮胎罪は、言い換えれば妊娠した女性は理由を問わずすべて産まなければ

ならないとする刑法である。墮胎罪は国による人口の数の管理であるが、日本では同時に質の管理も行われた。1940年ナチスの断種法にならって国民優生法が作られ、「悪質な遺伝性疾患の素質を持つ者の増加防止」を目的に優生手術(不妊手術がこう呼ばれた)の適応条項が定められた。翌41年には「人口政策確立要綱」によって「産めよ殖やせよ」政策が強化され避妊も禁止された。

しかし、1945年の敗戦で日本の状況は一変した。海外の戦地からは大量の引き揚げ者が帰国し一挙にベビーブームが起きた。それに比例して危険な闇中絶も激増し、多くの女性の生命と健康が奪われた。そこで国は、国民優生法を土台に1948年優生保護法を制定し、「母性保護」の名目で条件付きで中絶を合法化した。その結果、日本は避妊より先に中絶を合法化した世界でも稀な国になった。避妊薬の製造販売が許可されたのは1949年、受胎調節普及事業が閣議決定されたのは1951年である。危険な闇中絶から女性を救うという「母性保護」の目的に加え、中絶合法化の背後には、急増する人口を抑制するねらいもあった。さらに「日本民族の純血」を守るため、混血児の出生を防止する意図もあったと言われる。1949年には許可条件に「経済的理由」が追加され、結果として中絶は①優生的理由、②医学・経済的理由、③近親姦・強姦による妊娠のいずれかに相当すれば、墮胎罪で処罰されないことになった。優生保護法のもう一つの大きな柱は「不良な子孫の出生防止」であり、その内容は国民優生法からさらに強化され、遺伝性疾患

や精神疾患のある人、その他国が「不良」とみなした人々を対象とする強制不妊手術が含まれるようになった。戦後だけでも1万6千人以上がこの条項により不妊手術を強制されたという記録がある。

このように障害者を差別する人権無視の法律に対し、かねてより障害者からは強い反対の声が上がっていた。一方女性たちは、中絶禁止をねらった優生保護法「改正」（72年、82年）を阻止する運動の中で、中絶が墮胎罪と優生保護法の二重構造によって管理されていることと、生命の質が管理されていることを浮き彫りにし、女性の中から性と性の自己決定権の確立には墮胎罪と優生保護法撤廃が不可欠であると確信するようになった。優生保護法廃止に向かっては、その後女性と障害者たちが長年にわたり政府に働きかけ、1994年にカイロで開かれた国際人口開発会議（通称カイロ会議）で日本の女性障害者がこの問題を訴えたことがきっかけとなり、国際社会にも批判の声が起きるに至って、1996年ついに優生保護法から「優生」に関するすべての文言と条項が削除された。その結果「優生保護法一部改正法」として母体保護法が成立した。中絶許可条件の優生的理由にはハンセン病（優生保護法では「らい」と表記）が含まれていたが、同年「らい予防法」が廃止され優生的理由の一角が崩れたことも、優生保護法一部改正法の成立に拍車をかけた。

2. 今後の主な課題

優生的理由が削除された結果、中絶と不妊手術の許可条項は次のようになった。【中

絶】①医学・経済的理由、②強姦による妊娠。【不妊手術】医学的理由（母体の生命の危険または健康の悪化）。なお中絶については、前記の許可条項に加え次の要件を満たす必要がある。①医師の認定、②配偶者の同意、③妊娠満22週未満。優生保護法が改正され生命の質の管理が法律から姿を消したことは一つの前進と言えよう。しかし、これで問題がすべて解決されたわけではなく、重要な課題がいくつか残されている。

1) 残された墮胎罪

何よりも制定後100年以上経つ墮胎罪がまだそのまま残されている。墮胎罪は女性の産む産まないの選択の自由を根底から否定する刑法である。墮胎罪は、女性と男性を差別する刑法の廃止をうたった女性差別撤廃条約第7条g*にも違反する。妊娠は女性と男性の性行為の結果であり、産むか産まないかについては両者の合意で責任ある決定がなされることが望ましい。しかし二人の意見が異なる場合は、中絶を自分のからだと人生で引き受ける女性の意思決定が何より尊重されるべきである。その意味で、女性たちは前記要件の「配偶者の同意」も廃止されるべきと考えている。墮胎罪は現在いわば休眠状態にあるが、母体保護法の許可条項が狭まれば、それだけ墮胎罪の適応範囲が広がり、刑法として息を吹き返す。墮胎罪と母体保護法という二重構造の法制度を撤廃し、避妊や中絶に対する包括的情報・サービスの提供と産む産まないに関する女性の自己決定権を真に保障する新しい法律の整備が望まれる。

*女性差別撤廃条約第7条 g「女性に対する差別となる自国のすべての刑罰規定を廃止すること」

2) 胎児条項への懸念

胎児条項（胎児に異常がある時の中絶を認める条項）の法制化を求める声は、以前から産婦人科医の間にあったが、出生前診断技術の進歩によってその声は2000年頃からより活発になった。しかし障害者や女性の間から、胎児条項の法制化は優生保護法時代への逆行との強い批判が起き、その後は表面上沈静化している。優生保護法時代に逆戻りしないためにも、この問題が今後どう推移するか注視する必要があるだろう。

3) 胎児の母体外成育可能期と中絶の定義

現行法は中絶を「胎児が母体外で生命を継続できない時期に人工的に胎児およびその付属物を母体外に排出すること」と定義しているが、医学の進歩により母体外成育可能期がさらに早まれば、それだけ墮胎罪の適応範囲が広がり、女性にとっては将来起こり得る問題の一つとして懸念される。

また中絶の定義に関連しては、いわゆる減数中絶が現法制下では宙に浮いた状態になっているという問題がある。ただ、減数中絶の根底には排卵誘発剤によって起こる多胎妊娠があり、さらには生殖補助医療と言われる生殖技術を不妊治療としてどこまで認めるかという問題がある。したがって減数中絶是非という単純な議論ではなく、生殖技術全般をめぐり当事者である女性を交えて十分論議を尽くし、生殖技術に関する法制化を進める必要があるだろう。その過程

で、生命倫理の視点から再生医療への中絶胎児利用をめぐる議論も深められることを期待したい。

4) 避妊、中絶への健康保険適用

カイロ会議で提唱されたリプロダクティブ・ヘルス/ライツにより、避妊と中絶は女性の健康の問題として位置付けられた。日本政府はその視点を明確にし、医師の処方箋を必要とする避妊法と中絶に対し、健康保険の適用を検討することを望みたい。西欧諸国では、避妊器具・薬や中絶の費用が全額または一部公費でまかなわれている国が少なからずあり、それら先進例から多くを学ぶことができる。

5) 包括的性教育と情報・サービス提供の「場」の充実

言うまでもなく中絶は最後の手段であり、避妊によって望まない妊娠を防ぐことがまず肝心である。そのためには、ジェンダーの平等、性の自己決定権、性的自尊感情を重視した包括的性教育・避妊教育の推進が不可欠であり、同時に誰もが気軽に情報・サービスを安価で入手できる家族計画クリニックのような「場」を充実させる必要がある。これらの制度やサービスが整備されれば、中絶をさらに減らすことができるだろう。

V 最近の世界の動きから

中絶と法をめぐる世界情勢は「世界各国の中絶政策」報告以降も変化を続けている。そこで、最近の動きのいくつかを検証して

みたい。

1. 米ブッシュ政権の反中絶政策

2001年に就任したブッシュ米大統領は、強硬な反中絶政策で知られる。その最たるものの一つが、連邦最高裁判所に保守派の判事を任命したことで、それにより73年のロウ判決を根底から覆そうとしている。さらに、国際的にも影響力の大きい米国の反中絶政策に「メキシコ・シティ政策」がある。これは1984年に当時のレーガン大統領が採用したもので、いかなる形であれ中絶に関わりのある海外の非政府組織(NGO)には米国の援助資金を提供しないとされている。この政策はクリントン大統領時代に撤回されたが、現ブッシュ政権になって復活した。メキシコ・シティ政策は、中絶という言葉を用いることもできない程厳しいため、NGOはこれを批判し「グローバル・ギャグ・ルール(GGR=口封じの世界ルール)」と呼んでいる。その影響は深刻で、国際家族計画連盟(IPPF)および世界各国のIPPF加盟協会は次のような打撃を受けている。

【GGRによりNGOが受けた打撃】

1) 家族計画を含むリプロダクティブ・ヘルスサービスへのアクセスの制限

- ① 家族計画クリニックの閉鎖／縮小。
- ② 避妊器具・薬の不足／枯渇。
- ③ 避妊を普及し中絶を減らす努力の妨害。
- ④ 遠隔地・若者を対象としたプログラムの縮小／中止。

2) HIV/エイズ予防の弱体化

GGRが適用されるのは家族計画援助資

金だけだが、HIV/エイズ予防はGGRの標的とされた家族計画関連NGOによって推進されていることが多く、結果としてHIV/エイズ予防の推進にも悪影響を及ぼしている。

- ① USAID(米国国際開発庁)によるコンドーム支給の大幅削減／停止。
- ② 若者に対するHIV/エイズ情報の提供中止。
- ③ 家族計画とHIV/エイズの統合プロジェクトの停滞／中止。

米国は、国連人口基金(UNFPA)に対しても、中国で中絶推進に関わっているという事実無根の理由から資金拠出を停止した。中絶禁止を唱えるブッシュ政権は、同時に結婚までの禁欲(abstinence-only-until-marriage)を強調する禁欲教育を推進し、多額の連邦予算を支出している。次期選挙で選択の自由を尊重する政権が誕生すれば、こうした状況はおそらく抜本的に見直されるだろう。しかし政権交代によっても変わらないことがある。それは連邦最高裁判事が終身職のため、保守色の強い現構成が今後も続くということだ。ロウ判決が覆される脅威は、政権が交代してもなくなる。

2. 中絶合法化に踏み出した国・地域

IPPFは2006年に出版した『死と拒絶—安全でない人工妊娠中絶と貧困』で、1984年のGGRにもかかわらず、それ以降29カ国が中絶法を緩和したと報告している。そのなかで、2000年以後、すなわち「世界各国の中絶政策」報告以後と思

われる国々を列挙すると以下ようになる。オーストラリア(2州)、ベニン、チャド、エチオピア、フランス、ギニア、イラン、マリ、メキシコ(2州)、ネパール、スイス。近年ではさらにコロンビア、ポルトガル、メキシコ市で中絶が合法化された。またネパールでは一層の進展がみられた。しかしカトリック国の実態は厳しい。以下にエピソードを交えて法律と現実をめぐる事例をいくつか紹介したい。

1) コロンビア

カトリック色の強い国コロンビアで、2006年5月厳しい条件付きながら中絶が合法化された。許可条件は次の3つである。①母親の生命に危険がある場合、②胎児に重度の身体障害がある場合、③強姦による妊娠の場合。この新法に基づき首都ボゴタの公立病院でコロンビア初の合法中絶が実施された。中絶手術を受けたのは義父に強姦されて妊娠した11歳の少女で妊娠8週目になっていた。しかし、法律は変わっても、医師たちは当初起訴を恐れ中絶手術に慎重で、少女のケースは結局裁判所までもちこまれることになった。その結果、中絶許可条件を満たすケースであれば、医師は5月の決定を遵守すべきとの最高裁判決が下された。バチカン当局はこれを批判し、中絶を実施した医療チームを破門すると発表。病院の前には中絶反対を叫ぶ人たちが集まった。それに対し病院長は「私たちは憲法の枠内で行動した・・・少女を強姦した男こそが悪人」と反論した。公衆保健当局の推計によると、コロンビアでは毎年30万件以上の闇中絶が行われている。中絶

は条件付きで合法化されたものの、中絶をめぐる激しい対立は今後も続きそうだ。(出所 BBC News 2006年8月25日/The Guardian 同年8月31日)

2) ポルトガル

ポルトガルでは2007年2月に中絶に関する国民投票を実施。それを受けて同年7月22日には、中絶を合法化する法律が施行された。新法は、妊娠10週までの中絶は女性の要請により認めるとし、それ以降はレイプの場合であれば妊娠16週まで、胎児に先天的奇形や不治の病がある場合は妊娠24週まで中絶を合法とした。しかし、かなり多くの医師が良心的拒否をし、女性が中絶手術を受けることを阻んでいるため、法律施行後も中絶を受けることのできた女性はほとんどいない。中絶サービス提供のために残された唯一の選択は、公立病院外にいる医師と契約を結ぶことで、“選択を支持する医師たち”の代表によると、「医師の良心的拒否は、多くの場合国立病院に限られており民間の診療には適用されない」という。全国の公立病院では、女性たちは義務付けられたカウンセリングの予約と妊娠週数を確認する超音波検査のため長い間待たなければならない。ポルトガルのなかでも最も宗教心が強く保守的な地域であるマデイラ諸島では、中絶をめぐる対立が特に激化している。(出所 Push Journal 2007年7月25日)

3) ネパール

ネパールでは、2002年に以下の条件により中絶を許可する法律が成立した。①

女性の要請(妊娠12週まで)、②強姦、近親姦による妊娠の場合(妊娠18週まで)、③女性の生命に危険がある場合、または胎児に重大な障害がある場合(全妊娠期間)。法律は2004年から施行された。IPPFは長年にわたりネパールの中絶合法化に向け支援してきたが、ネパール家族計画協会事務局長は米国上院議会海外関係委員会の公聴会で、グローバル・ギャグ・ルールがいかに女性のリプロダクティブ・ヘルス/ライツを侵害しているかに関し証言を行った。(出所 IPPF)

4)メキシコ市

メキシコ市議会は2007年4月24日、市立病院では妊娠12週までの中絶を実施できるとする独自の条例を賛成46、反対19、棄権1で可決した。ただし、18歳未満の女性は保護者の同意が必要である。中絶費用は貧困層や市の保険加入者(insured city residents)であれば無料とされた。妊娠12週後の中絶は3-6ヶ月の禁固刑で処罰される。しかし、この法律に対してはカトリック教会とメキシコ大統領から強い反対があり、彼等は最高裁に訴訟を起こす構えであると伝えられる。(出所 CNN)

5)デンマーク

2003年6月はデンマークで中絶が合法化されてから30年目にあたる。ある全国調査によると92%の人が女性の自由意思による中絶を支持し、83%は中絶に関する情報・カウンセリングにもっと公的資金を充てるべきと考えている。30周年を

記念してデンマーク家族計画協会(DFPA)が国会内で開いた会議には、10名の国会議員を含め国内外から130名が参加し、各政党間のパネルディスカッションでは無料の合法中絶(中絶費用は公的保健制度の下で無料)とリプロダクティブ・ライツ、DFPAの活動に対して幅広い支持が表明された。メディアも、性教育が中絶率低下に及ぼした影響や、国際的に激化している中絶とリプロダクティブ・ライツへのバックラッシュに関し大々的な報道を行った。(出所 メールニュース Wrldpop1)

3. 中絶規制をさらに強化した国—ニカラグア

2006年11月、ニカラグアはチリ、エル・サルバドルに次ぎ、すべての中絶を処罰する国になった。レイプ、近親姦、または女性の健康や生命に危険がある場合でも例外は一切認められない。違反した医師は2-3年、女性は1-2年投獄される。その結果、これまでに少なくとも82名の女性が命を落としている。同年12月保健省は新法の実施要項を発表し、医師は子宮外妊娠と中絶後のケアを含め緊急産科症例に対処すべきだとした。子宮外妊娠の中絶は、胎児が子宮内にいないという理由から合法とされた。しかし、社会に広まる恐怖と混乱のため実施要項は無視または誤解されている。従来ニカラグアでは、3人の医師が女性の生命の危険を認めれば「治療的」理由で中絶できる例外規定があった。中絶禁止を覆す法的手段は最高裁に新法の違憲性を訴えることだが、最高裁は政府支持者で固められており成功の見込みはない。ま

た、中絶の選択権を求めるロビー活動は、それがいかに限定されたものでも、教会の教義に敬虔なニカラグアの人々には受け入れられそうにない。(出所 The Guardian 2007年10月8日)

【主な参考文献】

国際家族計画連盟『死と拒絶－安全でない人工妊娠中絶と貧困』2006年、家族計画国際協力財団

芦野由利子“リプロダクティブ・ヘルス／ライツ”『第三版助産学体系5 母子の心理・社会学』青木泰子、加藤尚美、平澤美恵子編集、2007年、日本看護協会出版会

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

「反復人工妊娠中絶の防止に関する研究」

分担研究者 安達 知子 母子愛育会愛育病院産婦人科部長

研究要旨

昨年度実施したアンケート調査結果をもとに、全国各地域より選定した産婦人科医・助産師による有識者会議を3回開催し、反復人工妊娠中絶防止のための対策を検討した。基本方針は、人工妊娠中絶決定時から手術日当日にわたり、時間をかけた熱心な避妊指導を行い、確実な避妊方法である低用量OC或いは子宮内避妊器具(または黄体ホルモン放出型子宮内避妊システム)を、中絶手術後、その当日より1週間の間に開始することとした。また、各委員は自己の施設でこの施策を実行し、その経過を毎月ごとに調査書にまとめ報告した。すなわち、匿名化したすべての人工妊娠中絶患者に対して、避妊指導を行い、避妊法を実施したが、この際、症例ごとに患者の背景をふくめた患者登録を行い、避妊指導の時期、選択した避妊方法や避妊開始時期などを調査用紙に記入し、事務局へ郵送し、その集計を行った。なお、調査項目、各施設での本施策実施時の問題点、その対策や独自の工夫などについて、班会議で報告および協議を行った。本施策によって、反復中絶を効果的に防止できるか否かについての最終評価は次年度への継続事業となり、より工夫された本施策をまとめ、反復中絶防止の観点から女性のリプロダクティブヘルスを守り、QOLの向上を図る予定である。

分担研究者

北村 邦夫	社団法人日本家族計画協会常務理事・クリニック所長
中村 好一	自治医科大学公衆衛生学教授
新野 由子	医療経済研究・社会保健福祉協会医療経済研究機構研究部 研究部副部長

研究協力者

渡辺 晃紀	自治医科大学地域医療学センター公衆衛生学部門助教
古賀 詔子	婦人科クリニック古賀院長（産婦人科医会女性保健部委員 長）
野口 まゆみ	西口クリニック婦人科院長（産婦人科医会女性保健部委員）
蓮尾 豊	弘前女性クリニック院長
角田 哲男	きうち産婦人科医院副院長
小川 麻子	ごきそレディースクリニック院長
谷口 武	谷口病院院長
金子 法子	針間産婦人科理事長
貞永 明美	貞永産婦人科医院院長
田中 智恵子	しばたレディースクリニック助産師
星野 佑季	母子愛育会愛育病院

A. 研究目的

反復人工妊娠中絶の防止には、どのような時期にどのような避妊指導を行い、どの避妊方法をどの時期から開始させることが最も有効か、かつその避妊法を避妊の必要がなくなるまで継続させることができるのかが重要である。これらに対する基本方針を決定し、それが効果的な施策となるための検討を行う。

B. 研究方法

1. 委員の選定

平成 18 年度に日本産婦人科医会の定点モニター制度を利用し、全国 1,070 の産婦人科施設に人工妊娠中絶患者の実態についてのアンケート調査を行った。この時、避妊指導に熱心な回答をした日本

全国各地における産婦人科医 8 名を中心に、助産師 1 名および武谷班分担研究者、分担研究者の施設スタッフの計 14 名を研究協力者として、本研究班を組織した。

2. 最も有効と考えられる反復人工妊娠中絶防止の基本方針の決定

第 1 回班会議（平成 19 年 8 月 8 日）で、実地臨床現場の経験から、最も有効と考えられる方法を協議後、暫定的に決定し、その施策を平成 19 年 9 月 1 日から各委員が自施設で実行することとした。

3. 報告書の作成

毎月ごとに、各委員は自施設の全ての人工妊娠中絶患者を匿名化して登録し、調査用紙に必要項目を記入して報告書を

作成し、それを愛育病院へ送付した。調査項目は昨年アンケート調査に準じて作成したが、第2回班会議（平成19年11月12日）でさらに改定を行った（表1）。患者背景として、年齢、職業、結婚歴、妊娠・分娩・中絶回数、今回の中絶週数、今回中絶に至った妊娠時の避妊の有無と避妊有りの場合はその方法、中絶方法、本人の合併症を記載することとした。また特に、今回施行した避妊指導と今後の避妊についての調査に重点をおき、避妊指導対象者、避妊指導の理解度、本人が選択した避妊法、それぞれの実施日時、避妊開始時期、避妊法の継続の確認の仕方を記載した。

4. よりよい避妊指導方法、選んだ避妊法を実施させる工夫、避妊法を実行できない状況、本施策の問題点と対策、報告書の工夫などについて、第2回、第3回班会議（平成20年1月30日）で協議した。

5. 本施策の有効性の評価

5ヵ月後に、選択した避妊の継続の有無と現在施行している避妊法、避妊継続ができない場合の理由、避妊継続確認日と方法について報告してもらい、本施策の有効性を評価することとした（表1）。

C. 研究結果

1. 反復人工妊娠中絶防止の基本方針（第1回議事概要参照）

表2に本施策を示した。すなわち、避妊指導は、患者が人工妊娠中絶を決定した時に行い、可能ならばパートナーも同

席で行う。十分に時間をかけて（最低15分）、医師またはコメディカルが熱く指導する。避妊方法は確実な避妊法の観点から、出産未経験者には原則OC、経験者にはOCあるいは子宮内避妊器具（IUD）または黄体ホルモン放出型子宮内避妊システム（IUS）を選んで強く勧めることとした。避妊方法を施行するタイミングは中絶手術当日から1週間以内を原則とした。

2. 報告書の集計

①患者背景

平成19年9月から20年1月までの5ヵ月間の各施設の登録患者総計は456人であった。年齢は15-46歳に分布し（表3）、5歳階級別の割合は、20-24歳の27.9%をピークに、25-29歳23.2%、15-19歳15.8%、30-34歳14.9%であった。職業は、社会人が56.4%と最も多く、専業主婦18.0%、学生16.0%（内、高校生以下31.5%）であった（表4）。妊娠歴は、未婚55.9%、既婚33.5%（内、離婚予定2名0.4%）（表5）で、妊娠歴は今回を含めて1-10回、分娩歴は0-4回、中絶回数は1-9回で、今回2回目以上にあたる反復中絶者は154名、33.8%をしめた（表6）。なお、中絶週数は5-21週までに分布し、12週未満が94.7%を占めたが、16週以降の週数の進んだ中期中絶も6名、1.3%にみられた（表6）。また、今回妊娠時に避妊していなかったものは55.9%、避妊していたものは44.1%であり、避妊法の内訳は、膈外射精20.8%、コンドーム22.6%（その内、30.2%は確実なコンドームの着脱を行っていたとの申告）、経口避妊薬0.4%、IUD（FD-1）0.2%であった（表7）。

なお、基礎疾患や喫煙などの合併症を認めないものが91.7%であった(表8)。

②今後の避妊指導と避妊法について

避妊指導に関わった者は、医師が90.1%、助産師3.5%、看護師51.8%と、医師が最も多かったが、医療スタッフが複数関与した場合も44.3%と半数近くに見られた(表9)。避妊指導した対象者は、456名中452名(中絶手術後の再受診時に避妊指導を予定していた4名は術後検診に再受診せず)であり、本人のみへの指導が大多数であったが、パートナーおよび保護者の同席も7名にみられた(表10)。避妊指導した時期は、中絶を決定時70.4%、中絶前日・当日(中絶手術操作日)37.3%、術後再診時29.6%であったが、複数の時期に指導しているものも30.3%に認めた(表11)。なお、今回中絶後に開始した避妊法の開始時期は、中絶当日23.7%、中絶翌日14.0%、中絶7日後34.4%、次回月経後3.5%、避妊を希望せず7.5%であり、中絶後7日までに72.1%が避妊法を開始した(表12)。なお、選択した避妊法を、報告書の項目の関係で12月と1月の2ヵ月間の171名で検討すると、OC71.3%、IUD12.3%、すなわち、本施策どおりに、OCかIUDを選択したものは83.6%であった。その他コンドーム5.3%、避妊の拒否8.2%(OCとコンドームの併用2名およびコンドーム+その他の併用1名が重複)などであった。この171名を対象として、中絶7日目までにOCあるいはIUDが開始できたのは、OCは94.2%と高く、中絶7日目の開始が一番多くみられた。また、IUDは

66.7%が中絶7日目までに挿入できており、中絶当日が一番多くみられた(表13)。

3. 本施策実施時の問題点、その対策や独自の工夫など(第2回、3回議事概要参照)

第2回、3回の班会議で協議された。避妊法を確実に開始してもらうために、OCの場合は手術当日にOCを1シート処方、術後検診時さらにシートを追加処方するなどの工夫や目の前でOCを1錠服用してもらう、初回OC1シートは無料とするなどの対策が提案された。IUDは手術当日あるいは術後初回検診時での挿入が最も効果的と提案された。今後の避妊法の継続の有無を確認するためにも、コミュニケーションを良くすることは大切で、連絡方法を確実にするため目の前で携帯電話へ診療所の電話を登録してもらう、などの工夫もアドバイスされた。また、「今後性交を持たない予定のため避妊は必要ない」「コンドームで十分」「次回は出産しても良いといわれている」などによる確実な避妊法を継続することに拒否(本施策の拒否)されたときの対応のことは、再受診しない患者や診療費の不払いへの対応についても意見が出された。

D. 考察

昨年の3888名を対象とした調査の反復人工妊娠中絶率は36.4%であったが、今回も33.8%と昨年同様に反復中絶率は高く、中絶者の3人に1人は反復中絶であることが明らかになった。リプロダクティブヘルスの観点からも、少子社会の現状からも、望まない妊娠を反復して、

中絶という行為で終了することは、大変危惧すべきことである。

人工妊娠中絶減少に必要なことは、情報の提供、教育による知識の習得などによって望まない妊娠を避けること、場合によっては緊急避妊法の使用なども考慮すべきであるが、有効な避妊方法を選んで、それを確実に継続させることは重要である。反復中絶を減少させるためには、中絶手術をしたときこそがその避妊法を実施する最適なタイミングであることは言うまでもない。しかし、目の前の中絶手術のインフォームドコンセント (IC) に多くの時間を割くかわら、今後の避妊に対して時間をかけた熱い指導を行うことは、医師側に負担をかけることになり、さらに、中絶費用がかかる一方で避妊法のコストがかかることは、短期的に見て患者側にも経済的に大きな負担を負わせる。さらに、効果の高い避妊法といえば、低用量 OC と IUD (または IUS) であることは広く知られていることではあるが、分娩歴や合併症、経済的な理由などにより、それらが適さない対象もありうる。

各委員ともに、今回の施策の実行に当たり、2007年9月当初は避妊指導に大変な労力を伴い、負担を感じていたようであるが、3ヵ月経過した同年12月、2008年1月ごろには、指導方法や要領などもスムーズになった印象をもっている。後に添付する各委員の本施策の実施状況およびその感想を参考にされたい。

膈外射精やコンドーム法を継続したいとする患者に対しては、今回調査した、「今回妊娠時に施行していた避妊方法」

を集計して、これらの方法では避妊の失敗が多いことを示す材料にすることなども必要である。なお、選択した確実な避妊法が継続できているか否かが大きな課題であるが、これについては、5ヵ月後の調査を待って評価したいと考える。より多くの医療機関と医療スタッフに本施策を実行してもらうに当たって、患者から良くされる質問に対する回答、Q&Aなども加えて、来年度は、反復中絶防止の小冊子を作成する予定とした。

E. 結論

反復人工妊娠中絶を防止するには、中絶時に引き続いて有効な避妊法である低用量OCあるいはIUDを実施する必要がある。そのため、中絶決定時や手術当日などに反復して熱い避妊指導を、できれば複数の医療スタッフで行うことが必要である。

以上、本年度は、人工妊娠中絶減少対策に熱心な開業医を中心とした会議を開催し、実地臨床の場において反復人工妊娠中絶を回避する効果的な指導プログラムの開発にむけて取り組んだ。

文献

- 1) 母子保健の主なる統計 2006 財団法人母子衛生研究会編集
- 2) 平成16年度厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)研究「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効果的な避妊教育プログラムの開発に関する研究」(主任研究者佐藤郁夫):第2回男女の生活と意

- 識に関する調査報告書、153 頁、日本家族計画協会、東京、2004
- 3) 安達知子：反復人工妊娠中絶の防止に関する研究. 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的研究 平成 18 年度分担研究報告書 143-158, 2007
- 4) 安達知子:避妊法の選択. 周産期医学必修知識 第 6 版 周産期医学 36:18-20, 2006

表1 調査項目

No.	年齢と職業 (複数可)	結婚	妊娠	分娩	中絶	中絶 回数	今回妊娠時避妊の 有無と方法 (複数可)	中絶方法 (複数可)	避妊 指導者 (複数可)	避妊指導 時期	合併症 の有無	避妊指導 対象者 (複数可)
	—— 学生 (中・高・専・大) 社会人 専業主婦 無職 不明	未婚 既婚 離婚 不明	今回 含む 妊娠	分娩 は今 まで	今回 含む 中絶	中絶 回数	無し 体外 BBT コンドーム(避妊) コンドーム(不測) コンドーム(途中) コンドーム(不避妊) OC IUD レイプ 緊急避妊の失敗 その他	頸管拡張操作 器械 吸引器 ミフェプリストン プレグランジン その他	医師 助産師 看護師 その他	中絶決定時 中絶前日・当日 中絶後受診時 その他	有・無	本人 パートナー 保護者 その他
避妊指導 の理解度	本人が 選択した 避妊法	日付	避妊 開始時期	特記 事項	避妊 継続の 確認方法	避妊の 理由	避妊継続 の理由 (複数可)	避妊継続 の理由 (複数可)				
よく理解している ほぼ理解している 余り理解していない 全く理解していない	OC IUD コンドーム 選択中 避妊の拒否 その他	外来受診日 月 日 避妊指導日 月 日 中絶実施日 月 日 避妊開始日 月 日	中絶当日 中絶翌日 中絶7日以内 次回月経時から 避妊を希望せず ・理解せず ・別れたから ・親/パートナーの反対 ・その他 不明		外来 携帯電話 自宅電話 メール 郵送 その他	OC IUD コンドーム 体外 無し その他	・経済上の問題 (一 円/月希望) ・自己意識の低下 ・パートナーの問題 ・副作用のため ・性行為がない ・妊娠を希望 ・その他	月 日 外来 携帯電話 自宅電話 メール 郵送 その他				
<p>【コンドームの使用について】 避妊…性行為の最初から最後まで装着していた場合 不測…破裂・脱落など不測の事態が起きた場合 途中…性行為の途中から装着した場合 不避妊…コンドームを使用したりしなかったり、使用の有無を忘れた場合</p>									<p>5ヶ月後の避妊継続 確認時の記載欄</p>			

表2 本施策

1. 避妊指導は、出来るだけ人工妊娠中絶決定時に行う
2. 本人に対して行うが、可能ならばパートナーも同席で行う
3. 最低15分は時間をかけて、熱く指導する
4. 医師またはコメディカルが避妊指導を行う
5. 出産未経験者には原則OC、経験者にはOCあるいはIUD or IUSを勧める
6. 原則、中絶手術当日～1週間以内に避妊方法を施行する
7. OCは、継続させる工夫、脱落の防止が必要なので、手術当日OCの処方、術後検診時の更なるシートの処方などの工夫を施す

表3 年齢

年齢	症例数	割合
15～19歳	72	15.8%
20～24歳	127	27.9%
25～29歳	106	23.2%
30～34歳	68	14.9%
35～39歳	49	10.7%
40～44歳	30	6.6%
45～46歳	2	0.4%
不明	2	0.4%
合計	456	100%

表4 職業

職業	症例数	割合
学生	73	16.0%
社会人	257	56.4%
専業主婦	82	18.0%
無職	29	6.4%
不明	15	3.3%
合計	456	100%

【学生】の内訳

_____	} 高校生以下 31.5%

表5 結婚歴

結婚歴	症例数	割合
未婚	255	55.9%
既婚	153*	33.6%
離婚	44	9.6%
不明	4	0.9%
合計	456	100%

*うち、2名は離婚予定

表6 妊娠・分娩・中絶回数・週数

妊娠			分娩			中絶				中絶週数					
回数	症例	割合	回数	症例	割合	回数	症例	症例	割合	週数	症例	割合	週数	症例	割合
188	41.2%	0	256	56.1%	0	0	301	66.0%	5	19	12	1	9	1.9%	
81	17.8%	1	62	13.6%	1	301			6	76	13	3			
73	16.0%	2	87	19.1%	2	104	2	108	7	108	14	1	432	94.7%	
69	15.1%	3	45	9.9%	3	37	8	112	15	4					
24	5.3%	4	5	1.1%	4	10	9	57	16	0	154	33.8%			
14	3.1%	不明	1	0.2%	5	1	10	40	17	2					
4	0.9%	合計	456	100%	6	1	11	20	18	0	6	1.3%			
1	0.2%				7	0			19	1					
0	0.0%				8	0			20	2					
1	0.2%				9	1			21	1					
1	0.2%				不明	1	1	0.2%	不明	9	9	1.9%			
合計	456	100%			合計	456	456	100%	合計	456	100%				

表7 今回中絶時の避妊法の有無と方法

避妊法の有無と方法	症例数	割合
無し	255	55.9%
膣外	95	20.8%
BBT	0	0.0%
コンドーム(確実)	31	6.8%
コンドーム(不測)	15	3.3%
コンドーム(途中)	33	7.2%
コンドーム(不確実)	24	5.3%
OC	2	0.4%
IUD	1	0.2%
レイプ	1	0.2%
緊急避妊の失敗	1	0.2%
その他	2	0.4%
合計	460(複数回答可)	100.9%*

【コンドームの使用について】
 確実・・・性行為の最初から最後まで装着していた場合
 不測・・・破裂・脱落など不測の事態が起きた場合
 途中・・・性行為の途中から装着した場合
 不確実・・・コンドームを使用したりしなかったり、使用の有無を忘れた場合

* 456名を100%として計算

表8 合併症の有無

合併症	症例数	割合
無し	418	91.7%
有り	32	7.0%
不明	6	1.3%
合計	456	100%

精神的な問題をかかえている 8 症例
 子宮筋腫 4 症例
 甲状腺機能亢進 2 症例
 煙草20本/日 2 症例 など

表9 避妊指導者

単純集計	指導者	症例数	割合
	医師	411	90.1%
	助産師	16	3.5%
	看護師	236	51.8%
	合計	663(複数回答可)	145.4%*

*456名を100%として計算

内訳の分析	指導者	症例数	割合
	医師 + 助産師 + 看護師	5	1.1%
	医師 + 助産師	7	1.5%
	医師 + 看護師	190	41.7%
	医師のみ	209	45.8%
	助産師のみ	4	0.9%
	看護師のみ	41	9.0%
	合計	456	100%

表10 避妊指導対象者

指導対象者	症例数	割合
本人のみ	445	97.6%
本人 + パートナー	4	0.9%
本人 + 保護者	3	0.7%
来院せず	4	0.9%
合計	456	100%