

7	SIHLE: Sistas, Informing, Healing, Living, Empowering	Ralph J. DiClemente	診療所	6カ月以内にセックス をしていた14~18歳の アフリカ系アメリカ人 の522人の少女が参加 した	さまざまな共同体組 織における、アフリ カ系アメリカ人の少 女に対するSTD感染 の危険を減少させる こと	個人：HIV防止 介入グループ (n=251)か一般 的な健康教育を 受けるコント ロールグループ (n=271)のどち らかに無作為に 分けられた。	介入は4つに区切られ、1つが4時間の計 16時間であった。小グループ、10-12人 の少女のグループに対話的な議論を使用 し、民族と性プライドを強調して、セッ クスを慎むことなどのHIVリスク軽減戦 略の認識を高め、一貫してコンドームを 使用して、セックスパートナーを減らす ことに関する介入を行った。	プログラム が終了後、 6か月、12 か月後に評 価した73% が残った。	高いコンドーム使用 技術とコンドーム クスの割合であつ た。クラミジア 感染や自己報告の 妊娠を減少するこ とが出来た。	ケース・ コントロール調 査
---	--	------------------------	-----	---	--	---	--	--	--	----------------------

母親と思春期のためのプログラム

8	Keepin' it R. E. A. L	Colleen Dilorio 1996~2001	メトロア タのアイ メリカサ の11箇所 のBoys Girls Clubs	アフリカ系アメリカ人 の11~14歳の若者と彼 らの母親：メトロア タの582人の ティーンエイジャーと 470人の母で行なわれ ました。	十代で性交(禁欲)の 遅れを促し、母と彼 女らの思春期の子供 とのセックスについ て話すコミュニケーション と	個人：地域密着 型3つのグルー プに無作為に分 けられた。	14週間にわたって行われ、各セッション 2時間で7回あります。1) 初期のHIV教 育セッションを受けたコントロールグ ループ；2) 社会的認知理論グループ (SCT)；1回につき2時間のセッションで 親子が一緒に4つのセッションに参加し3 つのセッションは別々実施されました(3) ライア・スキル(LSK)グループ；一般 な心理学的傾向に基づいていて、問題 な振舞いが思春期の子どもの中にど のようにして起るのかという問題行動 理論の講義を受けます；各セッションは 母とティーンエイジャー別々行なわれ た。	自己記入 式のレポー トを提出し 4か月後、 12か月後お よび24か月 後に基礎的 なアセスメ ントが行な われた。	性行動に関する差 はなかった。性的 経験があったLSK グループのティ ーンエイジャー の2つのグルー プのどちらか より大きな増 加を示した。母 親は、自己効力 のレベルとセッ クスにまつた 軽に話せる時 間が増えた と報告。	ベース調 査でコン トロール グループ の学生の 26%と比 べて、プ ログラム 参加者の 31%は、 セックス 経験があ った。
---	--------------------------	---------------------------------	--	---	--	--	---	--	--	---

クリニックプロトコールと一対一のプログラム

9	Advance provision of emergency contraception	Tina Raine	HIVや性感 染症等のリ スクが高い 人々のいる 診療所	ティーンエイジャーや 性的対象 研究1：白人対象 研究2：いくつかの 種(アジア人、黒人、 スペイン系、白人及び その他の人種)	2つの研究はセック スする前に、ティ ーンエイジャーと若 い女性にEC(緊急避 妊薬)を提供するこ とによる、行動影響 について報告するこ と	研究1：一介入グループに2パックのEC を必要な時に使用するようにと伝え、渡 す。ECを使用したか、無くしてしまつた ら、無料で新しいものを提供。コント ロールグループの女性には必要になつた 時、診療所から正価でどうやうしてECを手 に入れたらいいかという情報を提供し た。研究2：事 前に支給されるグループはEC3パックを 受け取った。薬局グループには13の参加 薬局から無料でECを得る方法を伝えまし た。診療所グループ(コントロールグ ループ)には診療所に行くよう指示し た。	調査時およ び、6か月 後のフオ ローアッ プ	ECは、適切な情報 とでも支給され 長期のフオロー アップをするこ とで、使用の増加に 繋がりました。ま た、ひとつの研究 は、教育の6ヶ月 後に介入被験者の コントロールグ ループが最終的に セックスでコン ドームを使用する 傾向にあると報告 しました。どの研 究も介入による、 他の行動への悪影 響はみられなかつ た。	記載なし
---	--	------------	--	--	--	--	-------------------------------------	---	------

Reproductive Health Counseling for Young Men	Danielson, R他	ノースウエスト地方	家族がノースウエスト地方Kaiser Permanenteの保健維持機構(HMO)で登録された青年15~18歳; ノースウエストの健康管理機関を訪問している2校の男子高校生1,195人	性的に活発な十代の需要を満たして、避妊具の使用と同様に禁欲を促進すること	診療所	カウンセリングセッションとビデオプレゼンテーションが半々で、長さは1時間。個別指導相談のフォーがあり、ビデオ視聴による介入。セッションは、個人的に見るビデオプレゼンテーションで始まる。内容は生殖の解剖学、受精、自分で行う避妊のチエック、STDs (HIV/エイズを含んでいる)、避妊(禁欲を含んでいる)、コミュニケーション技能、および公共医療へのアクセスを述べます。ビデオ視聴に続き、医療関係者との30分の個人的な面談がある。	エントリール時、1年後	介入の12カ月後に行われた評価の結果は、最近のセックスにおいて青年はコンドーム群よりピルを服用しているパートナーを保持する割合が多かった。	記載なし
HIV prevention for Adolescent in Low-income Housing Developments	Sikkema, K.J. 他 1998~2000	ミルウォーキーとウィスコンシン(ウィン)、ロアノーク(ヴァー)、シタニア、アトワシントン の15所得開の低所得開地域	少数民族の男女12-17歳のティーンエイジャー	(1) 思春期の若者の最初の技術変換を促すのを助けるようワークセッションを開催し情報を提供する、(2) 地域の活動をおおとして、理想を保持すること、ビデオの標準や社会のHIV予防行動への強力なサポートを行う	新興住宅地各地域で、1箇所12-17歳の56-350人のティーンエイジャーを15の地域を3つに割り当てる	3時間のワークセッション、2つのフォーロワーセッション、6回の週会、および両親のための90分のセッションから成る。ワークセッションの内容は、HIV/STD教育、セックスを拒否する技術、レズビアン、性的な交渉技術、コンドームの使用、およびリスクの振舞いを自己管理すること。	ベーススライベン、3か月後、18か月後	禁欲、コンドーム使用率が振舞いを抑えるために必要な構成要素と地域介入が適切で、持続していくことが効果を生むと示した。	男女比差なし
Reach for Health Community Youth Service Learnin	Lydia O'Donnell, 1996~1998	ブルックリン(ニューヨーク)の2校の大規模な中学校	セックスに関連する危険な振舞が増加するリ学生: コントロール584名、介入群222名、255名	非行に走る可能性のある青少年が危険な性行動と他の有害な振舞いをする事を防ぐこと	1つの学校がコントロール群、もうひとつの学校が介入群。22教室、13教室を無作為に分け、異なるプログラムを実施。	30週間以上、学生は毎週2時間か3時間の分野別活動に出席。HIV感染、他のSTDs、および妊娠をもたらす性的行動に焦点をあてて行っている。学生はナースングホームや老人ホーム、フルサービス診療所や、子供託児所などで活動を行う。	ベーススライベン、6か月後、2年のフォローアップ終了時。92%のフォローされる。	2年の追跡評価によって、10年生の者がコンドームよりセックスをしないようであることを報告した。	性的経験差なし

多彩な構成要素による地域型プログラム

学習の進展

13	Teen Outreach Program	Joseph P. Allen 1991~1995	いくつかの州の都市、や地方の25校の高校	9~12年生の思春期の子供たち	退学者や十代の妊娠などの危険な行動を防ぐこと	9~12年生、計342人の学生が無作為に介入群と、352人の学生がコントロール群	少なくとも1週間に1回、最低20時間。一般の学生が35時間程度です。参加者は教室と放課後、週末の地域活動に参加します。評価されたプログラムの一部としてTOPに参加し履修単位を受けることができた。	プログラム開始1、2週間後、プログラム修了後、1年後の妊娠しているかどうかをフォローアップ。	コントロール群のティーンエイジャーはプログラム参加者の2倍以上でした(9.8%対4.2%)。ポランティア、に時間を費やした学生は妊娠をしそうになった。	大部分が女性でした(85%)ほとんどの参加者がアフリカ系アメリカ人で(67%)
セクシャリティーと若者の成長要素に注目した多彩な構成要素プログラム										
14	AVAN AYA YOUNG PROJECT	Brian Flay 他& the ABAN AYA Team 1994~1998	シカゴにある12の学校	低所得中流家庭層の5年生の1,153人→8年生688人がプログラム終了時まで	アフリカ系アメリカ人の若者ために、暴力や薬物乱用、非行や性行為等の諸問題を長期にわたり介入	学校ごと、コントロール群には、Health Enhancement Curriculum (HEC) を行っている。	1年あたり16~21のレッスンを構築する事、自尊心や感情のコントロールを構築する能力と目標設定する能力を引き出して、暴力や非行からの回避、適切な性行為のあり方、キャリアアプランニング等を用いて、自己意識と目的を導くよう方向付ける。親とのコミュニケーションワークシヨップ、教師とスタッフの職務内でのトレーニング、地域の学校の特別委員会等の活動を行う。	4年間約20%の回答	最近の性行為、暴力的行為などの減少と男性のコンドーム使用率の増加など、女子の間では差がなかった。	なし
15	Children's Aid Society (CAS)	Michael Carrera, Ed.D. 他 1997~2000	ニューヨーク市	低所得層であり、13歳から15歳の危険因子の高い少女6つのサイトそれぞれに100人参加者一カレラプログラム；50人、コントロールグループ；50人	若者が性行動を抑え、避妊具使用を増加させ、10代の妊娠を抑え、保健、医療機関へのアクセスの増加	個人がランダムグループに参加するか、もしくは、コントロールグループに参加する(通常の若者のみ受講可能)	プログラムは7つの構成要素①雇用②教育的支援③家族生活④性教育⑤舞台芸術⑥スポーツ⑦トレーニング⑧精神的かつ物理的な健康管理を提供する。	3年間計484人の継続的なデータベースとしていきます。(カレラ：242人、コントロール：242人)	女性では健康管理や、性交、避妊使用、妊娠に関する差がみられたが、男性では差がなかった。	なし

表 4-2： 性行動 妊娠 STD 率において効果的な影響を与える強いエビデンスを持つプログラム
出典一覧

プログラム 1	St.Lawrence,J.S.(2005).Becoming a Responsible Teen: An HIV Risk-Reduction Program for Adolescents. Scotts Valley, CA:ETR Associates
2	Villarruel,A.M., Jemmott,L.S.,& Jemmott,J.B., III.(Unpublished). Cuiddate! A curriculum to reduce sexual risk behavior among Latino youth. Ann Arbor, MI: University of Michigan.
3	Marin,B.,Coyle,K., Cummings, J.,Gomez,C.,& Kirby,D (2003) Draw the Line/Respect the line: Setting limits to Prevent HIV, STD and Pregnancy: Grade 8.Scotts Valley, CA:ETR Associates
4	Jmmott,L.S., Jemmott,J.B.,III & McCaffree,K.(2002) Making Proud Choices! A Safer-Sex Approach to HIV/STDs and Teen Pregnancy Prevention. New York: Select Media
5	Barth,R.P(2004)Reducing the Risk: Building Skills to Prevent Pregnancy, STD and HIV. Scotts Valley, CA: ETR Associates.
6	Coyle,K.,& Fetro,J.V.(1998).Safer Choices: Preventing HIV, Other STD and Pregnancy: Level 2. Scotts Valley, CA: ETR Associates.
7	DiClemente,R., Wingood,G.,Harrington,K., Lang, D.,Davies, S., Hook, E.W.,III,et al.(2006). SiHLE: Health Workshops for Young Black Women. Los Altos, CA: Sociometrics.
8	Dilorio, C.,Resnicow, K.,McCarty, F., De,A.K.,Dudley, W.N.,Wang,D.T.,et al.
9	Raine, T.R., Harper, C.C., Rocca, C.H., Fischer, R., Padian, N., Klausner, J.D., and Darney, P.D. (2005). Advance Provision of Emergency Contraception. <i>Journal of American Medical Association</i>
10	Danielson,R.,Plunkett,A., Marcy,S., Wiest,W,&Greenlick,M.(2003).Reproductive Health Counseling for Yong Men. Los Altos, CA: Sociometrics.
11	Sikkema, K., Anderson, E.,Kelly,J., Winett,R.,Gore-Felton,C., Roffman,R.,et al.(2005).Outcomes of a randomized, controlled community-level HIV prevention for adolescents in low-income housing developments. <i>AIDS</i> , 19(14),1509-1516
12	O'Donnell,L., Doval, A.S., Duran, R., Haber, D., Atnafou,R., Piessens, P.,et al.(2003). Reach for Health: A School Sponsored Community Youth Service intervention for Middle School Students. Los Altos, CA: Sociometrics
13	Wyman Center,Inc.(2007).Changing Scenes. St Louis, MO: Wyman Center, Inc.
14	Flay, B., Graumlich, S.,& The Aban Aya Team.(2006).Aban Aya Youth Project: Preventing high-risk behaviors among African American youth grades 5-8. Los Altos,CA : Sociometrics
15	Carrera, M.(2006).Children's Aid Society Carrera Adolescent Pregnancy Prevention Program. New York City: Children's Aid Society-Carrera Adolescent Pregnancy Prevention Program.

この番号は、表 4-1 の左端番号に相当する。

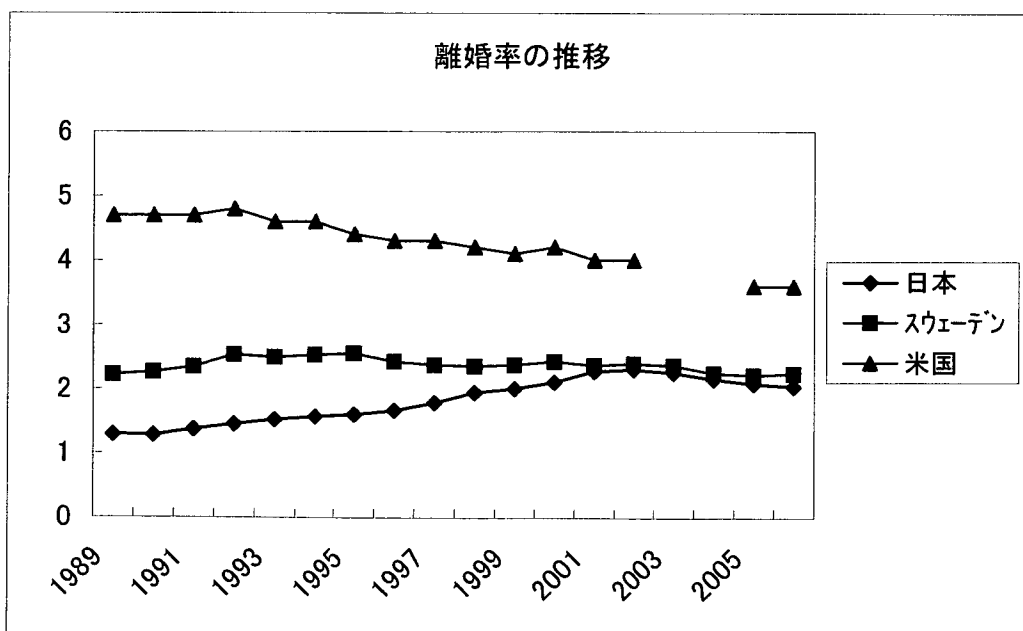
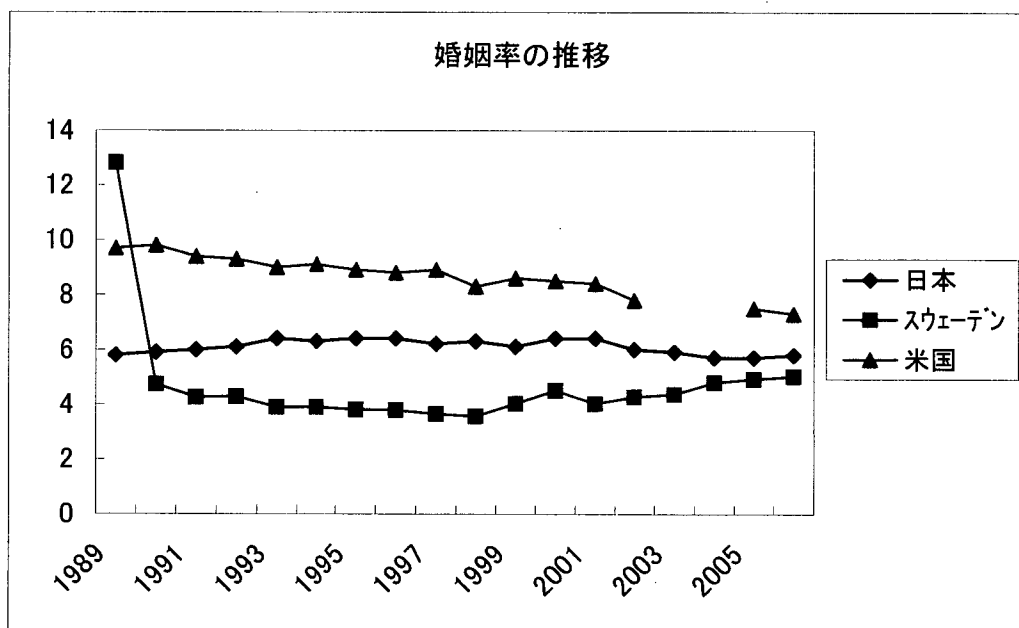
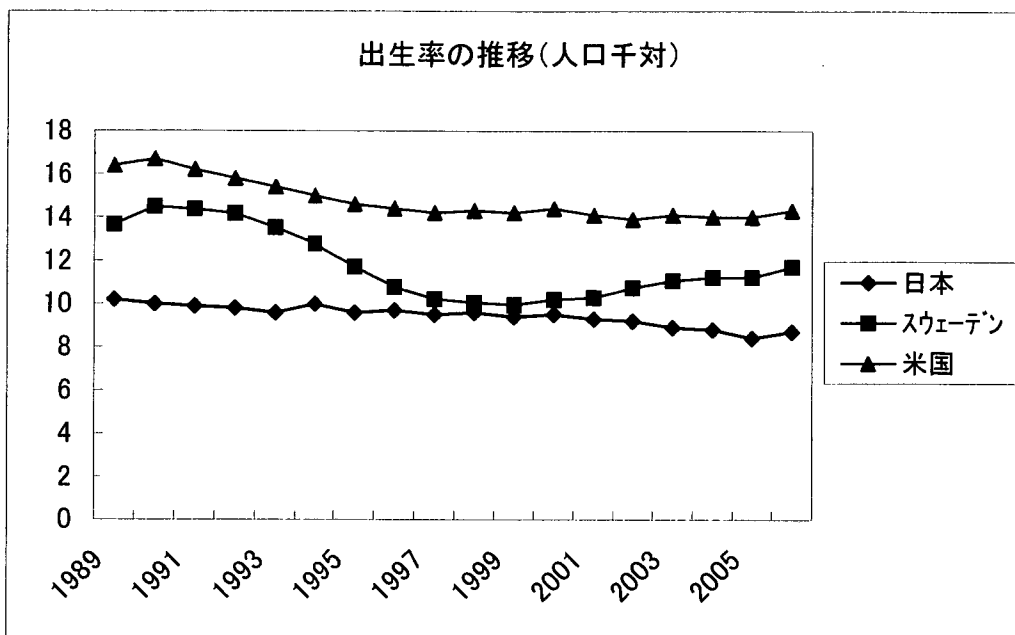
また、この表記は Emerging Answers 2007 の p192 を書き写したものである。

参考資料1： スウェーデン、日本、アメリカにおける男女共同参画の状況

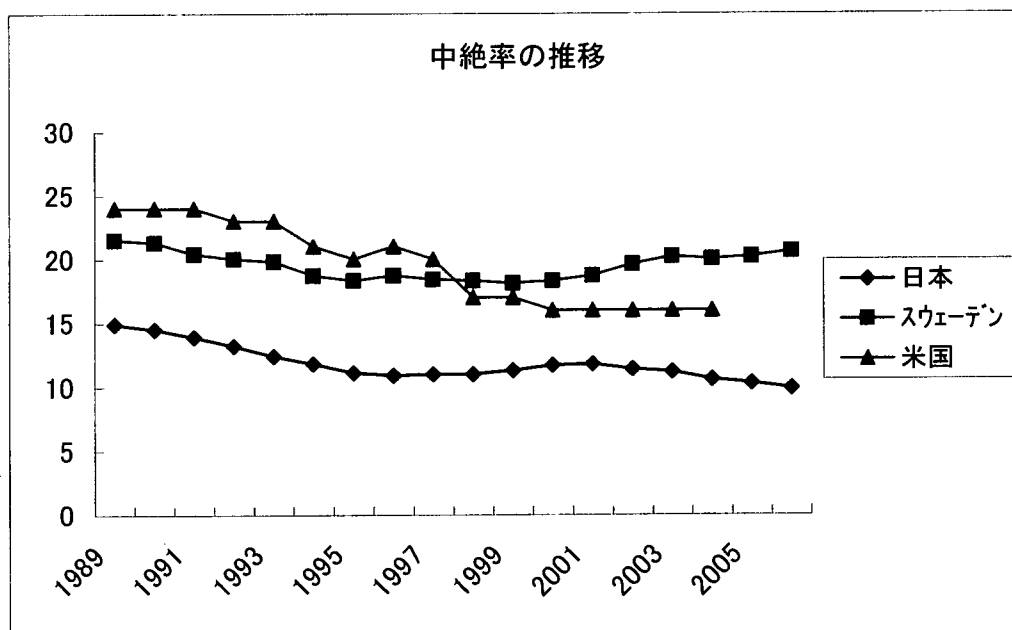
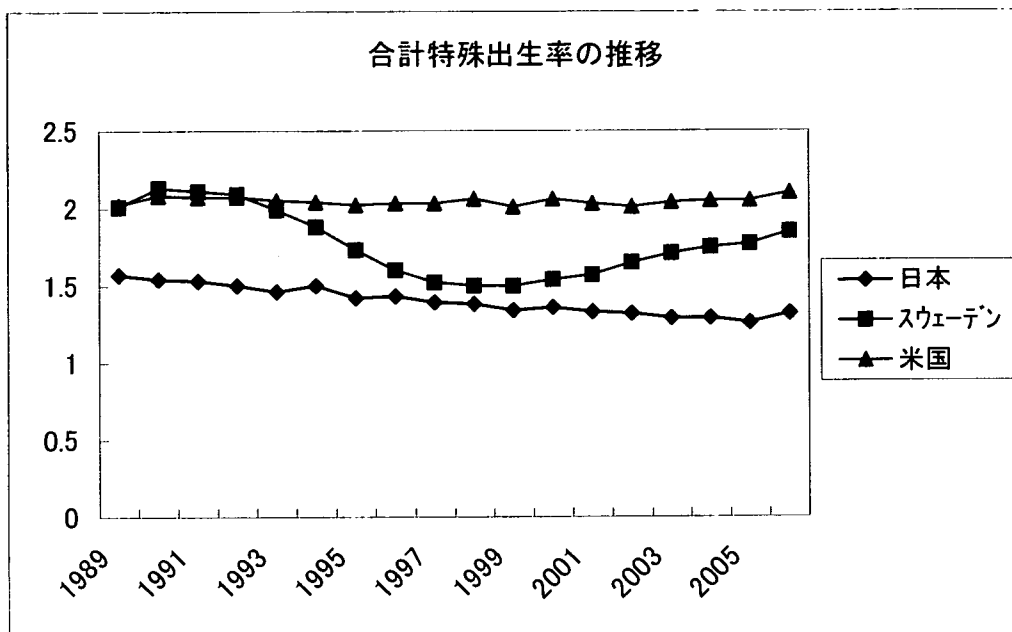
国	男女共同参画に関する基本法等（施行年）	男女共同参画担当行政機関	ジェンダー・エンパワメント指数（GEM）順位（2006）	ジェンダー・ギャップ指数順位（2006）	国会議員に占める女性の割合（二院制の場合は下院、%）	就業者に占める女性の割合（%）	管理的職業従事者に占める女性の割合（%）	賃金水準（男性=100とした場合の女性の水準）	男女計の家事・育児時間に占める男性の時間割合（%）
スウェーデン	男女平等法（1994年改正） 差別禁止法 統治法	差別撤廃・男女平等省	2位	1位	47.3	47.8	29.9	88.4	37.7
日本	憲法（1947年） 男女共同参画社会基本法（1999年）	内閣府男女共同参画局	42位	79位	9.4	41.4	10.1	66.8	12.5
アメリカ	公民権法（1964年） ※第7編で「人種、肌の色、宗教、性または出身国」を理由にした雇用や解雇、報酬などの差別を禁止	—	12位	22位	16.2	46.4	42.5	81.0	37.0

出典：平成19年度版 男女共同参画白書 内閣府 P5 第1・特1表より 抜粋

参考資料 2-1



参考資料 2-2



出典:

Statistisk årsbok 2008,p112,Tab95(スウェーデン/婚姻率・離婚率・出生率)

Queen detail,Total fertility rate(スウェーデン/合計特殊出生率)

Sveriges officiella statistik;Aborter2006,p23,Tab2(スウェーデン/中絶率)

平成18年人口動態統計(確定数)の概況

平成15・18年度保健・衛生行政業務報告(衛生行政報告例)結果の概況

参考資料3: 日本における性に関わる事象や社会の変遷

年	性教育や性に関わる変遷	男女平等関連政策にかかわる社会・政治的な変遷
1908年	刑法 施行 胎児は、人間の胎児を母親の体の中で殺すか流産させて殺す犯罪。刑法212条～216条において犯罪類型として規定されている。	
1945年		衆議院議員選挙法改正 女性参政権獲得
1947年	文部省「純潔教育の実施について」(社会教育局長通達)	
1948年	優生保護法 制定	
1949年	純潔教育基本要項 優生保護法 改正 受胎調節実施指導員導入	
1955年	純潔教育の進め方(試案)(純潔教育分科審議会)	
1975年		総理府婦人問題担当室発足 婦人問題企画推進本部設置
1976年	優生保護法 改正 中絶実施時期が妊娠第7月未満	民法一部改正(婚氏統稱制度新設等)
1977年		「国内行動計画」を決定 国立婦人教育会館開館
1980年		「女子差別撤廃条約」署名
1981年		民法、家事審判法一部改正
1983年	国内最初のエイズ認定患者が発生 エイズに関する啓蒙のパンフレット(コンドーム使用等)が配布、エイズ予防教育が開始される	
1984年		父系血統主義から父母両系主義へ 改正国籍法成
1985年		女子差別撤廃条約批准 男女雇用機会均等法 成立
1987年		2000年に向けての新国内行動計画 策定
1989年		新学習指導要領で中学・高校家庭科の男女必修化決定
1992年	小学校高学年 保健の教科書に精通が掲載され、男女平等の性教育が開始	育児休業に関する法律 施行
1993年		パートタイム労働法 施行
1994年		子供の権利条約批准
1995年		育児・介護休業法成立 ILO156号条約(家庭的責任条約)批准
1996年	優生保護法の名称改正 母体保護法	男女共同参画2000年プラン 策定
1997年		
1999年	低用量経口避妊薬(ピル)の承認 児童買春・児童ポルノ禁止法 施行	改正男女雇用機会均等法 施行 男女起用同参画社会基本法 施行
2000年	ストーカー行為等の規則等に関する法律 成立 児童虐待の防止等に関する法律 成立	男女共同参画基本計画 策定
2001年	DV防止法 公布	男女共同参画会議 発足
2002年	「ラブ&ボディBOOK」回収 母性衛生研究会が中学校に配布した冊子が中学生の性行為を助長している、避妊具のリスクを教えていない等衆議院議員等の抗議より回収	
2003年	東京都議会で一部の養護学校で行われていた性教育を中止させ、教職員を処分→2008年 東京都地方裁判所で処分取り消し判決	次世代育成支援推進法 成立
2004年	児童虐待の防止等に関する法律 改正 DV防止法 改正	少子化社会対策基本法 成立 育児・介護休業法 改正
2005年		男女共同参画基本計画(第2次) 策定
2006年		高齢者虐待防止・高齢者の養護者に対する支援等に関する法律 施行 男女雇用機会均等法 改正
2007年	DV防止法 改正	

- 出典: ・せんなん男女平等参画プラン 策定経過
 ・谷口真由美 著 リプロダクティブ・ライツとリプロダクティブ・ヘルス
 ・戦後の日本の性教育 <http://www.catholic-teachers.com/jo.htm>
 ・財団法人 厚生問題研究所 厚生省五十年史(記述篇) 大日本印刷株式会社 昭和63年
 ・編集 財団法人 母子衛生研究会 平成18年 母子保健行政法令・通知集 平成18年

参考資料4：アメリカにおける性に関わる事象や社会の変遷

年	性教育や性に関わる変遷	男女平等関連政策にかかわる社会・政治的な変遷
1857年	アメリカ医師会/全米的な中絶反対運動 カトリック団体なども中絶反大運動大規模に展開 →全米諸州で中絶制限法が施行される	
1920年		合衆国憲法修正第19条成立→女性参政権の確立 第1次世界大戦、第2次世界大戦期には女性の社会進出が活発化
1959年	アメリカ法曹協会が中絶規制法規の改正を提言	
1960年		労働力人口の30%、大学生の40%が女性に
1961年	同性愛者(ゲイのムーブメント)	
	ソドミー法が相次いで各州で認められる→「ソドミー法」は同性愛自体を禁じているのではなく、違法なのはその行為のみであるとしている	
1964年		公民権法 第7条項「人種、肌の色、宗教、出身国」に加えて、性別による差別の禁止→女性の雇用・昇進差別の撤廃に大いに貢献
1966年		全米女性機構(NOW)の結成(ベティ・フリーダン会長)→フェミニズム運動(当時の言葉では「ウィメンズ・リブ」運動)の旗手となる。
1967年	アメリカ医師会も中絶法規の自由化を支持する声明を発表→以後、19州で中絶規正法の改正が行なわれた	男女平等憲法修正条項(Equal Rights Amendment, ERA)法→平等の権利は、合衆国も州も、これを性によって否定したり制限したりしてはならないの実現を主要な政策目標としたしかし7年以内に4分の3の38州の承認が必要だったが、1982年に3州の承認が足りずに不成立
1973年	「ロー対ウェイド事件」判決一妊婦の生命を救う場合以外の中絶を禁止したテキサス州法は、修正14条で保護される「プライバシーの権利」の侵害であり、違憲であると判断	
1980年代	伝統的な価値観の見直し推進運動 →自己抑制教育団体の誕生 コネティカット州で最初の中絶規制(薬による危険な中絶の禁止)	
1981～1989年 レーガン政権	伝統的価値観の見直しを推進 自己抑制教育団体の誕生	
1983年	『危機に立つ国家』と題する報告書 教育再生を呼び掛ける	
1989～1993年 ジョージブッシュ政権	中絶に対する最高裁の保守化	
1989年	ウェブスター対生殖健康サービス ミズリー州の中絶規制法を合憲とする	
1991年	ラスト対サリバン 連邦政府補助金を受けるクリニックでの中絶相談禁止合憲判断	
1993～2001年 クリントン政権	エイズ対策(性教育やコンドームの配布)	
1993年	「性的志向性」を問わないDon't Ask, Don't Tell方針 →同性愛者の軍隊への入隊を認めようとしたクリントン大統領は猛反対にあった。	
1996年	サンフランシスコ市、市の条例で同性愛結婚を認める。 →全米で反響を呼び、25州で同性愛結婚禁止法が成立、1996年には連邦レベルでも「結婚防衛法」が成立、しかし2000年にヴァーモント州は、同性愛者の事実婚(civil union)を認める法案を成立させた。	
2001年～ W・ブッシュ政権	「祈りによって性欲を抑圧する」という方針 同性愛婚を批判 公立学校「絶対禁欲教育」の導入 自己抑制プログラムの推進へ補助金配布	

出典：・世界日報「自己抑制教育」取材版

・日本教育再生機構 <http://www.kyoiku-saisei.jp/index.html>

・アメリカンカルチャーを知る講座 http://www.eigotown.com/eigocollege/marie_english/backnumber/marie_english76.shtml

・緒方房子 アメリカの中絶問題 明石書店

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

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
分担研究 人工妊娠中絶の障害に関する研究

分担研究者 竹下 俊行 日本医科大学産婦人科学教室教授

研究要旨

人工妊娠中絶は女性の健康に少なからぬ影響を与える。本分担研究では人工妊娠中絶の及ぼす障害について調査するが、本年度は人工妊娠中絶の障害のうち、妊娠分娩転帰に焦点を当て統計解析を行った。人工妊娠中絶歴が明らかな 825 症例を対象として、人工妊娠中絶歴の有無が、後の妊娠・分娩時の合併症発生リスクとなるか否かを後方視的に調査した。多重ロジスティック解析の結果、人工妊娠中絶歴のある女性に分娩時子宮内感染が有意に多く発生していたことが明らかとなった。また、別の母集団に対する解析で、前置胎盤症例において輸血施行に至るリスク因子を検討したところ、反復流産手術既往が独立したリスク因子の一つとして抽出された。今回の分析結果は、大学病院という特殊な環境で分娩した、限られた例数をもとにした解析であり、より正確な結果を得るには、様々なピュレーションからより多くの症例を分析する必要がある。

研究協力者

米山剛一（日本医科大学産婦人科講師）
関口敦子（日本医科大学産婦人科助教）
石川源（日本医科大学産婦人科助教）
里見操緒（日本医科大学産婦人科助教）

A. 研究目的

人工妊娠中絶の女性の健康に及ぼす影響のうち、その後の妊娠分娩転帰、すなわち妊娠中、分娩、産褥における合併症発生に与える影響を調査することを目的とした。また、昨年の本分担研究班による文献的調査から、人工妊娠中絶の既往がその後の妊娠で前置胎盤発生率を上昇させるという結果を得たが、本年度は過去の前置胎盤症例を後方視的に検討し、人工妊娠中絶などの

流産手術の帝切時輸血リスクへの関与について分析した。

B. 研究方法

1. 人工妊娠中絶歴の有無による妊娠分娩合併症発生リスクの解析

2006年7月～08年12月に日本医科大学付属病院で分娩した825症例を対象とした。日本産科婦人科学会周産期委員会では、2001年より登録施設で分娩した全症例について、個票調査を行っている。調査個票はファイルメーカーProを用い、各施設で直接入力することになっている。図1はその入力画面である。赤線枠で囲った部分に妊娠・分娩合併症のチェック欄があり、合併症発生率を算出することができる。しか

し、妊娠分娩歴の欄には人工妊娠中絶の有無を記載する欄はない。そこで、日本医科大学付属病院産婦人科では、このファイルメーカーの入力画面に若干の変更を行い、図2のように人工妊娠中絶歴の項目を追加した。対象とした825例はすべての項目についての情報が揃っているものである。

人工妊娠中絶歴の有無、機械的子宮内操作（流産手術、人工妊娠中絶術）既往の有無による以下の妊娠分娩合併症の発生リスクについて、単変量解析および多重ロジスティック回帰分析を行った。統計解析にはJMP6.02(SAS Institute Japan)を使用した。

解析項目

重症悪阻、頸管無力症、妊娠高血圧症候群、妊娠貧血、切迫早産、早産、子癇、前置胎盤、肺水腫、胎盤早期剥離、羊水過多、羊水過少、過強陣痛、分娩遷延、回旋異常、微弱陣痛、分娩停止、弛緩出血、胎児仮死（胎児機能不全）、DIC、CPD、子宮内感染、前期破水、子宮破裂、頸管裂傷、羊水塞栓、癒着胎盤、胎盤遺残、肺梗塞、IUGR

2. 前置胎盤症例における輸血リスクの検討

1993年から2007年までの期間に日本医科大学多摩永山病院で分娩した129例（うち全前置胎盤64例・辺縁前置胎盤65例）を対象として、後方視的に輸血の有無と、母体および新生児の一般診療情報より得られた因子との関係を多重ロジスティック解析により検討した。

C. 研究結果

1. 人工妊娠中絶歴の有無による妊娠分娩合併症発生リスクの解析

人工妊娠中絶歴の明らかな症例は825例であった。そのうち、中絶歴あり148例（17.9%）、なし677（82.1%）例であった。

1) 単変量解析結果（表1）

単変量解析では子宮内感染（odds ratio : 2.67, 95%CI [1.16-6.18], P=0.0168）、弛緩出血（odds ratio : 2.52, 95%CI [1.05-6.06], P=0.0327）が人工妊娠中絶歴との関連ありとして抽出された。子宮内感染の診断は破水後、母体発熱（38.0℃以上）、白血球数12,000/mm³以上、CRP陽性のいずれかを満たした場合とした。

2) 多重ロジスティック解析結果（表2）

単変量解析のデータ項目のうち、症例数が5症例に満たないものを除外した頸管無力症、重症悪阻、前置胎盤、切迫早産、微弱陣痛、胎盤早期剥離、子宮内感染、早産、産道裂傷、弛緩出血の10項目について人工妊娠中絶歴の有無による多変量解析（多重ロジスティック解析）を行った。その結果、子宮内感染（adjusted OR : 1.724, 95%CI [1.029-2.848], P=0.039）のみが人工妊娠中絶既往により発症率が高まる因子として抽出された。

3) 子宮内操作歴の有無による妊娠分娩合併症発生リスクの解析（表3）

さらに、人工妊娠中絶の医学的影響を頸管拡張、子宮内膜搔破などの機械的侵襲の影響という面から捉え、自然流産や人工妊娠中絶に際し、いわゆるDilatation & Curettageを受けたことがある群とない群で妊娠分娩合併症の発生リスクを比較した。その結果、頸管無力症がリスクの高い合併症として抽出された（adjusted OR : 2.553, 95%CI [1.129-6.993], P=0.024）。人工妊娠中絶との関連で発症リスクが高いと目された子宮内感染は、この解析では抽出されなかった。

2. 前置胎盤症例における輸血リスクの検討

122例に帝王切開術、7例に cesarean hysterectomy を施行し、輸血施行群43例、輸血非施行群86例を比較検討した。輸血施行群における輸血量は 1335 ± 1569 ml であった。輸血に関する独立したリスク因子は、母体年齢35歳以上、(adjusted OR=3.7, 95%CI=1.5-7.5, $p < 0.05$)、2回以上の流産手術(adjusted OR=4.8, 95%CI=1.1-26.2, $p < 0.05$)、および全前置胎盤(adjusted OR=2.6, 95%CI=1.2-5.9, $p < 0.05$)であった。Body Mass Index、経妊・経産回数、既往帝王切開術、術前の貧血、手術直前の出血、術前の子宮収縮抑制剤投与、分娩時の妊娠週数、手術の緊急性、出生時体重、アプガースコアは輸血の有無との間に独立した有意な相関は認められなかった。

D. 考察

人工妊娠中絶は女性の健康に少なからぬ影響を与える。機械的な子宮内容除去術は短期的には子宮穿孔、出血、感染、麻酔事故などの合併症を起こす可能性がある。中期的には術後の慢性感染、子宮内腔癒着、長期的には内腔癒着から不妊症、不育症・習慣流産の原因となり、妊娠予後としては、子宮外妊娠、前置胎盤などの発症要因と深く関連するといわれる。

昨年の本分担研究班の分析では、子宮外妊娠で手術を受けた患者に人工妊娠中絶歴が有意に高かった。

本年度は、日本産科婦人科学会周産期委員会の個票調査に人工妊娠中絶歴の項目を追加したデータを基に、人工妊娠中絶歴の有無が妊娠分娩合併症発症に及ぼす影響を調査した。

単変量解析では子宮内感染、弛緩出血が人工妊娠中絶歴との関連ありとして抽出さ

れた。さらに、症例数が5症例に満たないものなどを除外した10項目について人工妊娠中絶歴の有無による多変量解析(多重ロジスティック解析)を行った結果、子宮内感染のみが人工妊娠中絶既往により発症率が高まる合併症として残った。ここでの子宮内感染とは破水後、母体発熱(38.0°C以上)、白血球数 $12,000 / \text{mm}^3$ 以上、CRP陽性のいずれかを満たした場合とした。当院では妊娠初期の細菌性膣症、末期にクラミジア感染症、GBS感染症のチェックを行い、適切な治療がなされているので、仮に人工妊娠中絶既往のある女性が潜在的な感染症保因者であると仮定しても、その状況が分娩時まで継続しているとは考えにくい。ただし、今回の分析では妊娠時の感染症検査結果との関連は検討されていない。

さらに、子宮内機械的操作既往の有無による検討では、頸管無力症が抽出された。この検討では子宮内感染と機械的操作既往の有無との関連は見いだされなかった。頸管無力症の診断は、通常妊娠16週までの内診で内診指が内子宮口に挿入できる場合としているが、16週以降28週で頸管長が25mm以下の場合も無力症の診断名を付けることがある。データベースからは詳細は判定できないため、この解釈は困難である。いずれにせよ、異なった母集団による大規模な調査が必要であることは言うまでもない。

昨年の本分担研究班による文献的調査から、人工妊娠中絶の既往がその後の妊娠で前置胎盤発生率を上昇させるという結果を得たが、本年度は過去の前置胎盤症例を後方視的に検討し、子宮内操作が前置胎盤の帝王切開における輸血のリスク因子となるかについて調査した。母体年齢35歳以上、

全前置胎盤とともに2回以上の流産手術が輸血のリスク因子であることが判明した。ここでいう流産手術は人工妊娠中絶のみでなく、不全流産や稽留流産の手術が含まれており、結果の解釈には注意を要する。

人工妊娠中絶を受ける女性の生活環境や社会的背景因子が複雑に交絡しており、どの因子が妊娠分娩の合併症に真に寄与しているかを判定するのは、限られた母集団の分析では不可能である。大規模な集団の分析が必要であることには異論がなからう。

E. 結論

人工妊娠中絶の障害のうち、妊娠分娩転

帰に焦点を当て統計解析を行った。人工妊娠中絶歴が明らかな825症例を対象として、人工妊娠中絶歴の有無が、後の妊娠・分娩時の合併症発生リスクとなるか否かを後方視的に調査した。多重ロジスティック解析の結果、人工妊娠中絶歴のある女性に分娩時子宮内感染が有意に多く発生していたことが明らかとなった。より適正な結果を得るためには、大規模集団を対象とした調査が必要である。

F. 研究発表

論文発表（別紙4）

別紙 4

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Hiraizumi Y, Nishimura I, Ishii H, Tanaka N, Takeshita T, Sakuma Y, Kato M.	Rat GnRH Neurons Exhibit Large Conductance Voltage- and Ca(2+)-Activated K(+) (BK) Currents and Express BK Channel mRNAs.	J Physiol Sci	Epub ahead of print	Epub ahead of print	2008
Kamoi S, Ohaki Y, Mori O, Kurose K, Fukunaga M, Takeshita T.	Serial histologic observation of endometrial adenocarcinoma treated with high-dose progestin until complete disappearance of carcinomatous foci-review of more than 25 biopsies from five patients.	Int J Gynecol Cancer.	Epub ahead of print	Epub ahead of print	2008
Watanabe A, Yamamasu S, Shinagawa T, Suzuki Y, Miyake H, Takeshita T, Orimo H, Shimada T.	Prenatal genetic diagnosis of severe perinatal (lethal) hypophosphatasia.	J Nippon Med Sch.	74(1)	65-9	2007
Mine K, Katayama A, Matsumura T, Nishino T, Kuwabara Y, Ishikawa G, Murata T, Sawa	Proteome analysis of human placentae: pre-eclampsia versus normal pregnancy.	Placenta.	28(7):	676-87	2007

R, Otsubo Y, Shin S, Takeshita T.					
Mori M, Ishikawa G, Luo SS, Mishima T, Goto T, Robinson JM, Matsubara S, Takeshita T,	The cytotrophoblast layer of human chorionic villi becomes thinner but maintains its structural integrity during gestation	.Biol Reprod.	:76(1)	:164-72	2007
黒瀬圭輔、竹下俊 行	不妊診療・現在の課題と 将来展望 不妊・不育の 遺伝カウンセリング	臨床婦人科産 科	Vol.61, No.12,	1478-1481	2007
可世木久幸、富山 僚子、竹下俊行	生殖医学の新展開 [卵 巣]3.卵巣の加齢と活性 酸素	産科と婦人科	Vol.74, No.12	1597-1601	2007
竹下俊行	産婦人科診療 Data Book 39.不育症	産婦人科の実 際	Vol.56, No.11,	1793-1797	2007
磯崎太一、石川 源、竹下俊行	常位胎盤早期剥離に関 する検討・早期診断のた めに・	産婦人科の実 際	Vol.56 No.9	1381-1390	2007
稲川智子、竹下俊 行	不育症における第 XII 因子活性と臨床背景の 検討	日本生殖医学 会雑誌	Vol.52, No.4,	243-243	2007
里見操緒、竹下俊 行	夫リンパ免疫療法後の 続発性不妊に関する検 討	Reprod Immunol Biol	Vol.21, No.2,	PageS62	2007
竹下俊行	各領域の最新診療ガイ ドライン 不育症のガ イドライン	産婦人科の世 界	Vol.59 No.4,	299-308	2007
三宅秀彦、山田 隆、高橋肇、奥田 直貴、川端伊久 乃、石川源、関口 敦子、澤倫太郎、	前置癒着胎盤に対する 治療法としての modified cesarean hysterectomy	日本産婦人科 ・新生児血液 学会誌	Vol.17 No.1	Page.S.15- S.16	2007

鈴木俊治, 磯崎 太一, 横田明重, 中井章人, 竹下 俊行, 鈴木俊治					
鈴木由美, 渡邊 淳, 三宅秀彦, 島 田隆, 西弥生, 峯 克也, 石川源, 竹 下俊行	選択的流産のフォロー アップ-羊水検査で Pallister-Killian syndrome が認められ た 1 例を通して	日本遺伝カウ ンセリング学 会誌	Vol.28 No.1	Page.50-5 0	2007

図1. 日本産科婦人科学会周産期登録調査個票入力画面

産科入力画面 施設名 ケース登録へ
 担当者

整理番号 テキスト入力の部分は、項目をコンマ区切り。年月日は「yyyy/mm/dd」形式で入力

母氏名 母入院番号 分娩予定日
 母体搬送 なし あり(緊急) あり(非緊急) 住所地(県名) い住所
 入院理由 陣痛発来 PROM 管理入院 その他 妊娠中喫煙 はい いいえ 飲酒 はい いいえ

経妊 経産 (今回を含まない) 不妊治療 なし AIH 体外受精
 母身長 cm 非妊時体重 kg 排卵誘発剤 その他

分娩 分娩日 時 分 妊娠 週 日 分娩時年齢 才
 分娩胎位 頭位 骨盤位 その他 分娩時体重 kg
 分娩方法 自然経産 吸引 鉗子 予定帝王切 緊急帝王切 その他
 誘導・陣痛促進 なし 機械 PG・オキシトシン
 オキシトシン 機械・オキシトシン 他の薬剤・オキシトシン
 PG 機械・PG 他の薬剤・PG・オキシトシン
 他の薬剤 機械・PG・オキシトシン

分娩CTG異常 あり なし 不明 ED MVD LV Tachy
 LD SVD Brady その他 分娩時出血量 g

母体基礎疾患 中枢神経系(含む脳血管疾患) 骨・筋系統 精神疾患
 呼吸器 泌尿器 子宮 自己免疫疾患
 なし 消化器 血液 付属器 本態性高血圧 感染症
 あり 肝 心 外傷・中毒 糖尿病/GDM TORCH
 胃 甲状腺 血液系(血小板) その他 その他

妊娠合併症 重症悪阻 妊娠貧血 子痛 分娩遅延 癒着胎盤
 なし 切迫流産 切迫早産 肺水腫 分娩停止 胎盤遺残
 あり 頸管無力症 胎盤早期剥離 CPD DIC
 妊娠高血圧症候群 Eo Lo S 前置胎盤 胎児仮死 羊水塞栓
 P H 羊水過多 前期破水 子宮内感染
 p h 羊水過少 子宮破裂 頸管裂傷
 微弱陣痛 過強陣痛 弛緩出血
 回旋異常

母処置 酸素投与 胎盤用手剥離 血腫処置 腔壁 他
 なし 輸血 産道裂傷・縫合 頸管 腔壁 会陰
 あり 子宮双手圧迫 会陰裂傷・縫合 III度 IV度 会陰切開

母転帰 生 死 転科 母死亡日時 母死因

児 胎数 多胎の場合の順位 多胎の種類 DD MD MM 不明
 出生体重 g 性別 身長 cm APGAR値1分 5分 臍帯動脈pH
 児転帰 生 死 児診断 形態異常 胎児水腫 新生児仮死 他
 転科 LFD (SGA) HFD (LGA)

児処置 蘇生術 なし 酸素 マスク 挿管 不明 他

コメント

胎児治療例 胎児治療画面へ

児死亡のとき、下記記入!

臨床死因分類 臨床死因

剖検 なし あり 剖検所見

死因となった病名

死亡時期 死産 早期新生児死亡 後期新生児死亡 その他

ケース登録へ ※ 部分は個人情報保護のため、集計時に削除されます。

図2. 人工妊娠中絶歴を入力出来るように改変した入力画面

日本医大入力画面 ケース登録へ

整理番号 施設番号 テキスト入力の場合は、項目をコンマ区切り。

施設名 施設名 この色の枠は日本医大のサマリー用
 主治医 主治医グループ オリジナル項目です
 担当者 担当者 (周産期登録とは無関係です)

母氏名 母氏名ふりがな 母氏名ふりがな

母外来ID 母入院番号 母入院番号1

住所(県名) 住所

病室 病室 一年齢の不明は「-99」を入力

分娩時年齢 分娩時年齢 経妊 経産の不明は「-99」を入力

経妊 早産 全流産 人工流産 生児数 生児 (1回を含まない)

母身長 cm 母身長 cm ← 身長・体重の不明は「-99」を入力

非妊時体重 kg 非妊時体重 kg

分娩時体重 kg 分娩時体重 kg

BMI BMI

妊娠中喫煙 妊娠中喫煙 妊娠中喫煙

妊娠中飲酒 妊娠中飲酒 妊娠中飲酒

不妊治療 なし AIH 体外受精 排卵誘発剤 その他

入院日 入院日 退院日 退院日 入院日数 入院日数

入院時週数 入院時週数 年月日は「yyyy/mm/dd」形式で入力

入院理由 陣痛発生 PROM 管理入院 その他 入院傷病名 傷病名

母体搬送 なし あり(緊急) あり(非緊急)

分娩 分娩日 時 分 ← 分娩時刻(時・分)が不明は「-99」を入力
 妊娠週 週 日 妊娠週・日、年齢の不明は「-99」を入力

分娩予定日 分娩予定日

分娩担当医 分娩担当医

分娩時出血量 g ← 分娩時出血量の不明は「-99」を入力

分娩胎位 頭位 骨盤位 その他

胎位 胎位

分娩方法 自然経産 吸引 鉗子 予定帝切 緊急帝切 その他

異常分娩適応 異常分娩適応

誘導・陣痛促進 なし 機械 PG・オキシトシン 機械・オキシトシン 他の薬剤・オキシトシン PG 機械・PG 他の薬剤・PG・オ 他の薬剤 機械・PG・オキシトシン

分娩CTG異常 あり なし 不明

ED MVD LV Tachy LD SVD Brady その他

母処置 なし あり 会陰切開 会陰切開だけでも「処置あり」にcheck

手術術式 手術術式

酸素投与 産道裂傷・縫合 頭管 腔壁 輸血 会陰裂傷・縫合 血度 IV度 子宮双手圧迫 血腫処置 腔壁 他処置名 胎盤用手剥離 会陰

最終Hb g/dl 最終Hb g/dl

母転帰 生 死 転科

母死亡日時 母死亡日時 時 分

母死因 母死因

母体基礎疾患 なし あり

中枢神経系(含む脳血管疾患) 骨・筋系統 精神疾患 抗リン脂質抗体症候群 呼吸器 泌尿器 子宮 自己免疫疾患 感染症 消化器 血液 付属器 本態性高血圧 TORCH 肝 心 外傷・中毒 糖尿病/GDM その他 腎 甲状腺 血液型不適合 その他

妊娠合併症 なし あり

重症悪阻 妊娠貧血 子癇 分娩遅延 癒着胎盤 切迫流産 切迫早産 肺水腫 分娩停止 胎盤遺残 頭管無力症 胎盤早期剥離 CPD DIC 妊娠中毒症 Eo Lo S 前置胎盤 胎児仮死 羊水過多 前期破水 羊水過少 子宮内感染 微弱陣痛 子宮破裂 過強陣痛 頸管裂傷 回旋異常 弛緩出血 他分娩産傷

コメント コメント

「会陰裂傷縫合」で「母処置あり」にしたなら「腔壁」にチェックを入れてください！！

表1. 人工妊娠中絶歴の有無による妊娠分娩合併症発生リスクー単変量解析結果

	中絶歴あり (148)	%	中絶歴なし (677)	%	オッズ比	下側 95%	上側 95%	p 値
重症悪阻	2	1.4	5	0.7	1.84109	0.353738	9.582334	0.4616
頸管無力症	2	1.4	5	0.7	1.84109	0.353738	9.582334	0.4616
切迫早産	7	4.7	57	8.4	0.54000	0.241191	1.209014	0.1285
羊水過少	4	2.7	32	4.7	0.55989	0.194946	1.60805	0.2749
羊水過多	1	0.7	3	0.4	1.51834	0.15786	14.7969	0.7122
妊娠高血圧症候群	8	5.4	35	5.2	1.04816	0.475926	2.308439	0.9070
子癇	1	0.7	0	0.0				
肺水腫	0	0.0	1	0.1				
肺梗塞	0	0.0	1	0.1				
妊娠貧血	5	3.4	32	4.7	0.70476	0.269911	1.840204	0.4728
前置胎盤	1	0.7	12	1.8	0.37698	0.048638	2.921943	0.3317
胎盤早期剥離	1	0.7	8	1.2	0.56887	0.070609	4.583294	0.5914
CPD	3	2.0	6	0.9	2.31379	0.572	9.35951	0.2261
回旋異常	3	2.0	5	0.7	2.78069	0.657119	11.7669	0.1473
前期破水	11	7.4	45	6.6	1.12765	0.568655	2.236167	0.7308
子宮内感染	9	6.1	16	2.4	2.67491	1.158396	6.176771	0.0168
胎児機能不全	7	4.7	15	2.2	2.19101	0.877189	5.47266	0.0855
微弱陣痛	7	4.7	37	5.5	0.85873	0.375139	1.965725	0.7183
分娩遷延	1	0.7	3	0.4	1.52834	0.15786	14.7969	0.7122
分娩停止	6	4.1	12	1.8	2.34154	0.864333	6.34345	0.0852
早産	9	6.1	53	7.8	0.76231	0.367317	1.582091	0.4651
産道裂傷	36	24.3	155	22.9	1.08248	0.714017	1.641112	0.7088
弛緩出血	8	5.4	15	2.2	2.52190	1.048951	6.063203	0.0327
DIC	1	0.7	0	0.0				
癒着胎盤	0	0.0	1	0.1				
胎盤遺残	2	1.4	1	0.1	9.26027	0.834084	102.811	0.0275
IUGR	3	2.0	15	2.2	0.91310	0.260937	3.19525	0.8868

表 2. 人工妊娠中絶歴が妊娠分娩合併症発生に及ぼす影響—多重ロジスティック解析結果

	オッズ比	95%信頼区間	カイ二乗	p値
頸管無力症	1.861	(0.672-4.408)	1.604	0.205
重症悪阻	1.524	(0.569-3.376)	0.850	0.356
前置胎盤	0.616	(0.143-1.411)	1.103	0.294
切迫早産	0.694	(0.425-1.043)	3.033	0.082
微弱陣痛	0.760	(0.460-1.166)	1.502	0.220
胎盤早期剥離	0.767	(0.177-1.821)	0.278	0.598
子宮内感染	1.724	(1.029-2.848)	4.265	0.039
早産	0.921	(0.608-1.324)	0.183	0.669
産道裂傷	1.049	(0.844-1.292)	0.190	0.663
弛緩出血	1.602	(0.999-2.481)	3.830	0.050

表 3. 子宮内操作歴（自然流産、人工妊娠中絶）の有無による妊娠分娩合併症発生リスク—多重ロジスティック解析結果

	オッズ比	95%信頼区間	カイ二乗	p値
頸管無力症	2.556	(1.129-6.993)	5.087	0.024
重症悪阻	2.176	(0.999-5.791)	3.833	0.050
前置胎盤	0.854	(0.439-1.520)	0.272	0.602
切迫早産	0.952	(0.705-1.267)	0.108	0.742
微弱陣痛	0.843	(0.583-1.186)	0.930	0.335
胎盤早期剥離	1.163	(0.572-2.284)	0.192	0.662
子宮内感染	1.411	(0.881-2.260)	2.072	0.150
早産	0.947	(0.698-1.268)	0.128	0.720
産道裂傷	0.901	(0.754-1.073)	1.354	0.245
弛緩出血	1.233	(0.793-1.891)	0.897	0.344