

諸外国における若者の望まない妊娠の予防対策

ツルギ 陽子*¹ ヤマモト 美江子*¹ オオコウチ 二郎*¹ マツダ シンヤ*²

目的 欧米先進諸国で既に行われている若者の望まない妊娠対策を調査することにより、わが国における効果的な若者の望まない妊娠対策の方法を模索する。

方法 諸外国における若者の望まない妊娠の予防対策活動について、フランス、オランダ、スウェーデン、ドイツ、アメリカ合衆国、イギリス、アイルランド、カナダを対象に各国政府、関係機関等を通じて文献調査を行った。フランス、オランダ、スウェーデン、ドイツ、アメリカ合衆国に関しては現地調査も行った。

結果 欧米諸外国においては、その宗教的背景などにより人工妊娠中絶、避妊の是非について女性の権利と胎児の生存する権利という視点から今だ議論がなされている。しかしこれらの国々では日本よりも一足先に10代の望まない妊娠、人工妊娠中絶、性感染症などが問題になっており、公衆衛生上の問題として認識されている。具体的な対策としてピア・エデュケーションを含む健康教育の一環としての性教育の充実、プライバシーの保護が徹底された青少年クリニックなどの設置と経口避妊薬の無料または非常に少ない自己負担での配布などが行われている国が多く、特にこういった活動が広く行われているオランダでは先進諸国の中でも非常に低い10代妊娠率、人工妊娠中絶率を誇っている。

結論 わが国の10代の妊娠率、人工妊娠率は今までは先進諸国の中で非常に低いものであり、現在でも決して高いとは言えないが、近年10代の性行動の活発化が報告されており、実際に10代の人工妊娠中絶実施率は増加傾向にある。しかしこういった状況への対策は欧米諸国に比べ非常に遅れており、一般にはリプロダクティブ・ヘルス/ライツといった考え方もあまり普及していないのが現状である。欧米諸外国で実際に行われ、効果が認められている対策にはわが国が参考にすることのできるものも多いため、こういった対策を参考にリプロダクティブ・ヘルス/ライツの視点に立った、わが国に適した対策の方法を考えていくべきである。

キーワード 10代、望まない妊娠、人工妊娠中絶、欧米先進諸国

I 諸 言

1994年3月に開催された第3回国際人口開発会議(カイロ会議)においては、「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ(以下リプロヘルス/ライツ)の確立を目指し、近代的家族計画を普及させる」という行動計画が採択された。これによ

ると青少年にもリプロヘルス/ライツが確立されるべきであるとし、青少年もリプロヘルスに関する情報やサービス提供を受ける権利を有することが認められている。これを受けて、世界各国で体系的なサービスの提供ができるよう取り組みが進められている。

わが国においても10代の性行動の活発化が言

* 1 産業医科大学医学部公衆衛生学教室助手 * 2 同教授

われるようになって久しい。「結婚まで性交をしてはいけない」と考える10代の割合は年々減り続け¹⁾、性交経験率は中・高校生ともに学年をおって、男女とも増加している²⁾。このような若者の性行動の活発化、性行動開始年齢の若年化によって、若者の望まない妊娠や性感染症などが問題となっている。24歳未満の人工妊娠中絶率は1975年頃から年々増加傾向にあり³⁾、また性感染症に関しても特にクラミジア感染症が10代、20代の若者の間で蔓延している⁴⁾。この背景には、個人の家庭環境、根強く残る固定的な性的役割観、国民の間の性に関する価値観の多様化、情報化社会到来による性に関する情報の氾濫など、様々な社会環境が関与していると考えられ、わが国においてもこういった背景を考慮した、様々な分野における望まない妊娠対策が行われてきている。政策上、厚生労働省（旧厚生省）の生涯を通じた女性の健康施策に関する研究会、健やか親子21検討会などで思春期保健対策の強化などが取り上げられたことや、地域保健活動の一環としての思春期相談事業、学校での性教育の推進などがこれにあたる。しかし前述したように若者の性交経験率、人工妊娠中絶実施率などは上昇を続けており、今のところ十分な効果が出ているとは言い難い。

諸外国に視点を移してみると、多くの欧米先進諸国では日本よりも一足先に10代の性行動の活発化や妊娠が問題となっている。そしてこれらの国々においては、すでに様々な形での望まない妊娠予防対策が広く行われ、効果を見せている。今回われわれは諸外国での望まない妊娠予防対策がどのように行われているかの調査を行い、今後の日本における若者の望まない妊娠対策のあり方について考察した。

II 方 法

人工妊娠中絶の動向を含む、若者の望まない妊娠の予防対策活動について、フランス、オランダ、スウェーデン、ドイツ、アメリカ合衆国、イギリス、アイルランド、カナダを対象に各国政府、関係機関、インターネット等を通じて文

献調査を行った。フランス、オランダ、スウェーデン、ドイツ、アメリカ合衆国に関しては現地調査も行い、現地の関連機関を訪れた。調査にあたっては、人工妊娠中絶・避妊法・保健医療サービス行政制度、法制度・統計、広報・性に関する教育プログラム・心理的カウンセリング、ケアなどに特に重点をおいて調査を行った。以下に文献調査に用いた資料と訪問した機関を列挙する。

文献調査に用いた資料：

(全般)

- Paul Sachdev. International Handbook on Abortion. U.S.A : Greenwood, 1988.
 - Rita L. Simon. Abortion. U.S.A : Praeger Publishers, 1998.
 - International Planned Parenthood Federation ホームページ：<http://www.ippf.org/>
- (アメリカ)
- ロジャー・ローゼンブラット. 中絶：生命をどう考えるか. 東京：品文社, 1996.
 - 藤田和也著. アメリカの学校保健とスクールナース. 東京：大修館書店, 1995.
 - Deborah R. Mcferlane, Kenneth J. Meier. The Politics of Fertility Control. New York : Chatham House Publishers, 2001.
 - Mary C. Segers, Timothy A. Byrnes. Abortion Politics In American States. New York : M.E. Sharp, 1995.
 - James F. Mckenzie, Robert R. Pinger, Jerome E. Kotecki : An Introduction to Community Health 3rd edition. U.S.A : Jones and Bartlett Publishers, 1999.
 - The Alan Guttmacher Institute ホームページ：<http://www.agi-usa.org/>
 - Centers for Disease Control and Prevention ホームページ：<http://www.cdc.gov/>
 - NARAL : Abortion and The Law ホームページ：http://www.naral.org/issues/issues_abortion.html

(カナダ)

- The Sex Information & Education Council of Canada. The 1998 Canadian Contraception Study. The Canadian Journal of Human Sexuality 1999 ; 8(3) : 161-230.

●Health Canada ONLINE :

<http://www.hc-sc.gc.ca/english/>

(スウェーデン)

- Marianne Bengtsson Agostino. ABORTION FROM CULTURAL, SOCIAL AND INDIVIDUAL ASPECTS. Sweden : The Nordic School of Public

- Health, 1992.
- Official Statistics of Sweden. STATISTISK ARS-BOK 2000. Sweden: Statistics Sweden, 2000.
 - ピヤネール多美子. スウェーデンの性と性教育. 東京: 十月社, 2000.
 - (フランス)
 - Villarubias M-P. L'interruption volontaire de grossesse-evaluation qualitative de la prise en charge-. Lenne: ENSP, 1992.
 - 上村貞美. フランスの妊娠中絶法. 香川法学 1988; 88: 1-64.
 - Fritz. M-T. La mere et l'enfant. In: Sante publique (Brucker G and Fassin D. ed). Paris-Ellipses, 1989: 663-89.
 - Ministere de l'emploi et de la solidarite. Interruption volontaire de Grossesse, Dossier guide. Paris: MES, 1998.
 - (オランダ)
 - Ketting E and Leseman P. Abortus en anticonceptie 1983/84. Den Haag: Stimezo, 1986.
 - Rademakers J. Abortus in Nederland 1987/1988. Utrecht: Stimezo, 1990.
 - Rademakers J. Abortus in Nederland 1991/1992. Utrecht: Stimezo, 1995.
 - Vennix. P. De pil en haar alteratieven. Delft: Eburon, 1990.
 - (イギリス・アイルランド)
 - Ellie Lee. Abortion Law and Politics Today. UK: Macmillan Press LTD, 1998.
 - National Statistics. Abortion Statistics: Legal abortions carried out under the 1967. Abortion Act in England and Wales, 1999. London: A National Statistics publication, 2000.
 - National Statistics: NHS ホームページ
<http://www.statistics.gov.uk/>
 - (ドイツ)
 - Information for Frauen, Familien Beratungsstellen und Arztre uber das Schwangeren- und Familienhifeänderungsgesetz 1995. Was ist neu?. Bonn: Presse-und Informationsamt der Bundesregierung, 1995.
 - Von Reinhold Munding. Sexualpädagogische Jungenarbeit. Koln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. 1995.
 - Pro familia. Sexualpädagogische Konzeption. Frankfurt: PRO FAMILIA Landesverband Hessen e.V. 1993.

訪問機関:

(アメリカ) 2001年1月17日から2月11日まで
全米家族計画協会クリニック (サンフランシスコ, ロサンゼルス, アルバニー, ニューヨーク市, テイトン), Community Pregnancy Center (カリフォルニア州, オ

ハイオ州), ニューヨーク州保健省, ニューヨーク州立大学, Midtown Pregnancy Center (ニューヨーク市), (スウェーデン) 2001年2月3日から2月15日まで
国立公衆衛生研究所, カロリンスカ病院産婦人科, 性と共同生活クリニック, スウェーデン性教育協会, ベクショー大学健康科学部
(フランス) 2001年1月27日から2月6日まで
国立公衆衛生大学校, 保健省, パリ大学
(オランダ) 2000年9月27日から30日まで
Netherlands Institute of Social Sexological Research (NISSO), Rutgers基金
(ドイツ) 2000年9月20日から23日まで
PRO FAMILIA BENSHEIM, Werner von Siemens, 家族計画と性のセンター

III 結 果

(1) 人工妊娠中絶について

わが国においては、戦後の経済状況の悪化に伴って産児制限を行う必要が生じたため、1948年という、世界的にも非常に早い時期に優生保護法(現母体保護法)に明記された条件に当てはまる場合の人工妊娠中絶は例外的に許可されることとなった。条件とは1)妊娠の継続又は分娩が身体的又は経済的理由により母体の健康を著しく害する恐れのあるとき、2)その妊娠が暴行または脅迫などによって姦淫された結果であるときである。「経済的理由」の元に、実質的には人工妊娠中絶が合法化されたといえる(しかし墮胎罪は空文化されているとは言え、刑法上今だ存在している)。もはや日本国民には人工妊娠中絶が合法化されているということは当然のことであると思われるような風潮があるが、世界的に見ると今日でも日々中絶合法化の是非について議論が交わされており、先進国であってもアイルランドのように現在でも人工妊娠中絶を違法としている国も存在する(表1, 2)。

中絶論争には宗教、欧米諸国では特にキリスト教(カソリック)の考え方が強く関係し、「胎児の生存の権利をとるか、それとも女性の産む、産まないを選択する権利をとるか」という観点で争われている(表3)。

(2) 避妊について

表4に各国の避妊について示す。避妊そのも

のや避妊薬、避妊具の販売などについても欧米諸国においては、人工妊娠中絶についてと同様に合法か否かについて議論が交わされてきた。しかし人工妊娠中絶が合法化されるのに先立って避妊が合法化され、特に1960年にアメリカで女性主導型の避妊法の代表的なものである経口避妊薬が認可されて以降、他の欧米諸国でも経口避妊薬が次々と認可されていった。欧米諸国

では経口避妊薬は産婦人科だけでなく、家庭医や家族計画クリニック（家族計画に関する相談、診察、避妊薬・避妊法の処方を行っている）、また特に若者のためのティーンズクリニック、ユースクリニックなどでも入手が可能であり、健康保険が適応されていて少ない自己負担で入手できるようになっていることも多い。人工妊娠中絶が避妊の手段の一つとならないよう

にするためにも、より効果の高い避妊法の普及の徹底がなされていったといえる。しかし世界に先駆けて人工妊娠中絶を合法化していた日本で、経口避妊薬が認可されたのは欧米諸国に遅れること30年、1999年のことである。認可されて2年が経とうとしているが、今でも経口避妊薬を選択する日本女性は非常に少なく^{5)~7)}、妊娠を望んでいる者がほとんどいない10代の間でも、主に用いられているのは経口避妊薬に比べ避妊効果が低く、男性主導型の避妊法である男性用コンドームである。全体としての避妊法普及率も先進諸外国に比し、非常に低いものとなっている。

(3) 10代の妊娠について
1970年以降、先進諸国においては10代

表1 中絶法の歴史①

	日本	アメリカ	カナダ	スウェーデン	フランス
1869年			中絶は違法		
1880	墮胎罪の制定 中絶の禁止				
1892			避妊に関する広告、 避妊薬、避妊具 の販売の禁止		
1920					7月31日法 ・避妊の禁止
1938	戦前の富国強兵政策 「産めよ、ふやせよ」 戦後の経済状況の悪化、 産児制限			中絶法 ・中絶の一部合法化	
1948	優生保護法の制定 ・中絶を例外的に許可 (妊娠28週まで) ・中絶の承認に煩雑な 手続きが必要				
1952	優生保護法の改正 手続きの簡素化				
1960		経口避妊薬の認可		経口避妊薬の合法化	12月28日法 ・避妊の合法化
1964					
1967					
1969			憲法改正 ・治療的な中絶 の合法化		
1970		ハワイ・ニューヨーク州で中絶を合法化			
1973		Roe判決 ・胎児が母体外で 生育不可能な時期 での中絶の合法化			
1974				中絶法改正 中絶を女性の 権利として合法 化(18週まで)	12月4日法 ・経口避妊薬購 買時の手続きの 簡素化 1月17日法 ・中絶の部分的 な合法化 ・(排卵日から数 えて)10週まで
1975					
1976	優生保護法の改正 中絶は24週まで				
1979					現行の中絶法の 制定
1982					12月31日法 ・中絶費用の80 %が疾病金庫か ら償還される
1988			場所、医者を問わ ず、中絶を合法化		
1989		Webster判決 ・州が中絶に関す る規制を設けるこ とを許可			
1990	優生保護法の改正 中絶は22週まで				
1996	優生保護法から母体保 護法に名称を改正				
1999	経口避妊薬認可				

表2 中絶法の歴史②

	オランダ	ドイツ	イギリス	アイルランド
1803年			・胎動が感じられるまでの中絶を認める	
1861			人身保護法 ・中絶は全面的に違法	(英国)人身保護法 ・中絶は全面的に違法
1886	刑法の中に中絶の記載 「中絶は公共の秩序に反する」			
1926		中絶法の改正 ・中絶をした場合の服役期間を短縮 ・中絶はすべて違法		
1967			人工妊娠中絶法 ・ある条件下での中絶を合法とする 28週まで	
1969	避妊薬の販売、コンドームの自販機の設置を合法化			
1971	経口避妊薬に公的健康保険を適用			
1972		東) 女性自身の決定による 12週以内の中絶を認める		
1974		西) 中絶の一部自由化 ・受胎後13日以内は合法 ・13日以降12週までは医師の助言と教示が必要		
1975		西) 再度妊娠中絶を原則禁止とする		
1976		西) 4つの例外的理由が満たされる時に限り、中絶を認める。		
1980				・避妊薬・避妊具の販売を許可
1981	新中絶法 ・妊娠22週までの中絶を許可			
1983				憲法改正 ・中絶は全面的に違法
1985	人工妊娠中絶費用は国の負担となる			
1991 1992		・12週以前で、医師によって行われる中絶は違法でない	・24週まで	・国外での中絶と中絶に関する情報を入手することは合法
1993		・中絶は違法ではあるが、処罰されない		
1995		・医師のカウンセリングが行われることを条件に、12週以内の中絶を許可		

の出産率は低下傾向にある。これとは逆に先進諸国の中で10代の人工妊娠中絶率の低下が認められている国は少ない⁸⁾。今回の調査対象となった国で比較してみると、10代の妊娠率、人工妊娠中絶率が1番高いのはアメリカで、先進諸国の中でも非常に高いものとなっている。カナダ、イギリスでもアメリカほどではないが高、スウェーデン、フランスではやや高くなっている。これらの国の中で、劇的に10代の人工妊娠中絶率の低下が認められているのがアメリカ合衆国である。アメリカ合衆国では現在でも10代の妊娠率、人工妊娠中絶率ともに他の国に比べ非常に高いものの、1980年以降人工妊娠中絶率は急激に減少傾向が認められており、1995年には1980年の3分の2となった。スウェーデンにおいても近年10代の妊娠、人工妊娠中絶の減少が認められている。カナダやイギリス、フランスでは

人工妊娠中絶率は依然増加傾向にある。わが国はオランダ、ドイツ、アイルランドなどと並び、先進諸国の中では10代妊娠、人工妊娠中絶率ともに非常に低い部類に入る。しかし全体としての人工妊娠中絶実施率が低下～横ばい傾向にあるのに比し、24歳以下では人工妊娠中絶実施率の上昇傾向が認められ、また10代の妊娠中絶では他の年齢層に比べ12週以降の中期中絶が多い傾向が認められている³⁾⁹⁾ (表5)。

(4) 10代の望まない妊娠予防対策について

表6に各国における10代の望まない妊娠予防

対策の例を示した。特にわが国で行われていない対策について記す。

多くの国では特に家族計画に関する医療的措置や相談を主に行う家族計画クリニックなどが政府レベル、民間レベル様々な形で存在し、政府が資金提供などによりそれらの活動を支援している。対象を若者のみに絞ったティーンクリニック、青少年クリニック、学校内クリニックなどといった施設も存在し、保護者に知られることなく相談や、経口避妊薬の処方を受けることができるなど、より若者に利用しやすいものとなっている。オランダにおいてはさらに1歩

表3 諸外国における現行の人工妊娠中絶に関する法律の概要と人工妊娠中絶の動向

	現行の中絶に関する法律の概要	人工妊娠中絶の動向
日本 「母体保護法」	指定医師が本人及び配偶者の同意を得て、以下の要件が満たされる時に行われる (妊娠22週まで。費用は自己負担) 1. 妊娠の継続又は分娩が身体的又は経済的理由により母体の健康を著しく害するおそれのあるもの 2. 暴行若しくは脅迫によって又は抵抗若しくは拒絶することができない間に姦淫されて妊娠したもの	全体としての人工妊娠中絶は減少傾向。 24歳未満で人工妊娠中絶は増加傾向。
アメリカ	胎児が母体外で生育不可能な時期での中絶の選択をプライバシー権の一部として全ての女性に認める ・妊娠12週まで：女性は無条件で資格を有する医師による中絶を受ける権利を持つ ・12週～24週まで：医師と相談のうえ中絶を選ぶことができる ・24週以降：胎児母体外で生育可能。母体の生命の危険など必要な場合のみ中絶可能 その他、各州が州法により中絶可能時期、カウンセリングの必要性、未成年者の中絶の場合両親の同意が必要か、中絶への公的資金の適用の可否などを規制している。	全体の人工妊娠中絶は減少傾向。 10代の人工妊娠中絶は減少傾向。
カナダ	・病院や医師を問わず、人工妊娠中絶を受けることができる。(妊娠20週まで。プリンスエドワード諸島以外) ・中絶費用は各州の健康保険によってカバーされるが、その割合は各州で規定される。	全体の人工妊娠中絶は増加傾向。 10代の人工妊娠中絶は横這い。
スウェーデン	・妊娠18週までは女性は自由に中絶を決定することができる。女性は中絶に先立ってカウンセリング(無料)を受けなければならない。パートナーの同意は必要とされない。未成年者であっても両親の同意は必要とされない。 ・妊娠18週以降の中絶には保健福祉庁の許可が必要となる。 ・子宮外で胎児が生存可能な状態であれば(現在は妊娠22週と考えられている)、中絶は許可されない。	全体の人工妊娠中絶は横這い。 10代の人工妊娠中絶は減少傾向。
フランス	・妊娠12週未満であれば女性は中絶することを自己決定できる。 妊娠12週未満で中絶を行おうとする者から中絶の依頼を受けた医師は妊婦に対して適切なアドバイスと情報提供をしなければならない。また妊婦に対し1週間の考慮期間を与えなければならない。 未成年者(18歳以下)の中絶には法定代理人1名の同意が必要である。 ・妊娠の継続が母体の健康に重大な障害を及ぼすまたは胎児に重篤な障害があると2名の医師が認めたときは、時期にかかわらず妊娠の中絶を行うことができる。 ・医師や医療機関は緊急の場合を除き、中絶を拒否することができる。(良心条項)	1995年以降全体の人工妊娠中絶は増加傾向。 24歳以下で人工妊娠中絶は増加傾向。
オランダ	・人工妊娠中絶は当該女性が他に解決策の無い緊急の状況に置かれている場合のみ容認される。 そのような緊急性が存在するかどうかは当該女性が判断を行う。(妊娠22週まで) 医師は代替案に関する助言を行い、中絶が本人の意思であることを確認する。 妊娠中絶の要請があった場合、当該女性には5日間の考慮期間が与えられる。 ・外国人がオランダ国内で人工妊娠中絶を受けることについて、特に障害は無い。	全体的にも、10代でも人工妊娠中絶は先進諸国の中ではかなり少ない。
ドイツ	・医師のカウンセリングを受けることを条件に、妊娠12週以内の人工妊娠中絶を許可。 ・NPO等の設置する相談所に出向いて、説得を受け中絶許可書を取得しなければならない。 ・妊娠中絶の要請があった場合、当該女性には3日間の考慮期間が与えられる。	横這い。 出生数：中絶数=3:1
イギリス	合法と認められる人工妊娠中絶とは ・登録された医師によって、国立病院かまたその他の認可された病院で行われる。(妊娠24週まで) ・妊娠の継続が母体の生命や健康、精神を脅かすとき、または胎児に重篤な障害が認められるときなどの医学的、社会的条件が存在すると2人の医師によって認められるものである。 ・医師は良心に反するならば中絶を施行することを拒否できる。 ・16歳以下の中絶の場合、できるだけ両親か保護者の許可が必要。 ・National Health Serviceで行われる中絶は無料。	全体の人工妊娠中絶は横這い。 10代の人工妊娠中絶は増加傾向。
アイルランド	・国外での人工妊娠中絶と、中絶に関する情報を入手することは合法。(国内での人工妊娠中絶は違法)	

先に進んでおり、ユースに対し特別な扱いをするサービスの実施はもはや一定レベルに達したとして、むしろユースクリニックを一般のクリニックに統合しようとする動きさえ認められている。また若者は避妊具や避妊薬を入手するために必要な資金を十分に持っていない場合が多いと考えられるが、避妊具・避妊薬に健康保険を適用させたり、特に若者を含む低所得者には少ない自己負担で入手できるような制度を導入するなどして若者が避妊具・避妊薬を入手しやすいようにしている国も多い。

性教育に関しては、学校外で性教育を受ける場所や機会が多くあること、学校外からのエデ

ュケーターが活躍していること、「性教育」として独立させるのではなくむしろ「健康教育」や「生活教育」などの一環として性教育を実践していることなどが、わが国との違いとして挙げられる。若者のための若者による性教育であるピア・エデュケーションもわが国に比べ普及している国が多い。

興味深い活動としてアメリカ、ニューヨーク市で行われていたコロンビア大学The Community Health and Education Programによるヤングメンズクリニックを取り上げたい。家族計画クリニックなどを利用するのは圧倒的に女性が多い。そういった場所には特に若い男性は行

きにくいであろうということを考慮して設けられたのがヤングメンズクリニックである。実際には性感染症に関する相談・診療，体に関する相談などで訪れる者が多いのであるが，ガールフレンドと一緒に家族計画に関する相談などに訪れてもよいようになっている。また待合室ではソーシャルワーカーによる避妊法に関するスライド上映なども行われていて，教育の場ともなっている。家族計画に関する問題は女性だけが背負ってしまう傾向があるが，男性にも自分も関与する問題として考えてもらう機会を与えるために，また男性も性に関する正確な情報を得，男性のリプロヘルスを向上させるために，男性を主に対象としたヤングメンズクリニックのこのような活動は非常に大きな役割を持つと考えられる。

IV 考 察

わが国においても10代の性行動の活発化，若年化が認められるという報告が数多く出されており，今後欧米諸外国並に10代の妊娠率，人工妊娠中絶率の上昇が認められるようになる可能性もある。10代の人工妊娠中絶は他の年齢階級に比し12週以降の中期中絶が多いことや⁹⁾，10代で妊娠，出産することは就学を断念することにつながりやすいことなど，多くの問題を生じやすく，10代の望まない妊娠，人工妊娠中絶のさらなる増加を予防する必要がある。しかしわが国においては非常に早い時期から人工妊娠中絶が実質的に合法化され，人工妊娠中絶の是非をめぐる大きな論争がとりたててなされなかつ

表4 避妊について

	日本	アメリカ	カナダ	スウェーデン	フランス
経口避妊薬の認可	1999年	1960年 世界で最初に認可	1969年	1964年	1967年
避妊薬・避妊具入手に必要な費用	自費 (保険適用なし) 経口避妊薬 2～3千円/月	低所得者層は公的保障制度 (メディケイド)を利用して， 収入に応じ，無料または 少ない自己負担で入手可能	自費(保険適用なし) 経口避妊薬 20～25カナダドル/月	様々な施設で無料または 非常に少ない自己負担で提供。 経口避妊薬は助産婦も処方 可能。	貧困層や未成年者には無料で 経口避妊薬を提供
処方箋の必要な避妊薬・避妊具が入手できる場所	主に産婦人科	産婦人科の他に家庭医，家 族計画クリニック，ティーン ズクリニックなど(コンドームの 配布もしている場合もあり)	産婦人科の他に家庭医，家 族計画クリニック，ティーン ズクリニックなど(コンドームの 配布もしている場合もあり)	産婦人科の他に家庭医，青 少年クリニック，性と共同 生活科クリニックなど(性 教育協会ではコンドームの 販売を行っている)	産婦人科の他に家庭医，家 族計画センターなど
10代が使用する主な避妊法	男性用 コンドーム	経口避妊薬 最近ではデボ・プロベラも 増加	経口避妊薬	経口避妊薬	経口避妊薬
避妊法普及率(%) 1995～2000*	59	74	73	78	75

資料 *厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課監修：母子保健の主なる統計 平成12年度刊行 p.111

表5 10代の妊娠

	日本	アメリカ	カナダ	スウェーデン	フランス	オランダ
10代妊娠の動向	・先進諸国の中では 10代妊娠率，人工妊 娠中絶率は低い ・性行動の若年化， 活発化傾向 ・10代の人工妊娠中 絶は増加傾向	・10代妊娠は先進諸国の中 で最も多いが，近年10代妊 娠率，人工妊娠中絶率は全 ての人種で低下傾向 ・特に10代の人工妊娠中絶 は1995年には1980年の3分 の1に減少 ・人種間格差の存在	・10代妊娠，出 産は減少傾向 ・10代の人工妊 娠中絶は横這い ～やや増加傾向 ・地域差が大き い	・1997年以降 減少傾向	・24歳以下の若 年層で人工妊娠 中絶は増加傾向 ・15～17歳の中 絶の約半数は人 工妊娠中絶に終 わる	・先進諸外国 に比べ非常に 少ない
10代の妊娠率 (15～19歳女性千対)	10.1 (1995)	83.6 (1996)	45.4 (1995)	24.9 (1996)	20.2 (1995)	12.2 (1992)
10代の中絶率 (15～19歳女性千対)	6.3 (1995)	29.2 (1996)	21.2 (1995)	17.2 (1996)	10.2 (1995)	4.0 (1992)

注 妊娠率・中絶率の出典：Adolescent Pregnancy and Childbearing: Levels and Trends in Developed Countries Family planning Perspectives, Vol 32, No.1, Jan/Feb 2000.

たこと、欧米諸国における中絶反対派が中絶クリニックの前に立ちはだかるといような目立った中絶反対運動が現在でも見られないことなどより、「中絶は女性の権利である」という意識も、未だあまり浸透していない。中絶天国とも揶揄される日本であるが、わが国の母体保護法はイギリスの中絶法とともに、中絶はいくつかの条件下において「(女性自身の決定ではなく)医師の決定の元に」行われることが定められているもので、アメリカ、カナダ、フランス、スウェーデン、オランダ、ドイツの法律のように中絶を女性自身が決定すべき女性の権利として認めてはいない¹⁰⁾。人工妊娠中絶に関する女性の自己決定権が認められていない上に、わが国で最も一般的に使用されている避妊法は男性主導型の方法である男性用コンドームである。こ

れに比し欧米諸国では10代であっても女性主導型の方法である経口避妊薬が最も一般的に使用されている。男性用コンドームは経口避妊薬等に比べると避妊効果も低いうえ、男性の積極的な協力がなければ適切な使用は難しく、伝統的に男性優位である日本社会¹¹⁾に生活する男女が使用するには非常に不適切な方法である。以上のことから考えると、わが国のカップルたちは不確実な方法で避妊を行い、または男性優位な男女の性的関係上避妊を行うことができず、その結果比較的安易に行うことができる人工妊娠中絶に頼っていると言える。このように人工妊娠中絶や避妊の問題の根底にジェンダーに呪縛された様々な社会的背景が存在することに性教育を行う側の大人でさえ気づいている者が少なく、その結果として日本の性教育はリプロヘル

オランダ	ドイツ	イギリス	アイルランド
1969年	1961年	1972年	1980年
全ての避妊薬・避妊具に健康保険が適用される。未成年者も保険証の番号を書くだけで、非常に少ない自己負担で避妊薬、避妊具を入手することが可能。	20歳未満の若者には経口避妊薬は無料で処方できる。	無料 (National Health Serviceを通じて)	General Medical Cardを有するものは無料
産婦人科の他に家庭医、ユースクリニックなど	産婦人科の他に家庭医、家族計画クリニックなど	産婦人科の他に家庭医、家族計画クリニックなどスクールナースが経口避妊薬を処方することもできる。	-
経口避妊薬	経口避妊薬	経口避妊薬	-
80	75	82	-

ドイツ	イギリス (特にイングランド/ウェールズ)	アイルランド
・10代妊娠は少ない ・旧西独と旧東独による地域差がある	・性行動は若年化 ・10代の妊娠、人工妊娠中絶は増加傾向 ・10代妊娠はヨーロッパ先進諸国の中で最も多い。	・10代が妊娠した場合出産に至ることが多い ・中絶は国外で行われる
16.1 (1995)	46.9 (1995)	19.2 (1995)
3.6 (1995)	14.4 (1995)	4.2 (1995)

ス/ライツの視点から行われているとは言い難い状況である。性に関する問題は生きることにすべてに関与する様々なライフスキルや人権問題と密着している問題の一つであるのに、日本の性教育では「性」を独立して取り上げ、「避妊」や「性感染症」についてを強調しがちである。その反面、性に関係して引き起こされる健康問題である人工妊娠中絶、避妊薬の処方などを独立して取り上げる場所は存在せず、軽視されているような印象を受ける。健康教育や生活教育の一環として性を取り上げ、人工妊娠中絶や避妊薬の処方家族計画クリニックなどの専門的な場所を設けて対処するという欧米諸国の姿勢に、わが国が学ぶべき点は多いと思われる。

ところでわが国においても1999年に経口避妊薬は認可された。しかし認可された後も、経口避妊薬は今のところそれ程普及していない。経口避妊薬が広く使用されている欧米での、経口避妊薬処方に

関する制度とわが国の制度を比較することで、なかなか普及しない理由がいくつか浮かび上がってくる。即ち、1)経口避妊薬に対する正確な情報が行き渡っていないこと、2)そのため経口避妊薬使用に対する不安が大きいこと、3)産婦人科という、若い女性にとっては敷居の高い場所

で入手しなくてはならないことが多いこと、身近な避妊法として認識されにくいこと、4)比較的高価であることなどが考えられる。まず経口避妊薬は女性主導で非常に効果的に避妊ができる方法であること、副作用よりもむしろ副効果の方が多きことなどの正確な情報を10代にも提

表6 10代の望まない妊娠予防対策の例

	10代の望まない妊娠予防対策の例		10代の望まない妊娠予防対策の例
日本	<p>(行政) 生涯を通じた女性の健康施策に関する研究会 健やか親子21 地方保健活動の一環としての思春期相談事業(電話相談など)</p> <p>(民間) 日本家族計画協会 思春期クリニック 小児科、産婦人科、精神科等病院での思春期外来の開設(性教育) 主に学校で。文部科学省(旧文部省)「学校における性教育の考え方、進め方」 保健体育、家庭科などの授業内で。 養護教諭、保健体育教諭、場合により外部講師(医師、助産婦など)による学校により取り組みに格差。</p>	フランス	<ul style="list-style-type: none"> ・県議会厚生部による家族計画センターの運営 医師、助産婦、ソーシャルワーカーなどが駐在し、家族計画に関する相談と経口避妊薬の処方、性感染症に関する相談と治療、人工妊娠中絶の実施と相談、学校での性教育などを行っている。低所得者、未成年者などには経口避妊薬を無料で提供している。 ・フランス健康教育委員会(CFES) 保健担当省の管轄下、健康教育に関するキャンペーンの実施、健康教育教材の作成と配布、健康教育の実施などを行う。 ・若者受け入れ所(PAJ) 保健担当省通達により創設された若者の種々の相談にのる施設。
アメリカ	<p>(行政) 家族計画に関するクリニックへの資金提供(公衆衛生サービス法Title X) 低所得者の人工妊娠中絶の際、健康保険(メディケイド)の適用(州ごとに規制あり)</p> <p>(民間) ・全米家族計画協会など中絶権擁護派による施設 家族計画クリニックの運営、性教育エデュケーターの育成・派遣、ティーンズクリニックピア・エデュケーションの実施・エデュケーターの育成など ・中絶反対派によって運営される家族計画クリニック、プレグナンスセンター 中絶に関するカウンセリング、子育てに必要な物資の調達・供与、性教育 周産期管理(避妊に関するサービスは行わない) ・ヤングメンズクリニック、学校内クリニック(性教育) 外部からのエデュケーターによる授業 低年齢から開始される健康教育の一環 地域、学校により取り組みに格差。保守的な地域、学校では「禁欲教育」、革新的な地域、学校では「禁欲のみでなく、避妊法までを含めた包括的な教育」</p>	オランダ	<p>(政府) 全ての避妊法に公的健康保険を適用 保健省、地方政府による民間団体への資金提供と健康関連事業、性教育教材開発の委託</p> <p>(民間) ・家庭医やNGOのクリニックによる家族計画サービスの提供、ユースクリニック 医師には未成年に対しても守秘義務が課せられ、保護者に知られる心配がない。 駅や学校の近くに設置され、夜遅くまで開所、書類は最低限。 ・Rutgers基金による全国7つのセンターでの性教育の振興とリプロダクティブヘルスに関するサービスの提供… 避妊具、避妊薬の提供、性教育教材の開発、電話相談など ・マスコミとの連携キャンペーン</p> <p>(性教育) ・大学内に性教育の推進者向け養成講座を設置、教師のトレーニングを行う ・性教育の義務化(1993年以降) ・ライフエデュケーションの一環としての性教育</p>
カナダ	<ul style="list-style-type: none"> ・州により人工妊娠中絶への健康保険の適用 ・政府機関Health Canadaと民間機関の協力による性教育教材の作成、中学校の授業への健康的な性的関係を築くためのトレーニングプログラムの導入、性に関する公的相談施設の設置などに取り組んでいる ・家族計画クリニック、思春期クリニック 	ドイツ	<ul style="list-style-type: none"> ・政府による性教育や家族計画相談事業、避妊薬の処方に関する資金の提供。 ・性教育に関するパンフレットの作成 ・生物、社会科、歴史、国語などの教科の中で関連項目として性教育が取り扱われる。 ・性教育の義務づけ ・NPO団体による学校外での性教育やカウンセリング活動
スウェーデン	<p>(行政) 長期的健康プログラムのための資金提供 家族計画に関する資金提供(避妊具・避妊薬の無料提供、家族計画に関する団体への資金援助など) 助産婦への家族計画に関するトレーニングプログラムの実施</p> <p>(民間) ・青少年クリニック 23歳までの男女が対象。医師、ソーシャルワーカーなどが駐在し、主に避妊薬を処方。 ・スウェーデン性教育協会(RFSU) 性に関する情報提供、出版物の配布、コンドーム販売。 ・性と共同生活科クリニック(SESAM Clinic) 大病院に設けられた避妊、中絶、性感染症についての相談を受けられるクリニック。セクソロジーに関する相談(性教育) 性教育は社会科、生物、健康と保健、宗教等の課目の一部として義務化されている。 国立公衆衛生研究所やスウェーデン性教育協会による手引書の作成、教師対象の講習会の実施、性教育全般に関する支援。</p>	イギリス	<ul style="list-style-type: none"> ・政府による望まない妊娠対策「2000年までに16歳以下の妊娠を50%減らす」 家族計画クリニックへの支援、家族計画サービスへの資金提供、処方箋なく緊急避妊ピルを入手できるような制度作り、スクールナースが学校で経口避妊薬を処方することを許可 ・中学校での性教育の義務化
		アイルランド	<p>General Medical Serviceカードを有するものは避妊薬を無料で入手できる</p>

供すべきである。しかし現状では情報を得ていざ使ってみようと思っても、多くの10代にとって月額2, 3千円以上かかる経口避妊薬は高価な存在であり、使用は難しい。今回調査の対象となった欧米諸国では無料または非常に低い自己負担で、青少年クリニックなどでも経口避妊薬を入手でき、入手に際しプライバシーが保護され、親に知られることがないという制度が存在していた。特にこういった制度が国を挙げて徹底されているオランダでは10代の妊娠率、人工妊娠中絶率とも非常に低いものとなっている。わが国においても認可だけでなく、実際の使用が促進されるような制度の充実が必要であろう。

また制度的に比較的安易に人工妊娠中絶という選択ができるためか、欧米諸外国に比しわが国の人工妊娠中絶に関するカウンセリング体制は非常に手薄である。しかし人工妊娠中絶が女性の心身に及ぼす影響は決して小さいものではなく¹²⁾¹³⁾、今後のカウンセリング体制の充実も望まれる。

V 結 語

若者の望まない妊娠対策を考える時、その背景にある社会的問題までを考慮に入れた対策が必要である。特に若者の望まない妊娠に関する問題を若者のリプロダクティブ・ヘルスが損なわれている状態であると認識し、若者のリプロダクティブ・ライツを守るという考え方が大きな影響を持つと考えられるが、わが国において現段階ではこの思想が広く一般に普及しているとは言い難い。確かに社会的、宗教的背景はわが国のものとは大きく異なるが、今回調査した欧米諸国で行われているリプロダクティブ・ヘルス/ライツの視点での制度作りや対策活動には参考になる点が多々あると思われる。

本研究は平成12年度厚生科学研究費補助金特別研究事業「諸外国における望まない妊娠の予防対策に関する調査研究」に基づくものである。

文 献

- 1) 文部省. 学校における性教育の考え方、進め方. 東京: 文部省, 1999; 3-6.
- 2) 財団法人日本性教育協会. 青少年の性行動 わが国の中学生・高校生・大学生に関する第5回調査報告. 東京: 財団法人日本性教育協会, 2000; 6-7.
- 3) 厚生省大臣官房統計情報部編. 平成11年母体保護統計報告. 東京: 財団法人厚生統計協会, 2000; 12-4.
- 4) 厚生省性感染症センチネル・サーベイランス研究班 (班長 熊本悦明). 日本における性感染症 (STD) 流行の実態調査-2000年度のSTD・センチネル・サーベイランス報告-. 日本性感染症学会誌 2001; 12(1): 32-67.
- 5) 厚生省HIV感染症の疫学研究班行動科学研究グループ. 「全国国立大学生 Sexual Health Study」調査報告書 大学生のHIV/STD関連知識・性行動・性意識に関する研究. 2000; 15.
- 6) 荒川長巳, 渡部基, 野津有司. 大学生において経口避妊薬 (ピル) 解禁がHIV感染に及ぼす影響. 日本公衆衛生学会誌 1999; 46(3): 204-15.
- 7) 劍陽子. 福岡県の一高等学校における性教育前後での性行動・性意識調査. 日本性感染症学会誌 2001; 12(1): 91-101.
- 8) Susheela Singh, Jacqueline E. Darroch. Adolescent Pregnancy and Childbearing: Levels and Trends in Developed Countries. Family Planning Perspectives, 2000; 32(1): 14-23.
- 9) 後藤あや, 郡山千早, 安村誠司, 他. 日本における人工妊娠中絶の近年の動向. 厚生指標 2001; 48(5): 19-25.
- 10) 坂元正一. リプロダクションの倫理. 日本医師会雑誌 2000; 123(12): 98-103.
- 11) 古谷博. 日本のヒューマン・リプロダクションの文化的考察-過去・現在・未来- 産婦人科の世界 2000; 52 (増刊号): 29-36.
- 12) 岡野禎治. 人工妊娠中絶に関連した心理学的影響と精神疾患. 産科と婦人科 2000; 67(7): 902-8.
- 13) 赤松彰子. 人工妊娠中絶をした女性をケアする. 助産婦雑誌 1998; 52(12): 1060-4.