

総説

わが国における人工妊娠中絶の実態について  
—— その対策とケアのあり方を問う ——

鈴 井 江三子

川崎医療福祉大学 医療福祉学部 保健看護学科

(平成9年11月19日受理)

Abortion in Japanese Society  
—— Coping and the need for a support system ——

**Emiko SUZUI**

*Department of Nursing  
Faculty of Medical Welfare  
Kawasaki University of Medical Welfare  
Kurashiki, 701-01, Japan  
(Accepted Nov. 19, 1997)*

**Key words :** abortion, posttraumatic stress, counseling

**Abstract**

Married women account for the majority of legal abortion cases in Japan. A large proportion of these women had deep feelings of sadness, grief, and loneliness associated with their lost pregnancies. They did not receive counseling and advice from the medical staff. Moreover, they use some traditional birth control methods and do not use others. Only a small proportion of couples make use of post-World War II period innovations in contraceptive sterilization.

Although many couples do attempt to prevent conceptions, they rely mainly upon condoms and calculation of the rhythm method. There is a need for professional counseling and support to be routinely offered to all women who have or are considering an abortion.

**要 約**

日本では母体保護法のもとに、出生数の約半数近くの人工妊娠中絶があり、その多くは既婚女性だ。妊娠を中断した女性は、その後、悲嘆や罪悪感または空虚な気持を感じるとの報

告がある。残念なことにそういった女性に対しての、こころのケアは全くと言っていいほどなされていない。その上日本では今でも避妊の方法はコンドームと荻野式が主流である。第二次世界大戦後に、画期的に紹介された避妊100%の経口避妊薬は、少数のカップルにしか使用されていない。この避妊方法のあり方について検討をするとともに、人工妊娠中絶を受けた女性に対して、専門家からの継続的なカウンセリングが必要である。

## はじめに

著者が産婦人科診療所の臨床現場で働いていたときのことである。そこには、毎日多くの女性が妊娠を主訴に来院してきた。助産婦になりたての頃は、産婦人科で妊娠を主訴に来院してきたら、当然産むに違いないと思っていた。なぜならば助産婦の資格を取得するまでの教育課程で、人工妊娠中絶を受ける女性に接する機会がなかったからだ。その上助産婦学校を卒業後、総合病院で勤務したため、出産を希望する女性にしかケアをしなかったためである。

従って診療所で、殆ど毎日のように行なわれる人工妊娠中絶術の多さに驚かされた。そこに来た女性たちは、みんな一応に静かであり、術後も寡黙に帰っていった。中には空腹を訴え、ケロッとして帰っていった高校生がいたが、これは例外であった。

ある医師は、人工妊娠中絶術を受ける女性の悲しみに対し、「これだけ多くの女性が中絶に来るのだし、当たり前のこととして、誰もそう悲しんでなんかない」とのコメントをくれた。しかしそうだと、膨大な数の水子供養の像が意味をなさなくなる。また性に関する電話相談には、中絶後の男性不信が原因で人を好きになれないとか、性生活が苦痛であると訴える女性からの電話が少なくなかった。

そこで数が多いといわれている人工妊娠中絶の実態を知るとともに、人工妊娠中絶術を経験した女性の心理状態を理解することで、今後の指導とケアのあり方を検討する。

### 1. 人工妊娠中絶術の実施状況

1948年(昭和23年)に公布された優生保護法(現母体保護法)によって、我が国で初めて人工妊娠中絶術が認可された<sup>1)</sup>。この年に同法の指定医により、本手術が合法的に施行されるよう

になったのである。厚生省の報告(厚生省,1996)によると、人工妊娠中絶術の実施数は、1949(昭和24)年の約25万件から1953(昭和28)年には100万件を超え、1955年の約117万件をピークにして、その後次第に減少していった<sup>2)</sup>。そして1974(昭和49)年には70万件をわり、1982(昭和59)年には約59万件、1994(平成6)年には約37万件にまで減少してきた(表1)。しかしこのような減少傾向にあるとはいえ、本手術は今でも年間37万件も施行されており、全身麻酔をかける単科の手術としては、我が国でもっとも多い手術の一つである(樋口,1992)<sup>3)</sup>。

これに対して出生数は、第二次世界大戦直後の1949(昭和24)年頃まで、人工1,000人に対し約30人前後で推移し(233万人)、国際的にも高い出生率のグループに位置していた(表2)。しかしそれ以後急激な下降をたどり、1960(昭和35)年にはそれまでの最低の率である17.2を記録し、ほぼ西欧並の水準となった(図1)。さらに1971(昭和46)年のベビー・ブームを機に低下を続け、1994(平成6)年には10.0の率で123万人を記録した(図2)<sup>4)</sup>。

松山(1988)は、我が国が行っている人工妊娠中絶数は、統計学的な実態から推測すると、厚生省の届け出数よりも実際の数字は約1.4倍は多いと述べている<sup>5)</sup>。このことからこの数字(51.8万件)は、平成6年に公布された、厚生省児童家庭局母子衛生課監修の「母子衛生の統計」の出生数の約半数を占めていると言えよう<sup>6)</sup>。

この人工妊娠中絶は1994(平成6)年には約36万5千件であった。このうち妊娠12週以後の人工死産件数は約2万件である。人口動態統計という死産は、「死産の届け出に関する規定」により妊娠満12週以後の死産の届け出であり、自然死産と人工死産に分けている。人工死産を母の年齢階級別にみると、19歳以下が約3千9百件で、後の1万7千件は20歳以上である(表3)<sup>7)</sup>。

表1 人工妊娠中絶と妊娠週数別割合の年次推移

	人工妊娠 中絶数	妊娠満週数別割合 (%)			
		満11週以前 (第3月以前)	満12週～19週 (第4, 5月)	満20週以後 (第6月以後)	週不詳
昭27年 (1952)	798,193	86.4	8.7	4.8	0.1
28 ('53)	1,068,066	90.1	6.6	3.3	0.0
29 ('54)	1,143,059	91.2	5.9	2.8	0.0
30 ('55)	1,170,143	91.7	5.6	2.6	0.0
35 ('60)	1,063,256	93.0	4.7	2.3	0.1
40 ('65)	843,248	94.4	3.8	1.7	0.1
45 ('70)	732,033	95.4	3.3	1.2	0.1
50 ('75)	671,597	96.7	2.5	0.7	0.1
55 ('80)	598,084	94.1	4.8	1.0	0.1
60 ('85)	550,127	93.4	5.2	1.3	0.1
平2 ('90)	456,797	93.6	5.2	1.1	0.0
3 ('91)	436,299	93.9	5.2	0.9	0.0
4 ('92)	413,032	93.8	5.4	0.9	0.0
5 ('93)	386,807	94.0	5.2	0.8	0.0
6 ('94)	364,350	94.0	5.2	0.8	0.0

注 \*昭和51年1月19日までは満20～27週(第6, 7月), 1月20日以降は満20～23週(第6月)のみである。( )内は数え月によるものである。

資料 厚生省「衛生年報」「優生保護統計報告」

出典:「国民衛生の動向」, 1996, p. 61.

この死産件数をのぞいた約34万件が、死産の届け出の不必要な妊娠11週未満に行われているのだ。中でも妊娠7週未満が20万件と最も多く、次いで妊娠8～11週未満の14万件となっている(表4)。

これを年齢別に見てみる。最近若年層の人工妊娠中絶が増加してきたと報道されている20歳未満の実施数は約2万8千件である。それ以外の約34万件は、20歳以上の女性である(表5)。つまり日本の場合、人工妊娠中絶を受ける対象は、20歳未満が約6%であり、それ以外の約94%は20歳以上の既婚女性と思われる年齢層に多い(表6)<sup>8)</sup>。これをアメリカと比較すると、アメリカでは32%が20歳未満であった(表7)<sup>9)</sup>。もちろんこの数字は変化していると思うが、傾向は同じであると考えられる。

しかし、このように人工妊娠中絶の数が極めて多いにも関わらず<sup>8)</sup>、妊産婦保健指導書や女性向けの雑誌には、人工妊娠中絶を経験した女性に対するケアの記述は殆ど見られない<sup>11)</sup>。それら

の内容は、妊娠、分娩、産褥といった経過に対する保健指導に関するものばかりである。人工妊娠中絶も、また一つの妊娠経過であると考えた場合、それに対するの援助は当然必要である。

## 2. 妊娠を中断した女性の心理過程の分析に関する研究

早期妊娠の喪失は3つのパターンがある<sup>11)</sup>。一つは人工妊娠中絶、二つ目は自然流産、三つ目が胎児異常による人工妊娠中絶だ。一般的に女性が妊娠を中断した場合、その後の心理的な反応として最も多く見られるものが悲嘆の感情である。これは正常な反応であり、愛するものを失った哀しみというよりも、たとえば乳房などと同じで体の一部を失った哀しみとして感じられる。典型的な悲嘆の感情は、3段階に分かれる。第一段階では反応が現れず、感情が鈍くなったような状態が数時間から数日は続く。第二段階で十分とって良いほどの悲嘆の感情が出現してくる。そしてこの感情は、数週間から数

表 2 出生数・出生率・再産率の年次推移

	出生数	出生率 (人口千対)	合計特殊 出生率	総再生 産率	純再生 産率
昭25年 (1950)	2,337,507	28.1	3.65	1.77	1.51
30 ('55)	1,730,692	19.4	2.37	1.15	1.06
35 ('60)	1,606,041	17.2	2.00	0.97	0.93
40 ('65)	1,823,697	18.6	2.14	1.04	1.01
41 ('66)	1,360,974	13.7	1.58	0.76	0.74
42 ('67)	1,935,647	19.4	2.23	1.08	1.05
43 ('68)	1,871,839	18.6	2.13	1.03	1.00
44 ('69)	1,889,815	18.5	2.13	1.03	1.00
45 ('70)	1,934,239	18.8	2.13	1.03	1.00
46 ('71)	2,000,973	19.2	2.16	1.04	1.02
47 ('72)	2,038,682	19.3	2.14	1.04	1.01
48 ('73)	2,091,983	19.4	2.14	1.04	1.01
49 ('74)	2,029,989	18.6	2.05	0.99	0.97
50 ('75)	1,901,440	17.1	1.91	0.93	0.91
51 ('76)	1,832,617	16.3	1.85	0.90	0.88
52 ('77)	1,755,100	15.5	1.80	0.87	0.86
53 ('78)	1,708,643	14.9	1.79	0.87	0.86
54 ('79)	1,642,580	14.2	1.77	0.86	0.84
55 ('80)	1,576,889	13.6	1.75	0.85	0.84
56 ('81)	1,529,455	13.0	1.74	0.85	0.83
57 ('82)	1,515,392	12.8	1.77	0.86	0.85
58 ('83)	1,508,687	12.7	1.80	0.88	0.86
59 ('84)	1,489,780	12.5	1.81	0.88	0.87
60 ('85)	1,431,577	11.9	1.76	0.86	0.85
61 ('86)	1,382,946	11.4	1.72	0.84	0.83
62 ('87)	1,346,658	11.1	1.69	0.82	0.81
63 ('88)	1,314,006	10.8	1.66	0.81	0.80
平元 ('89)	1,246,802	10.2	1.57	0.76	0.76
2 ('90)	1,221,585	10.0	1.54	0.75	0.74
3 ('91)	1,223,245	9.9	1.53	0.75	0.74
4 ('92)	1,208,989	9.8	1.50	0.73	0.72
5 ('93)	1,188,282	9.6	1.46	0.71	0.70
6 ('94)	1,238,328	10.0	1.50	0.73	0.72

注 昭25～41年は総人口（外国人を含む）を、昭和42年以降は日本人人口を分母に用いている。

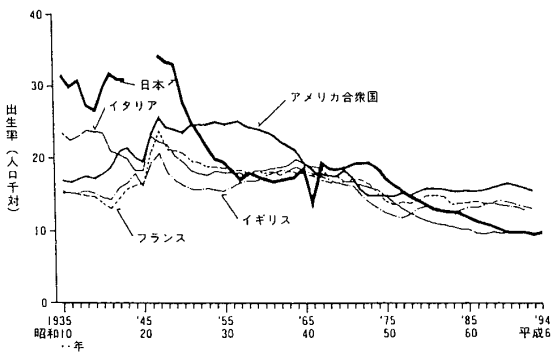
資料 厚生省「人口動態統計」、厚生省人口問題研究所「人口統計資料集1995」「人口問題研究1995年10月刊」

出典：「国民衛生の動向」、1996、p. 42.

ヶ月後に出現する。最終段階は解決の段階である。この解決を助けるものに、悲嘆の感情を聞いたり、気持ちを理解することが効果的である (Hadley, 1996 : Mannion M, 1992)<sup>12)13)</sup>。

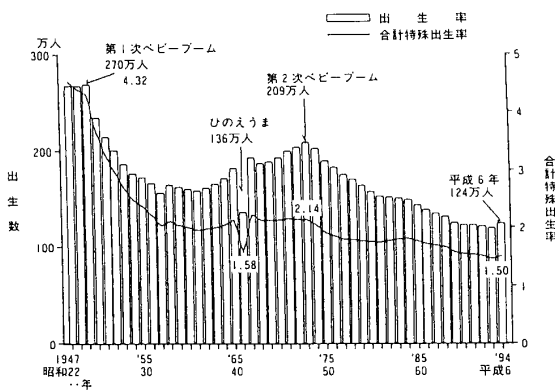
自然流産も胎児を失うことで死別と同様の状況がある。流産後の心理状態としては、悲しみが最も多く、次いで不安、失望感などが表現された。Thaper (1992) らは、彼らが勤務している病院の、不安と抑鬱尺度測定用紙を用いて術

後6週目に調査をしたところ、流産を経験した女性は明らかに不安が強く、抑鬱の程度も一般妊婦より高い値を示していた<sup>14)</sup>。この流産を経験した女性がその悲しみから立ち直るには、悲しみをありのまま表すことが出来る援助が必要だ。しかし流産では葬儀など死別に関する儀式もなく、悲しみを十分に表す機会がないため、その心理状態は持続しやすい。また悲嘆反応の中から、怒り・不信感・非難の気持ちなどの攻撃的



注 日本の昭和19~21年は資料なし。  
 資料 厚生省「人口動態統計」  
 U. N. Demographic Yearbook 1951~1993  
 出典：「国民衛生の動向」, 1996, p. 43.

図1 出生率年次推移の国際比較



資料 厚生省「人口動態統計」  
 出典：「国民衛生の動向」, 1996, p. 43.

図2 出生数及び合計特出生率の年次推移

感情については、誰に対して表現されやすいか  
 といえば、その対象者は自分自身、医療従事者、  
 義理の親族、夫の順であった。更に詳しく見ると、  
 感情の内容は病的な激しい怒りと普通の怒りはともに  
 義理の親族に、不信感、医療従事者には、非難の  
 気持ちは自分自身に向けられている。この死別によ  
 って生じる通常の悲しみは4~6週間続き、この間  
 に十分に悲しむことで悲しみから立ち直ることが出  
 来るとしている<sup>15)</sup>。

妊娠の喪失パターンのうち人工妊娠中絶術が、  
 一般的な手術に比べて術後の精神的な影響が大き  
 い<sup>16)</sup>。人工妊娠中絶術後の不定愁訴を訴えた症  
 例の80.6%が心理的に異常であり、これは一般

表3 自然—人工・母の年齢階級別に見た死産数と死産率

	自然 死産		人工 死産	
	死産数	死産率	死産数	死産率
統 数	18,262	14.9	21,141	17.2
15~19歳	734	35.5	3,854	186.5
20~24	3,167	15.6	6,568	32.3
25~29	6,091	12.1	4,293	8.5
30~34	5,289	13.9	2,845	7.5
35~39	2,230	21.4	2,083	20.0
40~44	666	46.3	1,255	87.2
45~49	73	110.6	173	262.1

注 総数には、母の年齢15歳未満、50歳以上及び不詳を含む。  
 資料 厚生省「人口動態統計」  
 出典：「国民衛生の動向」, 1996, p. 61.

表4 妊娠期間別、人工妊娠中絶件数（昭和35年—平成6年）  
 Induced Abortions by Period of Gestation, 1960~1994

年次 Year	総数 Total	満7週以前 7 weeks and under	満8~11週 8 to 11 weeks	満12~15週 12 to 15 weeks	満16~19週 16 to 19 weeks	満20~21週 20 to 21 weeks	満20~23週 22 to 23 weeks	満24~27週 24 to 27 weeks	不詳 Not stated
1960 昭和35	1,063,256	545,000	443,979	29,183	20,592	17,081		6,846	575
1965	843,246	460,013	335,920	19,028	13,282	10,063		3,910	1,032
1970	732,033	408,182	290,198	14,795	9,280	6,309		2,458	811
1975	671,597	399,423	250,194	10,907	5,606	3,625		1,215	627
1980	598,044	304,398	258,621	20,634	7,849	5,991		"	591
1984	568,916	296,564	273,449	18,439	9,178	6,852		"	434
1985	550,127	285,704	228,159	18,323	10,047	7,362		"	532
1988	486,146	257,502	197,210	16,170	9,200	5,778		"	286
1989 平成元	466,876	250,090	187,397	15,442	8,449	5,343		"	155
1990	456,797	246,778	180,950	15,403	8,510	5,000		"	156
1993	386,807	212,241	151,234	12,843	7,227	3,232	"	"	30
1994	364,350	201,979	140,643	12,001	6,768	2,897	"	"	62

注 優生保護統計による。SOURCE: Statistics on Artificial Abortion and Eugenic Operation  
 出典：母子衛生の主なる統計, 1995, p. 81.

表5 年齢別、人工妊娠中絶術（昭和35—平成6年）  
Induced Abortions by Age of Weman, 1960~1994

実数 Number

年次 Year	総数 Total	20歳未満 Under 20 y.	20~24	25~29	30~34	35~39	40~44	45~49	50歳以上 50 y. and over	不詳 Not stated	
1960	昭和35	1,063,256	14,697	168,626	304,100	278,978	205,361	80,716	9,650	253	875
1965	40	843,248	13,303	142,038	235,458	230,352	145,583	68,515	6,611	237	1,151
1970	45	732,033	14,314	151,355	192,866	187,142	134,464	54,101	6,656	162	973
1975	50	671,597	12,123	111,468	184,281	177,452	123,060	56,634	5,596	208	775
1980	55	598,084	19,048	90,337	131,826	177,506	123,277	50,280	5,215	132	463
1984	59	568,916	28,020	90,293	101,304	155,376	135,629	53,571	4,366	117	240
1985	60	550,127	28,038	88,733	95,195	142,474	139,594	51,302	4,434	94	263
1988	63	486,146	28,596	82,585	83,734	110,868	123,387	52,477	4,241	83	175
1989	平成元	466,876	29,675	83,931	79,579	103,459	111,373	54,409	4,237	72	141
1990	2	456,797	32,431	86,367	79,205	98,232	101,705	54,924	3,753	58	122
1993	5	386,807	29,776	85,422	69,975	79,066	76,121	42,412	3,954	58	23
1994	6	364,350	27,838	83,309	67,667	72,653	70,998	37,778	4,014	66	27

出典：母子衛生の主なる総計，1995，p. 80.

表6 人工妊娠中絶の年齢別実施推移

実施率（女子総人口1,000対）Rate（per 1,000 females）

年次 Year	総数* Total	20歳未満** Under 20 y,	20~24	25~29	30~34	35~39	40~44	45~49	
1960	昭和35	42.0	3.2	40.2	73.9	74.0	62.7	29.4	3.8
1965	40	30.2	2.5	31.1	56.0	56.0	38.8	21.2	2.5
1970	45	24.8	3.2	26.4	42.2	44.7	32.9	14.7	2.1
1975	50	22.1	3.1	24.7	34.3	38.4	29.2	13.8	1.5
1980	55	19.5	4.7	23.3	29.3	33.2	26.8	12.0	1.3
1984	59	18.5	6.5	22.9	25.8	32.7	26.9	11.5	1.1
1985	60	17.8	6.4	22.0	24.6	31.5	26.2	11.2	1.1
1988	63	15.6	5.9	19.6	21.6	28.0	24.1	11.0	1.0
1989	平成元	14.9	6.1	19.5	20.4	26.4	23.5	10.8	0.9
1990	2	14.5	6.6	19.8	19.7	25.4	22.7	10.3	0.8
1993	5	12.4	6.6	17.8	16.8	20.4	19.2	8.3	0.8
1994	6	11.8	6.4	17.1	15.8	18.6	18.1	8.0	0.8

注 優生保護統計による。

\* 15歳以上50歳未満の女子総人口1,000対の率である。

\*\* 15歳以上20歳未満の女子総人口1,000対の率である。

SOURCE: Eugenic Protection Statistics

NOTES: \* Calculated per 1,000 female population from 15 to 49 years of age.

\*\* Calculated per 1,000 female population from 15 to 19 years of age.

出典：母子衛生の主なる統計，1995，p. 80.

開腹術の場合の心理異常率59.3%より高率で、人工妊娠中絶の場合、心理異常を伴いやすい。また人工妊娠中絶は、精神障害の誘因を持つものに発病の機会をあたえ、人工妊娠中絶術を受けた女性の多くに一時抑鬱症状が観察される場合もある<sup>17)</sup>。更に精神分析的解釈では、妊娠中絶は合法的でかつ現実的に最も良い解決法であるが、でもそれはエロスの否定であり、心理的傷痕を生じ、しばしば重い抑鬱反応を示す(Speckhard, 1993)<sup>18)</sup>。またその事がきっかけとなって

心療内科の治療が必要な人も出てくる。

1987年のイギリスでの中絶調査によると、妊娠初期に行われる中絶が86%であり、多くの産婦人科たちは、望まない妊娠であれば外傷性神経症はないと信じていた。しかし人工妊娠中絶術の術後の心理状態を調査した結果、望まない妊娠であったとしても、術後短期間は精神的な動揺が大きく、深い悲しみは短期間に見られるが、人によってはその哀しみが長期にわたる場合もある(Munday, 1989)<sup>19)</sup>。また人工妊娠中

表7 日本とアメリカにおける人工妊娠中絶術を受ける年齢別動向  
Distribution of Reported Abortions by Age, Japan and United States, 1976

Age	JAPAN		UNITED STATES	
	Rate 1,000 Women	Percentage of Yearly Total	Rate 1,000 Women	Percentage of Yearly Total
<20	0.8	2.0	36.2	32.1
20-24	25.3	16.3	40.2	33.3
25-29	33.7	28.8	24.7	18.7
30-34	38.4	25.4	15.3	9.3
35-39	28.3	18.3	9.3	4.8
40-44	13.3	8.4		
45-49	1.4	0.8	3.7	1.8
TOTALS		100.0		100.0
	(664, 106 cases)		(762, 427 cases)	

Sources: U. S.: Tietze 1979: 49; U. S. Center for Disease Control 1978: 21; Japan: Kōsei-shō 1981: 23.

出典: Family Planning in Japanese Society, 1991, p. 6.

絶を経験した女性300人を対象に、術後3ヶ月後に調査したところ、そのうち13%の人が術後3ヶ月間悲嘆と罪の意識を感じていた (Belsey, 1977)<sup>20)</sup>。さらに人工妊娠中絶をうけにきた360人の女性を対象に、中絶前と3ヶ月後、そして15ないし24ヶ月後の3回にわたって追跡調査をした結果、3ヶ月後には91%が精神的に良好であった。しかし最後まで調査できたのは、60%であった。この最後まで追跡調査できた女性のうち、14人が精神科を受診していた。しかし殆どの女性は一つの出来事として処理できていた。また同時にインタビューを行って調査した結果、何人かには重症の鬱状態が見られ、人によってはパートナーとの性交渉が難しくなっていた (Greer, 1976)<sup>21)</sup>。この中絶後に罪の意識を感じたり、情緒障害を認めたものは、妊娠初期に人工妊娠中絶術を施行した女性が殆どであった。 (Beard, 1974)<sup>22)</sup>。そして術後パートナーとの人間関係や性生活にも影響を与え、歪みを来した全ての女性は、十分なカウンセリングが行われておらず、このことが術後の精神状態の結果に影響しているのではないかと述べている。

しかし一方では、半数以上の女性は、短期間の精神的なストレスがあった後、術後8ヶ月後にはその全てが解決しているとの報告もある

(Ashton, 1980)<sup>23)</sup>。また「人工妊娠中絶の神話」と銘打って、術後に出現されるといわれている外傷性神経症を全面的に否定する報告もあった (Stotland, 1992)<sup>24)</sup>。彼は、術後の外傷性神経症の存在を肯定する調査では、サンプル数や調査方法が不適切であり妥当な結果はでていないと指摘し、更に、近年アメリカで発表された調査によると、5,000人の女性を8年間追調査した結果、人工妊娠中絶が女性の健康に害を及ぼす因果関係はなかったと述べ、術後の外傷性神経症の存在を立証するだけの証拠はないと断定したのだ。

ただし妊娠を中断した女性の、どの症例をとっても産婦人科医からの十分な精神的援助はなされていないのが現状だ。その理由として、妊娠の喪失を経験した女性はそのことを隠して話したがらなく、また医療従事者もその後の経過を追跡していないからである (Iles, 1989)<sup>25)</sup>。

従っていまだに、人工妊娠中絶術後に出現すると言われている、術後の外傷性神経症についての確かな見解は得られていない。

### 3. 妊娠を中断した女性の、精神的援助方法に関する報告

全妊娠のうち、14~15%の女性が自然流産をするのは一般的なことであり、またその事は急を要するほど重要なことではないと認識されてきた (Stirtzinger, 1989; Rosenfeld, 1991)<sup>26)27)</sup>。しかし実際には、多くの女性は流産後悲嘆またはそれによく似た感情を経験している。このように流産をした後に困惑と悲嘆、非難、おそれ、ショックの気持ちが現れるのは正常の反応であり (Oakley, 1984; Moulder, 1990; Jones, 1990)<sup>28)~30)</sup>、その反応が妊娠週数によって違うことはない (Stewart, 1992)<sup>31)</sup>。従って必要なことは、個別的に発生してくる心理的な反応に対して、各個人にあった指導が必要だということだ (Eiscen, 1984)<sup>32)</sup>。

身近なケアの提供者としては家族がある。中でもパートナーや母親からの援助が効果的であり (Cecil, 1994)<sup>33)</sup>、また幼い子供がいることも気を紛らわすには良い要因になっていた。

また正常な妊娠経過を送っている妊婦と自然

流産した女性の不安と抑鬱状態を比較して、明らかに差があるとの報告もある。彼女たちに対しては、病院のスタッフまたはプライマリー・ヘルスケア提供者などの専門家による適切な援助が望ましいと示唆している(Thapar, 1992)<sup>34)</sup>。Wright (1994) は、著者自身が流産した際に、「自分を責める気持ちがとても強かった、その気持ちを和らげるために、専門家によるカウンセリングを希望したが、誰も側にいなかった。自分自身で解決するしかないと思って仕事に復帰したが、忘れることが難しかった」と書き、自分の経験をもとに術後の情緒不安や後悔の念を癒すには、定期的なカウンセリングと援助が必要であると強調している<sup>35)</sup>。そして殆どの女性は何ら術後のフォローがないことを指摘した。

もし彼女たちがその感情を表現する機会を与えられなければ、彼女たちはその悲しみを何時までも継続させていき、気持ちに歪みができてくる。そしてパートナーとの人間関係も恐れるようになる。人によっては子供との関係もうまくいかない場合もある(Rosenfeld, 1991)<sup>28)</sup>。専門家である医療従事者は、悲嘆、自己の非難、罪の意識などの心理状態を理解した上で援助をする必要があると示唆していた。またこのようなカップルのために、流産後胎児を見せた後、葬式になるような儀式を行う方法も効果的であり、これまでも何人かの女性たちは、個別または集団で彼女たちの気持ちを話し合う場を希望した。

MacLean(1993)は、子供を亡くした両親や、自然流産をした女性に対して、精神的な援助が必要であり、「癒し」をもたらすカウンセリングは非常に効果があり、重要であると言っている<sup>36)</sup>。だが必要であるにも関わらず、全員がその恩恵を受けていないことを指摘している。確かに全員にカウンセリングを提供する必要はなく、その後問題なく生活を送っている女性も多い。しかし注目しないといけないうのは、数人でも精神状態に変調を来す人がいて、その精神状態の変調やストレスの程度は各個人違うため、全員に個別的な援助が必要である。また全妊娠の15—20%の女性が自然流産を経験し、その後多くの人が不安、悲嘆、孤独を経験しているにも関わ

らず、殆どの方が適切なカウンセリングを受けおらず、中でも罪の意識と自分自身に向けられた非難の気持ちに対して、クリニックの中でゆったりと話が出来場所と時間が準備されるべきであると強調している。

特に人工妊娠中絶を希望して来院した場合、女性に対して、女性の感情が表現できるように、術前に話し合う機会を持つべきであると主張した(Mounig, 1982)<sup>37)</sup>。この方法により、女性自身の決定が、本当に女性自身のものであるか、または周囲の圧迫による決定であるのかが明確になる。そして本人が希望して手術をするのではなく、周囲の圧迫に依るものであるならば、再度手術を検討するべきである。女性が十分に納得して決定することが、術後の精神的なダメージを少なくする。つまり患者が人工妊娠中絶を行う場合、最も大切なことは、家族やパートナーまたは社会からの圧迫で決めるのではなく、彼女がどうしたいと思っているかを明らかにすることであると強調している。

そしてこれらの事情をふまえた上で、産婦人科医師、助産婦並びに看護婦が、同情的で癒しのあるカウンセリングを行うことが必要である。その中で患者が、自分自身の感情を表現し、それが悲しみや罪の気持ちを解決するのに役立つとしている。さらに、十分な援助がない場合は、空虚・孤独感から再度妊娠、中絶を繰り返すと記している。

この他、その対象が比較的若年者の場合、将来の結婚や妊娠に対して悪い影響を与えないためにも、術前の保健指導の際にあまり中絶のネガティブな面を強調しすぎるのは考慮すべきであろう<sup>38)</sup>。しかしその一方で、あまり気安く中絶を行うのは、生命倫理上、及び本人の精神的・肉体的健康の面から問題であり、術前と術後のバランスの取り方は臨床経験に基づいて、症例を扱う専門家が責任を持って実施していく以外に方法はない。

また医療従事者の認識と女性の現実の心理状態との間には大きなズレがあるため、妊娠の喪失を経験した女性の精神的な援助を行うのはどういった職種の方が適切であるかを考えた場合、主に地域の中で活動している保健婦や地域の助



産婦が最も適切であろう (Prettyman, 1992)<sup>39)</sup>. なぜならば妊娠の喪失体験を語り、その後の心理状態を安定させるまでには随分と時間がかかるために、長期間にわたって継続したケアが実施できることが望まれるからだ (Harr, 1990; Wheeler, 1994)<sup>40)41)</sup>.

以上が欧米諸国に見られる、人工妊娠中絶を含む妊娠を中断した女性に対する精神的状態とケアのあり方に関する文献からの報告である。どれをとっても、術前・術後の適切なケアが必要であるとしている。わが国でも自然流産を経験した女性の心理的反応に関する調査・研究は、少数であるが読むことが出来る。ただし人工妊娠中絶を経験した女性の心理状態に対するケアのあり方に関する報告は、殆どないに等しい。確かに自然流産後の心理状態を理解することで、同じように妊娠を中断した女性の心理状態、つまり人工妊娠中絶を経験した女性の心理状態を把握することは可能であるかもしれない。しかし、自然流産と人工妊娠中絶では、社会的な条件が違うため、自然流産での結果を人工妊娠中絶の場合に、そのままを当てはめて考えることは出来ない。松下は自然流産をしたことによって、自分に対する非難の気持ちが強いと述べている<sup>42)</sup>。しかし自然流産の場合は、自己を弁護するのに十分な「胎児側の異常の可能性」という、正当な理由が成り立つ。また家族の援助や友人などの同情的なカウンセリングも期待できる。一方、人工妊娠中絶の場合は、正常に育っている胎児を、母体の社会的・経済的な理由によって妊娠を中断するため、より一層の罪の意識に捕らわれるのではないかと考える。さらに人工妊娠中絶術に関しては、胎児を「間引く」意識から、誰にも打ち明けることが出来ない。従って、外傷性心身症の効果的な解決法である、話すことについても期待することが出来ない状況にある。

しかしながら、我が国の人工妊娠中絶を取り巻く文献は、術式や麻酔の種類並びに術後の管理が主なものであり<sup>43)</sup>、心理的な状態を調査したものは殆ど見あたらない。唯一心理的な調査報告があるのは、松下が、自然流産を経験した妊婦の心理過程を分析して発表しているのみであ

る。また、精神的なフォローが必要であるといわれているにも関わらず、実際の臨床では殆どなにもなされていないのが現状だろう。ただ一つ日本語で紹介されている文献の中で、著者の知る限りでは、人工妊娠中絶術後の精神的なカウンセリングを行った報告として、永井の研究がある<sup>44)</sup>。彼は術後不定愁訴のあったものに東邦大式鬱病スクリーニング法を実施し、指導・治療に当たっているとのことだ。

以上のことから、人工妊娠中絶を経験した女性の心理過程を調査し、その実態を早急に明らかにする必要があると考える。また術後のトラウマが、正常の域を超えて疾病に移行しないためにも、効果的な援助方法の確立が望まれる。

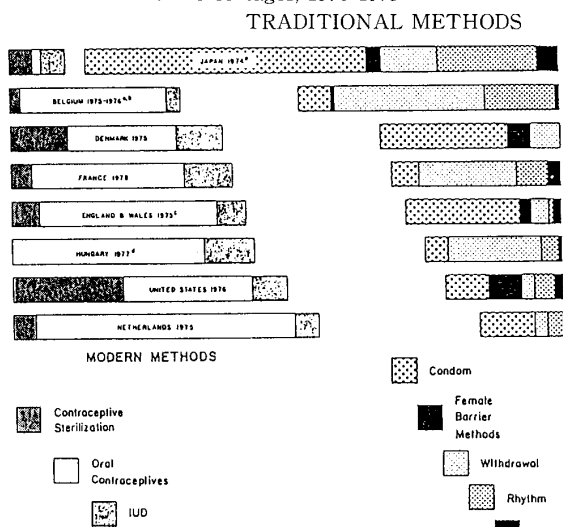
#### 4. さいごに

厚生統計協会が出している「国民衛生の動向」に、『自然死産と人工死産の比を見ると、25—29歳が最も低く、若・高年層になるほど人工死産の割合が高くなっており、社会的条件の関与が示唆される』とあり、母の年齢別に見た死産についての説明が書いてある。この原因を考えると、若年層は相談する人がいなかったり、経済的な理由で悩んでいる間に妊娠経過が進んでいったのであろうと予測される。また高年層は、妊娠によって月経が開始しないのは、閉経による月経不順と勘違いをし、気づいたときには随分と胎児が大きくなっているからであろう。従って若年層の相談機関を充実させることや、更年期の女性に対する保健指導が必要なことはいうまでもなく、この1割をないがしろにすることはできない。

しかし人工妊娠中絶を受ける9割方は、結婚適齢期または既婚の女性に相当する20歳以上の女性である。1割の所にスポットを当て、その数字の倍率を述べて社会的問題であると示唆するよりも、9割方を改善せずに放置しておくことの方が社会的に大問題である。

Coleman (1991) は、松村の報告をもとに、日本では一人の女性が生殖期間を終えるまでに経験する中絶術の数は2回であるとした。また望まない妊娠をまだ多くの女性が引き受けているにも関わらず、わが国の代表的な避妊の方法

Distribution of Contraceptive Methods  
Among Currently Contracepting Married Women in Japan  
and Seven Other Industrialized Countries.  
in Percentages, 1974-1978



<sup>a</sup>Total exceeds 100.0 Due to separate calculation of multiple methods.

<sup>b</sup>Dutch-speaking Belgians.

<sup>c</sup>Mothers of legitimate infants less than five months old.

<sup>d</sup>Wives under 40 years of age.

Sources : Japan, figures calculated from kōsei-shō 1976<sup>a</sup> : 33 and Nohara 1980 : 187 ; Belgium, Cliquer et al. 1978 : 76 ; France, figures calculated from Leridon 1979 : 26 ; Denmark, figures calculated from Leridon 1931 : 99 ; England and Wales, figures calculated from Carrwright 1978 : 4 ; Hungary, Wulf 1980 : 46 ; United States, figures calculated from Fore 1978 : 26 si Netherlands, NIDI 1978 : 12.

出典 : Family Planning in Japanese Society, 1991, p. 8.

図3 結婚している女性がい用いる避妊の方法について、日本の諸外国の比較

は、荻野式とコンドーム（表7）が主流と報告している<sup>9)</sup>。

東京で行われた産婦人科国際学会でピルが紹介されてから、およそ50年が経過しようとしているが、わが国の避妊法はいまだに妊娠する確率の高いものが主流である。欧米諸国で使用されて久しい100%の避妊方法は解禁になっていない（表8）<sup>45)</sup>。

その理由は性感染症の増加の危惧である。厚生省の中央薬事審議会は、低用量ピルの安全性、有効性に対する異論はないが、解禁による性感染症の増加が懸念され、性感染症の予防を強化した上で解禁にする方針だ。こうしてピルの解禁は毎年持ち越しを繰り返している。これまで論じてきたことから解るように、人工妊娠中

表8 日本における主な避妊の方法  
Percentage Distribution of Contraceptive Methods in Use Among Currently Contracepting Japanese Wives, Tokyo Area Clinic and Hospital Samkle, 1975-1976

Condom Only	36.0
Periodic Method* and Condom	24.2
IUD	16.6
Oral Contraceptives	8.1
Condom and Other Traditional Method (s)	5.5
Female Sterilization	3.5
Periodic Method* Only	2.2
Diaphragm,** Spermicides	1.7
Miscellaneous Traditional	0.9
Male Sterilization	0.7
Interruptus Only	0.7
TOTAL	100.1
(N = 458)	

Total percentage exceeds 100.0 because of rounding,

\*Includes both rhythm (Ogino) and basal body temperature

\*\*Includes condom and diaphragm combination.

出典 : Family Planning in Japanese Society., 1991, p. 15.

絶を受ける対象は既婚女性が圧倒的に多く、生涯を通じて50-60%の者が一度は中絶を経験するようになる<sup>5)</sup>。その既婚女性が性感染症を蔓延させるほど、日本の既婚女性は快樂の性が自由ではない。

その結果100%の避妊の方法を持たされず、一定の継続した性関係をもち、望まない妊娠をする。そして身体的な危険もあり、精神的なストレスにもなる人工妊娠中絶を選択する。現時点では人工妊娠中絶術をした場合、専門家からのフォローはない。また子供をおろすことは恥として誰にもいわず、一人で解決を図ろうとする。その結果忘れようと無理に努力するため、人によっては心の傷を癒すことができず、精神科疾患に移行する。日本の中・高年層女性に鬱が多いのは、これも一因ではないかと考える。リプロダクティブ・ヘルス、ライツが流行語に終わらないためにも、効果的な避妊方法の普及と、ケアが必要である。

## 参 考 文 献

- 1) 松山栄吉 (1992) 周産期医療と法規・制度・人工妊娠中絶に関する法的問題. 周産期医学, **22**(7), 915—919.
- 2) 厚生統計協会 (1996) 国民衛生の動向. 厚生指標 (臨時増刊), **43**(9), 61—61.
- 3) 樋口正俊 (1992) 周産期医療におけるインフォームド・コンセントとその限界. 私ならこうする優しくてわかりやすい説明のしかた, 人工妊娠中絶. 周産期医学, **21**(10), 1535—1538.
- 4) 厚生統計協会 (1996) 国民衛生の動向. 厚生指標 (臨時増刊), **43**(9), 42—43.
- 5) 松山栄吉 (1988) 各国における人工妊娠中絶術の実態. 産婦人科の実際, **37**(9), 1249—1256.
- 6) 厚生省児童家庭局母子保健部 (1995) 母子保健の主たる統計, 18—18.
- 7) 厚生統計協会 (1996) 国民衛生の動向. 厚生指標 (臨時増刊), **43**(9), 6—6.
- 8) 厚生省児童家庭局母子保健部 (1995) 母子保健の主たる統計, 8—8.
- 9) Coleman S. (1991) Family Planning in Japanese Society, — Traditional Birth Control in a Modern Urban Culture —. Princeton, London.
- 10) 樋口正俊 (1992) 妊産婦保健指導の見直し. 人工妊娠中絶術前術後の保健指導. 周産期医学, **22**(1), 64—68.
- 11) Iles S. (1989) The loss of early pregnancy. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, **3**(4), 769—790.
- 12) Hadley J. (1996) Abortion — Between Freedom and Necessity —. Clays Ltd, London.
- 13) Mannion M. (1992) Abortion and Healing. — A cry to be whole —. Sheed & Ward.
- 14) Thaper AK, Thaper A. (1992) Psychological sequelae of miscarriage, a controlled study using the general health questionnaire and the hospital anxiety and depression scale. *British Journal of General Practice*, **42**(356), 94—96.
- 15) 松下美恵 (1992) 自然流産を経験した女性の心理的過程の分析, 習慣流産の既往のある母親について. 母性衛生, **35**(4), 544—545.
- 16) 森 一郎 (1980) 16. 婦人と心身症. 日母研修ノート, 32—32.
- 17) 高橋三郎 (1982) 20. 産婦人科と精神神経疾患. 日母研修ノート, 4—6.
- 18) Speckhard A. (1993) Complicated mourning ; Dynamics of impacted post abortion grief. *Pre and Peri Natal Psychology Journal*, 5—32.
- 19) Munday D, Francom C & Savage W. (1989) Twenty one years of legal abortion. *British Medical Journal* **298**, 1231—1234.
- 20) Belsey EM, Greer HS, Lal S, Lewis SC & Beard RW (1977) Predictive factors in emotional response to abortion. Kings Termination Study IV. *Social Science and Medicine*, 71—82.
- 21) Greer HS, Lal S, Lewis SC, Belsey EM & Beard RW (1976) Psychosocial consequences of therapeutic abortion, Kings Termination Study III. *British Journal of Psychiatry*, **128**, 74—79.
- 22) Beard RW, Belsey EM, Lal S, Lewis SC & Greer HS (1974) King's Termination Study II : contraceptive practice before and after outpatient termination of pregnancy. *British Medical Journal* **i**, 418—421.
- 23) Ashton JR (1980) Psychosocial outcome of induced abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* **87**, 1115—1122.
- 24) Stotland NL. (1992) The myth of the abortion trauma syndrome. *JAMA*, **268**(15), 2078—2079.
- 25) Iles S. (1989) The loss of early pregnancy. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, **3**(4), 769

—790.

- 26) Stirtzinger R, Robinson GE. (1989) The psychological effects of spontaneous abortion. *Canada Medical Association Journal*, **140**(7), 799—801.
- 27) Rosenfeld JA. (1991) Bereavement and grieving after spontaneous abortion. *Am Fam Physician*, **43**(5), 1679—84.
- 28) Oakley, A., McPherson, A., Roberts, H. (1984) Miscarriage. Fontana, London.
- 29) Moulder C. (1990) Miscarriage : women's experiences and needs. Pandora, London.
- 30) Jones, W. (1990) Miscarriage. Thorsons, London.
- 31) Stewart A, Harker L et al. (1992) An unfinished story. Helping people to come to terms with miscarriage. *Professional Nurse*, **7**(10), 656—660.
- 32) Eisen M. (1984) Factors predicting pregnancy resolution decision satisfaction of unmarried adolescents. *Journal of Genetic Psychology*, 231—239.
- 33) Cecil R. (1994) "I wouldn't have minded a wee one running about" : miscarriage and the family. *Social Science Medicine*, **38**(10), 1415—1422.
- 34) Thaper AK, Thaper A. (1992) Psychological sequelae of miscarriage a controlled study using the general health questionnaire and the hospital anxiety and depression scale. *British Journal of General Practice*, **42**(356), 94—96.
- 35) Wright J. (1994) Roller coaster ride. *Nursing Standard*, **8**(44), 51—51.
- 36) MacLean MA, Cumming GP. (1993) Providing for women following miscarriage. *Scottish Medical Journal*, **38**(1), 5—7.
- 37) Mouniq C. (1982) Psychological aspects of voluntary interruption of pregnancy. *Psychologie Medical*, 1181—1185.
- 38) 樋口正俊 (1992) 妊産婦保健指導の見直し. 人工妊娠中絶術前術後の保健指導. 周産期医学, **22**(1), 64—68.
- 39) Prettyman Rj, Cordle C. (1992) Psychological aspects of miscarriage : attitudes of the primary health care team. *British Journal Gynecology Practice*, **42**(356), 97—99.
- 40) Harr BD, Thistlethwaite-JE. (1990) Creative intervention strategies in the management of perinatal loss. *Maternal-Child Nursing Journal*, **19**(2), 135—142.
- 41) Wheeler SR. (1994) Psychosocial needs of women during miscarriage or ectopic pregnancy. *AORN Journal*, **60**(2), 221—227.
- 42) 松下美恵 (1994) 自然流産を経験した女性の心理的過程の分析 悲嘆反応における怒り・不信感・非難の感情についての分析と考察. 母性衛生, **35**(4), 278—283.
- 43) 松山栄吉 (1989) 人工妊娠中絶とインフォームド・コンセント. 産婦人科の実際, **38**(6), 875—878.
- 44) 永井 宏 (1986) 人工中絶の術後処置に関する諸問題. 産婦人科治療, **53**(4), 413—418.
- 45) Hatcher R. (1997) The Essentials of Contraceptive Technology — A Handbook for Clinic Staff —, Population Information Program Center for Communication Programs, United States.