

わが国における人工妊娠中絶の要因についての人口学的検討

---- 特に有配偶率、性行動、避妊との関連 ----

国立公衆衛生院 佐藤龍三郎

わが国における人工妊娠中絶の要因（あるいは risk factor）について、特に有配偶率、性行動、避妊など生物人口学的・行動的要因をも視野に入れて、既存データと文献を基に検討した。またこれを踏まえて、人工妊娠中絶に対する今後の対策、研究の進め方などについても考察した。

1. 日本の人工妊娠中絶数・率に関する既存データの検討

わが国の人工妊娠中絶の人口学的水準を示すデータには、①優生保護統計、②毎日新聞全国家族計画世論調査、③出生動向基本調査（厚生省人口問題研究所）の3つがある。まずこれらの最新の数値および近年の動向について検討した。

1) 優生保護統計¹⁾

1994年の届け出られた人工妊娠中絶の総件数（36万4350）、実施率（15～49歳女子人口1000対11.8）ともに過去最少記録を更新した。以下のような特徴がみられる。

(1)年齢（階級）別にみると、30代と20代前半が山となり20代後半が谷となった2峰性をなしている。年齢階級別率の動向をみると、25～29歳の低下が比較的急であるのに対して、20～24歳、30～34歳、35～39歳の率の低下は比較的緩慢である。他方、20歳未満は上昇ないし横這いである。(2)妊娠週数別にみると、11週以前が94.0%を占め、12週以後の中期中絶は6.0%に過ぎない。妊娠週数と年齢を組合せてみると、満7週以前の割合は年齢が高いほど高い（20歳未満42.2%；40～44歳62.3%）。他方、中期中絶（12-21週）の割合は、若年層（20歳未満14.1%、20-24歳8.1%）と高年層（50歳以上16.7%）に高く、中間の年齢層が最も低い（35-39歳3.1%）。

(3)事由別では、「母体の健康」が99.9%を占め、「暴行・脅迫」は211件（0.1%）である。

(4)地域別（都道府県別）にみると、実施率（15～49歳女子人口1000対）の高い県は、佐賀（20.6）、長崎（20.3）、高知（20.2）など西日本に多く、逆に低い県は奈良（5.1）、茨城（7.4）、千葉（7.8）、埼玉（7.8）など大都市近郊に多い傾向がみられる。

優生保護統計による人工妊娠中絶数の妥当性は問題視されているが、上記の特徴については近年一貫した傾向を示している。

2) 毎日新聞全国家族計画世論調査²⁾

1994年の調査（第22回、調査対象：16～50歳未満女性3995人、有効回収2772人）によれば、既婚女性（1788人）で人工妊娠中絶の経験ありの者の割合は、全体で25.9%、45～49歳で36%である。経験ありの者の割合は25～29歳で最も低い（15%）。

3) 出生動向基本調査（第9回=1987年、第10回=1992年）³⁾⁴⁾

全国の50歳未満の有配偶女性を対象とした標本抽出調査である。第9回の場合、有効票（9522）のうち人工妊娠中絶の有無について回答のあった者（8702）についてみると、人工妊娠中絶の経験ありの者の割合は、全体で22.6%、45～49歳で32.8%である。経験ありの者の割合は毎日調査と同様、20歳以上では25～29歳で最も低い（7.5%）。なお第1～5既往妊娠の結果が人工妊娠中絶におわった割合は次のようであっ

た。(不詳を除く%)

	第1妊娠	第2妊娠	第3妊娠	第4妊娠	第5妊娠	計
第9回('87)	3.1	6.9	20.4	39.9	48.2	11.8
第10回('92)	3.3	4.1	11.0	23.3	34.7	6.5

人工妊娠中絶に関して、以上3つの調査に共通して言えることは、近年実施率(または累積経験率)が低下しており、年齢別にみると25~29歳が谷となった二峰性を呈していることである。

2. 人工妊娠中絶の一般に考えられる要因

次にわが国を含めた先進工業諸国における人工妊娠中絶の要因について文献を含めて検討した。人工妊娠中絶の要因は、一般に次のように整理されよう。

1) 妊娠可能年齢女子人口：(人工妊娠中絶数に影響する)

2) 妊娠の発生率に関する要因

2-1. 性交頻度に関する要因

2-1-1. 女子が性的カップルをなす率

2-1-1-A. 女子の有配偶率

2-1-1-B. 無配偶女子における性的カップルをなす率

2-1-1-B-1. 同棲率

2-1-1-B-2. 同棲以外の性的カップルをなす率

2-1-2. 性的カップル(A.有配偶またはB.無配偶カップル)における性交頻度

2-2. 避妊と妊娠確率に関する要因

2-2-1. 避妊実行率・避妊効果と生物人口学的な妊娠確率

2-2-2. (効果的な)避妊の実行に関する行動的要因

2-2-3. (効果的な)避妊の実行に関する社会的要因(避妊法の供給制約など)

3) 妊娠した場合に人工妊娠中絶を選択する率に関する要因

3-1. 子どもを持つことに関するカップルの意識[家族計画的要因]

(希望子ども数, 時期, 経済的問題など)

3-2. パートナーとの関係に関する要因

(有配偶か無配偶か:但し無配偶の場合、駆け込み婚へと進む可能性もあり)

(強姦、インセストなど合意によらない性交から妊娠した場合)

3-3. 胎児に対する意識(先天異常の有無, 性別選好など)

(風疹など感染症の流行や大規模な災害:原子力発電所事故など。近年、遺伝子診断を含めた出生前診断技術の進展・普及、高年妊娠、HIVなどの母子感染、さらには減数手術などとの関連で注目される)

3-4. 母体の健康に関する要因(医学的適応)

3-5. 人工妊娠中絶に対する心理的・倫理的意識(許容するかどうか)

3-6. 人工妊娠中絶の利用可能性(法的規制、人工妊娠中絶実施医療施設の利用可能性、人工妊娠中絶の方法、サービス体制など supply side の状況)

3. 人工妊娠中絶と関連要因の水準の変化（1970年と1994年の比較）

先に述べたように日本の近年の人工妊娠中絶数が実際に減少傾向にあるとした場合、人口学的にはいかなる要因が寄与してのことであろうか。

なお、人工妊娠中絶の件数は理論的には、上述したように「妊娠可能人口」×「妊娠発生率」×「妊娠した場合に人工妊娠中絶を選択する率」に分解される。

いま1970年と1994年（または1990年）の関連した数値を比較してみる（次表）。この間優生保護統計による人工妊娠中絶数はちょうど半減（50.2%減少）している。

	1970年	1994年	
			(1970年=100%)
人工妊娠中絶数（優生保護統計） ¹⁾	732,033	364,350	(49.8%)
年齢階級別人口不変の場合*	730,898	347,270	(47.5%)
年齢階級別実施率不変の場合*	730,898	766,651	(104.9%)
人工妊娠中絶実施率（優生保護統計） ¹⁾			(1970年と1990年の差)
20～24歳女子人口1000対	26.4	19.8***	(6.6ポイント)
25～29歳女子人口1000対	42.2	19.7***	(22.5ポイント)
30～34歳女子人口1000対	44.7	25.4***	(19.3ポイント)
35～39歳女子人口1000対	32.9	22.7***	(10.2ポイント)
有配偶率（国勢調査）			(1970年と1990年の差)
20～24歳女子	27.7%	13.5%***	(14.2ポイント)
25～29歳女子	80.3%	57.5%***	(22.8ポイント)
30～34歳女子	89.9%	82.7%***	(7.2ポイント)
35～39歳女子	89.6%	87.3%***	(2.3ポイント)
出生率（人口動態統計）			(1970年と1990年の差)
20～24歳女子人口1000対	96.6	44.8***	(51.8ポイント)
25～29歳女子人口1000対	209.3	139.8***	(69.5ポイント)
30～34歳女子人口1000対	86.0	93.2***	(▲7.2ポイント)
35～39歳女子人口1000対	19.8	20.8***	(▲1.0ポイント)
			(1971年=100%)
避妊実行率（毎日調査） ²⁾	52.6%**	58.6%	(111%)
“近代的避妊法”実行率（同） ²⁾	13.5%**	11.3%	(84%)
（無条件で）「中絶を認める」（同） ²⁾	8.6%**	26.3%	(306%)

（注）*50歳以上と年齢不詳を除く、15-19,20-24,25-29,30-34,35-39,40-44,45-49の各年齢階級別の女子人口と人工妊娠中絶実施率による。

1971年。*1990年。

まず1970～1994年間の人工妊娠中絶の届け出数の変化が人口年齢構造の影響を受けているかどうか検証するために、1970年の女子人口の年齢構成が不変で年齢階級別中絶実施率のみが変化した場合の1994年の人工妊娠中絶数を求めたところその変化の度合い（47.5%）は届け出数の変化の度合い（49.8%）とほぼ同様であった。逆に1970年の年齢階級別実施率が不変で年齢構成のみが変化した場合の1994年の人工妊娠中絶数を求めたところ1970年の届け出数とほとんど変わらなかった（104.9%）。このことから年齢構造の変化の影響はほとんど受けておらず、もっぱら各年齢階級における

実施率の低下がこの間の届け出数の減少に寄与していることがわかる。

次に年齢階級別の有配偶率と人工妊娠中絶実施率との関係のみてみよう。1970年と1990年を比較すると、この間年齢別実施率の低下が最も著しかった年齢階級は25～29歳であり、女子人口千対42.2から19.7へ22.5ポイントも低下している（実数では113,661件減少）。これはこの間の全届け出数の減少（275,236件）の実に41%を占めており、この間の人工妊娠中絶の減少において20歳代後半の人工妊娠中絶の減少が主役を演じたことを物語っている。そしてこの間有配偶率が最も著しく低下した年齢層はといえば、表にみるようにやはり25～29歳（22.8ポイントの低下）なのである。このように実施率が最も著しく低下した年齢層と有配偶率が最も著しく低下した年齢層が一致することから、近年のわが国の人工妊娠中絶の減少は有配偶率の低下（晩婚化）に負うところが大きく、逆にいえば、有配偶であることは人工妊娠中絶を受けることの最大のrisk factorとみなすことができよう。

しかし1970年と1990年の間に、有配偶率がさほど変化していない30歳代女子においても人工妊娠中絶実施率がかなり低下していることが注目される。これはこの年代において有配偶者の実施率が低下したことを意味しており、要因として妊娠発生率の低下と妊娠した場合に中絶を選択する率の低下の2つが考えられる。さらに前者の要因として、この年齢層の夫婦における性交頻度の低下と避妊効果の上昇が考えられる。このような“熟年世代”（妻が30歳代、夫が30～40歳代）の性行動については、わが国では本格的な性行動調査が行なわれていないため詳しく論ずることはできない。ただいくつかの小調査⁵⁾⁶⁾から性行動の多様化現象が示唆されており、夫婦の性交頻度が低下している可能性も否定できない（これには女性の地位の向上に伴う男女関係の変化や娯楽の多様化も影響しているかもしれない）。

この年齢層の夫婦における避妊効果（避妊実行率×その避妊法の効果度）については、上記の表にあるように夫婦の（現在）避妊実行率も“近代的方法”（ここではIUD、ピル、不妊手術の合計）実行率もほとんど変化していないことから、避妊効果が上昇したとは考えにくい。他方、後者の要因（妊娠時中絶を選ぶ率の低下）は、すなわち出生を選ぶ率の上昇であり、近年晩婚化に伴い30歳代を中心に高年齢女子の出産の比率が増大している（表、参照）ことから、この年齢層で（以前であれば既に希望子ども数を達成していたが、最近晩婚のためまだ希望子ども数を達成していないため、妊娠した場合に中絶を選ぶ率が低下した可能性があり）人工妊娠中絶実施率の低下に寄与した可能性があると考えられる。

さらにこの間、もう一つ注目すべきことは、20～24歳女子において、有配偶率の低下の割には人工妊娠中絶実施率がさほど低下していないことである。このことはこの年齢層における有配偶率低下の効果を相殺する別の動きがあったことを示唆している。すなわち無配偶者（未婚者）において人工妊娠中絶を増大させる方向に働く要因の存在が想定され、これには未婚者の妊娠発生率に関する要因（性交頻度と避妊）と未婚者が妊娠した場合中絶を選ぶ率に関する要因が考えられる。

20歳代未婚者の性行動に関する調査データは乏しいが、一般にわが国の未婚者（10代、20代）の性行動が活発化していることは（性交経験率の上昇、初交年齢の低年齢化）各種の調査からうかがえることである⁷⁾⁸⁾（人口研の調査⁹⁾でも独身女子の性経験ありの者の割合は1987年の30.2%から92年の38.3%へ上昇）。しかし同棲は少なく、たとえ妊娠しても人工妊娠中絶に終わる率がきわめて高い。したがってわが国では未婚者の性行動の活発化は、出生力への影響は小さく、人工妊娠中絶を増大させるポテンシャルを高める傾向にあるといえよう。しかし近年未婚者における避妊実行率の著しい上昇（毎日新聞調査²⁾で未婚者の避妊実行経験者は1990年の23.9%から1994年の37.1%へ増大）が認められており、この効果により中絶のポテンシャルはかなり抑制

されたものと思われる。なお、毎日新聞調査によれば1994年現在未婚で避妊を実行している女子の避妊方法はコンドームが92.7%と圧倒的であったが、コンドームの普及にはエイズ対策からの啓蒙活動も一役買ったとみられる²⁾。

なお20歳代で性行動を行なう未婚者には、相手が婚約者であったり、婚約者とまではいかなくとも将来結婚へとつながる関係であるような場合も含まれ、このようなグループは有配偶者に準じた性質をもっているともいえよう。従来ならば、このグループには妊娠を契機に結婚へと進み、中絶ではなく出産を選ぶ者も少なからずいたと思われる。しかし現代のように女性のキャリア志向、自立志向が高まり、晩婚・非婚傾向が強まると、恋人としての交際が必ずしも結婚に結びつかず、しかもわが国では「未婚の母」となることが非常に稀であるため、この年齢層における中絶のポテンシャルを高める方向に作用している可能性もあると思われる。

また人工妊娠中絶に対する倫理的意識をみると「(無条件で)人工妊娠中絶を認める」者はこの間増加しており(表、参照)、わが国の世論は人工妊娠中絶を選択することに対してはむしろ寛容になっている。

以上述べたことをまとめると、近年の日本で人工妊娠中絶の実施率を高める方向に働いた可能性のある変化として、①未婚者の性行動の活発化、②晩婚・非婚傾向の強まり、③世論の人工妊娠中絶に対する許容傾向が挙げられ、逆に人工妊娠中絶の実施率を低める方向に働いた可能性のある変化として、①有配偶率の低下、②夫婦の性行動の変化、③高年齢(30歳代女子)出生率の増大が挙げられる。そして後者(特に有配偶率の顕著な低下)の作用が前者の作用を上回ったため、人工妊娠中絶の減少が起こったと推定することができる。

4. わが国における人工妊娠中絶の主要な要因 (risk factor)

総括すると、わが国における人工妊娠中絶の要因 (risk factor)として特に、①有配偶であること、②無配偶(未婚)でかつ性的パートナーを有すること、③効果的な避妊を実行しないこと、の3つが重要な役割を果たしているものと推測される。

付言すれば、①がなぜ risk factorとして重要かといえれば、性交頻度が高く基本的に妊娠の発生率が高いグループであることに加え、このグループには子どもを希望する(あるいは生んでもよい)側面もあるため、不確実な避妊に甘んじ特に望まない時期の妊娠 (mistimed pregnancy) が起こりやすいという性質があるためと思われる。また②(未婚者)は性交頻度は低いものの、一般に子どもを希望しないグループであるため、妊娠した場合に人工妊娠中絶を選択することが多いと考えられる。さらに、③には個人に関わる行動的要因のみならず社会的要因(低用量ピルがいまだに認可されていないなど避妊法の供給制約が存在する)も与っていると思われる。

他にも高齢出産についての意識、出生前診断技術の影響など注目される要因はあるが、上記3つの要因に比べればその比重は小さいと思われる。

5. 今後の対策

わが国において近年人工妊娠中絶は大幅に減ったとしても、現在でも既婚女性のおよそ4人に1人が経験しているという大きな問題であり、個人レベルでも繰り返し中絶が少なくないなど、依然として公衆衛生上の対策を要する問題といえる。今回の検討から、今後次のような対策が一定の有効性をもつのではないかと思われる。

(1)人工妊娠中絶と避妊に関する十分な情報の提供： 特に一般市民が気楽に相談で

きるように、また個人のニーズ（もはやこれ以上の出産を欲しないのか、その時期でないのか、など）に合ったきめ細かな相談が受けられるよう配慮されるべきである。保健所や受胎調節実地指導員の活用も考えられよう。

- (2)安全性と有効性が確認されることを前提として、避妊法の供給制約の解除（低用量ピルの認可など）：特に未婚者への対策として有効であろう。
- (3)繰り返し中絶の防止や中絶後の身体的心理的問題への対応として、特に中絶を行なった医療施設等における中絶後のケアの実施
- (4)性感染症と望まない妊娠の防止のための生涯を通じた適切な健康教育の実施

6. 研究の進め方

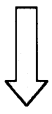
わが国における人工妊娠中絶の実態と要因に関する研究を一層進めていくためには、今後特に次のような点に留意した調査・研究が重要と考えられる。

- (1)20歳代を中心とした未婚者に焦点を当てた研究：未婚者といえば、従来は十代の若者が想起されたが、晩婚化により20代の男女の多くが未婚状態にある現在においては、この年代に焦点を当てた研究が重要である。
- (2)30～40歳代を中心とした有配偶者に焦点を当てた研究：従来「産み終え」年代として人工妊娠中絶に関して注目されてきた年齢層であるが、高年出産の比率の増大など新しい動きもみられており、性行動、避妊行動を含めた新たな枠組みによる調査研究が必要である。
- (3)避妊法の効果度に関する人口学的・疫学的研究
- (4)性行動、避妊、人工妊娠中絶に関する行動・心理面の研究（行動科学的アプローチ）
- (5)生物学のおよび環境要因に着目した研究：今回は検討しなかったが、ホルモン、精液の性状など生物学的变化や環境の影響についても研究する必要がある。

以上挙げた研究項目はいずれもわが国では従来ほとんどなされていない。今後、人工妊娠中絶の要因についてさらに理解を深め、公衆衛生上の施策や健康教育に生かすためには、このような分野の研究の推進が不可欠と思われる。

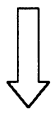
[文献]

- 1)厚生省大臣官房統計情報部(1995)：優生保護統計報告，厚生統計協会（東京）。
- 2)毎日新聞社人口問題調査会（編）(1994)：新しい家族像を求めて（第22回全国家族計画世論調査），毎日新聞社人口問題調査会（東京）。
- 3)厚生省人口問題研究所(1988)：日本人の結婚と出産：第9次出産力調査。
- 4)厚生省人口問題研究所(1993)：第10回出生動向基本調査；第1報告書；日本人の結婚と出産。
- 5)共同通信「現代社会と性」委員会，石川弘義，斎藤茂男，我妻堯洋(1984)：日本人の性，文藝春秋（東京）。
- 6)モア・リポート班（編）(1990)：モア・リポートNOW，集英社（東京）。
- 7)木村好秀（1994）：わが国女性のリプロダクティブ・ヘルスを考える，日本医事新報，No. 3682, pp. 29-34.
- 8)早乙女智子（1994）：未婚者と「性」，産婦人科治療，69(4)：402-405.
- 9)厚生省人口問題研究所(1994)：第10回出生動向基本調査；第2報告書；独身青年層の結婚観と子供観。



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



4. わが国における人工妊娠中絶の主要な要因(risk factor)

総括すると、わが国における人工妊娠中絶の要因(risk factor)として特に、(1)有配偶であること、(2)無配偶(未婚)でかつ性的パートナーを有すること、(3)効果的な避妊を実行しないこと、の3つが重要な役割を果たしているものと推測される。

付言すれば、(1)がなぜ risk factor として重要かといえば、性交頻度が高く基本的に妊娠の発生率が高いグループであることに加え、このグループには子どもを希望する(あるいは生んでもよい)側面もあるため、不確実な避妊に甘んじ特に望まない時期の妊娠(mistimed pregnancy)が起こりやすいという性質があるためと思われる。また(2)(未婚者)は性交頻度は低いものの、一般に子どもを希望しないグループであるため、妊娠した場合に人工妊娠中絶を選択することが多いと考えられる。さらに、(3)には個人に関わる行動的要因のみならず社会的要因(低用量ピルがいまだに認可されていないなど避妊法の供給制約が存在する)も与っていると思われる。

他にも高齢出産についての意識、出生前診断技術の影響など注目される要因はあるが、上記3つの要因に比べればその比重は小さいと思われる。