

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 28 年 6 月 13 日現在

機関番号：13301

研究種目：挑戦的萌芽研究

研究期間：2012～2015

課題番号：24659238

研究課題名(和文) 我が国と欧米の中絶医療実態の比較研究

研究課題名(英文) Comparative study on the actual condition of abortion in Japan and Europe

研究代表者

打出 喜義 (Uchide, Kiyoshi)

金沢大学・医学系・協力研究員

研究者番号：00168709

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,700,000円

研究成果の概要(和文)：オランダ中絶医協会前会長オルハ・ルーバー医師へのインタビューにより、オランダの中絶医療・ケアの実際が、以下の点から明らかとなった。(1)性教育の徹底、(2)中絶前後のカウンセリング、(3)安全な中絶手技の導入、(4)看護師へのメンタルケア、(5)妊娠中絶費用の無料化
オランダでの妊娠中絶は、我が国のようにオンデマンドで行われておらず、中絶に至るまでの女性はトータルにケアされ、尊重されるシステムが整備されていた。こうしたシステムは、我が国では未だ整えられてはおらず、早急な導入が必要であると考えられた。

研究成果の概要(英文)：Based on the findings from "Abortion care in Japan: national survey. No.22659101, 2010-2011", actual condition of and care for abortion in Holland was investigated by interview with Olga Lobber MD, previous president of Nederlandse Genootschap van Abortusartsen, at Mildred Rutgershuis kliniek in Arnhem, the first abortion clinic in Holland. The following points are clarified. (1) prevalence of sex education, (2) counseling around the abortion, (3) introduction of a safer technique in abortion, (4) mental care for nurse, (5) social insurance for abortion
Abortion in Holland is not carried out on demand. The system, in which the person around abortion is totally cared and treated personally, is well arranged in Holland. These systems have not served in Japan, so that it is necessary to prepare such systems for the sake of Japanese women.

研究分野：産婦人科

キーワード：中絶医療

1. 研究開始当初の背景

我々は平成22-23年度の挑戦的萌芽研究「我が国における中絶医療実態の調査研究」で、国内では相対的にリスクの高い掻爬法が今も主流で、患者ケアも不十分、リプロダクティブ・ヘルスが保証されない実態を明らかにした。一方、欧米諸国では20世紀後半の中絶合法化に伴い、女性のリプロダクティブ・ヘルスの保証を旨とした中絶方法の改善やケアが進められてきた。

2. 研究の目的

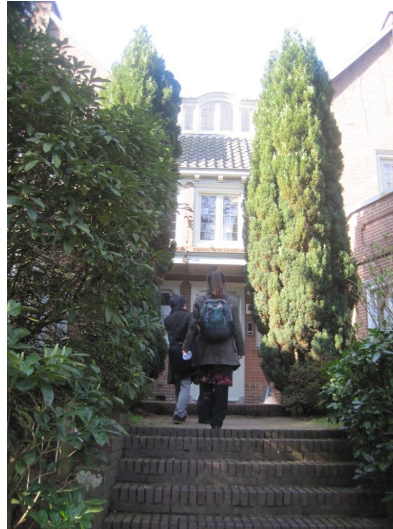
本研究では、(1) 欧米の中絶医療・ケアの事例を調査し、(2) そうした医療・ケア導入の背景を学際的に調査・研究し、(3) 日本女性のリプロダクティブ・ヘルスの改善のために中絶医療をいかに変革していくのか、その方向性を探ることを目的とした。

3. 研究の方法

(1) 欧米の中絶医療・ケアの実際とその背後に潜在する医療者の意識、医学教育の在り方、中絶観や法規等について、オランダ中絶医協会前会長オルハ・ルーバー医師へのインタビューを行い、現地実態調査を実施した。(2) オランダにおける中絶の法規等について学際的調査・研究を行なった。

4. 研究成果

2014年3月13日、オランダ・アルンヘム(Arnhem)にあるミルドレッド・ルトヘルスハイスクリニック(Mildred Rutgershuis kliniek、オランダで最初にできた中絶クリニック)にて、オランダ中絶医協会(NGvA, Nederlandse Genootschap van Abortusartsen)前会長のオルハ・ルーバー医師(Olga Loeber MD)へ、インタビューを行った。



(中絶クリニック)

インタビューの前に日本の中絶をめぐる事情を文書にて通知し、インタビューの際には日本の中絶事情に関して改めてプレゼンテーションを行い、その後に事前通知済みの質問表に基づいて、質疑応答を行い以下I~IVにつき回答を得た(使用言語は英語)



(Olga Loeber MD とインタビューアー)

社会的背景

1. 妊娠中絶を受ける理由
2. 望まない妊娠を認知するタイミング
3. 妊娠中絶に対する女性の認識
4. 近年の妊娠中絶事情と移民
5. オランダの性教育

妊娠中絶のケア

1. 依頼から施術までのプロセス
2. カウンセリング
3. 妊娠中絶の手法
4. 中絶ピル

妊娠中絶のケア従事者

1. 中絶クリニックと婦人科医
2. 中絶医の教育
3. 看護師と中絶ケア
4. 助産師と中絶ケア

オランダ妊娠中絶法

1. 「急迫事態」要件
2. 「熟慮期間」要件
3. 妊娠中絶の保険補償
4. 妊娠中絶と女性の権利
5. オランダ妊娠中絶法への総評

上記インタビュー内容についての詳細及びオランダにおける中絶の法規等について学際的調査・研究結果は、<http://kaken24659238.jimdo.com> に別掲予定とするが、オルハ・ルーバー医師へのインタビュー中、「オランダ妊娠中絶法への総評」を以下に掲げることにする。

* オランダの妊娠中絶法は、リベラルではない。なぜなら中絶をオンデマンドでは行えないからだ。女性がクリニックにやってきて、「中絶がしたい」といい、医師が「分かりました、やりましょう」といったものではない。これがオンデマンドという

ことであり、12 週まではオンデマンドでできるとする国はたくさんある。

女性が自分で急迫状態を決定できるという意味ではリベラルだが、前提条件が存在している。この待機期間がそうだ。また急迫状態になければならない。医師は女性が急迫状態にあることを証明しなければならない。順守しなければならない条件がある点で、オランダの法律はあまり容易なものでもないし、オープンなものでもない。

しかし実務上は、職務を遂行する上で何の問題も無い。妊娠中絶法には、何の問題も無く対処できている。私の同僚の中には、義務的な待機期間を気にしていない者もいる。女性が正しく判断できないぐらいにパニックになっていけば、「法律なので、5 日間待たなければなりません。それから戻ってこられて、まだ同じ意見なら中絶します」と言うと、女性の方は「でも 5 日間もして戻りたくはありません。もしここを去ったら、もう戻ってこないでしょう」と言えば、「つまりそれは、中絶をしたくないという適切な決定ですね。もし戻ってきたくないのであれば、それはこの中絶はあまり必要ではないということになります。あなたは中絶したくないのでしょうか」と言う。

ただ、何のカウンセリングもなしに中絶をすることは正しくない。義務にせよ義務ではないにせよ、カウンセリングはあるべきだ。というのも、当院に来る女性は、不安を抱き怯えていて何をすればよいか分からず、悲しんでいるからだ。クリニックに来れば、徐々に女性がリラックスしていくのが分かる。中絶について話し、決定を確信するために必要な十分な時間があると、分かるからだ。

そのため私の意見として、単にオンデマンドな国は問題があると思う。中絶について話す必要が無くても、カウンセリングをする適切な人間は必要だ。これは判断を下す (judge) ためではなく、カウンセリングの

ためである。この全行程を飛ばせば、女性が実際には望んでいない中絶もしてしまうかもしれない。その時には女性は、より罪悪感を覚え、悲しみや嘆きを感じるようになるだろう。カウンセリングは決定の確証であって、決定やそれに伴う感情を話し合わなければならない。誰がそれをするかは問題でないが、誰かがすべきである。それは看護師でもいいし、家庭医でもいいし、婦人科医でもいい。

カウンセリングを義務的なものにするならば、それは内容に依る。詳しくはないが、ドイツでは長い間、女性が中絶をしないようにすることを意図する義務的カウンセリングが存在する。これには完全に反対だ。カウンセリングは、こうした方向に人々を向けるためのものではない。カウンセリングは、より良く基礎づけられた決定をすることができるよう、人々を助けるためのものである。

日本に待機期間もないがカウンセリングもない点については、残念なことだと思う。義務的な待機期間が必要だとは思わないが、女性はこれが最良の選択なのかどうか自分自身で決定をすべきである。私はよく言っているが、ここに来る女性はよい決定、よい選択を望んでいるものの、あまり良くない選択肢もある。彼女たちは中絶はしたくないが、その子を産みたくもない。何が最小の誤りであるのかが問題である。良い解決策はないが、良き中絶の提供者ならば、誰かがその女性とともに、彼女の決定と、彼女がそれをどう感じるのかについて、話し合わなければならない。

オランダでは、(1)性教育の徹底、(2)中絶前後のカウンセリング、(3)安全な中絶手技の導入、(4)看護師へのメンタルケア、(5)妊娠中絶費用の無料化が行われており、これらシステムを我が国に外挿することにより、日本女性のリプロダクティブ・ヘルスの改善につながるものと思われた。

5. 主な発表論文等
(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文](計 1 件)
Maki Mizuno. Clinical experience and perception of abortion: A cross-sectional survey of gynecologists in Japan. Sex Reprod Healthc. 2015 Dec;6(4):255-6.
(査読有)

[学会発表](計 0 件)

[図書](計 0 件)

[産業財産権]
出願状況(計 0 件)

名称：
発明者：
権利者：
種類：
番号：
出願年月日：
国内外の別：

取得状況(計 0 件)

名称：
発明者：
権利者：
種類：
番号：
取得年月日：
国内外の別：

[その他]
ホームページ等
<http://kaken24659238.jimdo.com>

6. 研究組織
(1)研究代表者
打出 喜義 (UCHIDE KIYOSHI)
金沢大学・医学系・協力研究員
研究者番号：00168709

(2)研究分担者
水野 真希 (MIZUNO MAKI)
金沢大学・保健学系・助教
研究者番号：60547181

(3)研究協力者
森脇 健介 (MORIWAKI KENSUKE)
加藤 雅枝 (KATO MASAE)