

#### IV 避妊・中絶・不妊・嬰兒殺し

---

##### 家族計画

「**家族計画**」とは、完全に個人の自由意志による出産を可能にするためのものであり、単に出生を抑えるためのものではない(村松 1977)。アメリカで訪問保健婦として働いていた**サンガー**(Margaret Sanger 1883~1966)の運動に端を発し、人口の抑制・女性の解放・公衆衛生の向上など様々な問題と関わり合いながら発展してきたこの概念は、人口増加と社会の経済格差が深刻化する現代において、その重要性をさらに増しつつある。本節では、避妊・中絶・不妊・嬰兒殺しといった女性の出産にかかわる各項目について概観し、その歴史・人口学的意味・家族計画における位置などを解説したい。

##### 避妊

**1. 避妊方法の実際** 避妊とは、妊娠を避けるための人為的な行動の総体である。一般的には、経口避妊薬、コンドーム、殺精子剤、ペッサリー、子宮内避妊器具(IUD)、リズム法、避妊手術などによるものを指す。

1996年に行われた毎日新聞の家族計画世論調査によると、日本人に最も一般的な避妊法はコンドームであり、未婚者の96%、既婚者の77%が使用していると回答している。コンドームに次ぐのはリズム法で、未婚者の13.8%、既婚者の8.9%によって採用されていた。この他の避妊法では既婚者の約7%が避妊手術を行っているのが目立つくらいで、経口避妊薬、殺精子剤、ペッサリー、IUDの使用頻度は非常に低い。

避妊方法がわが国と対照的なのは欧米諸国である。経口避妊薬・IUDを使用したり、不妊手術を受けているものの割合が高い。特に経口避妊薬は、フランス・オランダ・イギリスなどでは最も一般的な避妊方法である。世界的にみると、1990年の段階で最も多く使われている避妊方法は避妊手術であり、それにIUD、経口避妊薬、コンドームが続いている。

以下に、主要な避妊方法について簡単に概説する。

<経口避妊薬>経口避妊薬とは一般的にはエストロゲンとプロゲステゲンとの合剤(ピル)による避妊法を意味する。ピルの投与によって排卵が抑制され、さらに子宮内膜の機能分化、頸管粘液性状の修飾、卵管の運動性障害などが発生することによって妊娠を回避することができる。初期のピルにはエストロゲンが150マイクログラム含有されていたが、エストロゲンの含量とピルの副作用である血栓症の発生率との間に関連が判明してからは、エストロゲンとして1日量50マイクログラム未満を含む低用量ピルの使用が世界的に推奨されるようになった。現在世界的に普及している低用量ピルの1日エストロゲン量は30~35マイクログラムである。わが国では1999年に低用量経口避妊薬(ピル)が解禁された。

<コンドーム>コンドームの歴史は古く、古代エジプト時代にすでに存在していたといわれている。当初、魚および動物の膀胱や腸・絹やリンネルで作られた鞘が性病の予防を目的として用いられたが、1800年代からゴム製のものが避妊具として使用されるようになった。コンドームは男性生殖器に被せることによって精子が膈内に進入するのを物理的に遮断する避妊方法である。コンドームは避妊目的以外にも性感染症予防法としても重要で、AIDS予防策としてのコンドームの役割が見直されてきている。基本的に男性避妊であるが、女性用コンドーム(膈内に装着する)が1989年デンマークの医師によって考案されている。

<殺精子剤>殺精子剤とは性交前に膈内へ挿入する錠剤、ゼリーあるいはフィルム状の薬剤であり、膈内で射精された精子を殺すことで避妊効果を得るものである。現在、殺精子剤として

用いられているものはメンフェゴールあるいはポリオキシエチレンノニルフェニールエーテルといった界面活性剤であり、精子の表面張力を低下させ浸透圧のバランスを崩すことで殺精子作用を発揮する。

<子宮内避妊器具 (IUD) > IUD はプラスチックなどの材料で作られた小さな器具を子宮腔に入れることで避妊するもので、受精卵の子宮内膜への着床阻止によって妊娠を回避すると考えられている。IUD には非薬剤付加型と薬剤付加型があるが、1999 年現在、わが国では薬剤付加型 IUD の使用は認可されていない。WFS (World Fertility Survey, 世界出生力調査) によると世界全体での IUD 使用者数は 8500 万人にのぼると報告されている。特に、中国、スカンジナビア諸国では生殖年齢既婚女性の使用割合がそれぞれ 29.3%、21.0%と、他の国・地域に比べて圧倒的に高くなっている。

<リズム法>リズム法は妊娠の可能性が高い期間を避けて性交日を選ぶことにより妊娠を避ける方法である。荻野久作が主張した「女性の排卵期は月経周期の長短にかかわらず、次回月経の前 12~16 日の 5 日間であり、受胎期は月経周期の長短にかかわらず、次回月経の前 12~19 日の 8 日間である」とする学説に端を発するために、オギノ式と呼ばれることもある。もともとの方法は、約半年にわたって記録した月経の周期から最長月経周期と最短月経周期をもとめ、それぞれによって次の予定月経開始日を推定し、荻野学説から受胎期間を算出、前後 2 日の安全期間を加えて禁欲期間とするというものである。精子の最大生存期間は 7 日間、卵子の最大受精可能期間は 1 日であるといわれており、理論的には排卵前 8 日から排卵後 2 日までの期間を外すことによって妊娠をさけることができる。実際、ウィルコックスら (Wilcox et al. 1995) は 192 例の妊娠を検討することによって、受精が成立したのは排卵日を含む 6 日間であったと報告している。しかしながらリズム法によって避妊を行うことの最大の問題は排卵日の推定が難しいということである。黄体期の長さは個人差が大きく、基礎体温法を併用したとしても特定した低温相最終日 (基礎体温法において排卵日とされている) は実際の排卵日をピークに広い範囲に分布することがわかっている。また、月経周期のばらつきが大きい場合、計算された禁欲期間が極端に長くなってしまいうという実際的な不都合もある。

<避妊手術>卵管における卵子・精子の輸送を阻害する卵管結紮、あるいは精液中への精子の輸送を阻害する精管切除による避妊方法である。避妊の効果は高いが、通常、非可逆的な避妊法であり将来的に妊娠を希望する可能性がある場合は勧められない。

**2. 避妊方法の有効性** 避妊方法の有効性を評価する際には、方法に由来する偶発妊娠 (method failure) と使用者の不注意による偶発妊娠 (user failure) を区別して評価するのがふつうである。方法に由来する偶発妊娠とは、評価の対象とした避妊方法が完璧に実行された月 (あるいは月経サイクル) において成立した妊娠を、使用者の不注意による偶発妊娠とは、使用者がその避妊方法の実行をわすれたり不適切な使い方をした月 (あるいは月経サイクル) に成立した妊娠をさす。

各種避妊法の有効性は、このような 2 通りの偶発妊娠数をもとに推定される。避妊法の効果は当事者の年齢、性交回数、避妊の動機などによって左右されるために、使用有効性を集団間で単純に比較することはできないが、1 つの例として米国医師用添付文書ガイダンスに掲載されている各避妊方法の**パール指数** (Pearl Index または Pearl pregnancy rate) を紹介しよう (表 1 3-IV-1)。コンドーム、リズム法などわが国で一般的な避妊法は、理論的には高い避妊効果が期待されるにもかかわらず、使用有効率をみると避妊効果があまり高くないことがわかる。対照的に避妊手術、薬剤添加 IUD、経口避妊薬などは使用有効率でみても高い避妊効果が維持されている。

パール指数とは、評価の対象とする避妊法を 1 年間使用した 100 人の女性の避妊失敗 (妊娠) 件数をあらわすものとされる (Pearl 1939)。パール指数 = (偶発妊娠総数 / 避妊法を使用した人・月数) × 1200。観察期間中に妊娠した女性が 1 人もいなかった場合、パール指数は最低

値0をとり、観察した女性全員が観察開始から最初の月に妊娠した場合パール指数は1200となる。上限は100ではないことに注意する必要がある。例えば、避妊をおこなっていない若い既婚女性を対象に計算するとパール指数はおよそ250になることが知られており、避妊を行わないハッテライトを対象にした推計ではパール指数は254とされている。避妊方法の効果をあらわす指標としてのパール指数にはいくつかの欠点が存在する。代表的なものは、追跡期間が長くなるにつれて計算されるパール指数が低くなるということである。一般的に、性交頻度が高く避妊を正確に実行しない女性ほど妊娠しやすいため、観察期間が長くなるにしたがって性交頻度が低く避妊を正確に実行する女性の割合が増加していくのである。パール指数のこのような欠点は、女性の追跡期間を例えば12ヶ月とあらかじめ揃えることによって大きく改善される(Bongaarts and Potter 1983)。その他、避妊効果の指標としては生命表の手法を応用した**累積避妊失敗率**(cumulative failure rate)がある。これは、妊娠以外の理由で避妊をやめたことによる交絡効果を取り除き避妊を開始してからの一定期間に妊娠した女性の割合を求めたもので、生命表の考え方に基づいたものである。

**3. 避妊法の選択** 表13-IV-1に示すように、避妊方法はそれぞれが長所と短所を併せ持っている。例えば、わが国で一般的なコンドームやリズム法による避妊は、手軽で副作用のない方法であるが、避妊の確実性は低い。したがって、避妊に失敗して意図せぬ妊娠に至ってもそのまま出産し育児ができるカップルには適当な方法であるといえよう。それに対して社会的な理由などで出産ができないようなカップルの場合は、より確実性の高い方法を選択すべきである。

**4. 伝統的な社会における避妊** 人間の男女が、何らかの理由から出産を制限しようとする試みはきわめて古い時代から行われていた。しかし効果が確実な方法はなく、多くは魔術的・占いの的なものであったといわれている。現代のいわゆる「伝統的な」社会においても、ある種の草・木の皮などを用いて妊娠を回避しようとする試みがが多く報告されてきたが、それらの方法が人口学的な避妊効果をもつという証拠は存在しない(Wood 1994)。

**5. 発展途上国における出生力抑制政策と避妊** 多くの発展途上国においては爆発的な人口増加が、国の経済的社会的発展を阻害する要因であると考えられており、出生水準をどのようにして抑制するかということが、人々の健康・生活の質を良好に保つために不可欠な課題として存在している。

出生率が高く保たれている背景として、(a) 避妊手段が欠如しているために人々が希望子供数以上の子供を産んでしまう、(b) 人々の希望子供数が多いという2通りの可能性が考えられる。

(a) のような状況では、有効な避妊手段を提供することによる望まない妊娠の防止によって出生力の抑制が可能であろう。逆に(b)の状況であれば、理想子供数に影響するような社会経済的な変化がおこらない限り、有効な避妊方法を提供しても出生力は抑制されないということになる。地球全体としてみれば、年間2500万件の人工妊娠中絶が安全でない条件下で実行されていること、発展途上国では平均すると4回に1回の出産は望まれないものであることなどが報告されており、全体としてみれば有効な避妊手段の提供が出生力抑制に効果的であるのは間違いない。それでも、効果的な避妊方法が集団に受容されるためには、集団を構成するカップルの大部分が、避妊は可能であり道徳的に受け入れられるもので、かつ望ましいものであると信じていること、さらに効果的な避妊方法が利用可能な状態にあることが必要であり、これらの条件は希望子供数の大小によって影響される。出生力を抑制するためには、それぞれの地域・社会・集団における固有の出生力水準決定メカニズムを理解したうえで、避妊方法の提供・教育・開発などを包括的に行っていく努力が必要とされる。

## 人工妊娠中絶

**1. わが国における現状** 母体保護法第2条第2項では「人工妊娠中絶とは、胎児が、母体外

において生命を保続できない時期に、人工的に胎児およびその付属物を母体外に排出することをいう」と定められている。さらに、胎児が母体外において生命を保続できない期間については、母体保護法指定医師によって個々の症例について判断されなければならないと定められている。平成3年1月1日の厚生省事務次官通知によると、「優生保護法（現行母体保護法）により人工妊娠中絶を実施する時期の基準」は「妊娠満22週未満」とされているが、その実施を円滑化するために出された保健医療局精神保健課長の通知によると、「妊娠満22週未満」というのはあくまでも医学的観点からの基準であり、中絶を実施する時期は個々の指定医師によって医学的・客観的に判断された時期であるとされている（新家 1995）。

優生保護統計によるとわが国における人工妊娠中絶件数は、1955年（昭和30年）の117万件をピークに年々減少し続け、1993年（平成5年）には39万件であった。優生保護統計が実際の中絶件数を過小評価しているという指摘は多く（例えば、厚生省心身障害研究【1994-1995；望まない妊娠などの防止に関する研究】における人工妊娠中絶の推計値は優生保護統計報告値の約1.8倍、毎日新聞人口問題調査会の推計値は約1.3倍であった（林 1995））、報告値をそのまま信じるわけにはいかないとともに、わが国において人工妊娠中絶が減少傾向にあることは間違いないといえよう。その背景には、晩婚化による有配偶率の低下、避妊の実行、既婚者の性交頻度低下などが関与していると考えられている。

**2. 伝統的・歴史的集団における中絶** 多くの伝統的・歴史的集団において伝統的な中絶方法が存在してきた。おおざっぱにいうと草・木の皮などを摂取する方法と、妊娠した女性の腹に力を加えるような物理的な方法が存在する。しかしながら伝統的な中絶方法は危険であるために極めて限られたケースにおいてのみ実行されたと考えられている。また、妊娠は、昔から考えられてきたよりも身体に対する物理的な打撃に対する抵抗力がはるかに高いということも近年明らかになっている。人口学的な意味において、伝統的な中絶が集団の出生力抑制効果を有していたという積極的な証拠は存在しない。

## 不妊

**1. 定義** 日本語の不妊に対応する英語は sterility と infertility である。Sterility は、身体的な理由で生産児を出産できない状態をいい、infertility はいかなる理由であれ生産児を出産しない状態を指す。例えば、生殖能力のある修道女は infertile であるが sterile ではない。

我が国においては、正常な性生活を送る夫婦が2年経っても妊娠しない場合を、**不妊症**と定義しているが、この定義によって不妊症と診断された集団には、身体的な理由で生産児を出産できない夫婦に加えて、期待される受胎待ち時間が長い夫婦が含まれている。アメリカ合衆国では正常な性生活を送る夫婦が12ヶ月経っても妊娠しない場合を不妊症と定義しているが、最近の研究ではこの判断基準では身体的には不妊でない夫婦を不妊症と診断してしまう偽陽性のリスクが80パーセント以上であったと報告されており、結果的に推定された不妊症の有症率は、実際の有症率を上回ると考えられている（Wood 1994）。日本における不妊の定義では観察期間がアメリカ合衆国の定義の2倍であるために、身体的に不妊でない夫婦を不妊症と診断するリスクは相対的に低下するが、依然として推定される不妊症の発症率が実際の不妊症発生率を多かれ少なかれ過大評価したものであることに注意する必要がある。人口学的な意味で重要なのは sterility であり、本稿ではこれ以降、不妊を sterility の意味で使うものとする。

なお、妊娠はするものの流早産したり胎児が分娩後すぐに死んでしまうことを臨床的には**不育症**と分けていうこともある。不育症は、初産から自然流産・死産を反復する原発性不育症と、正常妊娠や人工流産などに続いて自然流産・死産を反復するようになった続発性不育症に分類される。我が国に於いては、不育症の約70パーセントが原発性不育症、約30パーセントが続発性不育症である。

**2. 不妊の原因** 初経前あるいは閉経後に妊娠が成立しないのは自明であるから、初経から閉

経までの再生産可能期間に限って考えることにする。不妊の原因は以下のように整理されよう。

1. 妊娠・出産を阻害するような生殖器系の機能障害。
2. 初経開始後数年間において無排卵性月経の頻度が高いこと。
3. 閉経前の数年間において月経サイクルが乱れ無排卵性月経の頻度が著しく高まること。
4. 高齢の女性で胎児死亡のリスクが高いこと。
5. 出産後の無月経期間・無排卵期間（授乳の効果によるものを含む）
6. 淋病などへの感染。

集団ごとのばらつきが大きいのは、5. と 6. である。出産後の不妊期間（無月経期間）は集団ごとの変動が大きく、短い集団ではわずか2ヶ月であるのに対して長い集団では2年以上に及ぶ。そしてその変動のほとんどは授乳期間の違いによって説明される。極端な例では、パプアニューギニアには中央値で38ヶ月間も授乳を続ける集団があり、その集団では出産後排卵が始まるまでの期間が約20ヶ月と報告されている（Wood et al. 1985）。また、淋病への感染による不妊は、アフリカのいくつかの社会において出生率に大きな影響を与えている。

一方、1. の「妊娠・出産を阻害するような生殖器系の機能障害」とは、女性であれば子宮や卵管の不全、排卵障害が主たるもので、男性は90%以上が造精機能障害である。男性不妊と女性不妊のどちらが多いのか、それぞれの障害が女性不妊、男性不妊の原因のどのくらいの割合を占めるのかを推定することは極めて難しい。データ収集は不妊治療を行う病院の外来で行うしかなく、それぞれの病院が提供するサービスの種類によって外来に訪れる患者の属性が影響されるからである。例えば、夫の精子の状態が極めて悪い場合に行われる非配偶者間人工授精を提供している慶応病院の不妊症一般検査の成績では、男性側の方に原因のある場合が多いのに対して（飯塚 1996）、日本大学病院の記録では男性不妊は全体の10%を占めるにすぎない（長田 1996）。なお、2～4の項目は自然出生力の年齢パターンを決定する要因でもあり、13章1節において詳しく解説されている。また、1, 5, 6の項目に関する生物学的な背景については13章2節を参照されたい。

**3. 女性の年齢別不妊割合** 出産抑制の手段が存在する集団では、不妊ではなく出産抑制によって子供を産まない夫婦が存在するために、集団における夫婦の不妊割合あるいは不妊の年齢パターンをすることは方法論的に難しい。したがって、これまで女性あるいは夫婦の不妊割合を推定する試みは自然出生力の集団を対象にしてなされてきた。表13-IV-2に示すのはアンリ（Henry 1965）による推定結果である。アンリは歴史的集団のデータについて、ある年齢階級における全女性の婚姻出生力を「不妊でない女性」の婚姻出生力で除することによって不妊でない夫婦の割合を推定した。「不妊でない女性」は次の年齢階級以降で子供を産んだ女性として定義してある。この表から、夫婦の不妊割合は女性の年齢が30歳代後半までゆっくりと上昇し、それ以降急激に上昇していくことがわかる。女性の年齢が20歳のときの、不妊夫婦の割合は全体の3%と推定されているが、この水準は現在の発展途上国における高出生力社会において報告されているレベルにほぼ等しい。

## 嬰兒殺し

**1. 生態学的背景** 嬰兒殺しとは出産中または出産直後に嬰兒（新生児）を殺害することをいう。近代的法治国家においては殺人として罰せられるが、歴史的にみると嬰兒殺しが容認されてきたあるいは義務づけられてきた社会を多くみいだすことができる。例えば、ポーランドの農村部では19世紀までは親が身体的障害のある新生児を殺す権利を持つと考えられていたし、アフリカのサンにおいても身体に欠陥のある新生児が殺されていたことがわかっている。また、パプアニューギニアの集団では、出産間隔が短く上の子供が離乳できない時期に生まれた新生児が殺されていたことが報告されており、この集団では乳児死亡の25%は嬰兒殺しであったとされている。日本においては「間引き」と呼ばれ、出生したものの虚弱であったり経済的な理由で養育が困難であると考えた新生児を死亡させるということが行われていた。嬰兒殺しの対

象となる新生児にしばしば共通する特徴をまとめると、(1) 身体的障害をもっている、(2) 上の子が離乳していない、(3) 出産の経過・結末が当該社会において問題とみなされる(逆子・双子など)、(4) 婚外関係から生まれたなどとなるであろう。これらの特徴から判断するにすぎず、幼児殺しが、母親の養育負担を軽減することや母乳という資源をめぐる乳児同士の競争を避けることなどを通して母親と子供の健康を維持することなどの伝統社会における論理で行われていたと解釈することもできる。

しかしながら、幼児殺しが人口抑制効果をもっていたかどうかということは別問題である。確かに動物生態学においては、高生息密度が個体間の競争を激化させ子殺しの発生頻度を高めること、そしてその子殺しが生息密度の上昇を抑える効果を果たしていることが報告されている。しかしながら、人間社会を対象にして、幼児殺しの発生頻度およびその人口学的な影響に関して検討した研究はなく、多くの人口学的な研究で報告されている証拠—出産間隔と乳児死亡率との間には強い負の相関関係が存在する、すなわち前に生まれた子供との出産間隔が短いほど乳児死亡のリスクが高い—を考えれば、幼児殺しによる人口抑制効果が人間の社会でも存在したとは考えにくい。また、今のところ幼児殺しが、子供の既往出生児数に依存して行われたという証拠もない。

**2. 社会的背景** 幼児殺しが行われる背景としては、多くの社会において養育する子供を性別によって選択する社会規範、いわゆる**男児／女児選好 (Son/daughter-preference)**が存在していたためであると説明されている。男児あるいは女児が選択的に望まれるような伝統社会で、夫婦が理想的な家族構成を実現するために、生まれてくる子供の性別をコントロールすることができない以上、生まれてきた子供の死亡率をコントロールするしかなかったとされる。また、一方の性別の乳児に対してのみ十分な授乳を行わない・病気になったときに十分な看護を行わない結果として、男児の死亡率が女児よりも高くなったり、女児の死亡率が男児よりも高くなったりといったことが多くの社会で観察されるが、これも子供の性別に関する選好を反映した行動という意味では広い意味での幼児殺しといえることができるであろう。

幼児殺しが行われていた社会を全体としてみると、子供の性別人口は女児が少ない場合が多く、女児が殺されることが多かったことを間接的に示唆している。例えば、前にも触れたパプアニューギニアの集団では幼児殺しで殺された女児の数は男児の3倍であり、インド・バングラデシュなどにおいて女児人口が男児人口に比べて顕著に少なかったことが報告されている。逆に、男児が選択的に殺される例も北米先住民、パプアニューギニア、アフリカなどで報告されてきた。例えば、アフリカのザンビア南部の社会では、出生直後の幼児殺しに加えて乳児死亡も男児においてより頻繁におこるというデータが存在する。ここで重要なことは、社会規範として男児あるいは女児のどちらかを選択的に生存させ養育する傾向がある社会であっても、夫婦は全ての子供が男児、女児のどちらかになってしまう状況を望んでいるわけではないということである。男児選好あるいは女児選好というのは、社会における人々の子供に対する考え方によって決定される理想的な男児数と女児数の組み合わせを反映しているといえるであろう。

## 文献

綾部琢哉・森宏之 1998年 「避妊法の選択」 (『産科と婦人科』65巻5号) .

Bongaarts, J. and R. G. Potter, 1983, Fertility, Biology, and Behavior, New York, Academic Press.

林謙治 1995年 「変化する避妊と人工妊娠中絶」 (別冊・医学のあゆみ『リプロダクティブ

ヘルス』 医歯薬出版)。

Henry, L., 1965, "French Statistical Research in Natural Fertility," in M.C. Sheps and J.C. Ridley(eds.), Public Health and Population Change, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press.

飯塚理八 1996年 「不妊」 (『からだの科学』189号)。

村松稔 1977年 『人口を考える』 (中公新書) 中央公論社。

長田尚夫 1996年 「卵管性不妊」 (『からだの科学』189号)。

Pearl, R., 1933, "Factors in human fertility and their statistical evaluation," Lancet, Vol. 2: 607-611.

新家薫 1995年 「優生保護法の運用について：実践的な立場から」 (『日本医師会雑誌』 113巻12号)。

Wilcox, A. J., C.R. Weinberg, and D.D. Baird, 1995, Timing of sexual intercourse in relation to ovulation, New England Journal of Medicine, Vol. 333, No. 23(Dec.).

Wood, J.W., 1994, Dynamics of Human Reproduction: Biology, Biometry, Demography, New York, Aldine De Gruyter.

Wood, J.W., D. Lai, P.L. Johnson, K.L. Campbell, and I.A. Maslar, 1985, "Lactation and Birth Spacing in Highland New Guinea," Journal of Biosocial Science, Supplement Vol.9, 159-173.

表 1. 各種避妊法使用開始 1 年間の妊娠率 (パール指数 : pearl pregnancy rate)

方法	理論的有效率	使用有効率
経口避妊薬	0.1-0.5	3
殺精子剤	6	21
薬剤添加 IUD	1.5	2
コンドーム	3	12
ペッサリー	6	18
リズム法	1-9	20
女性避妊手術	0.4	0.4
男性避妊手術	0.1	0.15

パール指数 = 偶発妊娠総数 × 1200 / 避妊法を使用した総月数

表 2. 避妊法の選択基準

利用者の背景	コンドーム	殺精子剤	リズム法	IUD	低用量ピル	避妊手術
年齢 40 歳以上	○	○	○	○	△	○
出産経験なし	○	○	○	×	○	○
授乳中	○	○	×	○	×	○
今後妊娠の可能性あり	○	○	○	○	○	×
月経不順	○	○	×	○	◎	○
喫煙あり	○	○	○	○	×	○
性交頻度多い	○	○	○	◎	◎	◎
性交頻度少ない	○	○	○	○	○	○
確実性の高い避妊を希望	×	×	×	△	◎	◎

◎ : 適、○ : 可、△ : やや不適、× : 不適

(綾部・森 1998 を改変)

表 3 自然出生力集団における既婚女性の年齢別、夫婦の不妊割合 (%)

既婚女性の年齢	20 歳	25 歳	30 歳	35 歳	40 歳
夫婦の不妊割合 (%)	3	5	8	15	32

(Henry 1965)