

日本における移民女性の予定外の妊娠と避妊や 中絶サービスへのアクセス

—アジア5カ国出身者に対するオンライン調査から—

田 中 雅 子

本研究は、移民の妊娠や避妊、中絶に関する調査から、日本におけるサービスへのアクセスの障壁を明らかにすることを目的とする。在留外国人統計から、生殖年齢期の女性の割合が高く、家族の呼び寄せが認められない在留資格者が多い、中国、ベトナム、ネパール、インドネシア、ミャンマーを対象とした。これらの国における避妊法とその利用率や費用を検討したところ、日本は選択肢が少なく、費用が高いことが明らかになった。これらの国出身者に対するアンケート調査には、男女計536人が回答した。女性の16.3%が「妊娠したら帰国」等の警告を受けたことがあり、日本でセックスパートナーがいた人の17.6%が予定外の妊娠を経験していた。分析には、Availability, Accessibility, Affordability, Acceptabilityの4Aモデルを援用した。日本での避妊の選択肢の少なさと費用の高さが障壁となり、出身国から避妊薬を持ち込んでいる例が見られた。日本で販売されていない避妊薬や中絶薬を自己服薬した場合、日本の病院を受診しても、適切な処置が受けられない可能性がある。避妊薬の市販薬化、健康保険の適用、中絶薬の認可などによって、サービスへの障壁を減らすことは、移民女性だけでなく、日本で暮らすすべての女性のセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス・ライツの実現につながるのではないかと。

キーワード：移民女性、妊娠、避妊、中絶、セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス・ライツ

はじめに

2022年、死産をした技能実習生が死体遺棄罪で有罪判決を受けた¹⁾。この事

件には、日本のセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス・ライツ (Sexual and Reproductive Health and Rights: SRHR) の課題が凝縮されている。SRHRとは「身体、感情、精神、社会的な幸福がセクシュアリティと生殖のすべての局面で実現できていること」を指す。「性的指向、ジェンダー自認、性表現を含めたセクシュアリティについて自由に定義でき」、「子どもを持つかどうか、持つとしたら、いつ、どのように、何人の子どもを持つかを選ぶ」ために「必要な情報、資源、サービス、支援を生涯にわたって得られ、これらに関していついかなる時も差別、強制、搾取、暴力を受けないこと」(International Planned Parenthood Federation 2018: 1) が求められる。

2019年以来、法務省、厚生労働省、外国人技能実習機構は「妊娠等を理由とした技能実習生に対する不利益取扱いについて」の注意喚起文書を出し、2020年には「技能実習手帳」に「技能実習中に結婚・妊娠・出産などをした場合」の情報を追記している。しかし、2017年11月から2020年末までに妊娠・出産を理由に技能実習継続困難届の提出があった637件のうち、2021年8月時点で実習を再開したのは、1.7%にあたる11件のみである²⁾。

一方、留学生は労働者として扱われないため、妊娠しても法的に保護される枠組みがない。退学させられたり、帰国したりした留学生の数は、調査されていない。

妊娠した女性への支援体制の不備は、移民女性に限った問題ではない。しかし、彼女たちには、言葉の壁以外に、在留資格による制限など法の壁、出身国と日本での避妊や中絶の選択肢の違いといったサービス利用の壁がある。

現在、日本では、緊急避妊薬 (Emergency Contraception: EC) の市販薬化と、薬剤による人工妊娠中絶の認可が議論されている。移民女性の多くが出身国で利用しているサービスが、日本でも選べる兆しがある。移民女性の避妊や中絶に関するニーズを知ることは、日本で暮らすすべての女性のニーズの顕在化につながるのではないか。

本研究は、日本で暮らす移民の来日前後のSexual and Reproductive Health Service (以下、SRHS) 利用に関する調査をもとに、サービスへのアクセスの障壁を明らかにすることを目的とする。

先行研究や分析指標の検討は、文献調査によって行った。移民の出身国におけるサービスは、研究協力者を通じて情報を収集した。渡航前後のサービス利用や課題の把握は、オンライン形式のアンケート調査とフォーカス・グループ・ディスカッション (Focus Group Discussion: FGD) を用いた。FGDは、2020年1月から2021年10月までの間、出身国別に中国1回、ネパール3回、インドネシア2回、ミャンマー1回の計7回行った。ただし、参加者数とその構成、

ファシリテーターの進行により内容が大きく異なるため、本稿では、2020年6月から2021年9月まで行ったアンケート調査を主に使用する。

本稿の前半では、まず、移民女性のSRHSへのアクセスに関する先行研究と在留外国人統計の分析から、研究の背景を述べる。次に、研究対象国における避妊や中絶の選択肢や利用率、その費用を検討する。さらに、分析指標とする4Aモデルについて述べる。後半は、アンケート調査をもとに、回答者の属性を概観した後、結果を分析し、4Aモデルをもとに考察する。

以下、国際機関の定義に準じて12カ月以上本来の居住地を離れている人を移民とし（International Migration Office 2018）、技能実習生や留学生も移民に含める。本論文は、避妊法や中絶法の安全性は論じない。

1. 研究の背景

1.1 先行研究の検討

日本では、医療の利用者を出身国別に把握する統計はないが、移民が多い米国には、ニューヨーク市保健局の中絶サービス利用者統計を出身国別に分析した研究がある。アジア系女性は他地域出身者と比べて中絶率が低いが、その中で見るとインド出身者は高く、韓国・中国・日本出身者は低い。言語の壁や中絶に対するスティグマなど文化的背景を中絶サービスへのアクセスの障壁として説明している（Desaiほか2021）。しかし、当事者への聞き取りを行っていない点、統計が医療施設での中絶のみ含む点に研究の限界がある。出身国別の避妊法の利用率や予定外の妊娠、中絶薬の自己服薬、さらに階層なども含めて、移民の中絶サービス利用の障壁を明らかにする必要があるのではないか。

日本における研究には、移民女性のSRHRと関連する国際規範と日本の施策のギャップを論じた田中（2020）の他、特定国出身者を対象とした研究がある。ネパール女性の中絶率の高さを指摘したShah（2018）とミャンマー女性の避妊利用の低さを取り上げたKhin（2021）は、移民女性が日本で利用できるサービスを知らないことを指摘している。一方、高向・田中（2022）は、在日インドネシア女性が出身国と同じ避妊法を使い続ける「自衛策」をとる事例から、諸外国と比べて避妊法の選択肢が少ない日本の課題を照射している。

本稿は、複数国を対象とすることで、特定国出身者固有の課題ではなく、日本側に課題があることを浮き彫りにする点に意義がある。女性のSRHSへのアクセスには男性パートナーの行動も関わるため、移民男性からも回答を得た点に独自性がある。

1.2 在留資格と年齢構成から見た移民女性の特徴

日本の出入国管理及び難民認定法（入管法）は、29種類の在留資格を定めている。永住者や日本人の配偶者など、就労制限がなく、生活保護などの制度を利用しやすい「身分系在留資格」と、会社員などに付与される「技術・人文知識・国際業務」、被扶養者に付与される「家族滞在」など、就労に制限がある「活動系在留資格」に大別される。活動系在留資格の中でも、「技能実習」と「特定技能1号」、「留学」のうち日本語学校生などは、家族の呼び寄せが認められない。彼女たちが日本で出産しても、その子どもに付与されるのは「特定活動」という一時的な在留資格のみである。

表1は、在留外国人統計を、国籍・地域別、性別、年齢別に分析し、国連の統計で生殖年齢に区分される15～49歳の女性が多い国や地域を10位まで選んで並べたものである。総女性数の7割以上を生殖年齢層で占めるのが、中国、ベトナム、ネパール、ミャンマー、インドネシアで、活動系在留資格者が多い点も共通している。そこで本研究は、この5カ国を調査対象とする。

表1 国籍・地域別・性別・在留資格別在留外国人登録者数（2021年末）

| 順位 | 国・地域 | 総人数 | 女性 | うち 15-49歳 | 割合 *1 | 技能実習 | 特定技能 | 留学 | 家族滞在 | 技入国 | 活動系 資格計 | 割合 *2 |
|----|--------|-----------|-----------|--------------|----------|---------|--------|--------|--------|--------|------------|----------|
| 1 | 中国 | 716,606 | 390,602 | 279,501 | 72% | 18,729 | 1,914 | 41,165 | 25,195 | 36,647 | 142,475 | 51% |
| 2 | ベトナム | 432,934 | 191,641 | 179,472 | 94% | 68,231 | 17,191 | 23,690 | 14,874 | 15,155 | 164,567 | 92% |
| 3 | フィリピン | 276,615 | 195,647 | 119,288 | 61% | 7,870 | 1,521 | 1,014 | 1,149 | 3,673 | 20,955 | 18% |
| 4 | 韓国 | 409,855 | 222,316 | 81,654 | 37% | 0 | 25 | 3,823 | 3,480 | 8,594 | 17,662 | 22% |
| 5 | ブラジル | 204,879 | 94,176 | 52,929 | 56% | 0 | 3 | 163 | 226 | 125 | 638 | 1% |
| 6 | ネパール | 97,109 | 41,365 | 35,924 | 87% | 66 | 298 | 6,839 | 19,082 | 4,841 | 33,246 | 93% |
| 7 | タイ | 50,324 | 36,994 | 20,994 | 57% | 3,449 | 486 | 1,159 | 345 | 1,207 | 8,094 | 39% |
| 8 | 台湾 | 51,191 | 34,525 | 19,578 | 57% | 0 | 57 | 1,766 | 754 | 7,098 | 10,770 | 55% |
| 9 | ミャンマー | 37,246 | 19,855 | 18,270 | 92% | 6,191 | 1,609 | 1,748 | 387 | 3,505 | 16,475 | 90% |
| 10 | インドネシア | 59,820 | 21,036 | 18,068 | 86% | 5,559 | 1,049 | 1,938 | 1,074 | 1,152 | 13,299 | 74% |
| | その他 | 424,056 | 156,377 | 98,697 | 63% | 4,498 | 804 | 7,925 | 14,170 | 12,543 | 51,790 | 52% |
| | 総数 | 2,760,635 | 1,404,534 | 924,375 | 66% | 114,593 | 24,957 | 91,230 | 80,736 | 94,540 | 479,971 | 52% |

出典：法務省（2022）より筆者作成

*1 女性総数に占める生殖年齢期の女性の割合

*2 生殖年齢期の女性に占める活動系資格者の割合

2. 調査対象者の出身国における避妊と中絶

2.1 避妊

日本と調査対象国の避妊法の利用率を表2に示す。避妊法には近代的方法と伝統的方法があり、前者は男性主体と女性主体の方法に分類できる。女性主体の方法には、IUDや経口避妊薬（Oral Contraceptive：OC）の他、日本で認可されていない避妊インプラント、注射、避妊フィルムや避妊パッチ、女性用コンドームがある。インドネシア、ミャンマー、ネパールで最も利用率が高いのは、3カ月毎に接種するホルモン剤の注射である。インプラントは、約3センチの棒を上腕皮下に埋め込むもので、3年程度有効である。これらは、人口抑制政策によって普及したことから、国家による女性の身体への介入として批判されてきた（Akhtar 2005）。しかし、現在では世界保健機構（World Health Organization：WHO）の必須医薬品モデルリストに入っており（WHO 2019）、欧米諸国でも承認されている。

表2 避妊法の利用率と避妊や中絶の費用

| 避妊および中絶の方法 | 日本 (円) | | | 中国 (1元=18円) | | | ベトナム (1VND=0.005円) | | | インドネシア (1IDR=0.008円) | | | ミャンマー (1MMK=0.06円) | | | ネパール (1NPR=0.95円) | | |
|---------------------|-----------|-----------------|-------------|----------------|-------------|-----------|-----------------------|---------------|---------|-------------------------|---------------|-----------|-----------------------|----------|-----------|----------------------|---------|--------|
| | % | 病院 | 薬局/通販 | % | 病院 | 薬局/通販 | % | 病院 | 薬局/通販 | % | 病院 | 薬局/通販 | % | 病院 | 薬局/通販 | % | 病院 | 薬局 |
| 全避妊法利用率計 | 42.7 | | | 84.5 | | | 76.5 | | | 55.5 | | | 52.2 | | | 46.7 | | |
| 近代的方法利用率計 | 33.1 | | | 80.5 | | | 66.5 | | | 54.2 | | | 51.3 | | | 44.2 | | |
| 男性不妊手術 | 0.1 | 60,000-250,000 | - | 1.4 | 500-2,000 | - | 0.1 | 6,300-41,000 | - | 3.9 | 3,200-120,000 | - | 0.3 | - | - | 3.5 | 0-1,000 | - |
| 男性用コンドーム/個 | 30.8 | - | 50-200 | 24.6 | 0 | 18-270 | 13 | - | 7.5-265 | 0.3 | 0 | 80- | 1.0 | 0-12 | 12- | 2.4 | 0 | 9.5 |
| 女性不妊手術 | 1.0 | 100,000-200,000 | - | 18.3 | 1,900-2,000 | - | 1.1 | 14,300-23,720 | - | 1.9 | 9,200-100,000 | - | 4.8 | 0 | - | 12.9 | - | - |
| 女性用コンドーム/個 | - | - | - | NA | - | 90-360 | - | - | - | 0.0 | - | 280- | - | - | - | 0.0 | - | - |
| OC（避妊目的） 21又は28錠 | 0.9 | 2,500- | 2,000-4,500 | 1.2 | 100-150 | 540-2,700 | 15.6 | - | 1145- | 10.5 | 0 | 42-8,720 | 13.8 | 0-1,380 | 690-1,150 | 4.9 | - | 48-143 |
| EC/錠 | - | 10,000-20,000 | - | NA | 20-40 | 270-720 | - | - | 45-180 | NA | - | 112-1,032 | - | 288 | 115-150 | - | - | 76-95 |
| インプラント | - | - | - | 0.2 | 300-500 | - | 0.3 | 3,000-17,500 | - | 4.2 | 0-10,992 | - | 0.9 | 0-23,000 | - | 4.5 | 0-285 | - |
| 注射 | - | - | - | 0.0 | 50-500 | - | 1.2 | 725-1,000 | - | 28.9 | 0-2,640 | 56-120 | 27.6 | 0-345 | - | 13.7 | 0-48 | - |
| IUD | 0.4 | 30,000-80,000 | - | 34.1 | 3,600-9,000 | - | 35.2 | 1,100-5,000 | - | 4.2 | 0-20,400 | - | 2.8 | 0-3,450 | - | 2.3 | 0-1,000 | - |
| 避妊フィルム VCF/枚 | - | - | - | 0.4 | - | - | 0 | - | 200- | - | - | - | - | - | - | 0 | - | - |
| 避妊パッチ/枚 | - | - | - | - | - | - | - | - | 350-800 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 伝統的方法利用率計 | 9.6 | - | - | 4.0 | - | - | 10 | - | - | 1.3 | - | - | 1.0 | - | - | 2.5 | - | - |
| リズム法 | 1.3 | - | - | 3.3 | - | - | 9.9 | - | - | 1.3 | - | - | 0.3 | - | - | 0.5 | - | - |
| 膈外射精 | 7.1 | - | - | 0.7 | - | - | 0.1 | - | - | NA | - | - | 0.6 | - | - | 2.0 | - | - |
| その他 | 1.2 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 0.1 | - | - | - | - | - |

出典：United Nations Population Division（2021）と研究協力者の情報より筆者作成

（注）対象女性の年齢は、日本のみ20歳から49歳で、他国は15歳から49歳。

表2の費用は、研究協力者らが現地で医療機関や薬局を訪問したり、知人に尋ねたり、インターネットで収集した2022年3月時点での現地通貨建ての金額である。病院は、公立と私立をあわせて記載した。費用がゼロとなっているのは、公立機関で無償化されている場合である。ネパール以外の調査国の欄には、インターネット通販の価格も含めた。不妊手術やIUD、インプラントのように長期間有効なものもあれば、毎月購入が必要なOC、性交1回限り有効のコンドームなど、避妊法は多様である。薬価以外の処方箋料、事前の検査料や経過観察のための受診料、保険適用の有無など条件の違いを含めると、単純比較はできない。それでも、表2の情報は、移民女性が避妊法の選択肢や費用について日本で感じる障壁を理解する一助になろう。

日本の全避妊法利用率計は42.7%で、6カ国中最低で選択肢も最も少ない。コンドームの次に多いのが膣外射精で、男性主体の避妊法が主流である。利用が1%に満たないOCは処方箋薬で、月経困難症などの治療目的でなければ自由診療扱いである。ECは要件つきでオンライン診療が認められたものの、処方箋薬である。

中国とベトナムは、避妊法の利用率はそれぞれ84.5%と76.5%で、IUDの利用率が最も高い。イスラム教徒が多いインドネシア、仏教徒が多いミャンマー、ヒンドゥー教徒が多いネパールは、宗教や文化的背景は異なるものの、全避妊法利用率計はそれぞれ、55.5%、52.2%、46.7%で、日本の42.7%より高い。公立医療機関で避妊サービスを無料で提供しており、注射やインプラントの利用率が高く、コンドームの利用率が低い点も共通している。

2.2 中絶

米国などでの中絶に関するバックラッシュは、米国政府の開発援助資金を使用するSRHS事業に影響を与えつつあるが、調査対象国において中絶に関する政策転換は見られない。以下、各国の中絶事情を述べる。費用は、妊娠週数や施術場所で大きく異なるため、日本との差を知るための情報としてのみ記す。

ベトナムと中国では、人口抑制政策の一環として中絶は合法である。薬剤中絶はベトナムが1,000～5,000円、中国で1万円程度から、外科的中絶はベトナムでは3,000円～1万円程度、中国では10数万円である。

インドネシアでは、緊急医療措置が必要な場合、胎児に異常が見られた場合、レイプに遭った場合のみ中絶が認められているが、その他は違法である。調査対象国で唯一、配偶者同意要件がある。ミャンマーも、中絶は母体に生命の危険がある場合以外は違法である。予定外の妊娠が中絶に至るケースは、インドネシアが63%、ミャンマーは74%で、非合法下で安全でない中絶が実施され

ていると思われる。両国とも、インターネットで中絶薬が流通している。外科的中絶の費用はインドネシアで1～10数万円、ミャンマーでは1～5万円である。

ネパールでは、2002年に中絶が合法化され、外科的中絶のみから、2009年には薬剤中絶に選択肢が広がった。2015年憲法で中絶が女性の人権として認められ、2017年以降、公立医療機関での中絶はすべて無料である（Puriほか2022）。

日本では、2021年末に中絶薬の承認申請が出されたが、2022年9月現在も承認されていない。中絶薬は、WHOの必須医薬品モデルリストに掲載されており、80以上の国と地域で承認されている。2022年版「中絶ケア・ガイドライン」は、妊娠初期の薬剤中絶の自己管理を支持し、遠隔医療での導入も推奨している（WHO 2022）。日本での外科的手術は最低10数万円かかる。本研究対象の移民女性にとって、出身国と日本の往復航空運賃以上の額である。出身国に一時帰国して中絶処置を受けて、日本に戻る人もいる。母体保護法で課される配偶者同意は既婚者のみだが、移民女性は既婚者以外もパートナーの同意を求められることがある³⁾。ある医師は、他の病院が婚姻の有無に関わらず移民女性に配偶者同意を求めていることについて「移民女性は日本に戸籍があるわけではないので配偶者の有無が確認できない。中絶後に夫と称する人が現れてトラブルになると困るため、予め配偶者同意を求めるのではないかと推察している⁴⁾。移民女性には、言葉の壁以外にもハードルが設けられている。

3. 分析枠組み

SRHSへのアクセスの指標にはAvailability, Accessibility, Acceptability and Quality (AAAQ) モデルがある（Danish Institute for Human Rights 2017: 20）。

- ・ Availability：設備や物資、サービスの量が十分で、かつ継続的に入手できる。
- ・ Accessibility：設備や物資、サービスに物理的にアクセスできる（支払える。情報にアクセスできる。差別がない）。
- ・ Acceptability：設備や物資、サービスが、文化的に適切で、脆弱層への配慮があり、利用者が受け入れやすい。
- ・ Quality：設備や物資、サービスの質が良い。

上記の説明には「時」の要素が欠けているので、本研究ではAvailabilityに「利用したい時に使える」ことを含める。Accessibilityに含まれている費用負担を

重視し、Affordabilityを独立の要素とする。差別がないことはAcceptabilityに含める。Qualityは利用者への調査のみからは判断できないこと、筆者は質を判断できる医療職でないことから、分析対象としない。本研究はAAAQを援用しつつ、4Aモデル（特定非営利活動法人アフリカ日本協議会編2015：12）を分析の手がかりとする。

- ・ Availability（存在と時間）：設備や物資，サービスが十分あり利用したい時に使える。
- ・ Accessibility（場所・距離）：設備や物資，サービスが，利用しやすい場所にある。
- ・ Affordability（費用）：設備や物資，サービスが，手に届く費用で利用できる。
- ・ Acceptability（受容）：言語や心理的障壁，スティグマを感じずサービスを受けられる。

本調査は、男女に同一の質問票を用い、回答者が男性の場合は彼らのパートナーの女性が使用している避妊法や予定外の妊娠の経験を尋ねた。

アンケート調査と並行して行ったFGDでは、女性自身ではなく、夫やパートナーが日本でECの入手方法や中絶処置ができる病院を探した経験が話題になった。ECが市販薬化されている国では、男性パートナーが購入することもある。ネパールでは、ECは男性が女性に言われて代わりに買いに行くものという考え方が支配的である。背景には、費用負担を男性に求める女性の強い主張もあり、必ずしも女性の主体性の欠如とは言えない。男性にとっても、自分やパートナーが出身国と同様のサービスを利用できることは重要である。

4. アンケート調査

4.1 概要

アンケート調査は、Google Formを利用した。調査用Webサイトに、英語、中国語、ベトナム語、ネパール語、インドネシア語、ビルマ語の質問票と研究内容説明書の他、日本で可能な避妊法と中絶法、性暴力への対処法などを紹介したSurvival Tips for Migrant Women in Japanを資料として掲載した⁵⁾。

4群34問の質問の一部は、女性のみ、あるいは、前問で特定の回答をした人のみへの質問である。英語版のみ国籍を尋ねた。

A) 基本情報 8問：性自認、生年、宗教、学歴、日本語力、婚姻歴／パートナーの有無、性行為経験、子の数

B) 来日情報 7問：来日年、回答時の居住県、回答時の在留資格、「留学」

在留資格の場合のみ学校種別, 雇用形態, 月収, 健康保険加入状況

- C) 出身国でのSRHSへのアクセス 7問: 性教育の受講歴, 受講した性教育の内容, 利用したことがある避妊法, 避妊しなかった場合はその理由, 妊娠に対する警告の有無, 避妊に関する来日前の準備, 準備した場合はその理由
- D) 来日後のSRHSへのアクセス 12問: 日本のSRHSについて学んだ場所, 日本のSRHSに関する情報の正誤, SRHSに関する相談相手, 来日後のセックスパートナーの有無, 日本で利用したことがある避妊法, 避妊していない場合はその理由, 避妊法の入手経路, 予定外の妊娠の経験の有無, 予定外の妊娠の帰結, その選択理由, 日本での産婦人科受診経験の有無, 受診したことがない場合はその理由

4.2 回答者

アンケートは調査時点で日本にいる人のみ対象とし, 筆者と研究協力者がSNSなどを通じて回答者を募集した。回答者は, ベトナム188人, ネパール183人, ミャンマー67人, インドネシア54人, 中国44人の計536人(男性235人, 女性301人)である。

表3 来日前後SRHSへのアクセスに関する調査への回答者 (92頁に続く)

| 性別 | 男 | 女 | 計 | % |
|---------------------|-----|-----|-----|-------|
| 参加者数 | 235 | 301 | 536 | 100.0 |
| 生年 (回答時の年齢) | | | | |
| 1989年より前 (31歳以上) | 81 | 64 | 145 | 30.1 |
| 1990-1994年 (26-30歳) | 71 | 93 | 164 | 34.0 |
| 1995-1999年 (21-25歳) | 61 | 86 | 147 | 30.5 |
| 2000年- (20歳以下) | 9 | 14 | 23 | 4.8 |
| 無回答 | 0 | 3 | 3 | 0.6 |
| 宗教 | | | | |
| 仏教 | 62 | 108 | 170 | 31.7 |
| ヒンドゥー教 | 90 | 64 | 154 | 28.7 |
| 無宗教 | 63 | 66 | 129 | 24.1 |
| キリスト教 | 8 | 34 | 42 | 7.8 |
| イスラム教 | 12 | 28 | 40 | 7.5 |
| その他 | 1 | 0 | 1 | 0.2 |

| | | | | |
|----------------|-----|-----|-----|------|
| 学歴 | | | | |
| 大卒以上 | 140 | 233 | 373 | 69.6 |
| 高卒 | 87 | 63 | 150 | 28.0 |
| 中卒以下 | 8 | 5 | 13 | 2.4 |
| 在留資格 | | | | |
| 留学 | 85 | 126 | 211 | 39.4 |
| 技術・人文・国際業務 | 73 | 55 | 128 | 23.9 |
| 家族滞在 | 7 | 55 | 62 | 11.6 |
| 技能実習 | 26 | 14 | 40 | 7.5 |
| 永住・定住 | 10 | 21 | 31 | 5.8 |
| 特定技能 | 11 | 3 | 14 | 2.6 |
| その他（含無回答） | 23 | 26 | 49 | 9.1 |
| 日本語力 | | | | |
| 多様な話題を読んで議論できる | 42 | 74 | 116 | 21.6 |
| 健康問題など説明できる | 43 | 45 | 88 | 16.4 |
| 日常会話と簡単な読み | 98 | 117 | 215 | 40.1 |
| 挨拶と平仮名の読みのみ | 41 | 59 | 100 | 18.7 |
| ほとんどできない | 11 | 6 | 17 | 3.2 |
| 婚姻歴／パートナーの有無 | | | | |
| 未婚 | 111 | 158 | 269 | 50.2 |
| 同国出身者と結婚 | 117 | 128 | 245 | 45.7 |
| 国際結婚 | 1 | 9 | 10 | 1.9 |
| 離婚・別居・死別 | 4 | 6 | 10 | 1.9 |
| 無回答 | 2 | 0 | 2 | 0.4 |
| 性行為の経験 | | | | |
| あり | 194 | 208 | 402 | 75.0 |
| なし | 39 | 93 | 132 | 24.6 |
| 無回答 | 2 | 0 | 2 | 0.4 |
| 日本でのセックスパートナー | | | | |
| あり | 137 | 170 | 307 | 57.3 |
| なし | 97 | 130 | 227 | 42.4 |
| 無回答 | 1 | 1 | 2 | 0.4 |

出典：オンライン調査より筆者作成

表3で示す通り、年齢は、20歳代前半、20歳代後半、31歳以上が各3割程度である。学歴は、約7割が大卒以上で、出身国で大卒後に来日した人と、日本

の大学を卒業した人が含まれる。多くが高学歴である背景は、在留資格と関連づけて見る必要がある。全体の39.4%が留学の在留資格者で、23.9%の技術・人文知識・国際業務が続く。留学の在留資格申請には、12年間の教育を修了している必要がある。技術・人文知識・国際業務は、就職先からの内定だけでなく、専門学校を卒業すると得られる専門士以上の学歴が求められる。

日本語力は、会話や文字の読み書きの力を5レベルに分けて尋ねた。「日常会話と簡単な日本語が読める」人が40.1%で最も多い。この選択肢を選んだ人は、通訳なしで日本の医療機関を受診するのが難しいと思われる。「健康上の問題など自分で説明できる」人は16.4%、「多様な話題について日本語で読んで議論できる」人は21.6%であるが、国による差が大きい。最も高いレベルの回答が中国では7割あるが、その他の国では少ない。

婚姻歴は未婚が50.2%と最も多く、既婚者⁶⁾は47.6%である。性交経験は75%がありと回答しており、なしは24.6%のみである。未婚者も、半数は性交経験があることがわかる。既婚者の来日は、配偶者を同伴する場合と、単身の場合がある。日本でのセックスパートナーの有無については、全体の57.3%にあたる計307人がありと回答している⁷⁾。以下、妊娠や避妊、中絶を検討するため、異性愛者からの回答のみ分析する。

4.3 妊娠の制限

来日前の妊娠の制限については、女性のみ複数回答可で尋ねた。「警告等なし」が184人、「何らかの警告あり」が49人である。表4は、その出身国および在留資格別内訳である。

表4 来日前に妊娠について警告などされた人の出身国・在留資格別内訳

| 回答時の在留資格 | ベトナム (n=104) | ネパール (n=77) | ミャンマー (n=53) | 計 (n=301) |
|-------------------|-----------------|----------------|-----------------|--------------|
| 留学 | 18 | 2 | 0 | 20 |
| 技能実習 | 12 | - | 1 | 13 |
| 技術・人文知識・国際業務／技能 | 2 | 3 | 1 | 6 |
| 家族滞在 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| 特定活動／短期滞在／非正規滞在 | 6 | - | 0 | 6 |
| 無回答 | 2 | - | - | 2 |
| 計 | 40 | 6 | 3 | 49 |
| 調査参加者全体に占める割合 (%) | 38.5 | 7.8 | 5.7 | 16.3 |

出典：オンライン調査より筆者作成

何らかの警告があったと回答した女性は全体で16.3%いるが、中国とインドネシア出身者の回答はなかった。うちベトナム女性は38.5%と高い比率で警告を受けており、技能実習生に限ると回答者12人全員が制限を受けていた。

警告の内容は、「妊娠したら退職・退学、帰国と口頭で言われた」が45件、「妊娠したら罰金だと口頭で言われた」が3件、「妊娠したら退職・退学、帰国しますという誓約書に署名させられた」が5件で、「妊娠したら罰金を払いますという誓約書に署名させられた」という回答はなかった。口頭の警告と署名の両方など、複数の回答を選択した人が4人いた。

制限をした主体は質問にないが、「渡航前に」警告などを受けた経験を尋ねていることから、技能実習生の場合は現地の送り出し機関、留学生の場合は現地の日本語学校や留学エージェントなどが、直接の主体だと考えられる。来日後の妊娠の制限については聞いていないが、現地側だけでなく、日本の監理団体や学校などの受け入れ側も警告に関与している可能性は否定できない。

4.4 出身国と日本での避妊の実践の違い

日本でセックスパートナーがいた計307人の来日前後の避妊法利用についての複数選択可で得た回答を表5に示す。男性の回答は、自分のコンドーム使用等だけではなく、配偶者やパートナーのOCやECの使用も含む。

表5 出身国と日本における避妊法の利用

| 性別 | 場所 | コンドーム | OC | EC | インプラント | 注射 | IUD | 不妊手術 | リズム法 | 膈外射精 | その他 | 利用なし |
|----|-----|-------|----|----|--------|----|-----|------|------|------|-----|------|
| 男性 | 出身国 | 105 | 8 | 11 | 2 | 2 | 1 | 0 | 9 | 28 | 1 | 23 |
| | 日本 | 106 | 10 | 6 | 1 | - | 2 | 0 | 10 | 27 | 4 | 13 |
| 女性 | 出身国 | 58 | 8 | 14 | 3 | 6 | 5 | 1 | 6 | 15 | 3 | 86 |
| | 日本 | 92 | 11 | 10 | 4 | - | 5 | 3 | 22 | 33 | 7 | 36 |

出典：オンライン調査より筆者作成

表5に見るように、女性は出身国では避妊法の「利用なし」が86件と最も多いが、日本では36件に減っている。来日後にパートナーができた人がいると考えられる。表3で示すように国際結婚は2%に満たず、回答者のパートナーはほぼ同国出身者である。来日後も交際するパートナーの国籍の変化は少なく、使える避妊手段が大きく変化したと言える。利用なしを除くと、日本では、コ

ンドーム、膈外射精、リズム法の順に多く、それぞれ出身国より日本での利用が大幅に増えている。確実性が低いこれら3つの避妊法が上位であることが、予定外の妊娠につながっているのではないか。一方、男性も、コンドーム、膈外射精、リズム法が多い点は同じだが、出身国と日本での避妊法の利用に大きな変化がない。

ECは日本で認可されているが、男女とも日本で利用したという回答が少ない。日本では処方箋薬で、かつ高価であることが障壁だと考えられる。インプラントと回答した計4人のうちの3人はネパール人である。日本で避妊の選択肢が少ないことを知っている医師らの勧めで、来日前に装着したと回答している。注射は日本で認可されておらず、3カ月に一度接種する必要があるため、日本での回答の選択肢に入れなかった。

4.5 予定外の妊娠と中絶

日本でセックスパートナーがいた女性170人のうち17.6%にあたる30人が、予定外の妊娠を経験している。うち日本で出産した人は13人、一時帰国して産んだ人が1人、外科的中絶をした人は日本で10人、出身国において1人である。日本で薬剤中絶を行った1人は出身国等で薬剤を入手したと考えられる。その他4人が回答時点で検討中としている。

表6 予定外の妊娠をした女性30人の回答

| 回答 | 出身国 | | | | 宗教 | | | | 婚姻 | | | 在留資格 | | | | 理由（複数回答） | | | | | 警告 | | | | | |
|--------------|------|-------|--------|------|----|----|--------|-------|-------|-----|----|------|----|------|----|----------|-------|------|---------|----------|-----------|--------|----------|----|----|-----|
| | ネパール | ミャンマー | インドネシア | ベトナム | 中国 | 仏教 | ヒンドゥー教 | キリスト教 | イスラム教 | 無宗教 | 既婚 | 未婚 | 離別 | 家族滞在 | 留学 | 技人国 | 永住・定住 | 技能実習 | 勉学・仕事優先 | 費用や支援の問題 | パートナーとの問題 | 宗教上の理由 | その他及び無回答 | なし | あり | 無回答 |
| 出産 (n=14) | 4 | 4 | 3 | 2 | 1 | 5 | 3 | 1 | 3 | 2 | 12 | 1 | 1 | 5 | 3 | 2 | 3 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 11 | 11 | 3 | 0 |
| 中絶 (n=12) | 5 | 4 | 1 | 1 | 1 | 5 | 4 | 2 | 0 | 1 | 6 | 5 | 1 | 3 | 3 | 4 | 2 | 0 | 5 | 2 | 1 | 0 | 7 | 10 | 1 | 1 |
| 検討中 (n=4) | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 1 | 0 |
| 計 (n=30) | 12 | 9 | 4 | 3 | 2 | 12 | 9 | 3 | 3 | 3 | 20 | 8 | 2 | 9 | 8 | 7 | 2 | 1 | 7 | 3 | 2 | 1 | 20 | 24 | 5 | 1 |

出典：オンライン調査より筆者作成

表6に見るように、出身国や宗教を問わず予定外の妊娠を経験した人がいるが、イスラム教の回答者のみ中絶した人はいない。30人のうち22人は、日本

で何らかの避妊法を用いていたが、ほとんどがコンドームや膈外射精、リズム法を利用しており、OCを使っていたのは3人だけだった。出身国で注射を使っていたのは1人、ECを使ったことがある人は4人いる。うち1人が日本でもECを使ったと回答し、別の1人は日本でOCを利用していた。残る2人は、日本ではコンドームやリズム法だけを使っていた。ECやOCを日本でも利用している人は、出身国から持参したと回答している。

出産と中絶を分けた要因のひとつは婚姻状態だと考えられる。未婚で予定外の妊娠をした8人中5人は中絶を選択、2人は検討中、出産したのは1人だけである。

在留資格で見ると、家族の呼び寄せが認められている永住・定住資格者や技術・人文知識・国際業務でも中絶した人はいる。その中に、妊娠したら帰国だと警告されていた技術・人文知識・国際業務の資格者もいる。留学生8人のうち3人は出産、3人は中絶しており、双方に大学と日本語学校・専門学校の学生が含まれている。検討中の2人はいずれも日本語学校・専門学校生で、1人は妊娠したら帰国だと警告を受けている。帰国して出産と回答した技能実習生は、2018年に来日したベトナム人で、調査時点で非就労、無収入と答えている。新型コロナウイルス感染症の拡大で航空便が減り、帰国困難状態だったと考えられる。

決断の理由として、帰国して出産した人は、費用と支援の問題をあげている。中絶した12人のうち5人が、勉学や仕事を優先するためと答えている。帰国して外科的中絶を受けた人は、日本では費用がかかる、出身国のほうが安心だと回答している。

5. 4Aの視点での考察

5.1 Availability

必要なサービスが十分あり、利用したい時に使えるかを示すAvailabilityについては、出身国より日本で避妊法や中絶法の選択肢が少ないことが問題である。表2に示すとおり、注射は、インドネシア、ミャンマー、ネパールで最も利用率が高い方法だが、日本では未承認のため使い続けることができない。出身国から注射器と薬剤を持ち込んで同国出身の助産師に接種してもらう人もいるが(高向・田中 2022)、移民にとってリスクがある。同じく未承認のインプラントは、表5で見たように来日前に出身国で装着して来る人もいる。ただし、日本で不調になった時や妊娠を希望する場合、抜去できる病院を探すのは難しい。一時帰国して抜去する人もいる。日本で避妊しない理由を尋ねる問いには、

妊娠したいからという回答が最も多かったが、4人の女性は自分の気に入った方法が見つからないと答えている。

日本で中絶薬は未承認だが、日本で薬剤中絶をしたという回答者が2人いる。出身国で薬剤中絶をした2人も、日本で中絶薬が承認されていれば、帰国の必要はなかったのかもしれない。日本で中絶薬を服用後に体調が悪くなり、病院を受診しても、多くの場合、自分から中絶薬を飲んだと言わない⁸⁾。それが墮胎罪にあたることは知らなくても、日本で認可されていない中絶薬を飲むことを違法行為だと認識しており、知られたら、在留資格が取り消されるのではないかと不安に思う人もいる⁹⁾。Availabilityが満たされないことは、適切な処置を受けられないことにつながる。

5.2 Accessibility

利用しやすい場所でサービスを受けられるかの指標 Accessibilityについては、日本でOCやECが市販薬化されておらず、入手できる場所が限られていることが問題である。日本での避妊具・避妊薬の入手については、日本の薬局や病院という回答が137件で最も多い。次に多いのは通販の29件だが、出身国の通販サイトの可能性がある。他に、来日前に購入が18件、日本にいる同国出身の友人からが17件、出身国の家族や友人から送ってもらうが15件である。複数選択可の回答のため単純計算はできないが、日本の病院や薬局以外からの回答は計79件である。日本で避妊しない理由として、入手方法がわからないという回答が5件ある。避妊具・避妊薬を入手できる場所が、周知されているとは言えない。

5.3 Affordability

表2から、日本と出身国での費用の差がわかる。ネパールとミャンマーは公立医療機関で、インドネシアでも家族計画クリニックなどで避妊具や避妊薬が無料で提供されている。中国やベトナムは無料ではないものの、薬局やインターネット通販で安く購入できるものが多い。日本で避妊しない理由として、費用が高いからという回答が5件あった。来日前に避妊具・避妊薬の準備をした人に理由を尋ねた問いには、出身国の医療機関では無料だからが25件、日本より安価で入手できるからが24件の回答があった。来日前に購入した、出身国から送ってもらったという回答が一定数あることから、日本での避妊具・避妊薬の価格の高さがその背景にあると考えられる。

中絶に関して、インドネシアや中国では日本と費用の差が小さいが、5万円以内で処置できるベトナム、ミャンマー、ネパール出身者の中に、一時帰国し

て中絶を選択する人がいることは理解できる。

5.4 Acceptability

言語や心理的障壁、スティグマを感じずサービスを受けられるかを示す Acceptability については、表3で示すように、回答者の6割以上が自分の健康問題を説明できるだけの日本語力がない。特に女性は、日常会話と簡単な読みができるという程度の日本語力の回答者が多く、健康問題を説明できる日本語力がある人は3割程度である。高い日本語力がなくてもコンドームを買うことはできるが、OCやECの処方を受けるには、一定の日本語力が求められる。OCやECの処方を目的とした受診は、日本語がわかる人を同伴することが難しいと想定されるため、言語の壁は軽視できない。

来日前に避妊具・避妊薬の準備をした人に理由を複数回答可で尋ねた問いには、言葉の壁なく簡単に利用できるからという回答が39件あった。日本で利用できるサービスについて不安があったという回答は17件である。渡航の仲介業者や出身国の医療専門家、日本にいる友人や家族からの助言で来日前に準備したという回答が35件あり、渡航前の情報提供が重要であることがわかる。

おわりに

本研究は、移民の来日前後のSRHSへのアクセスに関するアンケート調査を用いて、避妊と中絶サービスの利用に対する障壁を4Aモデルから分析した。Availability, Accessibility, Affordability, Acceptabilityのいずれも課題だが、移民女性が出身国で使える避妊法・中絶法が日本にないAvailabilityに関する点がとりわけ深刻である。同時に、費用に関するAffordabilityも重要な要素であることがわかった。

回答した女性の16.3%が「妊娠したら帰国」等の警告を受けたことがあり、日本でセックスパートナーがいた人の17.6%が予定外の妊娠を経験していることも明らかになった。ベトナム人女性技能実習生回答者の全員が警告や誓約書への署名など何らかの制限を受けたと答えており、妊娠の制限が広く行われていることがわかる。予定外の妊娠をした未婚の女性は、在留資格を問わず、勉学や仕事を優先するために中絶を選択する傾向にあった。日本で未認可の中絶薬を日本で服用している例も見られた。

本調査から、日本では移民女性のSRHRを守りにくいこと、言葉の壁、法の壁、サービス利用の壁を回避するために、一部の移民は出身国から避妊具や避妊薬を持ち込んでいることがわかった。しかし、そのような対応は、健康面だ

けでなく、法の面¹⁰⁾からも移民自身がリスクを抱えることになる。移民の自己責任とするのではなく、避妊薬の市販薬化や保険適用、中絶薬の認可が進み、日本と諸外国のSRHSのギャップをなくすことが望まれる。

本稿では、FGDによる質的調査を取り上げなかった。避妊や中絶の選択の分析は、パートナーとの交渉や、出身国もしくは渡航先のコミュニティ内での受容など、4A以外の要素を考慮する必要がある。今後は、質的調査も組み合わせながら、論じることが求められる。

(たなか まさこ 上智大学)

謝辞：調査にご協力くださった方、貴重なご指摘をくださった査読者の方、学会誌編集委員会のみなさまに感謝します。本稿はJSPS国際共同研究強化(B)「移住女性とSDGs：セクシュアル／リプロダクティブ・ヘルスへのアクセス」(18KK0030)の成果の一部である。

[注]

- 1) 2020年、ベトナム人リンさんは、妊娠したものの帰国させられるのを恐れて誰にも相談できず、自宅で孤立出産をした。第一審は、遺体を一日以上放置した彼女の行為が「国民の一般的な宗教感情を害する」として「懲役8月、執行猶予3年」の有罪判決、第二審は、二重のダンボールにテープで封をしたことが「隠匿」にあたるとして「懲役3月、執行猶予2年」の有罪判決を出した。2022年1月31日、リンさんは無罪判決を求めて最高裁判所に上告、4月11日に上告趣意書を提出した。
- 2) 牧山ひろえ参議院議員webサイト「活動報告：技能実習生の妊娠・出産事案に関する新たな事実が判明」(2021年9月7日) <https://makiyama-hiroe.jp/activity/> (2022年3月15日閲覧)
- 3) 母体保護法第14条第2項の配偶者同意は、DV被害者など同意を得ることが困難な場合、本人の同意だけで足りる(日本産婦人科医会「配偶者の同意に関する日本医師会の疑義解釈紹介文とその回答」http://www.taog.gr.jp/pdf/210316_4.pdf (2022年9月13日閲覧))
- 4) 2021年12月20日千葉県医師会より聞き取り。
- 5) Migrants' Access to Sexual and Reproductive Health Services in Japan <https://sites.google.com/view/migrants-reproductive-health> (2022年6月25日閲覧)

- 6) 法律婚や宗教婚をしていない事実婚を含む。
- 7) 配偶者と異なるパートナーも含む。同性パートナーがいるという回答は1件のみあった。
- 8) 2019年8月25日埼玉県のカトリック教会で当事者より聞き取り。
- 9) 2018年7月8日東京都新宿区での海外在住ネパール人協会日本支部女性部会主催の学習会において当事者から出た質問より。筆者は通訳補助として参加。
- 10) 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律で、処方箋によらない医薬品・医薬部外品の持ち込みは2カ月分以内しか認められていない。厚生労働省「医薬品等の個人輸入について」https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iyakuhin/kojinyunyu/topics/tp010401-1.html (2022年6月25日閲覧)

[引用文献]

- Akhtar, F. 2005 *Depopulating Bangladesh: Essays on the Politics of Fertility* (Third Edition) , Narigrantha Prabantana, Dhaka.
- Danish Institute for Human Rights 2017 AAAQ & Sexual and Reproductive Health and Rights: In ternational Indicators for Availability, Accessibility, Acceptability and Quality, <https://www.humanrights.dk/publications/aaaq-sexual-reproductive-health-rights> (2022年2月6日閲覧)
- Desai, S., Huynh, M., and Jones, H.E. 2021 Differences in Abortion Rates between Asian Populations by Country of Origin and Nativity Status in New York City, 2011-2015. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (12) , 6182; <https://doi.org/10.3390/ijerph18126182> (2022年3月14日閲覧)
- 法務省 2022 「在留外国人統計テーブルデータ」 https://www.moj.go.jp/isa/policies/statistics/toukei_ichiran_touroku.html (2022年9月13日閲覧)
- International Migration Office 2018 *Glossary on Migration*, 2nd Edition.
- International Planned Parenthood Federation 2018 「セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツ (性と生殖の健康と権利: SRHR) の新定義」
- Khin, Y. P., Nawa, N., Fujiwara, T., and Surkan, P.J., 2021 Access to contraceptive services among Myanmar women living in Japan: A qualitative study, *Contraception*, <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.05.008> (2021年9月5日閲覧)
- Puri, M., Tamang, A., Singh, S. 2022 Addressing Gaps in Safe Abortion Services in Nepal <https://www.guttmacher.org/article/2022/06/addressing-gaps-safe>

abortion-services-nepal (2022年6月25日閲覧)

Shah, R., Kiriya J, Shibnuma A, Jimba M., 2018 Use of modern contraceptive methods and its association with QOL among Nepalese female migrants living in Japan. PLoS ONE 13 (5) :1-14.

高向有理・田中雅子 2022 「在日インドネシア人女性のセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス／ライツ—妊娠・避妊に関する調査から」『移民政策研究』14：108-125

田中雅子 2020 「移民女性のセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス／ライツの実現に向けた課題 —日本で暮らす留学生と技能実習生の妊娠に関する一考察—」『国際ジェンダー学会誌』18：64-85

特定非営利活動法人アフリカ日本協議会編 2015 『NGOのためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ ハンドブック：すべての人に健康を届けるためには』外務省発行 <https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/files/000079718.pdf> (2022年2月6日閲覧)

United Nations Population Division 2021 World Contraceptive Use 2021
<https://www.un.org/development/desa/pd/data/world-contraceptive-use>
(2022年6月29日閲覧)

World Health Organization 2019 Model List of Essential Medicines.

World Health Organization 2022 Abortion Care Guideline, <https://srhr.org/abortioncare/> (2022年9月13日閲覧)

(2022年9月25日掲載決定)

Unintended Pregnancy and Access to Contraceptive and Abortion Services for Migrant Women in Japan: Data analysis based on an online survey of migrants from five Asian countries

TANAKA Masako
(Sophia University)

This study aims to identify the barriers to access to sexual and reproductive health services for migrants living in Japan. There are more options for contraceptives and abortion care with reasonable costs in the research-targeted countries, China, Vietnam, Nepal, Indonesia, and Myanmar, compared to Japan. A total of 536 people from these countries participated in the questionnaire survey. The results show that 16.3% of women were warned they would have to return home if they became pregnant, and 17.6% of those who had sex partners in Japan experienced unintended pregnancies. Unmarried women chose abortion to prioritize their studies and work, regardless of residence status. The 4A model – Availability (existence/time), Accessibility (location/distance), Affordability (cost), and Acceptability (psychological barrier) – was applied to analyze the barriers. Given these barriers, some migrants brought contraceptives from their home countries; however, even if they attend a medical institution due to illness, they tended to hide that they were taking medication without a doctor's supervision. This is risky, as they may not receive appropriate medical treatment without a full disclosure of their medical history. It may be necessary to make emergency contraception, oral contraceptives, over-the-counter medicines, and health insurance applicable to prevent migrants from taking such risks.

Keywords: migrant women, unintended pregnancy, contraceptive, abortion, sexual and reproductive health service