



令和3年度 家族計画・母体保護法指導者講習会

北海道医師会母体保護法指定医師審査委員会

委員長 はれやま 晴山 ひとし 仁志

令和3年度家族計画・母体保護法指導者講習会は、令和3年12月4日（土）（午後1時～3時30分）、日本医師会と厚生労働省の共催で開催された。例年日本医師会館大講堂で開催されていたが、新型コロナウイルス感染症拡大防止のため昨年と同様のオンラインで行われ小職が参加した。渡辺弘司日本医師会常任理事の司会の下、中川俊男日本医師会会長（代読：日本医師会副会長、猪口雄二氏）ならびに後藤茂之厚生労働大臣（代読：厚生労働省子ども家庭局母子保健課長、山本圭子氏）の挨拶後、木下勝之日本産婦人科医会会長の来賓挨拶があった。渡辺弘司日本

プログラム

日時：令和3年12月4日（土）13：00～15：30
場所：日本医師会館（オンライン開催）

1. 開会（13:00） 司会：渡辺 弘司（日本医師会常任理事）

2. 挨拶（13：00～13：10）
日本医師会
厚生労働省
日本産婦人科医会

3. シンポジウム（13：10～14：50）
座長：渡辺 弘司（日本医師会常任理事）

テーマ「人工妊娠中絶、Up to date—母体の安全・安心を改めて考える—」

人工妊娠中絶手術を巡って

(1) 安全な人工妊娠中絶手術実施へむけた日本産婦人科医会のとりのくみ (20分)
長谷川潤一（聖マリアンナ医科大学産婦人科学教授）

(2) 多様化する人工妊娠中絶等手術機器の活用について (20分)
谷垣 伸治（杏林大学医学部産科婦人科学教室教授）

(3) 経口妊娠中絶薬の実用化へむけて (20分)
石谷 健（北里大学北里研究所病院婦人科副部長）

(4) 母体保護の立場から：人工妊娠中絶を受ける女性のこころとからだのケア (20分)
相良 洋子（さがらレディースクリニック院長）

(5) 指定発言—行政の立場から（最近の母子保健行政の動き） (20分)
山本 圭子（厚生労働省子ども家庭局母子保健課長）

4. パネルディスカッション（14：50～15：30）
座長：渡辺 弘司（日本医師会常任理事）
平原 史樹（日本産婦人科医会副会長）
パネリスト：講師5名

5. 閉会（15：30）

医師会常任理事の座長の下「人工妊娠中絶、Up to date—母体の安全・安心を改めて考える—」のテーマでシンポジウムが開催された。以下その要旨について報告する。

シンポジウム

「人工妊娠中絶手術を巡って」

1. 安全な人工妊娠中絶手術実施へむけた日本産婦人科医会のとりのくみ

長谷川潤一（聖マリアンナ医科大学産婦人科学教授）

人工妊娠中絶の手術方法として搔爬法、電動式吸引法（EVA：electric vacuum aspiration）、手動式吸引法（MVA：manual vacuum aspiration）がある。2012年にWHOは妊娠12～14週までは真空吸引法を推奨している。またMVAキットによる流産手術保険改定などの影響により、本邦の人工妊娠中絶の吸引法の占める割合は増加傾向にある。2012年の日本産婦人科医会のアンケート調査によると、人工妊娠中絶術（搔爬法33%、吸引法20%、搔爬・吸引併用法47%）における合併症の頻度は0.4%で、大部分は内容物遺残で重篤な大量出血や子宮損傷・穿孔は0.02～0.03%と稀であった。また2016～2020年までの日本産婦人科医会の偶発事例報告では年間2～8件を数える。本邦の母体保護法指定医師にとって、搔爬法は慣れた手技で安全に行われており、海外で報告されている合併症頻度よりは低く、医療的に大きな差異があるとは思われない。妊娠週数の進んだ拡大子宮での吸引法はうまく除去できない時に、胎盤鉗子や搔爬法を追加して完全な手術を行うことができる。したがって症例毎に適切な手術法の選択、組み合わせは重要である。安全な人工妊娠中絶手術実施に向けて術前に人工妊娠中絶の同意だけでなく、麻酔を含めた手術法を丁寧に説明し文書で承諾を得る。手術合併症（手技、麻酔）はいつでも起こり得ると考え、各ステップでの予防策を講じる。超音波装置を用いて、特に穿孔の可能性を念頭に置いた処置を行う。合併症の早期発見、速やかな対応を心がけ丁寧な診療を行うことが重要である。

2. 多様化する人工妊娠中絶等手術機器の活用について

谷垣伸治（杏林大学医学部産科婦人科学教室教授）

2021年7月2日人工妊娠中絶手術の安全性等について厚生労働省から以下の依頼があった。「人工妊娠中絶・流産手術についてWHOはEVA（electric vacuum aspiration：電動式吸引法）およびMVA（manual vacuum aspiration：手動式吸引法）を推奨しています。つきましては、こうした国際的な動向を踏まえてEVAおよびMVAについて会員に対して周知していただくようご協力をお願いいたします。また搔爬法の合併症発生率は吸引法より2～3倍高く、妊娠10週までの出血も少ない」。本邦におい

て2012年の人工妊娠中絶10万851件（掻爬法単独33%、吸引法単独20%、吸引後に掻爬法追加47%）の検討が行われ、合併症は0.4%（358件）であり、掻爬法の施行では遺残、子宮穿孔などの合併症が多いが、出血は手技間に差は認められなかったと報告されている。米国産婦人科学会（ACOG）2015年「初期流産に関するガイドライン」では掻爬単独法よりも吸引法が優れ、吸引法は鎮静剤なしの局所麻酔下でも実施可能であると記載され、英国国立医療技術評価機構（NICE）2012年「子宮外妊娠と流産ガイドライン」では流産手術を受ける女性に対して外来またはクリニックにおいて局所麻酔下に手動真空吸引法手術か手術室での全身麻酔下の手術の選択肢を提供しなければならないと述べられている。このように吸引法が絶賛されているが、胎盤遺残や週数が進んでいる症例に対して胎盤鉗子やキューレットで排除しなければならない。また局所麻酔が不十分で鎮静が必要なこともあり、合併症を回避するために適切な手術法の選択、組み合わせは重要である。

3. 経口妊娠中絶薬の実用化へむけて

石谷 健（北里大学北里研究所病院婦人科副部長）

2013年日本産婦人科医学会で経口中絶薬に対する考え方がまとめられ、その後フェリングファーマ社（現ラインファーマ社）の経口中絶薬の治験計画が始まった。2019年から本邦において日本産婦人科医学会の指導下で、適応は妊娠9週0日以内の120例を対象として第Ⅲ相試験が行われ、令和3年4月にその結果が公表された。ミフェプリストン1錠内服後、36～48時間後にミソプロストール4錠内服し、ミソプロストール投与後24時間以内の中絶成功率は93.3%であった。有害事象発現率は59.2%でほとんどが軽度または中等度の下腹部痛と嘔吐であり、重篤有害事象は4例に見られ失血性貧血、子宮内膜炎などみられたが回復している。出血はミソプロストール投与後48～52時間で認められなかった。ラインファーマ社が令和3年12月22日に、厚生労働省に承認を申請し、順調にいけば令和4年末頃までに承認となる可能性がある。経口中絶薬の普及には母体保護法指定医師の面前で患者に服薬させ、出血や遺残などに対する対応できる外科的処置の技量は必須となる。

また母体保護法指定医師は母体保護法に則り、厳密に薬品管理と処方を行わなければならない。

4. 母体保護法の立場から：人工妊娠中絶を受ける女性のこころとからだのケア

相良洋子（さがらレディースクリニック院長）

一般的に人工妊娠中絶によって精神疾患の発症頻度が高くなるということはない。しかし人工妊娠中絶を受けた女性は、その後長期間、不安、罪悪感、自責の念などの心理的葛藤を抱きながら生きていることが多い。人工妊娠中絶を受ける女性には様々な背景要因（10代、性暴力・性犯罪、妊娠中の問題による中期中絶など）があり、背景に応じたケアが必要である。また医療スタッフの心理的葛藤に対する配慮も重要である。人工妊娠中絶を受ける女性に対するこころのケアは女性の決断を尊重し、安心して手術を受けられるよう十分な配慮を行い、さらにより健康的未来に向けての支援を行うことであり、これによって女性との間に信頼関係ができ、女性がこの辛い経験を乗り越えてより健康な未来を生きることにつながっていくと考える。

5. 指定発言－行政の立場から（最近の母子保健行政の動き）

山本圭子（厚生労働省子ども家庭局母子保健課長）

以下の母子保健行政についての全般的なお話があった。①母体保護法の概要②人工妊娠中絶の件数・年次推移・実施率③母体保護法第14条に係わる照会について④令和3年度母子保健対策関係予算の概要⑤母子保健関連施策⑥子育て世代包括支援センターによる包括的な支援体制の構築⑦母子保健法の一部を改正する法律（産後ケア事業の法制化）⑧成育基本法の概要⑨成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針概要⑩NIPT（非侵襲性出生前遺伝学的検査）⑪新生児聴覚検査体制整備事業。

その後、渡辺弘司日本医師会常任理事と平原史樹日本産婦人科医学会副会長の座長の下、会場参加した日本産婦人科医学会の役員とシンポジウム担当講師との間で質疑応答があり講習会は定刻通り終了した。