



令和4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4年度家族計画・母体保護法指導者講習会は、令和4年12月3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3年連続のオンライン形式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、松本吉郎日本医師会会長ならびに加藤勝信厚生労働大臣（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、石渡勇日本産婦人科医会会長の来賓挨拶があった。渡辺弘司日本医師会常任理事の座長の下「心の問題を考える

令和4年度家族計画・母体保護法指導者講習会プログラム

日時：令和4年12月3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. 講演（13：10～15：30）

座長：渡辺 弘司（日本医師会常任理事）

テーマ「心の問題を考える－その後のサポートへ繋げるために」

(1) 日本医学会の出生前検査認証制度の現状について（仮題） 20分
渡辺 弘司（日本医師会常任理事）

(2) 心のケアについて
① 出生前検査を選択する人、しない人、そしてサポートする医療者の現状 30分
白土 なほ子（昭和大学医学部産婦人科准教授）

② 人工妊娠中絶をめぐる心のケアと期待される支援体制 30分
菅生 聖子（大阪大学大学院人間科学研究科人間科学専攻 臨床心理学研究分野 講師）

③ 中絶を含む周産期喪失の悲嘆ケアと支援体制 30分
石井 慶子（聖路加国際大学看護学研究科客員研究員）

④ 総括 10分
相良 洋子（日本産婦人科医会常務理事）

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

4. 閉会（15：30）

－その後のサポートへ繋げるために」のテーマで講演が行われた。以下その要旨について報告する。

1. 日本医学会の出生前検査認証制度の現状について

渡辺弘司（日本医師会常任理事）

母体血漿中の胎児由来のcell-free DNAを検出して3つの染色体（13、18、21番）異常を検出する非侵襲的出生前遺伝学的検査（NIPT：non-invasive prenatal genetic testing）は2013年から認定施設において開始された。その後、一部美容クリニックなど非認定施設が遺伝カウンセリングなしの検査のみ行いトラブルが多発した。2020年に厚生科学審議会科学技術部会の下に専門委員会が設置され日本医学会の中に出生前認証制度等運営委員会が作られ3つのワーキンググループ（情報提供ワーキンググループ、施設認証ワーキンググループ、検査精度評価ワーキンググループ）が様々な課題を検討している。2022年2月に基幹施設168施設が認定され、9月に連携施設178施設、暫定連携施設26施設が認定され、以前の3倍以上に施設が増え、全国すべての地域で検査が可能になった。

2. 心のケア

(1) 出生前検査を選択する人、しない人、そしてサポートする医療者の現状

白土なほ子（昭和大学医学部産婦人科准教授）

先天性疾患は出生児の4%、その25%は染色体疾患である。染色体疾患を調べる検査は非確定的検査（非侵襲性検査）（超音波マーカー検査、母体血清マーカー検査、NIPT）と確定的検査（侵襲性検査）（絨毛染色体検査、羊水染色体検査）がある。どの検査も非支持的な遺伝カウンセリングが必要である。NIPT検査が普及して、近年超音波マーカー検査、母体血清マーカー検査が漸増し羊水染色体検査は減少傾向にある。NIPT受検者は、2013年は年間8,000人であったが2016年には14,000人と増加しその後は変化がない。これはNIPT非認可施設の参入した影響が考えられ、年間受検者数は認可施設の約2倍の報告もある。日本におけるNIPT陽性率は1.8%、陽性者の中率は90.8%、検査陽性者の妊娠中断率は77.6%である。年齢別データでは受検者は39歳、陽性者数は40歳が最多である。また偽陰性率は0.01%に見られる。

NIPT受検希望者は、夫婦で来院を推奨し臨床遺伝専門医や認定遺伝カウンセラーが担当し①検査の種類・内容の違いを理解してもらう②検査の限界も伝える③受検者、パートナーが抱える不安を傾聴する④結果による選択肢を考えるか、受検前に検討してもらう⑤受検の必要性について自立的に決定できるように支援することが検査前遺伝

カウンセリングの重要ポイントである。NIPTの「陰性」、「陽性」の受検者に対して、各々遺伝カウンセリングを行う。また0.4%の頻度で「判定保留」が発生するので注意が必要である。NIPT陽性で胎児染色体異常が確定診断され人工妊娠中絶を選択した母親のアフターカウンセリングを含めた継続的な支援によって心理的なケアを行うことが重要である。NIPT等の非侵襲的出生前検査の受検率は増加傾向にあり、検査について自立的な意思決定のために、必要な妊婦が正確な情報をアクセスし、遺伝カウンセリングに繋がる体制整備が重要である。

出生前検査に関する妊産婦等の意識調査や支援体制構築のための研究データでは、一般妊産婦・一般女性共に約15%が出生前検査を「すべての妊婦に行った方が良い」と回答した。「条件付き」は約30%、「希望者に」は約40%であり、「行わない方が良い」との回答はわずかであった。出生前検査を選択する妊産婦は高年齢、ART経験者、高学歴、高世帯年収、海外経験を有する家族に多く、不安やうつ傾向を示す女性の受検希望が多かった。出生前検査を受けたい理由は「妊娠期の安心感」、「夫婦で生まれてくる子のことを話し合える」が多く、受けたくない理由は「検査結果を待つ間が不安」、「費用負担の重さ」、「検査を受けたことで子どもに申し訳ない」が多かった。

出生前検査陽性者の対応は産婦人科だけでなく関連診療科や地域の連携が不可欠であるが、対応する医療者が負担に感じていることも多いことが分かった。理由として「時間的制約」、「個別化した対応が必要」、「予後予測が困難」など担当医療者個人の努力に依存してケアが行われている状況がうかがえ、医療者の心のケアも含めた支援体制の充実が必要であるとともに、ケアを担う医療スタッフの負担軽減する方策の検討も必要と考えられた。

(2) 人工妊娠中絶をめぐる心のケアと期待される支援体制

管生聖子（大阪大学大学院人間科学研究科
人間科学専攻臨床心理学研究分野 講師）

人工妊娠中絶は「選択」という能動性（自責感）、決定までの短い時間（プロセスの短さ）、「お腹の中の子の死」「わが子の死」と捉えやすい（罪悪感・愛着）、女性の権利か胎児の権利か追い詰めてしまう可能性（相反する思いの抱えにくさ）などの特徴を有する。中絶を選択した者にとっての医師の診察は①疑問や不安に対し医療に関する専門的な知識を教えてもらう場②検査結果や身体の不調があれば、どのように対処すれば良いのか説明を受ける場③事実と正しい情報を得て、自分に向き合ってくれる存在に支えられる場である。一方、

心理職のカウンセリングは①心理職の問いかけから言語化されない感覚や感情に意識を向け、自分自身の内面に向き合う場として機能する②必要な心理教育を受けながら置き去りになりがちな情緒認知面について知り、見通しを持つこと③自分の感情や気持ちを言語化し、改めて思い巡らせることで自分の気持ちを整理する場として捉えることができる。しかし心理的葛藤が強く内面を見通せない患者の思いを把握するのは他次元での「心のケア」が行われることが理想である。医療スタッフ、家族、友人、自分自身、それぞれの立場で可能な様々な複合的ケアで、本人が孤独から少しでも救われ、亡き子を思う大切な時間を過ごすことができる。

(3) 中絶を含む周産期喪失の悲嘆ケアと支援体制

石井慶子（聖路加国際大学看護学研究科
客員研究員）

流産・死産・新生児死の悲嘆（グリーフ）支援にあたり、胎児の死も含め「死別の体験として」対応している。周産期喪失の悲嘆は感情的反応（悲しみ、怒り、不安など）、認知的反応（お腹に赤ちゃんいる感じ、現実感が乏しい、記憶力・理解力が乏しいなど）、行動的反応（涙が止まらない、過活動など）、身体的反応（痛み、体調不良、睡眠障害、食欲不振など）に分類される。特に認知的反応は数ヵ月続くため社会生活への適応・復職時の困難に繋がる。流産・死産を経験した女性の調査研究では93%が直後に「つらかった」、1年後以降でも30%以上が「つらさを抱えている」と回答している。人工妊娠中絶のみのデータでは、中絶を決める頃に83%が「つらかった」、1年経過後も47%が「つらさを抱えている」と回答している。周産期喪失患者の「多様な悲嘆」「困難」を支える体制として①気持ちを落ち着けてゆっくり話せる環境で体験者の想いを聴き、個別の状況を理解し、状況に応じた丁寧な説明をする②患者の願うことを受け止め支える③心身の健康不安を支える④続く悲嘆の影響に配慮し、女性の人生における長期的な支援が必要である。

(4) 総括

相良洋子（日本産婦人科医会常務理事）

中絶を含む周産期喪失を経験した女性・家族に対してどのように心のケアを行うか？令和3年と令和4年に厚生労働省から課長通知と事務連絡が行われた。課長通知は各自治体事務担当者へ「流産や死産を経験した女性等への心理社会的支援等について」である。母子保健法における「出産」は流産および死産も含まれるので、流産や死産を経験した女性に対して子育て世代包括支援センター事業を含む各種事業を通して支援体制整備に努めることを依頼して

いる。事務連絡は日本産婦人科医会宛てで「不妊症・不育症患者や流産・死産を含む子どもを亡くした家族に対する情報提供等について」である。子どもを亡くした家族に関わる方々のグリーフケアおよび相談支援の手引きの活用を勧めている。周産期喪失を経験した女性・家族への支援は①本人の意識（支援の必要性の認識不足や心理的な抵抗感など）②支援に繋がるよう背中を押す環境（医療者や行政のグリーフケアへの理解など）③支援のアクセス・強化（身近に相談先がない、時間的困難、他機関との連携など）などの理解が必要である。特に人工妊娠中絶を経験した女性は手術前後で強い抑うつ、不安感があり強い支援体制を必要としているが、ためらい、諦め、情報不足などにより支援が繋がらない現状がある。

人工妊娠中絶を経験した女性と家族への情報提供リーフレットや流産・死産人工妊娠中絶を経験した女性等への支援の手引きを活用して心理社会的葛藤について理解し、十分な情報提供を行い、専門的な支援の必要性を判断し専門窓口につなげることが重要である。

3. 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人工妊娠中絶の妊娠週数別件数・割合の推移④都道府県別にみた妊娠満12週～15週の中絶件数割合⑤母体保護法第14条と第3条について：成年年齢が20歳から18歳に引き下げられたことにより、第3条の但し書きの「未成年者」についても「20歳未満」から「18歳未満」を指すことになった⑥人工妊娠中絶等の安全性等について依頼文⑦旧優生保護法に基づく優生手術等を受けた者に対する一時金の支給等に関する法律など：旧優生保護法に関連した資料や記録について保存期限を問わず当分の間破棄せず、保存を継続すること⑧子どもを亡くした家族へのグリーフケアに関する調査研究⑨母子健康手帳、母子保健情報等に関する検討会について⑩母子健康手帳の見直し方針について⑪令和4年度母子保健対策関係予算の概要：「女性健康支援センター」、「不妊専門相談センター」などを統合して「性と健康の相談センター事業」を創設。

北海道医師会 育児サポート事業のご案内

**病児・病後児の預り時に、
ぜひご利用ください!**

北海道医師会が利用料金の一部を負担する、会員限定の利用券での支払いが可能です。



子育て中の医師の仕事と家庭を
両立するためのサポートです。



お問い合わせ先

一般社団法人 北海道医師会 事業第三課

〒060-8627 札幌市中央区大通西6丁目 FAX 011-231-7272

TEL 011-231-7300 E-mail josei-dr-shien@m.doui.jp