

# 令和7年度 家族計画・母体保護法指導者講習会 報告

新潟大学医歯学総合病院 総合周産期母子医療センター  
教授 西 島 浩 二

母体保護法指定医師に求められる家族計画および同法に関連する最新の知識について講習を行い、母体保護法の適正な運営を図ることを目的として、令和7年度家族計画・母体保護法指導者講習会が開催された。

冒頭、ビデオメッセージにより挨拶に立った松本吉郎日本医師会会長は、本講習会のテーマである「多様化する社会の中で母体保護法指定医師が考えるべきこと」について言及し、母体保護法指定医師の社会への関与に期待を寄せた。

続いて、濱口欣也日本医師会常任理事を座長として、シンポジウムが開催された。

## シンポジウム「多様化する社会の中で母体保護法指定医師が考えるべきこと」

経口妊娠中絶薬の適切使用、母体保護法をめぐる最近の話題、母子保健行政の最近の動向といった重要なテーマについて講演が行われた。

### 講演1 「経口妊娠中絶薬の適正使用を確実に進めていくために」

石谷 健 氏（日本産婦人科医会常務理事／  
日本鋼管病院婦人科部長）

本講演では、経口妊娠中絶薬をめぐる制度および運用の現状と課題が整理された。

#### 1. 人工妊娠中絶の現状

講演冒頭、厚生労働省「衛生行政報告例（令和6年度）」を基に、人工妊娠中絶の年齢別および妊娠週数別の実態が示された。令和6年度における人工妊娠中絶総数は12万7,992件であり、対前年度比の増加率は+1.0%であった。

年齢別にみると、20歳代および30歳代が多数を占める一方、20歳未満の人工妊娠中絶数は1万884件で、対前年度比+7.9%と、最も高い増加率

を示した。この点に関して、実数としては依然少数ではあるものの、看過できない動向であるとの見解が示された。

また、妊娠週数別の届出数では、妊娠満12週未満での人工妊娠中絶が大部分を占めており、初期中絶の3分の1以上が無床診療所において実施されていることが示された。

#### 2. 経口妊娠中絶薬の概要

続いて、経口妊娠中絶薬メフィーゴ<sup>®</sup> パックの基本的な位置づけと使用方法について概要が示された。本剤は、ミフェプリストンおよびミソプロストールの2剤を服用することにより、妊娠9週0日までの人工妊娠中絶を可能とする薬剤である。母体保護法指定医師の管理のもと、入院可能な指定施設において使用され、1剤目のミフェプリストンは母体保護法指定医師の面前で服用し、2剤目のミソプロストール服用後は胎嚢排出まで原則として院内待機とする運用が求められている（一部条件下では帰宅可）。

約9割の症例でミソプロストール服用後8時間以内に中絶が完了する一方、約1割の症例で外科的処置を要することも併せて報告された。

次に、メフィーゴ<sup>®</sup> パックの登録施設数について説明があった。2025年11月現在、同薬の登録施設数は全国で388施設に達している。都心部を中心に登録が進んでいる一方で、新潟県内の登録施設数は9施設に留まるなど、都道府県間で大きな差が認められるとの指摘があった。

#### 3. 経口妊娠中絶薬の有効性・安全性に関する知見

経口妊娠中絶薬の有効性・安全性について、国内治験および海外の大規模メタアナリシスの結果が紹介された。経口中絶薬は高い成功率が示される一方、腹痛や消化器症状等の副作用や、稀では

あるが、大量出血や重症感染症などの重篤な合併症の報告もあり、慎重な管理が必要である。

さらに、禁忌事項についても言及があり、異所性妊娠が疑われる症例や出血性疾患を有する症例に加え、米国FDAでは、慢性副腎不全、長期の全身ステロイド投与、遺伝性ポルフィリン症が禁忌とされていることが示された。これらの疾患は、問診により能動的に確認しなければ見逃される可能性があるため、十分な注意が必要である。

#### 4. 国内導入の経緯と国際的比較

経口妊娠中絶薬が薬事承認に至った経緯が時系列で示された後、海外では公的補助制度や遠隔診療が認められている国が多い一方で、本邦では安全性を重視し、より厳格な運用が採用されていることが説明された。

#### 5. 無床診療所への拡大をめぐる議論

令和6年8月に開催された厚生労働省薬事審議会において、調査研究事業および製造販売後調査の結果を踏まえ、一定の条件下で無床診療所における経口妊娠中絶薬の使用および自宅での母体管理が承認された。

この承認を受けて、日本産婦人科医会ならびに日本医師会から、厚生労働省に安全性を担保するための体制整備を求める意見書が提出された。意見書には、①講習受講の義務化、②薬品管理および症例報告体制のデジタル化、③安全性確保のための資材整備、④国民に対する正確な情報提供の必要性が挙げられた。

これらの議論を踏まえて、無床診療所への運用拡大は一旦見送られ、一定の要件を満たす場合に限り2剤目服用後に帰宅を可能とする運用のみが認められ、現在に至っている（令和6年11月29日厚生労働省と子ども家庭庁通知）。

#### 6. 義務講習・オンライン報告システムの導入

経口妊娠中絶薬の適正使用を確保するための取り組みとして、母体保護法指定医師を対象とした義務講習の導入について説明があった。本講習は、経口妊娠中絶薬の使用に関する知識および対応能力の均てん化を目的として、今後の母体保護法指定医師研修会の中で段階的に実施されるものである。

義務講習の対象は、すべての母体保護法指定医師とされ、無床診療所における使用条件、治療前



### 給付金と相談窓口のご案内

妊婦支援給付金は、  
流産・死産等をされた方も対象になります。

**支給額** 妊婦認定時に5万円  
妊娠していた子どもの人数×5万円

○対象者  
妊娠されていた人（日本国内に住所を有する者）  
※本制度では、「医療機関により胎児心拍」が確認できたことを  
もって妊婦給付認定にかかる「妊娠」と定義しています。

○申請時期  
流産・死産等をされた場合は、医療機関において、  
その事実が確認された日以降に届け出ることができます。

○申請先  
住民票のある市区町村にご申請ください。

**相談** 支援給付と組み合わせで相談支援を実施して  
います。給付金申請時などにお話を伺うこと  
ができます。

お住いの市区町村の相談窓口では、  
給付のご案内はもちろん悩みや不安なども  
お話いただけます。  
深い悲しみや辛く悲しい気持ち、  
誰にも話せないで孤独を感じている気持ちなど  
ひとりで抱え込まず、相談してみませんか。

※申請や面談等の詳細については、住民票のある市区町村の担当窓口へ直接お問い合わせください。  
※本リーフレットをご持参ください。（ご持参いただかなくても申請・面談は可能です。）

子ども家庭庁

#### 図 流産・死産等を経験した妊婦に対する妊婦支援給付金と相談支援の概要

評価および禁忌事項の確認、合併症発生時の初期対応、高次医療機関との連携体制等、実務に直結する事項が取り上げられる予定である。

また、制度運用を支える体制整備の一環として、症例数の多い都市部では、薬品管理および報告に関する業務負担の軽減を目指し、オンラインによる報告システムの導入が進められていることが報告された。

これらの取り組みを通じて、母体保護法指定医師が、地域の医療提供体制を踏まえつつ、本制度の中心的な役割を担うことの重要性が改めて示された。

#### 7. 妊婦のための支援給付制度への対応

令和7年度から開始された「妊婦のための支援給付制度」についても説明があった。本制度は、子ども家庭庁により、妊娠期における経済的支援を目的として創設されたものであり、市町村が妊婦を認定した後、一定額の給付を行う仕組みとなっている。

一方で、本制度の運用にあたっては、流産や人

工妊娠中絶に関する取扱いについて、従来の考え方と異なる点があり、診断書の記載内容を含め、医療現場において若干の混乱が生じている状況が報告された。特に、給付制度上の「流産となった日」は、胎児（胎芽）の娩出日ではなく、自然流産の場合は、担当医が胎児（胎芽）死亡と診断した日であり、人工妊娠中絶の場合は、中絶のための最初の処置または薬剤投与を開始した日であることが強調された。

また、給付制度の存在が治療方針や中絶時期の判断に影響を及ぼすことのないよう（図参照）、母体保護法指定医師が制度の趣旨を正しく理解した上で、倫理観を持って、母体の医学的状況を最優先とした判断を行う必要性が示された。

## 8. 小括

本講演では、経口妊娠中絶薬を中心に、人工妊娠中絶医療の現状や国内導入の経緯、制度運用上の課題などが明らかにされた。

また、無床診療所への運用拡大をめぐっては、安全性確保を前提として、義務講習の導入や薬品管理・報告体制の整備、オンライン化の推進など、制度面での整備が進められていることが示された。

## 講演2 「緊急避妊薬のスイッチ OTC 化に際した薬剤師と産婦人科医との連携体制の構築について」

濱口 欣也 氏（日本医師会常任理事）

本講演では、緊急避妊薬のスイッチ OTC 化と母体保護法をめぐる最近の動向について、制度の背景と今後の課題が提示された。

### 1. 緊急避妊薬の概要と薬理学的特徴

緊急避妊薬レボノルゲストレル錠は、性交後に服用することにより妊娠成立を防ぐ薬剤であり、主として排卵の抑制または遅延を作用機序とする。性交後72時間以内に服用された場合の妊娠阻止率は84%とされている。

### 2. 緊急避妊薬のスイッチ OTC (Over-The-Counter) 化に関する議論

緊急避妊薬のスイッチ OTC 化をめぐっては、規制改革会議の指摘を受けながら、令和3年以降、段階的な検討が進められてきた。スイッチ OTC 化とは、医師が処方する医療用医薬品を市販薬に転用することを言う。緊急避妊薬のスイッチ

OTC 化は、時間的・地理的制約により医療機関へのアクセスが困難な女性であっても、緊急避妊に迅速に対応できる環境を整えることで、学業や就労の継続を支援する施策として、女性活躍社会の実現と関連づけて議論されてきた。インターネット販売を含む流通の在り方、悪用・濫用の可能性、使用者の性や避妊に関するリテラシー、販売に関与する薬剤師の専門性確保などが主な論点として挙げられてきた。

令和4年から令和5年にかけて募集されたパブリックコメントでは、スイッチ OTC 化に賛成する意見が多数を占めた一方で、年齢制限、プライバシーへの配慮、対面販売の必要性、産婦人科医との連携体制の構築などについて、引き続き検討が必要であるとされた。

### 3. モデル的調査研究の結果と課題への対応

緊急避妊薬の適正販売を検証する目的で、日本薬剤師会を実施主体とするモデル的調査研究が、令和5年度および令和6年度に実施された。全国の協力薬局において試験的な販売が行われ、令和5年度は145薬局（新潟県内3薬局）、令和6年度は395薬局（新潟県内6薬局）が参加し、販売実績、来局時間帯、年齢層、購入者の満足度等について分析が行われた。

購入者の多くは20～39歳であったが、16～19歳の若年層も一定数利用していることが示された。また、購入者の満足度が極めて高く評された一方で、調査研究を通じて、緊急避妊薬服用後に産婦人科を受診せず、妊娠検査も実施されていない症例が一定数存在することが課題として抽出された。

これらの課題を踏まえ、チェックリストと販売プロトコルの見直し、妊娠の可能性に関する聞き取り項目の改善、薬剤師に対する追加的研修の実施、ならびに服用後3週間を目途とした妊娠確認の周知などの対応がとられた。

### 4. 薬機法改正と医薬品分類の整理

緊急避妊薬の適正な販売体制を確保するため、第217回国会において、薬機法の改正が行われ、医薬品の分類および販売方法が見直された。緊急避妊薬は、薬剤師による対面での情報提供および指導を前提とする医薬品として位置づけられ、期間を定めない「要指導医薬品」として取り扱うことが明確化された。

また、緊急避妊薬を販売する薬局等に対しては、適正な販売を確保する観点から、緊急避妊薬に関する所定の研修を修了した薬剤師が対応することに加え、プライバシーに配慮した相談・説明を行うための環境を整備し、近隣の産婦人科医等との連携体制を構築していることが承認要件とされた。

## 5. スイッチ OTC 化に向けた薬剤師と産婦人科医の連携

緊急避妊薬は、その薬剤特性の観点から、服用後の経過確認や追加的な医療対応が必要となる場合がある。薬局と産婦人科医療機関が適切に役割分担し、相互に連携する体制が求められている。

特に、服用後に体調の変化や異常が出現した場合や、妊娠の可能性が否定できない場合、性暴力の可能性が否定できない場合などに、速やかに産婦人科医につなぐ体制の確立が重要である。

さらに、厚生労働省から日本医師会を通じて、都道府県医師会に対し、地域における連携産婦人科医の取りまとめや、都道府県薬剤師会との情報共有を行うよう依頼が行われていることが紹介された。

## 6. 緊急避妊薬の年齢制限の有無

緊急避妊薬のスイッチ OTC 化にあたっては、年齢制限についても整理が行われた。令和 8 年 2 月 2 日から施行される現制度においては、緊急避妊薬に、年齢による一律の購入制限は設けられず、薬剤師による対面での情報提供および指導を前提に、16 歳未満を含め年齢を問わず購入が可能とされている。また、従来のモデル的調査研究で求められていた若年者の保護者同意も、現制度では不要とされている。

## 7. 母体保護法をめぐる法的・倫理的論点

講演後半では、母体保護法をめぐる近年の論点についても言及された。多胎減数手術、配偶者同意要件、胎児条項の解釈と運用などが取り上げられ、現行制度の下で産婦人科医が直面している課題が示された。

これらの問題については、法的整合性や倫理的側面を含めた慎重な検討が必要であり、医療現場の実情を踏まえつつ、今後も国民的な議論を継続していく必要性が述べられた。

## 8. 小括

レボノルゲストレルを含む緊急避妊薬は、令和

8 年 2 月 2 日から、全国の薬局・薬店において、薬剤師による対面での情報提供を前提に、処方箋なしでの購入が可能となる。本制度運用開始後は、地域の実情に応じた医療機関との連携体制の構築がより一層重要となり、適正使用の確保と利用者の安全性を両立させる取り組みが強く求められる。

## 講演 3 「母子保健行政の最近の動向」

田中 彰子 氏（こども家庭庁成育局母子保健課長）

本講演では、こども家庭庁発足後の母子保健行政の方向性について、少子化対策、プレコンセプションケア、人工妊娠中絶をめぐる制度運用などの観点から、体系的な整理が行われた。

### 1. こども家庭庁発足と母子保健行政の再編

本邦の出生数および合計特殊出生率の低下が続く中、令和 5 年に発足したこども家庭庁の設立趣旨と、母子保健行政における役割について説明が行われた。同庁の基本理念は、全てのこども・子育て世代を権利の主体と捉え、妊娠前から妊娠・出産、子育て期に至るまで切れ目のない支援体制を構築することであることが示された。

### 2. プレコンセプションケアの推進

プレコンセプションケアは、「性別を問わず若い世代が、将来の妊娠・出産を含むライフプランを主体的に考え、心身の健康管理を行うための基盤」として位置づけられている。また、プレコンセプションケアは、妊娠・出産のみを目的とするものではなく、月経異常や性感染症、生活習慣、メンタルヘルスなど、幅広い健康課題を含むものであることが明示された。

こども家庭庁では、プレコンセプションケアの普及・定着を図るため、「プレコンセプションケア推進 5 か年計画」を策定し、計画的な施策展開を進めている。本計画では、正確で分かりやすい情報提供の充実、相談支援体制の整備、人材育成の推進が柱とされており、特に自治体における取り組みの強化が重要とされている。

自治体窓口や学校、職域等において、若い世代が気軽に相談できる環境を整備することが求められており、その担い手として「プレコンサポーター制度」が導入されている。プレコンサポーターは、医療職に限らず、一定の研修を修了した多職種が

担うことが想定されており、正確な知識に基づき相談対応や情報提供を行い、必要に応じて専門機関へつなぐ役割を担っている。あわせて、より多くの関係者が研修を受講し、本制度への理解と担い手の拡充が進むことへの期待が示された。

### 3. 旧優生保護法をめぐる対応

続いて、旧優生保護法をめぐる最近の動向について説明が行われた。旧優生保護法下で実施された優生手術等に関する問題については、被害者の尊厳回復と救済を目的とした補償金等支給法が施行されており、その運用状況に関する報告があった。

さらに、補償金および一時金の請求件数や支給状況が示されるとともに、なお請求に至っていない潜在的な該当者が多数存在する可能性が示された。その背景として、当時の記録が十分に残されていないことや、本人や家族が制度を知らないまま高齢期を迎えているケースがあることが挙げられた。

被害者救済を着実に進める観点から、医療機関や自治体、関係団体が連携し、資料や診療記録等の保存を行うことの重要性が強調され、相談窓口

の周知や、丁寧な聞き取りを通じて、請求につなげていく体制整備の必要性について言及された。

これらの問題は、過去の制度に起因する問題であると同時に、現在の母子保健行政の在り方を考える上でも重要な示唆を含んでおり、今後も継続的な対応と支援が求められる。

### 4. 小括

母子保健行政は、社会状況の変化を踏まえつつ、妊娠前から子育て期に至るまでを見据えた包括的な支援体制へと再編が進められている。医療現場においても、制度の背景や行政の方向性を理解した上で、地域の実情に即した実践につなげていくことが重要である。

### 結語

母体保護法指定医師は、制度の正確な理解と関係職種との連携を通じて、患者の安全と権利を守る責務を担っている。制度改正や社会環境の変化が続く中であっても、医学的判断を最優先としつつ、地域の実情に即した実践を積み重ねていく姿勢が今後ますます重要となるであろう。