

平成25年度家族計画・母体保護法指導者講習会



と き 平成25年12月7日(土) 午後1時
と ころ 日本医師会館 大講堂

広島県医師会常任理事 温泉川梅代

平成25年12月7日(土)標記講習会が日本医師会大講堂にて開催された。

本講習会は、日本医師会と厚生労働省の共催により、母体保護法指定医師に必要な家族計画ならびに同法に関連する最新の知識について指導者講習を行い、母体保護法の運営の適正を期することを目的に、毎年この時期に開催されるものであり、今後は各県で伝達講習会が開催される。本県では、来年2月13日(木)に広島医師会館において開催予定であるため、ぜひご参加をお願いする。

当日は、全国から各都道府県所属の母体保護担当理事をはじめ、日本産婦人科医会会員など総勢約180名が出席した。本県からは、上田克憲先生(母体保護指定医選考委員会委員)、温泉川が出席した。横倉義武日本医師会会長(今村定臣常任理事代読)、田村憲久厚生労働大臣(児童家庭局母子保健課 桑島昭文課長代読)、木下勝之日本産婦人科医会会長の挨拶に続き、「改正母体保護法下の研修会のあり方」というテーマで、4名の演者によるシンポジウムが行われ、最後に厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課桑島昭文課長より指定発言があった。

以下、講習会の概要を報告する。

挨拶(要旨)

日本医師会長
横倉 義武

(日本医師会常任理事 今村定臣代読)

平成23年6月に改正母体保護法が成立したことを受け、母体保護法指定医指定基準モデルを改正、本年5月にすべての都道府県医師会へ資料を示したところである。指定医更新の際の研修コア・カリキュラムにおいて、「生命倫理」「母体保護法の趣旨と適正な運用に関するもの」「医療安全・救急処置に関するもの」の3点が含まれることとなり、研修内容のあり方が見直された。

刑法の堕胎罪の違法性阻却という面を持つ母体保護法指定医師の責務は重く、そのためにも職能集団である医師会が責任を持って指定することに意義があると認識している。母体保護法運用のあり方、また医師としてのプロフェッショナル・オートノミーに基づく判断、さらに母体保護法指定医師の指定を公平・公正に行うため、関係の先生方には、引き続きのご支援・ご協力をお願いしたい。

挨拶(要旨)

厚生労働大臣
田村 憲久

(厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長 桑島昭文代読)

母体保護法を取り巻く環境に大きな変化があった昨今、行政においても、母子保健、少子高齢化、「子どもを産み、育てる」ための働き方などについて、安心して妊娠・出産できる環境づくりを整えていくべく、制度や支援の強化に邁進している。

厚生労働省として、保険・医療・福祉・雇用・教育などの分野の連携を積極的に図りつつ、母子保健対策、支援事業に取り組んでいく所存である。医療の現場でご活躍の先生方には、引き続き格段のご理解とご協力を賜るようお願い申し上げます。

来賓挨拶(要旨)

日本産婦人科医会会長
木下 勝之

日本産婦人科医会は、母体保護法の前身である「優生保護法」が昭和23年に制定されたことを受け、これまで65年あまりの間、母体保護法とその運営に携わってきた。人工妊娠中絶は、法的な面も含め多く課題があるが、女性の自己決定権を尊重し、母体の健康を優先する本来の母体保護法の理念に則って運営をしながら、母体保護法を取り巻く社会情勢、通念などの変化に即した対応ができるよう、法律に遵守する形での運用を引き続きお願いする。

シンポジウム

改正母体保護法下の研修会のあり方

1) 母体保護法指定医師指定基準モデル 改定のポイント

熊本県医師会会長
福田 稠

平成18年6月、公益法人制度改革に関する3つの法律が公布され、平成25年11月末日までの7年間に、一般社団法人か公益社団法人への移行が規定された。改正法の施行の際、母体保護指定医への指定権(各都道府県医師会が保有)は、特例社団法人であったもの(特定法人)を含むとの判断から、これまでどおり「認定可能」となった。しかしながら、一般社団法人に移行した都道府県医師会は指定権を失ってしまうため、その問題解決のため、日医内にプロジェクト委員会を立ち上げ、これまで検討・審議を繰り返した。

プロジェクト委員会内での意見では、「現行制度下で、専門職能団体としての医師会による中立・公正なプロフェッショナル・オートノミーが確立されている」「これまで各都道府県医師会および産婦人科医会が果たしてきた役割を正当に評価すべきであり、この点を国に理解させるべき」「一般社団法人となった都道府県医師会が従来どおり指定権を持てるよう、法改正を早急に実現させることで方向性が一致する」などであった。改正議論の中で表面化した課題として、非会員に対する指定の取り扱い(一部地域で、非会員の母体保護指定医師の申請が円滑に受理されなかった事例)が挙げられ、今後同様の事例が改めて発生した場合、医師会という民間法人による指定の是非が問われる可能性がある旨、

再認識した。参考までに、平成23年4月の調査によると、母体保護指定医師数7,189名のうち、207名が非会員(2.9%)である。よって、より一層の公正性・公平性が確保されるようお願いする。

次に、「指定基準モデル」および細則改定のポイントとして、【技能】において、「研修期間中に、20例以上の人工妊娠中絶手術又は流産手術の実地指導を受けたもの。ただし10例以上の人工妊娠中絶手術を含むこととする」「なお、指定医師でない医師については、研修機関で指導医の直接指導の下においてのみ人工妊娠中絶手術ができる」との文言が追加となったほか、【研修機関の条件】においては、「医療機関が単独では研修機関の要件を満たさない場合でも、医育機関や要件をみたす研修機関の連携施設として都道府県医師会に登録することにより『研修機関』と認めることができる」と盛り込まれるなどした。また、【指定の更新及び取消】においては、研修会カリキュラムに「生命倫理に関するもの」「母体保護法の趣旨と適正な運用に関するもの」「医療安全・救急処置に関するもの」の3点を含むカリキュラムが求められ、加えて、「病気療養中、妊娠・分娩、留学、国内外出張等の理由により、更新の手続きを延期することができる」などの文言も加えられた。

母体保護法指定医師制度の運用に当たっては、プロフェッショナル・オートノミーのより厳格な適用が求められており、母体保護法の趣旨を忠実に遵守する形での運用をお願いしたい。

2) 生命倫理に関するもの

横浜市立大学附属病院病院長
平原 史樹

母体保護指定医更新の際、①生命倫理に関するもの ②母体保護法の趣旨と適正な運用に関するもの ③医療安全・救急処置に関するもの、の3点が研修会内容に盛り込まれたことを受け、研修会のあり方を見直す必要が出てきた。生命倫理・医療倫理の原則は、自立尊重(自己決定)、無危害、善行・利益、公正・正義の4つである。2000年に日本医師会が定めた「医の倫理綱領」によると、「医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持もしくは増進を図るもので、医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである」とあり、よって母体保護法の観点からは、「母体と胎児の命を護る使命」と言える。出生前診断が行われるようになっている今日、遺伝子の変

化に基づく疾患・病態や遺伝型を人の多様性として理解し、その独自性を尊重する姿勢は不可欠である。倫理的観点のほか、医療における個人情報保護に関して、電子カルテ時代における個人情報保護や診療における守秘義務、プライバシーへの配慮など徹底すべき事柄も多く、「遺伝医学的情報は“究極の個人情報”」などとも言われ始めている。

本年6月には日本産婦人科医会から、「出生前に行われる遺伝学的検査および診断に関する見解」が出され、出生前遺伝学的検査・診断に当たっての指針が示された。その見解では、「胎児の生命にかかわる社会的および倫理的に留意すべき多くの課題が含まれている」「遺伝子の変化に基づく疾患・病態や遺伝型を人の多様性として理解し、その多様性と独自性を尊重する姿勢で臨む」ことが盛り込まれており、妊婦が興味本意で安易に検査を受けることのないよう、十分な情報共有・説明、慎重な診断に基づいた実施を医師側、医療側に求めている。日本医学会の示す「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」(2011年)においても、「遺伝カウンセリング」とは、疾患への遺伝学的関与について、医学的影響、心理学的影響および家族への影響を人々が理解し、適応していくことを助けるプロセスのことであり、十分な情報を得た上で患者・被験者などの自律的選択が可能となるような心理的社会的支援(インフォームド・チョイス)の意味合いは不可欠であると示されている。

最新の遺伝学的検査における出生前診断では、ヒトのDNA(約30億塩基)すべてを解読できる「マイクロアレイ染色体検査法」や全ゲノムを対象とした網羅的な分子遺伝学的解析・検査手法を用いた診断などもあり、それらについて、十分な遺伝学的専門知識を備えた専門職(認定遺伝カウンセラー、遺伝専門看護職など)が検査前に適切な遺伝カウンセリングを行った上で、インフォームド・コンセントを得て実施すべきとの見解が示されている。以上を考慮し、医療側に求められる倫理的対応としては、「遺伝学的検査に関する情報提供と徹底したカウンセリングを行い、患者・被験者が適切な自己選択、自己決定ができるよう支援することが重要」である。

3) 母体保護法の趣旨と適正な運用に関するもの

小田原市立病院病院長
白須 和裕

母体保護法(指定)運用の中で、現在問題となっている事項は、妊娠12週以降の人工妊娠中絶に関して、また、中絶の同意をめぐる点などである。まず、妊娠12週以降の人工妊娠中絶について今一度確認いただきたい点は、「妊娠12週以降の人工妊娠中絶では、『死産証書』に必要事項を記入し、捺印・提出しなければならない」、また「妊娠12週以降の排出胎児は、『死産届』による埋葬許可書を取り、火葬させなければならない」などである。加えて、「中期(妊娠12週)以降の『出産育児一時金』は、生産、死産、流産(人工流産を含む)又は早産を問わず、すべて支給される」とされており、流産や人工妊娠中絶での一時金の満額支給には異論もあるが、母体保護のため、あるいは保健衛生上の保障であるとの視点・趣旨などから、現行どおり(支給)となっている点も把握いただきたい。

次に、裁判などで多く問題となっている「中絶同意書」についてであるが、医師と中絶希望者間(2人だけ)での中絶実施の判断は法的には認められず、それを怠った場合、裁判において医師側が不利となる場合があるため、必ず本人および配偶者からの正式な同意書の提出をもって中絶の実施を行うべきである。

近年のさまざまな社会環境から、中絶を希望する妊婦の事情も多様で考慮すべき点など多くある一方、刑法の堕胎罪に問われる可能性もある人工妊娠中絶手術は、母体保護指定医として慎重に対応すべきものであり、加えて、医師としてのプロフェッショナル・オートノミーをより厳格に発揮し、母体保護法のさらなる適切な運用に努めていただきたい。

4) 医療安全・救急処置に関するもの

東京慈英会医科大学産婦人科教授
落合 和彦

日本における中絶の実態について、事例を交えて紹介する。本邦での人工妊娠中絶は年間約20万件で、1949年の統計開始以降、1955年の中絶総数117万件(ピーク)と比較すると、約6分の1まで減少しており、今もなお減少傾向は続いている。中絶の半数以上は、妊娠7週以内に行われており、20歳未満の中絶率(人口1,000人当たり)は、2000年前後に13%まで上昇したものの現在は6.9%と、全年齢での率と相違ない推移

となっている。

次に、日本医師会医師賠償責任保険における人工妊娠中絶事故について、プロセスごとに事故発生要因は異なるものの、近年(2003~2012年)では「子宮穿孔」が増加し、日本産婦人科医学会のまとめる偶発事例件数においても「子宮穿孔」が最も多く、中絶事故の50%以上を占めている。妊娠中絶手術における重大な合併症、不完全手術、死亡事例は、1990年代に比べ減少しているが、麻酔事故などが発生した場合には重篤事例につながる可能性も否定できない。問題となった事例で、事前に手術の内容やリスクについての説明を怠っている場合が多く、また術後管理、緊急時の連絡先について説明がなされていないこともある。のちの(精神的な)リスクを軽減するためにも、患者へは、①中絶手術の方法(手技、麻酔)②通常の経過と今後の注意点③手術によって起こりうるリスク④事故発生時の処置⑤帰院後の緊急時連絡方法、などを事前に説明し、また術後管理、緊急時事態への対応についての説明が不可欠で、処置を前もって想定しておくことが重要となる。

指定発言

厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長
桑島 昭文

不妊手術、人工妊娠中絶を行った医師、母体保護法指定医師は、結果を取りまとめて都道府県知事に届け出ることになっている(母体保護法第25条)が、この結果は、衛生行政報告例(平成13年度までは母体保護統計報告)として厚生労働省官房統計情報部にて集計、報告されている。厚生労働省が把握する「人工妊娠中絶の年次推移」について、昭和30年に117万143件あった中絶件数が、平成24年度には19万6,639件と、はじめて20万件を下回った。都道府県別の実施率(15~49歳の女子人口千対)をみると、鳥取県が中絶実施率10.8と多く、一方で奈良県は中絶実施率3.7と大きく開き、2倍以上の地域差が存在しており、依然として「地域格差」がその理由であると考えられる。

年代別中絶件数について、20歳未満の中絶率が平成13年~15年をピークに増加し、現在は7%程度。全年齢的になだらかな右肩下がりとなっているものの、20~24歳の中絶割合は約15%と最も高い。「低学歴」「未婚率」などが、この年齢層での中絶率に大きく関与しているとの前提で現在研究が進められており、引き続き

調査していく。また、10代の人工妊娠中絶実施率に関しては、母子保健の国民運動である「健やか親子21」が、中絶実施率の減少を目標の一つとしており、最終評価報告書において、“着実に減少した”と評価している。中絶件数が減っているものの、依然として母体保護指定医に求められるニーズは高い。今後も引き続き、母体保護法に則った適切な運用をお願いしたい。

質疑応答

1. 母体保護指定医を更新する際、e-learningによる単位取得は認められるのか。

(答) 「母体保護法等に関する検討委員会」でも議論されているが、e-learningについて結論が出ていないのが現状。やはり研修会へ出席いただき、通常更新をされたい。

2. 墮胎罪についての見解は。

(答) ヒトはどこから始まるか(胎児)、出生前の胎児の人権はどのように扱うかなどの問題があるため、総合的に考慮しなくてはならない。立場上、「墮胎罪撤廃」について断言、また判断できかねること、ご理解いただきたい。

3. (個人的に)中絶手術における麻酔科領域の情報の遅れを感じている。研修会などで、今後、麻酔科に関する最新の情報、中絶手術で使いやすい麻酔薬を紹介するなどしてもよいか。

(答) ぜひお願いしたい。

4. 同意書について、提出は、絶対義務とすべきではないのではないかと。

(答) あらゆる事例があり、ケースバイケースであるため、中絶手術実施の際に迷われるようであれば、弁護士などへ相談しながら実施いただきたい。

5. “優生”的な差別を無くす前提で法改正が成されたが、厚生労働省の見解は。

(答) 社会通念や思想の変化に伴い、優生主義的考え方は削除された。よって厚生労働省(国)として、今後「優生」の考え方は取り入れないであろうという見解である。

6. 中絶薬について。「個人輸入」や「配偶者からの使用強制」などの事例がある。厚生労働省としてどのようにお考えか。

(答) 厚生労働省として、さまざまな背景があるため一概に意見できないが、倫理的観点からも「中絶薬のあり方」に関して、使用のガイドラインなどを示すべく、引き続き検討してまいりたい。