

令和 7 年度
家族計画・母体保護法指定医師
指導者講習会・伝達講習会

福岡県医師会

令和7年度家族計画・母体保護法指導者講習会伝達講習会

【母体保護法指定医師研修会】

△開催日時：令和8年2月7日（土）14：00～16：00

△開催方法：①会場：福岡県医師会館

（福岡市博多区博多駅南2-9-30）

②ZOOMウェビナーによるWEB配信

1. 開 会

2. 挨 捶

3. 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」

講師：福岡県医師会 理事 蜂須賀 正 紘

2) 「母体保護法をめぐる最近の話題と母子保健行政の最近の動向」

講師：福岡大学医学部産科婦人科学講座 講師 漆山 大知

3) 「法の変遷から考える医療倫理」

講師：九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学分野

教授 加藤聖子

4. 閉 会

経口妊娠中絶薬の適正使用を確実に進めていくために

福岡県医師会
理事 蜂須賀 正紘

経口妊娠中絶薬の適正使用を確実に進めていくために

令和7年度家族計画・母体保護法指導者講習会伝達講習会
(母体保護法指定医師研修会)

2026年2月7日（土）

福岡県医師会 理事

蜂須賀 正紘

令和7年度家族計画・母体保護法指導者講習会
伝達講習会

利益相反状態の開示

筆頭演者氏名：蜂須賀正紘

所属：福岡県医師会

今回の演題に関連して、開示すべき利益相反状態はありません。

本日の内容

- ・人工妊娠中絶に関する基本事項
- ・2024年9月の薬事審議会における課題
- ・メフィーゴパック薬品管理報告のデジタル化
- ・メフィーゴパック無床診拡大に向けた義務講習

人工妊娠中絶数（年齢別）

各年度 (単位：件)	30年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	対前年度	
	(2018)	(2022)	(2023)	(2024)	増減数	増減率 (%)
総数	161,741	122,725	126,734	127,992	1,258	1.0
20歳未満	13,588	9,569	10,053	10,844	791	7.9
15歳未満	190	147	153	159	6	3.9
15歳	475	256	301	330	29	9.6
16歳	1,356	733	807	961	154	19.1
17歳	2,217	1,371	1,444	1,519	75	5.2
18歳	3,434	2,442	2,641	2,899	258	9.8
19歳	5,916	4,620	4,707	4,976	269	5.7
20～24歳	40,408	30,544	32,547	33,663	1,116	3.4
25～29歳	31,437	26,153	27,879	28,676	797	2.9
30～34歳	31,481	22,287	22,600	22,424	-176	-0.8
35～39歳	28,887	21,947	21,379	20,386	-993	-4.6
40～44歳	14,508	11,079	11,170	10,878	-292	-2.6
45～49歳	1,388	1,127	1,073	1,079	6	0.6
50歳以上	13	8	15	11	-4	-26.7
不詳	31	11	18	31	13	72.2

人工妊娠中絶（週数別届出）数

年度	平成3年 (1991)	平成13年 (2001)	平成18年 (2006)	平成23年 (2011)	平成28年 (2016)	令和4年 (2022)	令和6年 (2024)
総 数	436,299	341,588	276,352	202,106	126,174	122,725	127,992
満7週以前	237,612	193,438	155,767	110,595	91,652	69,592	73,069
満8週～満11週	171,877	129,140	105,952	79,918	66,859	45,779	47,330
満12週～満15週	14,471	10,484	7,760	5,679	4,118	2,854	2,848
満16週～満19週	8,369	5,880	4,671	3,858	3,277	2,645	2,722
満20週・満21週	3,807	2,532	2,130	2,006	2,059	1,816	1,981

令和6年度 厚生労働省 衛生行政報告例

初期人工妊娠中絶の1/3以上は無床診療所で実施されている

経口中絶薬（メフィーゴ®パック）とは

ミフェピリストンという妊娠のホルモンを抑える薬とミソプロストールという子宮を収縮させる薬との組み合わせを服用することで、妊娠初期（妊娠9週0日まで）の人工妊娠中絶が可能となります。

入院可能な指定施設において

・母体保護法指定医師の面前で、

① ミフェピリストン1錠を服用します。

② 服用36～48時間後に2つ目のミソプロストールを口の中（両頬に2錠ずつ合計4錠）に30分間含んだ後に飲み込みます。

・胎嚢排出まで原則院内待機（一部条件下で帰宅可）

・ミソプロストールを服用して8時間以内に約9割のケースで中絶が完了（子宮内容が排出される）します（約1割弱のケースで手術が必要）。



処方医登録から発注までの段取り

有床施設の指定医師がラインファーマ社のサイトから登録申請

↓
eラーニング受講用ID,パスワードがメールで送られてくる

↓
eラーニング受講（確認テストあり、所要時間は約1時間弱）

↓
登録書が送られてくる

↓
登録受領書に署名して返送（登録完了の連絡を
ラインファーマ社が卸売販売業者に連絡する）

↓
発注可能

この間にメーカーが
各都道府県医師会と
納入開始時期を調整
している

あらかじめ患者用資材を請求しておくことをお勧めします



できる病院・クリニック検索 > 検索結果

神奈川県		
<input checked="" type="checkbox"/> 日本钢管病院	川崎市川崎区鈴鹿通1-2-1	0443335591
<input checked="" type="checkbox"/> ブラタナス産婦人科クリニックなが つた	横浜市緑区長津田町3162	0459850362
<input checked="" type="checkbox"/> 医療法人 晴慈会浅川産婦人科	横浜市鶴見区豊岡町22-15	0455813541
<input checked="" type="checkbox"/> ワキタ産婦人科	横浜市青葉区藤が丘2-6-1	0459737081
<input checked="" type="checkbox"/> 医療法人博仁会 ハマノ産婦人科	横浜市西区戸部本町24-1	0453231131

2025年11月現在：都心部を中心に388施設が掲載されている

都道府県による普及度の差が大きい（登録施設数）

北海道	19	青森	7	岩手	5	宮城	3
秋田	2	山形	3	福島	5		
茨城	9	栃木	9	群馬	10	埼玉	17
千葉	19	東京	32	神奈川	23	山梨	7
新潟	9	富山	3	石川	3	福井	4
長野	9	岐阜	6	静岡	10	愛知	38
三重	3	滋賀	5	京都	12	大阪	25
兵庫	7	奈良	0	和歌山	3		
鳥取	2	島根	1	岡山	6	広島	10
山口	1						
徳島	2	香川	3	愛媛	9	高知	2
福岡	11	長崎	8	佐賀	3	大分	2
熊本	7	宮崎	6	鹿児島	5	沖縄	3

経口中絶薬の有効性・安全性は確立されている

- ・国内治験と同週数、同レジメン33,846例のメタアナリシスでの有効性は96.7% (Chen MJ, Obstet Gynecol, 2015)
- ・（妊娠継続例やミソプロストール追加投与例を除き）追加で手術を要した割合は、1.8-4.2% (Raymond EG, Contraception, 2013)
- ・異所性妊娠疑いや出血性疾患以外にも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（腹痛等発作を誘発）が禁忌となっている
- ・副作用頻度メタアナリシス
(Zhang J, Cochrane database Sys Rev, 2022)
輸血をする出血：0.03-0.6%
重症感染症：0.01-0.5%
腹痛はほぼ全例、嘔気・嘔吐、下痢、発熱、倦怠感、眩暈

治療法に関する比較表 ー 適切な治療選択のために

	経口中絶薬	吸引法	搔把法
妊娠週数	9週0日まで	12週未満	
費用	約10万円?	十数万円	
治療開始後からの出血	多い	やや多い	少ない
子宮への負担	最も少ない	より少ない	少ない
メリット	麻酔・手術合併症リスクが減る	・麻酔下（意識がない状態）で治療が完了し、胎児を含む排出物に直面しなくてすむ ・腹痛、嘔気、出血が少ない 治療期間・通院回数が少ない	
デメリット	約1割弱は麻酔・手術が必要	麻酔・手術が必要	

石谷他 産婦の実際 71; 1233-38, 2022

経口中絶薬における国内での経緯

2013.8 日本産婦人科医会内において、「経口中絶薬に関する検討部会」が開催され、「経口中絶薬に対する考え方」がまとめられた。その後、フェリングファーマ社（現在はラインファーマ社に移管）において、経口中絶薬に関する治験計画が始まる

2019.10.24～2020.8.6 国内第Ⅲ相試験

2021.4.25 日本産科婦人科学会生涯研修（医会共同）プログラムにて
国内第Ⅲ相試験結果を公表（東京大学 大須賀穣 教授）

2021年12月22日 承認申請

2023年2月 パブリックコメント（約1万1千件のうち3割が反対意見）
3月24日の厚労省薬事審議会分科会の議題から取り下げ

4月28日 薬事承認された

経口中絶薬の海外での運用状況

- ・公的補助：ほとんどの国である（ドイツ・米国はなし）
- ・入院管理：必要とする国はない、全ての国で遠隔診療可能
- ・初回受診：ドイツ、スイス、オランダは医療機関受診が必要
- ・1剤目服用：ドイツ、スイス、オランダ、米国の一一部は
医療機関に限定した服用、他国は自宅で服用
- ・2剤目服用：ドイツ、スイスは医療機関でも服用可能
- ・治療後フォロー：ドイツは医療機関受診が必要、スイス、オランダ、
米国の一一部は自宅での経過観察可能

国内の医療制度や国民の受診行動からは、発売当初から
海外と同様の運用を行うことは混乱を招く

初期人工妊娠中絶に関するWHOの見解

WHOのガイダンス「安全な中絶」（Safe abortion, 2003年初版、最新は2022年版）では、吸引法もしくは薬剤による中絶を推奨

The screenshot shows the IPPF (International Planned Parenthood Federation) website. At the top, there is a dark blue header with the IPPF logo, a globe icon, and links for 'GLOBAL' (with a dropdown arrow), 'MENU' (with a dropdown arrow), a search icon, '日本語' (Japanese), and a yellow 'DONATE' button. Below the header, there is a photograph of two women in a medical setting. Overlaid on the photo is a white rectangular box containing the text 'MEDIA CENTER'. In the bottom right corner of the photo, there is a small circular logo with the letters 'IPPF'. The main content area has a dark blue background and features the text 'IPPF statement on the WHO Abortion Care Guidelines 2022' in large white font. Below this, in smaller white font, it says 'IPPF welcomes the newly released WHO guidelines on abortion care, launched on Wednesday 9 March'.

経口中絶薬の運用に関するQ&A

<時間外・追加処置に関する対応について>

	自院	他院
当直・非常勤医師 (非指定医師) による処置	○	○
保険適用	×	○ (不全流産ではMVA の算定不可)
追加治療に対する 自費費用徴収	○ 事前説明が望ましい	—
多胎症例への使用	使用して問題なし	

安全面からのまとめ

経口中絶薬の導入により

<期待される点>

- 手術リスクのあるケースで有用（子宮形態異常等）であり、手術合併症率や麻醉事故数が減る

<懸念される点>

- 手術と違って排出時期が一定でないため、患者だけでなく、医療者、高次救急施設の負担となり、治療を受ける側の十分な理解が必要
- 諸外国では適応週数の約半数が経口中絶薬による中絶を選択
➡ 搔爬法単独の割合は著減するが、症例によっては必須手技
- 手術に限らず中絶治療合併症の早期発見と対処に習熟すべきで、
 - 発熱、増悪する腹痛や出血等に対して、**まずは自院で速やかに精査**
 - 急変時対応（迅速・適切な初期対応と高次施設への搬送）について**定期的に指定医だけでなく医療者全員が、J-MELS等を受講**

- ・トイレ付個室入院（1泊2日→2025.1から日帰り入院）
- ・担当医1人のため、週1例まで毎月1～4例程度行っている
- ・入院後の15時の時点で胎嚢排出していなければ、頸管拡張処置を行い、翌日に自費MVAによる全麻手術の運用（実績なし）

- ・退院1～2週後再診
- ・腹痛、発熱、出血による
時間外受診：担当医師に
電話連絡し、救急外来受診



紹介症例の供覧

<傷病名>

妊娠6週4日 中絶希望

<紹介目的>

上記ご高診ご加療のお願い

<既往歴及び家族歴>

特記すべきことなし

<症状経過及び検査結果>

平素より大変お世話になっております。
上記にて当院初診の患者様です。

本日当院でMVA法で中絶予定だった方です。

子宮後屈が強く、ダイレーターによる頸管拡張が困難で、手術を中止いたしました。

手術での中絶は困難であると考え、内服による中絶をご本人へ提案させて頂き、貴院へ紹介する運びとなりました。

ご多忙のところ誠に恐縮ですが、ご高診ご加療いただければ幸いです。
何卒宜しくお願ひ申し上げます。

経口中絶薬による治療で経過良好

<症状経過及び検査結果>

平素より大変お世話になっております。

中絶希望にて当院受診の患者様です。

2024/01 CRL 5.8mm, MVAによる中絶手術を試みました。

MVA tube 6mm 及び 7mm が難なく挿入は可能なものの GS が左子宮角寄りで吸引排出できませんでした。中絶内服薬の適応が高いと考え貴院受診を勧めさせていただいた次第です。

<症状経過及び検査結果>

平素より大変お世話になっております。

LMP2024/ で自然妊娠成立し、人工妊娠中絶を希望され当院を受診された患者様についてご紹介させていただきます。2024 (無月経 7w3d) GS12.2mm yolk sac(-) の状態で MVA 法にて手術を施行しました。左卵管角寄りに GS を認めました。計 5 回ほど吸引施行し GS 認めないこと確認して手術終了しました。2024/ 術後 3 週間後に再診され、子宮内に GS18.5mm yolk sac(+) 妊娠反応： 1,100IU/L (+) と妊娠継続の兆候を認めました。卵管角妊娠と判断し、当院での再度手術が難しいと判断したため貴院での手術を勧めさせていただきました。

上記 2 例いずれも経口中絶薬による治療で経過良好、以下を紹介元に事前説明

- 手術困難と判明したら、即手術を中止頂く (経口中絶薬に不全流産の適応なし)
- 人工妊娠中絶実施報告書は統計上、同一症例がダブルカウントされる可能性があるため、紹介元では記載しない、もしくは紹介元の報告書番号を提供いただく

人工妊娠中絶実施報告票 (改定版 2025年4月～)

別記様式第十三号 (二) (第二十七条関係)

人工妊娠中絶実施報告票

(令和 年 月分)

(1) 人受 けた者	メフィーゴパックの初回 投与日 (排出日ではない)			人工妊娠中絶を 受けた者の年齢	満 年
(3) 人工妊娠中絶を 受けた者の居住地	市 町 村 支 序	(4) 人工妊娠中絶を 受けた者の妊娠週数	1 満 7 週以前 2 満 8 週～満 11 週 3 満 12 週～満 15 週 4 満 16 週～満 19 週 5 満 20 週～満 21 週		
(5) 人工妊娠中絶を 実施した月日	月 日	(6) 該 当 条 文	1 14条1項1号 2 14条1項2号		
(7) 人工妊娠中絶を 受けた理由					
(8) 受けた者の社会保険適用 の有無	有	無	人工妊娠中絶を 受けた者の生活保護法による医療扶助適用の有無	有	無
(10) 人工妊娠中絶薬 (ミフェブリストン・ミソプロストール製剤又はゲメプロスト製剤) の投与の有無	右 無				
備 考					

日本産業規格 A 列 5 番

記載上の注意

- 手術による人工妊娠中絶の他、薬剤の投与による人工妊娠中絶についても本票により報告するものとする。
- 「人工妊娠中絶を受けた者の番号」欄については、各月ごとに人工妊娠中絶を受けた者について実施する。
- 「人工妊娠中絶を受けた者の居住地」欄には、都道府県名等を記入し、該当する文字を○で囲むこと。
- 「人工妊娠中絶を受けた者の妊娠週数」欄は、該当する数字を○で囲むこと。
- 「該当条文」欄は、該当する数字を○で囲むこと。
- 「人工妊娠中絶を受けた理由」欄には、人工妊娠中絶を受ける理由となつた事実、例えば、結核のため妊娠の継続により健康を害する、暴行により妊娠等を記入すること。
- 「人工妊娠中絶を受けた者の社会保険適用の有無」欄、「人工妊娠中絶を受けた者の生活保護法による医療扶助適用の有無」欄及び「人工妊娠中絶薬 (ミフェブリストン・ミソプロストール製剤又はゲメプロスト製剤) の投与の有無」欄は、該当する文字を○で囲むこと。なお、「人工妊娠中絶薬 (ミフェブリストン・ミソプロストール製剤又はゲメプロスト製剤) の投与の有無」欄における人工妊娠中絶薬は、妊娠 9 週 0 日までに使用されるミフェブリストン・ミソプロストール製剤又は妊娠中期において使用されるゲメプロスト製剤を指すものであることを。

ゲメプロスト投与
の際も「有」

妊婦のための支援給付制度

子ども家庭庁（成育局成育環境課）は令和7年度から妊婦等包括相談支援事業（児童福祉法）と「妊婦のための支援給付」（子ども・子育て支援法）を創設した

内容：市町村は、妊婦を認定後に5万円、ならびに妊娠している子どもの人数×5万円を支給する

問題点：政治主導で十分な議論がされない（こ家庁母子保健課、日医、医会の相談なし）まま、創設されたため、現場で混乱している

具体例には流産の診断時点（従来は排出日）がこの事業においては、胎児死亡の診断日もしくは中絶着手日となっている

中絶にも給付が行われることは、治療費用の自己負担減になるが、母体への負担を鑑み、給付金目的で中絶時期を遅らせてはならない（胎児心拍確認、出産育児一時金、産後休暇、中期中絶に関与する）

妊婦給付認定用診断書に記載する日付について

（日本産婦人科医会からのお知らせ文書の概要）

「妊婦のための支援給付」が開始されたことに伴い、産科医療機関に対して妊婦給付認定用診断書を求められる機会が増えてきましたので、診断書に記載する「流産となった日」について改めて概説いたします。

自然流産の場合、実際に胎児（胎芽）が**娩出した日に関わらず**、担当医が胎児（胎芽）の大きななども考慮して胎児（胎芽）死亡になったと診断（推定）した日が「流産となった日」となります。

人工流産の場合は、実際に胎児（胎芽）が**娩出した日に関わらず**、人工流産の同意を得た際に決められた**人工流産のための最初の処置・投与開始日**が「流産となった日」となります。

なお、これらの「流産となった日（死産があったとき）」の記載については、予め妊婦やパートナーに十分に説明し了解を得ておく必要があることにご留意ください。

妊婦のための支援給付における診断書記載について

妊婦給付認定用診断書

<受診者>

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日 生 (歳)

<診 断>

胎児心拍確認日 年 月 日

心拍が認められた胎児数 1 · 2 · ()

流産の種類 自然流産 · 人工流産

流産となった日 年 月 日

上記の通り証明します。

年 月 日

施設名

所在地

医師氏名

日本産婦人科医会作成ひな型

診断内容に
妊娠週数の記載項目無し

「流産となった日」は
娩出した日に関わらず

自然流産なら、胎児（胎芽）死亡
になったと診断した日

人工流産（中絶）なら、人工流産
のための最初の処置・投与開始日
が「流産となった日」
を記載する

中絶時の妊婦のための支援給付の案内について

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て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
お話しいただけます。
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
ひとりで抱え込みず、相談してみませんか。

自施設では、こども家庭庁の
左記案内文で一通り説明しているが、

中絶の方針が決まっているのであれば、
母体負担の観点から早期の治療を
勧めている

薬剤であれば、子宮内妊娠が確認される、
手術であれば、搔爬吸引に問題ない胎嚢
サイズとなり次第、早期の治療を推奨

母体保護法指定医師の
倫理観が、今後一層
問われることになる

経口中絶薬治療の成功率を上げるコツ

- ・治療開始時の妊娠週数はなるべく早い方がベター（子宮内妊娠が確認できれば早い週数の方が有利で、出血や疼痛もより少ない）
- ・年齢、経産回数（頸部の硬度よりは、プロスタグラジンの感受性に依存する）が多いほど失敗率が上昇するので、中絶の意思が固まっているなら、なるべく早期に治療を開始する（胎児心拍を確認する必要なし）

本日の内容

- ・人工妊娠中絶に関する基本事項
- ・2024年9月の薬事審議会における課題
 - ・メフィーゴパック薬品管理報告のデジタル化
 - ・メフィーゴパック無床診拡大に向けた義務講習

経口妊娠中絶薬導入後における人工妊娠中絶の実態調査及び適切な情報提供等に関する研究

- 令和5年度こども家庭庁行政推進調査事業補助金 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（研究代表者：中井章人）
- 人工妊娠中絶治療法や経口中絶薬の副作用・トラブル事例の調査等を行う

こども家庭庁科学研究: 人工妊娠中絶実態調査票					施設番号	
					施設名 日本鋼管病院	
1. 人工妊娠中絶術の調査期間中(令和5年5月～10月)取扱件数(概数でも結構です)						
妊娠週数	総数	搔爬法のみ	吸引法のみ	搔爬・吸引併用のみ	メフィーゴパック	
～9週0日	5 件	0 件	0 件	0 件	1剤のみで排出 0 件, 2剤 0 件 手術併用(1剤使用後 0 件、2剤使用後 0 件)	
9週1日～11週6日	0 件	0 件	0 件	件	メフィーゴパックの件数は 「～9週0日」の欄に記載してください	
2. 貴院の施行症例で、各方法に伴う合併症があれば件数をお教えください(なければ空欄で結構です) (複数の合併症発生例については、主要なもの1つのみご回答ください)						
週	大きなトラブル報告はなく、無床診療所への適応拡大を議論するための重要な根拠データとなると期待された					パック後 件 件 件
重症感染症	件	件	件	件	件	件

調査期間中のメフィーゴ®パック使用数

施設種類別人工妊娠中絶件数-手技別

	搔爬法のみ	吸引法のみ	搔把吸引併用	メフィーゴパック
病院 ^{*1}	347 (9.0)	2480 (64.6)	943 (24.6)	69 (1.8)
有床診療所 ^{*2}	2739 (14.5)	10769 (57.2)	4958 (26.3)	366 (1.9)
無床診療所 ^{*3}	1898 (14.2)	9248 (69.4)	2174 (16.3)	0 (0.0)
不明 ^{*4}	0 (0.0)	16 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
全対象施設 ^{*5}	4984 (13.8)	22513 (62.5)	8075 (22.4)	435 (1.2)

*1 ()内は病院での人工妊娠中絶数(n=3839)に対する%

*2 ()内は有床診療所での人工妊娠中絶数(n=18832)に対する%

*3 ()内は無床診療所での人工妊娠中絶数(n=13320)に対する%

*4 ()内は種類不明施設での人工妊娠中絶数(n=16)に対する%

*5 ()内は全対象施設での人工妊娠中絶数(n=36007)に対する%

メフィーゴ[®]パックでの合併症例は0例

施設種類別合併症件数-手技別

	搔爬のみ	吸引のみ	搔把吸引併用	メフィゴパック	全手技
病院 ^{*1}	2 (0.576)	7 (0.282)	15 (1.591)	0 (0.000)	24 (0.625)
有床診療所 ^{*2}	16 (0.584)	28 (0.260)	26 (0.524)	0 (0.000)	70 (0.372)
無床診療所 ^{*3}	2 (0.105)	9 (0.097)	9 (0.414)	0 (0.000)	20 (0.150)
不明	0 (0.000)	0 (0.000)	0 (0.000)	0 (0.000)	0 (0.000)
計 ^{*4}	20 (0.401)	44 (0.195)	50 (0.619)	0 (0.000)	114 (0.317)

*1:(内)の合併症(%)はそれぞれ病院での搔爬のみ(n=347)、吸引法のみ(n=2480)、搔爬吸引併用(n=943)、全手技(n=3839)の件数をもとに算出

*2: ()内の合併症(%)はそれぞれ有床診療所での搔爬のみ($n=2739$)、吸引法のみ($n=10769$)、搔肥吸引併用($n=4958$)、全手技($n=18832$)の件数をもとに算出

*3:()内の合併症(%)はそれぞれ無床診療所での検査のみ($n=1898$)、吸引法のみ($n=9248$)、搔爬吸引併用($n=2174$)、全手技($n=13320$)の件数をもとに算出

*4: ()内の値は、(%)はそれぞれ全施設での搔爬のみ(n=4984)、吸引法のみ(n=22513)、搔爬吸引併用(n=8075)、全手技(n=36007)の件数をもとに算出

(中井ほか 令和5年度こども家庭庁科学研究報告書)

調査研究結果公表後の報道内容（2024年7月）

每日新聞(東京)

MAINIGHT SHIMBUN, TOKYO

2024.7.27
(2024.7.27 预览)



経口中絶薬「メフィー」
＝ラインファーマ提供

厚労省緩和方針
経口中絶薬

卷之三

卷之三

大手新聞のタイトルは、

やや前のめり感が拭えない

2024年 8月28日水曜日

メインアンス

9280号

次付蔵事審議会へ

■ 経口中絶薬、条件付きで無床診の使用を承認

厚生労働省は26日の薬事審議会医薬品第一部会に、経口人工妊娠中絶薬「メフィゴパック」の施設要件を条件付きで無床診療所に広げることなどを盛り込んだ使用体制の見直し案を提示し了承を得た。今後、親会議の薬事審議会でも議論した上で同剤の使用体制の見直しを盛り込んだ改正通知を発出する予定だ。

同剤は国内初の経口人工妊娠中絶薬として2023年4月にラインファーマが承認取得併せて適切な使用体制の在り方が確立されるまでの間の暫定的な運用として、留意事項の通知を厚労省とこども家庭庁が合同で発出した。内容は▽当分の間、入院可能な有床施設で使用する▽1剤目の投与後は帰宅可能だが、2剤目は子宮収縮作用を持つため投与後は胎嚢が排出されるまで院内待機を必須とするなど

23年度にこども家庭庁が行った調査研究報告によると、同剤の投与症例435件中、重篤な有害事象は0件だった。承認取得の根拠となった臨床第3相試験での重篤な有害事象は120例中1件だったため、有害事象のリスクが上がることはないことが確認された。こうしたデータを踏まえ、厚労省は使用体制の見直しの検討が可能になったと判断し、同年1月審査会で審査を終えた。

現在は有床施設で使用することになっているが、見直し案では夜間・休日を含む時間体制に対することわざを各条に、無床診療所での使用を認める。

また現在は2剤目投与後に院内待機を必須としているが、見直し案では自宅が▽医療機関から16キロメートル以内▽本剤を投与する医療機関が所在する2次医療圏または周産期医療圏内一の2つの条件ともに満たす妊婦に対し、帰宅を許可することにした。

無床診への運用に関する早期限定期解除に慎重な意見もある

2024年 7月29日月曜日

メディファクス

9263号

31

■ 経口人工妊娠中絶薬の運用柔軟化に懸念

自民・薬事小委で

自民党の厚生労働部会「薬事に関する小委員会」（田畠裕明委員長）は25日、ラインファーマの経口人工妊娠中絶薬「メフィーゴパック」（一般名＝ミフェブリスチン／ミソプロストール）の「適切な使用体制の在り方」について、厚生労働省から報告を受けた。病院などだけではなく、無床診療所でも緊急時の対応が可能な場合に限り投与を認めるなど、運用を柔軟化するもの。だが、妊娠中絶に否定的な見解を持つ複数の参加議員からは懸念の声が相次いだ。

メフィーゴパックはまずミフェブリスチン錠を投与し、その36～48時間後、2剤目にミソプロストールパックカル錠を投与する。これまで「適切な使用体制の在り方が確立されるまでの当分の間」として、▽入院可能な有床施設で使用する▽2剤目の投与後は胎嚢が排出されるまで院内待機を必須とする一とされていたが、同日示した「適切な使用体制の在り方」では、これらの要件を部分的に緩和している。

具体的には、入院可能な有床施設でのみ使用可能という原則は維持しつつ、投与施設面を柔軟化。病院などに限らず、緊急連絡体制や入院可能な施設との連携が担保されているなど、緊急時の対応が可能な場合に限り、無床診療所でも投与を認めている。

また医療機関の近郊に居住している場合には、入院や院内待機を必須にせず、自宅での管理を可能とした。胎嚢排出の有無にかかわらず、遅くとも2剤目投与後、1週間をめどに再来院させ、胎嚢排出の有無の確認を徹底する。ただし居住地が遠い場合は、従来通り胎嚢が排出されるまで入院または院内待機が必須となる。

●田畠委員長「賛成はしていない」

会議後、取材に応じた田畠委員長によると、議員の懸念に対して厚労省医薬局は「局として受け止める」と回答した。田畠委員長は「ボールは厚労省にある」とし、メフィーゴの使用体制の在り方については「再考も含め、検討するというのが厚労省側の考え方だと思う」との認識を示した。一方、「小委で承認する、前に進めない、などを決める話ではない」としつつ、小委として「賛成したということではない」とも述べた。

小委に出席した医系議員は、じょうの取材に対し、「非常に難しい問題」とした上で、「やむを得ず中絶が必要な女性にとって、（メフィーゴは）侵襲性が少ない点では良いと思う」と語った。一方で「簡単に中絶が可能という不適切な認識が一般に広まるのは避けるべき」とも指摘した。

自民党厚生労働部会

薬事に関する小委員会

(田畠裕明委員長)

「侵襲性が少ない点では良いが、簡単に中絶が可能という不適切な認識が一般に広まるのは避けるべき」

等、慎重な意見が続出した

厚労省薬事審議会(2024年9月25日)の結果

- ・無床診への拡大要望は都心部を中心に多い
- ・市販直後調査、こ家庁調査研究(中井班)で安全性に問題なかったが、その後に胎嚢排出後の遺残による高次施設入院、輸血例が報告された
- ・2024年9月25日の薬事審議会では、運用上の課題について医会から日医を通して意見書を提出し、**無床診への拡大は見送り、2剤目服用後の帰宅許可条件の緩和のみが認められ、11月29日通達が出された**

<2剤目服用後の帰宅許可条件>

- ・自宅での経過観察を希望し、本剤の投与を受ける者の居住地が以下の全ての要件を満たす場合に限り可能
 - (1)当該医療機関に容易に通院可能(医療機関から16km以内)
 - (2)当該医療機関が所在する二次医療圏又は周産期医療圏内

経口妊娠中絶薬の適切な使用体制の あり方等に関する研究

- 令和6年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
健康安全確保総合研究分野
医薬品・医療機器レギュラトリーサイエンス政策研究
(研究代表者：中井章人)

メフィゴ[®]パック2剤目投与後帰宅事例を中心に
安全な運用方法を検証する

再度、無床診療所への適応拡大を議論するための
重要な根拠データとなると期待されている

意見書の内容(抜粋)

日本医師会提出資料（2024年9月25日）

(1) 講習受講の義務化

無床診療所において、経口中絶薬を用いた中絶診療のみ実施し、
外科的処置を一切行わない診療所が生じることがないよう、
講習等の受講を義務化

→来年度から母体保護法指定医師研修会のなかで実施予定

(2) 流通管理報告体制等のデジタル化

症例数の多い都市部の医師会における事務作業は逼迫状態にある

→ラインファーマ社がオンライン報告システムを構築中

(3) 安全性確保のための資材：安全性確保のための資材を作成し、 円滑な情報共有ができる連携体制を構築

(4) 国民への正しい情報提供：正しい情報提供及び啓発を実施

本日の内容

- ・人工妊娠中絶に関する基本事項
- ・2024年9月の薬事審議会における課題
- ・メフィーゴパック薬品管理報告のデジタル化
- ・メフィーゴパック無床診拡大に向けた義務講習

無床診への運用に関する限定解除の課題

- ・予想よりも普及スピードが緩慢で、地方での使用実績が極端に少ない
- ・反対派を説得するには、安全性や有効性の実績だけでなく、経口中絶薬治療に対する社会的な認知に、もう少し時間が必要
- ・無床診に対して合併症対応等に関する義務講習が必要
- ・無床診に限定解除前に報告システムの整備(デジタル化)が必要

→ 日本医師会母体保護法等に関する検討委員会から

日本産婦人科医会に下記調査依頼がなされた

「経口中絶薬薬品管理に関するアンケート調査」

調査期間：令和6年12月2日～12月23日

回答都道府県：39都道府県

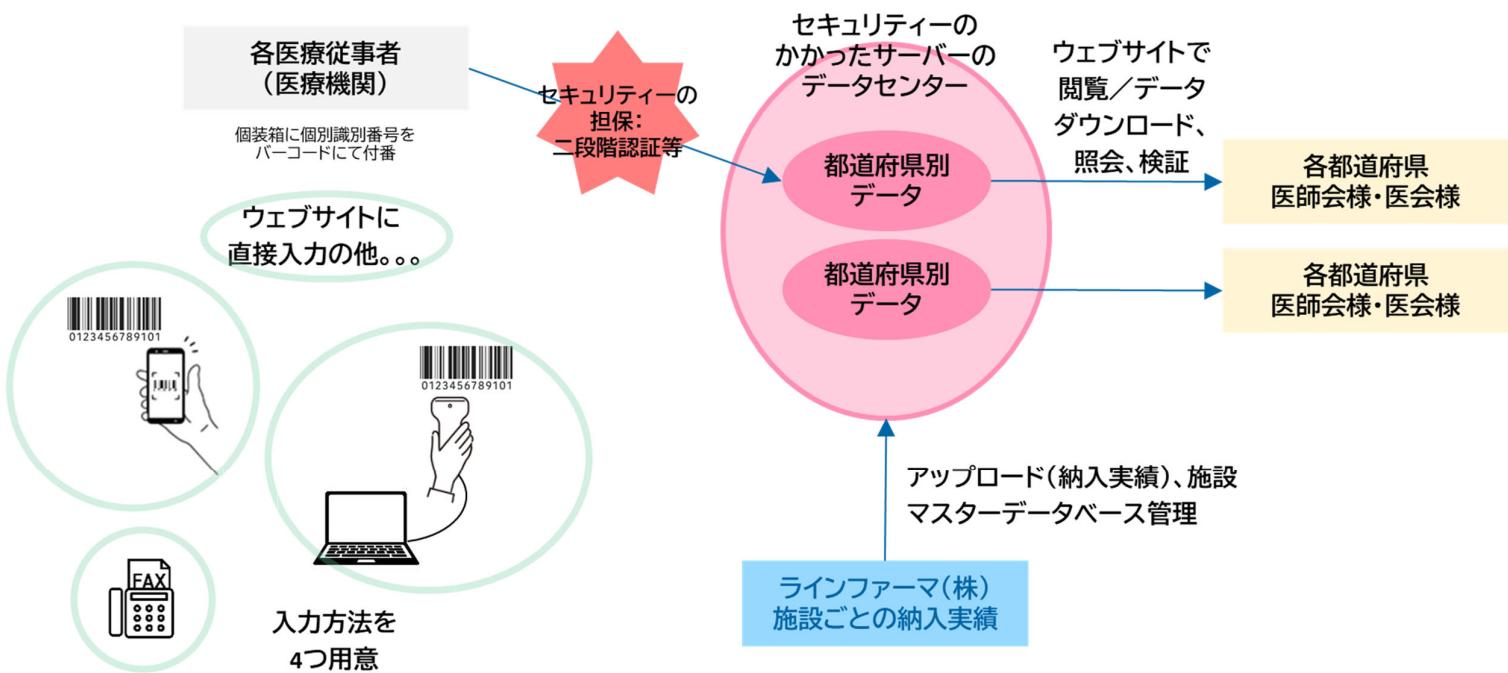
(神奈川、長野、富山、岐阜、兵庫、香川、愛媛、山口県以外)

メフィーゴパック納品・施用実績照会システム

- ・2025年内にシステム完成予定
- ・2026年1～3月 施設限定で試験運用
- ・2026年4月 本格運用（全国展開）

システム構築・維持費用は
製薬会社（ラインファーマ社）負担

システムのイメージ



本日の内容

- ・人工妊娠中絶に関する基本事項
- ・2024年9月の薬事審議会における課題
- ・メフィーゴパック薬品管理報告のデジタル化
- ・メフィーゴパック無床診拡大に向けた義務講習

経口中絶薬に関する義務講習

- ・義務講習は、2026年度から各地で開催される母体保護法指定医師研修会での導入を検討している（日本医師会母体保護法等に関する検討委員会）
- ・**義務講習の対象:**メフィーゴパックをこれから処方する、または既に処方している有床施設の指定医も含めた**全ての指定医**

2026年度～2028年度末（経過措置中の2年間）

各地の母体保護法指定医師研修会で**毎回**、義務講習内容を含んだ研修を実施（各地で更新時期は異なるが、指定医は必ず受講となる）

2029年度以降（経過措置後）は

- ・新たにメフィーゴパック処方を希望する指定医は、（オンライン）動画コンテンツを視聴 → 受講終了後に所属都道府県医師会・産婦人科医会に報告 → ラインファーマ社に報告
→ 処方可能（義務講習受講後に処方可能となる）

義務講習形式・内容について

- ・母体保護法指定医師研修会のうち、「母体保護法の趣旨と適正な運用に関するもの」のなかで各地区担当講師が下記義務講習項目について解説する
- ・日本産婦人科医会から配布する（2026年3月配布予定）資料・動画コンテンツをそのまま使用する、もしくは陳腐化を避けるために各地区の判断で参考資料として、一部のみ使用、内容改変等を認める
- ・義務講習項目
 - ・無床診での使用条件（2024年9月25日 薬事審議会 メフィーゴ パックの「適切な使用体制のあり方」）を中心に解説
 - ・胎嚢排出後の遺残による、搬送・入院・輸血施行実例に基づく解説と対処法
 - ・報告方法（薬品管理に関するオンライン報告も含む）
 - ・胞衣の取扱い

無床診拡大における合併症例の対応

- ・「母体保護法指定医師の指定基準」細則には、転送電話、携帯電話等で24時間患者からの連絡に対応することと明記されており、従来の運用と同様に、まずは自院で直接診察等の対応した上で、必要に応じて協力病院を紹介する運用が基本。
- ・後方病院の確保：一部の都道府県医師会で施設指定の際に後方病院を定めた文書提出を求めているが、無床診拡大の際には追加で以下の条件が課される方向以下を全て満たす他の医療機関と連携した緊急時の体制を整備し、自院で困難な容体の患者が生じた場合、連携先の医療機関に対して必ず受入調整を行う
 - ・母体保護法指定医師が配置されている入院可能な有床施設
 - ・緊急時の受入体制について、24時間体制で緊急時の対応が可能で十分な余力があり、同一の二次医療圏又は周産期医療圏内に所在すること
 - ・文書により緊急時の受入体制について覚書を締結していること。なお、覚書の有効期限は2年を超えない期間であること（覚書コピーをメーカーに提出）

高次施設入院・輸血事例（いずれも胎嚢排出後の遺残）

	有害事象	年齢 妊娠週数	経過
1	子宮出血	26歳 8週0日	2剤目投与から9日後に患者より出血多量の連絡あり。診察後、入院。翌日に退院するも、1ヵ月以上経った後も出血が継続し、他施設へ紹介された。その後、外科的処置等なく回復し、hCGの値も陰性となった。 2剤目投与9日後（多量出血発現日）：Hb 9.5g/dl
2	子宮出血	26歳 8週1日	2剤目投与後、同日に出血あり、胎盤鉗子にて処置。メチルエルゴメトリンおよびラクテック500mLにて治療。患者は同日に回復し、帰宅。
3	子宮出血	38歳 6週4日	2剤目服用後に胎嚢排出を認め退院。退院後の外来にて子宮内クリアを確認。出血なく終診。 その後子宮出血があり経過観察していたが、急な受診依頼あり、高次医療機関へ搬送。Hb 7.0、超音波上RPOC（血流あり1cm程度、絨毛遺残を疑う）所見、hCG65。出血に対して輸血4単位施行。活動性出血はなく経過観察。 遠方のためにさらに自宅近くの他施設に転院。さらにRCC4単位輸血施行し、Hb9.9となり翌日退院となった。

61

無床診拡大における胞衣（えな）の対応

条例の有無等について、地域により運用の詳細は異なるが、

妊娠12週未満であっても中絶胎児（子宮内容物）については、初期流産内容物と異なり、特段の配慮が必要である

（平成16年に厚労省母子保健課長通知が発出されている）

- * 医療機関で排出した場合は、地域毎で定められている従来の初期妊娠中絶の対応通り（医療機関や自宅トイレ等で流した等に対して罰則等の規程は定めない方向だが、原則医療機関に提出して対応するよう指導する）
- * 特に妊娠8週以降では、中絶胎児がそのままの形態で排出されて患者の目の当たりにするケースが考えられるので、より丁寧な事前説明・メンタル面でのフォローを要する

適応外使用・悪用対策

- ・適応外使用は禁じられている：海外の一部では緊急避妊や稽留流産に対してミフェピリストン投与、中絶不成功例に対してミソプロストール追加投与を行っている実態があるが、**国内で適応拡大の検討予定なし**
- ・悪用対策：
 - ・現在ミフェピリストンは原則個人輸入できない措置がとられている
 - ・ミフェピリストン・ミソプロストールの**一体化パックを医療機関で厳重に保管し、指定医の面前での服用を徹底する**

2024/3/27付で日医モデルが改定された

2 技能

(2) 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、その内10例以上の人工妊娠中絶手術を含むこととする。



2 技能

(2) 研修期間中に、**10**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、その内**5**例以上の人工妊娠中絶手術*を含むこととする。

(*薬物のみによる人工妊娠中絶は症例数に含めない)

薬剤による中絶も治療前の評価は必須

CQ205 | 妊娠 12 週未満の人工妊娠中絶時の留意事項は？

Answer

- ① 子宮内容除去術もしくは薬物療法（ミフェプリストン、ミソプロストールの順次投与）による人工妊娠中絶を行うに際して、以下を行う。
- 1) 母体保護法を順守する。（A）
 - 2) できるだけ正確な妊娠週数を診断し、妊娠歴、合併症、既往歴、アレルギー歴、服用中薬剤等の情報を収集する。（A）
 - 3) 内診や超音波検査等で子宮内・外の状態を確認する。（A）
 - 4) 以下の検査を行う。
　血液型（ABO 型、RhD 型）(A), 血算 (B), 心電図 (C, 術中の心電図モニターでも可), 感染症検査 (C)
- ② 子宮内容除去術による人工妊娠中絶では以下を行う。
- 1) 手術法や麻酔法、術前術後の経過や処置、手術時・麻酔時の合併症について説明し同意を得る。（B）
 - 2) 術前に、緊急時の対応が可能であることを確認する。（A）
 - 3) 術中は、心肺監視装置を装着する。（C）
 - 4) 子宮損傷や感染の回避に努める。（A）
 - 5) 実施後に摘出物中の絨毛の有無を確認する。（A）
 - 6) 手術終了時および術後 7 日目頃に、超音波検査等により子宮腔内遺残の有無を確認する。（C）
- ③ 薬物療法（ミフェプリストン、ミソプロストールの順次投与）による人工妊娠中絶では以下を行う。

治療前に血液型、
経腔エコー検査
を必ず行う

産婦人科診療
ガイドライン
産科編2026
パブリック
コメント資料

まとめ

- ・ 経口中絶薬による人工妊娠中絶治療は、全国的に治療数が着実に増加している
- ・ 国内で重大なトラブルは報告されていないが、**胎嚢排出後の遺残による入院・輸血症例があり、地域における連携体制が重要**
- ・ 近い将来、無床診療所での経口中絶薬の使用が条件付きながら解禁されることが予想され、薬品管理・報告方法のデジタル化や義務講習の整備が着実に進められている。
- ・ 時間外対応、追加緊急手術・処置の体制と価格設定、高次施設との連携、院内待機方法等の整備について各施設における収益と負担とのバランスを考慮して導入のメリットを検討いただきたい

— M E M O —

母体保護法をめぐる最近の話題と

母子保健行政の最近の動向

福岡大学医学部産科婦人科学講座
講師 漆山大知

母体保護法をめぐる最近の話題と 母子保健行政の最近の動向

福岡大学医学部産科婦人科学講座

漆山 大知

1

令和7年度家族計画・母体保護法指導者講習会伝達講習会

利益相反状態の開示

筆頭演者氏名：漆山 大知

所属：福岡大学医学部産科婦人科学講座

今回の演題に関連して、開示すべき利益相反状態はありません。

2

伝達させていただく内容

母体保護法をめぐる最近の話題（日本医師会常任理事 濱口 欣也 先生）

- ・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
- ・最近のトピックス
　　多胎減数手術、人工妊娠中絶における配偶者の同意、胎児条項

母子保健行政の最近の動向（こども家庭庁成育局母子保健課 田中 彰子 先生）

- ・母子保健行政をとりまく最近の動向
　　こどもまんなか実行計画2025、プレコンセプションケア推進5か年計画など
- ・旧優生保護法に関する最近の動き

3

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

・緊急避妊薬について

・現在に至る経緯

令和5年度 緊急避妊薬販売に係る環境整備のための調査事業報告書

令和6年度 事業における主な変更点

令和7年度 緊急避妊薬の適正販売に係る環境整備のための調査事業

・医薬品の分類と販売方法

・薬規法の改正と販売する薬局等の要件

・連携体制について

厚生労働省からの依頼

連携の趣旨・体制について

決定事項の説明

4

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

・緊急避妊薬について

・現在に至る経緯

令和5年度 緊急避妊薬販売に係る環境整備のための調査事業報告書

令和6年度 事業における主な変更点

令和7年度 緊急避妊薬の適正販売に係る環境整備のための調査事業

・医薬品の分類と販売方法

・薬規法の改正と販売する薬局等の要件

・連携体制について

厚生労働省からの依頼

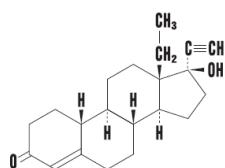
連携の趣旨・体制について

5

緊急避妊薬とは



<有効成分>



一般的名称：レボノルゲスト렐 (Levonorgestrel)

<用法及び用量>

6. 用法及び用量

性交後72時間以内にレボノルゲスト렐として1.5mgを1回経口投与する。

7. 用法及び用量に関する注意

本剤を投与する際には、できる限り速やかに服用するよう指導すること。

製造販売元：あすか製薬株式会社
販売元：武田薬品工業株式会社

<薬理作用>

18. 薬効薬理

18.1 作用機序

本剤の子宮内膜に及ぼす作用、脱落膜腫形成に及ぼす作用、受精卵着床に及ぼす作用、子宮頸機能に及ぼす作用及び排卵・受精に及ぼす作用に関する各種非臨床試験を行った結果、本剤は主として排卵抑制作用により避妊効果を示すことが示唆され、その他に受精阻害作用及び受精卵着床阻害作用も関与する可能性が考えられた^{10), 11)}。

<臨床成績>

17.1.2 海外第Ⅲ相試験

性交後72時間以内に他のレボノルゲスト렐製剤1.5mgを1回経口投与した際の妊娠率及び妊娠阻止率は以下のように報告されている。

投与日	妊娠率 (妊娠例数/評価症例数)	妊娠阻止率
性交後1~3日 (0~72時間)	1.34% (16/1198)	84%

主な副作用は、不正子宮出血31.3%（426/1359例）、恶心13.9%（189/1359例）、疲労13.5%（184/1359例）、下腹部痛13.5%（183/1359例）、頭痛10.4%（142/1359例）、浮動性めまい9.7%（132/1359例）、乳房圧痛8.3%（113/1359例）、月経遅延4.6%（62/1359例）であった⁹⁾。[5.1参照]

現在に至る経緯①

○平成28年（2016年）

「医療用から要指導・一般用への転用に関する評価検討会議」（評価検討会議）へ緊急避妊薬（レボノルゲストレル）のスイッチOTC化に係る要望書が提出された

○平成29年（2017年）11月

第3回評価検討会議にて緊急避妊薬のスイッチOTC化は時期尚早とされた。

（指摘された主な課題）

インターネットでの販売を含め、安易に販売される懸念のほか、悪用や濫用等の懸念がある。

避妊も含めた性教育の遅れなど使用者のリテラシーが不十分である。

販売を行う薬剤師が、女性の生殖や避妊、緊急避妊に関する専門的知識を身につける必要がある。

→ 課題の1つとされた、薬剤師の資質向上については、女性の性、避妊、緊急避妊薬等に関する研修を実施している。

○令和2年（2020年）12月 第5次男女共同参画基本計画（閣議決定）

予期せぬ妊娠の可能性が生じた女性が、緊急避妊薬に関する専門の研修を受けた薬剤師の十分な説明の上で対面で服用すること等を条件に、処方箋なしに緊急避妊薬を適切に利用できるよう、薬の安全性を確保しつつ、当事者の目線に加え、幅広く健康支援の視野に立って検討する。

○令和3年（2021年）5月 緊急避妊薬の再検討に係る要望受理

7

現在に至る経緯②

○令和3年（2021年）6月 第16回評価検討会議

- ・緊急避妊薬に係る前回検討からの経緯及び現状等の説明
- ・緊急避妊薬に係る海外状況調査の実施について説明

○令和3年6月 経済財政運営と改革の基本方針2021（骨太方針2021）（閣議決定）

（2）女性の活躍

緊急避妊薬を処方箋なしに薬局で適切に利用できるようにすることについて、本年度中に検討を開始し、国内外の状況等を踏まえ、検討を進める。

○令和3年10月 第17回評価検討会議

- ・再検討までの経緯及び要望内容
- ・2017年に指摘された課題を巡る対応状況等
(関係領域の専門家等からのヒアリングを含む)

○令和4年（2022年）3月 第19回評価検討会議

- ・緊急避妊薬に係る海外状況調査結果の報告
- ・関係領域の専門家からの追加のヒアリング

○令和4年4月 第20回評価検討会議

- ・性暴力救援センターからのヒアリング
- ・課題とされた点に対するこれまでの調査結果・主な意見の整理

注) 規制改革会議の指摘を受け、令和3年3月以降、評価検討会議はスイッチOTC化の可否の決定までは行わず、スイッチOTC化を行う上での課題点とその解決策を検討する会議へと変更された。

8

現在に至る経緯③

- 令和4年9月 第22回評価検討会議
・パブリックコメント案の検討

- 令和4年12月27日～令和5年1月31日 パブリックコメントの実施

賛成： 45,314件 （※対応策を講じれば将来的なOTC化に賛成等を含む）
反対： 412件
賛否不明： 586件

- 令和5年（2023年）5月 第24回評価検討会議

- ・パブリックコメントを踏まえたスイッチ化の課題点と対応策の整理

- ① 年齢制限の要否
- ② プライバシーの確保の在り方
- ③ 薬剤師による対面販売の在り方
- ④ 産婦人科医との連携の在り方 等

- 令和5年6月 第25回評価検討会議

- ・緊急避妊薬販売に係るモデル的調査研究の議論
- ・検討会議結果（案）のとりまとめ

- 令和5年11月 モデル的調査研究事業の開始

注) 規制改革会議の指摘を受け、令和3年3月以降、評価検討会議はスイッチOTC化の可否の決定までは行わず、スイッチOTC化を行うまでの課題点とその解決策を検討する会議へと変更された。

9

令和5年度 緊急避妊薬販売に係る環境整備のための調査事業報告書（概要）

【背景、目的】

- ・ 現在、緊急避妊薬は「処方箋医薬品」であり、原則として、医師の処方を受けた上で、薬局等で調剤される必要がある。
- ・ しかし、第5次男女共同参画基本計画において「処方箋なしに緊急避妊薬を利用できるよう検討する」ことが定められたことを受け、厚生労働省では、緊急避妊薬を「要指導・一般用医薬品」とする際の課題や対応策について検討を行ってきたところ。
- ・ 本事業は、一定の条件を満たす薬局を指定した上で試験的に緊急避妊薬の薬局販売を行い、要指導・一般用医薬品へ転用した際に緊急避妊薬の適正販売が確保できるか等を調査するもの。
- ・ 同事業は、日本薬剤師会にて研究事業（研究名「緊急避妊薬販売に係る環境整備のためのモデル的調査研究」、研究代表者：亀井美和子）として、2023年11月末より実施した。

【研究内容等】

- ・ 都道府県薬剤師会協力の下、**全国145の薬局で試験販売を実施**
- ・ 協力薬局は以下の条件を満たすものを選定
 - a. オンライン診療に基づく緊急避妊薬の調剤の研修を修了した薬剤師が販売可能
 - b. 夜間及び土日祝日の対応が可能
 - c. プライバシー確保が可能な販売施設（個室等）を有する
 - d. 近隣の産婦人科医等との連携体制を構築可能
- ・ 購入者は、HP案内等で事前に内容を理解した上で本研究へ参加
- ・ 協力薬局、購入者及び比較対象として医師の処方を受けた者へ緊急避妊薬の適正販売に係るアンケート調査を実施（分析に要する期間を考慮し、2023年11月末から2024年1月末までの販売分を解析対象とした）

【結果】

- ・ 2023年11月28日～2024年1月31日の販売実数は**「2,181」**。都道府県によりばらつきがあるが、東京・神奈川では200超を販売。
- ・ 協力薬局への来局時期及び曜日について大きなばらつきは見られないが、来局時間に関しては、概ね9時から19時に集中しており、夜間・早朝（21時から8時まで）の来局は全体の2%程度だった。
- ・ 購入者への満足度調査では「薬剤師の対応」「説明のわかりやすさ」「プライバシーへの配慮」への満足度は高い一方で、「支払った費用」の満足度は低い傾向にあった（本研究では7～9千円の範囲内で各薬局で設定）。ただし、この傾向は医師の処方を受けた者でも同様に見られた。また、購入者ほぼ全員が、薬剤師からの説明を「よく理解できた」と回答したが、連携産婦人科医の事後アンケートにおいては「薬剤師の説明を理解していない」との回答が1件含まれていた。
- ・ 購入者への事後アンケート（購入後3～5週間に回答）での「今後、緊急避妊薬の服用が必要になったらどうしたいか」との設問には、約8割の者が「医師の診察を受けずに、薬局で薬剤師の面談を受けてから服用したい」と回答した。
- ・ 協力薬局に対する「販売可否に係るチェックリスト」への満足度調査では約9割が「容易に可否判断ができた」と回答した一方で、「妊娠の可能性」の判断に関する項目を改善すべきと約半数が回答した。
- ・ 協力薬局で発生した事象として「薬局の事情で公表した営業時間内に販売できないことがあった」との回答が一定程度報告された（40薬局）が、その半数以上が「研修を受けた薬剤師の不在」を理由に挙げていた。

10

令和5年度事業において抽出された課題

- 協力薬局に対する「販売可否に係るチェックリスト」への調査において、「妊娠の可能性」の判断に関する項目を改善すべきと約半数が回答した（再掲）。
- 購入者の服用後3～5週間後の状況

表15 産婦人科を受診しましたか

	販売	
	件数	%
はい	153	14.4
いいえ	910	85.6
合計	1,063	100.0

参考：調剤	
件数	%
4	14.3
24	85.7
28	100.0

表16 産婦人科を受診しなかった理由

	販売 (n=910)	
	件数	%
生理が確認できたから	717	78.8
受診する時間がなかったから	197	21.6
診療代の負担が大きいから	92	10.1
これから受診する予定	97	10.7
その他の理由（具体的に）	38	4.2
特に理由はない	30	3.3

参考：調剤 (n=24)	
件数	%
15	62.5
3	12.5
3	12.5
3	12.5
2	8.3
3	12.5

改善すべき項目

(改善すべきと答えた70薬局における回答、複数回答可)



服用後の避妊の成否の確認が重要！

11

令和5年度事業⇒令和6年度事業における主な変更点

- 地域における販売時間帯や利用者の傾向を分析し、当該地域において対応すべき適正な時間帯や受け入れ体制を考察するために、各地域における研究協力薬局数を増やす。
- 販売プロトコールの適正化を検討するために、令和5年度事業において約半数の薬剤師が改善すべき項目として挙げた「緊急避妊薬販売に係るチェックリスト」における「妊娠の可能性」の判断に係る項目について、内容を変更する。
- 購入者の多く（86%）が服用後に産婦人科医を受診していないことから、UPSIの前の別のUPSIにより妊娠が成立しているにもかかわらず、緊急避妊薬の服用により安心し、その結果予期せぬ妊娠や中絶機会の喪失につながる可能性があり、これを防ぐためにも、薬剤師が妊娠の可能性について十分に理解して購入者に対応する必要がある。



①研究計画再変更（プロトコル変更、薬剤師向け資料の再見直し、購入者アンケート項目の変更等）

- 妊娠の可能性に関する聞き取り項目・説明項目を中心に、資料の見直し
- 購入者全員に対し、服用後3週間を目途に妊娠の有無を確認するよう徹底（受診または検査薬）
- 妊娠の可能性についてより理解を深めるため、販売する薬剤師に対して追加的研修を実施（既に「オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤に関する研修」を修了しているが、十分でなかった「妊娠の可能性」への理解を補強するための内容）

②実施地域における連携体制の再確認

- 産婦人科医との連携体制が構築されていることを改めて確認（連携内容・方法の明確化等）

12

令和6年度 緊急避妊薬販売に係る環境整備のための調査事業報告書（概要）

【令和5年度事業において抽出された課題】

- 販売数が少なく、都道府県によりばらつきがあった。
- 「販売可否に係るチェックリスト」について、「妊娠の可能性」に関する項目を改善すべきと約4割が回答した。
- 購入者の約85%において、服用3～5週間後に産婦人科医を受診しておらず、また、避妊の成否を妊娠検査薬で確認していなかった。

【結果】

<令和5年度事業において抽出された課題に対する改善結果>

- 協力薬局に対する「販売可否に係るチェックリスト」に係る調査では、引き続き「妊娠の可能性」に関する項目への改善意見が見られたものの、その割合は低下傾向にあった（令和5年度：90%、令和6年度：76%）。また、妊娠の判断に係る追加的研修に対しては、9割近くの薬剤師が「役に立った」と回答した。
- 購入者の避妊成否確認については、販売後3～5週間後の調査において、6割が「確認した」と回答しており、また、その他2割も「今後確認する」と回答した。その確認方法については、緊急避妊薬と同時に購入した妊娠検査薬において確認した割合が37.5%、別途購入した検査薬での確認が59.3%、産婦人科への受診による確認が3.4%であった。

<その他>

- 協力産婦人科医へのアンケートにおいて、「患者が薬剤師の説明を理解したと考える」は100%（令和5年度：75%）であった。また「薬局からの紹介内容が不適切であった」は0%（令和5年度：0%）、「不適切な紹介はなかった」は91.7%（令和5年度：83.3%）であり、昨年度調査よりもいざれも改善傾向にあった。
- 2023年11月28日～2025年1月31日の販売数は「6,813」だった。都道府県によりばらつきがあるが、約半数の都道府県で100件超を販売した。（最少は山形県の18件）
- 協力薬局への来局時期及び曜日について大きなばらつきは見られなかつたが、来局時間に関しては、概ね9時から19時に集中しており、夜間・早朝（21時から8時まで）の来局は全体の2%程度だった。
- 購入者の年齢層は多くが20-39歳であったが、16-19歳も9%程度存在した。
- 購入者への満足度調査では「薬剤師の対応」「説明のわかりやすさ」「プライバシーへの配慮」への満足度は高い一方で、「支払った費用」の満足度は低い傾向にあった（本研究では7～9千円の範囲内で各薬局で設定）。
- 販売時に個室対応した薬局は約半数程度であり、その他「間仕切りの設置」や「対応時間の工夫」を使用した薬局も多数存在したが、「プライバシーへの配慮」へのアンケート結果では、大きな問題は報告されなかつた。
- 13薬局では16歳未満者に対する問い合わせがあつた。また、11薬局では面前服用を拒否したために販売できなかつた方がいた。

13

令和7年度 緊急避妊薬の適正販売に係る環境整備のための調査事業

研究目的

- 令和5年度及び令和6年度調査事業において集積したデータの分析し、薬局における緊急避妊薬の適正で持続可能な販売方法及び販売時に留意すべき点について検討する。
- 引き続き、実際の販売を通じてスイッチOTC化した場合の販売方法についてさらに検討を行い、その最適化を図ることを目的とする。

具体的な研究内容

- 令和6年度事業において薬局数を拡大したことを契機に、事業実施主体に「対応困難事例」（※）に関する問合せが寄せられた。同様の事例はスイッチOTC化する際にも発生すると考えられるため、**令和7年度事業においては、積極的に対応困難事例を収集し、その対応策を検討・構築することで、実際のスイッチOTC化の際の現場の混乱を避けることに資すると考えられる。**
(※) 「対応困難事例」とは、例えば、ワンストップ支援センターに繋いだ事例、警察に通報した事例、来局者・同伴者から暴言や暴力を受けた事例等を指す。
- 「対応困難事例」への該当性は、薬剤師への事後アンケートから判断し、該当する場合には当該事例を対応した薬剤師にヒアリングを実施する。

14

現在に至る経緯④

○令和6年5月 モデル的調査研究事業の結果公表

- ・参加薬局において、問題なく緊急避妊薬が提供された実態を確認。

緊急避妊薬のスイッチOTC品目の承認申請 【令和6年6月（あすか）、10月（富士製薬）】

○令和7年5月 モデル的調査研究事業の結果公表

- ・参加薬局において、問題なく緊急避妊薬が提供された実態を確認。

○令和7年（2025年）5月 薬機法改正法案成立、公布（5月21日）

- ・期間を定めない要指導医薬品の指定
- ・対面販売を義務付ける特定要指導医薬品の指定
- ・緊急避妊薬スイッチ化に係る附帯決議（衆・参）

○令和7年5月 第32回評価検討会議（5月23日）

- ・若者の意見を代表する者等を構成員とし、対面服用、親の同意、年齢制限について議論

○令和7年8月 薬事審議会 要指導・一般用医薬品部会

- ・緊急避妊薬のスイッチ化に係る承認の可否等の審議

○令和7年10月20日 承認（なお、販売が開始されるとモデル的調査研究事業は終了します）

15

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

・緊急避妊薬について

・現在に至る経緯

令和5年度 緊急避妊薬販売に係る環境整備のための調査事業報告書

令和6年度 事業における主な変更点

令和7年度 緊急避妊薬の適正販売に係る環境整備のための調査事業

・医薬品の分類と販売方法

・薬規法の改正と販売する薬局等の要件

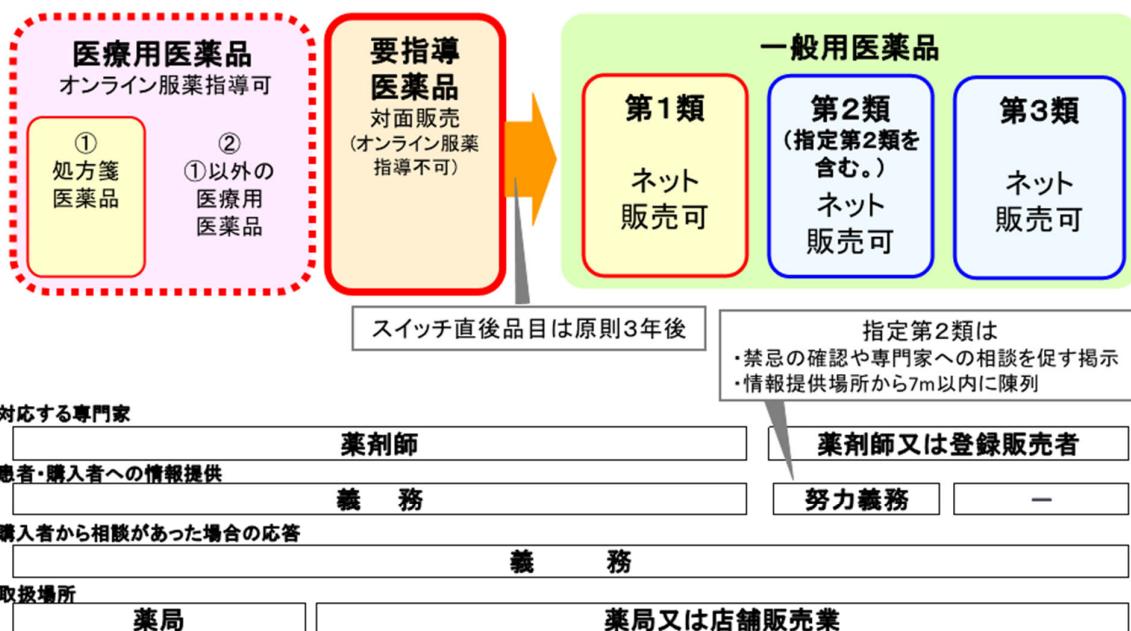
・連携体制について

厚生労働省からの依頼

連携の趣旨・体制について

16

我が国における医薬品の分類と販売方法について



17

緊急避妊薬を適切に販売・使用するために薬機法を改正

- 第217回国会にて、改正薬機法（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等の一部を改正する法律）が成立し、新たに「対面販売が必要な要指導医薬品の指定」及び「期間を定めない要指導医薬品の指定」に係る条文が盛り込まれている。
- 本条文については、公布から1年以内に施行予定。

<改正薬機法（抄）>

第4条第3項第4号 ⇒ 対面販売が必要な要指導医薬品の指定

- その薬局においてその薬局以外の場所にいる者に対して要指導医薬品（その適正な使用のために薬剤師の対面による販売又は授与が行われることが特に必要な要指導医薬品として、厚生労働大臣が薬事審議会の意見を聴いて指定する要指導医薬品（以下「特定要指導医薬品」という。）を除く。）又は一般用医薬品を販売し、又は授与する場合にあつては、その者との間の通信手段その他の厚生労働省令で定める事項を記載した書類

第4条第6項 ⇒ 期間を定めない要指導医薬品の指定

厚生労働大臣は、次の各号に掲げる医薬品の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める場合に該当すると認めるときは、当該医薬品を薬事審議会の意見を聴いて要指導医薬品として指定することができる。

- 一 イ又は口に掲げる医薬品医薬品の特性その他を勘案して、その適正な使用のために薬剤師の対面等による情報の提供及び薬学的知見に基づく指導が行われる必要がある場合
- イ その製造販売の承認の申請に際して第十四条第十二項に該当するとされた医薬品
- その製造販売の承認の申請に際してイに掲げる医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能、効果等が同一性を有すると認められた医薬品

18

要指導医薬品たる緊急避妊薬を販売する薬局等への要件

3. 要指導医薬品たる緊急避妊薬を販売する薬局及び店舗販売業の店舗並びに販売する薬剤師について

(1) 要指導医薬品たる緊急避妊薬を製造販売しようとする製造販売業者（以下、「製造販売業者」という。）は、販売しようとする薬局及び店舗販売業の店舗について、以下の①から③の要件を全て満たしていることを確認した上で要指導医薬品たる緊急避妊薬を卸すこととし、承認条件で付された事項の確実な履行を確保すること。

- ① 研修修了薬剤師が勤務していること
- ② プライバシーへの十分な配慮、緊急避妊薬を服用するための飲料水の確保等に対応できるような体制を整備していること
- ③ 近隣の産婦人科医等との連携体制を構築していること

[緊急避妊薬を調剤・販売する薬剤師及び販売する薬局・店舗販売業の店舗について（令和7年9月18日付け医薬総発0918第2号・医薬薬審発0918第3号）【197KB】](#)

19

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

・緊急避妊薬について

・現在に至る経緯

令和5年度 緊急避妊薬販売に係る環境整備のための調査事業報告書

令和6年度 事業における主な変更点

令和7年度 緊急避妊薬の適正販売に係る環境整備のための調査事業

・医薬品の分類と販売方法

・薬規法の改正と販売する薬局等の要件

・連携体制について

厚生労働省からの依頼

連携の趣旨・体制について

20

連携に向けた厚生労働省からの依頼事項

厚生労働省から日本医師会にお願いしたいこと

- 都道府県医師会に「スイッチOTC化に当たっての連携産婦人科医となる医師が所属する医療機関のとりまとめ」をお願いします。
- 都道府県によっては、都道府県医師会の幹部に産婦人科医が含まれていない場合もあると聞いており、そのような都道府県では、本連携の意図が十分に汲み取られることなく、取りまとめがなされる可能性があります。そのようなことが無きよう、周知の際は、本連携の意図を都道府県産婦人科医会へ十分に周知して上で、協力要請をお願いします。
- 具体的には、本連携の目的の一つに、予期せぬ妊娠をした女性の中絶へのアクセス担保が挙げられていることを踏まえ、連携の中には「母体保護法指定医師」が含まれるよう、ご配慮をお願いします。

連携内で実施すること

- 研究事業における①②③などのケースにおける協力や、薬剤師が判断に迷った場合の問い合わせ先として連携をお願いします（次ページ参照）。
- また、販売状況や販売困難事例等の共有を目的とした情報交換を開催して頂ければと考えています。

21

連携の趣旨

- 現在の「緊急避妊薬販売に係る試験販売事業」は、以下の条件を満たす協力薬局にて実施している。
 - a. オンライン診療に基づく緊急避妊薬の調剤の研修を終了した薬剤師が販売可能
 - b. 夜間及び土日祝日の対応が可能
 - c. プライバシー確保が可能な販売施設（個室等）を有する
 - d. 近隣の産婦人科医等との連携体制を構築可能
- 研究事業においては、
 - ① 薬局に緊急避妊薬を求めて来たが、販売不可と判断した場合
 - ② 販売可であっても医師による診察が必要と薬剤師が判断した場合
 - ③ 服用から3週間後に受診する先がない場合などのケースでは、連携産婦人科医を紹介しているほか、薬剤師が判断に迷った場合に連携産婦人科医へ相談している例も見受けられた。
- 薬剤特性の観点から、本剤服用後も妊娠が成立してしまった場合に中絶の機会を逸さない対応が必要であるほか、性暴力への対応の観点からも、スイッチOTC化された後も引き続き、産婦人科医等と薬局との連携が重要と考える。

- 72時間以上経過している場合
- すでに妊娠が成立している疑いがある場合
- 重篤な肝障害などを合併している場合
- 面前服用を拒否した場合
- 性感染症の疑いがある場合
- 16歳未満である場合
- 短期間での繰り返し購入が認められる場合
- 性犯罪の証拠保全の必要がある場合など

22

今後の連携体制の確認について①

薬局、産婦人科医の一定の塊との間で文書交換

緊急避妊薬販売薬局等名簿



連携医療機関名簿



● 薬局 ★ 産婦人科医

なお、連携医療機関名簿を提供する際、**地域の状況に応じて、守秘義務契約等の書面の取り交しを必要に応じて行ってください。**

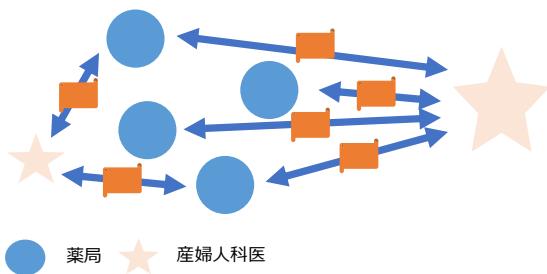
要指導医薬品たる緊急避妊薬を販売する薬局等への要件(以下の3点)があり、行政等が③を確認する文書は「緊急避妊薬販売薬局等名簿」になりますので、個別文書交換は不要ですが、**都道府県薬剤師会と都道府県医師会との間で名簿の交換が必要**です。

- ① 研修修了薬剤師が勤務していること
- ② プライバシーへの十分な配慮、緊急避妊薬を服用するための飲料水の確保等に対応できるような体制を整備していること
- ③ 近隣の産婦人科医等との連携体制を構築していること

23

今後の連携体制の確認について②

各薬局と各産婦人科医との間で個別に文書交換



要指導医薬品たる緊急避妊薬を販売する薬局等への要件(以下の3点)があり、行政等が③を確認するために**文書を取り交わすこと**とされております。

- ① 研修修了薬剤師が勤務していること
- ② プライバシーへの十分な配慮、緊急避妊薬を服用するための飲料水の確保等に対応できるような体制を整備していること
- ③ **近隣の産婦人科医等との連携体制を構築していること**

(参考様式別添)

緊急避妊薬販売に係る連携体制について

「緊急避妊薬を販売する薬局・店舗販売業の店舗における近隣の産婦人科医等との連携体制の構築について」（令和7年10月28日付け医薬総発1028第1号、医薬審発1028第1号）に基づく要指導医薬品たる緊急避妊薬の販売に係る連携体制の構築について、下記の薬局・店舗販売業の店舗と医療機関の間で確認する。

令和〇年〇月〇日

<薬局・店舗販売業の店舗及び薬剤師名>

A薬局 (B薬剤師 (研修修了証発行番号)、C薬剤師 (研修修了証発行番号))

<医療機関及び産婦人科医名>

D病院 (E産婦人科医)

※ 本文書は薬局・店舗販売業の店舗及び医療機関において適切に保管すること。

24

伝達させていただく内容

母体保護法をめぐる最近の話題（日本医師会常任理事 濱口 欣也 先生）

- ・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
 - ・**最近のトピックス**

多胎減数手術、人工妊娠中絶における配偶者の同意、胎児条項

母子保健行政の最近の動向（こども家庭庁成育局母子保健課 田中 彰子 先生）

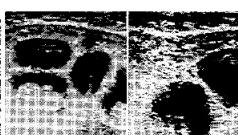
25

多胎減数手術について



排卵誘発剤で4つ子妊娠

2児中絶、2児を出産



日本初“減數手術”

 不妊治療と多胎妊娠

不妊治療には排卵誘発剤を使った薬物療法や、体外で卵子と精子を受精させてから子宫内に戻す体外受精などがある。かつては確実に出生率を上げようとして多胎妊娠をするケースが目立ったが、日本生殖婦人科学会では「体外受精で子宫内に戻す受精卵は原則1個」とする見解を出し、大きく減った。一方で、排卵誘発剤を使用による多胎妊娠を完全に防ぐことは難しく、減数手術が求められる一因ともなっている。

A photograph showing two blue fabric pouches with white drawstrings and tassels. The pouches have a repeating pattern of yellow cartoon characters. They are placed on a surface next to a small box of 'Kotobuki' candy and a glass of water. In the background, there are green plants and a colorful book cover.

不妊治療の夫婦 授かった五つ子失う

妻女のたゞもに障離止るしか 股お膝て手た 離 長つ開眼は らな ルビ書 0

「手術をしたなら」と訴え、「乳癌で命を落とした可能性がある」と心配する。一方、医師は「悪性腫瘍」などと、ルールを術の方法について定めた「語彙」と闘う。

見解はない。刺した刺激で
血管が動く、二つたり、四

九〇また全国各路三十社の取引で「国税す」とすれども、なぜかこのふたつの税金が混在するのである。

日本周産期新生児医学会シンポジウム（2025年7月13日）



「減胎手術」の外来診療 阪大病院が始める

07月12日 08時54分



3つ子などを妊娠した場合、母体を守るため、人工的に胎児の数を減らす「減胎手術」の外来診療を大阪大学医学部附属病院が始めました。

公的な医療機関が外来診療の実施を明らかにするのは初めてとみられ、大学は妊婦が安心して手術を受けられる環境作りにつなげたいとしています。

27

多胎減数手術について

母体保護法等に関する検討委員会 答申（平成19年11月）

主旨：

刑法の墮胎罪、母体保護法の人工妊娠中絶の規定などの解釈により、多胎減数手術が可能であるかを検討すべきである。

手術実施医師が消滅させる胎児を選択できることから、倫理的な問題が介在することに十分に配慮することが必要。

何胎以上の多胎を対象とするのか、何胎まで減数するのか、手術可能な妊娠週数に制限を設けるのか等の実施条件や実施施設を限定するか等の詳細については行政、日本医師会、関連学会との協議が必要である。

刑法の墮胎罪、母体保護法の人工妊娠中絶の規定などの解釈により、多胎減数手術が可能であるかを検討する必要がある。

28

虚偽の診断書作成を強いられる母体保護法の改正について（要望）

母体保護法では、その第14条で妊娠の継続または分娩が身体的又は経済的理由により母体の健康を著しく害するおそれのあるもの、暴行若しくは脅迫によって又は抵抗若しくは拒絶することができない間に姦淫されて妊娠したものが配偶者の同意のもとで人工妊娠中絶ができると規定しています。

しかし母体保護法指定医師に、目の前に同席する者が配偶者かどうかを調査する権限は無く、今回の妊娠で身体的又は経済的理由により母体の健康を著しく害するおそれがあるものとの診断を、多くて数回の面談で下すことは不可能です。

また、現法を厳密に運用すれば、新型出生前診断による陽性者の人工妊娠中絶は明らかに胎児条項による人工妊娠中絶と言えます。

産婦人科医に虚偽の診断書作成を強いる法律をこのまま放置することは産婦人科医への冒瀆と言えましょう。

日医では、この産婦人科医の窮状を救済すべく、また無用な医事紛争に巻き込まれないために、人工妊娠中絶の判断は妊娠している女性の基本的な権利であるとの世界的な判断に同調し、動かれるべきではないでしょうか？

29

人工妊娠中絶の配偶者の同意について

母体保護法

（昭和二十三年法律第百五十六号）

（医師の認定による人工妊娠中絶）

第14条 都道府県の区域を単位として設立された公益社団法人たる医師会の指定する医師（以下「指定医師」という。）は、次の各号の一に該当する者に対して、本人及び配偶者の同意を得て、人工妊娠中絶を行うことができる。

- 一 妊娠の継続又は分娩が身体的又は経済的理由により母体の健康を著しく害するおそれのあるもの
- 二 暴行若しくは脅迫によって又は抵抗若しくは拒絶することができない間に姦淫されて妊娠したもの

2 前項の同意は、配偶者が知れないとき若しくはその意思を表示することができないとき又は妊娠後に配偶者がなくなつたときには本人の同意だけで足りる。



配偶者同意の問題については、今後も国民的な議論を深めていく必要がある。

人工妊娠中絶の胎児条項について

母体保護法等に関する検討委員会 答申（平成19年11月）

主旨：中絶の適応に胎児条項を導入することは、現状では適当ではない。

胎児に重篤な異常が見つかった場合に、選択肢として人工妊娠中絶を望む女性が少なからず存在することから、母体保護法に胎児条項を導入することの是非を広く議論すべきと考える。しかし、現状を分析すると、胎児条項の導入を具体的に議論するするような事例は、必ずしも頻繁には生じておらず、社会一般においても導入を積極的に支持する情勢にないと思われる。

また、胎児条項が容認された場合、**胎児診断の正確性が高いレベルで求められることになり、診断の精度に関連して新たな医事紛争の火種となることを懸念する意見もあった。**



出生前診断については、必ずしも十分な議論が進んでいるとは言えず、広い分野からの継続的な議論が必要である。

31

伝達させていただく内容

母体保護法をめぐる最近の話題（日本医師会常任理事 濱口 欣也 先生）

- ・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
- ・最近のトピックス

多胎減数手術、人工妊娠中絶における配偶者の同意、胎児条項

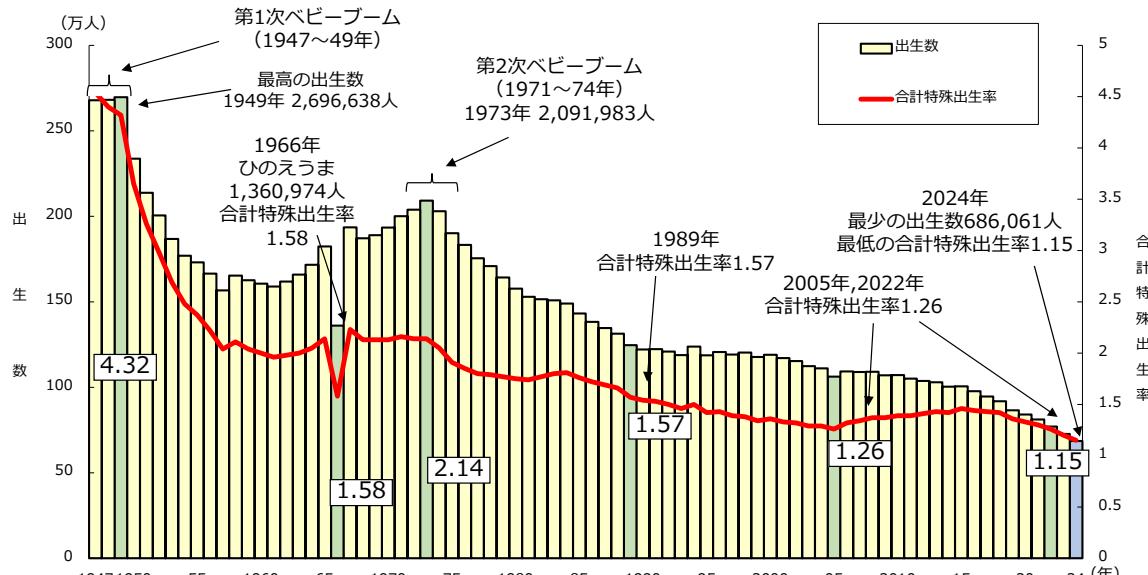
母子保健行政の最近の動向（こども家庭庁成育局母子保健課 田中 彰子 先生）

- ・母子保健行政をとりまく最近の動向
こどもまんなか実行計画2025、プレコンセプションケア推進5か年計画など
- ・旧優生保護法に関する最近の動き

32

日本の出生数、合計特殊出生率の推移

- 2024年の出生数は68万6061人で、前年比41,227人減少（概数）。
- 2024年の合計特殊出生率は1.15で、前年比0.05ポイント低下。最低の合計特殊出生率を更新。



33

こども・子育て政策の課題と強化（基本理念）

1. 若い世代が結婚・子育ての将来展望を描けない

→ **若い世代の所得を増やす**



2. 子育てしづらい社会環境や職場環境がある

→ **社会全体の構造・意識を変える**



3. 子育ての経済的・精神的負担感や
子育て世帯の不公平感が存在する

→ **全てのこども・子育て世帯を
切れ目なく支援する**

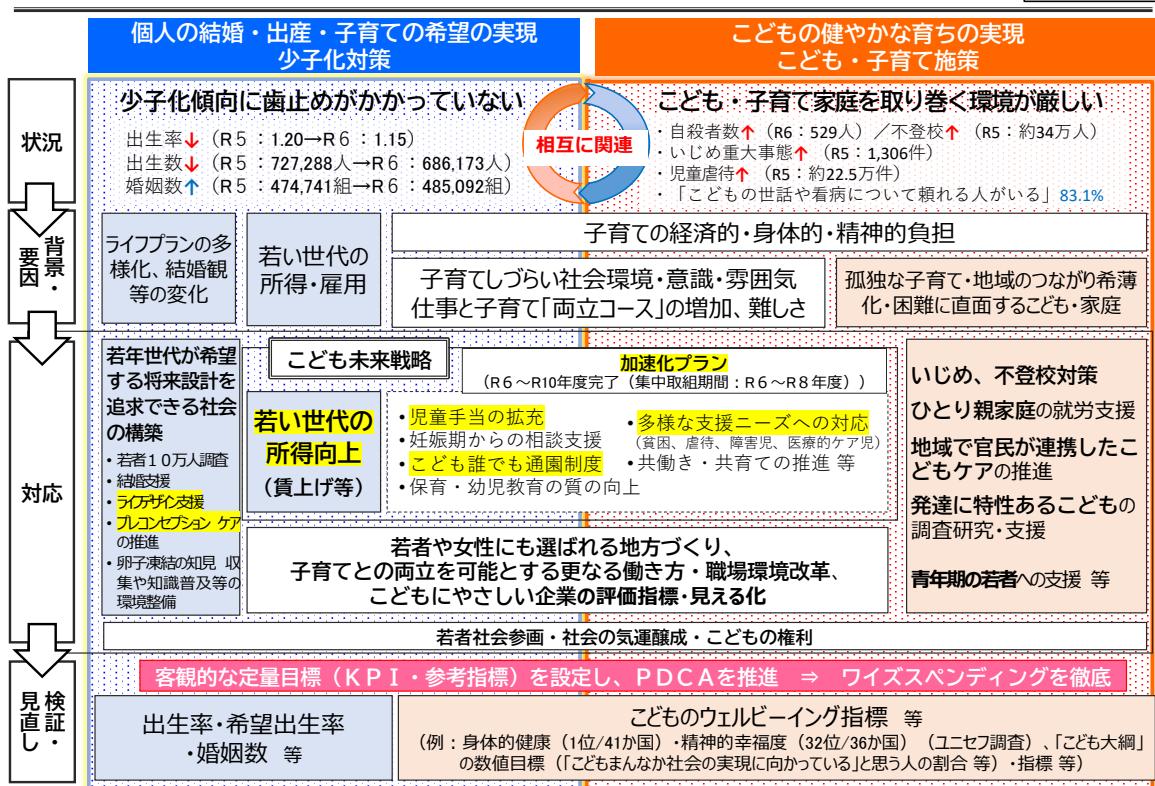


34

こども政策の全体像

～結婚・出産・子育ての希望と子どもの健やかな育ちを実現する施策～

第17回基本政策部会
令和7年9月22日

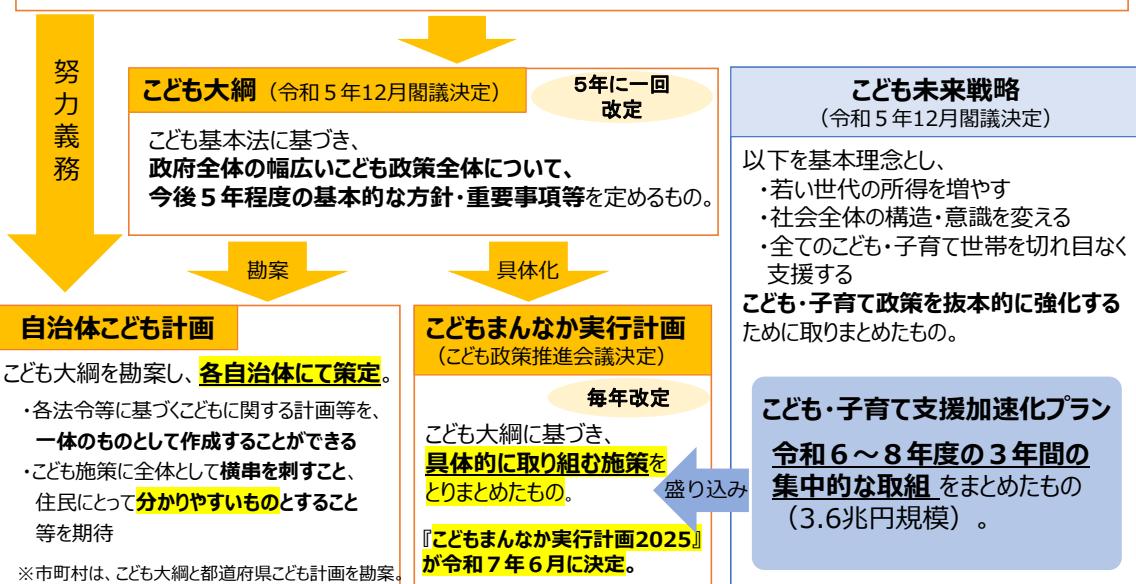


35

こども基本法、こども大綱、こどもまんなか実行計画等の関係性について

こども基本法 (令和4年6月成立、令和5年4月施行)

全ての子どもが、将来にわたって幸福な生活を送ることができる社会の実現を目指し、
こども施策を社会全体で総合的かつ強力に推進していくための、包括的な基本法。
第9条でこども大綱について、第10条で自治体こども計画について規定。



36

こどもまんなか実行計画2025 概要①

こどもまんなか
こども家庭庁

- こどもまんなか実行計画は、**こども基本法に基づくこども大綱（令和5年12月22日閣議決定）**の下、全てのこども・若者が、心身の状況、置かれている環境等にかかわらず、ウェルビーイングで生活を送ることができる「**こどもまんなか社会**」の実現を自指し、各省庁の**こども施策約400策**を政府一丸となって推進する実行計画。
- 毎年改定し、関係府省庁の予算概算要求等に反映。これにより、継続的に施策の点検と見直しを図る。
- 計画2025においては、小中高生の自殺者数、いじめ重大事態の発生件数、不登校児童生徒数、児童虐待相談対応件数が増加し、少子化に歯止めが掛かっていない現状等も踏まえ、以下の3つの領域に重点的に取り組む。
- (1) 困難に直面するこども・若者への支援
(2) 未来を担うこども・若者へのより質の高い育ちの環境の提供と少子化対策の推進
(3) 「こどもまんなか」の基礎となる環境づくりの更なる推進
- 各省庁は、上記に記載した重点的な3つの領域をはじめ、以下の各施策について、こども大綱に定める6本の柱の基本的な方針に基づき、横断的な視点を持って、速やかかつ着実に、政府一丸となって一体的に取り組む。
- (※) 自殺者数は令和6年529人(前年比+16人)、いじめ重大事態の発生件数は令和5年度1,306件(前年比+387件)、不登校児童生徒数は令和5年度346,482人(前年比+47,434人)、児童虐待の相談対応件数は令和5年度約22.5万件。また、出生数は令和6年合計が686,061人(概数)。前年比△41,227人)

こども施策に関する重要事項

1 ライフステージを通した重要事項

- (1) こども・若者が権利の主体であることの社会全体での共有等
こども基本法やこどもの権利条約に関する普及啓発(※)、学校教育における人権教育の推進、相談救済機関の事例周知(こどもの権利擁護に関する調査研究)等
- (2) 多様な遊びや体験、活躍できる機会づくり
体験活動の推進、教育を通じた男女共同参画の推進、子育て世帯等に関する住宅支援の実施 等
- (3) こどもや若者への切れ目のない保健・医療の提供
フレコンセプションケアの推進、母子保健情報のデジタル化 等
- (4) こどもの貧困対策
教育の支援、生活の安定に資するための支援(こどもの生活支援の強化、ひとり親家庭に対する子育て・生活支援)、保護者の就労支援、経済的支援 等
- (5) 障害児支援・医療的ケア児等への支援
地域の支援体制の強化・インクルージョンの推進、インクルーシブ教育システムの実現に向けた取組 等
- (6) 児童虐待防止対策と社会的養護の推進及びヤングケアラーへの支援
こども家庭センターの整備、家庭支援事業の推進、児童相談所の体制強化(新たな児童虐待防止対策体制総合強化プラン)、里親等委託の推進、施設の小規模かつ地域分散化、高機能化及び多機能化・機能転換 等
- (7) こども・若者の自殺対策、犯罪などからこども・若者を守る取組
こどもの自殺対策緊急強化プランの推進、こどもの自殺の要因分析、こどもが安全に安心してインターネットを利用できる環境整備、こども性暴力防止法の円滑な施行等の総合的な取組、非常災害対策、災害時における学びの確保等
- (8) こどもの悩みを受け止める環境づくり等の推進

* こども家庭審議会における当該条約の呼称についての議論を踏まえ、当事者であるこどもにとっての分かりやすさの観点から、児童の権利に関する条約を「こどもの権利条約」と記載。

こどもまんなか実行計画2025 概要②

こどもまんなか
こども家庭庁

こども施策に関する重要事項

2 ライフステージ別の重要事項

- (1) こどもの誕生前から幼児期まで
出産に関する支援等の更なる強化、**産前産後の支援の充実と体制強化**、妊娠のための支援給付、**乳幼児健診等の推進**、「保育政策の新たな方向性」に基づく取組の推進、「はじめの100か月の育ちビジョン」を踏まえた取組の推進、地域の身近な場を通じた支援の充実等(人口減少地域における保育機能の確保・強化、こども誰でも通園制度の推進)、幼児教育・保育の質の向上、特別な配慮を必要とするこどもへの支援、保育士・保育教諭・幼稚園教諭等の人材育成・確保・待遇改善等 等
- (2) 学童期・思春期
学校における働き方改革や待遇改善、指導・運営体制の充実の一体的の推進、居場所づくり、ライフデザイン支援、いじめ防止対策の強化、不登校のこどもへの支援体制の整備・強化、校則の見直し、体罰や不適切な指導の防止 等
- (3) 青年期
高等教育の充実、若者への就職支援、若者による地域づくりの推進、「**貴上げ**」に向けた取組(三位一体の労働市場改革の着実な実施)、結婚支援 等
- 3 子育て当事者への支援に関する重要事項
- (1) 子育てや教育に関する経済的負担の軽減
切れ目ない教育費の負担軽減、児童手当の拡充 等
- (2) 地域子育て・家庭教育支援
地域のニーズに応じた様々な子育て支援の推進、一時預かり、ファミリー・サポート・センター、ベビーシッターに関する取組の推進 等
- (3) 共働き・共育ての推進、男性の家事・子育てへの主体的な参画促進・拡大
男性の育児休業取得支援等を通じた「共働き・共育て」の推進、柔軟な働き方の推進、長時間労働の是正 等
- (4) ひとり親家庭への支援
親子交流の推進と養育費に関する相談支援や取決めの促進 等

こども施策を推進するために必要な事項

1 こども・若者の社会参画・意見反映

- 「こども若者★いけんぶらす」の着実な実施
- こども・若者の各種審議会、懇談会等への登用
- 地方公共団体へのファシリテーターの派遣等の支援
- 多様な声を施策に反映させる工夫
- 若者が主体となって活動する団体等との連携強化・取組促進 等

2 こども施策の共通の基盤となる取組

- 「こどもまんなか」の実現に向けたEBPM、各企業の取組に係る指標と開示との連携等について具体的な枠組みを検討
- こども・若者、子育て当事者に関する人材の確保・育成・支援
- 地域における包括的な支援体制の構築・強化 等

3 施策の推進体制等

- 国における推進体制、自治体こども計画の策定促進、安定的な財源の確保 等

プレコンセプションケアについて

こども家庭庁 プレコンセプションケアに関する政府方針

成育医療等基本方針（改定）（令和5年3月22日閣議決定）＜抜粋＞

II 成育医療等の提供に関する施策に関する基本的な事項

思春期、妊娠、出産等のライフステージに応じた性と健康の相談支援等を行う「性と健康の相談センター事業」の推進等により、男女を問わず、性や妊娠に関する正しい知識の普及を図り、健康管理を促すプレコンセプションケアを推進する。特に、若年女性の痩せは骨量減少、低出生体重児出産のリスク等との関連があることを踏まえ、妊娠前からの望ましい食生活の実践等、適切な健康管理に向けて、各種指針等により普及啓発を行う。

こども未来戦略～次元の異なる少子化対策の実現に向けて～（令和5年12月22日閣議決定）＜抜粋＞

III、「加速化プラン」～今後3年間の集中的な取組～

女性が、妊娠前から妊娠・出産後まで、健康で活躍できるよう、国立成育医療研究センターに、「女性の健康」に関するナショナルセンター機能を持たせ、女性の健康や疾患に特化した研究や、プレコンセプションケアや産後ケア事業を含む成育医療等の提供に関する研究等を進めるとともに、基礎疾患のある妊産婦や妊娠を希望する女性等に対する妊娠と薬に関する相談支援を進める。

経済財政運営と改革の基本方針2024（令和6年6月21日閣議決定）＜抜粋＞

3. 主要分野ごとの基本方針と重要課題

（1）全世代型社会保障の構築

相談支援等を受けられるケア体制の構築等プレコンセプションケアについて5か年戦略を策定した上で着実に推進する。

こども家庭庁

プレコンセプションケア推進5か年計画（概要） ～性と健康に関する正しい知識の普及と相談支援の充実に向けて～

背景と経緯

- 「成育医療等基本方針（令和5年3月改定）」にプレコンセプションケアの推進についての方針が定められたほか、「経済財政運営と改革の基本方針2024」に「相談支援等を受けられるケア体制の構築等プレコンセプションケアについて5か年戦略を策定した上で着実に推進する」旨が盛り込まれた。
- 若い世代が自分の将来を展望する際に、性や健康・妊娠に関する正しい知識の取得方法や、相談する場所・手段について、必ずしも広く知られていない現状を踏まえ、「プレコンセプションケアの提供のあり方に関する検討会～性と健康に関する正しい知識の普及に向けて～（座長：五十嵐隆国立成育医療研究センター理事長）」において、プレコンセプションケアに係る課題と対応について整理を行い、「プレコンセプションケア推進5か年計画」を策定。

プレコンセプションケアの概念及び 現状・課題とその対応にあたっての基本的な考え方

1. プレコンセプションケアに関する概念の普及

- プレコンセプションケアは「性別を問わず、適切な時期に、性や健康に関する正しい知識を持ち、妊娠・出産を含めたライフデザイン（将来設計）や将来の健康を考えて健康管理を行う」概念であるが、言葉自体や概念についての認知度は低い。
- 思春期から成人期に至るまで、性別を問わず全ての人が、発達段階や状況に応じてプレコンセプションケアという概念を知り、それに関する知識について、適切に身につけることは重要。

2. プレコンセプションケアに関する相談支援体制の充実

- プレコンセプションケアに関する相談先として、自治体における「性と健康の相談センター」等があるが、広く知られていない現状がある。
- 若い世代の方が、より相談しやすくなるような体制づくりが必要。

3. 専門的な相談支援体制の強化

- 基礎疾患のある女性が、説明を受けないまま、妊娠する方がいる実情や、かかりつけ医等と産婦人科医の連携が不十分という指摘も。
- 産婦人科以外の医師もプレコンセプションケアに関して十分な知識を持つとともに、かかりつけ医等と産婦人科医の必要な連携に資する情報提供資料が必要である。

取組推進にあたって

- プレコンセプションケアの推進にあたっては、若い世代の意見を聞き、当事者のニーズに沿った取組を実施し、施策の効果を定期的に評価。
- 国は、国立成育医療研究センターと連携し技術的に支援、自治体は国の「5か年計画」を参考に「地方版推進計画」を策定する等計画的に推進。

今後5年間の集中的な取組

（目標）
認知度 80%
プレコンセプション
ケア実施率
5万人以上

性や健康に関する正しい知識の普及と情報提供

- SNS等を活用した積極的な情報発信。
- ★プレコンセプションケアの普及に係る人材（プレコンセプションカウンセラー）を育成するとともに、啓発資料の作成等、自治体・企業・教育機関等における講演会等の開催支援。

（目標）
相談窓口認知度
100%

相談支援の充実（一般相談）

- ★「性と健康の相談センター」等プレコンセプションケアに関する一般的な相談ができる窓口の認知を推進。
- ★身近な地域において医療機関等も含め、専門家による相談支援体制の整備を図る。
- ★夜間休日対応の実施や、電話・オンライン相談、メールやSNSの活用等、相談者の利便性に配慮。

（目標）
専門相談医療機関数
200以上

相談支援の充実（専門相談）

- ★基礎疾患を有する方等が、医療機関等でプレコンセプションケアに関する相談ができるよう、全国に相談窓口を展開するとともに、専門外の医師の適切な対応にも資するよう、医療者用相談対応マニュアルを作成し、周知。

概要

- 「**フレコンセプションケア・アドバイザー（仮称）養成のためのマニュアル作成WG**」において、
成育医療等の提供に関するデータ分析・支援等
推進事業(女性の健康総合センター)と連携し、
プレコンサポーターTEXTBOOK
(以下「TEXTBOOK」という。)を作成。

プレコンサポーターについて

- プレコンサポーターは、「**フレコンセプションケアを推進することを目的とし、自治体・企業・教育機関等において、性別を問わず、性や健康に関する正しい知識の普及を図り、健康管理を行うよう促す人材**」と定義し、職種に限定されず、研修を修了すれば、希望する方は、誰でもプレコンサポーターになるものとして想定。
- プレコンサポーターは、**各自がフレコンセプションケアに関する情報の発信や企画、多職種・多機関との連携促進等の活動を行う**。

プレコンサポーターTEXTBOOKの構成

- TEXTBOOKは、プレコンサポーターがフレコンセプションケアに関する取組を行うに当たって必要となる知識・情報を取りまとめたもので、総論・各論から構成。
- 総論では、全てのプレコンサポーターの方に理解しておいていただきたい内容として、フレコンセプションケアの概念や取組の必要性、対象、主な内容、支援に関する事項等について記載。
- 各論では、フレコンセプションケアに関して想定される相談内容をOA方式で記載。特に、プレコンサポーターが行う情報発信においては、生活習慣や健康管理に関する知識や、妊娠と出産に向けて特に重要な知識等、幅広い内容を取り扱い、企画や情報発信を検討する際の参考として活用できる。主な内容としては、小児・思春期における心身の状況や健康に関する知識の習得状況等、性成熟期における健康課題等及び想定される相談内容等について記載。

プレコンサポーター
TEXTBOOK

41

プレコンサポーター養成講座 概要**■ フレコンセプションケアとは**

「性別を問わず、適切な時期に、性や健康に関する正しい知識を持ち、妊娠・出産を含めたライフデザイン（将来設計）や将来の健康を考えて健康管理を行う」概念。

■ プレコンサポーターとは

・「**フレコンセプションケアを推進することを目的とし、自治体・企業・教育機関等において、性別を問わず、性や健康に関する正しい知識の普及を図り、健康管理を行うよう促す人材**」と定義。
・今後5年間で5万人のプレコンサポーターを養成することを目標としている。

■ プレコンサポーター養成講座とは

- ・eラーニング形式で実施。
- ・基礎編とアドバンスト編で構成
- ・講座終了後には確認テストを実施し、合格者に「**プレコンサポーター修了証**」を発行予定。

**基礎編
(誰でも受講可能)****アドバンスト編
(専門職の方のみ受講可能)**

42

プレコンセプションケアの普及啓発のため、Webサイト「はじめよう プレコンセプションケア」を開設（令和7年9月）。若い世代を含め、あらゆる方々に、プレコンセプションケアに関する概念、プレコンセプションケアに関する正しい情報や相談窓口などを紹介することを目的とする。



主な掲載内容

順次、記事や漫画、Q&Aやショートドラマなどのコンテンツを充実予定

- マンガでプレコン！
- プレコンDictionary
- 相談窓口一覧

・性や妊娠などの悩みについての相談窓口（こども家庭庁）
 ・緊急避妊のための診察を受けられる産婦人科（厚生労働省）
 ・性犯罪・性暴力・配偶者からの暴力（DV）について
 （内閣府・警察庁）
 ・感染症・予防接種などの厚生労働省電話相談窓口
 （厚生労働省）

- シンポジウム・イベント情報

その他、「自治体」、「医療機関」、「プレコンサポーター」、それぞれに特化したページを設置。



Webサイト：はじめよう プレコンセプションケア

43

伝達させていただく内容

母体保護法をめぐる最近の話題（日本医師会常任理事 濱口 欣也 先生）

- ・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
- ・最近のトピックス

多胎減数手術、人工妊娠中絶における配偶者の同意、胎児条項

母子保健行政の最近の動向（こども家庭庁成育局母子保健課 田中 彰子 先生）

- ・母子保健行政をとりまく最近の動向
 - こどもまんなか実行計画2025、プレコンセプションケア推進5か年計画など
- ・旧優生保護法に関する最近の動き

44

旧優生保護法について

昭和23年 優生保護法の制定（議員立法）

- ◆ 議員立法により全会一致で成立。
- ◆ 人口過剰問題やヤミ堕胎の増加を背景に、優生思想の下、不良な子孫を出生することを防止するとともに、母性の生命健康を保護することを目的として、優生手術（不妊手術）や人工妊娠中絶等について規定。

平成8年 優生保護法を母体保護法に改正（議員立法）

- ◆ 障害者の権利の実現に向けた取組が進められる中、障害者を差別する優生思想を排除するため、法律名を改正するとともに、遺伝性精神疾患等を理由とする優生手術（不妊手術）及び人工妊娠中絶に関する規定を削除した。

【法の概要及び件数（昭和24年から平成8年）】

1. 優生手術

- ◆ 遺伝性疾患等を理由とした優生手術（不妊手術）として、本人同意の有無等に基づいて3類型を規定。
- ◆ 本人の同意によらないものは、都道府県に設置された「優生保護審査会」にて、審査・決定。
- ◆ 本法の定めによらない不妊手術は禁止。

※ 旧優生保護法第3条に母体保護を理由とする手術の規定があったが、これらは平成8年改正後の母体保護法においても「母体の健康を著しく害するおそれのあるもの」、「暴行若しくは脅迫によって又は抵抗若しくは拒絶することができない間に姦淫されて妊娠されたもの」として認められている。

本人同意不要		本人同意	
審査会決定	保護者同意 審査会決定		
4条	12条	3条	
遺伝性疾患	非遺伝性疾患	遺伝性疾患等	らい疾患
14,566件	1,909件	6,967件	1,551件

約1万6,500件 約8,500件 約2万5,000件

（優生手術の対象疾患の類型）

- ▶ 4条（医師の申請・審査会決定）
 - ・本人の遺伝性の精神病・精神薄弱・顕著な遺伝性身体疾患等を理由とした手術。
 - ・医師に申請義務がある。
 - ・公益上の必要性が審査要件。
- ▶ 12条（医師の申請・保護者同意・審査会決定）
 - ・本人の非遺伝性の精神病・精神薄弱を理由とした手術。
 - ・本人保護の必要性が審査要件。
- ▶ 3条（本人同意・医師の認定）
 - ・本人・配偶者の遺伝性精神病質・遺伝性身体疾患等を理由とした手術。
 - ・四親等以内の血族の遺伝性精神病・遺伝性精神病薄弱等を理由とした手術。
 - ・らい疾患を理由とした手術。

2. 人工妊娠中絶

- ◆ 医師は、次のいずれかに該当する者に対して、本人と配偶者の同意を得て、優生上の理由による人工妊娠中絶を行える。
 - ・本人又は配偶者が精神病・精神薄弱・精神病質・遺伝性身体疾患又は遺伝性奇型を有しているもの
 - ・本人又は配偶者の四親等以内の血族関係にある者が遺伝性精神病・遺伝性精神病薄弱・遺伝性身体疾患又は遺伝性奇型を有しているもの
 - ・本人又は配偶者がらい疾患にかかっているもの
- ※ このほか、母体保護を理由とする人工妊娠中絶の規定があり、これらは平成8年改正後の母体保護法においても、「妊娠の継続又は分娩が身体的又は経済的理由により母体の健康を著しく害するおそれのあるもの」、「暴行若しくは脅迫によって又は抵抗若しくは拒絶することができない間に姦淫されて妊娠されたもの」として認められている。
- ◆ 本人が精神病者又は精神薄弱者であるときは、保護者等の同意をもって本人の同意とみなすことができる。
- ◆ 優生上の理由により実施された人工妊娠中絶の件数は約5万9千件。

【手術件数、人工妊娠中絶出典】昭和24年～昭和27年：「衛生年報」（厚生省）、昭和28年：「昭和50年度 優生保護法指定医師研修会資料」（主催：厚生省協力：日本母性保護医協会）、昭和29年～昭和34年：「衛生年報」（厚生省）、昭和35年～平成7年：「優生保護統計報告」（厚生省）、平成8年：「母体保護統計報告」（厚生省）

旧優生保護法に係るこれまでの経緯

昭和23年 優生保護法の制定（議員立法）

- ◆ 議員立法により全会一致で成立。
- ◆ 人口過剰問題やヤミ堕胎の増加を背景に、優生思想の下、不良な子孫を出生することを防止するとともに、母性の生命健康を保護することを目的として、優生手術（不妊手術）や人工妊娠中絶等について規定。（昭和23年9月11日施行）
- ※ 昭和24年～平成8年までに、同法に基づき約2万5千件の優生手術が実施

平成8年 優生保護法を母体保護法に改正（議員立法）

- ◆ 障害者の権利の実現に向けた取組が進められる中、障害者を差別する優生思想を排除するため、法律名を改正するとともに、遺伝性精神疾患等を理由とする優生手術（不妊手術）及び人工妊娠中絶に関する規定を削除。

平成30年1月 旧優生保護法国家賠償請求訴訟、最初の提訴（仙台地裁）。以降、各地で提訴。

平成31年4月24日 旧優生保護法一時金支給法が議員立法で成立。即日公布・施行。 ※令和6年4月5日 一時金支給法改正案が成立し、請求期限を5年間延長。
◆ 旧優生保護法に基づく優生手術等を受けた方に320万円を支給。（請求件数1,405件、認定件数1,198件）【令和7年7月31日時点】
◆ 「明らかに不合理ではなく、一応確からしい」という判断基準の下、広く支給対象にしていく方向で審査会において審査。（これまでに55回開催）【令和6年12月末時点】

令和6年7月3日 最高裁大法廷判決

- ◆ 旧優生保護法の優生手術に関する規定は違憲、原告からの損害賠償請求権の行使に対して国が除斥期間の主張することは、信義原則に反し、権利の濫用として許されない。
- ◆ 最高裁判決に基づき、賠償額として、本人のみの場合は1500万円、本人及びその配偶者の場合は本人に1300万円、配偶者に200万円が確定。
- ◆ 本判決を受け、総理から、国会ともよく相談しながら、新たな補償の在り方について可能な限り早急に結論を得られるよう、検討を進める旨の指示。

令和6年7月9日 「優生保護法下における強制不妊手術について考える議員連盟」（超党派議連）総会（会長：田村憲久議員（自））

- ◆ 新たな補償制度を検討するためのPT設置を決定。（座長：西村智奈美議員（立）/事務局長：福島みづはる議員（社））

令和6年7月17日 原告団等と岸田総理との面会

- ◆ 原告団の方々とお会いし、政府を代表して、心から謝罪。
- ◆ 岸田総理より、以下の①～③等について、表明。
 - ①係属訴訟の早期和解。（令和6年11月15日に、全訴訟が終局。）
 - ②新たな補償の仕組みを創設し、超党派の議員連盟と調整しながら、議員立法の検討を進めていくこと。
 - ③優生思想及び障害者に対する偏見差別の根絶に向けた、全府省庁による新たな体制の構築。（令和6年7月26日に、「障害者に対する偏見や差別のない共生社会の実現に向けて策進推進本部」の設置について閣議決定。）

令和6年9月18日 超党派議連総会

- ◆ 「旧優生保護法に基づく優生手術等を受けた者等に対する補償金等の支給等に関する法律案（仮称）骨子案」を取りまとめ。

令和6年9月30日 基本合意書締結

- ◆ 原告団等との間で基本合意書を締結。
- ◆ 今後、この合意書を基に①法に基づく全ての被害者に対する補償の実現に向けた施策の実施と、②継続的・定期的な協議の場の開催を行う。

令和6年10月8日 旧優生保護法補償金等支給法が議員立法により全会一致で成立

- ◆ 令和6年10月7日に法案が提出され、8日に成立。10月17日に公布された。
- ◆ 法案の動きにあわせて、衆・参で「旧優生保護法に基づく優生手術等の被害者に対する謝罪とその被害の回復に関する決議」も全会一致で可決。

令和7年1月17日 旧優生保護法補償金等支給法が施行 原告団等と石破総理との面会

- ◆ 法の施行にあわせて、原告団の方々と面会し、心からの謝罪を改めてお伝えするとともに、原告団の方々からこれまでの経験や思いをお伺い。
- ◆ 石破総理より、新たな補償が被害者の方々に届くよう力を尽くしていくことを表明。

令和7年3月27日 「第1回 旧優生保護法問題の全面解決に向けた協議」開催

令和7年9月30日 「第2回 旧優生保護法問題の全面解決に向けた協議」開催

旧優生保護法補償金等支給法の施行状況について

※ 令和6年10月8日成立、17日公布、令和7年1月17日施行。議員立法。

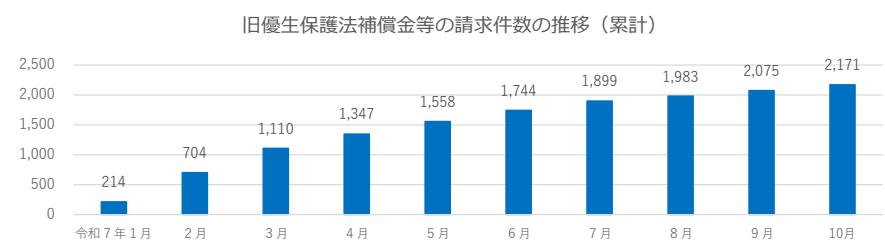
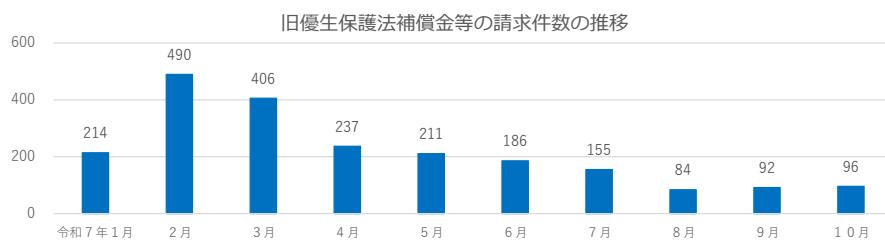
概要																																					
①補償金の支給	②優生手術等一時金の支給																																				
【対象】旧優生保護法に基づく優生手術等を受けた本人又は特定配偶者 (本人又は特定配偶者が死亡している場合はその遺族(配偶者、子、父母、孫等))	【対象】旧優生保護法に基づく優生手術等を受けた本人で生存している方																																				
【支給額】本人 1500万円 特定配偶者(※) 500万円 (※)本人の手術日から本法公布日の前日までに婚姻(事実婚含む)していた方	【支給額】320万円																																				
③人工妊娠中絶一時金の支給	④請求期限 5年間(令和12年1月16日)※期限に関する検討規定あり																																				
【対象】旧優生保護法に基づく人工妊娠中絶等を受けた本人で生存している方 ➢ 旧優生保護法規定の優生上の要件(遺伝性疾患、精神病等)に該当する者 ➢ 旧優生保護法の目的(優生上の見地から不良な子孫の出生を防止する)に照らして上記と同様の事情にあると認められる者	⑤認定審査 資料等により支給対象者であることが明らかである場合を除き、認定審査会で審査																																				
【支給額】200万円 ※ 人工妊娠中絶の回数や子どもの有無にかかわらず一律に支給する ※ ②の優生手術等一時金を受給した場合には支給しない	⑥調査検証 国は、優生手術等及び人工妊娠中絶に関する調査を行い、これらが行われた原因及び再発防止措置について検証を行う																																				
請求状況等(令和7年10月末現在)																																					
<請求受付件数、認定件数、相談件数>																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="4">補償金</th> <th rowspan="2">優生手術等 一時金</th> <th rowspan="2">人工妊娠 中絶一時金</th> <th rowspan="2">計</th> </tr> <tr> <th>本人</th> <th>特定配偶者</th> <th>本人の遺族</th> <th>特定配偶者の遺族</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>請求受付件数</td> <td>974</td> <td>277</td> <td>386</td> <td>182</td> <td>199</td> <td>153</td> <td>2,171</td> </tr> <tr> <td>認定件数</td> <td>783</td> <td>198</td> <td>254</td> <td>135</td> <td>63</td> <td>53</td> <td>1,486</td> </tr> <tr> <td>相談件数</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>のべ6,087</td> </tr> </tbody> </table>			補償金				優生手術等 一時金	人工妊娠 中絶一時金	計	本人	特定配偶者	本人の遺族	特定配偶者の遺族	請求受付件数	974	277	386	182	199	153	2,171	認定件数	783	198	254	135	63	53	1,486	相談件数	—	—	—	—	—	—	のべ6,087
	補償金				優生手術等 一時金	人工妊娠 中絶一時金				計																											
	本人	特定配偶者	本人の遺族	特定配偶者の遺族																																	
請求受付件数	974	277	386	182	199	153	2,171																														
認定件数	783	198	254	135	63	53	1,486																														
相談件数	—	—	—	—	—	—	のべ6,087																														
※ このほか、一時金支給法により請求を受け付けた一時金の認定件数が、1,198件																																					
<認定審査会>																																					
<ul style="list-style-type: none"> ○ 旧優生保護法補償金等認定審査会の下に、補償金・優生手術等一時金認定審査部会と人工妊娠中絶一時金認定審査部会を設置。 ○ いずれの部会も「明らかに不合理ではなく、一応確からしいこと」という判断基準の下、柔軟かつ公正な判断を行う。 																																					
<弁護士による請求サポート>																																					
<ul style="list-style-type: none"> ・ 旧優生補償金等の請求者に対して、弁護士会の名簿に登録されたサポート弁護士のうち、都道府県が選定したサポート弁護士が請求書や陳述書の作成、資料の調査等を支援する「弁護士による旧優生補償金等請求サポート事業」を創設。 <table border="1"> <thead> <tr> <th>サポート弁護士登録数</th> <th>選定件数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>852</td> <td>747</td> </tr> </tbody> </table>		サポート弁護士登録数	選定件数	852	747																																
サポート弁護士登録数	選定件数																																				
852	747																																				

47

旧優生保護法補償金等の相談・請求・認定の状況(令和7年10月末)

請求件数

- 2月が490件と一番多くの請求があったが、10月には96件となっている。
- 法施行直後に多く提出されていた、一時金既受給者の請求が少なくなってきたことに伴い、請求件数も減少傾向にあり、さらなる請求につなげるための取り組みが必要。



48

旧優生保護法に基づく優生手術等を受けた者等に対する補償金等の支給等に関する法律の施行を踏まえた、医療機関・障害者施設等における旧優生保護法に関連した資料の保全について（依頼）<抜粋>（令和7年1月17日付けこども家庭庁成育局母子保健課長等連名通知）

1 旧優生保護法に関連した資料の保存について

旧優生保護法下において作成等が行われ、現時点で別記施設及び機関が保有している旧優生保護法に関連した資料や記録（以下「**関連資料**」という。）について、保存期限を問わず、当分の間廃棄せず、保存を継続すること。

なお、法においては、新たに、旧優生保護法に基づく人工妊娠中絶等を受けた本人で生存している方を対象に人工妊娠中絶一時金を支給することとしているため、旧優生保護法下において同法に基づき実施された**人工妊娠中絶に関する資料や記録についても、関連資料に含まれるため、保存期間を問わず、当分の間廃棄せず、保存を継続すること。**

2 医療機関・福祉施設が統廃合する場合における関連資料の保存について

（1）医療機関・福祉施設が統合される場合

承継先の施設において、適切に関連資料を保存すること。

なお、この場合の承継先の医療機関・福祉施設への関連資料の提供については、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第27条第5項第2号の「合併その他の事由による事業の承継に伴って個人データが提供される場合」であり、承継先の医療機関・福祉施設は第三者に該当しないことから、本人の同意がなくても提供が可能であること。

（2）医療機関・福祉施設が廃止される場合（承継先が存在しない場合）

医療機関・福祉施設が廃止された時点の管理者において関連資料を保存することが適当であるが、**廃止時点において、管理者が不在の場合は、補償金等の請求者に係る調査を実施することによる都道府県において関連資料を保存すること。**

なお、都道府県が関連資料を保存する場合、その保存に要する費用（鍵付き保管庫の購入費等）であって、旧優生保護法補償金等支給等業務事務取扱交付金の対象経費に該当するものについては同交付金により交付するものであること。

特に、「医療機関・福祉施設における優生手術に関する個人記録の保有状況の調査について（依頼）」（平成30年7月13日付け予発0713第2号）において、優生手術に関する個人記録が「ある」又は「ある可能性がある」と回答した医療機関・福祉施設が、市に廃止の届出を出した場合には、当該施設に対して、**当該施設の属する都道府県に関連資料の保存について相談するよう促すなど、留意して対応いただきたいこと。**

なお、当該施設の属する都道府県から当該施設の属する市に関連資料の保存を委託すること等を妨げるものではなく、この場合の委託に要する費用であって、旧優生保護法補償金等支給等業務事務取扱交付金の対象経費に該当するものについては、同交付金により都道府県へ交付するものであること。

（3）その他の留意事項

保存に当たっては、患者の秘密が守られ、紛失が防止されるような方法によるべきであること。また、保存に当たっては、これらの関連資料が、法第7条（法第14条及び法第19条において準用する場合を含む。）の都道府県知事等による調査等の事務において必要となる可能性があることに留意すること。

49

別記 保全措置対象施設及び機関

- 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第38条に規定する母子生活支援施設
- 児童福祉法第41条に規定する児童養護施設
- 児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設
- 児童福祉法第43条の2に規定する児童心理治療施設
- 児童福祉法第44条に規定する児童自立支援施設
- 医療法（昭和23年法律第205号）第1条の5第1項に規定する病院及び同条第2項に規定する診療所※歯科医業を行いうもの（医業と併せて行うものを除く。）を除く。
- 生活保護法（昭和25年法律第144号）第38条第1項各号の保護施設
- 困難な問題を抱える女性への支援に関する法律（令和4年法律第52号）第12条に規定する女性自立支援施設
- 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第5条第11項に規定する障害者支援施設

（参考）医療機関・福祉施設が廃止された場合の管理者について

	都道府県	指定都市	中核市	その他
母子生活支援施設	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—	<input type="radio"/> (児童相談所設置市)
児童養護施設	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—	<input type="radio"/> (児童相談所設置市)
障害児入所施設	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—	<input type="radio"/> (児童相談所設置市)
児童心理治療施設	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—	<input type="radio"/> (児童相談所設置市)
児童自立支援施設	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—	<input type="radio"/> (児童相談所設置市)
病院	<input type="radio"/>	—	—	—
診療所	<input type="radio"/>	—	—	<input type="radio"/> (児童相談所設置市)
保護施設	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—
女性自立支援施設	<input type="radio"/>	—	—	—
障害者支援施設	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—

※ 条例により、更に権限を委譲している場合も想定されることから、各都道府県管内で適切に連携いただきたい。

事務連絡
令和7年1月29日

別記団体 御中

こども家庭庁成育局母子保健課

「旧優生保護法に基づく優生手術等を受けた者等に対する補償金等の支給等に関する法律」に係る診断書記載の手引きの送付について

平素よりこども家庭行政に御理解、御協力を賜り厚く御礼申し上げます。旧優生保護法に基づく優生手術等を受けた者等に対する補償金等の支給等については、「「旧優生保護法に基づく優生手術等を受けた者等に対する補償金等の支給等に関する法律」の施行について（協力依頼）」（令和7年1月17日付こども家庭庁成育局母子保健課長通知）により、診断書の作成を依頼しているところです。

今般、「医師のみなさまへのお願い」として、診断書記載の手引きを作成しました。引き続き、診断書の作成に御理解、御協力をいただきますとともに、各医療機関等に対し周知していただきますようよろしくお願いします。

別添：診断書記載の手引き
参考：旧優生保護法補償金等に係る特設ホームページ（こども家庭庁ホームページ）
<https://www.cfa.go.jp/kuyusei-hoshokin/apply>

(別記)

公益社団法人 日本医師会
公益社団法人 日本産婦人科医会
公益社団法人 日本精神神経科診療所協会
一般社団法人 日本泌尿器科学会
公益社団法人 日本産科婦人科学会
一般社団法人 日本病院会
公益社団法人 全日本病院協会
一般社団法人 日本医療法人協会
公益社団法人 日本精神科病院協会
公益社団法人 日本精神神経科学会

51

【別添】診断書記載の手引き

医師のみなさまへのお願い
～旧優生保護法補償金・優生手術等一時金支給請求に係る診断書の作成に当たって～

(1) 「旧優生保護法補償金・優生手術等一時金支給請求に係る診断書」について

- 「旧優生保護法補償金・優生手術等一時金支給請求に係る診断書」は、請求者が当該手術を受けたことを証明する診断書ではなく、生殖を不能にする手術もしくは放射線照射を受けたことによるものである可能性がある所見が現存しているかどうか（主には当時の手術痕が残っているかどうか）を主に問診及び視診で医師に客観的に確認していただき、記載して頂くものです。
- この診断書は、こども家庭庁に設置される「旧優生保護法補償金等認定審査会」が、支給認定の判断をする際に参考とする資料であり、これをもって、請求者が、優生手術を受けたこと（もしくは受けていないこと）を確定するものではありません。
- したがって、手術痕が無い場合は無い旨をご記載いただき、手術痕の存在が確認できる場合は、当該手術痕が優生手術によるものかどうか判断がつかない場合であっても、現認できる手術痕について記載した上で、備考欄に、何の手術によるものか判断ができない旨を記載してください。
例えば、放射線照射を受けた場合や、帝王切開等とあわせて優生手術を受けた場合などもあることから、手術痕が無い、又は、はっきりと確認できないことだけをもって、不認定となるものではありません。
- また、上記のとおり、診断書は現在手術痕が残っているか等を記載するものでの、当該手術を行った医療機関が記載することを想定しているものではなく、請求者にとって利便のよい医療機関で作成頂くことを想定しています。
- この診断書は、優生手術等を実施した記録が残っていない場合には、補償金・優生手術等一時金支給認定に当たっての重要な資料となるため、請求者には可能な限り提出をお願いしています。医師のみなさまにおかれでは、診断書の作成につき、ご理解・ご協力をいただきますよう、よろしくお願いします。

（裏面に続く）

【診断書記載の手引き】

https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/0f6960fd-6d21-47fa-ac71-a095e536e1f9/ec0bd51d/20250129_kuyusei-hoshokin_apply_10.pdf

52

また、補償金・優生手術等一時金を請求される方の多くが、疾病や障害を抱えた方であることが想定されるとともに、受診することに心理的ストレスを感じる方もおられることを前提に、プライバシーの確保や請求者の気持ちを寄り添った対応など特段の配慮をお願いいたします。

○ なお、この診断書の作成を行った場合の診断書作成料及び診断料は、各医療機関において通常診断書の作成の際に支払いを求める費用により徴収いたします。

* 診断書の作成に関しては、こども家庭庁から、支給認定後に請求者に対し、診断料及び診断書作成料が支払われます。

支払われる費用の上限は、規則により、診断料は診療報酬点数表における初診料の所定点数相当額（令和6年1月1日時点で2,910円、診療報酬改定により変動あり）、診断書作成料は5,000円とされています。

(2) 診断書の記載事項について

1. 請求者情報

補償金・優生手術等一時金を請求される方（診断の対象となる方）の氏名・性別・生年月日・住所をご記載ください。

2. 既往歴・3. 自覚症状欄

基本的には、通常の診療と同様に、特に限定することなく既往歴・自覚症状をご記載ください。また、手術痕を診察する際に、手術痕に係る既往歴や自覚症状があるようであれば、ご記載ください。

4. 手術痕

- ・ 手術痕が認められる場合、手術痕の位置や長さについてご記載ください。
手術痕はあるが、優生手術による所見かどうかわからない場合は、**5. 備考欄**に何の手術によるものか判断ができない旨をご記載ください。
- ・ 手術痕が無い場合は、無い旨をご記載ください。

5. 備考欄

上記のほか、付記すべき事項等がある場合、備考欄にご記載ください。

旧優生保護法補償金・優生手術等一時金支給請求に係る診断書

1. 請求者情報

ふりがな 請求者 氏名	性別 男・女	生年月日 (大正・昭和・平成・西暦) 年 月 日
〒 請求者 住所	都・道 府・県	

2. 既往歴

(有 · 無)

3. 自覚症状

(有 · 無)

4. 手術痕

手術痕の位置 (図示)	男性	女性
位置や (長さ)	(位置) (長さ)	(位置) (長さ)

5. 備考欄

※記入欄に書き切れない場合は、別紙にご記入いただき、添付してください。

医療機関名 記載日時 年 月 日
住所 担当医師

旧優生保護法補償金・一時金支給請求に関する診断書作成料等支給申請書
内閣総理大臣 殿 年 月 日
下記のとおり、旧優生保護法補償金・一時金支給請求に関する診断書作成料及び診断料の支給を受けたいので、申請します。

1. 請求者の情報

*請求者の「1. 請求者の情報」と同一の場合は、右のチェック欄に✓してください。 →

ふりがな 氏名	性別 男・女	生年月日 (大正・昭和・平成・西暦) 年 月 日
〒 住所	都・道 府・県	
(電話番号) ()		

2. 請求額の情報

*診断書作成料として、「3. 領収書欄」に記載がある額（その額が5,000円を超える場合、5,000円）について、支給を請求します。また、診断料として、「3. 領収書欄」に記載がある額（その額の上限は健康保険の診療方針及び診療報酬の例によります）について、支給を申請します。

*よろしければ、右のチェック欄に✓してください。

*※、診断料は診療報酬点数表における初回料の規定点数相当額（令和6年6月1日時点の診療報酬点数表で2,910円。診療料額改定により変動しますのでご留意ください。）まで公費負担の対象となります。

*※また、認定請求金支給が認定されれば、これらとあわせて、請求書に記載の口座に振り込まれます。

3. 領収書欄 (医療機関において記載してください)

領収書		
診断書作成料	金	円
診 断 料	金	円
年 月 日	医療機関名	
代表者氏名		

*診断料は、医療保険適用外の問診等を行った場合にのみ記載してください。

【診断書の様式】

https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/0f6960fd-6d21-47fa-ac71-a095e536e1f9/7f6ca22c/20250117_kyuyusei-hoshokin_apply_07.pdf

こども家庭庁からのお願い

- 旧優生保護法に基づく優生手術を受けた方は、約2万5千人と見込まれており、被害にあわれた全ての方に補償を届けるという観点から、請求につなげる一層の取り組みが必要となっています。
- 旧優生保護法下において作成等が行われ、現時点で医療機関や福祉施設が保有している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、当分の間廃棄せず、保存を継続頂き、都道府県等からの求めのあった際や、補償金の対象者と思われる方に係る記録を見つけた際は、都道府県等と連携し、請求等につながるようご協力をお願いします。
- 新しく補償金の認定請求をする方で、診断書の作成（手術痕の確認）ができる医療機関が見つからず、診断書が提出できないということがないよう、診断書作成について都道府県から相談があった場合には、特段のご配慮をお願いしたい。

ご清聴いただき、ありがとうございました。

法の変遷から考える医療倫理

九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学分野
教授 加藤聖子

法の変遷から考える医療倫理



九州大学大学院医学研究院

生殖病態生理学分野

九州大学病院 産科婦人科

日本産科婦人科学会

理事長

旧優生保護法検討委員会 委員長

加藤聖子

利益相反状態の開示

筆頭演者氏名： 加藤 聖子

所 属： 九州大学産婦人科

私の今回の演題に関連して、開示すべき利益相反状態はありません。

本日の講演内容

- 1 Sexual Reproductive Health / Rights(SRHR)
- 2 旧優生保護法・母体保護法
- 3 共同親権
- 4 出生前・着床前遺伝学的検査
- 5 今後の課題

本日の講演内容

- 1 Sexual Reproductive Health / Rights(SRHR)
- 2 旧優生保護法・母体保護法
- 3 共同親権
- 4 出生前・着床前遺伝学的検査
- 5 今後の課題

SRH/Rを考える上での2つの重要な会議

国際人口開発会議（カイロ）（1994）

「女性の健康」という視点から、月経、避妊、中絶、婦人科の疾患、出産など、女性の性と生殖にかかわるすべてをとらえ直す新しい概念が「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ」（性と生殖に関する健康/権利）として提唱された。

世界女性会議（北京）（1996）

1945年の国連憲章に掲げられた「性による差別なき人権と基本的自由の尊重を実現する」に基づいた行動綱領。

5

内容には含むものの
宗教上の対立等により
'Sexual'は入っていなかった。

Reproductive Health /Rights（RHR）とは

人々が**自分たちの子どもの数、出産間隔、ならびに出産する時を責任をもって自由に決定でき、そのための情報と手段を得ることができる**という基本的権利、ならびに最高水準の性に関する健康およびリプロダクティブ・ヘルスを得る権利があること。

男女とも自ら選択した安全かつ効果的で、経済的にも無理がなく、受け入れやすい家族計画の方法、ならびに法に反しない他の出生調節の方法についての情報を得、その方法を利用する権利、および、女性が安全に妊娠・出産でき、またカップルが健康な子どもを持つる最善の機会を与えるよう適切なヘルスケア・サービスを利用できる権利が含まれる。

Reproductive health therefore implies that people are able to have a satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. Implicit in this last condition are the right of men and women to be informed and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of family planning of their choice, as well as other methods of their choice for regulation of fertility which are not against the law, and the right of access to appropriate healthcare services that will enable women to go safely through pregnancy and childbirth and provide couples with the best chance of having a healthy infant.

リプロダクティブヘルス・ライツ (性と生殖に関する健康・権利)

産むか、産まないかを選択・決定することは女性の権利
(自己決定権)であり、それは女性の基本的人権の一つである。

プロ・チョイス



プロ・ライフ（胎児の人権）

国際人口・開発会議ICPD
(カイロ会議, 1994)

- ✓ 179か国参加
- ✓ 「人口は数の問題ではなく、ひとりひとりの生活の質の問題である」という認識に合意し、2014年までの行動計画を採択した。



暴力の防止
女性の自己
決定権

カイロ行動計画 15の原則

1. 世界人権宣言に定める万人の普遍的な平等と権利
2. 人間を中心に据えた持続可能な開発
3. 開発の権利
4. ジェンダーの平等
5. 人口政策は生活の質の向上が目的
6. 人口、資源、環境および開発のバランス
7. 格差の縮小、貧困の撲滅
8. リプロダクティブ・ライツとリプロダクティブ・ヘルス
9. 家族、その役割、権利、構成および構造
10. 教育と肉体的・精神的健康を享受する権利
11. 子どもの健康と育成
12. 正規の移民の処遇
13. 庇護を受ける権利
14. 先住民の権利
15. 幅広い社会基盤に利益をもたらす持続的な経済成長

国際人口・開発会議行動計画要旨（UNFPA, 日本語版）

9

具体的に取り組むべき課題

- 第4回世界女性会議（北京、1995）北京宣言/北京行動綱領
「第4章 戰略目標及び行動 C 女性と健康」

健康で豊かなセクシュアリティ
性器切除
思春期・更年期のセクシュアル＆リプロダクティブ・ヘルス
(月経周期に伴う問題も含む)

安全な妊娠と出産
周産期医療の整備
エビデンスに基づいた医療
児童婚の禁止、Fistulaの防止

感染症から開放されること
性感染症の予防
HIV/AIDSの治療法の確立

すべての新生児が健康な小児期を生きることができる
飲料水供給設備の設置
プライマリ・ヘルスケアの普及
貧困・紛争からの脱却

妊娠するかしないかを自由に調節できること
避妊
中絶
不妊治療

暴力の防止
性暴力、DV
虐待・性虐待
性的搾取、少年の売買春
児童婚

ミレニアム開発目標
Millennium Development Goals



MDGs

2000

2015
TIME FOR
GLOBAL ACTION
FOR PEOPLE AND PLANET

ICPD+10,
2004

ICPD,
1994

ICPD+5,
1999

ICPD+15,
2009

国連サミット

SDGs

2015

ICPD+20,
2014

SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS

持続可能でよりよい世界を目指す国際目標

11



SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS

12



SDGsにおけるSRHRの位置づけ Goal 3

あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する

- 3.1 2030年までに、世界の**妊産婦の死亡率**を出生10万人当たり70人未満に削減する。
- 3.2 すべての国が**新生児死亡率**を少なくとも出生1,000件中12件以下まで減らし、5歳以下死亡率を少なくとも出生1,000 件中25件以下まで減らすことを目指し、2030年までに、新生児及び5歳未満児の予防可能な死亡を根絶する。
- 3.4 2030年までに、**非感染性疾患による若年死亡率**を、予防や治療を通じて3分の1減少させ、精神保健及び福祉を促進する。
- 3.7 2030年までに、家族計画、情報・教育及び性と生殖の健康（Sexual and reproductive health; SRH）を国家戦略や計画に組み入れていくとともに、性と生殖に関する保健サービスをすべての人々が利用できるようすること。

13



SDGsにおけるSRHRの位置づけ Goal 5

ジェンダー平等を達成し、すべての女性及び女児の能力強化を行う

- 5.1 あらゆる場所におけるすべての**女性及び女児に対するあらゆる形態の差別を撤廃する。**
- 5.2 人身売買や性的、その他の種類の搾取など、すべての女性及び女児に対する、公共・私的空間における**あらゆる形態の暴力を排除する。**
- 5.3 **未成年者の結婚、早期結婚、強制結婚及び女性器切除など、あらゆる有害な慣行を撤廃する。**
- 5.6 国際人口・開発会議（ICPD）の行動計画及び北京行動綱領、ならびにこれらの検証会議の成果文書に従い、性と生殖に関する健康及び権利への普遍的アクセスを確保する。

14

『セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツ普及推進宣言』

セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルスとは、性と生殖に関する機能と活動過程のすべてにおいて、身体的・精神的・社会的に完全に良好な状態であることを指します。そしてセクシュアル・リプロダクティブ・ライツとは、すべてのカップルと個人が性と生殖に関して自己決定でき、そのために必要な情報や手段などを得ることができる権利です。

この二つの概念は Sexual Reproductive Health / Rights(SRHR)として表現されます。

日本産科婦人科学会は、SRHRに関する活動方針を以下のように宣言するとともに、産婦人科医へのSRHRに関する研修の充実に努めます。

- ① セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルスがすべての個人に確保されること、そしてセクシュアル・リプロダクティブ・ライツが基本的人権の一部であることを基本認識とします
- ② セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルスの向上と、セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツの確保を本会の基本方針の一つとし、わが国及び世界におけるSRHRに関する課題に対して積極的に関わります
- ③ SRHRの普及推進に尽力することで、わが国の社会のジェンダー平等の達成に貢献します
- ④ SRHRの侵害を含む、ジェンダー平等を阻害する課題が提起された場合には、専門学会として正面から対応します

2022年6月25日

公益社団法人 日本産科婦人科学会
リプロダクティブ・ヘルス普及推進委員会

(日本産科婦人科学会HPより)

本日の講演内容

1 Sexual Reproductive Health / Rights(SRHR)

2 旧優生保護法・母体保護法

3 共同親権

4 出生前・着床前遺伝学的検査

5 今後の課題

2024(令和6)年 7月3日 最高裁が「違憲」の判断

請求権消滅せず 国に賠償命じる判決



令和6年7月4日
朝日新聞朝刊記事より引用

国立国会図書館 調査及び立法考査局

Research and Legislative Reference Bureau
National Diet Library

論題 Title	旧優生保護法の歴史と問題—強制不妊手術問題を中心として—
他言語論題 Title in other language	History and Problems of the Former Eugenic Protection Act: with a Focus on Forced Sterilization
著者 / 所属 Author(s)	岡村 美保子 (Okamura, Mihoko) / 国立国会図書館調査及び立法考査局専門調査員 社会労働調査室主任
雑誌名 Journal	レファレンス (The Reference)
編集 Editor	国立国会図書館 調査及び立法考査局
発行 Publisher	国立国会図書館
通号 Number	816
刊行日 Issue Date	2019-01-20
ページ Pages	03-26
ISSN	0034-2912
本文の言語 Language	日本語 (Japanese)
摘要 Abstract	旧優生保護法の背景と歴史及び昨今の同法に基づいて行われた強制不妊手術の被害者救済の動きを概観し、欧米の状況を解説しつつ、論点をまとめます。

* 掲載論文等は、調査及び立法考査局内において、国政審議に係る有用性、記述の中立性、客觀性及び正確性、論旨の明確（めいせき）性等の観点からの審査を経たものです。

* 意見にわたる部分は、筆者の個人的見解であることをお断りしております。

優生学の歴史

優生とは？

「良質の遺伝形質を保って、子孫の素質をすぐれたものにすること」

(日本国語大辞典 13巻 第2版 小学館, 2002, p.337.)

優生学(Eugenics)とは、

ダーウィンの従弟であるゴールトン(Francis Galton)が1883年に作り出した言葉
ギリシア語の「よい種(たね)」に由来。

1904年の第1回イギリス社会学会で「ある人種の生得的質の改善に
影響を及ぼすすべての要因を扱う学問であり、またその生得的質を最善の状態に
導こうとする学問」と定義した。

(米本昌平「優生学」『世界大百科事典28巻 改訂新版』平凡社, 2007, pp.584-585.)

積極的優生学：よい遺伝形質を積極的に増やす

消極的優生学：悪い遺伝形質を抑える → 断種法

欧米での優生学的政策の展開

断種法

手術によって生殖機能を失わせることを認める法律。

通常の治療のための医療行為とは言えず、傷害罪等が成立することになる
このような手術を法律により合法化するもの。

我が国の旧優生保護法もこれにあたる。

米国 1907年にはインディアナ州が世界初の断種法を成立、
その後、1937年までに32の州で断種法が制定

ドイツ 1933年に成立したヒトラー政権は、この法案を基にした断種法である
「遺伝病子孫予防法」を成立

北欧 1929年にデンマークで、1934年にノルウェー及びスウェーデンで、
1935年にフィンランドで、1938年にアイスランドで断種法が制定

優生学思想の普及とともに、強制不妊手術の対象は拡大していった。

日本の動き 国民優生法の制定までの経緯

我が国においては、優生思想は文明開化の思想として流入した。

我が国が欧米列強との間の生存競争に勝ち残るための人種改良論が論議されるようになり、日露戦争、第1次世界大戦を経て活発となった。

大正6(1917)年大日本優生会、大正13(1924)年日本優生学会、

大正15(1926)年日本優生運動協会、昭和5(1930)年日本民族衛生学会が設立。

昭和9(1934)年の第65回帝国議会に、立憲民政黨の荒川五郎議員他1名により「民族優生保護法案」が提出されたが審議未了。

昭和14(1939)年国民体力審議会が設置され、法案要綱が諮問された。

昭和15(1940)年、第75回帝国議会に政府提出法案である「国民優生法案」が提出され、可決成立(「国民優生法」(昭和15年法律第107号)した。

国民優生法の概要

1940年（昭和15年）制定

目的

「悪質なる遺伝性疾患の素質を有する者の増加を防遏（ぼうあつ）すると共に健全なる素質を有する者の増加を図り以って国民素質の向上を期すること」

1遺伝性精神病、2遺伝性精神薄弱、3強度かつ悪質なる遺伝性病的性、4強度かつ悪質なる遺伝性身体疾患、5強度なる遺伝性奇形の患者、四親等以内にこれらの患者を有する者、これらの疾患に罹った子を有する者は、その子又は孫が医学的経験上同一の疾患に罹るおそれが特に著しい場合に優生手術を受けることができる定めた。ただし、特に優秀な素質を有すると認められる場合にはこの限りではないとされた。本人が配偶者等の同意を得て地方長官に申請を行い、地方長官は地方優生審査会の意見を徴して決定を行うが、本人及び配偶者等の同意があればその者の監護等を行う精神病院や保健所の長等が申請することもでき、これらの者は、公益上特に必要があると認める場合には本人及び配偶者等の同意が得られなくとも理由を付して申請が行えるとされた。

決定に対する不服申立ての制度も導入され、この法律によらず「故なく生殖を不能ならしむる手術又は放射線照射を行うこと」を禁じ、罰則も設けられた。

1938年——国民総動員法の制定 國は富国強兵を目指す方針

制定理念：

1. 人口増加のための多産奨励策（産めよ殖やせよ）
2. 「優生」政策

実際の運用：

悪質な遺伝子を排除するための中絶

遺伝的要因以外の中絶の禁止→人工増加策

遺伝的要因以外の理由で中絶を行うと、明治10年制定の刑法212条墮胎罪により、医師と女性は罰せられた（中絶禁止法？）

手続が面倒であったのとその申請が任意であったために、
その実績が極めて少なかった。（1941～1948年538件）

優生保護法の制定までの経緯

第2次世界大戦後の我が国では、経済的基盤の甚大な喪失と復員者・引揚者の大量の帰還による人口増加から生じた類例のない過剰人口により、戦時中の「産めよ殖やせよ」から一転して、人口抑制が課題

→人工妊娠中絶や不妊手術を是認しようという動き

→国際的にも国内的にも優生思想が存続しており、産児制限や家族計画は、社会的に劣った国民を相対的に増やす「逆淘汰」が生じるという懸念

優生保護法の制定までの経緯

昭和 22(1947)年、「母体の生命健康を保護し、且つ、不良な子孫の出生を防ぎ、以て文化国家建設に寄与すること」を目的として日本社会党所属の衆議院議員である福田昌子議員（産婦人科医）、加藤シヅエ議員、太田典禮議員が、優生保護法案を提出

昭和 23(1948)年 6 月、谷口彌三郎参議院議員（産婦人科医、日本医師会会長、熊本県立医学専門学校（現熊本大学教授、元久留米大学学長）であるが「現下の国情に照らして最も妥当な優生保護法案」の立案を計画し、前案の発議者、東京都内の産婦人科医師の代表者、厚生省等と検討を加え、原案を作成して、谷口議員、前案の発議者ほか衆参の議員総数 11 名を発議者とし、優生保護法案を提出し、成立。

谷口議員によって、優生保護法に基づく指定医の団体として日本母性保護医協会(現公益社団法人日本産婦人科医会)が設立。

優生保護法 昭和23年（1948）

戦前の国民優生法（断種法）1940年に沿革があったが、優生思想が残っていた。

第一章 総則

(目的)

第一条 この法律は、優生上の見地から不良な子孫の出生を防止するとともに、母性の生命健康を保護することを目的とする。

(定義)

第二条 この法律で優生手術とは、生殖腺を除去することなしに、生殖を不能にする手術で命令をもって定めるものをいう。

2 この法律で人工妊娠中絶とは、胎児が、母体外において、生命を保続することのできない時期に、人工的に胎児及びその附属物を母体外に排出することをいう。

第14条

社団法人大る医師会の指定する医師（指定医師）は、本人および配偶者の同意を得て人工妊娠中絶を行うことが出来る

すなわち、都道府県の区域を単位として設立された公益社団法人
たる医師会の指定する医師が優生保護法
第14条に基づいて行う墮胎は罰せられない（違法性の阻却）

27

中絶の適応

1. 精神病、精神薄弱、遺伝性身体疾患、遺伝性奇形
2. 4親等以内の親族に遺伝性精神疾患や身体的疾患有するもの
3. 癫疾患
4. 身体的または経済的理由により母体の健康に著しく害する恐れがある
5. 妊娠されて妊娠

優生手術の適応

1. 本人又は配偶者の遺伝性精神病質、遺伝性身体疾患もしくは癪（らい）疾患、血族の遺伝性精神病など
2. 特定の遺伝性精神・身体疾患に対し、医師がその疾患の遺伝を防止するため公益上必要であると判断した場合、
都道府県優生保護審査会の審査を経て、（本人又は配偶者の意向に関係なく）優生手術を行うものとされた。

国民優生法より、対象が拡張

28

実施数

強制優生手術

判明している医師の強制優生手術の申請件数は、1949年(昭和24年)には130件であったが、増え続け、1954年(昭和29年)から1958年(昭和33年)までは1,000件を超える数字に達した。

この当時、本人の同意を得ずに、家族や親族の同意による手術が社会的にも容認されていた。

その後は徐々に減少したが、1974年(昭和49年)までは年100件を超えていた。

判明している強制不妊手術等の件数としては、16,500件程度に上った。

(利光 恵子(著), 松原 洋子(監修)『戦後日本における女性障害者への強制的な不妊手術』立命館大学生存学研究センター、2016年、pp.10-12)

人口妊娠中絶

制定翌年の昭和24(1949)年の優生保護法の改正により、人工妊娠中絶の対象範囲が拡大された。その際、人工妊娠中絶を認める理由として「経済的理由」が付け加えられた。

この「経済的理由」による人工妊娠中絶実施届出件数は、昭和28(1953)年には100万件を超えた。

その後の展開

1950年代半ば-1960年代

優生政策の主たる目標：民族復興から経済成長へ
経済成長政策の前提として技術革新に相応できる「優秀な人間」が必要

1970年代

福祉コスト削減のための発生予防

心身障害者対策基本法（1970年5月公布）

人類遺伝学将来計画（1974年9月）

遺伝性疾患の集団調査・新生児スクリーニング
保因者診断・出生前診断・遺伝相談

高校の保健体育の教科書には「優生結婚」の記述

障害者対策の転換

海外の動き

1970年代には、欧米各国での障害者観・障害者施策の転換が始まり、断種法も廃止。

1976年、国連は、第31回総会で、1981年を「国際障害者年」とし、**障害者の「完全参加」**をテーマに国際的な取組を行うことを決議。

日本の動き

昭和55(1980)年に「国際障害者年の推進体制について」の閣議決定が行われた。

昭和58(1983)年の宇都宮病院事件等の精神病院の不祥事件があり日本の精神障害者施策は、国会での追及、国際法律家委員会(International Commission of Jurists: ICJ)による訪日調査と勧告、国連人権差別小委員会での批判等を受け、昭和62(1987)年改正で、「精神衛生法」は「精神保健法」となった。

精神病患者の欠格条項の多さが問題となり、優生保護法も精神病患者の人権問題に抵触する可能性が出てきた。

平成5(1993)年には、「完全参加と平等」を目標とする「障害者対策に関する新長期計画—全員参加の社会づくりをめざして—」が政府の障害者対策推進本部により策定され、「心身障害者対策基本法」も改正されて「障害者基本法」となった。

母体保護法への改正の経緯

リプロダクティブヘルス・ライツの考え方

1994年9月、カイロで国連国際人口開発会議が開催され、**リプロダクティブヘルス・ライツ(性と生殖に関する健康・権利)**が大きく取り上げられ、中絶の安全と合法化を求める議論が行動計画に反映された。



この会議に参加した我が国の女性障害者の団体等が、旧優生保護法の問題点等について発言し、各国から注目

平成7(1995)年末に、女性団体や障害者団体が同法と墮胎罪の廃止を訴えて国や国会議員に要望書を提出

平成8(1996)年3月には、**らい予防法(昭和28年法律第214号)**が廃止。優生保護法の「癩疾患」に関する条文が削除。

平成8(1996)年「優生保護法の一部を改正する法律案」が国会に提出され、同日に衆議院厚生委員会及び本会議で可決、17日に参議院厚生委員会、翌18日に本会議で可決され成立、同年9月26日から施行された

(「優生保護法の一部を改正する法律」(平成8年法律第105号))

優生学的な色彩の排除

「優生手術」→「不妊手術」

優生学的適応の排除

第一章 総則 (目的)

第一条 この法律は、不妊手術及び人工妊娠中絶に関する事項を定めること等により、母性の生命健康を保護することを目的とする。

(定義)

第二条 この法律で**不妊手術**とは、生殖腺を除去することなしに、生殖を不能にする手術で厚生労働省令をもって定めるものをいう。

2 この法律で**人工妊娠中絶**とは、胎児が、母体外において、生命を保続することのできない時期に、人工的に、胎児及びその附属物を母体外に排出することをいう。

33

第14条 適応

- 妊娠の継続または分娩が身体的または経済的理由により母体の健康を著しく害するおそれがあるもの
- 暴行若しくは脅迫によって又は抵抗若しくは拒絶することが出来ない間に姦淫されて妊娠したもの

優生学的な項目は全て削除

- ・経済的理由の削除（政府が要望）
- ・胎児条項の導入（産婦人科医が要望）
- ・中絶の自己決定（女性運動家が要望）



これらは入らず

34

参議院厚生労働委員会での付帯決議

政府は、次の事項について、適切な措置を講ずべきである。

この法律の改正を機会に、国連の国際人口開発会議で採択された行動計画及び第4回世界女性会議で採択された行動綱領を踏まえ、**リプロダクティブヘルス・ライツ（性と生殖に関する健康・権利）の観点**から、女性の健康等に関わる施策に総合的な検討を加え、適切な措置を講ずること。右決議する。

35

母体保護法とは

母性の生命健康を保護することを目的として、不妊手術、人工妊娠中絶、受胎調節の実施指導などについて規定した女性を守る基本的法律である。

運用の細部については、母体保護法施行令（政令）、母体保護法施行規則（省令）に定められている。

36

法的に重要な意義 —妊娠中絶による墮胎罪の阻却—

母体保護法に基づき実施される人工妊娠中絶は、法令により行われる正当行為に該当するものであるから、刑法の墮胎罪への抵触を阻却される。

したがって、母体保護法の定めるところにより適正に運用されねばならない。

37

人工妊娠中絶が法的に成立するには

- ・母体外において生命を保続することのできない時期（事務次官通知により、**満22週未満**）に
- ・都道府県の区域を単位として設立された公益社団法人たる医師会の指定する医師（**指定医師**）が
- ・本人及び配偶者の**同意を得て**
- ・人工妊娠中絶の**適応に合致**することを確認し
- ・**人工的に、胎児及びその附属物を母体外に排出すること**により成立する

38

(健Ⅱ529) 令和3年3月4日

厚生労働省子ども家庭局母子保健課長 殿

公益社団法人日本医師会常任理事

渡辺弘司（公印省略）

母体保護法に係る疑義について（照会）

母体保護法第14条第2項において、人工妊娠中絶を行う際の配偶者の同意について、配偶者が知れないとき若しくはその意思を表示することができないとき又は妊娠後に配偶者がなくなったときには本人の同意だけで足りることとされているが、**妊婦が夫のDV被害を受けているなど、婚姻関係が実質破綻しており、人工妊娠中絶について配偶者の同意を得ることが困難な場合は、同項の規定する本人の同意だけで足りる場合に該当すると解してよい**か。

39

子母発0310第1号
令和3年3月10日

公益社団法人 日本医師会 母子保健担当理事 殿

厚生労働省子ども家庭局母子保健課長
(公印省略)

母体保護法に係る疑義について（回答）

令和3年3月4日付で貴会母子保健担当理事から照会の標記の件については、貴見のとおりである。

40

母体保護法施行規則別記様式第13号（2）に定める 人工妊娠中絶実施報告票の改正について（再周知）

母体保護法（昭和23年法律第156号）第25条に基づく人工妊娠中絶の届出については、別添の「母体保護法施行規則の一部を改正する内閣府令の公布について」（令和5年4月28日付こ成母第51号こども家庭庁成育局長通知）において、母体保護法施行規則の一部を改正する内閣府令（令和5年内閣府令第46号）が令和5年4月28日に公布・施行され、同規則別記様式第13号（2）に定める人工妊娠中絶実施報告票に「人工妊娠中絶薬の投与の有無」の欄を設け、人工妊娠中絶の用途で使用する薬剤の投与の有無を記載することとしたこと等の周知を行ったところです。

第2 留意事項

本経口中絶薬は、一般名ミフェプリストン及びミソプロストールの2剤を投与することにより人工妊娠中絶を行うものであるが、用法として、1剤目を投与する日と2剤目を投与する日が異なることとなる。このため、本経口中絶薬を用いた人工妊娠中絶については、「人工妊娠中絶を実施した日」には、1剤目を投与した日を記載するものとする。

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

前文

昭和23年制定の旧優生保護法に基づき、あるいは旧優生保護法の存在を背景として、多くの方々が、特定の疾病や障害を有すること等を理由に、平成8年に旧優生保護法に定められていた優生手術に関する規定が削除されるまでの間において生殖を不能にする手術又は放射線の照射を受けることを強いられ、心身に多大な苦痛を受けてきた。

このことに対して、我々は、それぞれの立場において、真摯に反省し、心から深くおわびする。

今後、これらの方々の名誉と尊厳が重んぜられるとともに、このような事態を二度と繰り返すことのないよう、全ての国民が疾病や障害の有無によって分け隔てられることなく相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会の実現に向けて、努力を尽くす決意を新たにするものである。

ここに、国がこの問題に誠実に対応していく立場にあることを深く自覚し、この法律を制定する。

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

(1) 対象者

ア) 又は(イ)に該当する方で、現在、生存している方が対象となります。

(ア) 旧優生保護法が存在した間（昭和23年9月11日～平成8年9月25日）に、優生手術を受けた方（母体保護のみを理由として受けた方を除く）

- (イ) (ア)と同じ期間に生殖を不能にする手術等を受けた方
(i)～(iv)のみを理由として手術等を受けたことが明らかな方を除く)
(i) 母体保護
(ii) 疾病の治療
(iii) 本人が子を有することを希望しないこと
(iv) (iii)のほか、本人が手術等を受けることを希望すること

(2) 対象者の認定等

ア) 一時金受給権の認定は、請求に基づいて、厚生労働大臣が行います。

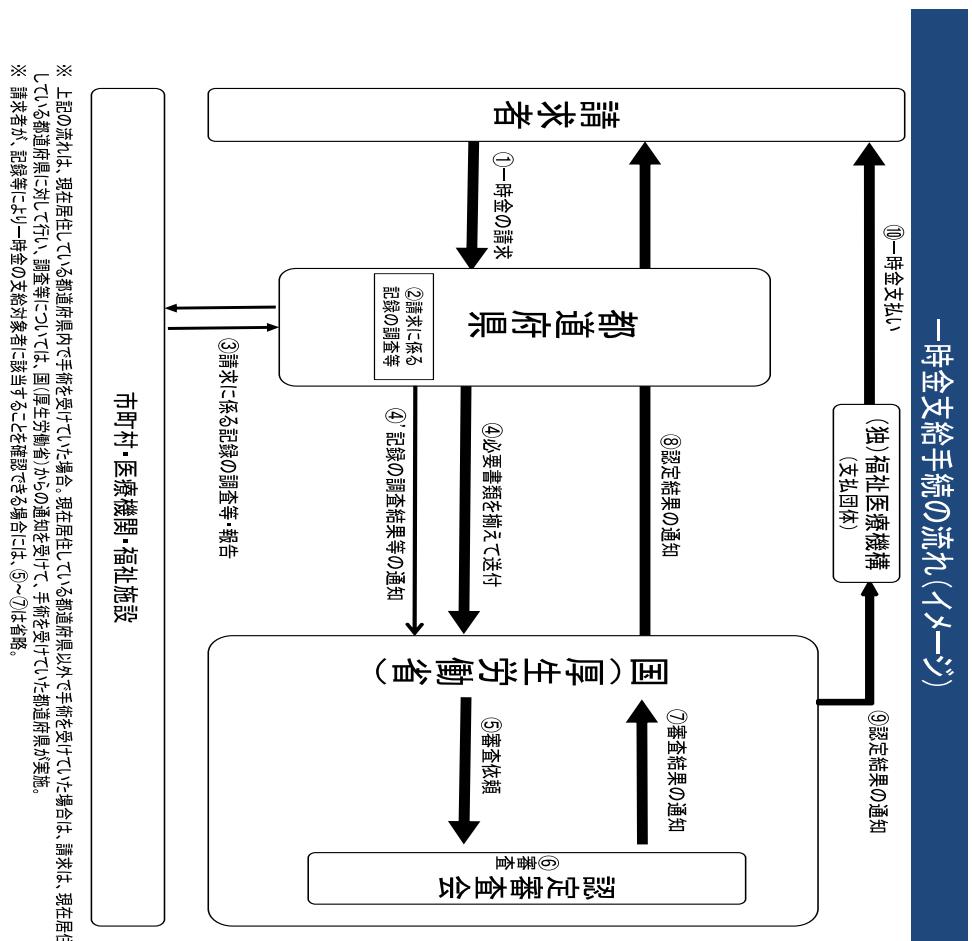
(イ) 請求期限は、法律の施行から5年です。

(ウ) 都道府県知事・厚生労働労働大臣は認定に必要な調査を行います。

(3) 支給金額

一時金の額は、320万円（一律）です。

（厚生労働省ホームページより）



（厚生労働省ホームページより）

旧優生保護法一時金支給の認定件数

	令和4年3月末 現在（累計）
1. 認定件数	990件
うち、審査会の審査が不要 であったもの	126件
うち、審査会の審査結果に 基づき認定したもの	864件
2. 性別	
男性	276名
女性	714名

(厚生労働省ホームページより)

判明している強制不妊手術等の件数としては、16,500件程度

1953年厚生事務次官通知 「優生保護法の施行について」

強制的な不妊手術に関する規定としての文言

「……真にやむ得ない限度において身体の拘束、麻酔薬施用または
欺罔（ぎもう）等の手段を用いることも許される場合があると解しても
差し支えない」と明記されている。

欺罔（ぎもう）：だますことという一般的な意味とともに、
法的意義としては
「刑法上、“詐欺罪”的構成要件‘実現行為として不可欠のものであること’
「民法上は被欺罔者が意思表示を取り消し損害賠償を求めるための前提条件になる」



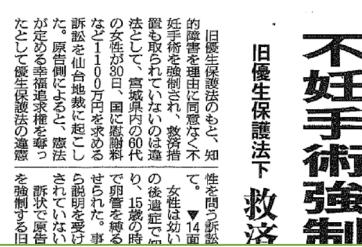
この通知は明らかに国が公然と詐欺行為を許容しており、同法に基づく強制手術
の被害者が当然に損害賠償を求める要件を十分に満たしていることを明示している。

(朝日俊弘；優生保護法から母体保護法への改正の経緯～法改正に至る背景と経過、そして今後の課題
精神医療2019,(93),35-42)

旧優生保護法救済～その後の展開

2018年1月30日 朝日新聞

2018年1月30日 東京新聞



「本人の同意のない不妊手術の強制」「保護者は同意していた」

本人に対する説明の記録がない。
幸福追求権と平等原則において
憲法違反、と主張。

（左側）
「本人の同意のない不妊手術の強制」「保護者は同意していた」
（右側）
「強制1万6500人が全容把握を

47

旧優生保護法救済～その後の展開

旧優生保護法のもとで、不妊手術を強制された人たちが国に賠償を求める訴えは、原告側の弁護団によりますと全国で9件起こされている。

1審の判決はこれまでに6件出され、このうち4件は旧優生保護法を憲法違反とする判断を示した。

しかし、賠償を求める訴えについては、不法行為を受けたあと20年が経過すると賠償を求める権利がなくなる「除斥期間」などを理由にすべて退けられていた。

こうした中、2審としては最初の判決が2022年2月22日、大阪高等裁判所で言い渡された。

判決は「旧優生保護法は非人道的で憲法に違反する」としたうえで「訴訟を起こすための情報や相談機会へのアクセスが著しく困難な環境にあった」などとして「除斥期間」を適用せず、初めて国に賠償を命じた。



これについて国は「『除斥期間』の法律上の解釈や適用に関して、重大な問題を含んでいる」などとして、最高裁判所に上告した。

(NHKホームページより)

旧優生保護法訴訟、最高裁が大法廷で審理 「20年の壁」が争点

旧優生保護法（1948～96年、旧法）の下で不妊手術を強制されたのは憲法違反だとして、障害者らが国に損害賠償を求めた一連の訴訟で、最高裁第一小法廷は1日、5件の訴訟の上告を受理した上で、裁判官15人全員で審理する大法廷（裁判長=戸倉三郎長官）で判断することを決めた。

訴訟では、手術の違憲性に加え、20年を過ぎると賠償の請求権が消える「除斥期間」の適用が大きな争点になっている。高裁の見解が分かれるなか、大法廷は統一判断を示すとみられる。

（朝日新聞デジタル2023年11月1日記事より引用）

2024(令和6)年 7月3日 最高裁が「違憲」の判断

請求権消滅せず 国に賠償命じる判決

強制不妊 最高裁「違憲」

人権侵害重大 請求権消滅せず
国に賠償命じる判決

判例変更 救済に道

苛烈な実態「時の壁」覆す

拘束もうそも許容

時刻

2024年7月4日(木)

朝日新聞朝刊記事より引用

その後の展開

旧法を違憲とし、国の賠償責任を認めた7月の最高裁判決を受け、原告側と政府は9月、不妊手術を受けた本人に国が慰謝料1500万円を支払うことなどを盛り込んだ和解の合意書に調印。

「全ての被害者に補償を」　原告ら涙　旧優生保護法訴訟で最後の和解

旧優生保護法訴訟は15日、名古屋高裁で最後の和解が成立し、**全国であった同種の訴訟は全て終結した。**

強制不妊手術から約50年。長年苦しんできた原告らは涙を流して喜ぶ一方、いまだ声を上げられずにいる「仲間」に思いをはせる。「声を上げられずに苦しんでいる人はたくさんいる。全ての被害者への補償を」と呼び掛けた。

(2024年11月15日 毎日新聞記事より)

旧優生保護法問題検証会議の設置

(2025.10.1～)

優生保護問題第三者会議が初会合　原因検証、再発防止を議論

2025年10月21日

福祉新聞編集部

× ポスト ポスト シェア



検証会議における会員の議論

障害者が不妊手術や人工妊娠中絶を強いられた旧優生保護法（1948～96年）問題について、原因や再発防止策を検討する検証会議の初会合が1日、東京都千代田区の弁護士会館で開かれた。今後、検証会議の下に三つの分科会も設けられ、3年後をめどに報告書を取りまとめる。

検証会議は、国から委託を受けた日弁連法務研究財団が運営する。2024年7月の旧法を違憲とする最高裁判決を受けた被害者側と国の基本合意、1月施行の補償法などで、第三者機関による検証を行うことが示されていた。

分科会のテーマは△旧法による強制不妊手術、人工妊娠中絶の調査△問題が生じた原因検証△再発防止策——とされ、月1回程度、非公開で議論する。

旧優生保護法問題検証会議委員名簿

委員	
池田 賢市	中央大学文学部教授
岩井 伸晃	前高松高等裁判所長官
内布 順之	一般社団法人日本メンタルヘルスピアサポート専門員研修機構副代表理事
大橋 由香子	優生手術に対する謝罪を求める会、早稲田大学ジェンダー研究所招専研究員
尾上 敏子	旧優生保護法国家賠償請求訴訟原告
加藤 聖子	公益社団法人日本産科婦人科学会常務理事、医師
上東 麻子	毎日新聞記者
北三郎 (仮名)	優生手術被害者・家族の会共同代表、旧優生保護法国家賠償請求訴訟原告
小山 剛	慶應義塾大学法学部教授
齋藤 有紀子	北里大学医学部附属医学教育研究開発センター医学原論研究部門准教授
坂元 茂樹	公益財団法人人権教育啓発推進センター理事長
佐々木 信夫	精神障害当事者、弁護士
鈴木 由美	旧優生保護法国家賠償請求訴訟原告
関哉直人	弁護士
田舎 浩	聴覚障害当事者、国連障害者権利委員会委員、弁護士
利光恵子	立命館大学生存学研究所客員研究員
奈良岡聰智	京都大学大学院法学研究科教授
西村 武彦	弁護士
藤井 克徳	特定非営利活動法人日本障害者協議会（J D）代表
藤野 豊	日本近現代史研究者
藤原 久美子	D P I 女性障害者ネットワーク代表
藤原 精吾	弁護士
松永 千恵子	群馬医療福祉大学社会福祉学部特任教授
松原 洋子	立命館大学大学院先端総合学術研究科特任教授
三村 謙蔵	公益社団法人日本精神神経学会前理事長、医師
じゅ村 井 良太	駒澤大学法学部教授

医療界での動き

旧優生保護法の検証のための検討会報告書

旧優生保護法の歴史を振り返り
今後のるべき姿勢を提言する

令和2年(2020年)6月25日

一般社団法人日本医学会連合
旧優生保護法の検証のための検討会

一般社団法人日本医学会連合は、平成31(2019)年4月に

「旧優生保護法の検証のための検討会」を立ち上げ、令和2(2020)年5月までに、計13回に亘り検討会を開催し、その検討の内容をまとめて、令和2(2020)年6月23日に、「旧優生保護法の歴史を振り返り、今後のるべき姿勢を提言する」との副題を添えて「旧優生保護法の検証のための検討会報告書」を公表した。

日本産科婦人科学会内に旧優生保護法検討委員会を設置

日本医学会連合の検討報告書を受け、日本産科婦人科学会は学会内に「旧優生保護法検討委員会」を設置し、旧優生保護法や母体保護法改正時の日本産科婦人科学会会員の関与と、現在におけるこの問題への理解を把握し、今後の本学会の活動の参考とすることを目的としてアンケート調査を実施した。

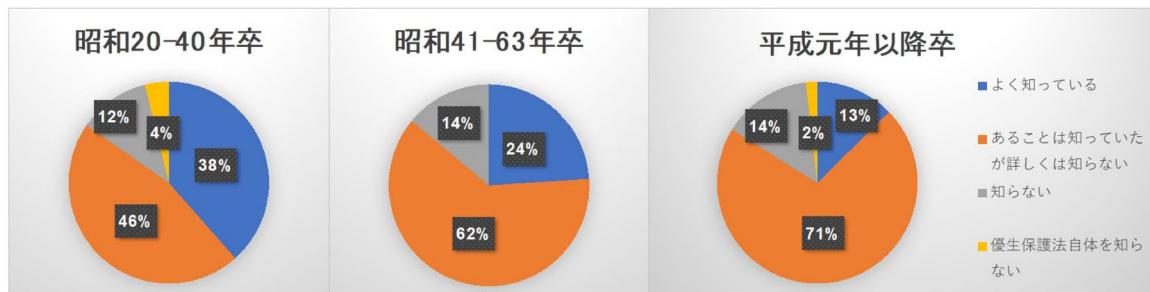
旧優生保護法検討委員会メンバー

委員長：加藤聖子

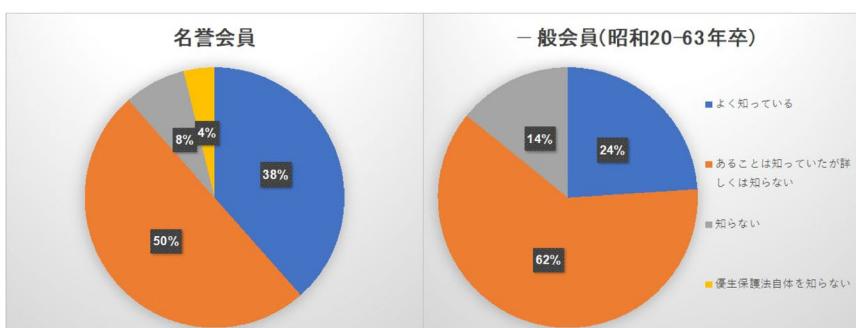
委 員：海野信也、片渕秀隆(令和3年3月まで)、久具宏司、
関沢明彦、若槻明彦、上田 豊、永松 健、山上 亘、矢幡秀昭、
平原史樹（医会委員）

オブザーバー：苛原 稔、三上幹男、平岩敬一（弁護士）

表1 旧優生保護法の内容について



すべての世代において、
旧優生保護法を「知らない」と答えたのは、12～14%程度であり、差はない。
しかし、「（法律の規定に強制不妊が）あることは知っていたが、内容について詳しく知らない」との回答は、名誉会員や昭和年代の会員も多い。（名誉会員50%,一般会員62%）。一般会員でみるとこの回答は世代が若くなると多くなり、特に平成11年以降卒業の7割が「詳しく知らない」と答えている。

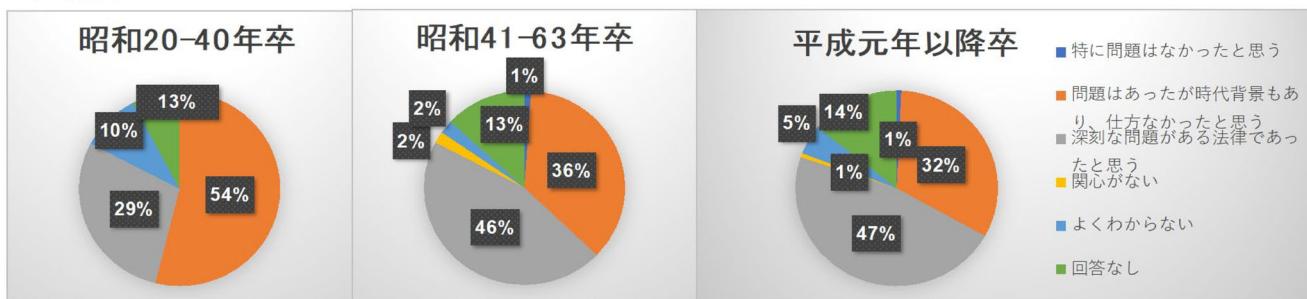


昭和世代に限り名誉会員と一般会員で分けて比較すると、名誉会員の方が内容をよく知っている傾向がみられた（名誉会員38%,一般会員24%）。

表3 旧優生保護法の内容について

A) 現在はどう思うか

A) 現在



昭和41年以降卒業の名誉会員の6割、一般会員の4割は「深刻な問題があった」と回答している。一方、昭和20-40年卒は名誉会員、一般会員ともに、この回答の割合は昭和41年以降卒業の医師に比べて低い。

「時代背景もあり仕方なかった」との回答は、昭和20-40年卒の名誉会員、一般会員5割と他の世代に比べ多く、昭和41年以降卒業の一般会員では3割に見られる。

表3 旧優生保護法の内容について

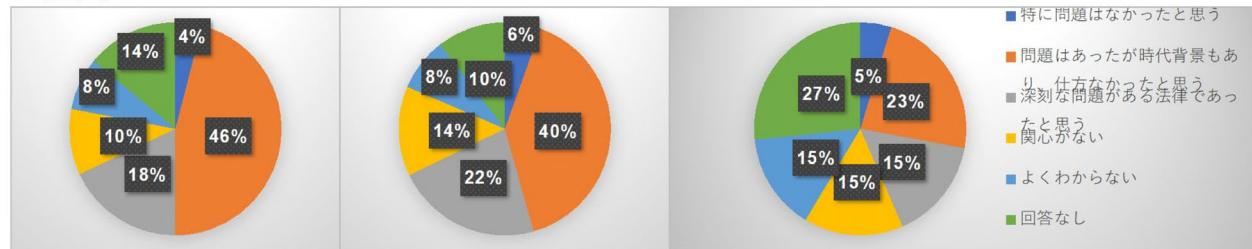
B) 当時はどう思っていたか

昭和20-40年卒

昭和41-63年卒

平成元年以降卒

B) 当時



昭和卒の会員は、「時代背景によりやむを得ない」とする考え方方が平成卒の世代に比べて多い。

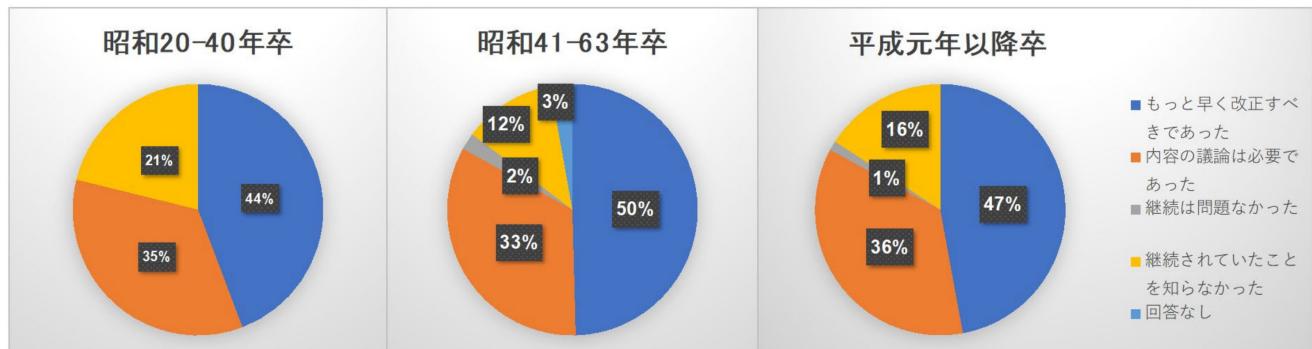
「関心がなかった」との回答が会員種別によらず概ね1~2割存在し、現在(0~2%)に比べて多い。

「特に問題はなかったと思う」という選択肢を選んだ会員が割合は高くないが存在する。

各世代ともに「深刻な問題であった」と考えていたという回答が現在に比べて少ない(当時17~32%、現在25~65%)。

表7

いわゆる旧優生保護法が1948年(昭和23年)から1996年(平成8年)まで施行されていたことについて



いずれの世代でも、「もっと早く改正すべきであった」との回答が多い。一方、「継続は、問題なかった」とする回答はごく少数であり、世代間における意見の差は少ない。ただ、世代を通して「継続されているとは知らなかった」との回答がみられた。強制不妊手術は終わっていると考えられていたことが推測される。

表8 いわゆる旧優生保護法(昭和23年)や母体保護法について、今後日本産科婦人科学会がすべきことについてお尋ねします(複数回答可)。

会員種別 卒業年 回答数	a) 医学生への講義で教えるよう望む	b) 専攻医教育でも教えるようにする	c) 生涯教育に取り入れる	d) 一般市民にも周知する	e) 何もしなくてよい
名誉会員 昭和20-40 回答数20	11(55.0%)	7(35.0%)	9(45.0%)	6(30.0%)	3(15.0%)
名誉会員 昭和41以降 回答数32	25(78.0%)	24(74.0%)	16(50.0%)	20(62.0%)	1(3.1%)
一般会員 昭和20-40 回答数32	19(59.4%)	14(43.0%)	13(40.0%)	12(37.0%)	0(0.0%)
一般会員 昭和41-63 回答数1003	697(70%)	573(57.1%)	426(42.4%)	342(34.1%)	41(2.0%)
一般会員 平成1-10 回答数699	493(70.0%)	406(58.0%)	336(48.1%)	259(32.6%)	23(3.3%)
一般会員 平成11以降 回答数1195	893(74.7%)	688(57.6%)	510(42.7%)	453(37.9%)	17(1.4%)

医学生への講義が最も多く、専攻医・会員などへの何らかの教育を求める声が多い。一般市民への周知も3割以上ある。何もしなくても良いという回答は少ない。産婦人科だけではなく領域を超えて医師や社会全体で理解しておくべきと考えている会員が多いように思われる。

11) 自由記載

本学会に対しては、1)周知・啓発、2)継続的な審議、3)教育という意見が多くかった。

検証・反省を求める意見もあった。

この問題についての教育の重要性を指摘している点は年代を問わず共通している。平成11年以降の比較的若い世代からは、旧優生保護法の問題と現在の出生前・着床前遺伝学的検査や生殖医療技術に関わる問題との関連性の視点から問題意識を持ち、議論する必要性を指摘する意見があった。

旧優生保護法に関する日本産科婦人科学会からの宣言（福岡宣言）

令和4(2022)年 8月7日

以上の結果をもとに、本学会がなすべきことについて、以下を宣言します。

- ①旧優生保護法成立の歴史的・時代的背景や経緯を知り、内容や問題点について会員に周知をはかります。
- ②母体保護法への改正の経緯を知り、旧優生保護法との違いや母体保護法の内容について会員に周知をはかります。
- ③セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツ(SRHR)が基本的人権の一つであることを認識し、SRHRに関わるインフォームド・コンセント、インフォームド・アセントの考え方を医学生および研修医・会員に浸透させます。
- ④医学生および研修医・会員に対して生命倫理・医療倫理の観点から旧優生保護法・母体保護法についての教育を推進します。
- ⑤学会内で生命倫理・医療倫理や人権にかかわる分野について議論を続け、学会内の議論や決定を広く社会に開示して、問題意識を共有することに努めます。

本日の講演内容

1 Sexual Reproductive Health / Rights(SRHR)

2 旧優生保護法・母体保護法

3 共同親権

4 出生前・着床前遺伝学的検査

5 今後の課題



民法等の一部を改正する法律の概要

令和6年5月
法務省民事局

【背景・課題】

- ・父母の離婚が子の養育に与える深刻な影響、子の養育の在り方の多様化
- ・現状では養育費・親子交流は取決率も履行率も低調
- ・離婚後も、父母双方が適切な形で子を養育する責任を果たすことが必要

【検討の経過】

- 令和3年2月 法務大臣から法制審議会へ諮問
令和6年2月 法制審議会から法務大臣に答申
令和6年3月 法律案閣議決定
令和6年5月 成立・公布

→ 公布から2年以内に施行予定

第1 親の責務等に関する規律を新設

- 婚姻関係の有無にかかわらず父母が子に対して負う責務を明確化 民法817の12
(子の心身の健全な発達を図るため子の人格を尊重すること、父母が互いに人格を尊重し協力すること等)
- 親権が子の利益のために行使されなければならないものであることを明確化 民法818等



チルドレン・ファースト

民法等の一部を改正する法律の概要

令和6年5月
法務省民事局

第3 養育費の履行確保に向けた見直し

- **養育費債権に優先権（先取特権）**を付与（債務名義がなくても差押え可能に） 民法306、308の2等
- **法定養育費制度**を導入（父母の協議等による取決めがない場合にも、養育費請求が可能に） 民法766の3等
- 執行手続の負担軽減策（**ワンストップ化**）や、収入情報の開示命令などの裁判手続の規律を整備 民執法167の17、人訴法34の3、家手法152の2等

第4 安全・安心な親子交流の実現に向けた見直し

- 審判・調停前等の**親子交流の試行的実施**に関する規律を整備 人訴法34の4、家手法152の3等
- **婚姻中別居の場面における親子交流**に関する規律を整備 民法817の13等
- **父母以外の親族（祖父母等）と子との交流**に関する規律を整備 民法766の2等

第5 その他の見直し

- 養子縁組後の親権者に関する規律の明確化、養子縁組の代諾等に関する規律を整備 民法797、818等
- 財産分与の**請求期間を2年から5年に伸長、考慮要素を明確化** 民法768等
(婚姻中の財産取得・維持に対する寄与の割合を原則2分の1ずつに)
- 夫婦間契約の取消権、裁判離婚の原因等の見直し 民法754、770



民法等の一部を改正する法律の概要

令和6年5月
法務省民事局

第2 親権・監護等に関する規律の見直し

1 離婚後の親権者に関する規律を見直し 民法819等

- 協議離婚の際は、父母の協議により父母双方又は一方を親権者と指定することができる。
- 協議が調わない場合、裁判所は、子の利益の観点から、**父母双方又は一方を親権者と指定する**。
→ 父母双方を親権者とすることで**子の利益を害する場合には単独親権としなければならない**。
例：**子への虐待**のおそれがあるケース ※ 虐待やDVは身体的なものに限らない。
DVのおそれや協議が調わない理由その他の事情を考慮し、親権の共同行使が困難なケース

- 親権者変更に当たって**協議の経過**を考慮することを明確化 ※ 不適正な合意がされたケースにも対応

2 婚姻中を含めた親権行使に関する規律を見直し 民法824の2等

- 父母双方が親権者であるときは共同行使することとしつつ、**親権の単独行使が可能な場合を明確化**
 - ・ **子の利益のため急迫の事情があるとき** (DV・虐待からの避難、緊急の場合の医療等)
 - ・ **監護及び教育に関する日常の行為** (子の身の回りの世話等)
- 父母の意見対立を調整するための**裁判手続を新設**

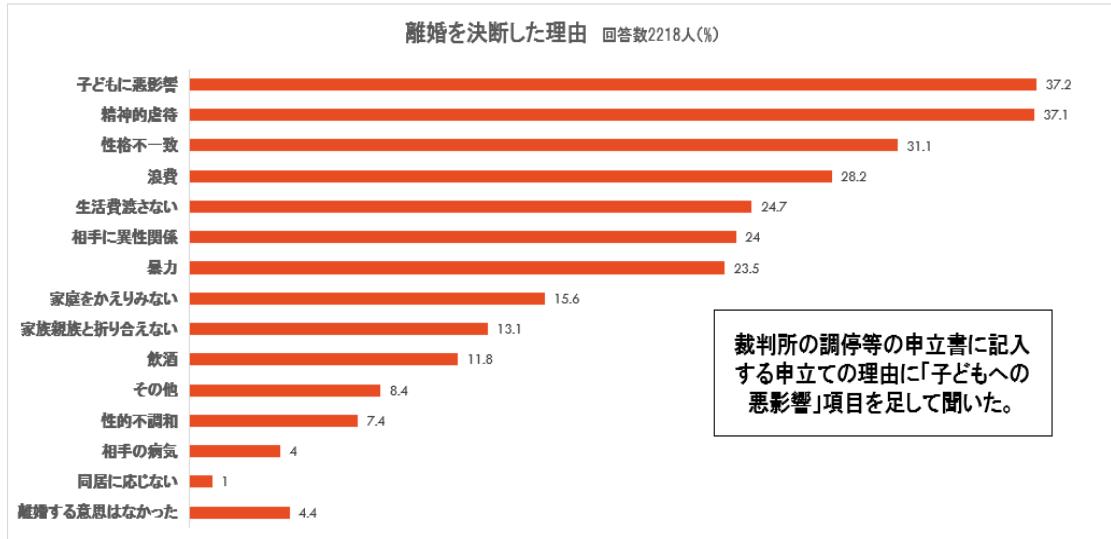
3 監護の分掌に関する規律や、監護者の権利義務に関する規律を見直し 民法766、824の3等

離婚を決断した理由

(複数回答、3つまで選択)



離婚を決断した理由を聞いたところ子どもに悪影響、精神的虐待が多い結果となった(37%)。子どもへの悪影響を防ぐために離婚をやむを得ず決断する人が多いことがわかる。そのほか性格不一致、浪費、生活費を渡さないと続いている。



© シングルマザーサポート団体全国協議会

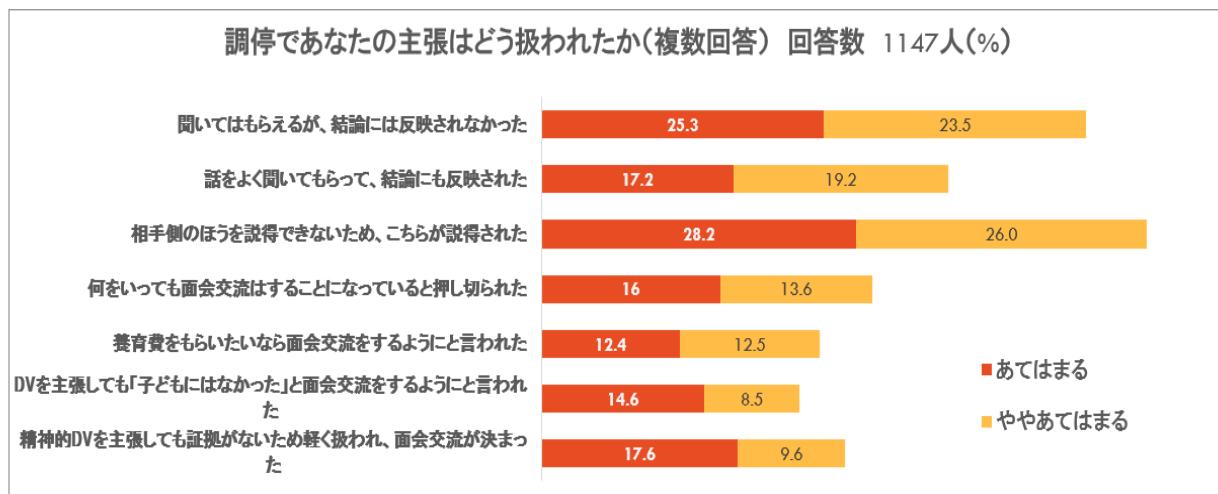
37

家庭裁判所はDVや虐待があっても面会交流をさせる対応

家庭裁判所の調停での手続きで意見を聞いてもらえたかを聞いた。

「DVを主張してもそれは子どもにはなかったと言われ、面会交流をするようにと言われた」(23.1%)などDVを軽く扱う傾向がはっきりとデータ上示された。

2011年民法766条の改正以降、家庭裁判所では原則面会交流実施の方針で調停が行われてきたと言われる



© シングルマザーサポート団体全国協議会

9

未成年者への医療提供

未成年者への医療提供については、民法の親権制度に基づき、親権者が医療同意権を有している。

そして、親権行使は「子の利益のため」に行われ（820条）、親権行使にあたっては、子の人格を尊重するとともに、その年齢及び発達の程度に配慮しなければならないと定められている（821条）。

親権者が子どもの医療に同意しない場合には親権停止等の制度を利用して対応し、子どもが適切な医療を受けられるよう確保するという制度が設けられている。これは医療ネグレクトの問題として社会的にも広く認識されている。



親権法改正により離婚後の共同親権が導入された場合に、医療同意に関して発生しうる課題、すなわち、子の生命・身体の保護に必要な医療の確保への影響についての懸念

娘への手術、面会禁止された父親の同意なしは違法 大津地裁判決



社会 | 速報 | 事件・事故・裁判 | 滋賀

毎日新聞 | 2022/11/17 05:45 (最終更新 11/17 05:45) English version 487文字



大津地裁、大津家裁、大津簡裁が入る庁舎＝戸上文惠撮影

家裁に面会を禁止された3歳の娘が手術を受ける際に説明や同意がなかったとして、父親が滋賀医科大を相手取り、感謝料190万円の支払いを求めた裁判で、大津地裁（瀬戸茂峰裁判官）は16日、手術前に父親への説明や同意を得なかつたのは違法だとして同医大に5万円の支払いを命じた。

判決によると、2019年7月、当時3歳だった娘は同医大付属病院で肺の動脈弁をバルーンで拡張する手術を受けた。父親は娘の誕生後間もなく別居状態となり、母親は手術前、病院に大津家裁が父親に



滋賀医科大側に5万円の感謝料を求める判決

2022/11/16 大津地裁

- 娘の誕生後まもなく別居
- 3歳の娘に肺動脈弁のバルーンによる拡張手術
- 「家庭裁判所は父親に娘との面会を禁じた」と母親が病院側に伝えた
- その後離婚成立し母親が親権をもった
- 離婚前、親権があった父に手術の説明がなく心理的苦痛を被ったと父が主張
- 未成年者の手術は両親権者が共同で同意するのが原則。家庭裁判所の決定は父親の親権としての同意権を奪い母親に委ねたものではないと判断

法務大臣宛て「家族法制の見直しに関する中間試案」への要望について

2023年9月5日

公益社団法人 日本産科婦人科学会
理事長 加藤 聖子
SRHRに関する学会連携諮問委員会

共同親権に関する家族法改正に関して、法務大臣宛ての「提言書」を日本産科婦人科学会・日本法医学会・日本法医病理学会・日本小児科学会の4学会連名で作成いたしました。「提言書」については、9月1日に法務省において4学会の代表より斎藤 健法務大臣に直接手渡しのうえ陳情いたしました。



「家族法制の見直しに関する中間試案」への要望より抜粋

この度、法制審議会において「家族法制の見直しに関する中間試案」が示されており、父母が離婚した後に双方を子どもの親権者とする民法第819条の改正案が示されています。その改正案の趣旨・理念については理解するところですが、同時に、**子どもに医療を提供する医療者の立場からは、患者の代諾者となる親権者に医療行為の実施についての同意を求める場面において重大な問題が発生することを懸念します。**

すなわち、共同親権制度が導入された場合、父母の離婚後も子どもに医療が必要なときに両方の親権者の同意を得る必要があれば、生命・身体の保護に必要な医療を実施することが不可能あるいは遅延することを懸念しております。

また、夫婦間や家庭内でドメスティック・バイオレンス(DV)や児童虐待があったならば、例外的に共同親権ではなく従来通りに単独親権となるという制度も検討されているようですが。しかしながら、DV等の認定自体は離婚の際になされていなくても現実には精神的支配が行われているような状況下で共同親権の取り決めがなされた場合に、上記のような子どもに医療が必要な場面において適時に両親の同意を得ることができず、子の利益が侵害される怖れもあります。

共同親権制度を導入するにあたっては、子どもの生命・身体を保護する重要な場面である医療の実情に関して適宜医療者の意見を聴取し、上記のような懸念にも対応できる仕組みを検討していただけようお願いいたします。たとえば、子どもの生命・身体を保護するために早急な医療実施が求められる状況においては、子どもを監護している親の同意のみで子どもが適切な医療を受けることができるような例外的対応を許容するなど、通常の医療業務の範囲内で子どもの生命・身体を保護する職責を果たすことができる措置を講じていただくことを要望いたします。こうした法制度を受けて、医療現場でも子どもへの医療提供のあり方や説明・同意プロセスなどについて再検討する所存です。

今後の課題

一人の親権者のみで決定可能な場合として提案されている「子の利益のため急迫の事情があるとき」の運用

→**その内容をより明らかにする必要**

民法という法律の性質上、医療に特化した内容を民法で

規定することは期待できないので医療に関する「急迫の事情」の内容について医療界において事例を集め、その具体的な内容を明らかにするために検討する必要性があり、それをガイドラインに盛り込んでいかなければならない

医療行為が「子の利益」となるかについても同様に事例の集積と判断基準の策定が求められる。

「急迫の事情」および「子の利益」について、現場の判断に委ねられるのか、病院内の倫理委員会の判断を求めるべきなのか、あるいは家庭裁判所の審判を求めるべきなのか、等の手続についても検討が必要。

桃山学院大学 法学部 法律学科
教授 永水 裕子

家族法改正に伴う共同親権と小児医療
(ラジオNikkei)より抜粋

急迫な事情の例

「急迫の事情」：一般的には救急外来を受診するうちで、手術が必要あるいは重症のため入院が必要な疾患

○緊急で同意が必要

外科疾患（虫垂炎、ヘルニア嵌頓、精巣捻転、腸重積など）

内科的疾患（化膿性髄膜炎、急性脳症、けいれん重積、喉頭蓋炎、重症出血傾向、重症貧血、心筋炎、不整脈、川崎病など）

外傷（頭部打撲、高圧外傷、骨折など）

新生児疾患（極・超低出生体重児、先天奇形症候群、先天性心疾患、先天性代謝疾患、横隔膜ヘルニア、腸捻転、胃破裂、十二指腸閉鎖、腸閉鎖、鎖肛、ヒルシュスブルング病、気胸、RDS、黄疸、水頭症、髄膜瘤など）

○数日以内の同意が必要になる可能性

小児慢性特定疾患

白血病、再生不良性貧血、腫瘍・悪性腫瘍（神経芽細胞腫、肝芽腫、脳腫瘍など）、臓器移植（肺、肝臓、心臓、角膜など）、先天性免疫不全症など

○妊娠中異常が見つかり、出生後に緊急手術が必要

横隔膜ヘルニア、水腎症、水頭症、二分脊椎、先天性心疾患、腹壁破裂など

現在、日本小児科学会と協力して、ガイドライン作成を検討中

本日の講演内容

1 Sexual Reproductive Health / Rights(SRHR)

2 旧優生保護法・母体保護法

3 共同親権

4 出生前・着床前遺伝学的検査

5 今後の課題

ゲノム医療の進展

①出生前・着床前遺伝学的検査

① PGT（着床前遺伝学的検査）

- ・習慣流産の治療
- ・遺伝性疾患の防止 →ゲノム編集・核移植で治療も可能？

② NIPT（母体血液中のDNA断片を利用した胎児の染色体検査）

- ・限定された認定施設 ↔ 遺伝カウンセリングなしの無認可施設の増長

②難病

→ 令和元年閣議決定「成長戦略フォローアップ」ゲノム医療の次のターゲット！

未診断疾患イニシアチブ

- ・希少疾患や未診断疾患に対し、エクソーム解析による確定診断

保険適用の遺伝学的検査拡大

- ・令和2年度 64疾患追加 = 計 139 疾患

特異的治療や治療薬の登場

- ・移植、酵素補充療法、遺伝子治療等

③がんゲノム医療

「がんゲノム医療中核拠点病院」事業（厚生労働省）における診療・研究連携

→ 平成29年閣議決定「がん対策推進基本計画の変更」

“がん医療の充実”施作のトップに据えられる 令和元年より

保険診療化

- ・がんゲノム医療中核拠点病院 12施設
- ・拠点病院 33施設 ・連携病院 180施設

④遺伝性腫瘍

治療薬の登場

- ・オラパリブ（HBOC）
- ・ペムプロリズマブ（Lynch症候群）

遺伝性乳がん卵巣がん症候群（HBOC）診療の保険適用

- ・予防的乳房・卵管卵巣切除術
- ・未発症臓器のサーベイランス（定期検診）

ゲノム医療の問題点

- ・疾患遺伝子、疾患感受性遺伝子の同定
 - ・疾患の予防、効果的な治療の期待
 - ・遺伝子診断による「誤診」
- ・優生思想の復活
 - ・生まれつきの病気は個人の責任か？
 - ・「生きる価値」的な論議・社会的資源の配分
- ・倫理的な問題
 - ・発症前診断、出生前・着床前遺伝学的検査
 - ・保険加入、就職、結婚などにおける差別
 - ・遺伝情報は誰のもの？

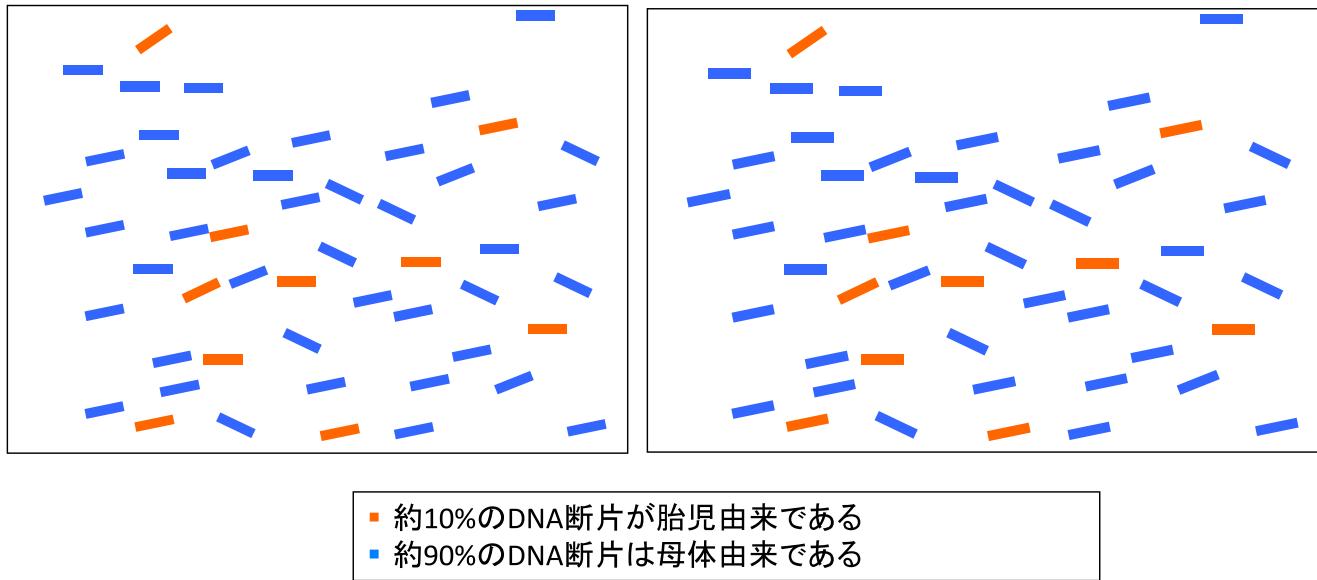
母体血を用いた新しい出生前遺伝学的検査

Non Invasive Prenatal genetiTesting

- ・母体血中にcell-free DNAが存在する
- ・約10%は胎児由来である

母体血漿中のDNA断片
母体由来の断片と胎児由来の断片が混在している

Down症候群の場合には、正常核型の児の場合に比べ
多くの21番染色体由来の断片が母体血中に循環する



対象となる妊婦

母体血を用いた新しい出生前遺伝学的検査を受けることを希望する妊婦のうち、次の1~5のいずれかに該当する者とする。

1. 胎児超音波検査で、胎児が染色体数的異常を有する可能性が示唆された者。
2. 母体血清マーカー検査で、胎児が染色体数的異常を有する可能性が示唆された者。
3. 染色体数的異常を有する児を妊娠した既往のある者。
4. 高齢妊娠の者。
5. 兩親のいずれかが均衡型ロバートソン転座を有していて、胎児が13トリソミーまたは21トリソミーとなる可能性が示唆される者。

報道・過熱、センセーショナル、誤解を招く内容

社会反応:問い合わせ電話の殺到、患者団体からの抗議

NIPTが社会問題となる

社会の高い関心と需要 + 不正確な情報提供と誤解

その後起きたこと

無認可で独自に検査する施設が増加

陽性の結果だけ伝え、検査前後の相談に応じない

この検査だけでは診断が確定するわけではないことを伝えない



2019年6月 日産婦学会が、研修を受けた産婦人科医が
いれば小規模施設でも実施可能にする新指針を公表



日本小児科学会や日本人類遺伝学会
「不十分な体制下に安易に行われるべきではない」と反発



厚労省が検討会を立ち上げ議論を開始

2020年6月20日 日産婦人科学会 指針を改定

日本産科婦人科学会 日本産科婦人科遺伝診療学会 日本小児科学会 日本人類遺伝学会

- 1) 日本産科婦人科遺伝診療学会の認定制度に合格した産婦人科医がいる
 - 2) 4学会が作成した説明文書を使う
 - 3) 日本小児科学会がみとめた小児科医と連携し、相談に応じられる
 - 4) 検査の前後に自由に小児科医に相談できる窓口がある
 - 5) 結果が陽性だった場合、遺伝専門医が出張するなどしてカウンセリングを行うしくみがある

2022年2月:日本医学会が出生前診断認証制度等運営委員会が指針を公表
3月より申請受付開始

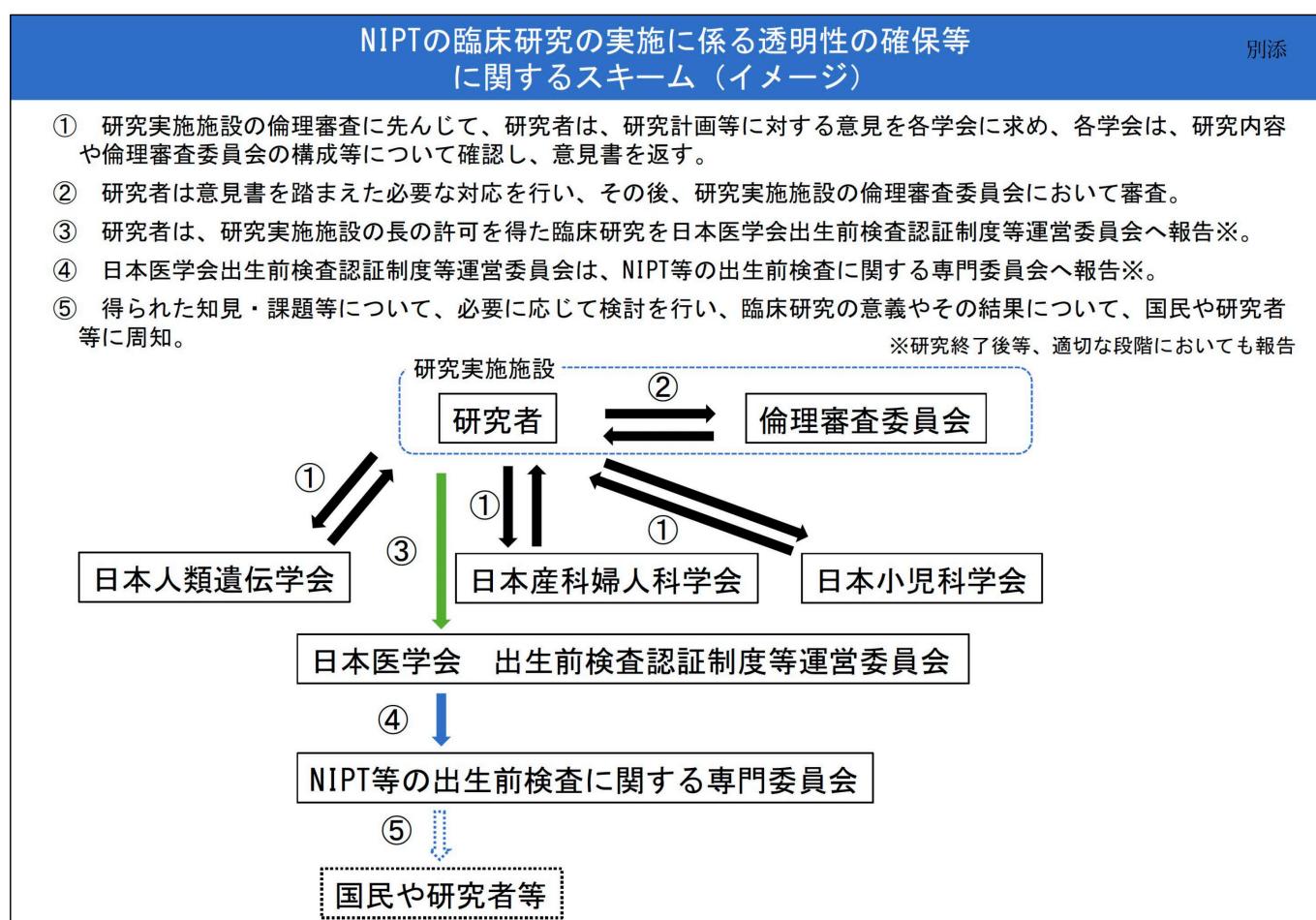
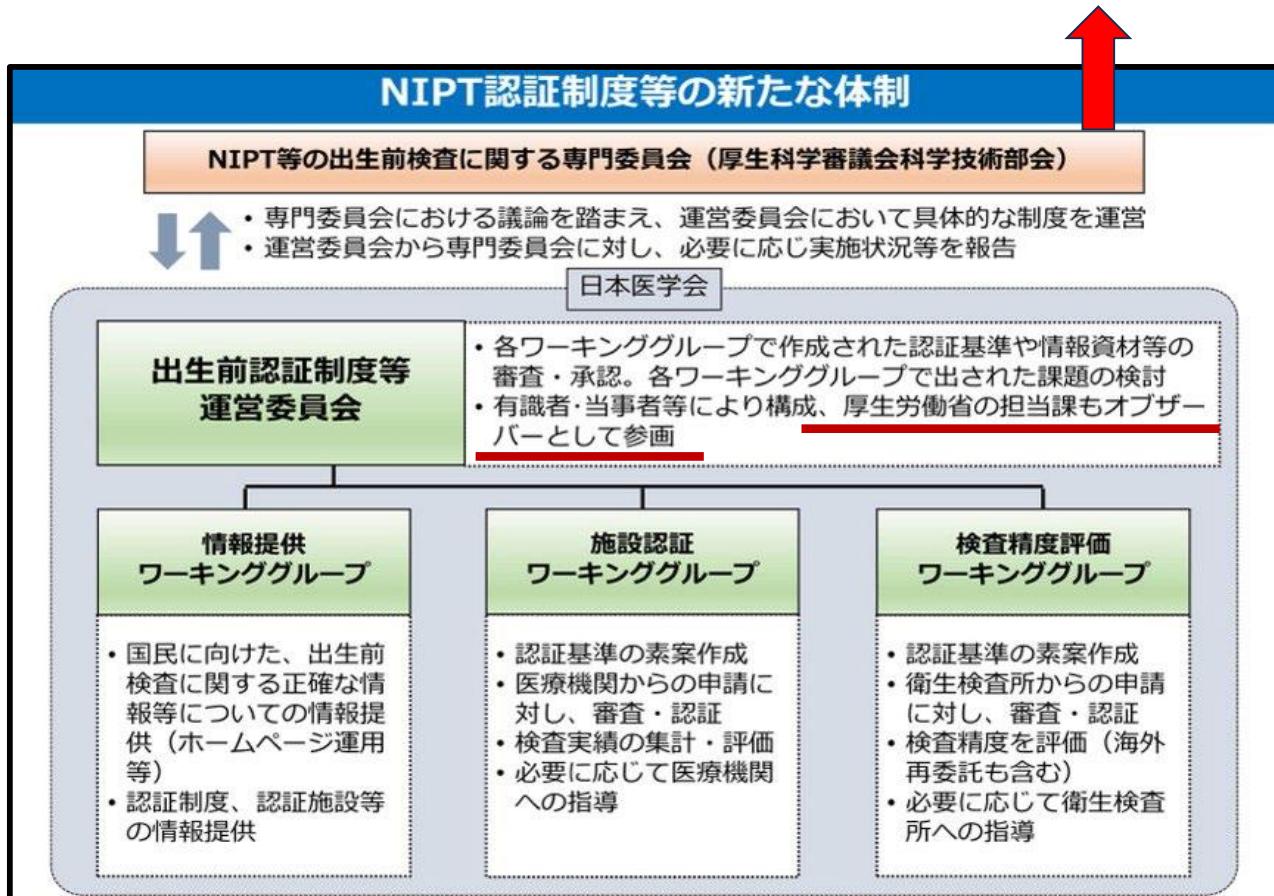
1. 出生前検査認証制度等運営委員会について

非侵襲性出生前遺伝学的検査（以下「NIPT」（Non Invasive Prenatal genetic Testing）という。）をはじめとした出生前検査についての検討を目的として、厚生労働省厚生科学審議会科学技術部会の下に、NIPT 等の出生前検査に関する専門委員会（以下「専門委員会」という。）が設置され、

- ・出生前検査の適切な在り方
 - ・妊婦への情報提供等の相談支援体制の在り方
 - ・胎児期からの切れ目のない小児医療や福祉施策との連携の在り方
 - ・その他、出生前検査に関わる課題
 - ・上記課題等に対応するための実施体制等

について、計6回にわたって議論を重ね、令和3年（2021年）5月にNIPT等の出生前検査に関する専門委員会報告書（以下「報告書」という。）がとりまとめられた。

報告書において、「幅広い関係者が参画する形で、NIPT 実施施設等の認証制度を新設すべきである」とされたことを受け、産婦人科や小児科、遺伝医学等の関係学会、医師・看護師等の団体、ELSI（倫理・法・社会）分野の有識者、障害者福祉の関係者、患者当事者団体、検査分析機関の関係者等幅広い関係者を構成員とし、厚生労働省関係課も参画する出生前検査認証制度等運営委員会（以下「運営委員会」という。）が、令和 3 年（2021 年）11 月に日本医学会に設置された。

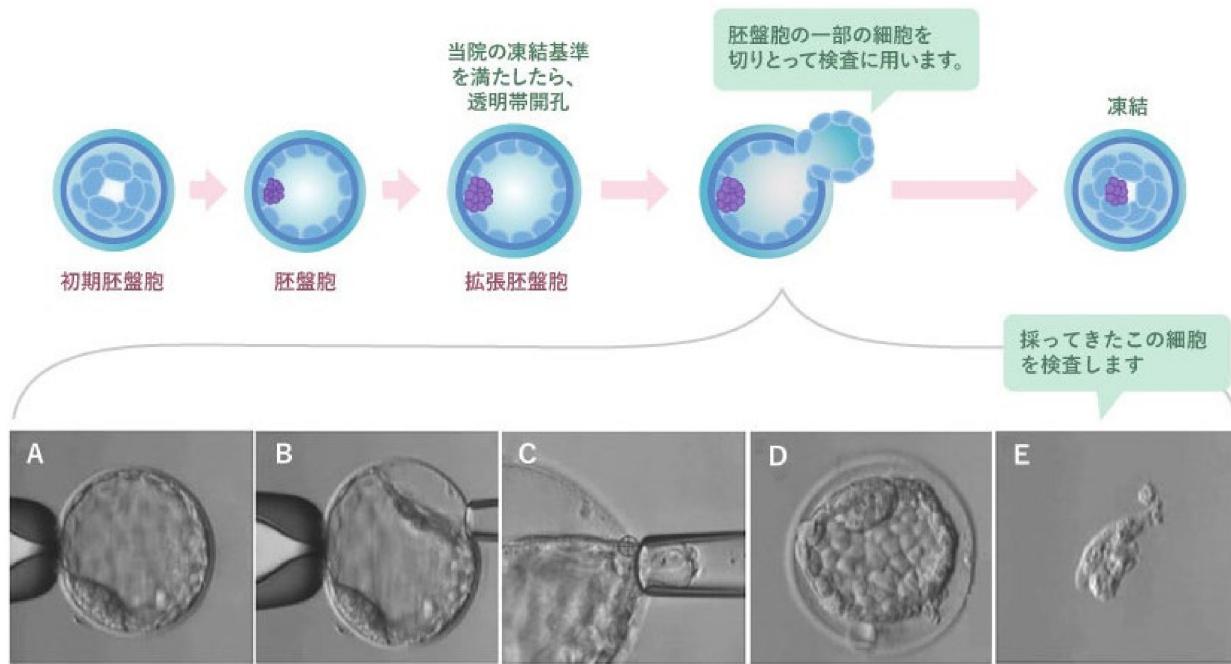


着床前遺伝学的検査 (PGT:Preimplantation Genetic Test)

受精卵が子宮に着床して妊娠が成立する前に
受精卵の染色体を検査する。
体外受精が前提となる。

- PGT-M:monogenic defects (胚単一遺伝子診断)
- PGT-SR:structural rearrangement (胚染色体構造異常)
- PGT-A:aneuploidy (胚異数性診断)

胚生検（栄養膜細胞層）



Antonio Capalbo, et al. (2014) Human Reproduction, Vol.29, No.6 pp. 1173–1181

(加藤レディースクリニックホームページより)

着床前遺伝学的検査と歴史

年	主な出来事
1990年	英国でX連鎖性疾患(mental retardation)における性別判定による着床前診断
1992年	英国でcystic fibrosisに対する疾患遺伝子診断による着床前診断
1993年	米国で染色体数的異常にに対するFISH法による着床前診断
1998年	日本産科婦人科学会「着床前診断に関する見解」発表
2004年	日本産科婦人科学会 着床前診断実施認可 第1例 (慶應大学が申請したDuchenne型筋ジストロフィー症例) が承認
2015年	日本産科婦人科学会 「着床前診断に関する見解」を改定 “遺伝子（染色体）解析を外部検査企業等に委託する場合”を追記
2018年	日本産科婦人科学会 「着床前診断に関する見解」を改定 臨床研究法の適応となる“臨床研究”としての実施ではなく、「極めて高度な技術を要し、高い倫理観のもとに行われる医療行為」として位置づけを変更
2020～2021年	日本産科婦人科学会 第1～3部倫理審議会開催
2022年	日本産科婦人科学会「着床前診断に関する見解」と細則を改定

日本産科婦人科学会と着床前遺伝学的検査

2018年12月

網膜芽細胞腫（目のがん）



PGT-M（重篤な遺伝性疾患に対する着床前遺伝学的検査）

に関する倫理審議会(第1-3部)

2020年1月25日、2020年11月1日、2021年2月7日

日本産科婦人科学会

- 倫理審議会委員（27名）、傍聴団体・オブザーバーを基本参加者として完全公開でWEB開催
- 3回のすべての審議会後には、アンケート調査（自由記載含む）を行い、意見聴取、その後完全意見公開
- 最終報告書作成（最終報告書への意見も含めて一般公開）「PGT-Mに関する倫理審議会」最終報告書、参考資料、ご意見の掲載に関するご案内

https://www.jsog.or.jp/modules/committee/index.php?content_id=178

倫理審議会委員（27名）

- 日本人類遺伝学会
- 日本マスククリーニング学会
- 日本先天代謝異常学会
- 日本小児遺伝学会
- 日本遺伝性腫瘍学会
- 日本先天異常学会
- 日本産科婦人科遺伝診療学会
- 日本遺伝カウンセリング学会
- 日本小児科学会
- 日本臨床検査医学会
- 日本遺伝子診療学会
- 日本産科婦人科学会（生殖）
- 日本産科婦人科学会（周産期）
- 日本産科婦人科学会（女性医学）
- 毎日新聞（解説委員）
- 電力中央研究所（元新聞社解説委員）
- 明治大学（法学者）
- 大阪大学（倫理学者）
- 子ども療養支援協会
- 日本科学未来館
- 日本学校保健学会
- ゲノム医療当事者団体
- 遺伝カウンセラー（日本・米国）
- 明治学院大学（人文社会学科）
- 信州大学医学部保健学科
- 日本産科婦人科学会顧問弁護士
- 日本兒童青年精神医学会

傍聴団体・オブザーバー

関連学会	患者会・関連団体	報道関係など
日本遺伝看護学会	RBピアサポートの会（網膜芽細胞腫）	1. 朝日新聞
日本産婦人科医会	ALDの未来を考える会	2. NHK
日本周産期新生児医学会	SMA家族の会	3. 共同通信社
日本受精着床学会	クラヴィスアルクス（HBOC）	4. 時事通信社
日本小児外科学会	筋強直性ジストロフィー患者会	5. 北海道新聞
日本女性医学会	グループ生殖医療と差別	6. 日本経済新聞社
日本生殖医学会	神経筋疾患ネットワーク	7. 日本テレビ
日本生殖免疫学会	全国リスト教障害者団体協議会	8. 毎日新聞
日本内分泌学会	SOSHIREN女（わたし）のからだから	9. 読賣新聞
日本泌尿器科学会	DPI女性障害者ネットワーク	10. 厚生労働省
日本婦人科腫瘍学会	日本難病・疾病団体協議会	
日本神経学会	日本ハンチントン病ネットワーク	
	ひまわりの会（リンチ症候群）	

重篤性の定義

◆ 「重篤」の定義：「**成人に達する以前に日常生活を強く損なう症状が出現したり死亡する疾患**」

（着床前診断に関する専門委員会：2004年）

- Duchenne型筋ジストロフィー
- 筋強直性ジストロフィー
- 副腎白質ジストロフィー
- 福山型先天性筋ジストロフィー
- ピルビン酸脱水素酵素欠損症
- オルニチン・ransカルバミラーゼ欠損症
- ミトコンドリア遺伝子病のLeigh脳症

+ 習慣流産

習慣流産夫婦の4.5%が
均衡型転座保因者で
少なくとも一方が保因者
である場合の流産率は
68.1%、非転座保因者は
28.3%

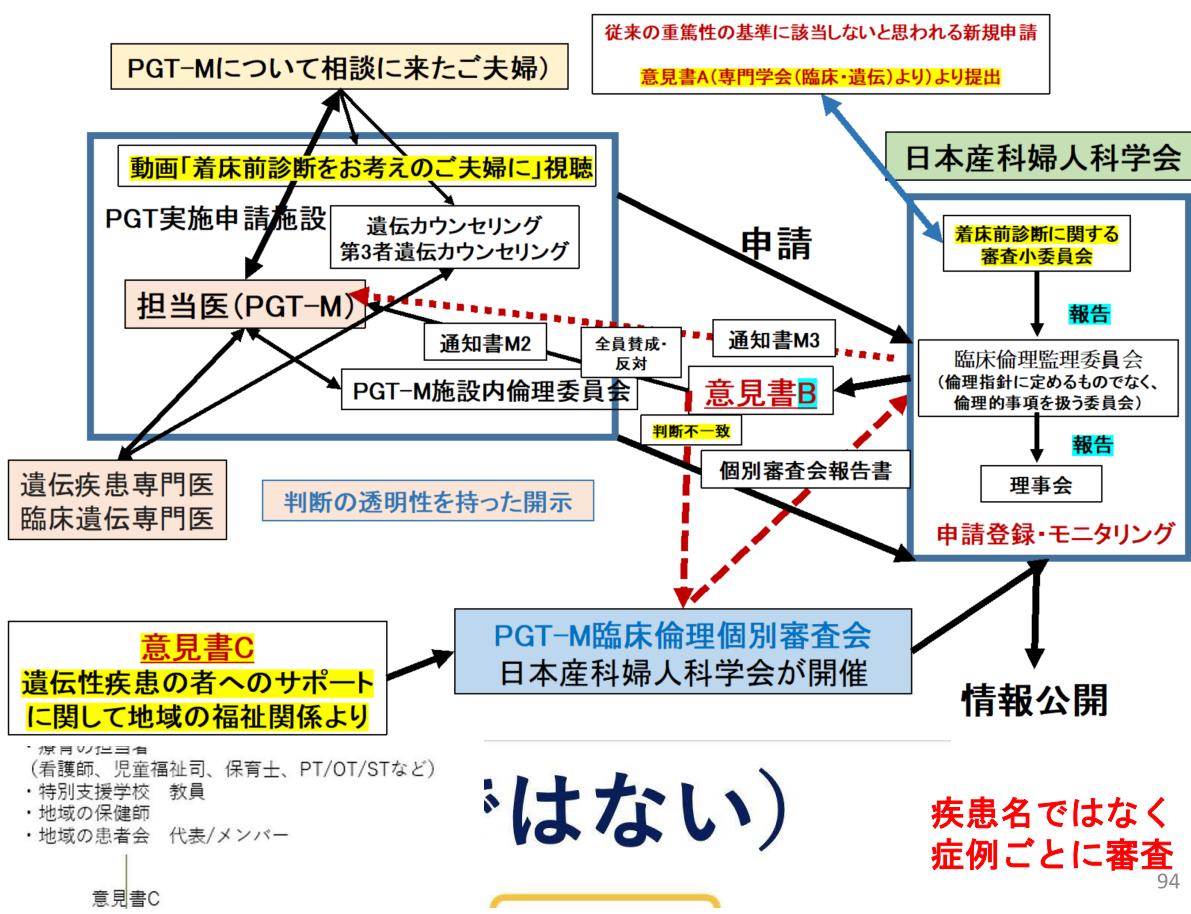
◆ 「重篤」の定義：「成人に達する以前に日常生活を強く損なう症状が出現したり死亡する疾患」
 (着床前診断に関する専門委員会:2004年)



新しい「重篤」の定義 (2022年1月)

◆ 「原則、成人に達する以前に日常生活を強く損なう症状が出現したり、生存が危ぶまれる状況になる疾患で、現時点でそれを回避するために有効な治療法がないか、あるいは高度かつ侵襲度の高い治療を行う必要のある状態」

審査体制



2024年8月28日新しい重篤性の定義後のPGT-M審査結果公表



遺伝性の重い病気調べる着床前診断の対象 目のがんなど初承認

2024年8月28日 19時45分

35

2024年8月28日

重篤な遺伝性疾患を対象とした着床前遺伝学的検査 (PGT-M)

2023年 症例審査結果報告書

審査症例 72例

審査症例 : 72 例						
疾患名	MIM	症例数	疾患名	MIM	症例数	
筋強直性ジストロフィーI型	#160900	13	Sengers 症候群	#212350	1	
Duchenne型筋ジストロフィー	#310200	7	先天性赤血球形形成異常性貧血I型	#224120	1	
X 連鎖性ミオチューブラーミオバチー	#310400	5	Tay-Sachs 病	#272800	1	
福山型先天性筋ジストロフィー	#253800	3	糖原病 Ib 型	#232220	1	
Gaucher 病 2 型	#230900	2	ネイルバテラ症候群	#161200	1	
短肋骨多指症候群 (SRTD3)	#613091	2	PNKP 異常症	#613402	1	
ADAM17 欠損症	#614328	1	PLDI 異常症	#212093	1	
α サラセミア	#604131	1	Vici 症候群	#242840	1	
ENPP1 異常症	#208000 #613312	1	Fanconi 貧血 (Wilms 腫瘍)	#605724	1	
ABCA3 欠乏症	#610921	1	Hoyerala-Hreidarsson 症候群	#305000	1	
X 連鎖性 Alport 症候群	#301050	1	Holt-Oram 症候群	#142900	1	
オルニチントランスカルパミラーゼ 欠損症	#311250	1	Marfan 症候群	#154700	1	
球脊髄性筋萎縮症	#313200	1	ミトコンドリア病 (TARS2 異常)	#615918	1	
筋萎縮性側索硬化症	#105400	1	ミトコンドリア病 (YARS2 異常)	#613561	1	
グルタル酸尿症 2 型	#231680	1	ミトコンドリア病 (m.3243A>G)	#540000 #520000	1	
細網異形成症	#267500	1	メチルマロン酸血症	#251000	1	
シトルリン血症 I 型	#215700	1	毛細血管拡張性運動失調症	#208900	1	
Schaaf-Yang 症候群	#615547	1	網膜芽細胞腫	#180200	1	
Joubert 症候群 (AHI2 異常)	#608629	1	ラブドイド腫瘍好発症候群	#609322	1	
Joubert 症候群 (CTMEL67 異常)	#610688	1	Leigh 脳症 (ECHS1 異常)	#616277	1	
常染色体顕性多発性囊胞腎	#173900	1	Leigh 脳症 (m.14487T>C)	#256000	1	
常染色体潜性多発性囊胞腎	#263200	1	取り下げ	-	2	
接合部型表皮水疱症	#619786	1				

承認 58例

疾患名	MIM	症例数	疾患名	MIM	症例数
筋強直性ジストロフィー1型	#160900	9	Sengers 症候群	#212350	1
Duchenne 型筋ジストロフィー	#310200	7	先天性赤血球形成異常性貧血I型	#224120	1
X連鎖性ミオチュラーミオバチー	#310400	5	Tay-Sachs 病	#272800	1
福山型先天性筋ジストロフィー	#253800	3	ネイルバテラ症候群	#161200	1
Gaucher 病2型	#230900	2	PNKP 異常症	#613402	1
短肋骨多指症候群(SRTD3)	#613091	2	PLD1 異常症	#212093	1
ADAM17 欠損症	#614328	1	Vici 症候群	#242840	1
α サラセミア	#604131	1	Fanconi 貧血(Wilms腫瘍)	#605724	1
ENPP1 異常症	#208000 #613312	1	Hoyerala-Hreidarsson 症候群	#305000	1
ABCA3 欠乏症	#610921	1	Holt-Oram 症候群	#142900	1
球脊髓性筋萎縮症	#313200	1	ミトコンドリア病 (TARS2異常)	#615918	1
グルタル酸尿症2型	#231680	1	ミトコンドリア病 (YARS2異常)	#613561	1
細網異形成症	#267500	1	メチルマロン酸血症	#251000	1
シトルリン血症I型	#215700	1	毛細血管拡張性運動失調症	#208900	1
Schaaf-Yang 症候群	#615547	1	網膜芽細胞腫	#180200	1
Joubert 症候群 (AHI1異常)	#608629	1	ラブドイド腫瘍好発症候群	#609322	1
常染色体陰性多発性囊胞腎	#263200	1	Leigh 脳症(ECHS1異常)	#616277	1
接合部型表皮水疱症	#619786	1	Leigh 脳症(m.14487T>C)	#256000	1

不承認 3例

審査結果：不承認 3 例					
疾患名	MIM	症例数	疾患名	MIM	症例数
筋強直性ジストロフィー I 型	#160900	1	常染色体顕性多発性囊胞腎	#173900	1
X 連鎖性 Alport 症候群	#301050	1			

審查継続中 9例

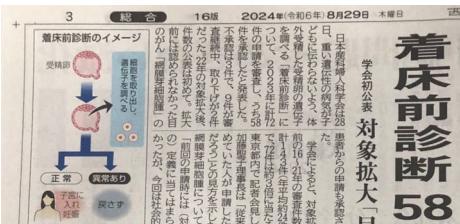
審査継続中：9例					
疾患名	MIM	症例数	疾患名	MIM	症例数
筋強直性ジストロフィー1型	#160900	3	糖原病Ib型	#232220	1
オルニチントランスクカルパミラーゼ欠損症	#311250	1	Marfan 症候群	#154700	1
筋萎縮性側索硬化症	#105400	1	ミトコンドリア病 (m.3243A>G)	#540000 #520000	1
Joubert 症候群 (TMEM67異常)	#610688	1			

97

西日本新聞

PGT-M審査結果発表後の新聞報道

朝日新聞





(NHK HPより)

日本産科婦人科学会の審査

- 病名だけで決まない
- 生活の背景や立場など個別に検討

—意見聴取—
遺伝性の病気の専門家
倫理の専門家

学会がルールをつくり審査するのは限界では

求められること

—生殖医療—

2000年 厚生省(当時)専門委員会
報告書「倫理的・法律的・技術的側面から検討し提言など行う公的機関設置を」

2008年 日本学術会議 検討委員会
提言「公的な常設の委員会設置し政策の立案を」

生殖医療のルール決め 運用する公的機関設置

イギリス
着床前診断 法律で規制
不妊治療の研究・診療を監督する機関設置

日本でも
本格的議論を

99

「解決すべき課題と懸念事項：論点整理」

◆ 論点:

- ✓ 生まれくる子どものための医療（生殖・周産期）に関わる生命倫理について審議・監理・運営する公的プラットフォーム設立
- ✓ 公的プラットフォームで、何を審議・監理・運営するのか？

1. 代理母、卵子提供、精子提供、胚提供
2. 着床前遺伝学的検査 (PGT-M、PGT-A/SR) （重篤な遺伝性疾患、流産、体外受精不成功）
3. 出生前遺伝学的検査 (NIPT)
4. 医学適応のない卵子凍結 (ノンメディカル卵子凍結)
5. 死後生殖 (小児・AYA世代がん患者等に対する妊娠性温存療法研究促進事業)



「解決すべき課題と懸念事項」

◆ 課題と懸念事項：

- ✓ 日本産科婦人科学会の見解を逸脱した医療の実施
- ✓ 見解は一般社会との約束事（社会的合意）→会員に対してのみ有効
- ✓ 倫理的に問題となる事例（例：SNSを通じた精子提供等私的な取引、子どもの福祉に反する行為等）→闇
- ✓ 商業主義
- ✓ 命の選別 プロ・チョイス、プロ・ライフ
- ✓ 優生思想
- ✓ 当事者と関係者の権利（気持ち）= 幸福追求権
- ✓ 子どもの福祉（生まれた子どもの幸福追求権）
- ✓ 法制度の不備

101

生まれてくる子どものための医療に関する 「生命倫理について審議・監理・運営する公的プラットホーム」（案）

第1段階：明確化

①国が法制上の措置を行い監理すべき事項

②国が法制上の措置を行うことが難しい事項（公的プラットフォーム A、B）

厚生労働省やこども家庭庁等で検討し施策実行

独立行政法人、公的機関

検討・監理事項

法律の整備（施設基準・売買の禁止 →罰則規定）

②生殖補助医療の提供等及びこれにより出生した子の親子関係に関する民法の特例に関する法律（令和2年法律第76号）（2022/12/4成立、2022/12/11公布）の付則第3条の検討事項（特定生殖補助医療）

- ①生殖補助医療実施医療機関登録・整備、生殖補助医療実施例登録の義務付け
- ②ヒト精子、卵子、受精卵を扱う胚培養士認定の国家資格の必要性（例：産婦人科専門医は一般社団法人日本専門医機構が認定を行っている）
- ③がん・生殖医療（精子、卵子、受精卵（胚）、卵巣組織等の長期保管・管理、死後生殖、将来的には代理懐胎）（現在、日本産科婦人科学会、日本泌尿器科学会、日本がん・生殖医療学会が行っている）の義務付け

● A 専門委員会：議論を行い報告書を発出（審議会）

構成：医療関係者（産婦人科、小児科、看護、遺伝関連等）、法学・生命倫理の専門家、障害者福祉分野の専門家、検査その他の有識者等で構成する、必要時には追加

● B 運営委員会：専門委員会の報告書に沿っての運営、監理を行う

庶務：行政あるいは公益財団法人などの形での組織の関連課が行う、データ管理、施設認定

費用：国が負担する

検討・監理事項

- ②生殖補助医療全般（情報提供・啓発）
- ①着床前遺伝学的検査（情報提供・啓発、施設認証、検査所認証）
- ②出生前遺伝学的検査（情報提供・啓発、施設認証、検査所認証）
- ②医学的適応のない卵子凍結（情報提供・啓発、施設認証？）
- ②これからさらなる発展が予想される遺伝学的検査に関しての運用・管理
- ②その他

102

公的プラットフォーム（案1）

担当団体	役割	活動内容
厚生労働省 or こども家庭庁	科学審議会	運営委員会からの実地状況報告 課題の検討
日本医学会	運営委員会	審査結果の報告・承認 課題の検討 科学審議会へ報告
日本産科婦人科学会	専門委員会	施設認証 審査 小委員会 個別審査会 データ管理 公表
		103

謝辞

ご協力いただいた先生方

前参議院議員・精神科医

朝日俊弘先生

日本産婦人科医会前会長

木下勝之先生

女性クリニックWe! TOYAMA代表 種部恭子先生
／富山県議会議員

日本産科婦人科学会
臨床倫理監理委員会 委員長

鈴木直先生

日本産科婦人科学会 旧優生保護法検討委員会委員（敬称略）

海野信也、片渕秀隆（令和3年3月まで）、久具宏司、
関沢明彦、若槻明彦、上田 豊、永松 健、山上 亘、
矢幡秀昭、平原史樹（医会委員）
オブザーバー：苛原 稔、三上幹男、平岩敬一（弁護士）

日本産科婦人科学会 SRHRに関する学会連携諮問委員会委員の皆さん

謝辞

講演の機会をいただきました福岡県医師会の皆様にお礼
申し上げます。



公益社団法人 日本産科婦人科学会
Japan Society of Obstetrics and Gynecology

わが国の女性の健康のために

女性と生まれてくる子どもたちの幸せのために、
産科学および婦人科学の進歩・発展を
図るとともに、産婦人科専門医の育成に努め、
人類・社会の福祉に貢献します。

A photograph of two young women with long dark hair, wearing school uniforms with ties, looking towards the right side of the frame with smiling expressions.

— M E M O —

