

令和5年度子ども家庭行政推進調査事業費補助金  
総括・分担研究報告書

## 研究代表者

日本産婦人科医会 副会長 中井章人

## 分担研究課題

「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」

分担研究者	長谷川 潤一	聖マリアンナ医科大学	周産期発生病態解明学	大学院教授
	後藤 あや	福島県立医科大学・総合科学教育研究センター		教授
	福嶋 恒太郎	福嶋クリニック		副院長
	松田 秀雄	松田母子クリニック		院長
	林 昌子	日本医科大学	女性診療科・産科	准教授

## 【研究要旨】

## (研究目的)

本研究では、経口妊娠中絶薬（メフィーゴパック）導入後における、術式別実施状況をはじめとする我が国の人工妊娠中絶の現状についてデータ収集を行い、妊娠初期の人工妊娠中絶に関する実態を把握するとともに経口中絶薬導入に伴う医療機関・患者への影響を評価することを目的とする。

## (研究方法)

全国の母体保護法指定医師が1名以上在籍している3,941施設に対してアンケートを送付し、令和5年5月～10月に施行した人工妊娠中絶の種類と件数、合併症、搬送や時間外受診が必要であった症例の数、人工妊娠中絶前に施行する検査の種類、人工妊娠中絶を受けられる方に対する支援の実施状況、反復中絶の予防策などについて回答を求めた。

## (研究結果)

2,096施設（回答率53.2%）より回答を得られた。回答施設では6か月間に36,007件の人工妊娠中絶が施行され、採用されていた方法は搔把法4,984件（13.8%）、吸引法22,513件（62.5%）、搔把・吸引併用8,075件（22.4%）、メフィーゴパック435件（1.2%）であった。人工妊娠中絶での重篤な合併症は114件（0.317%）であり、子宮穿孔・子宮破裂7件（0.019%）、輸血を要する大量出血5件（0.014%）、遺残による再手術63件（0.175%）が含まれていた。メフィーゴパック使用例での重篤な合併症は0件であった。2012年の調査（吸引法単独20%、重篤な合併症頻度0.355%）と比較し、方法の変化により重篤な合併症が減少していた。搬送や時間外対応の件数は、メフィーゴパック使用症例で6件（1.379%）と、メフィーゴパックを使用していない人工妊娠中絶症例での30件（0.084%）より高率であったが、メフィーゴパック使用症例は全て処方した施設での時間外対応となっていた。前述の重篤な合併症や搬送症例がないことと、メフィーゴパック薬剤の特徴を考慮に入れると、時間外対応も軽微な事象での受診であったと推定された。また、妊娠12週未満の人工妊娠中絶前に常に施行する検査は、メフィーゴパックの場合には血算11.2%、血液型11.5%と実施率が低かった。人工妊娠中絶を行った症例に対するその後のケアに関して、避妊法についての情報提供は多くの施設で行われていたが、グリーンケア、メンタルヘルスケアや自治体団体等の窓口の紹介などの支援実施は低率であった。

（結論）我が国では最近11年間で搔把法が19%減少し、吸引法が3倍以上に増加していた。人工妊娠中絶実施法の変化により全体の合併症は減少した。経口妊娠中絶薬は一部に軽微な事象での時間外受診が認められたが、重篤な合併症はなく安全に使用されていた。今後、経口妊娠中絶薬の普及により、重篤な合併症の頻度はさらに低下のするものと推察された。人工妊娠中絶を受けられる方に対する支援の実施率はまだ低く、本研究で作成した資材が支援実施率向上の一助となることを期待する。

## A. 研究目的

これまで国内において、妊娠初期の人工妊娠中絶は掻爬法や吸引法の術式による手術が行われてきたが、2023年4月28日に経口妊娠中絶薬（ミフェプリストン/ミソプロストール）の製造販売の承認がなされた。本剤の使用に関しては、「ミフェプリストン及びミソプロストール製剤の使用にあたっての留意事項について（依頼）」（令和5年4月28日付け薬生薬審発0428第5号・こ成母第54号厚生労働省医薬・生活衛生局医薬品審査管理課長及び子ども家庭庁成育局母子保健課長連名通知）において、「本剤については適切な使用体制のあり方が確立されるまでの当分の間、入院可能な有床施設（病院又は有床診療所）において使用することとする。また、ミソプロストール投与後は、胎嚢が排出されるまで入院または院内待機を必須とする。」と示されているところである。国内の初期の人工妊娠中絶は、海外と比較して掻爬法の術式の割合が高い点が指摘されているが、手術合併症の割合は諸外国よりも低く（平成25年度厚生労働科学研究補助金「人工妊娠中絶の地域較差に関する研究」分担研究者中井章人）、最近では手動吸引法の普及により掻爬法の割合が減少している。

本研究では、経口妊娠中絶薬導入により、人工妊娠中絶の術式別実施状況をはじめとする治験とは異なる実臨床上のわが国のデータ収集を行い、妊娠初期の人工妊娠中絶に関する実態把握及び経口中絶薬導入に伴う医療機関・患者への影響を評価する。更に、その結果を元に、人工妊娠中絶について、個々の患者背景に応じた適切な情報提供を行うための資料を作成する。

また、中絶を経験した女性を対象にした調査（令和3年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「子どもを亡くした家族へのグリーフケアに関する調査研究」）では、相談ニーズがあって、受け皿もあるが、必要な支援が届いていない状況が明らかになっていることから、医療機関においても人工妊娠中絶を検討されている方・受けられた方等に対する支援を推進する必要がある。

それらに資する研究を承認後速やかに行う必要があり、本研究計画を策定した。

## B. 研究方法

### ①妊娠初期の人工妊娠中絶に関する実態調査

倫理委員会の承認後、人工妊娠中絶を実施する医療機関に対して、経口妊娠中絶薬の使用も含む人工妊娠中絶の実態を調査する。特に、経口妊娠中絶薬を使用した場合に起こる合併症、緊急対応の有無や高次医療

機関への紹介の有無等についての情報を全国的に網羅的に収集し、評価を行う。前述した人工妊娠中絶による合併症の全国調査のノウハウを利用して、各調査対象医療施設へ本研究の意義や調査票記入要領を示し、これまでに実施されてきた調査研究より高い回収率（70%以上）を目指す。調査項目には経口妊娠中絶薬を使用した症例数、経口妊娠中絶薬の使用後の合併症（遺残、外科的手術処置を必要とする不完全な中絶の数、時間外受診、搬送を要した症例数とその理由、妊娠の継続、輸血が必要な出血、感染、子宮穿孔、死亡など）等を含む。

また、同時期に施行した外科的人工妊娠中絶の数や術式などについても調査を行う。掻爬法・吸引法等の術式別手術治療の割合や合併症を解析し、これまでに実施されてきた人工妊娠中絶合併症全国調査（平成25年度厚生労働科学研究補助金「人工妊娠中絶の地域較差に関する研究」研究代表者池田智明、分担研究者中井章人）の成績も参照することで、経口妊娠中絶薬を用いた人工妊娠中絶と外科的人工妊娠中絶とを比較検討する。

アンケート対象施設：日本産婦人科医会の施設情報により検索した、母体保護法指定が1名以上在籍する医療機関

対象期間：令和5年5月1日より令和5年10月31日の実態について調査する。

アンケート送付回収期間：令和5年10月30日より令和5年11月30日

送付アンケート：図1-1, 1-2

### ② 情報提供資料の作成

①の結果を踏まえ、国内における初期人工妊娠中絶に関する最新かつ科学的エビデンスに基づいた、人工妊娠中絶全般に係る情報や各手法の正しい情報等の資料を作成し、各医療機関に提供すると共に、ウェブサイト等でも公開する。

### ③人工妊娠中絶に関する支援の調査及び提言の作成

①の調査と共に、人工妊娠中絶を実施する医療機関に対して、人工妊娠中絶を検討されている方、受けられた方に対する支援について調査を行う。すなわち、使用可能な資料や医療機関外の支援団体の把握状況、及び実際の支援について（アセスメントの有無、対応する方の職種、反復中絶への予防策、社会的資源の情報提供、グリーフケアの実践等）調査を行う。その上で、医療機関における支援を推進するための提言を作成する。

### C. 研究結果

3,941 施設にアンケート (図 1) を送付し、2,096 施設より回答を得た (回答率 53.2%)。施設種類別の回答率は、病院 55.1%、有床診療所 59.6%、無床診療所 44.0%であり、無床診療所の割合が低く、病院や有床診療所からの回答は約 6 割であった (表 1)。施設の規模によるや経営母体別の回答率では (表 2・表 3)、国立系や大学病院の回答率が高かった。

＜妊娠初期の人工妊娠中絶に関する実態調査 (アンケート問 1~4) ＞

施設種類別の人工妊娠中絶施行件数は、病院が 10.7%、有床診療所 52.3%、無床診療所 37.0%と診療所での施行が 9 割を占めている。一方妊娠 9 週 1 日を超えた人工妊娠中絶では妊娠 9 週 0 日までと比較すると有床診療所での割合が少なく病院 (14.9%) での施行がやや多くなっている (表 4)。

人工妊娠中絶の方法 (重複あり) は、掻爬のみの方法を採用している施設は 18.6%、吸引のみの方法を採用する施設は 59.5%、掻爬吸引併用を採用する施設は 32%と、人工妊娠中絶を吸引のみで行う施設が多かった。一方でメフィーゴパックを採用している施設は 2.6%と低かった (表 5)。人工妊娠中絶数でも吸引法のみで人工妊娠中絶を行った症例が 62.5%を占めていた。メフィーゴパックを使用した症例は 435 例 (妊娠 9 週 0 日までの症例の 1.5%) であった。妊娠週数別でみると、妊娠 9 週 0 日までと妊娠 9 週 1 日以上の人工妊娠中絶のいずれも、吸引法のみで施行するケースが最も多かったが、妊娠 9 週 1 日以上の人工妊娠中絶では妊娠 9 週 0 日までと比較すると吸引法のみでの症例の割合は減少し、掻把法のみや掻把・吸引併用の割合が増加していた (表 6)。施設種類別でみると、どの施設でも吸引法の症例割合が高かったが、病院では他の施設と比較して掻把法のみが少なく掻把吸引併用が多かった (表 7)。

重篤な合併症 (子宮穿孔・子宮破裂、頸管裂傷、輸血を要する大量出血、重症感染症、血栓・塞栓症、アナフィラキシー、遺残による再手術、麻酔の合併症、母体死亡、他を含む) の件数は人工妊娠中絶 36,007 件の中で 114 件 (0.317%) であった。合併症として最も多いのは遺残による再手術 (0.175%) であり、続いて子宮穿孔・子宮破裂 (0.019%) であった (表 8)。妊娠 9 週 1 日以上での人工妊娠中絶の合併症頻度 (0.561%) は妊娠 9 週 0 日までの症例での合併症頻度 (0.250%) と比較して 2 倍以上の頻度であった。手技別の合併症頻度は、掻把法のみの場合 0.401%、吸引法のみの場合 0.195%、掻把吸引併用では 0.619%であり、外科的手技の中では、吸引法のみの場合が最

も合併症が低く、掻把吸引併用での合併症の頻度が高かった。一方でメフィーゴパックは重篤な合併症の報告が 0 件であった (表 9)。妊娠 9 週 0 日までに限ると人工妊娠中絶症例の合併症は 0.250%であり (表 10)、妊娠 9 週 1 日以降では 0.561%と、妊娠週数が進むとリスクが上がることを示された。また妊娠 9 週 1 日以降の掻把吸引併用症例における合併症は 1.053%であり、他の方法と比較して高かった (表 11)。合併症頻度を施設種類別にみると、無床診療所で 0.150%と最も低く、病院では頻度が高かった。どの施設でも吸引のみの場合が最も合併症頻度が低く、次に掻把のみ、掻把吸引併用で最も合併症頻度が高かった (表 12, 13)。施設種類ごとに主な合併症の頻度をみると、子宮穿孔・子宮破裂ほどの施設種類でも 0.02%前後であったが、輸血を要する大量出血や、遺残による再手術は高次施設に多かった (表 14)。

メフィーゴパック使用症例での搬送や時間外受診は、6 例 1.379%であった (表 15)。メフィーゴパック使用症例の搬送や時間外受診の総数は、使用していない症例 (0.084%) (表 16) と比較して高かった。一方でメフィーゴパック使用症例では全例が処方した病院での対応であり、他院への搬送や、処方した施設を経由せず他院で対応した症例はみられなかった。これに対し、メフィーゴパックを使用していない症例では他院への搬送 0.014%、他院のみで対応 0.020%を認めた (表 15, 16)。

妊娠 12 週未満の人工妊娠中絶前に常に施行する検査の調査では、手術を行った例では、血算 78.8%、血液型 80.4%の実施率であったが、メフィーゴパックの場合には血算 11.2%、血液型 11.5%と実施率が低かった (表 17)。

＜人工妊娠中絶に関する支援の調査 (アンケート問 5・6) ＞

人工妊娠中絶に関する支援を全例実施している頻度は、避妊情報提供が一番多く 7 割以上、反復予防策が半数であった。一方、グリーフケアは 1 割程度、相談窓口紹介は 1 割にも満たなかった (表 18)。人工妊娠中絶に関する支援の実施者は医師が一番多く、助産師と看護師はそれぞれ 2~3 割であった (表 19)。表 20~23 に、グリーフケア、相談窓口紹介、反復予防策・避妊情報提供などの各種サービスの実施に関わる要因を分析した結果を示す。各々のサービスを実施している割合が高いことに関連している要因は、以下の通りであった。①グリーフケア：病院、分娩あり、分娩数・医師数が多い、中絶数が少ない、多職種連携あり。②相談窓口紹介：病院、分娩あり、分娩数・医師数が多い、中絶数が少ない、多職種連携あり。③反復

予防策：診療所、分娩なし、分娩数・医師数が少ない、中絶数が多い、多職種連携あり。④避妊情報提供：診療所、分娩なし、分娩数・医師数が少ない、中絶数が多い、多職種連携あり、であった。メフィーゴパック使用の有無はサービス実施に関連していなかったが、使用している施設において、グリーンケアの全例実施は1割程度、相談窓口紹介を全例実施している施設は無かった。

#### D. 考察

今回の調査では、施設で採用している人工妊娠中絶の方法は吸引のみの方法が59.5%と最も多かった。人工妊娠中絶数で見ても、吸引法のみで中絶を行っている症例は62.5%であり、我が国の人工妊娠中絶の主流は吸引法となったと言える。2012年の調査（平成25年度厚生労働科学研究補助金「人工妊娠中絶の地域較差に関する研究」分担研究者中井章人）における人工妊娠中絶方法の割合の掻把法33%、吸引法20%、掻把・吸引併用47%と比較すると、11年間で掻把法が19%減少し、吸引法が3倍以上に増加していた（図2）。

今回調査の合併症頻度0.317%は2012年の0.355%と比較しわずかに低下していた。我が国の人工妊娠中絶では、前回の調査時に比べて外科的方法が掻把法から吸引法へシフトしたことにより、全体の合併症頻度が低下した可能性が考えられる。米国の研究では、妊娠初期の吸引法での人工妊娠中絶における全合併症は1%以下と報告されている<sup>1,2)</sup>。我が国では欧米では合併症の割合が高いとされる掻把法であっても、合併症の頻度は0.4%と低く、安全に手術ができていと言えよう。掻把法の合併症頻度は2012年調査(0.589%)と比較しても低下している。

メフィーゴパックの製造販売後調査において、日常診療の使用実態下における感染症及び重度の子宮出血の発現割合を、国内第Ⅲ相試験における重篤な感染症及び子宮出血に関連する有害事象の発現割合である0.83% (1/120例) 及び1.67% (2/120例) とそれぞれ同程度と仮定した場合に、400例確保すれば当該事象の発現割合を一定の精度で推定することが可能であると考えられたため、本調査において435例が確保されていることから一定の精度で有害事象について検証可能と判断した。メフィーゴパックの合併症は0件であり、病院や有床診療所でなければ対応が困難な重篤な有害事象は発生しなかったことから、より安全な人工妊娠中絶法である可能性が高い。メフィーゴパックの添付文書において、母体保護法指定医師は、緊急時に適切な対応が取れる体制（異常が認められた場合に本剤の投与を受けた者からの連絡を常に受ける体制や他の医療機関との連携も含めた緊急時の体制）

の下で本剤を投与することとされている。さらに、「ミフェプリストン及びミソプロストール製剤の使用にあたっての留意事項について（依頼）」（令和5年4月28日付け薬生薬審発0428第5号・こ成母第54号厚生労働省医薬・生活衛生局医薬品審査管理課長及びこども家庭庁成育局母子保健課長連名通知）において、適切な使用体制のあり方が確立されるまでの当分の間、入院可能な有床施設（病院又は有床診療所）において使用することとされている。本調査結果を踏まえると、原則、入院可能な有床施設（病院又は有床診療所）において使用をすることを前提としつつも、病院や有床診療所でなければ対応が困難な重篤な有害事象は発生しなかったことから、無床診療所においてメフィーゴパックを使用することは、公衆衛生上、認容可能と考えられる。

一方で掻把吸引併用に限ると、合併症頻度は2012年0.295%と比較し2023年(0.619%)に増加している。2012年と比較して2023年には掻把吸引併用の割合が半減しており、また病院での掻把吸引併用の症例が多く、病院での輸血を要する大量出血や遺残による再手術の頻度が高いことから、2023年の掻把吸引症例は、吸引で手術が完遂できなかった症例に対して掻把を追加したものなど、より手術困難な症例が含まれた可能性が推定される。さらに、施設種類別に合併症頻度をみると、無床診療所で頻度が低く、病院で頻度が高いため、我が国ではリスクの層別化がなされ、病院では人工妊娠中絶が困難な症例が多いことが推定された。

搬送や時間外対応の頻度は、メフィーゴパック使用症例で、外科的手技のみでの人工妊娠中絶症例と比較して高かった。その内容をみると、メフィーゴパック使用症例での時間外対応はすべて院内での対応であり、他院への搬送や他院のみで対応した症例は認めなかった。メフィーゴパック使用症例での重篤な合併症の報告数が0件であったことも加味すると、メフィーゴパック使用症例での時間外対応は全て軽微な事象に対する対応であったことが推定される。我が国でのメフィーゴパックの臨床試験では、1剤目使用後2剤目投与前の症例の1.7%に排出がみられるとされていた。そのことから時間外対応症例の中には1錠目を内服した後に自宅待機とした場合の対応などが含まれるものと推定される。以上を考慮すると、メフィーゴパック使用例では重篤な合併症のリスクは低いが、軽微な事象が時間外に発生することが一定数あるため、メフィーゴパック使用施設では時間外に適切に対応できる診療体制を整えることが必須と考えられた。さらに、今回の研究では重篤な症例が無かったものの、海外の報告によれば<sup>3,4)</sup> まれではあるが、重度の子宮

出血や子宮内感染などが起こる場合もあるので、高次施設と連携して対応できるような体制の整備も必要であると考え。そのため、無床診療所においてメフィーゴパックを使用する場合、①夜間・休日を含む24時間態勢で本剤を投与された者との緊急連絡体制を確保すること。②他の医療機関と連携した緊急時の体制を整備し、自院で対応できない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こと、といった要件を定める必要があると考える。また、無床診療所の連携先の医療機関の条件として、①母体保護法指定医師が配置されていること。②入院可能な有床施設であること。③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。④緊急時の受入体制について、十分な余力があること。⑤同一の二次医療圏又は周産期医療圏内に所在すること。⑥24時間体制で緊急時の対応が可能であること、といった要件を課すことが妥当であると考えられる。

メフィーゴパック使用症例での時間外対応はすべて院内での対応であり、他院への搬送や他院のみで対応した症例は認めなかった。また、メフィーゴパック使用症例での重篤な合併症の報告数が0件であったことも加味すると、メフィーゴパック使用症例での時間外対応は全て軽微な事象であり、2剤目投与後の院内待機中に発生する臨床的なイベントが、医療機関の外で生じても、投与を受けた者の安全に影響を与えないことが推定される。一方で、2剤目投与後に一定程度の下腹部痛や出血が発現しても中絶が達成されるとは限らないことから、2剤目を投与された者の自宅待機を認める場合、胎嚢排出に至った可能性のある子宮出血の有無に関わらず2剤目投与後に遅くとも1週間以内に再来院させ、超音波検査により胎嚢の排出の有無を確認する必要がある。そのため、高次施設との連携といった緊急時に適切な対応がとれる体制を鑑み、本剤の投与を受ける者の居住地が本剤を投与する医療機関の近隣ではない場合、2剤目投与後は、胎嚢が排出されるまで入院または院内待機が必要であると考え。逆に、本剤の投与を受ける者の居住地が当該医療機関に容易に通院可能で、さらに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の場合、2剤目を投与された者の帰宅の許可を与えることは差し支えないと考える。容易に通院可能な距離として、訪問診療が保険医療機関と患者との距離が16km以内で行われていることから、居住地が医療機関から16km以内であれば容易に通院可能と考えることは妥当である。その場合、医療機関においては、本剤の投与を希望する者の居住地の確認を確実に実施する必要がある。

今回の調査結果では、人工妊娠中絶前に実施する検査について手術を行った例での血算や血液型検査の実施率は8割であったが、メフィーゴパックの場合には約1割と実施率が低かった。産婦人科診療ガイドライン産科編2023年版CQ205「妊娠12週未満の人工妊娠中絶時の留意事項は？」において、血液型（ABO型、RhD型）については推奨レベル（A）、血算においては同（B）とされ、解説でも「人工妊娠中絶での輸血は極めてまれであるが、輸血の可能性を考慮し、ABO血液型を確認する。RhD陰性であれば、Rh不適合妊娠予防のために術後の抗D免疫グロブリン投与が勧められる」とされている（同ガイドラインCQ008-1「RhD陰性妊婦の取り扱いは？」）。メフィーゴパック使用症例では一般的に輸血を要する頻度は少なく、今回の調査においても使用例では輸血を要する症例の報告はなかったものの、一定の確率で大量出血や血液型不適合妊娠での感作が生じうることに留意し、術前検査を適切に行うことが求められる。

人工妊娠中絶を受けられる方に対する支援としての、グリーフケアや相談窓口紹介を全例に実施している割合は順に約1割、3%の実施率であった。産婦人科診療ガイドライン産科編2023年版CQ205においては「反復中絶を防止することは母体保護法指定医師の重大な責務と考えられており、当面妊娠を希望しない場合は適宜各種避妊法や月経再開の予測について解説指導する」とされている。今回の調査でも避妊法についての情報提供は多くの施設で行われていたが、グリーフケア、メンタルヘルスケアや自治体団体等の窓口の紹介などの支援実施は低率であった。症例に応じて必要な情報や支援は異なるが、流産や死産にかかわらず、人工妊娠中絶においても社会的に心理社会的支援のニーズが高まってきていること（子母発0531第3号、流産や死産を経験した女性等への心理社会的支援等について、令和3年5月31日）から、積極的に支援が行われることが望ましい。

支援や情報提供にあたっては、厚生労働省令和3年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「子どもを亡くした家族へのグリーフケアに関する調査研究」<https://cancerscan.jp/news/1115/>（最終閲覧日2024年3月12日）からは、「産科医療機関スタッフのための流産・死産、人工妊娠中絶を経験した方への支援の手引き」や「流産・死産を経験した女性と家族への情報提供リーフレット」、「人工妊娠中絶した女性と家族への情報提供リーフレット」がダウンロード可能であり利用するのもよい。また、今回の調査では自治体や団体の支援窓口についての認知度が低率であった。こども家庭庁のホームページ<https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basi>

c\_page/field\_ref\_resources/3c2bebc7-35e2-4f73-b9eb-

10b36bf4d3d1/0a63d18e/20231027\_policies\_boshiho-ken\_ryuuzan\_02.pdf (最終閲覧日 2024年2月6日) には、各自治体や支援団体一覧が掲載されており、地域の窓口を確認しておくとともに、日頃より行政などの連携や情報交換がおこなわれることが望ましい。

グリーンケア、相談窓口紹介、反復予防策・避妊情報提供などの各種サービスの実施に関わる要因を分析した結果からは、これらの実施を促すためには、他多職種連携による、特にグリーンケアと相談窓口紹介の推進が必要である。このグリーンケアと相談窓口紹介の推進は、診療所、分娩数が少なく、中絶数が多い施設を対象にする必要がある。一方、反復予防策と避妊情報提供の推進は、病院、分娩数が多く、中絶数が少ない施設が必要であると考えられた。これら施設の要因、そして女性側の状況も十分に踏まえたサービス提供の整備が望ましい<sup>5)</sup>。

本研究班では以上の結果等をふまえ、以下の成果物を作成した。

＜人工妊娠中絶に関する患者向け情報提供資料 (図3)＞

人工妊娠中絶を検討されている方・受けられた方に向けた国内における初期人工妊娠中絶全般に係る情報や支援について情報提供するための資料を作成した。

資料では手術法と経口妊娠中絶薬の実施方法を示し、それぞれの特徴と副作用(合併症)を解説した。また、人工妊娠中絶を受けられた方に向けた心のサポートに関しても、自治体の相談窓口等を紹介した。この資料は、人工妊娠中絶を実施する医療機関医療機関で利用できるよう送付し、ウェブサイトでも公開した。

＜人工妊娠中絶実態調査結果を受けて実施施設への提言(図4-1、4-2)＞

同様に、今回の結果を受けて、人工妊娠中絶を実施している施設へ向けた3つの提言を作成した。提言は「1. 人工妊娠中絶の実施にあたっては母体保護法ならびに診療ガイドラインを遵守する。2. 人工妊娠中絶は従来の手術法に加え、経口妊娠中絶薬の使用も可能になった。方法の説明・選択にあたっては、それぞれのメリット、デメリット、費用などについて、最新の情報に基づいて情報提供を適切に行い、受入体制を整備する。3. 個々の事情や背景に応じて、適切な避妊指導の実施や避妊法の提供、精神的苦痛を考慮しグリーンケア等精神的・心理的支援や自治体の相談窓口などの情報提供を行う。」とした。

本研究は以下のごとく限界と今後の課題を有する。今回の回答率は53.2%に留まり、目標の70%に達していなかった。日本産婦人科医会の施設情報には人工妊娠中絶の施行有無の情報が含まれていないため、本調査では母体保護法指定医師が1名以上在籍する施設を対象とした。このため、人工妊娠中絶を行っていない施設が少なからず含まれていた可能性がある。実際に人工妊娠中絶を行っていない旨の連絡を頂いた施設(解析対象外)が存在する。人工妊娠中絶を施行していない施設では回答できる項目が少ないために、回答率が低迷した可能性があり、人工妊娠中絶実施施設に限れば回答率は上昇すると考えられた。

## E. 結論

我が国では最近11年間で掻把法が19%減少し、吸引法が3倍以上に増加していた。人工妊娠中絶実施法の変化により全体の合併症は減少した。経口妊娠中絶薬は一部に軽微な事象での時間外受診が認められたが、重篤な合併症はなく安全に使用されていた。今後、経口妊娠中絶薬の普及により、重篤な合併症の頻度はさらに低下のするものと推察された。我が国における人工妊娠中絶を受けられる方に対する支援の実施率はまだ低く、本研究で作成した資料が支援実施率向上の一助となることを期待する。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

未発表である。今回の結果を受け原著論文を作成する予定である。

### 2. 学会発表

未発表である。今後学会発表や各種講演等で発表する予定である。

## G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他の成果

・一般国民(人工妊娠中絶を検討されている方・受けられた方)に向けた、国内における初期人工妊娠中絶全般に係る情報や支援について情報提供するためのチラシ送付 1件

・一般国民(人工妊娠中絶を検討されている方・受けられた方)に向けた、国内における初期人工妊娠中絶全般に係る情報や支援について情報提供するためのチラシ Web公開 (<https://www.jaog.or.jp/>) 1件

・ 人工妊娠中絶実態調査結果を受けて実施施設への  
提言 Web 公開 (<https://www.jaog.or.jp/>) 1 件

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

参考文献

1. Hakim-Elahi E, Tovell HM, Burnhill MS. Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstetrics and gynecology*. 1990;76(1):129-35.

2. Allen RH, Goldberg AB, Board of Society of Family P. Cervical dilation before first-trimester surgical abortion (<14 weeks' gestation). SFP Guideline 20071. *Contraception*. 2007;76(2):139-56

1. Hakim-Elahi E, Tovell HM, Burnhill MS. Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstetrics and gynecology*. 1990;76(1):129-35.

2. Allen RH, Goldberg AB, Board of Society of Family P. Cervical dilation before first-trimester surgical abortion (<14 weeks' gestation). SFP Guideline 20071. *Contraception*. 2007;76(2):139-56.

3. Cleland K, Creinin MD, Nucatola D, Nshom M, Trussell J. Significant adverse events and outcomes after medical abortion. *Obstetrics and gynecology*. 2013;121(1):166-71.

4. Zane S, Creanga AA, Berg CJ, Pazol K, Suchdev DB, Jamieson DJ, et al. Abortion-Related Mortality in the United States: 1998-2010. *Obstetrics and gynecology*. 2015;126(2):258-65.

5. Goto A, Satoh K, Reich MR. Two pills and women's health in Japan. *Lancet Reg Health West Pac*. 2023; 40: 100946.

令和5年10月吉日

産婦人科施設 責任者（母体保護法指定医）各位

令和5年度こども家庭庁行政推進調査事業費補助金  
成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業  
「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」班  
代表研究者 中井章人（日本産婦人科医会副会長）

## 人工妊娠中絶実態調査に関するご協力のお願い

本年4月28日に、経口人工妊娠中絶薬「メフィーゴパック」が厚生労働省により製造販売を承認されました。メフィーゴパック承認以前の本邦における人工妊娠中絶術は、これまでに安全に施行されていることが示されていますが、メフィーゴパック承認後の調査はまだ行われていません。

そこで、こども家庭科学研究費の補助を受け、全国の母体保護法指定施設を対象に人工妊娠中絶実態調査を行い、人工妊娠中絶の方法とその安全性について検証することにいたしました。なお、本研究は日本産婦人科医会（石渡勇会長）の賛同と協力を得て、行わせて頂きますことを申し添えます。

つきましては、令和5年5月から10月まで6か月間に行われた妊娠12週未満の人工妊娠中絶に関して、ぜひ同封のアンケート調査にご回答いただきたくお願い申し上げます。調査結果は施設情報をマスクし、報告書等を通じ公表させていただきます。なお、アンケート調査への回答および用紙の提出によって、本研究への協力についてご同意いただいたものとさせていただきます。同意の撤回につきましては、下記問い合わせ先までご連絡ください。

FAX 返信先：03-6862-5693 締め切り：令和5年11月20日（月）

\*FAX がつながりにくい場合は FAX：03-3269-4730 へご返送ください

問い合わせ先：日本産婦人科医会

事務局担当：飯塚

EMAIL：kiizuka@jaog.or.jp

TEL：03-3269-4739

FAX：03-3269-4768, 03-3269-4730



図1-2

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

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	掻爬法のみ	吸引法のみ	掻爬・吸引併用のみ	メフィーゴバック
～9週0日	件	件	件	件	1剤のみで排出 件、2剤 件 手術併用(1剤使用後 件、2剤使用後 件
9週1日～11週6日	件	件	件	件	メフィーゴバックの件数は 「～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てください(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)

週数	合併症の種類	掻爬法のみ	吸引法のみ	掻爬吸引併用のみ	メフィーゴバックのみ1剤投与後	メフィーゴバックのみ2剤投与後	メフィーゴバック手術併用後
～9週0日	子宮穿孔・子宮破裂	件	件	件	件	件	件
	頸管裂傷	件	件	件	件	件	件
	上記以外の輸血を要する大量出血	件	件	件	件	件	件
	重症感染症	件	件	件	件	件	件
	血栓・塞栓症	件	件	件	件	件	件
	アナフィラキシー	件	件	件	件	件	件
	遺残による再手術	件	件	件	件	件	件
	麻酔の合併症	件	件	件	件	件	件
	母体死亡	件	件	件	件	件	件
	他( )	件	件	件	件	件	件
9週1日～11週6日	子宮穿孔・子宮破裂	件	件	件	メフィーゴバック使用症例の合併症は 「～9週0日」の欄に記載してください		
	頸管裂傷	件	件	件			
	上記以外の輸血を要する大量出血	件	件	件			
	重症感染症	件	件	件			
	血栓・塞栓症	件	件	件			
	アナフィラキシー	件	件	件			
	遺残による再手術	件	件	件			
	麻酔の合併症	件	件	件			
	母体死亡	件	件	件			
	他( )	件	件	件			

3. 貴院の妊娠9週0日以下の中絶施行症例で、搬送や時間外受診が必要であった症例があれば件数をお教えてください

主に対応した病院	メフィーゴバックのみ1剤投与後	メフィーゴバックのみ2剤投与後	メフィーゴバック手術併用後	その他の方法
貴院のみで対応	貴院の時間外 件	貴院の時間外 件	貴院の時間外 件	貴院の時間外 件
他院のみで対応	貴院の時間内 件	貴院の時間内 件	貴院の時間内 件	貴院の時間内 件
	時間外 件	時間外 件	時間外 件	時間外 件
貴院から他院へ搬送	貴院の時間内 件	貴院の時間内 件	貴院の時間内 件	貴院の時間内 件
	時間外 件	時間外 件	時間外 件	時間外 件

4. 妊娠12週未満の人工妊娠中絶前に常に施行する検査をお教えてください(○をつけて下さい)

手術前	血算・生化学・凝固機能・血液型・不規則抗体・感染症・心電図・胸部X-P
メフィーゴバック使用前	血算・生化学・凝固機能・血液型・不規則抗体・感染症・心電図・胸部X-P

5. 貴院で人工妊娠中絶を受けられる方に対する支援の実施状況についてお教えてください(○をつけて下さい)

グリーンケア・メンタルヘルスケアの実施	全例・必要症例のみ(約 割) → 実施内容( )・実施していない
自治体や団体等の相談窓口の紹介	全例・必要症例のみ(約 割)・実施していない → (窓口を知っている・知らない)
その他の対応	全例・必要症例のみ(約 割)・実施していない (実施内容: )
主な対応者はどなたですか	医師・助産師・看護師・ソーシャルワーカー・薬剤師・事務職・その他( )
対応者が支援を実施するにあたり行っている取り組み	相談マニュアル等の整備・手引き*の活用・研修会や勉強会の開催・研修会や講習会への参加または参加推進・特に取り組みを行っていない・その他( ) *手引き=令和3年度子ども・子育て推進調査研究事業により作成「流産・死産・人工妊娠中絶を経験した女性等への支援の手引き」

6. 貴院で人工妊娠中絶を受けられる方に対する反復中絶の予防策についてお教えてください(○をつけて下さい)

予防策を実施していますか	全例・必要症例のみ(約 割)・実施していない
低用量ピル・子宮内避妊具(IUD)などの避妊法の情報提供をしていますか	全例・必要症例のみ(約 割)・実施していない
予防策提案の主な担当者	医師・助産師・看護師・ソーシャルワーカー・薬剤師・事務職・その他( )

7. メフィーゴバックについて何かご意見があればお書きください

ご協力有難うございました。日本産婦人科医学会宛 (FAX 03-6862-5693)へご返信願います。

(FAXがつかない場合 03-3269-4730へご返信下さい) 〆切:2023年11月30日(木)

表1

施設種類別の回答数と回答率\*

病院	660 (55.1)
有床診療所	873 (59.6)
無床診療所	562 (44.0)
不明	1

n (%)

\*病院1198、有床診療所1463、無床診療所1279施設をもとに算出

表2

施設の規模別の回答数と回答率\*

産婦人科単科	104 (63.8)
産婦人科に他科併設有	109 (48.9)
総合病院（大学病院を含む）	530 (56.4)
その他	16 (29.6)

n (%)

\*産婦人科単科163、産婦人科に他科併設有223、総合病院940、その他54施設をもとに算出

表3

創設母体別の回答数と回答率

国立系	36 (72.0)
都道府県立系	45 (52.3)
市町村立系	122 (53.3)
大学病院	84 (69.4)
社会保険系	58 (51.8)
日赤	38 (59.4)
厚生連	39 (58.2)
済生会	20 (52.6)
私立	214 (52.6)
その他	109 (51.9)

n (%)

国立系50、都道府県立系86、市町村立系229、大学病院121、社会保険系112、日赤64、厚生連67、済生会38、私立407、その他210施設をもとに算出

表 4

## 施設種類別人工妊娠中絶件数-週数分類別

	施設数*1	妊娠9週0日まで*2	妊娠9週1日~11週6日	全対象週数*4
病院	58 (27.3)	2701 (9.5)	1138 (14.9)	3839 (10.7)
有床診療所	93 (47.3)	15347 (54.1)	3485 (45.5)	18832 (52.3)
無床診療所	23 (25.3)	10283 (36.3)	3037 (39.6)	13320 (37.0)
不明	1(0.1)	15 (0.1)	1 (0.0)	16 (0.0)

\*1 ( )内は人工妊娠中絶を1件以上行っている施設(n=1675)に対する%

\*2 ( )内は妊娠9週0日までの人工妊娠中絶(n=28346)に対する%

\*3 ( )内は妊娠9週1日~11週6日の人工妊娠中絶 (n=7661)に対する%

\*4 ( )内は全調査対象週数(~妊娠11週6日)の人工妊娠中絶 (n=36007)に対する%

表 5

## 施設で採用している人工妊娠中絶の方法(n=1675)(重複あり)

搔把のみ	311(18.6)
吸引のみ	996(59.5)
搔把吸引併用	536(32)
メフィーゴパック	43(2.6)

数値はn(%)人工妊娠中絶を1例でも施行している施設数に対する割合

表6

## 調査期間中(令和5年5月～10月)の人工妊娠中絶数

総数	36007
搔把法のみ	4984(13.8)
吸引法のみ	22513(62.5)
搔把・吸引併用	8075(22.4)
メフィーゴパック使用	435(1.2)
妊娠9週0日まで	28346
搔爬法のみ	3450(12.2)
吸引法のみ	18286(64.5)
搔爬・吸引併用	6175(21.8)
メフィーゴパック使用	435(1.5)
1剤のみで排出	15(3.4)
2剤で排出	381(87.6)
1剤使用後手術	0(0.0)
2剤使用後手術	39(9.0)
妊娠9週1日～妊娠11週6日	7661
搔爬法のみ	1534(20.0)
吸引法のみ	4227(55.2)
搔爬・吸引併用	1900(24.8)

表7

## 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 <sup>*1</sup>	347 (9.0)	2480 (64.6)	943 (24.6)	69 (1.8)
有床診療所 <sup>*2</sup>	2739 (14.5)	10769 (57.2)	4958 (26.3)	366 (1.9)
無床診療所 <sup>*3</sup>	1898 (14.2)	9248 (69.4)	2174 (16.3)	0 (0.0)
不明 <sup>*4</sup>	0 (0.0)	16 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
全対象施設 <sup>*5</sup>	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%

表8

## 人工妊娠中絶症例での合併症の頻度(n=36,007)

全対象週数* <sup>1</sup>	114(0.317)
子宮穿孔・子宮破裂	7(0.019)
頸管裂傷	0(0.000)
上記以外の輸血を要する大量出血	5(0.014)
重症感染症	0(0.000)
血栓・塞栓症	1(0.003)
アナフィラキシー	1(0.003)
遺残による再手術	63(0.175)
麻酔の合併症	5(0.014)
母体死亡	0(0.000)
他	32(0.089)
～妊娠9w0日* <sup>2</sup>	71(0.250)
子宮穿孔・子宮破裂	7(0.025)
頸管裂傷	0(0.000)
上記以外の輸血を要する大量出血	2(0.007)
重症感染症	0(0.000)
血栓・塞栓症	1(0.004)
アナフィラキシー	0(0.000)
遺残による再手術	48(0.169)
麻酔の合併症	4(0.014)
母体死亡	0(0.000)
他	9(0.032)
妊娠9w1d～11w6d* <sup>3</sup>	43(0.561)
子宮穿孔・子宮破裂	0(0.000)
頸管裂傷	0(0.000)
上記以外の輸血を要する大量出血	3(0.039)
重症感染症	0(0.000)
血栓・塞栓症	0(0.000)
アナフィラキシー	1(0.013)
遺残による再手術	15(0.196)
麻酔の合併症	1(0.013)
母体死亡	0(0.000)
他	23(0.300)

数値はn(%)

\*1 調査対象症例総数(n=36,007)に対する%

\*2 妊娠9週0日までの人工妊娠中絶数(n=28,346)に対する%

\*3 妊娠9週1日～11週6日の人工妊娠中絶数(n=7,661)に対する%

表9

## 人工妊娠中絶症例での合併症の頻度, 手技別 (n=36,007)

合併症総数*1	114(0.317)
搔爬法のみ*2	20(0.401)
子宮穿孔・子宮破裂	2(0.040)
頸管裂傷	0(0.000)
上記以外の輸血を要する大量出血	0(0.000)
重症感染症	0(0.000)
血栓・塞栓症	0(0.000)
アナフィラキシー	0(0.000)
遺残による再手術	11(0.221)
麻酔の合併症	0(0.000)
母体死亡	0(0.000)
他	7(0.140)
吸引法のみ*3	44(0.195)
子宮穿孔・子宮破裂	1(0.004)
頸管裂傷	0(0.000)
上記以外の輸血を要する大量出血	0(0.000)
重症感染症	0(0.000)
血栓・塞栓症	0(0.000)
アナフィラキシー	0(0.000)
遺残による再手術	31(0.138)
麻酔の合併症	1(0.004)
母体死亡	0(0.000)
他	11(0.049)
搔把吸引併用*4	50(0.619)
子宮穿孔・子宮破裂	4(0.050)
頸管裂傷	0(0.000)
上記以外の輸血を要する大量出血	5(0.062)
重症感染症	0(0.000)
血栓・塞栓症	1(0.012)
アナフィラキシー	1(0.012)
遺残による再手術	21(0.260)
麻酔の合併症	4(0.050)
母体死亡	0(0.000)
他	14(0.173)
メフィーゴパック	0(0.000)
子宮穿孔・子宮破裂	0(0.000)
頸管裂傷	0(0.000)
上記以外の輸血を要する大量出血	0(0.000)
重症感染症	0(0.000)
血栓・塞栓症	0(0.000)
アナフィラキシー	0(0.000)
遺残による再手術	0(0.000)
麻酔の合併症	0(0.000)
母体死亡	0(0.000)
他	0(0.000)

\*1 調査対象症例総数に対する%

\*2 搔把法のための症例数(n=4984)に対する%

\*3 吸引法のための症例数(n=22513)に対する%

\*4 搔把吸引併用の症例数(n=8075)に対する%

表10

人工妊娠中絶症例の合併症の頻度 手技別・妊娠9週0日まで (n=28,346)

合併症総数*1	71(0.250)
搔爬法のみ*2	12(0.348)
子宮穿孔・子宮破裂	2(0.058)
頸管裂傷	0(0.000)
上記以外の輸血を要する大量出血	0(0.000)
重症感染症	0(0.000)
血栓・塞栓症	0(0.000)
アナフィラキシー	0(0.000)
遺残による再手術	10(0.290)
麻酔の合併症	0(0.000)
母体死亡	0(0.000)
他	0(0.000)
吸引法のみ*3	29(0.159)
子宮穿孔・子宮破裂	1(0.005)
頸管裂傷	0(0.000)
上記以外の輸血を要する大量出血	0(0.000)
重症感染症	0(0.000)
血栓・塞栓症	0(0.000)
アナフィラキシー	0(0.000)
遺残による再手術	22(0.120)
麻酔の合併症	1(0.005)
母体死亡	0(0.000)
他(RPOC1、出血搬送1、子宮内感染症1、仮性動脈瘤破裂1、不明1)	5(0.027)
搔把吸引併用*4	30(0.486)
子宮穿孔・子宮破裂	4(0.065)
頸管裂傷	0(0.000)
上記以外の輸血を要する大量出血	2(0.032)
重症感染症	0(0.000)
血栓・塞栓症	1(0.016)
アナフィラキシー	0(0.000)
遺残による再手術	16(0.259)
麻酔の合併症	3(0.049)
母体死亡	0(0.000)
他(発熱1、RPOC1、迷走神経反射1、詳細不明1)	4(0.065)
メフィーゴパック	0(0.000)
子宮穿孔・子宮破裂	0(0.000)
頸管裂傷	0(0.000)
上記以外の輸血を要する大量出血	0(0.000)
重症感染症	0(0.000)
血栓・塞栓症	0(0.000)
アナフィラキシー	0(0.000)
遺残による再手術	0(0.000)
麻酔の合併症	0(0.000)
母体死亡	0(0.000)
他	0(0.000)

数値はn(%)

\*1 妊娠9週0日までの人工妊娠中絶数に対する%

\*2 搔把法のみ症例数(n=3450)に対する%

\*3 吸引法のみ症例数(n=18286)に対する%

\*4 搔把吸引併用の症例数(n=6175)に対する%

表 11

人工妊娠中絶症例の合併症の頻度 手技別・妊娠9週1日～11週6日 (n=7661)

合併症総数* <sup>1</sup>	43(0.561)
搔爬法のみ* <sup>2</sup>	8(0.522)
子宮穿孔・子宮破裂	0(0.000)
頸管裂傷	0(0.000)
上記以外の輸血を要する大量出血	0(0.000)
重症感染症	0(0.000)
血栓・塞栓症	0(0.000)
アナフィラキシー	0(0.000)
遺残による再手術	1(0.065)
麻酔の合併症	0(0.000)
母体死亡	0(0.000)
他(遺残の疑い1、詳細不明6)	7(0.456)
吸引法のみ* <sup>3</sup>	15(0.355)
子宮穿孔・子宮破裂	0(0.000)
頸管裂傷	0(0.000)
上記以外の輸血を要する大量出血	0(0.000)
重症感染症	0(0.000)
血栓・塞栓症	0(0.000)
アナフィラキシー	0(0.000)
遺残による再手術	9(0.213)
麻酔の合併症	0(0.000)
母体死亡	0(0.000)
他(詳細不明6)	6(0.142)
搔把吸引併用* <sup>4</sup>	20(1.053)
子宮穿孔・子宮破裂	0(0.000)
頸管裂傷	0(0.000)
上記以外の輸血を要する大量出血	3(0.158)
重症感染症	0(0.000)
血栓・塞栓症	0(0.000)
アナフィラキシー	1(0.053)
遺残による再手術	5(0.263)
麻酔の合併症	1(0.053)
母体死亡	0(0.000)
他(RPOC3、遺残搬送1、詳細不明6)	10(0.526)

数値はn(%)

\*1 妊娠9週1日～11週6日の人工妊娠中絶症例数に対する%

\*2 搔把法のための症例数(n=1534)に対する%

\*3 吸引法のための症例数(n=4227)に対する%

\*4 搔把吸引併用の症例数(n=1900)に対する%



表 12

## 施設種類別合併症件数-週数分類別

	妊娠9週0日まで	妊娠9週1日～11週6日	全対象週数
病院*1	13 (0.481)	11 (0.967)	24 (0.625)
有床診療所*2	42 (0.274)	28 (0.803)	70 (0.372)
無床診療所*3	16 (0.156)	4 (0.132)	20 (0.150)
不明	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
計*4	71 (0.250)	43 (0.561)	114 (0.317)

\*1: ()内は病院での妊娠9週0日まで(n=2701)、妊娠9週1日～11週6日(n=1138)、全対象週数(～妊娠11週6日、n=3839)をもとに算出した合併症%

\*2: ()内は有床診療所での妊娠9週0日まで(n=15347)、妊娠9週1日～11週6日(n=3485)、全対象週数(～妊娠11週6日、n=18832)をもとに算出した合併症%

\*3: ()内は無床診療所での妊娠9週0日まで(n=10283)、妊娠9週1日～11週6日(n=3037)、全対象週数(～妊娠11週6日、n=13320)をもとに算出した合併症%

\*4: ()内は全施設での妊娠9週0日まで(n=28346)、妊娠9週1日～11週6日(n=7661)、全対象週数(～妊娠11週6日、n=36007)をもとに算出した合併症%

表 13

## 施設種類別合併症件数-手技別

	掻爬のみ	吸引のみ	掻爬吸引併用	メフィーゴパック	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掻爬のみ(n=347)、吸引法のみ(n=2480)、掻爬吸引併用(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掻爬のみ(n=2739)、吸引法のみ(n=10769)、掻爬吸引併用(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掻爬のみ(n=1898)、吸引法のみ(n=9248)、掻爬吸引併用(n=2174)、全手技(n=13320)の件数をもとに算出

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

表 14

## 施設種類別合併症件数-合併症種類別

	子宮穿孔・子宮破裂	輸血を要する大量出血	遺残による再手術	その他	計
病院*1	1 (0.026)	5 (0.130)	13 (0.339)	5 (0.130)	24 (0.625)
有床診療所*2	4 (0.021)	0	39 (0.207)	27 (0.143)	70 (0.372)
無床診療所*3	2 (0.015)	0	11 (0.083)	7 (0.053)	20 (0.150)
不明	0	0	0	0	0
計*4	7 (0.019)	5 (0.014)	63 (0.175)	39 (0.108)	114 (0.317)

\*1: ()内の合併症(%)は病院での人工妊娠中絶件数(n=3839)をもとに算出

\*2: ()内の合併症(%)は有床診療所人工妊娠中絶件数(n=18832)をもとに算出

\*3: ()内の合併症(%)は無床診療所での人工妊娠中絶件数(n=13320)をもとに算出

\*4: ()内の合併症(%)は全施設での人工妊娠中絶件数(n=36007)をもとに算出

表 15

メフィーゴパック使用症例での搬送や時間外受診が必要であった症例の割合(n=435)

搬送や時間外受診総数	6(1.379)
処方した病院での時間外対応	6(1.379)
メフィーゴパック1剤投与後	4(0.920)
メフィーゴパック2剤投与後	2(0.460)
メフィーゴパック手術併用後	0(0)
他院への搬送	0(0.000)
他院のみで対応	0(0.000)

表 16

メフィーゴパックを使用していない症例での搬送や時間外受診が必要であった症例の割合(n=35,572)

搬送や時間外受診総数	30(0.084)
手術した病院での時間外対応	18(0.051)
他院への搬送	5(0.014)
処方した病院の時間内	5(0.014)
時間外	0(0)
他院のみで対応	7(0.020)
人工妊娠中絶を施行した病院の時間内	3(0.008)
時間外	4(0.011)

表17

妊娠12週未満の人工妊娠中絶前に常に施行する検査(n=2096)

## 手術前検査

血算	1652(78.8)
生化学	1038(49.5)
凝固機能	769(36.7)
血液型	1686(80.4)
不規則抗体	704(33.6)
感染症	1624(77.5)
心電図	733(35)
胸部X-P	328(15.6)

## メフィーゴパック使用前検査

血算	235(11.2)
生化学	164(7.8)
凝固機能	140(6.7)
血液型	242(11.5)
不規則抗体	127(6.1)
感染症	225(10.7)
心電図	103(4.9)
胸部X-P	59(2.8)

数値はn(%)

表 18 相談と予防の実施状況

	n (%)				p値*
	合計	全例実施	必要症例のみ	なし	
グリーフケア	1936	210 (10.9)	361 (18.7)	1365 (70.5)	
病院	631	113 (17.9)	164 (26.0)	354 (56.1)	<0.001
有床診療所	789	59 (7.5)	145 (18.4)	585 (74.1)	
無床診療所	515	38 (7.4)	52 (10.1)	425 (82.5)	
相談窓口紹介	1885	62 (3.3)	331 (17.6)	1492 (79.2)	
病院	617	40 (6.5)	154 (25.0)	423 (68.6)	<0.001
有床診療所	765	15 (2.0)	120 (15.7)	630 (82.4)	
無床診療所	502	7 (1.4)	57 (11.4)	438 (87.3)	
反復予防策	1998	1010 (50.6)	580 (29.0)	408 (20.4)	
病院	630	239 (37.9)	235 (37.3)	156 (24.8)	<0.001
有床診療所	822	444 (54.0)	225 (27.4)	153 (18.6)	
無床診療所	545	326 (59.8)	120 (22.0)	99 (18.2)	
避妊情報提供	2054	1496 (72.8)	432 (21.0)	126 (6.1)	
病院	643	419 (65.2)	174 (27.1)	50 (7.8)	<0.001
有床診療所	855	633 (74.0)	180 (21.1)	42 (4.9)	
無床診療所	555	443 (79.8)	78 (14.1)	34 (6.1)	

\*施設間差をカイ2乗検定で算出

表 19. 相談と予防の担当者(多肢選択)

	n (%)					
	医師	助産師	看護師	SW	薬剤師	事務職
グリーフケア・相談窓口紹介	1094 (52.2)	619 (29.5)	465 (22.2)	73 (3.5)	3 (0.1)	12 (0.6)
反復予防策・避妊情報提供	1810 (86.4)	473 (22.6)	372 (17.8)	8 (0.4)	2 (0.1)	7 (0.3)

SW:ソーシャルワーカー

分母は合計対象施設数 2096

表 20. グリーフケアの関連要因

	合計	グリーフケア n (%)または中央値 (最小, 最大)			p 値
		全例	必要症例	なし	
施設種類					
病院	631	113 (17.9)	164 (26.0)	354 (56.1)	<0.001
有床診療所	(100)	59 (7.5)	145 (18.4)	585 (74.1)	
無床診療所	789	38 (7.4)	52 (10.1)	425 (82.5)	
	(100)				
	515				
	(100)				
分娩					
有	1146	154 (13.4)	272 (23.7)	720 (62.8)	<0.001
無	(100)	56 (7.1)	89 (11.3)	644 (81.6)	
	789				
	(100)				
年間分娩数	1833	286 (0, 2892)	297 (0, 3641)	111 (0, 2358)	<0.001
産婦人科医数	1932	3 (1, 44)	2 (1, 56)	1 (0, 34)	<0.001
年間中絶数	1936	2 (0, 1300)	7 (0, 906)	7 (0, 1481)	<0.001
MP 使用					
有	41 (100)	4 (9.8)	10 (24.4)	27 (65.9)	0.63
無	1895	206 (10.9)	351 (18.5)	1338 (70.6)	
	(100)				
合併症					
有	81 (100)	4 (4.9)	20 (24.7)	57 (70.4)	0.11
無	1855	206 (11.1)	341 (18.4)	1308 (70.5)	
	(100)				
多職種連携					
有	557	94 (16.9)	194 (34.8)	269 (48.3)	<0.001
無	(100)	116 (8.4)	167 (12.1)	1096 (79.5)	
	1379				
	(100)				

カテゴリー変数にはカイ 2 乗検定、連続変数にはクルスカルワリス検定を用いた。

MP=メフィーゴパック

多職種連携は、複数の職種が担当している場合に有とした。

表 21. 相談窓口紹介の関連要因

	合計	相談窓口紹介 n (%)または中央値 (最小, 最大)			p 値
		全例	必要症例	なし	
施設種類					
病院	617	40 (6.5)	154 (25.0)	423 (68.6)	<0.001
有床診療所	(100)	15 (2.0)	120 (15.7)	630 (82.4)	
無床診療所	765	7 (1.4)	57 (11.4)	438 (87.3)	
	502				
	(100)				
分娩					
有	1118	49 (4.4)	243 (21.7)	826 (73.9)	<0.001
無	(100)	13 (1.7)	88 (11.5)	665 (86.8)	
	766				
	(100)				
年間分娩数	1783	285.5 (0, 2892)	285 (0, 3641)	141 (0, 2358)	<0.001
産婦人科医数	1881	3.5 (1, 34)	2 (0, 37)	1 (0, 56)	<0.001
年間中絶数	1885	2 (0, 57)	5 (0, 1300)	7 (0, 1481)	<0.001
MP 使用					
有	41 (100)	0 (0.0)	6 (14.6)	35 (85.4)	0.41
無	1844	62 (3.4)	325 (17.6)	1457 (79.0)	
	(100)				
合併症					
有	79 (100)	0 (3.4)	10 (12.7)	69 (87.3)	0.10
無	1806	62 (0.0)	321 (17.8)	1423 (78.8)	
	(100)				
多職種連携					
有	554	27 (4.9)	173 (31.2)	354 (63.9)	<0.001
無	(100)	35 (2.6)	158 (11.9)	1138 (85.5)	
	1331				
	(100)				

カテゴリー変数にはカイ 2 乗検定、連続変数にはクルスカルワリス検定を用いた。

MP=メフィーゴパック

多職種連携は、複数の職種が担当している場合に有とした。

表 22. 反復予防策の関連要因

	合計	反復予防策 n (%)または中央値 (最小, 最大)			p 値
		全例	必要症例	なし	
施設種類					
病院	630	239 (37.9)	235 (37.3)	156 (24.8)	<0.001
有床診療所	(100)	444 (54.0)	225 (27.4)	153 (18.6)	
無床診療所	822	326 (59.8)	120 (22.0)	99 (18.2)	
	(100)				
	545				
	(100)				
分娩					
有	1159	509 (43.9)	397 (34.3)	253 (21.8)	<0.001
無	(100)	500 (59.7)	183 (21.8)	155 (18.5)	
	838				
	(100)				
年間分娩数	1888	88 (0, 1749)	239 (0, 3641)	194 (0, 2892)	<0.001
産婦人科医数	1994	1 (0, 34)	2 (0, 37)	2 (0, 56)	<0.001
年間中絶数	1998	7 (0, 1481)	8 (0, 295)	3 (0, 183)	<0.001
MP 使用					
有	41 (100)	26 (63.4)	8 (19.5)	7 (17.1)	0.23
無	1957	984 (50.3)	572 (29.2)	401 (20.5)	
	(100)				
合併症					
有	81 (100)	40 (49.4)	28 (34.6)	13 (16.1)	0.43
無	1917	970 (50.6)	552 (28.8)	395 (20.6)	
	(100)				
多職種連携					
有	293	173 (59.0)	82 (28.0)	38 (13.0)	0.001
無	(100)	837 (49.1)	498 (29.2)	370 (21.7)	
	1705				
	(100)				

カテゴリー変数にはカイ 2 乗検定、連続変数にはクルスカルワリス検定を用いた。

MP=メフィーゴパック

多職種連携は、複数の職種が担当している場合に有とした。

表 23. 避妊情報提供の関連要因

	合計	避妊情報提供 n (%)または中央値 (最小, 最大)			p 値
		全例	必要症例	なし	
施設種類					
病院	643	419 (65.2)	174 (27.1)	50 (7.8)	<0.001
有床診療所	(100)	633 (74.0)	180 (21.1)	42 (4.9)	
無床診療所	855	443 (79.8)	78 (14.1)	34 (6.1)	
	(100)				
	555				
	(100)				
分娩					
有	1195	822 (68.8)	301 (25.2)	72 (6.0)	<0.001
無	(100)	673 (78.4)	131 (15.3)	54 (6.3)	
	858				
	(100)				
年間分娩数	1939	135 (0, 1767)	269 (0, 3641)	167 (0, 2358)	<0.001
産婦人科医数	2050	1 (0, 37)	2 (0, 30)	2 (1, 56)	<0.001
年間中絶数	2054	6 (0, 1481)	8 (0, 295)	1 (0, 80)	<0.001
MP 使用					
有	43 (100)	37 (86.1)	5 (11.6)	1 (2.3)	0.14
無	2011	1459 (72.6)	427 (21.2)	125 (6.2)	
	(100)				
合併症					
有	83 (100)	61 (73.5)	21 (25.3)	1 (1.2)	0.12
無	1971	1435 (72.8)	411 (20.9)	125 (6.3)	
	(100)				
多職種連携					
有	300	235 (78.3)	59 (19.7)	6 (2.0)	0.003
無	(100)	1261 (71.9)	373 (21.3)	120 (6.8)	
	1754				
	(100)				

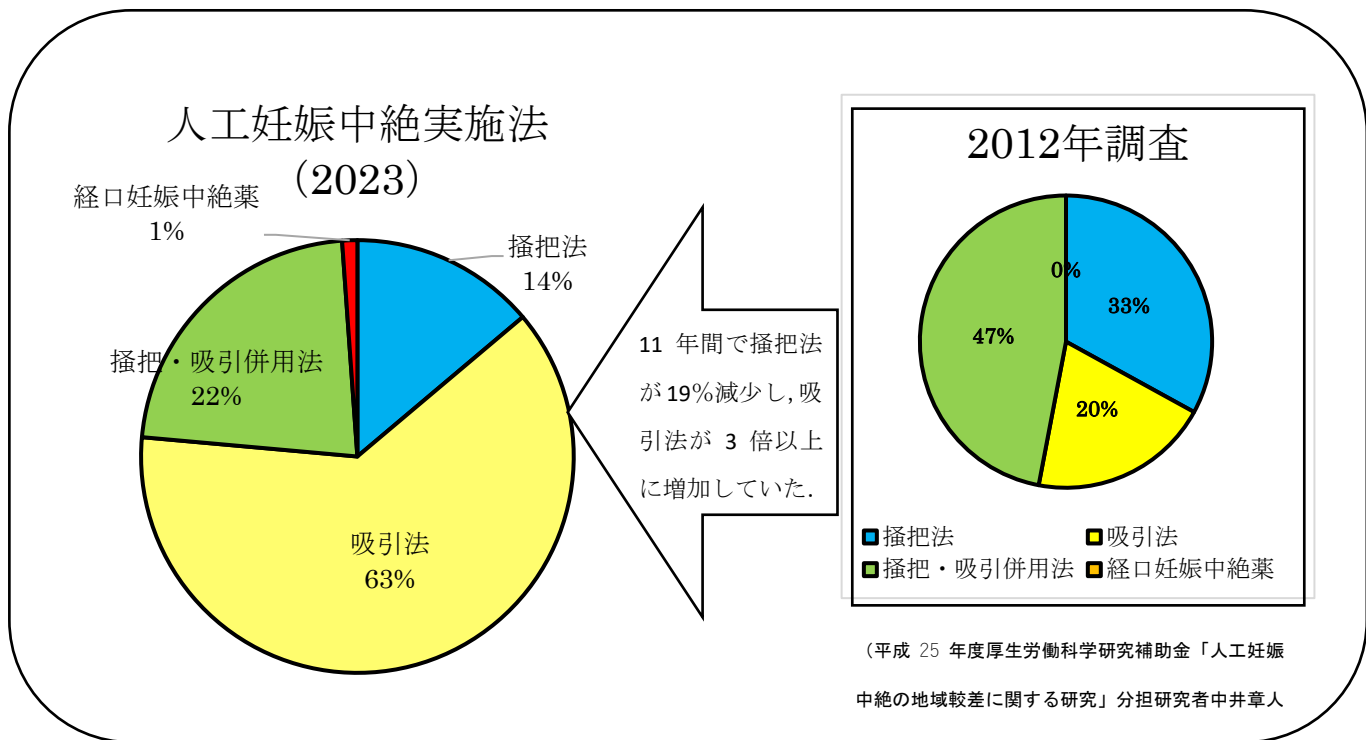
カテゴリー変数にはカイ 2 乗検定、連続変数にはクルスカルワリス検定を用いた。

MP=メフィーゴパック

多職種連携は、複数の職種が担当している場合に有とした。



図2



# 人工妊娠中絶をお考えの方へ

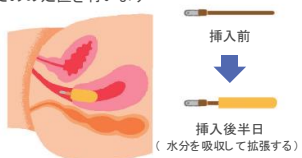
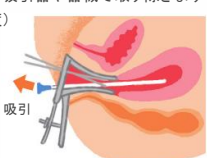




## ポイント

- 妊娠初期の中絶は、手術で行う方法と、薬を使う方法があります
- それぞれのメリット・デメリットがあるので、説明をうけましょう
- どちらの方法も、かなり少ないですが、危険性がないわけではありません
- からただけでなく、気持ちの不調があるときは、ひとりで悩まず相談しましょう



## 中絶の方法

医療機関によって対応できる方法に限りがある場合がありますが、妊娠12週未満では手術で行う方法、妊娠9週0日以下では薬で排出させる方法があります

	手術12-24時間前	手術	術後2-6時間
手術法	閉じている子宮口をゆっくり安全に広げるための処置を行います 	全身麻酔によって眠っている間に、子宮のなかみを吸引器や器械で取り除きます(15分程度) 	全身麻酔による眠気などがなくなり、子宮、出血などの状態を診察して問題がなければ帰宅できます 
	1つ目の薬 医療機関内で内服します 妊娠の進行、維持を止める作用のある薬を飲みます 1つめの薬だけで子宮のなかみが出てくることもあります 	36-48時間後2つ目の薬 医療機関内で口腔内投与します 子宮口を広げ、子宮を収縮させる作用によって、なかみを出す薬を使用します 重い生理痛のような痛みを感じる場合があります 	0-24時間 かかる時間はまちまちです(下図参照) 子宮のなかみが出たら、子宮、出血などの状態を診察して、問題がなければ帰宅できます 

人工妊娠中絶はどちらの方法も、母体保護法指定医師が所属する医療機関でしか受けられません

## それぞれの方法の特徴

	特徴	副作用		その他の共通の副作用
		●子宮が傷つく	●なかみが残る ●再手術の可能性	
手術法	●妊娠12週未満 ●退院の日時があまりずれない ●全身麻酔で行う ●痛みはほとんどない	1/3000程度	1/300程度	●多量の出血 ●感染症 ●アレルギー反応
薬剤法	●妊娠9週0日以下 ●出るまでの時間がまちまち ●麻酔と手術をしなくてよい ●腹痛がある	ほとんどない	1割弱程度 薬で出ない場合は手術が必要(下図参照)	

2つ目の薬を使用してからなかみが出るまでの時間(10人中)



## こころのサポート

- 妊娠中絶を受けた8割の方は、つらい経験だったと感じ、半数の方では、半年以上経ってもつらさが続きます。
- 妊娠中絶の経過によっては、次の妊娠に影響をおよぼすことがあります。

今まで通り眠れなくなったり、日常生活に支障をきたしたり、判断力が落ちたりする場合があります。精神的には大丈夫と思っている場合でも、からだの不調が出てくる場合もあります。この様なとき、中絶の理由を問わず、同じ経験をした人によるピア・サポートグループや、自治体の相談窓口などで精神的なサポートを受けられます。ひとりで抱え込まずご相談ください。

自治体の相談窓口一覧



「令和5年度こも家庭庁行政推進調査事業費補助金 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業」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において作成

令和5年度子ども家庭行政推進調査事業費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）  
 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

**人工妊娠中絶実態調査結果を受けて  
 実施施設への提言**

1. 人工妊娠中絶の実施にあたっては母体保護法ならびに診療ガイドラインを遵守する。
2. 人工妊娠中絶は従来の手術法に加え、経口妊娠中絶薬の使用も可能になった。方法の説明、選択にあたっては、それぞれのメリット、デメリット、費用などについて、最新の情報に基づいて情報提供を適切に行い、受入体制を整備する。
3. 個々の事情や背景に応じて、適切な避妊指導の実施や避妊法の提供、精神的苦痛を考慮しグリーフケア等精神的・心理的支援や自治体の相談窓口などの情報提供を行う。

【解説】

**1. 人工妊娠中絶の実施にあたっては母体保護法ならびに診療ガイドラインを遵守する**

産婦人科診療ガイドライン産科編2023年版CQ205「妊娠12週未満の人工妊娠中絶時の留意事項は？」において、血液型（ABO型，RhD型）については推奨レベル（A），血算においては同（B）とされ、解説でも「人工妊娠中絶での輸血は極めてまれであるが，輸血の可能性を考慮し，ABO血液型を確認する．RhD陰性であれば，Rh不適合妊娠予防のために術後の抗D免疫グロブリン投与が勧められる」とされている（同ガイドラインCQ008-1「RhD陰性妊婦の取り扱いは？」）ため、必要に応じてグロブリン投与を行う。

今回の調査結果では、手術を行った例では、血算78.8%、血液型80.4%の実施率であったが、特にメフィーゴパックの場合には血算11.2%、血液型11.5%と実施率が低かった（表17）。一般的に輸血を要する頻度は少なく、今回の調査においても使用例では輸血を要する症例の報告はなかったものの、一定の確率でおこりうる合併症であることに留意して術前検査を適切に行うことが求められる。

**2. 人工妊娠中絶は従来の手術法に加え、経口妊娠中絶薬の使用も可能になった。方法の説明、選択にあたっては、方法のみならずそのそれぞれのメリット、デメリット、費用などについて、最新の情報に基づいて情報提供を適切に行い、一剤目投与後の院外待機中に突発的に生じた事態への受入体制を整備する**

今回の調査結果では、掻爬、吸引、経口による中絶について合併症の発症率が示されており（表8から14）、術前説明はこれら最新の情報をもとに、メリットデメリットや費用についても情報提供を行い、

患者のインフォームドチョイスを支援する。また、経口中絶薬については、一剤目投与後の院外待機中におこりうる事態やその対処法についても十分な情報提供を行い、時間外対応の頻度や娩出のタイミング（表15）などについても事前に説明し、その受入体制を整えておく。説明にあたっては本研究班作成のリーフレット（今後ホームページに掲載予定）を利用するのもよい。

### 3, 個々の事情や背景に応じて、適切な避妊指導の実施や避妊法の提供、精神的苦痛を考慮しグリーフケア等精神的・心理的支援や自治体の相談窓口などの情報提供を行う

産婦人科診療ガイドライン産科編2023年版CQ205においては「反復中絶を防止することは母体保護法指定医師の重大な責務と考えられており、当面妊娠を希望しない場合は適宜各種避妊法や月経再開の予測について解説指導する」とされている。

今回の調査でも避妊法についての情報提供は多くの施設で行われていたが、グリーフケア、メンタルヘルスケアや自治体団体等の窓口の紹介などの支援実施は低率であった（表18）。症例に応じて必要な情報や支援は異なるが、流産や死産にかぎらず、人工妊娠中絶においても社会的に心理社会的支援のニーズが高まってきていること（子母発0531 第3号、流産や死産を経験した女性等への心理社会的支援等について、令和3年5月31日）から、積極的に支援が行われることが望ましい。

支援や情報提供にあたっては、厚生労働省令和3年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「子どもを亡くした家族へのグリーフケアに関する調査研究」

<https://cancerscan.jp/news/1115/>（最終閲覧日2024年3月12日）からは、「産科医療機関スタッフのための 流産・死産、人工妊娠中絶を経験した方への支援の手引き」や「流産・死産を経験した女性と家族への情報提供リーフレット」、「人工妊娠中絶した女性と家族への情報提供リーフレット」がダウンロード可能であり利用するのもよい。また、今回の調査では自治体や団体の支援窓口についての認知度が低率であった。こども家庭庁のホームページ

[https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic\\_page/field\\_ref\\_resources/3c2bebc7-35e2-4f73-b9eb-](https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/3c2bebc7-35e2-4f73-b9eb-)

[10b36bf4d3d1/0a63d18e/20231027\\_policies\\_boshihoken\\_ryuuzan\\_02.pdf](https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/3c2bebc7-35e2-4f73-b9eb-10b36bf4d3d1/0a63d18e/20231027_policies_boshihoken_ryuuzan_02.pdf)（最終閲覧日2024年2月6日）には、各自治体や支援団体一覧が掲載されており、地域の窓口を確認しておくとともに、日頃より行政などの連携や情報交換がおこなわれることが望ましい。