

第3回不育症対策に関するプロジェクトチーム 議事概要

1. 日時

令和2年11月19日（木）午後2時25分～午後3時10分

2. 場所

官邸4階大会議室

3. 出席者

坂井内閣官房副長官、藤井内閣官房副長官補（内政担当）、大沢内閣官房内閣審議官（内閣官房副長官補付）、大坪厚生労働省子ども家庭局審議官、横幕厚生労働省保険局審議官、泉内閣府子ども・子育て本部参事官（少子化対策担当）、杉本公平氏（獨協医科大学埼玉医療センターリプロダクションセンター教授）、小泉智恵氏（獨協医科大学埼玉医療センターリプロダクションセンター研究員）、齋藤滋氏（（国立大学法人富山大学 学長）オンライン出席）、中塚幹也氏（（岡山大学大学院保健学研究科 研究科長）オンライン出席）

4. 議事概要

○小泉氏から、以下のような発言があった。

- ・ヨーロッパヒト生殖学会（ESHRE）心理社会的ケアガイドラインによると、流産後に起こるPTSDや鬱病は、一般人口の罹患率より4倍程度と高く、長期予後が不良。
- ・一般的なグリーフカウンセリングは悲しんだのち元気になるというスタイルが多いのに対し、流産・死産のグリーフカウンセリングは、悲しみを抱えながら生きるということがテーマになっており、高度なカウンセリング技術を必要とする。
- ・海外では心理職のライセンスを持つ専門家団体がカウンセリングを提供している例が多い。それらの団体が流産死産の際や不妊治療を終結する際、非配偶者間生殖医療や里親・養子縁組を検討する際などのカウンセリングについてガイドラインを策定し、教育研修を行っている。日本では民間資格が多数あるが、対象の職種や目的、教育内容は様々であるのが現状。
- ・今後日本のカウンセリング体制を構築するために、担当者が常駐し危機対応ができ、治療後も患者が通い続けられる等の拠点を築いていくことや、日本版ガイドラインや教育研修制度を確立していくことが必要。

○杉本氏から、以下のような発言があった。

- ・埼玉県里親会で、里親の方（3分の2が不妊治療経験者）にアンケート調査を行ったところ、不妊治療等を始める際に里親や養子縁組について早い情報提供を望む一方で、慎重かつ間接的に行ってほしいという声が多かった。つまり、不妊治

療の途中で「里親はどうか」等と言われると、子供を持つのを諦めろと言われていてと感じるので慎重にしてほしい、という意見である。

- ・実際の臨床現場では、例えば不妊治療や妊孕性温存療法を開始する時にまず簡単に説明し、実際に治療が始まった後はポスター・パンフレットなどで間接的に情報が手に入れられるような環境を整えておくということが考えられる。
- ・体外受精の説明会等で里親・養子縁組の情報提供を受ける機会が無かった方や流産を繰り返し、妊娠することが怖いと思う方々へ、どのように里親・養子縁組の情報提供をしていくかが課題である。

○齋藤氏から、以下のような発言があった。

- ・流産の多くは児の染色体異常に起因し、この場合は特別な治療は不要。流産を2回以上経験した方について、流産が母体のリスクに起因したのか否かの検索は重要であり、そのために研究班で「不育症管理に関する提言」を作成した。
- ・流産後の精神的ケアは重要であり、次の妊娠に挑戦しやすくなる。患者会を通じて治療体験を共有することも意味がある。
- ・これまで2011年、2019年と2回の研究調査を行ったが、母体の検査をしても異常が同定できない「リスク因子不明」の方が65%いる。リスク因子不明の方は治療法がないため、我々の研究班ではTender loving careという心理的なサポートのみ行っている。
- ・リスク因子のある方でも、次回の妊娠で58.1%が生児を獲得する。ただし胎児染色体異常による妊娠を除くと、85.9%という非常に高い成功率が得られる。
- ・不育症という疾患概念やAMED研究班でまとめた不育症の治療指針について、広く普及させてほしい。
- ・スクリーニング検査や治療薬について、可能なら不育症という病名で保険適用となることを希望する。また流産胎児の染色体検査やカウンセリングの保険収載も希望する。
- ・カウンセリングは現在自費か、無料で行っているところが多い。実際にどのような形でカウンセリングをするのかという模擬DVDを中塚先生と共に作成した。また富山県では医療機関で臨床心理士と連携したり、富山県の不育症の相談窓口には医師が出向く等の工夫をしている。
- ・不育症検査・治療に際し、全ての自治体での助成を希望する。

○中塚氏から、以下のような発言があった。

- ・グリーフケアとTender loving careは一連のものである。
- ・流産・死産をした後、悲しみをどのように受け止めて次に向かっていくか、というところにグリーフケアが深く関わっている。流産をしたときのストレスは時間と共に低下するも、次の妊娠が始まるとまた上がっていくという結果があり、

妊娠中の心理ケアも重要である。

- ・流産・死産後の悲観・不安は人生においても最もつらい経験の1つ。女性のみならず、カップルや家族単位の心理的ケアが重要。
- ・流産・死産を経験した母親は自責の念に苦しめられる。
- ・岡山大学病院を受診された時点で行ったアンケートにおいて、流産・死産後に希死念慮を抱く母親が8.9%いる。流産・死産直後はもっと高い可能性がある。
- ・流産・死産後に相談相手を持たない女性では鬱のスコアが高かったという結果があり、退院後も外来で医療従事者と相談でき、必要に応じ不妊専門相談センターのカウンセリング等に繋げることができるとよい。当事者間のサポート（ピアサポート）もとても重要。
- ・不育症の方は、不妊症と同様かそれ以上に職場と治療の両立ができておらず、それにより生活の満足度が下がっているという調査結果がある。また不妊症より不育症の方のほうがハラスメントを受けている率が高いという結果も出ている。

○質疑において、以下のようなやりとりがあった。

- ・厚生労働省から、カウンセリングを提供する場についてどう考えるか、との質問に対し、小泉氏からは、患者によっては、流産・死産を経験した医療機関を受診することがトラウマとなってしまう方もいるため、医療機関に限らず「継続して通い続けられる」場所がよいのでは、との回答があった。
- ・坂井内閣官房副長官から、当事者にとって里親と特別養子縁組の違いは大きいのか、との質問に対し、杉本氏からは、民間団体や児童相談所とも相談し、特別養子縁組と里親の違いも含め、様々な家族形態があることも情報提供していくことが重要である、との回答があった。