

看護師、カウンセラーなどによるチーム作りも重要です。

この時期の女性に対しては、周囲はどうしても腫れ物にされるような態度になりがちですが、流産、死産に対する身体的な問題だけではなく精神的苦痛を認識し、傾聴することが精神的な支援になります。

流産・死産を起こした後で、十分な精神的ケアを受けることができず悩んでおられる方が、相談窓口に来られた場合は、まずは相談してくれたことに感謝し、ゆっくりと話を聞き、時には話したことを繰り返し、問題点を一つずつ明らかにしていくことで、本人自らが解決できるようにサポートすることが必要です。また誤った認識があれば、そのような認識を持った背景要因に配慮し、正しい認識を持つためのサポートを行うことが必要です。

2) 不育症検査中の配慮

抑うつや不安を持って相談に訪れる多くの不育症女性の中から、精神科的な治療を優先させるべき症例を見逃さないことが重要です。そのような方が相談窓口に来られた際は、医療機関と連携を取り、場合によっては医療機関への受診を勧めて下さい。精神疾患の既往は、流産後の精神疾患発症のリスク因子であり、親しい人の死という喪失体験もリスクとなるとされています。一部の医療機関では、不安や抑うつ状態を評価する心理テストなどを利用して、精神科的な治療の必要性を把握する試みも行われています。

抑うつ症状や不安の強い時期には、精神科や心療内科などとの連携も必要です。この場合も、精神科や心療内科への紹介だけで途切れてしまわないように、いつでも連絡してよいことを伝え、相談対応等続けることが重要です。

当然ながら、流産や死産をしたことだけが不安や抑うつの原因ではなく、「今後も子どもを持てないのでは？」という不安が根底にあります。このため、産科医療機関において、正確な医療情報の提供や、検査の実施及び結果の説明、治療方針の決定、妊娠継続率の予測などの説明を行うことは、重要な精神的支援でもあります。不育症の検査を受けることで、不安や抑うつの症状が軽減される場合もあります。

3) 妊娠中の配慮

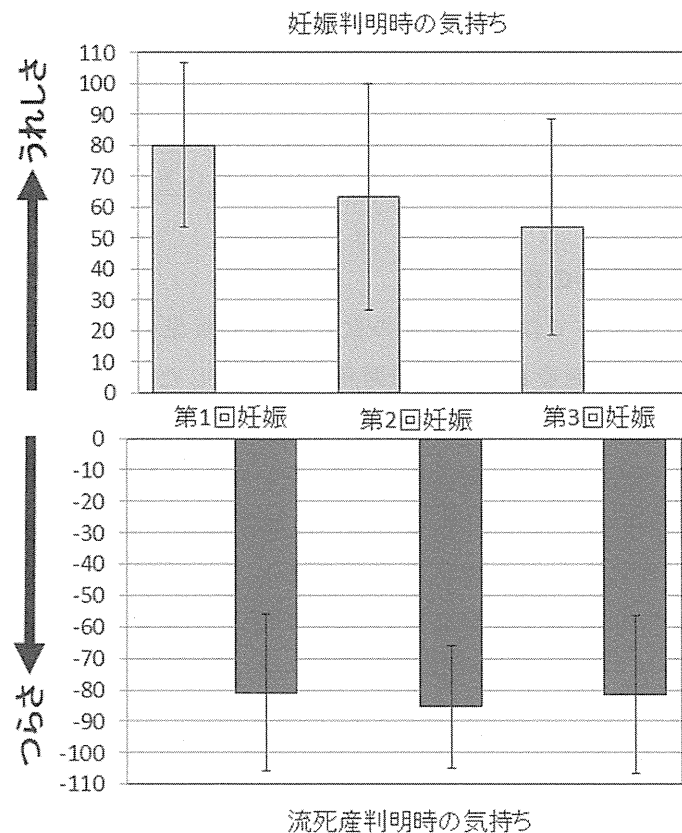
流産を繰り返した女性にとって、妊娠初期の超音波検査は大きな意味を持ちます。見てほしい気持ちと怖いので見たくないという気持ちのアンビバレント（両面的）な心理状況と言えます。出血があった場合などは、胎児の心拍が確認できれば、精神的ストレスが緩和されます。心配なことがあれば、産科医療機

関を受診するよう勧めて下さい。

不妊症カップルも妊娠が判明すると流産しないかという漠然とした不安を感じる場合が多いのですが、不妊症カップルでは、妊娠前に比較して、妊娠したことで精神的ストレスは急速に増加します。流産・死産の回数が多くなるにつれて、妊娠したことへのうれしさは抑制されています（図3）。このように、意識的に、あるいは、無意識にうれしさを抑制しているにも関わらず、その後再び流産・死産となった場合は、悲嘆が軽減されるわけではありません。

相談に対応した人と不妊症女性との人間関係が十分に構築されていない状況では、単に「がんばって」などの声かけは、さらにストレスを増す可能性があります。医療スタッフ、家族や支援者が「(一緒に) がんばろう」という態度で接することが重要です。

図3. 妊娠が判明した時のうれしさと流産、死産となった時の辛さ



普段の精神状態を±0点、今までに最も辛かった経験を-100点、最もうれしかった経験を100点として評価（「ストレス・抑うつと不妊症」産婦人科の実際60：1503-1508, 2011）。流産、死産の辛さの程度は、いずれの場合でも強いのですが、流産、死産を繰り返したことで、妊娠時のうれしさが徐々に減弱しています。不妊症例では妊娠した際のうれしさよりも流産、死産するかもしれないという不安が生じることを表しています。

(参考1) 不安・うつ発症のリスク因子

高齢女性ほど悲嘆の程度が強いとの報告もありますが、女性の年齢との関連は見られないとの報告も多く見られます(6-4、6-6)。不妊治療による妊娠が流産後の精神状態に関連しているかどうかについても確定していません。すでに子どものいる女性が流産、死産を経験した場合、精神症状の発生は少ないとの報告もあります(6-4)。しかし、子どもを持った後に、流産、死産を何度も繰り返した場合には、子どものいないままに流産、死産を繰り返した場合よりも不安が強くなるとの報告もあります(6-7)。

死産をした女性の研究では、妊娠期間が長いほど胎児への愛着が進むため死産後の悲嘆は、より高率で重症であるとされます。しかし、流産では、妊娠週数が長いほど、より抑うつ傾向が強いと報告、妊娠初期の方がより抑うつ傾向が強いと報告、妊娠週数とは関連が見られないとの報告など様々な報告があります。

このような報告からわかることは、不安・うつ発症のリスクはどのようなカップルにでもあるので、相談に訪れた不育症カップルに対して、「子どもがいるから大丈夫」、「まだ2回目だから大丈夫」、「まだ形の見えない初期の流産だから大丈夫」など先入観を持って接することは適切ではないということです。

(参考2) 誰を支援するのか

夫婦関係が不良な群では、流産後の女性の精神疾患の発症率が高いとの報告(6-4)がありますが、流産自体が夫婦関係を不良にしたり、流産後のうつ病発症が夫婦関係を不良にしたりするとも考えられます。

夫(パートナー)や社会の支援が不足している女性では流産後の悲嘆の程度が強いことが知られています。多くの夫は、社会通念や自分自身の価値観から、妻である流産、死産をした女性への支援者としての役割を強いられます。医療スタッフも、不育症女性のみを支援の対象と捉えがちですが、夫も妻と同様に精神的苦痛を感じている場合が多いと考えられます。夫への「奥さんを支えてあげて下さいね。」という言葉かけは、必ずしも適切ではないケースもあるので注意を要します。

不育症の女性のみを目を向けるのではなく、夫婦や家族を単位とした視点で、相談や支援を行う必要があります。夫や家族の支援が得られそうにない場合も、医療スタッフや相談センターのスタッフなどが支援者となることは有効です。場合によっては、夫婦で相談窓口に来ていただき、相談にのることも必要です。

(参考3) 精神的支援の効果

妊娠前もしくは妊娠中に精神的支援（Tender loving care TLC：やさしさに包まれるような精神的ケア）を行うことにより、妊娠予後が改善されることが報告されています（6-5）。厚生労働科学研究班（齋藤班）で、流産既往が2回で原因不明の場合（原因があればその治療に併用して）、カウンセリングを行うことで妊娠を継続し、赤ちゃんを授かる率（生児獲得率）が改善されることを報告しています（6-8）（表2参照）。海外でも同様な結果が得られています。しかし、まだまだ研究の継続が必要な状況です。カウンセリングだけで妊娠が継続すると過信するのは不適切です。

この時期の不育症カップルの精神的苦痛を軽減するためには、精神的支援やカウンセリングが重要ですが、不育症カップルの中には、これらに抵抗感がある方もいますので注意が必要です。

カウンセリングだけが精神的支援（TLC）ではありません。妊娠前に、不育症のリスク因子の十分なスクリーニングを行うことで、リスク因子が判明すれば、治療方針や成功率を説明されて安心しますし、反対にリスク因子が見つからなかった場合も、特別な治療を必要としないことで安心することもあります。もし、原因が不明であることで不安が持続した場合も、夫、母親、友人、あるいは、医療スタッフなどが話を聞いてあげたり、正確な情報を提供することで不安の軽減につながります。夫婦で不育症に関する共通の認識を持つこと、超音波検査などで胎児の状態を観察すること、信頼できる医療スタッフが説明すること、職場や近所で気を使わないですむような配慮をすることなども精神的安定をもたらします。

表2. リスク因子不明不育症例に対する精神的支援の有用性

対 象	生児獲得率		報 告 者
	精神的支援 有	精神的支援 無	
リスク因子不明不育症 この頃はまだ抗リン脂質抗体症候群の概念はないためリスク因子不明に含まれている。子宮形態異常、染色体異常、内分泌異常の症例は除かれている。	86% (32/37)	33% (8/24)	Stray-Pedersen et al. AJOG 148 : 140-146, 1984.
リスク因子不明不育症	73.8% (118/160) (妊娠初期から来院)	48.8% (20/41) (妊娠初期に受診せず)	Clifford et al. Hum. Reprod. 12 : 387-389, 1997.
リスク因子不明不育症	79.4% (54/68)	56.9% (29/51)	厚生労働研究班データ 2011.

【参考文献】

- 6-1) Geller PA, Klier CM, Neugebauer R. Anxiety disorders following miscarriage. J Clin Psychiatry 2001 ; 62 : 432-438.
- 6-2) Neugebauer R, Kline J, Shrout P, Skodol A, O'Connor P, Geller PA, Stein Z, Susser M. Major depressive disorder in the 6 months after miscarriage. JAMA. 1997 ; 277 (5) : 383-388.
- 6-3) 中塚幹也. ストレス・抑うつと不育症. 産婦人科の実際 2011 ; 60 : 1503-1508.
- 6-4) Lok IH, Neugebauer R. Psychological morbidity following miscarriage. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2007 ; 21 : 229-247.
- 6-5) Jauniaux E, Farquharson RG, Christiansen OB, Exalto N. Evidence-based guidelines for the investigation and medical treatment of recurrent miscarriage. Hum Reprod. 2006 ; 21 : 2216-2222.
- 6-6) Lee C, Slade P. Miscarriage as a traumatic event: a review of the literature and new implications for intervention. J Psychosom Res 1996 ; 40 : 235-244.
- 6-7) 江見弥生, 藤原順子, 中塚幹也. 不育症女性の抑うつ傾向と顕在性不安の検討: K6, MAS を使用して. 日本不妊カウンセリング学会誌 2010 ; 9 : 43-44.
- 6-8) 齋藤滋, 田中忠夫, 藤井知行 他. 本邦における不育症リスク因子とその予後に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業. 不育症に関する再評価と新たなる治療法の開発に関する研究. 平成 20 年度～ 22 年度総合研究報告書. 2011. PP49-55.

7. 反復・習慣流産(いわゆる「不育症」)に関するよくある相談事例

1) 「自分は不妊症？ 不育症？」

一般に自然流産は、全妊娠の10～20%に起こるとされており、特に、初期流産の場合は、ご本人も、月経が遅れて始まったと勘違いされ、気付かれないことが多くあります。流産を繰り返していても、医療施設で「たまたま、流産しているだけ」「胎児の染色体異常の場合が多いので、次をがんばりましょう。」「流産を繰り返しているけれど、最初に1人子供がいるから異常はないはず」などと説明される場合があります。生殖補助医療を主に行っている施設(ART施設)などでは、「卵子の質が悪かったので流産しただけ」と説明を受けている場合もあります。

自分が不妊症なのか不育症なのか区別できていない事例があります。不妊症と不育症は異なりますので、まずは、受診している医療機関などで、不育症のリスク因子の検査を受けた方が良いかどうかについて、たずねてみると良いでしょう。

2) 「誰もわかってくれない」

周囲は、不育症女性に対して腫れ物にさわるような態度で接しがちです。流産や死産もなかったことのように振る舞ったり、実際に忘れてしまったりする場合があります。周囲からの「子どもは、まだ?」「流産ってよくあること」「早くがんばらないと」などという言葉が、無神経でつらいと感じている場合は、相手と少し距離をおいてもらうことも1つの方法です。

しかし、相手が夫や一緒に暮らしている家族となると、そうするわけにもいきません。流産になるのではという不安から、妊娠すること、性交渉を持つことができなくなる場合もあります。また、「死産になったり、生まれてすぐに亡くなったりした子どもの命日を夫が忘れていた。」「1人子どもがいるので、もう妊娠はあきらめるように言われた。」などの悩みも聞かれます。夫婦関係が悪くなり、離婚になる場合も見られます。夫婦のコミュニケーション不足、理解不足がある場合には、夫婦で話をする機会を作ってもらったり、不育症カップルや家族、それぞれの話を別々にお聞きしたりする場合があります。不育症のセミナーや講演会に夫婦で参加することをコミュニケーションの契機にしてもらうこともお勧めします。

3) 「自分のような人は他にいますか？」

不育症専門外来などでは、待合室で自然に不育症カップル同士が友達になっていることもよく見られます。しかし、通常の場合は、周囲の友人関係に流産を繰り返している方はいませんし、いたとしても隠していることも多く、他の人にはわかりません。不妊症専門の医療施設を受診していても、不育症カップルは孤独感を持っている場合があります。

不育症が稀ではないことをデータに基づいて説明することも必要ですが、当事者同士の触れ合いは、「自分だけではない」という実感とともに、精神的苦痛の緩和になります。このようなピアサポート体制は種々の疾患の患者間でも行われていますが、不育症に関しては、まだまだ不足しています。自然発生的にそのような会ができれば、理想的ですが、なかなか難しいのが現実です。相談センターなどで不育症の方々が一緒に集まって気軽にお茶を飲みながら話ができるような場所の提供をするなどの取り組みを行うことが望ましいと考えられます。

このようなことが困難な場合も、インターネットで不育症の方々がお互いにコミュニケーションをとることができるようなサイトがあることを紹介することも良いかと思います。ただし、不正確な情報を受け取る場合もあるので、情報をうのみにせず、疑問点については相談センターや医療施設で尋ねるよう促すことが重要です。

8. 反復・習慣流産(いわゆる「不育症」)についてのQ & A

Q 1 : 不育症とはどういう状態ですか？

A : 妊娠はするけれども、流産、死産や新生児死亡などを繰り返して結果的に子供を持ってない場合、不育症と呼んでいます。習慣（あるいは反復）流産とほぼ同意語ですが、これらには妊娠22週以降の死産や生後1週間以内の新生児死亡は含まれません。不育症はより広い意味で用いられています。

Q 2 : 不育症について相談するにはどうしたらよいですか？

A : 2回以上の流産、死産、早期新生児死亡を繰り返した場合は、不育症です。リスク因子の検査が勧められます。(流産の場合は、その多くは偶発性流産ですが、2回以上繰り返す場合、リスク因子がある場合があります。) 主治医の産婦人科医師にまずご相談下さい。

Q 3 : 不育症でも妊娠、出産はできますか？

A : 不育症の方も、80%以上の方が出産することができます。
不育症の方の多く(約半数)は、偶然、胎児染色体異常を繰り返した偶発的流産です。そのような方の場合は、特別な治療を行わなくても次回妊娠予後は良好なので、安心して妊娠できる環境が何より大切です。子宮形態異常や血栓症のリスクが高まる抗リン脂質抗体症候群、一部のプロテインS欠乏症、プロテインC欠乏症、第Ⅻ因子欠乏症などの場合は、治療が必要になることがあります。

Q 4 : 不妊症で体外受精を受けていますが、2回とも赤ちゃんの袋が見えた後に流産しました。私は不育症でしょうか？

A : 赤ちゃんの袋が見えた後の2回の流産ですので、不育症になります。
不妊症と不育症を併せもっている方は、少なくありません。厚生労働科学研究班(齋藤班)の班員に問い合わせしたところ、正確な値ではありませんが、不育症例の約1~3割程度の方が不妊症も併せ持つておられました。担当の先生と相談して、不育症のリスク因子の検査を受けることをお勧めします。

Q 5 : 一人目は特に問題なく妊娠し出産しました。その後流産が続いています。どうしたら良いでしょうか？

A : 一人目の妊娠の際、リスク因子があるのにもかかわらず、運よく出産された可能性もありますので、続発性不妊症として、同じように不妊症のリスク因子の検査をおすすめします。ただし、リスク因子が見つかる確率は出産経験のない不妊症と比べて少ないと言われています。リスク因子が見つからなければ、たまたま偶発的胎児染色体異常による流産を繰り返したと、ご理解下さい。

Q 6 : 不妊症の診断で悩む女性はどれくらいいますか？

A : 正確な数字は明らかではありません。厚生労働科学研究班（齋藤班）の名古屋市立大学の検討では妊娠を経験した女性の中で3回以上の流産の経験のある方は0.9%、2回以上の流産の経験のある方は4.2%でした。日本では正確な数は判りませんが、毎年妊娠される方のうち数万人が不妊症の可能性がります。いずれにしても不妊症は決してめずらしいものではありません。

Q 7 : 流産はどれくらいの頻度でおきますか？

A : 女性の年齢にもよりますが、妊娠が確認された例の10～20%程度が流産になると言われています。ただし年齢が35歳以上になると流産率は上昇してきます。なお、妊娠反応陽性となった後、子宮の中に赤ちゃんの袋が確認される前に流産してしまう生化学的妊娠（流産）はもっと高率（30～40%）に起こりますが、通常生化学的妊娠は流産回数には含めません。

Q 8 : 流産が起こるのはいつごろが多いのですか？

A : 妊娠12週未満の早期流産が大部分（全流産の約90%）を占めます。妊娠12週以降22週未満の後期流産の頻度は少ないとされています。厚生省心身障害研究班報告書（平成3～5年度）によると全妊娠に対する流産率は早期流産が13.3%、後期流産が1.6%と報告されています（出典1-5）。

Q 9 : 女性の年齢は流産と関係しますか？

A : 妊娠の年齢が高齢になると流産率が増加すると考えられています。海外の報告ですが、母体年齢35-39歳で流産率が25%、40歳以上になると流産の頻度が51%との報告があります（出典1-4）。

Q 10：不育症の原因は何ですか？

A：妊娠初期の流産の大部分は胎児（受精卵）の偶発的な染色体異常が原因で、両親のリスク因子が原因になっている場合は少ないとされています。そのため、1回の流産でリスク因子を調べる必要はありません。2回～3回以上流産を繰り返す場合は、両親のどちらかにリスク因子がある場合があるので、検査をお勧めします。1回の流産でも妊娠10週以降の場合では、母体の要因が大きくなってくるとされていますので、検査をする意義はあると考えられます。夫婦の染色体異常に加えて、妻側の要因としては、子宮形態異常、内分泌異常、凝固異常など種々の要因があります。厚生労働科学研究班（齋藤班）では、詳しく調べてもリスク因子がわからない場合が64%ほどありました。その多くは、偶発的な胎児の染色体異常を繰り返しただけと考えられています。

Q 11：不育症のリスク因子の検査にはどのようなものがありますか？

A：流産等を2回以上繰り返す場合には、不育症のリスク因子の検査が勧められます。血液検査により、夫婦それぞれの染色体の検査、糖尿病や、甲状腺機能などのホルモン検査、凝固因子検査（血を固める働きをみる）、抗リン脂質抗体測定などを行うこともあります。子宮の形の異常を調べるために子宮卵管造影検査や超音波検査を行います。必要に応じてMRI検査などを追加して行う場合もあります。リスク因子の有無を調べることにより、次の妊娠に役立てることができます。

Q 12：不育症の治療にはどのようなものがありますか？

A：検査で見つかったリスク因子について治療を行います。内科疾患やホルモン分泌異常が見つかった場合にはその治療を行います。凝固因子異常や抗リン脂質抗体症候群では、抗血栓療法（アスピリン内服やヘパリン注射）を行う場合もあります。原因不明不育症に対しては、積極的な治療をしない経過観察で比較的良好な結果が得られています。治療した症例、経過観察の症例をふくめて、不育症外来を受診した方は、最終的に約80%以上が出産に至ると報告されています。（出典 5-6、5-7）

Q 13：流産をくり返してから、気分が落ち込んで外出もできなくなりました。仕事もずっと休んでいます。どうすれば良いのでしょうか？

A：流産・死産の後で、うつになる方は少なくありません。まずは、今の気持ちを書き出してみましょう。また泣くのを我慢する必要はありません。御主人や家族の方に正直に今の気持ちを伝えて下さい。職場の方にも、勇気を持って事情を話すことは、時には必要です。このようなことをしても、解決できない場合、担当の産婦人科を受診し、症状を説明し、対応を御相談下さい。重度なうつの場合、精神科や心療内科への紹介等が必要になる場合があります。このような場合、担当の産婦人科医とよく相談して下さい。

Q 14：流産・死産したことを、いつまでも忘れずにいます。夫は流産・死産直後は、同じように悲しんでいましたが、今では流産・死産のことを忘れたようで、そのことが許せません。

A：女性は流産をした場合、自分の子宮から赤ちゃん（胎芽）が出たという実感があり、長い間忘れることができません。一方、男性はそのような感覚がないため、このような感情の乖離が起こってしまうことがあります。ご夫婦で相談に来ていただくなどして、女性の気持ちをはっきりと伝えていただくことで、男性側も女性の気持ちを理解できるようになります。不育症をお二人で共有していただき、お二人の意志で不育症治療についても相談していただければと思います。

Q 15：2回流産を繰り返したので、次の妊娠が恐くなってずっと避妊しています。なかなか、次の妊娠に臨めないのですが、年齢も35歳になり、どうすれば良いのか悩んでいます。

A：不育症の方の多くは、偶然胎児染色体異常をくり返した偶発的流産です。リスク因子にもよりますが、不育症の方でも最終的には80%以上の方が出産することができます。ただし、年齢が上がるにつれて、流産率は増加しますので、早めに産婦人科医を受診し、まずは検査をされてはいかがでしょうか。

Q 16：子供が欲しくて、薬局で買った妊娠診断薬で頻回に検査していますが、陽性だったので産婦人科医を受診したところ、子宮の中に赤ちゃんの袋が確認できず、初期の流産だといわれました。このようなことが2回続いていますが、私は不育症でしょうか？

A：妊娠検査薬の感度が上がったため、子宮の中に赤ちゃんの袋が見え

る前に検査で陽性となり、その後、月経が来てしまい、赤ちゃんの袋が見えないケースが経験されるようになりました。このような場合を生化学的妊娠と呼びます。以前は化学流産と呼んでいましたが、何の異常もないカップルでも30%～40%と高率に起こっていることが判り、生化学的妊娠と呼ばれるようになりました。不育症は2回以上の流産（子宮の中に赤ちゃんの袋が見えてからの流産）とされていますので、生化学的妊娠をされたからといって検査や治療を受ける必要はありません。あまり神経質にならず、次回の妊娠に臨まれることをお勧めします。

Q 17：不育症のため産婦人科医を受診しましたが、医療機関ごとに検査の内容も治療方針も異なるので、とまどっています。どうしてでしょうか？

A：不育症に対するスクリーニング検査や、治療方針はこれまで定まったものがなく、混乱がおきていました。そのため、厚生労働科学研究班（齋藤班）では、不育症管理に関する提言を取りまとめ、全国の産婦人科医療機関に2011年3月に送付しました。このような混乱は、少しずつ減少しています。十分に担当の先生方と相談し、ご自身が納得のいく検査や治療を受けることをお勧めします。なお、不育症管理に関する提言は、ホームページ（<http://fuiku.jp>）に掲載されていますので、参照下さい。

Q 18：不育症検査を受けたのですが、すべて正常なので、治療する必要はないといわれました。自費検査を含めて特殊な検査をできる病院に行った方が良いのでしょうか。とても不安です。

A：不育症の検査を行っても、6割以上の方は、はっきりとしたリスク因子がわかりません。一般に、流産の約80%は赤ちゃん（胎芽、胎児）の偶発的な染色体異常で起こりますので2回流産した場合、計算上64%が偶発的事例、3回流産した場合は51%が偶発的事例ということになります。偶発的な染色体異常は、カップルに何も異常がなくても、たまたま赤ちゃんに異常が起こるケースですので、特に治療をしなくても、次回の妊娠時には高い確率で出産に至ることが、厚生労働科学研究班（齋藤班）でも判っています。カウンセリング等で十分にお話を聞いた方が、次回妊娠成功率が高くなるという報告もありますので、相談窓口や医療機関で十分な時間をとって相談されてはいかがでしょうか。

Q 19 : 子宮の形が悪いと言われました。手術は必要でしょうか？手術をせずに済む方法はありませんか？また、生まれてくる子が女の子だと、同じような子宮になるのでしょうか？また形態異常（奇形）の子になるのでしょうか？

A : 子宮の形態異常（子宮奇形）では手術を行うこともあります。手術の有効性については十分に解明されていない場合があります。主治医の先生とよく相談して決める必要があります。子宮に形態異常があるからといって、そのために赤ちゃんに形態異常が出ることはありません。ご安心下さい。

Q 20 : 私（夫）の染色体異常が不育症の原因と言われました。どうしたら良いのでしょうか？また、染色体異常は遺伝するのでしょうか？

A : 染色体異常は持って生まれたもので治すことはできませんが、染色体異常があっても出産できる可能性は十分にあります。均衡型転座というタイプでは最終的に60～80%が出産に至ることが最近判ってきました（出典5-1、5-2、5-3、5-4、5-5）。出産の確率や赤ちゃんへの遺伝については、染色体異常の種類によって異なりますので、しっかりと遺伝カウンセリングを受けることが大切です。

Q 21 : 免疫療法（夫リンパ球移植療法）の治療成績や手技などについて教えて下さい。

A : 以前は、不育症（習慣流産）の場合に免疫療法（夫リンパ球移植療法）が行われていましたが、最近、治療の有効性が認められないという結果が得られ、アメリカでは研究目的以外には実施しないように勧告されています。日本でも行われなくなりつつあります。臨床研究として行われる場合は、治療成績などについて十分な説明を受けて治療を選択する必要があります。なお、リンパ球を放射線照射せずに注射した場合、宿主対移植片反応（GVHD）という重篤な副作用が起こることがあります。

Q 22 : 不育症スクリーニングをしてもらおうと血栓を起こしやすい体質だと聞かれ、アスピリンとヘパリンが必要だと言われました。妊娠中ですが、胎児への影響はないのでしょうか？

A : 妊娠中の薬の使用については、事前にその必要性、効果、副作用な

どについて十分に説明を受けることが必要です。医学的な必要に応じ、アスピリンやヘパリンが使用されることがあります。海外の大規模な疫学調査では、妊娠中のアスピリンと先天異常児の因果関係は認められていません。また、ヘパリンは胎盤を通過せず、赤ちゃんには移行しません。どちらもアメリカ食品医薬品局のリスクカテゴリーではC（危険性は否定できない）となっています。しかし、血栓を予防する作用のあるワルファリンは、胎盤を通過し胎児に異常を生じるため、妊娠中には使用できません。ヘパリン在宅自己注射の実施に際しては、しっかりと注射手技の教育を受けた上で、出血が止まらない、意識障害、冷や汗、まひなどの症状があれば、すぐに医療機関に連絡することが必要です。

ヘパリンの在宅自己注射に関しては、関係学会の指針も出ています。

http://www.jsognh.jp/common/files/society/demanding_paper_07.pdf

Q 23：不育症治療をして出産した場合、次の妊娠も不育症治療が必要となりますか？

A：不育症のリスク因子〔原因〕にもよりますが、次の妊娠でも同じように治療が必要となる場合があります。担当の先生とよく相談してみてください。

Q 24：不育症の場合、妊娠前の普段の生活で注意することは何でしょうか？

A：不育症では、不安やうつなどの精神的な問題が起きることがあります。悩みや疑問について、主治医の先生に良く相談しておくことが大切です。不育症についてきちんと説明を受けることは妊娠予後にも良い効果をもたらします。喫煙は流産に関与する可能性があるため禁煙した方が良いでしょう。過度のアルコールも控えるようにして下さい。

Q 25：なぜ、保険が効かない検査や治療があるのですか。

A：不育症の一次スクリーニング検査や治療は、ほとんどが保険適用されています。一般に、有効性、安全性等が十分に確認されていない、研究段階の検査や治療については、医療保険が適用されません。今後の調査研究が望まれます。

厚生労働科学研究
「不育症治療に関する再評価と新たな
治療法の開発に関する研究」班 改変

反復・習慣流産(いわゆる「不育症」)の相談対応マニュアル

平成 24 年 3 月 発行

平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）
「地域における周産期医療システムの充実と医療資源の適正配置に関する研究」
(H 2 1 - 子 ども - 一 般 - 0 0 2)

作成者	齋藤 滋	富山大学医学薬学研究部産科婦人科学
	竹下 俊行	日本医科大学産婦人科学
	中塚 幹也	岡山大学大学院保健学研究科
	杉浦 真弓	名古屋市立大学大学院医学研究科
	杉 俊隆	東海大学医学部産科婦人科非常勤 杉ウイメンズクリニック
	山田 秀人	神戸大学大学院医学研究科

V. 研究業績

平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

「地域における周産期医療システムの充実と医療資源の適正配置に関する研究」

（H21-子ども一般-002）研究代表者 海野信也 平成 23 年度研究業績

1. Nakai A, Minakami H, Unno N, Saito S, Morikawa M, Yoshimura Y, Terao T. Characteristics of pregnant Japanese women who required hospitalization for treatment of pandemic (H1N1) 2009. *J Infect.* 2011 Mar;62(3):232-3.
2. Kanai Y, Amano K, Numao A, Mochizuki J, Nowatari M, Okutomi T, Unno N. Intracranial hemorrhage in full-term infants following vaginal delivery in a Japanese perinatal center. *The Kitasato Medical Journal* 41(2): 123 -126, 2011
3. Unno N. The Perinatal Care System in Japan. *JMAJ* 2011; 54:234-240.
4. 海野信也 被災地の産婦人科医療に対する人的支援 産婦人科の実際 61(1):51-56, 2012.
5. 海野信也 周産期医療システムー産科 周産期医学必修知識第 7 版 周産期医学 2011 (41), Suppl.,1031-1033
6. 遠藤俊子;平成 22 年度厚生労働科学研究「地域における周産期医療システムの充実と医療資源の適正配置に関する研究」分担研究 院内助産システムの認識と助産実践能力強化研修の評価,看護,63(8),96-101(2011)
7. 澤倫太郎：東日本大震災から学ぶ災害時の母子の保健と福祉ー日本産科婦人科学会による人的支援について：母子保険情報,64 (11)1 - 12,2011
8. 片桐麻州美,井本寛子,石川紀子,爪田久美子,常田裕子,中込さと子,遠藤俊子；総合周産期母子医療センターにおける助産ケア必要量に関する調査,第 42 回日本看護学会論文(掲載予定)
9. 遠藤俊子；ローリスク妊婦の管理システム助産師への卒前・卒後教育の課題と対策,周産期医学 42 (1) ,2012
10. 熊澤由紀代, 寺田幸弘 (2011) 不妊診療の ABC-ART の前にできること【不妊原因診断と ART の前の対処法】原因不明妊娠. *臨床婦人科産科*, 65(9),1170-1174.
11. 白澤弘光, 熊谷仁, 寺田幸弘 (2011) アンドロゲン不応症. *臨床婦人科産科* 65(4),356-359.
12. 白澤弘光, 熊谷仁, 熊澤由紀代, 河村和弘, 児玉英也, 寺田幸弘 (2011) ART 施行例に対する卵管切除術. *産婦人科の実際* 60(7),1031-1037.
13. Hayasaka S, Ugajin T, Fujii O, Nabeshima H, Utsunomiya H, Yokomizo R, Yuki H, Terada Y, Murakami T, Yaegashi N. (2011) Risk factors for recurrence and re-recurrence of ovarian endometriomas after laparoscopic excision. *J Obstet Gynaecol Res.* Jun;37,581-585.
14. Shibuya, Y., Terada, Y., Kumagai, J., Kumazawa, Y., Saito, M., Hoshiai, T., Yaegashi, N. (2011) Management of pregnancy achieved by oocyte donation to a woman with

- 47,XXX and POF. *J Mama Ovs Res* ,28,139-142.
15. Ogawa M, Nagao D, Mori K, Kamada K, Sato A, Terada Y. (2011) Is a pericardiocentesis need for preventing hypoplastic lung in case with massive pericardial effusion? *Prenat Diag*,31,917-918.
 16. Ogawa M, Nagao D, Mori K, Sato M, Shimizu D, Terada Y. (2011) Elastography for differentiation of subchorionic hematoma and placenta previa. *Ultrasound Obstet Gynecol* (in press)
 17. Ogawa M, Sato A, Mori K, Nagao D, Kamada K, Sato M, Terada Y. (2011) Clinical significance of amniotic fluid glucose concentration in polyhydramnios. *J Matern Fetal Neonat Med* (in press)
 18. Miura H, Ogawa M, Hirano H, Sanada H, Sato A, Obara M, Terada Y. (2011) Neutrophil elastase and interleukin-6 in amniotic fluid as indicators of chorioamnionitis and funisitis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*,158,209-213.
 19. 小笠原敏浩：施設集約化と IT を有効活用した地域連携 周産期医療情報ネットワーク “いーはとーぶ” 構築へ、OG SCOPE、No.3 Vol.1 2011
 20. 小笠原敏浩：大震災から 7 日間の出来事 何も考えることができず、とても苦しかった 7 日間、助産雑誌、7 598-605 2011
 21. 小笠原敏浩：妊婦を見守る 岩手県立大船渡病院産婦人科のポリシー、助産雑誌、8 718-724 2011
 22. 小笠原敏浩：未来に向かって 妊婦見守りネットワークと震災に強いネットワークの構築、助産雑誌、9 820-824 2011
 23. 小笠原敏浩：地域医療情報ネットワーク構築により周産期医療の再生を目指す、新医療 No434-2 54-57 2011
 24. 小笠原敏浩：東日本大震災、東日本大震災・大津波—2 ヶ月後の現状と今後の対応—、岩手医科大学医学部産婦人科発刊、2011.6
 25. 小笠原敏浩 激甚災害後に増加する産婦人科疾患とその対策—東日本大震災よりの考察— 産婦人科の実際 61(1):1-5, 2012.
 26. 菅原準一 千坂泰 宇賀神智久 星合哲郎 佐藤多代 重田昌吾 長谷川良実 八重樫伸生 緊急有事における周産期医療システムとその対策 産婦人科の実際 61(1):7-13, 2012.
 27. 岡井崇、杉浦真弓、松田義雄、上妻志郎. 妊娠女性の高年齢化と周産期に増えるリスク 座談会 産婦人科医師の視点からみた妊娠女性の高年齢化 日本医師会雑誌 2011 ; 139 (10) : 2057-2068
 28. 松田義雄、川道弥生、林邦彦. 特集：ハイリスク妊娠・分娩の予知・予防の最前線 1. 日本人のデータベースからみた産科合併症の疫学, 周産期医学 2011 ; 41 (4) : 429-433
 29. 松田義雄 厚生労働科学研究 (成育疾患克服等次世代育成基盤研究) 「わが国における

- 新しい妊婦健診体制構築のための研究」平成 22 年度 総括・分担研究報告書,
30. 松田義雄 厚生労働科学研究（成育疾患克服等次世代育成基盤研究）「わが国における新しい妊婦健診体制構築のための研究」平成 20-22 年度 総合・分担研究報告書,
 31. 林 邦彦、松田義雄 周産期における女性の喫煙対策の必要性, 保健師ジャーナル 2011 ; 67 (5) : 372-375
 32. Matsuda Y, Hayashi K, Shiozaki A, Kawamichi Y, Satoh S, Saito S, Comparison of risk factors for placental abruption and placenta previa : case-cohort study, JOGR 2011;37(6):538-546
 33. Mitani M, Matsuda Y, Shimada E and Perinatal Research Network Group in Japan. Short- and long-term outcome in babies born after antenatal magnesium treatment, JOGR doi:10.1111/j.1447-0756.2011.01583.x
 34. Shiozaki A, Matsuda Y, Satoh S, Saito S. Impact of fetal sex in pregnancy-induced hypertension/pre-eclampsia in Japan, Journal of Reproductive Immunology, 2011;89:133-139
 35. Hayashi K, Matsuda Y, Kawamichi Y, Shiozaki A, Saito S, Smoking during pregnancy increases risks of obstetric complications: A case-cohort study of the Japan Perinatal Registry database, J Epidemiol 2011;21(1):61-66
 36. Kanayama N, Inori J, Ishibashi-Ueda H, Takeuchi M, Nakayama M, Kimura S, Matsuda Y, et al. Maternal death analysis from the Japanese autopsy registry for recent 16 years: significance of amniotic fluid embolism. JOGR 2011;37(1):58-63

厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

「地域における周産期医療システムの充実と
医療資源の適正配置に関する研究」

（H21-子ども一般-002）

平成23年度総括・分担研究報告書

平成24年3月 発行

発行者：海野 信也（北里大学医学部産婦人科学教授）