

検査および診断では、十分な専門知識を持った医師等が実施することのほか、適正な遺伝カウンセリング体制が必要」としており、不育症の夫婦の染色体検査の実施に際しても、専門的な遺伝カウンセリングの体制が求められます。検査実施機関では、個人情報である遺伝情報の保護のほか、検査の意義、起こりうる問題点、結果の伝達方法等について、事前に説明することが望まれます。

検査結果を伝達する際にも、一方の配偶者が不利益をこうむらないようななどの配慮が必要です。遺伝情報は本人への伝達が原則ですが、不育症では、夫婦どちらの原因かを特定することは、必ずしも夫婦の利益につながりません。染色体異常があった場合に、どちらか特定せずに結果を伝達するという選択肢も含め、予め夫婦の意思の確認をすることが望まれます。

4) 抗リン脂質抗体

国際基準では、抗カルジオリピン β_2 グリコプロテイン I (CL β_2 GPI) 複合体抗体、抗カルジオリピン (CL) IgG 抗体、抗カルジオリピン (CL) IgM 抗体、ループスアンチコアグラントのいずれか一つ以上が陽性で、12 週間以上の間隔をあけて再検査しても、再度陽性となる場合と定められています。したがって、陽性となった際は 12 週間以上の間隔をあけて再検査することが必要です (4-1)。陽性が持続した場合、抗リン脂質抗体症候群と診断され、陽性から陰性化した場合、偶発的抗リン脂質抗体陽性例と診断されます。

[不育症選択的検査]

以下の検査は、不育症のリスク因子として、確実な科学的根拠があるという段階には至っていませんが、不育症との関連性が示唆されている検査です。患者さんの状況等に応じ、実施が検討されます。

① 抗フォスファチジルエタノールアミン (PE) 抗体

- ・抗 PE 抗体 (IgG 抗体、IgM 抗体) (※)

② 血栓性素因スクリーニング (凝固因子検査)

- ・第 XII 因子活性

妊娠初期の流産を繰り返す方に、第 XII 因子欠乏症が認められる場合があります。

- ・プロテイン S 活性もしくは抗原

妊娠初期流産、後期流産もしくは死産を繰り返す方に、プロテイン S 欠乏症が認められる場合があります。

- ・プロテイン C 活性もしくは抗原

頻度は低いですが、不育症例の一部に低下する症例があります。

・APTT（活性化部分トロンボプラスチン時間）

抗リン脂質抗体症候群や血栓性素因のある方では、APTTが延長する場合があります。

※抗PE抗体の取り扱い

抗PE抗体は、測定法、病原性の評価が定まっておらず、国内外の抗リン脂質抗体症候群の診断基準にも含まれていません。従って、抗PE抗体検査は研究段階の検査です。厚生労働科学研究班（齋藤班）でも、抗PE抗体の病原性については、意見が一致していません（42、43）。最近の知見（44）によると、抗PE抗体の中には病気の原因になるタイプと、ならないタイプがあることが判ってきました。いずれにせよ、抗PE抗体の取扱いは研究段階であり、抗PE抗体のみが陽性である場合、それだけで過去の流産の原因であると診断し、治療を行うべきということにはなりません。

以下の表に、不育症のリスク因子の検査の医療保険の適応につき、簡単にまとめました。実際の保険適応は、傷病名や検査頻度などにより異なりますが、参考になれば幸いです。

		検査内容	医療保険の適応
一次スクリーニング	子宮形態検査	経膈超音波	○
		子宮卵管造影	
		子宮鏡	
	内分泌検査	甲状腺機能	○
		糖尿病検査	
	夫婦染色体検査		○
	抗リン脂質抗体	抗カルジオリピン β_2 グロブリンI複合体抗体	○
ループスアンチコアグラント		○	
抗CLlgG抗体		○	
抗CLlgM抗体		×(薬事未承認)	
選択的検査	抗リン脂質抗体	抗PEIgG抗体（抗フォスファチジルエタノールアミン抗体）	×(薬事未承認)
		抗PEIgM抗体	×(薬事未承認)
	凝固因子検査	第Ⅻ因子活性	○
		プロテインS活性もしくは抗原	○
		プロテインC活性もしくは抗原	○
		APTT	○

(参考) 国際的な取扱い (執筆者らによる仮訳)

(参考) 海外 (アメリカ産科婦人科学会、アメリカ生殖医学会、英国王立産科婦人科学会) での不育症に対する対応

出典 : N Engl J Med 2010; 363: 1740-1747

既往歴

- 1) 可能であれば、流産週数、胎児が確認される前の流産か、胎児が確認されてからの流産か、胎児心拍が確認されてからの流産かを問診する。
- 2) 抗リン脂質抗体症候群を疑う所見(血栓症、胎児死亡、自己免疫疾患、血小板減少)を評価する。
- 3) 子宮形態異常の可能性 (過去の分娩が早産、骨盤位でないか、過去の超音波所見)を評価する。
- 4) 形態異常を持つ児を出産したかを評価する (多くは両親に異常はないが、一部の両親に染色体異常がある場合がある)。
- 5) 甲状腺機能異常や糖尿病の病歴がないかを評価する。

診 察

- 1) 子宮形態異常や子宮頸管の異常がないかを内診 (骨盤内診察) で確認する。
- 2) 甲状腺機能異常や糖尿病を疑う身体所見がないか診察する。

推奨される検査

- 1) 抗リン脂質抗体 (ループスアンチコアグラント、抗カルジオリピン抗体、抗 β_2 GPI抗体) : 12 週間の間隔をあけて、再度陽性であること。
- 2) 子宮形態検査 : 経膈超音波による sonohysterography (子宮内に生理的食塩水を入れながら行う超音波検査) もしくは子宮卵管造影法 (子宮内に造影剤を入れてレントゲン撮影を行う検査)。MRI 検査や子宮鏡検査は有用だが、高価な検査となる。
- 3) 本人とパートナーの染色体検査 (染色体検査は高価なこと、海外の医療保険制度では認められていない場合もあること、治療方法が限られていることなどから、染色体検査を控えるカップルもある)。
- 4) 流産胎児の染色体検査 (この検査については議論のあるところではあるが、染色体異常がある場合、次回妊娠時に生児を得る確率が高くなり、不必要な治療を防ぐ可能性がある)。
- 5) その他、臨床所見、過去の病歴から甲状腺機能異常や糖尿病が疑われる際は、甲状腺検査や糖尿病検査を行う。

【参考文献】

- 4-1) Report of the Obstetric Task Force: 13th International Congress on Antiphospholipid Antibodies, Lupus 2011 ; 20 : 158-164.
- 4-2) 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
- 4-3) Obayashi S, Ozaki Y, Sugi T, Kitaori T, Suzuki S, Sugiura-Ogasawara M. Antiphosphatidylethanolamine antibodies might not be independent risk factors for further miscarriage in patients suffering recurrent pregnancy loss. J Reprod Immunol, 2010 ; 85 : 186-192.

- 4-4) Katsunuma J, Sugi T, Inomo A, Matsubayashi H, Izumi S, Makino T. Kininogen domain 3 contains regions recognized by antiphosphatidylethanolamine antibodies. *J Thromb Haemost.* 2003 ; 1 : 132-138.

5. 反復・習慣流産(いわゆる「不育症」)のリスク因子別の治療

不育症の治療法については、科学的根拠の信頼度の度合いに差があります。厚生労働科学研究班（齋藤班）の「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を基にした不育症管理に関する提言」及び関係学会の指針を踏まえ、不育症のリスク因子別に、国内外の科学的根拠に基づいた治療法を示します。

なお、厚生労働科学研究班（齋藤班）では、流産胎児の約80%に染色体異常が認められていました。つまり、流産回数が2回、3回、4回の場合、計算上、64%、51%、41%が偶発的に胎児染色体異常をくり返したことになります。これは、偶発的に流産をくり返している症例が多いことを示しています。リスク因子についての検査の結果、特段のリスク因子が無い方は、治療を行わなくても、次回の妊娠が継続する可能性は高いと考えることができます。安易に根拠のはっきりしない治療を受けるのではなく、しっかりと説明や相談対応を受け、次回の妊娠に対する不安を取り除くことが重要です。

一方、治療を行っても再度流産してしまう場合もあります。その場合は、流産胎児の染色体検査や病理検査により、原因を確かめることが、次の妊娠を考える上で重要です。病理検査によって抗凝固療法などの適応を判断できる場合もあります。

なお、2回までの流産既往の場合は、流産のリスク因子が無い場合もある場合も、臨床心理技術者もしくは産婦人科医によるカウンセリングや相談対応を行なった方がストレスが改善し、妊娠成功率が高いことが厚生労働科学研究班（齋藤班）の成績で明らかとなっています（5-5）。十分な時間をとって、リスク因子や今後の治療方針をていねいに説明することや、夫婦で参加する不育症学級などを企画し、参加を呼びかけることも有効と考えられます。

1) 子宮形態異常

子宮に形態異常があっても、それが直接健康に影響を及ぼすことはないので、必ずしも治療の必要はありません。厚生労働科学研究班（齋藤班）の調査で、双角子宮、中隔子宮を有する方での流産胎児の染色体異常発生率（15.4%）が、正常子宮を有する場合の流産における染色体異常の発生率（57.5%）より低率であることが明らかとなり、双角子宮、中隔子宮では、胎児の染色体異常以外の原因による流産の割合が高いことがわかりました。子宮形態異常に対する手術療法の有用性は、まだ明らかになっていません。厚生労働科学研究班（齋藤班）では、

中隔子宮では、手術を行った方が経過観察より、妊娠成功率が高く、双角子宮では、手術を行っても経過観察でも、妊娠成功率は同じでしたが、症例数が少なかつたため結論を出すに至っていません。一方、中隔子宮、双角子宮でも手術を行わない経過観察で、診断後の最初の妊娠で59%が、最終的には78%が出産に至るといふ報告があります(5-1)。弓状子宮では手術療法の有効性を示すデータは示されていません。

手術療法を行う場合、子宮形態異常によって手術の有効性や術式が全く異なるため、子宮形態異常のタイプを正しく診断することが非常に重要です。中隔子宮の手術療法には、お腹を切る方法(開腹術)と、お腹を切らずに中隔を切除する方法(子宮鏡下中隔切除術)があります。

子宮形態異常と診断されるとすぐに手術を希望する患者さんが少なくありませんが、他に優先させるべき治療はないか、手術が本当に必要か、また手術をする場合どの術式を選択するかなどについて、個々の症例の背景因子などを考慮した総合的、専門的な判断が必要となります。

2) 内分泌異常

甲状腺機能亢進、低下症では、機能が正常になってから妊娠をすることが重要です。妊娠後も引き続き治療が必要です。厚生労働科学研究班(齋藤班)では、データ数は少ないですが、甲状腺機能亢進・低下例の無治療での妊娠成功率は3/12(25.0%)と低率でした。

糖尿病も、十分コントロールした上で、妊娠することが望めます。妊娠前から妊娠経過中、産後にわたり、血糖の管理・治療が必要です。

3) 染色体異常

夫婦のどちらかに均衡型転座などの染色体異常が発見された場合は、十分な遺伝カウンセリングを行うことが必要です。染色体異常の種類に応じ、染色体正常児を妊娠する確率や、着床前診断等のメリット、デメリット等を示した上で今後の方針を決める必要があります。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(5-1、5-2、5-3、5-4)。現在のところ、体外受精時の着床前診断により、生児獲得率が高くなるという科学的根拠はありません。むしろ低いという報告が多いのが現状です(5-5)。また、自然妊娠では、染色体転座保有者から0.4~2.9%(5-6、5-7)というわずかな頻度ではありますが、先天異常を伴う不均衡型の児が生まれます。しかし、着床前診断では、不均衡型の胚を検出することができるので、これは着床前診断のメリットと考えられ

ます。なお、着床前診断の適応と運用に関しては日本産科婦人科学会の見解（「着床前診断」に関する見解：2010年6月）ならびに細則（着床前診断の実施に関する細則、ならびに様式の改定について：2011年4月）を遵守し、倫理審査を経た上で実施する必要があります。

4) 抗リン脂質抗体症候群

抗CL β_2 GPI複合体抗体、抗CLlIgG、抗CLlIgM抗体、ループスアンチコアグulant検査のうちいずれか1つ以上が、12週間以上の間隔をあけて、くり返して陽性の際は、抗リン脂質抗体症候群と診断されます。抗リン脂質抗体症候群では、特に妊娠中は血栓症のリスクが高まります（5-8）。低用量アスピリンとヘパリン（5,000～10,000単位/日）の併用療法については、有効性を示す科学的根拠があります（5-5）。なお、偶発的抗リン脂質症候群陽性例（再検して陰性化した場合）や抗PE抗体陽性例、抗PS抗体（抗フォスファチジルセリン抗体）陽性例については、治療の必要性・有効性ともに、専門家の間でも、まだ結論が出ていません。

<選択的検査を行った場合>

5) Protein S 欠乏症・Protein C 欠乏症

厚生労働科学研究班（齋藤班）では、Protein S 欠乏症で、妊娠10週までの初期流産を繰り返した既往がある場合、低用量アスピリン療法を行なった場合の生児獲得率（71.4%：25/35）が無治療の場合の生児獲得率（10.5%：2/19）より統計学的な有意差をもって高いというデータが出ています（5-10）。また、妊娠10週以降の流・死産の既往がある場合、次回妊娠時に行う低用量アスピリン＋ヘパリン療法（78.6%：11/14）は低用量アスピリン療法単独（7.1%：1/14）よりも有効とする報告があります（5-11）。

Protein S 欠乏症・Protein C 欠乏症に対しては、これらの状況を踏まえ、治療の適応を検討します。

6) 第Ⅻ因子欠乏症

明確な治療方針は決まっていますが、厚生労働科学研究班（齋藤班）では、低用量アスピリン療法で良好な治療成績（28/35：80%）が得られています。

[注1] 不妊症治療（体外受精など）で妊娠が成立しなかった症例に対してのアスピリン療法、ヘパリン療法について

体外受精など不妊症治療中の方で、なかなか妊娠が成立しない場合

は、多くは卵管もしくは受精卵や着床に原因があるので、アスピリン療法やヘパリン療法などの治療を行っても不妊症の治療成績を向上させることはありません。不妊症の治療と、不育症の治療は、異なることをしっかり認識することは、とても大事なことです。体外受精がうまくいかなかったからといって、アスピリン療法やヘパリン療法を行う必要はありません。

ただし、不妊症治療後に、妊娠しても繰り返して流産する方は、不妊症と不育症を併発しているとも考えられますので、不育症のリスク因子の検査をしてもらった方が良いでしょう。

[注2] リンパ球免疫療法について

以前は、不育症例に対して積極的に夫リンパ球免疫療法を行いましたが、多くの症例を集めてその有効性を再検討すると、有効性は認められないという結果が得られ (5-12)、それ以降、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ているケースもありますが、その際はリンパ球に放射線を照射してから、注射することが義務付けられています。なお、不妊症例に対するリンパ球免疫療法については、有効性を示す科学的根拠は全くないので、行う必要はないとされています。

[注3] ヘパリン在宅自己注射について

ヘパリンカルシウムの在宅自己注射が2012年1月から保険収載されました。また、関係学会から、ヘパリン在宅自己注射療法の適応と指針が出ています (URL: http://www.jsognh.jp/common/files/society/demanding_paper_07.pdf)。

この指針では、次の(1)～(6)のヘパリン在宅自己注射の適応基準が示されています。

- (1) ヘパリンに対するアレルギーがなく、ヘパリン起因性血小板減少症 (HIT) の既往がないこと。
- (2) 他の代替療法に優る効果が期待できるヘパリン療法の適応患者であること。
- (3) 在宅自己注射により通院の身体的、時間的、経済的負担、さらに精神的苦痛が軽減され、生活の質が高められること。
- (4) 以下の①～③のいずれかを満足し、担当医師が治療対象と認めた患者

- ① 血栓性素因（先天性アンチトロンビン欠乏症、プロテイン C 欠乏症、プロテイン S 欠乏症、抗リン脂質抗体症候群など）を有する患者
- ② 深部静脈血栓症、肺血栓塞栓症既往のある患者
- ③ 巨大血管腫、川崎病や心臓人工弁置換術後などの患者

なお、抗リン脂質抗体症候群の診断における抗リン脂質抗体陽性は国際基準に則るものとし、抗 $CL\beta_2$ GPI 複合体抗体、抗 CLIgG、抗 CLIgM、ループスアンチコアグラント検査のうち、いずれか一つ以上が陽性で、12 週間以上の間隔をあけても陽性である場合をいう。現在のところ抗 PE 抗体、抗 PS 抗体陽性者は抗リン脂質抗体陽性者には含めない。

- (5) 患者ならびに家族（特に未成年者の場合）が、目的、意義、遵守事項などを十分に理解し、希望していること。
- (6) 医師、医療スタッフとの間に安定した信頼関係が築かれていること。

ヘパリンカルシウムの在宅自己注射が保険適応されたことの意義はきわめて大きく、これまで1日2回外来受診で注射をされていた患者さん方にとっては、とても大きな朗報です。

ヘパリン投与時にはヘパリン起因性血小板減少症（HIT）が、まれに起こることがあるので、投与開始2週間以内に複数回、血小板数を確認する必要があります。教育入院、もしくは外来での教育プログラムなどにより、患者さんの教育を行った上で、在宅自己注射を行う必要があります。

【参考文献】

- 5-1) Stephenson MD, Sierra S. Reproductive outcomes in recurrent pregnancy loss associated with a parental carrier of a structural chromosome rearrangement. Hum Reprod. 2006 ; 21 : 1076-1082.
- 5-2) Sugiura-Ogasawara M, Ozaki Y, Sato T, Suzumori N, Suzumori K. Poor prognosis of recurrent aborters with either maternal or paternal reciprocal translocations. Fertil Steril. 2004 ; 81 : 367-373.
- 5-3) Goddijn M, Joosten JH, Knegt AC, van derVeen F, Franssen MT, Bonsel GJ, Leschot NJ. Clinical relevance of diagnosing structural chromosome abnormalities in couples with repeated miscarriage. Hum Reprod. 2004 ; 19 : 1013-1017.
- 5-4) Carp H, Feldman B, Oelsner G, Schiff E. Parental karyotype and subsequent live

- births in recurrent miscarriage. *Fertil Steril.* 2004 ; 81 : 1296-1301.
- 5-5) 杉浦真弓. 着床前診断・出生前診断の現状. *日医雑誌.* 2008 ; 137 : 49-52.
- 5-6) Franssen MT, Korevaar JC, van der Veen F, Leschot NJ, Bossuyt PM, Goddijn M. Reproductive outcome after chromosome analysis in couples with two or more miscarriages: case-control study. *BMJ.* 2006 ; 332 : 759-63.
- 5-7) Sugiura-Ogasawara M, Ozaki Y, Kitaori T, Kumagai K, Suzuki S. Midline uterine defect size is correlated with miscarriage of euploid embryos in recurrent cases. *Fertil Steril.* 2010 ; 93 : 1983-1988.
- 5-8) 産婦人科診療ガイドライン産科編 2011. CQ004 妊婦肺血栓 / 深部静脈血栓症のハイリスク群の抽出と予後は? . PP12-15.
- 5-9) Empson MB, Lssere M, Craig JC, Scott JR. Prevention of recurrent miscarriage for women with antiphospholipid antibody or lupus anticoagulant (Review) *Cochrane Database Syst. Rev.* 2005 ; 2 : NO CD 002859. 1-38
- 5-10) 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
- 5-11) Gris JC, Mercier E, Quéré I, et al. Low-molecular-weight heparin versus low-dose aspirin in women with one fetal loss and a constitutional thrombophilic disorder. *Blood.* 2004 ; 103 : 3695-9.
- 5-12) Porter TF, LaCoursiere Y, Scott JR. Immunotherapy for recurrent miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 ; 2 : CD000112.

6. 反復・習慣流産（いわゆる「不育症」）の相談対応

流産や死産を体験した時に悲しい気持ちになることは正常な悲嘆過程と考えられます。しかし、不育症の場合は、繰り返される流死産の体験から、絶望、自責、無力感が長期に及ぶ「病的な悲嘆」に進展することがあります。不安障害やうつ病となり、妊娠をあきらめる女性も存在します。

過去の海外での報告（6-1）からは、流産後早期には20～40%の女性が不安の症状を示すとされ、流産後6カ月間の強迫性障害（Obsessive-Compulsive Disorder: OCD）など不安障害の発症は15.7%（一般女性の1.5倍）とされます。流産後早期には28%の女性が抑うつ症状を持ち（一般女性の4.0倍）、3か月後で19%、6か月後で16%、12か月後でも9%の女性が症状を持っているとも報告されています。また、流産後6カ月間の大うつ病（精神科での治療を必要とするうつです。）の発症は10.9%（一般女性の2.5倍）との報告（6-2）があります。

日本人女性のデータはあまりありませんが、不育症専門外来を初診した女性を対象とした研究では、不安障害領域に属する女性は8.0%、うつ病領域に属する女性は6.2%存在していたとの報告（6-3）もあります。

日本では、周囲が流産、死産をなかったことのように振る舞ったり、女性も悲しみを押し殺したりすることが多く、医療スタッフからもその精神状況が見えにくいため、支援が行われなまま時間が過ぎている場合も見られます。相談対応の際、必要な方については、精神科への受診を勧めることなどに留意することが重要です。以下に不育症の方のそれぞれの時点で必要な精神面への配慮等について記載します。

1) 流産、死産時の配慮

流産、死産を経験した時の病院の環境・対応について、約4割の不育症女性が「良くなかった」と回答しています。声を出して泣くなどの行動により悲しみを表出できる場所、また、家族だけで過ごすことができる場所などを提供することは精神的な支援となります。

医療スタッフからかけられて嫌な気持ちになった言葉としては、「よくあること」や「(根拠なく)大丈夫」などが挙がっています。他にも、「あまり話を聞いてくれなかったこと」や、「気持ちを理解してくれていないと感じたこと」もつらかった経験として挙がっています。ご夫婦が希望する場合は、医療施設で胎児との出会いと別れを支援するグリーンケア・グリーンワークを行うことも、精神的な支援となります。また、不育症カップルの支援へ向けた、医師、助産師、

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、相談対応等を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、「今後子どもを持っていないのでは？」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

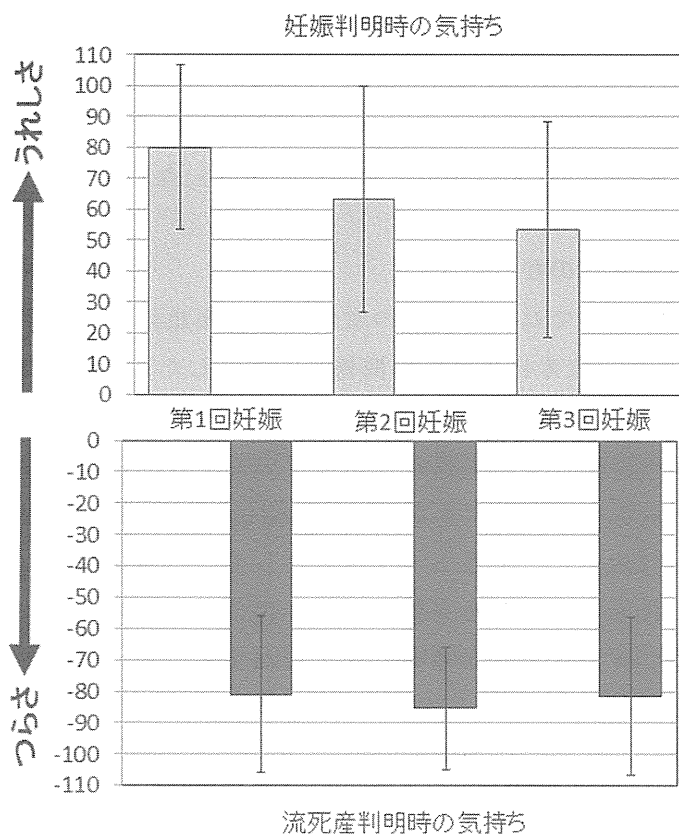
流産を繰り返した女性にとって、妊娠初期の超音波検査は大きな意味を持ちます。見てほしい気持ちと怖いので見たくないという気持ちのアンビバレント（両価的）な心理状況と言えます。出血があった場合などは、胎児の心拍が確認できれば、精神的ストレスが緩和されます。心配なことがあれば、産科医療機

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、不育症カップルでは、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、その後に再び流産・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育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・抑うつと不育症」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。不育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。すでに子どもがいる女性が流産、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、相手が夫と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人子供がいるので、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。

Q5：一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、続発性不育症として、同じように不育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育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。

Q6：不育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育症の可能性がります。いずれにしても不育症は決してめずらしいものではありません。

Q7：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。

Q8：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）。

Q9：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）。