



周産期医療からみた生殖補助医療の功罪—分娩時年齢の高年齢化

奥田美加

私は、横浜市大附属市民総合医療センター総合周産期母子医療センターという施設に勤めております。年間分娩数が約 1200 件、ハイリスクだけでなく一般の分娩も取り扱っております。一方でNICUもあり、1000グラムない赤ちゃんというのも多数取り扱っているというような施設です。

今日は、現場の産科医が、普段どんなことを感じながら生殖医療や高年出産に携わっているかということ、多少観念的なところも踏まえてお聞きいただければと思います。

周産期側、とくに三次施設に勤めている私たちというのは、生殖補助医療による妊娠に関し、何となくハイリスク感を抱いています。では、ART 妊娠は本当にリスクが高いのかというところを、ちょっとわれわれの立場からお話ししてみたいと思います。

前提として、不妊治療であろうが自然妊娠だろうが、高年妊娠はやっぱりハイリスクである。血圧が高い、糖尿病になりやすい、筋腫などの合併症の頻度も高くなってくるということで、年齢が上がるほどリスクが高いということに関しては誰も反対しないと思うのです。また、単胎よりも双胎、三胎のほうが高リスクです。それから腎臓が悪い、心臓が悪いなど、危険な合併症の妊娠もリスクが高い。妊娠手段にかかわらず、これらの出産が高リスクであることは誰も意見の違うところはないと思います。

32 歳初診の既婚女性が「今はちょっと仕事が忙しくて、とてもじゃないけれども、子どもはいらないので」

と人工妊娠中絶を希望されたことがありました。なんて勿体無いと思います。その一方で、15 歳で妊娠された女性が 16 歳のパートナーと一緒に胎児の超音波を見て大喜びしているのを見ると、ほのぼのとした気持ちになります。

よくあるパターンの症例を 1 つ紹介します。最近の傾向として、結婚年齢は比較的早くても子づくりを始めるのが遅いということです。29 歳でご結婚されて 37 歳から不妊治療を開始した女性が、1 年間妊娠しないということで、そこで初めてクリニックが糖尿病の検査をしてみたら、そもそも負荷試験をやってはいけないほどのとんでもない高い血糖値でした。糖尿病であるということが、1 年間クリニックに通っていてやっと判明をしたということです。

この方の経過ですが、インスリン治療を導入してから、不妊治療を始め、体外受精により 41 歳で妊娠成立したときの体重が 75kg。私たち産科医は、体重を減らしてから妊娠してほしいと思うのですが、妊娠前の体重が 71kg でしたから、体重が増えた状態で妊娠してきました。糖尿病合併妊娠ですので、妊娠初期に血糖コントロールの管理入院をして、コントロールがとれそうだということで外来管理をして、妊娠後期にまた管理入院をしました。最終的には自然分娩できましたが、大量出血で 2100 ミリリットルの出血をしました。こういう大変苦勞をする分娩になったということです。

この方のように、比較的普通の年齢で結婚しているにもかかわらず、子づくりを始めるのが遅いということ、またこの方のお母さんも糖尿病ですので、やはり年を重ねると糖尿病のリスクが増えていく。しかも肥満が悪化した状態で妊娠してきたということで、われわれ周産期側としては、どこかで何とかできなかったのかなというような思いを抱くような比較的典型的



な症例です。

ここで高年妊娠について、現場でどんなことがあるのかということをお話したいと思います。高年妊娠と言っても、例えば33歳、37歳でお産して、41歳でもう1人産みに来たという方は、そんなにたいしたリスクだとは私たちは考えていないので、高年初産についてデータをまとめています。ちなみに高年初産の定義というのが、昔は30歳以上でした。私が卒業するちょっと前ぐらいから、35歳以上に定義が変わりました。出産の高年齢化というのはだんだん進んできていて、とくに2000年以降は顕著であるというようなデータはよく目にされているかと思います。

全国の年齢別第一児出産人数ですが、1970年までは90%以上の方が20代までに1人目を産んでいましたが、現在では約半数の方が20代までにはまだ出産をされていないということが、これでおわかりいただけるかと思います。

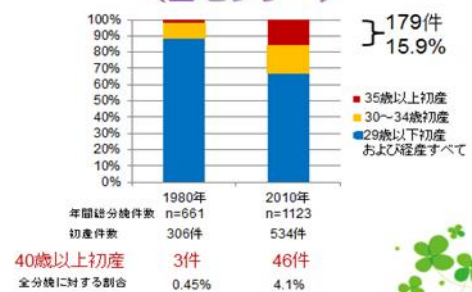
先日、2011年の人口動態統計が出ましたが、第1子出産時の母親の平均年齢が、とうとう30歳を超えたというようなデータが載っていました。対する1975年は25.7歳が平均の初産年齢だということなので、初産年齢は確実に上がっているということがおわかりいただけるかと思います。

では当センターはどうか。全国の傾向もともかくとして、比較的ハイリスク妊娠が集まるわれわれの施設ではどうかのだろうと、初産婦の割合を30年前の分娩台帳から数えてみました。大学病院は少し年齢が高い傾向がありますが、それでも1980年の初産婦は30歳以上が25%くらいでした。1990年と2000年はそんなに差はなく4割台だったのですが、2000年から2010年のこの10年間の間に、大きく年齢が上がったようで、2010年の初産の年齢構成としては30歳以上の方が7割近いというような状況になっていま

す。しかも高年初産の定義に入っている35歳以上の人が約3割以上で、約3分の1が高年初産であるということが、これでおわかりいただけるかと思います。

とくにリスクの高い40歳以上の初産婦を、いったいわれわれは日々どれくらい扱っているのか調べてみました。これがその数字です。2010年の年間分娩件数が1123件で、そのうち初産が534件なのですが、35歳以上の初産が16パーセントです。1割以上の分娩が高年初産で、しかも40歳以上の初産の件数は年間に46件にも及んでおりますので、全分娩の4パーセントが40歳以上の初産です。ちなみに30年前は、1年間にたった3件しかなく、0.45%でした。現在はいかに多くの40歳以上初産婦を取り扱っているのか、ということがおわかりいただけると思います。

高年初産が全分娩に占める割合
(当センター)



では高年妊娠は何が問題なのかということをも、もう一度ここで振り返ってみたいと思います。やはり妊娠するのが難しいということ。それから妊娠はしたのだけれど流産をしてしまう。それから妊娠、流産を乗り越えてもやはり産科異常の率が上昇するのです。

妊娠前、妊娠中、分娩時に分けますと、妊娠前の異常としては子宮筋腫、糖尿病、高血圧の頻度が高い。妊娠中に発症してくる異常としては、妊娠高血圧症候群や妊娠糖尿病。分娩時は、陣痛が来にくい、どうも



子宮がオキシトシンというホルモンに反応が悪いのではないかと思いますので、分娩を誘発しないと産まなかったり、陣痛も途中で弱くなってしまって促進しないといけない、といった確率や、帝王切開率が上昇し、鉗子分娩、吸引分娩といった器械分娩率が上昇します。それから分娩時の出血が多い傾向にあります。当院のデータでは明らかな差は出ませんでした。低出生体重児が多いという報告もあつたりします。染色体異常の率が少し上昇するというデータもあります。

厚労省の研究班の「妊婦のリスクスコア」では、40歳以上というだけで、もう5点がついてしまうのです。ちなみに4点以上は周産期センターや大学病院で産めと書いてあります。つまり、40歳以上というだけで当院で産まないといけないことになります。どれだけリスクが高いとわれわれ産科医が認識しているかが、おわかりいただけるかと思います。

このように産科医も苦労しているのですけれども、やはり不妊治療をされている先生方も苦労されていると思うのです。4月の日産婦学会の一般演題数を見てみましたところ、高年女性に関する不妊治療の話題が2件、高年妊娠の検討など産科側の話題が5件ありました。

日本産科婦人科学会のホームページに載っているARTの成績グラフです。緑の線が年齢に応じた、赤ちゃんが生きて産まれる生産率。流産率がこの紫の線です。30代前半までが15~16パーセント前後の流産率であるのに対し、35歳で21パーセント、40歳で37.5パーセント。45歳にいたっては68.3パーセントの流産率だということが、データに示されております。

やはり妊娠が高年齢であるほど、流産が増え、ART治療成績も下がっていく。妊娠が成立する率も下がり、最終的に赤ちゃんを産む率というの、やはり低いということがおわかりいただけます。これを数字で言い

ますと、治療に対する総生産率というのが、20歳代だと20パーセントが、35歳、40歳と下がってきて、なんと45歳の総治療に対する総生産率は0.5パーセントと書いてあるのです。200回の治療で1人の赤ちゃんしか生まれてこないのです。

うちにいらっしゃる不妊症患者さんの年齢は高いです。私が医師になった頃に比べると、本当に年齢の高い方が不妊治療に通っていらっしゃる。年齢上昇に伴って妊娠率は低下するのですけれども、この間読んだデータによると、今日の話の一つでもある提供卵子による場合は、年齢上昇によって妊娠率はこれほどには低下しないらしいのです。妊娠率の低下や流産率の上昇には、卵の加齢そのものが関与しているということデータを示唆しています。流産率に関しても、卵子が老化することによって流産率が高くなると考えられます。体外受精の流産率は35歳で21パーセント、45歳だと68.3パーセントになっていますね。不育症外来に「45歳で2回流産したから不育症の検査をしてください」という患者さんが来るのですが、7割近い確率のことが2回起こったらすごい病気かという、そうではないですね。45歳の方が2回流産しても、私たちの的には当たり前のことなのです。

あまり観念的なことばかり言ってもいけないので、どうして年齢が上昇すると染色体異常の確率が上昇するのかしらという説明を持ってきました。卵子を作る大元の細胞が減数分裂します。減数分裂の途中で止まってしばらく待っている。そのしばらく待っている、その間のところで外的なものが加わると染色体異常が生じやすくなるので、不分離が起こりやすくなる。だからお休みが長いほどいけない。だから年齢が高いと染色体異常の確率が上昇するのだそうです。

厚労省の不育症の研究班によりますと、不育症検査後に流産した検体を調べてみると8割ぐらいが染色

体異常であり、大半が誰にも避けられない流産だったということがわかっています。

染色体の不分離について図を作ってきました。染色体を半々に分けないといけないところを、半々に分け損ねた配偶子が半々に分かれた相手の配偶子と受精すると、ある染色体が3つあるということが起こってしまう、ということが染色体の不分離です。母体年齢が高いほど、不分離の頻度が高くなります。

染色体異常児の出生頻度も、ここに示すように年齢が高いほど多くなります。ダウン症候群の方ですと、20歳ですと1600人ぐらいに1人、40歳ですと100人に1人ぐらいの確率です。こんなデータがいろいろあります。

では私どもの不育外来にいらっしゃるのは何歳ぐらいの人なのだろうかと、20年前の台帳を調べてみました。そうしたら初診時年齢が1990年と2000年はそんなに変わらなくて、30%以上が20歳代でしたが、直近の2010年の50件を調べてみましたところ、40歳になってからいらした方というのが8人、つまり1割以上の方が40歳になってから、流産を2回したから、3回したからということで、あわてて検査にいらっしゃる。35歳以上の方も含めると半数以上どころか7割近い方が、高年妊娠の部類に入ってから不育外来を初めて訪れるということ、この10年ですごくその傾向が強まったということがわかりいただけるかと思います。

数えた150件について転帰を調べてみますと、出産に至ったのは40歳以上で14パーセント程度。40歳未満の方ですと、半数以上の方が生まれているということがわかりいただけるかと思います。というわけでいつも思うのが「もっと早く来ていただければ」ということです。

不育外来初診年齢別 生児獲得率 (判明分のみ)

20～29歳	64%
30～34歳	50%
35～39歳	50%
40歳～	14%

(当センター、検査終了後未来院例を含む)
1990、2000、2010年 計150件



私は周産期の者として、では高年初産の妊娠分娩リスクというのは、いったいどういうものがあるのかということを改めてお話ししたいと思います。初産1219例の中で年齢別に検討してみたところ、妊娠糖尿病、妊娠高血圧、帝王切開率、分娩誘発促進に至るのが、40歳以上で有意差を持って高いという結果になりました。分娩時の出血量も20代に比べると多かったという検討でした。分娩所要時間に関しては差はないという結果でした。ただし、この差はないという結果は、自然分娩に至った症例だけの検討です。時間がかかって帝王切開になった人はこのデータに含まれませんので、実際にはどうなのかわかりません。自然分娩できた人に関しては、分娩所要時間はそんなに差がないという結果でした。

高年初産という定義が適切なのかどうかと考えるために、35歳未満、35歳以上、40歳以上ということでグループに分けて比較をしてみました。そうすると不妊治療率は高い。帝王切開率も高い。妊娠高血圧症候群もやはり35歳以上を境に高い。ただ35と40で差があるかということ、確かな差は出なかったような気がします。このときの検討でも分娩時出血量が多いですし、このときの検討では分娩所要時間は40歳以上で長いという結果が出ました。当院のデータとしては、早産率が高いとか赤ちゃんの入院率が高いというよ



うなデータは出ませんでした。苦労はするけれども、結果はそんなに悪くないという結果でした。

また当院のデータベースから「初産・単胎」という条件で帝王切開率を調べてみました。当院はハイリスクを扱っているので、他院で異常を起こしたケースがどんどん搬送されてきます。早産例も多いので、帝王切開率は一般の病院よりかなり高いと思うのですが、一応そういうことを前提に帝王切開率を数えてみましたところ、年齢が上昇するとともに、30代からだんだん帝王切開率が高くなっていくということが、おわかりいただけるかと思います。初めてお産をする人の帝王切開率が45歳以上だと半数以上だということがおわかりいただけると思います。

ほかの施設の検討で、早産率が高いというデータを出しているところもあります。低体重児が多い、新生児入院率が高いというデータを出している施設もあります。とにかくどの周産期施設も、40歳以上の高年出産がとくにリスクが高いとみんな認識しております。若い人と変わらないと思っている産科医は、1人もいないと思います。

高年妊娠の問題はたくさんあります。妊婦さんでなくても、年齢が高い場合は麻酔管理なども十分注意しなければいけない。帝王切開も然りで、40歳以上ということになると肺塞栓などのリスクが高いという認識をしなければいけないということが医学的にもあります。医学的以外のところでいえば、出産後の子育てをどうするのだろう。体力的に困難な方もいらっしゃるでしょう。よろよろの祖父母が面会にいらしていると、サポートはどこから得られるのだろうというようなことも思います。ケースによっては、そのよろよろしている親の介護も一緒にしなければいけないかもしれない。それから45歳で出産したら、子どもが大学卒業する前に定年で、お金は大丈夫かなと思います。

すし。また社会的にも、年齢が高いベテランが出産で休むと職場が困ると思うのです。いろいろな社会的な問題も高年妊娠にはあるかと思います。

最初に、私たちはARTにちょっとハイリスク感を抱いていると言いました。ではARTそのものが悪さをしているのか。2011年の40歳以上の初産の単胎に限って調べてみました。体外受精による妊娠が20例、それ以外、不妊治療を含めてですけれども、排卵誘発とか人工授精とかの軽い不妊治療以下の人が32例ありました。年齢の平均は体外受精のほうが高いですが、帝王切開率、それから平均の分娩の出血量、早産数、早産数はART以外のほうが多いですね、早産を除いた平均の出生体重、いずれもほとんど差がありません。リスクの高い40歳以上の分娩に限れば、ARTのほうがより悪いということはないさうだということが、この数字からおわかりいただけるかと思います。

でも、何だかARTはリスクが高いというイメージが、どうしても私たちは拭い去れないのです。それがどうしてもかということを、これからお話をします。以前、年齢別にARTで妊娠した人の割合というのを調べてみたことがありました。40歳以上の初産のうちの大体3割ぐらいの方がARTで妊娠をしてきたということが、おわかりいただけるかと思います。当然高年齢にしたがって、ART率は高いということです。すなわちこれから何がいえるかというと、ARTそのものが悪さをしているわけでは多分ないのですが、ARTにより妊娠をしてきた40歳以上の初産がゴロゴロ来ますので、扱いそのものの件数が増えるわけです。つまり周産期施設のハイリスクの負担が増えるということが、数的におわかりいただけると思うのです。40歳以上の初産というのが1.5倍になっていますし、初産に限らず45歳以上の分娩が2倍になっているということです。つまり、ART自体が本人のリスクを上げているというわ



けではないのです。ARTによって増加したリスクの高い人が私たちのところに送られることで、私たちが「何かARTってリスクが高いな」と感じるということです。

繰り返しになりますが、40歳以上の初産の取り扱い件数。私の上司が若い頃の30年前は年間に3件しかなかったものが、2010年には46件も40歳以上の初産を取り扱っております。ちなみに2011年は54件でさらに増えています。今年はまだデータが出ておりません。

帝王切開の件数です。大学病院なのに、なんとうちの上司が若い頃は、年間で20件しか帝王切開がなかったのです。帝王切開というのは一大イベントだったわけです。それが今の2010年は317件。1日に1件弱ぐらいの帝王切開を私たちは経験しています。産科施設の負担が非常に増えています。

同様に、双胎なんて昔は年間7件、一大事件の一大イベントでした。今は年間に63件も双胎、三胎が生まれています。大学病院の産婦人科医療の負担がすごく増えているということがわかります。

多胎の概要を調べてみたところ、45パーセントが不妊治療による多胎であったということなので、ARTがなければ多胎は半分だったはずなのです。ただ、昔に比べると単一胚移植、1個だけ戻すというのがだいぶ統一されてきましたので、一時期よりはちょっと減ってきています。

ARTによってリスク症例を増やされたことを示す一例を、ここで紹介したいと思います。26歳で子宮腺筋症の診断をされていた方が、体外受精をして、36歳でやっと妊娠が成立しました。しかし妊娠6週に深部静脈血栓症になり、13週で我々の施設に紹介されてきました。妊娠継続希望ということで入院しましたが、残念ながら20週で赤ちゃんがお腹の中で亡くなって

しまいました。4日後に児を娩出。その1年後に腺筋症の部分切除術を受けたり、月経困難症になったりして、子宮摘出を考慮中というところまで診療録で確認しました。子宮内胎児死亡になった場合、児を娩出するために子宮口を広げて陣痛をつけるという処置をするのです。子宮口を広げるために、腔鏡を入れて、ラミナリアというのを挿入するのですが、子宮口を展開できないのです。展開しようとするものすごく痛いですし、大変苦勞しました。どうにかこうにか頸管拡張をして、陣痛をつけて児を娩出したのですが、その後胎盤を出す際、どう器具を入れていいやらということで、とにかく患者様にも大変な苦痛を与えて、泣かせて、最終的には死産に至ったというようなことを記憶しております。

もう1例、こんな例がありました。29歳で結婚し、本格的な不妊治療を始めたのは35歳を超えてからという女性です。体外受精を希望したということで、うちではないところの大学病院に紹介されています。この方は腎臓が悪い状態でした。それでもご本人たちは希望するということで体外受精に踏み切り、妊娠しました。その方が転居のため当センターに15週で紹介になりました。私たちのところに来たときは39歳。腎機能の悪い妊婦というのは、だんだん悪くなることがあり、この方も外来で徐々に悪化して妊娠26週から管理入院をしたのですが、入院後もどんどん悪くなってしまっていて、なおかつ赤ちゃんもこれ以上育たなくなってしまい、妊娠27週6日で帝王切開に踏み切りました。普通は27週6日ですと1100ぐらいあるでしょうが、736グラムのお子さんをお産されています。この子はちょっと心臓に病気を持って生まれてきました。心臓の手術をするには赤ちゃんに体重がないと無理なので、がんばって治療して体重増加を待ったのですが、ひと月で残念ながら亡くなられ

てしまいました。お母さんのほうは産後尿たんぱくが続き、腎生検をして膜性腎症という診断に至ったのですが、この妊娠を経験したことによって妊娠前よりも腎機能は悪化して、降圧剤が手放せないという状況になってしまいました。ちなみにこの人は凍結胚がまだ残っていて、次の妊娠をこの状態で希望しています。

まとめますと、この人たちは ART がなかったら多分妊娠しなかったのです。ですが、この方たちは結果としてひどい状態になって、大変な管理を受け、最終的には赤ちゃんもだめでした。処置も非常に苦痛を与えました。その気持ちのフォローは、私たち産科の主治医がやっています。この方たちがもし自然妊娠してきても、多分経過は同じなのですが、なかったはずのハイリスク妊娠、というところが、私たちとしてはつらいです。

高年齢になってから妊娠するという社会全体のあり方が問題なので、ハイリスク分娩を減らすためには、とにかく社会的に不妊を予防していく必要があります。私たちの医療資源を供給するのが難しいところに、需要がのし上がっているという現状です。何か線引きをしていただけないかなというのが産科医の正直な気持ちです。

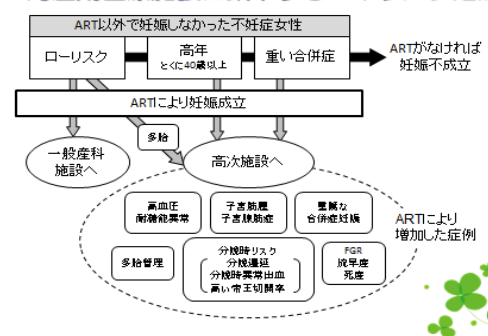
見えてくる現状

- 高年齢になってから妊娠する社会全体のあり方：社会的に不妊を予防する必要性
- 供給がないところに需要を押し上げている
 - ✓多胎、高齢妊娠、合併症妊娠が多くても、受け入れる施設が質・量ともに十分であれば、本来は対処可能である
 - ✓しかし、現在、分娩取扱施設の減少やNICU不足など、周産期医療が充実していない
- 不妊治療開始前の評価基準、などのガイドライン作成？

それを図に表してみました。ART がなかったら妊娠

しなかった女性というのがいます。その人たちは、その技術で妊娠が成立しました。リスクの低い人は一般の産科施設に行き、多胎とか、年齢が高いとか、合併症があるという人は当院に来ます。その分が ART によって増加した症例ということになりますので、産科の手間が増えているということはおわかりいただけると思います。われわれ三次施設において ART のハイリスク感が拭い去れないのはどうしてかといいますと、妊娠したものの、ほかでは管理できない、なかったはずのハイリスク例がうちに集中しているからだということが、おわかりいただけるかと思ひます。

周産期医療施設に集中するハイリスク妊娠



卵子提供の話題を少しお話ししようと思ひます。でも卵子提供のベースには高年妊娠がありますので、ここを理解していただければと思ひます。

先日「周産期医学」に載っていた文献では、「年齢が高い、多胎率が高い、妊娠高血圧が多くて、早産も多く、胎盤の異常も多く、帝王切開率が高く、輸血率も高い」というようなデータを出しておりました。「卵子提供妊娠というのは通常の高年妊娠よりもさらにハイリスクであるという認識を持ちなさい」と締めています。

その一方、別の海外文献によりますと、PIH の発症が高いというのは卵子提供に関して前から出ている



データらしいのですが、赤ちゃんの経過、周産期予後に影響はないとしています。ただ年齢をマッチした検討なので、両群の平均年齢が 36 歳で同じなのです。確かに、もしかしたら卵子提供でも条件を揃えてしまえば、問題はないのかもしれません。でも実際に来るのは、年齢の高い人ばかりなのです。

当院で卵子提供ということが判明している例を見ると、8 件ありました。日本で卵子提供を受けたケースはありませんでした。帝王切開が 6 件、双子さんが 5 件ということで、確かに多胎率、帝王切開率は高いです。年齢が一番若い人で 44 歳ということでした。この 44 歳の双胎に関しては、韓国で卵子提供を受けて、3 個移植して 1 つは初期流産で双胎になりました。双胎の経過としては比較的普通の経過で終了しております。

48 歳の方に関しては、最初 5 個着床していた胚を、3 つ減胎して 2 つになってきました。そこから先の経過は比較的双胎としては順調でした。帝王切開術後の弛緩出血になりましたけれども、双胎ではしばしばありますので、まあ普通かなと思います。

45 歳の方に関しては、海外で治療されてきて、よくわからない薬をたんまり盛られた状態で受診されてきました。受診後投薬を整理整頓して、この方も比較的順調にいらしています。

48 歳の双胎。この方は赤ちゃんの状況がよくなく妊娠 32 週で小さ目の赤ちゃんをお産しています。子どもさんは 3 週間強入院して、自宅退院されているので結果としてはべつに悪くないのですけれども、早産で生まれています。

この 47 歳の方については、妊娠前に、いくつ卵を戻したらいいのでしょうかという妊娠前相談にいらっしゃいました。私は、超高年妊娠のリスク、多胎妊娠のリスクということをいろいろお話して、最終的に

は確か 1 つ戻して妊娠されてきました。この人がまた不思議な経過で、妊娠 23 週でお腹が痛くなってきて、大量の腹腔内出血をなぜか来まして、開腹手術を要したという経過があるのです。どうも癒着していた付属器あたりから破たんして出血したらしいのですけれども、原因ははっきりしませんでした。妊娠 39 週で、この方はデータどおりで高血圧を発症して、陣痛が自然に来たのですけれども結局お産が止まってしまって、帝王切開で帰られました。最終的な結果はそんなに悪くないです。

46 歳の方も、双子さんとしては出血が多いですけれども、結果はそんなに悪くないのですが、この方は肥満の方で、帝王切開の手術のところが感染を起こして開いてしまって、もう 1 回入院しなければいけないというトラブルがありました。

この 50 歳の方は、50 歳の双子さんとしては順調です。赤ちゃんは少し小さめで、出血も多めですけれども、順調です。これを順調と言ってしまうのは、うちが周産期施設だからだと思います。普通の病院ではこれは非常に大変です。

49 歳の方は、甲状腺の機能がちょっと低く、出血は 1200 で多いですけれども、全体の経過としてはこんなものかなという感じです。

当院の卵子提供症例は、適応がすべて加齢です。ターナー女性とか早発閉経とかという方は全然来なくて、みんな加齢が適応です。文献にあるように PIH が多いという傾向は、うちの 8 例ではありませんでした。また帝王切開率が多いです。その適応は多くは多胎なのですが、多胎でなかったら回避できたかどうかはわかりません。症例数が少ないので何とも言えませんけれども、卵子提供だからハイリスクというのではなくて、やはり年齢が高いことや多胎であるということが、この人たちのリスクにきいているのかなと思います。



ただしデータを出すにあたっては、皆さんお気づきと思うのですが、紹介状から卵子提供というのがわからないものは卵子提供といえないのです。先日も、40歳を超えている方が韓国で体外受精をしてきましたと。卵子提供ではないのかなと思うのですが、その人は「着床障害で診てくれる先生が韓国にしかいなかったから」と。そんなはずはないだろうと思うけれども、本人がそうだといい張れば、それは信じるしかないのです。法整備がされていないので、隠してしまう人は当然います。

最後に、なぜ子どもを持つ年齢が上昇したのかということをお話しします。やはり情報不足なのです。一般の人が40過ぎてから妊娠するのは難しいということをご存知ない人が結構いるということは、産婦人科医として実は認識しておらず、驚きました。私たちの間では常識であることをみんなは知らない。卵子が老化するということも知らない。

あとやはりメディア情報です。40代、50代、60代の妊娠成功例が報道されます。リスクに関しては、そんなに大きく報道されることはありません。

NHKの「クローズアップ現代」の「卵子の老化」という番組の中の声をちょっと紹介します。ある44歳の女性です。この方は、パートナーと出会ったのが36歳でちょっと遅め。40歳で結婚して仕事を優先し、不妊治療を始めたけれども、体外受精を20回以上、700万円を費やしています。年齢のせいだと医者から言われて、奈落の底に突き落とされましたとおっしゃっています。「卵子が老化するなんて誰も教えてくれなくて、ずっと避妊をしてきました。若い頃の卵子を返して」と訴えています。36歳でパートナーと出会ったときに、この顛末を知っていたら、子どもがほしかったのだったらつくっていたと思うのです。知らないということは、非常にお気の毒ということがわかりいた

だけです。

不妊治療、不育症外来に40代の患者さんがどんどん増えています。これまで避妊してきたのだけれども、いざつくろうとして、だめだということに気がついてから後悔している。メディアを通じて知識を得ているので、芸能人が45歳で出産すると、それは普通なのだと勘違いしてしまうのです。「卵子の老化を社会の常識にしてほしい」と番組で言うておりました。

卵子が老化することを知らない

- ・生まれたときから卵子がある
- ・卵子も年を取っていく
- ・30歳ころから徐々に妊娠しにくくなる
- ・45歳過ぎると自然に妊娠することは、かなりむずかしくなる

→ 産婦人科医にとっては常識

だから、うちの医局員たちは、縁があればわりとさっさと結婚して、わりとさっさと子作りしています



2011年の10月の日経新聞の記事ですけれども、40代の妊娠の話題です。「それでも子どもがほしい」というタイトルがついています。記事の中には「確かに40代にとって妊娠・出産の壁は高い」、「なかなか働く女性にとって両立が難しい」、「老後の資金は大丈夫なのか」ということが書いてある一方で、ネガティブなことだけ書くとやはりバッシングを受けるせいなのかどうなのか、必ずポジティブな記載があるのです。「神奈川県在住の42歳は、40代の子育てでよかったと感じている。2人目が落ち着いたなら在宅勤務で職場に復帰します。希望を聞いてもらえるのも30代で培った信頼があったからこそ」というふうに話しています。これはすごくラッキーなことなのですから、これをポンと1つだけ載せられると、「じゃ、40代に



なってから妊娠しようと思ったら、ポン、ポンと2人できる」と勘違いしてしまう読者が絶対いると思うのです。書いてもらうのはいいのですけれども、もうちょっと事実をしっかり伝えてほしいと思います。

ではなぜ日本はだめなのか。ある新聞記事には、フランスとかだと出産のケアが厚くて、出産・育児のために職場を離れることはありませんという記事があったりします。日本は子どもを産ませない社会というふうにおっしゃっています。

私たちの社会はまだまだ、就労しながら子どもを持つということに関しては容認してくれません。学校に行ってもPTAの活動に出てくるのは女性ばかりです。「子育ては女性の仕事」というのが日本ではまだあります。

もうちょっとお話をさせてください。私たち産婦人科医師の数が減って危機的状況になった際に、日本産科婦人科学会で調査をした報告からです。男性は年齢が上がっていても大して離脱しないのですけれども、女性は経験年数が上がれば上がるほど、分娩取扱施設から離脱しているということがデータとして示されています。私たちが子育てをしながら仕事をするのは、確かに大変といえば大変なので、それを一体どうしたらいいのか。女性医師が働きやすい職場はどうしたらいいのかということをいろいろ模索しています。

日本産婦人科医会のホームページを、お暇な人はちょっと開いてみてください。「みなさまへ」という資料集から、まず一つには、「妊娠、出産、育児中の女性医師の働きやすい職場づくり」のパンフレット。職場環境の見直しとか、具体的な支援は何が必要なのか、すでに効果を上げている病院はどこなのか。2008年ですから4年ぐらい前のパンフレットですが、いろいろな方策について紹介されています。

女性医師自身が子どもを持ちながら、どういうキャ

リアデザインを持っていけばいいのかということを示したようなパンフレットなどもあります。先輩の声を掲載しています。これは女性のライフプランだけではなくて、男性にも非常に参考になると思います。やはりこれは私たち女性だけのための施策ではなくて、女性にとって働きやすい職場というのが男性にとっても働きやすいということ、みんなが常にフル稼働できるわけではないので、そのところを理解して整備をしていくべきだと思っています。

われわれ産婦人科医は、子どもを産むことをサポートしている仕事メインですので、われわれこそ子どもを持って仕事をするのが当たり前であることを、私たちが率先していくべきだと思っています。妊娠・出産を後回しにすることは一つもいいことがないということは、みんなに伝えていきたい。自分自身もちゃんと出産してから、仕事をやっていくという責任感を持ってやっていくべきだと思います。

卵子提供が是か非かということに関しては、専門ではないので譲りますけれども、この技術を全面的にだめというつもりは私ありません。でも実際にいらっしゃる人は、適応は高年なのです。もうすでに年齢を重ねてしまって妊娠していない方をサポートすることは必要だとは思いますが、でもこれからの時代、そういう人をつくらないようにして、卵子提供がいいとか悪いとかということではなく、卵子提供に至らなければいけない症例を減らしてあげることが必要なのではないかと、私たちは思っております。

社会全体として不妊を予防していく。高年になってからはこんなにリスクがあって大変だよということを啓発していく。私たち受け入れ側のほうの医療資源の強化をしていく。あとはこれを前提として、若くして子をもつ気になるような、妊娠子育てに関する社会全体のあり方の変革をすることや、若いうちからの人



生プラン教育やキャリア教育とか、本当に多方面からのさらなる努力が必要なのだと、私は考えております。以上です。ご清聴ありがとうございました。

卵子提供は是か非か

- ・ 倫理的・社会的問題は専門家に譲ります
- ・ 早発閉経やターナー女性など、この技術によってしか妊娠の可能性がほとんどない女性には福音
- ・ しかし実際に現場に来る例の適応は高年
- ・ すでに年齢を重ねてしまった方への支援は必要でもこれからは女性がそういう目に遭わないよう啓発が必要
 - ✓10代からのキャリアプラン教育
 - ✓企業への啓発 etc・・・



司会：奥田先生ありがとうございました。それでは質疑応答に移りたいと思います。

質問者 1：大学でジェンダー論を学んでいます。先ほど先生のお話の中で、不妊治療をすることの評価基準にどこかで線引きをするようなガイドラインを作りたいというようなご意見もあったのですが、不妊治療に関してガイドライン化は難しいのかというあたりについて、聞かせていただけないでしょうか。

奥田：ご質問ありがとうございます。ガイドライン化に関しては、年齢的な線引きがすごく難しいのだと思います。不妊治療の先生方というのは、求められたら治療を提供せざるを得ないと思うのです。

今は新生児管理もよくなってきましたし、透析の技術も上がってきたということで、リスクを承知で本人がどうしてもやるというのだったら、お止めしないというふうに逆になってきています。医療が進歩すると許容できるものも増えてきてしまうので、どこかで線

引きをするというのは難しいと思います。ただ、この中で危ない目に遭っている人がいるということは知ってほしいと思い、時々こういうチャンスがあればお話をさせていただいています。

司会：ほかにどなたかございますか。

質問者 2：報道機関の記者をしています。先生がご講演の中でメディアの責任などについても言っておられて、痛いことを言われたとも思っております。私なりに高年出産のリスクなども書いていきたいと思っています。女性が出産を先延ばしにすることについて、先生は医療の現場をご覧になって、どこに原因があると思われるのでしょうか。

奥田：医療現場のせいではないように思うのです。確かに、不妊治療の技術などが向上してきて、年齢が高くなっても妊娠が可能になってきたという医療の進歩というのは、多少そういうことに影響しているのかもしれませんが、やはり雇用機会均等などが出てきて、出産などで休職というのができない雰囲気もあったし、産休で同僚から遅れを取りたくないということでもがんばっていらっしゃった方たちが、子供を欲しいと思ったときにこういう目に遭っているということです。言うなれば、時代の犠牲者です。

いつの間にか、適齢期の存在が忘れられてしまって、今に至っているのかなと思います。女性が20代で出産を始めるということは生き物として必要なことです。子どもを産みたいのだったら、やはり早く産んでおかないといけないのだということを言ってあげないといけないと思うのです。そのためには30代、40代になってから言っても遅いので、10代後半から20代前半の人に教えてあげてほしいと思うのです。



今日は批判を承知で言いますが、不妊治療の成績を見ていただいておりますように、40 歳以上の人にお金出しても無駄です。そこに対する予算を、若い人が産める環境づくりに回してあげればと思うのです。不妊治療の助成金も、一案としては、35 歳未満で治療を開始するということをまず条件とし、上限を 40 未満とする年齢制限もつけてしまっているのでは。45 歳で 2 回流産した人に不育症の検査の助成が必要なのか、疑問です。

国は、産みたい人たちが安心して産めるようなサポートをすべきです。産みながら働いていけば、最終的にかかるお金は大して変わらないと思うので、40 になってから 700 万かけるよりも若いうちに産んでおいたほうが良いと思うのです。そこら辺のところを、どんどん情報発信をしていただければと思っていますので、ぜひお願いします。

司会：最後にお一方だけ。

質問者 3：お話ありがとうございます。文学部で社会学をやっている者です。単胎と多胎だとリスクが違うというお話があったと思うのですが、実際に減らすということを決めるプロセスというのは、どういうものなのか。

奥田：減らすというのは減胎のことですか。

質問者 3：そうです。単胎のほうがリスクは少ないという説明をされるかと思うのですが、最終的には多分個人の意思に委ねると思うのです。でも実際の例を見てみると結構多胎が多くて、どういった経緯でそういうことになるのかというのが一つ気になった点なので、教えていただきたいと思います。

奥田：多胎はリスクが高いというふうに確かに申し上げたのですが、双子さんの種類にも、一卵性と二卵性があります。二卵性だとリスクは一卵性より低いので、減らす必要はないと思います。ただ、不妊クリニックで、多胎は危ないといって減胎しているようなのです。そのところをどういうディスカッションで減らしているのか、私にはわかりません。産科側が減胎をお奨めすることはありません。とくに私の施設では、3 つでも減胎は奨めません。ただ分娩のリスクとか、早産 3 人ということもあり得るので、その辺のリスクをお話すると、本人たちがクリニックで減らして戻ってくることはあります。

司会：奥田先生、大変長い時間ありがとうございました。

（終了）

発行

日比野由利

金沢大学医薬保健研究域医学系

環境生態医学・公衆衛生学

〒920-1192

金沢市角間町金沢大学角間南地区自然科学3号館5階

Tel/Fax 076-265-6435