

第37回
日本産婦人科医会性教育指導セミナー
全国大会集録集
－開催地：滋賀県－

2014年

公益社団法人 日本産婦人科医会

目 次

ごあいさつ	木 下 勝 之	1
第 37 回日本産婦人科医会性教育指導セミナー全国大会を開催して		
.....	高 橋 健太郎	3
プログラム		7
教育講演Ⅰ：「思春期からの HPV 感染と子宮頸がんの予防～大切な子宮をなくさないために～」	高 橋 健太郎	8
特別講演：「妊娠の適齢期～生殖医療と周産期医療の視点から～」		
.....	村 上 節	13
教育講演Ⅱ：「女性ホルモン製剤（OC/LEP 製剤）と血栓症：有害事象回避のための最低限の知識」	岡 野 浩 哉	18
シンポジウム「妊娠適齢期の現在・未来～妊娠適齢期を踏まえた性教育を子供たちにどのように指導していくかを考える～」		
シンポジウム座長のことば	高 橋 健太郎 安 達 知 子	28
1) 「働く女性産婦人科医師の立場からみた妊娠適齢期」	石 河 顕 子	30
2) 「妊娠と出産後の精神科的問題」	石 田 展 弥	35
3) 「宗教学的な見地からの妊娠適齢期－生命の尊厳と教育」	鍋 島 直 樹	38
4) 「滋賀県における妊娠・出産の現状について」	角 野 文 彦	42
5) 「高校生への性感染症予防教育～生徒と親の考え～」	田 中 祐 子	46
6) 「お母さんの保健室から見た妊娠適齢期」	押 栗 泰 代	48
7) 子育て男性の WLB から見た妊娠適齢期	徳 倉 康 之	54

ご挨拶

木下 勝之

公益社団法人日本産婦人科医会会長

平成 26 年度の性教育指導セミナー全国大会は、滋賀県産科婦人科医会が担当してくださることとなりました。高橋健太郎会長はじめ、医会会員の皆様の、大会開催に向けてのご尽力に心より御礼申し上げます。

我が国の合計特殊出生率は、平成 17 年に、史上最低の 1.26 になったことを受けた国は、少子化対策に必死に取り組んで参りました。若い健康な男女が、結婚し、経済的にも、社会的にも、安心して、妊娠・出産・育児ができるように、国は、妊婦健診料の公費助成、出産育児一時金の引き上げなど、様々な施策をとってきた結果、2013 年には、1.43 まで、回復してきたのです。人口減少に歯止めをかけるに必要な 2.07 にむけて、人口減の克服のために、さらなる財政的、税制的施策を具体化することが、平成 26 年度の国の骨太の方針に明記されるほどの、重要課題にまでなりました。

一方、我が国の現状は、文科省の性教育指導要綱に沿った指導が行われていても、我が国の風俗文化の伝統は、各地域で引き継がれており、性に関する大らかさは、きわだっている上に、IT 化の広がり進化により、子供たちは、さまざまなツールを開けば、性の情報はどこでもいつでも手に入れることができる現状にあります。

そのような今日の我が国社会の実情を踏まえて、学童時期から、少年・青年期にかけて、男女の性に関する、現実に応じた適切な生殖医学教育と性教育、さらに指導に関して、どの様な対応が、それぞれの若者に幸せをもたらすことになるかの模索が、続いていくと思われまます。

その担当者は、医師、看護師、助産師、保健師、学校の教諭、養護教諭等、医療や教育の分野の関係者だけでなく、家庭、マスメディアそして、社会が担っていかねばなりません。

今回のシンポジウムに採用された、「妊娠適齢期の現在・未来 ～妊娠適齢期を踏まえた性教育を子供たちにどのように指導していくかを考える～」は、まさに、少子化対策に資する極めて大事な課題であると思えます。

開催地、滋賀県大津市は、琵琶湖の南端に位置する景勝地です。賑やかな喧騒を離れて、観光客の少ない湖西の道を北にたどると、右に湖を眺め、左に圧していた比良山系を過ぎ、広々とした安曇川地方に出ます。そこから西にお

れて、朽木溪谷を訪ねたことがあります。

朝倉氏を落とす寸前であった敦賀にいた織田信長が、近江の浅井氏の裏切りで、もはや敗北必死の状況の中で、敦賀から、朽木を経て京都に連なる朽木街道を猛烈な勢いで逃げ帰った信長の強運の跡をたどる喜びを味わうことができます。

性教育指導セミナーでよく学び、そして、近江地方の歴史の跡をたどり、素晴らしい夏の思い出を刻んで、有意義な日々を過ごしていただきたいと思います。

この素晴らしいプログラムとご歓待の企画を準備された高橋健太郎大会会長はじめ、医会会員の皆様に改めて心より感謝申し上げます。

第37回日本産婦人科医会 性教育指導セミナー全国大会を開催して

高橋 健太郎

第37回日本産婦人科医会性教育指導セミナー全国大会大会長
滋賀県産科婦人科医会会長

第37回日本産婦人科医会性教育指導セミナー全国大会を、平成26年7月27日に滋賀県産科婦人科医会が担当し、全国および県内各地から280名（うち医師181名）の参加を得て湖国滋賀の天津市のピアザ淡海 滋賀県立県民交流センターで盛大に開催することが出来ました。

わが国の生涯未婚率の急増と婚外出生率の低値維持、初婚年齢の上昇と晩産化および出生数の減少、さらには出産後の働く女性の支援対策の欠如、等々で近年の少子化問題が顕著となっています。また、先進国における女子労働力率と合計特殊出生率は正の相関関係にあり、女子が元気で働いているほど子供は多い傾向にあります。そこで、日本産婦人科医会の女性保健部会は少子化対策の一環として、若い男女でも子育てと仕事は両立出来ることを啓発する目的で「産みドキ、育てドキ、働きドキ」の小冊子を作成しています。本セミナーはこの啓発活動を補完する形で「妊娠の適齢期はあるのだろうか？その為の性教育はどうしたらよいのだろうか？」をメインテーマと致しました。

午前中の1つの特別講演と2つの教育講演、および午後のシンポジウムのプログラムで会を構成致しました。

まず、教育講演Ⅰで「思春期からのHPV感染と子宮頸がん予防」を高橋が大切な子宮をなくさないためには思春期からはじめて成人期まで続ける子宮頸がん予防対策が必要であることを講演いたしました。次に特別講演として滋賀医科大学の村上 節教授に「日本の生殖医療の現状」と題して生殖医療と周産期医療の視点から妊娠適齢期を探っていただきました。教育講演Ⅱでは最近話題となっておりますEP剤と血栓症について最低限の知識を習得していただくため、飯田橋レディースクリニックの岡野浩哉先生に「女性ホルモン製剤（OC/LEP）と血栓症 ～有害事象回避のための最低限の知識～」を講演していただきました。シンポジウムでは妊娠適齢期を踏まえた性教育を子供たちにどのように指導していくかを考える要素を探るために、「妊娠適齢期の現在・未来」をテーマに、働く女性医師の立場、精神科医の立場、宗教家の立場、保健・行政の立場、養護教諭の立場、子育て母親の立場、子育て父親の立場、の7名の講師の先生方に全く違った見地からそれぞれの立場でお話いただきました。2時間半という限られた時間の中であまりにも欲張りすぎた企画でしたので、講師の先生方にゆっくりお話ししていただく時間が取れず大変ご迷惑をおか

けいたしましたこと、ここに紙面をもちましてお詫びいたします。しかし、妊娠適齢期は人それぞれの立場、環境、心身の状態によりますが、その個人に見合った妊娠適齢期というものはおおむね30歳前後に存在するのではないかと一定の見解が得られたことでこのシンポジウムを企画した意義は大きかったと思います。

大会前日の7月26日にはセミナー関連行事としての県民公開講座を同場所で162名（医師75名、看護師4名、助産師22名、大学生3名、看護学生14名、教職員10名、行政8名、高校生・その他26名）の参加を得て開催いたしました。メインテーマは「～将来、こどもを産み育てるために知っておきたい性に関する知識～」で、滋賀県での不十分な性教育のために知識不足である高校生にこどもを産み育てるために知っておいてもらいたい知識を正確に伝えることを目的と致しました。

オープニングアトラクションとして、11歳で日本代表選手として世界バトントワリング選手権大会に18年間出場し、金メダル4個、銀メダル7個、銅メダル3個の計14個のメダルを獲得し、現在シルクドソレイユでご活躍中の本庄千穂さんに素晴らしい表現力で皆さん方を魅了するバトンを披露してもらいました。

第一部は「女性のライフプラン～男女とも妊活は思春期から～」と題して女性クリニック Wel! TOYAMA 院長 種部恭子先生から、いつもの調子の種部節で聴衆の皆さんを釘づけにしていました。是非、多くの高校生に聞かせておきたい内容だったのですが、何度も足を運んでお願いしたにもかかわらず肝心の高校生の参加は極めて少なく、関心の無さか、教育委員会の姿勢か、はたまた、各校長の思惑かは知る由もありませんが、教育現場との距離をひしひしと感じた次第です。

第二部はロールプレイング（寸劇）「どう違う？若年妊娠と熟年妊娠」を避妊教育ネットワークの有志により演じていただき、引き続き、メンバー全員で「恋するフォーチュンクッキー」の替え歌「愛するフォーチュンベイビー」を歌って踊りました。不肖私も本ネットワークのメンバーの一員でもありますので、ボケ老人役で寸劇にも出演させて頂きましたし、踊りはセンターを執らせて頂きました。木下会長をはじめ会場の大勢の皆様方のご協力により、妊娠適齢期というものを笑いの中で考え、視覚で訴える後々まで記憶に残る性教育を試みてみましたが、成功したのではないだろうかと思っております。この寸劇を受けて、日本家族計画協会家族計画研究センター所長の北村邦夫先生から「妊娠適齢期を考慮した上手なピルの使い方」をこれまた、北村節満開でご講演いただきました。

第一部と二部の間におうみ犯罪被害者支援センター理事・支援局長の松村裕美様に滋賀県警察・滋賀県産科婦人科医会・犯罪被害者支援センター・滋賀県の4団体が協定を結び、平成26年4月よりオープンいたしました「滋賀県における性犯罪・性暴力被害者ワンストップ支援センター（SATOCO）」の紹介をしていただきました。

公開講座の後、場所を琵琶湖上に移し、約 180 名の皆さんのご参加を得て、湖上汽船ビアンカで 2 時間半のクルージングの船上パーティーを行いました。京都・祇園から舞子・芸子による歓迎の舞に始まり、会食歓談、途中で杉山千絵&菊池英亮カルテットによるショータイムを皆で楽しみました。この船上パーティーで舞子・芸子による「おぎゃー献金」と「SATOCO 献金」の願いを参加者に行い、計 125,452 円の献金を得られたことに厚くお礼を申し上げます。

滋賀県においては未だ真剣に性教育に携わる者は少なく、性教育への関心は薄く、性教育そのものも十分に行われていないのが現状であり、性に関する正しい知識が高校生を中心とする若者には身につけていない状況であります。本セミナーを機会に、滋賀県においても性教育の関心が高まり、子ども達が心身ともに健全に育つことを願っています。また、全国各地、県内から多くの方々のご参加をいただき、無事に盛会裏に終了することができましたこと、担当県を代表しご支援・ご協力をいただいた関係各位に紙面をお借りして御礼申し上げます。

第37回日本産婦人科医会性教育指導セミナー全国大会

メインテーマ「妊娠の適齢期はあるのだろうか？」

その為の性教育はどうしたらよいのだろうか？」

と き：平成26年7月27日（日）

ところ：ピアザ淡海 滋賀県立県民交流センター

担 当：滋賀県産科婦人科医会

- 9：30 開 会 宣 言 野 村 哲 哉（滋賀県産科婦人科医会副会長）
 大会長挨拶 高 橋 健太郎（滋賀県産科婦人科医会会長）
 主催者挨拶 木 下 勝 之（公益社団法人日本産婦人科医会会長）
 来賓挨拶 河 原 恵（滋賀県知事・滋賀県教育委員会教育長）
 笠 原 吉 孝（一般社団法人滋賀県医師会会長）
- 10：00 教 育 講 演 I
 「思春期からのHPV感染と子宮頸がんの予防」
 ～大切な子宮をなくさないために～
 演者：高 橋 健太郎（滋賀医科大学地域周産期医療学講座教授）
 座長：野 田 洋 一（滋賀医科大学名誉教授）
- 10：45 特 別 講 演
 「日本の生殖医療の現状」
 妊娠の適齢期～生殖医療と周産期医療の視点から～
 演者：村 上 節（滋賀医科大学産科学婦人科学講座教授）
 座長：山 本 宝（日本産婦人科医会女性保健委員会委員長）
- 11：50 教 育 講 演 II
 女性ホルモン製剤（OC/LEP）と血栓症
 ～有害事象回避のための最低限の知識～
 演者：岡 野 浩 哉（飯田橋レディースクリニック院長）
 座長：北 村 邦 夫（日本家族計画協会家族計画研究センター所長）
- 12：50 シンポジウム「妊娠適齢期の現在・未来」
 ～妊娠適齢期を踏まえた性教育を子供たちにどのように指導していくかを考える～
 座長：高 橋 健太郎（滋賀医科大学地域周産期医療学講座教授）
 安 達 知 子（総合母子保健センター愛育病院副院長）
- 1) 働く女性産婦人科医師の立場からみた妊娠適齢期
石 河 顕 子（滋賀医科大学産婦人科学講座助教）
 - 2) 精神医学的見地からの妊娠適齢期
石 田 展 弥（医療法人明和会琵琶湖病院理事長・院長）
 - 3) 宗教学的な見地からの妊娠適齢期
鍋 島 直 樹（龍谷大学文学部真宗学科教授）
 - 4) 保健・行政の立場から
角 野 文 彦（滋賀県健康医療福祉部次長）
 - 5) 教育者の立場から見た妊娠適齢期
田 中 祐 子（聖泉大学看護学科養護領域准教授）
 - 6) お母さんの保健室から見た妊娠適齢期
押 栗 泰 代（NPO 法人マイママ・セラピー理事長）
 - 7) 子育て男性のWLBから見た妊娠適齢期
徳 倉 康 之（NPO 法人ファザーリング・ジャパン事務局長）
 - 8) 総合討論
- 15：25 次期大会開催地紹介 久 松 和 寛（広島県産婦人科医会会長）
 15：30 閉 会 宣 言 野 村 哲 哉（滋賀県産科婦人科医会副会長）

教育講演 I

思春期からの HPV 感染と子宮頸がんの予防 ～大切な子宮をなくさないために～

高橋 健太郎

滋賀医科大学地域周産期医療学講座

はじめに

「がん対策推進基本計画」を平成 19 年 6 月に策定してから、5 年が経過し、新たな課題も明らかになっていることから、新たに平成 24 年度から平成 28 年度までの 5 年間を対象として、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策の推進に関する基本的な方向性を明らかにする目的で厚生労働省は平成 24 年 6 月に計画を見直した。この中で新たに子どもに対するがん教育のあり方を検討し、健康教育の中でがん教育を推進する「がんの教育・普及啓発」の項目を新たに加えた。これを受けて、滋賀県においても平成 25 年 3 月に滋賀県がん対策推進計画」を改定し、がんの予防の中に、がんの原因となる感染症の予防」の項目を追加した。これはまさに子宮頸がんにおける HPV 感染の予防である。このように子宮頸がん予防は成人になってからでは遅く、性行動が活発になる前の思春期から行うことが重要であることは言うまでもない。

そこで、思春期からの子宮頸がんの予防を考えると、表 1 に示す 5 項目の推進が考えられる。本教育講演では思春期において子宮頸がん予防教育を行う上で参考となりうる情報を提供する。

表 1 子宮頸がん予防の推進のために

1. 子宮頸がん検診の必要性と HPV ワクチンの適正使用についての市民公開講座の開催
2. 学校保健の性教育の命の大切さの中で思春期生徒に講義
3. 効率の良い子宮頸がん撲滅方法の考案と推進
4. 産婦人科・小児科連携講演会の開催
5. 保健関係の団体（養護教員研修や小児保健セミナー）へ啓発活動

子宮頸がんとは

子宮頸がんは日本において女性特有ながんの第 2 位にランクされており、そのために年間 10,000 人の人が子宮を失くし、3,500 人が死亡している。子宮頸がんの原因は発がん性 Human

papilloma virus (HPV) の感染であることが解明され、HIV と同じように性感染症の一つであるという認識が定着してきた。一方、近年若者の性行動の活発化と性交経験の若年齢化に伴い、HPV 感染が増加傾向にあり、その結末として、子宮頸がんが若年女性で増え続けている。HIV はコンドームで防げるが、HPV はコンドームでは 100% は防げず、性交後ほとんどの女性が感染したのと考えて差し支えない。しかし、感染、即癌化というわけではなく、たとえ感染しても、通常 6 ヶ月で体内からクリアされ、9 割以上の感染は 2 年以内に自然消失する一過性感染である。このヒトの防御機構をすり抜け持続感染したものが、数年から 10 年以上をかけて前がん病変である異形成病変を経て癌化すると言われている。その頻度は HPV 持続感染者の 0.1% である。

性器に感染する HPV は約 40 種類あるが、その中の 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68 型の 14 種類が高リスク型といわれ、子宮頸がんの原因となる HPV である。子宮頸がん組織の約 70% から 16, 18 型 HPV が検出されており、16, 18, 31, 33, 35, 45, 52, 58 型は CIN 3 への進展リスクが高い型とも言われている。一方、6, 11, 42, 44 型は低リスク型といわれ、尖圭コンジローマや若年喉頭乳頭腫の原因となる HPV であり、これらの組織の 90% 以上から 6, 11 型 HPV が検出されている。また、HPV の型別検出率は世界の各地域によって違いがあり、必ずしも欧米のデータが日本人に当てはまるとは限らない。

ではどのような人が子宮頸がんにかかりやすいのであろうか？ 現在考えられているのは多産、ピルの長期服用、喫煙、免疫不全であり、個人の免疫力や環境因子のほうが、HPV に感染する機会の多さ（性行動の活発化やパートナー数）よりも勝っている。すなわち、子宮頸がんになるかどうかは HPV に感染するかどうかではなく HPV が陰性化するかどうかによって決定される。

子宮頸がんの予防

原因が不明な癌は予防に戸惑うが、原因が明確な子宮頸がんは、しかるべき適切な対策を講じれば予防が可能な癌の一つである。HPV は性感染症であり、若者における性行動の活発化と若年化を鑑みると、命を失くさないためだけでなく、近い将来に大切な子宮を失くさないためにも、性教育の中で子宮頸がん予防教育の占める割合は大きいことがうかがえる。

近年、我々は子宮頸がんの予防に関して 3 つの頼れる武器を手にすることが出来た（図 1）。一つは、従来からの「子宮頸部細胞診」でこれは子宮頸癌発生過程で必ず存在する、前がん病変である異形成の段階で早期に病変を発見するための道具であり、二つ目は子宮頸がんの原因である HPV が子宮頸部に存在するか否かの「HPV 検査」であり、もし、HPV が子宮頸部に持続的に存在するならば、嚴重な follow up が必要となるが、存在しなければ子宮頸がんになる可能性は次の感染がない限りは極めて低くなる。最後三つ目の武器は HPV の子宮頸部に感染することを予防する「HPV ワクチン」である。これらの三つの武器を上手に使用することにより、近い将来子宮頸がんは天然痘の如く世の中から消え失せてしまう可能性がある。

予防することのできる子宮頸がんの推定割合の興味あるデータがある¹⁾。検診受診率もワクチン接種率も高ければ当然予防できる子宮頸がんは増し、どちらも低ければ減少する。欧米の先進国は子宮頸がん検診受診率が 80% と高率であるのでワクチン接種率を増加させれば子宮頸がんの予防は高率に行えるが、我が国の子宮頸がん検診受診率（子宮頸部細胞診受診率）は後進国

並みに低率であり、とても厚労省が目標としている 50%には程遠い。もし、たとえこれからワクチン接種率を 100%としてもすべての子宮頸がんを予防することはできない。ワクチン接種率を増加させることも重要だが、それよりもまず我が国の子宮頸がん受診率を欧米並みに増加させることが第一であり、そのためにも学校教育の中での思春期からの子宮頸がん検診の啓発が重要となってくる。子宮頸がん検診受診率の向上のためには子宮頸がん検診の受診を生命保険の加入条件や一流企業の就職条件に加えてみるのも奇策の一つと思われる。

また、低い子宮頸部細胞診受診率の中でいかにがんを見逃さず、効果的な検診を行うための対策も重要な課題であり、綿棒からブラシへの細胞採取器具の変更や細胞の直接塗抹法から液状化検体細胞診等の細胞採取法の改革や子宮頸部細胞診と HPV-DNA 検査の併用検診等今後我が国で行わなければならないことが多く残されている。

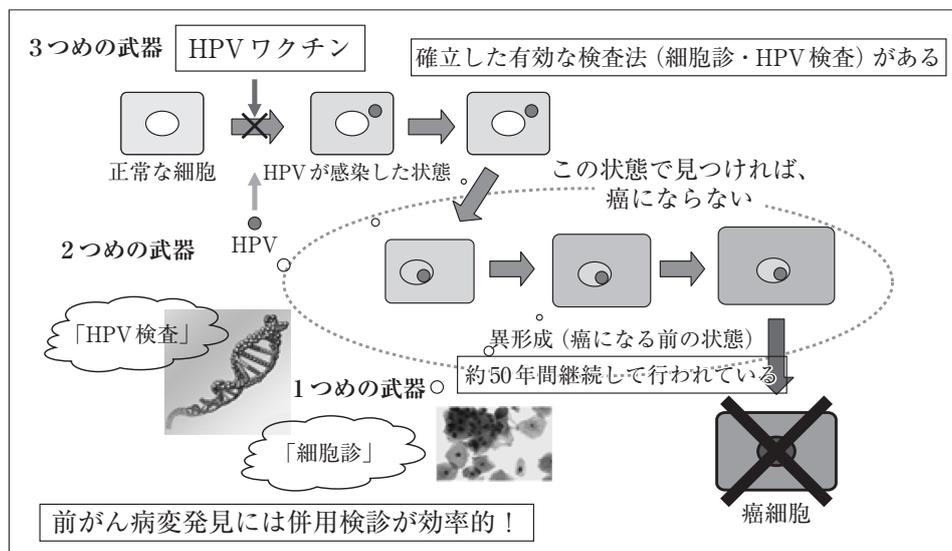


図1 子宮頸がん予防に我々が手に入れた3つの武器

HPV ワクチン

子宮頸がん予防ワクチンに関して現在我が国で使用可能なものは HPV 16 型と 18 型の 2 価ワクチンと HPV 6、11、16、18 型の 4 価ワクチンがある。両者の大きな違いとして 4 価ワクチンは HPV 6、11 型を含み、子宮頸がん以外の尖圭コンジロマにもターゲットを置き商品化されたものである。当然、子宮頸がんと尖圭コンジロマに有用であるが、2 価ワクチンは尖圭コンジロマにはまったく効果はない。次に免疫増強剤であるアジュバントの違いがある。4 価ワクチンは一般的なアルミニウムヒドロキシホスフェイト硫酸塩であるが、2 価ワクチンは会社独自の免疫応答増強のための免疫調節物質 (AS04) と Al (OH) 3 を使用しており、両者の比較では前者のワクチン接種後に産生された中和抗体は後者よりも有意に高値が長期間持続すると報告²⁾されている。ちなみに両者ともに価格は同じである。

HPV ワクチンの作用機序は、一口で述べれば HPV の子宮頸部基底細胞への感染を防ぐことである³⁾。すなわち、HPV ワクチンにより得られた高濃度の血中中和抗体が細胞間液やリンパ液に

移行し^{2,4,5)}、常時、膣や子宮頸管等の生殖器粘膜に滲みだし、HPV の感染を予防する。いわゆる液性免疫である。したがって、一旦、子宮頸部基底細胞への感染が成立したものは治療の効果はない。

2 価ワクチンと 4 価ワクチンはどちらが有用か？ということが興味ある事項だが、両者ともに効果・副作用の点で一長一短はあり、子宮頸がんに対する予防効果については現時点では両者ともにはっきりした有用性の差はなく、医師の裁量でどちらのワクチンを使用してもかまわないと思われる。

この HPV ワクチンの予防効果はハイリスク HPV に対して約 70%で HPV16 型、18 型に対してはほぼ 100%であり、我が国で 1 年に 2,500 人、1 日に 7 人の命を救い、1 年に 7,000 人の子宮頸がんを予防し、1 年に 6,300 人の人が円錐切除を免れ子宮本体を残すことが可能であると推測されている。

HPV ワクチン接種後の有害事象であるが、ワクチン接種後に血管迷走神経反射性失神が多発したことに関して、2012 年 2 月に厚生労働省から注意点（1. 注射後の移動は医療従事者あるいは保護者が付き添うこと、2. 接種後 30 分はなるべく立ち上がらないように指導する、3. 10 歳代の注射に対する恐怖心の強い人には細心の注意をする）が発表され、予防対策が定着しつつある。また、我が国においても、世界的にも死亡症例が報告されているが、概ね心臓病や糖尿病等の原疾患があり、それらと死亡との因果関係は認められていない。つまり、健康な人のワクチン接種は問題ないと思われる。次に、妊娠への影響や不妊との関連がインターネット上で騒がれているが、妊娠への影響は全くないとの論文⁶⁾があり、妊娠への悪影響や不妊をきたしたとの事実関係や証拠はどこにもない。

滋賀県におけるワクチン接種率は平成 24 年までのデータで 77.5%と増加し、平成 25 年 4 月からの定期接種化を受けて更なる予防効果が期待されていたが、副反応である複合性局所疼痛症候群（CRPS）の問題発生から平成 25 年 6 月 14 日に本ワクチンの接種勧奨差し控えが厚生労働省より通達された。平成 26 年 5 月現在接種勧奨の再開には至っておらず、実質的には中止されている状態である。HPV の安全性と効果は世界的にも我が国においても確認されている事実であり、WHO をはじめとする世界的な機関が HPV ワクチン接種において有用性に関する効果と重篤な副反応と HPV ワクチンとの因果関係はなく、接種における安全性に大きな懸念はないと声明を発表している。接種の勧奨中止が現状のまま継続されることになれば、十数年後には世界の中で日本だけが子宮頸がん罹患率の高い国となることが懸念されると 2013 年 12 月 7 日に日本産科婦人科学会理事長声明も出されており、世界 120 か国で承認されている、ワクチン接種を日本だけが国の方針で接種を控えている現在、公衆衛生的概念において日本は世界から取り残される可能性がある。この接種の中止期間に推論される子宮頸がんで死亡する約 2,000 人の女性の責任を誰が担うのかという大きな問題が残された。

CRPS をはじめとするこれらの副反応に対する対策を厚生労働省（HPV ワクチン接種にかかる診療・相談体制）や日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会の専門団体（子宮頸がん予防ワクチン接種医師向けマニュアル）が現在行いつつあり、早急な HPV ワクチン接種の勧奨の再開が望まれる。

男性への HPV ワクチン接種

男性への HPV ワクチン接種は現在我が国では適応外接種であり、子女性への感染リスクの減少効果はいまだ証明されていないが、接種の意義は 1. 女性への感染リスクを減少させ、子宮頸がんの予防、2. HPV 関連疾患（肛門がん、陰茎がん、中咽頭がん、コンジローマ）の予防等が考えられる。HPV4 価ワクチンの女性への接種により男性の尖圭コンジローマの患者数が減少し、集団免疫効果が証明されている。このことから推察すると、女性への接種の徹底により、男性への感染も減少することが考えられる。

終わりに

子宮頸がん予防には我々が獲得した 3 つの武器を上手に使用することが重要であり、思春期からの子宮頸がん教育が性教育の一つとして定着することが望ましい。ワクチン接種時に“たとえワクチン接種を行ったとしても、将来性交渉を経験した後には必ず、定期的な子宮頸部細胞診を行うべきである”ということをお思春期の時に男女ともに必ず伝えておくべきである。また、すでに HPV に感染している人には、子宮頸がんになる前にもう一つの武器である細胞診により、前癌病変の時点で発見し、治療することで世の中から子宮頸がんが子宮をなくすという不幸な目に遭う人が一人でも無くなれば幸いである。

■ 文献

- 1) Franceschi S, Cuzick J, Herrero R, et al. : EUROGIN 2008 roadmap on cervical cancer prevention. *Int J Cancer*, 125 : 2246-2255, 2009.
- 2) Giannini SL, Hanon E, Moris P, et al. : Enhanced humoral and memory B cellular immunity using HPV 16/18 L1 VLP vaccine formulated with the MPL/aluminium salt combination (AS04) compared to aluminium salt only. *Vaccine*, 24 : 5937-5949, 2006.
- 3) Einstein MH : Acquired immune response to oncogenic human papillomavirus associated with prophylactic cervical cancer vaccines. *Cancer Immunol Immunother*, 57 : 443-451, 2007.
- 4) Stanley M : Immune responses to human papillomavirus. *Vaccine*, 24 S1 : S1/16-S1/22, 2006.
- 5) Schwarz TF, Spaczynski M, Schneider A, et al. : Immunogenicity and tolerability of an HPV-16/18 AS04-adjuvanted prophylactic cervical cancer vaccine in women aged 15-55 years. *Vaccine*, 27 : 581-578, 2009.
- 6) Paavonen J et al. Efficacy of the HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and pre-cancer caused by oncogenic HPV types: final event-driven analysis in young women (the PATRICIA trial). Published online, *The Lancet* July 7 2009.

特別講演

妊娠の適齢期 ～生殖医療と周産期医療の視点から～

村上 節

滋賀医科大学産科学婦人科学講座 教授

はじめに

『適齢期』という言葉の意味を手元にある辞書で調べると、「あることをするのに適した年頃。特に、結婚に適した年頃」とある。後段の結婚はさておき、ヒト誕生（以前）から綿々と繰り返されてきた、ある意味では極めてありふれた現象と考えられる『妊娠』という事象に、はたして『適齢期』はあるのか。また、あるとすればいつ頃を言うのか。寿命が延び、医学が長足の進歩を遂げた現代に、妊娠成立を目指す生殖医療とそののち分娩後までを扱う周産期医療の両者に携わっている立場から、純粹に医学的、生物学的な視点に基づいて『妊娠の適齢期』について考えてみたい。

生殖医療の視点から

まず女性が妊娠可能な期間について考えるとき、排卵という現象と卵子の質が重要である。すなわち、初経後すぐは無排卵周期であることも珍しくなく、しかしその後排卵が起こるようになれば中学生であっても妊娠は可能となる。以後性成熟期に妊娠を経験する女性は増えるが、加齢とともに卵子は質、量ともに減じ、40歳を過ぎれば自然妊娠が成立する頻度も低下し、更年期ともなれば極めて稀となる。この事実は、われわれ産婦人科医にとって謂わば常識といってもよいものである。しかしながら、一般の人たちにとってはそうでないことが厚生労働省の研究で明らかになった。すなわち、平均年齢25.2歳の未婚女性249名に「あなた自身はいくつまで自然に妊娠できると思いますか」と尋ねたところ37%が45-60歳と答えたという¹⁾。この研究結果が端緒となり、テレビや週刊誌で特集が組まれ、卵子の加齢現象の認知度が上がったのは記憶に新しい。

しかしながら、わが国初の体外受精胚移植が成功してからすでに30年が経過し、いまや約30人に1人がこの方法で出生し、著名な芸能人の高齢出産のニュースが巷を騒がせる今日では、一

般の人々が、妊娠出産に対する女性の年齢の壁を感じていないこともけっして不思議ではない。日本産科婦人科学会の公開資料に依れば、体外受精胚移植による妊娠率は加齢とともに低下し、40歳以上では妊娠率も低く流産率は上昇するため、生産率はわずかに4%程度である²⁾が、試みにインターネット上で最高齢妊娠を検索すると世界には70歳、67歳、66歳という年齢で妊娠出産した婦人がいることがわかる。実のところこれらはすべて卵子提供という新しい手段がもたらした画期的な成果であって、「自然に」妊娠が成立したものではないが、世の一般女性が、意識しないうちに、排卵と卵子の質というもっとも厳しい妊娠成立の制限条件から解き放たれたことを示すものである。本法を日本産科婦人科学会では認めていないものの、法規制のないわが国においては、日本生殖補助医療標準化機関（JISART）という任意団体が独自のガイドラインを設けて実施に踏み切り、また卵子ドナーを募りマッチングを取り持つOD-NET卵子提供登録支援団体も設立され、少数例の実施が行われている。何より、海外に渡航しての施行例は年々増加しつつあり、わが国における卵子提供後の分娩について調べた厚生労働省の研究によれば、その実態は45～49歳にピークを取り、双胎が28%、早産は44%、分娩時出血量の平均値は 1364 ± 829 mlとハイリスクであることが示されている³⁾。自験例でも50歳の双胎で妊娠34週を過ぎる頃から血圧の上昇を認め、妊娠35週0日に帝王切開術を施行したところ、胎盤の完全剥離が出来ず、膈上部切断術を要した陥入胎盤の一例を経験した⁴⁾。中山の報告でも、自己卵子を用いたART妊娠と比較して卵子提供妊娠の種々のリスクが指摘されており、遺伝学的に母体と関連性のない妊娠がもたらす影響とも言われている⁵⁾。つまり、卵子提供により女性の妊娠可能時期は大幅に拡大したが、それはリスクを伴うことが示唆される。

周産期医療の視点から

妊娠が成立してもすべての赤ちゃんが無事出産にまで至るというわけではない。すべての妊娠は流産や早産、妊娠合併症というリスクを伴う。一般に、加齢とともに流産率は上昇し、妊娠高血圧症候群や妊娠糖尿病などの合併症も増加することが知られている。日本産科婦人科学会の周産期登録データに基づいたMatsudaらの報告⁶⁾によれば、妊娠高血圧症候群、前置胎盤、常位胎盤早期剥離の3疾患は母体の加齢とともに疾患リスクが高まることが示されている。(図1)日本産婦人科医会の妊産婦死亡検討評価委員会が示した公開資料でも、母体年齢別死亡率は加齢に伴い増大する⁷⁾。これらの点を考慮すると、前項の高齢者の卵子提供妊娠のリスクの上昇は必然と捉えることもできる。その他、早産に関しては、25歳～35歳を底として若年、高齢ともに頻度が高まることが示されており⁸⁾、以上のことから、流産や早産が少なく、妊娠合併症の頻度の低い、すなわち安全度の高い妊娠が成立する期間は限られると考えられる。

つぎに、新生児側の医学の進歩について考えてみると、NICUの整備が進み、周産期管理が向上するにつれて、約20年前に生育限界が妊娠24週以上から妊娠22週以上に下方修正されたにもかかわらず、その後も新生児死亡は減少している。その反面、年々低出生体重児の出生は増加し(図2)、平成21年度の報告書に依れば、1,500グラム未満の低出生体重児の3歳時の予後は約2割が脳性麻痺などの障害を持つことが示されている⁹⁾。つまり医学の進歩により重症心身障害児は増加傾向にあることになる。母子保健の主なる統計によれば、低出生児出生率が高くなる

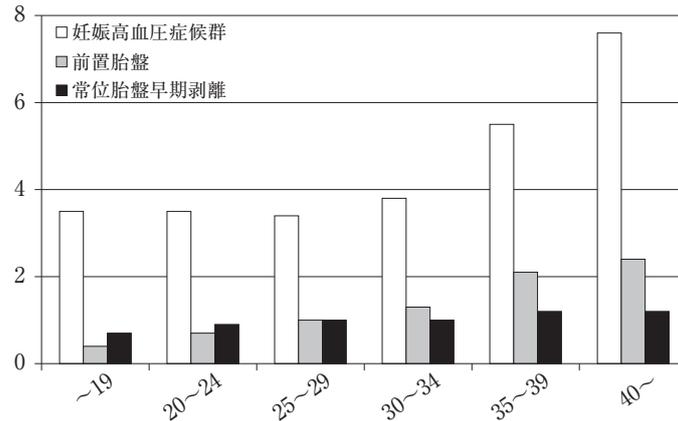


図 1. 母体年齢別産科合併症の頻度
高年齢妊娠ほど母体にとって重篤な産科合併症が増える（文献 6 より作図）

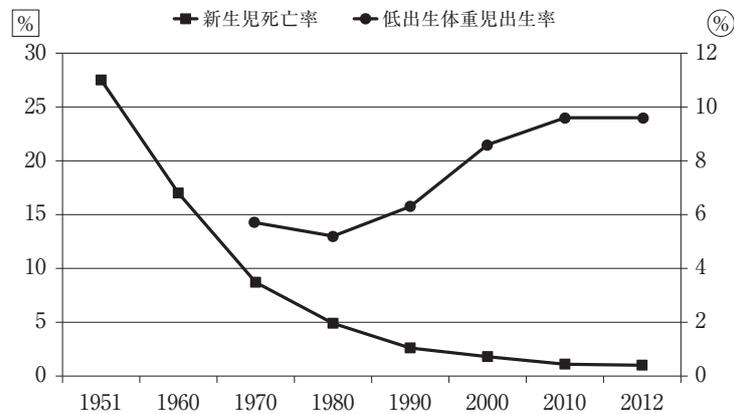


図 2. 新生児死亡率・低出生体重児出生率の年次推移
平成 24 年の低出生体重児出生数は 99,311 人、新生児死亡率は 1,065 人であった。（文献 10 より作図）

のは母体年齢が 20 歳未満と 40 歳以上であり¹⁰⁾ (図 3)、また、1972 年に始まり 1999 年からは心室中隔欠損などの心奇形も追加して調査している外表奇形等統計調査の結果からは、20 歳未満では心奇形の頻度が高く、40 歳以上で奇形児出産頻度が上昇することがみてとれる^{11, 12)}。(図 4) これらの結果は、健児を得る確率の高い年齢層が存在することを意味している。また、女性の平均寿命がいかに 86.30 歳（平成 22 年）と存えたとしても、日常生活に制限のない健康寿命は 73.62 歳（平成 22 年）¹³⁾ と 12 年以上短いことを考え合わせれば、成人するのに時間の掛かるヒトという動物種において、無事産み育てるためには自ずと出産年齢の上限が求められよう。

まとめ

以上、生殖医療の進歩により妊娠可能時期は拡大した。また周産期医療の進歩により、母体死亡率や新生児死亡率は低下し、以前より母児ともに安全な妊娠分娩管理が可能となった。しかしながら、医学が進歩した現在においても妊娠合併症や胎児奇形などの生物学的なリスクは必ず存

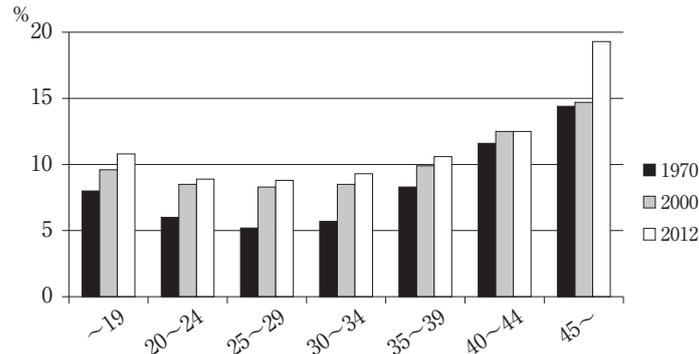


図 3. 母体年齢別低出生体重児出生率

経年的に低出生体重児の出生は増加しており、とくに45歳以上でこの10年間の増加は著しく、20歳未満でも増えている。25-29歳の層が常に低率である。(文献10より作図)

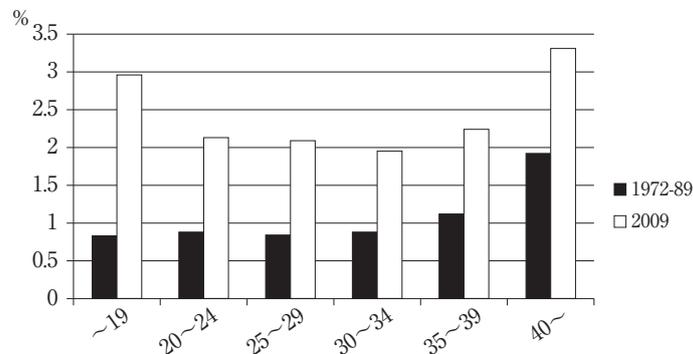


図 4. 母体年齢別奇形児出産頻度

1999年から心室中隔欠損などの心臓の奇形を項目に加えたことで全体数が増えているが、20歳未満の奇形は心疾患が多いことがわかる。(文献11,12より作図)

在し、相対的にリスクの小さな年齢層は確かに存在する。母児ともに諸々のリスクを最小にすることを「妊娠に適する」というならば、『妊娠』という自然現象にも確かに『適した年頃』は存在し、それは大凡20-35歳という年齢層になると思われる。

有象無象の情報が溢れる現代においては、こうした産婦人科の常識を一般の常識に浸透するべく、生殖医療や周産期医療に関する正確な情報を提供することがこれからの性教育には必要であろう。

■ 文献

- 1) 杉浦真弓, 尾崎康彦, 北村珠央. 未婚女性の妊娠に関する意識調査. 平成20-22年度厚生労働科学研究補助金総合研究報告書 121-126, 2011
- 2) 日本産科婦人科学会 ART データ集: <http://plaza.umin.ac.jp/~jsog-art/data.htm>
- 3) 竹下俊行: わが国における卵子提供後分娩実態調査. 平成24年度厚生労働科学研究補助金分担研究報告書, 2013
- 4) 森宗愛菜, 辻俊一郎, 山中章義, 他: 癒着胎盤のため子宮摘出に至った閉経後卵子提供による双胎妊娠の1例. 滋賀産婦誌 5:47-49, 2012
- 5) 中山摂子. Egg donation 妊娠の周産期管理. 周産期医学 2012; 42; 1017-20.

- 6) Matsuda Y, Kawamichi Y, Hayashi K, et al: Impact of maternal age on the incidence of obstetrical complications in Japan. J Obstet Gynecol Res 37 : 1409-14, 2011
- 7) 日本産婦人科医会第 67 回 (H25.7.10) 平成 22-24 年妊産婦死亡 : http://www.jaog.or.jp/all/document/67_130710.pdf
- 8) 不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する検討会資料 2 : http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=144708&name=2r98520000035kwi_1.pdf
- 9) 河野由美. 周産期母子医療センターネットワーク 2003・2004 年出生極低出生体重児の 3 歳児予後 出生体重区分別、在胎期間区分別検討. 平成 21 年度厚生労働科学研究補助金総括・分担研究報告書 65-70, 2010
- 10) 母子保健の主なる統計, 2013
- 11) 住吉好雄. 白須和裕. 日原 弘. 他 : 日本母性保護医協会外表奇形等調査の分析. 平成 2 年度厚生省心身障害研究報告書 67-71, 1991
- 12) 平成 21 年度日本産婦人科医会外表奇形等統計調査結果, 2010
- 13) 橋本修二 : 健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究. 平成 23-24 年度厚生労働科学研究補助金総合研究報告書 1-16, 2013

教育講演 II

女性ホルモン製剤（OC/LEP 製剤）と血栓症： 有害事象回避のための最低限の知識

岡野 浩哉

飯田橋レディースクリニック

はじめに

心血管系疾患（cardiovascular disease；CVD）リスクと経口避妊薬（oral contraceptives；OC）との歴史は50年前にさかのぼる。CVDとは主に静脈血栓塞栓症（venous thromboembolism；VTE）、脳卒中（stroke）、心筋梗塞（myocardial infarction；MI）のことを指す。VTEには、深部静脈血栓症（deep vein thrombosis；DVT）と多くはDVTによる血栓が体循環に入り、右心房から右心室を經由し肺動脈にて塞栓を起こす、肺塞栓症（pulmonary embolism；PE）とがある。脳卒中では脳出血ではなく脳梗塞が問題となる。OCによるこれら疾患リスクの鍵がエチニルエストラジオール（EE）あることが見出され、EEの低用量化により発生リスクの低減化がなされたことは周知の事実であるが、現在でも最も重篤な副作用であることに違いはない。本稿で扱うOC/LEP製剤とはすべて低用量もしくは超低用量のものことに限定する。

血栓症の分類

血栓症は、動脈血栓と静脈血栓に大きく分類される。前者は血小板が主体の血栓で高圧、高速血流状態で生じる。基礎病態として、動脈硬化性疾患、血液粘ちよう度の亢進、不整脈・弁膜症、血管炎などがあり、治療は抗血小板療法（アスピリンなど）となる。後者は、フィブリンと赤血球が主体の血栓で、低圧、低速血流状態で生じる。基礎病態として、凝固阻止因子活性の低下、血流のうっ滞、組織因子の産生・放出、凝固因子活性の上昇などがあり、治療は抗凝固療法（ワルファリン、ヘパリンなど）となる。具体的な疾患では、脳梗塞、心筋梗塞が動脈血栓症で、深部静脈血栓症（DVT）と主にDVTによる血栓が飛んで肺動脈で塞栓を起こす肺塞栓（PE）が静脈血栓症である。

血栓症の発生率

FDA による CHC (Combined Hormonal Contraceptives: エストロゲン製剤とプロゲステン製剤の配合剤による避妊薬) と CVD リスクに関する最終報告 (final report: 2012) によると¹⁾、10,000 人・年あたりの CHC 使用時の心筋梗塞の発生率は 0.67、脳卒中は 0.87、VTE は 6.96 と報告されている。これらは自然発生の約 2 倍に相当するが、一般の薬剤として考えると極めて稀な副作用のカテゴリーに分類される。また、しばしば OC/LEP 製剤の副作用として VTE のみが増えることが多いが、この報告のように心筋梗塞や脳卒中に比べその発生が約 10 倍も多いからである。

OC の種類

本邦で使用可能な低用量 OC/LEP 製剤を表 1 にまとめた。世代は黄体ホルモン (progestin; P) の種類により分類されており第一世代から第四世代までに分類される。エストロゲンはすべてエチニルエストラジオール (EE) が使用されている。相性とは、EE および P の一日投与量が 1 周期中同量で変化しないものを 1 相性と呼び、EE または P のどちらか一方か両者が 3 段階に用量変化するものを 3 相性と呼んでいる。同じ低用量に分類されても、EE の 1 日量は、製剤により 20~40 μ g まで異なり、1 周期あたりの EE 総投与量は 0.480~0.735mg と幅がある。黄体ホルモンの違いによる臨床効果の違いは、各黄体ホルモンのキャラクターを決定するアンドロゲン受容体などの各種ステロイドホルモン受容体への結合能の違いにより説明されている。

表 1 本邦で使用可能な低用量 OC/LEP 製剤

世代	相性	黄体ホルモン (P) の種類	1 錠あたりの P 量 (μ g)	1 周期あたりの P 総量 (mg)	1 錠あたりのエチニルエストラジオール (EE) 量 (μ g)	1 周期あたりの EE 総量 (mg)
第一世代	1	NET	1000	21.0	35	0.735
第一世代	3	NET	500/1000/500	15.0	35	0.735
第一世代	3	NET	500/750/1000	15.75	35	0.735
第二世代	3	LNG	50/75/125	1.925	30/40	0.680
第三世代	1	DSG	150	3.15	30	0.630
第四世代	1	DRSP	3000	72.0	20	0.480

NET: ノルエチステロン, LNG: レボノルゲストレル, DSG: デソゲストレル, DRSP: ドロスピレノン

静脈血栓塞栓症：VTE と OC/LEP 製剤

OC/LEP 製剤服用時の VTE リスクの上昇は、非服用者に比べ 2 から 3 倍である。また、VTE 自体が加齢とともに上昇することが知られているが、OC/LEP 製剤投与時は、40 歳以降に発生率が急上昇する（図 1）ことが明らかとなっている²⁾。体格指数（BMI）からみた肥満度の増加も VTE 発生率を上昇させる。

黄体ホルモンの種類により、VTE リスクが異なるとする指摘が多くなされている。最も有名な報告はデンマークからのもので、第一、第二世代の黄体ホルモンに比べ、第三、第四世代では VTE が多いとする内容である（表 2）³⁾。一方、我が国で使用されている第四世代であるドロスピレノン配合 LEP 製剤の VTE リスクは、他の OC と同様であるとする報告が最近発表された（表 3）⁴⁾。現時点では確定的なことは言えず、優劣をつけることはナンセンスで、どの OC/LEP 製剤も同様なリスクを持ち合わせているとの認識が重要である。

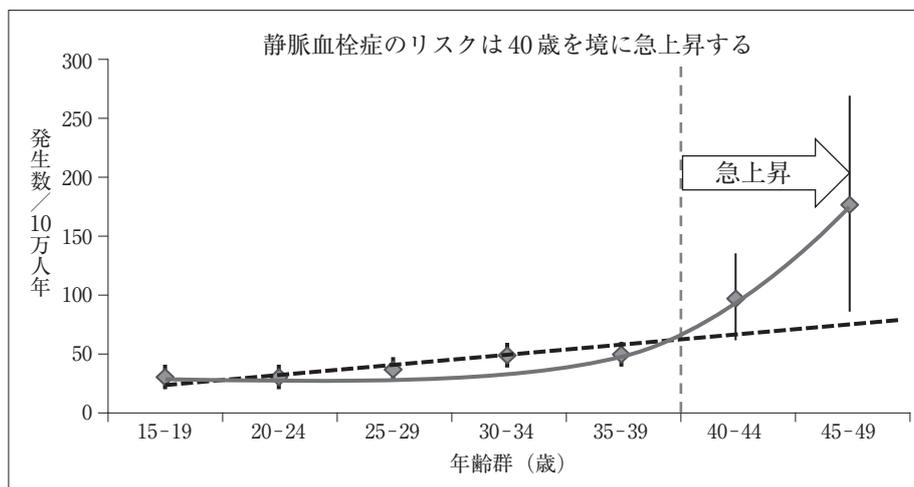


図 1 OC 服用者の静脈血栓塞栓症のリスク

文献 2 より引用作成

表 2 OC/LEP 製剤の種類と静脈血栓塞栓症リスク
非使用者を 1 (reference) とした場合

EE : 30 - 40 μ g + 期間	第一世代 (NET)	第二世代 (LNG)	第三世代 (DSG)	第四世代 (DRSP)
< 1 年	2.81 (1.66 - 4.77)	1.91 (1.31 - 2.79)	5.58 (4.13 - 7.55)	7.90 (5.65 - 11.0)
1 - 4 年	1.76 (1.12 - 2.77)	2.23 (1.78 - 2.78)	3.48 (2.74 - 4.42)	2.68 (1.86 - 3.86)
> 4 年	1.55 (0.83 - 2.89)	1.91 (1.55 - 2.36)	3.19 (2.53 - 4.02)	3.26 (2.35 - 4.54)

Adjusted rate ratios (95% CI)

第二世代のレボノルゲストレルを 1 (reference) とした場合

EE : 30 - 40 μ g	第一世代 (NET)	第二世代 (LNG)	第三世代 (DSG)	第四世代 (DRSP)
+ 全体で	0.98 (0.71 - 1.37)	1 (reference)	1.82 (1.49 - 2.22)	1.64 (1.27 - 2.10)

Adjusted rate ratios (95% CI)

文献 3 より引用・作成

表3 OC/LEP 製剤の種類と静脈血栓塞栓症リスク

	EE 20 μ g + DRSP : 24/4	EE 30 μ g + DRSP : 21/7	non-DRSP OCs	LNG (EE20/30 μ g)
発生率 ／ 10,000WY	7.2 (4.3 - 11.2)	9.4 (NA)	9.6 (7.8 - 11.6)	9.8 (5.9 - 15.2)
HR	0.8 (0.5 - 1.3)		1 (reference)	
HR	0.8 (0.4 - 1.6)			1 (reference)

WY : woman-years (婦人・年), HR : ハザード比
文献4より引用・作成

50歳以上の女性を対象とした、静脈血栓症リスクをOC/LEP製剤と閉経後のホルモン補充療法(HRT)で比較した研究が報告されている⁵⁾。この報告によると、静脈血栓症リスクのオッズ比は、OC/LEP製剤で6.3、HRTで1.7であった。避妊目的ではなく更年期障害の治療目的の場合、50歳代へのOC/LEP製剤は勧められないと結論づけている。

OC/LEP製剤による静脈血栓形成機序について、主に活性化プロテインC(APC)抵抗性の増大で説明がなされている。プロテインC(PC)は生体内の重要な抗凝固蛋白の一つであるが、トロンビンにより活性化されAPCとなる。APCはプロテインS(PS)の存在の基、第V、Ⅷ因子を不活化し抗凝固作用を発揮する。APC抵抗性とはこの作用が働かない事を意味するが、欧米で多い第V因子ライデン変異もAPC抵抗性が血栓傾向の素因になっている。我が国ではPSの先天的な異常によりもたらされたAPC抵抗性が血栓性素因として重要である。後天的なAPC抵抗性の代表がOC/LEP製剤である。

投与中の管理、早期発見のために、深部下肢静脈血栓症(DVT)発症を疑う所見を見逃さないことが最重要課題となる。DVT発症は投与初年度が多いことから、投与初期の管理が鍵となる。症候性DVT患者の少なくとも50%には無症候性の肺塞栓症(PE)が存在し、症候性PEのほとんどにDVTが存在している。PEは診断・処置が遅れば死に直結する重篤疾患である。DVTを疑った際のスコアリングシステムと、その後の検査・診断過程を表4、表5に示す⁶⁾。VTEリスクが存在しなくともOC/LEP製剤投与中であれば、DVTが疑われる症状に関する教育を患者に施し、投与後は訴えを迅速に把握できる環境を整え、下肢/下腿の臨床所見をとり、必要があれば診断テストに直ぐに入れる体制を地域で構築することが、重篤な転帰を防ぐ唯一の方策と考える。具体的には、下肢の腫れや痛み、発赤、攣れ、重だるさなどの訴えがあった場合は、下肢の所見を必ず取るべきである。ポイントは片側性ということで、患側だけの、下肢静脈に沿った限局性の圧痛、下腿周囲径増大(健側に比し3cm以上)、陥凹を示す浮腫、表在静脈の側副路形成の有無をチェックする。これらが明らかな場合は直ちに下肢静脈エコー検査による血栓の有無の確認が必要である。欧米の管理基準では、所見が無い場合はDダイマーを測定し、陰性の場合DVTは否定的であり、陽性の場合には下肢静脈エコー検査を行うこととなっている。

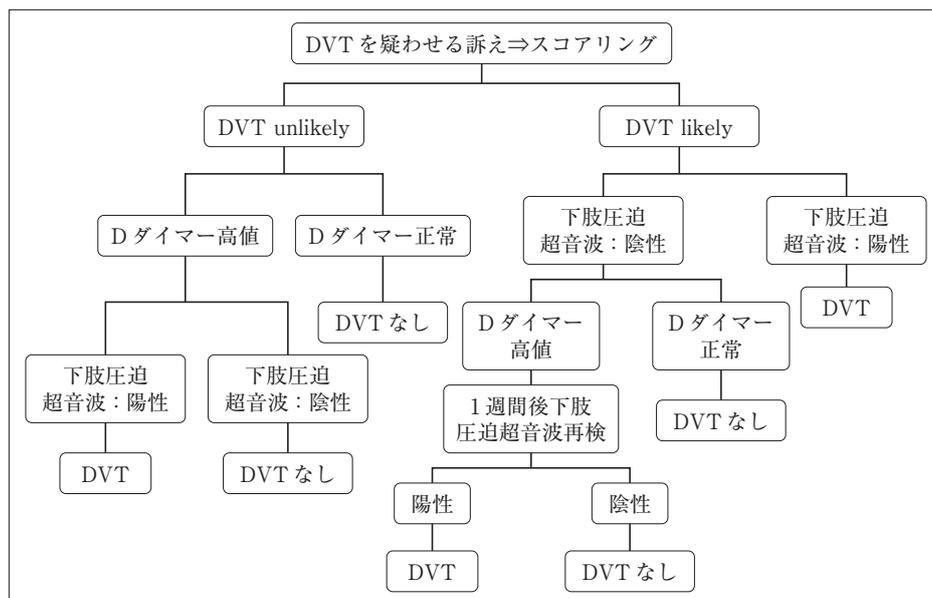
表4 Modified Wells スコア

臨床所見	スコア
罹患中の痛（治療中、6ヵ月以内に治療（含緩和）を受けた）	1
麻痺、不全麻痺やギブス固定による下肢の不動	1
3日以上 of 臥床、12週間以内に受けた全身または局所麻酔を必要とした大きな手術	1
DVT 発症領域（下肢 / 下腿）に沿った限局性の圧痛	1
下肢 / 下腿全体の浮腫	1
ふくらはぎの腫脹（患側が健側に対し 3 cm 以上）	1
患側にのみ認められる陥凹を示す浮腫	1
表在静脈の側副路形成	1
DVT 既往歴	1
DVT に類似した他疾患の診断がある	- 2

★スコア 2 以上は DVT 疑い (likely), 1 以下は DVT の可能性低い (unlikely)

文献6より作成・引用

表5 DVT の診断アルゴリズム



文献6より作成・引用

脳梗塞と OC/LEP 製剤

脳卒中 (stroke) は女性の死因の 3 位 (総死亡の 10.8%) を占め、その 60% が脳梗塞である。女性では脳梗塞による死亡がどの部位の悪性腫瘍よりも多い。脳梗塞は、アテローム血栓性梗塞 (約 30% : 脳の太い血管に起こる動脈硬化性病変)、ラクナ梗塞 (約 50% : 脳の細い血管に起こる動脈硬化性病変)、心源性脳梗塞 (20% : 心臓にできた血栓が血管を閉塞) に分類され我が国

ではラクナ梗塞が多い事が特徴である。

OC/LEP 製剤では 50 歳未満の若年者でも脳梗塞を惹起し、相対リスクは 1.8 (95% CI:1.2 - 2.8) と算出されている⁷⁾。脳梗塞発症リスクは、使用されているエストロゲン製剤である ethinyl estradiol (EE) の用量に依存し増加すること、年齢に依存し増加すること、糖尿病、高血圧、高脂血症、不整脈、喫煙がリスク因子であること、同じ EE の投与量でも併用する黄体ホルモンの種類によりリスクが異なることが示されている⁸⁾。黄体ホルモンの違いについて一つのレビューを紹介する (表 6)。7つの研究をまとめた結果、第一世代のオッズ比 (OR) は、2.6 (95% CI:2.0 - 3.4) で、第二世代の OR : 1.9 (95% CI : 1.6 - 2.2) および第三世代の OR : 1.9 (95% CI : 1.7 - 2.1) に比較し、有意に高いことが報告されている。また、VTE リスクと異なる点として、投与期間中いつでも同じリスクを有していることが挙げられる (表 7)⁸⁾。初年度が一番危険ということはないので、長期で stable なので安全というような認識はたいへん危ない。

表 6 OC の世代別脳梗塞相対リスク

Authors, year of publication	Year of recruitment	Type of study	Number of women	第一世代	第二世代	第三世代
				First generation user	Second generation user	Third generation user
WHO collaborational, 1996	1989 - 1993	Case control	141/373	6.0 (1.4 - 24.9)	1.5 (0.7 - 3.4)	1.8 (0.3 - 9.4)
Heinemann et al., 1997	1993 - 1996	Case control	220/775	3.5 (1.8 - 7.4)	2.6 (1.7 - 3.9)	3.1 (1.9 - 5.0)
Petitti et al., 1996	1991 - 1994	Case control	151/774	1.0 (0.4 - 2.7)	0.6 (0.1 - 3.6)	NA
Lidegaard et al., 2002	1994 - 1998	Case control	626/4054	4.5 (2.6 - 7.7)	2.2 (1.6 - 3.0)	1.4 (1.0 - 1.9)
Kenneren et al., 2002	1990 - 1995	Case control	203/925	1.8 (0.7 - 4.7)	2.1 (1.3 - 3.3)	2.3 (1.3 - 4.2)
Lidegaard et al., 2012	1995 - 2009	Cohort	3311/1,626,158	2.2 (1.5 - 3.2)	1.7 (1.4 - 2.0)	1.9 (1.7 - 2.1) ^a
Gronich et al., 2011	2002 - 2009	Cohort	499/329,995	NA	NA	NA
			Pooled OR	2.6 (2.0 - 3.4)	1.9 (1.6 - 2.2)	1.9 (1.7 - 2.1)

第一世代は、第二世代および第三世代に比較し、有意に OR が高い

文献 7 より引用

表 7 OC/LEP 製剤使用期間と脳梗塞発症リスク (黄体ホルモン別)

黄体ホルモン (使用期間)	血栓性脳卒中 : RR (95%CI)	心筋梗塞 : RR (95%CI)
OC 非使用者	1.00	1.00
レボモルゲストレル		
1 年未満	1.72 (1.28 - 2.32)	1.91 (1.27 - 2.87)
1 から 4 年	1.50 (1.13 - 1.99)	1.95 (1.37 - 2.77)
4 年以上	1.74 (1.31 - 2.30)	2.26 (1.61 - 3.17)
デソゲストレル		
1 年未満	1.91 (1.34 - 2.73)	1.45 (0.78 - 2.71)
1 から 4 年	2.13 (1.54 - 2.94)	2.67 (1.73 - 4.12)
4 年以上	2.48 (1.73 - 3.56)	2.09 (1.18 - 3.69)
ドロスピレノン		
1 年未満	2.00 (1.38 - 2.88)	1.64 (0.81 - 3.30)
1 から 4 年	0.84 (0.46 - 1.52)	1.91 (0.95 - 3.84)
4 年以上	2.20 (1.21 - 3.98)	1.12 (0.28 - 4.50)

深部静脈血栓症と異なり投与期間中いつでも同じリスクを有している

文献 8 より引用・作成

脳梗塞のリスク因子は動脈硬化性変化を惹起する全てのものが含まれるが、OC/LEP 製剤使用世代において、最も注意すべきことは片頭痛の有無と考えている。片頭痛患者は 20～40 歳代に多いからである。表 8 に低用量経口避妊薬の使用に関するガイドラインから、片頭痛とリスク分類を抜き出した。黒枠を付けた部分に書かれているように、前兆のない片頭痛では 35 歳以上の場合原則禁忌であり、前兆のある片頭痛では年齢にかかわらず絶対禁忌である。注意書きとして、①重症の頭痛の場合、カテゴリー分類は片頭痛か否かの鑑別を含めて正確な診断に基づいて行われる。②頭痛が新たに発生した場合や痛みに著明な変化がみられた場合には、精査すべきである。③カテゴリー分類は、脳卒中に関連する他のリスクのない女性についてのものである。④脳卒中のリスクは、加齢、高血圧、喫煙によって上昇する。⑤片頭痛の女性において、前駆症状を有する群では、無い群に比較して脳卒中のリスクが高い。⑥OC を服用している片頭痛の女性は OC 非服用者に比べて 2～4 倍脳卒中リスクが高い。⑦前駆症状は特徴的な限局性神経症状であり、この詳細については国際頭痛学会の分類を参照のこと。と記載されている。投与前の問診が極めて重要なので細心の注意を払う必要がある。

一方で脳梗塞を疑う初期症状も重要である。片側の手足や顔のしびれや感じ方が鈍くなるなどの感覚障害。ろれつが回らなかつたり、言葉が出なかつたりする言語障害。片方の目が見えにくくなる視力障害（一過性黒内障）。片側にあるものが見えなくなる視野障害（同名半盲）などは、患者教育とともに、投与期間中常に注意したい。

表 8 低用量経口避妊薬の使用に関するガイドラインより

	分類 1 使用制限なし	分類 2 リスクを上回る利益	分類 3 利益を上回るリスク 【原則的禁忌】	分類 4 容認できない健康上のリスク 【絶対的禁忌】
片頭痛 以外	軽症～重症 (初回処方時)	軽症～重症 (継続処方時)		
片頭痛		前兆のない 35 歳未満の女性 (初回処方時)	前兆のない 35 歳未満の女性 (継続処方時)	
			前兆のない 35 歳以上の女性 (初回処方時)	前兆のない 35 歳以上の女性 (継続処方時)
				年齢にかかわらず 前兆を有するもの

心筋梗塞と OC/LEP 製剤

OC/LEP 製剤では 50 歳未満の若年者でも心筋梗塞を惹起し、相対リスクは 1.7 (95% CI : 1.2 - 2.3) と算出されている⁷⁾が、絶対リスクは極めて少ない事は既に述べたとおりである。心筋梗塞発症リスクも、使用されているエストロゲン製剤である ethinyl estradiol (EE) の用量に依存し増加すること、年齢に依存し増加すること、糖尿病、高血圧、高脂血症、不整脈、喫煙がリス

ク因子であること、同じEEの投与量でも併用する黄体ホルモンの種類によりリスクが異なることが示されている⁸⁾。先に紹介したレビュー(表9)では、第一世代のオッズ比(OR)は、2.9(95%CI:2.1-4.1)で、第三世代のOR:1.8(95%CI:1.6-2.1)に比較し有意に高いことと、第二世代(OR:2.1;95%CI:1.7-2.4)では第三世代と差が無いことが報告されている。また、VTEリスクと異なる点として、投与期間中リスクの低下が認められないことは、脳梗塞と同様である(表7)⁸⁾。

表9 OCの世代別心筋梗塞相対リスク

Authors, year of publication	Year of recruitment	Type of study	Number of women	第一世代	第二世代	第三世代
				First generation user	Second generation user	Third generation user
Lewis et al., 1997	1993 - 1996	Case control	182/635	4.7 (1.5 - 14.3)	3.0 (1.5 - 5.9)	0.9 (0.3-2.4)
WHO collaborational, 1997	1989 - 1995	Case control	368/941	NA	1.6 (0.5 - 5.5)	1.0 (0.1 - 6.7)
Lidegaard et al., 1999	1980 - 1993	Case control	94/1041	4.8 (2.1 - 11.0)	1.8 (0.8 - 4.3)	1.1 (0.5 - 2.5)
Dunn et al., 1999	1993 - 1995	Case control	448/1728	NA	1.1 (0.5 - 2.3)	2.0 (0.9 - 4.4)
Rosenberg et al., 2001	1985 - 1999	Case control	627/2947	2.5 (1.1 - 5.5)	1.6 (0.5 - 5.2)	1.5 (0.3 - 7.7)
Tanis et al., 2001	1990 - 1995	Case control	248/925	2.7 (1.0 - 7.3)	2.5 (1.5 - 4.1)	1.3 (0.7 - 2.5)
Lidegaard et al., 2001	1995 - 2009	Cohort	1725/1,626,158	2.3 (1.3 - 3.9)	2.0 (1.6 - 2.5)	1.9 (1.7 - 2.3) ^a
			Pooled OR	2.9 (2.1 - 4.1)	2.1 (1.7 - 2.4)	1.8 (1.6 - 2.1)

第一世代は、第三世代に比較し、有意にORが高い
第二世代と第三世代には差がない

文献7より引用

脳静脈洞血栓症：CVTとOC/LEP製剤

稀であるが注意が必要な血栓症に頭蓋内静脈洞血栓症(脳静脈洞血栓症、脳静脈血栓症)がある。何故ならばOC/LEP製剤と疾患との関連性が極めて強いからである。この血栓症は上矢状静脈洞(62%)に最も多く、次に横静脈洞(41-45%)が多い⁹⁾。図2に発生数を示したが、一般に血栓症が加齢とともに増加するのと全く異なり、20~40歳の女性に圧倒的に多いという特徴がある。これもVTEと異なるが、危険因子としてOC/LEP製剤の使用は妊娠・産褥よりリスクが高く、血栓性素因を有している場合とほぼ同等であるという驚くべき事実がある。この疾患は重篤であるが、早期診断・早期治療による救命率は高い。そのため、疾患を疑う事が重要であるが、それを示唆する検査はない。唯一の方法は患者の訴えから疑う事である。臨床症状と対策を表10,11に示した。何しろ頭痛を見逃さない事である。特に今までに経験の無いような頭痛は必ず連絡させるべきである。頭蓋内圧亢進症状が主体であるため、悪心・嘔吐の存在はさら疑いを強くさせる。ここでも、投与前の頭痛の状態を把握しておく重要性が指摘できる。疑った場合は、脳卒中急性期治療を行っている医療機関へ、OC/LEP製剤服用中で脳静脈洞血栓症が疑われるとの情報を添えて、緊急搬送することに尽きる。

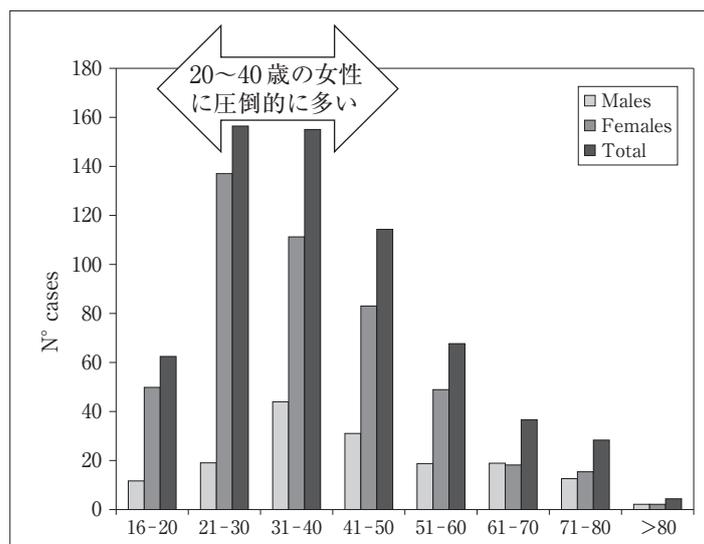


図2 脳静脈洞血栓症 (CVT) の年齢別発生数
文献9より引用

表10 脳静脈洞血栓症 (CVT) の臨床所見

- 頭蓋内圧亢進症状と脳実質の虚血 / 出血による症状
- 頭痛が最も多く 90%にみられる
- CVTによる頭痛はび漫性で進行性
- 頭痛に乳頭浮腫か複視 (外転神経麻痺)があれば強く疑う
- 局所徴候として、片麻痺、失語が多い
- 局所または全般性けいれん発作は 40%にみられる
- 脳深部静脈系の血栓では視床の損傷により局所症状なしに意識障害を発症することがある

表11 OC/LEP 投与時の脳静脈血栓症対策

- 生殖年齢の若年女性に多いことを認識
- OC服用者に多いことを認識
- OC投与初期でも起こることを認識
- リスクの重積に注意 (鉄欠乏性貧血もリスク因子である)
- 投与前の頭痛の有無、状態を把握する
- 頭痛 (特に今まで経験のない) 発現時は連絡するように指導
- 頭痛・嘔吐など頭蓋内圧亢進症状では CVT を疑う
- 疑ったら、「脳卒中急性期医療機関」へ連絡・受診させる

おわりに

避妊や月経異常に対する低用量 OC や LEP 製剤の有用性は極めて高く、患者の QOL を明らかに向上させ、さらに満足度も高い治療法である。まずは医師サイドからベネフィットとリスクを熟知し、使いこなすことが大切ではないだろうか。

血栓症回避のためには、投与前も投与期間中もリスク&ベネフィットを評価すべきでリスクのない症例では、動脈血栓症の絶対リスク極めて低いためいたずらに不安を誘発する必要はない。静脈血栓症はやや多いので、問診と臨床所見からまずはDVTを疑う事、そして疑わしい症例に対する適切な検査・処置によりDVTを否定または診断する事が重要である。仮にDVTとなったとしても適切な時期の適切な治療で治癒でき、この段階での診断・治療は致死性のPEを回避できるのである。

患者サイドへのアプローチ、地域連携も重要で、血栓症が疑われる症状に関する教育を患者に施し、投与後は訴えを迅速に把握できる環境を整え、臨床所見をとり、診断テストに直ぐに入れる体制を地域で構築することが、重篤な転帰を防ぐ唯一の方策と考える。

■ 文献

- 1) Combined Hormonal Contraceptives (CHCs) and the Risk of Cardiovascular Disease Endpoints. CHC-CVD final report. <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/UCM277384.pdf>
- 2) Nightingale AL, Lawrenson RA, Simpson EL, et al. The effects of age, body mass index, smoking and general health on the risk of venous thromboembolism in users of combined oral contraceptives. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2000 5 (4) : 265-74.
- 3) Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Svendsen AL, et al. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ* 2009 ; 339 : b2890.
- 4) Dinger J, Bardenheuer K, Heinemann K. Cardiovascular and general safety of a 24-day regimen of drospirenone-containing combined oral contraceptives: final results from the International Active Surveillance Study of Women Taking Oral Contraceptives. *Contraception.* 2014 ; 89 (4) : 253-63.
- 5) Roach RE, Lijfering WM, Helmerhorst FM, et al. The risk of venous thrombosis in women over 50 years old using oral contraception or postmenopausal hormone therapy. *J Thromb Haemost.* 2013 ; 11 : 124-31.
- 6) Ho WK. Deep vein thrombosis-risks and diagnosis. *Aust Fam Physician.* 2010 ; 39 (6) : 468-74.
- 7) Plu-Bureau G, Hugon-Rodin J, Maitrot-Mantelet L, et al. Hormonal contraceptives and arterial disease: an epidemiological update. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2013 ; 27 (1) : 35-45.
- 8) Lidegaard Ø, Lidegaard E, Jensen A, et al. Thrombotic Stroke and Myocardial Infarction with Hormonal Contraception. *N Engl J Med* 2012 ; 366 : 2257-66.
- 9) AHA/ASA Scientific Statement. Diagnosis and Management of Cerebral Venous Thrombosis. A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2011 ; 42 : 1158-1192

シンポジウム座長のことば

妊娠適齢期の現在・未来

～妊娠適齢期を踏まえた性教育を子供たちに どのように指導していくかを考える～

高橋 健太郎

滋賀県産科婦人科医会会長

安達 知子

総合母子保健センター愛育病院副院長

本シンポジウムは「妊娠適齢期の現在・未来」をテーマに妊娠適齢期を踏まえた性教育を子供たちにどのように指導していくかを考える要素を探るという趣旨で開催されました。7名のシンポジストにはそれぞれの立場から、15分間の持ち時間で発表していただき、最後の討論では各演者間およびフロアーからの質問を含めて当初50分間を予定しておりましたが、各演者の熱演により、約20分間の討論となりました。

特別講演で「日本の生殖医療の現状 妊娠の適齢期～生殖医療と周産期医療の視点から～」をお話になられた滋賀医科大学産科学婦人科学講座の村上 節教授に討論会に加わっていただき計8名の演者で短い時間でしたが討論を行いました。

まずトップバッターとして2児の母親でありながら、忙しい産婦人科の医局長もこなしている滋賀医科大学産科学婦人科学講座助教の石河 眞子先生が働く産婦人科医師の立場から、産婦人科女性医師の大半が25～35歳で第1子を出産している現状であるが、理想は専門医取得後、すなわち29歳～30歳で出産するというアンケートの結果を発表された。

次に精神医学的見地からの妊娠適齢期を琵琶湖病院理事長・院長で精神科医の石田展弥先生にお話しいただいた。妊娠は心理的側面においてストレスナーになり得るので、妊娠の背景にある不都合な局面が生じた場合に適切に対応できる状態以外は精神医学的にはリスクとなり、大うつ病は20～30歳代の女性に多く発症することをお話しされた。

続いて宗教学的な見地から妊娠適齢期を龍谷大学文学部真宗学科教授の鍋島直樹先生にお話しいただいた。妊娠適齢期を考える上で一番大切なことは愛と思いやり、ご縁であるという仏教的生命観を解説された。

4番目の演者として、保健・行政の立場から滋賀県健康医療福祉部次長の角野文彦先生に登壇願った。妊娠適齢期について母子保健行政上は

20～30歳代が望ましいが、様々な社会的要因が関与し、妊娠適齢期は一概には結論できず、本人たちの自由選択である。滋賀県では特定不妊治療助成は43歳未満を対象としたことが発表された。

5番目の演者として、教育者の立場から見た妊娠適齢期を聖泉大学看護学科養護領域准教授の田中祐子先生にお話しいただいた。妊娠適齢期を論じる前の性教育、特に性感染症についてのアンケート調査の結果であるが、本教育を高校生に行うと、前後で顕著な改善がみられるが、一番問題なのは親の性感染症教育に関する意識の問題であり、学校側も一部の親のクレームのために、性教育に対して消極的にならざるを得ない実態が浮き彫りになった。

6番目に登壇されたNPO法人マイママ・セラピー理事長の押栗泰代さんはお母さんの保育室から見た妊娠適齢期を考える上での参考として出産後の一般女性へのアンケート結果を発表された。妊娠適齢期は25～30歳と考えているが、実際の初回出産年齢とはかなりのギャップがあり、一致しているものは10%未満であり、現実はもっと高齢で出産している。これらの女性の考える妊娠適齢期は身体的、経済的、精神的、仕事や夫婦関係等を多角的に考慮し、妊娠・出産・育児を一つのストーリーとして考えている。

最後に子育て男性のWLBから見た妊娠適齢期をNPO法人ファザーリング・ジャパン事務局長で自身が育児休暇を取得して眼科医である妻のキャリア継続をサポートした経験を持つ徳倉康之さんが登壇され男性側の父親が育児を楽しむことができる準備が整った時期が妊娠適齢期であり、父親が変われば、家庭のみならず地域、企業、社会は変わると講演された。

発表後の討論では、妊娠適齢期は人それぞれの立場、環境、心身の状態により明確な妊娠適齢期は設定できないが、その個人に見合った妊娠適齢期というものは現時点ではおおむね30歳前後に存在するのではないかという一定の見解が得られた。しかし、今後の検討課題として身体的、ヒトの卵細胞年齢を考慮した正しい性知識の啓発教育が必要であるとともに、「子どもをつくりたい時が妊娠適齢期」であるためには、男女ともに仕事の継続を踏まえた「社会の意識および制度改革」が重要である。

今回のシンポジウムでは、いろいろな立場での多くの意見を聞くことができ、また意見交換ができたことにより、今後の妊娠適齢期を見据えた性教育の在り方や重要性が浮き彫りになった。有意義なシンポジウムであったと思われた。

シンポジウム「妊娠適齢期の現在・未来」
～妊娠適齢期を踏まえた性教育を子供たちにどのように指導していくかを考える～

働く女性産婦人科医師の立場からみた 妊娠適齢期

石河 顕子

滋賀医科大学産科学婦人科学講座助教

わが国では、生涯未婚率は上昇し、平均初婚年齢も年々上昇し、出生数の減少と晩産化が年次推移から顕著となってきている。世界の先進国においては、女子労働力率の高い国は合計特殊出生率（一人の女性が一生に産む子供の平均数）が高い傾向にあることから、わが国でも、比較的若い時期に妊娠出産してもキャリアを積むことができるという就業モデルづくりや、妊娠・出産・育児中の女性が働きやすい職場を作ることが、少子化対策の上で重要な課題となっている¹⁾。

そんな中、医師、特に産婦人科医をモデルとして、国や自治体でのワークライフバランスや女性就労支援などの研究が活発に行われている¹⁾。その理由としては、産婦人科は、昼夜を問わず分娩や緊急手術に対応しなければならない24時間稼働であり、しかも、近年急激に女性医師が占める割合が増加する診療科となったため、他の診療科や職種にとっても応用可能という観点からである。

産婦人科医師数は減少し絶滅危惧種？と報じられ、その医師不足は今も問題になる中（現在、20年前に比し20%減（図1））、女性医師数は増え続け、現在、40歳未満の過半数が女性医師であり、30歳未満の女性医師の割合は3人に2人である（図2）。そして、女性常勤医師数は全体の40%にまで増加し（5年前に比し1.5倍）、その中で妊娠中か小学生以下の育児中の女性医師の割合は過半数に達している（図3）。一方、出産回数が増えるに従って育児中の産婦人科女性医師の就業率は低下し、大学卒業後10年以上で半数の女性医師が分娩を扱わなくなるというデータもある²⁾。育児中の女性医師が離職せず、勤務形態を変更し（時短、当直の免除・軽減など）働き続けた場合でも、当直勤務や業務の増えた同僚医師には不平等感が広まるという問題も発生している。1年前と比較して産婦人科全体の状況をどう考えるかの問いに対して、第一線の産婦人科医の現状認識は2010年をピークに3年連続で悪化しており（図4）、悪化を感じている施設の理由の第1位は人員の減少であり、女性医師の勤務緩和・産休・育休関連の理由が第3位となっている（図5）。

働く女性の妊娠適齢期を考えることは、当事者のワークライフバランスの観点からだけでなく、職場全体の就労環境問題と連動しているのである。

仕事を続けてキャリアを積んでいく上で、一通りの仕事を覚えた上でさらなる専門性を目指していくことは重要である。この専門性の取得時期と妊娠適齢期は重なることが多い。

産婦人科医にとっては、一通りの仕事を覚えたというお墨付きのようなものが、産婦人科専門

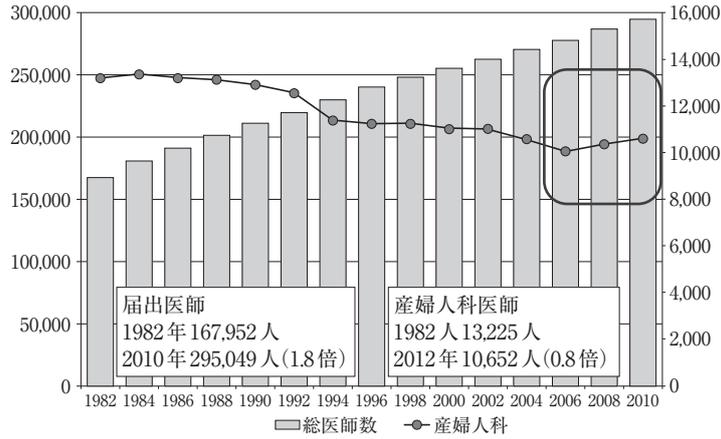


図1 届出総医師数と産婦人科医師数の推移

平成 22 年（2010 年）医師・歯科医師・薬剤師調査の概況 2010 年 12 月 31 日現在
日本産婦人科医会施設情報調査 2006 - 2013

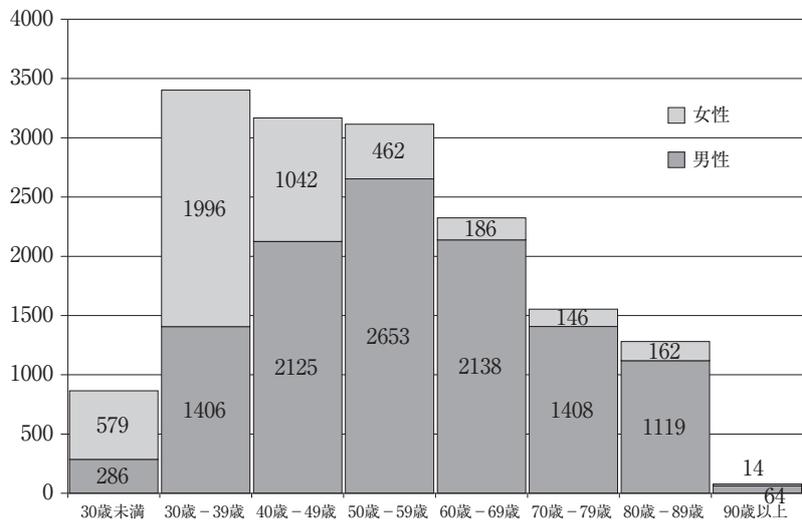


図2

日本産科婦人科学会 年代別・男女別会員数 2011 年 3 月 31 日現在

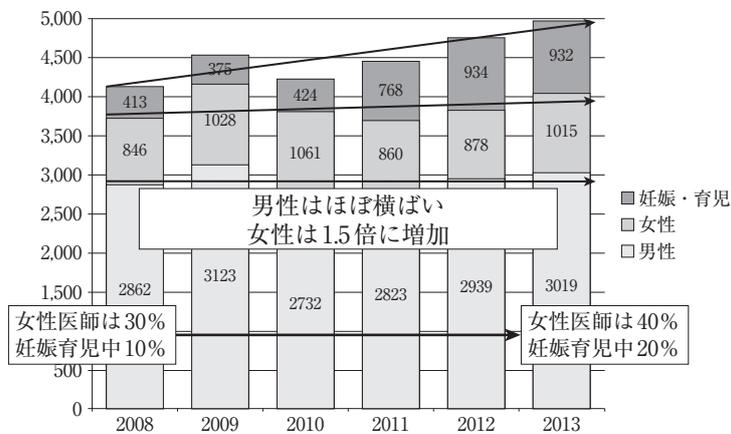


図3 分娩取扱病院の常勤医師の内訳

日本産婦人科医会勤務医部会調査 2008 - 2013

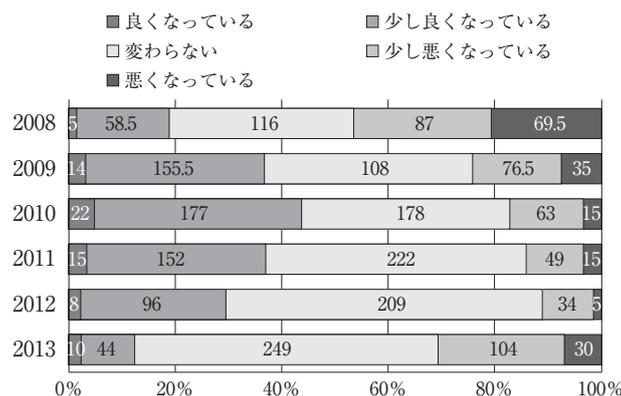


図4 1年前比較して、全体としての産婦人科の状況
日本産婦人科学会 産婦人科動向 意識調査

悪くなっていると感じる理由		良くなっていると感じる理由	
1. 産婦人科医不足・減少	90	1. 人員増	45
2. 勤務の過酷化	31	2. 新入局者増	15
3. 女性医師の勤務緩和・産休・育休関連	30	3. 診療の活性化	11
4. 高齢化	6	4. 勤務条件の緩和	8
5. 待遇悪化	3	5. 待遇改善・手当増	6
6. 地域医療システム悪化	3		
7. 小児科医不足	3		
8. 患者の要求増大	2		

図5 自施設産婦人科の状況
回答の理由（複数回答）

2013年日本産婦人科学会 第6回産婦人科動向 意識調査

医という資格である。これは、日本産科婦人科学会が指定する病院で3年以上（初期研修を含めて5年以上）の産婦人科の臨床を研修し、学会で実施している専門医認定試験に合格した者に与えられる。さらなる専門性（サブスペシャリティ）の獲得（婦人科腫瘍専門医、母体・胎児専門医、生殖医療専門医など）には、この専門医を取得していることが条件となる。

妊娠出産はこの専門医を取得してからの方がいいのか？どうなのか？初期研修を始めて5年以内に妊娠出産すると、産休育休のために臨床研修期間が短くなりこの専門医試験を受けるのが遅れていくことになる。育児しながら専門医として求められる知識と技能を身につけ、試験の準備を進めるのは大変ではないか？キャリアのために高齢出産になる可能性は？妊娠適齢期に絡んで様々な不安や意見のある問題である。

当産婦人科講座に入局した女性医師36人に、1人目の子どもを産んだ年齢、いつ妊娠するのが理想と考えるか、なぜそう思うのかなどを、この夏アンケート調査した。内訳は、20歳代7人、30歳代13人、40歳代12人、50歳代3人、60歳代1人で、うち出産経験者は23人であった。子どもの数は、1人が7人、2人が12人、3人が2人、4人が2人であった（平均1.95人）。

何歳で1人目を出産したのかは、25歳未満1人、25～30歳未満8人、30～35歳12人、35～40歳1人、40歳以上1人という結果で、専門医取得後に出産した者が14人の61%であった。しかし、産婦人科医としていつ妊娠するのが理想かの問いには、先の出産経験者からは、専門医

取得後を挙げた者は9人の約39%であり、ほしいと思った時(=いつでもよい)の10人より少なかった。出産していない女性医師の計13人からは、専門医取得後を挙げた者は7人の54%であり、ほしいと思った時(=いつでもよい)は3人の23%であった(図6、図7)。

ほしいと思った時(=いつでもよい)を挙げた理由(資格にこだわらない理由)には、子育てには気力と体力が必要にて早いうちがいい、妊娠・出産で研修がスローペースになっても働き続けるのであればどの時期でも本人の意欲覚悟の問題で解決可能、出産後の家族の支援が得られやすいと思った時期や職場で迷惑がかかりにくく理解が得やすい時期であることが重要などであった。専門医取得後を挙げた理由には、産休や育休をとることに理解を得やすい、産休や育休からの復職時に本人にも雇う方にも不安が少ない、さらなる専門性(サブスペシャリティ)を獲得するためには出産前に専門医を取得しておく方がよい、当直勤務することで身につく技能や経験が専門医取得前には必要などであった。

ほしいと思ったとき(いつでも)	10人
初期研修(研修2年)終了以降	1人
研修4年終了以降	1人
産婦人科専門医取得後(研修6年以降)	9人
30歳まで(資格にこだわらず)	1人
35歳まで(資格にこだわらず)	1人

図6 産婦人科医としていつ妊娠するのが理想か？
(出産経験者23人)

ほしいと思ったとき(いつでも)	3人
初期研修(研修2年)終了以降	0人
研修4年終了以降	1人
産婦人科専門医取得後(研修6年以降)	7人
30歳まで(資格にこだわらず)	1人
35歳まで(資格にこだわらず)	1人

図7 産婦人科医としていつ妊娠するのが理想か？
(出産未経験者13人)

当大学産婦人科勤務の男性医師(20歳代2人、30歳代5人、40歳代4人、50歳代1人、計12人)にも、産婦人科医としていつ妊娠するのが理想か質問したところ、ほしいと思った時(=いつでもよい)4人(33%)、専門医取得後1人(<1%)であった(図8)。

資格にこだわらず30歳までに(30歳前後を含む)妊娠した方がよいとの回答が、女性医師では全体の<1%であったが、大学勤務男性医師では5人(42%)であった。

アンケート結果からは、妊娠出産でワークライフバランスが変化するのは当然であることはみな理解しており、出産後も妊娠前の状態を求める状況は、当事者からも同僚からも見られなかった。専門医取得後の妊娠を意識するのは当事者の女性であり、妊娠前にはその意識が強く、多くの女性医師はそれを実行している。しかし、育児しながら働き続ける上では、専門医取得にかかわらずいつであれ努力や覚悟が必要と考え、自ら職場に支援を求める姿勢も見られ、共に働く同僚からは多様な働き方を認め協力する姿勢が見られた。

ほしいと思ったとき（いつでも）	4人
初期研修中（研修2年以内）	1人
産婦人科専門医取得後（研修6年以降）	1人
勤務医が3人以上の病院勤務中	1人
30歳まで（資格にこだわらず）	5人
35歳まで（資格にこだわらず）	0人

図8 産婦人科医としていつ妊娠するのが理想か？
（大学勤務男性医師12人）

現在、医師として20年目を迎えた筆者が研修医の頃は、女性医師は、専門医を取得するまでの最初の5年間は出産せず仕事に打ち込める環境で研修すべし、という親心からの先輩からの教えがあった。また、当直できない育児中の女性医師には総合病院での産婦人科勤務の選択肢はなかった。現在、当産婦人科講座に入局し出産した女性医師23人のうち、当直業務を行っているのは勤務医3人（13%）と産科クリニック院長2人である。時代と共に、働き続ける中での妊娠出産への考え・意識は男女共に変化してきており、女性が働きやすい職場は確実に増えてきていると言える。女性医師支援の必要性は増すばかりであるが、産婦人科勤務医全体の待遇改善問題（当直翌日の負担軽減や医療リスクと体力負担に見合う分娩・当直手当の支給など）にも早急に取り組まなければ、産婦人科危機再び？となる可能性がある³⁾。

働く女性にとって「妊娠適齢期」は、いつ頃何歳と一概に言えるものではない。妊娠出産という機会を能動的にとらえ、キャリアの中長期的プランを練りながら、ライフワークバランスを常に意識するということが大切な時期と考える。

そして、子どもたちには、多様な生き方を認め受け入れられる社会の重要性や、妊娠出産した後からは育児が始まること、そしてその育児と仕事の両立を目指すために実際行われている支援などについて、学校の授業や職業体験などの折にも知り学べる機会があることが望ましいと考える。

■ 参考文献

- 1) 産みドキ、育てドキ、働きドキ—小冊子の発行と女性保健部会の活動から—第73回記者懇談会. 日産婦医会報3月号:3, 2014
- 2) 海野信也:分娩取扱施設に勤務している割合. 産科救急搬送受入のあり)方に関する懇話. 日本産科婦人科学会・産婦人科医療提供体制検討委員会, 2007
- 3) 中井章人, 関口敦子:産婦人科勤務医の待遇改善と女性医師の就労環境に関するアンケート調査報告. 公益社団法人日本産婦人科医会, 2013

シンポジウム「妊娠適齢期の現在・未来」
～妊娠適齢期を踏まえた性教育を子供たちにどのように指導していくかを考える～

妊娠と出産後の精神科的問題

石田 展弥

医療法人明和会琵琶湖病院理事長・院長

吉田¹⁾がその著書において詳細に検討しているように、妊娠、出産、育児は、心理的生物学的に大きく複雑な変化をもたらす。ストレス学的には、妊娠が計画的なものにせよ、予期せぬものにせよ、それに対する「評価」が生じ、そこに対処行動が現れることになる。女性の属する人間関係において、妊娠は影響を与え、家族や生計を共にする人たちの心理社会的変化を起し、その変化がその女性に再び影響する。さらに、その女性の社会との関係も妊娠により影響をうける。このように、妊娠をめぐる一連の出来事は、双方向的あるいはシステムとしてその女性に負荷をかけ、周囲もその負荷を受けることになる。妊娠、出産、育児において、良好な経過をたどるためには、それぞれの負荷に対する適切な対処行動が必要であり、その女性とその周辺の人々の対処能力や利用できる資源の分析と把握が必要になる。ストレス学や精神医学的に観て、ある女性の妊娠に適する時期や状態ということは、妊娠、出産、育児という負荷に対する適切な対処行動がとれる時期や状態のことであると考えられる。

十代で妊娠した人たちの持つ心理社会的問題として、海外の複数の研究者らによって以下のものが指摘されている。①小児期に不安定な養育体験をうけたために、自ら親になることで親密な親子関係を短絡的に得ようとする傾向がある¹⁾、②衝動行為、非行などの行為障害や、抑うつ症状を示すなどの精神医学的問題を有することが多い²⁾、③妊娠の結果生じる問題を予測することができず意図しない妊娠をしてしまう³⁾、④悲観的に物事を認知する傾向があり妊娠によってそれが改善するため妊娠を反復しやすい⁴⁾、⑤不利な社会経済的状况にある⁵⁾など、である。これらの人たちは、妊娠に対し適切な対処行動を十分に取れない状態であることを示しているようにみえる。これらの妊娠した十代の人たちが、適切な対処行動がとれないとしたら、周囲の人々が代わりにそれをせねばならない。

では、周囲の支援によって適切な対処行動ができれば、妊娠・出産・育児の危険因子は低減できるのであろうか。生物学的側面から検討してみると、十代の女性に限らず、妊娠という生物学的負荷は大きい。それが、女性の精神状態に影響することは想像に難しくなく、実際に、ある種の精神疾患の発病率は増加する。気分障害である大うつ病は、もともと女性では男性の1.5倍－3倍の発病率を有し、産後4週以内に発病した大うつ病の家族歴のある妊娠女性では40%以上が発病し、大うつ病の既往のある妊娠女性では40%が産褥期に再発する。双極性障害は、産後に発病率が高くなり、既往のある人は50%が産褥期に再発する⁶⁾。統合失調症は、妊娠によって発病率が上昇するという研究はないが、思春期以降30歳までの女性では、100人当たり、15－19歳で0.26、20－24歳で0.44、25－29歳で0.19の発病率であり、30歳以降の0.1をはるかに上

回り、発病率の高い年齢は、妊娠可能な年齢に重なっている⁷⁾。また、産後のうつ病は、出産から1-6か月の間に発病し、報告によっては10-15%に発症する⁸⁾とされている。産後うつ病やマタニティブルーズの既往があるとさらにリスクが高いとされる。幻覚や妄想などの精神病性の症状を呈する産褥精神病もある。分娩後2-3週間以内に発病するが、既往の精神病性疾患が悪化したものと、既往歴なしに産後初めて精神病状態になったものとがみられる。産褥精神病は1000の出産で1-7例程度発病するとされ、他の時期の女性に比較し発症リスクは10数倍とする研究もある⁸⁾。これらの精神障害の治療には、精神療法と生物学的に効果を発揮する薬物療法や電気けいれん療法などがある。薬物療法がおこなわれる場合、薬物の使用にも不使用にも、拮抗する賛否両論がある。反対する意見は、催奇形性、未熟児や低体重児、自殺リスクの増加があるといい、使用しないことに反対する意見は、精神障害の再発、自殺リスクの上昇、自己管理能力の低下、胎児ケア意欲の低下、乳児虐待などが起こるといふ。治療者としては、指針はないため個々の母親と児の状況に応じて、治療選択をすることになる。たとえば、抗うつ薬治療の継続の有益性は危険性を上回るとされるが、目の前の妊娠女性でもそうか、前回の出産後には産褥期精神病が発症したが、今回は薬物療法をどうするか、授乳をさせたいが再発防止のために薬物療法を再開するかなど、治療者のみでは決断できない問題であり、妊娠出産した女性や周囲の人々にも十分に考えてもらわねばならない問題になる。

まとめると、妊娠可能な時期と女性が精神障害を発生しやすい年齢は重なっており、妊娠によってある種の精神障害の発生率は上昇する。生物学的に妊娠可能であることは、上記で触れたように、妊娠、出産、育児という心理社会的負荷に対して適切な対処が可能であることを必ずしも意味しない。妊娠による負荷に対する適切な対処とは、「妊娠女性本人とその周囲の人々の、妊娠に対する評価や使用できる資源の評価が適切に行われ、妊娠女性本人と周囲の人々の適切な対処行動や支援がとられる」ことである。そのうえで、妊娠を継続し、出産、育児期を良好に経過するために、精神疾患を発症させないことが望ましい。

■ 参考文献

- 1) 吉田敬子：妊娠中および出産時の心理的問題と精神障害：母子と家族への援助、妊娠と出産の精神医学（吉田敬子）：pp29-53, 金剛出版, 2003.
- 2) Horwitz SM, Klerman LV, Kuo HS et al : Intergenerational transmission of school-age parenthood. *Family Planning Perspective* 23 : 168-172, 1991
- 3) Kovacs M, Rebecca SM, Krol LSW, et al : Early onset Psychopathology and the risk for teenage pregnancy among clinically referred girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33 : 106-113, 1994.
- 4) Gordon DE : Formal operational thinking; the role of cognitive-developmental processes in adolescent decision-making about pregnancy and contraception. *Am J Orthopsychiatry* 60 : 346-356, 1990.
- 5) Wagner KD, Berenson A, Harding O, Joiner T : Attributional style and depression in pregnant teenagers. *Am J Psychiat*. 155 : 1227-1233, 1998.
- 6) Abrahamse AF, Morrison PA, Waite LJ : Teenagers willing to consider single parenthood : Who is at greatest risk? : *Family Planning Perspective* 20 : 13-18, 1988.
- 7) Munk-Olsen T, Laursen TM, Mendelson T, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB : Risks

and predictors of readmission for a mental disorder during the postpartum period :
Arch Gen Psychiatry : 66 : 189-95, 2009.

- 8) 中根允文：統合失調症・統合失調症型障害および妄想性障害：専門医をめざす人の精神医学 第3版（山内俊雄他編）：pp418-419, 医学書院, 2011.
- 9) 前田潔：妊娠出産に関連した障害：専門医をめざす人の精神医学 第3版（山内俊雄他編）：pp391-398, 医学書院, 2011.

シンポジウム「妊娠適齢期の現在・未来」
～妊娠適齢期を踏まえた性教育を子供たちにどのように指導していくかを考える～

宗教学的な見地からの妊娠適齢期 —生命の尊厳と教育

鍋島 直樹

龍谷大学文学部真宗学科教授

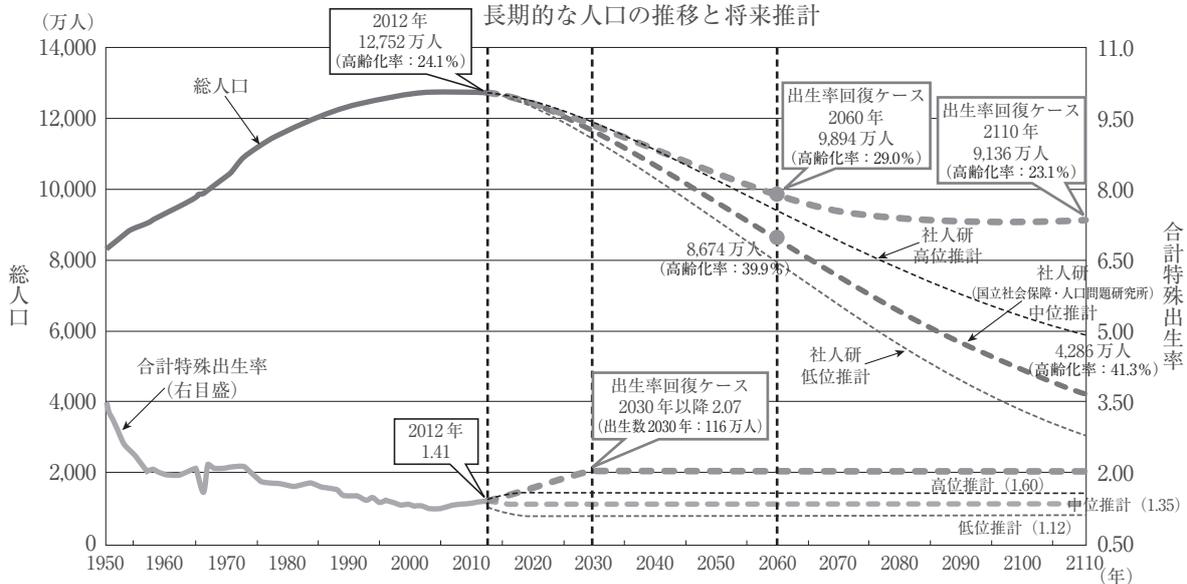
日本の産婦人科医療は進歩を遂げ、世界最高水準である。新生児の死亡率は低く、妊娠後期から新生児早期までの周産期医療において、母体や胎児や新生児を総合的に管理して母子の健康を日夜守っている。他面、妊婦の高齢化などさまざまなリスクも高まり、医療紛争化することもある。その意味でも、母体、胎児、新生児の健康を守り育む産婦人科医は未来への希望の架け橋である。私は、幾世紀にもわたって読み継がれてきた聖典研究を礎にして、仏教の生命観や浄土教の死生観と救いを研究している。広い視野に立って仏教思想の真理性を究め、他の学問領域と交流しながら、現代世界の諸問題に向き合い、その問題解決の方向性を考えるような研究教育をめざしている。大学院教育では、東北大学大学院や滋賀医科大学に協力いただき、臨床宗教師養成研修、ビハーラ活動に取り組んでいる。

しかし、宗教学の角度から、妊娠適齢期に焦点をあてて発表したことはなかった。「宗教学的な見地からの妊娠適齢期」に関する先行研究はまだない。自分自身に向き合い、仏壇の前に座り、釈尊や親鸞ならどう答えただろうかと思ひ悩んだ。妊娠適齢期について、信頼できる教授や寺院の坊守たちにも相談した。皆沈黙した。従来、女性の妊娠や出産、性教育については、学校の先生が保健の授業で青少年に教え、母親や祖母が発育に応じて子供に伝えてきたものだろう。

内閣府『人口動態について』

内閣府『中期的マクロ的視点からの分析③』（平成26年2月14日）によると、「現在の傾向がつづけば、2060年に人口が約8700万人にまで減少する。2030年に合計特殊出生率が2.1程度に回復する場合にでも、2090年まで人口減少がつづく。少子化対策が急務である。当面は人口減少に対応した経済社会づくりが必要である。」と記されている¹⁾。それは次の図によく示されている。

- 現在の傾向が続けば、2060年には人口が約8,700万人まで減少。
- 2030年に、合計特殊出生率が2.1程度に回復する場合においても、2090年代まで人口減少は続く。
- 少子化対策が急務。当面は、人口減少が続くことから、人口減少に対応した経済社会づくりが必要。



- (備考) 1. 1950年から2012年までの実績は、総務省「国勢調査報告」「人口推計年報」、厚生労働省「人口動態統計」をもとに作成。
 2. 高位推計・中位推計・低位推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」をもとに作成。
 3. 出生率回復ケースは、2012年の男女年齢別人口を基準人口とし、2030年に合計特殊出生率2.07まで上昇し、それ以降同水準が維持されるなどの仮定をおいて推計。

図 人口減少と出生率

宗教のめざすもの

宗教の果たしている役割とは何か。何千年の長い歴史の中で伝えられてきた宗教の聖典や先師の足跡は、人々の心の依りどころとなっている。レリジョン (religion) の原語は反復吟味、儀礼、神と人との再結合、涅槃の原意は迷いから生まれる苦しみの消滅を意味する。宗教とは、愛と永遠、生と死、罪と赦しなど人間の究極的な苦悩を見つめ、苦悩を解決する道を示す羅針盤である。宗教とは、生老病死の苦悩、愛別の悲哀さを縁として生きる意味を見つめ、神や仏に手を合わせる中で自己をふり返し、心の平安と世界の安穏を願うものである。たとえば、顕道女学院(後の京都女子学園)を創設した甲斐和里子(1868 - 1962)は、人生の困難と向き合い、「岩もあり 木の根もあれどさらさらと たださらさらと水のながるる」²⁾ という歌を残した。このように宗教とは、教えを依りどころにして、生きる意味に気づかせるものである。

妊娠適齢期を考える際に大切なこと

(1) 医学的見地からの妊娠適齢期の授業の普及

産婦人科医療の立場からみた、男女の妊娠適齢期と生命の誕生について、科学的なエビデンス

として、青少年が学校の保健の授業などで学ぶことが望まれる。日本産婦人科医会『オンナとオトコの産みドキ 育てドキ 働きドキ』などの性教育の教材を保護者も共有できれば、子供の現在と未来を家族として見守ることにつながるだろう。

(2) 愛と思いやり、ご縁

その一方で、人間にとって最も大切なことは、愛と思いやりである。人は不思議な縁があって自らの好きな人と結ばれ、互いに支え合い、縁があれば子供に恵まれる。子供は38億年の生命の糸をつむいで誕生し、さまざまな縁と努力の中で育っていく。宗教においてキリスト教では、すべての子供は神に祝福されて誕生すると教えている。仏教では、すべての子供が不可思議なご縁で恵まれた仏の子であるとして尊重している。子どもはかけがえない宝である。

ふりかえてみると、妊娠することができない学生がその悲しみを打ち明けてくれたことがあった。予期せずに妊娠して話してくれた学生の気持も忘れられない。すべて胸の内にしまっている。妊娠の喜びと出産、中絶や流産の悲しみは、結婚をしていない学生や子供にとって真剣に思い悩むできごとである。学生たちの答えは一つではなかった。誰にも相談できずに思い悩み、産婦人科の医師と相談し、一人で考えて答えを出す場合もある。恋人や家族、信頼できる友達や先生に相談しながらその選択を決める場合もある。

生命の誕生を守り育む宗教の視座

一神教における生命の尊厳は、神の似姿 (Image of God) である人間にあり、隣人に神を見出して愛する姿勢がある。仏教における生命の尊厳は、縁起思想に基づく。生命の尊厳は、あらゆる存在の相互関係性、相互のつながりの中で育まれる³⁾。宗教では、中絶について、妊婦の自己決定権と胎児の尊厳とを共に重視し、できれば抑止する姿勢をとっている。実際、歴史的にその事実が残されている。江戸時代に、飢饉や経済的な困難から関東などで間引きが行われた。佐藤信淵著『農政本論』(1829)によれば、上総の国、間引き・墮胎年2~3万、陸奥・出羽の国 年6~7万と記録され、「もしもこの子が女子ならば、むしろに包み、縄をかけ、前の小川へすっぽんぽん、上から烏がつつくやら、下からごこがつつくやら」という歌まで残っている。しかし特に、浄土真宗が盛んであった地域、近畿、北陸、広島、山口、山陰、九州などでは、間引きが少なかった。『芸藩通誌』には、間引きが少ないと明示されている。「一切衆生悉有仏性」、すなわち、この世界に誕生した誰もが、仏に成るという尊さ、仏性を有していると信じたからである。子供を仏の子として尊重した。その結果、人口が増加し、その日本人が、明治開国以降、北海道へ移住し、また、アメリカ、ブラジルなどの海外へ移住し、日系人社会を形成していった⁴⁾。その一方で、中絶せざるをえなかった親に対しては、それがいのちの尊厳に目覚める機会として受けとめられ、亡くした子を忘れず、親も亡き子とともに仏の慈悲に包まれていることをただ信じていくならば、親子ともに仏に救われると示している⁵⁾。

また、1999年6月に、ボストン大学で開催された国際会議 Issues For the Millennium: Human Cloning and Genetic Technologies に招待されて発表したことがあった⁶⁾。1998年当時、科学技術によってヒトクローンを生成する可能性が高まり、その賛否が世界で論争されていた。その際、ほとんどの神学者が、ヒトクローンは神の創造した人間ではない。人造による生命体であるとし

て、否定的な見解を示した。仏教学者も自らの道具のようにヒトクローンを生成してはならないという見解であった。そこで日本のバイオテクノロジーの成果を尊重しつつ、仏教の縁起思想からヒトクローンに対する姿勢について、次のように発表した。ヒトクローンを、自らの代替物として、また道具や手段として、決して生み出してはならない。ある個人や組織の欲望を満たすことを目的として、クローン技術による個体の産生が用いられてはならない。ヒトクローンを生み出すことは、その生命の安全性が保障されていないことから考えても望ましくない。しかし一方、科学が進展して、もしヒトクローンが誕生する日が来たならば、ヒトクローンもまた、生命そのものの自然な働きによって生まれてきた貴重な命であることを理解し、同じ人間として歓迎し、差別してはならない。いかなる人も縁によって後天的に独自の成長を遂げることができるからである。2001年、この拙論に共鳴してくれる産婦人科の澤倫太郎医師に出あった。当時の日本医師会常任理事でもあった澤倫太郎医師は、新生児のICUで、障がいの有無に拘わらず、すべての子どもはかけがえなく尊いといつも実感していると語った。どのような病気をかかえて生まれてきても、その子の味方となり、最後まで見捨てないことが、医師としての誠実さであると教えてくれた。

妊娠適齢期を科学的なエビデンスとして認識することは重要である。しかし、すべての男女ができるわけではない。最も大切なのは、愛しい支えあう気持ち、ご縁に感謝する気持ちである。ご縁で育まれる愛と小さな生命、その意味では、妊娠適齢期がいつであるとは断定できない側面もある。人生は計算通りにはいかない。結婚できなかつたり、結婚しても子供に恵まれなかつたりする人もいる。また結婚にいたらなくても恵まれた子どもを育てる女性もたくさんいる。赤ちゃんを引き取って育てる男性もいる。妊娠をめぐる苦悩と幸せにはさまざまな形がある。だからこそ、すべての子が家族や世界を支え導くような宝子であることに気づいて、子供の誕生を皆が歓迎し、安心安全に育てていくことが願われる。

■ 文献

- 1) 内閣府『人口動態について』ホームページ http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/future/0214/shiryu_04.pdf
- 2) 甲斐和里子『新修 草かご』, 百華苑出版, 1964
- 3) 鍋島直樹『親鸞の生命観』, 法蔵館, 2007
- 4) 有元正雄『真宗の宗教社会史』243-244頁, 吉川弘文館, 1995, 島藺進「個としてのいのち・交わりのなかのいのち」189頁, 東京大学大学院 COE, 2008
- 5) Naoki Nabeshima: "Buddhist Attitudes toward Abortion: Five Suggestions," 真宗学 no. 96, pp.1-31, 1997
- 6) Naoki Nabeshima: "A Shin Buddhist Perspective on Human Cloning: Bioethics of Interdependence," 龍谷大学論集 no. 457, pp.1-14, 2001

メインテーマ「妊娠の適齢期はあるのだろうか？ その為の性教育はどうしたらよいのだろうか？」

シンポジウム「妊娠適齢期の現在・未来」
～妊娠適齢期を踏まえた性教育を子供たちにどのように指導していくかを考える～

滋賀県における妊娠・出産の現状について

角野 文彦
滋賀県健康医療福祉部次長

滋賀県の出生状況

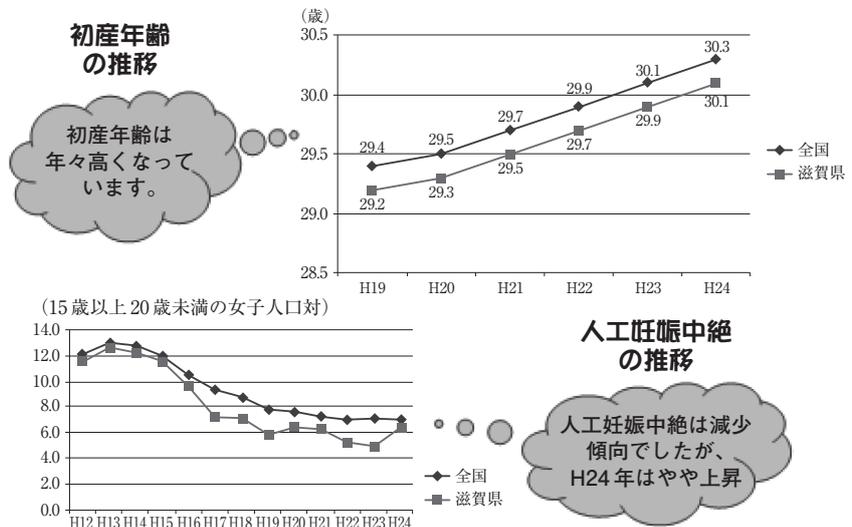
滋賀県は、平成 25 年の出生数が約 1 万 3,000 人、出生率が 9.3 と沖縄県につき、全国 2 位となっています。また合計特殊出生率は 1.53 で、全国 1.43 よりやや高めとなっています。滋賀県の人口は年々増加していましたが、予測では来年より減少していく傾向と言われております。

また、産婦人科医の数は全国的にみて少ない県です。特徴的こととしましては、病院よりも診療所での出生数が約 6 割と多い状況です。

初産年齢

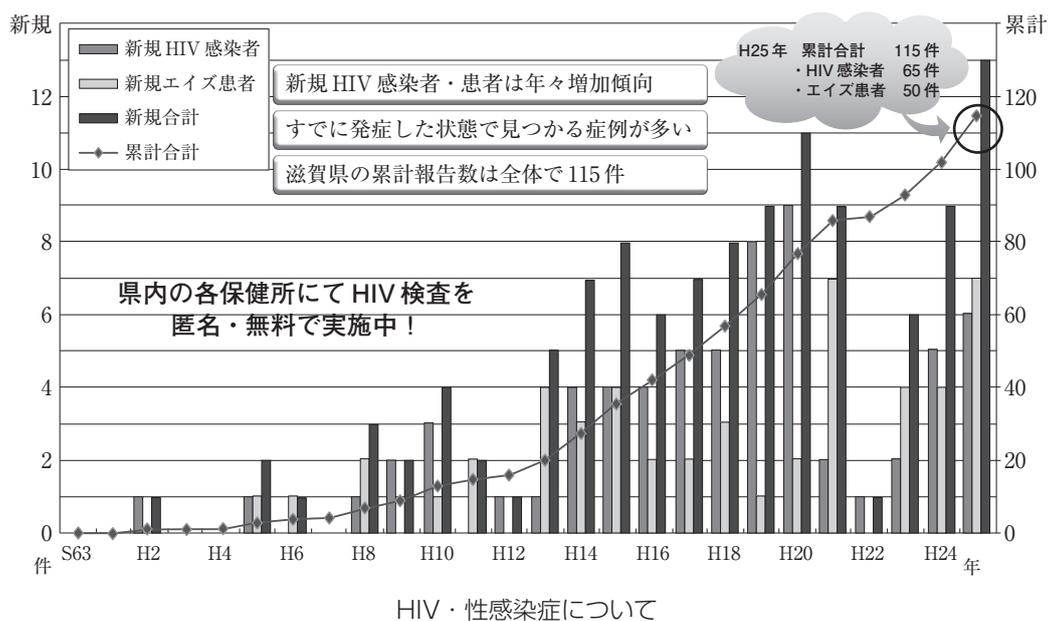
初産年齢ですが、年々高くなっています。全国と比較すると、全ての年において、滋賀県が 0.2 歳若い状況ですが、滋賀県でも初産年齢が 30 歳を超えています。

また、20 歳未満の人工妊娠中絶ですが、全国平均より低く、徐々に減少していましたが近年横ばい状態となっています。



HIV / 性感染症

次に本県における HIV 感染者と AIDS 患者の報告数についてです。この報告は、検査を実施した場所での計上になるため、必ずしも滋賀県在住の方ということではないと思いますが、年々増加しています。平成 25 年は、累計合計で 115 件という報告でした。



子育て・女性健康支援センターの取組

子育て・女性健康支援センターについてですが、滋賀県では滋賀県助産師会に委託し、取り組みを実施しております。ここでは、思春期の健康問題や性に関すること、妊娠・出産に関する電話相談に応じています。

また、小学校、中学校、高校などそれぞれの学校からの依頼に応じて、性に関する内容や生命の誕生などをテーマとした出前講座を助産師が実施しているところです。

また、リーフレット（将来のすこやかな妊娠と出産のために）を全高校へ配布し、性に関する正しい知識の啓発を行っているところです。

子育て・女性健康支援センター

＜思春期の取組＞ (滋賀県助産師会への県委託事業)

- ・性に悩み等、思春期相談（電話相談）
- ・性に関する教育

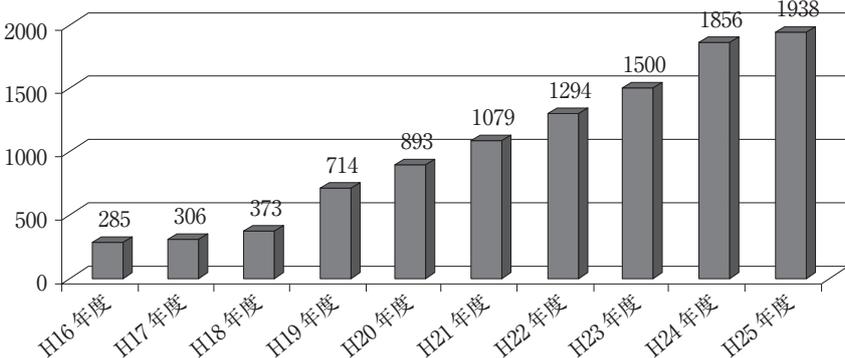
・命の誕生、命を大切にしよう！
 (赤ちゃんのお世話体験、妊婦体験)
 ・自分の成長を知ろう、からだところの変化
 ・思春期の子どもの接し方（学校関係者）等

リーフレット配布：県内高等学校
 「将来のすこやかな妊娠
 と出産のために」



特定不妊治療助成の状況

次に滋賀県の特定不妊治療（体外受精・顕微授精）助成件数の状況です。平成16年度よりこの助成制度が始まりましたが、年々増加している状況です。助成を受けた方の状況ですが、30歳以上で助成を受けられている人が多く、35～39歳が約4割、40歳以上が約3割を占めている現状です。年齢が高くなるごとに妊娠・出産に至る割合も低下し、流産など様々なリスクも高くなります。こうしたことから、平成28年度からは、この制度の対象年齢は43歳未満となり制度変更が予定されているところです。



特定不妊治療費助成事業における助成対象者の状況 (平成25年度)
 ※大津市除く

	件数
延べ件数	1,494件
実人数	894人
1人あたりの平均助成件数	1.67回

年齢	延べ件数	割合
～24歳	2件	0.1%
25～29歳	87件	5.8%
30～34歳	356件	23.8%
35～39歳	606件	40.6%
40～44歳	389件	26.1%
45歳～	54件	3.6%
合計	1,494件	100%

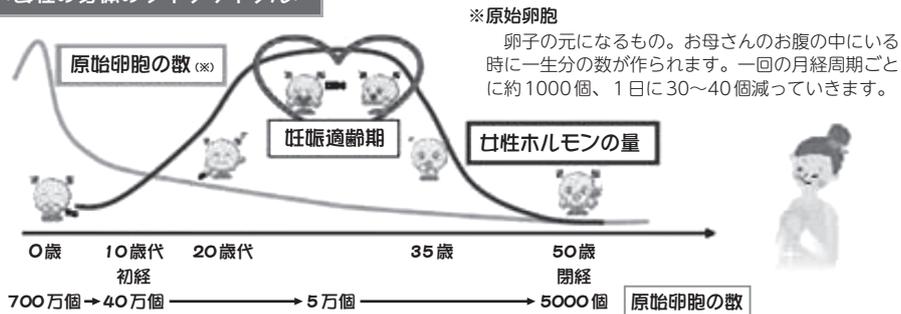
滋賀県の特定不妊治療助成件数

ライフサイクルに応じた妊娠適齢期

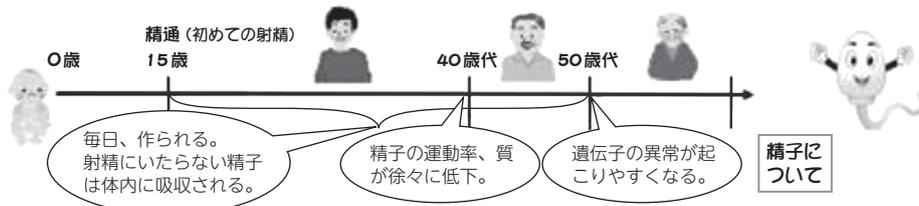
これは大津市が作成しています、女性・男性のライフサイクルに関する資料になります。大津市では、この資料を昨年度は成人式で配布し啓発を行ったそうです。

妊娠・出産は、仕事の仕方や生活サイクルなど社会的な要因も大きく関わります。そのため、妊娠適齢期は、自分たちにとっていつが良いか、選択できる環境を整えることが必要と考えます。

<女性の身体のライフサイクル>



<男性の体のライフサイクル>



総合討議

県施策では、女性医師確保対策の一環として、出産・育児といったライフステージに応じて就労が出来るよう、既に取り組みを進めているところです。

産み時を社会的にサポートできるようにしていくことが大切であり、どのような環境があれば良いのかという声をどんどんあげていただき、今後の施策にも反映し、働きやすい環境づくりを整えていきたいと思っております。

シンポジウム「妊娠適齢期の現在・未来」
～妊娠適齢期を踏まえた性教育を子供たちにどのように指導していくかを考える～

高校生への性感染症予防教育 ～生徒と親の考え～

田中 祐子
聖泉大学看護学部養護養成

背景

日本の思春期の性感染症は、高校生のクラミジア感染症の著しい増加から、その蔓延がヒトパピローマウイルス（以後 HPV と略す）による子宮頸がんや AIDS の増加を引き起こす、リプロダクティブ・ヘルスの重要課題である。そのため、高校生に行動変容につながる性感染症予防教育が必要である。A県下の高校生 1020 人に実施した調査から、性交への欲求は男子 217 人(42.3)、女子 51 人(16.8)であった。性に関する教育は学校教育だけでなく家庭での教育も必要と考える。そこで、1つの高校の生徒に、男女交際に焦点をあてた性感染症予防教育を実施し、生徒とその親に性感染症予防について調査した。

方法

対象はA県の高校1年生200名である。事前に性感染症予防について質問紙調査（性感染症の知識理解、性に関する問題における相談相手等）を実施し、後日「十代の交際と健康～性感染症の予防をめざして～」の学年一斉の授業を実施した。授業後に、授業の内容や知識の理解（性感染症15項目）、感想などを質問紙調査した。授業時間は、60分間、教育内容は、1）交際について、2）交際による健康問題（1）性感染症全般について、（2）こころの問題デートDVの被害、3）交際についての心の準備で構成した。

次にその学年の保護者200名に性感染症予防についての質問紙調査を郵送法にて実施した。親の性感染症の知識と調査に際し、高校の性教育担当者の協力を得、学校長に調査の理解と協力を得た。生徒・親への倫理的配慮は、調査協力の依頼文の書面と教師からの口頭の説明をおこなった。

結果

生徒は質問紙配布数 200、回収数、事前 197（回収率 98.5%）、事後 199（回収率 99.5%）であった。事前事後調査の比較から、性感染症（以後 STIs と略す）の理解について、正解者の割合をみると「STIs は性感染症である、80.7%→97.0%」、「STIs は症状がでないものがある、68%→81.4%」、「HPV は子宮頸がんをおこす、60.9→92.0%」などが増加したが、「STIs の症状は女性より男性に現れる、58.4%→50.3%」、「STIs に感染していると HPV に感染しない、67.5%→64.8%」と低いものがあった。得点は、有効回答 152（76.4%）のうち、前 10.6 ± 4.5 、後 13.3 ± 1.8 で 0.001% 有意差が見られ、全体として知識の理解は増加した。

「授業全般」では、よく理解できた 44 人（22.1%）、やや理解できた 114 人（57.3%）、「性感染症について」よく理解できた 40 人（20.1%）、やや理解できた（62.8%）、「男女交際について」よく理解できた 61 人（30.6%）、やや理解できた 105 人（52.8%）であった。

感想では、146 人の感想のなか 144 人（72.4%）が、「たくさん学んだ」、「とてもためになった」「今回の授業は私の将来にとって参考にするところもあって勉強になりました」等好評が多かった。

親の回収数は、42 名（21%）、性感染症全般の知識は、生徒 13.3 ± 1.8 点、親 12.7 ± 1.5 で生徒の方が高かった。十代の若者に性感染症が増加していることを知っている親は 70% を超えていた。しかし、子どもからの性に関する質問を受けた親は少なく、また性に関しての会話に恥ずかしいと答える親が多かった。予防に関しては、性感染症の教育を学校に委ねたいと思う親が大部分であった。

これらのことから、学校における性感染症予防教育を促進する重要性と、家庭での性感症予防の取り組みには、学校が、生徒や親のそれぞれに知識、話題の提供の場を設けることが必要であると考えた。

シンポジウム「妊娠適齢期の現在・未来」
～妊娠適齢期を踏まえた性教育を子供たちにどのように指導していくかを考える～

お母さんの保健室から見た妊娠適齢期

押栗 泰代

ナーシングクリエイティブ（株）代表取締役
特定非営利活動法人マイママ・セラピー理事長

はじめに

これまで産後女性を対象に育児にかかる不安や悩みを解決するために「お母さんのための保健室」として支援をしてきた。教室の参加初回時に「私の不安」というテーマで記述式のアンケートを全員に書いてもらい分析をした結果、産後女性が抱える不安には「母親としての未経験の不安」と「女性としての見通しが持てない不安」の2つの要素が見られた。こうしたことを踏まえ、①学習をする ②経験をする ③交流をする ④情報の整理をする ⑤友達を作るという5つの柱をたて、看護学的な視点で学習会を開催している。

出産時にうけたリスクによりトラウマになっていたり、実母との関係で育児がうまくいかなかったり、育児方法がわからなかったりする女性も多いが、集団を通し継続的な支援を受けることで自己肯定感が高まることもわかってきた。

今回は出産を経験したことがある女性に協力を得て「妊娠適齢期」と社会的課題についてのアンケートを実施したので結果を報告するものである。

方法

アンケートはこれまでにマイママ・セラピーを利用したことのある女性と市内公立幼稚園の保護者124人から得られた回答の分析をした。

アンケート内容は①妊娠時の年齢 ②適齢期はあると思うか ③その理由 ④適齢期があると答えた人にはその年齢 ⑤その理由 ⑥妊娠・出産・育児を通して不安や悩みはあったか ⑦妊娠・出産・育児を通してどのような支援を利用したか ⑧妊娠・出産・育児を通してどのような支援及びサービスがあると安心か ⑨妊娠・出産・育児を通して社会がどのようなことが理想だと思うかについて記述してもらった。

結果

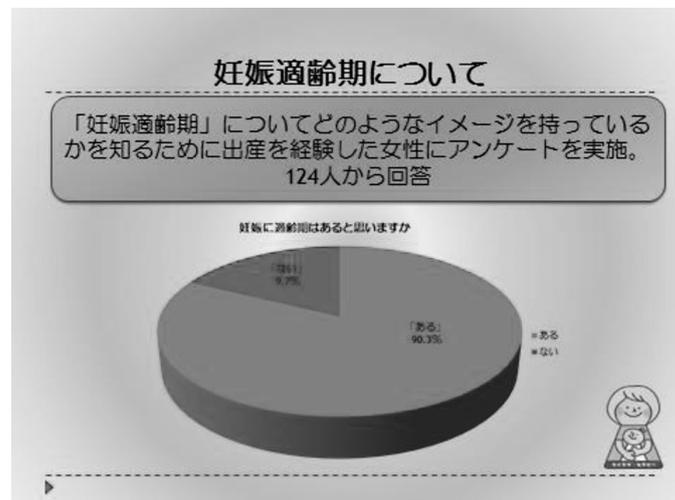
1. 適齢期と考える年齢について《グラフ1》《グラフ2》

適齢期が「ある」は90.3%。「ない」が9.7%であった。実際の出産年齢では25～30歳が50.8%と最も多く次いで31～35歳が32.2%、36歳以降が10.2%、20～24歳が6.8%となった。

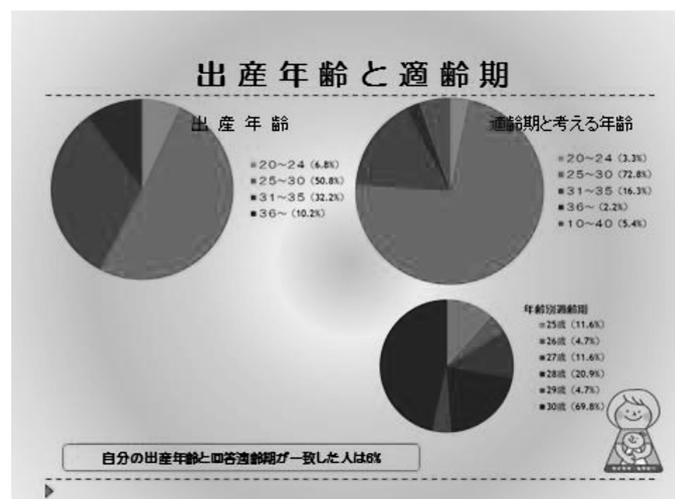
適齢期と考える年齢については25～30歳が72.8%と最も多く、次いで31～35歳（16.3%）20～24歳（3.3%）36歳以降（2.2%）、10～40歳と幅を持たせた人が5.4%となった。

25～30歳の72.8%の内訳をみてみると、25歳（11.6%）、26歳（4.7%）、27歳（11.6%）、28歳（20.9%）、29歳（4.7%）、30歳（69.8%）となり、30歳が半数以上を超えていた。

自分の出産年齢と回答による適齢期が一致した人は6%であり、94%は自身が考える適齢期の出産はしていなかった。



グラフ1



グラフ2

2. 適齢期を示す6つのカテゴリー《表1》

妊娠適齢期の考え方には「身体的適齢期」「精神的適齢期」「経済的適齢期」「夫婦関係適齢期」「仕事適齢期」「家族計画適齢期」の6つのカテゴリーが抽出された。

- (1) 身体的適齢期には「様々な体にかかる変化やリスク」「医師から受診時に卵子の老化等の話を聞いて」「出産で終わりではなく育児の始まりを考えると体力が必要」「テレビで見たから」「産後の身体の戻り方」「流産のリスクを考えて」などであった。
- (2) 精神的適齢期には、「自分自身が子どもを育てる自信が無い」「若ければいいというものではない」「結婚後、母になることに恐れや不安があり、妊娠に踏み切れなかった」「子育てを考えた時、忍耐、判断力が必要」「いろんな経験をしてからの方がいい」「母親としての教養や社会経験を身に付ける時間も必要」などであった。
- (3) 経済的適齢期には「20代後半になると経済的にも余裕ができる」「子育てにはお金がかかるので」「金銭的余裕は大事」「生活の糧となる方法を作っておく」などであった。
- (4) 夫婦関係適齢期については妊娠までに期間が長く夫婦で過ごす時間が長かった人の想いが表れており「子どもを授かるまでの間、夫婦で過ごす時間は貴重」「夫婦間のコミュニケーションの時期にあてることができた」などの他「夫婦円満で心構えを持つことが必要」という意見もあった。またこの意見からは妊娠まで夫婦だけの期間が長いと子どもが自立してからも夫婦のコミュニケーションが取りやすいというものもあった。
- (5) 仕事適齢期には、「20代は自分のキャリアを積み上げる時期」「社会経験をしてからゆったりと計画的に変化を楽しむことができた」「自分がやりたいことをしっかりできた」「仕事で自分の脳力を活かす方法を作っておく」などであった。
- (6) 家族計画適齢期には「妊娠・出産・育児をどのようにしていくか家族の問題もある」「計画的な妊娠・出産をしたことで、余裕をもってゆったりとした気持ちで身体の変化を楽しむことができた」「子どもができるまでの間に自分の時間を満喫できた」「続けて妊娠をする方が育児の方法も変化がなくて良い」などであった。

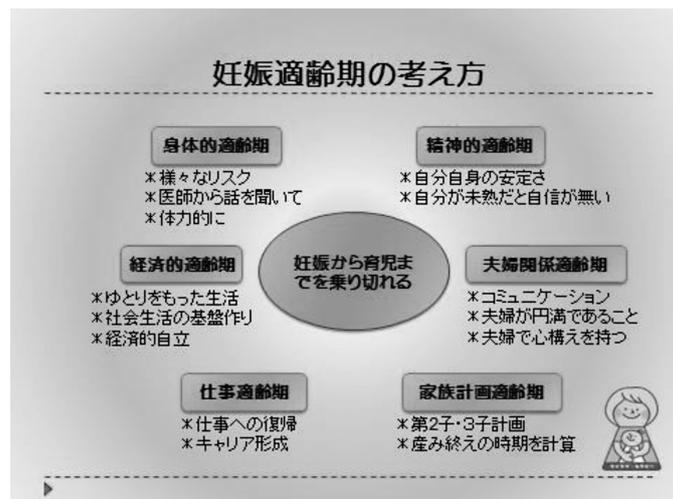


表1

3. ライフスタイルに反映される適齢期《表2》

20歳ごろには出産に対する不安があるものの、妊産婦を取り巻く環境に適切なサポートがあれば可能なのかもしれないという意見がみられた。しかし、多くが20～25歳頃までは母親にな

ることへの不安を抱えており、「親になる準備」を求めていることや20代前半には仕事を充実させることで自分のスキルを磨き上げる時期だと考えておりキャリア形成には一番重要な時期であると考えている。

28歳頃より出産が増えてくるのは、妊娠へのきっかけとして仕事や社会経験を通し心が成熟することや経済的にも自立ができるようになる環境も整ってくるためである。また、周りが妊娠をすることも含め母親になる覚悟ができるという結果がみられた。

28歳～30歳で第1子を希望し、35歳で産み終えを考えているがその理由としては、出産には育児を切り離して考えることは不可能であることや、第2子・第3子を考えた時に体力的限界があるからというものである。また35歳までに生み終えたと仕事への復帰もしやすいことや自分の定年を60歳と考えた時に子どもが25歳になっており子どもが自立できる年になっていると考えていることがわかった。

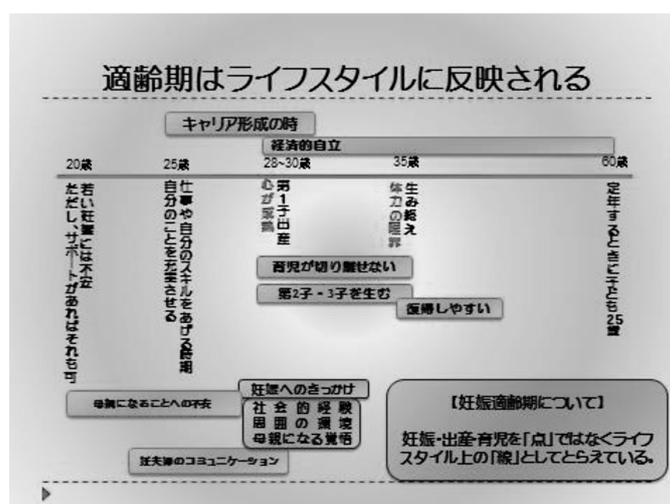


表2

4. 産後に抱える不安と求められるサービス

妊娠・出産・育児を通しての不安や悩みはほとんどの人が抱えており、その内容は「育児にかかること」「人間関係にかかること」「自分自身のこと」と3つの要素が見られる。その不安を解決する方法として「話が共有できる仲間の存在」「アドバイスをくれる人の存在」「自分の居場所の存在」などが見られた。行政の訪問や子育て支援センターで交流や相談をして解決を図っており、安心できるサービスには妊娠期からのサポートを望む声が多くあり、特に保健師や助産師に期待する声が多く寄せられた。

5. 妊娠出産を通しての社会に感じること

社会に対して「育児をする女性に冷たい」「社会から取り残されている」「育児が立派な仕事だと思えない」「電車の中が辛い」「妊娠が人生に及ぼす影響がこんなに大きいとは思わなかった」「男女の生き方の根本的な違いを思い知らされた」「赤ちゃんを産み育てるという考えを改める必要があると思う」「心無い言葉に傷つくことがある」「母親の孤立」「夫が休みやすい職場環境がない」など妊娠を通して感じたことが書かれていた。

それに対して、期待する社会として「繋がれる社会になってほしい」「お母さんと子どもにやさしい社会」「出産しても働きやすい」「妊娠を心からみんなが喜び、安心、安全な環境で出産し

多くの大人と子どもがかかわり合いながら育児ができると笑顔が増える」「出産・育児を終えた女性が社会復帰できる場がもっと増えればうれしい」「昔のように助け合いの社会」「人にやさしい、多様な価値観を認め合える社会」「子どもに関心をもっと持ってほしい」など社会へ求める声が多く書かれていた。

今後に向けて

多くの女性は妊娠・出産・育児を自分のライフスタイルの中でのストーリーとして考えており、妊娠だけを特別に考えているわけではない。6つのカテゴリーに示されているようにそれぞれの時期を通した支援が必要である。

1. 母子保健における「母子保険制度」の設置

現行の母子保健においては社会保障制度の中ではセーフティネットで賄われている部分が多く、逆に必要とされる支援が受けられない人が存在している。利用者が多様なサービスを求める中で提供される支援も多様化してきた。特に保健師や助産師への期待は高いが民間で提供する支援については受益者負担のため、相談を受けるためのハードルは高い。産前・産後のレスパイトケアなどを充実させ利用する人が増えることで、産後うつや虐待について早期対応ができるように、医療保険や介護保険のように一部費用負担などの「母子保険制度」ができることが好ましい。

2. 医師・助産師・保健師のネットワーク

出産後自宅へ帰った褥婦には実家へ帰る人もいるが、帰る実家の無い人も存在することから、医療機関の助産師が地域の保健師へつなぐ仕組みが必要である。現在すでに重症ケースは繋がれているが、帰宅後に心身に大きな変化をきたし不安や悩みを抱える人もあり、公平な支援が提供される対策が急がれるところである。

3. 産後ケアの充実に向けた現場の専門スタッフの確保とスキルアップ

きめ細かな支援を提供するために、産後に出てくる「SOS」を見逃さない感受性は専門職のスキルとして重要でありそれを現場で実践することが救える手段となることもある。また、「ネットには解決策を見出すことができなかつた」という内容もあり、支援を求める人には早期に専門性を提供できる環境の設定は急務であるといえる。

4. 家族をケアするという意識

これまでの活動を通し、出産後の回復支援を早期にすることで、女性の自己肯定感が高まり夫婦におけるコミュニケーションにも良い変化が現れることがわかっていることから、産後の女性支援は母子を取り巻く家族支援であるということは常に忘れてはならない。

5. 思春期におけるライフスタイル構築支援

地域の中から「親のための性教育」について講座依頼が増えている。学校での教育には限界があり、親も性教育を子どもたちに教えることが難しいという。家庭と学校の両者が前向きに性教育の中で積極的に自分の将来について「生きる」ことを伝える必要があり、それを伝えるための人材育成と学べる場が必要である。

終わりに

妊娠に身体的適齢期があることは情報として理解をしているが「実際には夫の育休体制が整っていない」「電車の中など小さな子どもを連れていける環境整備ができていない」「出産後も継続して安心して働くことができる環境がない」など社会的な体制が不十分であることや、大学卒後にキャリアを磨くことが先であったり、出産後の育児に対する心の準備ができるまでは踏み切れなかったりなどタイミングを自分で考えている人が多かった。また、産む時期を自分で選んだり、これ以上産まないという選択をしたりする人もあることから適齢期は6つのカテゴリーを踏まえたうえで、個人の生き方や考え方によって自分が「この時期」と考えた時が適齢期であり、妊娠については「授かりもの」と考える女性が多いことも明らかとなった。

この6つの要素が妊娠・出産・育児を「点」ではなくライフスタイル上の「線」としてとらえており、身体面を単独で考えて出産をすることは無いと考えられる。大学を卒業後、仕事を通してキャリアを重ねる中で「働く」ことの意義や楽しさ、職場での人間関係を築き上げたにもかかわらず、結婚・妊娠により職場を離れることは社会から遮断された「孤独感」に襲われ、女性としての生き方に見通しが持てない状況を生みだし、産後に不安として出てくることがうかがえた。現社会では、子どもを産み育てるにはサポート体制が乏しく、困難なことが多いと訴えていることが理解できる。女性の社会進出に伴いキャリア形成は決して特異なものではなくなった。しかし、自分自身のライフプランについて、学ぶ機会がないことから思春期の頃から設計できるような取り組みが必要なのかもしれない。

出産を経験した女性の考える妊娠適齢期とは

個人のライフスタイルに見通しを持ち、それぞれの「ところ」と「身体」「環境」などのバランスを考えたうえで「この時期」と思えるとき

「授かった時」が
自分にとって一番いいとき



シンポジウム「妊娠適齢期の現在・未来」
～妊娠適齢期を踏まえた性教育を子供たちにどのように指導していくかを考える～

子育て男性の WLB から見た妊娠適齢期

徳倉 康之

NPO 法人ファザーリング・ジャパン事務局長

我々は NPO 法人ファザーリング・ジャパンとして 2008 年に設立された団体です。

父親支援事業による「Fathering」の理解・浸透こそが、「よい父親」ではなく「笑っている父親」を増やし、ひいてはそれが働き方の見直し、企業の意識改革、社会不安の解消、次世代の育成に繋がり、10 年後・20 年後の日本社会に大きな変革をもたらすという事を信じ、これを目的（ミッション）としてさまざまな事業を展開していく、ソーシャル・ビジネス・プロジェクトとしてスタート致しました。

そこから、「笑っている父親」を生み出す為には①男性の働き方（長時間労働の是正）②女性の就労をめぐる理解の無さ③子育て環境の不備等の要因が挙げられます。

これらの問題の解決の為には現在の日本に根強くある「性的役割分担制」の考え方を改める必要があり、女性が最も妊娠・出産・を行うに適している生物学的適齢期にしっかりと妊娠・出産できる環境を整える事が大切だと考えます。

それには、男女共に長時間労働の是正、組織としての子育て期における男女職員への配慮、就労継続におけるサポートが必要になります。

妊娠適齢期に関して言及すれば、WLB の観点からではなく前述の通り女性の生物学的適齢期がやはり妊娠適齢期であると考え、その期間に妊娠しづらい労働・職場環境にある事が最も問題ではないかと考えています。

時代としては、団塊世代の退職が始まり 10 年後には大介護時代が到来すると予測されておりそこに向けた取り組みと併せて、職場環境の変化が求められています。

一例を挙げるならば、子育て世代（20 代後半から 30 代）にかけて男性・女性に関わらず期間の決まった育児休業制度を取得する事で家庭においての子育て期を乗り切る土台を作り、親としての喜び・夫婦で大変さを共有する事がとても重要であり、また企業・組織からは期間が決まっている間、育休中の職員の仕事・業務をどのように対応するかを試行錯誤する事により、10 年後にくる大介護時代において管理職層が急に抜けた際の社内の対応に繋げ事や、介護を理由に退職する能力のある職員の流出を結果的に防ぐこととなります。

この様に、WLB についての環境を整える事は妊娠適齢期に子どもを産み育てる機会を削ぐこと無く、組織としての危機を乗り越える重要なファクターになっている事を全ての方に知って頂

く事が大切だと感じます。

また組織に言及すれば、個人の WLB だけではなく、経営者・管理職層が自らの組織を運営していくに当って、今後は WLM（ワーク・ライフ・マネジメント）の概念が必要になる時代に差し掛かっています。

様々な背景から人材の多様化が加速し、個人の WLB ではなく管理職がその事を念頭に置いてマネジメントする時代がやって来ています。

この様に WLB と妊娠適齢期を共に考えた場合、働き方に関わる全ての部分において働き方・子育ての環境を整えて行く事が肝心であると考えております。