

## 平成 25 年度第 3 回マスコミとの懇談会 ～高齢出産について～

理事 玉井 修



平成 25 年 11 月 21 日（木曜日）沖縄県医師会館において、第 3 回マスコミとの懇談会が開催されました。少子高齢化で労働人口を維持するためにも女性の労働力は必要で、女性の社会進出によって晩婚化が更に顕著になっています。週刊誌やテレビでは、芸能人などがかなり高齢で出産している事が大きく報道され、高齢出産の現実は一般的にかなり誤解されています。現在の日本において、一般的には、妊娠出産はいつでも可能で、現代の医学をもってすれば様々な不妊治療により誰でも、いつでも、妊娠する事が出来ると安易に考えられているのです。

しかし、高齢化により卵子のクオリティが低下し、受精卵が得られない場合が多くなり、不妊治療は万能ではない事も知ってもらわなくてはなりません。また、折角受精できたとしても

卵子の質が低下していれば染色体異常の発生率が高くなるという事も知ってほしいと思います。学校教育では避妊や、性感染症についてはよく取り上げられる反面、不妊に対する教育はおざなりにされてきました。学校教育の現場から意識を変える必要があります。現在医学部学生の半分は女性です。医療の現場だけではなく、どの分野でも女性の労働力は今後もっと重要性を増すでしょう。妊娠適齢期に妊娠し、子育ても出来る様な社会環境を十分整備する必要があります。今回のマスコミとの懇談会は、マスコミの関心も高く、非常に多くの参加者がありました。一部の芸能人のオメダタ報道ではなく、妊娠、出産、育児の抱える実際の問題をしっかりと伝える事が、社会の認識を変える第一歩だと思いました。

# 懇談内容

## マスコミとの懇談会出席者

### 1. マスコミ関係者

(順不同)

No.	氏名	役職名	備考
1	大城 勝太	エフエム沖縄放送局ディレクター	エフエム沖縄放送局
2	篁 慶一	NHK沖縄放送局記者	NHK沖縄放送局
3	高江州洋子	琉球新報社社会部記者	琉球新報社
4	小橋川結子	ラジオ沖縄アナウンサー	ラジオ沖縄
5	金城奈々絵	ラジオ沖縄アナウンサー	ラジオ沖縄
6	溝井 洋輔	沖縄タイムス社会部記者	沖縄タイムス
7	照屋 信之	琉球放送キャスター	琉球放送
8	秋山 和代	琉球朝日放送記者	琉球朝日放送
9	東江 菜穂	タイムス住宅新聞社 ほーむぶらざ記者	タイムス住宅新聞社 ほーむぶらざ
10	大城 司	FMたまん代表取締役	FMたまん
11	照屋 信吉	FMたまん取締役	FMたまん
12	城前 ふみ	エフエム二十一営業企画	エフエム二十一
13	平良 斗星	エフエム那覇代表取締役	エフエム那覇
14	石川 静枝	沖縄ラジオ代表取締役	沖縄ラジオ
15	伊波 良和	FMうるま代表取締役	FMうるま
16	伊波 華織	FMうるま取締役	FMうるま

### 2. 沖縄県医師会関係者

No.	氏名	役職名	備考
1	佐久本哲郎	沖縄県産婦人科医会会長	ALBA OKINAWA CLINIC
2	橋口 幹夫	沖縄県産婦人科医会理事	沖縄県立中部病院総合 周産期母子医療センター
3	玉城 信光	沖縄県医師会副会長	那覇西クリニック まかび
4	金城 忠雄	沖縄県医師会常任理事	沖縄県総合保健協会 附属診療所
5	玉井 修	沖縄県医師会理事	曙クリニック
6	照屋 勉	広報委員	てるや整形外科
7	富名腰義裕	広報委員	海邦病院
8	出口 宝	広報委員	もとぶ野毛病院
9	友利 寛文	広報委員	那覇市立病院
10	金城 正高	広報委員	県立中部病院
11	赤嶺 正裕	浦添市医師会	赤嶺レディースクリニック
12	渡嘉敷みどり	那覇市立病院医師会	那覇市立病院

### 懇談事項

日本におけるこれからの家族計画のあり方

ALBA OKINAWA CLINIC 佐久本 哲郎



少子・高齢化が指摘されて久しくなります。本稿においては少子化について生殖医学・医療及び社会的立場から意見を述べます。

まず生殖医学的に生殖と老化について説明します。妊娠成立に必要な卵子は成人女性の卵巣で新しくできてくるのではなく、図-1に示すようにお母さんの体内にいる妊娠20週の頃に一番多く700万個に達します。その後数を減らし、生れてくるころには200万個、思春期には20～30万個、35歳ころには2万5千個になり、その後加速度的に減少して50歳前後に1,000個以下になります。このことから女性の卵子は新たに作られることなく、数を減らしながら保管されていることが分かったと思います。保管された卵子は消滅するだけでなく、老化もしていきます。卵子の老化は35才を過ぎると始まります。このことをもとにして年齢別に妊娠率を検討してみたところ、女性年齢が19～26歳では約50%、27～34歳では40%、35～39歳では30%の妊娠率が報告されています。このことから35才以下で妊娠成立が高いことは卵子の老化と強く関連することが理解できると思います。同時に女性

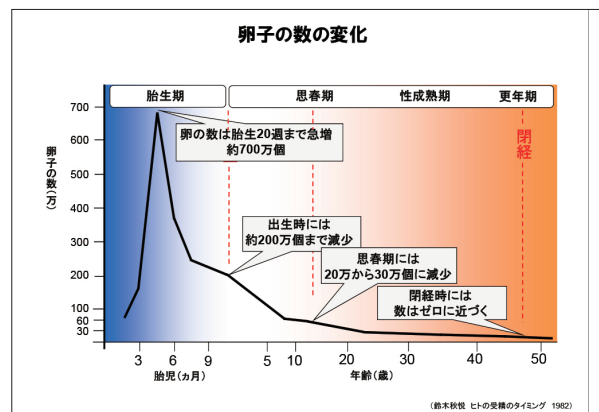


図-1

の晩婚化は妊娠し難くなることにも繋がるわけ  
です。このことをふまえて日本における女性の  
初婚と第一子出産年齢を年代で視ると平成元年  
では初婚年齢の平均が 25.8 歳、第一子出産年  
齢が 27 歳であるのに対し、平成 22 年には初  
婚が 28.8 歳、出産が 29.9 歳となっています。  
まさに晩婚・晩産化が日本において急速に進ん  
でいることを示しています (図—2)。

### 女性の初婚と第1子出生時の平均年齢の変化

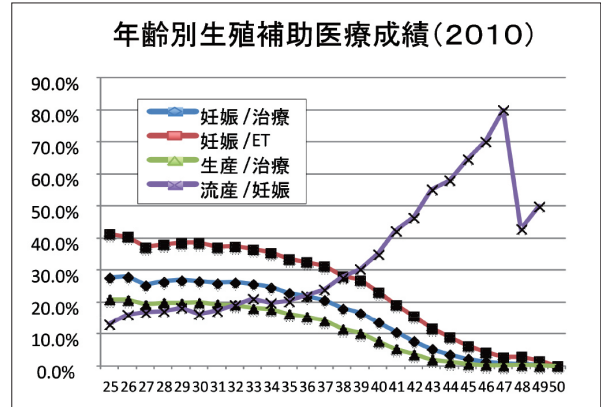
年次	妻の平均初婚年齢(歳)	母の第1子出生時平均年齢(歳)
1989年(平成元年)	25.8	27.0
1990年	25.9	27.0
1991年	25.9	27.1
1992年	26.0	27.1
1993年	26.1	27.2
1994年	26.2	27.4
1995年	26.3	27.5
1996年	26.4	27.6
1997年	26.6	27.7
1998年(平成10年)	26.7	27.8
1999年	26.8	27.9
2000年	27.0	28.0
2001年	27.2	28.2
2002年	27.4	28.3
2003年	27.6	28.6
2004年	27.8	28.9
2005年	28.0	29.1
2006年	28.2	29.2
2007年	28.3	29.4
2008年	28.5	29.5
2009年	28.6	29.7
2010年(平成22年)	28.8	29.9

(厚生労働省、平成22、23年度「出生に関する統計」の概況、人口動態統計特殊報告)

図—2

このような晩婚・晩産化に対し、子供が欲しい  
ご夫婦に体外受精などの不妊治療は万能である  
か検討してみました。平成 22 年の日本にお  
ける生殖補助医療技術での治療成績を示したの  
が図—3 です。各年齢ごとの妊娠率、生産率、  
流産率です。これで視ますと 37 歳までは 30 ~  
40 % の妊娠率がありますが、その後年齢とと  
もに成功率が下降し、43 歳では 10 % 程度、45  
歳以降は一桁台の妊娠率です。さらに流産率が  
37 歳から急激に上昇し、45 歳では 60 % に上り  
ます。その結果生産率 (実際に生まれてくる赤  
ちゃんの割合) は 39 歳までは 20 ~ 10 % ですが、  
40 歳以降は一桁台となっています。晩産化に  
ついては橋口先生が詳細を述べておりますが、  
40 歳以上の妊娠・分娩においては 20 ~ 35 才

の人と比べて妊娠高血圧症候群が 2.5 倍、前置  
胎盤が 3.5 倍、胎盤早期剥離が 1.5 倍とリスク  
が高くなります。この点から考えると、晩婚・  
晩産化と生殖・家族計画の在り方として日本の  
現状は医学的に不健全な方向に進んでいると思  
われます。



図—3

一方社会的には女性の社会的役割が増大して  
おり、2000 年以降共働き世帯が 1012 万世帯と  
男性のみの雇用世帯の 797 万世帯を大きく上  
回っています。そのような現状で、妊娠・出産・  
子育て支援や女性のキャリアアップのための  
制度は不十分であります。そのことが晩婚・晩  
産化にさらに拍車をかけていると思われま

す。今、晩婚・晩産化に対し、医学的側面からの  
啓発・啓蒙と社会全体で女性支援のための基  
盤の整備を強力に推進しなければならない時  
だと思います(図—4)。そのことが次世代の沖縄、  
日本の健全な社会構築と発展につながると考  
えます。

### 晩婚化・晩産化による不妊 に対する対策

1. 高齢不妊の病態を解明し、治療法を開発する。
2. 若い時期の妊娠が比較的容易であり、医学的にも安全であることを啓発する。(教育・情報発信)
3. 若い時期に妊娠を考えることができる、社会基盤を構築する。(保育所・病児保育の拡充、一般会社での産休代替制度・ワークシェアリング制度が利用しやすい環境を作る。)(社会基盤の整備)

図—4



「高齢妊娠・出産」

沖縄県立中部病院 総合周産期母子医療センター  
産科 橋口 幹夫



高齢妊娠の定義は、35歳以上の初産婦、40歳以上の経産婦を指し、WHOでも一般的に35歳以上の妊娠を「高齢妊娠」と評価されています。

母親の精神的な成熟、経済的に余裕ができて、子育てができるケースも多いなど、社会的には必ずしもデメリットばかりではありませんが、肉体的な負担に対する耐久力は年齢が高くなるごとに低下するという観点から一般的な問題点を述べます。

高齢妊娠の問題点の一つとして、母体年齢が40歳を超えると流産率が50%を超えるという事実を一般女性が認知していないことであります。

また異所性妊娠（子宮外妊娠）や死産も増加するため、いわゆる「高齢出産」にすらたどり着けないことは、以外に知られていません。<sup>1)</sup> (表1)

表1

母体年齢と妊娠損失

母体年齢	流産率(%)	異所性妊娠率(%)	死産率/1,000
12-19	13.3	2.0	5.0
20-24	11.1	1.5	4.2
25-29	11.9	1.6	4.0
30-34	15.0	2.8	4.4
35-39	24.6	4.0	5.0
40-44	51.0	5.8	6.7
≥ 45	93.4	7.0	8.2

妊娠損失(Pregnancy Loss): 流産、死産、異所性(子宮外)妊娠、奇胎妊娠

Anderson FWJ, Johnson TRB. Maternal mortality at Y2K. Postgraduate obstetrics and gynecology 2000; 20:1

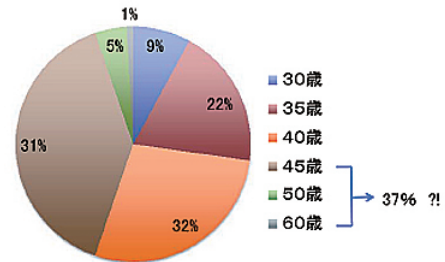
現に本邦の25歳以上の一般独身女性に対するアンケートで「自分が何歳まで自然妊娠ができるか?」という問いに対して1/3の被験者が45～60歳まで可能と答えたという報告があります。<sup>2)</sup> (表2)

マスコミなどが有名な40歳代タレントの妊娠・出産を「おめでたく、すばらしいこと」として報告する。それはそれで祝福されるべきこ

表2

未婚女性の妊娠可能年齢認識

貴女自身はいつまで自然妊娠できると思いますか?



Sujara-Ogasawara, M., et al., Japanese single women have limited knowledge of age-related reproductive time limits. Int J Gynecol Obstet. 2010; 109(1): p. 75-6.

とありますが、同年代の自分自身のことでもなく、何ら自分の妊娠・出産の安全を保証するものではありません。

これだけ情報が得やすい時代にも関わらず、発信する側、受け手側が問題の本質を想像することが難しいのは、これに限られたことではないですが…。

当然、母体年齢が高くなると Down 症候群だけでなく、すべての染色体異常のリスクも上昇します。<sup>3)</sup> (表3)

表3

母体年齢とダウン症、すべての染色体異常のリスク

母体年齢	ダウン症	すべての染色体異常
33	1/625	1/345
34	1/500	1/277
35	1/385	1/204
36	1/303	1/167
37	1/227	1/130
38	1/175	1/103
39	1/137	1/81
40	1/106	1/63
41	1/81	1/50
42	1/64	1/39
43	1/50	1/30
44	1/38	1/24
45	1/30	1/19

Schreinemachers, DM, Cross, PK, Hook, EB. Rates of trisomies 21, 18, 13 and other chromosome abnormalities in about 20,000 prenatal studies compared with estimated rates in live births. Hum Genet 1982; 61:318.

最近では、NIPT（母胎血胎児染色体検査）が本邦でも可能となり、その非侵襲性、簡便性を歓迎する向きもあるが、カウンセリング体制、患者の意志決定プロセスが適正か否か、中絶の選択による心理的なストレスという問題があるのも事実です。

幸い「高齢妊娠」にたどり着けた場合でも「高齢出産」という高く険しい山道を夫、産科医と



供に乗り越えて行かなければなりません。

加齢に伴う偶発合併症として子宮筋腫、糖尿病、高血圧、肥満、脳血管障害、血栓症などがあります。

産科合併症も妊娠高血圧症候群、前置胎盤、常位胎盤早期剥離などが母体年齢と供に上昇することが知られています。<sup>4)</sup> (表4)

表4

母体年齢と産科合併症						
	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	>40
妊娠高血圧症候群	3.5	3.5	3.4	3.8	5.5	7.6
前期破水(<37週)	4.5	4.5	3.8	3.7	4.0	4.0
切迫早産(<37週)	5.9	4.1	3.3	3.0	2.8	2.4
頸管無力症	1.5	1.4	1.4	1.7	1.9	1.9
絨毛羊膜炎	2.2	1.7	1.5	1.3	1.3	1.3
前置胎盤	0.4	0.7	1.0	1.3	2.1	2.4
常位胎盤早期剥離	0.7	0.9	1.0	1.0	1.2	1.2

日本産科婦人科学会周産期委員会 周産期登録データベース: 2001-2005

県立中部病院でも高齢出産は全体の3割を超える状況です。(表5)

表5

県立中部病院における高齢出産の割合				
	2010年	2011年	2012年	
総分娩数	905	998	1174	
高齢妊娠総数	257	282	388	
35~39歳	初産	42	51	73
	経産	158	161	221
	計	200	212	294
40~44歳	初産	16	12	25
	経産	38	55	63
	計	54	67	88
45歳以上	初産	0	1	5
	経産	3	2	1
	計	3	3	6
高齢妊娠割合	28.40%	28.26%	33.05%	

その管理の困難さから帝王切開術率も4割を超えます。(表6)

加齢に伴う異常妊娠、分娩が増加することで難産、帝王切開率、妊産婦死亡率が上昇することは周知の事実であり、それに対して多くの医療資源を投入しなければなりません。

妊娠適齢期は、25~35歳の10年間とよく言われるが、その時期は一般的に社会人としてキャリアを積む時期であり、そのため妊娠・出産を控えてしまうこともあります。

表6

帝王切開術率 (沖縄県立中部病院 総合周産期母子医療センター)				
		2010年	2011年	2012年
総分娩数		905	998	1174
総分娩数(22週以降)		848	948	1105
総帝王切開数		339	372	454
総帝王切開率		40.0%(339/848)	39.3%(372/948)	41.1%(454/1105)
帝王切開率 (35歳未満)	初産	32.3%(85/263)	29.7%(80/269)	29.3%(93/317)
	経産	35.1%(135/385)	35.8%(140/447)	39.2%(164/469)
	計	34.0%(220/648)	33.5%(242/716)	35.2%(277/786)
帝王切開率 (35~39歳)	初産	30.4%(14/46)	44.4%(24/54)	45.2%(33/73)
	経産	44.8%(72/164)	60.8%(80/150)	48.0%(108/221)
	計	43.0%(86/200)	48.1%(104/212)	48.0%(141/254)
帝王切開率 (40~44歳)	初産	68.8%(11/16)	57.1%(8/14)	44.0%(11/25)
	経産	40.5%(23/38)	45.2%(24/53)	50.8%(32/63)
	計	53.0%(34/64)	47.8%(32/67)	48.0%(43/88)
帝王切開率 (45歳以上)	初産	0.0%(0/0)	100%(1/1)	80.0%(4/5)
	経産	100%(3/3)	50.0%(1/2)	100%(1/1)
	計	100%(3/3)	66.7%(2/3)	83.3%(5/6)

しかし、不妊治療などで妊娠する確率は、37歳前後で50%、40歳を超えると10%以下、42歳を超えると5%以下になること、妊娠しても出産にいたる確率も低くなること、妊娠・出産の管理に困難が伴うことなどの事実をきちんと本人だけでなく、社会の枠組みの中で男女問わず皆が認識する必要があります。

もし妊娠を希望するならば35歳までに具体的な行動を起こせるよう、本人の自覚、意志決定、社会基盤の整備など含め、教育・雇用形態・社会保障の抜本的な対策が急務であることは、論を俟ちません。

健やかな社会を育むためにも、皆で取り組むべき時期に直面したと思われます。

【参考文献】

- 1) Anderson FWJ, Johnson TRB. Maternal mortality at Y2K. Postgraduate obstetrics and gynecology 2000 ; 20 : 1
- 2) Sugiura-Ogasawara, M., et al., Japanese single women have limited knowledge of age-related reproductive time limits. Int J Gynaecol Obstet, 2010. 109 (1) : p.75-6
- 3) Schreinemachers, DM, Cross, PK, Hook, EB. Rates of trisomies 21, 18, 13 and other chromosome abnormalities in about 20,000 prenatal studies compared with estimated rates in live births. Hum Genet 1982 ; 61 : 318.
- 4) 日本産科婦人科学会周産期委員会 周産期登録データベース: 2001 - 2005

## 質疑応答

○秋山氏（琉球朝日放送）



佐久本先生のおっしゃった全国的な生殖補助医療の治療数や出生児数は沖縄にもあてはまるのでしょうか、また、沖縄で不妊治療が全国レベルと同様にできているのか。不妊治療の現状を教えてください。

○佐久本先生

沖縄県では、年間で体外受精で産れているお子さんは200名ぐらいで、統計で6,000名ぐらいだと思います。

体外受精、顕微授精のレベルは全国とあまり変わりません。日本は世界各国に比べて一般不妊治療の施設は世界一多いです。施設数は600～700近くあります。アメリカが日本の人口の倍ですが、不妊治療施設が300ぐらいです。日本はある意味体外受精が一つの産業になっていますね。

一般不妊治療で治る人でも体外受精に回っているケースもあるのではないかと思います。沖縄でも一般不妊治療でできる人がたくさんいます。当院では年間350～400名ぐらい妊娠する人がいますが、そのうち体外受精が100名ぐらいで、250～300名ぐらいは一般不妊治療でできます。本土とは少し違っているんじゃないかと思います。

○秋山氏（琉球朝日放送）

キャリアについて、沖縄では共働き率も高いですし、一番働き盛りの25歳から35歳が適齢期と言われていますが、今年から卵子凍結が一般の人でもできるようになっていますが、いかがですか。

○佐久本先生

近いうちにガイドラインにも出てくると思いますが、非常に大事なことで、未受精卵の凍結は完全には確立していません。ただ可能ではあるという状況です。例えば5個未受精卵を取っ

たからといって、5人できるわけではないです。実は凍結した後、融解した場合変性したりして、5個では足りない場合があります。

もう一つ、ガイドラインで、生殖年齢可能層をどこで区切るかです。妊娠まで時間がかかるからといった社会的な凍結と、癌を併発して、癌治療の為に凍結することの2つに分けないといけません。社会的な適用の場合には、例えば生殖年齢可能層の可能時期、高齢出産での母体のリスクを考えた場合にどのぐらいの年齢で許すかが問題になってきます。

受精卵は一回凍結すれば30年～40年もつことはわかっています。未受精卵は染色体が分裂する途中ということもあって、未だ確立していません。受精卵と同じ扱いではありません。

体外受精のいわゆるARTというのは、身体の外で受精したものを子宮に戻すやりかたです。一般治療というのは女性の体外で排卵をきちんと起こして、受精しやすい、着床しやすい環境をつくる必要があります。

例えば卵管がない場合は現時点では体外受精となりますが、実際には、排卵をしている、精子も問題ない、卵管も通っているけど、妊娠しないケースがよくあります。先ほどの糖代謝の異常や、ストレス、などでなかなか着床しません。体外受精で妊娠するのは30%ぐらい、自然で普通に妊娠するのも3割から4割ぐらい、体外受精イコール万能ではなく治療法の一つでしかないです。

○玉井理事

技術的に難しいところもありますね。その他にご質問はございますか。

○照屋氏（FM たまん）



高齢出産のリスクが高いというのは男性の場合にはあまりわからない分野で、そういう意味で、先ほど教育でどういう啓発をしているのか。我々マスコミ

として情報をどのように発信していけばいいのかをお伺いしたい。簡単な知識でマスコミから発信していいのか、専門の先生方がマスコミに来て、啓発活動をやっていくような方法があればいいと思います。例えば学校で、マスコミを通して世の中にどのような発信の仕方があるのかお互いに協力し合っていければと思いますが何かご提案ございますでしょうか。

○橋口先生

佐久本会長からありましたが、性教育というのは基本的には避妊を教えます。そういうことでだけでなく、一連の教育の中で命の教育と家族をつくっていくということをベースに、豊かな家族の生活ができることのために、基本的な経済力や学力がバックグラウンドに全人的に教育をする必要があると考えます。妊娠することという、一つの事象に光をあてて話をすることは難しいです。ですから、逆に私たちもどうしたらいいのか皆さんにお聞きしたいと思っています。

基本的に日本人はセックスしなくなっています。外国のデータと比べても希薄な人種になっています。結局それは出生数の低下、国力の低下に繋がってくると思います。若い人たちは、それどころではなくて毎日生活するだけで、それどころじゃないのかもしれない。社会的な問題が解決しない限りは無理じゃないかと思えます。

中部病院は今、2極化しています。非常に若年と高齢の妊娠が増えて、一番いい時期の世代の分娩件数が落ちています。妊娠、出産、子育てが生物学的に一番適している時期が、社会的に一番、困難な時期となってしまった、一つの社会を表していると思います。

○玉井理事

これからの取り組みの課題だと思います。他にご質問ございますでしょうか。

○大城氏 (エフエム沖縄)



今回高齢出産ということで、以前玉井先生とお話ししたときに、是非我が家の状況を話して頂きたいということでありましたので、紹介させていただきます。

実は私の家内が高齢出産を経験しました。42歳で初産、自然妊娠と自然分娩、予定通り産れてきました。家内は体力にも自信があって、健康診断でも問題はなかったもので、40代で子供を産むことに対して、問題を感じていたことはありませんでした。

それまでずっと仕事をしていてやはり25～35歳が本人にとってキャリアを積む大事な時期ということもあって、40代までに一生懸命仕事もしたし、しっかり遊んできたから、これから40代は子育てをしよう、子供を産むと思っていたようです。子供が産れて1歳半になりますが、日々育児を楽しみながら、子供第一の毎日を過ごしているのですが、それと同時に高齢出産となると本当に学術的な問題だけではなくて、日常の問題があって、まず一つが、家内の体力の問題です。本人は那覇マラソンをガンガン走る方でしたので、産む体力は全然問題なかったと、産める体力と育てる体力は決してイコールではない、育てるのでいっぱい周りからは「2人目は」と冗談でも言われるんですが、本人は欲しいんだけど、体力的にNGだと言います。

つい2～3日前ですが、体調が優れなくなると、夜中に自分はあと何年生きられるのだろうか、この子がきちんと大人になって家族を持つまで元気でいられるのだろうかと不安にさいなまれて夜眠れない。一時的なことであって、長期的に続きはしませんが、不安が心のどこかにあります。



経済的な問題もあります。実は女房が定年退職する年代が単純計算で息子が大学受験を控える時期となります。家のローンと老後の設計と、子供の学費をどう捻出するのが不安の種です。子供が日々育って行って元気に子育てをする喜びもありますが、自分自身が人生計画する上で、日々の生活の中で起こりうることも踏まえて、あなた方マスコミは情報発信をするべきじゃないのかとお叱りを受けております。

先ほど佐久本先生の話しでもありましたが、女性が高齢出産をして華やかに取りあげられませんが、現実的な話しはなかなか表に出てこない。それ故に、自分は40過ぎてなんとか妊娠できるのではないかと。若い時と同じ生活スタイルを維持できるのではないかと一種の誤解が生じているのではないかと思います。自分自身の反省も含めて、情報の発し方を工夫する必要があると日々感じています。

○玉井理事

ありがとうございます。身につまされる思いがいたします。他に何かございますか。

○石川氏（沖縄ラジオ）



高齢出産に対してはリスクが大きいと聞きました。例えば妊娠が分かり、出生前診断では赤ちゃんを妊娠したところで病気が見つかった場合に産れる前に治療が可能なのでしょうか。

○橋口先生

治療可能なもの、出生後すぐ治療するもの、全く治療が難しいものに分かれます。出生前診断というのは染色体の検査が今注目されておりますが、実のところ、普段の妊婦健診は超音波検査も一種の出生前診断です。身体、臓器も含めて問題のある赤ちゃんが見つかった時に治療可能な病気なのかそうじゃないかも含めて、ご両親にお話ししてどう対処するか相談することがあります。

もちろん、全く難しく、治療ができないものもあります。それを受け止めてどうするか

は医者が決めるのではなく、ご両親に決めて頂きます。

○石川氏（沖縄ラジオ）

折角、不妊治療で授かった命でしたら、治療可能なところで、元気な赤ちゃんを産みたいというのが皆さんの願いだと思いますので、治療可能なものがあることが希望を持てます。

○玉井理事

出生前診断に関しては講演がありますが、先ほど「知る」ということによる辛さがあるとおっしゃっていましたが、知ってしまったための辛さについてコメント頂けますでしょうか。

○橋口先生

今、話題になっている、染色体の検査というのはお母さんの血液を採るだけで判断できるわけではなく、最終的な確定診断は赤ちゃんから血液を採ったり、羊水を採ったりする侵襲検査をする必要があります。胎盤の細胞を増殖させて診断する技術がアメリカで開発され、アメリカの臨床現場で当たり前のように行われてきたものが、今度日本にも入ってきました。それが無秩序に広まることを避けるために学会がコントロールしようとする段階に入っています。この検査に関して、十分自分たちで予備知識を身につけて本当に必要かどうかを吟味して、受ける前に専門家と話し合いをして受ける過程を経なければいいのですが、「あんた受けた方がいいんじゃないの」と周りから言われて、本人はその気でもないのについつい受けてしまって、検査後の結果を待つまでに地獄のような苦しみを味わうとか、結果によっては待ちに待った妊娠を中断するか否かを選択しないとイケません。そこまでの気持ちを考えないまま受けてしまったために、本人だけでなく、家族が大変な思いをする現実があります。この出生前診断の問題は知ることのメリットと知ることのデメリット知らないことのメリット知らないことのデメリットをきちんと、みんなで考えていかないとイケません。

便利なものは本当に便利なのか有益なのかは別の問題だということを含めてみなさんに考えて頂ければと思っています。

○平良氏 (エフエム那覇)



メディアは高齢で生んだことをポジティブに伝える特性があると思います。それがすごくポジティブに出回ってしまって、45歳までの妊娠は大丈夫だと思

っている人が31%という数字は、メディアが過剰にポジティブにフィードバックしている結果じゃないかと思いました。

ただ、その逆を伝えることは結構しんどいと思ったのが今日の印象です。産んだ後の子育てをどう社会で支えるかの議論は加担できますが、医学的な問題で、この年齢制限(適齢)があることはどうしてもキャリア設定をずらす社会設計をしないといけないのじゃないかと非常に重たく捉えて憂鬱になっています。

佐久本先生が仰った社会的側面で負担が大きいというところで、35歳ぐらいは200万ぐらい、40歳は1億かかると仰ったのですが、その治療の内訳はどういったものなのでしょう。

○佐久本先生

体外受精を受けた場合、国、県から補助金があり、国は200億円を準備しています。先ほどの数字は成功率から算出した金額です。

○平良氏 (エフエム那覇)

チャレンジに対する確率の問題ですね。ありがとうございます。

○佐久本先生

例えば社会基盤として、日本の場合子育て支援で子ども手当がありますが、1980年ぐらいにフランスで2年程留学しまして、フランスでも同じ制度がありました。白人のフランス人は誰も産まない。キャリア的にはその人の人生にはつながらないからと。

今はフランス人の白人が増えています。それは子育て支援を止めて育児支援の方針を変えたんです。ベビーシッターに補助を出したんです。母親は3ヵ月で職場復帰できます。なにもキャリアアップの時期をずらすのではなく、その社

会的基盤があれば、日本でもできると思います。とにかくお金を出せばとやったのが今の日本です。日本で女性の労働力が必要だと言いますが、共稼ぎの率から考えればどこかで移民を受け入れないといけない。

女性の労働力が必要だと言う割には、社会基盤として支援が足りない。マスコミでもそのために、産みやすい環境をつくってほしいし、言ってほしいです。

○平良氏 (エフエム那覇)

私が言ったずらすというよりは、産んだ後の支援をやればよいということですね。実際にはフランスではそうだったと。ありがとうございます。

○玉城副会長



ラジオを聞いていたら、待機児童が日本中からいなくなる日があるんですけど、保育士が数万人足りないという現実があるようです。保育士を育てない限り

は待機児童がなくならないという悪い連鎖があります。

啓発の話しがありましたが、実は今、沖縄県と沖縄県医師会が一緒になって、小中学生に向けて健康のための副読本をつくらうとしています。産婦人科医会とか学会で、女性の早目の子育てがいいんじゃないとか、トータルの人生を見た考え方がまとまったのがありますか。

もしあれば、小中学生に向けての教本ができたらいいと思いますが、ただ中途半端にやると変なことになるので、学会でまとまったものがあればありがたいです。

○佐久本先生

今回のスライドも少子高齢化対策の話になります。実際にはご本人に選択して頂くということですが、情報が無いということで今になってこんなことを言われても困るというじゃなしに、こういうこともありうるということを知っていただくことが一番かと思います。

○玉城副会長

沖縄県の健康長寿復活のためには、子供にアプローチして30年後を夢見ようという一つのプロジェクトです。大人に言っても聞かないからというのもあるので、女性の生涯における人生設計の啓発は担任、保健の先生が子供たちに上手に教えてくれる分りやすいのが重要になりますし、国でつくろうとして反対にあって中断していますが、中途半端だと学校現場が混乱してしまうので、沖縄県の長寿復活のために食生活とか運動とかの副読本として盛り込もうとしています。今は主に内科の先生が検討していて、産婦人科の先生が絡んでいないので、その辺も検討会をしようかと思えます。

○小橋川氏 (ラジオ沖縄)



高齢出産というのは、だいたいの人知っている話だと思いますが、最近早期閉経というのがメディアの中でも取り上げられていて、突然閉経するとか、どう

いったものなのか、原因があるのか、割合として今どれぐらいなのか、突然起こることはとても怖いと思います。何かわかれば教えて頂きたいです。

○佐久本先生

早発閉経と言いますが、それは40歳以前に月経が停止する。卵子が減ってきて減り方が問題とか、染色体の異常とか原因は様々です。パーセンテージ的には当院では2%もないんじゃないかと思えます。詳しい数字はわかりませんが。

ただ、早発閉経の場合には卵が出ない状況ですから、不妊症ということで、実際聖マリアン

ナ大学の教授がその辺をなんとかできないかと研究しています。実際には卵が全然ないかどうかは、卵巣を取り出して、切片をつくって、ないことを確認します。それでは何の意味もないので、実際には少しは残っているだろうという発想で、その卵を出させようとする治療を考えています。それが実際には30名~40名に1名でうまくいったという話で治療は難しいです。多いわけではないです。

突然起こるわけではないです。生理不順になってくるとか、そういう予兆があります。その時に対処すれば妊娠可能です。たいていは完全に生理が止まってから数年たってから来るので難しいです。1ついい卵があれば妊娠しますから、出やすい時期がありますので、突然止まることはありません。

○小橋川氏 (ラジオ沖縄)

卵子の数が急激に減る話で、自分の卵子の数が急激に減るタイプなのかを調べられる医療機関があるのかお伺いしたいです。

○佐久本先生

基本的にはAMH (アンチミュラーリアンホルモン) を調べるとどれぐらい予備があるのかどうかは診られます。実際正しい数がでるわけではないです。

卵子は突然無くなるわけではありません。

○玉井理事

少子高齢化を迎えて、いわゆる晩婚化は様々なリスクがあることがあまり上手に伝わっていない現実がありますので、我々とマスコミと医師会が連携して正しい情報を啓発していけるようにできればと思っております。

それでは、第3回のマスコミとの懇談会を終了します。皆さん遅い時間からありがとうございました。



## 出生前診断について考える県民との懇談会



理事 玉井 修



### 式次第

司会 沖縄県医師会理事 玉井 修

1. 開 会 司 会

2. 挨拶 沖縄県医師会長 宮城信雄

3. 懇 談 座長 沖縄県医師会理事 玉井 修

① 出生前診断をする前に話し合うこと  
 沖縄県立中部病院 総合周産期母子医療センター  
 産科 副部長 大畑 尚子

② 出生前診断の光と陰  
 沖縄県立中部病院 総合周産期母子医療センター  
 新生児科 真喜屋 智子

③ 出生前診断—なぜ選ぶのか、選ばないのか  
 明治学院大学社会学部教授 妊娠研究会代表  
 柘植 あづみ

4. 質疑応答

5. 閉 会 司 会

平成 25 年 11 月 23 日（土曜日）沖縄都ホテルにおいて出生前診断について考える県民との懇談会が開催されました。採血検査によってより簡便に検査が可能となったいわゆる新型出生前診断法がマスコミによって報道され、一般にもよく知られるようになってきました。しかし、この様なめざましい医学技術の進歩により可能となった出生前診断は十分な議論や理解も無い状態で安易に検査を受け、その結果の重大さに後で気がつくという状況を招いています。周りの言葉に促されて、安易に検査を受けた結果を前に愕然とし、結果を受け入れる事が出来ずにただ苦しむ母親もいるそうです。出生前診断とはどのようなものなのかを事前にしっかり理解して検査を受ける必要があるのです。出生前診断は敢えて受けたくないという選択もあり得るのです。生まれてくる子供の命を選んでしまう権利が果たして我々にあるのだろうか？根本的な重い問いに対する答えは一人一人違うのでしょうか。技術の進歩とは我々に幸福をもたらすので

しょうか？それとも混乱と苦悩をもたらすのでしょうか？私たちは立ち止まって考えなくてはなりません。

障害を持って生まれてきた子供は不幸なのでしょうか？僕自身はそうは思いません。僕自身の息子も生まれつきの障害を持ちながら養護学校を卒業し、現在は作業所で元気で働いていま

す。僅かではありますが、毎月給料を貰ってきます。金額の大小ではないのです。我が子が精一杯働いて、少しでも社会の役に立とうと努力する姿が僕の生きる力になっています。子として生まれ、親として成長し、愛情を持って生きていく事が出来れば、障害は不幸ではないと僕は信じています。

## 講演の抄録

### 出生前診断をする前に話し合うこと



沖縄県立中部病院  
総合周産期母子医療センター  
産科 副部長  
大畑 尚子

出生前診断は、胎児期から新生児期にかけて特別な医療が必要となることが予測されるような赤ちゃんを発見して、治療の準備をするためにありますが、ときに、妊娠の中断につながることもあります。

出生前診断の方法は、①侵襲のありなし、例えば流産の危険を伴うかどうか、②その検査だけで診断が決まる確定的検査か、可能性がわかる非確定的検査か、また③ご両親が希望されて特別に検査を行うのか、通常の妊婦健診のなかで行われるのか、といった観点から分類することができます。我々は、いろいろな場面でご両親に情報提供をしながら母体胎児の診療にあたりますが、赤ちゃんに問題があるかもしれないという方や、羊水染色体検査などの特別な検査を希望される方に対しては、別に時間を設けて

「遺伝カウンセリング」を行います。

遺伝カウンセリングは、病気の遺伝や先天異常などについて疑問や心配がある人々に対し、情報提供や心理的社会的支援を行い、その人ができる限り納得して方針を決めることができるようにする対話のことをいいます。例えば羊水染色体検査を希望される方に対しては、検査の方法だけでなく、どんな不安があるのか、検査で分かることや分からないこと、検査結果をどのように利用するか等を話し合いますし、超音波検査で胎児に問題があるかもしれないと言われた方に対しては、どのくらいのことが分かっている、何が分かっているのか、これから追加の検査をどのように行うのか、出産後の治療の予定等について話し合ったりします。単にこちらから情報を伝えるのではなく、患者さん自身が自ら目の前の困難を乗り越えていくための援助を目指しています。

出生前診断に関する遺伝カウンセリングでは、胎児は直接目には見えず、その意思や希望も確認できない状態が故の難しさがあります。時にご両親の希望と胎児/新生児の希望は違うのかもしれないと思ったり、ご両親以外の方が方針決定に強く影響している、と感じたりすることもあります。出生前診断について話し合うことは、ご両親それぞれが子供を持つことについてどう思っているのか、子供の多様性についてどうお考えなのか等を改めてお互い確認出来る場でもありますので、ご両親それぞれの思いを率

直に話し合える場になるよう配慮することを心がけています。

新しい検査法は次々出現するでしょう。社会に出生前診断が広がり、出生前診断が一般的という風潮になると、出生前診断することが「賢い選択」と思わせてしまう可能性や、妊婦さん達に、子供に何かあったらどうしようという不安をますます強く抱かせる可能性があることにも注意をしていかなければならないと思います。

今回の懇談会では、出生前診断の現状について簡単に整理しながら、どのように遺伝カウンセリングを行っているのかをご紹介します、その社会的な問題にも触れられればと思います。

### 出生前診断の光と陰



沖縄県立中部病院  
総合周産期母子医療センター 新生児科  
真喜屋 智子

「出生前診断」とは、生まれる前に胎児の状態を診断することです。昨年、新型出生前診断が話題となりましたが、出生前診断自体は、実は40年以上前から行われてきた技術です。もともとは、胎児の病気を早期発見・治療することで、疾患を持った子を減らすことが目的でした。しかし、先天性疾患は診断がついても治療法がないことも多く、妊娠早期に重篤な疾患が診断された場合、産まない選択をする家族もいます。

出生前診断の利点は、生まれた直後から治療が行えるように、赤ちゃんの疾患に応じた準備ができる点です。一部の疾患では、おなかの中にいる状態で治療を行う胎児治療とい

う方法もあります。従来の治療法では助けられない重症例が、出生前診断で救命できるようになったことは、出生前診断の「光」の部分です。また、診断から出生まで時間があるため、医療者と家族が赤ちゃんの病気について知識を共有し、心の準備をすることができる点もメリットです。

一方、胎児診断が治療上の不利益をもたらす場合もあります。まだ見ぬ我が子が聞いたこともないような病気だと言われたら、どういう気持ちになるか想像してみてください。多くの妊婦さんは五体満足でかわいい赤ちゃんが生まれることを思い描いています。突然の診断でお母さんはパニックになります。必死で情報を集めようとしますが、インターネット上には、整理されていない情報がたくさん並んでいます。悪い情報ばかりが印象に残り、赤ちゃんの存在自体を否定してしまうかもしれません。妊婦の中断や治療拒否につながる可能性があるという点は出生前診断の「陰」の部分でしょう。

子どもが病気をもっているという事実を受け止めることは、簡単なことではありません。できれば障害を持つことなく育ててほしいというのは、親としてはごく自然な気持ちです。しかし、多くの人は先天性疾患をもった子供たちがどのように成長し、生活しているのか知らないのではないのでしょうか？周囲の人たちの疾患に対する認識の低さや社会保障の不足などが、「障害を持った子を育てる自信がない」と妊娠中断を決断させる一因になっていることも事実です。そして、産まない選択をした家族の心のケアは、現在不足している状態です。

それぞれの家族で人生観や疾患に対する考え方は異なるため、出生前診断の問題は簡単に解決できるものではありません。私は赤ちゃんのケアに携わる新生児科医として、妊娠継続を迷っている家族や、産むことを決めた家族に対して、この子供たちがいかに社会の中で生活し、どのようなサポートが得られるかの情報提供をすること、障害をもつ＝不幸ではなく「生まれてよかった」と言ってくれる子供がいることなどを伝えていきたいです。



出生前診断 なぜ選ぶのか、選ばないのか



明治学院大学社会学部教授  
妊娠研究会代表  
柘植 あづみ

日本は欧米の医療先進国に比して、出生前検査については慎重な姿勢を維持しているとされてきました。ところが、近年、日本における出生前検査を受けることへの関心が高まっているという報道や調査結果が報告されるようになりました。

出生前診断とは、妊娠中期までに胎児のさまざまな障がいや遺伝的な疾患などについて検査をして、その結果によって妊娠を継続して出産するのか、それとも妊娠を中断するのかを決めるために行われます。そのための検査をするかどうか、さらに検査を受けた場合には検査結果を受けてどうするのかを、妊娠している女性とそのパートナーが決めることとされています。

ただ、日本では1970年代初めから出生前診断が障害者差別であり、生命を選別する（いわゆる優生学的な発想に基づく）行為だという批判もありました。そういった背景もあり、羊水検査やその他の出生前検査の実施件数は推計値しか得られていません。また、これまでの推計値はアメリカやイギリスと比較するとかなり少ないとされてきました。けれども、この2、3年の間に、羊水検査の件数が増えているといった報告や、超音波検査を含めた技術の進歩によって胎児の何らかの異常が妊娠の早いうちに見つかりやすくなり、出生前診断後に中絶をする件数が増えているのではないかと、という報道もなされました。

私たちは2003年に、東京都内で「妊娠と出生前検査の経験についての調査」を実施しました。その結果を『妊娠—あなたの妊娠と出生前検査の経験をおしえてください』（柘植・菅野・石黒著・洛北出版）を2009年に出版しました。

新しい出生前検査の報道が続く中で、その本の中でも紹介した何人かの女性の言葉が思い浮かびました。ある女性は上に子ども2人がいて、年齢が高くなってからの妊娠なので、家族と相談してトリプルマーカー検査を受けました。胎児がダウン症である確率は低いという結果が出て、出産しました。でも、元気に育つ子どもを見ていて、もし確率が高いと言う結果だったらどうしたのだろう、とふと考えるそうです。別の女性は、年齢が高くなってからの初めての妊娠だったので、医師から羊水検査の説明がされました。「受けない」と決めて、出産しました。子どもは元気に生まれました。そして「胎児を選別するようなことはしたくない、どちらにしても産む」と思っているから受けなかったと自分で思っていました。よく考えたら、検査を受けて、検査結果でもし何かが見つかったと言われたら、それでも産むと言いつけるだろうか。その場に立って、厳しい選択をしなければならないような検査は受けない、というのが本当のところだったのではないかと、思ったということでした。

「大丈夫だろう」と思って羊水検査を受けたけれどもダウン症が見つかって、中絶し、その選択で良かったのかと思うのと、検査を受けて

あなたの妊娠と  
出生前検査の経験を  
おしえてください

柘植あづみ  
菅野慎子  
石黒眞里

胎児に障害があったら……  
さまざまな女性の  
いくつもの ただ一つの経験

妊娠と出生前検査  
の経験についての  
女性への調査  
2003

アンケート900票配布、  
381票回収、有効回答  
375票

インタビュー26名

妊娠研究会 2013年11月2日公表資料

良かったと思う気持ちの両方があると記入した人がいました。自分の妹がダウン症で早く亡くなったけれども、ダウン症の子が生まれても育てるとして検査を受けなかった人もいます。

新型出生前検査の登場、出生前検査についての日本社会の受け止め方、妊娠年齢の高齢化な

どさまざまな状況が変化する中で、2003年調査から10年後となった今年も、あらためて「妊娠と出生前検査の経験についての調査」を行っています。その結果の中間集計を含めて、女性とそのパートナーがなぜ出生前診断を選ぶのか、あるいは選ばないのかについて考えています。

## 意見交換会

### ○玉井理事

お疲れ様でした。今回の講演会のご感想をお伺いさせていただきます。

質問の中には普通に出生前診断はどこでもできるのかとか、医者は異常があった時には言ってくれるのかという質問が多かったです。なので、大畑先生に質問したのですが、結構、幅があるんですね。

### ○大畑先生

妊婦健診の全てが出生前診断になりうる、異常があれば伝える、ということが基本だと思いますが、境界がわかりにくく、患者さんと共通認識をもつ作業が不足しているんだろうと思います。

### ○玉井理事

産婦人科の先生は異常があれば言ってくれるんでしょということでしょうか。

### ○大畑先生

言うのではないかと思います。

### ○県立南部医療センター・こども医療センター 大橋容子先生



胎児の生命に関わるものに関しては言わねばなりません、マイナーなものだけであつたら言うかどうかよく話題になりますね。生命や予後に関わるもの

は伝えますが、そうでないものは妊婦や家族に言うべきかよく迷います。

### ○柘植先生

私が生命倫理でこのテーマについて25年前に勉強し始めた頃は、障がいがあっても産まれてから育てていけば、言わないのが医師としての良心のように受け止められていました。障がいのあるお子さんがいるお母さんにインタビューしたときにも、医師はもしかしたら胎児のときに障がいがあることを知っていたかもしれないけど、何も言われずに出産した。産まれて最初はショックを受けたけれども、育てていかなきゃと思い、育ててきた。産んで良かった、妊娠の早い時期に、障がいがある、と言われていたら、もしかしたら産まなかったかもしれない、とおっしゃってました。障がいがあっても生まれて育つ子どもならば、障がいがあることを伝えずに生まれてから両親を支えていくのが医師の良心だと考えられていましたが、今は伝えなかったことを訴えた裁判があります。アメリカでは羊水検査があることを言わなかったことで裁判になって医師が賠償金を支払った事例があります。日本でも羊水検査の結果を間違えて伝えたことが裁判になりました。さらに、妊娠中に風疹にかかった妊婦さんに、風疹症候群で生まれる子どもに障がいが出るかもしれないことを伝えなかった、と裁判が起きて、患者側が勝訴しています。

何を伝えるかを医師が決めるというのは、医師がモラルを守っている時には、医師にお任せのパターナリズムと批判されることもあります。それでもなんとかうまくいっている社会だったので。今はそうじゃなくなって、医師がその責任を抱えきれなくなっている。結局、訴訟を避けるには、わかったことはすべて伝えた方が良いという

状況になっています。そこが医師と患者の関係の不幸の始まりになっているような気がします。

例えば、医学的に「小奇形」とされる異常は伝えないとか、口唇裂だったら伝えなかった、指の形成不全は超音波で分っていたはずなんだけど、言われなかったんだと思うんです。

妊娠中の中絶できる時期に伝えられれば、産まないことにするけれど、産んですごくショックを受けても、育てていかなきゃと育てたら、育てて良かった、というストーリーは、医師がどこまでわかっていたかわからないのですが、伝えなくても許されていた社会だと思いますが、現在では、裁判になったら困るという不安もあると思います。

○大畑先生

医師と患者関係の基本的スタンスとして、医師側がたくさん情報を持っていて、患者さんを思いやって教えるか教えないかを定める時代ではなくなっていると思います。私自身は、同等の立場に立っている者同士情報共有して、そしてどうするかを一緒に考えようというスタンスでやっています。これを言ったらショックを受けるかではなくて、ショックを目の前で受けて頂いて、それからどうしようか一緒に考えようという感じです。また、医師の側には、手術で治療可能な疾患を早く見つけてしまい、中絶すると言われたらどうしようというそのプレッシャーもあると思います。

○玉井理事

実際そのような経験もありますでしょうか。

○大橋先生

22週という壁があって、22週未満だったら法律的に中絶が認められていて、それ以降はそのような選択肢はなくなるので、胎児の異常を妊娠のどの時期にみつけるかが問題だと思います。22週未満に見つけた場合はどんな異常であれ中絶に結びつく可能性を意識します。

初産婦さんでうつ病のある方に、超音波で口唇裂を見つけたことがあります。個々の医師-患者関係は様々だと思いますが、私なりにこのご夫婦と関係を築いていたので、ご本人には最後まで口唇裂のことを言わなかったことがあります。彼女は実際に我が子を見たら愛情が湧くだろうけれど、この時期に口唇裂のことを話すと妊娠期間中に色々な想像をしてしまいうつ状態が悪化するだろうと考えて言いませんでした（ただし、この方の場合には例外です）。

○大畑先生

産科の中で難しいのはこの病気は言っていないと言わなくていいというようなルールは決められないところにあります。母体保護法の胎児条項もそうですけど、胎児条項を作った時に、胎児条項で中絶しても止む無しという病気はなんだと、具体的な病気は挙げられないですよ。そういう難しさもあり、明確にした方がいい部分もありつつも曖昧さが残っていないと難しいですよ。

○玉井理事

一人一人の問題でプライベートな問題ですからね。明確に区切ることが難しいですし、またどんどん医療が進歩していて、そういうものがどんどん変わっていく可能性がありますよね。そういうところも踏まえてどう判断していくのが増々難しくなっていますよね。

○柘植先生

今は発達障がいのお子さんの脳の画像診断が一生懸命に研究されていますよね。どこまで正確なのかわからないですけど。出生前の胎児の脳の画像診断も進んでいくんじゃないかと思えます。胎児の段階でここが普通とは違いますとか、ここが異常ですとか言われると、育てようという意欲がなくなっていくんじゃないかと、どんどん社会が誰を受け入れるかが狭まってくるんじゃないかと思えます。



○金城常任理事



今話題の母体血による遺伝子診断いわゆる無侵襲的出生前遺伝子学的検査 (NIPT: non-invasive prenatal genetic testing) は、具体的にはどこでやられているのでしょうか。沖縄ではやっていないですよ。

施設基準を満たす施設が沖縄では少ししかなくて、当院は基準は満たしていても手を上げる余裕がないという状態です。大学病院クラスはほぼ出していると思います。日本医学会のホームページに施設リストが更新されていて29施設ぐらいあると思います。患者さんがインターネットを使って検索されれば情報はとれますね。

○大畑先生

施設基準を満たす施設が沖縄では少ししかなくて、当院は基準は満たしていても手を上げる余裕がないという状態です。大学病院クラスはほぼ出していると思います。日本医学会のホームページに施設リストが更新されていて29施設ぐらいあると思います。患者さんがインターネットを使って検索されれば情報はとれますね。

○金城常任理事

具体的に母体血による胎児の遺伝学的検査の施設を医師会から出していいと思いますね。採血は内科医が行い、検体を米国に送り、胎児に染色体異常の可能性があれば治療は産婦人科医に紹介されることになる、これをどうするかですね。

(NIPT 検査実施施設一覧 (2013年11月1日現在) 31施設)

北海道	北海道大学病院 平成25年3月26日	大阪府	大阪市立総合医療センター 平成25年3月26日
北海道	札幌医科大学附属病院 平成25年4月30日	大阪府	大阪大学医学部附属病院 平成25年3月26日
岩手県	岩手医科大学附属病院 平成25年3月26日	大阪府	大阪府立母子保健総合医療センター 平成25年7月16日
宮城県	宮城県立こども病院 平成25年3月26日	兵庫県	神戸大学医学部附属病院 平成25年4月30日
埼玉県	埼玉医科大学病院 平成25年4月30日	兵庫県	兵庫医科大学病院 平成25年4月30日
千葉県	千葉大学医学部附属病院	岡山県	岡山大学病院 平成25年6月26日
東京都	昭和大学病院 平成25年3月26日	広島県	広島大学病院 平成25年10月10日
東京都	独立行政法人 国立成育医療研究センター 平成25年3月26日	徳島県	徳島大学病院 平成25年3月26日
東京都	東京女子医科大学 平成25年4月30日	香川県	四国こどもとおとなの医療センター 平成25年9月18日
東京都	山王病院 平成25年6月17日	愛媛県	愛媛大学医学部附属病院 周産母子センター 平成25年3月26日
東京都	日本医科大学附属病院 平成25年9月18日	福岡県	独立行政法人 国立病院機構 九州医療センター 平成25年3月26日
東京都	慶應義塾大学病院 平成25年9月13日	福岡県	福岡大学病院 平成25年4月30日
東京都	聖路加国際病院 平成25年7月25日 *(非NIPTコンソーシアムとは別個)	福岡県	福岡大学病院 平成25年3月26日
神奈川県	横浜国立大学附属病院 平成25年3月26日	長崎県	長崎大学病院 平成25年3月26日
新潟県	新潟大学医学部総合病院 平成25年3月26日	大分県	大分大学医学部附属病院 平成25年7月25日
愛知県	名古屋市立大学病院 平成25年3月26日		
愛知県	藤田保健衛生大学病院 平成25年3月26日		

○大畑先生

今一応そういうことをしてほしくないので縛りをかけていると思います。

○玉井理事

真喜屋先生のお話の中で、産れてすぐ亡くなってしまう子だと最初に診断されて短期決戦だと思ってその子に一生懸命関わっていたお母さんが、この子と長く関わっていくことになったときに、そこから受け入れがしんどくなっていくという話を聞いた時にとっても切実な問題だなと思いました。この話はあそこではできないなと思って、あまり触れませんでした。実際現場にいてそういう風なものは最近難しいですか。お母さんの愛情というものはぐくむことができない状況の子供がいるんでしょうか。

○真喜屋先生

例えば、双子で一方だけ重篤な病気を診断されたとき、健児を生かすために妊娠継続を選択することがあります。そういう場合、家族は、病気のお子さんが長く生きられないという覚悟はしていても、その子がハンディキャップを持ちながら長生きする、それを自分たちがみていくという覚悟はできていないことがあるんですね。子供を亡くすというのはとてもつらいことなので、「かわいいと思ったら亡くなった時がつらいから」と距離をおいてしまう方もいます。自分の心を守るための防御反応なのだと思いますが、いったん心を閉ざされてしまうと、産まれた後の関わりをつくることはすごく難しいです。

ハンディキャップを持っていても、家族の一員として受け入れられ、その子なりに成長がみられる場合は、生まれてよかったと思えますが、親の面会も少なく、ずっと一人で2年、3年と病院で過ごしている子を見ていると、「出生前に診断されていなければ、もう少し家族の受け入れもよかったのではないかとちょっと考えてしまうことがあります。

○玉井理事

それはちょっと悲惨ですね。結局、障がいをもって産れる子がある程度の率で産れてきますよね。

先ほどの脳の中を調べて産むか産まないかを決めるとか、この子がこの子の人生を生きるんじゃないかとなってくれば良いんだけど、親のわがままと言ったら変だけど、そういうところが幅を利かせてくると、本来あるべき、社会の多様性に対する認容力が無くなってくるんじゃないかと思いますね。

○大畑先生

親は、兄弟がかわいそうだからとか私が死んだらと思ってしまう状態になっていて、親にだけプレッシャーがかかっていると思いますね。親だけが頑張らなくてもいい状態であれば、親も自分たちが死んだら誰かがなんとかしてくれると思えるはずですから。

○柘植先生

日本では、普通のお子さんに対しても親が全部責任を抱えて、親の子離れと子の親離れが遅れていて、それも関係していると思います。親が子離れし、子が親離れできるようになっている社会だったら、障がいをもっていても、障がい無くても同じだと思いますが、子供が成人したら一人の大人として生きていける、そういう社会だったらいいと思いますけど。今は二十歳でも成人しないし、最近「成人30歳説」とかありますね。

○玉井理事

ごく普通にいますからね。社会的に自立できない。親も子離れしていないですね。子に対してべったりで、もっと成熟した社会にならないといけないと。大きな問題を受け入れるためにも社会全体が成熟していないと本来の咀嚼ができないでしょうね。何もわからない状態で、技術的なものがポンポン出てくるとそれに振り回される現状があるのかなと思いました。

本日は長くお付き合いありがとうございました。ご苦労様でしたありがとうございました。



意見交換会の様子