



# 日本双生児研究学会第14回学術講演会プログラム

日時：2000年1月22日（土）

場所：三重大学講堂（三翠ホール小会議室）、ワークショップ：医学部基礎講義室1階

9：00 受け付け開始（敬称略）

9：30-9：35 開会あいさつ 岡崎祐士

<一般演題口演Ⅰ（性格・発達）>（座長：交渉中） 一般演題口演：10分発表、5分討論

9：35-9：50 1. 野中 浩一・今泉洋子「わが国の双胎児の出生体重」

9：50-10：05 2. 大木 秀一・山縣然太郎「双生児およびその両親・祖父母の身長  
の解析」

10：05-10：20 3. 菅原ますみ・酒井 厚・木島伸彦・菅原健介・眞栄城和美・詫摩武  
俊・天羽幸子「双生児の発達に関する縦断的研究（1）－研究の概  
要と就学時の精神的健康に関して－」

10：20-10：35 4. 安藤 寿康・小野田直子・大野 裕「パーソナリティの遺伝構造－  
TCIとNEOの比較研究」

10：35-10：50 5. 小島 潤子「双生児（ふたご）の内的世界」

<10：50-11：00 休憩>

11：00-11：55 特別講演 井上英二「双生児研究の回顧と展望」

座長： 岡崎祐士

<12：00-13：00 幹事会>（大ホール裏控え室）

13：00-13：30 総会

13：30-15：00 シンポジウム 「私たちは双生児をどのようにみてきたのか－21世紀を  
展望して－」

座長： 浅香昭雄、又吉国雄

シンポジスト： 武 弘道

吉田啓治

蛭田かほり

本上ゆう子

<一般演題口演 II (疾患他)> (座長：交渉中)

- 15：10-15：25 6. 今泉 洋子「国際双生児研究協会の活動について」
- 15：25-15：40 7. 小野田直子・大野 裕・安藤寿康「子どもが受ける親の養育態度とう  
つに関する遺伝要因—affectionless control という養育態度の観点か  
ら—」
- 15：40-15：55 8. 野口正行・加藤 敏「双生児間の相互交流が分裂病の経過に与える影  
響について」
- 15：55-16：10 9. 松島 英介・太田克也・大倉勇史・大林 滋・竹林 宏・将田耕作・  
高橋 栄・小島卓也「精神分裂病不一致例の一卵性双生児」
- 16：10-16：25 10. 今村 明・辻田高宏・小田利香・与那城竹亮・林田雅希・茅島智彦・  
黒滝直弘・中根弘子・松尾勝久・松本俊二・新川詔夫・中根允文・  
岡崎祐士「一卵性双生児精神分裂病不一致例におけるゲノム差異の  
検討—CA リピートマーカーを用いて—」

<ワークショップ「多胎児育児支援」> (座長：天羽幸子 ほか)

- 15：10-15：20 11. 服部律子・皆川貴子「双子の授乳状況の実態と課題」
- 15：20-15：30 12. 小池和世・矢野恵子「多胎児の育児上の問題点とその対応及び必要  
とされている情報」
- 15：30-15：40 13. 江川恵子・浅香聡子・照井智子・高原千枝・山田智子・宮川祐三子・  
田中都代子「双胎妊婦に対する保健指導—ガイドライン・パンフレ  
ットを活用した情報提供を行って—」
- 15：40-15：50 14. 島野由紀子・長尾市子・毛利淳子・神園久子・河島夏美・海老名朋子・  
佐藤晴子・内田美音子・立川智子・村中優子「多胎児子育て支援『ツ  
インズクラブ』育成と私たちの街の子育てネットワークづくり」
- 15：50-16：30 討 論

<16：30-16：40 休憩>

<ポスターセッション> 16：40-17：10 (発表5分、討論5分) 17:10-17:30 自由討論

16：40-17：10 ポスターI群 (座長：交渉中)

- 16：40-16：50 15. 木島伸彦・菅原ますみ・酒井 厚・菅原健介・眞栄城和美・詫摩武  
俊・天羽幸子「双生児の発達に関する縦断的研究(2)—Cloninger  
のパーソナリティ理論に関して—」
- 16：50-17：00 16. 酒井 厚・菅原ますみ・眞栄城和美・木島伸彦・菅原健介・詫摩武  
俊・天羽幸子「双生児の発達に関する縦断的研究(3)—親子相互  
の愛着感に関する検討—」

17:00-17:10 17. 眞栄城和美・菅原ますみ・酒井 厚・木島伸彦・菅原健介・詫摩武  
俊・天羽幸子「双生児の発達に関する縦断的研究（4）－双生児間  
にみられる自己評価の関連－」

16:40-17:10 ポスターII群（座長：交渉中）

16:40-16:50 18. 丸山裕史・安藤寿康・大野 裕・長谷川寿一「空間認知能力の行動  
遺伝学的検討」

16:50-17:00 19. 平石 界・安藤寿康・大野 裕・長谷川寿一「主題型4枚カード問  
題の解答における遺伝の影響の検討」

17:00-17:10 20. 天羽幸子「日本人のふたご観」

16:40-17:10 ポスターIII群（座長：交渉中）

16:40-16:50 21. 菊池 白・森田航平・吉村一義・野原 通「同側下顎骨に濾胞性歯  
嚢胞を認めた一卵性双生児の外科的治療と類似診断」

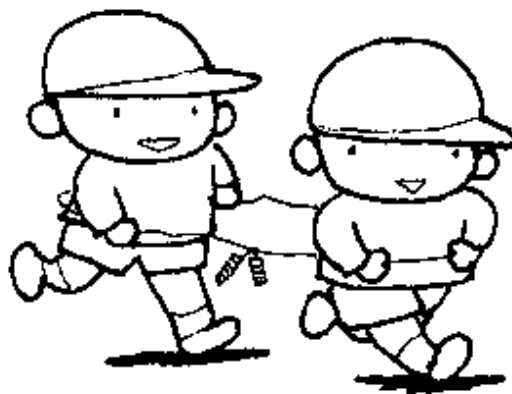
16:50-17:00 22. 横山美江・大木秀一「三つ子の出生時体重およびその後の身体発育  
に関する研究」

17:00-17:10 23. 遠藤俊子・渡邊タミ子・渡邊竹美「三つ子10組の成長・発達につい  
ての分析」

17:30-17:35 閉会挨拶（岡崎祐士）

<17:35-17:45 ポスター撤去>

17:45-19:00 <懇 親 会>（講演会場にて）

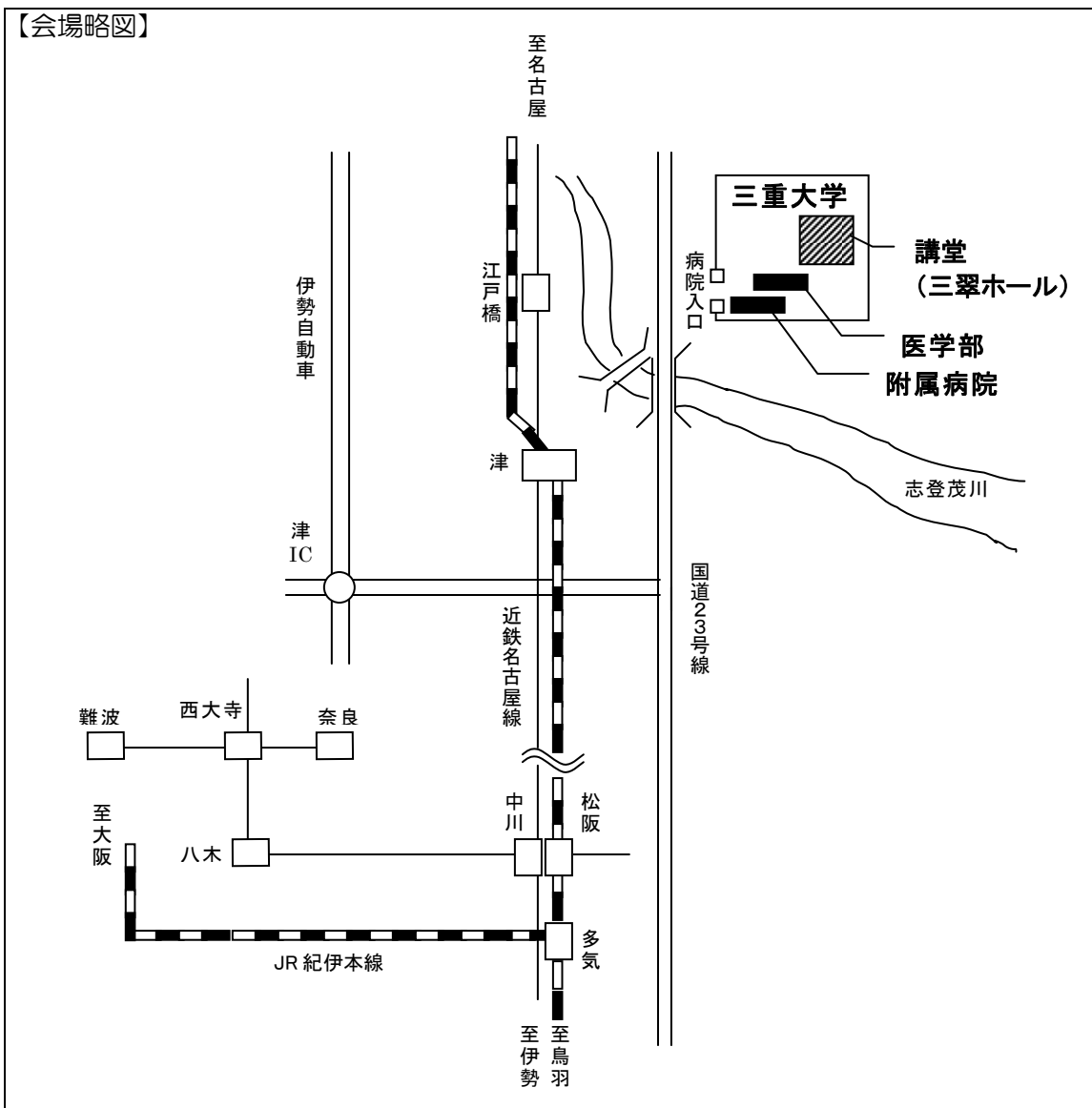


## 交通および会場案内

### 【交通】

- 津駅（近鉄、JR）東口下車  
タクシー10分  
バス：津駅前三交バスセンター（④番のりば）  
－「大学病院前」バス停下車 徒歩4分
- 江戸橋駅（近鉄）下車 徒歩8分

### 【会場略図】



日本双生児研究学会第14回学術講演会

会長 岡崎 祐士

三重大学医学部精神神経科学教室内

TEL:059-232-1111(内線 6450)

FAX:059-231-5208

### 1 はじめに

自然妊娠による多胎の出産は従来 0.6%と言われていたが、最近では 1.0%と報告されている。最近の不妊治療の普及により、特に品胎以上の多胎の増加が指摘されている。

多胎の問題は、1 つは胎児数が増えることにより、早産や妊娠中毒症など母体合併症が増加するという問題であり、もう一つは、一卵性双胎のなかの一絨毛膜双胎の問題で、共有する胎盤の血管吻合により、一絨毛膜双胎特有の病態が発生し、児の予後を悪くしていることである。

### 2 多胎の周産期死亡率 新生児死亡率

多胎は、一般に胎児数が増えるほど、早産の割合が高く、しかも、早期の早産がおおくなり、それだけ低体重児の出生する割合が高くなり、それが周産期の予後を悪くしていると考えられる。

今泉によると 1980-1991 年での単胎の周産期死亡率は出生 1000 に対し 7.7 であるのに対し、双胎では 46、3 つ子では 89 に、4 つ子は 117、5 つ子は 476 と胎児数が増えるに従って急速に高くなっている。同様に早期新生児死亡率は単胎では 2.5 であるのに対し、双胎では 16、3 つ子では 44 に、4 つ子は 91、5 つ子 240 と胎児数が増えるに従って高くなっている。

出生順位別に周産期死亡率を見ると、双胎の第 1 子での周産期死亡率は 35 で、第 2 子 57 より高く、品胎の第 1 子での周産期死亡率は 45 で、第 2 子は 65、第 3 子 86 と出生順位が後になるほど周産期死亡率が高いという結果が得られている。しかし 4 つ子については一定の傾向は見られていない。早期新生児死亡率でみるとこれらの差は明らかではない。

### 3 大阪府立母子保健総合医療センターにおける多胎

1987 年から 1996 年の 10 年間に大阪府立母子保健総合医療センター（以下母子医療センター）で取り扱われた単胎分娩は 15986 件、生産児は 15586 人、双胎出産は 483 件、生産児は 920 人、品胎出産は 54 件、生産児 155 人、4 つ子出産は 5 件、生産児 20 人、5 つ子出産は 3 件、生産児 15 人であった。双胎の児死亡率（新生児死亡および入院中の乳児死亡を含む）は 33 人で死亡率（対出生千）は 36 で、単胎 9 に比し有意に高かった。児死亡率が 100（10%）未満になるのは、単胎では妊娠 26 週、700 g であったが、双胎のそれは妊娠 29 週、児の体重 800 g を越える必要があった。

#### 1) 双胎の絨毛膜別の児の予後

双胎について絨毛膜別に児の予後を見た。一絨毛膜性二羊膜双胎（以下 MD 双胎）は 225 例で、帝切率は 53.3%で、生産児の 42.4%は NICU で管理されていた。二絨毛膜性双胎（以下 DD 双胎）は 253 例で、帝切率は 56.9%で、生産児の 27.9%は NICU に収容された（表 1）。MD 双胎での児死亡率は 5.2%で、DD 双胎の 2.4%に対し有意に高かった。また、MD 双胎での神経学的異常の頻度 3.5%は DD 双胎の 1.9%に対し有意に高かった（表 2）。

Discordant twin や一児死亡を除くその他の MD 双胎や DD 双胎では児のリスクは比較的风险の低い。しかし、このようなハイリスクの双胎を除いた比較的风险の低いと考えられる双胎での児死亡率は 4.5%であり、単胎に比し有意に高かった。例えば先進児が娩出された後に後続児の上肢の脱出、臍帯脱出、遷延横位などで胎児仮死になることはしばしば経験される。多くは急速遂娩などにより事なきを得ているが、母子医療センターではこの 14 年間に、5 例で 2 人目のみを帝王切開し、3 例で内回旋によって後続児を娩出させ、1 例の Delayed twin delivery を経験した。分娩時においても多様な状況に対応できるよう準備する必要がある。

#### 4 ハイリスク双胎

##### 1) Discordant twin

双胎の両児の体重差が大きくなると児の予後が悪くなることは良く知られている。しかし、両児の体重差のある双胎、Discordant twins の定義は定まっていない。

当センターでの MD 双胎の児の死亡率、障害児を持つ割合、32 週未満の早産の割合、NICU に入院した児の頻度などをみると、児の体重差 25%以上においてより高頻度であった。また児の合併症として RDS、PDA、IVH の頻度で、同様に、児の体重差 25%以上においてより高頻度であった。そこで、MD 双胎においては、早期の早産、児の合併症、死亡、後障害の割合などから、児の体重差が 25%以上である双胎を Discordant twin とするのが妥当であると考えられる。MD 双胎で Discordant twin (体重差 25%以上) は 51 組、DD 双胎で Discordant twin は 28 組あった。しかし、DD 双胎においては MD 双胎のような傾向は見られなかった。

MD 双胎の Discordant twin の約半数は TTTS であった。Discordant twin のある TTTS では児の死亡率は 21.2%、後障害は 17.3%であった。なお TTTS でない Discordant twin での児の死亡率は 4.0%、後障害は 2.0%であった。なお Discordant twin でない MD 双胎の死亡率および後障害を持つ率はいずれも 1.3%と低かった。なお DD 双胎の Discordant twin での児の死亡率は 3.6%であった (表 2)。MD 双胎での Discordant twin では胎児発育の厳重な管理と早晩出現するであろう胎児仮死の早期発見に務める必要がある。

##### 2) 慢性型 TTTS

双胎間輸血症候群 (Twin to Twin Transfusion Syndrome、以下 TTTS と略す) とは胎盤の表面あるいは深部に血管吻合が存在し、一方の児から他方の児に血液が流入し、即ち一方の児が供血側となり他方の児が受血側になり供血側では貧血、心筋肥大、羊水過少を来し、受血側では多血、心拡大、心機能不全、胎児水腫、羊水過多となりそれに伴う様々な症状を呈し、一児あるいは両児に循環不全を生じた状態である。このような症例を慢性型 TTTS (c-TTTS) と呼ぶ。

母子医療センターで経験した c-TTTS (一児死亡を除く) は 28 組あり、MD 双胎の 15.7%であった。そのうち 8 例 (14.3%) が児死亡にいたり、13 例 (23.2%) に神経学的異常が観察された。

少なくともいずれか一人が死亡または後障害をもつ予後不良な TTTS では胎盤表面の血管吻合が見られなかった割合は 53.3%と予後良好な TTTS 33.3%よりも高かった。なお胎盤表面の静脈-静脈、動脈-動脈、動脈-静脈の吻合の割合には差がなかった。TTTS でない MD 双胎では胎盤表面の血管吻合が見られなかった割合は 16.3%であった。

TTTS の 51%は Discordant twin でその児の死亡率は 21.2%、後障害は 17.3%に見られた。Discordant twin のない TTTS での児の死亡率は 3.8%、後障害は 7.7%であった。

最近、妊娠中期での羊水過多過少の症例をしばしば経験する。TTTS の発生機序を考える上で興味深い。TTTS に対し、治療的羊水穿刺ならびに母体への酸素療法が注目されている。母子医療センターでは 1993 年以後、積極的に治療的羊水穿刺ならびに母体への酸素療法を行っている。治療開始時の平均妊娠週数は 23 週 3 日で、平均 30.7 日の治療の後、平均出生週数は 27 週 5 日であった。児の死亡率は 21.4%と非穿刺群 19.4%と差がないが、後障害の割合は 14.2%と非穿刺群 25.0%より低い結果が得られた。

##### 3) 急性型 TTTS

c-TTTS の経過中に、供血児の胎児仮死などが発症し、それがきっかけとなり逆向きの血流、すなわち従来の受血児 (A 児) から従来の供血児 (B 児) への急激な血流が生じ、その為に A 児では鬱血、多血が見られ、B 児では急激な虚血低酸素状態に陥る。その為に、B 児に重篤な脳障害を生じることがある。これを急性の TTTS と呼ぶ。このような a-TTTS は c-TTTS の経過中で

なくとも起こり得る。

(症例) 妊娠 15 週から MD 双胎として管理、体重差はあるものの、羊水過多過少はなかった。妊娠 18 週になり、体重差 60%、羊水過多 (-) 過少 (+)。妊娠 19 週になり羊水過多出現した。羊水過多増強したため、妊娠 22 週、23 週、23 週、24 週に羊水穿刺した。妊娠 25 週、胎児仮死出現し、緊急に帝王切開した。A 児は 656g で臍帯血 Hb 14.7g/dl、体色調は白っぽく、出生後多尿が続いた。B 児は 184g で臍帯血 Hb18.0g/dl、体色調は赤黒かった。この症例では、慢性の TTTS の経過中に、ドナー児の胎児仮死を発症し、それがきっかけとなり逆向きの急性の TTTS は発症したと考えられた。

#### 4) MD 双胎の一児子宮内死亡

MD 双胎の一児が子宮内で死亡した場合、生産となった児の新生児死亡率が高く、かつ、生存児での神経学的後障害を持つ割合が高い事が知られている。

大阪府立母子保健総合医療センターで 1981 年から 1993 年の間に 32 例の双胎の一児死亡を経験した。そのうち妊娠初期に死亡が確認された 4 症例、DD (二絨毛膜) 双胎の 5 例はいずれも健康な児を得ている。MD 双胎の一児死亡 23 例中、生存児の予後が良好なのは 7 例で、9 例は新生児の死亡、7 例は何らかの神経学的後障害を残している。神経学的後障害としては CP、癲癇、痙攣などであった。

双胎の一児死亡における、生存児の障害発生の機序については諸説がある。まず Moore らは死亡児の thromboplastin に富んだ血液が生存児に流入し、DIC を発症すると報告した。

また吉田らは死亡児から血栓が生存児に流入し、生存児の大血管に塞栓を起こす、子宮内胎児塞栓症候群を報告した。最近では胎児の死亡前後に、血圧が低下し、生存児から血液の流出が起こり、生存児が虚血性ショックを起こすのが、障害発生の機序であると報告している。

MD 双胎の一児死亡での娩出時期についてもなお統一した見解がえられていないが、早期娩出で児の予後不良を防止できる症例もあると考えている。そこで、MD 双胎の一児死亡の生存児の予後を悪くする因子を検討してみた。5 例の剖検例で双胎血栓栓塞症候群の診断がついている。また生存している 1 症例で臨床経過から双胎血栓栓塞症候群が強く疑われている。これらはいずれも子宮内での死亡が確認されてから児娩出まで 5 日、10 日、14 日、18 日、20 日、42 日であった。多くに胎盤表面の静脈の吻合が見られている。

センターでの経験では、診断後 4 日以上経過してから娩出させた児では予後良好な児は存在しなかった。このことは診断がつけばできるだけ早期に児を娩出するほうがよいという根拠にはなるが、朝には胎児心拍が確認され、昼に死亡を確認した症例で予後不良例を経験しており、早急に娩出させたからと言って障害を免れるというわけではない。

双胎の一児死亡を確認してから 1 日以内に出生した 10 症例のうち予後良好なものは 4 症例で、予後不良例のうち 4 症例は慢性の TTTS と診断され、生存児に心筋の肥厚が著明であった。また 2 例は胎盤表面に動脈-動脈吻合があり、児は acute hemodynamic ischemic change が見られ、いわゆる、急性の TTTS が関与していると推測された。なお児の未熟性が児の予後を悪くしていると思われる例もあった。

児の未熟性、cTTTS、aTTTS については、なお、今後の課題であるが、少なくとも双胎血栓栓塞症候群の予防のためには子宮内一児死亡確認後早期の娩出が有効であると考えられた。さて、最近妊娠 22 週ないし 23 週に死亡を確認したが、児の未熟性の故に、娩出にいたらず、その後長期待機したが、児の予後が良好であった 3 症例を経験した。

現在 当センターでは明らかな DD 双胎や妊娠早期 (16 週以前) 児死亡であれば妊娠を継続する。妊娠 20 週以後の MD 双胎の一児死亡では、もし児を救命し得る週数と体重があれば、死亡の診断がつけばできるだけ早急に帝王切開により児の娩出救命を計っている。児を救命し得る

週数と体重は各施設でそのときどきで異なるが、現在（平成 11 年 11 月）での大阪府立母子保健総合医療センターでは妊娠 24 週以後、かつ児の体重 500 g 以上あれば帝王切開としている。

## 5 双胎の分娩様式

双胎や品胎以上の多胎でのより望ましい分娩方法の選択は、児の予後改善にとって有用である。

### 1) Discordant twins

Discordant twins そのものは帝王切開の適応にはしがたいが、卵膜付着などの頻度が高く、胎児仮死などにより帝王切開になる可能性が高いことを念頭に置いておく必要がある。

### 2) 慢性型 TTTS

センターで慢性型 TTTS を 28 例経験したが、ごく例外を除いては帝王切開となっている。

### 3) 急性型 TTTS

現在 この急性型 TTTS を分娩前に診断することは容易ではないが、この急性 TTTS が疑われる場合はできるだけ早急な分娩が望まれ、帝王切開が選択される。

### 3) MD 双胎の一児死亡

センターでは 23 例の妊娠 22 週以後の MD 双胎の一児死亡を経験したが児の死亡率は 39%、後遺症を持つ率は 30%であった。一児死亡後早く児を娩出させたからといって、児の予後を改善させるという保証はないが、現時点では、児を救命し得る週数と体重（母子医療センターでは 24 週 500g）があれば、できるだけ速やかに娩出するほうがより望ましいと考えている（前述）。分娩様式は帝王切開となる。

### 4) 一羊膜性双胎

一羊膜性双胎（Monochorionic Monoamniotic Twin、以下、MM 双胎）は双胎の 1%であるが、文献的に懸鉤や臍胎相互捻転が 70-90%と高率であり、分娩時児の死亡率が高く、児の肺成熟が確認できれば 陣痛発来前に帝王切開が推奨される

### 5) 無心体

無心体（Acardius）も双胎の 1%に見られ、健常児の心臓が両児を栄養するため、心負荷が増大し、心不全、羊水過多を来しやすい。健常児の死亡率は 50-75%と報告されている。児の肺成熟が確認できれば、あるいは、健常児の心不全、胎児水腫が疑われる場合には早急に帝王切開が推奨される。

### 6) 結合双胎（Conjiont twin）

結合双胎は受精後 13 日以後に分離した場合にみられ、双胎の 1%と言われている。殆どは分娩障害のため帝王切開となる。

### 7) その他の双胎の分娩様式

前項で述べたようなハイリスク因子がない双胎で、胎児仮死や狭骨盤や前置胎盤など他の適応がない場合の分娩様式の選択もまた重要な課題である。

#### (1) 頭位-頭位

多くの報告では頭位-頭位では経膈分娩を推奨している。先進児を分娩した後、胎児心拍陣痛のモニタリングがなされ、必要に応じ Oxytocin による陣痛促進や人工破膜 もし 胎児仮死が出現したら、児頭が下降していたら吸引や鉗子分娩を、児頭が下降していなければ帝王切開が勧められる。単胎であっても双胎でも、仮に超未熟児であっても頭位であれば経膈分娩を推奨する文献が多い。以前は IVH やそれに引き続く合併症の頻度が高いと報告されていたが、いまや IVH の頻度や重症度と分娩様式の間には関係ないという報告が多い。わが国では後続児を内回旋し、骨盤位として娩出させる施設もあるが、文献的にはあまり奨められていない。

#### (2) 頭位-非頭位

頭位-非頭位での分娩管理については 米国では Chervenak らが提唱した方法、即ち、まず先

進児を娩出させた後、非頭位の後続児のに対し、まず外回旋を行い、外回旋が成功しなかった場合である条件下では1つの選択肢として骨盤位の経膈分娩を考えている。後続児の体重が500g以上大きい場合は外回旋の成功率が低くなり、硬膜外麻酔は成功率を上昇させると報告されている。

後続骨盤位での経膈分娩の適応は単胎の骨盤位でのそれと概ね一致する。推定体重3500g未満で頸部の過伸展がないことで、多くの報告では妊娠34週以前、1500g未満の非頭位では帝王切開を推奨している。

しかし帝王切開したとしても分娩外傷を防げるわけではない。帝王切開をしてもatraumaticな子宮切開をする必要がある。すなわち、子宮切開法は手術中に決定されるべきで子宮下部が十分伸展していないときは深部横切開はすべきではないことが強調されている。

### (3) 先進児が非頭位

先進児が非頭位の場合は帝王切開が推奨されている。第二児がいることによって先進児のflexionが障害されることが多い。頻度は低いがinterlockingの可能性もあることも帝王切開の理由になる。

### (4) 先進児を娩出した後に後続児に胎児仮死が認められた場合

一般に、多くは先進児に引き続いて後続児の分娩が開始するが、時に、臍帯の脱出や上肢の脱出をみとめたり、遷延横位となったりして、胎児仮死となり、かつ、スムーズな分娩の進行が見込めないことがある。時間的に間に合えば帝王切開が選択される。母子医療センターでは14年間約18000の分娩に対し4例の2人目のみの帝王切開を経験した。幸いにも事なきを得ているが、時間的に間に合わない場合は、時には内回旋し、児を牽出しなければならないこともあり、それも3例を経験している。何れも帝王切開の準備をしつつ、Tocolysisを行いつつ実施しなければならない。

双胎の分娩に際しては、母体を管理する医師と、胎児を管理する医師がその胎児数に相当する人数(双胎であれば2人、品胎であれば3人)必要であると考えられる。胎児は母体の付属物ではなく、1人前の医療の対象として考えるべきである。いかにトレーニングされていても1人の医師が母体と2人の児を管理できると考えるべきでない。

### 8) 品胎以上の多胎の分娩様式

多胎のなかでも品胎以上の多胎については、品胎以上の多胎だからといって必ずしも帝王切開を行う必要はないが、最近の出生時の新生児蘇生の体制を考えると、十分準備された帝王切開は、それなりのメリットがあると考えられる。

## 6 死胎児稽留症候群

双胎の一児死亡など子宮内に死亡した胎児が長期間存在すると、母体にDICなど凝固障害をきたすことが報告された(Weiner 1950)。胎児死亡後3-12週で発症し、約25%に母体のDICが発症すると言われている(Pritchard 1955)が一般には死亡後5週以後とされている(Scheider 1956 Stouffer 1958)。しかし2-3日で発症した例(Goldstein 1963)や、7日で発症した例(Attar 1967)も報告されている。

Averback 1977は両臍帯がともに辺縁付着であったMM双胎で母体にDICを発症した症例を報告している。

また、妊娠26週で双胎の一児死亡となり29週でFBGが100mg/dlに減少、Heparin療法にて35週で生児をえたという報告もある(Romero 1984)。

センターでの経験ではFibrinogenの一過性減少を認める症例を経験するが、妊娠を中断するには至っていない。しかし週1回の止血検査を行うなど厳重な管理は欠かせない

## 7 不妊治療と多胎

排卵誘発剤などにより多胎が増加することはよく知られています。Clomiphene による排卵誘発での多胎の頻度は 4.5%。HMGHCG 療法による排卵誘発では 21%、体外受精は 16%で、これらの多胎の内、品胎以上の多胎の占める割合は Clomiphene では 4%、HMGHCG 療法では 32%、体外受精では 19%と報告されている（日産婦など）。

大阪府立母子保健総合医療センター（以下、府立母子センター）で経験した品胎以上の多胎（以下、スーパーツイン）49 例を経験した。内訳は品胎 41 件、要胎 5 件、格胎（5 つ子）3 件であった。これら 49 件の内、不妊治療によらないものは 11 件約 1/4 で、3/4 は不妊治療によるものであった。そのうち 60%は HMGHCG 等の排卵誘発により妊娠した。Clomiphene および体外受精はそれぞれ 20%であった。

## 8 大阪府立母子保健総合医療センターで経験したスーパーツイン

1987 年から 1996 年の 10 年間に母子医療センターで取り扱われた品胎出産は 54 件、生産児 155 人、4 つ子出産は 5 件、生産児 20 人、5 つ子出産は 3 件、生産児 15 人であった。多胎の早産の割合は DD 双胎では 52%、MD 双胎では 61%、品胎では 76%、要胎と格胎では 100%であった。平均分娩週数は DD 双胎では 35 週、MD 双胎では 34 週、品胎では 33 週、要胎以上では 29-30 週と胎児数が 1 人増えるごとに約 2 週間早くなっていた。

生まれた児のうち生存退院した児が退院までに要した入院期間は品胎で 4 週 1 日、要胎で 7 週 0 日。格胎で 11 週 2 日であった。なお母が分娩までに入院した期間の平均は品胎で 6 週 2 日、要胎で 10 週 5 日。格胎で 11 週 1 日であった。

児の予後に関しては妊娠 28 週以後に出生した児はほぼ満足すべき結果でありましたが、妊娠 25 週以前に出生した児では児の死亡や、罹病の率が高かく、このような早期での早産をいかに防ぐかが産科に科せられた課題である。

ここで センターで経験した 3 組の 5 つ子の経験を延べ、3 つ子以上の多胎、いわゆるスーパーツインでの問題点を考察する。

5 つ子の母体搬送の依頼が入ると 産科部長 新生児科部長をはじめ病院の主要なメンバーがあつまり、責任を持って引き受けられるかどうか検討された。受け入れが決定され、5 つ子が入院すると幾つかの医療チームを編成した。1) 母体の合併症や胎児の成長を見守る管理する母体胎児管理チーム、2) 帝王切開をスムーズに行うための帝王切開チーム、3) 新生児蘇生チーム、4) 検査チーム、5) 渉外チームなどなどが編成され、総勢は 160 名を越えた。各チーム毎に打ち合わせ 器機の準備等を行った ほぼ毎週 何らかのカンファレンス打ち合わせが行われた。妊娠 24 週にはいると 破水や胎児仮死などには いつでも 30 分以内に帝王切開ができるよう準備を整え 臨戦態勢に入った。即ち 保育器や人工呼吸器などが 5 人分準備された

即ち このような多胎児の出生に備えて保育器や人工呼吸器などを確保しておくという事態が発生することは、実際には稼働していない架空の医療が発生した。府立母子医療センターで経験した 3 例の 5 つ子では妊娠 24 週頃から約 6 週間、このような医療機器を使用しないで待機していた。生まれた児に人工呼吸器を使用したのは合計 24 人日であったのに対し、使用しないでいた期間は合計 442 人日であった。保育器は実際に使用した期間の約 1.6 倍の期間使用しないで待機させていた。即ち、この間、それだけの母体搬送が受け入れできなかった。妊娠 22 週の要胎や 25 週の品胎が出生したときにも母体搬送の受け入れが大きく制限された。

## 9 まとめ

双胎は単体に比し、周産期の予後が悪い。また MD 双胎は DD 双胎に比し周産期予後がわるい。その主なものは Discordant twin や TTTS、双胎一児死亡である。このような極めて予後の悪い双胎をより早期に見つけ、管理することが必要である。

妊娠初期ことに妊娠 14 週までの超音波による絨毛膜診断は、双胎の周産期管理上極めて有用である。また双胎妊婦は妊娠の全期間を通じ少なくとも隔週ないし毎週の検診が必要であり、毎回の超音波による観察が欠かせない。比較的急速に進行すると考えられている TTTS もその発症の初期には比較的緩やかに症状が進む症例も少なくなく、早期発見、早期の介入の可能性がある。

多胎のより望ましい分娩方法の選択も重要な課題である。

スポーツインを巡る問題は、周産期医療の現場に大きな波紋を投げた。

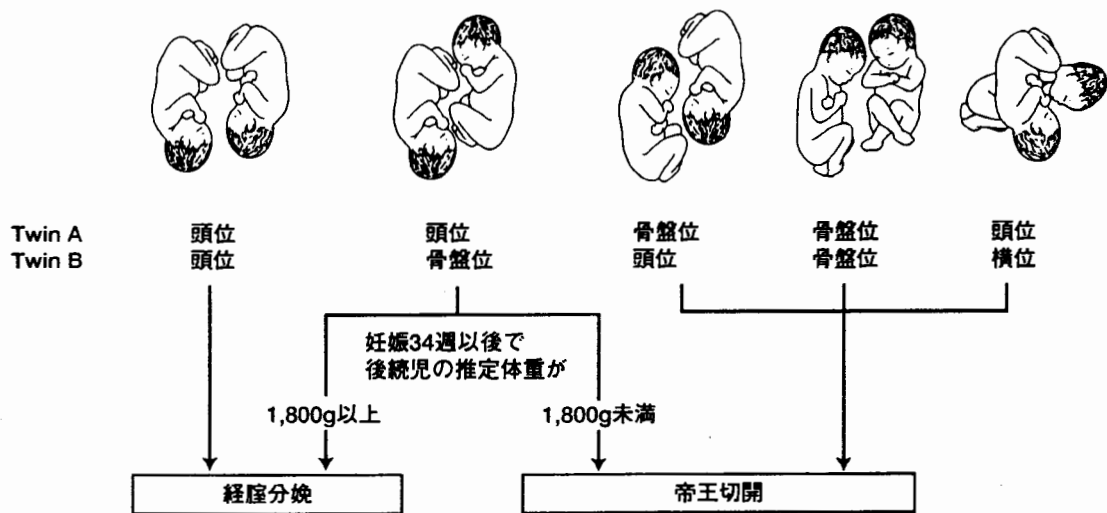


図1 双胎の胎位の組み合わせによる分娩方法 (母子医療センター)

表1 双胎妊娠の帝切率およびNICU入院の割合（妊娠22週以後の分娩について）

	絨毛膜別症例数 頻度	転帰	母の数		頻度 (%)	出生児数		NICU入院 (人)	頻度 (%)
			(人)	(人)		(人)	(人)		
全双胎 483組	MM双胎 5	2児とも死産	3						
		結合双胎	2	1					
		早産（2児死産を除く）	2	2		4	3	75.0%	
		32週未満	0						
		28週未満	0						
	MM双胎合計		5	3	60.0%	4	3	75.0%	
	MD双胎 225	2児とも死産	5						
		1児子宮内死亡	15	13	86.7%	15	14	93.3%	
		Discordant (>25%)	51	34	66.7%	102	71	69.6%	
		TTTS（1児死亡を除く）	39	34	87.2%	78	71	91.0%	
		早産（2児死産を除く）	128	76	59.4%	256	153	59.8%	
		32週未満	44	39	88.6%	88	88	100.0%	
		28週未満	12	10	83.3%	24	24	100.0%	
	MD双胎合計		225	120	53.3%	425	180	42.4%	
	DD双胎 253	2児とも死産	3						
		1児子宮内死亡	9	1	11.1%	9	2	22.2%	
		Discordant (>25%)	28	23	82.1%	56	28	50.0%	
		早産（2児死産を除く）	116	77	66.4%	232	126	54.3%	
		32週未満	37	28	75.7%	74	74	100.0%	
		28週未満	18	15	83.3%	36	36	100.0%	
DD双胎合計		253	144	56.9%	491	137	27.9%		
双胎合計	483		483	267	55.3%	920	320	34.8%	

表2 双胎妊娠の予後（妊娠22週以後の分娩について）

	絨毛膜別症例数 頻度	転帰	母の数 (人)	頻度 (%)	出生児数 (人)	児死亡 (人)	頻度 (%)	神経学的障害		
								(人)	(%)	
全双胎 483組	MM双胎 5	2児とも死産	3	60.0%				生存児に対する割合		
		結合双胎	2	40.0%						
		早産（2児死産を除く）	2	40.0%		4	1	25.0%		
		32週未満	0							
		28週未満	0							
	MM双胎合計		5		4	1	25.0%	0		
	MD双胎 225	2児とも死産	5		2.2%					
		1児子宮内死亡	15	6.7%		15	7	46.7%	4	50.0%
		Discordant (>25%)	51	22.7%		102	13	12.7%	6	6.7%
		TTTS（1児死亡を除く）	39	17.3%		78	12	15.4%	12	18.2%
		早産（2児死産を除く）	128	56.9%		256	14	5.5%	10	4.1%
		32週未満	44	19.6%		88	13	14.8%	9	12.0%
		28週未満	12	5.3%		24	9	37.5%	1	6.7%
	MD双胎合計		225		426	22	5.2%	14	3.5%	
	DD双胎 253	2児とも死産	3		1.2%					
		1児子宮内死亡	9	3.6%		9	0		0	
		Discordant (>25%)	28	11.1%		56	2	3.6%	0	
		早産（2児死産を除く）	117	46.2%		234	12	5.1%	3	1.4%
		32週未満	38	15.0%		76	11	14.5%	3	4.6%
		28週未満	18	7.1%		38	9	23.7%	2	6.9%
DD双胎合計		253		491	12	2.4%	3	0.6%		
双胎合計	483		483		920	33	3.6%	17	1.9%	

## 浅香 昭雄

以下の話題提供があった。

- ・ 卵性診断
- ・ 出産時体重
- ・ 類似度の変化 (出生時-11歳まで)
- ・ 胎内発育曲線
- ・ 血圧
- ・ 生活習慣病
- ・ 尿酸値と性格
- ・ IQと学業成績
- ・ サクセスフルエイジング

## 参考文献

1. 浅香昭雄 (1975) 精神薄弱と遺伝. 総合臨床, 24/1; 55-59.
2. A. Asaka (1975) Frequency of X-chromatin or Y-chromatin positive cells in twins. Jap. J. Human Genet. 20/2; 163-168.
3. 浅香昭雄 (1976) 指紋によるふたごの卵性診断法の検討 -とくに指紋紋理強度 (pattern intensity) を用いる方法について-. 人類遺伝学雑誌, 21; 55-62
4. 浅香昭雄 (1976) 皮膚紋理による日本人ふたごの卵性診断. 人類遺伝学雑誌, 21; 131-142.
5. A. Asaka (1976) Correlation coefficients of pattern intensity of fingers (PI) in twin Families. Jap. J. Human Genet. 21; 127-129.
6. 浅香昭雄 (1978) ふたごの学業成績. 遺伝, 32/1; 27-34.
7. A. Asaka, S. Funasaka and J. Yano (1978) Monozygotic twins discordant for congenital incudostapedial disconnection. Teratology, 18/1; 158.
8. 浅香昭雄 (1979) 多胎の卵性診断. 周産期医学, 9/13; 1937-1943.
9. Asaka A. and Kida M. (1979) Thalidomide embryopathy in twins. Teratology, 20/1; 176.
10. Asaka A., Imaizumi Y. and Inouye E. (1980) Analysis of multiple births in Japan. I. Weight at birth among 12,392 pairs of twins. Jpn. J. Human Genet. 25/2; 65-71.
11. Asaka A., Imaizumi Y. and Inouye E. (1980) Analysis of multiple births in Japan. II. Weight at birth of triplets and quadruplets. Jpn. J. Human Genet. 25/3; 207-211.
12. Asaka A., Imaizumi Y. and Inouye E. (1980) Analysis of multiple births in Japan. III. Analysis of factors affecting birth weight of twins and triplets. Jpn. J. Human Genet. 25/3; 213-218.
13. Park K.S., Inouye E. and Asaka A. (1980) Plasma and urine uric acid levels: heritability estimates and correlation with IQ. Jpn. J. Human Genet. 25/3; 193-202.

14. Imaizumi Y., Asaka A. and Inouye E. (1980) Analysis of multiple birth rates in Japan. V. Seasonal and social class variations in twin births. *Jpn. J. Human Genet.* 25/4; 299-307.
15. Asaka A., Imaizumi Y. and Inouye E. (1980) Analysis of multiple births in Japan. IV. Body weight of 4,317 twin pairs at one year of age. *Jpn. J. Human Genet.* 25/4; 309-317.
16. Imaizumi, Y., Asaka, A. and Inouye, E. (1980) Analysis of multiple birth rates in Japan. II. Secular trend and effect of birth order, maternal age, and gestational age in stillbirth rate of twins. *Acta Genet Med Gemellol* 29; 223-231.
17. Asaka, A., Imaizumi, Y. and Inouye, E. (1981) Analysis of multiple births in Japan. V. Effects of Gestational age, Maternal age and other factors on growth rate of weight in twins. *Jpn. J. Human Genet.* 26; 83-90.
18. 浅香昭雄 (1981) ふたごの成長と発達. *小児医学*, 14(6); 1023-1040.
19. 浅香昭雄 (1982) ふたごの出産時体重と諸要因. *小児科診療*, 45/5; 673-678.
20. Asaka A., Imaizumi Y. and Inouye E. (1982) Analysis of multiple births in Japan. VI. Effects of gestational age and maternal age on growth rate of weight in triplets. *Jpn. J. Human Genet.* 27/1; 23-26.
21. Imaizumi Y., Inouye E. and Asaka A. (1981) Mortality rate of Japanese twins and triplets. II. Socioeconomic factors influencing infant deaths of twins after birth to one year of age. *Acta Genet Med Gemellol* 30; 275-280.
22. Imaizumi Y., Inouye E. and Asaka A. (1981) Mortality rate of Japanese twins and triplets. III. Infant deaths of triplets after birth to one year of age. *Acta Genet Med Gemellol* 30; 281-284.
23. Imaizumi Y., Asaka A. and Inouye E. (1982) Analysis of multiple birth rates in Japan. VII. Rates of spontaneous and induced termination of pregnancy in twins. *Jpn. J. Human Genet.* 27/3; 235-242.
24. 浅香昭雄 (1983) 知恵遅れと遺伝. *日本医事新報*, No. 3070 ; 126-127.
25. Imaizumi Y, Inouye E and Asaka A (1981) Mortality rate of Japanese twins: Infant deaths of twins after birth to one year of age. *Social Biology*, 28; 176-186.
26. 浅香昭雄, 内藤和美, 松井一郎, 日暮 真, 木田盈四郎 (1983) 先天異常と多胎に関する文献的考察 —文献情報検索システムを利用して—. *先天異常*, 23/1; 69-77.
27. Asaka A, Naito K, Matsui I, Higurashi M and Kida M (1983) Cases of multiple births with congenital anomalies. *Cong. Anom.* 23; 165-179.
28. 浅香昭雄, 山田一朗 (1983) 環境と遺伝. *周産期医学*, 13/6; 879-883.
29. 逸見武光, 浅香昭雄 (1984) 遺伝と環境. *現代のエスプリ*, 至文堂
30. Hemmi T and Asaka A (1984) *Medico-Biological, Psychological and Socio-Cultural Studies on Alcoholism; intensive approaches on ethnic differences. The Proceedings of International Joint-Meeting in Commemoration of Tokyo University Centenary.* Univ. Tokyo Press
31. 浅香昭雄 (1984) 知恵遅れと遺伝. *医師のための臨床遺伝学*, 日本医事新報社, 334-339.

32. 浅香昭雄 (1984) こころの形成—遺伝と環境. こころとからだの科学, 日本評論社, 30-36.
33. Inouye E, Park S and Asaka A (1984) Blood uric acid level and IQ: A study in twin families. *Acta Genet Med Gemellol* 33: 237-242.
34. 浅香昭雄 (1984) ふたご学級. 遺伝, 38(2): 23-26.
35. 浅香昭雄 (1985) 双生児法. ヒトを中心にした遺伝学概論, 朝倉書店, 220-234.
36. 春日雅人, 浅香昭雄 他 (1986) 1 卵性双生児を用いた糖尿病の成因に関する遺伝マーカーの同定と環境要因の分析. 大和ヘルス財団研究業績集 第 10 集 23-29.
37. 浅香昭雄 (1987) 双生児研究法の原理とその応用. 老年精神医学, 4(4): 490-500.
38. 浅香昭雄 (1988) 双生児の卵性診断と DNA フィンガープリント. 医学のあゆみ, 144(9): 707-709.
39. 大木秀一, 浅香昭雄 (1989) 遺伝と環境. 保健の科学, 31(1): 19-22.
40. 本間正充, 浅香昭雄 (1989) DNA フィンガープリント法による双生児の卵性診断. 日本臨床, 47: 835-840.
41. 大木秀一, 山田一朗, 浅香昭雄, 早川和生, 清水忠彦 (1989) 質問紙法による双生児の卵性診断. 民族衛生, 55(5): 227-235.
42. 浅香昭雄, 大木秀一 (1989) DNA フィンガープリントによる卵性診断. 周産期医学, 19(12): 1681-1684.
43. 大木秀一, 浅香昭雄 (1990) メンデル形質による双生児の卵性診断. 民族衛生, 56(3): 114-130.
44. 大木秀一, 浅香昭雄 (1990) 卵性診断に対する双生児の母親の態度調査. 周産期医学, 20(6): 961-965.
45. S.Ooki, K.Yamada, A.Asaka, K.Hayakawa (1990) Zygosity diagnosis of twins by questionnaire. *Acta Genet. Med. Gemellol.* 39: 109-115.
46. S.Ooki, K.Yamada, A.Asaka (1990) Relationship between blood uric acid level and personality traits. *Acta Genet. Med. Gemellol.* 39: 117-122.
47. 浅香昭雄 (1990) 双生児の血圧. 山梨医大誌, 5(3): 135-145.
48. Y.Imaizumi, A.Asaka, E.Inouye (1990) Fetal deaths with birth defects among Japanese multiples, 1974. *Acta. Genet. Med. Gemellol.* 39: 345-350.
49. A.Asaka, S.Ooki, K.Yamada (1990) The influence of birth injuries in first-born and second-born twins. *Acta Genet. Med. Gemellol.* 39: 409-412.
50. 大木秀一, 山田一朗, 浅香昭雄 (1991) 双生児の母親用質問紙による卵性診断. 小児保健研究, 50(1): 71-76.
51. 大木秀一, 浅香昭雄 (1991) 双生児の成長と発達に関する研究 (1) —双生児の出生時体重—. 小児保健研究, 50(1): 77-83.
52. 浅香昭雄, 山縣然太朗, 日暮眞, 大内尉義, 折茂肇 (1991) 双生児法による骨粗鬆症危険因子の早期発見に関する研究. 大和研究財団研究業績集, 15: 150-153.

53. 大木秀一, 浅香昭雄 (1991) 双生児の成長と発達に関する研究(2) -在胎期間と双生児の出生時体重-. 小児保健研究, 50(5): 587-596.
54. 大木秀一, 浅香昭雄 (1991) 双胎分娩における周産期の各種要因の分析. 周産期医学, 21(8): 1197-1203.
55. 竹下達也, 浅香昭雄 (1991) 肥満: 双生児研究からのアプローチ. 医学のあゆみ, 157(11): 636.
56. 大木秀一, 浅香昭雄 (1992) 双子研究からのエピソード-性格・知能・精神疾患-. こころの臨床ア・ラ・カ・ル・ト, 11(1): 19-22.
57. 大木秀一, 浅香昭雄 (1992) 双生児の成長と発達に関する研究(3) -双生児の1歳時体重-. 小児保健研究, 51(3): 427-432.
58. A.Asaka (1992) Drinking Behavior and Lifestyles in Twins. Alcoholism and the Family, 24-56.
59. 大木秀一, 浅香昭雄 (1992) 精神疾患における遺伝的要因解明のための方法論 -家系研究, 双生児研究, 養子研究-. 臨床精神医学, 21(5): 827-833.
60. Takeshita T, Yamagata Z, Iijima S, Nakamura T, Ouchi Y, Orimo H, Asaka A. (1992) Genetic and Environmental Factors of Bone Mineral Density Indicated in Japanese Twins. Gerontology, 38(1): 43-49.
61. 大木秀一, 浅香昭雄 (1992) 双生児の成長と発達に関する研究(4) -双生児の妊娠週数別出生時体重・身長・胸囲・頭囲-. 小児保健研究, 51(6): 697-704.
62. 大木秀一, 浅香昭雄 (1992) 双生児の成長と発達に関する研究(5) -双生児の乳幼児期の身体発育-. 小児保健研究, 51(6): 705-714.
63. 大木秀一, 浅香昭雄 (1992) 双生児の成長と発達に関する研究(6) -双生児の学童期の身体発育-. 小児保健研究, 51(6): 715-720.
64. 浅香昭雄, 加藤則子 (1993) 全国のデータよりみた多胎児の出生体重. 周産期医学, 23(2): 251-256.
65. 浅香昭雄, 大木秀一 (1993) 双生児の遺伝学. 遺伝 別冊 No.5 ヒトの遺伝, 51-60.
66. 大木秀一, 浅香昭雄(1993) 双生児の出生時から11歳までの体重・身長の類似度の変化. 小児保健研究, 52(4): 447-456.
67. 浅香昭雄(1993) 血中尿酸値と性格・知能. 高尿酸血症と痛風, 1(1): 57-64.
68. 浅香昭雄, 大木秀一 (1993) 双生児集団を用いた疫学的研究 古庄敏行ら編 臨床遺伝医学 V 遺伝疫学 pp104-113.
69. Ooki S, Yamada K and Asaka A(1993) Zygosity diagnosis of twins by questionnaire for twins' mothers. Acta Genet Med Gemellol 42: 17-22.
70. Ooki S and Asaka A(1993) Physical growth of Japanese twins. Acta Genet Med Gemellol 42: 275-287.
71. 浅香昭雄, 大木秀一 (1994) 双生児の身体発育 学会共同研究「発育発達」最終報告 学校保健研究. 学校保健研究, 36(2): 61-63.

72. 斎藤高雅, 浅香昭雄 (1994) 100歳の一卵性双生児にみられる性格特徴とサクセスフル・エイジング. 臨床精神医学, 23(11): 1311-1315.
73. 浅香昭雄, 大木秀一 (1995) 一卵性双生児の性格の差異. 日本医事新報, No.3696, 134-135.
74. 浅香昭雄, 大木秀一 (1995) 多胎の卵性診断. 産婦人科の実際, 44(5): 637-642.
75. 大木秀一, 浅香昭雄 (1996) 一卵性双生児の指紋・掌紋一致率および個人識別. 日本医事新報, 3763: 102.
76. 大木秀一, 浅香昭雄 (1997) 周産期 3)多胎の卵性診断. 産科と婦人科, 64(12): 1695-1698.

---

### 平成 11 年度日本双生児研究学会第 3 回幹事会議事録

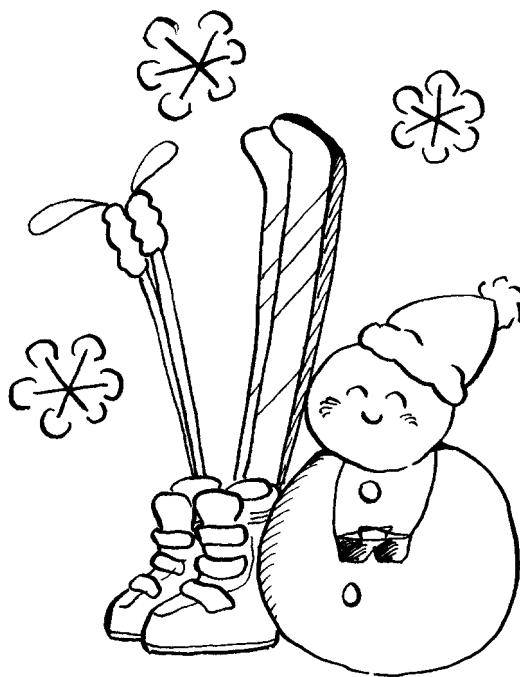
日時：平成 11 年 11 月 13 日

場所：東京国際大学国際交流研究所

出席者(着席順)：浅香、小野寺、岡崎、野中、安藤、大木、天羽、吉田、今泉、早川、詫摩

#### 議題

- 1 第 14 回学術講演会の準備状況について岡崎先生から説明があった。
- 2 ニュースレターの編集費用・編集方法等についての討論があった。
- 3 諸般の事情により第 15 回学術講演会の大会長をお引き受けする事が不可能になったとの報告が吉田先生からあった。安藤先生が慶応義塾大学で開催可能であるか至急検討すると申し出た。



## 多胎児の子育て支援の動きをめぐって

ツインマザーズクラブ 天羽 幸子

今年1月の第13回双生児研究学会の折、学術発表と平行して、午後から全国の多胎児のサークルのリーダーを集めて、ワークショップを開くことができた。その折、行政機関に支援を求める必要があるということで、「子育て支援を考える会」としてまとまった。しかし私の心の中ではツインマザーズクラブを発足させてから30年、全くどこからも援助を受けずに続けてきたのは、お役所に陳情するために、貴重な時間を費やすことはできないと考えて続けていたからである。ただ私たちのグループばかりではなく、地方のミニサークルの願いでもあり、今年からこの日本双生児研究学会の会長をお引き受けした以上、学会としても、このような活動に目をつぶるわけにはいかないと考えて、厚生省に要望書を提出することにした。

要望書では母子手帳配布時に多胎児育児の情報をまとめた小冊子を配布する。医療機関、保健所に多胎児出産、育児に関する専門教育を行う。生後1年間くらい、多胎児の家庭に子育て支援ヘルパーを派遣する。不妊治療を行う際、ハイリスクも含めた現状について、きちんとしたカウンセリングを行って開始する。などを求めた。

私たちは4月22日この要望書を持って厚生省を訪れ、児童家庭局の課長補佐にお目にかかって実情を陳情した。そして局長にも直接おあいしたいと述べた。当日は国会開催中で昼休みに戻られるので、その折でよかったらということになり、私としても思いがけず局長におあいし、要望書の内容についてもお話する機会を得た。局長は要望にきたのは初めてかといわれたので、それになづくとともに、これは一度で要望をかなえていただかなくてはという気持ちであった。

日本の出生率は下降の一途をたどっているのに、多胎児の出生率は激増していること。少子化防止の策として、ここに力を入れられないわけではない。またこの人たちは将来しっかりした介護保健の担い手になる人達になる筈であること。更に国際会議に出席してお互いに多胎児の子育て支援の情報を交換しても、公的支援が全くないのは日本だけであることを、熱意とちょっとした迫力と共にお話した。局長も同席した課長たちに「日本だけなんですって」とちょっと驚いたような調子で話しておられた。

私はその後超多忙な日々を送っていたが厚生省には、ツインライン（ふたごの電話相談）の実状を伝え、忙しさのあまり少し遅れがちの子の方に虐待が行われているのではないかと感じられる電話もある。私が行動を起こしたこと自体、おそきに失したと思っている等々、急状をうったえていた。そして実は思いもかけず、ちょうど3ヶ月後の7月22日厚生省が音頭をとって「多胎児の妊娠、出産、育児の支援に関する検討会」が設立されたのである。その検討会には産科、小児科、保健学科などの全国の専門家にまじって、私共ツインマザーズの母親も3人加わって、年度内に必らずハンドブックを出版するという異例のスピードで実現したのである。私たちは第1回の検討会にその骨子となるような具体的な項目をそろえて提出し、またこの日に備えて、会報によってツインマザーズクラブの中から協力メンバーをつのり、特に先輩の声として以前の会報の中からお母さん達の生の声をひろい出した。

私たちは、多胎児を妊娠したり、子育ての一步をふみ出そうとしているお母さんたちが、気軽に手を取り、子育ては大変だけど、やってできないことはないという力をもつものを作りたいと熱望している。

私たちの気持ちは下のようなものである。

もう両腕にふたりをかかえているのですか。それともかなりふくらんだおなかの中にまだ大切にしまっているのですか。一度にふたり、またそれ以上のお母さ

んになると言う喜びと不安の間にあなたの気持ちはゆれ動いていても、赤ちゃんたちはあなたをただひとりのお母さんとして信頼しています。

普通ならひとりの赤ちゃんのお母さんになるところを、同じ期間でふたり以上の赤ちゃんのお母さんになったあなた、きっとその能力ありと選ばれたのです。胸をはって赤ちゃんを産み、育てていきましょう。

この小さな本はそれぞれ専門の人たちが、そしてふたご育てをしたおかあさんたちが、あなたのこれからの子育てを応援しようと思ってまとめました。でもふたご以上の子育てのすべてが分かるものではありません。

そう、ちょっとどうしたらいいかと迷った時、そのヒントをあげ、その先を知りたいときの道筋（本とか経験談）を加えました。

今は元気いっぱい子育てをしているお母さんも、時にはポロッと涙を落としたこともある子育てです。ひとときは息つくひまもないと思っても、半年、一年たてば喜びは2倍、3倍の子育てです。

長い子育てマラソンの清涼水として、この小さな本を時々ひろげてくだされば嬉しいです。

私たちの担当した部分の原稿はもうほとんどでき上がっている。この冊子を手にしたお母さんが、頁をめくりながら少しほっとしてくれたなら、私たちは満足である。

実はツインマザースクラブにとって、もう一つ大きな前進があった。どこからも支援を受けないと頑張ってきた私たちに、大阪大学の早川先生がこういう財団もあると助言してくださった。それは三菱財団で、助成は大きく、魅力的であった。しかしその締切日まで一週間ほどで申請書を書いたことのない私には至難と思われたが、まわりの方々の援助で無事5倍ほどの難関をくぐり抜けて、始めて助成金を得ることができた。助成金贈呈式というものがあり、私は社会福祉事業で助成された21団体を代表してお礼のご挨拶を述べることになった。多胎児の子育ての苦労などを述べたが、来席の方々がそのようなことを始めて知ったと口々にいわれ、社会一般にはこのようなことは何も知られていないことを強く感じた。

贈呈式の一週間後、私たちはその助成をうけた活動の一つである地区リーダーの情報交換と研修の会合をひらいた。2日間にわたり、クラブの活動の方向性や、30年の歴史の中で会員の中にある年齢差による求めるものの違いなど、大変熱のこもった話しあいを行った。当日取材していたNHKもふたごのお母さん達のパワーに圧倒されると語っていた。

今後、電話相談のカウンセリングの研修など、課題は山のようなのだが、厚生省の多胎児の子育て支援の方向がマスコミで報道され、各地方の保健所など実際に多胎児の母親に向きあう人達が真けんにこれらのことを取り上げようとする気運がみられることは本当に嬉しいことである。



## 第 57 回 日本公衆衛生学会自由集会

### 『多胎児を産み育てる家族への保健サービスを考える集会』報告

国立公衆衛生院母子保健学部 加藤則子

日時：平成 10 年 10 月 28 日（水）午後 6 時～8 時

場所：長良川国際会議場、国際会議室（5F）

司会：浅香昭雄（山梨医科大学・教授）石井トク（岩手県立大学看護学部・教授）

#### 1. 「我が国における母子保健施策と障害児家庭への支援」

加藤則子（国立公衆衛生院母子保健学部、室長）

身体障害児福祉制度の概要、身体障害児の状況、身体障害児の介護、在宅施策、施設における療育、「障害者プラン」等に関する概説のあと、障害児を持つ親のストレスとそれに関する要因に関する以下の研究の紹介が行われた。植村・新美のストレス尺度を用い、保健所管内の 118 名の母親の回答を分析しところ、病院通院頻度が高い場合、児のリハビリ頻度が高い場合、自由時間がほとんどない場合、様々なストレスが多いことが分かった。身体障害児を取り巻く人的物的社会資源の早急な充足と家庭内の調整の必要性が明らかになった。

#### 2. 「双子、三つ子における障害児の発生状況」

横山美江（滋賀医科大学看護学部、講師）

双子 1410 名、三つ子 287 名、四つ子 27 名、五つ子 10 名の調査において双子の 3.7%、三つ子の 8.7%、四つ子の 11.1%、五つ子の 10.0% が障害児と認められた。また、双子の 1 組中に少なくとも 1 人が障害を有する比率は 7.4% で、三つ子の 1 組中に少なくとも 1 人が障害を有する比率は 21.6% で、四つ子や五つ子の 1 組中に少なくとも 1 人が障害を有する比率はそれぞれ 42.9%、50.0% であった。不妊治療の普及により双子や三つ子以上の多胎児がかなり増加しているが、障害を持つ多胎児やその家族に対しては、公的保健福祉機関においてサポートをすることが急務である。

#### 3. 「障害のある双子家庭への保健指導の実際」

金山学（名古屋市児童福祉センター、室長）

名古屋市児童福祉センターの受診資料等をまとめたところ、MR（精神発達遅滞）の発生率（出生 1,000 に対して）は、I 期（1983～85 年）が 12.9、II 期（1986～88 年）が 11.4、CP（脳性麻痺）の発生率は I 期が 2.99、II 期が 12.4 で、単胎児に比して MR は約 2.5～3 倍で推移、CP は 1.8 倍から 9.2 倍に増加していた。その障害発生の出生体重別分布は 1,500 g 未満の極小や超未熟児に大きく偏っていた。以上から、多胎妊娠・出産は児の発達においてもハイリスクであると推測され、不妊治療においては多胎妊娠を極力避けるべきであり、その技術向上が切に望まれる。

#### 4. 「多胎児における発達と授乳上の課題」

矢野恵子（三重大学医学部看護学科、助教授）

多胎児ならではの育児の困難さについてのデータ解説、双子の授乳プログラム（未熟児であることが多いことを考慮した上でなるべく母乳でいかにさせるためのフローチャート）の提案、様々な制度があっても、知らなければ利用できないこと、育児教室等については参加するだけの余裕のある時期でない場合もあること等の指摘があった。

指定発言：服部律子（京都大学医療短大、助教授）

病院（親の会の母胎ともなっている）では、母親の入院中から低出生体重児かつ多胎児と言うことでいろいろな特殊性を考えて指導している。障害を持った多胎児の親は、障害のない多胎児の親になじめない部分がある。障害を持った多胎児の場合、障害児の会に入り、そこで多胎の親に出会うことも多い。

## 第 58 回日本公衆衛生学会総会自由集会

### 『第 8 回多胎児を産み育てる家庭への保健サービスのあり方を考える集会』報告

国立公衆衛生院母子保健学部 加藤則子

日時：平成 11 年 10 月 21 日（木） 18：00～20：00

場所：ビーコンプラザ 小会議室 31

〒874-0828 別府市山の手町 12-1

代表世話人：大阪大学医学部教授 早川和生

#### 1. 多胎児支援に関する厚生省検討会に出席して

早川和生（大阪大学）

厚生省は、「低出生体重児、双胎・多胎児の妊娠、出産、育児の支援に関する検討会」を設け、多胎児の母親を支援するためのハンドブック作成等に取り出したところである。パンフレットの原稿は 10 月中に出揃う。パンフレットは、未熟児のものと多胎児のものに分けられ、多胎児用は双子の妊娠基礎知識、双子の出産、双子の育児（このボリュームが大きい）、社会資源からなる。100 ページを越す模様。

#### 2. 多胎児家庭へのフォーマルサポートのあり方

伊藤直子（西南女学院大学）

福岡県内で、双子の母親の育児意識を調査した。モラール曲線（育児の意欲の状態）を母親自身に描いてもらうと、出生 1 ヶ月以内の低下が著しかった。夫には、やさしい言葉、労いの言葉を期待しており、祖父母の同居手伝いはストレスとなることもあった。双子の場合疲労度が強すぎて、バランスが取りきれない。双子を迎える準備がどのくらい整っていたかも、大きな要因である。

#### 3. 育児サークル「ふたごの会」の発足と活動

平野真澄（大分県日田市健康増進課）

平成 7 年 2 月、母の要請で葉書通知で集まりを呼び掛けた。定例会、会報発行、会場探しのお手伝い。平成 9 年 4 月、母子が市町村において会員で運営するようになる。バス遠足（父親同志が顔合わせのため、仕事休んで）、夜の食事会。平成 11 年、諸事情で双子通信発行中止。幼稚園、保育園に行くようになると来なくなる。

#### 4. ふたごの親の会の活動と双子育ての悩み

塚本友子（ツインファミリークラブ熊本）

ツインマザーズクラブ九州の熊本支部として機能している。赤ちゃんから大学生までの双子をカバーしている。先輩ママの体験談が好評である。大人の双子の話も取り入れてゆく。保健婦

さんが転勤で変わるので、同じ保健婦さんと続けられない。保健所は会場を借りる窓口として機能。一方で、相談を必要とする人は、どんどんまわされる。一緒にサポートしてゆきたいという気持ちが伝わっていない。バックとなる専門家が熊本にはいない。

## 5. ふたごの親の会の発足と活動

吉井一実（ツインスタークラブ（福岡県））

平成5年夏、身近に顔を見て話せる仲間作りを目的に北九州の双子の会として発足。現在50組。産業医大のNICUの先生のバックアップ（医療相談会、早川先生の講演会等）。座談会、運動会、会報誌は区役所が印刷してくれる。行政にはたくさん要求して少し通るのが現状。父親は、ネットワークに入ってしまうと、かえってはまって熱心になる。

## 6. ふたご育てと親の会の活動

稲田純子（ふたりっこ倶楽部（福岡県））

妊娠中の管理や子どもの病気で戦いの日々だった。いろんな人の助けを借りた。何でもない多胎も育児はとても大変。築上支所管内でも助産婦さんが共通の悩みを認識、ツインスタークラブ（北九州）を紹介するも遠方なので、地元の保健所管内で結成。豊前市子育て支援センターの支援も受ける。月1回の例会、回覧ノート、小冊子等。11月には産業医大のDrの育児講演会。

要望：母親の育児学級、訪問健診、病院から保健所等への早い時期の連絡、訪問や健診のとき不安等を言っているのだということを知りて欲しい、健診予防接種等の際のヘルパー、双子にやさしい街づくり

## 自由討論

行政から親の会への援助は、諸事情で消滅してしまうことも多い。コピー代等の扱いも自治体によって違う。土日に会場が借りられないことが多い。区や市などの枠組みの違いで要求が持ていけない等。全体的な方針への強い働きかけが必要か。

行政が何もしてくれないだけでなく、どうして欲しいかを伝えてゆくことが重要。国の事業として、育児サークルの補助をしてくれたら..。

この集会のあり方を迷いながらも毎年続けていますが、親の会の取り組みも、行政側の事情を汲みつつ、うまい方法を探して意見を持っていけている部分が増えてきているのかなあ、という印象が持てて、頼もしかったです。



