

日本の「無痛分娩」 リスクが欧米に比べて高い理由

ダイヤモンド・オンライン 2017.6.30

勝村久司：全国薬害被害者団体連絡協議会副代表世話人



「無痛分娩を希望する妊婦が増えている」と言われる中、無痛分娩による重篤な事故が相次いで報道されています。

どのような分娩を選択すべきか否かを考える際に、一般的の次の二つが事実として信じられています。

- (1) 「日本の妊産婦死亡率や早期新生児死亡率は世界的にも低いから安全なはず」
- (2) 「アメリカでは無痛分娩はかなり普及しており、日本でももっと選択されるべき」

しかし、これらの言説は、日本と欧米とで根本的に異なる背景があるために、事実とは言い切れないのです。

「死亡率」だけでは 安全性はわからない

最近、無痛分娩の事故として大きく報道されたのは、6月20日付けの読売新聞や6月29日付けの神戸新聞でもまとめられている、京阪神の四つの医療機関で起こった6件の事故でした。

京都では同じ医療機関で硬膜外麻酔の事故が3件発覚し、1件は子どもが寝たきりのまま3歳で死亡、あとの2件は、母子ともに寝たきりの植物状態であると報道されました。

神戸では異なる医療機関で、それぞれ母親は寝たきりのまま1年8ヵ月後と1年後に死亡し、その内1件は子どもも寝たきりになっています。大阪の事例も、事故後から母親は寝たきりの状態になり約10日後に死亡しました。

これら6件の事故で合計、5人の母親と4人の子どもが重篤な被害に遭ったわけです。

さて、「妊産婦死亡率」とは出産後42日以内の死亡数をカウントすることになっています。ということは、上記の5人の母親の被害の内、カウントされるのは、約10日後に死亡した大阪のケースのみです。ところが、この大阪のケースも、日本産婦人科医会の妊産婦死亡の報告制度に報告されていなかった、と報道されています。

出産後何日か経って死亡する際には、何らかの病名がつけられ、出産の事故との関係はわからなくなってしまふことも少なくないということだと思います。

実際、2008年のNHKニュースでも、「厚労省の研究班の調べで、妊娠や出産で亡くなる女性は公表されている人数より35パーセント多いことがわかった。妊娠や出産にともなって脳出血を起こし産婦人科以外の診療科に移された経過が報告されていなかったため」という報道もありました。

海外に比べ 死亡率が低くなる理由

一方、子どもの死亡率を見る「早期新生児死亡率」と「周産期死亡率」は、生後1週間以内の死亡数をカウントし、「新生児死亡率」は生後4週間以内の死亡率をカウントすることになっていますので、やはり、上記の4人の子どもの被害は、いずれもカウントされないこととなります。

このように、日本は海外に比べ、寝たきりの植物状態のままの延命治療が長く続くことが多いので、一定の日数の範囲内の死亡をカウントする死亡率は低くなりやすいのです。

また、生後 1 年以内の乳児死亡ではその 4 分の 1 の原因が出産に伴うものだ、という統計もありますし、国立保健医療科学院の研究報告によると、1 歳から 4 歳の疾患による死亡率は、日本は先進 13 カ国中最高になっています（上記の京都の事故で死亡した子どもも 3 歳でした）。その原因は、肺炎による死亡数が突出して高いからなのですが、出産時の事故で寝たきりの重度の脳性マヒになった子どもが死亡する際にも、死因は肺炎になることが多いのです。

したがって、「妊産婦死亡率」や「周産期死亡率」が低いからという理由だけで、日本で産科医療を受ける際には、何も考えずに任せておけばよい、とは言い切れないのです。

そもそも、日本の産科医療の質や安全性が全体として高まっているとしても、医療機関ごとの質の格差が広がっているかどうかは、全体の死亡率からは知りようがありません。

防ぐことができるはずの事故を防止するためには、医療機関ごとの質の格差の是正、特に「底上げ」がなされているかどうかが大切なのです。

欧米の無痛分娩と 根本的に違うこと

実は、上記の京都府の無痛分娩の事故で、母子ともに意識不明で寝たきりという重い障害を負ったロシア人女性の母親は、62 歳のロシアの医師でした。彼女は 2017 年 6 月 12 日に、報道各社に手記を公表しました。その内容の概略は以下のようなものです。

『（略）私は、妊娠している女性たちに、ただ 1 人の産婦人科医しか働いていないような個人医院で出産することの危険性を警告したいのです。妊娠中に個人の医院で経過観察を受けることは、便利ですし、静かで、心地よいことです。ただ、出産だけは個人医院ではしないでください！ 出産は複数の医師がいる体制のあるところでして下さい。救急時の対応医や新生児科の医師がいて、さらに複数の産婦人科医がいるところで出産すべきです。

（略）次いで、私が重要と考えていて理解できないことがあります。厚生労働省の担当課が、なぜ 1 人の産婦人科医しか働いていない産婦人科医院で出産することを許可しているのか、ということです。（略）皮膚科医、歯科医、眼科医、内科医、小児科医には個人医院で 1 人で開業する許可を与えることはいいでしょう。しかし、外科医と手術をする産婦人科医に関しては、1 人で開業する許可を与えることは許せません。（略）

私はロシアで医師として 30 年以上仕事をしてきました。わが国ではこのようなことは見過ごされる（許される）ことはありません。私たちのところには妊婦のための経過観察をする個人の医院（外来のみ）は多くあります、しかし、出産は、医師のスタッフがそろい、機器も薬剤も十分に設備された産科病院でのみ可能です。

(略) 1人だけの産科医しかいない医院ではお産ができる許可を与えないようにしてください。自分たちの娘や奥さんを悲しい目にあわせないようにしてください。家族にとって子どもが生まれるという最高に幸せな日が悲劇に変わるようなことはしないでください。

(略)』(太字部分は編集部による)

この手記の通り、欧米で行われている無痛分娩の多くは、医療設備やスタッフが十分に整った環境下で行われており、日本で一般的に行われている無痛分娩とは根本的に異なるのです。

具体的には、(1)産科医一人だけでなく、麻酔科医や新生児科医らと一緒に専門性の高い医療介入がなされていること。そして、(2)すぐに救急医療にも対応できる施設で行われているので、事故が起こってから別の病院に転送し、その間に手遅れになってしまうことがないということ。さらに、(3)24時間体制で行われているために、子宮収縮薬(陣痛誘発剤・陣痛促進剤)による計画分娩をする必要がないということ——などの面で大きな違いがあります。

日本でも、欧米型の無痛分娩を実施している医療機関もあるかもしれませんが、多くはそうではありません。日本では、未熟な医師が一人でも実施できてしまうのです。実際、上記の神戸のケースでは、事故後に医師は、「私は産婦人科をほとんどしておらず、ひよこだった」と家族に話したと言います。

また、2016年7月18日に福岡県で開かれた「日米お産サミット」で、イエール大看護大学院のアリソン・ショートン准教授は、「アメリカでは無痛分娩がとても増えているが、日本では、その割合が少ないのでそれは素晴らしいことだ。医師は医療介入をしたがるが、アメリカでも、助産師たちはこころよく思っていない」という主旨の発言をされていました。

厚生労働省研究班の緊急提言

無痛分娩は高いスキルとマンパワーが必要

今年4月16日の日本産婦人科学会で、厚生労働省の研究班が、医療機関に対し、無痛分娩を行う際には十分な医療体制を整えることを求める緊急提言を行いました。その主な内容は以下の通りです。

【緊急提言】

◎無痛分娩は、自然分娩と違った分娩経過をとることを認識する(陣痛促進剤、吸引鉗子分娩が必要となる率が高いなど)

◎無痛分娩は、自然分娩のみを扱うときよりも、より高いスキルとマンパワーが必要なことを認識する

◎局所麻酔薬中毒や完全脊髄くも膜下麻酔などの合併症に対する知識とトラブルシューティングに熟達する

日本では長年にわたり、地域ごとの産科医療の集約化や、事故を繰り返すリピーター医師への再教育が課題となっており、産婦人科医会や学会でも、その課題の克服に向けた一定の努力はなされているようです。

妊婦や家族の側も、無痛分娩を希望するのであれば、どのような体制で、どのような手法でなされる無痛分娩を希望するのか、そして、安全なのかを考え、しっかり納得した上で選択をしていかなければいけないと思います。

勝村久司（かつむら・ひさし）

全国薬害被害者団体連絡協議会副代表世話人。1961年生まれ。京都教育大学理学科卒業。1990年、陣痛促進剤による被害で長女を失い、医療事故や薬害などの市民運動に取り組む。厚生労働省の「医療安全対策検討ワーキンググループ」や「中央社会保険医療協議会」、日本医療機能評価機構の産科医療補償制度再発防止委員会などの委員を歴任。群馬大学附属病院の医療事故調査委員にも就任した。著書に『ぼくの星の王子さまへ』（幻冬舎文庫）、共著書に『どうなる！どうする？医療事故調査制度』（さいろ社）など。