

# 論点スペシャル

# 無痛分娩の事故 防ぐには



コロンビア大産科・産婦人科名誉教授 森島久代氏

米国で産科麻酔科医として診察と研究に従事してきた私は、日本から医師の留学を受け入れ、日本の医学博士号を受け、最新の研究を母国に伝えてきた。産科麻酔を巡る事故が相次いでいるのは残念である。米国では、出産は大病院に集約され、一つの病院で年間数千〜一万件近くの分娩を手がける。産科麻酔科には専従の麻酔科医が時間常駐しているのが一般的。診療所もあるが、僻地を除き出産は行わず、妊婦健診を担当している。

その体制の下、無痛分娩が普及した。今では、妊婦の6〜7割が無痛分娩を選ぶ。痛みや疲れが少ないうえに早いという利点が支持された。ただ、安全に提供できる体制が整っていないから、不安し選択でき

日本でも外科医、麻酔科医として勤務した後、1959年渡米。84年、日本女性で初めてコロンビア大医学部教授に就任。産科麻酔の権威として知られる。87歳。

## 米国の普及 安全前提

安全に提供できる体制が整っていないから、不安し選択できる。私がニューヨークのコロンビア大で産科麻酔科を創設したのは1960年代初め。産科麻酔科の黎明期。産婦人科医も麻酔科医も行う診療所が多かった。そこで、恩師の麻酔科医、パシニア・アブア教授からは、母子の安全には麻酔科医や新生児科医も出産に携わることが必要だと主張し、小規模な診療所での出産を大病院で行う体制の基盤をつくった。抵抗もあったが、政治の後押しで実現した。うだ。彼女の後押しで実現した。リスクが低い硬膜外麻酔が採用

され、胎児に影響がない低濃度の麻酔薬が使われている。米国では今や、安全で妊婦の満足度も高い麻酔が、ほぼ確立した。とはいえ、麻酔は100%安全ではない。中毒やショックなど命にかかわる事態はまれだがゼロにはできない。経験を積んだ医師と、蘇生に必要な器具や薬など十分な設備が必要だ。日本でも米国の体制をすべて見習うべきだと主張するつもりはない。日本は麻酔科医が不足しており、すべての産科麻酔を麻酔科医が担うのは現実には難しい。

改善の策として、無痛分娩を行う医師の技術や医療機関の体制に対する認定制度をつくるのは一案だろう。ただし、実の伴わない中半端な制度では信頼されない。麻酔科医でも産婦人科医でも、十分なトレーニングを積んだ人材を認定することが絶対条件になる。

患者の呼吸が止まっても速やかに適切な蘇生ができる技術と自信は、指導の下で一定数の症例を経験しないと身につかない。妊婦のニーズがあるからといって、訓練準備も不十分なまま無痛分娩を始めるのは危険だと再認識すべきだ。(医療部 中島久美子)

## リスク情報 公開急務

ほぼ全ての医療機関が加入している。同制度には、専門家による原因を分析し、結果を子どもや家族と医療機関に報告したうえで、再発防止につなげる役割がある。

6件中3件は京都の同じ診療所の事故で、すべてこの制度の補償対象事例だ。重大事故を繰り返すリビーターの典型例だろう。

このような状況では、同制度の再発防止機能が働いているとは言えず、反省しなければいけない。制度では、リビーターには原因分析報告書と別添に注意文書を送っているが、それで十分なのだろうか。これを教訓に、リビーター対策を見直す必要がある。

一般の人に提供されている無痛分娩の情報は、良い面ばかりが目につき、リスク情報はほとんどない。そのような状況では、安全性の高い医療機関を選びたいと思っている。その判断基準がわからない。

重大事故が報道された後、医療関係者から、「妊婦が不安になるではないか」という批判が出ていた。しかし、不安になるとしたら、それはむしろ情報が提供されていないためだ。

無痛分娩を行う場合、安全性の高い体制とはどういうものか、それがどういふリスクがあるのか、正しい情報が得られるのか、正しい情報があるれば、判断もよりの確にできるに違いない。日本は、無痛分娩の体制だけでなく、基本的な情報公開という面でも、欧米に比べて遅れていると思う。(医療部 高梨ゆき子)

陣痛の激しい痛みを和らげる無痛分娩をはじめ麻酔を使った分娩を巡って、妊産婦死亡や母子に意識不明の重篤障害が残る重大事故が相次いで発生している。より安全性の高い産科医療を実現するために、取り組むべき課題は何か。

〈関連記事34面〉

### 日本産婦人科医学会が調査を進めている 産科麻酔をめぐる重大事故

年	医療機関	概要
2011年	ふるき産婦人科(京都府京田辺市)	無痛分娩でお産が進まず帝王切開。子が重い障害を負い、3歳で死亡
12年	同上	無痛分娩の麻酔直後に女性(35)が急変、搬送先で帝王切開で出産。母子に重い障害が残る
15年	母と子の山田病院(神戸市)	無痛分娩で出産後の女性(36)が大量出血で救急搬送、寝たきりのまま約1年後に死亡
15年	おさきまタニティクリニック(同)	無痛分娩の麻酔直後に女性(33)が急変、搬送先で帝王切開で出産。女性は、寝たきりのまま約1年8か月後に死亡。子は寝たきりで入院中
16年	ふるき産婦人科	帝王切開の麻酔直後に女性(37)が急変。母子に重い障害が残る
17年	老木レディスクリニック(大阪府和泉市)	無痛分娩の麻酔直後に急変した女性(31)が搬送先の病院で約10日後に死亡

今春以降、大阪、兵庫、京都の4医療機関計6件の重大事故が発覚し、日本産婦人科医学会が調査中。京都府の診療所で重篤障害を負った女性の母であるロシア人医師を批判する手記を発表したほか、神戸市の診療所の事故では、死亡した女性の夫が、再発防止の要請書を厚生労働相に提出した。

今春以降発覚 重大事故6件



医療情報の公開 開示を求める 市民の会代表世話人 勝村久司氏

直面する機会はない。ほとんど経験していない事象に、対応するのは難しいが、だからといって過剰と出産を拒むのは乱暴で、戦場に出るようなもので危険だ。今回、問題の起きた医療機関では、医師は目頃から事故を受けてきた。備えは十分していたのだろうか。同様の事故を繰り返すリビーターではなかったのか。

私は30代前半の頃、大量出血して搬送された母親が、いまだに現場に居合わせた。いまだに悪夢を見る。母子の死亡、後遺障害は、その家族の人生を変えてきた。産婦人科医は、その重みを自覚しなければならぬ。死亡例を検証すると、防ぎ得たと思えるものが必ずある。報

相次いで発覚した重大事故により、日本の出産を巡る医療体制の課題が浮き彫りになった。事故に遭った妊産婦の家族から、医師1人で無痛分娩を行う診療体制を問題視する声が上がったが、課題を検証するためにも、真摯に受け止めるべきではない。

日本では、出産の半分を診療所が担い、大病院に集約された欧米とは体制が異なる。ただ、妊産婦死亡率は10万人あたりと、世界的に見ても低い。大半は問題なく出産できるだけに、妊婦は「無事に産んで当たり前」と信じ切っているかもしれない。だが、健康で低リスクといわれた妊婦でも、出産時に急変することはある。一気に悪化状

### 診療所と病院 分担必要

りんくう総合医療センター産婦人科部長 荻田和秀氏

おさきまタニティクリニック(同)

私の勤める大阪府泉佐野市の病院は年約1000件の出産を手がける。診療所などから妊産



専門は周産期救急。大阪産婦人科医学会理事。産科麻酔科医を指導する。荻田和秀氏(51歳)。

新生児科、麻酔科、救急科のスタッフが集結して対応できるように、私も日々様々な対応を想定し、模擬訓練を行っている。小規模な診療所が生産の場

に陥り、母子の命に危険が及ぶのが出産の怖さだ。私の勤める大阪府泉佐野市の病院は年約1000件の出産を手がける。診療所などから妊産婦が救急搬送されることも年170件ほどある。大量出血、停止など、母子の命がかかる現場を月1度は経験する。

大病院で急変した場合、産科、小規模な診療所が生産の場