

～ 第12回勉強会「新生児医療から医療の限界を考える」議事録 その3 ～

主催:医師のキャリアパスを考える医学生の会

講師:熊田 理恵 氏(記者・医療フリーマガジン「それゆけ!メディカル」編集長)

鈴木 真 先生(医師・亀田総合病院 総合周産期母子医療センター長)

場所:順天堂大学 8号館1階3番教室(大学院教室)

日時:平成23年5月15日(日)

～ 鈴木真先生 講演 ～

「出生前診断と新生児医療の進歩の中で」

<スライド1>

自己紹介をします。

亀田総合病院(千葉県鴨川市)で、一県一総合周産期母子医療センター施設制度に基づき、千葉県には2か所ある総合周産期母子医療センターのセンター長を務めております。

先ほどの熊田さんの話が千葉の中で起きないように全症例受け入れ態勢を目指して、安全なお産の環境を千葉県内で整える役割を受け持っています。

今回は医療技術の進歩の中のジレンマを伝えたいと思います。

医療は安全じゃないということです。

アメリカの医療を見てみますと、医療過誤事件で1年あたり4万4千人が亡くなり、入院患者の7%が医療過誤にあっています。

そしてこれには、年間8兆以上のコストがかかっているのです。

日本には類似する統計はありませんが、それでも何兆円かはかかっているはずですよ。

そして、何万人かは亡くなっているはずですよ。

医療が安全ではないということを知りながら医療をすること、医療者の匙加減次第で亡くなる人もいるということ把握しつつ、医療の推進を目指しています。

<スライド2>

周産期とは(スライド読み上げ)

<スライド3>

(母体と子供の名前の変化について)

各々のステージで医療提供の主体が違いますが、周産期はここをまとめて診ます。

私は、1年間NICUに勤務しました。

実際に研修してみないと、生まれた子供がその後どうなっていくかわからないということを学びました。

今では多くの小児科医も周産期の研修を受けています。

<スライド 4>

胎児と新生児を区別することはあまりよくないことです。  
生まれる前から診て、産まれた後も診るのが理想的です。  
昔は、胎児は患者として認められずにいました。  
今は胎児を患者として診ようとなっています。

<スライド 5>

(グラフの説明)

日本の周産期死亡率としては、各都道府県で1人死ぬか死なないかの割合です。  
近所にお産で亡くなる人がいない為、お産は安心だと思い込んでしまいます。  
でも、アフガニスタンではどうなっているか？ 10万人中2100人の妊婦が死亡します。  
一方、ここ日本では5人が死亡します。日本の医療の進歩がこの差を作っています。  
周産期医療と医療の進歩は密接に関わっています。

<スライド 6>

日本は妊婦死亡率がとても低いです。世界トップです。

<スライド 7>

(グラフ説明)

<スライド 8>

患者(新生児)の命は助かりますが、問題は合併症です。  
合併症の疾患は出生週数ごとに違います。  
(グラフ説明)  
命は助かるとはいえ、重い障害が残り得るのです。

<スライド 9>

小さく生まれると合併症も多いです。  
1500グラムの子は大体助かるけど、それでも10%は合併症を起こします。

<スライド 10>

<スライド 11>

久保先生(国立成育医療センター医師・参加者)が研修のときは超音波検査もろくになかったでしょう。  
胎児診断のできる超音波機器が各施設に設置されるようになったのは最近のことです。  
昔は双子かどうかもわからないで、生まれてからもう一人いるとわかるくらいでした。  
超音波などによる出生前診断は、最近では20週ぐらいで行います。

<スライド 12>

胎児に保険診療は適応されるのか？

答えとしては、胎児は民法では「国民」でないので、基本的には国民皆保険制度の適用となりません。  
ごく一部の疾患については、2010年に保険診療になりました。

<スライド 13>

これらの疾患は数も少なく稀です。まだ自費で治療をやっています。  
胎児は患者として保険診療が認められていないのです。

<スライド 14>

1993年、学会で胎児は患者として扱うべきだと宣言しました。

<スライド 15>

それから10年経って、福岡で同じような宣言をしました。  
宣言が繰り返されているということは、社会で実現されていないということですが、宣言に従って今はやっています。  
胎児が医療をうけられる体制を整えようとしています。  
胎児を守っているのは母親ですから。

<スライド 16>

宣言に従ってこういうことを実施しています。

<スライド 17>

では、どんな方法があるのか。

<スライド 18>

確定診断と、非確定診断があります。  
(スライド読み上げ)  
母親が理解した上で受けていることが大切です。

<スライド 19>

こういうのもあります。

<スライド 20>

このスライドは手元の資料(当日配布資料参照)と一緒に、羊水検査って、よく聞きますよね。  
子宮に針を刺して羊水を採ってくるやつです。  
胎児の肺胞上皮細胞や皮膚の上皮を集めて、それらを分裂させて染色体の数と配列の異常を調べます。  
でも、この検査を行うことによる流産のリスクが300分の1はあるのです。

絨毛検査は、羊水検査より、もうちょっと早い時期に行います。

胎盤に針を刺し、同じように染色体を調べます。

でも、1/100~1/150の流産リスクを伴います。

母体血中検査は、母体の血液の中から胎児の細胞を取り出して、それを検査するものです。

6週になると母体血中に胎児の細胞が流れはじめます。

胎児の細胞を見つけるのは大変ですが、流産リスクが減るのがメリットです。

でも、まだまだ胎児の細胞の回収率は悪いのが現状です。

臍帯血検査は臍帯に針を刺して血液を採取し、検査を行います。

ただ、針を刺すと、臍帯の収縮を引き起こし、緊急帝王切開のリスクを伴います。

超音波検査は形態の異常検査を行います。

<スライド 21>

対象はどのような方なのでしょう。

この中で、自分が伴性劣性遺伝の形質を持っていると思う人？(会場挙手)

答えとしては、誰もが3つか4つは持っています。

それがホモ(両親から受け継いだ遺伝子の同部位に異常があること)にならなければ発現しないだけの話で、ヘテロ(両親から受け継いだ遺伝子の形質がバラバラであること)であればいいのです。ホモになる確率が低いというだけで、みんな持っているのです。

最近、特に高齢出産が増加していますね。

出生前診断は遺伝的にリスクを負うことが分かっている人は、やったほうがいいと思います。

やれるということであって、やらなきゃいけないわけじゃありませんが、医療は情報提供できるということです。

<スライド 22>

羊水採取です。

昔は母体に刺さった針の状態がわからないまま行っていました。今は超音波で画像を見つつ行っています。

胎盤を避けて行います。胎盤に触れると流産の可能性が上がるためです。

<スライド 23>

日常診療でやるのは超音波検査です。

こんな風にはかっています。

胎児の数・頭の位置・心臓をチェックします。

心臓が無いこともあります。不整脈をチェックしたりもします。

胎盤の位置もチェックします。

前置胎盤では、出血が多くなります。紀子さま(秋篠宮妃殿下)は前置胎盤でしたね。  
羊水量が正常であることも重要です。頭の大きさ、足の長さ、腰回りも測って成長を記録します。

<スライド 24>

各週でどのような検査を行うかは決められています。  
12週で発見される奇形はまだ体が形成されていない大奇形が多く、致命的ともいえます。  
20週以降は胎内での早期治療が必要となります。

<スライド 25>

これが口唇口蓋裂の超音波画像です。

<スライド 26>

水頭症の超音波画像です。

<スライド 27>

十二指腸閉塞の超音波画像です。

<スライド 28>

腹壁破裂です。腸が体外にあります。

<スライド 29>

臍帯ヘルニアです。  
この状態は、染色体異常の合併が実は多いのです。

<スライド 30>

奇形腫についてです。  
妊娠中のアブデュレーションで、手術して一回心臓が止まったけど回復して、何の障害もなく退院する方もいらっしゃいます。

<スライド 31>

四肢短縮症です。これは骨の病気だとわかります。  
遺伝子の責任部位がわかっているので、そういう診断も羊水検査でできるようになりました。

<スライド 32>

大学では責任遺伝子の疾患も含めてDNA診断を行っています。

<スライド 33>

<スライド 34・35>

母体血清検査を、日本でも何か所かで出来るようになりました。

<スライド 36>

(グラフの説明)

正常と異常を組み合わせたグラフで、このグラフから

「あなたのお子さんは、～%で異常リスク判定のため・・・」と説明します。

<スライド 37>

<スライド 38>

NT が 3.5%以上で異常が増えるといわれています。

胎児死亡も増え、大奇形も増えます。

確率が推測されるのです。

<スライド 39>

これだけたくさんあると、全部を調べることは難しいです。

<スライド 40>

正常の子は鼻骨があるのに対し、21トリソミーの子は60%がありません。

このように、いくつかのマーカーを組み合わせながら、最終的に羊水検査をするかしないか判断します。

<スライド 41>

胎児心拍です。

13トリソミーは心拍数を測るだけでその子のリスクを推測することができます。

でもこれは、あくまでもそういう確率があるということに過ぎません。

言い換えれば、15%は正常の確率があります。

<スライド 42>

これらの出生前診断は安易に取り入れやすいですが、

「生まれてくる子供を肯定するものでも否定するものでもない！」ということを言いたいと思います。

ただ、「こういうリスクですよ」かつ「母体年齢も加えて考えると、こういうリスク評価になりますよ」と情報提供しているに過ぎないのです。

確定診断のためには、羊水検査が必要になります。

日本で出生前診断が導入されたときに結果を見て、「じゃあ堕ろしたいです」とか、生まれた後に「リスクが低いから産んだのになんでダウン症なの？」とおっしゃる方もいました。

<スライド 43>

結果について、ちゃんとカウンセリングをしないといけないのです。  
関連情報も提供し、母親自身に考えてもらうことが大切です。  
ダウン症や合併症の実際の症状は、個々によって様々だということを教えなければなりません。  
母親本人の人生観・価値観によって違うので「これからどうするのか」ということを考えます。  
例えば、50歳でダウン症児を出産すれば、その子が成人のとき母親は70歳です。  
こういうことをきちんと話せるようにしてあげることが大切です。

<スライド 44>

国民の潜在意識についてです。  
障害者が社会に上手く出てこれられないのは、差別があるからだというのも事実です。  
(東日本大震災の際)福島の障害者施設は原発10キロ圏内にありました。  
避難所に行っても、(障害のために)騒いでしまうから、たらい回しにあいます。  
200人ぐらいが狭いところに押し込められて、1つのベッドに3人とかで寝ていました。  
現在は鴨川に避難しています。  
「社会は障害者の面倒を見ている」と言っても、このような緊急時には実際にこうなっている。  
そんな社会はどんなものでしょう？

<スライド 45>

遺伝子異常を調べるということは、「家族の誰かが遺伝子異常をもっている」ということを調べるということにもなります。障害児が生まれると両親のどちらかが責任因子をも持っていたとわかったりして、家族が揉める原因にもなります。  
今は障害がなくても、後で発症することもあります。  
患者のために何がいいかを考えて情報提供することが大切です。

<スライド 46>

出生前診断はジレンマを抱えています。  
異常です、と診断することが生命の選択になり得るからで、生まれてから助けるのとは違います。  
「口唇口蓋裂はちゃんと手術すれば治ります」と伝えても、「そういう子供はいらない」と言って墮ろす人もいます。  
墮胎するために診断しているわけではありません。  
できればそのことを受け入れてほしいのに、そうではない方向にいつてしまいます。  
医療者としては、不本意な状況です。

<スライド 47>

<スライド 48>

なんでそんなことが起こるのか納得してもらいたくて早く診断していたのに、中絶してしまいます。  
それは日本で障害者が守られていないからではないでしょうか。  
日本は産む・産まないという選択の自由はあるけれど、選択の幅が狭いのではないのでしょうか。  
生まれてくる子供は守りたいと思います。  
障害のある子供を産む方は、たくさんのサポートがないと生活していけません。

<スライド 49>

パラリンピックとボランティアの様子です

<スライド 50>

昔小さな下町にあった鉄工所は、障害者をたくさん受け入れました。私の祖父の兄の鉄工所です。  
耳の聞こえない人をたくさん雇いました。映画にもなった話です。  
これが僕のルーツかもしれないですね。

<スライド 51>

医療者が各々で動くだけではいけません。連携していかないと、チーム医療をしていかないとだめなのです。

<スライド 52>

両親が介護で休めないなら、両親が休むために子供を入院させたり、社会全体が助けていかないと、家族の負担は軽くなっていきません。

<スライド 53>

ご清聴ありがとうございました。

～ 質疑応答 ～

学生：

(医療者は)いいことをやっていると思いますが、求められていることが高すぎませんか？  
割に合っていないように感じられます。どのように折り合いをつけていくのでしょうか？

鈴木 真先生：

アメリカの臨床経験では、一日 40 人の妊婦さんを診ました。  
医師が実際に妊婦さんを診ているのは 5 分ぐらいです  
胎児に異常があると、遺伝カウンセラーに「説明しておいて」と医師は指示するだけです。  
日本ではこれを全部医師がやります。  
私は遺伝の専門医ではないので、専門職に橋渡しした方が質の高い医療が提供できます。  
患者さんのためには、必要に応じて分業することも重要です。



久保先生(国立成育医療研究センター医師・参加者):

産科は最近いい。でも、外科や救急がひどい。小児科も開業医はいいけど、勤務医は大変。  
根本にあるのは、医療保険体制。疾患に対してお金がおろるから、病院にはお金がいても、医師にはこない。  
混合診療とかが入れば変わってくる。

新生児科医はチーム医療をもっとやるべきだ。チーム医療ができるようになれば変わる。  
それも3,4年前から変わってきている。入局者も増えてきている。

医師の労働時間には嘘が入っている。実際を報告すると怒られるからね。  
産科でも300時間が実際だよ。過労死基準の260時間を超えている。外科はもっとひどい。  
でも今は変わってきた。昔と違って時間に対して給料を払うようになった。  
権利を主張するとその医療分野にお金がおろってくるようになる。  
主張しないで我慢していると、いずれその分野が死んでしまう。昔は主張していなかった。  
最近では主張しても中々通らない。でも主張し続けてほしい。それで少しずつ変わるから。

熊田氏:

新生児科医が自分たちにも責任があるという意識を持つことが大切です。  
時間交代制を取り入れて、チーム医療を実施することで変わります。  
先ほどの講演では悲惨な現状をお伝えしたものの、昔に比べれば状況は改善されつつあります。

以上