

妊産婦死亡登録調査の問題点

研究協力者 慶応大学医学部 産婦人科講師

河 上 征 治

はじめに

わが国の妊産婦死亡例（現在10万出生に対し15件、年間233件、昭和58年）は年々減少してきた。

しかしその限られた妊産婦死亡例について死亡の医学的、社会的背景を所定の方式で個別に調査することは以下に述べる理由等により必ずしも容易ではない。

1. 死亡した妊産婦の最終担当医がその一連の経過を担当していない場合が多い。
2. 妊産婦死亡の病名の問題点。すなわち死亡にいたるとどのステージの病態を死亡診断書に書くか明確でない。しかも最終病名は一つを選択することになっており、そのデータの集積で妊産婦死の傾向、実態を解析しては不合理である。
3. 本調査と医事紛争、医事裁判との問題点、一方前出の論文（本多）中の表の如き調査表によりその資料を集積、解析するわけであるが、1～3の問題点とその対策について最近実際に妊産婦死亡を担当した若干の医師とインタビューする機会を得たので、その貴重な意見を参考として、本文を構成してみた。

1. 死亡した妊産婦を診療した最終担当医（施設）と調査法の問題点

妊産婦死亡を担当した最終施設の医師がその妊婦の妊娠経過、異常発生、および死亡までを一貫して診療した例はきわめて少ない。

急救輸送等にて異常事態発生施設、担当医と死亡時担当施設、医師が同一とはかぎらない。最近ではその妊婦を診察していた医師と全く異なった施設（医師）で死亡を担当するケースが多い。従って二つ以上の施設、医師に、一つの妊産婦死亡の診断、誘因、意見、

コメントを得て、記録も同様にして一つの答えを調査員が判断して、所定の記録を作成しなければならない。

以上の点において、妊産婦死亡の背景や妊娠経過が前医から最終担当医に情報として連絡されていれば問題ないが、そうでない場合は本調査を契機として両者に誤解や紛争が生じないように十分慎重にコメントを各々から聴取しなければならない。秘守義務は当然である。

II. 妊産婦死亡病名の問題について

妊産婦死亡の診断病名に問題がある。すなわち出血（分娩前、分娩後）死が原因不明の突発的な心不全、あるいは呼吸困難（肺塞栓か否かは不明として）による死亡という漠然とした症状は知り得ても、いわゆる病名は剖検がないかぎり不明の場合が多い。またその妊婦の背景に妊娠中毒症が存在したとしてもそれが大量出血、心不全、呼吸困難との因果関係は判然としない場合が多く、死亡診断書の病名の集積をもってわが国の妊産婦死亡の原因を解析することに問題点は多い。

従来（1978年まで）、わが国の妊産婦死亡の統計で、中毒症、出血、外妊、敗血症が上位4位を占めていた。しかし中毒症が存在したために子宮収縮不全が存在し、子宮出血を増加させたり、胎盤剝離障害や子宮内感染が生じ敗血症を併発させたのかも知れない。従ってそのような中毒症、出血、敗血症は個々の病名ではなく、一連の死亡原因と評価される症例を考えねばならない。しかし統計上は最終病名は一つだけである。中毒症が減少し、出血が増加したとかという統計上の判断は早計である。一方、子宮外妊娠を妊産婦死亡の病名にした場合も結局は出血死であ

る。また大量の産科出血は心不全を誘発する。出血死とするか、心不全にするかは担当医の判断による。

これらの不合理を改善する目的で1979年から妊産婦死亡の病名の分岐をWHOに変わって改定した。しかし改定したとしてもその妊産婦死亡診断名としては妊娠分娩産褥過程に死にいたらしめた最も大きな原因と考えられるものを担当医が一つ選択することになる。それは例えば心不全か、その原因となった産科出血をとるか、その出血を生起させた母体の合併症をとるかは医師の判断である。

それは妊産婦死亡にいたる病態のどのステージの病名を死亡診断書に選択するか判定は明確でない。

従って直接産科的死亡という漠然とした死因が高くなり、間接産科的死亡が少ないという数値になってあらわれてきている。

その点本調査の項目④の主要死亡診断名(ひとつだけ)も1~22の病名を示してあり、書きやすくなっている。しかし妊娠中毒という項目と子癇、肺水腫、内科的合併症、胎盤早剥などの場合、妊娠中毒症だけで死亡するというのはどういう場合か疑問がある。他は非常に具体的な病名が書いてあるが、この22の病名の中にも死亡にいたるステージの違いが解決されていない。

従って本調査では担当医師としての死亡原因についての意見という空欄を作成し、死亡の背景はこれこれであるが直接の死因はこれであると書けるようにして、従来の妊産婦死亡統計から解析不可能であった数字の不備をこの欄がおぎなうようにしてあるのが評価される。

Ⅱ. 本調査と医事紛争の問題点

- (1) 医事紛争中のものが多数あり、それらの症例は本調査に対して十分な協力が得られない場合がある。
- (2) 裁判中のものは裁判終了まで調査不可能の例もある。
- (3) 複数の担当医によって経過をみた症例で、

原因不明の死ではあるが、剖検の許可、機会が得られず、患者には一応「このような原因ではないか」とある医師が説明している症例がある。その場合それ以上の調査は(無用の混乱を生起させないためにも)行えないときがある。

以上の(1)~(3)に対して、本調査が具体的な施設名や担当医は全く公表されないことは無論であるが、秘密厳守であることを十分説明することが必要である。しかし年間各県に数例、各市町村には1件あるかないかであるため、本調査にあたってはその担当施設、医師に迷惑、不利益を与えないよう周到な配慮が必要である。

Ⅳ. 本調査の問題点を当事者に聞く

著者は最近5年間に妊産婦死亡例の最終担当医となった10名(都内の大学病院3、関東ブロックの公共病院5、診療所2)に面接し、本調査の問題点を提起してもらった。それらの内容を上記Ⅰ~Ⅲ及びその他に分けてまとめてみた。

- [Ⅰ-①] 妊産婦死亡の最終担当医であったか、その妊婦をいつから担当したか
- ◇妊娠→分娩→死亡まで一連の経過を担当(手術を含む) …………… 3
 - ◇妊娠あるいは分娩の経過異常で他院から転送され分娩(手術を含む)→死亡 …………… 4
 - ◇妊娠、分娩(手術を含む)は全く関与せずその後の急変で転送されて→死亡 …………… 3
- [Ⅰ-②] 本調査に最終担当医として情報提供する場合
- ◇カルテ、患者、家族との現在までの交流から十分資料がある。 …………… 3
 - ◇一連の経過に十分資料がなく前担当医の資料が必要。(前医と交流あり) … 5
 - ◇妊娠経過中の定期検診をうけてない、又は突然の来院で資料不足。 …………… 3
(前医と交流なし又は不明)
- [Ⅱ-①] 死亡診断書の病名

◇ D I C	3
薬物ショック	2
急性不全	1
塞栓（脳血管、肺）	2
感染症	1
子宮破裂	1

…………… 3

〔 ② 〕 妊産婦死亡の診断病名について

◇ 剖検の機会を得たのでそれによって診断名を記載した …………… 4

○ 剖検の機会を得られなかった …………… 6

・ 死亡診断名が一つなのでどのステージの病態をとるかによって異なってくる。
（最後は心不全になる） …………… 3

（子宮破裂の出血でも弛緩出血でも最終的には D I C となる等）

・ 妊娠中毒症が背景にあったが直接の死因としては D I C や感染症を採用した。
中毒症が死因から減少を意味していない。 …………… 2

・ 全く死因不明で結局心不全とした。 …………… 1

〔 Ⅲ - ① 〕 本件は医事紛争となったか

◇ 現在裁判中 …………… 2

◇ 裁判にはなっていないが現在紛争中 …………… 3

◇ 現在のところ具体的な問題は生じていない。 …………… 4

◇ 紛争ではないが死後関係者が死因について納得がいかないと数回説明を求めて来院 …………… 1

〔 ② 〕 本件調査について

◇ 秘密厳守は確実か、何の目的で調査するのか、本調査の報告事項と裁判紛争の論点と不一致点があっても問題ないか、等本調査の企図、秘守性を強く問う …………… 4

◇ 妊婦診察を定期的に受けていなく、飛び込みの症例で全く情報不足であった。本調査で妊婦検診の重要性を訴えてほしい。 …………… 3

◇ 私は確かに最終担当医だが本調査の大部分は前担当医に情報提供を願いたい。

おわりに

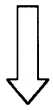
本調査は全国妊産婦死亡の減少策を考える上で、その重要性は国会のみならず、厚生省も十分認識しているところである。しかし本事業をさらに徹底し、かつ円滑に遂行するためには日母各支部担当者間の連絡を密にし、本事業実施についての問題点を洗い出し、今後無理のない調査方針を打ち出さねばならない。

そこで今回、妊産婦死亡登録調査の問題点について、実際にそれを担当した医師 10 名に具体的な意見を述べてもらった。

それによるとまず第一は妊婦死亡の最終担当医師が必ずしもその症例の一連の経過情報を把握する機会がない場合が多い。したがって最終担当医とそれ以前の担当医とに十分面接することが重要である。

第二は妊産婦死亡の診断名を一つ記載する場合、死亡にいたるとの病態のステージをとるかで統計として数値にあらわれる死亡原因の評価、傾向の見方が変わってくる。そこで、本調査で死亡の背景を十分解析して今後の妊産婦死亡対策を立てねばならない。

第三は妊産婦死亡の約半数は裁判又は紛争に関係している。本調査にあたっては秘密厳守の義務は無論であるが、担当医に本事業の企図するところを十分説明し、関係者間の誤解や不利益や生起させないよう細心の配慮が必要である。



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



はじめに

わが国の妊産婦死亡例(現在 10 万出生に対し 15 件、年間 233 件、昭和 58 年)は年々減少してきた。

しかしその限られた妊産婦死亡例について死亡の医学的、社会的背景を所定の方式で個別に調査することは以下に述べる理由等により必ずしも容易ではない。

1. 死亡した妊産婦の最終担当医がその一連の経過を担当していない場合が多い。
2. 妊産婦死亡の病名の問題点。すなわち死亡にいたるどのステージの病態を死亡診断書に書くか明確でない。しかも最終病名は一つを選択することになっており、そのデータの集積で妊産婦死の傾向、実態を解析しては不合理である。
3. 本調査と医事紛争、医事裁判との問題点、一方前出の論文(本多)中の表の如き調査表によりその資料を集積、解析するわけであるが、1~3の問題点とその対策について最近実際に妊産婦死亡を担当した若干の医師とインタビューする機会を得たので、その貴重な意見を参考として、本文を構成してみた。