

Regular Article

満期単胎骨盤位の一律帝王切開に関する倫理的考察

久保田祥子 * (札幌市立大学看護学部助産学専攻科)

Abstract

現在の日本では、正期産の単胎骨盤位（さかご）の分娩様式の多くは選択的（計画的）帝王切開であり、しばしば施設方針として一律的に決められている。ただガイドライン上は、母児の適応などいくつかの条件のもとでなら経膈分娩の選択肢は残されており、実際に骨盤位経膈分娩を実践する施設はある。本稿では、医学的に絶対的な適応ではない骨盤位帝王切開分娩を多くの施設が方針として一律に決めている現状の背景を整理し、骨盤位帝王切開のインフォームド・コンセントのあり方と、その際に医療者が考慮すべき女性の権利について考察した。社会的な背景として骨盤位の分娩介助技術が継承されなくなりつつあるということと、現状の周産期医療提供体制の課題があると考えられた。医療者は、骨盤位経膈分娩の選択肢が示せないとしても、女性の同意のために社会的な状況も含めた説明が必要であり、同時に女性の選好の背景にあるものを考慮する必要がある。

キーワード：骨盤位、帝王切開、自然分娩、インフォームド・コンセント

Abstract

In Japan, most of the modes of term singleton breech deliveries are planned cesarean sections. Obstetrical facilities often have a policy of planned cesarean sections for all breech pregnancies. The Guidelines for Obstetrical Practice in Japan state that vaginal delivery for breech presentation can be an option under certain conditions, and some facilities perform vaginal breech delivery. In this paper I organize the background issues behind the current situation that many of the obstetrical facilities have a policy of planned cesarean section for all breech pregnancies including not absolutely indicated. I also discuss how we should make informed consent for term breech cesarean delivery and how healthcare professionals should consider about women's rights. There are two social background issues, one is that the professional skills of vaginal breech delivery are becoming no longer passed on, and the other is the problem of perinatal care system in Japan. I argue that even if vaginal breech delivery is not an option, healthcare professionals should provide the information for women include the social backgrounds and should consider the reason behind women's preference.

Keywords: breech delivery, cesarean section, natural birth, informed consent

* E-mail: kubotashoko1980@gmail.com

1. はじめに

現在の日本では、正期産の単胎骨盤位の分娩様式のほとんどが帝王切開であり¹、施設毎の方針で一律に選択的帝王切開と決められていることが一般的である。これは、骨盤位では経膈分娩の際に、頭位（胎児の頭が先進している状態）に比べ児の死亡や重篤な合併症のリスクが高いとされており、また日本では帝王切開を比較的 safely に実施できることから、有益性と危険性を比較した結果と考えられる。

しかし、日本産婦人科学会・産婦人科医会による産婦人科ガイドライン産科編によると、正期産の単胎骨盤位の分娩様式についてはいまだ議論が続いており、当ガイドラインでも条件つきで経膈分娩の選択肢が示されている²。産科関連の商業誌では骨盤位経膈分娩の介助手技の獲得・継承を啓発する記事も見られる^{3,4}。そして、少数と推測されるが日本で骨盤位経膈分娩を実践している施設はあり、学会等での報告もある。

このように骨盤位経膈分娩は母児の状態によっては選択肢の一つとなり得るが、一部の施設を除いては、条件によらず一律で選択的帝王切開となっている。そのため、分娩する女性にとって本来あるはずの選択肢が無いという現状がある。本稿では、分娩様式の選択・決定が、産む女性を中心として彼女の利害関心にそった形で行われるべきであるという問題意識のもと、骨盤位の分娩様式に関する医学的・社会的な背景を整理するとともに、骨盤位帝王切開のインフォームド・コンセントのあり方と医療者が考慮すべき女性の権利について考察する。

日本ではこの件についての議論が活発とは言えないが、医療倫理的な観点からの論考として、骨盤位経膈分娩を実践する臨床家である中井・比

名が、哲学的な考察を含め現状への批判を行なっている⁵。本稿の立場は、中井・比名の問題意識を踏襲しているが、各施設がそれぞれの実情に応じて一律的な帝王切開の方針をとることに對し、異を唱えるものではない。また、中井らと同じく、女性の「選好」を無制限に尊重し、児の生命や健康を犠牲にするような選択肢を提案するものでもない。しかし、分娩様式の選択、特に帝王切開分娩の際に最も重視されるべきは女性の権利であり、それは「患者中心の医療」やセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス&ライツの観点、また、「個々の患者の生活の質と量を最大化するために、最も効果的な介入方法を特定して適用する」⁶という EBM のあり方からも支持されると考えられる。

本稿では骨盤位の分娩様式に関する日本の現状について、既存の医学的な議論を概観し、日本の医療提供体制の課題と周産期医療の特徴とともに、一律帝王切開の背景を整理する。その上で、インフォームド・コンセントのあり方、女性の権利、医療者が考慮すべきことについて考察する。

2. 骨盤位経膈分娩の医学的検討

2-1. 一般的な骨盤位分娩のリスク

骨盤位（さかご）は全分娩の 3~5%に見られ、妊娠中に問題となることはないが、分娩期にリスクとなる可能性がある。最も大きい頭が最後に娩出されるため、娩出が困難となることや臍帯の強い圧迫が起こる可能性があるほか、頭位に比べ臍帯が下垂しやすいことによる臍帯脱出が起こり得る。これらは頻度は低いが見る死亡や重篤な合併症につながる。また分娩中の児の体勢の変化による骨折などの分娩損傷も起こり得る。こうした危険を減らすためには、陣痛が開始する前に帝王切開を行うことが有効とされている²⁷。

2-2. 経膈分娩 vs 帝王切開分娩

2-2-1. Term Breech Trial

現在、日本を含む各国のガイドライン等で参照されているのが2000年に発表されたTerm Breech Trial (TBT)と呼ばれる多国籍大規模無作為比較試験である⁸。TBT以前は主に観察研究と少数の小規模無作為比較試験の結果から、選択的帝王切開と比べて経膈分娩で児の死亡率等が高いことが示されていたが、観察研究の限界や比較試験の規模の不足等が指摘されていた^{8,9}。TBTは世界各地の様々な医療事情を持つ国の施設における2083人(帝王切開群1041人、経膈分娩群1042人)の女性を対象とした大規模試験であり、対象から除外される基準として母体・胎児異常、足位・膝位(足や膝が先進している状態)、児頭骨盤不均衡(児頭が母体骨盤に対し大きい状態)、推定体重4000g以上、X線所見での児頭過伸展(児が顎を上げた状態)などが定められた。また、経膈分娩の際は経験豊富な医師の立ち合いと介助手技の指定(児の臍部が出るまでは自然な娩出を待つなど)、分娩所要時間の制限など、厳密なプロトコルが設定された。Intention-to-treat解析であり、経膈分娩群で母児救命のため緊急帝王切開になった場合や、帝王切開群で自然陣痛発来し経膈分娩した場合も元の割り付け通りに解析された。

結果、分娩時・新生児死亡率と新生児の重症合併症の罹患率の複合結果は、経膈分娩群に比べ帝王切開群の相対リスクが0.33[95%信頼区間0.19-0.56]であり、母体の死亡や重篤な合併症には差がなかった⁸。

その4年後に発表されたフォローアップ研究では、TBT参加施設のうち参加者の80%以上を追跡できると確信された施設において、無作為化後の任意の時点での死亡、神経発達遅れが2年間追

跡された。85施設の1159人中923人(経膈466人、帝王切開457人)から情報が得られ、致死的な先天性異常等を除外した結果、両群の2歳時までの死亡・神経発達遅延には差がなかった¹⁰。著者らは2000年の短期的な結果との矛盾について、新生児期の重篤な合併症があっても2歳までにはほとんど正常に生存・発達するため、症例数が不足し統計的に有意な結果とならなかったと結論づけている¹⁰。これらの研究では次回の妊娠・分娩への影響は評価していない^{8,10}。

TBTの発表後、米国産婦人科学会(ACOG)と英国産婦人科学会(RCOG)は、正期産の骨盤位では全例に選択的帝王切開を推奨するとの声明を出し^{11,12}、その後、以前から増加していた骨盤位帝王切開はさらに増えた¹³。

2-2-2. TBT への批判とその後の研究

TBTに対する批判には研究の内的妥当性に関するもの(無作為化プロセスに問題があったことやプロトコル違反など)、外的妥当性に関するもの(医療事情の異なる国に適用できないなど)の両方がある。前者の代表的なものにはTBT参加施設の医師であるGlezermanによる報告があり、プロトコル違反(経膈分娩可能かを査定するための超音波検査がなされていなかった、分娩第1期活動期に登録・無作為化されていたなど)や、分娩様式と関連のない死亡例が解析に含まれていることなどが指摘された¹⁴。これに対し著者らも「産科施設の多くでは登録前の超音波検査をできなかった」と述べている¹⁵。また、解析に含まれた分娩期・新生児期死亡16例(経膈分娩群で13例)のうち、「参加登録以前に発生したと考えられる子宮内胎児死亡」、健康に退院した後でのSIDS様の死亡や重篤な消化器症状後の死亡といった、分娩様式と

の関連が考えにくい症例が含まれていることが原著から確認できる⁸。

外的妥当性に関する批判として代表的なものには、2006年に発表されたPREMODAと呼ばれるコホート研究がある¹⁶。これはTBTを否定するものではなく、骨盤位の経膈分娩が標準的に行われているフランスとベルギーにおいて、その実践の安全性を検証するものであった。個々のリスク査定と女性の希望の上で分娩様式が決定された経膈分娩群と、選択的帝王切開群の比較であり、Intention-to-treat解析が行われた。TBTと同じく分娩期・新生児期死亡率と重篤な合併症の罹患率との複合結果を調べたもので、関連因子（母体年齢、教育水準、妊娠週数、出生体重、胎児の健康状態を理由にした分娩開始前の帝王切開の実施、施設規模等）を調整した結果、オッズ比は2群間で差がなかった¹⁶。2002年にオーストリア¹⁷、2004年にアイルランド¹⁸で発表された単施設後ろ向き研究でも同様に、分娩様式による児のアウトカムに差がみられず、技術を持ったスタッフと施設ごとのガイドラインを遵守することの有用性が示された。

こうした複数の報告を受けて2006年、ACOGとRCOGはともに方針を転換し、ACOGは医師の経膈によって経膈分娩の可否が決まるとし、施設ごとのガイドラインに沿っていれば経膈分娩も理にかなっているとの見解を示した¹⁹。またRCOGは特定の条件のもとでなら経膈分娩を推奨するとの声明を出した¹²。

その後も大規模な無作為化試験は実施されていないが、2015年、2016年にコクランとRCOGがそれぞれシステマティックレビューを発表している。コクランのものはTBTとそれ以前に行われた無作為化試験3本、RCOGのものは観察研究を含めた27本のメタアナリシスである。前者では、短

期的な相対リスクは経膈分娩で高くなるが長期的に見ると変わらないという、規模の大きいTBTの結果が反映された結果となった²⁰。後者では骨盤位経膈分娩で骨盤位帝王切開に比べ分娩時・新生児期の死亡と重篤な罹患率のリスクは高くなるという結果となった¹²。コクランレビューでは考察において「特定の条件のもとでなら安全に経膈分娩が行えるという力強いエビデンスがある」としてPREMODA研究を引用し²⁰、またRCOGのレビューでは、相対的なリスクが高いとしても絶対的なリスクは低いことや、帝王切開による母親への侵襲に加え子どもにも小児喘息のリスクが増加することなどを挙げ、全ての骨盤位を帝王切開にすることは現実的でなく、分娩様式は個々の状況によって決定すべきであると結論づけている¹²。

2-3. 日本における実践

日本でも米国等と同様に、TBT以前もそれ以降も骨盤位の帝王切開率は上昇し続けた。全数調査のデータは無いが、東京都内の複数施設の報告では満期単胎骨盤位の帝王切開率は1981年には41.9%だったものが2000年には82.6%、2010年には94.4%となっている¹。こうした中でも骨盤位経膈分娩を実践する施設は複数あり、論文や学会での報告もある。これらの報告ではいずれも経膈分娩と帝王切開とで児の転帰に差は認められず、母児の適応を十分に検討した上であれば経膈分娩が有用な選択肢であることが示唆されている^{21 22 23 24}。

3. 骨盤位経膈分娩をめぐる社会的状況

3-1. 分娩介助技術の継承

次に、骨盤位の分娩様式にかかわる社会的状況を整理する。産婦人科ガイドライン産科編2020年

版の骨盤位の取扱いの項を図1に示す。ガイドラインの解説では、この2つの条件が揃わなければ選択的帝王切開が望ましいとしている。

項目1—1)では、骨盤位娩出術への十分な技術を有するスタッフが常駐していることが条件として示されている。骨盤位経膣分娩が減少し続けている現在、多くの施設でこの条件が満たせない可能性がある。骨盤位経膣分娩を実践している医師らは、現在のままでは技術が継承されず衰退していくと予測しており、シミュレーターの活用などによる技術継承を推奨している^{14,25}。

技術継承の必要性は、経膣分娩の選択肢を残すためというより、緊急的な骨盤位分娩に対応するためとも言える。帝王切開を予定しても自然の陣痛によって経膣分娩となる例はあり、TBTでは9%、PREMODAでは0.6%がそうになっている^{8,16}。順調な経過でも最後には介助が必要となる可能性が高く、そのための技術継承は必須である。ただし、緊急対応が目的であれば、他の救急手技と同じくシミュレーターの活用が第一であり、技術継承自体を目的として骨盤位経膣分娩をすすめるべきではないだろう。いずれにしても、医師らが懸念するような技術の衰退は、緊急的な骨盤位経膣分娩にとっても悪影響となる可能性がある。

3-2. 周産期医療の提供体制

ガイドラインの項目2では、緊急帝王切開の説明と同意を予め取得すること、項目3では分娩時の所見によって緊急で帝王切開に切り替えることを推奨している。頭位でも骨盤位でも、経膣分娩を選択するときは、選択的帝王切開であれば起こる可能性の低い緊急帝王切開に備えなければならない。PREMODA研究でも経膣分娩を予定した例のうち29%が帝王切開となっている¹⁶。

日本の周産期医療の提供体制はもともと、小規模な産科施設が多数存在し、医療資源や症例が分散しているという特徴がある。そのため医師一人当たりの業務負担が増大し産科医減少につながるという悪循環が生じているとされていた^{26,27}。その適正化にむけて2005年から周産期医療の集約化が推進されているが、2014年時点の調査でも二次医療圏間の格差は大きく、周産期医療に対するアクセスの悪いエリアが一定程度存在することが示されている²⁶。

また、周産期医療資源の地域差と帝王切開率の関連をみた研究では、都道府県別の帝王切開率は14.0%から25.6%と大きく差があった。医師の少ない地域であるほど選択的帝王切開率が高く、ほとんどの選択的帝王切開は平日に行われていた²⁷。医師の少ない地域で緊急帝王切開のリスクが高い分娩（骨盤位、子宮手術の既往など）は、平日に予定の帝王切開となっていることが、この研究で実証されたと言える。

医療資源の乏しい施設や地域では、緊急帝王切開となる可能性の高い経膣分娩（骨盤位、双胎、子宮手術後妊娠など）よりも選択的帝王切開の方が、安全を確保しやすいと言える。特に骨盤位分娩で危惧されているのは臍帯脱出と頭部の娩出困難であり、発生すれば超緊急の対応が必要となる。また、自然分娩の件数やそれに必要な人員は日ごと、時間ごとに大きく異なり、予測して人員配置をすることは不可能である。その上で、もし多発する緊急帝王切開に対し変則的に人員が割かれれば、他の母児へのケアの時間も減る。また、既に過酷な勤務体制のもとにある医師らをはじめ、医療スタッフのさらなる疲弊を招き離職につながる悪循環も考えられる。先述した論文の著者らも「日本では選択的帝王切開を平日に行うことによってケ

アの負担や有害事象の発生を減らし、少ない人員で高水準のケアを維持しようとしている可能性がある」と考察している²⁷。

さらに、徐々に進んできた集約化の影響には、ハイリスク症例の集中する連携強化病院（総合・地域周産母子センター等）がさらに激務を抱えるようになったこと、ローリスクを任される連携病院（個人の産院など）の閉鎖など、負の側面もある

ことが指摘されている²⁸。激務の連携強化病院、あるいは医療資源の乏しい連携病院のどちらにおいても、母児の安全確保、院内における医療資源配分、医療スタッフの労働環境を考慮するならば、超緊急帝王切開の可能性を増やすような骨盤位経膣分娩の選択肢を提示することは困難と考えられる。

図1 産婦人科ガイドライン産科編 2020 CQ402 単胎骨盤位の取り扱いは？²

Answer

1. 骨盤位妊娠に対する分娩様式の決定時に、経膣分娩を選択する際には、以下の条件をすべて満たしていることを確認する。(C)
 - 1) 骨盤位娩出術への十分な技術を有するスタッフが常駐している。
 - 2) 妊婦に経膣分娩の有益性と危険性について説明し、同意が得られている。
2. 経膣分娩を選択する際には、あらかじめ経膣分娩とともに、緊急帝王切開についても文書による説明と同意を取得する。(A)
3. 経膣分娩を予定していても、分娩時に膝位、足位、低出生体重児、児頭骨盤不均衡、早産のいずれかが疑われる場合は帝王切開を選択する。(C)
4. 分娩時の骨盤位を避けるために外回転術を施行する際には、以下の要件をすべて満たしていることを確認する。(C)
 - 1) 緊急帝王切開が可能である
 - 2) 帝王切開既往がない
 - 3) 児が成熟している

4. 骨盤位経膣分娩と女性の権利

ここまで、骨盤位経膣分娩についての医学的な議論と社会的な状況について整理した。医学的には、骨盤位経膣分娩は選択的帝王切開に比べ児の死亡・重篤な合併症のリスクが高くなるとされる。これは、多様な医療の背景を持つ多国籍・多施設を含めたメタアナリシスから導き出されたエビデンスであり、骨盤位経膣分娩が標準的に行われる国においては、児のリスクに差がないことを示す研究もある。このため日本を含む各国のガイドラインでは、母体への侵襲や次回妊娠への影響等を

考慮し、分娩様式の選択は個々の条件と医療の状況によって決めるべきであると示されている。しかし、日本では骨盤位経膣分娩を選択肢として提示できる分娩介助技術の継承が十分でなく、医療提供体制の面からも困難である。むしろ選択的帝王切開を安全に行うことができる医療水準にあるため、骨盤位を一律に帝王切開とする施設は、母児の安全、公正な医療資源配分、医療者の労働衛生などを考慮した方針決定をしていると考えられる。

では、それぞれの施設で骨盤位を一律に帝王切

開とする方針をとるとき、インフォームド・コンセントはどうあるべきだろうか。また、骨盤位経膈分娩を希望する女性に対し、医療者は何を考慮し対応すべきだろうか。

4-1. インフォームド・コンセントはどうあるべきか

筆者の知る限りでは、骨盤位帝王切開のインフォームド・コンセントの現状を調査した研究は無く、ガイドラインにも選択的帝王切開に関する項目はあるが、骨盤位に特化した記載はない。そのため医師がどのような説明を推奨され、女性がどのように情報提供を受け、理解し同意しているかは不明である。ただ、中井らの報告にあるように、骨盤位の帝王切開は女性や家族、またしばしば医療スタッフにとっても自明のことであり⁵、経膈分娩という選択肢自体があまり知らされていない可能性はある。骨盤位帝王切開を受けた女性の出産体験のとらえ方を分析した研究でも、その適応についての理解に関する記述はない²⁹。

情報提供の実例の一つとして、施設のウェブサイトで公開されている情報がある。日本産婦人科学会の周産期登録病院 440 施設のウェブサイトを確認したところ、骨盤位の一律帝王切開の方針を示しているのは 33 施設あり、うち 4 施設がその理由を明記していた(2021 年 11 月 20 日最終閲覧)。2 施設では「自然分娩が難しい」「経膈分娩にリスクがある」と簡潔に書かれ、2 施設ではより詳細に見るリスクのみが述べられている。個別の妊婦健診でそれ以外の情報提供がなされている可能性はあるが、こうした施設では、骨盤位経膈分娩が母児の条件にかかわらず医学的に明らかに危険であると、公式に示していると言える。

ではこのように、社会的な事情を含めず、全て

の骨盤位を帝王切開の絶対的適応として情報提供することは、十分な説明になるだろうか。RCOG ガイドラインでは、議論中のものも含めた骨盤位に関するあらゆる医学的根拠を情報提供することと、自施設で経膈分娩ができない場合は他施設を紹介することが推奨されている¹⁹。他施設の紹介については医療事情の異なる日本に当てはめることはできないが、帝王切開の代わりとなる医療について、その女性が適応か否か、有害事象と発生率などは、日本でも共通するインフォームド・コンセントの一般的な説明事項である³⁰。また、分娩ではないがインフォームド・コンセントに関する判例では、実施された手術の代わりとなる医療について、それが未確立のものであっても実施する施設が少なからずあり、積極的な評価が行われている等の場合には、医師の知る範囲でその施設の名称等まで説明すべきとされた例がある³⁰。このため法的には、医師の知る範囲で、骨盤位経膈分娩を実施する施設について情報提供することが必要とされる可能性がある。

日本では、骨盤位経膈分娩の情報提供に関する訴訟は現在のところ無く、同意の得られない女性に対する裁判所命令の帝王切開³¹も例がない。とはいえ、一般的な医学的根拠のみの説明を受けた女性が、骨盤位経膈分娩を標榜する施設を後に知ったとき、または既に知っているとき、説明の不足を感じ、十分に納得できないまま帝王切開を受ける可能性、あるいは帝王切開分娩後に葛藤を抱える可能性はある。

また、骨盤位経膈分娩を標榜する施設についても、学会や論文等での報告をもって安全性を検証している施設ばかりではなく、施設間の技術や医療資源の差が存在すると考えられる。女性が骨盤位経膈分娩に関して得た情報の内容や受け止め方、

自施設への不信などの要因によっては、リスクの高い選択へ行き着く恐れもある。改めて、帝王切開という大きな侵襲を伴う医療について、十分な理解の上で同意ができるよう医療者側が説明を尽くす義務があると考えられる。

4-2. 女性の選好に対し医療者はどうあるべきか

ここまで、骨盤位経膈分娩の選択肢がなかったとしても、帝王切開のインフォームド・コンセントにおいては女性が理解し同意できるだけの情報提供が必要であることを述べた。では、女性が骨盤位経膈分娩を希望するとき、医療者は何を考慮して対応すべきだろうか。ここでは、骨盤位分娩についての倫理的考察をしている中井・比名と Partridge の議論に追加する形で、上記の問いに本稿なりの回答をしていく。

4-2-1. Maternal-fetal conflict

妊娠・出産時に胎児のためとされる医療介入等に女性が従わないとき、そこで生じる葛藤は Maternal-fetal conflict と呼ばれる。これは「妊婦が定義する妊婦の利益と、妊婦の担当医が定義する胎児の利益とが相反する場合に生じる」葛藤とされ³²、医療者にとっては女性の「自律尊重」と胎児への「善行」が対立している状態と言える。

中井・比名や Partridge も、この語は使用していないが Maternal-fetal conflict の観点から議論を展開している。中井らは、医療者によって胎児は「もう1人のクライアント」とみなされ、「胎児リスクを強調される一方で、女性の不利益は隠蔽されがち」であり、さらに、産科医が女性に対して胎児のための無条件の応需義務を課し、女性は「無私の自己犠牲・献身の美德」によってその要求に答えざるを得ないとして、医療者が女性の不利益を軽

視していると批判している⁵。Partridge は「女性は胎児を危険にさらす権利はない」という Lancet 誌の社説に対し、「女性は胎児をリスクから守るために『許される』行動しかとってはいけない、という不可能な義務を課されている」と批判している³³。

骨盤位経膈分娩を女性が希望するとき、状況によりこの Maternal-fetal conflict が生じており、中井らも Partridge も、そこで児の利益に比べ女性の利益が軽視されすぎていることを批判している。ただ、現実問題として、「児を犠牲にしてでも経膈分娩を望む」という事例が日本でも報告されている³⁴。このように医学的または社会的にリスクが高い分娩様式を女性が希望する場合、「女性の利益、選好をどこまで優先するか」を考える必要がある。この点について、児を犠牲にする形で女性の選好を優先することは、フェミニズムにおける「権利」の捉え方に基づいて認められないと本稿では主張する。

江原由美子は、フェミニズムの使ってきたリプロダクティブ・ライトなどの「権利」という言葉があたかも「身体とセクシュアリティをコントロールする」といった「近代主義あるいはウルトラ近代主義として」解釈されていると指摘する³⁵。そしてキャロル・ギリガンの「責任と思いやりの道徳」を引用し、「権利という言葉でフェミニズムが語っているのは、...自分自身に対しても他の人々と同様の責任と思いやりを持ち、他の人々とともに自分自身のことも考慮して自分で判断することを、意味している」と述べている³⁵。

このように解釈された「女性の権利」にもとづく選択とは、女性が帝王切開を受けるかどうかを、胎児と自分自身との双方への責任と思いやりを持ち、自分自身の生活や状況に照らして判断することであり、決して女性が胎児とのつながりを無視、

またはコントロールしようとするのではないだろう。そして、もし個々の具体的な事例において、胎児や自分への責任と思いやりを全く欠いていると推測される場合があれば、その選択を女性の自己決定として無制限に尊重することは、江原の主張するところのフェミニズム的な観点からも肯定できない。

ただし、人工妊娠中絶の議論においてスーザン・シャーウィンが指摘するように³⁶、その女性の選択が「胎児や自分への責任と思いやりを全く欠いたもの」であるかどうかは、その女性以外の人が判断することは困難である。実際の現場でできることは、女性がその希望を持つに至った背景を出来る限り丁寧に聞き取ること、そのための本人の思いを表出できるようなかわりが、まず考えられるだろう。また、中井らが述べるように、医療において女性の利益が軽視されすぎている可能性があることを、医療者は自覚、考慮する必要がある。

4-2-2. 女性の選好の背景にあるもの

おそらく、先述した「胎児を犠牲にしてでも経膣分娩を望む」といった特殊な事例を除けば、実際には女性の選好のほとんどは子どもの生命や健康を守るという目的にもとづいていると考えられる。例えば、アレルギーの発症が関連しているかもしれないこと³⁷、喘息のリスクが増加すること³⁸といった、帝王切開の長期的な影響についての情報を得ていれば、児の健康のためにできるだけ帝王切開を避けたいと思うことは当然だろう。子どもにとって重要とされる母乳育児の確立のためには分娩後早期の授乳開始が望ましく、それには経膣分娩の方が多くの場合有利である。女性はそのため帝王切開後の母乳育児支援の体制についても考慮するだろう。母乳とは関係なくとも分娩

後早期から児のケアをしたいと思えば、体調面からそれができる可能性の高い経膣分娩を選択することは理にかなっている。

逆に、海外で議論となっている「母親の要求による帝王切開」の理由の多くは経膣分娩中の事故を避けるためであるが、そのような、子の利益のみを優先した女性の選好は、母体のリスクや医療資源配分の点から問題視されている^{39,40}。

女性の選好の背景にはもう一つ、「自然分娩志向」が考えられる。女性が経膣分娩を強く希望することは、子どもの利益と対立する有害な「自然分娩イデオロギー」の産物として批判されることがあるが⁴¹、そこまで極端なものでなくとも、「自然分娩志向」は日本でも一般的にみられる。

帝王切開は時に「自然分娩を経験したい」という期待や理想が実現できなかったという心理的喪失を伴う体験となることが報告されており⁴²、近年の研究でも帝王切開を経験した女性たちの中に、経膣分娩にたいする希求⁴³、憧れや劣等感⁴⁴、遠慮⁴⁵、未練⁴⁶、帝王切開を受けたことによる子どもや夫への罪悪感²⁹や自責の念⁴³といった様々な思いがあることが示されている。これらの語りに現れる「経膣分娩」は痛みを伴うものと考えられ、「痛みを伴った出産をすることがお母さん」⁴³といった発言も見られる。

同時に、医療者側も「自然分娩」を推奨、礼讃するような発信をすることがある。例えば分娩施設のウェブサイトではしばしば「当院では自然分娩を推奨しています」と明示され、帝王切開よりも自然（経膣）分娩が母子にとって望ましいものであることを自明のこととして広報しているように見える。

田辺は無痛分娩に関する論考の中で日本の「自然出産」言説について、助産師の1970年代からの

自宅出産から施設出産への移行に伴い斜陽となった助産師たちが、その職能の復権をかけ傾倒し、メディアを巻き込んで再生産、安定強化に与してきたと述べている⁴⁷。このように医療側、特に妊産褥婦に最も近い医療職である助産師が「自然分娩」を理想化しているとすれば、その言葉や態度が女性たちの経膈分娩への希求と、帝王切開への否定的な思いを促す一因となっていることは考えられる。子どものために必要な帝王切開を、そうした「自然分娩」への希求によって拒否しようとする女性がいた場合、その要因の一つに医療者の態度も含まれることは、自覚する必要があるのではないだろうか。

分娩様式を選択・決定するということは、ほとんどの場合、女性が児にとって最もよい方法が何かを選択するということであり、自身のこれからの生活を想像しながら、児の短期的、長期的なリスクとベネフィット、子育てを含む自身の生活や人生全体との相互的な影響、そして周囲との関係性から形作った自分の選好を秤にかけるといふことであると考えられる。たとえ、その施設において帝王切開以外の選択肢がないとしても、医療者は分娩様式を選択と決定は女性の権利に基づいて行うものであることを再認識し、選好とその背景について耳を傾け、自身の価値観を自覚した上で、医学的なエビデンスに加え自施設の状況を含めた情報提供をすることが必要ではないだろうか。

5. 結論

現在の日本の骨盤位の分娩様式について医学的な議論を概観すると、厳密な条件下であれば経膈分娩が選択肢となるが、社会的にはその条件を満たす施設が少なく、母児の安全と医療資源配分、医療者の労働衛生の観点から施設ごとに一律の帝

王切開が行われていると考えられる。しかし、選択肢がないとしても女性への情報提供はより詳細に行われるべきであり、医療者は女性の選好の背景に耳を傾けることが必要である。

文献

- 1) Suzuki S. Trends in mode of delivery for breech presentation in Japan : 'Transverse figure 8 breech delivery'. *Hypertention Res Pregnancy*. 2018;6:63-67. doi:10.14390/jsshp.HRP2018-010
- 2) 産婦人科診療ガイドライン 産科編 2020. 日本産科婦人科学会 日本産婦人科医会; 2020.
- 3) 中井祐一郎, 田中圭紀, 松本良, 下屋浩一郎, 順子西尾. 【産科手技を継承する】分娩時 骨盤位分娩. 2019;49(11):1481-1484.
- 4) 上出泰山. 【新 経膈分娩を成功させる 29 の提言】骨盤位分娩 必要な手技として、模型による骨盤位分娩トレーニングの必要性. *周産期医学*. 2021;51(1):92-95.
- 5) 中井祐一郎, 比名朋子. 産科医療技術の低下とその社会的受容の原因の分析 骨盤位(さかご)経膈分娩について、妊娠女性に対する抑圧の視点を含めて. *医学哲学医学倫理*. 2020;38:48-56.
- 6) Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir GJA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312:71-72.
- 7) 坂元正一, 水野正彦, 武谷雄二. プリンシプル産科婦人科学 2 産科編 第 2 版. 2007: 559-562.

- 8) Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: A randomised multicentre trial. *Lancet*. 2000;356(9239):1375-1383. doi:10.1016/S0140-6736(00)02840-3
- 9) Hunter LA. Vaginal breech Birth: Can we move beyond the term breech trial? *J Midwifery Women's Heal*. 2014;59(3):320-327. doi:10.1111/jmwh.12198
- 10) Whyte H, Hannah ME, Saigal S, et al. Outcomes of children at 2 years after planned caesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: The international randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191(3):864-871. doi:10.1016/j.ajog.2004.06.056
- 11) ACOG Committee on Obstetric Practice. Committee opinion. *Obstet Gynecol*. 2002;99(4):679-680. doi:10.1016/s0029-7844(02)01986-5
- 12) Berhan Y, Haileamlak A. The risks of planned vaginal breech delivery versus planned caesarean section for term breech birth: A meta-analysis including observational studies. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2016;123(1):49-57. doi:10.1111/1471-0528.13524
- 13) Lawson GW. The Term Breech Trial Ten Years On: Primum Non Nocere? *Birth*. 2012;39(1):3-9. doi:10.1111/j.1523-536X.2011.00507.x
- 14) Glezerman M. Five years to the term breech trial: The rise and fall of a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194(1):20-25. doi:10.1016/j.ajog.2005.08.039
- 15) Hodnett E, Hannah M. Term Breech Trial. *Birth*. 2002;(September):217-220. doi:10.1046/j.1523-536X.2002.00194.x
- 16) G GF; CM; FJ; AS; US; SD; B. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? *Am J Obstet Gynecol (AM J Obs GYNECOL)*. 2006;194:1002-1011.
- 17) Giuliani A, Schöll WMJ, Basver A, Tamussino KF. Mode of delivery and outcome of 699 term singleton breech deliveries at a single center. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187(6):1694-1698. doi:10.1067/mob.2002.127902
- 18) Michel S, Drain A, Closset E, Deruelle P, Ego A, Subtil D. Evaluation of a decision protocol for type of delivery of infants in breech presentation at term. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011;158(2):194-198. doi:10.1016/j.ejogrb.2011.05.003
- 19) No GG. Management of Breech Presentation: Green-top Guideline No. 20b. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2017;124(7):e151-e177. doi:10.1111/1471-0528.14465
- 20) Hofmeyr GJ, Hannah M, Lawrie TA. Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(7). doi:10.1002/14651858.CD000166.pub2

- 21) 田中智子, 他. 当院における骨盤位妊娠の分娩様式と予後についての検討(会議録). 日本周産期・新生児医学会雑誌. 2015;51(2):886.
- 22) 湯澤映, 他. 当院における骨盤位分娩(会議録). 北海道産科婦人科学会誌. 2015;59(1):203.
- 23) 杉原弥香, 他. 当院での骨盤位分娩に対する取り組みと転帰(会議録). 日本周産期・新生児医学会雑誌. 2019;55(2):671.
- 24) Owada M, Suzuki S. Outcomes of “one-day trial of vaginal breech delivery of singleton pregnancy” at 37–38 weeks’ gestation at a Japanese perinatal center. *J Matern Neonatal Med.* 2021;34(21):3510-3513. doi:10.1080/14767058.2019.1686471
- 25) 最上晴太, 近藤英治. 【経膈分娩 vs 帝王切開-分娩様式の選択と対応-】骨盤位. 産婦産科の実践. 2020;69(6):557-564.
- 26) 石川雅俊. 我が国の周産期医療提供体制の課題～医療圏格差と医療資源の集約度の視点を中心に～. 日本医療経営学会誌. 2016;9(1):39-45.
- 27) Maeda E, Ishihara O, Tomio J, et al. Cesarean section rates and local resources for perinatal care in Japan: A nationwide ecological study using the national database of health insurance claims. *J Obstet Gynaecol Res.* 2018;44 (2): 208-216. doi:10.1111/jog.13518
- 28) 吉武久美子. 産科医療と生命倫理—よりよい意思決定と紛争予防のために. 昭和堂; 2011.
- 29) 竹内佳寿子, 横手直美. 骨盤位適応による選択的帝王切開を受けた初産婦の出産体験のとらえかた. 母性衛生. 2016;57(2):483-490.
- 30) 赤林朗, 他. 入門・医療倫理 1. 勁草書房; 2017.
- 31) Glezer A. The ethics of court-mandated cesarean sections. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2018;46(3):276-278. doi:10.29158/JAAPL.003779-18
- 32) Fasouliotis, Sozos J., Schenker JG. Debates and Guidelines Maternal–fetal conflict. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2000;89:101-107. doi:10.1016/S0301-2115(99)00166-9
- 33) Partridge B. Conceptual and ethical problems underpinning calls to abandon vaginal breech birth. *Women and Birth.* 2021;34(2):e210-e215. doi:10.1016/j.wombi.2019.12.006
- 34) 中井祐一郎, 朋子比名, 浩一郎下屋. 経膈分娩においては胎児死亡が回避し難い妊娠女性における、選好による帝王切開忌避に関する検討. 臨床倫理. 2019;7:24-32.
- 35) 江原由美子. フェミニズムのパラドックス 定着による拡散. 勁草書房; 2001.
- 36) スーザン・シャーウィン. フェミニスト倫理学のレンズを通して見た妊娠中絶. 江口聡編/監訳. 妊娠中絶の生命倫理—哲

- 学者たちは何を議論したか. 勁草書房; 2011.
- 37) Gregory KD, Jackson S, Korst L, Fridman M. Cesarean versus vaginal delivery: Whose risks? whose benefits? *Am J Perinatol*. 2012;29(1):7-18. doi:10.1055/s-0031-1285829
- 38) Huang L, Chen Q, Zhao Y, Wang W, Fang F, Bao Y. Is elective cesarean section associated with a higher risk of asthma? A meta-analysis. *J Asthma*. 2015;52(1):16-25. doi:10.3109/02770903.2014.952435
- 39) Bergeron V. The ethics of cesarean section on maternal request: A feminist critique of the American College of Obstetricians and Gynecologists' position on patient-choice surgery. *Bioethics*. 2007;21(9):478-487. doi:10.1111/j.1467-8519.2007.00593.x
- 40) Williams HO. The Ethical Debate of Maternal Choice and Autonomy in Cesarean Delivery. *Clin Perinatol*. 2008;35(2):455-462. doi:10.1016/j.clp.2008.03.011
- 41) Dietz HP, Exton L. Natural childbirth ideology is endangering women and babies. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol*. 2016;56(5):447-449. doi:10.1111/ajo.12524
- 42) 堀内成子, 近藤潤子, 石井ひとみ. 帝王切開分娩における母子相互作用に関する研究 (第2報) —帝王切開分娩産婦の心理的喪失体験の分析—. *周産期医学*. 1987;17(3):429-435.
- 43) 今崎裕子. 緊急帝王切開を体験した女性の出産後約1年半までの出産に関する気持ち. *日本助産学会誌*. 2006;20(1):79-88.
- 44) 高橋恭子. 第1子を予定帝王切開で出産する女性の帝王切開分娩への思い. *母性衛生*. 2021;62(1):225-232.
- 45) 飯嶋友美. 帝王切開で出産した初産の母親が出産体験を意味づけるプロセス. *母性衛生*. 2021;62(1):225-232.
- 46) 谷口綾, 大久保功子, 齋藤真希, 廣山奈津子, 小田柿ふみ, 三隅順子. 帝王切開で出産した女性の妊娠中から産後1ヵ月までの心理的プロセス 覚悟と納得. *日本看護科学会誌*. 2014;34:94-102.
- 47) 田辺けい子. 無痛分娩と日本人—Painless Childbirth. 日本看護協会出版会; 2019.

(2021年11月26日受理/2022年6月30日採択)