

自由民主党

●●●●会長殿

周産期医療の見直しの提案

I. 発達障害を防ぐために

はじめに

近年、日本では発達障害児が驚異的に増加しています。

原因については諸説あり、様々な分野で研究されていますが、重要な視点が見落とされています。周産期の間違ったケアが、障害児・発達障害児の増加と密接に関係しているという問題です。

医学的には、出生直後の新生児の低血糖症や低体温、脱水症状などが脳にダメージを与え、発達障害をはじめ深刻な後遺症を残す症例やメカニズムが数多く研究・発表されていますが、発達障害児の増加を防ぐにはどんなケアをすべきか、という予防医学的観点からの系統的な研究は極めて少なく、医療関係者や母親への注意喚起に至っていない現実があります。

私は産科医・麻酔医としてこれまで1万5000人以上の赤ちゃんをとりあげ、30年にわたってデータを取り、出生直後の新生児の体温・栄養・体重発育・黄疸などについて研究してきました。そして30年以上前から、将来、発達障害児が増加することになるだろうと予測して憂慮し、そのことを訴えてきました。

私が発達障害児の増加を予測したきっかけは、WHOとユニセフが1989年に共同発表した「母乳育児のための10カ条」です。その主旨は、「赤ちゃんには母乳以外、水も人工乳もできるだけ与えるべきではない。それを母親に啓蒙していこう」という内容です。母乳が赤ちゃんにとってかけがいのない栄養源であることは間違いありません。WHOの勧告は、国際機関がアフリカの飢餓に際して人工乳とほ乳瓶を援助したところ、母親が衛生環境の悪い川の水で人工乳を溶いて飲ませてしまったために赤ちゃんの感染症が爆発的に増えてしまったという教訓がもとになっています。衛生環境がよくない途上国の母親に対して、「赤ちゃんの感染症を防ぐために母乳以外与えないようにしましょう」という考え方でした。これは公衆衛生上、正しい勧告でしょう。その後、国際的に母乳の長所を見直そうという機運が高まり、先進国でも10カ条が奨励されるようになりました。日本でも、厚労省が10カ条を推進しました。「母乳は赤ちゃんにいい栄養だから、母乳が十分に出るお母さんはできるだけ母乳で育てましょう」という考え方であれば私も大賛成です。

問題は、日本の母乳推進にあたって「母乳以外は水も人工乳もできるだけ与えないように」という10カ条の内容がそのまま推奨されたことです。そのため、日本のお産の現場では、低出生体重児以外、余程のことがない限り母乳だけで水も人工乳も与えない「完全母乳主義」が広く普及しています。このことが日本の赤ちゃんを危険にさらす結果になっています。多くの母親は、出産直後はほとんど母乳がでないうえ、その後の母乳の出方にも個人差が大きい。それなのに多くの産院で健常に生まれた子には一律に「水も人工乳も与えない」というケアを行なっているため、出生直後の赤ちゃんは飢餓状態(低栄養+脱水)に置かれてしまっているのです。

もちろん、途上国での完全母乳推進にも同じリスクがあります。しかし、途上国の場合、まず感染症を防ぐことが優先される。だからWHOの10カ条は、公衆衛生上は正しくても、赤ちゃんの栄養を考えると、医学上は「次善の措置」なのです。その10カ条を衛生環境がよく、感染症の心配がほとんどない先進国の日本の医療現場にそのまま適用するのは、赤ちゃんの飢餓(低栄養)のリスクを高めるマイナスの方が大きい。これが赤ちゃんの障害のリスクを高めている原因の一つです。私は厚労省が10カ条をそのまま推奨し、全国の産院に普及していくのを見てきて、「いずれ後遺症の問題が大きくなるのではないか」と予測し、心配しました。

さらに事態を悪化させたのが、日本の新生児科医などがお産の現場で「カンガルーケア」(現在は早期母子接触=STSという名称にかわった)という新生児管理のメリットを提唱し、2007年に厚労省がそれを推奨したことで爆発的に普及したことです。このカンガルーケアは出生直後の赤ちゃんを裸のまま母親に抱っこさせることで母子のスキンシップを深め、愛情を強めるというものです。これも医療体制が未整備な南米の途上国の産院で、保育器が足りないために低出生体重児を母親に抱かせるようにしたところ、赤ちゃんの死亡率が下がって母親の育児放棄も減ったことから、途上国向けの「低出生体重児のケア」として注目されたものです。このカンガルーケアを日本では健常に生まれた赤ちゃんに適用しています(日本の産院の6割が採用しているとされる)。しかし、長年にわたって早期新生児の体温を研究してきた私の目から見ると、日本の分娩室の温度は生まれたばかりの赤ちゃんにとって非常に寒く、母親に裸のまま抱かせるやり方に保温効果は全くなく、逆に冷やしてしまっている。

赤ちゃんを冷やすのは新生児管理として絶対にやってはならないことです。生まれたばかりの赤ちゃんには栄養が必要です。しかし、体が冷えるとおっぱいが飲めなくなります。大人でも急に寒いところに置かれると食欲がなくなるのは同じです。カンガルーケアには他にも、出産直後で疲れている母親が赤ちゃんを管理しなければなら

ないため、事故が起きやすく、また、母親の負担が大きくなってストレスで母乳の出が悪くなるといった多くのデメリットがあります。

なにより最悪なのは、日本のお産の現場では、WHOの10カ条による「完全母乳」と「カンガルーケア」がセットで行なわれていることです。赤ちゃんに「母乳以外、水も人工乳も与えない」というケアを行ないながら、カンガルーケアで体を冷やされているため赤ちゃんはおっぱいを飲めない(食欲がでない)、そのうえ母親もストレスで母乳の出が悪くなる。これではせっかく健常に生まれた赤ちゃんをみんな飢餓状態にしてしまうようなものですが、日本の産科の現場で広がっているのが現実なのです。私はWHOの10カ条に加えて、カンガルーケアが広がるのを見て、「近い将来、新生児期の低体温・低血糖の後遺症で様々な障害が残る子供が爆発的に増えるだろう」と予測し、深く憂慮しました(学会や会見でも訴えてきました)。今日、予測は「発達障害児急増」という最悪の形で現実になってしまいました。

そこで一刻も早く日本の将来のために周産期医療を見直すべきだと筆を取りました。以下の章は、私が考える周産期医療見直しのための「処方箋」の私案です。

赤ちゃんを「飢餓状態」に置かない安全な周産期医療のために

① 発達障害は今後ますます増える

新生児の低血糖症が怖い点は、大人と違って症状が表に出ないために中等度の低血糖が見逃され、多くの赤ちゃんが犠牲(発達障害)になっていることです。冬山登山にチョコレート・防寒具・ホッカイロを持っていくのは、低体温症・低血糖症から身を守る為です。しかし、現代産科学には、冬山登山の事故(低体温・低栄養)を防ぐための心得が全くありません。周産期医療にも低体温症・低血糖症を防ぐための冬山登山の心得があれば、発達障害児は確実に減少します。しかし、発達障害は今後もますます増えると予測します。何故なら、国と学会が赤ちゃんを冷やすカンガルーケア(早期母子接触)を推奨したために、日本の歴史的な産湯(低体温の予防)の習慣がなくなったからです。

② 完全母乳の落とし穴

発達障害が増えるもう一つの要因は、WHO・ユニセフが「母乳育児を成功させる為の10か条」を1989年に発表したことです。とくに第6条の「医学的根拠なく糖水や人工乳を飲ませない」は、日本の赤ちゃんにとって致命的です。厚労省は1993年からWHOが推奨する母乳育児推進運動を始めましたが、福岡市ではその数年後から発達障害が急激に増え始めました。その理由は、生後数日間の飢餓(低栄養+脱水)

が発達障害の主な原因と考えています。何故なら、分娩後3日間、母乳は殆んど出ていないか、出ても滲む程度だからです。日本の赤ちゃんは生後3日間、出ないオッパイを吸わされ飢餓状態に陥っています。

母乳が出ているか、栄養が足りているかどうかは赤ちゃんの体重を計れば容易に分ります。しかし、出生時からの体重がどんなに減っても、空腹で赤ちゃんが泣き叫んでも、医師・助産師は早期新生児の体重減少は生理的現象と勝手に解釈して、飢餓(基礎代謝量50kcal/kg/day 以下)を防ごうとしません。それは、赤ちゃんは「3日分の水筒と弁当」を持って生まれてくるから、3日間は体重が減っても人工乳など飲ませる必要はないと教育を受けているからです。しかし、「3日分の水筒と弁当」説には科学的根拠はなく、日本で生まれる赤ちゃんの多くがこの3日分の水筒と弁当説の犠牲になっているのです。

その証拠に、完全母乳で哺育された赤ちゃんの出生時からの体重減少率が-10%以上の事例は珍しくありません。怖い事に、厚労省は-15%までの体重減少率を科学的根拠もなく生理的現象と考え、2007年に「授乳と離乳の支援ガイド」を発表しました。そのために母乳育児の3点セット(カンガルーケア+完全母乳+母子同室)が日本のお産の常識となり、脳に障害を与える低血糖症・重症黄疸・飢餓(体重減少)に陥る赤ちゃんを増やしているのです。

③ 発達障害を防ぐために先制医療(温めるケア)を

発達障害はカンガルーケアと完全母乳を積極的に実践する産科施設、たとえば「赤ちゃんに優しい病院」などに集中していると推察されます。何故なら、出生直後のカンガルーケアは低体温症を、生後3日間の完全母乳は飢餓の赤ちゃんを増やし、両者(低体温症+飢餓)の組み合わせは発達障害の危険因子である低血糖症・重症黄疸の赤ちゃんを増やすからです。6人に一人の高インスリン血症児をカンガルーケア(早期母子接触)と母乳が出ない生後3日間で完全母乳で哺育すると、赤ちゃんは確実に低血糖症に陥ります。発達障害の増加に歯止めを掛けるためには、出生直後の低体温症・低血糖症・重症黄疸から赤ちゃんを守るために積極的な医療の介入(先制医療)が必要です。

④ 周産期医療の見直しの提案

幸いにも、本年4月(平成27年)から始まった国の3省合同(文部科学省・厚生労働省・経済産業省)が推進するAMEDの先制医療(まだ病気ではない状態からの対応の重要性を目的)こそが、発達障害を防ぐ最善の予防策と考えます。私は1983年の開業以来32年間、当院では出生直後の低体温症・低血糖症を防ぐための先制医療(保温+超早期混合栄養法)を行ってまいりました。その臨床データから、正常新

生児を対象とする周産期医療にこそ、赤ちゃんの病気(発達障害)を防ぐための先制医療が重要であると考えます。

★発達障害・医療的ケア児を防ぐための提案

- ① 生直後の低体温症・低血糖症の防止に努める(温めるケアを導入する)、
- ② とくに生後3日間の飢餓(低栄養+脱水)を防止(完全母乳の指導をやめる)
- ③ 飢餓を防ぐために科学的根拠に基づいた生理的体重減少の定義を設ける、
- ④ 正常新生児の出生時からの毎日の体重発育曲線(日本版)を作成する、
- ⑤ 赤ちゃんの「3日分の水筒と弁当」説は間違いであることを、全ての助産師に通達する(日本の赤ちゃんは、この3日分の弁当説の犠牲(飢餓)になっています)
- ⑥ 厚生労働省は、出生直後のカンガルーケア・完全母乳を積極的に実践する「赤ちゃんに優しい病院」の後援活動を中止する
- ⑦ 過去の産科学教科書の見直し、間違いを改訂する

周産期医療のさらなる進歩、発達障害の防止・カンガルーケア中の心肺停止事故(脳性麻痺)の防止・NICU不足の改善・国民医療費の削減などを目的に、文部科学省・厚生労働省・経済産業省の3省大臣に以上の7項目を提案します。AMEDが目指す先制医療(温めるケア)の導入によって、発達障害児の増加に歯止めがかかり、またNICUに搬送される新生児数は激減し、NICU不足は必ず改善します。

II. 「病気の仕組み」を解明する

AMEDに期待する「体温の科学」の普及

はじめに

日本の周産期医療は、病気の診断学と治療学においては目覚ましい進歩を遂げました。しかし、正常に生まれた赤ちゃんの病気(発達障害)、妊婦の病気(妊娠高血圧症・胎盤早期剥離など)を防ぐための予防医学の研究は全く進んでいません。人間は恒温動物であるにもかかわらず、新生児の「体温調節の仕組み」、その体温調節を司る自律神経の特性、そして妊婦と赤ちゃんの「冷え性」を科学しなかったことが、近年の発達障害児・低出生体重児(未熟児)の増加につながっていると考えます。

① 赤ちゃんは“寒さに震えている”

温かい子宮内(38℃)から、日本の寒い分娩室(25℃前後)に生まれる赤ちゃんは、生後1時間以内に低体温症に陥ります。産科学教科書はこの低体温症を病気ではなく生理的現象と定義しているために、産科医・助産師は低体温の赤ちゃんを積極的に温めようとしません。低体温からやがて中枢体温(脳)が37℃に回復しても、約半数の赤ちゃんは冷え性(持続的な末梢血管収縮)の状態です。しかし、冷え性は西洋医学の研究対象ではないために産科医・助産師は新生児の冷え性の存在、その危険性について何も学んでいません。ところが、その冷え性が胎内から胎外生活への適応過程に害を及ぼし、新生児に最も危険な呼吸循環障害(新生児肺高血圧症)、消化管の機能障害(初期嘔吐・胎便排泄遅延)、発達障害の危険因子である低血糖症・重症黄疸・脱水などの病気(適応障害)を作り出していたのです。

現代産科学は新生児の「適応障害」を生理的現象と安易に考えているために、脳に障害を遺す恐れのある低血糖症・重症黄疸などを防ごうとする考えは全くありません。近年の発達障害児の増加は、出生直後の2℃~3℃の体温下降を根拠もなく生理的体温下降と定義し、低体温症を防ぐための体温管理(保温)を怠り、さらに低血糖症・重症黄疸・飢餓(低栄養+脱水)を防ごうとしなかった学会や国の方針が赤ちゃんの病気(発達障害)を増やしているのです。

(赤ちゃんは震えている 朝日新聞 1997年5月17日)

② 「37℃」だけでは、正常体温、安全とは言えない

人間の身体は、恒温状態で生命の「安全と健康」が守られています。しかし、恒温状態とは何か、その定義についての詳しい報告は見られません。人間の体温(脳)は自律神経系(交感・副交感)によって37℃に調節されています。医学は37℃を正常体温・安全と考えていますが、そこに落とし穴があるのです。37℃は異常体温(低体

温・高体温)ではない事を意味するだけで、人間にとって安全で健康な状態とは言えない“怖い一面”を持っているのです。

例えば、生後5時間目頃の新生児の中枢体温(脳)が37°Cで正常体温であったとしても、足底部の末梢体温は30°C以下の場合があります。これが所謂、新生児の冷え性で持続的な末梢血管収縮(交感神経優位)が特徴です。一方、赤ちゃんに帽子・靴下・衣服を着せ過ぎると衣服内の環境温度が徐々に上昇し、足底部の末梢体温は中枢体温と同じ37°Cになり末梢血管は拡張(副交感神経優位)しっぱなしの状態が持続します。睡眠中の赤ちゃんが、中枢体温(脳)・末梢体温(足)・衣服内温度が同じ37°Cになった時が生命にとって最も危険な状態(衣服内熱中症)です。暑い布団の中では赤ちゃんは熱産生を必要としないために筋肉は弛緩し呼吸運動が抑制されます。さらに自律神経は呼吸循環の調節より体温調節(放熱促進⇒末梢血管拡張)を優先するためにアドレナリン(血管収縮ホルモン)の分泌が抑制され、心機能に異常を来します。乳幼児突然死症候群(SIDS)は原因不明の病気と考えられていますが、実は病気ではなく、着せ過ぎなどによる高体温を防ぐための体温調節機構(末梢血管拡張+産熱抑制)によって引き起こされた事故なのです。(SIDSはうつ熱時の産熱抑制が原因、LISA 体温のバイオロジー 2005年5月 監修 山蔭道明)

この様に、中枢体温が37°Cであっても、体温調節のための持続的な末梢血管収縮(冷え性)、持続的な末梢血管拡張が人間の呼吸循環・消化管・肝臓・腎臓・子宮などに害を及ぼすのです。つまり、人間は37°Cだけでは生命に安全な「恒温状態」とは言えないのです。赤ちゃん(大人)の末梢血管収縮が持続(慢性化)すると病気をつくり、末梢血管拡張が持続すると突然死を引き起こすのです。

③ 自律神経は「生命の安全」より、「体温調節」を優先する

新生児の体温調節を研究して赤ちゃんに学んだ最も重要な点とは、赤ちゃん(人間)が突然に不快(寒い・暑い)な環境温度に遭遇した時、自律神経は生命の安全(呼吸循環の調節)より、体温を37°Cに維持するための体温調節機構を優先して作動する特性(優先順位)を持っている事を学んだことです。赤ちゃんは快適な環境温度では安全ですが、寒い分娩室に生まれ急激に低体温症に陥った時は、自分の体温を37°Cに上昇させるための体温調節を優先して作動します。近年の発達障害児の増加は、低体温から恒温状態に体温を上昇させるための体温調節機構(末梢血管収縮+産熱亢進)が赤ちゃんの病気(低血糖症⇒発達障害)を作り出しているのです。

当院が、出生直後の赤ちゃんを快適な環境温度(保育器:34°C)に入れる理由は、低体温を防ぐ為の体温調節機構の弊害(末梢血管収縮+産熱亢進)を少なくし、胎

内から胎外生活への適応過程を円滑に進めるためです。低体温を防ぐ為の新生児がもつ体温調節機構は体温調節に有利に働くのは当然ですが、長時間の末梢血管収縮(糖新生抑制)と産熱亢進(糖消費増大)は低血糖症を増強するため、赤ちゃんの脳に障害を及ぼすのです。

福岡市では、2007年に出生直後からのカンガルーケアが始まった時期に一致して、驚異的な勢いで発達障害が増えています。私は、出生直後の寒冷刺激、つまり胎内(38℃)と胎外(25℃)の環境温度差(約13℃)が低血糖症の赤ちゃんを増やした主な原因と考えています。発達障害を防ぐ為には、出生直後の赤ちゃんを出来るだけ早く快適な環境温度(中性環境温度:34℃)で管理し恒温状態に早く安定させることが何よりも最優先されるべきと考えます。

④ 恒温状態で、病気(発達障害)を防ぐ

赤ちゃんが安全に健康に生きるためには、交感神経・副交感神経のバランスがどちらか一方だけに偏らない様に管理しなければなりません。新生児の恒温状態を深部体温計で連続的に測定すると、末梢体温(足底部)の下降と上昇が繰り返されリズムミカルな体温変動が観察されます。この時が、赤ちゃんに最も安全で健康な体温(恒温状態)です。末梢体温(足底部)の下降は血管収縮(交感神経優位⇒血流減少)を、上昇は血管拡張(副交感神経優位⇒血流増加)を意味しますが、「収縮」と「拡張」を繰り返すリズムミカルな体温変動が恒温状態で、病気と事故を防ぐのです。自律神経は不快な環境温度では体温調節を優先しますので、新生児の呼吸循環・消化管などの臓器の機能は不安定になりますが、快適な中性環境温度では全ての臓器の機能が正常に作動するのです。

寒い分娩室に生まれた冷え性の赤ちゃんは、消化管の血流が悪く、食欲がなく、飲んでも嘔吐し、胎便の排泄が遅れ、重症黄疸の原因になります。肝臓の血流が悪くなれば糖新生が抑えられ、低血糖を促進します。ところが、赤ちゃんの低体温症を防ぐ為には生後2時間を保育器(34℃⇒30℃)に入れると冷え性は見られず、末梢血管の「収縮」と「拡張」を繰り返すリズムミカルな体温変動が早くから観察されます。恒温状態に安定した赤ちゃんは、食欲があり、嘔吐もなく、生後1時間目から糖水をグイグイ飲みます。出生直後の赤ちゃんを恒温状態に早く安定する管理(先制医療)を行えば、低血糖症・重症黄疸は殆ど出なくなり発達障害を防げるのです。

⑤ NICU不足対策に「温めるケア」を提案

新生児は分娩直後の寒冷刺激で簡単に冷え性(末梢血管収縮)になります。しかし、出生直後の2時間の温めるケア(保育器内収容:34℃)で冷え性を防ぐことによって、産科学教科書にある新生児の病気(適応障害)をほぼ完全に防止できます。産科医・

新生児科医は初期嘔吐や新生児黄疸は生理的現象と当たり前の様に考えていますが、生後2時間の「温めるケア」で、呼吸循環動態(チアノーゼ)・消化管(嘔吐・便秘)・肝機能・糖代謝など、全ての臓器の機能障害を防ぐことが出来るのです。その証拠に、当院では治療を要する重症黄疸の赤ちゃんはほとんど出ません。NICUに搬送する赤ちゃんも殆どありません。(新生児温め黄疸防ぐ 共同新聞 2013年9月)

⑥ 妊婦(大人)の冷え性対策に「水中散歩」を推奨

冷え性は新生児だけでなく、妊婦と子宮内の胎児にとっても天敵です。

日本の妊婦の約半数は冷え性です。睡眠不足・長時間のデスクワーク・運動不足・クーラー・喫煙などが主な原因です。近年、日本では妊娠高血圧症や胎盤早期剥離、そして低出生体重児の増加が指摘されていますが、冷え性の妊婦が増えたことと無関係ではありません。妊婦の「水中散歩」は冷え性の予防と治療に著しい効果を発揮する事を先の学会で発表しましたが、水中散歩に参加された妊婦さんには妊娠高血圧症・胎盤早期剥離は殆んど出ません。水中散歩の水の力(水圧・浮力)で下肢から心臓に戻る静脈還流量が増え、腎血流・子宮胎盤血流が改善したためと推察しています。勤労妊婦の睡眠不足と長時間のデスクワーク(エコノミー症候群)などが子宮胎盤血流量を減らし胎児の発育を妨げていると考えています。高齢出産が増えたから低出生体重児が増えたのではなく、高齢者ほど冷え性の妊婦が多いからです。冷え性は万病の元、冷え性を改善するための生活習慣を日常生活(睡眠・お風呂・デスクワークを短く、散歩、禁煙など)に取り入れることが妊娠中の病気を防ぎます。妊婦の冷え性改善の決め手は睡眠と水中散歩です。水中散歩は体のすべての細胞(組織→臓器)の循環血流量をふやし、細胞を生き返らせ、病気を防ぎ、自然治癒力を増し健康を取り戻しのです。冷え性の改善は勿論、頭痛・肩こり・便秘・浮腫・高血圧症。下肢の静脈瘤など、体調がすぐれない妊婦さん・大人ほど効果てき面です。冷え性は万病の元だからです。

★AMEDに期待する「体温の科学」の普及

冷え性は西洋医学のまともな対象になっていませんが、「万病の元」である事に違いありません。生命維持の基本である体温調節の仕組みを研究し、病を防ぐ「恒温状態」と、病を作る「冷え性」の違いを明らかにし、医師の常識となる様、それらの仕組みを普及させるのもAMEDに課せられた課題と考えます。冷え性が西洋医学の研究対象になった時に、国民医療費は減り始め、国民は元気に長生きすると期待されます。

2015年5月吉日

久保田史郎

久保田産婦人科麻酔科医院