

分娩に立会いを

分娩に立ち会うというのは随分増えてきていて結構大事なことで、勝村さんがおっしゃったように誰かが一人いるだけでも随分医療内容が違って来るという面が確かにあると思うんです。立ち会ってもいいよ、と言ってくれるだけでも安心する。刑務所も病院もよく似ているんですけど、ともかく絶対的支配下のもとにおるわけですね。大人しくしていることでしか、自分にとっていい結果をもらえない、という非常に特殊な環境ですから、分娩に立ち会えるというのは、医療機関の方から見ると患者さんの要求を受け入れると自分が持っている絶対的支配の一角を崩すことになりまますから、ここのところを許してもらえとなんとなく風穴があくという感じで、随分意味があると思いますね。

最近フランス料理のフルコースを付けるのと同じように、サービスの一環として立ち会いを認めます、というのが結構あるんですけど、ただし、これから以降は出てもらいます、みたいな感じで中途半端なものも多いようですが、基本的に患者さんの要望を受け入れて治療をしようというお考えを持っているところであれば、他の技術的なことがどうかということよりも、非常に意味のあることだと思いますね。

陣痛促進剤の乱用

—医学的適応が守られていない—

薬の使い方の問題については、今回のセミナーに出てくる薬はみんなそうだと思うんですが、陣痛促進剤については一番使い方が乱雑であると思うんですけど、その乱雑である内容は何かというと、医学的な適応を全然守っていない、かなり典型的な薬だと思いますね。他にも、アトピーのステロイドとかいろんな薬があります

けど、いわばお医者さんの裁量の元で用量とかがいわゆるさじ加減ができるんですけども、促進剤について言えば、さじ加減以前の適応のレベルで全く無茶苦茶をしている、とはっきり思います。

全てのお産が、本来医学的な適応のないにもかかわらず使っておって、その場合にあえて適応を言うと、みんな「微弱陣痛」と言いますね。微弱陣痛というのは、陣痛が弱いからそれを促進するために、と言うんですけど、実際は微弱陣痛でないことが多い。さっき勝村さんの話にありましたが、微弱陣痛を思っているだけで、医学的な意味で微弱陣痛を測定しているわけでも何でもない。例えば、子宮口が2cmとか3cmくらいの段階でもう微弱陣痛だとか、使っちゃうわけですけども、医学的な意味で微弱陣痛という定義ができるのは3、4cm以降ですね。それ以前は陣痛が本格的に始まっていないのに、それを全部、微弱陣痛と言ってやっちゃう。その後、妊婦さんが「ものすごく子宮収縮が強くひどいので何とかしてもらえませんか。」と言うとお医者さんの頭の中は「微弱陣痛」だし、カルテにも「微弱陣痛」と書いてあるから、「微弱陣痛なのにこれだけワアワア言うのはこの人は甘えている。立ち会いの家族が甘やかしている。甘やかせたらだめ。お産なんてそんなに楽なものじゃないです」と決めつける。それで、妊婦と助産婦の間の人間関係が壊れてしまう、ということは結構あるんですね。

だから、そういう経過の中で事故が起こると、妊婦は非常に孤独感に陥って、自分はひどい陣痛だと思っているのに、訴えを全然聞いてもらえない。ぴしゃっと蹴られてしまう。後で裁判になって振り返ってみると、微弱陣痛だと思っているものだから、陣痛測定をほとんどしな

いし、全然記録しない。それで「どうして記録していないのか」と聞くと、「正常だと思ったから、正常の場合は記録しません」ということで記録しないということは全部正常だということにされてしまう。

医療記録と妊婦の訴えとの乖離

というわけで医学的な適応要件を十分に満たさないことから始まって、それが妊婦さんの訴えを受け入れる素地をなくしてしまっていて、裁判になっても異常がなかったから記録はない、という形で裁判官の方からすると、偏見というか、妊婦さんは大げさなことを言っている。もともと裁判を起こす人は変わっている人だという偏見が頭の中の一部にあるものですからね。それで、こういう種類の事件に特徴的なのは、妊婦さんの訴えと医療記録が全く違っている。

医療記録は全て微弱陣痛、正常の陣痛。妊婦さんの訴えはひどい陣痛。そこに絶対的な対立があって、そういう中で、客観的な医療記録と妊婦さんの訴えが違っているのはこれは妊婦さんが大げさだからに違いない、例えば初産だから、とか、立ち会っている旦那さんやお母さんが甘やかすからだ、みたいなことになってしまっていて、本来の科学的なレベルの問題が、実は個人的な偏見や好みの問題とすり替わってしまっていて、なかなか真相が明らかにならない、ということがあります。測定しても微弱陣痛なのに、なぜ妊婦が陣痛を強く感じるのか、それを考え見極めるのが本来の科学的態度なのに、下世話の根性論で片づけている。

だからお医者さんが、もちろんインフォームド・コンセントで薬の説明・選択をしていくことが大事なんですけれども、それ以前にですね、さっきの勝村さんの話のように、栄養剤点滴だからいいですか、子宮口を柔らかくする薬ですか、というような話では本来必要な情報提供をしていないわけですね。

だから、とりあえずのところは、通常のお産では放っておいたら子供が生まれるわけですけども、意図的に外から副作用が強い薬、あるい

はメカニズムがもう一つ確立されていない薬を使うことについては、もう少しお医者さんの裁量とかいう以前に基本的にきっちり説明する義務みたいなのを何とか類型化できないか、と思いますね。今日も新聞で「私のカルテ」というのをお医者さんがつくったと出ていましたけれども、とりあえず、この種の事故で言えば、「促進剤は使いたくありません。どうしても使う場合には、なぜ使うか説明して下さい。」というカードをドナーカードみたいな形でみんなが持ち始め、実際の使い方にブレーキをかけるというようなことを考えなきゃいけないんじゃないかと思います。

人工的医療行為と患者の声の無視

さっきも、勝村さんが書いたこのグラフですけどね、「これは何のグラフですか」というと、人間が一年間の生活でどういうエネルギーの発散の仕方をしているか。しかもエネルギーの発散の仕方は仕事とか社会とか、パブリックなものにエネルギーを使うとどうなるかというグラフを書くともなこうなります。土日、祝日が一番下、とはっきりしていますからね。赤ん坊は潮の満ち引きとか太陽とは関係するかも知れないけれども、曜日なんていうのは勝手に文明がつくっているだけでね、今の社会の効率化のレベルの中で薬を使うことになっているわけで、どっかに無理が来るのは当たり前なんです。その無理の出方ということと、陣痛促進剤の事故というのは関係していると思いますね。

そういうところからいろんな医療側の都合とかあると思いますが、全体としてこれは改善しなければいけないわけで、どんな医学的な理由があつたとしても、絶対どこかに無理が来ているというふうに思うことが大切ですね。そういう意味で、この薬については、「本来、薬として使用すべき守備範囲を大きく超えてやっている」ということについて、どういうふうに規制していけるのかな、ということを考えてと思います。

また、患者に対する偏見というのは、非常に

裁判なんかをしていても感じますけれども、妊婦さんがその中で味わう孤独感というような感じのものはすごいものがありますね。だからずっと許せない、という気持ちがあって、特に助産婦さんに対してですね、訴えを全部退けるから。お産の経験のない助産婦さんでも「あなた、お産なんてそんな甘いものじゃないわよ。」なんて言われて、家族が「辛抱強い性格なのにこうなっているのはやはり異常じゃないか」というと「家族が甘やかすなら、家族の方は出ていって下さい」というわけですね。そうして身内を全部追い出してしまって、そんな中で事故が起こると拭いがたい不信がありますから、それを訴えると、またそれを聞いてもらえるべき裁判所の方にもなかなか聞いてもらえない、ということもあって、また、それが医療不信の原因にもなっている、ということだと思いますね。

編者注：この後に質疑応答では、勝村氏の裁判が平成9年2月に大阪地裁で完全敗訴したあとであったために、争点は何だったのか、敗訴の原因は何だったのかについて、主に議論が交わされた。その後、勝村氏と石川弁護士は大阪高裁に控訴され、平成11年3月、逆転完全勝訴し、被告側は上告せず、原告勝訴が確定した。したがって本書では、一審ではなぜ敗訴し二審ではなぜ逆転勝訴したのかについて、勝村氏がまとめた文章を以下に掲載する。

#### 【大阪高裁で完全逆転勝訴しました（勝村）】

1990年12月に大阪の枚方市民病院で起こった陣痛促進剤事故の控訴審判決が1999年3月26日に大阪高裁で言い渡され、私たち原告側がほぼ完全勝訴しました。その後被告側は上告をせず、判決が確定しました。

当時、妻は29歳で初産。予定日2週間前の38週の定期検診時にむりやり入院させられ、「子宮口を柔らかくする薬です」という説明だけで子宮収縮剤を投与されました。翌日「陣痛の間欠期がなくなっており異常ではないか」と主治医

に訴えると「これだけしゃべられるということは陣痛が微弱すぎる。陣痛促進剤注射！」と言われ子宮収縮剤を追加投与されました。結局、それまで何の異常もなかった長女は、緊急帝王切開の末仮死で生まれ9日後に死亡。妻も大量出血が止まらず一時は2、3日が峠と言われましたが幸い回復しました。

この事件は、一審の大阪地裁では完全敗訴していました。一審の最終段階で3つに絞られていた争点ごとに、以下にそれらの判断の違いを整理します。

争点1——不必要な陣痛促進剤と死亡との因果関係

#### （原告主張）

陣痛促進剤を投与した直後に過強陣痛が生じ、その結果、胎児仮死になった。陣痛促進剤投与と胎児仮死には時間的にみても因果関係がある。

#### （被告主張）

原告は、過強陣痛で苦しかったと証言しているが、医師や助産婦が見たところどちらかと言えば微弱陣痛気味で、促進剤と胎児仮死に因果関係はない。促進剤投与後に、促進剤とは無関係に原因不明の胎盤早期剥離が生じたのが胎児仮死の原因である。

#### （一審判決）

被告主張を採用。

#### （控訴審判決）

残された証拠からは因果関係を完全に認定することはできないが、時間的に見て否定もできない、とした。

争点2——監視義務違反と死亡との因果関係

#### （原告主張）

実際は、陣痛促進剤投与後、過強陣痛の訴えをするために助産婦を呼んでも、我慢が足りない、とだけ言われすぐに出ていき、誰もいない陣痛室に放置された。投与後45分たつて初めて分娩監視装置を装着し、その時既に高度徐脈に陥っていた。陣痛促進剤投与と同時に監視装置を付けていれば、もっと早く異常が発見でき、胎児を救命できた。

#### （被告主張）

分娩監視装置を装着するまで、助産婦が常にそばにいて、お腹に手を当て監視していたので過失はない。異常が起こって、すぐに装置を装着した。

#### （一審判決）

事故の1年前に発行された文献には、陣痛促進剤投与の際には分娩監視装置を使用するよう書かれてあるが、それから1年しか経っておらず、そのことが当時の医療水準になっていたとは言えない。

#### （控訴審判決）

1年前に発行された文献以前の文献でも、促進剤投与時の分娩監視装置の装着の必要は言われており、投与と同時に装着するか、少なくとももう少し早く装着しておれば、より早く胎児の異常が発見できたのは明らか。

争点3——帝王切開決断の遅れと死亡との因果関係

#### （原告主張）

高度徐脈の発見が遅れたが、それでも、その後速やかに帝王切開が決断されておれば、胎児は救命できたのに、発見後約40分間も漫然と放置したため、出生時、心拍・呼吸とも既に0で、蘇生後9日で死亡するに至った。

#### （被告主張）

重症の胎盤早期剥離が起こったのであり、それを救命するのは一般的に困難である。たとえもう少し早く帝王切開をしていても、予後はほとんど変わらなかった。

#### （一審判決）

高度徐脈発見後少なくともあと20分は早く帝王切開を決断すべきで、過失はあったが、中等症以上の胎盤早期剥離が起こったので救命は困難。予後はほとんど変わらなかったと考えられるので、死亡との因果関係はない。

#### （控訴審判決）

高度徐脈発見の50分後にも胎児が徐脈ながら生きてることが確認されており、胎盤早期剥離は起こったとしても軽度で、進行も急激なものではなかった。持続性高度徐脈発見後遅くと

も15分後には帝王切開を決断すべきで、そうすれば胎児は救命できていた。

実は一審も順調に進んでいましたが、結審際に裁判官が3人とも一気に交代し、その後、裁判官からの執拗な和解勧告を断り続けた結果の完全敗訴でした。一審の判決文には、それまでの証拠を十分に読まないまま書かれた、という杜撰さを証明できる記述がいくつもあり、控訴審ではそのことを主に主張しました。

私たちは判決確定後に、必要のない陣痛促進剤は使わないこと、そのために十分な医療体制を整えること、陣痛促進剤を使わなければならないときには厳重に監視すること、事故を教訓に職員研修を行うこと、事故を繰り返さないための情報公開に取り組むこと、等を求めて枚方市に要望書を提出しました。病院長は「精神的・肉体的苦痛を与え申し訳ない。判決を真摯に受け止め信頼回復に努めたい」と話し、要望書に対する答えを2ヵ月以内にすると約束しました。

事故から8年半、患者の権利、インフォームド・コンセント、情報公開、情報開示、などの問題が、少しずつ改善されていく中で、多くの被害者仲間や心ある支援者に励まされてここまで来られたことに深く感謝しています。

しかし、いまだにまだ漫然と悲惨な被害が繰り返されたり、当然勝つべき訴訟が敗訴したりする現状があります。裁判は終わりましたが、今後も更に、医療消費者の立場からの市民運動を続けていきたいと思っています。

参考文献：「病院で産むあなたへ」（陣痛促進剤による被害を考える会・編/さいころ社）

**柳**：裁判でいい結果がでなかったということですが、どういう切り口で裁判所は判断したのか、もう少しかいつまんで解説していただけませんか。

**勝村**：裁判の争点は3つあります（この部分は、裁判その後の報告に記載）。1つは適応要約を守っていなかったということ。そのことは認められたのですが、そのことで子供が仮死状態になるようなことにつながったんだという、その因果関係が立証できなかったのです。確かに医者は悪い、適応を守らなかった。しかし、そのことで子供が死ぬためには過強陣痛があったはずだ、ところがカルテには微弱陣痛だった、と書いてある。本件の場合には確かに悪い使い方をしていたが、微弱陣痛だったからそれで子供が死んだとは言えない、因果関係はない、と判断されてしまいました。2点目は…

**柳**：2点目に入る前に、今の理屈、わかりました？ 前田さん（参加者の一人。この分科会は参加者が少数だったので、自己紹介をしている）

**前田**：使い方は守っていなかったけれど、薬のせいでそうなったとは言えない、ということですね。

**勝村**：2点目は監視の問題です。こんなふうな監視をしなければならなかったはずだ、と言える場面が3回あるのですが、これらが守られていなかった。守られていないことは認められたんです。僕らとしては、適応とかの使い方が悪かったことも監視ができていなかったことも、すぐに分かることなので勝てると思っていたんです。ところが、守られていなかったけれども、僕らがそのように監視すべきであった根拠として出した文献である『日本母性保護医協会』の冊子が発行されてから11ヵ月しか経っていない、だからそれが（当時の）

医療水準だったとは言いがたい、と判断されてしまいました。

3点目は…

**柳**：ごめんなさい。医療水準についての今のところ理解できますか（出席者に）？ 今の争点について、裁判所は何を言っているかですが。監視をせよとガイドラインに書いてはいるけれども、ガイドラインが出てから期間が短いから、できなくてもしやあない、ということですね。

**勝村**：3点目は、赤ちゃんが徐脈と言いまし、本来胎児の心拍数は140前後ないといけないのですが、胎児の平均的な心拍数は140くらいなのですが、うちの子は監視をしなかったもので、やっと監視装置を付けたときは既に70から80という凄い重度の徐脈の心拍数だったわけです。そういう心拍数だと5分から10分で帝王切開をしなければいけないとされているのにそれもしていない。それをせずに、70から80の徐脈が30分以上続いている。放置している。これが特に、赤ちゃんをだめにしたんだ、これを主張すれば勝てるだろう、と。ところが裁判では、もし5分か10分でしていてもすでに悪くなっていたから、30分間放置した結果と比べてあまり差はなかったかもしれない。5分か10分で帝王切開を決めていても準備に30分くらいかかるからどうせ予後はあまり変わらなかっただろう、というふうに判断されて終わってしまった。

**会場**：今の3つ目がよく分からない。つまり、胎児の測定をする前に悪かったかも知れない、と言っているのですか。

**勝村**：帝王切開の決断をしたのは11時20分だったのですが、裁判所は11時には決断すべきだった、と認定したのです。だけど11時に決断していても、結果は変わらなかったのではないかと、帝王切開には準備がかかるからどっちにしても変わらなかっただろう。確かに医者はやらなければいけないことをしなかつ

た、という点では医者側の過失を認めているのですが、そのことと僕らの子供が死んだこととは別なんだ、と。

**柳**：そこで、「過失はあるけれども、死亡との因果関係を認めない」となるんですね。

**会場**：仮に11時の時点で帝王切開していても間に合わなかったであろう、と。言うことは、なぜもっと前から胎児の監視をしなかったのかということが論点にならないのかと思うのですが。

**勝村**：その点に関しては、もっと前から監視すべきだったしそういう文書も出ているけども、これは2点目に戻って、まだそれが配付されてから1年くらいしか経っていないからそれで医者を責めるのは可哀相だ、と。

**柳**：裁判所は裁判所として理路整然として述べているわけですね。一つひとつの理屈があって、その理屈に基づいて因果関係はない、と。でも納得できないでしょう。

**会場**：そのガイドラインというのをよく知らないのですが、どういう経緯でどこが出したのですか。

**勝村**：日本母性保護協会というのがありまして通称「日母（にちぼ）」と呼ばれています。坂本正一という紀子さんから皇室関係の主治医もする人が会長です。最初のものは、陣痛促進剤による事故例が多い、それを憂えるという内容のもので昭和49年（1974）に出されています。それと同様の内容のものが、だんだん内容が厳しくなっていきながら毎年のように全国の全産科医に配布されています。

**会場**：ガイドラインは陣痛促進剤を使うにあたってのガイドラインですか。通常の分娩での胎児監視というのは。

**石川**：陣痛促進剤というのは、危険物を入れるから、危険物を入れるにあたってはこういう監視が必要ですよというものです。通常の分娩ならば監視は必要ないのです。助産婦さんなんか通常監視をしないのと一緒で。なん

か病的な要素があるとか、積極的に薬を投入していると監視が必要ということ。本来はいいから薬を使うから監視付で使いなさいということですよ。

**会場**：では通常の過程では胎児が監視を必要とすることはあり得ないわけですか。

**石川**：あり得ないです。妊娠中毒だとかは入院したりしますが、まったく異常なければ家で産む人もいます。

**柳**：通常の過程で監視が必要になるとしたら、それは緊急事態ですよ。

**勝村**：自然の陣痛は必ず、間欠期があるんです。ぐーっと押し出すけれど休んで全く平常に戻ってしまう時間があるんです。その時に、赤ちゃんは酸素を吸うんですね、ぎゅーっとやる時にはまた酸素が行かない。息を止めてできるだけ頑張る、そこでふーっと息をして休憩し、また頑張る、と最後までやっていくのが普通の分娩です。ところが、陣痛促進剤の副作用で怖いのは、勝手に子宮収縮しようとするから、ずっと子宮収縮が続いて間欠期がなくなるから、つまり赤ちゃんが酸欠になるので、赤ちゃんの被害はすべて、低酸素脳症です。僕の子供の場合もそうです。つまり脳の中身だけがやられている。無事生まれても脳性マヒになってしまう。朝日新聞の記者が、5年ほど前に、障害者施設を取材していたら、ほとんどの人がお産で不満を持っている、と。外には（情報は）出ないけれども、医者の間ではこれだけ使われている陣痛促進剤だから脳性マヒは陣痛促進剤が作っているのではないかと、ということを書こうと努力されたのですが、医者がそういう取材には応じない。

最近、厚生省のある技官が、8月に、母親がお産で死んだそれぞれの症例を調べたら、その殆どの例に陣痛促進剤が使われていて、かつ40%が普通にやっておれば救えた、と、堂々と研究結果を出しました。その人は、脳性マ

ヒと陣痛促進剤の関係についても何とかそういう調査をしたいと思っていたのですが、その研究をすることはできなかったそうです。

**会場：**過失の問題ですが、薬剤師としてこの裁判を知らなくて恥ずかしいのですが、添付文書との関係では裁判にならないのですか。

**勝村：**ガイドラインでは、最大使用量25mlとあるのですが、添付文書では50mlまで。それはおかしいじゃないか、と厚生省交渉で言いました。この日母のガイドラインは何年も前から日本中の医者には配られている、25までだ。添付文書には50。それで厚生省はあわてて添付文書を改訂し、市民運動の成果として新聞の一面に大きく取り上げられたりもしました。

**柳：**大事なことですよね。薬剤師さんは添付文書に書いてあることは正しいと思っておられますよね。

**会場：**いえ、能書（添付文書）に書いてあることが正しいというわけではないのですが、裁判をするときに一応の国の基準なので、それと照らし合わせた裁判はないのかなと。

**柳：**それは能書の書き方が。もう一度、読んでみられたらいいですが、だいたい抜道を作っていますよ。

**石川：**医療機関というのは病院から開業医まである。能書というのはだれもが使えるようにと、能書には、「監視が望ましい」くらいしか書いてない。一番下（医療機関レベル）に合わせてあるから。

**会場：**そういう答えを聞きたかったんです。

**会場：**どういうふうに使えばとか、あなたのところではどういうふうに使っていますかとか、そういう指導になるようなものではなくて、ただ事故がないですか、ということを受けて、去年（1996年）の10月くらいから今年の1月くらいまで勤務先病院にも調査が来ました。非常にMRさんとしては問題だなと思っておられるようでした。

**勝村：**昨年末から厚生省が製薬会社を集めて、自分らが納入しているところで事故がないかを徹底チェックしました。段階的に能書の内容が陣痛促進剤使用に関して厳しく改訂されていった中の最後の能書改定、これでもう十分に能書は改定しましたよ、と言った後もまだ被害が出ているのに厚生省は実態を把握できていなかった。それで、厚生省にちゃんと把握しろと要求したので、そういう動きになったようです。

**石川：**脳性マヒの子が生まれると自分に原因があるのじゃないかとおかあさんは悩むんですよね。取りあえず、子供に対してだけはずきあうでしょう。リハビリから何からに全身全霊を掛けて。それでも良くならなくて、そのころから何かおかしいなあ、と相談に見えることがあります。亡くなった場合はその時点で考えますが、脳性マヒの子供さんを持った場合は、2～3歳までは必死で（リハビリなどに）頑張りますから、そういう意味で本当に被害をきっちり把握するのはむづかしいですね。

**柳：**国際的に見た場合に産婦人科の訴訟というのは一番問題が大きかった。コクラン共同計画も何が出発点かという産科領域だった。産科領域についているんな問題に対して、医者の側は自信を持って、この治療法が一番いいとか、あるいはお産の問題にどういうふうに対処するかを一番必要としていたのは産科領域だった。コクラン共同計画では産科領域が非常に多いんです。そのことが日本にはほとんど紹介されていないというところがありますが、そんなことをやろうとしている産科医師がいるかなとも思いますが。産科でないわたし（内科）が簡単にレビュー（文献を振り返って見わたす）しても、オキシトシンでたくさんのレビューが出ています。どういうときに使うかという、「微弱陣痛」という

表現はほとんどなくて、「破水」、これは早く子供を出さなくてはいけない、こういう場合にはたくさんの研究が世界中で行われていて、使った方がいい、と。具体的な例を上げて、こういう場合には使うと。その後、胎児にどういう影響が出るか、母体にどういう影響が出るか、きちんとデータを出すことを提唱しています。

やはりこのように専門家からきちんとそういうデータを出していくべきだろう。しかし日本はそういうふうになっていない。いったいなぜそうなのか、というところを解明していかなくてはならないし、具体的な提言をしていくのがこのセミナーの目的であると思います。これがなかなかたいへんですが。例えば先ほどのグラフを見てどう思うかということ保健の授業でやるべきだとおっしゃっていましたが、このグラフを見たときにどうですか。

**会場：**陣痛促進剤を使うことがあるとは聞いていましたが、本当にこんなにきれいにグラフで出るとは、驚いたのですが。やはり自然に任せたいと思いました。

**会場：**大病院に勤務しているのですが、病院で改築とか大きく変換するときによく言われるのですが、大病院を経営するときに、例えば、患者の入院日数を何日減らせば年間何億収益を上げられるかとかそういう話を聞くのです。ということは病院の勤務体制によって病院の収支が大きく変わってくると思うのです。思うに、個々のドクターの責任を追及する裁判というのはどうしても原告と被告があって、被告というと主治医になるわけですか。そうするとなかなかむづかしいんじゃないか。あなたが悪いと言ってもなかなか変わらないんじゃないか。被告にするんだったら、その病院の経営者、主治医というのは大きな組織の中でやらざるを得ない面があると思うのです。ですから裁判では主治医を追及する

ことになるかもしれませんが、こういう場では、なぜ日本の医療がそういうことになっているのかを突き詰めて考えていかないと解決しないのではないかと思います。

**柳：**非常にもっともなことなのですが、法的にはどうなのでしょう。働いている人間の監督責任というか病院の責任を追及するということですが。

**石川：**普通は両方しています。個人責任だけ追及しているのはむしろ珍しいと思います。開業医は別にして。組織の場合は、全体の問題がありますから、（主治医）個人と（勤務先）が国立病院の場合は国と両方を相手にしています。ただ病院の中では、お前がへまをやったから、わしらに迷惑がかかっているという意識は物凄くありますでしょうね。大体訴訟になったらどこかへ飛ばされるといいいますから。

**会場：**私が勤務している病院では、基本的には自然分娩をしていますので、物凄くパラツキがあるのです。分娩数だけでも、1日でゼロの日と10人の日とか。月数でいうと10人の月と50～60人の月とか。実際の産婦さんの状態とかもいろいろです。病院としては、60人生まれるときの体制を常時置くというのは非常に困難です。平均的なところで40人体制くらいでやらざるを得ない。経営的に非常に厳しい。実態はもの凄いです。こういう闘いをしていくに当たっては、実際に医師や助産婦さんが明らかな間違いを犯しているということはあると思うのですが、なるべく味方に付けて一緒に闘うという方向が必要だと思うのですが。

**柳：**とにかく裁判でまずは勝っていただかないと。

**谷田：**わたしの場合は（医師として接しているのが）がんの患者さんが多くて、がんの患者さんというのはひどい目に合わされて来ていて、痛いのには「我慢せい」とか、「我慢が

足りない」とか言われてきて、痛み止めと称して生理食塩水をやったり、そんなひどい状態に置かれて来て。最近は少しはよくなってきて、それほど酷い状況に置かれているがんの患者さんは少なくなってきていると思いますが、そういうかつて、がん患者が置かれて来たような状況に、今、妊婦さんが置かれているということで、日本の医療の状況はこの領域で問題があるなあ、と感じました。がんの医療で変わってきたのは、医者も確かに変わってきたけれども、看護婦さんとか実際に患者さんをみる人たちが、これではだめだと、変わってきているのです。先程から話を聞いていると、(病院勤務の)助産婦さんというのはまだまだ女性の敵なのです。変わってきているところもあるでしょうが、裁判でも多分、助産婦さんは医者側についたのではないのでしょうか。現実には産婦さんをみる看護婦さんや助産婦さんが変わらないと医療は変わらないと思うんです。それをやっていくのは、患者さんたちが、結局自分たちの思いとかを出していくしかないのです、それをするのは裁判だと思います。

裁判を支える回りからの力というのは大きいと思うので。是非とも裁判に勝ってもらわなくてはならない。裁判官というのは人間ではないですから。人間を相手にしていると思っただけじゃありませんよ。彼らはいわばゲームの判定者なんです。いかにゲームを作っていくか。例えば鑑定、それによって判断が変わる。そういう鑑定とかデータとか、能書を守っていないとか、日母が以前に出したガイドラインがあったはずですし、攻める方法というのはいくらでもある。だから鑑定医を間違ったのではないかということと、被告の鑑定医に勝る医師を探さなくてはならない。ともかく何とか勝ってもらわないと、まだまだ被害は出ると思うのです。

**会場：**妊娠は病気じゃないですよ。だか

ら自己負担？

**柳：**医療上、異常があったら保険請求が。

**勝村：**正常分娩じゃない、というときに。

**会場：**多くは正常じゃないのですか。

**勝村：**まったく正常なのに子宮口が開いていないから「微弱陣痛」だとして保険適用になるんです。

**柳：**無茶苦茶なんですよ、使用が。出産する人の半分以上は正常ではない、ということになるのですかね。

**石川：**半分も使っていないと思うんですがね。

**柳：**少なくとも3割方は正常じゃない、となると何が正常か。

**石川：**陣痛間隔が5分くらいになったら入院しましょう、と。それが何曜日かによるでしょうね(笑い)。月、火、水くらいだったいいかも知れないけど週末だったら…。

**柳：**それはだれが実証するかはむづかしいですね。確かにおっしゃるように、陣痛促進剤を使うのが医療行為だったら、ほとんどの人は医療行為を受けなければならないような、異常な状態だったのかとなりますね。

**会場：**他は何も異常がない？

**柳：**そうです、正常分娩。

**会場：**陣痛促進剤の部分だけが保険適用で、その他の部分は自己負担ですか。

**勝村：**医療行為全体が病気になりますね。

**石川：**勝村さんのグラフは目で見て明らかですが、この手の事件はほとんど土日にかけているんですよ。だから事件の相談があったときに「何曜日でしたか」と聞くんです。だいたい何年か経ってからの相談が多い。ですから側に何年間かのカレンダーを置いて見るんです。確かにスタッフの休養ということもあるでしょうが、それが患者さんに負担がかかっているのは間違いありません。週休2日を数年前からほとんどの病院が取り入れてきましたね。夜間の場合は、患者さんは納得す

る部分があるんです。だけど昼間の明るいときにいくら頼んでも看護婦さんもだれも来てくれなかったら不信に思うんです。

**会場：**ガイドラインが出て11ヵ月経っても医師が知らないということですが、でしたらどのくらい経てばいいのかと追及できないかということが1点。薬によって過強陣痛が起きたことは証明されないということですか。

**勝村：**カルテには微弱陣痛と書いてある。

**会場：**それでは、なぜ、子供さんが…。

**勝村：**急に胎盤早期剥離、そういう病気が急に起こった。投与とは関係なしに、時間的には偶然、投与から30分後だけ投与とは関係ない、と(裁判では判断された)。

**谷田：**今の質問で思い起こしたことがあるのですが、以前は裁判では医療レベルは低い方で判断してきたけれども、今は高い方のレベルで判断しなくてはならない、という裁判ができつつありますよね。それとの関連では？

**石川：**おっしゃっているのは未熟児網膜症の件ですが、病院の規模によってある程度判断は違うだろうというのはあります。最初の段階では未熟児網膜症の治療法を採用すべきか、あるいは自院でできなかったら他の病院へ転送すべきかどうかは、光療法が確立されてから2~3年は開業医にはそこまで義務はない、5~6年経つとだいたい中規模の病院だったらやるべきだとか、裁判所の方で、その技術がどの程度浸透したか、判断をしているようではあるんです。勝村さんのケースは個人の病院だったらまだしも我慢できるんですが、市民病院なんですよ。市の中核病院でしょう。平成2年(1990)でとんでもない、そのへんで少しズレがあるんです。検査器具がないとか、技術が特殊でできないとかいうのなら分かるんですが。

**柳：**どういうふうなまとめていいのかわからないんですが。

**会場：**ちょっと質問を。例えば上田市の事件とか、薬剤師には説明の義務があるのに、患者さんに説明したことに対して医師が介入するというか、情報提供をやらせなくするというのは、法的に問題ないのですか。

**石川：**あるでしょうね。ただ、使用者、経営者と使用人との関係だったらそれ(介入)はできますが、(上田市の場合は医師も薬剤師も)独立の専門職ですからね。本来関与してはいけませんがね。例えば病院で自分で使っている薬の能書を書いて、患者さんに必要なときは見てください、という形はあるでしょうが、(調剤薬局)個々ではむづかしいでしょう。

**会場：**医師が薬剤師に処方指示するわけですが、薬剤師がこの薬は副作用とか考えると患者さんに投与してはいけないのではないかと、とか言っていけないのかな、と法的な根拠をお聞きしたかったのですが。

**石川：**いけないことないですよ。患者はそれを期待していますよ。

**谷田：**医師が情報を制限しろとか言う方が間違っているのです。

**会場：**そうですよね。でも実態は…。

**柳：**全面的に医者が情報を扱ってきたのをこれではよくないと改めようとしているわけですが、医者と薬剤師が1対1で対決したら負けますね。それはいけない。どうしたらいいかを考えていくのに、医者と対等になるためにはやらなければいけないことは何か。

まともはできませんが、来年は勝利報告をされることを。セミナーが無事来年もできましたら、その時には報告をしていただきたいなあ。できるかどうかわかりませんが。

**会場：**セミナーは毎年ですか。

**柳：**さあ、ひょっとしたらオリンピックになるかも(会場笑い)。