

出産が安全で安心できる環境で行われるために

—— 講義概要と看護学生の反応を中心に ——

新野由子・高津三枝子・細川美千恵

(受理日 2012年9月28日, 受稿日 2012年12月13日)

Assuring Safety and Comfort Circumstance in Childbirth

—— Focus on the Summary of the Lecture and the Reaction of Nursing Students ——

Yoshiko NIINO・Mieko TAKATSU・Michie HOSOKAWA

(Received Sept. 28, 2012, Accepted Dec. 13, 2012)

はじめに

2001年4月に厚生労働省医政局総務課に医療安全推進室ができて以来、医療安全に対する取り組みは次々と進み、その一環として産科医療補償制度は2009年1月から開始した。この制度は、(1) 通常の妊娠・分娩にも関わらず、分娩に関連して重度脳性マヒとなった赤ちゃんが健やかに補償が受けられ、(2) 重度脳性マヒの発症原因が分析され、再発防止に役立てられることによって、産科医療の質の向上が図られ、安心して出産する環境を目指すものである。

2012年7月4日、高崎健康福祉大学 保健医療学部 看護学科2年生の母性看護学概論の授業のゲストスピーカーに勝村久司氏(以後K氏と表記)を召喚した。K氏は現在大阪府立高校理科教諭である。そして市民運動家でもあり、「医療情報の公開・開示を求める市民の会」「全国薬害被害者団体連絡協議会」「陣痛促進剤による被害を考える会」をはじめ、2005年には厚生労働省「中央社会保険医療協議会」の委員に

就任した。現在は日本医療機構評価機構「産科医療補償制度再発防止委員会」の委員をされている。

本稿では、K氏の講義の概略を説明し、講義終了後の学生の感想を紹介し、考察を述べる。

講義の概略

1. 統計データからみる日本の出産状況

2010年の人口動態統計から日別出生数(資料1)では、火曜日に出産が多く、土日は少なくなっている。同じ統計を1984年と比較しても同じ傾向である。2010年の時間別全出生数では14時に最も多く出生している(資料2)。一方、助産所での時間別出生数は19時から緩やかに増加し6時にピークを迎える(資料3)。助産所においては医療介入は原則行わないので、これが人間の自然な出産時間であるといえる。資料4は1996年、2001年、2006年の出産場所である。ちなみに、2010年の人口動態統計によると、出生場所は施設内が合計99.8%を占め、その内訳は

病院 51.9%、診療所 47.0%、助産所 0.9%であり、施設外（自宅・その他）は 0.2%である。

2. 実際に起こったこと

K 氏の妻は 1990 年に第 1 子妊娠の 38 週に定期健診受診後、十分な説明もなく入院となり陣痛促進剤を投与され、その時の説明は「子宮を柔らかくする薬です。」「血管確保の目的で点滴をします。」ということのみであった。1 時間おきに内服していくうちに、陣痛があまりに辛く十分に呼吸もできない状況となり、K 氏の妻はそのことを医療者に伝えるが、話をまともに聞いてくれなかったという。その時の状況はまるで密室における拷問のように感じたという。そして、翌朝の未明から異常な子宮収縮におそわれ、陣痛の発作と間欠の区別もなくなる過強陣痛が続き緊急帝王切開となり、K 氏の妻は死の危険に直面し、赤ちゃんも仮死で生まれ 9 日後に亡くなった。

幸いにして K 氏の妻は一命を取り留めたが、初めてのわが子の誕生という喜びから一転し、ショックと失望からなんとか立ち上がった時に K 氏は、第 1 子の死に意味を持たせたいと考え、この子が生きていたら育児に費やしたであろう時間を陣痛促進剤の被害をなくすために、市民運動をすることを決心した。

3. 市民運動の取り組み

その後、K 氏はいろいろな活動を通じて 3 つの問題点があることがわかってきた。1 つには薬害・医療被害の背景には、人件費削減、薬価差益増、患者像などの利益優先の価値観があること。2 つ目は、1974 年から日本母性保護医協会（現在の日本産婦人科医会）から会員の産婦人科医に対して、陣痛促進剤の感受性の個人差

は 200 倍もあり、事故の危険性があることは再三情報提供が行われていたにも関わらず浸透していなかった（勝村氏の妻の事故は 1990 年に起きている）こと。3 つ目は、医療を利用する可能性のある一般向けの保健の教科書や母子健康手帳、母親教室テキストの中に“薬剤を使うときはその効果と副作用について十分な説明をうけること”という説明は書かれていないことだ。

そこで、K 氏らは厚生労働省を動かし、1998 年度より母子健康手帳に薬剤関連の記述を盛り込められることとなり、その後 2002 年、2008 年に改正し、より詳細な説明が加えられた（資料 5）。

4. 子宮収縮剤の被害が続いている

2009 年に産科医療補償制度ができ、2011 年 8 月に第 1 回産科補償制度再発防止に関する報告書がまとめられた。その中で 15 件のうち子宮収縮剤使用の 6 件すべてがガイドライン違反を行っていたことが明らかとなった¹⁾（資料 6）。

また、薬剤投与という医療過誤が一向に改善されずに、新たな被害者を生み出しているに過ぎないことが可視化された。

5. 本当のリスクマネジメントとは何なのか

事故から学ぶために健全な原因分析と再発防止がなされていれば事故は予防できるはずであり、これまでの過去に起こった事故からの教訓を若い医療従事者に伝えるべきである。そのことは、子どもたちが将来、医療裁判の原告にも被告にもならないことに繋がる。そのためにも、原因分析・再発防止の仕組みを広げていくべきである。まずは、公教育や高等教育の中で若者たちに事実をもっと知ってもらうことが必要（資料 7）である。

さらに、無過失補償制度のために必要なこととして、真実を担保し、隠蔽や改ざんが起らない仕組みと健全な原因分析・再発防止による医療の質の向上に取り組む事。その上で、システムの揺籃期においてモラルハザードが起らないようにすることが重要という（資料8～11）。

講演の最後に、「学問的良心とは真実を求める気持ちを持つことであり、職業的良心とは精一杯の努力をくり返すことである。患者のための医療者でいて欲しい。」と述べ締めくくられた。

学生の感想

学生たちは、講演を熱心に聴いてくれていた。その後、時間を設けて感想を書いてもらった。

結果

学生 84 名全員が記述し、短い場合で 10 行、長い場合は 22 行の文章が書かれてあった。概ね感想は肯定的で、今回の講義を自己の学びとして受け止めていた。

それぞれの内容を、「事実を知った時の感情」「自己の考えが深まった内容」「看護職になる心構えにつながった内容」（表 1～3）に分類した。

1) 事実を知った時の感情

「陣痛促進剤によって被害があったなんて知らなかった」「医師の対応がひどくて本当に信じられなかった」といった驚きの記述や、「医療者側が用法・容量を知らない、守れない、注意すべき事を理解できない、そんな人間の過ちが引

表 1 講演を通して知った事実に対する感情（抜粋）

1	陣痛促進剤によって被害があったなんて知らなかった
2	K 氏の話は、とても衝撃的で驚くべきものであった
3	医者への対応がひどすぎて本当に信じられなかった
4	陣痛促進剤被害について聞いたことがあったが、詳しくは知らなかった
5	自分たちがちょうど生まれる頃に、陣痛促進剤被害が多かったことを初めて知った
6	子宮収縮薬については、何となく知っていたが、この薬が原因でたくさんの命を落としてしまっていると聞いて驚いた
7	K 氏の話を書くまで、私は日本の産科医療は安全であると思っていた
8	薬害を薬のせいだと思っていた
9	医療者側が用法・用量を知らない、守れない、注意すべきことを理解できない、そんな人間の過ちが引き起こしているということ、恐ろしいことと思った
10	陣痛促進剤の被害について、病院側のただの利益のため、または、医師の病院での立場による勝手な事情のため行われていたことに、恐怖とその人々の人間性を疑った
11	経営のためとはいえ、こうしたことが全国の産科医が知っていて、行う人が多くいたということで、日本の医療は安全だと思っていたが、何も信じられないと思った
12	病院の都合で「あなたは明日の昼過ぎに生まれるのだから、こんな時に私たちを呼ばないで。」という看護師がいると聞いたときに怒りを覚えた
13	同じ事故が何件も起きているというのに、その反省などがいかされず、同じような体験をしてしまう人が増えてしまっていることはとても悲しいことだなと思った
14	医療現場の負の部分を見せつけられ、愕然とすると同時に、こんな乱暴な現場にいて、もしかしたら自分が行う立場になる可能性だって低くはないんだと怖くてたまらなくなった
15	2010 年の新聞という非常に最近のものでも、被害がたくさん出ているという事実に対して過去の話ではないと実感した
16	2010 年の脳性マヒの 6 件でも、これだけ陣痛促進剤の用法・用量を守らない例があることを知って、現在の話だと言われ、信じられない思いでした
17	私も、いずれは子どもを産むことになった時に、人工的に分娩を行うことになってしまったらどうしようという不安と、その分娩が原因となり、子供に障害がおきてしまいはしないかと悲しくなった

表2 講義を通して自己の考えが深まった内容(抜粋)

1	現在もきっと、告発していないだけだったり、隠し通せている病院があるのかなと思ひ、少し怖いと思つた
2	今回の話を聞いて、インフォームドコンセントやメディエーションという言葉について改めて考える必要があると思つた
3	薬について説明がなかったことに對し、医者は「薬について本当の話をしたら母親が不安になるから嘘のことをいう。これがインフォームドコンセントだ。」と言つたという話が心に残つた
4	本来薬剤を扱う時は、作用や副作用、時間やアレルギーなど、患者に伝えることが当たり前であると思つていたことが、その当時に、きちんとされてないことに医療者としての責務は・・・と思つた
5	陣痛促進剤には、「感受性の個人差が200倍」と聞いて、その病院が一律同じ量を投与していたことは、本当に悲惨であることだと思つた
6	実際に陣痛誘発剤による被害を受けているK氏の、絶対にこのような事故を無駄にはならないという思ひを感じ、病院の中で行われていることが全て正しく、患者の意見よりも医療従事者の考え方が正解であるというような概念は間違つていると思つた
7	最近のデータでも、平日の昼間の出産が多いということは、あまり改善されていないだろうと思つた
8	子供を産むのに、病院、診療所、助産院でほとんど行われていることは知つていましたが、病院と診療所によつて、日付けと曜日によつて、産まれる子供の人数が違うということを初めて聞いた
9	防げたはずの故意や不作為などの人災や薬害は絶対になくさなければならぬと感じた
10	医療に関するリスクを一番知っているのは被害を受けた人たちだと思つた

表3 講義を聞いて、看護師になる心構えにつながつた内容(抜粋)

1	前を向いて、亡くなった娘さんの命に意味を持たせてあげたいというK氏の強い思ひを知り、こういった事故を今後ゼロにしなければならぬと強く思つた
2	もっと教育をして、一人一人が陣痛促進剤の危険さを知ることが予防への第一歩だと思つた
3	将来、私は看護師になるが、どんな薬や治療でも、自分のすることに責任を持ち、自分から情報(正しい情報)を、一生、得ることが本当に大切だと思つた
4	医療従事者は、医療事故によつて、これ以上被害者を増やさないために、常に治療に関するリスクを考へたり、過去の事故が何故起きたのが原因を見つけ出し、リスクを取り除いていくことが大切だと思つた
5	本当に不必要な陣痛促進剤の使用をなくすためには、日本の今の医療制度を変えていく必要があると考へた
6	医療で悲しむ方が増えないように、しっかりとリスクマネジメントを学んでいこうと思つた
7	何の薬を何のために投与されているのか、私自身が把握して、質問されたら分かりやすく答えられるようにしていきたい
8	ただ治療を受けるのではなく、治療の本来の目的、効果などを理解するために、自らが知識を身につけて行かなければならぬと思つた
9	患者に身近な看護師だからこそ、患者さんの訴えをしっかりと聞いて活かしていかなければならぬと思つた
10	人の命を預かる責任のある職業に就くので、しっかりと責任を持った医療を行っていきたくと思つた
11	今日の講義を聞いた話をしっかりと頭に残して、医療に携わっていきたく
12	私自身の将来にも強く結びつく貴重なお話をいただき、ありがとうございます
13	今回聞いたお話を忘れず、また、少しでも周りの人に伝えることが、今私にできる陣痛促進剤による被害について広めることができる方法なのではないかと思つた

き起こしているということ、恐ろしいことと思つた」「病院の都合で『あなたは明日の昼過ぎに生まれるのだから、こんな時に私たちをよばないで。』という看護師がいると聞いた時に怒りを覚えた」といった医療者の人間性に対する記述がみられる。さらに、「2010年の新聞という非常に最近のものでも、被害がたくさんでいた

という事実に決して過去の話ではないと実感した」「2010年の脳性マヒの6件でも、これだけ陣痛促進剤の用法・容量を守らない例があることを知つて、現在の話だと言われ、信じられない思ひでした」また、「私も、いづれは子どもを産むことになった時に、人工的に分娩を行うことになってしまつたらどうしようという不安

と、その分娩が原因となり、子どもに障害がおきてしまいはしないかと悲しくなった」というように自分の将来を想像し、悲しさを表現した記述があった。

2) 自己の考えが深まった内容

「薬について説明がなかったことに対し、医師は『薬について本当の話をしたら母親が不安になるから嘘の事をいう。これがインフォームドコンセントだ。』といったという話が心に残った」、「本来薬剤を扱うときは、作用や副作用、時間やアレルギーなど、患者に伝えることが当たり前であると思っていたことが、その当時に、きちんとされていないことに医療者としての責務は…と思った」といったインフォームド・コンセントに関して書かれている記述や、「実際に陣痛促進剤による被害を受けている K 氏の、絶対にもこのような事故を無駄にしてはならないという思いを感じ、病院の中で行われていることが全て正しく、患者の意見よりも医療従事者の考え方が正解であるというような概念は間違っていると思った」「防げたはずの行為や不作為などの人災や薬害は絶対になくさなければならぬと感じた」という事故を生み出す医療に対する批判としての記述がみられた。

3) 看護職になる心構えにつながった内容

「将来、私は看護師になるが、どんな薬や治療でも、自分のすることに責任を持ち、自分から情報（正しい情報）を、一生、得ることが本当は大切だと思った」「医療で悲しむ方が増えないように、しっかりとリスクマネージメントを学んでいこうと思った」「人の命を預かる責任のある職業に就くので、しっかりと責任を持った医療を行っていきたいと思った」といっ

た記述は、自分自身の今後の看護師としての姿勢に繋がると思われた。

考 察

1) 文部科学省が薬害被害者の声を聴く授業等の積極的実施を推奨

2012年8月27日付け、文部科学省高等教育局医学教育課長通知(24高医教第20号)が全国の医学部、歯学部、薬学部、看護学部を置く国公立大学長宛に出された。そこでは、「学生だけではなく教職員を含め、薬害被害にあわれた方の意見・体験等を直接聞く機会を設け、適切な医療倫理・人権学習等の授業や複数回にわたり様々な薬害被害者の声を聴く授業等が積極的に実施されるようご検討願います」と記されている。

今回は母性看護学概論の講義の一環としてゲストスピーカーの K 氏から講義をいただいたが、今後はもっとこのような取り組みが本学において行われていくことを期待する。

2) 誰もが患者や患者家族になる時代

1997年6月から本人や遺族等からの求めがあればレセプト(診療報酬明細書)を請求できるようになった。レセプトには、病名、検査名、薬剤名、処置名などはすべて正式名で書かれており、さらにそれぞれの回数、数量や単価も書かれている。

しかしながら、正常分娩は自由診療として取り扱われるために、上記のような医療(介入が行われたとき)内容を知ることができない。というのも、レセプトが作成されないからだ。今後、このことは可視化され議論されていく必要があると考える。

超高齢化社会が進展し医療費が益々増加していく中、国民の一人一人が医療費の使われ方や医療そのもののあり方を適切に監視し、無駄のない、適切な医療を選択し、患者として医療に参画していく必要がある。

3) 医療訴訟件から産科医療補償制度を経て無過失補償制度の創設へ

最高裁判所の司法統計によると、医療関係訴訟の新規受理数は2004年の1,110件をピークに2010年では791件²⁾となっている。産科医療補償制度が設立したことも影響して制度の行方を見守りながら新規訴訟を控えている可能性がある。

医療安全対策を行い、リスクマネジメント、ヒヤリ・ハット報告が当たり前の言葉として使われているが、そのことで医療事故、薬害がゼロになることは難しいと考える。

妊娠、出産に何等の問題もないのに生後、児になんらかの障害があることもある。また、同じタイミングで緊急処置や手術が必要な患者が2人いた時にどちらを優先させるのかといった問題も起こりうる。医療者はその時にできる最大限の努力を行っているのに、後で訴訟されることでどれだけ深く傷つくであろうか。そのためにも、産科医療補償制度が発展し、無過失補償制度の設立に繋がって欲しいと望む。

4) 次世代を担う子どもを大切に産み育てるためにも、妊娠中から始まる子育て支援が必要 妊娠中にゆったりした気持ちで幸せな時間を

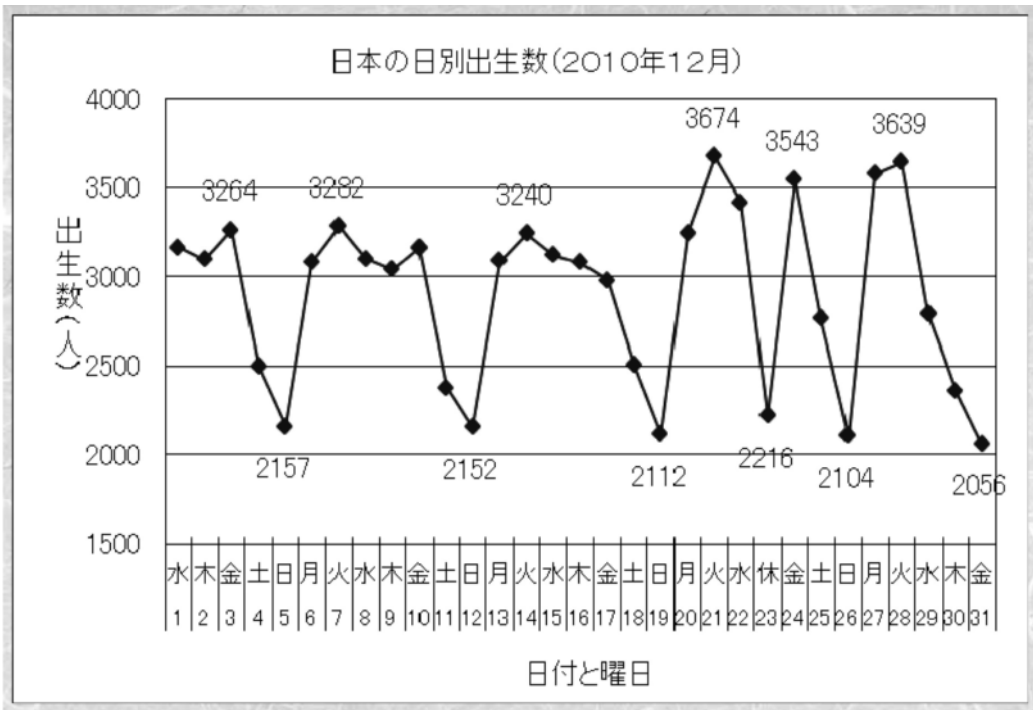
過ごせることが母の精神衛生だけではなく児の健やかな心身の発達に繋がる。妊娠中の母親の感情は胎児に影響すること³⁾が科学の発展とともにわかってきている。

少子化の中で小さな子どもと関わった体験のない人たちが親になる時代を迎えている。そのためには、今後マンツーマンケアが必要となり、「私の助産師」が求められるだろう。

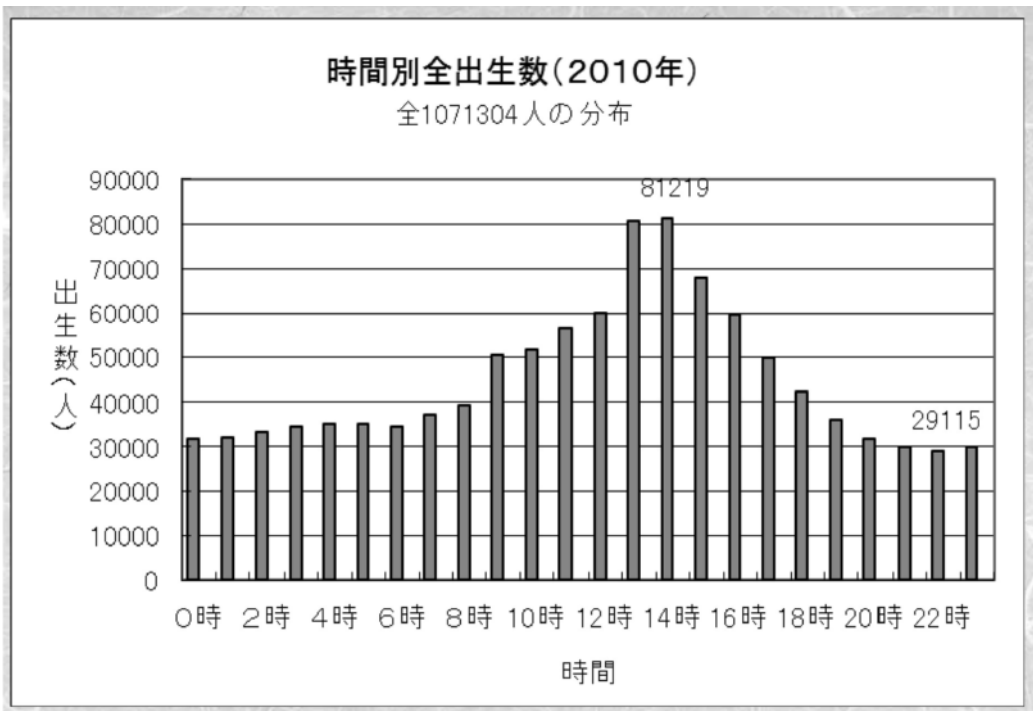
そのためにも妊娠中からの手厚いケアを通して親となっていく女性や夫を支援する助産師の活躍が今後期待される。本学では現在、2014年度に修士レベルでの助産師課程を開設するための準備を進めている。将来、高い倫理観を持ち、高度な実践能力をもつ助産師の活躍を期待する。

文献

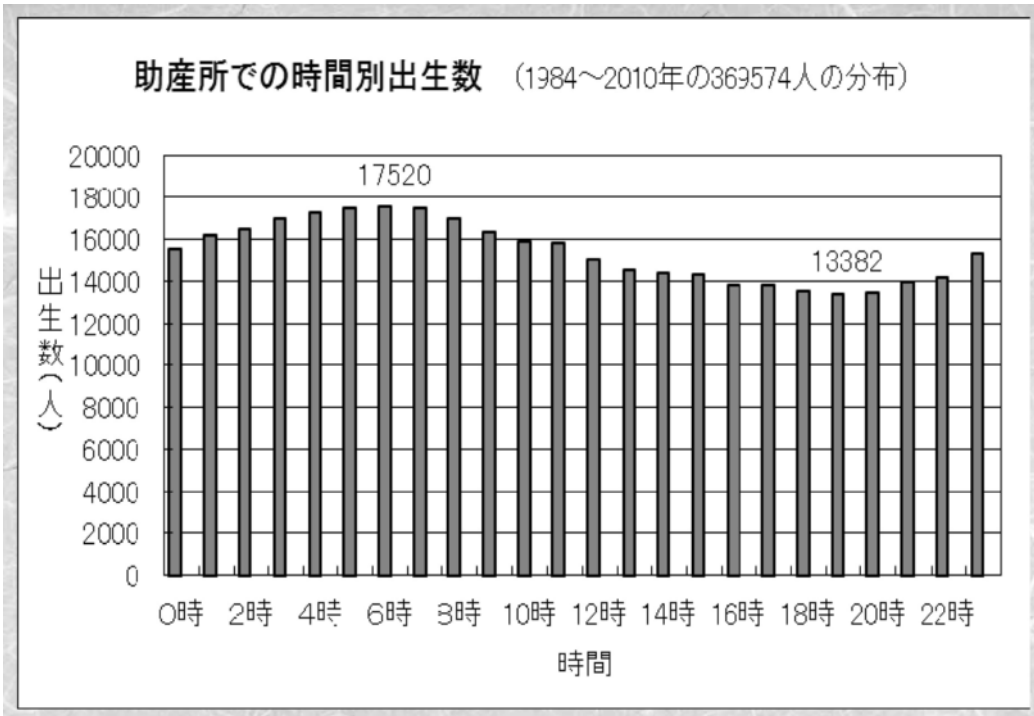
- 1) 産科補償制度
<http://www.sanka-hp.jcqhcc.or.jp/outline/preventreport.html> (アクセス、H24年9月24日)
- 2) 最高裁判所ホームページ、医療関係訴訟事件の処理状況及び平均審理期間
<http://www.courts.go.jp/saikosai/iinkai/izikankei/index.html> HPにアクセスし、画面の下方にある「6. 医事関係訴訟の現状」の医事関係訴訟に関する統計の中の1.
http://www.courts.go.jp/saikosai/vcms_1f/804006.pdf (アクセス、H24年11月12日)
- 3) トーマス・バーニー著、日高綾好訳：胎児は知っている母親のこころ、日本教文社、2008年。



資料 1



資料 2



資料 3

日本の場所別出生数

出生数	病院	診療所	助産所	その他	総数
1996年度	652419	540426	11691	2019	1206555
	54.1%	44.8%	1.0%	0.2%	100.0%
2001年度	620849	536055	11492	2266	1170662
	53.0%	45.8%	1.0%	0.2%	100.0%
2006年度	555648	523539	10872	2615	1092674
	50.9%	47.9%	1.0%	0.2%	100.0%

資料 4

母子健康手帳の薬剤関連の記述

(平成9年度以前は薬に関する記述は無し)

平成10年度より

妊娠中の薬の影響については、事前にその効果と副作用について医師及び薬剤師に十分説明を受け、適切な用量・用法を守りましょう。

平成14年度より

妊娠中の薬の影響については、事前にその必要性、効果、副作用などについて医師及び薬剤師から十分説明を受け、適切な用量量・用法を守りましょう。分娩時の薬剤の使用についても同様に、事前に十分な説明を受けましょう。

平成20年度より

妊娠中の薬の影響については、事前にその必要性と、効果と副作用などについて医師及び薬剤師から十分説明を受けましょう。また、指示された用量・用法を守りましょう。

※「妊娠と薬情報センター」において、妊娠中の薬の服用に関する情報提供が実施されていますので、主治医とご相談ください。

・妊娠と薬情報センター <http://www.ncchd.go.jp/kusuri/index.html>

また、出産時に使用される医薬品についても、その必要性、効果、副作用などについて医師から十分な説明を受けましょう。

資料 5

原因分析完了15件のうち子宮収縮剤使用の6件全てでガイドライン違反

	開始時投与量	増量方法	投与中の モニタリング	妊産婦等の 同意	診療録への 記録
事例1	用法・用量以上	用法・用量以上	なし	不明	十分
事例2	用法・用量以上	記載なし	なし	なし	不十分
事例3	用法・用量以上	用法・用量以上	あり	あり	十分
事例4	用法・用量以内	用法・用量以上	あり	不明	不十分
事例5	用法・用量以上	用法・用量以上	あり	不明	十分
事例6	用法・用量以上	用法・用量以上	あり	不明	十分

(注)「用法・用量」とは、ガイドライン「子宮収縮薬による陣痛誘発・陣痛促進に際しての留意点 改訂2011年版」(日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会)に示されている使用方法を指す。
(出所)「第1回 産科医療補償制度再発防止に関する報告書」(日本医療機能評価機構・産科医療補償制度再発防止委員会)

資料 6

公教育・高等教育で伝えるべきこと

- 添付文書の改訂が大幅に遅れて被害が拡大したこと
- 陣痛促進剤は、多くの妊婦に使用されていたのに、保健の授業でも、母子健康手帳にも、母親教室のテキストにも、全く触れられていなかったこと。
- 日本の出生数のグラフが昔も今も形が不自然であること

＜サリドマイド＞→妊婦には投与してはいけないのに一律に販売し被害発生→因果関係を認めることが早期にできたのに原因を隠そうとして被害拡大

＜陣痛促進剤＞→感受性の強い妊婦に投与してはいけないのに一律に投与し被害発生→因果関係を認めることが早期にできたのに原因を隠そうとして被害拡大

資料7

事故から学ぶ健全な医療の実現を

- 健全な原因分析と再発防止がなされていれば防げたはず事故が繰り返されるのは患者にとって不幸
- これまでのように過去に起こった事故からの教訓が若い医療者に伝えられないのは医療者にとって不幸

子どもたちを将来、医療事故の被害者にも加害者にもしたくない、医療裁判の原告にも被告にもしたくない

い
↓

健全な原因分析・再発防止の仕組みを広げていくべき

資料8

産科医療補償制度の実践からわかったこと

- 医会や学会が標準医療として定めたガイドラインを守ればあまり事故は起きない
- 一方で、ガイドラインを著しく逸脱しているケースでは事故が起こりやすい
- 事実の保全がまだ不十分なケースが存在する
- 医療の専門家たちは、第三者機関による健全なシステムの中では、原因分析や再発防止を科学的に行うことができる

資料9

健全な無過失補償制度のために必要なこと(1)

- 真実を担保し、隠蔽や改ざんが起こらない仕組み
- 健全な原因分析・再発防止による医療の質の向上を実現しモラルハザードが起こらないようにする



制度が始まって少し経てば事故そのものが減る



補償数減で制度は安定し、医療は患者の信頼を得る
 (原因分析・再発防止のシステムがない医賠償保険や無過失補償制度では保険者の財政はいずれ破綻→一部の悪質な医療のために患者や良質な医師らの更なる負担が必要)

資料10

健全な無過失補償制度のために必要なこと(2)

- 無過失補償制度が、一部の悪質な医療関係者らを救うものになってはいけない(モラルハザード)
- 無過失補償制度は、患者と、事故から学ぼうとする多くの良質な医療関係者を救うものとなるべき



- 標準治療を著しく逸脱したり事故の隠蔽やカルテの改ざんをする医師を庇い続けることのないように
- 被害者への偏見を異常なまでに流布し続ける一部の医師たちの言論に惑わされて議論しないように