

わが子の死の原因をつきとめた理科の先生

中医協委員として、群馬大病院事故調査委員として、医療被害を防ぐために

医療情報の公開・開示を求める市民の会世話人 勝村久司先生

2018.11.28

○ゆき きょうお招きしたのは、勝村久司先生です。ここはファーストネームで呼ぶので、ヒサシさんです。「えにし」の会も、公開講義も、「登壇は1回だけしか権利がない」のですけれど、2度目の御登壇です。前回は、陣痛促進剤の話が中心だったのですけれども、その後、レセプト開示が制度になりました。さらに「群馬大学事件」でも大活躍をされたので、3の話をギュウギュウに詰め合わせていただきたいと思います。

私と久司さんの縁は、朝日新聞の社説です。資料として配ってくださった中に、「危険を直視しよう」というグラフの入った社説があります。社説にグラフを入れるのは、朝日新聞 100 年の歴史で初めてのことだったのです。字だけでは説得力に乏しいので…。日本では赤ちゃんの生まれ方が異様であるとグラフでお示しました。

この社説を切り抜いて、仏壇に供えてくださったと伺って、感激したという思い出がございます。そのあと「レセプト開示」の社説にもご登場いただきました。

社説には、いま生きて活動している方の名前を書かないというきりがありました。私は、それち逆らって、直接それに尽力した個人のお名前も書くというふうにして、物語性のある社説を書いてみました。

では、はるばる大阪から来ていただき、今晚も泊まって「放課後」につき合ってくださいる勝村久司さんを御紹介します。

心配なのは、たくさんデータ盛り込んでくださったので、時間が超過すると事務局の井上さんがとてもお困りになるのでよろしくと願いたします…。

皆さんにまず勝村さんの顔が映っておりますのでごらんください。こんな優しい方です。高校の理科の先生で、天文同好会を組織したり、バドミントン部の部長さんをやったり、先生としては。。？

○勝村 はい、天文学を教えています。

○ゆき 奥様と一緒に星を見るのが趣味というロマンチックな方です。それでセイコちゃん(星子ちゃん)という名前を用意していらした。そのお嬢さんが亡くなってしまったというのが、運動を始められたきっかけです。では、よろしくお願いします。

○勝村 はい。皆さんこんばんは。御紹介いただきました、勝村です。

では最初に、自己紹介がわりに…。8年前になるのですけれど、自分の1人目の子供に事故が起ってからちょうど 20 年たったということで、NHK が 30 分の番組をつくってくれました。その動画は私の

ホームページからもリンクを貼っていますが、その冒頭の何分間かをちょっとごらんいただければと思います。よろしくお願いします。

〈ビデオ上映開始〉

○アナウンサー ごく一般的な病院の窓口。ありふれた光景とも言えるんですが、実はこの4月から、窓口の光景が一変したんですね。それはどういうことか？ 診療明細書がもらえるようになったということです。

○女性ナレーター 病院の窓口でお金を支払うとき、領収書と一緒にすべての患者に渡されるようになった診療明細書。薬や検査の名前など、その日受けた医療の詳しい内容、一つ一つの医療行為の費用に当たる診療報酬点数が、細かく記されています。患者にとって貴重な診療の記録となるものです。

○女性 注射薬もちちゃんと、何ていうのを何ミリリットル入れたとかって書いてありますから、やってくださったことに対して納得できるっていいかねえ…。

○勝村 正しい情報が患者に伝わるっていいこと…。

○女性ナレーター この明細書発行の背景には、1人の高校教師の存在がありました。勝村久司さんです。20年前、長女を医療事故で亡くした勝村さん。なぜ娘は死んだのか？

事実を明らかにしようとしても、当時は診療明細書やカルテなどの医療情報は、決して見ることはできないものでした。勝村さんは、同じ遺族や被害者たちとともに、医療の情報公開を求めて立ち上がります。1人の市民がどのようにして改革を実現したのか。20年にわたる戦いの日々を、じっくりと伺います。

○勝村 これが渡されるということが、医療の情報開示や医療全体をよくしていくための、本当にスタートラインだと思っていました。

○女性ナレーター 勝村久司さんは、大阪の公立高校で理科の教師をしています。一教師が医療改革に取り組むきっかけは、20年前の医療事故です。

勝村さんは、生まれて間もない長女・星子ちゃんを、陣痛促進剤による医療事故で亡くしました。当初、使わないと聞かされていた陣痛促進剤を、病院は説明もなく投与していました。事実を明らかにしてほしいと、勝村さんは裁判に訴えます。カルテを証拠保全しますが、改ざんが疑われるものでした。そこで勝村さんが求めたのが、診療報酬の明細書、いわゆるレセプトの開示です。しかし、認められませんでした。

当時の厚生省の通達です。「病名や診療内容は秘密に属することで、治療に悪影響を及ぼすおそ

れがある。たとえ本人であっても見ることはできない」。

○勝村　すごいショックだったですね。非常に本当に、すごい壁があるんだなと思って…。逆に言うと、ここを変えることでね、何か本当の意味で、初めて突破口が開けるんじゃないかと…。

○女性ナレーター　自らの裁判を戦いながら、勝村さんは同じ被害者や遺族たちと協力して、市民運動に奔走するようになります。追い風になったのが、自治体の個人情報保護条例です。当時、条例を使って全国各地で医療情報の開示が実現していました。勝村さんたちの運動は国を動かし、1997年、本人や遺族が請求すれば、診療報酬明細書の開示が認められるようになりました。2年後、大きな転機が訪れます。裁判勝訴。勝村さんが病院に求めたのは、同じ事故を繰り返さないよう、情報公開に取り組んでほしいということでした。勝村さん夫婦は、自らの経験を語りました。星子ちゃんの10年目の命日でした。

（○勝村　実は、この映像で私たち夫婦が後援している横にゆきキさんが座っておられたんです。この10年目の命日の被告病院での職員研修会の司会進行をゆきさんにさせていただきました。）

○勝村　僕がお願いしたいのは、この病院で何が起きているのか、どういう事故が過去にあったのか、その原因を明らかにして、だからここをこう改善しなきゃいけないというようなものを出していつていただきたい。僕らにとっては、10年目の本当のスタート。思えば、事故直後に皆さんにお伝えしたかったことが、10年経ってやっと言えた。ここから本当の、「子供からの宿題」というのが、今から始まるかなと…。

○女性ナレーター　医療と敵対するだけではなく、よりよい医療を求めて共に歩む新たなスタートでした。

○男性「薬害根絶デー」を、毎年この…。

○女性ナレーター　勝村さんの活動は、さらに広がりを見せていきます。HIVや肝炎など様々な団体と連携し、すべての患者と家族のために、情報公開の大切さを訴え続けています。

○勝村　正しい情報が患者に伝わるということ、それが最も被害を繰り返していかないことになると思いますし、被害者の声を聞く行政というものが、いかに大事かということだと思いますので…。

○女性ナレーター　2005年、勝村さんは厚生労働省の諮問機関、中央社会保険医療協議会の委員に選ばれます。そこで勝村さんが強く訴えたのが、診療明細書をすべての患者に無料で発行することです。医療側からは、「そもそも患者が見てもわからない」、「告知の問題がある」、「希望する患者

だけでいいのではないか」…反対意見が相次ぎました。この5年、毎月東京に通い、患者の代表として議論を戦わせてきました。そしてついに今年2月、診療明細書の無料発行を勝ち取ったのです。

○厚労政務官 最終盤になって、診療報酬そしてその明細が義務づけられることになりました。医療というものを、共通の情報でその内容をしっかり理解できるようになっていく…。

〈ビデオ上映終了〉

○勝村 はい。ということで、ではここからはスライドに沿って、お話をさせていただこうと思います。

まず、このグラフです。もうすぐ12月になりますが、これは去年の12月の出生数です。今は少子化になっていて、全国で1日当たり平均すると約2,600人弱の赤ちゃんが生まれていることになるのですが、平均すると2,600弱ですが、日によって生まれている赤ちゃんの数が違う。火曜日が多い、日曜日が少ないということになっているということです。これは1984年から、今より1.5倍ぐらいの出生数があるときから変わってなくて、火曜日が多い、日曜日が少ないとなっているわけです。

なぜ1984年を出したかという、この年が、恐らく厚労省が初めてこの種の統計を取った年であって、初めて統計を取ったらすでにこうなっていたということです。そこから35年ぐらいたっているのに、恐らく日本の出生数というのは、少なくとも半世紀ぐらいはこういう感じになっているのではないかと考えているわけです。

このグラフは時間別ですけど、1日当たり2,600人ぐらいということで、2017年は100万人を切って94万6,000人ぐらいの赤ちゃんが1年間に生まれたのですが、1年間に生まれたすべての赤ちゃんが、何時台に生まれたかというのをプロットしたグラフです。これは、午後の1時、2時が多い。夜間の2.5倍ぐらいある。やはり、厚生省が初めて統計をとったであろう1984年からすでにそうなっていて、午後1時、2時が多くて、夜間の2.5倍ぐらいあるということです。

この時間別グラフを場所別で、助産所で生まれた赤ちゃんだけでグラフをつくってみたら、午後2時ではなくて、朝の6時にちょっと多くて、夕方6時にちょっと減るという、きれいな海の波のようなリズムが見えてくる。助産所で生まれている赤ちゃんは数が少ないので、このグラフだけは、厚生省が統計をとりはじめた1984年から2017年までに助産所で生まれたすべての赤ちゃん、約42万人でグラフをつくっています。

助産所で生まれた赤ちゃんだけで、曜日別のグラフをつくると、ほとんど差が出ない。時間別も差が出ないかと思ったら、逆にちょっと興味深い、朝の6時と夕方6時にちょっとピークがあるということがわかって、これが人間の本来のお産のリズムだとすると、日本全体ではかなり不自然なグラフになっていると。

これは最近20年間ぐらいの場所別出生数ですが、日本は、ざくっと病院で約半分、診療所で約半分、助産所で1%が生まれると言われてきましたが、病院はちょっと減って、またふえてきて、診療所はふえて、また減ってきてという感じで、助産所は1%だったのが0.5%ぐらいに減りつつある感じになっているということです。要するに、99%以上が病院または診療所で出産をしていて、火曜日が多

く、日曜日が少ない。午後1時・2時が多くて、夜間が少ないということになっているということです。

このグラフは帝王切開率の推移ですが、なぜ助産所と病院や診療所は違うのかというと、病院や診療所は帝王切開をするからだろうと思うわけです。ところが帝王切開率というのは、厚生省が統計をとりはじめた 1984 年から現在まで2倍から3倍違うわけですけど、NHK の人が統計の専門の人に見てもらくと、少子化は進んでいるけれど出生数のグラフの形はずっと変わっていないというわけです。

帝王切開率がこんなに変わっているのに、変わっていないというのはどういうことなのかというと、僕の想像、仮説は、84 年のころは恐らくすべてのお産のうちの8割以上で陣痛促進剤、子宮収縮薬が使われていたのではないかと僕は思っています。今は5割ぐらいと産婦人科医会の代表者らは公の場で言っていますが、昔は8割よりもちょっと多かったのではないかと僕は思っています。今も5割よりもっと多いのではないかと思っていますけれど、促進剤を使う量が少し減ってきている分、帝王切開がふえている。もちろん帝王切開は、高齢出産や何かといういろいろな要件があるわけですけど、グラフの形との関係で言うならば、そういうことになっているのではないかと思っているわけです。

しかも、帝王切開だけで曜日別や時間別グラフの不自然さを説明できない理由は、帝王切開というと恐らく平日の昼間にするのだらうと思われがちなのですが、日本の帝王切開のうちの4割以上は緊急帝王切開なので、平日の昼間とは限らない。しかも、東京都立病院なんかの昔のデータですが、緊急帝王切開になったものは、陣痛促進剤を使っていたものが多いということもあったりして、帝王切開では陣痛促進剤は使われていないというわけでもないということがわかるわけです。

それで、陣痛促進剤被害の典型例という形で、90 年の僕の妻子の事故ですけど、僕たちの裁判はかなり注目してもらって進んできたわけです。その結果、いろんな被害者の人とも出会っていきわけですけど、被害者たちが集まってわかることは、被害者というのは母親たちですけど、みんな一つのエピソードを持っていて、何のエピソードかというと、「自分が子宮収縮薬、陣痛促進剤を使われたということに気づく」というエピソードがあるのです。

普通、気づかないわけです。なぜなら、その当時までは、陣痛促進剤はこの二つのせりふで使われてきました。今も残っているんですけど、白い錠剤を1時間おきに1錠ずつ5回ぐらい飲むというプロスタルモンE2という商品名のものは、都道府県を越えて、時代を超えて、「子宮口を柔らかくする薬です」という説明で投与されてきた。オキシトシン、商品名ではアトニンというような点滴注射薬は、「血管確保の目的で点滴をします」というせりふでの点滴の中に、知らない間に入っていたということなので、普通気がつかないわけです。

ビデオにも出てきました 28 年前の枚方市民病院は、当時の裁判の中で、「あの薬は全員に使っている。枚方市民病院だけではない。大阪府の公立病院は、ほとんどみんな全員に使っているはずだ」と言っています。それは「計画分娩」と言うのですけれど、40 年ほど前に最初に計画分娩について公言したのは、東京の防衛医大附属病院で、「すべての妊婦に陣痛促進剤を使って、すべてのお産を平日の昼間に持っていけます」というのを宣言したのです。それが全国に広がっていくのですが、そのときに広がっていく先では計画分娩していることをきちんと公言することをやめて、コソツとやるみたいな感じで広がっていったのです。

なので、普通こういうせりふで使われると、計画分娩で陣痛促進剤を使われたと気づかないはずなのですけれども、「被害者だ」と言っている人が多いわけです。その人たちは、何らかのエピソードでまた自分が使われたことに気づいた人たちなのです。陣痛促進剤の被害は、被害者だと言っている人の数もかなり多いのですけれども、ほとんどの人は被害なのに被害だと気づいていないんだろうなと僕は思っています。

大概、「先天性の脳性麻痺です」とか、お母さんのほうが亡くなった場合は、「体の弱いお母さんだった」というような説明がされていることが多かったわけです。だから、裁判になっているのはまさに氷山の一角で、母体死亡とか脳性麻痺になってしまった子供たちの多くは、実は陣痛促進剤の被害ではないかと僕は思っていますが、それを肯定するデータも、否定するデータもちゃんと公になっていないということです。

被害者たちはみんな、「人間として扱われなかった」と言うのですが、どういうことかという、だれも被害者になりたくないですから、苦しみを訴える。強すぎる陣痛がきて、赤ちゃんに酸素がいなくなると脳性麻痺になるとか、子宮が破裂してお母さんが出血多量になって亡くなるとか、そういう事故なので、非常に強い陣痛がきてしまうわけなのです。

すごく苦しいから、苦しみを訴えるのですけれども、被害者たちが集まって話をすると必ずみんな同じことを言います。「一生懸命に苦しみを訴えても、まともに対処してもらえなかった」、「子宮口が開いていないのに、まだまだよ。今ごろから何をギャーギャー騒いでいるの」とか、「最近の若い女性は…」としかられ続けて、だからこそ取り返しのつかない被害にまで至ってしまったという共通点があります。なぜ、そんなに看護師さんや助産師さんが怒ってしまうのかということについては、次のスライドで説明します。。

それから、もう一つ。「密室での拷問」と書いていますけれども、あとでもちよつと触れようと思っていますが、最近は陣痛が痛いからといって無痛分娩というのがはやっているのですけれども、陣痛が痛いのだとしたら、子宮収縮薬や陣痛促進剤を使ってそれを強められてきたということがどれだけ痛かったのか、と思うわけですが、被害者の多くが実際に子宮が破裂していることを考えると、それだけでも拷問なのですが、被害者たちがいつも一番つらく思っているのは、「自分で自分の子供を殺してしまった」という、そういう拷問なのです。

僕の妻も死にかけていて、僕は、母子ともに死ぬのかという感じになっていたのです。母親のほうは出血が多量で、出血がとまらないから子宮を取り出す手術を承諾させられて、妻が意識不明だったので、僕が承諾せざるをえなくて…。ところが、幸い子宮を取り出す手術をしている最中に出血がとまったので、子宮は取られずに済んで、意識も回復したのですけれども。あのまま出血がとまらなかったら、子宮は取られるわ、もしかしたら死んでいたわということなのです。それはもう紙一重だったと思うのですけれども、実はそういう被害がたくさんあるのです。

やっと意識を回復したときに、妻が最初に言った言葉は、「赤ちゃんはすごくダメージを受けているんじゃないか」というわけです。なぜなら、「私は何度も何度も叱られた」と。「子宮口が開いていないのに、いきんだらだめでしょ、と何回も叱られたけど、私はいきんでしまった」と言って、涙をためているわけです。

つまり、子宮収縮薬を過剰に投与されるから、子宮収縮がぐーっと強まってしまう。それが、いきむという…。本来は子宮口が全開になって、赤ちゃんが出口まで来て、やっと気張って、その瞬間「おぎゃー」と生まれるときまではいきんではいけない。そこまでは、「ひーひーふー」と呼吸法でいきみ逃しをしなければいけないのに、子宮口が全然開いていない、赤ちゃんが全然出口まで来ていないのに、物すごく強い子宮収縮がきてしまう。それを、「叱られるけれど、強い陣痛を我慢できなかった私が、赤ちゃんを殺してしまったんじゃないか」、「低酸素の状態にしてしまったんじゃないか」と、自分を責める気持ちでみんながいます。

お母さんのお腹で赤ちゃんを締め付けて、赤ちゃんがだめになるまで耐えさせられているというのが、陣痛促進剤の被害における状況なので、自分の体が痛めつけられる以上に、母親に、「子供を締め付けて低酸素状態にして子供の脳をダメにしまえ」というようなことを密室で無理やりやらされているようなことが、「陣痛促進剤被害の典型例だ」と、僕たちの事例は言われたのですが、そんな被害はなさなければいけないと被害を経験すると思うわけです。

なぜ、こういう被害が起こるのかということを考えてみると、なぜ、枚方市民病院は知らない間に全患者に陣痛促進剤を使っていたのかということ、それは、枚方市民病院だけではなくて、当時は計画分娩として全員に使っていた病院が多かったわけですが、それは、すべてのお産を平日の昼間にすると、休日や夜間に助産師や医師を置かなくてよいので、人件費が削減できる。全員に微弱陣痛という病名をつけて、レセプト請求する。薬を使うことによる利益も増える。それから、無理に産ませる・早めると、子宮の出口が柔らかくなっていないから頸管裂傷とかを起こしてしまうかもしれないので、あらかじめはさみで2センチ、4センチ、6センチ切っておく。会陰切開というのだけれど、それがルーティーンで、セットでされる。

出来高払いの弊害と呼ばれた時代ですから、そうやって薬づけ、手術づけ、検査づけという、要らないことや不必要なことをやればやるほど、病院が儲かるというところがあった。一方で、冒頭のビデオにあったように、患者には情報を与えないということがありましたから、そういう形でどんどん不必要なことがされていたのではないかなと思うわけです。裁判の中で、「なぜ妻に陣痛促進剤を使ったのか？」と聞いたら、「極めて順調にきていたからだ」というわけです。「順調にきていない妊婦には、こんな危険な薬は使わずに早めに、帝王切開をする。しかし、順調にきている妊婦ならば、陣痛促進剤で無理を強いても大丈夫だろう。そもそも、順調にきている母子に帝王切開をすることもできないから」と言わんばかりで、医学的には全く必要がないのです。

陣痛促進剤被害の背景の二つ目です。スライドに「情報の非公開」と書いてありますが、実は1974年に日本中の産科医だけに1冊の冊子が配られていました。それは、日本産婦人科医会（当時は日本母性保護医協会と言ったのですけれど）が、会員向けに1冊の冊子を全員に配っていたというもので、僕らは心ある産科医からもらうわけですが、それを見ると—最初は1974年に発行されていて、そのあと毎年のように発行されているのですが—何が書いてあるかというと。

「近年、子宮収縮薬、陣痛促進剤の使用によって、胎児仮死、胎児死亡、重度の脳性麻痺、子宮破裂、母体死亡が頻発しているから、この冊子を発行した」というような主旨が書いてあって、「中には訴訟になっているものもあり、医賠償、医師賠償責任保険で支払っているのも、産科の陣痛

促進剤を使った事例が非常に多いということを保険会社からも指摘を受けていて、この冊子をつくっている」というようなことが書いてあるわけです。74 年にそういうことがあったということは、それ以前にすごく事故があって、被害があったということで、僕らは、少なくとも半世紀以上にわたって陣痛促進剤による被害が日本で続いているのだろうと思っているわけです。

その中にどう書いてあるかというと、「この薬が危険な理由は、感受性の個人差が 200 倍以上あることだ」と書いてあって、最近、産科医療補償制度というところで専門家が言うには、「欧米では、この薬は感受性の個人差が 1,000 倍以上となっている。日本だけ 200 倍となっている」と。1,000 倍も 200 倍もあり大差はないわけですが、とにかく感受性の個人差が非常に大きいのです。こういう薬を全員に投与していると、一定の割合で非常に感受性の強い人がいて、その人たちは一気に子宮が破裂するぐらいの強い陣痛が来てしまって、被害が繰り返されているということが、そこには既に書かれてあるわけです。

ところが、裁判が全国で行われていてわかることは、被害を起こしている医師、助産師、看護師は、感受性の個人差が非常に大きいということを知らないのです。だから平気で全員に投与するし、もし知っていたら、1 人だけすごい苦しみを訴える人がいたら、この人が感受性の強い人ではないかと慌ててくれて、助かっていたかもしれない。知らないから全員に同じ薬を同じように投与して、ほとんどの妊婦はけろっとしているのに、「何をこの妊婦だけはぎゃーぎゃー騒いでいるんだ。きっと我慢の足りない女性だ」と思って、叱ってしまって、取り返しのつかないことになっているのではないかと、僕は思っています。

助産師さんになるような学生さんの前で話をさせてもらう機会があるときは、僕は、「陣痛促進剤被害をなくすことは簡単で、感受性の個人差がすごく大きいということを、使う医療者が知っておくだけで被害はかなりなくなる」と話します。そうすると、そんな薬は怖くて全員に一律に投与なんてそもそもできなくなると思うのですけれども、そういうことがあるということがこの冊子を見てわかったわけです。

この冊子には、「だから、添付文書に書いてある最大使用量の半分以下しか使うな」とか、「添付文書には筋肉注射で打ってもいいと書いてあるけれど、それでは感受性の強い人だったら大変だから、1 分間に 3 滴の点滴から始めて、最初の 30 分間は医師が持続的に監視すること」とかが書いてあります。そんな冊子が 74 年からあったのに、僕らの子供の事故は、90 年だったわけです。

保健の教科書の出産のページ、母子健康手帳、妊婦向けの出産に向けたテキストには、自然の分娩がどのように進むか、とか、呼吸法とかいろいろなことが書いてありますけれども、これだけ使われていた陣痛促進剤のことにに関しては一切触れられていないので、計画分娩がすごく花盛りであったにもかかわらず、みんなは自然分娩だと思わされて、実は陣痛促進剤が使われていたというのが、日本の半世紀のお産の実情ではないかと思っているわけです。

これは、74 年から毎年のように発行されていた冊子の 90 年版です。毎年のように発行されていたので、10 冊目か 15 冊目ぐらいだと思いますけれども、日本母性保護医協会というのが今の日本産婦人科医会ですが、そこからの抜粋です。この三つの文章に、ちょっと長いですが目を通していただくと何と書いてあるかというと…。

一つ目には、要するに「子宮収縮剤で、母親が死んでいる」と書いてあります。二つ目には、そうや



って子宮収縮薬で母親が死んでいる事例では、「必要がないのに使っている」と。三つ目は、「だから病院の事情で、計画分娩をすべきではない、そういう理由で、薬は使うべきではない」とまで書いてあります。この年の12月が僕の子供の事故だったということで、最初にその冊子が全国に配られてから15年以上経っているのですけれど、医師だけに配布していたので社会的には被害が全く認知されていなくて、漫然と被害が繰り返されていたのだらうなと思っているわけです。

このスライドは2005年の、毎日新聞の1面トップ記事ですけれど、92年に添付文書が大幅に改訂されました。今見ていただいた冊子が90年に配られたので、それを僕たちは92年に、当時の厚生省に持って行ったわけです。そこには、「最大使用量は添付文書の半分以上」とか、「筋肉注射で打ってはだめだ」と書いてあるから、厚生省は添付文書を改訂すべきだということを言ったわけです。厚労省は、「ばれたか」と言わんばかりに、すぐに添付文書を大幅に改訂するわけです。筋肉注射はだめになりました。最大使用量も半分になりました。それが大きく報道されたので、これで陣痛促進剤の被害はなくなるのではないかと思うほど添付文書が大幅に改訂となったわけですが、それが92年です。

ところがこの記事は、添付文書が大幅に改訂されたあとも、被害者団体が把握している非常に重篤な被害だけでもこれだけあって、全然被害がなくなっていないのではないか、という問題提起なのです。

このスライドは僕たちの裁判は10年越しで終わったわけですが、それ以降に起こった事故を調べても、出産事故の半分近くは陣痛促進剤の事故だとなっていますし、厚生科学研究で、出産時の母親の死亡を見ても、陣痛促進剤が有意に関係しているということがわかったということです。

これは、「薬被連」という、全国薬害被害者団体連絡協議会なのですが、陣痛促進剤被害といえば医療事故ではないかと思われがちなのですが、なぜ薬害の側面もあるのかというと、僕たち薬害の被害者団体は、「薬害の原因は、薬だと思いませんか？」という言い方をしています。「薬害の原因は、薬だとは思っていない」という意味なのですけれど、薬には必ず副作用がありますから、主作用よりも副作用が強くなるとその薬は、その人にとっては「薬」というよりも「毒」と呼んだほうがいいわけで、副作用は必ずあるのです。薬害というのは、そういう副作用の非常に大きなもので、社会問題化したようなものなのではないかと思われがちなのですが、被害者団体は、「薬害の原因は、薬が原因ではなくて、人だ」という言い方をしているわけです。

では、なぜ陣痛促進剤被害は薬害なのかといたら、少なくとも1974年の時点で、添付文書を大幅に改訂しなければいけないということを、産・官・学、つまり、製薬企業も、厚生労働省も、医会学会も、わかっていたのです。だけど、こそつと裏で、「事故が多くて、医賠償の支払いが多いから、気を付けて」という文書を出すだけにして、表では公には被害を認めませんでした。実際に訴訟はたくさんありましたが、その訴訟では、医会・学会側は総力を挙げて関係団体の鑑定医等によって、陣痛促進剤被害なんて存在しないかのようなことを、表舞台ではずっと言い続けるわけです。

マスコミの人が医会・学会にそういう取材をしても、「それは患者の思い過ごしだ」という感じで、「産科医たちは精いっぱいやっているのだけれど、それでも結果が悪くなることはどうしても起こるのだ。それをいちいちとがめられていたら…」みたいな言い方を、表ではしていたわけです。でも、裏ではこうや

って、「陣痛促進剤の事故が多いから」、「保険で支払っている額が多いからと保険会社から言われているから」と言って、冊子を出し続けていたわけです。

これを厚労省は、厚労省の中に記者クラブがあるので、非常に大きな事故が繰り返されていることがわかったということで、医師だけにこそつではなく、助産師にも看護師にも、もちろん妊婦にも家族にも国民に向けて大きく伝えるべきであって、僕たちが 90 年にその冊子を持って行くもっと以前に、添付文書を大幅に改訂しておくべきであったわけで、もし、そうしていれば、どれだけそれ以降の被害が減っただろう、それをやらなかったことで、どれだけ被害が拡大してしまったか、ということが薬害の本質なんです。

「過去に起こった被害の責任は取りたくないから、被害ではないふりをするけれど、未来の被害だけはうまくなくせたらいいなと思って、水面下で冊子を配る」というやり方では、被害はとめられないということを証明した歴史だったのだらうと思っているわけで、やはり情報公開は大事だと思うわけです。そういう意味で、被害が拡大した理由というのは薬が原因ではなく、人為的なものが大きな要因だということで、陣痛促進剤被害を「薬害」としているわけです。

92 年に大幅改訂されたのですが、74 年に改訂しなければいけないとわかってから 18 年経っていたのですが、さらに 92 年から 18 年たった 2010 年にも、陣痛促進剤の添付文書は大幅に改訂されました。実はこの 2010 年に改訂されたうちのこのスライドに書いた三つは、92 年のときから僕たちが、「載せてくれ」と言っていたものなのです。それを載せてくれずに、18 年経ってやっと載ったのです。これが 92 年に載っていたら、またどれだけ被害がとめられただらうと思うわけで、特にこの三つ目ですけれど、「患者にこの薬(陣痛促進剤)を使う場合は、必要性(必要がないのに使っていたわけですから)と危険性(非常に感受性の個人差が大きいというリスクがあるわけですから)を説明して、同意を得てから使うように」というのが、やっと書かれたわけです。

これを僕たちは 92 年のときに書いてくれと言っていましたが、書きませんでした。なぜかという、最初のビデオでもありましたけれど、患者に本当の病名さえ言わなくていい時代だったのです。「癌だ」と言ったらショックを受けるから、「癌だ」と言わないで治療をするというようなことも「あり」だったので、本当の薬名を言わないというのも全然平気だったわけです。「陣痛促進剤を使う、と言うと妊婦さんが不安がるから、不安がらせないように本当のことを言わなかった」と、実際に裁判で僕たちの病院の医師も言っていたわけです。そういう状況だったわけで、厚生労働省がそういう方針でした。つまり、「本当のことを言うかどうかは、医師の裁量だ」というのが見解だったわけです。

では、なぜ 2010 年 6 月 1 日によやく載ったのかというと、この年の 4 月 1 日に、最初のビデオでも見てもらった、診療明細書の全患者への無料発行が決まったのです。全患者へ無料発行をするということは、それまでも家に持って帰る薬の名前とかはわかるようになっていたのですが、病院の中で打たれた点滴に何が入っていたとか、手術中の麻酔薬が何だったのか、血液製剤が何だったのか、フィブリノーゲンだったのか、クリスマシンだったのかということは、なかなかわからなかったのです。

それが全部、2010 年の 4 月 1 日以降は、原則、診療明細書は全患者に無料発行となりましたから、陣痛促進剤はアトニンという製品が一番よく使われているのですが、アトニンだったらアトニンという商品名が診療明細書で患者に渡されるようになったので、それでうそがつけないということになっ

たわけです。なので、僕の立場からすると、陣痛促進剤の添付文書にこれの三つ目を書いてもらうためには、診療明細書の全患者無料発行というのを実現しないとこれを添付文書に載せてもらうこともできないということで、逆に言うと、それが実現したからようやく載ったという、情報開示の歴史があります。

これは添付文書ですけど、普通は白黒なのですが、ちょっと何かあると赤字・赤枠になるのです。子宮収縮薬は、冒頭からこの5行がすべて赤字で赤枠になっています。やっという説明が載ったということです。

母子健康手帳にも一切、薬のことは載っていなかったのですが、平成 25 年からようやく「子宮収縮薬」という言葉が載るようになったということがあります。サリドマイドという薬害が日本であったのに、母子健康手帳に薬のことが一切書かれていなかったというのは非常に違和感のあることです。サリドマイドは、今も抗がん剤として盛んに使われていますが、妊娠初期のある時期にそれを飲んでしまうと必ず腕のない子供が生まれてくるので、タイミングによっては薬が毒になるわけです。

陣痛促進剤も、感受性の強い人に投与してしまうと、子宮破裂するまでに緊急帝王切開で出せるかどうかという、非常にリスクなことになってしまうということで…。タイミングとか感受性とかで、薬は非常に毒になるということを、医療者にも患者側にも、教育というところでもっと伝えていく必要があるということで、僕たちは文部科学省とも交渉しています。

こういうことを学んでほしいということで、全国の中学3年生に『薬害を学ぼう』という冊子を配るというのを、交渉の中で実現して7年目か8年目になるのですけれど…。ここにきて、全国の中学校に配布されていたこの冊子が、ほとんど段ボールごと廃棄されていたのではないかということになってきて…。では、どうやって薬害を伝えていくのかというのは、確かに配るだけではなかなか無理で、今はいろいろ工夫をしなければいけないと思っているわけです。

今度は、医療事故のほうです。「医療安全」という言葉が医療法に載ったのは、2006 年の改正からです。その1年前の、厚労省の医療安全対策ワーキンググループというので、僕は初めて厚労省の委員にさせてもらったのです。そこでは、この三つの柱で報告書をまとめようというわけですが…。ところが、今で言えば当たり前だと思うこの3つの2番目に、みんなが反対するわけです。「事故から学ぼう」とすると、医療が萎縮する」とか、「事故から学ぼうなんてすると、医師たちは本当のことを言わなくなると思うけど、それでもいいのか」と、恫喝的なこと言われるとか…。「今まで本当のことを言ってきたのか？」と言いたくなる時代だったのですけれど、そういうことが言われました。

僕が一人で頑張るという感じで、“四面楚歌”つぼくなったときに、看護協会の代表の人が、「どうして勝村さんのいうことがわからないの」とみんなを一喝してくれるような場面があったりして、一応この「事故から学ぶ」という記載が載ったのです。当時、厚労省は、初めて「医療安全」という言葉を医療法に入れようとして頑張っていたのですけれど、いきなり事故から学ぶというよりは、とりあえず「ヒヤリハット」とか、「インシデント・レポート」とか、もう少しで事故になったかもというところから学んでいこうとしていたのに、いきなり事故から学んでほしいということだったので、いろいろもめたということです。

陣痛促進剤被害も、もし、事故からきちんと学ぼうとしていたら、こんなに被害は拡大しなかったでしょう。感受性の個人差が非常に大きいことが、事故を起こしやすい要因だということを、医療者たち

があまり知らない。それがわかれば、事故防止なんて結構簡単にできるかもしれないのに、事故から学ぼうとしないから、陣痛促進剤被害が認知されないまだだったと思っていたので、僕の立場からすると、やはり事故から学んでほしいということだったわけです。

そうということが少しずつ進むようになってきて、2009 年から産科医療補償制度というのが始まるわけですが、これは今も、「重度の脳性麻痺になった事例で、しかも産婦人科医が訴えられる可能性のある事例」だけを対象にしています。未熟児とか新生児科医が訴えられる可能性が高いようなところは対象になっていませんし、つまり、先天性の脳性麻痺とか、産科医が訴えられる可能性のない事例は対象になっていないので、産科医を守るための制度ということで始まりました。

当時の厚労大臣は、「全国の産科医の皆さん、お待たせしました」という感じでこの制度の創設に関する会見をしましたから、妊婦さん向けには呼びかけていないという、産科医のための制度という感じで始まった。僕らからすると、ちょっと違和感のある制度だったのですけれど、今は既に 2,000 件以上、原因分析報告書がつくり終わっています。さらに分析は続いていて、年に一遍、原因分析報告書を縦覧して、「こんな事故が多いから気をつけましょう」という感じで、再発防止報告書がつくられています。

僕としては誕生の経緯が母子のためではないという違和感があるのですが、この制度は日本で初めて、すべての重度の脳性麻痺事例をちゃんと原因分析して、それを再発防止に生かしていくこともするということだったので、少しかかわっているわけです。今は 2,000 件を越えて原因分析ができていますのですけれど、最初の 15 件が終わった段階で公表された陣痛促進剤被害は、添付文書で典型的な事故例として「こんないい加減なことをしたら脳性麻痺になりますよ」といわれていたことを平気でやって、「脳性麻痺になったから、新たにできた公的な保険で支払ってくださいね」みたいな感じになってしまっている事例があったわけです。モラルハザードです。

産科医療補償制度ができたときに、「なぜ、産科医だけなのか」ということをみんな思って…。なぜ無過失保障制度が産科医だけなのか、なぜ重度の脳性麻痺だけなのかと、みんなが思ったのですが、僕はすぐにピンと来ました。産科医会が出している冊子にも書いてありましたが、従来から医賠償の保険会社が困っていたのです。「産科の重度脳性麻痺事例の医賠償の支払いが突出して多い」と保険会社が困っていたわけです。医賠償の保険会社からしたら、その困っていた部分が公的な保険で補われるということはすごく楽で、実際この制度は 2009 年の1月1日スタートなのですけれど、2009 年の4月1日から医賠償の保険料は値下がりしているのです。そのことを産婦人科医会は、医会の会報誌で、自分たちの政治力の成果で保険料は値下がりましたということを自慢しているということもあったわけです。

それ以降、年に一遍、再発防止の報告書が出るたびに、いろんなマスコミがニュースを流してくれます。NHK だけを取り上げても、毎回「子宮収縮薬」、「陣痛促進剤」という言葉が出てきて、残念ながら全く被害がとめられていない。「促進剤を使うときは、インフォームドコンセントで説明と同意をしてください」と改めて言っている。

これは 2017 年の 8 月ですが、第7回再発防止に関する報告書の中で、陣痛促進剤を使うときの事例が報告されていて、「必要性や危険性を説明せずに、知らない間に使っている事例が今もある」

と指摘されている。一番たくさん使われているのは、あすか製薬の陣痛促進剤ですけど、製薬会社自体が、「必ず添付文書に書いてあるとおり説明をして使ってください。使うときは、非常に感受性の大きい人が大変なことになるから、監視してください」ということを、未だに医師向けに出しているという状況なわけです。

去年、無痛分娩の事故が非常に大きくクローズアップされましたので、今年はなくなっているのではないかという人もいるのですけれど…。クローズアップされている事例は何かというと、実は事故が起ったから報道されているのではなくて、「事故を公表してもいい、顔を出してもいい」と言って、カミングアウトしている家族の事例だけが報道されているのです。実はもっともっと、顔は出たくないけどという被害者たちはいっぱいいて、僕たちも知っているわけです。

去年の4月に、日本産婦人科学会は内々にはこの三つを出していますけれど、「無痛分娩は、陣痛促進剤を使う」と書いているのです。欧米の無痛分娩は違うかもしれませんが、日本の無痛分娩は、基本的にほぼ全てが計画分娩でされます。だから無痛分娩を希望した瞬間に、必ず陣痛促進剤が使われることになります。無痛分娩がはやっているということは、陣痛促進剤による計画分娩がふえているということで、僕は非常に危機感を持っているわけです。

多くの女性は、普通の自然な陣痛が起こって、だんだん陣痛が痛くなってきて、一番痛いときにちょっと麻酔で痛みを和らげてくれるのが無痛分娩じゃないのかと思っているのですが、そうではないのです。「みんな無痛分娩を希望してますから、あなたも希望しますよね」という言い方をしている医療機関が非常に多いのですけれど、「はい、お願いします」と言っちゃったら計画分娩になります。

計画分娩だから本来のお産よりも早くはじまることになって、平日の昼間に、腰に麻酔を打たれたり、右手と左手の両方に点滴されて、片一方が麻酔薬、片一方が陣痛促進剤。強めたら痛がるから、麻酔を入れる。麻酔を入れると弱まるから促進剤を入れるという“いたちごっこ”のようなことをやって、最後はうまいこといなくて、吸引分娩や、お腹を無理矢理上から押すとか、そうやってむちゃくちゃなことになって被害に遭っている人がいるわけです。全部がそうなるわけではないけれど、被害にあった事例、被害に至っている事例というのは、そういう感じになっているということです。

日本では、「無痛分娩は、必ず陣痛促進剤が使われる計画分娩になる」と言い切って、ほとんど間違いではないと思います。ホームページで、「うちは陣痛促進剤を使わない無痛分娩をやります」と言っているのは、順天堂と大阪府立母子総合医療センターです。そう書いているけれど、実は大抵ほとんどは計画分娩になっているというようなことも、順天堂なんかは言っているわけです。

このスライドにある報道された事例は、去年カミングアウトした事例です。この事例で興味深いことは、5人の母親と4人の子供が重篤な被害に遭って亡くなっているのですが、全て統計に出ていないのです。妊産婦死亡率というのは出産後 42 日の間になっていて、周産期死亡率はいろいろありますが、基本は1週間以内、早期新生児死亡率でも1週間以内なのです。これを世界と比較すると、日本は妊産婦死亡率が高かったのですけれど、欧米並みになってきた。周産期死亡率は高かったのですけれど、逆に欧米よりも低い水準になってきている。だから日本の産科医療は、すばらしいと言うのです。

これは、いいか悪いかの議論とは別に、日本では被害に遭った子はほとんど(母親たちもそうですが)、寝たきりのような状況のまま1年くらいたって死ぬとか、子供も2〜3歳まで気管切開をして、そ

のあと肺炎で死ぬとかということになります。僕の子供は、生まれたときには心拍も呼吸もゼロで死んでいたのですけれど、30 分後にアプガースコア1点ということで、心臓だけは動かすことができるということで動いて、9日後に死亡しました。「心臓だけだと、いつまでも動かすことができるような非常に心臓の強いお子さんでした」というのが小児科医の最後の言葉だったのですけれど、低酸素脳症で脳が死んでいますから、おしっこも出ないということで、かわいい顔がだんだんむくんでいって、最後は腎不全という病名がついています。

お産の事故で半年以内に死ぬ子供は、たいてい腎不全になります。重度脳性麻痺で、寝たきりから2〜3歳で死んでしまう子は、たいてい肺炎という病名がつきます。僕の子供も、統計上は普通に生まれて腎不全で死んでいるということになっていて、周産期死亡率や早期新生児死亡率に入っていない。

この報道の中で一人だけ、10 日後に母親が死亡したケースがあって、母体死亡は 42 日だから、これだけは統計に入っているのかと思うと、この医師は、「事故から 10 日も経っていたから、事故とは関係ないと思って報告していなかった」というわけです。結局、全部統計に入っていないということです、日本で数えている出産に関係する死亡率というのは一体何を風ているのかということです。

いいか悪いかは別にして、欧米では、死んでしまった子を無理に生かすということをしないうです。母親が寝たきりになってしまった場合もしないようです。日本は、そもそも産科医療無過失補償制度では死亡した子供は対象にせず、重度の脳性麻痺を対象にしているということです。重度の脳性麻痺こそが問題なのであって、死亡率で産科医療の質をはかるなどということは到底できないけれど、ウィキペディア(Wikipedia)なんかでは、周産期の死亡率が下がってきているから産科医療の質が向上してきたと書いているわけです。新生児の医療や延命治療の質が向上しているわけです。

日本は先進 13 カ国の中で、1 歳から4歳の病気による死亡率が一番高いのですが、この中身をよくよく見てみると、外国にはなくて日本だけにあるのがあって、それが肺炎なのです。産科の医療被害で重度の脳性麻痺になった子供は、そのまま長生きするケースもありますが、死んでしまう場合は2〜3歳に肺炎で死ぬことがあって、そういうことなんかも関係しているのではないかと考えているわけです。このNHKニュースの記事のスライドは、そもそも死亡率だけではかれないといっても、厚労省の研究班が見ても、今言われている死亡率よりもっと多いのではないかと、10 年ほど前から言われていたということです。

では、日本の産科をどうしたらいいのかということです。産科医も大変だというような話がありますが、そもそも診療所みたいに、いざというときには母親も子供も救急車で転送しなければいけないというところでお産をしている国はあまりありません。イギリスやアメリカでは、診療所みたいなところはあるのですけれど、それは検診をしている間だけであって、いざお産をするときには大きな病院にオープンシステムで入っていくということです。転送しなくてもいいようにしているということがあって、やはりそういう役割分担をきちんとしていくべきです。それか、リスクな計画分娩とか無痛分娩のようなことはしないということであるならば、助産所みたいな感じでも可能かもしれないですけど…。

非常に小さな診療所で、母子二つの命をあずかるのに、1 人の医師で無痛分娩もし、陣痛促進剤も使い、いざとなったら転送するだけということでは、なかなか助けられないということがあったりもして、

そういう役割分担的なことをしていくべきという指摘は、僕らの事故の前から、いろんな産科の医療事故の論文を見ると、ずっと日本では指摘されていることだったんです。

こういう産科医療の本当のグランドデザインというものが、きちんと整備されていないということに問題があると思います。病院を選ぼうと思ってホームページを見ても、このスライドの右側のようなことばかり書いてあって、左側のようなことを患者たちに意識させないような感じに、医療側からそういうふうに誘導されているように、僕は感じるということです。

にもかかわらず、患者に何の情報も与えないくせに、「患者は何もわかっていない」と言って——このスライドの下から3行目には、前回か前々回にここで話をされた打出さんのことも出てきますが——まるで被害者たちが産科医療を崩壊させたかのような言説を、Wikipediaとかそういうところで書いたりするということがある。すべての薬害がそうですけど、被害者たちは薬害の被害に苦しみ、そういう誹謗中傷のようなもの、偏見・差別とかにも苦しんでいるという形になっているわけです。

厚労省の人たちも、そういうことを非常に憂いていて、このスライドのように医師会とか医学会もネットでの医師たちの言動を慎もうとか言ったりしているのですけれど、実質、医療裁判というのは、そういう事実ではないこととの闘いに過ぎない。結局、改ざんや偽証やそういうものと闘っているだけだと、僕は思っています。そうすると、「まるで、すべての医師が改ざんをしているかのように言うけれど、そんなことないぞ」と言われるのですけれど、そんなことを言っているのではないのです。「改ざんや偽証とか、そういうものがなければ、裁判になっていない」という意味で、僕は裁判になっている事例にはこういうのがあると言っています。

その証拠に、裁判になっている事例の多くでは、原告本人が陳述書というのを書いているのですけれど、医事法の専門家は、弁護士が書いた訴状とか、裁判官が書いた判決文しか読まない。僕たちは、必ず陳述書を読むのです。そうすると、そこには「なぜ訴訟したか」という思いが書かれてあることが多いのですけれど、必ず、「本当のことを言っていない」とか、「うそをついている」とか、「そういうことを放置しておく、また事故を繰り返すに違いないから、頑張って裁判しているんだ」というようなことが書いてあるわけです。僕も実際にそういう陳述書を出して、そういう思いが、裁判をするエネルギーでした。

次のスライドは、医療に対して検察が何を誤ったかということですけど、僕らの事故の前に、富士見産婦人科病院事件というのがありました。これは、健康な子宮をまるで腐っているとかがあって取り出すということをしていた、めちゃくちゃな犯罪だったのですけれど、のちに民事訴訟の最高裁で、「医療とは呼べない犯罪行為」と確定するのです。これが当時すごく報道されて大事件になっていたのに、検察は、「医療のことに、検察は口出しをしない」というような趣旨の理由だけで不起訴にしてしまうのです。これが不起訴だったら、大抵のものは全部不起訴になってしまうというか、この検察官はだれでどういう経緯、判断だったのかというのに、僕は非常に興味があるのです。

起訴するということで、すごく重い罪を負わせるということよりも、反省を迫るという趣旨が司法にはあると思うのです。こんなことをすると、「反省しなくてもいい」と言ってしまうことになって、非常に価値観が混乱する。これが不起訴となったことが、医療界を無法地帯にしまったと言って過言ではないと思っているのです。

枚方市民病院では、僕らの被告は病院全体の副院長だったのですけれど、同時にやってきた院長が定年退職後に内部告発をされました。これは朝日新聞への内部告発です。2001年の6月1日付で、枚方市民病院の事件なのですけれど、東京でも1週間連続1面というようなものでした。結局、この事件で、元病院長が逮捕されました。それは、乳がんではないのに乳がんだとうそをついて乳房を切っていたという事件が一番大きく報道されたのですけれど、同時に、別の事件で、医師がそばにいて急変して死んだのに、医師がずっとそばにいたかのように、看護師に看護記録を改ざんさせたという事例でも内部告発されたのです。

その結果は——改ざん以外にも、製薬企業との癒着とかの罪も含めて逮捕されたのですけれど——その改ざん事件が一番お粗末というか…。どういう結論になったかという、大阪の検察官が、「改ざんを指示した医師も、改ざんを指示されて改ざんした看護師も、両方ともそれを認めているけれど、看護記録の上に新たな看護記録を1枚張りつけるという、あまりにも幼稚な改ざんだったので、悪質とは言えない」と言って、不起訴にします。内部告発した人たちからすれば、絶対改ざんだとだれもが認めざるを得ないものを告発しているんじゃないかと思うわけですが、それを、あまりにも明らかな改ざんだから悪質ではないと。これを不起訴にしまうと、もう司法は自分で自分の首を絞めているということです。「うそついてもいいよ」というようになってしまって、これも大きく価値観を混乱させていると思います。親が子供に、富士見産婦人科病院事件みたいなこととか、枚方病院みたいなことを、「いいよ」と言ってしまうと、子供はどうして生きていったらいいのかわからないというようになってしまっしょ、褒められるべきときに褒められず、叱られるべきときに叱られないと、価値観が混乱します。児童虐待のケースでは親はその時の感情で対応するので子どもの価値観が混乱してしまっていることが多いと言われてます…。

一方、福島県の大野病院事件というのは——御存じかと思いますが、事故が起こったあとに、当時としてはすごく画期的なのですが、福島県の県立医科大学を中心に3人の教授とか医師たちがこの医療事故の原因分析をして、調査をして、報告書を出した。その結果、この医師を3カ月の減給という行政処分にしたのです。それで、これは賠償しなければいけないということで、賠償するということも決めた。だから、賠償をするということが、福島県の県議会で報告されるわけですが、そのときに、それを聞きつけた人がそれを報道して、その報道を読んだ検察官が、「なぜ検察に言っていないんだ」と言って、逮捕したという事件です。

自分たちでちゃんとやろうとしている事例を逮捕し、このスライドの上の先の二つは不起訴ということで、どう考えてもわけがわからない。だから価値観がおかしくなってきた、検察はちゃんとした役割を果たせていないと思うわけです。

僕たちなんかは子供に、「ちょっとぐらい悪いことしてもお父さんは怒らないけれど、うそついたらダメだよ」と言っておいて、うそをつきたくなる気持ちとの葛藤の中で正直に言ったら、「それでいいんだ。それで反省できるから、いいんだ」と言って、そういうふう生きてほしいと思うわけです。子供を健全に育てようと思うと、そういう感じになるわけですが、検察官に社会を健全に育てる役割があるのだとしたら、この三つは完全にむちゃくちゃです。これから、どうしたら褒めてもらえるのか、どうしたら叱られるのか全然わからないということで、医療界も子供と同じようにとても大切に育てていか



なければいけないのに、僕たちにとっていい医療にしたいと思っている患者から見ても、本当に検察はふがいないなと思っているわけです。

これは、当時、ハーバード大学の教授だった李啓充さんという医師の言葉です。先ほどビデオに出てきた、事故から 10 年目の命日に裁判で勝訴したあとに、枚方市民病院の職員研修で僕たち夫婦が話をすることがあったのです。その司会は、何とゆき由紀子さんですけど、司会をしてくれていまして、その横に森功さんという医師もおられて、その森功さんに李啓充さんという人が——当時、『アメリカ医療の光と影』というベストセラーを出していた人なのですけど——日本で、ある意味で注目されていた僕たちの裁判が、どんな裁判なのかと関心を持って調べてくれて、それに対するメッセージを送ってくれたというのがこれです。それが、あのときに読み上げられたわけです。森功先生から読み上げられたのですが…。

僕は李啓充さんという人とは、まだ当時はお会いしたことはない。今は、日本におられますが、当時はお会いしたことはないのですが、このスライドのように書いてあるわけです。日本で注目されている僕たちの事故を見てびっくりしたということが書いてあって、「医療事故だと聞いて調べてみたら、こんなのは医療事故じゃないだろう」というわけです。

アメリカの医療事故というのは、僕なりの解釈をするならば、「インフォームドコンセントどおりにやったけれど、なぜかうまくいかなかった。なぜだろう、元々のデータとかに何か間違いがあったのか？」といって、原因分析して再発防止につなげる。そういうのが医療事故。または、「インフォームドコンセントどおりになぜかできなかった。それは何でだろう？ どこで失敗したのか？」そのことを原因分析して、再発防止策につなげる。そういうのが医療事故なのである。インフォームドコンセントをしたけれど、そのインフォームドコンセント自体の設計に間違いがあったのか。インフォームドコンセントした内容は正しかったけれど、なぜかそのとおりにできなかったのか、手技等に問題があったのか——そういう二つが医療事故であると。

僕らのケースは、「子宮口をやわらかくする薬」という説明だけだったり、「血管確保の目的で点滴する」というような感じの説明だけで、知らない間に陣痛促進剤が使われていて、それも不必要な薬が使われていて、その結果子どもが死んでいる。「何でこれが事故なんだ。こんなの犯罪じゃないか」というふうに書いてくれていると感じて、僕は非常に腑に落ちたというか、「やっとわかりやすく言ってくれる人と出会えた。」と…。こんな裁判はそれこそ本来、検察がやるべきことだと僕は思っていたし、医師がだましてこんな不必要な薬を使って、ある種、それでもうかっているかもしれないということを、病院に反省してもらうというのを、僕たちがさせるのではなくて、司法というのがあるのだったら検察にやってほしいと思って、ぼくは一番最初に弁護士に会ったときにはそう言ってたんです。

そのときの弁護士の言葉が、「勝村さん、あの富士見産婦人科病院事件が不起訴ですよ。そんな感じで訴えても、不起訴にされる可能性が高い。不起訴になると、その事件を民事で過失があったというふうに認めてもらうのはかえって難しくなりますから、民事からやって、民事で勝ったあと、刑事をしたいのだったらしたらいい」と言うのですが、刑事は時効が5年なので、当時は民事が5年で終わるわけがなかったので、実質そういう状況でしたので、そういう思いをすごく素直に、李啓充さんには言ってもらえたと感じたのです。

それを聞いて、僕はこう思ったわけです。医療事故には2種類あると…。一つはまず、一生懸命やっても、起こってしまう事故があるわけです。僕も車の運転をしますが、事故を起こしたいと思っていないでも、起こってしまう事故があるわけです。そういうのこそ、何とかそれを減らしていけないかというのが、心ある医療者たち、多くの医療安全を考えている人たちの関心事だと思いますが、それはこのスライドの (A) だと思うのです。

ところが、裁判までやって頑張って、「こんなひどいことを繰り返してはだめだ。とめなきやいけない」と思っている被害者たちは、(B) をなくしたいと思っているわけで、そこがすれ違っている。欧米では、(A) は事故で、(B) は犯罪だけれど、欧米の裁判は知りませんが、日本の医療裁判というのは、ほとんど(B) を何とかしてくれというのを被害者たちは訴えているので、本来は、もっと公的なところがきちんとやるべきことなのではないかと…。

(A) の事故というのは、日本の被害者たちは、医療者が精一杯やってくれていたことがわかるので、脳性麻痺になっても意外と受け入れて裁判とかはしてないのではないかと。特に新生児科医なんて、一生懸命やっているのがよく見えるケースが多いので、未熟児の脳性麻痺などは、ほとんど訴訟になっていないというような状況もあるわけです。

でも、(A) でも裁判になっている事例というのはあるわけです。(A) でも裁判になっている事例の陳述書を読んだら何がわかるかといったら、隠ぺいやごまかしをしている。つまり、(A) も、ごまかしたり、うそをついたり、カルテを改ざんしたりというときには(B) になるわけです。そういうことをしてしまった被害者からすると、泣き寝入りをするか、頑張って「本当はそうじゃないでしょ」と裁判で訴えるかをせまられてしまうことになるので、結局、日本の訴訟は(B) ではないかと思っているわけです。ところが、心ある医者たちは、精一杯やっても悪い結果になってしまうような(A) を、被害者たちは訴えているのだらうと思っているわけですが、全然違う。

10 年目の命日の職員研修で、僕たちはこのスライドに書かれている三つを求めました。そのあと、外部監察委員会というのをつくってもらって、ゆき由紀子さんにも委員になっていただいて、さらに下の三つのことを当時の市長あてに要望して、実現しました。全部、当時としては全国で初めてのことばかりです。

カルテ開示なんてしていなかった時代に、「遺族にもカルテ開示をすべき」とか、市民が参加する医療事故防止の委員会を、枚方市民病院内につくるべきだとか…。つくられたわけです。今でも多くの病院でカルテ開示請求をしてみたら、「カルテを開示するかしないかは、病院でちょっと検討します」ということをするわけですが、開示請求があれば、例外なくカルテは即時に全部開示すべきだとか、レセプト相当の明細書——つまり 2010 年によくできるようになった、診療明細書のようなものを病院窓口で発行すべきだとか、そういうことを言ったということがありました。

「リスクマネジメント」という言葉は、2000 年ぐらいによく出てくるのですが、1990 年ぐらいから「インフォームドコンセント」、2000 年ぐらいから「リスクマネジメント」という言葉が医療界で広がっていきます。陣痛促進剤被害は、恐らく 40 年以上前から認知されていて、救急車のたらい回し、救急医療で行き先がないなんて裁判もずっと前から続いていて、いまだにそういう訴訟が続いているという状況があって、何か新しい話ではない。なぜ繰り返されているのかというのを、もっと根本的に見

る必要があると思っています。

それから、「被害を繰り返さないために」と下に書いていますけれど、何やかんや言いながら、今は、「医療安全といえば患者と医療者のコミュニケーション」というようになっているのですけれど、いろんな医療訴訟の裁判を見てみると、問題なのは医療界内部のコミュニケーションであるというふうに思います。群馬大学の一連の医療事故の件でも、事故が繰り返されていておかしいと思っている人はいるけれど、とめられない。内部でのシステム、手続きがおかしい。枚方市民病院は、元院長が内部告発を複数の職種の人からされたけれど、元院長が定年退職してからしかできない。そういうコミュニケーションなわけです。

僕たちの事故でも、苦しみを訴えている妻を助産師は叱ってばっかりだったのですけれど、研修医のような人が副院長でもある主治医に、「ぼちぼち何かしたほうがいいんじゃないんですか？」というようなことを1回聞くのだけれど、院長に、「子宮口が開いていないからまだまだや。子宮口が開くまで我慢させろ」と言われたら、「はい、わかりました」と研修医は言うてしまうわけです。

そのあと、妻いわく、「一番若い感じの看護師が、最後に陣痛室に入って来て、入ってくるや否や、すごく大きな声で叫んでくれた」という記憶があった。どう叫んだかという、「おなか、こんなに張りつばなしやったん？」と、すごく大きな声で叫んでくれたと言うわけです。その瞬間、妻が改めて自分のおなかを見たら、おなかの完全に赤ちゃんの形になっている。要するに真空パック状態。子宮破裂の直前の兆候だったわけです。それを見て大きな声で叫ぶことができたのは、若い看護師だけだった。若いから、感覚が麻痺していなかった。または、若いから副院長の怖さがわかっていなかったとか、いろんなことが考えられるわけですが…。結局、「チーム医療」と言いながら、医療界内部が本当に民主的にコミュニケーションできているのかということです。

「患者・家族を中心にしたチーム医療」なんて言われて、何年も経つのですけれど、患者・家族に本当にちゃんと情報を共有しようと努力しているのか。「見てもわからんでしょ」というようなことを言っているというのが、結局、今の群馬大学の事故調査なんかでも同じところに行き着いていると思っています。

それで、インフォームド・コンセントという言葉が全国に広がった1990年は、最初のビデオで見ていただいたように、カルテもレセプトも患者は絶対見るできない時代でした。そんな状況で何がインフォームド・コンセントだと。裁判の中では、「本当のことを言うと妊婦さんが不安がるので、陣痛促進剤を全員に使っているけれど、全員には使っていないふりをしていた。患者を不安がらせないためのインフォームド・コンセントだ」というふうに、当時の医師が言っていました。カルテやレセプトは見られない、という中で広がったインフォームド・コンセントなので、そんな状況だったわけで。だから、そういうのではだめだろうということです。

それで、最初のビデオにも出てきましたけれど、個人情報保護法、個人情報保護条例ができたときは、これはすごい力があるなと思いました。やはり情報公開法とか、個人情報保護法というのは、民主主義社会では絶対必要なのだなということを、改めて僕は実感しました。情報公開法は、もちろん情報公開法なのですが、個人情報保護法には、プライバシーを守るというだけではなくて、自分の情報を自分が見ることができるという開示請求権が入っています。そのことが非常に大きな力とな

ったので、カルテやレセプトを患者が見ることができるのが当たり前ということになったわけです。こういう法律や条例の考え方がなかったので、病院の情報も厚生省の情報も公開されないし、自分のカルテやレセプトも、自分自身が見ることができないという時代が、2000 年ごろの情報公開法・個人情報保護法で変わっていった、情報公開の大事さを感じました。

レセプトには医療費の単価のことも書いてあるのですが、単価というのは価値観なのです。なぜ不  
必要な妊婦にも、全員に陣痛促進剤を使って計画分娩をしたくなるのかというと、そのほうがもうかる  
からです。もうかるということは、そこに価値がつけられてしまっているということなのです。だから逆に、  
「陣痛促進剤を使わないで、夜間でも休日でも、初産だったら8時間～10 時間かかるお産をすごく丁寧  
に付き合っ  
て診てくれたら、すごいお金を支払います」というルールになったら、多くの医療機関が  
そうするかもしれないのです。ところが、「そういうお産は薬も使っていない、手術もやっていないでしょ。  
だから何も支払われず、そんなことをしている医療機関は赤字でつぶれてしまいます」となってしまう  
と、医療はおかしくなるのです。だから出来高払いの弊害の解消のために DPC とかも必要だということ  
になってきているわけです。

レセプトに書かれている単価というのは、医療の価値観なので、この価値観が健全にならなければ  
いけない。ということは、市民感覚に近づかなければいけない。僕たちが感謝したいと思うものにちゃんと  
単価がついて、価値観がついていくことが、患者のための医療をしたいと思っている医師たちにとつ  
ても、非常にいいことになっていくのだろ  
うと思います。そういう意味でも、レセプト開示というのは、単価  
を見るということも本当はきっと大事だということ  
で、そういう議論になっていくべきだと思います。

今は、ようやく公開されているわけですが、例えばこういうものに価値をつけるべきだということ  
で、「では、こういうことをする病院の収入がふえるようにしましょう」と言ったら、みんなこういうことを一  
生懸命するようになっていくのではないか。中医協のような議論をしている場に、被害者や国民がもつ  
とかかわっていく必要があると思っ  
ているわけです。

次のスライドですが、インフォームド・コンセントがなされていない医療事故ということで、この三つを  
挙げました。陣痛促進剤被害は、「必要性、危険性を説明して、同意を取って使ってください」と今は  
製薬企業も必死になって医療機関に伝えているのに、いまだに知らない間に使われているケースが  
少なくないわけです。その典型が、日本の無痛分娩では必ず陣痛促進剤が使われるのに、使われて  
いないかのような言い方を日本中の多くの医療機関で今でもしています。東京女子医大のプロポフォ  
ールの事故というのは、小児には禁忌の薬が大量に使われていたのですけれど、小児ですから保護  
者に言わなければいけないのに、一切言っていなかったというものです。群馬大の腹腔鏡の事故も、  
危険性とか、それが先進医療であることとか、いろんなことがちゃんと伝えられていないことがあ  
ったわけです。

ここからは群馬大の一連の医療事故の話ですが、3種類のインフォームド・コンセントと書いていま  
すが、群大では、1回目の、病院の内部でつくられたような感じの調査委員会の報告書には、「インフ  
ォームド・コンセントがなされていなかった」と書かれてあったのですけれど、それに対して主治医は、  
「インフォームド・コンセントしていました」とメディア等を通じて反論していたわけです。そして、僕たちが  
参加した2回目のやり直しの、外部委員だけによる医療事故調査委員会では、「では、どっちなの

か？」ということを書かなければいけないから調べるわけですが、主治医は手術の前日に、「あしたはこんな手術をして、こうして、こうして、こうします」という手術のことを、ざっと 30 分くらいとかかけて説明して、同意書を取ったりしているわけです。

ところが、何がされてなかったかという、「本当にそれが必要なのかどうか、本当に適用があったのか、他にどんな方法があったのか」ということ。それからカンファレンスでは、「こんなに高齢だったら手術はやらないで別の治療法がいいのではないかと、とか、こんなに大きな癌だったら腹腔鏡ではやらない方がいいのではという意見があった」ということとか、「先進医療なので、まだ確立されていないですよ」とか、本来はそういう話も聞いて判断を求められていたらやめたかもしれないという情報が、最初の段階では全然言われていないわけです。

手術をするために入院して、準備をして、前の日の夜——いよいよあした手術というときに、何を言われても、「よろしくお願いします」と言うしかないというタイミングでやっているのが日本のインフォームド・コンセントなのだったら…。それは違うよねというのが、群大の遺族の事情聴取をただけでもすぐ浮かび上がったわけです。患者や遺族はどうしてほしかったのかといったら、治療法が選択できる段階で、もっと説明してほしかったということです。

それから、郡大で亡くなった人たちは、手術中に亡くなったわけではありません。手術して、退院して、また入院している最中にだんだんだんだん悪くなって行って、そして最後についに亡くなって死亡退院しているのです。だから、術後の合併症を発症しているときに、「どうなったの、どういうこと？」と、一生懸命に「説明してください」と家族も主治医に言ったのですけれど、「もう少し様子をみましょう」とか、そのときに何もきちんと説明してもらえなかったということ。この二つを不満としているわけです。

だから完全にすれ違って、医師は手術の前日に、「あした、こんな手術をします」と言うのがインフォームド・コンセントだと思っているということで、日本のインフォームド・コンセントというのは、かなりずれてしまっていると思うわけです。

これは事故調査委員会の報告書ですけど、第5章の(7)という項目を僕が担当させてもらいました。担当したというのは、原案をつくる役割を担当し、みんなでやったということです。クリニカルパスとか検査結果データを、必ず患者に 100%渡すというふうにしていたら、それだけでも全然違っていたのではないかと。それから、カルテがほとんど書かれていなかったという問題があったわけです。そのことで内部の人が気づきにくなっていたということもあって、術後にどんどんひどくなっていることが、すぐにわかるようになっていなかった。カルテを書かないということは、そういうことになっていくわけです。診療録を家族が見られるようなシステムがあれば、なぜこんなに書かれていないのかということに家族は気づくわけで、さすがにそんなことは許されなくなるわけです。

それから、実はカンファレンスでいろんな意見が出ていたけれど、結局、最終的に主治医がそういう情報を伝えずにそのまま手術をやっていたのです。患者自身や家族がカンファレンス自体に入ることが、一番のインフォームド・コンセントなのではないかと私は思います。カンファレンス自体に患者・家族が入りたいと言ったら、一緒に入れる。そうすれば、いかにいろいろな意見が出ているかがよくわかるという…そういうことを、事故の反省にしていくなさというのを報告書に書きました。

ところが、最初はこのあたりについては、病院側は全くゼロ回答でした。そして、そのあとに、さらに群

大は、新たな事故報道をこの年の春にするのです。それは昔の事件だけれども、こんな事件です。CTの検査をした結果、「大丈夫です」と言ってしまったのですけれど、実は1年前のCTの検査を見ていて、その日に撮ったCTの検査ではなかった。その日に撮ったものにはいろいろ異常の所見があることが検査担当によって書き込まれていたのに医師は間違って1年前のものを見ていた。もし、その段階で治療をしていたら、そんなにすぐに亡くならなかったかもしれないのに、大丈夫と言われたから放置してしまって、手遅れになったというようなことがあったことを群大が謝罪したのです。これなんかは、検査結果のデータを全部渡すということをやっていたら、日付が違うなんていうのは患者こそわかるので、そういうことに患者・家族が気づく可能性は非常に高いわけです。

僕は高校の教員をしていたので、中間テストや期末テストの採点をしますが、採点のミスをいっぱいします。でも、そのことで成績を間違ったことはありません。なぜかという、正しい解答例とともにテストを生徒に返すからです。「この解答で、こういうふうに採点して、こういうふうに丸の数を数えて、何点と書いているけれど、間違いがあったら持ってきて」と言うのです。「解答自体が別の解答でも丸ではないか」と言われたこともあって、「ああ、たしかに。ごめん、ごめん」と訂正をするのですけれど…。それで、「丸のつけ間違い、丸の数え間違いあるよ」と生徒が持ってきたら、「ああ、ほんとや、ほんとや」と言って直すわけです。僕にとっては他人のテストですけど、生徒にとっては自分のテストなので、一生懸命に見るというのもありますし、1人で見っていたのが40人で見ることになるわけでミスに気づきやすくなるのです。

患者や家族にもいろいろな人がいるでしょうけれど、こういうケアレスミスについては、情報を共有するというのがどれだけ事故防止につながるかということです。「日付を間違えました。これからはそういうことないように、医者たちの間で二重三重にチェックするようにします」と、このとき院長が謝罪していましたけれど、それよりも「これからは、患者にも、所見が書かれたものの写しを渡していきます」と言うべきと僕は思ったわけです。結局は、そういうことなのではないかなと思うわけです。

群大の事故報告書では「遺族を第三者委員会に入れていくべき」ということも書いてあって、それがようやく始まっていて、第三者も入った委員会がつくられるようになったわけです。実は、僕たちの群大の調査結果は、2016年の夏に公表されています。ところが、いろいろ提言を出しているのに、公表して終わりにしたくないということで、1年後にその提言がどれだけ実現しているかをチェックすることまで言ったわけです。提言を出しっ放しで、あとは放置ではいかんので、そこまで責任を取ろうということで、僕たちは1年後にチェックに行きます。

それで記者会見をするのですが、僕が担当した「患者参加」というところ以外は、ほぼその段階において満点に近い改革を群大はしているということを医師の委員たちは言ったのですが、僕の部分だけはゼロ回答で、何もしていなかったのです。記者会見でみんなが褒めているのに、僕が1人だけ批判することになってしまった。遺族とかを入れる第三者委員会をつくるということも書いていたのに、やっていなかったの、本当の意味での再発防止にならないのではないかと…。これはいかんということで、そのあと、今回の遺族の方2人が入る、患者参加型医療推進委員会というのが今年になってようやくできました。だから、報告書が出て1年後にチェックしに行って、「できてないじゃないか」と言って、そこから1年たってやっとできたという感じなのですから…。

そこが、もしかしたら全国で初めてかもしれない「電子カルテ」を患者自身や、患者が許可した家族とか友人とかが、自由に見られるというようなシステムを、来年の1月1日からやろうとしています。それも、遺族2人がその委員会に入っているからです。こういうのをしていかなければいけないということ、ぼくは思っていたし、目指していた段だけれども、このときに僕は何を思い出したかという、「これは、いつかのデジャブだな」と思いました。

枚方市民病院で、「僕は、枚方市民病院がつぶれてしまうというのを望まない。子供の事故をきっかけに、枚方市民病院がすごくいい病院になったと言える方が、子供のために親としていいことをしたような気がする。子どもの命に意味を持たせることができる」ということを言ったときに、当時から、ゆき由紀子さんにも、「第三者委員会をつくって遺族が入るんだったら、必ずこうしたほうがいい、ああしたほうがいい」とか、「議事録は公開させないと絶対だめよ」とか言われて、そういうのを必死でやりとりしていて、枚方市民病院を改革するときに、いつの間にかユキさんにいろいろ教えられました。僕は、そういう意味では恩返しの、この夏から始まった群大のいろんな改革のスタートでは、そのときの経験があったからいろいろと報告書にも提言を書き込むことができたのかなと思っています。

遺族たちが参加したこと、患者が参加したことによって、群大の医療安全を高めるということが今後どう進んでいくかということに、今、非常に注目しているということです。時間が来ましたので、このあたりで。どうもご清聴ありがとうございました。

○ゆき 時間は絶対守って、15分の質問時間をお願いしていたのですけれど、やっぱりこのようなことになってしまったので…。放課後で質問するしかないのと、質問をレポートに書いてくださったら、返事くださいますよね？ 先生ですものね(笑)。

ということで、事務局が困っておられるので、とても残念ですが、ここできょうはおしまいにしたいと思います。

枚方市民病院の委員会で一緒にしたときに私は2つのことをもうしあげました。

第1は、「とにかく、何が何でも公開しなさい」ということと。

もう1つは、「副委員長に、とにかくなってしまうなさい」と。「ぼく、そんな任じゃない」って遠慮なさるのを説得しました。副委員長になれば、事務局は、議事運営の相談をしなくてはならなくなりますから。

○勝村 結局、群大の1回目の会議は、公開するかしないかだけで紛糾することになり、2回目で副委員長職を2人置くことにして、そのうちの1人は遺族になるということが決まったという…。そういうことが今、順番に議論されています。

○ゆき 事務局側が何か計画するときに、そこに当事者がちゃんと入っていないと、いつの間にか事務局のシナリオどおりになってしまいます。それが、常套手段がございます。では、残念ですが、本当に遠い所からありがとうございました。