

開かれた対話による出産時の意思決定

－子宮収縮剤使用時のやり取りをめぐって－

Childbirth Decision-Making Through the Open Dialogue Approach : Informed Consent Concerning Labor Induction

岡 いくよ

Ikuyo Oka

Keyword：出産 医療介入 語り 対話

1 はじめに

出産に関連する妊産婦死亡例は、20年前に比べ半減する一方で、妊産婦のうつや自殺死亡が増加している（竹田2016）。近年は無痛分娩による出産が選択肢のひとつとして妊産婦に広く認識されているが、無痛分娩による事故報道などもあって（読売新聞2017年6月13日、朝日新聞2017年6月6日朝刊他）、無痛分娩の選択も含めて、医療との関わりには個々人の自助努力が求められており、妊産婦は新たな課題に直面している段階にある。妊娠中は特に何の異常もなく経過していた妊産婦が、予定日近くになっても出産の兆しがないという理由で、医師から「予定日を過ぎれば異常が起こる可能性があり、出産に医療介入が必要である」と説明された時の動揺は大きい。陣痛促進、陣痛誘発、クリステレル⁽¹⁾、会陰切開⁽²⁾、吸引分娩、帝王切開の6つの医療介入について介入の度合いを調査し、女性の身体の不快感・痛みと心理的状态を調査した報告では、医療が出産の安全性を高めていると同時に、女性の心身に負担を与えている可能性が示唆されている（松岡、加納2010）。

子宮収縮薬をめぐっては薬品の効果に個人差が大きく、過強陣痛、胎児仮死、子宮破裂、脳性マヒなどの後遺症、母体の大量出血による死亡など有害な事故につながる可能性もあり、被害にあった人たちを中心に安易な使用につながらないように注意喚起がなされてきた（陣痛促進剤による被害を考える会2003）。また、出産に関連して発症した重度脳性麻痺児とその家族の経済的負担を補償する「産科医療補償制度」は、医事紛争の防止・早期解決及び産科医療の質の向上を図ることを目的として2009年に創設された。出産に関連して発症した重度脳性麻痺全ての補償対象事例の原因分析と、再発防止の議論が第三者委員会で行われ再発防止策等を提言し、現在までに7回の再発防止に関する報告書・提言が産科医療保障制度事故調査委員会から発表されている。報告書・提言の中にもまた、子宮収縮薬の（分娩誘発・促進）使用に関し、不適正な投与への再三の注意喚起と、書面で適正にインフォームド・コンセント（以下、IC）を得るようにとの提言があり、ICについてのリーフレットがインターネット上で公開され

(1) クリステレル胎児圧出法：術者が妊産婦の腹壁上から子宮底部に当て、胎児を圧出する方法。胎児の娩出を急ぐ状況において急速遂娩や娩出力を補完する手技として認識される。しかし、その要約や具体的手技に関する明確な基準や指針等がなく、圧迫の程度や方法などその手技については様々である。

(2) 会陰切開：胎児の出産に際して、会陰（膣の出口と肛門の間のところ）および膣壁裂傷を予防し、分娩第2期を短縮させることを目的に児娩出直前の会陰部に切開を加える処置。

ている。

IC に関しては、そのあり方をめぐりさまざまに議論がある。その議論の中心は投薬・手術・検査など医療行為や治療などの治療や臨床試験に関するものである。出産現場における IC では、病気治療の選択とは異なり、明らかな異常がみられない時点で医療行為が推奨されたり、夜間、休日など医療体制不備を理由として医師が恣意的に用いることも否定できない。さらに、出産が調整可能だと考える妊産婦や家族の希望で実施される場合もある。また、医師の方針に納得できない場合も、これまでの経緯から安易に他の出産施設に変更が困難であるなどの事情もあって、IC の議論には馴染まない側面がある。本稿では出産現場で生じる問題について妊産婦の立場から整理し、妊産婦が出産時の医療介入をどのように捉えているのかについて事例をもとに考察し、出産時の医療介入における意思決定に必要な課題と当事者への支援のあり方などを通して、IC のあり方を検討することを目的とする。

本調査において研究協力者には、目的及び内容を説明しプライバシーの保持、匿名性の厳守、得られたデータの安全な保存と処理、研究論文の公開の可能性について説明し同意を得て調査を行った。なお、本研究は奈良学園大学倫理審査委員会において承認された研究計画書に基づいて行った（承認番号27-003）。

2 出産をめぐる背景と本研究の視座

近年の出産動向のなかで、日本の出産の変化が顕れるのは2005年以降である。医師の臨床研修必修化により2005年には産婦人科医師不足問題が浮上し、「お産難民」という言葉が出た。2006年には、奈良県大淀町妊婦死亡⁽³⁾の問題、大野病院⁽⁴⁾での産婦人科医師逮捕等の問題等、産科医師不足、緊急時の体制整備が新聞等でも大きく取り上げられ、「妊婦のたらい回し」「搬送拒否」等の表現で、社会的議論となった。さらに、未受診妊婦問題、看護師の内診問題等、産科医療の問題点が出され、出産場所を緊急時の体制を整えながら確保するために、産科集約化、重点化が図られるようになる。

医師不足問題の理由として、分娩時の医療事故では、過失の有無の判断が困難な場合が多く、裁判で争われる傾向があり、それを忌避して産科医になることを避けることがあげられる。相次ぐ出産施設閉鎖、産婦人科医師の減少という問題は、出産施設の集約化へとつながっていく。2008年には産婦人科診療ガイドライン産科編（以下、ガイドライン）が発表された。そこには、例えば妊娠の管理や、予定日を過ぎた場合の対処としての分娩管理の基準などがEBM（Evidence Based Medicine、以下 EBM）に基づき解説され、標準医療が示されている（日本産科婦人科学会／日本産婦人科医会編2017）。また、産科医師不足の改善や産科医療提供体制の確保の議論の中から、出産に関連して発症した重度脳性麻痺児とその家族の経済的負担を補償する「産科医療補償制度」⁽⁵⁾が、2009年医事紛争の防止・早期解決及び産科医療の質の向上を目的に創設された。産科医療補償制度は、①分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児とその家族の経済的負担を速やかに補償する。②脳性麻痺発症の原因分析を行い、同じような事

(3) 大淀町立大淀病院事件：マスメディアで「妊婦のたらい回し」「搬送拒否」等の表現で大きく扱われ、周産期救急医療の問題点として一般に広く認識されることとなった。2006年分娩のため奈良県南部にある町立大淀病院に入院後翌日頭痛を訴え意識を失った。容態が急変し、医師は子癇（しかん）発作と考えて、高次医療機関への搬送を判断するが、満床を理由に断られ、その後も18件の病院に受け入れ・転院を断られたのち、国立循環器病センター病院に搬送。脳内出血と診断され、その後緊急開頭手術と帝王切開を実施妊婦は約一週間後に死亡。

(4) 大野病院事件：2004年福島県双葉郡大熊町の福島県立大野病院で帝王切開手術を受けた産婦が死亡し、手術を執刀した医師が業務上過失致死と医師法違反の容疑で2006年に逮捕、起訴された事件。産婦人科医師に衝撃が走り、インターネット等でも過激な書き込みをはじめ多くの議論を呼んだ。2008年に無罪判決となる。

(5) 無過失補償制度として日本では初めて導入された。医師や助産師に過失がなくても、患者に補償金が支払われる。この補償を受ける事故の被害者は傷害・損害に対する賠償責任を問う訴訟を起こす事を禁じられているため、裁判を考えるケースはこの制度を利用しないなど制度上の課題も議論されている。

例の再発防止に資する情報を提供する。③これらにより、紛争の防止・早期解決および産科医療の質の向上を図る事を目的に開始された制度である。個々の事例情報が検討された上で体系的に整理・蓄積し、再発防止の観点から分析が重ねられ、7年が経過した。脳性麻痺の原因分析については、運営組織が補償対象と認定した全事例を対象として行い、関係者への資料配布やホームページを通して一般に公開されている。

ガイドラインが産科医療に示される中で、出産にはどのような変化が起こったのであろうか。関東の医療施設で2010年に実施されたローリスク妊産婦への分娩期ケアの調査を例にとってみよう。報告では、過期産予防の器械・薬剤による分娩誘発を、病院の95.8%、診療所97.9%が実施しており、実施時期は41週が最も多いと報告されている（清水他2013）。また、表1は妊娠期間別にみた年次出生百分率の比較であるが、2010年以降は妊娠42週を過ぎた出生が1980年と比較

表1 妊娠期間別にみた年次別出生百分率（2015年人口動態調査より作図）

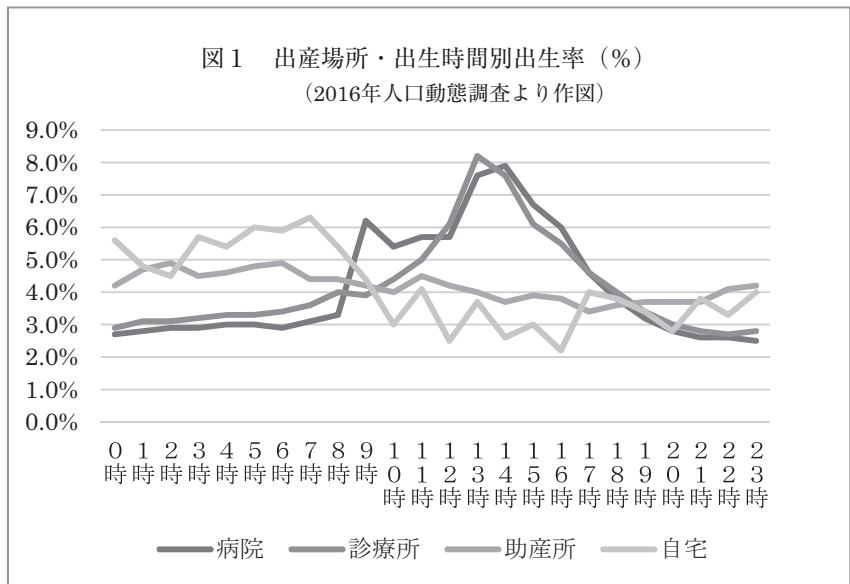
年	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2013	2014	2015
早期(満37週未満)	4.1	4.2	4.5	4.9	5.4	5.7	5.7	5.8	5.7	5.6
正期(37~41)	91.5	92.7	93.8	93.9	93.8	93.7	93.9	94	94.1	94.2
過期(満42週以上)	4.4	3.2	1.7	1.2	0.8	0.6	0.3	0.3	0.2	0.2

すると20分の1に減少しているように、過期産への対応は、安全性を重

視した器械・薬剤による分娩誘発が選択されていることが近年のデータ上からも窺える。

また、図1の出産施設別の統計データを見ると（2016年人口動態統計）病院、診療所での出産は8時から17時頃の

出生率が高く、分娩の時間が勤務者の多い昼間の時間帯に調整されていることが窺える。一方、医療処置を行わない正常な出産を扱う助産院や自宅での出産では、生理的な出産に多いとされてきた0時から7時頃までが高くなっている。つまり、この表やグラフからは、産科医療全体の標準化された出産管理の結果が表やグラフに表れ、妊産婦が医療介入による出産を推奨されている現状として読み取ることができる。



しかしながら、現代も子宮収縮薬を用いた出産によるトラブルがなくなったのではなく、関連が否定されないという報告からも、子宮収縮薬の投与には妊産婦や家族に向けて十分なICが必要であることが指摘されている（東他2012）。ICは「患者が医療従事者より十分な説明を受け、それを理解した上で、自らになされる検査や治療について選択、同意、拒否することをいう。」と定義されている（池辺2002）。日本におけるICの考え方については、治療や臨床試験をめぐる多くの議論が展開されている。産科医療補償制度の再発防止委員会から2011年から2015年までに提出された提言集のなかにも、子宮収縮薬に関連した事故報告を受け、子宮収縮（分娩誘発・促進）薬使用にあたってのICについて、提言がまとめられ、注意喚起がなされている。ここにはそれぞれ、ICの重要性、説明書・同意書等文書にて妊産婦と医療者が認識を同じくできるよう促し、十分に理解し納得した上で同意することが重要

であると記載されている。参考資料として「説明書・同意書」の一例が掲載され、過強陣痛、胎児仮死、子宮破裂、脳性マヒなどの後遺症、母体の大量出血による死亡など有害事象が子宮収縮薬の添付文書同様に記載されている。また、実施しない場合に考えられる結果、代替的な方法、セカンドオピニオンを求め相談することが可能なこと、同意の撤回などが示され、関連する人びとに周知されている。

土屋貴志は IC を「権力をもつ医師に、患者に対して多少はましな権力行使を行わせるための手続き」と位置づけ（土屋1998）、中川輝彦も IC を医師の「専門家支配」を正当化すると主張（中川2010）する。IC は、我が国においていまだ一般には馴染みが薄く、患者や医療の受け手側が主体的に利用するというよりも、医療者側が手続き上使用している状況にある。まして、妊産婦にとって出産は病気ではないため医師に治療されるものという認識は薄い。そのため安全のための医療介入自体がどのようなものであるのかがイメージできておらず、妊産婦の立場からICが産科医療で十分議論されてきたとはいえない。

それを示す資料として、産科医療補償制度により補償対象となった脳性麻痺事例1191件のなかで（2016年12月末まで）、2009年から2011年までに出生し、かつ専用診断書作成時年齢が0歳および1歳であった事例451件についての詳細な分析報告をみておこう（日本医療機能評価機構2017:164）。分析対象451件のうち、子宮収縮薬が使用された事例は124件ある。子宮収縮薬使用事例における説明と同意の有無に関する報告は表2の通りである。本稿で着目したいのは注3にみられるように、同意不明の事例での分娩機関からの情報と家族からの情報に齟齬がある事例の存在である。これまでの調査では妊産婦の主観には着目されていない。ガイドラインや医療のなかで重視される EBN による議論では、統計的な手法によりひとりひとりの体験は埋

没されてしまい、「出産時の安全性」という視点で生存だけに価値が置かれることになっている。本稿では、女性個々の出産体験がいかに多様であり、それぞれのその後の生活において心身ともに影響を与えることになるのか、ひとりひとりがそれぞれに生活を営む人間であるという現代の医療化した出産のなかで忘れられがちな視点を喚起することを目指す。

A・クラインマンは、医療を受けたものが自己の体験を語るものとして病の語りを扱い、患者の主観的な病気の物語を通して、「病む」ことの本質的な意味を追求した（クラインマン1988=1996）。本稿は病の語りではないが、医療との関連を無視できない出産時の妊産婦の主観的心情に着目し、「無事出産するため」と、心に秘めた妊産婦や家族の表に出にくい出産の語りについて、具体的に事例を通して示したうえで、出産に向き合う妊産婦や家族が、どのようにICの場面を設定していくことができるのかについて示していきたい。

表2 子宮収縮薬使用事例における説明と同意の有無（再発防止に関する報告書2017より抜粋）

対象数=124

出生年	2009年		2010年		2011年	
子宮収縮薬使用事例	44		43		37	
項目	件数	%	件数	%	件数	%
同意あり ^{注1)}	17	38.6	30	69.8	23	62.2
文書での同意	10	22.7	13	30.2	12	32.4
口頭での同意	7	15.9	17	39.5	11	29.7
同意なし ^{注2)}	1	2.3	0	0.0	0	0.0
同意不明 ^{注3)}	26	59.1	13	30.2	14	37.8

注1)「同意あり」は、子宮収縮薬使用についての説明と同意の有無に関して、文書、もしくは口頭で説明と同意があったことが記載されている事例である。

注2)「同意なし」は、説明と同意がなかったことが記載されている事例である。

注3)「同意不明」は、診療録に説明と同意に関する記載がない事例、説明を行った記載があるが、同意の記載がない事例、および分娩機関からの情報と家族からの情報に齟齬がある事例である。

3 調査概要

本稿では、大阪、京都、奈良の公的な育児支援を実施している乳児と母の集まりや、助産師として自らが拠点とする親子のつどいや妊婦のつどいでの参与観察に基づくデータを用いた。また分娩時の医療介入を経験した乳児のいる母のなかで、よく聞かれる話題を持つ事例24人には、出産前後の経験について同意を得て聞き取り調査を行った。調査時期は、2012年4月～2017年7月である。インタビューには自由に語ってもらえるように、話し手の都合のよい場所（話し手の希望する場所や自宅、乳児の過ごしやすい部屋など）を選んでもらった。インタビュー時点では出産は終了しており、できるだけ出産施設に偏りがないように調査対象者を選定した。インタビューは1時間から2時間ほどで、許可を得て録音した。匿名性を確保するため施設、地名などは伏せている。1節では妊産婦の立場から出産時に医療介入を提示された時に感じたことや行った行動について、2節では医師がどのように現場で説明を行い、どのような対処をしているのかを中心にみておこう。

3.1 妊産婦の出産へのおもいと医療介入への受け止め

妊婦や産後の母と子の集まりに参加するなかで、参加者の出産に対する捉え方が人によって大きく異なることに気づかされた。まずは多くの妊産婦の代表的な意見を紹介したい。それは出産後、次の出産が恐怖となり、出産を思い出すのも気持ちが塞いだ、第2子妊娠中にはお産が怖いと話していた事例である。()は筆者が補足。

事例1：「破水したら感染するかもしれないので陣痛促進剤を使うことを私はお勧めします」と強めに医師から言われました。実家も遠く主人も忙しくあまり相談には乗ってもらえない感じでしたが、説明書とサイン必要ですと言われ主人に来てもらいました。紙を読んでいるとリスクが書いてあるのですが、いらないと言えるほどの何も判断材料もないですし、医師が大丈夫というなら大丈夫かと、また、自分は健康なので出産に自信があった。何も問題ないと思っていたので一気に打ち砕かれた感じです。出産するまで出産が危険なイメージもなかった。(30歳代前半、初産婦、2014.6.20聞き取り)

次の事例も、出産に至るまで何もわからず、もっと勉強しておかなければいけなかったと、第2子の妊娠中に出産に関する知識を得たいと考えていたケースである。初めての出産について語ってもらったのが以下の言葉である。

事例2：予定日過ぎたぐらいから入院しましょうね、はいしますって感じで、すぐに錠剤のお薬を入院して飲んで、飲んだらすぐ生まれるからっていう雰囲気、薬の説明、サインはわからない。看護師さんがきちんと飲んでるか確認されて、飲んだら生まれるからって言われて、翌日うるう年だったのでうるう年生まれになったらどうしようって言っていたら、そんなに生まれないなんてことはないからって言われてずっと陣痛室にいて、それが2日か3日薬のんで、薬効かない人もいるからって点滴になって、点滴したらすぐに生まれるからって言われて、それくらいから薬が効かないってことが不安で、先生にも聞いたら効かなければ帝王切開になりますって言われて。(30歳代前半、経産婦、2015.11.24聞き取り)

妊産婦が抱く出産のイメージが漠然としたもので、何を言われてもそうなのかとか、「わからないことがわからない」のだといわれることは多い。自己のからだの反応がわからないという語りも多い。妊娠出産育児に対する知識に専門職との圧倒的な差がある中で、出産体験が否定的に受け止められ、次の出産に不安や恐怖を抱くことにつ

ながっている。

次に妊娠は受け入れているものの自分のからだの反応がわかりにくく、自分は大丈夫と感じているので、何かをさせられるということに対し負担感がみられる事例を紹介する。現実感がなく、出産を実感を持って出産を認識できる機会がなかったため出産に対する危機感もなく、また自分のこととして来るべき出産を受け止めることができなかった事例である。この事例の女性は出産後育児でもつまずき、不安を抱えることになった。

事例3：子どものことに一生懸命ならなければいけないけど自分のことばっかししていた。後ろめたい気持ちもある。準備しないといけないこと自体わからなかった。いらんと思って。めんどくさい。しらん。大丈夫私はと思った。(30歳代後半、初産婦、2016.7.28聞き取り)

また、それまで自分は健康にきている、順調であると信じていた時に、急に異常を告げられ、急速な対処を迫られた事例を紹介する。この事例は、入院を指示されたものの同意書の枚数の多さから不安になりインターネットで検索し、夫や友人たちに相談をし、出産施設とは別の専門職に質問する機会があったため、多くの情報を入手していた。異常であると告げられ、入院指示をされいながら週末は特に何の指示もなく、週明けに入院するよう指示されたことで緊急性が理解できず、夫が胎児の異常を心配し、医師の説明を求めた場面の聞き取りである。最終的に薬の使用を断るため夫と共に何度か出産施設に向き意思決定を行った。医師の指示に従わない場合の医師の返答が述べられている。

事例4：羊水の量が少ない、心音が鼓動が途切れる瞬間があるので誘発剤を使った方がいいと同意書を渡された。病院が月曜日入院、次の日から誘発剤を使うのに枠が2枠あって火曜日に空きがあると。頭の中は真っ白っていうか。昨日まで順調だったのに私何かしたかなって。(中略) 誘発剤の選択を断ったので(安全に出産できるか)保証はできないと言われた。今回入院を断ったので。入院をしたくない人に無理を言って入院はさせられない。今まで見てきた担当医に従うのが一番というようなことを言われて。

(30歳代後半、初産婦、夫も一緒に、2014.12.20聞き取り)

出産後、担当医師は説明が不足していた点について謝罪したが、出産を目前に控える当事者にとって、出産、産後を入院し援助を求める立場として、医師や医療者との関係を壊すこともはばかられ、医師の指示に従わないということについて悩んでいたことを語った。

次は、妊産婦の出産時の医療処置に対する認識についてのイメージが語られている事例を示す。自分自身で状況を把握し、選択していくことを大切にしていた女性の語りである。薬に関する情報は得ているが、より専門的な知識がないと判断ができないことが示されている。また特に医療者に対しての信頼がある場合、リスクなどを示されても相手を信じて鵜呑みにするので理解がすまないという状況に陥りやすい事示す。

事例5：先生は強制もしないですし無理された感じはしませんでした。誘発剤は怖いけど促進剤は違うと思っていました。同じ薬だとは全く知りませんでした。何もなかったからいいですが、もし同じ薬だと知っていれば使わなかったかもしれないのでその点はびっくりです。説明を受け、同意書にもサインしました。陣痛誘発剤ではないので薬の怖さなど不安には感じませんでした。(30歳代後半、初産婦、2014.5.26聞き取り)

次に示す事例は、陣痛がくる前に破水し、子宮収縮剤を使用したものの分娩が順調に進行せずに帝王切開に至った。出産に対して自分自身が上手に出産できないために帝王切開になってしまったと思い込んでいる。家族がそれを否定しても自責感はぬぐいされていない。

事例6：帝王切開で出産しました。パースプランも書いていたし、7月2日の健診はOKがんばろうという感じで先生も言っていたのに。(中略)主人は急いで駆け付けてくれましたが10分間に合いませんでした。主人に第一声はちゃんとしたから産めなくてごめんね…と言いました。(涙ぐむ…)何でそんなことないと言ってくれますが、(正常出産できず)申し訳ない気持ちになってしまいます。

(20歳代後半、初産婦、2015.3.23聞き取り)

女性が出産に抱くイメージとして、「帝王切開でお腹を切って出す」ことは、「陣痛を乗り越えて出産する」という達成感を奪うことにつながる。経膈分娩を志向すると、帝王切開には母親としての不全感を持ち、女性としての機能を発揮してみたいという願望があることや、帝王切開での産道通過の感覚のなさなどがあることが明らかにされている(今崎2006)。

次に、自分の母の出産経験でも薬を使用して出産していることから薬の使用に抵抗感がなかった事例を示す。インターネット上で入院中に調べたとしても実際医師に不安を告げ説明をもらうことはできていなかった。同意書に関しては記憶がない。

事例7：微弱陣痛と言われた。疲れてきていた。1時間に1回1錠飲む薬を「飲む？」って聞かれて飲むことになった。あまり先生からの説明もなく、陣痛の合間にネットで調べて怖い薬と知った。母も使ったと聞いていたので初めは抵抗感がなかったのかも。赤ちゃんの心拍をとる機械をつける時に赤ちゃんに負担になると看護師さんから教えてもらって知った。

(30歳代後半、初産婦、2015.1.10聞き取り)

周囲の友人から情報を得て、薬を嫌だとは思っても医師に嫌だと告げることができるほどには勇氣は持てない妊産婦は多い。気軽に話せる場所では以下のような話もできるが、出産施設ではそんな対抗できる言葉も知識も持てないことはよく語られる。

事例8：友人は軽く薬飲む？って聞かれて1錠飲んだら生まれてしまった子がいたけど、そんなん子どもの運勢まで変わっちゃうからむやみに使わないで欲しいよね。

(30歳代前半、初産婦、2015.4.20)

妊産婦が出産に対する想いを温めていても、医師の説明するガイドラインの基準が優先され、突然医療を必要とする状況が生まれている。妊産婦たちの出産イメージは漠然としており、出産そのものが生理的なもので自分に何か病的と言われることが降りかかってくるようには予測できにくい。そのような中で、妊産婦が、予定日を過ぎるだけで、異常が起こる可能性があるからと半ば当たり前のことのように分娩誘発を促されているということは、生理的に通常起こることの範囲を縮小して治療対象の範囲を拡大していたとも言える。また、妊婦健診の延長線上の外來での、時間をかけての説明を求めにくい短時間のやり取りの中で納得のできる判断はできるのだろうか。胎児に影響が出る可能性があるといわれて、何もなくていいという妊産婦は少なく、医師を信頼し任せるしかない

状況を妊産婦は語っていた。このような状況の中で医師や出産介助に関わる医療者は日常業務に追われながら、対象に応じて説明を果たすことはできるのであろうか。事例4のように、予定入院の受け入れに「2枠空いているから」と流れ作業的に説明を受け、入院を促された語りからも、医療者の認識と妊産婦の受け止めの乖離がみてとれる。妊産婦の語りからは説明を受け同意を求められているが、判断するにも時間に制約があり、医師に対抗できるだけの知識を持ち合わせておらず、セカンドオピニオンを求めたところで出産を急に受け入れてくれる施設もなく、同意せざるを得ない状況が語られている。さらに、医療者に対していい顔を見せたいという思いを持ち、出産時の指示をすべて受け入れていたという妊産婦の語りでは、「予定日の2日前に前駆陣痛があって、入院することになった。陣痛が弱くて時間もかかったので薬を使うようになったけど、看護師さんか助産師さんか？が来てするから…と言われただけで説明もサインもなかったなあ。いい子にしていないという思いが強かったし、嫌だなどとは言えなかった（30歳代、初産婦、2015.3.20聞き取り）」と語っており、自分の気持ちは伝えることができていない状況が示されている。

3.2 専門家によるステレオタイプの返答

現在は、産婦人科診療ガイドライン産科編（以下、ガイドライン）や産科医療保障制度再発防止委員会の再発防止に関する報告書、日本産婦人科医会などのホームページなどにより医師の統一された見解を窺うことができる。公表された文言には、「一見健康と思われる妊婦に母児の生命を危うくする合併症が一定の確率で起こる」ことや「母児共に無事に分娩を終了させることが義務づけられている」ことが書かれ、医師や出産介助にあたる専門職が

表3 口頭弁論のやり取り（B 弁護士の質問とC 医師の返答）

B 弁護士	C 医師
先生は陣痛促進剤であるプロスタルモンEを投与されていますが、まずその理由についてお聞きいたします。なぜ投与したのですか。	「微弱陣痛にいたったと判断したので、投与しました」
ただ先生、微弱陣痛ということでしたら、分娩開始時間との関係が問題になると思うんです。そのときのカルテを見ていただいて結構ですが、〇〇〇〇さんは分娩第一期ですか、第二期ですか。	「第一期です」
第一期でそんなに慌てて陣痛促進剤を入れなければならないんですか。いちど陣痛がついたといっても、陣痛がなくなる妊婦さんて沢山いるじゃないんですか。いったんおさまる妊婦さんというのは、それが病的なんですか。	「予定日を過ぎていたら、普通は同様の処置をします」
予定日、超えていないじゃないですか。	「一日だけです」
予定日一日前。まだ超えていないでしょう。私が聞いているのは、予定日前の妊婦さんに陣痛がついた、その陣痛がなくなる。それが全部病的なものですか、陣痛促進剤を入れなきゃいけないんですかという点です。	「入れなきゃいけないという決まりはないです」
もちろんですよ。先生の判断は、常に入れるという判断なんですね。	「予定日がもうほぼ予定日ですので」
(中略)	
先生、これは危険な薬ですよ。	「適切に使えば安全な薬です」
そうですけど、でも適切に使わなかったら危険ですよ。	「適切に使わなければですね」
必要もないのに使っちゃいけないですよ。当たり前でしょう。そんな危険な薬を必要もないのに使うということはないですよ。	「説明して同意の上でしたらいいと思います」
危険であってもですか。	「適切に使えば危険はありません」
(中略)	
どうしてストレートに答えていただけないのですか。私には、先生が具体的な危険性を語っているとは思えないんですけども。	「適切に投与すれば危険性はありません」
違います。薬を使わないと、〇〇〇〇の分娩に何か問題が起きると考えたから、使うんですよ。その〇〇〇〇の分娩の危険性を私は聞いているんです。ほっておいたら、促進剤をそこで使わなければ、例えば〇〇〇〇さんはこうなることが予想されたので使いましたという答えを、私は先ほどから待っているんです。	「それは、予定日を過ぎると、羊水混濁なり、胎盤機能不全なり、リスクが高くなるためです」
(以下略)	

母児の生命に対し非常に重い責任を自らに課していることが推察できる。無事出産して当たり前のように思われがちなかで、医療訴訟を起こされやすい状況に日常的に曝されている。

表3は出産事故の裁判での家族から提供された記録の抜粋である。年末にかかる出産となりそうな予定日で、子宮収縮薬を使用し出産。脳性麻痺で出産された事例である。200X年12月某日。被告代理人のA弁護士の主尋問のあと、裁判所が作成した「本人調書」（第二回口頭弁論調書）中、C医師に対するB弁護士の反対尋問の一部を表にした。C医師の回答は表の右側に整理した。抜粋からは、「予定日を超えていたら普通は同様の処置をする」「予定日を過ぎれば異常のリスクが高くなる」「適切に使用すれば安全な薬」「説明して同意の上なら使用していい」という言葉が繰り返えされている。そのやり取りから、子宮収縮剤使用に関する説明書に則った説明が答弁されていることが窺える。

4 考察

出産時の医療介入への説明を受け止める妊産婦及び家族の語りからは、本人の感じる身体感覚だけでは、専門職との知識の差が大きく、表現できる言葉を持っていないため、医師の説明が強圧的に作用してしまう可能性があることが示唆された。また、裁判の記録の抜粋からは、「予定日が近づきもう出産させていい」「適切に使えば安全な薬である」等、医師のステレオタイプな見解が示され、産科医療がマニュアル化され機械的な作業に陥りやすい特徴を見出すことができる。出産現場の専門職と妊産婦および家族が納得できるためにはどのような課題があるのだろうか。

4.1 子宮収縮薬使用時のインフォームド・コンセントに必要な課題と支援の検討

これまでの語りから明らかになった問題点を踏まえ、子宮収縮薬使用時のICに必要な課題と当事者への支援について検討する。まずICの時期についてである。現行のICは、予定日前後に行われる。予定日近くになり妊産婦が出産施設を変更のしようがない時期である。このような時期にセカンドオピニオンを求めようにも困難な場合が多く、出産施設との関係悪化を考えれば、妊産婦の立場では医師に従うより他にないものとなり兼ねない。出産場所を決定する前には施設での方針を伝え、情報公開しておくことがトラブルを防止することにもつながる。ただ、施設により方針がホームページ上に出されているが、自分自身にそのような事態が起こりうるというイメージのない現代の妊産婦には単なる情報公開だけでは伝わらないということも、現状である。

次にICを行う場所である。産科医師に入院前に会えるのは産婦人科外来診察中である。毎回家族が同伴しているとは限らない中で、産婦一人にICを行っても未知の胎児の健康状態に関する事であるため動揺し、冷静な判断は困難であると考えられる。出産施設の外来で、医療者に当事者一人だけが囲まれ、拒否した場合の選択肢として「帝王切開になる」「子どもの状態が悪くなる」とだけ説明することは、「強制、操作、説得」につながりかねない状況を招く。場を改め、静かに落ち着いて考えることのできる環境を整え、必要とされる情報を平易な言葉で納得できるまで説明し、自主的な選択を支援する事が求められている。

また、ICを行うのは主に医師であるが、医療スタッフは妊産婦の立場を十分に守り、支え、医師の言葉を補い、医師の言葉が強圧的に作用しないようサポートすることが必要となる。緊急事態でない限りそのまま自然に分娩を待ちたいという妊産婦がいた場合、その選択を支援し、一緒にリスクを背負うことを理解してもらった上で、その選択で最大限に努力することが求められているのではないだろうか。医療があれば100%安全であると誤解させることなく、誠実な情報公開を行い、妊産婦に生命の危機ともいえる出産に覚悟を持って向き合ってもらふ事も必要で

ある。

現在、知る限りにおいて、公正な IC のために意見交換ができる外部の倫理委員会など第三者機関が存在しない。また、セカンドオピニオンを求めたいと考えても、どうしていいのかわからない妊産婦を守るシステムや情報発信も未整備である。さらに、学生、医師、薬剤師、看護師、助産師など医療関係者に向けた IC が正しく認識されるよう、学習の機会もさらに充実させていくことが必要である。

4.2 開かれた対話による意思決定過程とは

妊産婦及び家族は出産という未知の出来事に対するいのちへの不安や心配から、医療を信頼し医師の指示を全面的に信頼していた。不安がよぎっても、「まさか大丈夫だろう」と、母子の生命を医療者に委ねていた。また、嫌だと拒否するには相当の覚悟と誰か外部の第三者のサポートがなければ、断れば出産施設を失うことにもつながりかねないと感じていた。「誘発剤の選択を断ったので保証はできない」という医師の言葉は、妊産婦や家族の拒否権を奪う。现阶段の医師の説明は、ステレオタイプをガイドラインから要求されている形とも受け止めることができる。また、医師の責任感、使命感の強さから、相手を無防備に従わせ、主導権を持つ形をとるため、生命の責任を一手に請け負う形にならざるを得ない。医師も自分だけが責任を負おうと思わずに、納得可能なわかりやすい言葉で対話し、また対話の責任を抱え込まない工夫が必要なのではないだろうか。相手の世界観、出産観を尊重し必要な情報を提供し、納得して選択できるように多面的に検討してもらうことで、本人が自分の人生であり、自分の出産なのだと自覚することも可能となる。そうした意味で、出産を担当する施設側が、地域の保健師や助産師、育児支援者などを迎え入れ、医師、スタッフ、本人、家族を交えて対等に対話し、対話の機会を開くことで、地域や生活に開かれた関係を可能にする。

医師、助産師など医療者にとって出産は、危険との背中合わせであり、何かトラブルがあったらどうしよう、自分は巻き込まれたくない、トラブルに当たりたくない、訴えられたくないということは根底にある。表3の事故裁判の医師の答弁は、ガイドラインや子宮収縮剤の同意説明書の言葉を忠実に繰り返すばかりで、追い詰められそれ以上の言葉を発することのできない辛さが滲み出ている。医療介入のガイドラインを根拠としたステレオタイプな説明は、妊産婦や家族との対話を奪い、妊産婦、家族のいのちと向き合う機会や成長を阻害することにもつながっていくことに、自覚的になる必要があるのではないだろうか。

5 おわりに

本来 IC には「自律尊重の原則」が基礎にあるが、本邦の産科医療現場では、出産の安全性の観点から出産が医師の管理下であり「善行の原則」に重きが置かれ、パターンリズムがもたらされる傾向に陥りやすい。このような状況の中で、妊産婦及び家族にその「自律尊重の原則」を守りながら、IC を行うためにはスタッフが一人一人の妊産婦と十分対話できる環境が必要である。お産の医療介入をめぐるやり取りは、単にどのように医療を受けるか、非対称にある医師—妊産婦関係を改善するかということ以上に、人はどのように生まれ、どのように亡くなっていくのかという問題に深く関わる議論なのである。

出産は育児へと繋がる通過点として、産婦の達成感を大切に、分娩管理には産婦の主体性を損なわない配慮が必要となる。少子化が進み、虐待、育児不安等、妊娠出産育児を取り巻く環境が厳しくなる現代において、妊娠出産育児期を切れ目なく、女性が母として成長することを支えるためのICを充実させていかなければならないだろう。

妊産婦、家族に周産期にはどれだけ医療管理を厳重にしても不可避な数%の死の危険性のリスクが存在するとい

う事実を理解し、引き受けてもらった上で、医療者側には妊産婦の生き方を尊重し、お互いが最善を尽くせるよう誠実に生命に向き合う事こそが求められているのではないだろうか。新しく生まれるいのちと如何に向き合い、暮らしていくのか。出産をめぐる人々にとって納得のできる対話を生み出し、妊産婦の自己理解として、さまざまな人に対話をつなげるような支援が求められている。

参考文献

- 東美和, /関沢 明彦/岡井 崇他2012『分娩誘発と陣痛促進法の見直し。安全な分娩管理を目指して 分娩誘発・促進に関するインフォームド・コンセント』臨床婦人科産科66巻2号, 179-183.
- 今崎裕子, 2006「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 20(1), 79-88.
- 近藤均/酒井明夫他編2002『生命倫理辞典』, 75-77.
- 星野一正, 1997『インフォームドコンセント』丸善ライブラリー, 42-48.
- , 1999『インフォームドコンセントは如何にあるべきか?』日産婦誌51巻9号, 231-233.
- 藤谷克己/長谷川敏彦, 2014『インフォームドコンセントにおける同意の意義—最近の下級審判例分析を基に—』日本医療マネジメント学会雑誌, Vol.15, No2, 102-107.
- 勝村久司『陣痛促進剤被害の実状と背景 薬害・医療倫理・患者の人権について考えながら』全国薬害被害者団体連絡協議会 大阪薬科大学紀要8巻, 2014.03, 96-106.
- クライマン A (江口重幸訳), 1988=1996『病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学』誠信書房.
- グリーンハル T (斎藤清二, 山本和利, 岸本寛史監訳), 2001,『ナラティブ・ベイスト・メディスン—臨床における物語りと対話』, 金剛出版.
- 公益財団法人 日本医療機能評価機構「産科医療補償制度」第7回報告書
<http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/documents/prevention/index.html> (2017.7.26検索)
- 公益財団法人日本医療機能評価機構編集, 産科医療補償制度再発防止委員会発行, 2017『第7回産科医療補償制度再発防止に関する報告書』公益財団法人日本医療機能評価機構.
- 伊東宏晃, 2007『子宮頸管熟化と分娩誘発』日産婦誌59(9)
- 池辺寧, 2002「インフォームド・コンセント」近藤均/酒井明夫他編『生命倫理事典』太陽出版, 75-77.
- 医療問題弁護団編『分娩事故判例分析 ～裁判例に学ぶ事故原因と再発防止策～』分娩事故判例研究会冊子, 2008年4月, 31-35.
- 石川浩史,2011『分娩誘発における安全管理～ガイドライン2011に基づく～』日本周産期・新生児医学会雑誌,第47巻第4号, 773-778.
- 水野肇, 1990『インフォームド・コンセント—医療現場における説明と同意』中公新書.
- R.R.フェイドン/T.L.ビーチャム, 酒井忠昭/秦洋一訳2007『インフォームド・コンセント—患者の選択—』みすず書房, 219-308.
- 中川輝彦, 2010「インフォームド・コンセント」佐藤純一, 土屋貴志, 黒田浩一郎編『先端医療の社会学』世界思想社, 157-182.
- 日本弁護士連合会, 2013『産科医療補償制度の見直しに関する意見書』1-13
- NPO法人医療制度研究会「障害の補償か過失の判定か, 産科医療補償制度の本質を議論する」

<https://www.m3.com/open/iryoiShin/article/152761/> (2014.10.20検索)

日本産科婦人科学会／日本産婦人科医会編，2017，『産婦人科診療ガイドライン産科編2017』日本産科婦人科学会発行。

岡井崇，2013『脳性麻痺の原因分析』日本周産期・新生児医学会雑誌第49(4)，1187-1189.

白鳥孝子/吉澤千登勢，2012『医療現場におけるインフォームドコンセント－看護師に求められる倫理的責務－』日本看護医療学会雑誌，Vol.14, No1, 19－24.

陣痛促進剤による被害を考える会，2003『陣痛促進剤あなたはどうする：お産の前に一番大切なことについてきちんと説明を受けていますか』さいろ社.

斎藤清二，2016，『医療におけるナラティブとエビデンス 改訂版——対立から調和へ』遠見書房.

土屋貴志，1998「インフォームド・コンセント」佐藤純一，黒田浩一郎編『医療神話の社会学』世界思想社217-239.

竹田省，2016，「妊産婦メンタルヘルスに関する合同会議2015報告書」日産婦誌68巻 1号.

海野信也他『これからの産科医療を考える－その現状とくに問題点から見た将来像－』産婦人科治療Vol100, No1, 2010, 6－12.

山田崇弘/水上尚典，2014『子宮収縮薬の使用指針』臨床婦人科産科68巻 8号，795-798.