

目次

目次.....	- 1 -
はしがき.....	- 2 -
発表の流れ.....	- 3 -
企画代表雑感.....	- 4 -
あの事件は、今 !?.....	- 6 -
はじめに.....	- 6 -
「筋弛緩剤点滴混入事件」とは !?.....	- 6 -
公判の経過.....	- 7 -
考察.....	- 9 -
(注).....	- 10 -
インタビュー集2.....	- 12 -
堀康司 (医療事故情報センター囑託弁護士).....	- 12 -
加藤進昌 (東京大学精神医学教授・前東京大学付属病院長).....	- 15 -
永井良三 (東京大学循環器内科学教授・東京大学医学部附属病院長).....	- 18 -
東醇 (医療事故市民オンブズマン MEDIO 事務局長).....	- 19 -
匿名 (裁判官).....	- 21 -
勝村久司 (医療情報の公開・開示を求める市民の会事務局長).....	- 23 -
高橋茂樹 (弁護士・医学博士).....	- 28 -
古川俊治 (慶應義塾大学医学部外科・弁護士).....	- 31 -
我妻堯 (国際医療厚生事業団参与、国際協力医学研究振興財団理事).....	- 34 -
日本医師会.....	- 37 -
井部俊子 (聖路加看護大学教授・前聖路加国際病院副院長・看護部長).....	- 39 -
参考文献.....	- 42 -

はしがき

この冊子は、2003年度東京大学五月祭医学部企画用の冊子の内、第9章「医療過誤 冷静と情熱のあいだ」に関して、掲載が間に合わなかったもしくは手違いのため目的のものが載せられなかった分を補完するとともに、6月1日における発表の概略等、医学部企画医療過誤班(便宜的にこう呼ぶ)の今回の五月祭りにおける活動内容の補足を極力行うためのものである。

より詳しく言えば、まず発表の流れを説明し、次に医学部企画医療過誤班代表の、この企画を通しての感想を載せた。

また、本編冊子においては、内容的に本企画とは合わないと判断したため載せなかったいくつかの原稿のうち、仙台の北陵クリニックの事件についての文章を載せた。

最後に本編冊子に載せきれなかったインタビューについてできるだけ載せている。堀弁護士に関しては、本編冊子に掲載文より加筆訂正があったが、加筆文がそれなりの長さであったため、本編冊子の訂正では間に合わなくなりここに再掲載という形となっている。加藤教授から高橋弁護士まで計六件は本編冊子編集に校正が間に合わなかったため、以下四件は本編冊子編集後の取材によるため、ここに載せている。関係者各位には、このような形となったことをお詫び申し上げます。

ここにも載せられなかったものとしては、東大法医学吉田教授、日大法医学押田教授をはじめ、医師・看護師・弁護士・損保会社・製薬会社などからお話を伺った。ご協力いただいた方々には重ね重ね感謝いたします。

(藤田卓仙)

発表の流れ

ここでは、簡単に五月祭当日の発表の流れを説明する。

1．医療過誤とは？を説明。

すなわち医療事故とは何が違うか、医者のみが悪いだけではないなどについて説明する。

2．判例紹介（放射線治療の問題）

3．訴訟数がどうなっているか、民事刑事の違いとは。の説明

4．判例紹介（陣痛促進剤についてなど）

5．裁判上の限界についてと裁判外の解決法についての説明。

6．判例紹介（癌告知）

7．患者の不満はどこから生まれるのか、患者の意識について

8．まとめ

という流れで、6月1日13:00より90分間の発表を行う。

企画代表雑感

ほんとうに冷静だった。その心の中にもものすごい情熱とともに今にもあふれんとする思いが隠されていたのかもしれない。けどその情熱は問題解決には不要と考えたのだろうか、立場がそうさせていたのかいたって淡々と冷静に言葉を発していた。理論的に矛盾していることなんて全くと言っていいほど無かった。少なくとも私にはそのように感じられた。

お父さんを医療事故で亡くされた方と話をしていたときのことだ。

「どうして裁判なんか起こそうとお考えになったのですか？」僕はそれまでのインタビューにいった方々の話からいろいろと学び、ものすごく冷静な考え方ができているとたかをくくっていた。

「真実が知りたかったんだよ。」と彼は答えた。

「え？真実ってなんですか？裁判なんかしてもそれは裁判官が真実と認める真実が何か分かるだけであなただけが求める真実とは根本的に違うものなんじゃないのですか？」

思慮の浅い僕は先日聞いた裁判というものが単なる紛争解決の場にすぎず、例えば子供のけんかで親が両方の言い分を聞いて悪いと思った方をしかるような場でしかないのだという考えを持ち出して彼にくっついてかかった。

「おおー！」

その場のまわりにいる人たちは盛り上がった。単なる一学生がものすごい挑戦的な態度をとったからだ。その声の中彼の目は全く笑っていなかった、ものすごく冷静な目で私の目をぐっと見つめていた。彼の中にある情熱が、今にも吹き出しそうな思いがそこにあるのを感じた。僕は急に怖くなった。

彼は冷静に続けた、

「自分の親が医療事故で死んでしまったらどう思う？何が起こってしまったのか、どうしてこんなことになったのか知りたいというのは自然な考えだろ。」...

医療事故とそれに関わる医療関係訴訟、このことについていろいろと調べてきた。ほんとにたくさん問題があることがわかった。いろんな立場の人々がいろんな次元での問題点をたくさん挙げてくれた。みな非常に冷静に自分のやるべきことやっていることを淡々と述べていた。彼らの主張はさまざまな次元でなされており、互いに相容れないものや、自分側の利益にしかつながらないような主張をしている場合もあった。しかし、やはり彼らには共通の思いがあった。それは医療事故を減らし、それに関わる医療関係訴訟、紛争を何とか減らしたり解決することによってみんなが満足を得るような状態にしていきたいということ。

そのためには何が必要なのか、僕はこの原稿を書きながら短い時間ではあるが考えてきた。

浅はかな僕が考えた結論は「意識」をもつということ。普段からこの問題に関して自分がどのような考えを持つべきなのかをよく考えるということ。そして双方の「権利と義務」をよく把握し、医療の現場ではお互いに問題が起こらないように最善の努力をしようという意識を持つことだった。

これは医者のみに対してではない。そして患者のみに対してでもない。

例えばインフォームド・コンセントという言葉がある。よく聞く問題点としては医者が説明をしないということ。確かにそうかもしれない。そこで医者が話さない、ちゃんと説明しない批判する人がいる。確かによく説明することは医者の義務だ。じゃあそのときの患者の義務はどうか。その人は自分からも積極的に本を買ったりして学び、医者からどんどん情報を引き出そうと努力しなければならないだろう。だってコミュニケーションというのは互いの意思のキャッチボールなんだから。そこで患者側にそんなこと

を求めることが酷だといってしまうと解決に進まない。

カルテ開示についてだって、医者の裁量権の侵害だとか、プライバシーとかそんなことを主張する人がいる。確かにそれは医者の権利だろう。じゃあそのときの患者の権利、医者の義務はなんなのか。それを先に考えて相手との調和を考えないと話が進まない。

医者だって人間だ。過ちは犯すものという主張がある。それはもちろんそうだろう。じゃあそのときにすべき医者の義務はなんなのか。病院のリスクマネジメントを真剣に考え、事故を減らす努力をすること。そんな万全の努力をしてからそんな主張しているのだろうか。

訴訟はどちらが公正なのか判断しようとする機関であり、絶対的に正しい真実を探そうとする機関ではない。当事者が申し立てたことのみを判断しようとするだけで特に助言とかしようとはしない。弁護士は自分が弁護する人を選ぶことができる。裁判所は中立だから他の第三者機関とかそういうものにタッチしない。訴訟というのはそんなものだともいわれた。

そんなことになってしまうのではなく、もっと制度を変えたり違う方法を模索したりする努力はしないのだろうか。その方法を作るにしても自分の権利を主張するだけのものになっていないか。相手の権利を尊重しているか、そして自分の義務をしっかりと果たしてからおこなっているとみなされるような主張になっているか。それをよく考えないといけないとおもう。

結局訴訟をしたとしてもなんの謝罪が得られることなく、賠償金を手に入れたが全然満たされないとか結局負けてしまったという話はよく聞く。そのときの自分の主張が単に医者側の勉強不足や制度の問題としてしまうだけでなく、自分のしてきた行動のなかで自分の果たすべき義務をしてきたのかをよく考えないといけないとおもう。

たくさんの人たちの意見を聞きにいったが、総じて自分側の権利、相手側の義務を主張し事案としても例えば、不勉強きわまりない患者の気持ちなんていっさい考えない医者やたいたいいいがかりをつけてくるような患者など極端な事案を挙げて話をしようとする人が多かった。こちらの聞き方に問題があったのかもしれないがどちらかという自分側の考えをまとめたりやるべきことを考えるところで終わって、これはこちらの義務だからといった明確な主張ができていいのかといわれると少し疑問が残るという話が多かったように感じる。

医者はやっぱりミスは起こるものだ、患者とのコミュニケーションをとろうとはしてるけどあわない患者さんもいる。今のマスコミは医者をお敵に回しているような報道ばかりだよ。とやられてられないなあといっているように感じることも多かった。

患者側もあるアンケートで、訴訟終了後自分のかかっていた病院が制度改革とかに取り組んでいるのか知っていますか？という問に対して、「知らない」という結果がほとんど。なんだそりゃ。と思った。

もちろん上に述べてきたような人たちがばかりだとは決していわない。医者の完全なミスで患者さんが亡くなってしまったという事案なんていくらでもあるだろう。

でも問題意識をしっかりと持ち、双方の言い分をよく考えている、少なくとも聞いて理解しているという人が少ないなという印象を受けたのも事実。

これからこのような問題を減らして行くには問題意識を持って日頃からよく考え、自分の権利だけでなくしっかりと義務も果たす。そして双方問題解決に向かって最善を尽くす。

すごく簡単なことかもしれないがこれが実際にできてないのではないのかと強く感じた。

この企画を立ち上げいろいろ問題を聞いたり調べたりして思った感想だ。

(坪倉正治)

あの事件は、今 !?

～ 仙台・筋弛緩剤点滴混入事件の公判経過 および 医療従事者のかかわりを中心に ～

はじめに

2000年2月から11月にかけて、仙台市の「北陵クリニック」で、複数の患者の容体が点滴や注射などの処置後に急変し、クリニックに准看護師として勤務していた特定の職員が筋弛緩剤を投与したと疑われ、2001年1月に逮捕・起訴された「事件」を覚えておられるだろうか。当初の報道は、「医療現場での、医療従事者による無差別・凶悪な連続殺人事件」とするものであったが、やがて冤罪の可能性も指摘されるようになり、とりわけ同年7月に公判が開始されて以降は、証拠に乏しく立証が困難であること、弁護側が無罪を主張していることなど、刑事事件としての異例さが際立っている。初公判から2年を迎えようとする今、審理はなお継続中であるが、ここでは、その経過を追うとともに、特に事件や公判にかかわりのあった医療従事者の立場に着目して考察したい。

「筋弛緩剤点滴混入事件」とは !?

起訴事実

本件の被告に対する検察側の起訴事実として、以下5件の「事件」への関与がある：

- (1) 2000年2月2日、1歳女児^(註1)に、点滴の三方活栓より注射器で筋弛緩剤(マスキュラックス)^(註2)を注入し、死亡させようとした(殺人未遂)
- (2) 同年10月31日、11歳女児の点滴に同剤を混入し、死亡させようとした(殺人未遂)
- (3) 同年11月13日、4歳男児の点滴ボトルに同剤を混入し、看護師を介して注入し、死亡させようとした(殺人未遂)
- (4) 同年11月24日、89歳女性の点滴に同剤を混入し、死亡させた(殺人)
- (5) 同日、45歳男性の点滴ボトルに同剤を混入し、看護師を介して注入し、死亡させようとした(殺人未遂)

5名の患者はいずれも、被告の関与した処置後に容体が急変し、呼吸困難や意識障害などが出現した(89歳女性は死亡)とされる。

「事件」の発端

関係者が患者の急変を「事件」と認識し、被告への疑念を強めていった経緯は、11歳女児の急変後、クリニックの半田副院長^(註3)が20件近い急変患者のリストを作成し、すべてに被告が関与していたとして、以降に急変した4歳男児と死亡した89歳女性について試料を保管し、その後、女児の搬送先である市立病院の小児科部長が筋弛緩剤投与の可能性を指摘したことや、被告のものとされる筆跡で発注された筋弛緩剤が使途不明になっていると判明したことを受けて、警察に事実上の告発を行った、というものである。

警察による強制捜査は2001年1月6日より開始され、同日11歳女児の件で被告を逮捕したことを筆頭に、同年4月20日までに、5件の殺人・殺人未遂容疑による逮捕・起訴が行なわれた。

被告は、逮捕直後の自白では犯行を自供していたが、その後否認に転じている。

全面対決

本件は、犯行の目撃証言などの直接的証拠に乏しく、検察側は、「状況証拠の積み重ねによって検挙できた特異な事件」としている。急変した患者の生体試料から筋弛緩剤の成分が検出されたとする鑑定

結果から「事件性」を、そして、犯行を裏づける状況証拠と、クリニック内の人物の消去法により「犯人性」を立証する方針である。

一方、弁護側は、「犯人性」以前に「事件性」が欠如しており、これは、真犯人も、殺人・殺人未遂の被害者も存在しない「幻の事件」である^(註4)として、被告の無罪を主張している。

なお、捜査段階での被告による自白調書の任意性・信憑性もまた争点となると考えられる。

公判の経過

本件の公判は、仙台地裁において、2001年7月11日の初公判以来、116回にわたって行なわれている(2003年4月9日現在)^(註5)。証拠調べ手続^(註6)のうち、検察側による主な立証は2002年9月に終了し、立証および以降の弁護側による反証を受けて、2003年2月より被告人質問の段階に入っている。

立証の争点

これまでの公判において、立証上の主要な争点として：

(1) 被告が筋弛緩剤の空アンプルを持ち出して証拠隠滅を図ろうとしたとする疑惑や、空アンプルの数が手術回数より多いことなど、被告の犯行を裏づける状況証拠について

(2) 患者の血清などの証拠物の流れと、5件の起訴事実すべてについて、証拠物から筋弛緩剤の成分であるベクロニウムが検出されたとする鑑定結果の信頼性

(3) クリニック関係者が、患者の急変を事件と認識し、被告への疑念を強めていった経緯

(4) 筋弛緩剤の凶器性

といった総論的事項のほか、各論として、5件の起訴事実についての被告の関与について審理が行なわれている。

検察側は第85回公判までに、のべ122名の証人尋問を行ない、主要な立証を終えた。

各争点について、審理経過の概要を以下に示す：

総論的事項の立証

(1) 証拠隠滅の疑惑については、被告の行動監視のために派遣された捜査員の証言と被告の供述とが矛盾しており、未解明の部分が残った。空アンプルの数については、被告の、麻酔医が来る前に2種類の筋弛緩剤を用意しておいたためとする供述に対し、麻酔医は合理性を欠くと指摘した。

(2) 鑑定結果について、検察側はまず、鑑定人の過去の実績を印象づけようとした。弁護側は、試料が全量消費されていて再鑑定や検証が不可能であり、客観性や信頼性を欠くと指摘したが、鑑定人は分析のために全量が必要であったとしてデータの正確さを強調し、両者の主張はかみ合わなかった。

(3) この経緯について、検察側は、副院長らによる疑念は客観的事実に基づいていると主張したが、二階堂院長は、弁護側によって申請された臨床尋問において、治療を担当した89歳女性の死亡と45歳男性の急変について筋弛緩剤投与の可能性を否定し、関係者の証言が分かれた。副院長らについても、弁護側によって最初から被告を疑っていたとする証言が引き出されるなど、事実関係推定の困難さが改めて印象づけられた。

(4) 筋弛緩剤の凶器性について、検察側は投与されたとする量を示しておらず、証人として出廷した専門家も、薬剤自体の作用を説明し、点滴投与された場合の薬効については、投与量や点滴速度、排泄速度などの要素を加味する必要性を示唆したにとどまり、凶器性への言及はなかった。なお、検察側が、

11 歳女児の急変から 1 週間後の尿から筋弛緩剤の成分が検出されたとしたことについて専門家は、筋弛緩剤が体内に長期残存した場合の薬物相互作用による危険性を指摘し、長期残存性について動物実験のデータを示したが、これらについて弁護側は無理矢理の立証と批判した。

各論の立証

(1) 風邪の症状で入院していた 1 歳女児は、被告が、女児の両親や数名の看護師の前で、注射器を点滴の三方活栓に差し込んで液体を注入した数分後に容体が急変し、呼吸停止に陥ったとされる。搬送先の市立病院でてんかんと診断され、救命措置により自発呼吸が回復した。

公判では、目撃者とされる看護師や搬送先の小児科医、筋弛緩剤の専門家などが出廷し、被告本人が注射器から液体を注入しており、急変は筋弛緩剤による症状と矛盾しないという立証がなされた。弁護側による被告人質問などの反証は行なわれなかった。

(2) 腹痛を訴えて来院した 11 歳女児は、点滴開始から 5 分後、「ものが二重に見える」などの症状が出現して呼吸が停止し、その後一時心肺停止に陥ったとされる。搬送先の市立病院で救命治療が行なわれたが、低酸素脳症による意識障害は回復しなかった。

公判では、この件によって最初に事件性を疑いはじめた副院長、搬送先の医師、小児神経学や筋弛緩剤の専門家が出廷した。この件について目撃者はなく、また通常は静脈注射される筋弛緩剤を点滴投与したとされていることから、被告の犯人性や、点滴投与でも症状が出現することの立証が焦点となった。検察側は専門家から、女児の急変は疾病によるものでないことを支持する証言や、筋弛緩剤を三方活栓から点滴側のチューブに混入すれば 5 分後に症状が現れる可能性があるといった見解を引き出したが、被告の行動や、具体的な混入方法や投与量についての証言は限られており、立証は困難であった。

(3) 4 歳男児は、FES 手術（不自由な手足に電極を埋め込む）を受けた当日の夜、看護師が点滴ボトルを交換した約 30 分後に急変した。副院長が人工呼吸など救命措置にあたっていると、知らせを受けた被告が病室に駆けつけ、副院長に気管内挿管を促したとされる。その後別の医師が挿管を行ない、男児の意識は回復した。

公判では、当時被告の傍にいたり、被告の発言を聞いたという看護師などクリニックの元職員らが出廷し、検察側は複数の証人から、被告が急変を事前に予測していたり、原因を知っていたと受けとめることが可能な言動をとったとする証言を引き出した。しかし、それらは状況証拠として決定的なものとはならず、疑問が残った。

(4) 入院中で点滴を受けていた 89 歳女性は、被告が点滴を交換し、下剤を服用させて退室した直後に急変し、意識障害を起こして、急変から約 1 時間後に死亡したとされる。

公判では、女性に付き添っていたヘルパーや、筋弛緩剤、老人病、循環器系疾患の専門家らが出廷した。急変時の症状が筋弛緩剤による薬効と一致するか否かが焦点となり、弁護側が女性の死因を心筋梗塞としていることに対し、検察側は、女性の症状は心筋梗塞によるものとは一致せず、筋弛緩剤によるものとしても矛盾しない、とする専門家らの証言を引き出した。

(5) 89 歳女性の死亡した日の午後に来院した 45 歳男性は、点滴開始から約 10 分後、目の焦点が合わないなどの異変を感じはじめ、さらに約 30 分後、息ができないと訴え、酸素吸入が開始され、約 50 分後に症状は回復した。

審理は 89 歳女性の件と同時に行なわれ、被害者とされる男性本人が出廷し、症状の経過を説明した。専門家らは、この証言や看護記録などをもとに、筋弛緩剤による症状としても矛盾しないとしたが、断

定はできず、立証は困難であった。

反証

弁護側の反証では、検察側の立証を受けて、被告の元同僚の看護師や医師らが出廷した。これらの関係者からは、犯人は被告以外に考えられないとする検察側の立証の信憑性に疑問を投げたり、警察の取調べに対し、事件について互いに相談してから事情聴取に応じていたとする、また、被告の人格から彼がやったとは信じられないとする証言が引き出された。ただし、立証の核心部分を明確に否定する証言は得られなかった。検察側は、これらの証人が、被告と交際関係にあったり、患者から個人的に金を受け取ったためにクリニックを辞めていたことなどを指摘し、証言の信憑性に疑問があると印象づけようとした。

被告人質問

検察側の立証を受けて、弁護側と裁判所側によって行なわれている被告人質問では、被告が起訴事実とされる5件それぞれについて供述している。

被告は、カルテや不足分の薬品を取りに消灯後に薬品庫に入ったことや、筋弛緩剤の発注について供述し、5件の起訴事実については、いずれも犯行を明確に否定した。とりわけ、1歳女児の件については、被告自らが注射したのではなく、注射器を看護主任に渡したとするなど、立証を全面的に否定する供述をした。以降の被告人質問では、捜査段階における自白の信憑性が争点となる見込みである。

考察

医療現場という特殊性

本件公判において、検察側は、関係者の証言などの状況証拠から、筋弛緩剤が投与されていたとしても、また、それが被告の犯行であったとしても矛盾しないという立証を構築することには成功しているものの、直接的証拠に乏しく、患者の急変の事件性および被告の犯人性を明確に裏づける立証は困難である。一方、被告は事件に関与していないという、弁護側による明確な反証もまた困難である。

被告の行為は「通常の医療行為の形を借りた犯罪」であるとする検察側と、「通常の病状変化」が敢えて「犯罪」に仕立て上げられたとする弁護側 人体へのある種の侵襲行為が日常的に行なわれ、また人の死やそれに向かう変化の過程が不自然でない場においては、ごく一般的な医療行為に見せかけて人の命を奪うことも可能である一方、仮に何もしていなくても、殺人の疑いをかけられる可能性さえある 本件は、舞台となったクリニックのみならず、医療現場一般の特殊性を浮かび上がらせているといえるだろう。

医療従事者の「事件」へのかかわり

本件について、医療従事者の関与に着目してとらえてみる。公判には、起訴事実とされる各事件の現場に居合わせていたり、被告とかかわりのあった看護師や医師などのクリニック関係者のほか、搬送先病院の医師などの第三者、さらに、筋弛緩剤や法医学、小児神経学などを専門とする学者らが出廷している。

これらの医療従事者の立場について考察することは、人の死が日常的であり、事件・事故がいつ起こっても不思議でないような現場に携わる者として、あるいは、事件・事故について医学的・科学的知識や判断を求められる立場にある者にとって、どのような姿勢が望まれるかを探ることにもつながると考える。

まず、現場の関係者らは、患者への医療行為や症状の経過について証言を求められている。医療従事

者は、こうした場合に備える意味でも、患者の急変など予測できない事態に対してその場の判断によって医療行為を行うことに加え、その経過を記録するなどして、関係者や第三者に提示・説明できる状態にしておくことが必要と考えられる。

また、医療現場の危うさを自覚し、事故・事件を防ぐためにも、また行なわれている医療行為を把握する意味でも、本件で問題となった薬物等の管理に関与できる医療従事者を限定し、いつ、誰が何をしていたのかを記録するなど管理を徹底する必要があると思われる。

搬送先病院の医師などの証言は、(被告との利害関係の薄い)第三者のものとして受けとめられている。患者が何らかの事件や事故などに巻き込まれた場合、こうした立場の医師は、診断名だけでなく、患者の状態を観察した結果や、診断に至った経緯の詳細などについても説明を求められることがあり、個々の患者に対する診療の姿勢が問われる部分であると思われる。

さらに、鑑定などに直接関与しなかった専門家の証言によって立証が構築される場合、視点の客観性が、また、たとえば本件の、筋弛緩剤を点滴投与した際の薬効など、臨床的データの確立していないものについては、根拠と推論の過程が重要になるとと思われる。

このような場面で要求される医療従事者、とりわけ医師としての姿勢は、刑事事件のような特殊なケースのみならず、より頻度の高い医療事故や医療過誤など、あらゆる種の医事紛争に遭遇した際に、あるいはそうした事態を未然に防ぐための医師=患者関係を構築するために求められる態度にも共通しており、学べき要素は多いと思われる。

報道、市民、そして医療従事者

最後に、本件についてのメディア報道と市民の受けとめ方について、また、そうした面での医療従事者の役割について考察してみたい。

2001年1月の被疑者逮捕直後の報道は、あたかも被疑者の犯行であることが確定しているかのように断定的であり、大多数の市民が、報道をそのまま受け入れたものと思われる。その後、冤罪の可能性が示唆されはじめ、同年7月の初公判以降、弁護側が無罪を主張し、長時間にわたる異例の冒頭陳述を行うなど、刑事事件としての異常さが明るみに出ると、事件の特異性や立証の困難さに注目が集まるようになり、一部の市民の議論を呼んだ。しかし、2002年以降、公判が長期化するにつれ、市民の関心の低下を反映してか、全国レベルの報道は減少し、経過を知るためには積極的に情報を収集する努力を要するようになっている。

情報の受け手としての市民がメディア報道を鵜呑みにせず、冷静に、時として批判的に受けとめる能力として、「メディア=リテラシー」という概念がある。ここで、ある市民が医療従事者であり、医療現場の実態について、また薬物の投与方法や作用などについて専門的知識を持ち、また、それらの知識と情報をもとに、適切な推論を組み立てることができるとするならば、当初の報道を、より客観的な視点から受けとめることが可能であったと考えられる。さらに、医療従事者、特に医師は、たとえ自らの専門とする領域でなくとも、医学・医療に関するメディア報道について、身近な一般市民から知識や意見などを求められる立場にあるのではないだろうか。そうしたとき、個々の市民が自らの視点を構築するための判断材料となる情報を提供したり、推論過程の一例を示すなど、啓発的活動を行うことも、医療従事者として求められる役割の一つではないかと考えられる。

(注)

1. 年齢は事件当時。以下同様。
2. マスキュラックス：筋弛緩薬「ベクロニウム」の商品名
ベクロニウムは神経筋接合部に作用する競合性遮断薬。循環器系に対する作用がなく、臨床に頻用されて

いる。神経筋接合部遮断による骨格筋の弛緩は、小さく急速な運動を伴う小筋(眼瞼筋,外眼筋,嚥下筋,発声筋など)に始まり、眼瞼下垂,斜視,嚥下困難,言語障害などが起こる。次いで躯幹筋,四肢筋,最後に肋間筋,横隔膜が弛緩して呼吸が停止する。ベクロニウムは、睡眠薬,鎮痛薬,筋弛緩薬の組み合わせの持続点滴静注による麻酔(全静脈麻酔,TIVA)において、筋弛緩薬として用いられている。(『NEW薬理学』 南江堂)

3. 役職名は事件当時。以下同様。

4. 2001年11月、被告の弁護人である阿部泰雄氏の講演を聴く機会を得た。

この表現は、講演および阿部弁護士による当時の報告メモによる。

5 *asahi.com*: MYTOWN: 宮城 (<http://mytown.asahi.com/miyagi/newslst.asp?k=12>)

に掲載されている最新情報 (2003年4月21日現在)による。

6. 刑事訴訟の流れ:

開廷前の手続 冒頭手続 証拠調べ手続 論告・弁論・結審 判決言渡し

(刑事事件フローチャート <http://www.moj.go.jp/KEIJ/keiji09.html>)

(藤川祐子)

インタビュー集2

いずれも敬称略。本編冊子同様、時系列順。ただし、すべて本編冊子掲載分より後という意味ではない。

堀康司（医療事故情報センター嘱託弁護士）

@霞ヶ関某所

本編冊子掲載のものから一部加筆訂正がございました。こちらの文章が堀弁護士の意図したものとなっています。手違いのあったことをこの場を借りてお詫びいたします。

薬害肝炎訴訟の集まりで東京にいらっしゃっているところを、一緒に居られた大阪の山西弁護士と医療問題弁護団の福地弁護士とともにお話をうかがいました。

どのような経緯で医療問題を扱われるようになったのでしょうか？

堀

私は1997年に司法修習を終え、弁護士になったわけですが、横浜市立大付属病院での取り違え事件以来医療問題への社会的関心が高まっていったのと時を同じくするような感じです。

医療事故情報センターの嘱託弁護士をなさっていますが、それはどういったお仕事なのでしょう？

堀

仕事の内容ですが、

- 1) 事務局に常駐して、各地で患者側代理人として活動している会員弁護士から寄せられる、文献収集、診療録の翻訳、協力医の紹介等のリクエストへの対応を統括。
- 2) 個別相談電話に対しては、各地の弁護士の相談窓口に関する情報を提供。

という感じです。患者の代理人となったり、個別の医療事故相談に乗るといのは、私の個人業務であって、医療事故情報センター嘱託としての業務ではありません。

患者さんの医療機関への不満や苦情を聞くのも大事な仕事ですね。役所や医療側にはそのような窓口がないからということで、医療事故情報センターに相談なさる方が多いですね。

そうした患者側の不満というものはどうしたところから起こるとお考えでしょうか？

堀

提供されている医療の質のあり方という根本的な問題がありますが、医療機関の側に苦情に対応するシステムが不備であることも大きいと思います。医療側でミスがあってもそのミスが明らかにされない、少なくとも患者さんの側に何の連絡もないということがあって、そうした事態を解決するシステムがないため、弁護士のもとに相談に来られる方が多いです。

医療訴訟に関してどういうところが問題だとお考えでしょうか？

堀

医療訴訟の問題について話す前に、医療訴訟の流れについてはすでにご存知かもしれませんが、少しお話

します。まず、弁護士のもとにおいでになった患者さんには何も資料を持っていないことが通常ですので、まず診療に関する記録を入手して調査をする必要があります。

ただ単に「カルテを下さい」と請求した場合、こちらに来るまでに書き換えられる可能性があるということで、裁判所による証拠保全の手続きを踏みます。証拠保全では、裁判官と弁護士が直接病院に出向いてカルテの写しを作成しますが、病院側にはその当日まで証拠保全を行うことを知らせませんので、これによって、できる限り改ざんのおそれを避けた形でカルテなどの情報が手に入ります。そうして手に入れたカルテを読む上で、字が汚かったり内容が足りなかったりなどあります。

きちんとカルテを書くことが望ましいということですね。

堀

そうですね。診療に関する事実経過に争いが残るようなあいまいな記録しか残っていないと、紛争解決が困難になることも多いです。きちんとした記録が残っていれば、医療側も患者さんに対する説明がしやすくなりますので、きちんとした診療記録を作成することはとても重要です。

さて、カルテなどの情報に関してですが、弁護士側で検討した上で、その内容に関して医者に相談するわけです。そうすると今度は協力してくれる医者の問題が生じます。患者の側からの相談に応じてくださる方は、現在でもそれほど多くはありません。

また、裁判に関わる医療専門家の中立性の問題についても常に悩まされます。医師にとって、医療過誤は「明日はわが身」の問題です。必然的にかばい合いの意識が生じてしまいます。中には、医療側を擁護するために、自分で書いている教科書と食い違う内容の意見書を書かれる方もいます。私たちは、鑑定人に対して患者に有利な意見を述べて欲しいということを考えているわけではなく、あたりまえの医学的な知見に基づいた客観的な意見を述べて欲しいと望んでいるだけなのですが、医学的な意見を曲げてまで医療機関を擁護しようとする医師がいることについてはとても残念に思います。今後の医療界に、正しく相互批判を行いうる文化が根付くことを望みます。

医療過誤訴訟で裁判所が示す判断について、医療者はどのように受け止めればよいのでしょうか？

堀

裁判は社会における紛争解決手段ですので、医療事故防止を直接の目的とする手続そのものではありません。また裁判所の示す判断は証拠の有無や当事者の主張といった諸事情によって左右されますので、裁判手続に医療事故の根本原因分析といった役割まで求めるというのはそもそも無理なことだろうと思います。医療機関が本気で医療の安全を考えるのであれば、事故がおきたら裁判所の判断が出るのを待つというような受け身の姿勢ではなく、医療機関自らが事故調査委員会等を立ち上げて積極的に根本原因分析に取り組むことが不可欠です。

また、単に調査を行うだけではなく、被害者側にその事故自体や医療機関側の再発防止に向けての取り組みについての説明がなされなくてははいけません。しかし、現在の医療機関は安全な医療についての教育に関して無関心なところが多いです。また、研修医による事故は多いですから、そうした若い医師のバックアップをしっかりとしてほしいですし、万一問題がおきたときも、現場にいた若い医師だけに責任を押しつけて、バックアップの不備について反省しないような病院の体制では困りますね。

なぜ患者さんはマスコミに医療事故について話すのでしょうか？

堀

それは、患者さんの、このまま黙っていたら医療側が何もしてくれそうもない、という不安によるものがほとんどだと思います。別に訴訟がしたいというわけではないのです。ですから、病院からの事故に関する説明を進んで行くことが非常に大切です。そうした説明を医師個人にまかせっきりの病院も問題です。事故が起きてしまったときのことを想定して、病院が組織として患者さんに対して誠実に対応できるだけの体制や手順を事前によく検討しておくことが望まれます。

医療事故情報センターの加藤良夫弁護士は第三者機関の設立を訴えています。それはどういったものなのでしょうか？

堀

詳しくは「医療被害防止・救済センター」構想に関する冊子や、「医療被害防止・救済システムの実現を目指す会」(仮称)準備室のホームページなどをごらんいただけたら、と思うのですが、端的に言えば、再発防止に向けた事故原因分析と被害者の救済を同時に行うような第三者機関を作ろう、というものです。つまり、被害者を救済することが同時に医療の安全にもつながるという仕組みです。具体的には、病院や製薬会社からお金を集めるなどしてプールした資金を用いて、第三者機関が医療側と患者側の間に立ち、医療被害者に対しては補償、援助を行おうとするものです。医療被害者の方には第三者機関に対して損害賠償請求権の委任をしていただき、それに基づいて、第三者機関が医療機関に求償しますが、医療機関側でまじめに再発防止の取り組みや謝罪を行った場合には、賠償責任を免責するという仕組みにすることで、医療機関が積極的に再発防止に取り組むことを促します。

謝罪ということでお聞きしたいのですが、事故直後に医療機関が謝罪を拒むという問題の背景は何かあるのでしょうか？また裁判になった場合、患者側が勝訴しても、病院側の謝罪がないことから不満が残る、何の解決にもならないということもあると聞いたのですが？

堀

病院側の姿勢の問題の背景には、医師賠償責任保険の問題もあるかもしれませんが、アメリカでは年間に44000から98000人もの人が医療事故で死亡しているという推定があります。日本では、報告先の問題もあって、実態把握がされていませんが、このアメリカにおける値から、少なく見積もっても、10000人は年間に亡くなっていると思われます。交通事故死の数と変わりらない数かそれ以上が亡くなっているということです。ところで、損保ジャパンなどの保険会社による保険のシステムはご存知でしょうか？保険会社としてはこうした医療事故死に関してすべて賠償したとしたら現在の保険の掛け金ではとてもお金が足りません。事故直後に病院が謝罪を行わない背景には、事故実態を直視しようとしぬ賠償保険制度の歪みがあるように思われます。

また、制度上、損害賠償請求という形式でしか裁判を起こすことが出来ないため、敗訴した病院には法的な意味では謝罪が命令されるわけではないのですが、敗訴判決が確定した場合には、やはり病院は単に賠償金を支払うだけでなく、真摯な謝罪の意を表していただきたいと思います。残念ながら賠償金は支払われたが病院からはなんらの謝罪の言葉もないという事例もあり、裁判を経てもなお被害者側の精神的な傷が癒されないことは少なくありません。

事故の報告ということに関して、先ほど第三者機関の話もございましたが、どの程度まで報告するのが望ましいのでしょうか？

堀

現行法上届出義務に類する制度としては、医師法上の異状死体の届出義務程度しかありませんが、本来、少なくとも患者さんに重篤な後遺症が残るようなケースについては、患者さんが死亡していない場合であっても、速やかにすべて報告すべきだと思いますし、それ以外の事故についても幅広く情報を集めて医療の安全につなげることが必要と考えます。ただし、報告先が捜査機関である必然性はなく、事故情報を医療安全にフィードバックするための適切な第三者機関の設立が急務であると言えます。また、事故後の調査に関して、病院内においても、事故調査委員会を院内外の人員で構成し、手技・器具の問題まで含めて報告をするといった試みは良いと思います。

最後に、医師として、医療訴訟を防ぐにはどのようにしたらよいのでしょうか？

堀

まず第一に、医療の安全を実現し、事故をなくす努力を尽くすことが不可欠です。安全な医療の実現に取り組むことなく、小手先の対応で訴訟になることだけを回避するということは不可能です。

その上で、不幸にも事故を起こしてしまった場合には、真摯に反省して、誠意をもってごめんなさいと謝罪をすることができることが大切です。しかし、現実には、まだまだ医療界において過ちを素直に認めて謝るという文化がきちんと根付いていないようです。ミス認めるところか、患者さんの側に対して大変非常識な言動を行い、二重の意味で患者さんや遺族を傷つける医師も少なからず存在します。私たちのところに相談に来るケースでも、医師のとどめの一言といえるような暴言がきっかけとなっていることが多いです。調査の結果、過失を立証することができるかどうか判断に迷うような場合もありますが、当事者である医師の不誠実な言動が、提訴を選択するにあたっての最後の一後押しとなっていることは少なくないだろうと思います。

あと、研修 1,2 年目のミスは本当に多いので自己の技量を絶対に過信せず、不安があるなら、多少嫌がられようともこまめに上級の医師に相談するなどの方法で、気をつけるようにしてもらいたいです。

どうもありがとうございました。

(インタビューー：佐原五大・坪倉正治・藤田卓仙)

加藤進昌（**東京大学精神医学教授・前東京大学付属病院長**）

@同教授室。

他企画班とともにインタビューはおこなわれました。そのうち本企画班に関係のある部分のみをここにのせます。なお、本編冊子第 8 章掲載文章において一部表現的に誤解を招きかねない部分があったかもしれませんが、それは学生側の表現力不足によるものであることをこの場を借りてお詫び申し上げます。

医療訴訟について

加藤

医療裁判が増えているのは明らかであり、東京地裁と連携するようになった。地裁では医療裁判の増加に対応しきれないので、医療裁判を専門にするチームを作っていて、医療裁判に特化したチームと東大病院他の大学病院が連携して、早く済ませるための努力をしている。こうしたことは、もう医学的な知識というのが医者だけのものでないということの裏返しだと思う。人々の権利意識というものも高まっていると

いう流れもあるので、避けがたいことである。

医療は与えるものである、治療方針を押し付けるといったパターンリズムの終焉であり、考え方として Patient Oriented、患者さんの方を向いた医療と言われるようになっていたが、今ではさらに変わって Patient Centered となっている。ここには、安楽死だろうがなんだろうが、効果とリスクを説明したら後は患者さんが選択することだという考え方がある。私たちがこうする方が良いというのでは不十分で、患者さんが選択するという時代になっているが、まだ、そういうことに対応できていない医者が多いということが、医療事故の増加につながっている。医療事故の数と訴訟の数というものは全く一致していなくて、実際には医療事故は訴訟に至るケースの何十倍も起きている。

医療事故を届け出ることを義務化すべきではないか？

加藤

これについては外科学会が猛烈に反対している。手術中に患者さんが亡くなってしまったときにすぐに警察に届け出るのか、そして連絡したら警察は手術室の中に入ってきて現場検証を始めるのか、そしてこれは過失でしたということとをそこで決定するのか、と考えるとこうしたことを議論するのは意味がない気もする。患者さんの死亡を過失とするかどうかというのは可能性の議論になるわけで、非常にあいまいな部分である。航空機事故では事故調査委員会が非常に強い権限を持っていて、そこにある情報については警察が立ち入ることもできないという強い権限がある。医療についてこのような第三者機関を作ることも議論されていて、必要だとも思うが、なかなか難しいだろう。

訴訟になるケースとは？

加藤

訴訟になるケースというのは、簡単に言ってしまうと医者の説明不足である。患者さんとの人間関係がうまくいっていないから、しっかりと説明できないし、訴訟までいってしまう。実際には明らかに医療事故でないケースでも訴訟になることがあるし、逆に明らかな医療事故でも訴訟にならないケースはたくさんある。訴訟にならないというのは、患者さんに最初からしっかりと全て説明して、誠心誠意対応に当たってお詫びするといったような場合で、患者さんにも最終的には納得いただいていて、副作用に対するものも含めた治療をその後も東大病院で行っているというケースもたくさんある。しっかりと患者さんに説明しているわけであって、患者さんも泣き寝入りしているというわけではなく、ミスが明らかであれば弁護士を通じて示談に持っていっているということである。

報道、記者会見について

加藤

医療事故によって患者さんが死んでしまったというケースなどでは、例外なく記者会見を行っている。しかしそうでない場合は、患者さんに記者会見をするかどうかを尋ねるような形である。たいいてい人は望まないのだから記者会見している数というのは必ずしも全ての医療事故の数ではない。どこからリークされて報道機関にもれた場合は、報道機関から質問されるので、そのときにはすぐに記者会見を行う。その場合は病院として調査不足であってもしっかりとそのことを発表する。一般に思われているような病院が回答しないケースというのは、医療事故とは性格の異なるものであって、たとえば医者の世界の中で対立しているグループが相手を誹謗中傷する目的でリークしたような場合であり、このようなケースは多々ある。このような場合、何も答えられないと答えるが、実際のところは医療事故とはほとんど関係のないケース

である。このようなことで医療不信になってもらうのは困る。実際に本当に問題になるのは、女子医大の件のように全て隠してしまった場合である。こういうのは本当に良くない。記者会見でよくあるのは、研修医が血祭りに上げられるケースである。報道などでは、1年目の何も知らない研修医がこんな危険なことを行ったとか、危険なことを病院がやらせたといった内容のものがあって、記者会見では研修医かどうかということをしつこく聞いてくる。このような報道の姿勢は如何なものかと思う。東大病院が記者会見を行うときというのは、患者さんが死んだとき、患者さんが望んだときのほかに、起こった事故が非常に危険であって、他の医療機関にも注意を促す場合や、患者さんの侵襲が大きく公表した方が良いと判断した場合などである。全体として大学病院は医療事故が起こったからといって医療レベルが低いということには直結しにくいので、非常にオープンになってきていて、たいいていの場合きちんと報告している。それに対して、一般病院では評判というものを気にするからあまり公表しないという傾向もあるのではないかと。

警察への届出について

加藤

事故の内容にもよるが、一般的な場合警察には届けられないのが現状である。一言で医療事故といってもその状況はじつにさまざまであるということもある。警察の組織というものは、裁判所のように一緒に協議する機会があればまた違うのだろうが、まだ医療事故に対応できるようになっていない。たとえば精神科の場合だと、患者さんが自殺したという場合に警察を呼ぶ。そうすると、普通に診察をしている病棟に制服警官が大量に押し寄せるといったことが起こる。そして、医者だろうが看護師だろうが患者だろうがお構いなしに調書を取るの、全く医療的でない。警察というのは、そこに悪意のある事件だという前提の元で調査するからこういうことが起こる。患者さんに対して調書を取ることで患者さんに対する悪影響というものもある。

精神科の触法患者については？

加藤

池田小学校の事件以来話題に上るようになって、国会で議論しているが、人権との絡みでなかなか議論が進まないが、どの程度までそういったことを起こすと予見できるかということだが、そういうことを予見することはできない。司法のほうでどうにかしてもらえない。予見できるかどうかというものをパーセンテージで議論するならば、殺人を1回犯している人は、犯していない人に比べて殺人を犯す可能性が高いというのは明らかであるが、では予見できるかといえばおそらく不可能であろう。再発防止のために精神医学的に考えるところはあるが、社会の政策としてどうするかというのはまた別の問題である。一定程度以上の危険度があると認定した場合に人権との絡みはあるけれど精神科の指定医が行えるのは措置入院ということである。精神科において法律で決められた権限がある指定医と、学会が認定した権威ではあるが法的には何も無い認定医の間には大きな違いがある。今、問題を起こした触法精神障害者を専門に収容する施設を作ろうという話も出ているが、そういうところで精神科医をやりたいかと言われたらあまりやりたくないですね。難しい問題です。

どうもありがとうございました

(インタビューー：佐原五大・坪倉正治・藤田卓仙)

永井良三（東京大学循環器内科学教授・東京大学医学部附属病院長）

@同教授室

加藤教授同様、他の企画とともにインタビューを行った。

病院長に今年四月についてから早速 2 回も医療事故関係で記者会見を開いて謝罪をなされた永井先生は、来年度からの独立行政法人化もあって、大忙しの様子だった。

部屋に入り、話を始めるや否や、「日本の医療の現状を知らないことには何も語れないよ」とおっしゃって、日本の医療をめぐるさまざまな状況（医療費、病院の規模、職員数、ベッド数、など）のデータをざっと説明して下さった。それら詳しい情報は本編冊子 9.3「データ集」にゆずるとして、やる気に溢れ矢継ぎ早に語る先生の話で印象に残ったものについてまず触れていく。

「日本の医療はアメリカに比べて約半分の医療資源を 3.5 倍の病院にうすめて使わなければいけない」日本の医療費は高いといわれるが、GDP に占める比率は 7.5% で米国の半分、世界で 18 位である。しかし、病床数がアメリカの約 3.5 倍となるため、どの病院でも人手不足となる。いつでも、どこでも手軽に病院を受診できるという点では素晴らしいが、その内情は医療事故と背中あわせである。

「欧米からみれば、日本の医療体制は沢山の野戦病院を整備しているのに近い」医療の質は必ずしも確保されていない。また、病院の役割分担も出来ていない。今の体制では困難だが、急性期や重症などに東大病院はもっと力を入れるべきだろう。病診連携もよく考えるべき。

「医療事故防止には整理、整頓、しつけから」
「独法化で経営が苦しくなる」

まず、患者さんとのコミュニケーションができていない。最近、立ったまま病歴を簡単に聴いている学生や研修医に気づく。寝ている患者さんには、医師は椅子に座って患者の目線で話をするのは常識。しっかり医療に向かわないと東大病院といえども淘汰される可能性はある。

医療事故の報告先として第三者機関というものを作ることにどう考えていらっしゃいますか？

永井

現在、重大な結果を招いた医療事故は警察に届けている。しかし、司法解剖に回ると情報が漏洩して家族に大変な迷惑をかけることを最近経験した。第三者機関でこのような点も含めて管理してもらえるのなら意味はある。現在の日本では医療事故が発生した後の制度が整備されていないことも、情報公開が遅れているひとつの理由と思う。

医療ミスがおきたとき、ミスを犯したものに対してはどのように対処しているのか？

永井

まず事実の説明、謝罪、補償など、きちんとした対応する。あまりにも明らかなミスをした本人には病院として注意をする。ほかには特になにもしていない。しかし、今後、社会的には当事者の責任も追及されるだろう。どこまでが医療行為に伴う合併症で、どこからが業務上過失なのか、多くの議論がなされるだろう。

「カルテをまとめられない研修医は迷惑だし、患者さんの人権侵害」

「これからは大量の情報をすばやく処理する能力が必要」

「行政法人化して経営改善を厳しく求められたら、少数精鋭で運営せざるを得ない」

学生として成績が良いのと、臨床医として戦力になるのとは必ずしも一致しない。臨機応変にすばやく的確に情報を処理することが求められるのが現場なのに、そもそもカルテをまとめられなかったり、先輩の手助けを求めようとしない研修医もいる。そんな無用なプライドにとられる医者はいない。

とにかくずっとしゃべっている印象だった。就任早々2回も謝罪会見という状況も手伝ってか、とても危機意識を高くもっているように感じられた。医療界において東大病院長はどれほどの発言力や力を持っていると考えるか、という質問に対し、「今のような状況では発言力などない」ときっぱり。それだけこれから直していこうという決意が固いのだと感じたのは僕（佐原）だけだろうか？

循環器内科では一部に統計機能付き電子カルテを導入して、情報の整理をするとともに、インフォームド・コンセントの充実に図っているとのこと。しかし、個人情報保護法のもと、きちんとランダム化をした研究は難しく、科学的・客観的な研究と倫理的問題とのバランスにも苦労しているようであった。

どうもありがとうございました。

（インタビュアー：佐原五大・原聖吾・藤田卓仙）

東 醇（医療事故市民オンブズマン medio 事務局長）

@メディアオ事務所。

菅回丸ノ内線中野新橋駅から徒歩5分ほどのところにあるマンションの一室。そこに、メディアオの事務所、と呼ぶべきか、1スペースがあった。

5人が座するには少し小さいテーブルを囲んでインタビューが始まった。

印象に残った言葉を中心に。

なぜ訴訟はおこるとお考えになりますか？

東

患者は医師の態度に納得いかない。医師には高慢な態度をとる人もたくさんいる。事故が起きたような場合、たとえミスがあっても自分の非を認めようとせず、かえって患者が自分の言うことを信用しないことに腹を立てることもある。また、患者への治療内容の説明がわかりにくいものだったり、一貫性を欠いていたりということもあり、そうするとやむを得ない事故であっても患者の不信を増幅する。これらが訴訟につながることもある。医療者自身に非があるなら率直にそれを認めて謝罪し、非がないなら患者の理解を深めるように誠実に説明責任を果たすべきで、そうすれば医療訴訟は少なくなるだろう。

「いい患者もいればどうしようもない患者もいる」

いい患者は自分からも病気を治そうとして医師のいうことを十分に聞き、自分から病気のことを知ろうとする。しかし実際はそういう患者ばかりでもない。悪い患者はどんなに酒を飲むな、タバコを吸うなといっても聞かない。そういう人たちは自分の行動に関して自身で責任をとるしかない。その結果、治らな

いのを医師のせいにするのは筋が違っている。

「隠したがるのは医療にかぎったことではない」

誰でも自分の過ちは保身のために隠したいという気になるものだ。医療事故然り、原発然り。でもそれは仮にも人の命を預かる職業人、組織としてあってはならないことだ。きちんと責任はとってしかるべき。

「死亡・障害のケースではミスでなくても患者・遺族は納得できないことがある」

客観的にみて、医療側が主張していることに嘘はないし、十分な説明を行っている場合にも、患者を失った遺族や、重い障害を抱えてしまった患者はなかなかそれを現実として受け止め、納得することができないことがある。そして、それが治療行為の結果として起こったことだから、やりきれない気持ちが、怒りとなって医師に向けられるというもある話である。このような人間の気持ちは仕方のないものとして医師にも理解して欲しいし、そういうものとして可能な限りの説明を追加してもらえたらと思う。

「医療不信の多くはコミュニケーション不全によって起きている」

医療は医師・患者間の意思疎通なしには決して十分に施されることはない。

「十分な説明を受けたのであれば、最終的には自己責任」

「おまかせ医療ではダメ」

「患者も学ばなければいけない」

「情報公開によって生じる不安を受け入れる精神的成熟が市民にも必要」

患者は「おまかせ医療」ではなく、自ら受ける医療に自ら責任を持つようにしていかななくてはならない。そのためには、なにかも医師任せにするのではなく自ら自分の病気について学び、医師とも相談しながら治療にあたるようにすることが大事である。そうしていく中で、今まで知らなかったような情報に戸惑いを感じることもあるかもしれないが、それに耐えうるような姿勢を患者側も持つようになるべきだと思う。

一方、医師も私の方針に従えぬ医療を施すという意識ではなく、治療を支えるパートナーとして見通しや治療方針を患者に伝え、お互いの共通了解の元で治療を進めていくことが大切だ。

「伝え下手、聞き下手」

医師はインフォームする能力がまだまだなところがあるし、患者もまたそれを聞きだして自分も積極的に医療に参加しようという意識がまだまだ足りない。両者が伝え上手、聞き上手になれば、問題は改善されていくのでは？

「医療機関側からも積極的な情報公開があつていいのではないか？」

医療ミスに対する一つの対応の形として、こんなのはどうか？

ミス 説明 ・保険での対応

・被害者のわかる形での医療体制の改善

・和解の記者会見

和解をするにしても、医師・患者の間だけでななあにするのではなく、もっと表向きに、事故・事故後の事実を表明することで、双方にとっていい方向にもっていくことができるのでは？『こういう風にうちの病院では医療ミスにも前向きに対応している』というようなアピールができれば、それはきっと医療提供者側にもいいことだと思う。

インタビュー前に想像していたよりもずっと冷静な立場で考えていらっしやるように感じた。会員約 500 人の小さな団体なだけに、医療に対する影響力はとても小さい。それだけに、患者側にだけ立って考えるのではなく、医療を良くしていくにはどうしたらいいのかということ、患者がすべきことという観点からも見ようとしていることがよく伝わってきた。そうして客観的な立場に立とうとすることで少しでも医療の現状を改善できれば、ということかもしれない。

どうもありがとうございました。

(インタビューアール：佐原五大・坪倉正治・原聖吾・藤田卓仙)

匿名 (裁判官)

@本郷某所

ある現役の裁判官の方にお会いする機会を得たので、医療訴訟に関することについていくつか質問させていたいただいた。尚、インタビューを始めるにあたって、裁判官としてできる限り中立な立場にしなければならぬという配慮から、実名は出さないということを前提にして欲しいと確認された。よって、ここではお名前を伏せさせていただく。

まず、民事裁判の流れについてお聞かせください。

裁判官

原告が訴状を裁判所に提出する。

被告(病院・国など)に訴状の知らせをする。

被告が答弁書を裁判所に提出する。

訴状と答弁書を裁判官が読む。

不明な点や追加点など、さらに双方の主張を聞いていく。主張整理という段階。

争点は何なのかを判断する。

その争点に関する証人・証拠を要求する。

判断し、判決、或いは和解の勧告を行う。

といった事になっている。必ずしも判決を下す必要があるわけではなく、和解の勧告を行って一方・或いは双方を説得したりもする。

民事裁判の特徴と、その中の医療訴訟の特殊性として、

民事裁判における重要な点は二つある。それは法律判断と事実認定である。法律判断とは、事実が法律に違反しているかどうか、不法行為や契約違反であるかどうかを判断することである。事実認定は実際に何が起こったのかを、現場にいない裁判官が認定することである。医療訴訟において最も特徴的なのは事実認定が、医者と患者の数だけ存在する点にある。他の民事訴訟では、そこまで顕著ではない。例としては産婦人科における分娩で、死産に至ったケースをあげられる。医者はある意味患者に対して、正常分娩を保証しているわけであるから、死産は契約違反であるとも言える。しかし、例えば先天的な異常が認められる場合の分娩方法の選択は医者が決める。これは患者の性質によっても様々であるし、医者のこれまでの経験から培われた能力によっても様々な判断があり得る。また、ミスがあったとしても、分娩監視装置を付けたかどうか、見ていたかどうか、患者の状態を正しく評価できたかどうか、正しい処置が行われたかどうか、など様々な事態があり得る。そしてそれは全ての場合で異なっている。このような事情で、事実認定の多様化が生じている。

また患者側は医療行為と患者の被った損害の間の因果関係を立証する義務がある。しかし、これは、自然科学のような厳密な証明をする必要はなく、法的に認められれば良い。さもなければ、原告が勝訴する事はほとんどなくなってしまうだろう。その証明には剖検による病理学的診断が強力であるが、親族を亡くしたばかりの遺族は冷静な判断が出来ないことが多いため、解剖を拒否するケースが多いため、後で困るという事も多い。

裁判においては判例が重要視されると、一般的には認識がありますが。

裁判官

医療裁判においては、事実認定がほとんどのケースで異なっているため、判例に従うことが難しい。判例の射程距離といって、事実がその射程距離内にあればわざわざ判例に逆らうこともないわけだが、事実が異なっている点があれば、判例の効力は薄れる。

また、裁判の進み方として、

医療訴訟の場合、第1審の地方裁判所では事実認定が行われる。その後控訴があった場合は第2審の高等裁判所で裁判が行われるが、ここでも事実認定が行われることもあるが、ほとんどは地裁で行った事実認定を尊重することが多い。上告となった場合は最高裁判所に持ち込まれるが、ここでは事実認定は行わないで、今までの事実認定を用いて判断する。よって、医療訴訟においては地裁の役割が重要である。

医療訴訟を扱う裁判官で、何回かの裁判を通していくと、医者側や患者側に思い入れを持ってしまい、公正な判断ができなくなるような、心証形成の問題はありますか？

裁判官

裁判官という職業は、常に中立でなければならない。よって患者側とか医者側に偏るような人はすでに裁判官とは言えない。しかし、言い分をそのまま聞くのではなく、今までの経験から、主張に大げさな部分や誇張があるということは判別できるので、そういう判別を踏まえて双方を理解することは行う。

裁判所は、裁判の判決を下す以外には、何をしているのでしょうか？

裁判官

日本における裁判所・裁判官の役割は訴状に沿って裁判を行い、中立の立場から判決を下すことなので、社会的にはこうした方がいいだろう等といった、訴状に書いてあること以外には手を出さない。

医療訴訟に関する問題点の有無と、その解決のために何か運動していますか？

裁判官

医療訴訟において、昔はカルテを隠してしまい、出さない病院が多かったが、今は時代の流れで、カルテの開示には協力的である。しかし、現在も別の問題点がある。これには工夫の余地がある。

医療訴訟を理解するのに、医学的な知識は不可欠である。しかし、中立性の問題が損なわれるので医者か判決を下すというわけにはいかない。なので、裁判における証拠品の鑑定という事態に際しては医師に鑑定人として協力してもらう必要がある。しかし、医師は鑑定人にはなりたがらない。これは、医師が極めて多忙な日常を送っていることが主な原因である。他にも、弁護士・裁判官が、鑑定人に対して失礼な質問や追究をすることがあり、鑑定人になりたがらない人が増えてしまっている。弁護士にとっては、裁判を有利に進めるための1種のテクニックなのだが、これによって医師が気分を害して裁判の進行に影響す

るのは問題である。現在では、鑑定人となった医師に質問する部屋を、堅苦しい場所ではないようにし、円形のテーブルに皆が隣り合って座ってあまり厳しく出来ないような和やかな雰囲気を作ったり、法曹界において鑑定人には意見を聞くことに重点を置くと言った共通認識を普及させたり、医師への鑑定人を依頼する仕方も丁寧にしたりにしている。また、医者の方にも医療訴訟の重要性を認識してもらうべく、医者・裁判官・弁護士の間での協議の場を設ける機会を増やしたり、医者にも医療訴訟を傍聴してもらったりしている。また現在、医師を専門委員として裁判に立ち合わせるための法律を制定する運動を行っている。裁判に最初から第三者の医師を関わらせる事で、裁判の短期化・簡便化を狙ったものである。しかし、弁護士側からは、医療側の人間を裁判に入れるということで、中立性が損なわれるとの反対意見が出ている。

医療事故が起きたとき、大事なこととして、事実を明らかにする事と、責任の所在を確定することもあります。患者側の気持ちが改善されるかということもあげられると思います。そのことについて聞いたところ、裁判によって、患者側の気持ちが納得に至ることは、あることはあるが、多くはないそうです。この方は大抵こじれたケースは、患者と医師のコミュニケーションがうまくいっていないという印象をお持ちでした。また、医療訴訟が増えている現在では、医師と患者の問題は、第三者機関ができればそこで解決できる物は全てやってしまい、解決できないものに限って裁判所が判決を下すようにすれば良いだろうとの意見をお持ちでした。

どうもありがとうございました。

(インタビュー：遠藤大・佐原五大・坪倉正治)

勝村久司 (医療情報の公開・開示を求める市民の会事務局長)

1990年、市立枚方市民病院での陣痛促進剤による出産事故に奥様があわれて、第一子の命を奪われ、それ以来市民運動に取り組みされている、勝村氏。被害者10年目の命日での枚方市民病院における職員研修に至るまでの詳細は、著書の『ぼくの「星の王子さま」へ 医療裁判10年の記録』(発行：メディアワークス、発売：角川書店)にまとめられています。その本について、「これがぼくのすべてです」とおっしゃっていたのがとても印象的でした。

なお、始めの部分の、当事者としての感情の部分のみ、あえて録音されているお話をできるだけそのまま使うことにしました。読みにくいとは思いますが、ご了承ください。

まず、奥様が陣痛促進剤による被害にあわれた当時、裁判中、現在と、時間を追って、当事者としての気持ちなどのお話をお聞かせください。

勝村

事故にあった直後は何が何だかわからないという感じが普通だと思うのですが、ぼくらの場合はその時期はすごく短かったというのが他の人と違うということが後でわかりました。それは、妻も死に掛けたんですが、妻があのまま死んでいたらぼくもよくわからなかったと思うんですけど、幸い意識を回復して一言目に、「我慢しきれへんかった、ごめん」って言うわけですよ。「助産婦や医者らみんなに囲まれて、叱られ続けて、子宮口がまだ開いてへんのやから息んだらあかん、我慢せえって、叱られるのに、何度も息んでしまった」といって涙をためるんです。

そして、「初産だからよくわからないけれども、ちょっと陣痛がおかしいんじゃないか」と、つまり、強い弱いはあるけど間欠期がないのがおかしいのでは、と必死で訴えたんだ、と言うわけですね。

「そう言ったら、『これだけしゃべれるんだから、陣痛が微弱すぎる、促進剤追加』って医者に言われて助産婦に肩に打たれて、それでいよいよおかしくなった」ということを言ったわけですよね。

そのときに陣痛促進剤というキーワードがあったわけです。そのキーワードがあっても2年前に出元さんの会（陣痛促進剤による被害を考える会）がなかったら、ぼくも物分りが非常に悪かったと思うんですけども、それができていたから。

で、たまたま、出元さんらが最初に大阪でやったシンポジウムの記事を妻が安定期のときに読んでいて、「(妻の病院は)大丈夫か」って話をしていたんですよ。で、「大丈夫、私の主治医は病院全体の副院長で、母親教室でも自然分娩を大事にするといつも言ってるから」といって会話をしていたので、それで、(事件があってから)僕は朝日新聞に電話して、「家庭欄にこんな記事があったはずや」って言ったらすぐ探してくれましたよ。

そこに被害者団体の電話番号が載ってて、出元さんと連絡をして、当時集まっていた20人弱の被害者の手記を読んで、それで、物分りがよくなっていった。

だから、何がなんだかよくわからない時期、ただただ悲しみと戦うという時期が意外と少なくて、数日で、病院の中で、自分たちが受けた被害が何かが分かって、やるべきことっていうのも比較的スムーズに分かったということはありませんね。だからその辺だいぶ、もっと昔に被害にあった人よりも救われているんだと思います。

被害の会が二年前にできていたことで、被害者団体たちが市民運動や裁判に取り組み始めていて、その姿を見ていたから、じゃあぼくもこの市民運動に関わって行って、裁判に取り組んでいくっていうことに自然になっていきましたね。

でも、やっぱりねえ、事故の直後は非常にしんどかったです。

ただ、ぼくが、もっと別の意味で救われているのは、ぼくの妻が極めて気丈なんですよ。

で、やっぱり(ほかの方の場合)奥さんが本当にしんどくなってしまふ、こういう子供を亡くす事例だから自律神経が失調するようなことは当然みんなこの奥さんも経験されてて、食べれなくなったりとかいろいろあるんだろうけれども、(妻は)その辺しっかりしていて、ぼくのほう却在っておかしくなっていたというのはありましたね。自律神経が失調してる様な感じはあって、しばらくのうちは何もできなかったり、まあ一週間くらい、汚い話、歯が磨く気力もなかったり。朝起きて「歯を磨け」って、嫁さんにいつも怒られて。(そのように)言われるんだけれども、なんかもう何にもしなかったです。ほんとに浮浪者のように、ベッドに横たわっていた。

今頃ではなんでそんなになつたんかってちょっともう分かりにくいけれども、当時はそんな感じの時期があったんですよ。

あとね、人生が大きく変わったという不安がありましたね。(裁判なんて)したことないし司法って分からないし。その直前に(埼玉県所沢市の)富士見産婦人科病院があって「あんなひどい事件でも不起訴なんよ」と、そういってみんな教えてくれるし。(裁判を)やるっていう決意は早かったんですけど、ぼくの場合は、絶対裁判もするし、絶対市民運動もしてやろうと思って。ひどいという、許せないという、のがすごくあったから。絶対やってやろうと思ったんだけれども、やるにあたって代わりに何かをやめなきゃいけないんじゃないかっていう、すごいプレッシャーが自分にあつて、それがしんどかったですよね。

何かをやめなきゃいけないというのは具体的には？

勝村

絶対やってやるけど、すごいしんどいことだと思ってたから、生活を変えなきゃいけないんじゃないかとか、今までどおりの生活は、そのうちのどれかはもうあきらめなきゃいけないんじゃないだろうか、例えば、

高校教師は続けるにしても、クラブ活動の顧問はもうやめなきゃいけないじゃないだろうかとか。あとはもうちょっと、しんどいけれども勤務時間がやや短くなる養護学校とかに転勤を希望して転勤をすべきなんじゃないとか、まあなにか相当な覚悟をしないときっとできないんだらうというプレッシャーがあって、そのしんどさと戦ってたような時期も一時期ありますね。

だから、そういうプレッシャーがあるということは、漠然と不安をもっているということに近いから、まあ毎日毎日寝る前にいろいろ、まあ怒りとか悲しみとも戦いながら不安とも戦ってたような、毎晩毎晩というのがやっぱり当初はありましたね。

で、ぼくが個人的にすごく楽になったのは、あるとき、誰かと話をして気がついたんだけど、子供がもし生きてたら子供の育児にかけていた時間っていうのが絶対あったはず、ということがあって。それは間違いない事実なんで、嫁さんもずっと育児するだろうし、ぼくも帰ってお風呂に入れるとかするだろうし、子供が大きくなっていったら、学芸会があるっていったらみんなで見に行くだろうし、授業参観があったらそれに行ってきただろうし、元気に生きていたならば自分も転勤しようとも思わないだろうし、クラブ活動やめようとも思わないだろうし、とあって、子供が生きてたら育児にかけてたはずの時間で裁判とか市民運動をしていけばいいんじゃないかと思えたときはほんとに楽になったっていうのがありましたね。

なんか毎晩毎晩なんか自分が楽になりたいと思って、いろんなこと考えた時期でのはやっぱり当初数ヶ月で、でその考えに至ったときに自分がすごく楽になったというのはもう、かなり明快に覚えてますね。夜寝るまえに必要以上に悩むことはなくなりましたね。

で、まあ（裁判が）始まったらねえ、もう意外と精神的な戦いというのは逆になくなってきて、で、なにしろやっぱり二人目の子供が三年後に無事生まれて、という感じで、その子にも支えられて。

裁判は5年後に一審判決で敗訴するんですけど、その時は周りの人がすごくぼくを気遣って、みんな「かける言葉がない」、みたいな感じで言ってくれていました。一人目の子供を亡くしたとき以上に悲しいんじゃないかって、みんな思っているようでした。

でも、ぼくは一審が負けたときはほんとにしんどくなかったですね。ショックがなかった。二審だ、次は二審、次はいつ、という感じだったですよ。まあ、一審はある程度負ける覚悟はしていたので。なぜなら、結審間際に裁判官が三人とも交代して、和解しろ和解しろって散々言われて、和解しないと敗訴にするぞぐらいの雰囲気のこととも言われたけども、和解しなかったから、まあそれは敗訴になるかもしれないと思いつつ、まあ弁護士はでも絶対勝つだろうと言ってたけど、ぼくはまあこの本（『ぼくの「星の王子さま」へ 医療裁判 10年の記録』）にも書いてますけど、ぼくはなんとなく敗訴になるんじゃないかと思っていましたね。

だけど敗訴になったら、ここをこういう風に高裁でやれば勝てるはずやって意識はなんかあって、で、まあその時はほんとにさほどしんどくはなかったですね。

で、二つ目にしんどかったのは、二審で勝訴確定した後です、そこの本にも書いてますけど、勝訴確定して初めて、ぼくはその死んだ子供の代弁者としてね、病院や医師や助産師、ぼくらの場合やったら枚方市民病院ですけどその病院に言いたいことが言えると思ってた。それを言いたくて裁判していたんですね。血管確保の目的で点滴をするっていう点滴に、「実は全員に陣痛促進剤を使ってた」って裁判で証言しているわけですよ、なんで本当のことを言わなかったかと聞くと、「ほんとのこといったら患者が不安がるから」と証言したんですね。全員に陣痛促進剤を使うことで、夜間とか休日の助産師などのスタッフの件費を削減して枚方市民病院はずっと赤字だったんですね。

だから、そんな問題も含めて、病院に対していろいろ文句言いたいわけだけど、裁判中は、病院側は何も悪くないと、この妻子がそういう運命で妻の体が弱くて、子供はもう最初から（仮死状態で）生まれるこ

とになってた、仕方がないんだということを言っているんだから、そこへ何を言いに行ったかってそれはだめじゃないですか、だからまず病院にものがぼくらは言いたくて、そのために、まず勝たなきゃいけないとぼくは思ってたわけですよ。勝って始めて意見がもらえるんだとぼくは思ってて、勝った限りは病院はぼくらの言うことを聞かざるを得なくなるんだらうと思ってたんですが、勝訴確定したら、意外と、もうそれで終わりという感じだったんですよ。

裁判官はもうそれっきりさよならで裁判所に行くことはもうないですし、弁護士も終わるし、で、病院に要望書を持っていったら、一応形式で受け取って、形式上院長も（判決が）確定したからお詫びしますというけど、この点この点この点変えていってくれて（言う）、「検討します」ということで、回答を見たら「これから努力する」という抽象的な回答で、そんなんで、ぼくらの事故はなんやったかとか、どんな事故やったかも知らないくせいに、なにをどう努力するんだって感じですがよく納得できなくて、これやったら結局裁判に勝っても病院は何にも変えない、これからも「今まで通りです」と言ってるのが明らかなんですよ。

勝つべき裁判が、不条理に負けていっているのを僕はたくさん見てきたし、たまたまぼくらは勝てただけで、それでも、病院や医療は何にも変えようとしなさい、という、何をしてるんだ、という苛立ちがあった。

それでも（病院に）繰り返し要望書を持って行きだしてきたら、冗談ぼく周りの人からも、しつこいなって言われるようになってきてね、まして向こうなんかは「もう終わったことやる」といって、しつこいなっていって門前払い風になってくるわけですよ。で、このままで終わったら何のために裁判してきたのか、ほんとに命が無駄になる、勝っても意味がないと思って。

夜な夜な寝つきが悪くなるという、ぼくなり自律神経失調症が、一審敗訴のときは全然なかったですが、事故直後とこの勝訴確定後、にぼくは苦しかったですね、個人的には。妻はまあ、一貫していろいろあったんでしょけど、表面上気丈でいてくれることで僕を支えてくれたと思っています。

それから、途中でぼくたちは三人目の子供も重度の脳性麻痺になるんですよ。一人目の子供の最後の最後帝王切開してるから、その帝王切開の傷跡で、三人目の子供が生まれる瞬間に子宮破裂して、重度の脳性麻痺になって、二年半気管切開のままで結局最後肺炎で死んじゃうんですけども、その事故の直後もやはりしんどかったですけどね。二人も子供が事故にあったから。

それで現在の心境はどうなのでしょう？

勝村

たまたま、その枚方市民病院に対して、ぼくが、どうしようもないなあ、と途方にくれている最中に、ぼくらの主治医は当時の副院長だったんですけど、その副院長と二人三脚で十年間一緒だった院長が逮捕されるんですよ。ご存知ですよ？それを朝日新聞が思いっきり大きく報道しました。それは朝日新聞社への内部告発だったんですよ。

それで朝日新聞はずーっとウラをとって、一面トップを続けるわけですよ。最初はがんでもない乳房を切った、翌日は製薬企業と接待して賄賂をもらってた、三日目は看護師のカルテの改ざん、と全部ウラをとって一日ずつ出して、枚方市民病院が地に落ちて、そんなときに副院長に対しても裁判をやった人（勝村さん夫婦のこと）がいてるということになって、ぼくらに対して、無碍な扱いができなくなって、逆にぼくら被害者の被害から学んで形で、その本の最後のところにあたるのですけれども、10年目の子供の命日のときに、それまでやっていなかった職員研修をしてもらってそこで話をすることになっていく。病院をどう代えていくのかはあなたたちの仕事だけども、そのためにどんなことがあったのかだけはよく知っておいて欲しい、と話をし、そのときに、今の院長は小児科出身の院長（山城院長）なんですけども、に3つの約束をもらって外部監査機構を作してほしいということで、その一年三ヵ月後に、市民を入

れたものが作られて、ぼくら被害者も入って、で、この三月に初めて枚方市長に提言をして、例外のないカルテ開示の実現ということになっていきました。

事故を起こした病院に対して、今のままではだめなので、子供は死んでしまったけれども親のプライドっていうのは、死んでしまったけど、その結果、次に生まれてくる子を、ほっいたらもっとどんどん死んでいくのを止めたい、というそういう意味で死んでしまったお前の命は大きな意味がある命だったんだっていう風な形にしたい、という夢があるわけですよ。

親としてはせめてそれが、その子の命が生きてくるという、命は戻らないけど、意味あるものにしたい、意味のないものにしたくない、という思いがあるから、そういう思いでやって、まあなんとか、あの院長事件があったから、やっと病院側がぼくらとも対応してくれることになって。あの院長事件がなかったら、ほんとにしんどかったと思います。たぶん門前払いが続いてたと思うんですよ。裁判終わったやないかっていう。(病院側が)勝って終わったんやったらええけど、負けているのに、何も変えようとしてない当初の態度が、つらかったですね。

勝村さんがなさっている市民運動などの活動についてお聞かせください。

勝村

まず、被害者団体というものは、運動としては無理を強いたくはないんですよ。自助グループとして、同じ被害にあった人同士のネットワークによって心が休まるという面が大事だと思うんですよ。被害にあったものというのはなんらかの差別偏見とも戦うことになるだろうし、裁判における心の支えというものも必要となるとおもいますよ。だから、市民運動は元気な市民団体のグループにしてもらって、もちろんそうした運動も大切なんですけど、僕らとしては、そうした市民団体でなく、被害者でなければ気づかないようなポイントに関して運動して行くことが出来れば理想だと思っています。

例えば、レセプト開示ですね。市民団体は皆、インフォームド・コンセントが大切だということをよく言っていますが、ぼくは、オセロでよく例えるんですけど、そうしたインフォームド・コンセントは真ん中の話で、ひっくり返したところで、またすぐにひっくり返されるようなものだから、それが大事なのは分かるけど、隅っこのレセプト開示からひっくり返さなければと思っているんです。よく、レセプト開示を主張すると、お金の問題でなく倫理の問題だとかいわれるんですが、本当に被害をなくそうと思ったら、お金のことは大事なんです。つまり価値観がおかしくなっているから、こうした薬漬け検査漬けの医療になるんですよ。医療の単価がおかしいから、夜間に救急で人がいないとかといったことになるんです。何が儲かるかという価値観につながる「医療の単価」が変わらないことにはいいお医者さんほど損をするんです。例えば、急性期医療や介護にもっとお金が出るようにしないとイケないと思います。現在の価値観のあたりを看護が食うことになったりするんです。これは『患者のための医療』という雑誌の4号に書いた内容ですが、医療費と医療の満足度の関係のグラフをかくと、だいたい一人あたりの医療費が増すごとに満足度も増えるんですが、アメリカは日本の医療の倍ほどの医療費であるのに、満足度は10%にも満たないのに対し(日本の満足度は30%弱)、デンマークでは日本と医療費はほぼ変わらないのに満足度は90%以上にもものぼる。その理由はなにか、と考えると、デンマークでは情報公開が進んでいて、医療費の中身も公開されていることも大きな要因だと考えられるんですね。そのように、消費者の目にさらすことによって、医療の単価が是正されることに期待しているというわけです。

日本の医療費が少ない、という意見を良心的なお医者さんからよく聞きますが、架空・水増し請求や過剰診療が現在のようにまかり通っているようでは、医療費の総額を増したところで、そうした架空請求や過剰診療をしているような病院などがさらに儲けるだけということにもなりかねず、根本的な解決にはならないと思います。

また、カルテ開示に関してなど、個別法を作るべきとの意見が一般にあります。僕は、カルテ開示請求

の権利が保証されるなら賛成なのですが、実効性を考えるなら、厚労省が個別で作るより、他の分野も含めた一般法によって個人情報の開示請求権を認めていくような形でいかないと、医療界は変わっていかないと考えています。

消費者の目ということですが、そうした目を育てるためには、ある程度の患者さんの知識というものが要求されるなど、教育の問題はないのでしょうか？

勝村

当然そうした教育は必要ですが、ぼくの考えとしては、まず正しい情報を得る権利が普及して、それで初めて、教育が意味を持つと思うんです。正しい情報が与えられてないところに、知識の与えようはないですから。また、正しい情報が与えられても、それを見分けられるのか、という話もありますが、消費者の目というものを馬鹿にしてはいけないと思います。とにかく、正しい情報の公開がなされるのが今は必要だと思います。

どうもありがとうございました。

(インタビュアー：藤田卓仙)

高橋茂樹 (弁護士・医学博士)

医療訴訟が最近増加していますが、その理由をどうお考えでしょうか？

高橋

最近、医療訴訟だけが増加しているわけではなく、訴訟数全体が増加しているので、医療訴訟だけが特別だという感じはしません。訴訟自体の敷居が低くなってきているということでしょうか。敷居が低くなってきているということは、大変良いことだと思いますね。医療過誤は、マスコミにも取り上げられ、世間で騒がれていますが、そこまで騒ぐこと自体に疑問を感じます。損害が取り返すことが出来ないという点では責任が重大であることは確かですが・・・。

しかし、訴訟の敷居が低くなってきたとはいえ、医療訴訟はまだ敷居が高いですね。その理由としては、裁判が3～4年という長い時間がかかってしまう、つまり、軍資金が多く必要ということがあげられます。ですが、言い換えれば、多額な資金が必要な上、勝訴率が低いにもかかわらず、それでも訴える方が増えていっしょという事になり、そこにはとても強い動機があるということを考える必要があると思います。この強い動機とは、強い怒りですね。現に、「甲い合戦だ！」というような形で、弁護を依頼してくる方もいっしょいます。まあ、そのような感情だけで来られる方の依頼はお断りしておりますが・・・

依頼者の方の多くが、訴訟を起こす動機として、裁判での真実の追究を挙げていっしょいますが、本当に裁判という場で、真実の追究は可能なのでしょうか？

高橋

裁判というものは、あくまで、医師患者間のコミュニケーションエラーなどによって生じた損害を補償する場であり、真実を追究することは無理です。刑事訴訟ならばある程度可能かもしれませんが、特に民事では、真実を追究する手段がないです・・・弁護士は、裁判所が聞いてくれそうなことを選択して依頼者に発言させ、裁判官が真実だと判断する裁判官にとっての真実を作り、勝訴することが仕事です。です

から、依頼者の方が言いたい事が全部言えないのは、当然なことで、もしすべて述べさせたりしたら、勝てるものも勝てなくなってしまうですね・・・

また、弁護士は、勝てない裁判は引き受けないので、かなりの方の依頼は最初からお断りしています。現に、今までの依頼の7割はお断りしています。どのような裁判でも同じですが、裁判では過失と因果関係をはっきりさせなければ勝てません。医療裁判は、この因果関係の証明が難しいこともあり、「勝てること」という引き受ける基準をクリアすることがまず難しいのです。院内感染などの訴訟は、因果関係を証明するのが特に難しいですね・・・

依頼を引き受けるかどうかの判断は、具体的にはどのようなものでしょうか？

高橋

簡単に言ってしまうえば、経験による直感です。直感で、勝てるという感じがしないと、お引き受けするのは難しいです。また、依頼者が真実を話しているかどうか信用できませんので、紹介がない限りは、まず引き受けません。実際に、裁判が始まり、証人尋問などを行うと、依頼者のお話とまったく違う事実が出てくる、ということもありますから。

高橋弁護士は医師資格も持っていらっしゃるようですが、医療の知識があるということは、訴訟のお引き受けに影響があるのでしょうか？

高橋

資格を持っていると、かえて引き受けるハードルが高くなってしまいますね。まあ、私は、医療事故に対してというよりも、医療法人相手の訴訟や、保険などの医療費の問題について関心があるので、あまり医療事故の訴訟は引き受けていません。

医療訴訟が起こる原因はどのようなことだとお考えでしょうか？

高橋

医療訴訟が起こる原因には、インフォームド・コンセントの中途半端さがあると思います。インフォームド・コンセントの中途半端さというのは、例えば、医師がPTCAという検査をしようとした場合に、PTCAをします、としか説明せず、PTCAが実際にどういった検査なのか説明しない、つまり、患者さんがきちんと納得できていない、という場合や、検査や治療の途中で新しい検査などが必要となった時に、その旨をきちんと伝えないで行ってしまう、という場合のことです。

おっしゃられているような、インフォームド・コンセントの中途半端さが起こってしまう根底には、医師患者間で信頼関係が築けていなかったことなどがあるのでしょうか？

高橋

そうは思いません。なぜなら、医師患者間にある程度の信頼関係がある場合でなければ、このような事態が起こらないからです。大体、信頼関係が結べないような医師には、初めから患者さんはかかりません。全く信頼関係が築けていなかった医師が訴えられることはあまりないと思います。仲が良かったもの同士のほうが、けんかをするとよりひどくなる、ということと同様に、医師患者間でもある程度の信頼関係があると、ちょっとした医師への不信感が、医師に裏切られたというような気持ちにつながりやすくなり、事態が悪化しやすいのです。実際、訴えられた医師の多くが、訴えられたことを意外に思うようです。ま

あ、信頼感があると、医師のほうも、患者さんがきちんと納得していないのに治療してしまう、説明の詳細を省いてしまう、ということにつながりやすいようですが・・・

患者さんが医師を訴える場合、医師が「訴えてみる」というような発言をしてしまい、患者さんが怒りを感じ訴える場合が多いとも聞いていますが、そのようなことはないのでしょうか？

高橋

そういうことはあまりないと思います。ですが、何か問題があり、患者さんが弁護士に相談したりすると、証拠不全を防ぐため、弁護士側がカルテ差し押さえなどを行います。そのカルテ差し押さえという行為に怒りを感じる医師の方は多いです。カルテ差し押さえという行為は、病院側や医師にとって「カルテを改ざんする可能性がある」というレッテルを貼られたようなものです。この行為に、医師や病院長が怒って「訴えてみる」というような事態になることはあると思います。実際、カルテ差し押さえの陳述書をその場で、怒りで破り捨てた病院長の方もいらっしゃったみたいですよ。

医療訴訟、医療過誤を減らすためにはどのようなことが必要だと思われませんか？

高橋

ヒヤリ・ハットという事態を減らす対策をすることは大切なことだと思いますが、リスクを恐れて医療行為は出来ません。最近、医師側が保身に走りすぎている印象も受けます。訴訟が起こった後の対処法を学ぶような態度もありますが、それは良くないことだと思いますね。何事にも、リスクはあります。患者も医師もお互い過剰に反応しすぎではないでしょうか。

第三者機関を作るとい考えがありますが、それについてはどう思われますか？

高橋

どのようなものを作るかによって意見は変わってきます。医療過誤の被害者の方全員に補償をする機関をつくろう、というような意見もありますが、何故医療の被害者にだけ補償を行う必要があるのか、と思います。確かに殺人の被害者の方への補償制度はありますが、医療による被害者の方が同等にお気の毒か、と問われれば疑問があります。もちろん、適切な第三者機関ができればそれにこしたことはありませんが、適切というものがどのようなものかもはっきりしませんし、そのような機関を作ることは不可能に近いのではないかと、思います。

医療訴訟を裁く裁判官を選べるとしたら、医師資格を持った裁判官、医療の知識のない裁判官、その中間の裁判官、どの裁判官がよいと思われませんか？

高橋

医師資格を持った裁判官が良いかもしれないですが、医師資格を持った裁判官の判断は偏る恐れもあり、医師資格を持っているだけで適切な裁判官であるということは有り得ないですね。まあ、現実問題としてそのようなことは不可能ですが・・・知識があろうとなかろうと、きちんとした裁判官が判断してくれば、良いと思います。医療を知っている検察官はとても良いと思いますが・・・

どうもありがとうございました。

古川俊治（慶應義塾大学医学部外科・弁護士）

@TMI 総合法律事務所

先生は医師と弁護士を両方なさっていますが、どちらかが中途半端になるといったことはないのでしょうか？どのように両立なさっているのでしょうか？医者として、例えば論文がちゃんと書けないといったことはないのでしょうか？

古川

だいたい、今半々ぐらいでしょうか、たまに医学の方が忙しくなったら、8:2になったり、弁護士が忙しくなったら3:7になったりしますが、毎日両方に必ず顔を出します。もちろん、医学会もしくは弁護士として出張しているときは行けないけれども、だいたい基本的に手術は週2回ぐらい、僕のやっているのは、腹腔鏡外科といって、比較的重症患者は少なく、手術が成功するとその後のフォローは比較的ゆるいので、手術さえしっかりやれば、あまりそれ以外で時間をとられずにすむというところはあって、大体五時まで医者誤示から弁護士という感じでやっています。法廷がある日はもちろんいかなければいけないですけど。今、慶応の中ではパートという形で外勤が許されているので、それを弁護士業に使っているという、きわめて複合的な形ですね。国公立なら絶対無理で、私立だからこそ、しかも大学病院だから、弁護士事務所のほうも大きな事務所だから、カバーしてくれる人がいるからできるという形ですね。論文に関しては頑張ればいくらでも書けますよ。

先生は医学部卒業後、病院勤務を続けながら、文学部で社会学を、その後法学部で法律学を専攻なさっていますが、それはどういった経緯なのでしょう？

古川

医事新報の『junior』という雑誌で2回インタビューを受けてまして(注:No. 386(1999年10月号)、No. 395(2000年8・9月合併号))、そのときに詳しい話をしているので読んでおいてください。学際的に広く学びたいとするなら、患者を見ているときに医療と倫理それから法というものが必ず必要になってくるから、それを且つ専門的に知っていれば相手の縄張り、向こうの専門用語を用いて話が出来る様でないといけません。

僕は実務に入ってから勉強をするようなタイプで、高校・大学とまったく勉強はしていませんでした。大学時代は、スポーツはすごくしたのですが、医学部体育会(三四会ゴルフ部)で東医体も二回優勝もしましたよ。高校は開成高校だったけど、めちゃくちゃ遊んでいましたよ(笑)ともあれ、医者になって、実務に入ってからいろいろなことを学ばなきゃっていう気になって、若いうちだから何も医学部にとらわれることもないというつもりで、まず社会学の勉強を始めて、次に社会学だけではつまらないから、法律をやって、法律をやった後、実務を覚えようかと思って、弁護士になって、という感じですね。

その当時は、それこそ朝たくたくになるまで外科医をしていて、夏休みや休日を全部つぶして勉強という生活で、医者になってから30いくつかまで一日たりとも休みは無かったですよ。昼飯の間本を読んでいるということもあったし。一日24時間フル利用すればかなりのことはできる(笑)ただ、外科医としてやっていかなければいけないので大変でした。

外科でなければもう少し楽であったということは？医師・弁護士両方の資格を取りたいという人もい

と思うので。

古川

それは、外科が一番厳しいから。でも、外科・内科じゃないと全身見られないから、つまらないよね。特に外科はいいですね。外科から内科はなれても、内科から外科はなれないから。外科系の医師を目指すのがいいと思いますね。僕も医者になって一番視野が広がるのはここだと思って、一般外科に入りました。ただ、色々やりたいというのはいいんですが、まず何かひとつの専門家になることが大事ですね。学位を取るところまではちゃんと医者をやって、その後患者をしっかり診られるくらい、医者を10年くらいやってからですね。チャンスはいくらでもあるんですよ。臨床10年やっても35歳でしょ、それから人生長いんだから。僕も87年に医者になって、96年に初めて弁護士として働いて、それまではずっと臨床医やってましたから。僕はもともと先進医療の倫理などがやりたくて、医療事故は昔からある仕事なので、そればかりやるつもりは無かったんですけど、修習生が終わったら横浜市大や広尾病院の事故とかが相次いで、こういう仕事をやることになったんです。しかし、体型的な医療過誤についてまとめたいというのはあって、このような本(『メディカルクオリティ・アシュアランス』)をまとめたわけですよ。しかし、いつまでやるか...そろそろ飽きてきましたね。人間同じことをやっているとお飽きますから。今、それで別にバイオベンチャーを作ったりしています。まあ、若い人たちには、まずひとつの専門家になりなさい、ということをお願いしたいです。そして決して中途半端にしないこと。僕が今大学に戻ってやっているというのは、現役でいるためで、医療なんて5年もすれば新しくなるし、両方をいい加減にやってもしょうがないから。とにかく学会にもでて、情報の最先端に触れているべきです。医師の他の事をやりたいとしても、まずは医師としてやりたい科に行くべきです。僕みたいに外科でやっていくのは大変ですが、やりたいことをやる方がパワー出ますし、やっているうちにキャパシティーも増えるものです。苦労ということに関しては、それこそ開業医をしたほうが楽にお金も稼げますし、楽をしようと思うのなら、はじめからそういう道を選ぶべきだと思います。

そのような、医師・弁護士両方を現役で行っているものの目から見て、医事訴訟というものはなぜ起こるのでしょうか？

古川

医師のミスがあるか、患者と医師の折り合いがあわない、といったことですが、まず技術的なミスも含めて、ミスが起こることだと思います。その結果に対して患者が腹を立てる、ということです。感情的なもつれ、もしくは純粋な過誤か、どちらにせよ、結果が悪かった場合ですね。ヒヤリ・ハット事例とか、明白なミスは論外として、細かいミスは色々あります。注意すれば避けられるもの以外に、一生懸命やっても難しいものもありますから。ミスにたいして、その大小はともかく、結果が悪いと、感情的なこじれが生じて訴訟を含めた紛争が起こります。訴訟というものは患者が訴えてくれば、医者が悪くなくても起こりますから。ただ、最近は大体ミスがあるパターンが多いですね。

そういったミスを減らすにはどうすればいいのでしょうか？また、医師の能力ということに関して、コミュニケーション能力と技術力とどちらが大切だとお考えでしょうか？

古川

これは個人の注意の問題だと思います。いかに落とし穴に気をつけて医療を行うか。そういう意識です。腕が立つというより注意力の問題で、いつも100点満点を取らなくても常に80点が取れればいいんです。医療というものは、ホームランを何発も打っても三振が多かったら意味がありません。地道な人が一番で

すね。コミュニケーションに関しては、もちろんできるに越したことはないです。医療レベルよりもむしろ、病院経営レベルで、患者を怒らせないということは大切だと思います。紛争にならないことと、サービスとしての側面を考えるなら特に大切です。

医師個人レベルの話以外に、制度など医療の背景的な問題としてはどのようなものが大きいとお考えでしょうか？

古川

新しい器具・機材などに変えないなどですね。いい例としては、繰り返し使ってはいけないという医療器具があるんですが、医療制度でお金が決まっているから、もう一回使わざるを得ない、で、ミスが起こる。それ以外には、労働条件でしょうか。やっぱり当直明けは疲れますから、注意力も落ちます。あとは人数の問題。人がいっぱいいれば、ポカはないですね。何よりも日本の医療で悪いのは、お金の問題で、何もかも安上がりにしよとするとところですね。もう少しお金が出れば内容的にも、いい医療が出来ると思います。特に医療安全ということにお金が出るといいと思います。単に医療費を上げて開業医の懐に入るばかりですから、安全という部分に特定して国からお金が出ればいいと思います。特に休日にミスが多いというのは明瞭ですから、人員を増やして欲しいですね。医者だけが当直明けも働くようなのはおかしいと思います。やはり交代できる体制になっていないといけません。

鑑定制度について伺いたいのですが、裁判所における医療専門部での鑑定などについてもお願いします。

古川

鑑定制度についてはいっぱい論文を書いているのでそれを読んで欲しいですね。日本医学会雑誌 1999 年 100 巻 11 号や、週刊医学界新聞の第 2405 号 2000 年 9 月 25 日での座談会もご覧ください。僕は専門部の協議会の委員だけれども、カンファレンス方式の鑑定の発案者なんです。医者が普段やっていることをやってみようと思って。事案が筋の見える形で分かったら、ものすごい好評です。医者側がもう少し法律に馴染めるような、そういう環境を作っていくのが大事なんじゃないでしょうか。もっと接点を近くして、医者側が素顔で法律に関わるような土壌を作りたいですね。カンファレンス方式というのは、そういう意味で意義は大きいと思います。医者側も、カンファレンス方式なら鑑定をしてもいいという人は多いようですし、発案者としては嬉しい限りです。

最後に、マスコミについてですが、先生はマスコミの取材にもよく応じていらっしゃると思いますが、マスコミについてはどのようにお考えでしょうか？

古川

今のマスコミは少し現状を理解していないところがあるので、事案の本質が分かってから、もう少し客観的かつ公正な立場に立って報道して欲しいと思います。公平な報道というものに欠けているように思います。マスコミは部数・視聴率を稼がなければいけないので、なかなか難しいのですが。

マスコミの意見として、医療側が情報を出さないということも聞きますが？

古川

そんなことはないですよ。医師会などはそういう側面もありますが、報道側の姿勢も良くないのじゃない

でしょうか。僕なんかは問われればなんでも答えますよ。取材も全部受けていますし。情報は公開しているので。ひとつの事故だけで、人格を否定するような報道をするというのは大きな間違いです。また、ミスがあった場合に、医療側がちゃんと患者に報告をして対応をしているなら、マスコミにいう必要はないと思います。患者側がマスコミの力を借りたいというのはあると思いますが、マスコミは、そうしたときに医師・患者間の対立を助長しているという意味で問題だと思います。ただ、確かに医師会の対応も悪いですね。もう少し国民に分かりやすい説明をすべきですね。若くて苦労している勤務医などが医師会内で発言権をもっと持てるようになればいいのですが。そういう体制改革が医師会に起これば変わってくる部分はあると思います。今は、若い医師は医師会に入る気も起こらないのに、医師会が医師の代表だと国民は思っている部分があるので、そうしたところは何とかするべきだと思います。こうした医療再生といった話は医事新報の4000号記念の対談で話しているので、読んでください。

どうもありがとうございました。

(インタビュアー：藤田卓仙)

我妻堯（国際医療厚生事業団参与、国際協力医学研究振興財団理事）

@国際協力医学研究振興財団

鑑定人が少ないことの原因は何だとお考えですか？

我妻

こんなにつらい仕事はないから。

まず、読まなければならない資料の多さ。カルテ、調書などなど、原告側・被告側双方のものに目を通さなくてはならない。

また、鑑定することには全くメリットがない。論文にもならないので業績にならない。(ドイツでは鑑定書は業績になる。いい鑑定書を書けばそれなりに評価もされ、教授なんかにもなれる)

あとは、医学界の狭さも背景にあると思う。ある医療機関に不利な鑑定書を書くとは返しをされるというようなこともある。うっかりしたことを書くと、「あいつは・・・」ということにもなりうる。私も被告が顔見知りなら断るようにしている。中立・公正な鑑定書が書けないから。

過去の話だが、ある中立で厳正な鑑定をすると評判の麻酔医がある事故の鑑定書を依頼された。すると、被告の病院の院長と学会の会長に食事に招待され、有利な鑑定書を書いてもらえれば次の学会長に推薦する、というようなことを言われた。その医師はその席を立てて帰ってきたそうだが、そんなこともあったと聞く。

ただ、この10年で、状況は変わってきていると思う。こうして学生がこんな話を聞きに来るくらいだから。刑事告訴も増えて行くだらう。

特に最近はインターネットで患者が被害を記録して発信しているし、内部告発もされている。インターネットの力は大きいと思う。しかし、まだまだ状況は医師側に不利ではない。なかなか鑑定書を書かないし、カルテ等の情報は病院側が管理している。カルテの字だって読みにくいわ、患者側からでは争点はわからないわ。証拠保全をすとかでお金もかかったりするし。

公的鑑定はする人が居ないものだから、最近では裁判所の方も鑑定を書いてもらうのが減ってきていて、双方の意見書を読むということをするところもあるらしい。また、専門委員として教授のような人のみを入れるというのは、厳正中立という面では疑問がある。

先生ご自身はなぜそんな鑑定の現場で仕事をなさるようになったのですか？何かきっかけのようなものはあったのですか？

我妻

なんでだろうなあ・・・？確かにきっかけはあった。ある帝王切開後の管理不備による事故（明らかに医療側のミス）があり、その事故は不起訴になったが、その不起訴が妥当か不当かを判断する検察審査会というところからの意見書の依頼が若い私にまわってきた。

当時は先に述べたような医学会の事情を何も知らないので正直に思うところを意見書に書いたところ、ちょうど当時朝日新聞がやっていた医療告発キャンペーンというのに取り上げられて、3面に大きくその事件のことが載った。当時は医者を訴えるなんてことは考えられない時代だった。それがきっかけといえればきっかけで、それからだんだん鑑定書の依頼を受けるようになり今にいたるといった感じ。

先生が鑑定人の仕事をなさるなかで、周りの医師たちからの非難のまなざしやプレッシャーのようなものはお感じになりますか？

我妻

プレッシャーはあると思う。影での見えない圧力というか。ただ、明らかに医師側の不利にはならないような鑑定をする有名な教授が今でもいるが、そういうのを見ると、正してやろう、という気にはなる。しかし、最近では公的鑑定をするとすると、名前が知れ渡っているものだから、被告側が拒否したりすることも多く、また私もあまり引き受けなくなってきた。

先ほど、インターネットなどでより多くの情報がやり取りされていく中で患者の意識が高まり、医師側にも危機意識が生まれ、状況が変わってきているという話でしたが、やはりそういう風に外側から少しずつ変わっていくという形でしか変わりえないのでしょうか？

我妻

それはやはり情けない変わり方だと思う。本当は例えば産科医療も、学会主導の動きがあって、どうしたら安全な分娩ができるかという観点から実験・調査をしてデータを出してシステムを変えていくべきだと思う。薬の使い方にしても、本当は適切な使い方をすれば有用な薬でも、学会が使用法の規定を実験・調査からのデータによって徹底しないために、事故が起こると市民の運動により、いい使い道があっても使えなくなってしまうというようなことになる。保身に走らず、積極的に安全な医療を追求すべきだと思う。ところで診療所と病院の違いは何だかわかりますか？

病床数でしょうか？

我妻

たしかに診療所は20床未満、病院は20床以上です。でもそれだけではない。

・・・なんでしょう？わかりません。

我妻

これが問題だ。医学部の4年生がこんなことも知らない。この二つの大きな違いは、診療所が届出制で、病院は許可制だということ。だから極端な話、どこでも医者さえいれば一人でこの会議室でも診療所が開

ける。日本ではそういう診療所でもお産をとりあげられる。一人の医師しかいない診療所でできてしまう。バックアップの体制がなくても。これは恐ろしいこと。これらの診療所で起きる緊急事態にも対処できるような地域の病院とのバックアップ体制を学会などが作れば事故は減と思うが・・・。診療所は少人数でやるために事故が起こりやすい上に、医者1人での診療所では医者は偉いので看護師による内部告発もされないだろうから、事故が起こってもわからない。自分の身を守ることばかりだから医療がよくなる。アメリカでは病院にしか入院施設はなく、オフィスやクリニックなどと呼ばれる施設でできることは限られている。そういう施設は必ず近くのいくつかの病院と契約を交わしていて、患者が分娩するときには一緒に契約している病院についていって立ち会うというような形になっている。一流病院は24時間医療体制は変わらないし、そこで働くレジデントは契約しているクリニックなどの医師の指導も受けることができ、優秀なレジデントがいれば指導している医師が引き抜いて一緒に仕事を始めるというようなこともある。そういうOpen Systemの病院になっている。

今お話になったようなバックアップ体制のようなものが日本で実現しない理由は何だとお考えですか？

我妻

金ですよ。例えば、三人の医者が共同で診療所を始めるというようなことになって、結局、旦那の患者数の差とかでその奥さん同士が金のことで喧嘩になってだめになった、とかって話も聞きました。現在このように保険制度が複雑に決まってしまうと、根本的に医療制度を変えることはできない。絶望的。戦後に色々な変革が起こった中で、医療だけが変わらなかった。韓国の方がまだアメリカ的。それには日本医師会の悪い面もあると思う。今でも、全国の診療所の利益を守ろうとするから。医師会は大きな政治的な力をもっていて自民党はこれを敵にまわせないと思っているし、ほかの政党にしても、政治家は皆、医者を敵に回せないことはわかっている。医賠償のシステムなどは医師会も誇りを持っていいと思う。ただ、保険の制度の所為で注意不足になって平気でミスを繰り返すようなやつは困るから、ある程度どうにかしないとイケないだろう。日本弁護士会は良いシステムで、日本医師会も利益代表みたいなものにばかりならず、医師会が医師の資格を剥奪できるようになればいいかもしれない。逆にマスコミの報道の仕方などにも問題は多いと思う。

そんな中でできることはないのでしょうか？

我妻

どうしたら安全な医療を提供できるようになるのか、を考えることが中立的で、また患者のためになることだと思う。発想の転換が大事。しかし、リスクマネジメントと言っても、中小の病院で本当に可能なか？それを考えるならば、医学教育。さっきあなたたちが診療所と病院の違いを答えられなかったように、そういうことを勉強することがそもそも医者に要求されていない。医学生の時期から医事法を教える講義などがあってもいいのではないか。これは誰も言い出さないからされていないだけで、簡単に変えられることの一つだと思うが。また、少数の人間が密室で医療を行っているような状況には問題があるだろう。これをどう改善するかを考えるのもいい。

ほかに何か変えられること、できることはあるのでしょうか？

我妻

あなたたちが考えなさい。(笑)

ありがとうございました。

(インタビューー 佐原五大・原聖吾・藤田卓仙)

日本医師会

宮坂雄平(日本医師会常任理事)

まず医賠償保険の仕組みについて、どうして今のような仕組みになっているのか等も含めて、お聞かせ下さい。

日本医師会

不幸にして医師の過失により医療事故が発生し、患者さんに損害を与えた場合、医師は自らの財産から損害賠償金を当然支払わなければなりません。万一このようなことに遭遇した場合、医師は損害賠償金支払いのため、経済的破綻を余儀なくされることもあります。

このようなとき、医師の患者さんに対する高額な損害賠償金の支払いにも耐えられ、医師の経済的保証を行う制度が医師賠償責任保険であります。

本来保険制度の基本的な考え方は、自動車保険であれ火災保険であれ、各人が各々のリスクに対する損害発生に備え資金(保険料)を出し合い(保険契約者となって) 万一、事故が発生したときの経済的損失を賄うもの(保険金)で、いわば、相互扶助の精神から成り立っているものであります。

医師賠償責任保険も医療専門職として医師が、自己のプロフェッショナルライアビリティというリスクに対して、互助的に支え合う制度であるともいえます。

そのリスクに対する引き受けや、運営する立場にあるのが損保会社であります。

日本医師会医師賠償責任保険(以下日医医賠償保険という)は国民医療に関して学術責任を負う日本医師会(以下日医という)が、自らの事業として行うものであって、日医自身が契約者となり、損保会社との間に医師賠償責任保険の契約を結ぶものであり、会員は、その効果を受取るものであります。

1973年に、日医医賠償保険は発足したのですが、それ以前にも、損保会社が行なっている医師賠償責任制度というものはありました。しかし、その頃、アメリカのように、日本でも医療事故に伴う紛争が増えてきており、正当な賠償は当然しなければいけないのですが、本来払うべきでないものも、保険があるからということで、支払われる傾向が見えてきました。アメリカでは、1970年代、医事紛争の件数が増加し、損害賠償金額も高額化となり、多くの医療機関や医師が医療訴訟に耐えきれず、廃業に追い込まれたり、保険会社も敗訴の増加と高額賠償により、この分野から撤退や保険料の大幅アップにより対応してきました。その結果、脳外科のように、事故の起こる可能性の高い診療科では、現在、年に保険料だけでも1000万円ほど支払わなければいけないことになっています。そうした事態になるのを避けるためにも、日医が自らの事業として日医医賠償保険を創設し、日医A会員の紛争を適正に処理する制度を発足させたものであります。

その仕組みに関しては、もうお調べでしょうが、日医の会員から、会費という形で集めたお金を用いて、日医が日医A会員を被保険者とする保険契約を損保会社と締結いたします。事故が発生し患者さんに損害賠償金を支払う場合に、100万円まではその医師に負担してもらって、それ以上の分を保険金として支払うということを行なっています。填補限度額は年間一億円です。その際、本来払わなければならない損害賠償金かどうかを判断するのに、日医や損保会社で判断するのではなく、公正中立な第三者の機関として、医師と法律家で構成する賠償責任審査会に委ね、どれくらいの損害賠償責任があるのかを審査します。また、この保険の引き受けに関しては、東京海上火災、損保ジャパン、三井住友海上火災、日本興亜の4社

をお願いしております。

日医医賠償保険は医師個人の責任を補償するものですが、医事紛争となると、病院相手でも行なわれることが多いので、ベッド数に対していくらの保険料という病院を対象とする医師賠償責任保険もあります。また、日医の自己負担額 100 万円に対する、損保会社による保険というものも出てきています。日医としては事故を起こしたのものには、100 万円くらいは責任を持って払え、という方針ですがこの金額が現在の基準から言えば少ないのではないかという議論はあります。

損保会社による医師賠償責任保険とはどういう違いがあるのでしょうか？

日本医師会

損保会社による医師賠償責任保険ですが、それを取り扱っているのは現在、先に挙げました 4 社と、あいおい損保の計 5 社になるのですが、損保会社の保険と日医の保険との大きな差は、一般損保会社の保険は加入者の募集の際に各種の団体が、医師や医療機関と損保会社の間に介在するが多いのですが、その場合でも保険契約の実質的な当事者はあくまでも医師ないし医療施設の開設者と損保会社であります。したがって、賠償金や争訟費用に相応する保険金の支払いについては、基本的には被保険者と損保会社との交渉によって決められることがほとんどといえます。一方、日医医賠償保険は、国民医療に関して学術的責任を日医が負うという考えから、日医 A 会員全員が被保険者になっている点が、一般の保険ともっとも相違するところです。また、日医医賠償保険は、医師の委員が半数以上を占める実質的な第三者機関である審査会の審査結果に基づいて、処理方針が決められていくことを仕組みの中心に据えております。いやしくも医師をはじめとする医療担当者の行った医療行為についての責任をうんぬんするわけですから、専門職としての医師の学識経験者の判断がまずあって、それに法律家である学識経験者の判断が加えられて、審査会としての判断が下されるというようになっております。したがって、医師会や損保会社に偏った判断がなされることはありません。また、日医は医師の相互扶助の精神で適正な紛争処理を行うことを目的としているので、会員の医事紛争を日医、都道府県医師会が会員と一緒に解決していくというものであります。

日医医賠償保険の紛争処理に関わる審査に時間がかかるという意見があるようですが？

日本医師会

確かに、会員としては紛争などがあるとその経過理由が心配ですから、早く審査を行なって欲しいというのはあると思います。しかし、決して日医による審査が遅いということはありません。日医賠償保険以外の損保会社による審査にかかる時間の長さを知らない会員の方がそうした苦情をおっしゃることが多いように思われます。そもそも、医療事故に対する医師の責任の有無等という極めて重要なことを判断するには厳密な医学的判断と適正な法律的判断に基づき判定を行うため慎重を期する必要があり、ある程度の審査期間は要します。

医療事故に関する日本医師会の考えというのはどのようなもののでしょうか？

日本医師会

日本医師会は、より良い医療の提供のため日夜努力しています。そのために事故の防止を第一に考え、指導も行い、医療安全体制を整えることが大切だと考えております。

また、自動車事故同様、一定のタイプの人間が繰り返し事故を起こしやすいという傾向があると思われるので、そうした方には厳しい指導を行っております。

不正行為などを犯した医師会員に対しては、これまでも、行政処分が確定した者に限っては、医師会の裁定委員会が除名などの処分を講じてきました。これからは、自浄作用活性化を目指し、行政処分が確定する前に何らかの制裁措置を加えることを検討しております。

マスコミについてどのようにお考えでしょうか？一部マスコミでは、日本医師会を悪者扱いしているように思われますが？

日本医師会

現状では、マスコミは国民に十分真実を伝えていないと言えます。例えば日本医師会は、医療制度を良くしようと考えていますので、政策実現のためには政府との交渉を行なうことが必要となります。そのため、政府与党である自民党に働きかけて政策に乗せてもらうというを行なっています。それを、「自民党と癒着」などと書き立てるのは問題だと思います。政府与党が自民党だから、自民党に働きかけるしかないわけで、民主党が政権をとったならば、もちろん政府与党と交渉を行ないます。また医師会員の中には自民党員もいますが、それも、医師会が自民党を好きだからなどではございません。

また、マスコミに関しては、例えば、カルテ開示法制化の議論の際、医師会としては、「カルテ開示というのは医師の仕事として、医師の倫理規範としてやるべきものである」と、法制化には反対したところ、カルテ開示に反対していると書かれました。そのようなことはなく、診療情報の提供は、医師の倫理規範として当然行なわれるべきだと考えております。また、サラリーマン本人の3割自己負担に関しても、医師会は一貫して反対の姿勢を示しているのに対し、マスコミは、はじめは「医師会が自分の利益を守るために反対している」と報道していましたが実際に施行されますと、今度は「国民の負担が増すようなことをどうして許しておいたのか」などと言ったりします。

そうしたマスコミの報道、特に医師と患者の信頼関係を歪めるような、事実と反した報道は困りものだと思います。

どうもありがとうございました。

(インタビュアー：坪倉正治・豊田英真・藤田卓仙)

井部俊子（聖路加看護大学教授・前聖路加国際病院副院長・看護部長）

@聖路加看護大学

受付で「井部先生は出張中です」との衝撃の一言が炸裂するも、勘違いであることが判明し、無事井部俊子先生に話を伺うことが出来ました。

井部先生は現在どのようなことをなさっているのでしょうか？

井部

現在は聖路加看護大学で看護管理学の教授をしています。看護管理学とは、組織でのリーダーシップ、看護提供の組織化を扱うものです。

リスクマネジメントについての話ですが、医療事故情報の分析は現在どのようになっているのでしょうか？

井部

この医療事故における問題は一体何なのか？そして、事故を防止するには組織としてどのように対応すれば良いのだろうか？そういった種類の話し合いに主眼が置かれています。

例えば針刺しについてだったらどうでしょうか？

井部

針刺しも確かに医療事故ですが、これはむしろ感染管理の話であり、しかも職員が問題になってくるものです。

それでは、実際にはどのように対処しているのですか？

井部

最も多いのが誤薬（用量・用法）・人間違いであり、次いで転倒・転落、そしてチューブ・ラインの抜去となっています。ただし、医療を行うのが人間である以上、危険は常に存在しているわけで、医療ミスはゼロにはならないと思います。対策も当然このことを踏まえたものとなる必要があります。人間違いについては、聖路加国際病院では患者にリストバンドをしてもらおうという形を取っています。ただ、単にリストバンドをしてもらっただけでは意味がありません。こちらがしっかりと確認を取る作業をしてこそ意味があるものなのです。形骸化させないようにすることが大事です。また、チューブ・ラインの抜去は大きな危険性をはらんでいます。脳室ドレナージ等の命に関わるものもあります。特に夜間などは看護師だけで対応困難なことがあります。チューブ・ラインの抜去に対する名案は未だないというのが現状ですね。また、スパゲッティ症候群のような状態は出来るだけ避けたいですし、避けるべきです。

ミスが起こった際の対処の仕方について話して頂けますか？

井部

専任のリスクマネージャーが詳しく調査を行っています。目的は勿論次の予防につなげることであり、個人責任の追及ではありません。例を挙げて話をすると、手術終了後ガーゼを残したまま閉腹してしまうと、もう一度それを探し出すことは非常に困難です。そして、このことを契機として、レントゲンに写るX線不透過のガーゼの導入を行いました。その際には今まで使用していたガーゼを変更しなくてはなりませんし、各診療科の足並みもびったりと揃うわけではありません。これだけで一年以上という時間を要しました。当然コストがかかります。ただ、その分リスクは下がると言えます。また、誤接続防止器具の導入も行いましたが、これも一年くらいかかりました。

ミスを実際に犯した当事者に対する処分はどうなっているのでしょうか？

井部

原則は、「罰しない」ということです。これまでミスを個人の責任に帰着させて罰するという傾向がありました。こういった点は意識改革が必要です。

本当に当事者は不問で良いのでしょうか？患者からの不満の声等があったりはしないのでしょうか？また、繰り返しミスを犯すようなハイリスクパーソンに対する特別な処置はないのでしょうか？

井部

このことは医療事故報告の倫理的問題にもつながってきます。つまり、その提出はあくまでヒューマンエラーからの組織的対応を促すものであって、個人を評価する資料には絶対にしないということです。

チーム医療が主となる今日では、チーム間でのコミュニケーションが重要だと言われてはいますが、実際には上手く出来ているのでしょうか？

井部

輸血などで最も問題になりますが、ダブルチェックを行っています。声を出して確認するという作業が非常に重要ですね。それから、医師・看護師間での権威勾配が災いしてコミュニケーションが上手くいかないことがあります。良く看護師の話を聞く医者もいれば、聞こうとしない医師もいます。また、何でも医師のせいにする看護師もいます。互いの主張が感情のもつれにつながったりしてしまったりすることもあります。薬剤部のミスが露呈することはほとんどありませんが、これはほとんどが看護師によって食い止められているからです。医師や薬剤師のエラーは看護師が瀬戸際に止めることが可能なのですが、看護師にはそれがありません。誰も看護師のミスを食い止めてはくれないのです。

リスクマネジメントについてももう少し詳しく伺いたいのですが、

井部

その必要性から、看護が最初に導入し、中心となって進めてきました。基本的に合併症であれば医師は報告の必要がないと考えます。しかし、これでは意味がありません。そういったものを多く集めることが大切なのです。また、これはインフォームドコンセントの話にも通じる問題です。つまり、患者に対して予想される事態をどこまで詳しく説明すべきなのか、という非常に難しい問題に行き着くからです。簡単に言ってしまうと、これには時間と説明力が必要となるのですが、それには病院全体といった組織としてのバックアップが必要不可欠です。報告内容は、患者に対する影響度を基準としてレベル0~5に分類されています。

実際にミスを犯した当事者のその後についての話をお聞かせ下さい。

井部

被害者は勿論ですが、加害者にも心のケアが必要です。精神科医のフォロー等が必要となることもありますし、今まではミスが起こった際には当事者は隠す傾向にあったのですが、現在は当事者が事情説明と謝罪を行うようにしています。つまり、隠さないことが重要なのです。かえって関係が改善されたりすることも有り得るのです。根本的な改善が絶対的に必要ですよ。日本のマンパワーは貧困過ぎます。ハードは高性能なのにソフトが不足している。これでは医療従事者の負担は増えるばかりです。まずは医療費をヨーロッパ並みの対GDP比10%くらいにすべきです。病床数も多過ぎですね。

どうもありがとうございました。

(インタビューー：佐原五大・藤田卓仙・苗村和明)

参考文献

- 『患者のための医療 Journal of Patient-Oriented Medicine(JPOM)
第一巻・第一号』、篠原出版新社、2002
- 『患者のための医療 Journal of Patient-Oriented Medicine(JPOM)
第一巻・第二号』、篠原出版新社、2002
- 『患者のための医療 Journal of Patient-Oriented Medicine(JPOM)
第一巻・第三号』、篠原出版新社、2002
- 『患者のための医療 Journal of Patient-Oriented Medicine(JPOM)
第一巻・第四号』、篠原出版新社、2003
- 『患者のための医療 Journal of Patient-Oriented Medicine(JPOM)
第五号』、篠原出版新社、2003
- 『医療過誤判例百選』、有斐閣、第二版、1996
- 植木哲 斉藤ともよ 平井満 東幸生 平栗勲、『医療判例ガイド』、有斐閣、初版、1996
- 高橋茂樹、『医療法人の制度と実務』、エヌピー通信社、初版、1999
- 押田茂實 児玉安司 鈴木利廣、『実例に学ぶ医療事故』、医学書院、第二版、2002
- 古川俊治、『メディカル クオリティ・アシュアランスー判例にみる医療水準』、医学書院、第一版、2000
- 和田仁孝・前田正一、『医療紛争 メディカル・コンフリクト・マネジメントの提案』、医学書院、第一版、2001
- 石井トク 『医療事故 看護の法と倫理の視点から』、医学書院、第二版、1999
- 赤林朗 大林雅之、『ケースブック医療倫理』、医学書院、第一版、2002
- 松田紘一郎、『病医院・福祉施設の医療・介護事故防止 ISO9001 による対応 Q&A100』、日本医療企画、初版、2001
- 杉本恵申、『診療報酬 Q&A』、医学通信社、六訂版、2003
- 近藤誠 清水とよ子、『医療ミス』、講談社、初版、2003
- 稲葉一人、『医療・看護過誤と訴訟』、メディカ出版、第一版、2003
- 勝村久司、『ぼくの「星の王子さま」へ 医療裁判 10年の記録』、メディアワークス、初版、2001
- 勝村久司、『レセプト開示で不正医療を見破ろう！』、小学館、初版、2002
- 池上直己、『医療問題』、日本経済新聞社、二版、2002
- 医療事故調査会、『医療事故調査会シンポジウム記録集』、日本アクセル・シュプリンガー、1998
- 厚生労働省医療安全対策検討会議、『医療安全推進総合対策』、じほう、2002
- 厚生労働省、『厚生労働白書』、ぎょうせい、2002
- 予防接種法令研究会編、『予防接種ハンドブック第9版』、日本医事新報社、2002
- 坂野法律事務所ホームページ <http://www5b.biglobe.ne.jp/~j-sakano/>
- 医療改善ネットワーク (MI ネット) <http://www.mi-net.org/>
- 厚生労働省成田空港検疫所 <http://www.forth.go.jp/>
- 予防接種情報センター京都 <http://www.ne.jp/asahi/vaccin/kyo/>
- 世田谷区若手医師の会 <http://www.ijinet.or.jp/SYPIS/index.html>
- 科学技術文明研究所 http://www.mitils.co.jp/new_center/main.html
- 医療事故調査会 <http://www.reference.co.jp/jikocho/>
- 医療事故情報センター <http://www3.ocn.ne.jp/~mmic/>

医療事故市民オンブズマン・メディア <http://homepage3.nifty.com/medio/>
ささえあい医療人権センター・COML <http://www.coml.gr.jp>
患者の権利法をつくる会 <http://www02.so-net.ne.jp/~kenriho/>
医療過誤原告の会 <http://www.genkoku.com/index.html>
藤田康幸弁護士 <http://www.ne.jp/asahi/law/y.fujita/>
医療消費者ネットワーク MECON <http://homepage2.nifty.com/MECON/index.htm>
陣痛促進剤による被害を考える会 <http://homepage1.nifty.com/hkr/higai/index.htm>
医療情報の公開・開示を求める市民の会 <http://homepage1.nifty.com/hkr/simin/index.htm>
医療安全推進者ネットワーク <http://www.medsafe.net/>
看護管理のためのリスクマネジメント <http://www.nurse.or.jp/jna/riskmanagement/>
日本医師会 <http://www.med.or.jp/>
厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/>
最高裁判所 <http://www.courts.go.jp>
日本医事法学会 <http://square.umin.ac.jp/jam/>
損保ジャパン <http://www.sompo-japan.co.jp/index.html>
日本医学会 <http://www.med.or.jp/jams/>
社団法人 日本精神科病院協会 <http://www.nisseikyo.or.jp/>