

プロフィール

安次嶺 馨（あしみね かおる）

1967（昭和42）年 鳥取大学医学部卒業

1971～74（昭和46～49）年 シカゴ市マイケルリース病院小児科インターン・レジデント

1975（昭和50）年 沖縄県立中部病院小児科医長、2003（平成15）年 同院長

琉球大学医学部小児科臨床教授、ハワイ大学医学部小児科臨床教授、米國小児科専門医

周産期医療の立場から

橋本 武夫（聖マリア病院副院長・母子総合医療センター長）

聖マリア母子総合医療センターの歴史

- 1953（昭和28）年 聖マリア病院 79 床を開設
（内科・小児科・放射線科・結核）
- 1958（昭和33）年 保育器 3 台、コット 2 台の未熟児室開設養育医療施設認定
- 1963（昭和38）年 未熟児センター 21 床新設、24 時間救急医療体制、未熟児搬送体制の確立
- 1967（昭和42）年 産科開設
- 1968（昭和43）年 未熟児センター 60 床新設
- 1972（昭和47）年 新生児科の新設（わが国最初の総合病院における新生児科開設）
★新生児センターと改称して NICU12 床を設置
★医師や看護師が笑顔を見せるためにマスクをとる
★カルテを日本語で表記することで情報公開を徹底「母子同室」、「母乳哺育」を実践することで母子のコミュニケーションを大切に
★分娩時に必ず医師が立ち会う「全出産立会制」を実施
- 1975（昭和50）年 ★地域化確立
- 1976（昭和51）年 ★在胎 23 週と 3 日、680g の超未熟児（超低出産体重児）出生し、その後本児の保育成功（記録映画として残す）
★NICU クリニカルエンジニア導入
- 1978（昭和53）年 新生児専用救急車を製作
新生児小児救急医療センター（新生児科・小児科・小児外科・外来・検査部門）
★120 床の新生児センター完成（NICU30 床、GCU90 床）
- 1979（昭和54）年 第 24 回未熟児新生児研究会開催（久留米市民会館）
- 1980（昭和55）年 産科救急医療センター完成
★緊急母体搬送の開始
小児循環器科開設
★保母、保健師を導入することで、コメディカルを充実。
★「24 時間面会制」を導入。
「周産期保健研究会」（年 2 回）を始める。
- 1981（昭和56）年 「訪問看護制」を導入し、地域との連携を広げる。
- 1983（昭和58）年 リハビリテーションセンター落成
- 1986（昭和61）年 ★新生児センター 126 床に増床、NICU30 床を厚生省認可
- 1987（昭和62）年 母乳育児を初めとする育児全般の「よろず相談外来」を開設
- 1988（昭和63）年 ★わが国最初の Chronic NICU4 床新設→1992 年に 6 床へ増床。
オリジナル「育児書 3 部作」を出版
- 1992（平成 4）年 ユニセフ 赤ちゃんに優しい病院（BFH）認定
- 1994（平成 6）年 母子保健と新生児医療に関する WHO 研究協力機関に指定
★育児不安や子育てに対応する「育児療養科外来」を開設。
「リトミック音楽教室」を実施。

講演者抄録

- 1995 (平成 7) 年 母子総合医療センター (産科・新生児科・小児科・小児外科・小児歯科他)
★地域参加型の「育児支援研究会」(年 2 回) を始める。
障害者 (児) のための地域連携の為、筑後地区療養システム協議会を発足。
- 1996 (平成 8) 年 親の会との連携「すくすくネットワーク」(インターネットホームページ)
- 1997 (平成 9) 年 産科 MFICU 設置
長期入院児の家族のための臨床心理士による「サロン・ド・ファミリー」
- 1998 (平成 10) 年 福岡県総合周産期母子医療センター認定 (NICU30 床・MFICU12 床)
センター退院後、在宅呼吸管理を行っている「家族の会 (サンサン・コアラの会)」
を発足。
- 1999 (平成 11) 年 第 14 回母乳哺育学会主催
- 2000 (平成 12) 年 第 4 回全国医療保育研究大会主催
慢性疾患児家族宿泊施設「マリアンハウス」落成
- 2001 (平成 13) 年 産科マタニティ・ヨガ教室の開設。
- 2002 (平成 14) 年 NICU30 床・GCU80 床へ
- 2003 (平成 15) 年 第 9 回フォローアップ研究会主催
皇太子殿下より Nicu の行啓を受ける

★印は母子医療における日本初の試みです。

プロフィール

橋本 武夫 (はしもと たけお)

- 1966 (昭和 41) 年 久留米大学医学部卒業
- 1972 (昭和 47) 年 聖マリア病院新生児科医長
- 1983 (昭和 58) 年 聖マリア病院副院長
- 1994 (平成 6) 年 聖マリア病院母子総合医療センター長

学生の立場からみた来年度の臨床研修制度

小林 匡（東京慈恵会医科大学 6年）

平成16年度から臨床研修が義務化されるということを漠然とは知っていたものの、これまでそのことについて深く考えたことはありませんでした。それは、私が以前からスーパーローテート方式にて初期臨床研修が行われていた本学附属病院での研修を希望していたからです。本学学生にとって初期臨床研修をスーパーローテート方式で行うことはいわば“当たり前”のことでした。しかし本年度マッチングプログラムが導入されるにあたり、いざ外の研修指定病院に目を向けてみると、来年度から初めてスーパーローテート方式に変更する病院が意外に多く、さらには医師の数も大学病院と比べればずっと少ないことに驚きを感じました。

今回の発表に当たり、このように研修指定病院での見学実習を通して驚きや不安を感じたのは自分だけではないのではないかと思います。事前に本学6年生に来年度の臨床研修制度に関するアンケートを取ることにしました。来年度の臨床研修制度は、学生の目にはどのように映っているのか、そこにはどのような期待や不安があるのかといった来年度の臨床研修を受ける立場にある本学学生の本音を、アンケート結果をもとに発表していきたいと思えます。

プロフィール

小林 匡（こばやし まさし）

1998（平成10）年 東京慈恵会医科大学入学

現在、東京慈恵会医科大学6年在学中。

研究組織 (平成 15 年度)

□主任研究者		
鴨下 重彦	賛育会病院	院長
□分担研究者		
環境調査班		
松尾 宣武	国立成育医療センター	総長
衛藤 毅勝	東京慈恵会医科大学 小児科学	教授
木下 勝之	順天堂大学医学部 産婦人科学	教授
藤村 正哲	大阪府立母子保健総合医療センター	院長
市川 家國	東海大学医学部母子生育学系 小児科学	教授
村田 雄二	大阪大学大学院医学系研究科 産婦人科学	教授
高橋 孝雄	慶応義塾大学医学部小児科学	教授
勤務改善班		
中野 仁雄	九州大学大学院医学研究院 生殖・病態生理学	教授
桃井 眞里子	自治医科大学 小児科学	教授
大澤 眞木子	東京女子医科大学 小児科学	教授
岡井 崇	昭和大学医学部 産婦人科学	教授
加藤 達夫	聖マリアンナ医科大学 小児科学	教授
岡村 州博	東北大学大学院医学系研究科 周産期医学	教授
石川 睦男	旭川医科大学 産婦人科学	教授
田中 憲一	新潟大学大学院医歯学総合研究科 産婦人科学	教授
五十嵐 隆	東京大学大学院医学系研究科小児科学	教授
医療体制班		
清野 佳紀	大阪厚生年金病院	院長
朝倉 啓文	日本医科大学 産婦人科学	助教授
桑原 正彦	広島県医師会 地域保健対策協議会小児救急医療支援専門委員会	委員長
柳澤 正義	国立成育医療センター	病院長
保科 清	東京通信病院 小児科	部長
小林 邦彦	北海道大学大学院医学研究科 小児発達医学	教授
平原 史樹	横浜市立大学大学院医学研究科 産婦人科学	教授
コメディカル班		
片田 範子	兵庫県立看護大学 小児看護学	教授
蝦名 美智子	神戸市看護大学 小児看護学	教授
田邊 美智子	福井大学医学部看護学科 母子看護学・助産学	教授
西田 美佐	国立国際医療センター研究所 代謝疾患研究部栄養障害研究室	室長
田中 康雄	国立精神・神経センター精神保健研究所 児童期精神保健研究室	室長
横尾 京子	広島大学医学部保健学科 母性看護学・助産学	教授

臨床研修必修化と小児医療を考える

平成16年2月

発行者 小児科産科若手医師の
確保・育成に関する研究班
〒130-0012 東京都墨田区太平3-30-2
社会福祉法人 賛育会 賛育会病院院長室
電 話 03-3622-9191
F A X 03-3623-9736
ホームページ <http://www.wakate-ishi.jp/>

印刷・製本 文昭堂印刷株式会社

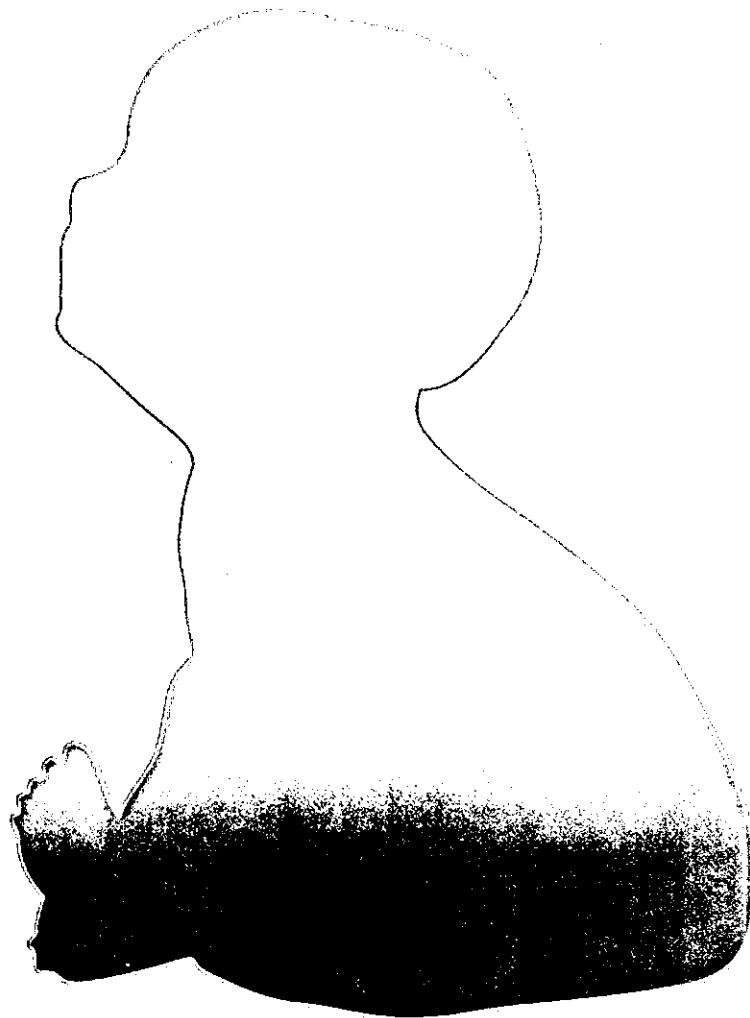


平成15年度第3回シンポジウム

周産期医療における 医事訴訟をめぐって

無過失補償：若手人材確保への道を拓くために

会期：平成16年2月7日(土) 会場：順天堂大学医学部 5号館3階会議室



共 催：日本学術会議一出生・発達障害研究連絡委員会、泌尿・生殖医学研究連絡委員会、
厚生労働科学研究「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究班」

後 援：日本医師会、日本病院会、日本周産期・新生児医学会、日本産科婦人科学会、日本小児科学会

小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究

公開シンポジウム

「周産期医療における医事訴訟をめぐって」

平成 16 年 2 月 7 日

場所：順天堂大学医学部 5 号館 3 階会議室

はじめに

本書は平成16年2月9日、厚生労働科学研究費補助金、子ども家庭総合研究「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究班」の主催で行なわれた公開シンポジウムの全記録である。

研究班の生みの親である坂口力厚生労働大臣が、「産科医のなり手が減っているのは、お産をめぐる訴訟の多いためではないか？」と心配されたこともあって、周産期医事訴訟は研究班発足当初からの課題の一つであった。Workforceの減少ばかりでなく、医師の絶対数の不足という点では産科は小児科以上に深刻であり、初年度の予備調査により坂口大臣の心配も見事に裏書された。そこで問題解決の糸口を見出すためにこのシンポジウムが企画された。

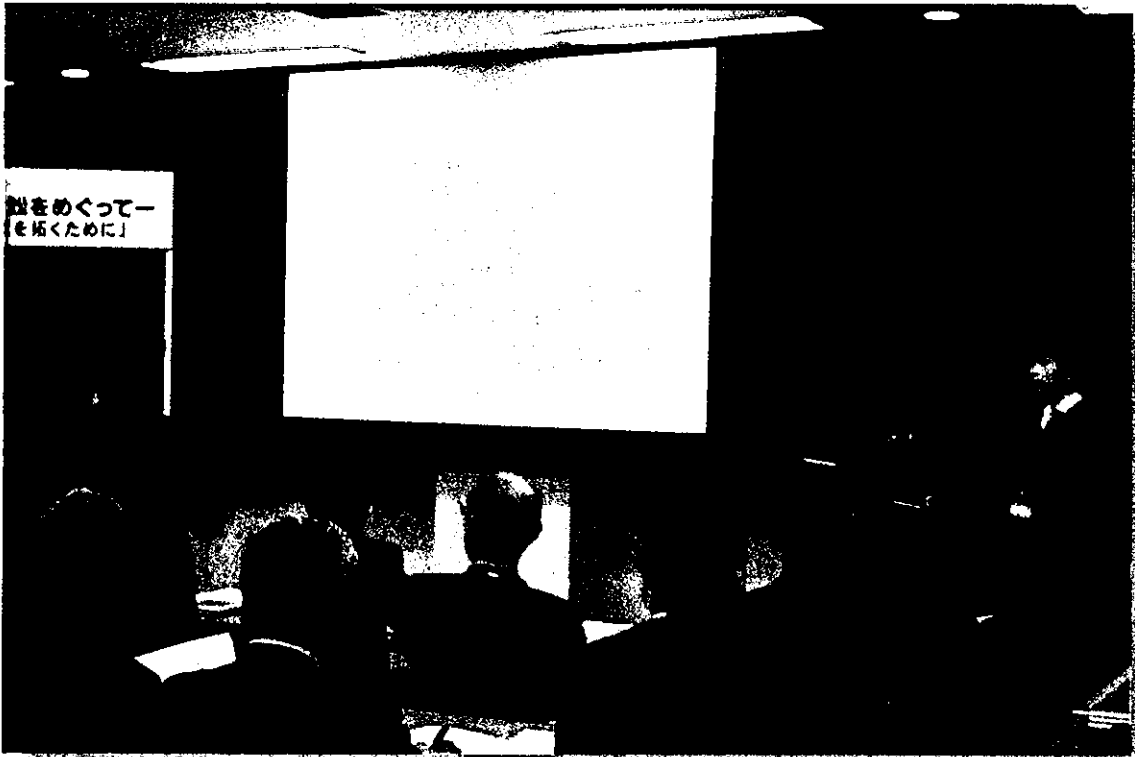
テーマがテーマだけに、当日は予想以上の多数の参加者、それも医療従事者ばかりでなく多方面からの参加があり、また特にメディア関係者も多く、医事訴訟問題への社会的な関心の高さを知らされた。総計150人の参加者があり、会場は熱気に包まれた。ただ、今回は医事訴訟そのものを正面から捉えた訳ではなく、あくまでも産科医師の減少を食い止めるには、どういう方策を考えるべきか、という視点から「無過失補償」に焦点をあてたシンポジウムであったので、マスコミ的興味での参加者には期待はずれであったかもしれない。しかし終始熱心な意見交換が行なわれ、シンポジウム終了まで席を立つ人は殆どいなかった。

司会進行を務められた中野仁雄、藤村正哲両班員をはじめ、講演いただいた8名のシンポジストにお礼を申し上げたい。また今回は参加者から多数のアンケートをいただいたが、その中から特にお願ひして立場の異なる10名の方々に改めてシンポジウムに対する感想やご意見を寄せていただき収録することとした。ご協力頂いた各位にも心から感謝する。

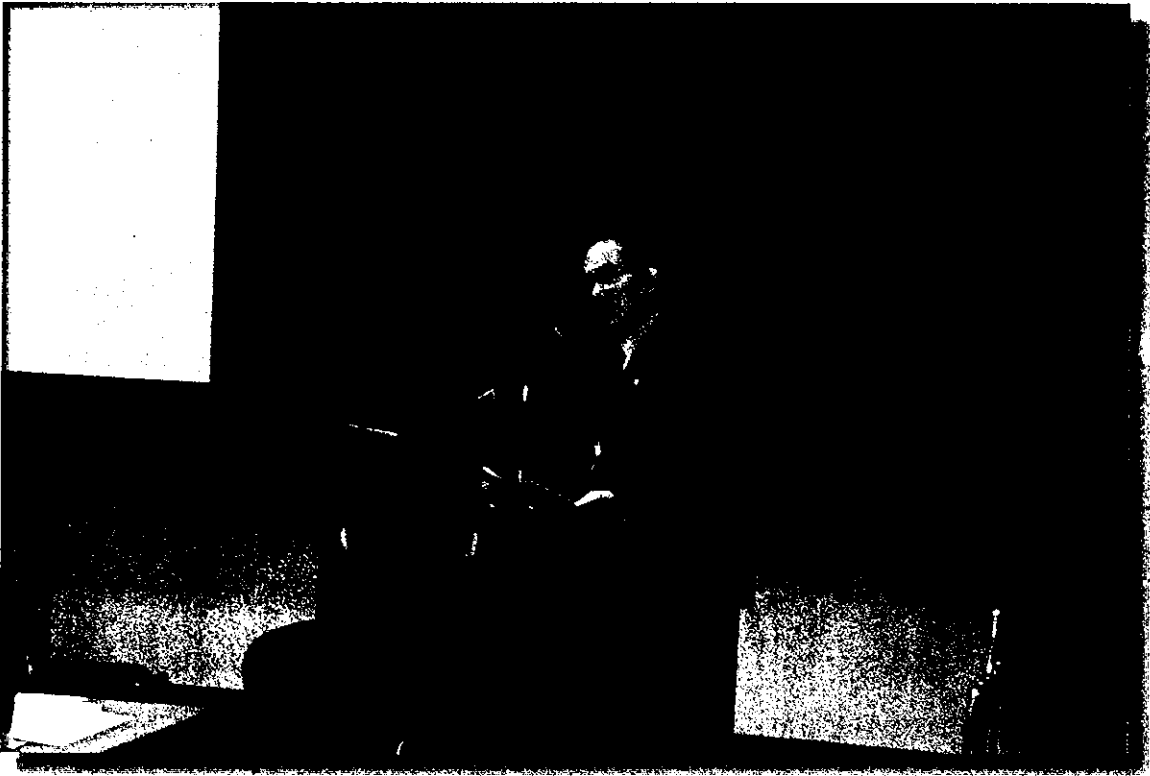
近年、医療の安心・安全が叫ばれる中、事故やミスへの報道は日常茶飯事であり、医事紛争も年々増加している。訴訟による解決は、最後の手段であろう。周産期医療の特徴は明らかな事故やミスがなくても障害が発生し得ることであり、また一方でお産はうまく行って当たり前、という親や家族の期待感も強い。そのような背景から周産期医療における医事紛争の増加は特に注目され、それが負担で医学生にとっては、産科医を敬遠する理由となっている。無過失補償は新たな解決法として期待されるが、今後も医療者と法律関係者の話し合いの場はますます重要となるであろう。本記録集がその端緒を拓くものであれば幸いである。

最後に会場をお借りし、当日の運営にも一方ならぬご協力をいただいた木下勝之教授をはじめ順天堂大学産科婦人科教室の方々に深謝する。また今回に限らないが、シンポジウムの準備から記録の整理、校正、出版にいたるまで、細かな点で尽力された事務局赤城礼子嬢の労を多としたい。

シンポジウムの会場風景







目 次

シンポジウムの会場風景	I
司会 九州大学副学長 中野 仁雄 大阪府立母子保健総合医療センター病院長 藤村 正哲	
開会挨拶	1
賛育会病院院長・東京大学名誉教授 鴨下 重彦	
医療訴訟の現状	3
東京地方裁判所民事 14 部判事 貝阿彌 誠	
産科領域の訴訟から見た学会の対応	7
順天堂大学医学部教授 木下 勝之	
新生児医療の立場から	17
自治医科大学教授 桃井 眞里子	
医事紛争のリスクと予防	25
大阪大学医学部附属病院助教授 中島 和江	
総合討論 A	33
無過失救済システムの功罪と機能化の条件	37
九州大学大学院法学研究院教授 和田 仁孝	
“No-fault Compensation” の理念と海外での実践状況	43
昭和大学医学部教授 岡井 崇	

福岡方式：安心して子どもが産めるセーフネット作り……………	53
九州大学大学院医学研究院教授 信友 浩一	
司法の立場から……………	63
弁護士・駿河台大学客員教授 山下 薫	
総合討論 B……………	66
閉会挨拶……………	71
賛育会病院院長・東京大学名誉教授 鴨下 重彦	
シンポジウムに参加して（敬称略）……………	73
医師と呼ばれるからにはもっと誇りを持って……………	行天 良雄
時機を得た企画……………	三宅 祥三
周産期医療のセーフネットの整備を……………	樋口 正俊
周産期医療における緊急な課題……………	多田 裕
無過失補償：次の機会にその成果を期待……………	長島 金二
これからのお産のあり方を考える……………	岡本喜代子
患者の側も賢く考え行動したい……………	園部まり子
医療従事者一人一人のモラル・意識の改革が大切……………	高木 祐次
無過失補償について……………	徳久 俊彦
スピーディーな救済システムをさらに考える……………	榮畑 潤
講演者抄録……………	93
研究組織（平成 15 年度）……………	109

開 会 挨拶

賛育会病院院長・東京大学名誉教授 鴨下 重彦

九州大学副学長・大学院医学研究院教授 中野 仁雄

司会

大阪府立母子保健総合医療センター病院長 藤村 正哲

鴨下 それでは定刻を回りましたので、ただ今から「周産期医療における医事訴訟をめぐって」のシンポジウムを開催させていただきます。今日は大変遠いところからおいでいただいている方もいらっしゃるようですが、シンポジウムにお集まりをいただきましてありがとうございます。私はこのシンポジウムの主催者である「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究班」という厚生労働省の研究班の主任研究者、鴨下と申します。

最初に、今日は話題が話題だけに大変多くのいろいろな方面の方々にご参加いただいているのですが、ごく簡単に開催の趣旨の説明をさせていただきます。そもそもこの研究班が発足したのは昨年度ですが、小児科の医師あるいは産科の医師の数が減っていると言いますか、非常に人手が足りません。それについて現在の厚生労働大臣、坂口力先生が大変心配をなさいまして、研究班を作ってその実態などを調査したり、対策を考えたらどうかということで、年間1億円という研究班としては大変高額な研究費を頂戴しまして、やることになったのです。いろいろな問題がありまして、既に1年間、研究班として、特に産科、小児科、それから看護の領域の方、コメディカルの先生にも加わっていただき研究を続けてまいりました。最初に坂口大臣がご心配になりましたことは、産科の医師の希望者が減っているのは恐らく訴訟が多いからではないだろうかと、特に周産期をめぐる訴訟が非常に多いということで、それは既に何人かの班員の予備的なスタディにより非常に明らかになっています。アンケート調査の結果ですが、1番か2番の順位で訴訟が多いために若い学生が産科を希望しません。これは今日これから、最初の演者の貝阿彌判事、あるいは次の木下教授からお話があるかも知れませんが、どの大学も医事裁判の鑑定人を遠慮する、推薦しない状態が続き、裁判所が困り果てまして、これは3年前になりますが、最高裁判所に医事関係訴訟委員会ができました。委員会で鑑定人を推薦する、関連の学会にお願いするという筋道になっておりますが、つい最近、昨年の11月にあった委員会では半分以上あるいは半分近くが産科あるいは周産期医療をめぐる訴訟でした。ですから、医事訴訟一般が問題ですが、その中でも周産期をめぐる医療にいろいろと問題が多いことは確かです。そういったことがありまして、あえて研究班として、本日、このシンポジウムを開催することにいたしました。

お世話を九州大学の産婦人科の教授で副学長の中野先生、大阪府立母子保健総合医療センターの藤村院長にお願いいたしました。公開シンポジウムですので、ぜひいろいろな方からご意見をいただきたいと思っております。限られた時間ですが、できるだけ有効に時間を使っていただいて、さらに問題を発展させたいと思っております。少し見込み違いで会場が狭いのですが、わざと狭くして誰かを排除しようとし

たのではありませんので、よろしくお願ひしたいと思います。それでは中野先生、藤村先生、司会をお願ひいたします。

中野 さっきから黙って、椅子を空けるために前に2人で座っておりましたが、中野です。藤村先生とご一緒させていただきます。ただ今、鴨下班長からの趣旨ご説明、お聞き届けいただいたと思いますが、今日の運営手順だけ確認させていただきます。お手元にプログラムがありますが、13時から17時まで、ほぼ4時間よろしくお付き合い願ひします。セッションを2つに分けました。「訴訟をめぐる」と、次が「無過失」、最初は「賠償」と案内しておりましたが、途中で「補償」という言葉に変えさせていただき、今日は「補償」という言葉でご案内いたしました。その間に10分、15分ぐらいの休憩を挟み、それぞれ15分ぐらいのお話を頂戴し、その場で5分ずつ質疑応答し、最後に残った時間、15分程を総合討論に当てるというパターンで前半、後半。前半と後半の違いは、ただ今の班長のご説明によってご理解いただけたと思いますが、訴訟そのものの切り込み口として、若手医師を確保することで十分であるかと言うと必ずしもそうではありません。でも1つうかがう方向であるということで、今日はこういう問題を取り上げた。それが一番大きなポイントです。狙いの方向に今日は関心をお持ちいただきたいわけです。Aはどちらかと言うとリアル・リアリスティックと言いますか、Bはこれからの仮想的現実あるいはバーチャル・リアリスティック。このように2つ少し視点の違うものを組み合わせて、全体にまとめたといった意向を持っているところです。以上、手順だけを申し上げました。

また、今日ご発表あるいはご講演願うそれぞれの演者の方々、失礼は承知の上でお願ひいたしますが、ていねいなご紹介申し上げませんので、なにぶんよろしくお願ひいたします。少しでもお話を頂戴したいと思ひます。最初は4時間という実感がありませんでしたが、考えてみますと4時間持てそうにありませんので、どちらかと言うと座長のウェイトを前半は藤村先生にお願ひして、後半は私がやるというウェイトづけをさせていただきます。どうぞよろしくお願ひいたします。では、先生、早速お願ひします。

藤村 それでは早速セッションAから始めさせていただきますと思ひます。5つ演題を準備させていただいておりますが、最初は「医療訴訟の現状」、貝阿彌誠先生、東京地方裁判所判事、民事14部、よろしくお願ひいたします。



医療訴訟の現状

東京地方裁判所民事第14部判事 貝阿彌 誠

貝阿彌 東京地裁の貝阿彌でございます。今、東京地裁では医療事件は4カ部に集中して担当しておりまして、現在1カ部で60件から80件の医療訴訟が係属しております。なかなか大変というのが率直な感想です。時間がありませんので早速本題に入りたいと思います。

レジュメにも書きましたが、医療関係訴訟は増加の一途を辿っております。最近の新受件数を見ましても平成5年が442件であったのに対して平成14年が896件。2倍強となっております。平成14年の全国の新受件数を診療科目別に多いほうから順番に見てみますと、内科が26パーセント、外科が23パーセント、整形形成外科が15パーセント、そして産婦人科が12.25パーセント。婦人科は極めて少ないので基本的には産科になろうかと思えます。これは、診療科目が複数にわたっているものがありますが、それを複数計上いたしました件数922件中113件です。われわれの感覚としてもかなり産科は多い方です。産科関係の訴訟で問題となると言いますか、過失として主張され争われる点を拾ってみます。具体的な統計があるわけではありませんので、われわれのこの3年間の係属した事件を調べてみました。やはり最も目立つのは分娩監視装置による胎児管理のあり方。そしてこれと関連して、胎児仮死に対する処置のあり方です。換言すれば、胎児仮死の兆候をいかにして的確かつ早期に読み取り、どの時点で急速遂娩に踏み切ることが問題になっている事例が多いと思います。その次には、やはり新生児仮死に関する処置のあり方。また母体の出血に対する処置のあり方。こういう事例が目立っております。もちろんその他にもいろいろな過失

が争われている例はありますが、特に目立つのは今言ったようなところ です。

次に医療訴訟の増加の原因です。これは産科に限らず一般的な問題ですが、やはり根底には医療行為に対する患者の認識の変化があると思います。すなわち、かつては専門家である医師に対する畏敬あるいは尊敬といった意識を背景にして、医師から医療行為を施される感覚であったように思いますが、現在では診療契約に基づいて医師に対し最善を尽くした医療行為を要求する、という意識に変化してきたように思います。もとより行き過ぎた権利意識は問題でありますし、われわれ訴訟を担当しておりますと、そのような行き過ぎた権利意識に出くわすこともあるのですが、先ほど申し上げた診療契約に基づいて最善を尽くした医療行為を要求する、そのこと自体は法的には誠に正しい理解であるように思います。むしろ医師の側で、そのような患者の意識の変化に必ずしも追いついていない面があるのではないかとさえ思うことがあります。

それから患者あるいはその遺族が医療訴訟を起こす理由ですが、まず1つは被害の救済を求めることです。これは、特に産科においては重度の障害が残った場合、やはりかなり損害が大きいということで、被害の救済を求めることが第1番であるように思います。2番目に、病院あるいは医師の責任を追及したいという点。3番目に、いかなる経過で何が起こったのかという事実を解明したい、病院側の説明ではよく分からない、あるいは納得ができないということで、訴訟の場で事実を解明したいということが1つ。なお、自分のことだけではなくて、今後、同様のことが起き

てもらいたくないという再発防止の意識が強い事例もあります。これは産科に限らない一般的な問題であります。産科の訴訟の特徴と言えば、他の方も言及されておられますが、要するに、もともと病気ではなくて母子ともに無事であって当然だ、何か悪い結果が生じたら医師の責任であるという意識があるように思います。これは無理からぬ面がありますが、われわれ訴訟を担当していると、そうではなくて、もとより大半は無事なのですが、医師がいかに最善を尽くしても悪い結果が生ずることがあることは、よく分かります。この点については、出産に関する診察の過程などで、やはり医師側が何らかの形でよく説明をしておくべきではないか、そのことは医療訴訟を提起されることを防ぐことにもつながるのではないかと思います。

次に医療訴訟を防ぐための方策です。われわれ裁判官の立場から見ての感想程度となりますが、やはり先ほど申し上げた患者の意識の変化、これについて、医師の側でも医療行為は診療契約に基づいて行うという認識を持つことが重要なのではないかと思います。この認識からすべてが出発するのではないかと思います。それからレジュメとは若干ずれますが、産科の医療行為自体について言うならば、先ほどの分娩監視装置による胎児管理、そして胎児仮死に対する処置、そういった関係では、昔からずっと同じような訴訟が提起されており、やはりより明確なガイドラインが作成され、かつより具体的な研修などが行われることが望ましいのではないかと。医学の分野での素人ではありますが、そういう感じを強く受けています。それから医療訴訟を防ぐ意味では、やはり事前事後の説明が重要であるように思います。産科では事前に説明するというよりも、分娩の過程で緊急性を要することが多いので、事前の説明義務違反が問題になることは必ずしも多くないと思いますが、先ほどの出産に伴う危険は常にあり得ることは何らかの形で説明する必要があるだろうと思います。事前の説明よりも、産科においてはやはり事後の説明が重要ではないかと思います。事後の説明は、その前提として、事実、真実の解明、つまり事故の原因です。これを、一体どうい

う原因で何が起こったのかという事実を解明した上で、それをきちんと丁寧に説明することが重要であろうと思います。

事実の解明について言えば、大きな病院等であれば事故調査委員会を作って、その場で多数の協議で十分な調査をすることが必要ではないかと思えます。訴訟を担当していて感じますのは、やはり事後的にも必ずしも十分な説明がなかったということで、事案の解明を求めするために訴訟を起こすこともかなり多く、そういった意味では事実の解明およびその説明が十分にされるならば訴訟もある程度減るのではないかと思います。それからもう一つは、事故調査委員会等で事実を解明したならば、これを将来に役立てると言いますか、問題点、問題意識を医師の世界で共有化することが望ましいのではないかと考えております。時間がありません。いろいろご報告申しましたが、ただわれわれも訴訟を担当しておりまして、やはり誠実に最善を尽くしている場合は、裁判では過失責任を認められることはなく、基本的には、何らか「ああ、これはお粗末だ」など、そういう場合に過失責任になりますので、基本的に最善を尽くしてやっておれば過失責任を認められることはないと思います。以上です。

藤村 ありがとうございました。では討論の進め方ですが、ご承知のとおり4人の先生方、Aのセッションの後に総合討論がありますので、全般にわたる訴訟関係のディスカッションはそちらで主として行っていただきます。まずただ今のご発表でおっしゃったことに、分からないこと、もう少しこういう点はどうお考えなのか、といった追加のご質問なりコメントを中心をお願いしたいと思います。どなたかございますか。どうぞ。失礼ですが、お名前等をお願いいたします。

川端 同愛記念病院の産婦人科の川端と申します。産婦人科医会で医療事故を担当しております。お訊きたいのは、抄録の7のおわりにのところに「誠実に最善を尽くして医療行為を行っている以上」という言葉がありますが、これが私にはよく分からない言葉です。たとえば設備を、これは

厚生労働大臣も「人、モノ、施設」という言葉で、そのポイントを挙げておられましたが、それぞれを十分に整備すると申しましょうか、その上で、この「誠実に最善を尽くして」という言葉が生きてくるのではないかと思います。ここについては、たとえば産婦人科の医師の技能の問題があります。技能が劣っていれば、これは必ずしも、この言葉どおりにはいかないと思います。それから施設が常に整備されていなければ、やはりこれも「誠実に最善を尽くして医療行為を行っている以上」という言葉から外れてくるのではないかと思います。そういう意味で「誠実に最善を尽くして医療行為を行っている」の意味を、どのようにお考えか教えていただきたいのですが。

貝阿彌 極めて難しいですが、産科で設備が問題になるということは、そんなにならないように思います。もちろん技能については、やはりその時点における医療水準、これは大学病院あるいは総合病院、個人病院それぞれで若干の違いはありますが、やはりその時点における医療水準に見合うだけの技量、知識、そういうものはもとより前提になっていますから、おっしゃるとおりで、勉強しないで最善を尽くしていると言うのは、そういうわけにはいかないのではないかと思います。少しお答えになりませんが……。

川端 この文章がありますと、ほとんどの事故に関して、なにかしらの過失を指摘されるのではないかと心配を持っています。結果責任がありますから、心配していますのはそういうことです。

貝阿彌 医療行為の性質は、医療契約は準委任契約、委任契約と申しまして、結果を約束するものではないのです。つまり完全に無事に出産を終えさせるという結果を約束するものではなく、手段債務と言いますが、正に最善を尽くすという過程を言っていますので、仮にたまたま悪い結果が生じたとしても、その過程において最善を尽くしていれば、これは過失がないことになります。そういう誤解を受けるとすれば、少し文章がおかしいということになります。

川端 どうもありがとうございました。

藤村 先ほど、先生が言われました「最善」の内

容ですが、たとえばガイドラインという言葉がありました。そういうものを誠実に守っていくのは、1つの「最善を尽くした」ということとお考えでしょうか。

貝阿彌 それはガイドラインが、その医療の世界でこれが望ましいものとして作られ、それを守っていれば基本的には最善を尽くしたことになるのではないのでしょうか。

藤村 ありがとうございます。はい、どうぞ。ご所属をお願いいたします。

市川 東海大学医学部の小児科の市川です。私自身、20年間アメリカで小児科の診療をやりまして、そこでも医療事故、医療裁判に関わる機会がありました。自分がこちらに来て事故もありましたので、比較する機会があったのですが、そういう意味でいくつ非常に違う点があることに気が付きました。1つだけお訊きしたいのは、最近アメリカでは、一体これが医療のスタンダードに合うかどうかといった判断の時に、いわゆる標準の技能と言いますか、それから標準の手のかけ方という概念があって、たとえば非常に専門的な病院だったら、それなりのレベルがあり、あるいは地方の小さい病院だったら、それなりのレベルがあるといった概念が確立していますが、日本では、そのような形でスタンダードをそれぞれの場所あるいは専門領域を考慮した上での判断をされているのでしょうか。

貝阿彌 一般的に言えば、大学病院、それから先ほど申し上げたように総合病院、地方の病院、あるいは個人の病院など、それぞれに応じた医療水準はあるだろうと思います。ただ、もし個人病院では適切に対処できないということになれば、それは放置していいかと言えば、そうではなくて、よりそれに対処できる病院に転送するなどといった義務がまた別にあるだろうと思います。一般的に言えば、やはり水準は違ふと。ただ産科でどの程度違ふのかというのは、少し私もよく分かりません。

藤村 ありがとうございます。ほかにご意見、ご質問ございますか。はい、どうぞ。

久保 国立成育医療センター産科の久保と申しま

医療訴訟の現状

す。先生にお訊きするのがいいのかどうか、少し分かりませんが、訴訟の数に、産科の12.5パーセントという数を挙げられていましたが、実際事故を起こした方と訴訟になるというのは別の問題だと思います。実際お聞きすると、医師会などで使っている財源を5パーセントの産科医が50パーセント医療補償費用を使っているということは、訴訟になっている数と事故の数の差が結構多く、そのまま訴訟にならずにいつている可能性があるのだと思いますが、そういうものを捕らえるような方策はあるのでしょうか。

貝阿彌 裁判所は、やはり訴訟に来ているものしか分かりませんので、われわれは把握できません。やはり病院等での件数と裁判所に来ている事件を対比してみるしかないのではないかと思います。

藤村 いいですか。ほかにございますか。それでは時間ですので、貝阿彌先生、ありがとうございました。

続きまして「産科領域の訴訟から見た学会の対応」ということで、順天堂大学医学部産婦人科教授の木下先生からお願いいたします。