

閉 会 挨拶

賛育会病院院長・東京大学名誉教授 鴨下 重彦

鴨下 今日は午後、半日、大変長時間にわたり、貴重なご発表と活発なご討論をいただき、ありがとうございました。特に演者の先生方、偶然でしょうか、貝阿彌判事から山下弁護士と、お二人の法律家の間に医者が入りまして、計8人の先生方が大変蒞蓄を傾けた有益なお話をして下さいました。それと座長のお二人の先生、お疲れ様でした。

なぜこんなに大勢集まるのか。やはり話題が話題だったからでしょうか、今テレビで「白い巨塔」というのが大変な視聴率のようです。あれに負けないぐらいの人気でした。大体今までの研究班のシンポジウムですと、最後の挨拶をするときにはもう、その辺から半分ぐらいしか残らないのですが、今日は皆さん最後までお残りいただき、特に私の尊敬する先輩の先生方が何人かいらっしゃいますし、それから厚生労働省も最後にコメントを頂戴した谷口母子保健課長、そして実は医政局の榮畑総務課長がお見えのようで、いろいろ指定発言者になっていただきたかったぐらいです。ともかく今日は医事訴訟に関しては恐らく出発点であったのではないかと、こういう問題についてもっともっとこれから学会なり、いろいろな公開のシンポジウムが行われていくべきではないでしょうか。そして、やはり最後はリスク・マネージメントにも行き着く。私は病院長ですが、なにか患者さんから訴えられることが病院のリスクだと、それでリスク・マネージメントという患者さんのリスクを考えない院長がいるのではないかと。この中にも院長先生はだいたい顔が見えておりますけれども、そうではなくて、やはり最後は医療の対象である患者さんのために何が最善かを考えてやらなければいけない、それが最初に貝阿彌判事がおっしゃった「誠意を尽くし、最善を尽くせば過失責任を問われることはない」という、そこに懸かっているのではないかと思います。ぜひ今日ご参会の方々には今後もこの問題にご関心を持っていただくと同時に、やはり出発点は産科、小児科の医者が非常に労働力として不足している。その厳しい現状に対して、ご理解、ご支援をいただければ幸いです。本当に今日は長時間ありがとうございました。これで閉会とさせていただきます。

～『周産期医療における医事訴訟をめぐって』～

参加者の感想・意見

先生と呼ばれるからにはもっと誇りを持って

行天 良雄（医事評論家）

“先生と云われる程の馬鹿でなし”余りにも人口に膾炙している言葉である。今の時代、先生と呼ばれお互いに呼び合っている集団は一に教師、二に医師、三に議員、四に弁護士である。そして急速な時代推移の中で、まず日教組と塾の力の前に教師はその対象から外されていった。そして議員もどうも尊敬の対象とは考えにくい。となると、価値に揺らぎはあっても、尚医師への期待は根強い。これからの時代、医師と弁護士を友人に持てば安心との新しい価値観を生んでいる。つまりなお、時代の寵児への座は保たれている。その両巨頭が、何と最も尖端的なテーマで対決するとのこと、大変な期待で会に臨んだ。

しかしながら今日的な大テーマであるので、どうしても今日の位置づけを説明しなければならず、それぞれの立場での事情説明が続き、核心を突くと云うより触れる所がどうしても弱くなってしまった。何といってもお互い特別な専門職集団だから、一般世間の常識とは大分ずれている。乱暴すぎる見解だが、今求められている小児科医は1に信頼できる力と人柄、当然やさしさが入る。方々の母親が推す小児科医から訴訟が多くて云々という話はきいたことがない。また、産科医が常に語ることは生命の誕生という人間最大のドラマに立ち会える喜びと誇りである。先生という呼称に盛られている真意は、人に崇められる何かであり、きわめて積極的なものである。時代錯誤と云われようと、私は生物としての人間の最大のドラ

マに立ち会え、更に深く高く完成にもっていきける仕事はどんなものより誇りうるものであると信じている。

それがなぜ訴訟や無過失補償という次善策に傾斜するのだろうか。今必死で職場を守っている殆どの医師は訴訟など第一義的に考えていない。第一義にあるものは誇りである。随分格好の良すぎる話かも知れないが、私が出会った大半の方々はこのタイプである。にも拘らず今回の様なテーマが前面に出てくるのは医療問題へのマスコミの方向に問題があり、犬が人間を噛んでもニュースではないが、人が犬を噛めばニュースである、との前提が強く働きすぎている。先生たちの誇りはどこに行ってしまったのだろうか？迂遠すぎる話だが、皆保険下の受診拡大に対しては医師増と共に両親たちの保健意識の向上が大切である。

また、ビジネス化しすぎている訴訟社会の人々の真の正義への誇りも求めたい。

少し異質すぎやや奇抜でさえある私の見解は、真に先生と呼ぶにふさわしい多くの医師を知っているが故に、誇りと信念が乏しくなっている政治司法の世界と、時代錯誤と云われようが必死で人々の健康を守っている集団との、根幹を問う討論あるいは対話を期待したい。

日本には日本の文化風土があり、何よりも国民は実によく分かっている。ただしそれを口にしないのもまた日本である。

時機を得た企画

三宅 祥三（武蔵野赤十字病院院長、厚生労働省社会保障審議会医療分科会委員）

このシンポジウムを大変興味深く聞かせていただきました。周産期の問題は大変難しい問題が多くあり、又特殊な環境であり医学的にも未開の分野がありながらも、ひとたび、事故が発生すると大きな問題となり、処理に多大のエネルギーと莫大な賠償金が要求されるという事情が、諸外国を含めて産科医や小児科医を希望する医師の減少に繋がってきていると考えられます。このような状況が続けば、10-20年後の日本の医療供給体制に大きな齟齬が生まれるのではないかと心配しています。

このような時機に、このシンポジウムは真に時機を得た企画であったと思います。シンポジストに現職の判事や元裁判官の方、法律家の方、産婦人科の教授、新生児を担当する小児科教授、法学部の教授、システム学の教授、セーフティマネジメントの専門家の方という真に多彩なメンバーで、一つの問題を議論した意義は大きいと思いました。フロアーからも貴重な見識あるご意見が聞かれて、大変有益でありました。ことに、新生児医療が抱える問題の特殊事情については、医療界

はもとより、もっと国民に理解を求めるために情報の発信が必要ではないかと感じました。医事紛争の中には、患者側でも、医療者側でも裁判で争う必要のあるものもあるが、患者側も医療者側も納得のいく形での早期解決手段として、ADRをもっと活用すべきではないかと感じました。これらについてもっと医療界と行政で真剣に検討する必要があるのではないのでしょうか。また、無過失補償については、以前から興味を持っていましたが、このシンポジウムで岡井先生から詳しく諸外国の例を聞くことが出来て有益でした。できれば小冊子に纏めていただければありがたいと考えています。日本においても分野を限定して導入が可能ではないか感じられました。これについては、福岡地区で実験的に無過失補償システムの運用が始まるということは、日本の医療界にとっては画期的な取り組みであり、これに関係する多くの方の熱意と行動力は高く評価すべきことと思います。ぜひとも、この運用の成果を来年には聞きたいものと期待しています。このシンポジウムを企画された皆様に心から感謝したく思っています。

周産期医療のセイフティネットの整備を

樋口 正俊（東京都医師会医事紛争処理委員会・副委員長、産婦人科医）

1：医療事故・医事紛争の発生防止策の根本は、A：

(1) フールプルーフ（誰がやっても事故が発生しない仕組み）、(2) フェイルセイン（もし事故が起きても損害が出ない仕組み）、(3) フェイルソフト（損害が出ても補償・賠償ができる仕組み）、B：(1) 医療の透明性の確保（何事も隠さない・医療情報開示）、(2) 説明責任を果たすこと（インフォームド・コンセント、患者の自己決定権の尊重）、(3) ダイナミックに変化するTPO（時と所と機会）に合った医療水準の確保、(4) 遵法精神の確立、などを学習・実行すること。

2：そして紛争の解決策の経緯は(1) M：mediation（当事者同士話し合いでの解決、被害者の求めること：何が・なぜ起きたか知りたい・謝罪してほしい気持ちへの対応）、(2) A：arbitration（仲裁・調停による解決）、(3) L：litigation（訴訟による解決）ということであり、東京都医師会・医事紛争対策に当たっているのですが、今回のシンポジウムは、この私の考えを再確認・補強するのに大変役に立ちました。

3：周産期医療（事故・紛争）の特徴は(1) 母子二人の命を同時に取り扱っていること、(2) 事態の進行はダイナミックかつ一般の内科系疾患に比べて短時間であること、(3) 妊娠・分娩・育児は社会通念上は生理的で正常な変化であり、

通常はよい結果が期待されていること等であり、それだけに一旦、結果が悪ければ、正常経過との落差が大きく、多くの場合は、原因は過誤によるのではないかとされ、また紛争が発生し易いことでもあります。

4：今回のシンポジウムの目的（若手人材確保への道を拓くために）に合わせれば、周産期医療が敬遠される理由(1) 悪い就労環境(2) 高い医療事故・医事紛争遭遇率(3) 低下し続ける出生率(4) 一般社会からの低い評価とそれに伴う低い達成感、などを克服しなければならないと思います。今回これらの悪条件の中の(2) 医療事故・紛争対策を立てることの一環として、無過失補償制度の確立を検討したことは、これから周産期医療に参加しようと思っている若手医師へのアピールとして、また一般社会に対して周産期医療への深い理解を求めるためのアピールとしても大変時宜し合った催しだったと思いました。近い将来裁判以外での紛争解決策（A：alternative D：dispute、R：resolution）や無過失補償制度が周産期医療のセイフティネットとして整備され、妊産婦及び周産期医療担当者の双方が安心して妊娠・出産・育児に当たることができるような体制が一日も早く確立されることを心から願っております。

周産期医療における緊急な課題

多田 裕（東邦大学医学部新生児学教室教授）

産科や小児科の若手医師を確保する対策として「周産期医療における医事訴訟をめぐって」のシンポジウムが開催されたことは画期的なことである。周産期医療は医療訴訟の多い領域であり、直接あるいは間接に関与する機会が多いので早速参加させていただき、裁判官、弁護士、医療関係者、安全管理者それぞれの立場からの発言を興味深く拝聴した。

裁判前に裁判官、弁護士、学識経験者が訴訟事例を検討する制度や、訴訟に訴えないでも補償が得られる無過失補償制度など、それぞれに重要な提言があり大変参考になった。

現在の訴訟では、医療側の過失を裁判所が認定し金銭的な補償がなされる。このため、医師は患児に障害が生じたことは気の毒だと思っても、その原因が医療過誤であるとの認定には承服できないことが多い。また、要員の充足が十分な施設と、少人数で一生懸命救命努めている施設が同じような医療を要求されることもある。産科での仮死出生やNICUでの気管内挿管や出生病院での新生児管理の問題など、この様な例をあげれば限りがない。以前は死亡していた重症例が救命されるようになったことから、親や社会は障害のない救命が当然のことと考えるようになり、医療機関の努力により救命していることに対する理解が十分で

ない。医療ミスは避けなければならないが、長期間の人工換気中の気管チューブの抜去や蘇生法の適否に関し、訴訟となる例の中には納得がいかないものも多い。

周産期医療では、施設の整備状況や医師・看護師の配置数で予後が変わることが明らかになっており、地域の周産期医療施設がそれぞれ役割を分担し、連携して地域全体の医療水準を保つ周産期医療整備事業が実施されている。しかし、センター施設の整備が地方自治体の財政難や医師確保の困難性のため遅れている地方も多い。このような地域では、一次や二次の施設でやむなく治療を続けることになるが、結果が悪く障害が生じた場合には責任を問われる。こうした悪循環を断たないと若手医師の確保は困難であり、一方周産期医療の恩恵を受けられない住民が増えることも明らかである。

障害を持った子どもの療育には大きな負担がかかるので、支援は必要であろうが、障害は医療事故以外の疾病でも生じ、同様に負担がかかる。社会的な支援制度を整備すると同時に、地域の周産期医療システムを整備するための財政的援助、当事者を含めた周産期医療全体で事故の再発を防ぐ医師間のチェックシステムの構築など緊急な課題が多いことを痛感したシンポジウムであった。

無過失補償：次の機会にその成果を期待

長島 金二（獨協医科大学名誉教授、小児外科）

医療訴訟の事件数は増加しており、シンポジスト貝阿彌誠判事によれば、全国での新受件数は平成5年の442件から平成14年の896件へと倍増している。このことが身を削るようにして、私生活を犠牲にししながら、小さな命のために頑張っている若き医師達の熱意を殺ぐ結果となり、この領域における若き医師の確保が困難となってきた一因と解されるので、何でもかんでも訴えるという最近の世の風潮の中で、無謀な訴訟（無責率60～70%）がおこらぬようにする対策として、無過失補償を行うことが検討されており、裁判によらぬ医事紛争処理システムの必要性が指摘された。ニュージーランド、スウェーデン、米国フロリダ州などでは既に行われている。無過失補償が否定された場合には訴訟が勢いづく懸念が会場より述べられたが、この制度の実現に向かっ

てかなり具体的な準備をすすめている福岡県の報告があり、注目された。解決すべき問題もあろうが、次の機会にその後のことを是非伺いたいと願っている。

各セッション4人ずつのシンポジニスト8人（判事2、弁護士1、法学部教授1、産婦人科教授2、小児科教授1、クオリティ・マネージメント1）が20分の持ち時間を有効に活用するとともに、見事な司会・進行により、3時間20分もあっという間に過ぎ、とても有意義なシンポジウムであった。

会場には指導者と思われる年齢層の方が多く、若い医師のために現状を何とかしたいという気持ちがうかがえたように思えた。また若い医師の意見を聞く機会を得たいと思った。

これからのお産のあり方を考える

平成13年度から「健やか親子21」の国民運動が開始された。4つの主要課題や10年間に実現すべき到達目標が明らかにされ、その実現を目指して、「健やか親子21」推進協議会が設立された。各自治体や専門団体等が具体的な行動計画を基に活動を展開している。

日本助産師会は、「健やか親子21」推進協議会の第2課題「妊娠・出産の安全性と快適性の確保と不妊への支援」の幹事団体として、関連団体とともに、3ヶ月に1度程度の会合を持ち、関連主要テーマに関して検討している。この会合を通じて、助産師と産婦人科医師や新生児科医師との意思疎通の機会が得られたことは相互の理解を図る上で、非常に大きな意義があると考えられる。

厚生労働科学研究【産科領域における安全対策に関する研究】（主任研究者中林正雄）の中間報告として今回のシンポジウムで「これからは、診療所では妊娠中の健診のみを行い、お産は大病院で集中して行うべきである」という考えや「良い産院の十カ条」が紹介された。

周産期死亡等の改善のための対策としてこの10カ条は、いずれも重要な項目であると考えられる。しかし、助産師に関する事項は数のことしか触れられていない点は少し残念なところである。

「お産は大病院で」という時、助産所の扱いも診療所と同様と思われる。

助産師の立場からは、スタッフと妊産婦との信頼関係や妊産婦の快適性確保の問題等いろいろと論議すべきことが山積していると思われる。

「お産は大病院で」という考えは安全性確保の観点から、周産期の死亡率等を減少させるためには、将来的には、非常に有効なケアの提供形態であると考えられる。

岡本 喜代子（社）日本助産師会事務局長

しかし、「良い産院の十カ条」に謳われているようにその大病院には、十分な医師数、助産師数の確保がなされていることが必要である。

また、助産師業務の観点からいうならば、助産師外来、助産師による受持ち制等の活動がなされ、さらに将来的には、パースセンターが設置されているような状況が整備される必要があると考える。

快適性に欠かせない、生活面への支援や継続性の支援の視点が整っていなければならないと考えるからである。

まだ、中間報告なので、恐らく、次の研究課題として取り上げていただけるのではないかと考える。

日本助産師会としては、安全性確保を最優先課題とし、次のような対策を立てている。

- 1) 助産所での取り扱い及び助産所からの搬送基準を確立する。（厚生労働科学研究青野班の作成したものを基に、本会で検討修正を加えたものを平成16年度通常総会で承認された。）
- 2) 助産所の機能評価基準を作成し、助産所で今年度は自己点検として、助産所機能評価を行う。
- 3) 嘱託医、救急対応等の課題に関して、関連団体と連携を図る。
- 4) 安全対策室の充実
毎週金曜日に、助産所でお産した人や助産師からの無料相談（来所・電話）に応じている。
- 5) 支部安全対策委員会の整備と支部安全対策委員会の研修を行う。
- 6) 救急対応能力強化のための助産師研修会を開催する。
- 7) 会員の事故報告の義務化と事故者への研修。
今後とも、安全性と快適性を兼ね備えたケアのサポートに努めたい。

患者の側も賢く考え行動したい

園部 まり子（アレルギーを考える母の会 代表）

納得できない診断・治療を受けた、あるいは思いがけない対応にあったなどという時、医療を頭から疑ってかかるのではなく、気になったことをメモしておいて相談する、セカンドオピニオンを求めるなど、患者の側も賢く考え、行動できるようにになりたいと思います。

わが家の次男（今春、中2）は生後2カ月でアトピー性皮膚炎を発症。以来、必死の治療にもかかわらず年々アレルギー値は上がり続け、次々と他のアレルギー疾患を併発。小児科、皮膚科、耳鼻科、眼科など複数の医療機関にかかっても悪化の一途をたどり、8才の頃には失明の危機や原因不明の発熱が続き、命を脅かされるまでになりました。

「このままで良いのだろうか？」とセカンドオピニオンを求め、ついに出会った横浜市大医学部皮膚科の教授は、それまでと違って、じっくりと来し方を聞いて下さり、病態はもちろん薬に対する不安・不信にもきちんと納得できるよう説明して下さい、「気になることは何でも教えてね」と促

してくれました。患者・家族を責めることなく、ありのままを受け入れて下さり、共感と励ましと癒しの風をいただき、その時「何でも聞いていいのだ」「気がついたことは何でも報告しよう」と思えて、どんなに勇気と希望がわいたことでしょうか。教授の「医者と患者のパートナーシップを大切にする方針」で、半年かかって元凶のアレルゲン（ラテックスアレルギー）が見つかり、その後、次男はみるみる健康を回復、薬も減り、コントロールも良好に、普通の生活を取り戻すことができました。

誰もが自己責任で医師を選ぶ目、治療を選ぶ目を持ちたいものです。それには学校教育、例えば保健の授業などに、医療従事者による、病気にならないための、またはいざ病気の時の実践的な「健康教育」の導入が必要です。また、精神疾患や長期慢性疾患などの早期発見・早期治療、問題を抱えた家庭を孤立させないためにも、今こそ一人の子をめぐって医師と教育現場が直接向き合う「医教連携」が必要なのではないのでしょうか。

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（患者のための医療ネット）

私は産科事故被害者の立場から参加させていただきましたが、医療訴訟になりやすい要因として事前の患者と医師との信頼関係の構築やお産は無事で当たり前という認識のズレも問題となっているなどのお話は確かに事実としてあると感じました。そして、訴訟の対策として患者への状況説明などの信頼構築を行なった上で無過失補償やADRのような制度・システムが構築されることにより患者へのバックアップや訴訟数の減少が期待できるのではないかという展望についても肯定的に受け止めることができました。しかし、医師との信頼関係構築策についてはあまり具体的な手段がなく、現場レベルでは医師の資質にかなり左右される問題であると感じました。

私が医療に従事する立場の人間だったら、まず診察記録ノートを作成します。それは医師と患者との交換日記のようなもので、患者が診察日までの自身の身体の様子や疑問を患者記入欄に記入し、その記述を元に医師に当日診察してもらった内容と結果をカルテ同様に患者のノートに記載してもらうようにするのです。これを出産退院するまで記入すれば、どの時点で問題が発生しても陣痛や分娩時以外はおおむね記録が残り、医師は患者の細かい症状の変化にも気付ける上にカルテと同等の重要なデータを患者自らが所持することができるようになります。また、この記録は後々他の医師に診ていただくときの有効なデータとしても役

立ちます。そして更に欲を言えば、この機能が母子手帳について欲しいと思います。そして最後に最も大切なこと、それは医療従事者一人一人のモラル・意識の改革です。その中でも頭を下げること。現在多くの医師は「自分にハッキリとした過失がないかぎり謝るべきではない。」という考えを持っておられます。それは「頭を下げること＝罪を認めること」という意味もあるでしょうし、頭を下げたことにより後に訴訟に持ち込まれると言った危機意識、或いは「患者を診てやってるんだ」という怠慢などどんな理由があるのかは分かりません。しかし、いやらしい表現かも知れませんが医者も商売。現に患者獲得のために患者を顧客として考えるという医療機関も出てきています。このように商売（ビジネス）として考えるならば、過失の有無にかかわらずその病院・医師を信頼してきてくれた顧客（患者）が満足な結果を得られなかったことに対し、『せっかく当院を信頼してお越しいただいたのに、力及ばず残念な結果になってしまい申し訳ありません。』という意味で頭を下げることはおかしなことではないと思います。また、そういう姿勢を見せてくれる医師に対して患者や遺族は気を悪くするでしょうか？

むしろ、相互理解は深まり感情的になって訴訟をおこすような事態への予防にもなるのではないかと私は考えます。

「無過失補償」について

徳久 俊彦（中間法人ライフケアシステム 顧問）

1. 小児科・産科若手医師の確保・育成を目的とするプロジェクトの中で、医事訴訟の問題が若手確保の阻害要因の一つとして取り上げられたことは、この問題を幅広い視野から検討しようとする姿勢の現れとして高く評価します。
2. また今回のシンポジウムには産科・小児科医療の第一線の先生は勿論、裁判の現場から法学にわたる専門家までが参加して多角的な検討が行われたことは有意義であったと思います。中でもリスクマネジメントの研究をされている中島先生、海外の無過失補償制度を詳しく調査された岡井先生、「福岡方式」の実現に奔走されている信友先生のように、医師でありながら幅広い研究、調査や実践に携わっている先生方があることを知って大変心強く、有り難く思いました。
3. 以下「無過失責任主義」を中心に、感じたことを述べます。
 - (1) 当初の「無過失賠償」から「無過失補償」に変更されたことは賢明だったと思います。「無過失賠償責任」は法律概念で「過失責任」に対するものとして既に確立しているからです。
 - (2) 「無過失補償」は新しい概念だと思いますので法律的に確立するには、理論的根拠と共に誰でもが納得する実態が出来ることも必要だと思います。
 - (3) その意味で「福岡方式」は大胆で先行的な試みだと思い、その成功を祈ります。このような共済的な試みはしっかりした枠組みと共にその健全な運営と財政的基礎が大切です。「掛金」を妊婦・医療側・県が拠出する案のようですが、或る程度の「基本金」がないと安定的な運営が出来ないと思います。この種の仕組みは「確率」が基礎にはなりませんが現実には「偏倚」が生ずるからです。
 - (4) 「過失責任主義」には指摘されたような問題はありますが、「モラル」が保たれる契機が含まれており、安全を確保し、行き過ぎた訴えを抑制する機能が含まれています。反面「無過失補償」は過失の有無を問わないことから其れ自体としては事故究明のインセンティブが含まれず、請求が安易に流れる危険を孕んでいます。従って「事実究明」を十分に行い「予防策」にフィードバックするシステムが平行して必要になると思います。
 - (5) 産科・小児科の特殊性は判りますが医師・看護師の応募が少ないのは訴訟が多いからなののでしょうか？ 若い人達に「チャレンジし甲斐のある分野」であることを示して上げることが大切ではないでしょうか？

スピーディな救済システムをさらに考える

我が国の保健医療水準は国際的に見て高い評価を受けている。国民の平均寿命や健康寿命は世界トップクラスにあり、WHOによる医療の質や平等性という観点からの総合的な評価でも世界一位とされている。

しかし、この世界に誇ることでできる我が国医療制度も、今、大きな岐路に立たされている。高齢化の進行とバブルの崩壊・経済の低成長への移行というダブルパンチにより医療保険財政は崩壊の危機に瀕し、度重なる財政対策を講じながらも、今後とも綱渡りの運営を強いられることが予想される。その一方、頻発する医療事故への的確な対応、救急医療を含む小児科・産科医療の確保、医師をはじめとする医療従事者の資質の向上等医療提供体制を巡る課題も数多い。特に、国民の生命と健康を守るべき医療が、医療事故を起こすことによりかけがえのない生命と健康を脅かすことは、医療本来の使命からは決して許されることではない。医療事故対策が医療改革の最重要課題の一つである所以であろう。

その意味では、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」の一環として、「周産期医療における医事訴訟をめぐる―無過失補償：若手人材確保への道を拓くために」をテーマとして開催されたこのシンポの意義は大きいものがあった。4時間を過ぎる長い討論も決

榮畑 潤（厚生労働省医政局総務課長）

して飽きることはなく、会場全体が熱気に包まれていた。医療関係者だけではなく、現役裁判官・弁護士・法学部教授も参加し、現場の小児科・産科の医師たちの良い医療を提供したいという志の高さと、その反面でそれが必ずしも十全には果たされない苦悩が語られ、その苦悩を解決する方策としての無過失補償システムが功罪双方から語られた。確かに、小児科・産科医療の確保のネックの一つとして、医療事故の多さとそれが起こった時の責任問題があるとは多くの方からも指摘されていたところであり、無過失補償システムの創設がそれへの対応策の一つであることはそのとおりであろう。しかし、一方ではシンポの中でも指摘のあった救済の低額化、医療側・患者側双方のモラルハザード等問題点も多い。海外諸国での実例の検証も必要であろう。

私も医療提供体制の改革を行政面から担当する者の一人として、医療事故の再発予防策の充実と不幸にして起こった時のスピーディな救済システムをさらに考えていかねばならないと思っている。それに際しては、このシンポが与えてくれたものは大きい。シンポジウム関係者のご努力に深く感謝するとともに、今後とも皆様方と議論を重ね、国民のための医療改革に進んでいきたいと考えている。

講演者抄録

医療提訴の現状

貝阿彌 誠（東京地方裁判所民事 14 部判事）

- 1 事件数の増加
新受件数（全国）平成 5 年—442 件、平成 14 年—896 件（平成 5 年の 2 倍強）
- 2 診療科目別新受件数（平成 14 年全国）
 - ①内科 26% ②外科 23% ③整形・形成外科 15%
 - ④産婦人科 12.25%（複数該当計上による総数 922 件中 113 件）
- 3 産科関係訴訟において問題となる点
 - ①分娩監視装置による胎児管理（胎児仮死等について）
 - ②胎児仮死に対する処置、急速遂娩の不実施ないし遅延
 - ③新生児仮死に対する処置 ④母体の出血に対する処置 ⑤肺塞栓の発見・治療 ⑥その他
- 4 医療訴訟の増加の原因
患者の認識の変化・・専門家たる医師に対する畏敬ないし尊敬を背景として、医師から医療行為を施されるという意識→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
- 5 患者ないしその遺族が医療訴訟を起こす理由
 - ①被害救済 ②責任追及 ③事実解明 ④再発防止
- 6 医療訴訟を防ぐための方策
 - ①医療行為の法的性質についての正しい理解
医療行為は患者と医師（病院）との間の契約関係に基づいて行われるものであるとの認識の重要性（患者の認識の変化に追いつく必要性）
一方で、専門家としての後見的役割の自覚、患者との信頼関係の構築
 - ②説明義務の履行・・患者の自己決定権の尊重
 - ③医療事故についての事実解明の必要性（上記 5・に関連して）
診療録を開示して事実関係及び原因につき誠実に説明することの必要性
事故調査委員会の整備の必要性
事実解明の結果のフィードバック
 - ④診療録の記載についての注意点
- 7 おわりに
誠実に最善を尽くして医療行為を行っている以上、医療訴訟で過失責任を問われることはない。

プロフィール

貝阿彌 誠（かいあみ まこと）

1976（昭和 51）年 東京大学法学部卒業、司法研修所

1978（昭和 53）年 判事補（東京地裁）

1981（昭和 56）年～広島地家裁呉支部、神戸地裁、盛岡地家裁花巻・遠野支部

講演者抄録

1990 (平成 2) 年 東京地裁判事

1994 (平成 6) 年～法務省訟務局 [局付 (兼東京法務局訟務部副部長)、参事官、行政訟務第一課長]

1998 (平成 10) 年 東京高裁判事

2000 (平成 12) 年 東京地裁判事・部総括 [2003 (平成 15) 年～民事第 14 部 (医療訴訟集中部)]

産科領域の訴訟から見た学会の対応

木下 勝之（順天堂大学医学部教授）

医事関係訴訟事件の産婦人科のしめる割合は、平成12年788件中114件（14.2%）、13年108/861件（12.4%）14年113/922件（12.1%）であり、発生頻度は12%前後であるが、全体の訴訟件数は年々増加している。

日本産婦人科学会は、最高裁医事関係訴訟委員会から学会へ鑑定人候補者の推薦を依頼された事案に迅速に対応するために鑑定人推薦委員会を設置し、そこで適切な鑑定人を選定し、医療訴訟の適切かつ迅速な解決に重要な役割を演じている。

このような学会主導による鑑定人の選定は、日産婦学会の重要な社会的役割の一つであるが、内容は、実際に発生した望ましくない臨床上の問題にたいする対応である。

従って、結果の判定にとどまらず、医療訴訟事案の問題点の分析から、予防対策の作成は不可欠であり、この考え方を含んだ臨床判断と決断の指針を重視した卒後研修ガイドラインの作成こそが、今後産婦人科医を目指す若い医学徒を導く安全確実な産婦人科医療の基本的課題と考えられる。

平成14年から今日まで、医事関係訴訟委員会から学会へ鑑定人推薦を依頼された事案10例の内容を検討すると、新生児死亡4例、新生児脳障害例が3例、母体死亡1例、母体脳障害2例であり、いずれも、医師側の責務不履行、不法行為、過失、として損害賠償請求が行われている。

その判定は鑑定人に委ねられているとはいえ、不幸にして新生児や母体の異常が発生した症例では、医事訴訟に発展する可能性が高いが、その結果が全て医師側に責任があるとはいえない。

しかし、医師側に責任がないとしても、不幸な転機をとった症例の詳細な分析から、例えば、胎児心拍数モニターの読み方と急速遂娩の時期と方法に関する判断を適切に行うことの重要性を強調した具体的な研修ガイドラインの作成などが急務であり、産婦人科専門医としての資格の基本として、正確な診断に基づく、判断と決断を重視した学会による専門医試験の指導マニュアルの作成が計画されている。

プロフィール

木下 勝之（きのした かつゆき）

1966（昭和41）年 慶応義塾大学医学部卒業

1967（昭和42）年 東京大学医学部産婦人科学教室入局

1976（昭和51）年 スウェーデンカロリンスカ研究所留学

1981（昭和56）年 東京大学医学部産婦人科学教室講師

1989（平成元）年 埼玉医大総合医療センター産婦人科教授

2001（平成13）年 順天堂大学医学部産婦人科主任教授

新生児医療の立場から

桃井 真里子（自治医科大学教授）

新生児医療も、産科医療と同様に、常に緊急医療であり、しばしば秒、分単位の方針決定が、児の状態を左右し、児の生死のみならず、生涯にわたる重篤な後遺症について、係争の対象となりやすい医療である。病気になって受診し治療することで患者側が医療の付加価値を実感できる通常の医療とは異なり、産科医療と同様に、患者側は常にかかるマイナスも予期しない医療現場であることも、医療者側の困難な医療の認識と乖離することがしばしばであり、この認識の差を軸にして、係争の対象となることが多い。新生児医療の医療訴訟等の問題の源は、以下に挙げる新生児医療そのものの特性にあるともいえる。医療行為の特性としては、①常に緊急の判断が要求される、②短時間の処置の遅れが重大な後遺症と関連する、③医療技術の進歩・変化の激しい分野であり、何が標準的医療の質か、どこまでが標準的注意義務かについて、規定しにくい医療である。④問題の発生時期が周産期のどこかが医学的に特定しにくいことがある、⑤同時に多数の医療因子が重複する状況のために、問題となる病態が問題となる医療行為の結果であるかどうかの判定がしばしば困難である。医療者からは困難であるが、患者側は、複数の要因の一つに原因を求めやすい。医療者・患者関係の特性は、⑥患者側は、受ける医療のリスク（intact ではない率）について、事前に説明を受けてから受療するわけではなく、多くの場合、予期すらもしていないため、マイナス結果を受容しがたい、⑦医療者との信頼関係構築があつてからの医療ではなく、緊急事態が終わってから信頼関係構築の順番となりやすいため、信頼関係構築が困難であることがある。以上の医療特性を考慮しながら、判例等につき、考察し、問題点を探る。

プロフィール

桃井 真里子（ももい まりこ）

1973（昭和48）年 東京大学医学部卒業

1980（昭和55）年 東京大学医学系大学院卒業

1994（平成6）年 自治医科大学教授（小児科学）

（自治医科大学附属病院総合母子周産期センター兼務）

医事紛争のリスクと予防

中島 和江 (大阪大学医学部附属病院助教授)

産科は医療事故（医療を通じて患者に傷害が発生した事例で、過失によるものとそうでないもの両方を含む）及び医事紛争の最もハイリスク診療科のひとつである。米国における調査によると、急性期病院の全医療事故に占める割合では、血管外科が16.1%、胸部心臓外科が10.8%で最も多く、産科は1.5%、新生児科は0.6%にすぎない。しかし、外科系医療事故の種類別で見ると、分娩・新生児に関する事故は、手術に関連した合併症、創部感染、術後出血に次いで第4番目に多く8.3%を占めており、そのうち過失の見られる事例が67%を占めている。また、100件の帝王切開あたりの事故発生件数は3.1件、そのうち過失のあるものが半数である。医事紛争の頻度は、100人の産婦人科医あたり年間12.1件であり、これを反映して医師賠償責任保険料も年間30,000ドルで脳神経外科、整形外科とともに最も高額である。

周産期医療に関する医療事故および医事紛争には様々なものが含まれているが、次の4つに大別される。一つは産科領域固有の問題であり、分娩監視方法、陣痛促進剤の使用、大量出血時の対処等、医師の臨床的な判断に関するものである。医療事故のうち過失のある事例が半数以上を占めている現状を考えると、事故防止対策を真剣に検討する必要がある。もう一つは外科系診療科に共通する問題で、患者や新生児の誤認、異型輸血、手術器械やガーゼの遺残などである。このような、うっかりミスや確認不足をなくすためには、個人まかせの確認ではなく、手順書やチェックリストを作成するなど医療チームでの取り組みが求められる。不十分なコミュニケーションやインフォームドコンセントも重要な問題である。周産期医療では最善の医療を行った場合でも、予期しない、また残念なアウトカムに至ることも少なくないため、患者や家族に十分な情報提供を頻回にわかりやすく行うことや、合併症や事故が起きた場合には一層のコミュニケーションと対人技術が求められる。さらに、診療記録の記載の不備もしばしば見られ、術中の予想外の事態により、医療チームの誰もがその経過や処置を記録を記載していなかったために、治療の正当性が証明できなかった事例もある。コミュニケーションや診療記録の記載に関する問題は、医事紛争で明らかにされることが多いが、これらのレッスンを医療現場にフィードバックすることが必要である。

医療事故や手術成績などの公表が求められる時代になりつつあるが、このことがハイリスク患者の医療を避ける保身医療を招いたり、若手医師が躊躇することのないよう、今後、学会や医療界は、リスクアジャストメントを行った正確なデータの提供と質に関する指標の評価方法に関する啓蒙活動を、国民に対して行っていく必要がある。

プロフィール

中島 和江 (なかじま かずえ)

1984 (昭和 59) 年 神戸女子薬科大学薬学部卒業

1988 (昭和 63) 年 大阪大学医学部医学科卒業

1996 (平成 8) 年 ハーバード公衆衛生大学院医療政策学部修士課程卒業

1988 (昭和 63) 年 大阪大学医学部附属病院第二内科

1989 (平成元) 年 市立豊中病院内科

1995 (平成 7) 年 ハーバード・リスクマネジメント・ファンデーション損失予防部インターン

2000 (平成 12) 年 大阪大学大学院医学系研究科社会環境医学助手を経て、

2003 (平成 15) 年 大阪大学医学部附属病院中央クオリティマネジメント部副部長、助教授

無過失救済システムの功罪と機能化の条件

和田 仁孝（九州大学大学院法学研究院教授）

科学技術や医療技術の進展と複雑化にともなって、予期し得ない被害発生リスクの高い社会に我々は直面している。従来の過失の存否に救済の可否を関連づける方式では、救い得ない被害が多く発生してきているのである。こうした高リスク社会に適合的なものとして考えられるのが無過失責任の法理である。

法論理的には、過失責任以上に責任範囲が広く厳しくなるが、実際に制度化される際には、一方で保険や税による補償システムが設定されたり、また様々な形で救済範囲に限定が加えられたりする場合が多い。実質的には、(1) 損害への広範な救済提供、(2) 過失責任のスティグマからの加害者の解放、などの機能を果たすことになる。医療のように、事故発生が不可避的なリスクの高い領域では、こうしたシステムが適合的であり、実際にも、スウェーデン、ニュージーランドなど、これを制度化している国も存在する。

しかし、広い範囲の被害者に救済を提供するという、本来、利他主義的理想に根ざす無過失型の救済制度も、現実上、また理念上、様々な矛盾や問題点を抱えている。(1) 救済の低額化、(2) 加害者・被害者双方のモラルハザード、(3) 金銭救済以外のコンフリクトへの手当不足、(4) 加害者が保険や行政給付の存在により実質的に免責されることへの違和感などである。

それゆえ、こうした無過失補償システムが、本当に医療事故紛争の解決に貢献し、医療事故防止へつなげる効果をもつためには、制度の設計において、様々な問題点を考慮し、クリアしていかなければならない。個々の高額賠償獲得でなくトータルな利他主義的救済理念への理解の推進、事故究明・再発防止のシステムの整備、救済範囲の適切な設定、対話プロセスの組み込みによる感情的・関係的コンフリクトへの応答の仕組みなどがそれに当たる。本報告では、無過失責任の考え方の概説を踏まえて、その功罪と機能化のための条件について考えてみることにしたい。

プロフィール

和田 仁孝（わだ よしたか）

1979（昭和54）年 京都大学法学部卒業（法学士）

1981（昭和56）年 京都大学大学院法学研究科修士課程修了（法学修士）

1982（昭和57）年～1984（昭和59）年 ハーバードロースクール客員研究員

1993（平成5）年 法学博士号取得（京都大学）

1985（昭和60）年～1987（昭和62）年 日本学術振興会特別研究員

1987（昭和62）年 京都大学法学部助手

1988（昭和63）年 九州大学法学部助教授

1996（平成8）年 九州大学法学部教授

“No-fault Compensation” の理念と海外での実践状況

岡井 崇（昭和大学医学部教授）

我が国では、現在、医療事故に遭遇した患者の補償は、裁判に於いて医療過誤を立証し、医療提供者から損害に対する賠償を得ることによってなされている。

この方式では、医療過誤が認定されなければ患者は補償を得ることが出来ない。一方、医療事故が訴訟となった場合、結果的に金銭上の損得が甚大な額に及ぶため、必ずしも事故原因の真相が明らかにされるとは限らないことも指摘されている。また、医療事故は最前線で医療に従事する医師・看護師がその責任の矢面に立たされることが多く、事故の背景となるシステム上の問題などが厳格に検証されることは少ない。これは医療事故の減少を社会全体での取り組みとして推進する力が増幅されない要因の一つでもある。

訴訟に代わる患者補償制度として脚光を浴びているのが“no-fault compensation（医療提供者の過失の有無に関わらず、医療事故により損害を受けた患者またはその家族を補償する制度）”であり、少なからぬ先進諸国で既に実践されている。

本シンポジウムでは、1) 医療事故を減少させるための社会制度としての観点から、2) 補償を受ける患者の立場から、及び、3) 補償金を含めた制度を維持するコストの面から、無過失補償制度のメリット・デメリットを論じたい。また、調査可能であった外国の制度の例を紹介し、上記観点からのこの制度の運用に対する評価についても触れたい。

プロフィール

岡井 崇（おかい たかし）

1973（昭和48）年 東京大学医学部医学科卒業

1992（平成4）年 東京大学医学部産婦人科学教室 助教授

1996（平成8）年 総合母子保健センター 愛育病院 副院長・産婦人科部長

2000（平成12）年 昭和大学医学部産婦人科学教室 主任教授

福岡方式：安心して子どもが産めるセーフネット作り

信友 浩一（九州大学大学院医学研究院教授）

1. 何が課題なのか

- 1) 「信頼に値する医療の確立」という視点から
- 2) 医事紛争はエラー・ミスがないと生じないのか〔過失前提の争い方〕
- 3) 医事紛争を事実究明の機会に、そして信頼の回復の転機にできないのか
- 4) 無過失前提からの事実究明というモデルがない
- 5) 事実究明と対象症例ケアとの連携システムがない

2. 課題への対応

- 1) 審査会による事実究明
対象症例の事実経過を説明する〔Account〕
- 2) 同会による判定に基づく支援
医療側に責任なし・不明の症例に対して 1,000 万円給付
- 3) 給付財源
妊婦・医療側・県が各 1 万円

3. スケジュール

- 1) 県医師会から提案
県産婦人科医会同意
- 2) 県が検討
- 3) 本セーフネットのマスキャンペーン

プロフィール

信友 浩一（のぶとも こういち）

1971（昭和 46）年 九州大学医学部卒

1980（昭和 55）年 ハーバード大学公衆衛生大学院卒業

1996（平成 8）年 現職

その間、呼吸器内科医・産業医・行政官として医療政策・経営・管理に関わる。

司法の立場から

山下 薫（弁護士・駿河台大学客員教授）

今回のシンポジウムのテーマに即して、「司法の立場」から、つまり法律実務の立場から申し上げると、要するに、「医事訴訟」の中心課題は、裁判官・弁護士等がどのような姿勢で事件処理をしているかということに帰着する。私達法律家は、週産期医療であれ、循環器医療であれ、およそ医療の世界については全くの素人の一人に過ぎない。医療の専門の世界に属する出来事を訴訟の場で処理する際、法律の眼鏡を通して考察し、判断するということで、その責任を担っているにものである。もっとも、そうは言っても、産婦人科の分野に属する事件数が、医事訴訟事件全体の約30%を占めている事実からすると、この分野では、おそらく事故発生に繋がる契機が当該臨床の場そのものに多く包蔵されているのではないかということになる。言うなれば、現今社会における自動車事故の発生と同視し得る現象に近くなる。

このような法的社会的現象が生み出したものは、大量的な損害保険による被害者救済制度である。しかし、これに満足できない当事者（医師を含めて）がこの種紛争を裁判によって決着しようと試みるのは不可避である。この場合、裁判所が採用する医師の法的責任は、通常、不法行為責任或いは診療契約上の責任として構成している。もっとも、フランスでは伝統的に、医師の責任は診療契約が存在する場合は常にその契約に従って判定されるという契約責任の立場を採っており、不法行為責任を排除している。ドイツでもこの方向での立法が検討されている由である。その根底には、診療契約を結果債務ではなく、手段債務であるとする考え方が基盤となっているからであると思われる。

プロフィール

山下 薫（やました かおる）

1959（昭和34）年 裁判官任官、以後福島・横浜・新潟・東京等の各地家裁、東京・名古屋・大阪等の各高裁勤務を経て、

1994（平成6）年 東京高裁部総括判事を最後に退官、同年駿河台大学法学部教授就任、

2003（平成15）年 同大学退職後現職、併せて同大学名誉教授・国立国際医療センター倫理委員会委員