

京都府医師会

医療安全調査制度等のあり方に関する検討委員会

答 申

「医療安全調査制度等のあるべき姿」

平成22年 3 月

平成22年 3 月

京都府医師会

会長 森 洋 一 様

医療安全調査制度等のあり方に関する検討委員会

委員長 齋 藤 信 雄

答 申

本委員会は、平成21年 6 月15日、森府医会長より諮問事項「医療安全調査制度等のあるべき姿」を受け、平成22年 3 月15日までに計10回の委員会を開催し、鋭意検討を重ねた結果、以下の報告書のとおり、意見集約をみたので、答申いたします。

目 次

I	はじめに	1
II	これまでの医療安全対策	3
	1. 医療安全対策はどう変わったか～横浜市大病院患者取り違い事件から10年～	
	2. 「TO ERR IS HUMAN」より	
	3. 医療法改正～医療安全管理の徹底～	
	4. 福島県立大野病院事件	
	5. 最近の医療事故・医事紛争の動向	
III	医療安全調査委員会設置をめぐる動き	7
	1. 厚労省、第二次試案から第三次試案、そして大綱案	
	2. 政権交代でどうなる「事故調査委員会」～厚労省案と民主党案～	
IV	新しい医療安全文化を目指して	
	～医療安全調査制度等のあるべき姿～	10
	1. 医師の「免責」について	
	2. 医療事故調査委員会のあり方について	
	2-1：メンバー構成は専門家+法律家+システム工学士+第3者、産業界に学ぶ	
	2-2：調査機関で調査すべき事例、スクリーナー機能の必要性	
	2-3：調査委員会への届出システムのあり方	
	2-4：調査報告書の利用、患者の判断に	
	2-5：調査委員会を監視する「評価委員会」の設置	
	3. 医師法第21条について	
	4. 捜査機関との関係について	
V	自浄作用の発揮	15
	1. 自浄作用の発揮	
	2. 医師会が実行可能な自律機能・自浄機能	
VI	行政処分のあり方～責任追及の仕組み～	17
	1. 刑事が先行、行政処分が追認している現行システムの問題点	
VII	患者救済制度のあり方	18
	1. 医療ADR	
	2. 無過失補償制度	
	3. 強制医療損害保険制度	
	4. 謝罪のあり方	
VIII	医療者と患者の信頼関係に向けて	20
	1. 「逃げず、隠さず、ごまかさず」	
	2. 医療メディエーター、アドボケイト	
IX	再発防止への取り組み	21
	1. システムエラーについて	
	2. 個人の責任について	
X	医師会が取り組むべき「医療安全対策」	22
	1. 医療者への再教育・再研修	
	2. 患者への啓発活動	
	3. 診療報酬での適正な評価	
XI	まとめ～新しい医療安全文化を目指して～	24
XII	資料編	26

I はじめに

医療安全対策として急がれる「医療事故調査制度」（「医療安全調査制度」）のあるべき姿に対する検討と幅広い意味での医療安全対策への提言を諮問された。そこで、まず、医療事故に対する概括的な考えを述べる。

医療事故、医事紛争の多発はディスクリージャーの時代を反映しただけのものではなく、絶対数としても増大してきたことは明らかである。高齢化の進行とともに医療対象の疾病構造が慢性疾患を中心とし、本来治らない病気を対象とし、さらに高齢者の多疾患多病態を扱うこととなった。急速に進んだ医療技術革新は可能性と有効性を拡大したが比例してリスクも大きく増大した。医療にかかわる医療人は多数となり、複雑な過程を必要とするようになった。医療の質の評価は命の尊厳（SOL）から命の質、あるいは生活の質（QOL）へと変換し、患者にしか評価できないことになった。低医療費政策の一環として患者の自己負担の増加と患者を医療消費者として扱うことによって、結果責任を追及する社会風潮を生みだしている。さらにそれを容認する司法の傾向によって医療不信をあおる結果になった。マスコミによる医療事故報道とその犯人探しのごとき、責任追及の報道も相まって国民の医療不信を助長し医療事故との連鎖を煽っている。

平成11年、日本では大病院での患者取り違い事件、消毒液の静脈注射事件など世間の注目を浴びる事件が相次いだ。同時にクリントン大統領（当時）の命を受けたアメリカ医学研究所より「TO ERR IS HUMAN」として医療事故対策に関する報告書が刊行された。本報告書により、予想を超える回避可能な医療事故死者数とそれに伴う膨大な医療費が明らかとなった。その対策として「人は誰でも間違える」として、医療行為の無謬性神話を否定し、様々な医療安全対策が提言された。すべての人が「その通り」と納得した。事故は起こしてはならないものとして、責任者探しとその処罰が王道であった医療安全対策の一大転換の道を提示した。しかし、事故が起こることを前提とした医療運営システムは10年を経た現在、わが国においてはいまだに実現していない。平成11年以後、厚労省の打ち出す医療安全対策は予算措置を伴わず、医療機関に対して医療安全対策にとられる多大な労力を要求するものであった。医療技術革新による複雑化した医療における過重労働をさらに強いる結果になっている。医療不信による訴訟リスクと医療現場での過重労働は、地方を中心とした医療崩壊を引き起こすこととなった。

無謬性を前提としたこれまでの医療の世界では患者、マスコミによる糾弾に加えて、善意の医師が犯罪者として逮捕、勾留されるのを目の当たりにし、「隠したい」「逃げたい」「ごまかしたい」という衝動に駆られることを避けることはできない。警察での事故原因調査は、行った医療行為、医療決断が法に触れるか触れないかを基準に究明される。結果として萎縮医療の傾向を助長し、防衛医療のための無駄な医療費の費消とともに、国民の医療不信を買い、安全な医療の実現に逆行する結果となっている。

今日の複雑化した医療システム上では医療事故はすべてシステムエラー（チーム医療というシステムも含む）であると言っても過言ではない。個人の責にのみ帰する事故はあり得ないと言ってよい。医療安全の実現には責任追及型から原因追求型の文化への転換が必要である。その分、医療人の責任は重いと言わざるを得ない。専門職能集団のプロフェッショナル・オートノミーが必然として要求される所以である。

事故は本来あってはならないものではあるが、不幸にして起こった事故については透明性と説明責任が果たされるシステムが必要である。正直に説明し、責任の有無にかかわらずきちんと謝罪の出来る文化の醸成が必要である。正直と誠意、反省と謝罪に対して宥恕の文化が必要である。このことが信頼に基づいた医療の前提である。医療提供側の正直と誠意、国民の宥恕の心を得るための仕組みが工夫されなければならない。医療事故は「起こるもの」を前提として構築を考えなければならない。そのための仕組みとして以下のような制度が同時並行的に必要である。

- ①被害者救済の制度
- ②事故原因の調査制度（強制報告制度）
- ③事故情報の収集と再発防止の制度（自主的報告制度）
- ④行政処分の方
- ⑤患者納得のための仕組み
- ⑥医療機関での医療安全対策

⑦医薬品，医療機器での安全対策

本報告書で検討する医療事故調査委員会は国民の医療への信頼の回復を目的とし，透明性と説明責任を徹底的に発揮できる組織でなければならない。したがって強制報告制度として，事故原因の推定と回避可能性の追求を目標とするものであり，医療安全対策の要になるシステムと言える。一方，個別のその医療事故の責任追及の根拠となる医療評価については行政処分を中心とした別組織で行うこととし，医療事故調査委員会では責任の有無を判断しないものとするべきである。

Ⅱ これまでの医療安全対策

1. 医療安全対策はどう変わったか ～横浜市大病院患者取り違い事件から10年～

平成11年の横浜市大病院患者取り違い事件から10年が経過した。日本における医療安全をめぐる動きは平成11年を境に大きく変わったといえる。

平成13年：医療事故情報収集等事業（日本医療機能評価機構，認定病院，自発的報告制度）

平成15年：医療安全支援センター設置開始（平成19年制度化されるがほとんど実態なし）

平成16年：新医師臨床研修制度（2年の義務化，スーパーローテーション方式で）

平成16年：独立行政法人 医薬品医療機器総合機構（PMDA^{*1}）の発足
（安全対策業務，医療被害者救済業務）

平成17年：診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業（内科学会）

平成19年：医療法改正

＊医療機関情報の詳細を都道府県単位で公式に提供

＊行政処分が多様化と再教育制度

＊すべての医療機関での安全対策（指針，委員会，教育，報告制度，感染予防体制，医薬品・医療器具の管理体制）の義務化

平成19年：ADR^{*2}法の施行（平成21年，医療 ADR 活用推進協議会）

平成21年：産科医療補償制度スタート

平成21年：院内相談員の育成

●強制的医療事故報告制度は現在なお存在しない。医師法21条が刑事罰を前提としてその機能を果たしている。

●重大な医療事故の透明性と説明責任を果たす仕組みは無い。

●医療被害者の救済の仕組みは民事訴訟にしかない。

用語解説

*1：PMDA

Pharmaceuticals and Medical Devices Agency の略。平成16年4月に設立された組織で，名称は「独立行政法人医薬品医療機器総合機構」。

*2：ADR

Alternative Dispute Resolution の略。裁判外紛争解決と訳される。裁判によらない紛争処理手続きを総称するもの。中立的な第三者を入れて，当事者が話し合い，紛争を処理する仕組み。

2. 「TO ERR IS HUMAN」より

平成11年11月，米国：医療の質に関する委員会が出した報告書「TO ERR IS HUMAN」では，医療安全について医療機関への提言，行動提起（以下に記載）している。「人は間違える」と無謬性を否定し，その前提で回避可能な医療事故の詳細な予防対策提言を行っており，厚労省の示してきた対策もほぼこの報告書に網羅されている。以下にその報告書より抜粋したものを引用する。

コロラド，ユタ州の報告では4.4万 ニューヨーク州での報告では9.8万の事故死者が推定され，防ぎうる有害事象（障害を引き起こす医療ミス）による国家，本人，保険者への余計な膨大な負担増が指摘された。ヒポクラテスの「do no harm（まず 害をなすなかれ）」は最低限の責務である。安全とは事故による障害のない状況と定義する。エラーには①実行のエラー②計画のエラーの2つ がある。このエラーを分析することでシステムの改善に結びつけなければならない。エラーを個人の責任に帰することではない。個人の責任の追及は医療安

全に結びつくものではない。人は誰でも間違える。しかし、間違いを防ぐことはできる。医療の質の基本は患者の安全である。

<報告書「TO ERR IS HUMAN」における提言>

- ①安全上の知識の向上のために、リーダーシップの創造と研究、手段、プロトコルを全国レベルで確立する
 - ②迅速で強力な強制報告システムを通じてエラーを認識し学習する。自主報告システムを奨励して安全な医療システムを構築する
 - ③医療機関、保険者、医療専門職団体の行動により医療安全の標準値と期待目標値を高める
 - ④医療提供レベルでの安全向上心を通じて、医療機関内部での安全システムを作り上げる
- ①に対して 国、地方公共団体は医療安全センターの設置 国としての目標設定 追跡 調査 防止手法の開発 予算措置を行う。
- ②エラーの実態を知り、そこから学ぶ
- ・強制報告システム（重篤なもの）を確立し、内容は公表する。そのことが内部安全システムの構築のインセンティブになる。組織に対する罰金、罰則を伴う。 州単位で 定義された有害事象のリストに基づいて報告を義務化する。
 - ・自主報告システムは機密が守られる。不利益を被らないシステムとして、別の運営組織で広く求められる。
- ③規制当局は医療安全のための業務基準の作成と患者安全プログラムの実践を要求しなければならない。保険者も安全向上努力へのインセンティブを与えるべきである。免許交付当局は定期的な再試験と免許更新をするべきである。問題ある従事者への対策を講じる。医療専門職団体は資格認定と職能研修をカリキュラムとし、安全情報の提供、ガイドライン作成、報告分析システムの開発、医療安全センターと協力、他の専門職団体、学会と連携し全国会議の開催。問題医師の早期発見と矯正に責任を果たすべきである。
- ④医療機関での安全システムの確立。 安全は絶対の目標である。エラーの報告と分析を可能にする制裁のない規定を設けて実践する。確立された安全システムとしての設備、資材、プロセスの標準化、簡素化を取り入れる。一般社会と医療従事者の患者の安全に対する認識を変えることである。前進するのも人間の本質である。

*人的要因（ヒューマンファクターズ）に関する研究

- ①重大事象分析：事故の起点になった事象を分析し、システムのどの部分の破綻か、なぜその事象が起きたのか、その事象を取り巻く環境はどうであったのか等を検証する
- ②日常意思決定の分析：通常の職場環境で行っている意思決定を分析。意思決定にかかわるすべての要因を分析する。すなわち時間的制約（圧力）、雑事、不十分な情報、競合する業務目的などを取り上げて影響を評価する。 革新的作業方式へ結びつける。（他産業に学ぶべき）

事故は人間のエラーによって起こると決めつけることは間違いである。人間がおかす過ちの多くはシステムの欠陥に誘発されて起きるものであり、ただちに特定の個人の責めに帰すことはできない。目に見えるエラーに焦点を当てるよりも、目に見えない失敗を発見して早期に修復することがより安全に結びつく。

3. 医療法の改正～医療安全管理の徹底～

医療安全対策については、これまで医療法改正により、見直されてきた。以下にこれまでの改正の内容を簡単にまとめる。

①医療安全支援センターの制度化

平成15年 都道府県、保健所を設置する市等及び特別区に苦情相談窓口として医療安全支援センターが設置された

平成19年 医療安全支援センターを医療法に位置づけ、機能を明確にする

- ・ 苦情 相談への対応（患者、医療機関開設者へ助言）
- ・ 医療安全の確保に関する必要な情報の提供
- ・ 医療機関の管理者、従業員への医療安全に関する研修の実施
- ・ センターの名称、所在地の公表
- ・ 国は情報提供、助言等の援助

②医療安全体制の義務化

「病院」「有床診療所」の管理者 → 「病院」「診療所」「助産所」の管理者へ拡大

- (1)医療にかかる安全管理のための指針の整備
- (2)医療にかかる安全管理のための委員会の開催（診療所は免除）
- (3)医療にかかる安全管理のための職員研修の実施
- (4)医療機関内における事故報告等医療に係る安全の確保を 目的とした改善の方策の実施
- (5)院内感染制御態勢の整備（新設）
- (6)医薬品・医療機器の安全使用、管理体制の整備（新設）

③行政処分を受けた医師等の再教育制度、処分の類型見直し、医籍登録等の公開

対象職種：医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師

指導区分の導入、戒告を行政処分へ、医業停止を3年、再教育制度、医籍登録

4. 福島県立大野病院事件

全前置胎盤患者の帝王切開術において、胎盤の用手剥離開始後、癒着胎盤であることが判明し、用手剥離が困難でクーパーを用いて剥離を継続したため、大量出血によるショックで死亡した。業務上過失致死容疑により逮捕、勾留された事件。医師の剥離行為と出血による死には因果関係がある。しかし、剥離を中止して、子宮摘出をおこなうことが医学準則とは認められないので、結果回避義務違反にはならないとされた。この際の標準的な医療としては剥離を始めたならこれを完遂することであるとされた。また、過失のない医療行為により診療中の患者がその疾病によって死亡したような場合は医師法21条の異状の要件を欠くものである。よって業務上過失致死罪、医師法違反容疑は無罪となった。

本判決で医師法21条の「異状」の概念が示された。「診療中の患者が、診療を受けている当該疾病によって死亡したような場合は、そもそも同条に言う異状の要件を欠く」とした。ただし、本件では「過失なき医療行為を持っても避けられなかった結果と言わざるを得ないから、本件が医師法21条にいう異状がある場合に該当するということはできない」としているので、診療死した場合、24時間以内に過失の有無を判断しなければならないことになり、問題が残る。手術を継続するか中止をするか、一定の裁量権を認める判決であった。一方、標準的医療、医学準則に基づいた医療であり、過失はないとされたが、標準的医療のない疾患治療においては、失敗は許されないことにもなる。

この事件は地方の一人産婦人科医の過重労働の中で起こった事件であり、院外の事故調査委員会の結果回避可能性と有責を認めた報告書をきっかけとして逮捕、勾留された事件である。医賠償保険の適用による被害者への賠償を意図した点もあり、逆にこの報告書による冤罪事件となる恐れもあったことになり、外部調査委員会のあり方、被害者救済制度の不備を露呈したものである。

特筆すべきは、医療崩壊の中で頑張る医師の逮捕、勾留という扱いに対して、医師会、産婦人科学会など医療専門団体の猛烈な反論、反対抗議が行われたことである。この運動が判決に影響を与えた可能性は否定できない。今後同じような事件が有罪となることも懸念される。

参考資料として、アクシス法律事務所の村田純江弁護士に執筆いただいた「福島県立大野病院事件判決に関する若干の考察」（京都医報2009. 5. 1号）を巻末に記すので、参照されたい。

5. 最近の医療事故・医事紛争の動向

平成21年8月、日本医療機能評価機構による医療事故情報収集等事業の08年度の事故事例報告が出された。特

定機能病院など283医療機関よりの報告のまとめである。

- ヒヤリ・ハット報告：22万3981件で過去最多であった。

内訳：投薬関係21.0%（4万6千件），人工呼吸，栄養補給のチューブの接続ミスなど14.3%，リハビリ中の不適切な管理，療養上の世話が8.4%

- アクシデント報告：報告義務対象医療機関からの報告は1440件で過去最多。死亡115件，重い障害が残る114件。年次的にみると以下のとおり。

05年：1114件 06年：1296件 07年：1266件 08年：1440件

確認，判断，観察のミスが原因の4割を占める。

医事紛争の民事訴訟件数の推移は平成10年632件，平成16年1110件，平成19年927件であった。平成19年度の終結区分を見ると和解が52.9%，判決が35.9%であった。その認容率は37.8%であったので，実質認容率は70.7%となり，通常訴訟の認容率83.5%とさほど変わらないことになっている。民事訴訟の診療科別には絶対数としては内科，外科，産婦人科，整形外科である。医師数あたりにすると産婦人科，外科，整形外科，泌尿器科，内科，小児科，眼科となる。産婦人科は内科の実に3倍の危険率となる。

医療事故関連で医療機関の警察への届け出数は平成9年20件，平成11年41件，平成12年124件，平成16年248件，平成18年190件であった。立件送致された件数は33%であり，そのうち起訴されたものは10%であり，届け出総数の約3%であった。同時期における，医療被害者の警察への届け出数は平成9年7件，平成11年13件，平成12年33件，平成16年43件であった。医療機関の届け出が急増しているのに比べ，患者サイドの届け出は30～40件程度で大きな変化はない。

平成11年の「医療安全元年」より，小出しに進められてきた厚労省の対策は，実に成果をまったく生んでこなかったという事実が浮き彫りになる。行政，専門団体等の強いリーダーシップの欠如を示すものとする。

Ⅲ 医療安全調査委員会設置をめぐる動き

1. 厚労省・第二次試案から第三次試案、そして大綱案

1994年の法医学会の異状死定義により予期せぬ診療関連死も異状死であるとされ、医師法21条による届け出義務が提示された。99年の都立広尾病院事件に関連した21条違反の最高裁判決により、医療界は医療事故に対する刑事罰の可能性を業務上過失致死傷罪に加えて21条違反と言う刑罰を強く意識するようになった。医療事故死を21条項目として届け出て、警察による業務上過失致死罪という刑事罰の適用の判断を待つという異様な事態の中、04年の県立大野病院事件で主治医が業務上過失致死容疑と21条違反容疑で逮捕、勾留されるという事件が起こった。診療関連死を異状死体として警察に届け出、原因究明を果たす中で犯罪性の有無を判断されることに医療界は大いなる疑問を抱いてきた。結果として医療現場から医師たちのリスク回避の現象として立ち去り型サボタージュとして医師が立ち去り、いわゆる医療崩壊が現出してきた。そのような動きの中で、診療関連死の届け出先として医療事故調査委員会の設置が喫緊の課題として具体化が求められた。

平成19年4月：厚労省・診療行為に関連した死亡に係る死因究明等のあり方に関する検討委員会

平成19年11月：厚労省「第2次試案」公表

平成20年4月：厚労省「第3次試案」公表

平成20年6月：医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案発表

平成21年9月：政権交代、民主党案「医療の納得・安全促進法」「死因究明制度」

第3次試案、大綱案では、報告事例の不確かさ、結果の扱い、警察への届け出基準に対する異論が強く、国会に上程されることなく、現在に至っている。一方の民主党案では、患者の納得を得る目的で、院内事故調査委員会での調査結果をメディエーター機能の充実と介在を含めて説明をすることとし、納得が得られないときは医療安全支援センターへ訴え、第三者調査へ結論をゆだねる。一方医療側はその死因について診断書、検案書が作成できない場合には、死因究明法により設置される異状死体と医療事故死の原因分析機関に報告し調査を依頼する。そのことにより21条は廃止するとしている。以下の項でその概要を述べる。

参考資料として、京都府医師会が実施した「医療安全調査委員会設置法案（仮称）」に関するアンケート調査＜集計結果＞を巻末に記すので、参照されたい。

2. 政権交代でどうなる「事故調査委員会」～厚労省案と民主党案～

これまで論議されてきた厚労省案（第三次試案）と全く発想を変えた提案が民主党案としてなされている。元来、思いがけない診療関連死を、医師法21条による警察への届け出義務から解放し、医学専門的調査機関に機械的に届け出る制度としての医療事故調査委員会が模索されてきた。すなわち、定義された診療関連死を機械的に届け出て、第三者としての死因究明と再発防止策を公式に調査、提言する仕組みを模索してきた。

新たな民主党案では、患者納得を前提とし、納得の得られないケースに限って、第三者調査機関へ依頼する。すなわち医療事故の強制報告制度としての発想はない。再発予防のための施策に結びつく公式的な事業にならない。一方、わが国は死因の不確かな国である。死亡診断書においても急性心不全、急性呼吸不全など原因とはいえない病名が多い。異状死体においても09年司法、行政解剖が行われたのは10.1%である。犯罪性の究明とともに医療における死因についてもより厳密性が求められている。そのような中で、死因究明制度を新たに提示した。本来の異状死体と医療の現場での死因不明例（死亡診断書が書き得ないケース）を取り扱うこととなっている。死因不明例はより厳密にするために、書くことのできる死亡診断書を複数の医療人の署名を要求している。この事が医療安全と国民の医療への納得に直接資することになるかは疑問のあるところである。死因究明は異状死に対しては現状の監察医制度、刑事調査官（検視官）などの司法、行政解剖制度の根本的充実を図ることが本筋のように思われる。都道府県あるいは広域連合体での監察医制度を全うする必要がある。医療機関での死因究明は診療関連死を含めて、プロフェッショナル・オートノミーの次元の物であり、病理解剖制度（Ai³を含めて）、CPC⁴等の制度的な充実を図る必要がある。民主党の言う新たな死因究明制度新設の意義は乏しいように思える。しかし、民主党提案のいう、患者納得の仕組みとしてのプロフェッショナル・オートノミーの発揮と諸制度の提

案は考慮に値する。すなわち、院内事故調査委員会、メディエーター設置、医療安全支援センターの活用などである。

用語解説

*3：Ai

Autopsy imaging の略。死亡時画像病理診断と訳される。死亡時に画像診断を行うことで、死亡時医学検索システムの精緻化、高度化をはかる試み。

*4：CPC

Clinico-Pathological Conference の略。臨床病理検討会と訳される。

図1：第3次試案：新制度下における死因究明制度の流れ図

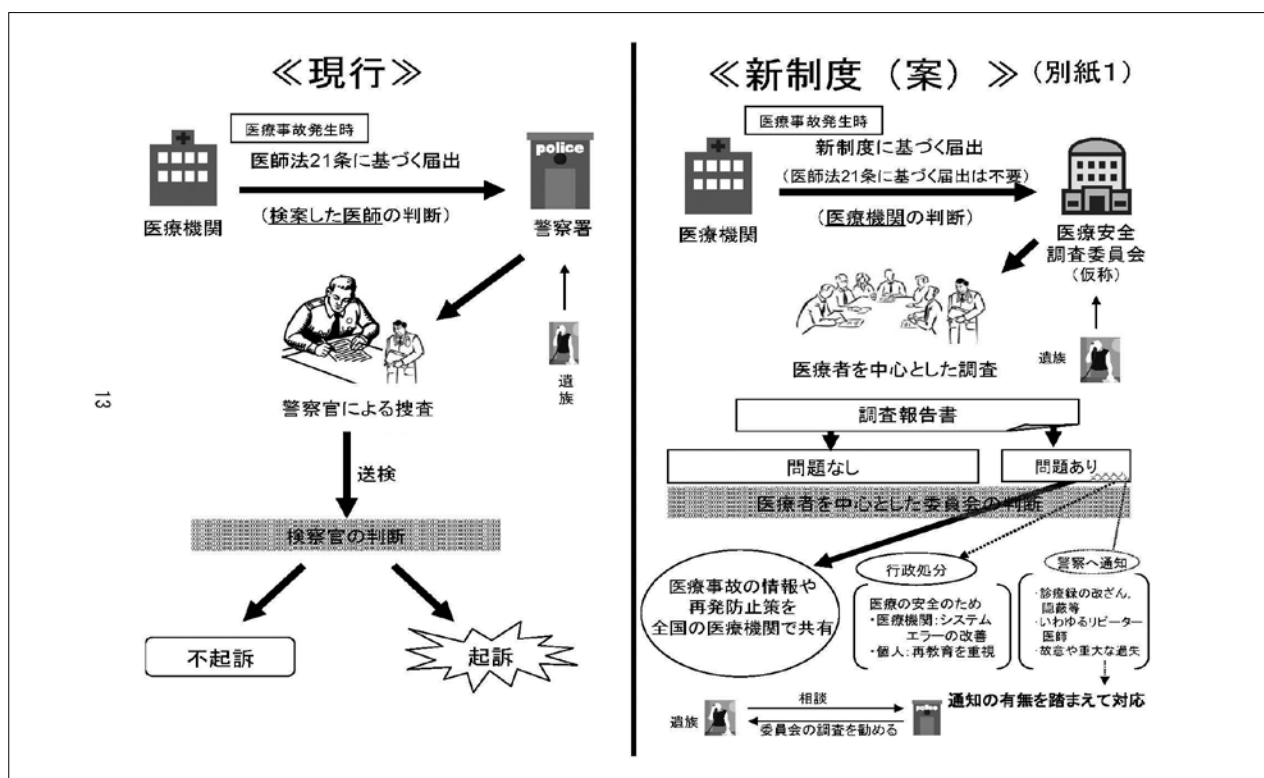
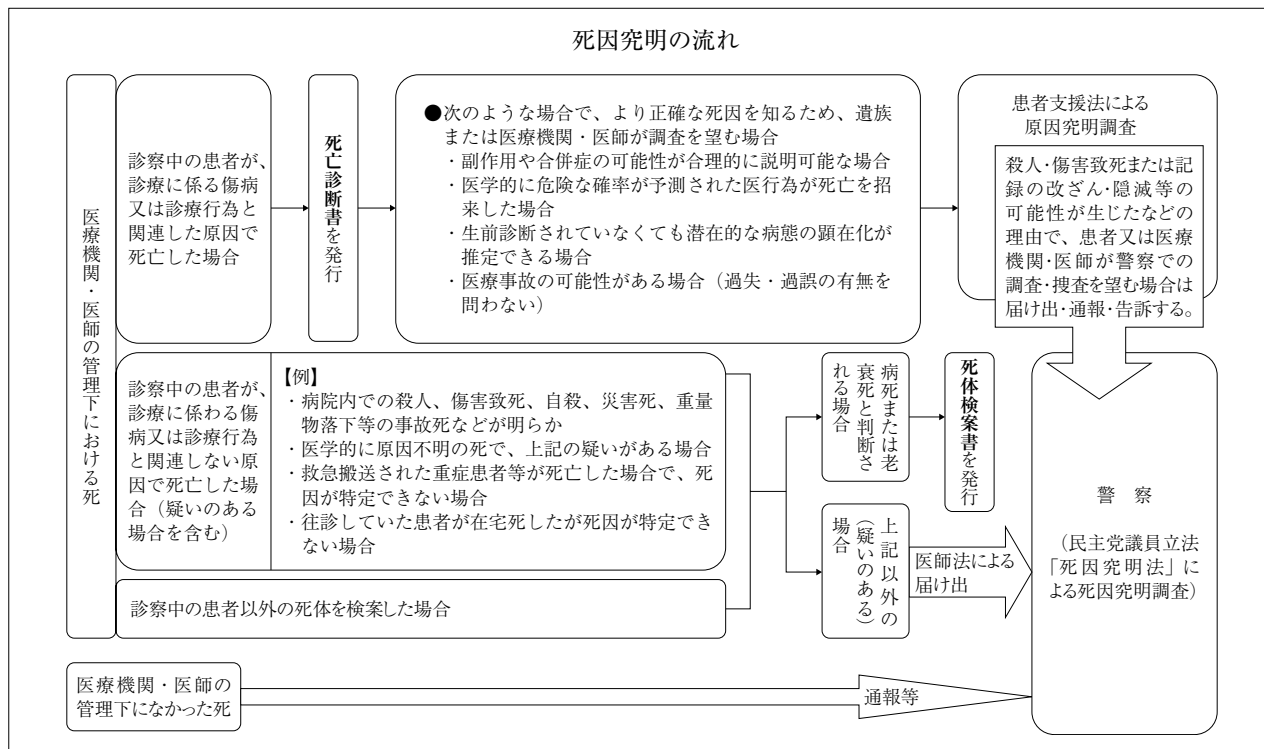


図2：民主党案：新制度下における死因究明制度の流れ図



Ⅳ 新しい医療安全文化を目指して～医療安全調査制度等のあるべき姿～

1. 医師の「免責」について

医療事故の当事者を犯罪者として断罪することが、事故の再発防止に役立つものではないということは多くの研究から明らかである。逆に医療人の萎縮を招き、医療崩壊に結びついたことも明らかである。医療事故における業務上過失致死傷罪の適用はひとえに被害者の怒りに対する応報にある。社会正義を実現し、社会秩序を守るという本来の刑事罰の趣旨に沿うものでは決してない。故意、隠ぺい、改ざんなどは過失ではなく明らかな犯罪である。罪を得て当然である。事故を繰り返すいわゆるリピーター医師は専門職としての不適格性を問われるべきで処分の方法がおのずと異なるものである。患者に良かれと実行した医療の過程で起こった過失は犯罪とするには当たらないことは明白であるが、それでも犯罪とすべき例がないとはいえない、さらに国民感情的にも医療のみ免責とすることには納得が得られない。従って、医療行為による事故を全面的に免責とすることはできない。しかし本来医療は準委任契約の行為であり、当事者間の問題である。被害者の応報感情に報いる方策を種々作成し、当事者間での解決が図られ、納得を得る仕組みの構築が医療の再生には必須のことである。すなわちアドボカシー（メディエーション）の機能、無責補償制度、ADR 組織である。最終的には、民事訴訟制度によることになる。医療者の責任問題はその資格に対して行われるべきであり、すなわち行政処分、あるいは職能団体による自浄作用としての仕組みであるべきである。刑事事件としての扱いは以上のような視点から必然的に謙抑的であるべきであるし、適用が非常に狭いものとなる。

2. 医療事故調査委員会のあり方について

本委員会で検討した「医療事故調査委員会」の概要について以下に記す。なお、11ページに事故処理システムを図示したものを掲載するので参照されたい。

2-1：メンバー構成は専門家+法律家+システム工学士+第3者、産業界に学ぶ

死因究明と事故の原因究明はピアレビューの仕組みで明らかにするべきであり、医療の専門家を中心とする。死因の究明に関しては専門医、病理医を中心とする。事故原因の調査に関しては、複雑化した医療提供システムのシステムエラーを中心として検討することが優先であり、産業界の知恵の導入を図ることとし、システムエンジニアの参加が望ましい。また、法的側面の検討から法律家、議論の透明性の確保の意味から利害を伴わない第三者が参加することがよい。検察審査会、裁判員制度の委員のような有権者から無作為に選ばれた委員の立会人制度、見届け人制度としての参加が考えられる。究明作業の中心はやはり現役の臨床医とすることになる。

2-2：調査機関で調査すべき事例、スクリーナー機能の必要性

医療事故調査委員会へは定義された診療関連死はすべて報告することにするべきである。強制報告制度として権威ある統計データとして利用し、再発防止の資料とする。ただし、報告された事例はすべて調査対象とするのではなく、定義された基準により分類する。すなわち、院内調査およびその説明により、患者家族の納得の得られた事例は事例としての統計データにとどめ置く。明らかな故意による傷害致死罪を形成するものは事例とするのではなく、警察への届け出とする。その他のものを調査対象とする。調査の過程で、記録の改ざん、隠ぺい、ごまかしが明らかとなった時は調査の終了後に別に告発を検討することとし、死因・原因究明に関してはそれを全うする。正直な事実の表明が本委員会の大前提である。

＜届け出るべき対象の定義＞（日本法医学会「異状死」定義より）

＊診療行為に関連した予期しない死亡、およびその疑いのあるもの。過誤、過失を問わない

- ①あらゆる診療行為中、あるいは比較的直後における予期しない死亡
- ②診療行為自体が関与している可能性のある死亡
- ③診療行為中または比較的直後の急死で、死因が不明の時

＊死亡時の死因説明で家族の納得の得られない時（病理解剖等を拒否された時）

合併症、不可避性、疾患特異性など診療経過と死因について納得の得られた事例は事例としての記録にとどめ、調査対象とはしない。現実の医療現場ではほとんどがこの範疇にはいる。従って、届け出の件数は20万件を超す

医療事故調査の仕組み

診療関連死 (Medical Related Death)

- 本来の意味での異状死（外因死）
- 院内事故調査委員会
 - ★解剖・AI
 - ★故意、改ざん、隠蔽

当事者（医療機関（医師）・患者）同士の対話

- ★透明性・中立性・環境整備
- ★『迷わず・隠さず・ごまかさず』
- ★徹底的な情報開示と説明責任
- ★院内メディアエージェンシー・アドバイザーによる支援

納得（医療機関・患者）

管理費

警察

死因究明制度の充実

強制報告制度 (届出の時間制限はなし)

調査対象

医療事故統計データ

医療安全支援センター

医療事故調査委員会（中央委員会）

- ★事例収集、分析
- ★医療安全対策への提言

厚生労働省

医療安全対策予算化、診療報酬処分制度

医療安全に関する提言

公益法人組織

医療事故調査委員会（地方委員会）

調査

(行政解剖、AI、全診療録、聞き取り)

犯罪性判明

- *故意 *隠蔽 *改ざん

システムエラーと回避可能性

個人の責任は追及しない

結論

報告書

第三者がその態度などを評価する仕組み

構成メンバー

- ◆医療の専門家
 - *医師
 - *臨床医・病理医・法医学士
 - *看護師
 - *薬剤師
 - *放射線技師
- ◆法律家
- ◆システム工学関係者
- ◆利害を伴わない第3者
 - *市民より無作為に立选人・見届け人制度

対話型ADR

患者納得せず

患者納得

裁判所民事へ

患者納得せず

患者納得

患者納得制度

- *無過失補償制度
- *自己責任による医療損害保険

<報告書>

- 記載内容
- 死因
- 経過
- 関係者の最終意見

当事者間の対話で終了とする反省謝罪の表出

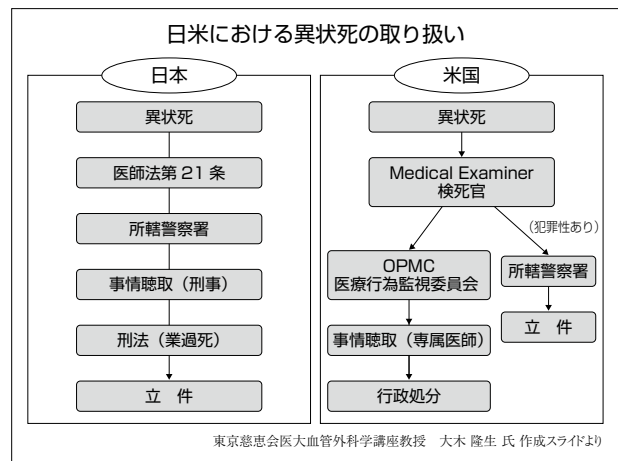
医師法21条による届出診療関連死は除外

かもしれないが、調査対象は限られるはずである。（法医学会の言う異状死定義のその余のものは21条該当例として、警察へ躊躇なく届け出る）

死因不明の初診患者の急死、再診患者の在宅死などは境界域となるが、犯罪性のない時は検視官立会いの下、本調査委員会への報告とする方がよい。

なお、スクリーナー機能の必要性については、日医：医療事故責任問題検討委員会での資料「日米における異状死の取り扱い」を参考に議論した。特徴的であったのは、米国では異状死を振り分ける「Medical Examiner⁵（検死官）」の存在で、犯罪性があれば「警察」へ、犯罪性はないが医療に不適切があった場合は「OPMC（医療行為監視委員会）⁶」で議論され行政処分の必要があるかどうかの調査が行われている。以下にその概要を図示する。

図4：日米における異状死の取り扱いについて
（慈恵医大：大木隆生氏）



用語解説

*5：Medical Examiner

政府に雇われている検死官。異状死の届出を受け、「調査の必要なし」「OPMC への報告」「犯罪性あり、警察へ報告」といった判断を行う。

*6：OPMC

Office of Professional Medical Conduct の略。医療行為監視委員会。専門医による監視委員会。専門医が事情聴取を行い、不的確な医師との判断に至れば行政処分を下す。

2-3：調査委員会への届け出システムのあり方

*調査委員会の設置

調査委員会は中央委員会と、地方委員会に分ける。中央委員会の設置は本来、医療専門団体のオートノミーの表出としての性格をもつもので、学会を中心とする医療専門職団体の集合体による公益法人組織としての第三者機関とすることが望ましい。はじめに述べたとおり、プロフェッショナル・オートノミーが国民の疑心をぬぐいきれない現在であるからこそ、自ら透明性と説明責任を果たす場とすることが望まれる。厚労省に置くことは自らが調査対象になることもあり、免許制に基づく処分機関であることから好ましいものではない。地方委員会は事例の直接調査に当たることになるので地方単位に置くことが望ましい。検討事例と都道府県を異にする調査チームが究明にあたることを望ましいからである。

届け出は二次医療圏に設置されている医療安全支援センターとする。従来のなじみという点から保健所であってもよいが、安全支援センターの機能充実の点から前者がよいと考える。医療機関での安全管理体制が均一化されることが前提で、届け出責任者は死体を診断、検案した医師ではなく管理者とすることが、システムエラーへの対応の点でも合目的である。

院内調査委員会の死因調査、メディエーターを含めた説明等の時間を考えれば24時間以内の届け出は困難が予想される。行政解剖の観点からも無為な時間浪費は無いと考えられるので、時間要項は不要と考える。

本調査委員会の目的は医療安全のための強制報告制度である。該当事例の報告を怠った者には医療機関に対するペナルティーが必要である。

*中央委員会の役割

地方委員会の報告を受け、医療安全対策の普遍化を図り、全国展開する。厚労省はこれを受け制度化する責を持つ。世界の情報を収集、検討し有効活用する。地方委員会を統括する。地方と中央の委員は交流する。

*地方委員会による調査

当該医療機関での死因解明のための病理解剖が最優先である。それが不可能な時は医療安全支援センターの単位で病理解剖，司法解剖，行政解剖の出来る体制を整備する。Ai 機能を法制化する。すべての大学にその機能の設置を予算措置を持って義務付けることが現実的である。CT を保有する機関はそれを利用し，データを保存する。CT が利用できない機関に対しても可能となるシステムを構築する。客観的データを収集し，診療録の全コピーを提出する。他府県他大学卒の医師が委員長となって，調査を開始する。当該担当医師（当該医療機関）はありのままを事実に沿って報告することが求められる。説明責任を果たすことができる。正直と反省の気持ちが最も重要である。調査の基本はシステムエラーに置く。個人の責任追及は行わない。事実のみに抑えていく。うっかりミスはその原因を探究することが目的である。正直と反省の態度こそ国民代表第三者委員の見るところとなる。

2-4：調査報告書の利用，患者の判断に

調査報告書は直接死因，死にいたる過程，その過程における事故回避可能性について報告する。さらに本報告書は個人の責任を判断したものではないということを明記する。事故回避可能性については徹底的に表出することが望ましいが，これをもって民事，刑事の裁判の証拠として個人の責任を判断することは難しいはずである。刑事裁判においては，場合によっては，医師（被告人）側において，証拠とすることを不同意とすることもあろう。それは，次のような理由による。回避可能性の検討はレトロスペクティブな反省を示すもので，事故再発防止のための不可欠な検討である。本調査委員会は医療界での CPC，MM カンファランス⁷に習った医学，医療の進歩に貢献するものと位置づける。責任の追及は事案発生時のすべての状況下での医療判断，実施医療についての医療評価が必要である。これはまた，システムエラーを前提として，別の組織で行われるからである。

報告書は最終段階で必ず当事者，当該組織，被害者の校閲，意見が記載されることが望ましい。報告書は中央委員会，当該医療機関，被害者，行政処分機関に交付される。その交付に当たっては，医療事故の再発防止，医学進歩のための提言が目的であり，その真意を十分に伝えることとする。最終的には医師（医療側）患者間の直接話し合いの場がもたれ，率直な反省と謝罪と和解の場がもたれることで終結とする。この時，国民代表としての第三者委員が真摯な調査結果を伝える役割が果たせればよい。

中央委員会は事例報告の統計，個々の事例の調査結果をまとめて，医療機関，厚労省，医療安全支援センターへ還元する。厚労省は医療安全施策にこれを用いる。

用語解説

*7：MM カンファランス

Morbidity & Mortality Conference の略。死亡症例検討会と訳される。

* 報告書の利用

最終報告段階での患者側の納得が得られないときには，本報告書を利用することは妨げられない。民事の要求がある時には ADR 組織が介入し解決を図る。正式の裁判になった時には証拠としての採用を妨げることはできないが，責任の有無の観点から医療評価をしたものでないことは明記しておく。

行政処分機関としては，現在のところ医道審議会と言うことになるが（この機関も医療専門職団体の自浄作用としての組織になることが望ましい），この機関において報告書をもとにして，医療評価の適，不適が検討される。責任追及が目的でないこと，原因追求が目的であることを前提に検討する。責任を認めるとすれば，再教育に見合った多様なペナルティーを科すことにして，人材の有効な再生に努める。システムエラーについてのペナルティーも明確に定義されなければならない。

2-5：調査委員会を監視する「評価委員会」の設置

委員会では「評価委員会」の新設についても協議した。委員会では一般人を入れることで不要ではないかとの意見も出されたが，報告の最終段階での役割を果たす機能も考慮に値する。

3. 医師法21条について

文字通りの狭義の意味では存続が必要。死体に対する犯罪性を検討することは必要である。死体を検案し、異状を認める時に届け出る。法医学会のガイドラインでいう外因死は届け出の対象として妥当であるが、医療行為治療行為をした結果の外因死は死亡原因が明らかであり、21条の対象とする必要はない。

例えば、交通事故、高圧電線に触れて転落、電撃症、重症熱傷、熱中症、餅を詰めての窒息死など治療の結果死亡した者は届け出対象にならない。死亡して来院したものは当然届け出の対象となる（検視官立会いで犯罪性が否定された時は事故調査委員会への報告とする）。

診療関連死は21条に該当しないと考えるが、広尾事件の最高裁判決により21条の解釈が判例となった。すなわち狭義の意味にとじこめることはもはやできない。すなわち自己負罪拒否特権も医師は公的責任があり制限されることになった。診療関連死も対象とされた。さらに、報告を受けた管理者も責任に問われることとなった。これを覆すのは、立法措置により法を変えるしかない。

医療事故調査委員会を設けることにより、少なくとも「診療関連死に関しては21条の届け出条項から外れる」ことを立法措置として明記する必要がある。

民主党の梅村参議院議員の私案では、異状死＝死因不明のもの、死因に納得いかないものとして、新しい死因究明法に基づく届け出制とし（罰則規定はない）21条を廃止する。ちなみに医療における業務上過失致傷罪の適用を除外するために、故意犯を新設、同意なしの侵襲を行った医師は傷害罪とする。診療録に虚偽記載をしたものは虚偽診断書作成罪とする。その代わりに、業務上過失致死傷罪を犯した医師は、その罪を免除する。との案を示している。

4. 捜査機関との関係について

医療事故調査委員会から調査結果をもって事件を通知することはしない。調査過程で明らかになった犯罪については報告することはもちろんである。すなわち、有印公文書虚偽記載、証拠隠滅などである。殺人、傷害罪を強く疑う場合も相談はありうる。正直でなければ、大変なことになることを共通認識とする。

報告書を持ってしても、納得の出来ない被害者が警察への告発をすることは避けられない。その時には報告書が捜査の過程で利用されることも避けることはできない。場合によっては、医師（被告人）側において、本報告書を刑事裁判での証拠とすることを不同意とすることもあろう。報告書が個人の責任の有無を決める医療判断をしたものでないことは明記しておく必要がある。

医療における業務上過失致死傷罪の適用の不合理性は、次のように説明される。医療は常にプロスペクティブな視点を持ち、その時点時点での根拠に基づいた判断の繰り返しで行われる。成否は不明のままで最良と思われる判断の繰り返しで行われるのが医療である。未来を予想して方針をきめるものであり、元へは決して戻れないものである。選択はall or nothingである。5%の確率を求めて踏み切る医療もある。医療決断には裁量権が含まれるので、交通事故の運転手の取った行動の適否どころでない、広い範囲の行動があるので過失の認定は非常に困難なはずである。患者の納得のありなしで、同じ事象でも有責無責と言うことになる。一方、法的判断は常にレトロスペクティブである。過去の判例をもとに判断される。結果責任を追及することにもなりがちである。

V 自浄作用の発揮

1. 自浄作用の発揮

プロフェッショナル・オートノミーの発揮が医療の安全と信頼回復に不可欠である。これにはプロフェッショナルとしての自立と自律が必要である。医療安全の仕組みを厚労省に任せて良いものではない。専門職能団体として、他の干渉を排した仕組み作りが必要であり、国民からの納得を得なければならない。現状の医療制度では医師免許の自由度が圧倒的に保証され、それに我々は安住してきたのではないか。すなわち、医師免許の質の確認は取得後まったくない。専門標榜も自由であり、開業についても全く制限を受けない。極端なことを言えば、昨日まで外科医であったものが、今日は内科医だと称することができる。免許に関する義務は2年に一度年末における就業報告のみである。名称独占と職業独占が一生保証されているのである。他国に例を見ない医師免許の自由度に対して、専門職能団体としての医師会はどのような自律機能を発揮してきただろうか。専門医制がようやく緒につき始めた。専門医の必要絶対数の把握と実践、全国における医療機能の均点化など専門職能集団としての自立の実践としても考えなければならないことである。一方では自浄作用としての自律の実践が必要である。医師免許の質の保証、専門医としての質の保証、医療安全に対する取り組みと実践を目に見える形で国民に示さなければならない。さらに、医療事故に対して真摯な責任の取り方を明らかにすべきである。具体的には次のようなことが提案される。

- ①医療のアップデートへのキャッチアップの証明制度、生涯教育制度の充実。その証明書発行と公表
- ②専門医制の充実、専門医の質保証制度。資格を与えた組織の責任の取り方。標榜医制のコントロール
- ③医療安全への取り組み義務化、透明性と説明責任を明確にする。隠す、ごまかすと重大な結果になる文化の醸成。反省と謝罪の文化の醸成。最大の責任の取り方は謝り、反省をすることである。
- ④責任の取り方として、自主的な就業停止と再教育受講、保険医資格の返上による経済的制裁など、自主的な制度が考えられなければならない。医師会員でないということは逆にこのような自律機能の発揮ができないということで、社会からその質を問われることになる。
- ⑤現行の行政処分の判断機関である医道審議会を厚労省から切り離し、医療専門団体全体の自浄作用発揮の機構の設立へ向けて努力をすることが考えられる。世界の医師に対するコントロールは各種各様であり、我が国においても新しい発想が求められる。
- ⑥職業倫理規定の策定（H20）その徹底と見直し、違反への制裁。
- ⑦医療事故調査委員会はピアレビューの仕組みであるべきである。この委員会の構成にも中心的役割を果たし、その成果を問うべきである。
- ⑧医療事故の自主的事故報告制度、安全対策提言、ガイドラインの作成。
- ⑨医師免許の更新、あるいは自主的チェック制の創設など
- ⑩ADR 機能への参加

2. 医師会が実行可能な自律機能・自浄機能

医師の明らかな過誤による医療事故、あるいは保険請求に関わる不正、その他の破廉恥罪などに対してペナルティーを受けることは当然である。しかし、事故・事件の経過や内容はあまり考慮されず結果の重大性のみがそのペナルティーの基準になってきたきらいがある。その理由として、医療の現場を直接知らない人々によって協議、判断されているからである。一方、医療の現場に携わっている医師会が何をしてきたかと問われると、行政処分、刑事処分等の決定後に、会内規定に基づく後追い処分をしてきた。医師会には自主的な調査権限がないと言うのがその理由であった。現場に密着した医師会が医療事故・事件に対する予防策（自律作用）や対応策（自浄作用）を講じることが次につながる最も有効な手段であると考ええる。具体的な例をあげてその実現性を提案する。

- ①自律機能
生涯教育のあり方

(1)医療安全・医療倫理に対する研修の義務化。(免許更新制に連動する。)

(2)標榜科目に対する研修の必須化

自由開業制により、専門としない科目を標榜科目に掲げる医師が散見される。職業倫理にもとる標榜に関しては公正取引委員会の勧告があるとしても、医師会入会をも拒否する態度が必要である。標榜科の信頼性を担保する意味で次のような提案をする。

標榜科1科目につき、5年に一度2日間(土曜日午後から日曜日一日)の研修会を義務付ける。不参加の場合は指導の対象とする。

(1), (2)については医師会として実現できるであろう。

(3)医師免許の更新制度

議論の多い医師免許の更新制はいつかなされなければならないと考えられる。法制化で実現するか医療界の自律機能として実現するかである。時代に合った更新制にするためには医療界で取り組むべきであるが、その内容にかかわらず、全医師の合意を得ると言う高い障壁がある。専門分野にかかわらず更新制の実をあげるとすれば(1)に述べた医療安全と医療倫理を必須内容とし、履修単位を設定する。試験を課するとすれば認知症の医師を選別し、今日的な絶対禁忌を問う程度にすることで、抵抗なく受け入れられるであろう。専門性に関してはそれぞれの学会レベルの作業と責任とする。

②自浄作用

(1)医療事故・医療過誤に対する医師会としてのペナルティー

一定期間の専門医資格の停止は医学会と協同で行えば医師も納得しやすい。事故を起こした医師に対する再教育は罰則的内容であってはならない。再教育の内容は知識と技術の向上に資するものとし、医師としての成長を期待する。一般医師にも通じる生涯教育としても有効な内容として、萎縮医療を招くような内容は逆効果であるからである。受講料は有償として、自覚を促す。リピーターに対する教育はより慎重な対応が必要である。倫理教育は必須である。

(2)診療報酬の不正・不当請求に対する医師会としてのペナルティー

現行の医業停止処分について、実態に即した処分の多様化が必要である。最長3年とされた医業停止でも、本当に医業を中断すると、医師生命を失いかねない期間でもある。そこで、医業停止は短期間とし、数年間の指導体制下に置くと言うシステムも考慮される。すなわち、医師会による自主的保護観察制度である。診療は許可しても保険請求を制限すると言う方法もある。保険医の復活後にも1年間は3月ごとの指導下に置く、3年間は1年に1回の指導を受ける等である。

Ⅵ 行政処分のあり方～責任追及の仕組み～

1. 刑事が先行、行政処分が追認している現行システムの問題点

医療事故をめぐる責任の追及と解明における大原則として、医療事故は個人の責に帰するものではないということを銘記する。まず、システムの不備を追及し、その挙句に個人の責任を求めることを大原則とする。医療事故を減らすためには、うっかりミスの責任を問わないとまで、発想を転換するべきである。そのうえで、医療事故の責任の取り方としては、国家資格を持つ専門職としての責任を問うことが中心となるべきである。しかし従来は司法判断の結果に基づいて行政処分が行われていた。処分時期の遅れ（平均47月後）により、事故直後の患者感情、事故当事者の自責の念などに対応した処置が出来ていなかった。また有罪判決以外の事故事例への処分はなされないこととなっていた。02年以後迅速で有効な処分が可能になるように、厚労大臣に間接強制調査権が付与され、刑事判断の前に、厳正な行政処分が可能な制度になっている。しかし、現実には調査能力を欠き、司法追従型の処分が行われている現状である。医療事故の責任追及は先に述べたように、専門職能に対して行われることを原則とすることが必要であるので、厳密な処分基準が設けられることが必要である。厚労省にあるこの権限は調査、判断、処分が一元的に行われないうに、制度化されなければならない。医療事故調査委員会の強制調査権をこれに代え、医道審議会に責任判断権限を、厚労大臣に処分権限を持たせることとする。この際、刑事処分の可能性が医師のやる気を殺いで、医療崩壊に結びついた二の舞を起こしてはならない。すなわち行政処分判断の明確な基準の作成と再教育を中心とした多様な処分類型が作成され公正、公明な処分制度でなければならない。例えば ボランティア活動、業務の一部停止（手術のみ）、業務の全部停止、検査の制限などである。医療事故調査委員会マターでない処分対象に対しても、その事例をあまねく把握し、公正な取り扱いができる仕組みを作らなければならない。一方、医療事故の責任は個人に帰すべき部分とシステムに帰すべき部分があり、その軽重の取り方も勘案されるべきであり、行政処分においても正直と誠意に対しては宥恕の扱いが必要である。医療事故調査委員会での正直、かつ誠意ある調査協力は処分の判断に大きく用いられなければならない。被害者の意見も参考になる。処分の結果が明日につながるようにすべきである。

一方、医道審議会のあり方に関して、この組織こそプロフェッショナル・オートノミー実現のもっとも重要な機能を持つものであり、医療関係団体挙げてその権能獲得に努力すべきである。免許権者が処分を行うことは言を俟たないが、プロ集団がその量刑と自己規制を示して答申する制度となすべきである。このあたりの処分、規制の制度は世界的にも共通の物は無く、我が国の独自の制度として確立を目指すべきであろう。

＜処分の検討対象となる事項の例＞

- ①職業倫理違反
- ②医師法、薬剤師法違反、保健師助産師看護師法違反
- ③薬事法違反
- ④麻薬、覚せい剤取締法等違反
- ⑤殺人および傷害罪
- ⑥わいせつ、贈収賄 詐欺、窃盗、文書偽造、税法違反
- ⑦診療報酬の不正請求
- ⑧医療事故、医事紛争事例
- ⑨業務上過失致死傷罪（交通事故、医療過誤）

Ⅶ 患者救済制度のあり方

1. 医療 ADR

患者救済のあり方は患者の要望に報いることである。医療被害にあった患者の要望は①原状回復②真相究明③反省謝罪④再発防止⑤補償、賠償（加藤氏論文）⑥処罰と思われる。被害者側の真の納得を得ることは難しい。納得は究極の妥協の産物である。①、⑥は無理としても②－⑤には応えることはできる。一方加害者側も真相を究明し、再発防止を望み、きちんと謝罪をしたいと思うものである。謝罪をするということは、心の重荷を相手に半分担ってもらうことになるからである。そして早く過去を清算したいと望むものである。

平成19年4月1日、ADR法が施行された。すでに交通事故紛争では交通事故紛争処理センターが第三者機関として役割をはたし、裁判の代替として機能している。医療においては上記のような理由で、裁判型 ADR ではなく対話型 ADR が望まれる。医療における紛争は犯罪を構成する行為の結果ではないからである。当事者間の話し合いを促進するものにならなければならない。東京、千葉、岡山等の弁護士会を中心に ADR 組織の設立が相次いでいるが、対話型 ADR では法律家を中心ではなく、いわゆる医療メディエーターが中立的な立場で主役を務め、弁護士は法的側面を支援する仕組みが望まれる。患者納得の最終的な手段が賠償であるのか、加害者側の反省謝罪の表明であるのかにかかわらず、第三者としての気配りの中での話し合いは次につながる解決法である。裁判はあくまで闘争であり、非がないと考えれば徹底抗戦と言うことになる。勝ち負けを争った結果はなんにも明日につながるものでない。そういった意味で営利に流されない、ADR 組織の充実に努力をすべきであり、医師会、病院協会等のプロフェッショナル・オートノミーを発揮する場面でもある。

2. 無過失補償制度

労働災害、交通事故など身体的被害に対して損害賠償訴訟に頼らず救済される制度は存在する。PMDA による薬剤、医療器具による被害も本制度が設けられている。事故は起こるものとの前提で制度化されている。医療事故も当然この考えに基づけば損害賠償訴訟とは独立した医療被害者救済制度が必要である。「過失の有無」を補償の基準にするのではなく、すべての医療被害を救済する制度が必要である。このことは 医療被害にあった患者の願いの多くに適うものである。一方不幸な医療事故に巻き込まれた医療者も①真相解明②反省謝罪③賠償責任を果たしたい④許しを得て、出来るだけ早く事件から解放されたいという願望がある。事件事例情報の多数の収集による再発防止策への有効な活用に結びつけ、裁判と言う不毛の争いを避ける意味でも両当事者にとって、前向きの解決につながるものである。すでに産科領域における脳性まひ児の事故に対して本年度よりいよいよ産科医療補償制度がスタートした。医療技術革新によるリスクの高まった手術、処置、検査等にその運用を拡大し患者納得の医療制度の実現に向かうべきである。無過失であっても医療側の真摯な反省と患者側の宥恕の実現により、両者のモラルハザードを誘引しない仕組みとして制度化しなければならない。この際、本報告書に言う医療事故調査委員会の機能としての原因究明、回避可能性等を給付の調査として活用できる。そして結果としての再発防止策の提言に結びつけることが可能である。

3. 強制医療損害保険制度

医療事故、合併症など医療行為の予期せぬ経過、結果に対して患者の医療費支払いを補償する制度が必要である。本来必要のない費用の肩代わりをすることが、被害者意識の患者の気持ちを慰撫し、一方従来は医療機関の持ち出し分としてペナルティーと考えられていた経費を補てんすることは、次の改善につながることもある。いずれにしても、不幸にして起こった医療事故に対して、十分なる救済行為が出来るようなシステムが必要である。医療機関単位で医療従事者数に応じた保険料が考えられる。自動車損害賠償責任保険制度にならう制度設計を行う。無過失補償制度との共同運用を考える。

4. 謝罪のあり方

医療事故に当面した当事者は患者の怒り、悲しみに対して、その責任の有無、多寡にかかわらず謝罪をし、許

しを請いたいと思うものである。謝罪をすることは、恥でもなく、責任をとる宣言でもない。謝罪をすることは、心の重荷を相手に預けることでもある。しかし、現状ではこの謝罪が公式に行われる仕組みは存在しない。事故は起こるものとの前提で、徹底的な透明性と説明責任の場での謝罪を含む制度設計が望まれる。医療安全支援センター、ADR 組織、医療事故調査委員会等の活用が考えられる。また医師会などでの仕組みの設計も考えられる。

Ⅷ 医療者と患者の信頼関係に向けて

1. 「逃げず、隠さず、ごまかさず」

無謬性の中、医療事故の責任は個人に帰せられ糾弾され、反省を強いられて一件落着。これが医療機関内での医療事故の扱いであった。患者側にすれば、一方的な医療側の説明を納得のいかないままでも、了承するしかなかった。医師の世界では、比喩的に「何人殺して一人前」という時代があった。戦後の人権獲得の歴史は徐々にしか進まなかった。60年代米国で公民権運動、ラルフ・ネーダーの消費者活動等にあわせて人権獲得は進み始めた。64年ヘルシンキ宣言、73年患者の権利の章典（米国医師会）、81年リスボン宣言により患者の権利が認められてきた。一方長寿化の中で医療の対象が感染症モデルから生活習慣病モデルに変化し、医療の目的が本人にしか分らないQOLと言うことになった。必然としてインフォームドコンセントが必要となり、医療の質の評価は安全と患者の満足ということになった。パターンリズムから自己決定の医療へと変化した。専門性、密室性、封建制で守られていた医療事故の無謬性が次々と破綻するようになり、国民の医療不信を煽ることになった。この失われた国民の医療への信頼を回復するためには徹底的な透明性と説明責任が医療界に求められている。特に医療専門団体の責任は大きいものがある。チーム医療の時代となり、複雑な医療システムの時代に事故を隠す、ごまかすということは不可能であり、また決してこれを許してはならないのである。事故を隠したり、ごまかした時には重大な結果を招来することになるとの認識が必要である。正直にありのままを説明し、反省し謝罪できる文化が医療不信を払拭する唯一無二の方法である。反省し謝罪することが責任を取るということである。

2. 医療メディエーター、アドボケイト

2009年9月14日に開催した講演会での岡本左和子氏の講演より、院内パシエント・アドボケイトの役割について簡単に紹介する。

患者、家族が満足して病気の情報を得て、理解して治療を受ける。自分の病気についての治療プラン治療計画についてきちんと知識を持って理解したうえで自主的に臨むということが求められる。これがインフォームド・コンセントであり、医師の仕事であるが、とても不可能に近い。後から「聞いてはいたが、そんな筈ではなかった」ということを避けなければならない。医師と患者の間に立ってこの理解を進めるために関与するのがアドボケイトである。また患者家族からの複雑で学際的な懸念や問題が出現したときに①病院の耳になり問題を掘り起こす②その調査を促進する③意見対立や誤解に対応する④医師・患者関係の良い関係を支援する⑤患者教育を支援する⑥医療機関のニーズ、認識、実践を促す役割を果たす。

アドボケイトの職責の実現のために、①黒子に徹する（患者の代理人にはならない、自分で医療決断が出来るように支援）②公平を保つ③責任範囲と説明責任を明確にする。治療の説明責任は医師であり、理解し納得し決めるのは患者である。アドボケイトはお世話をするのみである④医療治療の判断はしない⑤守秘義務はもちろんである。

医師・患者間の潜在能力の不均衡を埋めて、インフォームドコンセントを実現する役割を果たし、患者納得の大きな助けとなる。無用な軋轢の防止に果たす役割は大きなものがあり、医療安全対策に不可欠の存在になるであろう。

メディエーターは、わが国ではアドボケイトとほぼ同義語として理解されているが、その役割は医療トラブルの発生した時の調停役、医師、患者間の仲裁役を期待される。医療事故後の説明責任を果たす時の患者理解を助ける役割を期待される。患者納得の手段として養成が進められようとしている。いづれにしても患者納得の医療の実現には欠くべからざる存在になるであろう。国の施策としてその養成が意図されつつある。正式の医療職としての待遇がなされなければならない。

参考資料として、本委員会が2009年9月14日に開催した「講演会・意見交換会」の報告書を巻末に記すので、参照されたい。

IX 再発防止への取り組み

医療事故は①うっかりミス②能力不足③システムエラー④不可避なるもの、を原因とする。今日の医療事故はまずシステムエラーの観点から原因を追及することが医療安全への対策である。ヒューマンエラー、能力不足を指摘するだけでは次に結びつくものではない。そのような観点から再発防止も考慮される。

1. システムエラーについて

第5次医療法改正で医療安全体制確保の義務化が謳われた。少なくともここにあげられた医療安全体制の有効性が検討される。すなわち職員の医療安全に対する研修、意識の有無、事故報告制度の実施と再発防止策。感染予防対策と医療機器、医薬品の安全使用ガイドライン。各種マニュアル、ガイドラインの作成と徹底。職場の良好な人間関係の維持などがシステムとしての完成度を示すことになる。さらに、患者納得のための環境、説明体制、相談窓口なども必須のことである。これらのシステムが十分機能していれば、個人のミスは回避できると考えるのである。さらに、行為の実行時におけるノイズなども検証されなければならない。例えば、点滴の調合中に、電話応対をするなどである。改善すべきシステムが確認されれば、即座に方策を講じることとなる。また、自主的報告制度により、同じような事象を集めて、情報を共有し対策を講じることとする。現状の医療事故の中で薬関係の事故が最多である。薬の処方方法を全国統一しようとの動きがある。当然のこととすべきである。固陋な考えを改める必要がある。明らかな能力不足は組織内においては、すでに既知のことであり、医療組織、その部科の責任であるとする。ヒューマンエラーはダブルチェック等の対策を事前に立てていることが前提である。このようなシステムエラーに対しては重大なものに対しては医療機関へのペナルティーも考慮されるべきである。

不可避なるものとして扱われる事故についても、医療行為のレトロスペクティブな検証で次に打つ手が見える場合もある。検討の場を設けて回避可能性を追及することが医学、医療の進歩につながる。診療のエラーを予防するシステム、起こった事象に気づくためのシステム、そして適正な対応のためのシステムが事故の拡大を防ぐことになる。この3段階のシステム構築が検討されなければならない。

2. 個人の責任について

とはいうものの、起こった医療事故に対して個人の責任が問われないはずがない。善管注意義務、無危害原理は医師として、医療専門家として当然のことである。逃げず、隠さず、ごまかさず、が今日の医療にたずさわる者の義務である。予期せぬ事態に至ったことに、当事者の責任がないとは決して言えない。採血時の末梢神経損傷のように避けえない事故もあるが、患者にあつては被害をこうむったわけであり、率直に謝罪することがまず必要である。謝罪が責任を取ることであり、罪を認めたことではないからである。心より謝罪をし、再発防止を誓うことが再発防止のもっとも良い方法である。これが心より素直に出来る者に対しては処分はすんだも同然である。しかし、そうでない者も多い。事故によっては形式を踏んだ処分も必要となる。同じような事故を繰り返す者は医療の信頼を保つ意味からも免許の取り消しに相当する。人格障害は治しようが無いからである。うっかりミスに対しては本来システムの問題であり、処分の対象とはならないが、繰り返す者に対しては医療行為の制限等も必要である。能力不足、医療倫理等の認識不足の者に対しては、再教育制度を用意する。従来の戒告、医業停止では再発防止にはならない。再教育はその個人にあわせたカリキュラムが用意される必要がある。ボランティア活動、医療倫理講習、医療技能研修など全国大学組織にゆだねるのもよい。第5次医療法に言う厚労省の行政処分者の再教育制度をさらにきめ細かいものとする必要がある。一人の医師を再生するためであり、経費の持ち出しはそれに見合うものである。

X 医師会が取り組むべき「医療安全対策」

詳細は「自浄作用の発揮」の項で述べた。医師会は国に制度としての完成を要求するのみでなく、自らできることから実行する強いリーダーシップの発揮が必要。国の医療安全対策に予算の投入がないということが、最大の理由であるが、この10年の医療事故の発生は全く改善傾向にない。医療安全全国共同行動キャンペーンによる数値目標も全く達成できていない。これは医療専門団体のリーダーシップの欠如であることは明白である。掛け声はあるが熱意がないという現状である。

医師職業倫理指針を作成したがどれだけの会員が読んだであろうか。自浄作用活性化委員会は活性化しているだろうか、これまでの様々な対策の見直しと強化と実践を地道に遂行することが一番望まれる。平成15年、厚労大臣の医療安全緊急アピールに合わせて、日医も各種答申を受けた。その答申を忠実に実践することである。さらに新しい提言として、以下のようなことに取り組むべきである。

<新しい医療安全文化の制度設定>

- ①無過失補償制度の設立
- ②医療事故原因調査委員会の公益法人化と中心的役割
- ③医道審議会の役割を医療専門職能団体の役割とする努力
- ④医師免許に対する自己規制：組織率の低下を恐れないで
 - a 生涯教育の義務化 b 職業倫理教育
 - c 医療安全教育の義務化 d 専門医制の保証
 - e 定年制の自主設定 f 標榜の保証、規制
- ⑤医療機関での医療安全体制の確立

<新しい医療安全文化の確立への努力>

- ①反省と謝罪に宥恕の文化、正直と誠意に報いる社会
- ②献身と努力に感謝の表明
- ③医師の使命感の復活、職業倫理、医療倫理、生命倫理の普遍化
- ④患者本位の医療の実現 患者の権利と責務の徹底
- ⑤医療事故は責任追及から原因追求へ
- ⑥事故の防止は医療費削減になる
- ⑦ノープレス・オブリージュ^{*8}の復活

用語解説

*8：ノープレス・オブリージュ

フランス語（noblesse oblige）。高い地位に伴う道徳的・精神的義務。

1. 医療者への再教育・再研修

患者本位の医療、チーム医療、生命倫理、医療倫理の変化、基礎医学の進歩などについて共通認識の醸成が大きな役割である。25歳から50年以上のギャップのある医師の共通認識を得ることは至難の業であるが、放置はできない。患者にとっては25歳の医師に受ける医療と75歳の医師から受ける医療が異なっているのは困るからである。専門性に関しては学会専門医制にゆだねるとして、学会の手を離れた医師については医師会に責任があると言わざるを得ない。

2. 患者への啓発活動

患者の権利の尊重とともに患者の責務を要望する。自身の病状の情報提供と医療に対する理解をもとめる。そのために分かるまで質問すること、納得のためにはセカンドオピニオンを求める義務もある。納得の上選択と同意を求める。自己決定したことに責任を取らせることではない。医療に関してはあくまで医療側に責任があるこ

とは銘記する。さらに、療養のための病院規則は遵守する。インフォームド・コンセントの完遂を目指すことを理解してもらう。医療側の忍耐も必要である。医療の限界と不確実性の理解を進める。医事紛争は不毛の争いであり、安全な医療の実現には患者・医師は闘いの同志である。医療被害には補償の原理、正直と誠意には宥恕の文化をともに築くことを訴える。

医師患者間の情報格差は当然であるが、一般常識的医療情報は共通の基盤であり、医療専門団体として知識のプロパガンダは義務とも思われる。すなわち、一般解剖学的知識、高血圧、糖尿病、高脂血漿、がん、感染症などのコモディジーズの知識などである。

3. 診療報酬での適正な評価

厚労省の調査による年間26,000人の回避可能な医療事故死があるとすれば、回避可能な医療費はいくらになるか。一人100万余計にかかったとして260億になる。医療安全対策にかかる費用の研究がある。医療行為ごとの説明、同意、文書作成などに取られる医師の労働時間換算で500床規模の公立病院当たり年間6,000万費用アップしたという結果である。500床規模の病院で年間6,000万の経費が余分にかかったとすれば、19万床の一般病床に換算すると230億必要になる。医療安全を実現するためには並々ならない決意が必要である。しかし、医師の過重労働と使命感に任せて医療の安全を確保することはできない、医療崩壊対策として迅速に手を打つことができる根本的な手段が、制度の創設を含めた医療安全対策である。医療崩壊対策としての直接的解決策である医師の育成増員は急ぐと却って崩壊を促進することになるからである。医療安全への国費投入は決して無駄なものではない。かえって医療費の節減効果を見込めるものとして、思い切ったリーダーシップを為政者に要請しなければならない。

XI まとめ～新しい医療安全文化を目指して～

新しい医療安全文化の確立が体系的に求められる。キーワードは無謬性からの解放、医療の質の転換、過重労働からの解放である。

事故は起こるものとの前提での医療提供システムと医療事故対策が確立されなければならない。交通事故をめぐり法制度が参考になる。事故被害者は保険制度で補償される。運転手は行政処分を受ける。悪質な例のみ刑事罰が適用される。医療事故の過失の認定には大きな幅（裁量権）があるので、明確に裁量権を逸脱する場合以外は、刑事罰の適用は原則的には出来ないはずである。医療事故においては被害者の補償は無責の場合には保険は適用されず、保険会社判断あるいは民事裁判によることになる。その時は過失の有無を争うこととなり、被害者を救済したいという医療人の望みとは逆の行動をとらせることになる。不毛の争いとなる民事裁判を避けるためにも、新しい仕組みとして無過失補償制度と対話型ADRが必要である。現状の行政処分は刑事判決に依存して行われ、その目的を達しているとは思えないのが実情である。起こった事故を隠すことなく報告し、説明責任が果たせる制度が新しく必要である。強制報告制度としての医療事故調査委員会（医療安全調査委員会）の創設が必要である。事故原因の徹底的解明により、次の事故予防に結びつく回避可能性を追求する。この場面で事故当事者は説明責任を果たすことになる。結論時点で反省・謝罪の機会を設ける。反省・謝罪と宥恕の文化の育成が求められる。正直と誠意には許すという文化を探索する。医療事故の責任を個人の責に帰することは二の次とする。システム破綻、システムの齟齬が医療事故の原因であることを第一義とする。それは次の医療安全を考えることに結びつくからである。個人の責にしてしまうと、それで終わりということになるからである。これも新しい医療文化の考え方である。個人の責任は医療専門職能にたいする処分が優先され、罰を科すという発想を変えて、教育し、能力再生を目的とする考えでこれに当たる。行政処分のあり方類型を変えることが求められる。

責任を取らせるということは、罰を与えるのではなく、責任を認め、反省し謝罪を求めることである。謝罪するということは「悪いことをしたという心の重荷」を相手に転嫁し、気持ちを楽にする作業でもある。被害者にとっても怒りの気持ちを軽減することになる。この行政処分に当たる部分は出来得れば専門職能集団の自律機能として行われるように努力するべきである。その限りにおいては、却って厳正な処分が必要となるからである。

医療の質の評価は医学的評価から患者の満足に移行した。患者のQOLの実現が医療の目的となる。自己決定の医療が医療倫理の根底であり、その実現のためのインフォームドコンセントの実を上げるための「人、環境、制度」が必要となる。医療メディエーター、アドボケートの設置、患者図書館、セカンドオピニオン等真の情報共有を実現する仕組みの確立が求められる。患者の人権尊重を徹底することは当然であるが、患者側にも責務があることを知ってもらわなければならない。急速な医療技術の進歩に伴う生命倫理、医療倫理の変遷に応じて徹底的な論議と国民的同意を得ることも新しい医療安全文化に貢献する。

医療倫理の変遷の中で、医師主導の医療から患者本位の医療が求められることは当然である。モンスターペイシエントなどの攻撃で情熱を失った医師が増加したことも事実である。しかし、病める人を救おうと言う医師本来のミッションが失われたわけではない。今日にみられる医療崩壊の現象の中で、リスク回避の医師の出現を見る時に、医師本来の使命感を失ってはならないことを痛感する。リスク回避をすることが医師の社会的地位を低下させていることになる。患者からの感謝と敬意を得ることが医師にとっての究極の喜びであることを今一度思い起こす必要がある。リスクを回避し、責任を逃れようとする医師を誰が尊敬するであろうか。このままの事態が続くと教育崩壊に陥った教師の二の舞になることを心配する。今は制度的解決に向けて一致団結する時である。

過重労働は医療技術革新によりもたらされた。患者の高齢化もそれに拍車をかけている。複雑高度化した医療は専門性が高度に要求されるようになり、絶対的医師不足を招いている。この点からの医師の増員が必要なることは当然のことである。医師の雑用と言われる部分の肩代わりをする職種、医療の一部を肩代わりする職種の新たな導入が求められる。医療クラーク、PA⁹、NP¹⁰などである。医師の職業独占を素直に明け渡し、真のチーム医療に徹する意識改革が医師に求められる。主治医制の変更も考えるべきかもしれない。

一方、医療の質の評価の根底は医療の安全であるが、医療事故の多発とその対応のまずさから医療不信の連鎖に陥っている。この事は予想以上に現場の医師に大きな精神的、時間的、肉体的負担を強いている。いったん紛争になるとその負担は計り知れない。立ち去り型サボタージュ現象が現出した所以である。

用語解説

*9 : PA

Physicians Assistant の略。医師の助手。医師の監督の下に医療行為を行うことができる資格。

*10 : NP

Nurse Practitioner の略。診療看護師。専門的な教育を受けた看護師で、比較的安定した状態にある患者を主たる対象として、自律的に問診や検査の依頼、処方等を行うことが認められた看護師のこと

この点からも以下に記すような「新しい医療安全文化」の醸成としての制度設計と概念形成が喫緊の問題となる。

- ①無過失補償制度
- ②医療事故調査委員会
- ③対話型 ADR, 医療メディエーター
- ④ペイシェントアドボケイト
- ⑤強制医賠償制度
- ⑥医療安全支援センターの充実
- ⑦死因究明制度の整備
- ⑧医療機関での安全対策
- ⑨行政処分制度の見直し
- ⑩医療専門職団体のオートノミー
- ⑪患者の権利と責務の明確化
- ⑫正直と誠意に共感の文化
- ⑬反省, 謝罪に宥恕の文化
- ⑭生命倫理, 医療倫理の国民的合意
- ⑮責任追及から原因追求へ
- ⑯無謬性の否定

医療安全は医療の質の評価の根底である。また医療が社会システムの基盤であるとするれば安全の確保は何にも優先して実行しなければならない。従来医療費削減で臨んだ政策も、医療事故の予防で生み出される医療費の節約効果を考えれば、思い切った予算的処置が出来る筈であり、そうしなければ社会的インフラが破綻することになる。各種施策は同時並行して成し遂げなければならない。過去10年のような歩みではまったく効果が出ていないことが明白である。ことは急がなければならない。

*追 記

医療崩壊の要因から鑑みて、医師の逮捕と言うような事態を緊急に避ける意味からは医療事故調査委員会の設置が最優先である。死因究明制度の充実がセットで必要となり困難が予想されるが、出来るところから始めればよい。

XII 資 料 編

資料①

京都医報2009年5月1日号 村田純江弁護士
「福島県立大野病院事件判決に関する若干の考察」

資料②

京都府医師会実施「医療安全調査委員会設置法案（仮称）」に関するアンケート調査＜集計結果＞

資料③

講演会・意見交換会（9月14日開催）報告書
『医療従事者と患者のより良い関係を目指して～ペイシェント・アドボケイトの役割について～』

「福島県立大野病院事件判決に関する若干の考察」—今後の裁判実務へ与える影響は—

村 田 純 江 弁護士

特 別 寄 稿

福島県立大野病院事件判決に関する若干の考察
—今後の裁判実務へ与える影響は—

アクシス法律事務所 弁護士 村田 純江

1 はじめに

産科医K医師が、平成18年2月18日に逮捕、同年3月10日起訴され、平成20年8月20日に無罪判決が言い渡された(同年9月4日、無罪判決確定)福島県立大野病院事件については、医師の逮捕の相当性、医師の裁量行為と刑事処分という観点から、医学界、マスコミ等により大きく取り上げられた。

その事案や裁判の経過等については、医報H18.6.15号とH20.4.1号、H20.9.15号で、岩崎武輝先生が報告されているので、詳細は繰り返さない。

私は、過去に検察官として刑事事件の捜査をし、その後、訟務検事(国立病院、国立大学病院など、国の行政機関の民事訴訟代理人)を経て、府医の顧問置田文夫弁護士の事務所、医療機関側代理人をする経歴を持つ。

いわば、捜査、公判を担当した立場と、医療機関側の主張を擁護する立場の両面を経験した者として、この事件には、複雑な気持ちを禁じ得なかった。本稿では、そんな私の目から、本判決のポイントと今後の実務に与える影響等を述べたい。

2 本件で、K医師が起訴された罪名は、業務上過失致死(刑法211条1項前段)である。

刑法では、どのようなことをした(「構成要件」という。)ときにどのような刑罰が課せられるかが定められているが、業務上過失致死の構成要件は、

①予見可能性 ②回避可能性 ③結果の発生
④行為と結果の因果関係

とされており、①予見義務違反または②回避義務違反があれば過失ありと認定される。

医療事件では、このような業務上過失致死の「予見可能性」「回避可能性」のみで過失の有無を判断すると、不都合が生じる。なぜなら、医療行為は、患者の身体に対する侵襲が不可避である。医師は、治療法を選択する際に、治療の効果とリスク等を計りにかけ、患者の同意を得た上で、「合理的なかけ」をしているといえる。このような医療行為では、ある程度の危険が予想されても「裁量」と認めて適法とし、裁量を超えたときのみ違法としないと、医療行為が成り立ち得なくなる。

民事医療事件では、最高裁判決で、以前からこの裁量論が認められており、「裁量内かどうか」の判断基準になる「当時の医学準則」が何かが常に問題とされる。

3 本件事案は、帝王切開術にて分娩した際、子宮の胎盤剥離面から大量出血し、止血処置を行ったが、妊婦が失血死した事故であり、検察側は、「癒着胎盤であることを未然に認識し、胎盤剥離を継続すれば大量出血となり、妊婦の生命に危険が生じることを未然に認識していたのに、子宮摘出術を執らず、漫然と癒着部分のはく離を継続した」として、K医師を起訴した。

従来、業務上過失致死傷で起訴された刑事医療事件は非常に少なく、事案は、投与すべき薬剤や濃度を誤った等、過失が明白な事案に限られ、ほとんどは正式裁判によらない罰金処分(略式処分)で処理されていた。そのため、K医師が逮捕、起訴された当時、私は「検察は果たして有罪立証ができるのだろうか。」と感じた。

民事医療事件では、医師の裁量論や行為と結果の因果関係論など多数の争点がある。当

時の医療水準を立証するため、原告・被告がそれぞれ医学文献や医師の意見書を提出するが、幅のある中で、その行為が黒か白かグレーか等、様々な議論が出される。

刑事事件では、民事事件と違い、検察官が100パーセントの立証責任を負い、「疑わしきは無罪に」という格言通り、グレーの被告人も無罪となる。そのため、検察が、有罪立証のため超えなければならないハードルは、民事事件よりはるかに高い。

しかし、民事事件を担当する機会が全くない検察官がほとんどという検察庁で、医師の裁量行為の議論を知っている検察官はほとんど皆無であろう。また、医学に素人の警察、検察官が、適切な協力医を得なければ、医師の行為について誤った評価をし、事件は迷走してしまう。そのようなブラックボックスの中に巻き込まれたK医師の心中を察するにお気の毒というほかない。

私の心は、検察の暴走ともいえる処分に衝撃を受け、被告人となったK医師の境遇に同情の念を禁じ得なかった。

4 公判では、検察側の医学鑑定人Aと弁護側の医学鑑定人B、Cが証人として出廷し、議論を戦わしたようである。

裁判所は、弁護側鑑定人B、Cは、多数の産科臨床経験を有し、癒着胎盤の経験も有するとして、これらの意見を採用し、近年臨床に携わっておらず、癒着胎盤の経験も有しない検察側鑑定人Aの意見を採用しなかった。そして、裁判所は、「臨床に携わっている医師に医療措置上の行為義務を負わせ、その義務に違反したものには刑罰を科す基準となり得る医学的準則は、当該科目の臨床に携わる医師が、当該場面に直面した場合に、ほとんどの者がその基準に従った医療措置を講じているといえる程度の、一般性あるいは通有性を具備したものでなければならない。なぜなら、このように解さなければ、臨床現場で行われている医療措置と一部の医学文献に記載されている内容に齟齬があるような場合に、臨床に携わる医師において、容易かつ迅速に

治療法の選択ができなくなり、医療現場に混乱をもたらすことになるし、刑罰が科される基準が不明確となって、明確性の原則が損なわれることになるからである。」と判示した。そして、検察官の「癒着胎盤であると認識した以上、直ちに胎盤剥離を中止して子宮摘出術等に移行することが当時の医療準則である。」との主張に対し、「このような立証を具体的にを行うためには、少なくとも、相当数の根拠となる臨床症例、あるいは対比すべき類似性のある臨床症例の提示が不可欠である。」と明言し、検察官提出の一部の医学文献の記載と鑑定人Aの意見による立証のみでは、K医師が胎盤剥離を中止しなかった場合の具体的な危険性が証明されているとはいえないとして無罪とした。

5 この判決により、検察は、医師の過失を問うために、「当該科目の臨床に携わる医師が、当該場面に直面した場合に、ほとんどの者がその基準に従った医療措置を講じているといえる程度の、一般性あるいは通有性を具備した」医学準則を立証した上、これに違反していることを立証しなければならないこととなった。

この判決は、K医師の行為について、①予見可能性と②回避可能性があることを認めながら、上記判示をして無罪とした。そのため、公判に立ち会った福島地検関係者が、「判決理由を聞いていたら、途中まで、なぜ無罪なのか理解できなかった。」と感想を吐露していたそうである。民事医療事件では当たり前の話であるが、ある症例に対して選択し得る治療法には幅があり、その選択には患者の同意との関係もからむなど、医療事件の有罪立証の難しさを、検察は学習したものと思われる。

本判決は下級審判決だが、今後の刑事医療事件をリードしていくものと思われる。本判決によって、警察、検察側は、「一般性、通有性を具備した医学準則」を立証するため、当該症例に経験豊富な臨床医の意見を得ることが必須となった。

私も、過去に刑事医療事件の事件相談を受

けた経験があるが、医師が「警察沙汰」にかかわるのを嫌うため（いわば当然）、警察、検察が協力医を得ることは不可能に近い。福島県立大野病院事件で、警察、検察がA医師の協力を得るまでにはおそらく紆余曲折があったはずである。が、やっと得た協力医が、当該症例を評価するに適切でない場合、事件は迷走し、不幸な結果を生むこととなる。

6 福島県立大野病院事件に続き、先日、東京女子医大心臓手術死事件で、東京高裁は、一審に続き、無罪判決を言い渡した。東京高検は、これに上告せず、判決は確定した。その報道で、東京高検関係者が、「専門家の意見が分かれる中、刑事責任を追及する難しさを痛感した。判決内容を支える意見もあり、覆すのは容易ではない。」とコメントしたそうである。

これらの流れは、裁判所が捜査機関に対し、「刑事医療事件について、警察、検察は謙抑的であるべきである。」と警鐘を鳴らしていると見ることができる。そして、医療行為に

伴う、死亡、障害など、意に添わない結果を、全て医療機関の責任であるとし、過度に責任追及しがちな昨今の患者、遺族側の情勢にも一定のブレーキをかけるものではないかと思われる。

このような社会情勢の中、医療事故が生じた場合に、豊富な臨床経験を有する医師等により協議し、今後の医療安全の見地から臨床現場にフィードバックさせるとともに、問題事案のみを抽出する役割を検討されている医療安全調査委員会設置への期待は大きい。

医療安全調査委員会の調査報告書等を刑事手続きで使用することの是非等については議論がある。

しかし、「白」であるにもかかわらず逮捕勾留起訴され、長きにわたり、過酷な立場に置かれたK医師の不幸を繰り返してはならない。そのためには、医師法21条の届出先の改正、医療安全調査委員会の調査と捜査機関の捜査の調整等、同委員会が司法をリードし、提言していく枠組みの構築が不可欠であろう。

■資料 ②

京都府医師会実施

地区医師会・医療安全対策委員会・医療事故処理室会

「医療安全調査委員会設置法案（仮称）」に関するアンケート調査

〈回収率＝54.4％〉

集 計 結 果

今回の医療安全調査委員会設置法案（仮称）についてどのようにお考えですか。以下の中からお選びください。

この仕組みで進めることに賛成……………	5
どちらかと言えば賛成……………	14
どちらかと言えば反対……………	8
この仕組みで進めることに反対……………	3
どちらでもない……………	1

総 括

京都府医師会では、京都府内の地区医師会、会内の医療安全対策委員会委員および各病院団体などに意見を求めたところ、以下のような結果となった。

「この仕組みで進めることに賛成」という意見は全体の15%であった。賛成の理由は、医療事故に対して一方的に司法が介入する現状は改善されなければならないということと、不幸にして起こってしまった医療事故については、専門家による独自の機関が原因を究明し、再発防止に努めるべきであるからとのことであった。

「どちらかといえば賛成」とする意見は42%あった。理由は賛成と同じであるが、第三次試案については現状よりも一歩でも改善へ向かうためにはやむを得ないとする意見と、遺族から告訴があった場合は、委員会の調査結果が尊重されるべきであるとする意見、また、構成メンバーはあくまで医療の専門家で構成されるべきであるという意見があった。また現状では法的責任追及のための委員会になるのではないかという懸念があり、更なる議論が必要との条件が示された。

「どちらかといえば反対」と「この仕組みで進めることに反対とする」という意見においても、原因を究明し再発防止のための委員会の設置については反対というよりむしろ積極的に設置すべきという意見であるが、故意ではない医療事故について刑事的責任が追及

されることに問題があるとする意見が多かった。また、「遺族からの告訴がある場合を含め、調査委員会が刑事手続きを相当であると言う結論を出すまで捜査機関は捜査を開始しないことを法的に担保することが絶対不可欠である。」あるいは「遺族が告訴した場合でも、委員会の調査を進め、その判断を遵守する仕組みとする。」といった意見や、医師法第21条の改正を議論すべきという意見があった。さらに法律は成立すると、徐々に一人歩きを始めるものである。法の実際の運用は省令や運用細則、通達等によってなされるものであり、例えば「著しく逸脱した医療」の解釈が正しくなされるかどうかについての恐れがぬぐえないとの意見があったことを付け加えておく。

「絶対に反対」とする意見には、原因究明を厳密に進めるために構成メンバーは感情に流されることなく事実を評価できる医療の専門家によらなければならないという意見と、同じく故意による悪質な事例以外、医療事故の調査に関しては免責制度の導入が必要であるとの意見があった。

○調査実施日：2009年4月

○調査対象：地区医師会、京都府病院協会、京都私立病院協会、府医医療安全対策委員会、府医医療事故処理室

■資料 ③ （講演会・意見交換会（9月14日開催）報告書）

「医療従事者と患者のより良い関係を目指して

～ペイシェント・アドボケイトの役割について～」

医療安全調査制度等のあり方に関する検討委員会

講演会

～医療従事者と患者のより良い関係を目指して～

と き 2009年9月14日（月）午後2時30分～午後4時

ところ 京都府医師会館2F（208～209会議室）

<プログラム>

◆司 会 京都府医師会 理事 松井 道宣

◆開会挨拶 京都府医師会 副会長 久山 元

講 演

座長／齋藤 信雄（府医医療安全調査制度等のあり方に関する検討委員会委員長）

「医療従事者と患者のより良い関係 ～ペイシェント・アドボケイトの役割について～」

東京医科歯科大学 大学院医歯学総合研究科 医療政策学講座 政策科学分野

岡 本 左和子 氏

意見交換会

座長／齋藤 信雄（府医医療安全調査制度等のあり方に関する検討委員会委員長）

東京医科歯科大学 大学院医歯学総合研究科 医療政策学講座 政策科学分野

岡 本 左和子 氏

新葛飾病院 医療安全対策室 セーフティーマネージャー

豊 田 郁 子 氏

■総合司会：松井道宣（府医理事）

松井：私は、今日の司会・進行を担当いたします京都府医師会の松井と申します。どうぞよろしくお願いいたします。医療安全調査制度等のあり方に関する検討委員会の主催いたします講演会として、今回、「医療従事者と患者のより良い関係を目指して」というテーマで本講演会を企画いたしました。

それでは、さっそくですが、できるだけ多くのお話と意見交換を行いたいと思いますので、始めさせていただきます。まず、当医師会の久山副会長に開会のごあいさつをお願いしたいと思います。

■開会あいさつ

京都府医師会 久山 元 副会長

久山でございます。お忙しいなかをご参加いただきまして、まことにありがとうございます。少し解説をいたしますけれども、われわれ京都府医師会のなかに医療安全調査制度等のあり方という検討会を、この6月から立ち上げました。それはなぜかと申しますと、日本医師会で進めている厚労省第三次試案の内容が、あまりにも刑事告発を問われることに力点を置いたかたちなのです。われわれとしても、あくまでも法的な医療事故の慎重さというものを、そういった制度をつくるにあたって、どういうとらえ方がいいのかということを探求してきたわけです。欧米との制度の違い。それから、われわれが目指す制度は、いわゆる再発防止・真相究明ですが、再発防止に力点を置くと、当然患者とドクターとのあいだの紛争を未然に予防する。それは医療安全にもつながることですし、信頼回復にもつながることなので、そのへんをしっかりと議論したいということでやってきました。そこで、講演会の講師を探してありましたら、岡本佐和子先生にたどり着いたということであります。また、今日は、コメンテーターとしても新葛飾病院の豊田さんにも来ていただいています。それでは本日はどうぞよろしくお願いいたします。

松井：ありがとうございます。それでは、ただいまより以後の進行は、座長の齋藤先生にお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

齋藤：みなさん、お集まりいただきましてどうもありが

がとうございます。医療安全調査制度等のあり方に関する検討委員会の委員長を仰せつかっております齋藤でございます。本日の座長役を務めさせていただきます。京都府医師会では、新しい医療安全文化を求めているという大きなテーマで、いままでの医療に対する考え方を根底から変えるような、当然変えなければいけないということを前提としまして、医療安全対策委員会などいろいろな活動をやってまいりました。そのうちの一环がこの検討委員会になろうかと思っています。

いままで日本になかったペイシェント・アドボケイト（Patient Advocate）やメディエーション（Mediation）といったことが、これから必要になる。まさに、新しい医療安全文化の一翼を担うひとつの仕組みでございますので、そのへんのところのお話をお聞きし、今日は活発な意見交換会を期待したいと思います。

さっそく岡本さんに講演をしていただきます。非常に膨大な履歴をいただいたのですけれども、時間がございませんので、申しわけございませんが簡単にご紹介させていただきます。1980年に同志社女子大学で、京都のご出身で、けっこう京都にご縁がある方ですが、ヘルスケアコミュニケーターとしましてご活躍の方でございます。1996年、米国のジョンズ・ホプキンス大学の国際部でペイシェント・アドボケイトという、日本ではほとんどないような職業に就いておられまして、そのあと、2006年に米国メリーランド州立タウソン大学の大学院でコミュニケーション学の修士を取得されております。2007年から京都医科大学の大学院博士課程の医療政策講座に在籍されながら、ヘルスケアコミュニケーターという、これからの医療安全の大きな役割を果たさなければいけないという仕事に関して、おそらく日本のトップリーダーといえますか、プロパガンダを目指していただいている方でございます。ご予約を聞きまして非常ににお忙しくて、それこそ八面六臂の活躍をされておられる方で、よく来ていただきました。ありがとうございます。では、よろしく願いいたします。

■講 演

「医療従事者と患者のより良い関係を目指して～ペイシエント・アドボケイトの役割について～」

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科医療政策学講座政策科学分野

岡 本 左和子 先生

齋藤先生、ご紹介ありがとうございます。本日はお招きいただきましたことを非常に感謝申し上げます。

実は、昨年まで京都市民でした。帰ってきてほっとしているわけですが、育ったのが東京だったり、いろいろなところなので、関東弁と関西弁はバイリンガルです。ところが、英語と日本語がちょっと怪しい。それでアメリカに行ったということで、今日はアメリカで私が経験しました、舌をかみそうな「ペイシエント・アドボケイト」について「何ぞや。どういうことをする人なんだ」ということをお話させていただきたいと思っております。

まず、感謝申し上げたいのは、こういう名称を聞きかじって、アメリカのシステムをそのまま日本で議論もせずに入れてきて、「こんなのがあるんや」と言って患者さんからお金を取るツールにしてしまったり、先生方と患者さんが本来よい関係を築いておられるのにじゃまをしてしまったりということがありますので、先生方の前で「本当はこういう役目なんです」とお伝えできることを本当に感謝しております。たいへんお忙しいお昼の時間を割いていただきまして、ありがとうございます。

それでは、ペイシエント・アドボケイトについて、どういう役割をする人かをお話ししたいと思います。

今日のお話としては、ペイシエント・アドボケイトは何ぞやということ。それが病院のなかで持つ役割とは何か。今日ここにおられます豊田郁子さんとお目にかかるがありましてお話をしておりましたら、豊田さんがいま新葛飾病院でなさっている患者支援室のお仕事がそのままあたるということで、厚労省も、こういう役割の人を入れてもいいのではないかと言い始めてきております。そうすると「院内相談員」と訳してもいいだろうなと思っています。あとは、ペイシエント・アドボケイト、院内相談員が必要とされる病院のなかの環境としてはどういうものだったのか。なぜ必要とされたのかということ。それから、実際の役割、何をしてきたのかということ。そのあととまとめとしてお話ししたいと思います。

では、ペイシエント・アドボケイトという人は何なのかということですが、直訳しますと、「患者さんを

擁護する人」という意味です。しかし、この言葉はあまり適切ではなくて、患者さんを守ってあげるということでは絶対にありません。

ここに、アメリカやヨーロッパで受け入れられている考え方をご紹介したいと思います。ナショナル・キャンサー・インステテュート（National Cancer Institute）が定義しておりますペイシエント・アドボケイトは、患者の医療に影響力を持つ人。ということは、先生、看護師、ケースマネジャーなどの医療関係者全員と保険関係、雇用者、弁護士なども入ります。

ペイシエント・アドボケイトとは？

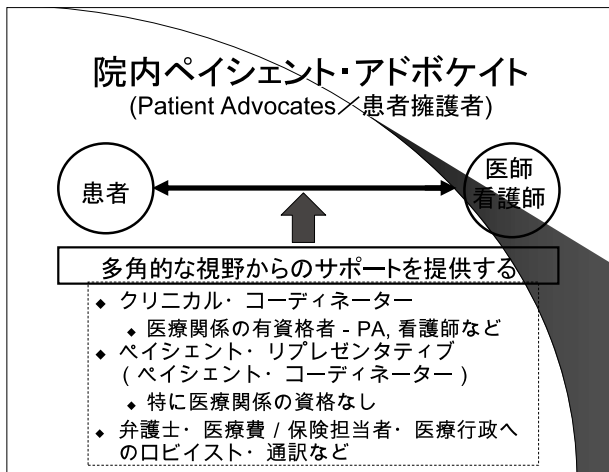
- ◆ 患者の医療に影響力を持つ者と患者が適切に協力していけるように支援する人
（医師、ケースマネジャーなど医療関係者、保険会社、雇用主、弁護士など）
- ◆ 医療、医療費、病気になったことによる職場での差別などの問題解決を支援する人
- ◆ 患者とその家族を支援できる環境に変革する人
- ◆ 病気に関して認識を高めるように啓発をする人
（支援活動、教育、研究など）

National Cancer Institute (www.cancer.gov)

そういった人と患者さんが適切に協力していけるように支援する人ですから、医療に関係している人だけではなく、患者さんの病気に関係している人だけではなく、病院とまったく関係ない仕事をする人もいます。それと病気になったことで職場に差別ができるとか、社会のなかで困った状態になったときに支援する人も含まれます。また患者さんとご家族から支援をしているうちに、病院のなかでこういうふうに変えたらいいねということを、ちゃんと病院の変革ができるところに上げて、そこで議論してもらって、こうしてみましようというように、病院のなか、または医療全体の環境を変えるのに役立っていく役割の人もあります。あと、逆にそういう活動をとおしていくうちに、「何だ、患者だってこういうふうになんてはいけなかったんだよね」と患者さんに気付きを求めるとか、何でもかんでも文句を言ってやれというような姿勢を改めてもらうように教育をしていく立場の人とも言われて

います。

では、私がジョンス・ホプキンス病院でやっていたようなペイシェント・アドボケイトの役割はといいますと、多角的な視野から、究極的には先生と患者さんが病気を治していくのに対してサポートを提供する役割です。医療の資格を持っている、例えば、アメリカではフィジシャン・アシスタント (Physician Assistant)。PAと呼ばれていますが、お医者さんの資格はないけれども、ある先生方から、これだけはやっていいと言われている人です。例えば、予防注射や脈



を測って、ある程度の判断をして、風邪ならこの薬と出せるようなフィジシャン・アシスタントや、看護師さんのなかでも、もっと上の何年も経験した人で、この役割をする人がいます。その人の場合は、ホプキンスでは私の記憶が正しければ、クリニカル・コーディネーターと呼んでいました。これは何をやる人かという、例えば、担当医が患者さんに病気の説明をします。ところが、患者さんは「はい、はい」と言いながら、実はあまりよくわかっていなくて何となく帰ってきってしまった。そして手術になって、「副作用はあると聞いていたけれど、こんな副作用があるなんて知らなかった」と言われることはよくあるわけです。そこをきちんとわかってもらえる話をするために、先生にわからないとか、何となくちょっとぴんときませんということを言いにくいまままで終わらせないために、別の切り口で説明ができる人を別に持っていることがあります。これは、患者さんからどういう質問がきて、どういう説明を自分がしたのかを担当医と本当に密に連絡を取りあっている人です。この人は具体的に、病気のことや治療で先生が説明された病気の説明などをします。私がやっていたのは、その次にあるペイシェント・リプレゼンタティブという役割で、これもダイレクトに訳すと患者の代理人となりますが、間違ってい

ただきたくないのは、決して患者さんの代わりになって先生と話をしたり、患者さんを黙らせておいて、自分がこうだと思います、ああだと思いますと言う役割ではありません。この関係の人たちは医療の資格は特にありませんが、病院のなかである程度トレーニングを受けます。資格のない人から見てどうなのかという視線が必要だということです。これはホプキンスのなかでの呼び名です。総称してやっていることは何かというと、ペイシェント・アドボケイトの役割ですが、病院によって名称が違います。私の場合は、ペイシェント・リプレゼンタティブで、ペイシェント・リレーションズ・デパートメントという部署でした。

これが比較的一般的ですが、例えば、患者さんが治療途中で突然意識不明になってしまっ、遺書や事前にディレクティブみたいなものがないときにどうしたらいいのかというときに、親族の方が挿管しているのを抜いてもいいとか悪いとかという話になると、利害関係が生じてきてもいけない、感情的に難しい立場に追いやってもらえないということがあります。そういうときには、州政府からヘルスケア・リプレゼンタティブという人が呼ばれます。その人と混同することもあるので、通称「コーディネーターさんと呼んできて」と言う私たちのことで、ペイシェント・コーディネーターと呼ばれていました。これは通称です。

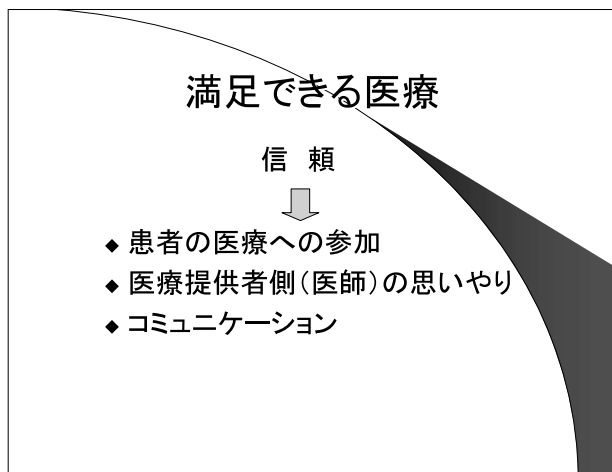
いろいろな病院に聞きますと、ペイシェント・リプレゼンタティブという呼び名が比較的多い。なかにはコミュニケーション・ファシリテーターとかペイシェント・コーディネーターもありました。呼び名はあまり関係なく、私は日本であれば院内相談員でいいだろうと思いますし、豊田さんがなさっている患者支援員でもいいかと思っております。

この人たちは、病院に雇われています。ある程度のトレーニングもしていないといけませんし、病院の側として患者さんに何ができるかということを示すための役割でもあります。外から治療の責任を取らない人がとやかく言うのではなくて、治療をし、治療の責任をお取りになる先生またはその病院と、その病院でかって治療の結果をお引き受けになる患者さんが、きちんと治療をしていけることをサポートするためにいるので、病院の経費、事務的な経費で雇われていると考えていただければわかりやすいかなと思っております。こういう役割をしておりました。

これがなぜ必要なのかというお話を次にしたいわけですが、ちょっといまはこういう役割があるのだなということだけを頭に置いていただいて、なぜこの人た

ちが要求されてきたかをお話ししたいと思います。

最近、日本でもよく、満足できる医療だとか患者中心の医療ということが言われますけれども、これを日本でアンケートを先生方と患者さんにとってみました。そうすると、先生方も、治療には医師と患者の信頼が大事とおっしゃいますし、患者さんもそうおっ

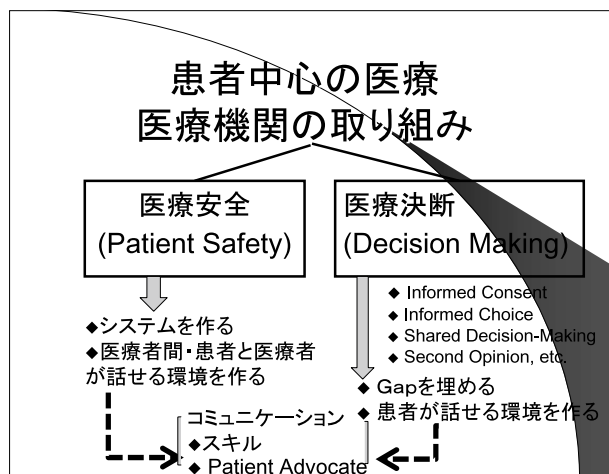


しゃる。そのためには患者の医療への参加が大事で、医療の提供者側の特に先生方の思い入れが大事だと両方からおっしゃいます。そのためにはコミュニケーションは大事だねとおっしゃるんです。しかし、同じものを見ているのに、昨今のちょっとややこしい問題は何なのかと聞きますと、「やあ、それはもう先生方が患者の言うことを聞いてないから」と患者さんはおっしゃいますね。先生方に聞くと、「いや、病気は自分のことなんだから、もうちょっと自分はどうしたいんだとか、不確定要素もやはり受け入れてくれなくっちゃ」とおっしゃるわけです。同じものを見てい



るのに問題が起こったときには、「ちょっと相手が悪いんじゃない」となってしまう。ここのギャップを何とか埋める方法はないだろうかという役割で出てきたのが一つ、パシエント・アドボケイトです。

もう一つは、患者中心の医療と言いますけれども、これは患者さんが好きなようにするとか思ったようにするとか、気に入らなければ先生方や看護師さんを怒鳴りつけるという意味ではまったくありません。このなかで、医療側でできる取り組みとして、患者中心の医療を支える二つの大きな柱があります。何かというと「医療安全」と「医療決断」です。この二つが非常に大きな患者さんの満足度にもかかわるし、患者中心の医療の大きな取り組みになります。まずシステムをつくる。患者さんが、「私は何々です」とか、「この薬を飲みたくありません」と言おうが言うまいが、意識不明で入ってくるということもあるわけですから、患者がしゃべろうがしゃべるまいがシステムの患者さんを守る。例えば、間違った薬が投与されないように、



誰かが間違ってもどこかで「この方とは違うんじゃない。カルテが入れ替わっていない」と気楽に声が出せるような、間違っていたら、「ごめんね、思い過ごしだった」と笑えたほうがいいじゃないですか。間違って消毒液を患者さんに投与してしまってから、「あちゃ」となるよりも、どこかで誰かが間違えても間違ったことを食い止められるシステムがあるほうがいいと思います。

私が実際にホプキンスでこの役割をしていたときに、患者さんで左側の腎臓の手術をなさる患者さんが入っていらっしゃいました。患者さんが入ってくると、アメリカの大きな病院はだいたいそうですが、まずトリアージをします。そのときに、お名前・年齢などを全部聞くのです。そして「今日は何をしにいらっしゃいましたか」と聞くんです。手術だと思って来ているのに、「今日は何をしにいらっしゃいましたか」と言うのと、患者さんはびっくりして鳩が豆鉄砲を食ったような目でいらっしゃったんですけど、これはルールになっているので、知っているんだけどわざと聞い

ているんですと説明して、ちょっと付き合っただけでくださいと。そして、「今日は手術です」「どこを手術するんですか」「腎臓です」「どっちですか」「左です」「じゃあ、先生は誰ですか」となっていくんですね。そして全部言わせるんです。それはもちろんカルテに書いてあります。それが、ちゃんと合っているかどうか、とりあえずは看護師さんが全部チェックするんです。そのときに、看護師さんが私にずっとショッキングピンクでマークしてあるのを見せたら、「右」になっていたんですね。これをすぐに言うべきかどうかと思ったのですが、ちょっと待ってみよう、まだ道のりは長いぞと思って。今度は手術の準備室に行きます。その準備室の担当の看護師さんが同じことを聞くんですね。「何をしにいらっしゃいましたか」から全部です。次に手術の準備室にいるときに、麻酔科の助手をする先生、麻酔科の看護師さん、麻酔科の先生、外科の看護師さん、外科の助手をする先生、外科の先生と最低でも執刀医が6人入ってくるのです。みんな同じことを聞くわけです。

さすがに日本人の患者さんは、「どこを手術するかわからないで、やめてくれ」とおっしゃいましたけれども、「ごめんなさい。そういうことではなくて、一人でも違った意見を聞いたらチェックポイントになるので、これは無理やり聞いているんです。不愉快だと思ってくれる、ちょっと聞いてください」。でも、みなさんの持っていたカルテが全部右になっていたんです。そしてみんなショッキングピンクでマークしていくわけです。さすがに途中で、外科の看護師さんが来た真ん中ぐらいで私も耐えかねて、手術室の担当の準備室の看護師さんを外に出して、私はこの患者さんと初めから付き合っているけれども左だよ、左と言ったら、「執刀医の先生にも全部情報が回っているから、最後まで我慢してね。最後にもし『右』と言ったらとめてね」と言われたんです。そして私はずっとくっついていたら、最後に執刀される、いつも診てくださっていた先生が入っておられて、「やあ、今日はお天気がいいですね。ご機嫌いかがですか」とまた同じことを聞くんです。自分が執刀するのに「誰が執刀しますか」と聞くんですね。そして「じゃあ最後に、最終確認でみんなで確認をしましょう」と言ってフィルムを持ってこられて、「これはあなたのフィルムですが、お名前は間違っていないですか」と聞いて、「こっちが左で、こっちが右。これに異議のある人」と、麻酔科の先生もみなさんがいらっしゃるところでそう言って、「今日の手術は左ですね。みなさん、よろしいで

すか、左ですよ。患者さんもいいですか、左ですね」と言って麻酔がかかって手術に入っていました。終わって、私はほっとしたんですけど、ああ、こういうことがあるんだなと。みんなそれぞれがさっとカルテのなかを左と直しているし、メインのカルテの先生のところに担当医の先生が左と直してサインをされました。それは私も見せていただきました。そういうシステム、最後の最後まで間違わないというシステム、誰かが間違っても最後で食い止められるシステムをつくるのがまず大事ですが、それだけではやはり不十分です。患者さんが医療者と患者さんが話せる環境、例えば、「患者さん、今日はお薬が出ていますよ」と言われて、何気なく取ってしまわないで、「先生からそういう説明は受けていません」とか「このお薬ではなくて、違うお薬じゃないですか」ということが言えるような患者さんになってもらいたいし、言いやすいような環境をつくるのが大事になります。

もう一つは、医療決断ですが、もちろん医学的な決断は先生方がなさるわけですが、「わかりました。了解しました」という決断の意味は患者さんがするんですね。そしてこの患者さんがそこまで言えるためには、例えば、インフォームド・コンセントなどいろいろなものがあります。ところが、どうしても形骸化してしまっていて、先生方が一所懸命説明をされるんだけど、「うん、うん」と聞いていてサインをしたけれども、あとに「副作用があると聞いていたけれど、こんな副作用があるとは思わなかった」というのはよくあるんですね。それを、やっぱり患者さんに考えてもらうために、シェアード・デシジョン・メイキングやセカンド・オピニオンなど横文字でいっぱい続きますけれども、病院側・先生方のほうがいろいろな手法を考えるわけです。ところが、これだけではやっぱり不十分で、先生方が説明したものを、ふんふんと聞きながら、でもやっぱりそうは思っていなかったというところのギャップを埋める努力が必要になりますし、患者さんが「いや、先生ごめん。先生の言ったこと全然わからない」とか「こういう説明だと、ちょっとこういうこと」と聞けるような環境づくりがすごく大事です。そうすると、ここでコミュニケーションが非常に大事になってきます。当然ながら、先生方のコミュニケーション・スキルを上げていただくとか、看護師さんのスキルを上げていただくことも大事です。そして患者さんのスキルが上がることも大事ですが、しゃべれないと言っている人に「おまえも言わなきゃだめなんだ」と言っても、なかなかこれは難しいです。そ

うすると、その患者さんの声をどこかで吸い上げてあげられるようなものを病院のなか全体で持つのがいいのではないかという考え方が出てきた一つとして、ペイシェント・アドボケートというものを考えたかどうかというふうに出てきました。

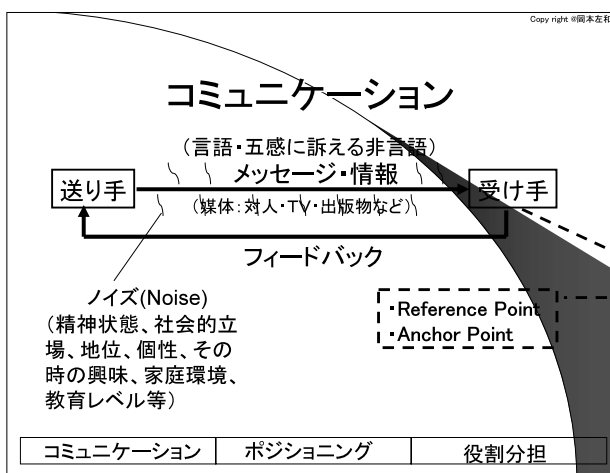
例えば、患者さんが帰り際のお会計をするところで「先生からもらった薬、飲みにくいんだよね」とひとこと言ったとします。事務の方で、スギオカさんがもしそれを聞かれたら、どうされますか。もし、病院に勤められていたとして、「いや、それは薬のことですから、先生にお聞きください」とおっしゃいますよね。でも、それではだめなんです。なぜこの人は私にそれを吐露できたかということを考えてもらわないと。その人だったから言いやすかった可能性があるわけです。そうすると、その気持ちが吐露できた人が、その患者さんを先生につなげてあげないといけないんです。そうすると、看護師さんでもいいし、薬局の方でもけっこうです。「先生、すみません、この薬で調剤をいただいていますけれども、この薬はちょっと大きくて飲みにくいとおっしゃっているの、小さい錠剤に換えてもいいですか」とか、例えば「お飲みになっていないみたいなんですけれど」という情報が先生のところに全部入らないといけない。仕組みの一つとして、そういう役割の人を入れてはどうかという発想があったと聞いております。そうしますと、ちょっと遠回りしますが、コミュニケーションということが大事になるんですね。もういやというほど、いま医療界ではコミュニケーションという話を聞きます。コミュニケーションと言われるので、コミュニケーションは何と聞くと、意外とわからない人が多いですね。

今日は、ちょっとそのお話しをしたいんですけども、コミュニケーションというのは二つ。個から個または個からマス、マスからマスという、何かものを伝

達するものがあるものをコミュニケーションと言います。だから、NTTもコミュニケーションだし、広告とか代理店をする人もコミュニケーションだし、いろいろですが、一番核はここなんです。一番核は、いまここにお示ししているような、まず情報の送り手があります。この人がメッセージを受け手に送ります。この受け手が「ああ、何だ、こういうことですか」とか「ああ、わかりました。こういう意味ですね」というフィードバックを返して初めてコミュニケーションのワンプロセスが終わるんです。これを何回も繰り返して、自分が言いたいことを相手に伝える。できれば1回ですむのが一番いいんですけども、残念ながら送り手から受け手にメッセージを送るときに、ノイズ(Noise)と呼んでいる、情報をゆがめる環境が存在します。それは何かというと、その人の精神的状態であったり、社会的立場であったり、地位だったり、いろいろあります。例えば、齋藤先生が「すみません、ちょっとコピーしてください」と言われたら、みなさん喜んでされると思いますが、私がたまたま入って行って、今日はちょっと使うからと思って、すみません、これちょっとコピーお願いしますと言ったら、事務の課の女性は、何でこのおばさんに言われなくてはいけないのと、きっと思います。

それは、私が今日ここで講演をしなくてはいけなくて、スライドを1枚コピーするのをお願いし忘れてしまったなと自分のことはわかっているわけです。だから、コピーをお願いしますと言ったつもりだったんですけど、向こうの人は、岡本左和子が今日話をするという話は聞いていないので知らないわけですから、「あんた、誰やねん」という話になるわけですね。ですから、そういうことを全部すべて知っているか知らないか、その人がどういう人なのか、ここに所属しているのか、帰属していないのかということで全部情報をゆがめるんですね。そうすると、時間がないわけですから、送り手の情報を受け取るときに受け手が何を考えているかと、できるだけ考えながら情報を送ってあげる。実は、私は岡本と申しまして、今日ここで話をさせていただくことになっています。スライドを1枚プリントしていただくのを忘れまして言えば、ということなのかがわかる。そういうことを補いながら話してあげる必要が出てくるだろうと思います。

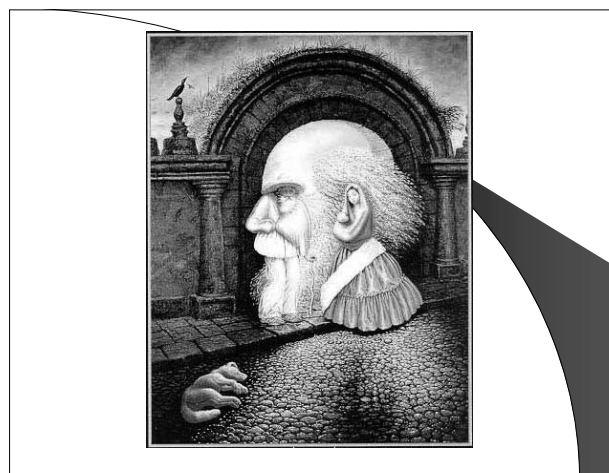
レファレンス・ポイントと書いてあるのは、その人の理解範囲。アンカー・ポイントはどこに立脚して話を聞いているかということです。それを想像しながら、ある程度話をする、またはそれを引き出しながら話を



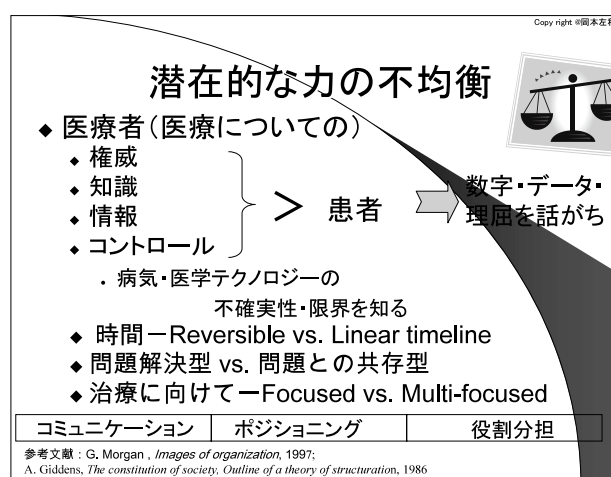
することが大事になります。これがコミュニケーションなんですけれども、だいたいいまの若い先生方は、コミュニケーションの授業をお取りになっているので、「やっぱりそんなことを言っても共感が大事ですよ」とか「思いやりが大事ですよ」とおっしゃるんです。共感が大事とおっしゃいますが、例えば、私が経験した事例では、子宮がんの患者さんがいて、会社をお持ちで早く仕事に戻りたいという方がいたんですね。その方がいろいろインターネットを駆使して情報を持ってこられるわけです。そして「お腹に穴を開けて、腹腔鏡で手術をすると意外と身体に負担も少なく早く帰れるらしい」と。彼女は早く帰りたいというところに立脚して話を聞いていたり、情報を取るわけですから、それにばかり頭がいくわけです。ところが、残念ながら彼女の子宮がんは非常に大きかったのと、前後に筋腫までくっついていてかなり大きかったので、もちろん卵巣も取らなくてははいけないしというお話だったのです。そしてその先生が本当に辛抱強く懇切にねいにお話をなさるんですけれども、どうしても切らなくてははいけないほうの話に重点を置いてしまうのです。どうしてもそれはしなくてははいけないのです。そうすると、患者さんとのあいだに、切らないですむのではない、早く帰りたいというところに立脚して話を聞いている人とのあいだにずれができます。そしてとうとう業を煮やして先生が、それまでは本当に思いやりを持って辛抱強くお話をなさっていたのですけれども、ついに「僕の母親だったとしても、この手術を勧めるよ」とおっしゃったんです。そうしたら、その患者さんは何と言ったと思いますか。「冗談じゃない、アメリカまで飛行機代を払って息子の話を聞きにきたわけじゃないのよ」とおっしゃったんですね。そのところでずれてしまっているわけです。「私は専門家の話を聞きにきたのよ」と。そして彼女は早く帰れる方法をとっているから、たぶんかたちとしては、受け手の立脚点に立つ、または理解範囲を想像すると、そのことばかりが頭にあるから、そこをまず話して、それでは無理なんだというところを明確に出すことが、もしかしたら優先だったのかなという気がしています。

この絵を見てください。同じ時間に同じだけ同じ絵を一緒に見ているんですけれども、やっぱりおじさんの顔の絵を見ていらっしゃる人と、イヌがいて、カップルがいて、女の人が赤ちゃんを抱いている絵に焦点をあてて見ている人とがいるわけです。

コミュニケーションとはこういうことなんです。先生方が一所懸命説明しても、その人が先生の話に本当



に耳を貸していないと、違うように考えて、違うように自分の都合によいように、違うように都合のいいところだけを覚えているから、コミュニケーションとはこういうことなんですね。そうすると、先ほど言った受け手のほうのアンカー・ポイントとリファレンス・ポイントを医療の場合はどのように見たらよいのか。それをゆがめる原因は何かということですが、例えば、医療側がゆがめていることを考えてみます。それを調べるには、ポジショニングと言いますが、私は誰で、あなたは誰ということなんです。「そんなの私は医者で、あなたは患者だもの」という単純なことではなくて、私はいったいどういうプラスの性格があって、マイナスの性格があるか。それが患者さんにもちゃんとわかっているか。患者さんにはどういうマイナスの性格があって、プラスの性格があって、それが先生方や医療する側にもわかっているかということです。



医療者のほうに、医学にはもちろん権威があります。権威と言うと、また日本の患者さんに「偉そうに」と言われて申しわけないのですけれども、そうではないのです。権威というのは、判断し実行する力です。医学には当然、先生方に判断して実行する力があるわけ

です。ここを障る人がいたら、これは怒ってください。私たちのような役割の人間がそこにタッチしたら怒ってください。これは絶対に揺るがしてはいけないところ。もちろん知識もそうですし情報もそうです。

百歩二百歩譲って、インターネットの時代ですから、患者さんが同じ量の情報を持ったと仮定します。ところが、その情報を持っても知識または医療に置き換えることができません。もちろん治療に使うこともできません。ですから、情報や知識といった医療に関する権威、治療に関する権威はどうしても先生方に傾きます。

そしてこのコントロールが何かというと、医学と医療テクノロジーまたは病気・治療に対しての不確実性と限界を知っている人なんです。こここのところが一番大きな問題だと思いますけれども、二つの関係、例えば先生方と患者さんの関係において、この上四つの力が傾いているほう、重いほうにコントロールの力ができてしまうということです。だから、先生と患者さんが対峙すると、先生は全然偉そうではないのですが、どうしてもコントロールしている力がはたらいっているようになってしまうということです。

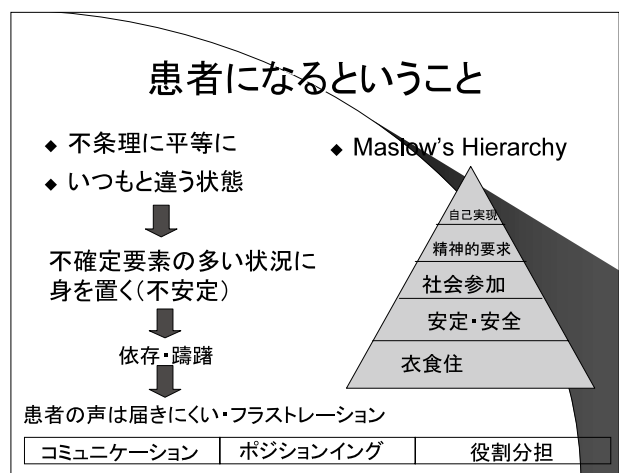
もう一つ大きいのは、時間の感じ方が違うんです。人間は、おぎゃあと生まれたときから死に向かって一直線を歩いているんですけれども、ああ、今日私は死に一步近づいてしまったと思わなくてもいいのは、朝起きて、顔を洗って、ご飯を食べて、仕事に行く、学校に行く。学校や仕事に行って、似たようなことを毎日繰り返していますね。日々違うけれども似たようなことを繰り返しています。だから、時間に幅を持っているので、前進していることに、あまり気が付かないと言われている。ところが、「あなたは病気だ」と言われた瞬間、特にそれが重い病気だと言われた瞬間に、この一直線の道を歩いていることに、はっと気付かされるわけです。そうすると、先生方のお仕事のなかで重篤な病気を診断する、またはある程度死を宣告するときに、先生方のお仕事の幅があるなかでの行動ですね。患者さんの側は一直線な道に立ってそれを聞くわけです。

そうすると必然的に感じ方が変わってしまう。うっかりしていると、患者さんを傷つけていないつもりなのに、そういうつもりは全然ないのに患者さんが傷ついていることに気が付かないで、どんどん病気の話をしてしまうようなことが起こります。病気が見つかった段階で、先生方は問題解決型なんです。ところが、例えば、お腹が痛いと言われたときには先生方

にはいろいろな可能性があるもので、フォーカスがマルチですよ。ところが、診察して、検査をして、結果が出て診断を下したら、いきなり治療に一直線になりますでしょう。それでも患者さんは、お腹が痛いことがワンフォーカスなんです。そして診断されて、例えばがんなどの、ある程度重篤な病気になると、今度はそんなことでは会社は休めないとか、うちに介護のおばあちゃんがいるのにどうしようとか、いま休まなくては行けなくて給料を下げられたらローンが払えないとか。「重篤な病気からしたら、そんなことはあとの問題で身体のほうが大事でしょう」と言われても異論はないんです。でも、患者さんの側は、同じぐらいの重みでいろいろなことを考え始めるわけです。そうすると、共存型になってしまうので、ちょっとものの見方がずれてしまうということになります。だから、先生方は治療に向けてフォーカスになるけれど、患者さんはマルチフォーカスになります。これが、いい悪いではないのです。そういう傾向がどうしてもあるというお話をしました。これは言い悪いでは絶対になくて、これを先生方も理解し、患者さんにも理解してもらいたいんです。先生というのは、そういう傾向があるから、自分たちも気を付けて先生と話さなくては行けないよということです。

では今度、患者さんはどういう人かということになると、ある日突然、病気が降ってきます。健康でびんぴんしていたのに、ちょっとこのへんが痛いと思って、2カ月ぐらい過ぎて、はっと気が付いて耐えられなくなって診察に行ったら「がんです。手術できません」と言われたとか、「こういうことになりました」と言われて、いつもと違う状態にいきなり置かれるわけです。昨日まで元気だったのが、いきなり違う状態になるわけですね。

ちょっと、この右側の Maslow のヒエラルキーとい

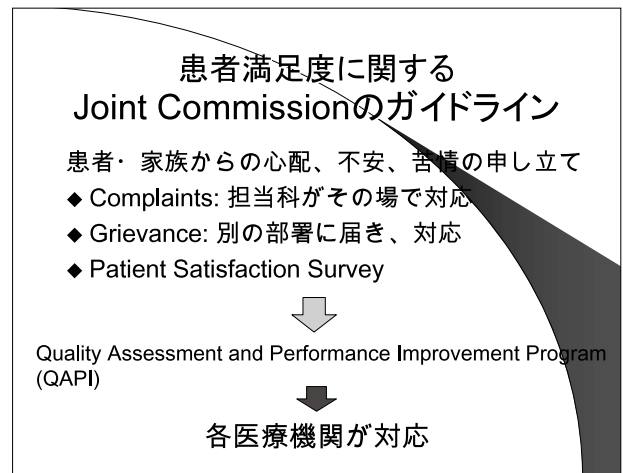


うのが、心理学者の人間のニーズを分けた表ですけども、人間は衣食住を満たしたら、安定や安全を求める。1個の人間としての基本が求められてから、社会参加や精神的な要求や自己実現をしていくというニーズが変化するという理論です。この上三つはどれが下かというのは言えないということに最近はなっています。ところが、下二つは確実にしないと上に行けないことになっています。いまたぶん日本人も、ちょっと経済的に不安定なのでいろいろ問題があるかもしれませんけれども、多くの人が社会参加以上の生活をしているとします。そうすると、ある日突然「がんです」と言われた段階で、安定したと思っていた生活が、介護はどうする、家のローンはどうする、娘の結婚はどうする、大学の学費はどうするという話になってくるわけです。安定していたと思っていたのがいきなり不安定になる。いろいろな悩みが出てきますよね。そうすると、病気のことぐらい先生にお願いしたい。ましてや治してもらいたいと思っているわけですから、お世話になる先生や看護師さんに自分の好きなことを言うてはいけないのではないかと。申しわけないのではないかとお思いになるわけです。そして依存しますし、躊躇します。ところが、依存して躊躇しているんだけど、人間なので、自分の意見はないかということ、あるんですね。ここがわがままなところですが、できたら先生たちに自分の意見をわかってもらいたい、ぴったりの答えを出してもらいたいと思うわけです。自分は何も言わないでおいで。

そうすると、先生方はもう治療に向かって一直線に行っていると、患者さんはふんふんと言ながら、心のなかでどこか違うんだけどなと思いがらいる。フラストレーションがたまります。

このフラストレーションがあまりにたまると、ちょっとしたことで爆発するんです。怒りに変わるんですね。だから、私がホプキンスで働いているときによく「患者さんが『おまえのところのカフェテリアのコーヒーがまずい』と言ったら、真剣に対処してください」と言われました。それはなぜかということ、コーヒーがまずくて、ごめんなさい。じゃあ、シェフにちゃんと言っておきます。次回来てまた飲んでくださいねと言ってチケットを渡せばいい話なのか、そうではなくて、それをきっかけにもっと奥に問題を持っていらっしゃるのかもしれない。それをきちんと突きとめてほしいということなんです。それが高じて「訴えるぞ」というふうに爆発してしまうまでに、そういうのは全部食い止めてほしいということなんです。

アメリカのジョイント・コミッション (Joint Commission) で患者の満足度に関するガイドラインがあります。簡単に言ってしまうと、患者さんがその担当科でちょっとしたことでもいいんです。苦情の申し立

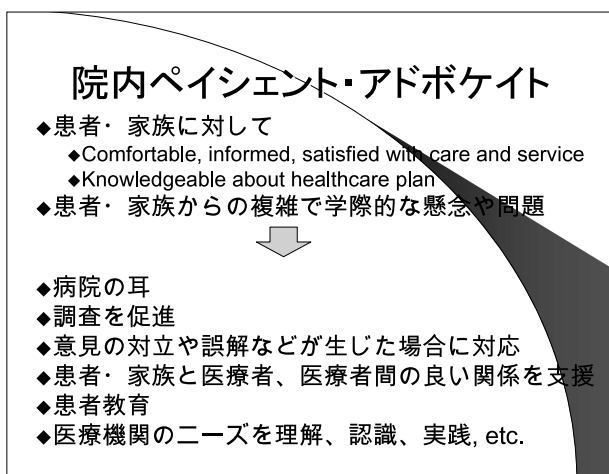


てや不安や懸念や質問などが来たときには、きちんとその場で対応してください。でも患者さんの苦情や懸念というのは、ダイレクトに来ないことが多いですね。そうすると別の部署に届くこともあるし、回り回ってくることもあるし、突然院長にいつてしまうということもあります。そういうのをまたちゃんと対応する部署を持つなり人を持つなりしてちゃんと対応してくださいというガイドラインです。

それともう一つ、患者さんに満足度のアンケートをしたのであれば、そこから引き出した「うちの病院は、ここをちょっと変えたほうがいいよね」というようなのはちゃんと対応してくださいというのが、QAPI (Quality Assessment and Performance Improvement Program) に書かれていて、それに従って各医療機関でちゃんと対応してくださいというのがあります。それに対応できないと、保険点数などが下げられたりしてお金がこないということがあるので、こういったなかでペイシェント・アドボケイト、誰かがその話を聞いて、ちゃんと病院のほうにゲット・バックするとか、反映させていく人があってもいいのではないかなというのが一つです。そういうなかから出てきた役割でした。

次に、ではペイシェント・アドボケイトと言うけれど、何をする人なのかということです。これは、アメリカでA H A (American Hospital Association)、アメリカ病院協会というものがあります。アメリカ病院協会の傘下のなかにソサエティー・フォー・ヘルスケア・コンシューマー・アドボカシーという、S H C A (The Society for Healthcare Consumer Advocacy)

と私たちが呼んでいる、私もそのメンバーですけれども学術グループがあります。それは、アメリカ病院協会にも認められているので、当然ながらアメリカの医師会にも認められているグループとして存在しています。その学術会議にも行きますが、そのなかで大まかにこういうことをするだろうというのが出ています。それは、患者さんが、満足してちゃんと病気の情報を得て理解をしたうえで、医療やサービス、病院の治療を受けるということ。それと自分の病気の治療プラン、治療計画について、きちんと知識を持って理解をしたうえで自主的に臨むということなんです。そうすると、それを理解させる人はもちろん先生ですが、先生とその先生をヘルプして、患者さんがあとからよくあるように「副作用があるとは聞いていたけれど、こんなふうになるとは思っていなかったの、これは医療ミスではないだろうか」というような意見が出ないようにヘルプをする人です。



あと、家族や患者さんからいろいろな問題が出てくるわけです。先ほどの患者さんみたいに「先生、早く帰れる方法はないでしょうか」とか「長く入院できないので、2週間のところを1週間で何とかありませんか」というようなことがありますね。そういういろいろな問題が出てくるわけですが、そういう話をやはり誰かがずっと聞いていなくてはいけません。日本の場合、それはどうしても先生でないとだめになってしまうと、先生はただでさえ時間がないのに、ずっとそれを聞いているわけにはいけません。本来ならば、先生方にすごく時間があって、患者さんがうだうだ言うのを聞いてあげられて、そのなかから先生が必要なもの、看護師さんが必要なもの、ソーシャル・ワーカーさんがやらなくてはいけないものなどを引き出せばいいですけども、そんな無駄はできないわけです。そういうことをずっと聞いてあげられて、

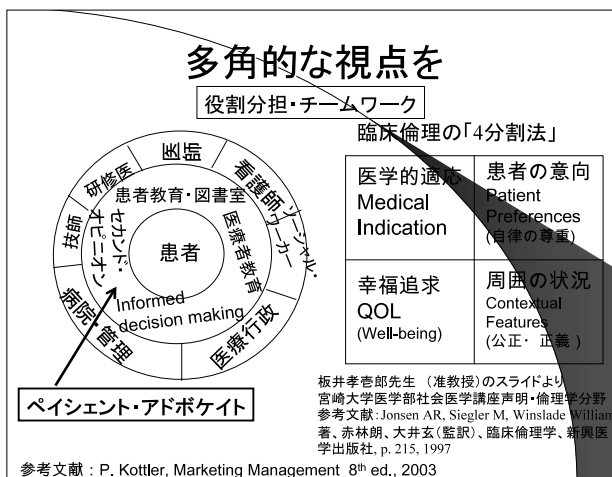
病院としては何をしたらいいのかということをはっきりさせる。これはもう先生に出てもらわないとだめだということまで聞ける人が必要になってきます。そうすると、望まれていたのは、一般的には病院の耳になってくださいということです。それと何か困ったことが起これば、それをちゃんと調査して促進できる人。また、意見の対立や誤解などが起こったときには、ちゃんとそれを病院の側、患者さんの側の両方側からものを見て意見が言える人。できれば患者さんに気付いてもらって、「これはちょっと私が言い過ぎだったわ」とか、先生や看護師さんのほうに「ちょっと言い足りなかったわ」ということをわかってもらえる人です。

また、先生方と患者さん、先ほども言いましたが、治療の責任をお取りになるのは究極的には先生です。そして治療の結果をお引き受けになる患者さんという関係であればいいわけで、その支援をできる人。なかに入ってどうこうする人ではありません。それを支援する人です。そうこうしていくうちのなかに、「私、あの先生方にちょっと理不尽なことを言い過ぎちゃったな。そうじゃなくて、これは自分が決めなきゃいけないことだった」とか、「ここは自分が先生たちの話をよく聞いて、自分が考えなきゃいけないことだった」というように患者さんの側にも、ある程度教育なり、考えを促していく役割もします。

あと、病院の側としてはできることもあるし、できないこともあるわけです。そういう病院側からのお願いをある程度理解してもらい、または認識してもらい、そして実践してもらいというようなことを促していく役割でもありました。これは、私たちがということではなくて、みんながやるんだけど、そのなかに医療に属していない人間がいても、いろいろな面が見られてよからうということです。

いままでの話をまとめますと、多角的な視点を医療のなかに入れてはどうでしょうかということです。病院のなかというのは、いままでは先生方が全部何でもかんでも矢面に立つわけですが、そうではなくて、患者さんを真ん中に置きます。でも、これは患者さんが好きなようにするとか言うとおりにするという意味ではありません。患者さんを真ん中に置いて、医師という専門職で患者を見たときに何ができるか。看護師さんは、看護師という役割で何ができるか。ソーシャル・ワーカーさんはソーシャル・ワーカーさんという役割で何ができるかということを真剣に考えて、それぞれが粛々と自分の仕事をしていく。しかし、ばらばらでは困るので、医師をチームリーダーとして、

このあいだのコーディネートを取るといことです。



そのときに、認識の違いがあったり、思い違いがあったり、認識のずれがあったりするので、誰かそれをヘルプできる人があるといいよねというのがパシエント・アドボケイトの役割です。たぶん病院側に雇われているという意味では、本当はこちら側の枠に入るべき役割ですが、実際の仕事内容としては、例えばセカンド・オピニオンを取らせてみて、患者さんに二つ意見を取って悩んでもらう。

要するに患者さんが自分の病気のことを他人任せにしないで一所懸命に悩んで、どういうふうになっても「よし、こっちでいく」と、先生が言ってくださってもこれでいくと前向きに判断したり、前向きに医療の決断にかかわってもらう役割を促す、ヘルプする人です。働いているときに、やはり先生方から連絡があって「ちょっと来て」と言われて、「この患者さんにこのように薬を投与してきているんだけど、2週間たっても悪くもよくもならない。何にも見えない、変化がない。考えられることはいくつかあるけれども、そのなかで飲んでいない薬があったらということがあるんだけど、あなたが診察に行く前に患者さんとともやま話をするなかで、もしかしたら飲んでいないんじゃないとか、あの薬は飲みにくいとか、そういうことはありませんか」とか、小児科の先生だと、「ご両親の話のなかに、何かこういうことを示唆するようなことはありませんか」とか聞かれたことがいっぱいあります。

これは、もちろん私の意見なわけですので、ダイレクトにあの人がこう言っていたからこうなんだとはなりません、先生の頭のなかにちょっと入れておいて、診察のときに確認してみるというような役割を果たしていました。自分はそういう役割だと思って、ここまでは自分で理解していました。これは何かというと、

例えば、患者さんがあまり意識がはっきりしなくて、管から栄養を入れるかどうかというときに、できればQOLを考えたら、経口で食べさせてあげたいと思うわけです。そして家族もそう思うわけですが、管から食べさせるかどうかという判断を先生方にぼんと任せてしまうと、医学的に両方ともありで、両方ともマイナスがある。管から入れてしまったほうがいいかもしれないけれども、患者さんのQOLが下がったり、気持ちがダウンすることになってしまう。そういうときに、管から取るか口から取るかのどちらかというやり方ではなくて、医学的な判断が一番、もちろん揺るぎないものですが、これ以外の情報として患者さんの意向はどうか。患者さんの意思が出せないときに、どちらがいいですかと言うと、患者さんのご家族は「食べさせてあげたい」と言います。でも、それは患者さんのご家族の意見です。そうではなくて、患者さんはどうなのか。例えば、食べることが生きがいの人だとか、食べることが生きがいではないけれども、お茶だけは上等なものを飲んでいた。そうすると、口から取れるのであれば取ったほうがいいですね。

そして外部の状況としてはどうしますかとなったときに、栄養士さんとかが見ていると、「でも、先生、口から取れる量がしれているので、これでは体力的に無理です」という意見が出たとしたら、管から入れておいて、お茶だけはいいものを飲みたかった人だったら、誤嚥の問題があるとする、お茶だけはゼリー状にして、その人が好きだったメーカーのお茶だけを入れてあげるという判断もあり得るわけです。そうすると、四つをうまく網羅して、医学的なものも、先生方のご判断もじゃましないでいけるのではないかな。これをどっちかと先生方に選んでいただいしまうと、メリットとデメリットがあるとする、うまくいかなかったときに「ほうれ、見ろ。違う方法をやっていたらうまくいったじゃないか」という患者さんのご家族の気持ちがあったりするので、どうしても責任を誰かになすりつけたいのです。そうすると、矢面に立つのは先生方になってしまう。やはりそういうことを避けたほうがいい。

医療、医学のことは先生でないとだめなんです。このところを間違えてもらっては困るのです。先生方が決断し、患者さんが決断をするときに、医学的な知識は絶対に大事で揺るがしてはいけないんですが、それをヘルプするアイデアとして、いろいろなところから取るのもありかなと。ただその最終的な決断は先生方だし、患者さんだしということです。

こういう考え方を臨床倫理で使う「4分割法」と言うのだそうです。このようないろいろな面、視野からものを見られる人を入れるために、ペイシエント・アドボケイトもその一つの役割をしていたのかなと思っています。

では、この院内ペイシエント・アドボケイト、院内相談員の職域ですが、これがお話をしてきましたように、黒子になるといいますか、先生方と患者さんとのコミュニケーションを促進して医療参加を支援する、先生方と患者さんの関係を支援する人間なのです。先生方と患者さんがきちんと話ができていてうまくいっていたら、口を挟むべきではないんです。言いたがる人がいたら、怒ってください。そして対立をつくるためにいるわけではありませんので、きちんと公平に見て、これは先生のおっしゃることは伝わっていないな。

院内ペイシエント・アドボケイトの職域

納得して医療をうけてもらうために、医療者と患者のコミュニケーションを促進し、患者の医療参加を支援する。

1. 黒子になる（患者の代わりにならない）
 - 患者が自分で医療決断をしていけるように支援する
2. 公平を保つ（対立をつくらない・偏らない視点）
3. 責任範囲と説明責任を明確にする（教育）
 - 治療の説明責任 → 医師
 - 治療を理解、納得して選択 → 患者
4. 医療・治療の判断はしない
5. 守秘義務

先生の言っていることは正しいのだけれど伝わっていないと思ったら、患者さんに違うアプローチができることも必要になります。先生方の責任範囲でないことを患者さんが持ってくることもありますし、患者さんが突然それを言われても困ってしまうということもあるので、そういうところをもうちょっと明確にしておく人。それから、この役割になるのは、看護師さんがなろうが、私のように医療の資格のない人間がなろうが、医療判断、治療の判断は絶対にしてはいけない。こういう役割をしていますと、先生のお話を一緒に聞いて「岡本さんはどう思います」と言う患者さんが必ずいるんです。でも、私はこっちがいいと思う、あっちがいいと思うとは絶対に言わない。なぜかという、ずっと一緒にいると影響力が大きくなってしまいうんです。先生のお話を聞いて自分で考えて悩んでもらいたいんですね。その応援はします。しかし、悩むのをやめて誰かに決めてもらおうと、結果がうまくいかなかったときに、必ず「あんたの言うとおりにしたのに」と

ペイシエント・アドボケイトに必要な能力

- 誰がなるのか？
 - ◆ 医療資格者がどうかは問わない
- 不要な役割であることを自覚できる
- 平衡感覚がある（思い込まない・偏らない）
- 連携プレーができる（一人何役もできない）
- 問題の分析ができる（何が焦点か）

なってしまうんです。それはやめたいと思います。もちろん、守秘義務はあります。そうすると、資格がない人だと、どういう人になるのかということですが、自分が不要な役割であるということを知覚できる人。「私が何とかしてあげましょう」「患者さんのために」という言葉が私は一番嫌いで、「患者さんのために」という言葉のなかに、うまくごまかされてしまっている私たちの側のエゴが入っているのではないかなと思うことがあります。

あと、先生側にも患者さん側にも偏らないということ。それから当然、自分で処理はできないわけですから、先ほどの円に描いたように、これは先生に、これは看護師さんに、これはソーシャル・ワーカーさんという連携プレーができて、必ずそれを公平にコーディネートできる。

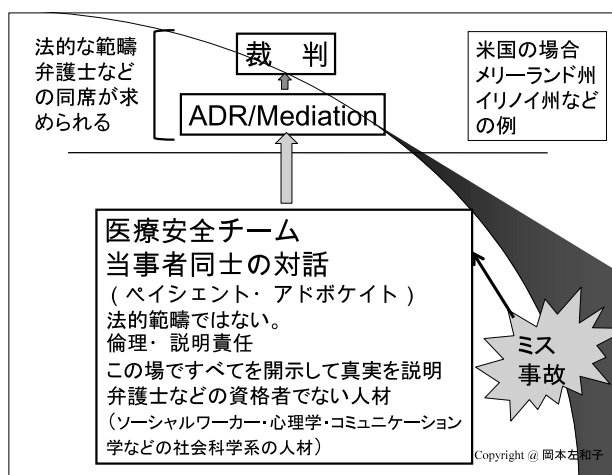
それから、何か問題が起こって患者さんが文句を言っているときに、問題の本質がわかる。わあっと言っていることに対し、わあっとなってしまうということですね。思いやりは示します。患者さんの気持ちは受け止めますけれども、だから何でも患者さんの言うとおりでないという役割ができる人と言います。

今日の一番大事なところですが、時間が来たのであと3分ぐらいください。

この役割の人が、医療事故に遭遇したときにどういう役割を果たすかということです。だいたい中規模から上の病院ですと、病院のなかに医療安全チームをつくっています。そのなかに、アメリカですと、看護師さんで弁護士さん、お医者さんで弁護士さんという人がいっぱいいるんですね。またはそのなかにいなくても外にそういう人があって、その人が来るとぱっと入って来たりする。院長先生はじめ看護師さんの代表やソーシャル・ワーカーさんの代表などいろいろな人がチームを組んでいます。名前をどのように呼ぶのか

はわかりませんが、医療安全チームがあります。そのなかにペイシェント・アドボケイトと呼んでいいのか、そこでは何という名称でいらっしゃるのかわかりませんが、看護師さんでもないお医者さんでもない弁護士さんでもないコーディネーターをする人がいます。その人が、病院のなかで事故が起こったら、そのチームにまず連絡を入れます。そしてペイシェント・アドボケイト、または、資格のない方が、まずここで資料またはカルテ等々データ類全部を患者さんに見せて、看護師さんを含めて担当した医療者全部がきちんともう一度落ち着いて説明をさせていただくという場所を設けます。そのコーディネーターはします。

ところが、取り持ちはしません。先生方など責任をお持ちの方にきちんと話をして、結果を受けた人にきっちり質問等々をしてもらいます。そういった場所をきちんと持たせることをしています。この話し合いを何回も何回も繰り返すと、患者さんの気持ちは変わってきます。これは単なるクレーマーではなくて純然たる事故という意味です。そのときには、わあっと思っていて何が起きているかわからないわけですね。質問も何か取り散らかっているかもしれないです。だけど、時間がたつと、もうちょっと先生と話してみたい、もうちょっと話を聞いてみたいという気持ちになります。その段階できちんと話ができる。また、もう少したっていくと、こういうことだったんですかと違う質問が出てくる。そのときにもきちんとこういう対応ができることが大事になります。



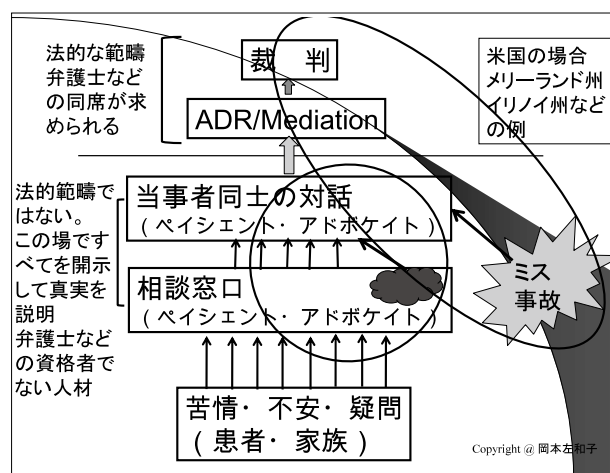
ここで何回話しても、どうしても話が決裂してしまう。どうしてもだめだというときに、裁判に持っていく方法がありますが、裁判というのは、まずこのときに初めてADRまたはメディエーションということをします。このときは、病院のなかではなくて、場所は病院かもしれませんが、元裁判官だったり元弁護士さ

りだったり、州政府から資格を与えられた方がやってきてメディエーションをやります。これは完璧な中立性が必要なので、病院に雇われているとできないという意味があります。それが終わってから、それでもどうしてもだめということになれば裁判に持ってきてくださいということが、メリーランド州またはイリノイ州、マサチューセッツ州などの大きな医療機関では、だいたいこのようになっています。

スライドのここから上は、判事さんや弁護士さんなど法的な資格をお持ちの方の範疇になります。この下は、病院のなかの人間できちんと対応しましょう。ここで話を本当はつけないわけですが、裁判などにならないで。というのは、これがやはり病院側の誠意でもあるし、患者さんが聞ける質問をきちんと取りましようということなんです。

病院側として逃げません、きちんとお話をします。きちんとお話をしますという代表として、ペイシェント・アドボケイトが場所を設定したり、先生方との連絡係になります。現実問題として、先生方が連絡係になるのは、治療などがありますから無理なわけで、例えば、「いま先生は手術中で部屋にいらっしゃいません」などと言ったら、疑心暗鬼になっているときは逃げたと思われるでしょう。そうすると、必ず連絡がつく人を置いて、私は逃げないでちゃんとつかまえておきますというような、言い方は悪いですが、そういう人を持っているというのは、患者さんに対して病院側のプレゼンツになるわけです。これは、純然たる事故が起こったときです。

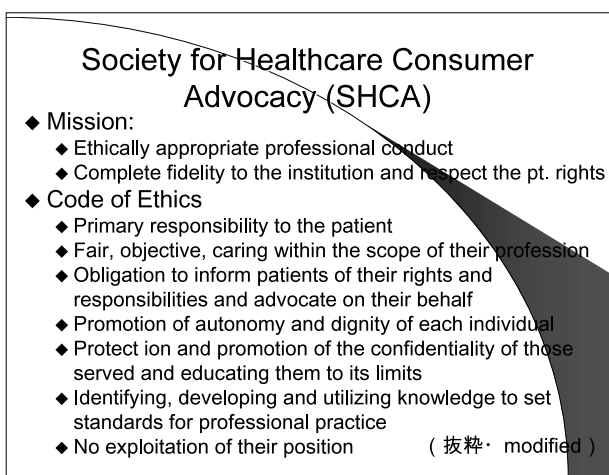
次に同じなんですが、患者さんから、いろいろなことが終わって帰りました。一段落して、しばらくいろいろ考えてみると何かちょっと疑問があるとか質問がしたいというようなことが出てきたときに、それをきちんと受ける。そして話を聞いていてほしい解決を



するのですが、ちょっとここがおかしいね、これは患者さんの言っていることを、もっと先生方にも聴かなくてはまずいのではないかということになったときには、先ほどの医療安全チームに持っていきます。そしてここできちんと先生方も資料を持ってきてもらって、看護師さんとかにも持ってきてもらって、きちんと話をしてもらいます。そしてここであるべく解決をしたいわけです。

これは純粋な医療事故が起こった場合、またはあとからわかった場合。ここは法律の範疇ではありません。ここでどうしてもだめとなれば、メディエーションなり裁判になって、ここから上は法律的な資格をお持ちの方の責任範囲になります。このようなところに、ペイシェント・アドボケイトという役割をしておりました。

役割なんですけれども、先ほど紹介したSHCAと呼んでいるペイシェント・アドボケイトのグループがあります。そのなかのミッションというか、職域をちょっとご紹介して、これをまとめにしたいわけです。



非常にプロフェッショナルな態度で職務規定に基づいて倫理的に適切な行動を取ることと、医療機関に対して誠実。ただ先生方のほうに誠実であり、患者さんのほうにも誠実であり、患者さんの権利をきちんと医療側に提示できる、両方の立場を確実にするということです。

私たちが働く倫理規定としては、患者さんを第一義には考えています。でも、これは言うとおりにするという意味ではありません。非常に公平で客観的な思いやりを示すということと、あとは患者さんに権利または義務を周知させてきちんと守ってもらうということです。だから、権利はありますが、日本の場合義務はあまり言いません。権利と義務は同等に起こりますよということです。

また個人の自立、主体性・自主性と威厳を促進していく役割でもありましたし、当然ながら両方の話を聞きますので守秘義務があります。ダブル・コンフィデンシャルと言いまして、例えば、この病院のなかで両方からの話を聞いた。あるとき、病院の廊下で豊田さんという患者さんに会って、「豊田さん、このあいだの件はどうしました」と私が聞いてはいけないのです。例えば、患者さんである豊田さんの側から、「岡本さん、先日の件なんですけど」と言うのはOKなんですけど、私から「豊田さん、先日どうでした」と言うのはだめなんですね。

なぜかという、誰が聞いているかわからないし、この人は何か問題があって、どこそこで話をしたのねと誰が聞いているかわからないんです。そしてこの人はそのことをその場で解決したことは、議論したくないかもしれません。それをこちら側からどうなったと聞くのはいけないのです。向こうから聞かれるのはいいのですが、こちらからは言うてはいけないことになっています。

また、そこにマイナスなこと、例えば患者さんとのいろいろなことから学んだこと、病院としてはこれからこうしたほうがいいのかもしいといったことがあれば、それをきちんとした会議、病院のなかで言えば会議なのか、役職の方なのかわかりませんが、等にお話を持って行って、病院のなかのシステムをある程度変えていく役割もありました。私が一人で率先して変えるわけではなくて、こういうことがあったので、こういうことはどうでしょうかという提案をする役割になっておりました。

こういう役割ですから、両方からいろいろなお話を聞くことがありますけれども、それをベースに私利私欲を感じてはいけないということもあります。こういうペイシェント・アドボケイトという名前を取ってきて、またペイシェント・レプレゼンタティブなどという名前を取ってきて、いま患者さんにお金を払わせて何か活動をしている人があるとも聞きます。

そういう規範のないなかでの行動は、やはり先生方と患者さんとの関係に亀裂・対立を起こして自分たちがお金を取るという方たちもありますので、私利私欲をしてはいけないということになっていますから、ちょっとどうなのかなと思っています。

これでお話は終わりですけれども、こういうことを説明させていただく機会をいただきまして、本当にありがとうございました。

(講演終了)

■意見交換会

座長／齋藤 信雄（府医医療安全調査制度等のあり方に関する検討委員会委員長）

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科医療政策学講座政策科学分野

新葛飾病院医療安全対策室 セーフティーマネジャー

岡 本 左和子 氏

豊 田 郁 子 氏

齋藤：岡本さん、ありがとうございました。非常に膨大なというか、アドボケイトの仕事のたいへんさというので、なかなか難しい話だと思いますけれども、ああいうことも結局、いまの病院医療のなかではいろいろな人が役割を果たしながらきたのかなとも思います。しかし、いま信頼が失われたというのか医療崩壊と言われるなかで、こういう仕組みを新たに構築していかなければならないということになろうかと思います。

あと、意見交換会を設定しておりますので、いまの岡本さんに対するご質問やご意見はそちらでお話をさせていただければと思いますが、その前に、今日はコメンテーターとして豊田郁子さんにきていただいております。

簡単にご紹介をさせていただきますが、豊田さんをご存じの方も多いと思います。病院の事務職として勤務されておりましたところ、医療事故にご自分の息子さん が 遭 っ た。そのへんから医療安全といいますが、再発防止に非常に関心を持たれまして、いろいろ勉強されました。

そういう活動のなかで新葛飾病院の清水（陽一）病院長が熱心でおられましたが出会われまして、いま新葛飾病院のセーフティーマネジャーとしてご活躍でございます。非常に広範に活動をしておられまして、厚労省の「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等のあり方に関する事故調（厚労省の診療行為に関連した死亡に係る死因究明等のあり方に関する検討会）」の委員も務めておられまして、貴重なご意見をいただけていると思っております。

意見交換会に入る前に、豊田さんご自身の活動をビデオでご披露いただけるそうですのでご覧ください。

（ビデオ上映）

豊田：すみません、ご紹介ありがとうございます。新葛飾病院の豊田と申します。今日は、どうぞよろしくお願いいたします。いろいろ、この6年間に経験したことをご説明するのはかなり長くなってしまいますので、映像で見ていただくのが一番いいと思ひまして、

今日お持ちしました。

これでは、もちろん伝えきれない部分ではあるんですけども、岡本さんと出会って、これまで私たちがやってきたことを情報公開、意見交換をしていくうちに、やはりこういうかたちが医療者と患者さんとの両者にとって支援につながっていき、信頼関係の構築につながっていくのではないかという思いになりました。二人で少しずつこのようなことを広げていく活動を始めているところです。今日はどうぞよろしくお願いいたします。

齋藤：ありがとうございました。豊田さんは、いま「架け橋研究会」（医療メディエーション研究会「架け橋」）で、患者さんと医療者のあいだの懸け橋といいますか、思いの違いといいますか、先ほどの岡本さんの話のなかにもあった、立場は全然違うわけですけども、その意思疎通を図るような研究会をされておられるそうです。

いかがでしょうか、いろいろ話が広がってしまうと難しいのですが、ちょうど豊田さんが来られていまして、病院のなかで実践をやっておられます。その実践のなかで、たぶん岡本さんの話を聞いていると、まだまだというところがいっぱいありますので、そのへんのところから取り掛かりをつくっていただく。あるいは、豊田さんのところでこういう人が、もっといてくれたらいいなとか何かご意見がありましたら、いかがでしょうか。

例えば、昔は、患者さんと医療者の仲立ちを看護婦がほとんどしていたんですね。薬にしても手術にしても注射にしても全部加害行為ですから、それを医者と患者さんのあいだに看護師がいて、医者の加害行為を患者さんに対してブロックするのが、一つの大きな役割でプラス看護ですよということを、実は言っていたんです。いまは、看護師が医者の手足でどうこうというのはどんどん減っていきまして、いわゆる看護専門職というかっこうのようになっています。医者をブロックするような役割は、僕も最近は看護師にはあまり言わなくなったんですけど。そういう役割を果たしていただくような立場かなと、いまお話をうかがっ

ていながら思ったんですけれども。

豊田：そうですね。今日のお話の前に、齋藤先生とか岡本先生とかとも、いま少しお話が出てきましたけれども、やっぱり医療も高度化していくし、いろいろな複雑な人間関係があるので、看護師さんではもう対応しきれない部分がすごく出てきていると思います。

ですから、いまは逆に看護師のほうが患者さんのそばに寄り添っているぶんだけトラブルが起きうということがあって、医師だけの問題ではなくなっていると思うんですね。そういう意味で、看護師でなければ理解できない医学的なトラブルもあるかもしれないけれども、逆にそうではない私たちのような人たちがお話をうかがわないと、なかなか話をつなげることができないということが、10年、20年前から比べるとやっぱり増えてきているのではないかと思います。

実際、日々こういう相談業務をしていますと、やっぱり10年前、20年前とは変わってきているなというのは感じています。私自身も20年前から病院で働いていますので、特に私は事務職でクラークでやっていたので、患者さんは、先生や看護師さんに言いにくいことを私たち事務に患者さんが言ってこられるんですね。ですから、やはり20年前と比べると、いまのほうはかなり複雑なことになっていると感じますので、そういう意味では、もう必要だと言い切ってしまうのではないかと思います。

病院の職員がやるべきこととしては、たしかに大きな医療事故などが起きたときには、病院の責任として対応しなくてはいけないのは当然のことですけれども、それだけではなくて、やはり今日、岡本さんのお話をうかがっていても、先生方の考え方や傾向的なものを、やはり病院のなかで一緒に活動していることで、私たちも理解しているなということをさらに感じました。ですから、つなぎやすいということがあります。

私は、いま父が病気をされていて、また患者家族になっているので、患者家族として病院と話をするのが、また難しいなと実感しているところですが、やはりそれは、先生方はこういう考え方をされる方が多いなということを理解しているから理解できるんですけれども、そうでなければ、あれだけのギャップは大げさでなく起きるということは、また当事者になってすごく感じているところです。ですから、先生方を理解できる人たちがなかに入らないと難しいのではないかと思います。とはすごく感じます。

齋藤：いまの日本の現状ですが。私は静岡県立静岡がんセンターへ、できて直後ぐらいに見学に行ったこと

があります。そこでアドボカシーという言葉を知りました。医療相談で患者代弁者さんという名前の方がおられました。いまの日本の実情というところ、どんなところにあるんでしょうか。

岡本：先ほど先生がおっしゃったみたいに、やはり看護師さんがその役割をすると何となく思っておられる方も多いと思います。患者さんとの苦情であったり、いろいろなことを聞いて、これは先生に持っていかなくてもいい、これは持っていったほうがいいということに分けている。

看護師さんもそういう認識で働いておられると思うんですけれども、やはり医療技術が進んでいろいろな選択肢が出てくる。いろいろな苦情が出てくる。いろいろな患者さんの思いが出てくる。Aさんにとってはこれでオーケーでも、同じ状況、同じシチュエーションで同じ病気で同じぐらいの年齢の方にこうだろうと思うと言うと、とんでもないと言われてしまったりする。

そういうようなややこしい状況、非常に複雑な状況のなかだと、やはり患者さんの一人一人のお気持ちが反映するのがいいという意味でいくと、やはり誰かそういう聞き取れる人を置いてあげないと、看護師さんに任せっきりでもしんどいし、なかには看護師さんにも言いづらいという人もいるわけです。そしてソーシャル・ワーカーさんだけでも無理だし、みんなが耳にならないといけないということです。

あともう一つは、お医者さんでないとだめという患者さんがあまりにも多い。たしかに病気のことはそうなんですけれども、先生方も医者でないとだめとおられる呪縛から解いてあげたい。あまりにもいろいろなものを先生方に持っていく過ぎで、たいへん過ぎると思うんです。そうすると、誰かしらみんなのつなぎになるような人間がどこかに一つ必要だろうと思っていて、そういう要望はどこの病院に話をさせていただくにしてもあるわけです。

ここから、先生のご質問になるわけですが、それをどうしたらいいのかわからないという状況下にいまあるのかなと思っています。もし、誰かが、これは厚労省の指導で誰か一人入れろでもいいし、誰かがぽんと背中を押してくれると、ずっと入っていけるような状況にあるのではないだろうかと考えていますが、それがいないために、みんなどうしたらいいのかしらという状況にいるのかなという感じです。

齋藤：いま、日本では一定規模の病床以上の病院で、医療安全管理室ができていまして、医療安全管理室長

が看護師さんであったり、保健師さんであったり、大学などは医者でしょうが、そういうところがぼつぼつ出ております。それがそういうかっこうに発展していくのか。または、いま厚生労働省がやっている医療安全体制のための管理室といいますか、医療安全室を設けろということになっていますけれども、それを基本にして進んでいくのがいいのか。また別のルートがあるのか。

豊田：ちょうど今年の4月から、厚生労働省のほうで、先ほどから名前が出ている院内相談員という人材を各医療機関に配置したほうがいいのではないかとということで、行政事業に少し入れて、研修費を半分ぐらい援助すると発表されているんですけれども、まだいまのところちょっとうかがっているのは群馬県でスタートするみたいですが、まだまだ関心がありませんので、養成事業がスタートできない状況になっています。

私たちが経験してきたなかでは、医療安全の管理室のなかに、そういう人が所属されること自体は別にどういうかたちでもいいと思っているんですけれども、実際はそういう所属です。ただ役割的には、調査や分析をされる方が対応することはやめたほうがいいと私は思っています。

それは、もっといろいろ細かく具体的な事例をご紹介したりしないとなかなか難しいことなのですけれども、やはり調査や分析をされる方は、あくまでも中立的な観点でそのものを見ていかなければいけないですし、医学的な部分についてもしっかり検証をしなくてはけません。

そういう方が中立的な気持ちでやっているなかで、患者さんだけではなくて、事故を起こしてしまった当事者の頭が大混乱しているところに、その観点の安全管理をされている方たちが対応されるというのは非常に難しいと私は思っています。それは連携も必要ですし、片方が逃げてしまうことはだめですが、一緒に考えていながら、でもつないでいく役割は別の人材がやっていかないと、かえって混乱してしまうのではないかと考えています。

齋藤：ありがとうございます。どなたかご意見あるいは質問でもけっこうですが。はい、よろしく願いいたします。どうぞ。

長尾：京都大学の長尾です。岡本先生のお話を初めてうかがいまして、私は安全管理室で医師として事故の調査ですとか原因究明等をやっております。

ちょっと安心したのは、つまりいま日本で懸念しておりますのは、メディエーションというイメージを病

院に輸入して、病院内の職員が事実究明を徹底する前に患者さんとの懸け橋になるというか、もっと悪く言えば、病院側がやや防衛的に、そういった事態に発展しないようにメディエーターという役割の人を養成して、紛争を減らそうというようなイメージとして輸入されてきているような感じがするんです。

ですから、私は今日聞いて非常にこれはいいお話をうかがったと思いましたのは、まず、ペイシエント・アドボケーターが当事者同士の対話をきっちりと、とことんさせるんだということです。

そのときにおそらく病院は事実を究明しておかなければならないでしょうし、見解をきちんと整理したうえで伝える努力をしていかなければいけないのではないかと。つまり、それをつくる人たちとその場を設定する人たちはやっぱり違うという議論がいま出されたことかなと思いました。

そしていわゆるメディエーションというのは、院外の人たちがこれを本来使ったと聞いて、そこから法的な行為なんだということだと理解しましたが、日本において、事実の提供、究明というのは、岡本さんから見て、いまの現状をどのように映りますか。弱いでしょうか。

岡本：法的な枠組みがアメリカと違いますので、また私の経験したメディエートまたは視察に行きます先ほど言ったようなマサチューセッツ、イリノイ等々と違いますので、一概にアメリカとは言えないのですけれども、どうしても日本の場合は刑事事件になることがありますので、先生方にちょっとびくつかせてしまうという状況がありますね。アメリカの場合は刑事事件にはならないので、かえってきちんと話をして、間違っていたものは間違っていた、そうでないものは患者さんの勘違いだとか勘違いではないという話をきちんと出せと言って出せるような条件が比較的あるのかなと思います。

ところが、そういうことをすることによって、出さなくて裁判になったり、またはADRになってから出てきたときには、もうダントツで病院側に不利になってしまうわけです。下手をすると、その先生は資格剥奪（はくだつ）になってしまいます。隠していたという場合、または改ざんしたという場合には。そうではなくて、間違っていようと間違っていないときちゃんと出せる環境をまずつくるのが大事な一つです。

それと、これは一番最初にメリーランドがなぜこういうシステムになったかといいますと、やっぱりアメリカ人ですから、何かあると訴えるぞということにな

るわけです。でも、裁判所としては訴訟をたくさん抱えきれなくなってきて、まずADRをしてから裁判に持ってきてほしいということになったんです。

そしてADRをしたんですけれども、結局、患者さんが一番初めはどうだったんだろうとか、うちのお父さんが死んでしまったんだけど、あれはどういうことだったんだろうという疑問や質問、患者の家族として納得できないところを先生にもうちょっと説明してほしいと思うような素直な気持ちから出たものに対して、誰かが取り持つというのではなくて、いきなりADRというので。

質問は患者さんから直接かかわった人に、こちらが疑問に思っていることをきちんと埋めてほしいという気持ちなわけですから、そこを提供できることが大事なわけです。そしてADRにしてみても、やはり患者さんの満足度も低いし、医療側の満足度も低いわけです。それはそうですね。

要するに事故なのか事故でないのか、または間違ったのか間違っていないのかはどうでもよくて、こっちがこうだったらこっちはちょっとこのへんを我慢してねと。こっちは我慢して、こっちはここねというように取り持ち役がバランスを取りながら決着をつけているわけですね。だから、裁判よりはいいかもしれないけれども、患者さんまたは医療者側の満足度も低いわけです。

そうすると、その前にどうしたらいいのかと自分が考えたときに、そうではなくてそこまで持っていくあいだに病院側の説明責任を果たす。病院側の責任を果たす。患者さんも患者としての責任ですね、疑問をそのままにしておかない。それを果たす場としてきちんと直接話をしましょう。

もちろん先生方のほうで「それは患者さんの思い過ぎだよ」というところがあれば、それをきちんと話して、私が途中の真ん中で聞いていて、これは先生が言っていることを患者さんが勘違いしているなという、ちょっとだけ合いの手は入れます。

でも、それは取り持つ意味ではなくて、例えば、先生、すみません。私はちょっと患者さんと知識がないので勘違いしているかもしれませんが、先生がおっしゃったのは、こういうことですかと言うと、先生も「そういうことではなくてさ」というふうになると、患者さんもそう思っていた可能性があるわけです。そういうような結びつけるためのばけとかをします。

だけど、そういうことには本当はなっていないんで

すけれども、先生方と患者さん、または看護師さんと患者さんとかきちんと話ができる場所を何回もめげずに持たせるということがあることによって、実際には満足度が上がり、訴訟の件数も減っているわけです。それを求めてやっているわけではありません。訴訟の金額もやはり減っているんですね。

アメリカですから、訴訟になって簡易裁判になったときに、先生方が職に就けない時間や、それににかかる弁護士のお金とか、代理人の先生方を立てるお金など全部計算するんです。そうすると、例えば、3億の賠償金に対して本当だったら6億ぐらいかかっている。

ところが、先生方の時間をつくって院内できちんと話することによって訴訟がなくなれば、費用などは本当に少なくてすむ。または、逆に病院もこのときにこういうことをきちんと伝えてあげないと患者さんが勘違いするんだなということが勉強になることで、いまのところこのパターンが一番いいのではないかとされています。

長尾先生のお話ですと、日本のなかでどうかということですが、刑事事件にならないことがひとつの大きなポイントではあるかなというのはありますが、現実問題としては、豊田さんともお話をしますと、事故に遭われた方でもきちんと話をして対峙して下さった場合には、日本で被害に遭った方でも訴えていない方が多いんです。

何人にもお目にかかりますけれども、なぜ訴えなかったかと聞くと、病院側が全部提示して全部説明してくれた。ここを自分たちが間違っていたので徹底して次回からは起こらないようにします。こういうふうにしますとか、そういうことを見せて下さったので、これはもう不可抗力だったと思っているというふうに収まる方のほうが多いと思っています。

長尾：ありがとうございます。ファクトの提供こそが一番患者をエンパワーすることであって、アドボケートというのは、そのサポート、そのことを実現可能にするための仕組みというふうに私は理解しているんですけれども、なかなかそう伝わってこないメディエーターの講義が多いものですから、非常に今日は私自身たいへん勉強になりましたし、ふに落ちました。ありがとうございます。

岡本：一つだけ、メディエーターに関して言うと、コミュニケーション学から言うと、メディエートするというのは仲裁することなので、一つの何かしらコンフリクトに対して解決を求めていくという意味では有効なツールではあります。ところが、それはコンフリク

トがなければならないのと、意外と近い将来というか、今日明日または今週中に解決をぶつけなければならないという段階で非常に有効な手法です。

そうすると、そこまでお互いの気持ちを全部出し切っていないとだめなんです。「先生、これはどういうことだったんでしょうか」というふうに患者さんから疑問または質問がきた段階というのは、両者側が出し切っていないわけです。とことん出し切って、これはだめだなとなったときにくるのがメディエーター。それでなおかつ延々とタッチしても、いつまでたってもいいわけです。

ところが、ある程度のところで解決をつけなくてはいけないというものが出たときには、その方法は有効だと思います。ただし、そこまでのものがなくて、突然メディエーターが出てきて取り持ちをするというのはかえって患者さんの逆なでをしますし、先生方も言い尽くしたいお気持ちをとめてしまうのではないかと考えていますし、アメリカではそういうふうに思われています。

齋藤：この最後の4枚目のスライドですけれども、メディエーションとアドボカシーとの違いが、このことが日本では非常にこんがらがってしまっているんですね。メディエーターなのか、アドボケートなのか、レプレゼンタティブなのかというようなことが全部ごちゃごちゃになっていますので、今日ここではっきりさせておきたいのは、メディエーションとアドボカシーとは全然違うものであると具体的にきちんとしておけば、これから話が進めやすくなると思います。ありがとうございます。

桑原：手短にします、すみません。医師会の桑原です。このニュースは私も見ました。できればお会いしたいなとそのときに思ったぐらいですので、今日お会いできてとてもうれしいです。

私が聞き漏らしているかもしれないんですけども、医療事務クラークとして入り、それを医療安全室につなげようとしてご尽力されたんでしょうか。

一般事務から相談員になろうと思った時間の経過がありますね。そのあいだ、どういうふうな学びをされていかれたのかを教えてください。

豊田：私は、お恥ずかしいほどまったく学びをしておりません。自分のすべて事故経験で、自分の考えで動いています。そして何がよかったかといったら、素晴らしい出会いがあって、それが被害者、遺族の方々に最初いろいろ支えていただいたんですけれども、それではやはり限界があることに気付いたんですね。

やはり、いままで対立していた医療者の方々に理解していただいて、その方たちと一緒に考えていかないと、この問題はいい方向には向かっていかないと思ったんです。そういうときに、新葛飾病院の医院長と出会いまして、そういう思いをお互いに意見を出し合っていたんですけれども、そのときに医療安全の仕事をしてみないかと言われたときに、まったく知識がないわけですから無理だと思ったんですね。

ところが、知識がない、わからない患者が持つ疑問などを医療者が知りたいんだということで、むしろ知らない人に入ってもらいたいと言われたときに、私のなかにそういう発想がなかったのでびっくりしてしまって、こんなチャンスをいただける先生はほかにはいないと思ひまして、思い切って入ったんですね。

あとは、医学的なことは専門職の方々がたくさんいるわけですから、その方々に教えていただきながらやっていこうと思っていて、そのなかで最初はインシデントレポートなどを入力したりという事務的なことから始めたんですけれども、だんだん私の役割が明確になってきたんですね。というのは、病院のなかで起きるトラブルがいろいろ起きていくあいだに、だんだん私が何をやっていくべきかというのが見えてきたんです。

ですから、最初からこういう役割が必要だと思って入ったわけではまったくなくて、私みたいな人は何ができるんだろう、いま病院や医療現場のなかにはどういう人が足りないんだろうというところの模索から入って、そうしたら、毎日トラブルが起きて、相談されて、こういう考えはどうかという提案をしてみても対応したというようなことを一緒にやっていくあいだに、気が付いたらこういう役割になっていました。

そこで、岡本さんとも出会えて、自分自身の役割が整理できて、そこに厚労省やいろいろなところでこういう役割の人が必要ではないかということですね。

ですから、医療安全管理者が必要だと言われてから、医療安全管理者だけでは補いきれない部分を遺族として感じていて、その役割をどうしていったらいいのか。どうやって広げていったらいいのかと悩んでいるところに次々と同じような考え方の医療者のみなさんとお会いして、いまに至っているというところなんです。

桑原：ありがとうございます。

齋藤：ありがとうございます。医療者側の相談もありますか。

豊田：結局、患者支援室と言っていますが、実際は医療者支援なんですね。実は、そうなんです。ここで文章とかにすると、岡本さんにもよくお伝えするん

ですけれども、中立と言ってしまうと何だかよくわからないんですよ、具体的にお話すると。ですから、私は中立という表現はちょっと違うのではないかと岡本さんにお話をするんです。

そうすると、岡本さんはそういう私たちが懸念している意味の中立と言っているのではないので、具体的にいろいろお話をしていけば、お互いに同じ思いだというのがよくわかるんですけれども、結局、対応するときに医療者のほうがダメージを受けて倒れ込んでしまう、寝込んでしまうことがあるんです。そうすると、私はその医療者のほうのケアに重点を置きます。そうしないと、それが結局患者さんのためになりますので、そうしないと対応できません。ですから、医療者支援のほうが実はずっと多いのです。

そして生活環境が毎日のことなので、家庭環境から何からそういうものにダメージを受けていると日々の業務に支障が出てきて、そんな相談までくるようになってるので、どういうかたちがいいかわかりませんが、いろいろなケアが必要なのではないかと思います。

岡本：アメリカにいてもやっぱり先生方から呼ばれる、看護師さんから呼ばれることが多いんですね。名前がペイシェント・アドボケイトだったり、ペイシェント・リプレゼンタティブだったりするのですが、それを日本語にダイレクトに訳すと患者擁護であったり、患者代弁者だったり、代理などになるから、先生と患者さんのあいだにぱっと入って、患者さんをこういうふうにしてしまっという感じがあるんですが、それはもう絶対に間違っていて、先ほど言ったような役割、サポートをしてくれる役割をしていくと、先生方や看護師さんから「ちょっと」と言われて、「こういうふう」に患者さんに話したけれど、どうもね」という話で「これ以上どうしたらいいと思う」というような話をやはりよく聞きます。

先生方や看護師さんの仕事柄、どうしても先生でないとだめという呪縛があるので、患者さんにもあるし先生方にもあるので、どうしても先生方のほうが参ってしまうこともあると思います。それをどこにも出せない、でも出してしまってもいいんですという聞く人がなくて。あるんですということをやはりお伝えしたいし、ぜひ本当にバーンアウトしないでもらいたいと思っています。それは患者さんにとってデメリットになってしまうので、それを伝えていきたいなと思っています。

齋藤：ありがとうございます。ほかにどなたかござ

いませんか。

橋本：医師会の橋本です。私自身は、医療安全と医賠責（医師賠償責任保険）のほうを担当しています。いま話を聞いていまして、われわれ医師会のやっていることは、ほぼアドボケーターです。

僕自身は、先生方の言われているメディエーション、いわゆる裁判での仲裁のようなことは医師会がやってはいけないと僕は思っています。僕は、ADRは医師会でやるべきではなくて、やはりこれは弁護士の仕事だと思っているんです。

そういう考えなんです、いま僕が言いましたように、僕はいわゆるアドボケーターがメディエーターだと思っていました。そして僕はそのメディエーターという言葉が裁判で言う調停をやる裁判用語としてのメディエーターと、いま医師会でも言われている愛媛県で「みかんの会」というのがあるんですが、それはメディエーターを育てる会なんです、それはまさにこのアドボケーターと考えるといいのではないかと思います。

そういうように僕自身の頭のなかで言葉の範囲がちょっと変わったんですけれども、私自身も医療関係者との話をする、患者さんとも話をするときにときどき言われるのは、「結果は、あんたは医者やから医療機関の味方やないか」と言われるんですね。どうしてもそういう見られ方をしてしまう。豊田さんにしても岡本さんにしてもやっぱり病院の職員ですから、「あんたはどっちにしたかって、病院の味方やろ」というようなことを患者さん側から言われたいこつみたいなものをできれば教えていただきたいと思うんですが。

岡本：非常によくわかります。それはやっぱり公平性だと思います。私はちょっと中立という言葉で医療者にも偏らないし、患者さんにも偏らないという意味で使っていたんですけれども、豊田さんが「中立と言うとすごく冷たくて、メディエーターが真ん中において、『はい、こちらはこういうふうな意見ですけど、あなたはどうか』とやっているように見える、聞こえる」と言うから、そういうことを言っているのではないと散々考えて、要するに公平であるということだと思っ

先ほどの臨床倫理の枠ではないのですが、誰が聞いても「ああ、そういうふうにと考えたらそうだね」というところを押さえているかどうか。お医者さんの意見だからとか、医者にはしかたないからとか、看護師さんの意見だからということではなくて、万人が聞いても、あの四つの枠がちゃんと押さえられているかどうかと

ということなんです。

みんなの納得を得るために医学的なものをまったく無視すると病気の話はできませんし、そこは絶対に先生方の権威をはずしてはいけないので、それは優先しますが、それを実行するために、先ほど見せたような患者さんの意向であったり、QOLの話であったり、社会一般から見てどういうふうに見えるのかということとを常に押さえていられるか。

私の意見も反映してはいけないということなんです。聞いていて、普通外から見てどのように見えるか、なかからどういうふうに見えるかというようなマルチな目を持てるかということだと思います。

橋本：これはなかなかすぐに育たんと思いますが、やっぱり病院の職員はすぐに病院の味方をしてしまう。こんな言い方をしては悪いんですけど、病院の先生方、上から、「おまえらはどんな話をしてきたんや。もうちょっとうまいこと話をまとめてこいよ」というような言われ方をされてしまうんです。それは僕はだめだと思うんです。

岡本：そうですね。そういうふうにしてしまうと、結局問題が大きくなって長引いて、あとから患者さんからのクレームがどんどんくるとか、爆発してしまって怒りに変わってしまうと、ただでさえ時間のない医療者なのに、そちらに対応する時間やエネルギーや費用などのほうがずっと大きいわけですね。

だから、やっぱり患者さんに説明をするときにも、医療としてはこうでしょう。患者さんの気持ちはこうですね。そしてクオリティーとしてはこうですね。公平に見ると、こう見えるから、この真ん中を取ってこれではどうですかというような、自分で考えるんですよ。私がこれはどうですかと言ってしまうと私の意見が入ってしまうのでだめですけども、そういうような持っていき方、またはもう一度先生とよく話してみますという持っていき方になるようなやり方が大事で、病院の意向としてどうかということよりも、四つの枠がきちんと押さえられるかどうかということのほうの結果的には病院のためになるんですよ。

そしてちょっと話が戻りますが、先ほどの医療事故の問題でも、「そんなにすべて出してしもうて」ということになるんですけども、結局全部出して話してしまったほうが、初めはつらいです。でもちょっとまづかったなと思うような医療者の腕をとって、私が守りますから絶対に逃げないでくださいと言うんです。

そうすると、一緒に出ていって、そこはつらいんですけど、ずっと話していくうちに結局、医療者がど

うやって回復していくかという問題も残ると思うんですね、事故なんかになると。お医者さんだから自分で考えてというわけにはいかないと思うんです。

やはり誰かが手を差し伸べなくてはいけないと思うし、その方の吐露できる場所を見つけなくてはいいとなると、そのプロセスと一緒に踏んでいただくことで、それが目的ではないんですが、二次的に医療者の方の回復になって、なおかつそれを踏まえて、よりよい先生になっていただく道につながるもののほうが多いんですね。つらいんですけど、そのつらいところをやっぱり踏んでおいていただかないといけない。

そのときには、やっぱり医療者をぐっと支えます。つらいですけど一緒に支えますし、もしそれで患者さんが非常に理不尽な行為をやられるようなことがあれば、それは私が割って入って、今日はお話し合いになりませんからやめまじょうと、日を改めまじょうとなります。

だから、ときどき医療安全の話で、何か注意(?)だとか内部だとかあるパンフレットを見かけることがあるんですけど、これはここまできたら警察でしょうという感じがするんですよね。それ以前の問題ですね。もっと一番最初のところをどういうふうにするかという話をやっぱりマルチに見れる、マルチに対応できる。

その代わり、私もやっぱり意見を受けます。困ったときは同僚に話をして、どう思うと。アメリカはいろいろな文化の人がいるから、こっちから見たらこうだとか、あっちから見たらどうとか言うてくださるので、それで非常に勉強になったということもありましたね。齋藤：医療制度も、日本でまだそういう文化が全然根付いていないんですけど「逃げず・隠さず・ごまかさず」で、いわゆる透明性を隠したらえらいことになるぞという文化の醸成が必要ですね。

先ほど長尾先生も言われたけれど、透明性ということを確認するというのは、みんなのコンセンサスになれば、いまのような話がどんどん進むんですけど。ところが、まだそこまで行っていないのが現状です。豊田：あと、一番大切なことは、この対応を何のためにやるかということだと思うんですが、まず、一番傷ついてショックを受けている患者さんのことを考えたときに、何を願っているか、何を望んでいるのかといったら、何が起きたのかを知りたいということが一番ですので、そのときに誰に答えてもらいたいのかということと病院の人たちなわけですね。だから、よその裁判所の人に「病院が悪いよ、あなたは間違っていないよ」

と言ってもらいたいわけではなくて、その病院に答えてもらいたいわけで、職員は利害関係があるから信用できないという話ではなくて、職員だからこそ答えてほしいんですね。

その渦中に入ってしまうんですよ、私たちも。加害病院の職員なんです。加害病院の職員として、対応しなくてはいけないんです。それが当事者の人だけではどうしても対応できないことがあるので、その事情を理解していただくために私たち職員がサポートすることなので、医療者側に付くための職員ではなくて、当該の加害病院だからこそ対応しなくてはいけないという考えでないといけないのです。それを病院のトップが理解しなくてはいけないんです。

トップができていない。ですので、私たちの課題は、そういう人たちを養成しましょうと言いつつではなくて、トップにこの考えを知っていただいて、それを私たちみたいな医療者ではない人たちを入れることをしていただくことによって、最終的には患者さんだけでなく医療者も支援できるし、医療者を守ることになるんですよというところまでトップに知っていただくために先生方にご協力いただきたいと思っております。

齋藤：ありがとうございました。大幅に時間を超過しました。来年の2月27日に医療安全対策委員会の主催で、今度は医療安全シンポジウムをやります。そのときにお二方に来てもらえる予定にしております。いまから言おうと思っていますが、またそのときにわれわれがしっかりしたうえで聞いていただくと。病院の方にも来てもらうようにはたらきかけたいと思っています。もちろん市民が対象ですが、そうしたいと思っています。

最後に森会長にお礼を言っていただいて終わりたいと思います。どうも今日はありがとうございました。では、森先生よろしく。

るのかということで、われわれとして意見が出せればということで、いまこれを一度やらせていただきました。われわれの意識改革とともに、いま齋藤委員長がいつも言っております医療安全の京都から文化をつくっていくんだという意気込みに応えていただいて、また2月においでいただけたらありがたいと思いますし、これからのますますのご活躍をお祈り申しあげまして、私のごあいさつにさせていただきます。どうもありがとうございました。

松井：今日は、長時間にわたりましてどうもありがとうございました。また、これからもぜひよろしくご指導いただきたいと思っておりますので、よろしく。どうもありがとうございました。先生方もどうもありがとうございました。

(終了)

■閉会あいさつ

京都府医師会会長 森 洋一

今日は、岡本さん、豊田さん、ありがとうございました。私自身もいまの話ではないですが、医師会のトップがそういうものをしっかりと把握していないと、医師会として対応できないという気持ちで、特にいま第三試案うんぬんの問題でどうも日医と勤務医と全体が学会ともうまくいっていないのはどういうところにあ

医療安全調査制度等のあり方に関する検討委員会
委 員 名 簿（順不同）

◎齋 藤 信 雄	N T T西日本京都病院
○岩 崎 武 輝	済生会京都府病院
高 階 謙一郎	京都第一赤十字病院
立 入 克 敏	たちいり整形外科医院
村 田 純 江	アクシス法律事務所
服 部 達 夫	アクシス法律事務所

◎：委員長 ○：副委員長

<担当役員>

副会長	久 山 元
理 事	松 井 道 宣
	橋 本 京 三
	桑 原 仁 美