

医療訴訟における「医師の説明」に関する研究

福本良之

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 腎・免疫・内分泌代謝内科学
(指導責任者：横野博史 教授)

The study of “physicians’ explanations” in medical malpractice lawsuits

Yoshiyuki Fukumoto

Department of Medicine and Clinical Science, Okayama University Graduate School of Medicine,
Dentistry and Pharmaceutical Sciences, Okayama 700-8558, Japan

In this study, a subset of medical malpractice lawsuits that are preventable was evaluated using qualitative data. The objective of this study is to help reduce the number of avoidable medical malpractice lawsuits. This qualitative study could pave the way to future quantitative studies. The analysis of the qualitative data revealed that in the vast majority of medical malpractice lawsuits filed by patients and their families there were ① an occurrence of unexpected bad outcomes, ② inadequate explanation by the patient’s physician, and ③ involvement of an instigator who encouraged the lawsuit. That is, the failure of a physician to provide an adequate explanation to a patient or the inappropriate conduct of a physician after unexpected bad results, with or without an instigator’s involvement, is the main reason patients file medical malpractice lawsuits. The physician providing an adequate explanation to patients after unexpected bad results (adequate post-event explanation) is the pivotal determinative factor in preventing avoidable medical malpractice lawsuits.

キーワード：医療訴訟 (medical malpractice lawsuits), 医師の説明 (physicians’ explanation),
インフォームド・コンセント (informed consent), 説明義務 (accountability), 関与者 (instigator)

諸 言

診療で医師が治療に対して患者の同意を得る議論が起ってきたのは、1914年 Cardozo, B.N. 判事の「成年に達し正常な判断能力を有する者はだれでも、自己の身体に何がされるべきかを決定する権限を有する。患者の同意を得ずに手術を行う外科医はアゾルト (assault) を侵すものであり、損害賠償責任を負う」という判決があり、同意原則が確立されたことによるとされている¹⁾。その同意の必要性について説明を行い患者側を納得させるという理論であるインフォームド・コンセント (informed consent 以下 IC と略す) という概念 (法理) が Salgo, M. 判決で提唱され、法律上の原則が1960年に確立し¹⁾以後50年の歴史がある。

一方、リスクマネージメントの視点は、1999年11月にアメリカ医学会が発表した全米医療の質委員会の報告書にある「人は誰でも間違える (To err is human)」を契機に国家的な医療安全対策を策定したものにはじまる²⁾。わが国

では同年1月横浜市大付属病院で患者間違い手術という衝撃的な医療過誤事件が発生し、その後警察が捜査に入る事態も起こってきた。それを契機に病院側は、医療事故の透明化と誠実な対応を目指し、医療事故・医療安全の委員会を立ち上げ医療安全対策方針をたて、リスクマネージメントと通常よばれるものができてきた。それは事故や訴訟のリスクから病院を護ることが目的とされてきた³⁾。ところが2005年の WHO 総会 World Alliance for Patient Safety/WHO “Forword Programme 2005” (<http://www.who.int/patientsafly/en/brochure-final.pdf> 2010年8月現在、公開) での先進国の急性期病院での有害事象の発生率をみると、入院患者の3~16%とばらつきがあるが有害事象は多発しており、2006年のわが国でも6.8%の医療事故が発生している⁴⁾。有害事象の半分はハーバード大学の研究によるとミスによるものと報告されており、本来の治療とは別に、有害事象から患者の生命を守ることが医療の大きな責務であることがわかる。

患者の生命を護るために患者安全を取り組むはずの医療現場で、医療訴訟が上記指摘されてきた同時期から著増してきている。今や病院、医師は「病院を護るリスクマネージメントから、有害事象から患者を護る質改善・システム

平成22年10月18日受理
〒700-8558 岡山市北区鹿田町2-5-1
電話：086-235-7234 FAX：086-222-5214
E-mail：yoshiyuki.fukumoto@gmail.com

改革の取り組みを発展させる」ことが急務になっている。この点について、医療訴訟にいたった原告の生の声を分析することで、患者側からの視点で真に納得できる医療の確立の一助となることが今回の研究目的である。

対象と方法

対象は、民事事件を提訴した原告（現時点ではすべての事例において裁判が終結しているが以下原告と記す）とした。

対象の選択は、個別的な原告の探索から行った。医療訴訟の原告には、原告団体がいくつかある。しかし、原告が原告団体に所属し続けるということは少ない。裁判所や原告団体の集会などでのフィールドワークで、原告を知り、あるいは原告の方から話を聞いてほしいという中で、対象となる原告を見つけ出した。

原告のインタビュー調査は、6都府県12名に対し実施した。12名中、8名を以下の理由により除外した。インタビュー内容に信用性が欠けた3名。原告でない（原告の親族）ことが判明した1名。原告の個人的理由から使用を差し控えた2名。調査者に事案の評価・アドバイスを求めてきた2名。結果として使用した事例は4事例であり、居住地は同一高等裁判所管内となった。

事例として使用した4名からは、訴状、陳述書、判決文、その他資料の提供を得た。これら資料を基に原告の逐語録（語ったこと）の正確さ（一貫性）を検証した。さらに、インタビューは1回ではなく、1年から2年の間隔をあげ、2回から3回行った。ここでも原告の話の正確さを検証した。調査時間は、1回あたり2時間を原則とした。

インタビュー調査から逐語録を作成し、原告が提訴に至る過程を因果関係と相互作用に注目して分析した⁵⁾。

表1は4例の原告の属性を示したものであるが、個人が特定されることを避けるため（調査対象との合意）、概略にとどめた。

なお、調査の参加者には、調査目的、調査結果の使用等を明示し、調査の中止を含め参加者の自由意思に基づいて調査を実施した。各参加者からは、書面での承諾を得た。

結果

質的データ（逐語録）において、訴訟化への要因として①想定外の悪い結果②事後説明③添加される他の要素（原告の経験と関与者）が認められた（表2）。

1. 各事例の概略

1) Aの概略

Aの子どもは、11月に耳の下のリンパ節が腫れ、小児科を受診した。1週間後、ムンプスにはおかしいと、当該病院を紹介された。約1週間後、悪性リンパ腫と診断され、入院した。翌年6月、寛解により退院した。退院1ヵ月後、支持療法のため約半月入院。さらに、2度目の退院の約1ヵ月後、2度目の支持療法のために入院した。この際、9月23日の運動会に参加できるよう医師と相談し、前もって9月11日に入院した。治療に用いるプロトコルの使用が、研究団体から許可されていない病院（同プロトコルの使用は事前に研究団体の許可が必要とされていた）であること、担当医が専門医でないことは知らされていなかった。投与自体は1週間で終了したが、19日に発熱があり、入院が延期となったが、この時担当医は夏休みで不在であった。担当医不在中は、研修医が担当した。21日、担当の研修医から、高熱で状態が悪いので個室に変えたいとの電話があった。25日、担当医夏休みが終わり、診察を行った。10月3日、間質性肺炎と担当医から伝えられた。同月20日、当該病院にて死亡。

2) Bの概略

Bの子どもは、生後1歳2ヵ月で白血病と診断される。訴外病院に入院し、寛解となったが再発した。その後、骨髄移植を行った。移植2年後、心膜炎となり心外膜開窓術を受けるため当該病院に入院した。手術自体の危険度はほとんどない、むしろ移植片対宿主病（GVHD）に侵されている体なので、術後の感染症の方が心配であると医師から聞かされた。手術中、Bは家族控室で待っていた。そこへ、手術室からの呼び出しがあった。担当の外科医から「挿管ができなくて、1回心臓が止まりました」「（緊急でしたので親の）了解も得ず、気管切開して、管を入れたら、また

表1 患者および原告概略

	原告A	原告B	原告C	原告D
患者	男児(小学生)	男児(就学前)	成人男性	女児(就学前)
患者との続柄	父親	母親	妻	母親
病名	悪性リンパ腫	麻酔時の呼吸不全	インスリノーマ	心筋炎

表2 事例分析結果

	原告A	原告B	原告C	原告D
治療前の説明	<ul style="list-style-type: none"> ・プロトコル使用が認められていない病院であることを説明していない ・専門医の不存在について説明なし ・2週間後の運動会に間に合う ・1週間ほどの入院で強い治療はしない 	<ul style="list-style-type: none"> ・麻酔医よりなし ・手術自体の危険度はほとんどない 	<ul style="list-style-type: none"> ・玉の海(横綱)のように麻酔で死ぬこともある ・そのまま放置すれば3年から5年しかもたない ・5年前に1件(手術経験あり)その1回で論文を書いた 	<ul style="list-style-type: none"> ・風邪による脱水で点滴する ・自宅が遠方なので様子を見るため1日入院し明日退院 ・命に別状はない
予期した結果	1週間後退院し、運動会に参加できる	簡単な手術、術後の感染症を心配	大きい病院だから、責任もってしてくれる	一晩の入院で退院できる
実際の結果	約40日後間質性肺炎にて死亡	麻酔時の挿管ができず死亡	腭液が漏れ敗血症等で術後1ヵ月で死亡	翌日心不全で死亡
結果は想定内か	想定外	想定外	想定外	想定外
事後の説明	<ul style="list-style-type: none"> ・個室を使用しなかったことに関し説明なし ・「担当医の治療は適切、病院側にも過失はない」との文書回答 	<ul style="list-style-type: none"> ・術後すぐに麻酔科の教授がミスを認めるもその後否定 	<ul style="list-style-type: none"> ・内臓は綺麗に洗浄し、今度は漏れてもいいように管入れておいた ・人間には治癒力がある腭液が漏れても大丈夫だがCの夫には治癒力がない 	<ul style="list-style-type: none"> ・担当医が9ヵ月間会ってくれなかった
追加される他の要素(経験・関与者)	<ul style="list-style-type: none"> ・以前入院した県立病院に比べ当該病院は病室管理がずさん 	<ul style="list-style-type: none"> ・麻酔科医を退室させて2人の医師が医療過誤の証拠確保のために解剖を自らにすすめる ・麻酔科の教授が死亡直後にミスを認める 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師がCに転院をすすめる 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院事務長の不適切な発言 ・行政相談委員(元裁判所書記官)の損害賠償をすすめる助言 ・看護師がDの訴えを取り合わなかった(Dは訴訟の根本はここにあると語っていた)
裁判結果	原告一部認容 二審で和解	原告一部認容	原告一審二審で敗訴	原告一審敗訴 二審勝訴

心臓が動きました」「(全身状態が悪いので)今日、手術できるか、分からない状態になりました」と説明された。Bは、席をはずしていた夫を呼びに行った。そして、再度手術室に行くと、「挿管操作の時に浮腫ができ(呼吸ができず)心臓が止まって動かない、今も心臓マッサージをしている」と麻酔科の医師から伝えられた。その後、麻酔科の医師が説明のために手術室から出てきた。その医師は、泣きながら「体が硬いってということもあって、挿管が難しかった」と伝えた。その後、心臓マッサージを行いながら、ICUに移動した。ICUにて死亡。

3) Cの概略

Cの夫は、インスリノーマと診断されたが、当該病院が循環器系を中心とする病院であるため、当該病院の診察をした医師から他の病院を紹介すると言われた。しかし、2ヵ月後、新しく着任した外科医師は「僕がします」と手術を申し出た。Cは「5年前に1件(手術経験)で大丈夫かなと思って、先生その方元気にされていますか」と尋ねた。その医師は「元気だよ、その1件で論文を書きました」と答えた。6月16日、手術。術後の説明では、腫瘍はゴルフボール大で輸血3,000ccを行い、腭臓に造影剤をいれたが漏れなかった、手術結果は最良のケースとの説明を受けた。17日、一旦自宅に帰っていたCに病院から、腭液が漏れて

いるので再手術をするとの連絡があった。再手術後「内臓は綺麗に洗浄しました。今度は漏れてもいいように管入れておきました」と説明を受けた。20日、一時心停止。26日、敗血症になりかけているとの説明。28日、Cの夫には治癒力がないと説明された。7月16日、当該病院にて死亡。

4) Dの概略

Dの子どもは、11月10日に発熱があり、かかりつけ医に受診した。14日になり臉が腫れてきたので、かかりつけ医に電話をした。翌15日、かかりつけ医に紹介された小児科を受診した。小児科で脱水症状ということで点滴をうけた。帰宅後、容態が悪化したように感じたので、車で1時間ほどはなれた当該病院の小児科を受診した。診察後、医師から「風邪による脱水ですね」「点滴をします」「遠いから、入院をしてもらって、様子を見て、明日、退院になります」「命に別状はありません」との説明を受けた。Dは、安堵した。病室に入り、しばらくして診察した医師が様子を見に来る。その後、Dの子どもが、お腹が痛いと言ったので看護師詰所に伝えに行った。看護師が病室に来て「お腹痛い?」と尋ねたが子どもは明確な意思表示をしなかった。さらに、手足が冷たい、おしっこもでないと言ったDは何回も看護師詰所に行った。看護師は「お母さんがそんなに神経質だと、子どもも神経質になってしまう」と言った。Dは、

全然相手してもらえないと感じた。その後もDは、体調の悪化を何度も看護師に訴えた。16日午前9時ごろ、レントゲン室に行くが、自力で立てない。昨夜は、レントゲン室への通路を走っていた。午前10時前に別の女性医師が血相変えて出てきて「脱水だけじゃないみたいだから、お部屋移します」と言った。10時半過ぎ、医長から心不全をおこしているみたいだという説明を受ける。その後、心エコーが終わると「心筋炎起こして、非常に危険な状態だから、すぐに家族の人を呼びなさい」と医長より説明を受けた。午後1時過ぎ死亡。

2. 各事例の治療前および治療中の説明と想定した結果

本稿では、想定外の悪い結果の発生以前を「事前」、発生以後を「事後」と表記する。

原告らは、事前には悪い結果を想定していなかった。配偶者や子どもが死亡するということは想定を超えていた(表2)。

Aは、子どもが運動会への参加を希望していたので、運動会に間に合うよう治療の時期を担当医と相談して決めていた。したがって、子どもの死は想定していなかった。

Bの子どもは、麻酔の際に挿管ができず死亡している。手術自体は簡単なもので生命にかかわるような危険性はないと聞いていたので、死亡を想定していなかった。

Cは、手術までの元気な夫の姿と、術後、最良のケースと担当医から説明を受けていたので、夫の手術後の急変は想定外であった。

Dは、一晩の入院で、翌日には退院できる命に別条はないと説明を受けていたので、死亡という結果は、想定外であった。

3. 各事例の事後の説明

原告らは、死亡という結果に至る可能性を事前に聞いていなかったと述べている。事後においても、死亡という原告らの想定を超えた結果発生についての明確で納得のいく説明はなかったと、原告らは述べている。

Aは、「最初から個室に隔離して治療してくれていたなら、感染症になっていなかったのではないかという思いがずっとありましたので、そのことばかり先生に問い詰めていました」と述べているが、それに対する明確で納得のいく事後の説明はなかったと語っている。

Cの夫は、睪液が漏れているとのことで再手術を受けた。再手術後、医師より「睪液が漏れていてもかまわない。人間には治癒力が、Cさん(Cの夫)にはない」という説明をされた。納得できないCはその時初めて医師に対し「漏れていてもかまわないなら、どうして再手術したのか。そうすると知らない顔して答えないのです」と怒って述べ「納得いく答えは一つもなかった」と語った。Cの「始めから

(睪臓に)管(を)入れておけば大丈夫だったかな」という疑問は、現在も解決されていない。

Dは、担当医に会うために何度も病院を訪ねたが、担当医に会えるまでに9ヵ月かかった。その間のことをDは「最初診てもらった担当医に直接、どういうことで診断を下したのかっていうことを聞きたい思いがあったので、何度も前もって約束して、病院に行っても、いつでも対応するのは医長でした」と述べている。結局、Dが娘の担当医に会えたのは、9ヵ月後、長男の診察に仮託して病院を訪れた時である。たまたま担当医の口から腎臓病という言葉が出た際に、「じゃあ、腎臓病を疑うのはどういうふうな症状が出た時ですか」とDが尋ねた。「腎臓が悪くなってくると、目にむくみが出てきたりとか、蛋白尿が出てきたりとかしますから、そういう時は要注意です」と担当医が答えた。Dが「娘は心臓が悪かったのですが、目がむくんでいました」と言うと、ここで担当医はDが以前に主治医をしていて死亡した子どもの家族だと理解した。「命に別状がないと言われて入院したのですが、たった1日で亡くなってしまいました。先生、どうしてああいう軽率な発言したのですかと言ったら、がたがた震えだしてきて、すみません、すみません、すみませんと謝るのです」。

以上が、9ヵ月後によく担当医と会えた際のDの語る様子である。なぜ、9ヵ月も担当医が会わなかったのか、それもDが長男の診察に仮託しなければ会えなかったのか不可解である。

原告4名は、想定を超えた結果が発生した後、医師から十分な説明、納得できる説明を受けなかったと思っている。そして、それが、訴訟という行為を選択する上での大きな要因になっていた。

4. 各事例で添加される他の要素(経験、関与者)

想定外の結果の発生から疑念へと向かうプロセスには、他の要因も関わっている。事例により様々であるが、それまでの経験との比較や第三者の関与などである。

1) Aの経験

Aの場合では、前回の入院時(期間6ヵ月)に「強い治療の時は個室に入れてから治療します」と医師から聞いていたので、今回は「大部屋1週間程度の入院と聞いていましたから、抗癌剤は投与するのは分かっていたんですけど、投与量が少ない、副作用が出ても、少なくて済むぐらいにしか思っていませんでした」ということが伏線になっている。そして、感染症になってから医師に対し「最初から、個室に隔離して治療してくれていたならと、そのことばかり先生に問い詰めていました」と語っている。これに対する医師の「自分の持っている菌で免疫力が落ちたら出てくるから、個室に入れていても、入れていなくても同じ」と

いう説明にAは、納得できなかった。

以前、子どもが入院（他の疾患）した県立の病院では同じ大部屋でも「部屋のドアは全部閉めていました。面会に来たら、消毒液で手洗って、タオルで拭いて、やっと中に入れるような感じでした」とAは述べている。想定外の悪い結果が生じたときに、この間の入院中に漠然とあった不安感（以前入院した県立病院と比較して当該病院は病室管理がずさん）が一気に出てきている。これに対する医師の説明（個室に入れていても、入れていなくても同じ）が、十分に納得させていない。

2) Bの関与者

Bの子どもは、麻酔の際の挿管ができずに死亡した。直後に、担当医（麻酔科以外の医師）から『その話は、私たちの方から』と出てきたのが外科のE先生でした。麻酔科医を退室させて、E先生とF先生の2人が残りました。『納得いかないです』と言われました。E先生が、向こう（E医師、F医師）がすぐに言われたのが『ミスを追及するには、証拠が必要ですよ』と。それで、『証拠を取るために、解剖には出した方が良いと思います』と言われたんです』と述べている。さらに、病理解剖後の霊安室で、Bが麻酔科教授に「○○の死は挿管ミスによる窒息死ですね」と尋ねると、教授は「そうです」と答えたBは述べている。

3) Cの関与者

Cの夫の状態が悪化していく中で、当該病院の看護師がCの耳元で「病院（を）変わることも一案」と言ったと述べている。このような状況での発言であることを考えれば、Cの病院と医師への不信任は確実に増幅されたと考えられる。

4) Dの関与者

Dが、院長と話し合っている際、同席した当該病院事務局長が「お金が目的だったら、議会の承認を得なくてはならない。Dさん（Dの夫）も公務員だったらわかるでしょう」と発言した。

この発言に誠意を感じなかったDは、病院に謝罪を要求したいと行政相談委員（元裁判所書記官）に相談に行った。相談委員の「謝罪っていう形はとれないから、見舞金っていう形で要求したらどうか」という言葉どおり、謝罪と慰謝料（金額未記入）を要求した手紙を病院に出した。Dは、病院からなんらかの返事がくると期待していたが、届いたのは病院の代理人になった弁護士からの書面であった。

考 察

1. 本研究における質的資料の取り扱い

本研究では、医師の説明が、原告にどのように理解され、あるいは感じられ、どのように原告が反応したか、なぜ提訴に至ったかを検討するものである。医師の行った説明が、

説明という行為の受け手である原告にどのように理解され、反応したかという医師と原告間の相互作用を、質的データから見るものである。したがって、宮田ら⁶⁾の言う「定量的方法では分析が難しい問題」に該当する。同時に、本研究には、今後、質問紙を用いた量的調査への橋渡しの役割＝「定量的研究をする前に、その先行的な研究として定質的研究が有効」⁶⁾もある。質的研究には、統計的処理を行う量的研究と異なり、個々のケースを深く検討することによって、個の中に一般化の要素を探するという側面もある。それに妥当性があるのかどうかは、その後の、量的研究との補完性によって決まる。

また、質的調査においては、事例の代表性に関し疑問が提起されることがある。質的研究の場合、極端な例では事例数が1ということもある。例えば、犯罪者であるスタンレーを事例とした「ジャック・ローラー」がそれである。同書の論考でBurgess, E.W.⁷⁾は「スタンレーは犯罪者という種の一員であるから、彼の事例は必然的に犯罪者に特有の性質や経験の特徴づけている。（中略）どんな事例も、それが属している種の一標本であることには違いない」と述べている。医療訴訟の原告にもBurgess, E.W.の指摘は当てはまると考える。医療訴訟の原告群は、認容率（勝訴率）の低さ、提訴に伴う訴訟費用の負担という現実の中で、高度の専門性を有する医師に対し、医師の専門領域の過誤を素人が証明するというある意味で特異な群である。また、医療訴訟の原告は、訴訟行為をとおして、医療および訴訟の情報と知識を習得し成長するという群である。加えて、原告は、医療訴訟によって、親族、友人、同僚等から疎外感を受けている群でもある。したがって各事例は、医療訴訟の原告に特有の性質や経験の特徴づけている標本だと考えられる。

本研究では、原告がどのように感じ理解していたか（主観）を明らかにすることを目的としている。素人である原告が科学的見地から治療において過誤があったと客観的に判断することはほとんど不可能に近く、原告が感じ理解したこと（主観）に依拠して提訴へと向かったと考えられるからである。そこで、本研究では、原告4名の質的資料の中で語られた事実の客観性の検討ではなく、なぜ原告は医療訴訟という行為を選択したかという点に注目している。したがって、医師の説明も、原告が理解したまま（客観性を吟味しない生の理解）分析することが、原告の行為選択を理解する上で重要と考えている。

2. 医師の説明の法的位置と診療での位置

医療行為が開始される前に、医師と患者との間で契約が交わされる。法的には医療行為は医療契約に基づく行為である。医療契約の法的性質を、判例・通説は準委任契約と

解している⁸⁾。近江は、医療契約における医師の義務として「①診療（診察治療）義務、②説明義務、③安全配慮義務」をあげている⁹⁾。したがって、医師には患者に説明を行うという法的義務が存在する。

さらに、医師の行う説明には、局面に応じいくつかの類型が考えられる。内田は、「第1に、治療行為のための説明義務」「第2に、不幸な結果が発生した場合に、患者またはその親族の納得を得るための説明義務」「第3に、医療行為を行うに際して、患者の自己決定権を尊重するためになされる説明の義務」の三種類をあげている¹⁰⁾。原告の言う「事実が知りたい」¹¹⁾は、内田が示している第2の説明義務に基づく医師の説明である。

このように医師には法的義務として患者への説明を課せられているのである。しかし、診療においては、法的義務としての説明という意味よりも、治療をより円滑にすすめるための説明という意味の方が医師にとってはより重要である。医師の説明は患者や家族からすれば医師とのコミュニケーションの機会である。治療の中心は、医学的な行為だとしても、より治療を円滑に行うためには、患者との協働が求められる。少なくとも信頼関係が形成されることは、望ましいことと思われる。医師の説明には、患者との信頼関係の構築¹²⁾と患者への支援の側面¹³⁾も存在していると考ええる。こうした臨床上の利益にこそ、医師の説明を検討する意味が認められる。その意味で、今回の研究は医療訴訟に至った医師の説明というネガティブケースを検討し、最終的には医師と患者側の治療における協働に資することが最大の目的であり、医療訴訟回避の可能性は二次的あるいは副次的なものであると考える。

3. 説明の有効性

医療訴訟は、裁判所に患者側が提起することによって開始される。しかし、最高裁判所医事関係訴訟委員会の資料 (http://www.courts.go.jp/saikosai/about/iinkai/izikankei/toukei_03.html 2010年8月現在、公開)によると医療訴訟の認容率は低い(表3)。さらに、訴訟費用等の経済的負担も大きい。こうした、過酷で不利な条件下で、あえて患者が提訴している大きな理由は、医師側の説明に納得していないことにある。

したがって、原告の求める「事実が知りたい」に対応する医師の行為は説明になるので、「医師の説明」が有効に機能すれば、医療訴訟を含む医事紛争の減少につながると考えられる。

4. 訴訟化しやすい想定外の結果の発生とリスクの説明

原告は4人とも想定外の悪い結果が生じたと感じている。医療訴訟は、単に被告となった者の職業が医師、歯科医師、看護師等の医療者である場合をいうのではない。医療者の職業上の行為(業務)によって、何らかの損害を生じさせたとの原告の主張に基づく訴訟類型を医療訴訟と本研究では捉えている。したがって、悪い結果の存在は、本研究が対象とする医療訴訟の必須条件である。

さらに、患者側の悪い結果に対する想定の有無が問題となる。通常、悪い結果を想定している場合(医師により事前に説明あり)は、想定していない場合より訴訟化しにくい。医師側の過失の有無を除外して考えるならば、悪い結果が発生し、その結果を患者側が主観的に想定していない場合が、訴訟化しやすいケースと考えられる。これは、原告らが事実が知りたいと訴訟を起している点からも認められる。以上を場合分けして示したのが図1である。悪い結果の発生が有り、悪い結果に対する想定が無いケース(訴訟化しやすい)が図1の④である。4人の原告は、④に属している。

単純に考えるならば、医師は事前にリスクを患者側に説明しておくことが医療訴訟を含む医事紛争の予防につながると言える。しかし、医療が侵襲行為をとまうという特徴に着目するならば、患者側に伝えるリスクが極めて多くなる。さらに、「人体は個人によって状況が大きく異なる」¹⁴⁾ということを考え併せるならば、考えうるすべてのリスクを患者側に伝えるということは実際上不可能である。

確かに、リスクを伝えることは、ICにおける説明の要素でもある。しかし、ICの中核は患者の自律的選択¹⁵⁾であることを考えれば、自律的選択に機能する範囲内でリスクの説明をすれば足りることになる。いたずらに科学的可能性のあるリスクを網羅的に伝えるのは、ICの中核である患者の自律的選択に効果的に働くのではなく、逆に患者の意思決定を阻害(混乱と不安から)することになる。むしろ、

表3 医事関係訴訟事件と民事第一審通常訴訟の認容率(%)

年	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
通常訴訟	85.2	85.3	84.9	85.2	84.1	83.4	82.4	83.5	84.2	85.3
医療訴訟	46.9	38.3	38.6	44.3	39.5	37.6	35.1	37.8	26.7	25.3

認容率には一部認容も含む。通常訴訟事件には医事関係訴訟を含む。

(最高裁判所 医事関係訴訟委員会)

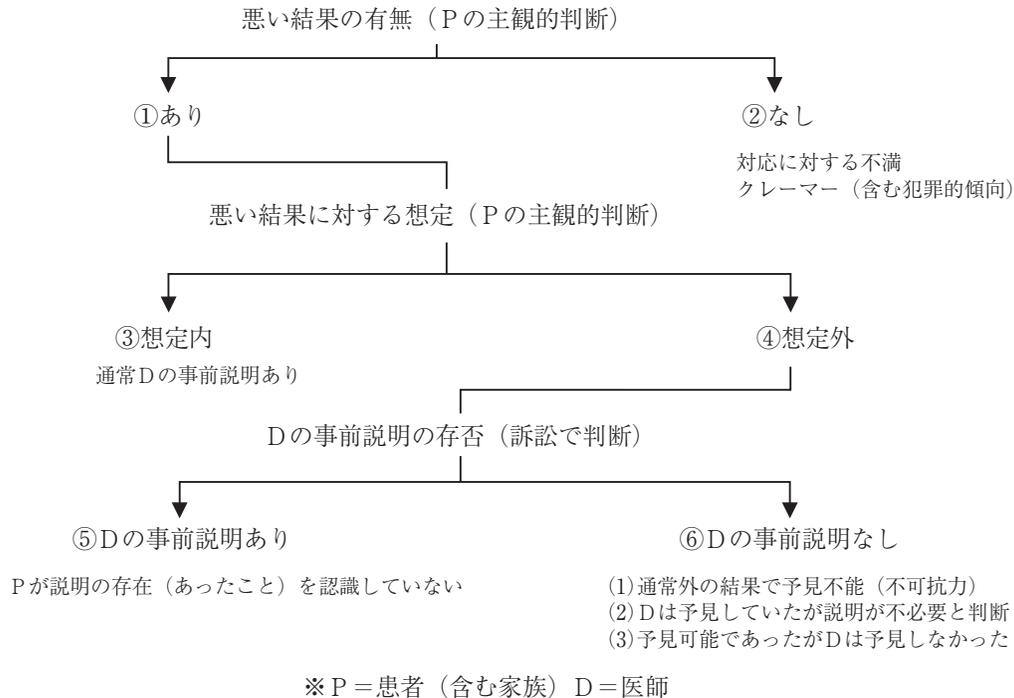


図1 想定外の結果と説明から見た訴訟化しやすいケース

医師の説明義務を医学的情報提供と狭くとらえるのではなく、適切な助言（助言義務）も含む¹⁶⁾と理解すべきである。助言義務は、医師にとって負荷を強いるものではない。医学的見地に従い、患者の利益を考え、医師の立場から発言できるという点からは、義務というよりは医師が患者に対して助言できる根拠（権原）に近いとも考えられる。したがって、患者の利益を考えての医学的助言としての助言義務は、医師の説明における患者支援の側面¹³⁾と言いかえることができる。

ICで伝えるリスクの程度は、「専門職である医師が自らを患者と置き換えて伝えておいてほしいと思うリスクの範囲」と、「特に目の前の患者が知りたがっているリスクの範囲」で十分であると考えられる。「特に目の前の患者が知りたがっているリスクの範囲」とは、患者の社会的地位、職業状況、家族状況、宗教および信条等を含む患者の生活の実態で、明示的ないしは黙示的に医師及び看護師に伝えられたことから通常類推されるリスクである。実際、4人の原告は、「専門職である医師が自らを患者と置き換えて伝えておいてほしいと思うリスクの範囲」と、「特に目の前の患者が知りたがっているリスクの範囲」レベルのリスクを伝えられていなかった（原告A、B）か、リスクをまったく説明されてなかった（原告C、D）。

診療情報の提供に関しては、日本医師会が平成11年4月に「診療情報の提供に関する指針」([\[or.jp/nichikara/joho/2202F01.pdf\]\(http://www.med.or.jp/nichikara/joho/2202F01.pdf\) 2010年8月現在、公開\)を出しているが、基本的にはこれで対応可能と考える。ただ、事例Aおよび事例Cでは、医師と病院の治療能力が訴訟の争点あるいは強い不信になっていたので「この医師、この病院には治療する能力が存在している」という項目を新たに加えることが、医事紛争の予防の観点からは求められる。](http://www.med.</p>
</div>
<div data-bbox=)

5. 関与者と経験

添加される他の要素（経験、関与者）において、原告の経験や関与者が訴訟化に影響していることを示した。想定外の結果の発生から訴訟へと向かうプロセスには、経験、関与者といった第3の要因も入っている。

Aの経験では、県立病院に子どもが入院した際の病室管理の厳格さ（当該病院との比較）がなければ、「最初から個室に隔離して治療してくれていたなら、感染症になっていなかったのではないか」との疑念は少なくとも弱いものであったと推測される。

Bの関与者では、EおよびFと麻酔科の教授の発言は、想定外の悪い結果の発生直後であるだけに、Bに子どもの死が医師の過失に基づく事故であると信じさせた。この後、発言者を含め過失を病院側が否定しても、納得を得ることは非常に難しくなる。このような関与者、それも同じ病院の医師が過失を認めるような発言を安易に行い、その後、過失を否定するならば、訴訟の可能性は高まる。

Dの関与者では、病院事務長がDの謝罪要求に対して金銭の要求だと理解した対応をとっている。この事務長の対応が、Dの病院や担当医に対する不信感を強め、行政相談委員へ相談に向かわせている。当時、Dは病院長に対し「話を聞いてくれる」と好印象を持っていただけに、事務長の不用意な発言がなければ、訴訟に至っていなかった可能性も存在している。また、元裁判所書記官であった行政相談委員は、法実務家（弁護士等）ではない。Dらは、病院に謝罪させたいという相談を行ったのであるが、行政相談委員は単純に民事請求（裁判上の）と理解していたと思われる。民事裁判では、謝罪を請求できるのは名誉棄損などに限られており、基本は金銭賠償である。Dは相談時点では訴訟を考えておらず、単に謝罪を求めただけである。しかし、行政相談委員の書いた文面では慰謝料という形で金銭賠償の請求になってしまった。これに対し、病院側は民事請求と理解し、代理人（弁護士）による対応に変化した。事務長と行政相談委員の関与がなければ、Dが訴訟を起していなかった可能性が高かったと思われる。

想定外の悪い結果が生じると、時間の経過とともに原告は自らの経験や関与者によって影響を受けることが多くなる。

さらに、想定外の悪い結果が生じた場合、事前の説明の際の医師の言葉も逆の評価になる場合がある。Cは、事前の説明での「5年前に1例。それで論文を書きました」との医師の言葉を研究もしている医師と好意的に理解していた。しかし、事後的には、Cの夫と同じ疾患の手術を5年前に一度しかしていないという点が、クローズアップされていく。悪い結果発生後、Cは担当医を経験不足と思うようになり、この担当医は手術をすべきでなかったと考えるようになった。

6. 事後の説明

想定外の悪い結果（患者側の主観的判断）が生じた場合、明確な説明をする必要があると考えられる。想定外の悪い結果が生じた場合の事後説明は、医事紛争化の回避という視点から見れば、事前の説明以上に重要である。その説明は、できるだけ速やかに行われることが重要である。時期を逸すると、関与者や患者側の経験等により、疑念や不信が増強されるからである。何よりも必要なのは、治療行為に関し最もよく理解している担当医が、中心となって説明する必要があると考えられる。

7. 訴訟に至る条件としての総括

結果と考察から、以下の4点が導かれる。

- ①原告は事実が知りたいという理由で訴訟を起している。
- ②悪い結果が発生し、その結果が患者側の想定外の場合訴訟化しやすい。

③事後説明が不十分なしは行われていないと患者側が感じると訴訟化しやすい。

④事後説明が不十分なしは行われないと、患者側は自身の経験や関与者の影響により疑念と不信を強める。

①から④は、医療訴訟へと進める要因である。医療訴訟では、大ざっぱな流れとしては、過失の存否、結果（損害）との因果関係、損害額の認定という順で判断される。したがって、原告らの欲した事実が知りたいという点は、過失、因果関係にかかわる部分でしか明らかにならない。損害賠償請求という手法をとる限り、結果的に原告らの欲した「事実が知りたい」は、医師の行為（治療）の当否について医学論争を中心として裁判の場で争うということになる。インタビューをした複数の弁護士は、費用対効果の点から、損害賠償請求をせざるを得ないとい語っていた。説明義務違反だけの主張では、費用に対し請求額が低額になるからである。

しかし、原告らのいう「事実が知りたい」とは、法廷で争われる医学論争という客観的論議から超過している。原告らの望む「事実が知りたい」は、主観的な部分に依拠している。4人の原告がすべて口にしているのは、若干の表現の違いはあっても「犬死させたくない」「不幸な結果を社会に役立てたい」ということである。この点に注目するならば、医師をはじめとする医療者が、真摯に患者を助けようとしてくれたという事実があったのかという点を知りたいのである。Aも、医師が真摯に助けようとしているならば、安易に管理の悪い大部屋（Aの主観として）に入院させないであろうし、そもそも専門医のいる病院に転医を勧めるべきであったと思っている。この「なぜ管理の悪い大部屋」「なぜ専門医のいる病院に転院させなかったのか」ということこそ、訴訟の目的である「事実が知りたい」なのである。それは同時に、「なぜ自分は、あの時この病院に連れて行ったのか」「なぜもっと強く医師に言わなかったのか」という自責の念ともつながっていく。そして、せめて自分の子どもの死を同じような状況の子どもたちを救う方向で役立たせたい、医師は真摯に反省し過ちを活かしてほしいとなる。こうしたAの心情は、他の3名の原告にも存在している。そして、家族の死が社会に貢献することで、亡くなった子どもや配偶者の生きた証ないしは生きた意味を事後的に求めようとしているのである。

このように原告らの「事実が知りたい」という意味を理解するならば、事後説明で解決する可能性が存在していると考えられる。結果と考察から導かれた4点と、「事実が知りたい」の意味から考えるならば、事前説明を越える重大な事態が生じた際、医師は速やかに、積極的に患者側に説明を行う必要がある。そして、患者側が想定外の悪い結果

が生じたと感じた際の事後説明の留意点としては以下の7点をあげることができる。4事例では、以下の列挙事項が不十分である。

- ①患者側の説明要求には可能な限り速やかに応じる
- ②医師は説明を積極的に行う
- ③担当医は説明の場に同席するが1人では対応させず集団で対応する
- ④患者側の聞きたいこと知りたいことを把握する
- ⑤説明時点で明らかなことと不明なことを明確に伝える
- ⑥患者側と接触の多い担当看護師を同席させる
- ⑦業務等で中断中座することがあっても時間を十分取る

医療が、生命を扱ひ侵襲行為も伴う側面を持つ限り、医療訴訟をはじめとする医事紛争は不可避である。医事紛争においては、医療事故の存在は必須だが、必ずしも医師の過失（法的意味での）が存在しているとは限らない。さらに、医師が医療の専門職としてより良い治療結果を得るために科学的客観的に患者を眺めるのに対し、家族は情愛という主観によって患者を眺めている¹²⁾。この立場性の違いは、患者側の感じる想定外の悪い結果が生じたときにピークに達する。それゆえに、事前説明を越える重大な事態が生じた時は、事後説明が重要になる。有効な事後説明は、医事紛争の抑止力となる可能性がある。したがって、事後説明は、客観と主観という異なった視点から眺める医師と家族とのコミュニケーションの場であり、相互理解の場でもある。医療は、科学に基づくものであるが、事後説明における患者側への対応では、患者側の主観を観察把握し、理解することも重要であると考えられる。

結 論

本稿で検討した4例においては、医師の過失について鑑定が行われ、医学者や臨床医が鑑定書や意見書を提出している。判決結果は、原告の勝訴が1件（D）、敗訴が1件（C）、一部認容が2件（A, B）であった。一部認容の2件のうち、原告の主観で事実上の勝訴と捉えているのは1件である。この点を踏まえると、事例中2件は少なくとも司法判断としては医師に過失がなかったことになる。事例においては、法的な過失がなくても訴訟にいたっている。このことは、医療訴訟を含む医事紛争の回避は、医療安全の側面だけで不十分であることを示唆している。

これら4例の訴訟への過程を検討すると、想定外（原告の主観的判断）の悪い結果の存在を前提として、説明や関与者等により医師への不信を強固なものとしている。そして、その不信は、説明を含め医師や看護師の医療提供行為から形成されている。本研究で検討した事例では、医療訴

訟は「医療安全上の過誤の疑い」と「医療提供上の医療者の行為の瑕疵」によって形成されていくと考えられる。

医療安全上の問題の多くは科学的解決が求められるが、医療提供上の問題は人文社会科学的知見も求められるものである。

最後に、本稿で検討した4例中、被告とはなっていない関与者（被告以外の医師、看護師、病院事務職）の行為に起因して訴訟となったのが明確に2例（原告B・原告D）存在している。近年チーム医療という言葉が良く言われるが、事例B, Dは医療訴訟回避の視点から、医療者間の相互信頼と情報の共有の重要性を示している。

謝 辞

本研究に対し、横野博史先生（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科長）には、指導教授としてご指導にとどまらず、臨床医としてのお立場から多くのご教示を頂戴いたしましたことを深謝致します。

文 献

- 1) 金川琢雄：医師の説明と患者の同意，実践医事法学，金原出版，東京（2002）p105.
- 2) 医学ジャーナリスト協会訳：人は誰でも間違える，米国医療の質委員会・医学研究所編著，日本評論社，東京（2000）.
- 3) 児玉安司：医療安全，ジュリスト（2007）1339，67-74.
- 4) 堺 秀人，池田俊也，大道 久，落合慈之，高野 繁，土屋晋一郎，中田かおり，長谷川敏彦，長谷川有紀，平尾智広：医療事故の全国的発生頻度に関する研究．平成15～17年厚生労働科学研究費補助金技術評価総合研究事業報告書（2006）.
- 5) 後藤将之訳：シンボリック相互作用論，ブルーマー H著，勁草書房，東京（1991）.
- 6) 宮田裕章，甲斐一郎：保健・医療分野における研究の評価基準，日公衛誌（2006）53，319-328.
- 7) 玉井真理子，池田 寛訳：論考，ジャック・ローラー，Burgess E著，東洋館出版社，東京（1998）pp293-312.
- 8) 大谷 實：医療行為と法，弘文堂，東京（2004）pp64-66.
- 9) 近江幸治：民法講義V契約法，成文堂，東京（2009）p337.
- 10) 内田 貴：民法Ⅱ債権各論，東京大学出版会，東京（2007）pp282-283.
- 11) 石川寛俊：医療と裁判 — 弁護士として同伴者として，岩波書店，東京（2004）p51.
- 12) 福本良之，金 一東，野地有子：インフォームド・コンセント過程における信頼の構築，保健医療社論集（2008）19，1-12.
- 13) 福本良之，金 一東，野地有子：インフォームド・コンセントにおける支援の側面，育療（2008）41，38-46.
- 14) 小松秀樹：医療崩壊 — 「立ち去り型サボタージュ」とは何か，朝日新聞社，東京（2006）p8.
- 15) 永安幸正，立木教夫監訳：生命医学倫理，Beauchamp TL，Childress JF著，成文堂，東京（1997）p102.
- 16) 内田 貴：民法Ⅱ債権各論，東京大学出版会，東京（2007）p29.