

医療事故の被害者救済に関する研究

——市民による「救済判定」の可能性を探る——

加藤 良夫 / 町村 泰貴
増田 聖子 / 酒井 美静
奥休場 雅之

- 1 はじめに
 - 2 研究の背景
 - 3 研究の目的
 - 4 研究の方法
 - 5 研究の経過と結果
 - (1) 「設例その1」について
 - (2) 「設例その2」について
 - 6 考 察
 - (1) 市民の自主的参加の可能性について
 - (2) 市民による判定会の可能性について
 - 7 結 語
 - (3) 判定の結果について
 - (4) 設例の説明役と司会進行役
- 資料1 模擬判定会参加依頼状
 資料2 模擬判定会実施要領
 資料3 模擬判定会のための解説
 資料4 模擬判定会当日のスケジュール
 資料5 設例その1
 資料6 設例その2
 資料7 アンケート

1 はじめに

この研究は、南山大学の二〇〇四年度バツへ研究奨励金「一―A―」の支援を受けて行われた。

今回の研究に先立ち、二〇〇三年九月には市民八名の参加を得て模擬判定会をパイロットスタディとして行つて⁽¹⁾いる。

また、二〇〇四年(平成一六年)七月二一日には南山大学法学部の教員有志九名の協力を得て法学者による模擬判定会を実施し、貴重な意見を得ることができた。

そして二〇〇四年(平成一六年)一月一四日には、南山大学同窓会の協力を得て、卒業生有志による模擬判定会を実施した。この論考は、上記の二回の試みの経緯も参考にしつつこの判定会の模様を伝え、その成果を報告するものである。ご協力いただいた各位に深く感謝したい。

2 研究の背景

医療には光(医療の力によって疾病が治癒して健康を取り戻す等医療の功の面)と影(医療によってかえつて生命・健康を損なうなどの害の面)が存在する。影の部分の中には、医療者の過誤のあるケースもあれば、医療行為に起因しているものの過誤のないケースも含まれる。裁判で医療者に医療過誤のあつたことが認定されたケースでは、損害賠償請求が認められるとしても、いわゆる「三つの壁(専門性の壁、密室性の壁、封建制の壁)」のため、原告側(被害者側)が勝訴して損害賠償を得ることは容易なことではない。そこで、裁判所は過失の「一応の推定」⁽²⁾をする等して被害者の救済を図ろうとしてきている。

一方、医療者の立場から見ても、自分が行つた医療行為の結果、患者に著しく意外な結果が生じ、いかにも患者が気の毒であるという思いを抱く症例が存在する。このようなケースでは、医師らに過失がなければ賠償は一切認められず、過失が

認められたケースとそうではないケースとでは医療行為に起因した被害の実情には違いがないにもかかわらず経済的な面では大きな差が生ずる結果となる。

そこで、過失を要件とする「損害賠償」とは異なる無過失の場合の「損失補償」の制度の導入が検討されている。⁽³⁾

医療事故に関し、無過失補償制度を導入することについては、被害救済を厚くするばかりではなく、事故の再発防止を図るといふ点でも、さらには医療者の医療事故に伴う精神的負担の軽減を図るといふ点でもよい効果が期待されている。⁽⁴⁾

ところで、補償をするためには、その被害が医療行為に起因したものと判定できることが必要である。この判定が科学的に厳格になされなければならないならば補償される事例は著しく限定されることになろう。医療行為に起因しているかどうかを判定する場面でも、補償することが妥当かどうかを判定する場面でも、通常人の目から見ても「著しく意外な結果が生じ、いかにも気の毒な結果になっている」という要素は欠かせない。「一般通常人」の素朴な「市民感覚」に依拠して安定的に判定ができるかどうか、ブレは生じないのか、あるいは感情に流されてすべての事例について補償すべしという結果にならないかどうかを実証的に検討しておく必要がある。

刑事裁判への裁判員制度の導入に見られるように市民参加の方向性は今後多方面で拡大していくことであろう。今回の研究によって、市民参加の成果を高めていくためにはどのようなことに留意すべきかについて検討していく際のヒントを得ることができればよいと考えた。⁽⁵⁾

3 研究の目的

この研究は、医療事故の被害者に対する補償制度を想定した上で、その制度の下での市民による「救済判定」の可能性を実証的に検討することを目的としている。

具体的には、医療事故のうち医療者には過失のない事例について、参加した市民が合議して被害者に対して補償するかし

ないかを判定するプロセスを観察し、市民による救済判定の可能性について研究することを目的とした。合わせて、市民が短時間の中で補償と賠償の違いを十分理解できるか、自分たちに期待されている役割を認識した上でそれぞれの意見を述べるができるか、それぞれの意見を集約していくためにはどのような工夫が必要か等についても検討する。

4 研究の方法

(1) 南山大学同窓会の協力を得て、卒業生名簿を借用し、年齢が四〇歳を過ぎていると考えられる昭和六一年度卒業生乃至昭和五五年度卒業生のうちから(四〇歳以上とした趣旨は、簡易裁判所の調停委員の年齢構成も念頭に置きつつ、それまでの人生経験を踏まえて、より分別をもつて物事を考えられる年齢ではないかと判断したからである。またパイロットスタディで七〇歳以上の参加者については理解の点で少し問題を感じた。そのため、今回は四〇歳から四五歳を中心に実行したいと考えたことによる。なお、実際には三九歳から五〇歳〔同窓生の代理でその夫の方〕までの年齢幅があった)、法学部の卒業生は除き(これは法的な判断になるべく引きずられて欲しくないという思いによる)、南山大学に比較的近い名古屋市内に住所地のある方々を対象に協力を依頼する手紙を二〇〇四年一月六日と二二日に送付した。(資料1)

なお封書の中には、「資料1」の手紙文の他に「模擬判定会実施要領」(資料2)、『南山』第一四九号六ページ(「私の研究」の記事)、中日新聞平成九年九月三〇日付夕刊(特報欄でセンター構想を報ずるもの)及び返信用葉書を同封した。

(2) 参加する旨の返信のあった方々に「医療被害防止・救済センター」構想について記した『医療被害を防止し被害者を救済するシステムを作りたい』というパンフレットを事前送付した。⁽⁶⁾

(3) 平成一六年一月一日(日)午前一〇時から、市民判定員一三名に簡単に自己紹介をしていただいた後、判定会の趣旨、やり方についてオリエンテーションを行った。(資料3)

(4) 午前中に調査員役の弁護士から「設例その1」について説明し、各判定員から設例の内容についての質問を受けて意

見を出してもらい、最終的に各自が設例について補償するかしないかの結論を順次口頭で述べ、判定会としての結論を出してもらおう。(資料5)

午後も「設例その2」について同様の方法を取り、判定会としての結論を出してもらおう。(資料6)

(5) 判定会に参加された方々にアンケートを実施し、市民による救済判定に関する意見を聞く。(資料7)

(6) 判定会の模様をビデオに収録するとともに音声から詳細な議事録を作成し、それを分析検討する。(あわせて法学部教員有志による判定会の結果等も参照し、可能な範囲で比較検討する。)

5 研究の経過と結果

(1) 「設例その1」について

「設例その1」(資料5)は、扶養家族のあるヘビースモーカーの男性Cが心筋梗塞の診断のため心臓カテーテル検査を受け、その検査中に事故が発生し死亡したという例であり、心臓カテーテル検査ではどんなに腕のよい人がベストを尽くしても一人に一人くらいの確率で死亡するという前提(仮定)で検討してもらおうものである。

ポイントは、この男性が心筋梗塞のリスクが高いとされるヘビースモーカーであり、かつ血管内にコレステロールがたまりやすい高脂血症であるという要素について補償するかどうかの場面でどう評価するか、また一人に一人の死亡率をどう評価するかである。

判定会においては、死亡した男性Cの家族は、検査を受ける前の時点で一人に一人の確率で死亡するということを知っていたのかという質問があった。これについてはCだけが事前に説明を受けていたという前提で検討してもらった。

また、Cは自分が高脂血症であることを認識していたかという質問もあった。これについては、その認識はあったという前提で検討してもらった。

そして、造影剤は有毒かとか、家族に知らせず検査に入ったことについて病院側に落ち度はないのか、必要な検査だったのか、その日に検査をしなくてはならないような緊急性があつたのかなどの質問が出された。

次に、賠償額と補償額とが具体的にどのようなように違ってくるのか、補償の水準をどう考えるか、特に扶養家族を沢山抱えているから補償する金額をプラスしたり、ヘビースモーカーであつたから金額を下げたりするのか、例えば、Cの遺族が生活に全く困らないほどの大金持ちだったら補償をしなくてもいいのではないかといった意見等が出された。そして、「大変気の毒かどうか」というよりも「社会的にサポート（生活支援）が必要かどうか」を判定すべきではないかという意見も出され、Cの家族が働き口を見つけて生活が安定するまでのつなぎの補償ということに言及する意見も出された。そして、判定会では「補償するかどうか」という点と、「補償水準をどの程度にするか」という二つの点を分けて判定してはどうかという意見も出された。

各判定員に「設例その1」について補償をするかどうかの最終的な結論を求めたところ、検査で亡くなるとは誰も思わないし、一人に一人ということであるから、補償すべきであるという結論になつた。しかし、補償の水準については、不況下の財源を考え見舞金とする意見から賠償金に近い額を念頭におく意見まで相当の開きがあることがうかがわれた。

(2) 「設例その2」について

「設例その2」（資料6）は、扶養家族を有する四〇代の男性Aが視神経の周りに良性の脳腫瘍ができ、「放置すると長くて五年のうちに両目とも失明する。腫瘍をきれいに取り除けば失明は回避できる。しかし、この手術にはベストを尽くしても、手術によつて直ちに両目とも失明する可能性が二〇％ある」という説明を聞いた上で手術を受け、その結果両目とも失明したという例である。

この設例のポイントは、放置すれば五年以内に両目とも失明するというAの脳腫瘍をどう評価するか、手術すると二〇％の割合で直ちに失明する危険があるという説明を聞いてAが手術を受けたことをどう評価するのかという点である。

判定会においては、手術以外の方法はなかったのかといった質問や社会保障の水準に関する質問が出されたほか、Aさんはすべてを理解した上で手術を受けたのだから「被害者」とはいえないのではないかと、Aさんにとつては意外な結果であったのではないのかとか、手術に伴う失明のリスクが二%くらいなら補償してもよいとか、センターの財源の豊かさによつて補償できるレベルが変わつてくるのではないか等の意見が出された。

意見交換の後に各判定員の最終的な結論を求めたところ、見舞金的な水準の補償も含めると補償する方向の判定員が五名に対し、補償しない方向の判定員が八名という結果であった。補償をしないという立場の人の中には、金銭による補償はしなくても相談を充実させ、資格取得の手助け等のサポートを提案する意見もあった。

6 考 察

(1) 市民の自主的参加の可能性について

今回の研究では、南山大学の卒業生に協力を要請した。五三〇通の手紙の送付に対し、転居先不明で戻ってきたものが六八通あり、参加の回答があつたのは一五名(約三%)であつた。(判定会当日前に辞退する人と当日の欠席者が各一名あつて一三名で判定会を行った。)

判定会の呼びかけ主体が母校である南山大学の専任教員である点で信頼性はあつたとしても、判定会の内容のなじみのなさ、ある指定された日曜日を犠牲にせざるを得ないこと、ボランティアということを示して依頼をしたこと(交通費の実費相当分とお弁当が提供されるだけで、日当等は一切支給されない)等の事情から、参加者は限定されざるを得ないと考えられる。(なお本研究に先立つパイロットスタディでは、有権者名簿に基づき、「医療被害防止・救済システムの実現をめざす会」(仮称)準備室から依頼状を出したところ、参加の回答は約二%であつた。)

市民による判定という作業に関する限り、ある日曜日に自主的にこのようなボランティアへの参加の呼びかけをした時

に、それに応じて頂ける方は概ね二〇三〇程度と考えられる。⁽⁷⁾

また、今回参加した人たちに対するアンケート結果によると、今回の企画に参加した理由として、模擬判定会ということに興味があったという人が七名、社会的に意義のあることなので参加してみようと思った人が四名、もともとボランティアに関心があったという人が三名、医療に関心があったという人が三名（以上複数回答あり）であった。また、市民による判定の制度ができたとして求められれば参加するかどうかについては、五〇六年に一度くらいなら市民判定会に参加できるという回答が九名、一生に一度くらいなら参加できるという回答が二名でその他が二名であった。日当を出したほうがよいかどうかについては、八名が日当はいらないと回答し、五名が日当は出したほうがよいと回答している（金額を例示されたのは三千元が二名、五千元が一名、一万円が一名である）。

(2) 市民による判定会の可能性について

① 市民にとって賠償と補償の区別、補償と社会保障の区別は短時間の説明では必ずしも容易ではなさそうである。二つの設例では、いずれも医療者には過失が全くなかったという前提で検討してほしいと説明していたつもりであったが、どうしてもどこかに落ち度があったのではないかという点に関心が向かう傾向がうかがわれた。（この傾向はパイロットスタディでも強く現れていた。）これは医療行為に「起因する」という要素と「過失」という要素乃至「補償する」という要素とが市民感覚の中では十分に区別されて認識されていないからではないだろうか。

② 市民が補償するかどうかを考える際の要素とした「著しく意外な結果」については、予め患者や家族がリスクについて説明を受けていたかどうかによっても判断が異なってくるであろうことがわかった。そして「著しく意外な結果」と判断する場面で、もつとも大きな要素は不幸な事態が発生する確率の大きさであると考えられた。「二万分の一」は事前に説明がなされていても著しく意外な結果と判断されそうである。「二〇%」でも同様の傾向がうかがわれるが、「二〇%」となると患者が危険を引き受けていたと受け止め、「著しく意外な結果」には当たらないという意見が多くなる。ただ「二〇%」と事前

に説明があつても、その患者が八〇%の成功に大きな期待を寄せていたならばその不幸な結果はやはり「著しく意外な結果」にあたるのではないかという意見もあつた。(なお、この点については法学者による判定会でも同様の意見を述べる方がおられた。)

③ 補償するかどうかを考える際のもうひとつの要素とした「いかにも気の毒な結果」については、単に医療によつて患者が受けた不利益だけではなく、扶養する家族の状況がどのようであるか等を大きく加味して考えていることがうかがわれ、被害を受けた家族が資産家であれば、補償については最低限とするかもしくは全く補償しないという考え方も示された。

④ 今回は各自の最終的な見解については順次口頭で述べてもらつたが、他の判定員の意見に影響を受ける可能性を排除するためには、投票方式を採用すべきものと考えられる。

⑤ 判定員に対するアンケート(判定会に関する感想部分)によると「専門家からのアドバイスがあれば自分でも判断できると思う」という人が五名、「判定は医師や弁護士等専門家にしてもらほうがよいと思う」という人が二名、「思つていたより難しかった」という人が五名、「思つていたほど難しくなかつた」という人が一名であり、「補償する・しない」の線引きの難しさを感じる人は多かつたことがうかがわれ、専門家からのアドバイスの重要性も示唆された。

(3) 判定の結果について

判定の結果、「設例その1」については「補償する」、「設例その2」については「補償しない」という結論が出ている。補償するとしても補償の額については見解に開きがあることがうかがわれた。金銭的な補償はしなないとしても、それ以外の支援(遺族の就職支援等)をするという意見もあつた。

「設例その1」の判定の結果については、パイロットスタディで得られた結果と共通であり(なお、パイロットスタディでは、今回の「設例その1」は同じものを用いたが、「設例その2」は今回とは別の設例を提示し判定してもらつたので、今回は

「設例その1」についてのみ比較することとした、「設例その2」の判定会の結果については法学部有志の結論と共通であった。

(4) 設例の説明役と司会進行役

今回の判定会では「調査員」役として、増田聖子弁護士が二つの設例についての説明を行い判定員からの質問にも適宜回答をした。判定会では、説明をする「調査員」が専門用語の解説も含めて分かりやすく事例を説明することが重要である。司会役は主任研究員である加藤良夫が担当した。司会役としては、その場の雰囲気や和らげ、できるだけ多くの判定員から率直な質問・意見が出るように十分配慮して進行しなければならぬ。進行役はどうしても説明を補足したり問題を投げかけたりすることになる。司会進行役の言動は参加者に大きな影響を与えると考えられるので、判定会の結論を暗示したり、ある方向に導くことが全くないように十分配慮し、そのための司会役としてのスキルをみがかなければならない。そのため、十分なトレーニングも必要と考えられる。(特に刑事部の裁判官は裁判員制度の運用開始までの準備期間にあつては、各地で多様な「模擬法廷」を数多く開催する等シミュレーションを繰り返し、この点のトレーニングをすることが必須と考える。)

7 結 語

今回の研究の結果から、「市民」による「救済判定」の可能性についてはつきりとした結論を導き出すことはできないと思われる。なぜなら、第一に、南山大学の卒業生が対象であり、年齢も四〇代前半中心で、母集団に偏りがあるからであり、第二に、設例が二例と限られたものであるからであり、第三に、模擬判定会としては一回(一日)の経験をしたにすぎないからである。ただ、市民による「救済判定」では、被害者に同情するあまり、何でも補償する方向になってしまうので

はないか”という懸念が主として医療関係者から示されることがあるが、今回の判定会で見える限り、財政負担（国民の税負担）のことも念頭に置いた意見等判定会の中では多様な見解が示される可能性がうかがわれ、市民による「救済判定」には展望が開かれないものと結論付けることもできない。重要なことは、市民による「救済判定」を求めるとしたならば、その制度の枠組みを明確にし、どのような点について、どのような基準を示し、どのような方法で、市民による「救済判定」の実効性を引き出していくのか、判定の内実を如何に豊かなものにしていくかということではないだろうか。そのためには、判定員に対する事前の一定の教育プログラムが必須であるし、判定会に先立ってわかりやすい手引書を作成して手渡すことが必要である。また、「調査員」の説明の仕方や司会者の進行の仕方については、心理学等の知見も踏まえ、判定員の「市民感覚」が十分に且つ自発的に判定会に反映されるようにするための慎重な配慮が必要であり、そのためのトレーニングを重ねていくことも必要と考えられる。

注

- (1) 朝日新聞二〇〇三年（平成一五年）九月二十九日付朝刊ならびに日本病院会雑誌五一巻五号八三ページ。
- (2) 最高裁昭和五二年九月三〇日判決（判例時報八二七号一四ページ）。
- (3) 年報医事法学一八号（日本評論社）二二一ページ。
- (4) 李啓充『市場原理が医療を亡ぼす』（医学書院）一八〇ページならびに伊藤文夫ほか編『医療事故紛争の予防・対応の実務』（新日本法規出版）四六八ページ。
- (5) 裁判員制度については、二〇〇九年（平成二一年）の運用開始を前にして各地で模擬法廷の試みがなされている。
- (6) 「医療被害防止・救済センター」構想を解説したパンフレットについては、「医療被害防止・救済システムの実現をめざす会」（仮称）準備室ホームページ〈<http://homepage2.nifty.com/pcmv/>〉参照。
- (7) ちなみに内閣府が行った裁判員制度に関する世論調査によれば、「参加したくない」が七割を占めている（朝日新聞二〇〇五年（平成一七年）四月一七日付朝刊）。

資料 1 模擬判定会参加依頼状

冠 省

突然ご連絡することをお詫び致します。

私は、南山大学法科大学院の実務家教員の加藤良夫と申します。

あなたへのこのお手紙は、次のような事情にもとづきお出しするものです。

1. 私は、裁判以外の「医療被害者の救済システム」について関心をもって研究をしています。
2. この研究については、今年度南山大学から研究助成（2004年度パツへ研究奨励金「1-A-1」）を受けております。
3. このような事情から南山大学の同窓会より同窓会名簿をお借りすることができ、南山大学を昭和61年度に卒業された方々の中から、名古屋在住の方を抽出して今回お願いのお手紙を出すことにしました。

私は、30年程前から患者側弁護士として医療過誤の問題に取り組んできました。しかし、裁判を通して医療事故の再発を防止し被害者の救済を図ることには限界があることから、1997年（平成9年）9月に「医療被害防止・救済センター」構想を考え、これまでセンターの実現をめざすための活動をしてきました。2001年（平成13年）には、「医療被害防止・救済システムの実現をめざす会」（仮称）準備室を立ち上げました。詳細は同封の新聞記事等をご一読戴ければと存じます。

このシステムの中の特徴の一つは医療によって生じられたと思われる医療被害と医療側の行為との間に因果関係があるかどうかを40歳以上65歳以下の一般の市民12名によって判断してもらうことにあります。専門家の間には一般の人にそのような判断が果たしてできるのだろうかという疑問の声もありますが、私は一般の方のほうがより妥当な判断に到達できるのではないかと考えており、それらをボランティアに協力して下さる方をお願いして実証することが必要となりました。具体的には、11月14日の日曜日にお集まり戴き、医療事故の具体的なケースについて、医療行為と結果についての因果関係の存否について市民の目から見て「医療行為によって著しく意外な結果になったかどうか」「医療行為によっていかにも気の毒な結果になったかどうか」等を基準として判定していただく模擬判定会（陪審のようなもの）の機会を設けることと致しました。

今回あなたにお願いすることは、二つ程の「事例」について、「補償」すべきケースかどうかを「市民感覚」で判定して頂くことです。特に専門知識は不要です。

ご多忙な中ご協力戴ける場合は、別紙の模擬判定会開催要項をお読み戴き、同封の返信用葉書にご記入の上 10月15日までにご投函くださいますようお願い致します。

ご協力下さる方には追って関連する資料をお送りさせていただきます。

お断りされた方には今後一切連絡を差し上げることは致しませんので、どうか今回のことはご容赦下さい。

草々

2004年（平成16年）10月6日
〒466-8673 名古屋市昭和区山里町18
南山大学教授
弁護士 加藤 良夫

資料2 模擬判定会実施要領

1. (同窓会名簿から選ばれた) 市民(医師等医療の専門家ではない方) 12名に下記の日時・場所にお集まり戴きます。
2. 参加者には予めパンフレットを送付し、当日までに読んできて戴きます。
3. オリエンテーションの後、事例を紹介し、質疑を受け、センターとして補償するかどうかについて参加者全員で相談をして結論を出して戴きます。
4. これらの様子を記録させて戴きます。
5. 参加者はボランティアであり、日当は支払われません。但し、公共交通機関による交通費相当分と昼食の弁当が支給されます。
6. メディアの一部が当日様子を取材することがあり得ます。その際には参加者個人のプライバシーは尊重されます。
7. 参加者と当研究室とは当日の実証的研究が終了した時点で、相互に何等の関係もないこととなります(この研究に参加されたからといってその後に何らかの負担を負うことはありません)。

記

日時 2004年11月14日(日)9時45分集合16時解散
場所 南山大学法科大学院(A棟)2階会議室
〒466-8673 名古屋市昭和区山里町18

以上

資料3 模擬判定会のための解説

[1]

- ① 患者さんは病気で亡くなります。
→ “運命” “寿命” として仕方のないことです。
- ② 患者さんは、病気の治療中にお医者さんの医療ミスによって亡くなることもあります。 → その医師に対する賠償の問題となります。
- ③ 患者さんは病気の治療中に、お医者さんの治療が正しくても（すなわちミスがなくても）、医療行為そのものによって思いがけず亡くなることがあります。
→ このような時に現在の法律では救済はされていません。
- 今回の判定会では、③について考えます。

[2]

従来、医療裁判では、以下について主張し、証拠によって証明しなければいけません。

- ① 医師の行為に過失（ミス、落度）があったこと、すなわち過失責任
② 医師の行為によって患者が被害をこうむったこと、すなわち因果関係

[3]

① 患者さんが病気で亡くなった	賠償なし	補償なし
② 患者さんが医師の正しい治療を受けていたのに（病気それ自体が重篤であったため）亡くなった	賠償なし	補償なし
③ 患者が治療中に医師の医療ミスによって亡くなった	賠償あり	本来補償は不要
④ 患者が治療中に病気それ自体は致死的なものではないのに、医師の適切な医療行為によって思いもよらず亡くなった	賠償なし	補償制度が必要

※賠償は原則として加害者に過失があることが前提、補償は過失のないことが前提

[4]

今回の判定会では、医師が失敗したかどうか（悪いことをしたかどうか）を判定して頂くものではありません。

（医師の医療行為にミスがあったかどうかは問題になりません）

医師がした行為によって、患者さんに被害が生じたといえるか、しかも著しく意外な結果が生じたといえるか、あるいは大変気の毒な結果が生じたといえるかを判定してもらうことになります。

資料4 模擬判定会当日のスケジュール

9:45	集合
10:00	オリエンテーション
10:20	設例その1の紹介
10:40	設例その1についての質問
11:00	設例その1についての検討会(判定会)
12:00	昼食(お弁当)と 休憩
1:00	設例その2の紹介
1:30	設例その2についての質問
2:00	設例その2についての検討会(判定会)
3:30	本日の感想(アンケート)
4:00	解散

資料5 設例その1

- 患者 48歳男性C ヘビースモーカー
扶養家族=妻、子(15歳の中学生と12歳の小学生)、72歳の母親
- 病名 心筋梗塞の疑い
心臓カテーテル検査中に死亡
- 経過 平成15年9月1日に、階段を上っていて息苦しくなったことがあったが、休んでいたらすぐに回復した。初めてのことで気になったため、同年9月3日の午前D病院で心電図をとり、同日午後心臓カテーテル検査を受けた。(なお、これは細い管を心臓の血管の中に入れて造影剤を流し、心臓の血管が詰まっているかどうかを調べる検査である。)

検査中に、管の先端が心臓の大切な血管の内面を傷つけ、血管の内膜がめくれてふくらみそこへ血液が流れ込むこととなり、そのために、心臓に酸素を運ぶ本来の血流が止まり、そのため心臓が止まってしまった。

医師は蘇生を試みたが、Cは死亡した。

遺族は、もう少し慎重にしてくれれば血管を傷つけることはなかったし、この検査さえ受けなければこうはならなかったのにと無念の思いを抱いている。これについては、担当医は、どんなに上手な人がやっても1万人に1人くらいの確率で起きるものであり、不可抗力であると述べている。

調べたところ、Cは高脂血症であり、心臓の血管(冠動脈)にコレステロールがたまっていたため、血管の内面もろくなっていた可能性があることが判明している。

資料6 設例その2

1. 患者 40代男性A
扶養家族＝妻と中学生と小学生の子2人
2. 病名 脳腫瘍
3. 経過 Aは視力に異常を感じ眼科を受診した。
Aは眼科医のすすめで大学病院の脳外科を受診し精密検査を受けたところ、視神経の周りに脳腫瘍（良性）があることが判明した。
脳外科医は、Aに対し
- ① 手術をしないまま放置すると長くて5年のうちに失明すること。
 - ② 手術をして腫瘍を取り除けば、失明に至ることを回避できること。
 - ③ この腫瘍を取り除く手術には危険も伴い、どんなに上手に手術をしても手術によってかえって完全に失明する可能性が20%あること。
- を説明した。
Aはすべてを理解した上で、家族等とも相談し手術を受けた。しかし、手術直後に完全失明となった。

※ インフォームド・コンセント原則は完全に実践された。

※ 腫瘍を取り除く手術手技等には、過失はなかった。

