

医の論理とカルテ開示

時計台記念病院循環器ミーティング

2012年7月17日

札幌弁護士会 田中 宏

はじめに

今ご紹介いただきました田中宏です。過分のご紹介にあずかり恐縮です。実は当初、「医療過誤訴訟の最近の傾向」についてというテーマで話をしようと思っておりました。その予定で準備をしておりました。準備しているうちに、これだけは話しておかなければならないという現象に出会い、タイトルを変更いたしました。そのきっかけは、想定外の医の倫理違反がいくつも発生していたことです。医の倫理といえば、生殖医療の問題、臓器移植、延命治療、死ぬ権利などを思い浮かべますが、ここで取り上げる倫理違反は、そのレベルをはるかに超えて刑事事件になった例です。それらの事件を目(ま)の当たりにしますと、ちょっと待てよと、「医療過誤訴訟の最近の傾向」よりは、医師のマインドについて切り込んだ方が良いのではと思うようになりました。それでこのようにタイトルを変えさせていただいた次第です。

「医療過誤訴訟の最近の傾向」につきましても、田中・渡辺法律事務所というキーワードをネットで検索していただくと私どもの事務所のホームページがございます。そのトップ画面に今年の1月と2月に2回に分けて合計約4時間、時計台記念病院で講演した講演記録「医療過誤訴訟とどう向き合うか」を掲載しております(注1)。プリントアウトしてお読みいただけますと最近の医療訴訟の現状が良くわかると思います。関心のある方は、どうかそちらにアクセスしていただければと思います。

1. 三つの刑事事件から考える

私は「法は倫理の最低限度」と思っていました。倫理違反を飛び越えて、刑事事件になってしまったケースと出会ったのです。それはこれから紹介する三つの刑事事件です。

(1) まず第1に、都立広尾病院事件(注2)。この事件はご承知の通り平成11(1999)年に起きた事件です。この年はもう一つ信じられない医療事故が起きています。横浜市立大学患者取り違え事件(注3)です。2つの有り得ない事件が起きたことで、市民の医療に対する信頼は大きく揺らぎました。二つとも事故防止システムが機能していれば防げた事故です。それが防げずに発生したということは、システムに問題がありました。都立広尾病院事件は、看護師がヘパ生と消毒液を誤って点滴して、患者は30分後には心肺停止になって死亡してしまったという事故です。しかし、私が今日取り上げようと思ったのは、事故防止のためのシステムのことではありません。病院の対応についてです。院長は当日の夜、この事件を外出先から帰ってきて誤注射の可能性があることを知らされました。翌朝8時に出勤して、主治医から誤注射の可能性を指摘されました。そして対策会議を開きます。対策会議は、副院長その他関係者9名で構成されています。会議では、色々な意見が出ましたが、ミスは明確であり、これは異状死であるので、警察に届け出る決定をしました。また、解剖することも決定しました。遺族から解剖の同意もいただきました。なお、医師法21条は、「医師は、死体を検案して異状があると認めるときは、24時間以内に所轄警察署に届けなければならない」と定めています。患者が亡くなったのが10時44分ですから、病院側では24時間以内に届け出ると決めていました。ここからが問題で

す。最初の処理を誤ったため、事故が事件になったのです。院長は、医事課長に、監督官庁である東京都衛生局病院事業部に連絡し、警察へ届け出ることを伝えたのです。ところが都の病院事業部は、「解剖することは証拠隠滅になる。解剖するなら司法解剖だ」とストップをかけたのです。そして、東京都衛生局の副参事が病院に乗り込んできました。この時点で24時間が過ぎていました。しかし病院側は、解剖に踏み切り、90%以上の確率で病院のミスによる死亡ということになりました。しかしその副参事は、院長に「都立病院から事故の届出をしたことはない。病院自ら警察に届けることは、病院の職員を売ることになる。これまで例がない」といいました。これは完全に脅しです。「職員を売る」というセリフは、強烈です。この脅しに院長もすっかりビビってしまった。自分は何をすべきか、頭が真っ白になってしまった。対策会議で届け出ると決めたのに、届け出ないまま1ヶ月も過ぎてしまった。役人が不都合なことを隠そうとするのは、日本の官僚の組織風土のようなものです。福島第1原発を巡る原子力安全・保安委員会の対応を見れば、思い当たります。院長は、主治医とともに、患者の家族にお詫びの弔問に行きました。実は死亡した患者は看護師さんで、次男は医者でした。それで、息子さんが解剖する前に死体を写真で撮っていました。皆さんだって、消毒液を注射した後どのようになるか見たことはないと思います。写真には、静脈に沿って赤い線が浮き上がっていたのです。劇物を入れたときに出来る赤色の色素沈着です。遺族は、写真を示して、これは何だと、院長に詰め寄った訳です。「どうして警察に届け出ないのか」と詰問するわけです。そして、あなたがやらないのであれば、こちらが届け出るぞと詰め寄ったのです。病院は、その3日後に異状死体の届出をしました。これは、24時間以内に届け出なければならないという医師法に違反する犯罪です（50万円以下の罰金）。これだけであれば、院長は医師法違反に問われるだけですが、次の展開がありました。

3月に、遺族が保険金請求のために死亡診断書を書いてくださいということになりました。医師には、診断書の作成義務があります（医師法19条2項）。主治医は困って院長に相談します。院長も困り、副院長らと相談し、主治医に直接の死因として「急性肺血栓塞栓症」と書き、「病死及び自然死」の欄にを付けるよう指示したのです。医長は院長に「まずいのではないかと意見を述べますが、院長は「昨日、みんなで相談して決めたことだ」ととり合いませんでした。これが大きな犯罪になりました。病院長は公務員ですので、虚偽公文書作成の罪（刑法156条・1年以上10年以下の懲役）で逮捕されます。なお、民間の医師の場合には、虚偽診断書作成罪（刑法160条・3月以下の禁錮）になります。2009年6月、札幌の耳鼻咽喉科の医師が詐欺と虚偽診断書作成の罪で逮捕され、有罪判決を受けたことは、皆様ご存知の通りです。そして都の副参事。これが一番悪い奴ですが、これも一緒に逮捕されます。そして間違った看護師さん、要するにへパ生（血液凝固剤）と消毒液をそれぞれ置いて行った人、そして確認しないで患者に注射した看護師それぞれが起訴されました。主治医は誤注射に関与していないので、刑事責任はないとされました。逮捕されたのは、4人でした。そして院長は、懲役1年（執行猶予3年）罰金2万円、そして医道審議会でも1ヶ月の医業の停止となりました。医師であればだれでも都立病院の院長になれるわけではありません。それなりの研鑽を積んだ人、病院長に選出されるまでには色々な努力もあったでしょう。その院長が、東京都の副参事に「職員を売るのか」といわれて異状死体の届け出をせず、偽りの診断書作成に関わったのです。危機管理は、真実を尊重する中で行われなければなりません。院長は、最初の一步が間違っていました。その一步が院長を犯罪者にしてしまったのです。

(2) 次に東京女子医大の事件(注4)です。平成13(2001)年、東京女子医大病院で9歳の女の子の手術をしているときに、人工心肺装置のフィルターがつまり、脱血ができずに2日後に亡くなったという事件です。この執刀医は東京女子医大の講師で、医師の経歴が20年ありました。この人には、助教授・教授という道がありました。これからという時に、事故にあってしまいました。事故であるのに、そのことを隠したのです。事故が事件になったのです。彼は何をしたかという、証拠隠滅すなわちカルテなどの改ざんです。低体温療法をやったのですが、カルテにはその記録が一つもなく、その間も人工心肺が回っていたという記録をつくりだしました。そして瞳孔散大。瞳孔6~7mmを4mmに変えました。大学は、死亡原因調査委員会を学内に設置し、報告書をまとめます。報告書では、「死亡原因は、助手が人工心肺のポンプを高回転にした操作ミスに起因する」となっています。警察は、この報告書を手掛かりに、助手を逮捕したのです。この助手は3ヶ月間身柄を勾留されますが、最終的には無罪になっています。日本心臓外科学会など3学会が合同で委員会を設置して事故の解明に当たり、脱血できなかったのは吸引ラインにつけられたフィルターが水滴で詰まったことが原因だということが分かりました。助手は、執刀医がカルテを改ざんしなければ、側杖をくろうこともなかったと思います。執刀医は、証拠隠滅(刑法204条・2年以下の懲役又は20万円以下の罰金)を行っていたのですから、弁解の仕様もない。この執刀医は未来を失ったわけです。教授になれたかもしれない有望な人が、懲役1年執行猶予3年の判決を受け、懲戒解雇されています。そのうえ、1年6月の医業停止の行政処分を受けています。東京女子医大病院は、厚労省から特定機能病院の指定を取り消されています。その後、助手も大学から辞めろといわれて、論旨退職させられています。執刀医がカルテの改ざんをしなければ、助手も一蓮托生で捕まることはなかっただろうと推測されます。有為の人材が証拠隠滅したばかりに、将来ある身を失ったばかりでなく、罪もない助手を巻き込んでしまったのです。重大事象が発生した時の危機管理は、医師にも求められているのです。危機管理のベースにあるのは、真実を隠さない、真実を尊重するということです。

(3) 三番目は甲府で起きた証明妨害事件。平成9(1997)年、産科の個人開業医の事件です。経産婦が出産後、DICで死亡。お子さんも生まれたときはアプガールスコア3点だったのですが、その後悪くなって亡くなっています。ところが、この医者は死産と真実と異なる診断書を作成した。母親にはDICの色々な兆候があったので、すぐに大学病院に転送しています。そしてその大学病院で亡くなった。産婦はDICで死亡した。これは事故というべき事象です。ところが事故が事件になってしまった。どうしてかという、平成9年3月6日の事故ですが、7月4日に裁判所から証拠保全の決定が来ました。証拠保全とはどういうことかという、裁判所からカルテ等の診療に関する記録一切を検証するというので、全部提出しなさいという決定がきます。参考までに、証拠保全決定を末尾に添付します。目録の「一切の記録」というのが大事です。全ての記録を出さなければなりません。証拠保全の目的は、後で裁判の時に、カルテ等を改ざんされては困るからです。したがって、全ての記録を出さなければなりません。裁判所からの書類は、普通は、郵便で届けられますが、改ざんのため時間的余裕を与えないため、裁判所の執行官が直接病院に持って来ます。それが午後1時。そして、午後2時に裁判官がやってきて、記録を全部出すようにというのです。この産科医は、1時から2時までの1時間の中に、産婦はDICではなかったという証拠を創りだしてしまいました。カルテだけを改ざんするのであれば簡

単なのですが、関係する資料を1時間の間に書き替えたのです。自分で書き替えただけでなく、看護師にも書き替えを指示してやらせています。更に極めつけは、当時出産に立ち会った看護師は、給料が少ないことで抗議の退職していました。もうその病院にいなかったのです。しかし、現在の看護師に、この元看護師の役割をやらせて、要するに替え玉をさせたのです。しかもすり替え工作で、10回も証言のリハーサルをやったのです。辞めた看護師になり代わって証言させたのです。この医師は弁護士も欺いていました。リハーサルには弁護士も立ち会っていますが、弁護士を欺くために、分娩台帳もすべて書き替えて、替え玉が分からないようにしていたのです。元原簿はシュレッダーにかけて全部捨ててしまいました。そして勤務表も廃棄しました。裁判所にも看護記録・温度表・パルトグラム（分娩の経過を示すもの）を全部改ざんしたニセ物を出したのです。ニセ証人はやはりどこかボロが出るものです。患者側の代理人の弁護士は、ニセ証人であると気づきます。医師は遺族から偽証教唆で告発され、刑事事件になりました。医師は、懲役1年6月執行猶予3年、そして看護師は偽証の罪で懲役1年執行猶予3年でした。共犯には3つのパターンがあります。共同正犯と教唆犯と幫助犯です。教唆犯というのは「これをやったらどうだ」と犯罪をそそのかすことをいいます。犯行を手助けすることを幫助といえます。判決は、実行犯（ニセ証人の看護師）が懲役1年で教唆犯（産婦人科医）が1年6月でした。実行犯よりも教唆犯の方が、犯情がよろしくないという認定です。DICということは、転送された大病院に記録があるので、この医師がいくら書きかえても、すぐに判ってしまうのです。この医者は執行猶予がついたので、刑務所に行かなくてもよかったのですが、社会が許しませんでした。山梨日日新聞は、この事件を詳しく報道しました。証拠隠滅、替え玉、こんな前代未聞の事件を報道した結果、この病院は廃業に追い込まれたそうです。DICならばDICで正直に対応すればよかったのです。特に産婦の場合DICになる可能性も高いといわれています。そうすると、たまたま不幸な患者が来てしまっただけなのに、この時のたった1時間の行動が、医師の首を絞めたのです。医師は、なぜ改ざんや偽証を思いついたのか。もっと言うと、この医者の危機管理はどうなっていたのか。重大事象が発生したときに何をすべきか、どんな手順ですべきか。これを決定するには、現実起こったことを正面から真摯に受け止めなければなりません。隠したのでは、危機管理にならないのです。彼らは、どこで間違ってしまったのか。complianceという言葉をご存知でしょうか。法令順守とかいわれていますが、そればかりではありません。企業などの組織は、健全な行為規範があってはじめて健全に運営されるのです。もちろん、真実尊重は第1義のコンプライエンスです。リスク事象が発生した場合の対応は、コンプライエンスに合致したものでなければなりません。コンプライエンスから逸脱した「非コンプライエンス対応」は、被害を最小化させるどころか、逆にダメージを拡大させます。不始末があったならば、公開して謝罪する。当たり前のことなのですが、それができないで隠蔽に走る。そして傷口を広げてしまった。それともう一つはマインド。三人には、真実を尊重するマインドが欠けていたように思います。正直に経過を説明すれば何ともないものを、自分で首を絞めて自殺したようなものです。

2. 診療録は正確に

医師の診療録の作成義務（医師法24条）は、正しく書くことが前提です。医師には、真実義務があると思います。診断が正しく行われるためには、診断の基礎となる症状の理解・把握が正確でなければなりません。診断学の出番を待つまでもなく、当たり前のことです。しかし、医師法、医療法などの関係法規を調べても、真実義務は見つかりません。色々な文献を調べてみました。日本医師会の職業倫理指

針（平成16年）の中に「診療録は適切に記載しなければならない」としています。正しく記載しろとは書かれていません。「正しく」と「適切」はどこが違うのかは、クリアカットに説明できませんが、適切は正しくよりややぼけて曖昧なところがあると思います。三件の事件を紹介しましたが、これらは偶発的に、たまたま倫理的でない医師の事件が、三件重なったのか、それともこの三つの事件に共通する何かがあるのかということをお皆さんに聞いたかったのです。私は、原告側でも被告側でも医療訴訟をやっていますが、原告側で裁判を起こした時にしばしば遭遇するのが、被告のカルテの改ざん、偽証という問題です。医療裁判の判決でも、「医師は●●、看護師は■●と供述するが××の証拠に照らしてこれらの供述は措信しがたい」という判決がたくさんあります。つまり医師や看護師の証言は信用できない、つまり嘘をついていると認定されています。こうした裁判での実態を踏まえると、私は上記の三件は偶然ではないような気がします。どうも、医師や看護師には、「真実」に対する畏敬の念がないのではないかと疑ってしまいます。私は、これらの三件は偶然起きたものではなく背後に何かがあるのだろうと思ったわけです。だからといって、医師や看護師が皆真実に反したことをやっていると思っている訳ではありません。ごく例外的な事例だと思います。事件の院長はいわばエリートです。院長職は、医師であればだれでも就けるポジションではなく、限られたエリートというべき人です。しかも多く医師・職員を指導しなければならない人です。その人が、最も判断を誤ってはならないときに東京都の副参事に「職員を売るのですか」「前例のないことをするのですか」といわれて、真実の尊重を忘れてしまった。事件の執刀医も同じです。人工心肺のフィルターの故障だったのに、業務上過失致死で自分が取り調べられるかも知れないと思ったのかどうか分かりませんが、カルテの改ざんをしてしまった。その結果刑事事件になり、逮捕され、有罪判決を受け、懲戒免職になった。いざという時の判断基準を持っていれば、被告人になることはなかつただろうと思います。この事件の医師は、個人病院を開業しているぐらいですから、それなりのキャリアがあるエリートだと思われます。そうすると、これらのエリート達はどのような倫理教育を受けてきたのであろうと思ったわけです。彼らのマインドの形成は、どのようにしてなされたのか。先ほどもいったように、医療過誤訴訟では、しばしば偽証・証拠隠滅が行われています。先ほどの事件で証拠保全という話をしました。民事訴訟法234条は、証拠保全について「あらかじめ証拠を保全しておかなければその証拠を使用することが困難となる事情があると認められる時」と要件を定めています。後日裁判になってからは偽りの診断書やカルテがでてきては、裁判所も困ります。いまこの民事訴訟法234条がどんな事件に使用されるかということ、医療過誤が大部分です。証拠保全の申立てをすると、裁判官は格別取り調べることなく決定を出してしまう。裁判官は、今までの経験で理屈ではなく、医者や看護師は、偽証・証拠隠滅をすると体でわかっている。だから審査なく通ってしまうのです。証拠保全の申立がスルー（無審査）で通る事件は、医療過誤事件しかないといっても過言ではありません。そうすると、もう一度医師の真実義務はどうなっているのかということが問われると思います。

3. プロフェッションとしての医師

そこで私は、レジユメにありますように、profession としての医師という観点からこの問題にアプローチしたいと思います。結論から言いますと、三人の医師は、profession の基本としてのマインドが形成されなかった。膨大な医学知識はある。しかし知識を生かすマインドが形成されないまま知識だけが膨張した。この医師は、なぜカルテなどの書類を改ざんしたのか。改ざんすることに抵抗はなかったの

か。改ざんが判明した場合、自分や自分の病院は、どうなると思っていたのか。彼らには、ためらいが感じられません。どうして逸脱してしまったのかが問題です。

問題解決の糸口として、profession とは何かを紹介したいと思います。私は先ほど紹介いただきました通り、北海道大学法科大学院で法曹倫理を教えていました。弁護士の profession 性を強く教えていたので、その応用で、医師の profession 性の比較ができるのではないかと思ったので、取り上げてみました。

(1) もともと profession というのは、中世ヨーロッパで生まれた概念です。医師・弁護士・神職（聖職者）、この3つが profession と呼ばれています。profess とは、公に約束することです。公に約束するということは何の約束をするか。公共のために働くことを約束する。そしてこの3つの profession は、いずれも人の不幸に立ち会う職業です。医師は、身体的な苦痛を持っている人、弁護士は社会的な紛争や刑事事件に巻き込まれた人、聖職者は心の悩みを持っている人の不幸に立ち会う職業です。こういった人の不幸に立ち会ってその人達のために働くことを約束することが profession です。

(2) profession を特徴づけているのは、高度の専門性です。説明するまでもありません。profession の高度の専門性は、座学ではできない専門的なトレーニングを積んで初めてライセンスが得られるという特徴があります。実務上（臨床上）のトレーニングを積むことが求められます。たとえば、医学書を何回も読み込んだけれども、人間の体を見たこともない人が座学だけで医学の知識が身につくのかというと、身につきません。厳しいトレーニングを経て初めてライセンスを得られる。医師国家試験医合格しただけでは足りない。ライセンスをもらった後も研修をして一人前になっていく。司法試験に合格して司法修習をやって、それから弁護士として一人前になる。聖職者は神学を勉強しなければなりません。

(3) 次の特性は、profession に対する懲罰は、profession の団体が自律的に行わなければならないという点です。弁護士を見ると、弁護士会が入会から懲戒まですべての手続を行っています。これを弁護士自治と呼んでいます。戦後の改革によって、弁護士自治が実現しました。入会を認めないとか懲戒処分不服の人は、裁判所に訴訟（行政訴訟）をおこすことになります。ところが医師の場合は、明治時代から国家による医師の管理が行われていて、医師会には自律権がありません。何よりも医師会は任意団体です。医師会に入会しないからといって、あるいは医師会を脱退したからといって、医師として活動することに差し障りはありません。profession の特性である自律性・自治性が残念ながら医師会にありません。ライセンスの付与は厚生労働大臣が行いますし、懲戒も医道審議会の意見に基づいて、厚生労働大臣が行います（医師法7条）。明治時代のまま、国が医師を管理しているということです。医師の倫理の向上、医師として踏み外してはならない道を確認するためには、医師会がもっと強力な権限を持たなければならないと思います。自浄作用を強化するためにも、自治は必要なのです。そのためには、加入の強制と医師会自身が懲罰権を行使できるとならなければならないと思います。森岡恭彦先生という、昭和天皇の手術を行った先生が、日本医師会の倫理向上委員会の委員を行っております。森岡先生は、「診療上の独立性、professional autonomy は社会的に承認されている」とおっしゃっています（注5）。autonomy というのは、自治という意味です。どの範囲で自治があると述べられている

のか、文脈からははっきりしません。診療上の独立性や裁量性があることは当たり前のことであり、それだけでは、autonomyがあるとはいえないと思います。自らがその会員の資格の承認・懲罰権がないと、autonomyにはなりません。

(4) profession の特性の一つに、自分たちの力で後進を育成するということがあります。大学教育然り。医師国家試験に合格した後の研修然り。そして皆さんが実務に就いて、OJT で学んでいくものです。その過程で、後進を育てていくことが profession だと思います。先達の先生方に後進の育成のあり方について、特にマインドの形成ということについて研究してもらって、体系化していく必要があるように思います。医の倫理教育はようやく拍車がかかってきた。その背景には、先ほど話したいくつかの事件があって、国民から医師に対する信頼をうるためには、先輩医師たちが、後進の卵や医師に倫理教育を重ねていかなければならないと思います。

(5) これらの profession には、皆、厳しく守秘義務が課されております。ヒポクラテスの誓いにも明記されています。説明の必要はありません。秘密漏えいは、刑法上の犯罪です（刑法133条・1年以下の懲役又は20万円以下の罰金）。

(6) 弁護士も医師も共通ですが、弁護士法においては「深い教養の保持と高い品性の陶冶に努めなければならない」となっています。それから医師の倫理綱領の第2では「医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるよう心掛ける」となっています。皆さんが相手をしているのは、病を得ている弱い人間です。死を間近にした人間です。その人間に対して、傲慢という言葉が白衣を着ているような医師が接触をしていたら二重の被害を受けるかもしれません。だから、profession というのは不断の勉強をして人間性を深め、品性を向上させなければならないのです。

(7) 悩める人のために働くことを約束した profession が、真実を尊重しなければ、どうなりますか。profession の基本の「キ」でしょう。profession であることを自覚し、そのことに誇りをもって行動を起こしていたならば、決して三人は犯罪人となることは無かったですでしょう。

4. いつ、だれが、どのように

医の倫理というものをどこで教えるべきかという問題があります。1つは医学部在学中に教える。札幌医科大学では1年生の前期で倫理学入門を学ぶことになっています。医学部1年生の時に習っても、知識を習っただけで、自分がどんな医師になるのか。医師としてどう生きるか。医師としてどうあるべきかということはまだ具体的に考える段階ではありません。そうすると、次のステップで医師国家試験に受かった時に、医師の倫理を教えるのはどうだろう。モチベーションも上がっているときなので、有効だと思います。法科大学院で法曹倫理は必修ですが、目の前の司法試験にどうしても関心が行ってしまいます。司法修習生に対する倫理研修が有効なのと同様です。ところがそれが1回きりのレクチャーでは右から左に抜けていきます。どうしてかということ、知識として教えられるものは忘れてしまいます。マインドにならない限り、忘れてしまいます。医師の倫理として共通理解したものを皆さんのマインドの中にきちっと植えつけてくトレーニングが必要だと思います。医師になってからの継続教育・生涯教育も必要です。1回限りのスポットでは、不足です。日本医師会は、資質向上のための活動を展開して

います。日本医師会が行ってきたこれまでの努力の経過を一瞥してみますと、昭和25年に「医の倫理」を公表しております。さらに、平成12年に「医の倫理綱領」が作成されました。これは平明な言葉で書かれていて、理解しやすいものです。医師であれば納得できる内容です。平成16年に「医師の職業倫理指針」を作成しております。そしてさらに、平成20年6月にその指針についてコンメンタール（注釈）を公表しています。どこまで成果が上がっているかは、分かりません。今年の3月号の医師会報は、「医師の倫理の向上と資質の向上」ということで特集を組んでいます。特集を組むばかりでなく、色々な工夫を重ねています。医師の資質と倫理の向上のためのシンポジウムを去年から初めて、今年は2回目でした。いくつかのテーマをバズセッション方式で10人ぐらいずつグループに分かれて検討を行い、検討結果を発表する。これによって意識の共通化を図るという努力をしております。医師会でのレポートでは、シンポジウムに出席して、討論して納得することでマインドは少しずつ形成されたと感想が書かれてありました。ですから在学中も大事、医師国家試験に受かった後も大事、それから継続的な倫理教育が大事だということです。要するにトレーニングを継続することが大事だと思います。では、誰がレクチャーするのか。講師の人選も重要です。あんな奴の話聞きたくないとなったら終わりです。話し手が話した言葉が聞き手の胸に響く人でないとダメということになります。そうなるとレクチャーは結構限られてくるかもしれません。

皆さんは、本当に医師に医の倫理が必要だ。そのための倫理教育だと本当に思われていますか。今まで倫理教育などなくても差し障りなくやってこれた。そんな面倒なものは要らないと思われるかもしれません。皆さんが事故や事件に遭わなかったのは、偶然かもしれません。真実義務ばかりでなく、医の倫理に関してはたくさん問題があります。死の認定の時期、輸血拒否する宗教団体への対応、ヒトを対象とする医学的実験、生殖医療などの問題に出会うかもしれません。危機管理はもちろんのこと、それらの問題に出会った時のために常に準備しておかなければなりません。そういう時に基本となるマインドは、患者のためにある医療、それに奉仕するのだというマインドです。そこからは、真実義務を尊重しないということはありません。この流れはもう変わらないと思います。ですから、こういった流れの中で皆さんがどういったマインドを持つかが重要だと思います。

5. カルテの開示について

最後に、カルテの開示（注6）ということですが、まず診療契約が法律上どういうものかということ、民法上、準委任契約と呼ばれています。準委任契約ということは、委任契約が法律行為の代理行為をするわけで、準委任契約とは事実行為の委任をするということです。受任者には、報告義務があります（民法645条）。患者からカルテを見せてください、どうなっていますか説明してくださいと求められると、報告義務がある。説明義務がある。カルテを見せてくださいといわれれば、コピーを渡さなければなりません。ですから、レジュメの中に、カルテの開示をしなかったこと自体で、損害賠償請求が認められたという例を紹介しておきました（10）の）。委任契約上の報告義務ばかりでなく、個人情報保護法25条でも、「本人に対して、政令で定める方法により、遅滞なく、当該保有個人データを開示しなければならない」と定めています。そのうえ厚労省のガイドライン、日本医師会のガイドラインと、がんじがらめに開示を義務付けています。この状況下では、開示を拒否すると契約違反として損害賠償請求も容易に認められることになります。開示請求者が第三者でない限り、開示の拒絶はできません。自分に何の落ち度もないし、カルテを見せる必要がないと思うかもしれませんが、患者から見せて

くださいと言われた時に、ノーとはいえないのです。ノーは、診療契約に違反することになります。カルテを開示することは、単に診療契約上の義務だからというのではなく、もっと積極的な意義があると思います。患者は自己決定する。患者に対する医療情報の提供は、患者の自己決定権に寄与する。そのための情報提供であるという意義です。ということは、医療というものは患者と医師が共同して行っていくという、基本的コンセプトがあって、患者は、自分の情報を知る権利があるということです。そしてその情報に基づいて、自己決定を行うのです。インフォームというのは well inform でなければなりません。ただ形だけやっても意味がありません。考えてみれば、それに大変な時間を要するわけです。ムンテラの経過も証拠として作成しておかなければならない。増々看護師さんの仕事が増えていく。先生と患者さんの話をメモしておかなければならない。逐一メモするのは難しいから、テープに録音しておく。テープに録音したものをあとで反訳するという大変な仕事が残っている。いま、こういう時代だということをご理解ください。

次に、顛末報告義務を認めた判例もあります（レジユメ（10）の）。顛末報告義務というのは、患者が死亡した場合になぜ死亡したのかをきちんと調査して報告する義務のことです。これまでも、格別顛末報告義務と呼ばなくとも、死因をはじめ患者の病状、治療の内容についての説明は行われてきました。ごく普通に説明すれば足りると思いますが、故意に誤った説明をしたり、重要な事実を説明しなかった場合には、説明義務違反となることもあります（京都地判平成17年7月12日・判時1907-112は、不適切な対応に慰謝料を認めています）。日本医師会の「診療情報提供ガイドライン」（2002）でも、遺族への診療情報の提供を義務付けています。

医師と患者の関係は、信認関係（fiduciary relationship）といわれており、医師は患者に信認義務を負っていると解されています。単なる委任契約上の義務を超えています。医師には、患者の最善の利益・幸福のために行動することが求められています。信認関係は、医師が正しい情報を伝えていく中で形成されていくと考えています。逆にろくな説明をしてくれないとか、つけんどんで相手にならぬとかになると、逆に不信感を持たれて信認関係が崩れていきます。信認関係も形成できません。きちんと説明することが、信認関係を強化していくことになるのです。それは先生方が、自分が患者であればどのような情報が欲しいかを考えればすぐにわかると思います。福岡県医師会は、2000年に、独自に、診療情報共有福岡宣言（注7）を採択しています。

カルテの開示による不都合・不利益はやむを得ないと思います。セカンドオピニオンに使われることは、その医師のやっていたことを別の医師がトレースするわけです。能力がすぐに明らかになったり、よその人から批判される、医療過誤等で責任の追及がやりやすくなる。こんなことをやっていたら時間もかかる。こういった不利益はあります。しかしながら、今はどういう時代かということを理解しないとダメだと思います。丸椅子論では通らないのです。先ほどのような不利益・不都合があっても、甘受すべきものと割り切って、そういう時代であると考えて、積極的に対応すべきだと思います。こんな時代の中で皆様に、どうしたら医師のマインドが植えつけられ得るかを考えていただきたくて、こういった話をいたしました。最後ははしょって雑駁な話になってしまいました。これで終わらせていただきます（拍手）。

<脚注>

注1 http://tw-law-office.jp/ronbun/ronbun_01.html

http://tw-law-office.jp/ronbun/ronbun_001.html

注2 患者は平成11年2月10日、慢性関節リウマチ治療のため、都立広尾病院に入院し、左中指滑膜切除手術を受けた。翌11日、看護師（当時）は、医師の指示に従い、患者に対しへパロックを開始したところ、患者の容態が急変し死亡した。その原因は、看護師がへパロックを行う際に、生理食塩水を注入すべきであるのに、誤って消毒薬を注入したことにあった。東京都は、5,880万円の支払いを命じられたほか、院長は100万円、東京都衛生局の副参事は50万円の支払いを命じられている（東京地判平成16年1月30日・判時1861-3）。院長の受任は、死亡した患者の遺族に対して死因の説明を適切に行わなかったことが説明義務に違反しているというものであった。

刑事事件については、本文参照（東京地判平成13年8月30日・判時1771-156、東京高判平成15年5月19日・判タ1153号99頁、最三小判平成16年4月13日・判時1861号140頁）。情けないことに、この院長は、医師法21条は、憲法違反だとまで主張しています。そんな考えなら、初めから医者にならなければよかったのに。

②都立病産院医療事故防止委員会が、平成11年8月「都立広尾病院の医療事故に関する報告書—検証と提言」を公表している。そのなかで「リスクマネジメント実現に向けた提言」を行っている。

注3 平成11年1月11日、横浜市立大学付属病院第一外科で、肺手術と心臓手術の患者を取り違えて手術。切開後人違いに気付いた。1人の看護師が一度に2人を交換ホールに取り違えて搬送したことが原因。患者を受け取った看護師、手術室の看護師、麻酔科医、執刀医、助手らも確認を怠っていた。初歩的なミスが何重にも重なった事故。執刀医兼主治医及び麻酔科医が確認義務を怠ったとして起訴された（最判平成19年3月26日・刑集61巻2号131頁）。同大学事故調査委員会の報告書は、http://cute.to/~dent_rie/zikotyousa.htm からアクセスできる。

注4 ①東京地判平成16年3月22日・証拠隠滅被告事件・判例集未搭載

②別冊ジュリスト183号36頁

③日経メディカル編『50の医療事故・判例の教訓—日常診療の落とし穴』（日経BP社、2004年）254頁

注5 <http://www.med.or.jp/doctor/member/001014.html>

注6 カルテの開示に関しては、既に1999年2月、国立大学付属病院長会議で、「診療情報提供に関するガイドライン」（2008年改訂）が策定され運用されています。日本医師会の「医師の職業倫理指針」（2004年2月）では、医師は原則として患者の開示請求に応ずるべきであるとしています。個人情報保護法でも、患者本人の情報は、本人の求めに応じて本人に開示されなければならないとしています（25条）。個人情報保護法をうけて、厚労省の「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」（2004年策定・2006年、2010年改訂）が策定されており、開示の原則が掲げられています。なお、以下の文献があります。医療記録の開示をすすめる医師の会編『医師のための医療情報開示入門』（金原出版、1999年）、内川清雄ほか編『病医院必携 診療情報の開示と管理—医業経営とリスク・マネジメント』（ぎょうせい、1999年）、患者の権利法をつくる会編『カルテ開示—自分の医療記録を見るために』（明石書店、1997年）

注7 福岡県医師会：診療情報共有福岡宣言