

最近、急増していると言われる医療訴訟。なぜ、訴訟が増えているのか、その背景をさぐるべく、長年、医療訴訟について調査・研究を続けておられる植木哲千葉大学教授に緊急インタビューをしました。聞き手は、県医師会 医事紛争処理特別委員会担当の土居理事です。

土居 現在の医療訴訟の特徴について、どうお考えですか？

植木 さまざまな要因がからみ合っていると思われませんが、端的に申し上げると医師と患者の双方の信頼関係が希薄になっていることが最大の原因でしょうね。医療行為とは、お医者さんの立場からすれば、まさに専門的な判断というか、要するに診断と治療だろうと思っただけです。ところが、患者さんの立場からは、自分の病気を治すために苦痛に耐え忍ぶということになります。「患者」とは英語で「ペイシエント」で、「もがき苦しむ人」という意味です。

「医的侵襲行為」という言葉がありますが、例えば外科手術で身体にメスを入れるというのは、患者さんにとっては身体の損傷行為を意味します。そうしますと、日本国憲法の基本的な考え方は生命、身体、財産を守ることから出発をしているので、治療上のやむを得ない行為としての「医的侵襲行為」であっても、本来、違法性をはらんでいる行為なのです。しかし、医療行為が正当な行為とされるためには、医師と患者の間に診療契約が結ばれているという前提があるからです。つまり診療を受けた段階で、患者さんは病気の治療のために必要な「医的侵襲行為」を受け入れることを承諾したことになるわけです。



植木 哲 千葉大学教授
(法経学部/法学博士)

医療訴訟はこの「医的侵襲行為」の正当性を問う訴訟で、近年、それが急増しているのは人権意識の高まりがその背景にあると思われるからです。医療は、お医者さんと患者さんのプライベートな空間でなされる行為で、言わば密室性が高い。そうしますと、トラブルが起きた時、それぞれ立場で物事を主張し合うと、再現性がないものですから、これまでは医療訴訟は裁判になじみにくいとされてきました。

しかし、今は人権の尊重があらゆるところで言われる時代ですから、泣き寝入りということはもつなくなってきました。それが良いか悪いかはともかく、ちゃんと解決してあげないといけないだろうという風潮になってきているのです。10年ほど前、第一審裁判所での医療裁判は年間330件程度だったのが、現在は1000件を超えています。そして、増加傾向は今後もますます高まってくると考えられます。

土居 それはどんな理由からですか？
植木 なぜかと言いますと、医療裁判は交通事故

故のように保険会社が代行するというシステムがなく、被害者が弁護士に依頼をして訴訟を起こすか、あるいは医療訴訟委員会等に申し立てをしなければならぬわけです。その代理をする弁護士の数も、今、急速に増えています。10年前に司法試験の合格者は年間500人でしたが、今では1500人になり、新たに誕生した法科大学院の卒業生が今後、年に1500人合わせて3000人も法律専門家が毎年社会に出て行くこととなりますが、裁判官や検事は国家公務員ですから今の状況のもとではやたらに増やせません。そうなりますと、実際は弁護士の数だけが増え続けるということですね。身近に弁護士がたくさんいるとなれば、自分にとって不利な現象が出てきたら、一度相談してみようかとなります。おのずと訴訟が増える社会構造になっていくわけです。

ところが、もし現在の倍の2000件も訴訟になったなら、裁判所で全部それに対処することは現実的にはできません。これはもう目に見えています。そこで、ここ10年間の司法制度改革のもう一つの柱として、裁判外の紛争処理機構をつくるということになっているのです。

土居 平成19年4月から施行される、訴訟手続きによらない民事上の紛争解決のための仲裁、調停、あっせんを民間団体が行えるように定めた、いわゆる「裁判外紛争解決手続法（ADR法）」に基づく紛争処理機構ですね。これまでの医事紛争は、80%が和解です。しかも、原因がはっきりわからない、どちらとも言えないというところで和解という形になっています。ADR法に基づいて紛争処理機構ができれば、患者さんも医師も双方納得できる形で解決できるとい

医療訴訟から見える

ミレニウム・インタビュー

うことでしょうか？

植木 医療の場合、これまで裁判外での紛争処理には医師会の医療紛争処理委員会が努力をされてきて、それなりに実績を上げています。しかし、ADR法に基づく紛争処理機構は、増加する弁護士を活用して裁判外で紛争解決にあたるのがねらいですから、第三者機関としての実体を持った団体を認証していこうという立場です。そのために二つの要請があります。一つは、裁判と同じぐらいの正確性と信用性がなければいけないという要請。もう一つは簡易・迅速にという要請です。

裁判所は証拠に基づいてすべての判断をする、証拠主義と言いますが、それをやるには時間がかかるのです。医療の場合ですと、第一審裁判所で3年、4年というのが普通ですが、今は医療紛争処理部という特別部を設けて大体2年から3年ぐらいに早まっています。それでも、交通事故に比べると裁判が遅い。最高裁までいくと10年もずっとそれを引きずらなければならぬというの、患者さんにもお医者さんにとっても不幸です。裁判が長引くのは、主に裁判所の審理日程の都合です。たくさん事件を抱えていますから、月1回程度しか日程が取れない。しかも裁判では、延々と続く証拠調べの中で、個人が発言できる機会は皆無と言ってよいほどです。その意味で、裁判の場合は勝っても負けてもフラストレーションがたまりません。

ADR法に基づく紛争処理機構ができることで、月に1回どころでなく集中的にやったり、冷却期間を置いたり臨機応変に対応できますし、当事者の主張も聞いてもらえる場ができます。

土居 たしかに、医療事故が起きたとき、患者

さんと医師双方の意見を聞く場があれば、解決がしやすく早くなると思われれます。例えば医師会が協力をして行っている県庁などの電話による医療相談でも、それはこういう医者の立場があつて、こうしたんですよと説明すると、大概の方が納得してくださる。今は、患者さんと医師のコミュニケーション不足と言つか、お互いに疑心暗鬼という状況があります。ADR法に基づく紛争処理機構ができ、双方の意見を聞き、双方が納得するという形で解決の場ができることには、大いに期待をしています。

植木 訴訟は、信頼関係が破綻をしたときに生じるものです。結局、前もってどれだけ信頼関係があつたかどうか、そこが問題になってくるのだらうと思つてですね。加えて、冒頭に申し上げたように、病気を治すために必要な医療行為は、法律の上ではお医者さんのみに認められているのです。患者さんはお医者さんを信頼して治療を受けるという前提に基づく契約への信頼が、加害者と被害者という関係性を超えたものにするのです。信頼関係を築く努力をせずにお互いに疑心暗鬼というのであれば、そこには加害者と被害者という関係のみが残ります。それが何かあつたときに表に現れると、修復が不可能です。これは双方にとって不幸です。

実は、「患者（ペイシエント）」の語源は「パッション」で、これには「悲劇」とか「受難」という意味があります。「患者」「苦しむ人」というのは「ここからきているのですね。しかし、「パッション」にはさらに、受難を乗り越えた後に享受できる「歓喜」という意味もあります。患者さんは、受難だけでなく、それを通すと歓喜に変わるということも考えて欲しいと思いま

す。何を申し上げたいかと言つと、患者さんがあまりにも被害者意識が強いと、医療が成り立たなくなるといふことです。医療訴訟が増加傾向にあるのは、患者さんを取り巻く人権意識の高まりが背景にあります。他面では患者さん側の被害者意識の高まりも大きな理由になっているのではないかと考えられます。

土居 医療事故が報道されるたびに、医師は自身の狭い思いを強いられます。一つの医療事故が、医師全体がそうではないかと拡大解釈され、医師に対する疑心暗鬼が増幅されるのは残念でなりません。現在、医師会は「かかりつけ医」の推進運動を展開していますが、これは市民の皆さんがそれぞれ身近に信頼できる医師を探しましょうということなんです。そして十分なコミュニケーションをとっていただくことが、トラブルを未然に防止できると考えております。

植木 同感です。最近はお医者さんの紹介制度が完備されてきましたから、最初は身近な「かかりつけ医」に相談をして、さらに「かかりつけ医」が信頼する医療機関を紹介してもらつ、ということが不幸な医療訴訟を増加させないための有効な手立てだと思えます。

【インタビュアー】

土居 良雄 県医師会理事

