

from

Vol.6

日本看護学校協議会共済会

発行日 ● 2009年9月30日

発行所 ● 一般社団法人日本看護学校協議会共済会

発行者 ● 山田 里津

編集者 ● 鶴見 美智恵

共済会

日本看護学校協議会共済会
一般社団法人化記念講演会

医療事故と刑事裁判

— 県立大野病院事件の法廷で考えたこと —

■弁護士 安福 謙二

はじめに

ご紹介いただきました、安福でございます。県立大野病院事件は、昨年8月20日に無罪判決をいただきました。無罪判決が得られたのは、もちろん、被告人となった医師の方が行った医療行為が適正であったこと、誠実な人柄があつてのことですが、同時に、この事件に対する、全国の、本当に多くの医療関係者の方々の熱い思いとご支援、身に余る支えきれないほどの大きな、大きな熱いご支援をいただいた結果なのです。

平成18年2月20日月曜日の朝10時頃でしたか、電話で、いきなり「大野病院の医師が逮捕された。この事件の弁護をやってくれ」と言われた時の衝撃を思い出します。最初の思いというのは、私に出来るような事件ではない、難しい事件だという、恐怖心すら感じました。医療事件の経験はありましたけれども、医療刑事事件をやるというのは、初めてでした。民事事件さえ大変です。まして刑事事件で無罪をとるとというのは容易なことではないのです。

青戸病院事件、東京女子医大における人工心肺装置に関する事件、割り箸事件など様々な事件がありましたが、弁護士にとってどれもこれも並大抵の苦勞ではありません。

まして被告人となった医師の方、あるいは看護師の方々、そういう方々のご苦勞は筆舌に尽くしがた

いのです。民事事件は医療機関、病院、あるいは大学とか地方自治体が被告なのです。医療者の方、看護師さんとか、薬剤師さんとか、そういう方も被告になりますけれども、基本的には医療機関です。しかも医療機関がその医療者の方を支えるのです。

しかし、刑事事件というのは個人が対象です。大野病院の先生の場合もそうでしたが、起訴されたということは、即、起訴休職。給料は基本給すら満足に支払われません。生活していけるわけがない。そのなかで先生の保釈金は500万円でした。あるいは東京女子医大事件では保釈金が2,000万円です。裁判準備や弁護士の費用も掛かります。でもその費用も全部逮捕起訴さ



▲ 講演中の安福弁護士

れたその当人が出さなければならないという厳しい状況の中で、どうやって支えていけるだろうかという思いが最初でした。また、青戸病院の場合などでは、泌尿器科と麻酔科の対立がありました。そうなりますと、医学会や医師会、あるいは所属していた医療機関も協力してくれるとは限らない。大野事件の場合、こうした協力体制ができるのかというのが最初の立ち上がり段階での私の不安感だったし、恐怖だったと申し上げても過言ではありません。しかし、20日に私が受任をしたその3日後、確か2月23日だったと思いますが、産婦人科学会が抗議声明をだしたのです。そして多くの医会や学会からも抗議声明がでました。それこそ全国から、津波のような騒ぎになりました。末端の末端に至るまでの地域の医療者の方の声が、大きな組織をも動かし、支援体制を築いていただいた。それは皆さん方の力があったからなのですね。だから御礼申し上げないで済むわけがありません。

そういう思いで、いろいろなところでお話させていただいています。それが今日、私がこの席でお話させていただくひとつの大きな理由です。本当にありがとうございます。

まして、貴会の一般社団法人化記念のおめでたいお席でお話しさせていただくことは、本当にありがとうございます。感謝しております。

医療事故における、加害者・被害者という考え方について

医療事故において、加害者だとか被害者だとかという考え方は基本的に大間違いだと私は思っています。誰も医療事故を起したいなんて思っていない。医療に従事された方が患者さんを殺したいとか、助からなくても仕方がないと思っている人はひとりもいない。必死の思いで助けようとして頑張っている。なのに、それでも何故か事故は起きる。そこを考えていくときに、亡くなられた方やその家族の方たちはかわいそうであるし、大変に辛い立場にある、これを被害者というのは、否定はしない。では医療者側が、例えばお医者さんや看護師さんが加害者なのか。裁判所に行きますと、加害者扱いされます。しかしそれは、違うと思う。不幸な結果を招いた医療者は、亡くなられた患者さんやそのご遺族以上に心の中は深く傷ついていらっしゃる。これを加害者と言うのはおかしい。私はいつも亡くなられた方は犠

牲者だが、それに関わった医療者もまた犠牲者だ、と思うのです。その尊い犠牲があって、初めて医療は進歩するのではないかということを訴えたい思いで、私はこういう問題に関わってきました。

平成15年に、医者と弁護士、そして看護師さんも薬剤師さんも一緒に医療と法律の関係を考えるNPOを立ち上げて勉強会を始めました。医療事故の判例研究会を繰り返し、繰り返しやりました。実はこの判例研究会に参加した若い弁護士たちが大野病院事件の弁護団の中核なのです。まさか大野病院事件をやりたいがために判例研究会をやっていたわけではないのですが、この研究会がまさしく大野病院事件の助走、準備期間になっていました。そして平成18年3月18日には、医師法21条の問題と医療従事者の過重労働問題をテーマにしたシンポジウムをやろうと準備に取り組んでいた真最中に、この事件が飛び込んできました。

医療事故とは何か

医療事故

事故の内容

1. 故意(殺人罪、傷害罪と評価されるもの):(積極的)安楽死
2. 医療者の責任が問われる過失の範囲は何処までか
 - (1) ヒューマンエラー;単純ミス
 - (2) 未熟エラー;プロフェッショナルと言えないもの
 - (3) プロフェッショナルエラー;結果的に悪い結果
 - (4) ハイリスク;ある確率で必然的に起こる 不可抗力
3. 医療行為と関連性がないもの

医療事故と簡単にいいますが、その中には、「故意」による事故、「過失」による事故があります。

「故意」で問題になるのは、例えば、終末期医療における安楽死です。また、どこで患者のケアを打ち切るかという問題は、法的には、殺人罪の議論になってしまうので、今日は控えますが、これはこれで非常に難しい。人間の尊厳に関わる、命というものをどのように捉えるかという、大きな問題なのです。

さて、過失の議論ですが、ではなにが過失なのか。考えれば考えるほど、私は最近分からなくなってきました。

単純なミス、薬の取り間違いとか記録の間違いというのは医療現場では意外と珍しくない。横浜市立

大学事件では、患者さんを取り違えてしまった。しかし、患者取り違い事件は、横浜市立大学事件以降減ったかという、ちっとも減っていないと聞きます。ではなぜそうなるのか。それを単純ミスだと言えるのでしょうか。また、単純ミスなら、その人を厳しく処罰することによって問題は解決するのでしょうか。さらに、青戸病院事件は、簡単にいうと未熟エラーだといっているのかもしれませんが。しかし、何をもって未熟だというのか。

どんなに優れた人であっても、どんな優れた方がやっても、悪い結果はある。これは過失だとなるのでしょうか。もうひとつ、医療というのは100パーセントの絶対というのはありえない。必ず何パーセントかは危険が潜む。分かりやすく言えば5パーセントの成功にけることだってあるし、では50パーセントしか成功率がないのに、やったらそれが危険かという、そう簡単に言えるものではない。そういう意味で、ここで議論することは簡単ですけども、それを過失と言っていいのかということを考えなければならない。

民事上の責任とは—民事事件

多くの場合、医療裁判といいますと、民事裁判、民法上の責任です。民法上の責任というのは、自動

民事上の責任：損害賠償(賠償金の支払)

民法第709条（不法行為：故意又は過失）

Cf.民法715条（使用者責任）：医療機関が責任を負う

専門家責任としての過失（業務上の過失）

診断上や治療上の過失、医療水準を問う

インフォームド・コンセントの是非を問う

患者の自己決定権に資するかを問う（QOL）

問診、経過観察の対応につき、厳しく問われる傾向に

民法415条（契約責任：債務不履行）

診療契約上の履行責任が果たされたのかが問われる

対価を得ての医療サービスの提供が、充分になされていない

車事故に代表されるような、要するに業務上過失といわれる意味での過失。要するに専門家として、お医者さんや看護師さんとなれば特別な免許をもって医療業務を行う、担当業務を行うということに対する業務上のその問題を捉えるものです。

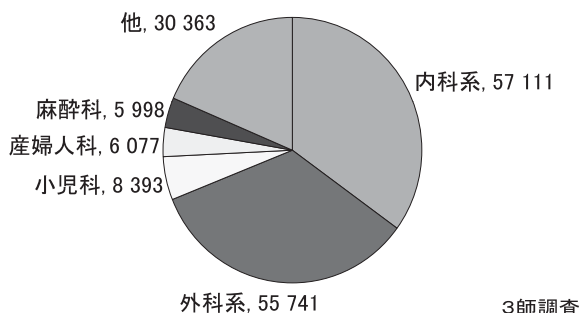
もうひとつ、民事上の責任という意味で最近多いの

は、インフォームドコンセントを問われるケースです。ちゃんと説明したのか。例えば、よくこういう話を聞くことがあります。患者さんが明日の手術を前に「大丈夫でしょうね」と。私もそういう経験があります。小学校6年生の時でした。看護師さんがにっこり笑って「だいじょうぶよ」「安心して」「ちゃんと成功するからね」と。手術結果はどうだったのか。あまり成功とはいえなかったのですね。私の場合は。では「安心よ」と言った人は嘘をついたのか。インフォームドコンセント違反？ えっ？ そうなの？ というのが、今の実情なのかもしれません。要するにお医者さんも看護師さんも迂闊に何かを言うと、「そう言ったじゃないか」みたいなことを言われてしまう。何か怖いことが起こり始めているような気がいたします。

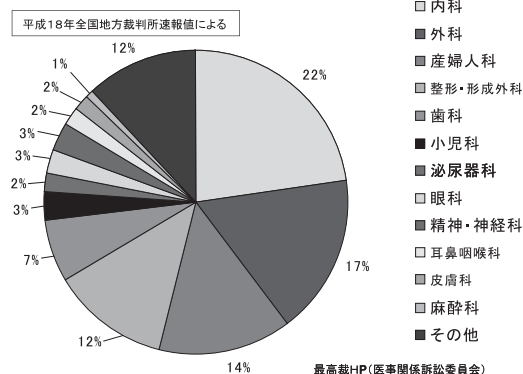
もっと厳しいのは民法415条。契約不履行責任です。診療契約を結んだ。確かに病院に行くと診療費を払います。薬を買っても、頂いてもお金を支払います。治療をする、病気を治すという診療契約を結んで、それに対応するお金を払って、それに対応する診療サービスを受ける。我々弁護士の業務もサービス業ですが、皆さまもサービス業です。でもそういうサービスに対して満足させなかったら、こういう表現があっているかどうかはとにかく、これは民法でいうところの契約

国立保健医療科学院 政策科学部長 長谷川 敏彦 先生 講演資料より

病院医師数、診療科別2004



医事関係事件の診療科目別既済件数(全国)



を履行しなかったから責任をとれと言われかねないのが、この民法415条です。昨今、医療機関に対する415条に基づく損害賠償請求が非常に増えています。どれだけ医療裁判事件が起きているか。これは、今から数年前の最高裁のデータですが、民事裁判で一番訴訟件数が多いのが内科系。それはそうですね。医者の数からみても圧倒的。外科は2番目、3番目は産婦人科。では産婦人科のお医者さんというのはどのくらいいらっしゃるのか。資料が少し古いのですが、3頁のデータでは、内科系、外科系のお医者さんが5万人。6万人になろうとしているのに、産婦人科は6千人ほどしかいない。今はもっと減っているでしょう。これだけ圧倒的な差があって訴訟数は引けを取らない。分かりやすくいえばいかに産婦人科が、法リスクが高いか、小児科もリスクが高いかということです。当然この分野から医療従事者がどんどん立ち去り始めていると言われます。大野病院がそのきっかけになったともいわれているのです。

民事事件で見ますと、司法制度改革の一環のひとつとして医療裁判の審理方法が大幅に変わりました。その結果、平成12年以降、第一審の裁判所が判決を出す審理期間がどんどん短くなっています。当時3年かかったところ、今は2年弱で判決というぐらいです。審理期間の短縮があるので、訴訟当事者にはその分、訴訟上の事務量ですごくプレッシャーが掛かっています。今現在、私が抱えている医療側の医療事件も時間に追われていて本当に辛いです。しかし通常の民事事件に比べると医療事件というのは原告の勝訴、すなわち認容率というのは3分の1前後です。通常の民事裁判での認容率は8割を超える。原告が勝訴します。被告が争った難しい事件でも原告勝訴の割合は7割前後です。それが医療事件での原告勝訴率は3分の1前後です。だから民事における医療過誤事件というのは、実はそんなに原告（＝患者側）が勝っているわけではないという事実は心されてよいと思います。けれども、医療側が勝ったところで、重い負担はかかるでしょう。もちろん患者側も結構大変ですけどね。

刑事責任—刑事事件が内包するもの

問題は刑事事件です。業務上過失とは何かといったら、たまたま何かをやったということではなくて、

刑事責任：業務上過失致死傷罪（刑罰を科す）

刑法第211条

業務上必要な注意を怠り、よって人を死傷させた者は、5年以下の懲役若しくは禁錮又は100万円以下の罰金

「一定の業務に従事する者は、通常人に比べて特別の注意義務を有する。」 最高裁判所判決昭和26年6月7日

- ・患者取り違え（横浜市大事件）
- ・処方ミス、過剰投与（さいたま医大事件）
- ・薬剤の取違え（広尾病院事件）
- ・救命措置の懈怠（宇治川病院事件）
- ・器具の取違え（北大電気メス事件）
- ・術中処置の適否（慈恵医大青戸病院事件）

その他の刑事責任を問われるケース

証拠隠滅罪（刑法第104条）

公（私）文書偽造罪（刑法第155条、159条）

虚偽公文書作成罪（刑法第156条）

虚偽診断書等作成罪（刑法第160条）

医師法21条届出義務違反

継続的に何か特定の業務を繰り返し行う行為に従事するときには、十分な注意を払いなさいということです。過失というのは基本的に処罰しないのが原則なのですが、この業務についての注意義務は特別に扱いますよということです。この場合、刑罰はかつては3年以下の懲役だったのが、最近、5年以下に引き上げられました。罰金も100万円になりました。

過去の医療事件を見ますと、実は患者取り違えをした横浜市大事件であるとか、あるいは薬剤を間違えた広尾病院事件があります。宇治川病院事件というのは、これは救急救命処置としてやるべきことをしなかったということです。あるいは基準を超えた抗がん剤の大量投与というものです。そういう、確かにごめんなさいというしかないものです。ただこれも刑罰を科さねばならないのかという議論が残っていると思うのですが、明らかにこれは過失だろうと言えるわけです。けれど青戸病院になりますと、過失だと認定した裁判所の判断にあえて異議を唱えるつもりはないですが、しかし、下手だったから処罰したということなのではないでしょうか。要するに医療行為というのは繰り返し、繰り返しの業務の中で腕が上がりしていく。言葉は悪いですが、弁護士もいっぱい事件をやって失敗に失敗を繰り返して、まともな弁護士に育っていくと私は思っております。でもお医者さんも、看護師さんも、薬剤師さんも実は数限りない失敗の繰り返しの中で、冷や汗を流す中で、今度こそこういうことはやるまいという、そういう思いがプロを育てたのではないのでしょうか。

そういうことを考えていくと、実は青戸病院事件というのは検察側、警察側が初めて医療者の処置そのものの出来、不出来、要するに明確な過失があったかどうかではなく、医療中の判断そのものや術中措置の適否を、問題があるとして踏み込んだケースであった可能性があると思います。ただそういう事件にも必ずといっていいほど、証拠隠滅などの別の刑事上の問題が

付いて回る。例えばカルテを改ざんしてしまった。これは証拠隠滅の典型的なものです。同時にこれは私文書偽造。公文書偽造ということになる問題が伴っています。どちらにしてもカルテだとか診断書に手を加えてしまった、あるいは証拠を隠してしまった。例えば宇治川病院事件の場合ですと、焦点になっていたカリウム薬剤の空の瓶が家宅捜索で金庫から出てきたという話を聞いています。これでは証拠隠滅だといって責任追及されても致し方ない。

だからそういう事件が刑事事件になるのは分かるのですが、術中の処置だけで処罰するというのはどうなのかということ、考えなければならないということが医療事件の特殊性だということです。先ほども自動車の例を出しましたが、お考えになっていただければ判りますが、マニュアルがきちんとある。例えばスピードを出さない。信号を見る、道路交通法規を守る、という安全を確保する行為が定まっています。ブレーキとペダルを踏み間違えたらナンセンスですね。分かりやすく言えば、スピード違反だ、酒気帯びだ、信号無視だといったおよそ危険な行為をしたならば、そのこと自体が過失だと言えます。しかし、医療行為というのは何をやっても安全な行為はないのです。自動車の運転も、新

業務上過失致死・致傷罪

自動車運転等の業務上の過失

基本的に事故が起きない仕組みの中での事故

定められた運転マニュアル

道路交通法等の法規

整備された車両(型式認定・車検)と車道(高速道路等)

信頼の原則の適用

およそ危険な行為(速度違反、酒気帯び・・・) = 過失行為

医療行為の業務上の過失

基本的に事故が起きない仕組みがない。

およそ危険な行為そのものが医療行為 ⇒ 結果責任を問われる？

不幸な転帰は = 業務上過失致死傷罪の成立となりかねない。

幹線のオペレーターも、飛行機のパイロットも基本的にはやっていることは全部安全な行為です。危険な行為は基本的にはない。そんなことはやってはいけない。悪天候でハドソン川に不時着しなければいけないというのは、それは例外中の例外。

しかし、医療行為というのはのべつ幕なし、危険な行為の連続。ハドソン川に不時着しなければいけないような仕事を、いつもやっているのではないのでしょうか。常にリスクの中でやっているのが医療行為。そういう厳しい環境の中にあるにも拘わらず、看護師さんはひとりの患者さんのために集中できない。2人も3人も、下手すると5人も6人も患者

さんを同時並行で薬剤から注射から全部やらなければならぬ。取り違いが無いほうが不思議だと思うくらい、アクロバティックな活動をされている。そういう中で事故が起こる。あるいは、お医者さんでもメスを使ったときに、人の体を傷つけているということ自体が本来ならば犯罪行為。それで失敗したら責任を問うのでは、それは単なる結果責任ではないのか、これが医療行為を過失罪で問うことに対する疑問点なのです。大野病院事件の判決に即して言うなら、「医療行為はそもそも身体侵襲を伴うものである以上、患者の生命身体に対する危険性があることは自明。」要するにやっていること自体が危険。そういう行為です。それを結果が悪かったからということで処罰することはおかしいでしょう。判決の言葉を使うなら、「過失なき診療行為をもってしても避けられない結果」がある。ハイリスクということなのでしょうか。あるいは、そもそもリスクというよりも当然受け入れざるを得ない、悲しいけれども厳しい現実ということなのではないのでしょうか。

大野病院事件

県立大野病院事件 年表

1. 平成16(2004)年12月17日 帝王切開手術中に患者死亡(36週6日)
2. 平成17(2005)年 3月22日 事故調査委員会報告書公表
3. 4月 5日 看護師取り調べ 6日 被疑者取り調べ
4. 平成18(2006)年 2月18日 逮捕 そのまま勾留
5. 3月10日 起訴
6. 14日 保釈
7. 7月21日 第1回公判前整理手続き
以後 同年12月14日まで6回行われる。
8. 平成19(2007)年 1月26日 第1回公判(起訴状朗読、冒頭陳述)
9. 平成20(2008)年 3月21日 論告・求刑(禁錮1年・罰金10万円)
10. 5月16日 最終弁論(第14回公判)
11. 8月20日 判決・無罪

大野病院の先生のケースで言うならば、警察に逮捕されて身柄は48時間以内に検察庁に送られます。全国にテレビ放送された逮捕連行の映像とは、実はこの警察から検察へ身柄を送る時の映像でした。彼は自宅から同行を求められて、警察署に着いたところで逮捕されました。診療現場から連行されたと一部に伝えられていましたが、実際は自宅からでした。検察は身柄を受けて24時間以内に裁判官に勾留の申

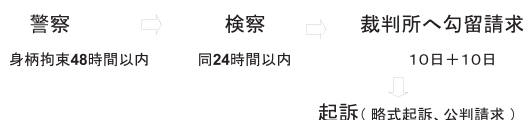
立をしなければなりません。先生は土曜日に逮捕され、日曜日に検察に送られ、そして月曜日には裁判所で勾留をうたれました。そして3月10日に起訴されました。起訴されますと、検察側から証拠開示という形でいろいろな証拠資料が出てきます。大野事件でいうと診療カルテ、麻酔チャート・・・こういったものを、弁護側が見ることが出来るようになったのは、2月18日に逮捕されて3月10日に起訴されているのに、なんと4月28日、29日になってからです。それまでの間、麻酔チャートもカルテも自由にみることが出来なかったのです。弁護側はどうやって証拠を掴むかということは、実は大変なのです。検察側が証拠を全部握っている、弁護側に見せない、そういう事件も起訴中の弁護をやらなければならない。

刑事事件手続きの流れ（１）

捜査 基本的に警察 ただし、検察庁との相談、指揮

・任意捜査：事情聴取、任意出頭、任意の資料提出。

・強制捜査：逮捕・勾留、令状による家宅捜索・押収、司法解剖・鑑定



公判 第一審：地方裁判所での審理・判決

控訴審：高等裁判所での審理・判決

上告審：最高裁判所での決定or判決

刑事事件手続きの流れ（２）

起訴後1ヶ月内外：証拠開示 ⇒ 弁護側で証拠検討

公判前整理手続

検察官：証明予定事実の主張 証拠調べ請求

弁護人：類型証拠開示請求 → 検察側からの開示

検察官請求証拠に対する意見（同意・不同意）・求釈明

被告人・弁護人の主張及び証拠調べ請求・証拠開示

検察官：被告人・弁護人請求証拠に対する意見（同意・不同意）・求釈明

主張関連証拠開示請求 → 弁護側からの開示

裁判所：争点整理、証拠の整理・証人の決定

公判手続きへ

第1回公判：冒頭手続き 起訴状朗読、起訴状認否、冒頭陳述

では刑事裁判とは何か。検察構図と言う言葉があります。検察構図とは何か。逮捕されて起訴されますと起訴状が裁判所に出ます。その起訴状には、検事が「これは犯罪だ」と考えたことが書いてあります。医療事故でいうならば、「こんな間違いをやるから、こんな過失を犯すから、人が死んだのだ」ということが書いてあります。大野病院であれば、「患者さんが亡くなったのは、担当医師がやってはいけなかったことをやった結果なのだ」ということが書いて

あるのです。でもそれは検察官が理解したというコメント付きです。医療者がではないのですよ。検察官が「そんな馬鹿なことをしたことをしなければ、助かったのだ」と理解したことが、検察構図なのです。そして、その主張に沿った証拠が集められ、法廷に出される。検察官の主張に反する証拠は捜査の過程では、どんどん排除される。そういうことなのです。それでは弁護人は何をするか。「そんな主張は、おかしい」「そんな証拠は信用できない」と言っているのが仕事なのです。よく無罪立証はできないのかといいますが、それは不可能なのです。ないことの証明はできないのです。そもそもそれは出来ない。要するに弁護側というのは無罪を立証することよりも、あくまでも検察構図を崩すだけが仕事なのです。

大野病院で事件が起きたのは平成16年12月17日でした。そして年が明けた17年1月13日、県は県立大野病院事故調査委員会を立ち上げました。そして事故調査委員会は事後3回開催されて、3月22日に事故調査報告書が纏められ、3月30日に記者会見で、3つの事故要因があると発表されました。一番目が癒着胎盤の無理な剥離とされています。これは、起訴状の表現とほとんど同じなのです。

逮捕勾留中の取り調べで一番問題にされたのはクーパー（はさみ）の使用です。検事は、はさみで

大野病院事件 逮捕状の被疑事実要約

H18.2.18.

- ・MRI検査、手術前経膈超音波検査での胎盤癒着状況の確認がない
- ・手術前に胎盤癒着状況について確認をするか、癒着状況を明らかにするかもしれないまま手術を開始した
- ・高度な医療が可能な病院に転送するか、大野病院で手術をする場合は、産婦人科専門医の応援を受けたり、必要量の輸血製剤を準備をしていない
- ・臍帯を牽引したとき子宮が内反し容易に癒着胎盤と判断できる状況、あるいは用手的に剥離が困難である時点において大量出血（母体生命に危険）を予見した。この時点で子宮全摘出に移行すべき
- ・クーパーを使用して強引に胎盤を剥離して・・・大量出血させた

大野病院事件 起訴の公訴事実 要約

H18.3.10.

第1

- ・全前置胎盤患者であり、術前検査において、前回帝王切開創部への胎盤の付着を認めていた
- ・右手指を胎盤と子宮の間に差し入れ胎盤を手剥離しようとして、胎盤が子宮に癒着していると認識した。この様な場合、胎盤剥離を継続すれば剥離面から大量に出血し、生命に危険が及ぶおそれがあったから、直ちに胎盤剥離を中止し子宮摘出手術等に移行し大量出血による・・・生命の危険を未然に回避すべき業務上の注意義務がある。
- ・クーパーを用いて漫然と・・・剥離をした過失により・・・失血死させた。

第2

- ・異状死体と認めたが 24時間以内に警察に届け出なかった

切るのは何事だという。はさみで切ってなんかいませんよ。でも切ったのは何事だと。逮捕状には、「クーパーを使用して強引に胎盤剥離した」から死んだのだと書いてある。ところが起訴状では「強引に剥離」がいつの間にか「漫然と」に変わっていました。はじめはクーパーを使ったのは犯罪だと言っていたのですが、クーパーが悪いとは言っているのではない。剥離を継続したからいけないと言っていると変わったのです。クーパーなんかを使っている余裕があるならさっさと剥離をやめるべきだったのだというふうになりました。

起訴状というのはみなさんご覧になったことあります。A4の紙、これは一枚目だけ写していますけれども、こういうものなのです。ここで見ておいていただきたいのは代表監獄と書いてあって、代表監獄富岡警察署留置所、また折があったら申し上げますけれども、国際社会から厳しく批判されている日本の刑事裁判における、とんでもない前近代的なものだと私は思っております。とにかく起訴状はこういう形で出ます。そして裁判が始まって公判前整理。争点整理手続きです。いろいろと争点がありましたが、一番の問題は5番目。要するに胎盤剥離を継続した行為が医療措置として妥当だったか、まともだったのか、何か他に方法はなかったのか。そもそも胎盤が剥離し始めたときにその剥離を途中で止めて、胎盤を残したまま子宮摘出手術に移行すべきだったというのが検察側の主張です。対して弁護側は、剥離を開始して中途半端に胎盤をそのままにして、子宮を摘出するのは極めてリスクが高い。剥離を始めたなら剥がしきらなければならない。胎盤を残したまま子宮を摘出したならばかえって命に危険があるということを言ったわけで、これが大論争の焦点になったわけです。

法廷に出てきた方々・証人は大きくわけてこういう人たち。

証人尋問 主に医学鑑定に関連して

検察側 産科医(近隣病院の産科医長):F
産婦人科医(国立大学医学部産婦人科主任教授):C鑑定
病理医(県立医科大学病理学講師):A鑑定
弁護側 産科医(国立大学医学部産婦人科主任教授):2人 D,E
病理医(母子保健総合医療センター 主任部長):B鑑定

論点

産婦人科医: 用手剥離中に癒着胎盤との疑いがあったときに、剥離を継続するか中止すべきか。自分自身はどうしているか。
病理医: 癒着胎盤の部位、程度。出血の部位 その他

証人尋問 医学鑑定以外

検察側 麻酔科医(本件手術立ち会い)
外科医(本件手術立ち会い)
病院長(県立大野病院)
助産師、看護師(本件手術立ち会い)

論点

1. 出血状況(麻酔記録の解説): クーパー使用に関連して
2. 術中状況: 子宮壁面、内反、止血処置状況
3. 応援医師の問題、高次病院への転送
4. 警察への届出に関する状況等

この中で検察側は、産科の先生。大野病院から車で10分から15分の所にある大きな病院ですが、その産婦人科部長さんです。現場32年という大ベテランの先生でした。この大ベテランの先生が検察側のトップバッターの証人として出て参りました。検察はこの証人によって担当医師がとんでもないことをしていたと証明しようとしたのです。何を証明しようとしたのかというと2つです。ひとつはクーパーを使うということがとんでもない。2つ目、応援を頼まなかったのがとんでもない、ということでした。応援というのは、手術に人手が足りないということを確認しようとしたわけですね。いざ証人尋問が始まった。この産婦人科の先生はなんとおっしゃったか。クーパーはいけないと確かに検察の取り調べでは言っていたけれど、それは、はさみとしてちょきちょき切るという意味でいけないと言っただけだ。自分はそういう風に理解して語った。でも裁判にでるといので、この法廷に出てくる前に検事と打ち合わせをした。初めて、ここが大事ですよ。初めてどういうクーパーの使い方をしたのか検事さんから資料をチラッと見せてもらって、チラッとですよ。丁寧にではないのですよ。検事がたまたま開いた資料が目に入って見たら、クーパーはちょきちょきではなくて、削ぐように使われていたと書いてある。これのどこに問題があるのか。だから問題はありませんと彼は法廷で言っています。裁判官の顔色が気色ばんだんですよ。検事からのクーパーの使い方の事前の説明はなかったの? ないのです。クーパーを使うことは危険でもなんでもなくなっていました。弁護側にとってありがたい展開でしたが、もっとも弁護側が予定しなかったことが起きました。何だと思いますか? この先生は32年間の臨床経験で3例の癒着胎盤事例を扱っていたのです。内2例は正常分娩。1例は帝王切開。その帝王切開後に、胎盤を用手剥離の途中で胎盤が剥がしにくくなった経

験をされていたのです。剥離を開始したけれども途中でなかなか剥がせない。どうしたか？

検事にとっても初めて聞く話でした。我々弁護団もなんで剥がしきったのかと聞きました。「だって剥がし始めたら、取らなければ駄目ですよ」と。我々が主張していることです。検事は剥がし始めても止めろと言っている。「いや、剥がさなければ駄目です」と彼は力説します。そして全部剥がしきったけれど、出血が止まらないので子宮を摘出した。そして摘出した後どこまで嵌入していたか調べたら2分の1と。典型的な嵌入胎盤だったと法廷で言ったわけですが。そういうケースだったら剥がしきるべきかと言ったら、「そうだ」と。検察の主張が最初の証人で崩れたのです。

単純に言うと、この事件は、検察側が依頼した病理の先生の誤った判断が、誤った診断が担当医師を逮捕へ起訴へと導いたと言っただけで過言ではない。その後の捜査を誤らせた、その後の鑑定の決定的な誤りをこの病理の先生はやっています。もちろん弁護側が出した病理の先生、この方は胎盤剥離で日本一と言ってもいい方でしょう。

判決内容を考える

大野病院事件判決より：医療行為に関する部分
福島地方裁判所平成20年8月20日

医療行為が身体に対する侵襲行為を伴うものである以上、患者の生命や身体に対する危険性があることは自明であるし、そもそも医療行為の結果を正確に予測することは困難である。

過失なき診療行為をもってしても避けられなかった結果と言わざるを得ない

そして最終的に判決がでました。無罪になりました。ただ私が疑問に思うことをいくつか申し上げておきたいと思います。判決の中で、裁判所はこう言っています。胎盤剥離を継続すれば現実化する可能性の大小は別としても、大量出血し生命に危険が及ぶ恐れがあった。予測が出来たと。みなさん、可能性の大小を別としてもというのを、どう受け取りますか？要するに胎盤剥離を継続したら大量出血する危険を予見できた。それはあるに決まっていますよ。

医療行為ですから。まして可能性の大小は別なのですよ。可能性は小さくてもその危険性はあったのだと言われたら、医療行為にそうではない可能性はありますか？裁判所がこんな簡単に言っているのかと私は聞いていてもものすごく腹が立ちます。

8月20日。私は、被告人は無罪という言葉聞いたとき、体中に電気が通るような衝撃を受けました。なんせ報道人が無罪と聞いたとたんに、ダァ〜ッと立ち上がって20人ぐらい出て行ったのがすごい音量なのです。その人たちが「無罪」「無罪」と言ってバタバタと走っていく。無罪判決を聞くときというのはそうはないのですが、私が法廷で無罪判決を聞いたのは3回目でした。ほとんどがゾクゾクとするのですが、今回もそのゾクゾクはしたのですが、判決理由を聞いているうちにだんだん、だんだん腹が立ってきた。それはこれですよ。可能性の大小は別としても、とんでもない。しかも直ちに胎盤剥離を中止して、ようするに胎盤を残したまま子宮摘出手術してもそれは可能だったといっているのです。それは可能かもしれません。死んでも構わないと思うならば。そういうことを安易に言っているのかということです。それから、移行等をすれば、子宮摘出に移行すれば大量出血回避の可能性はあった。それはあるでしょう。ゼロなんてことはないですよ。しかし移行した結果、逆に大量出血の可能性というの、それこそ可能性の大小を別にしたらいくらでもあるのです。やはり判決はあまりにも可能性という言葉で安易に使っていると思います。こういうことで刑事責任を問われるということは恐ろしいことだと思います。

裁判所は最終的に本件当時の医療的準則に照らして、胎盤剥離を中止すべきとは言えない、としたうえで、無罪としました。

しかし、この医療的準則というのも実はさまざまな問題があるのです。それを議論しだすと大変なのですが、これが無罪になった理由の要所といえは要

福島地方裁判所

判決 平成20年8月20日
主文 被告人は無罪

判断(判決要旨)

1. 胎盤剥離部から出血：胎盤娩出14:50 2555ml 15:00 5000ml
2. 胎盤剥離行為による出血死であり、患者死亡との因果関係がある。
3. 後壁に相当程度の広さの癒着胎盤。嵌入胎盤部分がかった。前回帝王切開創部分の癒着は疑問が残る。
4. 剥離を継続すれば現実化する可能性の大小は別としても、大量出血し生命に危機が及ぶおそれがあったと予見する可能性はあった。
5. 用手剥離が困難な状態になった時点で癒着の認識もち、その時点で直ちに胎盤剥離を中止して子宮摘出手術等に移行は可能。
6. 移行等による大量出血の回避可能性はあった。

所なのです。判決は、「検察官は、剥離を中止して助かったという具体的な事例を、少なくとも相当数の根拠ある臨床症例を基にして立証していない」と言っています。出来るわけがないですよね。確かに、胎盤剥離は、剥がし始めたら全部剥がし取ることが、ほとんどの診療現場で行われているのです。しかし、そのために判決が検察官や警察官に誤ったメッセージを送っているのではないかと危惧しております。確かに、胎盤剥離については、診療現場は、圧倒的に剥がし始めたら全部取る、という状態です。しかし、どのような診療方法や手術手法でもいつも、どこでもこれが圧倒的だというようなものがあるのでしょうか。50:50、時には、20:80でも、10:90で、少数派の手法を選択する場合はあるし、その手法が適正と判断するときもあるでしょう。しかし、それで事故が起きたときには、医療的準則について、どのように判断するというのでしょうか。また、医療医学の進歩のためには、新たな試みを取るときや、その必要性を感じるときもあるでしょう。しかも、その選択の決断に時間を掛けてられない場合もあるでしょう。ただ単に、症例数や症例事例を根拠に、医療的準則を考えるようなことが起きてはならないのです。しかし、この判決が、そうした視点や配慮を持ったものと評価することができるのでしょうか。

だから、全国のお医者さんに申し上げたい、全国の医療者の方に申し上げたい。決して裁判所が、医療の実情を理解し、それに即した判決をしたとは言えないのだということです。

実は去年の9月に、私の親しいある病院長さんがメールしてこられて、「無罪で、本当にホッとしました。裁判所にも、わかっていただけて本当に良かったと思います」といわれたのです。私は「とんでもない。なんにも分かっていない恐ろしい判決ですよ」と送り返したことが、実はこういう場でしゃべるきっかけになったのですが…。

判決に対する疑問(1) 4.5.6. → 判決要旨 P.6, I.37以下

医療行為を中止する義務があるとするためには、検察官において、当該医療行為に危険があるというだけでなく、当該医療行為を中止しない場合の危険性を具体的に明らかにした上で、より適切な方法が他にあることを立証しなければならない…

本件に則していえば、子宮が収縮しない蓋然性の高さ、子宮が収縮しても出血が止まらない蓋然性の高さ、その場合に予想される出血量、容易になし得る他の止血行為の有無やその有効性などを、具体的に明らかにした上で、患者死亡の蓋然性の高さを立証しなければならない。

このような立証を具体的に行うためには、少なくとも、相当数の根拠となる臨床症例、対比すべき類似性のある臨床症例の提示が必要不可欠である。

医師法 21 条の問題点

判決に対する疑問 (2)

- ・当該疾病によって死亡した様場合には、そもそも異状の要件を欠く。
- ・本件患者の死亡という結果は、癒着胎盤という疾病を原因とする、過失なき診療行為をもってしても避けられなかった結果といわざるを得ないから、21条に言う異状がある場合に該当するということではない。

⇒ 医療行為に過失がない場合には、届出の必要はない。

すなわち、届出することは、過失があるということか。

過失の有無を24時間以内に、当該医療機関で判断することが必要と言うことか？ 合併症の場合には？

本当に裁判所が、どこまで診療現場の実情をわかって議論しているのかということのもうひとつの例が、医師法21条です。医師法21条は皆さんがよくご存知のように異状死は、24時間以内に警察に届け出なければなりません。本件の判決は何と言ったか。

当該疾病によって死亡した場合にはそもそも異状ではない。それはそうかもしれない。本件患者の死亡という結果は癒着胎盤という疾病を原因とする、過失なき診療行為をもってしても避けられなかった結果と言っています。しかし癒着胎盤だということは術前に分かっていたわけではない。術前に分かっていたことは、全前置胎盤ということです。全前置胎盤という症例である、それはひとつの病気ですから、そのための慎重な治療行為が行われる、あるいは母体管理のために、早期入院をさせたということもあります。早産の危険性もありましたし、その兆候もでていました。だから予定よりも早く、帝王切開に踏み切ったというのは事実です。しかし癒着というのは剥離を開始して、その危険性が見えたという意味であって、そもそも癒着胎盤と診断するには、それこそ解剖した病理診断が行うことであって、病理診断のはるか手前の臨床上の判断としての癒着胎盤と言っているのか、病理診断としての癒着胎盤を言っているのかを、なんら区別なく安易に言っているのが第1点と、そもそも全前置胎盤と癒着胎盤と一緒に議論していいかどうかの問題です。分かりやすく言うと、合併症のことを指しているのかということです。では、合併症であれば21条に当たらないと、もしそうするとすれば、全国の医療現場で亡くなられた患者さんのかなりの数が、合併症によると説明できるわけです。ところが、そもそも合併症とは何なのとなると、医療現場でもなかなか定義でき

ることではないのではないのでしょうか。どこの医療文献を見たら、合併症とはこうだとわかりやすくかいてあるのでしょうか？ まして法律家たちが合併症をどこまで理解しているのでしょうか。そういう議論が全くないままにこの判決は実に単純に、その疾病によって死んだのだと言っているのです。だから過失がないと言っているのです。過失がないから届け出る必要がないと言っているのです。

では、届け出るということは、過失があった場合に限るのか。そんなことは医療現場ではわかります？ 私はいろいろな医療現場の先生方に聞いてみました。皆さまの病院では、判断できますか？と。院長先生もいらっしゃる、大学によっては学長先生も医学部長さんもいらっしゃるその席で、「過失の正しい判断は、できますか？」と。

誰も出来ると言った方はいないのです。それはそうでしょう。大野事件は、逮捕されてから判決まで2年半かかっているのです。2年半もかかって過失がないというような、それほど面倒くさい話を24時間以内に法律の素人に法律上の判断をしろと言っているのですよ。むちゃくちゃですよ。それを国会は今だに放置している。

もうひとつこの事件には重大な問題があります。それは法廷に出てきた鑑定人。さっきの病理の鑑定医、あるいはこの医療行為は間違っていると言ったある大学の産婦人科主任教授の鑑定医。しかしこの鑑定医は2人とも、周産期に関しては素人だったのです。病理の先生は子宮そのものをみるのが、10か15例ほどの経験しかなく、まして癒着胎盤は1例だったようです。それから医療行為が間違いだと言った某大学の産婦人科の主任教授は、腫瘍の専門家。お産はやっているけれども、それは正常分娩がほとんどで帝王切開の経験はない。まして癒着胎盤を触ったことがない。異常分娩の経験がないお医者さんに、正しいの間違っているのと言って欲しくないと私は思う。だから彼は法廷で言ったのです。「文献を読んだ結果です」と。それから病理の先生はなんと聞いたか。「一生懸命文献を読んで目を肥やしました」。

弁護側が出した病理の先生に関していうならば、胎盤病理診断で5万例ですよ。毎日毎日胎盤を見ている方なのです。子宮もものすごい数をみているわけです。だから癒着胎盤とは何ぞやということや、絨毛とはなんぞやということをよくご存知なのです。ただいろんな文献の写真を見て勉強したという先生が間違えるのは、当たり前ですよ。けれど裁判所はそれがほとんど素人同然の鑑定人なのか、専門性豊かなまともな鑑定人なのかの区別が付くわけ

がない。それはそうですよ。医学のことを勉強したことがないのですから。皆さんは弁護士と聞くとみんな能力は同じだと思うでしょう？ 私と別の弁護士の能力を比較しても分かるはずがない。私は裁判官と話をしてみれば、まともな裁判官かそうではない裁判官かはすぐに分かる。裁判所も分かるのです。能力不足の弁護士か、能力のある弁護士かを。プロ同士は分かるのです。でも他の分野の方のことは、素人に分かるはずがないのです。でも裁判所は鑑定人を信用できるか出来ないかで判断しているのですね。それで、まともな判定が出来るはずがない。そういう意味でいうと、司法というのは所詮きちんとやれるものではないのです。なんでか？ 民事裁判というのは賠償金を払うのはどうかということを考える問題なのです。要するに失われた命に対して病院側がそのリスクを負担すべきか、遺族側が甘んじて受けざるを得ないかという、その賠償金という場面で利益考量を図るという問題でしかないのです。なにが真実なのかというのを極めるのは無理。まして刑事裁判になったら、真実を探すなんていうことは不可能です。あえて不可能といいます。要するに刑罰を科す、その人に懲役何年、死刑だというためにその理由があるかどうかを探る。つまり糾弾するために必要な要件があるかないか。いいですか？ 真相究明のためにやるものではないのです。確かに真相究明はしたい、したいけれども裁判には限界があるのです。

司法の限界と問題点：真相究明は可能か

裁判は公開であり、一応適正手続きだが・・・

民事：賠償金の支払い請求

原告（患者側）の調査能力の限界と無理解

医療の不確実性への理解をどの様に得られるか

患者側救済への傾斜 ⇒ 過失探しになっていないか

刑事：刑罰を科す（個人責任）

捜査段階：密室捜査・強制捜査、人質司法

刑事裁判：検察構図での審理、有罪率99.86%

民事過失と刑事過失は同じか、違いがあるのか

弁護活動の制約

裁判が私たちに 知らしめたこと

要するに大野事件というのは何が問題だったか、いくつか整理してみましょう。日本の刑事捜査とい

うものは実はとんでもない問題があるぞということを示してくれたのです。逮捕、勾留の場面ですが、代用監獄がそのひとつの例です。もうひとつ医療に限りませんけれども、専門分野に警察や検察が介入することが、どこまでが可能なのですか、適切なのですかということ。その専門分野について全く意味が分かっていない人たちですよ。

ある医者が警察の取調べでこう言われたと聞いています。「あなたが一生懸命やったことは認めるよ。その時一生懸命に、どれほど真剣にやったとしても、後から見てだめだったら過失なのだ」と怒鳴られたそうです。私が会いに行った時に「それじゃあもう、私は医者をやってられない」と彼はしよげていました。「僕も起訴されるのでしょうか」「私はいつ逮捕されるのでしょうか」と最後は何も語ってくれなくなっていました。そんな人たちがそんな頓珍漢な形で、法律に全く素人の医療者をいじめるような捜査が行われている。こんなことでいいのか。

刑事事件としての大野病院事件の問題点：総論

1. 日本の刑事捜査、刑事裁判制度上の問題点が顕著となったこと
逮捕・勾留の必要性、相当性から見た実務現場の問題
本件医師逮捕・勾留は特別ではない。(保釈を争う検察。)
法の趣旨としての無罪推定 実務感覚としての有罪推定
2. 医療などの専門分野への警察、検察の介入(方法)の是非
謙抑的に、と言うけれど・・・
専門分野についての素人が強制捜査権に基づき介入すること
の是非・相当性 (逮捕・勾留)
3. 専門分野や学問分野にかかわる裁判の事件につき、どの様にして
事実を認定し、それへの専門分野・学問分野の批判に耐える法的
評価・判断をどうすれば適正に行うのか。そもそも可能なのか。

刑事裁判というのはどこまでやっていいのかということなのです。専門分野に対して、裁判所や検察官がどこまでその知識があるのかということが問われているのです。そして細かいことをいうならば、医療水準という言葉を使っていますが、医療水準とはなんなのでしょう。みなさん説明できますか？ 裁判にはやたらに出てくるのです。民事裁判なんかで見ると。かつては医療水準というのは原告患者の言い分を「それは言いすぎだよ」「過剰だよ」「そんなに要求したって日本の医療水準はそこまでいいじゃないのだよ」「十分やっているのだよ」という形で使われたのです。ところが姫路日赤病院事件以降ちょっと変わってきたのです。そのくらいはちゃんと勉強しておくようにと、最高裁判所は言ったのです。全部の病院ではないです。日赤という日本を代表する病院であるならば、出来ないわけがないでしょうという意味の判決です。たまりませんよ

ね。全部が全部超一流の技術を持っていなかったら、損害賠償ですか？ 要するに患者側に軍配が上がるように出来ている話。

これは皆さんよくご存知でしょう？ ペルカミンS事件判決。麻酔科の先生なんて、この判決にカリカリになって怒っています。要するに能書には麻酔導入後、2分間隔で血圧を図って調べるようにと書いてある。でも医療現場では5分間隔で血圧を測っている。それは間違いだといって最高裁で負けた。だけれども、能書は薬品メーカーが書くのです。お分かりですよ。どんな治験をやっても、どんな症例に対しても対応できるような治験などできないから、治験に対応できる幅を決めてやりますよね。当然妊産婦は排除されるだとか、子どもは排除されるだとか、いろいろ排除されていくから、注意書きにはだめだよと書いてあるのです。それなのに使ったら過失？ それはしないのではないかと私は思います。

刑事事件としての大野病院事件の問題点：各論

1. 医療水準論：民事上と刑事上の考え方に違いがある？

民事事件上の医療水準論は、賠償金支払(＝負担のための利益考量)基準

刑事事件(身柄拘束と刑事罰を科すため)に同じ医療水準論か？

最高裁第2小法廷判決：平成7年 6月 9日 姫路日赤未熟児網膜症事件

最高裁第3小法廷判決：平成8年 1月23日 ペルカミンS事件

大野判決：臨床例(医療慣行)を重視？

2. 医療上の過失とは？

医療行為における予見可能性の意味

回避義務措置を、どこまで特定できるとするのか

3. 21条の届出義務についての消極的定義の罪

当該疾病の治療中の事故とは？ 合併症をどの様に法的に評価するのか。

行為規範とならない現状に変わりがない。

民事だったらまだ分かるのです。この場合、診療現場、実務現場がどうなっているかと言ったのは、最高裁の理念。平成7年、平成8年の最高裁判決。これは非常に問題な判決だと私は思っています。けれど、大野事件判決では医療現場、診療現場の8割9割がこれをやっているといって無罪にしたわけです。ということは大野事件での医療水準論というのは、実は診療現場実務に合わせているのです。医療慣行を大事だよといったというように受け取れる。これは最高裁判決に違反する？ いや民事上と違い、刑事判断だからいいのだという考え方もあるかもしれません。そうなのではないでしょうか。だから医療上の過失という問題も、結局何がなんだか分かっていないままになってしまいました。まして21条については今回の判決で、ますます医療現場は混乱するでしょう。結局、全て届け出るしかないでしょうね。だってこういう態度を警察や裁判所は取るのですから。それでその届出がでたら、警察は全部取り調べよと、日本の警察は21条だけのため

に捜査をするしかなくなるというわけです。人手が足りないでしょうね。2万件、3万件はあると思いますから。

もうひとつ。今、事故調査問題が議論されている。大野病院事件は事故調査委員会が過失だといったのです。しかもこれは、3人の専門家、周産期、産科の専門家が過失だといったのです。しかし、判決は間違いだといったのです。ではこの大野病院の事故調査委員会は、事故調査報告書を見直したか？見直してないですね。

厚労省は事故調査委員会制度を立ち上げましょと提唱しております。だけど皆さん考えてください。大野病院だって、横浜市大病院だって、広尾病院だってそうでしょう。なんでああいう事故、過失が起きたのか？ それはあまりにも人手が足りないからですよ。あまりにも厳しい労働環境にいるからですよ。看護師さん達は負担を強いられる。そうした医療制度に目を向けていない。制度的、政策的視点での議論を無視して、医療従事者に対してのみ「お前らしっかりしなければならん」というのはあまりにも無茶ではないか。事故調査委員会の被告席に座るのは、医者かもしれない。病院かもしれない。しかし同時に厚労省も座るべきでしょう、違いますか？ 被告席に座るべきものが、取り調べ側やその監督側にまわる。おかしいと思いませんか？

要するに事故調査は何のためにあるのかといったら、医学の進歩に役立つ科学的な真相究明なのです。患者が求めていることもその意味の究明ではないでしょうか。

事故調査のあり方：究明か糾明か 司法における基本的な視点は糾明である

- ・科学的真相の究明か 責任追及(糾弾)か？
⇒ その両立は可能か？
- ・再発防止か？
* 責任の所在を明確化し賠償義務や処罰等の警告
刑罰による威迫で、再発防止？
⇒ それは可能なのか？
- ・患者側への説明責任のためか？
- ・医療現場へのフィードバック(教育)による再発防止か
- ・より広い視野が求められる医療事故の調査
⇒ 科学的究明から得られる成果は大きい。

しかし、日本というのは不思議な国でして、こっちの糾明が大好きなのですよ。「お前が悪いのだ」ですね。だから今国会の議論を見てもこっち(糾明)ですよ。物事を解決しようではないのです。だから立法はなおざりにされている。だけど今は、科学的な究明こそが求められている。しかしこの厚労省案が言う事故調査委員会は、科学的究明をやろうと

しているとはとても思えない。今の厚労省の事故調査委員会の座長さんが「医療過誤は犯罪だ」と言ったといわれています。ご存知ですか？ 医療過誤は犯罪だと言われたらもう、それは最初から糾弾ですよ。どうやって医療現場にその情報を伝えていくかという発想はない。しかも本当に事故調査をやろうと思ったら、インフラをきちんと整備しなければならない。この表のように様々な環境整備が必要です。

事故調査手法について 事故調査委員会のあり方

インフラの整備がなければ調査委員会は機能しない。

1. 臨床医、病理医、法医、法律家の役割分担とその能力向上
医学の専門的な批判に耐えられるだけの調査体制の確立
調査委員会の調査・審査手続きの公開：中立、公正の担保
調査資料(カルテ、病理診断等)の公開：専門的知見の集約
2. 解剖・カルテ等客観的な証拠収集とその分析体制の確立
事実の適正な法的評価能力の確立
カルテの電子化とポータブル化；記録のあり方の検討
手術経過のビデオでの記録化の義務付け
解剖の義務化(死体解剖保存法第7条の改正)
医学的分析能力の向上
医療分野の法律論の研究、専門家の養成

例えば、解剖の義務付けや電子カルテの導入も必要だし、もっと言うならば、カルテの電子化、ポータブル化、私は、カルテは患者に持たせるべきだと思います。それは無駄な検査をしなくて済むじゃないですか。画像診断だけでも画像を送る必要があるから1ヶ月先だ、3週間先だとその時間を費やすだけでも大変です。また、手術中の録音録画による記録の義務付けも必要でしょう。

もうひとつ言うならば、事故調査を徹底しようとすればするほど、真相究明をしようとすればするほど、法的責任を問うてはならんということです。法的責任を問うたら誰も真相を語れないということです。本当に医学的な意味での真相究明をしたいのだったら、刑事免責にする以外方法はないのです。刑事免責が許されるのだったら、真相究明は可能と私は思っています。どっちが国民社会にとって有益なのか考えて欲しいと思います。

医療事故の原因について学ぶ必要があるし、学ぶ価値がある。その学ぶ価値をもっともっと皆さん方が声をあげて欲しいと思います。なぜかというと日本は今科学においても、特別な分野も、そうでない部分でもほとんどの部分では世界の最先端を行っています。ITだってそうでしょう？ でもその最先端の科学を一番民間の人々の生活に、人々の実感できる幸せに生かされている現場というのは医療でしょう。医療現場こそが日本が持っている科学技術

が一番生きている現場ではありませんか。薬にしても、あるいはIT関係の技術、MRIにしたってそうじゃないですか？これらの技術というのは日本が一番誇れる、戦える分野ではないですか？この部分を大事にすれば日本は世界をリードしていける。21世紀の日本の産業は医療と介護に金をかければいいと思う。雇用も増えるし、投資も増えるし、人件費も上がるはずですよ。そういう部分が生きてくるのは過失概念を離れた事故検証を徹底することによって、亡くなられた患者さんから情報をいただくことによって、実現できるのだと思います。

医療事故調査委員会と報告書 その役割は？

何故、医療刑事事件が増加したのか(囁かれる理由の1つ)

1. 民事事件における診療記録の入手、その分析、医学的検討のためのコスト、手間、時間・・・

2. 医学関係者の協力者を確保する困難さ

事故調が機能したら・・・

1. 2. 共解決？

→ 原告、検察官はその苦勞から解放される？



事故調査委員会の水準が高度かつ適正でなければ、
医療現場は崩壊する。

医療事故に学ぶことの大切さ

加害者・被害者の対立構造からの脱却を！

医療事故を検証すれば、学ぶものの宝庫を手にする

- * 過失の追求・検証だけでは医学の進歩・改善はない
- * 過失がなければ改善するものがないと言えるはずがない
- * 医師が納得し反論できない事実こそが患者が知りたい事実
- * 医療は最先端化科学・産業の消費現場 = 新技術・発見の現場

過失概念を離れた事故検証の必要性和重要性

- * 個人の過失責任の追求は、真実発見、真相究明を妨げる
- * 患者・医師の協同でこそ医療水準の進歩、医学の発展がある
- * 医療は国民生活の安心・安全の基礎であり幅広い進化が必要
- * 医療及び周辺業務は基幹産業の中核：経済成長の推進力

これは例えばイオンだとかトヨタとか、大量に製品や商品売っているメーカー、あるいはスーパーが意識しているのは顧客満足度です。いかに患者さんに満足してもらうということを考えていただくこと。その患者さんに満足していただくための最大のキーワードは何かと言うと、患者さんは何を求めているか、なのです。患者ニーズをつかむことです。患者さんとコミュニケーションしながら、カルテをいかに丁寧に書くか。大野病院の先生が無罪になったひとつの理由は、カルテに嘘がなかったということです。カルテが丁寧に書かれており、カルテに写真がついていたということなのです。そういうことを考えるとカルテというのはいかに重要か。そして看護記録、これがもっとも重要なのです。ある病院で患者さんが暴れまくった。看護師さんやお医者さんを殴ったり、蹴ったりした。これはカルテには書けないけれども、看護記録にはその記録データを書き込めばいい。ここに書くことが皆さんの身を

カルテ等、治療・看護の記録は、裁判の重要な証拠

カルテ等の記載内容が勝敗を分ける。(=ICの一方)

・裁判での審理対象は、認定された事実である。(裁判所へのIC)

・裁判の中心は事実の争い。何が事実かの認定の争いである。

民事、刑事いずれも過失を問うものだが、その過失の認定の

前提は認定された事実(判断枠組み)からである。

* その事実を認定する最大の決め手は、

カルテ、看護、検査データ、カーデックス 等々の記録にある。



すべて、医療側の記録である。

* 正しく記録することの大切さ

事故を未然に防ぐツールとしてのカルテの記録

⇒ 記載されていないと、良いこともなかったことになる。

訴えられないための心掛け

(1) 医療側と患者の協同 Cf. 顧客満足度

チーム医療の参加者・主宰者(?)としての患者

・リスクの共有

疾病のリスク、治療・検査のリスク

リスクのバランス

・認識の共有

患者の求めているものを把握する医師側の努力。

治療・検査方法の選択



患者のニーズを把握する。



ニーズにあった医療であること

その為に、充分なコミュニケーション = インフォームド・コンセント



患者サイドの発言、行動の記録と保存

(2) カルテ類の整理・整備

日常業務を常に見直す手段としての診療録の記録化とその検証。

日常的な心構えが大切 (誤解を招く記述を残さない。)

診療機関の組織としての日常業務の積み重ね

ex. カルテの記載を日常的に徹底する。



診療・治療のレビュー：診療・治療の検証、見直し



・見落とし、検査漏れ、判断違い・・・問題点の早期発見

・患者のニーズと治療方針とのすり合わせの確認作業

・ムンテラ、患者サイドの発言も記録することが大切

クレーマーと ヒヤリハットから学ぶもの

皆さま方が医療現場でぜひやらなければいけないことは、いかに患者さんと協同するかということです。そのキーワードは、あまり医療現場で馴染みがあるとは思えませんが、顧客満足度なのです。

守るのです。そして私が言いたいのは、ヒヤリハットなのです。ヒヤリハットって皆さん、私がいろいろな現場で見る限りで申し上げると、私が見た現場だけがそんな悲しい現場なのかもしれませんが、経験豊かな看護師さんが、年若い看護師さんに「あんたしっかりしなさいよ」「なんでそこに注意をしなかったの?」「あんたがちゃんとしていないからこうなるのよ」とお叱りを受けている現場になってしまっているのです。ヒヤリハット研究会なのか、お叱り研究会なのか良く分からなくなっている。大事なことはヒヤリハットというのはあなたが一生懸命やれば解決するということを探す場面ではないのです。要するに一生懸命やれば、精神力さえあれば何とかかなと言っていたのは、昔の日本陸軍です。アメリカ軍は武器は優れているかもしれないけど、魂は腐っているから日本兵は勝てるのだと。それと同じように言っているように私には聞こえる。看護師さんたちが、お医者さんたちが、現場でしっかりすれば事故は防げるのだという精神主義の時代ではないと思うのです。

ヒヤリ・ハットは、過失探しのためではない。

ヒヤリ・ハットの研修・研究の目的は、

事故防止、危険防止のためのシステム検証のためにこそにある。



精神主義からの脱却こそ重要

- ・個々人の精神力、注意力にのみ依存するな
- ・臨機応変 緊急事態の現場での判断と決断の向上
- ・冷静さを保ち、適切且つ迅速な判断力(その為の訓練も必要)



医療システムの不断の見直し

情報共有を含め、どこかにチーム医療、あるいは病院のシステムに問題があるのではないかと、それを発見し、その事故要因を改めるためのきっかけになるのではないかとというふうにぜひ思って欲しい。人の責任についての追求に使うのがヒヤリハットではないということを一番に申し上げたい。

ハインリッヒもよく使いますね。しかしこのハインリッヒでいうところの300とか29というのは実はクレームの視点にたった時に大きな問題になるのです。なぜかというクレームといっても不満を持った顧客の96%は何も言わないといひます。ご存知でしたか? クレームという、みなさん嫌がりますよね? でもクレームというのは実は4%しかない。残り96%は腹が立っても何も言わない。これはマーケティング理論の教科書に出ています。苦情を訴えた顧客は、たとえその問題が十分に解決されなかったとしても、苦情を訴えなかった顧客よりも、その

企業と継続的にビジネスをしようとする傾向がある。分かりやすく言えばその医療に文句を言う人たちは多くの場合、その病院と継続的に関わりを持ちたいと思っている人たちなのだと思います。そういう目でクレームと向き合っていただけますか? 要するにクレームというのは皆さんに重要な情報を伝えてくるセンサーだと思っていただけませんか?

それらの情報は、最終的にトップが知っていて欲しい。そこから始まる様々なコンフリクトをどうマネジメントしていくか。それはダメージコントロールに繋がるのです。ダメージコントロールというのは、実際に想定外の非常事態の時にどう対処するかというその知恵なのです。医療紛争に発展させない、裁判に発展させないで問題解決するにはどうしたらいいのかということは、実はクレームに対する対応能力を磨くことによって、身につけられるのです。

多くのメーカーや小売業者は、消費者のデータ、たくさんの苦情に必死になって向き合っ、そこから営業成績を上げるヒントや、商品開発のきっかけを得て新たな商品を開発してきている。パソコンにしたって、自動車にしたって、ありとあらゆる商品はクレームがヒントになっているということが圧倒的に多いのです。医療現場でも、それを財産にしない手はないのではないかと。要するにクレームから情報をもらうのです。すなわち、インフォームド Consentというのは、情報をもらう機会なのです。医療側の情報を伝え、こういう治療をするよ、こういうふうに安静にしてくださいということも大事ですけど、もっと大事なのは、患者さんに対し、あなたは本当は何が知りたいの? 何が不安なの? 何が怖いの? ということを知りたいと。それにどう向き合い、答えていくか。その答え方が実はインフォームド Consentなのではないか。そしてそのキーワードはこの「二人称の会話」というところではないかと思います。要するに仲間、家族のような付き合い

クレームへの対応の見直し

- ・患者は、医療事業の最重要のステークホルダー
- ・クレーム対応の大切さ、重要性。嫌がらない心掛け。

クレームとストーリーの違いを区別する。

クレームには、丁寧に対応することが大切。

単なるストーリーならば、毅然と対処する。

- ・クレーム処理を誠実、迅速に解決する組織的対応が必要。

事故やクレームは、トップが一番知るべき情報



事故情報やクレームには、組織的問題点を示すセンサーの機能がある。

クレームは、組織点検、事故原因発見のための手がかりを示す宝の山
インフォームド・ Consentの内容を高めるためにも役立つ

コンフリクト・マネジメント

方ができるかどうか。辛いときに患者が頼りにするのは、結局最後は看護師さんのあの白衣なのですね。お医者さんなんてめったに來ないから。ナースコールで飛んできた医者なんて見たことがない。

さらに、ぜひお願いをしたいことは、医療事故に対してお医者さんはもちろん、医療者が医療事故調査を一生懸命やってほしいと思います。さっきクレマーのことをいいました。クレームがあるということは、皆さん方に対する期待が高いということなのです。文句をいうのは「あなたしか分かってくれないよ」と言っているのです。ある意味、わがまま放題なのです。消費者や患者というのは。手に余る駄々っ子と同じです。でも母親のような、お姉さんのような気持ちで迎えてくださった看護師さんのおかげで、どれだけ多くの患者さんが救われるか。そういう意味、そういう心構えで医療事故に対しても向き合っていたきたいのです。医療事故調査に真剣に向き合って欲しい。そして判例研究もして欲しい。医療裁判をやっても、医療事故に伴う紛争や対立は解決しない、かえって対立がより進行したわけです。医療崩壊と言われる現在、その理由のひとつに法的リスクを挙げる方が少なくない。すなわち、医療裁判をやっているだけでは問題が解決しなくなってきた。否、より深刻な状態になってきた。それを乗り越えるには今こそ、真相究明の道を探るしかないと考えます。要するに医療事故調査、医療事故の真相究明をすることが、最終的に不幸な結果を乗り越えていくことに繋がると私は信じています。そしてそれは医療者と患者が手をつないでいくことにより成し遂げられるし、結果としても、より手を繋ぐことになります。

患者と医療者が手をつなぎ
信用と信頼 協同するために

患者と医療者が手をつなぎ、協同するためには
医療者が患者から信頼を得なければならない。



インフォームド・コンセントの理念転換と、その徹底
理解を求め、納得を得る作業＝2人称会話の大切さ
クレマーの役割・その価値を見直す
クレマーは組織的問題点を示すセンサー
患者情報(感情)の入手 ⇒ ICの効果を上げる

その医療者と患者が手をつなぐということの基本はなにかというと、技術的な知識的な能力・技量だけではないのです。パーソナリティです。人間性です。人格的な信頼感を得ることです。私が中学1年になるかならない時に、ある看護師さんから教えて

患者と医療者が手をつなぎ
信用と信頼 協同するために

患者と医療者が手をつなぎ、協同するためには
医療者が患者から信頼を得なければならない。

Skill と Personality

Skill(知見・技量)が優れ、信用できるとしても、
Personalityが優れてなければ患者の信頼は得られない
SkillやPersonalityに劣る医療者は臨床現場から退場させる
医療者の自律機能が求められる

いただいた言葉です。苦しい入院期間に「パーソナリティを持って」と言われました。そのパーソナリティこそが最後は医療者と患者をつなぐキーワードであろうと私は深く思っています。そういう意味で皆さん方は優れたパーソナリティを持っておられると思いますが、やっぱりねえ・・・パーソナリティに劣っている人もいますよ。お医者さんの中にも変な人は確かにいます。どこかの総理大臣が、「医者の中に非常識な人間がいる」と言って支持率を下げ、物議を醸しましたけれど、あの時日本医師会の中で「そりゃ、そうだ」と言った声が随分あったそうで、日本医師会もさすがにここだけは納得したと思わず笑ったのですが、そういうパーソナリティに劣る人を臨床現場に残しておいたならば、やはりこれは問題がある。そう言う問題がある方は、医療者自らが、自らの手で診療現場から追放するぐらいの自律機能がいるだろうと思います。そのための具体的な提案もありますがこれはまた、別の機会にしたいと思います。

ご清聴ありがとうございました。皆さま方のご発展をお祈りし、さらには、日本看護学校協議会共済会さまのご発展を祈念致しまして、私からの話は終わりとさせていただきます。本日は本当におめでとうございました。

この講演は、本年7月24日横浜ホテルニューグランド・ペリー来航の間において、当会の一般社団法人化記念講演として代議員の先生方を対象に行われました。

安福 謙二 (やすふく けんじ) 弁護士紹介

昭和47年 東京大学経済学部 卒業
53年 弁護士登録・第二東京弁護士会 所属
初めての医療事件に関わる。以後多数扱う
59年 安福法律会計事務所 開設

主な事件

板橋わいせつ事件…最高裁 逆転無罪判決
榮高・銀行預金返還請求事件…東京高裁 逆転勝訴
県立大野病院事件…福島地方裁判所 無罪判決

共済会の活動

日本看護学校協議会共済会 一般社団法人化に関するご報告

共済会ニュースNo.5でご説明しましたとおり、当会は平成21年4月1日、一般社団法人の設立登記をし、一般社団法人日本看護学校協議会共済会となったことをご報告申し上げます。これも偏に代議員各位始め正会員の皆様のご協力の賜物と深く感謝申し上げます。法人化により、今後は法人法が根拠法となりますが、会の運営自体はこれまでの任意団体と殆ど変わりませんし、看護学校総合補償制度「Will」の補償内容や加入方法等も従前と変わりありません。今後も安全対策の啓蒙や学生・教職員、専門職の皆様にご加入いただいている補償制度の一層の充実を図ってまいりますので、是非会員の皆様のご協力を賜りますようお願い申し上げます。なお、任意団体時代から共に協力関係にあり、共に法人化を進めて参りました日本看護学校協議会も、平成21年6月1日、一般社団法人となりましたことを申し添えます。

■新法人設立時役員

役 職	氏 名
代表理事（2名）	山 田 里 津（会長）、 佐 藤 仁 作（副会長）
理 事（5名）	荒川眞知子、石井八恵子、 遠 藤 敬 子、世古美恵子、 山川美喜子
監 事（2名）	後藤マキ子、横山トヨミ

■定款及び諸規定

当会ホームページに掲載
(<http://www.e-kango.net/about.html>)

■代議員について

現在新法人の代議員は不在で、平成22年度の定期総会（平成22年6月を予定）前に代議員50名を選出予定です。なお、代議員は定款の定めにより自動的に法人法上の社員となります。以降、2年おきに改選いたします。

■旧任意団体について

旧任意団体は去る平成21年7月23日の定期総会を以って解散となりました。なお、事務所敷金等の残余財産は、新法人がそのまま引き継ぐ形とさせていただきます。

■平成21年度日本看護学校協議会共済会代議員総会の開催

2009年7月23日午後4時より、横浜ホテルニューグランドにおいて、旧任意団体として最後の代議員総会が行われました。代議員総数45名のうち出席44名（内委任状15）をもって成立いたしましたので、ご報告いたします。



議案・1) 20年度事業報告 2) 20年度収支決算報告並びに監査報告 3) 共済会の一般社団法人化に関する報告 以上旧任意団体についての議案は可決いたしました。また、一般社団法人としての活動について、4) 一般社団法人日本看護学校協議会共済会21年度事業計画 5) 同21年度収支予算 を報告いたしました。



平成21年度事業計画

I 補償事業

1. 看護学校総合補償制度「Will」（対象：医療福祉系の学生及び教職員）
2. 看護職総合補償制度「e-kango」（対象：看護師・准看護師・保健師・助産師）
3. 看護専門職の研修補償制度「Will & e-kango」（対象：看護の上乗せ資格取得を目指す研修生）

II 販売促進事業

1. 各協力団体への協賛金、広告掲載など。

III 出版事業

1. 「看護職のための医療安全ガイドブック」（平成22年度版）

2. 「新・教務必携」(山田里津会長著・監修)(社団化記念事業)

Ⅳ 広報事業

1. 会誌「from共済会 Vol. 6・Vol. 7」
2. 「実際に起こった事故例から見る安全対策」(平成22年度版)

Ⅴ 良書の謹呈

看護の現場でヒヤリ・ハット発生! 「とっさの対処法76」—東京海上日動メディカルサービス(株) 企画部 メディカルマネジメント室 著 日総研刊

Ⅵ 講演会(平成21年6月30日現在)

1. 学生や教職員を対象とした安全対策のための出張講演会の開催
講 師: 顧問弁護士、東京海上日動メディカルサービス(株) 等

Ⅶ ホームページ事業

1. トップページのリニューアル
2. 「アロマセラピー&リラクゼーション」新設
3. 「Will」事故例の更新 など

平成 21 年度収支予算

[収入の部]

単位: 円

科 目	予 算 額	備 考
会費収入 (20円/人)	3,080,000	154,000名の加入を想定
制度運営費収入 (180円/人)	27,720,000	同上
損害保険集金事務費収入	16,000,000	
寄付金収入	1,681,116	旧任意団体の事務所敷金+繰越金
預り金収入	1,120,000	事務所敷金の共同使用部分
合 計	49,601,116	

[支出の部]

科 目	予 算 額	備 考
共済制度Will事業費	3,500,000	
損保再保険料	14,000,000	
集金事務委託費	5,482,000	
販売促進費	1,110,000	
広報活動費	1,000,000	
出版図書費	0	
会議費	2,500,000	
旅費交通費	1,800,000	
顧問料	3,060,000	
賃借料	4,536,000	
事務所敷金支出	2,800,000	
事務所諸経費	800,000	
講演会等イベント費	1,000,000	
人件費	6,500,000	
一般社団化記念事業費	1,500,000	「新・教務必携」出版
次期繰越金	13,116	
合 計	49,601,116	

■山田里津会長の著書「新・教務必携」を7月1日に当会より刊行しました

当会の一般社団法人化の記念出版として、再版が待望されていた山田里津先生の「教務必携」に最新の情報を加えた渾身の著書「新・教務必携」を、

当会で出版刊行いたしました。すでに、会員校様にはお送りいたしましたが、大変喜んでいただいております。全国各地の先生方からも、ご注文をいただいております。会員価格1,050円でお分けしておりますので、共済会事務局までお問い合わせください。

私の志——人間看護・介護

看護と介護、看護師と介護福祉士とは、今日の社会ではどちらも大変必要とされ、また切っても切れない関係です。そして看護の職種が質の高い業務を提供できるのは、その教育の結果です。

また質の高い看護、質を低下させない量の確保となれば、看護を支える人間が必要です。

看護の仕事というのは、いろいろあるわけですから、資格がなくてもできる仕事も沢山あります。また、看護師の指導を受けながら、生活の援助を提供できる専門家の存在として、介護福祉士があります。

今後は、福祉と医療・看護の部分を融合させて看護の一元化を実現することだと考えます。先ほども申しましたが、本当に質の高い看護は、量の確保が必要です。量の部分を支えるのにも、介護福祉士の協力が必要と考えます。では、介護とは何か。介護福祉士は生活支援の専門家であって、パートナーとしての職種なんです。

これらを実現するためには、保助看法の法律を改正して、抜本的に見直さなければならぬ大きな課題です。看護の業務というのは、看護師に判断できる看護的治療と考えます。自身の責任によってできる看護という立派な仕事であります。

私は将来の看護を構想し、看護と介護の協

働を目指しています。

看護には介護も含まれます。ウィリアム・オスラーの有名な「人間を看ずして病気を診るなかれ」ということばがあります。人間愛による人間看護です。

そして障害者の方また終末期を迎えた方たちで、もう医学的治療も適応できないようなとき、適応できるのはただ一つ、それが人間看護であります。看護の本質であります。

「技能は徳の感性的な基礎である」。私どもの学校の理念であります。看護、介護を学ぶことにより、人間のもっとも大切な豊かな人間性、感性が育つのです。

私の看護の哲学です。御清聴を感謝します。

樹木を植える者は必ずその根を培い、

徳を植える者は必ずその心を養う。

終り

※今回の山田里津会長講演「看護と思想」は、本紙掲載・安福謙二弁護士講演「医療事故と刑事裁判」と共に、当会の一般社団法人化記念講演として七月二十四日横浜ホテルニューグランド「ペリー来航の間」で行われました。紙面の都合で要旨のみ掲載させていただきました。「新・教務必携」は、法人化記念出版として当会より刊行いたしました。

看護学校関係者・看護師等養成施設教職員待望の1冊！！

山田 里津 著

新・教務必携

看護学校の運営と管理

一般社団法人日本看護学校協議会共済会刊

B 5 判 304 頁 定価 2,000 円

※「新・教務必携」は、書店では取り扱っておりません。

お問合せ 一般社団法人日本看護学校協議会共済会

事務局 TEL 03 (5541) 7112

FAX 03 (3206) 3100

私は、この人間なら立派なナースになれると確信した人間を選びます。私の長い経験から、面接してみると生き生きしていること。小論文のテーマをよく考えよく選定し、人間理解の能力を見抜くことだと思っています。その方の人生を決める選択です。そこには、最初の大いなる恕の精神が在ります。

志は気の師なり

私は、自身の哲学の師である早稲田大学の神沢教授から「志は気の師なり」と書かれた立派な書をいただきました。いつも座右の銘として心に刻んでおります。

人間、その場を与えられたとき、またそれが崖っぷちに立たされる、あるいは期待されて立つとき、やるしかないと決めたとき、どう立ち向かうかで、勝負が決まるのだと思います。

人間のやり遂げようとする、やる気だと思うのです。これは自分が生きる、生き方の命なのだと思えるとき、これが志なのだと思います。どんな事でも志を持つということ、小さな事であっても、大きな事であっても、自分らしく志を持って生きるというのが、私の哲学です。

目標（志）を持つこと 今日私。

今日は何をしよう。「今日の私は」を意識することが大切です。

皆さまのお手元の資料に、12、12、12、12、12、12、と7個12を書いていますが、これは何かといいますと、私は昭和12年に12歳になりました。その年つまり昭和12年12月12日12時12分12秒に12歳、このように12が続く二度とない歴史的瞬間を、自分はこの時に存在しているということ、昭和13年はあっても13月というのは永遠にない。最初で最後です。

私はこの日、自分はどうか生きていくのかというようなことを考えていました。そんな難しいことではなく、少女時代のキラキラと輝く美しい純真さを大切に、とにかく今の自分は、勉強することなんだと。小さいときからそのように自分は、何をすべきかというようなことを誰に言われたのでもないのですが、意識していたように思います。

そして今でも、常に自分に何を求められているのかを考えます。

「何をすべきか」です。また目標（希望）を揚げ、自律することです。

つまり、すべての人間が、自分は何のために生きているのか、何をしなければいけないのかということを考えなくてはいけないと思います。形骸化した因襲に捉われず、新しい

発想を心掛け、持ち、自分育てをしましょう。私においては、それが一貫して自分の生き方であり、集大成の一つが「新・教務必携」であると思っています。

先生方にはこの本を通して、看護について今一度考えていただき、育てていただければとても幸いです。



▶ 講演中の山田先生
(ペリー来航の間から見える櫓の前で)

Will News

VoL.6

看護の思想を私は、哲学と考

えております。何を求められているのか、何をしなくてはいけないのかというその真実、それを極めることから出発して、看護の業務があり、それに必要な看護の教育は、ということになると思います。

看護とは何かという追求であり、求められることであります。それに対して、教育においては何を教

えたらいいのか。それは人間看護学であり、それはまた看護の真実を知らないの実現ができないと思います。

「人間のすべての知識の中でもっとも有用でありながら、もっとも進んでいないものは人間に関する知識であるように私には思われる」と言ったのは、フランスの思想家ルソーである。

ヒト・人・人間の区別を考えてみる。ヒトは生物学で考えると遺伝子はマウスとほぼ同じであり、ヒトにもっとも近いチンパンジーとの遺伝子情報の違いは、わずかに一・二三パーセントであるという。看護は、人と人との相互関係であり、ヒトでなく「人間」同士の営みであれば、看護とは人間の追求から始まるのであります。

「新・教務必携」出版記念講演より

看護と思想（哲学）



一般社団法人日本看護学校協議会

会長 山田里津



看護とは それは恕なり

「それは恕なり」。孔子の有名な言葉ですけれども、あるとき孔子に近いお弟子さんが「私はこうして何年も何年もお仕えをしてきまし

たけれども、いったいあなた様は私に何を教えて下さったのでしょ

たのです。正しくは忠恕といいます。それは恕なり、それは「思いやり」です。

どのような人物がナースに適格なのか。適性重視の入試から、看護の質は決定します。