

熊本大学生命倫理論集 1

日本の生命倫理

回顧と展望

高橋隆雄・浅井 篤 [編]

九州大学出版会

目 次

まえがき	高橋隆雄	i
------	------	---

第Ⅰ部 総 論

第1章	日本での生命倫理学のはじまり	加藤尚武	3
第2章	日本の臨床倫理に関する回顧と展望	浅井 篤	19
第3章	日本の生命倫理におけるケア論	高橋隆雄	38
第4章	医師・患者関係の変遷	糸 和彦	65
	— 医療における医学と倫理 —		

第Ⅱ部 自己決定・医療情報

第5章	日本の生命倫理と「人の誕生」の問題	八幡英幸	91
第6章	障害の位置 — その歴史のために —	立岩真也	108
第7章	日本の精神科医療の回顧と展望	北村總子・北村俊則	131
	— 精神疾患を有する者の医療における自己決定 —		
第8章	遺伝医療と倫理問題	松田一郎	160
	— 遺伝情報への対応を中心として —		
第9章	医療情報と「プライバシー」	板井孝孝郎	182
	— 「個人情報保護法」を中心とした回顧と展望 —		

第Ⅲ部 生命と法

- 第10章 終末期における法と判例 …………… 稲葉一人 209
- 第11章 日本の医事法学 ― 回顧と展望 ― …………… 甲斐克則 240

第Ⅳ部 職業倫理

- 第12章 医療専門職倫理…………… 西村高宏 263
— 日本における医師の「職業倫理」徹底化のための処方箋 —
- 第13章 看護と生命倫理…………… 森田敏子・岩本テルヨ 286

第Ⅴ部 ドイツ・フランスへの視点

- 第14章 ドイツの生命倫理への視点 …………… トビアス・パウアー 313
- 第15章 フランスの生命倫理への視点…………… 磯部 哲 329

第Ⅵ部 政策・学会

- 第16章 生命倫理政策…………… 菱山 豊 357
- 第17章 日本生命倫理学会の歴史 …………… 青木 清 379

第4章 医師・患者関係の変遷

— 医療における医学と倫理 —

桑 和彦

I. はじめに

私は基礎医学の研究者だが、医師としての臨床医療も続けている。しかし哲学や倫理学を系統的に学んだことはなく、20世紀の日本の生命倫理を回顧し、21世紀を展望するという壮大な構想を持つ本論集に、寄稿することには大きな躊躇があった。しかし学問レベルで語られる倫理は重要であるとはいえ、生命倫理問題が実際に立ち現れることが圧倒的に多いのは医療現場である。その学問を離れた最前線の現場で、当事者として肌を感じてきた日本の医療の現実を記載することにも、多少の意義があろう。

私が医師となってから、まだ20年ほどしか経たないが、その中でも最初の10年間は医療の現場はほとんど何も変わらないと感じていた。実際、本章を書くにあたって古い文献にも当たって歴史を遡って調べてみても、戦後から1980年代後半までは、医師・患者関係に対して大きな変化を見出せなかった。もちろん徐々に変化はあったと考えられるが、戦後の貧しい状況から考えれば医療はどんどん良くなり、高度経済成長に裏付けられた右肩上がりの医療費の増加、医大の新設ラッシュ、医師数・病院数の増加が、国民皆保険制度という優れた制度に支えられ、医師も市民も概ね日本の医療の状況に満足していたことが窺える。

しかし、20世紀末からの直近の10年間は医師・患者関係を含む医療と社会の関係が激変した。このような変化は医療の分野だけに限らないが、その大きな要因としては、バブルの崩壊による経済の低迷と医療費縮小政策、患者の権利意識の亢進による医療事故・医療紛争の顕在化が挙げられる。着床

前診断やクローン人間の問題に代表される、先端医学の技術進展による新たな課題が出現したことも、医療における倫理問題が市民レベルで大きな話題になるようになった原因だろう。また皮肉なことに、医療が進歩したために、多くの病気が治るようになったことと、平均寿命も世界一に伸びたことから、医療に対する市民からの期待が大きくなり、医療行為に責任の所在があらうとなかろうと、悪い結果が起きた時に、医療に原因を求める気持ちが強まった。医療の結果に医師・患者の双方が満足している場合は、医師・患者関係の倫理的問題が問われることは、現実問題としてはほとんどない。逆に言えば、医療のもたらした結果について患者が不満を持った時に、初めて医師・患者間の倫理問題が明らかになる。その典型が医療事故¹⁾であり、医師・患者関係を考える時に医療紛争は特に重要な要素である。

本章では、この医療紛争の歴史にも少し触れながら、医学部に入学して以来、日本の医療制度や医療の状況に批判的な気持ちを持ちながらも、ずっと医療現場で過ごした約四半世紀の経験を紹介する。網羅的な記載でも、先行研究を踏まえた学術的探求でもなく、私自身のナラティブな記載が多くを占めることを最初にお断りする。

II. 「医療」と「医学」の相違

そもそも私が「倫理」という言葉を意識した医学生時代の経緯から始める。私は1981年に東京大学の理科三類（医学部進学コース）に入学した。その年に、東大医学部の卒業生で当時は柳原病院の医師であった増子忠道先生の「医療と社会」に関する一般教養ゼミナールを受講した²⁾。この授業は選択科目であり、理科三類からは数名、その他、さまざまな分野の学生が参加し、多様な問題を取り上げた。約3,000名いた新入学1年生の中で、この科目を選択した人数は覚えていないが、多分30名程度で、その中に自分が入っていたということは、当時から医療と社会の問題に強い興味を持っていたということだろう。このゼミで取り上げた話題の中には、当時話題になりはじめたばかりで、目新しい言葉だったバイオエシックス（現在では生命倫理という言葉の方が普通）もあり、その対象として安楽死や脳死問題、試験管ベビー

(1978年に最初の体外受精児が英国で誕生したが、当時はこのように呼ばれていた)などが含まれていた。また、癌の告知の問題、地域医療、全人的医療、医療経済、医師患者関係なども取り上げられたが、私自身がもっとも印象に残ったのは、「医療と医学は異なる」という増子先生の言葉であった。増子先生自身は、「医学」とは大学病院などで行われる高度だが、研究的側面を含むもので、「医療」は一般の病院のレベルで行われているものという意味で説明されたが、その意味を私は以下の通りに解釈した。

医者は、「医学」者としての医者、「医療」者としての医者の2つの自分を常に分けて考える必要がある。医学は「科学」だが、医療は「技術」である。科学は「真」を目指し、技術は「善」を目指すものである。科学においては、真実の解明自身が目的であり、特に自然科学の場合には解明される事実そのものは善悪性を持たない。また真実解明という目的を達成するための手段を問うことはなく、また解明のための動機も問わない。興味本位の好奇心が動機でも、お金儲けが動機でも、得られた事実が本物である限り同等の価値がある。しかし、技術はそれを応用したことが「良い」結果をもたらさなければ、存在価値がない。つまり技術には良い効用という目的と、その目的の善悪を決める基準、つまり倫理が必要となる。

たとえば核分裂の発見は人類による未知の事実の解明であり、科学的に意義があったと考えられる。核分裂という現象そのものには善悪はない。しかし、それを応用して核兵器を開発して使用すれば、その行為は悪である。また同じ現象を原子力発電に応用することは善と考える人が多いが、チェルノブイリ事故の被害者は悪と考えている可能性もある。このように科学(真)の価値は絶対的だが、技術(善)の価値は相対的なものとも言える。絶対的な善が存在するという考え方もあるが、実際には、その考え方そのものが全ての人類には共有されていない以上、現在のところ、善悪の基準は価値観に基づく相対的なものと考えられるしかない。実際、前述の核兵器の開発や、その広島・長崎での使用も、その時点では善行だったという考え方も存在する。

このように考えると人体の仕組みや病気の成因・治療法の解明を目指す医学は、そのものが目的となりうる。しかし、それを患者に応用する医療の段階では、その患者には「何が役に立つ善いことで、何が悪いことなのかを決

める基準や価値観」,つまり倫理が必要となる。

さらに,科学的な研究は失敗して真実が解明できなくても,困るのは基本的には自分であり,科学者自身が褒章も代償も受けることで責任を取ることになる。しかし,医療は医師と患者という人間関係の中でしか成立せず,良い結果をも悪い結果も,直接受け取るのは患者であり,医師の行為は患者という他者に対して影響を及ぼす。真・善・美を,「論理的価値」「倫理的価値」「審美的価値」としてとらえる時,科学者の求める「真」は人から離れた所にあり,医療者の求める「善」は人と人の間にあり,芸術家の求める「美」は人の中にあるとも言えよう。

Ⅲ.「病氣」と「患者」の関係

科学者にとって,生物はとても興味深い研究対象である。DNAや蛋白質という基本的には同じ単純な材料を使いながら,実に多様な生物が多様な仕組みで生を営む。生物学者は動物を材料にして,個体レベル,臓器レベル,細胞レベル,さらには細胞内の物質レベルで仕組みを調べる。時には動物を材料にして,残酷に見えるような種々の実験を行って,生物の生きる仕組みを解明する。そして同じ生物の中でも,人間という自分たち自身の仕組みは,もっとも興味深いものである。

医学者にとっても人体の不思議な仕組みは,当然,興味深いものである。しかし動物と異なり人間は簡単には実験材料にできないが,病氣はある意味では,自然が人間の生きる仕組みに異常を作り出した自然による実験でもある。その仕組みの解明は,人体そのものの仕組みの研究にも通じる。また医学的な病氣の治療も,効果そのものが不明の物質を投与することから始まったことからわかるように,まさに実験そのものであり,研究としては,とても興味深いものである。もちろん,病氣を治し患者を救いたいという人道的な強い動機が根底にあったとしても,科学的興味が人体の仕組みと病氣の成因の解明に果たした役割は測り知れない。実際,医師同士の間で「今日は面白い病氣の患者が来た」というのは,ごく普通の会話である。病氣を「面白い対象」と考えるのは,医師の本性であろう。もちろん,このような会話

の中では病気にかかって苦しい思いをしている人間としての患者が抜け落ちてしまうことがあり、当事者である患者が聞けば、自分の病気を「面白い」と言われて嫌な思いをする可能性はある。極端な言い方をすれば、医者は他人の不幸である病気の診療で糧を得て、医学者としては、さらにはそれを知的好奇心の対象とさえするとも言える。しかしこれは決して悪いことばかりではない。後述するように、病気を人格から切り離すことで得られるものも多いからだ。

また、他人の不幸を待ち望むのは決して医療に限ったことではないのではないか。たとえば消防士は火事を消すことを生きがいとし、いかに上手に火事を消すかを研究し、火事がない日が続けば、ほっとするよりも、手持ち無沙汰に感じることもあるかもしれない。警官も同様に、犯罪がなければ、やりがいがないとを感じることもあるかもしれない。どちらも、火事や犯罪で被害者が発生することを願うわけではないが、火事や犯罪の発生を願う気持ちはあるかもしれない。職業とは、そのようなものと割り切らざるをえない。

病気を患者という個人から切り離す考え方の利点は、「病気」を客体化することにより、医学対象としての「標準化」ができ、治療方針も「客観的」「理性的」に決められることである。ところが欠点もある。「病気」という記号化・一般化をすることで、個々の患者ごとに異なる「個別性」と、医療が内包する「不確実性」が失われがちになる。この欠点の部分が、相対的に強く意識されるようになってきたのが、最近の医療現場の変化である。つまり従来は、医療者は、患者から切り離された「病気」の部分だけを見ていればよかったのに対して、最近では、その「病気」の所有者である患者に注目をせざるを得なくなったと言える。このことは、全人的医療、キュアからケアへ、などという言葉で語られてきたこととも通じる。

IV. パターナリズム至上主義的な医師・患者関係の時代

医療の目的は、最終的には患者のためになることだという点には誰も異論はない。しかし実際には、医療者側から見た時には、医療の目的は単に「病気を治療することであるとされてきた。そのため、患者から切り離した

「病氣」だけを対象に考えて医療の方向性を決めることも可能であり、「病氣」の所有者としての患者側の意向を問う必要はないとされた。実際、現在でも、救急医療などの場において、特に患者が重篤な状態で意思確認も難しいような場合、事故や突発的な急性疾患によって危機に晒されている人命を救うために、医学的に最善の選択肢を医療者側が決定して医療を進めることが一般的である。医療の現場では、自殺を目的とした自傷行為などを除けば、患者が最初から死ぬつもりで来ることはなく、救命医療の遂行が患者の意思に沿い、患者のためになると考えることは自然である。

患者自身の希望と、医学的に良いとされることには、齟齬が存在する場合がある。たとえば皮膚炎に罹患して、仕事もできないほどかゆみがひどい時に、強力な副腎皮質ステロイド剤を内服すれば、すぐにかゆみが止まる。これは患者の直近の希望に沿う。しかし、医学的にはステロイド剤の内服には多くの副作用があることから、効果が弱くて多少のかゆみが残ったとしても、内服による副作用を避けるため、弱い抗ヒスタミン剤の方がよいとされる場合が多い。このような場合に、医師は、たとえ患者が希望したとしても、強い薬を処方しない方がよいとされてきた。そして、それは医師のもつ高度な医学知識を患者は持たないため、医師の判断の方が、患者の判断よりも、より「患者の利益」に沿うからだともなされてきたからである。

この点は、たとえば熊本大学医学部の前身であり、1754年に設立された日本で最初の公的な医育機関であるとされる再春荘にかかげられたとされる以下の壁紙にも読み取れる。

- 一、医の道は岐黄^{きこう}を祖述し、仁術に本づく、故に尊卑を撰ばず、貧富を問はず、謝儀の多少を論ぜず、専^{もっぱら} 本分を守るべき事
- 一、近世治療を先にし、学業を後にするの輩、^{たとえ} 仮 俗間に信ぜらるるとも、一旦の僥倖なり、学業を専^{じゆんじゆう}にして療治の準 繩とすべき事
- 一、師を貴ぶは古の道なり、会寮の諸生温和恭順、教授之誨諭に背かず、紀律の條目にもとるべからず、且経史子集は教を時習館に受くべし、此寮に於ては唯自己の本業を学ぶべき事

この第2項によれば、医学の基礎を学ばず、小手先の治療法さえ身につければ、患者の人気は得られるが、それは一過性のものである。だから医師は、患者の希望ではなく医学の知識を基準（準繩）として治療を行えということである。逆に言えば、患者には医学知識がないのだから、医師の判断の方が上であるということの意味している。さらには、もっと積極的に、「悪い情報は知らせない方が幸せである」という考え方も存在した。実際、患者によっては悪い情報は知らせないで欲しいという希望を述べるのが現在でもあるため、本人に悪い情報を伝えることのデメリットが強調され、メリットはあまり重視されなかった。また伝えないことが一般であるという医療文化の中で、少数の医療者が患者に事実を伝えた場合、かえって問題も起き易かった。

このように、医師・患者間に存在する医学知識（医学情報）の非対称性を基礎に、医師・患者間の関係はパターンリズム（温情的父権主義）を最高の精神として作られてきた。

実際、私自身が医師になった1987年当時は、癌という病気が告知されることは、まだまだ例外的であり、少なくとも過半数の癌患者が自分の病名を知らずに闘病を続けていたことは間違いない。もちろん、患者自身に病名告知をされなくても、家族を通じた情報取得や、病名を知らなくてもできる選択の部分で、患者の希望を組み入れる努力はなされていた。そのため、病名告知をしないことが、そのまま患者の選択権を軽視していたということにはならないが、現実問題として、医療現場には病名告知を避けるために、しかたなくではあれ、嘘を良しとする文化も存在した。

また大学病院を中心とする医学の最先端の研究を行う場所では、研究のために患者を使うという感覚が存在した。特に癌の研究においては、もともと病名そのものを患者に告知していないのだから、その病気に対して使う薬の臨床試験に関して、患者の同意を取得することなど無理な話である。「病気」の治療を最高の目的におき、そのための「研究」も至上命題である大学病院において、「患者をモルモット代わりに使う」という表現も普通に使われていたのが、この時代までの特徴を如実に表すであろう。

V. 米国における患者の権利運動と医療の質の監視

少し時代が前後するが、日本の医療と医療倫理に大きな影響を与えた米国の医療の状況の変遷を概観しておく。日本では、第2次世界大戦敗戦後、1960年代に国民皆保険制度が作られ、現在の医療体制の基礎ができた。高度経済成長に後押しされ、多くの医大が新設され、国民医療は充実してきた。妊婦の周産期死亡率・乳幼児死亡率の低下、結核などの感染症による死亡の激減などから、平均寿命は男女ともに世界のトップレベルに躍進し、いつでもどこでも好きな医療機関に安価で受診できるというフリーアクセスの保険医療体制という世界でも類をみない医療制度ができた。

この間、米国においては、1960年代の黒人解放運動や女性解放運動に代表される公民権運動の進展と同時に、市民の権利意識が強まり、医療の分野でも同様の変化が起きた。米国は、もともと移民の国として独立への思いが強い個人主義の土壌があることに加え、第2次世界大戦勝利後の経済成長に支えられ、マーチン・ルーサー・キングに代表される、60年代の人権運動、PL法による消費者意識の高まり、精神病院の開放運動、医療過誤訴訟の増加などによる市民意識の高まりがあった。また第2次大戦時のナチスによるホロコーストや人体実験への医師の関与に対する反省から、60年代にはバイオエシックスという言葉が作られ、70年代には学問としてほぼ確立された。

医療事故防止を目的の中心にして医療をシステムとしてとらえ、医療の質の担保に力を注ぎ、医師患者関係を真正面からとらえ続けてきた米国のやり方に、日本も大きな影響を受けた。なお詳細に関しては、拙稿や米国医療に詳しい李医師の著書も参考にして欲しい（文献[3]～[6]）。

医療の質の監視の面では、約100年前には既にJCAHO (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) という団体の前身が活動を始めている。JCAHOは、現在では、全米規模で活動し、あらゆる面での医療の質の監査を行っている。この団体の認定を受けなければ、多くの保険機構からの支払いを受けられないため、この機構による認定は病院にとっ

での死活問題的価値がある。中でも重要なのは peer review プロセスを義務付けている点だ。たとえば、どの病院も月に1回、あらゆるミスを匿名で発表させて皆でその再発を防ぐための議論をする会議が義務付けられている。

JCAHOによる監査は、整備されたマニュアルに従って定期的に行われる。この監査を義務化する法律はないが、州や国（連邦）による公的保険の拠出や、私的な会社による医療保険の拠出を受けるために、この団体のお墨付きを得ることを義務としており、事実上、ほぼ全ての医療機関がこの審査を受ける。JCAHOの審査結果は、詳細まで全て公開されていて、各項目毎に、全米の平均点なども計算されている。この審査に通らないと、医療機関にとっては死活問題となるため、審査合格のためのマニュアルなどが、数多く発売され、検査直前には神経質なほどの準備をする。最近、日本でも日本医療機能評価機構による認定が始まっている。

米国でも、最近の15年間の変化は特に大きい。その引き金になったのは、医療事故が一般に考えられているよりも実際には高い頻度で起き大きな問題であるということ。大規模なデータに基づいて統計的に調査した仕事で、1991年にハーバード大学公衆衛生大学院のLucian Leapeらが、発表したものである（文献〔7〕）。彼は1984年のニューヨーク州の急性期病院での30,195例の入院患者のカルテ調査に基づき、3.7%にあたる1,133例が、医療による「有害作用」に遭遇し、その13.6%が死亡したと発表した。この数字を、年齢などを補正して全米に単純にあてはめると、年間のべ入院患者3,300万人中、100万人以上が「有害作用」を受け、10万人近い人が死亡しているということになる。これは、入院患者の300人に1人は「医療のために死亡した」ということで衝撃的な数字だ。Leapeはこの業績で、医療事故防止運動の父とみなされているが、1999年11月には、米国医学研究所（IOM, Institute of Medicine）が、「人はミスをするものだ」という提言書をまとめた（文献〔8〕）。これに沿って、当時のクリントン政権が、議会に対して早急な対策を立てるよう指示を行った。米国医学研究所は2001年になって、新世紀に向けての具体策を発表している（文献〔9〕）。

米国で、医療機関や医療従事者が事故防止と医療の質の向上に努力する（せざるを得ない）のは、さまざまな機関による医療の質の監視が行われ、

これらの努力が経済的にも社会的にも「強制」されていることによるのであり、決して良心的・自主的にこのような状態になっているとは考えられない。米国の仕組みは、個人の能力・努力や良心に頼るのではなく、マニュアル化し費用と無駄を惜しまず、多重の安全対策を施すことにより、誰が行っても同じような結果が出るように、システムとして安全を保障しようとしている。言葉は悪いが、「性悪説」に基づく「凡人」向けのシステムである。

その中でも、特筆すべきは、医師・医療従事者の質の監視を医療従事者同士が行うシステム (peer review) を重視していることだろう。peer とは、同じ分野にいるエキスパートという意味で、同じ医療機関の中にいる医療従事者同士が評価しあう場合もあれば、別の医療機関に属する者が評価することもあるが、どの場合でも、その分野の医学知識を持つものが、匿名性を保障されて医療の質を評価する仕組みを作っている。

VI. 日本における患者側の市民運動

日本においても、パターナリズム至上主義的な医師患者関係や、封建的な大学医学部医局制度に対する批判は、以前からあった。山崎豊子の『白い巨塔』が連載されたのが1963年から65年というのは驚くばかりだ。しかし現実には1968年から69年にかけて東大医学部に発する東大紛争から始まった民主化運動の結果も、インターン制度の廃止だけが行われ、医師患者関係には大きな変化はなかった。当時の医療に対する見方が、医療者側と患者側で大きく異なることを示した象徴的な出来事として、東大医学部第3内科の沖中重雄教授が1963年の退官記念の最終講義で、自身の誤診率を14%と発表した例がある。この数字は、当時の医学会からは、とても低い値として賞賛されたが、一般市民からは名医と呼ばれる教授が14%ものミスをしていたという受け止められ方をしたとされる(文献[10])。

医療事故・医療紛争に関しても、単発的に問題は指摘されたが、その都度、低レベルの医療は例外であるという受け止められ方がされてきた。また多くの医療事故は患者側に知られることはなく、あるいは知らされても、何らかの補償や謝罪をされることもなく過ぎたと想像される。

このような中で、昭和55年(1980年)に明るみに出た富士見産婦人科病院は特別だった。この事件は、埼玉県所沢市の「芙蓉会・富士見産婦人科病院」で同病院の北野早苗理事長が超音波診断装置を使って無資格で診断をしたという医師法違反で逮捕されたことに発する。理事長の診断に基づき、理事長の妻の院長・北野千賀子医師らが、少なくとも50人を超える女性から、ほぼ健康で摘出する必要のない子宮や卵巣を摘出していたという事件である。通常、子宮筋腫で摘出される子宮は、正常の子宮の3倍以上になっているのが多いのに対して、富士見産婦人科病院で摘出された子宮の重さの平均がほぼ正常の重さしかなかったことなどから、たとえ実際に子宮筋腫があっても良性でごく軽症だったことも、残された手術検体から明らかになっている(文献[11])。この事件は金儲けが目的の故意に基づく悪質なものだったが、刑事事件としては検察が起訴をあきらめ不起訴となり、民事訴訟裁判で乱診・乱療と認定され最高裁で確定するまでに23年の歳月を要した。その結果、北野千賀子院長の医師免許が取り消されたのは、なんと事件が発覚してから25年後の2005年である。

この事件の残したインパクトは大きく、一般市民には、たとえ医学的診断ではあっても、頭から信用してはいけないという教訓が広がった。裁判の過程で富士見産婦人科側に有利な証言をする医師がいたり、事件後も医療側を擁護する意見が医療者側から出ていたことも、医療者が市民からの信頼を失う原因となった。また医師同士の間でも、密室性・独立性の高い医療現場では、ここまでひどい非倫理的な医療が行われていることを、思い知らされたという面があった。またこの事件は医療事故ではなく、明らかな故意に基づく犯罪だったが、刑事事件としての立件を検察があきらめたことが、検察側に大きな汚点・反省点として刻まれ、近年の検察が医療に対する介入への流れにつながる素地にもなった。

この事件などに刺激されて、日本でも患者の権利運動が始まってきた。陣痛促進剤による被害を考える会(1988年)、医療事故情報センター(1990年、初代理事長・加藤良夫)、患者の権利法を作る会(1991年、池永満)、医療過誤原告の会(1991年)、コムル(1990年)、医療情報の公開・開示を求める市民の会(1996年)、医療事故調査会(1996年)、医療事故市民オンブズマン(メ

ディオ) (1997年), 医療改善ネットワーク (MI ネット) (1998年), 患者の権利オンブズマン (1999年, 理事長・池永満), 患者のための医療ネット (2002年) などの会が作られ活動している。

また薬の副作用による被害に関する活動は歴史がより古く, 終戦直後の百日咳ワクチン予防接種被害などから, 1960年代の初頭のサリドマイド, スモン, 80年代の薬害エイズ, 90年代のMMRワクチンと続く (文献 [12])。これら薬害の被害者と医療事故の被害者の間を, 自身も陣痛促進剤を用いた誘発分娩時の事故の被害者家族であり, 事故をきっかけに医療を改善する努力を続けてきた勝村久司氏などが取り持ち, 全国薬害被害者団体連絡協議会が1999年に作られた。これらの会は厚労省などとの交渉を通して, 積極的に医療の質の監視・向上に貢献しており, 最近では厚生科学審議会, 薬事食品衛生審議会などに, これらの団体から委員が選ばれるようになり, 彼らを介して医療を受ける側の参加が, 徐々にだが実現している。そのような流れの中で勝村氏は, 医療事故被害者としては初めて, 2005年に厚労省の中央社会保険医療協議会 (中医協) の委員に任命され, 市民の視点からの医療改善に積極的な提言をしている。

アメリカでは医療事故が大きく注目されるきっかけとなった事件が1994年に起きたが³⁾, 日本でもそれに相当する事件が20世紀末, 1999年1月に起きた。横浜市大の患者取り違い事件で, 心臓を手術する予定の患者と, 肺を手術する予定の患者が取り違いられ, それぞれ異常のない肺と心臓を間違っ
て切除されるという結果になった。この事件は, 全くごまかしのできないレベルのミスであったため, 医療に対する信頼を大きく損ねるとともに, 高度医療を行う大学病院でさえも, 医療ミスは起きるということを市民に強く意識づけた。この年以後, 報道機関が医療事故を大きく取り上げて報道することも増えたため, エポックメイキングな年と考えられる。またその後, 金沢大学医学部でインフォームド・コンセントのない臨床試験が1998年に行われていたことなども明るみに出て (文献 [13]), 20世紀末の大学病院においてさえも患者の権利が重視されず, 同意なき人体実験が施行されていた事実も明らかになった。

VII. カルテ・レセプト開示と医療情報の共有

アメリカでの医療の変化が、医療を受ける側である市民側の意識変容による市民側からの要請によるものだったのに対して、日本では倫理学者を中心にバイオエシックスが導入され、インフォームド・コンセントなどの概念が徐々に広がってきた（文献 [14], [15]）。しかし、古い体制のままなかなか患者の権利が尊重されない状況の中で、医療情報を医師・患者間で共有を進める努力もつづけられてきた。

その中でも市民側からの動きとして特記すべきなのが、前述の勝村久司氏が積極的に取り組んできたカルテとレセプト開示運動である（文献 [16], [17]）。カルテ開示は、医療情報を共有するために、医師・患者関係を対等な関係にする前提として、最低限必要なものであり、患者側が要求する理由に説明の必要はないが、レセプトに関しては、若干の説明を要する。

レセプトとは、医療機関が医療行為に関して医療保険から診療報酬を受け取るために作成する詳細な明細つきの請求書である。通常、月に1回作成され患者が目にする機会はない。この中には患者の状態や検査結果などの医療内容に関する情報は一切ないが、その患者の病名（保険病名）、施行された医療行為・検査の詳細、使われた材料・薬品の明細が列記され、それぞれに単価が割り振られ、その月の医療費の合計が示される。このような医療の内容よりも医療のコストに関する書類を、患者が医療者と共有する意義を重視するのは、勝村氏の独自の思想によるものである。

その説明には、まず日本の医療制度の経済面での特異性を指摘する必要がある。日本は国民皆保険制度であり、すべての国民が何らかの医療保険制度に加入する義務がある。そしてその料率は所得に応じて累進するが、税とは異なり上限がある。財源は公的であるが保険であり税金ではない。次にそれを使用する側は、公的な医療機関も存在はするが、日本の医療の多くを担っているのは私的医療機関である。フリーアクセスと総称されるように、患者は日本中のどの医療機関に何度受診することも自由である。さらに出来高払い制という、診察、検査、投薬、手術などの医療行為ごとにその単価が決め

られ、その総計が保険から医療機関に支払われる。つまり入口は公的で一定であるのに対して、出口の部分には自由競争があることになる。一時期、薬漬け・検査漬けの医療が批判されたが、これは「出来高払い制」の弊害の一つである。

勝村氏が自身の妻の医療事故に遭遇した時に気がついたのは、この出来高払い制の弊害としてのモラル・ハザードの可能性である。たとえば、同じ手術をした時に、何の合併症もなく手術をうまく終わらせると、入院日数も短く余計な薬剤も使わないため、医療費は安く済み、患者は経済的にも肉体的にも負担が少ない。しかし、もし手術が下手でミスをして合併症が起きた場合には、入院日数が延び余分な薬剤・処置・検査が必要になる。患者は経済的にも肉体的にも負担が大きい。ところが前者の手術の上手な医療機関よりも、後者の下手な医療機関の方が医療機関はもうかることになる。なぜなら、過剰に行った医療の分、レセプトの点数が高まるからだ。もし医療機関に関する情報が正しく十分に市民の間にも流通していれば、前者のような医療機関に患者が集まることでインセンティブも働きうる。しかし実際には、医療は非営利行為であり宣伝なども厳しく規制されており情報は限られている。また日本の医療の問題点として、待ち時間の長さや診察時間の短さ（いわゆる「3分診療」）が問題とされることが多いが、診察料は診察時間の長さにかかわらず一定という現在の診療報酬体系では、医療機関側には丁寧な診察に時間を割く、経済的インセンティブは一切働かない。それどころか、逆のインセンティブが強く働くことになる。ところが、このような事実は患者側には見えない。なぜなら従来は検査・処方・診察などを含めた総額の領収書が手渡されるだけだったからだ。

医療の状況が変わってきて、医師・患者関係も変化する中で、時間をかけた丁寧な診察は医療者側も患者側も双方が求めているものであり、双方が協力して変えていけるはずである。ところが、このような医療費の分配方法に関する問題点と医療費の仕組みを患者側が理解しなければ、医療費が高くなるような変化を患者側が納得して受け入れることはできない。このような視点から、患者が医療の消費者として医療の質の向上に参加していくために、医療費の詳細がわかるレセプトを患者側に開示することこそが、カルテ開示

と同じくらいに重要だというのが、勝村氏の考え方の基本である。彼らの運動のおかげで1997年にはレセプトの開示が義務付けられた。カルテ開示の法制化は、日本医師会の反対でなかなか実現しなかったが、個人情報保護法の実施により、実質的には義務づけられる形になった。さらに2006年には、医療機関からの領収書に明細を記載することも義務付けられ、経済面での医療情報の公開・共有も進んでいる。

長い間、医療情報の公開に対して消極的だった医療側にも変化が見られる。たとえば福岡県の医師会が1970年と2000年に作った2種類の綱領・宣言には、30年の歳月を経て文体の変化に加え、内容に大きな変化が見られる。下記に示すように2000年に作られたものでは、医療情報を患者と共有することが明確に謳われている。

【医道五省：福岡県医師会・医道倫理委員会（1970年）】

- 一、生命を尊重し医療の公共性に基づき社会に貢献しているか
- 二、誠実と愛情をもって診療を行い患者の信頼を得ているか
- 三、人間形成と医学技術の研鑽に努めているか
- 四、医師のみに許された権利の正しい行使に努めているか
- 五、医師の守るべき法の正しい理解に努めているか

【診療情報共有福岡宣言：福岡県医師会（2000年）】

1. 我々は病気に伴う不安や死の恐怖を、まず、共有します。
2. 共有できないときには何故かを考えます。
3. 患者さんに対する説明責任倫理を結果責任倫理に優先させます。
4. そのために診療情報を患者さんと医師とで共有します。
5. 我々は情報を共有することが常に実現できるように、診療に関わる不安・要望・苦情を、患者さんから受け入れます。
6. 診療総合相談窓口を設置します。

VIII. インフォームド・コンセントの限界

米国では医師・患者の間の対等の関係を前提とするインフォームド・コンセント原則が主流になっていく中で、その限界もいち早く指摘されてきた。たとえば、R. M. Veatch は、“Abandoning Informed Consent”という刺激的な題の論文の中で（文献 [18], [19]）、医師が提示する情報そのもののバイアスを排除することが不可能であることを喝破し、患者が最良の自己決定的な選択をしようするためには、医師を選ぶ段階から既に選択を始めなければいけないことを指摘している。そのためには、各医師、あるいは医療機関が深い価値観を提示し、その価値観に共感する患者が、その医師・医療機関を選択することで、深い価値観の共有に基づいた関係が形成されるとしている。この Deep Value Pairing Model と呼ばれる Veatch の考え方は、さまざまな人種、宗教が混在する米国だからこそ成立する面もあり、Veatch 自身が、深い価値観として、特定の宗教を信ずるかどうか、中絶に対して肯定的な立場をとるかどうかなどの、宗教観を一つの例としてあげている。

日本は米国に比べれば価値観が均質的な社会であり、米国ほど深い価値観に大きな違いはない。しかし、日本でも高齢者ほどバタナーリズムを良しとするように年代間の考え方の差もあるし、生命観・死生観にも当然さまざまなものがあり、これに類する例を挙げることは可能である。たとえば、ホスピス病棟や緩和ケア病棟は、そのものが癌などの難治性疾患に対する一つの考え方を表しているため、そこへの入院を選択することは、患者側の価値観も表すことになる。このような面では、さまざまな議論を巻き起こしたが、近藤誠氏の表した著書の役割は大きかっただろう（文献 [20]）。また、不妊治療において根津産科クリニックや、神戸の大谷産婦人科医院が産婦人科学会の会告を破っても、代理母妊娠や、着床前診断を手がけていることを発表している。これらは先端医療と呼ばれる実験段階、あるいは倫理的にまだ受容されていない段階の技術をどんどん使うような方向性であり、いつの時代にも存在した。しかし全く逆の例もある。たとえば京都民医連中央病院は、外部委員に識者をそろえた倫理委員会を持ち、その議論を公開しているが、

その中で、超音波検査で出生前診断（その結果による中絶）につながりうる一部の計測を行わないと決定し、そのことを公表している。これは多様な価値観を医療機関側が提示し始めている一例である⁴⁾。

また情報の共有にもさまざまな工夫が始まっている。たとえば米国では言語の問題が大きいため、最初は通訳を置くことから始まったとされるが、英語を話せる患者の場合も医師の説明に立会い、補足や質問をしやすい第三者の介助者が存在する。これは専門職とされ、特に大規模な医療機関の場合には正規のスタッフがこの役目を担う（文献 [21]）。日本でも医療コーディネーターや医療決断サポーターなどという名称で、患者側の医療に関する理解を深める介助者の養成が少しずつだが始まっている。患者側と医療者側をつなぐ活動も盛んになっている（文献 [22]）。患者自身もインターネットの急速な発達で、自分自身で医学情報を集めることが可能となり、患者会活動なども活発になっている（文献 [23]）。

インフォームド・コンセントは、医療行為の「事前の」情報共有と考えられがちだが、医療行為を行っているとき、及び、その終了後にも情報は共有されながら、判断が行われるべきである。その意味で、たとえばカルテや検査値を共有したり、手術をビデオで放映・録画したりする取り組みは、リアルタイムの情報共有の一つである。事後的な情報共有は、特に悪い結果が起きた時にこそ、良好な医師・患者関係を継続するために重要である。良好な医師・患者関係の継続は、もちろん医師側からは医療過誤訴訟などで訴えられる危険を回避するという目的もあるが、その目的だけなら患者側のメリットは少ないように思われがちである。しかし、たとえ患者自身が死亡した場合のような極端なケースでも、医療者側と患者の家族（遺族）側が良好な関係を保つことは、その後のその医療機関・医療者による医療の質をよく保つためにも、家族側が患者の死亡を納得して受け入れるためにも、非常に重要である。

この点に関して、従来から、医療者側に明らかな過失がなければ謝罪をしてはいけない、なぜなら、悪い結果に対する責任を追及されるからという「文化」が医療者内に存在している。しかしその責任が医療者側であろうとなかろうと、現実問題としては、悪い結果は医療側にとっても悪い結果であ

る。その事実に対して、率直に遺憾の気持ちを表すことは、双方が悪い結果を受容するための最初の一步としてとても重要であることが、医療過誤訴訟先進国の米国で認識されるようになった。そのため悪い結果が起きた時には、すぐに率直な遺憾の意を表明し、責任がある場合にはなるべく早く「謝罪」をする文化を作ろうという動きが活発になっており、前述の「医療事故防止運動の父」と呼ばれている Lucian Leape らが主導している。日本でも早速これを導入しようという動きがある⁵⁾。

IX. 新しい医師・患者関係の構築

ここまで医師・患者関係の変遷を見てきたが、パターンリズム原理に基づく非対称の関係から、自己決定権原理に基づく対等な関係への変化が見てとれる。しかしインフォームド・コンセントを中心にする考え方には限界も見られる。

ここで、もう一度、医療の原点に戻って医師・患者関係における倫理の問題を考える。医療の最大の目的は「病気」を治療することであるとはいえ、それが最終結果として患者のためになる必要があることには誰も異論はない。重症の急性患者を扱う救急医療の現場では、自殺を目的とした自傷行為などの場合を除けば、患者が最初から死ぬつもりで医療機関に運ばれて来ることはなく、救命医療の遂行が患者の意思に沿い、患者のためになると考えることは自明である。ところが、意思確認ができないような救急の場合を除けば、最近の医療の進歩・多様化の結果、ありふれた病気に対する基本的な治療法でさえも、最良のものが一意的に決まらないことが増えてきた。ましてや病気だけではなく、患者の生活の中で、職業・家族関係・生きがいなどを含めた多様な要因に対して、どのような医療がもっともその患者個人に対する効用が高いかを考えようとすれば、選択肢の幅がとても広がっている。

そのような変化の中で、どのような医療をその特定の患者に対して行うのがよいかという善悪の基準が必要となるなら、それは医師ではなく、社会と患者の価値観に基づくものである。すなわち医師が良いと思うこと、あるいは医学的に正しいとされることが、常に患者のために良いとは限らない。そ

ここで、医師は医学的な知識・情報をできる限り患者に伝え、最良の自己決定を引き出す努力をするべきとされてきた。このような考え方では、その代償として、患者の決定は患者自身によるものとされ、医師はそれをサポートするのみであるから、結果が悪い場合も患者のみに責任があるとされるようになる。

しかし医学には科学として確立され標準化された部分と、まだ標準治療法も確立されていない研究段階とも呼べる部分の両者がある。さらに科学として確立されている部分でさえも、ほとんどの場合は患者を集団としてみた時の平均と確率を与えるだけで、個々の患者でどのような個人差があるかは未知であり、また医師の経験にゆだねられる部分が多い。本章の最初に医学と医療は明確に分けるように記載したが、現実的には、ほぼ全ての医療行為は不確実性を伴い、ある意味で研究・実験に近い試行的な要素を常に含む。また医学分野に限らず、20世紀後半から科学の進歩が急速になり、その応用、つまり技術化もすぐに行われるようになってきたため、既に科学と技術を分ける意味が失われ、「科学技術」という言葉が主に使われる。この「科学技術」と「社会」の関係を考える視点が、医療の分野で「医師」と「患者」の関係を考える視点に取り入れられるべき段階にきている。小林らは未知な部分が大きすぎて、誰もが完全には責任を取りきれない現代の科学技術と社会という文脈の中では、媒介の専門家の存在が必要であり、さらに社会が科学技術を取り込むことで、専門家と市民がともに「納得できる失敗」をできる環境を作る必要性を唱えている（文献[24]）。このように考えてくると、医療は医学という科学に基づき、その研究性・実験性をも内包しながら、同時に倫理的であることが絶対に必要であり、それが本論考の副題の意味である。

医師は、科学者としては不確実で確信が持てない医療行為を、医療者としては決断して行う必要に迫られる。その決断を全て患者の自己責任と考え、不確実性を全て患者側に帰趨させれば、悪い結果が起きた場合には、必ず患者側は医師側の責任を追及したいと考えることになる。なぜなら全ての不確実性を医師が患者に伝えることなど不可能だからである。

とすれば、やはり不確実な行為が許容され、双方が失敗に対してさえ納得できるために最重要なのは、全く月並みな結論であるが、医師・患者間に信

頼関係が存在することであろう。その信頼関係は医師の医学知識や情報量に対する信頼感に基づくパターンリズムに復古するものではなく、人間として対等であるという信頼感に基づく必要がある。さらに、その信頼関係を支えるのは、医学の不確実性に対する謙虚さ、相互の共感、そして嘘をつかない誠実さで、これらが唯一 21 世紀の医療のスタンダードになりうると考える。

X. おわりに

私は 1981 年から 87 年にかけて、東大の医学部で医学教育を受けたが、その間に「医療倫理」や「患者の権利」に関する系統的な講義は全くなかった。当時、唯一、記憶に残るのが、最初に書いたゼミである。その後の 20 年で生命倫理、医療倫理という言葉が一般化し、医学部に倫理学講座をもつ大学が増えたことは大きな変化である。また卒後研修の必修化と、研修病院選択のためのマッチング制度の導入により、医学部医局の古い体制が崩れつつある。現在、医療は激変中であり取り巻く情勢も非常に厳しくなっていると見えるが、21 世紀の日本の医療を良くしていくためには、時間がかかってもやはり卒後の生涯教育を含む医学教育全体を充実し、医療制度を患者本位のものに改めていく努力が必要であろうと感じている。

注

- 1) 医療事故という言葉には様々な定義があり、その定義の変遷そのものも医師・患者関係を考える上での興味深い題材ともいえる。ここでは、医療の結果が当初予測したものよりも悪い結果になったと、患者側が感じた場合を指し、医療過誤の有無を問わない言葉という竹中郁夫氏の定義（文献 [1]）を採用する。
- 2) 増子忠道氏は、いわゆる東大紛争時代に大学での医療と訣別して、地域医療に献身してきた人であり（文献 [2]）、東大の教員ではなかったが、非常勤で学生対象にセミナーを行っていた。
- 3) ハーバード大学医学部の関連病院で米国癌医療の最高峰のひとつであり、ジミー基金で全米の市民にも有名なダナ・ファーバー癌研究所で、ボストン・グロープ紙コラムニストの Betsy Lehman が抗癌剤量の計算の単純ミスによる大量誤投与で 1994 年に死亡した。
- 4) 京都民医連中央病院では、外部委員を含む倫理委員会の議事をホームページ上で公開し、その中で出生前診断と中絶につながりうる胎児超音波検査中の特別な計測を行

わないことを決定したことを発表している。

<http://kyoto-min-iren-c-hp.jp/hos/rinri/index.html>

- 5) 医療政策を立案・推進できる「次世代リーダー」を育成することを目的として東京大学が2004年度から開講した「医療政策人材養成講座」プログラムの第1期生の有志が中心になって進めたプロジェクト。Lucian Leapeらが作成し、ハーバード大学関連病院で使用されている「医療事故：真実説明・謝罪マニュアル」を翻訳し、ホームページ上で公開している。

東京大学医療政策人材養成講座 <http://www.hsp.u-tokyo.ac.jp/>

医療事故：真実説明・謝罪普及プログラム

<http://www.stop-medical-accident.net/>

参考文献

- [1] 竹中郁夫著：医療紛争対処ハンドブック，日本医療情報センター（2003）
- [2] 三浦聡雄・増子忠道：東大闘争から地域医療へ～志の持続を求めて，みすず書房（1995）
- [3] 桑和彦：アメリカの医療事故防止対策，患者のための医療 1号：32-35頁（2002）
- [4] 桑和彦：アメリカにおける医療消費者運動，患者のための医療 1号：224-226頁（2002）
- [5] 李啓充：市場原理に揺れるアメリカの医療，医学書院（1998）
- [6] 李啓充：アメリカ医療の光と影，医学書院（2000）
- [7] Brennan TA, Leape LL et al.: Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I, II., N. Engl. J. Med. 324:370-376, 377-84. (1991)
- [8] Corrigan J., Kohn LT, Donaldson MS: To Err Is Human: Building a Safer Health System, Natl Academy Press. (2000)
 (邦訳：人は誰でも間違える——より安全な医療システムを目指して，米国医療の質委員会 医学研究所，日本評論社，2000)
- [9] Institute of Medicine: Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century, Natl Academy Press. (2001)
 (邦訳：医療の質——谷間を越えて21世紀システムへ，米国医療の質委員会 医学研究所，日本評論社，2002)
- [10] 沖中重雄：医師と患者，東京大学出版会（1970）
- [11] 富士見産婦人科病院被害者同盟：わすれない富士見産婦人科病院事件，晩聲社（1990）
- [12] 薬害資料館 (<http://www.mi-net.org/yakugai/>)
- [13] 仲正昌樹・打出喜義・仁木恒夫：「人体実験」と患者の人格権——金沢大学付属病院無断臨床試験訴訟をめぐる，御茶の水書房（2003）
- [14] 加藤尚武：バイオエシックスとは何か，未来社（1986）
- [15] 星野一正：医療の倫理，岩波新書（1991）

- [16] 勝村久司：レセプトを見れば医療がわかる，メディアワークス（1998）
- [17] 勝村久司：僕の「星の王子さま」へ，メディアワークス（2001）
- [18] Veatch RM: Abandoning Informed Consent, Hastings Center Report, 25: 5-12 (1995)
- [19] 小松楠緒子：ノート式 医療社会学，三恵社（2006）
- [20] 近藤誠：患者よ癌と闘うな，文春出版（1996）
- [21] 岡本左和子：患者第一 最高の治療 — 患者の権利の守り方，講談社（2003）
- [22] 大熊由紀子・開原成允・服部洋一：患者の声を医療に生かす，医学書院（2006）
- [23] 埴岡健一：インターネットを使ってガンと闘おう，中央公論社（1998）
- [24] 小林傳司：公共のための科学技術，玉川大学出版部（2002）
- これ以後は，本文中に直接引用はしなかったが，本章を書く基礎知識である。
- 荒井保男（編著）：医師の人権 患者の人権，青村出版社(1972)
- 大熊一夫：ルボ精神病棟，朝日新聞社(1981)
- 加藤一郎，森島昭夫編：医療と人権，有斐閣(1984)
- 養老孟司：唯脳論，青土社(1989)
- 大熊由紀子：「寝たきり老人」のいる国いない国，ぶどう社（1990）
- ジョージ・J. アナス：患者の権利，日本評論社（1992）
- 加藤良夫：医療過誤から患者の人権を守る，ぶどう社（1993）
- 諏訪邦夫：ガンで死ぬのも悪くない，講談社（1996）
- 朝日新聞論説委員室・大熊由紀子：福祉が変わる医療が変わる，ぶどう社（1996）
- C. B. インランダー他：アメリカの医療告発，勁草書房（1997）
- 小坂義弘：麻酔とインフォームド・コンセント，南江堂（1998）
- 鈴木厚：日本の医療を問いなおす，筑摩書房（1998）
- イヴァン・イリッチ：脱病院化社会（再版），晶文社（1998）
- 九鬼伸夫：記者のち医者ときどき患者，朝日新聞社（1999）
- 石川 准：人はなぜ認められたいのか — アイデンティティ依存の社会学，旬報社（1999）
- 進藤雄三・黒田浩一郎（編）：医療社会学を学ぶ人のために，世界思想社（1999）
- 高橋隆雄（編）：遺伝子の時代の倫理 熊本大学生命倫理研究会論集1，九州大学出版会（1999）
- 杉野文栄：割り箸が脳に刺さったわが子と大病院の態度，小学館（2000）
- 濃沼信夫：医療のグローバルスタンダード，ミクス（2000）
- 藤田康幸：医療事故対処マニュアル，現代人文社（2000）
- パッチ・アダムス：心からのお見舞い，英潮社（2000）
- 坂下ひろこ：小さないのちとの約束，コモンズ（2000）
- 村上陽一郎：科学の現在を問う，講談社（2000）
- 中山将・高橋隆雄：ケア論の射程 熊本大学生命倫理研究会論集2，九州大学出版会（2001）
- 櫛島次郎：先端医療のルール，講談社現代新書（2001）
- 和田仁孝・前田正一：医療紛争，医学書院（2001）
- 桑間雄一郎：裸のお医者さまたち，ビジネス社（2001）
- 毎日新聞社会部：いのちの決断，新潮社（2001）

- 日本弁護士連合会：医療事故被害者の人権と救済，明石書店（2001）
- 田中朋弘：職業の倫理学 丸善：現代社会の倫理を考える 5，丸善（2002）
- 赤林朗・大林雅之編：ケースブック 医療倫理，医学書院（2002）
- 浅井篤他：医療倫理，勁草書房（2002）
- 今井澄：理想の医療を語れますか，東洋経済新報社（2002）
- 井伊雅子・大日康史：医療サービス需要の経済分析，日本経済新聞社（2002）
- 黒川清と仲間たち：医学生のお勉強，芳賀書店（2002）
- 若林正（訳）：突然の死，医歯薬出版（2002）
- 小椋正立，デービット・ワイズ：「日米比較」医療制度改革，日本経済新聞社（2002）
- 谷田憲俊：がんはなぜ問題視されるのか，プリメド社（2002）
- アリス・ウェクスラー：ウェクスラー家の選択，新潮社（2003）
- 柳田邦男：元気が出る患者学，新潮社（2003）
- 中西正司・上野千鶴子：当事者主権，岩波書店（2003）
- 飯野奈津子：患者本位の医療を求めて，日本放送出版協会（2003）
- 鈴木敦秋：大学病院に，メス！ 密着1000日 医療事故報道の現場から，講談社（2003）
- 岩田健太郎：悪魔の味方，米国医療の現場から，克誠堂出版（2003）
- 森岡正博：無痛文明論，トランスビュー（2003）
- 南淵明宏：ブラック・ジャックはどこにいる？，PHP 研究所（2003）
- 鈴木厚：日本の医療に未来はあるか——間違いだらけの医療制度改革，筑摩書房（2003）
- 毎日新聞医療問題取材班：医療事故が止まらない，集英社（2003）
- 伊豆百合子：いのちの法廷 久能恒子医療裁判の記録，日本評論社（2003）
- 水野肇：誰も書かなかった日本医師会，草思社（2003）
- 山中修：行動目標達成のための「患者—医師関係」ポイント50：やじろべえ医師養成塾，日本医療企画（2004）
- 小松秀樹：慈恵医大青戸病院事件，日本経済評論社（2004）
- 佐木隆三：証言台の母，弦書房（2004）
- 小松美彦：自己決定権は幻想である，洋泉社（2004）
- 立岩真也：自由の平等——簡単に別な姿の世界，岩波書店（2004）
- 市村公一：臨床研修医の現在，医学書院（2004）
- 貞友義典：リピーター医師 なぜミスを繰り返すのか？，光文社（2005）
- レオン・R.カス：生命操作は人を幸せにするのか，日本教文社（2005）
- 中島義道：悪について，岩波新書（2005）
- 高橋隆雄（編）：生命・情報・機械 熊本大学生命倫理研究会論集6，九州大学出版会（2005）
- 読売新聞社会部：大学病院でなぜ心臓は止まったのか，中央公論新社（2006）
- 小泉義之：病いの哲学，筑摩書房（2006）
- 米本昌平：バイオポリティクス，中央公論新社（2006）
- 小松秀樹：医療崩壊，朝日新聞社（2006）
- 石川寛俊：カルテ改ざんはなぜ起きる，日本評論社（2006）
- AMA(American Medical Association)：Code of Medical Ethics, 2006-2007: Of The American Medical Association: Current Opinions With Annotations, AMA (2006)