

コメント 1

「よきサマリア人法」をめぐる

児玉安司

1 はじめに～医師が「よきサマリア人」になろうとするとき

「よきサマリア人法」を求める医師の声を聞くことが多い。長距離の車中や航空機などの中で急病人らしき人が苦痛を訴えているとき、客室乗務員や車掌には、航空機を最も近い空港に着陸させたり最寄り駅に停車したりして、救急救命のために航空会社や鉄道会社の利益を顧みずに行動をしなければいけないような病状なのかどうかも判断が難しい。

多くの医師は「ドクターはいませんか」というアナウンスに出会ったとき、名乗り出ようかどうか迷うという。そのような際に、諸外国には「よきサマリア人」法なるものがあり、医療ミスを犯しても法的責任が免除されるらしいが、そういう法制度が医師にとって望ましいのではないか、という話を聞く機会が増えてきた。医師患者関係の不安定さと「医療不信」「医療崩壊」の時代の影響があると思われる。

また、日本の医師法には応招義務というものがあって、医師は診察の求めを拒んではならないから、アナウンスがあった場面で名乗り出る義務があるのではないかという気がしないでもない、このあたりも法的にどうなっているのか、というご心配もあるようである。

私事で恐縮なのだが、南の島でのできごとをお話したい。休暇でダイビングに行った日の夕暮れ時、お風呂帰りにホテルのロビーを歩いていたら、玄関のところで人だかりがして、「お医者さんはいませんか」という声がしていた。何となく近づいていったところ、人の渦から押し出されるように前に出てしまった。幼稚園くらいの女の子が横たわっていて、プールの監視員らしいライフ・セーバーのTシャツを着た若者がふたり。おもわず目があってしまって、うなずいてしまった。温水プールで溺れたという。

横須賀海軍病院でインターンとして最初にBLS(Basic life support)のトレーニングを受けた後、ACLS(Advanced Cardiac Life Support)、ATLS(Advanced Traumatic Life Support)の試験は合格したがその後の更新はしていない。臨床から離れて既に20年経過しており、その間にやった医療行為と言え、長男の出産を取り上げただけである。ただ、ダイビングの講習でrescue diverという資格をとるときに、水底に沈んでいるインストラクターを岸まで運んでBLSの形だけをやるということは比較的最近やったことがある。

ライフ・セーバーや周囲の人に、誰だかわからないまま事情を聴き、ともかく患者さんに声をかけながら、ひんやりとした頬に手を触れた。一瞬、頭の中が白くなって体が動かない。そうしたら、周りに立っていた人の誰からか、「気道確保！」という声が聞こえてきた。やっとスイッチが入り、頭部後屈、Jaw thrust……。女の子が深く息を吸い込んだような気がした。それから後はよく覚えていないのだが、間もなく救急隊が到着して女の子は病院に搬送されていった。見送っていたら、ホテルの人に部屋番号と名前を聞かれて、うっかり答えてしまった。

部屋に帰ってもどうもすっきりしない。どう考えてもうまくやれたようには思えないし、

だんだんつまらないでしゃばりだったような気がしてくる、女の子がどうなったかも心配だ、なんだかもやもやした気持ちで泡盛を飲んでいたら、部屋のチャイムが鳴ってホテルの黒服がやってきた。何だかどきどきとした。女の子は入院するようだが命に別条はないこと、ご両親がとても感謝していたと言われて、少しほっとした。ホテルからか、ご両親からか分からないが、クッキーか何かを貰ったような気もする。ご両親と会うのは平にご勘弁していただいて、ともかく泡盛を飲んだ。それにしても、あの「気道確保！」という掛け声はどこから聞こえてきたものか。誰か本当のちゃんとしたお医者さんがいたのではないかとも思えたりした。

航空機の中で喘息発作を起こした子どもをサポートしながらアメリカまでいった知人の医師の話聞いて、そのたいへんな力量に恐れ入ったこともあるが、自分の話はとてもできなかった。

救急救命を専門としていなければ、臨床医であっても、うまくできないかもしれないという懸念がある。しかも、心疾患や呼吸器疾患など、生命にかかわるような場面に遭遇するかもしれない。臨床を離れてしまった「医師」は、もはや手出しはしない方がよいのだろうか。また、まさかそんなことはないだろうとは思いますが、善意の行動が裏目に出たときに、法的責任まで追及されたら困るという気持ちはとてもよくわかる。そういう「律法学者」は困ったものだというのが「サムリア人」の例え話の発端でもある。

2 聖書に書かれた「よきサムリア人」の例え話

少し長くなるが、聖書の「よきサムリア人」の例え話を、少し前のところから引用しておきたい。「するとそこへ、ある律法学者が現れ、イエスを試みようとして行った。「先生、何をしたら永遠の生命が受けられましょうか」。彼に言われた、「律法にはなんと書いてあるか。あなたはどう読むか」。彼は答えて言った。『心をつくし、精神をつくし、力をつくし、思いをつくして、主なるあなたの神を愛せよ』とあります。また、『自分を愛するように、あなたの隣り人を愛せよ』とあります。彼に言われた、「あなたの答は正しい。そのとおり行いなさい。そうすれば、いのちが得られる」。すると彼は自分の立場を弁護しようと思って、イエスに言った、「では、わたしの隣り人とは誰のことですか」。 (ルカによる福音書 10:25-29)。¹隣人とは誰かというユダヤの律法学者の問いは、おそらくはユダヤ教徒を隣人とするという答えを示唆しているものと思われるが、イエスは、この問いに対して、当時差別されていた少数民族としてのサムリア人を例え話の主人公として登場させる。

「イエスが答えて言われた、「ある人がエルサレムからエリコに下って行く途中、強盗どもが彼を襲い、その着物をはぎ取り、傷を負わせ半殺しにしたまま、逃げ去った。」 (同 10:30) ²その後とおりにかかったユダヤの祭司も、祭司の部族であるレビ人も、道の向こう側と通って行ってしまった。「ところが、あるサムリヤ人が旅をしてこの人のところを通りかかり、彼を見て気の毒に思い、近寄ってきてその傷にオリーブ油とぶどう酒とを注いでほうたいをしてやり、自分の家畜に乗せ、宿屋に連れて行って介抱した。翌日、デナリ二つ

¹ 聖書 (日本聖書協会 1973) 新約聖書 p105

² 同前

を取り出して宿屋の主人に手渡し、『この人を見てやってください。費用がよけいにかかったら、帰りがけに、わたしが支払います』といった。この三人のうち、だれが強盗に襲われた人の隣り人になったとおもうか。彼が言った、「その人に慈悲深い行いをした人です」。そこでイエスは言われた、「あなたも行って同じようにしなさい。」(同 10.33-37) ³キリストの教えの解釈は、博愛善行を進める教えとも、信仰こそが人を義とするという教えとも解釈されているとのことである。

ここで興味深いのは、ユダヤの律法学者までが、善行を行なったサマリア人こそが隣人であると言わざるを得なくなって論破されたところである。「自分を愛するように、あなたの隣り人を愛せよ」という「律法」は古代ユダヤ教においては神との「契約」であり、神との「契約を守るものこそともに救済される資格をもつ「隣人」である。マックス・ウェーバーの古代ユダヤ教の記述を引用しておきたい。「捕囚前の契約締結こそは、個人と個人の間には結ばれる契約や寄留者との間の契約などとは明瞭にことになって、ただたんに、契約の証人であるとともに偽誓の復讐者でもある神の保護のもとに、契約当事者がたがいに締結する契約や兄弟的結合であるのにつきるものではなくて、むしろ神自身との契約締結なのである。」⁴「イスラエルにとって「契約」^{イニツト}概念がそれじしん重要な意義をもっていたことは、つぎの点にその理由があった。イスラエルの古い社会体制は、そのすこぶる本質的な部分にいたるまで、土地所有戦士諸士族と、法的に保護を受ける寄留者たる客人諸部族——すなわち遊牧羊者、客人手工業者、商人、祭司——との契約^{コントラクト}によって支配される永続的關係にもとづいていた、ということがそれである。すでにみたように、イスラエルの社会的、経済的構造のなかには、このような兄弟団の諸結成がいかに紛糾をきわめているか、ということがあわられている。⁵」

よきサマリア人法と契約の関係をどうみるか、そもそも医師と患者との関係はなんであるかというのは、ユダヤの律法学者のみならず、現代の法律家にとっても、思いのほか現代的なテーマである。

3 外国における「よきサマリア人法」

(1) 日本版の検討から

「よきサマリア人法（日本版）の検討」（平成11年4月・（財）消防科学総合センター）は、アメリカ法⁶・カナダ法を比較の対象としながら、日本法の状況を検討し、よきサマリア人法（日本版）を「よい隣人法（救急車到着までの救命手当に関する法律）案」として発表している。

この中で、樋口範雄教授は、「1.2 よきサマリア人法の位置づけ」として次のように述べ

³ 同前 p105-106

⁴ マックス・ウェーバー「古代ユダヤ教 1」内田芳明訳 p133-134

⁵ 同上、p135

⁶ 米国については <http://www.cprinstructor.com/legal.htm> 各州の一覧がある。AEDについても、各州に法律の規定がおかれている。

ている。⁷

「救命手当の促進を考えるための法的働きかけとしては、いくつかの方法を考えることができる。

第1に、その場にいる人たちに法律上の救助義務を課し、手当の実施を義務づける。義務違反に対しては何らかの制裁措置を用意する。

第2に、救命手当を実施した人が、意図に反して症状を悪化させた場合の責任を免ずることにより、自発的な手当を促進する方法。アメリカにおいて、その名も「よきサマリア人法」(Good Samaritan Laws)という名称で存在するのは、このような趣旨の法律である。

第3に、救命手当を実施した人が何らかの費用を出捐したり、何らかの損害にあった場合、その填補を法律上保障し、いわば後顧の憂いなく救助行為に出てもらうという方策がある。誰が填補するかにより、国や公共団体が負担する形をとるか、手当の対象となった人が負担するかというような区別が可能である。」

第4に、救命手当を実施した人への報酬を法が保障することにより、インセンティブとする場合がある。これも報酬の提供元につき、国や公共団体の場合と、手当の対象となった人の負担とする場合とが考えられる。」⁸

第1の法的救助義務と、第2の救助者の責任軽減、第3の救助者の損失補償、第4の救助者への報酬を並べてみると、第1において、法は、救助しなかった者の責任を問うて制裁を加えるものである。聖書の「よきサマリア人」の例え話の語る宗教的道德を、法的義務とするものである。これに対して、第2、第3、第4において、法は、救助した者の責任軽減、損失補償、報酬などを与え、救助へのインセンティブを増すものである。救助した者を支援する法といってもよい。それぞれのアプローチについて検討してみる。

(2) 制裁型の法

聖書の道徳は、神との契約であり、古代の歴史の中において、また、宗教の世界において厳しい偽誓への制裁が科されるとされる。近代の法制度が形成されていく中で、聖権と俗権は次第に分離された。「法は倫理の最低限」を画しするものとされ、それ以上の義務を課さずに個人の自由を尊重することが近代民主主義国家の法の基盤とされている。

ただ、ヨーロッパ諸国では救助義務が法定されているとしても、1867年以前にそういうことはなく、救助義務の法定を行った諸国には全体主義国家や共産主義国家が少なくないのは、救助義務を社会サービスのための一種の徴用であるからだとされる。⁹

米国においても、1959年のカリフォルニア州法に始まり、1987年までに、50の州すべてとコロンビア特別区に、相次いで、よきサマリア人法と呼ばれる法律が制定されている。¹⁰

米国の州法の中でも、ごく少数ではあるが、救助義務の法定を行った例がある。ヴァー

⁷ 「よきサマリア人法（日本版）の検討」（平成11年4月・（財）消防科学総合センター）p.3

⁸ 同前 p.12

⁹ 樋口範雄「よきサマリア人と法——救助義務の日米比較」石井紫郎・樋口範雄編「外から見た日本法」1995, p258. W. M. Landes & R. A. Posner, *Economics of Rescue Law*, In R. A. Posner, *Tort Law: Cases And Economic Analysis* 408, 412 (1982).

¹⁰ 前掲7、p4

モント州のDuty to Aid the Endangered Act (Good Samaritan Law)は、以下のような規定をおいている。¹¹

(a) A person who knows another is exposed to grave physical harm shall, to the extent that the same can be rendered without danger or peril to himself or without interference with important duties owed to others, give reasonable assistance to the exposed person unless that assistance or care is being provided by others.

他人が重大な身体危険に遭遇していることを知った者は、自分以外の者によって救助やケアが提供されている場合を除き、自らに危険が及ばない範囲で、また、第三者への重要な義務の妨げにならずに提供できる範囲で、危険に遭遇している者に合理的な救助を行わなければならない。

(b) A person who provides reasonable assistance in compliance with subsection (a) of this section shall not be liable in civil damages unless his actions constitute gross negligence or unless he will receive or expects to receive remuneration. Nothing contained in this subsection shall alter existing law with respect to tort liability of a practitioner of the healing arts for acts committed in the ordinary course of his practice.

(b)(a)項に従って合理的な救助を行った者は、その者の行為が重過失を構成しない限り、又は、報酬を受け取り若しくは受け取することを期待しない限り、民事の損害賠償責任を負わない。本項の定めは、通常の診療過程で行われて行為について、診療行為に従事する者の不法行為責任に関する現行法を何ら変更するものを含んでいない。

(c) A person who willfully violates subsection (a) of this section shall be fined not more than \$100.00 -- 1967 No. 309(adjourned session) SS 2-4 effective March 22, 1968.

(c) (a)項の定めに故意に違反したものは、100ドル以下の罰金に処す。

(a)項の義務は医療従事者等に限定されておらず、全ての者が救助の義務を負わせており、故意にこれに違反すると(c)項で、罰金とは言え、刑事処罰が科せられている。このような定めは珍しい。また、たとえ倫理的には正しいとしても、一般人も医療従事者もひと

¹¹ Duty to Aid the Endangered Act (Good Samaritan Law) Title 12, Chapter 23 ;SS 519:Emergency Medical Care

くくりにして、他者の救助を法的な義務とするのは、法の役割としても、また、その実効性についても疑念が残る。

(b)項は、一般には「過失」が不法行為責任の要件になっているところ、「よきサマリア人」の救助者については責任を負う範囲を「重過失」に限定していること、報酬を期待しているときは責任が限定されないことに特徴がある。

ヴァーモント州の「よきサマリア人法」は、全体として見たとき、「よきサマリア人」の倫理を法的な義務として強化し、法的な制裁まで加えているが、訴訟社会アメリカの中で重要な責任の限定というインセンティブは与えている。

(3) 支援型の法

米国の大部分の州の法律は、制裁型というよりも支援型と評価できそうである。樋口教授は、以下の5つの要素、「1) 免責対象とする救助者の類型。2) 誠実に (in good faith) という要件。3) 報酬を当てにしないボランティアという要件。4) 緊急状態の発生する場所的要件。5) 求められる行為と禁じられる行為の明示。」¹²に着目した上で、例えばアリゾナ州の制定法は、「1) は医療従事者を含むすべての人。2) の誠実にという要件あり。3) 報酬を当てにしないボランティアという要件あり。4) 人々が集まる場所または緊急状態の現場。5) 応急手当やさらに医療上の措置を図るための作為および不作為。ただし、重過失の場合は除く」というものであると紹介されている。¹³一方、カリフォルニア州のよきサマリア人法では、誠実要件と、免責の対象者は医療従事者の救急チームであることが明示され、それ以外の要件がないが、「カリフォルニア州法は、このように細かな規定をいくつもつくっているので、全体としては、対象を医療従事者に限らずすべての人につき、よきサマリア人の対象として救助のための誠実な行為につき免責を認めている」とされる。¹⁴免責といっても完全な免責ではなく、「誠実要件」のもとで、故意・重過失による行為を除いて、民事賠償責任を免除するということである。

特に、AEDについては、近時、一般の人が使用することを奨励するという観点から、アメリカの全ての州で規定がおかれるようになっている。

4 日本法の下での「よきサマリア人」

(1) 紛争が起こりにくい背景と実情

現行法のもとで、航空機や車中でのドクター・コールに応じた医師が、不十分なケアゆえに法的責任を追及された民事刑事の裁判例は寡聞にして知らない。背景を推測するといくつかの要因があるように思われる。1) そのような呼び出し自体が稀な事態であること、2) 敢えて名乗り出る医師は、それなりの経験を有した腕に覚えのある、しかも、適切な対応のできる医師である可能性が高いこと(うっかり通りかかるという確率は低いだろう)、3) 危険な状態であれば電車を止めて救急措置のできる病院への搬送を行うであろうし、航空機の場合では、MedAire社のMedLink¹⁵などの地上からの支援が行われることも、救

¹² 前掲7、p.4

¹³ 同前、p.5

¹⁴ 同前、p.6

¹⁵ <http://www.medaire.com/>

助に対応している医師が知らなくともキャビン・アテンダントは知っており医師らに知らせるであろうことが想定されることなど、さまざまな要因が重なって、「よきサマリア人」の状況におかれた医師が紛争に巻き込まれるリスクは低くなっていると思われる。(なお、平岡高明教授が「よきサマリア人法は必要か」という論文の中で記述されている紛争事例は、深夜に自宅クリニック前で「救急車を呼んでください」「助けてください」と騒ぐ声が聞こえたために患者を自宅クリニックに収容した後の医療行為についての適否をめぐっての紛争であったから、米国のどこかの州の「よきサマリア人法」と類似の規定が日本法にあったとしても、おそらくは適用がないような事例のように見受けられる。¹⁶⁾

航空機内の医療について、ドクター・コールに応じるときには、医師の側にも適切な対応が必要であるとの啓蒙が行われている。¹⁷⁾ 出典はNew England Journal of Medicine 所収の論文¹⁸⁾であり、抜粋として次のような内容が紹介されている。「1.持っている資格をはっきり言う(証明書が必要なことがあります)。2.診察や治療を行う前に病歴を取り、説明して同意を得る。3.同意の後に診察を行う。4.地上の医療支援スタッフの利用はためらわない。5.自信をもって行うことができない治療は行わない。6.病歴や所見、治療、乗務員・地上スタッフとのやりとりは紙面にしっかりと記録する。」

実に適切な内容である。NEJMの論文には、航空会社が故意・重過失の責任を負うことがあるので体制整備が進んでおり、医師が訴えられた例を聞かないと述べられている。

(2) 「よきサマリア人法」と「事務管理」

日本の現行法制度の中で「よきサマリア人法」について検討するとき、民法の「事務管理」(697条から702条)規定が言及されることが多い。その理由は、「緊急事務管理」という規定があるからだろうと思われる。第六百九十八条は「管理者は、本人の身体、名誉又は財産に対する急迫の危害を免れさせるために事務管理をしたときは、悪意又は重大な過失があるのでなければ、これによって生じた損害を賠償する責任を負わない。」と規定しており、これを一般に緊急事務管理と呼んでいる。見た目が「よきサマリア人法」に似ている。「急迫の危害を免れさせるため」という状況が「よきサマリア人法」と同じように航空機や車中での医療行為に当てはめてもよさそうな感じがするし、「悪意又は重大な過失」がなければ損害賠償責任を負わないとする法的な帰結も、「よきサマリア人法」とよく似た賠償責任の制限である。

ただ、結論からいえば、この条文をもって、医療の場面における「よきサマリア人法」の日本版とすることはできないのである。その理由は以下のとおりである。

第1に、事務管理の規定全体の位置づけが問題である。ごく基本的な教科書の冒頭にも書いてあることであるが、事務管理は、「契約によらずして」債権関係が生ずる場合についての制度である。これが、一般用語の事務管理と、法律用語として「事務管理」ということばを使う場合の最も大きな相違点である。一方、「契約」とは自由な意思の合致がある場合に広く認められるし、第三者のためにする契約(民法537条)も一般的に認められて

¹⁶⁾ 平沼高明「良きサマリア人法は必要か」医学のあゆみ Vol.170 No.11 1994.9.10

¹⁷⁾ 佐藤健一「航空機内の医療について考える」週刊医学界新聞 2862号(2010年1月11日)

¹⁸⁾ Gendreau MA, John CD, Responding to medical events during commercial airline flights. N Engl J Med.2002; 346(14): 298-302

いる。1で言及した気道確保の例でも、実際に患者さんに手を触れるまでには、多くの人のコミュニケーションがあり、何らかの「意思の合致」が阿吽の呼吸の中に含まれている。通常の診療関係と状況も内容もことなるが、医者さんがその人の能力なりに精一杯のことをしてほしいという周囲の願いと、そうしたいという医師の思いは、どこかで「意思の合致」になっているものだろう。さらに、(1)で述べたような航空機内における医療が、「同意」を得ながらきちんと進められていけば、「意思の合致」はさらに明瞭になるだろう。

第2に、実際の紛争の場面では緊急事務管理の規定をつかって訴訟を起こしてくる原告はいないであろうと思われる。日本の医療過誤一般は、「契約」から生じた「債務」をきちんと履行しなかった（「債務不履行」）として訴訟になることが多く、仮に、「契約」に基づいた請求をしなくても、不法行為（民法709条）に基づいて、医療行為に「過失」があったとして、損害賠償が請求されることもあり、契約責任と不法行為責任の競合（損害賠償を求めるために2つの制度を同時に使うこと）も広く認められている。多くの場合は、その場面ごとの事実関係に応じて「どのような義務があったか」を争うことになるだろう。緊急のドクター・コールに応じる場面では、契約の規定も不法行為の規定の適用もないという状況を想定するのが思いのほか難しく、実際の紛争の場面では、法律構成（法律の条文の根拠の組立）として「事務管理」の入口まで辿りつくことにも困難がある。

第3に、仮に「事務管理」の土俵に持ちこめたとしても、事務管理の原則は、本人の意思と利益に合致しなければならない。民法700条は、「管理者は、本人又はその相続人若しくは法定代理人が管理をすることができるに至るまで、事務管理を継続しなければならない。ただし、事務管理の継続が本人の意思に反し、又は本人に不利であることが明らかであるときは、この限りでない。」と定めており、いったん事務管理を始めたら継続義務があること、継続が本人の意思や利益に反していたら継続する権利も義務もなくなることを明らかにしている。「よきサマリア人法」の候補者である緊急事務管理は、幾重にも重なった法制度のはるか向こう側に位置しており、この条文を使って、ドクターの注意義務違反はあったが「悪意や重大な過失」とまでは言えない、という判決に至るのは、訴訟の現場ではきわめて稀なケースとなるだろう。

(4) 民事賠償に関する現行法の状況

現行法では、結局のところ、どのような法律構成をとろうとも、それぞれのケースの事実関係に応じて、何ができたか、何ができるはずだったか、何をなすべきだったのか、などが損害賠償の争点となる。患者・家族・遺族と、関わりをもった医師や医療従事者、プールの監視員から救急隊の救急救命士までから救急救命に関与した者、航空機会社や鉄道会社、プールを設置したホテルなどの企業などが、それぞれの立場で当事者として巻き込まれながら、契約、不法行為、事務管理などのさまざまな法律構成の中で、最終的には「損害の公平な分担」とはいかなるものであるべきかを巡って争いが続くことになる。

貴い生命や健康のため医療者に何ができるかという課題から出発しているはずが、悪い結果を挟んで、損害の公平な分担へと論点がシフトしていくのは、一般の民事医療訴訟と同様である。また、医療行為を刑事手続で裁くことは、医療界全体にとって、クスリというにはあまりにも強い毒なので、人権の尊重と刑法の謙抑性を旨として運用しなければならないのは一般の医療事故と共通であり、とりわけ、緊急時に自ら名乗り出た医師の刑事責任を問うような事例は故意又は故意に準ずる重過失によって重大な危害が生じたような

場合以外には想定するべきではない。

ただ、そのような共通の常識、コミュニケーションの基盤が失われていることに、昨今の「医療不信」「医療崩壊」と呼ばれる状況の原因があると思われるから、「よきサマリア人」であろうとする医師が、律法を恐れて祭司やレビ人のようにふるまわずに済むようにするためには、もっと安定した均衡を作り出す法制度が必要である。

5 おわりに～社会基盤の整備に向けて

「よきサマリア人」の例え話が、律法学者へのアンチテーゼとして出発したことを忘れてはならない。全ての人に新たな戒律を科するよりも、全ての人が貴い人の命を救うために力を尽くすことのできるような制度作りが必要である。

民事賠償責任の限定は、契約、不法行為、事務管理などの現行の法制度との調整を要する困難な課題ではあるし、現行の法制度と比較して「損害の公平の分担」のバランスを大きく変えること自体を目的とすることも難しい。それよりも、法が、よい思いと行いを遡って裁くのではなく、その場で未来に向けて支援するような仕組みづくりが重要であり、また、法が本来そのようなものであるべきである、という「宣言的效果」¹⁹が必要である。この10年ほどにわたって、医療における法は、傷ついた人の道の反対側をとおりすぎる祭司のようなものが多すぎたように思われる。(本稿では、医師法の応招義務については紙幅を割いてはいないが、個人的に移動中の医師は「診療に従事する医師」ではないという法解釈でとりあえず考えておくという弥縫策が一般的であるようだ。ただ、応招義務そのものが医療と医師患者関係の時代に伴う変化についていっておらず、抜本的な見直しが必要であることは付言しておきたい。)

個人の善意をバックアップする社会基盤の整備も必要である。AEDの普及や一般人の救急救命法への啓蒙、医学教育を受けた者が名乗り出やすいようなバックアップ体制作りなど、法制度の整備と併せて行っていくべき課題は多い。 [了]

¹⁹ 前掲7、神谷高保「コメント2」p36

専門領域の違いで対応は異なるか

三田村秀雄

1. 専門領域により対応に違いを生じるのが現実

今回、我々が行ったアンケート調査結果をみても、ドクターコールに対応できなかった医師の4分の1は「自分の専門外なので対応困難と判断した」ことを理由にあげている。また対応した医師の平均年齢は対応しなかった医師よりも高く、また麻酔・救急医師の対応率が他よりも高い傾向 ($p=0.065$) が示されている。それほど一般的急病への対処に自信のない医師が少なくない現実がある。

そもそもドクターコールの最も多い航空機内は、病院や診療所と異なる特殊な環境であることも医師を躊躇させる一因となっている。機内で起こりやすい重篤な病態として、従ってドクターコールの対象となりやすい病態には以下のようなものがある。

比較的好く見られる病態に失神がある。失神は極めて多彩な原因で生じるため、その鑑別には豊富な経験と幅広い知識が必要となる。機内では脱水に伴う起立性低血圧が多いが、そのような比較的軽症な失神のほかに、不整脈による失神、肺塞栓による失神、大動脈解離による失神など生命を脅かす病態も存在する。しかしこれらの病態は相応の検査機器がなければ、たとえ専門医であっても診断に窮することが少なくない。正確な診断ができなければ適切な治療にはつながらない。ましてや非専門医であれば、診断を詰めていくことはほとんど不可能といっても過言ではない。現実には機内で可能な処置は極めて限定的であり、専門知識を必要とする場面はそれほど多くはない。その意味では診断がついたところで、できる治療に幅があるわけではなく、脱水に対する補液といった基礎的な対応さえとれば済むことも少なくない。それでも、見当もつかない診断や、致死的となりうる怖さから、尻込みする医者が多いことは否めない。

心血管系では胸痛が最大の問題となるが、急性冠症候群や大動脈解離は急性期の致死率の高いことでも知られ、対応によって予後が左右される。とくに航空機の乗客はその直前まで準備に追われ、当日は急いで重い荷物をもってチェックインし、ストレスの多いボーディーチェックを受け、恐怖の離着陸を経験すると、それだけで十分に発作を起こす誘因となりうる。ところが機内でできるこれらの対処としては、ニトログリセリンを舌下させること、酸素を与えること、鎮静させることくらいしかない。とくにこれほどの重篤な事態でも、いつ起きても不思議でない心停止に備えつつ、患者には安心を与えるような会話をするには、この領域に自信のある医師でなければ困難なことであろう。さらには致死性が高いだけに、緊急着陸をすべきかどうかの判断を下す、といった責任重大な場面もある。そもそも心臓発作かどうかは確実にない時点で多くの乗客と航空会社に莫大な損失を与えかねない決断を下すには、循環器領域に自信のある医師でなければ相当難しいことであろう。

一方、呼吸器系でも気管支喘息の悪化や、慢性呼吸不全の例で酸素分圧の変化による呼吸困難が生じることがある。低酸素血症が著しい場合には酸素を投与するが、高二酸化炭素血症を伴うタイプの呼吸不全では、酸素投与によってかえって呼吸停止の危険が高まる心配があり、二酸化炭素濃度が測定できない場面で適切な医学的判断を下すには高い専門

性が要求される。

このように重篤な病態が発生する可能性が機内にはあり、にもかかわらずそれを診断するための検査器具はほとんど無く、とりうる処置も限られている。たとえ病院の中でさえも、当直時に専門領域の異なる疾患を診ることに抵抗のある医師が、そのような検査機器、治療資材、応援医師のいない場面に投げ出されたら、なおさら逃げたくなるのも容易に想像できることである。

2. 医師の経験年数、専門性志向と臨床レベルのギャップ

(1) 経験年数の問題

医師が医師国家試験に合格すると厚生労働大臣より医師免許証を交付される。卒前には全ての科の臨床について学んだとしても、医学生が実際に一人の判断で診療を行うことは禁じられており、その臨床経験はゼロに近い。卒後、医師となった瞬間に医師法19条「診療に従事する医師は、診察治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」が適応され、患者はその医師が新米か老練かを知らずに、あるいは知っていても同等のレベルを期待して受診することになる。しかも万一、医療過誤が発生した際には、それが過失に相当するかどうかの判断基準に経験年数はなく、あくまでその時代の平均的医師としてのレベルを満たしているかが問われることになる。

現実の事例として、平成元年7月、朝5時35分に背部痛を訴えて受診した患者に、卒後1年の研修医が当直医として第一に急性膵炎、第二に狭心症を疑い、鎮痛剤と膵炎の対症療法としての点滴治療を施行中、急変して7時45分に死亡して損害賠償訴訟となったものがある。未熟な研修医が結果的には狭心症を急性膵炎と誤診して救命の可能性のあった患者を死亡させたとして粗診粗療の過失責任が問われた事例であった。これに対して平成12年9月22日の最高裁判決では慰謝料を認めるにあたって次のように述べている。

「疾病のため死亡した患者の診療にあたった医師の診療行為が、その過失により、当時の医療水準にかなったものでなかった場合において、その医療行為と患者の死亡との間の因果関係の存在は証明されないけれども、医療水準にかなった医療が行われていたならば患者がその死亡の時点においてなお生存していた相当程度の可能性の存在が証明されるときは、医師は患者に対し、不法行為による損害を賠償する責任を負うものと解するのが相当である。ただし、生命を維持することは人にとって最も基本的な利益であって、上記可能性は法によって保護されるべき利益であり、医師が過失により医療水準にかなった医療を行わないことによって患者の法益が侵害されたものといえることができるからである。」

平均的レベルに達するのに数年以上を要するにも拘わらず、世間も裁判所も瞬間的に平均的医師を期待するところに現実的なギャップが存在する。その知識の集積で得られる資格能力と経験に基づく実務能力とのギャップを縮めるために昭和21年に実地修練制度（いわゆるインターン制度）が創設され、卒後1年以上の実地修練を、国家試験受験資格を得るための条件としたものの、身分保証があいまいであったこともあり、昭和43年には廃止に追い込まれた。平成16年に新医師臨床研修制度が実施され、2年以上の臨床研修が必修化され、徐々に段階的に臨床のスキルアップが図られようとしているものの、医師免許はその研修前に付与されているため、その初期段階に発生した医療過誤に指導医の監督責任が問われることはあっても、研修医本人が「新米だから仕方がない」という言い

訳は通用しない。

(2) 専門性の問題

医師免許を与えられた医師はその後、皮膚科や眼科など、どのような臨床部門に進もうと、あるいは解剖学や病理学などの基礎部門に進もうと本人の自由である。以前は、卒後研修医の4割近くが単一診療科で研修を受けていたため(ストレート方式)、それ以外の科の知識は卒前のものでしかなく、その結果、その進路によって各領域の診療能力に大きな差が生じることはやむを得なかった。その差を解消するために平成16年から開始されたのが前述の新臨床研修制度で、その目的の一つが「プライマリ・ケアの基本的な診療能力を修得すること」である。そこでは1年目に内科6ヶ月以上と外科、救急を各3ヶ月、2年目には小児科、産婦人科、精神科、地域医療コースを各1ヶ月でまわるローテート方式の研修が行われるようになった。さらに平成22年からは全員が必修なのは内科6ヶ月、救急3ヶ月、地域1ヶ月と修正されたが、いずれにしてもこの制度のおかげで平成16年以降に医師免許を得た医師には、ある程度の救急への対応能力が高まっているものと推測され、期待されている。

しかしその一方で、平成16年より前に医師免許を得ている医師は、一部しかインターン制度、あるいは総合診療形式(スーパーローテート)による研修を受けておらず、多くの医師は単科に所属したまま(ストレート方式)、年数が経過していることになる。インターン制度や総合診療形式の経験のある医師でも、その後に専門科に進む例が多く、年数の経過と共に、他科の知識は薄れているのが実状であり、ほとんどの医師にとって責任を持って診療できる自信は既に消失している。とくに各科の専門性が高まれば高まるほど、非専門医には追従できないレベルに検査法や治療法が進化してきており、非専門医師にとっての他領域の診療能力は昔よりもむしろ低下していると思われるほどである。この専門医と非専門医との間の診療能力ギャップが進むと、非専門医から受ける診療内容が時代の専門科の標準レベルより劣ることは十分にありうることで、患者には、もっとまともな専門医に診て貰えば良かった、という印象を持たれてしまう危険が以前よりも高まっている。年輩の非専門医による診療は後年に卒業した初期研修医よりはレベルが高い場合が多いが、進歩の著しい分野ではそのレベルが逆転することもありえるのが現実である。

3. 未熟や非専門性ゆえの診療拒否の背景：たらい回しとの比較

上述したように医師はその経験年数や研修内容によって臨床レベルが多様化しているのが現実である。その結果、患者や世間一般が求めるレベルと、それに応えられる診療レベルとの間の解離が進み、診療のあらゆる場面で能力ある医師の需要と供給の不適合とも呼べるギャップが生じている。その影響が最も顕著に表れた例が救急患者の「たらい回し」である。夜間、当直のいる病院に救急車が患者を搬送しても、様々な理由で診療を断られ、別の病院に向かうが、そこでもまた断られてしまうまま時間が経過し、患者の容体が悪化していく、という由々しき現象である。「たらい回し」の背景に、搬送されてくる患者の病気の領域を熟知し慣れている当直医がいない、という論拠がしばしば持ち出されるが、これは医師が訴えられることを恐れて逃げている場合もあろうが、すべてがそうとは限らない。医師自身の心の中で、自分は医師であるから診なければいけない、という責任感、倫理観と、専門外の病気を診ることがかえって患者のためにならないのではないか、という

良心、老婆心との間で葛藤が生じていることの反映であることがむしろ多い。もちろん、あらゆる領域の病態に対応できるよう医師としての修練を積んでおくべき、というのが正論であるに違いないが、完璧を求める社会の声に応じられるほど自信をもってあらゆる手当てができる医師は限られているのが実状である。この「たらい回し」における医師達の反応は、機内などでドクターコールを求められたときの医師側の躊躇や逃避願望と密接な関係がある。

そもそも日常診療で様々な病気を持った患者にどう医師が対応しているかという、以下のようなやりくりが慣習的に行われている。

(1) まず自身は何科が専門であることを明示し、来院してくる患者自身に選別してもらう。

(2) もし自身を受診した患者の病状が専門外であれば、それがわかった段階で、より相応しい専門医を紹介する。

このいずれかのやり方で、大抵はスムーズに対処できている。ところが救急医療となるとそう簡単にはいかない。まず第一に患者自身が自分の病気が何科の病気なのかがわからない場合が殆どである。そうなる専門外の医師にいきなり受診する可能性も出てくる。これは患者だけでなく、救急隊員による判断にしても、専門科選択の判断は容易でなく、専門外の病院に運ばれることもありうる。そして第二に、最初に診察した医師が、これは自分の専門ではないから、他の医師にかかるべき、と判断しても、(a) 緊急性が高い病態では、当該の専門医は明日来るから明日また来てください、と言うわけにもいかず、また(b) 今すぐに専門医を、と言われても自分の病院の医師はもう帰宅してしまっており、他のどの医療施設にその専門医がその時間帯に応じてくれるかを調べることも容易でないのが実状である。どうも怪しい、と思ったら最初から他の病院に搬送してもらいたい、と半分は自信がないため、半分はその方が患者のためになる、考えたとしても不思議でない。それらに加えて患者の病態が複雑な場合には複数の専門医が必要であるとか、より高度の診療機器が必要であるなど、より高度の診療が他で提供できる可能性があるのに、この小規模低レベルの診療施設で対応するのは申し訳ない、という気持ちも想像できる。これらの心理的要素が総合されて救急患者に対する実質上の診療拒否、「たらい回し」へとつながっている。

この「たらい回し」と、機内などでのドクターコールへの応諾拒否とは共通する部分が少ない。いずれも診療を要請されたものの、程度の差はあれ、病状がまだわからず、自分の専門領域であるか否かは診療してみないとわからない、という不安材料をぬぐえない点である。しかしその一方で、当直病院とドクターコールとは全く異なる部分もある。実際には以下に述べるように、ドクターコールの方が条件としては、はるかに厳しい環境におかれているのである。

まず第1にその場所が病院ではない。つまり診断の設備も治療の手段も圧倒的に少ない環境に置かれていることを忘れてならない。医師の専門領域が異なれば異なるほど、客観的なデータを示してくれる最新診断器具に頼る率が高くなるものであるが、それが無い状態では、極めて心もとない。

第2に、当直病院は医師が業務として待機しているのに対し、ドクターコールは基本的に業務時間外であり、そのリラックスしているときに唐突に投げかけられるものである。精神的にも肉体的にも待機状態で受け入れるのと、緊張から解放され、ほかのことに専念

しているのでは心のゆとりが違う。また当直の場合にはその病院規模と当直医の専門科を知った救急隊が予め患者をある程度選別して搬送してくることが多いが、機内ではそのようなことは期待できない。

第3に、ドクターコールが不特定多数に対するアナウンスであることも躊躇の原因となる。関わらなくても済む可能性を期待してしまう、そんな意識が浮上しやすいのは否めない。加えてしばしば同じ場面に他の医者がいて、その人が申し出るかもしれない、といった消極的期待、さらにはその医者の能力は自分よりも上かもしれない、といった劣等意識を前提とした未必の拒否反応が加わる可能性も想定できる。

第4に対象が専門外であったときに逃げられない、という不安が入り交じるのがドクターコールである。機内から地上と連絡を取ることはできるものの、より適切な専門医に転送することができず、応援を呼ぶこともできず、かといってその状態を見捨てることもできない。その意味で、地上と違って「たらい回し」ができないのも特徴といえる。眼科医しか当直していない病院が、小児の腹痛や出産間近の妊婦の診療を拒否して「たらい回し」にしても世間は受け入れるであろうが、機内で同じ論理が通用するかどうかは疑問である。患者側にも医者側にも選択の余地がないのは双方にとって不幸なことであるが、そこで両者を摺り合わせるにはお互いの理解と尊敬が不可欠であるが、緊急時にそれを担保するものはない。

第5にドクターコールの場合には周囲の目も無視できない。患者の家族や自分の家族、さらには客室乗務員、他の一般乗客などから一挙一動を注視され、応援しようとしている医師の専門が何科であるかといったことには無理解で無関心のまま、平均的医者としての能力を期待されるはめに陥る。医師とすれば、そのような過大期待に応える余裕もなければ、適正期待値というものを皆に伝授している暇もない。「そう簡単にいくものではない」ということを皆にわかるように説得できる状況でないため、弁明の許されない被告人のような立場に置かされてしまうのである。

第6に例えば機内であれば、単なる診療を求められるだけでなく、航空機を緊急着陸させるべきかの判断を迫られることがあり、その判断によっては数百人を道連れにする重責も負うことになる。

当直よりもはるかに厳しいこれらの環境がドクターコールには存在することを多くの人々がまず理解することが重要である。周囲の理解が不十分であればあるほど、自発的な診療協力は困難になるものである。

4. 専門領域と法的解釈

アンケート調査でもドクターコールに対応できなかった最大の理由は「法的責任を問われるかもしれないと思った」というものであり、43%を占めた。そもそも医師法は専門領域の違いを意識せずに定められた法律であるが、専門化の進んだ現状において、それを一様にあてはめるのには戸惑いを隠せない。例えば医師法19条1項の「診療に従事する医師は、診察治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」という応召義務の文言にしても解釈は単純でない。ドクターコールが果たして「診察治療の求め」なのか、という点にも疑問があり、とくに意識のない患者が直接依頼することはありえないことから、これは例えば航空会社という第三者からの依頼という形をとり、

それに応じる義務があるのかどうかは判然としない。さらにコール自体も診療ではなく、アドバイスを求めている場合もある。また「診療に従事する医師」にも解釈上のあいまいさが存在する。通常、診療に従事するといえ、それは診療所や病院、もしくは往診といった形態であって、航空機の中で診療に従事している、という業務形態は考えられない。加えて、「診療に従事する医師」とは診療を反復継続性のある業として行っている医師のことであるとみなされるが、例えば皮膚科診療に従事する皮膚科医にとって皮膚科診療は反復継続性のある業であろうが、皮膚科医が心筋梗塞を診ることは、反復継続性もなく、業と言えるのかどうか疑問が残る。「正当な理由」についても、自分は今、休暇で旅行中であるから、というのが通用するならば、応じなくてよいことになる。さらには専門外の診療を行うことには自信がない、診ない方が患者のため、という主張を「正当な理由」と認められれば、その観点からも非専門医への責任は軽減されるに違いないが、このあたりも明確な説明はない。実際、患者にもし意識があれば、専門でない医者に診て貰うために診療契約を結ぶかどうかは甚だ疑問である。こう考えるとドクターコールに応召義務は伴わない、とみるのが適切であろう。応召義務が無ければ、応じなくて良い。応じなければ業務上過失はありえない。しかしそれでは助かる者も助からない。

確かに専門外の医師にとって最大の不安事項は業務上過失であろう。ドクターコールに応じることが業務でない、という立場にたてば、他の一般市民と同様に義務無くして介入する事務管理として扱われる行為になる。そこでは注意義務が問われるものの、心停止のような緊急事務管理であれば、よほどの重過失でない限り賠償責任は問われない。しかしそこまで緊急でない状況では軽過失でも責任が問われる可能性は残る。ドクターコールをする側は緊急かもしれない、という認識でコールしている場合でも、実際には緊急事態ではない、という場面も存在しうるとなると、すべてのドクターコールが緊急事務管理に相当するとは限らない。なかでも意識のある患者を相手にする場合には、相手が医者であることを知ると診療契約が成立する可能性もないとは言いきれないため、その行為は業務とみなされる余地がある。もちろん機内などでは自由契約が結べる状況とは異なり、他に選択の余地がない、といった意味での契約でしかなく、真の医師・患者間の契約とはなりえない。いずれにしても業務に伴う注意義務が求められると、業務上過失にもつながりうることになり、とくに専門分野の異なる場合には余計に問題となる。緊急事務か通常事務かの判断は素人と玄人、専門医と非専門医とで異なってくる可能性もあり、複雑である。

5. 何が求められているのか

医師が義務としてではなく、自発的な意志により、それも業務時間外であるが協力に応じよう、という気にさせることがポイントであり、求められている点である。もちろん医師自身に、より広い範囲に渡る高い臨床能力があれば、ドクターコールに進んで応じることが期待できるが、そのような医師は現在のところ救急医や総合診療科の医師、あるいは新臨床研修制度で総合診療形式の研修を受けて数年以内の若手医師に限られる。

ドクターコールで医師の手助けを引き出すには、

(1) 「専門外でもいいから、できる範囲での協力をお願いします」という形での依頼を行うと同時に、その結果の如何は問わないことを、患者を含め家族、他の乗客、マスコミ、国民の誰もが平時から理解し、納得するようなやり方をとるか、あるいは

(2) 患者の病状に応じて専門性の高い医師だけを呼び出すドクターコールを行う

この2通りのやり方しかない。

この後者を選択する場合は、ドクターコール自体に工夫が必要となる。単に「お医者さまいらっしゃいませんか」というだけでなく、具体的な病状を提示する必要に迫られる。確かに頭痛を訴えているとか、いきなり気を失った、という場面ではそれなりに伝えることができても、大多数は気分が悪い、顔色が悪い、具合が悪そう、といった曖昧模糊とした状態であり、それ以上の表現を客室乗務員に期待することは難しい。かといって危篤というほどでもないのに、患者の身体所見など生々しいプライバシーを不特定多数に知らせることも望ましいやり方とは思えない。加えてより専門性を訴えるドクターコールを行えば、それに応じる医師は一層限られ、少なくなると思われ、かえって客室乗務員が孤立してしまう危険性もある。

救急現場では素人の手も借りたいほどの状況であり、それは医師に対しても専門領域が違っていいから手を貸して欲しい、というのが現実かと思われる。医師が診療報酬を得て、業務として診療を行う際には平均以上の診療レベルが期待され、それを提供することが責務と思われるが、専門外かもしれない事態に対して診療時間外に、医療施設以外で、無償でボランティア的に診療を施す場合には、それは業務とはいえず、平時に専門医が中心となって行われる平均的診療レベルの達成の必然性も義務もないものであるとの国民的コンセンサスが何よりも必要である。同時に、そのような特殊な環境においては、医師という職業であれば生じうる業務上過失という概念そのものが無実化される、というコンセンサスも不可欠であり、この認識は司法の承認を得た上で、医師の側全体にも周知徹底すべきであろう。

そのような議論の一方で、繰り返しになるが、医師全体の初期救急対応のレベルアップは極めて重要で基本的である。ドクターコールに応じるかどうかを迷う最も根元的な部分は、法律の存在よりも、自分の能力の未熟さ、自信のなさに由来するものである。医師は基本的に人助けをしたいのであり、それはコールされてもされなくても影響を受けるものではない。卒前教育とそれに続く卒後研修の徹底がさらに不可欠であり、本来ならば医師免許取得前にそれが達成できる仕組み作りも必要であろう。また、経験を積んだ医師に対しても定期的に再研修を受けられる環境を整備し、提供することも重要である。

救急医の立場からドクターコールを考える

丸川征四郎

Second call で手を挙げる

筆者は医学部卒業後、20 数年間を麻酔、集中治療そして救急医療に従事してきた。この間、非番の医師として公共の場で緊急医療要請に、あるいは蹲っている人に対応した経験は、路上で2回、私鉄電車駅で1回、新幹線で2回、航空機の国内線で1回、国際線で2回である。幸いにも何れも重篤な病態ではなく、心肺蘇生や緊急停車等の判断に直面したことは無い。新幹線での初めての事例では、予定された次の停車駅に救急車の待機を要請した。また、国際線での2事例では、それぞれに、本人が携帯する薬剤の服用、機内搭載の鎮痛薬の服用を勧めた。その他にも、立ち止りはしたが、傷病者を取り巻く人達が救急車を要請している、あるいは傷病者が明らかに軽症であると見て取れたため、直接には関わらなかった経験は数度ある。

この回数は同年代の医師としては多い方だと思うが、学会出張や東京での会議に出席する機会が多かったことから、緊急医療要請に遭遇する機会が増えるのは当然である。とは言え、これらの要請に行動を起こす義務はないので、遣り過ぎて「緊急対応経験は0回」と言うこともあり得たが、自身の専門が救急・集中治療であって、病院内で「緊急コール」や重症患者の治療を率先して行う立場であることから、病院外でも緊急対応には何ら抵抗を感じなかった。ただ、院内との違いがあるとすれば、second call で腰を上げることが多かった。Second call があると、「医師はいないのか、仕方がない、手助けしなければ」と責務でもあるかのように突き動かされるのである。即座に応えない理由を強いて挙げるとすれば、病院外では診療システムと診療器具がなく丸腰状態では何もできないこと、重篤な傷病者では責任が取れないこと、訴訟に関わるのは避けたいこと、他に対応できる人があるならお任せしたい、と言ったところが真意である。

A 医師の事例（架空）

消化器内科を専門とするA医師が新大阪駅で、最終の「のぞみ」に乗車し東京へ向かった。駅弁と小缶ビールで夕食を済ませ、うたた寝していたところ静岡駅を過ぎたあたりでドクターコールの車内放送があった。3回目のコールに重い腰を上げた。車掌にお酒が入っていると云ったが、「構わない、診てほしい」と言う。乗客X氏はグリーン車の初老の男性で、夕食の竹輪が食道に詰まったようで胸や背中が重苦しいと言い、背中をさする妻も診てほしいと懇願していた。冷汗は無く、表情は比較的穏やかである。脈には緊張があり、不整脈は無い。車掌は救急車が必要なら次の小田原駅に臨時停車すると言う。隣の席に座ってしばらく様子を見た。病人は徐々に楽になっていると笑顔で礼を言うので、臨時停車の必要ないと判断した。自席へ戻るため車両連結部まで来た時、乗客X氏が強い胸痛を訴え始めたと車掌に呼び止められた。駆け戻ると顔面蒼白である。声を掛けたが、頷いたもののすぐに失神し脈も触れなくなった。急変に動転した。心肺蘇生法を開始したが、胸を押す以外の手順が思い出せない。車掌に促され座席から通路に横たえ、とにかく胸骨圧迫を続け新横浜駅で救急車に引き継いだ。

後日、弁護士を通して妻からの訴状がA医師に届けられた。乗客X氏が大動脈解離で死亡したのはA医師が適切な診療を行わなかったことが原因として、酩酊状態で診察したこと、大動脈解離の鑑別診断に繋がる問診が無くなかったこと、新幹線を臨時停車させる救急車で搬送すべき判断を誤ったこと、適切な心肺蘇生を行わなかったことなどが挙げられていた。

前向きの議論

A医師は、「乞われて人助けしようとしたのに、何で訴訟なんだ」「小缶ビールを飲んで1時間もたっているのに何が酩酊だ」と嘆いたに違いない。裁判の結果、敗訴となれば医師免許さえ危ない。そうなれば自身の将来と家族の生活が破綻する。例え敗訴でなくても、多忙な日々の病院業務に加えて警察や裁判の対応に迫られる。時間的、肉体的、そして精神的に乗り切る自信が持てない。善意とは言え出しゃばった自分の行動を悔やんでも悔やみきれず、襲い来る不安に身を震わせ、二度と職務以外では人助けは止めようと堅く心に誓ったことだろう。

善意の行動が訴訟の対象になるのであれば、「公共の場での緊急医療要請には一切応じない」と言う医師が増えることは想像に難くない。今回のアンケート調査でも、緊急医療要請に応じた医師の18% (38/215) は法的責任についての不安を感じ、33% (44/133) が善きサマリア人法の制定を望んでいる。また、応じなかった理由に法的責任を問われ可能性を挙げたのは43% (23/53) あった¹⁾。

本議論は、A医師のように緊急医療要請に背を向ける医師を無くする社会環境を確立することが目的である。多くの法律家は、この様な善意の行動が訴訟になった前例はないので緊急医療要請には心配せずに応えてよいと言う。しかし、「遺族の訴訟騒ぎ」²⁾、さらに「警察による業務上過失致死罪の容疑による取り調べ」「損害賠償請求の通知」³⁾は、緊急医療要請に応えた医師にとっては全く理屈に合わない。今日、我が国では医療訴訟が増加し、医師の敗訴や示談が急増している。患者の転帰次第では臨床医がいきなり逮捕される世相であることを鑑みると、今後も訴訟には至らないという保証はない。緊急医療要請に応えた医師が訴訟を気にすることなく、傷病者に救急処置を施せる法的、社会的な環境が強く望まれる。

訴訟の可能性

さて、A医師を初めとして緊急医療要請に応えた医師に対して起こされる訴訟には、どのような罪が問われるのであろうか？ 筆者は、法律には精通していないので的確な表現が出来ないと思うが、誤解を恐れず臨床医としての懸念をまとめてみたい。

①結果責任を問う

乗客X氏は、心肺蘇生を受けながら救急隊に引き継がれ、救急病院へ搬送されたが死亡した。「初老の男性が突然、胸や背中が重苦しいと訴えた場合は、狭心症、心筋梗塞、あるいは大動脈解離を疑い鑑別診断のための適切な問診すべきところ、これを怠り医学的な判断を誤った。結果、小田原駅で臨時停車せず、救急病院への搬送が遅れ死に至らしめた」と言うことになるのだろうか？

A医師が、隣席に座っていた普通の会社員で、たまたまBLS講習を受けていて心肺蘇生

をしたのであれば、人命救助に尽力した市民としてむしろ感謝されるに違いない。A 医師が「医師」であったために結果責任を問われるのであれば、大多数の医師には2つの選択肢しかない。第一は緊急医療要請には絶対に応じない、第二は緊急医療要請に応じて直ちに救急病院へ搬送する手配を講じ、この措置を受け入れるか否かは緊急医療要請した患者あるいは旅客業者側の判断に任せる、である。

乗客 X 氏は、A 医師が現れなくても大動脈解離で死亡したことは疑いない。A 医師が居合わせて即座に心肺蘇生を行ったことで、救命や延命のチャンスがあった（大動脈解離でなければ、その可能性があった）ことを考えれば、緊急医療要請に対する医師の積極的な対応は奨励させるべきであり、結果責任による訴訟を気にすることなく傷病者に処置を施せる法的、社会的な環境が強く望まれる。

②過失責任を問う

心肺停止の傷病者に対する標準的な心肺蘇生法は、「胸骨圧迫と人工呼吸であり、速やかに AED による除細動を行う」ことであるにも関わらず、A 医師は胸骨圧迫しか行わず死に至らしめた過失責任がある」と言うことになるのだろうか？不幸な転帰となった原因が、本件当時の医療水準が満たされなかった場合、過失責任が問われる。A 医師は、医師が行う心肺蘇生は胸骨圧迫だけでも不足は無く、過失の無いことを証明しなければならない。

しかし、A 医師は殺意を持って関わったのではなく、心肺蘇生の手を故意に抜いた訳でもない。人命救助の善意をもって自ら名乗り出たに過ぎない。それにも関わらず、その心肺蘇生手技が不十分であったことをもって過失を問われるのであれば、よほどの自信家でなければ名乗り出ることにはできない。恐らく、現役の熟練した救急医以外は名乗り出ることにはできないだろう。

乗客 X 氏は、A 医師が現れなくても大動脈解離で死亡したことは疑いない。A 医師が名乗り出て少しであっても乗客 X 氏に医学的に良いことをした。乗客 X 氏も、誰もいなく孤独の裡に死に向かうのではなく、医師が居て安心感をも持てたのではないか。この行為こそ感謝に値するのであり、称えられるべきである。救急医でなくても、医師であれば専門科に関わらず名乗り出て、過失責任による訴訟を気にすることなく傷病者に処置を施せる法的、社会的な環境が強く望まれる。

③緊急事務管理に該当しない

緊急医療要請を勧める法律家は、民法第 698 条に緊急事務管理に関する規定があり、いわゆる「善きサマリア人法」が目的とすることが実現でき、賠償責任を問われることは無いと説明してくれる。そして、我が国には「善きサマリア人法」は必要としないと医師を安心させてくれる。

しかし、この説明は信じて良いのだろうか？ 第 698 条には「管理者（義務なく他人のために事務の管理を始めた者）は、本人の身体、名誉又は財産に対する急迫の危害を免れさせるために事務管理をしたときは、悪意又は重大な過失があるのでなければ、これによって生じた損害を賠償する責任を負わない」とある。この条文を素直に読みたいが、もし悪意や重大な過失と判断されれば「緊急事務管理の盾」は容易に破綻するのであり、訴訟は、この破綻した穴を狙って投げかけられる。問題は、誰が「悪意」や「重大な過失」と判断するである。言うまでもなく、被告となる医師ではなく、乗客 X 氏を失った遺族であり、その遺族の心情を汲む検察である。最終判断は、医学的知識と経験豊富な医師ではな

く、遺族の処罰感情を斟酌する立場にある裁判官である。A 医師は、無実を勝ち取るために故意でない、あるいは重大な過失は存在しないことを示す立証責任が課せられるのである。

仮に、裁判で「見せしめ」「応報主義」など社会への影響を勘案した判決があり得るとすれば、「最近、医療事故による死亡事案が多い。医療関係者に注意を喚起するために有罪とする」と言う事態が起こり得るかもしれない。

A 医師の過失は、飲酒していたこと、医学的判断を誤ったこと、心肺蘇生が不十分だったこと、列車を緊急停止しなかったこと、何れにあるのだろうか？ 最近、西宮の幼稚園で園児がかくれんぼで隠れたまま熱射病で無くなった裁判で、園児が居ないことを1時間ほど気付かなかった保母は、重大な過失を問われ有罪となった。重大な過失に定義があるわけではなく、物差しで測れるものでもない。判断は警察・検察・裁判官の胸先三寸で決められると言え、誤りか？

④期待権の侵害

臨床医学的にみて、A 医師の判断や行為と乗客 X 氏の死亡に因果関係を認めないこと、過失致死に当たらないことに反論する医師はいないだろう。しかし、裁判となると事態は異なる。即ち、因果関係を認めなくても、適切な対応がなされておれば生存していた相当程度の可能性があったとして、期待権の侵害が認められ得るのである。医学的な判断と心肺蘇生が適切に行われていたら生きていた可能性を主張されれば、A 医師は「乗客 X 氏は100%生存でき無かった」と証明できるだろうか？

そもそも、大動脈解離は病院内で発症しても解離が高度であれが救命できない疾患であること、新幹線内で大動脈解離を確定診断することは不可能であること、大動脈解離は突発すること、大量出血による心肺停止は心肺蘇生では救命できないことなどを考えると、乗客 X 氏の妻の訴訟は、現在の臨床医学の限界を超えた要求である。仮に、期待権の侵害が認められれば、司法が臨床医学の常識を超えた判断を下すことになる。

過去の医療事故で、期待権侵害が認められて医師が敗訴した判決の存在を知れば、緊急事務管理が守ってくれるなどの説明を信じる医師は、どこを探してもいないはずである。「期待権の侵害」は、過失責任の有無を争う議論をも飛び越える、まさに何処にでも落とせる高性能誘導ミサイルである。緊急医療要請に応じるのは、自ら高性能誘導ミサイルの標的として名乗るに等しいとでも表現できそうである。

⑤緊急避難に該当しない

刑法第 37 条には、違法性を阻却する事由の一つである緊急避難に関する規定がある。「自己又は他人の生命、身体、自由又は財産に対する現在の危難を避けるため、やむを得ずにした行為は、これによって生じた害が避けようとした害の程度を超えなかった場合に限り、罰しない」である。緊急医療要請に応える非番の医師の行為は、まさに緊急避難に値する。従って、A 医師が行った診療行為は、乗客 X 氏が死亡したとしても罰せられないと考えたい。しかし、違法性の阻却は「業務上特別の義務がある者には、適用しない」と規定されているので、仮に医師法 19 条の応召義務が、緊急医療要請に接した医師にも成立すると解釈されるなら、その医師には業務上特別の義務が生じ、緊急避難による違法性の阻却は成立しない。業務上過失致死傷罪、過失致死傷罪、あるいは重過失致死傷罪が問われる可能性がある。さらに、「生じた害と避けようとした害」との比較についても、誰が、どの様