

以上、イギリスの最近の動きを中心に、ドイツ・フランスを含む、ヨーロッパ3カ国の事例を見てきたが、それぞれの国の医療提供体制（公的・民間）、法体系やより広い意味での政治・社会制度（イギリスにおける公開審問、ドイツの連邦制や医師団体の自律性の強さ、フランスの「国民的連帯」に基づいた国家補償を裏付ける論理展開など）の影響、また伝統的な組織の存在の有無などによっても、発展の仕方に違いが見受けられた。しかし、3カ国に共通していえるのは、医療制度や医療従事者に対する公共の信頼回復、そして、何より被害にあった患者や家族が、事故の原因・事実関係を知るうえで精神的にも負担とならない方法や手段、という観点に立って、制度の再設計がなされてきている、ということである。その結果、できる限り「裁判外」で、専門家によって、迅速に真実を探り、情報収集を行い、個別のケースについての審査には、透明性・公平性・公共性への配慮から、民間人・医療以外の分野の専門家も参加させたいと、患者・被害者の救済・賠償を行うという手法が選択されている。また、医療従事者の再教育のチャンスを確保することにも大きな視点が注がれていることは特記すべきであろう。被害をうけてしまった患者・親族の個々のケースへの対応、補償という視点も非常に大切ではあるが、それだけではなく、社会・国として、安全で質の高い医療制度をどのようにしたら維持し、さらに改善していけるか、ということに立脚した全体的議論と、それに基づいた制度設計が求められているといえるだろう。

#### 引用文献・参考資料（ただし、GMC, NCAS, MDU の年次報告書などは除く）

Holbrook, J. (2003) The criminalisation of fatal medical mistakes, *BMJ*; 327: 1118-1119.

我妻学 (2004) 「ドイツにおける医療紛争と裁判外紛争処理手続」 『東京都立大学. 法学会雑誌』 45, 49-97 頁.

Ferner R.E. & McDowell, S. (2006) Doctors charged with manslaughter in the course of medical practice, 1795-2005: a literature review. *J R Soc Med*; 99: 309-314.

Department of Health (2006) *Memorandum of Understanding*. London: DH.

Department of Health (2006) *Guidelines for the NHS*. London: DH.

石塚秀雄 (2007) 「フランスの医療事故補償制度」 『いのちとくらし』 18, 42-46 頁.

畔柳達雄 (2008) 「医療事故被害者救済のための制度」 畔柳達雄・児玉安司・樋口範雄編 『医療の法律相談』 有斐閣, 187 頁.

Brazier, M. & Alghrani, A. (2009) Fatal medical malpractice and criminal liability. *Journal of Professional Negligence*; 25(2): 49-67.

Department of Health (2009) *Tackling Concerns Locally: Report of the Clinical Governance Subgroup*. London: DH.

de Vries et al. (2009) *International Comparison of Ten Medical Regulatory Systems*. RAND Europe.

Humphrey, C., Hickman, S. and Guildford, M. (2011) Place of medical qualification and outcomes of UK General Medical Council “fitness to practise” process: cohort study, *BMJ*; 340: d1817.

Rodwin, M.A. (2011) French medical malpractice law and policy through American eyes. *Drexel Law Review*.

<http://www.bundesaerztekammer.de/>

[http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Gutachter\\_und\\_Schlichtungsstellen.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Gutachter_und_Schlichtungsstellen.pdf)

<http://www.oniam.fr/>

<http://www.sante.gouv.fr/commission-nationale-des-accidents-medicaux-cnamed.html>

## 診療関連死の中立的要因分析：日米の医療制度全般の相違について

慈恵医大外科学講座 大木隆生

### 始めに

ここでは、診療関連死の中立的要因分析や医療事故に際しての第三者機関に関する米国の状況について概説するが、米国における診療関連死の中立的要因分析の在り方だけを論じる事は森を見ずして木を見る事になるので、それを取り巻く米国の医療環境についても解説する。また、本稿の参考資料も参照されたい(米国における行政処分と medical examiner の役割)。

### 日本メディアがゆがめた実像

床にはふかふかの絨毯が敷きつめられ、待合室ではコーヒーのサービス、待ち時間はほんの五分ほどで、診療はたっぷり一時間——米国の病院に、こんなイメージをもっている人は少なくない。日本のメディアがこうした病院を盛んにとりあげ、米国の医療が素晴らしいものであるかのように報道してきた結果である。

たしかにアメリカには豪華な病院もあれば、患者をホテル客のようにもてなす医療もなされています。しかしそれを体験できるのは、年間五〇万円以上の高価な民間保険料を支払える富裕層だけだ。

国民皆保険制度のある日本では、生活保護受給者などを除くすべての国民が公的な医療保険に加入しているが、アメリカの公的保険は高齢者と低所得者、障害者向けのものに限られている。六五歳を過ぎた高齢者用の公的保険はメディケア、低所得者と障害者用の保険はメディケイドと呼ばれ、これらに加入しているのは米国民の二〇パーセントにすぎない。

六五歳以下の人々が医療保険を利用するには、それぞれで民間医療保険会社の保険に加入しなければならない。自動車の任意保険や生命保険に加入するのと同じで、さまざまに分かれたプランから、自分に合った保険を選んで契約する。

しかし、この民間医療保険が実に高額である。最低額のプランでも一人当たり年間三〇万円ほど。多くの業種で経済的インセンティブ制度が導入されている米国には、法外な高給を得ている人もいる代わり、低賃金にあえいでいる人も大勢いる。もし年収三〇〇万円で暮らしている四大家族が民間保険に入ろうとしたら、一人三〇万円×四人分で年間一二〇万円。とても払える額ではない。事実米国には、五〇〇〇万人、国民の二〇パーセント前後の無保険者がいる。

そして、これら無保険の国民は毎日が賭博をしているような状況にある。たとえば盲腸で手術して一泊二日の入院をすると、三〇〇万円前後の費用が発生する。筆者は米国でタクシーに乗るたび医療保険に加入しているか否かを聴取してきたが、過去 15 年間で保険加入者は一人もいなかった。

任意保険も高額なら、自費で払う医療費も高額である。こうした事実はほとんど報道しないままアメリカ医療のいいところだけをクローズアップし、「日本もアメリカ並みの医療先進国に！」と日本のメディアは長年煽ってきたので弊害は大きい。

### 弱者を守れない保健制度

では米国に暮らす高齢者や低所得者は、どのようにして公的保険に加入するのか。あるいは、この保険でどの程度の医療が受けられるのか。低所得者用保健メディケイドの例で解説する。

筆者も米国で生活していたとき（1995-2006年）メディケイドに加入していた。無給の研究員としてニューヨークに移り住んだとたん、妻が妊娠し、保険に入る必要性が生まれたのである。もしそのままニューヨークで出産することになった場合、保険に加入していなければ相当な医療費がかかる。万が一新生児に傷害があるなどして出産時にトラブルがあって特別な医療を受けたら三〇〇〇万円以上の医療費を請求されかねない。

そこで低所得者用のメディケイドへの加入を模索した。ニューヨーク市役所でもらってきた書類は、「自分はこれだけ貧困である」ということを証明するためのものだ。今現在借りているアパートの家賃、所有している車の車種と年式、過去一年間だったかの電話料金、銀行口座の残高などなど、かなり細かい項目が調べられる。

幸い筆者が借りていたのは、ブロンクス地区にある月一三万円の安アパート。電話代もほんのわずか、車は中古で、銀行口座にある残高は九万円——これが申請書の中身で、筆者の場合大きな障害もなく、スムーズに審査をパスした。

さて、メディケイドを利用した出産費用はいくらだったかという、無料であった。しかし、低所得者用の保険であるので、受けられるサービスはごく限られていた。病院はどこを選んでもいいが、子供が正常分娩で生まれた場合、一二時間以内に退院しなければならない決まりだ。我々が選んだ助産院で長男が誕生したのは夕方四時だったので、翌朝四時には病院をでなければならぬ。そこで出産した夜のうちに退院する事にし、夜九時に出産したばかりの妻と生まれたばかりの新生児を車に乗せ、アパートへ戻った。出産後たった四～五時間の赤ちゃんを自宅に連れて帰る事など、日本では考えられないことだ。メディケイド加入審査に受かり、無料で出産できたことは幸運だったが、受けた医療の内容はやはり最低限のものだった。メディケイドを実際に自分が使ったことで、米国では医療にも大きな格差があることを実感できたのと同時に、日本の皆保険制度のありがたさを改めて知った。

### 病気になったら自己破産

米国の医療保険会社内部では、契約者に支払う保険金を「メディカル・ロス」と呼んでいる。つまり契約者から得た保険料はすべて利益、そこから契約者に支払う分は医療費ではなく「医療的損失」ととらえる考え方だ。

株式会社なので株主への配当を高めることが最大の「善」であることは理解できるが、あまりにも顧客の利益を損なうやり口が目立つ。しかも、それを行っているのは、病气やけがで困っている人を治療するはずの医師なのである。

大手の保険会社は一〇〇人単位で医師を雇用しているが、彼らの役割は顧客がかかった病院から送られてくる治療プランを検証し、支払額をできる限り少なくすることにほかならない。一例をあげる。

「御社の会員であるスミスさんに大動脈瘤のステントグラフト内挿術を行いたい。ついてはその前にCTを撮りたいので許可してほしい」

ある病院の血管外科からこんな申請書が送られてくると、保険会社に所属する医師たちは、この要求を断るために患者情報を詳しく調査し、たとえば以下のような理由で拒否する。

「この患者は六カ月前にもCT撮影を行っているので、改めてまた撮影する必要は認められない」

日本の病院なら、患者が民間保険に加入しているからといって、治療についてその会社に許可を求めるなど考えられないが、米国では治療どころかCTやMRIなどの検査をするにも、一々申請書を保険会社に送らなければならないのである。しかも先方からは医師のサインつきで拒否されることが少なくない。インセンティブ制で働いている保険会社の医師たちは、顧客への保険支払い額を減らせば減らすほど給料が上がるので、顧客である患者の身体状況ではなく自らの増収を見つめて行動する。人を救うために学んだ医学知識を駆使して、金儲けに走っているのだ。

一方、病院で実際の医療を行う医師たちもまた、インセンティブ制度のもとで働いている。もし保険会社に提示した治療を断られると、患者に不利益になるばかりではなく医師の収入にも響くので、日々保健会社の医師と闘わなくてはならない。

こうして立場の異なる医師たちがせめぎ合いをつづけているあいだ、患者は蚊帳の外だ。たとえ年間一〇〇万円もの高額保険に加入していても、自らが希望する医療が確実に受けられるとは限らない。もし保険会社の許可が下りない治療を選ぶとしたら、自費で支払う他ないのである。

虫垂炎の手術代が三〇〇万円という例を前述したが、心筋梗塞やがんなど高度な手術と三週間程度の入院が必要な治療ともなると、医療費は数千万円に達する。

国民皆保険で高額医療費に対する控除や貸付制度が受けられる日本人には考えられないことだが、米国ではサブプライム問題が起きるまで、自己破産原因の第一位は医療費だった。

### 民間保険が招いた一家の悲劇の実例

契約社会の米国では、違法すれすれの地点に落とし穴がたくさん仕掛けられている。たとえば米国で発売されている携帯電話の契約書は、厚さ一センチほどもある小冊子に、細

かい文字で契約事項がびっしり書かれている。そのなかには「二年以内に解約した場合は罰金 300 ドル」という一文もあるが、大半の人はそこまで読まない。

そこでうっかり二年以内に解約して、300 ドル請求される人が出現する。発売元にクレームを言っても「それが契約書に明文化してある以上、読み損ねたあなたが悪い」と言われてしまう。法に触れなければ、だましたほうが勝ち。これがアメリカ全体に蔓延している考え方だ。

民間医療保険にも、似たような例が山ほどある。筆者がアインシュタイン病院で手術をした患者の家族も、悲惨な目に遭った。患者は腹部大動脈瘤で来院した七九歳の女性である。開胸・開腹し人工血管を埋めこむ手術を行い、五時間後無事に終了した。

しかし、術後経過悪かった。高齢で長時間の手術を受けたうえ、肺の持病も悪化したため入院が長引き、退院したのは手術から五週間後。しかも退院時には介護が必要な状態であったので、自宅ではなく介護施設への入所となった。その後、身体状況が落ち着いて帰宅したものの、肺炎や床ずれを起こすなどして介護施設と自宅のあいだを何度も往復していた。

ある日、また娘さんから電話があった。「保険会社が突然四〇〇万円を請求してきた」

詳しく事情を聞いてみると、彼女の母親が加入していた医療保険には年間入院日数と介護施設滞在日数に上限が設けてあり、それを越えた分の四〇〇万円を保険会社に請求されたのである。さらに、今後の治療費や介護費はすべて自己負担になるとも通知された。

「急に四〇〇万円なんて用意できないと代わりに、それなら自宅を売却して支払うよう言われた。あわてて弁護士さんに相談したら、契約書には保険会社側の言う通りのことが書いてあるし、患者である両親のサインもあるので、会社側の請求を断るのはむずかしいとの解説でした。私も改めて契約書を隅々まで読んでみると、たしかに小さな字で入院や看護日数のことが書いてありました。もう私たち、どうしたらいいのか…」

さきほどの携帯電話の契約書とそっくりである。泣きながら話す娘さんに心から同情しましたが、残念ながら私の力でどうなる問題でもない。結局、娘さんは両親の家を売って父親と借家で暮らしながら、母親の介護費を工面する道を選択した。

しかしそれからほどなく、母親は施設で息を引きとったのである。住み慣れた家と妻をつづけて失った父親はショック状態に陥り、精神病院に收容された。契約内容を吟味しないでサインした結果、この家族と似たような道をたどった人たちは全米中に大勢いることであろう。

### 経営手腕を問われる幹部ドクター

さてつぎに、病院の医師と保険会社の医師とのせめぎ合いについて、私が体験したことを述べる。まず予備知識として、日本の大学病院と米国の大学病院における雇用システムの違いについて説明する。

日本の大学病院では新米医師であれベテラン医師であれ、すべて病院直属の職員だ。こ

れに対し、米国の大学病院が直接雇っているのは看護師、麻酔科医、放射線科医、病理医ぐらいである。それ以外のスタッフは、各診療部が雇用している。

実は米国では、各診療部が病院内に場所を借り、それぞれが独自に経営しているケースが多い。筆者が所属していた血管外科診療部も、アインシュタイン大学病院に賃料を払って診療部長が経営していた。各診療部も売上次第で病院の外来ブースや手術室の占有率が変化する。つまり各診療部のトップは、医師であると同時に事業主として経営手腕も問われるのである。

私自身も二〇〇二年からアインシュタイン大学病院の血管外科部長として、診療部全体の運営を任されていた。部長として最初に行った仕事は、病院とのテナント料の交渉だった。

「患者の増加で五個の外来ブースでは手づまりになった。今より一〇〇万円よけいに払うから血管外科の外来ブースを六個に増やしてほしい」

こうした病院との交渉仕事は、とくにむずかしくありません。高度で良質な医療を行っていれば口コミでそれが広がり、自ずと診療実績も収益も増えるので、それをもとに病院と話し合えばいいのですから。

難しかったのは、保険会社との交渉である。日本の大学病院なら診療報酬の請求は病院の事務スタッフが一括して行いますが、米国の大学病院ではこれも各診療科で独自に雇った事務職員が行います。

前項で例にあげたように、動脈瘤手術のためのCT検査を保険会社に拒否された場合、医師サイドはさらに「いや、この患者の場合、たしかに三カ月前にもCTを撮ったが、〇〇の理由で再度CT検査の必要がある」などと書いた書類を送って対抗する。

それに対し、保険会社はまた別の理由を探して拒否してくる。こちらは三たび「CT検査はぜったい不可欠」との書類を送る…といったやりとりをくり返すのだ。ただし、アメリカは訴訟社会なので、あまりにも患者をないがしろにしたやりとりをしていると、患者から訴えられかねない。そこでお互い防御を固めながら、より有効な攻撃を仕掛けられる人材を確保します。こうしてシステムはますます複雑化し、書類の山を築きながらいちごっこをつづけているのが現状である。

筆者がアインシュタイン大学病院の血管外科部長に就任したとき、部内全体で三七人のスタッフを雇用していた。そのうち外科医はビース教授も含めて七人、保険請求専用スタッフも七人。つまり外科医一人に対して保険請求スタッフも七人必要だった。ちなみに現在勤務してる慈恵医大病院では、六〇人の外科医に対して保険請求スタッフは一名という割合の差は歴然である。米国の医療システムは、呉越や仲間が同舟外科医一人一人に専属の保健請求要員がついていないと医療費を回収できないほど煩雑で、効率が悪いのである。

保険請求スタッフには当然医療に関する高度な知識や機転が要求されるが、やはり個人の能力には差がある。そこで私が診療部長になってから、保険請求スタッフを統括するマネージャーを置くことにした。保健回収率を一パーセントあげるとに一〇〇万円だす、

という条件をつけて募集したところ、ひじょうに優秀なマネージャーに恵まれた。

それにしても、アインシュタイン大学病院では血管外科医七人で四億円ほどの診療報酬を得ていたが、そのお金もこうした経費にだいぶ回さなければなりません。米国式の医療制度は、時間的にも金銭的にも実に無駄が多いのである。

「アメリカを見習って、日本も医療費にもっと金をかけるべきだ」

これも日本のメディアでしばしば言われる事である。米国の医療費はおよそ二〇兆円でGDP（国民総生産）の一六パーセント、それに対して日本は八パーセントと先進国中最低の比率です。

私自身も日本は医療費をもっとあげるべきだと思っている。しかし、その使い方に関しては、決して米国を見習うべきではありません。二〇〇兆円にのぼる米国の医療費のうち、約三割に当たる七〇兆円は事務経費などの間接医療費として空しく消えてる。患者つまり国民の健康や幸福とはまるで関係ないところで、拝金主義者の分捕り合戦によって膨大な金が費やされているのが米国医療の実情である。

### 内部告発はナースの義務

ここまで述べてきたことで、医療のあり方、医師の姿勢が日本と米国では大きく違うことが分かる。もう一つ、看護師の役割も日本と米国では少し違う。

日本の看護師は医師の補助的な役割や、患者と医師のあいだをつなぐ仲介者のような役割を担っているが、米国の看護師はペーシェント・アドヴォケート（patient advocate = 患者の代理人）と位置づけられている。分かりやすく言えば、医師が患者に対して適切な医療を行っているかどうか、チェックするのも看護師の仕事のうちなのである。

米国の病院で働く医師は、勤め先との契約によって行える医療が明確に決められている。米国の医師免許を取得した筆者は、血管外科医としてアルバートアインシュタイン病院と契約した。従って、行える手術も血管外科領域のものに限られる。

ちなみに米国の病院はオープンシステムだから、筆者のように院内で診療を行っている医師だけでなく、近隣で開業しているドクターもアインシュタイン病院の手術室を使えます。手術が必要な患者がきたときは、外来事務室から手術担当部署に連絡し、手術室を予約する仕組みである。

予約の申し込みを受けた手術室担当者は、その内容が契約と一致しているかどうかコンピュータでただちに照合します。たとえば、「来週水曜日、ドクター大木のヘルニア手術を行いたい」との申し込みを受けて調べると、PCの画面上には「不一致」を表す赤いランプがチカッチカッと点滅するわけです。手術室の看護師がその旨を医療安全部に通報すると、医療安全部のスタッフは間髪を入れず私に電話してこう言うでしょう。

「ドクター大木、あなたにはヘルニア手術をするオペレーティング・プリビレッジ（手術特権）はありません。ヘルニアの手術はおやめください」



また、手術室内において不正な行為や医療ミスと思われることを目撃した場合も、看護師は迷わず内部告発に踏み切る。内部告発といっても、日本のようにうしろめたさを感じる看護師はまずいないであろう。セントラルパークでだれかが暴行されているのを見たら警察に通報するのと同じで、自分の組織内で犯罪性が疑われる行為があれば告発するのが当然の義務、という考えが浸透しているからである。

しかもアメリカでは、医師に対する信頼が日本ほど高くない。また、看護師も患者も「医師は性悪」と見なしている。開業医にも勤務医にもインセンティブが与えられ、手術を多くこなせばそれだけ儲かる仕組みだから、「医師をしっかりと監督していないと、自分の利益のために不要な手術をしかねない」と思われている。

しかも本当にそういう医師がいることを、この目で私も見た。チェック機構が働いて、実際には医師もあまりむちゃくちゃなことはできないが、裏を返せばチェック機構の発達も医療不信、医師不信の表れにほかなりません。

### 相互不信の患者と医者

インフォームドコンセントという言葉は、すでに浸透している。米国で八〇年代から急速に広まり、それが日本にも輸入されて、言葉だけはもうかなり浸透したようです。

医師が病気と治療法について患者に説明し、患者はすべて理解したうえで最終的に自ら治療法を選択する、というのがインフォームドコンセントで、日本では「説明と同意」と訳されている。米国でも日本でも、かつて治療方針は医師の権威にもとづいて決定されていた。その権威主義を改めて、患者の「知る権利と選ぶ権利」を尊重しよう。インフォームドコンセントには、そんな側面もある。

では、インフォームドコンセントは、患者側の利益をはかるためだけに行われているのではなく、医療者側から見たインフォームドコンセントは、以下のように解釈こうなります。

「私は病気のことと治療法も、あなたにすべてお話しました。治療の途中、あるいは結果として起こり得る合併症や副作用についても、たしかに説明した。あなたはそれを理解し、承知したうえで治療法を選びました。では今後、どんなことが起きても文句を言わないでください」

つまり医師にとっては、あらかじめ治療に伴うリスクをすべて並べ、クレームを避けようとする自己防衛手段でもある。

アインシュタイン病院で無給の研究員をしていた頃、私は医師たちがまず合併症の説明から患者にするのを間近で見っていた。

「手術は全身麻酔で行うので、心筋梗塞の発生率が三パーセント、脳梗塞は二パーセント、腸閉塞が一パーセント。それから手術による死亡率も五パーセントあります。さあ、どうします？ 手術を受けるか受けないか、自己責任で決めてください」

いきなりこう言われたら、患者は困惑し、医師に不信感を抱くであろう。自己保身のた

めに言いわけから語る人を、命を預ける医師として信頼できるはずはない。

なぜみんな、言いわけから始めるのか？ 初診の患者にも縁起の悪い話ばかりして、違和感を覚えていた。使命感をもって人と関わる時、リスクの心配よりお互いの信頼関係を築くことが先決だ。インフォームドコンセントが普及した結果、米国の医師と患者のあいだには、ますます深い溝ができたように思われる。

### 信頼ベースの医療が成り立ちにくい国

米国の医師によるインフォームドコンセントを目の当たりにした私は、それを反面教師として「言いわけから入らない信頼ベースの医療」を一つの目標とした。高齢者の病気である血管病の手術、とくに重い大動脈瘤の手術には、心筋梗塞、脳梗塞、腸閉塞など合併症も起こり得るし、手術中、あるいは手術後の死亡例も決して少なくない。

しかし、必ずしもそれらのリスクを全部こまごまと患者に説明しなくてもいい、と私は考える。手術をすることで患者のQOLがあがると判断したら、私はたとえばこんなふう

に患者に語りかけます。

「私が診る限り、あなたの病気は手術をしたほうがいいでしょう。いくつかリスクはありますが、私の目を見て『信頼できる』と思ったら任せてください」

あるいは、「もしあなたが私の父だったら、ぜったい手術します。ベストを尽くします」

血管外科医としての実力も自信もないままこんなことを言ったとしたら問題です。しかし、ある程度の経験と自信、手術の正当性があるなら、リスクの羅列ではなく、信頼を築くために言葉を使うべきである。

「専門的なことは分からないし、ましてや治療法の決定などむずかしい。信頼できるお医者さんを見つけて誠心誠意治療してもらいたい」

命に関わるような大手術を決定するようなとき、これが大半の人の本音ではないだろうか。私の経験から言えば、命がけで信頼できる医師を探している人の嗅覚は、ひじょうに鋭敏だ。医師が診察室に入ってくる時の歩き方や歩幅、患者に対峙したときの姿勢、歩幅、目線、ボディランゲージ、声のトーンなどなどから、患者は無意識のうちに信頼に足る人物かどうか嗅ぎ分けてしまいます。このことを、もっと医師も認識すべきです。

米国でも日本でも、手術を行うために患者から同意書をもらわなければなりません。同意書には手術方法やそれによるリスクについて医師が書きこむ欄があります。いま、慈恵医大病院では、手術方法の欄にしばしば「お任せコース」、リスクの欄には「いろいろ」と私は書いています。米国の手術同意書はより細かく記入しないと訴訟問題に発展してしまいますが、私はアインシュタイン病院時代も基本的に信頼ベース、お任せコースの治療を行ってきました。力及ばず患者が死亡したことは日米両国でありましたが、患者から訴訟を起こされたことは一度もありません。

日本も近年米国に習って医療訴訟が増加していますが、治療の経過や結果に満足が得られなかったとき「ミスがあったのではないか」と患者や家族が疑心暗鬼になって司法に訴

えるケースが多い。医師を心から信頼できないまま治療を受けると、手術あとが引きつって痛いといった些細なことでも、「ミスかもしれない」と疑ってしまうのである。逆に言えば、医師と強い絆で結ばれている患者が多くなれば、日本の訴訟件数はかなり減るのではないだろうか。

一方米国では、この限りではありません。病院内では看護師やライバル医師などが、少しでも疑わしいことが起きたら告発しようと、手術者を厳しく監視している。とるに足らないことを大げさにとりあげて、「告訴しましょう」と患者を焚きつける医療訴訟専門弁護士もいる。筆者の場合は信頼ベースの医療を行った結果、裁判経験はゼロだったが、米国では医師と患者間が信頼し合い、誠実に医療を行ってればぜったいに訴えられることはない、とは必ずしも言い切れない。

### 医療裁判の異常な損害賠償額

二〇〇兆円に及ぶ米国医療費の三割が事務費など間接経費として消えていくことはさきに述べましたが、医療裁判にかかる費用も半端ではない。

たとえば私が帰国する寸前、ニューヨークの法廷で衝撃的な判決が下された。脳性まひで生まれた子供の親が起こした裁判で、「子供がまひをもって産まれてきたのは、医師が帝王切開に踏み切らず、自然分娩を強行したための医療ミス」だとして、産科医に「二〇〇億円の賠償金を支払え」という評決がでた。

米国の裁判では、一般市民から無作為に選ばれた陪審員の評議で賠償額も決まる。この裁判では、原告側の弁護士が脳性まひの子供を出廷させ、並みいる陪審員の感情に訴えた。

「みなさん、この子を見てください。あのドクターが帝王切開を行っていさえすれば、この子は今頃学校へ通い、バスケットボールをしていたかもしれない。しかし、実際はこの姿です。あのドクターのせいで、この子の人生は台無しになった！」

日本人の感覚では「過剰」に思える演出ですが、これは効きました。陪審員はみな涙。これがそのまま産科医に科す賠償額のつり上げにつながっていったのである。

この事件では、もう一つ賠償額アップの要因があった。裁判の過程で被告が偽証していたことが発覚し、賠償額が加算されたのである。これは懲罰的賠償と言われている。

それにしても賠償金二〇〇億円との判決には驚いたし、産科医療にも大きな影響を与えた。訴訟社会の米国で働く医師は例外なく、「もし裁判になったら」と意識しながら仕事をしているが、産科医たちのその思いが一気にヒートアップした。

その結果、帝王切開が急激に増え、訴訟のリスクをほんの少しでも減らしたい、という目的だけで不要な帝王切開が横行した。産科医だけではなく、外科系の医療全般が、訴訟を恐れてどんどん防御的になっている。

内科系医師に比べて訴訟の危険性がより多い外科系医師は、例外なく高額な医師賠償責任保険に入っているであろう。在米当時、筆者も掛け捨てで年額およそ八〇〇万円の保険に入っていた。実績次第で高収入を得られても、ライバル医師や保険会社との闘いに鎬を

削り、患者からの訴訟に怯える米国のドクターたちは、あまり幸せそうには見えなかった。

そんなドクターと関わる患者たちは、保険会社の不誠実な態度に怒り、医療費の異常な高さにあえいでいる。医療を施す側も受ける側も満足度が低いのが、米国医療の真の姿である。

### 医療過誤を審査する第三者機関

ここまで米国医療のマイナス面ばかり並べたが、見習うべき点もある。疑問のある医療行為を調べる第三者機関が整備されていることも、その一つである。

この機関はOPMC (The Office of Professional Medical Conduct=医療行為監視委員会) といって、各州が公費で設置している。各委員会に所属する専属医師が、病院関係者や患者に疑念をもたれた医師を調査して白黒を判定する仕組みである。処罰は行政処分、医師免許剥奪から、懲戒、免許停止プラス再教育、勧告、無罪放免まで五段階に分かれ、無罪以外はインターネット上に実名が公表される。

日本では医師が医師免許を剥奪されることはめったにありませんが、米国では厳しい処分が多く、免許剥奪も決して珍しくない。実際、ニューヨーク州だけでも毎年三〇人前後の医師が免許を剥奪されている。

実は私も二度OPMCの調査を受けた経験がある。どちらも無罪放免でしたが、どのように調査されるのか、私の例をお話ししましょう。

一九九九年のこと、ニューヨーク州のOPMCから自宅に手紙が届いた。私が行ったYさんの治療について事情を聞きたいので出頭せよ、との内容であった。Yさんの病名は頸動脈狭窄症。頸動脈内にプラークがたまり、それがはがれて脳に飛ぶと脳梗塞を起こす危険性があった。

従来の治療法は喉を切り開いてプラークをとりのぞく外科的手術ですが、Yさんは重い心臓病も患っていたので、より体への負担が少ない治療法を選びました。ステントと呼ばれる金属性の筒を大腿部の動脈からカテーテルで喉に挿入し、患部の血管を広げる方法です。

しかし、不幸にしてYさんは手術から数日後に心筋梗塞で亡くなりました。カテーテル治療自体は成功したのですが、患者が死亡したことに不信を抱いた病院内のだれかが、OPCMに内部告発したようです。

私の審査を担当したのは、引退した血管外科医だった。血管病治療を知り尽くした相手なのでいい加減な弁明は通用しませんが、プロがプロを公正に裁くので理不尽さは感じません。Yさんのケースでは、患者が重度の心臓病を抱えていたことや「医療に一〇〇パーセントはない」ことを理解してもらえ、無罪となった。

### 専門医制度の確立

日本でも米国でも専門医制度が設けられているが、その実態はかなり異なる。始めに結

論を言えば、米国の専門医制度のほうがずっと優れているのである。

いちばんの違いは、米国では医療の質を保つ目的で専門医の人数に上限が設けられていること。このため、専門医資格を取得するには競争を勝ち抜かなければならない。とくに外科専門医は高収入が確約されるため人気が高く、熾烈な争いがくり広げられている。

米国では毎年約三万人の新人医師が誕生しますが、外科研修医のポストはわずか一〇〇〇余り。まず研修医になる時点で、学生時代の成績や医師国家試験の成績によって篩にかけるのです。これに選ばれたとしても、研修のあいだ幾度となくテストや実技チェックがくり返され、「不向き」と判断されればそこで容赦なく振り落とされる。

この厳しい研修を五年間受けたのち、筆記と口述試験に合格した人が一般外科専門医の資格を得る仕組みである。つまり米国で「専門医」の資格をもっている医師は、ほぼ確実に信頼できる。外科医で言えば、本当に優秀な外科医でない限り、メスを握れない仕組みをつくっているのである。

一般外科専門医とは、消化器、呼吸器、乳腺などいわゆる外科一般を診るプロフェッショナルを意味する。血管外科専門医の資格は、一般外科医資格をとったあとさらに二年間のトレーニングを受けて取得するが、もちろんここにも年間一〇〇人という上限がある。同様に心臓外科専門医には一三〇人、脳外科専門医の上限は六〇人の年間枠があり、脳外科の場合は五年のトレーニングと定められた手術数をこなすという条件もある。

この数は、RRC (Residency Review Committee = 研修医評価委員会) という組織が需要と供給を考慮して決めている。専門医の数だけでなく、各専門医資格をとるための研修年数、手術の回数などもRRCが定め、研修機関である病院が規定通りの研修を実施しているかなども入念にチェックするのである。

「貴病院には脳外科専門医二人のトレーニング枠を設けているのに、手術件数が足りません。従って枠を二人から一人に減らします」

米国では、需要と供給のバランスを保つため、病院がこんな通達を受けることもある。

一方、日本には専門医の数に上限がない。だれでも一定期間研修を積み、自分の希望する専門医資格がとれるのである。この結果、米国では三〇〇〇人に満たない脳外科専門医が、日本では六〇〇〇人も誕生してしまった。これを人口比率に換算すると、日本には米国より五倍も脳外科医がいることになる。しかし日本の脳外科手術が米国より多いわけではないから、専門医資格はもっていても実際の手術経験が乏しくなる。専門医制度に関しては日本は米国に見習うべきことが多くある。

## 医療補助職の充実

もう一つ、米国を手本にしたいのは医療補助スタッフの充実だ。米国の病院には医師と看護師のほか、コ・メディカルと呼ばれる人たちが大勢働いている。

まずPA (フィジシャン・アシスタント)。決められたカリキュラムをこなしたあと、国家試験に合格した人が就ける職種である。PAの主な仕事は手術の助手で、患者の体を切

ったり、手術後の縫合も行える。

心臓手術ならPAが胸を切り開いて準備したあと心臓外科医が手術を行い、最後はPAに任せることができるのである。また、手術後の患者の管理もPAの仕事で、夜間もフォローしてくれるので、米国の外科医は日本の外科医より手術に専念できる。

NP（ナース・プラクティショナー）は一定の職務経験を積んだ看護師が、さらに大学院で学んで得る資格で、仕事としては医師と看護師の中間ぐらいの役割。ひらたく言えば、診察、診断することができ、かつ処方箋まで書けるのがNPだ。

たとえば手術中、ほかの担当患者から電話がかかってきたとき、NPが対応して筆者の代わりに指示をだしてくれる。

「それでは今から処方箋を書いてファックスしますから、薬局でその薬を買ってください。今日はそれを飲んで様子をみましょう。明日もまだ具合が悪いようならドクター大木の外来にきてください」

こんな具合だ。

日本には今のところPAもNPも存在しない。PA、NPの導入については国会でも審議されているが、なかなか進んでいない。医療の現場に新しい職種をつくるとなると、医師法との兼ね合いもあって一朝一夕にはいかないのだが、医療崩壊の一つの解決策にもなるので一日も早く実現する事が望ましい。

## 最後に

本稿でのべたように医療事故に際しての第三者機関の在り方を含め日米の医療事情は色々な点で異なる。従って、米国の第三者機関のみを模倣して本邦に導入しても良い解決策とはならない。様々な相違を踏まえて、総合的な見地から日本にとって望ましい第三者機関の在り様を検討する必要がある

(ちなみに現在日本で払っている医師賠償責任保険料は六万円です)しかし、一度も医療事故を起こしたことの無い私の米国での保険料は、これでも安いほう。自動車保険と一緒に、医師賠償責任保険も事故を起こしたことがある人は保険料が高くなるのです。私の知人で年間二〇〇〇万円の保険料を請求されるドクターもいました。

# 參考資料



## 2. 医療関連死原因究明と再発予防 —新たな展開を目指して—

社会福祉法人三井記念病院院長 高本 眞 一

診療関連死原因究明について議論が起こって幾久しいが、現在一般社団法人日本医療安全調査機構の設立により制度化に向けての努力は続いているものの政治的混迷により未だ着地点に至っていないのが実情である。この稿ではその道を振り返り、今後の方向性について論じたい。

### 1. 異状死の解釈をめぐる議論

平成6年日本法医学会はガイドラインにより医師法21条の異状死に関して、診療に関連した予期しない死亡、およびその疑いのあるものは診療行為の過誤や過失の有無を問わず異状死体として所轄警察署に届けなければならないという新たな医師法21条の解釈を打ち出した。この事実を一般臨床医が認識するようになったきっかけは平成11年都立広尾病院で起こった消毒剤の静注事件で病院長が異状死の警察届出を怠ったために医師法21条違反で起訴その後罰金刑を受けたことからである。この法医学会の考え方に対して平成13年4月日本外科学会は異状死の届出に関するガイドラインを出したが、この時、重大な医療過誤の強い疑いまたは何らかの医療過誤が明らかである死亡または重大な傷害は所轄警察署に報告することが提示され、同時に始めて診療関連死に関して報告を受ける第三者機関の創設が提案された。その後、法医学会、病理学会、内科学会、外科学会の話し合いが進み、平成16年4月に4学会での共同声明が出された。これは明らかに誤った医療行為などは警察へ届け出ることとしているが、通常の診療行為に関連した死亡の届出に関して中立的専門機関を創設すべきであると提案している。その年の9月にはこの4学会を含む医療界全てをカバーする19の基盤学会が同様の提案を

した。ここでも古典的な異状死に関してはやはり警察への届出が必要といている。

### 2. 医療関連死調査分析モデル事業

これら学会の動きを受けて厚生労働省もこの医療関連死の届出を受け付け、死因を分析して調査して医療事故の再発防止を図ろうとする中立的モデル事業を平成17年から始めることになった。このモデル事業は内科学会に事務局を置き、他に外科学会、病理学会、法医学会が核となり、臨床系の各学会が解剖立会い、臨床評価、再発防止策の提言、報告書作成を行うものである。最初は東京、愛知、大阪、兵庫で始まったが、現在札幌、新潟、茨城、福岡、岡山、仙台に広がり、平成22年3月末までに全部で105事例について調査が行われた。このモデル事業では各地域に総合調整医がおり、その地域の事例に関して解剖の手配、評価委員の人選、報告会の設定など総括的業務を行っている。また、調整看護師は患者と病院側、あるいは評価委員会との関係をスムーズにするコーディネーター、メディエーターとしての役割を持っている。解剖には病理医、法医学医、ならびに臨床側から立会い医がつき、解剖の結果は解剖報告書として提出される。評価委員会は事例が関係する臨床の2科から1人ずつ出る臨床評価医、外科学会、内科学会からそれぞれ総合的な立場から評価する委員、解剖執刀医、立会い医、その他に弁護士が2人（病院側、患者側の立場で普段業務を行っている弁護士）、都合10余名がメールでの討論と1～2回の評価委員会を経て、報告書を完成することになっている。モデル事業の評価委員会での議論は各病院で行っているCPCの学問的レベルの高いものと認識され、それに参加

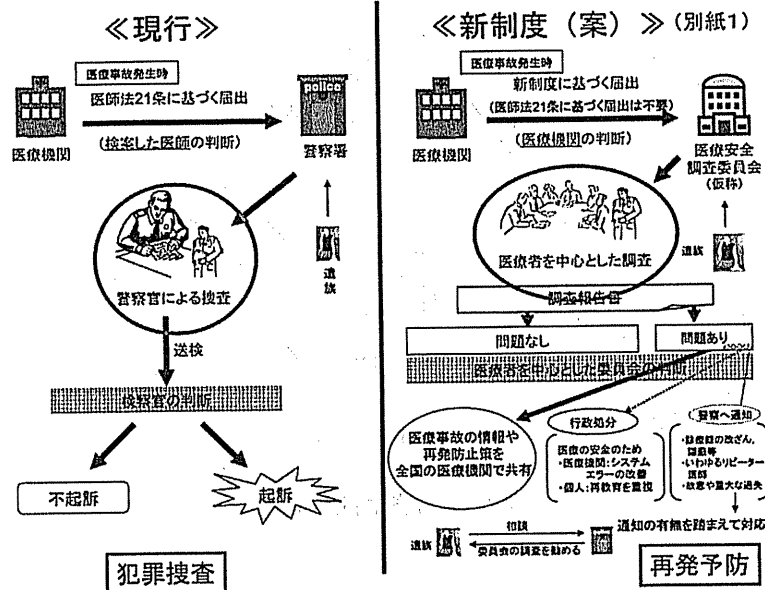


図1 厚労省第3次試案

した多くの学会代表の医師、看護師、弁護士もモデル事業の意義を理解して一応満足しているのが実情である。患者側は85%が、病院側も93%がその結果にほぼ満足している<sup>2)</sup>。

平成22年4月からこのモデル事業は日本内科学会から新たに設立された一般社団法人日本医療安全調査機構に移され、厚労省からの補助金をもとに事業を継続している。機構では平成23年1月18日現在28症例の検討を行っている。

### 3. 厚労省検討委員会での議論

このモデル事業の成功を見て、厚労省は平成19年4月に「診療行為に関連した死亡に係る原因究明等の在り方に関する検討会」を発足させ、厚労省は平成20年3月には第3次試案、その後大綱案を発表した。この委員会は医療安全のために医療事故の原因究明、再発防止に主眼を置いている。しかし、医療事故の中には今までもカルテの改竄など故意あるいは悪質な事例に属するものもあり、医療事故全体に「刑事免責」を要求することは無理であるし、外国にも医療事故全体を刑事免責にしている例はない。再発防止という観点からは個人に関して再教育が重視されるべきであ

るし、施設に関してはシステムエラー防止策の提言と遵守が必要であろう。第3次試案はこの点も我々医療者の要望をかなり受け入れたものであった。医療安全調査委員会の創設で大切なことはこの事業を通じて、国民から透明性のある公正な医療への信頼を回復する事であり、その為に我々医療者が積極的にこの事業に参加することを通じて医師法21条の不合理的な異状死の届出問題に関して法律改正をして、安心して良質な医療ができる体制を作ることであった。しかし、この第3次試案に対して、多くの学会は賛意を示しているが、一部誤解に基づいた反対論があったのも事実である。

### 4. 第3次試案のポイント(図1)<sup>1)</sup>

#### 1) 委員会への届出

第3次試案では医療安全調査委員会への届出は以下の①または②のいずれかに該当すると、医療機関において判断した場合のみ届出を行えばよいとなっていた。医療機関として届出をしなくてもよいと判断した場合は届出をしなくても後から責められるということはないということとなった。

① 誤った医療を行ったことが明らかであり、

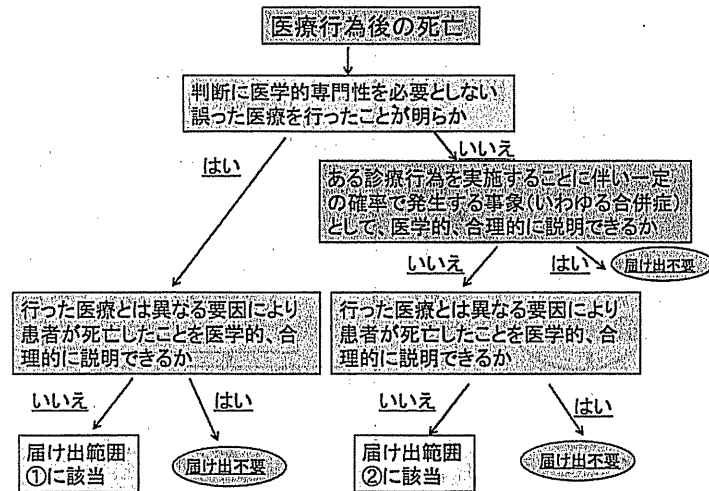


図2 厚労省木村班研究

その行った医療に起因して、患者が死亡した事案（その行った医療に起因すると疑われるものを含む）

- ② 誤った医療を行ったことは明らかではないが、行った医療に起因して、患者が死亡した事案（行った医療に起因すると疑われるものを含み、死亡を予期しなかったものに限る）

この届出は原則として解剖を行ったものが対象であるが、解剖がない事例も考慮に入れることが議論され、今後はその方向で人材の確保、制度の整備が図られると考えられる。遺族からもこの委員会に申し出ができることにもなる。この委員会に届出をする場合、「医師法 21 条に基づく異状死の届出との重複を避ける」となっているので、警察への届出の義務は外されることになる。即ち、医師法 21 条の適応が実際大きく変わることになり、必要な場合委員会への届出をしておけば、医師法 21 条違反で逮捕拘留という事態は避けられることになり、現在の医師法 21 条下で医療者が悩みながら医療をしている状況は大きく変わることとなる。②で「死亡を予期しなかったものに限る」ということは、例えば急性 A 型大動脈解離で緊急手術をして、出血多量で患者が手術中あるいは手術後に死亡した場合、手術死亡は当然予

期されているわけであるので、誤った医療がない限りは届出の必要はないということになる。

上記の届出の基準に対して、厚労省科研費木村班ではさらに分かりやすくして、次の 3 つの基準を設けることを提案している（図 2）<sup>2)</sup>。

- (1) 判断に医学的専門性を必要としない、誤った医療を行ったことが明らか。
- (2) 行った医療とは異なる要因により、患者が死亡したもの（本来の疾患の進行による死亡または偶発症による死亡）として医学的、合理的に説明できない。
- (3) ある診療行為を実施することに伴い一定の確率で発生する事象（いわゆる合併症）として医学的、合理的に説明できない。

## 2) 委員会からの捜査機関への通知

この問題が新制度の中の核というべきところで、医療者の中でも今までよりも簡単に捜査機関に引き渡され、刑事処分にされる可能性が多くなるのではないかと不安を持っている方々がいる。しかし、この制度では委員会から捜査機関への通知は極めて限定的な事例に限るとされており、謙抑的に処理されるとされている。捜査機関への通知事例は①故意、②悪質な事例、③重大な過失（標準的な医療から著しく逸脱した医療に起因する死亡）となっている。故意の事例は犯罪そ

のものでこの事例を警察に届け出ること何人も異論はないであろう。悪質な事例とは、何度も注意や行政処分などが出ているにも関わらず、同じような過失を起こすようないわゆるリピーターや、カルテの改竄をするような事例のことを言っており、同じ医療者としてやはりおかしいと感じるようなものである。問題は「重大な過失」事例がどのようなものかということで、厚労省検討会でもこのことにつき、随分議論してきた。ここで大切なことは、「重大な過失」を届け出なければならぬということとは逆から見ると軽い過失は届け出なくてもよいということである。しかも、その「重大」という判断は我々医療者が主体となって運営するこの医療安全調査委員会決められているということである。現在の過失致死罪は例えば軽い過失であっても死亡という重大な結果をもたらしたなら、罪に問えるものである。この点は大きな進歩である。

「重大な過失を「標準的な医療から著しく逸脱した」医療という表現も厚労省は使ったが、一部からは分かりにくいという指摘があり、木村班ではこれを「故意に近い悪質な医療行為に起因する死亡または死産の疑いがある場合」とした。これをさらに説明するために3つの類型に分類した。

- (1) 医学的根拠の無い医療
- (2) 著しく無謀な医療
- (3) 著しい怠慢

「医学的根拠の無い医療」とはかつて富士見産婦人科事件で見られた意味のない子宮摘出術のようなものである。「著しく無謀な医療」とは内視鏡検査をするのに、一度も内視鏡技術の修練を行わずに検査を行い、腸管破裂を起こすようなことである。「著しい怠慢」とは当直においてナースが何度も患者の異状を訴えたにも関わらず、患者の診察をしないで患者が亡くなったような場合である。

医療安全調査委員会から捜査機関への通知ということも非常に重要で、原則として通知があつて始めて捜査機関が動くのであって、通知がない限

り捜査機関は動かないということでもある。即ち、委員会で重大な過失と判断しない限り刑事捜査は行われぬということである。上記のようにこれまでと比べて、刑事処分への道ははるかに謙抑的であり、普通に真摯に医療をしている限りは刑事処分に該当しないようになっている。しかも、その判断は医療の素人ではなく我々医療者の代表にまかされるので、逆に我々の責任が極めて重くなるということである。

この委員会からの捜査機関への通知が、学会員の数としては全体の1割にも満たない救急学会と麻酔学会において受け入れられず、マスコミにも政界にも医学界は分裂しているという印象を与えた。多くの点では2学会とも共通の認識が持てたが、特に「重大な過失」という事項においては警察に我々医療人の権利が脅かされるという観点から反対の意向が強かった。このことにより、医療関連死死因究明制度は国会でも取り上げられず、政界の混迷の内に現在もその制度化は埋もれたままになっている。民主党案もその形をいまだ見せていないのが実情である。

## 5. 新たな提案 (図3)

上記のような状態が現在続いているが、医師法21条は相変わらず存在し、医療関連死が警察への届け出を強制される状態は我々医療の背後に厳然として存在する。モデル事業があるところは警察もそれを尊重してくれるが、それがなければ医師法21条の呪縛のなかで喘がなければならない現状である。我々医療人は小異を超え、大同団結してこの事態を乗り越えなければならない。種々のシンポジウムでも皆第3者機関を設立するところでは一致しており、その違いは上に述べたように「重大な過失」だけに縛られると言っても過言ではない。

そこで私見ではあるが、これをお互いに乗り越える提案をしてみたい。

種々の医療関連死事例が医療安全調査委員会に報告されてくるが、この中で故意、改竄などの事