

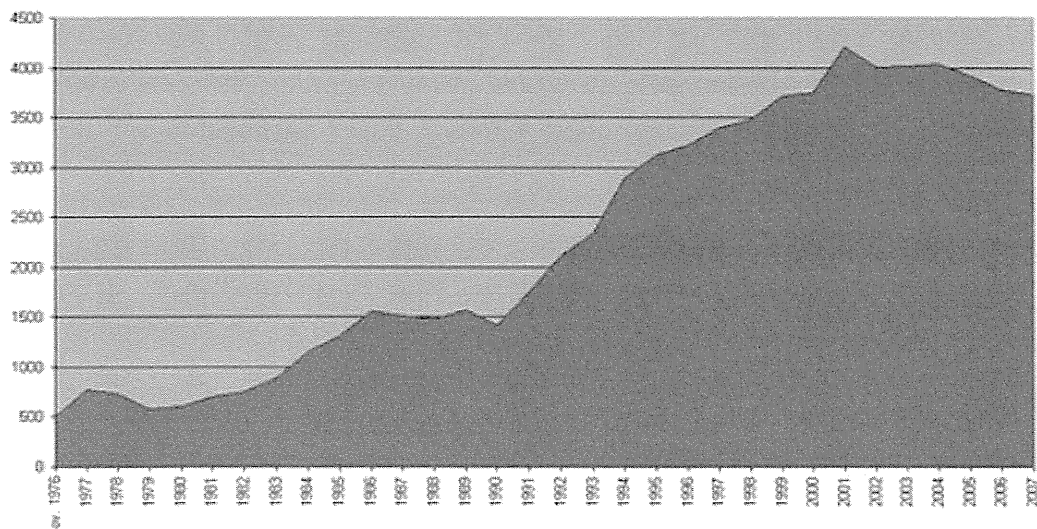
2000年に入ると、さらに、患者取り違い、薬の投与量ミスといった事件が起こり、医療不信が再び高まったのを受けて、2003年に事件事例情報の取り扱いに関する検討部会が、連邦政府レベルで設置された。この検討部会は、医療安全と信頼の向上を図るための社会的システムの構築を求めるとの提言を出している。また、解決策の中には、事件事例の情報の収集・分析、改善方策を社会に還元することを柱にすえ、行政および事故の直接関係者から独立した中立的な第三者機関の設置を提言している。これは、イギリスと同じである。

また、日本と比較した場合、ドイツも、イギリスと同様に医師会（Ärzttekammern, ÄK）への加入が強制である点で異なっている点には注意が必要である。さらに、医師免許に関しても、イギリスと同じく、各診療科ごとに専門医資格が必要とされている。医師資格制度は、連邦医師法（Bundesärztleordnung, BÄO）と医師免許令（Approbationsordnung für Ärzte, ÄAppO）によって規定されており、そのうえで、前述のようにドイツは連邦制をとることから、州の医療職法（Heiberufsgesetz）ないし医療職会法（Heilberufekammergesetz）も、重要な構成要素となっている。連邦医師法には、免許要件（3条）、免許の撤回・取消（5条）、停止（6条）などが規定されている。また、大学医学教育と医師試験・免許の詳細については、連邦医師法の委任（4条1項）の下、医師免許令によって、全国を統一的に規定している。その一方で、州の医療職法によって、医師会の組織、卒後研修、診療科の標榜などが規律されている。家庭医は、専門医として明確に分化されている点も日本とは異なっている。

ドイツでは、医師会（ÄK）が、行動基準や職業倫理の決定を行うとともに、その責任を負っており、裁判外処理を行うのも医師会（と損害保険団体）が中心となっている。

以下のグラフは、1976年から、2007年までの調停・鑑定のカes数の推移である。1990年以降、急激に数が増えるのは、東西ドイツ統一により、東ドイツの各州（ブランデンブルク、メックレンブルク・フォルポメルン、ザクセン・アンハルトおよびチュービンゲン）のデータを含んでいることによる。

図7. ドイツにおける調停・鑑定のケース数の推移（1976～2007年）



de Vries et al. (2009) *International Comparison of Ten Medical Regulatory Systems*, RAND Europe: 47（報告書より直接引用）

2000 年はじめに 4000 件に達したのをピークとして、近年は調停・鑑定のカース数が減少傾向にある。ただ、イギリスと比べて、分権的特性の強いドイツのシステムに関して、問題点が指摘されていないわけではない。調停所および鑑定委員会の判断には拘束力がないことがプラスに働き、自由に制度が発展してきた一方で、紛争解決の実効性や患者・医師の関係の維持・修復への効果がどのくらいあるのかという点についてはあまり明らかではないとの指摘もある。ただ、調停所や鑑定委員会の最終判断に当事者が従っているか否かを 1 つの指標とすれば、賠償の支払い側である保険会社も含めて、かなりの程度が最終判断に従っており、結果的に裁判とならない点では有効性が高いといえるだろう。また、1970 年代の制度設計の際に強調された、医師の特権意識の克服、および事実究明を迅速かつ公正に行うという主目的は、原則が貫かれており、対応手続きが無料であること、診療上の記録は裁判外で閲覧することが認めていることから、裁判手続きに比べて、スピードおよび公平性が確保されているといわれている。特に、患者や家族は、法律に明るくなく、医療に関する知識を持ち合わせていないことが多いため、公正感をもった手続きの提供を保障することは大変重要である。

ドイツの制度に見られる特徴は、患者と医師、という個人の間が生じた賠償責任訴訟への対応という観点はまだ大きく、医療従事者の勤務する医療機関と個人の関係処理のための制度ではないことである。ただし、医療機関に対する訴訟数も増加していることから、医療機関の責任者が関与する場合もあるという。また、患者と医師のコミュニケーションという観点から、信頼関係の維持、改善にむけた苦情処理手続きや機関の充実にむけた取り組みの例も見られるが、まだ稀少なケースであるといつてよい。例として、ハンブルク大学病院には、オンブズマン制度が設置されている。

ノルウェー

ドイツと同じく、ノルウェーでも、特に際立ったスキャンダルがあったわけではないが、1990 年代後半から 2000 年代にかけて、法改正を含む制度改革に踏み切った国の一つである。

北ヨーロッパ諸国には、医療・社会福祉サービス提供者を管理・監督する政府組織のコンソーシアム European Partnership for Supervisory Organisations in Health Services and Social Care (EPSO) が存在する。このコンソーシアムを結成した中心メンバーとなったのが、ノルウェーの医療社会福祉監督庁 (*Statens Helsetilsyn*) とオランダの医療監督庁 (*Inspectie voor de Gezondheidszorg*; IZG、英語名は Dutch Inspection for Healthcare) である。

ノルウェーは、北欧諸国の一つの典型的な国として、高税率の代わりに手厚い福祉サービスを提供する福祉国家として知られている。そのため、医療サービスの提供は、基本的に政府の責任であり、医療への平等なアクセスは、国民の権利とされる。これまでのところ、医療・社会福祉サービスは公的セクターが行うことが原則となっており、4 つの地方医療局が、連携してサービス提供機関の質および医療安全の監督にあたっている。監督官庁として、医療社会福祉監督庁が医療・社会福祉・児童福祉サービスのすべてを一括して規制している。

医療社会福祉監督庁には、約 80 名の常勤スタッフが配属されており、そのうち、20-25 名は弁護士、20 名が医師、10-15 名の看護師及び医療従事者、その他、社会福祉士や社会科学の専門家となっている。各医療機関への定期的な査察や医療事故・ヒヤリハット報告から得られた情報の通達、患者からの苦情・相談も一括して受け付けている。

医療社会福祉監督庁は、3つの部署から構成されており、第1部署は、弁護士及び異なる専門医から構成され、医療機関の査察によって得られた情報をもとに、医療の質および法的要件を満たしているかの判断を下す。医療ミスに際して、懲戒を含んだ裁定もこの部署で行われる。第2部署は、元医療従事者を中心とするスタッフで構成され、監査・査察を担当し、第3部署は、医療社会福祉監督庁のガバナンス他の事務一般を担当している。

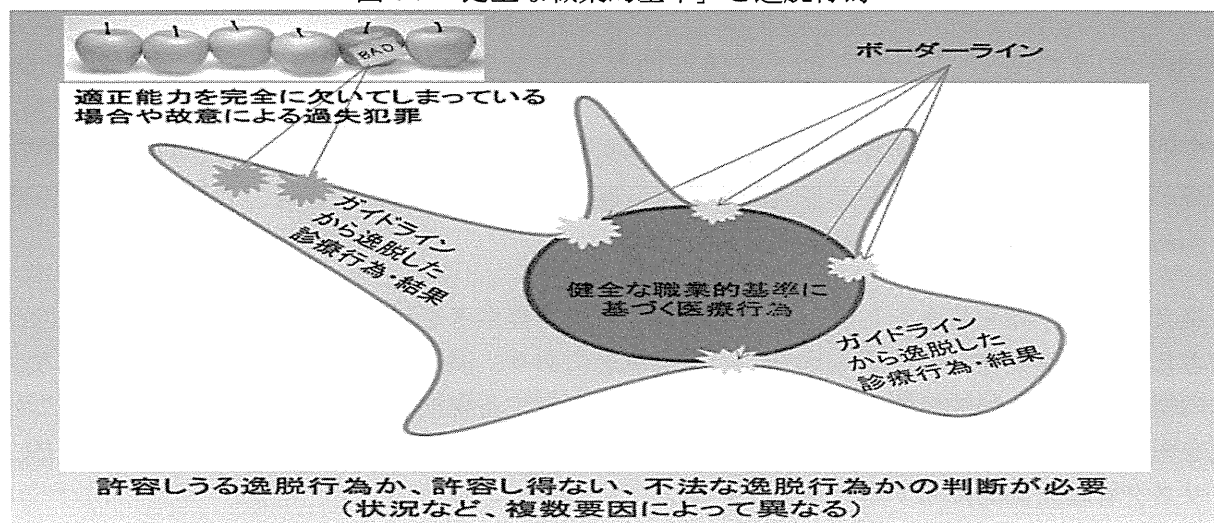
1990年後半以降、議会も様々な立法化を行ってきたが、中でも、1999年医療従事者法（The Health Personnel Act, 1999）は重要である。この法律によって、医療従事者各人が「健全な職業基準」に基づく医療行為および「思いやりのあるケア」を提供しているか否かを判断する義務を負うこととなった。同時に、医療提供者は、医療従事者がこれらの要件を満たす医療行為を行える環境を提供する義務を負うこととなったのである。

ほかにも、近年では、患者の権利法（The Patient's Rights Act, 2009）も施行され、病院他の医療提供団体、医療従事者が法的にも規制されるようになってきている。このように立法による患者安全の動きも加速してはいるものの、ノルウェーの法律には、それぞれの法律の中に細かな要件は書きこまないという法律上の特徴もある。すなわち、医療行為の適性を測るうえでは、あくまで、職業的自律性が基本となっている。「健全な職業的基準（*sound professional standard*）」と「思いやりのあるケア（*considerate care*）」の2つの視点からその質と安全性について判断が下されるべきである、という大まかな「枠組み」だけが法律には示されているのである。

「健全な職業的基準」については、以下の3点が大まかな合意として存在する。

- 法的根拠：専門医の診療行為および研究実績の蓄積から定義づけされ、保健省および専門医団体・学会により提示されるガイドラインほかをもとに判断
- 可変性：監督庁や法廷の専門家によってこれらの基準に対して異議申し立てがなされることもあり、医療倫理やその他の時代的背景から見直しが迫られることもある
- 立法機関の役割：立法機関は「健全な職業的基準」が下がることなく、むしろ向上するためのサポートを提供する枠組みを作る積極的役割を担っており、医療事故などいわゆる「望ましくない結果」を回避するため、という消極的役割だけではない

図8. 「健全な職業的基準」と逸脱行為



(Dr Geir Sverre Braut /Ms Jo Kittelsen とのインタビューによる。2012年10月28日、オスロ・医療社会福祉監督庁にて。筆者翻訳・加筆による)

以上の図に示すように、医療社会福祉監督庁では、医師の専門性を基本としながら、健全な職業的基準に基づく医療行為が行われていたか否かについてまずは判断を下し、ガイドラインから逸脱した診療行為・結果については、さらに専門医団体・学会の見解を考慮しながら、行政処罰について裁定を行う。刑法を含むその他の法的処罰については、適正能力を完全に欠いてしまった医療従事者や故意による過失犯罪という極めて稀で異例なケースに限る、とのことである。

オランダ

EPSO の設立に関与したもう一つのリーダー的存在の国が、オランダである。医療提供の面からは、イギリスやノルウェーとは異なり、公的サービスが主流を占めるというわけではない。公的医療（公設・非営利機関）とともに、民間・自由医療の両方によって支えられてきたという点で、フランスやアイルランド、そして、日本により近い。

そうした背景もあり、医療提供機関を選択するのが、患者の権利として確立されているのもオランダの医療制度の大きな特徴である。冒頭で述べたように、国民の多数が、「医療機関・従事者」が医療安全にもっとも大きな責任を負う、と捉えているのも理解ができよう。

患者としてだけではなく、医療サービスの「消費者」という観点も進んでいるオランダでは、医療サービスが他の商品・サービスと比較して語られることも多く、顧客サービス、アフターケアとして、様々なルートで不平や苦情を訴えることができるようになっている。医療過誤の疑いがあるケースについて申し立てを受け付けるのも以下のルートで行われる。

- 医療提供者の患者相談窓口
- オンブズマン
- 医療監督庁（IGZ）
- 懲罰審議局（英語で Disciplinary Board）：医師だけではなく、看護師、薬剤師なども対象となる。地方局と中央局があり、裁断に不満な場合は、中央局に不服申立が可能。
- 調停委員会（英語で Dispute Committee）：これは、医療提供者が合意し、同席する場合のみ可能。賠償を伴う場合はここで議論され、決定が下されるが、さらなる不服申立は不可能。
- 裁判所

1990 年代初頭に、オランダでも個別的医療従事者法（The Individual Health Care Professions Act, 1997）が立法化され、1997 年に施行されたことで、それまで医療懲罰法と別個に存在していた法律が、一つにまとめられた。個別的医療従事者法は、11 章、148 条から構成されており、その最大の目的は、医療の業務水準を向上させ、これを監視するための条件をつくることとされる。

患者の権利保障を基本として、患者が質の高い医療提供者を選択するための環境整備を行う。さらに、医療業務の開放がもう一つの基本概念にあり、高リスクの処置（カテーテル挿入、内視鏡検査、外科的処置等）については、権限を有する専門職のみに業務遂行を認めることを明記し、また、看護師ほかの登録制を徹底させ、研修システムも法律で義務化するなど、リスク管理を法的にもサポートしている。

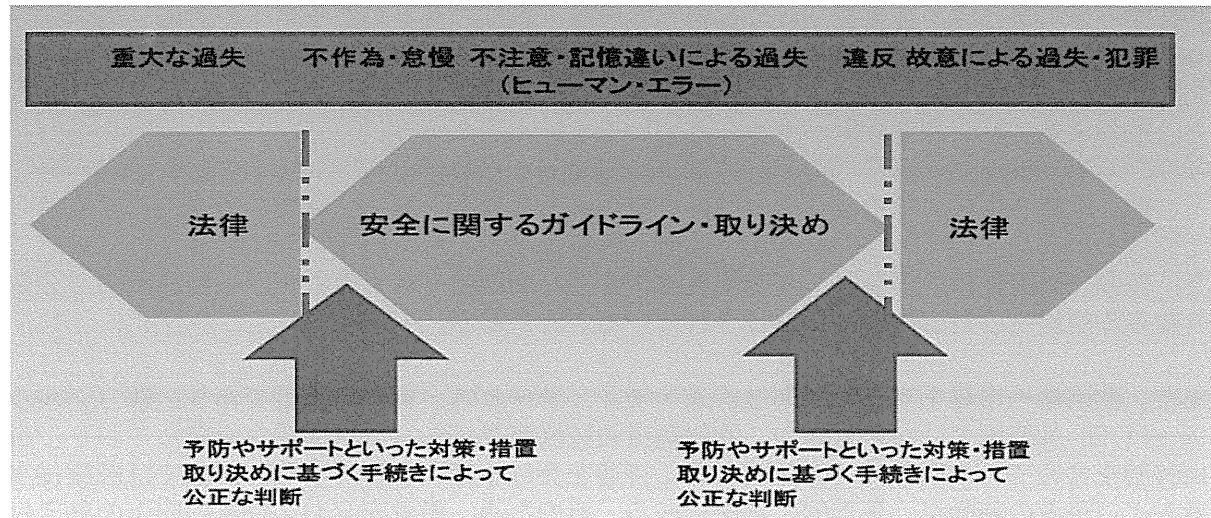
「逸脱行動」者を選定するために強化された登録制度の中には、訓告、戒告、罰金、1年以下の停職処分、専門職資格を用いる処置に関する権限の一部剥奪、登録簿からの抹消（専門職からの追放）までの厳しい行政処分も含まれる。

この法律の施行によって、現在、医療従事者の行政処分という意味では、懲罰局及び調停局が主要機関となっている。

各地方の懲罰審議局は、3名の法律家、2名の医師免許保持者（適切な専門医）からなり、審判は原則として、公開制である。審議局が下す裁定には、戒告、懲戒、上限4500ユーロの罰金、最長1年間の免許一時停止、免許取り消しがある。2003-2007年のデータによれば、年間平均約1300件のケースが持ち込まれ、地方レベルでの裁定結果に対して満足したと回答した患者・遺族他が全体の約75%であった。一方、調停委員会で取り上げられたケースの件数を見ると、42件(2007年)、26件(2008年)であった。申し出のうち約8割(76%)は、委員会では取り上げられず、却下または、審議局へ送付されるなど、採択率は低い。

オランダでも、医療機関における「不自然な死」に際して、医師は検死官に届け出ることが義務付けられている。「不自然な死」は、医学の準則(lege artis)に則った医療行為による死亡も含まれるが、オランダにおいては、「事故や暴力を含む外的な力、過失または故意、自殺などによって、直接・間接的に引き起こされた結果としての死」と定義されている。そのため、「自然死」か「不自然死」かということについての見解が、検察官と医師の間で分かれることもあるが、起訴に至るといふケースはほぼない、とあってよい。(医療監督庁 Dr Ian Leistikow との電話聞取調査による。2013年2月15日)

図9. 医療における「公正な文化」の醸成



(Global Aviation Information Network、2002 をもとに筆者翻訳及び作成)

オランダにおける調査でも、上記のような「公正な文化 (Just Culture)」（日本では「安全文化」と意識されることもある）という概念が、繰り返し主張されていた。公正さの中には、法的な概念だけではなく、社会的正義や説明責任といった社会システムにとって大変重要な構成要素も含まれるが、この「公正な文化」を支えるためにも、健全な職業的基準に基づく医療行為、医療従事者の参画が欠かせない、ということであった。

医療安全にとっては、法律が介入すべき範囲と、そうではない範囲とが介在する。上の図で橙色の中心部（「安全に関するガイドライン・取り決め」）にあたる後者に関しては、職業的自律性を保ちつつ、予防や職業教育やトレーニングなどのサポートといった対策・措置を通じることでギャップを作らないにすることがあり、そのために医療監督庁などが存在するということである。

おわりに：北ヨーロッパにおける制度全般、改革の動向から学べること

以上、イギリスおよび北欧州諸国における聞取調査から得られた情報を中心として、ヨーロッパの制度全般について概観してきた。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。

以下のところでは、まとめとして、概観してきた欧州諸国の制度および近年の改革の方向について、共通点および相違点について記すこととしたい。

まず、全体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うえで、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、という点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。

その他、欧州各国における改革の方向性にみられる共通点として、職業的自律性だけに頼った制度の限界についての強い認識が、政府、医療従事者、広く国民の間で共有されていること、医師や医療従事者の免許・登録制度は従来より制度化されてきたが、医療機関内での取り組みや規制への対応の弱さが注目されていることがある。

また、欧州単一市場を支える原則は、人・モノ・サービス・資本の移動であり、EU（ノルウェーはEU加盟国ではないものの、欧州経済領域協定及びシェンゲン協定を結んでおり、自由移動を含めて、多領域でEU諸国と同じ待遇を受ける権利を得ている）内部では医療従事者および患者の移動が、基本的に自由である。そのため、患者安全および質の向上の動きは、欧州全体としても取り組まれなくてはならない問題として認識されている。

しかしながら、言葉や文化だけではなく、医療および法制度の違いといった各国それぞれに異なる特徴への配慮は欠かせず、それらの則る形で制度の調整を進めてきていることも記しておくべきだろう。

制度形成および調整の過程では、患者および非医療従事者（一般民意）の声が反映される制度となっているか否かが、メルクマールの一つになっていることは間違いはない。言い換えれば、医療従事者の懲戒審査および裁定を行う制度が、医療過誤に際して個別のケースを扱い、

公明正大な判断を下す、という最も大切な機能を果たせるものでなくてはならないというだけでなく、医療の質の向上および公共安全を守るための一助とならなくてはいけない、という社会的次元から、位置づけられていることになる。それゆえに、プロセスの透明性、説明責任は、確保されねばならず、専門的知識を持った医師集団とそうではない一般人との間での信頼の醸成、そして、両者の協働が欠かせない。

各国の制度における相違点としては、イギリスのように、専門職集団の規制・監督をめぐって、第三者機関を多数設置する国もあるが、これは稀である。近年の改革のもとを辿ると、スキャンダルという形で噴出した「閉鎖性に由来する医療や医師への不信感」に起因していたことが背景にあり、とりわけ、GMC 型の国々では、政府も、そして、医療界も、第三者機関、そして、さらに第三者機関を監督する独立機関の設置に動いたものと考えられる。

しかし、非 GMC モデルの国では、専門分野・知識への尊重、さらに、医師の自律性がまだまだ基本とされている。これは、非 GMC モデルの国で公共性が重視されていない、ということの意味するのではなく、医療界に対して、中立的な政府組織の介在が、むしろ公共の信頼を担保し、同時に、公平性・専門的知識のバランスを提供することに寄与している。上記の通り、非 GMC モデルの国でも、公開性、透明性、説明責任が中核をなしていることは間違いない。制度モデルの違いに拘らず、どの国でも聞かれた主張は、医師の刑事訴追が医療安全につながる、という考えは安易であるということ、しかし、「公正な文化」を達成するために、制度の隙間を埋める努力は怠ってはならない、ということであった。

イギリスおよび北ヨーロッパ諸国を中心とする調査を通じてわかったことは、制度設計・運営において最も重要な点は、「公共性」、「透明性」、「専門職的自律性」であり、それぞれのバランスをいかにしてとるか、ということである。その意味で、わが国における制度の再設計および実用の過程は、医療・患者関係者を中心としながら、一般市民にも医療制度を全体から見直す機会を提供するとともに、参画を通じて、社会における公共財としての医療サービス、医療界への信頼性を醸成する好機とも考えることができるかもしれない。限られた資源の中で、医療の質・安全の確保に寄与する制度を確立させるためには、日本の社会・医療システム固有の強みを活かしながら、長期的に運用維持が可能な制度設計、そして、定期的な評価と再検討を行っていかなくてはならないだろう。その過程で、今後もアメリカを含むイギリス・ヨーロッパ諸国の制度や運用状況の成功・失敗事例から学べることは多いと思われる。

謝辞

本聞取調査にご協力下さった皆様、高本班タスクフォースのメンバーの先生方、サポート・事務でお手伝い下さった方々にこの場を借りて感謝致します。

引用文献・参考資料

（ただし、諸機関の年次報告書などは除く）

- 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.
- 黒川清・児玉安司（2000）「医療の安全性 “To Err is Human”」『月刊学術の動向』（2000年2月号），6-13 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.
- 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.
- Baldwin, R., Cave, M. & Lodge, M. (2010) *The Oxford Handbook of Regulation*. Oxford University Press.
- Brazier, M. & Alghrani, A. (2009) Fatal medical malpractice and criminal liability. *Journal of Professional Negligence*, 25(2), 49-67.
- Dekker, S. (2007) *Just Culture: Balancing safety and accountability*. Ashgate Publishing.
- Department of Health (2006) *Memorandum of Understanding*. London: DH.
- Department of Health (2006) *Guidelines for the NHS*. London: DH.
- Department of Health (2009) *Tackling Concerns Locally: Report of the Clinical Governance Subgroup*. London: DH.
- de Vries, H. et al. (2009) *International Comparison of Ten Medical Regulatory Systems*. RAND Europe.
- Ferner R.E. & McDowell, S. (2006) Doctors charged with manslaughter in the course of medical practice, 1795-2005: A literature review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 99, 309-314.
- Holbrook, J. (2003) The criminalisation of fatal medical mistakes, *British Medical Journal*, 327, 1118-1119.
- Humphrey, C., Hickman, S. & Guildford, M. (2011) Place of medical qualification and outcomes of UK General Medical Council “fitness to practise” process: cohort study, *British Medical Journal*, 340, d1817.
- Leflar, R.B. (2009) ‘Unnatural Death,’ Criminal Sanctions, and Medical Quality Improvement in Japan, *Yale Journal of Health Policy Law and Ethics*, 1: 1-51.
- Lindøe, P.H., Kringen, J. & Braut, G.S. (Eds) (2012) *Risiko og tilsyn: riskostyring og rettslig regulering*. Universitetsforlaget.
- Mears, A., Vesseurs, J., Hamblin, R., Long, P. & van Ouden, L. (2011) Classifying indicators of quality: A collaboration between Dutch and English regulators, *International Journal for Quality in Health Care*, 1-8.
- Rodwin, M.A. (2011) French medical malpractice law and policy through American eyes. *Drexel Law Review*.
[インターネット他]
- <http://www.bundesaerztekammer.de/>
- http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Gutachter_und_Schlichtungsstelle_n.pdf
- <http://www.oniam.fr/>
- <http://www.sante.gouv.fr/commission-nationale-des-accidents-medicaux-cnamed.html>

アメリカ・ワシントン州における届出と再教育制度の現況
ワシントン大学ハーバービュー医療センター
南立 宏一郎

はじめに

本邦にて検討されている医師の届出ならびに医師再教育に関する新制度案 (slide2)において、総合調整医及び医療安全委員会の役割が非常に重要である。本稿ではアメリカ合衆国・ワシントン州において、総合調整医と医療安全委員会と同等の役割を担っている Medical Examiner (ME) ならび Medical Quality Assurance Commission (MQAC)の現況を報告する。またアメリカ・ニューヨーク州における届出制度は大木隆生先生（東京慈恵会医科大学外科・教授）が報告されている。

アメリカにおける届出制度と警察との関係

アメリカにおける大原則は、診療行為に関連した死亡例を、その死亡原因となる医療行為が故意でなければ、医師並びに病院は警察へ届ける必要はない。法医学会の異状死ガイドラインや医師法 21 条に基づく警察への届出がほぼ義務化されている日本とはこの点が大きく異なる (slide3)。筆者は当地(ワシントン州・シアトル市)において、日本における警察への届出制度に関して、こちらの ME, MQAC の委員、医師、病院の risk manager にインタビューし、意見を求めた。彼ら全員が驚き、納得せず、「医師・病院による届出後に、所轄警察から検案に来る方々は医療過誤かどうか、判断できるほど十分な医学知識があるのか？」と質問され、返事に困窮した。

Medical Examiner (ME)

Medical Examiner (ME) の役割が新試案の総合調整医に相当する (slide4)。ME は医師免許が必要である。卒後 3~4 年のトレーニングを受けて、専門医となる。ME は州政府に雇用されている。ワシントン州における ME の活動状況を論ずる前に、ワシントン州を簡単に紹介する。ワシントン州はアメリカ合衆国の北西に位置し、面積は約 18 万 4827km² (九州の約 4.4 倍)、人口は約 670 万人(九州の約 0.5 倍)である。ワシントン州は 39 の county とよばれるに行政区分に分けられている。この中で、わずかに 5 つの county が Medical Examiner を雇用している。またシアトル市が位置する King County はワシントン州で最大の county で、人口約 190 万人、面積は東京 23 区の約 2.5 倍であり、7 人の ME を雇用している (slide5,6)。常勤 ME がいない counties においては Coroner が ME と類似した仕事を担っている。Coroner は必ずしも医師である必要はないが死体の検案・検死等を行い、非常に問題がある症例に関しては、ME にコンサルトしている。

ME が検案する症例は

- 1 死亡直前まで健康である
- 2 死亡前 36 時間以内に病院で診療を受けていない
- 3 不自然な、不合法な疑いのある死亡
- 4 原因が不明、あるいは暴力行為が関わっている死亡例

が挙げられ、伝染病に起因する、あるいは身元不明の死亡症例の検案も扱っている (slide7)。

ME への診療関連死の報告経路は各病院によって異なっている。筆者の病院では外傷、交通事故、ガンショットで死亡した症例、入院後 24 時間以内および手術室で死亡した症例、医療過誤が疑われる症例は院内の **risk manager** が ME に報告している。いわゆる医療過誤があるか、あるいは犯罪性の有無はすべて ME が判断する。ME は調査によって医療過誤を疑えば **Medical Quality Assurance Commission** へ、犯罪を考慮すれば所轄警察へ連絡する (slide8)。

Medical Quality Assurance Commission (MQAC)

現在、新制度にて検討されている医療安全委員会の役割は、ワシントン州では **Medical Quality Assurance Commission (MQAC)** に相当する。MQAC はワシントン州政府からの全権委任である (slide4, 9)。

MQAC の目的は医療を受ける患者さんへの安全性の確保である。本稿執筆中の現在 (2013 年 5 月) 委員会は 21 名から構成されている。先ず主要臨床各科からすでに第一線を退いてはいるが、知識、経験のいずれも豊富な医師が 13 名である。その他、フィジシャン・アシスタント (医師の監督下に採血、縫合などの医療行為を行う職種) が 2 人、また非医療従事者 (弁護士、牧師など様々) が 6 名である。ワシントン州知事が委員を任命する権限を有し、委員会の運営は州知事の委託である。このため委員会の決定は州知事の決定と言っても過言ではない (slide9)。

MQAC は医療従事者が問題を起こした場合、彼らに対する懲罰、再教育の方法を決定する。また医療従事者の免許の有効、無効化を判定する。医師法の改定案、草案作成等にも関係し、かなりの権限を有している (slide10)。

MQAC への調査依頼は ME のみならず、自己申請、患者、家族、本人以外の医療従事者 (看護師、薬剤師など)、病院 **risk manager** また弁護士、一般市民から来る (slide11)。

MQAC へ調査依頼が来れば、先ず 2~3 人程度で小委員会を行う。提示された問題が複雑で、全員による討議が必要と判断すれば、正式な委員会を経て、最終的な決定を下す。この委員会により、以下の三つに帰着される (slide12)。

- 1 懲罰なし
- 2 非公式懲罰
- 3 公式懲罰

懲罰なし

これは医療従事者の過失を否定し、これ以上は議論しない

非公式懲罰

非公式懲罰とは免許剥奪、停止など厳しい懲罰ではないが医療従事者が医療行為を再開するためにある一定の再教育、リハビリ等を義務付ける。この場合、当事者が記録改ざんや偽証などの不正を行っておらず、またMQACの決定に異議を申し立てないことが前提となる。つまり自分の過失ならびに自身への再教育、リハビリ等の必要性を認めた場合である(slide13)。

MQACが医療従事者に紹介している再教育ならびにリハビリプログラムとしては下記の3つが有名である (slide14)。

CPEP (Center for Personalized Education for Physicians)
PACE (Physician Assessment and Education Program)
SPEX (Special Purpose Education)

各プログラムの内容はインターネットで調査可能である。

公式懲罰

公式懲罰には戒告、保護観察、免許取消、猶予、停止、医療行為の制限といった種類がある。MQACが公式懲罰を決定する場合は、その過程を慎重に進めなくてはならない。当事者が異議を申し立てれば、聴聞会は必須である。またその際には、ヘルスロージャッジが責任を負い、MQACから3~5人程度の委員が陪審員となる。また公式懲罰を最終的に決定する際には、確実な証拠、事実確認が必要である(slide15)。昨年度の公式懲罰の例を挙げる。この医師は2全く必要のない皮膚の標本を数多くの患者さんから合計で247回も採取している。この行為は絶対的に医師のモラルに反し、また患者さんに対する abuse であると判断され、最終的な公式決定は “The Commission permanently revoked Respondent’s license.” つまり医師免許剥奪である(slide16)。

医療過誤以外で公式懲罰を受ける主な理由として、診療記録の改ざん、不正請求薬物乱用、調査に非協力であった場合、患者さんに対するセクシャルハラスメントなどがあり、また診療以外でも医師としてふさわしくない行動（非常に悪質な交通違反など）も挙げられる(slide17)。

MQACの決定は医療従事者の将来に大きく影響を与える可能性がある。公式懲罰による免許剥奪は失業を意味し、また医療行為の限定は、専門医の失効につながる可能性がある。公式・非公式に関わらず懲罰を受けると、保険会社からの支払いが滞ることもあり得る。非公式懲罰では免許の無効化はないが、保険会社からの支払いが滞れば、雇用の非継続、失業へとつながり、最終的には免許無効化と同等になる可能性がある。またマスコミの過熱した報道や公衆にさらされる罪悪感により、精神障害をきたすこともある。罰金、あるいは再教育やリハビリのプログラムに参加する費用も自己負担であり、経済的にも困窮する可能性がある (slide18)。

各事例に対するMQACの決定事項は、インターネットにて一般公開され、医師ならびに医療従事者の名前や免許番号等が分かれば、一般市民も情報を得ることができる。再教育方法ならびにリハビリテーションの内容もインターネットで一般に公開されている。

マスコミとの関係

1年半前にシアトル小児病院で、先天性心疾患の乳児が、看護師のカルシウム過剰投与が原因で死亡した。MQACの調査中にマスコミの報道が過熱し、担当看護師のプライバシーにも及んだ。MQACの調査終了前にこの看護師が自殺するという最悪の幕切れであった。本邦においても、新制度が始まれば、事例並びに関わっている医療従事者も報道される可能性がある。その際に、どの程度の情報を開示すべきかも今後の課題の一つである (slide19)。

アメリカ・ワシントン州の届出制度および懲罰、再教育の現状、特に新制度において中心、かつ重要な役割を果たす総合調整医、医療安全委員会の役割に相当するME, MQACについて紹介した。

診療関連死の中立的原因分析：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原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原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人家族が民間保険に入ろうとしたら、一人三〇万円×四人分で年間一〇〇万円。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。無給の研究者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の四時だったので、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、精神病院に収容された。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ロ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た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。そのうち外科医はブ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。

「私は病気のことも治療法も、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。いくつかりスクはありますが、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得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