

話題提供

第三次試案(大綱案)は、いずこへ

日医内の医療事故責任問題検討委員会において、慈恵医大外科教授の大木隆生先生から、医療費や人的資材の日米の比較について講演があった。その委員会の委員でもある高杉敬久広島県医師会副会長より次のとおり報告を行う。

医療事故とは？今一度考える ～慈恵医大教授・大木隆生氏講演から

広島県医師会副会長 高杉敬久

医療事故問題での対応で、今、医療界が大きく揺れている。医療行為での不幸な結果は、患者・家族も、医師・医療者も、決して望んでいないことではない。完全なる結果を求めるのは、当然のことであり、不幸な結果は、許しがたく誰かにその原因を求め、特に医師に責任を押しつけ、償わせようとする風潮が高まっている。

医療という不確実性の高い治療行為の中では、たとえ十分な情報があっても個人差があり満足する結果がでないことはしばしばある。ましてや刻々変化する緊急・救急・救命の場合、患者・医師の双方とも、運次第としか説明できない事例がしばしば起こる。普通の医療でも、予想外の病状の変化で戸惑い、また危ない場面があるのも事実である。不幸に出会った患者・家族の思いは十分に理解できるが、医療当事者にとっては悪い状況が重なったとしか説明できない事例が、数限りないことは医療者以外にはあまり知られてはいない。

医師と患者の関係が良好な時代？医師側が一方的であった過去を否定するものではないが…、今日は患者の権利を守るという主張のみで、現場で真剣に対応している医師・医療現場を一方的に非難・糾弾することは、果たして正当なのであろうか？こんなに頑張ったのにどうして報われないのか？こうした医師の悲鳴とも聞こえる声があちこちから聞こえてくる。立ち去り型サボタージュの言葉に代表される医師の退場、特に救急現場からの医師の戦線離脱・撤退の大きな原因はここにあると考える。

日医内の医療事故責任問題検討委員会は、医療事故に対する医師責任をどのように考えるか？医療事故に対する社会の要望にどのように

応えるか？厚生労働省の医療安全委員会の検討にどう反応するか？警察への通報による犯人探しのための医療現場に対する捜査への対応？また医療事故に対する医療界の自浄作用が必ずしも機能してこなかったとの反省から、この委員会は立ち上げられ、刑事処分になる行政処分に対応できないか？専門家での検討が重ねられている。

犯罪ともいえる詐欺・怠慢・偽装は刑事処分で罰せられるのは当然であるが、医療行為と交通事故を同じ次元で議論することが社会に利益となるとは思えない。業務上過失致死罪と過失致死罪に大きな違いがあることは一般には知られていない。医療者は専門職であるがために、業務上事故を予知できるとされ、事故の危険の可避義務違反で一方向的に問われることは容認できない。交通事故の過失致死罪とはその意味を大きく異にする。医療事故は社会的に犯罪と同じ評価をされ、不測の事故とはみなされることなく、不作為の罪、すなわち計画的犯罪と同じ意味に解されるということである。またシステムエラーとしか思えないものも、個人の責任として処理されている不合理性に恐ろしさを感じている。

医療事故での医師責任問題は避けられないのか！医師の行政処分をどうするか？患者・家族と行政への要望と課題にどう答えるのか？課せられた責任の重さに立ちすくみながら、若い医師・後輩たちに筋の通った考え方を残したい・したいとの思いで、この議論に参加している。

日医内の医療事故責任問題検討委員会の第5回目では、米国で心臓血管外科の臨床場面での

医師責任について、慈恵医大外科教授・大木隆生氏の講義を聞く機会を与えられた。米国の医療は、資源もマンパワーも素晴らしい。常に成果を求められる厳しい現実もあるが、世界中の英知が集まり、臨床の場面でもさまざまな挑戦・活躍が行われている。

しかし彼の経験から、米国では医師の医療行為に対しては、不正がない限り罰せられることはないことは事実のようである。以下講演の要旨を報告する。

大木教授は、アルバート・アインシュタイン大学教授時代の、平成18年2月から約半年間、朝日新聞に心臓外科医の目で見えた日本の医療を「私の視点」として7回のシリーズで、米国の医療と比較しての意見を載せている。また今年の文芸春秋8月号で日本の顔として、巻頭に写真入りで紹介された、まさに「現代版ブラックジャック」そのものの人である。

現場からみた医療事故

米国は医師・看護師・事務員は約5倍のマンパワーがあり、患者に対し金も人も使っている。医師に対しても、桁違いの医療秘書を含めた人的サポートがあり、十分な余裕ある時間で仕事のできる環境があり、その労働条件は日本と全く違う。日本の医療は、費用対効果のみでみると世界ランキングが一番であるが、劣悪な待遇・労働条件に耐えながらの医師・看護師の献身的努力で支えられているのが実態である。日本の医師の労働量は、すぎましい！の一言に尽き、これを無視して、医療安全も、患者への十分なインフォームドコンセント(I・C)も比較できないのは当然だろう。米国の医療と対比して論じる時、医療背景が全く違うことを考えることなしでは不可能だ。医療バッシングの増加で、医師がやり甲斐をなくしてしまっているのが実情だし、医療事故件数の増加はマスコミが煽った結果であるし、これらの相乗作用で医療崩壊につながっている。

米国での異状死は？

アメリカでの異状死は Medical Examiner (ME: 検死官) へ届けることになっており、犯罪性がない限り、日本のように警察が関与することはない。MEである第三者が、警察へ届けるかどうかを判断するので、医療関連死はほと

んどがME止まりとなる。医療が不適切のときはMEからOPMC (The Office of Professional Medical Conduct: 医療行為監視委員会) へ通報、調査が入り、事情聴取がされるという。MEは地方公務員であり、ニューヨーク州だけで300人位を数え、その半数が医師免許を持っている。また、この仕事は専従であり、医師が片手間にできる仕事ではない。当然全米では相当の人数になる。

MEへの届け出は病院内からも、病院外からも行われ、24時間以内になされるが、病院が全てを報告するわけではない。予期されたものかどうか? 犯罪性があるか? 過誤があるか? で判断され、予期された死亡はOPMCで止まり、警察へ行くことはないそうである。明らかな怠慢・過誤の場合OPMCが動き、さらに警察が動くのは犯罪性のある時のみである。

Misconduct すなわち非行・不品行・職権乱用・不当管理・不正・不法行為・詐欺・明らかな過誤・怠慢・標準から大きく反れた医療・偽装等々がOPMCで取り扱われ、予期される合併症また医療事故は、犯罪性がないので取り扱わないとしており、通報されたもの全てを行うわけではない。十分な根拠がない限り、確証がない限り出動しないそうである。

またOPMCの権限はきわめて強く、医師の処分を決める。そして懲戒以上は公表されるので、医師の社会的ダメージが大きく、医師はOPMCの懲罰が一番恐れている。また日本と大きく違うところは、“アメリカには医師の応召義務はない”ことだと強調した。

大木教授の経験から

そして大木教授自身はOPMCへの出頭経験が3例あったそうであるが、いずれも処分はなかったと報告、その内2例を紹介した。

症例1は大動脈カテーテル経由での頸動脈ステント後、大動脈シース抜去後90分後に起きた大動脈出血死であった。結果は、ヒアリングもなく、刑事にもならず、“出血は起きるもので、無視したわけでも、怠慢でもない”として不問にされた。

症例2は腎動脈狭窄のためのステント治療での合併症である。壁在血栓が腸管と下肢へ飛び、中心静脈栄養の際の気胸と、5時間の間に3回のカテーテル手術、気胸チューブ、2回の開腹手術と、さまざまな手術と処置の末に死亡。出頭に当たって、弁護士費用1,200万円を自己負

担して臨んだそうである。元血管外科医が刑事に準ずる役を演じ、プロがプロを裁く厳しさはあるが、理不尽ではなかったと強調されており、結果は、“医師に責任はない”と不問だったそうである。

OPMCはピアレビューとなるが、専門医が第三者の厳しい目で審査、医療として適切かどうか、プロの目できちんと調べ、裁断する強権力を持った中立の組織であると実感したそうである。病院側も正当な場合は医師の味方となって正当性を支持し、弁護士費用も負担するようだ。異状死か否かは第三者機関が関与すべきであり、日本のような警察の介入には反対である。

またケアレスミスは行政処分止まりであり、犯罪性がない限り不問であると付け加えられた。

そして医療事故に対しては、米国の「High risk, High return」か、昔の日本のような「Low risk, Low return」かのどちらかにすべきで、現在の日本の「High risk, Low return」の考え方は成り立たないとまとめられた。

日本の医療事故に対する考えはどうであろうか？事故と過誤をどう区別しているのであろうか？医療はどんどん高度・複雑化しているのに、それを守るマンパワーは旧態然のまま、それを求める社会環境の変化は大きく多様化している。医療に経済を合わせるのではなく、医療費削減のみが実行され、安全に対して人も金も手当てがされることなく進んだことが、現在の不幸な結果を招いている。医療安全が絶対・当たり前前のこととして主張され、医療の不確実性を十分に説明できないまま、非難されていると考える。

お産の安全神話は産科医療を直撃している。現在の進歩した産科医療現場でも、死亡は250回に1回、出血は300回に1回の確率である。2万人に一人死亡というのは、交通事故との確率とほぼ同じということである。仮死状態から脳性麻痺となって一生保障の賠償責任？運悪く遭遇した産科医が糾弾される理不尽さは、医師にしか理解されていない。自動車事故と同じなら保険を掛けないのはおかしいということになるし、医療の不確実性はもっと理解・正当化されてしかるべきだろう。

不確実の連続が医療であり、また治療の選択肢は一つではない。医療現場では、家族の今まで元気だったのになぜ？の思いは理解できるが、重い病気が潜んでいた事実は無視して、病気の

結果次第で責任追及されることが実に多いし、通常の医療行為でもまれに不幸な結果をもたらすことは起こる。ガイドラインですら意見は分かれるし、結果のみで論争すべきでない。過去の判例基準はどのようなであろう？灰色は？どう判断されているのであろうか？無理やり白？いや黒？とされているのだろうか？医療はもともと灰色の性格のものである。どこかつつけば必ず問題がある分野であることを忘れてはならない。

交通事故と医療事故は決して同じではない。車は整備して乗るが、一方、患者は故障して来院し、症状が出たときは手遅れ状態？ということもある。

医療でのどんな判断もパーフェクトではないことを知るべきである。外科の場合を見ても、反省点のない手術はないし、反省点だらけとは真実の言葉であるし、常に100点満点の治療はないであろう。まれな合併症での不幸な結果は気の毒な現実なのだが、ここで結果責任を問われる場合、“不確実の連続が続いた結果である”と誠意をもって伝える手段しか医療側は持ち合わせていない。

医療行為の結果は白・黒と区別できるものでなく、灰色は原則的には白であろう。EBMで物事を言うのが風潮であるがEBMはデータの集まりではあるがバイブルではなく、医療事故はこのEBMだけで行使できるものではない。

さらに説明義務違反が裁判ではその行方を大きく左右するものとなっている。医療側ではインフォームドコンセント（I・C）「十分な説明と納得された同意」が十分になされたかどうか？争点となることが多い。しかしこれが行き過ぎると信頼関係が損なわれ、不安と不信につながるからやっかいである。医療行為の選択肢を十分に納得するまで示し、自己決定権を尊重する。この手順の重要性は十分に理解するが、実際は多忙を極める現場医師の悲鳴が聞こえる大変な作業である。さらに100%の結果を期待する患者に、不期待度の説明は時間と労力をとり、医療現場には大きな負担となり、緊急を要する場合では不可能に近い。笑いのない医師のコミュニケーション不足？十分な理解の確認のないI・Cでの現状突破が、医療訴訟という歪みとして現れていることは、医療側・患者側、双方にとって実に不幸なことと言わざるをえない。

高齢者を扱う場では、患者家族とアセスメントを共有し、転落・転倒・誤嚥・窒息は全例入院時にI・Cを行っている施設が増えていると

聞く。

事故があったのか?と思ったときに訴訟があるし、事故がないのに訴訟もある時代の到来は、マスメディアの影響が大きかった。しかし最近医療現場の疲弊から医療バッシングのような論調は一時より少なくなりつつある。

筆者は、医療安全制度・大綱案(厚生労働省案)は、医師を現場事情の勘案なく一方的に罰することにつながる、将来の医療に禍根を残す、究明と安全は別である、と欠点を指摘し、再検討を求めてきたが、政権交代にてその行方は分からなくなった。しかしこれまでの検討を生かして、必ずしも注目されなかった民主党案と融

合したものとして、いずれその姿を再度現すだろう。

警察介入より、行政処分で処理できないか? 虚偽・不正・改ざん等は警察へ届けることは当然として、医療界での自律的な原因究明と再発防止制度を作れないか? 日医委員会ではこれら議論が粛々と進んでいる。

逃げず、隠さず、真実を、誠実に告げる、医療現場での真摯な対応が国民の医療に対する信頼回復にとって一番であり、新しい制度はこれらを補完するものとして作られるべきであるというのが私見である。

医療機関への就職を希望

—安田女子大学・短期大学—

秘書科・管理栄養学科

安田女子大学では、広島県医師会と提携して医療機関の事務系統や栄養管理の分野で活躍できる人材を育成しています。

県医師会からは秘書科に講師を派遣していただいております。学生は医療倫理・医療関係法規・健康と疾病・患者論など、医療に関わる内容を日々学んでおります。これらを学習することで、日本医師会医療秘書認定試験の受験資格を得られ、毎年多くの学生が資格を取得しております。社会に出て、即戦力として働けるようカリキュラムが組まれており、お蔭様で、秘書科の卒業生は就職先で高い評価を得ております。

また、管理栄養学科では、管理栄養士を目指す学生が日々学んでおり、実習(臨地実習)におきましては、多くの病院の先生方や管理栄養士の方々にご指導をいただいております。学科の教員には、県医師会会員もおります。卒業生は、患者さんにやさしい管理栄養士として評価を受けております。卒業後、病院での勤務を希望している学生が数多くおりますので、よろしく申し上げます。

申込み・問合せ先

安田女子大学・安田女子短期大学 キャリアセンター

TEL 082-878-8564 (直通)

FAX 082-878-7731

広島県医師会 学術研修課

TEL 082-232-7211

FAX 082-293-3363