

# ドイツの医療制度について

おかじま みちお  
**岡嶋 道夫** 先生 (東京医科歯科大学 名誉教授)

外国の医療制度に関心をお持ちでインターネットを駆使されている読者の皆さんは、「ドイツの医療制度」と検索すると岡嶋道夫先生のホームページが真っ先に出てくるのをご存じかと思います。今回は84歳になられた今もホームページを通じて情報発信を続けていらっしゃる岡嶋先生のご自宅でお話を伺いました。(聞き手：竹崎 三立 東京保険医協会副会長)

## ドイツの裁判外紛争処理(ADR)

**【竹崎】** 岡嶋先生はドイツの実情をよくご存じのうえに、長く法医学のお仕事をなさっていたということですね。先生の事故調の厚労省試案に対するパブリックコメントを読ませていただきました。

先生は、ドイツの状態を学んでもすぐに日本には適用できないことを何度も言われています。医学教育から専門医や保険医、総合医の問題、医の倫理にかかわる問題などさまざまなことに触れられています。

東京保険医協会も患者団体の方の意見を伺ったり、勉強会もしてきましたが、確かに事故調査委員会に対する考え方は混乱しています。

私も30年ぐらい病院で仕事をして、今は診療所で在宅医療をしています。病院にいるときは、医療事故に対する訴訟問題などでさまざまな苦労もしました。日本は患者

さんの立場では、裁判を起こさないとなかなか実態が分からないという悩みがある。医療機関側から見ると、グレーゾーンが3割ぐらいある中で仕事をしていると本当に医療事故なのか、どうしても避けられない問題だったのか、患者さんにどのように説明したらいいのか悩みます。第三者の立場で考え方を整理してくれる場が欲しいと常々思っています。今回出された第3次案に対してはいろいろと批判もあります。

われわれは今、何をやらなければならないのか。率直にお聞かせいただきたいと思っておりますので、よろしく願います。

**【岡嶋】** 結論から先に申しますと、厚労省が案を出したりすると、医療費抑制だといって反発しているのが現状です。その前に日本よりもよくやっている国、例えばヨーロッパの国を詳しく調べて、真似事ではなく、その英知を学んだらどうかと思います。

**【竹崎】** 日本は明治維新以後、常にキャッチアップで学んで取り込んで、自分たちの

ものにしてきました。そうやってこれまでは外国の制度のいいところ取りをしていたけれど、今は自らがどのように作り上げていくか悩まなければいけないところに来ていると思います。日本の医療制度は、大きな転換期に来ている、と。

私たちも、今度の事故調の第3次案にすべて反対、と言うつもりは毛頭ありません。最近、警察権力が入ってきて、ちょっと構えているところはありますが。

それから、日本には医師の自律的な組織がありません。学会も医師会も病院会もバラバラです。日本医師会の唐澤会長も基本的に同じ危機意識を持っているのですが、医師会を中心にした枠をなかなか抜け切れない。

**【岡嶋】** 百年河清を待つでしょうね（笑）。

**【竹崎】** 明治維新からそろそろ150年。第三者の事故調的なものを1日も早くつくってほしいという患者さんたちの要求は強いです。

**【岡嶋】** 私も、一部の患者の代表から話を聞いています。

**【竹崎】** 病院の立場で見ても、勤務医、開業医の立場も、患者さんが〈裁判〉で訴える



▶竹崎 三立 東京保険医協会副会長

現状に危機意識を持っています。裁判に至る前に、第三者機能を持っているところで一定程度の選別をして、評価してもらうのは必要だというのは、皆の共通認識です。ドイツも悩みながらつくってきたと思います。

**【岡嶋】** そのように思います。私は臨床医でないので無関心だったのですが、医療事故に初めて興味を感じたのは、1999年にアメリカの東北端にあるメイン州で、30年以上内科専門医として開業をなさっていた堀江先生にお会いしたときです。先生によると、メイン州では患者が裁判所に直接訴えても受け付けてもらえない。あらかじめ裁判外紛争処理（ADR）のパネルで審査を受けるよう指示されます。ADRは医師と法曹界の者で構成され、審査は無料、医療過誤の有無を判断します。中立的に判断しているので、医師や一般からの信頼は厚いということでした。

パネルの決定は、裁判所の判決のような拘束力はありません。パネルが「医師に落ち度はない」と判断すると、裁判に持ち込んでも患者はほとんど勝ち目がない。パネルの経費は、医師から徴収するが、訴訟が減るので医師も納得している。患者も医師も弁護士を頼まなくても済む。委員は無報酬。これを聞いたときは、まさに晴天の霹靂の思いでした。

それから間もなく、ドイツも同じだと知りました。ドイツでは、〈鑑定委員会〉や、〈調停委員会〉という名称のADRが、医学鑑定を根拠にした調停によって平和的に解決しています。アメリカでは、メイン州のようなADRをやっている州は少数で、ほかの州では失敗していますが、ドイツでは成

功しています。なぜでしょうか？

私の推測ですが、裁判組織が違うのです。ドイツの鑑定人は、「裁判官の判断を助ける」という意識に徹しています。一方、アメリカの鑑定人は当事者の医学的代弁者、つまり弁護士みたいなものです。

私は法医学に入ったとき、ドイツ的な鑑定人の気持ちでいました。それが10年ぐらいいして、裁判にアメリカの当事者主義が入ってきたときに、弁護士から鑑定人の打診がありました。鑑定人の中立性が失われるという違和感を覚えたのですが、今はそれが普通になりました。今ドイツ式のものを日本に入れようとしても、すぐには難しいでしょう。

ドイツでは2007年には、医療過誤の民事裁判が1万1,500件余、裁判外紛争処理が1万432件とほぼ同数あり、増加傾向がみられるとのこと。結果が出るのは裁判外紛争処理では数ヶ月から1年前後、民事裁判では3年ぐらいかかることも少なくないようです。

そうこうしているうちに厚労省から事故調査委員会の試案が出たので、私も投稿しました。この案ではお金も人手もかかるし、実現不可能ではないかと懸念しています。

ドイツのADRは医師会の中にありますが、スウェーデンの場合、保険会社の中にあります。やっている内容はドイツとそっくりです。

【竹崎】2年ほど前、フランスONIAM（全国医療事故補償局）局長のドミニク・マルタンさんにADRについて学びました。フランスも同じようなことを苦労しながらつくっています。



◎岡嶋 道夫 先生

東京医科歯科大学名誉教授。専攻は法医学。ドイツの医学教育・医療制度研究や資料、翻訳などをホームページで無料公開している。  
<http://www.hi-ho.ne.jp/okajimamic/>

## ■ 医療過誤の起こる場合

ドイツ連邦医師会が2008年に国民に向けて出した「鑑定委員会／調停所」の案内書に書かれている用語解説

（鑑定委員会／調停所は裁判外紛争処理ADRを行う委員会）

### 医療過誤 Behandlungsfehler とは

医療過誤は次のような診断あるいは医学的侵襲の場合に起こる、

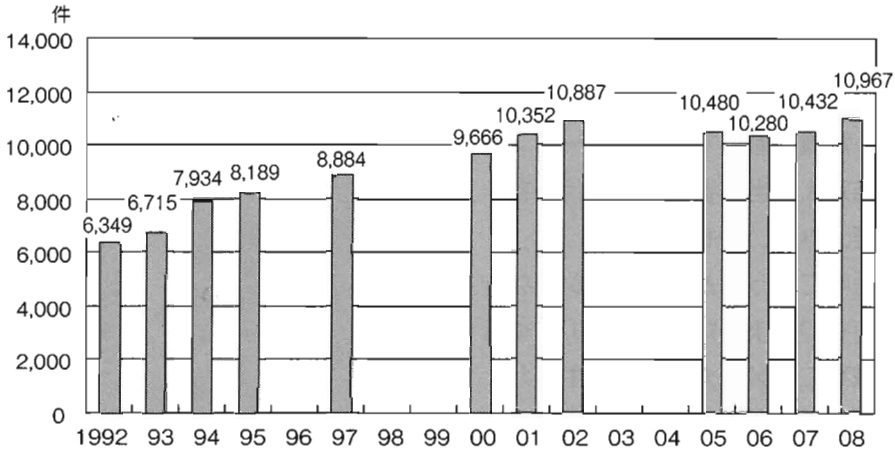
- それは医学的に適応していなかった、
- または、医学的知識及び医療実務の認識からみると、その時その時の状況に応じて必要とされる慎重さが事実上顧みられなかった、

あるいはこの基準に照らすと医学的に提供されるべき侵襲が不履行であった。

【岡嶋】私も聞かせていただきました。

【竹崎】フランスも3年か4年で一気に上げてきている感じなのに、日本は第3次案でストップしている状態です。

■ 医師会の鑑定委員会／調停所が実施する医療過誤に対する裁判外紛争処理(ADR)  
ドイツ全体の年間処理数(畔柳、我妻、Bener、連邦統計から)



医療過誤は裁判外紛争処理のほかにも民事裁判所でも審理される。  
後者の2007年の数は11,500件以上で、3年前にくらべて1,700件(18%)増加している。

【岡嶋】本当に動かないですね。マルタンさんの講演のときに、解剖はどうなっているか質問がありましたが、あまり問題にしていけないですね。

【竹崎】東大の吉田謙一先生に講演いただきましたが、日本は剖検数が少ない。法医学担当の医者も少ないということでした。吉田先生は、全国で1年間に15万人ぐらいある異状死のうち、解剖できている数が1割程と仰っていました。東京のような監察医務院がある県もあまりないですし。

【岡嶋】日本の隘路は、究極的には卒後研修を含めた医学教育の貧困さと、医師の倫理の欠如に帰着すると思います。

ドイツの場合、医師会は医師の自治組織ですが、各州の「医療職法」という法律によって州医師会の任務が規定され、それによって医師会は医師の監督、処分などの責任を負います。

医師会は卒後研修、生涯研修、救急業務などの規則を作って実施し、また医師職業規則を作って医師と医療の質の向上に務めます。こうした規則の内容は、医師自身が

つくり、自分たちの理想とする医療を実現しようとしています。このようにして医師会は行政行為を行います、規則は監督官庁の認可を受けています。このようにして医師の自治は最大限に生かされ、医師も良心的に行動するしくみになっています。

【竹崎】日本も、弁護士は自律組織があって、弁護士会から除名されると弁護士をできません。

【岡嶋】ドイツの州医療職法のように、日本の弁護士会は国の弁護士法によって自律規範を義務付けられていますが、医師には何もありません。この事実をしっかりと認識してほしいです。

【竹崎】われわれは医師法に縛られていて、医師法の21条も含めて「ねばならぬ」はあるけれども、自律的にどうつくるかという法的なものはありませんね。

【岡嶋】いまドイツの病院計画を調べていますが、州の病院法によって州病院計画委員会を設け、地域の需要を常に把握し、病院、診療科、ベッドの配置の調整や最新の治療設備の設置などに務めています。委員

会には病院協会、公的および民間医療保険、郡市連合体や市町村連合体のような自治体組織が参加します。地域に展開する病院、その上の任務を帯びた病院などを組織的に組み合わせ、病院の予算も決めています。大型医療機器も効率的に配置できます。

【竹崎】日本では、公的な国の医療システムとして、どこまで国が権限と責任を持ってやっていくか、診療報酬をやりくりするなかで利益誘導して、日本の戦後の医療制度がつくられてきました。そこに現在、大きなひずみが出てきて、あまり根本的な理念が欠落したまま、今のところに立ち至っています。

【岡嶋】そう思います。

【竹崎】このまま少子高齢化が進んで、経済状態も良くないと、国民の総医療費はますます抑制され、大変な時代になってきます。開業医の定数制や定員制は、大反発を食うのは間違いないです。ただし、理念そのものは必要になってくると思っています。

【岡嶋】ある程度、強制がないと偏ってしまいますね。

【竹崎】それと同時に、教育制度が必要になります。少なくとも10年、20年のスパンでどうしていくのが方向性を出していかなければなりません。ドイツ、フランスなどではどのように作り上げてきたのでしょうか。

【岡嶋】例えばドイツでは、1975年から今のADR制度をスタートさせて、3年でドイツ全土に定着させました。その前は、医者がカルテを隠してしまうので、患者は刑事事件として訴えざるを得なかったのです。

【竹崎】システムエラーによって医療事故

は起こるから、調査に限定して早くスタートさせろというのと、そうは言っても明らかに医師の過誤があって起こった場合は、警察に報告すべきではないかというところで喧々囂々しています。

【岡嶋】日本では、同じ専門医でもレベルは大きく違うでしょう。専門医のレベルの基準が定まらないと、医療の不確実性、医師の裁量権の幅が拡大し患者に迷惑がかかります。

【竹崎】事故調の文言も、「明らかな」とかあいまいな言葉、誰が判断するのか分からない文言が出てきます。事故やシステムエラーを減らすための事故の集約、調査、分析と医療事故が起こった場合の患者救済。

医療事故は、患者さんが被害者であると同時に、事故を起こした側も被害者の側面が出てきます。原因を明確にしてから、責任を取るべきものは取るというほうが、事故を起こしたほうも救われる。今の案は両方が不十分です。

【岡嶋】スウェーデンとドイツは、患者救済、患者の権利を守ることが最優先されています。日本の事故調は、原因究明、再発防止、謝罪までは出ますが、患者救済は後回しという感じです。それはなぜかと考えますと、日本の賠償額はアメリカみたいに莫大です。ちょっとした過誤でも損害賠償や慰謝料を出すとなったら、とてつもない巨額になります。スウェーデン、ドイツ、フランスは賠償額が低いです。膨大になると、アメリカのような悲鳴が挙がるのです。

【竹崎】確かにそうですね。

【岡嶋】それから、何でも弁護士依存です。ドイツやスウェーデンは弁護士不要に近い

ですが、そのような方向を目指す、日本の弁護士さんは反発するかもしれませんね。

【竹崎】それこそ、5月21日から司法制度改革がスタートした裁判員制度もそうですが、検察審査会が新たに患者さんも国民も入れて不起訴になった事件をもう1回論議し直し、2回（起訴相当）となったら裁判をやらなければいけなくなる。国民が裁判、検察にかかわるという意味では前進ですが、事故は患者さんの被害を見て感情移入する可能性もありますよね。

それから、弁護士さんを増やそうとしていますね。ロースクールをいっぱい作りました。私たち医療側から見ると、このまま放っておくと、アメリカと同じように医療事故裁判がどんどん増えてくることは目に見えています。だからこそ、きちんとしたADRをつくっていかねばいけないという共通認識は持っています。

ところで、第3次案までのところで、予算の裏付けが明確ではないですね。

【岡嶋】そういえばそうですね。

【竹崎】ドイツは医師が費用を負担しています。フランスも確かそうですね。今のままでは裁判は金もかかるし、補償金は拡大するでしょう。

【岡嶋】スウェーデンは、事故が起こった場合、医師は淡々と記録を作成すればいいそうです。それが書類として証拠になって判断が下ります。ドイツも書面審査で、当事者は呼び出されないの書面がしっかりしていなければならない。書面がしっかりしていなかったら患者が有利になるということです。ところが、日本では書類をつくれぬお医者さんが多いのではないかと。

ここに、医学教育の欠点があります。

【竹崎】先生の論文を読んで、自分がカルテをきちんと書いているかということ、忸怩たる思いがありました（笑い）。その辺から見直していかないと、すぐ制度を導入するわけにはいかないというのは、仰るとおりだと思います。

【岡嶋】「カルテは誰のもの？」という議論が10年ぐらい前にありました。あ那时候、「患者に読めるもの」ということが出ていました。ドイツは、カルテは「同僚が見て理解できるもの」であれば、略語を使っても差し支えないと書いてあります。日本ではディスカスされなかったですね。

【竹崎】今は電子カルテが普及しているので、診察時に電子カルテの画面を患者さんに見せながら診療するスタイルが広がってきています。ただ、われわれの世代からちょっと上の世代、戦後ドイツ語の医学教育から英語に切り替わってドイツ語と英語と日本語が混在したカルテを書く世代で、電子カルテを導入していない先生方は十分ではないのかなという感じはしますけれども。

医学教育、卒後教育の問題も含めて、過渡期的な制度をつくらないと、対応できない先生方がいっぱい出てくると思います。

【岡嶋】年をとっている医師は、試験に受からないけれど経験は豊富です。専門医制度でそういう人たちは書類審査で通してあげるなど、段階を踏んで進めていくべきだと思います。

【竹崎】事故調の問題も、大学等で勤務している先生方のほうが危機意識を持っていて、開業医はよく知らない、自分たちはあまり関係ないという感覚の方が多いです。

医療レベル、厳しさ、今の日本の医療の到達点から見たときに、これは妥当な治療だったのが行為だったのかという判断が、若い、頑張っている先生になればなるほど、厳しく問われる事態になってくるでしょう。

アメリカも、ドイツも連邦制です。連邦制の優位性と弱点、欠点はあると思いますが、各州の医師会に相当権限があって、各州で定員、定数も決まっています、細かなことは各連邦に任せる形になっていると聞きました。日本は、都道府県単位ではほとんど何もできません。

【岡嶋】できないでしょうね。アメリカは州によって随分違いがあるようです。ドイツは統一しようという機運が強いです。救急当番をつくったとき、ドイツ全土で土日と水曜日午後を休診にすると規定しました。それによって生涯研修の時間を共有することができます。

【竹崎】ヨーロッパ諸国の医療制度は、国の責任、権限が一定程度きちんとありますね。日本は、戦後アメリカの医療が入ってくる中で、自由開業医制を基本にしながらか診療報酬で誘導して、医師の教育については現場任せ、国の統制はあまりかけない形でできていますね。

## 医師の職業倫理規則

【岡嶋】医師の職業倫理規則は多くの国にあります。ドイツでは、州の医療職法の規定により医師会が職業規則をつくっています。フランスは国の法律に倫理規定があります。ブラジルも国の法律です。イタリア

は医師の組織ですが、処罰は国の規定に従って行います。スイスは1997年に、それまで州ごとにあったものを全国統一しました。

なぜ、諸外国が医の職業倫理規定をつくるのか。必要だからです。ところが日本は、医師会が倫理指針をつくりましたが、拘束力のないものです。

【竹崎】そうなんです。

【岡嶋】あれはアメリカ医師会の倫理綱領を参考にしています。これには拘束力がないから、医師会からの除名はできても、免許のはく奪はできません。州の規定でつくられたステート・メディカル・ボードが医師免許はく奪などの処分ができます。

【竹崎】日本も医道審議会がありますが、別なところで処分を受けた方に対して一定の処分をするだけのものなので、きちんと機能をしていないです。

今回の事故調は、医師法21条が盛んに言われますが、21条だけではなく医師にかかわる法整備をやっていく必要があるのではないのでしょうか。開業医は不正事実、つまり不当な請求があって、30万円ぐらいの過誤請求で保険医5年間停止という処分が出ています。歯科医師の先生には自殺なさった方もいました。

確かにやったことは不当、不正であったかもしれませんが、量刑としてどうなのかという意見があります。医師法は義務規定が主で、権利規定はありません。医師を辞めさせるとか、保険医停止も1年、3年、5年とか、処分内容が量刑によって違うなど整備されていません。

そうすると、カルテを隠すことも逆に出てきているのかなど。教育の問題と同時に、

医療にかかわる法整備が遅れている感じがします。

【岡嶋】各国の医師職業倫理規則は、50条～100条くらい書かれています。その内容は常識的なことばかりですが、拘束力のある規則ですから、倫理的医師であることを義務づけられています。日本では倫理は明文化に馴染まないという妙な先入観があります。倫理は神棚のお飾りみたいなものだという人もいます。したがって、国民は医師に向かって、倫理的医師になってくださいと、手を合わせて祈るしかないのです。

【竹崎】倫理規定を裏打ちする法整備、罰則規定も整備する。われわれ自身も、もう1回考え直さなければいけないと思います。罰則規定は、権利擁護の側面もあります。日本はそれがはっきりしないから、行政の判断で量刑が重くなることもある。

【岡嶋】世界医師会は、1995年に患者の権利に関するリスpons宣言の改定を出しました。その中にカルテ開示に関する条文がありました。私が目にした外国の職業倫理規則では、数年内にカルテ開示の条文が加えられ、「患者の請求があったらカルテ開

示せよ」、「特殊な場合は隠してもいい」、「費用は患者負担」が明記されています。日本でもカルテ開示は現実化しましたが、これを義務づける規則はなく、日本医師会の態度もあいまいなままだと思います。

【竹崎】患者さんがカルテの開示を求めたら、病院のコピー機を使って、患者さんがカルテをコピーするのが現状です。先生は、臨床現場の医療事故に関わるカルテを見る業務はあったのですか？

【岡嶋】私が司法解剖に関係したのは若いころで、今のような医療事故に関する業務は経験していません。大変難しいものと思います。

ドイツの場合、自然死以外は全部警察に届け出ます。アメリカでは、監察医への届出項目を細かく規定している州と簡単な州とあります。ドイツでは自然死は「法律に関係のない死」と書いてあるだけで、法律に何らかのかかわりがあるときは警察に届け出るという建前です。

もう1つ、わが国で議論されないのが不思議ですが、WHOの疾病分類、ICD-10のY60辺りに医療事故分類が細かく書かれて

■ ドイツにおける医師の各種審判手続（作図責任・岡嶋道夫）\*では医師の自律規範が機能している

民事的	<p>(医療過誤に対して)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●民事裁判所：通常の医療過誤民事裁判および裁判外紛争処理に不満足の時</li> <li>●裁判外紛争処理 (Schlichtung, Arbitration) *             <ul style="list-style-type: none"> <li>：州医師会の鑑定委員会/調停所が実施する調停 (ADR)</li> <li>(1975年開始、成果を挙げている)</li> </ul> </li> </ul> <p>重大な医療事故では立証責任の転換 (患者から医師へ) により患者に有利となる制度もある。 (医師が過失のないことを立証しなければならない)</p>
刑事的	<p>(刑事事件一般、医師の倫理・義務違反に対して)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●刑事裁判所</li> <li>●医師会の懲戒委員会*：軽微なケースの処罰、重いものは医師職業裁判所に回す</li> <li>●医師職業裁判所*：刑事裁判にもなっていれば、その判決が出るまで審理を中断し、その結果をみて判決を下す。刑事裁判の対象にならず、はみ出した部分 (医師の信頼を傷つける行為など)があれば職業裁判所でさらに処罰する</li> </ul>



います。ドイツ連邦統計局は死因の分類も収録していますが、年報で公表されるものには医療事故の部分は出ていません。

【竹崎】事故調の調査項目は、法律になればその項目は全部書かなければいけないわけですね。いつ刑事罰になるか分からない、裁判になるか分からないところで、カルテには残っているかもしれないけれど、あまり公にされていないものが日本の医療の中にある、と。

【岡嶋】ドイツのADRは、「処罰しない」ということです。患者に不満があればADRに苦情を申し出る。しかし、医師として見逃せない行為は、軽度であれば医師会の懲戒委員会が処分し、重いものは医師職業裁判所で扱う規定になっています。しかし、これらの手続きは、診療に影響しないように非公開です。警察の捜査が入るのは、誰もが納得できるようなひどいケースです。

【竹崎】そこが突破できれば今回の事故調は合意できるはず。原則は警察沙汰にしない、あくまでも事故調査でその代わり正確に書く。それでも問題になるなら、第三者のADRをつくる。フランスも鑑定人を教育していますね。その辺の議論が煮詰まってくると、第4次案ぐらいで合意できるのではないのでしょうか（笑）。

【岡嶋】医療界のリーダーが医師の責任を示して、「患者さんや国民の皆さんも協力してください」と訴えるのが一番必要ではないかと思います。

【竹崎】医師会がつくった倫理規定は国民の目に触れませんが、一定程度強制力を持った法整備をすれば、国民の目にも触れることになります。

#### ■ 医療過誤に対する損害賠償と慰謝料の額

ノルトライン医師会(人口約1,000万人)の鑑定委員会が把握している数……2000年度178件

千マルク	概算 万円	件数
~1	~7.5	9
1~5	7.5~37.5	38
5~10	37.5~75	40
10~20	75~150	36
20~30	150~225	19
30~40	225~300	12
40~50	300~425	6
50~100	425~750	9
100~200	750~1500	6
200~1,000	1,500~7,500	3*

\*3件の額：250、320、1,000千マルク  
出典：ノルトライン医師会業務報告2004年

【岡嶋】 そうあってほしいですね。

【竹崎】 今レセプトのオンライン化の問題があります。先生は84歳になってもパソコンを自由に使えていらっしゃるんですが、「オンライン化したら開業医を辞める」という先生方もいらっしゃいます。

【岡嶋】 ドイツの場合、「診療項目は4けたの数字に分類されていて、診療時にこれを紙片に記入し、3ヵ月に1回の診療報酬請求時にカルテから抜いて提出するだけなので簡単である」と、ドイツで開業していた柴田三代治医師が10年ほど前に述べていました。あとは、疾病金庫のコンピュータが必要な処理を行う。超音波検査の資格が登録されていないで検査をすると、自動的に弾かれてしまいます。

【竹崎】 日本は病名が統一されていないし、カルテもさまざまです。病名整理も含めてやらないと難しいですですね。

大病院等ではDPC医療で全部包括化さ

れつつあって、点数に番号を振り、ICD-10での病名整理が進んでいますが、中小病院・開業医レベルになると、ほとんどついていない。電子カルテはICD-10の病名で整理しなければいけなくなります。徐々に進んできていることは間違いないですが。

【岡嶋】ドイツの病院は2007年に、世界のトップでDRG導入を完了したようです。また、ドイツの病院の部長医は、全部ICD-10で記録させる責任があります。開業医もそのような生涯研修を受けているようです。数年前にドイツ医師会雑誌に、開業医の専門医別に、ICD-10で分類した疾患の数が1位から50位まで（眼科は25位まで）出ていました。背部痛というのが家庭医、内科医、外科、整形外科で多く、目に付きましたが、これには腰痛が多いのかなと思っています。小児科で2番目に多かったのは「Z00 愁訴または診断名のない者の一般検査および診査」でした。

【竹崎】日本でも、罰則や処分の前に、徹底して正しい情報を集約していくための事故調査を大前提につくり上げていけば、すべての医療者の共感も得られるんだろうと思います。倫理規定に抵触した場合は別に法律をつくることも同時進行でやっていると、少しずつでも前進するでしょう。

## ドイツの専門医制度

【岡嶋】以前はドイツでも、産婦人科や外科をやった人が、家庭医になりました。1968年に一般医学(家庭医)専門医ができ、1994年からはその専門医資格がないと新

規に家庭医として開業できなくなりました。したがって、同じ家庭医でも肩書きが異なります。

そして、数年前に卒後研修規則が改定され、家庭医になるには、ほかの内科専門医と同じように2年間の内科の研修を受け、その後家庭医としての卒後研修を3年受けることになりました。こうした家庭医は、〈内科医＋一般医学専門医〉という肩書きとなるので、開業医の看板を見ただけで、その経歴が分かります。

もちろん、そのような肩書の違いや、学位(Dr.med.)の有無に患者はこだわらないようです。それぞれの医者が患者から信頼されているからでしょう。

【竹崎】それは大前提でしょうね。

【岡嶋】家庭医を替える気持ちがあるかというアンケートを見ますと、90%は替える気持ちがないと答えています。

【竹崎】日本も医師の標榜名は、3年ほど前にだいぶ整備されました。臨床現場においては患者さんと信頼関係で培ってきたものもあります。一挙に患者さんがほかのところへ移ってしまう現実はありません。徐々に積み上げて整備していけばいいんだろうと思います。

【岡嶋】ドイツの医師職業規則は古くからあります。第一次大戦以前は、主に医師間の誹謗、縄張り争いなど医師間の争いを調整しました。患者の権利が入ってきたのは、第一次大戦の後くらいからです。

【竹崎】日本も、この20年ぐらい患者の権利を重視しています。医師も、ここまで言っているのかというほど告知をします。

【岡嶋】重要なことですね。

【竹崎】患者さんの自己責任を問われている側面もあります。とことん正直に告知して、そのせいで逆にひずみがいっぱい出てきています。患者の権利を守ることを、逆の立場で振り返って論議しなければいけないところへ来ているのかなと。

【岡嶋】ドイツの場合も説明と承諾は大変重要ですが、「相手の理解できる範囲で説明すればいい」ということになっています。何があっても徹頭徹尾、細かく説明しなければならないということではありません。がんの検査や治療が必要なときは、患者に「がん」と説明しなければなりません。しかし判例として、「みじめな状態に陥っている患者には、患者をより苦しめるような説明はしなくてもいい」と逃げ道もつくってありました。指針はその後改定されていますから、今はどうなっているか調べていませんが。また、テストに入ったばかりの新しい診断や治療方法については、質問されなければ教示しなくてよいとされています。

【竹崎】アメリカやドイツは、個人の人権を強調しますね。日本は、患者さんには言わないけど、家族にはとことん話す場合もある。アメリカでは、あくまで個人の情報だから、家族にもあまり言ってくれるなという側面があります。

【岡嶋】日本は難しいですね。

【竹崎】最近は独居の方や親戚がいない人もいらっしゃるの、患者さん自身にきちんとっておかなければいけないとかいったケースも増えています。国によって違うのかもしれない。

【岡嶋】そういうことが今の医者には求められるんですね。

## ドイツの死亡診断書



【竹崎】ドイツは死亡診断書を書くときに、全身を脱がせて、視診までやるそうですね。われわれは、日ごろ診ている患者さんだと、今までの病歴等を含めて診断書に書いて、全部調べたりしません。

【岡嶋】毛髪部とか人体の開口部を調べるのは、犯罪の見落としが多いというので、10年ぐらい前に加えられた規則です。しかし、強制ではなく、検査したかどうかを、はい、いいえ、で記入するだけです。

【竹崎】私が接した杉並区のケースで、独居の患者さんが亡くなって2週間ぐらいして見つかったんです。2日以内なら死亡診断書が書けますが、2週間ですから警察が入った。杉並区は孤独死が1日に1人ほど出ています。東京は独居の方が多いですから、東京全体で5,000人ほどの方が毎年孤独死で亡くなっていく。そういう〈異状死〉も増えてきています。

【岡嶋】随分もめていましたが、24時間過ぎてもその病気で死んだことが分かる場合は、警察に届けなくてもいいんですか？

【竹崎】定期的に外来で2週間ずつ通っている方は、警察に届けたうえで死亡診断書を書いています。ドイツのように全身を診たりしません。

【岡嶋】そうですね。安心いたしました。24時間の問題は以前ときどき質問されましたので。ドイツでも、死を迎えて当然という人については、全身の精査はしないとありますが。

【竹崎】死亡診断書の書式も違いますもの

ね。

【岡嶋】ドイツでは医師は自然死かどうかを書くだけです。医者には得られた情報を提供しますが、法律的な責任は負いません。自他殺、災害などの死亡の種類は、医師の所見を参考にして警察が判断することになっています。

## ドイツの救急業務と州の病院計画

【竹崎】それこそ、ドイツは「24時間対応しなければいけない」義務がありましたね。

【岡嶋】ドイツの開業医は、自分の患者には診療時間外でも診療する義務があります。できないときは、救急当番医に依頼します。

また、耳鼻科、眼科以外は、一般救急当番に参加します。開業医の休診日は土日、祝日、水曜午後で統一されており、必須義務の生涯研修は主に水曜午後と土曜日に組まれています。その間、多くの場合、自治体が設けた救急センターで当番医が診療します。

開業医の開業時間は通常、午前7時～19時ですが、7時から診療時間の9時まで、あるいは昼休みは休憩時間で診療しませんが、急患があったときは診察したり往診したりします。したがって、救急当番の時間と連続しています。

【竹崎】今、日本は産婦人科だけでなく救急と小児科、外科が医師不足の激しい状況です。東京においても救急に十分対応できない時代になってきています。

【岡嶋】ドイツもここ2、3年、仕事のきつい外科系の研修志望が少なく、13%ぐらいは欲しいのに5%ぐらいだそうです。こ

れは世界的な問題ですね。また、内科医は小児も診るので、救急での小児科医不足は問題になっていません。

【竹崎】昔は手術したものを今は内視鏡でできてしまうとか、技術進歩もありますが、医療事故も含めた補償や法整備が追いついていないために、人の死ぬ危険のある科を避けてしまう傾向があります。もう1つは女性医師が増えて、結婚、子育てになると、厳しい職場にはついていけない問題もありますね。

【岡嶋】ドイツには開業医の定員制がありますが、一方、州病院計画で、地域の需要に応じた形で病院、診療科、ベッド数、最新診療設備を調整します。

医師会の統計を見ると、毎年5,000人～7,000人ぐらいの医師の失業者数がいます。その多くは医師免許を取った直後、あるいは専門医資格を取った直後に失業者になりますが、半年、1年もすれば就職先を見つけるそうです。もし、ある科の専門医が多くなりすぎれば、病院の就職先も見つからないし、開業は定員制なので、本当の失業になってしまうでしょう。ドイツがどうなるか、様子を見る必要があると思います。

【竹崎】歯科は、今約2割の先生方が年収200万円以下の状況です。

【岡嶋】そんなにひどいんですか。ドイツでは破産状態になり、銀行管理を受けている開業医は少なくないそうです。定員制はあっても、患者が来なければ仕方ありません。

【竹崎】私立の歯科大学の受験生も減って、定員に満たない状況です。歯科医も、自分の子どもを歯科医にしない。歯科は過剰に

なっていて、特に大都会は歯科の先生方が多いです。卒業してもすぐに就職先がない、開業するのも大変です。

## 医師の年金制度



【岡嶋】ドイツには、医師の年金制度があります。

【竹崎】それは大きいですね。

【岡嶋】普通の厚生年金のようなものとは別に、1960年前半にスタートしました。医師は一般より収入が高いので保険料も高いですが、年金支給額も倍ぐらいになりますから、安心して老後が過ごせます。賦課方式ですからインフレにも安心です。

【竹崎】私たち保険医協会は、医師の年金も自分たちでやっています。勤務医の先生方は、公務員なら公務員の年金がありますが、開業医は開業した途端から何もない。70歳定年制になったら、老後はどうなるのかということもあり、定員制・定年制には反対です。医師年金制度が確立して、周辺部を整備してくれれば、もっといろんな制度が進むはずです。そういうことがないままに方針が出てくるから、反対意見が出てくるんです。

【岡嶋】ドイツは、勤務医も開業医も、医師会の年金に加入する義務があります。65歳から支給開始ですが、60歳からの減額支給、65歳以後の増額支給ができます。上限はありますが、保険料を上乗せすれば支給額も増やせます。保険料を1ヵ月でも納めていると、病気で働けなくなった場合、就労不能者年金が支給され、子どもには育児

手当が支給されます。医師年金は年金の専門家と医師によって運営され、監督官庁の監視をうけます。医師には、保険数学で算出される期待権が毎年通知されます。

【竹崎】日本は、医師会があつたり病院会があつたりさまざまで、保険制度も年金もばらばらです。1つにまとまっていけば、医師の自律組織としてつくり上げていくこともできる。先生のお話を伺っていて、医師という職業にかかわる法整備をきちんとして、関連するものは全部1つにまとめると、一本化された自律組織になり得るなという感じがします。

【岡嶋】そのような意識をもって進むことが大切だと思います。医師という職業に喜びを感じ、その任務を全うするには、老後も安心して暮らせる保証がなければなりません。そのためにも、医師年金は必要だと思います。それから、皆さんあまり仰らないですが、「お金がなくても熱意と能力さえあれば医者になれる」という社会システムも必要でしょう。

【竹崎】日本にはないですね。国立大学の医学部も、入学金、授業料は高い。問題は、そこまでいくまでの教育に、ものすごくお金がかかります。日本は社会保障、教育が現物給付になっていません。医療制度も現物給付と言いながら室料差額はあり、自己負担もありで、現物給付にならないのです。

## 卒後臨床研修制度



【竹崎】先生は1924年の生まれですね。大学を出る前後は、ちょうど戦争の混乱期

の中ですね。

**【岡嶋】** そうなんです。卒業短縮の教育を受けていたら終戦となり、短縮はなくなりました。

**【竹崎】** 私はインターン闘争前後で、大学教育も卒後教育も大混乱の中で医者になっています。今度は卒後臨床研修義務化になって医師不足だから1年にしようと言ってますでしょう。泥縄式にやってきたところがあるかもしれない。

**【岡嶋】** 大学を卒業して1年間臨床実習をするのは、ドイツが1901年に先駆けています。アメリカはそれを取り入れてインターン制度をつくったのです。戦後、日本はアメリカからインターン制度を入れましたが、インターン騒動になってインターン制を廃止しました。その1年後ぐらいにアメリカでインターン制がなくなりましたが、最終学年のベッドサイド・ティーチングが充実し、インターンが不要になったからでした。廃止の理由は日本とアメリカでまったく違います。

70年にドイツはアメリカの制度を取り入れて、第6学年は48週間のベッドサイド・ティーチング（インターン）としました。日本で夏休みをなくして48週間勉強させると言ったら駄目でしょう。ドイツのインターンは内科4ヵ月、外科4ヵ月、それ以外の選択した科4ヵ月、その3つの科しかさせません。6年生になるまでに、それ以外の科の勉強は済ませています。

最終回の国家試験で行われる口頭・実地試験では、3～4人の試験官の前で、4人の学生がそれぞれの患者を診察し、ヒストリー、検査、鑑別診断、予後、治療につい

て述べます。試験官は内科、外科、選択した科の先生という構成です。委員長は試験が適正に行われる責任を有し、総括を試験局に報告します。試験には監督官庁の者、同じ試験を受ける受験生5人、医師会1人などが立ち会うことができます。実地なので、臨床の実力が分かってしまいます。口頭試験は主観的ですが、このようにして基準がしっかりつくられているのではないかと感じています。

ドイツの医師法は、医師免許を与える基準に「自立した医師」と明記していますが、上記のような試験に合格すれば「自立した医師」といえるわけです。日本の医師免許証は何を証明しているのでしょうか。

ドイツにも以前は1年半の卒後の臨床初期研修がありましたが、その間の身分は医師免許でなく、仮免許の資格でした。

**【竹崎】** 卒後臨床研修義務化になって期間は2年間になりましたが、医師免許はもらえます。ただし、必ず指導医の下で患者を診なければならぬ。アルバイトはできないことになったのです。

**【岡嶋】** 問題は増えるばかりですが、何とか日本の医療が救われるといいのですが。

**【竹崎】** 先生にサジェスションいただいて、少し整理できたかなと思います。戦後60年過ぎて、日本の医療は財政的な問題だけでなくシステムそのものが崩壊しつつある感じがします。何とか少しでもいいほうへいけるようにしていきたいと思います。今日は長い時間ありがとうございました。

（2009年5月26日 岡嶋先生のご自宅にて）

\*コラム\*

# ドイツの部長医制度

解説・訳 岡嶋 道夫

ドイツの病院には内科、外科などの部局があり、部長医Chefarzt（シェファルト）が部局の頂点に存在する。部長医は就任時に、病院開設者との間で下記のような「部長医契約」を結び、部局の管理、他部局や管理部との連携など、病院運営上の責任と義務を負うことになる。

部長医を責任頂点とするドイツの制度から、日本が教えられることは数多くあるのではないだろうか。

## 部長医契約（抜粋）

- ・ 病院の近くに住む義務。
- ・ 部局の管理と専門的指導の義務。
- ・ 病院開設者の出す業務指令と院内規則を守る。
- ・ 無駄のない経費の使い方、委員会への参加など。
- ・ 病院のすべての案件に守秘義務。
- ・ 部局のすべての患者のケアに責任。
- ・ 部局のすべての患者に必要な回診。
- ・ 外来における救急治療。
- ・ 他の部長医への助言。
- ・ 入院、一時退院および退院決定の権限。
- ・ 死体検査と死亡診断書の交付。
- ・ 待機業務および呼出待機を保証し、必要時には呼出待機に自ら参加する。
- ・ 医師の忠告に反して入院処置を望まない患者に、それにより生ずる結果に対して病院は責任を負わないことを教える。
- ・ 開業医のためのコンタクト。
- ・ 患者や家族に対して情報提供企画。
- ・ 医師と非医師の卒前、卒後、生涯教育。
- ・ 医学部学生に医師免許規則による教育。
- ・ 医師に、その教育程度、能力および経験に相当して、特定の業務範囲をかれら自身で処理することを任せる。部長医の総合責任はこれによって縮小することはない。
- ・ 法規定または明白な医学的疑念による妨げがない限り、部局の空きベッドを必要に応じて他の部長医に、一時的な使用として貸す義務がある。
- ・ 完了後の患者記録は病院開設者の所有物。
- ・ 病院開設者は患者記録を医師の守秘義務と情報保護規定を守って保管。

- ・ 部長医は常に部局の患者記録を見ることができる。
- ・ 患者記録の原本と附属資料の院外持出不可。
- ・ 止むを得ず持ち出すときは（裁判による押収など）、引渡前にコピーを作成。
- ・ 謄本、抜粋、コピーは部長医または後継者の同意があるときのみ渡すことができる。
- ・ 病院管理部にあらゆる報告を行う。
- ・ 該当する任務として、医師料金規則による給付番号、質改善のために義務づけられた届け出、国際疾病分類など。
- ・ 部長医は重大な出来事、特に警察や検察庁の取調べ、部局内で発生した面倒なことは、医師に関する問題であれば病院の医師ディレクターに、その他の場合は病院管理部を通して、速やかに業務上司に伝えなければならない。
- ・ 部長医契約には他に、意見を述べる権利と義務、休暇、兼業、報酬（部長医には民間医療保険患者の診察料の一部を受領できる特権）など多数の契約項目がある。

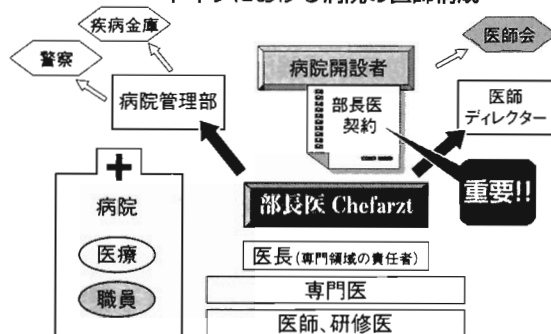
## 部長医になるには

- ・ 部長医は必ず他の病院から招聘。
- ・ 部長医を目指す医師（医長）は、応募の書類を提出して競り合う。
- ・ 採用された最初の6ヵ月間は仮契約、どちらからでも契約取消ができる。
- ・ 任期がある。

## 医師ディレクター

- ・ 医師ディレクターは、部長医の間の問題や医師に関する問題を処理する。
- ・ 医師ディレクターは病院開設者と病院の運営・改善の重要事項を扱い、州の病院計画委員会に提出する資料を作成する有能な医師。

ドイツにおける病院の医師構成



☆臨床初期研修医の制度は2004年に廃止 ★図は岡嶋が作成、2009.9.15訂正

※部長医契約の内容は、Ulrich Baur : Chefarzt-/Belegarztvertrag. Deutscher Ärzte-Verlag, 2003. からの抜粋です。