

講演

この講演のスライド:

<http://www.hi-ho.ne.jp/okajimamic/m430.ppt>

患者を大切に扱うドイツの医療と医療事故処理

東京医科歯科大学 名誉教授 岡嶋 道夫 氏

はじめに

本日の講演の主目的は、ドイツですでに30年の歴史を有し、成果を挙げている裁判外紛争処理 (Alternative Dispute Resolution, ADR) についての紹介であるが、日本といちじるしく異なる医療事情を知らないと、十分な理解がえられないと思われるので、最初にドイツの医療を特徴づけている制度を4つ紹介し、そのあとで裁判外紛争処理の説明に入る。

幸いなことに2週間前に、ドイツの制度と基本的に似ているスウェーデンの医療事故補償制度の講演を聞くことができたので、それを先に紹介することによってドイツとの比較を容易にし、またドイツやスウェーデンと事情の異なる米国との比較も行うことにする。その上で読者の方には、日本はどうなっているのか、今後どうしたらよいかを考えていただきたいと思う。

1. ドイツの医療事情から

救急業務

ドイツの救急業務は日本とは違い、医師は何時でも迅速に対応してくれるので国民は大変満足している。たとえば、交通事故、意識不明、身元不明、誰がみても直ちに病院へと考える重症の患者は救急車を呼んで病院に直接搬送されるが、それ以外の患者は開業医が最初に診察することになっている。

急性期病院は必ず内科、外科、産婦人科、放射線科が待機する。もし、より高度の処置が必要となれば、高度の設備を有する病院に転送されるが、その連携は病院計画によって確保されている。大学病院は最高の設備と能力を有するので、難しい患者を引き受ける最後の砦の役割を果たしている。

開業医の診療についてみると、休診日は全国的に土日、祝日、水曜午後ということで統一されている。必須義務となっている生涯研修は主として水曜日の午後と土曜日に組まれているが、平日の夜間や日曜日にも行われる。

開業医の救急当番制

救急業務は、州医師会と州保険医協会の共同で作成された救急業務規則に基づいて実施され、開業医は全員一般救急当番に参加する義務がある。65歳以上、病気、妊娠育児の場合は免除される。

救急当番に当たった医師は、休診日と夜間 (通常19時～7時) の一般救急を担当し、小児から老人まで、あらゆる年齢の患者と疾患を最初に診察して応急処置をする。必要であれば往診もするが、その数は多い。その結果、入院が必要と判断すれば、病院への転送手続をする。耳鼻咽喉科と眼科の医師は別途に組まれた専門領域の救急待機業務に参加するので、一般救急には加わらない。

自治体が設けた地域の救急センターが救急の受付や連絡の業務を行い、多くの場合センターで当番医が診察する。救急当番の時間内に依頼のあった患者は、たとえ当番時間が過ぎてしまっても当番医が診察しなければならないという規定になっている。救急当番の時間内は担当地域外に出てはならない。救急当番のグループを組む医師の数は、地域の事情によって異なるが、5人以下では負担が大きくなりすぎるので組めないことになっている。

開業医の開業時間は通常7時から19時までで、救急当番の時間と連続している。例えば、8時半診療開始の場合は、それまでの時間や昼休みは休憩時間であるが、急患があれば診察することになっている。従って、患者は24時間、365日、何時でも診療所での受診と往診が受けられることになっている。

救急当番医と主治医との関係

開業医は、自分の患者であれば診療時間外でも診療する義務がある。それができないときは救急当番医に依頼することになる。救急当番で診療した医師は、処置が終わったら主治医に報告し、患者を戻さなければならない。これによって患者が主治医から逃げてしまうことはないという。

開業医は、日中は必ず連絡可能な状態でなければならない。長時間不在にするときは、急患が訪れた場合に対応できるように、必ず同僚医師に連絡して承諾を得ておくことが義務づけられている。

休暇や病気の時は、専門が同じである同僚医師の助け合いが徹底している。

救急当番義務化の歴史

1956年に医師会は医師職業規則で救急業務を義務づけた。しかし、救急業務をしない医師が増えてきて問題となっていた。

1972年に行政裁判所が「救急業務を州の法律で義務化せよ」という判決を下した。これを受けて連邦医師会が指針を示し、これにより各州において州医師会と州保険医協会が共同で救急業務規則を作成して実施するようになった。そして、開業認可規則が改められ、一般救急業務の能力がないと開業が許可されないことになった。また、一般救急業務に従事している間は、救急の生涯研修が義務づけられる。

どの救急当番医も総ての患者を最初に診療する能力を持っているので、日本のように小児科医がいらないから小児の救急ができない、という問題は起らない。また、急性期病院のベッド稼働率は80%程度であるので、満床による拒否ということはないし、欧米の病院に共通するように、運び込まれた患者は必ず引き受けることになっている。

開業医の定員制

今から20年ほど前には、ドイツも含めて多くの国で医師の過剰が問題となり、タクシー運転手をする医師もいるというニュースが伝わってきたこともあるが、わが国でもそれを心配する医師がいた。それ以前には、東京都の医師会が開業制限を行ったため、埼玉県で開業したという医師もいた。しかし、2000年を過ぎると、ドイツでは医師不足の傾向に転じて、最近では病院や旧東ドイツ地区において不足が目立つようになってきた。

ドイツでは開業医の過剰と集中に対処するために、中・長期的計画として、1993年に開業認可規則に新たに地域別・専門医別の定員制の条文が書き加えられ、医師偏在（密及び疎）の防止への対策が講じられた。定員制といっても開業医の配置換えをするといった強行手段を取るのではなく、定員を超えた地区での新規開業を許可

せず、不足地区での開業を促進するというものである。

定員は人口密度、都市・農村型地勢、交通などの諸要素を組み合わせた都市開発計画というドイツの全国的な調査資料を基礎にして、医師が過剰であった1990年12月31日の医師の開業状況を取り入れて作成されている。約400ほど存在するそれぞれの医療圏において、専門医1名あたりの住民数を定めるという形の定員制で、住民が増減すれば、それに比例して定員数も変化する。個々の開業応募者の認可は委員会（保険医協会と疾病金庫から同数の委員）が行うが、その詳細は開業認可規則で定められている。

現在、大多数の専門において定員は充足されているが、一般医学の専門医資格がないと開業できない家庭医だけは、専門医不足のため半数の医療圏では充足されていない。制度施行後15年を経過したところであるが、充足度が150%あるいは70%という医療圏がまだ残っているとのことである。しかし、定員に達しない医療圏の割合は、1996年は29%であったが、2006年には8%に減少している。EUでは1995年より、家庭医として開業するには最低2年間の家庭医としての卒後研修が必須となっている。

これにより自分の気に入った地域で開業する自由は制限されるが、医師の間では大きな反対もなく受け入れられている。自由のままであると、狭い地域での限られた数の患者の奪い合い、収入の減少ということになり、医師自身にとっても不都合になる。

ドイツの地形は比較的単純で僻地が少ない、専門医制度が確立していて定員を定めやすい、などの事情が日本と異なるので真似は難しいが、医療の供給の観点から開業医の定員制という大胆な制度を作っている精神には学ぶべきものがある。

州の病院計画

日本と異なり、病院の運営は州の病院計画に基づいている。州の病院計画委員会に参加するのは主として下記のような4種類の団体である。

病院協会

疾病金庫州連合体（各種公的医療保険団体）

民間医療保険協会連合体

自治体の州連合体

委員会は州の保健省内に常置され、州全体の病院の運営を管理し、各病院の予算、任務を決定し、地域の需要に応じた給付の確保と、そのために必要となる病院の格

付、さらに病院間のネット構築に配慮する。

病院の収入

病院の収入は主に医療保険からで、

- ・診療行為に対して保険点数できめられた額
- ・入院に対する支給基準額＝入院1人1日当りの額の形で支払われる。後者の額は部局の診療レベルに応じて決まり、大学病院は最高の診療をするので最高の額となっている。最近は大多数が包括払いに移行した。病院はこれらを一括して、医師以下の人件費、物件費などに当てて運営する。

行政の支出は、病院計画に参加している病院の建物の補修費のみといった程度である。

予算と将来計画

病院計画委員会は全病院の診療や経理内容を把握し、それに基づいて病院の予算や将来計画を決定する。診療科の拡大、縮小、廃止、新しい治療設備の設置などは地域の需要を睨みながら総合的見地で決める。各病院は医療の質の確保、費用対効果、節約などにより効率的な病院運営に努力する。患者が多くて予算を超過すれば次年度の予算で充当し、患者が予算より少ない場合は、計算式に基づいて予算を返却するといったことも行われる。

医療政策

病院計画には郡、市、町村など各種の自治体の連合体が入って州の医療政策を推進する。患者は州を超えて入院するので、州の間の調整も行われる。教育病院に認定されると、スタッフ医師の何パーセントかに当る研修医を教育する基準義務が生じ、後継者育成への配慮も十分になされている。

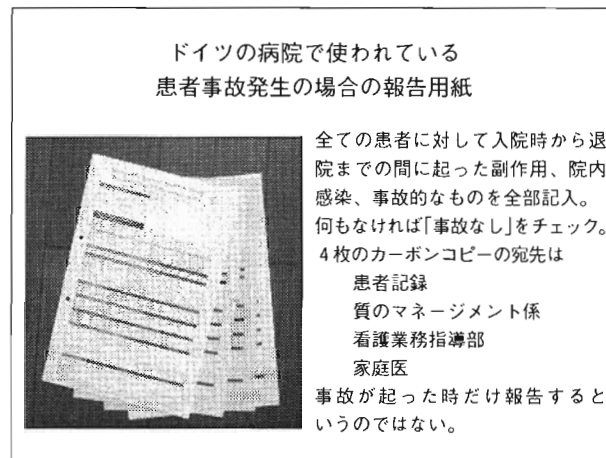
患者事故の報告

ドイツの病院では、患者事故の報告とリスク・マネジメントが図1に示すような形で行われている。入院患者すべてに対して4枚のカーボンコピーの事故報告書が作られる。

医師年金保険制度

1960年ごろ各州医師会は医師年金保険を創設した。州医療職法により医師免許取得者は開業医、勤務医にかかわらず全員が、州医師会への加入と州医師会の年金保険

(図1)



への加入が義務づけられる。

公的年金と同じ賦課方式なので、発足後4、5年以内に老齢年金の給付が可能になった。この制度を設けた理由については確認していないが、公的医療保険の普及する時代となり、医師は以前のように高い収入の得られる職業ではなくなった、という意識もあったと思われる。それでも開業医や勤務医は一般の人より収入は高いので、保険料は高く設定され、受け取る年金の額も高くなっている。これにより、医師には安心できる老後の生活が保障されることになった。

年金は65歳から支給が開始されるが、60歳からの減額での支給、65歳以後の場合は増額の支給ができる。また、上限はあるが保険料を上乗せすれば支給額も増える。保険料を1ヶ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、子供には育児手当が支給される。そのまま65歳に達すると老齢年金に移行する。

保険数学によって算出される期待権が本人に毎年通知される。この年金保険は保険の専門家と医師によって運営され、監督官庁の監視を受ける。

保険医の68歳定年

1999年より68歳を超えると保険医資格がなくなる定年制度ができた。これにより実質上開業できなくなるが、反対は殆どなかったという。責任の重いきつい医師業務から開放されるということで、むしろ歓迎されたという。その大きな理由は、このような年金制度が確立しているからであった。ちなみに、ドイツの病院は2,000ほどあるが、65歳以上の病院勤務医は全国で500人である。保険医の定年制は医師過剰時代に計画されたが、その理由には、若い医師に職場を提供すること及び老齢に起因す

る医療事故の防止がある。

II. ドイツにおける医療事故の裁判外紛争処理 (ADR) 付 スウェーデンの医療事故補償制度、米国との違い

スウェーデンの医療事故補償制度について

先にスウェーデンの制度を述べることにする。2009年2月7日に、スウェーデン医療傷害保険公社最高責任者 Kai Essinger カイ・エッシンジャー氏が「スウェーデンの医療事故補償制度」について講演された。この講演の主催は「医療の質・安全戦略」研究班（上原鳴夫東北大学教授）である。その講演要旨の翻訳は詳細で説得力に富むものである。その抜粋を以下に紹介させていただくことにする。スウェーデンの総人口は9百万人である。なお、下線と【 】内のコメントは筆者（岡嶋）が書き加えたものである。

医師個人の責任追及はしない

医師の過失または過誤・恣意があったかの証明は要しない。「なぜ起こったのか？」を追求し、「誰がやったのか」は追及されない。有害事象が回避可能だったかどうかを顧問医師が客観的に判断する。医師は淡々と臨床経過を記録すればよい。【医師によって事実を正直に記載した記録が作成されて提出されるので、医学的判断が可能になる。この点はドイツも同じで、このような記録がなければこの種の裁判外紛争処理は実現しない。】

苦情申し立ての方法（3種類）

金銭的補償：約10,000件の請求があり、45%が補償を受けられる。

医療従事者の処分：懲戒請求は約4,500件、300人の医療従事者（医師・看護師など）が警告・勧告などの処分（うち20件が免許取消）。政府機関である The Health and Medical Care Liability Boardが懲戒処分を下す役割を担う。医療事故による刑事訴訟は極めて稀、年に1件未満。

苦情相談：年間受付 約25,000件。

医療事故保障制度の沿革

本制度は、1975年に地方におけるボランティアな制度

として始まった。

1997年の患者救済法（the Patient Injury Act）によって法制化。【ドイツでは1975年から1977年にかけて裁判外紛争処理がスタートした。】

1975年以前は、裁判によって補償を受けられる患者は年間で100件程度、現在は4,000人以上の患者が補償を受けている。

迅速に処理されるので訴訟に比べて低コスト、費用効果が高い。質・安全の向上のため、クレーム情報を活用。保険料は年間で1人あたり9ユーロ、人口に応じて自治体が支払う。アメリカ合衆国の保険料コストは、弁護士費用などの裁判費用が高いため、人口1人あたりの負担額は60ユーロ程度。

補償申請手続

- ・ LOF：自治体医療事故保険会社。
- ・ 患者はLOFに補償請求を申請する。
- ・ LOFは申請受付後、病院に対して診療録、レントゲン写真、診断書などの提出を求める。提出までに通常1～2ヶ月。処理担当者はそれらを調査し、医療事故が回避可能であったか否かを判断するために顧問医師らに助言・意見を求める。
- ・ 顧問はこれに対して助言を与える。
- ・ 処理担当者が最終決定を行い、7割の患者が6ヶ月以内、8割が8ヶ月以内に結果の通知を受ける。
- ・ 弁護士や看護師、社会福祉分野での勤務経験を持つ処理担当者が提出された記録類を調べ、顧問医師や相談役（医師）に意見を求め、事故が回避可能であったかどうかの助言を受ける
- ・ 事故が補償対象になると考えられる場合、その領域を専門とする全ての顧問医師が集まって月に1度検討会議、より広い専門領域を対象とした会議は2ヶ月に1回開催。
- ・ 顧問医師は、病院勤務医、引退から間もない医師、独立開業の場合もあるが、各専門分野で経験が豊富で高く評価されていることが要件である。

本制度の顧問医師会による倫理規定に則って制度が運用されている。【ドイツでは医師職業規則の中に鑑定書・意見書を書く場合の心得を示した倫理規定がある。】

講演では以下のようなことも述べられた。

スウェーデンでは80%が社会保障費（福祉）、20%が補償制度から支払われる。

50%以上の確率で因果関係が認められれば、前記の手続によって補償対象となる。一方、訴訟においては、70%以上の確率が求められることが多い。

ドイツにおける医療事故に対する裁判外紛争処理

ドイツではスウェーデンと違って、州医師会に設けられた鑑定委員会／調停所が医療過誤の有無を判定し、医療過誤があると判定されれば患者は慰謝料や損害賠償を受けられる制度になっている。この制度の法律的な面を畔柳^{1) 2)}、我妻³⁾が詳しく紹介している。ドイツ医師会は医療過誤の起る場合を図2⁴⁾のように述べている。

(図2)

医療過誤の起る場合

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」の案内所書かれている用語解説

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。

ドイツにおける苦情受付と処理

以下のような6種類の苦情受付があり、苦情の種類に対応している。

- a) 州医師会の鑑定委員会／調停所：医療過誤に対して裁判外紛争処理（ADR）を行う重要な組織である
- b) 医療保険審査医事務所（MDKといわれるが日本にはない組織である）
- c) 消費者連盟（患者連盟）
- d) 自助グループ（各種慢性疾患にあり、経費は医療保険と州が支出）
- e) 市町村の社会福祉事務所
- f) 病院の苦情処理係

ドイツの各種の審判手続

医療に関連する審判手続を一つの表にまとめてみた（図3）。参考までに、表の中の*印を付したものは医師の自律規範が機能している。つまり、裁判外紛争処理では医師が委員となり、また医師の行う医学鑑定が重要な判断要素となっている。医師会の懲戒委員会では医師

が制裁を決定する。また、日本には存在しない医師職業裁判所では、本職の裁判官と医師の（名誉職）裁判官が合同で審理を進め、判決を下している。

(図3)

ドイツの各種の裁判手続 岡嶋作表	
民事的	<p style="text-align: center;">（医療過誤に対して）</p> <p>民事裁判所：裁判外紛争処理に不満足の時 裁判外紛争処理*：（1975年開始、成果を挙げている） 州医師会の鑑定委員会／調停所による調停（ADR） （Schlichtung、Arbitration）</p> <p style="font-size: small;">重大なケース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 style="text-align: center;">（刑事事件一般、医師の義務・倫理違反に対して）</p> <p>刑事裁判所 医師会の懲戒委員会* 医師職業裁判所*</p>
*は医師の自律規範が機能している	

ドイツの裁判外紛争処理は米国のアイディアを取り入れたもの

ドイツの裁判外紛争処理は、1970年代に増大する医療過誤をめぐる裁判の負担を軽減するために米国で考え出されたArbitration（調停）という制度を導入したものである。裁判外紛争処理にはArbitration、Mediationメデイエーションなど、いろいろな種類がある。現在日本ではメデイエーションが試みられているが、メデイエーションは裁判外紛争処理ではないとする考え方もある。

ドイツで採用されているArbitrationというタイプの裁判外紛争処理は、米国では半数の州で始められたが、後述のように数州を除いて廃止、あるいは成果をあまり挙げていない結果となった。これに反してドイツでは成功している。

制度の導入

ここでドイツの裁判外紛争処理の紹介に入るが、ドイツでは1975年から1978年にかけて、各地の州医師会は鑑定委員会／調停所（委員会）を設置して裁判外紛争処理（Arbitration）を始めた。鑑定委員会／調停所という複雑な表現は、州によって委員会の名称が異なるからである（表1）。

裁判外紛争処理の実際

裁判外紛争処理は当事者双方がこの処理方法に納得したときに開始され、以下のような手続をとる。

(表1)

鑑定委員会／調停所一覧³⁾

鑑定委員会、調停所	管轄地域 人口、万人	名称	委員長	委員会 費用	鑑定費用	構成員(委員長以外)
バイエルン	1,249	鑑定委員会	医師	医師会	保険会社	当該専門領域の医師又は 当該医師の法律家1名、法律家1名
北ドイツ (9州を含む)	2,585	調停所	医師	医師会	保険会社	常任構成員の法律家1名、 当該専門領域の医師または法律家1名(患者側代表)、 当該専門領域の医師または法律家1名(医師側代表)
ザクセン	435	調停所	医師又は 法律家	医師会	保険会社	当該医師会に所属する医師1名
ラインラント・ プファルツ	406	調停委員会	法律家	医師会	保険会社	専門の医師2名、患者代表2名
ノルトライン	1,000	鑑定委員会	法律家・ 元裁判官	医師会	医師会	外科医1名、内科医1名、 病理学1名、一般医1名
バーデン・ ヴルテンベルク	1,066	鑑定委員会	法律家	医師会	医師会	常任委員として一般医1名、 当該専門領域の医師1名
ザールラント	107	鑑定委員会	法律家	医師会	医師会	常任委員として一般医2名
ヘッセン	609	鑑定・調停 委員会	法律家	医師会	医師会	外科医1名、内科医1名、 病理学1名、一般医1名
ヴェストファーレン・ リッペ	800	鑑定委員会	法律家・ 元裁判官	医師会	医師会	当該専門領域の医師2名

申請手続

- ・申請の手続は形式張らず、簡単なので、患者にとっては苦情を訴えやすい。
- ・手続は無料。
- ・必要資料(診療記録、検査記録、入院時の記録、必要であれば当該医師の前後に診療した医師の記録なども)は委員会が取寄せるので、患者が集める必要は全くない。
- ・証拠保全は不必要。医師が資料提出に協力することによって成立するのが裁判外紛争処理なのである。裁判のように争わないので、平和的解決と言われている。1975年以前には、医師が記録を隠すので、患者は記録を見るために刑事裁判を起すという傾向が生じたという。
- ・記録提出を求められた医師はコピーを作ってから提出する。

審理

- ・医師と法律家によって構成される鑑定委員会／調停所は書面によって審理を行う。口頭審理は一部を除き行われぬ。したがって、当事者が出頭することは通常ない。
- ・医師による鑑定は数多く行われ重要な判断基準となる。鑑定結果などは当事者(患者、医師)に呈示され、

これに対して意見を述べるができる。必要があれば再鑑定も行われる。

- ・その上で委員会は裁判外紛争処理の決定を行うが、裁判所の判決と異なり拘束力がない。決定に不満であれば民事裁判に提訴することになる。
- ・弁護士費用は当事者が負担、低所得者には公費補助の制度があるが、弁護士を頼まなくて済む場合が多い。
- ・委員会は医療過誤の有無、または損害賠償請求権の有無のみを判定し、賠償の金額決定はしない。委員会が「医療過誤があった」という決定を下すと、患者は保険会社と損害賠償・慰謝料の額について折衝を始めるが、患者はこのときに初めて弁護士を依頼することが多いという。金額は事例集を参考にして決定される。

鑑定委員会／調停所の構成

鑑定医委員会／調停所は表1に示すように、ドイツ全土に9ヶ所に設置されている。北ドイツ調停所には9つの州が属し、管轄地域の人口は2,500万人を超えるが、ザールラント鑑定委員会は100万人で、規模にはいちじるしい差がみられる。

また、この表が示すように、鑑定委員会、調停所の名称はさまざまであり、委員長も医師であったり、法律家であったり、また定年退職した裁判官を任命するなど変化に富んでいる。委員の人数、どのような人が委員にな

るかも種々雑多である。

鑑定委員会／調停所の運営経費はいずれも州医師会が負担する。委員は名誉職（無報酬＝ボランティア）であるが、医師会の他の委員会の委員もすべて無報酬である。

裁判外紛争処理においてもっとも重要な鑑定のための費用の支出は、医師会と保険社に分かれているが、医師会の場合は医師会費からの支出であり、保険会社の場合は医師が払う賠償保険料から出ることになるので、いずれにおいても医師の負担であることには変わりはない。また、鑑定料は法律によって算定方法が詳細に規定されている。

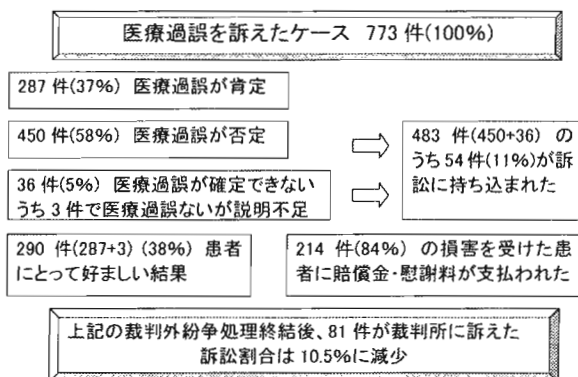
以上のように、組織の名称、構成、鑑定費用負担などは統一されていないし、審理方式にも多少の差があるが、いずれも裁判外紛争処理という共通の任務を果たし、全国統計が作れる体制になっている。この事実は組織の構成にこだわらなくても、目的と意志が確固としていれば実行可能であることを示す良い教訓といえる。

鑑定委員会の実績と全国的な傾向

Berner (1999)⁵⁾ は、1995年にノルトライン医師会の鑑定委員会が行った裁判外紛争処理事件を追跡調査して発表しているが、その内容を筆者は図4のように構成してみた。委員会はこの年に773件の医療過誤事件を扱っているが、287件(37%) 医療過誤を認め、450件(58%)で否定した。残りの36件(5%)では医療過誤の有無が確定できなかったが、その中の3件において説明不足が認められた。したがって、290件で患者に有利となる結果となった。そして214件の被害を受けた患者が、損害保険の賠償金・慰謝料を請求する権利が認められた。し

(図4)

医療過誤に対する鑑定委員会 1995年の実績
ノルトライン医師会(人口950万)



かし、76件(26%)の患者は、鑑定委員会の決定に満足し、損害賠償請求の手続はしなかった。このような患者は毎年この程度の割合で存在するので、あちらでも驚きを感じているという。筆者はこの事実から、患者は真実を知りたがっている、医療過誤を受けても、ドイツでは医師全般に対する信頼は損なわれていない、といったことが教えられるのではないかと考えている。

最終的に81件が裁判所に訴える結果となったので、裁判外紛争処理によって訴訟割合は10.5%に減少したことになる。この割合は全国的にはほぼ同じである。

民事裁判に持ち込まれた場合、裁判所は裁判外紛争処理とは全く無関係に審理を進めるが、判決の90%は裁判外紛争処理の決定に沿うような結果になっていて、この傾向も全国的に同じである。この点は後述の米国でADRに成功している州の事情と類似している。

ノルトライン医師会の鑑定委員会が2003-04の1年間に扱った2,037件の医療過誤申請件数と医療過誤と判定された件数を、病院・診療所別、診療科別にまとめた表をホームページに載せている。⁶⁾

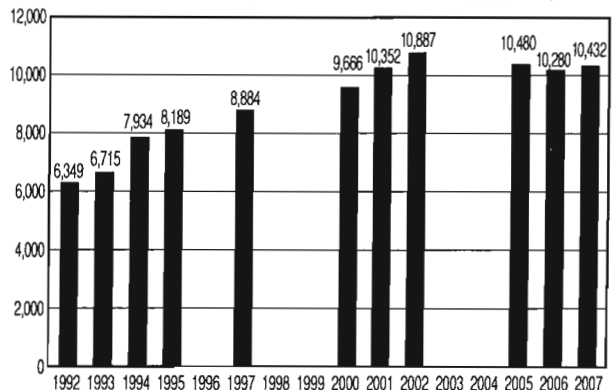
裁判外紛争処理に対する信頼性

鑑定委員会／調停所が医師会の中に設けられたとき、経費は医師会が負担、オフィスは医師会内にあり、医師会の職員を使うということであったので、医師に有利な判断をするのではないかと心配された。しかし、委員と鑑定人が中立の立場を守り、公正な判断を下してきたので、患者も医師も間もなく信頼するようになった。

図5はドイツ全体における裁判外紛争処理数の年次推移を示したものであるが、その増加傾向に対して、医師会は医師・患者間の接触回数の増加と患者の権利意識の

(図5)

鑑定委員会・調停所 ドイツ全体の年間受理件数
(畔柳、我妻、Berner、連邦統計から)



加筆：医療過誤は民事裁判でも審理されるが、2007年は11,500件を超えている

増大を考えると当然のことである考え、数は増加しても医療過誤の割合は増えないので楽観的な立場を示していた。この制度に携わる人たちの努力が実ったせいか、数年前より増加傾向は止まった様子である。

米国人から見たドイツの裁判外紛争処理

米国の研究者Jost⁷⁾は1995年にドイツ各地の鑑定委員会／調停所を詳しく調査し、1996年に発表した論文のなかで次のような興味深いコメントを述べている。

米国では、医療過誤に対する裁判外紛争処理としてのarbitration（調停）は、a few statesではpositiveであったが、多くの州ではそうでなかった。5つの州では違憲とされるなど、多くの州ではnegativeな経過と結果になった。ドイツの制度は米国のアイデアで作られたが、positive resultsを得て、多数のケースが解決している。Curiousなことだ。【筆者注：たとえば、ペンシルバニア州では裁判外で紛争処理を行うことは、州の憲法で規定されている裁判権を侵害するというので認められなかった。しかし、2003年にこれは改められ、5万ドル以下の事件であればarbitrationを行えるということになった。】

さらに以下のような印象を述べている。

ドイツ人は米国人より裁判が好きではない。医師への尊敬度は米国より強い。ドイツでは敗者は勝者の裁判費用を払うので、裁判所は遠い存在である。米国はそれにくらべると裁判所の門が開かれている。米国では陪審に聞いてもらえるし、自分を専門的な立場で代弁してくれる鑑定人を持てる。反対にドイツでは、裁判所が証人や鑑定人を選ぶ。【筆者は戦後に米国式の裁判制度を取り入れた影響で、日本の法廷で鑑定人合戦が起っているのではないかと考える。】

Jostは米国とドイツの本質的な差異について、次のように指摘している。

米国と異なり、ドイツでは損害が公的医療保険の医療費で治療できるし、また廃疾になっても社会保障があるので、賠償額はいちじるしく低い。【被介護者に年齢制限のないドイツの介護保険制度は1995年に発足した。】これに反して米国では将来の医療費や生活費も含むので賠償が高額になる。米国では小さなケースは訴えない。米国の弁護士の半数以上は、賠償額50,000ドル以下のケースを受付けたがらない。訴訟で痛めつけられている米国の医師としては、ドイツ式を導入したら、さらにクレームが多くなると思って受け入れないだろう。米国は文

化と法制度が違うので真似できないが、ドイツのモデルは刺激となり、興味深い。

以上のようにJostは述べている。ところで、ドイツの医療過誤における損害賠償・慰謝料の額を示したのが表2である。大多数のケースは日本円に換算して500万円以下であるが、これは医療保険と社会保障が整っているからであろう。ドイツ、スウェーデン及び米国と日本を比較検討してみる意義は大きいと思われる。

(表2)

損害賠償と慰謝料の額		
2000年度	ノルトライン医師会 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: 1,000; 320; 250 千マルク		

日本へ導入できるだろうか

以上のように、ドイツもスウェーデンも医療事故を裁判外紛争処理と言える方法で処理し、医師に負担をかけることなく、患者の権利を賠償という形で確保している。この方式が日本に導入できるかを検討してみよう。立派な能力を有する医師は多数いるが、日本全体として見ると以下のような隘路が重積し、余程の覚悟をしない限り不可能と感じられる。

- ・信頼できるカルテ記載の徹底（改ざんには処罰も必要）：
きちんとしたカルテを書く習慣を身に付ける医学教育が徹底していない。カルテは公的な記録であるので、裁判になって証拠として提出する場合、その改ざんなどは刑法上の罪に問われるものであるという法律的な意義への認識が弱い。
- ・医師がカルテ提出に協力すること：
これがなければ平和的解決手段である裁判外紛争処理は成立しない。そして裁判となってしまう。
- ・信頼できる医学鑑定：
公平な立場で鑑定するだけでなく、医療のレベルの向上につながる鑑定が求められる。鑑定人の倫理が

強く求められるが、それを規定する職業倫理規程が日本には存在しない。

・ 訴えやすくする：

患者は訴えるだけよい制度にすること。証拠資料集めは委員会が行い、患者に負担をかけないようにする。

・ 経済的負担の軽減：

ドイツやスウェーデンのように、申請に患者の経済的負担がかからないようにする。費用のかかる弁護士依存からの脱却も考えてみる。

・ 運営費用：

税金になるべく依存しない制度にする。ドイツは医師が納入する医師会費と賠償保険料で運営されており、膨大な仕事を処理する委員は無報酬である。米国でこの制度を行っているメイン州では無報酬であるが、委員の報酬を患者から徴収した州では失敗しているという話もある。患者に負担をかけると、裁判に移行した場合、患者は裁判外紛争処理に無駄な費用と労力を費やした結果になり、最初から裁判をすればよかったという考えになる。

・ 医療水準：

医師の教育が制度を支えられる水準に達していることが必要となる。卒後研修と専門医に求められる能力の基準を明確にし、医療の不確実性や裁量の余地といった曖昧さを縮小させる努力を示さなければ患者との信頼関係は前進しない。

・ 医師の職業倫理：

筆者が知っている英国、ドイツ、フランス、スイス、イタリアでは拘束力のある医師の職業倫理規則が法律で、あるいは法律を根拠にして制定されていて、医師はそれを遵守しなければならない。どういうわけか、日本には倫理は明文化に馴染まないという信念が根付いている。上記の諸国で、厳格な職業倫理規則を法律レベルで制定し、実施している現実を知り、どうして現代の医療にそれが必要とされるのかという根拠に注目しなければならない。

この他にも各種の要素があると思われる。Arbitration 以外の方法を考えても、上記諸条件を満たすような努力

をしなければ、裁判外紛争処理を成功させることは難しいのではないだろうか。

おわりに

ドイツにおける医療の実際及びドイツとスウェーデンの裁判外の医療事故処理を眺めたが、日本とあまりにも違うことに驚きを感じる。ドイツでは「医療過誤」、スウェーデンでは「回避可能」という表現を用いているが、そのような言葉の違いなどは大した問題ではない。重要なことは、日本では手のつけられないような諸問題をクリアして、理想に近い制度を実現している国が存在するという現実を知ることである。すぐにこのような国のレベルに達することはできなくても、それを謙虚に学ぶ努力をすれば、日本に欠けているものがより具体的に見えるはずである。そのなかに、医学教育と医療倫理が大きな柱として含まれるであろう。それによって混沌とした日本の現状から脱却する設計図を描くヒントがえられると思う。

(注)

- 1) 畔柳達雄：現代型不法行為事件と裁判外紛争処理機構—ドイツにおける「医療過誤鑑定委員会・調停所」管見—判例タイムス No. 865: 38-69 1995
- 2) 畔柳達雄：ドイツにおける「医療事故鑑定委員会・調停所」管見（続報）法の支配 No.111: 1-57 1998
- 3) 我妻学：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 2004
- 4) ドイツ連邦医師会：ドイツの裁判外紛争処理（翻訳）パンフレット 2008
<http://www.hi-ho.ne.jp/okajimamic/d141.pdf>
- 5) Berner, B. : Rechtsfrieden durch eine gütliche Einigung sichern. Deutsches Ärzteblatt 96: A2134-2137, 1999.
- 6) ノルトライン医師会が扱った医療事故統計
<http://www.hi-ho.ne.jp/okajimamic/t601/t615.pdf>
- 7) Jost, T.S. : Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen: The German approach to extrajudicial malpractice claims resolution. Ohio State Journal on Dispute Resolution, 1996.

医療過誤は裁判外紛争処理のほかに民事裁判所でも審理される。後者は2007年には11,500件以上に達し、3年前にくらべて1,700件(18%)増加している。ドイツ医師会は当事者(患者と医師)の理解により医師会の裁判外紛争処理をもっと利用するように国民に呼びかけている。