

招待講演 医療安全とコロナーの歴史

University of Southern California Keck 医学部

名誉教授 元ロス検視局長 野口トーマス恒富



招待講演

1. アメリカの医療訴訟の現状には目まぐるしい変化が見られる 日本で現在、見られるような裁判による医療紛争の解決は、アメリカでは驚くほど少なくなった。損害賠償の訴訟（アメリカでは Torts と言う）が起こった場合、民事裁判で医師等の責任追求する従来のやり方は弊害が多く、医療安全対策の観点からみれば利点がない。また、アメリカでは業務上過失致死罪などで刑事裁判にかけられることがない。現在の感覚では、医療ミス再発防止の観点から、起こった医療ミスの弁護など考えず、医療安全対策の一步として、医療ミスを発見後、すぐにミスの起こった原因を徹底的に討論する。そして、病院内で実行できる医療改善案を作成する。医師だけでなく看護師、薬剤師、医療検査技師達が安心して率直に真実を述べられるようにするには医療情報は部外に出さず、情報を話した医療当事者やその内容には法的な保護が必要である。この保護法の管理下において速やかに医療ミスの原因を解明する事が最大の目的である。訴訟を気にしながらでは迅速に事実をつかめない、改善案の検討時の内容は記録をしても、門外不出とし、医療記録とは別に保管する。当事者を保護しなくては真実が得られないことが確認された。病院全体でミスの原因を追究して安全対策と被害をうけた患者や遺族には速やかに解決策を説明し、必要であれば arbitration (調停) に持っていくか、他州であれば専門家のパネルを通して即急に解決する。この考え方をアメリカ市民は理解し始めた。なぜこのように目まぐるしく変化したのだろうか、それには理由がある。

2. 米国の医療安全制度とコロナー制度の歴史 アメリカの法医学検視制度は千年程前から伝統的に施行されていた英国のコロナー検視制度にさかのぼる。英国は十字軍をビザンチン帝国とイスラム教国に送りキリスト聖地の取り返しを試み、1196年に英国のキングリチャード王が敵国で捕虜となった。敵国は王の身柄を引き戻すには膨大な身代金を要求してきたが、英国にはそのような大金がなく、その身代金の捻出にコロナー制度が創設された。この制度は死人に税金をかけるという考え方で有った。自殺は神に反する行為であるから自殺をした人の財産を押収し、事故で死亡した場合は事故を起こした馬車を押収した。また、他殺事件では、その死人がその当時英国を支配したノーマン人か土着の英国人かを確かめるためコロナーの公聴裁判を事件がおこった場所でおこない、もしノーマン人が殺されていたら、英国の村民全員に税金をかけた。これをマーダラムといい、それで殺人を英語でマードラーと言う語源になった。その頃、地方で権力を強め始めた地方のシェリフ (警察官) をコントロールするため、コロナー局 (検視局) に警察権と判事的で裁判権をもつ行政官を新たに置いた。そのためこれを管理するコロナーは国王の任命で国の財産を管理する、いわば国税庁でかつ警察権や捜査権をもち、検視裁判に必要な書類、証人に出頭命令をだすなどの特権をもっていた。17世紀の新天地アメリカで、英国領として英国社会に見習って部落を作り、1776年の独立宣言時にはコロナー制度が確立していた。

3. アメリカでのコロナー制度の改革 アメリカでは地区の人がコロナー官を選出したため、コロナー官に選出されると、次の地方議員や衆議院や参議院へと政治力をたかろ政治家が多かった。そのため検視や科学的な検査を重視せず、死因などに政治的な配慮を行う弊害がおおく、100年前からニューヨーク市の医師会と法曹界が動き初めてコロナー官は選挙でなく、公務員制度の中で専門家を起用し、政治的支配を少なくした。また、検視局長は法医学専門医が行政官になり、遺体を中心にした捜査活動を行い始めた、これがアメリカの現在の検視制度でメディカルエキザミナー制度の初のモデルを作った。ロスでは1955年からメディカルエキザミナー制度が確立し、私は第二代目の検視局長を務めた。200人以上の捜査官、検死官、鑑識科員に事務官を常時待機させ、災害時の対応やパンデミック時の大量死体の収容処理も担当し、死体を中心にした捜査をする特別警察と考えられたら制度の違いが簡単に理解できると思う。現場の検視や証拠物件の押収は検視局の管轄で、その許可なしで警察官は遺体を動かす事ができない。今でも証拠書類提出命令や検視裁判の法廷に証言者として出頭命令をだす。

4. 日本にも戦後この制度が輸入された GHQの命令で全県にアメリカ式メディカルエキザミナー制度を強制的に作ったが権限に大差がある。現在4都市にしか残っておらず、司法解剖を大学の法医学教室に警察が依頼して行うのとアメリカの検視教務は大きな違いがあるので日本で今すぐ、制度を導入するわけには行かないだろう。警察管轄内の業務は第三者による客観性が少ないとするアメリカ人は多い。総合的な検視から遺族からの相談や世話や、財産管理や死亡登録の管理や、科学的分析や銃弾の鑑識や創傷の分析などをコロナー局の総合法科学センターで行う。コロナー局は殺人事件以外に事故死、自殺死、原因不明な病死例を扱う。

5. ロスの検視局はアメリカで最大の事例や設備をもち、ロス地区の人口は現在1千2百万で90以上の市制が引かれている独立市があり、数多くの大都市も有る。例えばロス市、ロングビーチ市、サンタモニカ市があり、そこには独立した警察があるがロス地区ではコロナー局は一所であり、それから見るとコロナー局は警察の監督官庁になる。私が現役であったとき1960から1980年頃はベトナム戦争その反戦運動やヒッピーたちが幻覚度の高いLSDやヘロインなどの麻薬・不法薬物乱用による犯罪や死亡例が多くなった。そのような時代にロス検視局では移植の問題や脳死の定義を法律化するため積極的に議会に働きかけた。また老人ホームにおける不十分な医療の為の死亡例が発覚したため、このような例もコロナーの管轄に加え、精神病院や神経性の重症な患者を収容する設備での死亡例も法的に管轄内にいれ、最近では医療事故や医療過誤なども積極的に扱ってきた。1990年度から全アメリカ地区で犯罪予防法として全国的にノートレランス方式で少しでも違反する青少年を逮捕し、子供の取り調べに親にも責任を追わせ、大人で重罪を3回を犯せば無期懲役とし、厳重に犯罪を予防し始めた。最近では殺人事件が20年前から見ると半減し、銃火器による死亡例も減少した。昔は忙しすぎた業務であったが、最近では時間をかけて充実した広い意味での予防も加味した業務に代わって来た。病院内で診断や治療並びに手術後24時間以内に死亡した例は、病院内の遺体や遺族担当係がコロナー局に連絡してくるので、コロナーと検視局は死亡登録局と連絡を取りながら正確な死因の登録にこころがけている。

6. 半世紀以上のアメリカの医療紛争 多くの苦難の段階を経てここまで到達した。以前は医師らの態度に不満を抱いたり、高度の医療を期待していたが良い結果を得られなかった患者さんが医師と病院を訴えた。市民は医師を信頼できなくなり、消費者団体の声が強くなり、医師達は医師を庇うと非難し1960年から1970年代にかけては医療訴訟が急激に多くなり、高額な慰謝料を科せられ、医療過誤保険の掛け金が30倍に膨れ上がった。特にリスクの高い産科や外科系の専門医は開業ができなくなる時期があった。

7. 全国最初にカリフォルニア州で医療損害賠償法改革案 数多くの医事紛争のためついに最低限の医療が施せなくなる危機が1970年代に起こり、遂に1975年の緊急州会議で医療被害補償改革法(MICRA)が制定され、今では全米に普及している。これもアメリカの制度と日本の制度のちがいであるが、陪審員が慰謝料を決める為、以前から問題であった膨大な慰謝料の言い渡しが一つの改善の要因である。この法律の要点は必要な医療費以外に支払われる慰謝料を最高25万ドルとし、また、弁護士報酬の上限を決め、また医師を訴える前に医師本人に訴訟を起こす意図があることを通知の上、その法的根拠を明記し、90日以内に訴訟を起こさねばならないという規則を定めた。また、同じ分野の専門医によるStandard of Patient Care 外の治療であるという証明書が必要となる。同時に医師免許登録局を消費者保護局の管轄にして医療行為の監督を強化した。現在は公判に代わり、最終決定権をもつ法廷の監督下での調停(Binding Arbitration) 制度を確立した。

8. 法医学と医療安全の関係 事故や他殺の対象になる外傷死亡例は皆検視局で扱うため、総合外傷センターは検視局の支持なくしては質の評価ができない。ロスでは、私は現在USC《南カリフォルニア大学》Trauma Center 外傷外科で、解剖所見と臨床記録より最終的な医療の質の査定をする委員会の委員長を長年務めている。USCも含め、アメリカの全病院による2008年の目標は、主に以下の通りである。1) アメリカ全病院において病院内での患者の識別ミスを無くす、2) 病院医療関係者間の連絡ミスを減らすため十分に確かめること、3) 処方・薬品投与でのミスを少なくするため、使った薬品と残った薬品を正確かつ完全に一致させる。4) 治療中の感染や院内感染を防止すること、5) ベットより落ちやすい患者さんを区別して注意し被害を防ぐ。6) 患者の様態がかわったりした場合に夜間でも24時間体制で対応できるように家族も直ぐに関係者に報告できるような体制をつくり、患者及び家族の安全対策に対する理解を高める。7) 自殺など院内で起りうる事態に対して、識別し予防に努める。関係者が24時間体制で患者さんの容態急変を認識し、責任者に知らせる制度を完成する。先年からの目標を今年2010年から強化する指示があり、病院内で遵守する事項として、1) 術前の確認事項を決め、2) 手術部に印を付けてミスを防ぐ、3) 手術の直前に最終的確認のため、"Time-out" と言う時間を取って確認する。また重大医療事故とならないように見張りをしているが、それでも起こった場合にはSentinel event reporting が義務付けられ、Route cause analysis を45日以内に完成させ、ミスがおきたらその記録や関係した機材物品等を確保し、患者から聞かれる前に医療当事者が患者や家族に話す。そのため病院内の手続きを標準化させる手順書を作成する。

9. 全国的な医療安全業務目標 各病院長はそれを最優先業務としているため、今は医療安全第一となっている。昔のように査定の日にちを決めずにミスがおこるとすぐに改良案をつくりミスの予防につとめ、いつでも検査官がしらべることができるような体制を作った。病院長は医療安全専門家を各部門に置き全体の医療安全を保っている。もしJCの査定に落ち、ミスが多く改善不能な状態に陥った病院が最終的な通達を受けた場合は、国費による診療報酬が病院に払われなくなり、病院の経営が立ち行かなくなる。また医療ミスのため患者さんの入院費が高くなるが、ミス後の治療費には保険の対象外となり、病院側がその費用を負担するようになるため、病院側としてはミスの予防に全力をあげている。2010年度の目標は、1) 患者の識別を間違わない、2) 輸血を間違わないように、3) 医療実務者のコミュニケーションの改良、4) 薬品の投与の安全、対凝固剤安全、5) 病院内感染の予防、6) 薬品投与と残りの薬剤の調整、7) 患者が別のサービスに移転や、別の病院に移した時の薬剤の調整、8) 退院時の薬剤の調整と患者や家族へ説明指導、9) 投与は短期間と頻繁に薬剤の調整、

10. 2010年度には院内の電子カルテ制度が確立 臨床検査結果はオンラインで、病棟で読めるし、解剖所見から診断死因もオンラインである。カルテもICUの看護記録から始まり、今ではカルテを探す必要がなくなった。3年前から同僚評価制度による極秘の記録も別のオンラインにし、同僚評価委員会ではレントゲン所見、退院時要約などオンラインで探しペーパーフリーにするため、指定された係員がオンラインのデーターを記入する。今年から私は病院長の最高同僚評価制度の委員とし、死亡例を対象に徹底的に検討し、スタンダード外の医療であった、死亡を予防できる可能性があったのか、診断・治療の間違えなど、適切な医療を見逃したりして死亡したと考えられる例など、病院内医療システムの改善を中心に医療ミスがおこりにくいように努力している。

11. 日本とアメリカの医療制度の違い これは国柄の違いかもしれないが200年前の建国時13州を中心にした自治を尊重し連邦政府の権限を最小限に留めた。その伝統は50州の連邦でも同じで、自主的に国をつくらう、国が法律をつくるまえに自主的に改良しようというアメリカ人気質がある。制度や法律は州または地方で決めるため、市民の声を容易に反映し易い点は長所である。アメリカの方が医療改革を行いやすいのであろう。日本のように総合的な監督をする厚労省がなく、American Medical Association (AMA) が厚労省の役を担っていると思われる。AMAは現在の医療改革、医療安全の管理だけでなく、関係専門団体とも協力し医師教育や専門医養成さらには Accredited Council for the Graduate Medical Education (ACGME) 団体はAMA関連団体で、いかに医師教育に大きな役割をしているかがわかる。いまでは病院管理制度評価を行う総合団体のJC (Joint Commission) もその前段階はAMAが60年目から作り始め医療機関の査定制度を確立させ、各専門学会で医療スタンダードを作成しており、アメリカ連邦政府はその規定に沿って医療費を支払うという自治体制を保っている。そのため議会や役所を通すことなく、自主的に毎年少しずつ医療改善を進めている。もう一つはアメリカの法医学は病理学の専門医がさらに法医学を専攻して法病理学者になるため、臨床医学との連絡が容易かも知れない。今後は医療過誤や医療ミスのない安全な医療を航空安全制度の様に市民が安心してうけられ、医療機関や医師への信用に基づき安心して市民が相談できる医療制度を作りたい。

12. 法医学と救急医学 これはチームメンバーとして共同協力し医療の質の評価を行っていくべきであろう。