

氏 名 なかむら のりこ  
**中村 伸理子**

学位の種類 博士（医学）

報告番号 乙第 1588 号

学位授与の日付 平成 27 年 9 月 29 日

学位授与の要件 学位規則第 4 条第 2 項該当（論文博士）

学位論文題目

**Malpractice lawsuits and change in work in Japanese surgeons  
（日本における医療訴訟と外科医の仕事の変化）**

論文審査委員（主査）	福岡大学	教授	山下 裕一
（副査）	福岡大学	教授	久保 真一
	福岡大学	教授	守山 正樹
	福岡大学	教授	志村 英生

## 【背景】

医療過誤訴訟のリスクは、外科医にストレスを引き起こし、防御医療と関連している。一部の外科医は医療過誤訴訟を理由に手術から撤退している等、訴訟が外科医減少の一因となっていることが指摘されている。しかしながら、実際に医療過誤訴訟を経験した外科医にどのような影響が生じているかはほとんど明らかにされていない。

## 【目的】

本研究は、医療過誤訴訟を経験した外科医の仕事の変化を調査するとともに、訴訟の時間的、精神的負担および訴訟が防御医療に及ぼす影響を評価する。さらに、外科医が医療過誤訴訟に対応する中で受けた関係者からのサポートおよびサポートと防御医療との関連についても評価する。

## 【方法】

医療過誤訴訟を提起され訴訟の相手方となった医療機関と訴訟結果等の情報は、判例データベース2社（LEX/DB インターネット、判例秘書インターネット）と新聞データベース3社（朝日新聞、日本経済新聞、読売新聞）を用いて抽出した。対象期間は、1993年以降の診療および2003年以降の判決日のものとした。外科診療は、消化器外科、呼吸器外科、乳腺・内分泌外科、小児外科、心臓・血管外科、救急外科および一般外科とした。抽出した115施設宛てに2013年1月から9月に調査票を送付した。

調査票の主な内容は、1. 外科医の当事者情報、2. 仕事の変化、3. 訴訟結果（医療機関側勝訴、医療機関側敗訴、和解による終結）、4. 医療過誤訴訟の影響（時間的負担と精神的負担）、5. 周囲の関係者（病院長、医療安全管理部の医師等、訴訟担当の病院職員、訴訟代理人弁護士、診療科の上司、診療科の同僚、大学の医局）からのサポート、6. 訴訟結果の診療への影響（過剰診療、高リスクな診療を躊躇等）であった。調査票の回答は医療過誤訴訟で争われた診療に関与した外科医自身の他当該外科医について知っている職員の回答を認めた。医療機関名の記載は求めたが、回答者は無記名とした。

## 【結果】

合計30名の調査票を収集した（外科医自身N=20、外科医を知っている職員N=10）。専門領域の内訳は、消化器外科12名、心臓・血管外科6名、呼吸器外科3名、乳腺・内分泌外科3名、その他6名であった。訴訟における原告請求額は中央値6000万円（300万円－1億9400万円）、患者側請求金額に対する1審判決で認められた金額の割合は、0%：10件、1-20%：11件、21-50%：6件、51%以上：3件、事故から1審判決までの期間は、2-3年：3件、4-5年：17件、6-7年：7件、8年以上：3件、そして訴訟の最終結果は、医療機関側勝訴11件、医療機関側敗訴17件、和解2件であった。仕事に変化があった外科医は6名（21%）であり、内訳は、術者をやめた1名、専門を変えた1名、医師をやめた1名、医療機関を辞めて別の医療機関に移った4名であった（このうち1名は重複している。訴訟結果の内訳は、敗訴5名、和解1名）。

外科医は、訴訟により時間的負担（100%）、精神的負担（96%）を感じていた。診療への影響は、時間的負担により診療に支障が生じた60%、時間的負担により医師業継続が困難となった44%、精神的負担により診療に支障が生じた64%、精神的負担により医師業継続が困難となった44%であった。訴訟後の診療の変化は、医療安全の意識が高まった68%、過剰診療27%、高リスクな診療の躊躇

躊躇 39%であった。外科医が訴訟においてサポートを受けたと感じていた割合は、弁護士 89%、訴訟担当の病院職員 86%、病院長 73%、上司 65%、医療安全部 63%、同僚 57%および大学の医局 21%であった。

仕事を变えた外科医は仕事を变えていなかった外科医より高リスクな診療の躊躇が有意に高かった。病院長、訴訟担当の病院職員、医療安全部からのサポートが事故後の医療安全意识向上と正の相関を示し、弁護士からのサポートが過剰診療と高リスクな診療の躊躇と負の相関を示した。

#### 【結論】

本研究は医療過誤訴訟を経験した外科医 30 名の調査結果である。6 名（2 割）の外科医は仕事を变えており、そのうち 3 名（1 割）は手術から撤退していた。外科医の 3 分の 1 は訴訟後に防衛医療を行うようになっていた。防衛医療は仕事を变えていた外科医で有意であった。弁護士が訴訟に対応する外科医を適切にサポートすることにより外科診療を萎縮させないことにつながる可能性がある。医療過誤訴訟の外科医に与える影響を考えると、医療機関は、紛争当事者となる外科医をサポートする必要がある。今後の研究により、弁護士の関与により、守備医療を防ぐことができるかどうかさらに検証する必要である。

## 審査の結果の要旨

本論文は、医療過誤訴訟を経験した外科医115名を対象としたアンケートを行い、その結果を分析し訴訟後の外科医の診療の変化および外科医を支援する関係者の役割を検討した初めての論文である。実際に訴訟当事者となった外科医の21%は仕事の変化（術者をやめた、専門を変えた、医師をやめた、当該医療機関を辞めて別の医療機関で勤務）があったことが明らかとなった。訴訟後の診療の変化は、過剰診療27%、高リスクな診療の躊躇39%であり、訴訟を経験した外科医は防衛的な診療を行っていた。防衛医療は弁護士による支援と負の相関（過剰診療について、 $r = -0.42$  ( $P = 0.032$ )、高リスクな診療の躊躇について、 $r = -0.39$  ( $P = 0.048$ ))を示していた。他方、病院長や医療安全部の支援は事故後の安全意識の向上と正の相関（病院長について、 $r = 0.43$  ( $P = 0.044$ )、医療安全部について、 $r = 0.58$  ( $P = 0.005$ ))を示し、訴訟中の外科医に対する関係者の支援の重要性が示唆された。

### 1. 斬新さ

訴訟の外科診療に与える影響を調べるために訴訟当事者となった外科医から直接データを集めた世界初の研究である。訴訟を経験した外科医の仕事の変化、外科診療への影響および関係者からの支援まで踏み込んで検証した原著論文として斬新さが認められる。

### 2. 重要性

日本国内外で外科医減少は重要な問題として認識されている。日本の外科医の4人に1人は訴訟や示談を経験しており、外科医を志望しない理由として多忙に次いで訴訟リスクが挙げられているが、訴訟を経験した外科医の実体を明らかにした報告はない。本論文では、訴訟を経験した外科医の一部は手術から撤退し、訴訟において医療過誤が否定された事例を含め防衛的な診療を行っていることを明らかにした。さらに、外科医の職場環境を向上させるには、弁護士や病院長、医療安全部の支援が必要となることを示した。

### 3. 研究方法の正確性

訴訟情報は判決文や新聞記事より丁寧に渉猟し入手した。病院を通じて調査票を訴訟当事者となった外科医に交付する際は、当事者の病院長を經由し医療安全部から依頼する正式なルートで行い正確性を期した。統計的処理には、Wilcoxon rank-sum tests、Spearman rank correlation coefficientsを用い、統計解析は確立した技法を用い十分な正確性がある。

### 4. 表現の明確性

本論文は、Journal of Surgical Researchに掲載されている。したがって研究目的、対象と方法、結果、考察において国際的認知が得られたものと考えられる。

## 5. 主な質疑応答

Q1: 回答率についてはどのように考えるか。

A1: アメリカ等の他の研究でもアンケート調査の回答率は30%程度であり、それと同等の回答率が得られたと考えています。

Q2: どのようなことを説明して調査をしたのか？

A2: 病院長宛に当事者となった外科医に対するアンケート協力の依頼書を送りました。依頼書には医療安全部に回していただくようメモを付けました。

Q3: 2007年に門田先生が外科学会でこの問題を取り上げていた。学会を經由して調査を行ったのか？

A3: 学会にはお願いしていません。

Q4: 調査票ではどのようなことを尋ねたのか？

A4: 論文結果でお示ししている項目に加え、医療機関名の記載も求めました。回答の一部は5段階評価としています。調査票はA3用紙両面のボリュームでした。同様の調査研究が見当たらなかったため参考にしたアンケートはありません。

Q5: 防衛医療は悪いことなのか？ 訴訟後に防衛医療になっていても、その外科医がもともと危険な手術をしていたということも考えられる。

A5: 今回の研究結果では、病院側勝訴判決に対する外科医の判決結果の正当性評価に比べ敗訴判決に対する評価は有意に低いという結果でした。法的な標準医療の枠組みと外科医の考えるそれは必ずしも一致しないのではないかと思います。そうすると、外科医が危険な手術をしていたのかどうかの判断をどのようにするか検討が必要と考えます。大変興味深い指摘だと思われるので今後の研究において参考にさせていただきたいと思います。

Q6: 判決はすべて見ることはできるのか？

A6: 判決文は一部公開されています。判決文中の関係者の氏名は匿名化されているため見ることはできません。

Q7: 訴訟で訴えられていたのは病院だけだったか？

A7: 訴訟の相手について調査票で尋ねました。①病院のみ、②病院と当該医師、③病院と他の医師、④当該医師のみのいずれも回答に含まれていました。

Q8: 当事者の立場で何か差があるのか？

A8: 当事者の立場についても調査票で尋ねました。①術者、②主治医、③上級医(責任者)、④その他として回答を求めましたが、当事者の立場による違いは見いだせませんでした。

仕事の変化があった 6 名は、①術者、②主治医、③上級医（責任者）のいずれも含まれていました。

Q9: 予定手術と緊急手術での違いはあるか？

A9: 今回対象とした 30 例のうち 3 例は緊急入院後の検査や処置の遅れが争われていました。24 例は予定入院、予定手術、外来の診療に関するものであり、残り 3 例については予定手術か緊急手術の判別ができませんでした。予定手術と緊急手術での分析はできませんでした。

Q10: 代理回答者はどのような立場の人か？

A10: 代理回答者は当事者となった外科医を知っている方に回答いただきました。立場は医師に限定していません。自由記載の内容から当事者が術者であった手術の助手をされた方が回答されていたものもありますが、全体としてどのような対場の方が代理回答されたかは明らかではありません。

Q11: 医療機関のサポート体制が外科医のために必要か？

A11: 今回の研究結果では弁護士の支援を受けていた割合が高いという結果でした。法律の専門家からの支援を必要と考えている医師が多いという他の研究報告もありますので弁護士の関与は有益と考えます。同僚に関しては、同僚から批判を受けることのマイナスを指摘する研究もありますが、同僚からのサポートが求められているという研究もありますので、良き理解者としての同僚の役割も有益と考えます。病院のサポート体制の組織作りでは病院長が重要と考えます。病院長の姿勢が病院全体の関係者に影響するのではないかと考えています。

以上の内容の斬新さ、重要性、研究方法の正確性、表現の明確性および質疑応答の対応を踏まえ、主査および副査による審査の結果、本論文は学位論文に値すると評価された。