

米国医賠危機への対策にみる 保険会社の医療事故への関わり方の変化

目 次

- | | |
|---------------|-------------------|
| I. はじめに | III. 米国での医賠危機への対策 |
| II. 医賠危機と医療事故 | IV. おわりに |

副主任研究員 吉田 順一

要 約

I. はじめに

我が国でも医療事故と訴訟の問題については度々議論されているが、医療事故が抱える問題は複雑であり、全ての問題に対処できる解決策は見いだせていないのが現状である。米国でも医療事故が医療サービス供給の減少や医療費増加をもたらしているとして議論が続いている。

本稿では、米国における医療過誤賠償責任保険に関わる問題やその対策を改めて概観し、その背景にある医療事故の抱える問題の複雑性を踏まえた上で、保険会社の関わり方について考えたい。

II. 医賠危機と医療事故

米国では過去3度の医賠危機を経験していると言われ、これは医療過誤賠償請求の増加や陪審評決額の上昇等によって引き起こされたと考えられている。

医療過誤賠償請求に関わる問題の一つは、患者等には医療事故の原因が医療提供者の過失によるのかどうかの判断が困難であることだが、過去の調査からは、医師にとっても断定的な判断は困難であるということが示されている。医療は、治療が奏功するとは限らないという不確実性を有しているうえに、医療事故が発生した場合の過失の有無についても断定的な判断が困難であるなど、その複雑性から医療過誤賠償請求や医療過誤訴訟に繋がりやすいと考えられる。

III. 米国での医賠危機への対策

医賠危機に対し、米国では従来から損害賠償責任の上限額設定といった不法行為法改革というアプローチがとられてきたが、これは医療過誤賠償請求を減少させるとは考えにくく、本質的な解決策にはなっていない。CRP (Communication and Resolution Program) や無過失補償制度というアプローチは、医療事故の抱える問題の複雑性に対処しようとしているものである。

IV. おわりに

不法行為責任に基づく賠償請求システムは、医療過誤被害者の救済方法としては十分とは言えない。米国における医療事故や医療過誤への対応の変化からは、従来の賠償請求システムから円満・円滑な紛争解決へと、保険会社の医療事故への関わり方に変化が求められてきているということが示唆される。

I. はじめに

2015年10月に開始された医療事故調査制度は1年が経過しているが、調査結果が医師への責任追及に繋がる、調査結果にばらつきがあるなどの課題も言われている¹。これらは医療事故調査制度固有の問題としての側面だけでなく、医療事故が本質的に抱える問題の複雑性に起因している側面もあると考えられる。

一方、米国でも医療事故が医療サービス供給の減少や医療費増加をもたらしているとして議論が続いている。本稿では、米国における医療過誤賠償責任保険に関わる問題やその対策を改めて概観し、その背景にある医療事故の抱える問題の複雑性を踏まえた上で、保険会社の関わり方について考えたい。

II. 医賠危機と医療事故

1. 医賠危機とは

米国は過去3度の医療過誤賠償責任保険の危機（以下「医賠危機」とする。）を経験していると言われている。医賠危機とは、医療過誤賠償請求の増加や陪審評決額の上昇等によって医療過誤賠償責任保険（以下「医賠」とする。）の保険料が高騰することで、医師が医賠を入手することが困難になることである。また、医賠の入手が困難になった医師（主に脳神経外科医、産婦人科医等の専門医）が、医賠保険料が比較的低廉な他州へ移る、保険料を引き下げるためにハイリスクな診療行為をやめる、または廃業するなどにより、患者の医療アクセスが低下するという側面もあることから、社会問題の一つであると言える。

《BOX. 1》医賠保険料上昇の原因

なぜ、医賠危機と呼ばれるような急激な保険料高騰が発生するのだろうか。3度目の医賠危機に関して、GAO（Government Accountability Office, 米国会計検査院）は連邦議会の要請により医賠保険料高騰の原因を調査、2003年に調査報告書を公表している。報告書によれば、投資収益の減少や再保険費用の上昇を含む複数の要因が最近の医賠保険料上昇に寄与しており、特に保険会社のコストの最も大きな割合を占める支払保険金の増加が、長期的な保険料上昇の主な要因であるとしている²。

一方で、医療インフレを考慮すれば医師1名あたりの保険料は減少しており、金利変動による投資収益のサイクルが保険料増減のサイクルと一致していることから、金利低下による投資損失を埋め合わせるために保険料を引き上げるという保険システムが主な原因であるといった分析もある³。

また、価格競争が不適切な保険料設定を招いたと主張するものもある。2度目の医賠危機後、医賠収支が改善してきた1990年代半ばに米国有数のシェアを有するSt. Paul（現Travelers）は多額の準

¹ 日本経済新聞電子版「医療事故調査 届け出低調 初年度 388 件、想定 3 割以下」（2016 年 10 月 12 日）。なお、責任追及の懸念に関して、我が国では民事賠償責任を認めることが刑事事件化に繋がる懸念も強い。本稿で取り上げる米国では、いわゆる過失が明らかな「単純ミス」であっても「誰でも犯しうるミスとして犯罪とはならない」傾向があるなど、日米で刑事責任に関する考え方や背景は異なる（高アンナ「日米における刑事医療過誤」『北大法学論集』63(6) pp.363-420（2013 年 3 月）。

² Government Accountability Office, “MEDICAL MALPRACTICE INSURANCE : Multiple Factors Have Contributed to Increased Premium Rates”. Jun, 2003.

³ Americans for Insurance Reform, “Medical Malpractice Insurance : Stable Losses / Unstable Rates in Illinois”. Feb 2003. この点について、前脚注 2 の GAO の報告書では、15 の大手医賠会社における総投資資産額と保険料収入額の平均が約 4.5 対 1 となっていることから、投資収益が 1% 減少することによる保険料上昇は 4.5% 程度としており、その影響は限定的としている。

備金を取り崩し、利益を計上したが、これが保険業界内において医賠分野の収益性の高さを誇張することに繋がり、小規模医賠保険会社の事業拡大や価格競争が進み、賠償責任額を補償するには不十分な水準にまで保険料が低下したとされている⁴。

1 度目の医賠危機は 1970 年代半ばに発生、PL 保険の保険料も高騰するなど「第一次保険危機」と呼ばれ、2 度目は 1980 年代半ばに発生、医賠や PL に限らず賠償責任保険全般の保険料が高騰、「第二次保険危機」とも呼ばれている。

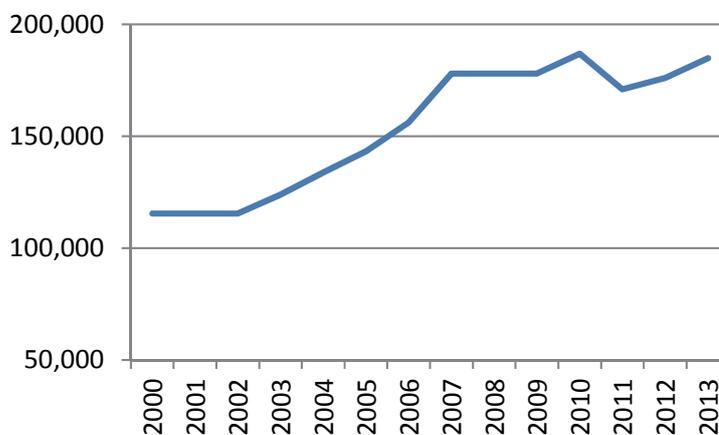
3 度目の医賠危機は 2000 年代前半に生じており、医賠の損害率は 2001 年には 126.8%と悪化⁵、2003 年にかけて多くの保険会社が医賠事業から撤退した⁶。2002 年には専門医による医療サービス供給が不足したことから AMA (American Medical Association, 米国医師会) により 12 の州が医賠危機地域として指定され、2006 年にはテネシー州が 21 番目の医賠危機地域として指定されるなど、危機が拡大した⁷。

例えばネバダ州ラスベガス地区では、St. Paul が収支悪化を理由に 2001 年 12 月に医賠事業から撤退した以降、90 人もの産科医が新たな妊婦の受け入れを中止、ある妊婦は 28 人もの産科医に断られた結果ようやく医師を手配できたといった状況が発生している⁸。また、テネシー州では、95 の郡のうち 81 郡において脳神経外科に研修医がおらず、42 郡では産婦人科に研修医がいないという状況が発生するなど、医療サービスの供給が減少した⁹。

医賠保険料高騰の影響は、全ての診療科/医師に影響するものではあるが、特にハイリスクとされる診療科/専門医は大きな影響を受けるため、脳神経外科、産婦人科などの医療事故発生時に患者の障害程度が重くなりやすい診療科において医療サービスへのアクセス低下が顕著となる。

また、《図表 1》はニューヨーク州ナッソー郡およびサフォーク郡での Medical Liability Mutual Insurance Co. における年ごとの産婦人科医の標準保険料¹⁰の推移である¹¹。

《図表 1》 NY 州ナッソー郡およびサフォーク郡での Medical Liability Mutual Insurance Co. における産婦人科医の標準保険料の推移 (ドル)



(出典) Cunningham Group ウェブサイトより損保ジャパン日本興亜総合研究所作成

⁴ The Wall Street Journal, "Insurers' Price Wars Contributed To Doctors Facing Soaring Costs". Jun 24, 2002.

⁵ NAIC, "Countrywide Summary of Medical Malpractice Insurance CALENDAR YEARS 2001 - 2015". 2016. なお、損害率はインカードベースであり、保険金および弁護士費用や訴訟費用等の防衛費用を分子としている。

⁶ Stuart L. Weinstein, "Medical Liability Reform Crisis 2008". Clinical Orthopaedics and Related Research, Vol. 467, pp.392-401, 2009.

⁷ American Medical News (American Medical Association), "Another state added to liability crisis list". Mar 6, 2006.

⁸ 前脚注 4

⁹ 前脚注 6

¹⁰ 割増引適用前の保険料。実際の保険料は標準料率に個々の医師の状況に応じて割増引が適用される。

¹¹ Cunningham Group ウェブサイト (visited Nov 15, 2016)

<<http://www.cunninghamgroupins.com/historic-medical-malpractice-insurance-rates/new-york/>>

医賠危機が発生したとされる 2000 年代前半頃より、医賠保険料が上昇しているが、2010 年以降においても依然として高い水準にあることがうかがえる。

このような医賠保険料の上昇は、価格転嫁が生じるため医療費の増加に繋がる。さらに、医療過誤賠償請求への医師の不安は防衛医療を招くことから、医療費の増加に繋がるとされている。なお、防衛医療とは「賠償責任への懸念から、医師が検査や処置、診察を追加オーダーすること、またはハイリスクの患者や手術を避けること」とされている¹²。防衛医療による医療費上昇は以前から問題視されており、不必要な検査や処置による医療費の無駄は年間 2,100 億ドルにも上ると米国医学研究所が報告するなど¹³、医療費の対 GDP 比が 16.9% (2015 年)¹⁴にも上る米国にとっては大きな問題である。

〈BOX. 2〉医賠危機は起きていない？

医賠危機の発生にやや懐疑的な分析や、医賠保険料負担と医療サービス供給には関係性がみられないという分析もある。

①医賠危機の発生にやや懐疑的な分析

サフォーク大学の Rodwin らは、インフレ調整を行ったうえで医師の事業収入、事業支出（医賠保険料および医賠保険料以外）および事業所得について比較を行っている。その結果、第一次医賠危機以前である 1970 年に比べて 2000 年には医賠保険料は上昇しているものの、事業支出に占める医賠保険料の割合の上昇はわずかに過ぎず、事業所得は事業収入の大幅な上昇によって増加していた。この傾向はハイリスクとされる産婦人科医にもあてはまるなど、医賠保険料負担が 2000 年代前半の医賠危機と呼ばれるような現象を招いているとは言えないとしている。

さらに、マサチューセッツ州最大の医賠保険会社である ProMutual 社のデータを分析することで、2000 年頃から一部のハイリスクとされる専門医に対して保険料割増が適用されていること、2005 年においても産婦人科医の 3 分の 1 近くは割引適用によって 1990 年よりも低い保険料となっていること、産婦人科医の一部は割増適用によって保険料が大幅に上昇していることを明らかにした。これは、保険会社が契約単位での割増引適用によってリスクに応じた保険料設定を行うことでローリスクとされる契約者の保険料が低下すると、ハイリスクとされる契約者への保険料の「補助金」がなくなることから、ハイリスクとされる契約者の保険料がリスクに見合う分だけ上昇するということを表している。

Rodwin らは、競争や金利、保険会社の支払予測などによる保険料増減のサイクルが存在するものの、医師はサイクルやインフレを考慮することが出来ず、短期的な保険料上昇を過大認識してしまうとしている。また、医療過誤訴訟を起こされることの恐怖や心理的負担が、この誇張された保険料上昇に相俟って、大多数の医師にとって実際には事業支出の一部を占めるに過ぎない医賠保険料の上昇

¹² U.S. Congress, Office of Technology Assessment, “*Defensive Medicine and Medical Malpractice*”. July 1994.

¹³ The Atlantic, “*How the U.S. Health-Care System Wastes \$750 Billion Annually*”. Sep 7, 2012.

¹⁴ OECD, “*Health Statistics 2016*”. <<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>>

が事業所得を減少させていると誤認させてしまい、医師に医賠危機が発生していると認識させることに繋がっているとしている¹⁵。

②医賠保険料負担と医療サービス供給には関係性がみられないという分析

医賠保険料高騰が直ちに医療サービスの供給不足や医療アクセスの低下を招くとは言えない。なぜなら、保険会社による医賠の引受拒否によって医師が医賠を入手できなかった場合には診療を継続することは困難となるが、保険料の上昇は医療費に価格転嫁されるため、必ずしも医師の事業所得の減少には繋がらないからである。

また、実際に価格転嫁が困難な場合でも、保険料負担が問題なのであれば、その高騰の影響を抑制する医賠保険料助成制度が効果を発揮すると考えられる。しかし、1999年から2003年にかけて産婦人科医の医賠保険料が280%も上昇したとされるオレゴン州では、2004年から出産を取扱う産婦人科医に対して医賠保険料の80%相当額の助成を行っているが（出産を取扱っている家庭医には60%相当額が助成される）、助成制度と産婦人科医の出産取扱い継続には関係性はみられなかったとの調査報告もあるなど¹⁶、医賠保険料負担が医療アクセスの低下の直接的原因であるとは言い切れない¹⁷。

コーネル大学の Eisenberg は、「医師が保険料の上昇を支払者へと転嫁し、保険料を軽減する州の取り組みに反応しないとするならば、損害賠償制度が医師の供給を減少させるという因果関係のメカニズムを理解することは困難である」とし、訴訟を提起されたこと自体による個人的評判のコストなどの可能性もあることから、現実の訴訟の経験に焦点を当てる研究の重要性を論じている¹⁸。

2. 医療事故とは

2016年5月、米国の死因第3位は医療ミスであり、その数は25万人に及ぶという衝撃的な報道がなされた¹⁹。本節では、この報道の契機となった報告や米国の過去の調査結果をもとに、日米の医療事故²⁰や医療過誤の概念の違いを示し、医療事故の抱える複雑性を概観する。

(1) 日本における医療事故・医療過誤の定義

医療機関における医療事故の発生防止対策として、2000年に厚生省（当時）が国立病院等の安全管理指針作成を検討、「リスクマネジメントマニュアル作成指針」を取りまとめている。そこでは、医療事故や医療過誤について、以下のように定義されている²¹。

¹⁵ Marc A. Rodwin, Justin Silverman, and David Merfeld, "Why the Medical Malpractice Crisis Persists Even When Malpractice Insurance Premiums Fall". *Health Matrix: The Journal of Law-Medicine*, vol. 25, pp.163-226, 2015.
<<http://scholarlycommons.law.case.edu/healthmatrix/vol25/iss1/9>>

¹⁶ Ariel K Smits, Valerie J King, Rebecca E Rdesinski, et al. "Change in Oregon Maternity Care Workforce after Malpractice Premium Subsidy Implementation". *Health Services Research*, 44(4), pp.1253-1270, Aug 2009.

¹⁷ 保険危機と呼ばれる現象が発生していないとされる我が国においても「出産難民」といった問題が言われていることに鑑みると、医賠保険料負担が医療アクセスの低下の直接的な原因とならないという分析は理解しやすい。

¹⁸ Theodore Eisenberg, 会沢恒（訳）「不法行為改革の影響の実証研究」『北大法学論集』64(3) pp.229-290（2013年9月）

¹⁹ CNN「米国人の死因、第3位は『医療ミス』か 推計25万人が死亡」（2016年5月4日）

²⁰ なお、本稿における「医療事故」は、医療法第六条の十に規定される医療事故調査制度の調査・報告の対象となる「医療事故」ではなく、より一般的な医療の過程における事故という意味での「医療事故」のことを指している。

²¹ 厚生省リスクマネジメントスタンダードマニュアル作成委員会「リスクマネジメントマニュアル作成指針」（2000年）

1 医療事故

医療に関わる場所で、医療の全過程において発生するすべての人身事故で、以下の場合を含む。なお、医療従事者の過誤、過失の有無を問わない。

- ア 死亡、生命の危険、病状の悪化等の身体的被害及び苦痛、不安等の精神的被害が生じた場合。
- イ 患者が廊下で転倒し、負傷した事例のように、医療行為とは直接関係しない場合。
- ウ 患者についてだけでなく、注射針の誤刺のように、医療従事者に被害が生じた場合。

2 医療過誤

医療事故の一類型であって、医療従事者が、医療の遂行において、医療的準則に違反して患者に被害を発生させた行為。

(2) 米国における医療事故等の分類

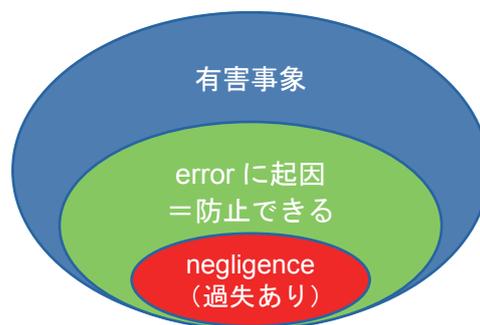
医療事故の発生頻度についての著明な調査は、Harvard Medical Practice Study (HMPS) である。この調査の第一報では、ニューヨーク州の 51 病院からランダムに抽出された入院患者 30,121 件の医療記録 (1984 年のもの、但し精神科を除く) を分析しており、有害事象は全体の 3.7% に発生、そのうち 27.6% が negligence (過失あり) に起因するものであったとしている。また、有害事象の約 70% は 6 ヶ月以内に回復するものであったが、2.6% には恒久的な障害が残り、13.6% は死に至っていた。なお、有害事象とは「(根本的な疾患ではなく) 医学的管理によって引き起こされ、入院が長期化したもの、または退院時に障害 (死亡を含む) が生じたもの、もしくはその両方が生じたもの」と定義されている²²。

HMPS の第二報では、第一報で有害事象としたもののうち、58% が医学的管理上の error (エラー) に起因するものであり、これは潜在的に予防可能性があるとしている²³。

ここで、米国における医療事故・医療過誤に関する用語の分類をまとめてみると、《図表 2》のようになる。我が国における「医療事故」と米国における「有害事象」の考え方は類似しており、我が国における「医療過誤」は米国における「negligence

(過失あり)」に概ね相当すると考えてよいだろう。さらに、米国では潜在的に防止可能なものである「error」に起因した有害事象という分類がある。「error」を「ミス」と邦訳すると、日本語の「ミス」という表現が「過失」を連想させることから、必ずしも過失の伴うものではない医療における「error」の概念を正しく理解できないおそれがあるため、本稿においては「error」のまま表記する²⁴。

《図表 2》米国における医療事故関連用語の分類



(出典) HMPS をもとに損保ジャパン日本興亜総合研究所作成

²² Troyen A. Brennan, Lucian L. Leape, Nan M. Laird, et al. "Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I". New England Journal of Medicine. 324, pp.370-376, 1991.

²³ Lucian L. Leape, Troyen A. Brennan, Nan Laird, et al. "The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II". New England Journal of Medicine. 324(6), pp.377-384, 1991.

²⁴ なお、医療安全に関する報告書として著名な To Err is Human の邦訳版では、error を「エラー (過誤)」と訳している。我が国において特に法的責任の観点から用いられる「医療過誤」とは異なる概念であることには注意が必要である。

(3) 米国の死因第3位との報告について

2016年5月、ジョンズ・ホプキンス大学のMakaryらは米国の死因第3位はmedical errorであり、その数は年間で251,454人と推計されるという報告を発表した²⁵。この報告は、米国における医療事故等に関連した死亡者数の推計として著名なTo Err is Human²⁶(1999年発表)以降の報告をもとに、2013年の米国の入院患者数の合計に外挿することで算出されたものである。MakaryらはMedical errorについて「入院患者に対するPoorなケア」とも表現しているが、これをnegligence(過失あり)とは表現しておらず、251,454人という推計値の全てが医療過誤によるものとは言えない。

(4) 医療の抱える不確実性・複雑性

医療過誤賠償請求に関わる問題の一つが、「被害者や家族には、その原因が、医療者の過失にあるのか、不可避的な結果であるのかは、容易にはわからない」ことである²⁷。患者や家族は専門的な医療に関する知識を有していないため、過失の有無を判断するのが困難であるが²⁸、判断が困難であるという点は専門家である医師にもあてはまる。

前述のHMPSの第一報において、有害事象が発生していると言えるか否か、および過失に起因するものであると言えるか否か、について複数の判定者による検証が行われているが、有害事象に関しては複数の医師における判定が、高い信頼性で一致していた。しかし、過失の有無の判定については一致しているとは言えず、医療の専門家である医師にとっても過失の有無の判定については見解が分かれるということが示されている²⁹。

医療は、治療が奏功するとは限らないという不確実性を有しているうえに、医療事故が発生した場合の過失の有無についても断定的な判断が困難であるなど、その複雑性から医療過誤賠償請求や医療過誤訴訟に繋がりやすいと考えられ³⁰、経験的な結論を導くには調査対象が少ないものの、これらの調査結果はその傍証とも言えるだろう。

²⁵ Martin A Makary, Michael Daniel, "Medical error—the third leading cause of death in the US". BMJ, 2016, doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139> (Published May 3, 2016)

²⁶ To Err is Human では、年間44,000人から98,000人がmedical errorによって死亡していると推計されているが、この98,000人という数値は前述のHMPSをもとにしている。(Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, Editors: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, "To Err Is Human: Building a Safer Health System". Nov 1999.)

²⁷ 日本弁護士連合会「『医療事故無過失補償制度』の創設と基本的な枠組みに関する意見書」(2007年3月)

²⁸ HMPSの第三報では、調査対象約3万件のうち過失に起因する有害事象が発生したと判定された症例280件に対して、実際に損害賠償請求が行われているのは8件のみであり、調査対象のうち損害賠償請求が行われていた約50件の大半(前述の8件以外)は、調査者が過失なしと判定した事案であったことが報告されている。(A. Russell Localio, Ann G. Lawthers, Troyen A. Brennan, et al. "Relation between Malpractice Claims and Adverse Events Due to Negligence — Results of the Harvard Medical Practice Study III". *New England Journal of Medicine*. 325(4), pp.245-251, 1991.)

²⁹ 前脚注22

³⁰ 医療事故による経済的損失を回復するには医療過誤賠償請求という手段が必要となることに加え、過失の有無の判断が困難であり事故原因が不明瞭となりやすく、情報の非対称性もあって患者等の理解・納得が得られにくいことから、裁判所にその判断を委ねることに繋がりやすいと考えられる。また、医療提供者に過失がなかった場合に、医療事故被害者の経済的救済がされないという別の問題もある。さらに、HMPS第三報(前脚注28)では、過失に起因する有害事象であると判定された症例のほとんどについて損害賠償請求が行われていないことが示されており、調査対象件数が少ないことや過失の断定的な判定は困難であることを考慮する必要があるものの、医療過誤被害者の多くが救済されていないという問題があることも示唆される。

Ⅲ. 米国での医賠危機への対策

1. 非経済的損害賠償金への上限設定（不法行為法改革）

医療制度そのものを揺るがしかねない医賠保険料の高騰、医賠危機に対し、米国では様々な対策がとられてきたが、その一つが不法行為法改革である。

医療過誤において医師が負担する損害賠償責任は、過去および将来の医療費、休業損害（および将来の稼働能力喪失）、非経済的損害（我が国での慰謝料に相当）、懲罰的賠償責任³¹に大別されるが、不法行為法改革の主なものは非経済的損害（や懲罰的賠償責任）に上限額を設けるものである。

このような上限額設定の先駆けはカリフォルニア州である。1975年に医賠保険料が400%も上昇するなど第一次医賠危機に見舞われたカリフォルニア州では、医賠保険料の安定化を図る医療損害補償改革法（MICRA）が成立した。MICRAでは、患者が医療過誤によって損害を被った場合の非経済的損害について、医療提供者の賠償責任額を25万ドルに制限している。また、高騰する弁護士報酬についても制限をしている³²。

MICRAの効果に関しては原告が勝利した訴訟事案257件について調査が行われている。調査の結果、訴訟事案のうち45%について25万ドルの上限を超える非経済的損害の陪審評決が出ており、これらに上限が適用されることで被告側の総賠償責任額が30%減少、非経済的損害の減少額の中央値は36万6千ドルとなっている。また、同調査によると、MICRAによる弁護士成功報酬率の上限設定、および非経済的損害への上限額設定により、60%もの原告側弁護士報酬削減が実現されている³³。

MICRAの影響もあってか、カリフォルニア州は“Currently OK（問題なし）”とされるなど³⁴、第三次医賠危機による大きな影響を受けていないとされている《図表3》。

一方、第三次医賠危機が発生したとされる21州における、全国的に医賠の収支が悪化した2001年～2003年の損害率の単純平均をみると、全ての州において100%を超えており、21州の平均は130%となっている³⁵。これら21州の2000年当時の非経済的損害に関する上限額設定の状況は、14の州において上限額設定がされておらず、上限額設定がされている州のうち5つは50万ドル以上と高額の設定となっている³⁶。

³¹ 懲罰的損害賠償とは、被告の悪質な行為を罰することを目的として、通常の損害賠償に加えて認められるもので、数百万ドルにも及ぶ可能性もある（Insurance Information Institute ウェブサイト, “*Liability System*”. (visited Feb 27, 2017) <<http://www.iii.org/issue-update/liability-system>>）。

³² California Medical Association ウェブサイト, “*MICRA: A Brief History*”. (visited Nov 15, 2016) <<http://www.cmanet.org/issues-and-advocacy/cmas-top-issues/micra/micra-a-brief-history/>>

³³ Nicholas M. Pace, Daniela Golinelli, Laura Zakaras, “*Capping Non-Economic Awards in Medical Malpractice Trials: California Jury Verdicts Under MICRA*”. RAND Institute for Civil Justice, 2004.

³⁴ 前脚注7

³⁵ 前脚注5

³⁶ The American Tort Reform Association(ATRA)ウェブサイト. (visited Nov 16, 2016) <<http://www.atra.org/>> および NAIC, “*MEDICAL MALPRACTICE INSURANCE REPORT: A STUDY OF MARKET CONDITIONS AND POTENTIAL SOLUTIONS TO THE RECENT CRISIS*”. Sep 12, 2004.

《図表 3》 2006 年当時に Currently OK とされた 6 州における 2000 年時点の
非経済的損害に関する上限額設定の状況および損害率

州	非経済的損害の上限額設定	損害率 (%)		
		2001年	2002年	2003年
カリフォルニア	25万ドル	91.5	90.2	77.0
コロラド	25万ドル (賠償額総額の上限100万ドル)	81.4	86.3	92.4
インディアナ	賠償額総額の上限125万ドル	89.2	119.3	104.9
ルイジアナ	賠償額総額の上限は、50万ドル+将来の医療費	78.7	60.6	84.1
ニューメキシコ	PCF ³⁷ に加入した場合、医療費や懲罰的賠償を除いた賠償額総額の上限は60万ドル	235.9	140.3	104.9
ウィスコンシン	35万ドル (インフレ調整あり)	54.7	54.1	67.4

(出典) NAIC, “Country Summary of Medical Professional Liability Insurance Calendar Years 2001 – 2015”, “MEDICAL MALPRACTICE INSURANCE REPORT : A STUDY OF MARKET CONDITIONS AND POTENTIAL SOLUTIONS TO THE RECENT CRISIS”. および ATRA ウェブサイトをもとに損保ジャパン日本興亜総合研究所作成

このような結果からも推測されるように、多くの研究において非経済的損害への上限額設定は医賠保険料高騰を抑制する効果があるとされているが、50万ドルないし75万ドル以上の高額の上限額設定については有効とは言えないと考えられている³⁸。

しかし、賠償金の上限額設定が医療過誤賠償請求を減少させるとは考えにくく、不法行為法改革では医療事故が抱える問題の本質的な解決策にはなっていないと考えられる。また、CBO (Congressional Budget Office, 米国議会予算局) や GAO (米国会計検査院) などの調査では、不法行為法改革が医療費に影響を与えていないことが報告されている³⁹。

2. CRP

CRP とは Communication and Resolution Program の略で、患者やその家族とのオープンなコミュニケーションと透明性を奨励し、場合によって医療過誤被害者の救済を促進するものである⁴⁰。本節では、CRP によって医療事故や医療過誤に関するコストを削減させている事例を紹介する。

(1) ミシガン・モデル

ミシガン大学は、「患者、医療スタッフ、公益のために『正しいことをする』』という理念のもと、ミ

³⁷ PCF とは、Patient Compensation Fund (患者補償基金) の略称である。PCF は州法により設立され、所定の金額を超過したメンバーの損害賠償責任額について賠償金の支払を行う一種の保険プールであり、医賠保険料の安定化を図る仕組みである。ウィスコンシン州などの PCF は原則として強制加入となっており、ニューヨーク州では財源が税金となっているなど、ユニークなものもある。(Arthur J. Gallagher & Co ウェブサイト, “Basics of Patient Compensation Funds By State”. (visited Nov 17, 2016) <<http://www.gallaghermalpractice.com/blog/post/basics-of-patient-compensation-funds>>)

³⁸ Leonard J. Nelson III, Michael A. Morrissey, and Meredith L. Kilgore, “Damages Caps in Medical Malpractice Cases”. The Milbank Quarterly, Vol. 85, No. 2, pp.259–286, 2007.

³⁹ Insurance Journal, “Do Big Malpractice Awards Really Increase Medical Costs?”. Aug 25, 2013.

⁴⁰ Joseph S. Kass, and Rachel V. Rose, “Medical Malpractice Reform — Historical Approaches, Alternative Models, and Communication and Resolution Programs”. American Medical Association Journal of Ethics, Volume 18, Number 3: pp.299-310, Mar 2016.

シガン・モデルと呼ばれる以下のような医療事故へのアプローチ手法を構築している。なお、ミシガン・モデルは自家保険（self-insured for malpractice insurance）で運営されている⁴¹。

- ①患者等（患者およびその家族）に隠すことなく直接説明を行う。
- ②関係分野の専門家による評価も含めて、原因の分析を行い、同様の状況において事故や事象が起きないよう改善を行う。
- ③分析結果の説明や患者の質問に対して回答するための対話機会を設けるよう、患者等に申し出る。
- ④診療行為が適切ではなかったという分析結果に至っている場合には、患者等に謝罪し、早期に適切な賠償を行う。
- ⑤診療行為に問題はなかったという分析結果に至っている場合には、その結果を患者等に説明する（多くの患者は十分な説明・対話によって納得する）。
- ⑥診療行為が適切であったと判断している事例において、患者等が対話を拒み、訴訟を起こした場合には、法対応チームを招集し、積極的に医療スタッフを守る。
- ⑦仮に診療行為が適切であったと判断している事例であっても、患者等から苦情があるということは何かしらの要因によって患者等の認識が曇らされているということを意味していることから、それを改善する。

medical error や医療過誤を含めた医療事故に関する説明は医療過誤賠償請求の増加を招くのではないかと懸念もあったが、2001年のミシガン・モデル導入以後、新たな医療過誤賠償請求件数は減少し、2007年までに医療過誤賠償請求に対する平均処理期間は20.3ヶ月から8ヶ月に短縮、賠償金および弁護士費用は59%削減されているなど、大きな成果を挙げている⁴²。

また、ミシガン州には訴訟提起に関して6ヶ月間の「クーリングオフ期間」があり、患者等が医療過誤訴訟を提起するためには被告となる医療機関に対して6ヶ月以上前に事前予告をする必要がある。ミシガン・モデルではこれを最大限に活用、この6ヶ月の間に調査および調査結果の患者等への説明、対話を実施することで、患者等に「冷静に考え直す」機会を提供している⁴³。

ミシガン・モデルのような説明と対話による「冷静に考え直す」機会の提供は、医療事故の複雑さに

⁴¹ ミシガン大学 Health System ウェブサイト。(visited Nov 28, 2016)

<<http://www.uofmhealth.org/michigan-model-medical-malpractice-and-patient-safety-umhs>>

なお、ミシガン・モデルは自家保険により運営されているが、これは比較的豊富な資金や人員などの要因が保険契約の必要性を低下させているという可能性も考えられる。また、医師や医療機関が自発的に調査を行い、過誤事案と判断した場合に賠償を申し出ること、協力医などの関与によって保険金支払可否の判断をしている保険会社の見解と必ずしも一致しない可能性があること、および医師の医療過誤や特定の有害行為等に関する情報を管理する National Practitioner Data Bank(NPDB)への報告を行わないことで医師個人の評判への影響を抑制しようとしていることなども影響していると考えられる。医師免許管理や専門医認定の際にも用いられるとされる NPDB に報告を行わないことの是非については、我が国と米国では背景が異なる可能性があり言及できないが、ミシガン・モデルにおいてはあくまでも医師個人によるものではなく、医療機関としての賠償金支払いであることから報告を行わないとされている。(Michelle M. Mello, Richard C. Boothman, Timothy McDonald, et al. "Communication-And-Resolution Programs: The Challenges And Lessons Learned From Six Early Adopters". Health Affairs, vol. 33, No. 1, pp.20-29, Jan 2014.)

⁴² Richard C. Boothman, Amy C. Blackwell, Darrell A. Campbell, Jr., et al. "A Better Approach to Medical Malpractice Claims? The University of Michigan Experience". *Journal of Health & Life Sciences Law*, Vol. 2, Number 2, Jan 2009. および The Wall street Journal, "The Michigan Model for Malpractice Reform". May 10, 2015. なお、過誤事案であることを素直に認めることは、紛争の円満・円滑な解決に寄与することが示唆されるが、日米における刑事責任や行政責任（医業停止や免許の取消など）に対する考え方や背景の違いが影響していることも考えられる。

⁴³ 前脚注 41

鑑みると、コスト削減という点で非常に有効である⁴⁴。また、医療提供者と患者の関係性という点からも当然に望ましいものである。さらに、患者へ包み隠さず説明するという対応は、医療事故発生に至った問題点の発見を促すことに繋がり、臨床面での改善を促進するものでもある⁴⁵。

(2) COPIC の 3Rs プログラム

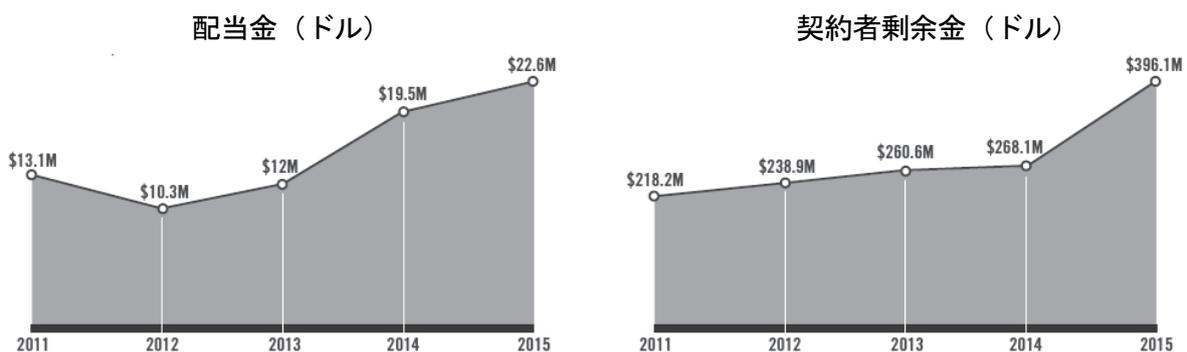
コロラド州の大手医賠保険会社である COPIC は無過失補償を取り入れた CRP を導入している。COPIC が 2000 年に導入した CRP は 3Rs プログラムと呼ばれ、これは Recognize、Respond、Resolve の頭文字をとったものである。

3Rs プログラムでは、医療事故が発生した場合、患者には何が起きたのかという説明と、健康保険等でカバーされない支出に関して補償が行われる。具体的には、“loss of time” として 1 日あたり 100 ドル（上限 5,000 ドル）、および最大 2 万 5 千ドルまでの追加医療費が支払われるが、この補償は医師の過失の有無に関わらず行われる。なお、プログラムから除外されるケースが定められており、死亡事案、明らかな過誤事案、弁護士が関与している事案、州の医事委員会への申立事案、金銭の要求がある事案については補償の対象とならない。

3Rs プログラムでは、第三次医賠危機の時代でもある 2000 年 10 月から 2007 年末にかけて、1,110 人の患者に対し平均 5,258 ドルの支払いが行われている⁴⁶。COPIC 社アニュアルレポート（2015 年）によると、6,700 人の医師が参加、これまでに 3,600 人に補償を行っており、うち 96.7%は訴訟化しなかったとされている⁴⁷。

このような無過失補償の仕組みを取り入れた場合、訴訟防止によって支払単価は減少すると考えられるものの、支払件数が大幅に増加し、保険収支を悪化させることが懸念されるが、COPIC は契約者に配当金を支払っており、契約者剰余金積立額も増加しているなど、運営に支障は生じていないようである《図表 4》。

《図表 4》 COPIC の配当金および契約者剰余金積立額の推移



(出典) COPIC, “2015 Annual Report”.

⁴⁴ 過失が認められず賠償金が支払われないケースでも、訴訟となった場合には防衛費用が必要となる。

⁴⁵ National Patient Safety Foundation’s Lucian Leape Institute. “Shining a Light : Safer Health Care Through Transparency”. 2015. なお、このためには医療行為に関わった医師からの正直な報告が重要となることから、医師個人への過度の責任追及がなされないことが前提となる。

⁴⁶ Richert E. Quinn, Mary C. Eichler, “The 3Rs program: the Colorado experience”. Clinical Obstetrics & Gynecology, 51(4), pp.709-718, Dec 2008.

⁴⁷ COPIC, “2015 Annual Report”.

COPIC の 3Rs プログラムは、従来型の不法行為法システムに比べ、医療提供者と患者の関係が敵対的にならず、より効果的に医療事故を解決する手法として評価されている⁴⁸。

その一方で、プログラムの対象となるために患者が弁護士や医事委員会に相談しなくなる可能性も考えられ、第三者による調査が行われないことで、本来は賠償金を受領できる立場にある医療過誤被害者がそれを受け取れない可能性があるなど、医療過誤被害者への過少補償の懸念を指摘するものもある⁴⁹。また、補償は医療提供者の error の可能性についての調査を必要とせず、医療事故と医療安全の取組みとの間には何の関係も生じていないとの指摘もある⁵⁰。

一部指摘はあるものの、COPIC の 3Rs プログラムは（医療過誤とは言えない）医療事故の被害者に対しても補償を提供し、経済的救済を可能とするものであり、従来からの賠償責任保険の枠組みとは異なる、興味深い取組みと言えるだろう。

3. 無過失補償制度

(1) バージニア州での出産に関連した脳性麻痺に対する無過失補償制度

バージニア州では、出産に関連する脳性麻痺に苦しんでいる子供に生涯にわたって給付を行うこと、および出産に関する医療サービスが継続されるよう病院および医師の努力を支援することを目的として、1987 年に出産に関わる脳性麻痺に対する無過失補償制度が創設されている。

バージニア州の無過失補償制度では、制度に参加している医師によって取扱われた出産や新生児蘇生中の低酸素状態または医療機器の故障によって脳性麻痺となり、日常生活の全ての活動に介助が必要となった場合に補償が行われる。審査の結果、補償対象と認定された場合、医療費やリハビリ費用、養育サービスの費用、逸失利益（18 歳から 65 歳まで）など、必要経費や合理的支出が支給される⁵¹（補償であり、賠償ではないため、非経済的損害については給付されない）。

また、無過失補償制度の対象となった場合には訴権が失われる。被害者やその家族の訴権を制限した上で公平性を確保するためには、不法行為法システムによる賠償金額に相当する金額が給付されることが必要であると考えられているが、医療過誤における州の賠償金額の上限 165 万ドル（1999 年までは 100 万ドル）、さらにそのうちの約 40%が弁護士費用等となることに対して、推計で平均 174 万ドルの給付が行われる補償制度は、不法行為法システムよりも脳性麻痺児のためにより多くの金額が給付されるという目標を達成できているとしている⁵²。

このように給付の手厚い制度となると、財政が課題となる。必要な補償額の予測が困難であったこと、制度への申請はまだされていない補償対象となりうる脳性麻痺児の数の予測も考慮した財源確保がされ

⁴⁸ Thomas H. Gallagher, *“Disclosing Unanticipated Outcomes to Patients : International Trends and Norms”*. Commission of Inquiry on Hormone Receptor Testing, Vol. 2, 2009.

⁴⁹ Gabriel H. Teninbaum, *“How Medical Apology Programs Harm Patients”*. Chapman Law Review, Vol. 15, pp.307-342, 2011.

⁵⁰ The Bulletin of the American College of Surgeons ウェブサイト (by Richard Boothman, and Margo M. Hoyler), *“The University of Michigan’s Early Disclosure and Offer Program”*. Mar 2, 2013. (visited Feb 13, 2017) <<http://bulletin.facs.org/2013/03/michigans-early-disclosure/>>

なお、3Rs プログラムによる補償金支払いは、医療過誤の賠償金支払いではないため NPDB に報告されない。

⁵¹ Virginia Birth-Related Neurological Injury Compensation Program, *“Participant Handbook”*.

⁵² The Joint Legislative Audit and Review Commission, *“Review of the Virginia Birth Related Neurological Injury Compensation Program”*. Jan 2003. なお、本報告書には制度の補償対象となった家族へのアンケート結果も掲載されているが、78%が子供の脳性麻痺は医療過誤によって生じたと考えていると回答しており、多くの家族が過誤によるものと考えているものの、訴訟ではなく制度による補償を選択していることが示されている。

ていなかったことなどから債務超過の状態が継続している⁵³。2008年には会計基準変更により債務超過額は約1億8,079万ドルへと悪化したものの、収支改善の取組みもあって、2014年には5,655万ドルとなるなど、債務超過額は減少傾向にある《図表5》⁵⁴。

拠出金に関して、バージニア州では制度に参加していない医師（産科医のみならず全ての医師）や賠償責任保険を取扱っている保険会社に対しても拠出が課せられているなど⁵⁵、その当事者が産科医療関係者に限られない点などは興味深い。産婦人科医以外の医師についても拠出が課せられているのは、医賠収支が改善することで医賠保険料の安定がもたらされ、全ての医師が制度の恩恵を受けていると評価されているためである（なお、州からの財政援助はない）⁵⁶。

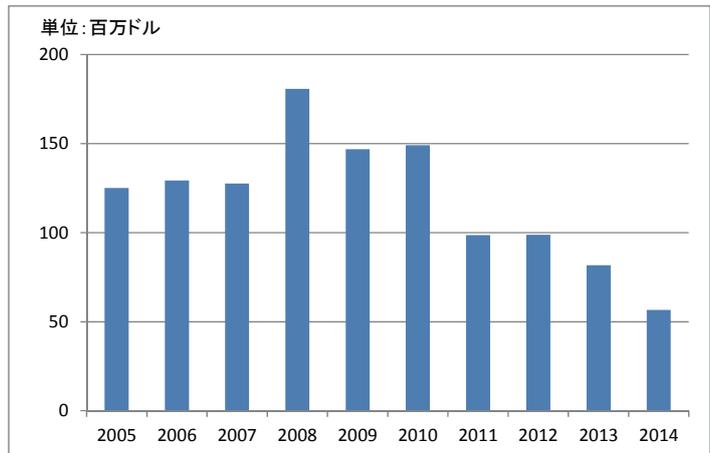
なお、バージニア州では2001年～2003年の損害率の単純平均が104%と悪化⁵⁷、医賠危機は発生したとはされていないものの“Showing problem signs（問題の兆候あり）”とされている⁵⁸。また、同じく出産に関する無過失補償制度を有するフロリダ州では医賠危機が発生しているとされており⁵⁹、ハイリスクとされる出産に関する無過失補償制度が医賠保険料や医療サービス供給にどれだけの影響を与えているかは一概には言えないだろう。

（2）無過失補償制度に関する議論

無過失補償制度の是非を巡っては多くの議論がある。

制度の賛成派は、患者の医療へのアクセスを保護すること、過誤によらない医療事故被害者への経済

《図表5》バージニア州出産に関わる脳性麻痺に対する無過失補償制度の債務超過額の推移



（出典）VIRGINIA BIRTH-RELATED NEUROLOGICAL INJURY COMPENSATION PROGRAM, “Comprehensive Annual Financial Report For the fiscal year ended December 31, 2014”. より損保ジャパン日本興亜総合研究所作成

⁵³ 我妻学「分娩に関連する脳性麻痺に対する無過失補償制度—バージニア州における無過失補償制度を中心に—」『法学会雑誌』48(2): pp.79-117 (2007年)

⁵⁴ The Department of Finance, “VIRGINIA BIRTH-RELATED NEUROLOGICAL INJURY COMPENSATION PROGRAM Comprehensive Annual Financial Report For the fiscal year ended December 31, 2014”.

⁵⁵ Virginia’s Legislative Information System ウェブサイト “Virginia Birth-Related Neurological Injury Compensation Act”. (visited Feb 17, 2017)

<<http://law.lis.virginia.gov/vacodepopularnames/virginia-birth-related-neurological-injury-compensation-act/>>

⁵⁶ 前脚注 53

⁵⁷ 前脚注 5

⁵⁸ 前脚注 7

⁵⁹ 前脚注 7。なお、バージニア州と同様に訴権を制限しているフロリダ州の制度では、必要な医療費・サービス費等は補償され、別途10万ドルを限度とした補償はあるものの、逸失利益に相当する補償がないことなどが訴訟提起に影響している可能性がある。(The Florida Birth-Related Neurological Injury Compensation Association (NICA), “REQUEST FOR PROPOSAL REVISED FOR NICA CARES SYSTEM REPLACEMENT REQUEST FOR PROPOSAL NO. NICA-RS 201512”. Dec 23, 2015. およびフロリダ州議会ウェブサイト. (visited Mar 2, 2017)

<http://www.leg.state.fl.us/Statutes/index.cfm?App_mode=Display_Statute&URL=0700-0799/0766/0766.html>

的救済が可能となること、コストや時間のかかる医療過誤訴訟の代替手段となることなどを主張する。

一方反対派は、患者等の訴権を侵害していること、過失のある医師や医療機関の法的責任が免除されること、補償原資を確保するための経済的負担が地域住民に転嫁される（医療費が増加する）ことなどを主張している。

2014年以降、出産に関する無過失補償制度設立法案が毎年議論されているメリーランド州でも、財政的問題や法的責任、訴権侵害の問題などが議論されており⁶⁰、2016年の議会でも法案成立には至っていない⁶¹。

財政的問題等に対し、経済学者である Goodman は、医療における有害事象の社会的コストは 3,930 億ドル～9,580 億ドル（2006年ベースにインフレ調整後の金額、2006年の米国医療費の 18%～45%に相当）に上るとし⁶²、従来の不法行為法システムでは医療安全には繋がらないことから、市場原理に基づく自発的かつ訴権を制限した無過失補償保険の導入を提言している。この提言によれば、無過失補償保険に参加するか否かは患者があらかじめ施術・処置前に選択し⁶³、ベースとなる補償は有害事象が発生した場合に原因の如何を問わずに行われ、その保険料は医師や医療機関が負担するものとし、保険会社は有害事象の発生状況に応じてその保険料を変動させるとしている。そして、価格競争の原理によりローコスト・ハイクオリティの医療を求める患者への対応上、医師や医療機関は有害事象および保険料を低減させようというインセンティブが働くことから⁶⁴、医療安全に繋がり、結果として無過失補償保険の保険料は高すぎるものとはならず、訴訟がもたらす精神的苦痛の排除も実現できるとしている⁶⁵。

V. おわりに

本稿では、米国で発生したとされる医賠危機をもとに、その対策について概観した。

医療技術や医療安全の進歩があるため現代における医療事故の発生率を推計するのは難しいとはいえ、HMPS の報告からは、医療事故は過失の有無等の断定的な判断が困難であることから、医療過誤被害者への救済方法としての不法行為責任に基づく賠償請求システムが十分とは言えないことが示唆される。米国では、医賠危機への対策として不法行為法改革が行われてきたが、あくまでも賠償額を抑制するための対策であり、本質的な解決策にはなっていない。

これに対し、ミシガン・モデルのような CRP は医療事故に関するコストの削減に有効であるのみならず、医療事故発生時に十分な調査を行い、その内容を患者等に説明するというものであるため、医療

⁶⁰ Maryland Reporter.com. ウェブサイト, “*Debate continues over creating no-fault birth injury fund*”. Feb 15, 2016. <<http://marylandreporter.com/2016/02/15/debate-continues-over-creating-no-fault-birth-injury-fund/>>

⁶¹ Maryland Reporter.com. ウェブサイト, “*2,817 bills introduced, 834 passed: here’s the fate of some*”. Apr 12, 2016. <<http://marylandreporter.com/2016/04/12/2817-bills-introduced-834-passed-heres-the-fate-of-some/>>

なお、メリーランド州議会資料によると、2017年の議会においても法案は提出されている。(visited, Feb 20, 2017) <<http://mgaleg.maryland.gov/Pubs-Current/Current-House-Status-Report.pdf>>

⁶² この金額は、Value of Statistical Life (VSL, 統計的生命価値) 820 万ドルをもとに算出されている (John C. Goodman, Pamela Villarreal and Biff Jones, “*The Social Cost Of Adverse Medical Events, And What We Can Do About It*”. *Health Affairs*. Vol. 30, No.4, pp.590-595, 2011.)。なお、VSL とは死亡リスクを回避するために支払ってもよいとされる支払意思額 (Willingness to Pay) に基づき、政策の可否を判断する際に用いられることが多いものであり、治療費や休業損失、逸失利益といったものからなる人的損失額とは異なる概念である。

⁶³ 本手法では無過失補償制度に参加するかどうかを患者が選択することとなっているが、施術・処置前の患者の選択でもって、医師の法的責任を免除することについては、万人の賛同を得られるものとは言えないだろう。

⁶⁴ 法的責任の有無に関わらず医療事故が発生した場合には原因分析と再発防止の取組みは重要であるが、本手法では経済的インセンティブによって原因分析・再発防止を促している。なお、前述のバージニア州の無過失補償制度における原因分析や再発防止に関しては、医療安全のために実際に機能しているかは不明であるとの指摘もある (前脚注 53)。

⁶⁵ John C. Goodman, “*Protecting Patient Safety Without Malpractice Law*”. *Forbes*, Sep 6, 2016.

提供者と患者の関係性や医療安全という点からも望ましい仕組みとなっている。

また、無過失補償制度やその考え方を組み入れている COPIC の 3Rs プログラムは、医療提供者側に損害賠償責任が無い場合でも医療事故被害者の経済的救済を可能にするものである。特に、3Rs プログラムが保険会社によって運営されていることなどは興味深い点である。しかしながら、これらの制度においてはそれが医療安全に繋がらない懸念も指摘されている。

これまで多くの保険会社は医療過誤に対して早期に介入し、訴訟化を防ぐことなどによって支払額を抑えるよう行動してきた。しかし、ミシガン・モデルは自発的に調査を行い、必要に応じて自ら賠償を申し出るものであること、COPIC の 3Rs プログラムには無過失補償の考え方が組み込まれていることに鑑みると、保険会社の医療過誤・医療事故への関わり方にも変化が求められてきているとも考えられる。

また、安定的な医賠制度の運営もさることながら、保険会社には膨大な医療事故に関するデータが蓄積されていることから、これらをいかに事故防止や円満・円滑な紛争解決に活用できるかどうかも重要となるだろう⁶⁶。

⁶⁶ 法的責任に決着のついた請求のことを Closed Claims と言う。事故防止のために保険会社が蓄積している Closed Claims を分析したものでは、1984 年に開始された米国麻酔科学会によるプロジェクトが著名であり、死亡事故等減少の一助となったとされている。