

しており、この段階で約98%が処理されているという。次の段階には、行政の審議パネル、さらに、オンブズパーソン審議がある。また、日常、医師（病院）・患者間で、相互に法律家・医師（鑑定人）を立てた評価と法的折衝が行われている。さらに、医療関連死亡例の大部分がコロンナーに届け出られ、数千件が法医解剖されている上、複雑な事例に対しては、インケストという公開の死因究明のための裁判が開かれ、遺族・医師の死因に関する疑問に答えている。このように、GMCへ苦情が提起される前の段階で、多くの医療に対する苦情が処理されており、死因も究明されていることが多い。日本では、このような機構がないか、あるいは、あっても機能していない。

GMCに対する苦情申し立て(claim)は、2002年度の統計によると、3943件あり、内訳は3871件が職業倫理違反(professional misconduct)、業務能力不足、及び犯罪疑い(2764件で医師を特定)であり、72件は健康問題であった。申し立ての76%が一般から、14%が公職者、6%が医師からであった。「良い医療」には、同僚が患者を傷つける懸念がある場合には内部告発することを勧めている。また、病院側が医師を訴えることが少なくなく、この場合にも、MPS・MDUが医師の弁護をする。

情報収集に関しては、まず、GMCの訓練を受けたケースワーカーが苦情に対して調査をし、審議の可否を決める。そして、調査が必要な場合、情報報告書、全ての医療記録及び報告書のコピー、当該医師か他機関に対する苦情の場合、その申立書の提出が求められる。また、当該医師には、公的な決定や審議の前に発言の機会が与えられる。

第二段階では、指名された医師の審査会メンバーがスクリーナーとして指名され、次の段階の手続きに進む位深刻かどうか、そして、職業倫理(professional conduct)、医療業務(performance)、健康(health)の内、いずれの審議会の審議事項であるかを検討する。スクリーナーの決定は、1566件(70%)が不受理、558件(25%)が予備審議会 Preliminary Proceeding Committee (PPC)へ紹介、102件(5%)が医療業務審議会へ紹介、13件(1%)が健康審議会に紹介であった。スクリーナー段階で結論が出されたのは、1388件(89%)が標準以下の治療、93例(6%)が不正直、24件が機能障害、42件がセクシュアルハラスメント、5件が暴力であった。

スクリーナーがPPCへ紹介した理由は、292件(55%)が標準以下の治療、149件(27%)が不正直、37件(7%)が機能障害、58件(10%)がセクハラ、5件が暴力であった。予備審議会 PPCは、私的に集まる医師及び一般人の審査団(パネル)であり、職業倫理審議会 PCCに紹介するかどうかを決める。予備審議会にかかったPPC610件(前年までの事例も処理されている)の処分の結果は、236件が職業倫

理審議会 PCC へ紹介、29 件が健康審議会紹介または自発的健康回復手続き、150 件が警告文書、115 件が忠告文書、80 件が不処分であった。

6. 職業倫理審議会 (Professional Conduct Committee、PCC)

PCC は、GMC の職業倫理（品行）に関する審査の最終段階である。その審査は公開で行われ、医師は自ら対応できるが、MPS・MDU のような医師の権利保護団体の法医学専門家や弁護士が法的代理人を勤めることが多い。審議会は、医師・法律査定官 (legal assessor) ・一般審議委員などからなるパネル（審議団）を前に、予備審議会 PPC 委員が一方に訴追側として、当該医師・法的代理人・弁護士が他方に対面し、必要な場合、鑑定人が召喚され、一般の傍聴が可能な裁判の形をとる。PCC の開催前に、GMC の法律家は証人調書、鑑定報告書、及び医師の審査に必要な全情報を準備する。当該医師が証人として審議会に呼ばれる場合、多くの注意が与えられ、必要経費が支払われる。当該医師は、宣誓のもとに証言を求められ、パネルに質問される。審議の結果は、処分無し、登録抹消・停止、条件付登録、または、警告である。処分とは別に助言書を発行することもある。2002 年度、延べ 651 日間、PCC がロンドンとマンチェスターで開かれた。ほぼ、1 日 2 件の割合で実施されていることになる。新受件数は 222 件、再審査 22 件、再登録申請 4 件であった。

職業倫理審議会 PCC により結論が出された 238 件の内容は、63 件（26%）が無罪・証拠不十分、7 件（3%）が有罪であるが不処分、29 件（12%）が懲戒、33 件（14%）が免許条件付与、24 件（10%）が免許停止、48 件（20%）が免許取消、4 件が健康委員会へ引継ぎ、10 件が持ち越し、6 件が条件付免許の停止、6 件が停止延長、8 件が登録回復申請であった。登録が回復されたのは 1 件、延期されたのは 2 件であった。登録復帰プログラムは、各学会などが示しており、当該医師が自主的に受けた上、復帰申請できる。

7. 医療業務審議会 (Committee on Professional Performance: CPP)

GMC は、医療業務能力に深刻な欠陥があるようにみえる医師を審議する。CPP は、医師の態度・能力・臨床及びコミュニケーション技術・臨床記録及び監査報告について評価・審議する。また、重大な、または、反復する医療ミスに関する審議をする。予備審議会 PPC からの紹介事例を審議し、一部は、下記の ARC へ紹介される。GMC は、情報入手後、まず、審議すべき事例かどうか検討し、必要な場合、医師

を呼んで技能や知識を評価する。もし、医師が拒否した場合、評価検討委員会 (Assessment Referral Committee: ARC) に紹介される。ARC は、医師に期間内の評価受諾を命じる。GMC に医師を報告した人は、ARC の聴聞を受けることがある。40 件の ARC への紹介事例の内、15 件が能力評価へ、17 件が評価不要決定、8 例が自発的抹消であった。ARC の評価が完了した 67 件の内容は、14 件が能力十分、18 件が不適格 (CPP 聴聞へ)、8 件が条件付受認、16 件が自発的取消であった。12 件が CPP 評価へ紹介され、8 件で聴聞が行われ、4 件が評価を指示され、3 件は評価不要と判断され、2 件は自発的取消、4 件は年内の CPP 聴聞無しであった。

GMC は医療業務能力を調べるためには、訓練を受けた審議専門家として、通常、2 名の専門領域医師と 1 人の一般人からなるチームを送る。審議は、医師の態度、知識、臨床上及びコミュニケーションの技能、臨床記録及び聴聞結果をもとに行う。審査後、事例は事例コーディネータに報告され、次の段階に進むかが決められる。次の段階とは、1) 特に重大な医療行為上の問題がない場合、これ以上の措置を取らない、2) 問題があるが、患者に危険性が無い場合、医療業務改善のための対応を要請する、3) 医療行為の遂行能力に深刻な問題がある場合、医療業務審議会 CPP に紹介する。CPP は、必要な場合、医師登録の停止・条件付与ができる。

2002 年、80 人の医師が CPP に回され、57 人に対して審議が開始された。この内、医療業務評価に回された事例が 15 例 (38%)、評価不明が 17 例 (42%)、自発的登録取消勧告が 8 例 (20%) であった。評価が完了した 67 例の内、医療行為適合 14 例、不適合 (CPP 聴聞へ) 18 例、評価が許容範囲内 (改善要求書) 8 例、自発的抹消 16 例であった。2002 年度、新たに CPP に紹介されたのは 18 例、CPP 聴聞実施は 27 件、医療行為受容可能は 9 件、CPP による免許停止は 7 件、条件付免許が 11 件であった。

8. 健康審議会 (Health Committee: HC)

病気が深刻でありながら診療を続ける医師に対して行われる。しかし、可能な場合、GMC は病気を治療して、職に戻ることを勧める。

健康スクリーナーと健康部門に対する苦情の申し立ては、一般が 42%、公職者が 24%、医師が 23% であった。初期スクリーニングの結果は、202 件の内、149 件が医師召喚・検査、11 件が証拠十分として無処分、7 件が調査打ち切りの上登録抹消、13 件が証拠不十分として調査打ち切り、2 件が死亡であった。

PPC 調査事例を含む 71 件の健康検査の結果は、23 件が医療不適格、33 件が適格であるが勧告、15 件が助言不要かつ医療的確であった。処分対象者上位の職種は、29%が開業医、24%が精神科医、16%が内科医であった。医学的助言の理由は、46%がアルコール関連、53%が精神疾患関連、14%が身体的理由であり、各々の組み合わせが多かった。

健康審議会の 152 件の結論は、68 件が条件付与、44 件が免許停止、12 件が無期限停止、10 件が不処分、10 件が持ち越し、4 件が死亡、4 件が自発的取消であった。

2004 年に導入された新しい審議手続きでは、GMC スタッフ・事例調査官による調査委員会が行う調査の段階と、医療適性審議パネルによる審議会段階が、各々、別のメンバーにより独立して行われる。GMC は、公募等により約 150 名の専門家パネルを要しており、審議会 1 日の参加費は、約 200 英鎊（約 4,200 円）である。

今後、どの段階においても、事例を職業倫理・健康・医療業務能力に分けずに、これらの要素における医師の適性は結び合った閉じた輪として考えられるように、新しい手順が考えられている。すなわち、重大な職業倫理違反・医療業務能力欠陥・不健康と分けずに、これらが総合された医師の医療業務適性の障害として評価する考え方にかわってきている。

9. 暫定命令審議会 (Interim Orders Committee : IOC)

GMC は、審査のあらゆる段階で当該医師が患者にとって危険な場合、当該医師自身に危険がある場合、または、公衆の利益に反する場合には、直ちに、登録停止または条件付与ができる。そのため、独立した委員会 IOC が審議する。2002 年、IOC から高裁への紹介が 57 件であったとあり、医師が控訴できる上級審議機関が枢密院から高裁に変わったことと対応しているものと思われる。

10. 審議会開催日数及び審議期間 (2002 年)

開催延べ日数は、予備審議会 PPC41 日、職業倫理審議会 PCC651 日、暫定命令審議会 IOC97 日、健康審議会 HC56 日、医療業務審議会 CPP123 日、評価検討委員会 ARC29 日であった。審議期間は 6 ヶ月以内を目標としているが、もっと早いこともある。

月内達成率(2002 年)は、調査・初期審査 (assessment) ・スクリーニングは 1 月 74%(258/351)、12 月 95%(225/237)、健康スクリーニングは 1・12 月とも 100%(8/8, 7/7)、健康検査は 1 月 100%(1/1)、

12月 61%(14/23) %、医療業務能力は1月 100%(1/1)、12月 83%(5/6)、職業能力プレゼン・審査会1月 (4/15)、12月 (21/21) など、と月内達成率が高い。2002年1月に2900例あった未解決件数が、12月には1800件に減少した。かねてより、審議期間が長いことが批判されており、迅速化に努めた結果と思われる。

以上の審議会の有責処分内容をまとめると、表1のようになる。登録停止及び取消を合わせると、161名が、実質的に医療業務従事を停止されていることがわかる。

表1 各審議会の処分内容（有責のみ、2001年）

	懲戒	条件付与	登録停止	抹消	自発的抹消
医療倫理審議会 PCC	29	33	30	48	
医療業務審議会 CPP		11	7		
評価検討審議会 ARC		8			16
健康審議会 HC		68	56(無期12)		4
暫定命令委員会 IOC		33*	44*		
合計	29	120	93	48	20

*：他の審議会と重複していると思われる。

1.1. 審議の実際例

1) 腹腔鏡手術ミスのリピーターに対する職業倫理委員会（PCC）審議と処分の代表的事例（Siddle NC、ロンドンメディカルセンター登録医）。

1991年9月13日、患者1の手術に際して、尿管を切断したが、術前、尿管の修復に関して、尿管は泌尿器科の領域であり、本来は泌尿器科医に助言を求めるべきところ、求めなかった。患者の膀胱が空虚であることを確認せずに恥骨上膀胱穿刺術行い失敗したが、術後、患者に術中の合併症を説明せず、10日後、再手術を余儀なくされた。

1991年12月4日、手術を行うに足る十分な経験がないにも関わらず、患者2に対して腹腔鏡下経膈子宮摘出術を行った。その結果、ステイブルガンにより右尿管をはさんでしまい不完全閉塞に陥れた。1991年12月18日に右尿管の再移植術を行ったが、術後、患者の診察を不当に遅らせ、怠った。

1992年1月7日、手術を行うに足る十分な経験がないにも関わらず、患者3に対して、腹腔鏡下経膈子宮摘出術を行った時、膀胱底部に直径2cmの孔を空け、左右尿管を傷害した。1月10日、腹腔鏡手術では無理だとされているのに、直径2cmの膀胱の穴を修復しようとし失敗した。1月15日頃には、左右尿管の修復手術が行われたが、術後、患者の診察を不当に遅らせ、怠った。

1992年6月14日、患者4の手術を担当し、腹腔鏡下子宮筋腫摘出術を行う上で、筋腫が大きく出血の危険性があるにもかかわらず、不適切にも日帰り入院とした。

1992年8月17日、患者5の手術中、下行結腸に長さ5cmの裂け目を作ってしまったが、最初に一般外科医に相談することなく、修復を試み、同月22日には、腸瘻を作るに至った。

患者は、書面でSiddle医師に苦情を告げたが、自ら速やかに患者に会うこともしなければ、顧問医にも紹介しなかった。また、合併症に関する患者の懸念に対して適切な説明と確認を怠った。以下中略。

結論として、PCC議長は、以下の決定を宣告する。Siddle氏、審議会は、貴下が行った7名の患者に対する術前及び術後の治療のミス、加えて、腹腔鏡・開腹手術における貴下の手術の技量に関する多くの重大な懸念について聴聞した。審議会は、貴下が7名の患者に対して行った医療の水準は、一般人がGMC会員に対して期待する医療水準を大きく下回る水準であると決定した。全ての医師は、患者の医療を最優先すべき義務を負う。そして、治療する時には、十分な能力を備え、職業上の知識と能力の限界を知らなければならない。審議会は、貴下が認め、結果として貴下に責任があることが証明された事実につき、重大な職業倫理違反により有罪と判断し、登録を取り消す。登録は直ちに停止され、28日以内に上告(当時は枢密院、現在は高裁)しなければ、取り消される。

2) 職業倫理審議会 (PCC) 事例

救急外傷専門医であるA医師は、専門上、求められないのに、2名の女性を訪問し、その内1名は精神病の病歴のある無防備な女性であるのに、不適切な器具を用いて内診した。

PCCは、「良い医療」には、「患者が医師を信頼しないといけないという職業上の地位を悪用し、医師は患者の信頼を裏切ってはならない」と書いてあるが、A医師は自らの行為により深くこれらの基本的原則を侵した。「良い医療」には、さらに、医師は診療に当たり、正確かつ迅速に適切な所見を記載しなければならないと書かれている。Mさんを訪問したときに、カルテの記載を怠ったことにより、A医師は、この責任を果たさなかった。医師は、患者が最善の利益を得るように働かなければならない。

審議会は、A 医師の M さんに対する行為は、この基本的な原則を破る行為であり、医師登録を取り消す。

3) 予備審議会 (PPC) 事例

コンサルタント精神科医である B 医師は、代診として十分な検査と診断を行うことなく看護師に薬物の処方をもじた。「良い医療」は、良い臨床ケアには病歴、症状、及び、必要な検査に基づく十分な病状評価を求め、診断・治療を実施・計画する時には、十分な能力を要すると記されている。また、「良い医療」は、医師は、患者に必要な場合にのみ、治療・薬剤投与・医療器具使用を指示できるが、この指示に従わなかった。「良い医療」は、また、適切な医療業務、決定事項、患者へ伝えた事項、指示された全ての治療と薬剤について明確・正確・適時に医療記録を記載するように指示している。薬剤濫用クリニック保管の患者ノートには、必ずしも全ての薬剤の処方方針や、看護師との応答が記載されていない。事実、しばしば、看護師と患者の容態について議論せず、薬剤処方が適切でない。したがって、長期間に渡る「良い医療」に対する重大な違反に基づき、本審議会は、登録取消を決定した。

4) 医療業務審議会 (CPP) 症例

C 医師は、地域保健機関から GMC に紹介され、医療業務能力評価に続いて医療業務審議会にかけられた。審議会は、彼の能力には重大な欠陥があるとして、以下のように決定した。貴下の医療行為は、「良い医療」の原則に照らして、パネルにより評価され、次の結論に達した。1997 年以來の医療行為につき、審議会は、医療費・人的資産を濫用し、救急医療・教育活動において重大な欠陥を有すると判断する。審議会は、治療実施及び計画、転医、カルテ保持、患者とのコミュニケーション、患者への敬意、同僚との人間関係など過去の医療業務についても懸念を見出した。

12. 考察と結論

以上の調査内容を、日本の現状と比較・考察する

- 1) 英国では、GMC が、確かな事実認定に基づき医学的・法律的な観点から専門性・公正性の高い審議に基づき、多数の医師に対して登録に関する行政処分をしている。また、その結果を、医師の質の向上に役立てることができる上、GMC の厳しい審議により、医師は、社会から信頼されている。これに対して、日本の行政処分のシステムは、実質的な事実調査や医療の評価ができるシステムを持

たず、大部分、刑事事件の捜査対象となったものしか処分の対象となっていない。また、現行の行政処分手続や刑事捜査手続では、英国のシステムのように、公正かつ専門的な医療の質の評価に基づいた医師の処分は困難である上、審議内容を、医療や医師の質の向上に役立てることができない。

- 2) 英国では、GMC が医療水準を Good Medical Standard（「良い医療」）等で、行政処分の根拠を明示するとともに、教育・評価の基準とすることを通じて、より体系的に医療水準や医師の質の向上に役立てようとしている。
- 3) 英国では、死因究明や苦情処理の行政システムが充実している結果、GMC で審議される事例が選別されている。一方、英国では、大部分の医療事故死が行政機関に届け出られ、専門家（コロナー）が必要と認めた場合、解剖されているのに対して、日本では、医療事故の届出数と解剖数は、極めて少ないので、実質的な死因究明すら難しい。
- 4) GMC とコロナー・医師保護団体・学会等との間で活発に批判・連携し合っている。
- 5) 誰でも GMC に苦情を提起できる一方、公職者・雇用者・同僚の届出を勧めている。また、多数の一般人を教育し、審議に参加させることにより、透明性を高め、社会的信頼を得ている。さらに、最も重要な事例に対する職業倫理審議会の審議は、公開されている。
- 6) GMC 内における、医師・法律家・一般人の共同作業による取り扱い手順が確立していて、重要度と種別により事例を選別し審議に集中できる上、審議が迅速である。
- 7) 日本が、英国に学ぶべき点は、全ての医療事故を届け出る公正な死因究明（解剖・鑑定）制度、及び医師資格審査を実施する行政システムの確立である。前者がコロナー制度、後者は GMC 制度であり、この2つの段階に第三者機関の設置が求められる。GMC には、医師・法律家・一般人の共同作業により公正に医師資格を審査し、医療水準の向上を目指す行政システムを確立することを学ぶべきである。

1.3. 審議制度の試案

既に報告したコロナー制度と、今回調査した GMC による資格審査制度の利点を総合して、日本における新しい医療事故（死）調査システムに関して、以下に試案を示す。

- 1) 医師に医療行為に関連した死亡を届出ることを法・規則に規定し、届出しないことが、その後の調

査・審議において、医師に不利に働くことを周知させる（強制するというのではなく、現実を伝える）。

また、患者側、医療側を含めた誰でも、文書、または、口頭により届け出ることができるものとする。

- 2) 当該患者の治療に関わった医療従事者自らが、医療行為への関与の実態を経時的に明確に記載した調書を作成し、関係者が署名・捺印し、医療記録と画像・検査情報を提出する。
- 3) 届出の目的として、死亡直後の死因究明、及び医師の業務の評価の2つを区別し、届出を以って直ちに刑事捜査手続きにのせないことを明示する。ただし、調書や鑑定書は、民事・刑事法的処理にも使えるものとし、犯罪に該当すると思われる場合は、警察・検察に連絡できるものとする。
- 4) 医療事故死届出先窓口を行政機関におき、医療監察官及び窓口担当者において届出に対応させる。医療監察官として、行政が法医や医療専門法律家などを任命し、死因究明全般に責任を負わせることが望ましい。法医学教室に担当者において窓口とすることも考えられる。しかし、死亡事例に加えて、事件事例や苦情全般をも広く受け入れ、包括的に処理するのならば、行政機関に届出窓口を一本化し、死亡事例を医療監察官に連絡するほうがよいかもしれない。
- 5) 各届け出窓口の医療監察官または窓口担当者は、大学病院・公的総合病院のリスクマネジメント部門との連絡体制を確立し、有事に評価に当たる評価医のリストを作成する。医療監察官、または、窓口担当者は、評価医、及び執刀医（法医、病理医、または、医療監察官自ら）と相談して、解剖の可否を決定する他、自ら、または、関係者の立会いなどを勘案して、時間などを決める。
- 6) 窓口担当者が遺族の解剖の了解を得る際、解剖した場合、しない場合に、その後、予想される結果を説明する。遺族が了解しないことが医師側に不利に働くと予想される場合には、司法解剖とするか、強制力を持つ新しい解剖制度による解剖も考える。
- 7) 解剖には、当事者医師や遺族（代理人）が立ち会えるものとし、監査・記録役として警察官、または、何らかの第三者が立ち会うことにより公正性を担保する。当該医療従事者が解剖に立ち会った場合、あるいは事情聴取を受けた場合には、その調書を医療監察官に提出する。
- 8) 医療監察官は、解剖後に、評価医と解剖執刀医と協力して、自ら、または、評価医・執刀医をして、検案書・鑑定書を作成し、医療事故死届出窓口を通じて、または、直接、遺族と当該医療機関に開示する。
- 9) 鑑定書の内容を遺族側、または、医療側が了解しない場合、他機関のリスクマネジメント委員会、

または、関係学会に再鑑定を依頼できるものとする。この鑑定書も、患者側・医療側に開示されるものとする。これでも、解決しない場合、あるいは、関係者が必要と判断した場合、医療審議会（下記）の審議事項とする。

- 10) 従来の医道審議会の役割を拡大し、より、専門的かつ公正な医療業務に関する審議ができるように「医療審議会」をおくことを規定した法・規則を制定する。上記の死因調査のための手続きも、この法・規則に含めることを考える。
- 11) 医師に対して、職業倫理・業務能力・健康などの資格要件を、法・規則などに明記し、周知・徹底させる。いずれかに問題があるとして、患者・家族、医療機関、同僚、その他、適切と認められる人から申し立てがあった場合、医療審議会が、犯罪（安楽死などを含む）、職業倫理（セクハラ、不正請求などを含む）、業務能力（著明、または、反覆する注意義務違反）、健康（アルコール・薬物依存症）などにつき問題があると認定した場合は、戒告、医師免許条件付与・停止・取消などの行政処分ができるものとし、このことを法・規則に明記する。
- 12) 医療審議会は、申し立ての内容を審議するため、専門家医師（上記の死因究明過程の医師でもよい）、及び医師以外の一般人評価員のリストを作り、必要な場合、評価医・非医師評価員各1名に、医療審議会にかけるか否かを評価させる。審議不要の場合には、決定理由を関係者に説明する。
- 13) 審議必要事例、及び審議不要と判断されたが、患者側・医師側のいずれかから苦情がついた事例に対しては、評価医2名と非医師評価員1名を含む予備審議会が当該医師に対して立ち入り調査や聴聞をして、審議をし、鑑定書を作成する。その結果を遺族・関係者に開示し、了解されない場合、あるいは、予備審議会が必要と判断した場合、審議の結果や鑑定書が、定期的開催される医療審議会に報告され、必要な場合、再調査・審議され、結果は、鑑定書の形で、当該患者（遺族）・医師・医療機関に伝えられる。また、医療審議会は、必要に応じて、上記の行政処分を行う。
- 14) 医療審議会の構成員は、専門医（各分野の学会などより推薦）、法律家（日弁連推薦の弁護士、医療専門裁判官・検察官など）、一般人（患者・人権団体推薦、及び公募）、指名医療監察官及び行政官とし、法・規則に定員・選出方法を定める。
- 15) 審議の過程で提出された鑑定書は、全て、最低限、当該患者側・医療側に開示する。また、鑑定書、及び審議の内容・結果を調査関係者にフィードバックした上、定期的に調査機関・患者利益代表団体関係者・法律団体関係者の評価を受けるようにする。審議会の公開については、議論の余地があ

るが、事故予防や医師の資質向上に役立つ目的のためには、個人情報保護下に公表できるようにする。

- 16) 医療審議会は賠償金の支払いなどに関しては審議しない。患者側・医療側は、鑑定・審議内容をもとに、和解・民事訴訟などに入ることができるものとする。今後、医療事故の賠償に関しては、別途、無過失補償を含め、政策として考慮すべきであろう。また、以上の提言は、特に、死亡事例を対象としたものであるが、生存事例に対する苦情窓口を行政が設け、ここから、医療審議会の審議に載せる道筋も作っておくべきであろう。

参考文献

吉田謙一、瀬上清貴、武市尚子、河合格爾：ロスアンジェルス郡検死局見学記－医療事故の異状死としての取り扱いを中心に。日本医事新報 4150:59-64,2003.

吉田謙一、上村公一、新谷香、池谷博、武市尚子、河合格爾、中嶋信、坂幹樹

医療関連急死事例の死因決定制度の問題点と要改善点：医療監察官と医療承諾解剖制度の提唱。日本医事新報 4136: 59-63, 2003.

吉田 謙一、河合 格爾、武市 尚子、池谷 博、黒木 尚長：英国の異状死原因究明制度～医療事故調査第三者機関のモデルとして～『医療安全』印刷中。

宇都木伸：イギリスにおける日常医療の倫理。日本医事新報 4052:21-25、2001.

GMC. Good Medical Practice. Approved and issued 2001.

GMC. Fitenss to Practice Procedures. Issued 2002.

GMC. Annual review 2002. Safeguarding good medical practice.

英国のコロナー制度にみる医療事故対応：第三者機関のモデルとして

東京大学大学院医学系研究科法医学教室 吉田 謙一

大阪大学大学院医学系研究科 法医学教室 黒木尚長

東京大学大学院医学系研究科法医学教室 河合格爾

東京大学大学院医学系研究科法医学教室 武市尚子

要約

日本の医療事故を巡る異状死論争の中で、第三者機関が注目されているが、具体像は見えない。英国では、医療関連死は、大部分、異状死として医師自らが届出て、コロナーが死因究明の全過程において法医学解剖・臨床鑑定・独自の捜査など包括的に実施した後、関連情報を公に開示し、死因を決定する。今回、第三者機関を念頭において、現地調査を踏まえ、コロナー制度を中心として行政処分と紛争処理のシステムを紹介したい。

1. はじめに

異状死とは、臨床医が診療経過中に確実に病死と診断した死亡以外の全ての死であり、医師法 21 条は、「医師は、死体を検案して異状があると認めるときは、24 時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。」と規定する。日本法医学会の異状死ガイドライン(1994 年)には、診療行為に関連した(比較的直後の)予期しない死亡、及びその疑いのある死(過誤の有無を問わない)、死因不明の急死が含まれている。2000 年、東京 23 区内の医療事故関連の司法解剖は 18 件であり、医師からの届出数は数件であった。

臨床の諸学会は、法医学会ガイドラインに対して、消毒薬誤注射事件(1999 年)を発端として、医療事故の届出に反対してきた。その趣旨は、医療行為に合併症は不可避であり届出義務を課すと医療が萎縮するので、診療関係者自ら重大な過誤が強く疑われる事例以外は届け出ない、また、病理解剖と第三者機関創設を推奨することであった。

英国では、医療関連死は、大部分、異状死として届出られ(8-15)、コロナーが、異状死の死因究明の全過程を指揮し、関連情報を公に開示し、死因、及び病死・事故死等の別(死の態様)を決定する。今回、第三者機関を念頭において、現地調査を踏まえ、コロナー制度を中心として、行政処分と紛争処理のシ

システムを紹介したい。

2. 英国のコロナー(coroner)とコロナースオフィサー(CO) (この項、10-12に概説)

コロナーは、異状死の死因決定の全過程に責任を負う行政官と裁判官を兼ねた半永久的専門職であるが、日本では、法律上、死因調査を指揮する検察官は、全ての犯罪捜査の一環として、時々、死因調査を担当する。職責上、コロナーは、公正性と公開性を重視するが、検察官の観点は犯罪性の判断と起訴の当否に偏り、その調査内容は公表しない。コロナーは、大部分、法律家であるが、最近、多くの医療関連死への対応を迫られることから、医療コロナーの配置と法医学査定官による死亡診断書の監査が提言された(12, 13, 14)。

コロナースオフィサー(CO)の経歴は様々であるが、コロナーの補佐をする死因調査専門家である(15)。異状死体は、まず、警察と警察医が検視をし、COは、関係者に事情聴取や連絡をし、遺族に葬儀までの手順を説明し、コロナーに報告し、その指示により解剖を手配し、その結果を遺族・関係者へ説明する。聴取した男女のCOは、「遺族が納得するまで、いつでも何度でも話を聞き説明しますよ。」、また、「警察官も数日に一度、死体を見ますが、私達は、毎日、数体の死体を見て、いつも関係者と話していますからね。」と誇らしく答えた。日本の警察官も同様である。なお、COと同様の職種に東京都監察医務院の監察医補佐がいる。

英国では、異状死に関する全情報がCOを介してコロナーに集まり、必要な情報がCOを介して関係機関や関係者に知らされるなど、公開性・公正性が高く、関係者間のコミュニケーションを重視するシステムが、この過程が分断されている日本のそれに格段に勝る。

3. コロナー制度と日本の死因究明制度

英国では全死亡の約1/3(日本では、約12%)が異状死としてコロナーに届出られ、コロナーが解剖を囑託する。日本では、東京では地検検察官が、それ以外の地域では警察署長などが法医学に司法解剖を囑託するが、囑託者は死因究明の専門家ではない。所轄警察署の刑事はもとより、監督する検視官でさえ、約2ヶ月の訓練の後、大部分、2~3年毎に転職する。経験豊富な法医学者でも、解剖前の病死の予想が解剖後に外因死と覆るなどの経験が稀でないのに、日本では警察官・検察官が解剖を囑託しているのである。最近見た英国のテレビ番組では、ダイアナ妃の死因調査に関するフランス当局の死因調査が

批判されていたが、同様の法制をしる日本も事情は同様である。また、東京・大阪などの多数の行政解剖を含めても、日本の法医（司法+行政）解剖率は1.3%と先進国中、群を抜いて低い。

英国では、日本の法医解剖に当たるコロナー解剖は全死亡の約23%に行われている（10）。日本では、医師に異状死ガイドラインの内容が周知されていない上（16）、臨床医に届出に対する抵抗感があり、届け出られても、警察が犯罪を疑わなければ解剖されない（2-7）。何より、日本では、死因決定の全過程を把握する経験を積んだ責任者がいない点がアキレス腱である。英国では、15名以上の患者を殺したシップマン医師の事件が発覚した後、死因究明制度に対する調査が行われ、調査が社会的関心を集め、行政が医療コロナーの導入（12, 14）や死亡診断書の複数医師記載（8）など対策を講じた。日本では、看護師による薬殺被疑事件、多くの保険金殺人事件、他殺を自殺と誤認した事件などを看過した検視システムに対しては調査も批判も改革もされないもので、今後も、同様な事件が再発するであろう。

コロナーによる死因調査は、行政対応である（10）。解剖による臨床診断の誤診判明率が高い（17）ことを考えると、日本でも、届出に行政対応して医師の届出を推進すべきである。なぜなら、異状死未届出による死因の過誤は、経験上かなり多く、その結果は医療ミス以上に深刻な人権侵害に当たるが、届出と解剖により防げるからである。日本では、届出が刑事対応であるため医師が届け出にくい上、捜査側に医療に関する判断能力が十分できないことが、医師の異状死届出への依存度が増えている検視システムの第二のアキレス腱である。

例えば、交通事故後に発見された脳動脈瘤に対する2ヵ月後のクリッピング術中に出血し、その合併症である成人型呼吸窮迫症候群で死亡した事例につき、医師が病死としての死亡診断書を発行したが、遺族が医療ミスを疑って警察に通報した後、司法解剖したことがある。解剖結果より、「一連の病的事象の発端となった疾病・損傷・暴力の状況」と定義される原死因は、交通事故に基づく外傷性動脈瘤であり、クリッピングによる出血がミスでないこと、及び交通事故と死との因果関係が証明された。手術の合併症による死亡には届出の必要がなく、法医学的な死因究明の対象にならないという外科学会の主張は、このような事例では、死者や家族の人権侵害につながり、医師に対する不信感を増長する。私たちの一般人に対する調査では、死亡の原因が合併症でありミスでないことが明らかな事例であっても、多くの患者・家族はミスと考えるという結果が出ている。しかし、経験上、遺族が強くミスを疑っていた事例でも、司法解剖による早期の死因究明によって、遺族が安心して紛争が予防されている事例は少なくないので、実際には、異状死届出は、医師を助けることが多い（4-7）。英国の死亡診断書の説明には、

家族に疑われる可能性がある場合の、届け出のメリットが記載されている(8)。以上より、当初から大部分の「善良な」医師まで疑うために医師が自発的に届出にくい日本の制度よりは、医師自らが広く届け出て死因・事故原因の究明を行い、その結果を開示して、責任の判断は専門家と公に任せる英国の制度が勝る。

コロナーに届出るべき異状死は、戸籍法の記載に準拠して、国民健康保険・内務省・統計局・各コロナー事務所のガイドラインや死亡診断書記載マニュアルに記載されている(8)が、医師には法的な届出義務はない。これは、医師の自主性と倫理観を重んじるためと思われる(11)。一方、戸籍法上、死亡診断書を受け付けた戸籍係は、1. 外因死疑い、2. 事故関連死疑い、3. 労働・職業関連死疑い、4. 中絶、5. 手術中または麻酔から完全に覚醒する前、または、麻酔と何らかの関連性がある死、6. 医療行為や治療と関連している可能性がある死、7. 自殺、薬物・有機溶媒使用、8. 警察署・拘置所内死亡、9. 入院24時間以内の死亡、10. 精神保健法上拘留中死亡、などにつき、コロナーに報告する義務を負う。いっぽう、コロナー法は、少しでも確実な病死でない可能性がある「異状死」の場合には届け出義務を課している。英国では、医師は、医療事故は届け出れば、公正・正確に原因が究明され結果を知ることができるが、届け出なければ、遺族・社会から信用されないので、日本と比べて、医療事故を届け出るモチベーションが高くて当然である。

4. インケスト(Inquest) (この項、11, 18, 19に概説)

インケストは、異状死の死因決定のためにコロナーが、全異状死の約12%に開く法廷である。例えば、医療事故死に対しては、遺族は医療ミスの判断を求めるが、開廷冒頭、コロナーは、インケストでは責任・罪の判断を行わず、客観的な「事実確認」のみ行うことを告げる。また、必要なとき、コロナーは陪審員を招集する。一方、明白な刑事事件の場合は、警察の捜査が先行し、裁判の結果の判明後、インケストが開かれる。

インケストには、利害関係や責任関係のある全ての者、検察官、警察主任などからコロナーの判断で召集される。そこでは、コロナーが判事として、関係者に証言させながら、事故に関する事実を公開の場で認定し、遺族に質問させ事件の要約をした上で、死因・死の態様に評決を下し、死亡診断書を発行する。ミスは判断しないが、遺族は死に至る責任関係を含めて原因を知ることができる。日本では、交通事故の遺族が警察や検察を相手に捜査情報の開示に悪戦苦闘している事例が、英国では、公の場で冷

静に公開され、質問に答えられていた。また、事故予防に関する提言などもされるという。なお、初回インケストで死因未決定の場合、捜査情報等が揃った時点で、再度、インケストが召集される。今、英国では、ダイアナ妃のインケストの開催が注目されている。遺族にとってコロナ制度のメリットは、調査の全てが公的費用で実施され、捜査情報を聞ける上、インケストで疑問提起や主張ができ、解剖に立会い、解剖報告書のコピーを受けとり、説明を受けることができることにある。

英国では、医療事故のインケストには、遺族・医師の法的代理人である弁護士やMPS・MDU(下記)など医師保護団体の職員の立ち会いが許されるが、反体に、遺族や報道抜きに、医師・看護師・法医・コロナで迅速に処理されることもある。コロナは、医師査定官の立会いを求められる。

6. 英国と日本の医療事故対応の比較(この項、11, 18, 19に概説)

英国では、医療関連死は、例外を除き刑事処分の対象でない。医療事故の遺族が求めるのは、原因究明と説明である上、遺族の苦情に対応する機関が多いので、結局、医師にとっては届け出た方が誤解されにくくメリットが大きい。東京地検扱いの事件の内、最近5年間の数十例の医療過誤被疑事件の内、訴追されたのは5件で、多分に懲罰的な意味が強い。しかし、稀にしか起訴されないのに、届け出ると業務上過失被疑事件として取り扱われる点が、医師の届出忌避の原因である。日本でも、英国のように、医師の自主性・倫理性に尊敬を払い、死因究明を重視する制度をつくるべきであろう。

日本では、虫垂炎後、腹膜炎の子供が死亡したとき、まず、届け出られることはない。英国の法律家のための法医学書は、このような場合、親の虐待(外傷性腹膜炎)の可能性もある上、医師の経過観察や診断の遅れなど注意義務違反の可能性があるので、届け出るべきであるという(18)。英国では、予期しない手術中や直後の死亡の場合、大部分、コロナに届け出られているという。このように、英国では、将来、法的な問題に発展する可能性のある事例に対応する実務を、明確に法医学に含めている。

日本の臨床系諸学会は、患者・薬剤の取り違えなど過誤の著しいものに限り、医師の裁量に基づき届け出るべきとする。一方、英国では、臨床医が「明らかな病死」と判断しても、患者の人権を守り、医師の公正性を担保するために、少しでも医師の不作為の注意義務違反の可能性のある事例でも届け出て、医師が患者を守るべきであるとする。

日本では、医師に対する事情聴取を警察官が行い、司法解剖が行われることが多い上、司法解剖の結果は検察・警察の捜査情報として、裁判前には開示されない。一方、解剖執刀者は、カルテの記載が不

十分のため事故の内容を把握できないことが多いが、関係者の事情聴取は許されていない。また、初期段階で臨床鑑定が行えず、法医に医療行為の適否の判断が求められるが、犯罪追及の視点ゆえに臨床医の協力を得がたく、法医単独では医療ミスの判断が難しい事例が少なくない。

英国では、まず、コロナーやその捜査官自ら関係者に事情聴取や捜査をし、コロナーの判断で、執刀医に解剖前や解剖中(立会い)に事情聴取させる。また、医師自らが書いた調書やカルテ・写真などを提出させ、必要な場合、早期に専門家に臨床鑑定を依頼する。コロナーは、医療関連死は必ず法医に解剖させる。英国では、警察が関与する犯罪死でも、死因究明はコロナーが主導する。英国の方法は、担当者の専門性・経験の面と、死因や死の態様を総合的に判断できる点で、日本に格段に勝る。日本では、解剖執刀者が当事者から事情聴取すること、遺族・当事者に説明することを禁じているが、医療事故死事例では、その弊害が顕著である。また、英国では、コロナーの判断で、遺族(代理人)に解剖立会が認められ、遺族や医師を含む利害関係者に解剖記録のコピーが与えられる。

日本では、法医に対して遺族の解剖結果問い合わせが多いが、応対は禁じられている。大部分、解剖に遺族や医師の立会いは認められず、解剖結果も開示されない上、執刀者の情報開示も禁止されているので、事故の予防や医療の改善に役立たない。日本でも、医療事故原因の究明の実を挙げるためには、原因究明のための解剖を行った上、情報を開示すべきである(5-7)。これらの矛盾に対して、東大法医学教室は、地検や警察と折衝しながら、解剖・鑑定の実を挙げる努力をするとともに、結果が関係者にフォードバックされ、紛争を予防できる道を模索している。

8. 裁判外処理システムと医師権利保護団体

英国では、患者の苦情に対する裁判外処理システムが整備されている。まず、患者が開業医や病院に苦情を申し立てると、調査・和解が試みられ、事故処理係により処理され、10日(開業医)~20日(病院)以内に判断を聞ける。この第一段階で98%が終結する。納得いかない場合には、地域の医療行政機関の苦情窓口で独立審査パネルの設置を求め、最初の苦情申し立てから75日(開業医)~140日(病院)以内に最終報告が提出される。ここで解決しない場合、ヘルスサービスオンブズマンに調査を求められる(20)。次の段階で裁判に訴えることになるが、日本とは、比較にならないほど、対応機関・人員の専門性・公正性、情報の公開性など、行政対応が、格段に充実している。

いっぽう、Medical Protection Society (MPS)、Medical Defense Union (MDU) という法律家や法医学

者を抱える半公的権益団体があり、医師の権利を守るために、専門家がインケスト・和解・訴訟・賠償の手続きに医師の代理等として交渉を行う。また、専門家委員会が鑑定人の選任をする他、医師に法医学教育をし、GMCに医療行為に関する注意義務の指針を示す。

9. General Medical Council (GMC、全国医師審議会)と行政処分(この項、11に概説)

英国では、放置すれば再発しうる事故やリピーターなどに関して、医師の自己規制団体である General Medical Council (GMC)が行政処分をする。GMCは、登録医資格の審査と処分をし、医療水準の基準を示すことにより、公衆を不適格な医師から守る。

GMCは、選挙・学会推薦等で選ばれた医師達が、医療関係者の教育・登録・訓練を監督する機関で、会費と登録料で運営される。医師のアルコール・薬物依存症、性的虐待等職権濫用・違法行為を取り締り、公衆を資質に欠ける医師から守る。医師は、登録資格なしでは国民健康保険機関や公的医療機関と契約できず、処方・治療が限定される上、診断書・証明書を発行できない。制裁として注意・観察、登録の一時停止・抹消等があるが、登録を抹消されると、現実に医療行為を行えない。GMCは、医師の注意義務水準及び違反に関するガイドラインを発行しており、GMCの行政処分ばかりでなく、医事紛争、和解や裁判においても医師の注意義務の判断の基準になると思われる。

誰でも告発できるが、届出義務を負う国立・公的保健機関から公文書としても提出される。GMCは医師を自律的かつ公正に自己管理しているため医師への信頼を高め、公正性・専門性・透明性を社会から認められる結果、医師の権利を保護しているという。日本の医道審議委員会には、GMCのように、情報源(コローナ)となる調査機関はない。特に、医療行為の適否の判断には専門医としての注意義務に関する医療水準の判断基準を要するが、そのためには同僚批判(peer review)を要する。GMCは、MPS・MDUなどの医師の権益保護団体と共同して医療水準や医療過誤の判断の基準(本)をつくり、委員会の審議に基づき行政処分をし、卒前・卒後教育の基準を設定しつつ、登録医資格の審査を通じて医師の質を維持する。英国では、何よりもコローナ制度により医療事故に関する情報の専門性・公正性・公開性が保たれている上、GMCなど関連機関のコミュニケーションがよいので、医事紛争の解決や医療水準の向上に関して、全体としてのシステムが有機的かつ効率的に機能しているように見える。

8. まとめと提言

英国では、少しでも医療事故が疑われる事例は、大部分、異状死として coroner に届出られて、専門性・公正性・公開性の高い法医学的死因究明が実施される。まず、coroner による死因調査の一貫性と関与する専門家の専門性が高く、役割分担とコミュニケーションがよく、解剖率も高いので死因究明の精度が高い。また、遺族・関係諸機関(GMC、MDU、MPS など)への情報公開による紛争処理、人権保護、事故予防、及び行政処分などへ利用できる。また、医療事故に対する行政処分・紛争処理の制度も充実している。

英国の制度には、医療事故に対応する日本の「第三者機関」のモデルとして、採用すべき点が多い。まず、coroner に相当する「医療監察官」を行政が任命し(12)、加えて、医療事故に対して、死因究明を目的とし関係者への情報開示や執刀者の事情聴取ができる「医療承諾解剖」をつくる必要がある。公正性、解剖・鑑定経験の面で、及び、米国のメディカルイグザミネーター(法医病理学者)の実績より、「医療監察官」として法医が適しているが、適切な医師の中から任命し、育てることも必要である。医療監察官は、解剖や臨床鑑定を嘱託し、死因究明全般に責任を負う。coroner オフィサーに相当する職には、看護師・臨床検査技師が望ましい。また、病理医も、「医療承諾解剖」をし、鑑定書を書くべきである。さらに、医療監察官か解剖執刀医が、必要な場合、臨床専門医と共同で医療ミスについて鑑定し、鑑定書を書くべきである。公正性を保つには、警察官に立ち合わせさせ、写真撮影や録音などで証拠を保全するのが最も現実的である。

医療ミスの判断が難しい事例に対応するための鑑定委員会が必要である。第一の方法では、医療監察官が、遺族や当該医師を含む関係者を召集して、インケストのように情報開示と事実認定を行い、患者側からの質問も受け説明もした上、委員会として鑑定を取りまとめる。第二以下の方法では、解剖結果と臨床情報を専門家組織に伝えて、ミスについての判断を求める。第二に、医療監察官が専門家委員会を主宰し、遺族側の利益を守る第三者の立会いの下、鑑定する。第三に、大学のリスクマネジメント委員会や学会に鑑定を委託する。

臓器移植論争で経験したように、第三者機関など新しい枠組みを作るには、法制度と組織の改革などに莫大なエネルギーと時間を要する。最も、現実的かつ迅速な対応は、現行の司法解剖を、医療事故に限って「医療承諾解剖」として運用し、法医に「医療監察官」を勤めさせて鑑定を取りまとめさせ、それに必要な人件費・経費の財源をつくることであろう。また、医師の自発的な異状死届出については、刑事訴追の対象から原則としてはずし、一方、専門家と適切な監査者を入れた「医道審議会」が専門性

に基づいた厳正な処分をできるような改革を実行することも必要である。

このような改革により、原因究明と説明に関する患者・医師双方の要求に応え、医療事故の予防に使えるようになるので、医師の届出率も高まり、患者がよりよい医療を受ける機会が増え、医療の信頼性が高まると思われる。

文献

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS 編集 "To Err is Human" National Academy Press, Washington, D. D., 2000.
2. 吉田謙一著 「事例に学ぶ法医学」、有斐閣、2001.
3. Yoshida K, Kuroki H, Takeichi H, Kawai K. Death during surgery in Japan. *The Lancet* 2002; 360: 805.
4. 吉田謙一、武市尚子、河合格爾. 医療事故は異状死か? *日本医事新報* 4069:57-62、2002.
5. 吉田謙一、武市尚子、河合格爾ら. 医療事故死因調査制度の提言. *日本医事新報* 4086:57-61, 2002.
6. 吉田謙一、瀬上清貴ら: 医療関連急死事例の死因決定制度の問題点と要改善点 —医療監察官と医療承諾解剖制度の提唱. *日本医事新報* 4136: 59-63, 2003.
7. 吉田謙一ら: ロスアンジェルス郡検死局見学記—医療事故の異状死としての取り扱いを中心に. *日本医事新報* 4150 : 59-64,2003.
8. 黒木尚長、吉田謙一:日英の死亡診断書の比較にみる日本の死因決定制度の問題点—異状死届出との関連性について. *日本医事新報* 印刷中。
9. 黒木尚長、吉田謙一:日英における異状死体の届出の比較(医療事故関連死を中心に). *日本医事新報* 投稿中
10. Review of Forensic Pathology Services in England and Wales. Home Office 2003. available from internet.
11. Knight B. *Legal Aspects of Medical Practice*. Churchill Livingstone. 1992. 5th edition.
12. Pounder D. The coroner service. A relic in need of reform. *BMJ*. 1999; 318: 1502-3.
13. Levitan J, Dines BK. The coroner service. *BMJ*. 1999; 319: 1072
14. Milroy CM, Whitwell HL. Reforming the coroner's service. Major necessary reforms would mean