

する諸施策が試みられてきた。合衆国においては、1970年代以降に起こったとされる医療過誤を含む、いわゆる「不法行為危機」に対して、主として、訴訟(紛争)の頻度、賠償額を押さえるために、出訴期限、立証のルール、賠償額の上限規制など訴訟の手續に変更を加えることだけでなく、裁判外の紛争処理方法が考案されてきた。また、豪州においても、合衆国同様、不法行為訴訟の増加、裁判の遅延、時折起こる膨大な賠償額、弁護士費用の高さ、また、2001年のテロによる保険会社の破綻など外在的要因なども重なり、様々な改革が試みられてきた。

そこで、ここでは日本において医療過誤紛争のあるべき姿を探求する前提として、豪州における経験に学ぶべく、考案された裁判外紛争処理制度、利点と問題点、また、実施状況などを素描する。

B. 研究方法

これまでに公刊された報告書、判例、書籍、論文、新聞記事などを中心的な資料としつつ、研究を遂行した。

(倫理面への配慮)

基本的には公刊された資料に依拠し、公刊されていない個人情報を取り扱わないことによって、倫理的な配慮を行っている。

C. 研究結果

1) はじめに:

日本においては近年医療過誤紛争の効率的な処理に注目が集まっている。その主たる要因は、医療過誤訴訟の増加現象に対して、伝統的な裁判による処理が十分対応していないという認識が広がっていることにあると思われる。実際に、医療過誤紛争の母数たる医療過誤数が近年増加しているかどうか、また、反対に紛争化傾向が拡大しているかどうかについては、その基礎資料たる医療事故数の実態だけでなく、医療事故の紛争化の過程および

実数についても詳細な研究の蓄積がわが国ではほとんどない状態である。そのため、その実態だけでなく、認識された問題に対する対処・努力の成果の判断基準すらないのが実情である。¹ 裁判上の処理については、訴訟の遅延、医療過誤訴訟の専門性、また、裁判においては金銭の請求を中心とせざることをえないこと、などから、加害者である医療者側だけではなく、被害者およびその家族にとっても、大きな不満が存在する。²

このような現象は、日本独自のものではなく、諸外国でも同様の問題を抱えており、それに対する諸施策が試みられてきた。合衆国においては、1970年代以降に起こったとされる医療過誤を含む、いわゆる「不法行為危機」³ オーストラリアにおいても、不法行為危機のレトリックに対しては、ほぼ同種の批判が当てはまる。See generally Beth Wilson, *Medical Indemnity - Consequences for Complaints Agencies* (presentation at the 4th National Health Care Complaints Conference, held at Rydges Lakeside Hotel (Canberra), on 27-28 March, 2003)(available at <http://www.healthcomplaints.act.gov.au/c/hcc?a=sendfile&ft=p&fid=1067566721&sid=>)(last visited on March 31, 2005); Justice R. G. Atkinson, *Tort Law Reform in Australia* (Speech to the Australian Plaintiff Lawyers Association Queensland State Conference, held on 7 February 2003, Hyatt Regency, Sanctuary Cove)(available at <http://www.courts.qld.gov.au/publications/articles/speeches/2003/atkin100203.pdf>)(last visited on March 31, 2005); Kate Arnott, *Transcript: Are the government's insurance reforms leaving legitimate victims without compensation?* (Broadcast: 11/02/2005)(available at <http://www.abc.net.au/stateline/vic/content/2005/s1301173.htm>)(last visited on March 31, 2005). に対して、主として、訴訟(紛争)の頻度、賠償額を押さえるために、出訴期限、立証のルール、賠償額の上限規制など訴訟の手續に変更を加えることだけでなく、裁判外の紛争処理方法が考案されてきた。また、豪州

においても、合衆国同様、不法行為訴訟の増加、裁判の遅延、時折起こる膨大な賠償額、弁護士費用の高さ、さらに、2001年のテロによる保険会社の破綻など外在的要因なども重なり、様々な改革が試みられてきた。^{iv}

そこで、ここでは日本において医療過誤紛争のあるべき姿を探求する前提として、豪州における経験に学ぶべく、考案された裁判外紛争処理制度、利点と問題点、また、実施状況などを素描する。

ADR (Alternative Dispute Resolution: 代替的紛争解決、裁判外紛争解決)とは、迅速かつ効率的な解決 (Efficiency)と、妥当な解決 (Quality of Justice)の2つを主目的としながら、その名の通り、従来の裁判、合衆国、豪州をはじめとする英米法諸国においては陪審審理を中心とする伝統的な訴訟以外の場所において代替的に紛争を解決しようとする試みである。^{vi}

2) Victoria州における患者の苦情処理システム: Office of the Health Service Commissionerの機能を中心に

Victoria州において患者が医療機関もしくは医師などに不満を感じた場合、大まかに言って3つの道がある。1つは単にあきらめる方法(泣き寝入り)であり、いまひとつは反対に民事訴訟を起こすことである。最後のカテゴリーは、医師・医療機関などに対して何らかの規制権限を有する行政機関・行政委員会などに苦情を申し立てることである。これまでも言及したように、伝統的に市民の紛争を処理する中心的な機能を担うとされている民事訴訟は、医療の専門性・特殊性から必ずしも十分には機能していないと批判されてきた。そこで、本報告書では、そのような批判に答えるべく近年充実してきたとされる、迅速で安価かつ公平な処理方法として策定された独立行政委員会・Ombudsmanなどの広く行政による苦情処理システムを中心に述べる。

Victoria州における医療をめぐるこのような行政的な苦情処理システムには、以下の4つがある。第1は、医師資格付与機関(免許登録委員会)であるMedical Practitioners Boardをはじめその他のBoardである。第2は、消費者

保護の一環として患者を保護するOmbudsmanに苦情を求めるものである。第3は、患者が死亡した場合には、その死因の真相を究明することを目的としてCoronerに検死を求めることも苦情処理の一環として考えることもできる。第4は、医療サービス全般について権限を持つ、Health Service Commissionerに対して苦情の申立を行うことである。^{vii} このうち、医療事故紛争において中心的な機能を担うのは、第1のMedical Board(免許登録機関)と、第4のHealth Service Commissionerである。本稿では、患者と医療者との紛争処理に関して金銭の支払いを含め苦情処理・斡旋を行うHealth Service Commissionerの機能を中心に紹介し、その意義を検討する。^{viii}

まず、種々のBoard(免許登録委員会)は、医療者自身による自治的な規制として、医療者を罰することではなく、医療の受けてである市民の安全を守ることを第一義的な任務とし、資格の観点から医療の水準を維持することを目的としている。つまり、何か問題が起きた場合にも、その責任を追及することではなく、今後同種の問題が発生しないためにいかなる方策を採るべきかを考慮の中心にしている。このような設立趣旨から、医療従事者が身体的・精神的に病んでいたり、また、専門医療従事者として見過ごすことのできないほど能力に欠けていたり、不適切な行為に及んだりする場合など、患者に安全な医療サービスを提供できない場合には、主として免許更新を含む資格認定権限を根拠に規制を行う。^{ix} 詳細については、峯川・岩田報告(「医療安全推進に関する法的問題に関する研究」(主任研究員・岩田太)(H14-医療-017)(平成14-16年度・厚生労働科学研究費補助金(医療技術評価総合研究事業)(平成16年度・研究報告書)を参照。

それに対し、Health Service Commissionerは、医療サービスの質の向上を目指す点は同じであるが、患者の尊厳・プライバシー・自己決定を尊重し、患者からの苦情処理を処理すること、さらに、医療の質向上のために調査・提言を行うこともその機能に含まれており、かなり広範囲に及ぶ。^x BoardとHealth Service Commissionerは、苦情の処理にあたって個別の苦情申立者の意志を決定的なものとするか

どうか大きな違いがある。Boardにとって、苦情の申立人(notifier:通報者,届出人)はあくまでも問題の端緒でしかなく、その後申立人が心変わりし、その苦情を取り下げたいとしても必ずしもBoardは申立人の意志に従う必要はない。それは、Boardは、公衆を守る事が最大の任務であり、個別の申立人の苦情の処理を第一義的に目標としているわけではないためである。これに対して、Health Service Commissionerは、苦情申立人が取り下げを申し出た場合、その意志を尊重し、処理を中止しなければならないことになっている。^{xii} Health Service Commissionerおよび同委員会(Office of Health Service Commissioner)はVictoria州において1988年に設立された制度で、州政府(正式には州総督と2名以上の大臣から構成されるGovernor in Council)によって5年を超えない範囲で任命される。^{xiii} Victoria州ではCommissionerは一旦任命されると政府の思い通りに罷免されることはなく、州立法府が非行(misconduct)を認定し罷免を認めない限り、その職にとどまることができる。

^{xiii}

(A)苦情の種類と苦情申立権者

苦情の種類としては、以下の4つに分類される。(1)満足のいくケアを受けられない場合、(2)インフォームドコンセントに必要な十分な情報提供が受けられなかった場合や自己決定を阻害された場合、(3)患者の意志やプライバシーを尊重してもらえない場合、そして、(4)過誤および医師の倫理違反行為(unprofessional conduct)が行われたと考える場合である。しかしながら、すぐにHealth Service Commissionerに苦情を申し立てるのではなく、まず当該病院、医療者に直接苦情を伝えることを励行しており、Health Service Commissionerはその手助けも行うことができるとされている。当事者による処理が不調に終わった場合に、Health Service Commissionerの介入が正式に行われることになる。

苦情の対象者は、医師、看護師だけに限られず、救急関係者や医療機関のソーシャル・ワーカーを含めた医療者全般である。患者も

しくは利用者本人に限られず、家族、医療提供者さらに利害関係者(・Anyone with sufficient interest) ^{xiv}までも苦情の申立が可能となっており、その苦情をいわば医療サービスの質向上のきっかけとして利用しようとする積極的な姿勢が一貫してみられる^{xv}。

(B)苦情申立手続

Health Service Commissionerに対する苦情申立の手続は以下のような流れとなる。まず、苦情申立は、文書によらなければならない。^{xvi} 少数民族出身者など文書による苦情の申立が困難な場合には、Health Service Commissionerはその文書作成を補助することができる。この補助には、母国語が英語ではない移民などに対しては、通訳をつけるサービスなども行っている。苦情の申立は、直接Officeを訪れて行うことも可能であり、電話、Fax、手紙などでも可能であり、費用はかからない。ちなみに、申立の書式および苦情申立のやり方についての説明などはインターネット上で取得可能になっている。^{xvii} 申立に際しては、その申立が事実に基づくものであるかどうかを確認するため、Health Records Act 2001 (Vic)などによって認められた自らの情報へアクセスする権利を行使し、医療記録、診断書などを確保することが重要であることが伝えられ、とりわけ治療によって何らかの問題が発生したと考えられる場合には、別の医師に診断してもらうなど証拠の収集が奨励されている。

また、苦情に至る前の段階で、何らかの問い合わせがあった段階で、Office of the Health Service Commissionerでは対象医療者・医療機関についてのデータベース化を行っており、正式に苦情が申し立てられない段階でも、苦情の母数の把握ができるようになっており、ある特定の医療者、医療機関にどの程度の苦情に関する問い合わせがあるかが即座に分かるようなシステムをとり、その後の苦情処理に役立てることができるようになっている。例えば、これまでに苦情が正式には申し立てられていなかったとしても、苦情に関して問い合わせが複数あるような場合は、当該医療者、医療機関に対する正式な苦情が初めてで

あったとしても、Health Service Commissionerとしては慎重に対応することなどが可能となるのである。

前述のように、患者・利用者などの本人が苦情を申し立てることが困難であることに合理的な理由がある場合の他は、苦情申立人および苦情の対象者とも代理人を伴うことはできない。これは、後述する調停における話し合いの中身などを後の訴訟で証拠として用いることができないルール^{xviii}とともに、法律家などの代理人が介入することによって対立が過度に助長され、問題の解決をより困難にしないようにという配慮から、すなわち、率直な話し合いを促進するために設けられているルールである。また、苦情の申立に対して報復を加えることは処罰の対象であり、苦情申立を止める目的で脅迫や威嚇をしたり、さらに、苦情申立を止めるよう説得する行為すら禁止されている。^{xix}

(C) 苦情の受理・不受理

申立がなされると、まずHealth Service Commissionerは当該苦情の事前査定を行い、28日以内に苦情を受け付けるかどうかを判断する。明らかに根拠のない苦情^{xx}や、裁判所・Coroner・民事行政審判所 (Victorian Civil and Administrative Tribunal) もしくは免許登録機関などですでに事件が取り上げられており、そこでの争点を実質的に重なる場合^{xxi}、さらに、1年以上前の事実に基づく苦情^{xxii} に対しては、苦情を不受理としなければならない。また、上記のように苦情申立人が医療側と直接話し合う努力を怠っていた場合には同様に不受理とすることができる。^{xxiii} さらに、免許登録機関など当該苦情をより適切に処理できる機関がある場合には、それらの機関に苦情を移送 (referral) することもできる^{xxiv}。この段階では、Health Service Commissionerの調査権限は限られており、文書提出命令、証言の強制、さらに、立ち入り調査などは行えず、通常は医療側との協力体制によってことを進めることになる。^{xxv}

苦情を受け付けると判断した場合には、その申立書のコピーが苦情対象者・機関に送付され、通常2週間以内にHealth Service

Commissionerもしくは苦情の申立人に直接何らかの対処を行うよう求められる。申立に対して医療側から詳しい説明や謝罪がなされ、申立人がそれを納得した場合には、Health Service Commissionerは通常それ以上の手続を進めないことを決定することが可能で、その場合には、申立人および医療側に対して、文書でその旨が通知され、苦情処理は完了することになる。その対応が満足の行かない場合には、その理由をあわせてHealth Service Commissionerに迅速に伝えるよう求められる。その場合には、金銭の支払い、再治療などを含め調停の可能性などをHealth Service Commissionerから示されることになる。

(D) 調停 (conciliation)

上述のやり取りで解決しない場合には、事件は調停に付託され、Health Service Commissionerが指名した調停人によって調停が行われる。率直な話し合いを促進するために、話し合いの中身は裁判上などで証拠とできないように構成され、さらに、調停人に対しても守秘義務を課している。調停人の役割は、話し合いの促進であり、話し合いの場の設定を含め、解決の糸口を見つけることであるとされ、可能な場合には解決案の策定も行う。調停が成功した場合には、その詳細について文書によって当事者に確認の機会を与え、同時に、Commissionerに報告することが義務付けられている。調停が不調に終わった場合には、調査 (investigation) の要否、再調停、苦情処理の停止などについて、Health Service Commissionerに対して勧告を行うことができ、調停人がそのような勧告を行った場合は、Health Service Commissionerは基本的にそれに従うことになっている。^{xxvi} 調停に行く事件は、一般的に事実の説明を求める事件群と、何らかの補償や再治療を求める事件群の2つに分けられる。医療者側の法的責任が問題となる苦情については、当事者の同意に基づき、中立の専門家の意見を求め、その後の話し合いの基礎とされる。

(E) 調査 (investigation)

Health Service Commissionerは、上記の調停人の勧告による場合を含め、受理後に苦情が調停には適しないと判断した場合には、調査を行い、苦情が根拠のあるものかどうか、つまり、医療者側の行為が不合理であったか否かを判断する。調査を開始する場合には、14日以内に対象医療者・機関にその通知を行わなければならない。また、医療者側の行為が不合理であったか否かを判断するに当たって、(1)満足のかケアを受けられなかったか、(2)インフォームドコンセントに必要な十分な情報提供が受けられなかったり、自己決定を阻害されたか、(3)患者の意志やプライバシーを尊重してもらえなかったか、また、(4)過誤および医師の倫理違反行為(unprofessional conduct)が行われたか、などを基準に医療者側の行動の合理性を判断することになり、その行為が不合理であったと判断した場合には、その旨の通知を医療者側に与え、必要な救済措置をとることができる。その場合には、その段階で調停に付すことも可能であるし、また、医療者側に改善案を策定させ、その実施状況につき報告を求めることもできる。^{xxvii}

調査にあたってHealth Service Commissionerには、Office of the Health Service Commissionerへの出頭(attendance)や文書提出を求めることができ、さらに、必要な場合には、立ち入り調査のためにMagistrateに令状(warrant)発給を求めることすらできている。この令状が発給された場合に、文書提出や質問への回答を拒否することなどを含め令状で認められた立ち入り検査に協力しないことは処罰の対象となる。さらに、調査に限られず意図的に虚偽や誤解を与える供述を行ったり、文書を提出したりすることも処罰の対象となっている。このように法律上は、医療施設や専門職者の行為が医療の水準に深刻に違反している可能性がある場合には、大臣や議会に報告し、調査を実施できるようになっているが、調査が行われることは稀で、むしろ前述のように医療者の協力を得て苦情を処理する場合が圧倒的に多い。つまり、Health Service Commissionerは法律上も医療側と敵対的に行動することは求められておらず、むしろ、協力的に行動し、迅速に苦情

処理を行えるようになるべくインフォーマルな手段をとることが求められている。^{xxviii}これが、Victoria州の苦情処理システムが調停的アプローチと呼ばれる所以である^{xxix}。

3) Victoria州における患者の苦情処理システムの実態

(A) 苦情申立件数

Health Service Commissionerは毎年年度報告を公表するよう求められており、その報告書はWeb上で入手可能となっている。^{xxx} 2002年7月からの年度の統計では、7907件(2001年度は5525件)の問い合わせが寄せられ、そのうち、一般の苦情に関するものが5814件、2002年7月から施行となったHealth Records Act 2001 (Vic)に基づくプライバシーに関するものが2093件となっている。これは前年比では40%以上の増加となっている。このような問い合わせを経て正式に苦情が申し立てられた総数は、2373件(2001年度は2366件)と問い合わせの増加にも関わらず ほぼ横ばいの状態であった。このような現象の一因はHealth Records Act 2001 (Vic)の成立によって、医療者側および利用者側に様々な疑問・混乱が起こり、その影響によって問い合わせが増加したが、その疑問が解けると解決するケースが多いと考えることができる。

正式に苦情申立がなされた事件は、その深刻度を高中低度の3つに分けられる。傷害が伴うような苦情、医療者の倫理違反行為などは高度とランクされる。医療情報へのアクセス、治療費、医療者側の態度、または結果が発生しなかった診断ミスなど主として誤解に基づくものなどは中度とランクされる。根拠のないものも含め、電話や手紙などによる説明で簡単に処理可能なものは低度とランクされる。ただ、苦情受け付け時に処理の帰趨を予測するのは困難な場合も多く、実際必ずしも低度とランクされたものが時間的に迅速に解決されるとは限らない場合も多いようである。内訳をみると、深刻度高とされているのは、全体で2368件中224件で約1割となっているのに対し、低度のもは1272件(54%)となっている。苦情の申立全体とみた場合、客観的には深刻なも

のは少なく、むしろ、何らかの誤解が事態を困難にしている場合が圧倒的であるようである。申立人の特性をみると、女性が57%とやや多くなっている。これは、医療機関を利用する頻度や家族を介護する場にいる頻度が高いためではないかと推測されている。

(B) 苦情処理

2368件の苦情のうち、Health Service Commissioner から医療者側との直接の話し合いをまず持つことを勧告された件数が1046件(39%)あった。その次の段階である事前査定段階で調停へと進む前に終了した件数は1123件(47%)である。これには、苦情申立書のコピーを受け取った医療者側が文書などで、詳細な説明、謝罪をしたり、また、同様の問題が発生しないようにシステムを変更したり、治療費の払い戻し、別の医療機関を紹介するなどして再治療のための処置をとったことなどが含まれる。さらに、時間が経ちすぎていることや、他の機関がすでに同種の苦情の処理を開始している場合にはHealth Service Commissionerの苦情処理手続から排除される場合や、苦情が取り下げられた場合も含まれている。つまり、調停に進む前の段階で85%以上が終了するわけである。

調停へと進んだのは全体の14%(327件)であった。そのうち、調停が不調となったのは9%(2001年度は7%)であった。その他は何らかの形で合意による処理ができた事件で、その内訳は、謝罪7%(2001年度は6%)、システムの変更1%(2001年度1%)、補償17%(2001年度20%)、説明・情報提供65%(2001年度65%)である。

最後に免許登録機関への移送が1%(78件)(2001年度1%)であった。苦情処理に当たって医療者の倫理違反が問題となりえる事件類型で免許登録機関と相談しながら事件処理を進めたのは、982件に及んだ。苦情対象者の内訳をみると、医師613件、歯科医194件であった。そして、前述のように78件(内医師58件)が実際に免許登録機関へと移送された。

(C) Health Service Commissionerの苦情処理に対する利用者の反応

Health Service Commissionerの苦情処理については、苦情処理に関与した当事者(苦情申立人および医療者・医療機関)は全般的に満足しているという結果がでていいる。まず、苦情申立人(患者側)は、訴訟など対立的なアプローチよりも、Health Service Commissionerがとる調停的なアプローチのほうをより使いやすい(・gentle・)として好んでいるようである。Health Service Commissionerの処理の仕方に対しても、82%がスタッフが親切で、連絡も取りやすく、自分たちの言い分をきちんと聞いてくれて、しかも、迅速に対応してくれると回答している。また、70%が苦情の処理のあり方について満足しており、処理結果についても半数以上(54%)が満足していたという。それに対し、結果に不満足な申立人も45%に達する。

医療者側も一般的に好意的で、95%が処理結果について満足し、100%が処理方法について満足していた。スタッフについても反応も患者側以上に好意的な反応であった。

調停による苦情解決 (HSC Annual Report 2003/2004, 2002/2003, Table7 より作成)

	2001/2002	2002/2003
調停解決率	92%	92%
Procedure/policyの変更	1%	1%
賠償	20%	20%
説明や情報の提供	65%	65%
免許登録委員会へ転送	1%	1%
調停不調	7%	7%
	100%	100%

4) まとめにかえて

前述のようにVictoria 州においても主として保険会社の破綻を契機として様々な形で「不

法行為改革」が推し進められてきた。ただ、そのような種々の改革が本当の意味で「改革」の名に値するかどうかは、そもそも保険会社の破綻や「不法行為訴訟の危機」という現象が、不法行為訴訟によってもたらされたのかどうかについて大きな疑問があることから分かるように、議論のあるところであろう。ただし、本稿で紹介したVictoria州のHealth Service Commissionerの苦情処理手続の実態をみると、上記の改革の是非に関わらず、大きな利点を持っていることも明らかなように思える。Health Service Commissionerの苦情処理から見えてくるのは、その苦情が治療に関するものであれ何であれ、ほとんどの苦情には誤解、説明不足などのコミュニケーションの問題がその根底にあり、そのコミュニケーション不足から生まれた苦情を解きほぐす方策として、完璧ではないにせよ、Health Service Commissionerの苦情処理システムは、当事者によるインフォーマルな話し合いを促進しうまく機能していると評価されている。そのことは、結果には半数近くが不満足であるといいいながら、迅速な対応やより詳細な説明を受け取ることによって、苦情の処理手続自体にはかなり高い満足を示していることからわかる。

このことは、昨年度検討した合衆国におけるADRの利点とも同一のものである^{xxxii}。例えば、事件事実審理に行く前に、法律家、医療者、3-7名程度によって構成される委員会が事件の検討し、事件の結論を示すことによって和解を促進するためのPretrial Screening Panel(事実審理前・事件選別審査)の制度^{xxxiii}は、事実審理の数を減少させ、結果として、医師の医療過誤保険料の低減に繋がったとする経験調査が存在する^{xxxiii}。なぜそのような利点が生まれるかについて、これまでに医療紛争をめぐる研究が示しているところによれば^{xxxiv}

主たる情報源は、苦情の記録と訴訟の記録で、それには、(1)苦情申立て日および訴訟提起日、(2)事件の解決方法、(3)賠償額、(4)問題となった医療サービスの質に関する病院の専門家による判断(問題なし、問題あり、不明の三段階)、(5)被害の程度、などの情報が含まれていた。、患者側が求めるのは、第一義的には何が起こったかなどの真実

を知りたいという要望であり、上記のようなADRの制度が、事故の情報などを十分持っていない被害者側に病院側から情報を提供する機会となっており、それによって紛争を早期に終結させる機能を担っているのだという。すなわち、原告側が訴訟を提起する1つの大きな要因は、訴訟を起こすことによってDiscovery手続を開始し、事件の真相を知るためであり、もし原告がそのような行動を一般的に行っているとすれば、上述したScreening Panelの選別機能がうまく働くことは十分ありうることであるし、今年度検討したオーストラリアのVictoria州のHealth Service Commissionerの苦情処理手続がうまく機能していることともまさに一貫性があるということができないのではないか。つまり、インフォーマルな紛争処理手続の利用によって被害者側に一方的に不利になるわけではなく、むしろ十分な説明を促進し誤解を解くことによって紛争を事前に収束させる機会となりうるとすれば、上記のようなADRが効率的な紛争処理に資することもかなりの説得力があるといえよう。

^{xxxv}

D. 結論

現段階の結論としては以下のようにまとめることが可能である。合衆国およびオーストラリアにおける医療過誤紛争をめぐるADRについての経験から、仲裁、裁判前事件選別のための諸手続、また独立行政委員会(Victoria州Health Service Commissioner)などが、紛争の迅速かつ妥当な解決という効果を生むという研究結果がでていいる。とりわけ、医療という専門領域において、専門知識を持たず、しかも、専門家からの情報提供が必ずしも十分とはいえないというような、苦情申立を行う人々の置かれた現状を考えると、完全ではないにせよ、その情報格差を埋め、誤解、不信を解きほぐす機能がADRには制度の構築の仕方によっては十分ありえるといえる。また、もし苦情の申立人の苦情の多くが、誤解や不信から発生しているのだとすれば、それらを解き明かすためにも、迅速で真摯な対応など、手続の公正さを担保することが何よりも重要であるといえよう。

E. 健康危険情報

特になし

F. 研究発表

1. 論文発表

2. 学会発表

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

ⁱ 現在厚生労働科学研究で医療事故の実態についての調査が進行中であり、この種の研究はわが国では本格的なものとしては画期的なもので、その成果によって日本における医療事故対策の重要な基礎的資料になるものと期待される。平成16年度厚生労働科学研究費(医療技術評価総合研究事業)堺秀人「医療事故の全国的発生頻度に関する研究」(平成15-17年度)。

ⁱⁱ 和田仁孝, 前田正一『医療紛争 メディカル・コンフリクト・マネジメントの提案』(2001年)。

ⁱⁱⁱ そもそもそのような「不法行為危機」が存在していたのかどうかは経験的には相当怪しい。ある調査によれば、陪審は多くの事件において適正な判断を行っており、しかも、弁護士は意味のない、単なるいやがらせ的な訴訟をきちんと排除しているという。むしろ、真の問題は、大多数の被害者が泣き寝入りしていることだという。Michael Saks, *Do We Really Know Anything About the Behavior of the Tort Litigation System and Why Not?*, 140 U. PENN. L. REV. 1147 (1992). ロバート・B・レフラー

一(三瀬朋子訳),「医療事故に対する日米の対応——患者の安全と公的責任との相克」,判例タイムズ1133号27, 25頁(2003年);ロバート・B・レフラー「医療ミス, 安全, 公的責任——日米における医療ミス情報収集システムの構築」アメリカ法2003-1号, 1,24頁; NEIL VIDMAR, *MEDICAL MALPRACTICE AND THE AMERICAN JURY* (1995); SLOAN ET AL, *SUING FOR MEDICAL MALPRACTICE* (1993). 紛争の発生過程一般については以下を参照. Martha A. Myers and John Hagan, *Private and Public Trouble: Prosecutors and the Allocation of Court Resources*, 26 SOC. PROBS. 439-451 (April 1979); Richard E. Miller and Austin Sarat, 15 LAW & SOC'Y REV. 525-566 (1980-81); & William L.F. Felstiner, Richard L. Abel, and Austin Sarat, *The Emergence and Transformation of Disputes: Naming, Blaming, Claiming...*, 15 LAW & SOC'Y REV. 631-654 (1980-81).

^{iv} 峯川浩子「オーストラリアにおける患者の安全と苦情処理」押田茂實・伊藤文夫編『医療事故の法理論と実務——リスク管理から補償システムまで——』(仮称)(近刊)。

^v 迅速さ(expeditious), 利用しやすさ(accessible), 安価さ(inexpensive), 公正さ(fair)をあげる場合もある。AMERICAN ARBITRATION ASSOCIATION, AMERICAN BAR ASSOCIATION, AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, COMMISSION ON HEALTH CARE DISPUTE RESOLUTION, FINAL REPORT 14 (July 27, 1998).

^{vi} See generally STEPHEN B. GOLDBERG, ET AL, *DISPUTE RESOLUTION* (4th ed. 2003); ELLEN E. SWARD, *THE DECLINE OF THE CIVIL JURY* (2001); FURROW, ET AL, *HEALTH LAW* (2nd ed. 2000).

^{vii} この他, 医療記録の開示を含め患者のプライバシーの問題については, Ombudsman, Health Service Commissionerなど州の苦情処理のほか, 連邦法(Privacy Act 1988 (Clth)(Privacy Amendment (Private Sector) Act 2000))が関連するため, Privacy Officerに苦情を申し立てることが可能である。See Privacy Act 1988 (Clth)(Privacy Amendment (Private Sector) Act 2000)). See also

Freedom of Information Act 1982 (Vic); Information Privacy Act 2000(genetic information)(Vic); Health Records Act 2001 (Vic).

^{viii} オーストラリアにおけるMedical Boards, Coroner制度, および, それらと苦情処理機関たる医療サービスに関する独立行政委員会 (Victoria 州Health Service Commissionerなど)の関係などについては, 下記に詳しく述べている. 峯川・岩田報告(「医療安全推進に関する法的問題に関する研究」(主任研究員・岩田太)(H14-医療-017)(平成14-16年度・厚生労働科学研究費補助金(医療技術評価総合研究事業)(平成16年度・研究報告書)

^{ix} Medical Practice Act 1994 (Vic)- "unprofessional conduct" Medical Practice Act 1994 (Vic)

(a) professional conduct of a lesser standard than public might reasonably expect: or

(b) peers might reasonably expect: or

(c) professional misconduct; or

(d) infamous conduct in a professional respect; or

(e) over-servicing; or

(h) indictable offence; offence under Act, regns

^x Health Services (Conciliation and Review) Act 1987, § 1 (Act No. 25/1987)(Version No. 040 as amended at 27 March 2003).現 Commissionerは, 1997年に任命され, 医療分野でかなり経験を持つ弁護士であるMs. Beth Wilsonである. *See generally* <http://www.health.vic.gov.au/au/hsc/commissioner.htm>.

^{xi} Health Services (Conciliation and Review) Act 1987, § 15(6).

^{xii} Health Services (Conciliation and Review) Act 1987, § 5.

^{xiii} *Id.* s.6. これにNew South Wales州では, ほぼ同種の任務を担うHealth Complaint

Commissioner

(Ms. Amanda Adrian)が, 医療事故の調査をめぐって十分責任追及をしなかったため保健大臣によって罷免されるという事態が最近起こったとされる. COMPLAINTS HANDLING WITHIN NSW HEALTH 23 (General Purpose Standing Committee No. 2. [Sydney, N.S.W.](Report ; no. 17, June 2004)(ISBN 0734764340)(available at [http://www.parliament.nsw.gov.au/prod/parliament/committee.nsf/4a8b456ea8c071beca256d4300420c73/d7658c3fd2f0476cca256ebd00043a73/\\$FILE/Complaints%20handling%20within%20NSW%20Health%20Report.pdf](http://www.parliament.nsw.gov.au/prod/parliament/committee.nsf/4a8b456ea8c071beca256d4300420c73/d7658c3fd2f0476cca256ebd00043a73/$FILE/Complaints%20handling%20within%20NSW%20Health%20Report.pdf))(last visited March 31, 2005).

• 11 Dec 2003 Minister Iemma announces: the termination of Ms Amanda Adrian's appointment as HCCC Commissioner and the appointment of an Interim HCC Commissioner... •

See also Media Release: From the Health Complaints Commissioners of Australia and New Zealand (issued on Friday 12 December 2003): Beth Wilson, *Does shaming, naming and blaming improve the quality of our health services? Adversarial versus conciliatory approaches to investigating health complaints* 6-7 (speech at the 10th Conference of the Australian Bioethics Association Incorporating the 9th Annual Conference of the Australian Institute Health Law and Ethics)(held on Sunday 14 November 2004)(University of New South Wales, Sydney Australia).

^{xiv} Health Services (Conciliation and Review) Act 1987, § 15.

^{xv} Beth Wilson, *Health Dispute: A Window of Opportunity to Improve Health Services* (Controversies in Health Law (Ian Freckelton & Kerry Petersen, eds. 1999).

^{xvi} Health Services (Conciliation and Review) Act 1987, § 17.

^{xvii} <http://www.health.vic.gov.au/hsc>.

^{xviii} Health Services (Conciliation and Review) Act 1987, § 20(14).

^{xix} Health Services (Conciliation and Review) Act 1987, § 30.

^{xx} Health Services (Conciliation and Review) Act 1987, § 19(1).

^{xxi} Health Services (Conciliation and Review) Act 1987, § 19(2).

^{xxii} Health Services (Conciliation and Review) Act 1987, § 19(3).

^{xxiii} Health Services (Conciliation and Review) Act 1987, § 19(5).

^{xxiv} Health Services (Conciliation and Review) Act 1987, § 19(6).

^{xxv} Health Services (Conciliation and Review) Act 1987, § 19(9).

^{xxvi} Health Services (Conciliation and Review) Act 1987, § 20.

^{xxvii} Health Services (Conciliation and Review) Act 1987, § 21-22.

^{xxviii} Health Services (Conciliation and Review) Act 1987, § 21(3). Health Service Commissionerの調査権限は基本的に裁量に属するもので、強制的な権限がある場合でもなるべく同意に基づいて調査を行うことが励行されている。また、Health Service Commissionerが判断を下すに当たっては、裁判上の証拠法は適用されないが、公正の原理(rules of natural justice)が適用することになっている。

^{xxix} MEDICINE CALLED TO ACCOUNT: HEALTH COMPLAINTS MECHANISMS IN AUSTRALIA (Thomas ed. 2002)).

^{xxx} Health Service Commissioner, 2003 ANNUAL REPORT (available at <http://www.health.vic.gov.au/hsc/>). 報告書の期間は、毎年7月1日から翌年の6月30日までとなっている。

^{xxxi} 岩田太「医事紛争における裁判外紛争処理に関する基礎的研究: 合衆国における医療

過誤紛争の裁判外処理に関する一考察」(厚生労働科学研究費補助金(医療技術評価総合研究事業)分担研究報告書)(主任研究員・我妻学)。

^{xxxii} ALAS. STAT. 09.55.535; CONN. GEN. STAT. ANN. 38A-36; DEL. CODE ANN. 18, 68003, 6811, 6812, 6853; IND. CODE ANN. 34-18-8-4, -6; KAN. STAT. ANN. 65-4904; MD. CODE ANN. 3-2A-02; MASS. ANN. LAWS 231.60B; VA. CODE ANN. 8.01-581.2.

^{xxxiii} Zukerman, et. al, *Effects of Tort Reforms and Other Factors on Medical Malpractice Insurance Premiums*, 27 INQUIRY 167 (1990). See also Sloan, *State Responses to the Malpractice Insurance Crisis of the 1970's: An Empirical Assessment*, 9 J. HEALTH POL., POL. & LAW 629 (1985).

^{xxxiv} Henry S. Farber & Michelle J. White, *A Comparison of Formal and Informal Dispute Resolution in Medical Malpractice*, 23 J. LEGAL STUD. 777 (1994)(hereinafter as Farber & White 1994). この調査では、ある大規模病院で、1976年から1989年までに発生した事件(incidents)で、1993年半ばまでに処理が終わっていた事件850件を分析対象にした。850件を、訴訟として事件が開始されたもの(242件)、病院の相談窓口を通じて事件が開始されたもの(355件)、さらに、訴訟もしくは相談窓口の訴えの以前の段階で、病院スタッフから事件報告(incident report)があったもの(253件)の3類型に分類し、さらに、第三の類型については、事件報告後に患者が相談窓口で訴えたもの(151件)と、訴えのなかったもの(102件)とに分類した。当初訴訟になっていなかった事件群も後に訴訟に発展した事件もあり、それぞれ178件、31件、11件であった。

^{xxxv} Scott Forehand, *Helping the medicine Go Down: How a Spoonful of Mediation can Alleviate the problems of Medical malpractice Litigation*, 14 OHIO ST. J. ON DISP. RESOL. 907, 924-925 (1998-1999).

Ⅲ 研究成果の刊行予定に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
我妻 学	フランスにおける医療紛争の新たな調停・補償手続	都立大学法学会雑誌	46巻2号	49頁～95頁	2006年1月公刊予定