

のうち、単に相談を受けつけるだけでなく、和解あっせんや調停等により加害者もしくは保険会社と被害者の間等に生じた紛争処理を行っている「交通事故紛争処理センター」、
「日弁連交通事故相談センター」および自賠責保険に係る紛争処理のみを行っている「自賠責任保険・共済紛争処理機構」の3つを取りあげる。

1. 交通事故紛争処理センターにおける和解のあっ旋・裁定

(1) 紛争処理の範囲について

交通事故紛争処理センターは、自動車事故に伴う損害賠償の紛争を解決するために、法律相談、和解のあっ旋および審査を行うものである。ただし、以下の場合などは、相談、和解のあっ旋および審査（以下「あっ旋等」という）を行っていない。

- ①自転車による事故に伴う損害賠償に関する紛争
- ②搭乗者傷害保険や人身傷害保険など、自分が契約している保険会社または共済組合との保険金、共済金の支払いに関する紛争
- ③次の場合で紛争の相手方がセンターで解決することを拒んでいる場合
 - (a) 相手方が自動車保険（共済）契約をしていない場合
 - (b) 相手方が契約している自動車保険（共済）に示談代行サービスがない場合
 - (c) 相手方の契約している共済が、全国共済農業協同組合連合会または全国労働者共済生活協同組合連合会以外である場合

(2) 和解のあっ旋手続の一時停止について

和解をするためには、損害賠償額を確定できる状態にならないため、和解のあっ旋が開始された後に以下の事情が判明された場合には、和解のあっ旋手続を停止する。

- ①損害賠償請求権者が治療中である場合
- ②治療は終了したが、後遺障害認定手続が未了の場合
- ③後遺障害認定等級手続に対する異議申立が未了の場合
- ④後遺障害等級認定手続について紛争処理機構に申立中の場合

(3) 和解のあっ旋の拒否について

以下の場合においては、和解のあっ旋を行わない。

- ①訴訟または調停が行われている場合
- ②不正請求等不当な目的であっ旋の申込みがされたと認められた場合
- ③和解のあっ旋を受けようとする者が権利または権限を有していないと認められた場合

④その他和解のあっ旋を行うことが適当でないと認められた場合

(4) 審査の対象について

審査会は、以下の事案につき審査し、裁定を行う。

- ①センターとの協定等で裁定を尊重することとなっている損害保険会社、全国共済農業協同組合連合会又は全国労働者共済生活協同組合連合会に係る事案
- ②損害賠償義務者の契約する自動車保険の約款・自動車共済の共済規定において法律上の損害賠償責任が発生した場合には、損害賠償請求権者から保険会社等に対し直接請求権が認められている事案
- ③上記以外の事案の場合には、損害賠償義務者、又は保険会社等が、裁定があった場合に予めこれに同意することを明示している場合

(5) 審査の不受理について

審査会は、以下の場合には、審査を行わないことがある。

- ①前記(3)の和解のあっ旋の拒否理由のいずれかに該当すると認められる場合
- ②物損の審査において事案解決のために審査会が必要と認めた一定の条件を当事者が満たさない場合
- ③その他審査に適さないと認められる場合

(6) 交通事故紛争処理センターによる紛争処理の流れについて

交通事故紛争処理センターによる紛争処理は、電話予約（申込）、相談、和解のあっ旋、審査会による審査、利用手続きの終了という手続きによってなされる。

①電話予約（申込）

和解のあっ旋の申込をするときは、必ず事前に電話等で予約をする必要がある。電話で初回相談日が決まると、センターから利用申込書用紙、相談・和解のあっ旋に必要な提出書類等が送付される。

②相談

相談担当弁護士が面接して、事故解決の相談・質問について問題点を整理したり、助言を行う。

③和解のあっ旋

利用者が、和解のあっ旋を相談担当弁護士に要請した場合には、センターから相手方または相手方保険会社等に来所を要請し、センターにおいて和解のあっ旋を受けるかを確認し、

当事者の出席を得て、和解のあつ旋に入る。あつ旋手続は 1 回に一時間を目途に行われる。相談担当弁護士は、当事者から話を聞き、中立の立場和解のあつ旋によって合意に至った場合は、相談担当弁護士の立会のもとで、示談書または免責証書を作成で争点・賠償額など、和解のためのあつ旋案を口頭または書面にまとめ、当事者に提示する。和解のあつ旋によって合意に至った場合は、相談担当弁護士の立会のもとで、示談書または免責証書を作成する。

④審査会による審査

相談担当弁護士が和解のあつ旋が不調と判断した場合、当事者のいずれか一方は、相談担当弁護士を経て、審査を申立てることができる。審査に申立てられた事案は、事前に相談担当弁護士が関係書類と共に審査会に対して、争点、当事者の主張を説明し、審査事案として受理された場合に開催の期日が決められる。審査会での審議が終わると、裁定が行われる。利用者は、裁定内容を告知された日より 14 日以内に、同意または不同意をセンターに回答し、不同意の場合は、センターでの手続は終了する。

⑤利用手続きの終了

あつ旋手続が終了したとき（審査の申立があるときは除く）、審査不適の決定がなされたとき、審査申立が取下げられたとき、利用者が審査会の裁定に対して不同意の回答をしたとき（回答期間経過による場合を含む）、審査会の裁定に基づき、利用者等の間で示談が成立したときにおいて、手続きが終了となる。

(7) 紛争処理の現状について

平成 16 年度の紛争処理状況を見てみると、相談件数は 22,259 件、和解あつせんは 6,703 件（対人 5,085 件、対物 1,618 件）である。示談成立は 5,820 件、審査に移行したのは 567 件である。示談成立に至った 5,820 件のうち、3 回くらいまでの来訪で約半数が、5 回までの来訪でおよそ 80%が紛争解決に至っている。逆に 8 回以上もかかる事案もあるというのが実情である。

2. 日弁連交通事故相談センターにおける示談あつせん・裁定

(1) 紛争処理の範囲について

示談あつ旋および裁定を行うが、示談あつ旋が可能な事案は、自賠責保険または自賠責共済に加入することを義務付けられている車両による「自動車」事故事案に限られている。人損および人損を伴う物損については、自賠責保険・自賠責共済のみ、または無保険でも示談あつ旋を行う。一方で、物損に関しては、物損の示談代行付きの任意保険あるいは任

意共済のいずれかに加入している場合にのみ示談あっ旋を行う。

（2） 手続きの概要について

日弁連交通事故相談センターの示談あっ旋は、損害賠償の交渉で相手方と話し合いがつかない時に、日弁連交通事故相談センターの弁護士が間に入り、示談が成立するよう援助し、早期に適正な賠償額での解決をはかるという制度である。具体的には、つぎのような手順でなされる。

日弁連交通事故相談センターによる示談あっ旋を希望する者は、まず、同センターの弁護士と面接相談を行う。弁護士が示談あっ旋に適する事案かを判断したうえ、適すると判断した場合には示談あっ旋の申し込み手続きをする。

示談斡旋が不調に終わった場合に、損害賠償者が日弁連交通事故相談センターと協定を結んでいる任意保険または任意共済のいずれかに加入している場合には、被害者側からの審査の申し出を受けつけている。訴訟や調停に係属しているものや審査を行うことが不相当・不適當なものを除き、審査委員 3 名で構成される審査委員会による審査を受けることができる。審査の結果、審査委員会が審査意見を示し、被害者がこれに同意したときは、これらの共済は、審査委員会が出す「評決」の金額を尊重することになっている。

（3） 紛争処理の現状について

日弁連交通事故相談センターが行った相談件数については、35,113 件、示談あっ旋件数は 1,333 件（平成 15 年度）となっている。

3. 財団法人 自賠責保険共済紛争処理機構

（1） 紛争処理の範囲

自賠責保険共済紛争処理機構が対象とする紛争処理は、自賠責保険・共済に請求し、支払い（不支払）の通知があった事案、あるいは任意自動車保険・共済の人身賠償について自賠責保険の判断（事前認定）に係る部分について提示がなされている事案である。申請できるのは、交通事故の当事者（死亡事故の場合はその遺族）またはその代理人に限られている。

なお、以下の場合には、同機構では紛争処理を行っていない。

- ① 民事調停または民事訴訟に係属中あるいは当事者間の紛争がすでに解決済のものである場合
- ② 他の相談機関または紛争処理機関に解決を申し出ている場合
- ③ 不当な目的で申請したと認められる場合

- ④正当な権利のない代理人が申請した場合
- ⑤弁護士法第 72 条に違反する疑いのある場合
- ⑥自賠償保険または自賠償共済から支払われる保険金・共済金等の支払額に影響がない場合（例えば、既に支払限度額まで支払われている場合）
- ⑦本機構によって既に紛争処理が行われた事件である場合
- ⑧自賠償保険または自賠償共済への請求がない場合あるいはいずれの契約もない場合
- ⑨その他、本機構で紛争処理を実施することが適当でない場合

（2） 紛争処理の流れについて

紛争処理の流れは以下の通り行なわれる。

- ①紛争処理の申請者が紛争処理申請書を同機構に提出
- ②相手方に対し、紛争処理申請が提出された事実を連絡し、必要に応じ関係書類の提出及び意見を求める
- ③提出された資料等を精査し審査する。審査の過程で、証拠の収集、事故現場の調査等独自の調査を行うことがある
- ④交通事故賠償の専門的知識を有する紛争処理委員が公正・中立な立場で合議制によって審議のうえ調停する
- ⑤同機構が出した結論が、文書で申請者ほか紛争関係者に通知される

（3） 紛争処理の現状について

平成 16 年度の紛争処理状況については、申請書受付件数が 423 件であり、そのうち同機構が審査を行ったのは 353 件である（平成 16 年度）。

D. 考察

平成 16 年度交通事故調停事件件数は約 4,000 件である。これに対して、交通事故紛争処理センターが行った和解あっせん件数だけみても上述のように約 6,700 件と少なからぬ数が存在する。

簡易裁判所における交通事故調停数（十位を四捨五入）

年 度（平成）	11 年	12 年	13 年	14 年	15 年	16 年
交通通常訴訟事件	7,900	8,800	9,100	9,400	10,300	11,000
交通調停事件	4,700	4,800	4,600	4,400	4,300	4,000

こうした現状を示している理由の一つとして、交通事故紛争処理センターなどは、無料で利用ができ、これまでの判例を参考にした「裁判基準」により損害額が算定されるという、基準の存在が、一定の利用数の存在の裏づけになっていることが考えられた。

E. 結論

交通事故紛争処理センターなどは明確なADR機関としての特徴を要しており、相談、斡旋、審査の複数の段階で紛争を処理する体制を兼ね備えている。また保険会社はセンター裁定に拘束されるが、相談者は拘束されないことから、結果として相談者の同意により和解が成立するという「片面的仲裁」の方式が取られており、注目に値するといえる。こうした交通事故領域の各ADR機関（組織）の歴史は古く、全国的に組織が整備され運営している現状を考慮すると、医療版ADR制度の設立には大いに参考になる領域であると考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況

なし

医療安全における Coroner の現代的役割

—豪州・Victoria, Tasmania 州における新たな取り組み—

[分担研究者]

岩田 太 上智大学法学部 助教授

■研究要旨

近年日本においても医療紛争の拘泥化を回避する 1 つの試みとして、死因の中立的な究明を目指し検死制度の再構築の努力が開始されてきた。そこで本稿では、医療安全の向上に向け、Coroner の制度を利用する努力をいち早く始めてきた豪州 Victoria 州, Tasmania 州などを題材としながら、医療事故防止、医療安全への可能性と予測される法的問題点などを探る。

A. 研究目的

近年日本においても医療紛争の拘泥化を回避する 1 つの試みとして、死因の中立的な究明を目指し検死制度の再構築の努力が開始されてきた。そこで本稿では、医療安全の向上に向け、Coroner の制度を利用する努力をいち早く始めてきた豪州 Victoria 州, Tasmania 州などを題材としながら、医療事故防止、医療安全への可能性と予測される法的問題点などを探る。

B. 研究方法

Victoria 州においては、Coroner の死因究明による医療安全向上のための担当部署である、The Clinical Liaison Service (CLS)¹、Tasmania 州においては、Coroner たる Magistrate（治安判事）などのウェブサイトから情報収集を行い、さらに、担当者に対するインタビュー、また、Coroner による Inquest の傍聴などを行った。本年度は、最終年度の報告の前段階として、Victoria 州の制度の紹介を中心的に行う。

（倫理面への配慮）

すべて公知の資料を用いており、また、個人情報扱うものではないので、本分担研究部分においては特に倫理的配慮は必要ないと思慮する。

¹ See <http://www.health.vic.gov.au/cls/index.htm>

C. 研究結果

1. 序

日本においては近年医療安全と医療をめぐる紛争の公平な解決のあり方に注目が集まっている。その主たる要因は、医療過誤紛争の「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や、仮に司法制度が紛争処理を迅速に行えたとしても、それが医療安全の推進にどのように寄与するか必ずしも明らかでないという認識が広がっていることにあると思われる。しかしながら、そもそも実際に、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、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日本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。ただ、裁判上の処理については、医療過誤訴訟の専門性、訴訟の遅延、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ことは事実である。

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。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、医療過誤保険基金の杜撰な経営と政府による規制の欠如、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、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るなど、様々な改革が試みられてきた。

不法行為危機の存否やそれを前提とした不法行為改革がいかなる効用をもつかについては立場の違いによってその評価に大きな差異が存在するが、1つ明らかなのは、一定の割合で死亡や重大な傷害などを伴う医療ミスが起こるのは不可避であり、一旦発生した紛争をできるだけ迅速かつ公正に解決する手段を構築することと同時に、それらのミスをいかに減少させ医療の安全を確保するかも緊要な課題であることである。それらの2つは、多くの被害者が紛争の処理にあたって将来同様な被害が発生しないことを重要な要素としていることから明らかなように、2つの目標は時に緊張関係に立ちながらもいずれか一方だけを重視することができない、いわば車の両輪の関係にある。諸外国によるこれまでの医療安全対策の努力の中で見えてきたものは、医療安全の確保推進と医療過誤紛争の適正な解決のあり方を探求するためには、1つの対策によって自体が改善するような万能薬は

存在せず、資源の効率的な利用の観点からすれば、現存する制度の機能をより改善する努力を重ねていき、その中で現存の制度では対応できない場合には新たな制度をその目的と機能を明確化した上で構築していくという、いわば地道かつ複層的な努力を重ねていくことが緊要である。日本独自に制度改革や新制度の構築をしていくことは容易ではないため、その参考とするため豪州における経験に学ぶ。

網羅的ではないが、豪州のそのような改革には、医療専門職の資格面からの医療安全策の制度化、司法制度の効率的運用ならびに患者に対する相談窓口をはじめ中立的な紛争解決策の構築、死因の中立的な究明による医療の透明化と安全対策の努力などが現代の課題となっているように思えるが、本稿では、その中で特に死因の中立的な究明から医療安全対策へと繋げる試みを行っている豪州の Victoria, Tasmania 両州の制度を研究対象とするが、本年度は Victoria 州の制度の紹介を中心的に報告する。ちなみに、Victoria 州における行政を中心とした医療に対する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 などの Board による資格面に焦点をあてた苦情処理である。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、死因の真相を究明することを目的とする Coroner（検死官）である。第 4 は、医療サービス全般について権限を持つ Health Service Commissioner（医療 Ombudsman）である。このうち、現在、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 Practitioners Board（免許登録機関）と、第 4 の Health Service Commissioner である（表 1 参照）。

これから紹介する Victoria 州の Coroner による医療関連死の死因究明を通じた安全対策の構築を目指す努力と同様の試みとしては、日本においても 2005 年 9 月より厚生労働省および医療関連学会によって始められた医療関連し調査分析のモデル事業である。モデル事業においては、病院などの医療機関において患者が亡くなった場合、遺族の同意を得て、医療機関側の申出によって解剖を行い死因を検討するというものである。注目に値するには、法医学者や病理医だけでなく、関連の臨床医からの協力も得ながら死因の究明の努力を行うことである。そのことによって、診療行為の妥当性まで含めた十分な検証作業が可能となる制度となっており、うまく機能していけば、効果的な死因の分析が行われる潜在力があると思われる。ただし、ある報道によれば、制度開始 10 ヶ月ほどで 22 例しか集まっておらず、しかも、評価結果に対する疑問などもあるという（朝日新聞夕刊 2006 年 7 月 1 日, p. 18）。にもかかわらず、まだ制度開始の初期でありその後の帰趨を決定するには早すぎるように思われるし、しかも、そもそも制度構築時に真の意味での「中立的な」検証よりも免責を期待して制度の構築に賛成した医療者が少なからず存在していたのでは

ないかという疑念も払拭できない。むしろそのように期待したからこそ、真の意味での中立的な検証を嫌い、制度が所期の目的どおりに機能しながら制度利用者が増えないのかもしれない。いずれにしても今後の発展に期待したい。

オーストラリアにおいても、伝統的には、Coroner の機能と医療安全とはほとんど無関係であった。近年では、Coroner が死亡原因の究明から医療安全への提言を行う機能を重視する考え方がでてきている²。Victoria 州においては、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、死因の確定を行い、そこから今後の医療安全に繋がる教訓を得ようとする努力が行われている。つまり、Coroner が死亡原因の究明から医療安全への提言を行う機能を重視する考え方がでており、その意味では、医療の安全に対するインプリケーションも無視することはできない。そこで本稿では、Victoria 州の制度の概要と実態について検討する。ただ Coroner の制度は中世以来の英米法系の歴史に根付いた制度であり、安易な制度紹介だけではその意義を見誤る可能性も高い。制度の実態を含めた真の検討には、その制度の歴史、変容なども含めて包括的な検討が重要である。そのような検討は最終年度に行うこととし、前述のように今年度の検討では、Victoria 州の制度の概要などを紹介するにとどめたい。

2. Coroner 制度概要

英米法辞典（田中英夫編）によれば、Coroner の制度とは、正確な始期については争いがあるようであるが³、イングランドにおいて各カウンティに数名ずつ 12 世紀末に設けられた地方行政および司法上の様々な重要な役割を担っていた制度（地方行政官）が、現代においては主として自然死でない者の死因を確かめる制度、ないし、その任務を担う者をいう。死因について 7 名以上 11 名以下の陪審による審理（Inquest）を行い、陪審が殺人とし特定の犯人の名を挙げるとそれが indictment（正式起訴状）となり、刑事司法上も重要な機能を担ってきた。そのため、しばしば検屍官という訳語が当てられる。もともとは、同様に行政上の重要な役割を担っていた Sheriff の汚職を防止し、国王の財政的な利益を保護するための職であったようだが、そのような機能が 15 世紀後半には廃棄され、犯罪に関わる死亡の確定という機能を担ってきた。しかし、イングランドにおいては、1926 年の Coroners（Amendment）Act によって、犯罪訴追された被告人に対しては Inquest の手続が

²See The Clinical Liaison Service (CLS), AN Initiative of the State Coroner's Office and the Victorian Institute of Forensic Medicine (VIFM) (<http://www.health.vic.gov.au/cls/index.htm>). See, e.g., David Ranson, The Coroner and Medical Treatment Related Deaths, InQuest (Oct. 2002) (available at http://www.australasiancoroners.org/in_quest/2002/index.htm) (last visited on July4, 2005).

³ 捧剛, 「中世イングランドにおけるコロナ」, 一橋論叢第 118 巻 1 号 pp. 114-129 (1997) .

中断されるようになり、最終的には 1977 年の Criminal Law Act によって Inquest から刑事責任の問題が除去されるに至った。現代においては、死亡した人間の特定、およびその死亡がどのように、いつ、どこで（who, how, when and where）起こったかを確定するのが Coroner の役割とされる⁴。しかしながら、従来の機能であった殺人被害者の確定を行い殺人事件の端緒を発見する機能が Coroner から警察へ移譲されたことによって Coroner の機能が格段に下がったことは事実である。だとすれば、現代における Coroner 機能の意義はどこに求められるであろうか。

ある委員会報告に拠れば、Coroner の行う Inquest の目的には以下の 5 つがあるとされていた。

- 1) 死亡の医学的な解明
- 2) 死にまつわる噂や疑念を解く
- 3) 対策が採られなければ更なる死亡につながる可能性のある状況に注目を向ける
- 4) 医学知識の探求
- 5) 死者の遺族その他関係者の法的な利害を保護するため

その 5 類型のうち、第 1、4、5 の機能については、必ずしも Coroner である必要はなく、その他の機関などが十分に担っているため、残るのは 2 ないし 3 の機能であり、特に防止可能な死の調査ということになると捉えられている。ある意味では、機能が縮減されてきた Coroner の生き残り策として、予防的な機能に焦点が当てられてきたという見方もできるかも知れない。ただ問題の焦点は、そのような制度存続のための隠された意図の可否だけではなく、むしろ、その機能が実際社会的にどのような意義を持ち、また、Coroner がそのような機能を担うのに十分な資源を有しているかであろう。仮に生き残り策であったとしても、その機能が社会的に有用であり、しかも Coroner が他の諸機関に比しそれをより効率的にしかも効果的に行うのだとすれば、その機能を積極的に評価し社会として推進していくことも十分ありえると思える。

イングランドの制度と伝統を分かちオーストラリアにおいても、伝統的には、Coroner の機能と医療安全とはほとんど無関係であった。それが近年になって、Coroner が死亡原因の究明から医療安全への提言を行う機能を重視する考え方がでてきている。Victoria 州においては、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、死因の確定を行い、そこから今後の医療安全に繋がる教訓を得ようとする努力が行われている。つまり、Coroner が死亡原因の究明から医療安全への提言を行う機能を重視する考え方がでており、その意味では、医療の安全に対するインプリケーションも

⁴ See, e.g., Loff, 800 years of coroners: have they a future?, The Lancet, Vol 344, p799 (Sept 17, 1994).

無視することはできない。そこで本稿では、前述のような制度の概要と実態について検討する。

3. 近年の新たな動きと制度的枠組み

Victoria 州において、上述の予防的な機能（Preventative Jurisdiction と呼ばれる）が顕在化されたのは、1985 年の Victoria 州の Coroner Act であったとされる。そこでは、Coroner に対して、死に関与した人間を明らかにするだけでなく、Attorney General に対して公衆衛生および安全に対して勧告などを行うよう求めるに至った。それと同時に Coroner に対して医学的な知識などを提供できる機関として Victoria Institute of Forensic Pathology（Victoria Institute of Forensic Medicine の前身）を設置した。このような動きが起こってきたのは、Victoria 州などで崖崩れによって多くの犠牲者を出したことなどがきっかけであったという。崖崩れの前にはその前兆現象があり、行政の担当部局にはそれが伝えられていたが、有効な対策はとられず、結局被害を出してしまっていた。そのためもあって、それらの事件において Coroner が安全対策にいくつかの勧告を発する結果となった。つまり、従前の行政システムにおいて十分な対策がとられなかったことが、Coroner の安全対策機能を見直すきっかけになったようである。同様、1990 年代半ばから顕在化していた病院における Adverse Events が広範に存在し、それに対する対策の必要性も同じ方向性を後押ししていた。例えば、1994 年の連邦政府による調査（New South Wales と South Australia 両州において 28 病院 1400 を超える入院患者に対する調査）では、16.6 パーセントの入院患者に Adverse Event が発生し、そのうち約半数が防止可能なものであり、しかも約 15% ではその被害は生涯にわたるほどのものになっていた。既知であるが、合衆国の Harvard 調査（3000 件を超えるカルテレビュー）においても 1133 件の Adverse Event が報告され、そのうち、約 3 割が過失によるものだとされていた。このような病院における事故の多さと事故防止の必要性も間違いなく、このような Coroner 機能の展開において十分意識されていたのである。

Coroner Act 1985 は、目的として以下の 4 つをあげる。State Coroner の設置、一定の種類の死亡の届出義務、死亡および火災の調査および Inquest（死因審問）の手続、Victorian Institute of Forensic Medicine（Victoria 州法医学研究所）の設置である⁵。Coroner の機能として強調されているのは、死者の特定、死因、死の状況確定であって、責任追及が目的であるわけではない。死をめぐる事実認定⁶ が主たる任務ということになり、刑事責任

⁵ Coroner Act 1985 (Vic), s. 1.

⁶ Coroner Act 1985 (Vic), s. 19.

について言及することは禁止されている⁷。刑事訴追における Coroner の機能は限定的であり、重大な犯罪（Indictable Offence）の可能性がある場合に限って公訴局長官（Director of Public Prosecution）に事件を移送が要求されている⁸。

Victoria 州においては、現在 State Coroner 1 名、Deputy State Coroner 3 名、その他約 90 名の Coroner がいる。State Coroner および Deputy State Coroner には、郡裁判所の裁判官（County Court Judge）、治安判事（Magistrate）、または、法律家が、州政府（正式には Governor in Council（州総督および複数の担当大臣によって構成））によって任命される⁹。その他の Coroner には、治安判事ないし法律家から任命が行われる¹⁰。裁判官職の者が Coroner に任命された場合には、裁判官の職務の一環として従事し、給与および任命期間もそのまま従前の裁判官職と同一の条件となっている¹¹。State Coroner は、州検死制度の効率的運用のために、調整監視機能を担う。具体的には、報告対象死がきちんと Coroner に報告され、それら報告された事例が十分調査されることを確保する。また、必要な場合には、Inquest を行う。さらに、他の Coroner のためにガイドラインを發布することが可能である。ちなみに、Coroner の機能を果たすために専任のスタッフ（Coroner's Clerk）を雇うことが可能で、調査、証人の召喚などを行うことができるようになっている¹²。通常は、警察から派遣された警察官（Investigation Unit）が調査を担当する¹³。Inquest においても、警察からの出向者である Coroner のアシスタントは、Inquest の際、手続進行者の役割を担う。また、Inquest が開催される場合には Police Brief という証拠の概要を Coroner が受け取る。この Police Brief は通常、関係者の証言、警察の事件報告書（Police Report）、死体解剖報告書（Autopsy Report）、その他写真など検死関連の情報が含まれるが、この情報に利害関係者は誰でもアクセス可能としている。

医療機関における死亡に関連し、前述の Coroner Act は、報告の義務付けられた死亡（reportable death）と審査可能な死亡（reviewable death）という 2 種類の死亡について Coroner による死因調査への関与を認めている。第 1 の類型は、法によって Coroner 報告が義務付けられている場合である¹⁴。まず、死体が Victoria 州に存在している、

7 Coroner Act 1985 (Vic), s.19(3).

「特定の個人が犯罪で有罪である、もしくは、その可能性があるといういかなる言明も、Coroner は、その事実認定およびコメントにおいて加えてはならない」（A coroner must not include in a finding or comment any statement that a person is or may be guilty of an offence）。

8 Coroner Act 1985 (Vic), s.21(3).

9 Coroner Act 1985 (Vic), s.6.

10 Coroner Act 1985 (Vic), s.8.

11 Coroner Act 1985 (Vic), s.6 (2-4) .

12 Coroner Act 1985 (Vic), ss.11,12.

13 Coroner Act 1985 (Vic), s.7.

14 Coroner Act 1985 (Vic), ss.3(1),13.

Victoria 州において死亡が発生もしくは、その原因が発生したこと、もしくは、死亡当時 Victoria 州に生活していた死亡であって以下の場合に、報告義務がかされている。①予期しない (unexpected), 不自然 (unnatural), 暴力による (violent), 事故による (accident or injury) 死亡, ②麻酔中の死亡, ③その他刑務所, 警察, 精神病院など一定の管理下 (a person held in care) における死亡などである。審査可能な死亡とは、同一の親で複数の子供が死亡した場合に Coroner の関与を認めるもので、2004 年の改正で追加された。死が Victoria 州において死亡が発生（死体の存在, 死亡の発生, 死の原因）もしくは Victoria 州に生活する 18 歳以下の子供の死亡であって、上記の状況の場合によって関与をみとめる。

報告義務対象の死亡が報告されていないことについて合理的な根拠を持つ者すべてに、Coroner ないし警察への報告義務が課されており、違反の場合には 10 Penalty Unit¹⁵（1 Penalty Unit は、日本円で約 112 オーストラリア・ドル（2006 年時点））の罰金が科される。報告がなされた場合には、State Coroner に報告がなされなければならないことになっている。医療機関関連では、医師に対し以下のような場合に Coroner への報告義務を課している。すなわち、死亡に立ち会うもしくは直後に立ち会った場合であって、一般に報告義務対象の死亡、死体を見ていない場合、死因の確定ができない場合、死亡の 14 日以内に医師の診断を受けず、かつ、死因の確定ができない場合で、違反には同じく 10 Penalty Unit の制裁が科される。複数の医師が死に立ち会った場合には、他の医師が報告を行っていれば、報告義務は免除されるが、死因確定に必要な情報を持つ場合には Coroner に報告する義務が課されている。このような医師に対する報告義務は、審査可能な死亡 (Reviewable Death) についても同様である¹⁶。その他上述の一定の管理下の死亡も報告義務の対象となっている。また、警察もこのような Reportable および Reviewable Death について情報がある場合には、協力が義務付けられている¹⁷。

しかしながら、このような報告が十分なされているかといえば、議論のあるところである。例えば、年間 25-50 件の間で出生、死亡、結婚の登録を行う部局 (Registrar of Births, Deaths and Marriages) から医療機関における報告対象の死亡報告があるという¹⁸。つまり、本来医療機関を通じて報告されるべき事例が報告されず、別の機関を通じて報告された事例があることを示している。そのような多くの事例の理由は、報告対象に対する誤解だという。例えば、最も頻繁になされる説明は、死因が疑わしいものではなかった (not

15 1 Penalty Unit (2005 年 6 月段階) は 104.81 オーストラリア・ドル (日本円で約 8900 円 (1 AU\$ = 85 円換算))。Victorian Government Gazette, April 14 2005, p.722; Monetary Units Act 2004, § 5-6.

16 Coroner Act 1985 (Vic), ss.3(1), 14.

17 Coroner Act 1985 (Vic), s.14(2).

18 David Ranson, The Coroner and Medical Treatment Related Deaths, Inquest, Oct. 2002 (www.australasiancoroners.org/publication).

suspicious ）というもののや、遺族が解剖を望まなかったというものである。また、実際に報告された事例と、カルテなどによる報告対象の突合せを行った別の調査でも、約 6 割にも達する、かなり多くの未報告事例があったという¹⁹。ただ病院関係者に聞いてみると、最近では Coroner 側の努力の甲斐もあってか、ずいぶん Coroner 機能に対する理解も深まりほとんどの事例では報告をしているという認識が示されていた。むしろ、これらの認識の差は、いずれが正しいという種類の問題というよりも、報告を進めようとする側と、報告を行う側との間に不可避に存在する姿勢の差異によるものかもしれない。いずれにせよ、そのような共通の認識に到達するには双方の大きな努力が必要なことを示しているのだろう。

さて、調査では、通常、関係者の証言、医師などの専門家証人、写真などが収集される。そのような証拠が収集されると最終的には Coroner が事件処理のあり方を決定する。そして必要な場合は、公開の法廷で行われる Inquest（死因聴聞）を開催することができる。ちなみに、法律上の要件として、Coroner の管轄は、死体が物理的に Victoria 州にある場合、ないし、死亡ないしその原因が Victoria 州で発生したと Coroner が判断した（"it appears to the coroner that the death, or cause of death, occurred in Victoria"）場合であって、以下の 6 つの場合には、Inquest を開催しなければならない²⁰。①殺人を疑われると Coroner が判断した場合、②死者が死の直前に警察、刑務所、精神病院などの管理下にあった（a person held in care）場合、③死者が特定できていない場合、④その他法が定める一定の状況下で死亡が発生した場合、さらに、⑤⑥法務総裁（Attorney General）ないし State Coroner が Inquest を求める場合である。その他、Coroner が調査権限を持つ死については、適切と考える場合には Inquest を開催することができる²¹。また、一般人も Coroner に対して Inquest を開催するよう求めることもできる。この場合、Coroner はその要請を拒否することが可能であるが、その場合には合理的な期間内に文書によってその理由を開示しなければならない。申立人は、拒否された場合には州最高裁（Supreme Court）に再審査を求めることができることになっている²²。また、Coroner の Inquest の手続は、証人が宣誓を求められたり、反対尋問にさらされるなど裁判手続に近似するとはいえ、相違も存在する。厳格な証拠法は適用されず、手続を主催する Coroner に大きな裁量が認められる。Coroner が必要と考える情報についてはかなり自由に情報を得ることが可能で、死

19 Amanda Charles, Reportable versus Reported deaths (presentation at Seminar Series of Victorian Institute of Forensic Medicine held on 7th June 2005) (<http://www.vifm.org/conference.html>).

20 Coroner Act 1985 (Vic), s.17(1).

21 Coroner Act 1985 (Vic), s.17(2).

22 Coroner Act 1985 (Vic), s.18.

因の解明に役立つためには広範に証言を求めることができる。

Inquest が開催された場合には、利害関係者は証言したり、またもっと積極的に証拠（証言）に対して反対尋問を行ったり、証人を申請したりすることが可能である。遺族には Inquest の日程なども事前に知らされることになっている。実際筆者が観察した事件においては、薬物（potassium chloride；塩化カリウム KCl）の誤投薬によって患者が死亡した可能性のある事件に対して、Inquest（死因審問）が開催され、そこで、当該薬物の管理のあり方、また、形状、ラベルなどの問題点などが議論の対象とされ、病院のその後の改善策、連邦の薬品規制機関、製薬企業の取り組みなどについて証言をえながら、将来の同種の事故防止のために声明を発表するということが Victoria 州などでは行われていた²³。この事件では、病院側や遺族は事件の関係者として審問に参加し、特に病院側は通常の民事訴訟での当事者と同様に弁護士を立て、薬物の取り違えが死因であるという病理医の証言などに対して厳しい反対尋問を行っていたし、反対に、遺族側は証言台に自ら立ち、医療側のそのような態度を責任逃れとして強い憤りを示す証言を述べていた。ただし、このように公開の審問が開催されるのは割合でいうとかなり低く、多くの事件では Inquest なしに、文書による最終的な事実認定が行われる。Inquest が開催された場合には、審問終了後、同様に文書によって事実認定が公表（ちなみに WEB 上にも公表）されるが、その場合通常は少なくとも一定の期間を経て最終決断が下される。

Coroner は前述のように主として法律家であり、そのスタッフも伝統的には法律家ないし警察関係者が中心であり、ここでの焦点である医療安全のための機能という観点から言うとその人的資源は不十分なものであった。その不十分さを解消するのが、Coroner Act の 1 つの目的でもあった Victorian Institute of Forensic Medicine (VIFM) による医学知識などの補充的な役割である。VIFM は、主として法医学、病理学の側面から Coroner の調査に協力するというのが、その特徴であり、最も注目し値する側面である。VIFM においても、Coroner の調査協力への中心的な部署が Clinical Liaison Services であって、そこでは、病理医だけでなく、臨床医、看護師などがチームを組んで、医療安全に関連する可能性のある事件について、Coroner に対して専門知識の Briefing など医学的な側面でのサポートを行っている。例えば、週 1 回水曜日の午前中には 1－2 時間程度、それらのチーム（4－5 名）を Coroner が一同に介し、各事件の事前調査について意見交換し、関係者への面談、意見聴取など再調査の必要性、最終的には解決のあり方として Inquest の開催の可能性などを定期的に論議している。会議では、各事件の担当となっている看護師や医師が事

23 Re: Mrs. Kilmartin, August 23, 2005 (Wednesday) (held at the Coronial Services, Centre Southbank, Victoria, Australia).

件の概要を伝えた上で、問題点、医療者側の意見、反応、または、遺族側の意向などについて説明がなされた後、他のメンバーが次々と質問やアドバイスをを行い、今後の対応方法を話し合っていく。このような Clinical Liaison Service を要する Victoria 州の Coroner 制度は、豪州において先進な取り組みとして多くの州の関心を集めており、他州のモデル的な存在となっている。²⁴以下では、Clinical Liaison Service の機能を少し詳しくみておく。

Clinical Liaison Service は、State Coroner's Office と Victoria Institute of Forensic Medicine が協同で運営する医療安全に焦点をあてた 2002 年 8 月から開始された試みである²⁵。設立の目的は以下のようなものである。Coroner が関与する死因調査の約 4 分の 1 は医療の下で起こっており Victoria 州民の健康と安全を考える上で重要な事象であり、それらの死因を十分分析し医療安全に活かすことが重要であるにもかかわらず、従来の Coroner の手続における専門領域は法律家またはせいぜい法医、病理的な解析だけに限られており不十分なものであった。Coroner の制度下ではその調査の中心は警察官（State Coroner Assistant Unit）であった。もちろん犯罪捜査の専門家である警察官は完全に専門知識が欠けているとまではいえないにせよ、こと臨床的場面での死因の調査については、統一的な訓練を有しているわけでもなく、個々の警官の能力の差が大きく反映することも知られていた。同じ医療職といっても多くの法医学者、病理医は臨床経験が乏しいか、または、経験があったとしても長期にわたって臨床から離れている場面が少なくない。それに対して日々進歩する臨床の世界で起こっている事象を分析するには、臨床の知識を持っている専門家が関与することが緊要であるという認識から、このような試みが始められた。そこでの基本的な姿勢は、医療安全に資すべく医療機関における死亡に対する Coroner の調査へ臨床的な専門知識を供給することによってその調査の質も向上を目指すというものである。病理・法医の専門家だけでなく、臨床の専門家も協力して死因の究明に努めるというのは、日本におけるモデル事業の設立目的と同種の制度といえよう。上述のように最新の臨床経験に乏しい法医・病理医の意見に依存しすぎるという問題点に関連し、医療過誤を疑う遺族の希望に強く影響を受けながら死因の調査を行ってしまうことの問題点などもある。また、個々の死因究明過程に問題がないとしても、個別事例に集中して死因を究明す

24 Victoria 州の制度は単に豪州だけでなく、世界的にも注目を浴びているという。例えば、2003 年に出されたイングランドにおける Coroner 制度の包括的な再検討に対する報告書として同種の取り組みの導入が提言されていた。Home Office, Death Certification and Investigation in England, Wales and Northern Ireland-The Report of a Fundamental Review (HMSO 2003) (available at www.official-documents.co.uk/document/cm58/5831/5831.htm) (August 23, 2003).

25 See generally Graeme Johnstone, State Coroner, The Clinical Liaison Service: A Joint Initiative of the State Coroner's Office and the Victorian Institute of Forensic Medicine, Australia.

るのであれば、医療提供システムに関連するような傾向などを見出しにくいという面も指摘されている。さらに、同じ臨床場面でもそれぞれの専門領域によって問題の顕在化が大きく異なりうることを発見しにくいという側面もある。

従来のシステムのこのような問題点を改善するためには、Coroner による死因調査の質の向上が必須であるが、その要点として以下の 5 つがあげられてきた。①臨床の方針や実際に基づいて証拠を理解すること、臨床場面という特殊専門的な状況における死因調査においては、医療従事者の視点や従事する環境に対する十分な理解を確保すること、③臨床に関連する情報、知識を Coroner に適時に提供すること、④医療および Coroner の調査を改善するために利用可能なユニークで包括的な情報を管理運営すること。患者の安全に与える現実もしくは潜在的なリスクに適切な対応を促進し運営すること、である²⁶。そして、2002 年以降、Clinical Liaison Service は着実に機能し、積極的な評価を得ているという。まず、年平均 1000 件に及ぶ病院における死亡事例の分析を通じて、病院におけるリスク・マネジメントに新たなツールを提供してきたという。

Coroner 機能の概要を示しておく以下のようなになる²⁷。2003-2004 年の年度では、年間約 1200 件の報告があり、そのうち約 900 件でカルテを含め病理医などが事例分析を行い、そのうち 7-8 割で解剖が行われる。残りの 20-30 パーセントは死因が明確であったり、遺族による解剖の拒否が理由で解剖が行われないという。解剖の報告者が上がってくる中では、75 パーセントは何も問題なしということで事件処理が終えられる。しかし 25 パーセントの事例では、前述のように State Coroner、警官、Clinical Liaison Services のスタッフ、解剖医など種々専門家が一堂に会する会議でさらに調査を継続すべきかどうか検討対象となる。この検討対象となる 25 パーセントの事例の約 7-8 割で医師、看護師、病院からの証言を得ており、さらに、中立の専門家による意見や病院から任意に提出された事故報告書などが資料としてあがっているという。ちなみに、医師、病院などが非協力的な場合には、より強制度の強い Inquest 開催となる危険性が高く、多くの医療関係者が協力的な姿勢であるという。また、病院による事故報告書などは、病院自体が事故の原因分析を自ら行ってその対策をとっている場合には、将来の事故防止という Coroner の機能は不要となるため、勧告等が発せられる事態も避けうるので、Coroner の手続に協力するインセンティブがあるとされる。

また、Coroner's Office は遺族などへの精神的なサポートの行うスタッフ（Counseling

26 Id. at 5.

27 Personal Interview with Dr. David Ranson, Deputy Director of Vic Institute of Forensic Science, and others on May 25, 2005 (13:30-15:00) at Clinical Liaison Service, Victorian Institute of Forensic Medicine, 57-83 Kavanagh Street Southbank 3006).

and Support Service) もおり、ホームページ上に Coroner の手続の説明やどのように関与が可能か、また疑問点があればとにかく電話するようという参加を促進するメッセージが載せられている²⁸。実際、Coroner の審問廷にいくと、そこには専任の受付だけではなく、ヴォランティアの人々が複数おり、遺族だけでなく、一般の人々などに対しても法廷の外で待っているとすぐに声をかけてくれて様々なアドバイスを提供できる体制が整えられているのがわかる。

Coroner の調査結果は、公表されるとともに、遺族にも送られる。ただ、将来の安全対策にあたる部分は技術的な側面も多いため通常は遺族には送られないようである。つまり、遺族には、死体の特定や死亡にいたる状況に関する事実認定の部分が送られているようである。1998 年の改正前には、誰が死亡の原因かということも含まれていたようだが、その改正によって現在ではその役割を将来の安全対策に収斂させたために、誰の責任かという部分は Coroner の機能からはなるべく省かれるようになってきたといえよう。そして、Appendix にあるように、Coroner による事実認定 (Findings) などとはそれ自体としては、その他の裁判手続において証拠とはなりえないことが法律上明示されている。さらに、報告書は、州厚生省のリスクマネジメントの部署に送られ、公立病院の安全対策などに役立てられるようである。死因調査の結果なされる Coroner による声明、報告書、事件書類などの開示、裁判手続における利用などが、大きな問題点となりえる。少なくとも Victoria 州では Coroner に提出された証拠は事件終了後 Coroner 事務所に保存されているが、基本的に誰でもその事件ファイルにアクセスすることが可能である。前述のように、Inquest の際準備される関係者の証言、警察の事件報告書 (Police Report)、死体解剖報告書 (Autopsy Report)、その他写真など検死関連の情報が含まれる Police Brief も、利害関係者は誰でもアクセス可能としている。実際、Royal Women's Hospital の事件では、当事者とは無関係の政治家が自己の政治信条から Coroner の情報にアクセスし、それを Medical Practitioners Board に持ち込んだことも報告されている²⁹。

D. 考察

いうまでもなく、Victoria 州の新たな取り組みの最大の特徴は、豪州においてもさほど

28 State Coroner's Office, Victoria Institute of Forensic Medicine, When a Person Dies: The Coroner's Process: Information for Family and Friends (3rd ed. 2006)(available at <http://www.coronerscourt.vic.gov.au>).

29 Re: Dr Rowan Rustem Molnar [2004] MPBV 22 (Available at <http://medicalboardvic.org.au/content.php?sec=106>)(last visited July 3, 2005). Royal Women's Hospital v. Medical Practitioners Board [2005] VSC 225. See also Jamie Berry, Carol Nader, Court order sparks fear on abortions, The Age, June 30 (Thurs), 2005 (available at <http://www.theage.com.au/news/national/court-order-sparks-fear-on-abortions/2005/06/29/1119724694124.html?oneclick=true>)(last visited on June 30, 2005).

活発とはいえなかった病院における事故事例による死亡を中立的な立場から解明するために、伝統的に解剖を担ってきた法医学者、病理医だけではなく、実際の臨床に関与している医師、看護師なども一緒に協力して、その死因を究明し、そこから、事故予防につなげようとする努力を重ねてきていることである。もちろん、その努力は大変先進的なもので注目には値するが、制度が始まってからまだ数年しか経過していないこともあり、その効果が十分挙げられているかといえば、現段階ではそこまでは結論付けられない。そもそも、何百年もの歴史を有する Coroner の制度の生き残り策という側面がない訳でもなく、その点を置くとしても、医療安全に対する Coroner の機能が医療関係者から十分理解を得られているかといえば、まだまだ心もとない状況である。前述した少なくない未報告事例も 1 つの証左であり、さらに、塩化カリウムなどの薬剤の誤投与に対して、保存のあり方やラベルの変更など、いくつかの提言を出しながら同じ失敗が繰り返され、Coroner がそのような提言を出したということすら、行政側の医療安全の担当者にも十分伝わっていないということもあるようである。だからといって、そのような試みが全く無駄かといえば、そんなことはなく、Clinical Liaison Service を通じた Coroner サイドからの積極的な広報の努力もあり、次第にその機能に対する理解も広がってきている。さらに、事故によって家族を失った遺族側からの死因究明の期待が大きいことには疑いがないように思える。

また、Victoria 州の制度は、主として将来の同種の事故防止であって、すでに起きた事故の紛争処理のためではないことは強調しておく必要があろう。つまり、Coroner は、医療関係者の協力を得るためにも、刑事責任だけでなく、民事責任についてもその判断や勧告等が影響を与えないように文言なども慎重に選ぶようになっていることである。この点、日本におけるモデル事業は、中立的な死因究明によって、将来の事故防止だけでなく、直近の紛争の解決にも直結する制度をとっているようにみえるので、その点大きな違いであり、その目的が複数に渡り、冒険的とまではいわないまでも、非常に Ambitious とはいえるように思える。

E. 結論

今年度の報告書においては、このような Coroner による死因究明手続の医療安全に与える潜在的な効果、また、裁判手続への情報の利用などについて概要を明らかにし、日本の制度構築への示唆を示すべく試みた。最終年度においては、さらに制度の歴史的な背景に対する理解を深めるとともに、Tasmania 州の制度の比較を含め、実態面にも焦点をあてた検討を行い、日本の制度に示唆となるべくより包括的な検討を行いたいと考えている。