

F. 健康情報

特になし

G. 研究発表

本年度はなし

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

Appendix 1: Coroner Act 1985 (Vic) からの抜粋.

19. Findings and comments of coroner

(1) A coroner investigating a death must find if possible

(a) the identity of the deceased; and

(b) how death occurred; and

(c) the cause of death; and

(d) the particulars needed to register the death under the Births, Deaths and Marriages

Registration Act 1996.

* * * * *

(2) A coroner may comment on any matter connected with the death including public health or safety or the administration of justice.

(3) A coroner must not include in a finding or comment any statement that a person is or may be guilty of an offence.

(4) If a coroner has determined under section 17(3) not to conduct or complete an inquest, the coroner is only required to make a finding relating to any of the matters referred to in paragraphs (a) to (e) of sub-section (1) if the coroner believes it is desirable.

Part 5 Investigation of Deaths

Coroners Act 1985

Act No. 10257/1985

20. Record of findings and comments

(1) A coroner or the coroner's clerk must keep a record of each investigation into a death in the

prescribed form.

(2) A record is not evidence in any court of any fact asserted in it.

21. Reports

(1) A coroner may report to the Attorney-General on a death which the coroner investigated.

(2) A coroner may make recommendations to any Minister or public statutory authority on any matter connected with a death which the coroner investigated, including public health or safety or the administration of justice.

(3) A coroner must report to the Director of Public Prosecutions if the coroner believes that an indictable offence has been committed in connection with a death which the coroner investigated.

【表 1】 Victoria, Tasmania 州における患者の苦情処理先

	Victoria	Tasmania
医師・病院	Patient Liaison Officer /Patient Representative	Patient Liaison Officer /Patient Representative
医療オンブズマン	Health Services Commissioner	Health Complaints Commissioner (HCC) (Ombudsman)
免許登録委員会	Medical Practitioners Board	Medical Council
C o r o n e r	Coroner (Clinical Liaison Service/ Victoria Institute of Forensic Medicine)	Coroner (Magistrate)
オンブズマン（一般）	Ombudsman	HCC と同一人物
民事訴訟	County Court/Supreme Court	Supreme Court

国内外諸領域における他領域 ADR 制度などに関する研究

— 建築紛争領域における ADR 制度に関する研究 —

[分担研究者]

平野 哲郎 龍谷大学法学部 助教授

■研究要旨

紛争内容の専門性、情報の偏在、被害の深刻さなどの点で医療紛争と多くの共通性を有する建築紛争に関してその特質を把握し、医療版 ADR の構築を検討する際に参考となる資料を作成する。

A. 研究目的

建築紛争は、争点が専門的な建築知識にわたることから、紛争の迅速・適切な解決には当事者（代理人）と判断者が高度の専門的知見を有していることが不可欠である。それゆえ、建築紛争では訴訟による解決を図ろうとすると当事者に大きな時間的・経済的負担がかかり、それでもなお、解決内容について当事者に不満が残ることが指摘されている。

このような問題を解決するため、建築紛争に関しては ADR が発達しており、相当程度の実績を上げてきている。そこで、本研究においては、建築分野における ADR の状況に基づき医療版 ADR への適応可能性に関して検討を行うことを目的とする。

B. 研究方法

建築紛争に関する裁判所外 ADR として、「建設工事紛争審査会」を取り上げ、さらには裁判所内 ADR として東京及び大阪地方裁判所に設置された建築関係訴訟集中部における建築士等の専門家を調停委員とする調停手続について情報を収集した。

C. 研究結果

1 建設工事紛争審査会

(1) 設置根拠について

昭和 31 年の建設業法改正により、建設省（現国土交通省）に中央建設工事紛争審査会を、

各都道府県に都道府県建設工事紛争審査会が設置された（建設業法 25 条）。

（2） 組織について

各審査会は 15 人以内の委員で構成されているが、大都市ではこれでは不足することがあるので、本来の委員とおおむね同じ地位・権限の特別委員を任命することによって実情に応じた規模が確保されている（建設業法 25 条の 7）。

また、委員は、建築士、弁護士（裁判官経験者が比較的多い）、建設行政経験者、大学教授などである。委員には守秘義務が課せられている（建設業法 25 条の 8、国家公務員法 100 条）。

（3） 対象とする紛争について

建設工事紛争審査会は、「建設工事の請負契約」に関する紛争を、裁判によらずに、法律や建築の専門家が関与して解決する機関である。取り扱う対象は、住宅、マンション、オフィスビル、店舗、病院、公共工事など建設工事について請負契約が締結された工事全般である。また、発注者と受注者間の紛争だけではなく、元請けと下請けの間の紛争も取り扱う。

実際に申請がなされる紛争はおおむね以下の 4 類型に分類される。

- ① 契約解除に関する事象
- ② 工事の瑕疵に関する事象
- ③ 工事代金の支払に関する事象
- ④ 下請代金の支払に関する事象

（4） 紛争解決の方法について

建設工事紛争審査会では、紛争を「あっせん」「調停」「仲裁」という 3 類型の手法によって解決する。「あっせん」「調停」は当事者の互譲による和解的解決であるのに対し、「仲裁」は仲裁委員の仲裁判断による解決である。

具体的には、「あっせん」は争点が少なく、紛争金額も多額ではない紛争について、1 名の委員が双方の言い分を聞いて、1～2 回で解決する。「調停」はあっせんによる解決が困難な事件について 3 名の委員が担当し、おおむね 3～5 回の審理によって解決する。「仲裁」は話し合いによる解決が困難な事案について、3 名の委員が双方の主張を聞き、証拠を取り調べた上で、仲裁判断を下して解決する。もっとも仲裁においても当事者間で和解が成立すれば、それと同一内容の決定が下され、それが仲裁判断と同じ効力を有する。仲

裁判断は裁判所の確定判決と同一の効力を有する（仲裁法 45 条 1 項）。

（5） 審理の特色について

- ① 委員は中立公正な立場で解決にあたる。
- ② 委員は、建築、法律、建設行政の専門家である。なお、建築の中でも専門分野があるので、紛争内容に応じた専門性のある委員が担当する。
- ③ 裁判に比べると簡易で迅速な解決を図ることができる（特に、あっせん・調停の場合）。
- ④ 事案の内容に応じた解決を図ることができる。例えば将来的なメンテナンスについても定めるなど。
- ⑤ 審理は非公開で行われる。記録の閲覧・謄写についても当事者及びその代理人に限って認める扱いが一般的である。
- ⑥ 手続が柔軟である。例えば、緊急に修理が必要な箇所についてはまず修理をしてから話し合いを進めるなど、民事保全のような暫定的措置を講ずることも可能である。

（6） 審理の進行について

申請人が申請書を審査会に提出した後、被申請人から答弁書が提出され、さらに双方からの主張書面と書証の提出がなされる。さらに、立入り調査、鑑定、証人調べなどの証拠調べが行われることもある（特に仲裁）。1 回の審理は 1～2 時間で、約 1 か月に 1 回のペースで審理期日が入る。

あっせん、調停では当事者間で和解が成立すれば、「和解書」又は「調停書」が作成される。これには民法上の和解として法的効力がある。和解が成立しなければ、不調として手続は打ち切られる。この場合においては、当事者はさらに審査会に仲裁を申し立てることもできるし、裁判所に訴訟や民事調停を提起することもできる。なお、不調でも手数料は返還されない。また、改めて仲裁を申請する場合は手数料が別途必要となる。また、仲裁を担当する委員は原則として同一事件についてあっせんや調停を担当していない委員である。

仲裁においては、仲裁判断によって手続が終了する。

（7） 管轄について

中央審査会の管轄に関しては、①当事者の一方又は双方が大臣許可業者（2 つ以上の都道府県に営業所を設けている業者）の場合、②当事者がそれぞれ別の都道府県知事の許可を受けた業者の場合が挙げられる。

また、都道府県審査会の管轄に関しては、①当事者の一方のみが業者で、都道府県知事の許可を受けている場合、②当事者の双方が同じ都道府県知事の許可を受けた業者の場合が挙げられるが、当事者の合意によってこれ以外の審査会に管轄を認めることも可能である。

(8) 手数料について

「あっせん」

請求する事項の価額	申請手数料の額
100万円まで	10,000円
500万円まで	価額（1万円単位）×20円+8,000円
2,500万円まで	価額（1万円単位）×15円+10,500円
2,500万円を超えるとき	価額（1万円単位）×10円+23,000円

「調停」

請求する事項の価額	申請手数料の額
100万円まで	20,000円
500万円まで	価額（1万円単位）×40円+16,000円
1億円まで	価額（1万円単位）×25円+23,500円
1億円を超えるとき	価額（1万円単位）×15円+123,500円

「仲裁」

請求する事項の価額	申請手数料の額
100万円まで	50,000円
500万円まで	価額（1万円単位）×100円+40,000円
1億円まで	価額（1万円単位）×60円+60,000円
1億円を超えるとき	価額（1万円単位）×20円+46,000円

(9) 利用実態について

申請件数は最近20年以上、中央審査会及び都道府県審査会の合計が200～300件程度で推移している。具体的には、下記に示すとおりである。

平成 15 年の申請件数

手続	中央審査会	都道府県審査会	合計
あっせん	1 9	2 1	4 0
調停	4 8	1 3 5	1 8 3
仲裁	1 2	2 9	4 1
計	7 9	1 8 5	2 6 4

(10) 解決内容の公開について

審査会では解決した紛争の内容の一部についてある程度抽象化した上でホームページなどで公開しており、将来の紛争予防や解決の参考とすることができる。

2. 裁判所における建築関係訴訟集中部における調停

(1) 沿革について

東京地方裁判所と大阪地方裁判所に平成 13 年 4 月に「建築関係訴訟集中部」（以下「集中部」という）が設置され、建築関係事件についての対応強化が図られた。また、同年 7 月には最高裁判所に「建築関係訴訟委員会」が設置され、建築関係事件処理のノウハウの蓄積、提供、鑑定人の推薦などを日本建築学会などと連携して行っている。

(2) 対象について

集中部では以下のような事件を取り扱っている。

- ① 建物に関する設計、施工、監理の瑕疵の有無等に関する請負代金請求訴訟
- ② 建物の設計、施工、監理の瑕疵、工事未完成を原因とする損害賠償請求訴訟
- ③ 建物修繕ローンに関する立替金請求訴訟

(3) 調停の活用について

集中部では、新受訴訟事件のうち、当事者の感情的対立が深刻であり、話し合いが困難な事件を除き、ほとんどの事件を早い段階で調停に付している。その理由としては、①当事者が格別の費用負担をすることなく、一級建築士等の専門家民事調停委員の専門的知見を利用できるということ、②対立が先鋭なように見える事件でも中立・公平な専門家による的確な助言があれば話し合いによる解決ができる事件が多いことなどである。

（4）調停手続について

調停手続では、調停主任たる裁判官又は民事調停官（弁護士による一種の非常勤裁判官）、建築専門家調停委員、法律調停委員によって構成される調停委員会が、当事者双方から事情を聴取し、必要に応じて現地調査等を実施し、争点を整理し、専門家調停委員による意見開示を経て、調停に向けて協議する。なお、調停手続と訴訟手続の乗り換えは自由であり、裁判所及び当事者の協議により随時それぞれの紛争に適した手続がとられている。

（5）組織について

大阪地裁集中部では裁判官 3 名、週 1 回勤務の民事調停官 2 名、建築関係専門家調停委員 4 5 名が事件を担当している。

（6）運用実態について

平成 13 年 4 月から平成 14 年 7 月までの集中部での建築関係訴訟の新受件数は東京地裁が 1 か月約 48 件、大阪地裁が約 16 件である。事件の終了原因はいずれの裁判所も調停成立が約 6 割、和解が約 2 割、判決が約 1 割である（残りは取下げ等）。

なお、平均審理期間は以下のとおりである。

（単位：月）

	東京地方裁判所	大阪地方裁判所
全体	16.2	19.9
判決	7.9	12.6
和解	6.2	23.9
調停	20.6	9.4

D. 考察

建設工事紛争審査会は裁判所より敷居が低いとも考えられるにもかかわらず、必ずしも裁判所による解決より利用されているとはいえない側面があるようである。

建設工事紛争審査会の利用が少ない原因としては以下のようなことが考えられる。

すなわち、①審査会が古くから存在しているにもかかわらず一般市民にも司法関係者にも周知されているとはいえないこと、②手数料についてむしろ審査会の方が訴訟費用より高い場合があること、③審査会で行われるあっせん、調停、仲裁という手続が裁判所におけ

る調停、訴訟と重複し、審査会ならではの特色が十分打ち出せていないこと、④裁判所でも専門家調停委員の活用などによって専門的知見を踏まえた解決がなされていること、⑤審理期間について 1 か月に 1 回のペースでの審理であれば審査会も裁判所もたいして変わらないこと、⑥証拠調べについて審査会は強制力がないこと、審査会の手続では最後に判決という強制力が控えているわけではないこと、⑦あっせん・調停が不調の場合、仲裁申請には改めて手数料が必要で従前の審理が引き継がれないことなどが考えられた。

E. 結論

建築紛争については裁判所内の ADR である調停・和解手続と裁判所外の ADR である建設工事紛争審査会が競合しているが、専門家リソースの効率的配分や当事者にとって最善の解決手段の提供のために両者の関係・役割分担について調整が必要と思われる。

上記のとおり、集中部においては建築関係訴訟の調停による解決率が約 6 割と非常に高い。これは専門家調停委員による的確な助言と調停案が当事者に対して大きな説得力を有しているからであると考えられる。また、調停不成立となり、訴訟手続に移行した場合も専門家調停委員が所見を記載した書面が当事者から書証として提出されることが、和解成立に寄与している。調停と和解をあわせて約 8 割の事件が話し合いで解決しているということは建築関係訴訟事件については裁判所内 ADR が非常に有効に機能していると評価することができよう。

国内外諸領域における他領域 ADR 制度に関する研究

－ADR 手続と ADR 法などにおける手続的規律の関係に関する研究－

[分担研究者]

山田 文 京都大学大学院法学研究科 助教授

医療事故に関する ADR 制度の可能性を考えると、まず、わが国における ADR の現状を把握し、その特徴、とりわけ医療に関する専門的知見といった法以外の専門性がどのように利用されているかを検討する必要がある。

ところで、日本の ADR は、その設置ないし運営主体によって、①司法型（民事・家事調停、訴訟上の和解など）、②行政型（多岐にわたるが、とくに専門的知見を活用する ADR の例として、公害等調整委員会、建設工事紛争審査会など）、③業界型（製造物責任法立法時の附帯決議に基づき、通商産業省（当時）の指導にしたがって設置された各種 PL センター、金融サービスに関する苦情についての銀行取引相談所など）、④民間型（弁護士会の設営する仲裁センター等の名称の ADR、指定住宅紛争処理機関、（財）交通事故紛争処理センターなど）に分類するのが一般である。このうち、①②については多くの場合根拠法があり、その権限や手続実施者の資質等について明らかとされている。他方、④については、弁護士がその法律事務の一環として和解のあっせんを行なう（調停）または仲裁判断を下す（仲裁）手続であり、必ずしも立法による正当化を要しない。ところで、この④に含まれるべき ADR として、弁護士会の設営にかかるもの以外にも、法の専門家でない者が例えば NPO の形式で行なうものや、いわゆる隣接法律専門職種（司法書士、行政書士、土地家屋調査士など）によるものも想定できる。日本法においては、一般に、調停行為・仲裁行為はいずれも法律事務と考える説が有力であり（しかし、もちろん、少なくとも法律事務に当たらない調停行為・仲裁行為が存在するという考え方も十分に成り立つ）、そのため、ADR を業として（すなわち、報酬を得て反復的に）行なうことは、非弁行為として弁護士法 72 条に抵触する恐れがある。同条に違反する場合、刑事罰の対象となる（同法 77 条 3 号。2 年以下の懲役または 300 万円以下の罰金が科せられる）ので、ADR サービスの提供は、実質上、弁護士（会）に独占されてきた。

これに対して、2001 年に示された司法制度改革審議会意見書によれば、ADR は司法制度の一環と位置づけられ、その充実・促進が提案された。裁判ではまかなえない紛争解決の多様なニーズに対して ADR が機敏に対応する方途を整えることで、司法を国民にとって身近なものとし、もって「法の支配」を拡大しようとする趣旨である。そして、ADR

の充実・促進策の一つとして、ADR 促進法（裁判外紛争解決手続の利用の促進に関する法律）が制定された。施行は来年（2007 年）4 月であるが、この法律の定める認証制度によって、一定のクオリティを備える ADR 機関は、たとえ弁護士（会）が設立ないし手続実施者とならない場合であっても、非弁行為性を問われることなく、ADR サービスを業として提供できることとなった。もっとも、認証基準の中には、一般人にとって高度な法律問題が現われた場合には、手続実施者が弁護士に適時にその点を照会し助言を得ることができる体制を整えておくべきことが含まれており（ADR 促進法 6 条 5 号）、完全に弁護士（会）から独立した ADR サービスが認証されるわけではない。

いずれにせよ、ADR 促進法施行後は、同法上の認証基準が ADR 手続の質を考える際の重要な指標となり、また、認証 ADR 機関を超えて、他の（認証をとらなくとも合法的な）ADR 機関の手続運営にも事実上の影響を及ぼすであろう。このような状況を踏まえて、既存の ADR 機関（①～④）を精査し、医療事故紛争 ADR に求めるべき要素を抽出することが焦眉の課題である。

なお、ADR の質的分析のために有益な基準として、ISO（国際標準化機構）で検討が進められている ADR 規格を挙げるべきであろう。この規格は、製造物やサービスを提供する企業や組織が、その製造物やサービスに関する苦情を受けた場合に、それを当該企業・組織内で解決するのではなく、外部の第三者機関による紛争解決に委ねようとする場合に、どのような ADR サービスが適正であるか、企業・組織側の対応はどのようなになされるべきか、等について定めるものである。例えば、医療事故 ADR を立ち上げるのであれば、医療者側が資金を出して外部の第三者たる ADR と契約しているわけだから、一種の業界型（上記③タイプ）ということになる。その際、患者や遺族の中には、手続実施者の不偏性を疑う者もいるであろう。規格は、どのような方法で不偏性の「外観」を当事者その他の人々に主張するかも含んでいる。

本研究では、最終的には、これら ADR 促進法や ADR 規格（案）と現実の運営の乖離をも検討し、新たな ADR のあり方を考えるべきことになる。とりわけ、医療事故 ADR については、専門的知見の利用が必要不可欠であることはもちろん、一般的に紛争解決における対話的解決や将来へ向けた解決の必要性などの点で ADR 固有の機能が重要な役割を果たすことが考えられ、上述の分析・検討が有用と思われる。

2005 年度においては、まず、医療事故関係紛争に関する民事的な解決制度について、裁判所における解決手続（判決手続及び司法型 ADR 手続）と裁判所外の ADR 手続の

それぞれの特質を比較検討し、各手続間の移行に際して生ずる問題について研究した。また、ADR 促進法や ADR 規格（案）において想定されている ADR の手続的規律のあり方についても調査・研究を行ない、医療事故紛争 ADR の構築のために必要な事項を検討した。

具体的には、既存の ADR のうち、医療事故紛争と共通性を有するもの（不法行為型／長期契約型、専門的知見の必要性、被害の深刻性など）を選択し、これらの事業実態を調査するとともに、あり得る理論的・手続的問題（専門的知見の中立性の担保、当事者の守秘義務の範囲、手続実施者の法的責任など）について検討を加え、問題点の洗い出しを行なった。例えば、ADR において自由・率直な話し合いのために提示された情報が、その後、判決手続や仲裁手続において利用されることをどのように評価すべきか、などはその一例である。とりわけ、ADR において専門家が手続実施者に含まれており、適宜その専門的知見を提供した場合には、後の別の手続においてもその流用を許すことが手続の効率化につながるという考え方もあり得ることから、その是非について論ずる必要性は高い。この問題を含め、多くの論点については、すでに諸外国においては議論があり、あるいは立法化されているが、日本ではまず問題状況の確認が先決であった。

さらに、医療事故 ADR に固有の論点として、行政罰・刑事罰との関係、ADR 運用の財政的基盤のあり方（保険制度との関係）、民事訴訟との手続的連携、専門的知見の調達方法など制度的な問題の存在が明らかとなった。他方、近時は裁判所における医療事故紛争のための民事調停制度の利用態様が変動している。裁断的手続と ADR との相関関係を踏まえ、ADR 制度の動態的研究も必要となることが、改めて明らかとなった。

以上、ADR 制度の運営や手続のあり方の問題と、制度的な問題の双方をにらむことが必要であることが明らかとなった。今後は、具体的な ADR モデルの構築を目指して、より包括的な法的議論を重ねることとする。

なお、2005 年度の本研究にかかる成果の公表は、次のようなものである。

＊拙稿「調整型手続における秘密性の規律」徳田和幸ほか編『現代民事司法の諸相』（成文堂、2005 年）415 頁

＊拙稿「ADR 法制定と理論的問題」法律時報 953 号 35 頁（2005 年）

＊拙稿「仲裁法の概要と法律実務家の役割」市民と法 35 号 2 頁（2005 年） など。

（以上）

イギリスにおける医療安全に関する患者の参加に関する研究

[分担研究者]

佐藤 雄一郎 横浜市立大学医学部 助手

■研究要旨

イギリスにおいては、医師の懲戒および医療安全の取り組み両面において、患者および一般市民の声を取り入れている。わが国においても、患者および一般市民がこれら取り組みに参加したいという要請とその必要性は高まっているものと考えられ、イギリスの動きは大いに参考になるものと思われる。

A. 研究目的

わが国においては、都道府県および保健所を設置する市と 2 次医療圏ごとに「医療安全支援センター」が置かれ、また、地域医師会や病院単位でも患者相談窓口が設けられるようになった。また、医師の行政処分に際して、患者が意見をすることも事実上行なわれるようになってきている。このような活動への患者の参加は、これまで制度化されていなかったものであるから、患者の声をどのように取り入れるかなどの議論と事実認定のための制度設計が必要であろう。本研究においては、このような取り組みがすでに行なわれているイギリスの実態を調査、研究する。

B. 研究方法

ウェブサイト、刊行物などから情報を得、検討したほか、2006 年 3 月にイギリスを訪問し、聴き取りおよび意見交換を行った。

（倫理面への配慮）

基本的には公知の情報を扱っているから、倫理面での問題は少ないが、調査の過程で偶然に得た個人情報などについては、報告書その他の公表において個人が特定できないようにし、さらに、守秘を尽す。

C. 研究結果

（1）懲戒処分に関して

医師の免許・懲戒処分は、Medical Act 1983 によって、General Medical Council という医師の自律団体が行っている。近年の医療スキャンダルおよび国民からの批判を受け、2003 年 7 月にはメンバー構成の改組が行われた（それまでは、登録された医師、非医師、大学・学会推薦医師が、それぞれ 54 人、25 人、24 人であったのが、それぞれ 19 人、14 人、2 人となり、lay member の割合が増加した。なお、後述する Shipman 事件第 5 報告書は、医師が過半数とならないよう構成を再考すべきという（勧告 106））。

懲戒手続は、患者などからの申し立てによって開始される（聴き取りによれば、7 割は患者から、3 割は警察、病院、プライマリケアトラストなどからとのことであった）。この申し立ては顕名であり、匿名での申し立ては認められない。また、多くは NHS の苦情処理などの手続に回されるとのことであった。国民の権利意識の向上や、医療不信などから、彼の国においても申し立て件数は増加しているとのことであった。

懲戒手続における事実認定手続は、裁判と同じように弁護士が付き対審構造で行なわれる。また、パネルには lay member が入ることになっている。パネル候補者は 300 人程度いるということであり、このうち半数が lay people であるとのことであった。

懲戒の対象となるのは、①非行、②職業的パフォーマンスの欠如、③英国内において有罪判決を受けた場合および外国で有罪判決を受けた場合で同行為がイングランドおよびウェールズでも犯罪となる場合、④肉体的あるいは精神的健康の悪化、⑤他団体による認定、である（Medical Act 1983 35C 条）。懲戒対象事実があるかどうかは、調査委員会

（Investigation Committee）でまず判断され、その後臨床能力委員会（Fitness to Practise Panel）でも判断される（同条、35D 条）。訪問した 2006 年 3 月においては、自由診療として ART を行なうに際して、費用の説明が不十分であったこと（それゆえに患者は真夜中の退院を余儀なくされた）、わずかな時間のコンサルテーションに 125 ㄱを請求したこと、卵子提供者に対して排卵誘発剤のリスクを説明しなかったことなどを理由に、これら行為が無責任（irresponsible）で患者の最善の利益に適っていないとして FPP における懲戒手続が行なわれていた（なおこの事件の結末は、診療録をきちんと書かなかったことが、診療と同時に正確な診療録を記載するように求めている Good Medical Practice

（“you must keep clear, accurate and contemporaneous patient records which report the relevant clinical findings”）に反しているとはするものの、これ以外の非行事実を認めず、重大な専門家としての非行（serious professional misconduct）は認められなかった

（http://www.gmc-uk.org/concerns/decisions/search_database/ftp_craft_20060324.asp）。

（２）医療事故情報報告に関して

小児心臓血管外科手術の質が問題となった Bristol Royal Infirmary 事件の勧告を受け、全国的な医療事故報告の受け皿機関である、National Patient Safety Agency が設置された。NPSA は 2004 年から National Reporting and Learning System を始め、医療従事者や病院のリスクマネージャーからの報告を受けている（99%以上はリスクマネージャーから寄せられているとのことであった）。また、これと平行して、ウェブ上で、患者、ケアラーなどからの報告も受けている

(<http://www.npsa.nhs.uk/pleaseask/experience/reportanincident/acceptance>)。

イギリスにおいては、対象となる事故を、adverse events（アメリカ合衆国などにおける先行業績において一般的に用いられている）ではなく patient safety events といいかえ、マイナスイメージを払拭している。2005 年 3 月までに、85342 件の報告が寄せられている。4 分の 3 は急性期病院から寄せられたもので、これは、急性期病院においては院内報告制度が整備されていることによると分析されている。NRLS に寄せられる報告が NHS の全体像を反映していないことは NPSA も認めており、また、過去のカルテレビューによる事故率（イギリスにおいては入院患者の 10.8%がアドバースイベントを経験しているという調査がある。Charles Vincent, Graham Neale, Maria Woloshynowych, *Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review*, 322 BMJ 517 (2001)) と比べて低率となっている（4.9%とみられる）。

また、患者の害の程度は、86142 人のうち害がなかったものが 58512 人（68%）、軽度の害があったものが 21710 人（25%）、中程度が 4822 人（5.6%）、重度が 678 人（0.79%）、死亡が 420 人（0.69%）となっている。

報告は匿名であり、また、フリーテキスト欄において個人名が記載されている場合には、システム上自動的に匿名化されることになっているとのことであった。

（３）その他

また、National Clinical Assessment Service の業務が、National Institute for Clinical Excellence から NPSA に移管された。これにより、能力に問題のある医師に関して、病院から NPSA に相談が寄せられ、対応されることになっている。

D. 考察

イギリスにおいては、わが国に先んじて、医師の懲戒処分に患者や一般市民が参加している。そこでは、申立人となる患者の申し立てを厳格に審査し、患者側、被申立人の医師側

双方が弁護士を立て、対審構造での事実認定が行なわれている。わが国においては、医師の処分は行政処分として行なわれることから、処分に際しての手続的保障が必要となるはずである。イギリスの現状は大いに参考になるものと思われる。

また、イギリスにおいては、わが国同様、一般国民や患者の声により、処分が重罰化する傾向にある。しかし、処分を受けた医師が提起した訴訟において、GMC の処分が取り消される例もある。たとえば、児童虐待に関する裁判所での証言を理由とした免許取消処分に対して、被処分者医師が起こした訴訟において、裁判所は、法廷証言の免責法理は懲戒処分にも及ぶとし、GMC の処分を取り消した（Meadow v General Medical Council, [2006] EWHC 146 (Admin), [2006] All ER (D) 229 (Feb), (Approved judgment)）。

一方で、医師が多くの患者を殺害したとされる Shipman 事件の調査報告書において、GMC の処分に関して勧告が出されている（Fifth Report – Safeguarding Patients: Lessons from the Past – Proposals for the Future、http://www.the-shipman-inquiry.org.uk/5r_page.asp）。この中では、処分の手続は GMC から独立した団体においてなされるべきであること（勧告 5 1）、かりに処分手続が GMC の下におかれる場合には法律家が委員長になるべきこと（7 9）、FTP 審査への新たなルートの必要性（5 4）、原則として通常の処分は民事の証拠水準で十分であること（8 1）、GMC の構成は、医師が過半数とならないよう見直されるべきこと（1 0 6）、などが提案されている。

また、医療安全における患者の関わりについても、日本医療機能評価機構で行なわれている医療事故情報収集等事業のあり方に関して、参考になろう。イギリスにおいては、懲戒の申し立ては匿名では認められないが、事故情報の報告は匿名であり（報告者名も報告内容においても）、後者において情報を幅広く集めようとする姿勢がみられる。イギリスにおいても、一般の医療従事者が NRLS へ報告をすることは少なく、病院のリスクマネージャーが、院内事故報告を受けて報告することが多いようである。わが国においては、医療法施行規則で報告が義務とされている病院（報告義務対象医療機関）からの報告数に比して、それ以外の病院（参加登録申請医療機関。しかも、自発的に参加を希望した医療機関である）からの報告数が著しく低くなっている。平成 17 年において、報告義務対象医療機関の施設数と報告数はそれぞれ 2 7 2 施設（1 2 月）、1 1 1 4 件（合計）、参加登録申請医療機関はそれぞれ 2 8 3 施設、1 5 1 件となっている。施設数はほぼ同じであるものの、報告数は 1 割強であり、さらに、参加登録申請医療機関においては報告対象となる事故は平均して 1 年に 1 回未満となっている。そのようなことは通常は考えがたく、報告がなされていないだけであると思われる、その理由を解明し、早急に対策を取ることが必要であろう。イギリスにおいては、院内での報告制度が整備され、その情報が（匿名性が確保され

た上で）院外に報告されているようであり、このようなルートの整備の必要性についても議論の余地があり得るものと考えられる。

E. 結論

イギリスにおいては、医師の懲戒および医療安全の取り組み両面において、患者および一般市民の声を取り入れている。わが国においても、患者および一般市民がこれら取り組みに参加したいという要請とその必要性は高まっているものと考えられ、イギリスの動きは大いに参考になるものと思われる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

佐藤 雄一郎「イギリスの医療安全・補償制度」伊藤文夫・押田茂實編『医療事故紛争の予防・対応の実務』（2005年、新日本法規）430－438ページ

佐藤 雄一郎「機関内倫理審査委員会（IRB）の意義」森岡恭彦・畔柳達雄『医の倫理 ミニ事典』日本医師会雑誌第134巻第12号付録（2005年3月）134－135ページ

2. 学会発表

佐藤 雄一郎「医療事故にあわないために、あった時のために」平成17年12月14日
横浜市立大学リカレント講座

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

特許取得	なし
実用新案登録	なし
その他	なし

国内外における医療事故・医事紛争処理に関する法制的研究 —わが国の既存 ADR 組織の現状に関する調査研究—

[分担研究者]	宮本 敦史 大阪大学大学院医学研究科 助手
[主任研究者]	藤澤 由和 新潟医療福祉大学

■研究要旨

本研究では、国内における医療分野以外の既存の ADR（裁判外紛争処理）機関の実態把握をととして、わが国における ADR 組織の具体的な活動内容に関する包括的な情報を収集し、分析を行った。

A. 研究目的

現在、医療過誤訴訟について、司法制度の側面からの取り組みが強化されつつある。こうした動きは主として損害賠償訴訟の民事手続きの効率化を図るものであるといえよう。しかしながら、医療制度の側面においては、日常診療の中で生じる患者の口調や患者と医療機関の間でのトラブルを、訴訟手続きにいたることなく適切に処理するシステムの構築が必要とされている。他領域においては、たとえば陸上、海上、航空などの運輸交通領域などの事故においては、個々の特徴は異なるにせよ、各々が独特の裁判外紛争処理を行う制度を何らかの形で担保している。しかしながら、これまで医療における ADR 機関の今後の展開という課題に関連する調査研究は極めて少ない現状にある。したがって、他領域における ADR のどのような制度的な仕組みが、医療版 ADR を構築する際に参考になるのかに関しては、未だ十分な知見は得られていない現状にあるといえよう。

そこで、本研究の目的は、医療分野以外における既存の ADR（裁判外紛争処理）機関には、どのようなものがあり、これらの機関はどのような具体的活動を行っているのかに関して情報収集を行うとともに、現状における ADR 制度の現実と問題点を検討し、医療版 ADR の可能性を具体的に検討することである。

B. 研究方法

本研究は、下記の 2 点から構成されている。すなわち、(1) 日本国内における既存の ADR