

メリットは大きい。モデル事業の解剖には、他の領域の医師と協力しながら学ぶメリット、犯罪捜査への協力でなく事故の再発予防という善意に基づく「やりがい」がある。今後、法医学会・病理学会がともに「医療承諾解剖認定医」制度を発足させる必要がある。例えば、両学会主催の講習会への参加・医療承諾解剖3例への立ち会い等を要件として、両学会の認定医資格保有者に新たな資格として認定する他、臨床医にも要件を定めて資格を認定し、解剖執刀者の養成をはかる必要がある。

解剖医の養成と共に、解剖に立会う医師、医療評価を実施し報告書を作成する医師を確保し、訓練する必要がある。現在、解剖立ち会い医は、解剖実施機関で執刀者等が捜している。立ち会い医は、解剖前、診療録や画像を検討し、主治医等に対する事情聴取をして、問題の所在を把握し、解剖に立ち会って指導する。特に、手術に関する事例で外科医等が執刀した場合、局所解剖と手技を理解しているため、質の高い解剖が円滑に行われ、解剖医に対する教育効果が高い。臨床評価医は、教授・助教授クラスが選任されるため、多忙であり、評価結果報告書の作成に時間を要し、地域評価委員会の日程調整に難渋することが多い。また、受任者を捜すのが難しいことが多い。ドイツでは、州医師会（強制加入）が患者の苦情を受け、年間1万件以上の鑑定書を作成している。若手医師が指導医の指導を受けて鑑定書を作成し、それが昇進時等に業績として評価される。日本でも、助手クラスの医師の昇進時の業績要件として、報告書最低1件を教授・助教授とともに作成し、学会が論文査読形式で複数の専門医に評価させ、修正などを経て発行するなど具体的なインセンティブが求められる。また、学会認定医の資格要件に医療承諾解剖への参加を加えるとよい。さらに、鑑定料を依頼病院等が規定に基づき負担することが求められる。

総合調整医は、調査受け付けの要否の判断、事業の全過程における問題への対処が求められる。総合調整医には、本来、英国のコロナーのように調査過程の全般に対する権限付与が求められる。現状では、法医学・病理学の教授がつくことが多いが、多忙と権限のなさから、極めて負担が大きい。当面、比較的最近引退した臨床・法医・病理の教授等から複数選任し、地域ごとに当番制を引くことが望ましい。また、基幹保健所・都道府県医療課・法医学教室等を窓口とし、専任スタッフを付けて補助することが望ましい。

調整看護師は、調査依頼の連絡に対応し、関係者に連絡して、解剖実施の機関・期日などを調整し、解剖時と解剖後の説明時には、遺族に寄り添って話を聞き、必要な説明をする。これまで調整看護師は直接、医師に伝わらない苦情や疑問を聞き出し、また、患者側・遺族側の橋渡しをしたりする役割を果たしている。さらに、評価担当医や地域評価委員会構成員が、当該病院に調査を依頼する場合、取次ぎ、委員会や説明会の日程調整を行っている。従来の異状死届出では、警察官が行っていた遺族対応を調整看護師が行う利点は大きい。医療情報と患者側の心情の双方を客観的に理解できる調整看護師には、公正な調査と公平な説明を求める多くの遺族の要望に応え、紛争予防に貢献できる期待が持てる。このような調整看護師を養成し、保健所などに配置することが求められる。

以下にモデル事業の事例を提示して、その利点や方向性を検討する。

脳動脈瘤が見つかり大腿動脈よりカテーテルを挿入して脳血管造影を試みたが、カテーテルが進まなかったため、上腕動脈より挿入を試みたが、進まず中止した直後に容態が急変し患者が死亡した。異状死届出後、司法解剖が要請されたが、法医がモデル事業調査を勧めた。解剖には、法医・病理医（血管専門）・脳外科医が立会い、当初、「死因は大動脈解離による心タンポナーデであり、カテーテルとの因果関係は認められない」とされた。地域評価委員会で複数の臨床専門医委員の指摘により、腕頭動脈周囲が再検された結果、小穿孔を認め、これが大動脈解離の原因と判断された。インフォームドコンセント・指導体制の問題等が検討されたが、稀な合併症で事故は予見不可能と判断された。多くの専門家が臨床経過を検討し、「患者の脆弱な血管にカテーテルが穿孔を誘発した結果、大動脈が解離し、心タンポナーデにより、避けられない死亡に至った。」と判断された。法医単独の司法解剖でなく、多数の医療専門家の間の活発な議論、及び解剖・評価時の協力に基づくモデル事業の調査によって初めて死因等を明らかにできた。このような不可避の事故でも、医療行為と事故に時間的近接性があり、手技の危険性が予測の範囲を超えた場合、患者側が医療過誤を疑う可能性が高いので、第三者による解剖と臨床経過の評価が有効である。いわゆる「合併症」は、医療者の考えている以上に、(本事例のように)遺族や法律家が過誤と思う可能性が高いため、モデル事業

に適しているといえる。

#### IV. モデル事業後に求められるもの

1) 取り扱い対象を、「診療行為中及び終了24時間以内に発生した有害事象を経た死亡」、「近親者等が医療行為の作為・不作為を疑う死亡」等、法や省令に定め、医療行政機関に届出を受け付ける専門家をおく。

2) 医療承諾解剖にかかる法医・病理医の定員確保・養成、臨床立会い医リクルートシステムを確立する。

3) 学会が、要請に応じて臨床評価医を指名し、論文査読方式で一定期間内に評価結果報告書を作成・審査する制度を確立する。

4) 第三者機関の法律家・医師審議委員、解剖執刀者等で構成される都道府県地域評価委員会を設置し、評価結果報告書の審議・承認、事故の再発予防に関する提言、医道審議会への問題医師の紹介、医療行政機関への通告等をさせる。

5) 評価後の処理の過程では、通常の裁判における裁判官役の法律家、第三者機関の医師審議委員、一般人代表、および調整看護師等からなる紛争処理(調停)委員会を都道府県に設置する。

6) 行政窓口の苦情係り、調整看護師、または、専門家行政官に裁判外紛争処理の訓練を施し、1)の窓口段階、解剖・調査段階、及び評価結果報告書提出後段階における説明・調停の補助の任に当たらせる。

7) 学会や大学病院情報ネットワークシステムを利用して、医療関連死データベースの構築と事故予防への利用を促す。

8) 医道審議会を発展・拡充して、医療上の医療従事者の過失に関する調査・処分は、(警察でなく)、ここで取り扱うこととする。

#### 文 献

1) Ikegaya H, Kawai K, Yoshida K, et al.: Does informed consent exempt Japanese doctors from re-

porting therapeutic deaths? J Med Ethics, 32 (2): 114-116, 2006.

2) 吉田謙一, 木内貴弘: ビクトリア法医学研究所における医療関連事故予防への取り組み. 日本医事新報, 4228: 57-62, 2005.

3) 木内貴弘, 中島範宏, 吉田謙一: 異状死症例データベースの構築と運用. 病理と臨床, 24: 753-756, 2006.

4) 吉田謙一: 連載“医療関連死”: 厚生労働省のモデル事業が目指す医療関連死調査の近未来とは? 病理と臨床, 23: 1230-1235, 2005.

5) 吉田謙一: 連載“医療関連死”: 英国圏の異状死原因調査・医師管理制度. 病理と臨床, 24: 77-82, 2006.

6) 吉田謙一, 高橋 香, 高澤 豊, 深山正久: 連載“医療関連死”: 医療に関連する解剖にかかるガイドライン案. 病理と臨床, 24: 423-430, 2006.

7) 吉田謙一: 連載“医療関連死”: 診療行為に関連した調査分析モデル事業—東京地域平成17年度の総括. 病理と臨床, 24: 535-540, 2006.

8) 武市尚子, 岩瀬博太郎, 吉田謙一, 他: 連載“医療関連死”: 解剖の情報開示と遺族および社会への対応. 病理と臨床, 24: 645-649, 2006.

9) 吉田謙一, 中嶋範広, 武市尚子: 連載“医療関連死”地域評価委員会のあり方. 一事故予防と遺族対応への道筋について. 病理と臨床, 24: 859-863, 2006.

10) 中島範広, 奥津康祐, 吉田謙一: 連載“医療関連死”: 医療従事者からみたモデル事業. 病理と臨床, 24: 979-984, 2006.

11) 吉田謙一, ビンセント ラウ: オーストラリアのヘルスサービスコミッションによる公的調停制度. 判例タイムズ, 1214: 76-81, 2006.

12) 吉田謙一, 黒木尚長, 河合格爾, 他: 英日比較 医療関連死・医療紛争対応行政システム1: 英国のコロナー制度にみる医療事故対応. 判例タイムズ, 1152: 75-81, 2004.

13) 吉田謙一, 黒木尚長, 河合格爾: 英日比較 医療関連死・医療紛争対応行政システム2: 英国の医事審議会 General Medical Council. 医師の自律的な行政処分から医療水準向上活動への熱い展開. 判例タイムズ, 1153: 80-88, 2004.

死因究明における解剖と臨床評価の役割(上)

## 医療関連死調査の現状

よしだ けんいち  
吉田 謙一

うえむら こういち  
上村 公一

### はじめに

異状死とは、臨床医が確実に診断した病名の自然経過のうちに死亡した「自然死」以外のすべての死(厚生省臓器移植に関する研究班指針)であり、医師法21条には、「死体を検案して異状があると認めるときは、所轄警察署に届け出なければならぬ」と記載されている。しかし、犯罪捜査の端緒である異状死届出は、医療関連死を調査する場合、問題が多く、2005年9月より「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」(以下、モデル事業)が開始された。諸外国でも、医療関連死の死因究明のあり方が厳しく問われ、種々の改革が行われた。

一方、医療関連死の調査を巡っては、刑事・民事・行政上の法的責任との関係、事故の再発、紛争予防に向けた対応が求められる。

医療関連死の死因究明に、解剖および臨床評価がどのような役割を果たしているか、本稿では現状について、次稿ではモデル事業における解剖の知見を解説する。

### 1 日本の届出・解剖制度の現状

諸外国全般に、異状死届出の対象は、外因死、死因不詳の死、予期しない死、医療関連死、管理下(老人施設、保育園)の死、診療経過外の死などと法に規定され、全死亡の3〜4割を占める<sup>1)</sup>。日本では、異状死や医療関連死に関

する法規定がなく、異状死亡率は約13%である。

法医学会ガイドラインが広義の医療関連死を届出対象に含めている趣旨は、公正な死因究明にある。しかし、届出後は司法解剖を含む

刑事捜査手続きがとられるため、医療専門家の届出意欲と自発的協力を損ない、遺族に真実を伝えられず、病院に解剖結果を報告できず、事故の再発も予防できない。

一方、行政解剖では、医療評価を要する事例には対応できない。

多くの臨床医は、医療関連死は、病理解剖の対象と考えてきた。しかし、都立広尾病院事件(1999年)では、病理医の届出の希望を病院が無視し、解剖結果から薬物過誤を強く疑いながら届出をせず、遺族に説明せず、死亡診断書等に「病死」と虚偽の記載をした。このような事例において、病理解剖は、公正性、証拠保全および法的対応に問題があるとされる。

### 2 英米圏諸国の死因究明制度

英国では、コロナー(法律家)<sup>3)</sup>、

米国都市部等ではメデイカルイグザミナー(法医)<sup>5)</sup>が、行政官として管轄地域で異状死の死因究明と事実認定に関し、調査、解剖・鑑定実施、遺族対応等について統括している。

英国では、重要案件の死因究明の最終段階で検視法廷が開かれ、関係者が招集され、証言と証拠提示を通じて事実が認定され、死因が決定される。そして、行政機関や管理者の責任に関する事例では、改善のための提言がなされる。

医療関連死は原則として届け出られることになっており、多数が法医解剖されている<sup>3)</sup>。しかし、ブリストル事件では、2名の手術成績の劣る心臓外科医により、100名近い子どもが落とさずにはむ命を落としたり<sup>7)</sup>。この事件を受けて行われた調査(1997年)により、解剖・死因究明のみでは不十分であり、医療専門家が、医療を評価すべきことが指摘された。

臨床・病理の実務経験を有し、捜査権限の強い米国のメデイカルイグザミナーは、コロナーより問題解決能力は高いが、医療評価能

力は十分でない<sup>5)6)</sup>。

オーストラリアのビクトリア州では、日頃からコロナと法医が同じ建物の中で連携しており、病院からの届出事例全例について、カルテチェックによる医療評価を実施している。この情報を死因究明に活かし、病院にフィードバックし、メール・マガジンで警鐘事例を周知している。

さらに、全国レベルで異状死をインターネットにより登録し、関係者が類似事例を分析し、事故の予防策を提言することが、コロナの使命として法に定められている<sup>8)9)</sup>。

例えば、リドカイン点滴液の静脈注射による事故が再発した際には、登録情報から検索して類似事例を分析し、臨床医が臨床評価を行い、検視法廷に類似事例を集めて事実認定し、コロナが容器を厳格に識別することを提言して、事故の再発予防に貢献した。

また、医師がカテーテル挿入直後にX線撮影をせず、心房壁穿孔に気づかず、患者が死亡した事例では、検視法廷でコロナが「事

故は予防可能であった。医師はガイドラインを遵守すべきである」と評決したが、法的責任は追及しなかった。調査情報は、刑事・民事裁判に使われないと法定されている。

患者を守り、医療の質を確保するため、多くの先進国では、行政処分と民事的紛争処理により医師を法的に管理している。

英国では、医師はGeneral Medical Council (GMC)に登録しなければ医療を行えない<sup>10)11)</sup>。法は、GMCに医師の自主的管理を通じて患者を守ることを定めている。

主に患者家族から、年間4000〜5000件提起される苦情に対してGMCは、自ら小冊子『Good Medical Practice (GMP)』に記載した内容に則って調査の要否をスクリーニングし、倫理問題(医療費不正請求)、健康問題(アルコール・薬物中毒)、医療行為といった委員会に振り分け、医師と一般市民の審議員が法律家の指導の下、審議を行う<sup>10)11)</sup>。

重大案件に対しては審議会を開き、GMPの記載内容を引用して

登録停止・抹消等(年間百数十人)の処分を行う。

GMPは、インフォームドコンセント、感染症、終末期医療など多くの分野について発刊され、調査実務を通じてその内容が検討されるため、医師の法的責任の判断基準としての「医療水準」の役割を果たしているように見える。

一方、オーストラリアのビクトリア州では、患者側は、Health Services Commissioner (HSC)に対して医療上の苦情を提起しなければ裁判に訴えられず、この段階で多くの苦情が処理される<sup>12)</sup>。

HSCの調査員は、鑑定が必要な場合には専門家に委嘱し、それが終わった段階で関係者を集め、調停を行う。また、カルテ開示や医療機関が患者情報を不当に開示した件など、医療情報に関する苦情に対応するほか、苦情から得た情報を行政機関や行政処分機関に伝えて対応させている。

このように、公的な裁判外紛争処理によって患者の要求に応え、専門家主導の行政処分によって医師を管理することができれば、日

本のように、医師に対する刑事処分に頼らなくてすむ上、医療従事者も納得できよう。

### 3 解剖対象と意義

日本の法医学会ガイドラインは、過失の判断をせず、原因究明のために届出を促すという趣旨であったが、臨床諸学会のガイドラインは、過失の明らかな事例のみを届け出て、患者等に事前に説明された「合併症」は届け出ないとする。

しかし、法律家等からは、医師自ら過失の有無を判断することの非、合併症であっても医師の過失が問われることが指摘された。

以下に筆者らが手がけた事例を挙げ、個別情報がわからないようにして解説する<sup>13)</sup>。

#### ▼事例1

交通事故の1カ月後、血管造影で脳動脈瘤を発見、クリッピング手術施行中、出血が止まらず、7時間に及ぶ手術の後、成人型呼吸窮迫症候群(ARDS)に陥り、2日後に死亡した。

主治医は死亡診断書に「病名」ARDS、死因の種類「病死」と

記載し、異状死届出をしなかったが、遺族がミスを疑い警察に告げたため、司法解剖が実施された。

直接死因はADRSであるが、その原因は手術侵襲と判断された。動脈瘤壁に膠原線維がなく、手術後のCT像には、同じ部位に血腫による低吸収域を認めたことより、交通事故で生じた血腫が器質化・空洞化した偽動脈瘤と判明した。

「一連の病的象の起因となる原死因」外傷性脳動脈瘤、死因の種類「交通事故」であり、医療行為には過失はないと判断され、不信感の強かった遺族も納得した。この事例から、医師が合併症と判断して届け出ないことの危険性、司法解剖の有効性、画像診断の危険性、そして、届出と解剖が紛争を予防しうることが明らかである。

#### ▼事例2

胆石患者に内視鏡的逆行性膵胆管造影下碎石術を施行。術後、十二指腸乳頭切開部の出血が持続するため、エピネフリン液を塗布しながら暫時経過観察し、一般病棟

に移した。翌朝2時の巡視時には話をしたが、5時にトイレで多量下血しているのを発見され、直後、ショック状態となり、2時間後死亡した。

病理解剖が実施され、消化管出血があるが、手術とは無関係であり、椎骨採取時、髄液が血性であることにより、死因は脳クモ膜下出血と説明された(開頭拒否)。遺族が納得せず、警察に告げたため司法解剖となった。

クモ膜下出血はなく、腸全般の粘膜出血(一部剝脱)、腸管内出血多量、十二指腸乳頭部の持続的出血の組織学的所見から、手術後の持続性出血によって出血性ショックとなり、その合併症としての非閉塞性虚血性腸炎により出血が増強され、死に至ったと鑑定した。

このような合併症事例では、専門家の医療評価が必須であるので、専門家の助けを借りて鑑定書を書いた。しかし、一般に臨床医の協力を得るのは容易ではなく、協力が得られたとしても公表できないため、臨床医は法医鑑定をあまり信頼していない。

一方、病理解剖では、写真等の証拠保全が十分でなく、遺族に疑われた時に対応できない。

#### ▼事例3

尿路結石検査のため造影剤を注入し、無事検査を終えた患者が2時間後、病院の玄関で倒れていた。治療をしたが死亡し、医療過誤が疑われ、司法解剖に付された。

外表上損傷はなかったが、肝臓・右腎臓挫裂傷、腹腔内・後腹膜下出血、右上腕皮下出血を見出した。冠動脈硬化症と心肥大があり、心臓発作も疑われたが、アナフィラキシーショックを示すトリプターゼが血中で高値を示したことから、遅発性アナフィラキシーにより血圧・意識が低下して転倒し、腹部を打撲して出血したと考えられた。

直接死因は出血性ショックであるが、原死因の診断には、法医学的な経験と知識が必要である。本件では、交通事故、心発作による転倒の可能性を除外する必要があった。

医師は、突然死の範疇に入る確実に診断された内因死を届け出る

必要はないと考えているが、突然死こそ死因究明の必要な死であり、法医の得意な分野である。

#### ▼事例4

心筋梗塞に対するバイパス手術後、自宅の浴槽内で倒れていた患者を同じ病院に搬送し、心肺蘇生を行った。その後、心電図上ST上昇、血中クレアチンキナーゼ上昇の所見より心筋梗塞と診断し、死後、死亡診断書を発行した。

病理解剖を勧め、翌日、解剖前に対面する予定であった息子が来ないので、探すと、父親宅の浴槽内で死亡していた。司法解剖の結果、2名とも急性一酸化炭素中毒死と診断された。

医師は、父親の入院時血液所見の一酸化炭素ヘモグロビン高値(50%)を見逃していた。事故原因は、業者のガス風呂器具の吸気・排気管の接続ミスであった。監察医制度施行地域では、監察医が検案をし、死斑の色や状況より死因を誤ることはない<sup>13)</sup>。本件も、父親の死後に届け出られていれば、息子が死ぬことはなかった。

一方、病理解剖が実施されたと

しても、中毒とは診断されなかったであろう。心肺蘇生例によくある心電図や血中酸素の異常、そして、冠動脈硬化症や心筋線維化は、虚血性心疾患の診断根拠とはならない<sup>13)</sup>。

このように、心疾患の既往歴のある患者を通院中の病院で確実に診断し、仮に病理解剖しても、診断できない事例がある。また、突然死Ⅱ内因死と誤っていても、解剖の結果、外因死と判明する事例が少なくない。

2006年9月には、パロマのガス器具の不具合により多数の人が亡くなっていた事件が明らかになった。1事例では、行政解剖の結果、一酸化炭素中毒と判明していたが、約10年間、遺族はこれを知らず、警察も行政も対応できなかった。

届出と司法解剖では対応できない事例もある。

▼事例5

前立腺癌の摘出手術の途中、出血が約1000mlに達した時、外科医が麻酔科医に輸血の開始を要請したが従わず、約1時間後、出

血量が急増し、輸血・輸液が追いつかず、出血性ショックで死亡。

司法解剖の結果、損傷した血管と出血性ショックの所見を見出した。外科専門医の指導を受け、病院の事故調査報告書と同じように「輸血の遅れが死亡原因であった」とする鑑定書を提出した。

約2年後、遺族が外科医を訴えていること、麻酔科医が法医・病院の判断を批判していることを知った。

本件のような事例は、「手術の合併症」であり、異状死ではない」と外科医は主張するが、実際、医師が過失責任を問われうるので、公正な死因究明が必須である。また、解剖医が手術の内容・局所解剖を理解して解剖しなければ、自ら血管を損傷したと疑われる。

司法解剖では、警察官の調査とカルテ・画像を基に解剖するが、本件のカルテの記載内容は不十分で、調査からは事情を十分把握できなかった。そこで、警察官に立ち合わせ、外科執刀医に直接電話で聴取した結果、損傷した血管を同定し、写真を撮った。

しかし、後で警察から「直接聴取したから、解剖医が外科医にだまされた。事情聴取は周囲の看護師・助手からするものだ」と言われた。

その後、聴取を受けた関係者の多くが、追及の厳しさから手術場を立ち去ったこと、当該外科医が本件以前に事故を繰り返して、本件後、執刀を免ぜられたことを知った。検察は、外科医の血管損傷および対応の不適切さに起因する死亡とした。

本件から、医療関係者への事情聴取の難しさ、医療案件に医療者同士の争いがあること、遺族に鑑

定内容が適切に伝えられないため裁判となる事例があることがわかった。

司法解剖の目的は、検察官が、医師個人の業務上過失の可否を判断することにある。多くの医療案件では、起訴猶予・不起訴処分となるが、その情報は遺族や病院に適切に伝えられないため、医療の質の向上や遺族の納得に役立たない。

この事例から、医療案件の刑事捜査の限界を痛感した。

(東京大学大学院医学系研究科 法医学講座)

□□□文 献 □□□

- 1) 吉田謙一, 他: 日本医事新報 No 4209: 55, 2004.
- 2) 吉田謙一, 他: 日本医事新報 No 4201: 53, 2004.
- 3) 吉田謙一, 他: 安全医学 1: 19, 2004.
- 4) 吉田謙一, 他: 判例タイムズ 1152: 75, 2004.
- 5) 吉田謙一, 他: 日本医事新報 No 4150: 59, 2003.
- 6) 吉田謙一, 他: 賠償科学 31: 74, 2004.
- 7) 河合格爾, 他: 医療安全 1: 24, 2004.
- 8) 吉田謙一, 他: 日本医事新報 No 4228: 57, 2005.
- 9) 木内貴弘, 他: 病理と臨床 24: 753, 2006.
- 10) 吉田謙一, 他: 判例タイムズ 1153: 80, 2004.
- 11) 吉田謙一: 病理と臨床 24: 77, 2006.
- 12) 吉田謙一, 他: 判例タイムズ 1214: 76, 2006.
- 13) 吉田謙一: 事例に学ぶ法医学・医事法, 有斐閣, 2001 (改訂中).

死因究明における解剖と臨床評価の役割(下)

## モデル事業で何が明らかに なったか

吉田 謙一

上村 公一

はじめに

前稿で、医療関連死調査の現状を分析<sup>1)</sup>したが、本稿では、厚生労働省が2005年9月より開始した「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」(以下、モデル事業)における解剖と臨床評価を中心に、利点と問題点を分析する。吉田は、モデル事業東京地域の平成17年度代表を務めた。

モデル事業<sup>2)</sup>では、診療行為に関連した死亡について、病院が、遺族の承諾を得て地域の窓口で調査分析を申請し、受任後、法医、病理医、臨床立ち会い医が解剖実施機関で解剖し、調整看護師が遺族に付き添って苦情や希望を

聞き、説明を行う。

解剖結果報告書および診療録・画像を基に、臨床専門領域の医師2名以上が評価結果報告書を作成し、地域評価委員会で検討する。委員会は、臨床評価医(複数)、解剖執刀医、総合調整医、法律家、調整看護師等で構成され、数カ月以内に報告書をまとめて病院側・患者側関係者に説明する。また、事故の再発予防のための提言を行う。

以下に、各段階における現状と問題点を列挙する<sup>4)</sup>。

### 1 取り扱い対象

モデル事業では、調査分析の取り扱い対象を明示していないので、

現行制度下、警察への異状死届出との関係が問題となる。

現状では、多くの事例が警察への相談・届出を経た上でモデル事業で調査されており、その中には、医師の過失が比較的強く推定される事例や、不可避の事故であるが遺族が強く過誤を疑う事例等が含まれる。

一方、モデル事業における聴取・検案・解剖の過程で重大な過失と判断し、警察へ通報、司法解剖へ変更された事例もある。こうした事例では、新たに警察が事情を把握するため聴取に時間を要し、遺族・解剖関係者が振り回され、混乱を招いている。

また、モデル事業では、調査分析の趣旨について病院が遺族に説明し、同意を得るため、遺族が拒否する事例が少なくない。反対に遺族が直接、窓口で調査を依頼できず、遺族が望んでも病院が拒否する場合がある。今後は、遺族の調査要請や苦情を受け容れ、窓口で事情聴取して調査の要否を判断すべきである。

事故の再発予防や医療の質の向

上のためには、原則として死亡直後に、法に定めた対象を漏れなく届け出て、第三者が調査の要否を判断すべきである。

そのためには、医師法を改正するか、新たな省令を發布した上で、調査の要否を判断する専門家を置くべきである。医療者側は、「診療行為中および終了24時間以内に発生した有害事象を経て患者が死亡した」など、自身の判断を容れない規定に基づいて調査を依頼し、窓口で調査や解剖の要否を判断すべきである。

また、「近親者等が医療行為の作為・不作為を疑う」事例も調査すべきである。

具体的には、窓口で遺族の苦情提起・調査依頼を受けて、当該病院に対して事情を聴取した上で検討し、その内容を窓口から遺族に説明しても納得しない事例、または、医療専門家の調査・判断が必要と判断される事例について、調査すべきである。

この段階で、仮に医師の過失が判明したとしても、調査の紛争化を抑えることが多い。一方、隠蔽

が疑われるなど悪質な事例、安楽死など故意の事例、誰の目にも極めて重大な過失の事例については警察に届出をさせる(通報する)。

それ以外では、確実に病気の自然経過で死亡したと判断され、遺族が納得した事例を除いて、原則として調査を検討すべきと考え

## 2 取り扱い数

モデル事業開始後1年の時点で、当初目標の200件をはるかに下回る30件程度しか調査が行われていない。現状では、医療者に届出・調査の必要性や利点、およびモデル事業の存在・意義が十分に認識されていないためと思われる。

調査によれば、多くの医師は、医療行為前・容態急変後・死亡後の説明を遺族が受け容れた場合、それ以上、解剖・調査をしなくてよいと感じている<sup>8)</sup>。

しかし実際には、解剖結果は、医療過誤の有無に関わらず、医師に対する疑惑を軽減し、紛争を予防し、紛争化した場合でも死因が争点とならない<sup>9)</sup>。また、たとえ医

師に不利な解剖結果であっても、裁判上、解剖が医師に有利に働くことが多い<sup>9)</sup>。

しかし、多くの医療者は、多忙な日常業務の中で調査に積極的に参加するほどモチベーションが高くない。現状では、モデル事業への申請は、病院が採りうる一選択肢であるが、参加にインセンティブはなく、利点が認識されていない。

医療者にモデル事業の利用を推進するためには、調査の目的を事故の再発予防と医療の質向上と定め、調査対象を定めて、調査受付窓口で専門家が遺族・病院双方に事情を聴きながら、解剖・調査の要否を判断する必要がある。

そして、刑事責任を問うのは、調査に携わった医療専門家が、調査過程で極めて重大な過失と判断した事例に限り、それ以外の事例では、調査分析結果を裁判等に使うことを禁じ、個人情報に配慮しつつ、関係者への情報開示、事故の再発予防への積極的利用を推進する必要がある。この点も、法や省令に明記すべきである。

## 3 人材育成

調査の取り扱い数を増すためには、まず、医療関連死の解剖を行う医師の養成が求められる。

法医は肉眼所見、出血・外傷所見の記載や写真・検体の採取、薬毒物分析や突然死、裁判や事情聴取等の法的対応に優れ、法曹・社会から公平性を信頼されている。一方、病理医は医療関連死の取り扱いに慣れており、病態解明・組織検索に優れ、日頃から臨床医との距離が近く信頼されている。

しかし、双方とも医療評価や遺族対応に関しては不十分であった。相補(的)関係にある法医と病理医がモデル事業で一緒に仕事し、お互い学び合うメリットは大きい。

モデル事業の解剖には、他の領域の医師と協力しながら学ぶメリット、犯罪捜査への協力ではなく事故の再発予防という善意に基づく「やりがい」がある。今後、法医学会・病理学会が「医療解剖認定医」制度を発足させる必要がある。

例えば、両学会主催の講習会へ

の参加、医療承諾解剖3例への立ち会い等を要件として、両学会の認定医資格保有者に新たな資格として認定する。

また、解剖に立会う医師、医療評価を実施して報告書を作成する医師を確保し、訓練する必要がある。立ち会い医は、解剖前に診療録や画像を検討し、主治医等に事情聴取して問題の所在を把握し、解剖に立ち会って指導する。特に、手術に関する事例では、外科医が局所解剖と手技について理解しているため、質の高い解剖が円滑に行われ、解剖医に対する教育効果が高い。

現状では、臨床評価医は多忙な教授・助教クラスから選任されるため、受任者を捜すのが難しい上、評価結果報告書の作成までに時間を要し、地域評価委員会の日程調整に難渋することが多い。

ドイツでは、州医師会(強制加入)が患者の苦情を受け、カルテ調査に基づく鑑定書を年間1万件以上作成している。若手医師が指導の指導を受けて鑑定書を作成し、それが昇進時等に業績として



評価される。

日本でも同様に、助手クラスの昇進時の業績要件として、報告書を最低1件、教授とともに作成し、学会が論文査読形式で複数の専門医に評価・修正させて発行するなど、インセンティブが求められる。また、学会認定医の資格要件に医療承諾解剖への参加を加えるとい。

モデル事業の総合調整医は、調査受け付けの要否の判断、事業の全過程における問題への対処が求められる。本来、英国のコロナー(検視官)のように調査過程全般に対する権限付与が求められる。現状では、法医学・病理学の教授が就くことが多いが、多忙と権限のなさから負担が大きい。当面、最近引退した臨床・法医・病理の教授等から複数選任し、地域ごとに当番制を敷くことが望ましい。また、行政機関を窓口とし、専任スタッフを付けて補助すべきである。

一方、調整看護師は、病院からの調査依頼の連絡に対応し、関係者に連絡して解剖実施の機関・期

日などを調整し、解剖時と解剖後の説明時には遺族に寄り添って話を聞き、医師の説明を補う。医師には直接伝わらない苦情や疑問を聞き出し、患者・遺族側との橋渡しを行う。さらに、評価担当医や地域評価委員会構成員が当該病院に調査を依頼する場合、協力している。

医療情報と患者側の心情の双方を客観的に理解できる調整看護師には、公正な調査と公平な説明を求める多くの遺族の要望に応え、紛争予防への貢献が期待される。このような調整看護師を養成し、保健所等に配置することが求められる。

東京地域では、患者側と医療側双方各1名の弁護士が、評価委員会メンバーとして活躍している。法律家は報告書の文言をできるだけ医学的な判断に留め、法的判断に誤解を与えないような表現となるよう助言すべきである。

医療紛争では、インフォームドコンセント、診断、経過観察等、医師の法的責任が問われる。しかし、モデル事業の目的は、医師の

法的責任の追及でなく、事故の原因究明と再発予防である。そのため、法律家委員は法的責任より、予防のための提言に留意すべきである。

例えば報告書の表現上、「事故は予防可能であった。医師がAという状況ではBという症状に注意し、Cという検査を実施すれば、事故を予防できた可能性はある。今後、この点に関して医師に注意を喚起すべきである」などと表現できる。

このように、紛争や心理的葛藤を和らげ、医療側が遺族と冷静に話し合えるよう導くのが法律家の役割であると思われる。

#### 4 解剖事例

以下にモデル事業の事例を示し、事業の利点や方向性を検討する。

##### ▼事例1

大腸多発性ポリープに対して内視鏡摘出術を施行後、穿孔が判明したため開腹手術した。術後は順調に回復し、約2週間後に退院。3日後、自宅で死亡。

大腸穿孔部に縫合不全等はない

が、肝臓・横隔膜間に小膿瘍、腹膜に限局性化膿性腹膜炎散在、右・左冠動脈に75%・50%の狭窄があり、心筋に間質線維化および断片化を認めた。過収縮を示す心筋断片化は、心臓突然死によく認められる。

死亡前日、近医受診時、血圧がやや下降傾向であり、降圧剤服用に対する注意あり。飲酒をしていたが、死亡時の血中アルコール濃度は軽度酪酊程度。手術の適応・手技・術後管理に問題はなく、穿孔と死亡との因果関係も否定された。

死因は他に原因がなく、冠動脈・心筋病変が認められたことから、慢性虚血性心疾患を基盤とし不整脈等により突然死したと推定した。

手術後約2週間後の死亡事例であったが、遺族が医療過誤を疑っていることに配慮した警察から照会された。解剖と臨床評価を踏まえた説明に遺族が納得したことより、「遺族がミスを疑う予期しない死亡事例」におけるモデル事業の有効性が確認された。

▼事例2

頸椎椎間板ヘルニアの患者に対して、第5・6頸椎間椎間板ヘルニア前方摘出、骨移植・プレート固定術を施行後、夜間に呼吸困難より呼吸停止し、蘇生後、脳死状態に陥り、約5カ月後に死亡。

以下の事項が提言された。本件と同種の手術には、ドレーンを挿入して術後留置するか、挿入しない場合には、狭い頸部で出血・浮腫等を原因とする気道圧迫・気道閉塞が起こる危険性を十分認識して、当直医と看護師に十分な説明と申し送りをすべきである。

▼事例3

若い患者が興奮抑制のため、抗精神薬投与量を増量され、保護室に入れられたが、翌朝死亡。遺族が薬剤や管理に疑問を提起したため、警察から照会された。

分析の結果、複数の薬物が中毒域濃度に達しており、心室拡張・心筋萎縮等が判明した。心臓に問題がある状況下、抗精神薬による催不整脈作用により致死性不整脈を起こしたと推定した。

遺族は、調査結果が事故の再発

予防に貢献することを強く希望した。また、地域評価委員会、法律家が、医薬品医療機器総合機構の医薬品副作用被害救済制度への報告を薦めた。

以下の事項が提言された。

①高濃度の抗精神薬服用中の患者の心臓性突然死は少なくないため、定期的な心電図検査等による予防の可能性を検討すべきである。②類似事例を今後、調査対象とし、学会横断的に臨床・解剖所見、薬物投与量・血中濃度等の情報を共有するシステムをつくることが望まれる。

エピソード

司法解剖を行うか、モデル事業で取り扱うか二転三転し、遺族に不信感を与えたが、最終的にモデル事業で扱った事例の説明会が開かれた。

説明終了時、吉田は遺族に「モデル事業を推進したと聞いているが、どうしてか」と聞かれた。

そこで、「私たち法医は、解剖結果から死因を究明し、専門家の意見を聞いて一生懸命鑑定書を書い

てきたが、医療の評価に関しては限界があり、ご遺族に解剖・鑑定結果を説明できない。警察・検察の調べは2〜3年に及ぶことが多い。このモデル事業では、専門医が立会い、病理医と法医が一緒に解剖するので知見の質が高く、参加する医師も、ご遺族のため、医療事故の予防のために解剖するのでやりがいがある。今日、説明を行った臨床医は、医療の内容をきちんと理解して分析し、さらに、十数名の専門家が十分議論した後、ご遺族の気持ちに沿いながら説明を行った。この方法は医療の質の向上にも役立ち、ご遺族にと

って一番良い方法。私も、説明の素晴らしさに感動した。受け入れ決定までご遺族の不安を掻き立てるようなことがあったが、今後、同じ立場に立たれたご遺族に、今のお気持ちを率直にお伝えいたいただきたい」と答えた。ご遺族は、涙ながらに頷かれた。

別れ際、臨床評価医に「素晴らしい説明でした」と伝えた。

法医として、このように幸せな気持ちになれたのは初めてであった。

(東京大学大学院医学系研究科 法医学講座)

文献

- 1) 吉田謙一：日本医事新報 No 4319：96, 2007.
- 2) 吉田謙一：病理と臨床 23：1230, 2005.
- 3) 吉田謙一，他：同上 24：423, 2006.
- 4) 吉田謙一，他：同上 24：535, 2006.
- 5) 武市尚子，他：同上 24：645, 2006.
- 6) 吉田謙一，他：同上 24：859, 2006.
- 7) 中嶋範広，他：同上 24：979, 2006.
- 8) Ikegaya H, et al: J Med Ethics 32(2): 114, 2006.
- 9) Bove KE, et al: Arch Pathol Lab Med 126: 1023, 2002.

時 論 投 稿 規 定

- 題材 = 医学・医療に関する時局的問題を考察した論文(未発表のもの)
- 分量 = 原則 6,500 字以内(図表・写真を含む。短い論文も可)
- ※ 筆者名にはふりがなを願います。ワープロの場合はプリントアウトとフロッピーディスク等(テキスト保存形式)を同封してください。

# ビクトリア法医学研究所における 事故予防と医療関連死調査の取り組み

東京大学大学院医学系研究科法医学講座教授 吉田 謙一 / 東京大学医学部附属UMINセンター教授 木内 貴弘

ビクトリア法医学研究所・コロナー事務所では、法律家コロナーと法医が協力しつつ、事故の予防のため、異状死の死因究明を行なう。コロナーは、死に関する調査をして事実を認定し、予防のため社会に提言する。また、調査情報を、数々の分野で事故予防に役立てている。病院からの届出事例を全例、看護師・臨床医が評価し、検討会でコロナーや法医とともに、原因、注意義務に関する検討をし、調査結果は関係者・機関に還元される。さらに、コロナーは、事故の予防のために提言をし、学会関係者と定期委員会を通じて協力している。このようなやり方は、厚生労働省補助事業「診療に関連した死亡の調査分析モデル事業」に活かされようとしており、今後、日本における制度設計に貢献することが期待される。

## 1. はじめに

法医学の使命は、「異状死」の死因の公正な決定である。そして、異状死とは、臨床医が確実に内因死と診断した死以外の全ての死であり、医療に関連した可能性のある死亡を含むというのが、先進国に共通した認識である。ところが、日本では、一部の監察医制度施行地域を除き、届出と解剖は、原則、警察が犯罪捜査の観点で行ない、事故の予防の観点は欠けている<sup>1)2)</sup>。

日本の医師は、医療関連死を警察に届け出ると、自らの業務上過失を問われうるので、届出を躊躇することが多い。たとえ届け出られ解剖されても、医療専門家が公式に評価に参加する仕組みはなく、調査結果は十分に開示されず、事故予防には利用できないことも、医療関連死の届出が少ない原因と考えられる<sup>2)3)</sup>。

2004年4月に、日本内科・外科・病理・法医学会は、医療関連死の死因究明のための中立的調査機関の設立に関する共同声明を発表した。これを受けて、厚生労働省は2005年9月より「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」を開始した。本事業では、届出を促し、臨床専門家が評価

に関わり、得た情報を事故の予防に役立てる方策が鍵となる。

吉田らは、諸外国の医療関連死・異状死の届出と死因究明の制度について報告してきた<sup>3)4)</sup>。英国では、法律家行政官コロナー（検視官）が異状死の死因究明制度全般に責任を負う上、多くの手術関連死が届け出られ解剖されている<sup>5)</sup>。しかし、コロナーは、事実を認定するが、医療の評価に基づき業務上過失を判断しない。その影響もあって、1990年代の英国社会は、2つの医療スキャンダルで大きく揺れた。ブリストルでは2名の小児心臓外科医が手術成績が悪いに関わらず手術を続けたため、100名に及ぶ子供の命を無駄に犠牲にした。また、地方の開業医シブマンは推定215名もの患者を薬物等で殺した。これらの事件より、医師が届出なければ、明らかにすべき患者の死は見過ごされうること、届けられ解剖されても、医療の評価が行なわれず、事故の予防の観点がなければ、事故は再発することが明らかとなった<sup>6)</sup>。

これらの事件の調査の中で、オーストラリアのビクトリア州法医学研究所（Victoria Institute of Forensic Medicine: VIFM）が注目された。この研究所では、コロナーと法医病理学者（日本の法医に相当）が協力しながら、「事故予防のための臨床法医学」に取り組んでいる。私達は、2004年10月、VIFMを中心に、メルボルン周辺の多くの施設を訪問して、州コロナーであるジョンストン氏、法医部門主任コードナー教授、臨床評価医イブラム教授はじめ、多数の関係者に調査をし、報告をした<sup>7)</sup>。今回、2006年3月に再調査をしたので、前稿に加筆修正して、法律家向けに報告する。また、続報には、公的裁判外紛争処理機関であり、情報管理機関であるHealth Service Commissioner (HSC) 事務所について報告する。

## 2. ビクトリア法医学研究所 (VIFM) <sup>7)8)9)</sup>

メルボルンを州都とするオーストラリア南東部のビクトリア州（人口約450万人）の法医学研究

所 (VIFM) は、1988年に設立された異状死死因調査機関である。事故の「予防」を主目的にして、全豪州の異状死情報を、インターネット (IT) を利用して提供してきた。

法律家と医師は言語が異なるほど意識が乖離している。しかし、VIFMでは州コロナーであるジョンストン氏と、モナシュ大学医学部教授を併任する法医学主任コナー医師が同じ建物の中で協力しつつ、事故予防のために調査をし、結果を開示し、提言を続けてきた。その結果、事故の発生率は半減したという。

事故予防という目標達成のために、異分野の人々が協力し役割を分担している。各メンバーは、研究所の目標と自分の役割について明確に説明できる。また、問題点を発見し、議論し、解決策を見出すことができる。運営予算 (年間10億円余り) の半分以上は、法務省から得るが、2人のマネージャーが予算を立案し、受益者・関係者に説明し協力を得ている。スタッフは、病院などを訪ねて多数の講演をし、臨床医・一般人の見学を受け入れる他、VIFMにおいて、臨床医に対して1週間の臨床法医学ディプロマコースが開かれる。その合間に、庭で関係者たちがバーベキューをしていた。このような場で、臨床医にとっては、それまで「煙たかった」コロナーや法医学関係者と歓談しつつ、死因調査の重要性に関して認識を深めている。

市民アドボケートと電話で話した。彼女の母親は、病院で死亡した後、死因に不審があったのにも関わらず、解剖もされずに埋葬された。後で、VIFMやコロナーの活動を知った彼女は、NGOを組織し、テレビの番組なども利用して、死因調査の重要性を説いているという。

### 3. National Coroner Information System (NCIS) <sup>9)</sup>

NCISは、オーストラリア国内の8コロナー管区の死因調査情報をVIFMの建物の中でITを用いて集中的に管理し、コロナー関係者・政府機関・研究者に提供する。

訪問時、胃瘻を増設した患者の胃管を取り替えた数日後に腹膜炎となり死亡した事例について、NCISを用いて11の類似事例を見出し検討中であった。また、プラスチック袋を用いた「自殺キット」を用いた自殺が、全豪で1年間に36例あることが判明したので、関係諸機関に注意が喚起された<sup>9)</sup>。さらに、ある向精神薬による多数の死亡者が見つかったので、VIFMが製造者と医療器具連

盟 (TGA) の援助のもと再調査を行っていた<sup>9)</sup>。このように、1人1人のコロナーや法医学の経験では、気づくことのできない希少事例を数例分析するだけで、事故の予防に役立つ分析ができる。

コロナー関係者の事故の「後ろ向き分析」に加えて、「前向き利用」が提言されていた<sup>9)</sup>。例えば、TGAの追跡中の薬剤による過量服用による死者が出た時、TGAに電子メールを送るべきである。また、交通事故、火災等は、関係行政機関に、自殺は州精神保健関係部署に通知されるべきである。さらに、医療有害事象に関しては、詳細な事象の同定と分類をシステム化すべきである。加えて、登録された鑑定者の情報も利用できる。その他、コロナーの死因究明情報がコロナー関係者に“Fatal Fact” (書籍) として提供され、溺死・自殺・焼死等の分類ごとに個別事例の状況の要約と提言の経緯が記されている。そして、詳細な情報もNCISにより照会できる。

日本では、司法解剖や裁判に関連した鑑定に関わる時、個人の過失の追及を手助けする後ろめたさがあり、鑑定人が紛争に巻き込まれる危険もある。しかし、VIFMや州コロナー事務所のメンバーは、調査が事故の予防のためであり、調査内容を裁判に使用しないことをいずれも法に明記しているので、調査のモチベーションが高い。

### 4. ビクトリア州の異状死の状況

年間約1万数千件の死亡の内、コロナー届出の異状死は約4,000件 (全死亡の1/4)、その内、約1,000件が病院からの届出である。殺人は約60～80、自殺は約500～600、事故死は約600～800、その他は内因死である。約700は5～6の地域病院で一般病理医によって処理されるが、全ての殺人 (疑い) を含む残り約3,300はVIFMに送られ、その内約2,700を6名の法医学者が解剖する。東京23区では、監察医が検案をする異状死が1万件余り (全死亡の1/6)、約3千件を解剖している。

コロナー法<sup>10)</sup>に従い、誰でも直ちに異状死をコロナー事務所に届け出なければならない (24時間受付)。法に規定された届出対象は、予期できない死、不自然死、外因死、直接的・間接的に事故や傷害が寄与した死、麻酔中の死である。医師は、異状死、医師不在の死、死因不詳の死、死亡14日以内の無診療例、病歴から死因を決められない死について届け出義務を負う。

解剖の最終決定権はコロナーにあるが、病歴・状況を整理し、遺族と連絡を取り、法医学や臨床評価スタッフと相談しながら、解剖の要否を実質的

に決定するのは、ベテラン看護師である。彼女は法医に対して、「メソテリオーマ（中皮腫）がある85歳男性の呼吸困難が悪化して死亡した。長年の建築物取り壊し現場でのアスベスト暴露歴や病歴等より診断に問題がないと判断したので、解剖しないわよ。」と説明し同意を得ていた。

解剖拒否も、大問題である。ここでは、遺族に解剖を勧めるのも看護師の仕事である。例えば、解剖をすべきアポリジニーの乳児につき、犯罪性が除外されれば、信仰や社会通念を尊重して無理強いはいしない。一方、遺族が強く反対しても、コローナが公益上、必要と判断した場合、最高裁判所の判決を待つ。遺族は、解剖の決定に対して最高裁に抗告できるからである。

## 5. 臨床連絡サービス Clinical Liaison Service (CLS) の背景と概要<sup>11)12)</sup>

コローナ制度で医療関連死に対応することの問題点は、①臨床知識が乏しく医療評価に適さない法医に過度に頼ること、②専門的鑑定を過度に要求するあまり視野が狭く不適切な方向に導かれること、③遺族の過誤に対する疑いと要求に過度に応えること、④医療現場の組織や専門的医療に内在するシステムエラーや有害事象を見逃しやすいこと、⑤临床上の専門的問題と医師の注意義務との関連性を見出せないこと、などである。事情は、日本を含むどの国でも同じである。何をすべきかをしっかり認識した主任コローナと主任法医が、社会に働きかけたことが、CLS設立につながった。主任コローナは、「20年かかったよ。でも、いい続けていると、思いがけない人間関係で、突然、視野が開けることがある。」といった。

これらの事情に加えて、日本では、法医鑑定を前提として医師が起訴されうること、法医が臨床医に十分信頼されていないこと、調べた情報が遺族側・医師側に十分に伝えられず、事故の予防に利用できない上、一貫した死因究明制度でないことが問題である。例えば、東京で、司法解剖を行なうことを実質的に決定できるのは、検察官、警察本部の検視官、所轄警察、監察医などである。反対に、遺族が調査結果に対する説明を求めたとき、責任の所在が明らかでないので、誰からも十分な説明はできない。

オーストラリアでは、入院患者の16.6%が有害事象に遭遇し、5%近くが死亡している。このような状況下、CLSは2002年に法務省の支援で始まり、年間約1,000件の病院内死亡事例の届出に対して、臨床専門ユニットが評価をしている。カ

ルテ等は、まず、看護師によりハーバード医療評価研究等に準拠したリストを用いて評価される。次に、法医病理の研修をした救急医と、公衆衛生教育を受けた教育病院老人科教授の2名が専門知識を活かして評価をし、重要な事例は見直す。週1回1時間～1時間半の検討会には、コローナ、法医、CLSユニット医師・看護師、当該専門科の臨床医が参加し、カルテを前に担当看護師が報告し、活発な議論中で調査項目を追加しつつ、取りまとめられる。毎週6～12例が臨床評価・解剖記録等をもとに評価される。そのうち、1～2例には有害事象が関係している。CLSユニットの非常勤看護師は、医療系大学講師、及びベテランの救急看護師であった。

事故の予防とシステムの改善のため行なわれるCLSの評価は、病院に解剖記録とともに還元（リエゾン）されるので、開業医も病院も大部分、記録を自発的に提出している。また、CLSの弛まない広報活動が、法医やコローナに対する誤解を和らげているようだ。

## 6. CLSの評価と今後<sup>11)12)</sup>

CLSは、病院内死亡の調査において包括的・透明・客観的・学際的な調査によりコローナの調査を合理化し強化したと評価されている。調査結果が病院・医師にリエゾンされることが成功の鍵であった。CLSによりプリストル事件のようなリピーターによる患者の死亡は防ぐことができる。

英国では、医師が法律家であるコローナを支援するよう提言された<sup>15)</sup>が、実効性は不明である。米国では、法医行政官の主任にコローナの役割を負わせているが、法的観点、事故予防の観点は乏しい<sup>4)</sup>。VIFMでは、コローナが法的責任者であるが、法医、CLS担当臨床医、看護師が実質的には対等である。このチーム構成は、絶妙である。ここでは、お互いの職責や長所を尊重し合い、協力して働くチーム体制が確立している。何より、問題発見能力と自己解決能力が優れている。このようなVIFM・CLSの方式は、病院内死亡や医療関連死への対応として最適である。

このCLSに関する評価を要約しよう。①病院報告事例に対して臨床的・リスクマネジメント的な視点を週1回の検討会を通じて養い、コローナが臨床研究を解釈し、政策を提言できる途を開いた。②医療関係者とコローナ関係者の意思疎通が促された。例えば、医療アドバイザー委員会に加えて、医師・看護師教育、医学雑誌投稿、電子メール事例報告レター発行、見学・開放日の設定等

である。そして、③医療従事者のコロナーに対する協力を効率化した。②に関しては、塩化カリウムの誤注射、病院における転落事故に関して、具体的な提言を行い、PRにつとめている。

## 7. コロナー情報の開示と法的処理への利用

コロナー法<sup>10)</sup>によると、コロナーの使命は、犯罪事実を見つけ、個人を裁くのではなく、死亡の状況を調べ、できる限り正しい事実を見出し公式な調査結果として事実を認定することにある。そして、その事実が、自ずから責任の所在を示し、法的な結論や判断を導き出すと考えている。また、コロナー法<sup>10)</sup>には、「コロナーや関係者の権限で、義務として、あるいは、職責上、得られた知識について、どのような裁判・法的手続きであれ開示を求めてはならない。」、また、「コロナーの調査記録と含まれる事実は、どのような裁判においても証拠とはならない。」<sup>10)</sup>、さらに、「コロナーや関係者は、調査対象者の罪に関することをいってはならない。」と記載されている。評価医であるイブラハム医師に聞くと、「医師の届け出を促すためには、医師の秘密を守ること (confidentiality) が重要であるが、患者や家族には真実を知る権利がある。両者の調整に関する透明・公正な方法に関する議論は哲学である。」という。

利害関係者に開示されるコロナー調査の証拠には、医師の能力の評価が含まれる。しかし、コロナーは注意義務違反に関して法的判断はしない。また、遺族はコロナー情報を知ったとしても、裁判所は、コロナーの情報が使えないルールであるので、自ら民事訴訟上のルールにしたがい医師の違反を証明しなければならない。反対に、民事裁判で当該医師はコロナーの認定事実を反論できる上、自ら鑑定人を立てることができる。一方、医師に対する賠償責任の判断は陪審員に委ねられる。しかし、「オーストラリア人は医療関連の訴訟や犯罪追及に関心が高くはないのではないか？」という吉田の印象は正しいという。さらに聞くと、「上級政策決定者のポリシーと宣伝の効果である。」という。あえて、調査は責任追及のためでなく、真実究明と事故の再発予防のためであると明言することによって、調査側の意識・士気をたかめ、被調査側の過失追求の望みをたとうという政策的な意図を読むことができる。

また、コードナー教授は、熱傷の少女にモルヒネを過剰投与して死亡させた医師が業務上過失を問われた事例を、刑事処理の不適切性に関する警鐘的事例として報告した<sup>13)</sup>。医師が刑事責任を

追及される余地はあるが、極めて例外的といえる。医療に関しては、実質的な刑事免責といえる。

オーストラリアでは、英国と同様<sup>14)</sup>、医師の登録団体である医療従事者評議会 (Medical Practitioner's Board) が、注意義務違反を犯した医師の登録の停止・抹消などの行政処分を、自律的に行なう。一方、医師保護団体は、遺族が医師に苦情を申し立てる時、評議会やコロナーが医師を取り調べる時などに、専属の医師、法律家が、代理人として24時間対応している。そして、補償も行なっている。さらに、事故・紛争に関するリスクマネジメントを研究し、会員である医師が、その研修会に出席すると、医師が団体に払うべき保険金額が減額される。困みに、公的病院が主流であるこの地域では、行政の補償が占める割合も多い。さらに、ヘルスサービスコミッショナーが、医療・福祉に関する苦情に対応し、行政機関の紹介・調整、そして、必要な場合、鑑定を委任した上、裁判外紛争処理をアレンジする。このステップを踏まないと、民事訴訟も提起できない。

事例調査を基にして、コロナーは将来起こりうる同様の死亡の予防のために提言できる。コロナー法<sup>10)</sup>には、コロナーは、「公衆衛生、安全、そして、正義の履行のために必要と思ったことに関しては、何をコメントしてもよい。」と書かれている。そして、VIFMが調査して、避けられる要因や個人のエラーを見出せなければ、多くの遺族は満足する。医師や病院が同じ結論に達しても、コロナーの結論ほど信用されない。よって、コロナーの第三者性・公正性が重要であり、その調査が紛争を予防しているといえるという。

## 8. 「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」(モデル事業)の解剖を考える

モデル事業では、司法解剖では、医療関係者が評価に参加する道筋がないこと、調査結果を遺族に説明し、情報を事故の予防のために公開することができないことを解決することを目指している<sup>17)18)</sup>。しかし、調査担当者の刑事・民事免責条項はないので、警察や裁判所の事情聴取や証言を拒否はできない。まして、日本では、第三者機関であるはずの「航空事故調査委員会」に対してさえ、警察が調査内容の開示を要求する。また、日本の社会では、医師が業務上過失から刑事犯になることが、当然と思われている。実際に、調査担当医が事情聴取されることは稀とはいえ、ありうる状況において、本当に、実質的な調査ができるのであろうか？

モデル事業で取り扱う対象、異状死届出の対象ともに明記されていない。現状では、警察に届出て、司法解剖に相当しない事例を取り扱うというのがコンセンサスのようである。病理解剖の後で、遺族が警察に強く苦情を申し立てる場合、もう一度、司法解剖が行なわれることがある。モデル事業の解剖の後では、そのような心配は少ないが、その調査内容が警察によって調べられることがないとはいえない。また、モデル事業の調査及び評価委員会では、多数・多分野の医療専門家と法律家が十分検討した上、遺族への説明を十分行なうことになっている。しかし、紛争に巻き込まれる余地が少しでもあれば、届け出る病院側も調査側も、積極的・自発的に参加する意欲をそがれるのではないだろうか？

ビクトリアでは、異状死届出対象、及び、届出目的が事故の予防であると法に明記されている。また、法医解剖と、医療専門家の評価を経て、コロナー、法医、臨床評価医が検討をする。そして、調査結果を病院と遺族に伝え、事故の予防のために提言をし、ITや電子雑誌などを通じ公開している。何より、実質的に医療従事者を刑事免責とし、調査担当者が警察の取調べや裁判所の召喚を受けないと法に定めている。そして、調査に関わる全ての人が、事故の再発予防を目標に掲げ、自発的かつ協動的に調査する環境を作り出している。このように、調査を刑事・民事手続きから免責し、医師を、原則刑事処罰しないシステムを作り出した時に、はじめて、医師が届出やすく、医療の透明化と質の向上が図れるようになる。そのためには、日本でも、各省庁間で取り扱いを明確に議論して、法やガイドラインに明記すべきであろう。一方、行政処分による医師の自律管理は、世界の潮流であるが、日本では道遠しである。

## 9. 管理下の死亡に関する事例

CLSの医師から、「精神科病棟で、喘息の既往がある患者が死亡した。担当のレジデントは何を考えるべきか？」と質問された。彼は、「精神科医には、喘息の治療はできない。症状があったのだから、できるだけ早く呼吸器科の医師の診察を受けさせ、病状を把握し、症状が出た場合には、指示に従いすぐに治療ないし紹介すべきだ。しかし、決して見逃したレジデントの責任を問うのではなく、管理・指導体制をチェックし、病院が症状のある患者に適切に対応する体制、すなわち、システムの是非を問うべきだ。」と一気に述べた。

英米圏では、拘留所・留置所・老人ホーム・保

育所・精神病院等、管理下の死亡には届出を要する。しかし、日本では、このような死に対して、第三者による死因究明が不十分である<sup>16)</sup>。

## 10. 病院からの届出と、コロナーの健康・医療アドバイザー委員会<sup>10)</sup>

異状死届出の時、医師には、ビクトリア病院協会紹介マニュアル記載の各項目への対応が求められる。①コロナーに直ちに知らせよ。②コロナーの医療供述書を完成せよ。院内死亡の異状死に関して、コロナーに相談せず死亡診断書を発行すべからず。③遺族がいる場合、身元確認書を完成すべし。④静脈・動脈ライン、経鼻胃管、気管内挿管、ドレーン管、留置カテーテル等は除去せず、結ぶか活栓部で閉じ液漏れを防いで届け出よ。

繰り返し起こるシステムエラーによる院内死亡は、医療機関内やそのシステムでは解決できないので、州コロナーは隔月開催の「医療アドバイザー委員会」をつくった。医学会のビクトリア支部代表者からなるこの委員会は、コロナーにアドバイスをし、医療界にリエゾンし、コロナーに協力する医療鑑定者の獲得を助ける。さらに、医療システム上の問題解決のシステムをつくる。

## 11. 電子メール雑誌による警鐘的事例の紹介<sup>12)</sup>

システムエラーに起因した警鐘的事例が、コロナール・コミュニケという電子メール雑誌で、VIFM、州医師会、州学会支部のホームページから配信されている。1例を紹介しよう。

要約：48歳女性が緊急腹腔鏡実施後、多臓器不全により集中治療室に長期入院中、軽快したので一般病棟へ移す前、感染予防のため血管内透析カテーテルが置換された。約7時間後、血圧が低下したので昇圧治療が行なわれた。胸部X線撮影上カテーテル先端部が右心房内に存在することが確認され、引き戻されたが、病状は悪化し、約30時間後死亡した。

コロナー調査：当該医師・看護師の供述書を第三者集中治療専門家と放射線科医師が鑑定した。患者の死因は、カテーテル置換に伴う心タンポナーデであった。カテーテル置換直後、ルーチンのX線撮影は行なわれず置換8時間後と20時間後に行なわれていたが、カテーテル先端の偏移が見逃され治療が遅れた。コロナーは、患者の死亡は予防可能で、医師は病院・製造者の指針に従わなかった点で注意義務に違反していると判断した。

コロナーの提言：①病院の操作手順に従い、中心静脈にカテーテルを挿入・操作・置換した場

合、胸部X線などにより先端を確認せよ。②この患者のシステムエラーは同定できたはずである。③州ヒューマンサービス部門は、製造者の説明書・指針が事故に繋がった点を検討せよ。

## 12. 考察と結論

ビクトリア法医学研究所では、法律家コローナと法医が協力しつつ、事故の予防を目標に、異状死の死因を究明している。また、調査情報をITで管理し、数々の分野で事故予防に貢献している。

病院からの届出事例を全例、専門家が評価し、調査結果は関係者・機関に還元される。さらに、各学会代表と研究所メンバーで構成される委員会で連絡を密に保っている。

日本で、2005年度から実施されている厚生労働省のモデル事業では、医療関連死の死因究明と専門的評価を事故予防に利用するための方策が模索されている。まず、届出窓口で事情を聴取し、関係者の調整をする「調整看護師」は、このVIFMにモデルがある。その後の評価過程における看護師・臨床医と法医・コローナの共同による評価、医療アドバイザー委員会も参考になる。さらに、IT情報管理システムを計画中である。

## 13. 参考文献

- 1) 吉田謙一. 事例に学ぶ法医学. 有斐閣. 2001.
- 2) 吉田謙一, 武市尚子, 河合格爾, 池谷博, 稲葉一人, 瀬上清貴: 国際比較にみる日本の「医療関連死」調査第三者機関の要件と保健所の届出案について. 日本医事新報4201: 53-58, 2004.
- 3) 武市尚子, 吉田謙一, 瀬上清貴: 原因究明と再発防止をめざす医療関連死届出制度の提案厚生労働科学研究費補助金(医療技術評価総合研究事業)「死体検案業務の質の確保等に関する研究」平成15年度分担研究報告書. 19-32, 2004.
- 4) 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視局見学記—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2003; 4150: 59-64.
- 5) 吉田謙一, 黒木尚長, 河合格爾, 武市尚子, 瀬上清貴: 英日比較 医療関連死・医療紛争対応行政システム1: 英国のコローナ制度にみる医療事故対応. 判例タイムズ1152: 75-81, 2004.
- 6) 河合格爾, 武市尚子, 菊地洋介, 中島範広, 池谷博, 吉田謙一: ブリストル事件が英国の医療を変えた: 医療ミスの原因究明から医療政策改革へ. 医療安全1: 24-27, 2004.

7) 吉田謙一, 木内貴弘. ビクトリア法医学研究所における医療関連事故予防への取り組み. 日本医事新報4228: 57-62, 2005.

8) Corder SM, Loff B. 800 years of coroners: have they a future? Lancet 344(8925):799-801, 1994.

9) VIFM(Victorian Institute Of Forensic Medicine) review ISSN 1448-5842, 2003&2004. information is available at www.vifm.org

10) Coroners Act 1985. Act No 10257/1885 (version incorporating amendments as at 22 October, 2003)

11) 州コローナ Grame Johnstone (GRAEME. JOHNSTONE@CORONERSCOURT.VIG.GOV.AU) に問い合わせ可能:

12) Coronial Communique (電子メールジャーナル): Managing Editor, Ms Stacey Emmett (staceye@vifm.org) より入手可能.

13) Loff B, Corder S. Doctor found guilty of manslaughter over death of young girl. Lancet 356: 1909, 2000.

14) 吉田謙一, 黒木尚長, 河合格爾: 英日比較医療関連死・医療紛争対応行政システム2: 英国の医事審議会 General Medical Council. 医師の自律的な行政処分から医療水準向上活動への熱い展開. 判例タイムズ1153: 80-88, 2004.

15) Milroy CM, Whitwell HL. Reforming the coroner's service. Major necessary reforms would mean an integrated service and more medical input. Brit Med J. 327: 175-176, 2003.

16) Yoshida K, Uemura K, Takeichi H, Kawai K, Kikuchi Y. Investigation of deaths in prison in Japan. Lancet 362(9387): 921-922, 2003.

17) 吉田謙一. 連載“医療関連死”: 厚生労働省のモデル事業が目指す医療関連死調査の近未来とは?. 病理と臨床23: 1230-1235, 2005.

18) 吉田謙一: 連載“医療関連死”: 医療関連死届出窓口業務と調整医・調整看護師. 病理と臨床24: 299-302, 2006.

19) 吉田謙一: 連載“医療関連死”: 診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業—東京地域平成17年度の総括. 病理と臨床24: 535-540, 2006.

(よしだ けんいち/きうち たかひろ)



# オーストラリアのヘルスサービス コミッショナーによる公的調停制度

東京大学大学院医学系研究科法医学講座教授 吉田 謙一

東京大学大学院医学系研究科大学院生

ビンセント ラウ

オーストラリア・ビクトリア州のHealth Service Commissioner (HSC) は、患者の苦情を受け付け、裁判外紛争処理 (Alternative Dispute Resolution: ADR) を行なう行政官である。患者側が民事裁判や行政処分を提起する前、HSCへの照会が義務付けられている。そして、個人の責任を追究する裁判の無用さ、システムエラーの原因を究明して事故の予防に役立てることの有用性が、コローナー、HSCなど色々な人から繰り返し説かれる。HSCの役割は、患者の苦情をADRにより調停すること、医療情報の開示・保護等に関する管理をすること、医療の質の向上に役立つ評価をし、方法を示唆すること、そして、行政処分やその他の行政機関と連携することにある。日本においても、HSCを参考として、同様の役割を担う行政官、そして、行政機関をつくることが求められる。

## 1. 序言

異状死の死因究明にかかるコローナーの情報を病院と遺族に伝え、医療事故等の予防に役立てることを主眼とするオーストラリアのビクトリア州の制度を、2004年10月に調査し、報告した<sup>1)</sup>。

日本では2005年度より実施計画されている厚生労働省の「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」(以下、モデル事業と呼ぶ)において、医療関連死の死因究明と専門家による評価を、事故の予防に利用するための方法が模索されている。この制度の設計を考える上で、ビクトリアのコローナー制度は、参考にできる点が極めて大きかった<sup>1)</sup>。

今回(2006年3月)の調査では、特に、医療側や社会から見る死因究明制度のあり方を、臨床医、法律家、行政機関担当者、指導医、医療ジャーナリスト、患者団体代表などから調査した。第1稿では、前回の調査報告<sup>1)</sup>に加えて、ビクトリア州法医学研究所の活動につき、社会や医療界の中でどのように評価されているかを含めて、追加・

修正した<sup>2)</sup>。

本稿では、Health Service Commissioner (HSC) 事務所について、報告する。このHSC事務所こそ、今、日本で求められている裁判外紛争処理、情報管理、そして、行政サービスとの連携(行政処分を含む)をつなぐキーポイントであると感じた。

## 2. 法的規定と業務概要

この州では、異状死の死因調査制度の面では、コローナーと法医主任の権限のもと、法と規定を定め、人と予算を配して改革を進めてきた。HSC制度の面でも、厚生大臣の下にコミッショナーをおき、その権限のもと、法と規定を定め、人と予算を配して実施している。

医療(調停・評価)法(Health Service (Conciliation & Review) Act, 1987)には、医療評価審議会(Health Service Review Council: HSRC)の役割として、以下の記載がある。

- 1) この法と、医療記録法(Health Records Act: HRA, 2001)に基づき、医療に関する苦情に関して、厚生大臣にアドバイスをする。
- 2) 厚生大臣に直接、または、コミッショナーから厚生大臣に照会すべき事項につき、アドバイスする。
- 3) コミッショナーに専門家の意見、ガイダンス、アドバイスを与える。
- 4) コミッショナーの運用計画や指導原理を推進する。
- 5) 厚生大臣の許可の下、医療に関する苦情、医療記録法の規定したプライバシー侵害について、コミッショナーが調査すべき事項を照会する。

医療記録法の規定には、以下の各項がある。

- 1) 公的機関及び個人が保持する医療に関する個人情報保護する。
- 2) 個人が自らの医療情報にアクセスするのを

助ける。

- 3) 医療情報の取り扱いに関する苦情処理のためのとりうる枠組みを提供する。

患者は、医療従事者が上の各項に違反していると考えた時、コミッショナーに苦情を提起できる。

また、コミッショナーの使命として、次の各項がある。

- 1) 患者（医療受給者）の苦情を処理する。
  - 2) 指導原理の実施法を示し、医療従事者が医療の質を向上させる方法を示唆する。
  - 3) 医療の評価と医療の質の向上に貢献する。
- コミッショナーの指導原理は、以下のとおりである。

- 1) 状況が許す限り迅速に質の高い医療を提供する。
- 2) 医療に関して熟慮する。
- 3) 患者のプライバシーと尊厳を尊重する。
- 4) 提供される医療と治療の内容が理解できるように十分な情報を提供する。
- 5) 個人の医療に関する意思決定に参加する。
- 6) 治療を受け、あるいは、拒否し、教育や研究プログラムへの参加に関する情報を与えられた上での選択・拒否（インフォームドチョイス・リヒューズ）の環境を整える。

要約すると、HSCは患者の苦情に対応し、医療の質の向上を目指す実務と政策に関わる。また、医師、看護師などの専門家の登録を管理（日本では、免許管理）する団体と連絡を保ち、行政処分・指導を通じて医療の管理を助ける。そのため、（精神科や心理療法とは異なる）独自のカウンセラーをおき、医療に関する決定や問題の解決を助け、あるいは、患者を教育している。

### 3. 構成員と使命、統計

医療従事者、患者、及び両者に関係する第三者の利益を代弁し、医療情報や医療受給者の利益を代弁する。約450万人の人口に対して、コミッショナーの下に、調停官（Conciliator）9、アボリジニ担当官1、行政支援担当官1、評価・調査官1、専門職調整官（Registrar）1、評価担当官4、マネージャー、法律・政策担当、プロジェクト担当、情報システム担当1、受付2がいる。2004—2005年（年間）受付事案を紹介する。

医療法関係	医療記録法関係
アクセス 194(8%)	アクセス・訂正 121(5%)
管理 85(4%)	匿名性 7

コミュニケーション 273(12%)	訂正 13(1%)
コスト 141(6%)	データの質 14(1%)
人権 153(6%)	公開性 3
治療 1188(50%)	利用・開示 99(4%)
合計 2369(100%)	

アクセスとは、地域性などにより医療を受けにくいこと、待ち時間など、治療は、診断、検査、薬剤、治療をさす。人権とは、プライバシー・尊厳、同意、情報開示に関わることである。提起された苦情の98%が処理されており、処理されない事案の一部が訴訟に回ると考えられる。結果が出ている事案の内訳は、以下のとおりである。

決着した段階	医療法関係	医療記録法関係
問合せ段階		
(1回のみコンタクト)	984	123
評価段階	871	116
調停段階	243	29
調査段階	2	1
合計	2100	269

### 4. 苦情処理の実際

患者の苦情は、評価担当官が電話で受ける。法は、依頼者が可能な限り自ら問題を解決するように試みることで、そして、スタッフが依頼者にアドバイスをし、必要な場合、サービスの提供者（例えば、環境保護部門、老人ケア部門）と直接連絡することを勧める。電話で解決できない場合、苦情書に必要な項目を記入し、署名の後、窓口へ送ることが求められる。苦情は窓口で確認され、情報がデータベースに登録された後、医療従事者に送られ、28日以内に文書回答が求められる。回答は、直接、患者に送られる場合と、窓口へ送られる場合がある。明確な説明と謝罪が最も有効な解決法とされる。

84日以内に解決しない場合、コミッショナーは調停者に照会する。調停の目的は、関係者の非公式・非公開の議論を通じて和解を図ることである。紹介状を受け取って2週間以内に、調停者は問題点を整理した詳細な文書を関係者に送る。この手続きは、他のいかなるプロセス、例えば、あらゆる裁判に優先され、その内容は裁判等には使えない。この手続きは随意であり、一方が合意できない場合は、中止される。

調停に至る苦情には、2種類ある。1つは、何が起こったか、どうしてかを説明して欲しいこと

である。もう1つは、危険性、補償、そして、更なる治療に関する要求である。普通は、両方の要素を含んでいる。補償要求は、通常、調停者を仲介として、会合の有無にかかわらず、関係者間で合意される。医療従事者の責任に関する紛争があり、両者の間に合意が成立した場合、第三者の評価（鑑定）が試みられる。調停者が、該当する領域の専門家に評価を要請し、報告書のコピーが関係者に伝えられ、次の段階の合意に使われる。第三者評価医が、時給100ドルを要求し、50時間かかった場合、5000ドル（約50万円）を請求することもある。この場合でも、訴訟に比べるとはるかに安価であるので、支払うという。補償や慰謝料に関する合意が成立した場合、合意文書が作成される。

## 5. ケーススタディー

評価チームは、全ての苦情の受け皿として電話窓口で受け付け、処理法を決める。85%は、説明、謝罪、払い戻し、サービスの追加・変更のいずれかによって解決している。12週以内に解決しない場合、評価担当者は、決着するか、調停・調査段階に進むか、外部機関に照会するか助言する。

例1（福祉問題）：老婦人が、同居している子供の家で、地域のケア部門からケアを受けていた。他の子供と同居することになった時、その地域で同等のケアを受けられなかったため、HSCに苦情を提起した。評価担当者が、移転先を管轄する国の老人医療局と連絡を取り、家族の望むケアを受けられるようにアレンジをしてもらい、決着した。

次のような医療ミスに関する問い合わせが、半数を占める。

例2（医療問題1）：手術結果の思わしくない女性が、ミスを疑ってカルテの開示を求めた。カルテによると、呼吸障害のため、手術が予定より早く終わっていた。彼女は、これが麻酔医の過失によるものと考えて、HSCに苦情を提起した。

HSCは、第三者麻酔医にカルテ評価を依頼した。その結果、当該麻酔医は呼吸障害が生じたので、外科医に手術を切り上げさせようとしたこと、術後の症状は、手術や医療行為ではなく、もともとある病気によることを説明した。女性は、説明を受け容れた。この例のように、結果として、患者の疑いを解き、病院・医師を守ることも少なくないという。

評価段階での決着は、説明（49%）、取り下げ

（18%）、他機関へ照会（12%）、医療費返済（6%）、謝罪（5%）などである。また、調停による解決は、説明（67%）、補償（9%）、謝罪（7%）、審議会への照会（1%）、調停不調（16%）である。

例3（医療問題2）：正常妊娠の後、第2期に入ってから3時間を経過した妊婦が、それまでにも再三、医師の診察を求めたが、助産婦が早いと判断し、1時間15分が経過して初めて代理医師（主治医不在）が来た。彼は、瘕子によって頭を逆転させて出産させた。新生児は、酸素欠乏のため、結局、脳性麻痺に陥った。両親は、医師に過失があると考えた。病院の保険業者は、助産婦に過失はなく、代理医師に責任があるとしたが、主治医の加入している医師保護機関は認めなかった。両親は、非常に悩んだが、訴訟とその調査のために費用を調達することにした。新生児の脳性麻痺に関する報告は多いが、この児の場合も、医療行為、または、不作為と脳性麻痺との因果関係は明らかでなかった。このような場合、訴訟では、過失や因果関係が証明されない限り、補償は得られない。したがって、保険会社、公的機関を含めた調停が必要となる。

障害補償法（Wrongs and Limitation of Actions Act, 2003）改正によって、障害の認定に関する苦情が増えた。永久的障害は、補償される。身体障害の場合、5%、心理的障害の場合、10%が認定される閾値である。そのため、どの時点で障害が固定されたか判断を要する。また、外傷後ストレス症候群では、医療器具の故障によって障害を受けた後の苦痛に対する補償が提起されることがある。いずれの場合も、第三者による調停が必要となる。拘置所内の患者の問題もある。

例4（拘置所内の医療）：30歳代男性が、頸部痛の痛みを、再三、訴えたが、聞いてもらえず、最後には病院で死亡し、頸部腫瘍が見つかった。このような事例は、コロナー届出対象として明記されているが、届出されていなかった。後日、妹から苦情を提起されたが、診断の遅れと死亡との因果関係が明らかでなかったため、補償はされなかった。拘置所内では薬物中毒者が多く、訴えがあっても、聞き流されることが多いという。

## 6. 医療情報の開示と審議会との関係

医療記録法関連の苦情は、概ね15%程度ある。

例5（医療情報提供の問題）：精神病患者の「女性との性交に関する妄想」に関する相談を受け、治療をした医師が、女性の連続殺人事件があった時、この患者の情報を警察に提供した。結局、無

罪と判断された。患者の両親が、精神科医の情報開示に関して、HSCに苦情を提起した。第三者精神科医の評価に基づき、当該精神科医が謝罪することで解決した。

例6(カルテ開示の問題)：夫の死後、妻が夫のカルテの開示を求めたので、開業医から問い合わせがあった。本人と法的代理人に、遺言状か公式文書の提出を求めたが、妻が持っていなかった。そこで、HSCは医師の質問に対して、事情に配慮し、医師が直接会って開示をすることを勧めた。

不法行為法(Tort Law, 2003)の改定後、謝罪に関する免責が認められるようになった。謝罪は、責任を認めることではなく、表現には工夫が必要である。例えば、「あなたが主張されることには同意できません」は、「あなたは、受けた医療が最善なものでないと感じているかもしれません。」と表現される。

苦情の大部分は、誤解に基づくので、更なる説明によって、解消されることが多い。

英米圏諸国では、医師など職業人に対する行政処分の制度が整備されている。オーストラリアでも、医師、看護師など医療関係者の登録団体が、苦情に対して、専門的な調査をして、登録の条件付与・停止・抹消などの処分をしている。その内容は、英国の医師審議会(General Medical Council: GMC)と同様に、倫理的問題(医療費不正請求、セクハラ)、健康問題(飲酒、薬物中毒)、医療(ミス)の再発、極めて重大な過失)などと思われる<sup>3)</sup>。HSCが、審議会に照会をし、審議会と患者側の調停をすることもある。

HSCから審議会に紹介された390件の内、287件は州医師審議会に、59件は歯科医師審議会に、11件は看護師審議会、10件は視力診断士審議会に対してであった。一方、審議会からHSCに紹介された事案の内訳は、州医師審議会から414件、歯科医師審議会から110件、看護師審議会から31件、薬剤師審議会から61件などであった。このようなつながりを通じて、専門家の資格審査に加えて、政策立案、教育に役立てることができる。専門家の管理と患者(消費者)の苦情を直結させているのが、ビクトリアのHSC制度の特徴であろう。

HSCが病院の苦情係とコンタクトをとり、双方向で患者の苦情を照会することもある。例えば、病院側が医療過誤を認めて、第三者としてHSCの介入を要請することもある。英国と同様、患者が病院に文書で苦情を提起し、一定の日数内に、病院が患者に文書で回答するシステムもある<sup>4)5)</sup>。

これらの文書は、公文書として取り扱われ、分析される。

## 7. 考察

### 1) HSC活動の評価

ビクトリア州HSC事務所上級調停官キース・ジャクソンの文書の関連部分を要約して、この制度の利点を紹介しよう。

医療に関する民事裁判は、時間とお金と労力がかかり、関係者の心の傷を負わせる。これに対して、HSCによる調停は、早く、経済的である。例を挙げて説明しよう。

患者が手術事故に関して6万オーストラリアドル(約600万円)の損害賠償を求めたとしよう。患者は、外科医、麻酔科医、そして、病院を訴えた。カウンティ裁判所で審理され、陪審員が要請された。各々が、代理人を雇い、法的責任と賠償分担額につき争った。審理に7日を要し、関係者全てに鑑定が要請された。裁判前に、被告から合計2万ドルの補償が提起されたが、原告側は拒否し、5万ドルを求めた。陪審は、外科医・麻酔科医の責任を認めたが、病院は無責と評決した。原告側の裁判費用は、全てを含めて3万ドルであった。各々の弁護士にかかった費用は、同様の額であった。結局、原告にとって、多大の時間と経費を無駄にして、何ら得ることのない結果となってしまった。代理人を含む全ての関係者にとって、全てのことが苦い経験で終わったであろう。

比較として、HSCの調停プロセスの場合を考えてみよう。調停期間の内、実際にコンタクトしたのは、約40時間であった。ファイルのチェック、連絡、調査、コピー、調整などに約10時間を要した。時間当たり100ドル(約1万円)を要したとしても、合計5,000ドル(約50万円)で終わる。関係者は、当然、自ら要した費用は自弁で済ませるし、裁判に比べると最小限ですむ。調停で提示された金額の記載はないが、上記の2万ドル程度の補償は、なされたのであろう。関係者の精神的な負担も軽い。

調停のためのミーティングの利点について、考えてみよう。調停の場合、いつも、相手の立場と人間性に理解を示すことを求められる。したがって、お互いひどく無礼に、あるは、非合理に振舞うことはできない。問題は、弁護士、医師保護団体、親戚でなく、相手自身にあることを知るであろう。裁判の場合とは異なり、相互理解と妥協がしやすく、方針変更も容易なので、心理的にも早く解決できる。意見(鑑定)提供に関して、裁