

判でなく調停の場合、より公平で冷静に対処できるので、専門家の協力を得やすい。

裁判に比べて、補償額や払い戻し額が少ないことも利点である。法改正もこの傾向を後押ししている。裁判を選ぶ人はいるし、調停は、単に、裁判の大変さを知っている人たちに対する「ニンジン」の役割を果たしているに過ぎないという意見もある。報道関係者のように、私的な調停より、公的な裁判のほうを、公益上から好む向きもある。現実には、多くの人々が調停のほうを選ぶ。HSCの問題点は、費用と期間という問題とは別の医療上の公益をどのように追求するかということであると思われる。

## 2) 日本の今後の制度設計に関して

日本においても、年間約1,000件といわれる医療民事裁判の新たな提起の影には、その10倍の紛争があるといわれる。医療紛争の内、少額の見舞金で決着する事案が4割程度、弁護士などを介した示談が2割程度、訴訟が1割程度、残りは消滅するという<sup>6)</sup>。そして、訴訟の約半数は、和解で決着しているという<sup>6)</sup>。しかし、日本には、ビクトリア州のHSCのような、公的に苦情に対して、行政機関のサービスの調整をし、専門家評価による裁判外紛争処理をし、さらに、行政処分機関（Medical Boardなど）と連携して専門家の管理に直結させる制度はない。

HSCのサービスを情報管理と直結させた点に創意を読み取れる。なぜなら、医療の前提となるインフォームドコンセントに関する不満が大多数の医療紛争の根源にあるからである。医療事故・有害事象（事故等）の原因についての公的究明と説明も求められる。加えて、事故等の多くがシステムエラーに起因するので、その予防のためには、公的な調査情報を適切な形で開示して、事故の予防のため、物的・人的システムを改善しなければならない。この点、医療の質向上の目的で人的・物的資源を最大限有効に活用するためには、政策に基づいて、行政システムが情報を集め、解析し、伝えることが求められる。

ビクトリア州法医学研究所は、医療関連死を含む異状死の法医学的死亡原因究明機関であるが、法的処理に係る州コロナー事務所が併設されている<sup>2)</sup>。そして、異状死全体の約1/4を占める病院届出事例の全てに、カルテ開示を求め、臨床医・看護師のチームが評価をし、週1回の検討会で法医、臨床医、コロナー関係者が議論をし、コロナーによる死因決定に貢献している<sup>2)</sup>。コロナーは、実質上、死因究明に関する法律上の全権を掌握し、第

三者として死因を決定（評決）するが、同時に、医療機関や行政の事故予防やシステム改善に関する提言をする<sup>2)</sup>。また、情報を関係者・研究者にITを用いて開示し、事故の予防を促す。さらに、法医学研究所から医療に関する警鐘事例が病院に電子メール雑誌（新聞）として送付されている<sup>2)</sup>。

2005年9月より、厚生労働省が、「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」を補助事業としてはじめた<sup>7)8)9)</sup>。この事業では、病院と遺族の間で合意した後、法医、病理医、臨床医が解剖をし、報告書を提出する。当該臨床科の複数の臨床医が、病院の診療録等を分析し、死因、診療行為との因果関係、医療の評価、提言などを評価結果報告書案にまとめる。これら2つの報告書案が、地域評価委員会で検討され、最終的な評価結果報告書と解剖結果報告書が病院及び遺族に伝えられ、説明される。この事業で、総合調整医や調整看護師が、解剖の前後に遺族と話す際、遺族の医療ミスに関する懸念、事故の予防に役立てたいという願いを聞くことがある。また、最終的な説明の際に、医療ミスや因果関係に関して遺族に説明をしなければならない。報告書には、「過失」のような法的な表現を使わない、医療者を責めない、そして、システムエラーの観点から事故の再発予防に役立てることを表現する必要があるであろう。

日本の自治体には、患者の苦情窓口があるが、ビクトリア州のように、行政サービスの対応、及び裁判外紛争処理につなげていくシステムはない。そこで、このモデル事業後の説明の際に、以上述べた観点につき、特に、遺族に十分な説明をして、紛争を予防する必要がある。そのためには、モデル事業の調整医や調整看護師<sup>8)</sup>に調停・裁判外紛争処理に関する訓練をして、これを実行する必要がある。このような試みで経験を積んだ後、裁判外紛争処理を行政機関主導で行なう方策を考える必要がある。

結論として、医療関連死の死因究明、医療評価、事故の再発予防、情報管理・利用、そして、患者・遺族の苦情処理が体系的・相互作用的に実行できる、効率的な行政システムの創設が求められる。そのためには、法・制度の改革が必要になるだろう。

## 8. 結論

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。ビクトリア州では、患者側が民事

裁判や行政処分を提起する時、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、HSCなど色々な人から繰り返し説かれる。コミッショナーの役割は、患者の苦情をADRにより調停すること、医療情報を管理すること、医療の質の向上に役立つ評価をし、方法を示唆することにある。また、行政処分機関、その他の行政機関との連携が図られている。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。

## 9. 参考文献

- 1) 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.
- 2) 吉田謙一. 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. 判例タイムズ 1209: 54-59, 2006.
- 3) 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.
- 4) 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.
- 5) 吉田謙一. 連載“医療関連死”: 英国圏の異状死死因調査・医師管理制度. 病理と臨床 24: 77-82, 2006.
- 6) 押田茂實, 児玉安司, 鈴木利廣. 事例に学ぶ医療事故 (第2版). 医学書院. 2000.
- 7) 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.
- 8) 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.
- 9) 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/ビンセント ラウ)

□連 載□

## 医療関連死

□第10回□

地域評価委員会のあり方—事故予防と遺族対応への役割について—

吉田謙一 中島範宏 武市尚子

病理と臨床・別刷

2006 vol. 24 no. 8

東京／文光堂／本郷

## 地域評価委員会のあり方—事故予防と遺族対応への役割について—

吉田謙一\*<sup>1</sup> 中島範宏\*<sup>1</sup> 武市尚子\*<sup>2</sup>

## はじめに

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）においては、解剖結果報告書と共に、臨床専門家による評価結果報告書の作成を受けて、地域評価委員会が開かれる。この委員会は、死亡原因の究明、医療行為の評価、事故予防対策の提言など、モデル事業の任務遂行の中核を成す<sup>1)</sup>。本稿では、この地域評価委員会について紹介すると共に、この委員会を、事故予防と遺族対応に結びつけるために何が必要かを考えたい。そのため、類似の役割をもつ諸外国の機関を紹介して、将来、進むべき方向性を考えたい。

## I. 東京地域評価委員会の役割と現状

東京地域の委員会では、若干の増減はあるが、解剖執刀者、当該領域の臨床評価医2名、内科系委員1名、外科系1名、総合調整医に加えて、弁護士各2名が、2回以上の地域評価委員会における検討を経て、最終的な解剖結果報告書と評価結果報告書を取りまとめる。そして、評価医代表と委員長（外科案件では、内科系委員）が、これらの報告書を基に、遺族・病院側に一緒に説明する。

死亡原因の究明は、解剖結果、およびカルテ・画像などの分析を通じて行われる。解剖において、臨床立会い医は、事情聴取やカルテなどの分析を通じて、解剖に臨床的観点を導入した。また、解剖所見のみでは、死因決定や医療評価ができない場合、解決すべき問題点を挙げる。解剖結果は、法医、病理医、臨床立会い医を代表する執刀医により解剖結果報告書として取りまとめられ、委員会で検討される。

臨床評価は、当該専門領域の2名以上の専門家により、

カルテ・画像を基に行われる。当該病院の事故調査委員会の報告書、モデル事業側からの質問状に対する回答書、遺族の聴取記録（調整看護師作成）などが資料となる。必要と判断された場合には、2名の評価委員以外の専門家にも意見を聴取し、意見書の提出を求める。これらの情報を基に、評価結果報告書案が作成され、地域評価委員会で検討される。概ね1回2～3時間程度の委員会の中では、死亡原因、医療行為と死亡との因果関係、医療行為の評価などが、活発に討議される。その討議内容を基に、病院などに対する再調査が行われることもある。委員会では、医学的討議に加えて、事故調査委員会の活動に対する評価、事故の再発予防対策などについても討議される。また、患者側・病院側の弁護士が、各々の観点から問題点を指摘し、関係者の受け取り方にも配慮して、評価結果報告書の表現をチェックする。例えば、調査により、事後的には、過失や不作為であることが判明した場合でも、当該病院・医療者の置かれた状況において、事故発生に関して医師個人の責任を問うことが妥当か否かについて検討し、法的な過失に関する誤解を与える表現を避けることが必要な場合もある。一方、病院の事故調査委員会の活動に関する評価をする。

医学的表現・法的表現の違いに関する認識の重要性は、福島県の県立病院で、帝王切開に際して、癒着胎盤の剥離操作と輸血・輸液の遅れより出血性ショックで産婦が死亡した事案における事故調査報告書が示唆している。この報告書で、「・・・用手的に剥離困難の時点で癒着胎盤と考えねばならない。・・・剥離を止め子宮摘出に直ちに進むべきであったと考える」というような表現が、捜査機関が逮捕・起訴する端緒となった可能性がある。しかし、この事件でも、事故発生時、対応できる医師の不足を招いた医療制度上の問題が指摘されている。モデル事業の評価委員会でも、事故の再発予防という観点に立ち、医療制度や病院の管理体制の問題についての提言を優先すべきである。

当初、解剖日より3ヵ月以内に、関係者に説明をすることを目指したが、半年程度を要する事案が少なくなさそう

\*<sup>1</sup> 東京大学大学院医学系研究科法医学講座\*<sup>2</sup> 千葉大学大学院医学系研究科法医学講座

である<sup>1)</sup>。カルテなどの医療情報、解剖結果報告書案の提出、評価医の選任が遅れることが多い。調整看護師の人材難は深刻であり、厚生労働省や内科学会が支援しているが、関係者の多忙と認識不足もあり、調整が遅れることが多い。評価医も、日常の臨床の負担に加えて、モデル事業の評価結果報告書作成の重い責を負えば、物理的・精神的な限界に直面するであろう。退官直後の名誉教授を選任すべきという議論もあるが、より一層、積極的な学会の関与が必要であろう。

2006年6月現在、13例の事案を受け付けたが、2005年12月初めの第1例から、報告書作成がほぼ終わった事案が3例、説明に至った事案が1例にすぎない。当事者たちの負担は予想以上に大きい。事業を担う人材プールの拡大および関係者の意識改革には急を要する。

## II. 評価委員会に残された問題点

受け付けた事案の多くで、遺族には医療側に対する不審感がある。これは、解剖前後、その後、遺族に対応する調整看護師から伝えられることが多い<sup>1,3)</sup>。今後、説明会などで、遺族の不満を聞く機会も増えると思われる。

遺族が、評価結果報告書などを、警察への告訴に用い、裁判に利用することを妨げることはできない。しかし、これまで、異状死として取り扱った警察が、遺族心情とモデル事業の趣旨を考慮して、病院などにモデル事業申請を薦めた事案が少なくない<sup>1)</sup>。また、現在、大半の事例は、警察の検視や事情聴取を経て、モデル事業で取り扱われている<sup>1)</sup>。したがって、いったん、警察が事情を聞いた案件について、その後、警察が捜査に踏み込む例は限られるであろう。裁判への利用に関しては、後述するように、ドイツにおいて、第三者が作成した鑑定書を関係者に交付した結果、訴訟に進むものは1割程度にとどまることが参考になる。

モデル事業は、遺族の苦情に対応するシステムではない。東京都福祉保健局「患者の相談窓口」の平成16年度実績報告によると、総計12,388例の相談・苦情のうち、医療事故・過誤の判断に関する相談は719件(5.8%)、死亡原因に関する苦情は58件(0.5%)であった。主な紹介先として、弁護士会504件(14.8%)、医療情報センターひまわり367件(10.8%)などがある。しかし、行政機関自らが調査をし、あるいは、専門家による鑑定・評価を委嘱する制度はない。一方、警察への告発・告訴の件数は把握できないが、同年、都下で実施された医療に関連する司法解剖は、約30件と聞く。今後、医療関連死に関する遺族の苦情を受け付ける窓口を保健所など行政機関に置き、専門家による検案・解剖、そして、調査・医療評価(鑑定)を行政主導で行うべきであろう。制度設計上、参考になるとと思われる外国の制度を紹介しよう。

## III. ドイツ州医師会鑑定委員会(鑑定所)、調停所<sup>4,5)</sup>

ドイツの州医師会は強制加入団体であり、医師の管理の責を負う。医療過誤紛争の増加を受けて、1975年バイエルン州、ノルトライン州の医師会に鑑定所・委員会が設立され、全国に広がった。医師主導で民事的解決を図る裁判外紛争処理(Alternative Dispute Resolution: ADR)のモデルとみなされている<sup>4,5)</sup>。州ごとに、鑑定所と調停所(委員会)のいずれかを設置している。鑑定委員会(所)は、報告書を交付して任務を終えるが、調停所は、さらに、賠償責任の有無、補償額について判断する。

2004年、人口8,200万人の全ドイツで、新規に11,144件の鑑定・調停申し立てを受け付けた。患者、医師(医療機関)、賠償保険事業者の同意の下、医療過誤を主張する患者・遺族または医療過誤を否定する医師から申し立てられるが、訴訟係属事案は対象外である。まず、事実関係の調査のために診療記録の収集や事情聴取が行われ、必要な場合、専門医が患者を診断する。次に、鑑定人を選任し、事実調査の結果に基づき、鑑定を実施する。鑑定結果は、委員会で審議・決定されて、医療過誤の有無を判断した報告書が関係者に送られる。委員会は、概ね委員長である医師1名、裁判官資格を有する法律家1名、専門医を含む医師2~3名で構成される。この調停・鑑定結果にかかわらず、裁判所に訴訟を提起できる(約10%)。医療過誤を認める認容率は約28%であり、医療過誤訴訟における認容率13%の倍である。鑑定期間は、概ね1年以上である。なお、鑑定事例のうち、剖検実施例はごく少数である。

賛否両論あるが、長所として、砂川は、①手続き費用が無料である、②高度の医学鑑定を入手できる(医師会・保険会社関与という批判あり)、③診療録が提出される、④非公開性のため、医師が自らの過誤を認めやすく、和解を受け入れやすい、⑤患者側に有利な鑑定結果の場合、医師や保険会社との交渉で有利な立場に立てる(反対の場合、裁判官の心証に不利な影響を与えるという)ことなどを挙げている<sup>4)</sup>。

多数の鑑定人を確保するため、鑑定協力を専門医資格審査や昇進の要件とし、指導医と若手医師の共同作業として鑑定を推進している<sup>6)</sup>。日本でも、見習うべきであろう。モデル事業の調査では、東京地域で10例あまりの調査に多大の労力と期間を費やしており、多数の事案を取り扱うには、多くの事案で書面のみでの鑑定を取り入れる必要があると思われる。解剖をしない事案として、遺族が望まない、事故発生後死亡に至る経過が長い、薬物の過誤投与など血液検査などで証拠を保全できる、あるいは、臨床診断で死因を特定でき関係者が争わない場合などがある。反面、解剖の価値は、実施後にしかわからない、関係者の恣意に左右される可能性があるなどの問題がある。ただし、ドイツの書面鑑定でも、1年以上の期間を要することが多いよう

である(後述)。

#### IV. 英国の全国医事審議会 (General Medical Council : GMC)<sup>7,8)</sup>

英国の医療費の約85%をカバーするNational Health Service (NHS)は、患者の苦情に対して、勤務医は10日以内、開業医は20日以内に文書回答を求めており、この段階で約98%の苦情を処理している。また、医師(病院)・患者間で、相互に代理人・鑑定医を立てた法的折衝が行われているという(実数は不明)。その上、医療関連死の多くは、コロナーに届け出られて解剖されている<sup>7)</sup>。遺族は、コロナーの検視法廷で、関係者からの事情説明から事実を認定する過程をつぶさに見、質問ができる。また、コロナーは、必要に応じて、事故の予防に関する提言もできるし、GMCやその他の行政機関に紹介もできる。いろいろ批判はされているが、英国国民は、二重三重に公式に苦情を提起し、調査を求める権利を有している。

英国では、民事的な解決のほかに、苦情を受け付け、必要に応じて、医師に対する調査、委員会審議(職業裁判)を行い、行政処分(医師登録停止、抹消)と教育を通じて、医師の資質を向上させ、患者を守る全国医事審議会(GMC)という機関がある<sup>8)</sup>。英国では、医師は、GMCに登録しないと、実質上、NHS関連医療機関で医療を行うことができない。GMCは、実務内容が、常に医療の質の向上に対するポジティブフィードバックのループを形成している。すなわち、「よい医療(Good Medical Practice)」という小冊子に、会員として医師が守るべき基準が明示され、GMCの審議・登録(更新)・職業裁判は、この基準に従って行われる<sup>8)</sup>。これらの実務の内容が、会員に周知されるとともに、批判・検討の対象となる。「よい医療」に示されたGMCの基本ポリシーとして、患者のケアを最優先すること、丁寧に思慮深く診療すること、患者の尊厳と秘密を守ること、患者の考えを尊重すべきこと、患者に情報を理解できるように伝えること、など14項目が挙げられている。審議会(職業裁判)の判決文では、処分の理由として、これらの原則が引用される。また、インフォームドコンセント、終末期医療、感染症、個人情報保護などに関する小冊子が次々に発行されており、医療の進歩の内容を取り入れながら、これらの小冊子の記載内容が、裁判における「医療水準」の役割を果たしていると思われる。GMCは、また、医学部のカリキュラムを策定し、処分された医師の再教育や、登録更新の審査も行う。

人口5,000万人あまりのイングランド・ウェールズにおいて、年間約4,000件の主に患者側からの苦情の提起に対して、まず、ケースワーカーが調査をし、審議の要否を決める。審議要の場合、診療録、申立書、その他、必要な文書が揃えられる。第2段階では、指名された医師の審議会メンバーが、書面を基に次の審議会にかかる必要性を検討

する。審議会には、職業倫理審議会、医療行為審議会、健康審議会がある。職業倫理審議会では、不正直(不正請求など)、セクハラなど、医師の品行に関する審議が行われる。医療行為審議会では、医師の態度、能力、臨床・コミュニケーション能力、重大・反復する医療ミスに関する審議をする。そして、健康審議会は、アルコール・薬物中毒などに関する審議をする。審議会は、最終段階では、公開の職業裁判の形をとり、結論は、「よい医療」を引用する形で、判決のように伝えられる。関係文書も、判例のようにアクセスできる。審議会会員の2/3が医師、1/3が一般人であり、法律家が調査や審議を指導・補助する。一般人の参加は、調査・審議の透明性を高めている。2001年度、処分の内容は、懲戒29、条件付与120、登録停止93、抹消48、自発的抹消20であり、医療行為ができなくなる医師が年間約160名と、日本に比べると格段に多く、厳しすぎると感じる。しかし、医師が自律管理するGMCが医師に厳しいことが、社会の医師に対する信頼性確保に貢献しているという。

GMCのような、医師による患者のための専門的・自律的な調査・審議を通じた行政処分機関が、医療の質の向上を目指すために求められる。そして、医師の尊厳と職業意識を満たし、医師が社会に対する説明責任を果たすことにつながる。GMCの活動は、日本の医道審議会が、不十分な刑事・民事調査資料を基に、自ら専門的な調査部門をしないまま、刑事・民事処分を追認しているのとは対照的である。まして、警察届出しか、公式な行政対応のルートのない現状を打開することによって、初めて医師の医療の質向上への意欲を促進するであろう。

医療事故・過誤に対する刑事・民事・行政処分の内、明確に医療の質の向上につながるのは、行政処分のみである。日本でも、行政処分・指導のシステムが、GMCのように、社会から信頼されれば、国民の刑事的・民事的解決に対する期待感は、縮小するであろう。医療関連死の多くの遺族が、懲罰や賠償より、原因究明、説明、事故の再発予防を求めていることに鑑みても、医師主導の行政処分・指導のシステムの充実が待たれる<sup>9)</sup>。今後、モデル事業の地域評価委員会が行っているような審議を、行政主導で拡張し、行政指導や行政処分に活かしていくことが求められる。その審議内容から、GMCのように、標準的な医療のスタンダードを明記し、常に、審議の実務で検討することが求められる。

#### V. オーストラリア(ビクトリア州)のHealth Service Commissioner (HSC)<sup>10,11)</sup>

オーストラリアのビクトリア州(人口500万人弱)では、法律家コロナーと法医が、同じ建物の中で、日常、協力して、病院届出事例(年間約1,000件)を全例、医療評価医と看護師が評価し、毎週、委員会で審議をしつつ、コロナー

表1 HSCの年間受付事案数(2004-2005年)

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	1,188(50%)	利用・開示	99(4%)
合計	2,369(100%)		

の調査を支援し、結果は、病院にフィードバックされる<sup>10)</sup>。法に、届出の目的を事故の再発予防とし、調査内容を刑事・民事裁判に利用できないと明記している。その上で、専門家が医療を評価し、公開の検視法廷で事実が認定される。調査内容は、全国コロンナー情報センターで、インターネットを用いて登録・管理され、関係者に開示されるので、稀少事例でも、すぐに数例の類似例を見つけ、その事故状況の分析より、再発予防策を考えることができる。また、事実認定と事故の再発予防のための提言がコロンナーの役割とされている。また、警鐘事例は、電子メールジャーナルや新聞の形で、医療者にフィードバックされる。さらに、各学会代表とコロンナーの連絡会議が隔月に開かれ、医療界と死因調査機関の橋渡しをしている。

ビクトリア州のHSCは、年間約2,500件の患者の苦情を受け付け、ADRを行う行政官である<sup>11)</sup>(表1, 2)。患者側が民事裁判や行政処分を提起する前、HSCへの照会が義務づけられている。そして、個人の責任を追及する裁判の無用さ、システムエラーの原因を究明して事故の予防に役立つことの有用性が、コロンナー、HSCなどいろいろな人から繰り返し説かれる。

HSCの使命は、①患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ことにある。指導原理として、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。そして、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選択・拒否(informed choice・refuse)の環境を整える。また、医師、看護師など専門家の登録を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置き、医療に関する決定や問題の解決を助け、患者を教育している。

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

表2 HSCにおける決着事案の内訳(2004-2005年)

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	2,100	269

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、窓口を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、窓口に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である。

84日以内に解決しない場合、コミッショナーは調停者に紹介する。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に関係者に送る。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。

調停に至る苦情の一つは、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。もう一つは、危険性、補償、そして、さら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、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。裁判と比べて、調停では、相手の立場に理解を示すことが求められ、妥協がしやすく、方針転換が容易なので、心理的にも早く解決できる。意見・鑑定も、調停のほうが、より公平・冷静に対処しやすいので、提供しやすい。費用・時間の面のメリットも大きい。

HSCのサービスを情報管理と直結させた点に創意を読み取れる。なぜなら、医療の前提となるインフォームドコンセントに関する不満が大多数の医療紛争の根源にあるからである。医療事故・有害事象(事故等)の原因についての公的究明と説明も求められる。加えて、事故等の多くがシステムエラーに起因するので、その予防のためには、公

的な調査情報を適切な形で開示して、事故の予防のため、物的・人的システムを改善しなければならない。この点、医療の質向上の目的で人的・物的資源を最大限有効に活用するためには、政策に基づいて、行政システムが情報を集め、解析し、伝えることが求められる。

日本の自治体には、患者の苦情窓口があるが、ビクトリア州のように、他の行政機関や行政処分機関、ADR、そして、医療情報管理につなげていくシステムはない。また、医療案件に対して、弁護士会などを中心とした調停が広く行われているが、専門的鑑定や事故予防を、体系的に行うシステムはない。このモデル事業では、取りまとめられた解剖結果報告書と評価結果報告書を遺族と病院に交付し、説明をする会を設けている。この説明の際に、遺族に十分な説明をして、納得していただき、紛争を予防する必要がある。そのためには、モデル事業では、調整医や調整看護師<sup>9)</sup>に調停・ADRに関する研修をして、これを実行する必要があると思われる。このような試みで経験を積んだ後、国も、ADRを行政機関主導で行う方策を考える必要がある。

## ま と め

モデル事業は、医療関連死という貴重な事例の分析を通じて、事故の再発予防と紛争予防につなげる医療制度改革の試金石と位置づけられている。その中で、地域評価委員会は、将来、行政機関、または、その外郭機関として、患者・医療者からの申し立てを受け付け、解剖と臨床評価に基づく審議をし、死因究明、医療評価などをし、関係者に説明して、関係者間の紛争を、裁判外で処理することを求められるようになるであろう。また、事故の再発予防策の提言し、関係行政機関に実施させ、一方、医師の行政処分を通じて、医療の質を向上させ、社会に対して、医療の透明性を示していかなければならないであろう。諸外国の、

良い制度・法を取り入れ、独自の制度・法を作り上げることが求められる。

## 文 献

- 1) 吉田謙一：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 2006, 24 : 535-540
- 2) 吉田謙一, 高橋 香, 高澤 豊 他：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 2006, 24 : 423-430
- 3) 吉田謙一：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 2006, 24 : 299-302
- 4) 砂川知秀：ドイツにおける医療過誤の現状。安田総研クォーターリィ, vol. 20 (1997. 7. 17) [www.sj-ri.co.jp/issue/quarterly/q21\\_3.html](http://www.sj-ri.co.jp/issue/quarterly/q21_3.html)
- 5) 畦柳達雄：現代不法行為事件と裁判外紛争処理機構。判例タイムズ 1995, 865 : 38-69
- 6) 武市尚子, 吉田謙一：医学鑑定に関する臨床医・大学教官の意識調査。日本医事新報 2003, 4117 : 45-50
- 7) 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：英国のコーナー制度にみる医療事故対応。判例タイムズ 2004, 1152 : 75-81
- 8) 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 2004, 1153 : 80-88
- 9) 河合格爾, 武市尚子, 菊地洋介 他：一般市民の医療事故死に関する意識調査。日本医事新報 2004, 4190 : 24-31
- 10) 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 2005, 4228 : 57-62
- 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ナーによる公的調停制度。判例タイムズ (印刷中)