

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

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

前稿で、医療関連死調査の現状を分析¹⁾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²⁾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⁴⁾。

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、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⁸⁾。

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⁹⁾。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⁹⁾。

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、病態説明・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・助教授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

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がある。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酩酊程度。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、抗精神病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、抗精神病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高濃度の抗精神病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つ、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¹⁾²⁾。

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²⁾³⁾。

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³⁾⁴⁾。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⁵⁾。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、地方の開業医シップマンは推定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⁶⁾。

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⁷⁾。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) ⁷⁾⁸⁾⁹⁾

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では州コロー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ロー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」コロー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やコロー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) ⁹⁾

NCISは、オーストラリア国内の8コロー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、コローナー関係者・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⁹⁾。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⁹⁾。このように、1人1人のコロー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。

コロー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⁹⁾。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、コローナーの死因究明情報がコローナー関係者に“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や州コロー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、コロー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。

コローナー法¹⁰⁾に従い、誰でも直ちに異状死をコロー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ーナーにあるが、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、解剖の可否を実質的

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、解剖をすべきアボ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¹¹⁾¹²⁾

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うること、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、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¹¹⁾¹²⁾

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によりブ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¹⁵⁾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⁴⁾。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¹⁰⁾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¹⁰⁾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。」¹⁰⁾、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・公正な方法に関しての議論は哲学である。」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に反論できる上、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¹³⁾。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¹⁴⁾、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。因みに、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¹⁰⁾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¹⁷⁾¹⁸⁾。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々が、事故の再発予防を目標に掲げ、自発的かつ協調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、拘置所・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¹⁶⁾。

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¹⁰⁾

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¹²⁾

システムエラーに起因した警鐘的事例が、コロナー・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: プ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、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¹⁾。

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制度は、参考にできる点が極めて大きかった¹⁾。

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¹⁾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²⁾。

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)をつなぐキープ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、アポリジニ担当官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 問合せ段階	医療法関係	医療記録法関係
(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、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、窓口に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。

拘留所内の患者の問題もある。

例4(拘留所内の医療)：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、コロン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。拘留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³⁾。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。このようにつながりを通じて、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⁴⁾⁵⁾。

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。各々の弁護人にかかった費用は、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

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⁶⁾。そして、訴訟の約半数は、和解で決着しているという⁶⁾。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²⁾。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²⁾。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²⁾。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²⁾。

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⁷⁾⁸⁾⁹⁾。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⁸⁾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。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: 英国のコローナー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*1 中島範宏*1 武市尚子*2

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¹⁾。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、癒着胎盤の剝離操作と輸血・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、「・・・用手的に剝離困難の時点で癒着胎盤と考えねばならない。・・・剝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

*1 東京大学大学院医学系研究科法医学講座

*2 千葉大学大学院医学系研究科法医学講座

である¹⁾。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^{1,3)}。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¹⁾。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¹⁾。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^{4,5)}

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^{4,5)}。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⁴⁾。

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⁶⁾。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)^{7,8)}

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⁷⁾。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⁸⁾。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⁸⁾。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刊されており、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・民事処分を迫っ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⁹⁾。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)^{10,11)}

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