

医学教室と、東京 23 区内の大学病院救急部の医師が集まって、今後の研究について熱心な討議が行われた。

#### 5：「救急医療を経て司法解剖となった事例に関する web 調査研究」

本研究は、解剖情報を救急医療現場にフィードバックすることによって、救急医療と解剖の質を向上させることを目的とする。

研究対象は、都内大学病院救急部にて診療後死亡し、東大及び東京医科歯科大学の法医学教室で司法解剖となった事例である。法医は救急医から提供を受けた診療録や撮影画像をもとに解剖を行い、解剖結果を救急医に提供する。

主治医となる救急医には、法医からの解剖情報の提供が診療や遺族対応にメリットを与えたかを尋ね、法医は、診療情報提供が剖検診断にメリットを与えたかを評価する。また第三者救急医は、診療経過の分析・評価を行って診療・解剖の双方を評価する。評価および回答は、東大法医学教室のウェブ画面にアクセスすることによって3分程度でできる。「医療上の過失」の判断は、本研究では評価対象とはせず、個別事例の判断の中で、第三者救急医の公平な判断を鑑定書に織り込み、内容が迅速に関係者に伝えられる方向性や実務上の方法を探索しつつ、確立していくことを目指す。

私達は、救急医・法医双方の情報交換、そのメリットの評価を学術・研究活

動として行い、エビデンスを得たうえで、これをもとに、社会や国に解剖情報の開示や利用のあり方を提案したいと考えている。第一回の会合では、参加者の、熱心な議論から熱い期待を感じることができた。

#### 文献

- 1) 笠原麻美、伊藤貴子、奥津康祐、吉田謙一：東大司法解剖事例にみる診療関連死の刑事処分状況. 医学のあゆみ：230(2) 159-162, 2009.
- 2) Bove KE, Iery C; Autopsy Committee, College of American Pathologists.. The role of the autopsy in medical malpractice cases, II: controversy related to autopsy performance and reporting. Arch Pathol Lab Med 2002; 126(9): 1032-1035.
- 3) Ito T, Nobutomo K, Lefler LB, Yoshida K. Limited disclosure of autopsy information leads bereaved families to sue physicians. Journal of Medical Safety. 2008; Oct: 34-42
- 4) 中島範宏、武市尚子、吉田謙一. モデル事業依頼医療機関への調査に基づく診療関連死死因究明制度の課題. 日本医事新報. 2008; 4399: 77-83.
- 5) 浦川道太郎「ドイツ医師会の調停所と鑑定委員会」『医事法学』No. 11, 1996. 8, pp. 16-23.
- 6) 吉田謙一, 木内貴弘. ビクトリア法医学研究所における事故予防と診療関連死調査の取り組み.判例タイムズ 2006; 1209: 54-9.

# イギリス並びにヨーロッパの制度全般について

アイルランド国立大学ダブリン校 (UCD)

小館 尚文

naonori.kodate@ucd.ie

## はじめに：欧州 (EU 諸国) における医療安全の動き

1999年にアメリカの医学研究所 (Institute of Medicine) が『人は誰でも間違える』 (*To Err is Human: Building a Safer Health System*) という報告書を発表して以来、医療安全の問題は国際的にも大いに注目を集めるようになり、重要な社会問題、政策課題として公共の場で語られ始め、研究や検討が進められてきた。イギリスおよびヨーロッパでも、同様の動きが見られたものの、それから10年以上を経た現在も、制度や政策、さらに、医療安全向上への取り組みには、国によってまだまだ大きな違いが見られる。この事実は、欧州連合内で (言語試験などが課されていることを除けば) 医療従事者も患者も基本的には自由な移動が認められているということや、規制強化、標準化等が進展しているという現状からすると不思議ではあるのだが、一方で、日本が医療事故における行政処分と再教育の制度設計や運用について考える上では、欧州から学ぶことがたくさんある、ということも示唆している。

表1. 欧州連合 (EU27カ国) における2010年アンケート調査  
「あなたの国で医療安全に関する責任を主に担っている機関は？」

QD7 Which organisations, bodies or authorities are mainly responsible for patient safety in (OUR COUNTRY)? (OPEN ENDED QUESTION – MULTIPLE ANSWERS POSSIBLE)

	Ministry of health or related national authority	Hospitals/ Health centres/ Clinics/ Doctors/ Pharmacists	Health insurance company	National government	Regional/ Local authorities	Health or patient rights associations or NGOs	Legal system/ Justice	Trade Unions	DK
EU27	32%	27%	7%	5%	5%	4%	4%	1%	29%
BE	16%	49%	17%	7%	1%	4%	2%	0%	20%
BG	48%	44%	10%	6%	0%	5%	0%	0%	20%
CZ	49%	34%	5%	4%	6%	3%	1%	0%	16%
DK	60%	10%	0%	8%	6%	2%	0%	0%	19%
DE	11%	27%	19%	2%	15%	4%	5%	0%	34%
EE	17%	31%	7%	1%	0%	6%	1%	0%	38%
IE	62%	11%	0%	3%	2%	2%	0%	0%	21%
EL	52%	27%	3%	6%	0%	2%	0%	0%	13%
ES	33%	25%	4%	6%	3%	3%	2%	0%	27%
FR	22%	23%	4%	5%	1%	2%	2%	0%	45%
IT	51%	38%	0%	0%	4%	5%	6%	0%	18%
CY	58%	30%	1%	7%	0%	2%	1%	0%	15%
LV	33%	22%	1%	4%	0%	7%	3%	1%	29%
LT	50%	25%	0%	6%	0%	1%	1%	0%	22%
LU	23%	16%	8%	1%	0%	11%	1%	0%	50%
HU	30%	23%	13%	5%	0%	5%	11%	0%	24%
MT	20%	56%	0%	10%	0%	2%	0%	1%	18%
NL	11%	63%	5%	15%	0%	0%	0%	1%	14%
AT	15%	22%	10%	1%	3%	15%	37%	1%	33%
PL	19%	29%	18%	5%	0%	2%	4%	0%	32%
PT	43%	27%	0%	5%	0%	0%	1%	0%	30%
RO	56%	3%	7%	7%	1%	13%	2%	0%	29%
SI	39%	36%	11%	8%	0%	18%	1%	0%	13%
SK	54%	26%	3%	6%	1%	3%	1%	0%	19%
FI	21%	40%	1%	2%	5%	13%	4%	0%	28%
SE	31%	9%	0%	3%	31%	4%	2%	0%	36%
UK	39%	18%	1%	10%	5%	4%	1%	3%	32%

\* In bold, the highest results per country; in italics the lowest results per country; the grey rectangle shows the highest results per value; the rectangle with black borders shows the lowest results per value.

ここでは、上に表1として、欧州連合27カ国において、2010年に行われたアンケート結果の一部を示しておく。このアンケートは、EUが定期的に行っている世論調査『ユーロバロメーター』の特別枠として、医療安全およびサービスの質について問うために実施されたものである。その中に含まれていた「医療安全に関する責任を主に担っているのはどの機関ですか」という質問への回答をまとめたものが表1である。

表のそれぞれの行には、国名があり、それぞれの列には、左から、監督官庁（保健省）、病院ほかの医療サービス提供者と医師・看護師他の医療従事者、医療保険、中央政府、地方政府・地方自治体、患者擁護団体及びNGO、司法制度、労働組合、わからない、とある。太字になっている数字は、それぞれの国について、最も多くの人々が答えた機関・組織を示しており、灰色で濃淡がついている箇所は、各機関・組織について、EU27カ国で最も高い割合の回答があった国を示している。

例えば、一番下のイギリス（UK）では、監督官庁に主な責任があると答えた人が一番多く、39%であった。一方で、上から18番目にあるオランダ（NL）では、63%の回答者が、医療機関・医師に主な責任があると答えており、これは、続くマルタ（56%）、ベルギー（49%）を除けば、飛びぬけて高い割合である。また、監督官庁に主な責任があると答えた人は、オランダで11%（ドイツと並んで最低）と低かった代わりに、中央政府と答えた人の割合はもっとも高く15%であった、ということもわかる。

監督官庁という答えが最も多かった国が、EU27カ国中16カ国（そのうち、アイルランドとデンマークの2カ国では60%を超えていた）とほぼ半数以上あったものの、オランダのような国や、オーストリア（司法制度との回答が最高値）が存在することも特筆に値する。

また、医療安全をテーマとしてこのような特別アンケート調査が実施されることにも示される通り、ここ10年間のヨーロッパでは、様々な取り組みが、超国家機関であるEUレベルでも行われてきた。しかしながら、アンケート結果からは、各国間にある認識の違いも浮き彫りにされており、当報告書では、こうした観点から、イギリスだけではなく、欧州大陸諸国の異なる国での動向を探る必要があるとの判断に基づき、調査を行い、それを以下に、まとめることとする。調査は、主に、筆者がイギリスの国立衛生研究所/ロンドン大学キングズカレッジ附属の医療安全・質研究所(NIHR King's Patient Safety and Service Quality Research Centre/King's College London)に所属していた2011年末から2012年はじめにかけて行われたものである。2012年春以降は、現在所属するアイルランド国立大学ダブリン校(UCD)に拠点を置きながら、アイルランド、ノルウェー、オランダにおける調査をできる限りにおいて行った。そのため、最終報告として編集し直してはあるものの、2012年5月提出の中間報告書と重複する箇所も多い点をご了承頂きたい。

### 調査の目的および背景

調査が始まったのは、2011年11月28日、イギリス保健省（Department of Health, Richmond House, 9 Whitehall, London SW1A 2NS）の本省オフィスにて、イギリスの医療行政最高責任者（主任医務官）であるサー・ブルース（Sir Bruce Keogh）および医療安全政策担当官フォガーティ氏（Dr Matthew Fogarty）との会合の場が、高本眞一班長同席のもとたれた時点で遡る。その際、高本班長自身から、タスクフォースの研究趣旨の説明、およびプロジェクトへの協力要請が行われた。

その後、2011年12月より2012年2月までの期間、筆者が雪だるま標本方式を用いて、調査相手を拡大しながら、聞取調査を実施した。聞取調査の対象者は、主にイギリスにおける医療関連死報告のプロセスで中心的役割を果たす機関・組織関係者である。報告の中には、背景になる情報なども随時付けくわえるようにしたため、すでに公刊されている文書や研究論文などの参考文献からの引用も含まれていることも断っておきたい。

調査の過程で徐々に明らかになったのは、イギリスにおける医療制度の特殊性である。法体系がわが国のものと異なることはもとより、医療政策への政治介入や社会制度との相互作用という観点からも大きな違いがあり、政策学習や政策の移入に際してはこの点に注意が必要であると判断した。そのため、比較の観点からより多くの示唆を得るために、欧州大陸（ここでは北欧州諸国に限るが）にも視野を広げ、調査範囲をできる限りにおいて拡大した。

時間の制約などもあり、欧州諸国の中でもドイツ、フランスについては、両国制度の概要、現状にいたる改革について簡単に触れる程度となってしまったものの、これまであまり紹介されてこなかったアイルランド、オランダ、ノルウェーについては、現地で聞取調査を行い取得した情報を中心に、その概要をまとめてある。後者に関しては、2012-13年度の報告書に掲載予定である筆者のシンポジウム関連資料もあわせて参照されたい。

## イギリス

### 英国総合医療評議会（General Medical Council, GMC）略史

GMCは、1858年医療法（1858 Medical Act）により設立され、当初は、政府から自律した医師登録監査機関であった。設立当時は、General Council of Medical Education and Registrationと呼ばれており、General Medical Council（GMC）と略されるようになったのは1951年以降のことである。また、医学教育の基準を設定し、それを管理・監督する責任も負っている。現在では、議会〔枢密院〕及び2003年に設立されたCouncil for Healthcare Regulatory Excellence（CHRE）に対する説明責任がある。

英国内で認定を受けた大学が授与する医学士の保持者は、自動的にGMCに暫定的に登録する資格が与えられ、専門職に従事することができる。GMCは臨床医に対して、完全登録医の称号を与える権限を持っており、この称号なしには証明書の発行や国民保健サービス（NHS）での任務を遂行することができない。現行法では、医学部卒業と診療のライセンスは切り離すことができない。

GMCの会員費は、会員すべてが払わなくてはならないが、ここ数年上昇傾向にあり、2011年度でみると、年間£420（約5万5千円）である。ただし、年給340万以下のものは半額という措置も施されている。

GMCは、医師登録を管理する機関であっただけではなく、医師の診療適性審査および懲戒処分を決定する機関でもある。19世紀設立当初は、行政処分を行う委員は、24名であった。そのうち、6名は、枢密院によって推薦されていたが、それ以外は、王立外科医師会や王立内科医師会、大学医学部長とイギリス医師会からの推薦によるものであったため、GMCの権限は、それらの職能団体により握られており、職能団体の影響下にあったとされる。20世紀に入って、1926年には、枢密院が推薦する一般代表が1名加えられることとなり、徐々に一般（患者）代表が増えていったものの、構成員の半分に到達したのは2009年のことである。

技能に疑問点のある医師への対応について、病院側の責任、なすべきこと、そして、医療の質評価をめぐって、議論が起こったのは、1970年代のことである。政府は、こうした声に対

応すべく、1975年、メリソン委員会を設置し、そこで、医師監査制度の導入が提言されることとなった。しかし、これに対して、医師会や王立外科医師会などの職能団体は反発し、独自のアルメント委員会を設置、報告書が提出された。当報告書では、外部機関による監査の必要性はなく、急を要しないとの結論が出された。GMC内には、医療監査を求める声もあったが、この報告書によって、その声はいったん打ち消されることとなった。

GMCの活動は、1983年医療法に則り、以下の4つとされた。

- (1) 医師の登録
- (2) 医師の基礎教育および医学教育全般の規制
- (3) 医師の診療適正の審査および懲戒処分
- (4) 医師の行動基準や職業倫理の決定および審査

70年代の議論を経て、GMCの基本的な役割が以上のように決定され、90年代をむかえたものの、医師が同業者の審理や懲戒処分を行うという自律規制のスタイルが、患者の立場を全く反映していない、との批判は繰り返し唱えられ、それが、ブリストル事件、そして、続くシップマン事件（それらの事件をめぐる公開審問）によって一気に噴出することとなった。

また、GMCには教育委員会があり、大学医学部における教育についての勧告を10年に1回ほどの頻度で発表してきた。特に、1993年12月に発表された「明日の医師」(*Tomorrow's Doctor*)は、GMCがはじめて全医学部に従うことを強く勧告したものとして知られている。GMC教育委員会は、これに加えて、授業の質評価を行うため法定視察と最終資格試験の精査もしている。1995年以降、この委員会は、「明日の医師」の勧告の実施を監視するために、医学部への非公式訪問も行っている。

イギリスの医療制度（国民保健サービス、National Health Service, NHS）が、原則として国の税金で賄われる公営サービスであることは周知の通りであるが、NHSにおける行政処分を行うのは、GMCだけではないことにも注意が必要である。1970年代に入ると、1973年国民保健サービス再編成法 (*National Health Service Reorganization Act 1973*) が制定され、NHSの運用に対する患者からの苦情申立ての審査を行う機関として、保健サービスコミッショナー (*Health Service Commissioner*)（通常、医療オンブズマンと呼ばれる）が設けられた。これが、裁判外の紛争処理における最終審の役割も果たし、GMCとともに重要な行政処分の担い手の一つとなっていった。

保健サービスコミッショナーは、1996年4月に、その審査範囲が拡大され、医療のサービス内容に関する苦情も処理できるよう改革が施された。各病院（トラスト）には、苦情処理手続きが定められており、患者や家族は、まずその手続きを踏むよう勧められている。その調査結果やプロセスに満足できない場合は、さらに独立審査会 (*independent panel*) による審査を求めることができる。そのうえで、結論に納得できない場合には、保健サービスコミッショナーに苦情を申立てるという手続きが残されている。保健サービスコミッショナーによって、苦情が認められた場合には、独立審査会の決定の変更などを求める勧告が出されるというシステムになっている。

イギリスにおける医療事故対策をめぐる近年の改革と GMC 診療適性審査過程  
現在のイギリスにおける医療事故・安全対策をめぐる一連の政策は、ブリストル事件とその反省を発端としているといわれる。この事件の詳細について、ここでは触れないが、ブリストル事件をめぐる捜査およびその公開審問を経て、2000年6月保健省（DH）の専門委員会が発表した報告書*An Organisation with a memory*の中で、医療事故及びヒヤリ・ハット事例の報告制度を確立し、「責任追及」だけを目指す「非難の文化」から「学びの文化」への改革を助けるシステム構築を目指すことが、当時主任医務官であったサー・リアム（Sir Liam Donaldson）によって謳われた。2001年には、DHが、事故報告システムの構築、患者安全に関する国家機関（National Patient Safety Agency, NPSA）の設立（2001年7月設置、2012年3月閉鎖予定）、国民保健サービスの医療事故調査及び査察システムの改善ほかを提示している。

一連の制度改革の中には、2001年に設置された特別保健当局であるNational Clinical Assessment Authority（NCAA）があったが、医師の診療適正について懸念を抱いた各NHS機関に対して、アドバイスを提供するはじめての機関となった。その後、NCAAは、2005年に、National Clinical Assessment Service（全国臨床評価サービス、以下、NCAS）として再編され、独立した一機関ではなくなったものの、機能としては残され、NPSAに統合された。2011年以降は、優良診療委員会（National Institute of Clinical Excellence, NICE）に統合された。

さらに、2003年には、第三者機関で、議会に対する説明責任を持つCouncil for Healthcare Regulatory Excellence（CHRE）も設置され、GMCは外部組織による監査を受けることとなり、その自律性は制限されることとなった。CHREは、GMCだけではなく、歯科医のGDCや眼科医のGOCなど、13の職能団体の登録監査機関を監督する。

2006年には、シップマン事件（ヨークシャー州の家庭医であったシップマンが、1971年から98年の間に、約250人の患者をモルヒネ類似の薬剤で殺害していたとされる事件）が大いにメディアに取り上げられることとなり、これを受けて、*Good doctors, safer patients*が、主任医務官サー・リアムによって発表された。これをうけて、政府が翌年2007年に刊行したのが白書*Trust, Assurance and Safety*である。この提言の中には、GMCの診療適性審査委員会の構成メンバーの割合を、医師と一般人で、半々にすべきとの提言があり、これをGMCが承諾することとなった。その結果、2009年1月からは、それまでの総数35名（うち19名が医師）から、24名へと構成員は減ったほか、そのうちの半数である12名が一般人から選抜委員会が選考するというところで、改革がなされた。

GMCには、医師として誤った行動があったと思われる場合、被害者やその家族などからの申立てにより審理、および懲戒処分とする手続きがあり、2005年からは、電話や書面だけではなく、オンラインでも申立てが行えるよう、手続きが簡素化されている。患者・市民及び医療機関管理者からGMCに申立てがあった場合、審査委員2名（GMCのメンバーから医師免許保持者1名・非保持者1名）による審査手続き・審査が行われ、以下の5つの結論が下される。

（1）処分の検討が必要と判断された場合、診療適性審査パネル（Fitness to Practice Panel, FtP）に回付、（2）緊急を要すると判断された場合、暫定処分審査パネル（Interim order panel）に回付、（3）戒告、（4）医師からの約束（Undertakings）を受諾、または（5）処分を実施せず審査を終了。

最終決定は、診療適性審査パネルで下されるが、審査員が結論を下すには十分な証拠がない、または意見がわかれるなどと判断した場合、また、医師が戒告を不服とした場合などには、

調査委員会に回付してそこでさらなる調査が行われる。また、暫定処分審査パネルは、暫定的な免許停止及び条件付き免許処分を決定する役割を担う。懲戒処分には、医師登録の削除(erasure)、免許の停止(suspension)などがある（詳しくは以下を参照）。

GMC の2010年度報告書によると、GMCの年間支出は、約1200万円、そのうちの約60%は、医師の適性評価関係に用いられている。2010年には、総計7153件（2009年5773件）の申立てがあり、そのうち、約半数が最初の審査で解決、残りの21%は、病院などの機関への問い合わせと審査にまわされ、残る29%が審査員のもとに回付された。さらに、FtPパネルに回付されたのは、29%のうちの5分の1（申立て全体の5%）にあたる326件（2009年270件から56件の増加）であった。（次ページのプロセスマップを参照）免許停止となしたのは22%、免許取り消しが33%、自発的免許取り消しが11%、指導などの条件付き免許が、11%であった。

#### 処分の類型及び処分理由

- ・ 免許取消(erasure)  
患者・市民を保護するためには、免許取消が唯一の方法と考えられる場合  
例：故意又は無能力により患者に危害を及ぼし、危険の継続が予想、患者に対して、医師への信頼や強い立場を濫用、猥褻や暴力、不誠実（特に、継続的な隠蔽）；自らの行為や転帰に関する自覚が常習的に欠如
- ・ 免許停止(suspension)－最長 12 か月  
例：容認しがたい重大な違法行為；現在の診療能力では患者に危険を及ぼすが、将来改善の余地を認める場合
- ・ 条件付き免許の認可(conditional registration)－最長 3 年、更新可能  
例：診療能力には欠陥があるが、教育・指導による改善余地が認められる場合
- ・ 戒告(warning, reprimand)－impairment の場合もこれにあたる処分が多い  
例：医師の行為や医療水準に注意を促すもの、また以下の条件の多くを満たす場合  
患者に危害を及ぼしていない；問題についての自覚がある；故意でない；問題となった行為をその後繰り返していない；反省が認められる；過去に処分歴がない；改善への方策がとられている

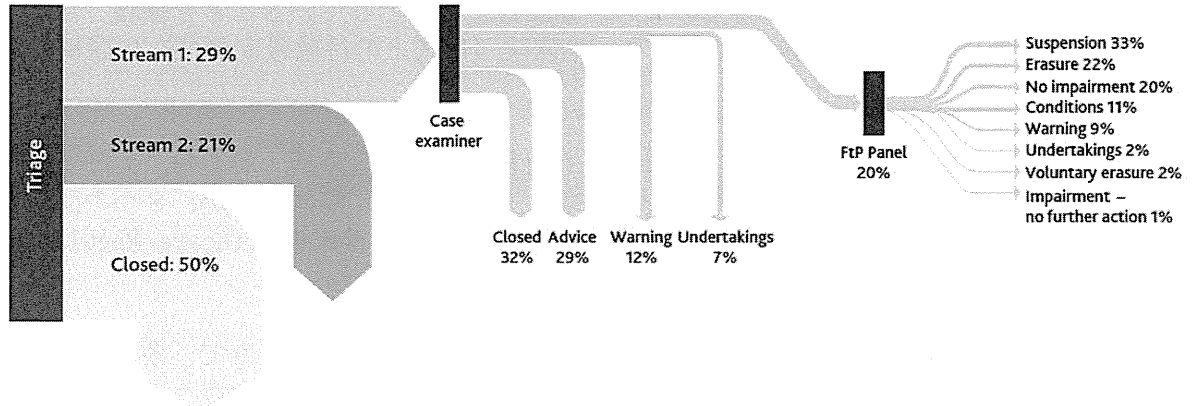
以下の聞取調査のセクションでも触れるが、GMCの改革は、終わったわけではなく、現在進行形で行われている。2011年には、医師の適正について、調査を行うユニットと審問を行うユニットとを完全に2つに分けることを提案しており、後者をMedical Practitioners Tribunal Serviceとして分離する方向で検討中である。

また、医師免許の更新制度が、2012年末には導入される予定である。医師免許は、これまで生涯免許であったが、以上のような様々な事件やスキャンダル、公開審問での審議を経て、2009年には、政府は、5年ごとに資格審査を経てのみ更新可能とされることを決定、2012年後半に実施段階へと移行する運びとなっている。



図 1. FtP（診療適性審査パネル）への流れと2010年度の審査結果の内訳

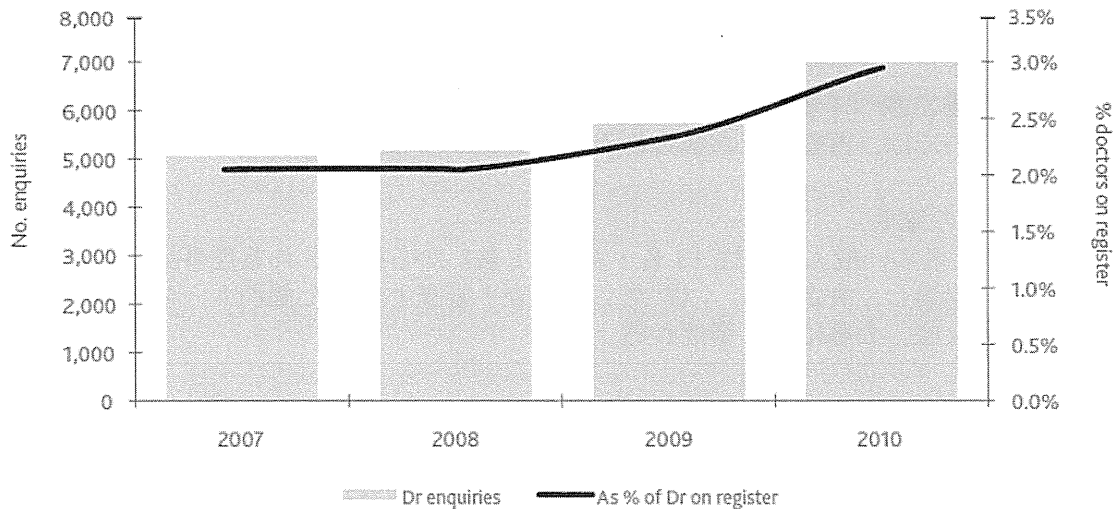
Flow chart representing the FtP process



(GMC2010年年次報告書、6頁より直接転用)

図 2. GMC登録医師に占める、被申立ての対象となった医師の割合（2007-2010年）

Chart 1: Number of doctors subject to an enquiry 2007-2010



(GMC2010 年年次報告書、7 頁より直接転用)

## GMC における聞取調査

2012年1月10日/GMC ロンドン本部

Mr Luke Bruce (Assistant Director - Strategy and Communication)

Dr Ross Hutchison (Head of Intelligence)

Ms Anna Rawland (Fitness to Practice Director)

\*GMC が、医師による「自律規制」団体であること、そのため、透明性、公共性、（保健省を含むいかなる政府機関にも干渉を受けない）独立性を基本としていることを強調。ただし、制定法上の機関（Statutory Body）でもあり、枢密院（形式上の行政最高機関）に説明責任を負う。

\*医療従事者の自律規制団体としては、ほかにも歯科、眼科、看護師・助産婦、薬剤師、理学療法士・作業療法士、管理栄養士などを含むコ・メディカル、整体師ほか、8つの団体があり、そのうちの1つである。政府の規制団体 Council for Healthcare Regulatory Excellence (CHRE)の監査を受ける。

\*GMC のスタッフ総数は約 600 名であるが、ロンドン勤務は、200 名のみで、多くのスタッフはマンチェスターに勤務している。また、スタッフのうち、医師資格を持っているものはごく少数である。公聴会が開かれる会場（Fitness to Practise Hearing Centre）も、マンチェスターにある。また、スコットランド（エディンバラ）、ウェールズ（カーディフ）、北アイルランド（ベルファスト）にもそれぞれオフィスがあるものの常駐スタッフは少ない。

\*「事故調査・倫理審議」を担う ‘Fitness to Practise’（診療適性審査, FtP）局、医学教育を担当する教育局、および 戦略・広報局の3つの局から構成されている。

\*医師による医師のための「自律規制」が終焉した、といわれた、ブリストル事件をきっかけに、いくつもの改革を重ねて、今日にいたる。ブリストル事件以降の改革例として、2003年以降、GMC が、Council for Healthcare Regulatory Excellence (CHRE) によって監査を受けるようになったことを挙げる。会計監査だけではなく、調査・審査といった個別ケースについても報告書に基づく審査があり、「不当に寛大な処分 (unduly lenient)」とみなされるケースについては、再審議を求められることもありうる。

### \*透明性/公共性の確保

12名の医師と12名の一般人（男性13名・女性11名）から構成される理事会が GMC の組織としての方針を協議し、決定する。（ただし、調査・審査といった個別ケースへの介入は一切なし。）一般人は、公募により選ばれる。

GMC の役割は、制裁や刑事責任の有無を判断・決定することではなく、（まさに ‘Fitness to Practise’ という言葉通り）「当該医師が、今後医療安全を脅かす危険性を持っているか否か」を判断することにある。あくまで、国民・患者（社会全体）が、医師という職業集団全体への信頼を維持することを助け、臨床技能を保証する機関としての説明責任を果たすことに尽きるという。審議は公開、公聴会の形をとる。

GMC の活動は、医師自らが負担する会員費によって賄われている。会員であることによって、自らが裁かれる可能性もあるということに疑問を呈する医師もいる。しかし、職業団体としての医師が公共に対する責任を果たす「自己統制」の概念が根本にあり、それを維持するうえで負担をするのは理にかなったものと認識されている。

GMC は、他にも、医師養成教育・訓練のスタンダードを決めるなど、ガイダンス作成の役割も持ち、近年大きな社会問題になっている安楽死についての医師へのガイダンスも最近、発表した。

#### FtP（診療適性審査）プロセス

GMC における「事故調査・倫理審議」の意図は、あくまで公共のため、「診療適正審査の対象となった医師が、将来において安全な診療・治療行為を行うことができるか否か」にあり、「裁きを下すのが主目的ではない」。そのため、医師としての資格（一時）停止・取り消しの可能性があるもののみを扱う。

年間問い合わせ数は、約 7000－8500 件。ケースごとに、担当の専門調査官が割り当てられ、第 1 段階として、トリアージとよばれる初期判定が行われる。これに要する時間は、申し立てから 1－3 週間である。これらの中には、患者との間での意思疎通ミスなどから生じた誤解なども含まれており、迅速な判断、対応により解決可能なものが半数ある。パフォーマンスに懸念が見られる医師に関しても問い合わせが入ってくることも多いが、これは GMC の役割ではなく、あくまで NCAS が担当しており、そちらに調査が回付される。

残りの半分は、第 2 段階のスクリーニングにかけられることとなり、雇用主に回付されて解決とされる場合（全体の 20%程度）と、第 3 段階にまわされるもの（全体 30%、第 3 段階）の 2 通りにわかれる。後者は、平均 6 ヶ月を要する。雇用主に回付される場合は、その病院内での調査・不服申し立て制度に基づく手続きに則り判断が下されることとなり、GMC は関与しない。

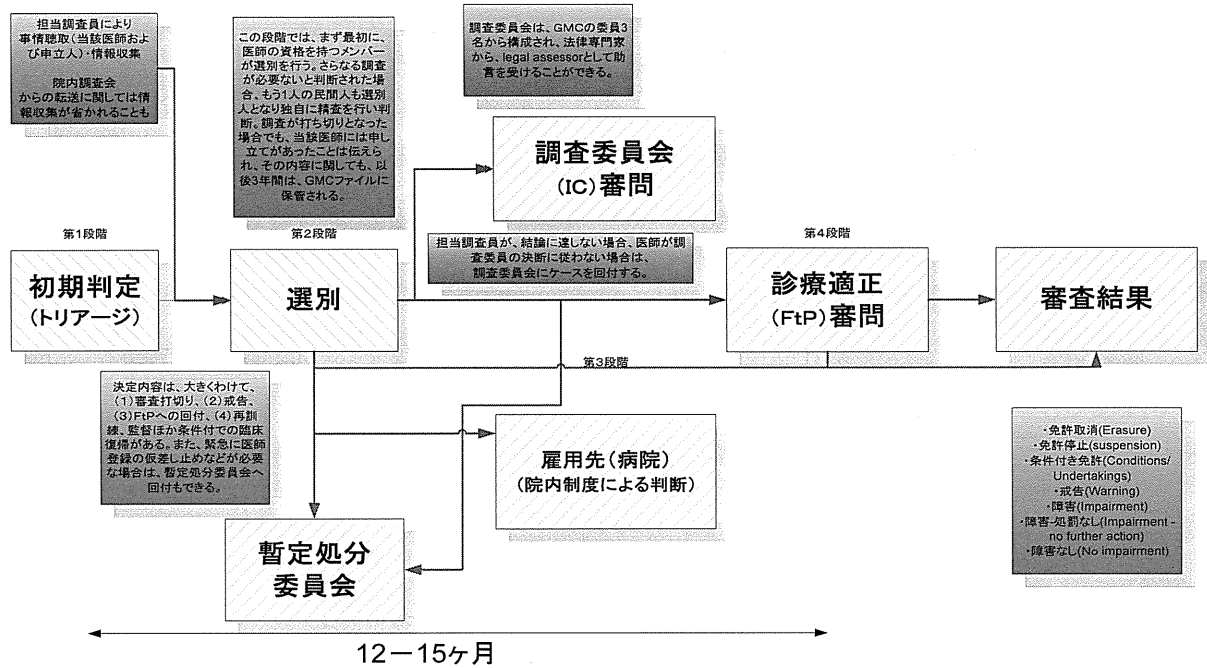
この判断を行う際にはまず、当該医師が雇用される病院・クリニックに出向き、状況証拠などの聞き取り調査を行ったうえで、当該医師及び申し立て主からも事情を聞く。医師の臨床行為に嫌疑がかけられている場合、臨床行為が 3－4 日間にわたり観察される。また、医師の体調ほか健康に疑問がある場合は、2 人の医師から別々の診断書が提出され、それらをもとに判断が下される。

専門調査官による審査のうち、30%は処罰なしで解決とされるが、アドバイスや戒告を伴うものが 40%強あり、残りの 30%近くが、第 4 段階 FtP パネルに回付されることとなる。これは、申し立て全体の 20%にあたる（2010 年度は 326 件）。また、第 2 段階で、結論が出ない場合、もしくは、その判断に医師が不服で同意に至らない場合は、調査委員会（Investigation Committee）にまわされる。

FtP パネルに回付されたケースの最終判断内訳を見ると、免許停止（22%）、免許取り消し（33%）、自発的免許取り消し（11%）、指導などの条件付き免許（11%）であった。最近の研究で、免許取り消しなどの審査をうけた医師の割合が、外国でトレーニングと受けたものの中で比較的高い、というデータが発表された。最終審査が下されるまで、15 ヶ月をめぐりに現在は調査・審議が行われているが、これを 12 ヶ月に短縮するということで現在、総力をあげて改善に取り組んでいる、とのことである。

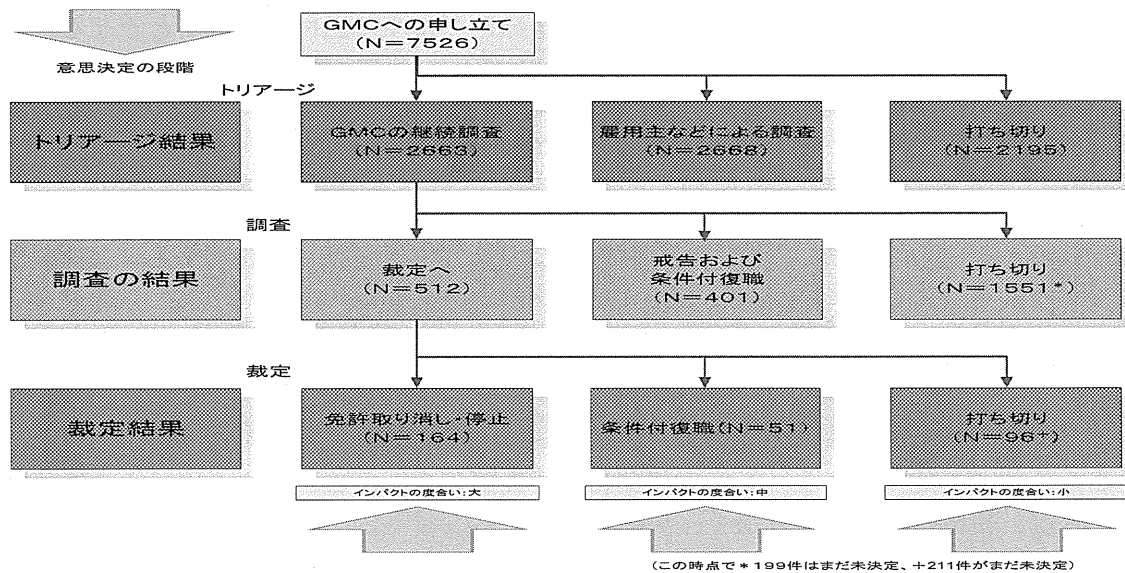
審議にあたるパネルは、議長と、医療専門家および民間人からなる。パネルに対する法的なアドバイスは、組織内弁護士ではなく、契約弁護士からうける。

図3. FtP (診療適性審査) プロセス



(筆者作成)

図4. GMCが受け付けた申し立て数  
(2006年4月1日~2008年3月31日まで)



Humphrey et al. (2011) BMJ

(ハンフリー他論文をもとに筆者作成)

## NCAS (National Clinical Assessment Service) における聞取調査

2012年1月23日/NCAS本部、Skipton House (Department of Health)

Mr Kevin Hunt

医師の臨床技能に関して疑問、不平・苦情などがある場合、GMC に連絡がいくことも多いが、病院側（もしくは、チームなど該当医師と接する機会の多い医療従事者）が医師のパフォーマンスについて不審に感じるがあった場合は、NCAS に相談することが推奨されている。NCAS は、その原因を究明すべく調査を行い、病院（雇用主の代表側）との協議で、改善策を決定、進捗する。NCAS は、現在、独立採算制の実施を目指して、資金繰りなどを模索中であり、将来のサービス継続の形態については明らかではない。

National Clinical Assessment Service (全国臨床評価サービス) は、1999 年政府白書「医師の支援、患者の保護 (*Supporting Doctors, Protecting Patients*)」に概略が示されたもので、前述のように当初は、特別保健当局として 2001 年にサービス提供をスタートさせた。その後、2005 年には、NPSA に吸収され、スコットランドを除くすべての地域における医師及び歯科医を含む臨床パフォーマンスについての懸念について、その分析および処理を行ってきた。(スコットランドでは、第三者機関という形をとらず、政府が資金を負担。) 雇用主である病院やサービス提供者であるトラストの仲介に入り、サポートを提供する、のが主な役割である。NPSA の廃止決定を受けて、2011 年には、優良診療委員会 (NICE) にその機能が移管された。

2010 年夏には、創設者であったサー・アラステア (Sir Alastair Scotland, 元チェルシー & ウェストミンスター病院勤務) が退職し、その後も、要として指揮をしてきた課長クラス以上の管理職が半分 (10 人から 5 人) に減り、また最近 40 名が解雇となり、現在は計 70 名のスタッフで組織運営を行っている。2013 年までには、独立採算制への移行が要求されている。

年間平均でよせられる申し立て (ここ 3 年間は横ばい) は、1000 件程度。病院よりも、主に、GP などプライマリーケアからの申し立てである。申し立ての結果、アドバイスがおおそく 75%、さらなる調査を必要とするものは、5%程度で、あとは、サポートの提供 (20%) である。アクションプランの提示を行う。医師が自ら申し立てを行うこともできる (1%)。NCAS の基本は、第三者機関としての中立性を保ち、さらに、GMC とは異なり、規制団体ではないため、裁定を下す権限を持たない、あくまで諮問・勧告を行う機関である。

GMC は、'Fitness to Practise' を審査する機関だが、NCAS は、'Fitness for Purpose' について検討することで明確なすみわけを行う。医師本人や雇用主にはなかなかしにくい仲介の役割を担う。

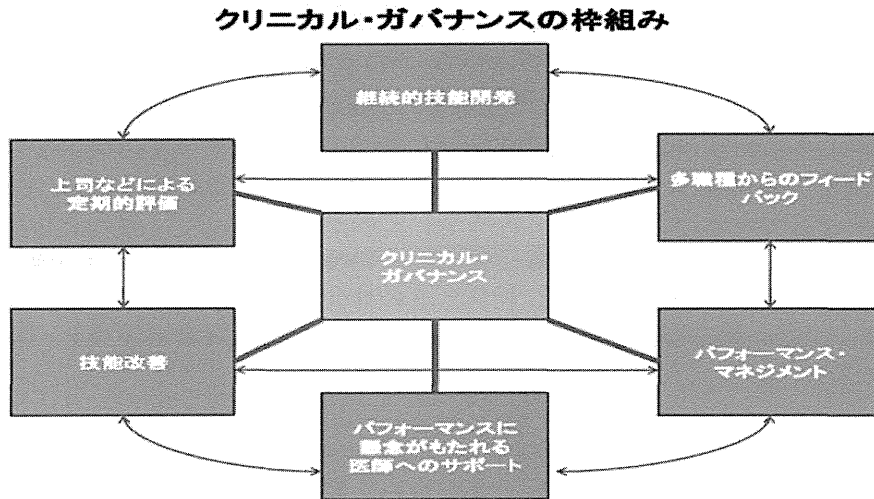
よくある例としては、GP (50 代) や、病院の上級医師 (40-50 代)、経験が豊かで、技術になんら問題はないのだが、管理職などのポストに就き、臨床で扱う症例数が減るなどの変化についていけず、技術にばらつきなどが出始めた結果、周囲の医療従事者が懸念を示す、という事例をあげている。そのほかにも、職場環境の変化、ストレスの有無についての診断も行われ、解決策が探られるという。また、申し立ては、対象となる医師や看護師と勤務が近い、チームメンバーから出されるものも多く、すべて「極秘」扱いである。さらに、同じ医師が繰り返し、申し立ての対象になるようなことも多いという。

また、このインタビューに先立って、保健省 (NCAS リエゾン担当官 Mr Charles Dobson 氏) にも電話聞取調査 (2012 年 12 月 15 日) も行った。NCAS 成立の背景、現在の地域における、

パフォーマンスに懸念のある医師を早期に発見し、サポートする予防対策がクリニカル・ガバナンスの一輪として位置づけられていること、保健省も力を注いでいるとの説明をうけた。政府としては、事故が起こる前の予防対策にいかに力を注ぐか、そして、そのためには、勤務地・地域ごと、「ローカル」な対応が欠かせないとの点を強調されていた。

以下は、その際、紹介された現在、保健省が進めているワーキンググループの文書からの引用である。

図5. クリニカル・ガバナンスを支える構成要素



DH (2009) Tackling Governance Locally (p.20)  
 (上記の DH 文書をもとに筆者作成)

### MDU (Medical Defence Union) における聞取調査

2012年1月25日 / MDU 本部

Ms Mary-Lou Nesbitt

1885年に創設。過失による医療請求を受けている医師を弁護する団体としては、世界最古であり、現在でもイギリス最大（会員数は、2010年度で約20万人）規模である。非営利の共済団体で、医師が会員費によってサービスが賄われている。英国の大多数の病院勤務医と開業医の医師と歯科医が加盟している。MDUの他に、Premium Medical Protection (PMP)、Medical Protection Society (MPS)、Medical and Dental Defence Union of Scotland (MDDUS)がある。MPSは、MDUについて大きな団体であるが、英国および英国以外の英連邦の医師や歯科医師や看護師も会員に含む。

NHSで働いている医師は、NHSでの診療行為に関する医療過誤に関しては、NHSの賠償責任保険により、すべてカバーされることになっているもの、NHSの賠償責任保険では以下の用件はカバーされていない。

- 検死陪審 (Coroners' inquest)
- 患者からの苦情に対する対処 (Advice on complaints)
- 善意による救急医療行為 (Good Samaritan acts)
- GMCの診療資質審査プロセス (GMC proceedings)

- 医療行為による刑事罰を問われた場合 (Criminal matters arising from medical practice)
- 保険請求のためのレポート作成業務 (Insurance and other medical reports)
- 第三者・公的機関による調査 (Ombudsman and public inquiries)
- 医師として倫理問題に問われた場合 (Ethical matters)
- メディアからの問い合わせへの対応 (Press and media enquiries)

患者の診療及びケアに関することで嫌疑をかけられた場合（苦情も含む）、MDU がアドバイスを提供する。不自然な死に際しても、「有罪が証明されない限り無実」を基本にサポートする。2000 年以降、サービスが受けられるかがケース毎で判断される任意 (discretion) 型から、会員であれば、どのようなケースであってもサービスを受けられる保険型 (insurance) に移行した。会費を払っていた期間におこなわれた臨床行為によって生じた問題については、事例化や請求のあった時期に関わらずサポートは受けられる。

24 時間の電話サービスもあり、いつでも相談に対応する。医師が医療過誤などの疑いで、警察や患者や、コローナ（検死官）、GMC から、問い合わせを受けた際、まず MDU に電話相談することを推奨している。スタッフは、医事法を学んだ医師が大半で、また、患者からの苦情への処理に関しても、アドバイスをもらえるほか、医師の代理人となって、問い合わせをしてきた機関や患者の間に立ち、紛争処理を行うサービスも提供している。スタッフの中には、18 名の弁護士（そのうち 3 名が、刑法専門）である。

2011 年は、24,000 件の電話問い合わせがあった。会員数は、病院・家庭医で半々。会員の 30% は、歯科医のユニットである (DDU) が占める。

会員費は、メンバーのみに公表しているため明らかにではできない。ただ、筆者がほかのソースから聞いたところによれば、他の MPS と比べて、MDU はやや高額ではあるとのこと、職種（医学生、研修医、GP、専門医）・レベル（研修年次等）ごとに、会費が設定され、リスクの高くなるにつれ、額も高くなっている。専門医の場合、専門科と、NHS の賠償責任の対象とならない業務（プライベート診療や medico-legal 業務など）の勤務時間および年収により会員費が決められている。最も安いものでは、年会費 15-20 万円のようなものである。

本聞取調査での主張としては、「医師の刑事訴追は将来の医療過誤の抑止にはならない。」ということであった。社会的には、医療界への信頼も失われ、プラスにならないうえ、コストも莫大である。（新生児の脳障害のケースでは、640 万ポンドの費用がかかったという。）こうした観点から出された判決として、2001 年ノッティンガムで起きた医療過誤事件がケースとしてあげられた。ノッティンガム・クイーン・メアリー病院の後期研修医 (SpR) が、誤って、18 歳の患者に抗がん剤のビンクリスチンを脊髄に注入するように中期研修医 (SHO) モートン医師に指示。モートン医師は、ムレム医師に 2 度確認した上で、指示に従い脊注した。その結果、患者は重篤な状態に陥り、1 ヶ月後に亡くなった。ムレム医師は、罪を認め、8 ヶ月の禁固刑を言い渡されたが、判決後釈放された、という事例である。判決は、at-risk behaviour であるものの、neglect ではない、という判断に基づいたものだった。

また、イギリスでも、1990 年代以降、重大過失による故殺罪により医師が起訴される例が増加している、との話も出された。法廷弁護士のホルブルックは、これについて、2003 年に論文を発表、この傾向に対して強い危機感を示している。実際、「業務上過失致死」(gross negligence manslaughter / medical manslaughter) が故殺罪で起訴される件数は、1990 年代に増加している。

ホルブルック論文をみると、1970-80年代の20年間に、故殺罪（manslaughter）で起訴された医師の数は、4人であったのに対して、90年代には17人となったことがわかる。さらに、2001-02年の2年間で、さらに6人の医師が起訴されている。1990年にその数が増えた背景には、検察庁（Crown Prosecution Service）が職務上の過失に起因する死亡事例を故殺罪で訴追することを決定したことにあるようである。

ただし、起訴数が増える中、有罪になった医師の割合には変化がみられないという点も見逃せない。起訴されたうち、有罪となった医師の割合は、1795-1899年は28%、1900-2005年は30%であり、一般の故殺罪の有罪率と比べると、圧倒的に低い、とファーナー他の論文は指摘している。ちなみに、2001年には、故殺罪による起訴278件のうち238件（86%）が有罪になっている。検察庁の起訴に際しての大変慎重な姿勢がうかがえる。

MDUが年に2回会員のみに対して発行するMDU Journal、2010年12月の特集記事によれば、2000年から2010年までの11年間で、故殺罪の疑いで捜査対象となった会員数は18名、そのうち起訴されたのが5件、3件が有罪、ということで、いたって稀有なケースであることを強調している。

2006年には、ケースの増加や懸念を受けて、医療過誤（不審死や重度の事故）に際する捜査に関する指針・ガイドラインが公刊された（DH 2006）。この最大の目的は、医療に対する公共の信頼回復であり、警察を含む関係機関との連携を改善し、監視機能を透明化・迅速化させることであったとされる。しかし、これによって、警察の介入が減る、という効果は期待できず、かえって増えるのではないかとの懸念も示されたようだが、一方で、大半の医師は、警察の介入が、すなわち刑事訴追に直結する、と考えておらず、その意味での不安が大きくはなかったという指摘は注目に値する。

刑事介入は、調査・捜査を目的としており、故殺罪の訴追対象になるのは、あくまで重過失（gross neglect）に相当すると考えられる場合で、recklessness（mens rea）の度合いも問われる。

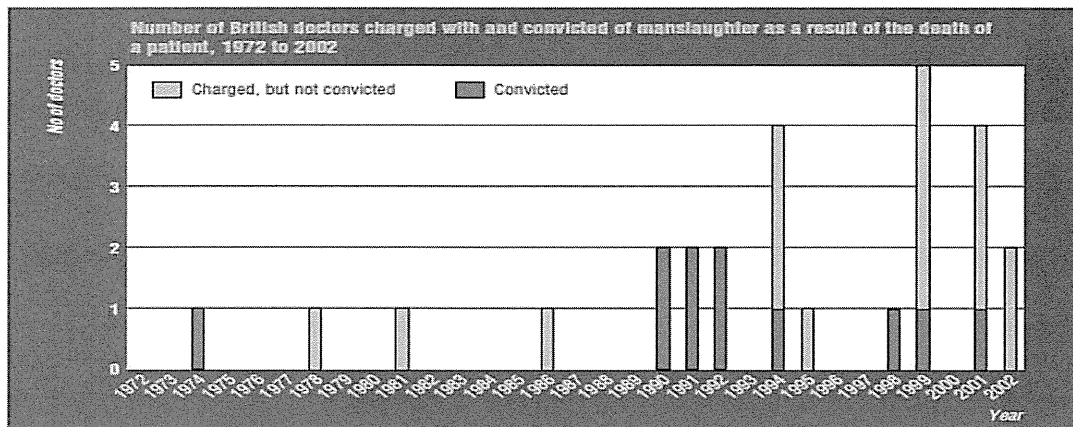
「業務上過失致死」と判断されるうえでの4段階テストがある。

1. 被告の注意義務の存在
2. 注意義務違背
3. 被害者の死因となったか否か
4. 2・3の因果関係の存在

医師の間で、2006年ガイドラインが、刑事事件に進展するケースの増大を意味しない、と判断した背景には、MDUやその他のサポート体制の存在があると考えられる。また、個々の医師を刑事追及することが目的ではなく、社会全体に益しないという視点、2007年以降、過酷な労働条件などでヒューマンエラーが生じた場合は、病院（雇用者）側の責任も追及されるようになり、いかにして、医療過誤を生まないようなシステム作りができるかは、組織の社会責任ともみられていることなども関係していよう。さらには、イギリスでは、検死陪審（Coroner's Inquest）や公開審問（Public Inquiry）といった制度の存在、利用があることにより、世論も巻き込みながら、医療安全が社会全体の問題として共有されていることもこうした理解につながっているものと考えられる。



図6. 業務上過失致死として起訴された医師の数の推移（1972～2002年）



Dyer, C. (2002) Doctors face trial for manslaughter as criminal charges against doctors continue to rise. *BMJ*; 325: 63 (Dyer 論文より直接引用)

その他の北欧州各国の制度・改革の動向について

当報告書のはじめに、ヨーロッパ内部でも、国によって異なる制度があるということについて触れたが、便宜上、ここでは、イギリスのように、医師、医療従事者の職業団体の自律制が、独自組織として存在する伝統を持った GMC 型の国と、政府やそれに準ずる機関（第三者機関とされることもある）による監督・規制・介入が規範となっている非 GMC 型の国とに二分したうえで、話を進めていくこととする。

GMC 型：医師免許の登録、教育、診療適性審査、懲戒処分を決定する機関が、政府から独立した医師の自律的規制組織（e.g. 英国の総合医療評議会（GMC））として存在する国

非 GMC 型：医師免許の登録、教育、診療適性審査、懲戒処分を決定する機関が、政府機関、もしくは医師団体とは別の公共機関として存在する国

表2. 北欧州諸国の制度比較—GMC 型・非 GMC 型

		免許・登録		再登録	監督・規制	
		保健省他	医師団体		保健省他	医師団体
	イギリス		X	○(5年ごと)		X
	アイルランド		X	○(毎年更新, CPDポイント)		X
	フランス		X	CMEポイント		X
	ドイツ	X*		CMEポイント	X	
	オランダ	X		○(5年ごと)	X	
	ノルウェー	X		○(75歳以上)	X	

ドイツ\*: 連邦政府ではなく、州政府が免許・登録を管理  
 オランダ・ノルウェー: 専門医の資格登録のみ必要  
 フランス: 専門医の登録は不要

(筆者作成)

## GMC 型

### アイルランド

アイルランドでは、1978 年に、GMC と類似の組織（*Comhairle na nDochtúirí Leighis*、英語名 Irish Medical Council、略称 IMC）が設置された。GMC と同じく、医師免許の登録、教育、診療適性審査、懲戒処分を決定する機関であり、基本的には構成員である医師の職業集団で、自律的組織である。この点において、イギリス GMC との間に違いはない。より広い意味で医療制度を見た場合、イギリスの NHS とは大きく異なっており、医療提供機関は、民間と公共が混合している。カトリックの国であり、修道会が所有また経営に関与する病院も少なくない。また、個人の支払能力に応じて、医療サービスへのアクセスも異なっており、この点ではアメリカの医療制度に近い特性を持っている。例えば、収入審査を経て資格が生じたものには、メディカル・カード（公的医療サービスを保障する）が支給される（2012 年時点で 37%、170 万人）。その結果、国民全体の約 50%が民間の医療保険に加入しており、医療システム全体としては英愛の間の違いは大きい。現政権は、国民皆保険の導入を掲げて政権についたものの、経済運営や、長年、国民を二分する大きな争点となってきた人工中絶をめぐる法案などに時間をそがれ、改革に着手するには至っていない。

一方、ドラハダにある病院で、基準から逸脱する不適切な子宮摘出手術が 25 年間にわたり行われてきたということが明るみになり、公開審問が行われた結果、2007 年以降の IMC 改革につながった。スキャンダルに見舞われ、公開審問の過程で専門職的自律性に、大きな疑問が投げかけられるという経緯もイギリスに大変似通っている。2007 年に法改正（*Medical Practitioners Act, 2007*）が行われた結果、IMC の構成員 25 名の半数以上（13 名）が、医師免許資格を持たないものでなくてはならないこととなった。これは、イギリスの GMC でも採用しなかった、初の“lay-majority model”（民間人多数派モデル）である。民間人に対しては、構成員に採用される前に、細かな指導があるほか、原則公開で行われる医師の行政処分の決定過程にも参画し、市民・患者を代表する役割を担っている。また、医師の研修、再教育にも特に力を注いでいる。（Ms Margaret Murphy, Dr Paul Kavanagh 他からの聞き取り調査による。2012 年 12 月 11 日、13 年 1 月 8 日、ダブリン・アイルランド医療評議会にて。）

### フランス

フランスにも、医師の自律的団体（*Conseil National de l'Ordre des Médecins*）が存在する。隣国のドイツに比べて、医療関連死をめぐる制度改革が遅かったのは、そのためもあったかとされるが、ここ 10 年間には、非常に大きな改革が行われてきた。かつて、フランスでは、医療過誤をめぐる裁判で賠償額に上限がなかった一方、患者側が勝訴するケースは、非常に稀であった。しかし、1990 年代に入り、無過失責任による医療事故の補償についても、医療従事者の責任や原因究明といったことだけではなく、患者救済・患者の権利という観点から議論されるようになった結果、過失のない医療事故被害補償への法制度づくりが進展した。

2002 年には、法制度改革が行われ、裁判外での判断および調整を行う機関が設置されたことにより、これが大きな転換点となった。この法律は、医師で保健大臣であったベルナル・クーシュネの名前をとって、クーシュネ法（*Loi Kouchner*）といわれるが、この法律によって、国による医療事故保障制度が設立された。また、新たに設置された機関としては、保健省の下に全国医療事故補償局（*L'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des Affections Iatrogènes et des Infections Nosocomiales, ONIAM*）が、その下部組織として医療事故調停補償 地方委員会（*Les Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, CRCI*）が設置された。さらに、

法務省と保健省とがともに関わる独立機関（第三者機関）として医療事故全国委員会（Commission Nationale des Accidents Médicaux , CNAMed）も設立された。

医療従事者の過失責任について、フランスでは、医療行為上の過失による責任以外において、医療従事者と医療施設は損害に対する責任を負わない、という立場を基本としてきた。医療従事者の過失、安全不履行、危険行為、薬品事故などについて、刑事責任は問われないということである。医療事故に対する医師の責任は、刑法上の責任、民法上の責任、再教育を受ける責任と医師会による処分とに3つに分けられ、関連する法律には、公的医療法、医師義務法がある。医師に過失があり、かつ医療行為によって生じた被害が患者に認められ、その両者に因果関係がある、と認められた場合のみ、刑法の対象となる。

フランスの医療サービスは、公的医療（公設・非営利機関）と民間・自由医療の両方によって支えられてきた。従来、公的病院で医療サービスを受ける場合は、過失的医療事故の責任の所在は公的病院にあるとされ、病院医師の個人的責任（医師個人の刑事責任が問われる場合以外）は問われなかった。民間医療サービスを受ける場合は、医療機関に過失がある場合、保険者がこれを補償することになっていた。また、犯罪・重大な過失以外に警察権力の介入はないとされる。

2002年施行のクーシュネ法によって、患者の権利が明記された結果、医療責任に関する法の改正が行われ、患者が被害を受けた場合には、基本的に国家が補償を行うという考えが、フランス独特「国民的連帯」原則のもと、法制化された。これにより、医療民事責任法、医療保険法、社会保障財政法などにも改正が施された。医療事故補償の全国一律適用基準も作成され、公的医療法（第 R. 1142-38 条）に書き込まれた。

全国医療事故補償局（ONIAM）の機関名称が示す通り、ONIAMには主に以下の3つの役割がある。医療事故、院内病理感染、医原性疾患による患者被害の補償である。ONIAMは、公的機関であり、その構成委員は、保健省の代表、民間医療機関連合会の関係者（6名）、公的病院連合会関係者（4名）、患者団体を含む民間利用者代表（8名）、法律家などを含む一般専門家（7名）、医学専門家全国機関（8名）となっている。

また、医療事故全国委員会（CNAMed）の委員長は、参事院から選出され、医師団体、科学者、利用者の代表から構成されており、主に医療事故賠償、医療責任、再教育などについて検討を行う機関である。また、CNAMedは、地域医療事故委員会に対する専門委員の人選（事故調査専門家リストの作成）と、賠償基準ほか、医療事故補償の全国一律適用基準の策定も担う。医師の再教育義務については、国家医師規則や公的医療法、医師義務法などに規定されており、地域ごとにある再教育局がこの審査を行う。対象となる医師は、医師会に登録している医師およびEU法やフランス公的医療法に基づく医師となっている。さらに、イギリスで聞取調査を行ったMDUにあたるような組織もフランスには存在し、1897年に設立された共済保険団体（Le Sou Médical）をもとにしたMACSF（La Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français）などがあることも指摘しておきたい。

医療事故に遭遇したものは、賠償申請者（本人、患者・被害者の代理人、代理人など）がまず、CRCIに申請書を提出する。賠償請求は裁判と並立して申請可能であり、申請書には裁判をしているかどうかの項目もある。CRCIが医療従事者に過誤なし、と判断した後は、ONIAMに申請があげられ、4ヵ月以内にそれに基づいた判断が下され、それから1ヵ月以内に補償金が支払われる。ただし、請求者がその内容に不満で、拒否する場合は裁判所に申し立てを行う運びとなる。また、CRCIが医療従事者に過誤あり、と判断した場合であるが、保険者と賠償交渉が行われる。そこで、保険者側が、交渉を拒否した場合、被害者は、再度

委員会に申し立てを行うことができる。また、保険者側が過失なし、と主張した場合にも、差し戻される。その後は、過誤なし、との場合と同じで、4 ヶ月以内に保険者により提案がなされ、それに基づいて、1 ヶ月以内に補償金の支払いが行われる。

2010 年、医療事故調停補償委員会 に提出された賠償申請書数は、4117 件、そのうち、54% が、賠償の根拠なしと判断し、残りの 46%のうち、半数が、保険者もしくは医療機関からの賠償との判断を下している。さらに残りは半分が、国による医療事故保障財源から賠償を受けとっている。

フランスでは、医療行為にはリスクが伴うものという観点から出発し、医療従事者の行為を基本的に信頼したうえで、訴えられた医師に対する再教育などの救済システムも CNAMed が作るなど、サポート体制を充実させている。そのうえで、患者の権利を、国民の連帯という観点から見据え、医療過誤に対する補償を国が行うという制度を作っていること、また、仲介・調整の役割を政府が担っていることが特徴といえ、中央政府の関与の度合いはドイツよりも大きく、よりイギリスに近い制度設計となっているといえる。

## 非 GMC 型

### ドイツ

ドイツには、イギリスやアイルランドのように医療過誤としてスキャンダル化したケースがあったわけではないが、1970 年代以降、医療過誤訴訟の件数が急増した。その背景には、被害者が、医師の過失責任を判断するために必要な医療記録の収集・閲覧が難しかったことがあり、刑事告訴を利用した証拠収集という側面もあったといわれている。

そこで、裁判所が対応する訴訟数および要求の緩和および迅速な紛争解決を目的として、1975 年には、裁判外紛争処理機構である「調停所 (Schlichtungsstelle)」が、南ドイツにあるバイエルン医師会と損害保険団体の共同設立の形で全国に先駆けて設置された。これに北ドイツ医師会が続き、1976 年には、同じくノルトライン・ヴェストファーレン州の医師会が「鑑定委員会 (Gutachterkommission)」を設立している。ドイツにおける医療紛争の裁判外紛争処理手続きは、調停所と鑑定委員会というこの 2 つのモデルがもとになって発展してきた。

バイエルンの「調停所」は、医師の賠償責任を裁判外で処理することを主な目的としている一方、ノルトラインの「鑑定委員会」は、医師の治療過誤の有無について鑑定を行うものである。こうした機関は、各州に設置されているが、ドイツは、アメリカやオーストラリア同様に連邦制度を持つ国であり、各医師会単位で、組織や手続きが決定され、それぞれ異なった運営がなされている。ただし、診療過誤、説明義務違反、因果関係の有無に関しては、医学的見地から医師が事実認定を行い、法律問題に関しては法律家が判断を下している、という点で、機能的に、本質的な違いはないといえる。

調停所・鑑定委員会に申し立てられ、処理された件数は、データによると、1970 年代後半には年平均約 1,600 件、80 年代前半に入ると、倍増し、年平均約 3,200 件、1991 年にはさらに年間約 5,200 件、1994 年には年間約 7,100 件と急激な増加を示している。訴訟件数で見ると、1993 年に 442 件であったものが、2002 年には、896 件と約 10 年間の間に倍増している。民事事件との比較で見ると、平均審理期間も長期化する傾向がある。