

ISSUE BRIEF

医療事故の現状と課題

- 医療事故への対応策の整備を中心に -

国立国会図書館 ISSUE BRIEF NUMBER 433(Dec.11.2003)

はじめに

医療事故訴訟の現状

- 1 民事訴訟件数の増加
- 2 刑事訴訟件数の増加

医療事故への対応策の現状

- 1 事故の報告制度
- 2 行政処分の強化
- 3 裁判外紛争処理機関

欧米主要国の状況

- 1 アメリカ
- 2 イギリス
- 3 ドイツ

おわりに

社会労働課

おんだ ひろゆき
(恩田 裕之)

調査と情報

第 4 3 3 号

I はじめに

近年、医療事故が頻発し社会問題となっており、対策の必要性が議論されている。医療事故の原因としては、医療従事者に対する職能向上のための教育の不足、研修医に対する不十分な研修体制、類似した名称の医薬品の存在など薬事に係る問題、看護師などに見られる過酷な労働条件など、様々な要因が考えられる。事故原因の調査が遅れ、対策を取らないでいる間にも同様の事故が繰り返されるというケースも起きている。

また、既に発生した医療事故に係るわが国における重要な問題点として、医療事故の実態を明確に把握するシステムがないこと、医師等に対する行政処分のあり方、迅速な紛争処理手続きの欠如、が挙げられている。しかし、最近、医療事故の多発を背景に、これらの問題について、新たな政策の方向づけが見られた。

本稿においては、訴訟等に見られる医療事故の増加状況を見た上で、発生した医療事故に係る新たな政策の動向を紹介し、併せて欧米主要国における関連する対応策を概説する。

II 医療事故訴訟の現状

1 民事訴訟件数の増加

最高裁判所の調べによると、医療関係の訴訟件数は、1993（平成5）年には442件であったのが、2002年には896件となっており、約10年間で倍増している（図1）。医療関係の訴訟の増加原因としては、医療事故への社会的批判が強まっていること、被害者の権利意識が高まっていること、医療情報へのアクセスが以前より容易になっていることなどが考えられる。



ところで、医療事故の被害者は何を求めて訴訟を起こすのであろうか。医療訴訟について損害賠償の額を上げてマスコミなどが報じることが多い。アメリカの場合、訴訟を

¹最高裁判所ホームページから、「民事関係訴訟事件及び地裁民事第一審通常訴訟事件の処理状況（平成5年～平成14年）」

<http://courtdomino2.courts.go.jp/shanyou.nsf/0258b7a1680aa82849256467004875a6/352546364a54114049256d5c000dde7f?OpenDocument>

起こした被害者のうち、金銭取得を目的とした者は 22%に過ぎないとの調査結果がある²。わが国の場合にも、被害者の求めているものは、「なぜ事故が起こったのかの真実の説明」、「事故を起こした医師からの謝罪」、「事故の再発の防止」であると考えられ、最初に明確な説明と謝罪があれば、裁判は起こさなかったと語る被害者もいる³。裁判で医療側の過失が認められたケースでは、被害者は再発防止に取り組んで欲しいと願っているのに対して、医療側は敗訴が確定した段階で、決着したのものとしてそれ以降は取り合ってくれないこともあるという⁴。

民事裁判は、問題処理の最終結論を金銭で解決することを目的としており、被害者のニーズと必ずしも一致しない場合もある。訴えられる側の医師も通常は原因をつきとめ再発防止をしたいと思いつつも、医療事故の真実を追究するシステムが金銭を授受する裁判しかないために、一部の医療側においては情報を隠ぺいし、さらに被害者もそれに激しく対立する悪循環を産み出すケースもある⁵。

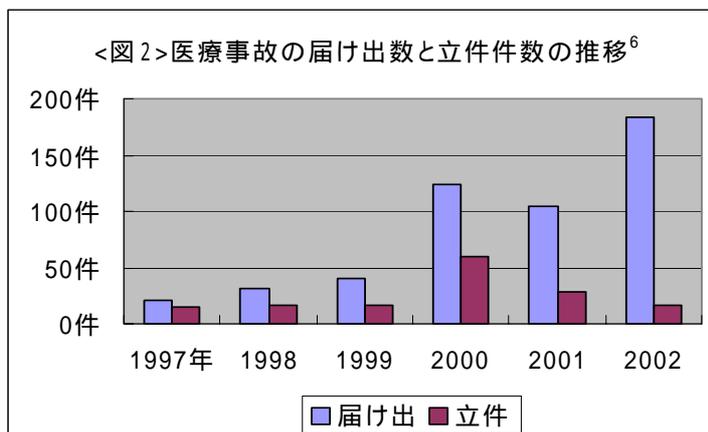
2 刑事訴訟件数の増加

「損害賠償を目的とした民事訴訟では、真相究明ができない」、「過失を罰してほしい」などの被害者の声もあり、医師や病院が刑事告訴されるケースが近年増えている。

全国の警察へ届け出のあった医療事故は、1997年には21件だった

が、2002年には187件となっており、5年間で約9倍に増えている(図2)。その中でも事件性が高く、警察から検察庁に立件送致される件数は、2000年59件、2001年29件、2002年16件となっている⁷。

医療事故が刑事裁判に持ち込まれ、有罪となった場合には、医師に刑事罰が科せられるが、この点については賛否両論がある。厳罰が与えられることによって医師に事故防止のための注意を促す効果がある一方で、医師側が事故隠しや情報隠しを行い、被害者に不利



² 訴えられた医師の83%が、金銭取得を目的として訴えられたと考えており、両者にギャップがある (Charles Vincent "Why Do People Sue Doctors?" *The Lancet*, Vol.343 (1994): 1609-1613.)

³ 「医療事故 真相知りたい」『読売新聞』2002.9.20.

⁴ 「患者側にも医療側にも「救済」がない日本の現状 患者・医師とも早期解決、再発防止を望む」『ばんぶう』263号, 2003.3, p.22.

⁵ 和田仁孝・前田正一『医療紛争 メディカル・コンフリクト・マネジメントの提案』医学書院, 2001, p.125.

⁶ 「「医療過誤」届け出急増 警察庁まとめ 去年、7割増の183件」『日本経済新聞』2003.5.21, 夕刊.

⁷ データは2003年2月18日までに立件された数値。ここ1~2年は減少傾向にあるように見えるが、届け出があってから年月の経っていない事件は、警察が捜査中であり立件前であることが考えられ、減少しているとは限らない。(「警察に駆け込む被害者が急増 刑事責任の範囲も拡大の方向か」『日経メディカル』427号, 2003.6, p.47.)

益をもたらし、紛争を必要以上に激化させる可能性もある⁸。

2002年に警察へ届け出られた事件を、届け出た人や機関別に見てみると、医療機関からの届け出⁹が最も多く107件となっている。次いで被害者からの届け出が41件、内部告発・投書・報道などが25件となっている¹⁰。このことは事故を起こした医療機関が自ら真実を究明し、被害者への説明をするのではなく、警察へ届け出て調査を委ねることで原因究明や責任の所在をつきとめている実態が読み取れる。医療事故を取扱う機関や、被害者が訴えることのできる窓口がないために、結果として警察に届け出る以外に真実をつきとめる手段が無いなどの問題点がある¹¹。

III 医療事故への対応策の現状

1 事故の報告制度

医療事故への対応策の問題点として、報告制度などが確立していないため、何件起きているかなどの実態が分からないことが挙げられる。厚生労働省は近年、実態把握の一方法として、大きな医療事故には至らなかったミスだが、場合によっては事故につながりかねない、いわゆる「ヒヤリ・ハット事例」を、国立病院・療養所のほか特定機能病院から収集している。内服薬を投与し忘れてたり、投与量を間違えるなどの投薬ミスや、気管チューブが抜けるなどの管理ミスなど、2001年6月までの1年間で約2万2700件の情報が集まった。また同省は、平成15年度厚生労働科学研究として「医療事故の全国的発生頻度に関する研究」班を発足させた。研究班は、2003年秋から全国の病院でカルテを分析し事故の発生率を割り出すことを計画しており¹²、医療事故被害者や弁護士を含めた20数人からなる運営委員会を発足させる。調査は3年計画で、2003年度は10～20個所の病院で試験的

⁸ 和田・前田 前掲書 pp.157-160.

⁹ 日本外科学会は、平成14年7月にガイドライン「診療行為に関連した患者の死亡・障害の報告について」をまとめ、患者が死亡するなどの重大な医療事故について過誤が明らか場合には警察に報告することが望ましいとした。「医師法」(昭和23年法律第201号)第21条に対する裁判例(東京地判平成13.8.30判時1771号156頁)においても、診療中の疾病以外の原因で死亡した疑いのある場合には警察への届け出をしなければならないとしている。一方で、日本国憲法第38条第1項では、自白強要の禁止をうたっており、医療事故の被告になり得る医師に対して警察への届け出を義務づけられるかどうかについては賛否の議論がある。(加藤紘之ほか「医療事故情報の警察への報告」『ジュリスト』No.1249, 2003.7.15, pp.68-80.)

¹⁰ 『日本経済新聞』2003.5.21, 夕刊。

¹¹ 「行政と刑事処分のすみ分け必要 悪質な過誤には厳格に刑事罰を」『日経メディカル』427号, 2003.6, pp.50-53.

¹² アメリカでは2地域で各50個所の医療機関を対象に調査研究を行い、全米で年間44,000～99,000件の事故が起きていると推測した。人口比較を基にすると、日本では2万件以上の事故が起きていると推測される(『読売新聞』2003.8.16, 夕刊)。カルテを分析することによる医療事故調査は、現在までにアメリカ、オーストラリア、イギリス、ニュージーランド、デンマークで行なわれており、日本で行う調査はこれらの国と同様の方法になる見込みである(長谷川敏彦ほか「事故の実態把握」『病院』62巻8号, 2003.8, pp.684-690.)

に調査を行う予定である¹³。発生件数を調べるほか、調査結果から事故やミスが起きやすいシステムや医療用具などが浮かび上がれば、それに的を絞って安全対策を進めることができる¹⁴。

厚生労働省の「医療に係る事故事例情報の取扱いに関する検討部会」は、2003年4月15日に最終報告書¹⁵をまとめ、この中で重大事故についての報告を義務化し、これを再発防止に活用することを提言した。この報告書では、事故の報告先として中立的な立場の「第三者機関」を設置する、この機関は集めた事故情報を分析して予防のための改善策をまとめ医療関係者に提供する、事故の報告は病院からだけでなく患者や遺族からも受け入れる、ことを提言している。報告が義務化されるのは国立病院・療養所、大学病院の本院など約250の医療機関に限られており、当面、民間病院は含まれない¹⁶。事故の報告者の不利益にならないよう、報告内容を基にした行政処分などの処罰は行わない、としている。同省は日本医療機能評価機構に「第三者機関」の設置を求めると共に、2004年度予算の概算要求で運営経費などに1億5600万円を計上しており、予算が確定すれば機関の設置が正式に決まり、医療事故報告制度も2004年4月からスタートする見通しである¹⁷。

2 行政処分の強化

医療事故を理由とした医師免許の取消・停止などの行政処分の運用方法についても、検討が進められている。医道審議会医道分科会では、2002年12月13日に「医師及び歯科医師に対する行政処分の考え方」をまとめた。その中で「基本的には司法処分の量刑などを参考に決定するが、明らかな過失による医療過誤や繰り返し行われた過失など、医師、歯科医師として通常求められる注意義務が欠けている事案については、重めの処分とする」とした。これまでは処分の対象とならなかった、刑事事件として扱われていない事故についても処分の対象とされることになった¹⁸。

これに対して、日本産婦人科医会は2003年5月13日に、この方針を批判する文書を医道審議会に提出した。産婦人科は民事訴訟が提起される可能性の高い診療科目のひとつであり¹⁹、かねてから同会は、新人医師の減少、医療従事者の医療行為への萎縮等を危惧して

¹³ 「医療事故発生率 今秋に初調査」『日本経済新聞』2003.8.16.

¹⁴ 「医療事故、今年度から初の実態調査」『読売新聞』2003.4.7, 夕刊.

¹⁵ 厚生労働省ホームページから、医療に係る事故事例情報の取扱いに関する検討部会『「医療に係る事故事例情報の取扱いに関する検討部会」報告書』2003.4.15.

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/04/s0415-3a.html>

¹⁶ 義務化の対象となっているのは全国の医療機関の一割のみである。患者団体からは医療情報の公開に逆行しているとの批判も出ている。『産経新聞』2003.9.14.

¹⁷ 「厚生省 医療事故事例の収集機関は医療機能評価機構内に」『日刊薬業』2003.10.1, p.9.

¹⁸ 厚生労働省ホームページから、「医師及び歯科医師に対する行政処分の考え方について」2002.12.13.

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/12/s1213-6.html>

¹⁹ 諸外国の調査によれば、産婦人科の医療行為は事故を伴うリスクが高いこと、出産が元々病気でないこと、母子2人の命を扱うことなどから民事訴訟に持ち込まれることが多い(長谷川ほか 前掲論文 pp.688-689.)

おり、早くから独自に医療事故防止マニュアルなどを作成してきていた。同会は、民事裁判では刑事事件とは異なり、責任は明白にならないとし、医療契約とは病状の改善を目指し診療当時の医療水準に応じて最適な医療を行う債務を負っているのであって、結果責任を負っているのではないため、医療の行為に債務不履行があったか否かの判断は難しい場合が多いとしている。民事裁判で和解解決したケースについて行政処分の対象となる可能性が出てくれば、医療側は行政処分を免れるために、勝訴するまで争わなければならなくなると主張している。同会は、個々の事例をよく検討し、非良心的、技術不十分、怠慢などが原因で医療事故を繰り返す医師には、研修・指導の強化が必要であると指摘している²⁰。

<表1> 医療事故を原因とした行政処分事例

2002年12月	
基準最高容量50mlの麻酔薬リドカインの1%溶液を合計約95ml注射し、患者を死亡させた。	医業停止3月
人工呼吸器等を準備せずに硬膜外麻酔を実施し、呼吸停止状態に陥らせ、患者を死亡させた。	医業停止3月
パソコンの処方オーダー画面の薬剤名一覧から胃薬アルサルミンと抗癌剤アルケランを取り違えて選択し、患者に薬剤性骨髄障害による汎血球減少症の障害を負わせた。	医業停止1月
2003年7月	
1回の投与後少なくとも3週間休薬すべき抗癌剤プリプラチンを、他の薬剤と間違えて3日間にわたり3回注射するよう看護師に指示し死亡させた。さらに死体を検案した際、自らの過失に起因する異常死と認めたにも関わらず、24時間以内に警察署に届け出ることを怠った。	医業停止1年
入院患者に腸内洗浄を施す前日、鼻腔から胃内部に向けて挿入すべきチューブを右気管支内に誤入しそのまま看護師に同チューブを通して洗浄液を気管支内に注入させ呼吸器不全により死亡させた。	医業停止1年
手術後に併発した肺炎の治療のためO型濃厚赤血球を輸血する際、患者の血液型を確認せずに同室の他の患者と同じA型と軽信し、看護師にA型濃厚赤血球を輸血させ、異型輸血に基づく多臓器不全により死亡させた。(血液払出伝票を作成した医師と、準備に当たった医師の2名が処分対象)	医業停止1年

(出典)注21、22の資料をもとに作成

医道審議会医道分科会は、2002年12月13日に医師22人と歯科医師10人の処分を、2003年7月31日に医師29人と歯科医師9人の処分をそれぞれ行った。このうち医療事故に係るケースについては、業務上過失致死または業務上過失傷害の刑事事件となった事例(2002年12月は3人、2003年7月は4人)が処分の対象となっている(表1)。処分の対象を拡大する方針が打ち出されたことを受けて、処分の具体的運用方法の検討を行うため、厚生

²⁰ 日本産婦人科医会ホームページから、日本産婦人科医会常務理事 川端正清「医師・歯科医師の行政処分について」<http://www.jaog.or.jp/JAPANESE/MEMBERS/TANPA/H15/030721.htm> (last access 2003.10.)

²¹ 「医道審が「行政処分の考え方」まとめる - 刑事事件とならなかった医療過誤も処分対象に」『日本医事

労働省は2003年7月1日、医政局医事課に「医師資質向上対策室」を設置した。今後、医療事故を繰り返すいわゆる「リピーター医師」の処分のあり方などを検討する見込みである²²。また、2003年11月23日、同分科会は業務上過失致死罪で起訴された東京慈恵会医科大学付属青戸病院の医師3人²³について、刑事処分が確定する前に行政処分を行う方針を出した。同分科会が行政処分の対象拡大の考え方を打ち出してから初めてのケースとなった²⁴。

3 裁判外紛争処理機関

現在わが国には、公的な裁判外紛争処理機関はないが、社団法人日本医師会が裁判外での医療事故の紛争処理を行っている。同会が保険契約者、損害保険会社が保険者となって医師賠償責任保険制度を作っており、被害者から医師に対して医療事故の損害賠償の求めがあった場合には、同会と損害保険会社が設置する調査委員会が紛争の実態を調査し、賠償責任の有無、賠償責任額などについて審査する。紛争当事者が審査結果に合意すれば、紛争処理・解決の手続きを行う。日本医師会関連の医療紛争は年間約1200件程度と推定されることから、この保険制度による一定の成果は認められる。しかし、審査の結果に対して法的効力がない、保険未加入の医師に対して担保されない、などの問題点がある²⁵。

2003年9月3日、政府の司法制度改革推進本部では、2004（平成16）年の通常国会に「裁判外紛争解決手続き利用促進基本法案」（仮称）を提出する方針を固めた。裁判外での紛争解決のシステムが整備されれば、現在行なわれている専門的知識を要する鑑定について、その時間と費用を軽減できる。また、被害者の精神的苦痛を「慰謝料」という金額に置き換えなければ裁判手続きを利用できず、このことが紛争を拡大させ、かえって被害者を苦しめるケースもあるが、このような場合にも裁判外の紛争解決が役立つ²⁶。医療事故に係るケースについての紛争は、解決までに極めて長い時間を要する²⁷こともあり、これを裁

新報』No.4105, 2002.12.28, p.61.

²² 「厚労省に「医師資質向上対策室」 - 「リピーター医師」の処分など検討」『日本医事新報』No.4132, 2003.7.5, p.72.

²³ 2002年11月8日に前立腺がん摘出のため腹腔鏡手術を受けた患者が死亡した事故。腹腔鏡手術は開腹手術より難易度が高い。中心となって執刀した医師も数回助手の経験があるのみだった。（「東京慈恵医大で手術ミス、医師3人を起訴」『朝日新聞』2003.10.16.）

²⁴ 「「刑事」確定前に医師処分へ」『読売新聞』2003.10.24.

²⁵ 植木哲『医療の法律学（第2版）』有斐閣, 2003, pp.43-45. 日医の会員は15万7826人いるが、そのうち保険未加入の医師は39,947人（2002年12月1日時点）（「日医会員数調査」『日医ニュース』No.993, 2003.1.20, p.3.）。なお、国内の医師は16万9769.2人（2001年10月1日時点、常勤換算）（『厚生統計要覧（平成14年度）』厚生労働省, 2003, p.137.）

²⁶ 日本弁護士連合会ホームページから、「ADR（裁判外紛争解決）についての意見」2002.7.

http://www.nichibenren.or.jp/jp/katsudo/sytyou/iken/02/2002_47.html

²⁷ 医療関係の第一審における平均審理機関は、30.4か月（平成14年）である（最高裁判所ホームページから、「医事関係訴訟及び地裁第一審通常訴訟の既済事件の平均審理時間」

<http://courtdomino2.courts.go.jp/shanyou.nsf/0258b7a1680aa82849256467004875a6/352546364a54114049256d5c000dde7f?OpenDocument>）。しかし、取り下げなどで実質的な審議を行わずに終了してしまうものもあるため、多くの弁護士が医療訴訟には3年以上かかると実感している（医療事故市民オンブズマン・メディアホームページから、五十嵐裕美「医療過誤訴訟と司法改革第2回（2002.6.）」

判外で和解することで、安い費用で早期解決が可能となる。しかし、この裁判外での和解については、法的効力が明確でないなどの問題点もあり、和解に判決並みの法的効力を認めることも検討されている。また、裁判外の紛争処理機関が整備された場合、裁判所が裁判前に紛争解決機関の利用を勧める「勧奨制度」を作るべきかどうかについても議論が行なわれている²⁸。

IV 欧米主要国の状況

発生した医療事故への対応策として、国により特徴的な施策が取られている。ここでは事故の報告制度、裁判外での紛争処理機関などを中心にその概要を紹介する。

1 アメリカ

アメリカでは、ほぼ全ての病院は、メディケア、メディケイド²⁹の適用対象となるために3年ごとに医療機関評価合同委員会（JCAHO: The Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations）の認定を受ける必要がある。2001年半ばにJCAHOは病院に対して、事故から学び再発を防ぐという理念に基づいて対策を実施することを求めた。病院は事故および「ヒヤリ・ハット事例」について、特にその中でも防止可能な事例について原因分析を行わねばならず、これを怠ると認定資格を失う可能性がある³⁰。JCAHOは2003年に白書³¹を発表し、その中で2003年に行うべき6つの対策（患者を同定する方法の改善、医療提供者間のコミュニケーションの改善、要注意薬品の安全使用、部位取り違い・患者取り違い・術法の誤りの根絶、輸液ポンプの安全使用、警報システムの改善）を提示し、認定病院ではこれらの実施状況を調査することとなった。

アメリカ医師会は、1997年にアメリカ患者安全財団（NPSF: National Patient Safety Foundation）を設立した。同財団は医療関係者を中心に被害者も含めて構成されており、医療事件事例を収集すると共に、病院での安全対策についての議論をしている。同財団ではその内容を公表し、医療関係者等が情報を共有する事で患者の安全の方策を実行するた

<http://homepage3.nifty.com/medio/kaihou/02/0206/0206legal.htm>)

²⁸ 司法制度改革推進本部ホームページから、「総合的なADRの制度基盤の整備について」2003.7.

<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/sihou/pc/0729adr/seibi.html>

²⁹ アメリカでは民間保険が一般的である。公的な医療保障制度としてはメディケアとメディケイドがあり、メディケアは65歳以上の老人などが対象で、メディケイドは母子家庭、障害者などが対象である。メディケアとメディケイドあわせて、全人口の約4分の1に適用されている。（『保険+医療+福祉の現代用語WIBA 2001年版』日本医療企画, 2001, pp.624-625.）

³⁰ ロバート・B・レフラー「医療ミス、安全、公的責任」『アメリカ法』2003年1号, 2003.7, p.5.

³¹ *Weaving The Fabric - Strategies for improving our nation's health care- 2003.2.*

<http://www.jcaho.org/about+us/public+policy+initiatives/weaving+the+fabric.pdf>

めに必要な環境作りを行っている³²。同財団は 2003 年 3 月に第 5 回会議を開いているが、その基調講演の中でアメリカ厚生省長官は、医薬品へのバーコードの貼付、ニアミスを含めた薬剤による事故についての 15 日以内の報告などのアメリカ食品医薬品局 (FDA: Food and Drug Administration) の計画があることを発表している³³。

アメリカでは、1960 年代から裁判所に代わる医療紛争処理機関による解決策が検討され、各州の医師会と保険会社の協力によりスクリーニング・パネルが設置されている。スクリーニング・パネルは医療事故が発生した場合、被害者の申し出によりそれが法廷に出されるべきかどうかを検討する機関であり、主に医師と法律家を構成員とする。スクリーニング・パネルの結論に被害者が合意すれば、紛争解決の手続きが取られるが、被害者が同意しない場合には裁判に持ち込まれる。被害者が同意せず、裁判に持ち込まれる頻度は 30% 前後となっている。その結果として、医療紛争の解決に要する期間が約 2 年から 1 年以内へと短縮され、訴訟の時間と費用を軽減すると共に、裁判所での紛争解決が好ましいと判断された案件に対しては、十分な時間をかける余裕を与えることにつながっている³⁴。

一方で、医療事故の賠償額が高騰しており、そのため医療事故保険料が上昇している。医師らは高騰する医療事故保険料が医療サービスを圧迫し、患者に適切な処置を施せないと訴えている。賠償額に上限を設けるなどの措置を行うべきだとの声も上がっている³⁵。

アメリカで医療事故を理由に刑事訴追されることは非常に稀で、明らかに加害の意志があった場合などに限られる³⁶。事例の報告、公開が進んでおり、一部の州では患者は医療機関の実績データを入手することが可能である。ニューヨーク州では 200 以上ある医療機関について患者の生存率を公表しており、患者は情報を基に病院を選択することができる。これにより医療機関や医師は高い評価を得られるよう努力をしている³⁷。

2 イギリス

イギリスでは、2000 年 6 月に保健省 (DH: Department of health) の専門家委員会が報告書³⁸を出し、事故および「ヒヤリ・ハット事例」の報告制度を確立し、活用できるシステムを構築することなどを提言した。この提言を受けて、保健省は 2001 年に医療事故防止のための総合プラン³⁹を公表している。同プランには「事故から学ぶ報告システムの構築」、「患者の安全に関する国家機関の設立」、「国民保健サービス (NHS: National Health

³² NPSF ホームページから "About the Foundation" 2003. http://www.npsf.org/html/about_npsf.html

³³ NPSF ホームページから "Food and Drug Administration Plan Focuses on Patient" 2003.3.13. <http://www.npsf.org/html/pressrel/2003-03-13.html>

³⁴ 植木 前掲書 pp.54-57.

³⁵ 宮田智之「医療過誤訴訟改革」『外国の立法』217号, 2003.8, pp.140-145.

³⁶ ロバート 前掲論文, p.17.

³⁷ "Report Rates Care in Life-Threatening Illnesses by Hospitals in New York State" *NEW YORK TIMES*, November 25, 2002 :B5.

³⁸ *An organization with a memory*, 2000.6. <http://www.doh.gov.uk/cmo/orgmem.pdf>

³⁹ *Building a safer NHS for patients* 2001.4. <http://www.doh.gov.uk/buildsafenhs/buildsafenhs.pdf>

Service) ⁴⁰における医療事故調査及び査察システムの改善」の方策が提示され、「4つの目標⁴¹」が掲げられている。これを受ける形で2001年7月にイギリス患者安全機構(NPSA: National Patient Safety Agency ⁴²)が設立され、既に140万件近い医療事故情報を収集している⁴³。

また、1973年7月に「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、この中でNHSの運用に対する苦情申し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。)を設けることが規定された⁴⁴。1996年4月には審査の範囲が拡大され、医療の内容に関する苦情も処理できるようになった。各病院等には苦情処理手続きが定められており、患者やその家族はまずその手続きを踏む。それに満足できない場合には独立審査会(independent panel)による審査を求めるが、その審査にも満足できない場合や、時間がかかり過ぎる場合には、保健サービスコミッショナーに苦情を申し立てる。すなわち保健サービスコミッショナーは裁判外紛争処理の最終審の役割を果たしている。保健サービスコミッショナーにより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⁴⁵。

イギリスには医師の登録制度を管理し、懲戒等を行う組織として一般医療評議会(GMC; General Medical Council)がある。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、この称号を持っていないと、証明書の発行や国民保健サービスの担当をすることができない。GMCは医師に対して懲戒処分を課すことがあるが、刑事事件として有罪となったケースでは、警察などからGMCに通知がなされて審理手続きを行う。有罪となっていないケースでも、医師として誤った行動があったと思われる場合には、被害者などからの申し立てにより、GMCが審理し懲戒処分とする。懲戒処分としては、登録の削除、免許の停止などがある⁴⁶。

3 ドイツ

⁴⁰ イギリスの医療制度は保険方式ではなく、医療費の大部分を国の一般財源で負担している。国民は診察を受ける一般医をあらかじめ登録しておき、まずは一般医の診察を受け、場合によっては一般医の紹介で病院の診察を受ける。国民は原則として無料で医療サービスを受ける事ができる。

⁴¹ 4つの目標とは、「2001年までに脊椎穿刺による死亡または半身麻痺をゼロにする」、「2005年までに産婦人科領域での事故訴訟件数を25%まで減らす」、「2005年までに誤薬による重大事故を40%まで減らす」、「2002年までに精神病患者によるベッド柵やシャワーカーテンレールを使った自殺をゼロにする」。

⁴² 保健大臣直属の特別機関で、保健大臣の任命する委員長、委員12~15名と事務局で構成される。

⁴³ 長谷川敏彦・藤澤由和「医療安全政策の国際動向とその方向性」『病院』61巻5号, 2002.5, pp.402-406.

⁴⁴ 岩間大和子「イギリスの医療苦情処理手続 - 再編成下の国民保健サービスにおいて - 」『レファレンス』No.279, 1974.4, pp.98-99. 一方、一般医については、保健サービスコミッショナーが設けられる以前に、紛争処理の法的手続きなどが比較的整備されていた。(原徹郎「イギリスにおける医の倫理と医療苦情処理について」『レファレンス』No.273, 1973.10, pp.4-32.)

⁴⁵ 平松毅「イギリスの医療オンブズマン(The Health Service Ombudsman for England)」『行政苦情救済&オンブズマン』Vol.9, 2003.5, pp.7-15.

⁴⁶ 宇津木伸「イギリスにおける日常医療の倫理」『日本医事新報』No.4052, 2001.12.22, pp.21-25.

ドイツでは、医師と被害者の紛争の解決、裁判所の負担軽減、医師と被害者の関係改善を目的として、1975年4月にバイエルンの州医師会が保険業者団体と契約を締結し調停所を設立し、また同年12月にはノルトラインの州医師会が鑑定委員会を設立した。その後、各地に調停所あるいは鑑定委員会が設立され、現在では12個所に存在し、ドイツ全国をカバーしている。被害者や医師は、医療事故紛争の解決のために利用できる。調停所では医師の賠償責任の有無と損害額を判断し、鑑定委員会では医学上の鑑定を行い、医師の責任の有無を判断する。申し立ては被害者からのものが多いが、保険会社や健康組合からのものもある。申し立て件数は年々増加しており、例えば北ドイツのハノーファーの調停所の場合、1976年には500件であったが、1998年には3484件となっている。調停所や鑑定委員会は、中立的立場であると評価を受けており、医師の責任があると判断した事例は、申し立て件数の約3割となっている。調停所や鑑定委員会は、医師の責任と損害額について判断するが、調停成立の斡旋を行うことはしない⁴⁷。したがって、医療事故紛争事例の大半は調停所や鑑定委員会で解決しているものの、判断結果に合意が得られない場合などは裁判所に提訴されることもある。ハノーファーの調停所で判断が下された事件のうち10%が裁判所に提訴されている。その場合でも、すでに争点は明確になっていることが多く、一度鑑定が行われているため事案は解明しやすい。調停所や鑑定委員会は、医療紛争に関するデータの公表も積極的であり、取り扱った紛争事例を基に、医療事故紛争が生じやすい分野を医師に明らかにして注意を呼びかけたり、医療事故情報の検索と評価を容易にするためにデータベース化を進めている⁴⁸。

V おわりに

で見たようにわが国では、医療事故に対して、報告制度の確立 行政処分の強化 裁判外紛争処理機関の設立などの論議が進み、対応策が整備されつつあるが、実効性のある制度となるためには課題も多い。

欧米主要国について見てみると、アメリカでは認定機関が主導して病院の安全管理を指導・調査しており、またスクリーニング・パネルが裁判外紛争処理機関の役割を果たしている。イギリスでは保健サービスコミッショナー等が裁判外の公的な紛争処理機関の役割を担っており、また報告制度の確立への動きが見られる。ドイツでは医師会が関与して裁判外専門的調査や鑑定を行う制度が整備されている点が特徴的である。各国の特徴的な施策の中に、今後わが国が医療事故への対応策を整備する上での検討材料を見出すことができよう。

⁴⁷ 中村也寸志「ドイツにおける専門訴訟（医療過誤訴訟及び建築関係訴訟）の実情」『判例時報』1696号，2000.2.21, pp.32-43.

⁴⁸ 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.