

った判断については、十分な医学的知識および十分な法律知識を必要とするため、個々のメディエーターの判断に依存するのは難しいこと、また判断を示すことでメディエーターの中立性が損なわれてしまう可能性が高いことからです。

もちろん、単純な対話だけで解決が達成されるというわけではありません。とりわけ患者側は事実の評価や賠償額の算定について、第三者の判断を求めることも多いでしょう。その場合は、対話合意形成(メディエーション)手続に附設された、早期審査パネルに評価を諮問する手続きに至ります。ここでは、医師・弁護士らからなるパネルが専門的視点から適正な評価を示すこととなります。その評価を受けて、これを目安にしながら両者が合意に達した場合には、合意内容を確定し終了することとなります。

対話合意形成(メディエーション)手続は、単なる対話によって解決するというのではなく、客観的な専門的(医学・法律)評価をも組み込んだ複合的な適正手続モデルを指しています。

また、メディエーターは中立的第三者ではありますが、その立場は、単なる中立性(Neutrality)にとどまらず、不偏性(Impartiality)へと、考え方を発展させていく必要があります。メディエーターによる対話の促進においては、患者側にも医療側にも共感しながら対話の橋渡しをするという揺れ動くプロセスが重要だからです。極端に中立性だけを追求することによって、両者が納得する解決は得られません。形式的な中立性(Neutrality)にとらわれず、不偏性(Impartiality)という発展的な考え方のもとで制度設計しなければいけません。

#### (2-b) 早期中立評価(早期審査パネル)

いずれかの当事者が望んで相手方も同意した場合には、第三者の医師・弁護士からなる早期中立審査パネルに事実の認定・評価、賠償額についての判断を仰ぐことができます。パネルは、客観的に可能な限り迅速に評価を提示しますが、この早期中立評価パネルの示す評価には、いっさい拘束力はありません。したがって、ここでの評価を得た上で手続は再度メディエーションに戻されることとなります。こうして得られた中立的な事実評価と賠償額算定についての情報を参照しながら、さらに対話を通して賠償問題に留まらない柔軟で創造的な合意形成へ向けて対話を行います。合意が成立した場合には解決となりますが、合意が成立しない場合には、次の二つの可能性が残ります。ひとつは、これ以上センターでの処理を望まない場合で、この場合には訴訟ということになるでしょう。もうひとつは、センターの手続として設けられた中立裁定手続の利用です。

#### (3) 中立裁定手続

両当事者がメディエーションにおいて合意に到らず、中立裁定手続の利用について両当事者がともに同意した場合、センターは医師および弁護士からなる高次審査パネルによる中立裁定手続を提供します。事実評価、賠償額算定など一定の争点について、パネルが厳密な審査の上で中立的裁定を下します。この裁定判断には拘束力があり、中立裁定手続を始める段階で裁定判断に従うことを両当事者が受容して初めて、手続を開始することとなります。

以上が手続の概要です。このような「対話ケア・合意促進機能」と「事実評価機能」を組み込んだ中立的な第三者機関が、少なくとも全国8カ所程度に設置されることが望ましいでしょう。このためには、中立的第三者の人材育成が急務です。必要となる専門技能は、コミュニケーション技法やカウンセリング的技法だけでなく、心理学・社会学など学際的知見に基づく紛争構造分析を基盤とするものになります。また、万一医療側の不当な情報操作等があった場合、それを見抜くためにも、もともと医療の専門知識をもつ人材が務めることが望ましいでしょう。日本医療機能評価機構では、このような人材を育成するために、平成16年から医師・看護師等を対象に医療メディエーター研修を始め、既に延べ250人の医療メディエーターを養成してきました。これらの人材が、既に全国の医療現場で活躍しており、今後もその活用が期待されます。

裁判的解決を浸透させる裁判準拠型 ADR が、法的正義の美辞のもとに設計されたなら、医師と患者の信頼関係がなければ治療が成立しない医療の分野に、疑心暗鬼と不信不満の拡張をもたらし、医療崩壊を一気に加速させることになりかねません。医療 ADR においては、対話自律型 ADRこそ機能的で、ニーズ応答的で、そして医療者と患者の関係を、悲嘆を超えてつないでいく、有意義な効果を持ちうるのです。現在、我々が直面している問題に対して、何が必要で何が機能的であるのかを、患者・家族、医療従事者という当事者の視点から捉えていくことが極めて重要です。厚生労働省には、そうした視点から制度設計していただきたく思います。

解説(工)

医療崩壊を招く刑事介入

～柔軟にニーズに応える対話自律型ADRへ～

平成18年2月18日、福島県立大野病院の産婦人科医が、業務上過失致死罪の容疑で逮捕された。誠意を尽くし、手を尽くしても命を救えなかった場合は医療者が逮捕されることを意味し、医療崩壊を促進している。医師一人では安全な体制がとれないため、病院からの医師の引き上げや診療科の閉鎖が相次ぎ、リスクの高い医療を行わない病院が増えている。インフォームドコンセント等の書類をつくるのが社会的に要求されるため、治療そのものよりも書類作成に時間がとられ、患者・家族と医療従事者との信頼関係構築が難しくなっている。

業務上過失致死傷罪の他にも、刑事が医療に介入し得る大きな罪刑として、終末期医療における殺人罪の適用がある。平成19年2月28日、東京高等裁判所の判決が出された。喘息重積発作による心肺停止で川崎協同病院に運び込まれ、何とか蘇生はしたものの、重度の低酸素性脳損傷による昏睡状態を脱することができず、気道内チューブを挿管してから2週間経過し、抜管か気管切開かの判断を迫られたとき、家族の希望により抜管し死亡に至った症例について、医師の殺人罪が成立するとした判決である。

横浜地方裁判所に提出された起訴状にある、次のような衝撃的な文章が、医療に刑事が介入することの不適切さを物語っている。

「気管支喘息重積発作に伴う低酸素性脳症で入院中のXXに対し、殺意をもって、(中略)気管内チューブを抜去し(中略)同人を呼吸筋弛緩に基づく窒息により死亡させて殺害したものである。

罪名および罰状

殺人 刑法199条」

殺人罪を前提として、その構成要件を満たすか否かという法的理論に持ち込まれた結果、患者のためを考え、家族の希望も聞き、医師が苦悩の末に行った医療行為が、「殺意をもって…殺害した」こととされ、起訴状は、その医師がいかにか非道な人物かを示す文章となる。

この世を去っていく人は、我が国では年間約100万人いる。そのうち約85万人<sup>16)</sup>は、医療機関で最期を迎える。ほとんどの日本人が、それぞれの人生の幕を閉じる場所は、医療機関であり、そこで働く医療従事者は、日常的に人の死と向き合い、苦悩している。この世に生を受けたすべての者に必ず死が訪れるという自然の摂理を、医師だからといって、覆すことは到底できないからだ。否応なく死が訪れる患者や家族を目の前にしたとき、せめて医師にできることは、それぞれの人生最後の幕引きを、どのように迎えるか、(本人は意識がない場合が多いので)家族と相談して決めることだけである。また、家族がいない場合、家族が判断を示さない場合、家族・親族の中で

<sup>16)</sup> 平成17年度人口動態調査特殊報告によると、平成16年の死亡総数は1,028,602人、病院と診療所における死亡数は846,172人であった。

意見がまとまらない場合などは、医師が判断を迫られることになり、その苦悩は計り知れないものとなる。

人生最後の幕の引き方は、人それぞれ違うものだ。これまで生きてきた人生における価値観や、死生観、宗教観、家族との関わり方、病気などの進行の速さ、本人や家族の心の準備の程度など、あらゆる状況を視野に入れつつ一連の大きな流れの中で判断するものであり、この世に誰一人として同じ人生を歩んだ人間が存在しないことひとつをとっても、死に様が同じ人間は存在しないということがわかりいただけるだろう。

法律やガイドライン等によって、全国一律に人の死に方を決めるなどということは、不可能であるし、国や裁判所が死に方を決めて国民に押しつけるなどということは、あってはならないことだ。ましてや、刑事司法の手続きによって、臨床経過の全体像を俯瞰することなく、わずかな行為の一面だけを切り取って、あたかも一般刑法犯のように、「殺意があったのか、殺害行為かどうか」などと言って、その是非を裁くことがまかり通るような社会では、人の死に、真摯に向き合う医療従事者はいなくなるだろう。否応なく訪れる死を、患者・家族と共に迎えることが、即ち、逮捕・起訴され、一生殺人犯として扱われることを意味するからだ。

上記の東京高等裁判所の判決文からは、このような法の限界を十分に理解し、医療を法で裁くことの不適切さを知りながらも、司法手続きに縛られるしかなかった裁判官の苦悩が読み取れる。患者の自己決定権からのアプローチについて、(1)尊厳死を許容する法律がない状況で、刑法202条による自殺関与行為及び同意殺人行為が違法とされていることとの矛盾のない説明ができないこと、(2)急に意識を失った者については、元々自己決定できないことになるし、家族による自己決定の代行は、必ずしも患者本人の気持ちに沿わない思惑が入り込む危険のあること、また患者の意思の推定というのは、フィクションにならざるを得ない面があり、意識を失う前の日常生活上の発言等は、そのような状況に至っていない段階での気楽なものとする余地が十分あることを指摘して、自己決定論による解釈の危うさや限界を述べ、また、医師の治療義務の限界からのアプローチについては、(3)少しでも助かる可能性があれば医師には治療を継続すべき義務があるのではないかという疑問も実は克服されていないこと、(4)医師として十中八九助からないと判断していても最後まで最善を尽くすべきであるという考え方は単なる職業倫理上の要請に過ぎないといえるのかなお検討の余地がある、として、(5)いずれのアプローチにも解釈上の限界があるとしている。尊厳死の問題は、(6)幅広い国民の意識や意見の聴取はもとより終末期医療に関わる医師、看護師等の医療関係者の意見等の聴取もすこぶる重要であり、(7)世論形成に責任のあるマスコミの役割も大きいとして、裁判所は当該刑事事件の限られた記録の中でのみ検討を行わざるを得ない、とその限界を認識したうえで、(8)この問題は国を挙げて議論・検討すべきものであって司法が抜本的な解決を図るような問題ではないのである、と結論している。

医療の事案を刑事司法に持ち込み、限定された行為のみをとりだして、犯罪構成要件に当たるか、一般的に違法性があるかどうかといった法的判断だけを求めることは、医療従事者にとっても法律家にとっても、そして誰よりも、患者・家族にとって、好ましいこととはいえない。より柔軟に、個別ケース毎の患者・家族のニーズから出発し、様々な可能性の中から当事者自身が最善と思

## 団体

われる解決を自律的に模索していくという「私的自治」を追求する対話自律型 ADR<sup>17</sup>の確立が求められている。対話自律型 ADR においては、第三者が仲介し対話の場を提供することによって「相手方と向き合って話したい」というニーズを満たすこともできる。

対話自律型 ADR こそ機能的で、ニーズ応答的で、そして医療者と患者の関係を、悲嘆を超えてつないでいく、有意義な効果を持ちうる解決方法として、大きな期待を集めている。

---

<sup>17</sup> <http://expres.umin.jp/genba/kaisetsu03.html>

解説(才)

## 医療事案説明機関について

医療に関する民事訴訟の数は急速に増加しており、刑事による医療への介入もしばしば報道されるようになりました。中でも、平成18年2月の福島県立大野病院での産婦人科医逮捕のニュースは、医療関係者に衝撃を与えました。不可抗力ともいえるこの事例で、結果責任だけをもって犯罪行為として警察が医療に介入したことが、医療崩壊につながるという強い危機感が広がりました。

このような民事訴訟や刑事介入の増加を後押しする要因のひとつに、臨床経過の全体像を医学的に明らかにしてくれる第三者機関が存在しないという問題点があると指摘されています。病院で家族が死を迎え、あるいは重大な障害が残り、その経過に納得がいかなかったとき、患者・家族が、臨床経過中に何が起きたのか知りたいと思うのは、当然の心情なのではないでしょうか。また、事故であったことが明らかになったなら、二度と繰り返さないでほしいと思うでしょう。しかし、もし病院がきちんと調査し、十分に向き合って話し合いをしてくれなかったと感じた場合、このような患者・家族の強い心理的要請に応えられる道が、現状では存在しないのです。そこで、訴訟や警察による捜査が、すべての真相を明らかにしてくれる最後の手段であるという誤った認識増えているのではないかと、という推論です。

民事訴訟や刑事手続きで明らかとなるのは、個人の法的責任の有無を判断するために必要な範囲内の事実であり、そこでは限定された法的争点のみが議論されるため、臨床経過の全体像が明らかになるわけではありません。全体像が明らかにならず、周辺状況の調査もされないため、将来の患者のための再発抑制に役立てていくことも難しいのです。このような法的手続きでは、訴訟に勝っても負けても、納得のいかない虚しさや恨みを持ち続けている患者・家族も少なくないのです。医療裁判を経験した患者・家族のうち、66%が弁護士に不満を持ち、71%が訴訟後も不満なままという調査報告(メディオ弁護士満足度調査<sup>18</sup>)があります。

医療現場で働く医療従事者も、臨床経過の全体像について医学的に妥当な説明をしてほしいのです。臨床的な事実を明らかにしたうえで、再発を防げるような、あるいは事故が起きてしまっても患者さんへの影響を最小限に食い止められるような、安全な管理体制をとってほしいのです。

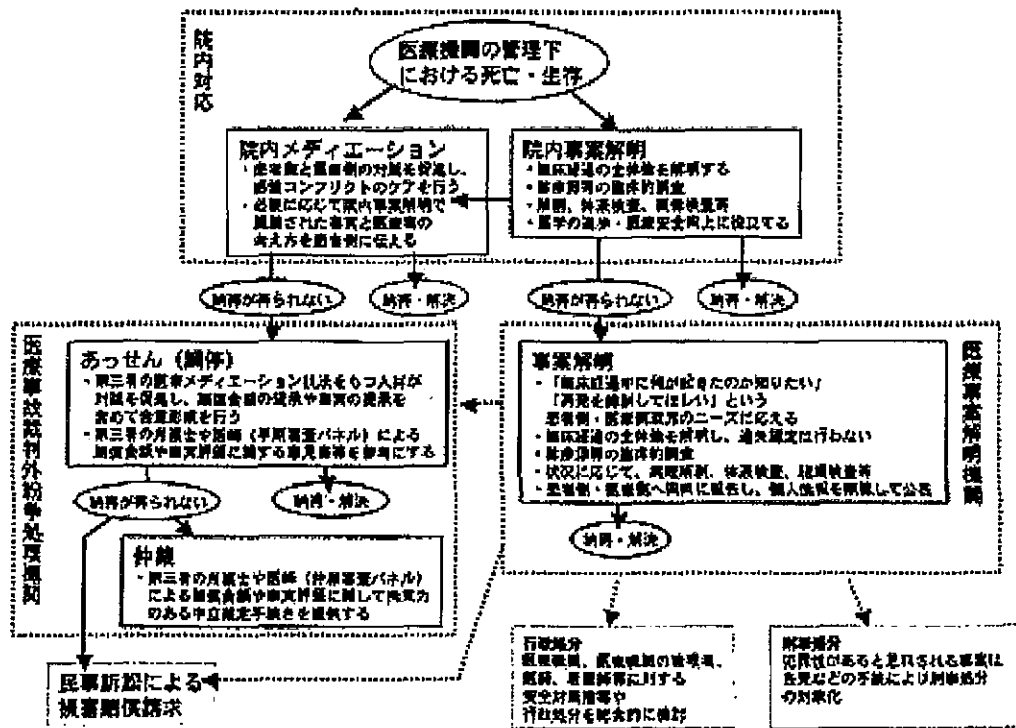
そこで、まずはそれぞれの医療機関において、十分な臨床的調査や病理解剖を行える予算を、厚労省から支出する必要があります。現状では、病理解剖の経費は、完全に病院側の持ち出しで行われているため、病理部門を不採算部門と見なす病院も少なくありません。1990年には、全国で38,000例以上行われていた病理解剖が、2003年には21,480例まで減少しています(※日本病理学会「日本病理剖検報」)。また、院内で、早期に患者側と医療側が対話を始められるような院内メディエーションの充実が必要です。

さらに、中立的第三者である医学の各専門家による説明を行う機関の設立が求められています。

<sup>18</sup> <http://homepage3.nifty.com/medio/kaihou/01/0102/02lawyer.html>

裁判のように極めて視野の狭い、個人の責任追及を目的とするのではなく、臨床的な事実関係を明らかにし、再発抑制につなげることを目的とします。また、この事案解明機関は、患者・家族の「臨床経過中に何が起きたのか知りたい」「再発を抑制したい」というニーズの部分に応えるものですが、「相手と直接向き合って誠実に対話をしたい」「適正な金銭賠償をしてほしい」といった、さらに複合的なニーズに応えるためには、対話自律型ADR(解説(ウ):医療における裁判外紛争処理(医療ADR)<sup>19</sup>)が不可欠です。医療事案解明機関と対話自律型ADRの整備は車の両輪となるのです。

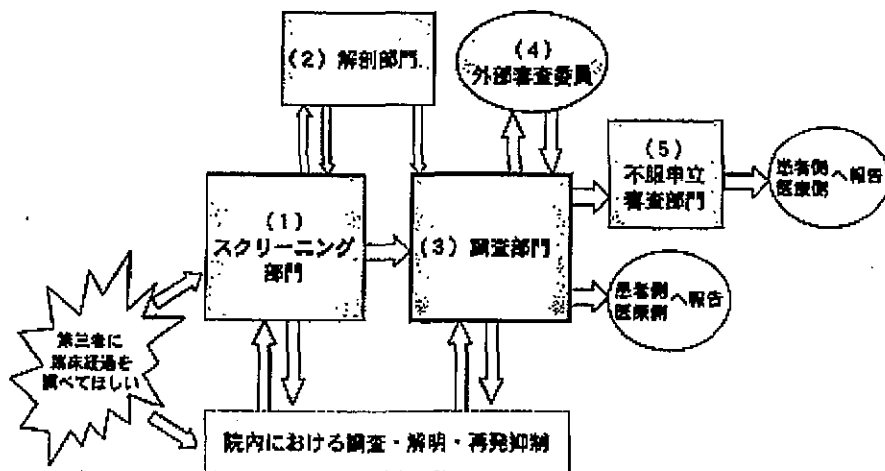
医療における事案解明及び裁判外紛争処理について



ここからは事案解明機関について、次の図を見ながら考えてみましょう。臨床経過の全体像について医学的に解明するには、どんな仕組みが必要でしょうか。

<sup>19</sup> <http://sykworks.com/ertest/tansaku11/genba/kaisetsu03.html>

医療における事案解明機関



(1)スクリーニング部門

患者側・医療側から死亡または身体に重大な後遺障害が残った事例についての申し立てを、看護師その他の医療関係者が24時間体制で受け付ける必要があります。現状では、現場の医師達に判断させる義務と権限が与えられているにも関わらず、事後的にその判断を覆し、医師個人の責任追及するシステムとなっているために、矛盾と混乱が生じています。医療現場においては、届出が必要な事案か否か、判断が難しい事案が多いため、届出に関して罰則をはずすとともに、24時間電話相談を受け付ける必要があります。

これらの事案を、臨床経過の解明と再発抑制を目的として医学的見地から解明が必要かつ可能な事案か否かを、スクリーニング部門が判断し、次の4通りに分類することになります。なお、臨床経過の解明とは別に、患者・家族が第三者に相談したり、病院側と話し合ったりする場が必要と思われる場合は、適宜、医療ADRを紹介することも重要です(解説(ウ):医療における裁判外紛争処理(医療ADR)<sup>20</sup>)。

- 1)各医療機関で対応する事案
- 2)解明機関自らで取り扱う事案
- 3)公衆衛生の観点から都道府県に通知する事案
- 4)犯罪捜査の観点から警察へ通知する事案

1)と2)の事案を解剖する場合は、疾患・治療内容・薬剤の副作用・手術の術式等を熟知している病理学の医師との協力が不可欠です。3)や4)の場合は、法医学の専門家の協力が必要とな

<sup>20</sup> <http://sykworks.com/ertest/tansaku11/genba/kaisetsu03.html>



るでしょう。現状では、3)公衆衛生の観点から行う解剖を十分に行えない都道府県が多いので(参考資料(ア):司法解剖・行政解剖と医療における病理解剖の違い<sup>21</sup>)、十分な予算措置と共に法医学教室に委託できるようにする仕組みが必要です。

次に、スクリーニング部門は、解明機関自らで取り扱う事案について、解剖が必要か否かの判断を行います。臨床経過の全体像を明らかにするための最も重要な調査対象は、臨床経過です。診療録を丹念に読み解くだけで十分な解明ができる症例が多いですが、一部の症例においては、ご遺体を解剖して得られる情報も、臨床経過の解明に役立ちます。解剖をしたほうが良いと考えられる場合、ご遺族に説明して承諾を得ますが、ご遺族が、事実の解明のために解剖するよりも、患者さんをもうこれ以上苦しめたくない、早く家に連れて帰りたいという気持ちを大切に、解剖に同意されない場合は、その意思を尊重する必要があります。

スクリーニング部門は、ご遺族の同意が得られ、解剖すると決まった事案について、病院と連携を取りながら、第三者性を担保するため、解明機関から看護師等の医療の専門知識のある第三者を解剖に立ち会うため派遣する等、現場の実情に応じた工夫が必要です。原則として、一刻も早く連れて帰りたい遺族に配慮し、当該医療機関で解剖を行います。その病院に解剖施設や病理医がない場合や、他の病院で解剖して欲しいという遺族の希望がある場合は、近隣の病院に依頼するなど、解剖の準備を整えます。また、臨床経過を詳しく知る担当医が立ち会わなければ、解剖中に必要な臨床経過に関する情報を入手できず、十分な解明ができない可能性があるため、原則として担当医が立ち会います。解剖終了直後には、暫定的な解剖所見を、待っていた遺族に口頭で伝えます。

その後、スクリーニング部門は、事案の調査を調査部門に引き継ぎます。解剖を行った病理医は、担当医から提供された臨床経過の情報、解剖時の肉眼的観察結果、血液や組織等の検査結果、パラフィンブロックより作成した病理組織標本の顕微鏡による観察・診断等を行い、総合的に判断した後、解剖報告書を作成し、調査部門へ報告します。すべての検査結果が出そろい、解剖報告書が作成されるまで、通常3ヶ月前後かかります。

解剖しない事案については、スクリーニング部門が、血液や組織の検査や保存等を医療機関に依頼する場合があります。

## (2) 解剖部門

解剖部門は、スクリーニング部門が、解剖が必要か否かの判断に迷った場合の指示や助言を行います。

## (3) 調査部門

調査部門は、解明機関が取り扱うすべての事案を受け持ち、最も多くのマンパワーを必要とする、事案解明機関の中心となる部門です。診療録(看護記録、病理検査記録等を含む)コピーの入手及び調査、医療従事者や患者・家族との面接、解剖報告書等すべての情報を集約し、臨床経過

<sup>21</sup> <http://sykworks.com/ertest/tansaku11/genba/sanko01.html>

を明らかにするために必要な調査を行います。

調査の後、外部審査員のうち当該事例に関連する診療科の医師に、解剖報告書及び調査結果に対する意見書の作成を依頼します。医療の進歩や高度化に伴い、診療において各専門家のチーム医療・協業が必要であるのと同様に、事後的な解明にも医療の各専門家の協業が必要だからです。このように解明機関が多数の専門家の協力を得て、既存の施設を有効活用し、病院間・診療科間の有機的連携をしつつ、臨床経過の解明に取り組むことができるよう、十分な制度的・財政的支援が必要です。また、必要に応じて、外部審査員その他の医療従事者や法曹関係者等の意見を聞くことができます。

調査部門は、これらの調査結果、病理医による解剖報告書、外部審査員等による意見書を検討し、調査報告書を作成します。調査部門では、各委員は、それぞれの専門の観点から評議に参加し、過失の有無等の認定は行いません。調査報告書には、医学的見地から、1)医学的・病理学的死因、2)死亡若しくは後遺障害に至る前後の経緯や事象の連鎖を含めた臨床経過の全体像の2点を記載します。

調査部門は、調査報告書を患者側・医療側に同時に交付します。調査報告書を受け取った患者側または医療側は、調査報告書の内容に不服がある場合は、1ヶ月以内に理由を付して不服申立をすることができます。

個人情報等を削除したうえで調査報告書を公表します。調査内容の透明性の担保と、質の維持・向上のためには、日本全国と同じ分野の専門家が調査報告書を読んで、医学的に妥当かどうか評価し(このような第三者の専門家によるチェックを Peer Review と言います。)フィードバックすることが必要ですが、このためには十分な情報量を公開する必要があります。個人情報以外は、原則としてすべて公開する必要があります。ただし、公表の方法については、患者・家族が、将来の患者に役立ててもらうため病院向けや学会発表等はしてほしいが、マスコミ発表はしないでほしいといった希望をもつこともあるので、その意思を尊重することが重要です。

再発抑制という形で将来の患者に役立てていくため、医療機関に対し、期限を定めて、再発抑制又は同種事例が発生した場合における被害の軽減のために講ずべき施策の報告を求めこともできますし、再発抑制のために必要かつ実現可能な対策のあり方や、各地域や各医療機関の実情を踏まえた安全管理体制のあり方を適切に検討し医療安全の向上に資する目的を含めた調査及び研究を行うこともできます。個々の医療従事者の教育も重要ですが、事案解明機関が取り扱うような再発抑制案では、個人の教育とは別の視点から、つまり、安全なシステムをつくるという大きな視点から再発抑制を考えなければなりません。2000年に“To err is human<sup>22)</sup>(人は誰でも間違える)”という報告書が米国 Institute of Medicine<sup>23)</sup> から出されて以来、「人は誰でも間違える」ことを前提としてシステムを構築しなければならないという考え方が主流となりました。例えば、医師から看護師への指示書と、医師から薬剤部への処方箋を別々に書く、あるいは看護師が指示書から書き写したリストを見ながら薬の投与を行うというシステムをとっている病院が多いですが、人

<sup>22)</sup> <http://www.nap.edu/books/0309068371/html/>

<sup>23)</sup> <http://www.iom.edu/>

間が書き写すという作業を行う限り、転記ミスというヒューマンエラーは必ず発生します。そこで、医師が1度だけ書いた指示のカーボンコピーを看護師への指示と薬剤部への処方とする、というように、人間の介在をなくすシステムをとらなければいけない、という考え方です。ヒューマンエラーをなくす方法は、人間の介在をなくす以外にないからです。

再発抑制案について、もうひとつ注意しなければならないことは、一人の人間が処理できる情報量を超えるマニュアル整備や、具体性のない「十分な配慮」といった提言は、実行可能かつ効果的な提言ではないという点です。マニュアル数を増やしてもスタッフの人数が増えるわけではありません。医療従事者一人当たりの仕事量は増加し、煩雑になるので、医療従事者はますます疲弊し、さらにヒューマンエラーが起こる確率が高くなるという悪循環を招く可能性すらあります。

十分な安全管理体制をとっていても起きてしまったような、防ぎようのない事案については、形式的な再発抑制案を提示するのではなく、「これ以上の対応策はない」という責任ある提言をするべきです。

#### (4) 外部審査部門

調査部門から依頼を受けた事案について、解剖報告書及び調査結果をもとに、外部審査員が意見書を作成します。

#### (5) 不服申立審査部門

不服申立審査部門は、患者側または医療側から、調査報告書の内容に対する不服申立を受け付けます。原則として、再調査を担当する者は、当初の調査担当者とは別の者を担当者として再調査を行います。

参考資料(ア)

司法解剖・行政解剖と医療における病理解剖の違い

死因究明や臨床経過解明に関する目的や調査手法の違い  
(枠内の整備が急務)

目的	刑事捜査	公衆衛生	医学の進歩・医療安全向上
国民の利益	刑事責任追及のための立証方法を確保して、裁判により刑罰を科すことで、社会生活、個人の生命、身体を安全を図る	感染症、中毒死、災害等による死亡被害拡大を防ぐ	新しい疾患の発見、治療効果の解明等、医学の進歩や医療安全の向上に寄与する
個人の利益		遺族が死亡状況や死因を知る	患者・家族・医療従事者が臨床経過の全体像や死因を知る
対象となる死体または患者	犯罪のおそれのある変死体	行き倒れの死体	医療機関で治療を受けていた患者の一部
対象例	溺死、窒息死、バラバラ殺人等	湯沸器による一酸化炭素中毒、新型インフルエンザ、バイオテロ等	複数疾患のうちどれが死因かわからない患者、治療があまり効いていなかった患者等
届け出先	警察 (医師法21条)		なし
主たる調査対象	死体		臨床経過の全体像
解剖に関する現行制度	司法解剖	監察医による解剖	医療機関における病理解剖
一般的な解剖執刀者	法医学の専門家		病理学の専門家
解剖手法	<ul style="list-style-type: none"> <li>脳や足も含め、すべての臓器を観察・保存する</li> <li>臨床経過はないため担当医は存在しない</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>すべての臓器 (脳は本誌が得られた場合のみ) を肉眼的に観察したうえで、標本を作製し顕微鏡的に観察</li> <li>すべての臓器を保存するが、臓器全体は1~数年、標本作製に用いた臓器の一部 (パラフィンブロック) は半永久的に保存</li> <li>臨床経過を質問するため、担当医の立ち会いが必須</li> </ul>

※調査前から3つに分類することは難しく、調査・解剖中に他の調査手法に切り替わる場合もある。

参考資料(イ)

福島県立大野病院事件

事件の経緯:平成16年12月17日、当時29歳の経産婦が前置胎盤のため、帝王切開による出産となりました。出産時に執刀医である加藤医師が癒着胎盤を認めたために癒着剥離を試みましたが、大量出血を起こしたために子宮摘出を選択。しかし残念ながら、最終的には出血性ショックで母体死亡となってしまいました。なお、加藤医師は術前に出血に備えて保存血を5単位準備し、同時に患者さんに子宮摘出となる可能性を説明しましたが、患者さんは子宮温存を希望したと言われています。

平成17年3月22日、福島県立大野病院の医療事故調査委員会が執刀医に責任があるという報告書を公表しました<sup>24</sup>。その後、福島県は遺族に謝罪し、加藤医師は懲戒処分(減給)となりました。

平成17年4月より福島県警が捜査を開始しました。カルテなどの証拠資料を押収し、任意の事情聴取が断続的に続きましたが、平成17年9月頃、事情聴取は終了。平成18年2月18日、突然、福島県警が加藤医師を逮捕・拘留しました。容疑は業務上過失致死容疑と医師法第21条違反でした。

平成18年3月10日、福島地検が福島地裁に、加藤医師を起訴しました。全国の医師や医師会等からの反発は大きく、3月17日には「周産期医療の崩壊をくい止める会」<sup>25</sup>(代表 佐藤章 福島県立医科大学医学部産科学婦人科学教授)は、この事件に対して厚生労働大臣に陳述書を提出。翌18日には第164回国会における厚生労働委員会でも、この事件が取り上げられるという異例の事態となりました。平成19年1月26日に福島地裁(大沢広裁判長)で開かれ、現在も裁判中となっています。ちなみに、この裁判の進行状況については「周産期医療の崩壊をくい止める会」、「ロハスメディカル」<sup>26</sup>のHPで逐次情報提供されています。この事件以降、訴訟リスクを嫌い、産婦人科を辞める医師が増えています。また、産婦人科医の不足は産婦人科の閉鎖を招き、平成18年8月8日に奈良県では分娩中に意識を失った妊婦を、19もの病院で受け入れができずに死亡してしまうという事件も起きています。このように福島県立大野病院事件をきっかけに産婦人科の医療崩壊は現実のものとなりつつあります。

参考資料

1) 日本医師会HP「福島県立大野病院の医療事故問題について、I事件の経緯と日医の対応、福島県立大野病院の医療事故にかかわる産婦人科医師の逮捕・拘留事件について」<sup>27</sup>

2) 周産期医療の崩壊をくい止める会<sup>28</sup>

本事件の公判概要、傍聴記、メディア報道、関係団体の声明がまとまっています。

<sup>24</sup> <http://tyama7.blog.ocn.ne.jp/obgvn/files/houkokusho.pdf>

<sup>25</sup> <http://plaza.umin.ac.jp/~perinate/cgi-bin/wiki/wiki.cgi>

<sup>26</sup> <http://www.lohasmedical.jp/blog/>

<sup>27</sup> <http://www.med.or.jp/nichikara/fseimei/nichii.pdf>

団体

3) 日本産科婦人科学会<sup>28</sup>

4) 日本産婦人科医会<sup>30</sup>

---

<sup>28</sup> <http://plaza.umin.ac.jp/~perinate/cgi-bin/wiki/wiki.cgi>

<sup>29</sup> <http://www.jsog.or.jp/>

<sup>30</sup> <http://www.jaog.or.jp/>

参考資料(ウ)

ADR 法と医療における ADR

ADR とは Alternative Dispute Resolution の略で、直訳すると代替紛争解決手続きとなります。日本では裁判外紛争解決手続と呼ばれ、裁判によらない紛争解決方法を広く指す言葉です。裁判では法的争点のみに重点が置かれていますが、法的な尺度だけでなく、個々の実情に合わせた柔軟な対応が可能となり、さらに紛争解決を迅速に測ることができるという長所を持っています。例えば、弁護士会、社団法人やその他の民間団体が行う仲裁、調停、斡旋の手続きや、裁判所における民事調停や家事調停も ADR に含まれます。

身近にある ADR ですが、現状では私たちの生活に浸透しているとは言えません。そのような状況を改善するために制定されたのが「裁判外紛争解決手続の利用の促進に関する法律(以下 ADR 法)」<sup>31</sup>で、第 161 回臨時国会において可決・成立し、平成 19 年 4 月 1 日から施行されます。ADR 法では以下の内容が定められています。

- a 裁判外紛争解決手続の基本理念を定めること
- b 裁判外紛争解決手続に関する国等の責務を定めること
- c 裁判外紛争解決手続のうち、民間事業者の行う和解の仲介(調停、斡旋)の業務について、その業務の適正さを確保するための一定の要件に適合していることを法務大臣が認証する制度を設けること
- d cの認証を受けた民間事業者の和解の仲介の業務については、時効の中断、訴訟手続の中止等の特別の効果が与えられること

法務省、裁判外紛争解決手続の利用の促進に関する法律について<sup>32</sup> より

また、日本の ADR 法の第 3 条 1 項に ADR は「法による紛争の解決のための手続」と明記されていて、世界的に見ても大変珍しいものです。これは ADR を裁判準拠型モデルとして位置付ける視点が色濃く反映した立法であることがわかります。

さて、このような ADR 法が医療における ADR で中心的な役割を担うようになるのでしょうか？ 日本の裁判は「10 年裁判」と揶揄されるように大変時間がかかります。家族を亡くされた遺族の心理的負担、さらには経済的負担を考えると、ADR による迅速な対応は遺族の負担軽減を図る上でとても重要なことです。また、裁判ではどうしても「法に照らし合わせてどうか」という視点でのみ争われてしまい、患者・遺族の「臨床経過中に何が起きたのか知りたい」「再発を防いでほしい」「真摯で誠実な対話をしてほしい」という要望に答えることができません。事実、いち早く医療訴訟に対話

<sup>31</sup> <http://www.moj.go.jp/KANBOU/ADR/adr01.html>

<sup>32</sup> <http://www.moj.go.jp/KANBOU/ADR/adr01.html>

による解決を取り入れたアメリカでは、専門知識を持った中立的な第三者(メディエーターと呼ばれる)の援助によって話し合いを進めることにより、双方の同意による解決が普及し始めています。同意による解決を通して、裁判にかかる過大な弁護士費用や時間的コストが削減され、2003年のジョンズ・ホプキンス病院では、前年比30%経費を削減できたという報告があります(ただし、患者への正当な賠償が削られたわけではなく、訴訟にかかる経費の削減です)。

しかし、すでに述べたように日本のADR法には「法による紛争の解決のための手続」と明記されています。そのため、ADRがもともと持っている「法的尺度以外の要素を勘案して合意を目指す」という特色が弱まることとなります。法律が基準になると、患者・家族の「直接、真摯で誠実な対応をしてほしい」「二度と事故を起こさないで欲しい」といった思いは、あまり省みられず、医療側も、謝罪を含め素直な気持ちを表す機会が失われてしまいます。また明らかにされる「事実」も法律上で重要な項目に限定され、臨床経過の全容の解明は困難です。そして臨床経過を正確に把握することができなければ、もちろん再発防止に役立てることはできません。

このように今年4月より施行されるADR法は裁判準拠型ADRを基本としています。その中でいかに対話による合意を目指していけるかが今後の課題となっていくそうです。