

補償と説明責任

— 現行のシステム —

クリストファー・オア

栗屋 剛 訳

〔訳者はしがき〕

本稿はクリストファー・オア Christopher Orr 氏の著作になる「補償と説明責任— 現行のシステム—」（原題は Compensation and Accountability : The Present System）の翻訳である（内容は主として英国における医療（過誤）に対する患者の苦情申立てに関するものである）。同論文はチャールズ・ヴィンセント Charles Vincent 他編『医療事故』（原題は Medical Accidents, オックスフォード大学出版局, 1993年）に収められている。

原著者、クリストファー・オア氏は医療制度に精通した人で、生前は英国イースト・アングリアン地域保健局の地域医事法制アドバイザー regional medico-legal adviser の職にあった（1994年死去）。

訳出するに当たって、英国医療被害者連盟 Action for Victims of Medical Accidents のアーノルド・シマノヴィッツ Arnold Simanowitz 会長の御助力を得た（同氏は前掲書に「説明責任」（原題は Accountability）と題する論文を寄せている）。ここに記して、御礼申し上げる次第である。

年老いたイーストが朝、手紙を持って私のところにやって来た。私は彼に、このかわいそうな男をほとんど酔払わせてしまう1本のノースダウンビールを与えた。この日、グロスター侯爵は天然痘で死んだ。— 医師の重大な過失によって。（サミュエル・ピープス, 1660年9月30日）

上述の引用—素人が医療の欠陥を認識したことについての、早い時期の、しかし決して最も早くはない記録—は本章のためのテーマを用意している。時の経過とともに、明らかに不完全な世界の中で、完全性を求めて要求が増大してきた。この要求が全部または一部満たされない場合、患者は、彼らに開かれており数も増えつつある目的達成手段 avenues を通じて、彼らの不満を表現する。以下に見るように、これらの目的達成手段 avenues に頼る例が着実に増えてきている。そして、本章は、すべての当事者に対するこれらの目的達成手段 avenues の妥当性と公平性を検討することを目論んでいる。また、これらの目的達成手段 avenues は、未だ、大多数の医師が患者を、単に同僚に受け入れられる方法というのみならず、彼らの診療上の自由およびあえていえば権利（第三者の不当な干渉のおそれなしに何が与えられた患者の最上の利益であるかを決定する）を保持した上で扱うことを許すものであるが、本章は、それらの目的達成手段 avenues が苦悩に満ちた患者の要求を満たすものであるかどうかを検討することを目論んでいる。

一般開業医苦情申立手続

イギリスでは、少数の人々が病院環境における治療を必要とする。一方で、たいていの人は、ある段階で、4万人前後の一般開業医のうちの一人のサービスを必要とする。そうした多くの人々は、一般開業医のサービスを、最小限、そして真に必要であるために、利用する。しかしながら、他の人々は、診療上、または他の理由から、大いにそのようなサービスを必要とする。そして、経験上、ほとんどの苦情申立てが生ずるのはこのかなり大きい一団からである。なお、それらの苦情申立てのうちのあるものは正当化されるが、大多数のものはそうではない。これらの苦情申立ては次の規則の下で処理されてきたし、現在、されている。

- 1974年 NHS（サービス委員会および審判委員会）規則

- 1974年 NHS（サービス委員会および審判委員会）修正規則
- 法定文書 74/455, 74/907, 82/288, 85/39, 87/455によってさらに修正されたもの、および、現行のものとして、1990年 NHS（サービス委員会および審判委員会）修正規則
- 1992年4月1日のNHSサービスおよび審判委員会修正規則（その日またはその日以降に受理された苦情申立てに対して適用される）

一般開業医、一般歯科医、眼鏡士および薬剤師から構成される家庭医は独立した契約者として、「国民保健サービス（NHS）」の範囲内で国民にサービスを提供する。これらの独立した契約は家庭保健サービス局（FHSA）で作成される。それは、以前は家庭医委員会（FPC）として知られていた。その契約は特に、開業医が提供するよう要求されるサービスを詳細に述べている。そして、その契約はサービス条項としてひとまとめにして言及される。苦情申立てをなすために、患者にとって、開業医がこれらの条項に違反したということを経験することが唯一可能である。そして、関係するFHSAのサービス委員会にとっては、一見して違反が存在するように見える場合に苦情申立てを調査することが唯一可能である。読者は、他のすべての点では契約上の義務を果たした開業医の、例えば、無礼さ、悪い態度、振る舞いを引き合いに出す苦情申立てを正式に調査する権限は存在しないことに注意すべきである。このような苦情申立ては非公式に取り扱われ得る。しかし、それが支持されるときでさえも、違反した開業医はペナルティーを受けないし、FHSAは更なる措置を取ることはできない。また、サービス条項の小さな違反が起こった場合に、両当事者の合意によって、この非公式のメカニズムが引き合いに出され得る。苦情申立人がこの非公式のメカニズムによって、そのような違反が起こったということは事実ではないということを受け入れるよう説得され得ない場合、あるいは、苦情を申立てられた開業医は患者の悲しみを受け入れるけれども苦情申立人がさらにその件を追及することを望むという場合でさえも、後続する正式の手続が整えられる。今や、患者が苦

情を申立てるときに最も頻繁に考慮に入れられる、サービス条項についての2つの節を提示することが適切であろう。それらは第3節と第13節である。第3節は次のように述べる。

「これらのサービス条項の下で何らかの行動が取られるべきか否か、また、そうだとすればいかなる行動が取られるべきか、という決定が専門的な判断の行使を要求する場合、医師は、その決定に到達する際に、同種の一般開業医が行使するよう合理的に期待されるものより程度の高い熟練、知識、および注意の行使を期待されない。」

第13節は次のように述べる。

「第3節に従って、医師は患者に、一般開業医によって通常提供されるタイプの、すべての必要かつ適切な医療サービスを与えるべきである。医師は自分の敷地内でそうすべきである。または、もし患者の状態が要求するならば、業務区域内の他の場所で、もしくは、医師によって受け入れられたときに患者が住んでいた場所もしくは患者が空席を宣言された業務のリストに登録されていた場合に医師がその空席を継承したときに患者が住んでいた場所で、そうすべきである。または、医師が、患者の状態が要求する場合に訪問して治療することに同意し、その結果として患者と委員会（当局）に知らせた、その他の場所で、そうすべきである。医師は他のいかなる場所へも患者を訪問して治療するよう要求されない。このようなサービスは、患者を必要に応じて「保健サービス法」の下で提供されるその他のサービスへ回すことについての調整を含む。また、患者が地方当局の社会サービスを利用することを可能にするアドバイスを与えることについての調整を含む。緊急の場合を除いて、本節は、医師がそうすることを引き受けていない限り、医師に妊産婦医療のサービスを提供する義務を課さない。」

苦情申立てが書面でFHSAに送られるとき、苦情申立てを取り扱う責任

を負う係官（そのような係官は様々な肩書を持つ）は、その苦情申立てを関係するサービス委員会の委員長に回す。委員長は、その苦情申立てが外見上違反を構成すると判断されるかどうか、および、その苦情申立てが前述したように非公式に取り扱われることができるかどうか、を決定しなければならない。もし正式な調査を必要とする違反が認められたならば、苦情を申立てられた医師は、苦情申立ての内容についてコメントすることを勧められる。医師は通常、自分が出資している医療防衛機構（MDO）の助力を得てそのコメントを行う。医師は通常、しばしば不必要にはあるが、苦情申立てが支持される場合に彼らの評判や業務に影響があることを心配する。また、医師は、患者が初めて、わずかでも不満足の気配を示すとき、アドバイスや安堵を求めるのにゆっくりしてはいない。それゆえ、苦情申立てが正式に承認される前にMDOが多くの切迫した苦情申立てについて知っていたであろうということは、ありそうである。医師の応答は苦情申立人に示され、その応答に対する苦情申立人のコメントが求められる。文書による証明が完全であるとき、委員長は、その苦情申立てを再考して、聴聞が必要であるかどうかを決定する。委員長が聴聞の召集を断る場合、苦情申立人は、この委員長の決定について、国務大臣に対して、またはその大臣がこの業務を委任した人々に対して、訴え出ることができる（以下を見よ）。申立人はまた、時期が遅すぎて（苦情を申立てられた出来事の後13週間）苦情を認めない決定について訴え出る権利を有する。

実際、聴聞は増加してきており、合理的な理由を有する苦情申立てが拒絶されることはまれになってきている。この増加は最近、防衛団体のコメンテーターによって劇的に確認された。読者はサービス委員会によって採択された手続の記述によって煩わされないだろうが、しかし、今日、両当事者が実務法律家ではない友人または代弁者（有料あるいは無料）によって代理され得るということに特に言及することは重要である。そのことは、一方ではMDOの役割が、他方ではコミュニティ保健協議会（CHC）の役割が増大しつつあることにつながっているであろう。聴聞は調査であって懲戒の手続で

はない。聴聞の結果は、苦情申立てが支持されるか、退けられるかのどちらかである。もし苦情申立てが支持されるならば、開業医は、今後はサービス条項により忠実であるよう警告され、また、より一般的には、委員会がFHSAに対して、開業医の報酬から天引き withholding をなすよう勧告する。500ポンドを超える天引き withholding は、それをしばしば増加させる国務大臣によって裁可されなければならない！ 両当事者はそれぞれに不利な決定に対して再審査を申立てることができる。そして、執筆の時点（1992年4月）では、これらの再審査の申立ての検討は北ヨークシャーの家庭保健サービス再審査部に委ねられている。それは、以前は中央ロンドンの保健省で扱われていた。（注：開業医は、天引き withholding のレベルまたは違反の認定、あるいはその両方に対して、再審査を申立てることができる。）

基本的に再聴聞である口頭の再審査の申立てでは、両当事者は法廷弁護士か事務弁護士によって代理され得る。そして、国務大臣は、FHSAに対して、申立人の再審査の申立てへの準備や参加の費用に寄与するよう命令する権限を持っている。さらに、場合によって、両当事者は発生する法律費用に寄与するよう要求されるかも知れない。相当な天引き withholding がなされてそれが確認される場合、一般医師審議会（GMC）や他の専門家団体は、徐々に、そのような天引き withholding、それらがなされた理由、および、医師の行為が、もし証明されるならば厳しい懲戒的制裁に従うことになる、重大な専門的不法行為にあるいは相当したかどうか、について注目する傾向にある。この局面は、GMCの現在および将来の役割が検討される際に、さらに考察されるであろう。

これまで考察してきた手続は公正なものであろうか。すべてを考量するならば、そうであろうと思われる。ただ、患者はときに、なぜ医師は、同僚医師によれば合理的であると考えられる診断に達するステップを踏んだにもかかわらずひどく間違った診断をなしたことに對して、自動的にペナルティーを課せられないのか、理解することができないと思われるが。同じく、医師は、彼らの視点から見て、時宜を得てセカンド・オピニオンを参照するこ

とを怠ったということでは不当に違反を認定されるならば、苦しむと思われる。彼らは、ときに、これは彼らの医学的洞察力を非難し、過度の患者転送による病院サービスの濫用を助長するものであると信じている。これらの心配事は、十中八九は理解できるものである。そして、MDOから入手できる激励およびアドバイスが、粉碎された専門家の自我を修復する際に多くのものを提供するの、この領域である。

今日、両当事者は、第1の聴聞で利用できる改良されたレベルの代理から利益を得ると信じられている。しかしながら、苦情申立手続に加えて、患者は、特に医師が違反を認定されている場合、または、医師がGMCによって非難されている場合、医師に対する過失訴訟を遂行することを選択できるということは、忘れられるべきではない。患者の権利宣言—ハリス・マイルズの冷笑的なコメント（1991年）の対象—に関する最近の出版物は、苦痛からの救済を表現し求める、患者の能力をさらに高めるだろう。一部の一般開業医は最近のレポートで、24時間のカバーを提供する必要性を回避するために契約を変更する要望を表明したが、そのレポートは、確かに、もし認められるならば、24時間の患者のカバーを提供するために、患者の記録にアクセスする権利を有する、あるいは有しない代診サービスにますます頼ることが必要になるであろうから、過剰な苦情申立てを生み出すことであろう。ただ、有能な医師は患者の以前の病歴や治療の内情に通じることなしに真の緊急事態を認識し、処置することができるという議論もあるが。

コミュニティ保健協議会

これらの会議は、NHSの範囲内で扱われていた患者の利益を考慮する手段として、1974年に初めて創設された。それぞれの地区保健局で、CHCの設立に向けて、それを生み出す法令上の調整がなされた。それゆえに、現在およそ200のCHCが存在する。会議は次の通り構成される。会議の全構成員（およそ22名）の3分の1はボランティア組織によって指名され、2分の

1は地方当局によって指名される。また、6分の1は地域保健局によって指名される（地域保健局はCHC自体と協議して委員会の書記官に金銭を支払い、かつ書記官を指名する）。授権法の最近の改正（1990年）はCHCの構成員資格からNHSトラストの理事を除外している。

CHCは、NHSの建物や雇用者にアクセスする権利を含めて、かなりの権限を持っている。しかし、最も重要なこと—本章の視点から—としては、CHC、より適切にはそれらの書記官は、患者に、いかにして一般開業医や病院のサービスに対する苦情申立てを準備するか、をアドバイスするのである。利用できる様々な苦情申立手続を簡素化する努力にもかかわらず、未だ手続が理解しにくいと感じている患者もいる。ここで、その規則について患者に助言を与える際のCHCの書記官の役割は必要不可欠なものである。そして、CHCの書記官は、患者の権利宣言の出現でますますその役割を果たすことになりそうである。理想的には、CHCの書記官は患者の扱いにおいて公平であるべきである。いやがらせの、ときには馬鹿げた苦情申立てを奨励すべきではない。

たいていは、これが実情であるように思われる。ただ、国の至るところで、CHCが大いに「反医師」であるように見られ、自身の役割を検察官、裁判官および陪審としている地域があることが知られているけれども。そのことは、CHCが奉仕するよう指名される人々の最上の利益の中にはないであろう。筆者は、最初、医療防衛団体の一つによって雇われていた際に、CHCによって起草され、関係する防衛団体のメンバーに対して浴びせられた苦情申立ての手紙を見たとき、スペクトルの両端でCHCを扱っていたのだった。たいてい、これらの苦情申立ては、正当化され、あるいはその逆であるが、誇張を避けて、公正かつ明瞭な方法で企てられていた。ただ、わずかのものはそうではなかったけれども。後者は、苦情申立てを生ずる事例の裸の事実というよりむしろ、それらの著作者の個性と策略を反映しているように思われた。現在、筆者は、地域保健局に勤務しており、とりわけ、地域内のCHCが苦情申立ての領域における患者に対する彼らの義務を公平に履行するこ

とを確保する責任、および、CHCの書記官が患者の苦しみを取り巻く事実および事情を誤解しないよう、その書記官が十分に知るのに必要なすべての情報を利用できるようにすることを確保する責任、を負っている。病院の苦情申立手続（後述）のより進んだ段階は公共の資金に負担をかけることであって、患者が別の方法で満足させられることができないときだけ利用されるべきである、ということが思い出されなければならない。同じ所見がサービス委員会の決定に対する患者の再審査の申立てに適用される。ただ、一般に

表12.1 イングランドにおける1987/88会計年度中の書状による苦情申立て（苦情申立ての種類と調査の方法による）

	病院	コミュニティ	海外からの訪問者の確認および課金
苦情申立ての種類			
完全に、または部分的に、診療上のもの	12520	894	0
他のもの	17436	4136	0
書状による苦情申立ての全体の数	29956	5030	4
調査の方法			
係官のみによるもの	28053	4711	4
RHA, DHAまたはBGのメンバーに回送されたもの			
更なる調査が不必要なもの*	940	206	1
RHA, DHAまたはBGのメンバーによって調査が行われたもの	661	89	0
公式の独立した調査委員会*によって調査が行われたもの	38	1	0
2人の独立した顧問医+によって調査が行われたもの	92	0	0
調査方法が決定されていないもの	172	23	0

★更なる調査が不必要なものは、更なる行動についての決定のために当局（あるいは適当な副委員会）に報告された苦情申立てに関するものである。そこでは、その決定は、更なる調査が不必要であったということであった。

独立の調査——HM (66) 15の7 (111) (B) 節における手続

+ 診療上の判断に関係する苦情申立ての調査（HC (81) 5のパート iii で述べられている）

表12.2 イースト・アングリアンのRHAに対する1987/88会計年度中の書状による苦情申立て（苦情申立ての種類と調査の方法による）

	病院	コミュニティ	海外からの訪問者の確認および課金
苦情申立ての種類			
完全に、または部分的に、診療上のもの	329	13	0
他のもの	556	67	0
書状による苦情申立ての全体の数	885	80	0
調査の方法			
係官のみによるもの	880	80	0
RHA, DHAまたはBGのメンバーに回送されたもの			
更なる調査が不必要なもの*	1	0	0
RHA, DHAまたはBGのメンバーによって調査が行われたもの	0	0	0
公式の独立した調査委員会#によって調査が行われたもの	0	0	0
2人の独立した顧問医+によって調査が行われたもの	0	0	0
調査方法が決定されていないもの	4	0	0

★更なる調査が不必要なものは、更なる行動についての決定のために当局（あるいは適当な副委員会）に報告された苦情申立てに関するものである。そこでは、その決定は、更なる調査が不要であったということであった。

#独立の調査—HM (66) 15の7 (111) (B) 節における手続

+診療上の判断に関係する苦情申立ての調査（HC (81) 5のパートⅢで述べられている）

見られるように、その成功率は比較的低い。次に、読者が、審議会によって引き受けられた仕事の範囲を正しい位置関係で見ることができるよう、全国のおよび地域的なCHCの仕事の要約を続けよう。

テーブル12.1および12.2はそれぞれ、イングランドおよびウェールズのコミュニティ保健協議会連合会の最近の報告および地方のCHCの年報に由来している。

病院苦情申立手続

病院苦情申立手続法は1985年7月に国王の裁可を受けた。同法は、国務大臣に、同法が保健局によってどのように運用されるべきかということ、および、同法の仕組みやその規定へのアクセスの仕方がどのように公表されるべきかということ、についての指示を出すことを要求している。1986年に、保健局は苦情申立ての取り扱いについての提案に対してコメントするよう求められた。そして、これらのコメントの受理に続いて、1988年7月に、保健省によって、遵守されるべきルールと業務を規定した通知（HC88-37）が発せられた。ただ、多くの保健局が、そこで採用している手続は新法の規定に非常に調和しており、しかも、より早い回状（HC815）（それはHC88-37の導入によって時代遅れになった）に由来している、ということを報告していたが。さらに、現行の手続は1988年7月29日までに運用が開始され、また、それは1993年5月31日まで効力を有することが指示された。

新法は、はっきりと、患者に、また、医師団 staff に、彼らの不安に水路を開くことができ、比較的ユーザーフレンドリーである媒体 vehicle が必要であることを認めている。そこでは、誰も合法的な苦情申立てをなすことを阻止されないものと見られるということ、および、苦情申立人は彼らの苦しみが迅速に、好意的に、そして理解を得て扱われることを期待する権利を有するということが最も重要であるとみなされている。

所定の苦情申立てについての調査によって患者のケアシステムの回復可能な単一あるいは複数の欠陥が明らかにされた場合、それらは、特定されるならば除去されるだろう、という確かな期待が持たれる。現在利用されている手続の詳細な調査に乗り出す前に、筆者は、医療上の苦情申立てが、しばしば、物事が「悪い方になってしまった」と考える、患者との思いやりのあるコミュニケーションによって、早い段階で弱められ得る、ということを強調したいと思う。さらに、ことによると不快なこの実行を下級医師 registrars

and house officers に委任することは、明らかに、患者に対して、また、その下級医師 junior doctors に対して、不当である。顧問医は、公平無私に、また、彼らのポストに与えられた権威の特質をもって、心配や疑いを早期に軽減するために、十分な時間を取っておかなければならない。続く手段が講じられる必要があるのは、これらの努力が失敗したときだけである。当局は、診療上の苦情申立ての受領、調査および正当な処理に対して責任を負う係官を指名するよう要求される。実際上は、この係官はしばしば部署の総責任者かその直属の補佐官である。苦情申立てが治療に関してなされるとき、申立てられた事件に関する十分な情報を係官が利用できるようにしなければならない。そして、その係官自身が、同様に、苦情申立人（患者、医師団 staff、あるいは、注意すべきものとして、苦情申立人の認識と同意—もしそれを与えることができると考えられるならば—を得て苦情申立人の代理をするその他の人々）にとってたやすく相談できるものでなければならない。苦情申立人の代理をする人というのは、ほとんど常に、その役割が既に審理されているコミュニティ保健協議会の書記官である。

早い段階で、指名された係官は、もし可能であれば、助言を得た後に、所定の苦情申立てが訴訟になりそうであるかどうかを確かめるべきである。もしそのような見込みがあるならば、続くステップはふさわしくない。ただ、苦情申立ての手続のすべての段階を経て、そして、それにもかかわらず訴訟を選択する患者もいるが。それは、常に奪うことのできない権利でなければならない。係官はまた、以下に説明される手続の利用を診療上の判断と業務を含む事件に限定しなければならない。刑事責任、懲戒訴訟あるいは患者への身体的虐待の主張を生ぜしめる事件は他の方法で扱われる。そして、本章の文脈の中でそれらをさらに考察することは適切ではない。

診療上の苦情申立ての審理の段階は次の通りである。

第1段階。 苦情申立ては最初に、苦しんでいる患者のケアに責任のある顧問医のところへ、その知るところとなるべく、持ち込まれることになる。

ただ、実際のところ、その顧問医は十中八九、それを知っていたであろうし、もし前に提案したアプローチが取られているならば、その顧問医は当然に、それを知っていたであろうが。顧問医は、巻き込まれる可能性のある他の医師と苦情申立ての内容について議論する。そして、その後、ことによると、出席している下級医師 junior doctors や、ときおり、いつもではないが、指名された係官と一緒に、患者に会うことを企てる。この会合の後で、指名された係官は会合を要約して苦情申立人に手紙を書くことになる。そして、謝罪が適切である場合には、必要な謝罪を申し出ることになる。苦情申立人が不満足である場合、彼らは、もし苦情申立てが既に書面になされていないならばそれを書面にするよう求められ、事件は第2段階へ進む。

第2段階。 地区総責任者は地域公衆保健監督官（以前はRMO）に知らせる。この監督官は通常、顧問医と苦情申立てについて議論する。事件の記録簿が適切な陳述を含まない（含むべきであるが）場合はもちろんである。その後、監督官は苦情申立人との会見を準備する。あるいは、それが事務局 directorate のメンバーによってなされるよう準備する。それは筆者が働く地域における例であり、ここでは監督官が会見の責任を負う。この会見は肝心の目的にかなうものであり、選択的なものではあるが、省略されるべきではないと思われる。会見は、地域保健局が危ういところで問題を解決する努力をする際に完全に独立してかつ公平に行動しているということを強調するために、地域保健局で、あるいは苦情申立人が選択する場所で、行われる。

筆者の経験では、第2段階で審議された苦情申立ての約半数は解決し、更なる行動は取られていない。しかしながら、上述の職務遂行が成功しない場合、次の段階が提供され得る。この提供が受け入れられるならばそれが引き合いに出されることになる。その提供をなす前に、訴訟は意図しないという保証が求められるべきである。ただ、実際には、そのような保証にもかかわらず、特に、第3段階での、苦情申立てを評価する人々の報告が逆のものである場合に、訴訟がなされた例がたくさん記録されているけれども。

第3段階。 地域公衆保健監督官またはその副監督官は、英国医師会（BMA）会館の共同顧問医委員会に、地域外で二人の独立した査定人を指名するよう申し入れる。少なくともそれらのうちの一人は、苦情申立てが生じた病院に匹敵するような病院で働いていなければならない。もし複数の専門が関係しているならば、それぞれの査定人はそれぞれの専門を代表すべきである。そこで、査定人は、書面にされた苦情申立て、苦情申立人の診療録の完全な複写、および彼らが要求するその他の情報について、十分に知らせられる。それから、彼らは、彼らの家または地区保健局によって提供された建物内で苦情申立人に会う準備をする。彼らはまた、患者と一緒にではないが、関係する顧問医と他の医師に会う。患者は、査定人との会見に「友達」（CHCの書記官）またはその一般開業医に付き添ってもらってもよい。会見が終わると、査定人は合意したレポートを一定の方式で作成する。そのレポートは、関係する地域保健局を通じて地区総責任者に送られる。地区総責任者は、次に、公式に苦情申立人に手紙を書いて、査定人の認定を述べ、もし適切ならば、査定人が推薦する〈とすればその〉救済行為の履行について注意を引くことになる。

苦情申立人に手紙を書く際に、地区総責任者は、査定人のコメントが希釈されていないけれども理解可能であることを保証するためにどのように査定人のコメントを言葉で表現できるか、ということに関して、地域公衆保健監督官にアドバイスを求めることができる。査定人の最終レポートはときおり、そっくりそのまま顧問医に見せられるけれども、それは、機密事項である。この時点で、診療上の苦情申立手続は尽きている。そして、更なる訴えは、おそらく、苦情申立てに行政的な要素がある場合またはその審理において行政的な遅延がある場合に保健サービス監督官かオンブズマンに対してなされるものを除いて、不可能である。

上述の手続は公平なものであろうか。前に述べた通り、もし患者が、彼ら

の苦しみの原因を取り除くこと、間違いの繰り返しを避けること、および、敬意を持ってオープンかつ公平な方法で彼らを扱うこと、について、真の望みを確信しているとするれば、答は肯定であるに違いない。筆者は不幸にも、少なくとも一つの保健局が、顧問医やそれを取り巻く医師団 staff をさらし者にするために第3段階の手続を利用することを試みた事例を知っている。これは、受け入れることができない活動として、かつ1985年法の真の目的を挫折させる可能性を持つものとして、考えられるべきである。今まで述べてきたように、診療上の苦情申立てが増え続けるということはあるようである。そして、1993年には、現在利用されている手続は、経験に照らして、また、医療の神秘性を取り除き責任を増加させるという、賞賛するに足り増大しつつある政治家の要望を反映して、変更される、ということはことによるとありそうである。最後に、最近の出版物（ドナルドソンとカバナー、1992年）は、その評論の中で、とにかく許し難い過度の遅延を引用しつつ、また、苦情申立手続への素人の導入を提唱しつつ、上述のシステムの妥当性に重大な異議を唱えている。ただ、その苦情申立手続への素人の導入は専門家団体からの厳しい抵抗に遭いそうである。FHSA サービス委員会の聴聞への素人の参加は受け入れられている規範であるにもかかわらず、である。この論文はさらに読むことが奨励される。

保健サービス監督官

この地位は、より一般には、イングランド、スコットランドおよびウェールズのオンブズマンとして言及されるが、1973年のNHS再編成法によって創設されたものである。この地位にある者は、唯一、下院によってのみ辞めさせられることがある。また、この地位にある者は、NHSサービスの行政サイドが公正にかつ時宜を得て運営されることを確保するためのかなり広範な権限を有する。しかしながら、オンブズマンは、彼が診療上の判断の問題に関係していると判断する患者の苦情申立てを扱う権限を与えられていない。

そして、オンブズマンは、一般的医療行為において認識される欠陥、または、独立したメカニズムが存在する眼科や薬剤のサービスにおいて認識される欠陥、に関係する事件を引き受けることはできない。オンブズマンが苦情申立てを引き受けるとき、彼、より一般的には、彼の係官は、苦情申立てに関係するすべての当事者と会見する。そして、その当事者から陳述を得る。ときおり、オンブズマンは、医師自身またはその下級医師 juniors（医師がその行動に対して責任を負う）による、順番待ちリストの効率的な管理、情報の不適切な提供、および貧困な記録管理のような事柄において、要求された行政上の水準を下回ったかも知れない医師に会うことを望む。しばしば、オンブズマンのスタッフが会見する医師は防衛団体によってアドバイスされる。その防衛団体の代表は、もし被会見者が望むならば、通常、会見に参加することを許される。その目的は、以上で考察された責任限界 remit を超えて会見が道に迷わないことを確保することである。また、苦情申立人がその苦しみを、単に適切と考えられ得るものに限定している、ということを理解する明白な義務がある。

陳述が集められたとき、それらは編集されてレポートにされる。すべての当事者は、書類が仕上げられる前に、意図を修正するためにそのレポートにアクセスできる。ときに、所定の修正のために与えられた時間は短い—おそらく短すぎる—。しかし、実際には、これは一般的ではなく、それゆえに重大でもない問題である。その後、修正された、あるいは修正されていない最終レポートが国務大臣に提出される。国務大臣は、救済可能な欠陥が修復されることで満足させられることを望むであろう。また、国務大臣はオンブズマンのレポートを下院に提出するかも知れない。

オンブズマンは特に、苦情申立てを適切に調査してもらう患者の権利を否定するところの、回避可能であった行政上の失敗を暴露することに熱心であるように見える。そして、もしこのような行政上の失敗が特定されれば、批判は厳しくなりがちである。

苦情申立てはそれが提起されるときには本気で取りかかれなければならない

ないが、新たに導入された患者の権利宣言はその苦情申立ての水門を開く明白な能力を持っている。このことは前に言及した。また、医師が順番待ちリストの達成目標に対処しそこなうことで非難される、ということは確かにあるようである。ただ、その順番待ちリストの達成目標に対処する能力は、多かれ少なかれ、資源指向的 resource-dictated なのであろうが。順番待ちリストの管理プロセスにおいて、管理上の過失と診療上の判断の間には薄い赤色のラインがある。そして、おそらく、医師およびそのアドバイザーは、このラインの正しい側にオンブズマンを保つことが困難であることを見出すだろう。オンブズマンは「診療上の判断」と名前を記されたドアに近づいてもよいがそれを通り抜けてはならない、ということがいわれる。ただ、彼はそのドアを大声でノックしてもよいのだが。筆者は、この大声のノックはボリュームと激烈さが増し、近い将来、おそらくドアは破られるだろうと思っている。オンブズマンによって検討された患者の苦情申立ては1990年に990件であったのに対して、1991年には1,176件であった。このことによって、最後に、オンブズマンの増大しつつある役割を痛感させられよう。

一般医師審議会

1858年の医師法はイギリス医師教育および登録一般審議会を生み出した。それは一般にはGMCとして言及される（リチャードソン、1986年）。GMCの主要な目的は、当初は、無資格医師の診療から国民を保護することであった。実に、1841年の国勢調査の報告はイングランドの15,000人の開業医の3分の1が無資格であったことを示している！（リチャードソン、1986年）GMCは、その比較的初期の時代には、その活動をだいたいにおいて医師登録の確立および医師教育の向上と規格化に限定していた。そして、GMCはそれらを継続している。また、GMCは本当に徐々に、患者に害をもたらしたかも知れない、あるいはもたらさなかったかも知れない医師の行為の審査に注意を向け始めた。本章の関心事はこれらの後者の活動である。すなわち、

それは、特に、現在、審議会が道徳的下劣さに関係する苦情申立て（それらは重要で報道価値があるかも知れないけれども）というよりもむしろ診療上の無能力についての苦情申立てにいかにしてアプローチするのか、という点である。審議会は一年につき、1,000をかなり超える数の苦情申立てと問い合わせを受ける。そして、それらのおのおのは注意深く審査される。その上で、大多数は拒絶される。あるいは、審議会の判断がないままであると思われる。更なるふるい分けの後、最初のアプローチのうちのほんの少数のものが生き残る。それらのうちのいくつかは比較的些細なもので、書面で処理される。残りのケースは、今日では、医師が、不健康またはアルコール・薬物の濫用のために業務を行うにはふさわしくないことが苦情申立ての原因であるケースと、医師が重大な専門上の妥当性を欠く処置のために非難されるべきであったかも知れないケースとに分けられる。前者のグループのケースは、広く、このテキストの範囲外の手続の下で扱われる。ただ、しばしば、医師のアルコール濫用は、彼が扱った患者による苦情申立てを煽るのであるが。

このような問題を処理するメカニズムは、概して、満足のいくものであるように思われる。医師の中毒や病気が患者を害したかも知れないという場合に、また、より重大なこととしては、それが他の人々を害するかも知れないという場合に、その医師が監視の下で回復しかつ可能なら治癒し、しかもこれらの目的が達成されるまで業務に条件が課され得る、という方法で扱われるのだが、患者は、これらのことを知ることによって、安心させられ、活力を与えられるべきである。審議会の保健委員会はまた、極端なケースでは、一年までの間、医師を停職にする権限を有する。それは、その期間、いかなる形式であれ、医療業務に従事する資格を完全に剥奪するものである。こうして、審議会の専門的行為委員会が、苦情を申立てられた医師が重大な専門上の妥当性を欠く処置につき非難されるべきであるか否かを判断するのが適切であると思われる、比較的少数のケースが残る。同様に、FHSAまたは保健局によって回されてくる少数のケースが入ってくるのはこの小さなサブカテゴリーである。筆者の経験では、唯一、診療上の義務についての極端な

または反復的な過失のケースが委員会に届く。そして、結果は、医師にとって、予想されたほどいつもドラスティックであるわけではない。このようなケースの数は、前に触れた理由によって、増加しそうである。また、現行の手続の妥当性と限界について正当にも異議が唱えられる、ということがありそうである。GMCは法令による団体である。それは、内部的にそのルールや行動を変更することはできない。しかし、条件付きの登録の下に再教育を命じることができること、および、その再教育が満足いくよう達成されることを要求することができること、を伴う、重大な専門上の妥当性を欠く処置についての違反というよりもより小さい違反を導入する要望を持つことが知られている。これらの変化が少なくとも予見できる未来において奨励される、ということは、今日、ありそうなことのように思われる。このような変化は、確かに、患者に、医療専門家集団はそれ自身を取り締まっており、しかも、医師の制裁というよりむしろ患者自身の利益が元通りにGMCの存在理由の第一のものであると想定される、という確信を与えるだろう。

この本が印刷される時点で、GMCがその11月の会議（1992年）において、5月の協議会文書で具体化された実施見直しの原則の是認を決定したことが報告された。その協議会文書の内容を受けたコメントは、法案が1992年の医師法の改正を可能にするために起草されて枢密院へ提出される際に、考慮されるだろう。

医療上の過失—イギリスにおける現行のシステム

執筆の時点において、患者、または幼児の場合にはその親か後見人は、過失によって引き起こされ、その過失に因果的につながっている加害およびその結果に対して、損害賠償を請求できる。医学的な意味の「過失」は三つの要素を持っている。訴訟を成功させるためにはそれらのすべてが満たされなければならない。それらは以下の通りである。

- (1) 専門的な意味での、最初の医師・患者間の契約において自動的に確定されるところの注意義務
- (2) 専門的な意見を持つ責任ある団体に受け入れられる方法でその注意義務を行使することを怠ったこと
- (3) 算定可能な損害が過失行為から直接に生じたこと

現在のところ、立証責任は原告にある。原告は、裁判所に対して、専門的な意見を持つ責任ある団体に受け入れられることのできない行為または不作為の結果として現在の状態が生じていることを、よりまさった分量の蓋然性でもって、立証しなければならない。逆に、もし被告が、苦情を申立てられている業務の様式が専門的な意見を持つ責任ある団体の是認を得るものであったことを証明することができるならば、その意見を選ぶことは、裁判所にとって差し支えない。こうして、両当事者の成功または失敗は、決定的に、彼らが利用できる専門家証言の質にかかっているということは明らかである。筆者は、ほんの最近まで、この点において原告が不利であるという疑念をほとんど抱かなかった。この点は後に詳述されよう。提案されたEEC立法の下で証明責任が原告から被告へ転換される可能性は第14章で考察される。

ベッドサイドから法廷まで通じる標石 milestones に関して多くの詳細な点に入り込むことは提案されない。しかしながら、多少の概括は適切であるかも知れない。訴訟原因が存在すると信じている原告志望者は、事務弁護士に自分の代理をするよう相談する。選ばれた事務弁護士が身体的傷害の訴訟において確立された実績を持っていることは重要である。ただ、不動産取引のような他の分野における専門家証言は必ずしも、法律業務の他の領域における同等のすばらしさを意味しないが。筆者は過去数年間、AVMA（医療事故被害者連盟）のような団体から支持される専門的法律事務所の出現を見てきた。病院やコミュニティサービスセクターにおいて生じる損害賠償請求は大半のイギリスの損害賠償請求の源であり、HM89(34)によって導入されたいわゆる王室免責 Crown indemnity の条項の下で扱われることになる

が、上述の専門的法律事務所は、その損害賠償請求に関して、防衛団体を通じて、あるいはより最近では保健局や保健トラストの法律アドバイザーを通じて、原告に、被告に利用可能な代理に匹敵する代理を提供することができる。原告の代理人は、原告の同意を得た上で、1981年最高裁判所法第33条の規定の下で、顧客の訴訟記録の任意的な訴訟前の開示を求めることになる。もし原告の事務弁護士がその要求のために強力な証拠を挙げて弁論するならば、その要求はめったに拒絶されない。ただ、一方でしばしば臨床医のコメントを受け取るまでのプロセスにおける避けられない遅延があり、他方で、原告の事務弁護士および／または法律扶助委員会による業務処理の報酬に関する協定があるが。開示が拒絶され、または不合理に遅れることは非常にまれであるが、そのような場合には、開示を強制する裁判所の命令を求めることができる。ただ、この段階が必要であることはまれである。次には、事務弁護士、その顧客、および、過失の主張がなされるその専門における、現に行われている診療上の業務についての専門家によって、診療録の点検がなされる。

両当事者にとって、確実に同等のレベルの誠実な専門家証言をする能力のある専門家を注意深く選ぶことが最も重要である。進んで公平に行動する専門家のリストは、RCOGのような専門的組織から、また、もちろん、その他の情報源から、利用可能である。事が順当に運べば、原告の選んだ専門家は彼らの事件が土俵に上がるケースかどうかをアドバイスする。それは、おそらく、せいぜい4分の1のケースに起こるのみである。それで、これらの後者のケースは、手続を調停で解決するために、法律顧問に回される。正式な損害賠償請求の90%を超えるものが最終的には調停で解決され、残りのうち半分だけが責任について争われる。思うに、目標は明らかに擁護しようのないこれらのケースを早期に認識することであり、これらは最小の骨折りと最小の不必要な支出でもって解決されるべきである。医師は、調停による解決は財政上の便宜と彼らの専門上の評判に対して加害がありそうなことを理由としてなされるという信念を表明しているし、表明し続けている。現在までのところ、これは真実であるとは思われない。損害賠償請求は、重要な脆

弱性が暴露されたときのみ、あるいは、ときには、活力のある証言が利用できなかったために成功するはずの防御について妥協がなされたときに、調停によって解決される。延長された審理（うまく行かないが、また、たくさん報告されているが）の過程で医師の評判が最もよく提供されることはない、ということは確信を持っていわれ得る。民事の審理が行われている現在の方式は比較的にリラックスしたものであるが、それにもかかわらず、裁判所への証拠提出が原告に与える精神的な傷はかなり大きい場合がある、ということも忘れられるべきではない。前述したところから、「法の適正手続」は特に結果が不確かである場合、関係する当事者すべてにとって時間がかかるものである、ということは明らかになったであろう。近年の手続を加速する努力は、専門家の証拠の当事者間での同時交換を可能にすること（ドナルドソン、1987）、および、証人によって出される事実についての証拠の交換を可能にすること、を含んでいる。また、それは、多数の損害賠償請求が高等法院から移送されることを可能にするための、群裁判所の財政上の権限の拡張を含んでいる。しかしながら、その移送は群裁判所のリストに負担をかけすぎるとも知れず、それゆえ、高等法院で審理される重要かつそれゆえにより費用のかかるケース以上に遅れを延ばすかも知れないので、この後者の変化は間違った前提に基づいているかも知れないのである。今日、手続をスピードアップする更なる可能性は、診療録アクセス法（1990年）の規定の下に存在する。それは、事が順当に運ばば、1991年11月1日以降に作成された診療録へのすばやいアクセスを許すものである。ただ、明らかに、この新しいアクセスの長所が浸透していくには時間がかかるが。

現行の当事者主義のシステムは両当事者にとって満足できるものであろうか。筆者の見解では、そうではない。それは、そのうち、おそらくは公衆の要求によって変えられるであろう。医療上の過失についての損害賠償請求を調停によって解決しまたは審理に持ち込む際の現在の遅延、および現在存在する「くじ」の要素は、そんなに長い間は、大目に見られることはできない。

利益と不利益を伴う、ある形式の無過失損害賠償（無原因損害賠償）の導

入の可能性は第14章で考察される。しかしながら、他にも若干の提案はなされているし、確かに、訴訟当事者にとっての不確かさと、結果を達成するために費やされる時間の長さは、思うにEEC内の予想された調和がはずみをつけるので、他のシステムによって置き換えられるかも知れない。執筆の時点（1992年4月）で、現職の保健大臣が、同意してはいるが対立している当事者間の、ある形式の仲裁が不法行為訴訟の代替手段として提供される可能性についての討論文書を提出した。提案された手続は、理論的には迅速なものであるが、上訴の権利がないことおよび幼児の原告へ適用される手続のための明白な規定がないことを含む多数の不都合を欠点として持っている。保健大臣の討論文書は地域保健局および他の利害関係のある団体に回された。それらのもののコメントは1992年1月末以前に求められた。この回覧の結果は興味を持って待たれている。ただ、現在のところ、それらのものの見解は、個人的に詳細に調査したところでは、概して悲観的なものであるが。

調停による解決または裁定は裁判所によってまたは仲裁を経由して与えられるが、それらは、最終的に、どのように支払われるべきであろうか。最近まで、成功した原告は、将来の必要や得べかりし利益の喪失などに対する供給とともに、苦痛、苦悩および快適さの喪失をカバーする一まとまりの額を受け取った。これらの裁定の算定数値は、特に将来の必要について、「最上の努力」にもかかわらず、特に平均余命が考慮に入れられる場合に、困難を伴う。もし後者が過剰に計算されるならば裁定は超過的なものになるであろうし、もし少な目に計算されるならば不十分なものになるであろう。最近、当事者間の合意によって一まとまりの額の一部が受取人の現実のライフタイムの間の将来の必要をカバーする年金を買うために使われる、ということを含む構造的解決へ向けた動きがある。その年金からの収入は、一まとまりの額の一部がたとえば建設協会に投資されるケースとは異なって、かなりの税金上の有利さを伴う。そのケースでは、建設協会からの収入は通常の方法で所得税を引き寄せることになる。保健省は、今までのところ、この最近の傾向に関する公式の見解を表明していない。しかし、論理的には、その見解は

この傾向に好意的なものであるべきである、ということがいえる。少なくとも一つの専門的法律事務所が、苦情申立手続の機構の拡張を期待しつつ、その分野のリーダーとして登場してきている。

読者は、現在および将来の環境における医療防衛団体の継続的な役割について、もしあればそれは何か、ということを探ねることを望むかも知れない。王室免責 Crown indemnity の導入以後の、損害賠償請求の取扱いにおけるそれらの役割は、急激に減少した。ただ、2世紀にわたって蓄積された経験に頼る保健省のアドバイスはある程度、手本にされているという、少なくとも逸話風の証拠はあるが。防衛団体は主としてそのメンバーの利益の保護のために存在するけれども、イギリスでは、少なくともそのメンバーの利益は彼らの雇用主のそれとぴったりと一致することが要求される。もし保健サービス責任者やそのアドバイザーが、迅速かつ健全なアドバイスを提供することができるMDOを無視するならば、それは大変残念なことといえよう。そのMDOのアドバイスは、損害賠償請求が現行システムの許す限り公平かつ経済的に決定されることを可能にするものである。MDOは伝統的に、そのメンバーの利益を優先させて、傷害を受けた患者の利益を無視してきた、という誤解が存在する。数年間の経験は、これが真実ではないことを示している。そして、患者と他の人々は、MDOを使い古されたフレーズ「隠れ蓑」の信奉者であるとみなすことを思いとどまるべきである。要するに、分別のある医師は、過失ある医療上の不幸な出来事の結果として真に傷つけられた患者が時宜を得た賠償（ここでは明らかに患者に賠償がなされるべきである）の受領を否定されることを望まないのである。

結 論

本章は、医療に異議を唱える現行のシステムをある程度まで探ることに努めた。認識された現状の欠陥のいくつかは特定されている。そして、確かに医師・患者関係の維持および促進は現在および将来の医療業務の必須条件で

あるに違いないが、救済が、その医師・患者関係の維持および促進と両立できると認められることが望まれるのである。

References

- Anon. (1992). *British Medical Journal* 305, 1230.
- Brook Barnett, J. W. (1986). In *Oxford companion to medicine* (ed. Walton *et al.*), pp. 651-62. Oxford University Press.
- Department of Health (1991). *The patient's charter*. HMSO, London.
- DHSS (1981). *Circular* HM 81. 5. DHSS, London.
- DHSS (1988). *Circular* HM 88. 37. DHSS, London.
- Donaldson, L. J. and Cavanagh, J. (1992). Clinical complaints and their handling: a time for change. *Quality in Health Care* 1, 21-25.
- Donaldson, M. R., Glidewell, L. J., Lawton, Sir F., Naylor, V., and Preston, H. A. (1987). *All England law reports*, pp. 353-367. Butterworth.
- General Medical Council (1992). *Proposals for new performance procedures*, Consultation paper. GMC, London.
- Ham, C. (1991). *The new National Health Service—organisation and management*. Radcliffe Medical Press, Oxford.
- Myles, H. (1991, 26 November). What we need is a doctor's charter. *Daily Telegraph*, p. 13.
- Richardson, The Lord (1986). In *Oxford companion to medicine* (ed. Walton *et al.*), pp. 435-43. Oxford University Press.
- Waldegrave, Rt. Hon. W. (1991). *Arbitration for medical negligence in the NHS*. Consultation paper, Department of Health, 29 October 1991.