画像診断と死亡時医学検索シリーズ — 6

# Ai（Autopsy imaging）と対話型ADR（裁判外紛争処理）

長谷川（はせがわ）　剛（つよし）
Tsuyoshi HASEGAWA

## はじめに

死亡時医学検索の必須の情報源として画像診断を組み込むことは、医療における技術革新の観点から見ればきわめて当然のことである。すでに多くの論者が本特集で述べているように、そこから得られる情報量は膨大であり、しかも解剖で得られる情報と補完的な関係を有している。そのためAi（Autopsy imaging）を行うことにより、解剖の質も飛躍的に向上するし、結果として医学教育や医療水準の向上にも貢献することになる。

本稿で私は二つの観点から医療紛争の予防や解決においてもAiが有効性を持ち得ることを主張したい。ひとつは時間の観点である。多くの医療事故の当事者は事故発生後よりコミュニケーションが途絶することが最も辛かったと話す。紛争対応の多くの手段は時間があまりにも長くかかるという難点を有している。Aiはその利用の仕方によってはコミュニケーションの途絶を回避する手段として用いることが可能である。もうひとつが死因究明の観点である。医療側の当事者にとってはなぜ予想外の悪い結果になったのかが知りたいし、そのことについて説明の機会を望んでいる。推論だけではなくて「死亡時の画像」という確固たるデータで説明の機会が得られることは紛争発生時に双方にとって非常に望ましい効果を持ち得るのである。この二つの観点からも、現在進行形で進んでいる紛争解決の新しい形態、つまり対話促進型ADR（裁判外紛争処理）にAiは大きく寄与すると考えられる。

## I. 医療紛争関連用語

医療紛争に関連して用いられる用語について簡単に述べる。通常は、医療事故、医療過誤、医療紛争といったカテゴリーで、医療における有害事象や患者・患者家族との感情的軋轢の問題を整理している。**表1**に成書で頻回に用いられる定義を示す[1]。通常、「医療事故」という用語はあらゆる有害事象を含んでおり、そこに過失や過誤の有無は考慮されない。一方「医療過誤」は過失の存在を前提としたものである。これらの概念は十分に理解されていないし、メディア報道などでは混乱して用いられることが多いので注意が必要である。ここではこれらの概念整理の有用性を認めつつ、少し違った観点から考えていきたい。

死亡事例に限定して考えれば、実はそこには、(1)納得が得られかつ医学的に合意できる死と、(2)よく分からない死（死因不明）が存在する。この言葉から思い出されるのが学術会議での議論である。平成17年に発表された異状死をめぐる学術会議の議論は「普通の死」と「そうでない死」というあまり学術的でない言葉を用いて異状死の議論を行った[2]。問題は、よく分からない死が当然のように放

**表1**　医療紛争関連用語

| | |
|---|---|
| 医療紛争 | 実施された医療に関連して、医療側と患者側との間で生じたすべての紛争（過失の有無は問わない） |
| 医療事故 | 医療従事者の業務上の行為により発生したすべての有害事象（不可抗力による事故も含める） |
| 医療過誤 | 医療従事者の業務上の事故のうち、過失の存在を前提としたもの |

自治医科大学 医療安全対策部
〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-1

*Division of Safety Promotion, Jichi Medical School*
*(3311-1, Yakushiji, Shimotsuke-shi, Tochigi)*

置されているという事実が現代日本に数多く存在しているということである。学術会議のメンバーは、本来は戦後日本の政府、厚生労働省、警察、医療界がこのことを当然のごとく放置してきたその事実に愕然とすべきであった。さらにこれに対して情報化時代の現代にふさわしい対応策を指し示すべきだったが、議論は残念ながらそこまでには及ばなかった。そしてこの議論は21条問題やモデル事業・医療事故調試案などを通して現在も混迷の度合いを増している。

普通の死であろうとそうでない死であろうと、死因究明の方策として解剖がわずか3%の死体にしか行われていないという事実がある[3]。普通の死とそうでない死、そしてわずかな解剖事例が存在するというのが死に対するひとつの見方である（**図1**）。

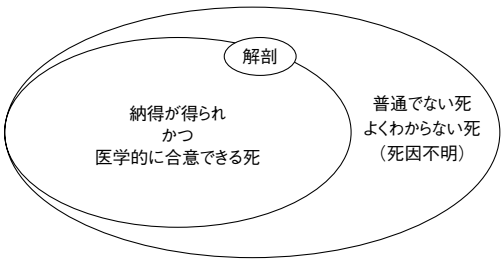


**図1**　普通の死？

医療紛争のみならず医療におけるトラブル回避のキーワードのひとつは「納得」である[4]。納得という言葉を使用した場合、それは「誰が」納得するかということが重要である。医療における死の問題を扱う場合、家族の視点が重要であろう。家族の視点に立つと、納得が得られた死と納得が得られない死に分類され、さらに納得が得られない死はその後無理に納得したり泣き寝入りしたりする。あるいは一部は弁護士に相談して訴訟を起こしたり、警察に駆け込んで告訴を行ったりするということになる（**図2**）。

一方、医学の観点からは死因究明の手続きとして可能な範囲での探索を行った後、恐らくこうであろうという推論に帰着させて納得することになる。この場合、死亡直前の診療情報の信頼性と死亡経過との無矛盾性、さらにどこまでの探索、つまり死亡時医学的検索をどこまで徹底的に行ったかという程度問題が重要になる。

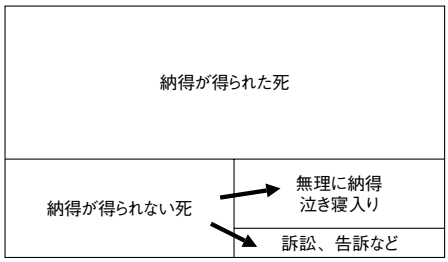


**図2**　家族の視点

本来は死の問題ついては、殺人や感染症による死亡など、社会秩序維持や公衆衛生的観点からの議論も必須である。しかしながら本稿の範囲を逸脱すると思われるのでこの議論は別の機会に譲ることとする[5]。

## Ⅱ. ADR（裁判外紛争解決）の必要性

医療紛争解決の手段としてまず思い浮かぶのが訴訟や裁判である。多くの国民にとっては、裁判が公明正大で納得の出来る解決手段だと考えられている。ところが裁判制度が活発に利用されているアメリカでも現在ADRつまり裁判外紛争解決に対する関心が高まっている。それは訴訟という法的解決によって、医療事故に関係した当事者達が必ずしも満足を得ているとは言い難いこと、訴訟における事実認定が医療事故の発生経緯の全体像の解明とは論理的に異なり、医療事故防止に必ずしもつながらないことなどが理由とされている。

具体的に裁判という解決方法の欠点を考えてみるとコストやアクセス、手続き上の観点、そして社会的影響等の3つの焦点があるように思われる。

訴訟は多額の費用（コスト）を要求する。弁護士への相談費用、着手金など数十万から数百万円を要するとされている。金銭のみならず時間も要する。平均訴訟期間は平成7年の約38カ月から平成16年の27カ月へと短縮しているが、それでも決して短い期間とは言えない。さらに医療事故を扱う専門弁護士の数は極めて限られており、弁護士へのアクセス自体も問題となる。

和田ら[6]によれば、訴訟手続きに内在する問題として、(1) 法的論点への限定、(2) 法的責任への限定、(3) 金銭賠償への限定、(4) 対決型対審構造、

等が指摘できる。訴訟はあくまでも法的紛争に決着をつける場として設計されているため、あらかじめ法によって定義された問題のみが扱われるという限界がある。そこでは医療者の考える医学的事実も患者家族の求めるナラティブ（narrative：物語）な観点からの事実も検討されることはない。法は法的責任を確定し負わせるが、これは逆に言えば他のあらゆる責任には関与しないということである。それは社会常識的な責任、生活者の観点からの責任については、逆説的ではあるが一定の無責任を生み出すことになる。「弁護士に相談してあるから」という一言で医療者側が患者側との関与を拒否するということが起こる。すでに係争中であるとのことで、一切の関係を遮断するということも起こり得る。これによって当事者達は大きく傷つけられていく。こういった弊害は、法的解決の限界の一側面をも指し示しているのである。また金銭賠償への限定は、金銭という象徴的な意味合いを考えたとき解決の手段として必須ではある。だがその象徴的な側面を生かすための手続き（プロセス）が重要なのだが、現行の裁判体系ではそれはあえて捨象されている。裁判の場は対審構造と呼ばれるように、向かい合っての殴り合いのようなものである。必要以上に相互の主張の違いをぶつけあい対決を強めていく。これは結果として両者の感情的な傷を深めていく効果を有する。

さらに社会的影響として、特定領域の診療科の医師の志望者が減少し、また辞めていく医師数も決して無視できないものである。結果として医師数自体が減少し、医療供給体制に大きな障害をもたらしているのが実情である。

訴訟という解決方法にこういった問題がある以上、これとは別の解決方法が求められるということは至極当然のことであるし、社会は実は以前からそういった解決方法も有してきたということの方が正しい。医療現場においても、良心的な医療機関においては適切な示談交渉や補償交渉が多数行われていたことは事実である。

## Ⅲ. 解決方法としてのADR

和田らの整理に従って、現在の本邦での動きとADRの類型整理を概観してみる[7]。ADRの整備は、現在、進行しつつある司法制度改革の一環である。それは社会構造の変容とわが国固有の法環境のもとでの司法の機能不全という問題の反映でもある。2007年4月から「裁判外紛争解決手続きの利用を促進する法律」、いわゆるADR法が施行されている。司法制度改革の中でも、ADRの利用促進はそのひとつの柱として検討されてきた。

和田らによると、ADRは、実は古くて新しい問題だと考えられている。そもそもわが国では、少ない弁護士数などの制度環境の点からも、権利義務で一刀両断に争いを処理することを回避するという文化的傾向からも、裁判へのアクセスが限定された状況が長く続き、これに代替する紛争処理方式として裁判所が提供する民事調停、家事調停や、行政によって設置された各種ADRが一定の機能を果たしてきている。近代の法的思考からみた歴史的な法体系に関する考察は、文化人類学や社会学など他の視点から見れば全く別の様相を呈していくことなどもいくつかの論者が指摘しているところである。

ADRの手続き類型としては、関与する第三者の権限の強度（自主的解決か権力的判断による解決か）の観点から類型化することが可能である。また、解決内容の妥当性に関して規範による根拠づけか、合意による根拠づけかという観点からも類型化することが可能である[7]（**図3**）。

訴訟は一方の当事者が訴えれば、他方には応訴義務が生じ、手続きの開始に当たって合意は必要とされない。手続きは法によって制御されており、最終的解決とみなされる。訴訟に次いで第三者の権限が

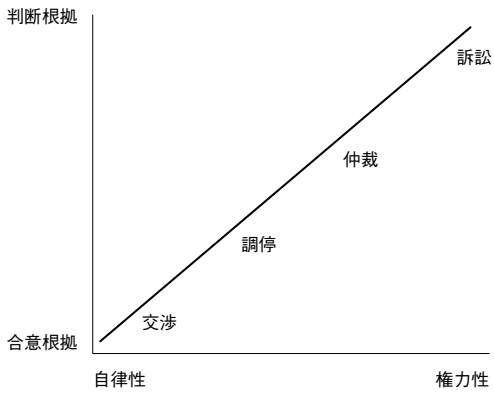


**図3**　紛争解決手法

強く、規範的根拠づけもしばしば要求されるのが仲裁という手続きである。これは仲裁人の下す仲裁判断を受容し従うとの合意に基づいて開始される。仲裁判断には拘束力があるが、その根拠には、判決とは異なり、当事者間に「仲裁人の判断を受容する」という合意の要素が存在している。調停の場合も、手続きが開始されるためには、両当事者の合意が必要である。さらに最終的な解決も両当事者の合意の成立を見てはじめて達成されることになる。これらが典型的な紛争解決手段としてのADR手続きであるが、実際のADR機関は、段階的な手続き構造を有していたり、融合的な手続きを設定していたりで内容は様々である。手続き構造そのものを柔軟に設定し得ることがADRの特性でもある。

## Ⅳ. コミュニケーションの途絶

医療事故後の問題、あるいは医療経過が思わしくないときに紛争化していく第一の要因はコミュニケーションの途絶である。それまで適切に説明してくれていた医師や看護師がベッドサイドに来なくなる。言葉が少なくなる。これは双方にとって相応の理由がある。医療者にとっては、事故や思わしくない結果が発生したときにすべての状況が分かっていないということがある。むしろ原因が不明のことが多い。そこで中途半端な説明を行えば事後的に説明が違うとか嘘をついたということになり、あえてそこで不必要なことは話さない方が良いと教育される。一方、家族にすれば突然の望ましくない結果について、なぜこんなことになったのか知りたいし、そこでは今まで以上の濃厚なコミュニケーションが必要となる。この双方のコミュニケーションに対する態度の違いが紛争発生の大きな要因となる。

では死亡時医学検索のゴールドスタンダードである解剖を行ったときに、このコミュニケーションの齟齬は解消されるであろうか？実は困難なのである。そのひとつの要因は時間がかかりすぎるからだ。解剖においては、マクロ所見での説明は遺体返還時に担当医から可能であるが、解剖の最も有力な情報源であるミクロ所見は数週間待たなくてはならない。

時間の要素が重要なのはこの点なのである。コミュニケーションの途絶は、今、ここでの説明を求める。あるいは次の説明機会の約束を求める。しかし従来の解剖の手法やあるいは法的に限定された開示範囲しか有しない司法解剖にいたっては、紛争を激化させる誘因にさえなるのだ。私的なコミュニケーションで得ている情報に限っても、司法解剖になるのなら警察に連絡しないで欲しいという要求さえあるのである。

Aiのメリットは、医療者側が誠意を持って死因検索を行う意思表示として、遺体への侵襲を配慮しながら段階的提示が可能となることである。しかもそれを死亡直後からコミュニケーションのひとつとして開始することができる。さらに結果についても撮影直後に説明を行うことが出来る。その結果を踏まえてさらに次のステップへの説明や方法選択の情報提供などが可能となる。これは通常の事故後の紛争対応にとって有効な手段であり、すでに本邦でも一部の病院で進められている院内メディエーション[8]で活用可能である。Aiは法的な裁定機能として活用するのではなく、対話型ADRを推進するための貴重な資源として見ていくことが重要なのである。

## Ⅴ. 関係性回復の観点

医療紛争については様々な観点からの議論が可能であるが、われわれはナラティブ・ベイスト・メディスン（Narrative based medicine）からの知見を援用したい。なぜ物語（ナラティブ）が重要なのか。それは医療においてのみならず、医療紛争において、ナラティブは「橋をかける」働きをたくさん持っているからである[9]。どのような状況であれ、物語を語ることは、「橋をかけること＝関係づける」行為である。「語る」ことは「語り手」と「聴き手」をつなぐということである。

Berlingerは、ナラティブという観点から膨大な事故後の文献を渉猟し『After Harm - Medical error and the ethics of forgiveness』という本を著している[10]。そこでは、上述のコミュニケーションの途絶の問題からはじまり種々の固有の語りから得られる人間経験の理解が紛争解決に重要であることが説かれている。Berlingerによれば必須の倫理的態度と

して、まず第一にDisclosureつまり情報開示の重要性が挙げられている。現在の日本の多くの医療機関が積極的に情報を開示するように変わってきた事実がある。だがその実践の中で明らかになりつつあるのは、開示することの難しさである。求められている情報を適切に提供することは、簡単なことではないということが分かってきたのである。

さらに医療事故後の情報開示にあたってもっとも問題となるのは、そもそも開示すべき確実な情報を医療側が有していないということがある。説明すべきタイミングで説明できるだけの確実な情報を持っていないのだ。

その点でAiを実施することは、医療機関が情報開示すべき情報を有することになり、またその姿勢を示すことが双方のコミュニケーション促進にとって非常に有益であり得る。Aiによって得られた新たな情報が、対話を促進することになるのだ。

紛争対応という観点からは、事故直後のコミュニケーションに関する時間的な要素が重要であり、そのためにはAiから得られる情報は従来の死亡時医学検索つまり解剖によって得られる情報よりも対話促進に有効なのだ。

## Ⅵ. 医療紛争解決にAiをどう活かすか？

和田らの提案している医療事故紛争解決処理システム分科会からの報告[11]では、システムとしての紛争処理制度が求められることが明言されている。具体的にはまず医療事故発生直後に適切な対応がなされること。そこでは院内メディエーターの機能が重要となる。次に第三者ADR機関の整備が求められる。ここではパネル的（拘束力を有さない第三者評価）な機能が求められることになる。Aiは初期対応から第三者ADR機関までの動きを併走して支持する機能を有することになる。

再度強調するが、初期対応においては時間の観点は非常に重要なのだ。それは迅速な対応が望ましいという当然のことを示しているのではなくて、その迅速な対応の向こう側に発生した事象の重大性を病院が認識し、それについて誠実に対応しようという姿勢と態度が重要なのだ。

## Ⅶ. Aiセンターのあり方について

江澤らもAiセンターの設置、あるいは死因究明センターの設置を提案している。現代におけるセンターの意義とは何だろうか？CT保有台数世界一を誇る日本において、センターに遺体を動かしてCTを撮影する意義はあるのだろうか？むしろ初期対応と連動して現場でCTを撮影し、その上で解剖が可能であれば実施可能な施設に遺体を動かすということが合理的ではないだろうか？

また医療に関する死因究明は本来は現場レベルで主体的に行うべきである。その結果を適切に監査できる機能が重要なのである。これは懲罰を前提としない報告機能をうまく作動させないと実践は不可能である。臨床情報からはじまり死後CTから解剖による組織診断情報までを含めた情報のやりとりを可能とするネットワーク機能をいかに構築していくかということにもっとも重要な点がある。

現在の情報化社会においては、センターという言葉で従来の建物や箱物を考えるのはナンセンスである。むしろセンターという呼称において、十全に機能し得る発展型のネットワークを考えるべきなのだ。そのネットワークは、報告制度、解析部門、情報還元制度に加えて、紛争対応機能（ここがADR組織となる）を包括するシステムとなるだろう。

## おわりに

本稿では病院での死亡事例を前提に、AiとADRについて述べた。時間と死因究明という二つの視点からもAiと対話促進型ADRは相補的に有効に機能しうると考えられる。現実には犯罪による死体や感染症による公衆衛生的な問題、社会が高度化したことによる食材による事故や交通、原子力による死亡事例など、考えなくてはならない問題が累積されている。これらの問題に際しても、強靱なネットワーク機能を有するAiセンター構想は有用だと思われる。

## 文　献

1）国立大学附属病院における医療事故等の公表に関する指針等
2）学術会議報告「異状死等について－日本学術会議の見解と提言－」(http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/2005.html から PDF ファイルでダウンロード可能)
3）海堂尊『死因不明社会』(講談社ブルーバックス、2007)
4）納得の医療という言葉をもっとも説得的に使用し広がる契機となったのは、中島みち『患者革命』(岩波アクティブ新書、2002) である、また患者の納得だけでは適切な医療水準が導き得ないという観点から、長谷川剛「良い医療の基準を考える」患者安全推進ジャーナル 58-60, vol.5, 2004
5）この点が監察医制度などと関係して重要なことは間違いない。全体を鳥瞰するためには、死を public な観点から捉える立場 (法医学、感染症) と private な観点から捉える場合 (個人の死、家族の視点)、さらに medical な観点 (いわゆる臨床医学) で捉えるそれぞれの立場で整理してみるとよい。
6）和田仁孝、中西淑美『医療コンフリクトマネジメント』(シーニュ)
7）法学セミナー 2007 年 7 月号特集「新しい ADR の世界をみる」、和田による総論を参考にした。
8）初期対応をメディエーションの手法を用いて院内スタッフが行うことを「院内メディエーション」と呼ぶ。メディエーションという語義から、こういった用法に抵抗を示す弁護士なども存在するが、米国のジョンズ・ホプキンズ大学では ISM (Informal Small Meeting) と呼んで同様の対応が実践されている。ピッツバーグ大学では、Premediation と呼んでいる。英国でも同様の形態が Informal mediation という形で実践されている。本邦でもすでに多くの医療機関で同様の実践がなされている。
9）グリーンハル他『ナラティブ・ベイスト・メディスン－臨床における物語と対話－』(金剛出版)、斉藤清二『医師と患者のコミュニケーション』(日医総研) などを参照
10）Berlinger, N. After Harm - Medical error and the ethics of forgiveness, The Johns Hopkins University Press, 2005
11）日本学術会議対外報告「医療事故をめぐる統合的紛争解決システムの整備へ向けて」。
http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t51-1.pdf