

C. 研究結果

1. 医事紛争に関する現状

医療関連訴訟はこの10年間で新受事件がほぼ2倍になる¹⁾など、医療事故をめぐる紛争はあとを絶たない。紛争化の原因は様々に論じられているが、遺族が望むことは、金銭的な補償や責任者の処罰だけでなく、何が起こったか本当のを知りたい(真相究明)、そして二度と同じような事故は起きないようにして欲しい(再発防止)ということである^{2) 3)}。事故原因を明らかにすることによって将来の事故を防ぐことは、医療を信頼して利用する国民にも極めて重要なことであり、そのために検案や解剖をはじめとする死因究明は適切かつ確実に行われなければならない。現在死因究明のきっかけとして重要な役割を担っているのが医師法21条に基づく異状死の届出である。近年、薬剤取り違えによる患者死亡事故(広尾病院事件)⁴⁾をきっかけに、異状死届出と医療事故、医療関連死をめぐる問題がクローズアップされ、医療関係者を中心として様々な立場から議論・提言が行われている⁵⁾。

2. 医療関連死の定義

(1) 届出の必要性及び定義の検討

医療関連死は、医療行為が死亡という結果に寄与した死である。死因や事故原因を究明し、行為者の責任の有無と程度を判定しておくことは、遺族や医療者のような当事者の権利を守るためだけでなく、事故の再発防止対策につなげることで医療を利用する多くの国民の安全を確保するためにも重要である。従って医療関連死は適正に死因及び原因究明が行われなければならない、そのための手段として届出制度を活用することが望ましい。

「医療行為が死亡という結果に寄与した死」と

いっても、多くの場合医療行為が行われる前提として患者自身の疾病があり、医療行為と疾病の死への寄与の有無・程度を判定するには慎重な調査とそれに基づく高度に専門的な判断を要する。このように死亡直後の段階で臨床医が医療関連死か否かを判断することは困難といえるので、医療関連死の届出を行う際に臨床医の判断を要するような定義・規定は望ましくない。また死が予期されていたか否か、あるいは合併症か否か、という判断をめぐることは医師と遺族、さらに国民の意識の間に大きな乖離が存在する。余計な疑心暗鬼、衝突の原因を生み出さぬよう客観的かつ統一的な届出範囲を明らかにするのが望ましい。そうするとある程度網羅的・包括的な広い範囲の届出対象を設定することとなる。具体的な規定の一案を以下に示す。

- ①注射・麻酔・手術・分娩後24時間以内のすべての死。
- ②その他の医療行為後24時間以内の死と医療機関内での死。但し、死亡の可能性が高い疾病が予め診断され、その疾病で死亡した場合は除く。

(2) 諸外国の状況

死体の取扱と死因究明の仕組みは国によって様々⁶⁾であり、医療関連死についてもその取扱は多様である。

英国：死亡診断書を受け付けた戸籍係が、「手術中または麻酔から完全に覚醒する前、又は麻酔と何らかの関連性がある死」「医療行為や治療と関連している可能性がある死」「入院24時間以内の死亡」などを coronary に報告する義務が戸籍法に定められている。一般医師には法的な届出義務はないが、事実上多くの事例が届け出られている。

アメリカ カリフォルニア州：治療や診断の行為の24時間以内に起こった医療事故

(therapeutic misadventure) 死亡例をコロナーに届け出なければならないとする。

フィンランド：医療関連死は異状死として、警察に届け出る。

ドイツ：不自然死を検案した医師は警察に届出しなければならない。医療関連死についての特別な規定はない。

このように、英米法圏の国々では、原則、全て死因究明機関に届出られる。一方、大陸法圏の国々では、日本と同様に警察に届出られるが、異なるのは、日本のような厳密な刑事手続きに載せられず、大部分が行政上の死因究明手続きで処理され、かつ大部分が法医学的死因究明の対象となっている。

3. 医療関連死と異状死の関係

①制度設計の前提

医療関連死を死因・原因究明のために届け出る必要があることは上記の通りであるが、その届出をどのような形で行うかどうかには様々な考え方があり得る。具体的には、現在異状死の届出義務を定めている医師法 21 条に基づく届出制度の枠組みの中で考えるのか、別個の届出制度を考えるべきかという問題である。この問題を考えるには、医療関連死と医師法 21 条における異状死の関係がどのようなものであるのか（包含あるいは重なり合いの関係など）を考えなければならない。

②曖昧な「異状死」の定義

医師法 21 条は「医師は死体を検案して異状があると認めるときは 24 時間以内に所轄警察署に届け出なければならない」としているが、この「異状死」について定義は法定されておらず、また医師間の共通認識もない⁷⁾。従来は犯罪死や事故死の他、医師が生前に病名を診断していない死（死因不明の死）が異状死として認識されていたに過

ぎなかった。従って、医師が生前に診療していればその医師が死因決定を行い⁸⁾、「明らかな過誤」でない限り、医師は医療が介在した後の死を「確実に診断された内因性疾患による死」ととらえ、遺族もある程度はその結果を甘受してきた。医療が介在した後の死で異状死とされ得たのは、いわゆる明らかな「医療過誤死」に限られていたように思われる。今日では、過誤による死か否か不明な場合も「異状死」として届出すべきであるとの認識も広まってきた。

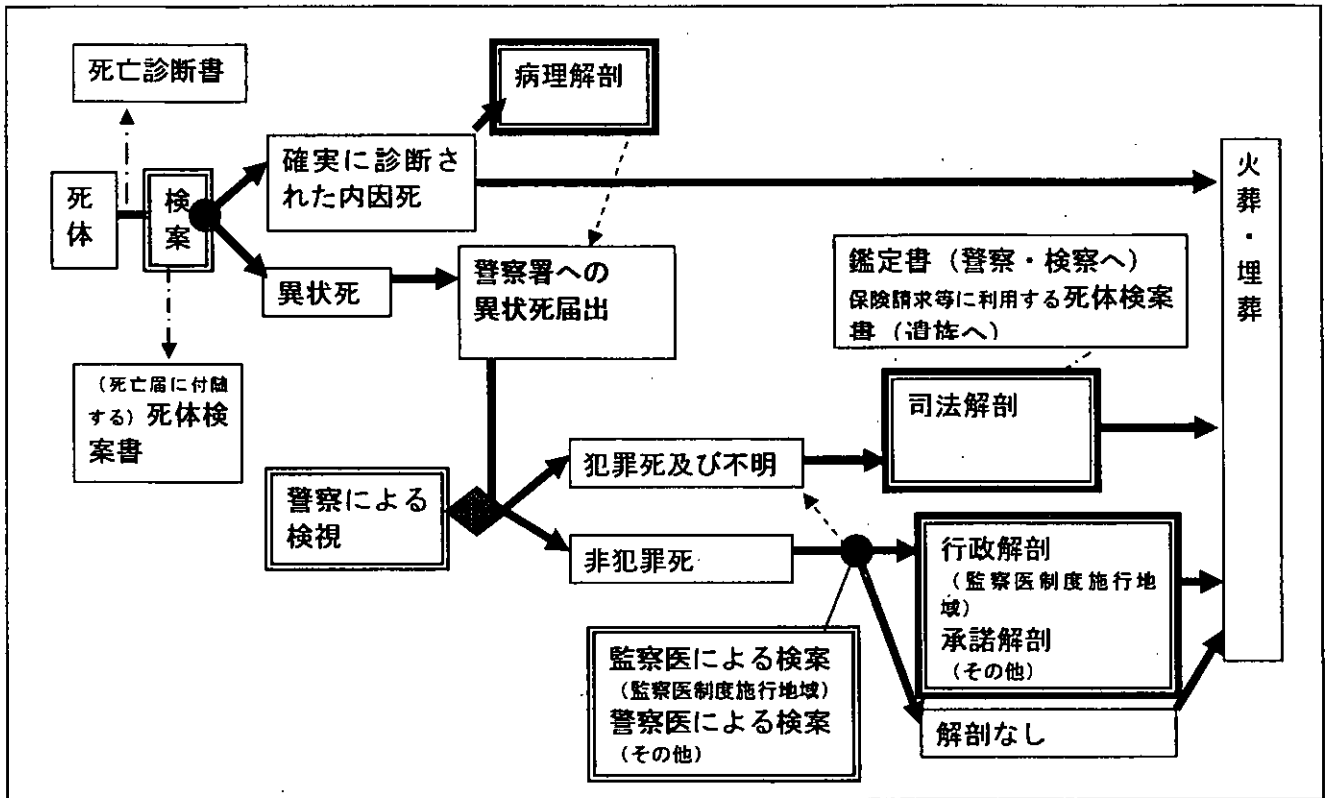
このように異状死の定義が明確になっていないことで、届出の範囲もその時代の当事者の意識に伴って変化してきたと言える。ここで指摘しておかなければならないことは、「異状」であることと認識する核心部は医師自身に委ねられているということであり、主観的な要素の入り込む余地の大きい現状の異状死届出規定には罪刑法定主義の観点からも問題が多い。

このようにしてみると、医療関連死の中に異状死に該当するものが存在することは明らかであるが、医療関連死の全てが現在の異状死に内包されるとも考え難い。したがって現在の異状死概念でカバーできない医療関連死の届出をどのような制度設計で確保していくのかを検討する必要がある。

4. 異状死届出制度の目的

現状の異状死届出とそれに続く解剖を中心とした死因決定の流れを図に示す（図①）。異状死届出を発端に検察官（実際は警察官）による司法検視が行われ（刑事訴訟法 229 条）、事情聴取、死体の外表観察、現場状況等の総合判断によって司法解剖（刑事訴訟法 223 条、168 条）の要否が決定される。このように日本は、解剖制度が刑事手続に組み込まれている大陸法系の検死制度を

図① 現在の届け出システムモデル



採用している。このことから、異状死届出制度の趣旨は、犯罪捜査の端緒であるというのが通説である⁹⁾。趣旨をそこに限れば異状死届出は犯罪捜査のために行われるのが最優先であり、医療事故予防等の問題は異状死届出とは別に考えられるべきということになる。

しかし、異状死届出制度の沿革を考えると、犯罪捜査に加え、公衆衛生上の被害拡大防止を目的とした制度であることがわかる。

医師法の原型は明治7年の医制¹⁰⁾に遡ることができる。そこでは医師は治療中の患者が死亡した場合、医務取締に届け出るよう規定されている。その後明治8年の医制改正¹¹⁾ではさらに遺族への死因等の情報を提供する義務が加わった。現行制度の直接の原型は、明治10年の区医職務心得¹²⁾で、医師が自ら診察していない患者死亡の場合の検案と、検案時異状を認めた場合の警察分署への届出義務が規定されている、ここで初めて「異状」という文言と警察への届出が登場する。そして明治39年の医師法施行規則¹³⁾は現行医師法21条とほぼ同じ文言である。明治初め頃の警察行政は治安維持や公衆衛生上の措置を広く含んだものであった。これは同時期のコレラ病予防仮規則によってコレラの届出先も警察とされていたことから裏付けられる。実際に当時は内務省の下、衛生局と警察が一体となって公衆衛生業務を行っていた。このように異状死届出制度は当初より公衆衛生上の被害の拡大防止をも視野に含んだものであった。その目的を充分に果たすためには、犯罪が見過ごされないような精緻な検査と同時に被害の拡大防止、すなわち再発防止につながる制度設計が不可欠と考えられる。

D. 考察

1. 異状死届出に続く死因究明制度上の問題

(1) 初動調査における医学専門知識の欠如

図①に示した通り、届出後、警察官による司法検視が行われる。警察官によって解剖の必要があるとされたものについては司法解剖が行われる。捜査の一環としての解剖嘱託の目的は究極的には被疑者の刑事責任追及に関して判断するためである。刑事責任が問題となるか否か判断するためには、過誤の有無、程度を判断する必要がある。しかし医療行為の適否は高度に専門的な知識がなければ判断は困難である。死亡した患者の疾病の詳細から行われた医療行為、死に至った経緯について事情聴取を行う警察官側も、説明する医師側も甚大な労力を費やすことになる。

(2) 医療関連死の多くが原因究明に至らない刑事手続の限界

また、結果として刑事責任が問題とならないと捜査官や検察官が判断した事例では、民事上の観点あるいは再発防止の観点から原因究明が非常に重要な場合であっても、最終的な原因究明に至らないことも多い。

(3) 刑事資料の非開示が阻む事故情報の活用

死亡した患者の家族としての遺族は患者の死因や事故原因について知る権利があると考えられるが、現状の司法解剖では、捜査上の問題や不起訴資料の原則非開示など、情報を得にくい状況にある¹⁴⁾。また上述のように、不起訴になるなど刑事手続が終わってしまうとその後の原因究明がなされず真相を知りたいという遺族の要求は満たされない。

情報を得られないのは遺族だけではない。医療過誤を疑われた医師や医療機関の側にも死因等の情報は開示されない。過誤の有無を問わず、事

故原因が明らかにされなければ医療機関も再発防止策を立てようがない。

医療事故予防は行政側にも緊急課題であるが、司法解剖された医療関連死の情報が医療事故予防に取り組む行政に提供されるというシステムはない。このように現在の異状死届出から始まる一連の医療関連死の取扱では残念ながら多くの事例で真相究明と再発防止には至らないと言える。

(4)

医療関連死を広く届出て情報を開示することの意義は、透明性の確保と公正な死因究明による、患者側・医師側双方の人権擁護と紛争予防にある。このことを徹底するためには、届出事例が刑事的な取扱いを受けず、事故の予防に役立つという明確なシステムのメリットを示す必要がある。一方、社会に対して、刑事事件として取り扱うべき事例を逃さないシステムであることを示す必要もある。

2. 徹底した原因究明と再発防止実現のために

(1) 刑事手続（現行制度）の枠内での改善策

前述の警察届出とその後の刑事手続に伴う問題を医療関連死を刑事手続の流れにのせつつ解消する方策は次のようなものが考えられる。

① 検視官（警察官）の専門化

事情聴取を行い、解剖の要否を判断する警察官は現在では医療の非専門家であるが、かなりの数に上ると思われる医療関連死に対応できるようにするには、ある程度の専門教育を行う必要がある。

② 解剖態勢の充実（改革）

現行の解剖態勢を維持するとすれば、主に司法解剖が医療関連死の解剖を担わなければならない。死因の判断に加えて求められている過誤・責

任の有無や程度等の判断をどのように行うか、検討する必要がある。

③ 情報開示

これまで開示が制限されてきた刑事資料を遺族・医師・病院側・医療行政に情報開示する方策を検討する必要がある。

刑事手続の中で医療関連死を適切に取り扱うためにはこのような改革が必要であると考えられる。

(2) 第三者機関による死因究明

次に医療関連死について、その一部を従来の刑事手続とは異なる手続で扱うことで、刑事手続に伴う問題を解消する選択肢について検討する。すなわち医療関連死については“中立的専門機関”いわゆる第三者機関が死因究明と事故原因・責任の決定、再発防止対策を一貫して行う構想である。

それでは、ここで論じる第三者機関とはどのような機能を持つべきなのか。1つめは、異状死の届出を受け付けることである。2つめは、検案を行い、必要があれば解剖の囑託を行うことである。3つめは診療録や解剖結果等の資料を保全すること、事故があった場合はそれらを基に原因を究明し、過失や責任の所在について判断を行うこと、そしてその判断に関する資料・情報を管理することである。4つめは、それらの情報が再発防止に利用されることである。この4つの機能を備えた機関をここでは新しい医療関連死体の届出先として検討したい。

(3) 保健所

上に述べた機能から考えると、解剖や原因究明のための証拠を保全するある程度の強制的な権限がなければ、制度に期待される機能を果たすこ

とはできないだろう。また届出は24時間受け付けられる必要があり、検案や解剖嘱託業務には相当の予算とマンパワーが必要である。新機関設立には膨大なコストが予想されることを考えると、既存の公的機関を利用するのが最も実現可能性が高いといえる。既存の公的機関の中で現在、医療や公衆衛生の窓口として最も機能が近いのは、保健所である。保健所は感染症などの届出窓口でもあり、医療法に基づいた医療機関への立入調査権限などもあり、ある程度の証拠保全権限を有すると考えられる。そこで、以下では保健所を窓口とする医療関連死体届出のモデルをいくつか検討してみることにする。

(4) 届出のモデル

① 各モデルの共通項

届出後は、保健所長から嘱託を受けた検案専門医（行政医）等の医療スタッフが事情聴取及び検案を行う。また診療録等、資料・証拠の保全を行うと共に、医療行政解剖の可否を決定する。医療行政解剖を行った場合は、その後事故原因・過誤の有無等の検討を専門家で構成される委員会で検討することとする。委員会で検討された事項は、行政処分の判断材料となり得る。上記手続により得られた資料や検討結果は、適正な方法で遺族及び当該医療機関に報告されることとする。同時に、これらの情報は再発防止政策に最大限利用される。

遺族からの相談受付や解剖結果・事故原因等の情報提供の窓口も必要である。どのような制度を採用しても、遺族が警察に告発する可能性、民事訴訟を提起する可能性は残されているが、まずは真相を知りたいと考えている遺族の要望に応えることは重要である。

② 異状死届出と並行する届出モデル<モデルA

図②>

i. 構造

図を参照 医師法21条とは関係なく、医療関連死を保健所に届け出る。

ii. 法的根拠

現在そのような規定は存在しないので、新立法が必要である。

iii. 解剖・調査要否の判断

医療関連死として届け出られた場合、解剖やその後の調査の要否を判断するのは検案専門医だが、異状死としても届け出られた場合は、従来通り検視官が司法解剖の要否等を判断する。両者の判断がどのような関係となるかは不明であるが、通常は刑事手続が優先されると考えられる。

iv. 利点

医師法21条の議論を避けて通ることができる。警察や刑事手続との関係に配慮しなくてよい。

異状死の定義に言及せず、目的に沿った届出範囲を設定することが可能である。したがって、医療事故報告、重大な後遺傷害の事例を含めた制度設計も可能と考える。

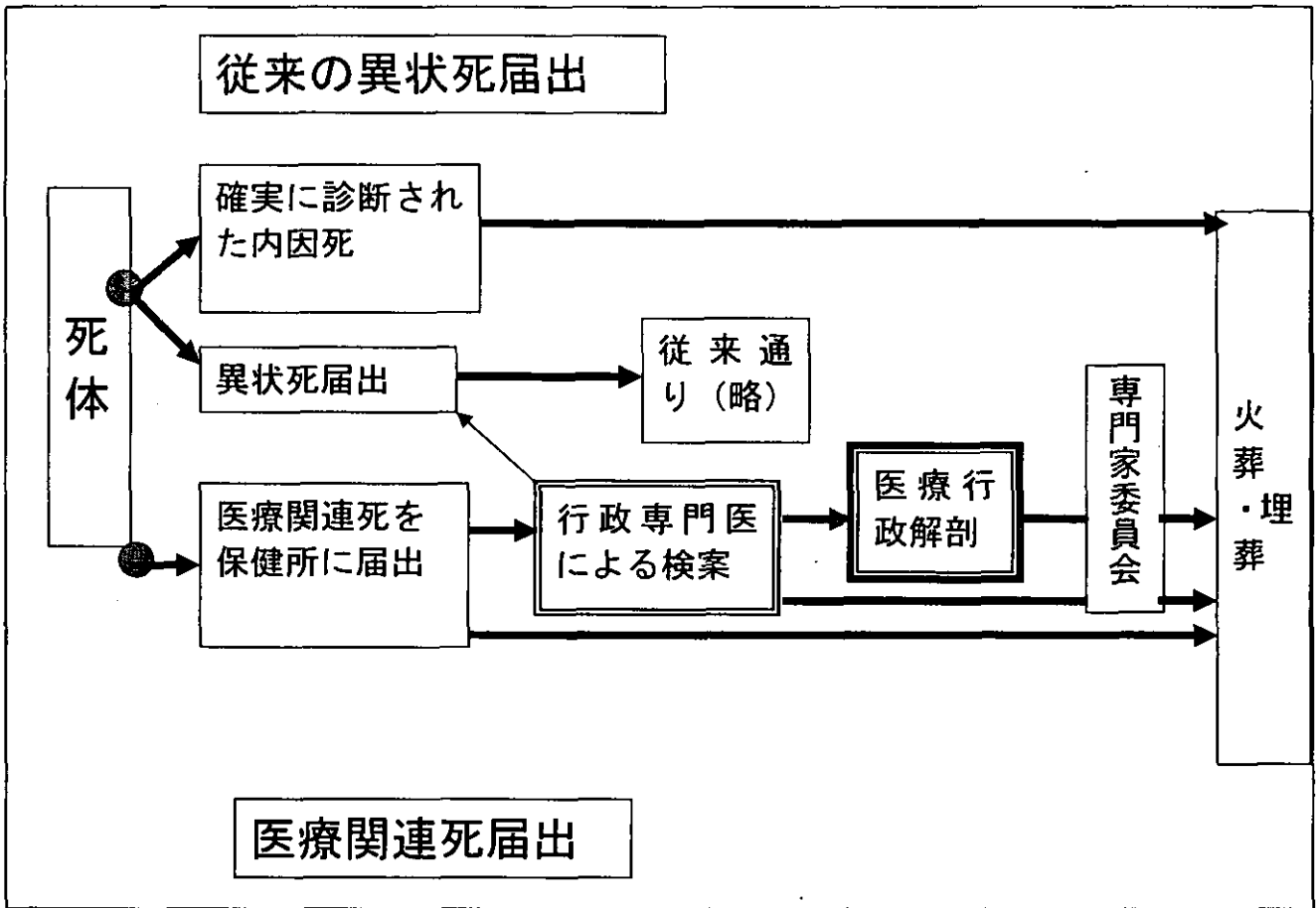
v. 欠点

このモデルの届出システムでは、医師法21条の異状死届出とは全く別個の届出義務を設定することとなるので、異状死に該当し、かつ医療関連死でもある場合には、警察と保健所の両方に届け出なければならない。（異状死かつ医療関連死であるものを警察に届けず、保健所の方に届け出ると医師法21条違反になる。）このモデルの医療関連死と異状死の重なり大きさにもよるが、医師に更なる負担を課す制度ともいえる。

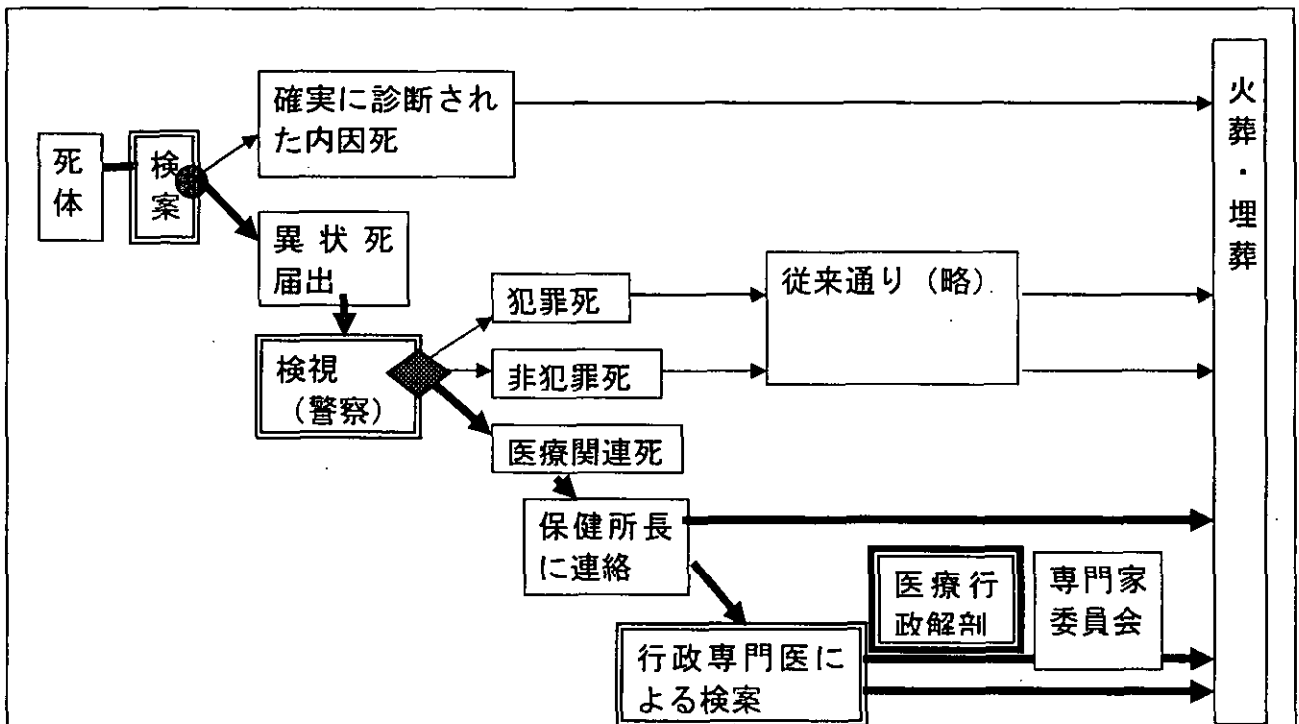
vi. 備考

警察への通告義務等を設定する必要はない。保健所長が嘱託する検案専門医にも医師法21条が適用される。

図② モデルA



図③ モデルB



③ 形式上警察届出モデル<モデルB 図③>

i. 構造

図を参照。医療関連死は警察に届け出る。警察が事案によって保健所扱いのものを振り分けて、保健所主導の検案手続に入らせることができる¹⁵⁾。保健所は保健所扱いがふさわしくないと判断した場合は警察に戻すことができる。

ii. 法的根拠

医師法 21 条に基づき異状死として届け出る。

iii. 解剖・調査要否の判断

保健所の手続にまわすかどうかを判断するのは従来通り警察官となる。

iv. 利点

大きな法改正を必要としない。法的枠組みをあまり変えずに実現可能であると考えられる。

最初の段階で警察が全てに目を通す建前になるので、捜査や刑事手続上の問題が生じにくい。

v. 欠点

医師の警察届出への抵抗感が強い現状では、届出が推進されづらい。届出を徹底するための別の方策が必要となる。

検視官による検視後に振り分けるとすると、膨大な医療関連死の（警察の）負担軽減にはならない。

刑事事件として扱うべき（重大な過誤の）医療関連死であるか否かを判断するのは医療の非専門家である捜査官である。

vi. 備考

保健所主導の調査と警察主導の捜査（刑事手続）が並行する場合が考えられる。その場合、保健所が集めた資料、専門家委員会の判断結果は警察に提供するか否か、検討の余地がある。

保健所はどのような位置付けで調査を行うことになるのか、より詳細に検討する必要がある。

④ 医師法 21 条改正モデル<モデルC 図④>

i. 構造

図を参照。異状死を警察届出相当の従来の犯罪死・事故死と保健所届出相当の医療関連死に区分して定義づける。

医療関連死は保健所、その他の異状死は警察に届け出る。保健所長に警察への通告義務を課す。

ii. 法的根拠

医師法 21 条に基づく届出となるが、改正が必要である。

iii. 解剖・調査要否の判断

検案専門医が解剖・調査要否の判断及び警察通告の必要性の判断を行う。

iv. 長所

医師は最初から保健所に届出をし、医療専門家に事情を説明できる。医療専門家が医療関連死の解剖の要否、警察扱い相当か否かなど、初期の段階での振り分けに関与できる。

警察届出が免除され、医師側、警察側ともに負担が軽減される。

v. 欠点

医療関連死について、初めから警察の関与を排除する点についての説明が難しい。

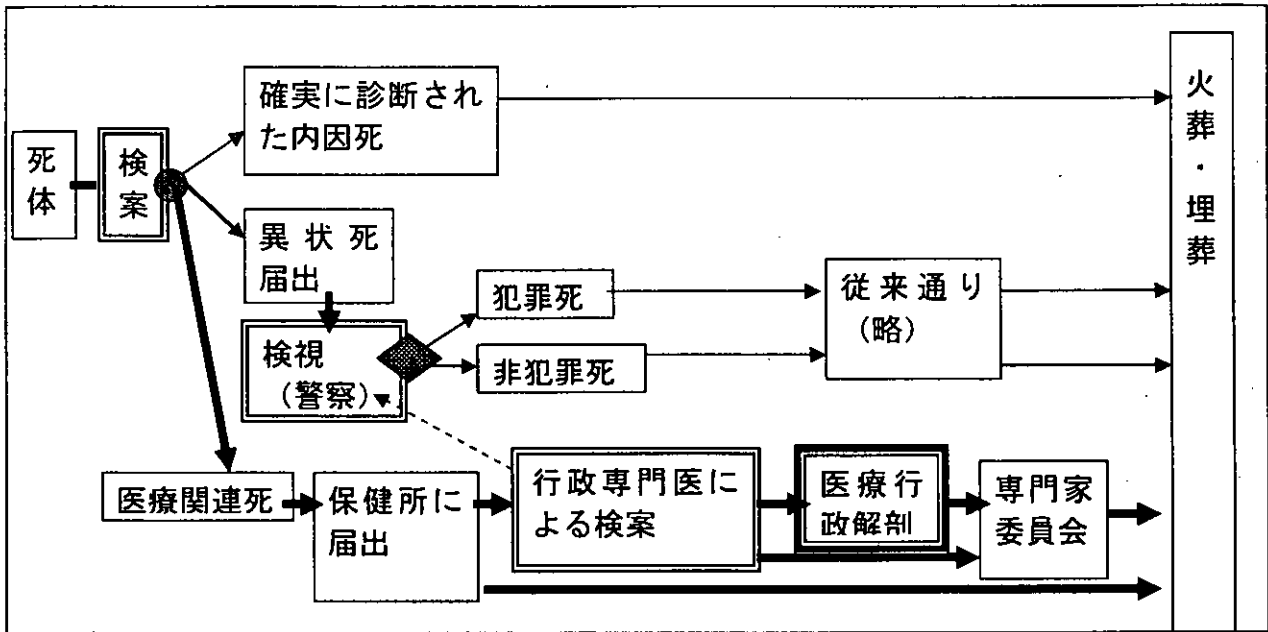
通告義務の論点をはじめとして、捜査・刑事手続との関係が難しい。

vi. 備考

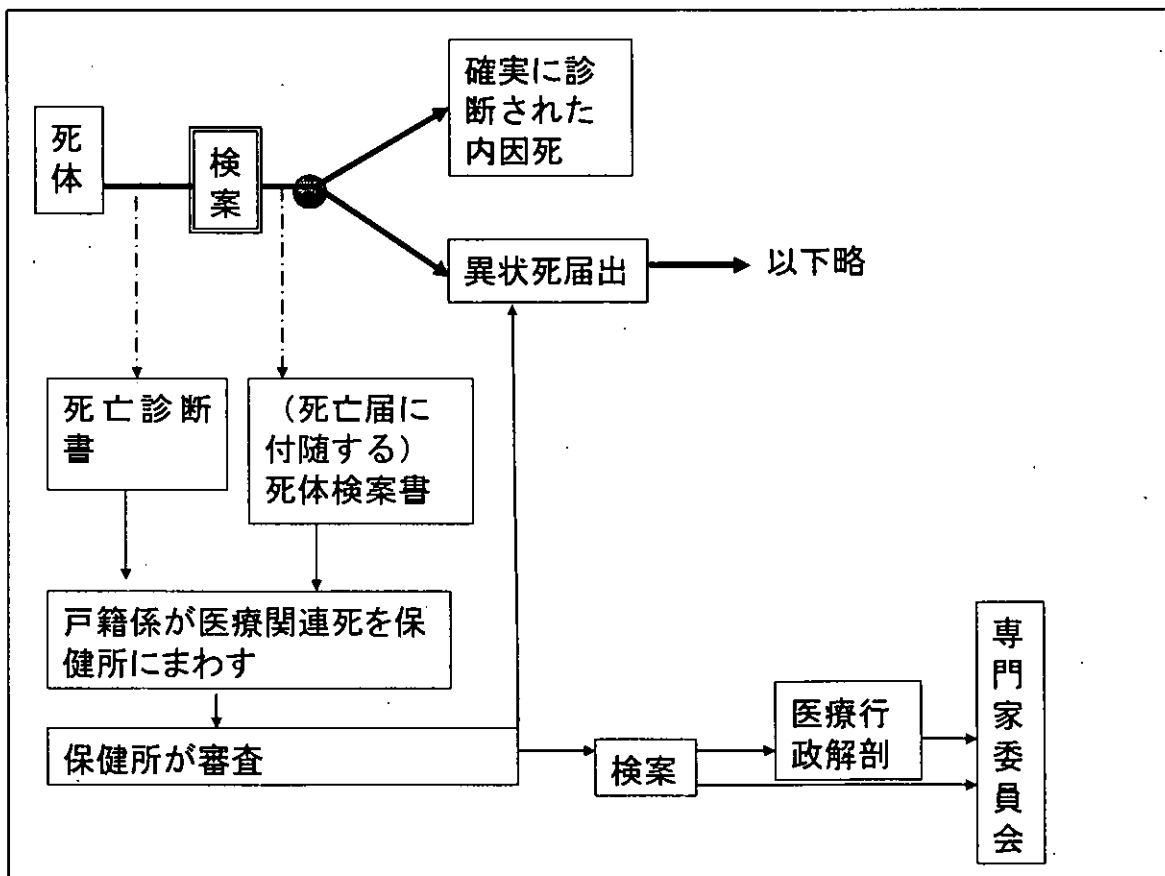
保健所が集めた資料、専門家委員会の判断結果は警察に提供できるのか否かを検討する必要がある。

通告義務がどのような場合に生じるのか、詳細に検討する必要がある。

図④ モデルC



図⑤ モデルD



⑤ 戸籍係経由の死亡診断書・死体検案書審査

<モデルD 図⑤>

i. 構造

医師の届出ではなく、死亡診断書、死体検案書から医療関連死を機械的に抜き取り、保健所にまわす。保健所が異状死か医療関連死かを判断して、異状死は警察届出、医療関連死は保健所主導の検案と解剖手続にまわす。届出制度と組み合わせることも可能であると考え。

ii. 法的根拠

現在そのような規定は存在しないので、新立法が必要である。

iii. 解剖・調査要否の判断

最初に医療関連死か否かを判断するのは戸籍係である。死亡診断書・死体検案書の記載により機械的に振り分けることは可能であると考えられる。医療関連死とされたものについては、検案専門医が解剖・調査の要否を判断する。

iv. 長所

医師法 21 条の議論を避けて通ることができ。警察や刑事手続との関係に配慮しなくてよい。医師の負担は軽減される。

v. 欠点

現在の戸籍係の職務との格差が大きい。死亡診断書・死体検案書の審査から保健所へ届け出られ、検案が決定されるまでの時間がかかり、葬儀や死体搬送の点で問題が多い。

E. 結論

徹底した原因究明及び再発防止のために、医療関連死について保健所という届出先の新たな選択肢を加え、医療機関からの届出促進と適切な検案・解剖を通した死因究明と専門家による検討の機会を設けることが必要である。

(参考文献)

- 1) 司法研修所編. 専門的な知見を必要とする民事訴訟の運営. 2000. 法曹会. 10-11
- 2) Vincent, C., Young, M., Phillips, A. Why Do People Sue Doctors? The Lancet, 343: 1609-1613. (1994)
- 3) 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. 2001 東京: 医学書院. 102-109
- 4) 東京地判 13・8・30 判例時報 1771
- 5) <http://www.iryoo-bengo.com/general/press>
- 6) 各国の死因究明制度については以下に挙げる文献等を参照。
 - ・松宮孝明. 検死制度について. 犯罪と刑罰. 9号 150.
 - ・櫛島次郎. オーストリアの検死制度. 1992. ジュリスト 1001. 110-115.
 - ・吉田謙一ほか. 英国のコロナー制度に見る医療事故対応: 第三者機関のモデルとして. 2004. 医師等の行政処分に関する研究. 平成 15 年度総括・分担研究報告書.
- 7) 異状死の定義は「確実に診断された内因性疾患で死亡したことが明らかである死体以外の全ての死体」(1990 年・厚生省) が公的な見解であり、法医学会もガイドラインを出している(日法医誌 48: 357, 1994) が、筆者が 2002 年に一般臨床医対象に行った調査では、異状死の定義を問うた設問で公的な見解を選択したのは 37%、法医学会のガイドラインの内容を知っていたのは 4%であった。
- 8) 医師法 20 条
- 9) 熊崎正夫, 横田陽吉. 医療法・医師法(歯科医師法)解 増補改訂第 7 版 1957. 東京: 医学通信社. 263
- 10) これは文部省から三府に通達されたもの

で、医師が患者死亡の際に義務付けられた届出に関するものとしては、第45条に「施治の患者死亡の場合、医師は3日以内に病名、経過日数、死スル所以ノ原由（虚脱痙攣窒息等の類）を医務取締に出す」との規定がある。医務取締は地方の衛生主務官。

11) 第24条に「施治の患者死亡の場合、(同上略)を医務取締及び病家に出すべし」

12) 第10条に「受持区内の人民が死亡し、主任の医師なく、家人より死体の検案を乞うときは、死者の病体を家人又は差配人等に尋問し、屍を検し、届書を家人に附すべし。但し、死体に異状あるか若しくは疑うべき事故あるときは直ちに警視分署へ通知せしむべし」と規定される

13) 第9条「医師死体又は4箇月以上の死産児を検案し、異常ありと認めるときは24時間以内に所轄警察官署へ届出べし」

14) 武市尚子、吉田謙一、稲葉一人。司法解剖における遺族への情報開示の問題点：アンケート調査に基づいて。法学セミナー595号(2004)76-80頁

15) ウィーンに類似の制度が存在する。警察は、司法解剖の必要はないが衛生上の必要があると判断した場合、衛生警察解剖を指示することができる。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

H. 知的財産権の出願・登録状況なし

分担研究2)

英国の医療事故死（異状死）原因究明制度と
情報開示

（分担研究者 吉田 謙一）

—死体検案業務の質の確保に関する研究(H15-医療-016)—

英国の医療事故死（異状死）原因究明制度と情報開示

分担研究者	吉田謙一	東京大学大学院医学系研究科法医学	教授
分担研究者	瀬上清貴	国立保健医療科学院公衆衛生政策部	部長
研究協力者	黒木尚長	大阪大学大学院医学系研究科法医学	講師
研究協力者	池谷博	東京大学大学院医学系研究科	助手
研究協力者	武市尚子	東京大学大学院医学系研究科	大学院生
研究協力者	河合格爾	東京大学大学院医学系研究科	大学院生

研究要旨：異状死は、「臨床医が確実に診断した病死以外の全ての死」とされ、医療関連死の警察届出を巡る論争の中で、警察以外の第三者機関の設立が期待されている。英国では、医師が医療関連死を異状死として大部分 coroner に届出る。coroner は、死因究明の全過程に責任を負う法律家行政官であり、法医解剖に加えて、臨床鑑定・独自の捜査を包括的に実施した後、関連情報を公開し、死因と死の態様（病死、事故死等）を決定する。本調査では、coroner 制度を、現地調査と文献をもとに紹介する。 **研究方法**：サリー地区（ロンドン南方の人口 100 万人ほどの住宅地帯）の coroner 事務所、及び、同地区の coroner が主宰する検視法廷（インクエスト:inquest）を見学して、関係者に事情聴取をした。また、カージフに、引退した大法医学者ナイト教授を訪ね、事情聴取した。 **結果**：coroner は死因調査の全過程に責任を持ち統括する法律家行政官であり、インクエストという検視法廷を主宰する裁判官でもある。医療関連死を例に挙げると、coroner 直属の捜査官が、遺族・当該医師に対して事情聴取をし、coroner に報告する。coroner は、臨床鑑定を依頼する一方、解剖が必要と判断した時、執刀する法医に、多くは解剖室で事情を聴取、文書を提出させる。解剖・捜査情報は開示され、遺族の苦情も聞いてもらえる。重要な事例には、インクエストという法廷（全異状死の約 12%）に、遺族・当該医師、医師保護団体法的代理人など、必要な場合、陪審員が招集される。公開法廷で、捜査情報・解剖結果・臨床鑑定等が開示され、coroner が遺族・関係者などに質問しながら、事実が認定される。日本では、異状死届出後の警察官の事情聴取、法医による医療行為の適否の判断の専門性の問題がある。何より、解剖や鑑定の情報が、医師ばかりか遺族にも開示されないため、遺族・医師側双方が求める原因究明・説明・事故予防の求めにできていない。加えて、医師が犯罪者扱いされるので、届出のメリットがない。 **まとめ**：本研究により、今後、死因究明制度、とりわけ、医療関連死に対応する第三者機関の具現すべき要点が、医療専門家の対応（専門性）、情報の開示（公開性、透明性）、公衆への配慮・サービス（実効性）、事情聴取・解剖・鑑定手続き（公正性）などであることが明らかとなった。coroner 制度には、今後、第三者機関設立に際して、見習うべき点が多々ある。また、事故の予防や医師（医療）の質の向上のためには、General Medical Council のような専門家による、基準を示した公開の審議に基づく行政処分の制度も必要である。

A. 研究目的

「人は誰でも間違えるものだ」という本(1)で、米国で医療事故の日常性が公となった今も、日本では医療事故の情報を知ることは難しい。日本法医学会の異状死ガイドラインが広く医療事故の可能性のある事例を届出で死因を明らかにすることを推奨していることに対する臨床諸学会の批判は、警察に届け出なければならない点と、死因究明が現在の制度では不十分である点にある。法医として知り得た、届出後の解剖の意義・利点を臨床医に伝えたいという私達の願いは達成されていない(2-7)。しかし、届出と死因究明のメリットが明示されるような死因究明制度があれば、公正性を保ちつつ医療事故の実態把握から医療の質の向上や医事紛争の予防に役立てることができる。実は、私達も、法医として、現在の医療事故の死因究明制度が司法解剖という“犯罪捜査”上の手順で行われることによる多くの問題に悩んでいる。そもそも、医療事故事例を犯罪として扱うべきであろうか？今、医療事故をめぐる死因究明制度や第三者機関の新しいあり方が求められている。私見では、専門性・公正性・透明性をどのように満たすかがポイントと思われる。

英国(England & Wales)では、「手術中や麻酔覚醒前、医療行為の関連した可能性のある死亡」は、 coroner に大部分、届出られている(8-15)。不自然死(日本の異状死と同じ)の死因究明の専門家である coroner は、第三者として解剖・事情聴取・専門家鑑定などを警察・検察と独立して包括的に行い、公開の場で死の事実関係と関連情報を開示し、死因と死の態様(病死・事故死・自他殺の別など)を決める。最近、215人もの患者を薬殺したシッフマン医師の事件を見抜けなかった検死制度の見直しが進みつつあ

る(12,13)。

既に、英国の死因調査制度について報告した(8,9)が、今回の現地調査では、医療事故の第三者機関による死因究明制度に求められる「三要件」につき、特に死因究明と情報公開の視点から、日本の制度の問題点と改善点を知ることが調査の目的とした。

B. 研究方法

今回、カリン・ゼーマー副 coroner (警察医を兼任)のアレンジにより、彼女の管轄地域であるサリー地区(ロンドン南方の人口100万人ほどの住宅地帯)を訪ね、担当者にインタビューし、また、検視法廷(inkwest:inquest)を見学して、「三要件」について検討した。さらに、引退後小説家として活躍する大法医学者ナイト教授をウェールズの首都カージフを訪ね、法医の貢献できる点などについて現地調査を行ない、その現状を把握し、比較により日本の問題点を解明し、日本の異状死の死因究明システムの進むべき方向性の検討を行った。

(倫理面への配慮)

各面接対象者には、事前に調査目的を伝え、面接の承諾を得た。

C. 研究結果

1. 英国における異状死と coroner (この項、11, 12 に概説)

英国では全死亡の約1/3(約19万人)が異状死として全国148管轄区域に兼任を含め各1名いる coroner (1人の副 coroner) に届出られ、 coroner が解剖の要否や鑑定・検査依頼など死因決定関連の全事項の決定に責任を負う。各地域保健機関とパート契約を結んだ警察医が当番制で警察とともに検死する。多忙な臨床の合間に検死する日本の警察医とは異なり、監察医機

関の死体検案専門医のような立場である。また、警察管理下の人の健康管理、例えば、意味不明の言動のある男を保護した警察に呼ばれて診察することもある。お会いしたマーガレット・スターク英国警察医会会長など女性警察医も少なくない。警察医に法的な要件はないが、3~7日間の教育コースが各地にあり、また、法医学修士号を持つ警察医も少なくない。この修士は、ウェールズ大学では週末1日の講義を1年間聴講して得られると聞いた。

英国のコロナー解剖率は全死亡の約22.7%で、大都市の異状死解剖率は100%に近いが、全体では68%程度である(10)。日本では、異状死は全死亡の約12%で、東京・大阪などの監察医制度施行地域で1/4程度が行政解剖され、その他の地域で少数が承諾解剖されるが、全国では司法解剖・行政解剖・承諾解剖を合わせても全死亡の約1.3%にすぎない(2-9)。日本では、異状死が周知されていない上(16)、届出義務を負う臨床医には警察と関わることへの忌避感があり、たとえ届け出られても、警察が犯罪性の見地で疑わなければ解剖されることがない上、担当警察官は死因調査専門家ではなく、監督役の検視官も多くは2~3年で交代する(2-7)。このように、日本では法医解剖率が低く、死因調査の担当者の専門性が必ずしも高くなく、死亡から死因決定までの全過程を把握する責任者がいない。

コロナーには犯罪疑い事例について警察や検察に知らせる義務があるが、約12万件の異状死事例のうち、警察関与の解剖は約2500、殺人は800前後である(10)。解剖により明らかになる臨床診断の誤診率は50%に近いこと(17)を考慮すると、日本でも、特に医療関連の届出に関しては犯罪捜査目的でない死因究明のための届出とした上、届出率を向上させるシステムを

つくるべきであろう。なお、大部分の届出事例で臨床診断上の誤診が問題となることはない。

コロナーに届出べき異状死(不自然死)は、National Health Service(国民健康保険)、内務省、統計局、各コロナー事務所のガイドラインに記載されているが、明確な法的届け出義務は戸籍係にしかない(1968年戸籍法)。戸籍係は死亡診断書の審査をして、以下に該当する可能性がある場合(医療関連に下線)、コロナーに報告する。コロナー事例とは、1. 外因死が疑わしい状況や病歴がある、2. 事故に関連した可能性がある、3. 労働・職業と関連している可能性がある、4. 中絶、5. 手術中または麻酔から完全に覚醒する前、または、麻酔と何らかの関連性があった場合、6. 医療行為や治療と関連している可能性がある、7. 死者自身の行為が死に寄与した可能性のある死(自虐行為、薬物・有機溶媒使用)、8. 警察または拘置所内の死亡、9. 入院24時間以内の死亡、10. 精神保健法による拘留中の死亡である。いっぽう、コロナー法(1988年)には、「不自然死(異状死)と疑うに足る合理的な理由があれば(届け出てよい)とされており、少しでも確実な病死でない可能性がある(異状死)場合、死亡状況が不明な場合、届け出義務が課されており、医師も市民もコロナーに広く届け出ている。いっぽう、死亡診断書の注意書きには医療関連死の届出の利点の記載がある。また、開業医が215名もの患者を殺したシップマン事件当時、死亡診断書を主治医が単独で書けたため見逃されたことへの反省として、現在では、死亡診断書に第2の医師のチェックと署名が求められる。日本では、死亡診断書や死体検案書を専門家がチェックすることはなく、事故死では警察に届け出て検案をすることが求められるが、かなりの部分、臨

床医が死亡診断書を書き戸籍係に受理されている。今後、戸籍係の教育、届出の法的規制と教育、専門家による死亡診断書のチェックが求められる(9)。

2. コロナー (この項、10, 11 に概説)

コロナーは、異状死の死因決定に責任を負う行政官と裁判官を兼ねたような職であり、かつては、医師が多かったが、1971年のブルンスウィック報告で法律家が推奨された後、大部分、法律家となった。コロナーは、5年間の実務経験の要件を満たし、内務省から任命され、多くは地域保健機関と非常勤契約しているが、最近の報告では常勤が勧められている(10, 13)。

コロナーとして法律家と法医学者のいずれが勝るかが英米で議論されているが、最近、公にされた英国コロナー制度に関する報告書に関する法医学者の解説論文では、医学的な事項の評価に医師が必要であるとの観点から、全国に60名の医療コロナーの配置と法的な医学査定官(statutory medical assessor)による死亡診断書の管理・監査の重要性が指摘されている(12, 13, 14)。医療関連死の処理に関しては、法律家が主導する英国のコロナーより米国のメディカルイグザミネーター(法医病理学者行政官)のほうが、専門性・一貫性で勝ると思われる(7)。

3. コロナーズオフィサー (コロナー捜査官)

コロナー捜査官と呼ばれる職種がある(15)。多くは警察官経験者であるが、パラメディカルなどの経歴を持つ者もいる。異状死の情報が伝わると、当事者医師・家族・関係者と連絡をとり、遺族に葬儀までの手順を説明し、警察の調書に加えて、自ら関係者に事情を聴取した上、コロナーや遺族などに報告し、コロナーが解剖

を指示した場合には、執刀医や解剖室の準備、遺族・関係者への連絡・説明をする。

時には遺族対応専任の警察官が指名されるが、コロナー捜査官が遺族側の大部分の質問への対応、捜査、解剖・検査・インクエストの調整・手配など死因調査の全過程を掌握し、コロナーと関係者の間を取り持つ。異状死に関する全ての情報がコロナーに集まり、必要な情報が関係機関や関係者に知らされるなど、公開性・公正性が高い。事務所にいる時も絶えず電話で対応していたが、事務所不在のことも少なくない。何度でも来る人がいるし、何年もたってから来る人もいるが、遺族の話を納得するまで聞いた上、解剖や死亡診断書、埋葬のことを説明し、さらに、両親を失った子供のケアまでする。

コロナー捜査官の仕事は多岐に渡るが、全過程の情報を把握してコロナーと共有するシステムが、関係者間のコミュニケーションに齟齬を欠く日本のシステムに勝る。同様の職種に東京都監察医務院の監察医補佐があり、監察医・遺族・警察・葬儀社の間に入って活躍するプロ意識の高い職種といえる。東京都にあるこの職種の人々の死因調査における有用性と貢献を評価し、パラメディカルを訓練して同様の職をつくと解決できる問題が数多くある。

4. インクエスト(Inquest) (この項、11, 18, 19 に概説)

インクエストとは、異状死の死因決定のために開かれるコロナーが主宰する法廷である。責任・罪の判断を一切行わず、可能な限り客観的な「事実確認」、すなわち、誰が、いつ、どこで、どのように死亡したかの認定のみを行う。必要な場合にはコロナーが7~11名の陪審員を選挙人名簿から指名して行う。拘留所・警察関与事

例など公的権力の介入する事例には、届出と解剖、陪審員を召喚するインクエストが必須とされる。

インクエストの開催は利害関係のある肉親、保険契約者・会社、公的機関内死亡の場合その機関の職員、労災・過労死の場合の労働組合指名者、法的機関(検察庁など)代表、政府機関指名者、警察主任などの内、コロナーが必要と考えた人に通知され、召集される。初回のインクエストは埋葬に必要なので、死後できるだけ早く開かれる。

インクエストには、コロナー捜査官や警察官が集めた捜査情報が集められ、判事としてのコロナーの指揮のもと、関係者の証言を通じて事故の概要が公的に事実として認定され、遺族の質問を許した後、最後にコロナーが要約をした上で、死因を決定し、評決(バーディクト)を下す。それに基づいて死亡診断書を発行し、死因や死の態様が不詳の場合にも、火葬に必要な証明書を発行する。なお、初回インクエストで死因などが決定できない場合は、捜査情報や検査所見(組織、中毒、DNA等)が揃った時点で次のインクエストが召集される。ここで、コロナーにより集められた全ての情報が開示され、の全てが公的費用で実施され、遺族に質問の機会が与えられる。死因などが不詳のままの場合、インクエストは開かれずに終わることもある。

遺族は、コロナー側にいつでも捜査情報を聞ける上、インクエストという公の場で疑問提起や主張を認められる。また、解剖に立会い、解剖報告書のコピーを受け取り、自分の主治医に説明を受けることができる。

交通事故、傷害事件、殺人などでは、警察の捜査を待って、インクエストが開催される。いっぽう、インクエストで犯罪性が判明した場合

には、コロナーは検察庁に報告する義務がある。また、殺人事件などで刑事裁判が行われる場合には、その法的判断が優先し、判決までインクエストは延期される。

医療事故の場合には、遺族・医師の法的代理人である弁護士などが立ち会うことが許されている。いっぽう、遺族や報道の立ち会いなく、医師、看護師、法医、コロナーで行い迅速に処理されることもある。法律家であるコロナーは、医学専門性の高い事例では、インクエストに医師の査定官(assessor)の立会いを求め意見を聴取できる。副コロナーに医師を任命している地域も少なく、見学したサリーのゼーマー副コロナーは、警察医を兼ねる女性医師であった。なお、医学鑑定は文書で提出される場合が多い。

5. 日本の医療事故の解剖に関する問題点(この項、3-7に概説)

日本では、事情聴取を医学的知識の乏しい警察官が行い、業務上過失被疑事件の捜査のための司法解剖が行われることが多い上、解剖結果は検察・警察の捜査情報として、裁判にならない限り開示されない。いっぽう、解剖執刀者としては、多くの場合、カルテや写真を参照できるが、カルテの記載が不十分なことが多く、事故の発生状況や経時変化、関係者などの事情聴取をしなければ、事故の内容を理解できずに解剖をしなければならないことが多い。また、英国と異なり初期段階で臨床鑑定が行えないのに関わらず、法医に医療行為の適否の判断が求められ、これをもとに起訴されるので、鑑定を慎重に行わざるを得ず、労力のかかる割には自信を持たず、臨床医にも信頼されない。また、医療事故を刑事手続きに載せている以上、臨床医が気軽に意見をいつてくれることはない。いっ

ぼう、遺族の解剖結果問い合わせへの対応が禁じられている。そこで、私達は、死体検案書交付義務に検案書を送付した上、求めがあれば、死因に限って記載内容を説明するが、この行為すら公認されていない。大部分、司法解剖で扱われる医療事故の解剖に遺族や病院の職員の立会いは認められず、解剖記録も開示されない上、説明も禁止されている。また、遺族が「警察沙汰」を拒否するケースでは医療側が対応に苦慮している。最も問題であるのは、解剖の結果を医師や病院関係者に開示できないので、事故の予防や医療の改善に役立てることができない。

6. 英国の医療関連死対応(この項、11, 18, 19に概説)

英国では、上記のように、術中、麻酔影響下、医療行為と関連している可能性がある死亡などが医師や遺族から広く届け出られている。ナイト教授によると、遺族から医療ミスの疑いが提起された場合は当然として、少しでも遺族が不信感を持ちうる事例であれば、むしろ、患者に対する同情や医師としての倫理観に基づき大部分届け出られるという(11)。 coronerは死因調査行政官であり、死因を決める裁判官でもあるので、日本のように医師は犯罪者扱いされないし、医療ミスが coronerによる死因究明の段階で裁かれることもない。医療事故の遺族が強く求めるのは、原因に関する説明である上、遺族には苦情に対応してくれる機関が多いので、結局、医師にとって届け出たほうが誤解されにくくメリットが大きい。後日、取材したオックスフォード大の外科教授は、「 coronerは公正で信頼できる。そして、怒れる家族から、法の傘の下に、医師を守ってくれる。」といていた。

医事法成書(18)に挙げられている事例を紹

介しよう。まず、虫垂炎後の腹膜炎の子供については必ずしも病気と断言できないので、異状死として coronerに届け出られなければならない。親の虐待の可能性もあるし、医師の経過観察や診断の遅れなどの注意義務違反の可能性があるのでという。医師自らの注意義務違反の事例を自ら届け出なさいとっている点は注目されるが、「患者の立場で・・・」というよく聞かれる説明を前提とすれば、理解はできる。

第2例は、80歳の老人が手術室で腹部大動脈の手術中に死亡した場合で、これも届出たほうがよいという。この事例は、よく、異状死に当たらない事例として引用されるが、この教科書では、自ら説明すると、遺族に誤解される可能性があるので、届けた上、 coronerに、自然死と説明してもらうほうがメリットがあるという。

第3例は、20歳女性が扁桃腺摘出手術中に麻酔事故で死亡したような場合、必ず coronerに届け出られ、 coronerはインクエストを開くという。サリーで聞いた話では、このような場合、まず、 coronerは、麻酔医が自ら書いた供述調書やカルテ・写真など医療記録を提出させ、 coronerの判断で、教授などの専門家に鑑定を依頼する。また、 coronerは、解剖を実施すると決め必要と判断した場合、執刀者に現場検証をさせることが多い。 coronerは、多くの事例を一般病理医に依頼するが、医療関連死は法医に囑託する。 coronerの死因究明に関与する専門家達は、全ての機関・利益から独立した公正性を認められており、日本と違い、直接、執刀医が外科医や麻酔医に事情聴取し、解剖室に呼んで、質問をしながら解剖をすることも多いという。この間の内容は文書として記録され、執刀した法医の公正性や独立性を疑う人はいないという。ただし、通常、公的病院の病理医は、同

一病院の医療事故の解剖はできない。また、解剖結果に納得しない遺族は第二の解剖が可能であると説明される。上記のように、これらの過程で医学コローナーや医学査定官の関与が提唱されている(12-14)が、法律家であるコローナーの代わりにメディカルイグザミネーターが主導するメリットのほうが大きいという議論がある。

英国では、死因究明行政機関が、異状死の死因究明において、専門的な初期捜査情報が極めて重要であることに鑑みて、警察・検察の捜査とは別に、独立したコローナー捜査官が、関係者に事情聴取や捜査をする。もちろん、犯罪が疑われた場合には、当初より警察が関与するが、この場合も、死因究明はコローナー主導である。このやり方の優位性は、専門性・経験の面と、死因や死の態様を総合的に判断できる点にある。社会的な背景の違いはあるとしても、日本で捜査側が、「警察・検察が犯罪者にしか知らない捜査情報の漏洩を防ぐため」という理由で、解剖執刀者などに事故関係者や当事者に事情聴取することを禁じていることのマイナス面は、特に医療事故については明らかである。また、英国では、コローナーの判断で、遺族、その他、当事者を含む全ての関係者に解剖立会が認められ、遺族、または、利害関係のあるコローナーが判断した関係者には、解剖記録のコピーが与えられる。遺族は、自ら指名した医師に解剖立会いを頼み、解剖記録の説明を求めることができる。日本でも、医療事故などの事例に限定して、原因究明のための解剖とした上、情報の関係者への開示を真剣に考慮すべきであろう(5-7)。

英国では、放置しておけば、再発しうる病院のシステムエラーによる誤薬事故などに関して、コローナーは何らかの法的対応をできる。ゼーマン副コローナーは、泥酔者を適時に診断・治療し

なかったために患者が硬膜下血腫で死亡した病院に注意義務違反を認めた時、医師の行政処分をする全国維持審議会(GMC)に報告したという。

日本の臨床系諸学会は、患者・患部・薬剤の取り違えなど過誤の著しいものを医師の裁量に基づき届け出るべきとするが、誤解を受けやすい。英国では、臨床医の判断では「明らかな病死」であっても、患者の人権を守り、医師の公正性を担保するために、不作為の注意義務違反の可能性のある事例でも届け出るべきであるとしている。つまり、専門家は専門家の基準で、注意義務を含めて判断し、当該医師の資格について厳しく公正に裁くことにより、医師が社会の信頼を得ているのだと思われる。いっぽう、英国では、刑事事件として扱われた医療関連事例は、最近十数年で十数件程度であるが、老人ホームでは注意義務が契約として明確になっていて、例えば、患者に褥創をつくった施設は刑事責任(業務上過失)を問われるという。

7. 遺族の立場から

日本では、最近では、弁護士を通じて開示を求めれば、開示する事例が増えてきたが、いまだに、交通事故被害者の遺族達の開示要求には十分応えていないようである。現行法上、遺族は刑事訴訟が終結した鑑定書や訴訟記録を請求できるが、不起訴記録や裁判所不提出記録に関しては、閲覧の条件が厳しく制限されていて、司法解剖された場合、實際上、警察官から部分的に内容を聞けるのみである。この事情は、死因究明に司法解剖を使う限り解決困難であり、結局、医療事故の解剖は、遺族の立場からも適切でない場合が多いと思われる。

英国では、必ずしも、日本に取り入れるべきだということではないが、捜査情報・解剖結果な

ど全ての情報が公開されている。上記のシップマン事件の捜査内容は、個々の調書に至るまで、インターネットで開示されている。

今回、30歳台男性の交通事故のインクエストを傍聴した。新車のスポーツカーで友人2人とパブ2箇所飲酒(中等度酩酊)し、運転中(時速約80km/h)、路側縁石をかすめて、樹木に衝突して大破、放出されて、路面に頭から落ち頸髄損傷を負って死亡した。この状況を、妻、同乗の友人2名、目撃者の証言などより、被害者の当日の行動、車の運転状況、気象、事故の状況などが淡々と再現された後、警察専門家が当日の事故状況を詳細に再現した。最後に、コロナーが事実を確認し、解剖結果と死因、アルコール濃度、シートベルトのことなどを説明し、妻に質問を求めた後、他に関与する因子のない事故死であると決定した。このインクエストを見る限り、事故状況を遺族に開示することにより納得させていることがうかがわれた。情報を開示することによって、特に捜査側に不都合と思われる点は見当たらなかった。次に傍聴した若年男性の自殺のケースでは、死者の精神病のことが明らかにされ、また、精神的に動揺の見える母親に公開の場での証言を求めている点にプライバシー侵害を懸念したが、このことに関しては賛否両論がある(12-14)。しかし、最後には、偶然にも、警察医として、この息子を保護し、精神科医・心理学者へのコンサルトを勧めていたゼーマー副コロナーに感謝の意を表して、コロナーの心温かさと地域密着性を感じた。

インクエストでは、過誤・注意義務違反は原則として示されない。しかし、医療関連死の遺族が強く求めているのが原因の開示と説明であることに鑑みると、遺族の要求はかなり満たされていると思われる。加えて、遺族は、解剖情

報の入手や立会い・再解剖を求めることができ、戸籍係に死因に関する疑問を提出でき、さらに、GMCに医師の責任を追及できるなど、警察と裁判所しか対応窓口がない日本に比べると、英国の市民の苦情に対する行政レベルのサービスの充実度が際立っている。

8. 裁判外処理システムと医師権利保護団体

最近では、患者の苦情に対する裁判外処理システムが整備されている。まず、患者側からGPや病院に苦情を申し立てた場合、調査および和解が試みられ、コンプレイントマネージャーにより処理され、10日(GP)~20日(病院)以内に判断を開ける。この第一段階で98%が終結する。この回答に納得いかない場合には、地域の医療行政機関の苦情窓口で独立審査パネルの設置を求められ、最初の苦情申し立てから75日(GP)~140日(病院)以内に最終レポートが提出される。さらに、審査パネルが設置されないか、その判断に納得できない場合には、ヘルスサービスオンブズマンに更なる調査を求められる(この項、21)。これらの段階で納得できない遺族が裁判に訴えることになるが、日本とは、対応機関・人員の専門性・公正性、情報の公開性など、行政面での対応が、はるかに整備されている。ただし、インクエストには、多大の費用と労力を要する上、プライバシーに関する問題もある。

いっぽう、医師の権利を守るThe Medical Protection Society (MPS)、The Medical Defense Union (MDU)という法律家や法医学者を抱える半公的権益団体があり、医師の権利を守るために、専門家が和解・訴訟・賠償の手続きに関わる他、インクエストにも参加して医師の代理を務める。医師の行政処分に関与するGMCの審議の過程においても、MPS、MDUが医師を弁護する。また、