

医道審議会における医師・歯科医師の行政処分とその問題点

-1971年から2004年までの34年間の統計的考察-

黒木 尚長¹⁾、的場 梁次¹⁾、吉田謙一²⁾

1) 大阪大学大学院医学系研究科 法医学講座

2) 東京大学大学院医学系研究科 法医学講座

要約

医道審議会では、刑事処分が確定した場合、または、保険医取消となった場合に、その医師及び歯科医師の品位を損する行為に対して、免許取消や医業停止の行政処分に関して厚生労働大臣に答申してきた。しかし、最近、医療過誤を審議対象に含め、厳重な処分が下されるようになってきた。1971年から2004年3月までにおける医道審議会による行政処分について新聞記事調査により検討した。34年間、800人の行政処分の内容は、免許取消66人・医業停止734人、医師585人・歯科医師218人であった。医業停止処分は、診療報酬の不正請求、所得税法等違反、医師法・歯科医師法違反、贈収賄、詐欺・窃盗の順に多く、業務上過失致死傷が67人(医療事故51人、交通事故15人)あった。

医療事故51人のうち、24人は2000年以降に起こったものであり、医業停止期間は1998年までは1ヶ月か2ヶ月(重大な過誤2人のみ6ヶ月)で、1999～2002年は一律3ヶ月、2003年は一律1年間、2004年は、3ヶ月～3年6ヶ月であった。2002年より診断や治療の遅れによる医療事故も処分対象となった。調査し得た医療事故43人の少なくとも7割は刑事処分が新聞報道されたもので、報道の有無が行政処分の前提条件となっており、公平性を欠く上、専門的な事実認定・調査・評価のシステムがない。現在の、医療事故での行政処分の厳罰化への取り組みは、遺族とマスコミの懲罰に関する要求は満たすが、医療事故防止、医学教育・医療システムの改善、医療事故後の再教育などには、効果は期待できない。

結論として、わが国の医師等に対する行政処分制度は、医療事故(被疑)事例の調査に対して刑事事件捜査の手続きしか持たず、行政処分の前提となる事実調査を不十分な刑事捜査手続き、及び、報道に依存している。今後、報道に依存しない専門性の高い公正な事実調査、及び、専門家による評価を含む適正な行政処分を実施することができるように、英米の制度を参考にした制度改革が求められる。

はじめに

医道審議会は、1948年の法改正に伴って設置された厚生労働省所管の審議会の一つである。医師法及び歯科医師法第7条第2項に記載された「医師及び歯科医師の品位を損する行為」については、その下部組織である医道分科会で審議され、免許取消や医業停止の行政処分の内容を厚生労働大臣に答申され、大臣が処分を下す。原則として、刑事処分確定後、もしくは、保険医取消後に行政処分が下されてきたが、平成14年12月の「行政処分に関する考え方について」の中で、「国民の医療に対する信頼確保に資するため、刑事事件とならなかった医療過誤についても、医療を提供する体制や行為時点における医療の水準などに照らして、明白な注意義務違反が認められる場合などについては、処分の対象として取り扱うものとする」旨の方針が示されており、最近、この方針に沿い、刑確定前の医療ミスに対する厳しい行政処分が下されている。しかし、従来、行政処分の対象とはならなかった、不起訴処分となった医師等、民事訴訟において損害賠償請求が認められた医師等、そして、刑事処分には至らない医療過誤を繰り返すリピーター医師等に対して行政処分が行われないことが批判されている。

最近、医療側の隠蔽体質をうかがわせるような事件に関する報道が増加し、一方で患者側の知識向上・権利意識高揚のために、社会は、医師・歯科医師などに対して、益々、厳しい制裁を求め、より高い倫理性や資質を求めるようになってきた。これらの社会情勢を受けて、医道審議会の行政処分の内容も厳しさを増すいっぽう、医療過誤を繰り返すリピーター医師に限らず、これまでは、多くは民事事件として一部は刑事事件として取扱われてきた医療ミスに対しても行政処分が行われる事例が増えてきた。ところが、行政処分の前提となる事実認定や調査は、最近、起訴段階での捜査情報が使えるようになったとしても、大きく報道情報に依存している。しかし、記事の煽情性と、医療に関する不可避の事故をミスであるかのように報道することが少なくないこと、また、刑事捜査や報道の対象となる事例が全体のごく一部であることを考えると、医療に関する行政処分と報道の関係には疑問が提起されている。加えて、臨床医側からの医療事故関連死の異状死届出と死因究明が、医療事故関連死の処理には必須であるが、実際には、制度上の問題のために、あまり行われていない。このように、日本の現状では、医師の刑事・行政の処分の制度には不備な点が多く、医療事故の原因究明や医療の質の向上に役立たず、社会に対する説明責任を果たしていない。医師の処分や原因調査に関する現行制度を適正化しない限り、日本の医療は、今後、益々、混迷を深めると思われる。今回、1971年から2004年までの、医道審議会のすべての行政処分例について、新聞調査を行い、特に、医療事故に対する処分を重点的に、分析を試

みた。

対象と方法

1. 医道審議会による行政処分の調査

医道審議会による行政処分の内容は、新聞報道されるようになった1971年以降の医道審議会に関する記事を抽出した。調査対象は、朝日新聞、毎日新聞、読売新聞、産経新聞であり、加えて、日本医事新聞の記事で補充した。1983年からの2004年については、全例調査可能できたので、データベース化し、事件の概要、行政処分の量刑、罪状、年齢、性別、住所、処分理由などについて分析・検討した。1971年から1982年の間は、可能な限り情報は全て入手してデータベース化したが、新聞情報が不完全であったため、文献1)2)から補充した。なお、厚生労働省に対して過去の医道審議会に関する情報を求めたが、得ることができなかった。

2. 医療事故における刑事処分の内容に関する調査

刑事処分については、過去の刑事処分対象者と処分に係る行為に関する記事を、1985年以降利用できるようになった新聞データベース、及びインターネットを用いて抽出した。記事は、大部分、送検時の報道例であったが、裁判の判決に関する報道例も、起訴時の報道との重複を避けて含めた。もとより、書類送検事例には、有罪例の他、不起訴処分、起訴猶予処分、刑事裁判例の無罪も含まれている。

結果

1. 医道審議会における行政処分について

a. 行政処分の概要

厚生労働省が報道者用に配布した資料に、最近の行政処分例を加えると、1971年から2004年3月末までの、医道審議会での行政処分を受けた人数は、800人であり、免許取消は66人、医業停止処分は734人であった。処分対象者は、585人が医師、218人が歯科医師、うち、医師兼歯科医師が3人であった。免許取消の理由は、強制わいせつ16人、殺人及び傷害14人、覚せい剤取締法違反6人、詐欺・窃盗5人、医師法・歯科医師法違反4人であった。一方、医業停止処分の理由は、診療報酬の不正請求138人、医師法・歯科医師法違反79人、所得税法等違反71人、詐欺・窃盗67人、贈収賄66人、わいせつ55

人、医療事故 51 人、その他の身分法違反 50 人、覚せい剤取締法違反 48 人、麻薬取締法違反 28 人、大麻取締法違反 23 人、文書偽造 21 人、交通事故 15 人であった(表 1)。

	医 師			歯 科 医 師			計		
	免許取消	業務停止	小 計	免許取消	業務停止	小 計	免許取消	業務停止	小 計
医師法違反	2	37	39	1	1	2	3	38	41
歯科医師法違反	0	0	0	1	37	38	1	37	38
その他の身分法違反	0	47	47	0	3	3	0	50	50
薬事法違反	1	6	7	0	0	0	1	6	7
麻薬取締法違反	0	26	26	1	1	2	1	27	28
覚せい剤取締法違反	3	21	24	3	21	24	6	42	48
大麻取締法違反	0	6	6	0	17	17	0	23	23
殺人及び傷害	8	5	13	6	4	10	14	9	23
業務上過失致死(傷害)/車両	0	8	8	0	7	7	0	15	15
業務上過失致死(傷害)/医療	0	48	48	0	3	3	0	51	51
横せつ	11	25	36	5	14	19	16	39	55
贈収賄	0	55	55	2	10	12	2	64	66
詐欺・窃盗	3	53	56	2	9	11	5	62	67
文書偽造	0	17	17	0	4	4	0	21	21
所得税法等違反	2	63	65	0	9	9	2	71	73
診療報酬の不正請求	0	93	93	0	46	46	0	138	138
その他	14	31	45	1	10	11	15	41	56
計	44	541	585	22	196	218	66	734	800

注 贈収賄、所得税法等違反、診療報酬の不正請求における、業務停止で合計が各1件少ないが、これは医師兼歯科医師を各1名計3名含むためである。

表 1 行政処分の概要

b. 処分人数と処分内容の年次別推移

年次別の処分人数は、表 2 に示すように、毎年増加傾向にあり、処分内容も徐々に厳しくなっている。1973 年に最初のピークがあり、1982～85 年、88 年にもピークがあり、その後は漸増傾向となり、2000 年以後は年平均約 50 人で推移している。医道審議会が開催は、1971 年から 1984 年までは、年 1 回程度、それ以後は年 2 回の割合で開催されることになっているが、1978 年と 1995 年には医道審議会は開かれていない。

c. 医師と歯科医師の被処分者数の年次別推移

医師と歯科医師別の被処分者数を、表 2 に示す。これまで、1971 年と 1974 年に、歯科医師・医師の処分者数が同数となった以外、全ての年で医師の処分者数の方が多かった。因みに、医療施設での従事者数は、1975 年当時、医師 125,970 人に対して歯科医師 41,951 人と医師が歯科医師の 3 倍であったが、その差は徐々に小さくなり、2002 年では、医師 249,574 人に対して歯科医師 90,499 人、比率は 2.75

倍であった。

まず、1971年から1982年までの12年間はⅠ期、1983年から1994年までの12年間はⅡ期、1995年以後の10年間はⅢ期として、年代別に比較した。

Ⅰ期(1971-1982)では、処分対象者は、医師 98名、歯科医師 43名で、医師と歯科医の比率(以下、医:歯比)は2.28であった。Ⅱ期(1983-1994)では、医師 199名、歯科医師 63名、医師兼歯科医師 3名で医:歯比は3.06であった。Ⅲ期(1995-2004)では、医師 283名、歯科医師 111名で医:歯比は2.55であった。医師対歯科医師比では、大差がないといえる。年間平均の処分者数は、Ⅰ期(1971-1982)が11.8、Ⅱ期(1983-1994)が22.1、Ⅲ期(1995-2004)が39.4と12年ごとにほぼ2倍の処分者数で増加している。

年	71	72	73	74	75	76	77	79	80	81	82	Ⅰ期	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	Ⅱ期	96	97	98	99	00	01	02	03	04	Ⅲ期	総計
医	4	4	17	4	5	9	9	7	7	9	23	98	18	15	18	16	10	24	19	20	13	10	19	17	199	34	24	28	22	48	29	44	29	25	283	560
医歯												0		2								1			3										0	3
歯	0	4	9	4	3	1	1	3	4	7	7	43	0	5	8	3	2	9	8	4	8	6	4	6	63	11	10	15	7	13	17	16	9	13	111	217
総計	4	8	26	8	8	10	10	11	16	30	141	18	22	26	19	12	33	27	24	21	17	23	23	265	45	34	43	29	61	46	60	38	38	394	800	

表2 医師と歯科医師の年次別被処分者数

d. 被処分者の年齢分布の年次別推移

5歳ごとに年齢別に分けて、年次別に経過を追った(表3)。Ⅰ期(1971-1982)での被処分者は、最年少32歳、最年長82歳で平均年齢53.7歳であり、20歳代は1人もおらず、50歳代前半が一番多かった。Ⅱ期(1983-1994)では、最年少27歳、最年長86歳で、60歳台前半が一番多く、平均年齢52.9歳であった。Ⅲ期(1995-2004)では、最年少26歳、最年長89歳で30歳代後半が一番多く平均年齢49.9歳と、Ⅰ期、Ⅱ期とは年齢分布が大きく異なった。このように、被処分者自体が変化していることがわかる。

	Ⅰ期	Ⅱ期	Ⅲ期	総計
	'71-'82	'83-'94	'95-'04	
25-29		8	10	18
30-34	2	17	43	62
35-39	6	21	59	86
40-44	12	35	50	97
45-49	30	23	40	93
50-54	35	31	43	109
55-59	23	36	44	103
60-64	12	50	42	104
65-69	11	19	25	55
70-74	3	16	23	42
75-79	5	4	12	21
80-84	2	3	1	6
85-89		2	2	4
総計	141	265	394	800

表3 被処分者の年齢分布の年次別推移

e. 処分理由の年次別推移

年次別の処分人数を、処分理由別の一覧表(表4)として示す。Ⅰ期(1971-1982)では、無資格者の使用責任を問われたのが49人と最多で、使用物違反については、乱用薬物27人、麻薬15人、覚醒剤11人であった。医療上の業務上過失傷害致死(医療上の過失)は、12人、所得税法等違反(脱税)10人、

贈収賄 9 人、診療報酬不正請求 8 人、虚偽診断書 7 人であった。なお、1981 年以降、脱税や診療報酬不正請求などの経済犯も処分対象となった。これらの医業停止期間については、脱税額や不正請求額、悪質度が影響しているように見えた。

Ⅱ期(1983-1994)では、無資格者使用責任、診療報酬不正請求がともに 44 人と一番多く、脱税が 38 人、詐欺 31 人、贈収賄 25 人、乱用薬物使用違反 24 人(覚醒剤 6 人、大麻 9 人、麻薬 7 人)が続いた。医療上の過失(業務上過失傷害致死)は 10 人、虚偽の診断書が 9 人、傷害事件が 8 人(傷害致死事件 3 人を含めると 11 人)にみられた。Ⅱ期より処分対象に含まれたものとして、青少年保護育成条例違反(援助交際などによるわいせつ行為)7 人があった。

	71	72	73	74	75	76	77	79	80	81	82	1期	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	Ⅱ期	96	97	98	99	00	01	02	03	04	Ⅲ期	総計				
乱用薬物使用違反	2	1	2	2	4	2	4	2	2	4	2	27	2	2	1	1	2	5	3	1	3	1	3	1	3	24	7	4	6	3	9	3	6	4	5	47	98			
恐喝・恐喝未遂	1			1								2													2												1	5		
窃盗	1											1														2												9	10	
無資格者使用責任		6	16	4	1	4	3	3	2	1	9	49	2	4	5	7	5	3	6	3	2	1	1	5	44	1		4	5	4	2	3	5	2		26	119			
詐欺		1	1								2	4	2	3	4	4	1	1	1	3	5	3	2	2	31	2	4	1	2	5	6	3	2	2		27	62			
医療(業務上過失)		3		2	1	2		2	1	1	12	1	1	2		1	1	2	2						10	2	1	2	1	4	8	4	7		29	51				
贈収賄		3	1	1			1	1			2	9	1	3	5	1		4	1	1	1		3	5	25	7	8	2	1	6		1	3	3	31	65				
虚偽診断書		1					1	1	4			7	1	1	1										9	1		1	1	1			1	1		6	22			
具状死届出業務違反						1						1																							1	2	3			
真過失による失火						1						1																									1	1		
強制わいせつ行為									1	1		2													1	1		1		3	2	4		2	12	15				
殺人									1			1								2						2	1		1	1	2	1	1			7	10			
傷害									1			1				1				1	2					2												9		
薬事法違反								1		1		2	1					1	2							5												7		
診療報酬不正請求										6	2	8	3	1	5		2	12	3	3		6	6	3	44	12	8	7	8	9	12	10	9	8		83	135			
脱税									3	7	10	4	7	4	2	1	4	5	4	3	1	2	1		38	3	3	9	1	4	4	1	1	3		29	77			
業務上横領											2	2													1												3	6		
診療放棄										1	1														1													1	1	
脅迫										1	1																											1	1	
火元責任者(業務上過失)											1	1																										1	1	
青少年保護育成条例違反																1	1	1		1					2	1	7	1	4	4	2	4	4	9	1	3	32	39		
傷害致死																			1						2													3	3	
医療法違反(医師免許貸与)																										1													1	1
堕胎																										1													1	1
銃刀法違反																										1													2	3
脅迫																										1													2	3
交通事故(業務上過失)																										1													1	1
放火																										1													1	1
道路交通法																										1													2	4
公職選挙法違反																										1													1	12
試験問題漏洩																										1													1	2
犯人隠匿																										1													1	2
医師法(無診察診療)																											1	1											3	3
背任																										2													2	2
廃棄物																											1												1	1
監禁																												1											2	2
公然わいせつ																												2											2	2
迷惑防止条例違反(ちかん)																																							2	2
拉致																																							4	4
名誉毀損																																							1	1
わいせつ画像																																							1	1
偽証教唆																																							1	1
合計	4	8	26	8	8	10	10	10	11	16	30	141	18	22	26	19	12	33	27	24	21	17	23	23	285	45	34	43	29	61	46	60	38	38	394	800				

表 4 処分理由の年次別推移

Ⅲ期(1995-2004)では、診療報酬不正請求が 83 人と最多で、乱用薬物 47 人(覚醒剤 28 人、大麻 14 人、麻薬 3 人、向精神薬 2 人)、青少年保護育成条例違反(援助交際などによるわいせつ行為)が 32 人、贈収賄が 31 人と続いた。医療上の過失が 29 人と急増しており、脱税 29 人、詐欺 27 人、無資格者使用責任 26 人と続いた。わいせつ行為も 12 人と急増していた。Ⅲ期よりはじめて処分対象となったものとして、交通事故(業務上過失致死傷害) 13 人、道路交通法違反 11 人、迷惑防止条例違反(ちかん行為) 4

人、殺人 7 人、虚偽診断書 6 人があった。Ⅰ期、Ⅱ期と比べると、処分対象が広がり、援助交際・強制わいせつ・殺人が急増しており、医師・歯科医師のモラル低下が問われかねない面がうかがわれる。一方、医療上の過失が問われることが増えており、その内容は、以下に述べる。

f. 処分内容の年次別推移

免許取消、医業停止(歯科医業停止)という処分内容について、停止期間ごとに年次別人数を表 5 に記した。Ⅰ期(1971-1982)では免許取消(停止)処分は 11 人あり、医師法違反(無資格診療)、強制わいせつ、覚醒剤取締法違反が 2 人ずつあり、麻薬取締法違反、恐喝、脅迫、殺人、診療放棄が 1 人ずつあった。医業停止 2 年は 1 人、同 6 ヶ月は 15 人、同 3 ヶ月は 24 人、同 2 ヶ月は 21 人、同 1 ヶ月は 37 人にみられた。短い期間として、医業停止 15 日が 20 人、同 10 日が 3 人、同 7 日が 7 人であった。1980 年から 1982 年の 3 年間で免許取消処分が 8 人と急増し、1981 年までは、医業停止期間が 7 日~15 日といった、極めて短い期間が多かったが、1982 年以後にはみられなくなり、その代わりに医業停止期間が 2 年のものがはじめて出現した。

Ⅱ期(1983-1994)では、免許取消が 21 人(8%)あり、援助交際などのわいせつ行為 2 人、強制わいせつ 1 人、殺人 2 人、傷害 2 人、傷害致死 3 人、恐喝 1 人、放火 1 人など、わいせつ行為、加害行為などが目立ち、医師法(無資格診療)、歯科医師法違反(無資格診療)、白紙の処方箋を薬局に預けりべをとるといような薬事法違反、乱用薬物(覚醒剤) 2 人が対象となった。医業停止期間も徐々に長期化する傾向がみられ、1985 年からは医業停止 3 年がみられるようになってきたが、3 ヶ月以下の医業停止が 50%を超え、1 年を超える医業停止は 11%であった。

Ⅲ期(1995-2004)では、免許取消が 34 人(8.6%)もあり、その内容も、強制わいせつ 11 人、殺人 6 人をはじめとして、監禁 2 人、放火 2 人、犯人隠匿 2 人、拉致 1 人、恐喝 1 人、乱用薬物(覚醒剤) 2 人、公職選挙法違反 1 人、廃棄物処理法違反 1 人、詐欺 2 人、窃盗 1 人、収賄 1 人、脱税 1 人など、一見、医業とは無関係の事件も少なくなかった。一方、過去に医道審議会で行政処分を受けていることが重大視され、厳正に処分された事例も少なくない。医業停止期間については、より長期化し、2000 年以降、5 年の医業停止処分も現れた。反体に、3 ヶ月以下の医業停止は 44%と少なくなり、1 年を超える医業停止処分は 20%であった。

	71	72	73	74	75	76	77	79	80	81	82	I期	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	II期	96	97	98	99	00	01	02	03	04	III期	総計	
7日、10日、15日、1ヶ月	2	5	18	1	8	8	8	5	2	2	10	67	4	5	4	9	5	8	8	6	4	3	4	2	62	10	6	10	6	8	8	10	4	62	191		
2～3ヶ月	1	2	6	6	1	1	0	2	4	8	14	45	8	6	7	3	3	7	3	7	7	5	7	9	72	16	9	10	8	13	17	25	8	5	111	228	
4～6ヶ月			2	1		1	2	3	1	4	3	17	1	7	9	2		5	9	5		4	2	6	50	5	9	6	9	8	5	1	8	7	58	125	
8ヶ月～1年														3	4	4		2	8	4		2	1	1	2	31	5	3	5	10	4	7	12	3	49	80	
14ヶ月～2年											1	1		1	2	2	3		2				5	1	16	4	3	5	3	6	3	5	6	7	42	59	
2年半～3年															1			1	2	1	2	3	2	1	13	5	1	1	2	6	5	2	1	6	29	42	
3年6ヶ月～5年																														1	1	2	3	2		9	9
免許取消	1	1			1				4	2	2	11	2			3		1	1	3	6	1	2	2	21		3	6	1	9	3	8		4	34	66	
	4	8	26	8	8	10	10	10	11	16	30	141	18	22	26	19	12	33	27	24	21	17	23	23	265	45	34	43	29	61	46	60	38	38	394	800	

表5 処分内容の年次別推移

2. 医療事故の行政処分について

医療事故による行政処分を受けた者は51人いるが、すべて医業停止処分であり、免許取消処分は皆無であった。I期(1971-1982)では、医療上の過失で12人が処分をうけた。年齢は34歳から77歳で平均年齢51.4歳であった。医業停止期間は全例2ヶ月以下であり、大部分、15日から2ヶ月までの期間で、一貫して比較的寛大な処分がされていた。

II期(1983-1994)には、医療上の過失で10人が処分をうけた。27歳、28歳と20歳代が2人いて、最高71歳で平均年齢が46.1歳であった。事故の概要は、手術と関わる事故5人(患者取り違え2人、左右部位の間違い1人、失血死1人、鉗子の置き忘れ1人)、輸血ミス2人、誤投薬1人、全身麻酔と関わる事故(酸素と窒素の間違い)1人、検査中の造影剤使用での事故1人であり、いずれも、過失が深刻なためだと思われる。しかし、大部分、1ヶ月か2ヶ月の医業停止で、特別重大な事故2例だけは6ヶ月の医業停止であった。

III期(1995-2004)では、医療上の過失で29人が処分をうけているが、年々増加の傾向がみられる。平均年齢は、42.2歳で、71歳から29歳の範囲で、30歳代にピークがみられた。一つの医療事故で複数の医師・歯科医師が処分を受けているのも特徴的であるといえる。医業停止期間も徐々に長期化している。手術と関わる事故6人(失血死5人、ガーゼの置き忘れ1人)、投薬による事故7人(過量投薬4人、誤投薬3人)、麻酔と関わる事故4人(筋弛緩薬の過量投与1人、局所麻酔剤の過量投与1人、硬膜外麻酔による全脊髄麻酔1人、全身麻酔でのガスの間違い1人)、診断の遅れ5人、検査中の造影剤使用での事故3人、輸血ミス2人、検査中の造影剤使用での事故1人、詳細不明1人であった。医業停止期間は1998年までは全て2ヶ月以下であり、1999年～2002年では1ヶ月か3ヶ月のいずれかであったが、2003年では一律、1年であった。2004年の7例は、医業停止期間が2ヶ月、3ヶ月、6ヶ月、1年6ヶ月、2年(2例)、3年6ヶ月と大きな差が見られ、医療事故の過失の程度、社会問題としての関心の強さに関連しているように思われた。この中には、内視鏡手術の経験が乏しい医師達が行った手術による死亡事例に対する処分、及び過剰量の抗癌剤を投与したことによる死亡事例に対する処分において、前例

のない厳しい処分が含まれているが、報道はより重い処分を求める遺族の立場に立った報道をしている。

3. 医療事故による送検について

医療上の過失（医療ミス）として書類送検された人数は、1985年から2003年6月までの全期間で71件154人であった。しかし、1999年に3件17人、2000年に7件18人、2001年に16件43人、2002年に10件21人、2003年上半期(1月～6月)には12件18人と増えている。ミスの内容を分類すると、投薬18件31人、患者管理11件29人、手術11件18人、麻酔8件19人、検査7件8人、看護5件23人、手技4件4人、輸血2件12人、注射2件7人であった。医道審議会の処分に関する新聞記事からは、医療事故の具体的な内容を知ることができなかつたため、この記事を送検時の新聞記事と複数の要因につき比較検討して事件を同定したところ、30人は、刑事処分もしくは書類送検された旨の内容が新聞報道されていた。1988年以後では、35人中29人(83%)が刑事処分もしくは書類送検で報道され、残り6人のうち2人で民事訴訟のことが新聞報道されていた。医療事故に関する記載内容は主として、書類送検などの記事に基づいており、医道審議会の行政処分の記事だけでは、医療事故の詳細がわかるものはわずかであった。

考察

1. 医道審議会の審議について

医道審議会は、従来、刑事処分確定後、また、保険医取消後に行政処分を下してきたが、平成14年12月に、刑事事件とならなかった医療過誤についても処分の対象とする旨の方針が示され、最近、これに沿った医療ミスに対する厳しい行政処分が下された。しかし、本来、医療ミスの判断には、公正な事実認定と専門家による医療水準に則った判断が必須であるが、日本では、いずれも行われているとはいえない。

医療事故では、医療側のミスが原因ではないことも多いので、まず、事故原因を究明した上、ミスの有無を第三者専門家が公正に判断しなければならない。そのためには、医療行為中や比較的直後(24時間以内)の死亡例、医療行為との関連性が疑われうる死亡例は、英米のように、死因究明の専門家に原則、全て届け出られて、法医学的判断や鑑定を受ける必要がある。しかし、日本では、届出先が警察であり、医師が被疑者扱いされること、そして、司法解剖が守秘義務の対象となり、結果が医師に知らさ

れないため、医師からの届出が稀である。加えて、臨床専門家の同僚批判（ピアレビュー）としての鑑定関与が十分でなく、その結果、その後の事故の適正な処理を困難にしている。このように、不十分な医師の処分のシステムは、患者側・医療側双方の不安をあおり、医療の萎縮の状況を現に作り出している面がある。行政処分の厳正化の前提として、医道審議会の審議システム自体を、医師が事故を届け出て、専門家による適切な事実調査や評価ができるように制度を改革すべきである。より具体的には、医道審議会の事実認定・調査と、情報公開における新聞報道に対する依存体質を早急に改革すべきである。そのためにも、刑事捜査でない、第三者専門家による死因究明目的の医療事故死届出・解剖・鑑定制度を早急に立ち上げる必要がある。

2. 医道審議会と報道の問題点

1971年以降、厚生省は医道審議会開催後、その行政処分内容について報道に公開するようにしたが、これにも、報道による医療関連事件の報道や世論の影響が大きいという。しかし、事実認定の手段が報道に大きく依存している現状は、先進国としては、極めて異例である。

一方、医道分科会による行政処分の内容を知るためには、厚生労働省医政局医事課が作成する行政処分一覧表が有効であり、一般人でも厚生労働省から入手できる。この表は、元来、分科会開催後に報道用に配布され、記事を書くのに利用される。内容は、事件の概要、司法処分（罰金刑、懲役刑など）、住所、氏名、年齢、所属医療機関などであり、事実に即して具体的、客観的かつ簡潔に記載されている。しかし、医道分科会が開催されると、前回以前の審議会の審議内容は抹消されるなど、過去の行政処分内容は非公開に等しい。また、具体的な行政処分の対象となった事歴の内容は、表には開示されないのので、新聞記事を調査するしか、処分内容を知る手段はない。また、この一覧表に加えて、事歴の内容や分析結果、処分の内容などが、患者側のプライバシーに配慮した範囲内で開示されなければ、医療事故事例の原因や対策・注意点を知ることができず、医師の教育や医療事故の予防には活かすことはできないので、早急に検討すべきである。

医道審議会による行政処分人数が増加の一途をたどり、処分内容も厳しくなっているのも、報道に拠るところが大きい。報道が公開されはじめた1971年頃、マスコミが医療問題についてキャンペーンを行った結果、刑事罰が確定し新聞報道されたものについて行政処分が行われることが定着し、1973年には26人と急増した。また、1980年には、富士見産婦人科病院事件を皮切りにマスコミがこぞって医療

問題を取り上げたため、刑事罰を受けた医師・歯科医師に関する報道が増え、1982年は30人と飛び抜けて多い。いずれの年も、無資格者の使用責任を問われた事例がそれぞれ16人、9人と非常に多く、マスコミの影響が大きいことが明白である。また、医師の行政処分の期間は、2年前までは概ね3ヶ月以下であったのが、2004年3月の医道分科会では3年6ヶ月の医業停止処分が下されるまでに至った。

医師・歯科医師の行政処分は、刑事罰などの司法処分を根拠に行われることが多いが、刑事罰や罰金刑などの司法処分の情報を入手することは難しく、従来、新聞報道に頼っていた。一方、新聞報道されなければ、罰金刑などの刑事処分を受けたとしても、行政処分を受けずに済んでいた。これらの不均衡については、2003年6月の新聞報道で、厚生労働省自らのミスなどにより、医師や歯科医師の刑事罰が確定したことを把握できず、多数が行政処分を免れていた事例がスクープされたことを端緒として、この2004年2月に、医師が起訴された事実、判決を受けた事実を法務省が厚生労働省に通知することになった。しかし、上記のように医師の届出を促すことのできない刑事捜査手続きのために、医師自らの医療事故の届出が少なく、したがって、死因や事故原因などの究明が不十分な状況の下、医療上の過失により行政処分をうけるのは、ごく一部に限られ、その中には、詳細な調査究明が行われれば、行政処分には該当しない人もいるように思われる。その一方で、医道審議会は、誤解や怒りに燃える遺族の声に耳を傾けなければならないため、捜査機関や報道機関の情報の適切性を自ら検証できないで、行政処分を行わざるを得ない状況にある。このことから、医道審議会による行政処分は、必然的に、不公平性や非専門性から免れることができないことが明らかである。このように、医道審議会自体が、マスコミによる報道の影響を極めて強く受け続けている結果、医師・歯科医師の行政処分もそれに依存している現状にあったといえる。上記のように、この状況を解消し、医道審議会自体を改革しない限り、医師の行政処分の適正化は望めないであろう。

2. 医療事故における行政処分

最近の医療事故の行政処分の急増は、刑事事件例での略式裁判を中心とした罰金刑の増加、及び、その報道数の増加の結果といえる。医療事故により行政処分されるのは、大部分公的病院の医師であり、民間病院の医師に関する報道は少ないことを考えると、医療の開示の進んでいる「よい」病院の医師ほど、不公平にも、行政処分を受ける可能性が高いのかもしれない。

I期(1971-1982)、II期(1983-1994)、III期(1995-2004)に分類した中で、1994年までの医療ミスは、弁

解の余地のないような医療事故が大半を占めていた。ところが1995年以降の事故では、必ずしもそうとはいえないものが少なくない。医療事故の背景には、医療システム上の問題、チーム医療における問題など多様な問題が潜んでいるが、現行制度下では、個人の責任追及に終始して、その背景因子を考慮することは決してないので、刑事や行政の処分が医療の質の向上に積極的に貢献しているとはいえない。特に診断の遅れや不作為が問題となった事例が増えており、以前であれば、刑事罰が問われることの決してない事例に刑事罰が問われる結果、行政処分の事例が増えていると思われる。

医療においては、高度の専門性が求められる一方で、2004年より臨床研修必修化となり、プライマリケアの充実も医師に求められている。全ての医師・歯科医師に、高度の医療安全に関する知識・経験と倫理性が求められている。その一方で、依然、多くの病院・医療の閉鎖性が十分改善されていないこともあり、根強い社会の医療不信に基づく先入観に導かれた報道が、よい医療の機会を患者から奪っている可能性がある。例えば、不幸にも患者が予期せぬ急死や重篤な傷害に陥った場合、たとえ、医師に過失がなくても、医療ミスと信じる人も少なくない。たとえば、ある手術の合併症による死亡率が5%であるという説明を事前に患者・家族にした上、手術をし、その合併症により死亡した事例において、遺族がミスであると考え、報道に伝え、そのまま報道されるような事例がある。そのような場合、当該医師は、実際は、極めて優秀な医師であり、多数の患者を救えるにも関わらず、一度の報道により医療の機会を奪われ、犯罪者のような扱いを受け、他の同業医師達を萎縮させ、結果として、一般社会から、よい医療の機会を奪っているようなケースが確かに存在している。また、医療事故を異状死として警察に届け出た「よい」医師が、そのことで、誤解に基づいた報道をされ、同様の状況に追い込まれている状況もありうる。

医道審議会の行政処分の目的は、あたかも、患者側や社会の医師個人に対する懲罰的な要求を満たすことであるとししか見えず、リピーター医師の処分のことが重要な目的とされているにしても、処分の目的と方法が明確に示されていない。英国では、医事審議会（General Medical Council: GMC）の行政処分の目的として、「患者を守り、よい医師に導くために（protecting patients, guiding doctors）」ことが明確に示されている。英国では、医師は、GMCに登録しないと実質的な医療行為を行えない。GMCは、医師からの登録料等をもとに、自律的に、倫理性・医療行為・健康に問題のある医師を、自ら小冊子などに明示した医療水準に従って、医師と一般人が、定められた方法に則って共同で調査し、行政処分している。年間約4,000人の申し立てに数段階で審議し、重大な事例には、公開の職業裁判を行い、

2002年の医師登録抹消及び停止が161人と、日本と比べ格段に多く、行政処分が行われている。その結果、医師は、社会の信頼を得ている。また、GMCは、審議の判断基準と同じ基準を、医学部の卒前・卒後の教育に適用し、カリキュラムを策定する使命を負っていることより、文字通り、医師による「よい医師を作り出す」自律機関としての役割を果たしている。その上、登録条件付医師の管理、登録停止医師の復帰にも取り組み、さらに、今後は、再登録時に5年に1回の外部評価を義務づけ、それを実行している。しかし、有名な小児外科手術のリピーター医師2名（ブリストル病院事件）に対するGMCの登録抹消、病院長に対する登録停止処分に対して、社会と国は不満を示し、数億円を費やす行政調査が行われ、数百ページに及ぶ報告書には、行政側が自らの責任を認め、国として果たすべき病院管理に対する政策が明確に書かれている。ここには、個人のミスを許した病院・国の管理責任と改善点が示されていて、「ブリストルが英国の医療を変えた」とまでいわれたほどである。GMCは、自ら制裁機関から教育機関を兼ねた自律的管理機関として、益々、英国国民の信頼を獲得していくであろう。医療事故を含む異状死の死因究明制度の充実も、事実認定においてGMCの活動を支えている。米国においても、医療事故が死因調査機関に大部分届け出られて、法医学的死因調査が実施され、問題医師は、州医師免許審議会で、免許更新時に審議された後、行政処分されており、その内容は、英米とも開示事項である。

結論として、わが国の医師等に対する行政処分制度は、医療事故（被疑）事例の調査に対して刑事事件捜査の手続きしか持たず、行政処分の前提となる事実調査を不十分な刑事捜査手続き、及び、報道に依存している。今後、報道に依存しない専門性の高い公正な事実調査、及び、専門家による評価を含む適正な行政処分を実施することができるように、英米の制度を参考にした制度改革が求められる。

参考文献

- 1) 竹井哲司, 高橋登世子:医道審議会答申の内容分析 -昭和46年度から昭和57年度までの12年間の3大新聞による-。日本歯科医療管理学会雑誌 19(1):31-40, 1984
- 2) 内藤雅子, 石原ひろみ, 平野 互ほか:医道審議会の処分に関する一考察(1)。日本衛生学雑誌 39(1):123, 1984
- 3) 竹井哲司, 小室歳信, 高橋登世子ほか:医道審議会答申の内容分析(第2報)。日本歯科医療管理学会雑誌 26(1):39-48, 1991
- 4) 小室歳信, 高橋登世子, 中村美穂ほか:医道審議会答申の内容分析(第3報)。日本歯科医療管理学会

雑誌 33(2):81-91, 1998

- 5) Komuro T, Takahashi T, Tsutsumi H, et al: An Analysis of Administrative Procedures Concerning Physicians and Dentists. 犯罪学雑誌 67(4):155-163, 2001
- 6) 吉田謙一, 瀬上清貴, 武市尚子, 河合格爾: ロスアンジェルス郡検死局見学記—医療事故の異状死としての取り扱いを中心に. 日本医事新報 4150: 59-64, 2003.
- 7) 吉田謙一, 上村公一, 新谷香, 池谷博, 武市尚子, 河合格爾, 中嶋信, 坂幹樹:
医療関連急死事例の死因決定制度の問題点と要改善点: 医療監察官と医療承諾解剖制度の提唱. 日本医事新報 4136: 59-63, 2003.
- 8) 吉田謙一, 黒木尚長, 河合格爾: 英国の医事審議会 General Medical Council
医師の自律的な行政処分から医療水準向上活動への展開. 本報告書: 要約

1. 異状死とは

医師法第21条は、「医師は、死体又は妊娠四月以上の死産児を検査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。」と規定する。異状死とは、臨床医が確実に診断した病死以外の全ての死と定義されており、日本法医学会は、診療中・比較的直後の予期しない急死、および死因不詳例を、過誤の有無に関わらず届け出るべき異状死ガイドラインに含めているが、臨床の諸学会は反対している。なお、英国で異状死に該当する死亡の内、医療関連事項として、流産・中絶関連死、手術中死亡、麻酔影響下の死亡、医療行為や治療と関連している可能性がある死亡、入院24時間以内の死亡、精神病院入院中の死亡があり、医師は届け出るものと思っているという。

2. 異状死の背景と臨床上の注意点

法医学の役割は、異状死の死因を公正な立場で決定し、関係者の責任を判断するための医学的な根拠を提供し、以って人権を擁護することにある。医療事故被疑事例においては、正しい判断は、死者・遺族ばかりでなく、医療関係者の人権を守る。

異状死は、全死亡の10数%程度を占め、その半数近くが虚血性心疾患であるので、特に外表に異常な所見がなく、警察が犯罪を疑わなければ、虚血性心疾患などと診断され、異状死を監察医が検案する一部の地域を除いて解剖されることはない。しかし、経験豊富な法医学者でも、検案時病死と診断した事例の約5%程度は外因死であったという。したがって、異状死を広く届け出て必要性を正しく判断し解剖を実施することが死因の誤認を防ぐ上で重要である。例えば、乳幼児死亡では、鼻口部閉塞による窒息と乳幼児突然死症候群の鑑別が焦点となり、解剖により事故・虐待・ネグレクトなどの可能性を除外し、外因死・内因死の鑑別をすることが重要である。実際は、解剖後はじめて病死と確認できる事例が多いのに、医師法上は臨床医が解剖なしに確実に病死と臨床診断できるという前提にたっている。

例えば、交通事故後、主治医が入院中の突然死につき、実際は交通事故に起因する骨盤骨折・内臓損

傷による出血性ショック・肺塞栓症などであるのに、臨床医が病死と誤診したために異状死の届出をしなかったが、遺族の希望で解剖し、正しい死因が診断されたという事例を経験した。しかし、誤診例でも解剖により死因が明確になれば医師が責められることは通常なく、正しい死因の決定により関係者の責任関係や賠償の権利が公正に判断されることになる。

3. 診療中や直後の容態急変への対応

臨床諸学会が異状死に注目する端緒となった公立病院の消毒薬誤注射事件(1999年)では、抗生物質点滴に続いてヘパリンブロックのために注射器を使い注入した直後より容態が急変し死亡した。早期に看護師がヒビテンとの取り違えに気づき担当医に伝えたが、注射器は廃棄された。翌日、院内の事故対策会議の席上、異状死届出を強く勧めた医師がいたが、院長は直ぐには届出に同意せず、また、自治体の事務担当官が調査したが、結局、24時間以内に届け出なかった。加えて病理医は異状死届出が必要と考えたが、職員の強い勧めで、病理解剖をし(後に法医鑑定実施)、その結果、ヒビテン静注による肺塞栓症の可能性が高いことを知らせたが、主治医は病院幹部の助言に従い遺族に求められた死亡証明書に病死と記載した。地裁及び高裁は、医師と院長に異状死届出義務違反と有印公文書偽造罪の判決を下した。

比較のために、米国の模範事例(1995年)である幼児の耳鼻科手術麻酔導入時の注射による事故を紹介する。事故の直後にリスクマネージャーが手術室に赴き、症状が安定した直後に医師から事情聴取し、使用薬剤・注射器を封印・保存し、薬剤のロット番号を薬局に伝え病棟から回収させた。薬局は、全米薬剤副作用モニターセンターに薬剤事故発生の事実、薬剤名、ロット番号を報告し、薬剤の検査施設を探した。医師は、早い時期に家族に事故の状況を説明し、牧師が家族に付き添った。死亡翌日、マネージャーは家族に哀悼の意を伝え、全力で原因を究明することを約束した。事故の原因として局麻剤の代わりに注射器にはエピネフィリンが入っていた。その後の手術スタッフ全員への聞き取り調査から、薬剤取り違えの可能性が確認された。結果は、家族、執刀医、麻酔医、州検視官に伝えられ、この時点で、遺族が再発防止のため事故の経緯のマスコミへの公表を求めた。因みに、日本では、解剖など死因究明の結果が遺族・医師に伝えられることは原則としてない。また、この事例は、病院当事者の積極的な介入によって死因を確定しえた事例であるが、日本のように、異状死届け出と警察の捜査で、このように明快・早期に解決できたであろうか？

医療事故に占める注射・内服薬・点滴の誤薬は最も多い。注射直後の突然死には、注射薬や投与経路の過誤・過剰投与などの医療ミス、アナフィラキシーショックのような素因、または、精神的緊張などによる高血圧性脳出血や神経源性ショック、鎖骨下動脈穿刺による血胸などの原因がある。例えば、主治医や当該病院関係者が遺族に素因による死であり医療過誤死ではないと説明しても遺族は納得しないが、法医解剖後には問題は生じないことが多い。また、このような予期しない容態急変例では、届出後に行われる解剖は診断上、有効なばかりでなく、遺族を安心させ紛争を予防する効果がある。反対に、当事者自ら医療過誤を強く疑う場合に限り届け出るという考え方もあるが、一般人に疑念を生じさせる惧がある。自らでなく第三者に原因の判断を委ねることが届出の意義であり、届出の結果、自らの公正性を示せる。法医解剖の目的は、第三者の公正な死因決定に基づいて死者や関係者の責任関係に客観的な根拠を与え証拠を保全することにある。しかし、臨床医にとっては、届出をすると業務上過失被疑事件として捜査されること、そして、解剖結果が医療側に開示されないことが届出を忌避させる理由と思われる。

産後の出血は、合併症のひとつと解されるが、その医事紛争では、産道裂傷に対する医師の陣痛促進剤使用・産科的処置・輸血などに対する注意義務が問題になる。また、合併症・病気の自然経過の鑑別も、解剖や第三者の判断なしには難しい。いっぽう、羊水塞栓症による出血であれば、救命不可能な内因死として医師は通常、免責されるが、解剖されていない場合には、裁判の過程で死因が紛争の原因になり、裁判官が、「通常人が疑いを差し挟まない程度に高度の蓋然性」の判断に基づき、過誤・死因を判断することになる。また、産科医の処置と麻酔医の輸血や麻酔・蘇生処置のいずれにミスがあるかの判断を求められる事例もある。これらの事例が病理解剖され、説明された死因が病院側に有利であるが、証拠保全が不十分な場合には、解剖の意義自体が損なわれ、その結果、紛争化し、病理解剖後であっても司法解剖を求められることがある。

冠動脈形成術後の合併症による死やカテーテル・点滴チューブの自己抜去による事故は多い。冠動脈解離、心タンポナーデ、急性冠症候群などの合併症に関しては、十分なインフォームドコンセントがあれば、普通、問題はないが、それでも、遺族は納得しないことがある。自己抜去に対して医療側に責任はないが、死亡時には、異状死の届出は必要である。中には、適応が問題となるケースもある。待機的な手術で術中・術後の合併症や死亡の危険性を明確に説明し、死後、原因不明の場合には解剖を勧めて原因を解明し、説明に納得すれば問題はないが、少しでも死因にミスの疑いを持たれうる可能性がある

事例には異状死の届出と解剖をしたほうが、医師にとって利点が多い。

医療行為には合併症や事故が不可避であり、事故の多くでは医師に責任があるわけではない。しかし、合併症の臨床診断は必ずしも確実でなく、合併症に対して医師の注意義務違反を問う医事紛争もあり、内的要因や医療器具の不具合の可能性もあるので、一部の臨床医が主張するように、合併症であるからという理由で届出の対象から除外することはできない。実際、医療事故を異状死として届け出ることがよく定着している英米では、合併症の比率が低くない。特に、手術の危険性・代替治療法などが十分に説明され、説明の範囲内の事故が起こった場合には、医師の責任は、通常問われないが、十分説明した上の不可避の合併症でも、少しでも遺族が医療過誤を疑いそうな場合には、経験上、紛争化する可能性が低くなく、また、病理解剖では遺族には納得されないことが多い。ましてや、予期しない事故や原因不明の容態急変では、放置すれば医療過誤が疑われるので、公正な死因決定の手段としての法医学解剖が必要であるし、解剖をすると医師の正当性が客観的に示されることも少なくない。

例えば、交通事故で頭部外傷を負い、入院中、眼動脈に動脈瘤が見つかり、2ヵ月後クリッピング手術中に止血できず、長時間の手術侵襲により成人型呼吸窮迫症候群を合併して死亡した事例がある。主治医は、成人型呼吸窮迫症候群(病死)として異状死の届出をしなかったが、遺族がミスを疑い警察に相談したために司法解剖された結果、先天性と思われた動脈瘤は、実は交通事故で血管損傷部周囲に生じた血腫の内腔が血管腔と交通した動脈瘤であり、クリッピングで容易に出血した原因を組織診断と脳CT写真の再見により確認できた。したがって、原死因は交通事故に起因する外傷性眼動脈瘤で、医療行為も妥当と鑑定された。

このように、医療やその合併症の関連した予期しない急死事例を異状死として届け出することは、法医学解剖による公正な死因決定の端緒としての役割を担う。

4. 救急事例における異状死届出と法医学解剖の意義

最も多いのは、自宅、特に浴室で倒れていて救急搬送される事例であり、多くは虚血性心疾患により死亡したか、発作のため意識を消失し、溺水したと考えられている。熱中症による災害死もあり、保険請求上、災害時特約の問題で遺族と保険会社が争うこともある。また、入浴中容態急変した老人が数日前に冠動脈形成術を受けた病院に救急搬送後、死亡した事例では、担当医が血液の一酸化炭素ヘモグロビン高値に気づかず、異状死の届出をせず、不具合のあった同じ風呂で翌日、息子が死亡した。当初、

父親に対して病理解剖実施予定であったが、実施しても中毒死と診断できなかったであろう。反対に異状死の届出をすれば、監察医による検案・解剖により第二の犠牲者は出さずにすんだと思われる。

交通事故後、転倒事故後、幼児、飲酒者の救急医療では、硬膜外・下血腫、腹腔内臓器損傷（出血性ショック、腹膜炎、脾炎）が問題になることが多く、受傷状況の間診や経過観察をしつつ適時に診察・治療し転医させること、死後には死因究明と医療行為の評価が、医師に求められる。これらの事例は、外因死であり、解剖なしでは診断困難な例が多いので異状死届出を求められる。反対に、大動脈解離修復術中の死亡例では、遺族から十分なインフォームドコンセントは取得できないので、通常、医師に責任はないが、後の紛争化を予防するために届け出る選択肢もある。

救急事例では、特に法医剖検診断が臨床診断や治療の評価に役立つことが少なくない。一部の大学では、大学病院の救急部死亡事例を承諾解剖して、その結果を臨床にフィードバックしている。別の例として交通事故後の大学病院入院例につき救急部医師が検査目的で体を前屈した直後に心停止し、アトロピンと体位復帰で心拍再開したという説明と、司法解剖所見・受傷状況より衝突時の体前屈による迷走神経反射と推定できた事例を経験したことがある。臨床と法医の協力が双方にメリットをもたらさうることを示す一例である。

JAMA の総説(1998 年) (5) には臨床診断と剖検診断の不一致率は約 40%であり、ローテクの剖検の価値が再確認された。また、視察した米国の一大学では、外傷事例に対して部位・重傷度から生存可能性を計算し治療した後、死亡した事例では剖検により生存期待値が再評価されるなど、医療安全上、ピアレビューとしての法医解剖の貢献は大きい。

5. 現行の司法解剖の問題点と改善すべき点

手術・治療関連死亡例は、英米諸国では必ず異状死として法律・指針によって医師の届出が規定されている。英米では、日本と異なり、異状死の検視や死因決定の実質的担当者は死因究明の専門家である。届け出先は、英国圏では coroner（死因究明専門の法律家）、米国では medical examiner（法医学病理専門医）であり、いずれも捜査権を行使できる一定の経験を積んだ死因調査の専門家行政官であり、検視・解剖・捜査・調査を統括する。いっぽう、日本では、異状死や医療関連死事例を警察に届け出るように推奨しているが、初動段階で専門的知識・経験の豊富な専門家が状況把握や解剖実施の決定に関与するシステムがない。また、英米では、coroner・medical examiner の判断で異状死を広く解

剖し、その結果を公開し、関係者の責任や犯罪性を判断するのに対して、日本では、異状死全般はもとより、医療関連死の取り扱いに必要な知識や経験を求めることのできない警察官・検察官が、犯罪性の有無を根拠に解剖の実施を決定している上、日本の全死亡に対する法医解剖率は、英米に比べ桁違いに低い。

日本の司法解剖の問題点として、医師が犯罪捜査の対象者となり、解剖の内容が開示されず、原因究明や事故予防に役立たないので、医師側に届け出るメリットがない。また、医師側には警察が医療機関に立ち入ることを忌避し、警察に届け出ることにより遺族の信頼を損なうという意見もある。いっぽう、医学的知識のない警察官には適切な事情聴取はできないし、届け出医師が申告した内容だけに基つき、法医が司法解剖を適切に実施し、その結果から適切に死因を決定して、求められる医療行為の妥当性を正しく判断することは難しい。医療関連死事例の問題点は、知識・経験の十分な法医、必要な場合には、知識・経験の十分な専門医が、診療記録や検査所見に即して当該医師に直接、事情を聴取することによって、はじめて知りうる。一般には、解剖執刀医が主治医に話を聞くと、公正性が保全されないと信じられているが、警察官など第三者を立て・記録させ、聴取内容を開示すれば、その内容は、警察官の取調調書より格段に有効であり、法医は、解剖時の注意点、証拠保全すべき点を短時間に的確に把握できる。私たちは事例を選んで試行しているが、明らかに有効である。

原因究明のための解剖であって、医師を犯罪者扱いしなければ、当事者医師や病院関係者も、解剖医・専門医には積極的に真実を開示する機会が増えると思われる。薬剤投与ミスをはじめ、医療ミスは医療従事者の自発的報告なしにはわからない事例が多いと思われる。そこで、個人のミスを犯罪として追及するのではなく、個人にミスを起こさせる人的・物的システムの背景を知る必要がある。そのために自発的な届出に対しては刑事上免責し、医療事故を犯罪捜査の対象にすることを改める必要がある。

法医解剖は、医療行為の最中や後の出血合併症、予期しない急死、内因死・外因死の鑑別を求められる事例の診断に有効なことが少なくないが、一般に臨床医には知られていない。いっぽう、法医学者には、専門性の高い医療関連死事例につき、当該臨床領域の医療水準について判断できない場合も多く、そのような場合、臨床専門医に協力を仰ぐが、司法解剖であるために十分な協力を得られない場合も多い。さらに、事故後、一定期間以上経過した事例など、解剖は必ずしも有効でなく、解剖よりも臨床医による調査・鑑定のほうが有効な場合があるが、現在、そのようなシステムはない。

現在、司法解剖の後で最も問題となるのは、解剖の結果が捜査上の守秘義務保持のために、医療側に