

an integrated service and more medical input. *BMJ*. 327: 175-176, 2003.

15. Coroner's Officers' Duty. Surrey's Coroner's Office. Not commercially available.
16. 武市尚子、吉田謙一、甲斐一郎. 異状死届出に関する臨床医の意識調査—地域差を中心とする考察. *日本医事新報* 4090: 23-29, 2002年.
17. Berigan TR, Deagle III EA. Low-tech autopsies in the era of high-tech medicine. Continued value for quality assurance and patient safety. *JAMA* 1998; 280: 1273-1274.
18. Knapman, PA. Fatal iatrogenic injuries—the inquest.” pp46-68. In “Medical Negligence” edited by MJ Powers and NH Harris. Butterworth. London & Edinburgh. 1990.
19. Dorries, CP. Coroner's Court. A guide to law and practice. John Willey & Sons. Chichester, NY, Weinheim etc.
20. 和田仁孝、前田正一著。「イギリスの裁判外苦情申し立て制度」pp172-180。医療紛争：メディカルコンフリクト・マネジメントの提案。医学書院。東京。2001年。

英国における医療事故死の届け出と対応

—異状死体、死亡診断書、検死・解剖システムの日本との比較

大阪大学大学院医学系研究科 法医学講座 黒木尚長

東京大学大学院医学系研究科 法医学講座 吉田謙一

1. はじめに

最近、我が国でも医療事故を減らすためのさまざまな取り組みが行われるようになったが、医療事故死や異状死体については特別な対策がとられておらず、本来、剖検などにより明らかにされる必要がある死因についても、曖昧なままで済まされてきた。死亡診断書の死因のいい加減さについては定評があり、日本ほど急性心不全が多い先進国はないと言われていたため、1995年に死亡診断書の書式が変更されたが、実質上の死因決定の問題は棚上げのままである¹⁾⁻⁶⁾。

今回、法的にも行政面でも伝統的に成熟したシステムをもつ英国における医療事故死の対応について、異状死体の届出、検死及び解剖、死亡診断書などの面から、日本との比較検討を行った。英国の行政システムおよび法体系は、スコットランドとそれ以外の地域(イングランド、ウェールズ、北アイルランド)で大きく異なるので、2つの地域に分けて言及する。

2. 日英の検死システムの比較(表1, 表2)

a. コロナー制度(イングランド、ウェールズ、北アイルランド)

イギリスの人口の9割を占めるイングランドおよびウェールズでは、1194年にはじまったコロナー制度(Coroner system)が今もなお続いている。コロナー(Coroner 検死官)と呼ばれる貴族が、王の代行として罰金の徴収・郡の長官のチェック・王の財政管理、控訴の監視人などを務めており、自殺が財産没収にあたるころから、その認定のために検視を行うようになっていた。コロナーの役割も世相に応じて変化し、15世紀後半には、すべての変死体の検視が行われるようになり、1836年には解剖が開始された。さらに1910年には、原因不明の突然死の剖検が義務づけられるようになった。現在では、コロナーは「臨床医が死因を確定できないすべての死体(異状死体)を調査し、死因を確定する人」と考えられている。死因についてのコロナーへの相談も多く、結果として、総死亡数の33.7%

が異状死体としてコロナーへ届け出られる。コロナーは医学的見地に立って詳細に死因を確定しなければならないため、死因が確定できると判断したとき以外は、コロナー解剖によって死因が決定され、剖検率は67.7%と非常に高い(表1)。死亡の経緯もしくはコロナー解剖によって外因死の疑いがあると判断した場合などでは、総死亡数の4.3%が死因陪審となる(7)–(11)。

一方、コロナーは死亡状況や死因に関する資料、解剖報告書などをもとに審理して、死因の種類を決定する上で新たに調査する必要があると判断した場合、死因陪審(Inquest)を指揮する法的義務を負う。コロナー届出例の約12% (総死亡数の4.3%) が、死因陪審の対象となる。コロナー主導で死因陪審が開かれ、死者の身元・死因が審理され、死因の種類(自殺、他殺、過失、事故死など)が決定される。加害行為による死亡や、事故を含む変死、刑務所での死亡は必ず死因陪審となる。陪審員を要するものはその4%とされ、7人から11人の陪審員が死因の評決に関わる。公開の陪審法廷では、故人の身元、死亡場所、死因、死因の種類などが、剖検報告書や捜査情報などをもとに決定され、コロナーが定型書式に基づいた死亡診断書を作成し交付する(7)–(11)。

コロナーは、5年以上の実務経験を持つ弁護士もしくは医師でなければならず、社会的地位は極めて高く、形式上は英国女王から直接任命される。イングランド、ウェールズには計118人のコロナーがおり、うち100名が弁護士、10名が弁護士兼医師、8名が医師である。常勤のコロナーは26名だけしかいないが、その多くは大都市を担当している。残りは週1日から4日の非常勤コロナーという。コロナーを支える、常勤の副コロナーが182名いる。コロナー制度の経費は年間3800万ポンド(約72億円)を要し、コロナーが扱う死者一人当たり、約250ポンド(約48000円)の諸経費がかかるという(7), (12)。

北アイルランドもコロナー制度をとるが、若干異なる点をもつ。コロナーはLord Chancellor(法務大臣)に指名され、弁護士しかなることができない。また、医師には異状死体をコロナーへ届け出る法的義務が課せられている。たとえ診療中の病気で死亡したとしても、死亡する28日前以後に治療を受けていない場合は、すべて届け出る必要がある(9)。

	イングランド			
	日本	ウェールズ	スコットランド	USA
人口(万人)	12,693	5,269	511	28,142
死亡数	961,653	535,664	57,799	2,337,256
異状死体数	116,164	180,514	13,685	—
異状死体の比率	12.1%	33.7%	23.7%	20-30%*
異状死体の剖検率	11.4%	67.7%	38.0%	—
法医解剖	13,266	122,147	5,200*	—
病理解剖	27,937	4,228	300*	—
総解剖数	41,203	126,375	5,500*	—
全死亡における剖検率	4.3%	23.6%	9.5%*	12%
全死亡における法医解剖率	1.4%	22.8%	9.0%*	—
全死亡における病理解剖率	2.9%	0.8%	0.5%*	—
全死亡における入院死亡率	67%	65%	65%	60%
医療事故死者数**	317	397	71	3,059
死亡者10万人あたりの医療事故死亡数	33.0	71.4	122.8	130.9

注: すべて2000年の統計。—は欠損値、*の数値は推定値。**医療事故死者を国際疾病分類(ICD-10)でY60-Y84に該当するもの、つまり外科的もしくは内科的ケアの合併症(医療事故)と定義した。

表1 異状死体の比率、剖検率、医療事故死亡数の比較

	日本	イングランド、ウェールズ	スコットランド
届出機関	警察署	コローナー	地方検察官
法的に届出義務	医師	戸籍係、刑務官	戸籍係、一般市民
法医解剖の種類	司法解剖 監察医解剖 承諾解剖	コローナー解剖 (Coroner's Autopsy)	一人医師解剖 (1-doctor Autopsy) 二人医師解剖 (2-doctor Autopsy)

表2 異状死体の報告システム

b. 地方検察官制度(スコットランド)

人口約 511 万人を有するスコットランドでは 19 世紀より、地方検察官制度 (Procurator Fiscal System) が続いている。地方検察官とは、スコットランドの司法省長官から任命される法律家で、警察から犯罪の報告を受け、警察の捜査を指揮し、その後の起訴と公判維持を担当する。地方検察官は確かな死因を調査する義務を負い、犯罪死体やそれが疑われる死体は勿論のこと、その他のすべての突然死、事故死、原因不明の死を調査する必要がある。地方検察官の最も重要な目的は、死亡が犯罪に関与しているか否かの判断である。異状死体に対して検察官は警察に捜査依頼を行う。警察官が異状死体について死亡状況、既往歴などを調査し、GP [総合診療医] を兼務する警察医が死体検案を行い、外表の損傷などを検査する。その結果がすみやかに報告書となり、地方検察官に提出され、それをもとに、地方検察官は諸機関と連絡を取り、犯罪性の有無などを判断し、解剖や捜査手順を決める。犯罪が関係しないことが明確になると、医学的な見地から死因を究明する義務はない。そのため、剖検率は 36% 程度とさほど高くない。地方検察官に報告される死体総数は、総死亡数の 24.7% で、総死亡数の約 9% が法医学解剖により死因が決定される (表 1)。

法医学解剖終了後に、執刀医により死亡診断書が作成され、検察官へそのコピーが送付される。死亡診断書では死因の種類は決定されないが、検察官から Crown Office (高等法院刑事部) にケースファイルが送られ、そこで死因の種類が決定される。死因の種類を決定しにくい外因死の一部 (総死亡数の 0.14%) は、地方検察官が警察などに調査 (Inquiry) を指示し、最終的に裁判所で死因の種類が決定される (9), 13) - 16)。

c. 日本

日本には、英国のように死因を調査する義務を負う専門官はいない。監察医制度は一部の地域で施行されているが、これらはすべて警察の検視がおこなわれた後に、監察医が関与しているにすぎない。つまり、日本では、すべての変死体や異状死体は、届けられたものについては、すべて警察が取り扱っており、死亡が犯罪に関与しているか否かの判断を行っている。したがって、日本の検死システムは、警察届出制度 (Police system) と言うのが適当なのかもしれない。警視庁および道府県警察本部には、異状死体・変死体を管轄する検視官室があり、事件性の有無を最終的に判断しているが、そこでは検視官を Criminal Coroner と表現している。

2000 年の警察庁統計によると、異状死体数は、全死亡例の 12.1% と英国と比べ相当低いですが、1990 年の

8.8%、1996年の10.2%とその比率は年々増加している。5), 17)。高齢化社会になった影響だけでなく、異状死体に対する医師の認識も高まったことによるものと考えられる。医師法第21条では、異状死体等の届出義務として「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、二十四時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。」とある。死体検案は臨床医には無縁のように思われるが、警察などの努力などにより、異状死体は、先の条文に基づいて警察署へすみやかに連絡され、ほとんどの救急医療施設では、事実上「検案」という言葉に左右されずに届け出られ定着している。なお、この条文は救急車もなく、救急医療自体が全く普及していない時代である1906年の旧医師法施行規則から受け継がれたものである。異状死体を警察署へ届け出ること自体はヨーロッパ諸国では定着しており、日本のシステムはそれを模したものである。

担当した警察官は、死者を検視した上で、身元や死亡に至った状況を調査し、最終的に犯罪に関わっているかどうかを判断し、犯罪死体、変死体、非犯罪死体の3つに分類する。非犯罪死体は警察にとって重要でなく、解剖による死因決定は少ない。犯罪死体と変死体の多くは、司法解剖によって死因が解明される。裁判所からの許可(鑑定処分許可状)を得て、医師である1人の鑑定人(主に法医学講座の医師)により、司法解剖が行われる(4), 5) 18) - 21)。

3. 死亡診断書(表3)

a. イングランドおよびウェールズ、北アイルランド

イングランドとウェールズの死亡診断書は同じ書式で同じ行政システム下にあるが、北アイルランドでは若干異なった部分がある。イングランドおよびウェールズの死亡診断書は、図1のような形式をとり、表面と裏面がある(22)。まず、注目すべき点は、死亡診断書自体が冊子体となり、そこには、12ページにわたる小冊子の、死亡診断書作成マニュアルが付属している。報告すべき異状死の具体的内容は、死亡診断書の裏面に記載されている(表4)。つまり、届けるべき異状死体と死亡診断書の作成方法がわかるのである。

また、死亡診断書を作成できる条件も日本と違い、かなり制限されている。まず、医学部卒業後、4年以上の研修を受け、GMC(The General Medical Council: 医事審議会)に登録された医師だけが、死亡診断書を作成できる。しかも、診断された最後の病気で死亡した時にしか死亡診断書を作成できない。つまり、診断された病死の死亡診断書しか作成できない。作成する医師は、死を看取らなくてもいいが、

死亡宣告した医師が誰であることを記さなければならない。その医師は、「私は、上記氏名の死亡者の最後の病気を治療していました。上記に記載した死因及び各事項は私の知識と信念の限りでは真実であることを証明いたします。」のあとに作成者の氏名によるサインと GMC により登録された資格(医師、医学博士、認定 GP[General Practitioner:総合診療医]、認定外科医、認定病理医など)、住所、作成した年月日・を記載しなければならない。さらに、病院で死亡した場合、死亡した患者の責任者である指導医の名前も記載する必要がある(図 1、表 3)。

		日本	イングランド、ウェールズ	スコットランド
作成条件	作成できる人	医師 or 歯科医師	最後の病気を治療した GMC の登録医 (主治医記載が原則)	医師
	死亡(死亡発見)時に立ち会った医師	診断書作成医師と同 一であることが原則	診断書作成医師・別の医 師・医師不在かを明記	診断書作成医師・別の医 師・医師不在かを明記
	死亡場所の種別	あり	なし	なし
	その詳細	病院、診療所、自宅等		
	最後に患者を診察した日時	なし	あり	なし
	死因の種類	あり	なし	なし
	その詳細	病死、自殺、他殺など 12 項目		
外因死の追加事項	あり	なし	なし	
剖検情報	剖検に関する情報	あり	あり	あり
	その詳細	剖検の有無と 剖検所見	剖検の有無と 死因反映の有無、 死因変更予定の有無	剖検の有無と 死因反映の有無、 死因変更予定の有無
病院内死亡	診断書作成医師以外に 必要な医師の氏名	なし	責任者である顧問医	責任者である顧問医
	手術の有無	あり	なし	なし
異状死	医師の法的届出義務	あり	なし(慣習的に届出)	一般市民と同じ法的義務
	医師が届け出る異状死の 具体的内容	異状死ガイドライン (日本法医学会)	OPCS ガイドラインと コロナーが掌握すべき死 (診断書裏面に記述)	地方検察官による 厳格なガイドライン
	異状死体の具体的内容	なし	添付マニュアルと 死亡診断書裏面に明記	添付マニュアルに明記
	異状死体届出の有無の項	なし	死亡診断書の表面と裏面 の計 2 カ所にあり	あり

表 3 死亡診断書の日英間の比較

コロナへの届け出の有無のチェック項目が表裏の2ヶ所にある。外因死が関与した可能性があるのに、病死とされることを防ぐのが目的と思われる。加えて、解剖の有無、死因に解剖の情報が含まれているか否か、業務上の疾病や事故の可能性の有無、死因に関する追加情報(解剖結果や検査所見)の報告予定の有無についてもチェック項目がある(表3)。

死亡原因が確実に診療中の疾患であったとしても、主治医は死亡の14日前から死亡するまでの間に必ず診察していないと、死亡診断書の作成が禁じられ、コロナへ届けでなければならない。また、Notice to Informant(通報者への通知)の欄があり、ここには死亡を登録するのに必要とされる情報が

BIRTHS AND DEATHS REGISTRATION ACT 1953
(Form prescribed by Registration of Births and Deaths Regulations 1987)

MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH

For use only by a Registered Medical Practitioner WHO HAS BEEN IN ATTENDANCE during the deceased's last illness.
And to be delivered by him forthwith to the Registrar of Births and Deaths.

Registrar to enter
No. of Death Entry

Name of deceased

Date of death as stated to me day of Age as stated to me

Place of death

Last seen alive by me day of

- 1 The certified cause of death takes account of information obtained from post-mortem.
- 2 Information from post-mortem may be available later.
- 3 Post-mortem not being held.
- 4 I have reported this death to the Coroner for further action (See overleaf)

Please ring appropriate digit on

Seen after death by me.

Seen after death by another medical practitioner but not by me

Not seen after death by a medical practitioner.

CAUSE OF DEATH		These particulars not to be entered in death register
<i>The condition thought to be the 'Underlying Cause of Death' should appear on the completed line of Part I.</i>		Approximate interval between onset and death
I (a) Disease or condition directly leading to death?		
(b) Other disease or condition leading to: I(a)		
(c) Other disease or condition, if any, leading to: I(b)		
II Other significant conditions CONTRIBUTING TO THE DEATH but not related to the disease or condition causing it		

The death might have been due to or contributed to by the employment followed at same time by the deceased Please tick where applicable

* This does not mean the mode of dying, such as heart failure, asphyxia, as the result, etc; it means the disease, injury, or complication which caused death.

I hereby certify that I was in medical attendance during the above named deceased's last illness and that the particulars and cause of death above written are true to the best of my knowledge and belief.

Signature Qualification as registered by General Medical Council

Residence Date

For deaths in hospital: Please give the name of the consultant responsible for the above-named as a patient

図1 England & Wales の死亡診断書

記載されている。Informant への通知義務があり、死亡診断書を記載した医師は、死亡診断書の右側部分にサインして、Informant に渡さなければならない。Informant は戸籍係へ死亡届を出すことができる人であり、その資格は厳格に決められており、死亡診断書の Notice to Informant の裏に記載されている。Informant のほとんどは死を看取った近親者であり、戸籍係へ死亡届を出す必要がある。その際、戸籍係は死亡者について、死亡者の氏名、住所、生年月日、出生地、職業、死亡の日時、場所、年金受

領の有無、配偶者の生年月日などに関する個人情報を探るので、Informant はそれらの内容を知っていなければならない9), 22)-24)。

このように、イングランドとウェールズの死亡診断書は、形式上、非常に厳格なものであり、医師が作成できるのは、診断された病死の死亡診断書だけである。コロナーに届けられ受理されたときは、コロナー解剖の有無にかかわらず、コロナーが死亡診断書を作成する。

北アイルランドの死亡診断書は、イングランドおよびウェールズの死亡診断書とほとんど違いはない。ただ、Notice to Informant (通報者への通知)の欄がないので、通知する必要がなく、確実に診療中の疾患で死亡した場合は、死亡の28日前までに診察していれば死亡診断書を作成してもよいことになっている9)。

b. スコットランド

スコットランドの死亡診断書は、死亡診断書自体が小冊子体となっており、そこには、A4サイズで8ページにわたる死亡診断書の記載マニュアルが付属している。そのマニュアルの中には、地方検察官が規定した、異状死体の具体的内容も含まれる15)。

地方検察官制度の下にあるスコットランドでは、診療中の疾患で亡くなった場合は、死亡の原因がわかる医師であれば、だれが死亡診断書を発行してもよく、死に立ち会っていなくてもかまわない。しかし、不自然死(病死以外の死)や、死亡の原因がわからない場合は地方検察官へ届けなければいけない。死亡診断書に死因の種類(病死、事故死、自殺、他殺など)を記載する項目は一切ない。診断された最後の病気で死亡したかどうかや、検察官への届出の有無などについて記載するチェック欄が設けられている(図2、表3)。

病院で死亡した場合、死を診断した医師が誰かを記すのは当然であるが、死亡した患者の責任者である指導医の名前を記載する必要があり、加えて、異状死体に該当するときは、地方検察官に届け出るだけでなく、多くは、「医療を受けた患者の死(Death under medical care)」という詳細な報告書を地方検察官に提出する必要がある9)。

地方検察官に届け出られ受理されたものについては、警察による死亡状況などの調査報告書のもとで、死体検案もしくは解剖がおこなわれ、病院病理医、法医病理医、警察医(ほとんどがGP[総合診療医]を兼ねる)が死亡診断書を作成する。警察医は解剖することができない。それ以外のものについては、臨

Medical certificate of cause of death

(Section 24(1) of the Registration of Births, Deaths, and Marriages (Scotland) Act 1965)

The completed certificate is to be taken to the Registrar of Births, Deaths and Marriages

Form 11
F(11)298443

For registration office use	
Year:	_____
RD number:	_____
Entry number:	_____

Name of deceased						
Date of death	Day	Month	Year	Time of death	Hour	Minute
				Fill in an approximate time if you do not know the exact time (Please use the 24-hour clock)		
Place of death						

Cause of death			Approximate interval between onset and death
I hereby certify that to the best of my knowledge and belief, the cause of death was as stated below:			Years Months Days
I	Disease or condition directly leading to death* (a)	_____ due to (or as a consequence of)	_____
	Antecedent causes (b)	_____ due to (or as a consequence of)	_____
	Morbid conditions, if any, giving rise to the above cause, stating the underlying condition last (c)	_____ due to (or as a consequence of)	_____
	(d)	_____	_____
II	Other significant conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing it		_____

* This does not mean mode of dying, such as heart or respiratory failure; it means the disease, injury or complication that caused death.

Please tick the relevant box	
Post mortem	Attendance on deceased
PM1 <input type="checkbox"/> Post mortem has been done and information is included above	A1 <input type="checkbox"/> I was in attendance upon the deceased during last illness
PM2 <input type="checkbox"/> Post mortem information may be available later or	A2 <input type="checkbox"/> I was not in attendance upon the deceased during last illness: the doctor who was is unable to provide the certificate
PM3 <input type="checkbox"/> No post mortem is being done	A3 <input type="checkbox"/> No doctor was in attendance on the deceased
Procurator fiscal	Maternal deaths
PF <input type="checkbox"/> This death has been reported to the procurator fiscal	M1 <input type="checkbox"/> Death during pregnancy or within 42 days of the pregnancy ending
Extra information for statistical purposes	M2 <input type="checkbox"/> Death between 43 days and 12 months after the end of pregnancy
X <input checked="" type="checkbox"/> I may later be able to supply the Registrar General with additional information	

Signature: _____	Date: _____
Name in BLOCK CAPITALS: _____	Registered medical qualifications
Official address: _____	For a death in hospital Name of the consultant responsible for deceased as a patient

図 2 Scotland の死亡診断書

床医が死亡診断書を作成することになるが、すべて病死に限定される(9), (13) - (15)。

c. 日本

日本の死亡診断書は 1995 年に書式が変更されて以来、図 3 のような形式をとる。死因を国際比較する目的から、死亡診断書の死因は、WHO(世界保健機構)の国際疾病分類に基づいてコード分類されており、

死亡原因の欄は、どの国もほぼ同一の書式をもつ6)。しかし、その他の部分では、各国独自の様式をもつ。与えられた書式に対しては、特別な疑問を抱くことがないため、日本の死亡診断書の書式があたかも国際的な統一書式と思いがちであったが、上記の英国の死亡診断書と較べると、いくつかの大きな相違点がある(表3)。

まず、死亡診断書のみをみただけで、死亡診断書の記載マニュアル自体が付属していないことと、異状死体の存在を前提としていない死亡診断書であることに気づく。日本の死亡診断書の欄外にはさまざまな注釈が記載されているので、癌などのありふれた病名であれば、医師はマニュアルがなくても死亡診断書が記載できるようになっているが、どのような場合に医師が死亡診断書を作成することができ、どのような場合に、異状死体として届けるべきかがわからないという意味では、フェールセーフの考えがとられていないといえる。

1995年以前の死亡診断書の書式には記載されていなかった「直接死因として心不全や呼吸不全は記載しないで下さい」の但し書きが加わったため、その影響で、先進国の中で極だつて多かった、死因としての急性心不全を形式上減らすことに成功した(図3)。しかし、厚生労働省が実質上作成し市販した死亡診断書マニュアルでは、死因が不詳であっても許され、異状死体の届出については、ほとんど言及されていないことをふまえると、急性心不全を形式上減らす為の対策だけが重視され、異状死体の重要さの認識自体が厚生労働省の考えになかったものと考えられる。

解剖例などでは、通常、解剖直後に死因を決定することが難しく、死因を不詳とした死亡診断書(死体検案書)を作成し、解剖後の検査や中毒検査を行った上で死因を決定することが多い。しかし、実際には、戸籍係への死因修正の届出をする必要があり、決定された死因に基づいて、死因統計に反映されることは少ないシステムになっている。死亡診断書(死体検案書)の死因は死亡診断書の死因を変更したくても、死亡診断書に誤りがあったために死因を変更するのと同じの方法の手続きをとる必要があるためである2) - 6) (表3)。

また、死亡診断書の書式自体に、日本独特の特徴がある。まず、作成する医師は、死亡診断書か死体検案書かのいずれかを選択しなければならない。また、死因の種類を選択し、病死・外因死・不詳の死など12項目のうちいずれかを選択しなければならない。そして、外因死で死亡した場合には、外因死の追加事項として、傷害が発生した日時・場所に加え、手段及び状況を記載することを医師に求めている5) - 6) (図3、表3)。

4. 日英の剖検システムの比較

a. コロナー解剖(イングランド、ウェールズ、北アイルランド)

コロナーは死因を医学的に確定する必要がある、具体的には犯罪死体の発見を目的にコロナー解剖(Coroner's Autopsy)を指示する。総死亡数の22.8%がコロナー解剖により死因が決定される。病理解剖は総死亡数の0.8%にすぎない(表1)。コロナー解剖が終わると、執刀医は決まった書式に基づいて解剖報告書を提出する。死因陪審の必要がない場合、コロナーが死亡診断書を交付する。死因陪審が必要な場合、終了するまで埋葬できない。このシステム自体、死因判定に時間がかかるなどの批判も少なくない。

日本には数種類の法医学解剖があるが、ここでの法医学解剖はコロナー解剖だけである(表2)。多くの場合、病院へ運び、病院病理医が執刀する。執刀医の選択はコロナーが病院に一任することが多く、普通はその病院の病理専門医(MRC Path: Member of the Royal College of Pathologists)が行うことが多く、法医学の専門医(法医学病理医)である必要はない。そもそも、英国には法医学病理医はほとんどいない。1963年に法医学がイギリスの医学教育からはずれたことから激減し、ここには法医学講座の大学教官のポストは40程度しかなく、うち教授職は3つだけという。それでも、犯罪性が高い死体の場合には、コロナーの要請により、わずかしかない法医学病理専門医(Home Office Pathologist)が呼び出され、現場で死体を検死した後、病院へ出張して解剖を行うことが多い。

法医学解剖では死因を決定する上で、病理組織検査や薬毒物分析や細菌学的検査などを必要とすることが多く、病院検査部や法科学研究所などに検査が依頼される(8)–(11)。

b. 地方検察官主導の法医学解剖(スコットランド)

犯罪死体の発見のため解剖が行われるので、犯罪に関与しないことが明らかな場合は、死因は問われない。その点は日本のシステムにかなり近い。しかし、解剖の有無、解剖の種類、薬毒物検査の有無および検査の種類まで、すべて地方検察官の指揮の下で決定される。犯罪の可能性が高い場合、2人の法医学病理医による解剖(2-doctor autopsy)が指示され、そうでなくても解剖が必要と判断されれば、法医学病理医もしくは病院病理医1人による解剖(1-doctor autopsy)が指示される。検察官が特に解剖を必要と考えていない場合は、死体検案のみでよいが、病理医がそれでは死因が決定できず、死亡診断書を作成できないと考えるときは、一人医師解剖にすることもできる。この判断については病

理医の意見を汲んだ上で地方検察官が最終的に検案・解剖の種類を決定する。日本とは違って、法医解剖の種類を問わず、必ず遺族の承諾をとる必要がある。病院病理医であっても法医病理医であっても、病理専門医(MRC Path)の資格を持つか、その指導の下にある病理医が解剖を行う。剖検直後に病理医は死亡診断書を作成する。死因が決定できることもあるが、病理組織検査や薬毒物検査がでるまで死因が決定できないことも少なくない。そのときは、後日、死因が決定された新たな死亡診断書が作成される。最終的には、剖検報告書(鑑定書)が作成され、地方検察官へ提出される。

薬毒物分析についても、地方検察官の指示に基づいて行われる。アルコール、一酸化炭素、薬物スクリーニング及び定量、特定薬物の定量などが具体的に指示され、大学医学部や民間の法科学研究所で検査が行われ、結果報告書(鑑定書)が担当機関より提出される。スコットランドには法医病理医が多い方であるが、教授職3を含め法医病理医は15名程度しかおらず、大学だけでなく警察所属の法医病理医もいる(13)–(15), 25)。なお、病院病理医が行う、病理解剖は極めて少なく、実数は明らかではないが、総死亡数の0.5%程度のようなものである。

c. 日本における法医解剖制度

日本の剖検率は、欧米諸国と較べると4.3%と際だって低い。しかも、その大半は病院での病理医による病理解剖であり、異状死体ではない。異状死体を対象とする法医解剖の剖検率は1.38%にすぎず、異状死体の解剖率は11.4%といずれも低い(17)。特に監察医制度のない地域の法医解剖の剖検率は0.63%しかない(表1)。法医解剖のほとんどは、法医学者(法医病理医)により行われている。日本では、法医病理医と病理医は完全に独立し、別学会で組織されており、病理医が法医解剖をするのはまれである。法医解剖は司法解剖、監察医解剖(行政解剖)、承諾解剖の3つに分かれる(表2)。監察医解剖は、監察医制度のある東京、大阪などの実質4都市だけで施行されている解剖である。監察医制度のある地域では、4.9%程度の法医解剖率が確保されている。承諾解剖は、監察医制度のない地域で行われることが多く、遺族の承諾を必要とする。乳幼児突然死症候群などの突然死で死因が不明、死因に医療が関与した可能性が否定できない、遺族に死因究明の強い要望があるなど、様々な理由で行われており、徐々に増加し、大半の都道府県で施行されるようになってきたが、解剖数は依然として少ない(5), 18)–20)。

5. 死亡診断書と異状死体届出システムの関連

a. イングランドおよびウェールズ、北アイルランド

医師は、診断された最後の病気で死亡した時しか死亡診断書が記載できないことになっており、病院内で死亡した場合でも医師が死因を決定できないときは、コロナーに報告するのが原則となっている。しかし、医師にコロナーに異状死体を届け出る法的義務はない。慣習的に届け出られているだけという。死亡診断書の裏面には、「コロナーが掌握すべきすべての死」が具体的に記載されており、死亡診断書の表裏計2ヶ所に、コロナーへ届け出たかの有無を記載する欄がある(26)。

加えて、冊子体となった死亡診断書に付属する作成マニュアルには、具体的な届け出るべき異状死体が記載されている。それでも、医師が届出るべき具体的な異状死がわからないため、届け出られないことも少なくないという。これは関心の低さだけでなく、法医学が卒前医学教育にないことが影響しているのかもしれない(7)-10)。

異状死の届出が充分に行われていないことが発覚し、その対策として1996年に死因統計庁(OPCS: Office of Population and Census Surveys)よりコロナーへの届出に関する医師のガイドラインが出され、この数年、届出率が漸増しているという(7), 12)。

b. スコットランド

一般市民は慣習法上、地方検察官へ異状死体を届け出る義務があり、医師も同程度の届出義務がある。地方検察官により細かく具体的に決められた異状死ガイドラインがあり、医師はそれを遵守しており、ほぼ漏れなく異状死体が届け出られているという。このガイドラインは非常に厳格な内容で、死亡診断書の冊子体にある死亡診断書記載マニュアルの中でも大きく取り扱われ(表5)、届け出るべき異状死の具体的内容も地方検察官の権限により随時変更されるという。また、地方検察官に届けかどうか迷うときはすみやかに、地方検察官と相談するようにとマニュアルに記載されている。また、死亡診断書には地方検察官への届出の有無を記載する項目がある(9) 13)-15)。

c. 日本

医師に異状死体の法的届出義務があるが、異状死の具体的内容についての法的規定は全くない。

1994年に日本法医学会が公表した「異状死ガイドライン」が異状死体に関する唯一の具体的内容とな

っている。そこでは、基本的には、病気になり診療をうけつつ、診断されているその病気で死亡することが「ふつうの死」であり、これ以外は異状死と考えられるとし、具体例を記載している。しかし、異状死体の届出を明記している、医師法第21条の条文の解釈や異状死体の具体的内容について、日本外科学会などの学会や、法律家からも異論がだされており、必ずしも、意見が統一されたとはいえない状況にある。また、死亡診断書や刊行された死亡診断書作成マニュアルのいずれにも異状死体のことは、ほとんど言及されておらず、異状死ガイドラインの認知度は4%と極めて低い。しかしながら、この数年、異状死の届出率が増加しており、1990年では8.8%、1995年では9.8%であったのが、2000年では12.1%まで増加しており、徐々に認知されつつあるが、英国の異状死の届出率と較べると極端に低い6), 17), 20), 21), 27)。

6. 診療に関する異状死の届出

a. イングランドおよびウェールズ

患者が病院で死亡した場合、死亡診断書には、主治医の名前だけでなく、責任ある指導医の名前を記載する必要がある。病院での死亡については、手術中もしくは、麻酔からの回復前に生じた死についてはコロナーに届けるよう、ガイドラインなどに記載されている。OPCS ガイドラインでは、1) 手術中、麻酔中、もしくは麻酔から完全に醒める前に起こった死、もしくは、麻酔と少しでも関連のある死(どんな時でも、通常は24時間以内の死亡は届け出られるべきである)、2) 侵襲のあるなしにかかわらず、手技や治療と関わった可能性のある死亡、3) 十分な医療が行われなかったために死亡した可能性のあるもの、4) 医療上の誤った処置の申し立てがあり、届け出た方が賢明と思われる場合、にはコロナーに届け出るべきであるとされている7)。にも関わらず、診療に関する異状死の漏れがあり社会問題となっている。過去十数年間にわたるブリストル王立病院での小児心臓外科手術後にあまりにも多くの患児が死亡したといい、また、開業医であるHarold Shipmanがモルヒネによる患者の殺人で終身刑となり、少なくとも215人以上の被害者がいたという28) 29)。これらの死はコロナーへ届けられておらず、これだけ厳格と思われるシステムでも、診療に関わる異状死の届出が十分に行われていない。現在、死亡診断書の書式変更の検討が行われているという。異状死体の届出率が32%と極めて高いにも関わらず、フェールセーフとなっていないところに問題点が多いとされる。

医療事故が関与した死である可能性があり、コロナーへ届けられ受理された場合、ほとんどの場合、

コロナ解剖が行われる。死亡の状況や剖検結果などから、医療過誤が疑われた場合、Inquest(死因陪審)が行われるが、病院関係者(医師、看護婦)や解剖担当者から事情聴取が行われる。警察官に取り調べを行わせることも少なくないが、報道関係者に知らせるわけでもなく、遺族から事情聴取をするわけでもない。そして、死因陪審により最終的な判断が行われる7)–9)。

b. スコットランド

患者が病院で死亡した場合、死亡診断書には作成した医師の名前だけでなく、責任ある指導医の名前を記載する必要がある。加えて、病院での異状死については極めて厳格な決まりがある。死亡診断書記載マニュアルには、届け出るべき医療と関わる異状死として、1) 臨床経過から考えて、予期できない死亡、2) 臨床的に説明できない死亡、3) 診断や治療の結果の不運と関連しているように思われる死亡、4) 明らかに医療過誤と関連した死亡、5) 全身麻酔・局所麻酔の管理下での死亡と記載されている。また、医療と関わる異状死の場合は、「医療を受けた患者の死(Death under medical care)」という、決まった書式の報告書を地方検察官に提出しなければならない。「医療の下での死亡した場合、いくらリーズナブルな医療が行われていても、大部分は不幸な転帰といえる。これらは、医師を含めたスタッフの行った医療過誤や医療の怠慢によるかもしれないし、犯罪と関わっている可能性もある」ことが背景になっている。少なくとも、(a)薬物治療と関連ある死亡、診断もしくは治療のための手技(麻酔の有無にかかわらず、外科的手術を含む)の間もしくは直後に発生した死亡、(b)手術直後の死亡、通常は、全身麻酔後に意識が回復しないまま、術後12時間以内の死亡については、報告書を必ず作成する必要がある。報告書の内容は、一般的な退院要約に加え、医療が必要とされた状況、手術前における臨床所見(病理所見を含む)の要約、内科的治療の投薬を含めた具体的内容、手術に対する同意の有無、手術および麻酔の詳細内容、死亡直前に行われた処置および蘇生術の詳細、死因に関する意見、その他の症状、と多項目に及ぶ。最後に、関係した2人の医師のサインと所属を記載するようになっている。その注釈には、「可能ならば、当事者以外の医師に相談した上で、上記書類を完成させてください。また、できるだけ早く、地方検察官へ送って下さい」とある9)。

このような厳格なシステムのおかげで、異状死体の届出率は23.7%とさほど高くはないが、届出が必要なものについては漏れなく届けられ、問題があったという話はほとんど聞かない。

医療事故が関与した死である可能性があり、地方検察官へ届けられ受理された場合、ほとんどの場合、

一人医師解剖が行われる。死亡の状況や剖検結果などから、医療過誤が疑われた場合、地方検察官が警察を指揮して死因調査を行うが、病院関係者(医師、看護婦)や解剖担当者から事情聴取も行われる。報道関係者に知らせるわけでもなく、遺族から事情聴取をするわけでもない。そして、地方検察官が死因の種類について最終的な判断を行う 9)。

c. 日本

日本の場合、患者が病院で死亡した場合、その対応は基本的に主治医に任されていると言える。異状死体として警察へ届けられるのは、病院で患者が自殺したときぐらいしかないのではないのだろうか。したがって、医療事故が関与した死であったとしても、現在とはともかく、少なくとも二、三年前までは、警察へ異状死体として届けられる方がまれであったように思われる。1994年に日本法医学会の「異状死ガイドライン」の中で、初めて異状死体についての具体的な内容が規定されたが、これも、脳死移植の目的をふまえ、作成されたものであり、本来の異状死体届出の推進とは若干異なる意味合いをもっていたのも事実である。「異状死ガイドライン」にある、「診療行為に関連した予期しない死亡、およびその疑いがあるもの」を異状死とするかについては、異論があり、日本外科学会を中心とした関連13学会によると、診療行為の合併症として予期される死亡は「異状死」には含まれないという。それ以外の、「診療行為に関連した予期しない死亡、およびその疑いがあるもの」については、異状死という見解で一致しており、届出義務があると考えられる。また、医師法21条で定める異状死体の届出と関わる条文自体が憲法違反であるという説もあり、異状死体の取り扱いにおける完全な決着には至っていない(20), 21), 30-36)。

このように、異状死に対する理解が得られていない現状では、医療事故死に関して十分な届け出が行われていないのは明らかといえる。一方、厚生労働省は、特定昨日病院に対しては、重大な医療事故はすべて報告するようにとの通達をだしているが、民間病院などで重大な医療事故が隠され、後に発覚したときの対応については、依然として不透明な部分が大きい。

後日、医療過誤が問われ、民事裁判や刑事裁判に発展することは少なくないが、その中で異状死の届出により法医解剖となったものは極めて少ない。医療事故関連死については、本来、警察への届出ではなく第三者機関で対応した方が望ましいという声明がだされているが、現実には警察しか対応していない。医療事故関連死であった場合、警察官が病院関係者(医師、看護婦)や解剖担当者から事情聴取を行

うことになるが、報道関係者に知らせるわけでもなく、遺族から事情聴取をするわけでもなく、対応の方法などについては、基本的には、英国と同じであるように思われる。

7. 戸籍係による死亡診断書のチェックシステム

a. イングランドおよびウェールズ

戸籍に関する法律には、戸籍係が死亡診断書を受理せず、コロナーに異状死として届け出るべきものが明記され、法的な届出義務がある(37)。手術中・手術直後の死につき医師が病死と記載することに遺族が納得していれば、書類上からは、医療事故関連死であり異状死体であるとは戸籍係にも判断できないが、患者の医療に関する苦情に対する手厚い処理制度がある英国の社会基盤を考えると、手術中・直後の容態急変例は大部分、コロナー等のチェックを受けているように思われる。

b. スコットランド

戸籍に関する法律には、戸籍係には、異状死体の届出の特別な法的義務があると記載されており、異状死体に該当するものは必ず地方検察官へ報告される(38)。そもそも医療事故関連死では、「医療を受けた患者の死(Death under medical care)」という、決まった書式の報告書を地方検察官に提出しなければならないため、必ず届け出られている可能性が極めて高い。

c. 日本

日本では、書類を受理するだけのものであれば、たとえ重要な書類であっても、審査機構は全くない。そのため、書式に合致し記載漏れがなければ、内容は問われず受理される。このことが、日本の行政システムの根底にあるため、受理された書類の及ぼす影響が大きい場合、後日問題となることが少なくない。死亡診断書に、手術中の出血死であるとか、麻酔事故であるとかが記載されていたとしても、異状死体として警察へ届け出られることはまずない。

死亡診断書は必ず、役所の戸籍係に届けられるが、これも例に漏れず、特別な理由がない限り、必ず受理される。死亡診断書(死体検案書)の死因に疑いがもたれた場合、ほとんどの欧米諸国で、死因について照会されるシステムがあるが、日本とアルバニアにだけは、そのシステムが存在していないという(39)。

8. 医療事故関連死と関わる死因統計

日本では、死亡診断書(死体検案書)の死因によって、死因統計などが作成されるが、世界保健機関(WHO)の第10回修正国際疾病傷害死因分類(ICD-10)に基づいている。この中で、ICD-10では医療事故死は、「傷病及び死亡の外因」中の「内科的外科的治療の合併症(Y40-84)」に分類されている。「治療上の使用により有害作用を引き起こした薬物、薬剤および生物学的製剤(Y40-59)」、「外科的及び内科的ケア時の患者への医療事故(Y60-Y69)」、「治療及び診断に用いて副反応を起こした医療用器具(Y70-Y82)」、「患者の異常反応または後発合併症の原因となった外科的及びその他の処置で、処置時には事故の記載がないもの(Y83-Y84)」の4つに分かれ、それに「内科的外科的治療の外因としての後遺症(Y88)」を加えたものが医療事故死に該当する(6)。

最近の人口動態統計にはそれらの死亡者数が記載されており、2000年のデータでは、日本では331名、イングランド&ウェールズにおいては397名、スコットランドでは72名が死亡したという。死亡者10万人あたりの医療事故死亡数に換算すると、日本34.4、イングランド&ウェールズ71.4、スコットランド124.6となり、数値だけを見る限りにおいては、スコットランドでは医療事故死が一番多いことになる。なお、USAでは、130.9であった(40)。(43)。

スコットランドの死因統計は極めて詳細な内容で、人口約511万人に対して医療事故死は72例あったが、いずれも、内科的外科的ケアの合併症で、「治療上の使用により有害作用を引き起こした薬物、薬剤および生物学的製剤(Y40-59)」26例、「外科的および内科的ケア時における意図しない切断、穿刺、穿孔または出血(Y60)」7例、「患者の異常反応または後発合併症を生じた外科手術およびその他の外科的処置で、処置時には事故の記載のないもの(Y83)」31例、「患者の異常反応または後発合併症を生じたその他の医学的処置で、処置時には事故の記載がないもの(Y84)」7例、「内科的外科的ケアによる外因性後遺症(Y88)」1例であった(40)。すべてが異状死として届けられたものと考えられる。

この死因統計における医療事故死の数が、医療水準の低さを表しているとはとても思われたい。日本・英国・USAにおいて、医療水準に大差がないように思われる。前述したような、異状死体の届け出しシステムの違いをふまえると、医療事故死亡数は、医療事故関連死がいかにか確実に届け出られているかを反映しているように思われる。死因統計に具体的な内容まで記載しているところに、公開を原則としている国の方針が見て取れる。日本では、そこまで詳細な資料は公開されていない。日本における死亡