

200400975A

厚生労働科学研究研究費補助金

医療技術評価総合研究事業

死体検案業務の質の確保等に関する研究

平成16年度総括・分担研究報告書

主任研究者 曾根 智史

平成17(2005)年 3月

目 次

I. 総括研究報告	
死体検案業務の質の確保等に関する研究	
曾根 智史	1
II. 分担研究報告	
1. 死体検案講習会のプログラムの開発・実施・評価	
曾根 智史	11
2. ビクトリア法医学研究所における	
事故予防と医療関連死調査の取り組み	
吉田 謙一／木内 貴弘	23
3. 国際比較にみる日本の「医療関連死」	
調査第三者機関の要件と保健所届出案について	
吉田 謙一／武市 尚子	35
木内 貴弘／稲葉 一人	
瀬上 清貴	
4. 届け出るべき「医療関連死」について	
吉田 謙一／武市 尚子	45
木内 貴弘／稲葉 一人	
瀬上 清貴	
5. 医療における裁判外紛争解決（ADR）と調停（Mediation）	
稲葉 一人	57
6. 死体検案情報のデータベース化とその活用の可能性に関する研究	
木内 貴弘	65
7. 資 料	71
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	
研究成果の刊行に関する一覧表	79

I. 総括研究報告

死体検案業務の質の確保等に関する研究

主任研究者 曾根 智史（国立保健医療科学院公衆衛生政策部 部長）

研究要旨

死体検案業務の向上を図るとともに、警察医、監察医の絶対数の不足への対応、質の向上等に寄与するための政策提言を行うことを目的として、1. 死体検案講習会のプログラムの開発・実施・評価、2. オーストラリアのビクトリア法医学研究所における事故予防と医療関連死調査の取り組みの実態調査、3. 国際比較にみる日本の「医療関連死」調査：第三者機関の要件と保健所届出案に関する研究、4. 届け出るべき「医療関連死」に関する研究、5. 死体検案情報のデータベース化とその活用の可能性に関する研究、6. 医療における裁判外紛争解決（ADR）と調停（Mediation）に関する研究を実施した。その結果、以下の事項が明らかとなった。

1. 3日間＋見学実習からなる死体検案講習会が、全国で検案業務に携わっている医師にとって有益であり、そのニーズに合致していること。
2. 法律家と法医が協力しつつ、異状死の死因究明、調査情報のIT管理するシステムは、実際に数々の分野で事故予防に貢献していること。
3. 医療関連死の公正な死因究明、予防、情報開示を目指して、医療関連死を届け出て医療専門家が死因究明と医療評価をするための第三者機関として保健所が適切であること。
4. 保健所などの第三者機関に届け出るべき「医療関連死」とは、『診療中の疾病の予期された経過を超えた死亡』であって、『医療に関する有害事象発生後の死亡』であるもの」であり、「遺族から、特定の医療行為、または不作為について疑問を提起されうる死亡」であること。
5. 予防可能な死の原因を発見し、その対策の効果を評価するために、全国異状死症例データベースの構築が必要なこと。
6. 医療の紛争を話し合い（裁判によらない）で解決することを支える人材、医療 Mediator の養成が急務で、医療の特色に即した人材育成プログラムを開発する必要があること。

今後はこれらの事項を踏まえ、死体検案業務の質の向上に努めるとともに、検案業務を巡る体制整備を推進する必要がある。

分担研究者

曾根 智史（国立保健医療科学院公衆衛生政策部 部長）

吉田 謙一（東京大学医学系研究科法医学講座 教授）

木内 貴弘（東京大学医学部附属病院教授）

稲葉 一人（科学文明研究所 特別研究員）

近年、死体検案業務において、警察医・監察医の扱う「発見時に死因がわからずに警察に届けられる異状死体」が、年々増えているという報告がある。犯罪の増加、不審死体の増加、あるいは病院における医療事故関連の死亡例の警察への届出の増加等に伴い、死因を判定するため、監察医、警察医の業務負担の増加は著しく、また地域偏在感と量的な不足感は否めず、何らかの対策が必要であるこ

A. 研究目的

とは、第 154 国会においても指摘されたところである。確かに警察医・監察医の負担は増加しており、これらの負担を軽減する施策が必要であるとともに、警察医・監察医の死因判定方法の科学化等が必要であると考えられる。

そもそも、監察医は、政令において①東京都の区を存する区域、②大阪市、③横浜市、④名古屋市、⑤神戸市の 27 地区におかれている。それ以外の地域については、各都道府県警察設置条例に基づき、警察職員と留置中被疑者の健康管理を行うため、各警察署単位で本部長が委嘱する警察医（開業医等に委嘱している場合が多い）が監察医の行うべき検案や解剖等を行っている。わが国の監察医制度は、1946 年に公衆衛生の向上を目的として制定され、アメリカの監察医制度に準拠して導入されたものであるにも拘わらず、その後、特別な施策を取ることなく現在に至っていることがその背景にある。

本研究は、死体検案業務の向上を図るとともに、警察医、監察医の絶対数の不足への対応、質の向上等に寄与するための政策提言を行うことを第一の目的とする。死体検案業務の社会的意義は、①社会秩序の維持、②公衆衛生対策への寄与、③死因統計の資料作成、④行政解剖後の司法面への貢献、であるとされているが、現在のような状況では、これらの社会的意義を十分に果たせ得るとはいえず、なんらかの対応が必要であると考えられる。

また、諸外国における警察医・監察医等のシステムについても、制度の根源的位置づけ、英米法におけるシステムと大陸法におけるシステムの差異等についての状況は不明であり、米国を除き、他国における研修システムについても明らかにされていない。本研究では、諸外国の状況を勘案しつつ、わが国における死体検案業務とりわけ警察医・監察医の質の向上に寄与する資料を収集することを目的とする。

この研究によって、死体検案システムの改善に資する政策提言及び警察医を含め死体検案業務に従事する医師の死体検案業務の向上に資する研修制度のあり方に関する政策提言につなげたい。

B. 研究方法

今年度は、以下の 6 つの研究を実施した。

1. 死体検案講習会のプログラムの開発・実施・評価

死体検案講習会は、全国における死体検案業務の充実を図ることを目的としている。対象者は、全国の警察医（警察協力医）など検案業務に携わる機会の多い医師である。全国の郡市医師会等を通じて参加者募集を行った。

講習会は大きく三つの部分からなっている。まず、9 月に講義を中心とした講習（前半）を 2 日間行った。その後、受講者各自で東京都監察医務院や大阪府監察医事務所等における監察医業務や大学医学部の法医学教室における法医学解剖等の見学実習を実施した。その上で、2 月に実習内容の報告とそれに対する討議を中心とした講習（後半）を行った。これら 3 つの部分すべてを修了した者に、修了証書が授与された。前半および後半部分は、国立保健医療科学院で実施された。受講料は無料であった。

9 月の講習会前半には定員 100 名のところ、130 名の医師が参加した。最終的に、前半（2 日間）、見学実習、後半（1 日間）のすべてを完了し、修了証書を授与された者は 100 名であった。

講習会の受講者を対象とした自記式調査票を用いた調査を実施し、研修の理解度、教育技術、有用性などを設問した。

調査結果を考察し、本講習会の構成やプログラムの内容などについて改善点を整理し、今後の講習会のあり方を検討した。

2. オーストラリアのビクトリア法医学研究所における事故予防と医療関連死調査の取り組みの実態調査

法医学の使命は、臨床医が確実に内因死と診断した死以外の全ての死である「異状死」の死因の公正な決定である。ところが、一部の監察医制度施行地域以外の地域では、解剖は警察が犯罪を疑わない限りされず、公衆衛生的な観点に欠けている。

医師は、届け出ると業務上過失を問われうるので、医療関連死を届出ることを躊躇する。たとえ届け出られ解剖されても結果が十分に開示されず、事故予防には利用できない。

オーストラリアのビクトリア州法医学研究所 (Victoria Institute of Forensic Medicine: VIFM) では、コロナーと法医病理学者が協力しながら、「事故予防のための臨床法医学」に取り組んでおり、日本の医療関連死調査制度の方向性を示している。VIFM を訪問して、州コロナーであるジョンストン氏、法医部門主任コードナー教授はじめ、多数のメンバーにインタビューをし、その後、メールを通じて確認作業をした。また、入手した多数の資料を分析した。

3. 国際比較にみる日本の「医療関連死」調査：第三者機関の要件と保健所届出案に関する研究

吉田らが行った諸外国の制度に関する調査、及び、日本の現状分析を通じて、医療関連死の届出と死因究明の制度設計のために必要とされる調査第三者機関の要件と保健所届出案について具体的に検討し、提言としてまとめた。

4. 届け出るべき「医療関連死」に関する研究

医療関連死を医療行政機関に届け出る場合に法定する必要のある対象につき、具体的に検討するものである。平成 17 年度に実施される厚生労働省の医療関連死の調査に関するモデル事業においても重要な課題となるので、その基礎資料とする。吉田らが従事してきた

諸外国の制度に関する調査、及び、日本の現状分析を通じて、上記研究目的に記載された事項につき検討し、提言としてまとめた。

5. 死体検案情報のデータベース化とその活用可能性に関する研究

死体検案情報のデータベース化とその活用について、オーストラリアの運用例を調査検討し、我が国の制度設計における死体検案情報データベースの意義と役割を検討することを目的に、死体検案業務における IT 情報活用事例について、文献的検討を行い、オーストラリア・ビクトリア州の全国異状死症例データベースシステムの事例を発見し、必要な資料収集を行った。更に同システムの視察を行い、その意義と役割について考察を行った。

6. 医療における裁判外紛争解決 (ADR) と調停 (Mediation) に関する研究

医療関連死 (医療機関における自然死でない患者の死亡の全てをいい、医療ミスの有無を問わない。) との関連で、検案に伴う解剖への筋道の付け方、医師法第 21 条による届出の意義・効果・問題点等について検討すると共に、更にいわゆる「第三者機関」に予想される法的問題点を分析し、その解決の方策及び ADR (Alternative Dispute Resolution、裁判外紛争解決) との連携による解決の可能性について検討する。こうした検討に加え、医療関連死における適切な情報を、遺族側にどのように伝え、紛争を抑止できるか、当事者間の調整ができるかについて、情報収集と提供のあり方について検討した。

米国及び国内での訪問調査及び文献調査を踏まえ、医療紛争の解決に関する諸論点を考察し、各種相談窓口、及び、モデル事業運営後の、紛争解決のための道筋を論証した。

(倫理面への配慮)

講習会受講者に対する調査では、調査票を無記名とし、回答内容がそのまま公表されないことを明記し、インフォームドコンセントを得て、調査への協力を依頼した。調査原票、データの管理については、アクセスを主任・分担研究者に限定し、最大限の秘匿性確保対策を講じた。具体的には、調査原票について

は、入力完了後、細かく裁断の上破棄した。データについては、記録媒体を制限し、ネット上でやりとりせず、パスワードをかけ、解析後は主任研究者に返却し一括管理した。

C. 研究結果

1. 死体検案講習会のプログラムの開発・実施・評価

本講習会は、全国における死体検案業務の充実を図ることを目的としている。対象者は、全国の警察医（警察協力医）など検案業務に携わる機会の多い医師である。全国の郡市医師会等を通じて参加者募集を行った。

講習会は大きく三つの部分からなっている。まず、9月に講義を中心とした講習（前半）を2日間行った。その後、受講者各自で東京都監察医務院や大阪府監察医事務所等における監察医業務や大学医学部の法医学教室における法医学解剖等の見学実習を実施した。その上で、2月に実習内容の報告とそれに対する討議を中心とした講習（後半）を行った。これら3つの部分すべてを修了した者に、修了証書が授与された。前半および後半部分は、国立保健医療科学院で実施された。受講料は無料であった。

9月の講習会前半には定員100名のところ、130名の医師が参加した。最終的に、前半（2日間）、見学実習、後半（1日間）のすべてを完了し、修了証書を授与された者は100名であった。

前半部実施時に、受講者の属性および各講義と講習会全体に関する意見を自記式質問紙により調査した。有効回答数は103で、有効回答率は79.2%であった。受講者の年齢は50代以上が多く、地域的には関東以北が多かった。およそ4分の3が警察（協力）医であった。また、自己申告による昨年1年間の死体検案実施数をみると、50例未満の者が多かったが、50～99例の者も約4分の1おり、100例以上の者も約1割いた。

1, 2日目（前半）全体については、95%以上の回答者が講習会全体の内容を「十分」または「まあまあ」理解できたとしていた。教育技術に関しても、全員がプラスの評価をしていた。また、現場での有用性についても、9割以上が「非常に」または「まあまあ」役に立つと回答していた。これらの3尺度で見ると、内容は一定の水準に達していたものと考えられる。

3日目（後半）については、理解、教育技術、有用性のいずれにおいても、95%以上の受講者がプラスの評価を下していた。

以上の結果から、今回のような死体検案講習会が、全国で検案業務に携わっている医師にとって有益であることが推察された。また、予想を超える受講者数や熱心な受講態度、さらに2日間+1日間の講義と現場での見学実習というプログラムを4分の3以上の受講生が修了したという事実からも、本講習会が現場のニーズに合致したものであることがうかがえた。

本講習会は平成17年度も継続して実施されることが決まっており、実施体制をさらに整備した上で、関係者の意見を踏まえて、より現場のニーズに即したものとなるよう改善していくことが必要である。

2. オーストラリアのビクトリア法医学研究所における事故予防と医療関連死調査の取り組みの実態調査

メルボルンを州都とするビクトリア州の法医学研究所（VIFM）は、1988年に設立された世界最先端の異状死死因調査機関である。事故の「予防」を主目的にして、全豪州の異状死情報を、インターネットを利用して提供してきた。

一般に法律家と医師は言語が異なるほど意識が乖離している。しかし、VIFMでは州コナーであるジョンストン氏と、モナシュ大学医学部教授を併任する法医病理学（法医）主任コードナー医師が同じ建物の中で協力しつつ、事故予防のために調査をし、結果を開示

し、提言を続けてきた。その結果、事故の発生率は半減したという。

運営予算(年間10億円余り)の半分以上は、法務省から得るが、2人のマネージャーが予算案を担当し、受益者・関係者に説明し協力を得ている。

州人口約450万人、年間約1万数千件の死亡の内、コロナー届出の異状死は約4,000件(全死亡の1/4)、その内、約1,000件が病院からの届出である。殺人は約60~80、自殺は約500~600、事故死は約600~800、その他は内因死である。約700は5~6の地域病院で一般病理医によって処理されるが、全ての殺人(疑い)を含む残り約3,300はVIFMに送られ、その内約2,700を6名の法医が解剖する。

コロナー法に従い、誰でも直ちに異状死をコロナー事務所に届け出なければならない

(24時間受付)。対象は、予期できない死、不自然死、外因死、直接的・間接的に事故や傷害が寄与した死、麻酔中の死である。医師は、異状死、医師不在の死、死因不詳の死、死亡14日以内の無診療例、病歴から死因を決められない死について届出義務を負う。

解剖の最終決定権はコロナーにあるが、病歴・状況を整理し、遺族と連絡を取り、法医や臨床評価スタッフと相談しながら、ベテラン看護師が解剖の可否を実質的に決定する。

コロナー制度で医療関連死に対応することの問題点は、①臨床知識が乏しく医療評価に適しない法医に過度に頼ること、②専門的鑑定を過度に要求するあまり視野が狭く不適切な方向に導かれうること、③遺族の過誤に対する疑いと要求に過度に答えること、④医療現場の組織や専門的医療に内在するシステムエラーや有害事象を見逃しやすいこと、⑤臨床上の専門的問題と医師の注意義務との関連性を見出せないこと、などである。これらの事情が、臨床連絡サービス Clinical Liaison Service (CLS) 設立につながった。

オーストラリアでは、入院患者の16.6%が有害事象に遭遇し、5%近くが死亡している。

このような状況下、CLSは2002年に法務省の支援で始まり、年間約1,000件の病院内死亡事例の届出に対して、臨床専門ユニットが評価をしている。カルテ等は、まず、看護師によりハーバード医療評価研究等に準拠したリストを用いて評価される。次に、法医病理の研修をした救急医と、公衆衛生教育を受けた教育病院老人科教授の2名が専門知識を活かして評価をし、重要な事例は見直す。週1回1時間~1時間半の検討会には、コロナー、法医、CLSユニット医師・看護師、当該専門科の臨床医が参加する。毎週6~12例が臨床評価・解剖記録等をもとに評価され、1~2例には有害事象が関係している。

事故の予防とシステムの改善のため行なわれるCLSの評価は、病院に解剖記録とともに還元(リエゾン)されるので、開業医も病院も大部分、記録を自発的に提出している。

3. 国際比較にみる日本の「医療関連死」調査：第三者機関の要件と保健所届出案に関する研究

患者側・医師側に共通した医療関連死に対する要求は、公正な死因究明、事故予防、情報開示である。そのため、医師も遺族も医療専門家の対応を求めている。そして、医療関連死を届け出て医療専門家が死因究明と医療評価をする第三者機関を作ることによって、双方の要求に応えることができる。

その業務内容は、必要に応じて医療関係者と遺族の双方からの事情聴取、カルテなどの証拠保全、検案、解剖の可否の判断と立会いである。

医療評価に関しては、臨床医にカルテ・画像などの評価をさせ、手術事例などには解剖に立会いさせるべきであろう。死因は明らかであるが、注意義務などにつき臨床専門家の判断が必要な事例に対しては、当初より解剖でなく臨床鑑定を囑託すべきである。また、高度の医療評価が必要な事例には、都道府県に評価(鑑定)委員会をおき、専門医、法医、法律家、一般人などが審議する必要がある。

地域に密着した届け出先機関としては、保健所しかないと思われる。全国に363ある二次医療圏の保健所ごとに医療関連死の届出に対応するのが現実的かもしれない。まず、保健所の医師・保健師が、事情聴取や検案に対応できるかという問題があるが、職員を増員した上、研修を行い、解剖立会いなどの実務経験を積めば可能であると思われる。

保健所に従来からある利点を活用するという観点に立てば、メリットは多い。まず、公衆衛生上の問題に対応する地域密着型の医療行政機関であるので、感染症対応と同様に、医療事故の原因究明や予防という届出目的が説明しやすい。保健所医師・保健師は、事故を起こした医師や遺族に事情聴取や調査する権限を有している。警察に比べると、医師・遺族の双方にとって、専門的に聴取され、説明を受けることのできるメリットが大きい。また、保健所長には、解剖を囑託する権限があり、改善命令や行政指導ができる上、事故予防などに関しては、厚生行政に活かすことができる。

4. 届け出るべき「医療関連死」に関する研究

保健所等医療行政機関に届けるべき「医療関連死」を定義する場合、できるだけ、主観の入る余地を少なくする必要がある。そのためには、保健所等に届け出るべき「医療関連死」を法に定める場合、医師自らミスの有無の判断をしないことが前提である。これに関して、日本法医学会の異状死ガイドラインやロスアンジェルス郡検視局マニュアルには、「…過誤・過失の有無にかかわらず…」、「…医療ミスの有無を問わない…」と記されている。一方、内科学会会告(表3)のように、「…医療関係者により医療過誤の疑いが確認され…」という表現は誤解を受けるであろう。

厚生省研究班(法医学会)による異状死に関する「確実に診断された病死以外の全ての死」という定義も、届出者の主観に基づく表現といえる。それは、臨床診断が解剖により20~45%訂正さ

れていることに加えて、定義自体に、臨床医自らが「解剖前に」確実に病死を診断するという論理の矛盾があり、かつ、たとえ確実な病死であっても、届け出ないと法的紛争の端緒となりうる事例があるからである。実際、死亡直後に医師の考えの及ばなかった原因やミスを前提に遺族が医事紛争を提起する例が少なくない。また、経験豊富な検案医ほど届出と解剖をしないで病死と診断することの危険を知っていて、届出・解剖前には、「確実に病死と診断しない」。

要約すると、「医療関連死」は、『診療中の疾病の予期された経過を超えた死亡』であって、『医療に関する有害事象発生後の死亡』であるもの』のように、広く法に規定すべきである。「有害事象」の内容に関しては、今後、医療評価機構や厚生労働省への届出対象として具体的に出される規定と合わせるべきであろう。また、これまでの医療紛争の端緒となった契機の検討から、遺族の要求への配慮として、「遺族から、医療行為、または不作為について疑問を提起されうる死亡」を含めるべきである。また、このような事例に関しては、遺族対応を保健所等の医療有資格職員に委ねることで、必要なグリーフケアをしながら事情聴取に当らせることが可能となり、無用な誤解や紛争を避けることができる。

このように「医療関連死」を法定した場合、従来の異状死と重なる部分が出てくる。この部分は、異状死として警察へ通告し医師へ届出を勧告する必要がある。具体的には、事故など外因の寄与が疑われる事例、安楽死・故意殺、悪質な隠蔽、そして、極めて重大な過失などが該当する。

「極めて重大な過失」に関して、当面、社会や法曹の「医療に関する業務上過失がある」とする認識に配慮して、警察届出対象に含める必要がある。しかし、判断の主観性の問題に加えて、システムエラーの問題に対応するために、今後は、保健所等に届出させ医療専門家の調査に委ねるべきである。

5. 死体検案情報のデータベース化とその活用可能性に関する研究

ビクトリア州法医学研究所内に設置されたモナシュ大学異状死症例情報センターで運用が行われている、同研究所は、モナシュ大学の施設であるが、資金面からは大学から独立しており、司法省等からの資金で運用されていた。また同研究所には、ビクトリア州コロナ事務局長同じ建物内に併設されて設置されており、一体として活動を行っていた。

全国異状死症例データベースシステムは、1994年にその実現可能性についての検討が開始され、2000年より、全国からの症例の蓄積が開始された(クイーンズランド州のみは、2001年)。オーストラリアの人口は、約2,000万円で年間死亡数は約90,000である。そのうちの約18,000例が異状死として届出がなされ、実際に異状死として認定され、データベースに登録されるのは約7,000ほどである

(異状死症例データベースには、異状死症例がすべて入力されている)。

データベースの内容として収載されているものは、警察捜査報告、解剖結果報告、関連する法医学所見(毒性等)、コロナーの検死所見等である。一方、収載されていない情報には、審問の写し、写真等の所見、証人の証言等がある。

6. 医療における裁判外紛争解決(ADR)と調停(Mediation)に関する研究

米国では、1970年代の初めから、裁判外で紛争を解決する仕組み(ADR)作りが始まった。その理由は、①裁判が多く提起され、正式裁判にまで時間と費用がかかった、②裁判の限界が意識され、対立的な解決から、協調的な解決が求められたこと、③地域・地方により様々な工夫が展開し、そのよさが多くの人に共有されたことがあげられる。

米国(カリフォルニア)には、ME(メディカル・イグザミネー)が死因究明制度を担うが、この制度を経ない場合や、制度を経ても、民事紛争となることがある(米国では、日本

に「業務上過失致死傷」に該当する構成要件がない)ため、ME制度だけでは、紛争は解決しないこと(これは、日本のモデル事業後と同じ状況となる)の示唆を受けた。

また、実際医療の現場では、医師・看護師・薬剤師・ソーシャルワーカー等が、紛争当事者の間に立って、医療紛争をできるだけこじれる前に解決する仕組み(Medical Mediation)が、試行錯誤を踏まえて、行われている。その試みの一つとしての、Kaiser Permanente(HMO)では、Health Care Ombudsman/Mediator制度が確立しており、相当数の医療紛争の解決の実績を示している。Mediatorになるには、40時間以上のトレーニングが必要とされている。ペパダイン・ロースクールでトレーニングを受けることができた。

D. 考 察

1. 死体検案講習会のプログラムの開発・実施・評価

受講者による評価結果から、今回のような死体検案講習会が、全国で検案業務に携わっている医師にとって有益であることが推察された。また、予想を超える受講者数や熱心な受講態度、さらに2日間+1日間の講義と現場での見学実習というプログラムを4分の3以上の受講生が修了したという事実からも、本講習会が現場のニーズに合致したものであることがうかがえた。

本講習会は平成17年度も継続して実施されることが決まっており、実施体制をさらに整備した上で、関係者の意見を踏まえて、より現場のニーズに即したものとなるよう努めたい。

2. オーストラリアのビクトリア法医学研究所における事故予防と医療関連死調査の取り組みの実態調査

ビクトリア法医学研究所では、法律家コロナーと法医が協力しつつ、事故の予防を目標として、異状死の死因究明を行っている。ま

た、調査情報を IT で管理し、数々の分野で事故予防に貢献している。

病院からの届出事例を全例、専門家が評価し、調査結果は関係者・機関に還元される。さらに、各学会代表と研究所メンバーで構成される委員会で連絡を密に保っている。

日本で、2005 年度実施される厚生労働省のモデル研究では、医療関連死の死因究明と専門的評価を事故予防に利用するための方策が模索される。まず、届出窓口で事情を聴取し、関係者の調整をする「調整看護師」は、この VIFM にモデルがある。その後の評価過程における看護師・臨床医と法医・コローナーの共同による評価、医療アドバイザー委員会も参考になると考えられる。

3. 国際比較にみる日本の「医療関連死」調査：第三者機関の要件と保健所届出案に関する研究

日本では、医療関連死を警察に届出た場合、業務上過失致死被疑事件として取り扱われる結果、解剖の情報が医師に伝えられず、事故の予防に使うことができない。遺族にも、原則として執刀医から説明できない。そこで、医療関連死を例外なく保健所に届出るようにし、医療専門家の対応により、事故の再発予防や医療の質の向上に役立てることが求められる。そのため、「医療関連死」を法定して、保健所長や職員に事情聴取・検案・解剖要否判断などを行わせること、警察に通告すべき事例は法に従い保健所から警察に通告することが求められる。そのためには、医療専門家・医療行政官・法医・病理医の協力が強く求められる。また、適切に遺族・医師などに情報を開示・説明し、予防に利用する途を開き、この情報を明確に示した基準に照らして行政指導・処分につなげるシステムを創らなければならない。

4. 届け出るべき「医療関連死」に関する研究

保健所等の医療行政機関に届け出るべき「医療関連死」とは、「『診療中の疾病の予期

された経過を超えた死亡』であって、『医療に関する有害事象発生後の死亡』であるもの」であり、「遺族から、特定の医療行為、または不作為について疑問を提起されうる死亡」である。

当面、異状死として警察届出の対象となるものは、事故など外因の寄与が疑われる事例、安楽死・故意殺、悪質な隠蔽、極めて重大な過失等である。当初、医療関連死として扱った場合には、保健所等から警察に通告、または、医師に届出を勧告する必要がある。

加えて、医師に届け出の意義を周知し便宜を図るため、国の発行する死亡診断書作成マニュアルなどに、上記の基準とともに、医療・有害事象・合併症などの具体的説明、予期しない急死事例、管理責任や不作為の注意義務違反が問われる事例、救急事例・外因関与事例など具体的な事例の類型を挙げて説明すべきである。

5. 死体検案情報のデータベース化とその活用に関する研究

異状死症例情報（死体検案情報）の全国規模のデータベースに化によって、以下のようなメリットがあると考えられる。

(1) データベース化することによる予防可能な死の発見

全国からの大量の異状死症例情報を検索・分析することによって、個々のコローナーや法医学者の「経験」だけでは知りえない、予防可能な死を知ることが可能である。例えば、全国で年間 100 件程度同様な現象が発生していれば誰かが気づくかもしれないが、全国で年間 5、6 件の現象については、全国集計してデータベース化しないと発見が困難である。予防可能な死の原因を発見することによって、そのための対策を図り、公衆衛生の向上に貢献することができる。

(2) データベース化することによる予防対策の評価

データベース化によって、各種の死亡の予防対策の定量的な評価も可能となる。これに

よって、将来の予防対策についての検討も可能となる。

(3) コロナー業務の支援

データベース化することにより、現在検案している死体との類似症例等の関連資料の入手が容易になる。

従来の死体検案の主たる目的は、犯罪の発見にあった。異状死した人の中から、犯罪に巻き込まれて死亡した人を見つけることによって、犯罪捜査の端緒が得られ、犯人の捜査と逮捕によって、犯罪の抑制という公益が実現されてきた。今後は、従来からの犯罪の抑制という死体検案の役割に加えて、予防可能な死亡例の発見とこれに対する予防対策を実施することによる公衆衛生の向上が死体検案の重要な社会的な役割になると考えている。そして、予防可能な死の原因を発見し、その対策の効果を評価するためには、全国異状死症例データベースの構築が不可欠である。このため、わが国においても異状死症例データベースの構築と運用が強く望まれる。

6. 医療における裁判外紛争解決 (ADR) と調停 (Mediation) に関する研究

医療の紛争は多岐にわたる。「不平」「不満」という苦情レベルから、様々な医療に関連する相談等のほか、具体的な事故や医療者（患者同士もある）から受けた被害を原因とするものもある。医療の事故、とりわけ、死亡事故や重篤な後遺症が残った場合には、患者・遺族と医療者が向き合うこと（話合うこと）は難しく、これは、仮に第三者が入る仕組みと第三者がいてもそう簡単ではない。

そこで、病院には患者相談窓口が、地域には医療安全支援センターによる窓口から、紛争解決につなげる仕組み、また、モデル事業（死因究明制度）と連動して動く、紛争解決につなげる仕組み作りをすることが急務である。

同時に、このような仕組み（システム）がどうあれ、医療の紛争を話し合い（裁判によらない）で解決することを支える人材、医療

Mediator の養成が急務となる。既に、経済産業省等では、調停人人材育成のプログラム（消費者紛争や中小企業間商事紛争を中心とする）が開発されているが、これを踏まえて、医療の特色に即した人材育成プログラムを開発する必要がある。

E. 結論

死体検案業務の向上を図るとともに、警察医、監察医の絶対数の不足への対応、質の向上等に寄与するための政策提言を行うことを目的として、1. 死体検案講習会のプログラムの開発・実施・評価、2. オーストラリアのビクトリア法医学研究所における事故予防と医療関連死調査の取り組みの実態調査、3. 国際比較にみる日本の「医療関連死」調査：第三者機関の要件と保健所届出案に関する研究、4. 届け出るべき「医療関連死」に関する研究、5. 死体検案情報のデータベース化とその活用の可能性に関する研究、6. 医療における裁判外紛争解決 (ADR) と調停 (Mediation) に関する研究を実施した。その結果、以下の事項が明らかとなった。

1. 3日間+見学実習からなる死体検案講習会が、全国で検案業務に携わっている医師にとって有益であり、そのニーズに合致していること。
2. 法律家と法医が協力しつつ、異状死の死因究明、調査情報の IT 管理するシステムは、実際に数々の分野で事故予防に貢献していること。
3. 医療関連死の公正な死因究明、予防、情報開示を目指して、医療関連死を届け出て医療専門家が死因究明と医療評価をするための第三者機関として保健所が適切であること。
4. 保健所などの第三者機関に届け出るべき「医療関連死」とは、『診療中の疾病の予期された経過を超えた死亡』であって、『医療に関する有害事象発生後の死亡』であるものであり、「遺族から、特定の医療行為、

または不作為について疑問を提起されうる死亡」であること。

5. 予防可能な死の原因を発見し、その対策の効果を評価するために、全国異状死症例データベースの構築が必要なこと。
6. 医療の紛争を話し合い（裁判によらない）で解決することを支える人材、医療 Mediator の養成が急務で、医療の特色に即した人材育成プログラムを開発する必要があること。

今後はこれらの事項を踏まえ、死体検案業務の質の向上に努めるとともに、検案業務を

巡る体制整備を推進する必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

別紙

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

II. 分担研究報告

1. 死体検案講習会のプログラムの開発・実施・評価

分担研究者 曾根 智史 (国立保健医療科学院公衆衛生政策部 部長)

厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）
分担研究報告書

死体検案講習会のプログラムの開発・実施・評価

分担研究者 曾根 智史（国立保健医療科学院公衆衛生政策部 部長）

研究要旨

死体検案業務の質の向上を目的として、平成16年度に、全国の警察医（警察協力医）など検案業務に携わる機会の多い医師を対象に、国立保健医療科学院を会場に「死体検案講習会」を実施した。死体検案講習プログラムの概要・講習内容を述べ、受講者による評価について調査結果を報告する。

9月に講義を中心とした講習（前半）を2日間行った。その後、受講者各自で東京都監察医務院や大阪府監察医事務所等における監察医業務や大学医学部の法医学教室における法医学解剖等の見学実習を実施した。その上で、2月に実習内容の報告とそれに対する討議を中心とした講習（後半）を行った。

前半2日間、後半1日間の講習については、9割以上の受講者が、理解、教育技術、有用性についてプラスの評価を下していた。また、現場での見学実習を含む全プログラムの修了者は、前半受講者（130人）の77%にあたる100人であった。

以上の結果より、今回の死体検案講習会が、全国で検案業務に携わっている医師にとって有益であり、現場のニーズに合致したものであることが推察された。

本講習会は平成17年度も継続して実施されることが決まっており、実施体制をさらに整備した上で、関係者の意見を踏まえて、より現場のニーズに即したものとなるよう努めたい。

A. 研究目的

平成14年度厚生労働科学特別研究事業「警察医・監察医の鑑定等に関する研究」および平成15年度医療技術評価総合研究事業「死体検案業務の質の確保等に関する研究」の研究成果を踏まえ、死体検案業務の質の向上を目的として、平成16年度に、全国の警察医（警察協力医）など検案業務に携わる機会の多い医師を対象に、国立保健医療科学院を会場に「死体検案講習会」を実施した。その概要・講習内容と受講者による評価および死体検案講習プログラムの開発について検討した。

B. 研究方法

1. プログラムの概要

本講習会は、全国における死体検案業務の充実を図ることを目的としている。対象者は、全国の警察医（警察協力医）など検案業務に携わる機会の多い医師である。全国の郡市医師会等を通じて参加者募集を行った。

講習会は大きく三つの部分からなっている。まず、9月に講義を中心とした講習（前半）を2日間行った。その後、受講者各自で東京都監察医務院や大阪府監察医事務所等における監察医業務や大学医学部の法医学教室にお

ける法医学解剖等の見学実習を実施した。その上で、2月に実習内容の報告とそれに対する討議を中心とした講習（後半）を行った。これら3つの部分すべてを修了した者に、修了証書が授与された。前半および後半部分は、国立保健医療科学院で実施された。受講料は無料であった。

9月の講習会前半には定員100名のところ、130名の医師が参加した。最終的に、前半（2日間）、見学実習、後半（1日間）のすべてを完了し、修了証書を授与された者は100名であった。

2. プログラムの実施

本講習会の実施に当たっては、日本法医学会に多大なるご協力をいただいた。前半・後半の講義については、すべて学会の先生方をお願いした（資料1）。また、見学実習でも、学会を通じて全国の法医学教室、東京都監察医務院、大阪府監察医事務所等にご協力いただいた。

前半1日目は、最初に、わが国の異状死体取扱制度の現状と問題点について諸外国の制度との比較を交えながらの説明があった。続いて、平成13年に日本法医学会から発行された「死体検案マニュアル2003年」を参照しながら、死体検案書の書式と記入要領について詳細な説明が行われた。午後は、午前中の説明を踏まえて、提示された実際の症例を死体検案書に記載する演習が行われた。さらに、平成6年4月に名古屋空港で発生した中華航空機事故を例に、大規模災害における検案業務について、具体的な説明がなされた。

前半2日目は、最初に、異状死体検案の手順や特徴的な死体所見から疑われる病態、年齢推定の詳細な説明と腹部損傷や溺死・焼死など注意を要する症例に関する説明があった。続いて、実際によく遭遇する入浴中の死亡事例と保険金に関係する事例について実例を交えた講義があった。さらに、最近注目を集めている児童虐待の事例について、詳細な説明

が行われた。2日目の最後は、死体検案ビデオの紹介とわが国の監察医制度の現状と問題点に関する熱のこもった講義で締めくくられた。2日間を通じて、いずれの講義・演習でも、受講者から講師に対して数多くの質問が寄せられ、しばしば時間を超過するほどであった。

その後、11月～1月にかけて、全国の法医学教室、東京都監察医務院、大阪府監察医事務所などのご協力の下、原則として、受講生の地元地域において、各自、解剖・検案を中心とする見学実習を実施した。

講習会第3日目（後半）は、2月19日に実施し、家族への対応の方法の講義や見学実習の発表による事例検討の演習を中心に行った。

3. プログラムの評価

前半部実施時に、受講者の属性および各講義と講習会全体に関する意見を自記式質問紙により調査した。有効回答数は103で、有効回答率は79.2%であった。

表1（資料2）に受講者の属性を示した。年齢は50代以上が多く、地域的には関東以北が多かった。およそ4分の3が警察（協力）医であった。また、自己申告による昨年1年間の死体検案実施数をみると、50例未満の者が多かったが、50～99例の者も約4分の1おり、100例以上の者も約1割いた。

後半部実施時にも、講習会に関して同様の調査を実施した。

（倫理面への配慮）

講習会受講者に対する調査では、調査票を無記名とし、回答内容がそのまま公表されないことを明記し、インフォームドコンセントを得て、調査への協力を依頼した。調査原票、データの管理については、アクセスを主任・分担研究者に限定し、最大限の秘匿性確保対策を講じた。具体的には、調査原票については、入力完了後、細かく裁断の上破棄した。データについては、記録媒体を制限し、ネット上でやりとりせず、パスワードをかけ、解析後は主任研究者に返却し一括管理した。

C. 研究結果

資料1に、開発したプログラムの内容を示した。また資料2に研修プログラムの評価結果を示した。

D. 考 察

表2(資料2)に受講者による死体検案講習会1,2日目(前半)全体の評価結果を示す。95%以上の回答者が講習会全体の内容を「十分」または「まあまあ」理解できたとしていた。教育技術に関しても、全員がプラスの評価をしていた。また、現場での有用性についても、9割以上が「非常に」または「まあまあ」役に立つと回答していた。これらの3尺度で見ると、内容は一定の水準に達していたものと考えられる。

表3(資料2)に3日目(後半)全体の評価結果を示す。理解、教育技術、有用性のいずれにおいても、95%以上の受講者がプラスの評価を下していた。

自由記入欄への回答としては、「全体的にわかりやすく実際のですぐに役立つように感じました。また少し自信がついたように思います。」「各先生のお考えご意見をうかがえることができ非常に有意義な2日間でした。」「技術的な面から行政の問題までたいへんよく理解できました。」など、プラスの評価が多く得られた。一方、「小グループに分かれてのディスカッション等の時間も設けてもらいたい。」「症例をたくさん見せてほしい」などの内容に関する要望もそれぞれ複数の受講者から出された。また、「土曜日は診療日なので、日・祝日に開催希望。」「他地域でも開催してほしい。」などの開催日や場所に関する要望もみられた。今回は、130人という多数の受講者も当初の予想を大きく超えるものであり、初回ということで、日程や内容においても試行的な側面があったが、今後は、これらの要望もできるだけ考慮する方向で進めていきたい。最も多くの要望は、「今後も

継続的にこのような講習会を開催してほしい」あるいは「講習を受けたい」というもので、全体として、次につながる講習会になったのではないかと考えている。

E. 結 論

受講者による評価結果から、今回の死体検案講習会が、全国で検案業務に携わっている医師にとって有益であることが推察された。また、予想を超える受講者数や熱心な受講態度、さらに2日間+1日間の講義と現場での見学実習というプログラムを4分の3以上の受講生が修了したという事実からも、本講習会が現場のニーズに合致したものであることがうかがえた。

本講習会は平成17年度も継続して実施されることが決まっており、実施体制をさらに整備した上で、関係者の意見を踏まえて、より現場のニーズに即したものとなるよう努めたい。

先述の評価の自由記入欄に、「死因、死亡時刻の正確さが自分の判断で正しいのか迷います。人が亡くなり、真実は何であったか、死因判定が正しいか、検案書を書いているときや後日でも思い出すことがあり、少しでも真実がわかるようになりたいと思いました。」という記載があった。このような現場の医師の真摯な願いに少しでも応えることが、本講習会に課せられた使命ではないかと思われた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

曾根智史. 死体検案に関する研修. 公衆衛生. 2005;69(4):292-5

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

平成16年度死体検案講習会プログラム

資料1

(前半)1日目 (H.16.9.18)	担当	形式	時間	主な内容	容
開講式			10:00-10:20	厚生労働省担当官 挨拶 日本法医学会理事長 挨拶	
I. 目的 II. 法規	吉田謙一 (東大)	講義	10:20-11:50	異状死体取扱制度の意義と関係法規 日本の異状死体届出義務の考え方と欧米の制度	
III. 検案書 1) 法規・書式 2) ICD10	武市早苗 (東海大)	講義	12:00-13:00	死亡診断書 (死体検案書) の書式と記入要領 ICD10の説明 死因統計について	
(昼 食)					
3) 検案書の書き方	重田聡男 (慈恵医大) 池田典昭 (九大) 勝又義直 (名大)	実習	13:50-15:50	症例の提示とそれについての書類作成実習 症例ごとの解説とディスカッション 大規模災害時の検死の記入取扱い	
		講義	16:00-17:00		
(意見交換会：軽食)	勝又義直 (日本法医学会理事長、名大) 池田典昭 重田聡男 吉田謙一		17:00-18:30		

2日目(H.16.9.19)	担当	形式	時間	主要内容
IV. 検案の注意点	勝又義直 (名大)	講義・演習	9:30-12:00	<ul style="list-style-type: none"> ・ ヒトの死と死体現象の説明 ・ 検案手法の概要説明 ・ 各種法医解剖、病理解剖の必要性と制度的な限界 ・ 実際例に即した注意点の説明とデイスカッション
V. 検案の実際	佐藤喜宣 (杏林大) 大野曜吉 (日医大)	講義・演習	13:00-15:30	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事例紹介とデイスカッション。ただし、網羅的でなく、死体検案のみを担当する医師を対象とした講習会であることを念頭に、日常よく遭遇する事例や、外表の観察だけではわかりにくい外因死、内因死について症例の解説とデイスカッションを行う。 児童虐待 溺水 その他
VI. 監察医業務の意義	福永龍繁	ビデオ 講義	15:45-16:15 16:15-17:10	<ul style="list-style-type: none"> ・ 死体検案ビデオを用いた説明と検案の心構え ・ 監察医制度と東京都監察医務院の紹介
事務連絡			17:10-17:30	<ul style="list-style-type: none"> ・ 見学実習に関する手続きの説明 ・ 後半の説明