

(後半)3日目(H.17.2.19)	講 師	形 式	時 間	主 な 内 容
VII. 異状死演習	吉田謙一 (東京大学)	講義	9:20-9:40	・ 異状死届出義務等に関する演習
		演習	9:40-10:50	
VIII. 家族への対応	勝又義直 (名古屋大学)	講義	11:00-11:45	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族にどこまで説明するか ・ 家族の感情への配慮 ・ 生命保険手続きへの協力 ・ 裁判への対応
(昼 食)				
IX. 症例報告	的場梁次 (大阪大学)	説明	12:35-12:45	<ul style="list-style-type: none"> ・ 各自見学実習等で検視・解剖した症例を持ち寄り、検案上の問題点のディスカッションを行う ・ 最後に検案についてのまとめの講義を行う
		発表	12:45-15:35	
		講義	15:45-16:30	
修了式	厚生労働省担当官 日本法医学会理事長		16:30-17:00	<ul style="list-style-type: none"> ・ 講評 ・ 修了証書授与

表1 死体検案講習会受講者の属性（1，2日目：平成16年9月18，19日）

年齢			(%)
30代	11		(10.7)
40代	31		(30.1)
50代	27		(26.2)
60代	11		(10.7)
70代	22		(21.4)
80代	1		(1.0)
			平均55.2歳
地域	1)		
	北海道・東北	20	(15.4)
	関東	61	(46.9)
	信越・北陸	6	(4.6)
	東海	8	(6.1)
	近畿	10	(7.7)
	中国・四国	14	(10.8)
	九州・沖縄	11	(8.5)
警察（協力）医の指定			
	はい	75	(72.8)
	いいえ	28	(27.2)
昨年1年間の死体検案実施件数2)			
	0	11	(11.1)
	1～9	15	(15.2)
	10～19	13	(13.1)
	20～29	11	(11.1)
	30～39	10	(10.1)
	40～49	7	(7.1)
	50～99	23	(23.2)
	100～149	6	(6.1)
	150以上	3	(3.0)

注1) 受講申込書より分類 (N=130)

注2) 不明4を除く。

表2 受講者による講習会前半部分の評価（1，2日目：平成16年9月18，19日）

理解度	（講習会全体の内容を理解できましたか）（％）	
十分に理解できた	45	(47.4)
まあまあ理解できた	47	(49.5)
どちらかといえば理解できた	2	(2.1)
どちらかといえば理解できなかった	1	(1.1)
あまり理解できなかった	0	(0.0)
ほとんど理解できなかった	0	(0.0)
教育技術	（講習会全体で、講師の教育技術は優れていましたか）	
非常に優れていた	44	(46.3)
優れていた	42	(44.2)
どちらかといえば優れていた	9	(9.5)
どちらかといえば劣っていた	0	(0.0)
劣っていた	0	(0.0)
非常に劣っていた	0	(0.0)
有用性	（講習会の内容は、現場での実践に役に立つと思いますか）	
非常に役に立つ	57	(60.0)
まあまあ役に立つ	31	(32.6)
どちらかといえば役に立つ	7	(7.4)
どちらかといえば役に立たない	0	(0.0)
あまり役に立たない	0	(0.0)
ほとんど役に立たない	0	(0.0)

注) 不明8を除く

表3 受講者による講習会全体の評価（3日目：平成17年2月19日）

理解度	（講習会全体の内容を理解できましたか）（％）	
十分に理解できた	44	(50.6)
まあまあ理解できた	39	(44.8)
どちらかといえば理解できた	3	(3.4)
どちらかといえば理解できなかった	1	(1.1)
あまり理解できなかった	0	(0.0)
ほとんど理解できなかった	0	(0.0)
教育技術	（講習会全体で、講師の教育技術は優れていましたか）	
非常に優れていた	44	(50.6)
優れていた	39	(44.8)
どちらかといえば優れていた	3	(3.4)
どちらかといえば劣っていた	1	(1.1)
劣っていた	0	(0.0)
非常に劣っていた	0	(0.0)
有用性	（講習会の内容は、現場での実践に役に立つと思いますか）	
非常に役に立つ	55	(63.2)
まあまあ役に立つ	29	(33.3)
どちらかといえば役に立つ	3	(3.4)
どちらかといえば役に立たない	0	(0.0)
あまり役に立たない	0	(0.0)
ほとんど役に立たない	0	(0.0)

注) 不明6を除く (n=87)

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

分担研究者 吉田 謙一 東京大学大学院医学系研究科・法医学講座 教授
分担研究者 木内 貴弘 東京大学医学部・附属病院 教授

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

分担研究者 吉田 謙一 東京大学大学院医学系研究科・法医学講座 教授
分担研究者 木内 貴弘 東京大学医学部・附属病院 教授

研究要旨

ビクトリア法医学研究所は、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なう行政機関である。コロナーは、死に関する調査をして事実を認定し、予防のため社会に提言する。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、看護師・臨床医が評価し、検討会でコロナーや法医とともに、原因、注意義務に関する検討をし、コロナーが提言を行なう。調査結果は関係者・機関に還元される。さらに、各学会代表者とコロナー関係者が、医療アドバイザー委員会で臨床現場との関係を密にしている。

A. 研究目的

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、公衆衛生的な観点が欠けている(1, 2)。

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(2, 3)。

2004年4月に、日本内科・外科・病理・法医学会は、医療関連死の死因究明のための中立的調査機関の設立に関する共同声明を発表した。これを受けて、厚生労働省は2005年度に医療関連死の死因究明のための第三者機関に関するモデル事業を行なう。その中で、解剖で得た情報を事故の予防に役立てる方策が鍵となる。

吉田らは、諸外国の医療関連死・異状死の

届出と死因究明の制度について報告してきた(3, 4)。英国では、法律家コロナーが異状死の死因究明制度全般に責任を負う上、多くの手術関連死が届け出られ解剖されている(5)。しかし、ブリストルでは2名の小児心臓外科医が100名に及ぶ子供を犠牲にし、開業医シップマンは215名の患者を薬物等で殺したが、コロナー制度がありながら、看過された(6)。

これらの事件の調査の中で、ビクトリア州法医学研究所 (Victoria Institute of Forensic Medicine: VIFM) が注目された。この研究所で、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」に取り組んでいる姿は、日本の医療関連死調査制度の方向性を示している。本研究の目的は、VIFMの調査を通じて、日本の医療関連死の届出と調査の方向性を探ることにある。

B. 研究方法

VIFMを訪問して、州コロナーであるジョン

ストーン氏、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。

C. 研究結果

1. ビクトリア法医学研究所 (VIFM, 以下、7, 8 参照)

メルボルンを州都とするオーストラリア南東部の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 (IT) を利用して提供してきた。

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 では州コローナーであるジョンストーン氏と、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。

事故予防という目標達成のために、異分野の人々が協力し役割を分担している。各メンバーは、研究所の目標と自分の役割について明確に説明できる。また、問題点を発見し、議論し、解決策を見出すことができる。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。スタッフは多数の講演をし、臨床医・一般人の見学を受け入れる他、臨床医に対して 1 週間の臨床法医学ディプロマコースがある。

2. National Coroner Information System (NCIS) (8)

NCIS は、オーストラリア国内の 8 コローナー管区の死因調査情報を VIFM の中で IT を用いて集中的に管理し、コローナー関係者・政府機関・研究者に提供する。

訪問時、胃瘻を増設した患者の胃管を取り替えた数日後に腹膜炎となり死亡した事例について、NCIS を用いて 11 の類似事例を見出し検討中であった。また、プラスチック袋を用いた「自殺キット」を用いた自殺が、全豪で 1 年間に 36 例あり、注意が喚起された (8)。さらに、向精神薬セロキエルによる多数の死亡者が見つかり、VIFM が製造者と医療器具連盟 (TGA) の援助のもと再調査を行っていた (8)。

コローナー関係者の事故の「後ろ向き分析」に加えて、「前向き利用」が提言されていた (8)。例えば、TGA の追跡中の薬剤による過量服用による死者が出た時、TGA に電子メールが送られる。交通事故、火災等が関係行政機関に、自殺が州精神保健関係部署に通知されるべきである。さらに、医療有害事象に関しては詳細な事象の同定と分類もシステム化できる。加えて鑑定者の情報も利用できる。その他、コローナーの死因究明情報がコローナー関係者に "Fatal Fact" (書籍) として提供され、溺死・自殺・焼死等の分類ごとに個別事例の状況の要約と提言の経緯が記されている。そして、詳細な情報も NCIS により照会できる。

3. ビクトリア州の異状死の状況

州人口約 450 万人、年間約 1 万数千件の死亡の内、コロー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。

コローナー法 (9) に従い、誰でも直ちに異状死をコローナー事務所に届け出なければならない (24 時時間受付)。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け出義務を負う。

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、解剖の可否を実質的に決定するのは、ベテラン看護師である。彼女は法医に対して、「メソテリオーマ（中皮腫）がある 85 歳男性の呼吸困難が悪化して死亡した。長年の建築物取り壊し現場でのアスベスト暴露歴や病歴等より診断に問題がないと判断したので、解剖しないわよ。」と説明し同意を得ていた。

解剖拒否の問題点も議論されていた。例えば、解剖をすべきアポリジニーの乳児につき、犯罪性が除外されたので、その信仰や社会通念を尊重して無理強いはしなかったという。反対に、遺族が強く反対しても、コロナーが公益上、必要と判断した場合、数日かけて最高裁判所の判決を待つ。遺族は、解剖の決定に対して最高裁に抗告できる。

4. 臨床連絡サービス Clinical Liaison Service (CLS) の背景と概要 (10, 11 参照)

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応えること、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臨床上的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、CLS 設立につながった。日本では、さらに、法医鑑定を前提として医師が起訴されうること、法医が臨床医に十分信頼されていないこと、調べた情報が遺族側・医師側に十分に伝えられず、事故の予防に利用できない上、一貫した死因究明制度がない。

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。

5. CLS の評価と今後 (10, 11 参照)

CLS は、病院内死亡の調査において包括的・透明・客観的・学際的な調査によりコロナーの調査を合理化し強化した。調査結果が病院・医師にリエゾンされることが成功の鍵であった。CLS によりブリストル事件のようなリピーターによる患者の死亡を防ぐことができる。英国では、医師がコロナーを支援するよう提言された(14)。米国では、法医病理学者行政官の主任にコロナーの役割をさせているが、法的観点、事故予防の観点は乏しい(4)。VIFM では、コロナーが法的責任者であるが、法医、CLS 担当臨床医、看護師と実質的には対等である。そこでは、お互いの職責や長所を尊重し合い、協力して働くチーム体制が確立している。何より、問題発見能力と自己解決能力が優れている。このような VIFM・CLS の方式は、病院内死亡や医療関連死への対応として最適である。

この CLS に関する評価を要約しよう。①病院報告事例に対して臨床的・リスクマネジメント的な視点を週 1 回の検討会を通じて養い、

コロナーが臨床研究を解釈し、(塩化カリウムの誤注射、病院における転落事故に関する)政策を提言できる途を開いた。②医療関係者とコロナー関係者の意思疎通が促された。例えば、医療アドバイザー委員会に加えて、医師・看護師教育、医学雑誌投稿、電子メール事例報告レター発行、見学・開放日の設定等である。そして、③医療従事者のコロナーに対する協力を効率化した。

6. コロナー情報の開示と法的処理への利用

コロナーは、犯罪事実を見つけ、個人を裁くのではなく、死亡の状況を調べ、できる限り正しい事実を見出し公式な調査結果として事実を認定する。そして、その事実が責任の所在を示し、法的な結論や判断を導き出す。また、コロナー法(9)には、「コロナーや関係者の権限で、義務として、あるいは、職責上、得られた知識について、どのような裁判・法的手続きであれ開示を求めてはならない。」、また、「コロナーの調査記録と含まれる事実は、どのような裁判においても証拠とはならない。」(9)、さらに、「コロナーや関係者は、調査対象者の罪に関することをいってはならない。」と記載されている。関係者は、「医師の届け出を促すためには confidentiality が重要であるが、患者や家族には真実を知る権利がある。両者の調整に関する透明・公正な方法についての議論は哲学である。」という。

利害関係者に開示されるコロナー調査の証拠には、医師の能力の評価が含まれる。しかし、コロナーは注意義務違反に関して法的判断はしない。また、遺族は情報を民事訴訟に使えるが、自ら民事訴訟上のルールにしたがい医師の違反を証明しなければならない。反対に、民事裁判で当該医師はコロナーの認定事実で反論できる上、自ら鑑定人を立てられる。結局、医師の賠償責任の判断は陪臣に委ねられる。賠償は、医師保護団体の保険で処理される。しかし、「オーストラリア人は医療関連の訴訟や犯罪追及に関心が低いのではな

いか？」という吉田の印象は正しいという。さらに聞くと、「上級政策決定者のポリシーと宣伝の効果である。」という。また、コードナー教授は、熱傷の少女にモルヒネを過剰投与して死亡させた医師が業務上過失を問われた事例を、刑事処理の不適切性に関する警鐘的事例として報告した(12)。オーストラリアでは、医師の登録団体である Medical Practitioner's Board が、注意義務違反を犯した医師の登録の停止・抹消などの行政処分をする(13)。さらに、健康サービスコミッショナー(オンブズマン)が対応するが、ここから遺族補償は期待できない。

事例調査を基にして、コロナーは将来起こりうる同様の死亡の予防のために提言できる。コロナー法(9)には、コロナーは、「公衆衛生、安全、そして、正義の履行のために必要と思ったことに関しては、何をコメントしてもよい。」と書かれている。そして、VIFM が調査して、避けられる要因や個人のエラーを見出せなければ、多くの遺族は満足する。医師や病院が同じ結論に達しても、コロナーの結論ほど信用されない。よって、コロナーの第三者性・公正性が重要であり、その調査が紛争を予防しているといえる。

7. 管理下の死亡に関する事例

CLS の医師から、「精神科病棟で、喘息の既往がある患者が死亡した。担当のレジデントは何を考えるべきか？」と質問された。彼は、「精神科医には、喘息の治療はできない。症状があったのだから、できるだけ早く呼吸器科の医師の診察を受けさせ、病状を把握し、症状が出た場合には、指示に従いすぐに治療ないし紹介すべきだ。しかし、決して見逃したレジデントの責任を問うのではなく、管理・指導体制をチェックし、病院が症状のある患者に適切に対応する体制、すなわち、システムの是非を問うべきだ。」と一気に述べた。

英米圏では、拘置所・留置所・老人ホーム・保育所・精神病院等、保護状態での死亡には

届出を要する。しかし、日本では、このような死に対して、第三者による死因究明があまり行われていない(15)。

8. 病院からの届出と、コロナーの健康・医療アドバイザー委員会(10)

異状死届出の時、医師には、ビクトリア病院協会紹介マニュアル記載の各項目への対応が求められる。①コロナーに直ちに知らせよ。②コロナーの医療供述書を完成せよ。院内死亡の異状死に関して、コロナーに相談せず死亡診断書を発行すべからず。③遺族がいる場合、身元確認書を完成すべし。④静脈・動脈ライン、経鼻胃管、気管内挿管、ドレーン管、留置カテーテル等は除去せず、結ぶか活栓部で閉じ液漏れを防いで届け出よ。

繰り返し起こるシステムエラーによる院内死亡は、医療機関内やそのシステムでは解決できないので、州コロナーは隔月開催の「医療アドバイザー委員会」をつくった。医学会のビクトリア支部代表者からなるこの委員会は、コロナーにアドバイスをし、医療界にリエゾンし、コロナーに協力する医療鑑定者の獲得を助ける。さらに、医療システム上の問題解決のシステムをつくる。

9. 電子メール雑誌による警鐘的事例の紹介(11)

システムエラーに起因した警鐘的事例が、コロナール・コミュニケという電子メール雑誌で、VIFM、州医師会、州学会支部のホームページから配信されている。1例を紹介しよう。

要約：48歳女性が緊急腹腔鏡実施後、多臓器不全により集中治療室に長期入院中、軽快したので一般病棟へ移す前、感染予防のため血管内透析カテーテルが置換された。約7時間後、血圧が低下したので昇圧治療が行なわれた。胸部X線撮影上カテーテル先端部が右心房内に存在することが確認され、引き戻されたが、病状は悪化し、約30時間後死亡した。

コロナー調査：当該医師・看護師の供述書

を第三者集中治療専門家と放射線科医師が鑑定した。患者の死因は、カテーテル置換に伴う心タンポナーデであった。カテーテル置換後、ルーチンのX線撮影は行なわれなかった。X線撮影は置換8時間後と20時間後に行なわれ、カテーテル先端の偏移を示していたが、見逃され治療が遅れた。コロナーは、患者の死亡は予防可能で、医師は病院・製造者の指針に従わなかった点で注意義務に違反していると判断した。

コロナーの提言：①病院の操作手順に従い、中心静脈にカテーテルを挿入・操作・置換した場合、胸部X線・フルオログラフィーにより先端を確認しなければならない。②この患者のシステムエラーは同定できた。③州ヒューマンサービス部門は、製造者の説明書・指針が事故に繋がった点を検討中である。

D, E. 考察と結論

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なっている。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。さらに、Uminを用いた低コスト高パフォーマンスのIT情報管理システムを計画中である。

F. 健康危険情報 (特になし)

G. 研究発表

日本医事新報に掲載予定

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

文 献

1. 吉田謙一著「事例に学ぶ法医学」有斐閣、東京、2001年
2. 吉田謙一、武市尚子、河合格爾、池谷博、稲葉一人、瀬上清貴：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。日本医事新報 4201：53-58, 2004.
3. 武市尚子、吉田謙一、瀬上清貴.：原因究明と再発防止をめざす医療関連死届出制度の提案 厚生労働科学研究費補助金（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15年度分担研究報告書. 19-32、2004年3月.
4. 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 2003；4150：59-64.
5. 吉田謙一、黒木尚長、河合格爾、武市尚子、瀬上清貴：英日比較 医療関連死・医療紛争対応行政システム1：英国のコロナー制度にみる医療事故対応。判例タイムズ 1152：75-81, 2004.
6. 河合格爾、武市尚子、菊池洋介、中島範広、池谷博、吉田謙一：ブリストル事件が英国の医療を変えた：医療ミスの原因究明から医療政策改革へ。医療安全。印刷中。
7. Cordner SM, Loff B. 800 years of coroners: have they a future? Lancet. 1994;344(8925):799-801.
8. VIFM (Victorian Institute Of Forensic Medicine) review ISSN 1448-5842, 2003&2004. information is available at www.vifm.org
9. Coroners Act 1985. Act No 10257/1885 (version incorporating amendments as at 22 October, 2003)
10. 州コロナー-Graeme Johnstone (GRAEME.JOHNSTONE@CORONERSCOURT.VIC.GOV.AU)に問い合わせ可能:
11. Coronial Communique (電子メールジャーナル) : Managing Editor, Ms Stacey Emmett(staceye@vifm.org)より入手可能.
12. Loff B, Cordner S. Doctor found guilty of manslaughter over death of young girl. Lancet 356: 1909, 2000.
13. 吉田謙一、黒木尚長、河合格爾. 英日比較 医療関連死・医療紛争対応行政システム 2: 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熱い展開. 判例タイムズ 1153: 80-88, 2004
14. Milroy CM, Whitwell HL. Reforming the coroner's service. Major necessary reforms would mean an integrated service and more medical input. Brit Med J. 327: 175-176, 2003.
15. Yoshida K, Uemura K, Takeichi H, Kawai K, Kikuch Y. Investigation of deaths in prison in Japan. Lancet 2003; 362(9387): 921-922.

参考資料

4カ国（日米英豪）の異状死届け出と死因究明制度の比較
エクセルファイルより

4カ国(日米英豪)の異状死届け出と死因究明制度の比較

項目	日本	英国	米国(ロサンゼルス郡)	オーストラリア(ビクトリア州)
目的	犯罪捜査(一部行政)	死因究明(必要時、警察関与)	死因究明(必要時、犯罪捜査)	死因究明・予防対応(必要時、犯罪捜査)
異状死届出(全死亡比)	約12%	約33%	30.6%	約25%
法医解剖率(全死亡比)	約1.3%	約22.7%	約9%(ロサンゼルス)	約20%
届出先	所轄警察署	コローナ事務所	検視局(兼コローナ)	法医学研究所十州コローナ事務所(同一建物)
届出対象認知度(医師・一般)	低い	高い	高い	高い 多い、法規定あり、病院取り扱い全例(約1,000)
医療事故関連死の届出	少ない、法規定無し	大部分、法規定あり コローナオプナイサー(捜査官) 法医解剖執刀医	年400~500件、法規定あり 検視局捜査官	リエゾンオプナイサー(看護師)・ コローナ専属警察官・臨床評価医(CIS)
事情聴取・捜査	警察官	法医調査専門(行政)	死因調査専門(行政・刑事捜査) メデアカルイクサミナー(ME)自ら実施、または、指示	死因調査専門(行政・刑事捜査) リエゾンオプナイサー、臨床評価専門医・ コローナ・法医、現場検証は警察
その専門性 解剖執刀者の関係者への事情聴取や 現場検証	犯罪捜査の一部	死因調査専門(行政) コローナ(法律家)が指示 積極的	あり(検視局医官) 主任メデアカルイクサミナー (ロスではコローナ=検視局長)	Clinical Liaison Service(CLS, 病院事例全て) 法的にはコローナ、法医病理医と並立(看護師が 予備決定)
初期専門鑑定	なし	あり(臨床医など)	あり(検視局医官) 主任メデアカルイクサミナー (ロスではコローナ=検視局長)	高い(法律、法医、臨床医学)
死因究明・解剖決定責任者	検察官(検視官=警察幹部)、 監察医(施行地域)	コローナ(法律家多、一部医師)	高い(法医学)	法・医並立(コローナ、法医、臨床評価医)
その専門性(経験・業務比率)	低い	高い(法律)	死因調査全般指揮・医療警察の地方長官 可(遺族、関係者) あり(検視法廷なし、解剖開示)、報道多 し	可
実質的役割	起訴判断・捜査指揮	死因調査全般指揮・判事	死因調査全般指揮・医療警察の地方長官 可(遺族、関係者) あり(検視法廷なし、解剖開示)、報道多 し	可
関係者解剖立会い(結果開示)	不可 一部、警察・検察から開示 (極めて遅い)	可(遺族、関係者)	死因調査全般指揮・医療警察の地方長官 可(遺族、関係者) あり(検視法廷なし、解剖開示)、報道多 し	あり(一部検視法廷、解剖開示) リエゾンオプナイサー、 ケースローカー(心理学者) 原則扱わない。犯罪行為と関連ある可能性が明らか な場合は、一般法廷へ移管
死因調査結果の開示	遺族への対応(満足度) 医師注意義務の申立て (民事・行政処分)	あり(一部検視法廷、解剖開示) コローナオプナイサー(捜査 官)、高い	死因調査全般指揮・医療警察の地方長官 可(遺族、関係者) あり(検視法廷なし、解剖開示)、報道多 し	あり(一部検視法廷、解剖開示) リエゾンオプナイサー、 ケースローカー(心理学者) 原則扱わない。犯罪行為と関連ある可能性が明らか な場合は、一般法廷へ移管
対応	刑事的(業過疑い) 刑事責任の追認(処分少な い)	事実認定のみ 医師自己規制団体(GMC)(通告 を奨励)	死因調査全般指揮・医療警察の地方長官 可(遺族、関係者) あり(検視法廷なし、解剖開示)、報道多 し	リエゾンオプナイサー、 ケースローカー(心理学者) 原則扱わない。犯罪行為と関連ある可能性が明らか な場合は、一般法廷へ移管
行政処分との関連	倫理・不法行為	倫理・医療行為・健康問題	死因調査全般指揮・医療警察の地方長官 可(遺族、関係者) あり(検視法廷なし、解剖開示)、報道多 し	リエゾンオプナイサー、 ケースローカー(心理学者) 原則扱わない。犯罪行為と関連ある可能性が明らか な場合は、一般法廷へ移管
制裁対象	倫理・不法行為	倫理・医療行為・健康問題	死因調査全般指揮・医療警察の地方長官 可(遺族、関係者) あり(検視法廷なし、解剖開示)、報道多 し	リエゾンオプナイサー、 ケースローカー(心理学者) 原則扱わない。犯罪行為と関連ある可能性が明らか な場合は、一般法廷へ移管
事故予防への対応・利用	不可能	可能(検視法廷提言、GMC通 告)。別に多くの行政届出制度。	死因調査全般指揮・医療警察の地方長官 可(遺族、関係者) あり(検視法廷なし、解剖開示)、報道多 し	リエゾンオプナイサー、 ケースローカー(心理学者) 原則扱わない。犯罪行為と関連ある可能性が明らか な場合は、一般法廷へ移管
死因究明の専門性・一貫性	低い	高い(法的)	死因調査全般指揮・医療警察の地方長官 可(遺族、関係者) あり(検視法廷なし、解剖開示)、報道多 し	リエゾンオプナイサー、 ケースローカー(心理学者) 原則扱わない。犯罪行為と関連ある可能性が明らか な場合は、一般法廷へ移管
情報公開・透明性	低い	高い	死因調査全般指揮・医療警察の地方長官 可(遺族、関係者) あり(検視法廷なし、解剖開示)、報道多 し	リエゾンオプナイサー、 ケースローカー(心理学者) 原則扱わない。犯罪行為と関連ある可能性が明らか な場合は、一般法廷へ移管
公正性(公衆への配慮)	捜査主導・守秘	公衆衛生・公衆保護重視	死因調査全般指揮・医療警察の地方長官 可(遺族、関係者) あり(検視法廷なし、解剖開示)、報道多 し	リエゾンオプナイサー、 ケースローカー(心理学者) 原則扱わない。犯罪行為と関連ある可能性が明らか な場合は、一般法廷へ移管
人権(遺族・医師)への配慮	低い	高い	死因調査全般指揮・医療警察の地方長官 可(遺族、関係者) あり(検視法廷なし、解剖開示)、報道多 し	リエゾンオプナイサー、 ケースローカー(心理学者) 原則扱わない。犯罪行為と関連ある可能性が明らか な場合は、一般法廷へ移管

平成15年度厚生労働科学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に関する研究」(吉田謙一、瀬上清貴ら)等を参考に事務局にてとりまとめ
人口5,000万人余り

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	東京大学大学院医学系研究科・法医学講座・教授
武市 尚子	東京大学大学院医学系研究科・法医学講座・博士課程
木内 貴弘	東京大学大学院医学系研究科・UMINセンター・教授
稲葉 一人	科学文明研究所・特別研究員
瀬上 清貴	前国立保健医療科学院・公衆衛生政策部・部長

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 東京大学大学院医学系研究科・法医学講座・教授
武市 尚子 東京大学大学院医学系研究科・法医学講座・博士課程
木内 貴弘 東京大学大学院医学系研究科・UMIN センター・教授
稲葉 一人 科学文明研究所・特別研究員
瀬上 清貴 前国立保健医療科学院・公衆衛生政策部・部長

研究要旨

日本では、医療関連死を警察に届出した場合、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・病理医の協力が求められる。

A. 研究目的

本研究は、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するものである。

B. 研究方法

従来、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、提言としてまとめる。

C. 研究結果

1. はじめに

医師法 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、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」と規定している。都

立広尾病院事件(1999 年)の裁判を端緒として、諸学会の間に届出対象に関する論争があり、混迷が続いてきた(1)。平成 16 年 4 月 13 日の最高裁判決により「明らかな過誤による死」については、診療中の医師の届出義務が認められたが、届出対象は明示されなかった。

医療事故死、医療過誤死、合併症による死など医療に関連した死亡には様々あるが、本稿では、過誤にかかわらず広く捉えて「医療関連死」と仮称する。米国では、医療関連死が年間数万人という報告(2,000 年)が世を驚かせたが(2)。カナダでは、入院患者の 1/13 名が有害事象に遭い、1.6%が医療事故から死亡したと推定されている(2,000 年)(3)。

日本の医師による医療関連死の届出は極めて少ない。これは、諸外国のような医療関連死の死因究明に現実的に対応できる行政機関を持たないことによる(1)。平成 16 年 4 月 2

日、日本内科・外科・病理・法医四学会が解剖等により医療関連死の死因を究明する「第三者機関」の設立に関する共同声明を示し、そのワーキンググループが検討を始めた。

私達は、法医、法律研究者、医療行政研究者、医療安全専門家、臨床医、医療情報研究者、そして法医学大学院生よりなる「第三者機関勉強会」に拠って第三者機関のあり方を

検討している。これらの検討を踏まえた本稿の目的は、①諸外国と日本の異状死・医療関連死の取り扱いを比較し、日本の制度の問題点を明らかにし、②死因究明のためにあるべき第三者機関の役割と要件を整理し、③医療関連死を異状死と分けて届け出る制度を採った場合、保健所への届出制度が現状では最も優れた制度であることを示すことである。

表1 自然死と異状死の比較

自然死 (病死)	異状死 (不自然死)
生物学的な死、個体死	社会的な死、法的な死
誰もが納得できる死	誰かが納得しない可能性のある死
患者・医師関係で処理できる	患者・医師関係で処理できない
届ける必要のない死	届出対象死 (reportable death)
臨床医 (病理医) が診断	法医・死因究明専門化が検案・解剖

2. 異状死の概念と、医療関連死の取り扱い

表1に、万国共通の異状死 (不自然死) と自然死 (病死) の比較を示す。人は、社会的・法的な存在である。異状死では、誰かが納得しない可能性があるので法的な対応を要し、患者・医師関係で処理すると紛争になる可能性がある。そのため、専門家による検案・解剖のため届出るべき死である。実際には、突然死や死因や死の状況が不明の病死事例が多い。しかし、臨床医が確実に死亡を確認した死亡以外の「病死」の診断は、解剖をし、死亡状況・既往歴などを考慮した上、外因死の可能性を除外して、はじめて可能となる。

諸外国では、「医療関連死は、異状死に包含される」死であり、広く届出られて法医解剖されている。例えば、英国では、多くは法律家である行政官コローナに届出られた事例の内、手術関連死約6,000体が (大部分、法医) 解剖されている (4,5)。東京地検取り扱い全医療関連死司法解剖数29件 (2003年) を人口などで補正すると手術関連死の解剖・届出

は、英国では日本より2桁多いと推定される。一方、米国の都市部では、法医病理認定資格をもつ行政官 medical examiner (ME) が異状死届出後の過程を取り仕切っている (6)。ロスアンジェルス郡では、MEが実務経験を活かし包括的に死因究明を指揮することにより900万人余の人口で医療関連死の届出を年間400~500件、解剖率を約1割に抑えている。

日本の医師は、「異状死とは、犯罪の関係した死」であるので、「明らかな過誤・過失」(外科系12学会指針)のある死のみ届出対象であると思っている。そして、「大部分の医療関連死は異状死でない」ので、「死因は臨床診断・病理解剖で決定できる」と考えている。しかし、「(たとえ、医療過誤があったとしても)、自分の診療経過中の死亡は届出るべき異状死に当たらず、届出は自白の強要である」という広尾事件裁判の病院側の主張は、医師自ら「ミスを隠す」権利を主張しているとして医師が誤解される原因となりかねない。また、明らかな過誤のみ届出るという考え方も同様

である。

医師が、ミス隠しをしないことを示し、第三者による死因究明と判断を求めるためには、医療関連死を全て届出の必要がある。そして、第三者により検案、解剖、医療評価をし、その結果を開示して事故の予防に役立てる必要がある。

3. 日本において医療関連死を異状死として取り扱うことの問題点

(欧州)大陸法圏の国々では、日本と同様に異状死を警察に届出するが、届出後は行政的な死因究明が行われる。一方、英米法圏諸国では届出から死因究明の全般に至る過程が死因究明の専門家によって包括的に行われ情報が開示される。ところが、医師法 21 条に基づく医療関連死の異状死届出は、医師の業務上過失に対する捜査の端緒であり、届出られた事例の大部分が司法解剖される。また、当該医師は被疑者扱いされ解剖結果は開示されない。実は、これらのことが、日本で医師の届出を抑制し事故予防に対する医師の誠実な気持ちを萎えさせている原因である。その結果、「正直者が馬鹿を見る」と思う医師に対して理を説いても納得は得られない。

米国で高裁判例を検証した研究では、第三者による解剖が有効であること、解剖による早期の死因究明が紛争を予防していることが

示唆された (7)。しかし、日本では、医療関連死の解剖数は少ない。

私達の調査では、一般人は、医療関連死に関して法医解剖を病理解剖より信頼している (8)。実際、遺族が病理解剖の勧めや結果に納得しないため、司法解剖となる事例は少なくない。しかし、司法解剖の問題点も少なくない。まず、警察による事情聴取では解剖に必要な医学的情報が得られない上、調べを受ける医師の苦痛は大きい。また、解剖の要否は、警察官が犯罪性の判断と遺族の要求によって決めるため、無駄な解剖もあり、解剖を嫌う遺族には強制している面もある。加えて、検察は、臨床医学の専門家でない法医に医療ミスかどうか判断させて起訴の可否を決める。法医は、臨床医の助言を得る努力をしているが、臨床医の信頼を得るのは難しい。一方、医師の問い合わせに対して、検察は執刀医の応対を禁じている。遺族が強く求める執刀医の説明すら公式には認められていない (9)。大部分不起訴資料となる鑑定書の内容は、遺族や医師へ開示されず、秘蔵される。

ここで、今までの議論を踏まえ、表 2 に届出がなぜ必要か要約する。届出に多くのメリットがあるのに、日本では、「犯罪を見逃さない」という手続きが、届出側にも届出られる側にもきな圧力となっている。

表 2 届出の必要な理由

ミス隠しをしないことを示す 公正な死因究明・解剖・評価（鑑定）の端緒とする 医療の質の向上と事故予防に役立てる 遺族の苦情に対応し、紛争を予防する 患者・医療従事者の人権を擁護する 犯罪を見逃さない
--

4. 諸外国と日本の医療関連死取り扱いの比較

日本と諸外国の異状死全般の取り扱い (表

3)、及び、医療関連死の取り扱いの違いを比較する (表 4)。臨床診断は剖検で訂正されることが多いことを考慮すべきである (9) が、

日本では少数しか解剖されていない。患者の利益のためにも、どのような制度にすれば医師が医療関連死を届出で解剖されやすいかを考えるべきである。

日本の医師達が届出をしない原因として、解剖・捜査情報が公開されないことがある。反対に、英米では届出によって透明性・公正性が示され、解剖・捜査情報が公開され事故・

紛争予防に役立つことが、医師に明確に認識されている。また、届出ないと遺族に疑われる可能性がある。このように、届出のメリットを明示し、医師の届出を促進すべきである。そのためには、届出後の法的な取り扱いや処分の基準を示した上、医師が届出のデメリットと感じていることを改善すべきである。

表3 異状死の取り扱いの国際比較

	日本	大陸法圏	英米法圏
届出先	警察	警察	死因究明専門家
目的・取扱い	刑事(犯罪捜査)	行政(死因究明)	行政
医療関連死届出	少ない	北欧大部分	大部分
異状死/全死亡	約12%	北欧3-4割	約3割
法医解剖率	1.4%	北欧3-4割	国23%、米約10%

表4 医療関連死届出の国際比較

	英米など	日本
届出対象	明示	各学会指針
医療関連死・異状死の関係	異状死に包含	過誤のみ異状死?
届出目的	原因究明	犯罪捜査
情報公開→予防利用	している	していない
届出効果	透明性・公正性 事故・紛争予防	利点は未知 起訴される恐れ医師のメリット
医療関連死届出	明らか 当然	不明 抵抗感強い

5. 諸外国における医療関連死取り扱いの比較

北欧諸国は、世界中で異状死届出率・法医解剖率が最も高い。フィンランド(11)では、大部分の医療関連死が異状死として警察に届出られ調書が作成される。その後は、大学の法医が、医師が提出した報告書と調書をもとに検案をし、大部分に死因究明目的の司法解剖を、病理医・臨床医の協力の下、時には、当該医師の立会いの下、実施する。また、医療行為の評価と医師の行政処分をする国の委

員会に紹介する。この委員会では法医・臨床専門医が合議で判断を示す。ドイツでも、大学を中立的行政機関と見なし、法医学教室に多額の公的資金を投入して多数の職員を雇用し、解剖や検査(血液、アルコール、薬物、DNA)などを多数実施している。

英国における典型的な麻酔・手術中の事故に対す死因究明の実際例を調査結果から再現しよう(4)。英国では、誰でも異状死をコロナーと呼ばれる法律家に届け出る。医師は、各種のガイドラインに従い手術中・麻酔覚醒

前、医療との関連性が疑われる事例を届出ている。まず、警察が警察医と検視した後、コロナー捜査官に引き継がれる。コロナー捜査官は関係者から事情を聴取しコロナーに報告する一方、遺族のあらゆる苦情に対応する。コロナーは、医療関連死では、執刀医に事情聴取を、臨床専門家に鑑定を依頼できる。実際には、解剖室に当該医師を呼んで事情聴取しながら解剖をし、聴取内容を文書化して当事者に確認・署名をさせてコロナーに提出することが多い。警察の捜査や裁判が行われる事例などでは、その結果を待って、コロナーが死因や死の態様（病死、事故死、医療合併症など）を評決する。医療事故や公的機関が関与したような重要な事例ではインクエストという検視法廷が開かれ、遺族、関係者、そして、必要な場合に陪臣員が招集される。この法廷では関係者の証言により事実認定が行われ、事故予防のために提案ができる。死因究明過程で得られた情報は、遺族・当該医師の他、コロナーの責任で関係者に開示され、必要に応じて刑事・民事・行政処分に利用できる。

医療行政機関に一元的に届出る方式は、米国の都市部を中心として施行されるメディカルイグザミナー(ME)制度の地域で行われている(6,12)。MEは法医病理学者であり、主任ME(検視局長)に異状死の死因究明全過程の責任が委ねられる。ここでは、ME自ら、またはME独自の捜査官や専門職員が証拠保全・事情聴取をし、専門家へ照会できる。死亡診断書の管理や遺族対応もMEが指導する。さらに、MEは医師の行政処分機関に通告できる。カリフォルニア州では医療関連死は刑事免責されている。米英では、届出と解剖の目的は死因究明であり、その結果は開示され、事故予防に利用できる。

ME制度を模した監察医制度は、第二次世界大戦後、全国8箇所を導入されたが、現在、東京23区・大阪市・神戸市など全人口の1

割程度しか恩恵を受けていない。届出を受けた警察では検視をし、犯罪性の見地や遺族の要求から必要と判断した場合、司法解剖を囑託する。その他の事例では、監察医が検案をして検案書を書くか、行政解剖を勧める。しかし、検案時、遺族や関係者からの事情聴取から遺族が疑いを持つ可能性があり、また、証拠保全や法的対応が求められそうな場合には、監察医が司法解剖へ振り替えることが多い。監察医の実務より、医療関連死への対応では遺族対応を重視すべき点、監察医のような医療専門家が検案や事情聴取をすることとの重要性が理解される。しかし、監察医機関で医療関連死が取り扱われるには、何らかの体制作りが必要であろう。

6. 届出をすべき第三者機関の要件

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(7)。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、解剖の要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。

7. 保健所届出の要件

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(14)。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、表5に示すようにメリットは多い。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。

表5 保健所届出のメリット

<ul style="list-style-type: none"> ・ 公衆衛生（事故予防）目的 ・ 医療専門家による事情聴取・調査権限 ・ 医師・住民に信頼（相談・苦情） ・ アクセスしやすい（地域密着） ・ 保健所長が解剖要請できる ・ 改善命令・行政指導 ・ 厚生行政へのフィードバック ・ 検案医補充・検案レベル向上

日本では、警察対応を望む遺族もあり、医師法21条は無視できないので、遺族が警察に告発する道は残さざるをえない。しかし、警察から保健所に通告して、事情聴取段階から医療専門家に対応させたほうが、原因究明の実が挙がる事例が多いと思われる。医療関連死の届出を保健所に一元化するためには、医師法21条の改正が求められるが、法律家や社会の理解を得るのは簡単でないと思われる

(13)。保健所と警察への届出を並立するとしても、保健所に届出べき医療関連死を明確に定義し、医師がこれを保健所に届出ることを法に定め、その中から、警察に通告すべき事例を保健所から、もれなく通告することを法定するべきであると思われる。この医療関連死の定義については、次稿で述べる。

警察通告を要する事例として、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、極めて深刻な過誤などがある。

極めて深刻な事例とは、従来、業務上過失が問われた事例に準じて、注射薬の過誤・過剰投与、患者・手術臓器（側）の過誤、器具の接続ミスなどが該当すると考えられてきた。しかし、誤認されやすい薬液容器の問題などにつき、個人のエラーとして取り扱う刑事的な対処法では、再発予防に繋がらないことが明らかとなってきた。

8. 行政指導と行政処分

医療事故の予防や医療の質を向上させるためには、医療専門家が事故の内容や解剖結果を開示し、処分の基準を明示して行政指導・処分するほうが、事故の再発予防に役立つ。この点、日本の医道審議会は、事実認定を刑事捜査情報と報道情報に依存し、独自の調査システムを持たないので、医療関連死のごく一部しか把握できていない。また、常時、医療専門家が調査・審議に参加するシステムを持たず、審議過程が公開されないのが、現状

では、医療事故の再発予防には、あまり貢献できない。

英国では医師の自律的管理団体であるGMC(General Medical Council)が、医師である審議員自ら定め冊子に記載した基準に従って医師を指導し、多くの遺族の苦情に加えて、コロナー・医師の通告に対して、明確な基準に照らして審議し、指導・処分している(14)。しかし、多数の医療事故死を防げなかったブリストル病院の事件の教訓より、コロナーの死因究明の情報をGMCに伝えることの重要性が指摘された(15)。このことより、医療関連死の死因究明に関する情報は、行政指導や処分に利用されるべきであることがわかる。

D. E. 考察と結論

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。

F. 健康危険情報 (特になし)

G. 研究発表

日本医事新報 4201: 53-58, 2004.

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

文 献

1. Yoshida K, Kuroki H, Takeichi H, Kawai K. Death during surgery in Japan. *The Lancet* 2002; 360: 805.
Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. Eds. In "Too err is human: Building a safer health system". (Comittie on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine). National Academy Press. Washington, DC. 2000. 翻訳「人は誰でも間違える: より安全な医療システムを目指して」: 著者同じ(医学ジャーナリスト協会訳) 科学評論社、東京、2000年.
2. Kermode-Scott B. New safety study quantifies medical errors in Canadian hospitals. *Brit Med J* 328: 1338, 2002.
3. 吉田謙一、黒木尚長、河合格爾、武市尚子、瀬上清貴: 英国のコロナー制度にみる医療事故対応: 第三者機関のモデルとして. 判例タイムズ印刷中.
4. 黒木尚長、吉田謙一. 日英の死亡診断書の比較にみる日本の死因決定制度の問題点—異状死届出との関連性について. *日本医事新報* 4178: 55-60, 2004
5. 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.
6. Bove KE et al. The role of autopsy in medical malpractice cases, 1. A review of 99 appeals court decisions. *Arch Pathol Lab Med.* 2002; 126: 1023-31.
7. 河合格爾、池谷博、武市尚子、甲斐一郎、吉田謙一: 一般市民の医療事故死に関する意識調査. *日本医事新報* 印刷中
8. 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.