

- 法学セミナー 595 : 76-80, 2004.
9. 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.
  10. 池谷博、Sauli Toivonen、岩瀬博太郎、高取健彦、Pekka Saukko. 日本とフィンランドにおける死因決定システムの違いについて. 日本醫事新報 2003; 4141: 57-60.
  11. 吉田謙一、瀬上清貴: マイアミ・デード郡死因調査局見学記: 死因調査第三者機関としてのメディカルイグザミナー制度のあり方を求めて. 賠償科学 31: 74-81, 2004.
  12. 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. 厚生労働省科学研究費補助金(医療技術評価総合事業)「死体検案業務の質の確保に関する研究」(平成 15 年度 総括・分担研究報告書) 19-32, 2004.
  13. 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. 判例タイムズ 掲載予定
  14. 河合格爾、武市尚子、池谷博、吉田謙一: ブリストル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. 投稿準備中。

#### 4. 届け出るべき「医療関連死」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

## 届け出るべき「医療関連死」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

保健所等の医療行政機関に届け出るべき「医療関連死」について考察した。そして、「『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」であることを提案する。当面、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は、異状死として警察届出の対象となる。保健所等から警察に通告、または、医師に届出を勧告する途をおく必要がある。

### A. 研究目的

本研究は、医療関連死を医療行政機関に届出の場合に法定する必要がある対象につき、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。

### 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、医師に死体を検案して異状を認めるときに所轄警察署に届出義務を課しているが、医療関連死の医師からの届出は少

ない。その原因として、届け出対象が法定されていないこと、医師が刑事犯扱いされること、そして、解剖情報が開示されず事故予防に役立たないことなどがある (1, 2, 3)。

検案とは、死体の外表検査(検死)や事情聴取内容などに基づき医師が死因・死亡時刻などを判断することをいう。しかし、都立広尾病院事件最高裁判決(平成 16 年 4 月 13 日)では、医師は自ら診療中の患者についても「検案」により薬物注射による事故等の異状を認めるときには届出の義務を負うことが判示された。しかし、医師にとって、「明らかな過誤」により死亡した事例は届け出るとしても、過誤が明らかでない医療関連死の届出の範囲は定かではない。

私達は、前稿 (1, 2) において、「医療関連死」を異状死とは分けて保健所などの医療行政機関に届出るべきことを提案した。この届出は、第三者医療専門家による死因究明・解

剖・医療評価の端緒とし、事故の予防に役立て、遺族の苦情に対応するために必要である。

届出後、医療専門家が事情聴取、証拠保全、検案をした上、解剖の要否を判断する。その中で、犯罪に関連した「異状死」該当事例があれば、保健所から警察に通告するか、医師に届け出を促す(1,2)。このためには、まず、関連法規を改正して、「医療関連死」としての届出対象を明示し、法的手続きを定める必要がある(1,2)。

本稿では、議論の出発点として、国際比較と法医実務経験から、届け出るべき「医療関連死」の法的規定について考察する。

## 2. 日英米の比較に見る「医療関連死」の届出対象

英米では、医療関連死は異状死に含まれる。そして、異状死届出は、法的対応の見地から、臨床医が自ら死亡証明書(死亡診断書・死体検案書を区別しない)を書かず第三者に検案

や法医解剖に委ねる手続きである。ロスアンジェルス郡検視局解剖マニュアルには、法医解剖は、「将来、法的な問題に発展する可能性の見地から、所見の適切な記録と証拠の収集を以って死因と死の態様(自然死、事故死、自・他殺等)を決定するために行われる。」と書かれている(4)。日本では、警察への異状死届出は全死亡の12%程度であるが、英米では行政機関が半数以上につき連絡・相談を受け、約1/3で届出を受理している(1-7)。

英国では、コロナー法が全国民に異状死の届出義務を課している。コロナー事務所に届け出るべき異状死は、戸籍法の規定(表1)に基づき国民健康保険・内務省・統計局・各コロナー事務所のガイドラインや死亡診断書マニュアルに記載されている(5,6)。医師には、職業上の届け出義務はないが、医療関連死は大部分届け出られているという(5,6)。

表1 英国戸籍法上のコロナー届出対象

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. 外因死が疑わしい状況や病歴がある死亡</li><li>2. 事故に関連した可能性があるかもしれない死亡(時期は問わない)</li><li>3. 労働・職業と関連している可能性がある死亡</li><li>4. 流産と関連した死亡</li><li>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の死亡</li><li>6. 医療行為や治療と関連している可能性がある死亡</li><li>7. 死者自身の行為が死に寄与した可能性のある死、例えば、自虐行為、薬物・有機溶媒使用による死亡</li><li>8. 警察または拘留所内の死亡(病死、拘留中死亡を含む)</li><li>9. 入院24時間以内の死亡</li><li>10. 精神保健法による拘留中の死亡</li></ol> <p>(出生、死亡、婚姻に関する規則51条、1968年改正)</p> |
|---|

英国では、医師は、医療関連死を届け出れば、公正に原因が究明され結果が開示されるが、届け出なければ遺族に疑われることを知っている。医師の登録を管理し、行政処分をする全国医事審議会 GMC の活動方針は「医師

自らが患者を守る」ことである(8)。

米国では、一般に異状死届出対象は外因死・不審死・突然死・予期しない死亡・医師の立会いのない死亡・公的機関における死亡などであるが、地域差がある(4,7)。フロリ

ダ州法には医療関連死の届出が明記されていないが、大部分届け出られているという(7)。カリフォルニア州法は、治療・診断行為後 24 時間以内に起こった偶発事故(therapeutic misadventure)死亡例の届け出を定めている(4)。ロスアンジェルス検視局マニュアルは

“potentially therapeutic death”を、英国戸籍法は「医療行為や治療と関連している可能性がある死」を(4, 5, 6)届出対象と定めている。また、日本法医学会ガイドライン中の医療関連死の定義(表 2)は、これらの規定を参考に詳述したものと思われる(3)。

表 2 日本法医学会異状死ガイドライン中の医療関連死

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  
 注射・麻酔・手術・検査・分娩などあらゆる診療行為中、または診療行為の比較的直後における予期しない死亡。  
 診療行為自体が関与している可能性のある死亡。  
 診療行為中または比較的直後の急死で、死因が不明の場合。  
 診療行為の過誤や過失の有無を問わない。

一方、日本の臨床系の諸学会は、異状死届出が犯罪捜査の端緒となることを反映して(1)、表 3 のように、「何らかの医療過誤の存在が強く疑われ、または、医療過誤の存在が明らかであり、「何らかの医療過誤の存在が強

く疑われ、または、医療過誤の損害が明らかであり、それが患者の死亡の原因となったと考えられる場合」に該当する事例のみを警察に届け出るべき死としてきた。この点に関しては、以下に議論をする。

表 3 内科学会会告(2002 年 7 月)にみる異状死届出対象

- (1)「何らかの医療過誤」とは、患者誤認、薬剤名・薬剤投与量・薬剤投与方法・薬剤投与経路の過誤、異型輸血、診断用あるいは治療用機器操作などのうち、患者死亡の原因となったと考えられるものをいう。
- (2)「医療過誤の存在が強く疑われる」とは、医療関係者により医療過誤の疑いが確認され、かつ、診療行為直後の生命徴候の急激な変化、死亡時・死亡後の異常な随伴(性)事象の発生、異常や検査所見などの客観的事実に基づいて、医療過誤の存在が疑われることをいう。
- (3)「医療過誤の存在が明らかであると」とは、患者が死亡するに至った経過、状況、その他の客観的事実の存在に基づいて、医療過誤の存在が確認されることをいう。
- (4)「それらが患者の死亡の原因となったと考えられる」とは、医療過誤の存在によって患者の死亡を合理的に説明することができ、他の事実によっては合理的な説明が困難なことをいう。

### 3. 医療関連死としての届出対象の類型と異状死届出

法医学会ガイドラインは、医療に含まれる医療関連死に関する記載(表 1, 2)を参考に、具体的に検討したい。

なお、「術後 24 時間以内」という届出規定

は、術後の管理・出血・縫合不全など合併症による死亡、及び点滴チューブの自己抜去などが 24 時間以内に発生することが多いことからであろう。しかし、24 時間以降の合併症発症が少なくないこと、24 時間の起点の設定の主観性を考えると、時間規定は避けるべき

であろう。

### 3-1) 医療が関連した(可能性のある)有害事象及びその合併症

英国では、「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る死」(表1)は、大部分、医師がコロナーに届け出ている(5,6)。米国でも同様である(4,7)。

(事例1) 腹部大動脈解離に対する緊急手術中、70歳台男性が死亡した。駆けつけた遺族に、緊急を要する手術であり、死は避けようがなかったと説明した。

死の不可避性が医師に周知されている事例であるが、遺族にとっては予期しない死亡かもしれないので、コロナーに届け出て判断と説明を委ね、遺族の誤解を避けたほうがよいと法律家向け法医学書に書かれている(8)。

(事例2) (内視鏡)手術中に大量出血した結果、死亡した場合

このような事例に関しては、手術適応、手術、麻酔医の輸血の判断、そして、避け得たか否かなどについて、第三者の専門医による判断を要する。次に合併症について考える。

(事例3) 交通事故後に発見された脳動脈瘤に対して事故2ヵ月後に行ったクリッピング術中に出血が持続し、成人型呼吸窮迫症候群で死亡した。医師は病死として死亡診断書を発行したが、遺族が警察に通報した。司法解剖の結果より原死因は交通事故に基づく外傷性動脈瘤であったため壊れやすく、クリッピングによる出血は不可避の合併症であると判明し、交通事故と死との因果関係が証明された。

このような「合併症」事例では、届出をしないと死因を誤り、医師に対する不信感が増す上、解剖のチャンスを失い、避けうる合併症か否かを判断できない。このような事例の届出と解剖は遺族・医師双方に有効である(12)。実際、私達の一般人に対する調査結果や実務経験上、不可避かつミスのない合併症

でも、ミスと誤解している遺族が多い(13)。また、事例3は、交通事故との因果関係を調べる必要上、警察への通告を要する。

英米では、臨床医は診療経過中の予想された病死の死亡証明書しか書けない(4,11)。一方、死亡証明書の死の態様に「治療の合併症」があることより合併症が届出対象であることがわかる(4,11)。死亡証明書上の合併症数は、米国は日本の4倍強ある(4)。また、ロスアンゼルス郡検視局で解剖された医療関連死の死因の大部分は合併症であった(4)。

日本の臨床医の多くは、手術の合併症による死を警察届出の対象から除外すべきと考えてきた(1)が、今後は、「医療関連死」として保健所などへの届出対象とすべきである。なぜなら、避け得る合併症に対しては、医師の責任が問われる上(3)、届出後に第三者医療専門家が公の判断を示し、遺族に説明する制度が求められるからである。

なお、医療行為に、手術・麻酔に限らず、注射・検査・分娩などを含めることを明記するには、その合併症を含めて、「医療が関連した(可能性のある)有害事象及びその合併症」と規定するほうがよい。

### 3-2) 予期しない急死(インフォームドコンセントの問題点)

法医学会異状死ガイドラインには、「・・・あらゆる診療行為中や比較的直後の予期しない死亡・・・」と書かれており、諸外国のガイドライン行為として「注射・麻酔・手術・検査・分娩などあらゆる診療行為」と示した(表2)上、「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」を届け出対象と規定している。しかし、諸学会との議論を整理し、届け出対象を法に規定するに当たっては、同じ土俵上での議論を要する。以下に、英・日の法・指針にも「予期しない」という表現は多い。一般に、「予期しない死亡」とは、家族と医師に予期された疾病の自然経過を超えた死亡であって、医師の事前説明が

十分でないか、説明できない状況下で起こる。

(事例4) 看護師が末期喉頭癌の患者の気道内の出血血液を吸引中に患者が急死した。この事例では、妻が強く医療ミス进行疑い警察に通告したが、司法解剖により、肺転移巣壊死部より出血し気道内に吸引したため窒息死したことが判明し、妻は納得した。

このような事例で、出血のために窒息死する可能性について誰が説明をするであろうか。しかし、死が家族に予期されている末期患者でも、吸引・点滴・注射の最中や直後に容態が急変し死亡した場合には、遺族が医療ミスを疑うことがある。

(事例5) 50歳台男性の手術の難しい部位にある脳動脈瘤に対する予防的な手術の前に医師が術中死の危険性が5%位と説明していた。しかし、手術中、出血して死亡した。遺族が、警察に届け出て司法解剖が行われた。

このような場合、医師が術前適切に説明していても、遺族には不十分で、医事紛争となることが多い。外科医に聞くと、患者死亡時には、術前の説明が適切で、事故後に不可避の合併症であったと説明しても、自己正当化と疑われ、遺族には受け容れられないことが多いという。このような事例は、死後早期に届出て、第三者に判断・説明を委ねるとよい。

(事例6) 腹痛を訴えた70歳台男性が病院で倒れ、心肺蘇生後、心電図・エコーにより急性心筋梗塞と診断され治療をしたが、死亡した。死因を説明された妻は納得していたが、後日、医師を訴えた。地裁判決では、腹部大動脈解離の誤診という主張は退けたが、解剖を勧めなかったという主張を認めて医師の責任を容認した(東京地裁判決平成9年2月25日判タ951号258頁)。

このような事例は、届け出ておけば、東京では、監察医が遺族の話聞きながら解剖を

勧めるなど臨機応変に対応するので紛争とはなり難い。

私たちの医師に対する調査では、多くの臨床医が術前説明した範囲を超えた予期しない事故による死亡が起こった場合でも、インフォームドコンセントを得ておれば、届け出ないと答えている(12)。しかし、多くの医事紛争で、手術前の説明はもとより、死亡直後には医師の説明に納得していた遺族が、後日、医師を説明義務違反につき訴えている。したがって、たとえ、医師には死が予期され、死因が分かっている、「患者・家族にとって予期していなかった」可能性のある死亡では、届け出た方が医師にとって安心である。アメリカの裁判事例に関する研究では、患者・医師双方に予期できなかった大部分の死亡につき解剖の紛争予防効果が示唆された(9)。

### 3-3 遺族に疑われる可能性のある死亡

英国の医師に対する死亡証明書記載マニュアルには、「遺族に疑われる可能性がある場合」、医師は届け出たほうがよいと記されている(11)。法医学者ナイト名誉教授は、「医師は、患者の心情に同情し、患者の立場に立って届け出る」という(5,6)。一方、オックスフォード大外科のウェスタビー教授は、「コロナーは公正なので、怒り狂った遺族から医師を法の傘の下に守ってくれる」という(5,6)。コロナー事務所のような公正な死因究明機関があれば、医師は少しでも疑わしい医療関連死を届け出ることができ、その結果、患者・医師の双方の原因究明・事故予防の要求が満たされ、双方の人権が守られる。

(事例7) ヨード系造影剤を注射して尿路造影中に患者がショック状態に陥り死亡した。病院では、異状死届出をして司法解剖が行われ、アナフィラキシーショックと診断された。説明を求めてきた遺族は、強く医療過誤を疑っていた。

このように、注射後の予期されなかった死亡の原因が、薬物ショックなど「確実に診断

された内因死」でも、遺族が過誤であると疑う可能性がある場合には、医師にとって第三者に届け出て説明を委ねたほうがよい。その他、手術・出産・内視鏡・カテーテルなどの最中や直後の死亡など、医師は自然死と断言できる事例でも、遺族はミスを疑う可能性があり、かつ、予見可能性について医師・患者間の意識は乖離しているので届け出た方がよい。すなわち、通常の「医師・患者関係」の範囲内で処理すると、「将来、法的問題(紛争)に発展する可能性がある死」に対して、紛争を予防し、証拠を保全し、関係者の責任の所在を明らかにするために届け出るのである。また、医事紛争において遺族が強く求める原因究明と説明(10, 13)は、届出と第三者による死因究明が行われて、はじめて可能となる。

#### 3-4) 管理責任が問われる死亡

法医解剖は、病院・保育施設における乳幼児突然死、老人ホームにおける誤嚥死など、管理責任を問われ得る状況において、管理責任者の過失の有無を調べることに寄与している。例えば、ベッドからの転落など、医療行為とは無関係でも、管理責任を問われ得る事例がある。また、院内感染や褥瘡による死亡は、医療機関に予防上の措置が求められ、行政が改善を指導すべき重要な対象である。

英米では、交通機関・拘置所・警察管理下の死亡、精神病院入院中の死亡など、公的権力や公共サービスに関わった可能性があり、社会に対する説明責任が求められる全ての死亡が異状死届出の対象となる(5, 6)。

(事例8) 保育園で、生後4ヶ月の幼児が死亡しているのが発見された。救急搬送先の病院から、網膜下出血があり、揺さぶられっ児症候群の疑いを指摘されて警察に届出があり、司法解剖された。

揺さぶられっ児症候群とは、育児ノイローゼの母親が泣き止まない乳児を激しく揺さぶった結果、硬膜下血腫などを生じる一種の虐待である。保育施設や病院における乳幼児死

亡の原因には、鼻口部閉塞(うつ伏せ寝)・胸部圧迫・誤嚥による窒息、種々の疾病・奇形、そして、乳幼児突然死症候群がある(3)。乳幼児突然死症候群とは、「生前の既往歴や状況から死が予想できず、精密な解剖によっても死因を明らかにできない乳児に突然の死をもたらした症候群」とされ、自然死の範疇に属すると解されている(3)。係争時には死因が争点となり、鑑定が有罪・無罪を分ける(3)。反対に、死亡直後に解剖や公的な死因究明が行われていないことが紛争を招くともいえる。

#### 3-5) 不作為の注意義務違反による死亡

英国では、将来、法的な問題や紛争に発展する可能性のある事例、医師の不作為の注意義務違反による死亡の可能性のある事例は届け出て、医師が患者を守るべきであるとされている(5, 6, 11)。日本では、腹膜炎の子供が死亡しても届け出られないが、英国の法医学書には、虫垂炎以外に、虐待による外傷性腹膜炎の可能性もある上、医師の経過観察、診断の遅れ、親に対する説明等において、不作為の注意義務違反がある可能性があるため、届け出るべきであると記されている(5, 6)。

(事例9) 交通事故後の幼児が救急病院を受診。頭蓋骨骨折もなく、意識が清明であるので、事故の2時間後帰宅を許された。しかし、当日深夜異常に気づいた両親が救急搬送したときには、硬膜下血腫が進行しており、結局、死亡した。

交通事故や転倒後の頭蓋内血腫や腹腔内臓器損傷による出血・腹膜炎では外表に明確な損傷を認めず、発症に時間を要するため診断・治療が行われず(不作為)、または、遅れることより、民事訴訟上、医師に経過観察などの注意義務違反が問われる事例が少なくない(3)。

英国のあるコロナーは、頭蓋内血腫は同様の事故が繰り返されており、再発防止や医師の指導上必要であるから、行政処分のために通告すべきという(14)。ところが、このよう



な事例の届出は、医師の責任追及につながる  
ので、今後、刑事免責、及び無過失補償の在  
り方が検討されるべきである。なお、英米法  
圏の国々では、医師は稀にしか刑事犯扱いさ  
れないが、行政処分は数も多く厳しい(8)。

### 3-6) 救急事例・外因関与事例

英国では、救急事例が「入院 24 時間以内の  
死亡」として届出の対象とされている(5, 6)。  
救急入院後の診断未確定事例は、医師・救急  
隊から多数、警察に届け出られていて、司法  
解剖される事例も少なくないが、届け出をし  
ないために死因を誤る事例も少なくない。

(事例 10) 入浴中、失神状態で発見、冠  
動脈バイパス手術を受けたばかりの病院  
に救急入院したが、死亡した。医師は心  
筋梗塞と診断し病理解剖を勧めた。翌日、  
葬儀のため上京して来た息子が同じ風呂  
で死亡して発見された。

司法解剖の結果、2 名ともガス器具の不具  
合による急性一酸化炭素中毒死であった。入  
院時、緊急検査上の一酸化炭素ヘモグロビン  
高値に気づかなかつたとしても、届け出てお  
れば、監察医が気づいた上、第二の犠牲者を出  
さずにすんだ可能性が高い。このように法  
医学的死因究明には、器具の不具合や有毒物  
質による事故の原因を究明し再発を防止する  
役割もある。医療関連死であっても同様であ  
る。

また、救急事例では、医師が既往歴・心電  
図所見などより、外因死を病死と誤診する例  
が多い(3)。届け出て、監察医・法医学者の目  
に委ねることの意義は、外的要因・法的要因  
に対する目配りと、予期しない突然死事例の  
実務経験に基づく判断にある。

(事例 11) 交通事故で頭部外傷を負った  
が、死に至るものとは考えられなかった。  
入院 1 週間後に、突然、上部消化管出血  
に陥り出血性ショック状態で死亡した。  
なお、腰部打撲傷に対して鎮痛剤が使用  
されていた。

このような事例では、胃十二指腸潰瘍の原  
因として、頭部外傷合併症、既往歴としての  
潰瘍、鎮痛剤の副作用を鑑別し、潰瘍を予防  
しなければならない。また、交通事故後の入  
院事例では、事故と医療行為の死への寄与度  
が問題となる。一方、救急事例には、不作為  
の義務違反の項に記載した頭部外傷・腹腔内  
臓器損傷が少なくない。事故や外因が寄与し  
た可能性のある事例に加えて、幼児・老人の  
虐待・ネグレクトが疑われる事例は、警察に  
通告すべきである。

### 3-7) 医療システムに問題があると考えられる 事例

日本の臨床系学会は、患者・薬剤の過誤(表  
3)など、明らかな過誤による死亡事例を、警  
察届出対象としてきた。しかし、リドカイン  
の点滴用アンプルを静脈注射するという事故  
が繰り返された背景には、識別困難なアンプ  
ルが病棟におかれた問題があった(1)。また、  
横浜市大大学病院の手術における 2 名の患者  
の入れ違いにおいては、手術室における患者  
受け渡し時点のチーム医療やコミュニケーション  
の問題が指摘された(横浜地裁判決平成  
13 年 9 月 20 日、判タ 1087 号、296 頁)。この  
ように、どこでも起こり得る事例では、著し  
い過誤であっても個人のミス追及でなく、  
システムエラーの原因を解明し事故の再発予  
防に繋げることが求められる。そのため、医  
療専門家に調査を委ねる手続きにのせるべき  
である。

### 4. 保健所等医療行政機関に届けるべき「医 療関連死」を定義する場合の考え方

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(1, 2)。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(15)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(事例4・7・10参照)。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できる。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(1)。

「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。

#### D, E. 考察と結論

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。

#### F. 健康危険情報(特になし)

#### G. 研究発表

日本医事新報 4209: 55-61, 2004.

## H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

### 文 献

1. 吉田謙一、武市尚子、河合格爾、池谷博、中島範宏、稲葉一人：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。日本医事新報印刷中。
2. 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。厚生労働省科学研究費補助金（医療技術評価総合事業）「死体検案業務の質の確保に関する研究」（平成 15 年度 総括・分担研究報告書）19-32、2004。
3. 吉田謙一：「事例に学ぶ法医学」有斐閣 2001 年
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 4150：59-64, 2003。
5. 吉田謙一、河合格爾、武市尚子、池谷博、黒木尚長。英国の異状死死因究明制度～第三者機関のモデルとして～ 安全医学 1：19-23, 2004。
6. 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。
7. 吉田謙一、瀬上清貴：マイアミ・デード郡死因調査局見学記：死因調査第三者機関としてのメディカルイグザミナー制度のあり方を求めて。賠償科学 31：74-81, 2004。
8. Knapman, PA. Fatal iatrogenic injuries -the inquest.” pp46-68. In “Medical Negligence” edited by MJ Powers and NH Harris. Butterworth. London & Edinburgh. 1990.
9. Bove KE, Jery C. The role of autopsy in medical malpractice cases, 1. A review of 99 appeals court decisions. Arch Pathol Lab Med. 2002; 126: 1023-31.
10. 河合格爾、武市尚子、菊池洋介、池谷博、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 4190：24-31, 2004。
11. 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。
12. 池谷博、河合格爾、武市尚子、菊池洋介、吉田謙一：医療関連死における異状死届出の問題点～臨床医のアンケート調査より～。投稿準備中。
13. 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。法学セミナー 595：76-80, 2004
14. 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
15. 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.

## 5. 医療における裁判外紛争解決（ADR）と調停（Mediation）

分担研究者 稲葉 一人 科学文明研究所 特別研究員

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

死体検案業務の質の確保等に関する研究  
医療における裁判外紛争解決（ADR）と調停（Mediation）

分担研究者 稲葉 一人 科学文明研究所 特別研究員

**研究要旨**

米国における調査、国内でのADRの状況を踏まえ、わが国での各種患者相談窓口や、モデル事業—医療関連死届出制度（死因究明制度）の創設を受けると、今後各種窓口から紛争解決につながる仕組み、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がる仕組み（保健所を受け皿にする可能性も含めて）作りが急務である。また、医療の特色に即した人材育成プログラムを開発した上、医療 Mediator の養成を早急に行う必要がある。

**A. 研究目的**

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、遺族側にもどのように伝え、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する。

**B. 研究方法**

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。

**C. 研究結果**

**1. 医療事故の報道や法的責任の追及**

医療民事訴訟は年々増加している。また、医療事故を起因とする刑事訴追が報道を賑わせている。国レベルでリスクマネジメントを始めて既に数年経過している。しかし、事故は減らず、事故を巡る報道は増え、医療者は萎縮し、国民は信頼を揺らがせるという悪循環がこの数年続いている。期待が大きいがために、医療への国民の見方は厳しい。医療は今危機にある。

**2. 医療事故を減少させる仕組み**

まず、正道は、医療事故を減少させる方策であることはいままでのない。既に、多くの医療機関は、リスク・マネジメントを行い、厚生労働省も、平成14年4月に、医療安全総合対策を策定し、医療法施行規則を改正し、平成14年10月から、全ての病院及び有床診療所に対して、①安全管理指針の整備、②安全管理委員会の開催、③安全管理研修の実施、④院内における事故報告等の安全確保を目的とした改善方策を義務付けた。また、平成15年4月から、特定機能病院・臨床研修病院に、①安全管理部門の設置、②安全管理者の配置（特定機能病院は専任化）、③患者相談体制の整備を

義務化した。

また、平成13年10月から、ヒヤリ・ハット事例の収集を開始し(平成16年4月から、財団法人医療機能評価機構が収集機関となる)、平成16年10月からは、「ヒヤリ・ハット」事例に止まらず、「医療事故」情報についても収集を始めている。これらは、医療における事故等を共有の財産にし、分析・検討し、医療の質の改善(将来にわたり、医療事故を減少させよう)に役立てようとする試みである。

しかし、医療が、以下のような要素を有する以上、医療のリスクが顕在化することは避けられず、事故は不可避でもある。特に、医療行為には幅があり、また、各人に必ずベストという医療もなく、そのおれが相乗した場合に、医療のリスクが顕在化しやすい。

#### 医療・薬剤・看護事故の特殊性 —交通事故と比較して

- ・事故機会の絶対数の多さ—医療行為は危険を内包する
- ・悪い結果惹起のリスクが高い—疾患を有する患者・医療行為の善意性・過失認定の困難さ・専門的知識の必要性・医療看護行為の患者依存性
- ・医療看護行為の多様性・医療看護行為の医師・看護師依存性
- ・因果関係の認定の困難さ

### 3. リスク・マネジメントから

#### コンフリクト・マネジメントへ

医療事故が起こった場合に、どのような対応をすることができるかが、今コンフリクト・マネジメントという名で行われつつある。医療事故を被害者サイドから「法的」に解決を求めるためには、(法律家・弁護士の助けを借りながら)警察への「告訴」や、民事訴訟を提起することになる。しかし、京都大学エタノール事件の大阪高裁判

決(平成16年7月18日判決)で示されたように、「過誤の再発を防止するには直接過誤を犯した者を処罰するだけでは不十分であり、過誤を引き起こした実質的原因を解明してその防止策を検討すべきである」という点については裁判所も全く同感である」としながら、「被告人の責任とは離れて、本件過誤を引き起こした実質的原因を解明することはこの裁判所に与えられた権限を超えるものであって、裁判所は、本件に対する被告人の責任の量を検討し、これに対する相当な刑罰を定めるに必要な限度においてのみ、その職務環境や上司の指導監督の適否等を判断すべきものである」と判示したように、裁判は事故再発のためには本質的限界を有しているのである。

また、民事・刑事責任を追及という過程では、患者・遺族と医療者は互いに自分の立場だけを声高に主張せざるをえず、それだけに、その過程を通じて相互不信が募り、仮に勝訴しても(患者・遺族にとっては、認容判決が、医療者には棄却判決)、双方が真の満足を得ることはできず、疲労ないし徒労感が残ることは、論者によってつとに指摘されているところである。

まず、医療事故の被害者である患者・遺族がどのような影響を受けるのかについては、次のような研究結果がある。

#### 患者・遺族に与える影響

- ① 医療事故のように、事故被害者に責任がない場合、その心的外傷は強まる傾向にある。
- ② 医療事故は、患者を助けるはずの医療者から患者が傷を負わせられるという点で、他の事故に比べても異例で、患者の強烈な反応を引き起こす。
- ③ 医療事故にあった患者は苦痛の記憶に苦しみ、交通事故にあった人や死別や暴行を経験した人より、さらに重篤な心的外

傷を被る Vincent, C., Robertson, I. H. :Recovering from a medical accident: the consequences for patient and the families, Medical Accidents, 1993

- ④ 死が突然で、予測されなかったものであるときは、悲嘆から回復することに失敗しやすい Parks, C. M., Weiss, R. S, 池辺明子訳：死別からの回復—遺された人の心理学, 図書出版社, 1987, 70-78
- ⑤ 流産、死産、新生児死亡などの周産期の喪失を経験した母親「子供を失った悲しみと、その悲しみを理解されないという思いで二重に傷つけられる」橋本洋子：赤ちゃんが亡くなったとき, 別冊発達 4, 乳幼児精神保健の新しい風, ミネルヴァ書房

ところで、なぜ、患者・遺族が訴えを提起するのかについての調査は多数行われている。これらは、患者・遺族は、医療者に対して次のような点を求めている。

#### 訴えを提起する患者・遺族の求め

- ① 情報を開示してもらい、説明を受けたい
- ② 真相を知りたい
- ③ 謝罪して欲しい、誠意を見せて欲しい
- ④ 二度と事故が起こらないようにと、再発防止を求めている
- ⑤ 適切で迅速な補償をしてもらいたい

Shapiro, R. S., Simpson, D. E., Lawrence, S. L. et. al. A Study of Sued and Unsued Physicians and Suing Patients. *Archives of Internal Medicine*, 149:2190-2196. 1989

Vincent, C., Young, M., Philips, A. Why Do People Sue Doctors? *The Lancet*, 343 :1609-1613, 1994)

他方、事故を起こしたとされる医療者がどのような思いでいるのかについては、様々なインタビューや文献により、概ね次の諸点にまとめられる。

#### 事故を起こした医療者の思い

- ① 事故が生じた様々な条件を患者・遺族に説明したい。
- ② 真相を追究したい。
- ③ 多くの医療者は、治癒・救命できなかったことに、忸怩たる思いを抱き、できれば直接詫びたい気持を持つ。
- ④ 真相を究明し、二度とこのような不幸な出来事が起こらないように防止安全策を工夫したい

また、医療事故やこれに伴う法的責任追及が求められると、次のような問題が生ずるとされる。

#### 法的追及が医療に与える影響

- ① 防衛的医療。これには、積極的防衛医療として、医師が責任を逃れる目的で、不必要な診断や治療をしたり、本来必要でない検査をする場合と、消極的防衛医療として、医学的には正しくても、有害作用のリスクがあり、訴訟の可能性がある処置を避ける場合とがある (Ennis et al, 1993)。たとえば、具体的な行動としては、ハイリスクと思われる患者の診断を拒否したり、訴えられる可能性の高い診療科 (例えば産科・小児科) を止める、「ミスの人には話さない」「(過去にミスをした例と) 同じような患者を避ける」ということが指摘されている。
- ② 同僚や患者からの孤立感を感じ、医療者はよい仕事をしたいという意欲を奪われる。離職、スタッフの入れ替わりが、医療の質の低下を招きかねない。

つまり、医療者に様々な悪影響を及ぼし、これが、医療の質低下につながり、結局患者に跳ね返るおそれがある。そうすると、医療におけるリスクの顕在化から生ずる諸問題を解決するには、①事故に遭遇した、患者・遺

族の実質的な思いに沿う仕組みと、②事故を起こした（また起こしかねない）労働者である医療者の労働条件を向上させる仕組み（産業衛生の問題としてとらえられる）、③そしてその仕組みが、ひいては、医療の質の向上（医療事故の減少と信頼回復）につなげるものであることが不可避ということになる。

## D. 考 察

### 1. コンフリクト・マネージメントの仕組み

#### (1) 死因解明の仕組み

公平な第三者機関を作り、ここで死因究明をすることである。人が死ぬと、その死がいかに不可避であろうとも、人はその死を認めたくない（肉親であればあるほど）という気持ちが嵩じて、もっとほかに死を回避し得た方法があったのではないか、死の原因には問題があるのではないか、また、この思いが結局は医療者の責任の帰属に向けられるという心的な傾向をとる。そのような場面では、「死因の究明」制度が有力な打開策として考えられる。

#### (2) 医師法 21 条と最高裁判所判決

医師法 21 条には、「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。」という規定がある。しかし、①「異状死」とはどのような場合を指すのか、②当該制度は、自己不罪特権を認めた憲法 38 条 1 項に反するのではないか、③医療に関して生じた事故を警察に届け出る制度は不適切ではないのか等の意見がかねてからあった。

しかし、東京都広尾病院最高裁判所平成 16 年 4 月 13 日判決では、「死体を検査して異状を認めた医師がその死因等につき診療行為における業務上過失致死等の罪責を問われるおそれがある場合の医師

法 21 条の届出義務と憲法 38 条 1 項」について、「死体を検査して異状を認めた医師は、自己がその死因等につき診療行為における業務上過失致死等の罪責を問われるおそれがある場合にも、医師法 21 条の届出義務を負うとすることは、憲法 38 条 1 項に違反しない」とし、憲法上の疑義に終止符を打ったが、①と③については、解決はできていない。

#### (3) 4 学会共同声明からモデル事業へ

そこで、まず、4 学会（内科学会、外科学会、病理学会、法医学会）が、医療を刑事手続に乗せることへの危機意識から、医療に関連して生じた患者の死亡を警察ではなく、第三者の専門機関に届け出て、死因を究明するシステムの構築を考えた。これが、平成 16 年 3 月 29 日の 4 学会の共同声明である。その後、基礎領域の 19 学会及び歯科医療関係も含め、現在は医療（医科・歯科）はこの提案に概ね肯定的である。

そして、厚生労働省は、この動きを踏まえ、平成 17 年 4 月から、調査、分析を公費で行い、患者側と病院に報告する第三者機関をまず、全国 7 地域のモデル地区で設置する（これは、後述の ADR 機関の一種と考えられる）こととした。調査対象は医療事故を含め、予期できなかった死亡や診療行為による合併症で死亡した場合など、死因があいまいな事例をできるだけ広く対象とし、明らかな病死や刑事事件になる可能性の高いものは対象外としている（これを便宜上「医療関連死」と呼ぶ）。医療関連死があった場合、病院と遺族とが同意した上で、この第三者機関に解剖・調査・報告を依頼することができる。依頼された第三者機関で調査が必要と判断した場合、法医学、病理学の専門医が解剖を実施し、これと並行して、疾患に関連する学会の専門医が死亡した



患者のカルテを見たり、主治医から事情の説明を受け、死因を調査する。こうした調査を受け、第三者機関に設置する評価委員会が死因を特定する報告書をまとめ、病院と患者の遺族に提出する。当面は東京、大阪など法医学や病理学の専門家の体制が整っている7か所程度の地域でモデル事業を行い、軌道にのれば全国に広げていく予定にしている。将来の受け皿としては、全国にあり、中立的で、公衆衛生の窓口でもある保健所等が期待されている。

#### (4) モデル事業の課題と限界

この制度を当面有効なシステムとして作動させるには、①いかに国民や遺族から信頼される公正中立的な機関を作り、運営していくか、②評価の結果を医療の現場に生かせ、国民に開示していくのか、③医療機関、遺族、解剖・調査機関等を結び付け、調整役をする人材を育成するのか等の課題がある。

しかし、仮にこの課題を克服したとしても、この死因究明の仕組みには、(モデル事業であるので当然であるが) 限界がある。

#### モデル事業の限界

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>① モデル地区だけで実施され、初年度の解剖件数は予算の関係で200件と制限されている。</li><li>② 死亡事例だけを扱っており、重度の後遺症等が残った事例は対象とされていない。</li><li>③ ご遺族の了承を得た、ご遺体を解剖できる場合だけを対象としている。</li><li>④ 死因(原因)究明をする仕組みであるが、必ずしも原因が究明されるとは限らない。</li><li>⑤ 原因が究明できても紛争が解決しない場合がある。</li><li>⑥ 紛争となった場合の受け皿や、それを担う人材が養成されていない。</li></ol> |
|---|

既に検討したように、死因究明は、患者・遺族や医療者にとっては、思いの一部であり、モデル事業では、その一部が仕組み化されたにすぎない。

そこで、課題は、死因究明制度と連動させて、また、死因究明制度と連動しないで、患者・遺族や医療者の真のニーズの満足のために、どのような仕組みが必要なのかを考える必要がある。

一つは、被害を受けた患者・遺族の救済システ(被害の補償や保険制度等)である。もう一つは、患者・遺族や医療者の真のニーズの満足を、裁判外の制度で受け止めることである。

#### 2. アメリカにおける、医療紛争解決の仕組み－ADR・Mediation

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。

このことは、医療の世界も無縁ではない。

このため、米国(主としてカリフォルニア州ロスアンゼルス)において、概ね次の各諸点について調査を実施した。

#### 研究課題

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>(1) 医療過程における死亡事故を、中立的専門機関を設立して、「解剖→解決」というシステムでは解決しえない問題に対して、どのような医療紛争の解決の方法があるかを探る</li><li>(2) 医療の現場で試みられている、医療調停(Medical mediation)のあり方を様々の職種から調査する</li><li>(3) Medical Mediationを担う人材(Mediator)を育てるトレーニングを調査し体験する</li></ol> |
|---|

(1)については、米国(カリフォルニア)には、ME(メディカル・イグザミナー)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。(2)については、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、行われていることが分かっている。

#### 主要な米国における医療 Mediation

<p>The National naval mediation center Bethesda, Maryland</p> <p>Standard hospital and clinics</p> <p>Children's healthcare of Atlanta</p> <p>The veteran's administration</p> <p>Arizona state hospital</p> <p>Kaiser Permanente</p>
---

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。(3)について、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。

#### E. 結論

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。

#### 提言

- |   |
|---|
| <p>① 各種窓口から紛争解決につなげる仕組み、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</p> <p>② 医療の特色に即した人材育成プログラムを開発した上、医療 Mediator の養成を早急に行う</p> |
|---|

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

## 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

分担研究者 木内 貴弘 東京大学医学部附属病院 教授

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

死体検案業務の質の確保等に関する研究  
死体検案情報のデータベース化とその活用の可能性に関する研究

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**

死体検案情報のデータベース化について、オーストラリア全国異状死症例データベースの事例調査を行った。2000年より年間約7,000例の全オーストラリアの異状死症例がコロナー等によってデータベースにオンライン登録され、全例が検索・参照可能であった。本データベースは、各コロナーの担当する異状死例との類似症例の資料を検索・提供する手段を提供することによって、コロナー死体検案業務を支援することが当初の目的であった。しかし、現在では、全国集計と分析によって予防可能な死の原因を発見し、必要な予防対策をとるために活用することが最も重要な目的となっている。

我が国の死体検案業務のあり方については様々な議論が行われており、特に医療関連死の届出・解剖等の制度のあり方についてはモデル事業が実施され、将来的な制度のあり方の検討がなされている。こうした議論の中で、予防可能な死への発見と予防対策のための異状死症例データベース構築の意義について、日本の関係者が理解することが重要だと思われた。

**A. 研究目的**

近年、情報技術の進歩、普及が急速に進んでおり、多くの分野において、その有効な活用が図られている。本研究の目的は、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にある。

**（倫理面への配慮）**

本研究は、異状死症例データベースシステムの分析とその意義についての考察が主体であるため、特別な配慮は行っていない。ただし、同データベースのような個人情報を収集するデータベースには、十分なセキュリティ確保が倫理的に必要であることは当然の前提として考えた。

**B. 研究方法**

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。

**C. 研究結果**

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ー事務局が同じ建物内に併設されており、一体として活動を行っていた。