

## 第2章 地域保健に係る計画の策定

第1章に書かれた事柄を踏まえて論点を整理し、問題点を解決し、体制を整えたいうで本格的に計画を策定します。

### 1. 基本理念の決定

自治体としての都道府県が何のために存在し、都道府県でなければできない行政サービスを地域住民に提供するにあたっての基本的な行政哲学を述べなければなりません。

### 2. ビジョンの決定

上記の都道府県の社会的使命を認識し、将来の住民の福利厚生や保健医療提供体制の方向性、地域がどのように計画によって変貌していくかを示さなければなりません。

### 3. 現在の政策・施策、現時点での達成項目（数値等で具体的に記述）について

地域保健に係る計画が取り上げる分野ごとに、現状ならびに今まで行ってきた政策・施策およびそれらが住民にどのような影響や効果を示したかを述べます。この業務実績の説明は、過去3-5年間の実績の年次推移を図表でわかりやすく表示するほどの工夫が必要です。

### 4. 計画を遂行する上での行政組織構造の明示

どの部署が計画に記された事業の所管課であり、関連する部署も都道府県関係のみならず関連する自治体などについても残らず明示する必要があります。これもわかりやすく図示するなどの工夫が必要です。

### 5. 計画遂行及び計画に関わる事業に関連する予算（財務）の明示

事業に関連する予算と対象者、その業務に従事するスタッフなどを網羅的に明示し、予算執行の効率性や透明性を見ていく必要があります。

もちろん、地域保健に係る計画の策定や評価等についても費用を要することも勘案しなければなりません。これも概略を図表等で表示するとわかりやすいです。

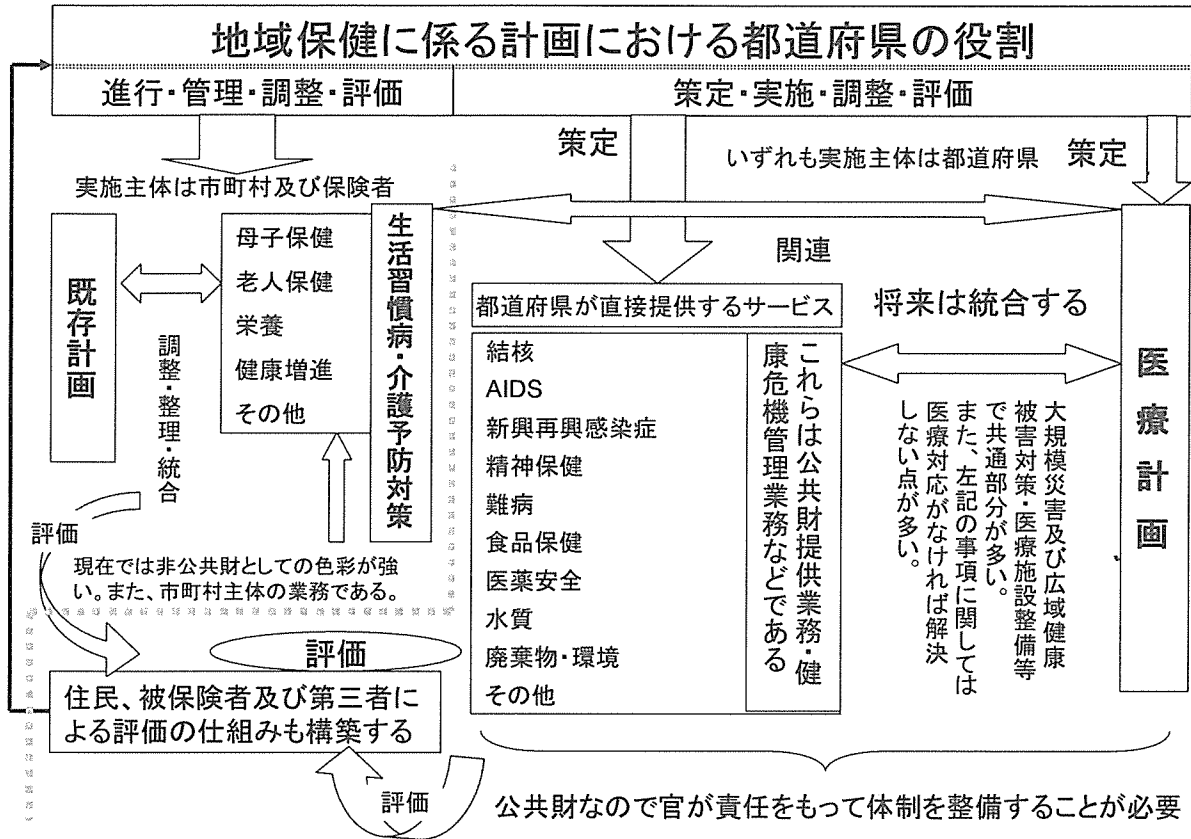
### 6. 計画の対象

地域保健に係る計画は医療計画と一定的に策定されるものです。新しい医療計画が国民・住民主体の計画を指向しているように、地域保健に係る計画も住民に開かれ、住民の福利厚生を充実していくものでなければなりません。

都道府県が地域保健に係る計画を策定する場合、次に示すように都道府県と市町村という2つの異なる行政主体により住民サービスが提供されていることを考えねばなりません。

こうした現状で策定される地域保健に係る計画の位置づけを図2に示しています。

図2 地域保健に係る計画の位置付け



(1) 都道府県により住民に提供されるサービス

下記の①～⑩までの業務については医療計画の中の、「大規模災害及び広域健康被害対策」、「医療施設整備」等で共通部分が多く見られます。また、これらは医療対応がなければ解決しない事態が予想されることから、医療的色彩が強い部分は医療計画で十分に記述されることが必要です。こうした医療対応以外の健康増進・予防活動の部分が“地域保健に係る計画の記載事項”となります。

- ①結核対策
- ②AIDS 対策
- ③精神保健対策
- ④難病対策
- ⑤水質保全対策
- ⑥廃棄物・環境対策

以下のものは危機管理的色彩が強い

- ⑦新興再興感染症対策
- ⑧食品保健対策
- ⑨医薬安全対策
- ⑩その他

## (2) 市町村により住民に提供されるサービス

以下の①～⑥までの事業は住民に直接的に接する市町村が実施主体である業務であります。これらは、母子保健計画、老人保健計画などの形で従来から策定されています。地方分権が叫ばれる時代に都道府県による市町村計画の策定への介入は望ましくありませんが、都道府県と同じく形骸化していることが多い市町村の各種行政計画の進行管理、調整、評価などを行うことは、都道府県内の各市町村間の健康格差の是正のために必要です。そのためには、事業ごとに考えるのではなく、目的別に別々の事業を横断的に結びつけることも必要です。

したがって各市町村間の計画の相違を極力なくすることも重要です。少なくとも市町村が住民に提供している業務の評価を行うために、“地域の問題点の改善を踏まえて実施している事業や行政サービスの内容”、“計画を遂行する上での行政組織構造”、“計画遂行及び計画に関わる事業に関連する予算（財務）”、“人的資源管理・人材育成”、“住民への裨益”などについて住民が明快に理解できる統一したフォーマットを作成し、データを収集して分析する必要があります。

①母子保健対策

②老人保健対策

③栄養改善事業

④健康増進事業

⑤健診及び保健指導に関する業務

⑥その他

あるいは、②、③、④を“生活習慣病対策”と“介護予防対策”とする（目的別の事業展開）。

## 6. 目標値の設定

前述の6の「計画の対象」に記載した事業に関する目標値を設定しなければなりません。設定については、第1章に示した作業プロセスを経て行います。目標値の設定は各事業ごとに行う場合と、事業横断的に目的別（たとえば生活習慣病予防、介護予防、医療費適正化など）に設定する場合があります。

## 7. 日々の業務管理

そして行政計画で最も重要なのは日々の業務管理です。

この業務管理の作業は、「①住民の視点」、「②業務プロセスの視点」、「③人的資源管理・人材育成の視点」、「④財務の視点」等から行うことが重要です。

図3の左側の理念から評価及びフォローアップまでの流れは、従来からの行政計画の策定から実施、さらに評価に至る流れですが、現実にはこの流れに沿った行政計画の策定から実施に至る作業さえも十分に行われておらず、多くの行政計画は目標までの設定で止まり、計画を受けて具体的に地域で住民のためにどのようにサービスを提供していくかが明確ではありませんでした。つまり、ほとんどの行政計画が社会目標の表明だけで終わり、施策以下の具体的な実践計画の策定能力が脆弱だったのです。

今後、行政計画を策定するときには、**図3**に示す施策から実施に至るまでの過程を充実するために、**図3**の右側に記載している表に従って日常業務を管理することにより問題が解消すると考えられます。

なお、右側の表を拡大したものが下記の**表1**です。この表にしたがって、「①住民の視点」、「②業務プロセスの視点」、「③人的資源管理・人材育成の視点」、「④財務の視点」という指標に対して、「課題」、「評価指標」、「評価基準」、「現状値」、「提供サービス」、「優先順位」を考え、提供サービスに記した業務を遂行することにより、基本理念やビジョンと連結した形で日々の業務改善が図られます。

都道府県業務の、結核対策、AIDS 対策、精神保健対策、難病対策、水質保全対策、廃棄物・環境対策、新興再興感染症等の健康危機管理、食品保健対策、医薬安全対策、そして市町村業務の母子保健対策、老人保健対策、栄養改善事業、健康増進事業、健診及び保健指導に関する業務などの事業について、このフォーマットに則って作成する必要があります。

また、日々の業務の評価及びフォローアップは少なくとも“月毎”に行い、業務改善につなげていく必要があります。月毎の事業の進捗状況を把握し、事業のフォローアップは必ず行わねばなりません。

**図3 行政計画の戦略体系のあるべき姿**

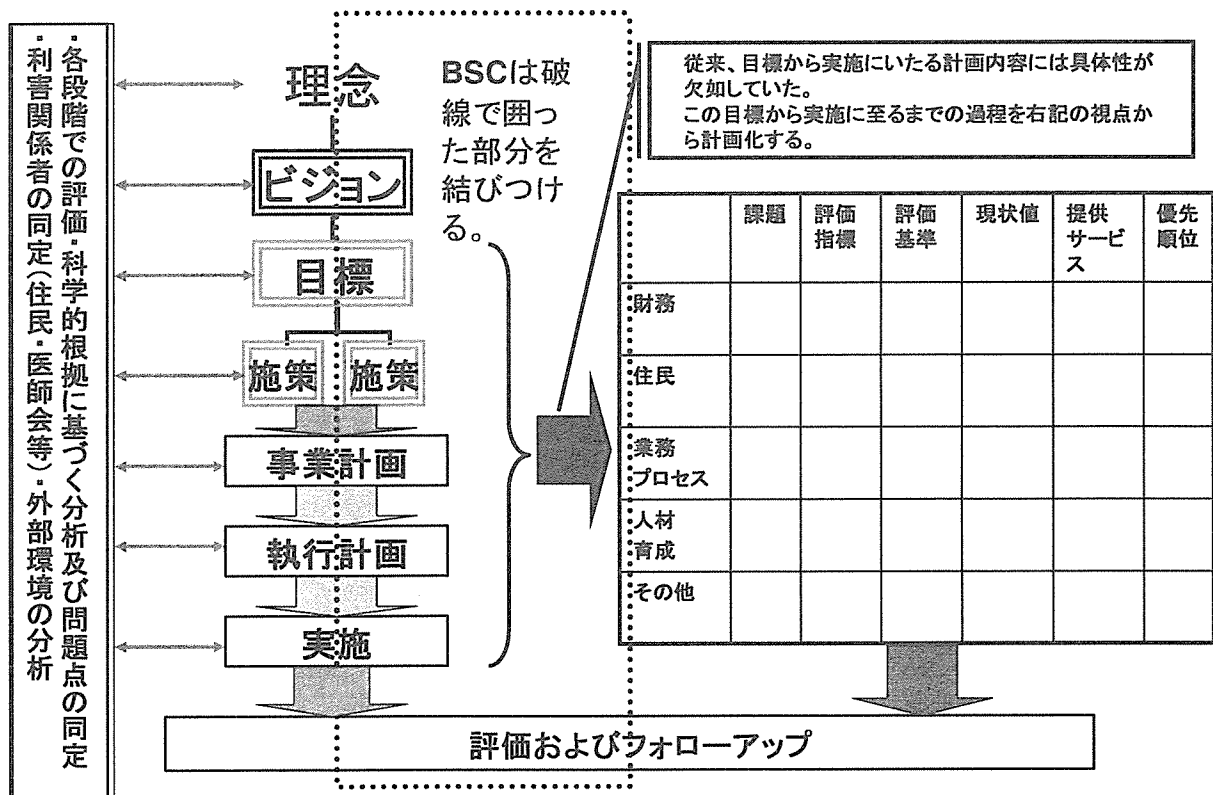


表1 日々の業務管理項目

	課題	評価指標	評価基準	現状値	提供サービス	優先順位
財務						
住民						
業務 プロセス						
人材 育成						
その他						

(2) 評価

計画の策定、実施から評価の作業はこれら各段階の評価の作業は始まっていると考えるべきです。そして事業終了後は、地域保健に係る計画において設定した数値目標に関する評価を行い、次期計画の見直しにつなげることが必要です。なお、評価に当たっては、そのプロセスも、透明性を確保した形で広く地域住民や関係者に公開されながら行われるべきでしょう。

## 精神保健のシナリオの事例

### 精神保健（自閉症と統合失調症の合併）

○家族構成 本人（40歳）、実母（70歳）

Aさんは現在40歳の未婚の男性である。母子ともに正常分娩で異常なく身体の発達は良好であった。3歳児健診1)で、精神面の発達具合がよくないとの指摘を受け、自宅から2時間半のところにある専門医療機関2)であるB病院を受診し、そこで自閉症との診断を受けた。B病院では治療方法や治療成績についての詳細な説明を受けるとともに、服薬指導や治療方法の決定にも患者や家族の意見を反映してくれた。3)しばらく、この医療機関を受診していたが、経済的、身体的、精神的負担が重く近医を探していたがなかなか見つけることができなかった。

地元の保健所4)に相談するとよいと主治医から指摘を受け、C病院を紹介され受診した。C病院を受診していたものの、担当医とは治療方法意見が合わず、信頼できる医師がいないものかと、もう一度保健所に相談に訪れた。保健所の医師は精神科が専門ではなく、月に1回来所する非常勤嘱託の精神科専門医と相談することになった。4)

その医師は、自分では判断できないので県立の精神保健福祉センター5)に行くことを勧めた。

県庁所在地にあるセンターを3時間かけて週1回の午前10時からの相談日に訪れ、病気が治る可能性や県内での同一疾患で悩む患者の実態等について数字を交えた説明を受けた。

精神保健福祉センター医師の勧めもあって自宅から1時間のところにあるD医院を受診することになり、医師との信頼関係もでき順調に推移するものの、病状はあまり改善しなかった。6)

小学校入学時期を迎え公立小学校への入学を希望するものの、教育委員会からは養護学校への進学を勧められた。どうしても公立学校に入学したいとの本人の希望もあり、保健所に相談に行ったが真剣に対応してもらえなかった。7)

やむを得ず養護学校に進学し、共通の悩みをもつ父兄の集まりがあることを知り、参加した。

また、この頃、息子は周囲の子供からいじめられ、母親も近所の人から白い目で見られることが多くなった。8)

年月が流れ、18歳を迎えた頃、自傷他害行為が見られ、主治医の診察を受けたところ統合失調症の診断がされた。暴力が激しくなり、医療機関での保護を考え警察に相談したところ保健所の所轄とされたが、担当者はどちらも責任を押し付けあうように見えた。また、精神科の救急患者を入院させることができる病院は自宅から3時間かかる県庁所在地であった。9)

年月が流れ、18歳を迎えた頃、自傷他害行為が見られ、主治医の診察を受けたところ統合失調症の診断がされた。暴力が激しくなり、医療機関での保護を考え警察に相談したところ保健所の所轄とされたが、担当者はどちらも責任を押し付けあうように見えた。また、精神科の救急患者を入院させることができる病院は自宅から3時間かかる県庁所在地であった。9)

ようやく入院したところ症状も落ち着いてきたが、以後入退院を繰り返す日々が続いた。

保健所からの連絡があり、家族会10)に参加した。月に1回開催されているが、お互いの悩みを打ち明ける場でしかなく、その運営には不満があった。

他のE保健所管内には、社会復帰のための施設があり、精神障害者が共同で居住したり、職業付与の訓練をしていることを知った。地元でこうした施設が出来る時期が未定のため、E保健所管内の町に引っ越した。11)

通院しつつ作業訓練を受け、症状も軽快したので施設の長の勧めで保健所に職親制度の利用申請をおこなった。

申請が認められ、金型を作っている町工場に勤務することになった。しかし、3年後の制度利用期間の終了とともに、受け入れてもらえなくなった。12)

結局、もとのグループホームでの生活に戻ることはなかったが、息子も中年を迎え生活習慣病を有して病床に伏せることも時にある。そのとき精神的にも不安定になるが、往診してもらえる医師がいない。6)

このような状況を見ていると親としても本人が将来どのように自活していくかを考えると不安になる。

こうして現在に至っているが、本人の調子が悪いときの介護等に高齢による疲労を強く感じるようになったが、時間がなく健康診断などは受けていない。13)

また、他に介護を代わってくれる家族はいない。

もう、20年近く、社会復帰施設を利用しているが、利用者の中で息子は中間の年齢になり、入所当初の人は5人ほどが未だに籍を置き、すでに70歳を超えた者もいる。いわば、すべての年齢層の精神患者が同居しているようになっている。

息子は現在40歳であるが、私の死後どのように生活していくかを考えると夜も眠れなくなる。

精神保健制度の中でも、福祉制度について保健所や福祉事務所に尋ねても今の息子や将来年齢を重ねたときの息子が利用できるピッタリとした制度が見当たらない。14)

## チェック項目

### 1) 健診

精度管理、受診率、検査項目、紹介体制、受診者の追跡、疫学的分析などが確立しているか

### 2) 医療計画（二次医療圏）

専門病院の有無（二次医療圏ごとに整備されているか）、病院・診療所数、入院・外来患者数、ディケア開設状況

### 3) 医療の質

入院件数、長期入院患者割合、短期入院割合、退院率、死亡退院率、軽快率、治療成績、説明と同意、医療情報の公開、専門医数、看護体制

### 4) 保健所

精神保健相談体制の利便性、公費負担制度の利用状況、精神障害者福祉手帳の交付状況、調査・研究や根拠に基づいた保健指導を行っているか、指導は適切か（時間、体制）

- 5) 精神保健センター  
相談体制の利便性、セカンドオピニオン機能、人口当たりの措置入院件数の把握、調査・研究、根拠に基づいた保健指導を行っているか、指導は適切か（時間、体制）
- 6) 近医  
信頼できる主治医の有無、往診体制、緊急時の対応
- 7) 保健所と学校、児童相談所等との連携体制  
ケアコーディネーション、業務調整
- 8) 啓発普及活動  
普及啓発活動の実施状況、意識調査、地域活動の状況
- 9) 第2次医療圏における精神科救急病院の設置状況  
精神科救急医療体制、搬送時間、措置入院等の決定プロセスの明確化
- 10) 家族会  
運営、地域分布、会への支援状況
- 11) 社会復帰施設  
設置状況（総数、人口当たり）、定員（総数、人口当たり）
- 12) 職親制度の対象事業所および問題点  
受け入れ事業所と定員、修了者・中断者の追跡
- 13) 介護の代行および介護者に対する健康診査  
老人保健事業等の利用状況、福祉サービスの提供および利用状況
- 14) 性・年齢階級別のきめ細かい保健福祉サービスが提供されているか  
国や都道府県が提供する既存メニューの改善、あるいは隙間を埋める県単独事業等の実施状況、民間活動の利用



厚生労働科学研究費補助金（特別研究事業）  
分担研究報告書

## 2. 公衆衛生上問題のあると考えられる死体の死因調査のスキーム に関する研究分野

分担研究者 稲葉 一人（科学技術文明研究所 特別研究員）

研究協力者 井上 祐輔（科学技術文明研究所 特別研究員）

### 研究要旨

平成17年度から国において、「診療行為に関連した死亡の調査分析に係るモデル事業」が、関連学会等の協力を得て実施されているが、問題のあると考えられる死体の死因調査を公衆衛生の観点から検討することが必要と考えられるところ、死因究明制度としては先進である、主としてイギリスにおける最近の動向を調査することにより、①公衆衛生上問題があると考えられる死体の死因調査のスキームの確立、②死因調査・分析における地域保険当局の権限として具備すべき事項（専門職組織の権能も含める）、③死因調査・分析に関連する警察その他の監査組織との連携・関係について必要とされる事項を中心に、調査分析を行った。

その結果、死因究明制度においては、① 司法型の仕組みと、医療型（病院内での死亡事故を中心とした）の仕組みを組み合わせること、②死因究明を担当する機関には、死亡事例に対する調査権限を持つ、③ 死亡事例の動向を監視するために、解剖・死因究明機関とは違った担当者を置く、④ 遺族の法的な地位を明確にし、遺族を保護するための的確な仕組み、⑤ 死因究明等の手続内で明らかになった（医療供給）体制面の問題につき的確に政府機関（保健省、わが国では厚生労働省）に報告され、公表される仕組みが、それぞれ必要である。

### A. 研究目的

死因を公正かつ中立的・科学的に解明することは、公衆衛生上の危害の拡大防止のために極めて重大であり、同様の原因に基づく死亡の再発を防止することができる。現在は、

「死体解剖保存法」により監察医を置く地域以外では、「食品衛生法」及び「検疫法」の定めを除き、行政が解剖を行う権限は規定されていないが、今後、行政によって、死因の不確実な要素を調査することが望ましい」

「公衆衛生上、問題のあると考えられる死体として、既存の行政解剖に該当するもの以外には、死亡原因が明らかでない死体が該当する」「死亡という重篤な事象を正確に分析することは、公衆衛生的対応の「端緒」として

重要である。診療行為に関連した死亡（医療関連死）があるが、これについては、平成17年度から国において、「診療行為に関連した死亡の調査分析に係るモデル事業」が、関連学会等の協力を得て実施されることとなっているが、ここでは、主として当該死因究明を通じて、当該病院における改善点を指摘する役割を果たすが、公衆衛生の観点からの展開が期待される。そこで、そこで、我々は、死因原因究明制度が、公衆衛生にどのような関連を有するかを中心的な課題として、イギリスの死因究明制度について調査を行った。イギリスを選択した理由は、①イギリスの死因究明制度は既に報告がなされており、その制度設計について再度議論をする必要がない、

②イギリスでは、シッパン医師事件報告(第6報告までである)、ルイス報告を通じて死因究明制度について絶え間ない改革が進められていること、③その成果として、2004年に内務省から、2006年には憲法問題省から報告が出ていることにある。

## B. 研究方法

先行・平行研究(平成14年度「諸外国における保健所等保健衛生組織の実態調査研究」(主任研究者 林謙治)、平成15年度「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、平成17年度「医療関連死の調査分析に係る研究」(主任研究者 山口徹)を踏まえ、主として文献調査を行った。参考とした文献は多数あるが、以下のものが中心である。

1 Coroners Service Reform Department of Constitutional affairs 2005

2 Reforming the coroner and death Certification Service Home Office 2004

## C. 研究結果

結果は、資料「公衆衛生上問題があると考えられる死体調査のスキームに関する研究」に示した。

## D. 考察

以上によれば、イングランド型の死因調査制度は古い伝統を持つ制度であるが、その過程でも多くの問題事例が生じたために、近時大きな制度改正の提言がなされており、その中には、わが国が死因調査制度を発展させていくための多くの示唆が認められた。

1 死因には、大きくは診療の過程で生じたものではない、伝統的な犯罪行為の見逃しが問題となる一群と、病院や施設内での診療行為に関連した死亡とがあるが、両者は同じ死亡という自体でも、対象とすべき死因究明の方法論が異なること

もあり得る。イングランドは、この点を、同じ仕組みの中で、「司法型」(司法コロナー)と「医療型」(医療コロナー)とを組み合わせ、特に後者について医療の専門家からの支援の仕組みを有している。

- 2 調査の段階では、司法型では、関連施設等の捜索や関連文書の確保が必要となり、医療型では、医療記録、薬剤等の回収権限や、関係者への調査権限が必要となる。
- 3 全国で相当程度の死亡事例を扱うとなると、全国の死因究明の直接担当する者では、全体の動向を見ることができず、このような者の他に、死亡事例の動向を地域ごとに把握する者(地域公衆衛生官)等が必要となる。
- 4 死因究明制度は概して、死因の客観的な究明を目的とするが、ご遺族にも相当の法的地位を与えることが考えられている。たとえば、関係者がさらに詳細な調査を必要としないとして、異議をいえる権利や、死因究明手続きに主体的に関わったり、遺族のサポート体制や情報提供の仕組み等が必要となる。
- 5 死因究明制度では、ここの事案の対応に留まる問題と、制度(例えば医療の供給体制等)に関わる問題点が認められる場合があり、これらの情報を適時・適確の権限者の伝達する仕組みと、これらが市民にも公開され、透明性のある制度を維持することが必要である。

## E. 結論

死因究明制度においては、次のような点はその制度を維持するためにも重要となる。

- 1 司法型の仕組みと、医療型(病院内での死亡事故を中心とした)の仕組みを組み合わせることが必要である。

- 2 死因究明を担当する機関には、死亡事例に対する調査権限が必要である。
- 3 死亡事例の動向を監視するために、解剖・死因究明機関とは違った担当者が必要である。
- 4 遺族の法的な地位を明確にし、遺族を保護するための的確な仕組みが必要である（調査への参加、説明、異議権限等）。
- 5 死因究明等の手続内で明らかになった（医療供給）体制面の問題については、的確に政府機関（保健省、わが国では厚生労働省）に報告される仕組みが必要で、また、その結果が国民に公表される必要がある。

#### F. 健康危険情報 なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

現場で始まる医療 ADR（裁判外紛争解決）  
医療安全 6:31-35,2005 エルゼビア・ジャパン

医療関連死を巡る法的背景 臨床と病理  
23-12:1331-1338,2005 文光堂

メディエーションの考え方と実践 看護展望  
31-3:83-87,2006 メディカルフレンド

メディエーションの試みと医療 ADR 看護展望  
31-4:86-90,2006 メディカルフレンド

メディエーションの担い手のためのトレーニング 看護展望 in-printing

医療におけるマネジメンター全体像  
看護部長通信 3-4:28-31,2005 日総研

医療におけるマネジメンター組織で行う安全管理  
看護部長通信 3-5:85-91,2005 日総研

医療におけるマネジメンター自分で行う安全管理  
看護部長通信 3-6:51-57,2005

医療におけるマネジメンターコンフリクト  
マネジメンター紛争管理 看護部長通信

in-printing

治療やケアにかかわる紛争を防ぐために  
呼吸器ケア in-printing

##### 2. 学会発表等

2005.2.12 大阪大学臨床工学教育センター  
設立記念講演

2005.2.23 日本歯科医師会講演

2005.2.25 京都私立病院会講演

2005.5.13 日本外科学会シンポジウム  
講演

2005.6.3 昭和大学医学部講演

2005.6.10 日本病院会講演

2005.7.8 医学系大学倫理委員会協議会  
シンポジウム・講演

2005.7.20 日本消化器外科学会教育講演

2005.11.1 京都私立病院会講演

2005.11.4 札幌医科大学講演

2005.11.8 関西科学フォーラム講演

2005.11.17 関東甲信越厚生局講演

2005.11.22 藤田保健大学医学部講演

2005.11.25 金沢工業大学講演

2005.11.26 日本歯科衛生士学会講演

2005.11.28 日本医科大学講演

2005.12.10 大阪大学 COE シンポジウム・  
講演

2006.3.27 日本外科学会シンポジウム  
講演

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

## (資料) 公衆衛生上問題があると考えられる死体調査のスキームに関する研究

稲葉 一人 (科学技術文明研究所 特別研究員)  
井上 祐輔 (科学技術文明研究所 特別研究員)

### 概要

イギリスの死因調査は、コロナーが調査する「イングランド型」と、地方検察当局が調査する「スコットランド型」が存在する。本稿では「イングランド型」に関する近年の立法作業の動向をまとめ、死因調査をめぐるイギリスでの議論の一端を紹介した(1. イギリスでの死亡調査体制の概要)。

ここでは、実質的には各地の自治体や警察当局のもとに運営されてきたコロナー制度は、医療における不祥事などの影響も受けて、国家的な統率や標準化など業務体制を再編するもののほか、公衆衛生とのつながり、遺族への配慮など従来のコロナー制度に新たな要素を盛り込むことが方針として発表されている(2. イングランド型での改革の要点)。

また、特に死因調査体制が遅れてきた北アイルランド地方では、病院での不審死について行政が調査する責任を怠ってきたことは人権侵害であるとする議論があり、本稿でも北アイルランドの公的人権組織による改善勧告を紹介した(参考 北アイルランドでの議論)。

### 1. イギリスでの死亡調査体制の概要

イギリスの死因調査制度については多くの文献が触れていることもあり、ここでは概要の紹介にとどめる。根拠法は正式には各法域で別々に制定されているが、制度内容は大きく「イングランド型」(イングランド、ウェールズ、北アイルランド)、「スコットランド型」(スコットランド)に分けられ、こうした体制の評価や立法作業はこれらのまとまりごとに行われている。

#### 1-A イングランド型 (コロナー型)

管轄区域内で下記に該当する事例について死因審問をすることを職務とする「コロナー」が置かれている。下記のほかにも、原因不明の突然の死亡のうち審問を不要と判断した場合には、審問無しに死体検査を命じることもある。

- ・「外力による死亡もしくは不自然な死亡の事例があった場合」、
- ・「原因不明の突然の死亡があった場合」、
- ・「刑務所もしくはその他法律により死因審問を必要とするような場所もしくは状況での死亡があった場合」

具体的にコロナーが活動をおこす場合としてさまざまな状況が考えられるが、主に医師が患者を診察していなかった場合での死亡事例などについて、医師あるいは警察から通報を受けてからの活動を開始する。この他にも診療中に予期せぬ死が起こった場合での医師からの通報、死亡診断を受け付ける統計局（出生・婚姻・死亡に関する届出を受け付ける政府機関：General Register Office）からの通報もある。一方、コロナーに対して報告されていない死亡事例に関する権限が無いことから、コロナーの調査権限の実効性に疑問が提起されており、現在の法改正作業で再検討されている。

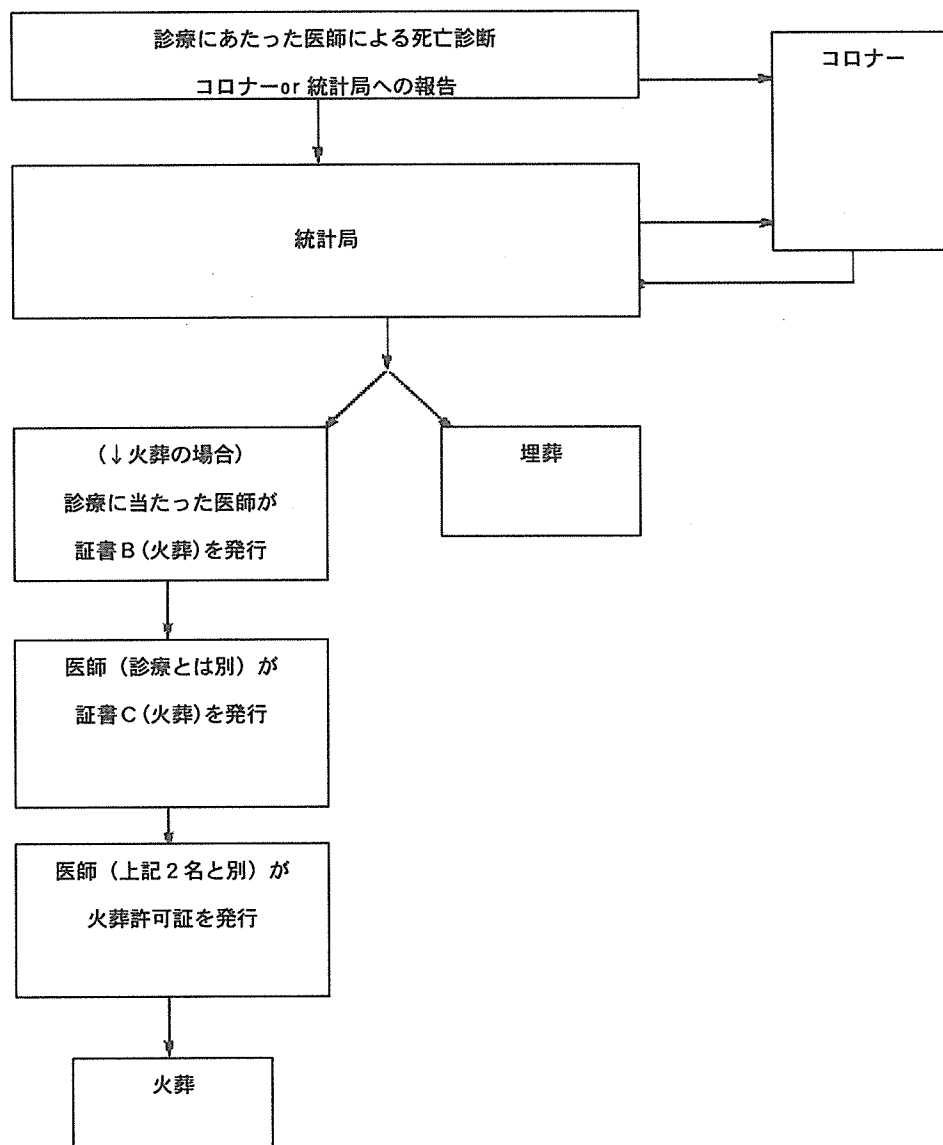
コロナーには資格取得後 5 年以上の法律家あるいは医師がなる。任命は各地区（全 127 区）によってなされ、活動する医師および地方自治体の戸籍登録担当者と協力して特定の地域内における業務を行うが、懲戒権限も含めて身分上は国に帰属する。従来、管轄官庁は内務省であったが、2005 年より憲法問題省（旧・大法官府）<sup>1</sup>が引き継いだ。2004 年の段階で 430 名のコロナーが任命されている（常勤は 394 名）。しかし、実体は地域で活動し各自治体から経費が捻出されていることから、財政面での限界や、地域間での対応の差異は否めず、現在の改革に向けた検討における主要な論点となっている。政府はコロナー法の改正を目指して法案作成に取り組んでおり、2006 年の春には法案を公開する予定であるとしている。

イングランド型では、こうしたコロナーによる死因調査とは別に、各病院内での病理解剖が行なわれる場合もあり、これについては国営医療制度のもとに遺族からの承諾を得る手続きを中心とした指針が作成されている。また、2004 年に成立した人体組織法にもとづいて、こうした解剖の結果、人体から採取された人体組織の保管や研究利用に関する規制が整備されている。

---

<sup>1</sup>イギリスでは長らく、従来のコモン・ロー裁判所と並存していた聖職貴族による大法官裁判所の名残で、大法官が三権にまたがる職掌をもってきた。2003 年に、最高裁判所を設立して、従来の貴族院上訴委員会における法官貴族が担っていた最終審を担うこと、裁判官選考をおこなうことなどを目的として、大法官が廃止され、その機能が憲法問題省に移管された。憲法問題相は裁判官としての職務を行わない旨を表明した。

(イングランドにおける死後の手順-2006年3月現在)



イギリス(イングランド)では、 coroner が把握できる死亡事例が限られていることに加え、葬儀形態による手順の違い、特に火葬の場合の手順の複雑さに関する問題点が指摘されている。死因調査の体制改革については、このような死後の種々の手続きとの調整もはかりながら議論されている。

## 1-B スコットランド型

スコットランドでは、地方検察官が報告された死亡事例に対応するという点でヨーロッパの大陸諸国と似ているが、コロナ制度に匹敵するほど広範な死亡事例に対応する点はこれらの諸国と質を異にしている（司法当局型と文民調査型(コロナ型)の中間にあるといわれる)。報告された事例について病理医や警察医と協力して調査を行い、特殊な事例については専門家の意見や目撃者、家族からの聴取を行うが、イングランドのコロナ制度のような公開死因審問（インクエスト）を行うことはない。その上で、戸籍への登録情報の確定、あるいは刑事訴訟の必要性に関して法務長官に報告を行う。

このほか、執行官(Sheriff)による各州の下級裁判所は、刑事・民事に関する訴訟の審理のほか、業務として拘置施設での死亡事例に関する調査をおこなう。また、市民の懸念の強い問題について法務長官は調査権限を行使することがある。

なお、イングランド型と同様、スコットランドでも遺族の承諾を得て各病院内で病理解剖が行なわれることがある（特にスコットランドでは「院内検死」と呼ばれる）。こちらも人体組織（スコットランド）法の改正の中で、実施の手順の法制化に関する議論が続いている。

## 1-C 実績の比較

イングランド型のコローナー制度、およびスコットランドでの検察当局のもとでの死因調査の実績を、類似する制度を導入している他の法域と比較して示したのが以下の表である（内務省、2003）。

法域		検死（％） （法域によりコロー ナー ／ME／地方検察官）	死体検案 （％）	死因審問（％） （いわゆるイン クエスト）
イングランド 型	イングランド&ウ ェールズ	37.8	22.8	4.8
	北アイルランド	24	8.8	1.3
スコットラン ド型	スコットランド	23.7	12.2	0.11
参考				
アイルランド共和国		26.5	9.4	4.9
カナダ	アルバータ州	25	7	0.12
	ブリティッシュコ ロンビア州	28	10	0.06
	オンタリオ州	27	11	0.1
オーストラリ ア	ヴィクトリア州	13	9.7	0.8
	ニューサウスウェ ールズ州	14	10.3	0.35
ニュージーランド		14	9.8	4

それぞれ、特定の職種による検死（「検死（％）」）、医師の関与のもとでの「死体検案」、公開審理を行う「死因審問」（以下、本稿では「インクエスト」と表記する）のそれぞれについて、全死亡事例数に占める割合を示している。特徴を挙げるならば、イングランド型、とりわけイングランドおよびウェールズではコローナーによる検死が高い割合で実施されており、全死亡事例の3分の1強に達している。この他、死体検案や審問も多く行われている。スコットランドでも、地方検察官にしては類似する大陸型欧州諸国（ここでは数値を



掲載していない)と比較しても高い割合で検死が行われているが、この種の調査に特化した役職ではないこともあってインクエストはほとんど実施されていない。また、北アイルランドでは正式なコロナー局が存在せず、警察医が犯罪性のあるものについて権限の範囲内で対応してきた。このため事例によっては調査の客観性が疑われたり、制度的にはイングランド型にありながら、体制の整備が遅れており、最近の病院内での不審死をめぐる議論の中で改善が求められている。

## 2. イングランド型での改革の論点

「1.」における「イングランド型」でのコロナー制度の起源は一説には11世紀周辺ともいわれるほど古いものであるが、現在の体制の原型は19世紀後半のものである。現行法もこの時期の関連法規を統合したものであり、1930年代、1960-70年代に制度改革がなされて以降は特に変革の対象とならないまま30余年が経過してきた。

### 2-A 内務省の調査(2003年)

21世紀に入って、内務省はこの間のコロナー制度は制度疲労を認めたといえる。コロナーの活動内容も変化しており、たとえば犯罪に絡んだ死亡や獄中での死亡事例を主に調査していた時代から、医療の質や死亡への責任の所在など質的に従来とは異なる状況下での死亡事例について調査することが多くなったことが関わる。

また、各地域でコロナーとしての統一的な業務基準等がない状況にあり、調査能力にも限界があることから、研修などによる技能の標準化、技術要員への予算の補強など、コロナーの業務能力を改善する必要も指摘されるようになった。2003年の内務省による調査報告書の中では、‘seriously neglected’とされてきた現行制度が現在及び将来の諸問題に対応していくためには「劇的」「本質的」な変革が必要であると結論した。

この調査報告書では、必ずしも院内の不審死など診療行為など公衆衛生領域での死亡事例に特化した議論が展開されていたわけではないが、コロナーのそもそもの基本的な任務や、その機能の位置づけ、コロナーの組織化など、コロナー制度全般に関するもののほか、公衆衛生的な視点も読み取ることができる。

そして、コロナー制度における死因調査制度に関するイングランド型(イングランド、ウェールズ、北アイルランド)について、全国的な体系化を行ったこと(コロナー評議会の)、死因調査に必要な要素(透明性や遺族への対応など)を洗い出した点など、その後の死因調査体制の検討に関する議論の基盤となっている。

**内務省・調査報告で指摘された点（2003年段階）**

「死因調査について取り組むべき6つの改革点」

- ・業務の標準化、常務体制の強化
- ・家族(遺族)への対応の統一
- ・コローナを支援する医学専門要員の充実(Statutory Medical Assessorの創設)
- ・(葬儀形式にかかわらず)死亡診断の統一、コローナ局の関与
- ・コローナによる死因調査、死因審問の透明性、柔軟性
- ・コローナの機動性、専門対応能力の強化

下図からも明らかなおとおり、これまでのコローナの活動は明確な統率組織が無いまま、各地域の自治体ごとに大きく異なってきた。灰色部分はこのように、地域での活動を群および国レベルで支える機能を充実させ、業務の共通化や調整をはかるために新設された部分である。

全国	コローナ評議会（新設） （チーフ・コローナ、副チーフ） 全国基準の設定、調査、上訴 鉄道事故、海外での死亡、従軍中など特殊な事例への対応方針の立案	監査
地域群	地域コーディネーター （属するコローナ局のうちから選出）	
地域	<u>コローナ（・代理）</u> 医学専門官 事務局運営スタッフ(10数名)	
死因診断	<u>死亡診断医(状況によって複数→統一)</u> + 診断確定医(コローナ局が任命) (診断・埋葬審査の簡素化・統一*)	

下線部分：現行の体制

灰色部分：勧告された新設職・組織

\*これまで「埋葬」（1段階）と「火葬」（3段階）と死因診断の手順が大きく異なっていたものを、「死亡診断医」「診断確定医」の2段階制に統一することを提案するもの。

## 2-B シップマン事件調査報告（2003）

まさに公衆衛生上の面から、コロナ体制の改革を求める動きに火をつけたのは、シップマン事件である。200 余名の患者を殺害したとされる H. Shipman 医師（一般医、後に獄中で自殺）の事件が発覚し、2000 年に保健省は独立した調査班を立ち上げた（当初の私的な非政府活動の位置づけから公的な独立調査に切り替えられた）。

この調査班は現在まで 6 次にわたって調査報告書を公表したが、このうち 2003 年に公表された 3 番目の報告書が死亡診断およびコロナによる死因調査に関するものである。同報告書は「本来は殺人の隠蔽から市民を守るべき、現在の死亡診断、火葬診断、およびコロナ体制における各手順がその目的を果たし得ていないことが明確となった」として、死亡診断と死因調査に関して以下に関する抜本的な改革を勧告した。

このシップマン事件調査報告での勧告は大きく「医療領域の死因調査の充実」「遺族の権利の保障」「死因調査の標準化」に大別できる。

### 内容① 死因調査の標準化

コロナ組織として、「コロナ・サービス」（非省庁付属の公的団体）を新設し、コロナとしての業務の独立性を維持し、ここが全国のコロナの業務手順に関する一貫性を確保するほか、遺族、市民の懸念への対応も担うべきであると提言されている。これは内務省報告書における「諮問組織」としての「コロナ評議会」の位置づけより、はるかに機能性のある内容となっている。

たとえば、コロナ・サービス、各区域のコロナ局を通じて全死亡事例の診断書を収集し、医師専門職組織の監視のもと、これらの診断書をランダムに抽出して報告状況を検査することなど、死亡事例全体についてコロナの関与を求める提言がなされている。

### 内容② 医療領域の死因調査の充実

ここでは、コロナを専門性に応じて「司法コロナ」に加えて、「医療コロナ」の区分を新設するよう提案されている。調査の段階では、司法コロナが自宅捜索と文書類の確保に関する令状、医療コロナが医療記録、薬品の差し押さえに関する令状を発する権限を持つとされ、状況によっては両者が協力して対応することとなっている。

①で提案した「コロナ・サービス」は、こうした医療コロナ、司法コロナの両方の統括し、コロナの活動方針を立案するほか、コロナの活動や遺族への対応などについての広報も担うこととされている。また、憲法問題省（旧大法官府）・保健省と連絡を取り合う。

また各地には、おおむね人口 100 万あたりに一つの医療コロナ局の設置し、そのもと

に代理コロナー、調査チームを配置すること、コロナー局への通報の有無にかかわらず、コロナー局にはすべての死亡事例に対する調査権限があるべきとしている

### 内容③ 遺族の権利の保障

遺族の権利の保障について、とりわけ遺族からの調査に関して具体的な要求があった場合への対応が盛り込まれている。ここでは、コロナーによる死体検案の実施に関して遺族に異議がある場合にはコロナーはなおかつ死体検案を必要とする理由を示すべきであるとし、逆にコロナーが死体検案を必要としないとする決定について遺族に異議がある場合には、遺族は検案を実施するようさらに司法コロナーに訴えることができることとした。（「死体の処理」、「司法コロナーの調査機能の充実」「他の組織による刑事手続きとの調整」）

また、医療における過誤、過失が関係していると思われる場合、現状では概して医師が関係した場合は他の原因による場合と異なって、コロナーに報告されない傾向がある点を是正することが必要とされ、これが①の全件をコロナーに届出る仕組みにするべきであるという提言に影響している。また、インクエストは死因審問は公益にかかわる事例にとどめることとし、審問の結果の具体的な改善事項はチーフ・コロナーに提出すること、チーフ・コロナーは関連組織にはたらきかけること、その他の事案についての調査報告は、遺族、その他の公的組織にも公開できるものにする、など情報の公開の必要性にも言及している。

その他、「・死体検案を実施する病理医に関する各種要件」、「・疑わしい事例に関するコロナーへの報告義務」があげられている。