

2-C 政府の対応 (2005、2006)

2006年春に向けて検討されている法案はまだ公開されていないが、2005年に内務省が、2006年には内務省からコロナーに関する管轄を引き継いだ憲法問題省が、それぞれ法案作成に向けた検討事項を発表している。イギリスの死因調査の再編は、これらの文書から窺うことができる。

①2004年：政府の取り組み状況報告（内務省）

2004年には、内務省より政府の取り組み状況に関する報告があった。これは上記の2つの調査報告に対する政府の取り組み方針を示すものであったが、特に下記の4点に重点を置いたものとなっていた。

①遺族、市民のニーズへの対応

- ・遺族がもつ懸念に対応できること、特に死因に関する疑問について。
- ・コロナーによる調査の過程において遺族が関与できるようにすること。

②コロナー

- ・死亡事例の大部分に迅速に対応すること
- ・コロナーによる調査が必要な事例の効果的な特定手段、資源の有効利用
- ・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）の一貫性の確保

③全国一各地域でのコロナーの果たす役割

- ・チーフ・コロナーのもとでの全国のコロナーの統括
- ・地域公衆衛生官を通じた死亡事例の動向の監視
- ・司法権の独立

④医療・公衆衛生（各地）

- ・「医学専門官」の任命→コロナー業務への医学面での支援
- ・地域の動向の把握

内務省により示された「コロナーが調査すべき事項」のリスト

(暫定、2004)

- ・暴力、外傷による死亡事例一般
(交通事故、職場での死亡、自傷、負傷、毒物、焼死、溺死、その他不自然な死亡。)
- ・監獄、兵役、留置場、特別病院あるいは精神疾患患者などで他者の監督のもとにある場合、障害者施設
- ・職業病の関与が疑われる場合
- ・必要な治療の欠落、不十分な治療、あるいは有害反応の関与が疑われる場合。治療後あるいは治療中の予期せぬ死亡
- ・その他、医師が自然な死であると診断できない事例
- ・家族、その他の一般の人々、専門職、葬儀関係者、その他関係する情報を持っている者が、死亡についての原因や状況に関して疑問を持った場合。
- ・統計局(死因の他、出生や婚姻に関して登録を維持する)が死因について疑問を持った場合

②2006年2月：政府の方針（憲法問題省）

その後、コロナーの管轄官庁は内務省から憲法問題省に移管された。憲法問題省は主に以下の7つの領域にまとめた政府の取り組み方針を公開した。

①遺族への対応

- ・ 遺族に、医師が死亡証明に署名をした後であっても、死因に関する疑義をコロナーに提起する機会が保障されるようにすること。
- ・ コロナーによる調査およびその後の手順における遺族の法的な地位を明確にすること。
- ・ コロナーの業務における遺族への対応について、コロナー綱領に明記すること。
- ・ 上記の綱領には、突然死や予期せぬ死への効果的な対応を保障するための指針および基準をもうけること。コロナーと遺族の間のさらなる意思の疎通をはかることで、死因およびその状況の解明の改善を図ること。
- ・ 上記の綱領には、遺族がコロナー体制およびその中での遺族の権利（検死やその他のコロナーによる調査について知らされる権利、相談する権利、およびインクエストに関与する権利）を明確に記していること。
- ・ 調査やインクエストにおけるコロナーの決定について、弁護士を雇うことなく再審査を求めることができる権利の新設。
- ・ その他、遺族へのサポート、遺族に対する業務に関する情報の充実。

②不要なインクエストの省略

- ・ コロナーに、特に一部の自殺や小児の死亡事例など、公開聴聞を実施する公益がないと判断した場合について、インクエストを開催するかどうかに関する裁量を認めること。これらの場合、コロナーが死亡事例を調査し、報告書を作成することになる。
- ・ 50歳以上の死亡事例に関する調査要件を廃止すること。
- ・ インクエストで解明する予定の問題が刑事訴訟など他の手順によって検討されている場合、コロナーにはこの事例に関するインクエストを開催しない裁量を認めること。

③統率機能、全国基準

- ・ チーフ・コロナーおよび事務局を置き、コロナー職の統率、基準の設定、遺族その他関係者への対応をおこなうこと。
- ・ チーフ・コロナーは、監査あるいは視察に関する権限を有すること。
- ・ チーフ・コロナーは、遺族への対応、コロナー間での業務の調整、コロナーの研修、コロナー体制に関する広報や情報公開などに関する責任をもつこと。
- ・ チーフ・コロナーは政府・担当大臣に対する職務上の責任を負うこと。

- ・ コロナー業務に関する諮問組織を設置し、チーフ・コロナーによる全国基準に関する調査や、チーフ・コロナーがさらに検討すべき業務内容に関する助言を行う。この組織には独立した立場から一般人や任意団体の代表が参加することが考えられる。

④コロナーの常勤化

- ・ チーフ・コロナーがもうける全国基準にそって活動し、遺族のニーズおよび管轄する地方での文化面でのセンシティブな問題に対応し、一方でこうした調査が効率よく有効に実施するためにもコロナーを常勤化し、業務の向上に導く。
- ・ 担当大臣は、常勤のコロナーの配置にあわせて、コロナーの管轄区域の大きさ、境界を決定する新しい権限を有すること。
- ・ 大半の州に一人のコロナーを配置すること、および都市部には二人以上のコロナーを配置すること。
- ・ コロナーの業務は、複数の代理コロナーにより代行できるようにしておくこと。

⑤地方の責任

- ・ チーフ・コロナーと共に、各地の当局は引き続きコロナーの任命を担うこと。その際、こうした任命はすべて公平で公開性のある手順に沿って行われるようにすること。
- ・ 新しく任命される際には所定の法定資格を必要とすること。その際、コロナーの新しい業務について、医師資格者を有する少数に適用される過渡的条項をもうける。
- ・ コロナーの事務局は、引き続き警察あるいは地方の自治体によって、運営されること。両者間の合意により移管されることもある。

⑥調査、インクエストの改革

- ・ コロナーに報告し、かつ調査の対象となる死亡事例の基準をもうけること。
- ・ 調査や検死に各種の制限の撤廃。
- ・ 遺族には、調査の主局面に関与できる機会があること。
- ・ コロナーの権限の強化、特に協力が得られない場合への調査能力の強化。
- ・ 特に複雑な事例については、判事、法廷弁護士にゆだねること
- ・ コロナーは、インクエストの対象や問題点を明確にするために、事前にヒアリングを開催することができること。
- ・ イングランドやウェールズの外で起こった死亡事例のうちで特に必要性のある場合や、大法官（担当大臣）が指示した場合に、コロナーに調査を求めることができること。
- ・ コロナーによるインクエストが欧州人権条約の第2条（※巻末参照）の要件を満たしていることを明確にすること。
- ・ インクエストで子供が承認となる場合、そのような子供を保護するための新たな措置を

講じること。

⑦医学領域に関する改善

- ・ (中央) コロナーの調査に関する医学的実務や問題点の面からチーフ・コロナーを補助するために、医学アドバイザーを任命すること。
- ・ (各地方) コロナーが医学領域に関する独立した立場からの助言を各地で受けられるよう資金援助をすること。

参考：北アイルランドでの議論

これまでコロナー制度の整備がもっとも遅れてきた北アイルランド地方で、特に診療行為に関連した死亡事例の調査をするための体制面での充実を求める動きが活発化している。特に最近では死体検査の結果に疑問が提起されるような事例が相次いで示され、一部は法廷で争われた。

このような状況について、人権問題に関する監視、調査を行う法に設置を義務付けられた公的機関である北アイルランド人権委員会は、2004年に診療行為や医療機関での不審死を調査する体制の整備は、欧州人権条約に照らして、行政が人権を保護し維持するための責任事項であるとして、以下の勧告を行った。

【勧告の説明】(抜粋)

1.1. 医療行為に起因する突然の死、予期せぬ死は、遺族に多くの疑問点を残す。特に、そのような死がどのように、そしてどうして起こったのか、死因に関係した状況についての情報が必要となることがある。同様に、病院や保健医療施設は、そのような死亡事例に関する体制面、あるいは人的な面での原因、を理解することができ、場合によっては再発を防ぐために措置を講じることができるという益がある。欧州人権条約の第2条により、病院内での死亡事例について十分な調査を実施することについて公的権力が法のもとに手続き上の要件をもうけることが可能であるように、人権関連法規の発展は、関係者および医療専門職のこうした益に沿うものになっている。

1.2. 北アイルランドでは2003年に1万4462名の人が死亡している。そのうち、7464名は病院で、3042名はナーシング・ホームで、58名は精神病院で死亡している。年度ごとに見ると、2001年度に北アイルランドの病院での7372名の死亡者数のうち、436名は術後30日以内に死亡している。北アイルランド法廷は、コロナー制度の再編に関するコンサルテーションペーパーの中で、3563名の不審死について届出があり、230名についてインクエ

ストが実施されたことを示している。このデータは、毎年起こる北アイルランドの医療現場での死亡のうち、ほんのわずかな部分のみがインクエストの対象になっていることを意味している。欧州人権条約の第2条を遵守する観点から、病院内での死亡事例の約7500件のうち、どれほどのものが「院内での死体検査」「コロナーによる検死」「コロナーによるインクエスト」で対応すべきであるか検討することは合理的なことであるだろう。

1.3. この調査では、人権法（1998）の要件の一環として、公的権力が診療行為に関連した死亡事例を調査する義務に関して検討している。そこでは、欧州人権条約の第2条の観点から告訴のあった2000年10月2日以降に発生した死亡事例の調査が、義務的なものなのか否かについて検討している。またこの調査では、治療後の死亡事例に対処してきた既存の体制を検討し、これらの体制が条約の要件を満たしているのか否かについて評価した。最後に、現在の治療行為に関連した死亡事例の調査手順の欠陥を指摘し、勧告を示した。

イギリス・北アイルランド人権委員会による勧告

■欧州人権条約の第2条は、病院内で死亡者がした場合にその死亡事例が公開性のある、客観的で独立した立場から検証される環境の整備を各国に保障するよう求めている。さらに言うと、各国は、遺族らの求めに応じてというわけではなく、死亡したという事実こそ対応して実行されるような監視体制を保障する必要がある。

（註・・・ここでは、第2条の規定から、生命を奪うような状況の再発を防ぐことへの国の体制整備の義務を導き出している。医療現場での「予期しない死亡」は体制面あるいは個人の過失に原因がある場合があるとして、こうした死亡事例がおこる背景について十分かつ適切に対応できる調査組織の必要性を説いている。）

病院での死亡事例に関する調査は、その病院から独立して行われなければならない、その死亡に関連する事実およびその死亡に寄与した人為的あるいは体制面でのエラーの存在を断定することを目的としていなければならない。現在の院内での死亡事例の調査の手続きは全体としてこの基準を満たしていない。特に、現在の体制には下記のような制度的欠陥を挙げることができる。

（現行の制度的欠陥）

- （1）病院内での死亡事例を調査する要件がないこと。
- （2）臨床監査の独立性が維持されておらず、実体として不完全であること。

- (3) 内部評価および各施設の長への照会も客観性が欠けていること。
- (4) 死を引起すこととなった人的、あるいは構造的な欠陥が、死亡診断に関する現行の体制において把握できていないこと。
- (5) 外科的手術中、あるいは手術後の死亡事例について、検死への届出の義務がないこと。
- (6) 治療行為に関連した死亡事例の検死の必要性の有無を判断するものが、経験の浅い医師によってなされる場合があること。
- (7) 実施に届出が出された死亡事例について、その後の検死の手順を行うか否かについて coroner の側に大きな裁量があること。
- (8) 検死の実施に当たって、臨床記録や独立した専門家による報告が利用されない場合があること。
- (9) coroner には、個々の事例について インクエストを実施するか否かについても広範な裁量があること。
- (10) coroner は、検死の報告をもって インクエストを実施しないことを決定できること。
- (11) coroner が、インクエストのための調査を行う役割と、インクエストでの裁定を下す役割をかねていること。
- (12) インクエストでは外部への諮問の範囲が狭いので、死亡事例がおこった状況に関する綿密な調査が保障されていないこと。
- (13) coroner には、再発を防ぐための勧告を行う権限がないこと。
- (14) GMC（法定の医師専門職組織であり医師の資質を管理する）などの医療専門職組織に報告を行っても、こうした組織が問題に対処したり、coroner に向けて対策報告書を coroner に向けて作成したりすることは要件となっていないこと。
- (15) 医療過誤を把握するための現行の体制では必ずしも死亡事例に関連して開かれた、目的思考の評価を行うことはできない。明確な体制面や人的な問題がある場合には、医療過誤を把握する体制がこうした問題を明らかにするよりも、むしろ隠蔽するものになりかねない。

■これらの欠陥のうちの一部は、Luce 調査（上述の2003年内務省調査）および Shipman 調査（同じく上述のシップマン事件調査報告）によって対応できるかもしれない。切迫して検討に値する対応には、下記のものがある。

（切迫して検討すべきもの）

- (1) 国は、欧州人権条約の第2条による手続き上の義務が病院内での死亡事例に適用されることを明確に認識すること。
- (2) 国は、病院内での死亡事例を調査する件について、欧州人権条約の第2条による手続き上の義務を果たすための明確な指針を示すべきであること。
- (3) 病院内での死亡事例は、上記に関連して欧州人権条約の第2条に関する責任を負う調

査組織に対して日常的な業務の一環として報告されるべきであること。

- (4) 病院内での死亡事例は独立した評価を受けるべきであること。その際、適した資格を有する外部の者が可能な限り早く、その病院の関連するすべての診療ノート、診療記録のコピーを入手できるようにすること。
- (5) 病院内での死亡事例について、診療ノートや診療記録の結果から外部の評価者がその死亡事例が過誤や追及するべき人的あるいは体制的な問題によるものであると確信するに足る理由がある場合、検死とインクエストを必ず行うようにすること。
- (6) 検死の実施、診療ノートや診療記録の利用、インクエストの実施といった件に関する裁量は、これらの適用の標準化を保障するために規則のもとに要点を定めること。
- (7) インクエストの実施の有無は、検死の結果にのみに依存しないこと。
- (8) インクエストで利用できる諮問の範囲は、故人がどのようにして死に至ったのか、およびその視の状況に関する調査までも含むことが許されるべきであること。
- (9) 欧州人権条約の第2条に関する調査やインクエストの過程で明らかになった体制面での問題が、保健省に報告されるような明確な仕組みが必要であること、さらに明確な期限をもうけてそのような報告に対する対応が公表されること。
- (10) 診療行為に関連する死亡の複雑さや、およびインクエストによる裁定が何らかの民事訴訟の結果を反映することがあることも考慮して、インクエストにのぞむ遺族に法的側面でのサポートが確保されるようにすること。
- (11) インクエストの結果、診療行為に関連した死亡事例が人的な問題により起こったことが判明した場合、適した医療専門職登録組織における専門職行為を管理する体系へ自動的に報告する仕組みをもうけるべきであること。

欧州人権条約：人権及び基本的自由の保護のための条約（1953-）

第二条（生命に対する権利）

1 すべての者の生命に対する権利は法律によって保護され、何人も故意にその生命を奪われぬ。ただし、法律で死刑を定める犯罪について有罪の判決の後に裁判所の刑の言い渡しを執行する場合は、この限りでない。

2 生命の略奪は、それが次の目的のために絶対に必要な、力の行使の結果であるときは、本条に違反して行われたものとみなされない。

- (a) 不法な暴力から人を守るため
- (b) 合法的な逮捕を行い又は合法的に抑留した者の逃亡を防ぐため
- (c) 暴力又は反乱を鎮圧するために合法的にとって行為のため