

効果が無いので、約一五分後に気管支拡張剤を服用させたところ、「楽になった」が、三〇分後死亡していた。このような事例の多くは、医師の死亡診断書を検視担当の検察官が鵜呑みにするために解剖はされない⁽¹⁵⁾。この事例の死因は、狭心症等には禁忌とされる気管支拡張剤の心臓に対する副作用による死亡と鑑定した。

英米圏では、拘留所、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異状死届出を要する。しかし、日本では拘留所収監者の胸痛等の訴えに対する診断・処置が遅れたために死亡する事例が少なくないようであり、この点に関して提言を行った⁽¹⁶⁾。しかし、関係省庁は「問題の発端となった看守の暴行は、ごく少数であった。暴れる収監者に対する拘束器具を改良した」と発表したのみであった。

■病院からの届出と、コロナの医療アドバイザー委員会

異状死届出の時、医師には、ピ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コロナに直ちに知らせよ、

②コロナの医療供述書を作成せよ。院内死亡の異状死に関して、コロナ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、身元確認書を作成すべし、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、州コロナは隔月開催の「医療アドバイザー委員会」⁽¹⁰⁾をつくった。医学会のピクトリア支部代表者からなるこの委員会は、コロナにアドバイスをし、医療界にリエゾンし、コロナ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。

■電子メール雑誌による警鐘的事例の紹介

調査終了後、警鐘的事例がコリアル・コミュニケーションという電子メール雑誌で、VIFMホームページ、州医師会、州学会支部などとリンクされ広く配信されている

(11)。一例を紹介しよう。
〔要約〕四十八歳、女性が緊急腹腔鏡の実施後、多臓器不全により集中治療室に長期入院していた。持続する発熱以外の症状が軽快したために一般病棟へ移すことになった。血管内の透析カテーテルが感染源たりうると考えられたので、ガイドワイヤを使って置換された。約七時間後、血圧が低下したので、昇圧治療が行なわれた。容態急変前の胸部X線撮影によりカテーテル先端部が右心房内にあることが確認され、引き戻された。しかし、病状は悪化し続け、カテーテル置換の約三〇時間後に死亡した。

〔コロナ調査〕治療に当たった医師、看護師より供述書が提出され、第三者の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。カテーテル置換前には、X線検査上、中心ラインはすべて上大静脈の遠位部にあったが、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。

意味がないことを示唆する論文に基づく。しかし、置換直後のX線撮影未実施は、病院、製造者双方のガイドラインに反していた。
X線撮影は置換の八時間後と二〇時間後に行なわれ、右心室遠位部にカテーテルの先端があることを示していた。これらの事態を医師が把握できず、行動が遅れた。コロナは、患者の死亡は予防可能であり、医師は病院、製造者のガイドライン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。

この決定は、担当者が最近読んだカテーテル置換後のX線撮影の

【コロナの提言】①病院の操作手順(Procedure)には、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の位置を確認しなければならぬ、②①に示す操作手順があれば、この患者におけるシステムエラーは同定できたであろう、③州ヒューマンサービズ部門は、医原性の損傷と製造者の説明書・注意書き・ガイドラインの間に因果関係の存否を分析するプロジェクトについて検討中である。

この決定は、担当者が最近読んだカテーテル置換後のX線撮影の

【コロナの提言】①病院の操作手順(Procedure)には、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の位置を確認しなければならぬ、②①に示す操作手順があれば、この患者におけるシステムエラーは同定できたであろう、③州ヒューマンサービズ部門は、医原性の損傷と製造者の説明書・注意書き・ガイドラインの間に因果関係の存否を分析するプロジェクトについて検討中である。

【文 献】

- (1) 吉田謙一：事例に学ぶ法医学，有斐閣，2001.
- (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：日本醫事新報 No. 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：日本醫事新報 No. 4150：59-64, 2003.
- (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1：24-27, 2004.
- (7) Corder SM, Loff B：800 years of coroners, have they a future?：Lancet 344(8925)：799-801, 1994.
- (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—Graeme Johnstone (GRAEME JOHNSTONE@CORONERSCOURT.VIG.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. Megan Bohensky (meganb@vifm.org) より入手可能.
- (12) Loff B, Corder 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, Kikuchi Y：Investigation of deaths in prison in Japan：Lancet 362 (9387) 921-922, 2003.

*1 東大 法医学講座 教授
*2 東大 附属病院 JHPC センター

ビクトリア法医学研究所におけるシステムは、日本における医療関連死調査機関の設立に向けて参考にできる点は極めて多い。

さらに、今後、JHPCのシステムを用いてIT情報管理システムを計画する。質管理の要員が確保できるのであれば、低コスト高パフォーマンスのサービスを提供できる。

て紹介される。

■ 結 論

VIFMは、法律家コロナーと法医病理学者が対等な立場で、事故の予防を主たる目標として、異状死の死因究明を行う独自の行政機関である。コロナーの任務は、死に関する状況を調査して公に事実を認定し、また、調査で得た避けるべき状況について社会に提言することであって、犯罪事実の調査

ではない。また、さまざまな職種の人々がチームとして目的に向かつて協力している。ここでは、解剖、捜査、検査等につき、コロナーが行う死因究明情報を、全国レベルのインターネット基盤NCISで管理・利用し、実際に数々の分野で予防に利用している。加えて、病院からの届出事例を全例、看護師・臨床医のチームが評価し、週一回の検討会において、コロナーや専門臨床医を含む関係者とともに、原因、注意義務に関する検討、そして、提言を行っている。この情報は遺族に伝えられる上、医療事故以外の事故も含めてNCISを通じて予防のために利用される。また、調査結果は病院や関係者・機関にフィードバックされる上、有害事象の警鐘的事例がコミニケとして臨床医には電子メールで、外因死事例がコロナー関係者出版物として配布され、NCISとともに予防に利用

される。さらに、各学会代表者とコロナー関係者が、一月おきに医療アドバイザー委員会を開いて臨床現場との関係を密にしている。

日本で、二〇〇五年度に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家による評価を事故の予防に利用するための方法が模索される。まず、届出窓口で医師から事情を聴取し、遺族に説明し解剖の承諾を確認し、解剖後に説明する立場につく「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も、そして、医療アドバイザー委員会も取り入れるべきである。さらに、今後、JHPCのシステムを用いてIT情報管理システムを計画する。質管理の要員が確保できるのであれば、低コスト高パフォーマンスのサービスを提供できる。

□連 載□

医療関連死

□第 3 回□

英国圏の異状死死因調査・医師管理制度

吉田謙一

病理と臨床・別刷

2006 vol. 24 no. 1

東京/文光堂/本郷

英国圏の異状死死因調査・医師管理制度

吉田謙一*

I. 異状死の届出

異状死とは、「確実に診断された内因死以外のすべての死」である。また、人は社会的・法的な存在であるので、その死因と、病死・事故死などの別を第三者が公正に決定することによって、関係者の人権を守り、責任の所在が判断されるべき死ともいえる。したがって、諸外国では、医療に関係した可能性のある死亡(医療関連死)も、医師・患者関係の枠内で処理せず、公的機関に届け出て、法医学的な死因究明をすべき異状死と考えられている。日本やドイツのような「大陸法」諸国では、届出先は警察であるが、英国圏諸国では、コローナと呼ばれる死因究明専門の行政官に届け出る。

日本では、医師法 21 条の規定により、医療関連死を届け出た医師自らが業務上過失致死の被疑者となりうる。そのため、医療関連死の届出に関して、臨床医の多くが納得していない。また、届出後の司法解剖では、法医が医療行為を評価するが、専門知識が乏しい法医には、解剖にも評価にも限界がある。多くの法医は、臨床医の協力を得ようとするが、十分な協力は得難い。特に、高度先進医療や複数の医師が関与する医療では、複数の適切な専門家の評価が必須であり、臨床専門家が解剖と評価に参加するシステムが求められる。このシステム創生の端緒となるのが、2005 年 9 月に開始された厚生労働省補助金による「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」である。

司法解剖では、解剖執刀者が、情報を関係者に開示できず、事故の再発予防などに使えない。そもそも、医療事故は、医療システム(ソフト、ハード)エラーに起因することが多い。したがって、個人の責任追及を目的とする司法解剖や刑事捜査は、懲罰的な効果を期待する以前に、医師の届出を抑制するという根源的な欠点から免れない。これに対して、コローナ制度の要点は、法に定められた医療関連

死を含む異状死を広く届け出て、裁判官的な立場のコローナに調査や判断を委ねることによって、公正性・透明性を保ちつつ、事実を認定することにある。そして、その情報は、関係者に開示できる。そのため、英国の医師は、「コローナは、法の傘の下に怒れる遺族から医師を守ってくれる」ということができる。

本稿では、英国圏諸国の異状死死因究明制度と医師管理制度を俯瞰することによって、日本の近未来に求められる、異状死・医療関連死の調査システム、および医師の管理制度について考えてみたい。

II. コローナ制度

英国には、コローナ制度という異状死調査制度がある。12 世紀、英国王が十字軍遠征の帰途、捕虜となり、莫大な保釈金を請求されたため、徴税の任に当たった行政官クラウナーがその起源である。クラウナーには、自殺者の遺産を没収し、あるいは、被征服住民が征服者(王側)を殺したと疑われる場合、その地域の住民に課税するため、死因などを調べて公表する必要があった。そして、死因究明のため求められる知識・経験が専門化するにつれ、解剖や鑑定を専門家に囑託し、捜査全般を指揮し、死因と死の態様を決定するコローナ(検視官)のような専門家が必要となったと思われる。

日本では、届け出られた「異状死体」は、警察官によって、明らかな犯罪死体、明らかな非犯罪死体、いずれか不明な変死体に分けられ、警察本部の検視官によって解剖の要否が判断される。しかし、検視官の多くは 2~3 年で交代するうえ、所轄警察署も死因調査専従の専門家をもたない。この制度を指揮する立場の検察官も死因究明の専門家ではない(東京地検には、医療担当の検察官がいる)。

英国 148 の管区に正副各 1 名いるコローナの多くは法律家であるが、一部は医師である。約 5,000 万人の人口をもつ英国(England & Wales)では、全死亡の約 1/3 が異状死として届け出られ、全死亡の約 23% が法医解剖(コロー

*東京大学大学院医学系研究科法医学講座

一解剖)されている。日本では、異状死は全死亡の約13%、1.4%が法医解剖(司法解剖+行政解剖)されているにすぎない。

日本では、異状死を法定していないが、英国では、コローナに届け出るべき異状死を、戸籍法に規定している。同様の内容が、National Health Service・内務省・統計局・各コローナ事務所のガイドラインに記載されている。戸籍法(1968年)に記載された「届け出るべき死」の内容は、以下のとおりであり、下線部のような広範囲の医療関連死を含む。

(1)外因死が疑わしい状況や病歴がある、(2)事故に関連した可能性がある、(3)労働・職業と関連している可能性がある、(4)中絶、(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、(6)医療行為や治療と関連している可能性がある、(7)死者自身の行為が死に寄与した可能性のある死(自虐行為、薬物・有機溶媒使用)、(8)警察または拘留所内の死亡、(9)入院24時間以内の死亡、(10)精神保健法による拘留中の死亡、である。一方、コローナ法(1988年)には、届出の要件として「不自然死(異状死)と疑うに足る合理的な理由があればよい」とされており、医師も市民もコローナに広く届け出ている。

コローナ捜査官は、コローナを補佐し、関係者の事情聴取をする。また、遺族に解剖や調査に関する説明をし、日時などを調整する。遺族の苦情・要望に、いつ何時でも対応するという。時には、犯罪被害者の遺族に、時には予期しない肉親の死亡に直面した遺族に対応するプロである。コローナは、解剖や調査の情報がそろった時点で、重要案件については、裁判官として公開のインクエスト(検視法廷)を開く。傍聴した交通事故案件では、妻、車の同乗者、事故の目撃者、警察の交通鑑識専門家に次々に証言をさせながら、事実関係を認定し、妻に質問を求めていた。最後に、死者の氏名・年齢、死亡場所・時刻を告げ、「死因は心肺挫傷による出血である。飲酒のうえ、速度超過によるハンドル操作の誤りによる交通事故である」という評決を伝えた。そして、法律家であるコローナが死亡証明書を書く。加えて、コローナは、事故予防策などに関する提言ができる。

遺族や死者のプライバシーが暴露されるという批判に対して、インクエスト自体が遺族にとって癒しの場であるという反論がある。確かに、日本では、類似案件の遺族には、心情への配慮はもとより、捜査上の秘密として限られた範囲の情報が警察官から伝えられる程度である。死者・遺族の人権擁護と情報の開示の相克に関しては、倫理的な考察と、個別の事例に対する人間的な対処と経験が求められる。今後、日本の死因調査においても、このような点に対応できる専門家が必要である。

英国では、法に届出の対象である異状死の内容が明記されており、国民は、異状死を届け出て、コローナに死因を

究明する権限を委ねることを当然と考えている。日本では、届け出るべき異状死が法に定められておらず、犯罪に関係した例外的な死亡であると考えられており、死因究明に一貫して責任を負う専門家がない。医療関連死に関しては、英国では、医師に第三者であるコローナに死因究明を委ねることのメリットが認識されているので届け出やすい。そのメリットとは、医療の透明性を示すことができ、情報の公開ができることである。しかし、日本では、刑事捜査への抵抗感、および、事故の再発予防に使えないことから、できるだけ医師・患者関係の枠内で処理し、隠蔽や不公正を疑われる可能性がある場合にはじめて、医師が届け出ている可能性がある。

III. ブリストル事件とメディカルイグザミナー制度

1990年代、英国社会を揺るがしたブリストル事件では、2名の心臓外科医が、手術成績の悪のまま手術を続けたために、100名にも及ぶ小児が無駄に命を落とすと推定されている。英国では、手術に関係した死亡は、法に従って届け出られ、多数が解剖されているといわれているが、実際には、さほど、届け出られていないという疑惑もあるという。いずれにしても、ブリストル事件を防ぐことができなかった結果、コローナ制度が批判に曝された。

コローナの多くは、法律家であり、医療案件を処理するのが得意でないので、米国流のメディカルイグザミナー(ME)が勝るといふ議論がある。米国都市部では、法医病理資格認定医である行政官MEが、検案・解剖をする。ME主任がコローナと同様、異状死の死因究明全般を検視局で指揮する。法医病理資格認定医には、医学部卒業後、臨床2年、一般病理4年、法医病理1年の研修、そして、資格試験合格を要する。

米国のME(検視局)は、日本では、警察の鑑識・科学捜査研究所が行う現場、および物体に関する捜査、遺族対応、そして、死亡証明書(死亡診断書と死体検案書を区別しない)のチェックなど、異状死に関するすべてを取り扱う。そのため、捜査官や専門職員を検視局で教育し、国家資格を獲得した後は、実質上、終身職として雇用する。多くの州で、医療関連死は刑事捜査の対象外である。しかし、医療関連死にかかわった医師は、警察のような捜査権限をもつMEに呼ばれ、カルテなどを示しながら説明をし、そこで、解剖の要否などが判断される。この制度の要点は、検案・解剖の実務経験者であるMEに権限を委ね、異状死全般を総合的・集中的に調査・管理することにある。この点、東京23区、大阪市、神戸市などにおかれている監察医は、警察が検視をした後の異状死体に関して、検案と解剖をする権限しか要しない。

英国では、議論の末、医療コローナの配置、コローナを補佐する医療査定官の配置が提言された。一方、英国では、コローナ調査が事実認定に限られ、医療の評価を避け

ていることが、反復するミス of 看過につながったと批判された。この批判の中で注目されたのが、オーストラリア・ビクトリア州の制度である。

IV. ビクトリア州法医学研究所 Victoria Institute

オーストラリアの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。この州では、コナー法に「届出の目的は、事故の予防である」と明記されている。VIFMでは、コナーが法的責任者であるが、法医、臨床評価医、看護師が、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に優れている。

National Coroner Information System(NCIS)は、国内8管区のコナー情報を、インターネット(IT)を用いて管理し、コナー関係者・政府機関・研究者に提供している。訪問時、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、法医がNCISを用いて11の類似事例を見出し検討中であった。法医・コナーと異分野のスタッフが、協力しつつ類似事故の事例を集めて分析して、問題点を発見し、議論し、解決策を見出し、事故の予防のための方策を考える。コナーは、インクエストに類似事例を集めて、関係者の証言を重ねながら事実を認定し、死因や死の態様に関する評決をし、コナー法に基づいて事故予防のための方策を提言する。このように、ひとりの法医やコナーが再度経験することがないような事例であっても、同業者間で経験を共有し、分析結果を公表することによって、事故の再発予防に役立てることができる。その結果、VIFM設立後、事故の発生率は半減したという。

このような事故の「後ろ向き分析」に加えて、「前向き利用」が提言されている。例えば、医療器具連盟(TGA)の追跡調査中の薬剤による過量服用による死者が出たとき、TGAに電子メールが送られる。また、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。その他、コナーの死因究明情報がコナー関係者に“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、詳細な情報は、NCISにより照会できる。

VIFMでは、看護師が窓口で、病院関係者・遺族・警察から事情を聞き、解剖の要否をスタッフと相談しながら判断し、コナーに伝え、遺族に説明して解剖の承諾を得るなどの役割を果たしている。また、窓口で、臓器の移植や研究利用に関する調整をする看護師とも協力し合って、日常、臓器摘出が行われている。看護師は、医師・患者の双方に話ができるコーディネーターとして、異状死の死因究明に欠かせない存在である。

V. 臨床連絡サービス Clinical Liaison

ビクトリア州では、コナー制度下に、法医が医療関連死を扱うことに様々な制約があったので、CLSが設立された。CLSは2002年に法務省の支援で始まり、年間約1,000件(全異状死の約1/4)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する。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、法医研修をした救急医と、公衆衛生教育を受けた老人科教授の2名が評価している。必要な場合、専門医にコンサルトする。週1回1時間~1時間半の検討会には、コナー、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例に有害事象がある。

CLSの一事例を紹介する。ICUで多臓器不全の症状が関係しつつあった患者の透析カテーテルを置換した。7時間後、ショックに陥り、30時間後死亡した。置換8時間、20時間後に撮影された胸部X線写真上のカテーテル先端部が異常な位置にあったが、見逃されていた。解剖の結果、死因は心臓穿孔による心タンポナーデであった。コナーは、「医師は、病院・メーカーのガイドラインに従って、置換直後に胸部写真を撮影してカテーテル先端を確認すべきであり、医師にガイドラインに従わなかったミスがある。加えて、その後、撮影した写真でも異常に気づかなかったミスがある」と評決した。そして、医師はカテーテル置換直後にガイドラインに従ってカテーテル先端を確認すべきこと、州は、ガイドラインの適否を検討すべきことを提言した。

CLSの評価は、医療事故の予防と医療システムの改善のため行われる。そのため、病院に解剖記録とともに、評価が還元(リエゾン)されるので、医師は大部分、記録を自発的に提出する。CLSの実績としては、死因調査にかかわる法医とコナー関係者に対して、週1回の検討会を通じて、病院届出事例に関する臨床的・リスクマネジメント的な視点を養ったとされる。また、コナーは、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し、事故の予防に具体的・体系的に貢献した。さらに、隔月開催される医療アドバイザー委員会において、学会代表とコナー関係者との連絡が緊密になった。加えて、一般医師に対して、電子メール事例報告レターが配信され、見学・開放日が設定されたことによって、医療関係者とコナー関係者の意思疎通が促された。このように、CLSは、病院内死亡を包括的・透明・客観的・学際的に調査することにより、コナーの調査を合理化強化したうえ、医療事故の予防に貢献したと評価されている。

coronerは、個人の犯罪や過失を裁くのではなく、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し、評決を示す。その機能は、犯罪を暴く検察官でなく、公正に裁く裁判官である。そのため、coronerが調査して、医療ミスを見出さなければ、多くの遺族は、それ以上追及はしない。しかし、病院側が同じ結論に達しても、さほど信用されない。このように、coronerの第三者性・公正性が重要であり、その権限と信頼性が紛争を予防していると思われる。

英国では、coronerは医療ミスを判断しないが、情報は、民事・刑事・行政処分の証拠となる。一般に、ミスに疑う患者・遺族は医療機関に苦情を文書で伝える。法は、これに対して、開業医・病院は、各々10日・20日以内に文書で答えなければならないと規定する。

また、患者側代理人に依頼された医療専門家が、当該医療機関でカルテ・画像などを評価し文書を作成する。代理人は、これを病院側に渡して、病院側代理人と交渉する。病院側が別の医療専門家に評価を依頼することもできる。法的紛争に巻き込まれた医師、coroner、または、行政処分上の調査を受ける医師は、公的な医師保護団体であるMedical Doctor's Union (MDU), Medical Protection Society (MPS)の代理人医師・法律家に助けを求めることができる。これらの団体の法律家顧問が、代理人医師を指導している。このように、英国では、多くの医療案件が患者側・医療側の医療・法律の専門家同士によって評価され、裁判外紛争処理される。そして、医師のミスが認定されたときには、MDU, MPSが保険金を支払う。これとは別に、遺族は行政に調査パネルの設置を求め、それでも満足できない場合には、オンブズパーソンに対応を求めることができる。加えて、医師登録団体に苦情を提起し、医師の登録の抹消・停止を求めることもできる(下記)。

ビクトリア州では、coronerは医療ミスの判断をするが、情報は裁判や法的対応にも証拠として使えない。そして、coroner関係者は、医師の届出を促すため、医療上の秘密 confidentialityを守らなければならない反面、患者や家族には、真実を知る権利がある。両者の調整に関してルールはなく、実務担当者の哲学的・人間的な洞察と真摯な対応が求められる。ビクトリア州のcoronerは、医療ミスや医師の能力に関する評価を開示するが、ミスを裁かず、行政処分に委ねる。原則、医療ミスに対する刑事責任は追及されるべきでないと考えられている。これらの結果、日本と異なり、医師は、届出に対する抵抗感を感じなくてすむものと思われる。

医師法7条2項には、「医師が罰金以上の刑に処せられた場合、医事に関し犯罪又は不正の行為を行った場合、又は医師としての品位を損するような行為があった場合、厚生労働大臣は、その免許を取り消し…医業の停止を命じることができる」と規定されている。従来、刑事事件で有罪が確定した医師に対する処分に限られていたが、刑の確定前に処分するなど、社会の厳罰化の要求に応えようとしている。その半面、刑事捜査と報道に事実認定を依存しており、医療専門家による評価が不十分であった。

英国では、医師は医事審議会(GMC)に登録しなければ、医療に従事できない(Medical Act)。GMCの登録抹消は、日本の医師免許剥奪に相当する。プリストル事件では、coroner制度とともに、GMCが、身内に甘いと厳しく批判された。2002年の法改正後、「不適切な医療を行う医師から公衆を守る」というスローガンを、「患者を守り、医師を導く」に変えた。そして、明確に設定した“基準”に照らして医療行為を評価し行政処分をすることに加えて、医学部のカリキュラムを策定するGMCは、同じ基準を登録審査・更新から教育にも生かすようになった。

日本では、医療裁判で過失や注意義務違反の認定の基準となる“医療水準”は、裁判官が裁判の過程でつくるものと考えられている。したがって、よほど、興味をもつ医師以外、医療水準や注意義務について知る機会は限られている。これに対して、GMCは自ら基準を定め、これに基づいて医師を管理している。その内容は、「よい医療行為 Good Medical Practice」という小冊子に記載されている。さらに、インフォームド Consent・終末期医療・感染症・GMCへの通告・個人情報保護・臨床研究・卒前・卒後教育などに関する小冊子の姉妹編が発刊されている。小冊子の内容は、医師保護団体との間で検討され、実質上、民事・刑事の裁判でも尊重されていると思われる。

GMCは、主に患者側からの年間約4,000件の苦情に対して審議をし、必要な場合、医師を行政処分している。内部告発を奨励しており、病院が医師を訴える例も少なくない。審議員35名は、地区選出医師19、指名医師2、一般人14により構成される。一般人は、枢密院が患者団体役員・看護師・家裁職員・医療機関や公的機関の非医師職員などから選出し、女王に指名される。

GMCの審議対象は、有罪判決を受けた医師、深刻な職業倫理違反・非行のため、医師の適正に疑問がもたれる医師、“Good Medical Practice”記載の有無にかかわらず、医師登録に重大な懸念を生じさせる注意義務違反が繰り返された医師、健康上の理由(アルコール・薬物中毒)により適性がないと判断された医師、などである。

まず、ケースワーカーが調査をして、審議の要否を決める。次に、審議委員の中から指名された医師がスクリーニ

ングをして、審議の要否、職業倫理・医療行為・健康のいずれの審議会にかけるかを定める。医療行為審議会は、医師の態度・能力・臨床およびコミュニケーション技術、臨床記録、および監査報告に関して評価・審議をする。健康審議会の審査対象は、アルコール・薬物中毒などである。通常、調査のため、2名の専門医と1名の一般人審議員を派遣する。

例えば、腹腔鏡手術で、7名の患者に合併症を起こした医師に対して、公開の職業裁判として開催された職業倫理審議会の評決文(要約)を紹介する。「責下が7名の患者に対して行った術前・術後の治療のミス、加えて、腹腔鏡・開腹手術における技量に関する重大な懸念に関して審議をした。その結果、責下の医療の水準は、一般人がGMC会員に期待する医療水準を大きく下回ると判断した(以下、Good Medical Practiceの引用)。すべての医師は、患者の医療を最優先すべき義務を負う。そして、治療をするときには、十分な能力を備え、職業上の知識と能力の限界を知らなければならない。(中略)審議会は、重大な職業倫理違反により有罪と判断し、登録を抹消する。」このように、審議の実務で使われながら、「医療水準」が周知され、不適切な場合には修正されて、医師自らが医師を管理する体制が確立されている。年間の登録停止・抹消の数は、日本の半数以下の人口で、百数十件と桁外れに多い。しかも、リピーターとはいえ、患者の死亡につながらないような上記のような事例も厳しく処分されている。これによって、医師は、社会からの信頼を得ている。

米国においても事情は同様である。マサチューセッツ州では、看護師がカルテなどのスクリーニングをして、法律家とともに審議の資料を作成する。一般人が参加する月例のMedical Boardでは、これらの資料が審議され、複数の医師が免許停止の処分を受け、氏名や処分内容が公開されている。今後、日本においても、英米のように、医療従事者主導で、日進月歩の医療に合わせて医療水準を定め、一般人や法律家を入れて審議をしつつ、その結果を公開していくような行政処分システムの構築が求められる。そうすることによって、医療の質の実質的な管理が可能となり、審議過程が合理化され、医師の自主的な意識改革に根ざした医療改革が継続される基盤ができるであろう。また、民事・刑事処分からの望ましくない医療界への圧力を回避し、医師自ら社会から信頼される医療を構築することが期待される。

VIII. まとめと提言

日本の医療関連死の死因究明の制度は、早急な改革を要する。その改革において、刑事手続きに直結する異状死届出制度の改革、および、医療評価の専門家の公式参加が求められる。そして、解剖・評価の結果や情報を、事故の再発、および、紛争の予防に役立てることが求められる。そ

のためには、医師法、死体解剖保存法、刑事訴訟法などを統一的に改革し、死因究明と事故の再発予防を目的とした新しい法を定めることが望ましい。そして、これらの過程を統括する専門家、検案・解剖・医療評価の専門家に加えて、調査を補助し遺族・関係者を調整するコーディネーターを養成する必要がある。また、調査結果より、医療を評価し、事故の再発予防のための方策を検討し、提言をする委員会が必要となる。

ほとんど原型の存在しない、このような死因究明制度を作り上げてゆくうえで、厚生労働省の「医療に関連する死亡の調査研究に関するモデル事業」は、有益な経験を与えてくれる。このモデル事業の試案作成に当たって、英国、オーストラリア(ビクトリア州)の法・制度は、いろいろなことを教えてくれた。

まず、法医・病理医・臨床医が協力して、解剖・評価をすべきである。また、届出受付や遺族対応に看護師(コーディネーター)を起用すべきである。すでに、この解剖方式やコーディネーターの有効性が実感されている。次に、医師・法律家が参加する地域の評価委員会で、調査や評価の結果を審議して、その内容を、遺族・病院の双方に伝えることが求められる。この過程で、コーディネーターや評価委員の適切な対応によって、紛争を未然に防ぐため、調整や裁判外紛争処理の手法を学ぶ必要がある。そして、委員会で、事故の再発予防に関する議論をし、予防のための方策を提言し、ITなどを利用して公開することが求められる。

これらの目標を達成するためには、多様な職種・背景をもった人々のモチベーションとチームワークが必要である。まず、病理医と法医の協力体制の確立が出発点となることを確認したい。

文 献

- 1) 吉田謙一, 河合格爾, 武市尚子他: 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 2004, 1: 19-23
- 2) 吉田謙一, 黒木尚長, 河合格爾他: 英日比較 医療関連死・医療紛争対応行政システム 1: 英国のコーナー制度にみる医療事故対応. 判例タイムズ 2004, 1152: 75-81
- 3) Review of Forensic Pathology Services in England and Wales. Home Office 2003. available from internet
- 4) 吉田謙一, 武市尚子, 河合格爾他: 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について. 日本医事新報 2004, 4201: 53-58
- 5) 吉田謙一, 木内貴弘: ビクトリア法医学研究所における医療関連事故予防への取り組み. 日本医事新報 2005 4228: 57-62
- 6) VIFM (Victorian Institute of Forensic Medicine) review ISSN 1448-5842, 2003 & 2004. information is available at www.vifm.org
- 7) 吉田謙一, 瀬上清貴, 武市尚子他: 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
- 8) 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 2004, 1153：80-88