

20050125/B

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～17年度 総合研究報告書

主任研究者 曾根 智史

平成18（2006）年 3月

# 目 次

## I. 総合研究報告

死体検案業務の質の確保等に関する研究 曾根 智史 .....	1
-----------------------------------	---

### 資 料

(資料1) 死体検案講習会のプログラムの開発・実施・評価	
(資料2) 「英国の医療事故死（異状死）原因究明制度と情報開示」	
(資料3) 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	
(資料4) 「異状あると認めたとき」の届出義務を考える	
(資料5) 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	
(資料6) 届け出るべき「医療関連死」について	
(資料7) 医療における裁判外紛争解決（ADR）と調停（Mediation）	
(資料8) オーストラリアのヘルスサービスコミッショナーによる公的調停制度	
(資料9) 医療関連死及びその周辺環境—特にADRの適用可能性—等に関する研究	
(資料10) 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	
(資料11) 医療関連死の症例データベースについての調査研究	

II. 研究成果の刊行に関する一覧表 .....	89
--------------------------	----

III. 研究成果の刊行物・別刷 .....	89
------------------------	----

## 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（国立保健医療科学院公衆衛生政策部 部長）

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）  
木内 貴弘（東京大学医学部附属病院 教授）  
稲葉 一人（科学文明研究所 特別研究員）  
瀬上 清貴（国立循環器病センター 運営局長：15年度のみ）

### 研究要旨

医療事故の再発予防や医療の質の向上のための社会的基盤の改善を目指して、死体検案業務の質の向上および異状死・医療関連死の取り扱いに関わる体制整備のための政策提言を行うことを目的として研究を実施した。その結果、以下の事項が明らかとなった。

1. 2日間＋見学実習＋1日間からなる死体検案講習会は、全国で検案業務に携わっている医師のニーズに合致しており、技術向上や動機付けに有用である。
2. 患者・遺族と医療従事者との間を橋渡しし、医療関連死の原因究明を図り、今後の事故予防に生かすために、医療関連死を保健所など中立的第三者機関に届け出る制度を早急に確立する必要がある。加えて、医療における裁判外紛争処理制度の構築、中立的第三者の養成プログラムの開発、実際の事例から学ぶ仕組み等を総合的に推進する必要がある。
3. 予防可能な死の原因を発見し、その対策の効果を評価するために、異状死症例データベースが、医療事故の原因究明と事故予防のために医療関連死データベースの構築がそれぞれ必要である。

以上の結果を踏まえ、今後は、検案業務を巡る体制整備のための施策や異状死や医療関連死に関する情報の届出制度の構築、関連情報の管理・データベース化など、死因を究明し医療事故予防等の対策に役立てるための施策を推進すべきである。

### 研究協力者

トーマス（南カリフォルニア大学名誉教授  
・野口 前ロサンゼルス郡検視局長）

勝又 義直（名古屋大学教授  
日本法医学会理事長）

大野 曜吉（日本医科大学法医学教室教授）

三澤 章吾（筑波大学名誉教授）

柳田 純一（慶應義塾大学法医学教室名誉教授）

的場 梁次（大阪大学大学院法医学講座教授）

黒木 尚長（大阪大学大学院法医学講座講師）

長崎 靖（兵庫県健康生活部監察医務係長）

後藤 敏（長野県信濃町立信越病院）

土井 幹雄（茨城県衛生研究所長）

河野 朗久（河野外科医院理事）

村井 達哉（慶應義塾大学法医学教室教授）

小林麻衣子（国立保健医療科学院研究員）

武市 尚子（東京大学大学院生）

池田 典昭（九州大学医学部法医学分野教授）

斉藤 一之（埼玉医科大学法医学教室教授）

佐藤 喜宣（杏林大学医学部法医学教室教授）

高津 光洋（慈恵医大法医学講座教授）

重田 聡男（慈恵医大法医学講座助手）

武市 早苗（東海大学医学部法医学教室教授）

福永 龍繁（東京都監察医務院長）  
ジョー・（ビクトリア州法医学研究所臨床  
イブラヒム 評価医）  
（所属 研究協力当時）（順不同）

## A. 研究目的

異状死とは、「臨床医が診療経過中に確実に内因性疾患による死亡と診断した死亡以外の全ての死」とされる。犯罪・事故・自殺・孤独死・医療事故関連死亡例の増加に伴い著増している。世界的には、異状死は行政機関に届出て法医学専門家による検案・解剖を通じて公正な死因究明を受けるべき対象と解される。しかし、日本の監察医制度施行地域は、東京都 23 区・大阪市・神戸市のみである。それ以外の地域では警察医が検案の主役であるが、従来、研修制度がなく、質の担保が困難であった。また、日本の監察医制度非施行地域では、犯罪捜査を目的とした司法解剖が大勢を占め、死因究明上、最も重要な初期調査や解剖実施の決定は警察に委ねられている。

医師法第 21 条に基づく「医療関連死」の届出に関しては、平成 16 年 4 月、日本内科学会、外科学会、法医学会、病理学会によって、医療関連死の死因究明を担う第三者機関の設立に関する共同声明が出された。これを受けて、厚生労働省は平成 17 年度にモデル事業として、全国数地域で法医・病理医・臨床専門医が解剖・医療評価を行い、これを、学会代表、法律家等より構成される評価委員会で検討し、事故の予防に役立てる試みを開始した。そして、調査の実務を担当するコーディネーター・調整看護師をおき、調査担当医とともに、実務に関する具体的な検討をし、指針を作成している。

本研究の目的は、検案医の不足を補い質の向上等に寄与するための政策提言を行うことを第一の目的とする。検案・解剖に関する調査により、監察医制度の拡充につなげる方策も検討する。第二に、平成 17 年度、厚生労働省が実施するモデル事業の実務内容を検討し

て、医療関連死の死因究明に関わる行政機関と死因究明の制度を創る方策を探ることを目的とする。医療関連死に関する報告義務に関しては、当事者ばかりでなく、解剖・評価する側の法的責任も問われることから、実務と法制度の関係の設定条件が重要な課題となる。また、患者・遺族の要求に応え、紛争を予防・処理し、公正で透明な専門家の医療評価を示すシステムを創る必要がある。さらに、これらの結果を、IT 等を利用して個人情報保護に留意しつつ適切に公開することによって、医療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。

この研究によって、死体検案システムの改善に関する政策提言につなげる。

## B. 研究方法

本研究では、以下の 11 の研究を実施した。なお、詳細は各資料を参照されたい。

### 1. 死体検案講習会のプログラムの開発・実施・評価（資料 1）

死体検案講習会は、全国における死体検案業務の充実を図ることを目的としている。対象者は、全国の警察医（警察協力医）など検案業務に携わる機会の多い医師である。全国の郡市医師会等を通じて参加者募集を行った。

講習会は大きく三つの部分からなっている。まず、9 月に講義を中心とした講習（前半）を 2 日間行った。その後、受講者各自で東京都監察医務院や大阪府監察医事務所等における監察医業務や大学医学部の法医学教室における法医学解剖等の見学実習を実施した。その上で、2 月に実習内容の報告とそれに対する討議を中心とした講習（後半）を行った。これら 3 つの部分すべてを修了した者に、修了証書が授与された。前半および後半部分は、国立保健医療科学院で実施された。受講料は無料であった。

9 月の講習会前半には定員 100 名のところ、130 名の医師が参加した。最終的に、前半（2 日間）、見学実習、後半（1 日間）のすべて

を完了し、修了証書を授与された者は100名であった。

講習会の受講者を対象とした自記式調査票を用いた調査を実施し、研修の理解度、教育技術、有用性などを設問した。

調査結果を考察し、本講習会の構成やプログラムの内容などについて改善点を整理し、今後の講習会のあり方を検討した。

## 2. 英国の医療事故死（異状死）原因究明制度と情報開示（資料2）

カリン・ゼーマー副コロンナー（警察医を兼任）のアレンジにより、彼女の管轄地域であるサリー地区（ロンドン南方の人口100万人ほどの住宅地帯）を訪ね、担当者にインタビューし、また、検視法廷（インクエスト:inquest）を見学して、「三要件」について検討した。さらに、法医学者ナイト教授をウェールズの首都カージフに訪ね、法医の貢献できる点などについて現地調査を行い、その現状を把握し、比較により日本の問題点を解明し、日本の異状死の死因究明システムの進むべき方向性の検討を行った。

## 3. オーストラリアの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の実態調査（資料3）

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。

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。

オーストラリアのビクトリア州法医学研究所（Victoria Institute of Forensic Medicine: VIFM）では、コロン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」に取り組んでおり、日本の医療関連死調査制度の方向性を示している。VIFMを訪問して、州コロンナーであるジョンストン氏、

法医部門主任コーディネーター教授はじめ、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。

## 4. 「異状あると認めるとき」の届け出義務に関する研究（資料4）

医師法に定められる医師の職務行為である「検案」およびその関連事項について、これまでに解決のついていない諸問題に関して、その論点と解決策の方向性について検討した。具体的には、既存制度の法的、社会的問題点を検討し、あるべき制度のあり方について、論証した。

## 5. 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関する研究（資料5）

諸外国の制度に関する調査および日本の現状分析を通じて、医療関連死の届出と死因究明の制度設計のために必要な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し、提言としてまとめた。

## 6. 届け出るべき「医療関連死」に関する研究（資料6）

医療関連死を医療行政機関に届け出る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年度に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。吉田らが従事してきた諸外国の制度に関する調査、および、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、提言としてまとめた。

## 7. 医療における裁判外紛争解決（ADR）と調停（Mediation）に関する研究（資料7）

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、その解決の方策および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した。

米国および国内での訪問調査およ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、および、モデル事業運営後の、紛争解決のための道筋を論証した。

#### 8. オーストラリアのヘルスサービスコミッションナー (HSC) による公的調停制度に関する研究 (資料 8)

2006年3月6~10日の間、オーストラリアのビクトリア州メルボルンに各種行政機関・司法機関・大学・病院・裁判所・医師保護機関・患者側アドボケート・医療ジャーナリスト・医療弁護士・医療保険専門家などを訪ね、資料を得た上、インタビューした。特に、Health service commissioner (HSC) について分析、検討を加えた。

#### 9. 医療関連死およびその周辺環境—特に ADR の適用可能性—等に関する研究 (資料 9)

文献調査と、モデル事業に関連する研究班会議、モデル事業運営委員会、その他モデル事業に関連する諸活動、更に、事故被害者ないし加害者との研究会を通じてのインタビューも加味した。

#### 10. 死体検案情報のデータベース化とその活用可能性に関する研究 (資料 10)

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を目的に、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。

#### 11. 医療関連死の症例データベースについての調査研究 (資料 11)

英米圏では、異状死の届出とコロナー (英連邦圏)、監察医 (米国) による調査制度が普及している。オーストラリアのビクトリア州では、異状死届出の 25% を占める医療関連死について、コロナー、臨床医、看護師、法医学者が一体となって、事例の検討を行うシステム (クリニカルリエゾンサービス) が 2002 年より運用されており、医療関連死の分析と予防対策への活用のための優れた制度の事例として知られている。

オーストラリア・ビクトリア州のクリニカルリエゾンサービスの IT 活用について、必要な資料収集、同システムの視察を行い、その意義と役割について検討した。

##### (倫理面への配慮)

面接調査で得られた情報については、アクセスを主任・分担研究者に限定した。データについては、記録媒体を制限し、ネット上でやりとりせず、パスワードをかけ、解析後は主任研究者に返却し一括管理した。

### C. 研究結果

#### 1. 死体検案講習会のプログラムの開発・実施・評価 (資料 1)

前半部実施時に、受講者の属性および各講義と講習会全体に関する意見を自記式質問紙により調査した。有効回答数は 103 で、有効回答率は 79.2% であった。受講者の年齢は 50 代以上が多く、地域的には関東以北が多かった。およそ 4 分の 3 が警察 (協力) 医であった。また、自己申告による昨年 1 年間の死体検案実施数をみると、50 例未満の者が多かったが、50~99 例の者も約 4 分の 1 おり、100 例以上の者も約 1 割いた。

1, 2 日目 (前半) 全体については、95% 以上の回答者が講習会全体の内容を「十分」または「まあまあ」理解できたとしていた。教育技術に関しても、全員がプラスの評価をしていた。また、現場での有用性についても、9

割以上が「非常に」または「まあまあ」役に立つと回答していた。これらの3尺度で見ると、内容は一定の水準に達していたものと考えられる。

3日目(後半)については、理解、教育技術、有用性のいずれにおいても、95%以上の受講者がプラスの評価を下していた。

以上の結果から、今回のような死体検案講習会が、全国で検案業務に携わっている医師にとって有益であることが推察された。また、予想を超える受講者数や熱心な受講態度、さらに2日間+1日間の講義と現場での見学実習というプログラムを4分の3以上の受講生が修了したという事実からも、本講習会が現場のニーズに合致したものであることがうかがえた。

## 2. 英国の医療事故死(異状死)原因究明制度と情報開示(資料2)

英国では、「あらゆる医療行為と関連して異状が発生した可能性が疑われる事例」は、大部分、ガイドラインに従って異状死としてコロナーに届出られ、専門性・公正性・公開性の高い法医学的死因究明が実施される。まず、死因調査過程が一貫しており、関与する専門家の専門性が高く、役割分担とコミュニケーションがよく、解剖率も高いので死因究明の精度が高い。また、死因究明過程の情報が、遺族や医師保護団体への情報公開による紛争処理、事故予防、および行政処分にも役立っている。また、医療関連死に対する行政処分・紛争処理の制度も充実している。英国の制度には、医療関連死に対応する日本の「第三者機関」のモデルとして、採用すべき点が多い。まず、届け出るべき医療関連死の範囲を法に明示し、医師が判断をせずに(過誤や遺族の意向にかかわらず)届け出させるようにする必要がある。そして、コロナーに相当する「監察医療監」を行政が任命し、加えて、医療関連死に対して、死因究明と医療の質の向上を目的とし、関係者への情報開示や執刀者の事情聴取ができる「医療行政解剖」

をつくる必要がある。監察医療監には、公正性、解剖・鑑定の経験の面で、および、米国のメディカル・イグザミナー(法医病理学者)の実績からも、医師、法医経験者が適しているが、今後、保健所長・行政医官・法医などを研修により育てるべきである。

## 3. オーストラリアの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の実態調査(資料3)

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。事故の「予防」を主目的にして、全豪州の異状死情報を、インターネットを利用して提供してきた。

一般に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では州コロナーであるジョンストン氏と、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。

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。

州人口約450万人、年間約1万数千件の死亡の内、コロ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。

コロナー法に従い、誰でも直ちに異状死をコロナー事務所に届け出なければならない(24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、病歴から死因を定められない死について届出義務を負う。

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、ベテラン看護師が解剖の要否を実質的に決定する。

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さ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臨床上の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、臨床連絡サービス Clinical Liaison Service (CLS) 設立につながった。

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。

#### 4. 「異状あると認めるとき」の届け出義務に関する研究（資料 4）

検案の目的および医師法第 21 条を再検討し、医療関連死については特に、再発の防止に向けての取組みが重要であり、そのためには、従来の警察への届出から、新たな第 3 者機関への届出を制度化することが必要であることを論証した。また、第 3 者機関の持つべき機能について検討した。このことから、第 3 者機関を実務的な機関と全国的に医学的見解を統一化するための顧問的機関とに機能的に分割することの必要性を論じ、実務的な大半の機能は医療行政的対応と密接不可分なものでもあることから、「保健所」をもって充てることの可能性を検討した。

#### 5. 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関する研究（資料 5）

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。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。

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。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、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。

#### 6. 届け出るべき「医療関連死」に関する研究（資料6）

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、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。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。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出てくる。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。

「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。

#### 7. 医療における裁判外紛争解決（ADR）と調停（Mediation）に関する研究（資料7）

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。

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。

また、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。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。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。

#### 8. オーストラリアのヘルスサービスコミッショナー（HSC）による公的調停制度に関する研究（資料8）

ビクトリア州では、異状死の死因調査制度の面では、コロナーと法医主任の権限のもと、法と規定を定め、人と予算を配して改革を進めてきた。HSC制度の面でも、厚生大臣の下にコミッショナーをおき、その権限のもと、法と規定を定め、人と予算を配して実施している。

医療記録法の規定には、以下の各項がある。

(1) 公的機関および個人が保持する医療に関する個人情報と保護する。

(2) 個人が自らの医療情報にアクセスするのを助ける。

(3) 医療情報の取り扱いに関する苦情処理のためのとりうる枠組みを提供する。

患者は、医療従事者が上の各項に反していると考えた時、コミッショナーに苦情を提起できる。コミッショナーの使命として、次の各項がある。

(1) 患者（医療受給者）の苦情を処理する。

(2) 指導原理の実施法を示し、医療従事者が医療の質を向上させる方法を示唆する。

(3) 医療の評価と医療の質の向上に貢献する。

HSCは患者の苦情に対応することを通じて医療の質の向上を目指す実務と政策に関わる。また、医師、看護師など専門家の登録を管理（日本では、免許管理）する団体と連絡を保ち、行政処分・指導を通じて医療の管理を助ける。そのため、（精神科や心理療法とは異なる）独自のカウンセラーをおき、医療に関する決定や問題の解決を助け、あるいは、患者を教育している。

コミッショナーは、医療従事者、患者、および両者に関係する第三者の利益を代弁し、医療情報や医療受給者の利益を代弁する。約450万人の人口に対して、コミッショナーの下に、調停官（Conciliator）9、アボリジニ担当官、行政支援担当官、評価・調査官、専門職調整官（registrar）、評価担当官4、マネージャー、法律・政策担当、プロジェクト担当、情報システム担当、受付2がいる。

患者の苦情は、評価担当官が電話で受ける。法は、依頼者が可能な限り自ら問題を解決するように試みることを、そして、スタッフが依頼者にアドバイスをし、必要な場合、サービスの提供者（例えば、環境保護部門、老人ケア部門）と直接連絡することを勧める。電話で解決できない場合、苦情書に必要な項目を記入し、署名の後、窓口を送ることが求められる。苦情は窓口で確認され、情報がデータベースに登録された後、医療従事者に送られ、28日以内に文書回答が求められる。回答は、

直接、患者に送られる場合と、窓口に送られる場合がある。明確な説明と謝罪が最も有効な解決法である。

84日以内に解決しない場合、コミッショナーは調停者に照会する。調停の目的は、関係者の非公式・非公開の議論を通じて和解を図ることである。紹介状を受け取って2週間以内に、調停者は問題点を整理した詳細な文書に関係者に送る。この手続きは、他のいかなるプロセス、例えば、あらゆる裁判に優先され、その内容は裁判等には使えない。この手続きは随意であり、一方が合意できない場合は、中止される。

## 9. 医療関連死およびその周辺環境—特にADRの適用可能性—等に関する研究（資料9）

### （1）問題状況

#### ①医療のリスクとリスクマネジメント

医療はリスクに満ちている。医療は、本来リスクを加えて、健康を回復することにある（例えば、開腹手術をすることや本来異物である薬を投与する）。しかし、同じ薬でも患者によって効く・効かないがあり（医療の患者依存性）、それを全部予測し（それは確率情報にすぎない）、全てに対処することは難しい（費用対効果の観点から）。医療は人間の手による限り（人をinterfaceとしている）、そこには医療者には処置の「うまい」から「下手」な人までがあり、その過程でミスが介在することを全く無くすることはできない（医療の医療提供者依存性）。

このような医療のリスクが顕在化すると医療事故となる。これらの医療の有するリスクを正面から見据えて、できるだけ医療事故を起こさないように対処を、「組織」として行うものを、リスクマネジメントという。しかし、専任のリスクマネージャーを置いていて、また、組織を挙げ誠実にリスクマネジメント行っても医療事故を根絶することはできない。そればかりか、事故の報告は一向に減ることはない。事故が起こると、これを一つのきつ

かけとして医療提供者と患者・遺族との関係は危殆（きたい）する。紛争化し、お互いに対立した状態を、「対立したままで」（一応）解決する方法が、法的な紛争解決である。

#### ②法的解決の基礎的発想

法的紛争解決は、「帰責」（責任を誰に負わせるか）という考え方を基礎にする。帰責は、法的な要件としては、「過失」と「結果（損害）と行為との因果関係」を求める。しかも、これは原則として事態を直接体験していない第三者（裁判官）の判断を仰ぐ経路を経るため、それらを証明する証拠が必要となる。

このような過失なければ責任なしという過失責任主義は、自由な社会活動を保証することを目的として成立した近代法が採用した考え方である。しかし、医療では、このような過失がないとはいうことも難しく（特に予見可能性（危険を予知すること）はあるといえればいつでもある）、結果責任主義的な運用ともうつつ。また、司法の運用が、ときに医療提供者からは、ごねるものが得をするように映り、医師法21条による届出が捜査の端緒となり、誠実な者だけが不平等に起訴をされるという不満が消えない。

また、裁判（民事も刑事）はたしかに、公平・公開・平等な手続が保障された、近代法が作り上げた合理的な仕組みである。しかし、それだけに法的解決は、（誤解を恐れずに言えば）「金銭を支払うことで」（民事損害賠償）、「刑罰を科す」ことで解決とみなす手続きといえる。

### （2）法的解決手続

法的解決手続は、3つに分かれる。

#### ①行政責任

行政的な責任は国による免許についてのコントロールである。ある一定の要件（医師については医師法4条③罰金以上の刑に処せられた者 ④前号に該当する者を除くほか、医師に関し犯罪又は不正の行為のあつた者）について、厚生労働大臣は、その免許を取り消し、又は期間を定めて医業の停止を命ずるこ

とができ（7条2項）、その場合は、厚生労働大臣は、あらかじめ、医道審議会の意見を聴く（7条4項）。

行政処分は、諸外国と比較すると日本は圧倒的に少ない。また、世論も医療事故を起こした医師・看護師等の行政処分の強化を求めているように思える。しかし、いわゆる診療報酬の不正請求や暴力・わいせつ行為等であるならばさせておいても、医療行為の適否を含む医療事故を、免許制度を支配している国（厚生労働省）が判断して処分を下すシステムは本当に適切であろうか。

## ②民事手続

医療民事訴訟は増えているし、また、様々な医療裁判運営上の工夫がされても、医療裁判の審理に要する期間は長い。

医療訴訟を起こす患者や遺族（家族）の思いを分析してみると、その思いは、①真実を知ること：どういう状況で何がどう起こったかを知りたい、説明して欲しい。②原因の究明：それがなぜ起こったかを知りたい。③素直な謝罪：当事者である医療スタッフや責任ある人からの、誠意ある謝罪を受けたい。④再発防止策の検討、明示、実施：他の患者が同じような事故に遭わないための再発防止策を具体的に検討し、それを示して欲しい、また、きちんと実施されているかどうかを知りたい。⑤被害者の救済：補償と心のケアを受けたい、ということであると分析されている。しかし、民事訴訟は決してこれに応えるものとはなりえない。それは、訴訟そのものが対立構造であり、対立を対立としてそのまま解決する制度であるからである。

他方、被告や医療者等の関係者にとっても医療過誤訴訟は大きな負担である。まず、被告という名称からしてとても負担となる。また、振り返って、自分の行動を何度も確認し問われる作業、つまり後ろ向きの作業を中心とし、心理的な負担（顧問弁護士から事情を聞かれる、法廷に呼び出しをされる）はとても重い。

このように民事訴訟手続は、①使い勝手がよいか、②医療事故を解決する手続きとして適切かという観点からは、否と言わざると得ない。しかし、このような手続でありながら事件数は増えている。

ここに、医療事故に即した、裁判でない紛争解決の手続（これをADR：Alternative Dispute Resolution－裁判外紛争解決）を創設する意義がある。

## ③刑事責任

社会的に悲惨な事態等が起こると、刑事責任が思い出される。特に重大な事故が起こると、刑事制裁の発動への期待が全面に出てくる。これは、関与者の非難を最も求めやすい（応報感情の優位）し、強制的捜査権への伝統的な期待（証拠収集が可能、お上に依存する気持）があり、事故原因が究明しやすいと考えられているが、行政制裁の機能不全（医療事故における医師の免許剥奪等）、民事責任の追及にはコストがかかる（弁護士の偏在、費用・時間等）など、刑事手続の積極的な意味を評価してより、他の手段が十分に機能していないことへの、裏返しという面もある。

今、医療事故については、刑事手続に代わり十分に機能する手続を作る必要がある。

過失（業務上過失）の構造は、予見可能性・義務と回避可能性・義務によって構成されているため、直接行為者の過失（その意味では看護師や医師がその対象となりやすい）がもっとも捕らえやすく、立証しやすい。上位（医療だと、看護師より、医師、医師より、病院管理者）にいるものは、結果からは遠く、立件することが難しい。他方、（病院）組織としても、組織を保持し、非難を回避する動因が働き、誰か（できれば下位の者）をとかげの尻尾切りとして差し出さなければならない。しかし、このことが、現場の萎縮を招き、逆に、（安全配慮の不十分な）システムの温存を招くことになる。

## ④医療事故・紛争・民事訴訟の関係

民事訴訟は増加しており、また、医療事故は多い。では、その中間の、医療紛争がどの程度あるのかというと、正確な資料はない(紛争の定義も難しい)が、医療事故情報センターが企画して行った「第7回医療事故全国一斉相談受付」、東京都健康局医療政策部医療安全課が行っている「患者の声相談窓口」での実績、民間の電話相談窓口である、「NPO ささえあい医療人権センター (COML)」の電話相談等を考えると、相当数あり、推定では、医療訴訟になっている数の10倍程度が紛争となっていると思われる。しかし、医療事故は全部が紛争になるものではなく、紛争は全部訴訟になるものではない。

医療者側からは、事故を起こしても紛争とならない、あるいは、紛争となっても訴訟にならない活動が必要となる。これがコンフリクト・マネジメントで、この一つの方法が医療ADRである。

そのような中で、厚生労働省の補助事業(内科学会は事務局)として「診療行為に関連した患者死亡の調査分析事業(モデル事業)」が17年度から実現した。この事業は、いわば事故が生じた以降の解決のための、訴訟によらない解決の第一歩として、国レベルでのコンフリクト・マネジメントであり、かつ、死亡原因究明型のADRである。

#### 10. 死体検案情報のデータベース化とその活用に関する研究(資料10)

オーストラリアの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る。またビクトリア州コロナ事務局が同じ建物内に併設されて設置されており、一体として活動していた。

全国異状死症例データベースシステムは、1994年にその実現可能性についての検討が開始され、2000年より、全国からの症例の蓄積が開始された(クイーンズランド州のみは、

2001年)。オーストラリアの人口は、約2,000万名で年間死亡数は約90,000である。そのうちの約18,000例が異状死として届出がなされ、実際に異状死として認定され、データベースに登録されるのは約7,000ほどである(異状死症例データベースには、異状死症例がすべて入力されている)。

データベースの内容として収載されているものは、警察捜査報告、解剖結果報告、関連する法医学所見(毒性等)、コロナの検死所見等である。一方、収載されていない情報には、審問の写し、写真等の所見、証人の証言等である。

#### 11. 医療関連死の症例データベースについての調査研究(資料11)

クリニカルリエゾンサービス情報システムは、ビクトリア州法医学研究所内に設置されたクリニカルリエゾンサービスで運用が行われている、同研究所には、ビクトリア州コロナ事務局が同じ建物内に併設されて設置されており、一体として活動を行っていた。クリニカルリエゾンサービスの活動には、コロナやコロナ事務局の事務職員も一緒に参加している。

ビクトリア州法医学研究所のクリニカルリエゾンサービスでは、メルボルン近郊で届出のあった医療関連異状死全例について、看護師が診療記録のレビューを行い、データベース化している。そのうち、診療内容に疑義のあるもの、および遺族からのクレームがあるものについて、症例検討会の対象としている。クリニカルリエゾンサービス情報システムは、ビクトリア州専用ということであった。オーストラリアでは、州毎の独立性が高く、各州で運用法が異なっている。このため、現在のところ、ビクトリア州法医学研究所内のみからアクセス可能であり、外部への提供は想定していないということであった。また現行のシステムは、同じ研究所内で運用されているオーストラリア全国異状死症例データベースとの連携はまったくないということであった。

データベースの内容として記載されているものは、下記の情報であり、医療関連死のレビューに必要な情報がほぼ網羅的に収集され、検索できるようになっている。また症例検討会での検討内容や調査記録も随時追加入力できるようになっている。クリニカルリエゾンサービス情報システムは、医療関連死に特化したものであり、異状死全体を対象としたオーストラリア全国異状死症例データベースとは異なっている。しかしながら、収集されている情報の何割かは、同データベースと重複している。

#### @症例基本情報

氏名、性別、年齢、身長、体重等

#### ◎レビューに関する情報

レビューワー氏名、レビュー日、レビューのタイプ

#### @病院における症例情報

病院名、診断名、入退院日等

#### @剖検所見

病理解剖学的死因等

#### @臨床経過の概要

臨床経過、家族からクレーム等の有無

#### @構造的診療記録レビュー

検査、診断、治療等に関する妥当性の評価

#### @重大なインシデントの詳細

重大なインシデントの区分と内容

#### @因果関係と予防可能性

医療上の管理との因果関係と予防可能性についてのカテゴリー評価

#### @潜在的な問題点

コミュニケーション、訓練、勤務体制、環境、運用方針等のシステム上の問題の有無の評価

#### @問題区分・関係する職種

問題区分と関係する職種の指定

#### @資料利用

各種資料の利用可能性についての入力

## D. 考 察

### 1. 死体検案講習会のプログラムについて

受講者による評価結果から、今回のような死体検案講習会が、全国で検案業務に携わっている医師にとって有益であることが推察された。また、予想を超える受講者数や熱心な受講態度、さらに2日間+1日間の講義と現場での見学実習というプログラムを4分の3以上の受講生が修了したという事実からも、本講習会が現場のニーズに合致したものであることがうかがえた。

本講習会は、平成17年度以降は予算化され、国立保健医療科学院の特定研修「死体検案研修」として、継続して実施されることになった。実施体制をさらに整備した上で、関係者の意見を踏まえて、より現場のニーズに即したものとすることが必要である。

### 2. 異状死・医療関連死の届出、原因究明システムについて

海外調査の結果から、異状死・医療関連死の届出、原因究明システム自体に関しては、英国やオーストラリアはわが国より整備されていることがわかった。システムの改善によって、医療関連死問題がまず取り組むべき課題であろう。

医療事故の範疇の死亡は異状死として届出を義務づけられ、法医が第三者として、コンサルタントおよび死因決定責任者の役割を果たしており、わが国でも設置を検討する参考となろう。

特にオーストラリアのビクトリア法医学研究所では、法律家コローナ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も連絡を密に保っている。

わが国の医師法第21条に定める「死体を検案して異状あると認めるとき」の警察署への届出義務について考察した。まず、「医師個人の過失責任の追及から再発予防へ」という

観点から検討した。これは、医療行為の過失問題について、医師の免責を訴えるものではない。医師が医療行為において患者さんとの関係で何か誤って問題を起こしたのであれば、医師はしっかりと責任を負うべきであり、その前提に立った上で、1) 医師の法的責任の問い方には刑事、民事、行政の3通りがあり、原因において、個人の過失より System Failure が大きいと推定できる事案については、過失を探して刑事責任を追究することより、再発の予防と民事・行政責任の追究を基本とする方が国民にとって有意義であること。2) System Failure によるものであっても個人の刑事責任が問われる現状から離れ、何が原因若しくは誘因となったのかを徹底的に分析し、再発予防へと向ける必要がある。個々の事案の検討を通じて、そうした事案の再発防止が広く医療界全体で行われることになれば、わが国の医療全体のレベルアップが図られ、安全性が高まることになり、患者さんの権利も広い意味で守られることになる。

わが国では、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。

ここで、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。

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。

### 3. 医療における裁判外紛争解決 (ADR) について

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、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、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。

医療に関する民事裁判は、時間とお金と労力がかかり、関係者の心の傷を負わせる。こ

れに対して、オーストラリアのヘルスサービスコミッショナー（HSC）による公的調停は、早く、経済的である。

HSCの調停プロセスの場合、調停期間の内、実際にコンタクトしたのは、約40時間であった。ファイルのチェック、連絡、調査、コピー、調整などに約10時間を要した。時間当たり100ドル（約1万円）を要したとしても、合計5,000ドル（約50万円）で終わる。関係者は、当然、自ら要した費用は自弁で済ませるし、裁判に比べると最小限ですむ。関係者の精神的な負担も軽い。

調停のためのミーティングの利点について、考えてみると、調停の場合、いつも、相手の立場と人間性に理解を示すことを求められる。したがって、お互いひどく無礼に、あるは、非合理に振舞うことはできない。問題は、弁護士、医師保護団体、親戚でなく、相手自身にあることを知るであろう。裁判の場合とは異なり、相互理解と妥協がしやすく、方針変更も容易なので、心理的にも早く解決できる。意見（鑑定）提供に関しても、裁判でなく調停の場合、より公平で冷静に対処できるので、専門家の協力を得やすい。裁判に比べて、補償額や払い戻し額が少ないことも利点である。現実には、多くの人々が調停のほうを選ぶ。

わが国においても、年間約1,000件といわれる医療民事裁判の新たな提起の影には、その10倍の紛争があるといわれる。医療紛争の内、少額の見舞金で決着する事案が4割程度、弁護士などを介した示談が2割程度、訴訟が1割程度、残りは消滅するという。そして、訴訟の約半数は、和解で決着しているという（押田ら）。しかし、日本には、ビクトリア州のHSCのような、公的に苦情に対して、行政機関のサービスの調整をし、専門家評価による裁判外紛争処理をし、さらに、行政処分機関と連携して専門家の管理に直結させる制度はない。

HSCのサービスを情報管理と直結させた点に創意を読み取れる。なぜなら、医療の前提

となるインフォームドコンセントに関する不満が大多数の医療紛争の根源にあるからである。医療事故・有害事象（事故等）の原因についての公的究明と説明も求められる。加えて、事故等の多くがシステムエラーに起因するので、その予防のためには、公的な調査情報を適切な形で開示して、事故の予防のため、物的・人的システムを改善しなければならない。この点、医療の質向上の目的で人的・物的資源を最大限有効に活用するためには、政策に基づいて、行政システムが情報を集め、解析し、伝えることが求められる。

ビクトリア州法医学研究所は、医療関連死を含む異状死の法医学的死因究明機関であるが、法的処理に係る州コロナー事務所が併設されている。そして、異状死全体の約1/4を占める病院届出事例の全てに、カルテ開示を求め、臨床医・看護師のチームが評価をし、週1回の検討会で法医、臨床医、コロナー関係者が議論をし、コロナーによる死因決定に貢献している。コロナーは、実質上、死因究明に関する法律上の全権を掌握し、第三者として死因を決定（評決）するが、同時に、医療機関や行政の事故予防やシステム改善に関する提言をする。また、情報を関係者・研究者にITを用いて開示し、事故の予防を促す。さらに、法医学研究所から医療に関する警鐘事例が病院に電子メール雑誌（新聞）として送付されている。

日本の自治体には、患者の苦情窓口があるが、ビクトリア州のように、行政サービスの対応、および裁判外紛争処理につなげていくシステムはない。

医療関連死の死因究明、医療評価、事故の再発予防、情報管理・利用、そして、患者・遺族の苦情処理が体系的・相互作用的に実行できる、効率的な行政システムの創設が求められる。そのためには、法・制度の改革が必要になるだろう。

#### 4. 死体検案情報、医療関連死のデータベース化について



異状死症例情報（死体検案情報）の全国規模のデータベースに化によって、以下のようなメリットがあると考えられる。

①データベース化することによる予防可能な死の発見：全国からの大量の異状死症例情報を検索・分析することによって、個々のコナーや法医学者の「経験」だけでは知りえない、予防可能な死を知ることが可能である。例えば、全国で年間100件程度同様な現象が発生していれば誰かが気づくかもしれないが、全国で年間5、6件の現象については、全国集計してデータベース化しないと発見が困難である。予防可能な死の原因を発見することによって、そのための対策を図り、公衆衛生の向上に貢献することができる。

②データベース化することによる予防対策の評価：データベース化によって、各種の死亡の予防対策の定量的な評価も可能となる。これによって、将来の予防対策についての検討も可能となる。また、データベース化することにより、現在検案している死体との類似症例等の関連資料の入手が容易になる。

従来死体検案の主たる目的は、犯罪の発見にあった。異状死した人の中から、犯罪に巻き込まれて死亡した人を見つけることによって、犯罪捜査の端緒が得られ、犯人の捜査と逮捕によって、犯罪の抑制という公益が実現されてきた。今後は、従来からの犯罪の抑制という死体検案の役割に加えて、予防可能な死亡例の発見とこれに対する予防対策を実施することによる公衆衛生の向上が死体検案の重要な社会的な役割になると考えている。そして、予防可能な死の原因を発見し、その対策の効果を評価するためには、全国異状死症例データベースの構築が不可欠である。わが国においても異状死症例データベースの構築と運用が強く望まれる。

クリニカルリエゾンサービス業務のために、医療関連死症例のデータベース化は、非常に有用である。クリニカルリエゾンサービスの関係者にとっては、過去の類似症例を簡単に

検索可能であり、個々の症例を検討する上で非常に参考になると思われる。データベース化によって、医療関連死の発生状況が定量的に把握可能であり、頻度の少ない事象の発見、予防対策の効果にも役立てることが可能である。

一般に情報システムは、利用者が多いほど、運用コストが安くなる。クリニカルリエゾンサービス情報システムは、オーストラリアではビクトリア州だけで使われているが、日本で同様なシステムを運用する場合には、全国規模での利用も検討した方がよいと思われる。日本の方が、地域毎の法制度の違いが少ないので、全国統一運用は比較的容易と考えられるからである。

## E. 結 論

医療事故の再発予防や医療の質の向上のための社会的基盤の改善を目指して、死体検案業務の質の向上および異状死・医療関連死の取り扱いに関わる体制整備のための政策提言を行うことを目的として研究を実施した。その結果、以下の事項が明らかとなった。

1. 2日間+見学実習+1日間からなる死体検案講習会は、全国で検案業務に携わっている医師のニーズに合致しており、技術向上や動機付けに有用である。

2. 患者・遺族と医療従事者との間を橋渡しし、医療関連死の原因究明を図り、今後の事故予防に生かすために、医療関連死を保健所など中立的第三者機関に届け出る制度を早急に確立する必要がある。加えて、医療における裁判外紛争処理制度の構築、中立的第三者の養成プログラムの開発、実際の事例から学ぶ仕組み等を総合的に推進する必要がある。

3. 予防可能な死の原因を発見し、その対策の効果を評価するためには、異状死症例データベースが、医療事故の原因究明と事故予防のために医療関連死データベースの構築がそれぞれ必要である。

以上の結果を踏まえ、今後は、検案業務を巡る体制整備のための施策や異状死や医療関連死に関する情報の届出制度の構築、関連情報の管理・データベース化など、死因を究明し事故予防等の対策に役立てるための施策を推進すべきである。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

別紙

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

## (資料1) 死体検案講習会の プログラムの開発・実施・評価

分担研究者 曾根 智史(国立保健医療科学院  
公衆衛生政策部 部長)

### A. 研究目的

平成14年度厚生労働科学特別研究事業「警察医・監察医の鑑定等に関する研究」および平成15年度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」の研究成果を踏まえ、死体検案業務の質の向上を目的として、平成16年度に、全国の警察医(警察協力医)など検案業務に携わる機会の多い医師を対象に、国立保健医療科学院を会場に「死体検案講習会」を実施した。その概要・講習内容と受講者による評価および死体検案講習プログラムの開発について検討した。

### B. 研究方法

#### 1. プログラムの概要

本講習会は、全国における死体検案業務の充実を図ることを目的としている。対象者は、全国の警察医(警察協力医)など検案業務に携わる機会の多い医師である。全国の郡市医師会等を通じて参加者募集を行った。

講習会は大きく三つの部分からなっている。まず、9月に講義を中心とした講習(前半)を2日間行った。その後、受講者各自で東京都監察医務院や大阪府監察医事務所等における監察医業務や大学医学部の法医学教室における法医学解剖等の見学実習を実施した。その上で、2月に実習内容の報告とそれに対する討議を中心とした講習(後半)を行った。これら3つの部分すべてを修了した者に、修了証書が授与された。前半および後半部分は、国立保健医療科学院で実施された。受講料は無料であった。

9月の講習会前半には定員100名のところ、130名の医師が参加した。最終的に、前半(2日間)、見学実習、後半(1日間)のすべて

を完了し、修了証書を授与された者は100名であった。

#### 2. プログラムの実施

本講習会の実施に当たっては、日本法医学学会に多大なるご協力をいただいた。前半・後半の講義については、すべて学会の先生方をお願いした(資料1)。また、見学実習でも、学会を通じて全国の法医学教室、東京都監察医務院、大阪府監察医事務所等にご協力いただいた。

前半1日目は、最初に、わが国の異状死体取扱制度の現状と問題点について諸外国の制度との比較を交えながらの説明があった。続いて、平成13年に日本法医学学会から発行された「死体検案マニュアル2003年」を参照しながら、死体検案書の書式と記入要領について詳細な説明が行われた。午後は、午前中の説明を踏まえて、提示された実際の症例を死体検案書に記載する演習が行われた。さらに、平成6年4月に名古屋空港で発生した中華航空機事故を例に、大規模災害における検案業務について、具体的な説明がなされた。

前半2日目は、最初に、異状死体検案の手順や特徴的な死体所見から疑われる病態、年齢推定の詳細な説明と腹部損傷や溺死・焼死など注意を要する症例に関する説明があった。続いて、実際によく遭遇する入浴中の死亡事例と保険金に関係する事例について実例を交えた講義があった。さらに、最近注目を集めている児童虐待の事例について、詳細な説明が行われた。2日目の最後は、死体検案ビデオの紹介とわが国の監察医制度の現状と問題点に関する熱のこもった講義で締めくくられた。2日間を通じて、いずれの講義・演習でも、受講者から講師に対して数多くの質問が寄せられ、しばしば時間を超過するほどであった。

その後、11月～1月にかけて、全国の法医学教室、東京都監察医務院、大阪府監察医事務所などのご協力の下、原則として、受講生の地元地域において、各自、解剖・検案を中

心とする見学実習を実施した。

講習会第3日目（後半）は、2月19日に実施し、家族への対応の方法の講義や見学実習の発表による事例検討の演習を中心に行った。

### 3. プログラムの評価

前半部実施時に、受講者の属性および各講義と講習会全体に関する意見を自記式質問紙により調査した。有効回答数は103で、有効回答率は79.2%であった。

表1（資料2）に受講者の属性を示した。年齢は50代以上が多く、地域的には関東以北が多かった。およそ4分の3が警察（協力）医であった。また、自己申告による昨年1年間の死体検案実施数をみると、50例未満の者が多かったが、50～99例の者も約4分の1おり、100例以上の者も約1割いた。

後半部実施時にも、講習会に関して同様の調査を実施した。

#### （倫理面への配慮）

講習会受講者に対する調査では、調査票を無記名とし、回答内容がそのまま公表されないことを明記し、インフォームドコンセントを得て、調査への協力を依頼した。調査原票、データの管理については、アクセスを主任・分担研究者に限定し、最大限の秘匿性確保対策を講じた。具体的には、調査原票については、入力完了後、細かく裁断の上破棄した。データについては、記録媒体を制限し、ネット上でやりとりせず、パスワードをかけ、解析後は主任研究者に返却し一括管理した。

### C. 研究結果

資料1に、開発したプログラムの内容を示した。また資料2に研修プログラムの評価結果を示した。

### D. 考察

表2（資料2）に受講者による死体検案講習会1, 2日目（前半）全体の評価結果を示す。95%以上の回答者が講習会全体の内容を「十分」または「まあまあ」理解できたとしてい

た。教育技術に関しても、全員がプラスの評価をしていた。また、現場での有用性についても、9割以上が「非常に」または「まあまあ」役に立つと回答していた。これらの3尺度で見ると、内容は一定の水準に達していたものと考えられる。

表3（資料2）に3日目（後半）全体の評価結果を示す。理解、教育技術、有用性のいずれにおいても、95%以上の受講者がプラスの評価を下していた。

自由記入欄への回答としては、「全体的にわかりやすく実的ですので役に立つように感じました。また少し自信がついたように思います。」「各先生のお考えご意見をうかがえることができ非常に有意義な2日間でした。」「技術的な面から行政の問題までたいへんよく理解できました。」など、プラスの評価が多く得られた。一方、「小グループに分かれてのディスカッション等の時間も設けてもらいたい。」「症例をたくさん見せてほしい」などの内容に関する要望もそれぞれ複数の受講者から出された。また、「土曜日は診療日なので、日・祝日に開催希望。」「他地域でも開催してほしい。」などの開催日や場所に関する要望もみられた。今回は、130人という多数の受講者も当初の予想を大きく超えるものであり、初回ということで、日程や内容においても試行的な側面があったが、今後は、これらの要望もできるだけ考慮する方向で進めていきたい。最も多くの要望は、「今後も継続的にこのような講習会を開催してほしい」あるいは「講習を受けたい」というもので、全体として、次につながる講習会になったのではないかと考えている。

### E. 結論

受講者による評価結果から、今回の死体検案講習会が、全国で検案業務に携わっている医師にとって有益であることが推察された。また、予想を超える受講者数や熱心な受講態度、さらに2日間+1日間の講義と現場での