

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年度も継続して実施されることが決まっており、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なるよう努めたい。

先述の評価の自由記入欄に、「死因、死亡時刻の正確さが自分の判断で正しいのか迷います。人が亡くなり、真実は何であったか、死因判定が正しいか、検案書を書いているときや後日でも思い出すことがあり、少しでも真実がわかるようになりたいと思いました。」という記載があった。このような現場の医師の真摯な願いに少しでも応えることが、本講習会に課せられた使命ではないかと思われた。

平成 16 年度死体検案講習会プログラム

資料 1

（前半）1 日目 (H.16.9.18)	担 当	形 式	時 間	主 な 内 容
開講式			10:00-10:20	<ul style="list-style-type: none"> <li>厚生労働省担当官 挨拶</li> <li>日本法医学会理事長 挨拶</li> </ul>
I. 目的 II. 法規	吉田謙一 (東大)	講義	10:20-11:50	<ul style="list-style-type: none"> <li>異状死体取扱制度の意義と関係法規</li> <li>日本の異状死体届出義務の考え方と欧米の制度</li> </ul>
III. 検案書 1) 法規・書式 2) ICD10	武市早苗 (東海大)	講義	12:00-13:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>死亡診断書 (死体検案書) の書式と記入要領</li> <li>ICD10 の説明</li> <li>死因統計について</li> </ul>
( 昼 食 )				
3) 検案書の書き方	重田聡男 (慈恵医大) 池田典昭 (九大) 勝又義直 (名大)	実習 講義	13:50-15:50 16:00-17:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>症例の提示とそれについての書類作成実習</li> <li>症例ごとの解説とディスカッション</li> <li>大規模災害時の検死の記入取扱い</li> </ul>
(意見交換会：軽食)	勝又義直 (日本法医学 会理事長、名大) 池田典昭 重田聡男 吉田謙一		17:00-18:30	

2日目(H.16.9.19)	担当	形式	時間	主 な 内 容
IV. 検案の注意点	勝又義直 (名大)	講義・演習	9:30-12:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ヒトの死と死体現象の説明</li> <li>・ 検案手法の概要説明</li> <li>・ 各種法医解剖、病理解剖の必要性と制度的な限界</li> <li>・ 実際例に即した注意点の説明とデイスカッション</li> </ul>
V. 検案の実際	佐藤喜宣 (杏林大) 大野曜吉 (日医大)	講義・演習	13:00-15:30	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事例紹介とデイスカッション。ただし、網羅的ではなく、死体検案のみを担当する医師を対象とした講習会であることを念頭に、日常よく遭遇する事例や、外表の観察だけではわかりにくい外因死、内因死について症例の解説とデイスカッションを行う。 児童虐待 溺水 その他</li> </ul>
VI. 監察医業務の意義	福永龍繁	ビデオ	15:45-16:15	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 死体検案ビデオを用いた説明と検案の心構え</li> <li>・ 監察医制度と東京都監察医務院の紹介</li> </ul>
		講義	16:15-17:10	
事務連絡			17:10-17:30	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 見学実習に関する手続きの説明</li> <li>・ 後半の説明</li> </ul>

(後半)3日目(H.17.2.19)	担当	形式	時間	主要内容
VII. 異状死演習	吉田謙一 (東京大学)	講義	9:20-9:40	・ 異状死体届出義務等に関する演習
		演習	9:40-10:50	
VIII. 家族への対応	勝又義直 (名古屋大学)	講義	11:00-11:45	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族にどこまで説明するか</li> <li>・ 家族の感情への配慮</li> <li>・ 生命保険手続きへの協力</li> <li>・ 裁判への対応</li> </ul>
(昼 食)				
IX. 症例報告	的場梁次 (大阪大学)	説明	12:35-12:45	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各自見学実習等で検視・解剖した症例を持ち寄り、検案上の問題点のディスカッションを行う</li> <li>・ 最後に検案についてのまとめの講義を行う</li> </ul>
		発表	12:45-15:35	
		講義	15:45-16:30	
修了式	厚生労働省担当官 日本法医学会理事長		16:30-17:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 講評</li> <li>・ 修了証書授与</li> </ul>

表 1 死体検案講習会受講者の属性 (1, 2 日目:平成 16 年 9 月 18, 19 日)

年齢		(%)	
30 代	11	(10.7)	
40 代	31	(30.1)	
50 代	27	(26.2)	
60 代	11	(10.7)	
70 代	22	(21.4)	
80 代	1	(1.0)	平均 55.2 歳
地域	1)		
	北海道・東北	20	(15.4)
	関東	61	(46.9)
	信越・北陸	6	(4.6)
	東海	8	(6.1)
	近畿	10	(7.7)
	中国・四国	14	(10.8)
	九州・沖縄	11	(8.5)
警察 (協力) 医の指定			
	はい	75	(72.8)
	いいえ	28	(27.2)
昨年 1 年間の死体検案実施件数 2)			
	0	11	(11.1)
	1~9	15	(15.2)
	10~19	13	(13.1)
	20~29	11	(11.1)
	30~39	10	(10.1)
	40~49	7	(7.1)
	50~99	23	(23.2)
	100~149	6	(6.1)
	150 以上	3	(3.0)

注 1) 受講申込書より分類 (N=130)

注 2) 不明 4 を除く。

表2 受講者による講習会前半部分の評価（1，2日目：平成16年9月18，19日）

理解度	（講習会全体の内容を理解できましたか）		（%）
	十分に理解できた	45	（47.4）
	まあまあ理解できた	47	（49.5）
	どちらかといえば理解できた	2	（2.1）
	どちらかといえば理解できなかった	1	（1.1）
	あまり理解できなかった	0	（0.0）
	ほとんど理解できなかった	0	（0.0）
教育技術	（講習会全体で、講師の教育技術は優れていましたか）		
	非常に優れていた	44	（46.3）
	優れていた	42	（44.2）
	どちらかといえば優れていた	9	（9.5）
	どちらかといえば劣っていた	0	（0.0）
	劣っていた	0	（0.0）
	非常に劣っていた	0	（0.0）
有用性	（講習会の内容は、現場での実践に役に立つと思いますか）		
	非常に役に立つ	57	（60.0）
	まあまあ役に立つ	31	（32.6）
	どちらかといえば役に立つ	7	（7.4）
	どちらかといえば役に立たない	0	（0.0）
	あまり役に立たない	0	（0.0）
	ほとんど役に立たない	0	（0.0）

注）不明8を除く

表3 受講者による講習会全体の評価（3日目：平成17年2月19日）

理解度	（講習会全体の内容を理解できましたか）		（%）
	十分に理解できた	44	(50.6)
	まあまあ理解できた	39	(44.8)
	どちらかといえば理解できた	3	(3.4)
	どちらかといえば理解できなかった	1	(1.1)
	あまり理解できなかった	0	(0.0)
	ほとんど理解できなかった	0	(0.0)
教育技術	（講習会全体で、講師の教育技術は優れていましたか）		
	非常に優れていた	44	(50.6)
	優れていた	39	(44.8)
	どちらかといえば優れていた	3	(3.4)
	どちらかといえば劣っていた	1	(1.1)
	劣っていた	0	(0.0)
	非常に劣っていた	0	(0.0)
有用性	（講習会の内容は、現場での実践に役に立つと思いますか）		
	非常に役に立つ	55	(63.2)
	まあまあ役に立つ	29	(33.3)
	どちらかといえば役に立つ	3	(3.4)
	どちらかといえば役に立たない	0	(0.0)
	あまり役に立たない	0	(0.0)
	ほとんど役に立たない	0	(0.0)

注) 不明6を除く(n=87)

## (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

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 教授)

分担研究者 瀬上 清貴(国立保健医療科学院 公衆衛生政策部 部長)

研究協力者 黒木 尚長(大阪大学大学院医学系研究科法医学 講師)

研究協力者 池谷 博(東京大学大学院医学系研究科 助手)

研究協力者 武市 尚子(東京大学大学院医学系研究科 大学院生)

研究協力者 河合 格爾(東京大学大学院医学系研究科 大学院生)

### A. 研究目的

「人は誰でも間違えるものだ」という本(1)で、米国で医療事故の日常性が公となった今も、日本では医療事故の情報を知ることが難しい。日本法医学会の異状死ガイドラインが広く医療事故の可能性のある事例を届出で死因を明らかにすることを推奨していることに対する臨床諸学会の批判は、警察に届け出なければならない点と、死因究明が現在の制度では不十分である点にある。法医として知り得た、届出後の解剖の意義・利点を臨床医に伝えたいという私達の願いは達成されていない(2-7)。しかし、届出と死因究明のメリットが明示されるような死因究明制度があれば、公正性を保ちつつ医療事故の実態把握から医療の質の向上や医事紛争の予防に役立てることができる。実は、私達も、法医として、現在の医療事故の死因究明制度が司法解剖という“犯罪捜査”上の手順で行われることによる多くの問題に悩んでいる。そもそも、医療事故事例を犯罪として扱うべきであろうか？今、医療事故をめぐる死因究明制度や第三者機関の新しいあり方が求められている。

私見では、専門性・公正性・透明性をどのように満たすかがポイントと思われる。

英国(England & Wales)では、「手術中や麻酔覚醒前、医療行為の関連した可能性のある死亡」は、コローナーに大部分、届出られている(8-15)。不自然死(日本の異状死と同じ)の死因究明の専門家であるコローナーは、第三者として解剖・事情聴取・専門家鑑定などを警察・検察と独立して包括的に行い、公開の場で死の事実関係と関連情報を開示し、死因と死の態様(病死・事故死・自他殺の別など)を決める。最近、215人もの患者を薬殺したシップマン医師の事件を見抜けなかった検死制度の見直しが進みつつある(12, 13)。

既に、英国の死因調査制度について報告した(8, 9)が、今回の現地調査では、医療事故の第三者機関による死因究明制度に求められる「三要件」につき、特に死因究明と情報公開の視点から、日本の制度の問題点と改善点を知ることが調査の目的とした。

### B. 研究方法

今回、カリン・ゼーマー副コローナー(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、引退後小説家として活躍する大法医学者ナイト教授をウェールズの首都カージフを訪ね、法医の貢献できる点などについて現地調査を行ない、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。

(倫理面への配慮)

各面接対象者には、事前に調査目的を伝え、面接の承諾を得た。



## C. 研究結果

### 1. 英国における異状死と coroner (Coroner)

(この項、11, 12 に概説)

英国では全死亡の約 1/3 (約 19 万人) が異状死として全国 148 管轄区域に兼任を含め各 1 名いる coroner (1 人の副 coroner) に届出られ、coroner が解剖の要否や鑑定・検査依頼など死因決定関連の全事項の決定に責任を負う。各地域保健機関とパート契約を結んだ警察医が当番制で警察とともに検死する。多忙な臨床の合間に検死する日本の警察医とは異なり、監察医機関の死体検案専門医のような立場である。また、警察管理下の人の健康管理、例えば、意味不明の言動のある男を保護した警察に呼ばれて診察することもある。お会いしたマーガレット・スターク英国警察医会会長など女性警察医も少なくない。警察医に法的な要件はないが、3~7 日間の教育コースが各地にあり、また、法医学修士号を持つ警察医も少なくない。この修士は、ウェールズ大学では週末 1 日の講義を 1 年間聴講して得られると聞いた。

英国の coroner 解剖率は全死亡の約 22.7% で、大都市の異状死解剖率は 100% に近いが、全体では 68% 程度である (10)。日本では、異状死は全死亡の約 12% で、東京・大阪などの監察医制度施行地域で 1/4 程度が行政解剖され、その他の地域で少数が承諾解剖されるが、全国では司法解剖・行政解剖・承諾解剖を合わせても全死亡の約 1.3% にすぎない (2-9)。日本では、異状死が周知されていない上 (16)、届出義務を負う臨床医には警察と関わることへの忌避感があり、たとえ届け出られても、警察が犯罪性の見地で疑わなければ解剖されることがない上、担当警察官は死因調査専門家ではなく、監督役の検視官も多くは 2~3 年で交代する (2-7)。このように、日本では法医解剖率が低く、死因調査の担当者の専門性が必ずしも高くなく、死亡から死因決定までの全過程を把握する責任者がいない。

coroner には犯罪疑い事例について警察や検察に知らせる義務があるが、約 12 万件の異状死事例のうち、警察関与の解剖は約 2500、殺人は 800 前後である (10)。解剖により明らかになる臨床診断の誤診率は 50% に近いこと (17) を考慮すると、日本でも、特に医療関連の届出に関しては犯罪捜査目的でない死因究明のための届出とした上、届出率を向上させるシステムをつくるべきであろう。なお、大部分の届出事例で臨床診断上の誤診が問題となることはない。

coroner に届出るべき異状死 (不自然死) は、National Health Service (国民健康保険)、内務省、統計局、各 coroner 事務所のガイドラインに記載されているが、明確な法的届出義務は戸籍係にしかない (1968 年戸籍法)。戸籍係は死亡診断書の審査をして、以下に該当する可能性がある場合 (医療関連に下線)、coroner に報告する。coroner 事例とは、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. 警察または拘置所内の死亡、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。いっぽう、coroner 法 (1988 年) には、「不自然死 (異状死) と疑うに足る合理的な理由があれば (届け出て) よい」とされており、少しでも確実な病死でない可能性がある (異状死) 場合、死亡状況が不明な場合、届け出義務が課されており、医師も市民も coroner に広く届け出ている。いっぽう、死亡診断書の注意書きには医療関連死の届出の利点の記載がある。また、開業医が 215 名もの患者を殺したシップマン事件当時、死亡診断書を主治医が単独で書けたた

め見逃されたことへの反省として、現在では、死亡診断書に第2の医師のチェックと署名が求められる。日本では、死亡診断書や死体検案書を専門家がチェックすることはなく、事故死では警察に届け出て検案をすることが求められるが、かなりの部分、臨床医が死亡診断書を書き戸籍係に受理されている。今後、戸籍係の教育、届出の法的規制と教育、専門家による死亡診断書のチェックが求められる(9)。

## 2. コロナー (この項、10, 11に概説)

コロナーは、異状死の死因決定に責任を負う行政官と裁判官を兼ねたような職であり、かつては、医師が多かったが、1971年のブルンスウィック報告で法律家が推奨された後、大部分、法律家となった。コロナーは、5年間の実務経験の要件を満たし、内務省から任命され、多くは地域保健機関と非常勤契約しているが、最近の報告では常勤が勧められている(10, 13)。

コロナーとして法律家と法医学者のいずれが勝るかが英米で議論されているが、最近、公にされた英国コロナー制度に関する報告書に関する法医学者の解説論文では、医学的な事項の評価に医師が必要であるとの観点から、全国に60名の医療コロナーの配置と法的な医学査定官(statutory medical assessor)による死亡診断書の管理・監査の重要性が指摘されている(12, 13, 14)。医療関連死の処理に関しては、法律家が主導する英国のコロナーより米国のメディカルイグザミナー(法医学病理学者行政官)のほうが、専門性・一貫性で勝ると思われる(7)。

## 3. コロナーズオフィサー (コロナー捜査官)

コロナー捜査官と呼ばれる職種がある(15)。多くは警察官経験者であるが、パラメディカルなどの経歴を持つ者もいる。異状死の情報が伝わると、当事者医師・家族・関係者と連絡をとり、遺族に葬儀までの手順を説明し、警察の調書に加えて、自ら関係者に事

情を聴取した上、コロナーや遺族などに報告し、コロナーが解剖を指示した場合には、執刀医や解剖室の準備、遺族・関係者への連絡・説明をする。

時には遺族対応専任の警察官が指名されるが、コロナー捜査官が遺族側の大部分の質問への対応、捜査、解剖・検査・インクエストの調整・手配など死因調査の全過程を掌握し、コロナーと関係者の間を取り持つ。異状死に関する全ての情報がコロナーに集まり、必要な情報が関係機関や関係者に知らされるなど、公開性・公正性が高い。事務所にいる時も絶えず電話で対応していたが、事務所不在のことも少なくない。何度でも来る人がいるし、何年もたってから来る人もいるが、遺族の話を納得するまで聞いた上、解剖や死亡診断書、埋葬のことなどを説明し、さらに、両親を失った子供のケアまでする。

コロナー捜査官の仕事は多岐に渡るが、全過程の情報を把握してコロナーと共有するシステムが、関係者間のコミュニケーションに齟齬を欠く日本のシステムに勝る。同様の職種に東京都監察医務院の監察医補佐があり、監察医・遺族・警察・葬儀社の間に入って活躍するプロ意識の高い職種といえる。東京都にあるこの職種の人々の死因調査における有用性と貢献を評価し、パラメディカルを訓練して同様の職をつくると解決できる問題が数多くある。

## 4. インクエスト(Inquest) (この項、11, 18, 19に概説)

インクエストとは、異状死の死因決定のために開かれるコロナーが主宰する法廷である。責任・罪の判断を一切行わず、可能な限り客観的な「事実確認」、すなわち、誰が、いつ、どこで、どのように死亡したかの認定のみを行う。必要な場合にはコロナーが7~11名の陪審員を選挙人名簿から指名して行う。拘留所・警察関与事例など公的権力の介入する事例には、届出と解剖、陪審員を召喚するイン

クエストが必須とされる。

インクエストの開催は利害関係のある肉親、保険契約者・会社、公的機関内死亡の場合その機関の職員、労災・過労死の場合の労働組合指名者、法的機関(検察庁など)代表、政府機関指名者、警察主任などの内、コロナーが必要と考えた人に通知され、召集される。初回のインクエストは埋葬に必要なので、死後できるだけ早く開かれる。

インクエストには、コロナー捜査官や警察官が集めた捜査情報が集められ、判事としてのコロナーの指揮のもと、関係者の証言を通じて事故の概要が公的に事実として認定され、遺族の質問を許した後、最後にコロナーが要約をした上で、死因を決定し、評決(バーディクト)を下す。それに基づいて死亡診断書を発行し、死因や死の態様が不詳の場合にも、火葬に必要な証明書を発行する。なお、初回インクエストで死因などが決定できない場合は、捜査情報や検査所見(組織、中毒、DNA等)が揃った時点で次のインクエストが召集される。ここで、コロナーにより集められた全ての情報が開示され、の全てが公的費用で実施され、遺族に質問の機会が与えられる。死因などが不詳のままの場合、インクエストは開かれないで終わることもある。

遺族は、コロナー側にいつでも捜査情報を聞ける上、インクエストという公の場で疑問提起や主張を認められる。また、解剖に立会い、解剖報告書のコピーを受けとり、自分の主治医に説明を受けることができる。

交通事故、傷害事件、殺人などでは、警察の捜査を待って、インクエストが開催される。いっぽう、インクエストで犯罪性が判明した場合には、コロナーは検察庁に報告する義務がある。また、殺人事件などで刑事裁判が行われる場合には、その法的判断が優先し、判決までインクエストは延期される。

医療事故の場合には、遺族・医師の法的代理人である弁護士などが立ち会うことが許さ

れている。いっぽう、遺族や報道の立ち会いなく、医師、看護師、法医、コロナーで行い迅速に処理されることもある。法律家であるコロナーは、医学専門性の高い事例では、インクエストに医師の査定官(assessor)の立会いを求め意見を聴取できる。副コロナーに医師を任命している地域も少なく、見学したサリーのゼーマー副コロナーは、警察医を兼ねる女性医師であった。なお、医学鑑定は文書で提出される場合が多い。

#### 5. 日本の医療事故の解剖に関する問題点(この項、3-7に概説)

日本では、事情聴取を医学的知識の乏しい警察官が行い、業務上過失被疑事件の捜査のための司法解剖が行われることが多い上、解剖結果は検察・警察の捜査情報として、裁判にならない限り開示されない。いっぽう、解剖執刀者としては、多くの場合、カルテや写真を参照できるが、カルテの記載が不十分なことが多く、事故の発生状況や経時変化、関係者などの事情聴取をしなければ、事故の内容を理解できずに解剖をしなければならないことが多い。また、英国と異なり初期段階で臨床鑑定が行えないのに関わらず、法医に医療行為の適否の判断が求められ、これをもとに起訴されるので、鑑定を慎重に行わざるを得ず、労力のかかる割には自信を持たず、臨床医にも信頼されない。また、医療事故を刑事手続きに載せている以上、臨床医が気軽に意見をいつてくれることはない。いっぽう、遺族の解剖結果問い合わせへの対応が禁じられている。そこで、私達は、死体検案書交付義務に検案書を送付した上、求めがあれば、死因に限って記載内容を説明するが、この行為すら公認されていない。大部分、司法解剖で扱われる医療事故の解剖に遺族や病院の職員の立会いは認められず、解剖記録も開示されない上、説明も禁止されている。また、遺族が「警察沙汰」を拒否するケースでは医療側が対応に苦慮している。最も問題であるの

は、解剖の結果を医師や病院関係者に開示できないので、事故の予防や医療の改善に役立てることができない。

#### 6. 英国の医療関連死対応(この項、11, 18, 19に概説)

英国では、上記のように、術中、麻酔影響下、医療行為と関連している可能性がある死亡などが医師や遺族から広く届け出られている。ナイト教授によると、遺族から医療ミスの疑いが提起された場合は当然として、少しでも遺族が不信感を持ちうる事例であれば、むしろ、患者に対する同情や医師としての倫理観に基づき大部分届け出られるという(11)。コローナは死因調査行政官であり、死因を決める裁判官でもあるので、日本のように医師は犯罪者扱いされないし、医療ミスがコローナによる死因究明の段階で裁かれることもない。医療事故の遺族が強く求めるのは、原因に関する説明である上、遺族には苦情に対応してくれる機関が多いので、結局、医師にとって届け出たほうが誤解されにくくメリットが大きい。後日、取材したオックスフォード大の外科教授は、「コローナは公正で信頼できる。そして、怒れる家族から、法の傘の下に、医師を守ってくれる。」といていた。

医事法成書(18)に挙げられている事例を紹介しよう。まず、虫垂炎後の腹膜炎の子供については必ずしも病氣と断言できないので、異状死としてコローナに届け出られなければならない。親の虐待の可能性もあるし、医師の経過観察や診断の遅れなどの注意義務違反の可能性からという。医師自らの注意義務違反の事例を自ら届け出なさいとされている点は注目されるが、「患者の立場で・・・」というよく聞かれる説明を前提とすれば、理解はできる。

第2例は、80歳の老人が手術室で腹部大動脈の手術中に死亡した場合で、これも届出たほうがよいという。この事例は、よく、異状死に当たらない事例として引用されるが、こ

の教科書では、自ら説明すると、遺族に誤解される可能性があるので、届けた上、コローナに、自然死と説明してもらうほうがメリットがあるという。

第3例は、20歳女性が扁桃腺摘出手術中に麻酔事故で死亡したような場合、必ずコローナに届け出られ、コローナはインクエストを開くという。サリーで聞いた話では、このような場合、まず、コローナは、麻酔医が自ら書いた供述調書やカルテ・写真など医療記録を提出させ、コローナの判断で、教授などの専門家に鑑定を依頼する。また、コローナは、解剖を実施すると決め必要と判断した場合、執刀者に現場検証をさせることが多い。コローナは、多くの事例を一般病理医に依頼するが、医療関連死は法医に嘱託する。コローナの死因究明に関与する専門家達は、全ての機関・利益から独立した公正性を認められており、日本と違い、直接、執刀医が外科医や麻酔医に事情聴取し、解剖室に呼んで、質問をしながら解剖をすることも多いという。この間の内容は文書として記録され、執刀した法医の公正性や独立性を疑う人はいないという。ただし、通常、公的病院の病理医は、同一病院の医療事故の解剖はできない。また、解剖結果に納得しない遺族は第二の解剖が可能であると説明される。上記のように、これらの過程で医学コローナや医学査定官の関与が提唱されている(12-14)が、法律家であるコローナの代わりにメディカルイグザミナーが主導するメリットのほうが大きいという議論がある。

英国では、死因究明行政機関が、異状死の死因究明において、専門的な初期捜査情報が極めて重要であることに鑑みて、警察・検察の捜査とは別に、独立したコローナ捜査官が、関係者に事情聴取や捜査をする。もちろん、犯罪が疑われた場合には、当初より警察が関与するが、この場合も、死因究明はコローナ主導である。このやり方の優位性は、専門性・

経験の面と、死因や死の態様を総合的に判断できる点にある。社会的な背景の違いはあるとしても、日本で捜査側が、「警察・検察が犯罪者にしか知らない捜査情報の漏洩を防ぐため」という理由で、解剖執刀者などに事故関係者や当事者に事情聴取することを禁じていることのマイナス面は、特に医療事故については明らかである。また、英国では、コロナーの判断で、遺族、その他、当事者を含む全ての関係者に解剖立会が認められ、遺族、または、利害関係のあるとコロナーが判断した関係者には、解剖記録のコピーが与えられる。遺族は、自ら指名した医師に解剖立会いを頼み、解剖記録の説明を求めることができる。日本でも、医療事故などの事例に限定して、原因究明のための解剖とした上、情報の関係者への開示を真剣に考慮すべきであろう(5-7)。

英国では、放置しておけば、再発しうる病院のシステムエラーによる誤薬事故などに関して、コロナーは何らかの法的対応をできる。ゼーマー副コロナーは、泥酔者を適時に診断・治療しなかったために患者が硬膜下血腫で死亡した病院に注意義務違反を認めた時、医師の行政処分をする全国維持審議会(GMC)に報告したという。

日本の臨床系諸学会は、患者・患部・薬剤の取り違えなど過誤の著しいものを医師の裁量に基づき届け出るべきとするが、誤解を受けやすい。英国では、臨床医の判断では「明らかな病死」であっても、患者の人権を守り、医師の公正性を担保するために、不作為の注意義務違反の可能性のある事例でも届け出るべきであるとしている。つまり、専門家は専門家の基準で、注意義務を含めて判断し、当該医師の資格について厳しく公正に裁くことにより、医師が社会の信頼を得ているのだと思われる。いっぽう、英国では、刑事事件として扱われた医療関連事例は、最近十数年で十数件程度であるが、老人ホームでは注意義務

が契約として明確になっていて、例えば、患者に褥創をつくった施設は刑事責任(業務上過失)を問われるという。

## 7. 遺族の立場から

日本では、最近では、弁護士を通じて開示を求めれば、開示する事例が増えてきたが、いまだに、交通事故被害者の遺族達の開示要求には十分応えていないようである。現行法上、遺族は刑事訴訟が終結した鑑定書や訴訟記録を請求できるが、不起訴記録や裁判所不提出記録に関しては、閲覧の条件が厳しく制限されていて、司法解剖された場合、實際上、警察官から部分的に内容を聞けるのみである。この事情は、死因究明に司法解剖を使う限り解決困難であり、結局、医療事故の解剖は、遺族の立場からも適切でない場合が多いと思われる。

英国では、必ずしも、日本に取り入れるべきだというのではないが、捜査情報・解剖結果など全ての情報が公開されている。上記のシップマン事件の捜査内容は、個々の調書に至るまで、インターネットで開示されている。

今回、30歳台男性の交通事故のインクエストを傍聴した。新車のスポーツカーで友人2人とパブ2箇所を飲酒(中等度酩酊)し、運転中(時速約80km/h)、路側縁石をかすめて、樹木に衝突して大破、放出されて、路面に頭から落ち頸髄損傷を負って死亡した。この状況を、妻、同乗の友人2名、目撃者の証言などより、被害者の当日の行動、車の運転状況、気象、事故の状況などが淡々と再現された後、警察専門家が当日の事故状況を詳細に再現した。最後に、コロナーが事実を確認し、解剖結果と死因、アルコール濃度、シートベルトのことなどを説明し、妻に質問を求めた後、他に関与する因子のない事故死であると決定した。このインクエストを見る限り、事故状況を遺族に開示することにより納得させることがうかがわれた。情報を開示することによって、特に捜査側に不都合と思われる点

は見当たらなかった。次に傍聴した若年男性の自殺のケースでは、死者の精神病のことが明らかにされ、また、精神的に動揺の見える母親に公開の場での証言を求めている点にプライバシー侵害を懸念したが、このことに関しては賛否両論がある(12-14)。しかし、最後には、偶然にも、警察医として、この息子を保護し、精神科医・心理学者へのコンサルトを勧めていたゼーマー副コナーに感謝の意を表していて、コナーの心温かさと地域密着性を感じた。

インクエストでは、過誤・注意義務違反は原則として示されない。しかし、医療関連死の遺族が強く求めているのが原因の開示と説明であることに鑑みると、遺族の要求はかなり満たされていると思われる。加えて、遺族は、解剖情報の入手や立会い・再解剖を求めることができ、戸籍係に死因に関する疑問を提出でき、さらに、GMC に医師の責任を追及できるなど、警察と裁判所しか対応窓口がない日本に比べると、英国の市民の苦情に対する行政レベルのサービスの充実度が際立っている。

#### 8. 裁判外処理システムと医師権利保護団体

最近では、患者の苦情に対する裁判外処理システムが整備されている。まず、患者側からGPや病院に苦情を申し立てた場合、調査および和解が試みられ、コンプレイントマネージャーにより処理され、10日(GP)~20日(病院)以内に判断を聞ける。この第一段階で98%が終結する。この回答に納得いかない場合には、地域の医療行政機関の苦情窓口で独立審査パネルの設置を求められ、最初の苦情申し立てから75日(GP)~140日(病院)以内に最終レポートが提出される。さらに、審査パネルが設置されないか、その判断に納得できない場合には、ヘルスサービスオンブズマンに更なる調査を求められる(この項、21)。これらの段階で納得できない遺族が裁判に訴えることになるが、日本とは、対応機関・人員の専門性・

公正性、情報の公開性など、行政面での対応が、はるかに整備されている。ただし、インクエストには、多大の費用と労力を要する上、プライバシーに関する問題もある。

いっぽう、医師の権利を守る The Medical Protection Society (MPS)、The Medical Defense Union (MDU) という法律家や法医学者を抱える半公的権益団体があり、医師の権利を守るために、専門家が和解・訴訟・賠償の手続きに関わる他、インクエストにも参加して医師の代理を務める。医師の行政処分に関与するGMCの審議の過程においても、MPS、MDUが医師を弁護する。また、医師のために賠償の交渉や和解手続も行う。また、20名程度の専門家の委員会があり鑑定人の選任をする他、医師に法医学教育をし、GMCに医療行為に関する注意義務の指針を示す。なお、英国では、1990年以降、医師個人でなく、国民健康サービス(NHS)関連の医療機関の賠償は国家賠償となった(11)。

#### 9. 法的責任と General Medical Council

##### (GMC)、全国医師審議会(この項、11に概説)

選挙・他薦で選ばれた医師達が、医療関係者の教育・登録・訓練を監督する機関で、会費と登録医の登録料で運営される。医師のアルコール・薬物依存症、性的虐待等の重い職権濫用・違法行為を取りしめ、公衆を資質に欠ける医師から守る。登録資格なしでは国民健康保険機関や公的医療機関と契約できず、薬剤処方・治療が限定される上、診断書・証明書を発行できない。制裁として注意・観察、登録の一時停止・抹消などがあるが、登録を抹消されると、現実に医療行為を行えない。GMCは、医師の注意義務水準を示す「よい医療(Good Medical Practice)」という小冊子で示して審議をする。最終段階の職業裁判では、この小冊子の内容が判決文の中で引用される。また、民事医事紛争・裁判において医師の注意義務の判断の基準になると思われる。

また、審議の過程は、「職業行為と制裁 (Professional conduct and Discipline: Fitness to Practice)」に開示されていて、医師は、どのような場合に、どのようにして、GMC の審議を受け、行政処分されるかを明確に知る事ができる。

GMC に対する告発は、誰でもできるが、届出義務を負う国立・公的保健機関からの公文書としても提出される。GMC は医師を自律的かつ公正に自己管理しているため、医師への信頼性を高め、公正性・専門性・透明性を社会から認められる結果、医師の権利を保護しているという面がある。日本において、医道審議委員会には、GMC のように情報源(コロナー制度)はなく、かつ、日本医師会もこのような厳しい自己規制団体ではない。特に、医療行為の適否の判断には専門医としての注意義務に関する医療水準の判断基準を要するが、そのためには同僚批判(peer review)を要する。GMC は、MPS・MDU などの医師の権益保護団体と共同して医療水準や医療過誤の判断の基準(本)をつくる一方、卒前・卒後教育の基準を設定しつつ、登録医資格の審査を通じて医師の質を維持するという、極めて合理的・総合的な医師管理システムである。英国では、何よりもコロナー制度により医療事故に関する情報の専門性・公正性・公開性が保たれている上、関連機関のコミュニケーション(フィードバック)がよいので、医療水準の向上に関して社会全体としてのシステムが有機的かつ効率的に機能しているように見える。

因みに、米国においては、州の Medical Board(医療評議会)で医師免許の更新時に資格を審査しており、この会には、医師以外の委員が入っている。MB も GMC も、医療事故にせよ、医師の不法行為にせよ、原則として日本のように刑事優先でなく行政的に対応する、極めて現実的かつ実効的な行政処分のシステムである。日本の医師にとっても患者にとっても、医師の資格や免許に対する管理に加え

て、現実的な賠償・和解の枠組みで処理していくほうが、はるかに受け容れやすいし、専門性・科学性に基づく客観的な対応ができると思われる。

表1 日英の異状死届出と死因究明制度の比較

	日 本	英 国
目 的	犯罪捜査（一部行政）	行政（必要時、警察関与）
異状死届出(全死亡比)	約 12%	約 33%
法医解剖率(全死亡比)	約 1.3%	約 22.7%
届出先	所轄警察署	コロナー事務所
届出対象認知度(医師・一般)	低い 高い	
医療事故関連死の届出	少ない	大部分
事情聴取・捜査	警察官	コロナーズオフィサー 法医解剖執刀医
その専門性	犯罪捜査の一部	死因調査専門
執刀者の関係者への事情聴取 や現場検証	禁止	コロナーが指示 積極的
初期専門鑑定	なし	あり(臨床医など)
死因究明・解剖決定責任者	検察官（検視官）	コロナー
その専門性（経験・業務比率）	低い	高い
実質的役割	起訴判断・捜査指揮	死因調査全般指揮（判事）
解剖立会い・結果開示	なし	あり(遺族、関係者)
死因調査結果の開示	なし	あり(インクエスト、解剖開示)
遺族への対応(満足度)	警察官、不十分	コロナーズオフィサー、高い
行政処分との関連	刑事責任の追認	医師自己規制団体(GMC)
事故予防への対応・利用	なし	積極的（インクエスト、GMC 報告）
死因究明の専門性・一貫性	低い	高い
情報の公開・透明性	低い	高い
公正性(公衆への配慮)	捜査主導・守秘	公衆衛生・公衆保護重視
人権(遺族・医師)への配慮	低い	高い



## D. 考 察

コロナ制度をもとに、今後、日本で、どのような第三者機関を設立しうるか、どのような要件が求められるかについて、考察したい。

異状死全てに対応するのは、人的・経済的に困難であろうが、全てを届出で、全てを受付けなければ、公正性や社会の信頼は得られない。

日本で、今、最も社会的な解決を求められているのは、医療関連死の届出と死因究明に対応する第三者機関である。この点を考慮すると、保健所など既存の地域医療行政機関を届出の窓口として、医療関連死を事故予防や医療の質向上の目的で広く届出させ、保健所長を実務上の責任者とする選択枝が最も現実的な対応である。

保健所長は、自ら、または、専門家に検案を囑託し、保健所長の命ずる解剖を利用して、必要な事例には解剖を囑託できるものとする。また、安楽死や極めて悪質な過誤や隠蔽など刑事対応を必要とするものは、保健所長の判断で警察や医道審議会に通告することによって、社会の信用を得ることができる。監察医療監は、各都道府県、または、全国に8つある医療行政管区におき、保健所長などが行う届出受理・事情聴取・検案などに加えて解剖・鑑定（医療評価）の実務を指導・監督する。コロナ調査官に相当する職には保健婦（師）が望ましい。そして、法医、または、病理医が証拠を保全しつつ「医療行政解剖」をし、当初より臨床専門医と執刀医が共同で医療の評価をし、裁判など法的判断に堪えうる鑑定書を書くべきである。

コロナ制度は、ミス判断（評価）に消極的であるが、医療関連死に対しては、医療の質の向上と、紛争処理のために評価が求められる。日本では、裁判前には、司法解剖以外に評価のシステムがないが、専門性が必ずしも高くない。専門家による評価を死因究明

の初期段階で行うべきである。評価としては、1)病状の悪化及び内因性要因、2)不可避の合併症、3)不可避か可避か不明の合併症（高度の判断を要する）、4)避けうる合併症、及び不作為の注意義務違反、5)悪質な違反・隠蔽、及び安楽死・故意殺、とする。この内、1)、2)については、判明した時点で関係者に通知する。3)、4)は、上位の評価委員会（鑑定委員会）の審議を経て、行政処分機関（医道審議会）に通告・説明するものとする。5)は、保健所長の判断で、警察への通告ができるものとする。

評価（鑑定）委員会は、監察医療監が主宰し、臨床専門家、及び、監査役として一般人・法律家の参加が求められる。第一の方法では、都道府県監察医療監が遺族や関係者を召集してインクエストのような公聴会で、情報開示と事実認定を行い、患者側からの質問も受け説明もした上、ここでは、事実認定のみ行なう。

公聴会で判断できなかった事例に対しては、専門家組織に解剖結果と臨床情報を伝えて、高度の医療の評価を求める。第一に、監察医療監が、複数の臨床専門医から成る評価（鑑定）委員会を主宰し、遺族側と医師側の利益を守る第三者の立会いの下、裁判のような形で鑑定する方法がある。東京地裁などで行われている医療関連民事裁判のカンファレンス鑑定が参考になる。非公開の委員会の決定を、関係者に伝える選択枝もある。第二の方法として、大学のリスクマネジメント委員会や学会に鑑定を委託する方法がある。この方法は、事故予防や医療の質の向上につながりやすいと思われる。この段階は、都道府県単位で行い、処理できない事例を、医療管区か中央の同様の委員会で取り扱うことになるであろう。インターネットを利用した複数鑑定人による鑑定も考えられる。

## E. 結 論

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ーナーに届出られ、専門性・公正性・公開性の高い法医学的死亡原因究明が実施される。まず、死亡原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亡原因究明の精度が高い。また、死亡原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、及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）届出させるようにする必要がある。そして、コローナーに相当する「監察医療監」を行政が任命し、加えて、医療関連死に対して、死亡原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、及び、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。

### (参考文献)

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS 編集” To Err is Human” National Academy Press, Washington, D. D., 2000.
2. 吉田謙一著 「事例に学ぶ法医学」、有斐閣、2001.
3. Yoshida K, Kuroki H, Takeichi H, Kawai K. Death during surgery in Japan. *The Lancet* 2002; 360: 805.
4. 吉田謙一、武市尚子、河合格爾. 医療事故は異状死か? *日本医事新報* 4069:57-62、2002.
5. 吉田謙一、武市尚子、河合格爾ら. 医療事故死亡原因調査制度の提言. *日本医事新報* 4086:57-61, 2002.
6. 吉田謙一、瀬上清貴ら: 医療関連急死事例の死亡原因決定制度の問題点と要改善点 — 医療監察官と医療承諾解剖制度の提唱. *日本医事新報* 4136: 59-63, 2003.
7. 吉田謙一ら: 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.
8. 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亡原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.
9. 吉田謙一、河合格爾、武市尚子、池谷博、黒木尚長. 英国の異状死死亡原因究明制度～第三者機関のモデルとして～ *安全医学* 1: 19-23, 2004.
10. Review of Forensic Pathology Services in England and Wales. Home Office 2003. available from internet.
11. Knight B. *Legal Aspects of Medical Practice*. Churchill Livingstone. 1992. 5th edition.
12. Pounder D. The COroner service. A relic in need of reform. *Brit Med J*. 1999: 318: 1502-3.
13. Levitan J, Dines BK. The COroner service. *Brit Med J* 1999: 319: 1072
14. Milroy CM, Whitwell HL. Reforming the Coroner’s service. Major necessary reforms would mean an integrated service and more medical input. *BMJ*. 327: 175-176, 2003.
15. Coroner’s Officers’ Duty. Surrey’s COroner’s Office. Not COmmercially available.

16. 武市尚子、吉田謙一、甲斐一郎. 異状死届出に関する臨床医の意識調査—地域差を中心とする考察. 日本医事新報 4090: 23-29, 2002年.
17. 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.
18. Knapman, PA. Fatal iatrogenic injuries—the inquest.” pp46-68. In “Medical Negligence” edited by MJ Powers and NH Harris. Butterworth. London & Edinburgh. 1990.
19. Dorries, CP. Coroner’s Court. A guide to law and practice. John Willey & Sons. Chichester, NY, Weinheim etc.
20. Ken-ichi Yoshida, Koichi Uemura, Hisako Takeichi, Kakuji Kawai and Yosuke Kikuch. Investigation of deaths in prison in Japan, The lancet 2003; 362(9387) : 921-922.
21. 和田仁孝、前田正一著。「イギリスの裁判外苦情申し立て制度」 pp172-180。医療紛争：メディカルコンフリクト・マネジメントの提案。医学書院。東京。2001年。

## (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

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)

分担研究者 木内 貴弘(東京大学医学部附属病院 教授)

### A. 研究目的

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、公衆衛生的な観点に欠けている(1, 2)。

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(2, 3)。

2004年4月に、日本内科・外科・病理・法医学会は、医療関連死の死因究明のための中立的調査機関の設立に関する共同声明を発表した。これを受けて、厚生労働省は2005年度に医療関連死の死因究明のための第三者機関に関するモデル事業を行なう。その中で、解剖で得た情報を事故の予防に役立てる方策が鍵となる。

吉田らは、諸外国の医療関連死・異状死の届出と死因究明の制度について報告してきた(3, 4)。英国では、法律家コローナが異状死の死因究明制度全般に責任を負う上、多くの手術関連死が届け出られ解剖されている(5)。しかし、ブリストルでは2名の小児心臓外科医が100名に及ぶ子供を犠牲にし、開業医シッパンマンは215名の患者を薬物等で殺したが、コローナ制度がありながら、看過された(6)。

これらの事件の調査の中で、ビクトリア州法医学研究所 (Victoria Institute of

Forensic Medicine: VIFM) が注目された。この研究所で、コローナ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」に取り組んでいる姿は、日本の医療関連死調査制度の方向性を示している。本研究の目的は、VIFMの調査を通じて、日本の医療関連死の届出と調査の方向性を探ることにある。

### B. 研究方法

VIFMを訪問して、州コローナであるジョンストン氏、法医部門主任コードナー教授はじめ、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。

### C. 研究結果

#### 1. ビクトリア法医学研究所 (VIFM, 以下、7, 8 参照)

メルボルンを州都とするオーストラリア南東部の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 (IT) を利用して提供してきた。

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では州コローナ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。

事故予防という目標達成のために、異分野の人々が協力し役割を分担している。各メンバーは、研究所の目標と自分の役割について明確に説明できる。また、問題点を発見し、議論し、解決策を見出すことができる。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