

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」（2003年12月6日（土）午前10時から午後3時まで、全国52カ所の電話窓口）、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、私の推定では、医療訴訟になっている数の10倍程度は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。

したがって、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・マネジメントである。コンフリクト・マネジメント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）が本年度から実現した。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。

D. 考 察

モデル事業

1. 創設と特色

以上をまとめると、①医療には大きなリスクがあるから、十分なりリスクマネジメントを行っても、事故（死亡事故）は起こる。②事故の解決として、法的な手続には、限界がある。③しかし、現在医療面の事故勃発後の役立つ医療の質改善も見通した策はない。そのような背景の中で、モデル事業が始まったのである。

2004年3月29日の4学会（内科・外科・病理・法医）共同声明を受け、4学会ワーキンググループが形成され、19（基本）学会の支持を受け、厚生労働省のモデル事業（補助事業として、内科学会が実施し同学会事務局を務める）が構想され、特別研究班が構成され、ここでモデル事業の具体的な中身が検討され、本年9月1日から全国4箇所モデル事業が開始された。モデル事業では、運営全般を検討する運営委員会が設置されている。筆者は、ワーキンググループ委員、特別研究班員、運営委員会の委員を務めている。

モデル事業の特色は以下の点にある。

- ①現行法上の枠組みで行う仕組みである
- ②医療機関の手上げ方式である（任意参加）
- ③診療行為に関連した患者死亡事例を対象とする
- ④ご遺族のご了承を得て解剖を行う（承諾解剖、死体解剖保存法7条1項）
- ⑤解剖は、法医・病理医と臨床専門医がチームとして行い、評価は、法律家も含めて行う
- ⑥評価結果報告書は、評価委員会から医療機関と遺族に説明される

2. モデル事業の紛争解決システムとしての問題点

モデル事業を別の観点から見ると、次のような問題点が浮かび上がる。

- ①モデル事業はモデル地区だけを対象としている－医療事故は全国津々浦々起こる
- ②モデル事業を担う人材（総合調整医や調整看護師－コーディネーター）育成への配慮は十分か－研究班で私が中心的にトレーニングを行っているが、特にコーディネーターの身分等の保証が十分でなく、リクルートが課題である
- ③モデル事業は、基本的には、死因究明の仕組みである－遺族や医療者の願いは死因究明だけではないので、それ以外の要望をどのようにかなえるのか
- ④モデル事業は、死亡事例、また、解剖について遺族の同意がとれる場合を対象としている－死亡しない事例で重篤な障害を負った事例や、遺族が解剖を了承しない事件でも検討する必要はある
- ⑤モデル事業は解剖・調査により死因が究明できることを前提としている－相当数がこのような結果が予想されると、死因究明というスキームを補完する仕組みを考える必要がある
- ⑥モデル事業では、評価結果報告書の提供をすることでその後の手続への配慮が（今のところは）ない－紛争は評価結果報告書作成・伝達から始まるのである。その後を担う仕組みと人材が必要である。

E. 結 論

真の紛争解決のために－医療紛争の当事者（患者・家族と医療者）を支えるリスクマネジメントを真剣に行っても、医療にリスクがある限り医療事故という形で顕在化する。患者家族にとっては、医療事故⇒ミス⇒法律という形で、その責任を追及する気持ちが出る。仮にモデル事業に乗せて評価結果報告書によって死因が究明されても、それは遺族や医療者の一部のニーズしか満足させない（モデ

ル事業に乗らないものは、死因が究明される機会もない）。しかし、これをそのまま放置すると、自然と（再度）法的な責任追及（民事：損害賠償、刑事：告訴・刑罰）のパスに入ってしまう。それでは、モデル事業を行った趣旨が没脚されてしまいかねない。法的手続の主戦場（法廷・捜査）は、お互いミスがあった、なかったという、「非難の（応報の）モード」に入り、一旦入るとここから抜け出すことが難しくなる。

では、モデル事業の先になにができるのか。先に見たように、事故の被害者（患者・家族）の気持、また、事故の加害者（とされている人、医療従事者）の気持とは、本当に対立するという考えから再考をする必要がある。事故の原因を追求して、二度と起こさない努力をして欲しいし、そうしたい、謝って欲しいとの要求に、できれば対面して謝りたいと、少し冷静に分析すると、同じ共通の土俵を形成できる素地はある。そこで、我々は、医療事故において、将来に向けての共通の土俵を形成する、対話をする（「対話のモード」ということが、欠けていることに気付く。それは、「場」と「人」である。まず、誰もが安心して、相談したりするスペース等がない。事案の説明を受けるために病院に行っても、それを分かりやすく説明する仕組みがない。また、事故直後は、遺族のケアをする仕組みもない。そして、なによりも、医療事故という大きな出来事を前にしてぼう然とする当事者の背中を少し押して、これを結びつける人がいない。実は、これらの仕組みと人を用意し、実践することを、メディエーション（調停）というのである。医療事故が起こった後の対処をコンフリクトマネジメントと通常呼び、対話・コミュニケーションのあり方を学ぶ。この作業は人に依存する作業である。来年度から、厚生労働省は本格的に、医療ADRを担う人材育成（医療Mediator）に乗り出す。これはモデル事業を補完するだけでなく、多くの医療の現場や、地域における医療安全支援センター、保健所の調整・調停活動を支え

るものになることが期待できる。ここには、医療者・患者代表・弁護士・コミュニケーションの専門家が集まり、ここでの作業自体が、Mediationであると考えている。その後いくつかの大学で試行プログラムを行う予定である。

また、筆者が知っているだけでも、既に全国のいくつかの病院で、リスクマネージャー等が調整・調停活動を行っている。今後はこれらの現場での取り組みの知恵を共有する仕組み作りと、現場に必要な能力等から人材育成のカリキュラムを見直すという作業が求められる。

短期的にはこのような人材が現実の紛争の仲立ち役をしていくことが期待されるが長期的な展望については、筆者も関わった、厚生労働省医療安全対策ワーキンググループの報告書（平成17年5月）を示す。

医療事故の届出、原因分析、裁判外紛争処理及び患者救済等の制度の確立

「将来像のイメージ」

医療における苦情や紛争については、裁判による解決のみではなく、医療機関等、患者の身近なところで解決するための仕組みと、それが解決しない場合でも、裁判外の中立的な機関で解決を求めることができるという、連続した裁判外紛争処理制度が確立し、短期間で紛争が解決され、患者及び医療従事者双方の負担が軽減されている。

以上を踏まえると、次の提案を行うことができる。

提 案

多様なレベル（病院内、地域、モデル事業）で、患者・遺族と医療従事者との間を橋渡しするために、次の3点について検討を加えるべきである。

1 医療におけるADR制度の構築

対話をするための場構築のための仕組みやルール作りを行う。

2 メディエーターの養成プログラム

対話を仲立ちする中立的第三者（メディエーター）の養成のためのプログラム作りを行う。

3 実際の事例からの学ぶ仕組みを作る。

実際に行われた事例から知恵を集約する仕組み作りを行う。

注：

調停（メディエーション）当事者間の紛争を、当事者自身が合意により解決することができるように、第三者（調停人）が支援するプロセスをいう。

裁判外紛争解決（ADR, Alternative Dispute Resolution）裁判以外ないし裁判所外で紛争解決をする手続の総称で、調停や仲裁のほか、様々な解決方法が含まれる。

(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

木内 貴弘

(東京大学医学部附属病院 教授)

A. 研究目的

近年、情報技術の進歩、普及が急速に進んでおり、多くの分野において、その有効な活用が図られている。本研究の目的は、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にある。

B. 研究方法

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。

(倫理面への配慮)

本研究は、異状死症例データベースシステムの分析とその意義についての考察が主体であるため、特別な配慮は行っていない。ただし、同データベースのような個人情報収集するデータベースには、十分なセキュリティ確保が倫理的に必要であることは当然の前提として考えた。

C. 研究結果

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た。また同研究所には、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。

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）。世界でも異状死症例データベースを運用しているのは、オーストラリアだけであるが、現在、カナダでシステムが開発中であり、英国もシステム開発について検討しているということであった。

全国異状死症例データベースシステムは、Web ベースのシステムであり、小型のサーバ 2 台で運用が行われていた。システム運用のための予算は、2002 年までは政府等の資金で賄われ、年間 55 万豪州ドル＝約 4,400 万円（1 豪州ドル＝約 80 円）であった。2003 年より料金の徴収を開始しており、料金は下記のとおりである。

政府関係 オンライン 26 万円＝3,300
(3 ユーザまで)
追加 9 万円＝1,100 ドル (1
ユーザ毎)

その他 オンライン 106 万円＝13,200
ドル (3 ユーザまで)
追加 9 万円＝1,100 ドル (1
ユーザ毎)

システムを運用している人員は、マネージャー、データ品質管理担当者、渉外・広報担当者、データ品質管理アシスタント(非常勤)、アプリケーション担当者(非常勤)、庶務アシスタント(非常勤)であり、常勤3名、非常勤3名の体制となっている。システムの利用者は、現在のところ死因の解明を行う人(各州政府のコロナーやその代行者、法医学者等)及び情報を公衆衛生の向上に役立てる人(関係官公庁担当者・非営利の研究機関の研究者)のみ限定されており、現在の実利用者数は、各々40名、合計80名ということであった。尚、現時点では、保険会社等の営利企業への情報提供は一切行っていない。

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)、コロナー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、証人の証言等がある。データベース項目の概要は下記である。

◎基本情報(demographic information)

名前、年齢、誕生日、死亡日、住所、婚姻状況、職業、雇用状況、
誕生国、オーストラリア滞在年数、
indigenous identification

◎死因の詳細

受傷の機序
受傷をもたらした物体または物質
医学的死因
ICD10 分類コード

◎死亡の状況

- ・警察による状況記述
- ・死亡または最終生存確認日時
- ・死亡時または死因となるできごと発生時の活動状況

- ・死亡時または死因となるできごと発生時の職種と業種(活動が労働中の場合)
- ・輸送状況、同乗者、相手方、状況(交通事故関係の場合)

◎異状の有無による分類 自然死、異状死

◎意図による分類 自殺、事故、他殺

◎関係書類 解剖結果方向、毒性学的所見、コロナーの検死所見

下記に説明を受けたデータベースの有効な活用例について示す。

- (1)特殊な四輪オートバイの事故死が2年間で20件以上報告されていたために、製造企業、関係官公庁等にその旨の通知を行い、死亡率の減少に繋がった。
- (2)まったく同じ状況(掘削機に巻き込まれる)で掘削機付きトラクターによる事故により全国で1年半に2例死亡が発生した。この2件の事例の分析により、トラクターの改良案が作成された。
- (3)ビニール袋による窒息が2002年より統計的に優位に増加した。調査した結果、ある自殺方法の指南本が原因と推定され、関係官庁等が対策に乗り出した。
- (4)ビクトリア州のコロナーが抗うつ剤(ドチアゼピン)の過量投与による産褥期うつ病患者の自殺例を出会い、データベースを検索した結果、同様の症例を全国で3例発見し、関連資料を死因究明に活用した。

D. 考 察

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、下記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、個々のコロナーや法医学者の「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。

(3) コロナー業務の支援

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。

従来の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。このため、我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。

我が国の死体検案業務のあり方について

は様々な議論が行われており、特に医療関連死の届出・解剖等の制度のあり方についてはモデル事業が実施され、将来的な制度のあり方の検討がなされている。こうした議論の中で、予防可能な死への発見と予防対策のための異状死症例データベース構築の意義について、関係者が理解することが重要だと思われた。

E. 結 論

死体検案業務の支援として、異状死症例の全国データベースを作成し、これを利用することは、死体検案業務の質の向上に資する他、予防可能な死の早期発見とその予防対策によって、公衆衛生の向上にも大きく貢献する。このため、我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。

(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

木内 貴弘

(東京大学医学部附属病院大学病院医療情報ネットワーク研究センター 教授)

A. 研究目的

医療事故の発生、国民の権利意識向上によって、医療関連死の届出、個々の症例検討方法についての関心が高まっている。英米圏では、異状死の届出とコロナ（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、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。

本研究の目的は、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における情報システムの活用について調査検討し、我が国において類似のシステムの制度設計を行う際の参考資料を供することにある。

B. 研究方法

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、必要な資料収集を行い、同システムの視察を行った。更にその意義と役割について考察を行った。

(倫理面への配慮)

本研究は、クリニカルリエゾンサービス情報システムの調査分析とその意義についての考察が主体であるため、特別な配慮は行っていない。ただし、同データベースのような個人情報を収集するデータベースには、十分

なセキュリティ確保が倫理的に必要であることは当然の前提として考えた。

C. 研究結果

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、及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収録されているものは、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し、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

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、全国统一運用は比較的容易と考えられるからである。

クリニカルリエゾンサービス情報システムと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データの連携がまったくないというのはむしろ不思議な感じを受けた。日本で運用する場合には、データの二重入力を防ぐ上でもデータの相互利用ができるように検討すべきであると考えた。

E. 結 論

医療関連死症例をデータベース化することは、クリニカルリエゾンサービスの質を高めるために重要である。日本においても、同様の制度を導入する際には、データベース化が望まれる。日本においては、システムの全国規模での利用と、医療関連死以外の異状死を含めた異状死データベースとのデータ連携を視野に入れて考えるべきであると考えた。

II. 研究成果の刊行に関する一覧表

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻 号	ページ	出版年
吉田謙一	連載“医療関連死” 英国圏の異状死死因調査・医 師管理制度	病理と臨床	Vol. 24	77-82	2006
曽根智史	死体検案に関する研修	公衆衛生	69	292-5	2005
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	4228	57-62	2005
吉田謙一、武市 尚子、池谷博、 木内貴弘、稲葉 一人、瀬上清貴	届出るべき「医療関連死」に ついて	日本医事新報	4209	55-61	2004
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につ いて	日本医事新報	4201	53-58	2004
吉田謙一	医療関連死の届け出と死因究 明について	日本臨床麻酔学 雑誌	24	523-530	2004
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 ： 英国のコロナー制度にみ る医療事故対応	判例タイムズ	1152	75-81	2004
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Genera l 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

III. 研究成果の刊行物・別刷

次ページより添付する。

□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ンナーがその起源である。クラウンナーには、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嘱託し、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、コロナー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・各コロナー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、コロナー法(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、医師も市民もコロナーに広く届け出ている。

コロナー捜査官は、コロナーを補佐し、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。コロナーは、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、法律家であるコロナーが死亡証明書を書く。加えて、コロナーは、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、コロナーに死因を

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ナー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. プリズトル事件とメディカルイグザミネーター制度

1990年代、英国社会を揺るがしたプリズトル事件では、2名の心臓外科医が、手術成績の悪い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したと推定されている。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、プリズトル事件を防ぐことができなかった結果、コロナー制度が批判に曝された。

コロナーの多くは、法律家であり、医療案件を処理するのが得意でないのが、米国のメディカルイグザミネーター(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主任がコロナーと同様、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、医療コロナーの配置、コロナー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、コロナー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、反復するミスの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、コローナ法に「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、コローナ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管区のコローナ情報を、インターネット(IT)を用いて管理し、コローナ関係者・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・コローナ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。コローナは、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、コローナ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、ひとりの法医やコローナが再度経験することがないように事例であっても、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、コローナの死因究明情報がコローナ関係者に“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、解剖の可否をスタッフと相談しながら判断し、コローナに伝え、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、コローナ制度下に、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、コローナ、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。コローナは、「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ローナ関係者に対して、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、コローナは、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、学会代表とコローナ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、医療関係者とコローナ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、コローナの調査を合理化し強化したうえ、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。その職能は、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)。

ピクトリア州では、 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。ピクトリア州の 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のあった場合、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、インフォームドコンセント・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、審議の可否を決める。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。「貴下が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、貴下の医療の水準は、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

特集

公衆衛生と監察医制度

死体検案に関する研修

曾根 智史

公 衆 衛 生

第69巻 第4号 別刷

2005年4月15日 発行

医学書院

死体検案に関する研修

曾根 智史

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、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として、国立保健医療科学院を会場に「死体検案講習会」を実施したので、本稿にてその概要・講習内容と受講者による評価を報告する。

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3つの部分からなる。まず、2004年9月に講義を中心とした講習(前半)を2日間行う。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する。その上で、2005年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)を実施する。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ることになる。前半および後半部分は、国立保健医療科学院で実施される。受講料は無料である。

9月の講習会前半には130名、2月の後半には111名という多数の医師が参加した。

内容

本講習会の実施に当たっては、日本法医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。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。

表1に、国立保健医療科学院で行われた前半および後半の講義・演習内容を示す。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。

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

そね ともふみ：国立保健医療科学院公衆衛生政策部長 連絡先：☎ 351-0197 埼玉県和光市南2-3-6

表1 死体検案講習会の内容(前半・後半部分)

前半 1日目 (2004年9月18日)	講師	形式	時間	主な内容
開講式			10:00-10:20	
I. 目的 II. 法規	吉田謙一(東大)	講義	10:20-11:50	・異状死体取扱制度の意義と関係法規 ・日本の異状死体届出義務の考え方と欧米の制度
III. 検案書 1) 法規・書式 2) ICD 10	武市早苗(東海大)	講義	12:00-13:00	・死亡診断書(死体検案書)の書式と記入要領 ・ICD 10の説明 ・死因統計について
3) 検案書の書き方	重田聡男(慈恵医大)	演習	13:50-15:50	・症例の提示とそれについての書類作成演習 ・症例ごとの解説とディスカッション ・大規模災害時の検死の記入取扱い
	池田典昭(九大) 勝又義直(名大)	講義	16:00-17:00	
2日目(2004年9月19日)				
IV. 検案の注意点	勝又義直(名大)	講義・演習	9:30-12:00	・ヒトの死と死体現象の説明 ・検案手法の概要説明 ・各種法医解剖, 病理解剖の必要性和制度的な限界 ・実際例に即した注意点の説明とディスカッション
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	・事例紹介とディスカッション。ただし, 網羅的でなく, 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ィスカッション, 児童虐待・溺水・その他
VI. 監察医業務の意義	福永龍繁 (東京都監察医務院)	ビデオ	15:45-16:15	・死体検案ビデオを用いた説明と検案の心構え ・監察医制度と東京都監察医務院の紹介
		講義	16:15-17:10	
後半 3日目(2005年2月19日)				
VII. 異状死演習	吉田謙一	講義	9:20-9:40	・異状死体届出義務等に関する演習
		演習	9:40-10:20	
VIII. 家族への対応	勝又義直	講義	10:30-11:45	・家族にどこまで説明するか ・家族の感情への配慮 ・生命保険手続きへの協力 ・裁判への対応
IX. 症例報告	的場梁次(大阪大学)	発表 討義	12:35-15:35	・各自見学実習等で検死・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 ・最後に検案についてのまとめの講義を行う
		講義	15:45-16:10	
修了式			16:10-16:30	・講評

(前半と後半の間に, 各受講者による「見学実習」が入る)

遭遇する入浴中の死亡事例と保険金に関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

題点に関する熱の込められ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, 2004年11月~2005年1月にかけて,

特集

表2 死体検案講習会受講者の属性

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。

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，2005年2月19日に実施され，異状死体届出義務に関する演習，家族への対応に関する講義と見学実習の発表を中心とした事例検討を実施した。

受講生の属性

前半実施時に，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2は，受講者の属性をまとめたものである。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3/4が警察(協力)医であった。

表3 受講者による講習会全体の評価

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人(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人(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人(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

また，自己申告による昨年1年間の死体検案実施数を見ると，50例未満の者が多かったが，50~99例の者も約1/4おり，100例以上の者も約1割いた。

受講者による講習会全体の評価

表3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指標で見ると，内容は一定の水準に達していたものと考えられる。

自由記入欄への回答としては，「全体的にわかりやすく実際のですぐに役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，ご意見を伺えることができ，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大変よく理解できました」など，プラ