

どを通じ、Coroner の役割に対する改革の必要性が認識され、ここ数年 Coroner 制度の大きな改革が推し進められてきた²⁴。詳細は省くが、そこでは、Coroner に報告されない死亡事例について何らのチェックのシステムもないことや、全国的な制度の統一性の欠如、または遺族とのコミュニケーションの弱さなどが指摘されており、専任の法律家による Coroner 制度および医学的な専門知識のサポート体制の構築など、専門性、中立性、一貫性などを目指した制度改革への勧告がなされている。

B) オーストラリアにおける Coroner 制度

オーストラリアの Coroner 制度は、基本的にイングランドのそれを継受したものであるが、その時期は 19 世紀後半であり、この時期には母国イングランドにおいても近代的な制度へと大きな変動を迎えていた時期であったことが、そのような変容前に継受していた後述の合衆国の場合と大きく異なり、その後の発展の度合いに大きな差異を生んだ一因になっている。初期の植民地特有の状況が Coroner の権限にも影響していたようで、母国には見られなかった火事の調査などもその権限となっており²⁵、それが現代における事故予防機能の分野における発展へと大きく影響しているともいわれている。

イングランド同様、19 世紀のオーストラリアにおいても Coroner の資格要件はなく、Coroner が任命されない場合などは、治安判事(Justice of the Peace)がその役割を担当することもしばしばであったようである。また、19 世紀においては、police magistrate（警察裁判所治安判事）、警察官、そのほか聖職者なども Coroner の役職につくことがあったという。そのため、Magistrate による死因究明と Coroner による死因究明の差異がほとんどなく、実際 Coroners Act 1911 (Vic)ではその差異が取り除かれた。19 世紀半ばには、警察が死因究明調査において大きな役割を担うようになり、Coroner の指揮のもと、関係者へのインタビュー、メモの作成、Inquest で

²⁴ DEATH CERTIFICATION AND INVESTIGATION IN ENGLAND, WALES AND NORTHERN IRELAND: THE REPORT OF A FUNDAMENTAL REVIEW 2003 (Presented to Parliament by the Secretary of State for the Home Department by Command of Her Majesty) (June 2003) (Cm 5831) (available at <http://www.google.co.jp/search?num=100&hl=ja&client=firefox&rls=org.mozilla%3Aja%3Aofficial&hs=VSY&q=luce+report&btnG=%E6%A4%9C%E7%B4%A2&lr=>) (visited on March 31, 2007).

²⁵ Coroners Act 1865 (Vic), s. 4, cited in Freckelton & Ranson (2006), supra n. 2, at 36. Coroners Act 1898 (NSW), s 12, Inquests on Fires Act 1863 (Qld); Coroners Act 1873 (Tas), s 3; Coroners Act 1890 (Vic), s 5; Coroners Act 1884 (SA), s 4; Fire Inquiry Act 1887 (WA), s 1; Coroners Act 1867 (NZ), s 8. But see Coroners Act 1887 (UK), s 44.

の証拠提出などを行っていた。医療の専門的な証拠が提出されることはまれで、解剖なども Coroner が Inquest のためにそれを命じた場合にのみ可能であったようである。前述のように Coroner の調査においては、そのサポートを担ってきた警察が中心で、医療専門職が関与しはじめるのはやっと 19 世紀末になってからのようである。オーストラリアにおける Coroner の選出は、母国たるイングランドにおける公選制とは異なり、19 世紀後半からは州によって任命されてきた。母国との違いは、Coroner の給与が一部職に対して支払われていることと、任命権者たる州から一定の規制を受けてきたことである。

現代オーストラリアの Coroner を巡る法制は州によって細かな点は大きく異なるといわれるが、いくつかの共通性もある。

Australian Capital Territory	Coroners Act 1997 (ACT)
New South Wales	Coroners Act 1980 (NSW)
Northern Territory	Coroners Act 1993 (NT)
Queensland	Coroners Act 2003 (Qld)
South Australia	Coroners Act 2003 (SA)
Tasmania	Coroners Act 1995 (Tas)
Victoria	Coroners Act 1985 (Vic)
Western Australia	Coroners Act 1996 (WA)

第 1 に、Inquest その他の手続および Coroner や State Coroner、またはその人的なスタッフについて詳細な規定を置く場合が多くなっていることである。その原因は、死因究明における Coroner の役割の重要性の増加であり、著名な事件においてしばしば社会的関心の高まりとともに、Coroner の役割が重視されるようになってきたためである。現代においては、Coroner は州知事によって任命される場合が多く、その多くは Magistrate の地位にある裁判官から選ばれている。第 2 に、法医学研究所 (Institute of Forensic Medicine) などとの密接な関係を築くことが多くなっていることである。これにより、医療専門家のアドバイスを常に受けられる状況を整備しておき、より科学的にも適正な判断を行おうとしている。最も注目に値するのは、Victoria 州における Institute

of Forensic Medicine²⁶の設立で、Victoria 州における法医学その他の専門知識の提供機関として、Coroner を含め死因究明の適正さの担保に寄与している。第 2 の点とも関連するが、第 3 の点としては Coroner から刑事手続機能を除去することが一般的となっている。エアーズロックで野犬に子供をさらわれた夫婦が警察の初期捜査の不備やその夫婦の信仰などに対する偏見から無実の罪を着せられたことで有名な Chamberlain 事件では、その誤判の一因として Coroner による Inquest 結果が、不合理に刑事手続に影響を与えたことがあげられている。そのような反省などから、前述の制定法の規定のあり方も含め、Coroner の手続によって刑事民事責任への直接的な影響を避けようとする態度がみてとれる。たとえば、この点は前述のイングランドの Criminal Law Act 1977 (UK)と同様であるが、Inquest から刑事責任の問題（すなわち、被疑者を正式事実審理に付するかどうかの手続にのせる権能）が除去されている²⁷。第 4 に、各法域内の Coroner 機能の統一性を確保するために State Coroner など州内の Coroner 機能を統括する役職の制度²⁸や、その役職を補佐する人的手当 (Deputy State Coroner など) が設けられていることである。

詳細は後述するが、オーストラリアにおいては医療安全に対する社会の懸念の広がりとともに、近年になって、Coroner が死亡原因の究明から医療安全への提言を行う機能を重視する考え方がでてきている。特に Victoria 州においては、患者が死亡した場合には、その死因の真相を究明することを目的として Coroner に検死を求め、死因の確定を行い、そこから今後の医療安全に繋がる教訓を得ようとする努力が行われている。つまり、Coroner が死亡原因の究明から医療安全への提言を行う機能を

²⁶ 設立当初は Victorian Institute of Forensic Pathology (VIFP)と呼ばれたが、それは、Coroners Act (1985) によって開設され、その後 1995 年 10 月に現在の名称に変更した。See <http://www.vifm.org/aboutvifm.html>. Section 64(2) は以下のような機能の提供を規定している。

* to provide, promote, and assist in the provision of forensic pathology and related services in Victoria and, as far as practicable, oversee and co-ordinate those services in Victoria;...

* to conduct research in the fields of forensic pathology, forensic science, clinical forensic medicine and associated fields as approved by Council;

²⁷ 例外は New South Wales 州の規定である。

²⁸ Coroners Act 1980 (NSW), s 4A; Coroners Act 2003 (Qld), s 70; Coroners Act 1985 (Vic), s 7; Coroners Act 2003 (SA), s 4; Coroners Act 1996 (WA), s 6; Coroners Act 1993 (NT), s 4; Coroners Act 1993 (ACT), s 6; Coroners Act 1995 (Tas), s 9.

重視する考え方がでており、その意味では、医療の安全に対するインプリケーションも無視することはできない。

C) 合衆国における死因究明制度概要

前述のように合衆国の Coroner 制度は、オーストラリアより約 2 世紀ほど早くその制度を継受したため、イングランドにおける Coroner の問題点を大きく引きずり、結果的にオーストラリアよりも Coroner の機能の低下が見られるという。アメリカにおいては殖民とほぼ同時に Coroner の制度が移入され、記録に残っているところでは、植民地で最初に Coroner として任命されたのは、ペンシルバニアの建設者として、また、クエーカー教徒として著名な William Penn であったとされる。また、最初の Inquest が開催されたのは 1635 年であったといわれ、イングランド同様、アメリカにおける Coroner も特別な資格要件はなく、公選で選ばれる場合が多く、どちらかといえば政治的にはマイナーな地位であったため、特に有能な人物が選ばれることは少なかったという。実際、農民や葬儀屋なども多く選ばれていたらしい。その後、Coroner の役職は政治的に重要になってくるが、前記の継受の時期の関連から、Coroner には給与が支払われず、死体の処理数に応じて手数料が支払われる制度となっていたため、十分な収入を獲得する手段として様々な汚職が横行していたという。そのような状況に加え、医師の専門職層の台頭もあって、Coroner の資格要件として医師であることが追加されたり、または、Coroner 制度に取って代わって Medical Examiner の制度が、1918 年の New York 市の検屍官事務所 (Office of Medical Examiner) を嚆矢として、20 世紀初頭から導入された。ただ、名前は同じ Medical Examiner であっても法域によってその実態は大きく異なり、一貫した像があるわけではないようである²⁹。

1998 年段階で何らかの形で Medical Examiner の制度があるのは 38 州で、(1) 州検屍官制度の有無、(2) 郡レベルの検屍官制度の有無、(3) 郡レベルの Coroner 制度の有無などによって、以下の 7 つの類型に分けられる。

²⁹ Freckelton & Ranson (2006), *supra* n.2, at 72. See <http://www.cdc.gov/epo/dphsi/mecisp/summaries.htm#FIG1>, and also Appendix 2.

1	州検屍官制度（①郡検屍官 & ②郡 Coroner 制度： なし）
2	州検屍官制度（①郡検屍官：なし & ②郡 Coroner 制度： 2-3 の郡で存在）
3	州検屍官制度（①郡検屍官 & ②郡 Coroner 制度： 一定数存在）
4	州検屍官制度（②郡 Coroner 制度： すべての郡で存在）
5	郡検屍官制度： すべての郡に存在
6	地区検屍官制度： すべての District に存在
7	郡検屍官 & 郡 Coroner 制度の混合形態

少し古い統計だが、Coroner が全く存在しておらず、検屍官制度のみで死因の究明を行っているのは 2-3 州であり、さらに、Coroner の関与なしに検屍官によって死因が究明される制度となっている地域は、合衆国の人口の半数をカバーしている。たとえば、New York 州では Chief Medical Examiner は病理の専門医で、州厚生省から任命を受けている。その権限は、病死などでない死亡全般にかかわり、犯罪だけでなく、いわゆる異状死や自殺なども含まれる。犯罪に関連する場合には地区検事に報告義務がある。また、イングランドおよびオーストラリアとの大きな違いは、独自に死因を究明するための公開の法廷 (Inquest) を開催する権限が与えられていない点である³⁰。そのため Medical Examiner の調査報告書などは、民事・刑事裁判において証拠として利用可能となっている点も、後述の Victoria 州の制度とは大きく異なっている。

反対に、依然として Coroner の制度が維持されている地域も存在する。それらの地域では、公選によって Coroner が選ばれ、その多くは葬儀屋など非医療専門者である。ただ、South Carolina や Indiana においては、法医専門の看護師 (Forensic nurse) などが勤める場合もあるという。そして、それらの地域では、Coroner に伝統的に認められた罰則付き召還令状の利用や検屍陪審の開催が可能となっている。一般的に、合衆国においては解剖が行われるのは、全死亡例の 1 割に満たず、どちらかという Coroner の制度のほうがその比率が高いといわれており、検屍官制度と犯罪捜査との親和性が高いと捉えられているようである。

³⁰ Freckelton & Ranson (2006), *supra* n. 2, at 72-73.

3. 近年の新たな動きと制度的枠組み

Victoria 州において、上述の予防的な機能（Preventative Jurisdiction と呼ばれる）が顕在化されたのは、1985 年の Victoria 州の Coroner Act であったとされる。そこでは、Coroner に対して、死に関与した人間を明らかにするだけでなく、Attorney General に対して公衆衛生および安全に対して勧告などを行うよう求めるに至った。それと同時に Coroner に対して医学的な知識などを提供できる機関として Victoria Institute of Forensic Pathology（Victoria Institute of Forensic Medicine の前身）を設置した。このような動きが起こってきたのは、Victoria 州などで崖崩れによって多くの犠牲者を出したことなどがきっかけであったという。崖崩れの前にはその前兆現象があり、行政の担当部局にはそれが伝えられていたが、有効な対策はとられず、結局被害を出してしまっていた。そのためもあって、それらの事件において Coroner が安全対策にいくつかの勧告を発する結果となった。つまり、従前の行政システムにおいて十分な対策がとられなかったことが、Coroner の安全対策機能を見直すきっかけになったようである。同様、1990 年代半ばから顕在化していた病院における Adverse Events が広範に存在し、それに対する対策の必要性も同じ方向性を後押ししていた。例えば、1994 年の連邦政府による調査（New South Wales と South Australia 両州において 28 病院 1400 を超える入院患者に対する調査）では、16.6 パーセントの入院患者に Adverse Event が発生し、そのうち約半数が防止可能なものであり、しかも約 15% ではその被害は生涯にわたるほどものになっていた。既知であるが、合衆国の Harvard 調査（3000 件を超えるカルテレビュー）においても 1133 件の Adverse Event が報告され、そのうち、約 3 割が過失によるものだとされていた。このような病院における事故の多さと事故防止の必要性も間違いなく、このような Coroner 機能の展開において十分意識されていたのである。

Coroner Act 1985 は、目的として以下の 4 つをあげる。State Coroner の設置、一定の類型の死亡の届出義務、死亡および火災の調査および Inquest（死因審問）の手続、Victorian Institute of Forensic Medicine（Victoria 州法医学研究所）の設置である³¹。Coroner の機能として強調されているのは、死者の特定、死因、死の状況確定であって、責任追及が目的であるわけではない。死をめぐる事実認定³² が主たる任務とい

³¹ Coroner Act 1985 (Vic), s. 1.

³² Coroner Act 1985 (Vic), s. 19.

うことになり、刑事責任について言及することは禁止されている³³。刑事訴追における Coroner の機能は限定的であり、重大な犯罪（Indictable Offence）の可能性がある場合に限って公訴局長官（Director of Public Prosecution）に事件を移送が要求されている³⁴。

Victoria 州においては、現在 State Coroner 1 名、Deputy State Coroner 3 名、その他約 90 名の Coroner がいる。State Coroner および Deputy State Coroner には、郡裁判所の裁判官（County Court Judge）、治安判事（Magistrate）、または、法律家が、州政府（正式には Governor in Council（州総督および複数の担当大臣によって構成））によって任命される³⁵。その他の Coroner には、治安判事ないし法律家から任命が行われる³⁶。裁判官職の者が Coroner に任命された場合には、裁判官の職務の一環として従事し、給与および任命期間もそのまま従前の裁判官職と同一の条件となっている³⁷。State Coroner は、州検死制度の効率的運用のために、調整監視機能を担う。具体的には、報告対象死がきちんと Coroner に報告され、それら報告された事例が十分調査されることを確保する。また、必要な場合には、Inquest を行う。さらに、他の Coroner のためにガイドラインを發布することが可能である。ちなみに、Coroner の機能を果たすために専任のスタッフ（Coroner's Clerk）を雇うことが可能で、調査、証人の召喚などを行うことができるようになっている³⁸。通常は、警察から派遣された警察官（Investigation Unit）が調査を担当する³⁹。Inquest においても、警察からの出向者である Coroner のアシスタントは、Inquest の際、手続進行者

³³ Coroner Act 1985 (Vic), s.19(3).

「特定の個人が犯罪で有罪である、もしくは、その可能性があるといういかなる言明も、Coroner は、その事実認定およびコメントにおいて加えてはならない」（“ A coroner must not include in a finding or comment any statement that a person is or may be guilty of an offence”）。

³⁴ Coroner Act 1985 (Vic), s.21(3).

³⁵ Coroner Act 1985 (Vic), s.6.

³⁶ Coroner Act 1985 (Vic), s.8.

³⁷ Coroner Act 1985 (Vic), s.6 (2-4) .

³⁸ Coroner Act 1985 (Vic), ss.11,12.

³⁹ Coroner Act 1985 (Vic), s.7.

の役割を担う。また、Inquest が開催される場合には Police Brief という証拠の概要を Coroner が受け取る。この Police Brief は通常、関係者の証言、警察の事件報告書 (Police Report)、死体解剖報告書 (Autopsy Report)、その他写真など検死関連の情報が含まれるが、この情報は利害関係者は誰でもアクセス可能としている。

医療機関における死亡に関連し、前述の Coroner Act は、報告の義務付けられた死亡 (reportable death) と審査可能な死亡 (reviewable death) という 2 種類の死亡について Coroner による死因調査への関与を認めている。第 1 の類型は、法によって Coroner 報告が義務付けられている場合である⁴⁰。まず、死体が Victoria 州に存在している、Victoria 州において死亡が発生もしくは、その原因が発生したこと、もしくは、死亡当時 Victoria 州に生活していた死亡であって以下の場合に、報告義務がかされている。① 予期しない (unexpected)、不自然 (unnatural)、暴力による (violent)、事故による (accident or injury) 死亡、② 麻酔中の死亡、③ その他刑務所、警察、精神病院など一定の管理下 (a person held in care) における死亡などである。審査可能な死亡とは、同一の親で複数の子供が死亡した場合に Coroner の関与を認めるもので、2004 年の改正で追加された。死が Victoria 州において死亡が発生 (死体の存在、死亡の発生、死の原因) もしくは Victoria 州に生活する 18 歳以下の子供の死亡であって、上記の状況の場合によって関与をみとめる。

報告義務対象の死亡が報告されていないことについて合理的な根拠を持つ者すべてに、Coroner ないし警察への報告義務が課されており、違反の場合には 10 Penalty Unit⁴¹ (1 Penalty Unit は、日本円で約 112 オーストラリア・ドル (2006 年時点)) の罰金が科される。報告がなされた場合には、State Coroner に報告がなされなければならないことになっている。医療機関関連では、医師に対し以下のような場合に Coroner への報告義務を課している。すなわち、死亡に立ち会うもしくは直後に立ち会った場合であって、一般に報告義務対象の死亡、死体を見ていない場合、死因の確定ができない場合、死亡の 14 日以内に医師の診断を受けず、かつ、死因の確定ができない場合で、違反には同じく 10 Penalty Unit の制裁が科される。複数の医師が死に立ち会った場合には、他の医師が報告を行っていれば、報告義務は免除されるが、死因確定に必要な情報を持つ場合には Coroner に報告する義務が課されてい

⁴⁰ Coroner Act 1985 (Vic), ss.3(1),13.

⁴¹ 1 Penalty Unit (2005 年 6 月段階) は 104.81 オーストラリア・ドル (日本円で約 8900 円 (1 AU\$ = 85 円換算)). Victorian Government Gazette, April 14 2005, p.722; Monetary Units Act 2004, § 5-6.

る。このような医師に対する報告義務は、審査可能な死亡（Reviewable Death）についても同様である⁴²。その他上述の一定の管理下の死亡も報告義務の対象となっている。また、警察もこのような Reportable および Reviewable Death について情報がある場合には、協力が義務付けられている⁴³。

しかしながら、このような報告が十分なされているかといえば、議論のあるところである。例えば、年間 25-50 件の間で出生、死亡、結婚の登録を行う部局（Registra of Births, Deaths and Marriages）から医療機関における報告対象の死亡報告があるという⁴⁴。つまり、本来医療機関を通じて報告されるべき事例が報告されず、別の機関を通じて報告された事例があることを示している。そのような多くの事例の理由は、報告対象に対する誤解だという。例えば、最も頻繁になされる説明は、死因が疑わしいものではなかった（"not suspicious"）というものや、遺族が解剖を望まなかったというものである。また、実際に報告された事例と、カルテなどによる報告対象の突合せを行った別の調査でも、約 6 割にも達する、かなり多くの未報告事例があったという⁴⁵。ただ病院関係者に聞いてみると、最近では Coroner 側の努力の甲斐もあってか、ずいぶん Coroner 機能に対する理解も深まりほとんどの事例では報告をしているという認識が示されていた。むしろ、これらの認識の差は、いずれが正しいという種類の問題というよりも、報告を進めようとする側と、報告を行う側との間に不可避に存在する姿勢の差異によるものかもしれない。いずれにせよ、そのような共通の認識に到達するには双方の大きな努力が必要なことを示しているのだろう。

さて、調査では、通常、関係者の証言、医師などの専門家証人、写真などが収集される。そのような証拠が収集されると最終的には Coroner が事件処理のあり方を決定する。そして必要な場合は、公開の法廷で行われる Inquest（死因聴聞）を開催することができる。ちなみに、法律上の要件として、Coroner の管轄は、死体が物理的に Victoria 州にある場合、ないし、死亡ないしその原因が Victoria 州で発生したと

⁴² Coroner Act 1985 (Vic), ss.3(1),14.

⁴³ Coroner Act 1985 (Vic), s.14(2).

⁴⁴ David Ranson, *The Coroner and Medical Treatment Related Deaths*, Inquest, Oct. 2002 (www.australasiancoroners.org/publication).

⁴⁵ Amanda Charles, *Reportable versus Reported deaths* (presentation at Seminar Series of Victorian Institute of Forensic Medicine held on 7th June 2005) (<http://www.vifm.org/conference.html>).

Coroner が判断した（“it appears to the coroner that the death, or cause of death, occurred in Victoria”）場合であって、以下の 6 つの場合には、Inquest を開催しなければならない⁴⁶。①殺人を疑われると Coroner が判断した場合、②死者が死の直前に警察、刑務所、精神病院などの管理下にあった（“a person held in care”）場合、③死者が特定できていない場合、④その他法が定める一定の状況下で死亡が発生した場合、さらに、⑤⑥法務総裁（Attorney General）ないし State Coroner が Inquest を求める場合である。その他、Coroner が調査権限を持つ死については、適切と考える場合には Inquest を開催することができる⁴⁷。また、一般人も Coroner に対して Inquest を開催するよう求めることもできる。この場合、Coroner はその要請を拒否することが可能であるが、その場合には合理的な期間内に文書によってその理由を開示しなければならない。申立人は、拒否された場合には州最高裁（Supreme Court）に再審査を求めることができることになっている⁴⁸。また、Coroner の Inquest の手続は、証人が宣誓を求められたり、反対尋問にさらされるなど裁判手続に近似するとはいえ、相違も存在する。厳格な証拠法は適用されず、手続を主催する Coroner に大きな裁量が認められる。Coroner が必要と考える情報についてはかなり自由に情報を得ることが可能で、死因の解明に役立つためには広範に証言を求めることができる。

Inquest が開催された場合には、利害関係者は証言したり、またもっと積極的に証拠（証言）に対して反対尋問を行ったり、証人を申請したりすることが可能である。遺族には Inquest の日程なども事前に知らされることになっている。実際筆者が観察した事件においては、薬物（potassium chloride；塩化カリウム KCl）の誤投薬によって患者が死亡した可能性のある事件に対して、Inquest（死因審問）が開催され、そこで、当該薬物の管理のあり方、また、形状、ラベルなどの問題点などが議論の対象とされ、病院のその後の改善策、連邦の薬品規制機関、製薬企業の取り組みなどについて証言をえながら、将来の同種の事故防止のために声明を発表するということが Victoria 州などでは行われていた⁴⁹。

この事件では、病院側や遺族は事件の関係者として審問に参加し、特に病院側は

⁴⁶ Coroner Act 1985 (Vic), s.17(1).

⁴⁷ Coroner Act 1985 (Vic), s.17(2).

⁴⁸ Coroner Act 1985 (Vic), s.18.

⁴⁹ Re: Mrs. Kilmartin, August 23, 2005 (Wednesday) (held at the Coronial Services, Centre Southbank, Victoria, Australia).

通常の民事訴訟での当事者と同様に弁護士を立て、薬物の取り違えが死因であるという病理医の証言などに対して厳しい反対尋問を行っていたし、反対に、遺族側は証言台に自ら立ち、医療側のそのような態度を責任逃れとして強い憤りを示す証言を述べていた。ただし、このように公開の審問が開催されるのは割合でいうとかなり低く、多くの事件では Inquest なしに、文書による最終的な事実認定が行われる。Inquest が開催された場合には、審問終了後、同様に文書によって事実認定が公表（ちなみに WEB 上にも公表）されるが、その場合通常は少なくとも一定の期間を経て最終決断が下される。

Coroner は前述のように主として法律家であり、そのスタッフも伝統的には法律家ないし警察関係者が中心であり、ここでの焦点である医療安全のための機能という観点から言うとその人的資源は不十分なものであった。その不十分さを解消するのが、Coroner Act の 1 つの目的でもあった Victorian Institute of Forensic Medicine (VIFM) による医学知識などの補足的な役割である。VIFM は、主として法医学、病理学の側面から Coroner の調査に協力するというのが、その特徴であり、最も注目に値する側面である。VIFM においても、Coroner の調査協力への中心的な部署が Clinical Liaison Services であって、そこでは、病理医だけでなく、臨床医、看護師などがチームを組んで、医療安全に関連する可能性のある事件について、Coroner に対して専門知識の Briefing など医学的な側面でのサポートを行っている。例えば、週 1 回水曜日の午前中には 1 - 2 時間程度、それらのチーム（4 - 5 名）を Coroner が一同に介し、各事件の事前調査について意見交換し、関係者への面談、意見聴取など再調査の必要性、最終的には解決のあり方として Inquest の開催の可能性などを定期的に論議している。会議では、各事件の担当となっている看護師や医師が事件の概要を伝えた上で、問題点、医療者側の意見、反応、または、遺族側の意向などについて説明がなされた後、他のメンバーが次々と質問やアドバイスをを行い、今後の対応方法を話し合っていく。このような Clinical Liaison Service を要する Victoria 州の Coroner 制度は、豪州において先進な取り組みとして多くの州の関心を集めており、他州のモデル的な存在となっている。⁵⁰以下では、Clinical Liaison Service の機能を少し詳しくみておく。

⁵⁰ Victoria 州の制度は単に豪州だけでなく、世界的にも注目を浴びているという。例えば、2003 年に出版されたイングランドにおける Coroner 制度の包括的な再検討に対する報告書として同種の取り組みの導入が提言されていた。Home Office, Death Certification and Investigation in England, Wales and Northern Ireland-The Report of a Fundamental Review (HMSO 2003) (available at www.official-documents.co.uk/document/cm58/5831/5831.htm) (August 23, 2003).

Clinical Liaison Service は、State Coroner's Office と Victoria Institute of Forensic Medicine が協同で運営する医療安全に焦点をあてた 2002 年 8 月から開始された試みである⁵¹。設立の目的は以下のようなものである。Coroner が関与する死因調査の約 4 分の 1 は医療の下で起こっており Victoria 州民の健康と安全を考える上で重要な事象であり、それらの死因を十分分析し医療安全に活かすことが重要であるにもかかわらず、従来の Coroner の手続における専門領域は法律家またはせいぜい法医、病理的な解析だけに限られており不十分なものであった。Coroner の制度下ではその調査の中心は警察官（State Coroner Assistant Unit）であった。もちろん犯罪捜査の専門家である警察官は完全に専門知識が欠けているとまではいえないにせよ、こと臨床的場面での死因の調査については、統一的な訓練を有しているわけでもなく、個々の警官の能力の差が大きく反映することも知られていた。同じ医療職といっても多くの法医学者、病理医は臨床経験が乏しいか、または、経験があったとしても長期にわたって臨床から離れている場面が少なくない。それに対して日々進歩する臨床の世界で起こっている事象を分析するには、臨床の知識を持っている専門家が関与することが緊要であるという認識から、このような試みが始められた。そこでの基本的な姿勢は、医療安全に資すべく医療機関における死亡に対する Coroner の調査へ臨床的な専門知識を供給することによってその調査の質も向上を目指すというものである。病理・法医の専門家だけでなく、臨床の専門家も協力して死因の究明に努めるとするのは、日本におけるモデル事業の設立目的と同種の制度といえよう。上述のように最新の臨床経験に乏しい法医・病理医の意見に依存しすぎるという問題点に関連し、医療過誤を疑う遺族の希望に強く影響を受けながら死因の調査を行ってしまうことの問題点などもある。また、個々の死因究明過程に問題がないとしても、個別事例に集中して死因を究明するのであれば、医療提供システムに関連するような傾向などを見出しにくいという面も指摘されている。さらに、同じ臨床場面でもそれぞれの専門領域によって問題の顕在化が大きく異なりうることを発見しにくいという側面もある。

従来のシステムのこのような問題点を改善するためには、Coroner による死因調査の質の向上が必須であるが、その要点として以下の 5 つがあげられてきた。①臨床の方針や実際に基づいて証拠を理解すること、臨床場面という特殊専門的な状況に

⁵¹ See generally Graeme Johnstone, State Coroner, The Clinical Liaison Service: A Joint Initiative of the State Coroner's Office and the Victorian Institute of Forensic Medicine, Australia.

における死因調査においては、医療従事者の視点や従事する環境に対する十分な理解を確保すること、③臨床に関連する情報、知識を Coroner に適時に提供すること、④医療および Coroner の調査を改善するために利用可能なユニークで包括的な情報を管理運営すること。患者の安全に与える現実もしくは潜在的なリスクに適切な対応を促進し運営すること、である⁵²。そして、2002年以降、Clinical Liaison Service は着実に機能し、積極的な評価を得ているという。まず、年平均1000件に及ぶ病院における死亡事例の分析を通じて、病院におけるリスク・マネジメントに新たなツールを提供してきたという。

Coroner 機能の概要を示しておく以下のようなになる⁵³。2003-2004年の年度では、年間約1200件の報告があり、そのうち約900件でカルテを含め病理医などが事例分析を行い、そのうち7-8割で解剖が行われる。残りの20-30パーセントは死因が明確であったり、遺族による解剖の拒否が理由で解剖が行われないという。解剖の報告者が上がってくる中では、75パーセントは何も問題なしということで事件処理が終えられる。しかし25パーセントの事例では、前述のように State Coroner、警官、Clinical Liaison Services のスタッフ、解剖医など種々専門家が一堂に会する会議でさらに調査を継続すべきかどうか検討対象となる。この検討対象となる25パーセントの事例の約7-8割で医師、看護師、病院からの証言を得ており、さらに、中立の専門家による意見や病院から任意に提出された事故報告書などが資料としてあがっているという。ちなみに、医師、病院などが非協力的な場合には、より強制度の強い Inquest 開催となる危険性が高く、多くの医療関係者が協力的な姿勢であるという⁵⁴。また、病院による事故報告書などは、病院自体が事故の原因分析を自ら行っ

⁵² *Id.* at 5.

⁵³ Personal Interview with Dr. David Ranson, Deputy Director of Vic Institute of Forensic Science, and others on May 25, 2005 (13:30-15:00) at Clinical Liaison Service, Victorian Institute of Forensic Medicine, 57-83 Kavanagh Street Southbank 3006).

⁵⁴ 網羅的な調査ではないが、かなりの割合で Coroner への報告が行われていないという研究も存在する。1年半の期間にどのくらいの報告がなされたかを2つの病院に絞ってカルテのレビューによって調査したところ、約6割の未報告事例が見出されたという。つまり、229件を調査し、そのうち報告対象と判断された58件中報告されたのは22件(37.9%)に過ぎず、残りの36件(62.1%)は未報告だったという。Amanda Charles, David Ranson, Megan Bohensky and Joseph E Ibrahim, *Under-reporting of deaths to the coroner by doctors: a retrospective review of deaths in two hospitals in Melbourne, Australia*, International Journal for Quality in Health Care (available at <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/content/full/mzm013v1>).ただし、これは Coronerain のスタッフによる調査であるため、無意識かもしれないが自らの権限拡大の意図などがあり、誇張されすぎているという批判をする病院関係者もいる。

てその対策をとっている場合には、将来の事故防止という Coroner の機能は不要となるため、勧告等が発せられる事態も避けうるので、Coroner の手続に協力するインセンティブがあるとされる。

また、Coroner Office は遺族などへの精神的なサポートを行うスタッフ (Counselling and Support Service) もおり、ホームページ上に Coroner の手続の説明やどのように関与が可能か、また疑問点があればとにかく電話するという参加を促進するメッセージが載せられている⁵⁵。実際、Coroner の審問廷にいくと、そこには専任の受付だけではなく、ヴォランティアの人々が複数おり、遺族だけでなく、一般の人々などに対しても法廷の外で待っているとすぐに声をかけてくれて様々なアドバイスを提供できる体制が整えられているのがわかる。

Coroner の調査結果は、公表されるとともに、遺族にも送られる。ただ、将来の安全対策にあたる部分は技術的な側面も多いため通常は遺族には送られないようである。つまり、遺族には、死体の特定や死亡にいたる状況に関する事実認定の部分が送られているようである。1998 年の改正前には、誰が死亡の原因かということも含まれていたようだが、その改正によって現在ではその役割を将来の安全対策に収斂させたために、誰の責任かという部分は Coroner の機能からはなるべく省かれるようになってきたといえよう。そして、Appendix にあるように、Coroner による事実認定 (Findings) などはそれ自体としては、その他の裁判手続において証拠とはなりえないことが法律上明示されている。さらに、報告書は、州厚生省のリスクマネジメントの部署に送られ、公立病院の安全対策などに役立てられるようである。死因調査の結果なされる Coroner による声明、報告書、事件書類などの開示、裁判手続における利用などが、大きな問題点となりえる。少なくとも Victoria 州では Coroner に提出された証拠は事件終了後 Coroner 事務所に保存されているが、基本的に誰でもその事件ファイルにアクセスすることが可能である。前述のように、Inquest の際準備される関係者の証言、警察の事件報告書 (Police Report)、死体解剖報告書 (Autopsy Report)、その他写真など検死関連の情報が含まれる Police Brief も、利害関係者は誰でもアクセス可能としている。実際、Royal Women's Hospital の事件では、当事者とは無関係の政治家が自己の政治信条から Coroner の情報にアクセスし、そ

⁵⁵ STATE CORONER'S OFFICE, VICTORIA INSTITUTE OF FORENSIC MEDICINE, WHEN A PERSON DIES: THE CORONER'S PROCESS: INFORMATION FOR FAMILY AND FRIENDS (3rd ed. 2006) (available at [HTTP://WWW.CORONERSCOURT.VIC.GOV.AU](http://www.coronerscourt.vic.gov.au)).

れを Medical Practitioners Board に持ち込んだことも報告されている⁵⁶。

D. 考察

いうまでもなく、Victoria 州の新たな取り組みの最大の特徴は、豪州においてもさほど活発とはいえなかった病院における事故事例による死亡を中立的な立場から解明するために、伝統的に解剖を担ってきた法医学者、病理医だけではなく、実際の臨床に関与している医師、看護師なども一緒に協力して、その死因を究明し、そこから、事故予防につなげようとする努力を重ねてきていることである。もちろん、その努力は大変先進的なもので注目には値するが、制度が始まってからまだ数年しか経過していないこともあり、その効果が十分挙げられているかといえ、現段階ではそこまでは結論付けられない。そもそも、何百年もの歴史を有する Coroner の制度の生き残り策という側面がない訳でもなく、その点を置くとしても、医療安全に対する Coroner の機能が医療関係者から十分理解を得られているかといえ、まだまだ心もとない状況である。前述した少なくない未報告事例も 1 つの証左であり、さらに、塩化カリウムなどの薬剤の誤投与に対して、保存のあり方やラベルの変更など、いくつかの提言を出しながら同じ失敗が繰り返され、Coroner がそのような提言を出したということすら、行政側の医療安全の担当者にも十分伝わっていないということもあるようである。だからといって、そのような試みが全く無駄かといえ、そんなことはなく、Clinical Liaison Service を通じた Coroner サイドからの積極的な広報の努力もあり、次第にその機能に対する理解も広がってきている。さらに、事故によって家族を失った遺族側からの死因究明の期待が大きいことには疑いがないように思える。

また、Victoria 州の制度は、主として将来の同種の事故防止であって、すでに起きた事故の紛争処理のためではないことは強調しておく必要がある。つまり、Coroner は、医療関係者の協力を得るためにも、刑事責任だけでなく、民事責任についてもその判断や勧告等が影響を与えないように文言なども慎重に選ぶようになっていることである。この点、日本におけるモデル事業は、中立的な死因究明によっ

⁵⁶ Re: Dr Rowan Rustem Molnar [2004] MPBV 22 (Available at <http://medicalboardvic.org.au/content.php?sec=106>) (last visited July 3, 2005). Royal Women's Hospital v. Medical Practitioners Board [2005] VSC 225. See also Jamie Berry, Carol Nader, *Court order sparks fear on abortions*, THE AGE, June 30 (Thurs), 2005 (available at <http://www.theage.com.au/news/national/court-order-sparks-fear-on-abortions/2005/06/29/1119724694124.html?oneclick=true>) (last visited on June 30, 2005).

て、将来の事故防止だけでなく、直近の紛争の解決にも直結する制度をとっているようにみえるので、その点大きな違いであり、その目的が複数に渡り、冒険的とまではいわないまでも、非常に Ambitious とはいえるように思える。

E. 結論

本報告書においては、このような Coroner による死因究明手続の医療安全に与える潜在的な効果、また、裁判手続への情報の利用などについて概要を明らかにし、日本の制度構築への示唆を示すべく試みた。最終年度として制度の歴史的な背景に対する理解を深めることを中心に検討してきた。Tasmania 州の制度の比較や、実態面にも焦点をあてた検討は十分行えなかったが、それらは今後の課題とし、さらに、日本の制度に示唆となるべくより包括的な検討を行いたいと考えている。

F. 健康情報

特になし

G. 研究発表

本年度はなし

H. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

【表 1】 Victoria, Tasmania 州における患者の苦情処理先

	Victoria	Tasmania
医師・病院	Patient Liaison Officer /Patient Representative	Patient Liaison Officer /Patient Representative
医療オンブズマン	Health Services Commissioner	Health Complaints Commissioner (HCC) (Ombudsman)
免許登録委員会	Medical Practitioners Board	Medical Council
Coroner	Coroner (Clinical Liaison Service / Victoria Institute of Forensic Medicine)	Coroner (Magistrate)
オンブズマン（一般）	Ombudsman	HCC と同一人物
民事訴訟	County Court/Supreme Court	Supreme Court

Appendix 1 : Coroner Act 1985 (Vic)からの抜粋.

19. Findings and comments of coroner of any fact asserted in it.

(1) A coroner investigating a death must find if possible -

(a) the identity of the deceased; and

(b) how death occurred; and

(c) the cause of death; and

(d) the particulars needed to register the death under the Births, Deaths and Marriages Registration Act 1996.

* * * * *

(2) A coroner may comment on any matter connected with the death including public health or safety or the administration of justice.

(3) A coroner must not include in a finding or comment any statement that a person is or may be guilty of an offence.

(4) If a coroner has determined under section 17(3) not to conduct or complete an inquest, the coroner is only required to make a finding relating to any of the matters referred to in paragraphs (a) to (e) of sub-section (1) if the coroner believes it is desirable.

21. Reports

(1) A coroner may report to the Attorney-General on a death which the coroner investigated.

(2) A coroner may make recommendations to any Minister or public statutory authority on any matter connected with a death which the coroner investigated, including public health or safety or the administration of justice.

(3) A coroner must report to the Director of Public Prosecutions if the coroner believes that an indictable offence has been committed in connection with a death which the coroner investigated.

Part 5 - Investigation of Deaths

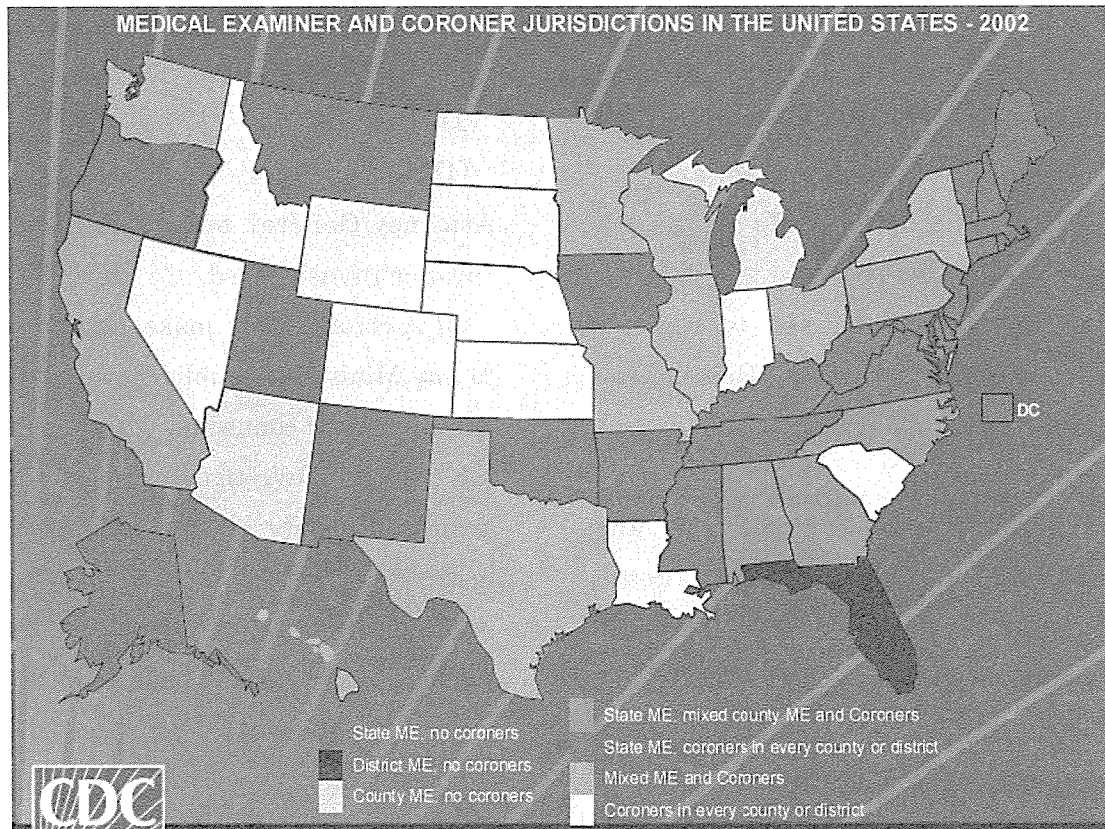
Coroners Act 1985

Act No. 10257/1985

20. Record of findings and comments

(1) A coroner or the coroner's clerk must keep a record of each investigation into a death in the prescribed form.

(2) A record is not evidence in any court



Appendix 2 (available at <http://www.cdc.gov/epo/dphsi/mecisp/summaries.htm#FIG1>)

(visited on March 31, 2007).

国内外における医療事故に関する法制的研究

—フランスにおける周辺領域の紛争処理について：

公証人紛争処理の新たな動向—

[分担研究者]

山口齊昭 日本大学商学部 助教授

■研究要旨

フランスにおける法律の分野における専門家としては公証人が最も重要な役割を果たしているといえるが、この分野においても古くから紛争や被害が発生し、これへの対処として既に被害者救済のための制度として「共同保証」なるものが法律上の制度として存在している。また、最近になって顧客と公証人との間で発生する紛争を裁判外で処理する枠組みの構築が試みられており、一部の地方においては各県の公証人、保険会社、専属弁護士で構成される Comité technique régionale (Comité technique de contentieux) が全ての苦情案件を吟味し、各事案について過失、損害、因果関係の認定を行い、公証人の責任が認められた場合は保険金支払いの手続を通じて顧客との和解を目指すという仕組みが作られている。

A. 研究目的

医療事故の紛争処理制度の構築は現在各国において試みられているが、いずれの国においても、新しい試みとして、ようやく最近になって本格化しているという場合が多いように思われる。したがって、制度構築に当たっては先行している他の領域における紛争処理方法を検討し、これを参考にすることも極めて重要な手法といえよう。そこで本年度は、フランスにおいて法律の専門家としては最も重要な役割を果たし、フランスにおける専門家責任理論や、専門家にかかわる紛争処理理論において最も重要な役割を果たしている公証人にスポットを当て、その責任理論および紛争処理の実態、処理制度の枠組みについて研究を行った。

B. 研究方法

フランス公証人の責任に関する文献や、フランス各地方の公証人団体のホームページから得た情報、および分担者が在仏中に公証人に対して行ったインタビューにより得られた情報をもとに学会や研究会での報告を行い、そこで各研究者から頂いた