

で保健所は公衆衛生に関する知識はともかくとして、臨床に関する知識は少なく、現状のまま届け出先とすることに関しては危惧する意見も多い。少なくとも保健所を届け出先とする場合、保健所医師に対する教育・研修が必要不可欠であろう。結局現状においては、新しい第三者機関を設置する以外、警察に代る適当な届け出先がないというのが実情である。

また第三者機関を設けた場合であっても、それで全てが解決するというわけではないことは言うまでもない。英国においては、コロナーという死因調査に特化した行政官による死因調査が行なわれており、医療関連死の多くが届けられている。しかしブリストル事件では、二名の小児心臓外科医の手術成功率の極端な低さを内部告発があったにもかかわらず数年間放置してしまった為に、100人以上の子供が命を落としたと推測されている¹⁵⁾。制度を設けたのみで安住するのではなく、制度を有効に生かすためのたゆまない改善が必要である。英国ではこのブリストル事件が公になった後、政府による独立調査機関による徹底した原因究明が巨費を投じて行なわれ、大部の報告書として改善策がまとめられている。そこには、コロナー制度の弱点として、法律家であるコロナーが調査を主導する為に、医学的視点に欠けるきらいがあること、また死因は綿密に調査されるが、ミスに関わる医療の評価は行わない事などがコロナー制度の欠点として挙げられ、改善を求めている。

4. 医師の意識の問題

以上に述べた制度上の問題以外にも、当事者の意識も届け出に影響していると考えられる。過誤が明らかなケースでは、届け出るべきとした回答者が多いのに対して、過誤が明らかでないケースでは、届け出の必要はないとした回答者が多いのは、臨床諸学会の提

示したガイドライン・声明が少なからず影響していると考えられる。

医療過誤が死亡につながった可能性が疑われる場合であっても、遺族の承認が得られない場合には届け出の必要がないと考えている医師は、ケース2に見られるように少数ながら存在するし、医療過誤が明らかでなく、事前・事後の説明が行なわれて、遺族が納得している場合には、ケース6の結果が示すように、約6割の医師が、届け出の必要がないと考えている。このように、医療関連死に関しては、医師患者間の私的関係で事後処理できると考えている医師全般の意識が、調査結果に反映されていると思われる。言い換えると、多くの医師が、「できれば、事を大げさなものとしなさい」と考えていることの表れと思われる。

5. アンケートの意義

内科医の評議員を対象とした先行研究においては、インフォームドコンセントが届け出を控える方向に働くことがわかっていた⁶⁾。今回の調査結果では、このことが確認されたのに加えて、内科医・外科医を問わず、事後の死因に関する説明と、それに対する遺族の納得があれば、届け出ないほうに傾くことも明らかになった。結局、多くの医師は、医療関連死が眼前に起こった時、できる限り、医師・患者関係の枠内で処理したいと考えているように思われる。この意識を変えて、広い範囲の医療関連死が届け出られて原因が究明され、有害事象の現状が把握され、それを予防に活かすためには、まず、届け出対象を法に明記し、整備された第三者機関が確実に任務を果たすことが必要であると思われる。

かつて、昭和天皇が膵臓癌を患っていた時、病名が告知されないまま、医療が行なわれていることに関して、外国人が日本人のインフォームドコンセントに関する意識を揶揄したことがあった。しかし、2003年に平成天皇

が、前立腺癌に対する手術を受けた際には、そのことが広く報道された。この10年余りの内に、日本でも、国民の人権意識の高まりとともに、それまでの父権的な医師患者関係が大きく変化し、インフォームドコンセントが普及したことの一つの現れであると思われる。今回の調査でも、大半の医師がインフォームドコンセントを重要視していることが確認された。しかし、このインフォームドコンセントの重視は、一方で、医療関連死の届け出に関して「インフォームドコンセントが得られておれば、届け出が必要でない」というように、医師の意識に負の貢献をしている可能性がある。

諸外国では、日本法医学会のガイドラインが示すような広範囲の医療関連死が、異状死の届け出対象として法定されており、実際に多数が届け出られて、法医学専門家によって検案・解剖されている。そしてこの届け出は、インフォームドコンセントや死亡後の説明・遺族の納得とは、関わりなく行なわれるべきことが、医師全般に周知されている。しかし我が国では、今回の調査結果から、インフォームドコンセントが得られれば届け出は必要ないとする誤解、死亡後の説明で済ませようとする風潮、そして、解剖の意義が理解されていない、などの意識の上における問題点も存在していることが明らかとなった。

医療関連死を含む異状死が、「確実に診断された内因死であることが確実である死以外の全ての死」であるという、世界が共有する認識を、日本の医療従事者や国民が理解できるようにするためには、結局、医療関連死を法定するしかないと思われる。調査結果は、そうした法を定める際には、「過失の有無にかかわらず（自ら判断せず）」ということに加えて、「遺族への説明・承諾の有無にかかわらず」という文言を入れることが必要であることを示唆している。

6. 研究の限界

今回の調査結果では、実際の行動に即した形でアンケートでの回答がなされていない可能性がある。まず、多くの医師が届け出ると回答したケース1やケース2と類似の事例に関しても、実際に届け出がなされているケースはごくわずかと思われる。もっとも多いケース1のように医療過誤が認められ、遺族の承認が得られた場合には8割、最も少ないケース6のように医療過誤が明らかで無く、IC、事後の説明も行われて遺族が死因の説明に納得したような場合でも1割強が警察に届け出ると回答しているが、実際に警察に届け出られている数は非常に少なく、司法解剖が実施される例は更に少ない。

これは、頭では届け出ないといけないと思っているが、実際、事例に遭遇した場合には、多くの医師は届け出しないことを示している。さらに、医師本人は、届け出をするつもりであっても、病院全体としての方針に従って届け出ない可能性もある(17)。

一方で、医療関連死には病理解剖が好ましい、とする内科学会の声明とは異なり、司法解剖に対する一定の評価がなされている。あるいは、同業者の過失の有無につながるような意見を言うことに関する抵抗感の表れと解釈することもできる。

これらの結果は、医師が本音と建前を使い分けていることを示唆している。実際、都会部と地方に分けて医師会会員に対して行なわれた意識調査では、多くの医師が医療関連死を警察に届け出るべきであると答えていた¹⁶⁾。また、調査をする主体が法医学教室であることがバイアスとして影響している可能性もある。今後、より実際の行動に即した意識を調べるべきであろう。すなわち、実際に警察、または、モデル事業に届け出た医師の意識調査をする必要がある。加えて、今回の調査対象は、大学附属病院の医師であったが、今後、一般の病院の勤務医師や開業医に

まで、調査対象を拡げる必要がある。

7. 今後の研究の方向

まず、研究に関して、都内の大学病院を対象に数も限られた研究であるので、研究対象を増やす必要がある。既に、国立病院機構所属の全国の病院を対象として、ほぼ同じ研究を実施し、約 1700 の回答を得て、分析中である。また、某民間病院共同体を対象に調査を実施中である。これらの調査結果を分析し、病院の性格、診療科の違い、地域差などについて分析をする予定である。

8. 今後、届出制度に求められること

本調査は、明らかな医療過誤と考えられる事例を除いて、多くの医師は、事前・事後の説明に患者遺族が納得した場合には、届け出しないという意識を持っていることを示した。この結果より、届け出・解剖が現在公益に果たしている役割に対して、医師の理解が必ずしも十分でないことが確認された。これに対して、法制度上取られている建前と臨床現場における実際の行動との乖離から生じる混乱を避けるために、法制度の公的役割に対する医療従事者の理解を周知徹底させる必要がある。そのためには、届け出対象の法定、第三者機関の整備に加えて、医師や医学生に対する研修・教育が必要であることを示している。具体的には、厚生労働省や自治体による、病院の医療安全責任者に対する研修の必修化が必要である。加えて、医学生や臨床研修医に対する研修会の実施、研修ビデオの作成などが求められる。

しかし、届け出とそれに続く死因究明の制度を法改正をも視野に入れて改革しなければ、医師や国民の意識は、大きく変化することはないと思われる。具体的には、(1)届け出対象を法に明記すること、(2)その対象を、説明や医療過誤の有無によって、医師が判断しないように定める必要がある。なぜなら、公正性の観点から、過失の判断は、届け出る

医師でなく、公的機関に届け出た後、第三者専門家によって行われるべきものだからである。

そして、外部評価としての意義がある届け出後の解剖に関しては、もっと行なわれる必要がある。臨床診断が解剖によって訂正される率は、2~4割と報告されている¹⁷⁾。さらに、アメリカの高裁判例における解剖の役割の検討に関する研究では、たとえ、医療ミスがあったとしても、裁判上、約6割の医師は責任を問われない、そして、医師・遺族のいずれの側にも、解剖結果が満足を与えていることが、報告されている¹⁸⁾。

ではどのような解剖が行われるべきであろうか。法医解剖の利点は、公正性に対する国民・法律家の信頼、証拠保全・法的対応の能力、そして、出血・中毒など外因的要因に関する調査能力が高い事にある。一方、病理解剖の利点は、疾病・医療に関わる病態の解明、臨床医との共同作業に慣れていること、臨床・病理カンファレンスによる医療評価と教育機能を有していることにある。今後、行なわれるべき解剖では、双方の利点を兼ね備えることが求められる。

これまで、法医解剖では、死因究明はともかく、医療の評価に関しては、1~2名の臨床医の意見を聞くことはあっても、それ以上の専門家にコンサルトがされることはあまりなく、またコンサルトを提供した専門家の名前を明かすこともできなかった。しかし、複数の診療科の複数の医師が関わる手術においては、医療の評価が個々の医師の責任に直結するので、法医解剖では対応が難しくなっている。事情聴取を警察官に頼る点、警察に医師が積極的に協力しない点なども問題である。

今後、行なわれる解剖や調査には、臨床専門医が責任を持って参加し、当該医師などへの事情聴取と問題点の把握をし、カルテ・画像の証拠を保全し、解剖に立ち会って、解剖

医に助言をし、さらに、必要な調査を重ねて、報告書（法医の鑑定書に相当）を書くことが求められる。そして、届出医療機関と遺族の双方に公平に説明をする必要がある。加えて、調査を補助し、遺族や関係者の間を調整する専門家等の人材養成も必要となってくるであろう。このようなことを実現するためには、新たな第三者機関の設置が必要となると考えられる。

第三者機関設立のさきがけとして、2005年9月より「診療行為に関連した死亡の調査分析に係るモデル事業」（厚生労働省補助事業）が35の学会が参加して実施されており、その動向が期待されている。本研究で明らかになった、医師の説明に関する意識や過誤の判断が届け出に及ぼしている影響などを参考として、モデル事業の個々のケースに関わった医師・遺族にアンケートやインタビューによる調査を実施して、今後、「届け出るべき医療関連死」を明確に法に定める場合の基礎資料とする事が望まれる。

E. 結論

医療上の過失の有無、医療行為の前、死後の説明の有無の異なる6つの医療事故モデルケースについて、外科医・内科医（都内5大学）に対する届出に関する意識調査を行った。その結果、内科医・外科医を問わず、事後の死因に関する説明と、それに対する遺族の納得があれば、届け出ないほうに傾くことが明らかになった。今後、医師の意識や、遺族の納得度に左右されないように「届け出るべき医療関連死」を法に明示し、専門性、公正性の高い第三者機関による調査をすることが求められる。

F. 健康危険情報（特になし）

G. 研究発表

1. 参考論文

1. 臓器の移植に関する法律の運用に関する指針(ガイドライン) 平成9年10月8日
2. 異状死ガイドライン 日本法医学雑誌 1994 ; 48-5, : pp. 357-358
3. 東京地裁 2001. 8. 30 判例時報 1771号 156頁
4. 日本外科学会：声明 診療に関連した「異状死」について Daily Bulletin 2001 ; 1 : p2
5. 最判 2004. 4. 13 判例タイムズ 1153号 95頁
6. 池谷博、河合格爾、武市尚子、菊池洋介、吉田謙一：医療関連死における異状死届出の問題点～内科医のアンケート調査より～ 安全医学 2005 ; 4
7. 吉田謙一、武市尚子、河合格爾、池谷博、中島範宏、稲葉一人：国際比較にみる日本の「医療関連死」調査 第三者機関の要件と保健所届出案について 日本医事新報 2004 ; 4201 : p 53-58
8. 東京地判 2004. 5. 27
9. 浦和地判 H3. 5. 17 判例時報 769号 199頁
10. 東京地判 1991. 8. 31
11. 東京地判 H9. 2. 25 判例時報 1627号 118頁
12. C. Vincent, et al. A study of patients and relatives taking legal action. The Lancet 1994;343:1609-0613
13. 河合格爾、武市尚子、菊池洋介、池谷博、甲斐一郎、吉田謙一：一般市民の医療事故死に関する意識調査. 日本医事新報 2004 ; 4190 : p 24-31,
14. 「対談医療関連死一届け出・解剖・死因究明」法学教室 2005 ; 300 : p 20-29
15. ブリストル事件が英国の医療事故を変えた 安全医学 2004 ; 1-2 : p 24-27
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一地域差を中心とする考察一日本医事新報 2002 ; 4090 : 23-29

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. Bove KE, Jery C. The role of autopsy in medical malpractice cases, 1. A review of 99 appeals court decisions. Arch Pathol Lab Med. 2002; 126: 1023-31

論文・学科発表など、本件に関連したものは、本報告書に掲載される「英国治療成績・死亡匿名調査(NCEPOD)と検視法廷にみる法医解剖の実態」の巻末に記載した。

H. 知的財産権の出願・登録状況 (特になし)

謝辞

アンケート調査を行うにあたって、配布・回収に御協力頂いた各大学病院の関係者の方々、また調査票に回答して頂いた皆様に謝意を表すると共に、御指導頂きました吉田教授、様々な御助言をしてくださいました教室のスタッフの方々に深く感謝いたします。

患者・死者の個人情報の取り扱いについて

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）

研究要旨

医師・解剖執刀者等は、業務上知り得た情報に関して守秘義務を負う。一方、医療においては、患者や死者の個人情報は、本人や遺族が求めた時には、開示することが原則である。患者の個人情報を、患者・第三者に、治療・治療以外の目的で提供する時、個人の権利・利益を保護しつつ、個人情報の公益性・有用性に配慮して、開示・利用するため、個人情報保護法の枠組みを守ることが求められる。また、捜査機関や裁判所が医療情報を求めた時には、医師が判断を求められる。一方、司法解剖の情報は、原則、非開示である。しかし、医療案件等に関しては、事故の再発予防など公益上の観点、そして、関係者への説明など人権上の観点から改革が求められる。オーストラリアでは、これらの視点に対応した行政システムが整備されている。

A. 研究の背景と目的

個人情報保護法の改正によって、病院における医療情報の取り扱いがかわり、これを検案、行政・司法解剖に利用するに際しても、不都合や混乱が生じている。一方、司法解剖にかかる情報は捜査情報として開示が制限され、医療関連死においては、遺族や当該病院関係者にも開示されないという深刻な事態が続いている。この事態は、事故死の調査にかかる情報を、事故の再発予防に役立て、患者・遺族の疑問に応えることによって紛争を予防する観点からも、早晩、改革を求められる事項である。本報告では、このような、異状死、医療関連死の死因調査にかかる情報の取り扱いの現状と問題点を解説し、今後あるべき姿を提言したい。

B. 研究方法

吉田のこれまでの検案、解剖の経験、及び文献的考察をもとに記述した。英国、オーストラリアについては、現地調査を行い、それに基づき、文献的考察などを行った。

C. 研究結果

1. 背景

刑法第134条1項は、「医師(略)が、正当な理由がないのに、その業務上取り扱ったことについて知り得た人の秘密を漏らしたときは、六月以下の懲役又は十万円以下の罰金に処する」と規定する。保健師助産師看護師法42条にも同様の規定がある。しかし、チーム医療では、「守秘義務」の対象は、医師・看護師を越えて広がっている。

医療においては、患者の自己決定権が最優先されるので、患者の個人情報は、本人が求めた時には、開示することが原則である。その根拠となるのが、「自分の情報は、自分が

知り、使い、使い道を指示できる。」という「自己の情報に関するコントロール権」である。患者の権利章典（1973, 1992 年）には、「患者はプライバシーに関する権利を有する。事例を巡る討議、検討、治療は、患者のプライバシーを保護するように行うべきである。」と書かれている。

患者の個人情報、患者または第三者に、治療または治療以外の目的で提供される可能性がある。治療以外の目的として、教育・研修、治験を含む臨床研究、疫学研究、事故の再発予防、健康政策立案等が想定される。また、第三者として、患者の家族、担当医以外の医師、学生、薬剤師、検査技師、医療事務員、委託検査会社・製薬会社社員、事故調査委員会委員、勤務先・学校職員、保険会社社員、研究者、行政機関職員等が想定される。医療情報の公益性・有効性に鑑みて、プライバシーに対する配慮しつつ、目的外使用をどこまで許すか、熟慮と慎重な対応が求められる。

情報の集積化により、対応も難しくなってきた。電子カルテなど電子情報化に加えて、パソコンがインターネット(IT)により外部とつながり、医学研究・疫学研究の情報がデータベース化されてきた。特に、疾患等に関連する遺伝情報の取り扱いには、注意すべきである。

2. 個人情報の保護に関する法律（個人情報保護法）

平成15年5月に施行された個人情報保護法（以下、「法」と記載）は、個人の権利・利益を保護しつつ、個人情報の有用性に配慮して開示・利用する枠組みを示している。個人情報保護法2条には、「個人情報」とは、「生存する個人に関する情報であつて、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人を識別することができるもの」と規定されている。また、厚労省の

「医療介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（以下、ガイドラインと記載）には、個人情報とは、「個人の身体、財産、職種、肩書き等の属性に関して、事実、判断、評価を表すすべての情報であり、暗号化されているか否かを問わない。」と書かれている。さらに、法によると、「個人情報データベース等」とは、「個人情報を含む情報の集合物であつて、特定の個人情報を、電子計算機を用いて検索することができるように体系的に構成したもの等を含む。」その対象は、個人情報データベース等を事業の用に供している「個人情報事業者」であり、個人情報データベースが過去6か月以内に5000件以下の場合、対象外となる。しかし、取扱い数に関わらず、医師個人等にも同じ原則が適用されると考えられる。

個人情報取扱事業者（以下、業者）が守るべき義務として、次の規定が設けられている。①個人情報の利用の目的をできる限り特定しなければならない（法15条1項）、②利用目的の達成に必要な範囲を超えて利用してはならない（法16条1項2項）、③個人情報を取得した場合は、あらかじめその利用目的を公表している場合を除き、すみやかにその利用目的を本人に通知し、または、公表しなければならない（法18条1項）。

個人情報開示に関する義務について、業者は、生存する個人の情報であつて、情報に含まれる氏名、生年月日、その他の記述等により特定の個人を識別できる情報（個人情報）（法2条1項）について、本人から、業者に、当該本人が識別される保有個人データの開示を求められたときには、本人に対し、遅滞なく、当該保有データを（法25条1項本文）、訂正（法26条1項本文・2項本文）、を行い、場合によって利用を停止・消去（法27条）する義務を負う。よって、カルテなどの医療情報は、原則開示である。

業者が開示を拒めるのは（法 25 条 1 項但書）、開示により、本人または第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれがある場合、当該個人情報取扱事業者の業務の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがある場合、その他の法令に違反する場合などである。

業者は、本人の同意を得ないで、個人データを第三者に提供してはならない（法 23 条 1 項注書）。除外できるのは、①法令に基づく場合、②人の生命、身体又は財産の保護のために必要であって、本人の同意を得ることが困難である場合、③公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難な場合、④国の機関、地方公共団体、または、その委託を受けたものが法令の定める事務を遂行するのに協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがある場合などである。例えば、司法解剖で取り扱った事例につき症例報告、著書引用、及び研究への利用をする場合、個人が同定できる情報が消去されており、対象者の個人情報と研究結果が直接結びつかないように非連結化の手続きがなされている場合、上記の③を根拠として、利用できると思われる。しかし、研究に関しては、大学や医療機関の倫理委員会の許可を得ておく必要がある。

警察が、医療機関に対して、被害者・被疑者の病状・受傷状況、薬物濫用疑いの患者の採血・採尿結果、死者について生前の診療情報等を照会・任意捜査する場合がある。特に、異状死届出（医師法 21 条）や遺族・救急隊の通報によって、警察が死者の状況調査や捜査を行う場合に問題となる。警察・検察等の行う刑事訴訟法第 197 条第 2 項に基づく照会には、被照会者は報告義務を負うと解される上、警察・検察等の任意捜査に対する協力は「任意」であるが、法 23 条 1 項 1 号の「法

令に基づく場合」に該当し、第三者提供の制限を受けない。実際、個人情報を提供する場合には、捜査官の氏名、職名、年月日、内容等を記録しておくことが望ましい。

事故や大規模災害等の緊急時に、患者の家族等から医療機関に対して、患者の個人情報に関する提供を依頼された場合、法 23 条 1 項 2 号の「人の生命、身体又は財産の保護のために必要な場合」に該当するので、開示できる。意識不明や認知症の患者も同様である。また、未成年の患者から、妊娠、薬物乱用、自殺未遂等を親に秘密にして欲しいと頼まれた場合にも、親に同じ規定を適用して開示できる。ただし、親に開示に関する代理権がないと判断した場合には、開示を拒否できる。

家族が、本人の病状等に関する開示を求める場合、原則、本人の同意がない限り、開示をしてはいけない。しかし、「人の生命、身体又は財産の保護のために必要な場合」に該当すると思われる場合には、本人でなく家族に、病状を説明し、癌等の告知をすることも許されると解される。一方、地域がん登録事業において、地方公共団体から医療機関に対して、がんの診療情報の提供を依頼された場合、法 23 条 1 項 3 号の「公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合」に該当すると判断すれば、許される。しかし、地域住民検診等において、生活習慣病の要因の分析のために遺伝子解析研究が行われた際に、説明・同意が不十分であったことが問題となる事案が少なくない。民間保険会社、職場、学校、マーケティング等を目的とする会社等からの問い合わせに関しては、患者本人の同意が必要である。

3. 医師の遺族に対する情報提供と説明

医療従事者等は、患者が死亡した際には遅滞なく、遺族に対して、死亡に至るまでの診療経過、死亡原因等についての診療情報を提供しなければならない（診療情報の提供に関

する指針、平成15年9月12日)。ここで、「遺族」とは、配偶者、子、父母及びこれに準ずる者を指す。

Case 17-1(死後の不適切な説明)：脳出血のため血腫除去術を受けた患者の術後の病状が悪化し、11日後に死亡した。蘇生処置時、気管内挿管の切開部から排出した多量の黒褐色液を見て、医師は、遺族に「嘔吐した胃内容物の誤嚥による窒息死」と説明したため、遺族は、医師の措置上の過失、延命に対する期待権の侵害、誤った死因説明による精神的苦痛に対する慰謝料を請求した。鑑定は、誤嚥による窒息死でなく、重い脳障害と腎機能障害を死因とした。判決は、鑑定結果を受け入れ、死は不可避で延命可能性もなかったが、死因について誤った説明をしたとして、慰謝料(50万円)の支払いを命じた(広島地判平4年12月21日)。

医師は、患者が死亡した場合、死に至った経緯・原因について、診療を通じて知り得た事実に基づいて、遺族に対し適切な説明を行うことも、遺族に対する法的な義務と解される。その根拠は、医師が患者に対する診療契約関係においては、診療内容について報告義務を負うと解されること(民法645条)、及び、「本人から、個人データの開示を求められたときには、本人に対し、遅滞なく、当該保有データを開示しなければならず(個人情報保護法25条)」、「死者に関する情報が、遺族などの生存する個人に関する情報でもある場合には、当該生存者個人に関する情報となるとされる(ガイドライン)」ことによる。

診療中や入院中の予期しない死亡については、それが、医療過誤と無関係と思われる場合でも、死亡が予期されず、遺族が死因の説明に納得しない場合には、死因究明のため、解剖について提案をし、勧めるべき義務があ

るとされる(case 1-2)。そして、医療行為または不作為(すべき診療を怠った)と死亡との因果関係を遺族が疑う可能性がある場合、説明で済ませ、病院内の病理解剖で済ませようとする、公正性を疑われることがあるので、届出・解剖をしたほうがよい。また、解剖を実施していない場合、死因に関する具体的証拠がないので、紛争化した場合、カルテ等に基づく鑑定等を行ったとしても、死因が争われることが多い。裁判になった場合、関係者には多大の苦労がある。しかし、異状死として届け出れば、監察医制度地域では、行政解剖が勧奨ないし実施され、そうでない地域でも、遺族が死因に不信感を持っている場合、警察が司法解剖や承諾解剖等を勧めることが多い。また、厚生労働省の補助事業である「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」では、医療機関が、遺族に事業に関する説明をして承諾を得る。調査分析の結果は、事業側の臨床評価医などにより、文書を示した上、患者側・病院側に説明される。

4. 解剖の情報開示の問題点

病理解剖の結果は、主治医から遺族に伝えられる。遺族が医療過誤を疑っているが、主治医が過誤でないと説明した場合、遺族に受け入れられず、紛争化する場合、あるいは、遺族が警察に通告し、司法解剖される場合がある。しかし、司法解剖の情報も遺族には、原則、非開示であり、検察・警察の判断で若干伝えられることがある程度である。当該医療機関には伝えられない。

Case 17-2(病理解剖後の司法解剖)：50歳代男性が、総胆管結石のカテーテルによる碎石・除去を受けた。術後、十二指腸乳頭の切開部から出血が続くため、エピネフリン液をかけて止血できたと考え、夕方、一般病棟に帰った。翌日午前3時頃、看護師と変わりなく会話をしたが、午前5時過ぎ、トイレで下

血しているところを発見、直後に、ショック及び心肺停止状態となり、蘇生に反応せず、死亡した。医師は、遺族の承諾を得て、病理解剖を実施した。小腸に広範な粘膜出血があり、腸管内に血性便を多量容れていたが、十二指腸周辺に出血ないため、医療行為と無関係と説明した。また、脊髄摘出時、髄液が血性であったので、死因は、脳出血と説明した。遺族が開頭拒否。遺族が警察に告げたため、司法解剖となった。諸臓器乏血状、ショック腎所見、十二指腸乳頭の組織所見上、切開部に器質化しつつある出血像があった。外科医の意見を聞き、術後、十二指腸乳頭切開部から出血が持続し、出血性ショックに陥った結果、腸管血流低下より虚血性腸炎に陥り、多量の出血により死に至ったと考えた。容態急変約2時間前時頃まで看護婦と話し、腹痛を訴えず、腸粘膜赤染の範囲は広く、動脈硬化はないので、腸間膜血管の狭窄や血栓による虚血性腸虚血の可能性は低いと考えた。

病理解剖の結果は、主治医などから遺族に説明されるが、遺族が疑問を持った場合、公正性の観点から信用されない。都立広尾病院事件の病理解後、病理医は主治医らに腕の異常な色素沈着と肺塞栓症があり、90%以上の確率で事故死であると報告したが、遺族に正しく伝えられなかった。その後、遺族が死因に関する文書を求めた時、主治医は、死因を肺塞栓症としながら、死因の種類を病死としたため、公文書偽造の罪を問われた（Case 1-3）。

司法解剖の結果は、警察や検察から断片的に遺族に伝えられるとしても、解剖執刀医等は守秘義務を負う。そのため、交通事故等の後、遺族が執刀者に情報提供を求めた場合も、対応できない。現実には、死体検案書の交付義務などに関連して、検案書に記載された医学的な内容を電話で知らせている。しかし、

遺族に対する説明不足から紛争化することがある。

Case 17-3（手術中出血死の司法解剖の情報非開示による紛争）：手術中、出血量が1,000ml 近くなったので、外科医が麻酔科医に輸血を依頼したが、循環動態が安定し、多量の輸液をしていたので、輸血しなかった。約1時間後頃より、止血済みの2箇所血管縫合部に加えて、周囲からの出血が加速的に増え、輸血を次々に追加したが、出血性ショックで死亡した。異状死届出後に司法解剖された。執刀者は、聴取情報、カルテ・手術記録の記載より出血部位を予想し、解剖時、手術部の近位の動静脈に色素を流して漏出部位を写真撮影し、確認した。出血を起こした外科医の手技上の問題と、輸血遅れをきたした麻酔科医の判断ミスのいずれに責任があるかが問われた。専門家の指導の下、執刀医は、後者であると鑑定した。当該病院の事故調査委員会の報告書の結論も同様であった。

執刀医は、2年余して、遺族が民事裁判を提起したこと、麻酔科医が鑑定書・事故調査委員会報告書に強く異議を唱えていることを知った。その後、捜査機関は多数の事情聴取内容より、病院は再調査の結果より、当該事故以前に複数回、術中、多量の出血を起こした外科医の過失を認定した。結局、遺族に十分、説明されなかったため、紛争化したと思われた。一方、事情聴取を受けた複数の関係者が病院を去り、大半の関係者が手術室を離れた。このような事例では、弁護士はもとより、裁判所にさえ、司法解剖の情報が開示されないことが多いという。

刑事訴訟法 47 条には、「訴訟に関する書類は、公判の開廷前には、これを公にしてはならない。ただし、公益上の必要その他の事由があつて、相当と認められる場合はその限

りではない。」として、訴訟関連資料の開示制限と守秘義務が規定されている。検察は、「不起訴になる大部分の医療案件についても情報開示はできないが、できる範囲で検察官が遺族に説明をする、ただし、不起訴処分事例については、遺族が求めた場合、鑑定書の写しを提供している。」といている。しかし、当教室に対する遺族の問い合わせ状況や、調査においても、遺族に解剖等の情報が伝わっていない現状と不満は明らかである。「医療問題弁護団」は、この件に関して法務大臣に要望書を提出しているが、何ら反応はない。

これに対して、民事訴訟法 220 条 4 号ホによれば、「刑事事件に係る訴訟に関する書類若しくは少年の保護事件の記録又はこれらの事件において押収されている文書」に該当する場合は、文書提出命令を拒否できることになっている。法医学教室が所持する司法解剖の鑑定書（写し）の開示を民事裁判に関わる弁護士が求めた件につき、東京地裁は、囑託者に提出した鑑定書とは別の学問研究の資料にも用いるため作成所有している控え文書であると認定した上で、上記、民事訴訟法 220 条の趣旨は、罪証隠滅・プライバシー侵害・捜査の秘密を害することを防ぐことであり、そのような惧れのない場合、当該鑑定書が刑事事件関係書類に該当しないと判断した（東京地判平 17 年 6 月 14 日。判時 1904 号 119 頁）

行政解剖では、監察医（補佐）が、遺族に、解剖の必要性を説明し、解剖後、死因等を、遺族の求めに応じて説明する。行政サービスとして行われ、事故の再発予防や公衆衛生目的で情報が利用されている。しかし、オーストラリアのように、より積極的に、解剖や死因調査の情報を事故の予防に役立てるために、政策的論議が必要である。

診療行為に関連する死亡の調査分析モデル事業（モデル事業と呼ぶ、厚生労働省補助

事業）の、承諾解剖では、依頼医療機関や当該医師と関係のない第三者医療専門家が、法医、病理医とともに解剖に立会い、別の医療評価医（複数）が評価結果を文書とし、地域評価委員会で法律家を含めた議論をした上、当該病院・遺族に同時に開示される。今後、医療関連死の解剖における情報開示のあり方を示すことになる。

解剖後、遺族が臓器や組織（プレパラート）の返還を求めることがある。司法解剖では、裁判が終結するまでは、執刀者などが、臓器等を保管する慣わしである。捜査や裁判が終結した事案では、求められた場合、返還し、それ以外では、火葬などに付す。司法解剖以外の解剖では、遺族の求めに応じて返還しなければならない（死体解剖保存法 18 条但書）。

5. 症例報告

症例報告について、厚生労働省の「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」では、学会発表について、「氏名、生年月日、住所等を消去することで匿名化されると考えられる。」としている。症例報告は、臨床・解剖を問わず、実務上極めて重要かつ不可欠である。22 章に記載したとおり、承諾を得て行う解剖では、遺族との連絡ができるが、司法解剖ではできないことが多い。したがって、慎重に匿名化し、報告された内容が当事者の人権を損なわないような配慮が必要である。

Case 17-4（症例報告における個人情報漏洩裁判）：合併症を負った手術の経緯に不満を抱いた患者が病院に説明を求めた。病院側が、患者に黙って、40 歳代男性（看護師）・精神科への通院歴・経過等を含めて、その同僚等が参加する地方の学会で経緯を発表したことにつき、患者が人格権の侵害を理由に訴えた。原告側弁護士は、「精神科への通院は周囲の人に知られたくないもの、患者のイニシャル、

基礎疾患、職業だけでなく、夫が入院した病棟で妻が看護師として勤務していることを説明している。同じ病院の同僚が見れば、誰であるか明らかで、匿名化が不十分であった。」と指摘する(平成18年8月2日大津地裁提訴事案)。

6. 英国圏諸国の医療情報や死因調査情報の利用と管理の視点

英米圏諸国では、医療関連死を含む「異状死」を法に定めて、権限を持つ死因調査専門家(コナーなど)に届け出ており、その情報は、原則、公開される。コナーなどの下に、遺族や関係者に事情聴取をし、解剖等の説明をし、承諾を得、遺族の苦情に応え、グリーフケアをする専門家がいる。重要案件では、調査の最終段階で、コナーが検視法廷(インクエスト)を招集し、関係者、遺族、捜査機関、解剖執刀者などに次々に証言をさせ、事実認定を通じて、関係者の納得を得、遺族を癒しているとされる。コナーは、必要な時、関係する行政機関や保険会社にも立会を求める。コナーは、裁判官として、遺族の質問を受け、最終的に死因、病死、事故死の別等を評決し、必要な場合、事故の予防等に必要な施策を提言する。

オーストラリアのビクトリア州では、死因調査情報が全国規模でIT登録され、死因調査関係者に開示される。このため、死因調査関係者は、希少な事故の事例に関しても、即座に類似事例を検索し、事故の発生状況を調べ、事故の再発予防策を考え、提言できる。また、病院届出事例の全てにつきカルテを臨床評価し、死因調査に利用するとともに、病院に情報提供する上、医師に警鐘事例が電子メール・新聞等で伝えられる。

このような情報が、法廷で開示され、医療関係者や死因調査関係者、そして、事故の予防を専門とする学者・行政官に電子情報や書籍として開示される。個人情報や匿名化さ

れているが、事故の内容は具体的に開示される。一方、この検視法廷で、「事故は、予防可能である。」とされる内容は、日本では、「医療ミスである。」とされる内容と同様である。ビクトリア州では、死因調査の情報は、刑事・民事裁判には使えないことも、医療の透明性確保と調査の質の向上に貢献している。加えて、窓口にはベテラン看護師を置いて、遺族に解剖前後の説明やグリーフケアをさせている。一方、英国のコナー捜査官は、遺族が「いつ何時、どのような説明を求めても、話を聞き、説明する」という。日本では、警察官(司法解剖)、主治医(病理解剖)が行っている遺族対応を、専門家に担当させるべきである。特に、医療関連死案件の遺族対応は、看護師が適任と思われる。

オーストラリア・ビクトリア州の Health Service Commissioner (HSC)は、患者の苦情を受け付け、裁判外紛争処理を行い、医療情報の開示・保護等に対応する責を負う行政官である。例えば、遺族の請求に対して病院がカルテを開示しないことに関する苦情、あるいは、病院が警察に患者の精神異常に関する情報を漏らしたことに對する家族の苦情などに対して、HSCの権限で調査が行われ、関係者に対して紛争処理がはかられる。

日本でも、早急に、医療・労働・家庭内事故・虐待等に関連した死亡に関する情報を、公益目的で使用する道筋を作るべきである。そのためには、犯罪捜査の目的で行われる司法解剖とは別の死因究明、情報開示、事故予防に適した解剖・調査のありかたが求められる。この点、医療に関しては、モデル事業は、今後のあり方を示唆する。また、HSCを参考として、同様の役割を担う行政官、そして、行政機関をつくり、医療情報の管理と裁判外紛争処理を行うことが求められる。

D. 考察

各項に、現状とともに、個別に考察を加えた。

E. 結論

異状死、医療関連死の死因調査情報は、あらゆる事故、労災、過労死、虐待、ネグレクト、突然死、孤独死などの分析を通じて再発を予防し、遺族や関係者の真相究明の願いに答えるべき重大な価値と役割がある。しかし、これらを刑事手段に委ねる日本の死因究明の制度には、根本的な欠陥がある。今後、これらの制度的な問題を解決するためには、法の改革・整備が求められる。

F. 健康危険情報（特になし）

G. 研究発表

参考文献

吉田謙一、木内貴弘. 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. 判例タイムズ 1209 : 54-59, 2006.

木内貴弘、中島範宏、吉田謙一. 異状死症例データベースの構築と運用. 病理と臨床 24 : 753-756, 2006.

吉田謙一. 連載 “医療関連死” : 厚生労働省のモデル事業が目指す医療関連死調査の近未来とは?. 病理と臨床 23 : 1230-1235, 2005.

Ken-ichi Yoshida. Report of unusual death and the postmortem inspection system. In “Encyclopedia in Forensic Medicine” Elsevier. pp123-128, 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、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.

武市尚子、吉田謙一、稲葉一人. 司法解剖における遺族への情報開示の問題点.

法学セミナー 595 : 76-80, 2004

本報告の内容は、拙著「事例に学ぶ法医学・医事法」（改訂 2 版、有斐閣、平成 19 年 4 月刊行）の原稿に加筆修正を加えたものである

H. 知的財産権の出願・登録状況 （特になし）

異状死の検案・解剖の現状と改革案

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）

研究要旨

異状死とは、臨床医が確実に診断した病死以外の全ての死であり、届出と公的な死因究明を要する死である。医師の警察への届け出と、警察・検察による検視を要する。警察官は検視時、犯罪性の観点から解剖の必要性を判断し、立会い医師は検死（外表検査）して、死因や死亡時刻を判断（検案）する。この時、安易に病死と判断すると、犯罪や事故の看過につながる。医師が、診療中の患者につき異状か否かを判断することも検案である。この検案と警察官が解剖すべきか否かを判断する2段階での誤りが、死因の誤認を生む。限定された監察医制度が、この誤認を抑止する。外表からの死因決定は一般に困難であり、状況に応じて司法・行政・承諾解剖を要する。一般に、異状死は、外因死、死因不詳の死を指すが、予期しない死亡、暴行、事故、医療行為に関連した急死も含み、解剖により外因死の可能性を除外すべきである。公正な死因究明のためには、異状死届出から死因究明に至る制度は、一元的な改革を要する。

A. 研究の背景と目的

検案の質の向上を目的とする本研究の最終年度に当たり、日本の異状死に対する検案と解剖の実情を総括し、また、英国圏の諸国などと比較し、今後あるべき姿を提言する。

B. 研究方法

吉田のこれまでの検案、解剖の経験、及び文献的考察をもとに記述した。英国、オーストラリアについては、現地調査を行い、それに基づき、文献的考察などを行った。

C. 研究結果

1. 異状死届け出の意義

法医学は、一般に、殺人や事故死の死因を究明し、警察や司法に医学的判断を提供するのが任務と考えられている。しかし、異状死体

の死因を公正に決定し、法的責任の所在を明らかにして、関係者の人権を守るのが、法医学の使命である。

異状死に関して、医師法 21 条は、「医師は死体又は妊娠 4 月以上の死産児を検案して異状があると認めるときは、24 時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。」と規定するが、法的な規定はない。しかし、厚生省臓器の移植法の運用に関する指針（1997）に、「診療継続中の患者につき、臨床医が確実に診断した内因性疾患による死以外の全ての死」と記されている趣旨は、届け出対象者の死因を正しく究明し、人権を擁護する点にある。法医学会ガイドライン（章末参照）は、大項目として、①外因による死亡、②外因による傷害の続発症、あるいは後遺障害による死亡、③上記①または②の疑い

あるもの、④診療行為に関連した予期しない死亡、およびその疑いがあるもの、⑤死因が明らかでない死亡を挙げている。

異状死とは、また、人が社会的・法的な存在であるので、その死因と、病死・事故死等の別を第三者が公正に決定すべき死ともいえる。したがって、諸外国では、不自然死 (unnatural death)、法に届け出るべき死 (reportable death) を法に定めて、関係者が多くの事例を届け出て、解剖されている。

東京都監察医務院の統計(表1)によると、病死2/3、事故死約1割、自殺約1割等が異状死の大半を占める。救急事例や入浴中の急死等、内因性の急死が最も多いが、死亡状況が不明の例も多く、中には外因死が病死と誤認される例も少なくない。また、報道されている保険金殺人事件の大部分において、警察、検案医が他殺を病死と誤認している。反対に、case 1-1のように、警察が解剖の必要性を感じて広く解剖を実施し、法医学専門家が検案・解剖を適切に行う時、誤認検視を防げる (case 1-1)。

図1 東京都監察医務院における死亡統計
(2005年)

総数	11,123
病死	7,452
交通事故	268
中毒	59
自殺	1,850
司法解剖	259
その他不慮の外因死	719
うち殺人?	

Case 1-1 (トリカブト事件) : 中年の新婚カップルの夫が、石垣島の空港で妻にカプセルを渡し、妻が服用した。夫は、飛行機に乗り、妻は観光中、タクシーの中で倒れ、病院で蘇生処置を受けた(心電図異常あり)が、死亡した。法医学者A医師が出張解剖をし、当初、

急性心筋梗塞と診断した。その後、前妻が突然死した時、高額な保険金を夫が受け取ったことが判明した。新たに保険を請求された保険会社と夫が争ったことより、警察が捜査を開始した。一方、A医師は、保存血につきトリカブト毒の検査を依頼・実施した結果、予想どおり検出した。裁判所は、保険金殺人と認定した。

救急事例は、警察に通報される。沖縄県では、救急事例を含む異状死を法医学専門家が広く検案し、死因究明目的で承諾解剖を数多く実施してきた。また、法医解剖では、血液等が冷凍保存される。一般に、犯罪性は、死亡直後には判明しないことが多いが、解剖は1度しかチャンスがない。本件被疑者が、新婚旅行先を沖縄に選び、A医師が法医解剖を実施したことが、事件の暴露につながった。このように、適切な死因究明制度と人が、適切な死因究明の根本にある。

外表に明らかな所見のない外因死は、少なくない。本来、病死・内因死と確実に診断するには、外因死の可能性の除外のため解剖が必要である。また、たとえ内因死であっても、暴行、事故、過労、医療行為等の外因がストレスの誘因となって死に寄与する可能性があるため、これらの外因の死へ寄与の有無を判断するため、異状死の届け出と解剖が必要な事例がある。

例えば、乳幼児の突然死事例では、窒息か乳幼児突然死(内因死)かにより、関係者の刑罰が決まり、さらに、老人の入浴中死亡では災害死か病死かにより、保険の給付が決まる。このような事例では、解剖に基づく確実な死因決定が公平性を担保する。

さらに、臨床医が確実に内因死と診断した死の中にも、外因死が少なくない。Case 1-2では、医師が一酸化炭素中毒に気づくか、または、異状死の届け出をして、監察医が検案をすれば、第二の被害者は出なかったであ

ろう。法医（監察医）は、検案する時、死体所見、既往歴に加えて、死亡状況や死者の背景、遺族の心情に配慮する。では、死亡した父親に病理解剖が実施されていたら、結果はどうであったか？病理解剖の目的は、病死を前提とした死因究明、医療の評価であるため、一酸化炭素中毒を疑い、血液サンプルを保存・検査することはなかったであろう。また、異状死届出の対象が法定されておらず、届出が医師の裁量に委ねられることに警鐘を鳴らす事例でもある。英国では、開業医が、自らの患者を200名以上殺害したことが明らかになったシップマン事件で、医師に届出の裁量を認めること、届出を受けるコロー（後出）が医師を信頼せざるを得ないことが論争を呼び起こした。このように、たとえ「臨床医が確実に内因死と診断した」事例にも外因死が少なくない。したがって、臨床医が判断しないまま届け出て、死因調査専門家が検案し、解剖の要否を判断すべきである。また、Case 1-2のような事例の死因情報が開示されれば、事故の予防に貢献するが、警察が関わる死因究明情報は開示されない。

Case 1-2（入浴事故と心筋梗塞の誤診）：冠動脈バイパス手術後の心筋梗塞患者が風呂で倒れ、救急車で病院に運ばれた。治療の甲斐なく死亡し、心筋梗塞と診断され、病理解剖が実施される予定であった。解剖前、長男が対面に来ないため、探したところ、葬儀のために被害者宅に泊まった長男が同じ風呂で倒れていたため、司法解剖となった。カルテを見ると、救急入院時の血中一酸化炭素ヘモグロビンは致死濃度近くであった。業者が、ガス器具の吸入・排出ダクトの接続を誤ったためであった。

パロマ工業が製造したガス瞬間湯沸かし器で、排気ファンの作動不良が原因とみられる一酸化炭素中毒事故が1多数発生、15人が

死亡していることが、2006年9月14日、判明した。この事件が発覚した事例では、遺体は行政解剖され、死因は一酸化炭素中毒と判明していた。監察医（補佐）は、解剖直後に「死因不詳」の火葬用検案書を交付し、検査所見を含めた最終的な検案書は、遺族の求めがあれば、50日を目処に交付されると説明したが、遺族は理解しておらず、警察は、10年後の発覚まで、遺族にも製造者にも、死因を知らせる等の対応をしていなかった。警察が死因究明を担うことの限界を指名している。

2. 医療関連死の届け出

医療に関連した死亡を異状死として届け出るか否かに関しては、論争がある。その端緒となった都立広尾病院事件(1999年)について、紹介する。

Case 1-3（都立広尾病院事件）：50歳代女性Aが左中指滑膜切除術を受けた。翌日、午前9時に抗生物質点滴終了時、看護師Xがヘパリン生食を注入しようとして、床頭台上の注射器の内容をペパリン（抗凝固剤）と思い込み注射をした直後、容態が急変し、駆けつけた医師が急速に輸液したため管内に残留したヒビテン（消毒剤）も体内に入れ、午前10時44分、患者は死亡した。事故に先立ち、看護師Yは、処置室でヘパリン生食入りの注射器に「B様洗浄用ヒビグル」と手書きしたメモ用紙をテープで貼り付け、他方のヒビテン入りの注射器をヘパリン生食入りと誤信してAの床頭台においた。看護師Yは、事故発生後、この事実を主治医に伝えた。死後、主治医は、薬物の取り違えを疑ったが、Aの親族に対して、死因は不詳であると説明し、病理解剖の承諾を得た。

翌日、午前8時、主治医は病院長にAの死亡の経緯を説明し、8時30分より院長、副院長、事務局長ら9名による対策会議が開かれ、当初、院長は届出に消極的であったが、

届出に対する意見が多数を占めたため、届出を前提に、東京都衛生局病院事業部に問い合わせた。これに対して、待機を促した事業部参事は、午前11時頃病院に到着した。

病理医は、事件性が否定できないと考え、法医学の実務経験のある大学の病理医（助教授）に応援を要請した。助教授も、警察届出を勧めたが、院長は警察に届け出ないまま、解剖を行うように指示した。病理医達は、これを知らず、解剖を実施した。その結果、腕の異常な色素沈着と肺塞栓症があり、90%以上の確率で事故死であると報告した。その後、院長らは、遺族に、病院が警察に届け出ないのであれば、自分で届け出るといわれたため、死後11日後に届け出た。検察は、主治医、病院長に異状死届出義務違反を認めて、起訴した。これに対して、病院側は、自ら診療中の患者に検案をすることはなく、ミスが疑われた場合、医師には、憲法38条に定められた自己賦罪拒否特権（黙秘権）があると主張した。最高裁の判決では、自ら診療中の患者であっても異状を認めた場合、届け出なければならないとし、憲法38条に関しても、届出は違憲でないとした。なお、異状を認めた時点に関して、主治医が解剖に立会い、腕に異常な色素沈着を認めた時（写真を撮影）としている（最判平15年4月13日）。

このような事例について、解剖執刀医にも警察届出義務がある。死体解剖保存法11条には、「死体を解剖したものは、その死体について犯罪と関係ある異状を認めたときは、24時間以内解剖した地の警察署長に届出なければならない」と記されている。病理解剖、行政解剖、承諾解剖（下記）いずれについても同じである。警察官の立会の下、解剖を続ける、解剖後、司法解剖としての鑑定嘱託を受ける等の対応がとられる。

この事件を端緒として、法医学会の異状死ガイドライン（1994年）が、臨床諸学会の批

判的となった。司法官庁が認めているこのガイドラインの要旨は、「診療行為に関連した予期しない死亡、およびその疑いのあるもの」を異状死として、さらに、死因が不詳のもの、過誤や過失の有無を問わない等と詳述されている。これに対して、臨床諸学会は、このガイドラインに従って警察に届け出れば、医療が萎縮し、現場が混乱するとして、明らかな過誤、その疑いがある事例は届け出るが、説明された合併症等は届出の対象ではないと主張（要旨）した。現行の制度下では、法医学会ガイドラインの範疇の入る医療関連死を医師が届出をせず、事後的に重大な過誤があったことを警察・検察が知った場合、医師法21条違反に問われる（Case 13-6: 大野病院癒着胎盤事件）。しかし、異状死届出と司法解剖では、医療関連死に対する適正な調査や対応は期待できない（第20章参照）。

都立広尾病院事件に関する論争の帰結として、平成16年4月、日本内科・外科・法医学・病理の4学会が、「第三者機関」に関する共同声明を発表（38学会に拡大）、平成17年9月1日より、全国4地域で「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」（厚生労働省補助事業）が開始された。

3. 異状死の法的取り扱い（検視、検死）（図1）

死体は、死後24時間が経過すれば、市町村長の許可の下、埋葬・火葬することができる（墓地3条、5条）。

警察では、届け出られた異状死のうち交通事故死は交通課が、それ以外は刑事課（強行犯係）が取り扱う。警察は、外表や死亡状況から犯罪死（犯罪によることが明らかな死）・非犯罪死（犯罪が関連しないことが明白な死）・変死（犯罪死か非犯罪死が不明の死）に3分する。犯罪死には検証・実況見分（刑訴222条、128条）、非犯罪死には死体見分（犯罪捜査規範104条1項参照）、変死には検視（刑訴229条）が実施される。そして、

犯罪や過失を疑う事例に関して、警察官（検察官）が司法解剖の必要性を判断する。しかし、そもそも、警察官が死体の外表と死亡状況等から、解剖の要否を判断できるだろうか？経験豊富な法医学者（慶応大柳田名誉教授）でさえ、監察医として検案した時、外因死と診断した事例の約15%が、解剖により内因死と判明し、一方、検案時、病死と診断した事例の約4%が、解剖後、外因死と判明したという。検案時、病死と判断した場合、監察医制度のない地域では、まず、解剖されることはない。このような豊富な検案・解剖経験のない、医師や警察官には、外表検査に基づき、解剖の要否を判断することの危険性もわからないであろう。

検視は、刑事訴訟法229条の「変死者又は変死の疑いのある死体がある時は、その所在地を管轄する地方検察庁又は区検察庁の検察官は検視をしなければならない。」という規定に基づく。実際には、司法警察員に検察官の職務を代行させる（代行検視）。代行検視は各所轄警察署の、一般刑事犯を担当する刑事が行う。検視の結果は、各都道府県警本部の検視官（刑事調査官）に報告される。現場か検視官が必要と判断すれば、検視官も現場で検視に臨場するが、臨場率は10%台である。検視官は各県2名程度（大きな都道府県では数名）いて、東京で約2ヶ月間の座学、検視、解剖立会いの研修を経て、各警察本部で検視を指揮する。豊富な経験を要する重要な職務であるが、任期は多くは2年以下程度である。また、第一線の検視担当者の教育は各県警の判断に任されていて、多くは十分ではない。しかし、彼らが「おかしい」と思わず、軽く済ませようとするケースが誤認検死を生む。本来、検視は、専従の専門家が、終身職として行うべき、高度の経験・知識を要する業務である（5項参照）。

警察は、監察医、警察医、一般臨床医等の医師に検視への立会いを求める。監察医制度

のない地域では、日頃警察に協力的な警察医が立ち会うが、一般臨床医も依頼される。これらの検案医に特段資格があるわけではないが、2004年度から、厚生労働省が法医学会の協賛により検案医研修会を行っている。

検死とは、司法警察員の要請を受け、医師が行う、死因決定等のための死体の外表検査を指す。また、検案とは、「医師が検死に基づき、死因や死亡推定時刻等についての医学的判断をすること」である。検案は、また、医師自らが診療中の患者に対しても、診療中の病気と無関係と思われる病態が生じた際には、行わなければならない。例えば、自ら診療中の患者に、医療過誤が疑われる状況で患者が死亡した場合（case 1-2 参照）、肺炎で死亡したが、交通事故との因果関係が疑われる場合（case 2-2）等には、「異状死届出に関する判断のため、死体の外表検査をするため」の検案が必要である。警察が犯罪を疑う場合、検視が検案に優先する。東京では、犯罪を疑った場合、検視官が検視し、司法解剖の判断をした後、監察医が検案をする。しかし、高度の知識と経験を有する検視官にも見落としがある（case 1-4）。

Case 1-4(扼殺の誤認検視ニアミス例)：中年の独居女性が自宅の布団の上で死んでいた。一見外傷が無く、警察官は「先生、病死のようですね？」と言うが、監察医は顔面の鬱血、眼瞼結膜溢血点、頸部の圧痕があり、扼殺を疑い、司法解剖をした結果、殺人事件と判明した。検視官が臨場していた事例である。

このような事案から、法医・監察医等の専門家による検案が、警察の誤認検視を予防しうることを、警察官・検視官より、法医・監察医に解剖の実質的判断を任せるほうがよいことがわかる。なお、臓器移植法上、司法解剖、検視等は臓器の摘出に先行するので（同

法7条)、司法解剖の対象となる死体からの臓器移植は角膜、皮膚以外は困難である。

4. 監察医制度

死体解剖保存法8条は、要約すると、政令指定地の都道府県知事は伝染病、変死体について死因解明のため、監察医に検案、解剖させることができる。ただし変死体(疑いを含む)では検視が検案、解剖に優先すると規定する。戦後8都市で施行されたが、現在、行政が責任をもって監察医制度を運営しているのは東京23区内、大阪市内、神戸市(近郊を含む)のみである。横浜市、名古屋市の監察医制度は、有名無実である。

大多数の県では、警察医や一般臨床医が大部分の異状死の死因を検案のみで決定させられ、警察が「事件性」があると判断した事例のみを大学の法医学教室で司法解剖している。このように、遺族が死者の正しい死因を知り、それによって人権を守ることにについて、地域間で著しい不公平がある。

4. 解剖制度

日本では、以下のような解剖が行われている。

1) 司法解剖: 司法警察員又は検察官が検視の結果、解剖による鑑定が必要と判断した時、刑事訴訟法168条(裁判官の鑑定人に対する鑑定処分許可状発付)、同223条(東京地検・各都道府県警察の鑑定受託者に対する鑑定嘱託書提示)を経て、鑑定医(法医学専門家)に委嘱する解剖である。犯罪死体又はその疑いのある死体、身元不詳の異状死体等につき、警察の判断で遺族の承諾の有無に関らず実施する。検視官は、所轄警察の報告書と、時に現場に臨場して解剖の要否を決定するが、上記のように制度上の問題点がある(東京では、検察官が指揮することもある)。

司法解剖は、捜査官の負担、鑑定書作成の負担と時間、費用の問題等より、警察が数を絞る方向に向かいがちである。一方、解剖実施機関の人員・予算の不足の問題も深刻である。2003年度、全国の法医学教室で行われた司法解剖と承諾解剖の総計は、6678であるのに対して、2006年8月現在、法医学教室に籍をおく医師は約150名、学会の解剖認定医は、119名である。2006年、警察庁が、司法解剖に関する必要経費を大幅に増額したことが、問題解決の端緒となることが期待される。

司法解剖には、なお、深刻な問題がある。一見、犯罪・過失捜査目的以外の死亡に対する警察の消極性、そして、解剖に関する情報が関係者に開示されない点等である。これら死因究明制度の問題点が、集約して露呈したのが、「パロマガス器具」事件であった。一方、秋田の小学生殺害事件の犯人の女が、実の娘を橋から転落させて死亡させた事件では、事故と断定して捜査の詰めを怠った当地の警察が批判をされたが、実際には、死因究明システムの不備が生んだ必然的結果といえる。また、解剖した法医に、解剖所見のみから外傷が自己過失・他殺の別を決めることは求められない。死因や死の態様(病死、事故死、他殺等の別)は、捜査状況と解剖所見を合わせて、専門家が判断すべきである。英米圏諸国では、専従の専門家が終身職として、これに当たっている。このような問題は、「死因究明」を目的とした解剖制度を確立し、死因調査全体を指揮する専従・終身職の専門家をおき、幅広く死因究明のため解剖した中から、捜査対象事例を絞り込まない限り解決しない。

2) 行政解剖: 知事は死体解剖保存法8条(上記)に基づき、異状死について検案のみで死因の判定が不可能又は困難である時、監察医が必要と判断した時には、遺

族の承諾の有無に関らず監察医に解剖させることができる。解剖中、犯罪性を認められた時には、警察署長に届けることが求められる。実際には、解剖中に警察に連絡して司法解剖へ変更し、立会いを求める。行政解剖は、本来、公衆衛生上の目的で実施されるが、承諾解剖と同様、警察官が「非犯罪死体」と判断した事例を解剖した後、犯罪や事故の事実が判明することが少なくない (Case 1-5)。このことより、警察官が、犯罪性の観点に偏って解剖の必要性を判断することが、誤認検視や死因過誤の一原因であることがわかる。

なお、2003年度、全国で行われた行政解剖の数は、5387件であり、病理解剖は21506件である。全死亡数に対する割合は、司法解剖等約0.5%、行政解剖約0.8%、病理解剖約3.0%である。

- 3) 承諾解剖：公益のために行われる司法解剖、行政解剖では、遺族の承諾は不要であるが、死体解剖保存法第7条には、解剖は遺族の承諾を得なければ、できないと規定されている。承諾解剖には、病理解剖と法医学解剖がある。監察医制度施行地域以外では、司法解剖を行う必要はないが、死因究明のために解剖が必要と判断する時、遺族の承諾を得て、「承諾解剖」が行われている。例えば、医療関連死等に対しては、被疑者なしに解剖できる。決められた解剖数に対して予算を措置している自治体が多いが、遺族に負担させている県もある。大部分は、法医学教室で行われている。承諾を得なくてよい場合として、1) 死亡確認後30日を経過して引取者のいない場合、2) 2人以上の医師が診療中であつた患者の死亡についてその死因を究明するために解剖しようとする時、遺族の所在が不明、または、遺族が遠隔の地に居住する等の理由で、遺族の諾否を待っている、その解剖の目的が達成されないことが明らか

かな場合、3) 行政解剖、司法解剖、食品衛生法・検疫法に関する解剖で、その規定に該当する場合である。なお、2005年9月より、厚生労働省の補助事業として、「診療に関する調査分析モデル事業」が東京、大阪、神戸、愛知等で実施されている。この事業で、法医、病理医、臨床立会い医によって行われる解剖も同じ規定による承諾解剖の一つである。

解剖に関する承諾には、微妙な問題が内在する。例えば、乳児の予期しない死亡では、両親の関与や外因死の可能性を除外するために解剖が必須である。しかし、とりわけ、乳児の解剖に両親の承諾を得ることは難しいので、司法解剖となることが多い。現行の行政解剖では、実務上、肉親の承諾が得られない場合に解剖が強行されることはない。

モデル事業の承諾解剖では、解剖・調査に関する遺族の承諾とともに、医療情報の開示に関する病院の承諾を得なければならず、一方が承諾しない場合、解剖が実施できない。当事者である病院が、疑惑を感じている遺族に説明をし承諾を得るという矛盾もある。このような事案に関して、関係者の承諾より公益を優先すべきであるが、犯罪捜査を目的とし、情報が公開されない司法解剖にしか法的強制力がない。この点、法的強制力があり情報公開を趣旨とする新しい「医療行政解剖」と、法的権限を持つ行政官が届出を受け付け、解剖の可否を判断する制度の創設が求められる。

病理解剖の目的は、病態の解明と診断、新疾患の発見、臨床診断・治療法の確認等であり、一見、突然死に見える事例であっても、Case 1-1、1-2のように、外因死が疑われる事例（解剖の結果、外因死であつた事例）、Case 1-6のように、医療ミスが