

事例に学ぶ法医学・医事法

[改訂版]

title/subtitle

吉田謙一 [著]

authors/editors/translators

 有斐閣ブックス

series

《著者紹介》
吉田謙一

1979年 愛媛大学医学部卒業
1983年 愛媛大学大学院医学研究科修士(法医学専攻), 医学博士号取得

現在 東京大学大学院医学系研究科教授(法医学講座),
東京都非常勤監察医, 法医学会理事, 日本予防医学
リスクマネジメント学会理事, 日本賠償科学会評
議員

所属学会 日本法医学会, 日本生化学会, 日本循環器学会, 日
本病理生理学会, 日本予防医学リスクマネジメント
学会, 日本賠償科学会

研究分野 虚血や中毒物質による細胞障害・細胞死・個体死の
分子機構, 心臓性突然死, 医事法



事例に学ぶ法医学・医事法 (改訂版)
Forensic Medicine and Medical Law based on case analysis (有斐閣ブックス)

2007年5月30日 初版第1刷発行
2008年1月20日 改訂版第1刷発行

著者 吉田謙一
発行者 江草貞治
発行所 株式会社 有斐閣

東京都千代田区神田神保町2-17
3264-1314(編集)
電話(03)3265-6811(営業)
郵便番号 101-0051
<http://www.yuhikaku.co.jp/>

印刷 株式会社 三陽社
製本 株式会社 明泉堂

© 2008, Ken-ichi Yoshida. Printed in Japan

落丁・乱丁本はお取替えいたします。

★定価はカバーに表示してあります。

ISBN978-4-641-18360-5

因本書の全部または一部を無断で複写複製(コピー)することは、著作権法上での例外を除き禁じられています。本書からの複写を希望される場合は、yuhikaku@yuhikaku.co.jp までお問い合わせください。

第1章 異状死と死因決定の制度	1
1. 異状死届出の意義	1
2. 診療関連死の届出	4
3. 異状死の法的取扱い(検視, 検死, 検案)	6
4. 監察医制度	9
5. 解剖制度	9
6. 英米圏諸国の異状死届出制度	15
7. ビクトリア州の異状死死因調査制度	18
8. 日本の検死・解剖制度の改革に関する提言	19

第2章 死亡診断書・死体検案書：死因の考え方と書き方

1. 死亡診断書, 死体検案書の意義	24
2. 直接死因と原死因	24
3. 死因の種類	27
4. 死因の競合と内因死・外因死鑑別	28
5. 素因, 誘因, 基礎疾患, 既往歴等	29
6. 国際疾病分類 International Classification of Disease : ICD	30
7. 死亡診断書・死体検案書作成時の一般的注意事項	34
8. 死因や状況等の記載に関する注意事項	35
9. 診断書・検案書ケーススタディー	38

第3章 死体現象

1. 早期死体現象と死後経過時間推定	43
--------------------	----

2. 後期死体現象	45
-----------	----

第4章 内因性急死, 突然死

1. 内因性急死の現状	47
2. 循環器疾患の病態生理	47
3. 虚血性心疾患 Ischemic Heart Disease と心臓性突然死 Sudden Cardiac Death	51
4. その他の心臓突然死	60
5. 心筋症 Cardiomyopathy	62
6. 心筋炎 Myocarditis	64
7. 冠動脈奇形, 左冠動脈肺動脈起始症	65
8. 大動脈解離 Aortic dissection	65
9. 弁膜症	66
10. 原発性不整脈	66
11. 迷走神経反射 Vagal reflex	67
12. 突然死症候群 Sudden Death Syndrome	68
13. 脳疾患	77
14. 呼吸器系疾患	78
15. 消化器疾患	80
16. 糖尿病 Diabetes mellitus	84

第5章 労災と過労死

1. 労災補償制度	87
2. 事業者の義務	87
3. 過労にかかわる壮年期の突然死の実態	88
4. 過労死の概念と認定基準の変遷	89
5. 現行の認定基準について	89
6. 過労死および労災の認定が争われた実例	91
7. 問題点	95

8. 過労自殺	96
第6章 損傷総論	101
1. 損傷の定義・概念	101
2. 臨床医の損傷への対応に関する注意事項	101
3. 解剖時損傷所見記載上の注意点	103
4. 生活反応 Vital sign	104
5. 鋭器損傷	104
6. 鈍器損傷	106
7. 銃器損傷 Gunshot Wound	111

第7章 頭部外傷と脳出血	113
1. 解剖と病態生理	113
2. 骨折 Fracture	115
3. 頭部外傷	116
4. 病的脳出血	121

第8章 胸腹部内臓損傷, 脊椎・脊髓損傷	126
1. 胸部内臓の鈍器損傷	126
2. 腹部内臓の鈍器損傷	131
3. 脊椎・骨盤骨折, 脊髓損傷	133
4. 頸部損傷, 椎骨動脈損傷	134

第9章 ショックと関連する病態および塞栓症など	136
1. ショックと関連する病態	136
2. 出血性ショック Hemorrhagic Shock	142
3. アナフィラキシー (様) ショック Anaphylactic (Anaphylactoid) Shock	143
4. 腰椎麻酔によるショックと麻酔事故	145

5. 挫滅症候群 Crush Syndrome, 横紋筋融解症 Rhabdomyolysis	147
6. 悪性高熱症 (悪性過高熱) Malignant Hyperthermia	147
7. 肺塞栓症 Pulmonary Emboli	148
8. 脂肪塞栓症候群 Fat Emboli Syndrome	150
9. 羊水塞栓症 Amniotic Fluid Emboli	151

第10章 交通事故損傷	154
1. 自動車事故の法医学的問題点	154
2. 自動車事故の受傷機転——解剖所見による推定	156
3. 交通事故に関する法的責任	165
4. 鉄道損傷	167
5. 航空機事故	167

第11章 賠償科学	169
1. 賠償の法的根拠と自賠責制度	169
2. 死因論	170
3. 問題となることの多い後遺症等	171
4. 交通事故の因果関係の判定	173
5. 診療行為の適否	176
6. 自殺と保険	178

第12章 窒息	179
1. 窒息の原因と種類	179
2. 急性窒息の経過	180
3. 病態生理	180
4. 窒息の死体所見	181
5. 頸部圧迫による窒息	182

6. 鼻口部閉塞による窒息	185
7. 誤嚥による窒息	186
8. 酸素欠乏による窒息	188
9. 圧死・胸腹部圧迫による窒息	189
10. 溺死	190

第13章 胎児，新生児，出産をめぐる諸問題	196
1. 出生をめぐる法的対応	196
2. 人工妊娠中絶	196
3. 墮胎	197
4. 出生前診断，胎児診断	198
5. 死産	200
6. 生産・死産の鑑別	200
7. 胎児・新生児の死因	201
8. 母体の死因	202
9. 周産期医療の判例の種類	204
10. 人工授精，体外受精	205
11. 代理母	207

第14章 児童虐待，高齢者虐待，家庭内暴力	209
1. 児童虐待	209
2. 高齢者虐待	215
3. ドメスティックバイオレンス (DV)	217

第15章 異常環境	220
1. 熱傷 Burn (Burn Injury)	220
2. 焼死 Burn Death	221
3. 熱中症 Heat Attack (Heat Stroke)	223

4. 低体温症 Hypothermia・凍死 Cold (Freezing) Death	224
5. 感電 Electric (Electric) Shock	225
6. 気圧外傷	226
7. 飢餓死 Death by Starvation, 栄養障害	227
8. 放射線障害 Radiation Damage	227

第16章 中毒	228
1. 総論	228
2. 農薬中毒 Pesticide Poisoning	229
3. ガス中毒	230
4. 家庭内で起こりうる中毒	234
5. 重金属中毒 Heavy Metal Poisoning	235
6. 産業用薬品による中毒	236
7. 医薬品による中毒	238
8. 自然毒	240
9. 依存性薬物 Dependence Producing Drug	241

第17章 医療上の個人情報取り扱いについて	249
1. 背景	249
2. 個人情報の保護に関する法律	250
3. 医師の遺族に対する情報提供と説明	252
4. 解剖の情報開示の問題点	254
5. 症例報告	257
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	258

第18章 医師の法的義務，刑事医療事件	260
1. 医師の法的管理と医療紛争	260

2. 医師法上の義務	262
3. 刑法上の医師の義務	271
4. 業務上過失の事例	273
5. 医師の権利	285

第19章 民事医療紛争

1. 医療事故・過誤, 診療関連死, 医療紛争の現状	287
2. 民法上の医師の義務	288
3. 医療水準	289
4. 因果関係の判定	293
5. 問診義務	299
6. 経過観察義務	301
7. 説明の義務	304
8. 転医義務	311
9. 薬物投与に関する法的問題点	313
10. 注射・採血・点滴に関する法的問題点	317
11. 輸血事故	318
12. 検査に関する問題点	319
13. 手術に関する問題点	321
14. 精神障害者医療の問題点	325

第20章 医療事故調査制度, 第三者機関, 行政処分

1. 医療事故発生後の対応	328
2. 医療事故後の対応: 名古屋大学医学部附属病院腹腔鏡事件	330
3. 米国における模範事例	333
4. 現時点における病院内の医療事故対応	334

5. 「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業 (モデル事業)」の現状と今後	335
6. 行政処分	342
7. 英国の行政処分制度	344
8. 英国・ドイツの裁判外紛争処理	346
9. オーストラリア・ピクトリア州の Health Service Commissioner (HSC)	347
10. 今後, 日本に求められる政策上の改革	348

第21章 刑事・民事手続, 鑑定, 司法解剖

1. 刑事手続	353
2. 民事裁判の手続	354
3. 民事裁判と鑑定	355
4. 司法解剖の手続と鑑定	356

第22章 生命倫理

1. 脳死と臓器移植	365
2. 臨床実験, 先端医療と生命倫理	372

第23章 血液型と多型現象

1. 総論	378
2. 血液型の免疫学的基礎	378
3. ABO式血液型	379
4. 分泌型・非分泌型	381
5. Lewis式血液型	382
6. Rh型	383
7. 血液型不適合輸血	383
8. 血液型不適合妊娠	384

9. MNSs 式血液型 384

10. HLA (human leukocyte antigen) 384

11. 血清型・酵素型 385

12. DNA の多型 385

13. 親子鑑定 388

事項索引

略 語 例

最判	最高裁判所判決
高判	高等裁判所判決
地判	地方裁判所判決
民集	最高裁判所民事判例集
刑集	最高裁判所刑事判例集
高刑	高等裁判所刑事判例集
下民	下級裁判所民事判例集
行集	行政事件裁判例集
交通民集	交通事故民事裁判例集
判時	判例時報
判夕	判例タイムズ
労判	労働判例

法令名の略語は原則として有斐閣六法の例にならった。

「診療行為に関連した死因の調査分析モデル事業」の評価



日本内科学会モデル事業中央事務局長
国家公務員共済組合連合会虎の門病院院長
山口 徹氏

「診療行為に関連した死因の調査分析モデル事業」について、これまでの実績を踏まえながら、運営上の苦勞や問題点、今後の展開などについて、日本内科学会モデル事業中央事務局長の山口徹氏(虎の門病院院長)にお話をうかがった。

1年半の受付件数47例 平均評価期間7.8か月

「診療行為に関連した死因の調査分析モデル事業」(以下、モデル事業)は厚生労働科学研究費補助金事業として、2005年9月より日本内科学会が実施してきた(図)。2007年3月15日現在の受付件数は47例、うち17例について評価結果報告書がまとめられ、遺族への説明を終えている(表)。受付から評価終了までに要する期間は平均7.8か月、最短で3.1か月、最長では11.6か月となっており、1年以上経過して未了の事例もある。当初、受付件数は年間200例、1例あたり3か月を目標としていたが、次年度からは年間80例、1例あたり6か月に変更することになった。

これに対し、日本内科学会モデル事業中央事務局長の山口徹氏(虎の門病院院長)は、「事例を受け付けて説明会を開催するまでには解剖を行い、その結果をもとに地域評価委員会で議論

し、最終的な「解剖結果報告書」、「評価結果報告書」をまとめるというプロセスが必要になります。これを3か月で終わるといえるのは、専属の調査員がない現体制ではきわめて難しい。モデル事業はいい意味でトライアルであって、こうした現実妥当性がわかっていくことが重要なのです」と話す。

中立・公正な調査体制を 組む困難

最大のネックは、地域評価委員会を構成する複数の専門医、弁護士を含む計10数名の委員を集めることだ。事実、第1回評価委員会を開催するまでに既に平均4.3か月かかっている。

そもそも本モデル事業は、医師法21条の異状死届出に際し、警察や司法によらず中立・専門的に死因究明を行う機関の設置を求め、基本領域の医学系19学会が共同声明を行ったことに端を発する。これが5年間の補助金事業という形で実現し、母体の大きい日本内科学会が運営主体となった。現在約

2319名(38学会×各学会推薦5~10名×9地域)の医師が臨床評価医として登録しているが、中立・公正の観点から出身・所属等の系列をはずして委員メンバーを選出するとすると、かなりの時間と労力を要する。

「いかに公正性を担保できるかが本事業のカギになります。ご遺族、そして国民の目から見て、“どうせ医師の仲間内で解剖し評価をしているだけではないか”と思われたいよう、できるだけ出身や所属等に配慮した評価体制を組むのが望ましい。しかし、法律が変えられてスタートした事業ではありません。医師たちはそれぞれの所属施設で日常診療があり、その合間をぬってボランティア同然に協力しているというのが現状です。モデル事業に強制力をもって医師を集めるという権限はないのです」(山口氏)。

解剖にも同様の問題が発生する。モデル事業では原則、解剖担当医(法医・病理医)と臨床立会医(その事業に関する診療科の臨床医)の3医師、および調整看護師の立ち会いのもとに解剖が

行われる。突発的に発生する解剖に対し医師の所属等に配慮している時間的猶予はない。また、法医の専門医資格をもつ者は全国で200名程度であり、一県一医大の地域では、その所属はほぼ大学に限定される。

「東京は大学も多く10の解剖施設間で調整もきくが、茨城や新潟のような地域では、解剖担当の法医は決まった医師になります。また、臨床立会医も必ずしもよその施設から呼ぶことはできず、その解剖施設に所属する臨床の医師にお願いするというやり方が現実には定着しつつあります」(山口氏)。

遺族にもそうした事情は説明するが、今後は近隣の県と共同で解剖チームを組むなど、地域性を考慮した事業体制も検討されている。

院内調査が基本 解剖ですべての死因が わかるわけではない

山口氏によると、依頼医療機関のほとんどは規模の大きい病院だという。

「警察と違って、モデル事業が依頼医療機関に立ち入るといわけではないから、調査にあたっては、病院から提出してもらう事故報告書等の資料が重要な手がかりになります。つまり、院内にしっかりした事故調査の組織があって相応の報告書や資料を整理できることが条件とすれば、スムーズに依頼できるのは一定規模の病院に限られてくる。ここに事例件数の伸びないひとつの理由があります。モデル事業に丸投げというのではなく、自助努力で事故調査を行うことが基本で、モデル事業は必要な資料の提出を求めたうえで、第三者として公正な評価をするというスタンスです」(山口氏)。

表 現在の受付事例

(2007年3月7日現在)

	札幌	茨城	東京	新潟	愛知	大阪	兵庫	計(結果報告書公布)
事例数	0	2	27	3	2	11	2	47 (17)*

* ()内は評価結果報告書を交付した事例。4月23日現在、札幌1、茨城3、東京29、新潟3、愛知3、大阪11、兵庫2、計52(18)

厚生労働省補助金事業

予算 18年度) 120百万円 - 19年度) 127百万円

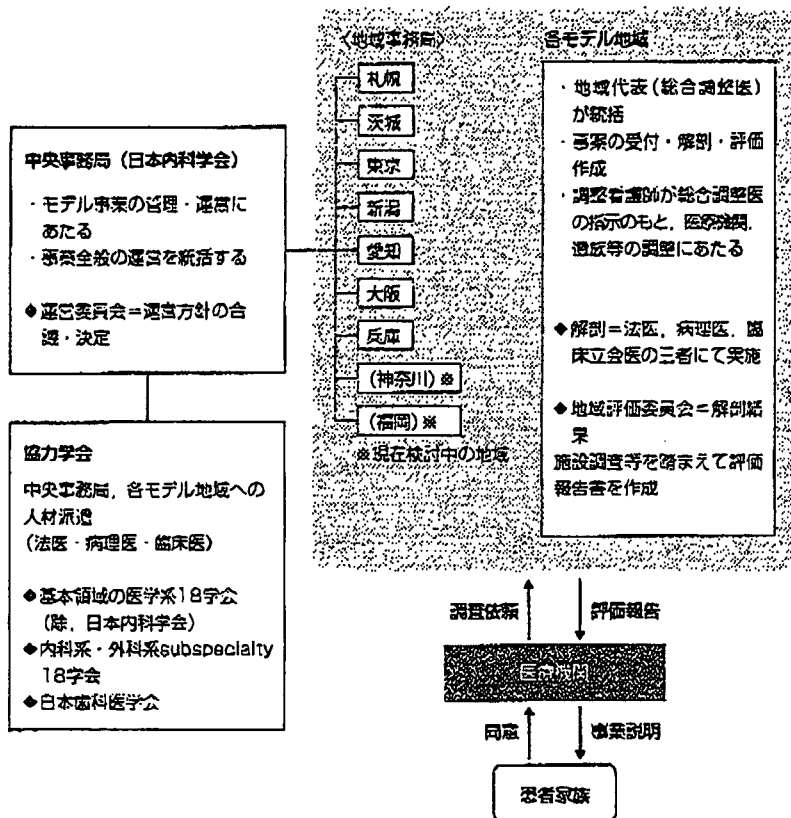


図 モデル事業の概要・組織図

実際には、遺族に不信感が強く、病院の説明に納得していない。そこで、第三者であるモデル事業に公正な判断を委ねたというケースが多い。

ところが、解剖して初めて死因が明らかになるというケースは意外にも少ないようだ。

「初めの10例を見てきましたが、解

剖してはじめて死因がわかったというのは、10のうち1例くらい。多くは臨床経過から結論された死因とほぼ一致しています。一方で、解剖してもわからないものはわからない。急変後蘇生したが3か月後に死亡したというような場合、最初の急変の原因は何だったのか、3か月後に解剖しても急変の原

因がすべて明らかになるわけではありません」(山口氏)。

以前に比べて剖検率が低下しているのは、画像診断など診断法の進歩で、解剖せずとも死因がほぼ予測できるからだといわれる。では全例について必ずしも解剖する必要はないのだろうか。

「逆の言い方をすると、解剖によって間違いなくこれが原因だということがほぼ特定ができます。従来の警察主導の司法解剖では犯罪性の有無が問題であって、臨床でどういう経過をたどって死に至ったかという視点があまりにも不十分でした。少なくとも遺族とトラブルになった全事例について死因を“確認”する意味で、複数医師によるモデル事業型の解剖は有効だと思います。しかし診療行為に関する全死亡例について、同じように解剖し詳細な調査をするというのは非効率だし、いまの人手ではとても対応できない。また、遺族が納得していない理由の多くはその診療過程であり、死因を明らかにしただけでは遺族の疑問に答えられない。死因究明のメインは解剖よりも診療行為の臨床評価にあります」(山口氏)。

ちなみにモデル事業の予算は年間約1億2,000万円。1事例あたりの費用は約100万円である。これには評価委員の手当てや遺体搬送代等も含まれるが、約半分の50万円は解剖に充てられている。

遺族の納得が得られるシステムか

モデル事業では原則医療機関からの申し込みにかぎり、遺族からは受け付けていない。

「なぜ遺族からの依頼を受け付けないのかとよく問われますが、先に述べたようにモデル事業には強制的に調査する権限はないため、当該医療機関の協力なしには調査を進めることができません。そこは制度化によって第三者機関にきちんと調査権限をもたせれば、受け入れ可能かもしれない」(山口氏)。

また評価結果報告書が遺族にとってわかりにくいという問題に対しては、「一般の人にとってもわかりやすく書くということは、医学的には不正確な表現になる可能性が高い。もちろん説明会の時は噛み砕いた言葉で話しますが、いちばんメッセージを送りたいのは医療関係者であって、その人たちが再発防止のためにいかに役立てるかという点が重要なのです」(山口氏)。

現在、評価結果に対し、遺族および依頼医療機関が満足したのか、また両者の関係改善や再発防止につながったかなど、追跡調査を行うことも検討・試行されている。依頼医療機関に対しては、事後の取り組みについて報告義務を課すなど、ここにも権限がはたらく仕組みが必要である。

法整備を早急に求められる医師の主体的参加

去る3月9日には死因究明制度に関する厚生労働省試案が公表された。モデル事業をベースにした公的な事故調査委員会、いわゆる医療版「事故調」の創設に向けて具体的な検討が始まろうとしている。

「開始から約1年半を経てさまざまな問題が明らかになってきました。なかでも早急に解決すべきは、医師法21条の問題です」(山口氏)。

モデル事業はここが解決されないまま動き出したため、結局、事例の4分の3は警察に届け出て犯罪性がないと判断されたうえでモデル事業の受付に至っている。これはモデル事業が活用されない大きな原因となっている。

ヒューマンエラーやシステムエラーの観点から事故防止をはかるのが医療安全の基本的な考え方とすれば、個人の刑事責任を追究することが目的である司法当局のやり方はこれに真向から対立するものです。診療行為に関連する死亡は中立的第三者機関への届出とし、司法当局へ届け出るべき異状死とは明確に分けるよう医師法21条を再検討すべきです」(山口氏)。

また事業の主目的は死因究明であるが、遺族の精神的ケアや医療不信を解消するうえで、調整看護師の役割がより重要視されている。現状では資料整理や医師たちの連絡調整だけで一杯というが、今後はADR(裁判外紛争処理)の研修等を通じて、医療機関側のみならず遺族対応のスキルアップをはかっていく。

「いろいろとお叱りも受けますが、東京都については事務所を構え常勤の調整看護師も置き、ようやく受け入れ態勢が整ってきました。今年度からは新たに作成した解説書やポスター等を通じて各学会で周知していきます。各学会の評議員たちも従来のように研究の世界でリーダー的な役割をするだけでなく、臨床医療の世界でも公正な判断ができる専門医として責任をもっていかねばならないところにきています。1人でも多くの医師がモデル事業に参加し、国民の信頼に足る死因究明システムをつくるための一助を担ってほしい」(山口氏)。

委員会報告

診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業の現状と将来*

山口 徹†

「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」は、日本内科学会が臨床系 38 学会を代表する形で引き受けた厚生労働省補助金事業である。著者は、そのモデル事業の中央事務局長としてモデル事業発足時より関わってきたので、モデル事業誕生の経緯とその現状、将来の展望についてまとめてみた。

1. 医師法 21 条と異状死届出問題のはじまり

診療行為に関連する予期しない死亡事例について病院が警察への届出を検討するようになったのは、1999 年 2 月の都立広尾病院事件からである。看護師が誤ってヒビテングルコネクト液を注入したこの事件では、警察への異状死届出が遅れたことで院長、主治医は医師法 21 条違反に問われ、罰金 2 万円の刑が確定し、医業停止 3 カ月の行政処分を受けた。それまで臨床医は、医師法 21 条の規定は殺人等の外因死を届け出る義務であると理解していたが、都立広尾病院事件により初めて「異状死ガイドライン」の存在を知った。このガイドラインは 1994 年に日本法医学会により公表されており、そのガイドラインでは診療行為に関連した予期しない死亡までも所轄警察署へ届け出るべきとされていた。この事件を契機にマスコミによる医療事故報道が急増し、医療界でも医師法 21 条の異状死届出問題に関する大議論が巻き起り、実際に異状死の届出は急増した。2001 年 4 月に外科系 15 学会はいち早く共同声明をまとめ、明らかな医療過誤による死亡、あるいは重大な健康被

害は届出義務があるとした上で、予期された合併症に伴う患者死亡は診療行為に関連した異状死とすべきでないとした。内科学会も 2002 年 7 月に見解をまとめ、医学的専門性を特に必要としない明らかに誤った医療行為や管理上の問題による死亡は届け出る、とする会告を掲載した。

2. 異状死届出から専門的第三者機関の創設へ

医師法 21 条で警察へ届け出られた死亡事例では、専ら犯罪(業務上過失致死罪)の可能性が検討される。司法当局が事件性ありと判断すれば司法解剖に回される。司法解剖については多くの問題点が指摘されているが、解剖結果が捜査資料として公開されず再発防止に役立たない点が最も問題である。また診療行為の妥当性が臨床専門家ではない法医、司法によって評価される点と、警察による捜査が医療現場を混乱させ、医師患者関係を阻害して、結果として医療不信を助長することになる点も問題となる。

内科学会と外科学会、法医学会、病理学会とが異状死をめぐる意見交換をする中で、診療行為に関連した予期しない死亡を速やかに届け出る制度と、死因を究明して適切な対応策を示して再発防止に役立てるための中立的第三者機関の設立が不可欠であるという合意に達し、それが 2004 年 9 月の基本領域 19 学会共同声明となった。2005 年 6 月には日本学術会議の第 2 部(法律・政治)・第 7 部(医・歯・薬)合同検討会も医学的に公正な裁定を確保するための第三者機関の必要性を示し、さらに被害者救済のために裁判外紛争処理制度(alternative dispute resolution: ADR)や被害補償制度の必要性にも言及した。2004 年 8 月に厚生労働省は 2005 年度にモデル事業を立ち上げると発表し、共同声明の 19 学会と内科学会・外科系の subspecialty 18 学会、日本歯科医学会の計 38 学会の支援の下に、約 1 億円の補助金で 2005 年 9 月からモデル事業が 5 年の予定で開始

Key words: Model project, Medical malpractice, Death associated with medical practice, Medical practitioner act article 21

*The present status and future of the model project for the investigation of death associated with medical practice

†虎の門病院. Tetsu Yamaguchi: Toranomon Hospital

された。

3. モデル事業の概要と現状

モデル事業の概要と実績はホームページに示されている (<http://www.med-model.jp>)。その流れを図1に示した。医療機関が、患者遺族の同意の上、地域モデル事業事務局へ調査分析を依頼する。異状死届出の判断は現行法に従って病院に任されるが、警察へ届け出られた事例でも司法当局が検視の結果で司法解剖は必要がないと判断した場合は、モデル事業への参加が可能である。事例を受諾した場合は、依頼医療機関から資料の提出を受け、法医、病理医と臨床立会医の3者で共同解剖し、解剖結果報告書をまとめ、地域評価委員会へ提出する。複数の臨床評価医が解剖結果、聴取記録や病院からの資料、院内事故調査委員会報告書等を参考に死因を究明し、全臨床経過を評価し、再発防止に向けての提言をまとめる。法律家、総合調整医も入った評価委員会にて総合的に検討し、6カ月で最終的な評価結果報告書を作成する。その結果を患者遺族、依頼医療機関へ説明し、解剖結果報告書と評価結果報告書を交付する。個人情報等を伏せた形で評価結果の概要をホームページ上に公表する。

平成19年7月20日現在、全国8地域(札幌、茨城、東京、新潟、愛知、大阪、兵庫、福岡)で実施されており、56事例が受け付けられ、24事例で報告書が交付され、18事例の概要がホームページ上に公開されている。

4. モデル事業の問題点

診療行為に関連した死亡の調査分析により死因究明、臨床評価を行い、専門的、学際的に再発防止策を検討する中立的第三者機関の創設に向けての課題を検討するためにモデル事業が始まったが、開始後2年弱が経過して種々の問題点も明らかになった。主な問題点を挙げてみる。

医師法21条等現行の法制下でモデル事業は行われているので、どのような事例を異状死として届出、どのような事例をモデル事業で行うか、その基準をモデル事業事務局が独自に示すわけにはいかない。受付の時点で最も難渋する点である。また受け付けてからも解剖の設定、解剖医、臨床立会医の確保、さらに資料の収集・整理、関係者からの事情聴取、連絡等にマンパワーを必要とし、中心となる調整看護師(コーディネーター)の仕事量は多い。また受付窓口で対応する総合調整医を多くは法医あるいは病理医へボランティアでお

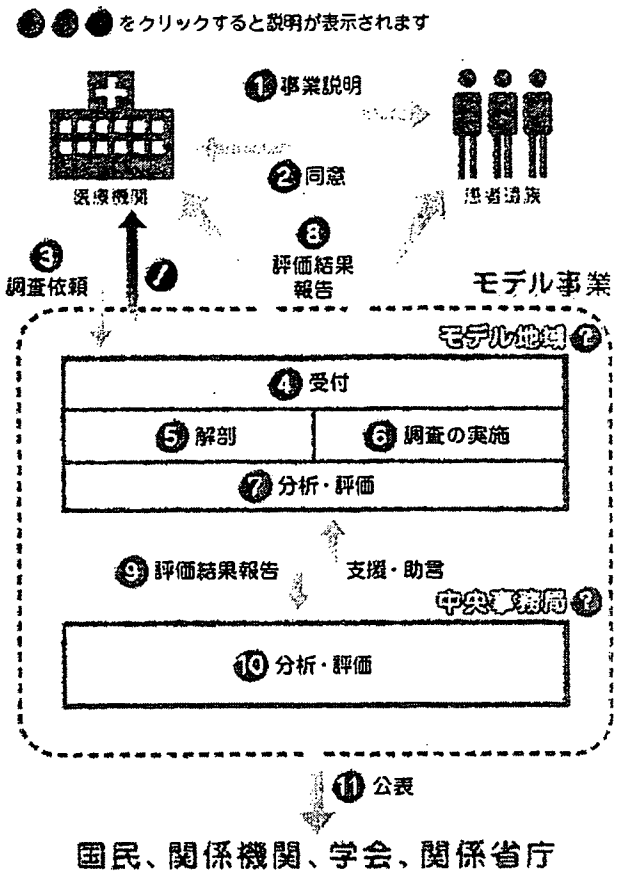


図1 モデル事業の流れ

願っているが、その負担が過大な点も問題となっている。3者による合同解剖についても、学会から推薦された臨床立会医を確保することは実際には難しく、解剖施設の臨床科から立会医を派遣してもらう形で解剖が行われることが多い。解剖や臨床評価の人選についても、依頼病院の人脈、学閥等まで考慮して公正性を保つことは地域によっては困難である。一方、モデル事業には立ち入り調査の権限はないので、病院から提出された資料に基づいて死因究明、臨床評価を行うことになり、その評価には一定の限界がある。また臨床評価医の負担もきわめて大きい。評価委員会で死因究明と診療行為の医学的評価が行われるが、インフォームドコンセントや病院の対応など、遺族の不満の原因となりやすいコミュニケーション関係の評価は提出された資料からは難しい場合もある。また、再発防止に向けての対応策も、依頼病院の組織運営まで踏み込んで調査ができていないので、一般的な再発防止策に留まることが多い。医学用語で書かれた評価結果報告書

は医療関係者には役立つが、遺族には難解であると言わざるを得ない。これら評価委員会活動や報告書等の法的責任、関係者の個人情報保護等についても不明確な点が多い。このモデル事業が究極の目的である再発防止に結実するか否かは、院内調査、資料提供、改善策の実施などを行う依頼病院の協力、努力に掛かっている点も協調しておく必要がある。

5. モデル事業の将来

モデル事業は、医学界が自らの診療行為を公正かつ中立的に評価、裁定できるか、その自浄能力が問われている事業である。また学会も、評議員等が評価委員会委員として参加するなど(東京地域では内科学会、外科学会から各1名委員が常に参加している)、医療の面でリーダーシップを発揮することが求められている。病院の医療事故調査、再発防止に向けた取り組みも同様である。医療プロフェッショナルが率先して医療事故再発防止に向けて取り組むプロフェッショナリズムが本モデル事業の核心であり、医療への信頼回復の原点である。

2006年2月に福島県立大野病院で産婦人科医が医師法21条違反と業務上過失致死罪で逮捕された事件により、病院勤務医の減少と偏在、医療崩壊にはさらに加速度が付いた。この不当逮捕をめぐって国会でも議論

が沸騰し、中立的第三者機関の設立へ向けての決議が衆参両院で採択され、制度設計が急がれる状況となった。厚生労働省は、2007年3月に「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性」というたたき台を示し、広く国民的な議論を求めた。これに応じたパブリックコメントは140件、467頁にも及び、この問題への関心の高さを示している。2007年4月には「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会」が立ち上がり、①死因究明のための調査組織、②診療関連死の届出制度、③医療における裁判外紛争処理制度、④行政処分、が主な検討課題とされた。第4回検討会ではモデル事業から中間まとめに基づいて提言がなされた。来春の国会への法案上程を目指して検討が急ピッチで進むと考えられる。しかし中立的第三者機関が稼働するまでにはまだ時間が掛かるので、モデル事業を拡大していくことも選択肢として考慮されている。

期待される中立的第三者機関は誰か第三者が実施してくれるわけではなく、われわれ医療プロフェッショナルが自律的に取り組まねば機能しない機関である。モデル事業にはすでに300名を超える方々に各学会を代表してご協力をいただいている。会員諸氏にモデル事業への一層のご理解とご支援を切にお願い申し上げます。

事故調査・情報収集と法システム

—交通・医療分野における経験と小児事故分野の課題—

城山英明*

Hideaki Shiroyama

はじめに

日常生活のなかでは、多くの事故が発生しており、また、事故に至る寸前のヒヤリハット経験はさらに多い。事故を予防するためには、法システムとしても事後的に制裁を加えるだけでなく、これらのヒヤリハット経験を含めた事故の発生に関する情報を収集し、適切に分析を行い、この結果を適切な関係者に伝達することで、再発を防止するための努力を支援することが重要となる。

しかし現実には、関係者がこれらの情報を共有化し、その分析を活用するまでには至っていない場合が多い。事故の発生から関係行政機関に情報が届くまでの時間も長くかかる場合が見受けられ、また各行政機関が収集した情報は、当該行政機関にとどまり、それを必要とする行政機関、地方自治体、企業などに十分に伝達されない場合も多い。また、収集された情報が有効に活用されていない。

このような問題は多くの分野において経験されてきた。ここでは、まず航空を中心とする交通分野と医療分野における、このような問題に対する取り組みを紹介したい。そのうえで、小児事故分野にかかわる分野における事故調査・情報収集の課題について、比較の視座もふまえて検討してみたい。

1. 責任追及と学習のディレンマ

—交通・医療分野における議論—

何か事故が起こった場合、一方ではその責任者を明らかにして制裁を加えることによって、社会的処罰感情に対応しようという動きが出てくる。他方、事故原因の究明などを通して、学習を行い、今後の事故の再発を予防しようという動きも出てくる。この2つの動きは必ずしも矛盾するものではない。裁量をもっていた責任者を明らかにして制裁を加えることは、今後の活動に対する抑止効果をもち、最終的には事故の再発防止に寄与するかもしれない。しかし、この2つが矛盾することもありうる。事故原因究明のための調査が関係者からの情報提供を必要とする場合、関係者が情報が制裁のために用いられることを恐れて、情報の秘匿を図るインセンティブをもち、その結果、予防に資する十分な学習＝事故調査が行われなくなることはありうる。これは、情報の保有者が制裁を受ける可能性のある場合、とくに当てはまる。パイロットや医師が責任を問われる場合、交通・医療分野についても該当するといえよう。

そのため、しばしば事故が起こった際に原因究明と将来の安全対策のための事故調査が軽視され、法的責任追及（とくに刑事責任の追及）が重視されてきたという主張がされてきた。このような認識を背景に、工学系の方々を中心に、「通常運転時に事故発生に関与した当事者の責任は追及しないという立場を確立する」、「事故の真の原因を探るためには、関係者の証言が欠かせない。しかし、

* 東京大学大学院法学政治学研究科
〔〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1〕
TEL 03-5841-3131
E-mail: siroyama@j.u-tokyo.ac.jp

その証言をすることにより、自らに刑事責任の及ぶ恐れのあるときは、有効な証言は得にくい。事故調査に重要な証言を得る場合には、それが刑事責任追及の材料にはされないことを保証する（免責する）必要が出てくることもありうる」といった主張が行われてきた¹⁾。

そして、このような主張の際には、しばしばアメリカのNTSB (National Transport Safety Board) のような事故調査システムがモデルとして言及されてきた。アメリカにおいても、免責されているわけではなく過失処罰の領域が相対的に小さいだけであり、このような議論は必ずしも適切ではない^{2,3)}。ただし、事故をひき起こした関係者からの情報収集に関して一定のディレンマがあることは事実である。

II. 航空分野における事故調査とヒヤリハット報告制度の試み

航空分野の場合、日本においては、事故が生じた際に刑事責任追及により対応することが確かに多かった。他方、行政処分は必ずしも実効的ではなかった。航空安全に関しては、たとえば航空法30条に基づく航空従事者の業務停止の件数は、事故を含むあらゆる原因で年間8~10件程度であり、資格取消はごく少なかった。また、航空事業者の運航規程・整備規程（航空法104条1項）違反に関して通常は勧告による対応がなされており、事業改善命令の発令も2002年までで3件に過ぎなかった⁴⁾。

事故調査の担い手としては航空・鉄道事故調査委員会が国土交通省の中に設置されている。ただし、事故後の対応に関しては、事故調査委員会と警察が相互補完的に協力する体制となっている。つまり、事故調査と警察に関しては明確な管轄区分はなく、警察は「犯罪捜査に支障」をきたさない限り事故調査委員会に協力することとなっており、通常は警察が主導することが前提とされている。

このような体制となっている背景としては、事故調査委員会の人的資源は限定されているという事情がある。航空・鉄道事故調査委員会の事務ス

タッフのうち、航空部門を担当するのは約30人であり、また地方に出先をもつものでもない。したがって、現場における証拠保全などにおいては警察への協力要請を行わざるをえない。また、警察サイドにしても、比較的まれにしか起こらない航空事故に関する専門能力は限られており、飛行データ記録装置、操縦室音声記録装置など解析を要するものについては、警察が委員会に対し鑑定囑託の手続きをとることになる。

具体的な事故調査委員会と警察の協力の方式としては、通常は事故調査報告書が鑑定書として警察に提出されるだけであるようである。これは、調査途上の資料は刑事責任追及から遮断されているので、実質的には事故調査委員会の独立性がかなり保たれているともいえるが、事故調査報告の最終結果が刑事捜査に直結しているともいえる。そのため、事故調査において、その証言が刑事捜査に使われることを恐れて、情報提供が制約されることはありえた。

事故や事故に至らない事象（インシデント）に関する情報共有のメカニズムにおいても、当該情報の責任追及目的への利用可能性や情報の公開可能性は情報提供にネガティブな影響を及ぼしうる。したがって、これらの情報をどのような目的のために利用可能にするのか、あるいは公開にするのかというのは重要な制度設計上の配慮事項である。

航空安全分野に関して、2000年以来、事故および重大インシデントに関する情報が国土交通省により収集・公表されている。重大インシデントとは、航行中他の航空機との衝突または接触の恐れがあったと認められるとき、そのほか「航空機事故が発生する恐れがあると認められる事態」（航空法第76条の2）であり、詳細は省令（航空法施行規則第166条の4）で規定されている。このような重大インシデントが発生した場合、航空機の機長は国土交通大臣に報告することが航空法（第76条の2）で義務づけられている。そして、これらの重大インシデント情報は、国土交通省ホームページによって提供されている。

また、通常のヒヤリハット情報に関しては、各航空会社には、ニアミスを含む重大インシデントに至らない事象のほか、飛行中のトラブルを機長

に報告させる社内制度（自発的安全報告制度）がある。匿名申告も可能で社内処分から切断されている。

そして、これらの航空会社が集めたヒヤリハット情報の一部に関しては、1999年12月に航空会社間で共有化する「航空安全情報ネットワーク」が発足した。この運営は航空輸送技術研究センターが担っている。その際、報告した情報が責任追及などに利用されないように、①報告を無記名とする、②航空会社が報告する情報の選択と秘匿化を行う、③航空行政当局がネットワークにアクセスする手段をもたない、といった措置をとっている。他方、航空局は、技術部長発言メモの形式で、①航空局は提供された情報に直接アクセスすることなく、また、センターに対しこれらの情報提供を求めることもない、②航空局が何らかの経緯によりネットワークに提供された情報を知ったとしても、当該情報のみにより行政処分を行うことはしないし、行政処分を目的としてさらにネットワークに報告された情報の提供を求めることはしない、という方針を示している。

Ⅲ. 医療分野における事故調査とヒヤリハット報告制度の試み

医療分野においても、事故が生じた際に刑事処分により対応することが多いのは事実である。医療過誤に関しても多くの刑事処分の事例があり、人口当たりの刑事訴追の比率がアメリカの比べて高いことが報告されている⁵⁾。また、起訴猶予になった事例を含めれば、その数はさらに増える。

他方、行政処分は必ずしも実効的ではなかった⁶⁾。医療安全に関しては、厚生労働省の諮問機関として医道審議会が設置され、医師の処分を行っているが、これまでは、医療事故を起こした医師への処分はほとんど行われてこなかった。処分を受けた医師の再教育も行われていなかった。ただし近年、変化の兆しはみられる。たとえば、2002年12月13日の医道審議会医道分科会において、「医師及び歯科医師に対する行政処分の考え方について」がまとめられ、「国民の医療に対する信頼確保に資するため、刑事事件とならなかった医療過誤につい

ても、医療を提供する体制や行為時点における医療水準などに照らして、明白な注意義務違反が認められる場合などについては、処分の対象として取り扱うものとし、具体的な運用方法やその改善方策について、今後早急に検討を加えることとする」とされた。また、2003年12月24日に出された「厚生労働大臣医療事故対策緊急アピール」において、「刑事事件とならなかった医療過誤等にかかる医師法等上の処分の強化を図るとともに、刑事上、民事上の理由を問わず、処分された医師・歯科医師に対する再教育制度について検討する」とされた。

また、医療安全の確保のためにも、事故やヒヤリハット（有害事象あるいはインシデントなどといわれる）に関する情報共有を行い、そのような経験から学習するシステムの構築が重要である⁷⁾。事故に関しては、2004年9月の医療法施行規則の一部を改正する省令に基づき、2004年10月に日本医療機能評価機構を情報収集・分析の第三者機関とする医療事故情報等収集事業が開始された。インシデントに関しては、国が主導してすでにヒヤリハット情報の収集事業を行っていた（当初、医療安全対策ネットワーク整備事業として医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構が実施し、その後、実施主体は医薬品医療機器総合機構、日本医療機能評価機構へと変わり、事業名称もヒヤリハット事例収集事業に変更された）。これは2001年10月に開始された特定機能病院、国立病院・療養所263施設を対象とした自発報告制度であり、その結果は専門家により分析され、医療安全の推進に寄与するよう、厚生労働省ホームページや出版物を通じて広く公開されている。

情報共有による学習が実効的に機能するためには、一定の現場情報が共有されている病院レベルでの取り組みが、一義的には重要である。実際に、一部の病院では、国の施策に先立って自発的に事故・インシデント報告制度を導入している。たとえば北海道大学病院では、2000年度より医療事故報告書・インシデント報告書を導入した。また、現場への適時のフィードバックのために、月別集計結果を病院内のリスクマネジメント委員会、リスクマネージャー連絡会議などで報告し、インシ

デントの起因・誘因を集計し、現場への注意喚起を図っているという⁸⁾。そのためには、病院レベルでの組織のあり方、看護師と医師との関係も重要である。

IV. 小児の事故における事故調査・情報収集の特質と課題

小児の事故に関しても、上記のような交通や医療分野での経験が生きる側面がある。小児が利用する製品あるいは施設の事故やインシデントに関する情報をいかにして収集し、分析するかは重要である。とくに、小児が利用する製品の製造業者からの情報収集や、小児の利用する施設の設置者からの情報収集に関しては、制裁と学習のディレンマに関する認識と、制裁から一定程度遮断された情報収集メカニズムも必要であろう。

しかし、小児の事故の場合、重要な情報の所持者は必ずしも制裁を受ける可能性のある者だけではない。第1に、小児の事故に関しては、医師は重要な事故情報収集・分析のハブになりうる。そして、医師に関しては、自身の医療事故である場合を除き、報告に関してネガティブなインセンティブは存在しない。第2に、小児の事故の場合、被害の発生自体が社会的に認知されていない場合も多く、その意味では、被害者やその保護者自身が重要な情報の所持者である。たとえば、機器の異常発熱や破裂といった事故の場合、軽いやけどや物品のこげといった被害であれば、必ずしも医師のところに情報が伝わるとは限らないのであり、こういった場合には、消費者である被害者やその保護者から直接情報を収集するメカニズムが重要になる。第3に、さまざまな行政機関において、関係情報がバラバラの保持されている場合も多い。たとえば、これは必ずしも小児の事故に限らないが、最近のガス瞬間湯沸かし器の事故の場合、かなり前から個別の事故事例としてはガス事業者らを通して行政機関に報告されていたが、それらは「誤使用」に伴う事故として認識され、特定製品の問題として全体的に認識されるにはなかなか至らなかった。他方、問題を認識するきっかけというのは警察からの照会であったという。つまり、警

察は一定のアンテナとしての機能を果たしているものであり、警察と行政機関との情報共有はやはり重要である。

このように、医師、被害者、警察などの関係機関といった、幅広い関係者からの情報収集と分析のメカニズムも重要であるといえる。これは、従来の事故調査・情報収集システムが、各施設や各製品別の縦割りであり、利用者に焦点を当てるものではなかったことを考えると、横割りの事故調査・情報収集メカニズムとしても興味深い実験であるといえる。

次に、このような事故情報収集・分析システムを誰が中心になって担っていくのかという課題もある。新規分野における分野横断的な試みは民間ベースのほうがうまく動くかもしれない。しかし、継続性の必要性や、場合によっては行政の情報提供による自主リコールの促進といった役割を考えると、行政の関与も不可避であろう。さらに、情報がどこに集まるかといったことを現実的に考えると、医師や消費者団体に加えて、行政内部の連携、たとえば、警察や消防と各分野の行政機関間の意識的連携も必要であり、そのためには行政が一定の役割を果たす意義もある。

もちろん、企業自身が自らの製品に関する事故情報収集・分析のネットワークをつくっていくべきだという面もある。ただし近年は、企業が予期しない思わぬ利用形態などが出てきて事故などにつながる場合もあり、企業も十分に情報収集や対応ができない場合もある。したがって、さまざまな関係者が支援するかたちで企業に情報を伝達するメカニズムを構築することも重要になる。また、行政機関などが情報収集・分析のハブになった場合には、分析結果を被害者やその保護者といった消費者にフィードバックするコミュニケーションも重要であり、そこにおけるメディアの役割も大きいといえる。ただし、そのような情報の提供は事業者の活動にも一定の影響を与えるものであり、どのように一定の客観性を担保するのかというプロセスも重要である。

文 献

- 1) 日本学術会議人間と工学研究連絡委員会安全工学専門

- 委員会：交通事故調査のあり方に関する提言—安全工学の観点から，pp 1-13，2000
- 2) 城山英明，村山明生，梶村 功：米国における航空事故をめぐる安全確保の法システム—日本への示唆，社会技術研究論文集 1：149-158，2003
 - 3) 川出敏裕：事故調査と法的責任の追及，ジュリスト 1245：57-64，2003
 - 4) 服部健吾：事故調査における情報の取扱いを巡って，社会技術研究論文集 1：188-197，2003

- 5) ロバート・B・レフラー：医療事故に対する日米の対応，判例タイムズ 1133：27 (1)-20 (8)，2003
- 6) 城山英明：医療過誤への対応と医療安全の確保，現代のエスプリ 458：86-96，2005
- 7) 畑中綾子：医療事故・インシデント情報の取扱いに関する論点，ジュリスト 1307：28-37，2006
- 8) 福島洋子：北海道大学医学部附属病院における医療安全の取組み，ジュリスト 1245：43-50，2003

「小児内科」投稿規定

- 本誌は小児内科に関連する原稿で症例報告に限ります。他誌に発表されたもの，または投稿中のものは御遠慮下さい。
- 原稿の採否は編集委員会におまかせ下さい。また編集方針に従って原稿の加筆，削除などをお願いすることがあります。
- 筆者校正は原則として1回行います。共著の場合は校正者を指定して下さい。
- 原稿送付の際，原稿(図・表・写真含む)のコピーを1通同封して下さい。
- 原稿枚数について
症例 15枚以内，図・表6点以内
超過分につきましては実費をいただきます。
- 図・写真・表について
 1. 図，写真，表は本文中に貼り付けしないで，必ず1枚ずつ別紙に貼り付けて下さい。
 2. 写真については手札以上の鮮明なものをお願いします。写真も図として番号を付けて下さい。
 3. 原色刷をご希望の場合は実費をいただきます。
- 執筆について
 1. 原稿用紙は400字詰横書きのものを使用して下さい。
 2. 楷書，新かなづかいで，句読点は正確に付けてお書き下さい。
 3. 外国語，外国人名，地名，薬品名は原語のまま用い，タイプまたは活字体でお願いします。また固有名詞以外は小文字にして下さい。一

般に日本語化しているものは，片かなにして下さい。

4. 度量衡の単位は mm, cm, m, ml, dl, l, μ g, mg, g, kg, °C などと記して下さい。
5. 論文中たびたび繰り返される語は略語を用いて結構ですが，初出の際は正式の語を用いて“以下…と略”と断って下さい。
6. ワードプロセッサによる原稿は，20字×20行に印字して下さい。

■ 文献について

1. 文献は主要なもののみ20点以内に限りします。
2. 著者3名以上の場合，“…，他”“…，et al”として下さい。
3. 文献の引用番号は本文の引用順とし，本文中の引用個所には必ず右肩に番号をお付け下さい。

■ 器械・薬剤論文につきましては，特別有料掲載制度をご利用下さい。

■ 別刷について

1. 掲載論文には別刷30部および掲載誌1部を無料進呈いたします。
2. それ以上の別刷をご入用の場合は，50部単位でお申し込み下さい。

■ 原稿送付先

簡易書留郵便でお送り下さい。

〒113-0033 東京都文京区本郷3丁目35-4

(株)東京医学社「小児内科」編集部

TEL 03-3811-4119 (代表)

諸外国における異状死事情

Reportable death from the viewpoint of comparative law



武市 尚子

Hisako TAKEICHI

千葉大学大学院医学研究院法医学教室

◎欧米の死因究明制度は、①専門の行政機関が検案・解剖まで含め死因決定を行う方式と、②検死では捜査機関が主体となってかかわり解剖を大学の法医学研究所に委託する方式に大別できる。日本はその混合型となっている。また、届出すべき死体および届出先の分類については、①おおまかな定義を法定し細部を実務の運用を任せる方式、②死体の外的状況(屋外, 屋内, 病院内)で分ける方式、③具体的にポジティブリスト化する方式がある。ただしいずれの国も、診療関連死のみを他の死亡と異なる窓口で届出させたいうで特別の死因究明手続きを経る方式は採られておらず、診療関連死も通常の異状死と同様の手続きを経る。医療評価や再発防止対策の仕組みと死因究明機関は独立している制度が多いように思われるが、いかに解剖情報を事故調査や再発防止に活用するシステムを構築するかは各国での課題であろう。

Key word : 異状死届出, 死因究明, 診療関連死, 解剖制度

医師法 21 条は死体を検案した医師に“異状死”の届出義務を課しているが、“異状死”の定義について法規定はない。裁判例上は「単に死因についての病理学的な異状をいうのではなく死体に関する法医学的な異状と解すべき」(東京地方裁判所八王子支部, 昭和 44 年 3 月 27 日刑事裁判月報 1 巻 3 号 313 頁)とされ、法医学的異状死体とは、1990 年に厚生省(当時)の“腎移植医療の社会システムに関する研究”班によって示された「確実に診断された内因性疾患で死亡したことが明らかである死体以外のすべての死体」との定義が妥当であるとされる。ところが、都立広尾病院事件を契機として、いわゆる“診療関連死”(*脚注 1)を異状死届出することへの疑問が提起され、届出に続く解剖や死因究明全体の制度にかかわる議論が沸

き起こったのは周知のとおりである。そして現在、診療関連死の届出をめぐって(医師法上の異状死届出制度の見直しを含めた)、新しい制度のあり方が議論されている¹⁾。

異状死届出と死因究明の制度は各国で異なるが、欧米諸国では、①専門の行政機関が検死を行う英米法系と、②検死に捜査機関がかかわり解剖を大学の法医学研究所に委託する大陸法系の制度に大別することができる。日本は明治期に近代的医療・衛生行政を欧米から取り入れた際に、大陸法諸国(ドイツ・オーストリア)の制度を採用したが、戦後進駐軍によって監察医制度が部分的に導入された。このような経緯によって、わが国の異状死届出と死因究明の制度は屋上屋を架す複雑なものとなっている。

今日、社会の要請により診療関連死についてあらたな制度が検討されていることは、既存の制度の限界を克服し問題点を解消するためにどのような制度の改革が必要なのかを見直すよい機会であ

*脚注 1: 診療関連死の定義もまたかならずしも明らかでないが、本稿では診療行為が死亡に関与した可能性のある死亡(医療過誤による死から合併症による死まで含む)とする。

る。現在のところ診療関連死に焦点を絞って事故調査委員会に届出をするという方向性のような方向性があるが、異状死届出制度との整合性は慎重に図られなければならない。なぜなら医療の質向上のための医療評価や医療事故再発防止というまでもなく重要なテーマであるが、異状死届出と死因究明の制度は、犯罪摘発・治安維持、事故調査・安全対策、公衆衛生行政、疾病対策など、非常に広範な目的をもつ国家システムであり、その基盤を充実させるための視点から検討されなければならないからである。その意味で、諸外国の異状死届出および死因究明制度を概観して比較法的な考察を加えることは、わが国における異状死届出の見直しをめぐる議論を整理するうえで有益な作業となるであろう。

では、諸外国ではどのような死体が“異状死”体として届出され、“診療関連死”はどのように扱われているのであろうか。本稿では、大陸法系の制度としてドイツとオーストリア、英米法系の制度としてアメリカ・イギリスについて概説する(*脚注2)なお、以下の内容は文献としてあげた資料²⁻¹¹⁾のほか、著者が2003~2004年および2005年に行ったドイツ(ミュンヘン)、ウィーン、イギリス、アメリカ(ミシガン州)での現地調査をもとにしたものである。

なお、筆者の判断で解剖の名称を司法解剖・行政解剖と訳した部分があるが、各国で定義や方式、費用負担者等はそれぞれ日本とは異なることに留意されたい。

ドイツ

1. 死因究明制度の概略

ドイツでは死因究明のために行われる解剖は基本的に司法解剖(gerichtliche Sektion)である。検案はとくに専門化されておらず、医師であればだ

*脚注2: 松宮孝明氏⁸⁾は検死の権限の所在を軸に、①ドイツ型(司法機関集中型)、②オーストリア型(専門行政機関集中型)、③英米型(検死専門官型)、④フィンランド型(警察集中型)に分類しているが、アメリカのコロナー・メディカルエグザミナー制度とイギリスにおけるコロナー制度は異なるため、本稿では別に論じる。また、フィンランドについては、本紙特集、池谷「フィンランドに学ぶ死因救命制度」の稿を参照されたい。

れでもよいとされる。死体が不自然死である場合には医師は警察か検察官に届出なければならない。医師からの届出を受けた警察は検察官に報告し、検察官が解剖の要否を決定する。

2. 届出すべき異状死の定義

医師に届出義務が課されている異状死(nicht natürlicher Tod)については、連邦法および州法(バイエルン埋葬法)に明確な定義が規定されていない。州法の解説に「犯罪行為やその他の外力の作用による死だけでなく、事故死や自殺も含む」という記載があるのみである。医療関連死について異状死にあたるかどうかは明らかでない。他方、明確に事故を自覚した場合には当該医師は届出を免除される余地がある(自分が刑事訴追を受ける可能性がある場合、医師は検案を拒むことができる)。

3. 診療関連死との関連(医療行為の評価)

ドイツでは苦情を申し立てた患者や遺族に対して、州医師会の鑑定所や調停委員会が医療過誤についての判断(鑑定)を提供する制度がある。この鑑定は無料であり、費用は保険会社が負担する。これらの鑑定所は医療過誤を疑う患者や遺族にとっての相談窓口でもあるが、医療過誤疑いの事例は解剖されないことが多く、解剖情報が鑑定に利用されることは少ない。司法解剖の情報開示の権限は基本的に検察官に属する。遺族は代理人を通じて解剖報告書の閲覧を検察官に請求することができる。ただし、医療事件を多く手がける弁護士からは検察官の事件処理後になるので、非常に時間がかかるし、情報が得にくいとの意見もあった。

オーストリア(ウィーン)

1. 死因究明制度の概略

ウィーン市死体・埋葬法第1条(Wiener Leichen-und Bestattungsgesetz vom 16. Oktober 1970)により、ウィーンで死亡したか、ウィーンで死んで発見された人の死体はすべて検案(検死)を受けなければならない。個人の住宅、個人医院や老人ホームなどで死亡した場合は検案を行うのは市の検案医であるが、屋外(公園など)で死体が見つかった場合は警察医が検案を行う。ただし、病

理医のいる病院については検案医や警察医は関与しない。ウィーン市では司法解剖 (Gerichtliche Leichenöffnungen), 行政解剖 (Sanitätspolizeiliche Leichenöffnungen) とともにウィーン大学法医学教室で行われる。他の地方では例外的に病理学者, 病院の病理医によって行われることがある。

ウィーン市における年間の検案数は約 7,000 件, そのうち行政解剖となるものが約 1,500 件で, 司法解剖となるものが約 600 件とのことである。13 人の医師が 4 交替制で検案にあたる。

2. 届出すべき異状死の定義

前述のとおりすべての死体が何らかの形での検案(検死)を受ける。したがって, 検案を受ける対象は不自然死(異状死)に限られない。病理医のいる病院での死亡は院内での検案を受ける。それ以外については市の検案医や警察医による検案を受ける。警察は捜査の結果, 司法解剖をすべき理由を見出さなかった場合は市に行政解剖の実施を勧めることができるが, 医療過誤が疑われる場合は司法解剖が選ばれる。

院内での検案が行われる場合でも自ら医療過誤を疑う場合は検察庁に連絡をすることとなっている。院内での検案では隠蔽が行われるのではないかと、との質問に対しては、大きな病院ではチーム医療であり、医療者が多数かかわるので、隠蔽は不可能であろうとの回答であった。

イギリス

1. 死因究明制度の概略

イギリスでは coroner 法により, 全国民に coroner 事務所への異状死届出義務が課される。異状死届出後は警察が警察医と検視を行い, coroner 捜査官 (coroner's officer) に引き継がれる。coroner 捜査官は関係者から事情を聴取し, coroner に報告する一方, 遺族の対応を行う。coroner は死因究明に関連して関係者からの説明を受け, また専門家の意見を聞くことができる。診療関連死の事例では, 解剖室において当該医師から事情

*脚注 3: 同様に coroner 制度を採用するオーストラリア・ビクトリア州においては, 解剖情報を活用する先進的なシステムが構築されているようである。

を聴取しながら解剖をし, 聴取内容を文書化して当事者に確認・署名をさせて coroner に提出することが多い。事故などでは警察の捜査や刑事裁判の結果を待って, coroner が死因や死の態様(病死, 事故死, 医療合併症など)を評決する。医療事故や公的機関が関与したような重要な事例では inquest という検視法廷が開かれ, 遺族, 関係者, 必要な場合, 陪審員が招集される。この法廷では関係者により事実認定が行われる。ただし, この法廷では死因に関する事実認定のみが行われ, 関係者の責任についての言及や医療行為についての評価は行われない。

死因究明過程で得られた情報は, 遺族・当該医師のほか, coroner の責任で関係者に開示され, 必要に応じて刑事・民事・行政処分に利用できる (*脚注 3)。

2. 届出すべき異状死の定義

医師に法的な異状死届出義務はないが, 各種のガイドラインに従い, 医療との関連性が疑われる事例も届出ている。coroner 事務所に届出るべき異状死は, 戸籍法の記載に基づき, 国民健康保険・内務省・統計局・各 coroner 事務所のガイドラインや死亡証明書記載マニュアルに記載されている。具体的には, ①外因死が疑わしい状況や病歴がある場合, ②事故に関連した可能性があるかもしれない死亡(時期は問わない), ③労働・職業と関連している可能性がある死亡, ④流産と関連した死亡, 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の死亡, ⑥医療行為や治療と関連している可能性がある死亡, ⑦死者自身の行為が死に寄与した可能性のある死亡, たとえば自虐行為, 薬物・有機溶媒使用による死亡, ⑧警察または拘留所内の死亡(病死, 拘留中死亡を含む), 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, がイギリスの戸籍法による届出るべき死亡である。

アメリカ合衆国

1. 死因究明制度の概略

アメリカ合衆国では死亡は coroner か medical examiner (以下, ME と略)に届出される。州によりどちらを採用するかが異なっている¹²⁾。