

厚生労働科学研究費補助金
医療安全・医療技術評価総合研究事業

死体検案業務の質の確保・向上に関する研究

平成19年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 曾根 智史

平成20(2008)年 3月

目次

I. 総括研究報告	1
曾根智史	
II. 分担研究報告	14
死体検案研修のプログラムの開発・実施・評価（曾根智史）	
医療事故調査の現状－司法解剖の作用－（吉田謙一、伊藤貴子）	
司法解剖情報非開示の問題点－争訟化遺族調査より－（吉田謙一、伊藤貴子）	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	36

厚生労働科学研究費補助金（医療安全・医療技術評価総合研究事業）
総括研究報告書

死体検案業務の質の確保・向上に関する研究

主任研究者 曾根 智史(国立保健医療科学院公衆衛生政策部 部長)

研究要旨

研究目的：医療事故の再発予防や医療の質の向上のための社会的基盤の改善を目指して、医療関連死の取扱いに関する体制整備や検案・解剖の質の向上に寄与するための調査を実施した。

研究方法：1. 死体検案研修のプログラムの開発・実施・評価：国立保健医療科学院で開催された平成19年度死体検案研修について、一般目標（GIO）1項目、到達目標（SBO）4項目について受講生による自己評価を実施した。

2. 医療事故調査の現状の分析：インターネット上の無料検索サイトと既刊書より医療事故調査報告書を検索し、各報告書につき13項目を設定し、比較検討した。

3. 司法解剖情報非開示の問題点の分析（争訟化遺族調査）：家族の院内死亡後病院側と対立した遺族を対象に、解剖情報の開示に焦点を当て「なぜ遺族が訴訟を提起するのか」病院側と争訟化した遺族を対象に質問紙調査を行った。

結果と考察：1. 死体検案研修閉講時には開講時に比べて、実践に対する自己評価の大幅な改善が認められた。今回の死体検案研修が、全国で検案業務に携わる医師の資質の向上に有益であり、現場のニーズに合致したものであることが推察された。

2. 事故調査委員会設置時期や調査委員登用、事故原因の分析や評価項目などは各調査委員会、報告書によって様々であった。患者死亡例14例のうちの8例は患者死亡後異状死として警察に届出がされ、その後司法解剖が行われているが、解剖情報が医療機関側に開示されなかったことから事故調査委員会の原因究明に影響が及んでいた。

3. 遺族調査の結果、死亡した病院内で行われる病理解剖を拒否した遺族も多いこと、解剖を経験した多くが解剖結果と説明を求めて様々な行動を取っていること、解剖後、説明を受けるまでの期間は、病理解剖を経験した遺族が死亡から半年以内に説明を受けているのに対し、司法解剖を経験した遺族では2年以上経過した後に解剖結果を知ったとの回答が50%以上を占めていることが判明した。

結論：死体検案に携わる医師の資質向上のための研修は、ニーズが高く、研修も有益であることが推察された。異状死・医療関連死への対処システムは、医療の質の向上や国民の信頼構築のための重要なインフラであり、指摘された改善点についてはわが国でも早急に整備すべきである。

分担研究者

吉田 謙一（東京大学医学系研究科法医学講座 教授）

異状死とは、「臨床医が診療経過中に確実に内因性疾患による死亡と診断した死亡以外の全ての死」とされる。犯罪・事故・自殺・孤独死・医療事故関連死亡例の増加に伴い著増している。世界的には、異状死は行政機関

A. 研究目的

に届出て法医学専門家による検案・解剖を通じて公正な死因究明を受けるべき対象と解される。しかし、日本の監察医制度施行地域は、東京都23区・大阪市・神戸市のみである。それ以外の地域では警察医が検案の主役であるが、従来、研修制度がなく、質の担保が困難であった。また、日本の監察医制度非施行地域では、犯罪捜査を目的とした司法解剖が大勢を占め、死因究明上、最も重要な初期調査や解剖実施の決定は警察に委ねられている。

医師法第21条に基づく「医療関連死」の届出に関しては、平成16年4月、日本内科学会、外科学会、法医学会、病理学会によって、医療関連死の死因究明を担う第三者機関の設立に関する共同声明が出された。これを受けて、厚生労働省は平成17年度にモデル事業として、全国数地域で法医・病理医・臨床専門医が解剖・医療評価を行い、これを、学会代表、法律家等より構成される評価委員会で検討し、事故の予防に役立てる試みを開始した。そして、調査の実務を担当するコーディネーター・調整看護師をおき、調査担当医とともに、実務に関する具体的な検討をし、指針を作成している。

異状死全般の死体検案業務の質の向上を図るとともに、検案医の不足を補い質の向上等に寄与するための研修及び政策提言を行うことを第一の目的とする。検案・解剖に関する調査により、監察医制度の拡充につなげる方策も検討したい。第二に、平成17年度より厚生労働省補助金をもとに、諸学会が実施しているモデル事業の実務内容を検討して、医療関連死の死因究明に関わる行政機関と死因究明の制度を創る方策を探ることを目的とする。例えば、医療関連死に関する報告義務に関しては、当事者ばかりでなく、解剖・評価する側の法的責任も問われることから、実務と法制度の関係の設定条件が重要な課題となる。また、患者・遺族の要求に応え、紛争を予防・処理し、公正で透明な専門家の医療評価を示すシステムを創る必要がある。さらに、これ

らの結果を、IT等を利用して個人情報の保護に留意しつつ適切に公開することによって、医療事故の再発予防や医療の質の向上に役立てることが求められる。

この研究によって、死体検案システムの改善に関する政策提言につなげる。

B. 研究方法

今年度は、以下の3つの研究を実施した。

1. 死体検案研修のプログラムの開発・実施・評価に関する研究

平成19年度の国立保健医療科学院における死体検案研修では、10月に講義を中心とした研修（前半）を2日間行った。その後、受講者各自で東京都監察医務院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した。その上で、2月に講義および実習報告と全体の質疑応答からなる研修（後半）を1日間行った。

本研修のGIO1項目、SBO4項目について、10月の開講時と翌年2月の閉講時に到達度について、受講者にそれぞれ6段階で自己評価させた。

2. 医療事故調査の現状の分析

インターネット上の無料検索サイト“yahoo”“google”を利用して、“医療事故調査委員会報告書”を検索した。これに、既刊書に掲載された報告書を加えて調査対象とした。各報告書について、発生事例と患者の転帰、調査委員会の設置目的、調査委員の構成のほか、事故発生の経過、原因、背景など記載内容に基づき、比較検討した。

3. 司法解剖情報非開示の問題点の分析(争訟化遺族調査)

患者死亡後、訴訟を提起した遺族、及び弁護士に調査を依頼したが訴訟を提起しなかった遺族を調査対象とした。解剖実施の有無は問わず、弁護士への依頼時期・弁護士の受任時期に関する制限はない。民事医療訴訟の原

告側弁護士グループの全国的組織である「医療事故情報センター」の承諾を経て、各地の弁護士の受諾協力下に、その依頼人（遺族）を対象に、平成19年2月～8月の間に無記名・選択式・自由記述式のアンケートを配布し、回答者から郵送法で回収した。なお、調査票末尾に任意でのインタビュー調査の依頼を付し、これに応じる旨回答した遺族に対しては、個別に電話にてインタビューを行った。

主な質問項目は以下のとおりである。

①「家族の死亡に関して知りたかった項目（死後直後、解剖された場合には解剖結果を知った時）」

②「解剖の提案の有無、提案・説明の内容、それに対する遺族の諾否」

解剖を受けた方に対し「解剖結果の説明をいつ誰から受けたか、また解剖結果を知るためにどのような行動を取ったか」

③「解剖結果を知ったこと、知らないことが医療機関との対話・交渉に与えた影響」、「なぜ訴訟提起に至ったのか」、「何があれば訴訟提起にまでは至らなかったか」

（倫理面への配慮）

質問紙調査で得られた情報については、アクセスを主任・分担研究者に限定した。データについては、記録媒体を制限し、ネット上でやりとりせず、パスワードをかけ、解析後は主任研究者に返却し一括管理した。

研究3については、東京大学大学院医学系研究科の研究倫理審査会の許可を得た上で実施した。

C. 研究結果

1. 死体検案研修のプログラムの開発・実施・評価に関する研究

全課程を修了した107名のうち、開講時と閉講時の調査票に回答し、かつ、GIO、SBOの到達度評価に回答した86名（80.4%）を解析の対象とした。

GIOについては、開講時には、4が4割ある一方、3以下が4割で、5、6は合わせて2割に満たない程であったが、閉講時には、3以下は2割程度に減少し、逆に5、6が合わせて3割を超えるようになった。

SBO1、2については、開講時には、3以下が4割、5、6が合わせて2割程度であったが、閉講時には、3以下は2割程度に減少し、逆に、5、6が合わせて約4割まで増加した。SBO3については、開講時には、3以下が合わせて64%で、4が2割、5、6が合わせて14%程度であったが、閉講時には、4が4割以上となり、5、6が合わせて3割近くにまで増加した。SBO4については、開講時には、3以下が合わせて6割近くを占めていたが、閉講時には、3以下が2割程度まで減少し、一方、5、6が合わせて3割以上に増加した。

平均点をみると、開講時に、GIO、SBO1、2、4はいずれも3を超えていたが、SBO3はやや低く3に満たなかった。閉講時は、GIO、SBOはすべて4以上に改善していた。

2. 医療事故調査の現状の分析

検索の結果、平成11年3月～平成18年11月に公表された21の事故調査委員会報告書（概要版を含む）を得た。19例はインターネット上で、残り2例は既刊書より得られた。

2名の患者が取り違えられ誤った臓器に手術が実施された事例、透析機器など医療機器の誤操作による事故、薬剤の過量投与など、事故の態様は様々であったが、過誤と思われる事例が15例あった。21例中14例は、初回調査委員会開催時に患者が死亡していた事例、5例は報告書公表時の段階で意識不明、残りは治療の遅れが問題となった事例と意識が回復した事例である。

(1) 事故調査委員会設置の目的

報告書の大半が事故原因の究明と事故の再発防止対策の提言を目的に掲げていた。なお、事故調査、調査委員会設置の目的に全く触れていない報告書も見受けられた。

各事故調査報告書の記載内容について、医療事故被害者側に立つ医療問題弁護団が出している意見書及び自己評価ガイド参考に、診療経過の記載内容、事故発生の機序や原因の分析、再発防止策など13の項目について比較・検討した。

事故発生前後の診療経過をカルテ・看護記録等で確認して記録したもの、関係者へ複数回、聴取した上、分きざみの経時的記録を載せたものが大半であった。一方で、極めて簡潔に事実のみが列挙されているが、何名の関係者が、どのように関与していたのかが不明な報告書もあった。事実の記載の詳細さは、報告書ごとに大きな違いが認められた。

事実関係の適切な確認を前提として行われる原因分析として、根本原因分析(RCA分析)、4M4E分析など、確立された分析方法を用いる報告書がある一方で、調査委員各自が専門的な見地から意見を出し合い、独自の方法で原因分析を行ったと思われる報告書もあった。

(2) 事故調査委員会における委員の構成

委員が3名という小規模の事故調査委員会もあれば、10名を超える比較的規模の大きな事故調査委員会も見受けられる。概ね6名から9名くらいのメンバーにより調査委員会が構成されることが多い。調査委員会の委員構成は報告書によっては調査委員会の開催回数や人員構成について公表されていない例もあるが(4例)、完全に病院内部のメンバーのみによって構成された1例の他は、院内メンバーと外部専門家による混合型調査委員会(10例)、調査委員全員が外部専門家により構成された完全外部型調査委員会(7例)に分類された。内部委員の職種・役職は、診療科長・医長、事務部長・事務長が多い。外部調査委員として、当該診療科専門医のほか、弁護士、法学者が委員となるケースが多かった。

(3) 調査委員会の招集から報告書提出まで

21例中5例は、事故発生の翌日から1週間以内に調査委員会が招集されたが、半年以降に第1回委員会が開催された事例が5例あり、

2年7ヶ月経過後に初めて召集された委員会もあった。大半の報告書は、第1回委員会開催日から1ヶ月ないし半年以内に報告書を出していた。また公立系の多くの病院では、委員会設置にあたり事故調査委員会設置要綱を作成し、諮問者・提出先が明記された上で、調査委員が召集されていた。大学病院等では、病院長が諮問者と明記されていた例もあったが、約半数では、諮問者や提出先の記載がなく、医療機能評価機構への報告など法的対応、あるいは、院内医療安全マニュアルの規定に従って設置されたか否か等、調査委員会設置に至る背景が不明であった。

3. 司法解剖情報非開示の問題点の分析(争訟化遺族調査)

調査票を248部郵送し、89部回収した(回収率35.8%)。このうち、インタビュー調査を受諾した回答者27名には電話でインタビューを行った。

(1) 遺族が知りたいと望む項目

解剖を経験した遺族への死亡からある程度期間が経過し、解剖結果が説明された時(説明を受けていない方にはアンケート回答の時点における)における、知りたいことに関する質問に対して、死後直後に比べて「生前の医療行為と死亡との因果関係」「医療ミスの有無」については47.7%から95.8%にほぼ倍増し、解剖を受けた遺族は死亡直後に比べ、結果の説明を受けた時に医療行為と死亡との因果関係、医療ミスの有無についてより強く知りたいと思っていることが判明した。すなわち、死亡後の時間が経つにつれて、遺族は医療ミスを疑うようになることが明らかになった。

(2) 解剖提案の有無と遺族の意識

事故を起こした病院内で行われる病理解剖に対して抵抗感を表明し、解剖の提案を拒否した遺族も9件あった。その理由として、「事故を起こした病院にそんなこと(解剖)させるわけにはいかない。ごまかされると思い拒

否した」、「事故を起こした病院が（病理）解剖するのでは全てが隠されると思った」といった回答が寄せられた。また、解剖の提案を受けなかった遺族からは「解剖の話がなかったのは、自分達のミスを隠すためではないかと強く疑った」といった回答が挙げられた。

（3）解剖後の説明を求めて

解剖を受けた遺族の多くが解剖結果と説明を求めて様々な行動を取ったことがわかった。「担当医・医療機関に面会を要求した」遺族は病理解剖群で94.7%、司法解剖群で73.0%に及ぶ。そして「解剖医に対して面会を要求した」遺族は病理解剖群の21.0%、司法解剖群の76.9%であった。

解剖後、説明を受けるまでの期間は、司法解剖群が病理解剖群より極めて長いことがわかった。

（4）医療機関との対話・交渉への影響

解剖を受けたこと・受けなかったこと、そして解剖結果を知ったこと・知らされなかったことが、遺族と医療側との対話や交渉に与えた影響について尋ねた。その結果、遺族にとって良い影響と、悪い影響があることが判明した。

まず、病理解剖・司法解剖を問わず、解剖を受けたことが医療機関との対話・交渉に利点があったと考える遺族は解剖実施例の30.6%（15件）であった。

解剖を受けたが、結果が適切に伝えられなかったため、かえって医療機関との対話・交渉に悪影響を及ぼしたという回答が全解剖例の75.0%（48例中36例）あった。

D. 考察

1. 死体検案研修のプログラムの開発・実施・評価に関する研究

GIO、SBOの到達度の自己評価からは、検案業務の実践における知識・技術の向上に本研修が大きく貢献したことが推察された。

また、各水準を点数化して算出した平均点をみても、閉講時にはいずれも4以上となっ

ており、上記の改善に関する所見を裏付けている。

さらに、本研修に対する満足度や業務への役立ちについても、いずれも肯定的な意見が100%を占め、受講者から、極めてポジティブな反応が得られたと言える。

検案に従事する医師は、本研修の自己評価の水準でいうと、最低限、「4. 必要な支援があれば、現場で実践することができる」水準に到達していることが求められる。本評価研究の結果からも、本研修は、検案に携わる医師の技術の底上げに大きく寄与しているものと思われるが、さらに、水準3以下の医師を引き上げる何らかの手段が必要であろう。

また、定員を大きく超える受講者数や国立保健医療科学院での2日間+1日間の講義（日曜・祝日に実施）と現場での見学実習という日程的にも内容的にも盛りだくさんのプログラムを、80%の受講者が修了したという事実からも、本研修が現場の切実なニーズに適合したものであることがうかがえた。国立保健医療科学院が主催する研修は年1回だけであるが、今後は本研修をモデルとして、各地で同様の研修が実施されることが、検案業務の質の向上にとって望ましいと考えられた。

2. 医療事故調査の現状の分析

(1) 事故調査の目的

医療法施行規則11条4号によれば、病院又は患者を入院させるための施設を有する診療所管理者は、医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講じることとされている。この規則によって、医療機関の管理者は医療事故の調査を義務付けられている。

医療事故被害者らは、事故発生後に「真相究明」「情報開示と証明責任」「法的責任の明確化」「反省謝罪」「再発防止」の5つを願うといわれている。医療事故調査委員会による事故原因の真相究明、事故調査の情報の適切な開示、そして事故調査報告書の提言に

基づいた再発防止の実施によって、被害者ばかりでなく、医療従事者の救済にもつながるものと考えられる。実際、多くの事故調査報告書は、これらの点に適切に触れていた。

(2).委員会設置基準・調査委員の登用

今回、具体的な記載がなかった4例を除くと、「完全内部型調査委員会」は1例のみで、内部委員と外部委員の比率の違いはあるとしても「外部委員参加型調査委員会」が大半であった。外部委員の参加によって、事故調査・原因究明の客観性、透明性、公正性を担保できると考えられる。

(3).医療事故調査委員会設置の時期

当事者の記憶の正確性の保持が時間経過とともに困難となること、本人自身や第三者の働きかけによる“つじつま合わせ”の意図が芽生えることなどを考えると、事故発生直後に事実を証拠として保存すべきことは明らかである。また、医療機関側の初期対応の遅れが、患者・家族の医療機関への信頼喪失にもつながることにも配慮すべきである。

(4).刑事捜査との関係

事故調査委員会における調査と警察の刑事捜査が、調査資料をはじめ事情聴取を受ける関係者に対して競合することになる。

警察の捜査では、犯罪性の有無を判断するための証拠として、裁判所から出された令状の下、診療録、看護記録、医療機器等の証拠が押収される。そのため、調査委員会が上記の証拠をもとに事故原因を究明することが、大きく制限される。また、当該医療機関としても、遺族に説明を求められたとしても手元に資料がなく、かつ警察の捜査に対する懸念から、十分に説明をすることができない。

(5).司法解剖結果が開示されないことの弊害

医師法21条に基づき異状死として警察に届け出た場合には、刑事捜査の一環として司法解剖に付される。このような事例では、証拠が警察に差し押さえられることに加えて、司法解剖の結果に関する情報は刑事訴訟法の規定により原則として公にされない。司法解

剖に関する情報が開示されないことの弊害は「当該医療機関」においても強く叫ばれている。8例の警察取り扱い事例の内、4例では医療機関側が解剖結果に関する情報を得ることができないことの悪影響を示している。

(6).再発防止策の提言

医療事故の調査では、原因究明とともに、再発防止策の提言が重要である。今回、検討した調査報告書において、具体的な再発防止対策が含む内容は、報告書ごとに大きく異なっていた。これは事故の多様性、用いた事故原因の分析法の違いに加えて、各医療機関の再発防止に対する意識の差によると考えられる。報告書が提出された後、一定期間経過後に外部評価を行うことは再発防止策の実効性を評価・検討する上で極めて有効である。

(7).公正性・透明性の確保

調査の透明性を図るためには、報告書に調査委員会の審議経過を記載することが望まれる。また、調査委員会に提出された資料のリスト、ヒヤリング対象者のリスト、場合によっては、調査委員やオブザーバーから出された意見書も付されるべきであると考えられる。

事故調査委員会の審議過程に透明性を確保するためには、医療従事者以外の第三者が審議に参加することが求められよう。

作成された事故調査報告書の一般への公表は、医療機関の裁量によるものであって、今回の調査対象例のように7年間でもわずか21報告書に過ぎない。報告書の公表には、病院が医療の透明性を示し、社会に対し説明責任を果たしていることを示す意味がある。一方、再発防止のための警鐘事例としての意義も大きい。これらを考慮すると、報告書の公表は任意とするのではなく、医療法施行規則等で強制する必要があると考えられる。

3. 司法解剖情報非開示の問題点の分析(争訟化遺族調査)

診療行為に関連して家族を失った遺族は、死亡直後には死因等について強く知りたいと

望んでいる。そして時間の経過とともに診療行為と死亡との因果関係、医療ミスの有無などを知りたいと思うようになることが明らかになった。加えて、司法解剖後の遺族への情報開示の制限や遅れがもたらす影響は、予想以上に深刻であった。

E. 結論

1. 受講者による受講前後の GIO、SBO の自己評価結果から、今回の死体検案研修が、全国で検案業務に携わっている医師の資質向上にたいへん有益であることが推察された。医師の死体検案研修へのニーズは高く、検案業務の質の向上のためには、本研修をモデルとした同様の研修を各地で開催することが望ましいと考えられた。
2. 医療事故の真相究明・再発防止への取り組みを行うことによって国民全体からの医療への安全と信頼を得るためには、事故発生後に適切に事故調査が実施されることはいうまでもなく大切であるが、公表された事故調査をいかに有益なものとして事故が起こりうる現場に活かしていくかということがより重要なことである。
3. 司法解剖を受けた診療関連死者の遺族が、早期に解剖の情報の開示を求めていること、開示の遅れ、不十分さが争訟化に繋がることがわかった。今後、司法解剖の情報を、早期に遺族と医療機関側の双方に対して開示することを法制度上あるいは運用上認めることが求められる。また、遺族側、あるいは病院の事故調査委員会の求めに応じて、情報を開示することが求められる。これらの対応によって、病院と遺族の関係を良好に保ち、争訟化を抑えることができると期待される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1)伊藤貴子, 信友浩一, 吉田謙一. 事故報告書から捉える医療事故調査の現状とあり方—公表された 21 例の実例報告書を素材に—. 安全医学 2007;4:30-38
- 2)伊藤貴子, 池田典昭. 総説 医療行為関連死の司法解剖例にみる現状. 福岡医学雑誌 2007;98:245-252
- 3)伊藤貴子, 中島和江, ルエラ松永他. 英国の国立患者安全機構と世界初国家医療事故報告制度. 日本医事新報 2007;4331:76-80

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

死体検案研修のプログラムの開発・実施・評価

主任研究者 曾根 智史（国立保健医療科学院公衆衛生政策部 部長）

研究要旨

死体検案業務の質の向上を目的として、平成16年度より全国の検案業務に携わる機会の多い医師を対象に、国立保健医療科学院を会場に「死体検案研修」を実施している。19年度は、大幅にカリキュラムを改変するとともに、国立保健医療科学院で導入された評価方法を用いた研修評価を実施した。本研究では、研修の概要を説明するとともに、19年度の研修評価結果について報告する。

10月に講義を中心とした研修（前半）を2日間行った。その後、受講者各自で東京都監察医務院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した。その上で、2月に講義および実習報告と全体の質疑応答からなる研修（後半）を1日間行った。本研修のGIO1項目、SB04項目について、10月の開講時と翌年2月の閉講時に到達度について、受講者にそれぞれ6段階で自己評価させた。

10月の研修会前半には定員100名のところ、132名の医師が参加した。最終的に、前半（2日間）、見学実習、後半（1日間）のすべてを完了し、修了証書を授与された者は107名（81%）であった。GIO、SB0については、多少の程度の差はあるが、いずれも、閉講時には開講時に比べて、実践に対する自己評価の大幅な改善が認められた。

以上の結果より、今回の死体検案研修が、全国で検案業務に携わる医師の資質の向上に有益であり、現場のニーズに合致したものであることが推察された。

A. 研究目的

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、死体検案業務の質の向上を目的として、平成16年度に、検案業務に携わる機会の多い医師を対象に、国立保健医療科学院を会場に「死体検案研修会」を実施した。その後、平成17年度からは、厚生労働省医政局医事課からの移し替え予算による国立保健医療科学院の正式な研修として、日本法医学会の協力を得て、実施されている。

平成19年度は、大幅にカリキュラムを改変するとともに、国立保健医療科学院で導入された評価方法を用いた研修評価を実施した。本研究では、研修の概要を説明するとともに、平成19年度の研修評価結果について報告し、今後の死体検案研修のあり方について検討することを目的とする。

B. 研究方法

1. プログラムの概要

本研修会は、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、検案業務に携わる機会の多い医師である。日

本医師会の協力を得て、全国の郡市区医師会を通じて参加者募集を行った。

研修会は大きく三つの部分からなっている。まず、10月に講義を中心とした研修（前半）を2日間行った（日曜日・祝日実施）。その後、受講者各自で東京都監察医務院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した。その上で、2月に講義および実習報告と全体の質疑応答からなる研修（後半）を1日間行った（日曜日）。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た。前半および後半部分は、国立保健医療科学院で実施された。受講料は無料であった。

10月の研修会前半には定員100名のところ、132名の医師が参加した。最終的に、前半（2日間）、見学実習、後半（1日間）のすべてを完了し、修了証書を授与された者は107名（81%）であった。

2. プログラムの内容

まず、本研修の一般目標（GIO：General Instructional Objective）1項目と到達目標（SBO：Subjective Behavioral Objective）4項目を以下のように設定した。

GIO

死体検案に関する基本的な知識、技術を習得することにより、死体検案書の記載をはじめ、法的、科学的、社会的に適切な対応がとれるようになる。

SBO

1. 死体検案時における死因推定に必要な知識、技術を身につけ、適切な死体検案書を書くことができる。
2. わが国の異常死の取り扱いに関する諸制度を理解し、現場で適切に対処できる。
3. とくに児童虐待死や他殺については、見逃すことのないような水準の知識、技術を身につける。

4. 医療関連死をめぐる制度の問題点と動向について理解する。

本研修会の実施にあたっては、日本法医学会の全面的協力をいただいた。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、東京都監察医務院等にご協力いただいた。

参考資料1は、平成19年度のプログラムである。平成19年度は、検案を行う際に必要とされる基本的知識や判断技術の修得に特に焦点を当てたプログラムに改変し、死亡現象や窒息死・中毒死などの死因別の講義を増やした。また、近年注目されている虐待や在宅死についてもさらに内容を充実させた。

3. プログラムの評価

国立保健医療科学院では、平成19年度からGIOとSBOについて、開講時と閉講時に、受講者に対して到達度を以下の6段階の自己評価で調査している。

1. 知識・技術がまったくない。
2. 概念や考え方を知っている。
3. 概念や考え方を総合的に理解しているが、現場で実践することができない。
4. 必要な支援があれば、現場で実践することができる。
5. 自分で現場で実践することができ、他の人に説明することができる。
6. 関連する知識や技術を総合的に扱い、批判的に吟味し、他の人に教育することができる。

死体検案研修についても、この尺度で、前述のGIO1項目、SBO4項目について、10月の開講時と翌年2月の閉講時に到達度について、受講生に自己評価をしてもらった。

閉講時には、上記自己評価に加えて、調査票を用いて、研修全体の満足度と業務に役に立つかどうかを尋ねた。

(倫理面への配慮)

研修会受講者に対する調査では、回答内容がそのまま公表されないことを明記し、インフォームドコンセントを得て、調査への協力を依頼した。調査原票、データの管理については、アクセスを主任・分担研究者に限定し、最大限の秘匿性確保対策を講じた。具体的には、調査原票については、入力完了後、細かく裁断の上破棄した。データについては、記録媒体を制限し、ネット上でやりとりせず、パスワードをかけ、解析後は主任研究者に返却し一括管理した。

C. 研究結果

全課程を修了した107名のうち、開講時と閉講時の調査票に回答し、かつ、GIO、SBOの到達度評価に回答した86名(80.4%)を解析の対象とした。

表1に、研修前後における到達度の自己評価の結果を示す。それぞれの水準に回答した者の割合を%で示すとともに、水準1~6をそれぞれ1~6点として点数化して算出した平均点も算出した。

GIOについては、開講時には、4が4割ある一方、3以下が4割で、5、6は合わせて2割に満たない程であったが、閉講時には、3以下は2割程度に減少し、逆に5、6が合わせて3割を超えるようになった。

SB01、2については、開講時には、3以下が4割、5、6が合わせて2割程度であったが、閉講時には、3以下は2割程度に減少し、逆に、5、6が合わせて約4割まで増加した。

SB03については、開講時には、3以下が合わせて64%で、4が2割、5、6が合わせて14%程度であったが、閉講時には、4が4割以上となり、5、6が合わせて3割近くにまで増加した。

SB04については、開講時には、3以下が合わせて6割近くを占めていたが、閉講時には、

3以下が2割程度まで減少し、一方、5、6が合わせて3割以上に増加した。

平均点をみると、開講時に、GIO、SB01、2、4はいずれも3を超えていたが、SB03はやや低く3に満たなかった。閉講時は、GIO、SBOはすべて4以上に改善していた。

また、表には示さないが、閉講時に、研修全体の満足度について、4段階(とても良かった、概ね良かった、あまり良くなかった、まったく良くなかった)で尋ねたところ、「とても良かった」70.9%、「概ね良かった」29.1%、それ以外の回答なし、であった。さらに、本研修が業務に役立つかを4段階(とても役に立つ、概ね役に立つ、あまり役に立たない、まったく役に立たない)で尋ねたところ、「とても役に立つ」62.4%、「概ね役に立つ」37.6%、それ以外の回答なし、であった。

D. 考察

SB01、2については、事前と事後においてほぼ同様の改善を示した。研修終了時にはほぼ8割の受講者が4以上、つまり実践ができる水準に達したと自己評価していた。

SB03については、虐待や他殺など異状死の中でもやや特殊な分野を扱っているため、事前の自己評価は低めであり、事後も他のSBOに比べやや低めではあったが、それでも7割の受講者が4以上の水準に達していたことから、研修が到達度の向上に効果があったと言える。

SB04については、医療関連死に関する到達目標であり、事前評価もそれほど高くなかったが、事後評価においても改善はしているものの、SB01、2ほどではなかった。講義での取り上げ方が不十分だったのが原因と考えられ、改善の余地があるものと思われる。

GIOについては、事後においては、4以上が8割近くに達し、全体としては、検案業務の実践における自己評価の改善に本研修が大きく貢献したことが推察された。

また、各水準を点数化して算出した平均点をみても、閉講時にはいずれも4以上となっており、上記の改善に関する所見を裏付けている。

さらに、本研修に対する満足度や業務への役立ちについても、いずれも肯定的な意見が100%を占め、受講者から、極めてポジティブな反応が得られたと言える。

検案に従事する医師は、本研修の自己評価の水準でいうと、最低限、「4. 必要な支援があれば、現場で実践することができる」水準に到達していることが求められる。本評価研究の結果からも、本研修は、検案に携わる医師の技術の底上げに大きく寄与しているものと思われるが、さらに、水準3以下の医師を引き上げる何らかの手段が必要であろう。

また、定員を大きく超える受講者数や国立保健医療科学院での2日間+1日間の講義(日曜・祝日に実施)と現場での見学実習という日程的にも内容的にも盛りだくさんのプログラムを、80%の受講者が修了したという事実からも、本研修が現場の切実なニーズに適合したものであることがうかがえた。国立保健医療科学院が主催する研修は年1回だけであるが、今後は本研修をモデルとして、各地で同様の研修が実施されることが、検案業務の質の向上にとって望ましいと考えられた。

E. 結論

受講者による受講前後のGIO、SBOの自己評価結果から、今回の死体検案研修が、全国で検案業務に携わっている医師の資質向上にたいへん有益であることが推察された。

医師の死体検案研修へのニーズは高く、検案業務の質の向上のためには、本研修をモデルとした同様の研修を各地で開催することが望ましいと考えられた。

【謝辞】

本研修・研究について多大なるご協力をいただきました日本法医学会と会員の先生方に深く感謝致します。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1 平成19年度死体検案研修前後における自己評価によるGIO、SBOsの水準(%、86名)

水準	GIO 事前	GIO 事後	SBO1事前	SBO1事後	SBO2事前	SBO2事後	SBO3事前	SBO3事後	SBO4事前	SBO4事後
1. 知識・技術がまったくない。	11.6	1.2	14.0	1.2	16.3	2.3	19.8	3.5	15.1	1.2
2. 概念や考え方を知っている。	20.9	5.8	17.4	7.0	23.3	5.8	23.3	2.3	19.8	4.7
3. 概念や考え方を総合的に理解しているが、現場で実践することができない。	11.6	12.8	11.6	11.6	10.5	16.3	20.9	20.9	23.3	17.4
4. 必要な支援があれば、現場で実践することができる。	38.4	45.3	34.9	39.5	30.2	38.4	22.1	44.2	24.4	45.3
5. 自分で現場で実践することができ、他の人に説明することができる。	14.0	29.1	19.8	32.6	17.4	31.4	11.6	24.4	14.0	26.7
6. 関連する知識や技術を総合的に扱い、批判的に吟味し、他の人に教育することができる。	2.3	4.7	2.3	8.1	2.3	5.8	2.3	4.7	2.3	4.7
平均点	3.3	4.1	3.2	4.2	3.2	4.1	2.9	4.0	3.1	4.1

GIO: 死体検案に関する基本的な知識、技術を習得することにより、死体検案書の記載をはじめ、法的、科学的、社会的に適切な対応がとれるようになる。

SBO1: 死体検案時における死因推定に必要な知識、技術を身につけ、適切な死体検案書を書くことができる。

SBO2: わが国の異常死の取り扱いに関する諸制度を理解し、現場で適切に対処できる。

SBO3: とくに児童虐待死や他殺については、見逃すことのないような水準の知識、技術を身につける。

SBO4: 医療関連死をめぐる制度の問題点と動向について理解する。

注) 平均点は、水準1~6をそれぞれ1~6点と点数化して算出した。

平成19年度 国立保健医療科学院 特定研修「死体検案研修」プログラム

会場：国立保健医療科学院（埼玉県和光市） 別館棟5階講堂

前半：平成19年10月7（日）・8日（祝：体育の日）

後半：平成20年2月10日（日）

第1日（平成19年10月7日）

9：30～9：50	開講式	厚生労働省担当官 日本法医学会理事長中園一郎
9：50～10：50	検案と解剖の制度（監察医制度）	木下博之（兵庫医科大学）
11：00～12：00	死体現象と死亡時刻推定1	平岩幸一（福島県立医科大学）
13：00～14：00	死体現象と死亡時刻推定2	平岩幸一（福島県立医科大学）
14：10～15：10	死体検案の実際（VTR）と検案の注意点	大野曜吉（日本医科大学）
15：20～16：20	死亡診断書・死体検案書の作成上の留意点	大野曜吉（日本医科大学）
16：30～17：30	死因の考え方：原死因、死因の種類、ICD	吉田謙一（東京大学）

第2日（平成19年10月8日）

9：00～10：00	内因性急死1	山崎健太郎（山形大学）
10：10～11：10	内因性急死2	山崎健太郎（山形大学）
11：20～12：20	窒息死	中園一郎（長崎大学）
13：20～14：20	中毒死	木下博之（兵庫医科大学）
14：30～15：30	異常環境死	大澤資樹（東海大学）
15：40～16：40	損傷の見方（総論）	向井敏二（聖マリアンナ医科大学）

【この間に、各自で東京都監察医務院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（申込み方法等については、別途説明します）。】

第3日（平成20年2月10日）

9：00～10：00	頭部外傷	木林和彦（佐賀大学）
10：10～11：10	交通外傷	山内春夫（新潟大学）
11：20～12：20	虐待とニグレクト（乳幼児、老人、DV）	佐藤喜宣（杏林大学）
13：20～14：20	在宅死（独居死亡、在宅医療、入浴中死亡）	徳留省悟（獨協医科大学）
14：30～15：30	事例報告または総合質疑応答	中園一郎他
15：30～16：00	修了式	厚生労働省担当官 日本法医学会理事長中園一郎

医療事故調査の現状－司法解剖の作用－

分担研究者 吉田謙一 東京大学大学院医学系研究科 教授
研究協力者 伊藤貴子 九州大学大学院医学研究院 大学院生
東京大学大学院医学系研究科 客員研究員

研究要旨：公表されている医療事故調査報告書を分析・検討のうえ、医療事故調査の現状とあり方を考察することを目的に、今回インターネット上無料検索サイトと既刊書より医療事故調査報告書を検索し、各報告書につき13の項目を設定し、比較検討した。検索の結果、平成11年から平成18年に公表された21の医療事故調査委員会報告書を得ることができた。発生した事例の様子は医療機器の誤操作による事故、薬剤の過量投与例などがあり、重大な過失事例では患者死亡例も多く見られた。事故調査委員会設置の時期や調査委員の登用、事故原因の分析や評価項目などは各調査委員会、報告書によって様々である。患者死亡例14例のうちの8例は患者死亡後異状死として警察に届出がなされ、その後司法解剖が行われているが、解剖情報が医療機関側に開示されなかったことから事故調査委員会の原因究明に影響が及んでいることが判明した。

医療事故の真相究明・再発防止への取り組みを行なうことによって国民全体からの医療への安全と信頼を得るためには、事故発生後に適切に事故調査が実施されることはいうまでもなく大切であるが、事故調査過程においてきわめて重要な解析ツールとなる司法解剖情報が活かされない現状を今後は払拭すべき必要がある。

A. 研究目的

医療安全の向上のためには、当事者達が発生した事故の原因・背景、関係者の対応等を客観的に記録し、当事者、及び第三者が公正に分析・評価した上、再発防止策の検討と提言、その実行が求められる。患者側の懸念を煽る医療事故報道が相次ぐ中、昨今医療事故調査委員会が設置されることが常態となっている。そして、当該委員会がまとめた事故調査報告書が、種々のメディアやインターネットに公開されるようになってきた。事故原因の究明と再発防止は、患

者・遺族側、医療従事者側に共通する願いである。事故調査報告書は、この願いを表現する媒体であるのに加えて、調査の公正性・妥当性を検証する基礎資料である。本報告書では、公表された事故調査報告書を分析・検討した上、医療事故調査に解剖（特に司法解剖）がどう作用したか考察した。

B. 研究方法

インターネット上の無料検索サイト“yahoo”
“google”を利用して、“医療事故調査委員会報

告書”を検索した。これに、既刊書に掲載された報告書を加えて調査対象とした。各報告書について、発生事例と患者の転帰、調査委員会の設置目的、調査委員の構成のほか、事故発生の経過、原因、背景など記載内容に基づき、比較検討した。

C. 研究結果

検索の結果、平成 11 年 3 月～平成 18 年 11 月に公表された 21 の事故調査委員会報告書(概要版を含む)を得た(表 1)。19 例はインターネット上で、残り 2 例は既刊書より得られた。2 名の患者が取り違えられ誤った臓器に手術が実施された事例、透析機器など医療機器の誤操作による事故、薬剤の過量投与など、事故の様子は様々であったが、過誤と思われる事例が 15 例あった。21 例中 14 例は、初回調査委員会開催時に患者が死亡していた事例、5 例は報告書公表時の段階で意識不明、残りは治療の遅れが問題となった事例と意識が回復した事例である。

(1).事故調査委員会設置の目的

報告書の大半が事故原因の究明と事故の再発防止対策の提言を目的に掲げている。事故発生後病院と遺族関係が極めて悪化した 1 例では、民事訴訟上の和解成立後に委員会が設置されたが、当該委員会が出した報告書は「反省と謝罪を前提として、本件事故の背景を明らかにするとともに、今後の連合会病院における医療事故再発防止策を検討」することとしており、報告書の公表先が、連携する外部の病院に及んでいる。マスメディアの報道により医療機関の隠蔽が疑われた別の 1 事案の事故調査委員会では、「病院の問題状況を明らかにし、今後の医療の安全確保と医療水準の向上に寄与する提言」が

調査目的に掲げられていた。提言の内容も、①医学的原因究明、②過誤の究明、③過誤と認められるときには組織的隠蔽の有無を判定、④これらを踏まえて医学的・組織的欠陥の除去および事故防止対策確立のための提言を行なうと明記されていた。なお、事故調査、調査委員会設置の目的に全く触れられていない報告書も見受けられた。

各事故調査報告書の記載内容について、医療事故被害者側に立つ医療問題弁護団が出している意見書¹⁾、及び自己評価ガイドを²⁾参考に、診療経過の記載内容、事故発生の機序や原因の分析、再発防止策など 13 の項目について比較・検討した(表 2)。

事故発生前後の診療経過をカルテ・看護記録等で確認して記録したもの、関係者へ複数回、聴取した上、分きざみの経時的記録を載せたものが大半であった。一方で、極めて簡潔に事実のみが列挙されているが、何名の関係者が、どのように関与していたのかが不明な報告書もあった。事実の記載の詳細さは、報告書ごとに大きな違いが認められた。最低限、関与した職種、人数、経時的な診療記録(症状やバイタルサイン、出血量、診療行為)の正確な記載が求められる。

事実関係の適切な確認を前提として行われる原因分析として、根本原因分析(RCA分析)、4M4E分析など、確立された分析方法を用いる報告書が散見される一方で、調査委員各自が専門的な見地から意見を出し合い、独自の方法で原因分析を行ったと思われる報告書もある。

(2).事故調査委員会における委員の構成

委員が 3 名という小規模の事故調査委員会もあれば、10 名を超える比較的規模の大きな事故

調査委員会も見受けられる。概ね6名から9名くらいのメンバーにより調査委員会が構成されることが多い。調査委員会の委員構成は報告書によっては調査委員会の開催回数や人員構成について公表されていないことから判別できない例もあるが(4例)、完全に病院内部のメンバーのみによって調査委員会が構成された1例の他は、院内のメンバーと外部の専門家によって構成される混合型調査委員会(10例)、調査委員全員が外部専門家により構成された完全外部型調査委員会(7例)に分類される。

病院内部・外部の委員構成について調べた。内部委員のみから成る委員会が1例見られた他は、内部委員・外部委員から成る混合型調査委員会が10例、外部委員のみの完全外部型調査委員会が7例あった。4例では、記載がなかった。内部委員の職種・役職は、診療科長・医長、事務部長・事務長が多い。外部調査委員として、当該診療科専門医のほか、弁護士、法学者が委員となるケースが多い。

(3).調査委員会の招集から報告書提出まで

21例中5例は、事故発生の翌日から1週間以内に調査委員会が召集されたが、半年以降に第1回委員会が開催された事例が5例あり、2年7ヶ月経過後に初めて召集された委員会もある。事故調査委員会から任命された院内・外の委員が、独自の観点から調査・分析・討議を重ね、最終的に委員会として報告書を取りまとめ、調査諮問者や病院長に提出する形式を取る報告書が多かった。大半の報告書は、第一回委員会開催日から1ヶ月ないし半年以内に報告書を出している。また公立系の多くの病院では、委員会設置にあたり事故調査委員会設置要綱を作成し、諮問者・提出先が明記された上で、調査委員が

召集されている。大学病院等では、病院長が諮問者と明記されていた例もあったが、約半数では、諮問者や提出先の記載がなく、医療機能評価機構への報告など法的対応、あるいは、院内医療安全マニュアルの規定に従って設置されたか否か等、調査委員会設置に至る背景が不明であった。

D. 考察

(1). 事故調査の目的

医療法施行規則11条4号によれば、病院又は患者を入院させるための施設を有する診療所管理者は、医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講じることとされている。この規則によって、医療機関の管理者は医療事故の調査を義務付けられている。特定機能病院や国立高度専門医療センター等に対しては、同施行規則9条の23第1項2号、11条の2で、事故発生から2週間以内に事故に関する報告書の作成を義務づけ(但し、実際は調査報告書本紙の提出ではなくweb上の入力画面から所定のフォーマットを埋めていく形での報告である)、同規則12条は事故発生日から2週間以内に報告書を厚生労働大臣の登録を受けた分析事業機関に対して報告しなければならないとしており、法にも、医療機関による医療事故調査の実施義務は明確にされている。

医療事故調査では主な目的として、「事故原因の究明による再発防止を図ること」と「事故原因の究明により被害者らの被害救済を図ること」が挙げられている¹⁾。一方、事故調査委員会の目的として、「あらゆる苦情受付」、「患者・家族と医療者の双方が納得できる客観的な調査」²⁾が挙げられることもある。

医療事故被害者らは、事故発生後に「真相究明」、「情報開示と証明責任」、「法的責任の明確化」、「反省謝罪」、「再発防止」の5つを願うといわれている⁴⁾。医療事故調査委員会による事故原因の真相究明、事故調査の情報の適切な開示、そして事故調査報告書の提言に基づいた再発防止の実施によって、被害者ばかりでなく、医療従事者の救済にもつながるものと考えられる。実際、多くの事故調査報告書は、これらの点に適切に触れていると考えられた。今回の調査では、明らかにできなかったが、これらの事故調査報告書が、遺族にどのように伝えられ、どのように受け容れられているかも問題であろう。一般に、遺族は、医学的な真相の究明や説明より、法的責任の明確化と謝罪・反省を求めている上、遺族が理解できるように事実を伝えることは難しいことが知られている。特に、医療行為に明らかな過誤が認められないのにもかかわらず、遺族が過誤を疑っているような事例については、公正な第三者の関与が必要と考えられる。

(2) 委員会設置基準・調査委員の登用

事故調査委員会の設置基準に関し院内に独自の基準を設けているか等、特定機能病院に対する調査がある⁵⁾。この調査によると、約80%の機関では、医療事故調査委員会の規定や指針・行動マニュアルがあり、調査委員会設置基準に関しては患者死亡事例では大半の医療機関が設置するとしている。一方、障害の程度に応じて判断するなど、具体的な判断基準を設定していない医療機関も多数あった。今回、検討した21例の事故調査報告書には、院内（または、上位管理機関・部署）調査委員会の設置の規定やマニュアルの有無等は記載されていなかった。し

かし、患者が死亡、または意識不明に陥るという予想外の事故発生によって、院内は混乱状況に陥ると考えられる事情から、事前に事故調査のための事故調査委員会設置基準が作成・周知されていることが望まれる。

事故調査委員会における第三者の参加を院内でルール化しているのは、都道府県や全国の公的病院グループを対象にした調査では、調査対象医療機関の3割であり、調査報告書の公表を定める団体は1割であったという⁶⁾。今回、調査委員に関する具体的な記載がなかった報告書4例を除くと、「完全内部型調査委員会」は1例のみで、内部委員と外部委員の比率の違いはあるとしても「外部委員参加型調査委員会」が大半であった。外部委員の参加によって、事故調査・原因究明の客観性、透明性、公正性を担保できると考えられる。

診療経過の評価のため、臨床医学専門家を調査委員の参加を要する。特に、審議過程の公正性を保つためには、出身校・所属医局が同じ医師を調査委員、または鑑定人とすることは避けるべきである。今回の調査対象の中には、大病院における、手術による患者死亡例について、当該手術を記録したビデオを、術者と同じ大学を出身者し、元上司であったI医師が鑑定し、「手術に過誤はなかった」としたことが問題視されていた事例があった。

報告書（要約）には、「I医師による鑑定では検証として不適切・不十分であるとの指摘を受けたのは当然である。病院側もその不備を認め、改めて事故調査のため、外部の組織にビデオテープの鑑定を求めた。その結果、手術に過誤があったことが判明した。この間、混乱を生じた誇りは免れない。…医師の過失を否定する方向で鑑定を依頼した結果となっている。」と書かれ

ている。

(3). 医療事故調査委員会設置の時期

加藤・後藤は、事故調査委員会は、事故発生後当事者の記憶が鮮明なうちに設置すべきという⁷⁾。事故原因の適切な究明のためには、事故発生後、関係者の記憶が確かなうちに、そして、診療録の改ざんなどの不正が作為的に行なわれる前に、医療従事者や遺族へ聞き取りをして、事実を確実に記録すべきである。今回、検討した21の事故調査報告書では、事故発生の翌日に委員会を設置した医療機関が3委員会に対して、3週間以降に設置された機関が9委員会であった。当事者の記憶の正確性の保持が時間経過とともに困難となること、本人自身や第三者の働きかけによる“つじつま合わせ”の意図が芽生えうることなどを考えると、事故発生直後に事実を証拠として保存すべきことは明らかである。また、医療機関側の初期対応の遅れが、患者・家族の医療機関への信頼喪失にもつながることにも配慮すべきである。そのためにも、事故発生後の迅速・適切な記録の保存、及び事故調査委員会の招集を定めた規定を、マニュアル等に掲載して周知させることが求められる。司法解剖の担当者として感じることは、カルテに、事故発生後の経過を詳細に書いている医療機関は多くないが、信頼できる。特に、診療行為、容態急変、対応、出血量、バイタルサイン（血圧、脈拍、呼吸数、酸素飽和度）等と関係者の対応を経時的かつ具体的に記載してあるカルテや診療経過報告書等は、事故の原因究明に極めて有用である。

(4). 刑事捜査との関係

事故発生によって患者が死亡する転帰を迎る

ケースは多い。今回対象とした21例のうち、14例は死亡事案であった。患者の死亡に異状を認めた場合、医師法21条の規定に基づき死亡から24時間以内に所轄警察へ届出ることが義務付けられている。届出後、警察による捜査が開始される結果、事故調査委員会における調査と警察の刑事捜査が、調査資料をはじめ事情聴取を受ける関係者に対して競合することになる。

警察の捜査では、犯罪性の有無を判断するための証拠として、裁判所から出された令状の下、診療録、看護記録、医療機器等の証拠が押収される。そのため、調査委員会が上記の証拠をもとに事故原因を究明することが、大きく制限される。また、当該医療機関としても、遺族に説明を求められたとしても手元に資料がなく、かつ警察の捜査に対する懸念から、十分に説明をすることができない。警察の捜査は、業務上過失を犯した個人を特定するために行なわれる。一方、事故調査委員会の調査は、再発防止のために事故原因を調査するものである。加藤・後藤は、大学病院で発生した2つの医療過誤事件において、事故調査委員会が証拠の隠蔽をせず、誠実に事故調査を行なうことを条件に、病院長から、事故調査委員会としての調査が終了するまで警察に捜査を待ってもらうことを申し入れ、この手法が奏功した事例を紹介している⁷⁾。この内、1例では調査委員会から報告書の作成まで2ヶ月と期限目標が設定されていることに加えて、診療経過の経時的記録、事故の再発予防策などにおいて卓越した調査報告書が作成されている。これらの事例は、病院側が明確に過誤を認めて、遺族に謝罪しているが、過誤が明らかでなく、遺族が過誤を疑っている事例では、同じ手法が使えるか否かは疑問である。この点からも、公正かつ専門的な第三者機関の関与が