

で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。

#### **F. 健康危険情報**

なし

#### **G. 研究発表**

別紙

#### **H. 知的財産権の出願・登録状況**

なし

## 資料 1

# 死体検案研修のプログラムの開発・実施・評価

曾根 智史

### 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SB0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、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、SB0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、SB0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SB0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、SB0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。

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)

	GIO		水準							
	事前	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

## 資料 2

### 医療事故調査の現状—司法解剖の作用—

伊藤貴子、吉田謙一

#### 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<sup>1)</sup>、及び自己評価ガイドを<sup>2)</sup>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招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、調査委員が招集されている。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<sup>1)</sup>。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」<sup>3)</sup>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<sup>4)</sup>。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<sup>5)</sup>。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<sup>6)</sup>。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、大学病院における、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、混乱を生じた謗りは免れない。…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<sup>7)</sup>。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法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辿るケースは多い。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<sup>7)</sup>。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強く求められる。

#### (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。異状死として警察に届け出られた事例は、死亡例 14 例中、不明あるいは報告書中に記載のないものを除き、8 例であった。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。そのため、遺族が

司法解剖後の情報開示に満足していない現状が既に明らかにされているが<sup>8)</sup>、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。

「事故後御遺体が司法解剖に付され、本委員会（事故調査委員会：著者注）がその解剖所見について情報を入手することが困難である等の理由から、事故原因そのものの究明については司法の手に委ねざるを得ない」「遺体が司法解剖に付され、委員会はその結果を知らされていない。解剖の結果と照らし合わせながら事故の経過を遡るという検証作業が行えない以上、本委員会としては事故原因についてはその可能性を挙げるに留めざるを得なかった」と、上記事案同様、司法解剖の結果が明らかにされないことによる事故原因究明への影響を指摘する。本件では、加えて「司法解剖の結果を医療事故の原因究明・再発予防に生かすことができなかった。患者家族と病院側に同時に司法解剖結果を開示してもらえれば、家族・マスメディアへの対応がもう少しスムーズに進んだかもしれない」として事故発生後の各方面とのコミュニケーションへの影響を吐露している。

異状死届け出に続く司法解剖によって、死因等が判明したとしても、その情報は、刑事捜査手続き上の理由から医療機関にも遺族にも開示されない。事故原因究明と再発防止のために事故調査委員会が設置されていても、司法解剖の情報が活かされないことより、不十分な情報から事故の原因を推測せざるを得なくなってしまう。そのため、遺族が医療機関の隠蔽を疑う一方で、医療機関も事故の原因究明を解剖結果が明らかにされないという

状況の下、推測でしか行なえない状況を露呈するものである。

#### (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。加藤は、「どの部門の」「誰が」「何を」「いつから」「どのように」改善するのか、5W1Hをわかりやすく具体的に示すべきという<sup>7)</sup>。しかし、そのような報告書は稀有であった。

再発防止策の提言後も、院内で具体的な事故防止策が策定され実行されるまでは、類似事故が再発する可能性がある。したがって、報告書の公開に留まらず、病院の医療安全対策室が具体的な行動計画を立案し、現場に対し実行を促すこと、そして外部評価委員会、あるいは日本医療評価機構等の第三者が一定期間の後、その達成度を検証することが求められよう。例えば名古屋大学医学不附属病院腹腔鏡事件では、「5ヵ月後を目途に当該提言実行の到達度を検証し外部に公表すべき」という報告書中の記載が有効であったと評価された<sup>7)</sup>。この報告書には、提言として、術前準備、トロッカー取り扱い、手術技能の認定、過去の症例情報の共有、血管損傷後の究明措置、インフォームドコンセント、遺族に対する心のケア等の項目について、極めて示唆・教訓に富み、実行すべきことが詳細に記載されている。

その他、事故調査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・検討するうえで極め

て有効であると考ええる。

#### (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。ただし、調査委員会がまとめた報告書が刑事処分の判断材料とされ（福島県立大野病院事件）、民事裁判で最終的な報告書以外の資料の開示請求が問題となる（埼玉医大抗がん剤誤注射事件）ことがある点を勘案すると、とかく、率直に後知恵（hindsight）で「・・・べきであった」と厳しい意見をいう傾向のある医師達の意見が、法的な過失を意味するものと考えられる日本の風土を考えると慎重な対応が求められる。この点、海外に視点を移すと、例えばカリフォルニア州法は、病院内事故調査委員会に調査資料を民事・刑事裁判の資料としない「同僚批判免責条項」を定めており、オーストラリアのビクトリア州の州法も、コローナ（検視官）の異状死死因調査に関する資料を刑事・民事裁判に使えない旨を定めている。医療事故の調査では、再発防止が個人の過失追及に優先する、そして、個人の過失は行政処分や資格審査で問うという英米圏諸国の対応を見習って、日本でも、事故調査に関する法や制度を整備する必要がある<sup>9-11)</sup>。

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。今回、調査した報告書では、名古屋大学附属病院の事例が調査委員会に遺族と病院長をオブザーバーとして参加させているが、当事者が審議に

参加することには、遺族の感情の問題、医療に関する知識の格差の問題など、なお検討課題として残される。

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。また、重大事故の事故調査報告書はほぼ全ての病院で作成されているが、外部への公表は1/4程度であるという調査結果がある<sup>12)</sup>。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。一方で、事故の再発防止の観点に立つと、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。そのためには、事故調査の目的が、過失追求でなく、事故原因の究明と事故の再発防止であることを明記し、調査内容の裁判や捜査への利用を禁ずることを法に定める必要があるだろう。これは、将来的に志向されている裁判外紛争処理などを妨げるものではない。

## E. 結論

今回各医療機関における事故発生後に設置された医療事故調査委員会による医療事故調査がどのように実施されているのか、そしてなおかつ司法解剖が付されている事案については、司法解剖が当該事故調査にどのような作用を与えているのか、公表されている事故調査報告書の比較を通じて検討のうえ考察した。今回はメディア上公表されている事故調査報告書のみが対象となったこと、さらに各事故調査委員会ですまとめられる事故調査報告書が全例、公開されるわけではないということ踏まえると、全ての医療事故調査報告を

網羅の上での検討とはいえないかもしれないが、この比較・検討を通じて、調査の諮問をはじめ調査の実施までの過程、委員構成、事故原因の分析や記載項目などが各調査委員会によって実に様々であることが判明し、司法解剖実施例では解剖情報が病院側に開示されないことにより事故調査に何らかの影響が及んでいることが明らかにされた。

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と考えられる。

### (参考文献)

- 1) 医療問題弁護士医療事故調査の在り方に関する意見書. 2005.  
[http://www.iryo-bengo.com/general/press/pressrelease\\_detail\\_20php](http://www.iryo-bengo.com/general/press/pressrelease_detail_20php)
- 2) 医療問題弁護士. 医療事故調査体制の自己評価基準ご活用の要望書. 2006.  
[http://www.iryo-bengo.com/general/press/pressrelease\\_detail\\_24php](http://www.iryo-bengo.com/general/press/pressrelease_detail_24php)
- 3) 山内桂子, 山内隆久. 責任追及から原因究明へ 事故調査委員会の役割と心理学の視点. 看護管理 1999;9:470-475.
- 4) 加藤良夫. 医療事故対策. 日本病院会雑誌 1999;46:1369-1378.
- 5) 奥休場雅之, 酒井順哉. 特定機能病院における医療事故調査の対応に関する調査研究. 都市情報学研究 2006;11:137-143.
- 6) 平成18年2月朝日新聞朝刊報道.
- 7) 加藤良夫, 後藤克幸 編. 医療事故から学ぶ・事故調査の意義と実践. 東京:中央法規出

版, 2005.

8) 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2004:595:76-80.

9) 吉田謙一. 「医療関連死」英国圏の異状死死因調査・医師管理制度. 病理と臨床 2006:24:77-82.

10) 吉田謙一, 木内貴弘. ビクトリア法医学研究所における医療関連事故予防への取り組み. 日本医事新報 2005:4228:57-62.

11) 吉田謙一, 黒木尚長, 河合格爾. 英国の医事審議会 General Medical Council—医師の自立的な行政処分から医療水準向上活動への熱い展開. 判例タイムズ 2004:1152:75-81.

12) 長谷川友紀, 藤田茂, 城川美佳, 西澤寛俊, 飯田修平, 佐々英達. 医療事故の経験と原因究明体制に関する調査研究. 日本医療マネジメント学会雑誌 2006:17:404-408.

## 資料3

# 司法解剖情報非開示の問題点—争訟化遺族調査より—

伊藤貴子、吉田謙一

### A. 研究目的

わが国における公的死因究明制度といえ、一部の地域で実施されている行政解剖を除いて、法医学教室で実施されている司法解剖である。この司法解剖は捜査手続きであるため、情報の開示・提供に制限があり、遺族や当該病院に対する情報開示が制限されていることや、事故の再発防止に活かさないという問題点が指摘されてきた。

このような状況下、今回診療関連死後、弁護士に相談や医療訴訟を提起した遺族を対象に、「なぜ遺族が訴訟を提起するのか」争訟化要因につきアンケート調査を行った。本報告書ではこの調査結果をもとに、特に「解剖をしなかったことによる死因究明の不十分さと司法解剖情報の開示の制限が遺族を訴訟に導くのではないか」を検証した。

### B. 研究方法

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なった。

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」

アンケート調査・インタビュー調査ともに、回答は個人の自由な意思に基づくことを明記し、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

調査票を248部郵送し、89部回収した（回収率35.8%）。

死者が生前に受診していた診療科や回答者に関する属性は表のとおりである（表1・表2・表3）。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なった。本稿での表記中、「」の内容はアンケートにおいて自由記述で書き込まれた内容、及び電話に

よるインタビューで聴取した内容である。

### (1) 遺族が知りたいと望む項目

ほぼ全ての回答者は家族の死亡が全く予期で  
きなかったと感じていた(89.8%)。家族の死亡  
直後、遺族が知りたかったことを聞いたところ、  
全回答者の94.3%が「死因」と、全回答者の  
81.8%が「死に至る過程」、と47.7%が「医療行  
為と死亡との因果関係」、と47.7%が「医療ミス  
の有無」について「絶対に知りたい」と回答し  
た。

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

患者死亡後、医療機関側から解剖の提案があ  
った例が全体の79.8%(71例)を占めた。提案  
をされたのは、司法解剖36.6%、病理解剖46.5%、  
行政解剖1.4%の他、解剖の種類は不明という回  
答が15.5%であった。医療機関(一部は警察)  
からの解剖を勧められて67.6%(48例)の遺族  
が、医療機関からの解剖の提案を受諾、あるい  
は強制的に受けざるを得なかった(司法解剖の  
ため)と回答していた。

医療機関側の警察への異状死届出に関しては、  
病院が警察に届け出た後、遺族がその旨報告を  
受けた例が13件(回答者全体の14.6%)、警察  
に届け出たいが届出をしてもよいか遺族が承諾

を求められた例が14件(同15.7%)、遺族が病  
院に警察への届出を要求した例が5件(同  
5.6%)であった。

解剖の提案に関しては、端的に「解剖はどう  
なさいますか」「なぜこういうことになったのか  
自分達(医療機関側)も知りたい。ご遺族にと  
っても原因は知りたいでしょうから解剖させて  
ほしい」というものや、司法解剖の場合には警  
察官より「原因を明らかにするために司法解剖  
を行ないます」という趣旨の説明がされている  
例があった。そのほか死後、担当医から「病理  
解剖と司法解剖とありますがどうしますか」と  
尋ねられ、「第三者に入ってもらいたかったので、  
自分から警察に入ってもらえる司法解剖を要求  
した」という例もあった。

事故を起こした病院内で行なわれる病理解剖  
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。なお、司法解剖群では、病理解剖群に  
比べ「民事裁判上の文書送付嘱託」(病理解剖群  
が5.5%、司法解剖群15.3%)、「警察に結果開  
示を要求」(病理解剖群が5.5%、司法解剖群  
92.3%)、あるいは「検察に結果開示を要求」(病



理解剖群が 5.5%、司法解剖群 30.7%) していた (図 1)。このように遺族は様々な手段によって司法解剖にかかる情報を得ようとしていることがわかった。

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。病理解剖群では、解剖後、1ヶ月以内に解剖結果について知ったとの回答が 52.6% (19人中 10人) あり、残りの事例も全て死亡後半年以内に何らかの説明を受けていた。一方、司法解剖群で遺族が解剖結果を知ったのは、半年以内 11.5% (3例)、半年から 2年以内 26.9% (7例)、2年以上 4年以内が 53.8% (14例) であった。

#### (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。例えば、解剖によって死因や死に至る経緯が明らかになった結果、「病院側と認識を共有した上で両者の交渉が進んだ」と答えた遺族は、訴訟提起前に示談で解決したという。また、「解剖がなければ死因が全く分からず、病院側の思うままに話が進められていただろう」という回答もあった。

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。司法解剖実施事案では 57.6% (26例中 15例) であった。自由記述欄には「解剖結果を知らされることがなかった。病院側が説明会を開いてくれず、話し合いの機会を持つことができなかった」、「解剖結果をもとに病院側との間で説明会の実施や交

渉を進めることができなかった」などの記載があった。

司法解剖の結果が遺族に伝えられるまで 2~3年以上かかった結果、紛争化していると思われる事案が少なくない。例えば、司法解剖実施後 2年半以上経過して、民事訴訟を提起した後、訴訟上の文書送付嘱託によって司法解剖結果が開示された遺族は、インタビューに対して、「解剖結果が 2年半もかからず、もっと早く出ているとすれば、訴訟にも至らず、医療機関側と話し合いで円満に話がまとまったのではないと思う」と答えた。そのほか、「死因が早期に分かっていたら弁護士のところに足が向くことはなかった」、「警察や法医学教室に尋ねても尋ねても 3年以上にわたり解剖結果を知らせてもらえない状況が続いた。ひたすら待つ中で警察の捜査に対する不信と病院への不信が膨れ上がった」といった回答のほか、「警察や法医学教室に、繰り返し尋ねても 3年以上にわたり解剖結果を知らせてもらえない状況が続いた。ひたすら待つ中で警察の捜査に対する不信と病院への不信が膨れ上がった」という発言も挙げられた。

これらの結果より、遺族・病院に、司法解剖の情報が伝えられないため、病院が遺族と対話・交渉を進められないまま 2~3年を経過した事例では、紛争化する傾向があると推定される。

一方、解剖が提案されなかった、もしくは解剖提案を拒否した遺族 (41名) からは、解剖を受けなかったことが医療機関側との対話・交渉に悪影響を及ぼしたという回答が 92.3% あった。自由記述やインタビューからは「解剖提案を拒否したことを盾に死因を積極的に特定しようとせず、自分達の問題をあいまいにした」、「病院側が自らの非を隠蔽できる」などと記されていた。また「裁判では、死因の特定ができなければ話を前に進めることができないと被告 (病院) 側から言われた」、「死亡原因をきちんと調べていないことを盾に全ての責任を否定された」、「死因、過失の存在が、解剖を行なっていれば

明らかになっていたし、6年余りにおよぶ裁判は回避できた可能性がある」という回答もあった。このように遺族にとって、解剖を行なわなかったことにより、病院側の過失を明らかにできなかったという後悔を感じさせる記述や発言が多かった。

「なぜ訴訟提起に至ったのか」との質問（複数選択回答式）に対しては、「真相を知りたい」、「納得のいく説明がほしい」、「謝罪がなかったから」といった回答が多かった。また「何があれば訴訟提起にまでは至らなかったか」（複数選択回答式）についても、「死因に関して納得できる説明」、「自発的な謝罪」、「誠意をもった対応」という回答が大半を占めた。

解剖結果を知りたい理由に関しては、病理解剖・司法解剖を問わず、インタビューに対して、「大事な家族が最後にどのように亡くなったかは、きちんと理解したいと思う」、「解剖結果は亡くなった家族の大切な一番最後の記録であり、すべてを知りたい」という遺族が多かった。

#### D. 考察

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、かねてから指摘されていた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。

##### （1）診療関連死にかかる解剖制度の現状

診療関連死の死因解明のために、病理解剖制度、または司法解剖が行なわれることが多い。病理解剖は診断の妥当性の検討や死因・病態の解明を目的に、担当医が遺族の承諾を得た上で、病院内の病理解剖室や大学の病理学教室に依頼して行なわれ、解剖によって判明した検査所見や結果は、病理解剖執刀医によって臨床医に報

告され、あるいは、臨床医・病理医合同のカンファレンスで検討され、臨床医から遺族に説明されることが多い。

一方、司法解剖は、医師に対する業務上過失の有無の判断を目的に行なわれる。医師法 21 条の規定に従い、当該患者の死亡を「異状死」として届け出た後、または遺族が警察に通告、告訴した際に、検察官または司法警察職員の検視を経て必要と判断されたとき、裁判官に鑑定処分許可状の発布を求めた上（刑事訴訟法 168 条）、鑑定人（法医学者）に鑑定嘱託書を提示して、法医学教室において実施される（同 223 条 1 項）。病理解剖のように、遺族の承諾を得ることは要しない。司法解剖は犯罪捜査の一環として実施されるため、刑事訴訟法上、法医学者は、自らが執刀する司法解剖や鑑定にかかる内容については守秘義務を負うと解される（同 196 条、犯罪捜査規範 9 条）。したがって、法医学者が遺族や病院から解剖にかかる情報の提供を求められたとしても、自らの裁量で説明することはできないことが多い<sup>1)</sup>。遺族に対して司法解剖の情報を開示できないために問題が生じていることは、既に指摘されている<sup>2-5)</sup>。特に、生前の医療行為が死に関連した可能性の高い「診療関連死」の司法解剖では、解剖の結果は当該医療従事者や医療機関側に原則、開示されていない。なお、臨床医による医師法 21 条に基づく異状死届出と司法解剖では、診療関連死に対する適切な調査や対応を期待することができない。

##### （2）司法解剖の情報開示制限をめぐる問題点 —遺族側・医療側双方の視点—

本調査より、解剖の有無にかかわらず、診療関連死に関する真実を知りたいと願う遺族は、生前の家族の担当医に説明を要求することがわかった。しかし、遺族自身は司法解剖では担当医に解剖結果が伝えられず、遺族に説明できないことを知らないために、担当医に解剖結果の説明を求め、これに応えられない場合には医療

側が誠実でない、ミスを隠そうとしているのではないかと疑う例が多いことも判明した。インタビューでの発言からも、司法解剖に基づく死因が遺族に早期に伝えられないまま長期間経過していること。さらに解剖を経験した遺族の多くが「死因に関して納得できる説明」、「解剖結果に関して納得のいく説明」があれば訴訟提起にまで至らなかったと回答していることから、解剖結果をもとに医療機関との間で双方の対話が膠着したままの状態が無為に時間だけが経過することから、遺族の疑念が膨れ上がり「納得のいく死因の説明」を求めて、遺族が法的行動を模索することが推測される。

一方、医療側としては、遺族が過失を疑っている場合、解剖・捜査の結果から過失の有無を知らなければ、遺族と対話・説明・交渉ができないと考えるのは自然である。そのため、司法解剖が実施された場合、多くの医療機関は刑事捜査が終了するまで、2～3年あるいはそれ以上、結果開示を期待して待ち続けている。しかし、捜査機関は捜査終了時点で遺族に対し何らかの説明をすとしても、起訴しない事案について、原則、医療側に解剖や捜査の結果を伝えることはない。

このように、解剖情報が医療機関側に伝えられず、遺族側と情報の共有ができないことから、両者のコミュニケーションが崩れ、対立構造が生まれることによって、結果として紛争化が促進されてしまうことになる。反対に、解剖結果が病院側に適切に提示されることによって、病院側・遺族側双方にとって、真相の解明、コミュニケーションの円滑化、そして紛争の予防に活かせる事例が多いと思われる。

### (3) 司法解剖に対する両者のストレス

こういった現状からも、医師が司法解剖の情報の開示制限のため、異状死として届け出ても、類似事例の再発や紛争の防止に結びつかず、むしろ遺族とのトラブルを助長する可能性が高い

ことになる。実際に、異状死届出後の刑事捜査への嫌悪・畏怖から、多くの臨床医が医療関連死の警察への届出を避ける傾向にある<sup>6)</sup>。

司法解剖の場合、遺族の多くが弁護士からのアドバイスなどを受けて、解剖執刀医に直接面会を要求し、または説明を求めた場合、捜査中であることを理由に断れることが多いようであった。そして、そういった遺族の多くが解剖後、2～3年以上経って、結果を警察官・検察官より伝えられている。しかし、質問や疑問に警察官や検察官が対応した場合、的確に答えられないため、かえって、遺族の疑念を増大させているようである。このように、解剖結果の開示制限に付随する諸問題が、遺族に家族を喪ったことに続く「二次的な被害」を与えていることも理解できよう。

### (4) 諸外国との比較

英連邦圏諸国においては、異状死の死因は、医療者・患者等、利益が相反する当事者の双方に伝えられ、当事者は説明を求めることができる上、死因は公的な情報として開示され、利用されるべきものと捉えられている<sup>12)</sup>。このことは、公的な死因究明を目的とする行政官コローナーやメディカルイグザミナーに、死因究明と関係者対応の権限を付与することによって、はじめて可能となる。日本においては、死因究明が犯罪捜査を目的とする検察・警察の権限のもとにおかれているため、情報開示や遺族対応の観点がなおざりにされがちである。個別の検察官・警察官は、捜査上の証拠の秘匿の重要性を叩き込まれ、自ら開示によって責任を負うことを避けがちであり、また情報開示や関係者対応の重要性を教えられ、感じるチャンスがないため、情報開示や遺族対応に適切に対応できないと考えられる。このように、日本の刑事司法に基づく死因究明制度自体が、診療関連死にかかる病院側と遺族側双方の間のディス・コミュニケーション（対話の破綻）の原因となっている。

#### (5) 死因等を説明することの重要性

欧米諸国における先行研究において、従来から、遺族に対する解剖に基づく死因の説明の重要性が指摘されている<sup>7-10)</sup>。米国における高裁事案 99 例の検討では、解剖は裁判の争点となる死因、診療行為と死亡との因果関係、診療行為上の過失がないと判断される場合の生存可能性などにつき、遺族と医療者双方に公平な情報を提供することで両者の紛争化を防ぐこと、反対に解剖の情報が伝えられない場合には、患者側・病院側が死因等について、あらゆる可能性と主張を戦わせることになり、紛争化する可能性が高いことが示されている<sup>11)</sup>。

しかし、本調査で明らかになったように、わが国では、司法解剖の結果が遺族・医療機関双方に長期間、開示されず、双方が適切なコミュニケーションを取ることはできないことが常態化している。このことは、刑事訴訟法 47 条が、「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。但し、公益上の必要その他の自由があつて、相当と認められる場合には、この限りでない。」として、訴訟関連資料の開示制限が規定されていることにある。この規定と刑法上の医師に対する守秘義務によって、解剖執刀医は、解剖によって知りえた情報を開示できないと解されている。検察官には、状況に応じて開示に関する判断をする裁量があると解されており、近時の被害者保護に対する世論の高まりから、殺人等の一部の重大犯罪に対して検察官が遺族対応を重視する姿勢を見せるようになってきている。しかし、今回の調査から判明したように、関係者に対する情報開示と説明が紛争を防ぐためにも極めて重要な診療関連死については、この視点に欠ける。

平成 15 年 5 月に施行された個人情報保護法 25 条は、「本人から、個人情報の開示を求められたときには、本人に対し、遅滞なく、当該保有個人データを開示しなければならない」と規

定し、同ガイドラインは、「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ある場合には、当該個人の情報となるとされる」とする。また、「診療情報の提供に関する指針（平成 15 年 9 月 12 日）には、「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。」と規定されている。加えて、民法 656・645 条が規定する診療契約上の報告義務の解釈から、患者が死亡した場合、死に至った経緯・原因については、医師が診療を通じて知りえた事実に基づいて適切な説明を行なうことも、遺族に対する法的な義務と解されている。このように、法律上も死亡した患者の死因に関する説明が求められている以上、公的な死因究明制度の一環として、診療関連死に関する司法解剖の情報を当該病院などに開示し、医師・患者に共有させることが求められる。

なお、司法解剖執刀医が鑑定書を提出するのが 2~3 年後となったことが、刑事捜査の遅延によるものと遺族が思っている事例もあった。法医学領域にとって、慢性的な人員不足、解剖執刀医の多忙に加えて、鑑定が困難な事例があるとしても、鑑定意見を早期に提示することは、法医学者に課せられた課題であると考えられる。

#### E. 結論

本調査より、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