

される。

(\*) 本研究は遺族の皆様の甚大なるご協力があつて行なうことができたものです。大切なご家族との死別からその後の経過に触れざるを得ない調査であつたにもかかわらず、辛い経験を抱える中でご協力を頂きましたご家族の皆様お一人お一人へ、改めて心から感謝の気持ちを表したいと思ひます。

加えて、本研究の調査実施にあつては、医療事故情報センター、東京医療問題弁護団、医療の良心を守る市民の会に多大なるご協力を頂きました。同機関の協力なくして本研究の遂行は極めて困難でありました。同機関をはじめ研究室からご遺族の皆様のもとへの調査票の郵送・配布にあたり介在をして頂いた各地弁護団所属の弁護士の方々にこの場を借りて重ねて厚く感謝とお礼を申し上げます。

#### (参考文献)

- 1) 福島至編『法医鑑定と検死制度』日本評論社 38頁 (2007年)
- 2) 吉田謙一、上村公一ほか「医療関連急死事例の死因決定制度の問題点と要改善点」日本医事新報 4136号 59頁
- 3) 武市尚子、岩瀬博太郎、矢島大介、吉田謙一「解剖の情報開示と遺族及び社会への対応」病理と臨床 24巻6号 645頁
- 4) 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号 76頁
- 5) 吉田謙一『事例に学ぶ法医学・医事法』250

頁. 有斐閣. 2007年

- 6) 池谷博、河合格爾、武市尚子、稲葉一人、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 2巻2号 pp41～pp57 (2006)
- 7) Rodger C “Autopsy and medical education : a review” Journal of Society of Medicine. 87:232-236. 1994
- 8) Thomas P, Eva S, Ulrich Z “The response of relatives to medico-legal investigations and forensic medicine” American Journal of Forensic Medicine and Pathology. 23(4)345-348. 2002
- 9) Stephen JM “Maximizing the benefits of autopsy for clinicians and families” Archives of Pathology and Laboratory Medicine. 120:743-748. 1996
- 10) Stephen JM, Kent B, Bernard LO, Deirdre C. “To redeem them from death reactions of family members to autopsy” the American Journal of Medicine. 80:665-671. 1986
- 11) Bove KE, Clare L. “The Role of the Autopsy in Medical Malpractice Cases, 1. A Review of 99 Appeals Court Decisions” Archives of Pathology & Laboratory Medicine 126: 1023-31. 2002
- 12) Milroy CM, Whitwell HL. “Reforming the coroner’s service. Major necessary reforms would mean an integrated service and more medical input.” British Medical Journal. 327:175-6, 2003

調査協力者(回答者)の属性(表1)

続柄	人数(%)
配偶者	34名(38.2%)
子供	19名(21.3%)
親	28名(31.5%)
兄弟姉妹	8名(9.0%)
合計	89名

年代	人数(%)
20歳代	1名(1.1%)
30歳代	12名(13.5%)
40歳代	16名(18.0%)
50歳代	30名(33.7%)
60歳代	19名(21.3%)
70歳代	10名(11.2%)
80歳代	1名(1.1%)
合計	89名
	男性33名:女性56名

機関種類(表2)

機関種類	人数(%)
大学病院	20名(22.5%)
中規模病院	40名(44.9%)
小規模病院	12名(13.5%)
個人クリニック	17名(19.1%)

診療科(表3)

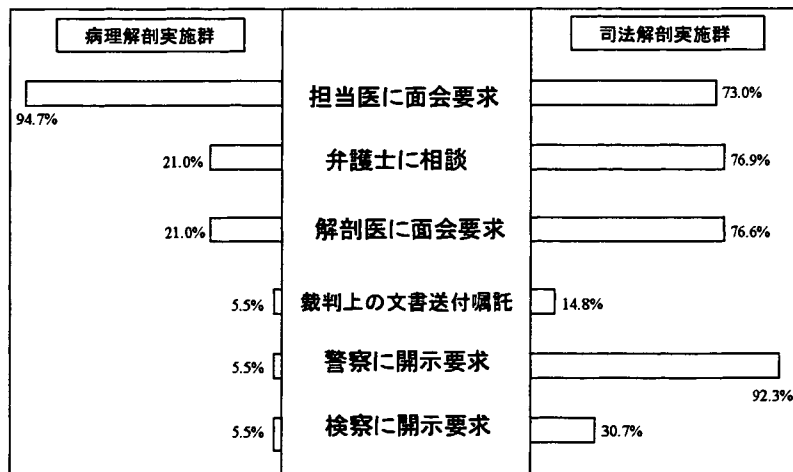
診療科	人数(%)
内科	21名(23.6%)
外科	12名(13.5%)
脳神経外科	5名(5.6%)
循環器科	5名(5.6%)
消化器科	3名(3.4%)
整形外科	14名(15.7%)
産婦人科	11名(12.4%)
小児科	10名(11.2%)
歯科・口腔外科	1名(1.1%)
耳鼻咽喉科	1名(1.1%)
泌尿器	3名(3.4%)
神経内科	2名(2.2%)
精神神経科	1名(1.1%)

提案を受けた解剖の種類と対応 (表4)

	司法解剖	病理解剖	行政解剖	区分不明
提案あり	26例	33例	1例	11例
受諾可否	受諾17例 断れず9例	受諾20例 拒否13例	受諾1例	受諾2例 拒否9例

(回答者89例中、解剖の提案があった遺族71例、うち解剖を受諾した遺族49例)

解剖結果を得るために取った行動 (複数選択) (図1)



(グラフの%は各群における%である)

## 資料4

### 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

吉田謙一

伊藤貴子、中島範広、奥津康祐、ビンセント・ラウ

#### A. 研究の背景と目的

英国治療成績・死亡匿名調査(National Enquiry into Patient Outcome and Death : NCEPOD)は、英国患者安全機関 National Patient Safety Agency (NPSA)の傘下、匿名化された情報を基に独立調査をする第三者機関である。NCEPODは、患者のケア(医療)の質と安全性の向上のため、特定のテーマにつき匿名のアンケート調査を行い、分析し、エビデンスに基づいて改善点を提言することを主な使命とする。NCEPODは、2005年3月の1週間、英国病理学会の提案に基づき、コロナー解剖の過程と報告書・関連文書に関して、解剖の質の評価、及び種々の問題点に関して詳細かつ包括的な「コロナー解剖研究」調査を行い、報告書を発表した。また、私達は、NCEPOD本部に、顧問のビンセント・ルーカス教授(ロンドン大学関連病院病理学教授)その他のメンバーを、また、北ロンドンコロナー事務所(法廷)を訪問し、インタビューをした。

本研究の目的は、英国における、医療関連死を含む異状死に対する法医解剖と調査の現状と問題点を、NCEPOD、コロナー事務所における聴取、及び「NCEPODのコロナー解剖研究」報告書をもとに紹介し、日本の制度との比較を通じて、法医解剖、医療関連死の調査のあり方を検討しようというものである。なお、「NCEPODのコロナー解剖研究」の目的は、1) コロナーから執刀者に提供された情報と比べて解剖記録を評価すること、2) 現在の解剖記録がどのようなレベルであるかを知

ることによって、間接的に全般的な解剖の質を知ること、3) 解剖によって、いかに死亡に関する問題点が解決されているか評価すること、4) 解剖の多様性とその原因を調べること(例: コロナーの要請と期待、執刀医の負担、解剖施設、⑤執刀医の事務の国家統計局に対する報告内容・形式の正確度、5) 解剖報告書の質に関する提言をすることであった。

#### B. 研究方法

NCEPODは、2005年3月の1週間、英国病理学会の提案に基づき、コロナー解剖の過程と報告書・関連文書に関して、解剖の質の評価、及び種々の問題点に関して詳細かつ包括的な「コロナー解剖研究」調査を行い、報告書を発表した(1)。

私達は、ロンドンのNCEPOD本部に、顧問のビンセント・ルーカス教授(ロンドン大学関連病院病理学教授)その他のメンバーを、また、北ロンドンコロナー事務所(法廷)を訪問し、インタビューをした。本研究では、上記の報告書とインタビューの内容に、文献学的な考察を加えた。

#### C. 研究結果

##### 1. コロナー解剖の背景

コロナーは、イングランド・ウェールズ137の管轄地域に正副各1名が行政官として法務省の管轄下、地方公共団体に任命される(2, 3)。多くは弁護士有資格者であるが、ロンドンの8管区では、5名のコロナーが医師・弁

護士免許を保有している。その使命は、医療関連死を含む不自然死 (unnatural death, 日本の異状死に相当) の死因を究明し、公正に事実認定することである。死因に関する調査権限と説明責任は、コローナに集約されている。そして、死因調査の情報は、利害関係者、及び、原則、社会に公開される。

1970年のプロドリック報告以前より、コローナ解剖に対する懸念が続いてきた。コローナ解剖とは、コローナが死因究明のために囑託する法医解剖であり、必要な一部の事例には、警察官が立ち会うが、多くの事例では、死因究明のため、警察の関与なく実施される。従来、どの部局や人もコローナ解剖に対する監査・調査をしていない。解剖の多くを担当する病理医(約1200人のうち、数百人)は、国民医療サービス(NHS)傘下で、30数名の法医は内務省傘下でコローナ解剖をする。死亡証明書を受理する戸籍係は、大蔵省傘下の統計局に属しているなど、責任の所在が分散している。また、コローナの調査や解剖の標準化もされてない。

臨床診断と剖検診断に関するメタアナリシスでは、1960年代と2005年の間で診断不一致率に改善がないこと、解剖後50%の事例に予想外の所見があること、1/3以上の事例で死亡証明書(死亡診断書、死体検案書を区別しない)の記載内容の不正確性が明らかになった。

日本では、病理医は、主治医に対する説明責任を負い、法医は、警察・検察の要請により解剖をし、鑑定書を提出する。死亡診断書や死体検案書は、市区町村役所の戸籍係に提出され、その情報は厚生労働省の統計局に集められるが、専門家による内容のチェックはない。司法解剖の要否は、検視官(警察幹部)が決めるが、東京では、法的責任を負う検察官に加えて、監察医が勧めることがある。しかし、解剖の目的は、犯罪捜査以外の部分が大きいのかかわらず、認識されていない。

日本では、法律上、執刀医は、遺族に対して司法解剖の内容を説明できず、警察が、死因、死因の種類(病死、事故死、自殺など)を決める(4)が、この事情を聞けば、英国民ならずとも驚くであろう。

英国でも、他の国の調査制度に興味が持たれている。米国都市部などのメディカルイグザミナー制度では、異状死の死因究明に関わる全ての機能を郡に集中し、法医に管轄させている(5)。オーストラリアのビクトリア州では、州コローナ事務所と州法医学研究所が同一の建物内にあつて日常から協力し、内部の臨床評価医・看護師の力も借りて、情報の集約化、分析、提言、現場還元を促進し、医療事故その他の事故の再発予防に関する包括的な取り組みをしている(6)一方、日本の死因究明制度は、個人の過失追及の視点が強く、視野・対象が狭く、情報の収集・分析・還元ができず、責任の所在が分断されており、遺族や社会に対する情報開示、事故予防への利用、及びサービスの視点が欠けている(3)。

英国では、国民全般に異状死届出義務があるが、医師に職業上の届け出義務はない。実際には、医師が、多数の医療関連死を含む異状死をコローナに届け出ている。異状死とは、具体的には、外因死、予期しない死、手術中及び術後24時間以内の死、麻酔影響下の死、診療後2週間以上を経過した死、中絶、労働関連死、中毒、Mishap(院内転落、転倒などの災害)など、コローナ事務所毎に多少異なる“届け出るべき死(Reportable death=異状死)”が定められている。英国では、全死亡51,300人(人口の1%)の約45%(2995/6年度)届け出られ(日本は、約13%)、約12%の重要案件や公的機関が関係した案件については、公開のインクエスト(検視法廷)が開かれる。

解剖率は、コローナ解剖が全死亡の約22%(日本では、1.3%)、病理解剖が全死亡の

約1%(日本は3%)を占める。小児の臓器を、遺族の承諾なく目的外に保存した Adler Hey 事件以降、解剖を厭う遺族感情、仕事量の多い医師が承諾を得る手間などの要因より、病理解剖は激減している。犯罪・外因死被疑事例は、法医、その他は、病理医が担当することが多いという。

解剖料に関して、basic (開くのみ) 87 £ (約2万円)、special 251.1£ (約5,7700円、senior doctor 半日のサラリー)は安い、組織・中毒学的検査、文書量等を別に請求できる。本来、コローナは法務省管轄の職員であるが、地方公共団体から出ている。法医は、内務省などより、かなり高額な謝金を受け取っているが、現在、大学に籍をおく法医は極めて少なく、大半が地域の解剖室で解剖している。一方、解剖数が多過ぎるため、質の低さが指摘されている。コローナに聞くと、外因死・医療関連死の解剖の質、遺族に対する説明に関して、法医の評価が高い。ルーカス教授に聞くと、小児病理医・心臓血管病理医など一部を除いて、全般に病理医・法医とも質は低いという。なお、英国病理学会は、小児、感染症、心血管系などカテゴリー別の解剖ガイドラインを作ろうとしている。

北ロンドンコローナ法廷に、医療関連死のインクエストを見学した。約20年前に看護師から転向した男性コローナズオフィサー Lee Gronow 氏に話を聞いた。コローナズオフィサーは、遺族・病院関係者・警察・その他の関係者などと解剖や法廷の日時を調整し、遺族に解剖結果その他の情報を伝え、遺族の苦情を聞くなど熱心に対応する。特に、資格要件はないが、元警察官が多い。この管轄地域には、大学病院や大規模公立病院が多いため、年間全異状死約4000のうち約15%(救急、精神科事例が多い)を医療関連死が占める。そのため、コローナズオフィサー3名の全てが元看護師であり、コローナも医師・弁護士資格を持つ。コローナを目指すには、資

格取得に時間とお金がかかり、責任の重さに比べて収入が低く、同僚とのコミュニケーションが難しいことなどより、志望者少ない。しかし、ここのコローナは、若く挑戦的である。以下に、この法廷での伝聞を記す。

当日インクエストが予定されていた事例は、28週胎児が近医で早産となり、グレートオーモンド病院(ロンドン大小児科教育病院、英国第1の小児病院)に紹介され、心房・心室中隔欠損、大動脈低形成症に対する手術が成功した後、看護師が人工栄養用のチューブを挿管しようとして、頸動脈を穿孔させた結果、死亡した(約30週)。今回、焦点となる当該看護師(妊娠中)の健康上の理由により、その場でインクエスト延期が告げられた。何らか、再調査をすべきこと、不詳なことがある場合、インクエストは延期される。訪英中、BBCが、死後約10年を経過したダイアナ妃の死亡事故について、英国側調査官がフランス警察に対する調査結果として、事故車の運転手の血中アルコールが規制値の3倍であったと報道していた。英国国民は、固唾を呑みながら、インクエスト開催を待っているに違いない。

当該事例の解剖は、上記の病院・関係者と関係のない小児心臓外科専門の病理医2名が施行した。主治医は、解剖に立ち会う権利があるが、立ち会わないことが多い。反対に、コローナの判断で臨床専門医を解剖に呼ぶこと、あるいは、他の臨床医にカルテ等を調査させた上、鑑定書を求めることもあるが、この事例では、病理医で十分と判断された。コローナは、カルテ、画像など全ての情報の開示を求めることができる。医師に対する事情聴取は、担当コローナが医師兼法律家であるためか、自身で行った。多くの医療案件において、遺族の懸念は、医師の説明不足(poor communication)にある。解剖結果は、コローナの判断に従い、すぐに、遺族、関係者に対して執刀医が説明すべきである。実際、法

医は比較的よく説明するが、病理医はあまり説明しないので、コロナーズオフィサーが説明することが多い。

英国でも、最近、多くの遺族が医療ミスに気にしている。実際、看護師のミスの有無が焦点となった本件でも、両親の他、親族・知人と思われる多くの人々、看護師の代理人(弁護士)が参加していた。しかし、コロナーは、事実認定の範囲を超えて、医療ミス等の法的判断をしないと法にも書かれている。これに対して、遺族は弁護士を雇い、自らに有利な評決を得るように務めるといふ。本事例は、日本では、業務上過失が問われ司法解剖が行われる可能性が高い。その場合、解剖や医療評価の専門性、警察官の事情聴取や調査能力、遺族対応、情報開示制限など根源的な問題がある。英国では、警察が、医療ミス疑いで医師を調べるのは、極めて例外的である。

インクエストの評決内容のみ、民事・刑事裁判に使える。その他の情報は、コロナーの権限で利用が判断されるが、肉親の求める情報はできる限り伝えられる。日本では、医療事故の場合、当事者医師、保険関係者など利害関係者も召喚され、裁判や報道で公に開示される。しかし、コロナーの評決に反対しての上告はできない。しかし、医師を行政処分する英国医事審議会 GMC の評決に対しては、高等裁判所に上告できる。

救急病院において心肺停止状態で死亡し、解剖によって頭部外傷や腹腔臓器損傷などが判明し、刑事的な対応が必要と分かった場合等には警察に通告し、必要な情報を提示する。しかし、GMC に対する情報提供は、コロナーの判断による。その他、薬物中毒の研究をしている大学に解剖結果を、行政機関に交通事故・アルコール中毒に関する情報を伝えている。全て、研究者などがコロナーに申請し、コロナーが情報提供の可否を判断する。

## 2. NCEPOD の活動

1950 年代当初、麻酔事故の原因究明のために、麻酔学会が調査を開始し、その後、外科医の協力を得て、1987 年にはケア(医療)のプロセスを検証し、個人の過失追及でなく、何か改善できる点を見出す試みを始めた。これが、厚生省(Department of Health)に認められて、その援助の下、National Enquiry into Peri-Operative Death(NCEPOD)として活動を開始した。

まず、学会等が適切なテーマを推薦し、検討会(stearing group)でテーマを検討し、NCEPOD が対象・期間を決めてローカルレポーター等より該当事例の報告を受け、当該医師・管理者などにアンケートを送りつけ、当事者から NCEPOD に返送し、この情報を Chief Executive(理事長、看護師 OG)以外の人には個人を同定できないよう匿名化し、複数の専門家(アドバイザー)が事例を評価・分析し、改善すべき(remediable)点を見出し、ビネット(シナリオ)や匿名化ケーススタディーなど、臨床医が読んで役立つ警鐘事例を含む提言(recommendation)を発表する。要するに特定領域の匿名化事例の分析・研究であり、医療従事者に制裁でなくアドバイスする。従って、医療・行政機関。患者・家族はアクセスできない。正直な報告から匿名化の条件で教訓を得て、医師を教育するのが目的である。ただし、患者を傷つけるおそれのある場合、年間 10 件程度、CE が検討し、病院長などに問題の所在(懸念)を知らせる。

NICE の傘下に入ってから、手術事例ばかりでなく、急性期治療、一般医療の治療成績・死亡率などを含むようになり、Evidence Based Medicine (EBM)実施のために Evidence を医療従事者に提供し、医療の標準化に貢献することを期待されている。そのため、名称も、National Enquiry into Patient Outcome and Death (NCEPOD) となった。厚生省、医師保護団体、私立病院など色々な財源より資金を得ている。

1980年代後半～1990年代に起こったプリストル事件では、心臓外科医2名の技量の問題と院長が内部告発を無視した点に関して、GMCが登録抹消・条件付与の処分を下したが、遺族や社会が許さず、独立調査委員会が設置された(6)。疫学研究、莫大な事情聴取・カルテ監査、そして、7回の公聴会を経て作成されたプリストル事件報告書は、本件医療事故がシステムフェイラーの問題によることを指摘した(6)。また、組織内でシステム管理によって医療の質と安全を向上させる“クリニカルガバナンス”運動、“最適の医療”として目指すべき診療ガイドラインを設定する National Institute of Clinical Excellence (NICE)、及び医療機関の監査機関 Health Care Commissioner の設置を決め、2000年頃以降、活動を開始した。

### 3. コロナー解剖調査の背景

従来、NCEPOD以外の、どの部局や人も死亡証明書やコロナーに対する監査・調査をしていない。もし、年間121,000件のコロナー解剖が、手術と同様、NCEPODなどにより検証されていたなら、既に解剖の有効性や正当性は検証済みのはずだが、証拠はない。NCEPODは、従来、手術事例などの分析において、コロナー解剖の記録が利用されてきた。今回、英国病理学会の提案に基づき、コロナー解剖自体のプロセスと報告書の記載に関する詳細かつ包括的な調査が行なわれた。

2003年3月の1週間実施された「コロナー解剖調査」は、直接、コロナーに対して要請され、コロナーズオフィサーから事例が報告された。各々について、NCEPODが解剖報告書、補助文書(解剖執刀医に対する指示文書、コロナー状況要約報告、警察報告書、臨床要約書またはカルテのコピー)の提出を要請した。137管轄地域の内、121地域(88%)が協力した。研究目的は、1)コロナーから執刀者に提供された情報と比べて解剖記録を評価

すること、2)現在の解剖記録がどのようなレベルであるかを知ることによって、間接的に全般的な解剖の質を知ること、3)解剖によって、いかに死亡に関する問題点が解決されているか評価すること、4)解剖の多様性とその原因を調べること(例:コロナーの要請と期待、執刀医の負担、解剖施設、⑤執刀医の事務の国家統計局に対する報告内容・形式の正確度、5)解剖報告書の質に関する提言をすることであった。その他、解剖施設にアンケートが送られた。21人の現役コロナー、及び解剖執刀者(多数執刀者)などのアドバイザーが評価した。

コロナー解剖の目的は、広範囲であり、本研究のアドバイザーが大部分の目的の実例を挙げた。研究では、アドバイザーが、回答から読みとれる解剖の目的の範囲を以下のコードより選んだ。

#### 解剖目的コード

- A1: 殺人を考慮し除外するためのみ
- A2: 異状死(異状死)を考慮し除外するためのみ
- B1: 死亡登録(戸籍処理)のため、受け入れられるため一必ずしも正確でなくてよい
- B2: 死亡統計のため正確な死因と正確なデータを提供するため
- B3: 肉親のあらゆる懸念に応えるための十分で正確な説明を提供するため
- B4: 医療行為に続発した事象の調査と説明に必要な詳細な情報を提供するため
- B5: 事例報告をできる基礎データを提供する

### 4. コロナー解剖調査結果

1877例が受理され、3例の他殺被疑事例を除外して、情報の十分な1691例を調査対象とした。



### 1) 死因分類

病院外の自然死 # 1	929	55%
病院内の自然死	351	21%
自殺	50	3%
その他	55	3%
不詳	44	3%
交通事故関連死	41	2%
医療関連死	20	1%
アルコール関連死	23	1%
自然死（死亡場所不詳）	38	2%
労働関連死	31	2%
薬物過剰投与・中毒	16	1%
病院内事故#	2	0.5%
火災関連死	5	0.5%
水死	4	0.5%
突然死症候群	4	0.5%
複数死因競合（癲癇を含む）	78	4%

#1: 老人ホームなどを含む

#2: Mishap: 転落など

### 2) 解剖報告書の質

満足できる	52%
良好・高い	23%
低い・受理不可能	26%

質が高いと評価された理由

- ・解剖報告の事例概要（case history）がよい
- ・包括的な外表所見
- ・包括的・完全な内景所見
- ・追加検査のために十分な検体の採取
- ・死因を合理的に説明できる臨床・病理所見の関連性  
(clinico-pathological correlation)
- ・事例概要と解剖所見に矛盾しない死因
- ・組織検査

### 3) 文書

約 3,000 がコロナーから執刀医に提供された。53%では、複数の文書があった。コロナ

ーの事例概要 57%、突然死報告書 47%などが多かった。

文書の内容として、死者の生年月日 55%、主治医・治療医の詳細 75%、死亡に関する CPC 的質問事項（コロナーより）8%、その他の調査項目・指示（コロナーより）2%。97%では、解剖指示は文書、または、文書と口頭で伝えられた。

臨床経過は、79%の事例に記載されていた。その内容は、89%で良好か満足できるであった。不満足とされた理由は、薬剤投与を含む重要な病歴の欠損、補助文書の情報の欠損、重要な職業歴・中毒物質暴露歴の欠損、死亡状況に関する状況が不十分（一般に短い）などであった。

### 4) 臓器保存、組織検査

臓器保存は、全施設の 64%で可能であり、実際には、10 例（1%以下）で行われた。65%の報告に組織検査の実施の有無に関する記載があった。実際、組織検査が必要なのに関わらず実施されなかった事例として、癌の診断やその確認、肝硬変症やアルコール関連死、心肥大・心筋症の原因、肺結核、肺炎、癲癇、卒中その他の中枢神経系異常などがある。

### 5) 死因の適切性

事例の 18%で、臨床経過・解剖所見・補助文書内容と死因が矛盾していた。最も多かったのは、十分な検査や他の情報との因果関係の検討が行われないまま、心肥大が死因とされたケースである。高血圧や特発性心筋症の原因が調べられていなかった。その他、癌、感染症、アルコール関連疾患、自殺疑い、手術関連死、癲癇等において、情報と死因の間に矛盾が見られることが比較的多かった。

### 6) 提言

全般

- ・政府は、コロナー解剖の基本的目的を検討し合意すべきである。
- ・異状死届出事例の調査に関する要件と標準項目(スタンダード)を定めるべきである。これには、解剖時の検査項目と死因究明に含まれるべき内容が含まれる。
- ・スタンダードと説明責任を一貫して満しているかどうか、解剖報告とプロセスを定期的に第三者が評価すべきである。そして、全ての執刀医とコロナーにつき、研修中及び実務の中で解剖報告書や関係文書を評価すべきである。

#### 個別

- ・解剖前に執刀者に提供される情報：コロナーの解剖要請書に書かれた項目に従って解剖報告書を書き、できない場合は理由を書くべきである。
- ・コロナーの解剖要請書は、最小限の臨床概要と死亡状況概要(生年月日、職業)を含む標準的様式に則り作成されるべきである。また、事例概要、臨床概要は、出典とともに解剖報告書に記載すべきである。
- ・外表検査：身長・体重測定値、BMI 値、計測値が含まれるべきである。報告書は、明確に外傷の有無に関して記載すべきである。補助者が、開腹・開胸する前に、執刀者が外表所見を採るべきである。
- ・内景検査：開腹、開胸、開頭を行うべきである。執刀者が、死因究明に必要なと判断した場合には、遺族が求めても、部分解剖の要求(例 開頭拒否)には、できるだけ説得すべきである。臓器を調べていない場合、臨床病理的評価の面では、情報がまま考慮・説明しているとみなされる。また、腐敗死体でも、できる限り所見を採り、必要で可能と思われる場合、検査をすべきである。
- ・臓器保存：死因究明のために確実な情報を得るためには、解剖時、組織検査のための

臓器保存に関する国の基準とスタンダードが必要である。また、アルコール・薬物中毒が疑われる死者には、適切な検査が必要である。

- ・死因：①心筋疾患、不整脈が疑われる死亡については、最上の解剖手順ガイドラインに従って解剖すべきである。②癲癇との関連が疑われる死亡は、厚生省精神疾患サービス組織「癲癇患者のサービス向上」活動案に従って調査すべきである。③医療関連死や合併症による死亡例は、詳細な調査と検討が必要であり、虚血性心疾患その他の既往症を死因とすべきでない。④医療行為が死亡に寄与している場合には、これを死亡との因果関係の決定の際、考慮すべきである。
- ・臨床病理連関 (Clinico-pathological correlation)：報告書では、臨床概要と解剖所見の関連性について検討し、利用できる証拠に基づいた結論の確実性について述べるべきである。
- ・解剖施設：①執刀医は、普段着でなく、手術着の上に保護用の着衣を着て解剖すべきである。②全ての解剖施設に、質のチェックをすべきである。③施設における感染症対策を検討し、標準化すべきである。

#### D. 考察

これまで、NCEPOD が、医療・手技の評価のためにコロナー解剖の記録を利用したことはあるが、コロナー解剖そのものが評価されたことはなかった。この点では、最初の包括的検討であり、今後の政策決定や解剖の質の改善に役立つ。また、1 週間、全国規模で連続事例評価をする手法、解剖記録・コロナー要請書と付随する文書と比べて死因の妥当性を判断する手法、個人を同定しないでコロナーと多数執刀者 21 名のアドバイザーに評価させる手法などは、今後の研究の参考になる。日本でも、対象を医療関連死とし、機関

を限定して、司法解剖、行政解剖、病理解剖などについて、NCEPOD と同様の調査を行い、比較するなどの試みが期待される。

英国の異状死率 45%は、日本の 13%の 3 倍強あり、増え続けている。一方、英国の約 1,000 件のカルテチェック研究では、有害事象発生率が、ハーバード調査の倍に当たる 10%であるので (7)、人口補正をして、米国の推定医療事故死亡数 (48,000~96,000) より 24,000~48,000 人程度と推定される。英国では、医療関連死が多数届け出られ、解剖されていると聞いてきた。しかし、この研究より、医療関連死と診断された事例は、全解剖数の約 1%で、英国の年間解剖数 12 万件より、約 1,200 件であると推定される。注意すべきは、この“医療関連死”は、臓器・血管損傷など医療と直接関連した死亡を指し、病状の悪化などと判断された事例を除外していることである。日本 (人口は、英国の 2.4 倍) の司法解剖は、年間 5 千数百件で、医療関連死が約 200 件であり、その内、医療行為に関連すると判断された事例は半数以下と推定されるので、行政解剖・病理解剖を含めても、全死亡に対する医療関連死の解剖数は、英国に比べて 1 桁少ない。これは、異状死に対する認識と届出数の違いを反映していると考えられる。

英国でも、解剖例に占める医療関連死が少ない理由として、本報告書の提言内容から、本当は、医療行為と死の因果関係が存在するのに、虚血性心疾患など既往症が死因とされている事例が多いと推定される。また、全死亡の 5~6 割がコロナーに相談されているが、この段階でコロナーが受理しない事例が多いと考えられる。そして、医師が、タテマエと違って、実際あるほど医療関連死を届け出していないと推定される。一方、英国では、年間約 12 万件のコロナー解剖を、30 数名の法医、数百名の病理医で解剖しているため、質

に問題があり、費用もかさむので、対象を絞るべきであるという議論がある。

「解剖目的を明らかにすること」が本研究の主要目的とされていたが、結果に関する記載はない。アンケート自体にも、解剖目的を明確に質問した項目がないので、研究デザイン自体の問題とも解される。しかし、国が解剖の標準的目的を定めるべきという提言は当を得ている。実際には、解剖目的コード (上記) に記載された事項全てが法医解剖の目的といえるが、むしろ、ビクトリアのように「あらゆる事故の再発予防」としたほうが、わかりやすい (6)。今後の調査では、上記の“解剖目的コード”を明確に調査項目に含めるべきである。NCEPOD の病理学顧問ルーカス教授も、「解剖の目的が不明確であり、高齢者では、よく調べないまま、冠動脈硬化症や心肥大の所見を根拠に、医療関連死であっても病死とする誤った過剰診断が多数ある」と指摘していた。この点は、異状死届出率と解剖率が桁違いに低い日本では深刻である。自験例でも、バイパス手術後の入浴中死亡を実際、急性一酸化炭素中毒であるのに心筋梗塞と診断した事例、交通事故による腸間膜血管損傷や骨盤骨折による出血性ショックを虚血性心疾患と診断した事例など少なくない (3)。ルーカス教授も、単に、「外因死や殺人の可能性を除外すれば、死因の正確性はあまり気にしないコロナーが多いため、解剖執刀者も死因の正確性には、あまり、配慮しない」といつていた。心肥大や心筋症、高血圧の原因を分析しないで、死因としている点は、日本でも同じであろう。

2002 年 4 月~2005 年 4 月の間に、北西ロンドン NHS 病院トラストに属する Northwick Park Hospital が産婦死亡率全国 1 位を記録した。この病院に対する医療機関監査第三者機関 Health Care Commission 調査報告書 (<http://www.healthcarecommission.org.uk/homepage.cfm> より取得可) を見ると、死亡

した10例の死因は、その他の事例の死因は、弛緩出血・残遺胎盤、産後ウイルス性脳炎、産後脳出血、子癇前症・鎌状赤血球症によるDIC・多臓器不全、巣状心筋線維化に基づく心停止、帝王切開縫合部壊死・子癇前症、帝王切開時肝臓自然破裂による出血、不確定疾患または弛緩出血による低酸素脳症・DICなどであった。全てに異状死届出に基づく解剖が行なわれ、自然死とされた事例以外で検視法廷が開かれたと記載されている。問題点として、コロナーの調査が法的問題に偏りすぎているため、一見個々の事例の死因究明では、大半の事例に問題がないように見えたが、システム上の問題の看過より事故の再発を防げなかったとされた。具体的には、上級登録医・放射線治療医・オンコール助産師・手術場看護師の不足、コミュニケーション不足、指導医の指導不足と病棟回診未実施などが指摘された。コロナーの調査の視点からは、これらの事故原因は見つからないであろう。

残念ながら、NCEPOD報告書には、警鐘事例は載っていなかった。これらの点を考えると、オーストラリアのビクトリア州法医学研究所+州コロナー事務所における試みの先見性は素晴らしく、ルーカス教授も、「英国に来るより、ビクトリアに行ったほうが、よほど勉強になるよ」といっていた(6)。ビクトリアでは、病院届出事例につき全てカルテなどを提出させて、臨床評価医・看護師が評価し、毎週の検討会を通じてコロナーの死因決定及び事故の再発予防のための提言に活かしている(6)。その上、解剖結果や評価を病院にフィードバックし、事故状況・死因・提言のデータベース化によって、死因究明専門家、行政機関、研究者に開示して死因決定や研究目的で利用できるようにし、さらに、警鐘事例の電子ジャーナルや新聞による配布などの試みが行われている(6)。

医療関連死の死因究明では、死因決定とともに医療の評価が必須である。しかし、この

報告書からは、臨床専門家が医療を評価(鑑定)している実態は見えてこない。前回調査時には、必要な専門医にコロナーの判断で鑑定が依頼されるということであった。実際、英国では、コロナーは、事実認定をするが、法的責任の認定(医療ミスの有無の判断)をしないと、法に明記してある(1, 2)。医療安全に関する調査研究で名高いピンセント教授は、「(法的な問題に関係する)コロナーに正直に届け出て、それを基に医療の質を高めることはできない。そのためには、カルテの調査や訴訟事例の検討の方が、はるかに役に立つ。法的責任を問われるような届出は、うまくいかない」といっていた。この点、医療安全のための改善点を分析し提言するため、対象事例を絞って、研究として実施するNCEPODの調査は、医療従事者に利点が理解されやすく、責任追及がされない点で素晴らしく、医療安全の向上に貢献するであろう。

今回コロナー法廷において調査した、未熟児の人工栄養管理用のチューブが血管を損傷した事例において、医師資格を持つコロナーが事情を聴取し、当該医療従事者と関係のない小児心臓血管専門の病理医2名が執刀し、医療評価に関しても問題はないといわれた。ルーカス教授は、「ロンドン近郊では、できるだけ専門性の高い病理医に依頼する、解剖のレベルは心臓血管病理は高いが、全般的には高くはない」といった。感染症専門の彼は、多数のHIV事例を含む事例を年間約200件自ら解剖しているという。最近、放射性毒物を使って殺されたロシアのスパイを解剖したのも彼であるとのことであった。コロナー側には、「医療関連死については、なるべく法医に依頼する」といわれたが、ルーカス教授は、「法医の医療関連死解剖例の後始末をすることが少なくない」という。因みに、日本では、遺族が疑問を持つために病理解剖終了後に法医が再解剖することが少なくない。いずれにしても、日本のモデル事業(診療行為

に関連した調査分析モデル事業)のように、法医、病理が協力し、専門領域の臨床医が立ち会うのがベストである(9)。当面、解剖所見の記録(写真、書面)、薬物分析、外因死、突然死の解剖に親しんでいる法医と、病態の分析、治療過程の評価、臨床病態連関の解析に優れた病理医が協力することによって、「医療関連死いかにあるべきか?」について、お互いに学び、新しい「医療解剖」のスタンダードを創り上げていくべきであろう(10, 11, 12)。

法医解剖について、この報告書(1)に共感し、学べる点が数多い。また、ルーカス教授の説明も非常によく共感できた。私は、日頃、警察官より死亡や事故の状況、既往歴、背景などをしっかり聴取し、医療記録を読んで理解し、解剖で明らかにすべき点を解剖補助者や学生と議論して、共有した上で、解剖を始めるべきであると考えてきた。不明な事情があれば、警察官を通じて速やかに聴取させ、難しそうな医療案件では、臨床医の立会いを要請している。解剖時、パソコン入力した記録を、解剖後、損傷・病態との関連で整理し、死亡状況・医療概要と比べながら、死因との関連性に関してコメントし、残った問題点を整理し、行うべき検査を記載する。この暫定報告書を解剖終了後、2~3時間以内に手渡すよう努力している。検査結果と更なる事情聴取依頼と回答を待って鑑定書を仕上げ、医療案件では、専門家に見せて相談し、さらに修正する。また、複数の教室員にチェックしてもらった後、提出している。これでも、年間100件弱の事例(東大では、犯罪・業務上過失事例の割合が格段に高い)を2名の執刀医で担当する負担は多い。

最後に、モデル事業のことを考えた場合、すでに30件を超えている事例に対して、関係者に適切なアンケート、及び、インタビューを行うことで、いろいろなことを学べると感じた(13)。加えて、本研究でわかった解

剖の質の検討を行うことも視野に入れるべきであろう。加えて、日本では、司法解剖、行政解剖、病理解剖で取り扱われる医療関連死の対象(例えば、冠動脈カテーテル、薬物事故など)を絞って解剖記録を集め、その分析を通じて、各々の解剖の質を高め、あるいは、医療関連死に適した解剖のあり方を調査・分析し、提案すべきである。これは、法医学会、病理学会の共同作業であるべきと考える。加えて、解剖の内容と遺族の満足度との相関を情報開示(説明)等の観点から、日英両方で比較する調査も必要と感じる。

今回の調査を助けてくださった、ロンドン大アフリカ・アジア研究科講師ルエラ松永先生、ルーカス教授とNCEPODの皆様のご好意に深謝の意を表明したい。

## E. 結論

英国治療成績・死亡匿名調査(National Enquiry into Patient Outcome and Death : NCEPOD)は、患者のケア(医療)の質と安全性の向上のため、特定のテーマにつき匿名のアンケート調査を行い、分析し、改善点を提言する第三者機関である。NCEPODが実施した「コロナー解剖研究」調査より、法医解剖上、死亡状況・医療概要、及び所見の正確な記載、各々の間の関連・因果関係を明らかにすることの重要性が指摘された。コロナー解剖の約1%が医療行為に起因した”医療関連死”であるとされたが、高齢者では、医療関連死であるのに、虚血性心疾患などと診断されている事例が多い。また、心肥大、高血圧性心疾患、肺炎などの原因が組織学的検査により明らかにされるべきところ、されていない事情が判明した。一方、コロナーの調査は、死因究明に限られたものであるため、医療事故の原因究明や再発予防には、別のアプローチが必要である。最後に、NCEPODの調査方法や、本研究の内容は、日本で、「診療行為に関連

した調査分析モデル事業」の解剖・調査、司法解剖、行政解剖、病理解剖を評価し、質を向上させるために、極めて有用であると考えられる。

## 資料 5

# 医療に関連した死亡の届け出に関する研究

吉田謙一、河合格爾

### A. 研究の背景と目的

#### 1. 異状死とは

医師法 21 条は、「医師は、死体又は妊娠 4 カ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」と規定している。ここで述べられている死は、一般に「異状死」と言い慣わされている。この異状死の内容について法規定はないが、一般に、臨床医が、「確実に診断された内因性疾患により・・・死亡したことが明らかである死以外の死」<sup>1)</sup>とされる。また、法医学会が 1994 年に出したガイドラインによれば「病気になり診療をうけつつ、診断されているその病気で死亡する以外の死」<sup>2)</sup>を異状死としている。

#### 2. 医療関連死と異状死との関係(異状死論争)

法医学会のガイドラインによると、治療行為の最中やその比較的直後に患者が死亡した場合には、その多くが異状死の範疇に含まれることになり、医師に届け出義務が生じることになる。実際、ガイドラインは診療行為に関連した予期しない死亡を具体的に例示している。すなわち、注射・麻酔・手術・検査・分娩など、あらゆる診療行為中、または診療行為の比較的直後における予期しない死亡、診療行為自体が関与している可能性のある死亡、診療行為中または比較的直後の急死で、死因が不明の場合、そして、診療行為の過誤や過失の有無を問わないとしている。実際には、このような事例が異状死として届けられることは少なく、法医学会ガイドラインも注目されていなかった。

1999 年 2 月 11 日発生した都立広尾病院の薬物過誤による患者の死亡事故に関する裁判<sup>3)</sup>において、法医学会のガイドラインの存在が明らかになったため、臨床諸学会は、法医学会の異状死ガイドラインに異を唱え、「異状死論争」が起った。臨床諸学会の主張は、重大な過失の明らかな事例は、届け出るとしても、予期し、患者側に説明された合併症による死亡は、届け出るべき死には当たらないとして、過失の明らかでない医療関連死を警察に届け出る事に関して問題を提起した<sup>4)</sup>。最高裁の判決では、当該案件のような診療中の患者の“異状”についても、医師は届け出義務を負うとして、被告人医師は、異状死の届け出義務違反に当たるとされた<sup>5)</sup>。しかし、異状死の内容が明示されなかったため、異状死届け出に関する混乱は、解決しなかった。

#### 3. 現行の制度的問題と第三者機関創設に向けた動き

医療関連死を、現行の届け出制度で取り扱う場合、医療の専門知識の乏しい警察官が医師を犯罪者として取り調べること、臨床の知識・経験の乏しい法医学者が医療を評価することに問題がある。加えて、解剖や捜査に関する情報が遺族・医師へ公的に開示されないため、医療事故や紛争の予防に利用することが難しい。何よりも、本来臨床専門医が行う事が好ましい医療評価が、公正かつ明示的に行なわれないため、医療の質の向上につながらず、関係者の満足が得られていない。

これらの問題点の解決策として、臨床諸学会は、医療関連死の死因究明に係る第三者機関の設立を提示した。そして2004年4月に内科、外科、法医、病理の4学会が医療関連死について、解剖などにより調査をする第三者機関の設立に向けて共同声明を公表、そして、同年9月には基本領域19学会の共同声明へと拡大した。これを受けて2005年9月より厚生労働省の補助事業として「診療行為に関連した死亡の調査分析に係るモデル事業」が第三者機関のプロトタイプとして開始し、35の学会がこれに参加している。

この第三者機関が、実績を積み、調査機関として広く認知されるようになれば、現状の警察届け出制度に関わる医療従事者の不満も解決して届け出が増加し、公正な死因究明と医療評価がなされるようになる結果、患者側・医療側の双方の満足につながると期待されている。

#### 4. 届け出に及ぼす医師の意識の問題

英米法を採用している諸国では、医療関連死が、日本法医学会ガイドラインが規定するものと同様の広い範囲の医療関連死が法に定められ、異状死として認識されている。そしてそのほとんどが行政機関に届け出られ、検案・解剖されている。それでは、わが国においても、制度面の整備が進めば、医療従事者は積極的に届け出を行うようになるであろうか。先行研究によれば、医師は、インフォームドコンセントが得られていれば届け出なくてよいと考える傾向にある<sup>6)</sup>。このことは、届け出の少なさが、必ずしも現行の制度面の問題にのみ起因しているだけではなく、医療従事者の届け出に対する意識の影響も少なからず受けていることを示唆している。一方、医師は、予期しない結末(死)を迎えた場合の遺族に対する説明も求められており、この点の意識調査は行われていない。

英米において、医療関連死は、医師が自ら判断せずに届け出て、第三者に死因究明と説明を任せるべきことが周知されているので、医師は届け出を当然と受け止めている。このように、制度に加えて医師の意識が届け出に影響を与えているので、制度の改革には、医療従事者の意識に対する配慮が必要である。

加えて、警察が届け出先であることが、医師が届け出をしない大きな要因であることが明らかである。

#### 5. 研究の目的

この研究では、医師の医療関連死の届け出に対する、インフォームドコンセント、及び死亡後の説明が与える影響を調査した。第二に、医療行為上の過失が、届け出に影響を与えるか否かを調査した。第三に、届け出先を、警察、保健所などとした場合の影響を調べた。これらの目的のため、モデルケースを6用意した。第四に、インフォームドコンセント全般に関する意識と現状を調査した。対象は、東京都内の5医科大学・医学部付属病院の内科系、及び外科系医師とし、診療科・経験等が届け出に与える影響も調べた。

## B. 研究方法

アンケートの実施、及び、内容については、東京大学大学院医学系研究科倫理委員会の審査・承認を受けた後、次の要領で実施した。対象は、医科大学・医学部付属病院の内科系、及び外科系医師とした。

東京都内の全ての医科大学・医学部付属病院の病院長宛に依頼文を送った結果、5機関の協力を得ることができ、1~7月に実施した。アンケート用紙は、各々の病院宛に一括して郵送、または、持参し、配布・回収を依頼した。

#### 各設問の概要



問一

インフォームドコンセントに対する意識、及び経験についての一般的設問である。二つの枝問の内、一方では、ICの重要性についての意識を尋ね、他方では、ICが臨床でどの程度得られているかを尋ねた。

質問内容(1) ICの重要性について

- 回答肢① 最も重要
- 回答肢② 患者の生命・健康の次に重要
- 回答肢③ 重要だが、他にも重要なものあり
- 回答肢④ それほど重要でない
- 回答肢⑤ 重要でない

質問内容(2) ICが実際得られているかどうか

- 回答肢① 大部分得られている
- 回答肢② 大部分得られている
- 回答肢③ 半々である
- 回答肢④ 大体得られていない
- 回答肢⑤ 大部分得られていない

問二

現状の届け出制度についての知識、意識をたずねた設問であり、九つの枝問を持つ。全てYes・Noのいずれかを選ぶ形式である。

質問内容

- (1) 治療中の死亡の警察への届け出の要否  
(Yesの場合) 届け出必要
- (2) 警察届け出後の司法解剖の可能性  
(Yesの場合) 大部分司法解剖
- (3) 遺族反対の場合の届け出の要否  
(Yesの場合) 届け出ない方が適当
- (4) 遺族反対の場合の司法解剖の要否  
(Yesの場合) 行う方が適当
- (5) 医療関連死死因究明に対する警察の関与の適否  
(Yesの場合) 適切である
- (6) 届出先の行政機関に医療専門家が必要か  
(Yesの場合) 必要
- (7) 解剖情報の医師・患者に対する開示  
(Yesの場合) 開示する方が良い

(8) 司法鑑定における臨床専門家の評価

(Yesの場合) 好ましい

(9) 遺族が反対した場合の警察届け出・解剖回避の是非

(Yesの場合) 回避した方が良い場合あり

問三

モデル事例をあげて、届け出の要否、及び届出先を尋ねた。複数回答可で、届け出の場合の届出先の選択肢として警察、保健所、公的機関、その他の機関、そして、どこにも届け出ない、という選択肢を挙げた。ここで保健所を選択肢としてあげたのは、保健所が現行の制度においても調査権限を持ち、事故予防など公衆衛生上の役割を持つ行政機関である為、保健所を届出先とすることが提案されているからである<sup>7)</sup>。

六つの枝問の内、(1)、(2)は過誤のあった事例で、届け出に対する遺族の承諾の有無の影響を調べ、(3)－(6)は過誤が判断できない事例で、事前説明、及び事後説明の有無と、説明に対する遺族の納得の影響をみるものである。

	患者の属性	病状	処置 (過誤あり)	届け出への承諾	
(1)	50歳男性	吐血後入院	異型血液輸血	あり	
(2)	60歳男性	心不全悪化	点滴液静注	なし	
			処置 (過誤不明)	事前説明	事後説明と納得
(3)	70歳男性	腹部大動脈瘤	緊急手術	なし	なし
(4)	45歳男性	尿路結石	造影剤注入	あり	なし
(5)	25歳女性	出産後の出血	輸血	なし	あり
(6)	55歳男性	脳動脈瘤	手術	あり	あり

#### 問四

回答者の属性に関する設問である。回答者の性別・年齢・専門・役職・臨床経験年数の他、異状死届け出の経験の有無、遺族に対して死後に行った説明に対して納得されないで困った経験の有無、また異状死届け出に関するトラブルの経験または伝聞があるかどうかについて尋ねた。

#### その他

アンケート中に簡単な語句説明、及び背景説明を入れている。また、最終ページに自由記述欄を用意した。

### C. 研究結果

#### 1. 概要

都内の5医科大学・医学部附属病院の総回答者数は353名(配布冊数680、回収率51.9%)であった。

#### 問一

インフォームドコンセントについて

(i) インフォームドコンセントの重要性について

(%の分母は無回答者も含めた全回答者数。区間推定の $\alpha$ 値は0.05。)

回答番号	回答肢	回答数	回答率	区間推定
①	何事にも優先すべき	67名	19.3%	15.0-23.5%
②	患者の生命・健康に支障がない限り優先すべき	222名	63.8%	57.6-67.9%
③	その他の義務と比較した上で尊重すべき	59名	17.0%	13.0-21.0%
④	それほど重要ではない	0	0%	0-1.0%
⑤	重要ではない	0	0%	0-1.0%

(ii) インフォームドコンセントに関する経験

(%の分母は無回答者も含めた全回答者数。区間推定の $\alpha$ 値は0.05。)

回答番号	回答肢	回答数	回答率	区間推定
①	大部分、思いどおりに得られている	97名	27.9%	22.9-32.5%
②	思うように得られることのほうが多い	170名	48.9%	42.8-53.5%
③	半ば、思うように得られている	75名	21.6%	17.1-25.9%
④	思うように得られないことのほうが多い	5名	1.44%	0.5-3.3%
⑤	大部分、思うようには得られない	1名	0.29%	0-1.6%

インフォームドコンセント(IC)とは、治療の前に患者に治療行為に関する説明を行い、理解を得た上で同意を得ることである。本アンケートの回答結果より、ICの重要性については全員が肯定し、その大半が実際臨床現場でICを得ていると回答した。したがって対象となった医師は、ICが極めて重要と認識し、取得に努力していることがわかる。

ただし、ICが得られていないと答えた回答者の自由記述欄には、理由として、患者側のIC受容の能力に問題があるとの指摘が多かった。

問二 現状の届け出制度に対する認識と意識に対する設問

(1) 患者が病院で治療中に死亡した時、医師が警察に届け出なければならない場合がある

	回答数	回答率	区間推定
Yes	326名	93.9%	89.1-94.9%
No	21名	6.05%	3.7-9.0%

(%の分母は無回答者も含めた全回答者数。区間推定の $\alpha$ 値は0.05。)

治療中の患者の死を警察に届け出なくてはならない可能性があることに関しては、属性に関わらず、回答者の大半が肯定した。

(2) 警察に届け出をすると、大部分が司法解剖される

	回答数	回答率	区間推定
Yes	120名	34.9%	29.1-39.2%
No	224名	65.1%	58.2-68.5%

(%の分母は無回答者も含めた全回答者数。区間推定の $\alpha$ 値は0.05。)

表 2-2-5 (届け出関連トラブルとのクロス表) (区間推定の $\alpha$ 値は0.05)

	トラブルなし	伝聞あり	経験あり	総計
Yes	27(38.6%) (27.2-51.0%)	83(35.2%) (29.1-41.6%)	10(26.3%) (13.4-43.1%)	120(34.9%)
	43(61.4%) (49.0-72.8%)	153(64.8%) (58.4-70.9%)	28(73.7%) (56.9-86.6%)	
No				224(65.1%)
総計	70(100%)	236(100%)	38(100%)	344(100%)

「警察届け出後には、大部分が司法解剖されるか」という質問には、3割がYesと答えている。異状死届け出経験のない回答者の方が、経験のある回答者よりもYesと答える率が有意に高かった。

実際には、届け出後に、必ず司法解剖されるとは限らない。届け出経験があれば、届け出た後、必ずしも司法解剖されないことを知っているのは当然といえる。

(3) 警察への届け出に遺族が反対した場合は、届け出ない方がよい

	回答数	回答率	区間推定
Yes	42名	12.2%	8.7-15.7%
No	302名	87.8%	81.4-89.0%

(%の分母は無回答者も含めた全回答者数。区間推定の $\alpha$ 値は0.05。)

回答者の属性に関わらず、警察に届けるべきとする回答が8割を超えた。

(4) 司法解剖は、遺族に反対された場合も、法律に従って行われるべきである

	回答数	回答率	区間推定
Yes	254名	74.3%	67.0-76.6%
No	88名	25.7%	20.5-29.8%

(%の分母は無回答者も含めた全回答者数。区間推定の $\alpha$ 値は0.05。)

(5) 警察に届け出することは、医療関連死の死因究明のために適切である

	回答数	回答率	区間推定
Yes	190名	55.2%	48.5-59.1%
No	154名	44.8%	38.4-49.0%

(%の分母は無回答者も含めた全回答者数。区間推定の $\alpha$ 値は0.05。)

回答者の属性に関わらず、医療関連死を警察に届け出ることが適切であるとする医師が、わずかに上回った。

(6) 医療関連死の届出先は、医療専門家のいる行政機関にする方がよい

	回答数	回答率	区間推定
Yes	261名	76.1%	69.0-78.4%
No	82名	23.9%	18.9-28.0%

(%の分母は無回答者も含めた全回答者数。区間推定の $\alpha$ 値は0.05。)

回答者の属性に関わらず、医療関連死の届出先として医療専門家のいる行政機関がよいとする回答が4分の3を占めた。

(7) 司法解剖された場合、解剖で得られた情報を医師・患者に開示する方がよい

	回答数	回答率	区間推定
Yes	326名	94.5%	89.1-94.9%
No	19名	5.51%	3.3-8.3%

(%の分母は無回答者も含めた全回答者数。区間推定の $\alpha$ 値は0.05。)

回答者の属性に関わらず、ほとんどが解剖情報に関しては、患者、医師に開示すべきと回答した。

(8) 司法解剖に基づく鑑定では、法医学者でなく臨床専門家が医療を評価すべきである

	回答数	回答率	区間推定
Yes	180名	54.2%	45.6-56.3%
No	152名	45.8%	37.8-48.4%

(%の分母は無回答者も含めた全回答者数。区間推定の  $\alpha$  値は 0.05。)

司法解剖鑑定による医療評価を法医学者でなく臨床専門家がすべきかどうかについては、Yes と答えた回答者が半数をやや上回った。

当初、臨床医が医療を評価すべきとする回答が大半を占めると予想したが、肯定意見が半数をやや上回る程度であった。犯罪捜査を旨とする司法解剖への関与を忌避したいという意識の表れとも解釈できる。

(9) 警察への届け出や司法解剖は、遺族の意思に反して行くと、関係を悪化させる恐れがあるので、避けた方がよい場合がある

	回答数	回答率	区間推定
Yes	111名	32.6%	26.6-36.6%
No	230名	67.4%	59.9-70.1%

(%の分母は無回答者も含めた全回答者数。区間推定の  $\alpha$  値は 0.05。)

警察への届け出、司法解剖をすべき場合には、遺族の意思とは関係なくすべきであるとする回答は、回答者の属性に関わらず、7割であった。

問三 事例を挙げて、主治医としての届け出の要否と届出先を選択させる質問

(1)

多量の吐血後、緊急入院した 50 歳男性に輸血をした直後に異常反応を起こして亡くなりました。調べると、血液型を間違っていました。そこで、ご遺族に届出をして死因を究明しなければならないと説明し、承諾を受けました。

回答番号	届出先	回答数	回答率	区間推定
①	警察	288名	81.6%	77.1-85.5%
②	保健所	85名	24.1%	19.7-28.9%
③	①、②以外の公的機関	33名	9.35%	6.5-12.9%
④	その他の機関	2名	0.57%	0.06-2.0%
⑤	どこにも届けない	3名	0.85%	0.18-2.5%

医療過誤があった場合の届け出に関し、遺族の承諾がある場合の事例をあげた。遺族の承諾がある場合、ほぼ全員が届け出るとした上で、警察に届けるとしたものが 8 割であり、その他の機関を選んだものが全体の 3 割であった。回答者の属性の違いは回答にほとんど影響を及ぼさなかった。

(2)

心不全状態の悪化した 60 歳の男性患者様にリドカインを静注したところ、容態が急変し、死亡しました。調べた結果、点滴用のリドカインを誤って静注してしまった事が判明しました。そこでご遺族の方に警察への届出をしなければならないと説明したところ、解剖をされる可能性があるため届出は絶対に嫌であると反対を受けました。

回答番号	届出先	回答数	回答率	区間推定
①	警察	228名	64.6%	59.4-69.6%
②	保健所	109名	30.9%	26.1-36.0%
③	①、②以外の公的機関	48名	13.6%	10.2-17.6%
④	その他の機関	9名	2.55%	1.2-4.8%
⑤	どこにも届けない	13名	3.68%	2.0-6.2%