

医療過誤があったが、遺族が届け出に反対している事例をあげた。回答者の属性にかかわらず、遺族の反対があった場合にも警察に届け出るとしたものは、反対がない場合の8割と比較すると、6割近くと少なく、その他の機関に届け出るとしたものが4割を超えた。一般的な質問においては、遺族の反対があっても届け出るべきであるとする意見が多かったが、具体的事例について問うと、遺族の意向に沿おうとする医師が増えることを意味している。

(3)

腹部大動脈瘤の70歳男性の患者様が、緊急手術の最中に亡くなりました。死後到着した家族に対して、緊急事態であり、全力を尽くしたが死は避けようがなかったと説明をしたのですが、遺族は納得できない様子です。

回答番号	届出先	回答数	回答率	区間推定
①	警察	136名	38.5%	33.4-43.8%
②	保健所	109名	30.9%	26.1-36.0%
③	①、②以外の公的機関	70名	19.8%	15.8-24.4%
④	その他の機関	11名	3.12%	1.6-5.5%
⑤	どこにも届け出ない	65名	18.4%	14.5-22.9%

医療過誤が明らかでないが、ICが得られておらず、かつ遺族が死後の説明に納得していない事例である。回答者の属性に関わらず、4割近くが警察に届けると答えている一方で、どこにも届け出ないという回答が、ほぼ2割である。

現実には、このような事例はほとんど届け出られていない。その理由は、手術の合併症は明らかな過失がない限り届け出る必要はないという、外科学会のガイドラインに表明されている意識を反映していると思われる。

しかし、実際には、後に紛争化することがある事例である<sup>8)</sup>。

(4)

尿路結石の疑いのある45歳男性の患者様に、ヨード系造影剤を用いた造影中、ショック状態となり、死亡しました。検査前に、アレルギーに関する問診を行い、簡単に危険性について説明していました。死

後、死因はアナフィラキシーショックであり内因死であると説明したのですが、遺族は納得していない様子です。

回答番号	届出先	回答数	回答率	区間推定
①	警察	162名	45.9%	40.6-51.2%
②	保健所	121名	34.3%	29.3-39.5%
③	①、②以外の公的機関	71名	20.1%	16.1-24.7%
④	その他の機関	9名	2.55%	1.2-4.8%
⑤	どこにも届け出ない	38名	10.8%	7.7-14.5%

表 3-4-3 異状死届け出経験とのクロス表 (区間推定の $\alpha$ 値は0.05)

	届け出経験なし	届け出経験あり	総計
警察	90(41.1%) (34.5-47.9%)	69(57.0%) (47.7-66.0%)	159 (46.8%)
諸機関	95(43.4%) (36.7-50.2%)	47(38.8%) (30.1-48.1%)	142 (41.8%)
届けず	34(15.5%) (11.0-21.0%)	5(4.1%) (1.4-9.4%)	39(11.5%)
総計	219(100%)	121(100%)	340(100%)

医療過誤が明らかでなく、インフォームドコンセントが得られているが、医師の説明に遺族が納得していない事例である。ほぼ4割の回答が警察に届けると答え、どこにも届け出ないとした回答は1割であった。異状死届け出の経験がある回答者は、届け出の経験がない回答者に比べて、届けると回答する率が有意に多かった。

アナフィラキシーショックは、医師が問診・予備的試験・応急処置の義務を果たしている限り避けようのないが、死を予想していない遺族は医療過誤を疑う。一方で、異状死届け出経験者は届け出をして真相を究明した場合でも、過失責任を問われる可能性は低いことを知っているので、届け出ると答えた回答が多かったと解釈される。

それ以外の回答者の属性間においては、回答に違いはなかった。

(5)

25歳の女性の患者様が出産後、出血が持続するため、2時間後から輸血を開始しましたが、出血性ショックで死亡しました。妊娠経過は順調で、出産に伴う危険性について事前に説明していませんでした。弛緩性出血か羊水塞栓症(内因死)の可能性が高いと説明したところ、遺族は納得しているようにみえます。

回答番号	届出先	回答数	回答率	区間推定
①	警察	89名	25.2%	20.8-30.1%
②	保健所	101名	28.6%	24.0-33.6%
③	①、②以外の公的機関	53名	15%	11.5-19.2%
④	その他の機関	10名	2.83%	1.3-5.1%
⑤	どこにも届けない	133名	37.7%	32.6-43.0%

回答者の属性に関わらず、警察届け出は全体の4分の1、その他の諸機関に届けるとする回答は約4割、届け出ないとする回答が3分の1であった。

羊水塞栓症や弛緩性出血による死亡の場合は、内因の寄与の大きな死であり、避けえないことが多いので、医師の責任が問われることは少ない<sup>9)</sup>。一方、産道裂傷や輸血の遅れによる出血性ショック死では、医師の責任を問われる。このように、死因によって医師の過失責任が追及される。したがって、死因

が解明されていない場合、裁判上、死因が争点となるので、解剖が極めて有効な事例といえる。今後、医師に啓蒙をして解剖を推進する必要がある。その場合、遺族の心理面に留意しながら、解剖の意義を説明する必要もある。出産に関する死亡に関しては、必ず、保健所などに届け出た上、解剖を勧めるなどの、行政指導をすることも必要と思われる。そのことによって、出産時の事故の予防に役立つ施索の検討に役立つ情報を得ることができるとであろう。

(6)

脳動脈瘤のある55歳男性の患者様に対し、手術中に亡くなる危険性が5%程度あると説明し、同意を得た上で手術しました。しかし、術中に出血して亡くなりました。遺族には事前に説明していた合併症で死亡したと説明したところ、最初のうちは少し不審を持った様子でしたが、最後は納得した様子でした。

回答番号	届出先	回答数	回答率	区間推定
①	警察	48名	13.6%	10.2-17.6%
②	保健所	68名	19.3%	15.3-23.8%
③	①、②以外の公的機関	35名	9.92%	7.0-13.5%
④	その他の機関	9名	2.55%	1.2-4.8%
⑤	どこにも届けない	211名	59.8%	54.5-64.9%

回答者の属性に関わらず、警察に届けるとする回答は1割強、それ以外の機関に届けるとした回答は3割であった。どこにも届けないという回答は6割にのぼった。「合併症は、届け出対象でないとする」外科系学会の声明にみる外科医の主張を強く反映している。しかし、脳動脈瘤や動静脈奇形に関する予防的手術の際の事故に関しては、数多くの裁判が提起されている。判決を読む限り、術前のインフォームドコンセント(IC)に関しては、手術の危険性、代替治療法、手術をしない場

合の危険性など、医師に対する要求は、厳しい場合が多い<sup>10)</sup>。また、仮に、ICが的確に得られていたとしても、実際に事故が起こってしまった時には、遺族は、医師の説明に必ずしも納得しない。かつ、死亡直後に解剖のことにまで、考えがめぐらない場合が多いが、届出・解剖によって、第三者が、死因を究明し、医療を公正に評価していない場合には、この点が争点となるので、裁判が重大化する可能性が高い。

#### 問四

(%の分母は無回答者も含めた全回答者数。)

##### A 性別

1. 男 283名 81.3%
2. 女 65名 18.7%

##### B 年齢

1. 25歳～29歳 32名 9.2%
2. 30歳～39歳 143名 41.0%
3. 40歳～49歳 128名 36.7%
4. 50歳～59歳 39名 11.2%
5. 60歳以上 7名 2.0%

##### C 専門

- 内科 129 36.5%  
外科 151 42.7%  
救急 2 0.5%

##### D 役職 (複数回答可)

1. 教授 25名 7.1%
2. 助教授 35名 9.9%
3. 講師 59名 16.8%
4. 助手 155名 44.0%
5. 医員 37名 10.5%
6. 研修医 26名 7.4%
7. その他 2名 0.6%
8. 診療部長 3名 0.9%
9. 医局長 5名 1.4%
10. 病棟長 5名 1.4%

##### E 臨床経験年数

1. 10年未満 109名 30.9%
2. 10年以上20年未満 158名 44.8%

3. 20年以上30年未満 64名 18.1%
4. 30年以上 19名 5.4%

##### F 異状死届け出の回数

1. ない 225名 63.7%
2. ある 121名 34.3%

##### G 医療過誤ではない(と思った)患者死亡事例で、遺族が納得せず困った経験の有無

1. ない 219名 62.0%
2. ある 132名 37.0%

(臨床経験年数とのクロス表) (区間推定の $\alpha$ 値は0.05)

	10年未満	10～20年	20～30年	30年以上	総計
困った経験なし	86(78.9%) (70.0-86.1%)	92(58.2%) (50.1-66.0%)	31(48.4%) (35.8-61.3%)	9(50.0%) (26.0-74.0%)	218 (62.5%)
困った経験あり	23(21.1%) (13.9-30.0%)	66(41.8%) (34.0-49.9%)	33(51.6%) (38.7-64.2%)	9(50.0%) (26.0-74.0%)	131 (37.5%)
総計	109(100%)	158(100%)	64(100%)	18(100%)	349 (100%)

臨床経験を積むにつれて、困った経験があるという回答は漸増しているが、20年未満の場合、半数に満たない。

##### H 異状死届け出に関係するトラブルに巻き込まれたもしくは身近に聞いたことの有無

1. 巻き込まれた事も聞いたこともない 71名 20.1%
2. 巻き込まれたことはないが、身近に聞いたことはある 242名 68.6%
3. 巻き込まれたことがある 38名 10.8%

(臨床経験年数とのクロス表) (区間推定の $\alpha$ 値は0.05)

	10年未満	10～20年	20～30年	30年以上	総計
トラブル 無	33(30.3%) (21.8- 39.8%)	23(14.6%) (9.5- 21.0%)	10(15.6%) (7.8- 26.9%)	5(26.3%) (9.1- 51.2%)	71 (20.3%)
伝聞 あり	71(65.1%) (55.4- 74.0%)	119(75.33%) (67.8- 81.8%)	42(65.6%) (52.7- 77.1%)	9(47.4%) (24.4- 71.1%)	241 (68.9%)
経験 あり	5(4.6%) (1.5- 10.4%)	16(10.1%) (5.9- 15.9%)	12(18.8%) (10.1- 30.5%)	5(26.3%) (9.1- 51.2%)	38 (10.9%)
総計	109(100%)	158(100%)	64(100%)	19(100%)	350 (100%)

届け出をしたことはない、遺族の納得が得られず困った経験はないとした回答は、各々6割を超えた。届け出に関するトラブルに関しては、自分は関与しなくても聞いたことはあるとした回答が6割を超えた。

#### 自由記述欄

大きく現在の届出先である警察に関する記述、第三者機関の候補としての保健所に関する記述、患者との関係が重要であるとの記述の3系統に分類できた。

警察に関する記述としては、まず届け出後の処理が一律に業務上過失致死を見込んだものであり、医療従事者を犯罪者扱いする事への不満が多いようである(1)-(3)。その一方で監察医の人手不足を理由に異状死届け出をせずに死亡診断書を書くように指示されたという記述もある(6)。また、捜査を行う警察官が専門性を持たないことによる不手際も指摘されている。

第三者機関の設立に関しては好意的な記述が多いものの、保健所をその窓口とすることに関しては、保健所の医師は公衆衛生の専門家ではあるが、臨床の内容や水準に関する知識はあるとは限らない、と疑問を投げかける記述が多い。

さらに、患者との関係が届け出義務に優先すべきという記述も存在した。患者との関

係さえしっかりしていれば届け出は必要ないし、届出先たる第三者機関もコストの面から必要であるとは思われないとの記述である。一方、マスコミの過剰報道が患者や患者遺族との円滑なコミュニケーションを阻害している事を憂慮した記述が多く見られた。

#### D. 考察

##### 1. 医療関連死を異状死として警察に届け出る事が現在果たしている意義

医療関連死を異状死として警察に届け出る意義は、業務上過失致死という刑事責任を問う前提として、司法解剖や捜査によって過失の有無及び死亡との因果関係を明らかにすることにある。しかし、医療過誤によって死亡したことが明白な場合に限らず、過誤の有無や過誤と死亡との因果関係が不明な場合であっても、遺族が死因につき十分な説明を受けていない場合や納得していない場合には後に民事で争われることは多い。さらに、死亡直後の説明の時点では、遺族が納得しているように見えても、埋葬後しばらく経ってから遺族が死因に対して疑問を持ち始めて、争いに持ち込まれることもある。例えば、入院中に突然心停止して死亡した事例において、心筋梗塞による死であると説明したところ、後になって腹部大動脈解離を誤診した、という主張に加えて、死因の解明のために解剖を懇願しなかったと訴えられた裁判では、東京地裁は、後者の主張を認容して慰謝料の支払いを命じた<sup>11)</sup>。この判決は上級審において覆ったものの、特に東京都の場合には監察医制度に則って届け出と解剖等による公正な死因究明を行っていればこのような紛争は、予防できていたであろうと推測できる。実際、多くの遺族が望んでいるのは、もっぱら原因究明と事故の再発予防であって、これは外国においても<sup>12)</sup>、わが国においても<sup>13)</sup> 変わりはない。

解剖には、司法解剖の他に、病理解剖、または、行政解剖がある。病理解剖は、当事者である病院で行なわれるため、遺族がその公平性を疑う場合があり、証拠保全も十分でないことが多い。また、医師自らが過失の有無を判断し、届け出の要否を決める場合、透明性、公正性そのものが疑われる。一方、行政解剖では、遺族に対する情報の開示と説明の点で、他の解剖に優る。しかし、証拠保全、医療行為の評価、法的対応などについて、司法解剖には劣るので、紛争化する可能性のある事例は、現状では司法解剖が選ばれることが多い。

## 2. 現在の届け出数の少なさとその理由

異状死として届けられている事例は、日本では、全死亡の約13%(2003年)であるのに対して、多くの先進国においては3~4割である<sup>14)</sup>。日本では、異状死に占める医療関連死の警察届け出は、特に少なく、司法解剖も少ない(2003年度は全国で254件)。その理由としては、①警察に対し異状死届け出がなされると、警察によって届け出医師が犯罪者扱いされること、②捜査を行う警察官に専門的な知識がないこと、③捜査や司法解剖によって明らかになった事実は、病院側には公表されないため、事故の再発予防に使えないこと、など制度上の問題が一般に挙げられている。さらに、④法文上届け出対象が不明であるため、臨床現場で届け出に関する混乱があったことも確かである。

## 3. 現在の届け出制度の問題点

現行制度上、医療関連死が異状死として届けられて司法解剖された場合には、遺族が求めても、解剖執刀医は、捜査の一環としての司法解剖の情報を遺族に直接説明できず、遺族の心情に配慮する視点に欠けている。さらに、解剖の情報を公開して広く公衆衛生に役立てる視点にも欠けている。何よりも、医療

専門家自身にしかできない医療の評価を公に行う制度がない。

以上に述べられた制度上の欠陥と考えられる諸点は、警察への届け出が業務上過失致死という犯罪捜査の一環として行われることに大きな原因がある。そこで、犯罪捜査という手続きを前提としない届出先を設置することが求められる。これに対して保健所を警察に代る届け出先としてあげる考えも存在する<sup>1)</sup>。その理由としてあげられているのは、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こと、また地域に根ざした活動をしている事などである。しかし、一方で保健所は公衆衛生に関する知識はともかくとして、臨床に関する知識は少なく、現状のまま届け出先とすることに関しては危惧する意見も多い。少なくとも保健所を届出先とする場合、保健所医師に対する教育・研修が必要不可欠であろう。結局現状においては、新しい第三者機関を設置する以外、警察に代る適当な届け出先がないというのが実情である。

また第三者機関を設けた場合であっても、それで全てが解決するというわけではないことは言うまでもない。英国においては、コロナーという死因調査に特化した行政官による死因調査が行なわれており、医療関連死の多くが届けられている。しかしプリストル事件では、二名の小児心臓外科医の手術成功率の極端な低さを内部告発があったにもかかわらず数年間放置してしまった為に、100人以上の子供が命を落としたと推測されている<sup>15)</sup>。制度を設けたのみで安住するのではなく、制度を有効に生かすためのたゆまない改善が必要である。英国ではこのプリストル事件が公になった後、政府による独立調査機関による徹底した原因究明が巨費を投じて行なわれ、大部の報告書として改善策がまとめられている。そこには、コロナー制度の弱

点として、法律家であるコローナが調査を主導する為に、医学的視点に欠けるきらいがあること、また死因は綿密に調査されるが、ミスに関わる医療の評価は行わない事などがコローナ制度の欠点として挙げられ、改善を求めている。

#### 4. 医師の意識の問題

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

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

#### 5. アンケートの意義

内科医の評議員を対象とした先行研究においては、インフォームドコンセントが届け出を控える方向に働くことがわかっていた<sup>6)</sup>。今回の調査結果では、このことが確認されたのに加えて、内科医・外科医を問わず、事後の死因に関する説明と、それに対する遺族の納得があれば、届け出ないほうに傾くことも

明らかになった。結局、多くの医師は、医療関連死が眼前に起こった時、できる限り、医師・患者関係の枠内で処理したいと考えているように思われる。この意識を変えて、広い範囲の医療関連死が届け出られて原因が究明され、有害事象の現状が把握され、それを予防に活かすためには、まず、届け出対象を法に明記し、整備された第三者機関が確実に任務を果たすことが必要であると思われる。

かつて、昭和天皇が膵臓癌を患っていた時、病名が告知されないまま、医療が行なわれていることに関して、外国人が日本人のインフォームドコンセントに関する意識を揶揄したことがあった。しかし、2003年に平成天皇が、前立腺癌に対する手術を受けた際には、そのことが広く報道された。この10年余りの内に、日本でも、国民の人権意識の高まりとともに、それまでの父権的な医師患者関係が大きく変化し、インフォームドコンセントが普及したことの一つの現れであると思われる。今回の調査でも、大半の医師がインフォームドコンセントを重要視していることが確認された。しかし、このインフォームドコンセントの重視は、一方で、医療関連死の届け出に関して「インフォームドコンセントが得られておれば、届け出が必要でない」というように、医師の意識に負の貢献をしている可能性がある。

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

れていない、などの意識の上における問題点も存在していることが明らかとなった。

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

## 6. 研究の限界

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

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

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

解釈することもできる。

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

## 7. 今後の研究の方向

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

## 8. 今後、届出制度に求められること

本調査は、明らかな医療過誤と考えられる事例を除いて、多くの医師は、事前・事後の説明に患者遺族が納得した場合には、届け出しないという意識を持っていることを示した。この結果より、届け出・解剖が現在公益に果たしている役割に対して、医師の理解が必ずしも十分でないことが確認された。これに対して、法制度上取られている建前と臨床現場における実際の行動との乖離から生じる混乱を避けるために、法制度の公的役割に対する医療従事者の理解を周知徹底させる必要がある。そのためには、届け出対象の法定、第三者機関の整備に加えて、医師や医学

生に対する研修・教育が必要であることを示している。具体的には、厚生労働省や自治体による、病院の医療安全責任者に対する研修の必修化が必要である。加えて、医学生や臨床研修医に対する研修会の実施、研修ビデオの作成などが求められる。

しかし、届け出とそれに続く死因究明の制度を法改正をも視野に入れて改革しなければ、医師や国民の意識は、大きく変化することはないと思われる。具体的には、(1)届け出対象を法に明記すること、(2)その対象を、説明や医療過誤の有無によって、医師が判断しないように定める必要がある。なぜなら、公正性の観点から、過失の判断は、届け出る医師でなく、公的機関に届け出た後、第三者専門家によって行われるべきものだからである。

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

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

これまで、法医解剖では、死因究明はとまかく、医療の評価に関しては、1~2名の臨床

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

今後、行なわれる解剖や調査には、臨床専門医が責任を持って参加し、当該医師などへの事情聴取と問題点の把握をし、カルテ・画像の証拠を保全し、解剖に立ち会って、解剖医に助言をし、さらに、必要な調査を重ねて、報告書(法医の鑑定書に相当)を書くことが求められる。そして、届出医療機関と遺族の双方に公平に説明をする必要がある。加えて、調査を補助し、遺族や関係者の間を調整する専門家等の人材養成も必要となってくるであろう。このようなことを実現するためには、新たな第三者機関の設置が必要となると考えられる。

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

## E. 結論

医療上の過失の有無、医療行為の前、死後の説明の有無の異なる6つの医療事故モデルケースについて、外科医・内科医(都内5大



学) に対する届出に関する意識調査を行った。その結果、内科医・外科医を問わず、事後の死因に関する説明と、それに対する遺族の納得があれば、届け出ないほうに傾くことが明らかになった。今後、医師の意識や、遺族の納得度に左右されないように「届け出るべき医療関連死」を法に明示し、専門性、公正性の高い第三者機関による調査をすることが求められる。

## 資料 6

# 患者・死者の個人情報の取り扱いについて

吉田謙一

### A. 研究の背景と目的

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

### B. 研究方法

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

### C. 研究結果

#### 1. 背景

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

医療においては、患者の自己決定権が最優先されるので、患者の個人情報は、本人が求めた時には、開示することが原則である。その根拠となるのが、「自分の情報は、自分が知り、使い、使い道を指示できる。」という「自己の情報に関するコントロール権」である。患者の権利章典(1973, 1992 年)には、「患者はプライバシーに関する権利を有する。事例を巡る討議、検討、治療は、患者のプライバシーを保護するように行うべきである。」と書かれている。

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

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

## 2. 個人情報の保護に関する法律（個人情報保護法）

平成15年5月に施行された個人情報保護法（以下、「法」と記載）は、個人の権利・利益を保護しつつ、個人情報の有用性に配慮して開示・利用する枠組みを示している。個人情報保護法2条には、「個人情報」とは、「生存する個人に関する情報であって、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人を識別することができるもの」と規定されている。また、厚労省の「医療介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（以下、ガイドラインと記載）には、個人情報とは、「個人の身体、財産、職種、肩書き等の属性に関して、事実、判断、評価を表すすべての情報であり、暗号化されているか否かを問わない。」と書かれている。さらに、法によると、「個人情報データベース等」とは、「個人情報を含む情報の集合物であって、特定の個人情報を、電子計算機を用いて検索することができるように体系的に構成したもの等を含む。」その対象は、個人情報データベース等を事業の用に供している「個人情報事業者」であり、個人情報データベースが過去6か月以内に5000件以下の場合、対象外となる。しかし、取扱い数に関わらず、医師個人等にも同じ原則が適用されると考えられる。

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

個人情報開示に関する義務について、業者は、生存する個人の情報であって、情報に含まれ

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

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

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

警察が、医療機関に対して、被害者・被疑者の病状・受傷状況、薬物濫用疑いの患者の採血・採尿結果、死者について生前の診療情報等を照会・任意捜査する場合がある。特に、異状死届出（医師法 21 条）や遺族・救急隊の通報によって、警察が死者の状況調査や捜査を行う場合に問題となる。警察・検察等の行う刑事訴訟法第 197 条第 2 項に基づく照会には、被照会者は報告義務を負うと解される上、警察・検察等の任意捜査に対する協力は「任意」であるが、法 23 条 1 項 1 号の「法令に基づく場合」に該当し、第三者提供の制限を受けない。実際、個人情報を提供する場合には、捜査官の氏名、職名、年月日、内容等を記録しておくことが望ましい。

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

家族が、本人の病状等に関する開示を求める場合、原則、本人の同意がない限り、開示をしてはいけない。しかし、「人の生命、身体又は財産の保護のために必要な場合」に該当すると思われる場合には、本人でなく家族に、病状を説明し、癌等の告知をすることも許されると解される。一方、地域がん登録事業において、地方公共団体から医療機関に対して、がんの診療情報の提供を依頼された場合、法 23 条 1 項 3 号の「公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合」に該当すると判断すれば、許される。しかし、地域住民検診等において、生活習慣病の要因の分析のために遺伝子解

析研究が行われた際に、説明・同意が不十分であったことが問題となる事案が少なくない。民間保険会社、職場、学校、マーケティング等を目的とする会社等からの問い合わせに関しては、患者本人の同意が必要である。

### 3. 医師の遺族に対する情報提供と説明

医療従事者等は、患者が死亡した際には遅滞なく、遺族に対して、死亡に至るまでの診療経過、死亡原因等についての診療情報を提供しなければならない（診療情報の提供に関する指針、平成 15 年 9 月 12 日）。ここで、「遺族」とは、配偶者、子、父母及びこれに準ずる者を指す。

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

医師は、患者が死亡した場合、死に至った経緯・原因について、診療を通じて知り得た事実に基づいて、遺族に対し適切な説明を行うことも、遺族に対する法的な義務と解される。その根拠は、医師が患者に対する診療契約関係においては、診療内容について報告義務を負うと解されること(民法645条)、及び、「本人から、個人データの開示を求められたときには、本人に対し、遅滞なく、当該

保有データを開示しなければならず（個人情報保護法 25 条）」、「死者に関する情報が、遺族などの生存する個人に関する情報でもある場合には、当該生存者個人に関する情報となるとされる（ガイドライン）」ことによる。

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

#### 4. 解剖の情報開示の問題点

病理解剖の結果は、主治医から遺族に伝えられる。遺族が医療過誤を疑っているが、主治医が過誤でないと説明した場合、遺族に受け入れられず、紛争化する場合、あるいは、遺族が警察に通告し、司法解剖される場合がある。しかし、司法解剖の情報も遺族には、

原則、非開示であり、検察・警察の判断で若干伝えられることがある程度である。当該医療機関には伝えられない。

Case 17-2（病理解剖後の司法解剖）：50 歳代男性が、総胆管結石のカテーテルによる碎石・除去を受けた。術後、十二指腸乳頭の切開部から出血が続くため、エピネフリン液をかけて止血できたと考え、夕方、一般病棟に帰った。翌日午前 3 時頃、看護師と変わりなく会話をしたが、午前 5 時過ぎ、トイレで下血しているところを発見、直後に、ショック及び心肺停止状態となり、蘇生に反応せず、死亡した。医師は、遺族の承諾を得て、病理解剖を実施した。小腸に広範な粘膜出血があり、腸管内に血性便を多量容れていたが、十二指腸周辺に出血ないため、医療行為と無関係と説明した。また、脊髄摘出時、髄液が血性であったので、死因は、脳出血と説明した。遺族が開頭拒否。遺族が警察に告げたため、司法解剖となった。諸臓器乏血状、ショック腎所見、十二指腸乳頭の組織所見上、切開部に器質化しつつある出血像があった。外科医の意見を聞き、術後、十二指腸乳頭切開部から出血が持続し、出血性ショックに陥った結果、腸管血流低下より虚血性腸炎に陥り、多量の出血により死に至ったと考えた。容態急変約 2 時間前時頃まで看護婦と話し、腹痛を訴えず、腸粘膜赤染の範囲は広く、動脈硬化はないので、腸間膜血管の狭窄や血栓による虚血性腸虚血の可能性は低いと考えた。

病理解剖の結果は、主治医などから遺族に説明されるが、遺族が疑問を持った場合、公正性の観点から信用されない。都立広尾病院事件の病理解後、病理医は主治医らに腕の異常な色素沈着と肺塞栓症があり、90%以上の確率で事故死であると報告したが、遺族に正しく伝えられなかった。その後、遺族が死因に関する文書を求めた時、主治医は、死因を

肺塞栓症としながら、死因の種類を病死としたため、公文書偽造の罪を問われた（Case 1-3）。

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

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

執刀医は、2年余して、遺族が民事裁判を提起したこと、麻酔科医が鑑定書・事故調査委員会報告書に強く異議を唱えていることを知った。その後、捜査機関は多数の事情聴取内容より、病院は再調査の結果より、当該事故以前に複数回、術中、多量の出血を起こ

した外科医の過失を認定した。結局、遺族に十分、説明されなかったため、紛争化したと思われた。一方、事情聴取を受けた複数の関係者が病院を去り、大半の関係者が手術室を離れた。このような事例では、弁護士はもとより、裁判所にさえ、司法解剖の情報が開示されないことが多いという。

刑事訴訟法 47 条には、「訴訟に関する書類は、公判の開廷前には、これを公にしてはならない。ただし、公益上の必要その他の事由があつて、相当と認められる場合はその限りではない。」として、訴訟関連資料の開示制限と守秘義務が規定されている。検察は、「不起訴になる大部分の医療案件についても情報開示はできないが、できる範囲で検察官が遺族に説明をする、ただし、不起訴処分事例については、遺族が求めた場合、鑑定書の写しを提供している。」と述べている。しかし、当教室に対する遺族の問い合わせ状況や、調査においても、遺族に解剖等の情報が伝わっていない現状と不満は明らかである。「医療問題弁護団」は、この件に関して法務大臣に要望書を提出しているが、何ら反応はない。

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

した（東京地判平 17 年 6 月 14 日。判時 1904 号 119 頁）

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

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

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

## 5. 症例報告

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

重に匿名化し、報告された内容が当事者の人権を損なわないような配慮が必要である。

Case 17-4（症例報告における個人情報漏洩裁判）：合併症を負った手術の経緯に不満を抱いた患者が病院に説明を求めた。病院側が、患者に黙って、40 歳代男性（看護師）・精神科への通院歴・経過等を含めて、その同僚等が参加する地方の学会で経緯を発表したことにつき、患者が人格権の侵害を理由に訴えた。原告側弁護士は、「精神科への通院は周囲の人に知られたくないもの、患者のイニシャル、基礎疾患、職業だけでなく、夫が入院した病棟で妻が看護師として勤務していることを説明している。同じ病院の同僚が見れば、誰であるか明らかで、匿名化が不十分であった。」と指摘する（平成 18 年 8 月 2 日大津地裁提訴事案）。

## 6. 英国圏諸国の医療情報や死因調査情報の利用と管理の視点

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

オーストラリアのビクトリア州では、死因調査情報が全国規模で IT 登録され、死因調

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

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

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

日本でも、早急に、医療・労働・家庭内事故・虐待等に関連した死亡に関する情報を、

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

## D. 考察

各項に、現状とともに、個別に考察を加えた。

## E. 結論

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

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



## 資料 7

### 異状死の検案・解剖の現状と改革案

吉田謙一

#### A. 研究の背景と目的

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

#### B. 研究方法

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

#### C. 研究結果

##### 1. 異状死届け出の意義

法医は、一般に、殺人や事故死の死因を究明し、警察や司法に医学的判断を提供するのが任務と考えられている。しかし、異状死体の死因を公正に決定し、法的責任の所在を明らかにして、関係者の人権を守るのが、法医の使命である。

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

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

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

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

図 1 東京都監察医務院における死亡統計  
(2005 年)

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

Case 1-1（トリカブト事件）：中年の新婚カップルの夫が、石垣島の空港で妻にカプセルを渡し、妻が服用した。夫は、飛行機に乗り、妻は観光中、タクシーの中で倒れ、病院で蘇生処置を受けた（心電図異常あり）が、死亡した。法医学者A医師が出張解剖をし、当初、急性心筋梗塞と診断した。その後、前妻が突然死した時、高額な保険金を夫が受け取ったことが判明した。新たに保険を請求された保険会社と夫が争ったことより、警察が捜査を開始した。一方、A医師は、保存血につきトリカブト毒の検査を依頼・実施した結果、予想どおり検出した。裁判所は、保険金殺人と認定した。

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

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

例えば、乳幼児の突然死事例では、窒息か乳幼児突然死（内因死）かにより、関係者の刑罰が決まり、さらに、老人の入浴中死亡では災害死か病死かにより、保険の給付が決ま

る。このような事例では、解剖に基づく確実な死因決定が公平性を担保する。

さらに、臨床医が確実に内因死と診断した死の中にも、外因死が少なくない。Case 1-2では、医師が一酸化炭素中毒に気づくか、または、異状死の届け出をして、監察医が検案をすれば、第二の被害者は出なかったであろう。法医（監察医）は、検案する時、死体所見、既往歴に加えて、死亡状況や死者の背景、遺族の心情に配慮する。では、死亡した父親に病理解剖が実施されていたら、結果はどうであったか？病理解剖の目的は、病死を前提とした死因究明、医療の評価であるため、一酸化炭素中毒を疑い、血液サンプルを保存・検査することはなかったであろう。また、異状死届出の対象が法定されておらず、届出が医師の裁量に委ねられることに警鐘を鳴らす事例でもある。英国では、開業医が、自らの患者を200名以上殺害したことが明らかになったシップマン事件で、医師に届出の裁量を認めること、届出を受けるコロー（後出）が医師を信頼せざるを得ないことが論争を呼び起こした。このように、たとえ「臨床医が確実に内因死と診断した」事例にも外因死が少なくない。したがって、臨床医が判断しないまま届け出て、死因調査専門家が検案し、解剖の要否を判断するべきである。また、Case 1-2のような事例の死因情報が開示されれば、事故の予防に貢献するが、警察が関わる死因究明情報は開示されない。

Case 1-2（入浴事故と心筋梗塞の誤診）：冠動脈バイパス手術後の心筋梗塞患者が風呂で倒れ、救急車で病院に運ばれた。治療の甲斐なく死亡し、心筋梗塞と診断され、病理解剖が実施される予定であった。解剖前、長男が対面に来ないため、探したところ、葬儀のために被害者宅に泊まった長男が同じ風呂で倒れていたため、司法解剖となった。カルテを見ると、救急入院時の血中一酸化炭素へ

モグロビンは致死濃度近くであった。業者が、ガス器具の吸入・排出ダクトの接続を誤ったためであった。

パロマ工業が製造したガス瞬間湯沸かし器で、排気ファンの作動不良が原因とみられる一酸化炭素中毒事故が1 多数発生、15 人が死亡していることが、2006 年9 月14 日、判明した。この事件が発覚した事例では、遺体は行政解剖され、死因は一酸化炭素中毒と判明していた。監察医（補佐）は、解剖直後に「死因不詳」の火葬用検案書を交付し、検査所見を含めた最終的な検案書は、遺族の求めがあれば、50 日を目処に交付されると説明したが、遺族は理解しておらず、警察は、10 年後の発覚まで、遺族にも製造者にも、死因を知らせる等の対応をしていなかった。警察が死因究明を担うことの限界を指名している。

## 2. 医療関連死の届け出

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

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

主治医は、薬物の取り違えを疑ったが、A の親族に対して、死因は不詳であると説明し、病理解剖の承諾を得た。

翌日、午前8 時、主治医は病院長に A の死亡の経緯を説明し、8 時30 分より院長、副院長、事務局長ら 9 名による対策会議が開かれ、当初、院長は届出に消極的であったが、届出に対する意見が多数を占めたため、届出を前提に、東京都衛生局病院事業部に問い合わせた。これに対して、待機を促した事業部参事は、午前11 時頃病院に到着した。

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

このような事例について、解剖執刀医にも警察届出義務がある。死体解剖保存法11 条には、「死体を解剖したものは、その死体について犯罪と関係ある異状を認めたときは、24 時間以内解剖した地の警察署長に届出

なければならない」と記されている。病理解剖、行政解剖、承諾解剖（下記）いずれについても同じである。警察官の立会の下、解剖を続ける、解剖後、司法解剖としての鑑定嘱託を受ける等の対応がとられる。

この事件を端緒として、法医学会の異状死ガイドライン（1994年）が、臨床諸学会の批判的となった。司法官庁が認めているこのガイドラインの要旨は、「診療行為に関連した予期しない死亡、およびその疑いのあるものを異状死として、さらに、死因が不詳のもの、過誤や過失の有無を問わない等と詳述されている。これに対して、臨床諸学会は、このガイドラインに従って警察に届け出れば、医療が萎縮し、現場が混乱するとして、明らかな過誤、その疑いがある事例は届け出るが、説明された合併症等は届出の対象ではないと主張（要旨）した。現行の制度下では、法医学会ガイドラインの範疇の入る医療関連死を医師が届出をせず、事後的に重大な過誤があったことを警察・検察が知った場合、医師法21条違反に問われる（Case 13-6: 大野病院癒着胎盤事件）。しかし、異状死届出と司法解剖では、医療関連死に対する適正な調査や対応は期待できない（第20章参照）。

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

### 3. 異状死の法的取り扱い（検視、検死）（図1）

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

警察では、届け出られた異状死のうち交通事故死は交通課が、それ以外は刑事課（強行犯係）が取り扱う。警察は、外表や死亡状況

から犯罪死（犯罪によることが明らかな死）・非犯罪死（犯罪が関連しないことが明白な死）・変死（犯罪死か非犯罪死が不明の死）に3分する。犯罪死には検証・実況見分（刑訴222条、128条）、非犯罪死には死体見分（犯罪捜査規範104条1項参照）、変死には検視（刑訴229条）が実施される。そして、犯罪や過失を疑う事例に関して、警察官（検察官）が司法解剖の必要性を判断する。しかし、そもそも、警察官が死体の外表と死亡状況等から、解剖の要否を判断できるだろうか？経験豊富な法医学者（慶応大柳田名誉教授）でさえ、監察医として検案した時、外因死と診断した事例の約15%が、解剖により内因死と判明し、一方、検案時、病死と診断した事例の約4%が、解剖後、外因死と判明したという。検案時、病死と判断した場合、監察医制度のない地域では、まず、解剖されることはない。このような豊富な検案・解剖経験のない、医師や警察官には、外表検査に基づき、解剖の要否を判断することの危険性もわからないであろう。

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