

はない。しかし、彼らが「おかしい」と思わず、軽く済ませようとするケースが誤認検死を生む。本来、検視は、専従の専門家が、終身職として行うべき、高度の経験・知識を要する業務である（5項参照）。

警察は、監察医、警察医、一般臨床医等の医師に検視への立会いを求める。監察医制度のない地域では、日頃警察に協力的な警察医が立ち会うが、一般臨床医も依頼される。これらの検案医に特段資格があるわけではないが、2004年度から、厚生労働省が法医学会の協賛により検案医研修会を行っている。

検死とは、司法警察員の要請を受け、医師が行う、死因決定等のための死体の外表検査を指す。また、検案とは、「医師が検死に基づき、死因や死亡推定時刻等についての医学的判断をすること」である。検案は、また、医師自らが診療中の患者に対しても、診療中の病気と無関係と思われる病態が生じた際には、行わなければならない。例えば、自ら診療中の患者に、医療過誤が疑われる状況で患者が死亡した場合（case 1-2 参照）、肺炎で死亡したが、交通事故との因果関係が疑われる場合（case 2-2）等には、「異状死届出に関する判断のため、死体の外表検査をするため」の検案が必要である。警察が犯罪を疑う場合、検視が検案に優先する。東京では、犯罪を疑った場合、検視官が検視し、司法解剖の判断をした後、監察医が検案をする。しかし、高度の知識と経験を有する検視官にも見落としがある（case 1-4）。

Case 1-4(扼殺の誤認検視ニアミス例)：中年の独居女性が自宅の布団の上で死んでいた。一見外傷が無く、警察官は「先生、病死のようですね？」と言うが、監察医は顔面の鬱血、眼瞼結膜溢血点、頸部の圧痕があり、扼殺を疑い、司法解剖をした結果、殺人事件と判明した。検視官が臨場していた事例である。

このような事案から、法医・監察医等の専門家による検案が、警察の誤認検視を予防しうること、警察官・検視官より、法医・監察医に解剖の実質的判断を任せるほうがよいことがわかる。なお、臓器移植法上、司法解剖、検視等は臓器の摘出に先行するので（同法7条）、司法解剖の対象となる死体からの臓器移植は角膜、皮膚以外は困難である。

4. 監察医制度

死体解剖保存法8条は、要約すると、政令指定地の都道府県知事は伝染病、変死体について死因解明のため、監察医に検案、解剖させることができる。ただし変死体（疑いを含む）では検視が検案、解剖に優先すると規定する。戦後8都市で施行されたが、現在、行政が責任をもって監察医制度を運営しているのは東京23区内、大阪市内、神戸市（近郊を含む）のみである。横浜市、名古屋市の監察医制度は、有名無実である。

大多数の県では、警察医や一般臨床医が大部分の異状死の死因を検案のみで決定させられ、警察が「事件性」があると判断した事例のみを大学の法医学教室で司法解剖している。このように、遺族が死者の正しい死因を知り、それによって人権を守ることにについて、地域間で著しい不公平がある。

4. 解剖制度

日本では、以下のような解剖が行われている。

1) 司法解剖：司法警察員又は検察官が検視の結果、解剖による鑑定が必要と判断した時、刑事訴訟法168条（裁判官の鑑定人に対する鑑定処分許可状発付）、同223条（東京地検・各都道府県警察の鑑定受託者に対する鑑定嘱託書提示）を経て、鑑定医（法医学専門家）に委嘱する解剖である。犯罪死体又はその疑いのある死体、

身元不詳の異状死体等につき、警察の判断で遺族の承諾の有無に関らず実施する。検視官は、所轄警察の報告書と、時に現場に臨場して解剖の要否を決定するが、上記のように制度上の問題点がある（東京では、検察官が指揮することもある）。

司法解剖は、捜査官の負担、鑑定書作成の負担と時間、費用の問題等より、警察が数を絞る方向に向かいがちである。一方、解剖実施機関の人員・予算の不足の問題も深刻である。2003年度、全国の法医学教室で行われた司法解剖と承諾解剖の総計は、6678であるのに対して、2006年8月現在、法医学教室に籍をおく医師は約150名、学会の解剖認定医は、119名である。2006年、警察庁が、司法解剖に関する必要経費を大幅に増額したことが、問題解決の端緒となることが期待される。

司法解剖には、なお、深刻な問題がある。一見、犯罪・過失捜査目的以外の死亡に対する警察の消極性、そして、解剖に関する情報が関係者に開示されない点等である。これら死因究明制度の問題点が、集約して露呈したのが、「パロマガス器具」事件であった。一方、秋田の小学生殺害事件の犯人の女が、実の娘を橋から転落させて死亡させた事件では、事故と断定して捜査の詰めを怠った当地の警察が批判をされたが、実際には、死因究明システムの不備が生んだ必然的結果といえる。また、解剖した法医に、解剖所見のみから外傷が自己過失・他殺の別を決めることは求められない。死因や死の態様（病死、事故死、他殺等の別）は、捜査状況と解剖所見を合わせて、専門家が判断すべきである。英米圏諸国では、専従の専門家が終身職として、これに当たっている。このような問題は、「死因究明」を目的とした解剖制度を確立し、死因調査全体を指揮する専従・終身職の専門家をおき、幅広く死因究明のた

め解剖した中から、捜査対象事例を絞り込まない限り解決しない。

2) 行政解剖:知事は死体解剖保存法8条(上記)に基づき、異状死について検案のみで死因の判定が不可能又は困難である時、監察医が必要と判断した時には、遺族の承諾の有無に関らず監察医に解剖させることができる。解剖中、犯罪性を認められた時には、警察署長に届けることが求められる。実際には、解剖中に警察に連絡して司法解剖へ変更し、立会いを求める。行政解剖は、本来、公衆衛生上の目的で実施されるが、承諾解剖と同様、警察官が「非犯罪死体」と判断した事例を解剖した後、犯罪や事故の事実が判明することが少なくない(Case 1-5)。このことより、警察官が、犯罪性の観点に偏って解剖の必要性を判断することが、誤認検視や死因過誤の一原因であることがわかる。

なお、2003年度、全国で行われた行政解剖の数は、5387件であり、病理解剖は21506件である。全死亡数に対する割合は、司法解剖等約0.5%、行政解剖約0.8%、病理解剖約3.0%である。

3) 承諾解剖:公益のために行われる司法解剖、行政解剖では、遺族の承諾は不要であるが、死体解剖保存法第7条には、解剖は遺族の承諾を得なければ、できないと規定されている。承諾解剖には、病理解剖と法医学解剖がある。監察医制度施行地域以外では、司法解剖を行う必要はないが、死因究明のために解剖が必要と判断する時、遺族の承諾を得て、「承諾解剖」が行われている。例えば、医療関連死等に対しては、被疑者なしに解剖できる。決められた解剖数に対して予算を措置している自治体が多いが、遺族に負担させている県もある。大部分は、法医学教室で行われている。承諾を得なくてよい場合として、1) 死亡確認後30日を経過して引取者のいない場

合、2) 2人以上の医師が診療中であつた患者の死亡についてその死因を究明するために解剖しようとする時、遺族の所在が不明、または、遺族が遠隔の地に居住する等の理由で、遺族の諾否を待っている、その解剖の目的が達成されないことが明らかの場合、3) 行政解剖、司法解剖、食品衛生法・検疫法に関する解剖で、その規定に該当する場合である。なお、2005年9月より、厚生労働省の補助事業として、「診療に関する調査分析モデル事業」が東京、大阪、神戸、愛知等で実施されている。この事業で、法医、病理医、臨床立会い医によって行われる解剖も同じ規定による承諾解剖の一つである。

解剖に関する承諾には、微妙な問題が存在する。例えば、乳児の予期しない死亡では、両親の関与や外因死の可能性を除外するために解剖が必須である。しかし、とりわけ、乳児の解剖に両親の承諾を得ることは難しいので、司法解剖となることが多い。現行の行政解剖では、実務上、肉親の承諾が得られない場合に解剖が強行されることはない。

モデル事業の承諾解剖では、解剖・調査に関する遺族の承諾とともに、医療情報の開示に関する病院の承諾を得なければならず、一方が承諾しない場合、解剖が実施できない。当時者である病院が、疑惑を感じている遺族に説明をし承諾を得るといふ矛盾もある。このような事案に関して、関係者の承諾より公益を優先すべきであるが、犯罪捜査を目的とし、情報が公開されない司法解剖にしか法的強制力がない。この点、法的強制力があり情報公開を趣旨とする新しい「医療行政解剖」と、法的権限を持つ行政官が届出を受け付け、解剖の要否を判断する制度の創設が求められる。

病理解剖の目的は、病態の解明と診断、新疾患の発見、臨床診断・治療法の確認等であり、一見、突然死に見える事例であっても、Case 1-1、1-2のように、外因死が疑われる事例（解剖の結果、外因死であつた事例）、Case 1-6のように、医療ミスが疑われる事例には、専門性・公正性の観点から対応できない。

Case 1-5は、犯罪性の観点より解剖の要否を判断することの危険性を示す。検視官が臨場・検視をし、犯罪性がないと判断したが、念のために承諾解剖したところ、交通事故死と判明した。また、目撃者のない死者につき、広く解剖し、その結果に基づいて、捜査をすることの重要性がわかる。

Case 1-5（承諾解剖による事故死の発見）：駐車場に老人が倒れていた。同窓会帰りであり酒臭かった。一見、外傷はなかった。警察は、犯罪性がないと判断し、念のため承諾解剖を依頼したものであつたが、胸部を念入りに触れると肋骨骨折があり、開胸すると胸部を轢過されていることが判明した。

ある県では、行政検死・解剖の名の下に、個人事業主である監察医が検死・解剖の後、遺族から検案書料を自由に得ている。これには行政が関与しておらず、解剖は個人が行う「承諾」解剖であるが、十分な説明に基づく承諾が得られているとは思われない。また、内容に疑問が提起されることも少なくない。

4) 解剖の承諾と懲戒（勧め）：司法・行政解剖では、法律上、承諾を要しないが、大半の行政解剖では、遺族の承諾を得ており、遺族に結果について説明をする。死亡直後、遺族は死因の重要性を考える余裕はなく、解剖の必要性は理解できず、むしろ、解剖を嫌う遺族が多い。しかし、解剖を勧められた遺族が断つた場合、裁判で

は、遺族に不利になることがあり、後で、遺族が死因が気にした時に後悔することもある。例えば、乳幼児死亡で死亡状況や死因が不明であるのに、解剖されないままに乳幼児突然死症候群（内因死）と診断された場合、保育者が責任を逃れる傾向がある。一方、乳幼児死亡全般では、父母の疑いを晴らすため、反対に、父母に虐待の疑いのある場合には、その証拠保全のため、父母に反対されても、司法解剖すべき事例は多い。医師が遺族に解剖を勧め、警察責任者が解剖を実施すべき事例として、一般に、死後発見例（非目撃例）、病院到着時心呼吸停止未診断例、周産期死亡、乳幼児突然死、診療中・入院中の予期しない死につき死因不明または遺族がミスを疑う事例、及び、保険請求・労災・過労死の認定が絡む可能性のある事例がある。特に、診療中や入院中の予期しない死亡例で解剖をしていない場合、死因が不明であるために、後日、紛争化した時、遺族側が不利益を被る可能性、反対に、病院が遺族に賠償を求められることがある（Case 1-6）。

Case 1-6（解剖についての説明）：下腹部痛、腰痛等を訴え入院3日目にX線写真を撮って病室に戻ったところ、突然、心停止した。一時蘇生し、心エコー検査上壁運動低下、心電図上虚血性変化があったので心筋梗塞による心不全を疑い、治療したが、死亡した。遺族に死因は心筋梗塞と説明したが、後日、妻等が、①腹部大動脈瘤解離を心筋梗塞と誤診し、また、②死因の解明のために病理解剖を慫慂しなかった、あるいは、その説明をしなかったとして訴えた。判決は①を否定したが、②を認め、慰謝料の支払いを命じた（東京地判平成9年2月25日判タ951号258頁）。しかし、控訴審では逆転の判決が出ている（東京高判平成10年2月25日判タ992号205頁）。

突然死の多くは、現在の医学では予知・防止不可能なので、医療側が責任を問われることは少ないが、Case 1-6のように、解剖をせず死因が不詳であるために紛争化し、医師または患者に不利な判決が下ることもある。事実、判例上、遺族が、医療過誤や死因を疑うような事例では、医師は解剖の提案をして検討する機会を与え、求めに応じて解剖し死因を家族に説明すべき信義則上の義務を負うとされる（case 1-6）。この事案は、異状死届出をすれば、監察医が、遺族の心情に配慮しつつ解剖の意義について説明し、何事も起こらなかったであろう。異状死届出と解剖には、紛争を予防する効果がある。

5) 解剖の資格は次のような者に与えられる。① 解剖資格認定医（厚生労働大臣が認定）、② 医学教育者（解剖学・病理学・法医学の教授・助教授）、③ 監察医（死体解剖保存法）。一方、④ 司法解剖の鑑定医（刑事訴訟法）と⑤ 食品衛生法・検疫法による解剖には、特に具体的な資格規定は無い。司法解剖は、法医学会解剖認定医取得が大よその目処となっている。

法医学会は、認定医制度を推進している。解剖認定医の資格要件（要約）は、医師免許、死体解剖保存法による死体解剖資格、法医学教室・監察医機関に4年以上在籍し200体以上の死体検案ないし法医解剖（補助を含む、法医解剖は60体以上）の経験を有する学会員（3年以上）、学会発表5回以上、論文5編以上である。最も厳しい米国では、医学部卒業後、一般病理4年、法医病理1年の研修を経て、試験に合格する必要がある。法医研修期間、年間解剖数は、300程度を求められることが多い。これには、日米解剖機関における解剖数の開きが関係している。

5. 英米圏諸国の異状死届出制度

日本やドイツのような「大陸法」諸国では、異状死の届出先は警察であるが、英国圏諸国では、 coroner（検視官と訳される）という死因究明専門の行政官に届け出る。特に、 coroner 制度は、長所が多いので紹介する（表1参照）。

英国 148 の管区（60 程度に統合の予定）に正副各 1 名いる coroner の多くは法律家であるが、一部は医師であり、原則終身職である。人口約 5,000 万人の英国（England & Wales）では、全死亡の約 38%が異状死として届け出られ、全死亡の約 23%が法医学解剖（ coroner 解剖）されている。日本では、異状死は全死亡の約 13%、1.4%が法医学解剖（司法解剖＋行政解剖）されているに過ぎない。

日本では、異状死を法定していないが、英国では、 coroner に届け出るべき異状死を、戸籍法に規定し、同様の内容が、National Health Service・内務省・統計局・各 coroner 事務所のガイドラインに記載されている。戸籍法（1968年）に記載された「届け出るべき死」の内容は、以下のとおりであり、下線部のような広範囲の医療関連死を含む。

1. 外因死が疑わしい状況や病歴がある、
2. 事故に関連した可能性がある、
3. 労働・職業と関連している可能性がある、
4. 中絶、
5. 手術中または麻酔から完全に覚醒する前、または、麻酔と何らかの関連性があった場合、
6. 医療行為や治療と関連している可能性がある、
7. 死者自身の行為が死に寄与した可能性のある死（自虐行為、薬物・有機溶媒使用）、
8. 警察または拘置所内の死亡、
9. 入院 24 時間以内の死亡、
10. 精神保健法による拘留中の死亡である。一方、 coroner 法（1988年）には、届出の要件として「不自然死（異状死）と疑うに足る合理的な理由があればよい」とされており、医師も市民も coroner に広く届け出ている。

まず、警察官と警察医（資格を有する検案専門医）が異状死体をみて、 coroner に引き継ぎ、 coroner が解剖の要否を判断し、死因究明を進める。地域差はあるが、異状死の約 2/3 が解剖される。一方、殺人や事故等、警察の捜査が必要な事案では、警察の捜査終了まで、 coroner の死因決定が延期される。

coroner は、解剖や調査の情報が揃った時点で、重要案件については、裁判官として公開のインクエスト（検視法廷）を開く。例えば、交通事故案件では、妻、車の同乗者、事故の目撃者、警察の交通鑑識専門家等に次々証言をさせながら事実関係を認定し、妻に質問を求める。最後に、死者の氏名・年齢、死亡場所・時刻を告げ、「死因は心肺挫傷による出血である。飲酒の上、速度超過によるハンドル操作の誤りによる交通事故である。」というような評決を伝える。そして、法律家である coroner が死亡証明書を書く。加えて、 coroner は、事故予防策等に関する提言をできる。このように、異状死の死因究明に関する情報は、公的な情報として原則開示される。この点、日本の司法解剖では、不起訴処分となっても、情報は開示されない。

日英の異状死の死因調査制度を、特に、医療関連死に注目して比較する（表1）。英国では、届出対象が法定されており、医師・国民は、異状死を届け出て、 coroner に死因究明を委ねることを当然と考えている。日本では、異状死が法に定められておらず、犯罪に関係した例外的な死亡であると考えられており、死因究明に一貫して責任を負う専門家がいらない。英国では、医師に第三者である coroner に、医療関連死の死因究明を委ねることのメリットが認識されているので届け出やすい。そのメリットとは、「 coroner が怒り狂った遺族から、法の傘の下に医師を守ってくれる」（オックスフォード大外科ウェスタビー教授談）、解剖の情報を知ることがで

きることである。しかし、日本では、医師の刑事捜査への抵抗感、及び、事故の再発予防に使えないことから、できるだけ医師・患者関係の枠内で処理し、隠蔽や不公正を疑われる可能性がある場合にはじめて、医師が届け出ている可能性がある。

1990年代、英国社会を揺るがしたブリストル事件では、2名の心臓外科医が、手術成績の悪いまま手術を続けた結果、100名にも及ぶ小児が無駄に命を落とすと推定されている。英国では、手術に関係した死亡は、法に従って届け出られ、多数が解剖されている。それにもかかわらず、事件が起こった原因として、コロナーの職責を死因（事実）の認定に限っており、医療（ミス）の評価を行わないことにあると指摘された。コロナーの多くは法律家であるが、アメリカ流のメディカルイグザミナー（ME）が勝るという議論がある。

アメリカ都市部では、法医病理資格認定医である行政官 ME が、検案・解剖をする。ME 主任がコロナーと同様、異状死の死因究明全般を検視局で指揮する。

米国の ME department（検視局）は、ME 主導で、日本では、警察の鑑識・科学捜査研究所が行う現場、及び物体に関する捜査、遺族対応、そして、死亡証明書（死亡診断書と死体検案書を区別しない）のチェック等、異状死に関する全てを取り扱う。そのため、捜査官や専門職員を検視局で教育し、国家資格を獲得した後は、実質上、終身職として雇用する。多くの州で、医療関連死は刑事捜査の対象外である。しかし、医療関連死に関わった医師は、警察のような捜査権限をもつ ME に呼ばれ、カルテ等を示しながら説明をし、そこで、解剖の要否等が判断をされる。この制度の要点は、検案・解剖の実務経験者に権限を委ね、異状死全般を総合的・集中的に調査・管理することにある。この点、東京 23 区、大阪市、神戸市等におかれている監察医

は、警察が検視をした後の異状死体に関して、検案と解剖をする権限しか要しない。米国の ME 制度施行地域では、医療関連死に関して、主治医が ME に電話で報告し、必要な場合、カルテ等を持って説明に行く。東京 23 区と同様の人口背景を持つロサンジェルス郡で、検視局が異状死として受理・調査する事案は、年間約 500 件、その 1 割程度に解剖が実施される。その死因は、大半、“合併症”である。

6. ビクトリア州の異状死死因調査制度

オーストラリアのビクトリア州の法医学研究所（VIFM）は、世界最先端の異状死死因調査機関であり、州コロナー事務所と同じ建物の中にある。この州では、コロナー法に「届出の目的は、事故の予防である」と明記されている。VIFM では、コロナー、法医、臨床評価医、看護師等によるチーム体制が確立している。何より、問題発見能力と自己解決能力に優れている。

National Coroner Information System（NCIS）は、VIFM 内で、オーストラリア国内のコロナー情報を、インターネット(IT)を用いて管理し、コロナー関係者・政府機関・研究者に提供している。訪問時、胃管を取り替えた数日後に腹膜炎となり死亡した事例について、法医が NCIS を用いて 11 の類似事例を見出し検討中であった。

法医・コロナー・臨床評価チーム等が協力しつつ類似事故の事例を集めて分析して、問題点を発見し、議論し、事故予防のための方策を考える。コロナーは、インクエストに類似事例を集めて、関係者の証言から事実を認定し、死因や死の態様に関する評決をし、コロナー法に基づいて事故予防のための方策を提言する。VIFM 設立後、一人の法医やコロナーでは再度経験しないような事例を同業者間で共有できるようになった結

果、事故の再発予防に貢献し、事故の発生率は半減した。

このような事故の「後ろ向き分析」に加えて、「前向き利用」が提言されている。例えば、医療器具連盟(TGA)の追跡調査中の薬剤による過量服用による死者が出た時、TGAに電子メールが送られる。また、交通事故、火災等が関係行政機関に、自殺が州精神保健関係部署に通知される。その他、コロナーの死因究明情報がコロナー関係者に”Fatal Fact”（書籍）として提供され、溺死・自殺・焼死等の分類ごとに個別事例の状況の要約と提言の経緯が記されている。そして、詳細な情報は、NCISにより照会できる。

コロナーと法医が医療関連死を取り扱うには限界があったので、臨床連絡サービス Clinical Liaison Service (CLS)が設立された(2002年)。全異状死の約1/4を占める病院内死亡の全事例に対して、CLSユニットが評価をする。カルテ等は、看護師・臨床評価医が評価して、必要な場合、専門医に相談する。週1回、コロナー、法医、CLS医師・看護師、当該専門科の臨床医が参加して検討会を行う。6~12例が臨床評価結果・解剖記録等をもとに評価され、その1~2例が有害事象と認定されている。

CLSの評価は、医療事故の予防と医療システムの改善のため、病院に解剖記録とともに還元(リエゾン)される。また、死因調査情報は、刑事・民事裁判に利用できない(コロナー法)。そのため、医師は大部分、記録を自発的に提出する。CLSにより、法医とコロナー関係者は、臨床的・リスクマネジメント的な視点を養った。また、コロナーは、リドカイン・塩化カリウムの誤注射(容器の類似した点滴用・静脈注射用の過誤)、病院内の転落事故に関する政策を提言し、事故の予防に大きく貢献した。さらに、一般医師に対して、電子メール事例報告レターが配信され(case 1-7)、VIFM見学を促進した結果、医療関係者

とコロナー関係者の意思疎通が促された。このように、CLSは、病院内死亡を包括的・透明・客観的・学際的に調査し、コロナー調査を合理化・強化した上、医療事故の予防に貢献している。

Case 1-7 (CLS 警鐘事例): ICUで多臓器不全の症状が改善しつつあった患者の透析カテーテルを置換した。7時間後、ショックに陥り、30時間後死亡した。置換8・20時間後に撮影された胸部X線写真上のカテーテル先端部が異常な位置にあったが、見逃されていた。解剖の結果、死因は心臓穿孔による心タンポナーデであった。コロナーは、「医師は、病院・メーカーのガイドラインに従って、置換直後に胸部写真を撮影してカテ先を確認すべきであり、医師にガイドラインに従わなかったミスがある。加えて、その後、撮影した写真でも異常に気づかなかったミスがある。」と評決した。そして、医師はカテーテル置換直後にガイドラインに従ってカテ先を確認すべきこと、州は、ガイドラインの適否を検討すべきことを提言した。

D. 考察

以上述べたように、日本の異状死届出、検案、解剖の制度には、種々の欠点があり、可及的に速やかに改革することが求められる。特に、検案とは、監察医、警察医等が死体をみて死因や死亡時刻を推定し、検案書を書くことに留まらず、診療経過中の死亡について「法医学的異状の有無を判断する」ことを指す。この第2の検案は、届出をし、解剖によって死因を公正に決定することを導く極めて重要な役割を有するため、これを行う臨床医の認識、あるいは法の整備が極めて重要である。そして、「診療に関連した死亡」についても、一酸化炭素中毒事故の事例についても、臨床医の「病死である」としての認識を改め、届け出て、第三者が死因を究明

し、その情報を適切に利用することによって、事故の再発予防に役立てなければならない。このような意味において、厚生労働省が行なってきた検案研修会の役割は極めて大きく、今後、なお、対象を拡大して、研修に留まらず、認定医制度を実施することが望まれる。

E. 結論

最後にまとめとして、日本の検死、解剖制度の問題点と望まれる方向性を、提言として列挙する。

- 1) 法に、届出と解剖の目的を、死因究明と事故の予防と定めて、医療機関、遺族、住民、行政機関関係者が届け出るようにする。
- 2) 届出対象を、外因死、死因不詳、予期しない死亡、医療関連死、労働関連死、公的機関内死亡（警察、拘留所、精神病院、介護・福祉施設）、診療経過外死亡、虐待関連死等と定める。医療関連死も、手術・麻酔・医療手技・出産等の経過中、24時間以内に有害事象が生じた事例等と、自らの判断を排除した対象を定めて、法に届出を義務化する。
- 3) 届出窓口に関して、医療関連死は、医療行政機関、その他は、所轄警察署とする。届出べき医療行政機関を、地域ごとに、保健所、監察医機関、その他の医療行政機関等の中から定め、諸機関からの照会を受けつける。労働関連死、虐待関連死等は、警察が関係行政機関や住民からの照会を受ける。
- 4) 検案医として、監察医制度を活用し、監察医制度のない地域では、大学の法医、非常勤検案医を含めて当番制とし、検案医の謝金・経費を予算化して遺族に負担させない。検案医に、検視官や法医と相談しながら、解剖の可否を決定できる実質的権限を与える。検案医に対して、必ず、解剖・

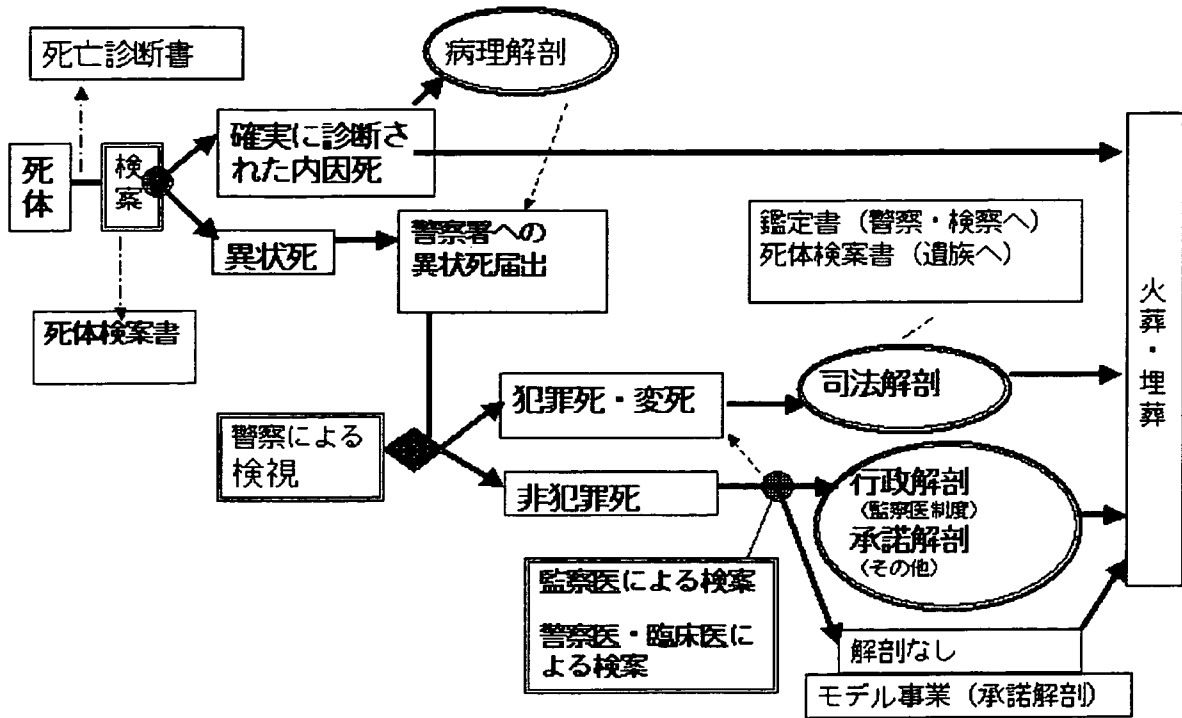
鑑定結果を伝える。また、検案医の研修制度と資格を定める。

- 5) 検視官を長期勤務を前提とする専門職とする。検視官直属の検視班を拡充し、所轄警察署の担当者、及び検案医とともに、検視をする率を高める。
- 6) 死因究明目的の行政解剖を設け、法医学教室、病理学教室等に委嘱する。医療関連死に関しては、臨床立会医、臨床評価医にも参加を委嘱する「医療行政解剖」とし、医療行政機関職員に解剖立会・調査をさせる。労働関連死、虐待関連死には、各々、労働基準監督署、児童相談所等の職員に関与させる。
- 7) 遺族対応のできる職員（看護師が望ましい）を窓口におき、解剖前後の説明、聴取、苦情対応をさせる。死因調査情報が、利害関係のある人、被疑者を除き、遺族・関係者に開示する。関係者とは、例えば、医療関連死において病院・医師、労働関連死において雇用者、虐待関連死において児童相談所、事故死において製造者等とし、当該検案医・解剖執刀医に開示の権限を与える。警察は、事案を定めて、非開示に関する要請をすることができる。例えば、鑑定嘱託書に、開示の有無を示す。
- 8) 解剖・調査情報を電子ファイル化し、検索システムを構築する。その情報を解剖執刀者、検案医、医療行政機関及び警察の窓口担当者に開示する。鑑定書等に事故や暴行等の再発予防に資する提言を載せ、この部分を広く一般に公開する。

あとがき

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。

日本の死因究明制度



医療関連死を中心とした異状死届出の日英比較

	英国	日本
届出先	コロナー	警察
究明対象	死因	犯罪
届出対象	明示	不明
情報公開→予防効果	利用可	不可
医師にメリット	透明性	(起訴?)
異状死/全死亡	明らか	不明
法医解剖率	45%	13%
	22%	1.3% (含行政)

資料8

医療現場における医療者のコミュニケーション能力を高めるための試み

稲葉一人

A. 研究目的

医療事故のあと、医療者と患者・家族の間が危殆化し、これが医療紛争や訴訟に発展することが、その大きな原因は、医療者と患者・家族のコミュニケーションエラーとの指摘があるが、その前に、医療者間のコミュニケーションが十分ではない医療現場があることが、医療者間のコミュニケーションのそごが、医療事故の温床である。そこで、直接患者・家族と医療者とのコミュニケーションを高める前に、多くの職種で構成されている医療現場における医療者間でのコミュニケーション能力を高める。

B. 研究方法

ある都内の病院（新葛飾病院）において、月一回、午後6時半から8時半までの研修会を開いた。それぞれの回について、ファシリテーターから示されたテーマや資料を基に、話を進めていく。ファシリテーションの方法は、SD（ソクラティック・ダイアログ）ないしMD（メディエーション）の手法を用いている。各回のテーマ、参加者等については、別紙参照

C. 研究結果

月一回の研修には、概ね20名から30名の院内参加者と院外からの医療者（医師・看護師やコメディカル、事務職等）の参加者、また、外部からは、新聞社・NHK等の報道機関の取材者が参加した（取材者も一般者として、参加を求められる）。その結果、特に当該病院での医療者間での活発な発言があり、それ

ぞれの立場からの発言が無理なく提出されることにより、それぞれの率直な意見が、他の者の発言を触発し、一つのテーマについて、①異なった立場から意見が提出され、②示された具体的な場面を共有しながら、かみ合った意見が交換される、③違った立場からの見方があることを理解することにより、立場等により、見方が違い、お互いのコミュニケーションのスタイルが異なることを理解できる、④これにより、それぞれが相手の立場や、違う立場の意見や考えに配慮しながら、コミュニケーションをすることを学ぶ、⑤一つのテーマを以上のような過程で検討することでより、身近でありながら職場で議論話し合いをしていなかった問題に、深いところで気づきを喚起することができた。

D. 考察

質的研究（むしろ実践）である。参加者からの聞き取りによれば次の点を挙げることができる。

- ①当該病院での医療者間での活発な発言があり、これが、医療者間での日ごろのコミュニケーションを活発化している。
- ②職種の違う医療者間でのコミュニケーションの仕方の違いへの気づきとなった。
- ③他病院からの参加者において、このような職種を超えた研修会に参加することで、病院ごとの違いと同質性を理解することができた。

E. 結論

本研修会等の試みは、医療者が自らコミュニケーション能力を高める試みとして、各種メディアに多数大きく採り上げられている。医療の改革のための現場からのボトムアップの活動として、極めて重大な試みと評価できる。

もっとも、今後の課題としては、次の2点が指摘できる。

- ① 今回の試みは、病院側の全面的な協力（全回院長、事務局長、看護部長）を得られ、また、事故被害者の方が医療安全管理を行っていることもあり、無理なく行われたが、これらの条件が必ずしも確保されない医療現場で行われることが必要である。
- ② 一病院でこのような企画をすることには人材的にも機会的にも難しいことから、複数の病院が連合したこのような試みが必要であり、その結果、相互の病院の試み等を共有することができる。

回	日	題	参加者
0	2006年 4月 20日	(全職員に対して) 講演	約 140 名
1	2006年 5月 19日	「責任とは」～法的責任と倫理的責任 朝日新聞朝刊(2006年5月17日)掲載	約 30名
2	2006年 6月 16日	「謝罪とは」 NHKクローズアップ現代(2006年6月22日)放映	約 30名
3	2006年 7月 20日	「組織と個人」	約 30名

4	2006年 8月 24日	事故に対する医療者と患者・家族の見方のギャップ	約 30名
5	2006年 9月 28日	医療者間のコミュニケーションを考える	約 30名
6	2006年 10月 20日	困ったシリーズ1 「困った患者・家族」	約 30名
7	2006年 11月 29日	困ったシリーズ2 「困った医療者」「困った上司・部下」	約 30名
8	2006年 12月 21日	困ったシリーズ3 「困った上司・部下」	約 30名
8	2007年 1月 22日	これまでの研修会からNHKおはようほっとモーニング(2007年1月31日)放映 NHK・ETV(2007年3月10日)放映	約 30名
9	2007年 2月 22日	ハーバード謝罪マニュアルを読んでみよう「再度－謝罪を考える」(その1)	約 30名
10	2007年 3月 22日	ハーバード謝罪マニュアルを読んでみよう「再度－謝罪を考える」(その2)	約 30名

資料 9

医療事故・インシデント情報収集におけるIT活用についての調査研究

木内貴弘

A. 研究目的

我が国では、院内における医療事故・インシデント報告が盛んになってきており、医療機関のグループや医療機能評価機構による集計・包括報告も行われている。しかしながら、報告データ仕様の標準化がなされていないために、データ集計先ごとに異なった仕様の報告データの作成を余儀なくされており、報告に手間がかかっている。このため、十分な数の報告が収拾・集計できていなかった。一方、英国では、国立患者安全機構（NPSA: National Patient Safety Agency）が The National Reporting and Learning System（NRLS: 全国医療事故報告・分析・対応システム）というシステムを構築し、膨大な数の報告データを集めていることが知られている。

本研究の目的は、英国の国立患者安全機構の NRLS について調査検討することによって、我が国において簡便かつ効率的に医療事故・インシデントを収拾・集計するシステムのシステム設計・制度構築を行う際の参考資料を供することにある。

B. 研究方法

英国の国立患者安全機構の The National Reporting and Learning System（NRLS: 全国医療事故報告・分析・対応システム）について調査検討し、必要な資料収集を行い、同システムの視察を行った。更にその意義と役割について考察を行った。

（倫理面への配慮）

本研究は、情報システムの調査分析とその意義についての考察が主体であるため、特別な配慮は行っていない。ただし、同データベースのような個人情報を収集するデータベースには、十分なセキュリティ確保が倫理的に必要であることは当然の前提として考えた。

C. 研究結果

国立患者安全機構は、日本の独立行政法人に相当する保健大臣直属の特別機関である。NHS（National Health Service: 国営医療サービス）管轄下の各地域 NHS Trusts（公立医療機関の運営共同体）の医療スタッフ・患者及び英国内外の情報源から、医療事故・インシデント情報を収集・分析し、医療現場へ医療安全に必要な情報を提供することによって、医療安全を推進することを任務としている。NPSA は、その活動の一環として、世界初の国家レベルの医療事故・インシデント報告システムである「全国医療事故報告・分析・対応システム」（National Reporting and Learning System: NRLS）の運用を行っている。

NRLS では、医療事故・インシデント報告データは、Web フォームでの入力やエクセルのファイル等での提供もできるが、大部分はオンラインによる自動集計によっている。データを転送するためのネットワークは、TCP/IP に準拠したもので、NHS 専用の閉域網が使われているということであった。NPSA 標準的なデータセットと通信規約が定義されており、これに準拠したものであれば、異なる複数の

病院情報システムベンダーのシステム上からデータの入力と NPSA への自動送信が可能となっている。このためにデータを入力する以上従事者の側からみると、普段使っている病院情報システムに報告データを入力すると院内での自動集計が行われる他、特に意識することもなく、NPSA への報告も自動的に行われることになる。このため、医療従事者側にわざわざ手間をかけて NPSA に報告するという感覚がなく、手間もかからない。これが年間数十万件という大量の報告数に繋がっている。

D. 考察

いわゆるカルテ抜き取り調査により、諸外国では、概ね入院患者の 5~15%に医療事故が発生していると推定されている。各国では、医療事故と医療紛争の抑制のために、医療事故の報告・調査、病院の監査・管理、患者の苦情や情報開示等に関する様々な方策が実施されている。その中心に、医療事故・インシデントの報告から事故の原因を分析し、再発予防のための方策を考案する他、再発防止策の効果の評価を行うことも可能である。

日本の場合には、インシデント収集のための標準的なデータフォーマットがないので、ファイルや Web ベースでデータを集めており、非効率で集計に時間がかかっている。また複数の報告相手毎に別のフォーマットへのデータの変換が必要なため、余計に手間がかかっている。NPSA のシステムでは、各病院の採用している病院情報システム上で行われる医療事故・インシデント報告の収集・集計が、そのまま NPSA への報告となっている点が効率的である。各医療情報システムベンダーも NPSA の標準に準拠した使いやすい医療事故・インシデント報告システムの開発を競争することによって、よりよい入力システムへの改善がなされることが期待される。

NPSA では、HL7 等の標準化団体とコンタク

トをとって、NPSA の標準データセットと通信規約を、国際標準にするための活動を開始している。将来において、英国の提案に近いものになるかどうかは別にして、インシデント収集のための国際的なデータ標準が策定されることは間違いがない。しかしながら、国際標準の策定にはまだ時間がかかると予想される。このため、日本において同様のシステムを構築する際には、英国の提案にのるかもしくは、別の国際標準を提案するかの選択を迫られる。日本から国際標準を提案できれば最も望ましいが、現在のところ、英国が大きく先行しており、日本からまったく新たな標準を提案して採用されることには大きな困難が予想される。

E. 結論

医療関連死症例をデータベース化することは、クリニカルリエゾンサービスの質を高めるために重要である。日本においても、同様の制度を導入する際には、データベース化が望まれる。日本においては、システムの全国規模での利用と、医療関連死以外の異状死を含めた異状死データベースとのデータ連携を視野に入れて考えるべきであると考えた。

平成18、19年度 研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
吉田謙一 木内貴弘	ビクトリア法医学研究所における事故予防 と医療関連死調査の取り組み	判例タイムズ	No.1209	54-59	2006
吉田謙一 ビンセント ラウ	オーストラリアのヘルスサービスコミッ ションによる公的調停制度	判例タイムズ	No.1214	76-81	2006
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	Vol. 24 No.1	77-82	2006
吉田謙一	医療関連死 医療関連死届出窓口業務と調整医・調整看 護師	病理と臨床	Vol. 24 No.3	299-302	2006
吉田謙一 高橋 香 高澤 豊 深山正久	医療関連死 医療に関連する解剖にかかるガイドライン 案	病理と臨床	Vol. 24 No.4	423-430	2006
木内貴弘 中島範宏 吉田謙一	医療関連死 異状死症例データベースの構築と運用	病理と臨床	Vol. 24 No.7	753-756	2006
吉田謙一 中島範宏 武市尚子	医療関連死 地域評価委員会のあり方―事故予防と遺族 対応への役割について―	病理と臨床	Vol. 24 No.8	859-863	2006
吉田謙一	医療関連死モデル事業：この1年を振り返 って 「診療行為に関連する死亡の調査分析モデ ル事業」の現状と今後 ―法的及び東京地域代表の立場から―	日本外科学会 雑誌	Vol. 108 No.1	37-40	2007
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	Vol. 4	30-38	2007