

日本の死因究明制度

東京大学教授

吉田謙一

東京大学 PD

辻村(伊藤)貴子

I. はじめに

II. 異状死届出と、その後の死因究明制度概観

III. 日本の司法解剖を取り巻く状況

IV. 監察医制度

V. 諸外国の死因究明制度

VI. 診療関連死と調査制度

VII. 今後について

I. はじめに

日本では全死亡者数の13.1%に当たる154,579人が「異状死」として警察主導の死因究明に委ねられている(2007年)。しかし、ガス器具の不具合による一連の一酸化炭素中毒死や相撲部屋で発生した力士暴行事件、そしてごく最近では、いわゆる「婚活」女性による男性への連続殺人被疑事件など、警察の見逃しやそれに基づく解剖の未実施によって、死因が誤ったまま処理されてしまう事件が後を絶たない。

一方、「診療関連死」(未だ定義が定かではないが、医療過誤、医療事故、その疑いを指すものと考えている)を所轄警察に届け出て司法解剖に付すことに関しては従来から臨床医側の反発が強かった。これを受けて、2005年より厚生労働省がいわゆる「モデル事業」(厚生労働省補助事業「診療行為に関連した調査分析モデル事業」(後述))を開始し、医療版事故調査委員会の設立を目指している。

これら死因究明や解剖を巡る問題意識の中から、死因究明制度の問題点、専門家の人材難や遺族対応の不備、事故の再発防止に解剖情報を活用することの視点が欠如していること等が明らかとなってきた。

本稿では、これらの問題点を分析・解説した上で、今後どうあるべきかを解説したい。また、法医学解剖が必要な理由についても述べることにしたい。

II. 異状死届出と、その後の死因究明制度概観

「医師は、死体又は妊娠4月以上の死産児を検査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」と医師法21条は定める。ここでの「異状死」(unusual death)は、諸外国では「不自然死」(unnatural death)と呼ばれることが多い。実際には、この異状死体は救急隊員、救急医、家族、目撃者、発見者等が警察に通報することが多いが、何が「異状」なのかについて、現在のところ法規定は存在しない。

1994年に日本法医学会は、社会情勢の变化、人権問題への対処を念頭において「異状死ガイドライン」を提示した。その概略は、1) 外因死、2) 外傷の合併症、後遺症、続症、3) 1)、2)の疑い、4) 診療行為に起因した死亡、その疑い、5) 死因不詳である。このガイドラインは、1999年に起こったいわゆる都立広尾病院事件の刑事裁判¹⁾で着目されるまで、ほとんど注目されることがなかった。

この事件の概略は、次のとおりである。1999年2月11日に、東京都立広尾病院で50歳代の女性が誤注射のため死亡した。死者は、指導的立場にある看護師であり、折しも1か月前に起こった横浜市大患者取り違え事件について憤っていた。持病の慢性関節リュウマチに対して、滑膜切開術を受け、抗生物質の点滴を受けていた。いったん点滴を止め、後に再開するため、留置針に抗凝固剤ヘパリンを注入しようとして、看護師Aがナースステーションで、ヘパリンナトリウムを生理食塩水で希釈した液を注射器に準備した。この時、別の患者のために消毒薬であるヒビテングルコネートが同形の注射器に準備されたが、ラベルの貼り違い等よりヒビテンが女性の枕頭に運ばれてしまい、別の看護師Bによって注入された。女性は直後に容態が急変

し、呼ばれた若い主治医が急速輸液を実施した際に、チューブ内に残っていたヒビテンが注入されてしまい、女性は間もなく死亡した。看護師Aはミスに気づき、そのことを主治医に伝えた。主治医は、死亡した女性の夫にミスのことを話さないまま、病理解剖の承諾を得た。一方、病理医は医師法21条に基づく異状死届出の必要性を主張し、応援に来た大学の病理医もこれを主張したが、病院当局の要請を受けて病理解剖を実施した。解剖前、注射をした腕に通常では見受けられない強い変色があり、写真を撮影している(後に、刑事裁判で異状を認識した時と認定)。解剖時に腕の静脈から、全身の静脈血の流れ込む肺動脈に至る高度の血栓を認め、過誤の寄与が強く疑われると、主治医らに伝えられたが、主治医は、夫や家族(息子は医師)にミスのことは一切話さなかった。翌日、病院長、事務長等、病院の幹部・関係者が集まり対応を検討し、異状死届出に衆議が一致し、都病院事業部に相談したところ、副参事が病院に行くので待機を指示され、結局、届け出をしなかった。

死後11日目、夫が病院に「警察に届け出をしたか?」と問い、病院側は初めて警察に届けた。しかし、約1ヶ月後、夫が記入を求めた死亡証明書等には、「死因は肺塞栓症、死因の種類は病死・自然死」と記載した。後に、検察は、主治医、病院長、都副参事などを、異状死届出義務違反、虚偽公文書偽造・行使により起訴した。

本件では、医師が医療過誤を隠ぺいし、遺族を欺いた。しかし、臨床の諸学会は刑事裁判で引用された日本法医学会の「異状死ガイドライン」を強く批判した。その理由は、警察の介入が医療の委縮を招き、医療現場を混乱に陥れる、警察・法医による死因究明が診療関連死に対しては、専門性に問題がある、司法解剖などの情報が開示されず、遺族に対応できない、再発防止に使えない…等であった。

筆者(吉田)は、この事件が起きた年(1999

1) 最判平成16年4月30日刑集58巻4号247頁。

年4月)に東京大学に赴任した。その後、臨床医や病理医が所属する諸学会に呼ばれ、上記の点に関して強い批判の矢面に立たされた。しかし、この“異状死”論争が、医療版事故調査委員会設立への足掛かりとなった。

先進国の大半では、いわゆる診療関連死は、公的な死因究明が必要とされるものとして、届け出が必要な異状死に含められている。また、WHOの下で国際的に統一されている死因・疾病統計である国際疾病分類(ICD)では、手術、手技、投薬等に関連した死亡は外因死に分類されている。かつて、厚生省(当時)の臓器移植に関する研究班は、ドナーの人権擁護の観点から、異状死を「臨床医が確実に診断した内因死以外の全ての死」という見解を発表している。このような観点に立てば、診療関連死は、疑われる事例を含めて広く異状死届出をし、法医学解剖の対象とすべきである。現実には、傷害、事故、虐待を含め、死後に異状死届出と法医学解剖の対象となるべき多くの事例が生前に何らかの医療行為を受けている。したがって、このような事例を医師が、異状死であると認識して届け出るか否かに我が国の死因究明の帰趨がかかっているとも言える。しかし、社会一般や届け出る側、そして警察ともに「異状死=犯罪死、もしくはその疑い」の認識が強く、警察も死因究明を犯罪捜査の手段と考える傾向がある。

異状死が届け出られた所轄警察署では、3名ほどの警察官(強行犯係りの“刑事”)が、現場に赴き、死体を検視し関係者に事情を聴取した上で、1)非犯罪死、2)明らかな犯罪死、3)変死(犯罪死か非犯罪死か不明)に分ける。また、都道府県警察本部の検視官(刑事調査官)に報告され、検視官が犯罪の有無を明らかにする必要があると判断した事例では司法解剖が行われる。一般に「警察が死因を詳しく調べている」と報道される場合、司法解剖がなされていると思ってよい。刑事訴訟法上、検視は管轄区域の検察官が行うべき捜査手続きであるが、実際には大部分が一定の資格を持つ司法警察員によって代行されている(代行検視)。明らかな殺人等では、実況見分が行われ直ちに司法解剖に付される。ここで

の問題は、解剖の判断をする警察官の専門性と、解剖が犯罪捜査目的で行われる点にある。

かつて、ある経験豊富な法医学者(大学教授)が自ら非常勤監察医として長年にわたり検案した事例の診断と実際の解剖後の診断とを比較した結果を発表した。これによれば、検案時の診断が的中した病死は約60%、検案時に外因死と診断していたが、解剖によって病死と訂正された事例が約15%あった。例えば、路上に倒れていた人の頭部に外傷があり、目撃者がいない場合、犯罪の可能性が低いような事例では、監察医が検案を行い正確な死因を見極めるために必要と判断した事例に対して行政解剖が行われる。しかし、解剖の結果、致命傷がなく冠動脈硬化症等から、虚血性心疾患と推定されることがある。すなわち、心臓に持病を持つ人が歩いていて発作を起こし意識を失い転倒すれば、頭部外傷を負うことになる。しかし、解剖により外因死が否定され、病死と判断される。外傷のある事例は、警察も慎重に解剖することが多いが、冒頭に挙げた相撲部屋での力士変死事件では、警察が“ぶつかり稽古”で外傷が生じるのは当たり前」と判断し、救急医が撮影したCT写真に「明らかな外傷がない、心臓病の可能性がある」といったことから、当初、解剖を怠ったと推測されている。

上述のベテラン監察医は、また、「検案時、病死と診断した事例の約5%は、解剖によって外因死と判断された」という。これは、年間15万件余りの異状死の5%に当たる約8,000件の外因死事例が病死と判断されていることを意味する。監察医は、自らの権限で必要な事例に行政解剖を実施できる。しかし、監察医制度を有しない地域では、検案医の意見を警察が受け入れることは少ない。そして、専門性・経験の乏しい警察官の“事件性”を重んじる判断で解剖の要否が決められているという実情がある。実際には、8,000件をはるかに超える外因死事例が病死として処理されている可能性がある。

都道府県警察本部の検視官(刑事調査官)は、死因究明専従の専門家である。所轄警察からの報告を聞き、重要案件や疑わしい案件については、現場に赴いて(臨場)、検視を

行った上で司法解剖の要否を判断する。近時の誤認検視多発を受けて、警察庁は検視官を147名（2007年）から196名（2009年）にまで増員した。検視官は、人口が500万を超えるような県では数名、人口100万人程度の県では2名程度いる。後半に述べる米国の死因究明機関の捜査官は、約1年の研修を受けて試験に合格し、原則終身制の専門家として継続して実務の経験を積むことになるが、わが国では検視官は3か月足らずの研修期間を経て、任期は2年程度のことが多い。

警察は、医師に死体安置場所での検案を求め、死体検案書の発行を求める。東京都23区内、大阪市内、神戸市（一部、及び近郊）には監察医がおかれ（死体解剖保存法8条）、異状死体の検案と行政解剖に当たっている。自治体に財政上の負担をかけることにはなるが、監察医制度のある地域では、遺族の負担はなく質の高い検案が行われ、必要な事例には行政解剖が行われる。しかし、それ以外の地域では、警察医や一般臨床医（届け出た救急医が多い）が検案を行う。警察医は、開業医や勤務医のボランティアであり、診療の合間を縫って行われ、検案費用は遺族負担となる。警察医などが解剖をすべきと判断し警察に勧めても、受け入れられることは少ないといわれている。

監察医務機関では、独自の研修を受けさせ、機関責任者が監察医の資格を認定している。しかし、検案医に資格要件はない。日本法医学会では、検案経験、試験に基づき死体検案資格を認定し、厚生労働省では、毎年3日間の集中研修に加えて、解剖見学を基に研修修了証を発行している。

死体検案書、死亡診断書は、各市町村区役所に提出されるが、その内容をチェックするシステムがわが国には存在しない。そして、解剖や検査が終了し死因が確定した後にも、検案書等の記載内容を修正して提出するシステムがない。そのため、日本の死因統計は特に異状死を中心として信頼性に乏しい。一

方、英米圏では戸籍係や統計係が検案書等の内容をチェックし、必要な場合には修正を求め、異状死に該当する場合は、専門の死因究明機関に通知して、一貫して死因究明を委ねるというシステムが確立している。詳細は後半に述べることにする。

Ⅲ. 日本の司法解剖を取り巻く状況

1888年、東京大学に日本で最初の法医学教室がおかれ、近代的な司法解剖が行われるようになった。当初、ドイツの死因究明制度を基にはじめられた。東大では、2009年末までに11,016件、最近では年間約100件前後の司法解剖を行ってきた。司法解剖の対象は、殺人・傷害致死被疑事件に加えて、労災・交通事故、及び診療関連死に対する業務上過失致死被疑事件である。これに対し監察医制度を有しない道府県では、特に犯罪の疑いが高くない死体、たとえば火災に関する死体や水死体等の事例に対しても、司法解剖が広く行われている。中には、警察署等で管理下にあった人が死亡した時に、当事者である警察が司法解剖を要請し、立ち会うことがあるが、これは公平性の観点から問題があると考えている²⁾。

2008年には全国の大学の法医学教室で合わせて6,828件の司法解剖、1,408件の承諾解剖が大学で実施された。また、監察医務機関で行われた行政解剖を合わせて、法医解剖の総死亡者数に占める比率1.3%は、10%程度以上ある先進諸国の中では群を抜いて低い。振り返ってみると、司法・行政・承諾解剖を合わせて法医解剖は過去25年間で倍増し、司法解剖は、最近10年間で1.6倍に増えたという実際がある。今後、高齢者の増加に伴い、2040年には、総死亡数が現在より約60%増加すると予想され、解剖数も同様に増えると予想されている³⁾。

法医学者の人材難には、複合的な要因があ

2) Yoshida K. et al, *Death during surgery in Japan*, 360 THE LANCET, 805, 805 (2002).

3) 伊藤貴子ほか「法医学者人材不足の現状」医学のあゆみ 228 巻 12 号 1183 頁, 1185 頁 (2009)。

る。第一に、解剖数の増加に反した、教職員のリストラがある。特に、国公立大学の独立行政法人化、研修医の卒後臨床研修の必修化及びそれに先立つ大学院重点化という国の政策が、他の基礎医学研究領域とともに法医学に与えたダメージは甚大である。医学部の大学教官は、研究と診療の実績を主に評価され、評価の低い基礎医学部門ほど、リストラの対象となりやすい。解剖数の増加という実情に加えて、旧国立大の1つの法医学講座の教官定員はおおよそ3名であり、解剖やそれに伴う検査で必要とされる技官が不在の大学が多く、司法解剖終了後に提出する鑑定書の作成など大きな事務作業を抱えながら、事務職員は非常勤でしか雇用できなくなっている。このような状況のなか、解剖数が年間100体を超える大学は少なくなく、中には200～500体に達する大学も数校見受けられる。教官の事務作業量が増える一方の中、2009年には裁判員制度の開始に伴い、公判前整理手続きにかかる打ち合わせ・文書提出、裁判員に対するわかりやすい説明（プレゼン）が求められる等、大学に所属する法医学者の負担は増えている。このような状況の下では、他の領域にも評価されるような論文を作成し、学会発表を行う余裕は持ちえない。

全国約80の医学部のうち、法医学者が1名のみ大学が31校もあり、大学全体に約140名の医師資格を持つ教官、常勤監察医が10名程度しかいない(2008年)。この事態は、二重に深刻であると指摘できる。まず、休暇を取れず、刑事・民事裁判に1人の法医が出廷すると、解剖ができない大学が多数ある。ただ、2009年11月の学会の調査⁴⁾によると、医師資格を有する院生は16名であるが、そのうち9名は新入院生であった。これは法医学の人材難がクローズアップされ、将来性に対する期待がもたれていることを反映している可能性がある。しかし、国が明確な方針を

打ち出していない現状では、院生の不安は少なくない。

また、全国では140名という数少ない専門の教官から、80の大学の教授を選ばなければならない事態にある。実際、候補者を募れず、あるいは候補者の研究業績が低いため、教授をおくことを断念している大学も少なくない。医学部では教授選考に際して、数名～数十名の候補から3名を選び、教授会で投票するのが通常である。今後予想される法医学解剖数増加に備えるためには、100名程度は法医学を増やす必要があると思われる。加えて、法医学解剖を行うためには、薬毒物分析、解剖補助、組織病理学的検査、DNA鑑定などの技術を開発・維持する教官・技官のポストも必要である。臨床医・病理医には、現在必修とされている2年の卒後研修を終えた医師に後期研修のための非常勤ポストがあるが法医学にはこれがない。日本法医学会は、後述する監察医制度を全国展開するため、「死因究明医療センター」を各都道府県におくことを提言している⁵⁾。実際上は、法医学教室に各都道府県が雇用する法医学者において、検案、法医学解剖を行わせることを想定している。加えて、中毒、薬毒物、DNA鑑定の専門家を可能な限りおくことが望まれる。

司法解剖は、刑事訴訟法に基づく捜査手続きの一環として行われる(刑事訴訟法129条、186条)。鑑定終了後に鑑定嘱託者に対して提出される鑑定書の内容を、遺族を含む関係者に伝えることは、一般に禁じられていると受け取られてきた。また、法医学者が遺族に説明をすることは一般的とはいえなかった。筆者らは、医師法上の「死体検案書交付義務」(医師法19条の2)の解釈から、その記載内容に関しては説明すべきであると解している。

筆者(吉田)は担当した診療関連死の司法解剖で次のような経験をした⁶⁾。子宮頸癌に対する広範囲の切除手術の最中、出血量が

4) 日本法医学会庶務委員会「法医学教室の現状 平成19年度法医学教室実態調査アンケートから」(<http://www.jslm.jp/topics/20071019.pdf>), 2010年7月1日最終検索)。

5) 日本法医学会「提言 日本型の死因究明制度の構築を目指して—死因究明医療センター構想」(<http://www.jslm.jp/topics/teigen090119.pdf>), 2010年7月1日最終検索)。

6) 吉田謙一『事例に学ぶ法医学・医事法(改訂版)』255頁(有斐閣, 2008)。

900mlに達したので、産婦人科医が麻酔医に輸血開始を要請したが、術前より多量の輸液をし、循環動態が安定しているという判断の下、輸血をせず手術を続行した。約45分後より止血が困難な出血性ショックとなり、輸液・輸血を次々に追加したが後手に回り女性は死亡した。このような事例の司法解剖では、死因のほか、「医療行為と死亡との間の因果関係の有無」が、鑑定嘱託項目として鑑定人である法医学者に対して求められる。司法解剖は、診療録、写真、警察の関係者への聞き取り調書をもとに行われる。しかし、特に手術・出産等にかかる事例では、これらの情報だけでは、執刀医が現状を把握することは難しい。当該手術等の術式・局所解剖、専門領域の臨床医学の知識を持たない法医学者が、診療行為の評価をすることは困難である。上記のケースでは、このような事情から司法解剖実施前に、産婦人科医に電話で事情を聴いた。その結果、術式と出血部位に関する一定の理解のもと、解剖を行うことができたので、出血部位の血管損傷等を同定し、専門医の指導により「産婦人科医の血管損傷より麻酔科医の輸血判断の遅れ」が死により大きく寄与したと鑑定することができた。外部委員を含む病院の事故調査委員会の報告書の結論も同じであった。

しかし、それから2年程経過して、遺族がこの産婦人科医を訴えていること、手術に関与した麻酔科医が筆者（吉田）と病院を訴えようとしていること、執刀医が反復する事故のため手術を禁止されていること、手術に関与した医師・看護師らが警察の厳しい取り調べにより精神的なダメージを受け、手術室を「立ち去っている」こと等を知った。遺族の訴訟提起は、司法解剖の情報が遺族・病院に伝えられないこと、遺族対応が適切でなかったことが原因ではないかと推測された。そこで、著者らは実情を把握することを目的に、

民事医療問題を扱う全国的な弁護士団の顧客、及び司法解剖の遺族に対して2つの調査を実施した。その結果、司法解剖の情報が2年以上を経過した時点でも半数以上の遺族に伝えられていないこと、情報開示制限が民事訴訟の要因となっていること⁷⁾、そして、医療過誤の疑いのある事例のみならず、その他の事例においても、遺族は警察・検察でなく解剖執刀医の説明を求めていることを知った⁸⁾。そこで、東大法医学教室では、司法解剖の全般の手続き・流れ、臓器の保存等についてリーフレットを作成して遺族に配布し、担当警察官を指名して解剖の前後に遺族対応を行い、そして解剖後には、原則捜査官の了解を得た上で事件捜査に影響のない範囲で解剖結果を説明することを提案して実行している。この試みは、成功しつつあるように思われる。

一方、司法解剖の情報は事故の再発防止に使うことができないため、冒頭に述べたガス器具の不具合に基づく急性一酸化炭素中毒死のようなケースであっても、解剖情報が再発防止に使われることはなく、遺族の中には長年、死因を知らなかった人がいる。筆者らは、つい先日インターネットを利用して輸入した7種類のいわゆる“やせ薬”を約1週間連続服用後に、突然死した人の司法解剖を行ったところ、「偽性バータ症候群」という極めて珍しい病気の解剖症例であり、学術雑誌に症例報告をするに⁹⁾、薬物の分析結果、輸入やせ薬服用に伴う身体への危険性について厚生労働省を通じて一般に公開した。司法解剖によって得られた再発防止への意義ある情報を、適切に関係者に提供することができ、なおかつ社会が活用できる制度の構築が必要であると考えている。

7) 伊藤貴子ほか「なぜ遺族は病院を訴えるか」賠償科学36号53頁, 55頁(2009)。

8) T. Ito. et al, *Importance of explanation before and after forensic autopsy to the bereaved family: lessons from a questionnaire study*. 36 JOURNAL OF MEDICAL ETHICS, 103, 104 (2010).

9) Unuma K. et al, *Autopsy report on pseudo-Barter syndrome with renal calcification induced by diuretics and diet pills*, BMJ CASE. REPORTS.DOI: 10.1136/bcr.12.2008.1380 (2009).

ための人材と体制の整備が求められる。

IV. 監察医制度

1946年、GHQの指令により、死体解剖保存法8条に則り、現在も制度が実質的に存続している東京23区、大阪市、神戸市（大部分及び近郊）を含む8地域に監察医制度が施行された（その後、「監察医をおくべき地域を定める政令」の一部改正を受け、現在同制度が施行されているのはこのうち5地域である）。この制度の下では、知事は監察医に異状死の死因究明のため、検案、行政解剖をさせることができる。人口800万人余りの東京23区の場合、常勤監察医9名と40名以上の非常勤監察医が年間12,000件以上（2008年、12,989）の異状死を検案し、約1/4の事例（2008年、2,661）を行政解剖している。因みに、都内では司法解剖が5大学で200～300件（2008年、279）程度行われている。近年、東京23区外では2大学で行われる承諾解剖が急増し、その数が100件近くにおよんでいる。多くの県では、比較的少数の承諾解剖に対して府県が費用を負担しており、2008年には全国の監察医制度がない地域で1,408件の承諾解剖が行われている。

日本の死因究明の最も深刻な問題は、要約すると、多くの地域で犯罪捜査目的の司法解剖が十分な根拠のないまま、専門性の十分でない警察官の要否決定に委ねられていることにある。これは言い換えると、監察医制度下でのみ専門医が検案を行い、その判断に基づく行政解剖が行えないことを表す。2009年12月、日本法医学会は「死因究明医療センター」構想を提案した¹⁰⁾。これは、自治体が雇用する医師を全国にある各大学医学部の法医学教室において検案や解剖に充てることによって、死因究明の質を向上させ、同時に法医学者の人材難を解消しようとする提言である。薬毒物の検査等についても、管区毎に貧弱な法医学教室の体制をバックアップする

V. 諸外国の死因究明制度

日本は、明治期にヨーロッパ大陸系の法体系を取り入れたため、捜査機関が死因究明を担う制度となった経緯がある。

他方、英米法の法体系を持つ旧英連邦諸国では、管区毎に任命された正・副のコロナー（Coroner）が、解剖の要否の判断、関係者の対応を含む異状死の死因究明全般を指揮している。コロナーは、法律実務家として一定の経験を持つ専従の行政官である。解剖は、外部機関（英国では、病院附置の解剖施設で勤務医、個人）に委託する。

英米法体系を採る国々では、死因究明の情報は、原則公開される仕組みとなっている。コロナーは、重要案件と判断すれば検視法廷（インクエスト）に関係者を召喚し、証言させる。解剖によって得られた情報や関係者への聴取に基づく情報、証言をもとに死に関する事実を認定し死因を決定する¹¹⁾。この過程の中で、遺族は納得を得る方向で質問できるし、利害関係者も情報を知ることができる。全世界から注目されたダイアナ元妃の死亡事故でさえ、死亡に関する情報が法廷で明らかにされ、報道された。なお、インクエストでは、過失の追及や法的判断は避けられる。

米国では、都市部を中心に監察医機関の法医（Medical Examiner＝監察医）を主任に死因究明の権限が委ねられている。彼らの下には、上記の捜査官、監察医機関には、薬毒物・DNA・血液・骨・歯科、その他、法医学に関するあらゆる検査の専門家がいる。捜査官には、警察官OBが多いようであるが、看護師も少なくない。彼らは、遺族対応や関係者の事情聴取などにも当たっている。

オーストラリア・ビクトリア州のコロナー事務所は、州法医学研究所（VIFM）と同じ

10) 前掲注4)。

11) 吉田謙一ほか「英日比較 医療関連死・医療紛争対応行政システム1：英国のコロナー制度にみる医療事故対応」判タ1152号75頁、76頁（2004）。

建物の中にあり、両機関の職員が日常から一緒に働いている。窓口にいる看護師が、法医、コロナー関係者と相談しながら、解剖の必要な事例をスクリーニングし、コロナーが決定する。遺族への説明・承諾もこの看護師が行っている。この州のコロナー制度は、死因究明とともに事故の再発防止を目的としている。オーストラリア全土の異状死死因究明情報はデータベース化されており、法医、コロナー関係者、少数の登録した研究者に公開されている。彼らは、データベースで類似事例を検索し、個別事例の対応ばかりでなく、事故原因の分析に利用することができる。コロナーは、類似事例を集めた検視法廷を開くこともあり、死因、死の態様（病死、事故死、自他殺等）を評決するとき、事故の再発防止のための提言をする¹²⁾。また、このような提言を社会にフィードバックすることによって、死因究明の重要性や有効性をPRしているように見える。

ビクトリア州法医学研究所+コロナー事務所には、常勤・非常勤の医師・看護師のチームがいて、病院が関わった全ての異状死について、カルテ等の評価を行っている。ビクトリア州では約500万人の人口に対して、異状死の約1/4に当たる3,300件程度を解剖している。この内、1,000件程度には生前の医療行為に病院が関わっている。多くは、救急事例であるが、診療行為に起因した“診療関連死”も含んでいる。週1回のカンファレンス（症例検討会）には、コロナー、法医を含む関係者が集まり、情報を死因究明に活かすのに加えて、解剖情報とともに当該病院に還元（リエゾン）している。例えば、リドカインや塩化カリウム等の静脈注射用と点滴用の誤認に基づく死亡事故事例等では、コロナーは容器の形状の問題等、根本的な分析と討議の結果に基づき、関係機関に提言を行い、リエ

ゾンされた中から警鐘事例を電子メールジャーナルとして登録した医師に配信している。

VI. 診療関連死と調査制度

2004年4月13日、最高裁は、都立広尾病院事件の判決において、薬剤過誤による死亡につき“異状死”として届出なかった医師に対する医師法21条違反を認めた。その後、異状死届け出問題に関する多くの学会の要望を受けて、2005年9月より、厚生労働省補助事業「診療行為に関連した調査分析モデル事業（モデル事業）」が開始された。

モデル事業では、依頼病院から地域事務局（現在、10地域）に申請があると、統括的立場に立つ総合調整医が事情を聞き、検視（警察）、検案（監察医）を経て、法医・病理医・臨床立会い医が同時に立会い解剖を行い、報告書を作成する。調整看護師は、申請時の受付から解剖従事者・場所等の調整、遺族対応、当該医療機関との情報伝達に寄与する。診療経過を複数の臨床評価医が評価し、報告書を作成する。地域評価委員会では、複数の第三者医師、患者側・病院側看護師が加わり、解剖・評価結果報告書をもとに審議し、最終報告書を取りまとめる。そして、評価医が患者側・病院側同時に結果を説明し、事故の再発防止策を提言する。

調査・説明終了後の32事例の関係者の調査^{13) 14)}によると、医療従事者は、モデル事業に対して公平な調査、専門的な死因究明・医療評価、遺族への情報開示を求め、概ね結果に対して満足を示していた。医療安全管理者はこれに加えて、遺族への情報開示と事故の再発防止への利用を求め、概ね満足していた。そして評価結果が、RCA（Root Cause Analysis）分析によるシステムエラー発見、

12) 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4228号57頁、60頁（2005）。

13) 中島範宏ほか「モデル事業依頼医療機関への調査に基づく診療関連死死因究明制度の課題」日本医事新報4399号77頁、80頁（2007）。

14) 武市尚子ほか「診療関連死調査分析モデル事業を遺族はどう評価したか」日本医事新報4348号81頁、82頁（2007）。

院内連携用組織図作成，看護の業務体系見直し，緊急輸血に対する体制・研修の整備等，院内の改善策の立案に貢献しているということも判明した。

モデル事業の調査に至るまでの間に，調査対象が不明確であるため，所轄警察が関与し，決定まで紆余曲折が見受けられる事例も少なくなかった。加えて，申請者である医療機関側が解剖・調査の意義を知らないため，申請数が少なく（当初は2009年末で100件未満，当初年間200件，5年で1,000件を予定していた），病院側が事業への申請を遺族に提案してもこれが拒否され，正式な申請に至らない事例も少なくなかった。中には，申請時に，遺族に対して「診療行為と関係のない病死」等と説明をしていたが，調査の結果，診療行為による死亡であると判明したため，担当医師が当惑し遺族との関係が悪化した事例もあった。反対に，「予想どおりの結果」に満足した申請者が多いことは，無難な事例の申請が多かったことを示唆している。医療評価を引き受ける医師が少なく，評価結果報告書の作成に時間がかかり，説明会まで数ヶ月を要するため，遺族の疑惑が膨らんだ事例が少なくなかった¹⁵⁾。

解剖に参加した法医，病理医，臨床立会い医は，遺族・社会の期待に応える，知識・経験を得られる（情報交換，相互学習，他領域との交流），死因究明・医療評価の質・公正性が向上する等の理由から，当該モデル事業を高く評価していた¹⁶⁾。一方，時間・労力の負担，多忙，人材難が指摘された。筆者（吉田）自身は，医療安全・事故の再発防止への貢献，学習を通じた「やりがい」，過失の追求でなく，専門家の協力を得やすい「やりやすさ」，当事者と話し，遺族に説明できる「話しやすさ」，多くの領域の専門家と「仲間意識」を持ち，ピアレビュー（同僚批判）に親しむことがメリットと感じた。

厚生労働省は，モデル事業の経験をもとに診療関連死調査に関する法案を公開し，パブ

リックコメントを求めてきた。最も新しい大綱案（2008年6月）は，政権交代に伴う混乱の中で先行き不透明の状態が続いている。しかし，今後も大綱案を基に議論が展開されると思われる。その中で，調査対象としての“診療関連死”が問題となろう。大綱案では，“診療関連死”について，病院の管理者が「過失，因果関係の判断をすること」を勧めている。そして，多くの医師は，“合併症”と自ら判断した事例，遺族が納得した場合，届け出て死因究明をする必要はないと考えている。

以下，自験例（司法解剖）を基に，モデル事業の問題点を考える。

総胆管結石を逆行性膵胆管造影下，摘出した後，十二指腸乳頭切開部から出血が続くため，止血剤注入しつつ経過を観察した後，病室に戻した。翌朝，下血多量からショック状態となっているところを発見され，蘇生を試みたが死亡した。病理解剖の結果，医師は「手術と関係のない出血を多量，小腸内に認めた。腰椎切断時流出した髄液が血性であったので，死因は脳出血」と説明した。しかし，遺族が納得せず警察に相談したため，司法解剖となった。十二指腸乳頭切開部に持続した出血を示唆する組織所見があり，小腸全般に粘膜出血，一部に剥脱を認めた。外科専門医の指導を受け，「十二指腸乳頭切開部の出血持続による出血性ショックに起因する非閉塞性虚血性腸炎による出血」と鑑定した。この事例では，医師の「手術と関係ない病死」という説明と死因は，故意ではないが誤りであった。大綱案によると，医師は，この事例を届け出る必要はなく，死因を誤ったまま，死者は葬られる。また，たとえ，医師が因果関係を認めたとしても，「合併症」といえば，調査対象とならない状況は改まらないと思われる。民主党案では，遺族の求めで調査はできるが，医師の誤った説明に納得する遺族は放置されることになると思われる。

15) 前掲注13), 14)。

16) 吉田謙一「診療関連死モデル事業から新調査制度に向けて」医学のあゆみ 227 巻 139 頁，140 頁（2008）。

VII. 今後について

診療関連死に関する厚生労働省主導の調査制度は、先行き不透明な状況にある。一方で、異状死全般に関する調査制度について、警察サイドには積極的な動きがある。既に、数年前、民主党は、警察内部に、死因究明を目的とした専門部局である“検視局”をつくること、都道府県に“法医学研究所”（日本法医学会が提案した「死因究明医療センター構想」と同様）を設置することを骨子とした法案を提出したが、廃案となった。しかし、警察庁は、2010年度より、死因究明制度の改革に関する手始めとして、外国の制度の調査を始める。近い将来、廃案となった法案を基にした法案が提出される可能性がある。なによりもまず、不可欠となる法医学者、その他の専門家のポストを確保し、検案・解剖を行う環境を整備することが喫緊の課題である。

（よしだ・けんいち／
つじむら（いとう）・たかこ）