

日医総研ワーキングペーパー

死亡時の届出に関する諸問題

- 第三者機関の創設に向けて -

No . 78

平成 14 年 11 月 19 日

日医総研

新島 仁

死亡時の届出に関する諸問題

- 第三者機関の創設に向けて -

新島 仁

キーワード

異状死	死亡診断書	死体検案書
医師法	届出制度	刑事責任
医療事故	医療過誤	第三者機関

ポイント

人が死亡した際の、死亡診断書の交付から死亡の届出までの過程には様々な未整備の問題があり、医療現場は時に混乱に陥っている。このことは警察への異状死届出を不必要に増加させている。

死亡の取扱い制度自体にも、都道府県や地域による相当の差異が存在する。殊に医療に関係した死亡例について、それを異状死として警察に届出することは、医療者、患者・遺族、警察のいずれにもストレスを与えている上に有効性は低く、デメリットが大きい。

死亡事例に関係した医療に対する評価が適正に行われるためには実効性のある第三者機関が必要であり、そのための具体的な議論が始められなければならない。

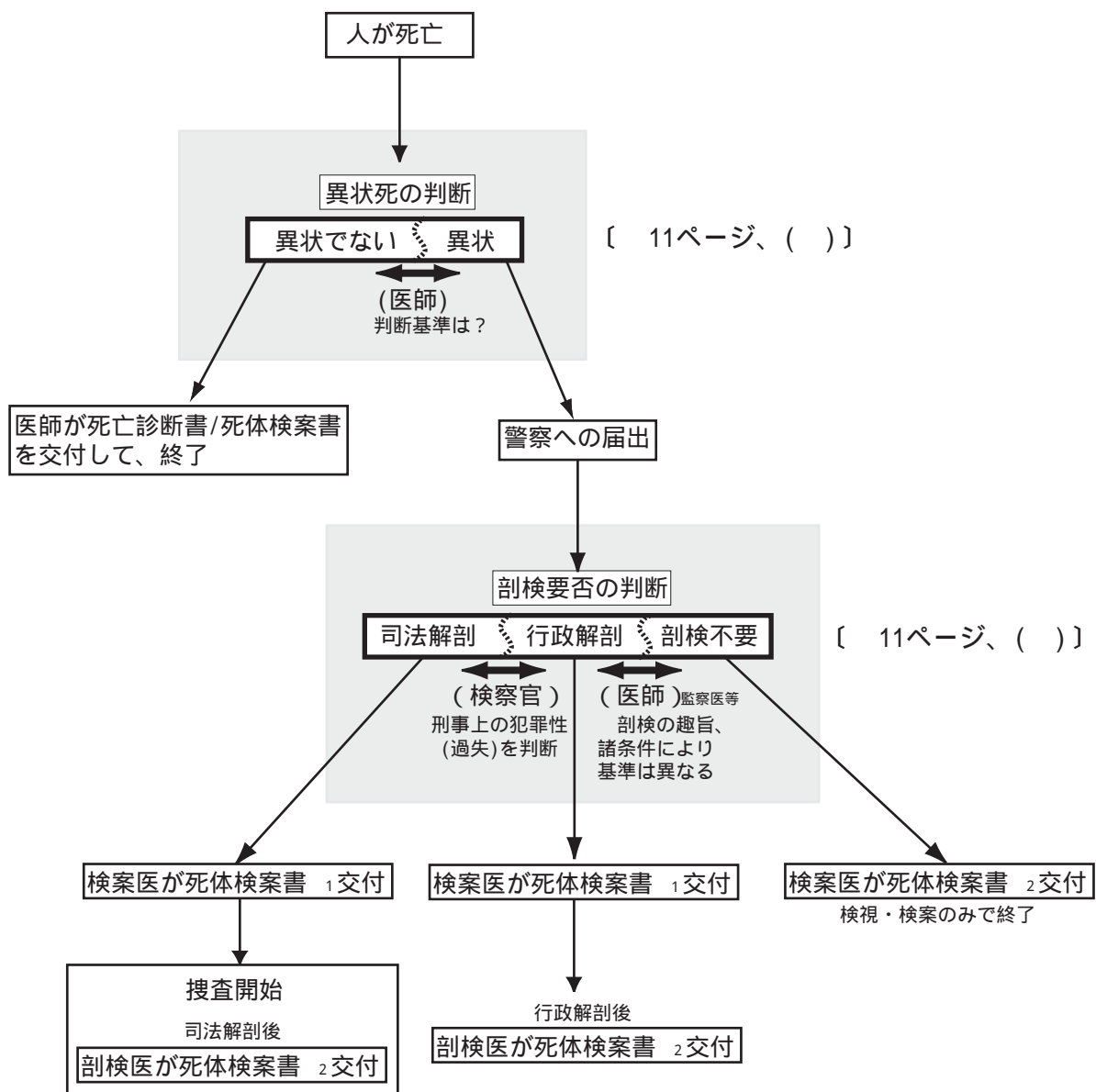
【 目次 】

はじめに	1
死亡時の届出に関連する問題点	2
1 死亡診断書とその問題点	2
2 医師法 21 条とその問題点	4
3 地域差と制度差	7
4 処理に関わる問題	11
5 現場の実情	13
6 当事者以外の第三者の影響	16
7 まとめ	17
望ましいシステムの姿 - 第三者機関の条件 -	18
1 . 死亡時に必要とされる医療評価の性質	18
2 . 第三者機関の 3 つの機能	19
3 . 届出受付機関	20
4 . 剖検機関	22
5 . 医療内容評価機関	27
6 . 第三者機関モデルの一例	28
おわりに	29

はじめに

人の死に立会い、その死を宣告するのは医師の重要な職務である。死亡診断書には死因が記載され、死亡の届出が市町村に行われることになる。しかしこの過程において医療現場で起こる様々な混乱が近年顕在化しているが、そうした状況は多くの要因が絡み合って生じている。本稿では において、そのいくつかの要因について分析した。また においては、現状を解決する一方法として創設が望まれている「第三者機関」に関して、議論の枠組みやその条件について述べた。。

【 死亡証明手続きの基本的な流れ 】



- 1, 2 死亡診断書/死体検案書には死因証明書という役割の他、埋火葬許可証発行の為の必要書類であり、この書類なしでは死体の処分が出来ないため、剖検に付された場合は死因未定のまま検案の段階で死体検案書を1通交付する(1)。これは死因が書かれた死体検案書(2)とは性質を異にするが、書式上は同じものである。

死亡時の届出に関連する問題点

1. 死亡診断書とその問題点

人が死亡した場合には医師は死亡を証する書類を交付しなければならない。この交付において近年、医師側に萎縮的傾向が現われており、死亡診断書の交付を渋られることが増加している。全国的に警察の死体取り扱い件数は増え続けているが、医療機関がなかなか死亡診断書を交付しなくなってきたこともその一因と言われている。これは死亡診断書の交付に際して以下に述べるような問題点があるため混乱や誤解が生じていることも原因となっている。

(1) 死亡診断書と死体検案書の違い

死亡を証する書類には死亡診断書と死体検案書がある。この二つは書式上は殆ど同じであって、効力は同じである。診療継続中の患者が該当疾病に係る傷病で死亡した場合は死亡診断書、それ以外は死体検案書が交付される。ここにある「検案」とは、診療中の患者以外の者が死亡した場合にその死体を検査すること、と一般に解されている「診療継続中の患者が該当疾病に係る傷病で死亡した」かどうかは医師の判断により、一律の条件は無い。原則においてはこの使い分けはシンプルである。

ところが実際には、この定義に沿って使い分けを行っている医師はむしろ少なく、定義上は死体検案書が発行されるであろう場合でも死亡診断書が交付されるケースが多い。最も顕著なのは病院で死亡した場合で、その死因に係らず死亡診断書が交付されるケースは相当に多いものと思われる。こうした運用が行われる大きな理由は、死体検案書という一般的でない書類がなにか冷たい響きを持っており、医師が遺族感情を慮ってその交付を避ける傾向にあるためと思われる。また後述の警察への届出と死体検案書の交付が混同されている面も大いにあるようである。そのため、本来死体検案書が交付されるべき相当数のケースで死亡診断書が交付されている一方で、死体検案書を書く際には同時に警察に連絡するという、両極端となる傾向にある。

本来死亡診断書と死体検案書を分ける意義は、医師の診療行為としての診断書と、一般的な医師の責務として死亡を証明する行為（＝検案）を分けたものと考えられるが、医療関わった死亡が多い現在では、その差異は判断が難しくより曖昧になってきており、それを厳密に分けようとするのはむしろ現実的では無くなってきていると思われる。

(2) この書類は医師個人が交付するものである

死亡診断書及び死体検案書は医師個人が交付するものである。死亡診断書を交付するのはもちろんその患者の主治医である必要は無いが、死亡診断書の交付に萎縮的傾向がある昨今では、主治医というもの存在がしばしば問題となる。このことは、殊に多数の医師が交代で勤務しているような大病院で問題となりうる。数人の医師が交代で外来を担当している場合には、患者と主治医という関係が作られにくく、死亡診断書をどの医師も交付しないということが起こる。また大病院では患者の死亡時に主治医に連絡が取れないことがよくあり、この場合理屈上は他の医師によって死体検案書が交付されることになるが、しかし現実には患者は一般に「病院のかかりつけ」という意識が強いので、遺族に奇異な感じを与える。また上述のように、死体検案書と警察への届出が混同されている場合がしばしばあるため、警察官が介入し検死を行うことになれば、遺族感情を傷つけることにもなる。病院側も対応にかなりの差があり、病院全体として患者を診ているという感覚が強い医療機関においては、その患者を初めて見た医師であってもカルテ等の情報から死亡診断書を交付するという傾向にあるようである。

こうした問題は、一人の患者に多くの医師が関わるようになった事と表裏一体である。通常の診療において複数の医師で継続的な診療が行われているのが現状であれば、死亡診断においても同様な継続性を医師に求めるのは、筋違いではないように思われる。

(3) 死体検案書を交付することは、異状死の届出とは別問題である

既に述べたように、交付するのが死亡診断書であるか死体検案書であるかという問題は、後に述べる異状死の警察への届出とは別の問題である。従って、異状死届出をせずに死体検案書を交付するケースは本来は相当に多いはずであるが、これが混同されていることが非常に多い。

(4) 死亡診断書(死体検案書)は排他的ではない

死亡診断書や死体検案書は、一般の診断書がそうであるように、複数が存在しうる。一般の医療現場ではまず起きないことであるが、剖検になった場合に起きうる。死亡診断書や死体検案書は医学的な診断書であると同時に、埋火葬許可証の発行に必要な書類であるため、剖検で正式な死因が確定する以前であってもまず一通は交付されることを迫られる。そのために交付された‘暫定的な’死体検案書の死因が「の疑い」といったものであっても、それが一人歩きして思わぬ影響を及ぼすことがある。これは書類として正式な効力を持っている以上致し方の無いことでもあるが、運用の欠陥ではある。死亡診断書や死体検案書を扱う周囲の人々には、こうした事情を理解し良識ある扱いが求められよう。

(5) 診断と検案の違いは曖昧である

死亡診断書と死体検案書は、結局その判断行為が診断であったか検案であったかということになる。改めて診断と検案の違いを考えてみると、死体を見るまでは死亡診断書、死体検案書のいずれを交付すべきか決定されない場合も多く、すると、死亡診断書が交付された場合は診断、死体検案書が交付された場合は診察であった、ということもいえる。たとえば、主治医が呼ばれて死亡診断書を書こうと思っ
て行ったが、遺体を見ているうちにこれは診療継続中でない疾病による死亡と判断し、死体検案書を交付するといった状況である。なお、こうした場合に死体検案書が交付されるのは医師にとっても患者遺族にとっても奇異な感じがあり、実際には死亡診断書が交付されることが多い。このように、死体を診る行為が診断と検案の間を揺れ動くこともあり、診断と検案の違いは曖昧である。

2. 医師法 21 条とその問題点

医師法 21 条は「医師は、死体または妊娠 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」ことを規定し、違反に対し 2 万円以下の罰金刑の刑事罰を課す。しかしその運用には大いに問題がある。

(1) 「異状」の定義

異状死とは、「警察へ届出なければならない死」のことである。何を警察へ届けなければならないかは、原則的には届出者たる医師が判断を行うわけであるが、その届出の性質については本来、殺人などの犯罪の認知と通報を通じた司法警察への協力であると意識されてきたと思われる。その際の医師の立場は、自らの業務の管轄外である事象に遭遇した by-stander (偶々その場に居合わせた第三者) としての「通報者」であったと考えられる。

しかし医療現場は、こうした従来の感覚とは異質な議論と直面している。病院で死ぬことが当たり前となったと同時に、その死のプロセスに当たって医療が何らかの形で関与していることは一般的なこととなった。そこに医療事故や医療過誤に対する医療界内外からの批判が高まり、医療に厳しい目が向けられる中で、医師本来の業務である医療行為を警察への通報対象とする傾向が現われた。それは、異状死に対しては傍観者であった医師が、ここに来てその当事者となったことを意味する。

ここで定められる異状死届出において、具体的にどのようなものが「異状」として警察への届出を要請されているのかという統一見解は、現時点では無い。学会レベルの指針としては、日本法医学会の「異状死ガイドライン」(平成 6 年)と外科関連学会の「診療行為に関連した患者の死亡・傷害の報告についてのガイドライン」(平成 14 年)がある。簡単に言えば前者は警察への届出に積極的、後者は消極的である。圧倒的多数を占める臨床系学会が届出に消極的なガイドラインを公表したことで、医学会レベルとしては消極的な方向へに大きく動いたことになる。

ただし、外科関連学会のガイドライン公表以降も、疑わしきは(あるいは疑わしくなくとも)届出へ、という現場医師の届出行動に目に見えた変化は起こっていない。現在医療現場はさまざまな面で防衛的とならざるを得ない状況にあるが、そうした環境下で、ガイドラインの遵守が自己の安全を保障しないからである。異状の判断の問題はそれに関連する様々な制度と密接に関係しており、これを単独で解決する事は不可能である。それを行うには、諸制度の大枠の整備が同時に必要である。

(2) 「24 時間以内に・・届け出なければならない」について

この部分は、従来の殺人などの認知において異状死を届ける限りでは問題となることは無かった。しかし、昨今のように医療行為がその対象となる場合、この 24 時間という制限は非常に問題である。まず、当該医療が過誤や事故であるかどうかは、しばしば判断自体が難しい事柄であり、医療行為の評価が専門的になされてはじめて判明するような難問であることも少なくない。そのためその検討についても、事多大な時間と手間が必要であることがある。そのような事例を、胸を刃物で刺された人が病院に運ばれてきて死亡したといった事例と同様に扱おうというのは無茶な話である。逆に言えばこれは、この条文が医療行為による死亡を届出対象として想定していないことを表すものとも思われる。

医療事故を防止するなどの目的で、医療機関では様々な後向きな検討が行われることが近年多くなっている。判断が難しい死亡例について医療機関等が検討調査している時は、なにも「異状を認め」ているわけではない。そして、医師が警察へ届出るべきであると考えなかったのであれば、その意味でも「異状を認め」ていなかったのであるから、医師法 21 条の対象とはならない。ところがこうした、医療事故であるかどうか不明な死亡例について病院等が誠実に検討を行っている間に「24 時間」が経過してしまっただけで、それを以って司法や警察が医師法違反で捜査を行うことが現在でもしばしば行われている。これも一つの条文の誤解と言える

(3) 「検案して」は大して意味を持っていない

条文中の「検案して」の部分を条件と考え、検案をしなければ届出の義務は無い、とする考え方があ
る。たとえば診療中の患者が死亡した場合を想定すると、「死亡後改めて診察」^(注1)して死亡診断書を交
付できる^(注2)ことになっているが、その一方で、死後の診察の結果、診断書を書こうという医師が生前
に診療していた疾病^(注3)以外の原因で患者が死亡したと考えられた場合^(注4)、その死亡者に対しては死
亡診断書ではなく死体検案書を交付すべきというのが現在拡がりつつある解釈であり^(注5)、するとこの
場合「死体検案書」を交付する以上、さきの死後の「診察」は翻って「検案」と見なさなければなら
ないことになろう。このように「検案」と死後の「診察」の境界は曖昧であり、またその行為の結果によ
ってその行為の名称が逆に決まる性質を有する。よって医師法 21 条の「検案して」の部分を前提条件
として重視することで異状死届出をすべき場合を限定しようとする論理は、有効とは思われない。結局
これについては「検案」も「死後の診察」も併せた広い意味と解釈するのが論理的にも実状にも合うと
考えられる。今後の語義を含めた議論の整備を待ちたいところである。

(注1) 通知：医師法第二十条但書に関する件（昭和 24 年、各都道府県知事あて厚生省医務局長通知）

「標記の件に関し若干誤解の向きもあるようであるが、左記の通り解すべきものであるので、御諒承の上貴管内の医師に対し周知徹
底方特に御配慮願いたい。

1 死亡診断書は、診療中の患者が死亡した場合に交付されるものであるから、苟しくもその者が診療中の患者であった場合は、死亡
の際に立ち会っていなかった場合でもこれを交付することができる。但し、この場合においては法第 20 条の本文の規定により、原則と
して死亡後改めて診察をしなければならない。法第 20 条但書は、右の原則に対する例外として、診療中の患者が受診後 24 時間以内に
死亡した場合に限り、改めて死後診察しなくても死亡診断書を交付し得ることを認めたものである。

2 診療中の患者であっても、それが他の全然別個の原因例えば交通事故等により死亡した場合は、死体検案書を交付すべきである。

3 死体検案書は、診療中の患者以外の者が死亡した場合に、死後その死体を検案して交付されるものである。」

(注2) 診療中の患者が受診後 24 時間以内に死亡した場合には「死亡後の診察」は必要ない。

医師法第 20 条 医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証
明書若しくは死産証書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。但し、診療中の患者が受診後 24 時間以内に死
亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない。

(注3) 医療の専門化によりこの問題は拡大しつつあるが、在宅往診患者や老健施設においてもこの「生前に診療していた疾病」の幅
が狭まってきており、東京都ではそのような「異状死届出」が増加している。

疾病名については、診断書が交付されていれば紛れが無いが、それが無い場合、保険病名が果たして診断名かという問題が起きうる。
「保険病名として付けていないので自分は診断書が書けない」とする医師の判断が現実にあろう。

(注4) 外因死のみならず、他の疾病による死亡を含む。こうした死亡の可能性があるケースをどこまで異状と見なすかは、別の論点
である。法医学会のガイドラインでは、すべてが異状であるとされている。なお「異状死とすべき場合」と「検案書を交付すべき場合」
との議論は似通っているだけに、ややもすれば混同されがちである。

(注5) 診療中の患者が死亡したことに対して異状死の届出が増加していることはその一つの現れである。しかしそもそも異状死届出が
なされた以上、それは「検案して」判断されたはずである、とも言える。このように、第 21 条の「検案して」の意味に拘り隘路に迷う
のは得策ではないと思われる。

3. 地域差と制度差

各都道府県において、死亡が異状として警察に届けられている率を、下表に示す。

[都道府県別 異状死率]

18%	東京(区外)
17%	神奈川 東京(区内)
16%	大阪(市内) 沖縄
15%	大阪(市外) 栃木 埼玉
14%	山梨 千葉
13%	茨城 京都
12%	青森 岩手 福島 静岡 新潟
11%	宮城 愛媛 群馬 兵庫(市内) 山口 島根 滋賀 宮崎
10%	兵庫(市外) 高知 福岡 富山 和歌山 山形 秋田 広島 岐阜 佐賀 福井 香川 鳥取 三重
9%	愛知 北海道 鹿児島 長崎 熊本 長野
8%	徳島 大分

- ・データ：「監察医制度の効果的運用等に関する研究」(厚生科学研究費補助金(厚生科学特別研究事業)特別報告書、平成14年)より、平成13年における警察死体取り扱い数/死亡数で算出。小数点以下は四捨五入し、高い順に示す。
- ・群馬、大阪、京都、滋賀、山口の各県は平成12年のデータによる。
- ・奈良、岡山の各県はデータ無し。
- ・東京(区内/区外)、大阪(市内/市外)、兵庫(市内/市外)はそれぞれ各都道府県の(監察医制度地域/監察医制度外地域)を表す。

約8%から18%まで、死亡が異状と判断される率は都道府県によって非常に異なっている。この差は都市部と農村部、人口構成といった要因では説明できない。例えば東京、大阪、神奈川といった都市化の進んだ都府県には異状死が比較的多くなる要因があると考えられるが、しかし愛知、北海道、福岡といった大都市を抱える道県は9-10%とむしろ全体でも低いほうに位置している。

つまり「異状」の基準自体が都道府県という行政単位によっても異なっており、全国一律に論じる事という現実がある。その原因の一つは、検案と剖検という死体扱い制度が各都道府県単位、あるいはさらに小さな地域単位で異なることである。検案は医師一般の重要な業務であり、自らの判断で、あるいはその求めに応じて適宜行われるのが大原則である。この原則の上に各々の制度が二階建てで乗っているというのが、基本的な枠組みである。

(1) 警察医

現実には、日常業務に忙殺される医師が検案の求めに速やかに応じることは容易ではない。屋外や住居など思わぬ場所で死体が発見された場合、一般に発見者によって警察に通報がなされるが、検案を行う医師が居なければ遺体が検案されないまま、すなわち死亡証明が成されないまま宙に浮いた状態となってしまうことがある。そうした状況を解決すべく各地域の警察と医師との間で出来てきたのが、「警察医」という役職である。

警察医は基本的に、警察の検案要請を優先的に受け入れる当番医である。職能としては一般医師と当然に変わらないので、警察医の都合が付かなければ一般医に検案要請がなされることになる。多くの場合警察医の団体としての警察医会が存在するが、本来が自主的な警察協力医の集まりであって、組織化されていることは少ない。

(2) 監察医制度

監察医制度は政令により、現在東京 23 区、大阪市(の一部)、横浜市、名古屋市、神戸市の 5 都市で実施されている。その目的は「伝染病、中毒または災害により死亡した疑のある死体その他死因の明らかでない死体について」検案し、検案によっても死因の判明しない場合に解剖によって死因を確定することであり、この検案や解剖は刑事訴訟法上の手続きを妨げないものとされている(死体解剖保存法第 8 条)。

監察医は知事が任命したもので、現状では、法医学や病理学を専攻する医師や臨床医からなっており、その業務は検案と解剖に分けられる。ちなみに警察と監察医は管轄が別(東京都監察医は健康局所属)であり、制度上の役割も警察は捜査上の判断を行うだけ、監察医は医学上の判断を行うだけの全く別個の存在である。英米のコロナー(検死官)との連想から、監察医は司法府や警察の一員であるとか、あるいは何か特殊な存在であるかのような誤解が未だに一部にあるが、日本の監察医には司法権や捜査権はなく、その検案業務についても一般の医師が行う業務をほぼ代行しているに過ぎない。唯一の違いは、行政解剖へ付す際に、その判断が行政的強制力を持つこと、すなわち遺族の同意なくそれを実施できることだけである。剖検では一般的病理学的検査の他、必要に応じ各種生化学的検査や薬物毒物検査も行われる。

(3) 監察医制度間による差異

< 監察医制度地域における扱い数(平成 13 年度) >

一口に監察医制度といっても、その運営にはそれぞれ非常に大きな差がある。東京都特別区は東京都監察医務院という整った組織・施設を持ち、東京都の予算として毎年 10 億円弱が投じられ、10 名の常勤監察医はじめ臨床検査技師、監察医補佐などの監察医務業務に特化したスタッフを公務員として擁する。しかしこのような多額の費用は

都市(制度対象人口)	検案数	解剖数	解剖率
東京区部(830 万人)	10,002	2,386	23.9%
横浜市(347 万人)	(非公表のため不明)		
名古屋市(217 万人)	2	2	(100%)
大阪市(259 万人)	3,622	1,069	29.5%
神戸市(144 万人)	1,262	883	70.0%

地方自治体にとって負担である。監察医制度地域においても、横浜市では県や市による予算化は行われておらず経費の公費負担は無い。県が費用を負担している名古屋市においても予算枠(13件分)が厳しいため実際に扱われるケースは非常に少なく、元来の監察医制度という意味ではもはや機能していない状態となっている。こうした予算措置の差はそのまま遺族の費用負担に反映され、東京都特別区においては検案・剖検に関わる費用がすべて無料である一方で、横浜市においては費用はすべて遺族負担であり、開業医である監察医に直接支払う形式となっている。

監察医制度の検案対象にも違いがある。東京都特別区の場合には、検案対象はすべて警察へ届出がされ、警察経由で監察医務院が扱うようになっている。つまり臨床医が死体検案書を書くことはない。これは1.(3)で述べた「死体検案書を交付することは、異状死の届出とは別問題である」という原則が、ローカルルールによって破られている例外である。こうした検案と異状死届出の一体化は、「監察医務と警察は別個の存在」という印象を一般には与えない結果となっている。警察への異状死届出を行わなければ監察医制度にアクセスできない仕組みであるため、剖検を希望するために警察へ届出る、といった状況も当然に起こっている。また、交通事故から熱中症などに至るあらゆる外因を原因として入院した場合、つまり原死因が外因死である場合、その入院期間の長さに関わらず、異状死となり監察医務院扱いとなる。しかしこの外因についても大阪市の場合は交通事故は対象外であるなど、その基準はまちまちである。

このように、現在監察医制度が敷かれている5都市においても、その実施状況には非常に大きな差異が存在している。制度の存在は、その運営の形態を全く保証していない。

(4) 監察医制度の目的の変質

監察医制度の現在の目的は何かと言うことは、一口ではなかなか表現しづらい。元は7都市に設置されていた監察医制度も福岡市、京都市で廃止され、現在の5都市となった。制度が残った都市においても、前述のように名古屋市の監察医制度は事実上機能を停止しつつあり、横浜市は運営実態が既に本来の監察医制度とは異なってしまっている。正常な形で機能しているのは東京都特別区、大阪市、神戸市のみとなっている。

検案は臨床医にとっては時間的にも負担を強いられる業務であるため、そのアウトソーシングとしての監察医制度は臨床医にとっては便利な存在である。逆にその安易さが警察への異状死届出を増加させる要因ともなっている。ただ現実には検案業務は多分に臨床的判断を必要とするため、検案業務を完全に監察医務院に委託している東京都のような体制では、判断の際に臨床経過の情報が乏しいため逆に死因決定がしにくくなるというケースも少なくないという弊害もある。

監察医制度の第一の目的は公衆衛生に資することである。しかし疾病構成の変化や国民の医療機関へのアクセスの向上、生前の診断の向上などもあり、感染症などに対する公衆衛生上の必要といった、当初の目的とされた意味での監察医制度の役割は今や小さくなっている。その一方で、汎用的な剖検施設としての役割に対する期待は大きなものがある。今後は医療過誤の疑いといったケースについても幅広く剖検を受け入れることで、新たな役割を積極的に担っていくことが期待される。また警察とは別個の存在であるという原則を体現するためにも、異状死届出によらないアクセスの方法が模索されることが期待される。

(5) 承諾解剖制度

監察医制度非実施地域では、公費負担で「行政解剖」「準監察医制度」「承諾解剖」などの名称でそれぞれの制度を持っているが、同じ名称を使っている場合でも実状は多様である。実体は遺族の承諾を必要とする承諾解剖の一種であるが、名称としては「行政解剖」(以降、監察医制度による行政解剖と区別するため「」をつけて表記する)が一般的である。承諾解剖は40の都道府県で行われており、一般的には、地域の警察医(殆どが開業医)が検案(報酬は1件3-10万円程度)を行い、警察が行政解剖が必要と判断した場合、大学の法医学教室や県の施設で、県または警察の費用負担で解剖を行う。承諾解剖を行う目的はその多くが「事件性が否定できない場合」であり、次に青少年や乳児の突然死である。医療事故関連のケースはあまり対象とならないが、それはむしろ司法解剖で処理されているケースが多いからに他ならない。計上されている予算は一体6-30万円程度で年10-20体分であるので、対象は絞り込まれ、解剖に付される率は低い。多くの県で行われているこの「行政解剖」といういささか位置付け曖昧な制度は、そもそもは各県の警察が独自にあるいは県に要望してきたものが多く、実際に解剖経費の負担者は、約4割の県では警察であり、残りの多くが都道府県の負担である。また、「行政解剖」施行を決定する判断者も、警察であるという県が多い。

警察の多くの捜査官は司法解剖によって生じる事務的負担を重く感じており、事件性や話題性の低い事例については司法解剖となることを嫌う一般的傾向がある。事件性が小さいが解剖はしておきたいという事例を処理するに当たって、警察にとって負担の軽い「行政解剖」という制度は、警察から見ても歓迎すべきものであった。このように、「行政解剖」の多くは警察的色彩が強い。司法解剖とするか「行政解剖」とするかは微妙なところであり、主に県警本部の刑事調査官の判断によるが、考え方の個人差も大きい。

実は多くの県の「行政解剖」は、司法解剖と同様の施設と執刀者によって行われ、内容も同様である。つまり剖検の質としては司法解剖と変わらない。異なるのは事前に刑事被疑事件としての手続きが行われているかどうかである。これは「行政解剖」の更なる活用の余地があることを示すと言えよう。

4. 処理に関わる問題

(1) 処理の振り分けの判断

1 ページの図において示した死亡時の処理の判断プロセスにおいては、2 箇所の判断分岐を経て処理が決められるが、その中で医療の関与が疑われる死亡はどのように扱われているのか、その判断と処理の適切性について検討する。

() 異状の判断について

死体を診た医師は、その死が異状であるかを判定しなければならない。しかし前述のように、異状の基準は非常に曖昧である。犯罪の発見という医師法 21 条の趣旨からは、異状死体とは刑法上の犯罪に問われる可能性がある事件に関係する可能性がある死体、と考えられるが、可能性を疑えば殆どが異状にも見える。現実の死の様態は様々であり、特に医療が関係した死の場合は複雑である。ガイドラインは存在しても現実のケースは個別性が強いいためケースバイケースで判断しなければならず、個々のケースが異状死に当たるかどうか判断に苦慮することは相当に多い。異状死の判断は医師がいわば刑事的判断を迫られる場面であるが、医療についてはその性質上判断がもともと困難であり、医療行為の何が犯罪にあたるのかという専門家でも意見が分かれる議論についての判断を現場の臨床医が行うことは難しい。結局、不明なものは念のために異状と判断され警察への届出がされることになる。

() 事件性の判断について

異状死の届出を受けた警察は、検視^(注1)を行う。検視は本来は検察官の職務だが、実際には警察官が代行して^(注2)これを行う。しかし事が医療の内容に関するものであった場合には、警察自身は一般に能力的に判断することはできない。

代行検視を行った警察官は検察官へ異状死届出の内容や検視結果を報告し、そこで検察官が事件性を判断することになる。しかし、医療の適否が問題となったような事例のように、専門的な問題については検察官も判断が出来ないため、過失致死など「犯罪」の可能性が少しでもあれば司法解剖へ付すというのは、自然な流れと言えよう。この段階で刑事事件(殆どが業務上過失致死被疑事件)として扱われ、当該医療関係者は被疑者となる。そして、この司法解剖へ付された段階で医療過誤の疑いとしてマスコミ報道されることも少なくない。マスコミ報道によって当事者が受けた被害は、たとえ結果として事実と違うものであることが判明しても、回復されることはまず無い。

(注1) 「検視」と「検死」という言葉があり、検察官やその代行の業務として「検視」が用いられる。それぞれの違いについては時に議論されるところであり、イメージとしては「検死」は「検視」より広い意味で医師の行為にも用いられるが、事実上同義であるという説もあり定まったものはない。

(注2) 代行検視と呼ばれ、刑事訴訟法 229 条で定められている。

以上の二つの判断において、()では医師は刑事的な判断をしなければならず、()では検察官や警察官は医療的な判断をしなければならない。医療と刑事法という相性の悪い価値観同士で、互いに相手の立場で判断をしなければならないというねじれが、現行の判断プロセスの非力の原因である。

こうして、2つのいずれの分岐判断においてもそれぞれの判断には困難が伴い、過誤の疑いを否定できない故に、医療行為が関係した死は、現在のシステム下では刑事事件として処理が開始される可能性が必要以上に高くなると考えられる。ある警察官の「(医療が関与した死亡が)届けられて我々が認知してしまえば、それはおそらく司法解剖になる。」との言は、このあたりの事情を警察の側から表すものである。警察としては、一旦異状死届出が行われた以上流れに沿って処理を行うのみであり、判断をはさむ余地はほとんど無い。

検視の結果事件性があり司法解剖に付すかどうかは最終的には検察官の判断に委ねることになる。この判断にも基準と言えるものは無く、検察官個人の個性によってかなり左右されるようである。また検察官の中には「起こりうる当然のリスク」という考えを受け入れられず、結果責任を強調する人がいることも事実であり、医師から見れば腑に落ちない判断がなされることがあることもまた実情である。

(2) 司法解剖の問題

剖検の要否と種類が決定された後、その後の処理は医療行為の適否を判断するのに適切なものだろうか。(1)で見たように、その判断プロセスが非力であるため、医療事故の可能性のあるケースは現在多くが司法解剖になっており、司法解剖は大学の法医学教室が担当している。その際、検察官よりの鑑定依頼事項には、医療事件の場合に限らず医療が関与したケースでは殆ど必ず「医療行為の適否」の項目が入っているが、この項目は法医学の医師を悩ませる。法医学教室は司法解剖や基礎実験を行うのが主な仕事であるが、現場の医療については詳しくないことが多い。殊に医療の最前線で起きた事故のような場合、法医学教室にはその判断能力が無いといってよい。医療の適否の鑑定を求められるのは司法解剖を行う法医学教室だが、その判断が能力的にできるのはむしろ、日常的に臨床医と連絡を取り合って業務を行っている病理学教室や病院病理部と一般的には言えるだろう。しかしそうではあっても、法医学教室としては鑑定依頼を受ける以上何らかの回答をしなければならず、それが裁判における唯一の医学的鑑定であることもある。現システムは法医学教室に過度の負担を強いているというべきである。教室によっては臨床医にコンサルトする仕組みを工夫してはいるが、試行錯誤の段階にあるといえる。しかし今後は医療行為の適否の判断は原則的に司法解剖の鑑定項目から分離し、別個に適当な人や機関に鑑定依頼すべきであろう。

5．現場の実情

(1) 届出に至るまで：医療現場にて

届出は法令上は医師の専権事項とはいえ、実際には医師、遺族、警察が絡み合って届出に至る。医師と遺族の関係において、遺族が医療に対し納得しない場合や、逆に医師が死因を確定しきれないケースなど、医師と遺族のいずれかが何らかの疑問を残す場合、医師と遺族双方より警察へアプローチがありうる。医師の警察への相談や通報は、紛争解決のために「権威ある第三者機関」に届けておきたいという性質のことが多い。一方、遺族のそれは告発として、または医療に対する遣り場のない感情の受け皿としての役割を警察に期待するという性質のことが多い。

警察は医師が届出をしなければ当該ケースについて認知しないはずが建前であるが、実際はこのように事前に遺族、医師よりの相談があることも多く、他の正式な届出の意思形成に関与している。警察としては、連絡を受けた以上何らかの処理をしておくということと、事件を見逃さないという警察の本来の機能、そして事情によっては何とか事件化したいという動機が重なり、この問題に対応することになる。つまり、三者がそれぞれの動機を持ち、それが絡みあって、正式な異状死届出の意思決定に影響している。ただし、医療の関与が疑われる事例を警察への通報するにあたって、異状死届出は主要ではあるが一つのルートに過ぎず、後述の例のように、異状死届出が無くとも警察が「事件」を認知して動くことは当然あることである。

(2) 医師側の事情

現状の異状死届出についての、医師側の事情は単純ではない。

まず、病死であろうがその死亡機序がはっきりしない時には、医師には誠実な職業者として、また科学者として、死因をきちんと知りたいという願望がある。そのため、院内で病理解剖ができないときには、何らかの外部機関に剖検を依頼したいと考える場合がある。しかし現状ではそのような機関は一般に整備されておらず、唯一行政解剖という手段が残っているだけであるため、外部機関での剖検を目的として警察への届出すなわち異状死届出が行われることが行われている。臨床的な判断が求められるため、届出の有無は、死亡を確認した医師の専門性にも影響を受ける。

届出制度そのものに対する誤解が医師側に見られる場合もある。例えば、医師法 20 条および 21 条に見られる「24 時間」という事の取り扱いについて、しばしば様々な誤った解釈が行われている。しかし、異状死届出は日常の医療業務において頻繁に起こる事柄ではないので、それにつき臨床医の知識が十分でなくとも、致し方ないことではある。

届出においては遺族感情が少なからぬ影響を及ぼすが、一般に遺族は「警察沙汰」にすることを望んでいないため、遺族と相談せずに警察へ届出することは遺族感情を傷つけることにもなりうる。遺族感情へ配慮することは、警察への届出に一般に抑制的に働く。また死亡までの経過につき、家族に説明が行われてい事柄が起きた場合には、届出られる可能性が高くなるようである。

何らかの医療事故・過誤や医事紛争が予想される場合には、医師としてはその後のことを考えて公正な権威ある第三者機関に予め届けておきたいと考える。その場合、そのような機関は警察しかないため、自然に警察に届けを行うことになる。この傾向は医療事故などのマスコミ報道によって大きく影響を受けており、しばしば過剰反応も引き起こしている。このような場合に届出る機関が警察であることについては、医療現場においても賛否両論がある。総じて、ここには既に「犯罪の発見と公安上の理由」という旧来の異状死届出の姿は無いが、新しい種類の要求がこの届出制度に寄せられていることは確かである。

(3) 遺族側の事情

遺族の感情レベルの問題は殊に医療現場では重要である。

近親者が死亡した時の遺族の心理状態は、時にヒステリックな異常なものとなりうる。死の過程に関与した医療が正当なものであっても、その死を受け入れられない気持ちの矛先が医療機関に向かうことは珍しくない。それは時に警察への通報という形を取る。現実には、長年かかりつけ医の治療を受け一般的な経過で死亡した場合でも、主治医を訴えることは出来ないか、と検案の現場で監察医へ相談をもちかける遺族は、決してまれではない。あるいは、その時は黙っていても、医師が忘れたところに突然の民事裁判を起こして驚く場合もあろう。さらに近年、薬剤の副作用などの情報がマスコミに多く登場するせいか、指示の薬を飲んで間もなく死亡した場合に、薬が悪いに違いない、医者の方ミスではないか、と遺族が考えるケースが確実に増加しつつあると思われる。また残念なことに、意図的に金銭を目的としてトラブルを起こそうという場合が確実に存在するのは、あらゆる人々が患者となり遺族となりうることを考えれば、致し方ないことである。

一方で、警察が突然介入したことに困惑を隠せない遺族は多い。なぜ警察沙汰にしたかと怒りが主治医へ向かうこともある。かかりつけ医の往診を受けていたり入院していたりと、家族と医療機関との信頼関係が出来ていたところに、異状死の届出があればなおさらである。これに加えて、マスコミや市民団体が医療過誤の問題と異状死届出を直接結び付け、異状死届出をしないのは医療過誤を隠蔽することであるかのような論調で煽れば、遺族の感情にも影響を与える。

遺族の感情の問題は医療訴訟の大きな要因になっており、論理や理性を超える問題であるが、その発生は不可避であってみれば、感情的問題をも受け止めるようなシステムが望まれる。純粋な感情的問題をどのように扱うべきかは大きな課題だが、まずは、そのような遺族感情を現在の警察の代わりに受け止める機関が、異状死届出のシステムの中でどうしても必要と考えられる。

(4) 警察側の事情

警察にも届出を受ける側の悩みがある。

検察・警察の立場からは、いざ刑事事件の枠組みで扱いが始まった以上、きちんと何らかの結果を出さなくてはならない。例えば、殺人事件の犯人が行方不明であって、被害者の救急救命行為に何らかの瑕疵の可能性があった場合に、とりあえず医師の過失を問うことで成果を得て面目を立てようということが無きにしも非ずのようであるならば、医療者にとっては非常に危険なことであろう。検察・警察にしてみれば、一旦刑事事件として着手した事例は事件として追及する方向へ考えざるを得ないのは職務上当然のことであり、医療という専門分野における諸事情への配慮を検察・警察に期待するのは相当困難のようである。

しかし逆に、届出を受ける警察側もその扱いには苦慮している。東京都区部の例を挙げると、医師から警察に対し「人が死亡したのだが、異状死として届けたほうが良いかどうか教えて欲しい」という相談の電話が月 60 70 件ある。これには東京都監察医務院へ相談(地方では警察医への相談に相当)された数は当然含まれていないことを考えると、現場の医師の異状死届出に対する迷いが感じられる多さであるといえる。一件の異状死届出を処理するのに、最もスムーズに処理できた場合でも、おおむね延べ十数人の警察官の手が必要になる。これは最もタイミング良く問題無く言った場合であり、何らかのトラブルが生じていたり、事情聴取に手間取ったり、検案医の要請に時間がかかったりすればそれだけ拘束時間が延びることになる。さらに司法解剖となれば、解剖の立会い等で十数人レベルの手が必要になる。このように警察にとって異状死の扱いは相当の負担となっているが、こうした中で事件性の殆ど無いような医療上のケースを扱うことは、警察としては医療上の判断が出来ないこともあり、かなりの無理を強いられている。

また一部の病院においては警察の介入を積極的に進める風潮が強くなり、警察側が「事件性が無いので警察の介入は必要ない」と病院側に伝えると「今後トラブルが起きても以降は警察の責任とする」といった内容の念書を病院の要求に応じて警察側が書くことすら起きている。学会等が医療に警察の介入は相応しくないと議論する中で、個別の事例レベルでは逆に、医療的トラブルを異状死届出による警察の早期介入により警察に丸投げしてしまおうとする動きが広がっていることは、見逃せない事実である。こうした医療機関から警察への問題の押し付けは、医療機関の防衛的傾向が強まるのと表裏一体となっ

ている。医療機関側からすれば、何らかの権威ある公的機関へ先んじて報告してしまうことにより責任を十二分に果たし免責されたいという心理は、そこに異状死届出と免責システムとの混同が含まれていたにせよ当然のことと思われるが、その役目を負わされた警察としては筋違いな負担を感じたとしても不思議ではないだろう。またここには、医者側はこの異状死届出をあくまで警察の手続きと考えており警察に届出の基準を示して欲しいと希望しているのに対し、警察側は、形式上医師の判断に介入することは一切できないので医師がしかるべく判断して欲しい、といった現場での押し付け合いが見て取れる。そして両者とも直接的には遺族への対応という小さな理由、間接的にはマスコミを先鋒とする国民の批判への対応という大きな理由が背景になっており、両者の間では到底完結しない問題である。

なおこうした問題については、現場での判断に直接あたる警察官と警察庁との間には大きな温度差があるようである。一般にピラミッド構造と称される組織の性質上、現場の動きは上位機関の意思決定に相当の拘束を受けるため、こうした実状の解決には警察庁がイニシアチブを持って対処していく必要があるが、現時点ではそのような兆しは見受けられない。今後の検討を通じて何らかのスタンスが形成されるのを期待したい。ただしその一方で、総論としての意思形成が無くとも、業務の性格上現実の個別事例に対して非常に機動的に動くことが求められているため、現場における大小のトラブルは今後も暫くは避けられそうにない。

6. 当事者以外の第三者の影響

ところで、医師・遺族・警察という直接の当事者以外の関与でも、異状死届出とは別の経路で同様のプロセスは進行することにも触れておく必要がある。そのことを典型的に表す例を一つ示したい。

ある県の公立病院で、癌患者が内視鏡検査を受けた際、内視鏡による傷がもとで気管支などの感染症を起こして呼吸困難となり、別の病院に転送になった。病院側は「まれに起きる事故で、過失ではない」と言明していたが、早速新聞報道があり、見出しは「内視鏡検査またミス」であった。しかしこのとき既に警察ではこの事故については報道以前に認知しており、もしこの患者が死亡すれば刑事プロセスとして司法解剖に付することまでが県警本部レベルで既に決定され、準備を整えて待機していた。病院がごく普通の医療的経過と考えている時にも、こうした刑事的プロセスが進行して行くことは、しばしば起きている。救急車を要請すると、一般にその段階で消防署から警察へ連絡があり、今回も病院が転院のために救急車を要請した時点で、警察は本件を認知したのであった。

背景として、県内の病院の医療ミスも何回かマスコミに報じられ、この公立病院についても前年と前々年に輸血の血液型ミスがあったことが報じられて、議会でも取り上げられたことがある。また同年に大腸内視鏡検査を受けた患者が死亡する医療事故が起きていた。

ここで登場した消防署、マスコミ、議会は異状死届出の際に典型的に現れる第三者である。制度上は警察や検察が司法解剖の決定をするには犯罪性の有無の検討がまず必要なはずだが、実際には本件の検査が過失であったかとはいうことは事実上検討されなかった。警察の判断を左右したのは善意の第三者であるマスコミや議会の動向、消防署であった。検察や警察もマスコミや外部の動向に対してより敏感に反応するようになっており、それに対応した動きをとらざるを得ないのは致し方ない面もある。こうして、同質の医療事故であってもマスコミが取り上げたものについては、それに対応して警察も多くの人員を割くということになってしまっている。しかし医療事故の場合は前述の通り内部に判断能力が無いため、結局マスコミ等の動向によって処理があらぬ方向へ転がって行くという実情がある。本件のように医療側が全く正当と考えている場合であっても、警察側が積極的に刑事事件として動こうとすることがあるという実例は相当に多いものと考えられる。これには、刑事事件として取り扱うことに対する感覚の差が、警察や検察と医療者等一般市民との間にあることも一因かもしれない。警察や検察の感覚としては、積極的な刑事事件捜査開始という感覚ではなく司法解剖とする場合もあるが、刑事プロセスの外形を備えている以上、一般にはそう受け取られない。

なお、数日後この女性が転院先の病院で元気になっているとの連絡が警察に入り、本件についてはひとまず何事も無く終わった。世間的にはせいぜい「公立病院がまた医療ミスをして人が死んだようだ」といった記憶を残した程度のケースであっても、水面下でこのような形の意思決定が行われていることは、氷山の全体を見渡す上で重要であろう。

7. まとめ

異状死として届出られ警察の扱いとなる死亡数は全国的に増加しており、例えば東京都区部の検案数は1980年に5,748人であったものが2000年には10,132人となっている。この増加の原因は複合的であり単純には論じられないが、一つの背景として、異状死届出を判断する医師側の意識の変化があると思われる。死亡の診断においてより慎重になる中で、以前はさして意識されなかったシステム上の不備が次第に浮き彫りになり、現場での混乱をきたしている。また現行のシステムは、殊に医療が関係したケースを判断するためには有効性が低い。そのような場合に、ともすれば対立感情を抱きがちな医療者、患者・遺族、警察の当事者三者は、実はそれぞれの形で現制度により不合理な負担を強いられている。そしていずれの当事者のニーズも、適切な第三者による適切な処理という同じ方向で一致してはいる。次章では、第三者機関の実現のために前提として必要な、議論の枠組みや必要な条件につき述べることにしたい。

望ましいシステムの姿 - 第三者機関の条件 -

1. 死亡時に必要とされる医療評価の性質

人が死亡した場合には医師は死因を診断しなければならないが、すぐには死因を確定できないことも多い。また近年は医療へのアクセスの向上から、死亡時には医療が何らかの関係をしていることが多く（このような死を本稿では以降「医療関係死」と呼称する。その死に医療の関与が疑われ得るようなあらゆる場合を指し、必ずしも因果関係が存在することを意味しない）、その際に行われた医療の評価が厳しく求められるようになりつつある。

医療はリスクの上に成立している。この、昔は当然のように社会的に広く認識されていた事実が、医療の進歩に従いリスクの低下が達成されるに従って忘れられる傾向にある。また医療情報を公開し透明化しようとする機運の中で、医療事故を報告することが医療界内外からより強く求められるようになった。そのため、医療によって良くない結果が起こった場合には、できるだけそのプロセスを明らかにし、より積極的な説明がなされる必要が出てきている。そのためには関与した医療の評価が適正に行われる必要があるが、医療が細分化・複雑化するに従って、その評価も難しくなっていることも事実である。しかし、そうした評価プロセスを通じて要求される結果というものは、基本的には変わるわけではない。すなわち、当該医療行為が以下の6つのどれにあたるかを分類することである。

故意（医療を介在した犯罪であり、殺人や傷害にあたる。）

ヒューマンエラー（薬の取り違いや機械の単純操作ミスなどがこれにあたる。単純な不注意や思い違いによって、本来の目的と異なる動作をしてしまった場合。）

未熟エラー（知識や技術の未熟や経験不足による。プロフェッショナルとしての水準を満たしていないが故の誤り。）

プロフェッショナルエラー（プロフェッショナルがその裁量の元に行った判断や行為が、結果的に良くない結果を生じたもの。）

リスク（ある確率で必然的に起こる、良くない結果。）

関連なし（医療行為と当該事実に因果関係が無い、または当該事実自体が認められない場合。）

刑事的な議論に当てはめれば、 - は有責（ : 故意、 : 過失）にあたり、 - は無責（ : 正当行為、 : 不可抗力）にあたる。

こうした分類は、医事紛争に象徴的に表れるような社会的な営為としての医療を評価するための便宜であると同時に、医療者と患者がともに同じ目的に向き合うために、自然科学としての医療の前提を共有するための枠組みでもある。

これを評価するためには現在の警察への異状死届出を端緒とする刑事のプロセスによっては目的を達することができず、また裁判は非常な時間がかかる上、それによって解決されるのがふさわしいか疑わしい場合も多い。そこで望まれるのが、適正な医療的評価を比較的迅速に成すことができる中立・客観的な第三者機関である。

犯罪性の無い死亡も警察に届出なければならないことについては、業務として検案を多く行う監察医の間では半世紀以上前より問題視されていたところではあった。また、死因について自信の持てない医師、死因に納得できない遺族の不安の声は以前よりあった。医療紛争となった際には対立する当事者以外の客観的な意見を求めることが困難であることもしばしばであった。こうして、これまで長らく様々な意味での「第三者機関」が望まれてきた。しかし、第三者機関の設立は言うは易く行うは難しであって、一体誰がそれを担うのか、実効性をどう持たせるかといった困難がすぐに立ちはだかり、多くの議論はその初期で頓挫した。また、医療を取り巻く環境などの社会的背景のもとで実害が少なかったことも手伝って、問題は集積されず大きな議論とはならなかったことも事実であった。しかしここに来て各方面からの第三者機関に対する要望はさらに大きくなり、またその存在によりすべての方面にとってメリットがあることが明らかとなってきた現在、その設立の機は既に熟していると言える。

さて第三者機関についての具体像に対する意見は様々なものが有り、その姿は議論によってこれから決められてゆくであろう。その一方で、現在この第三者機関に対して寄せられているニーズから考えると、おぼろげながらもその輪郭が見えてくる。「医療の質に関する第三者機関」には様々な機能を含めることが可能だが、まずは届出られた個々の事例につき医療内容および結果との因果関係の評価を行い、結果が上記の6つの分類のいずれであるか判定する機能が必須である。この観点から本稿では、各方面のニーズを整理することで、第三者機関に望まれる基本的なモデルを示すことにする。

2. 第三者機関の3つの機能

第三者機関と一概に表現されるものについて見ると、その機能は3つに分けられる。

医療の関与した死亡についての届出や相談を受け付ける機関。

死亡の性質を評価し、警察への連絡や解剖の要否、その種別を決定し、以降の処理を振り分ける。。

この届出は、それを行う基準というものが設定できないという性質上、当然に任意である。

剖検機関。

現行では警察扱いになった死体の解剖は、原則的には司法解剖であり、それに行政解剖や承諾解剖といった地域それぞれの制度が加わる。剖検を行う機関は多くの場合大学の法医学教室であり、

都道府県によってそれに監察医務院などといった組織が加わる。警察扱いとはならなかった場合は殆どが病理学教室か病院病理部で行われる。医療関係死の剖検はどのような機関がどのような立場で行うのが問題である。

関与した医療の質を評価し、民事・刑事的責任を評価する機関。

や の情報も総合した上で、医療の内容を評価する機関である。その性格や質、カバーする範囲、裁判所との関係などが問題となる。

この3つの機能は一つの機関が併せ持つことも可能であるし、それぞれが分離してもよい。以降、この3つの機能のそれぞれについて考察する。

3．届出受付機関

(1) 届出受付機関に対するニーズ

まず必要なのは、医療関係死など医師が死亡の対応について迷う場合の届出や相談の窓口である。交付すべきは死亡診断書なのか死体検案書なのかといった基本的事項に回答したり、警察への届出の要否や剖検の振り分けを行う機関である。

届出を受け入れてその後の処理をまず決めるため、また時間経過によって遺体が劣化してしまうという物理的制約もあるため、第一に処理の迅速性が求められる。これは処理が未決定の状態では不必要に遺族を待たせないという面からも重要である。

医療機関からのニーズは、届出先が「信頼できる公的機関」であることである。扱いに不安のある事例を最初に届出することによって当初からの情報公開を行うことで、情報を隠蔽したという謗りを免れるものでなくてはならない。また医療行為が刑事的扱いを受ける危惧に対する予防策として、まず刑事的に問題が無いと言う保証と安心を得る為に最初に警察へ届けることが実際に多く行われている現状から、届出により不必要な刑事的責任が免責される機関である必要がある。そのような意味からは、第三者機関は司法警察権を持つのが理想であるが、少なくとも司法や警察の信任を得ていることが望ましいが、どういう形であれ、あらゆる事例に対応できる社会的に信任を得た機関でなければ、結局は次第に実効性を失ってしまう。保健所などの公的機関でも良いが、現状では刑事責任に絡む可能性のあるようなケースを扱うことは無理である。現に東京都監察医務院では、かなり以前に異状に相当するような死亡を保健所に届出していた一時期があったものの、結局はすぐに警察への届出へ一元化されたという経緯がある。

また、医療者側が問題ないと考えても遺族側が異議を唱える場合の、遺族からの相談の受け入れ先が必要である。一般的には遺族は、死亡者が警察扱いとなることを望んでいない。しかしふさわしい相談の受け入れ先が思い浮かばないため、結局警察に連絡するという現実もある。現在こうした患者相談の受付機能は、各医師会の診療相談窓口や市民団体によって担われているが、厚生労働省には二次医療圏等に公的な相談体制を整備し、都道府県には第三者である専門家等も配置した相談センターを設置するなどの構想があり、今後多くの相談窓口が存在することになることが予想される。その場合でも患者や遺族がどの窓口で相談に行ったかに関わり無く、同等に剖検や医療内容評価というサービスにアクセスできる仕組みが望まれる。

(2) 届出受付機関に望まれる姿

医療従事者や患者・遺族からの相談や届出を受け付ける第一の目的は、様々な疑義や不安に対応することであるが、その内容は心理的なことから法的対応まで多岐にわたる。医療現場においてはしばしば切迫した状況が発生しており、様々な状況に迅速に対応できる必要がある。一方で届出側の便宜を考えれば、できれば一つの窓口で、各々のニーズにまず対応できることが望まれる。様々な相談のレベルに対応する相談窓口が市民団体等の活動などによって多数設立されることは望ましいことであるが、その一方で、死亡の性質の評価、警察への連絡や剖検の振り分けといったクリティカルな業務を行う社会的信頼を受けた公共的な性格を持つ機関が用意される必要がある。そのため、司法・警察各方面と協議の上、機関として信頼を受けている必要がある。

その様な機関を、現在の衛生行政の拡張として作ることを考えるならば、まずは保健衛生行政機関としての保健所の機能を強化拡充することが考えられる。監察医制度を全国的に拡大しようという意見も、衛生行政の拡張であるという意味でこれと同質である。しかし保健所の削減が行われつつある現状でその機能の大幅な強化は期待しにくく、また剖検施設と一貫した東京都と同様な監察医制度を全県に整備するのは、マンパワーや予算の面から非現実的である。従って行政ベースで行うならば、各県庁の医療関係部局レベルがこうした役割をより積極的に果たすことが期待される。また折りしも厚生労働省の「都道府県単位の第三者である専門家等も配置した相談センター」構想が現われており、これが実現するならばこうした機関との連携や統合も期待されよう。

医師会をベースとして考えた場合、まず警察医会を基盤にするという考え方はある。しかし警察医会は基本的には警察業務に協力するボランティア医師の総称であって、組織化やコンサルト業務を期待するのは筋違いである。統一的な対応が必要とされることも考えれば、やはり県単位での対応が現実的と思われる。現在各県医師会には県単位の患者相談窓口が既に存在し稼働しており、業務の関連性から、医師からの届出受付機関をも設定する素地はあると思われる。

行政ベースにせよ医師会ベースにせよ、この届出受付機関が複数並列することは望ましくない。こうした機能を単独で引き受けるべく、公益法人化してこの機関を切り離すことなども視野に入れられるべきである。

この機関の持つべき具体的機能としては、例えば次のようなものである。

- ・ 医師は異状死の扱いの知識が十分であるとは限らないため、死亡の扱いに関しての情報提供や一般相談業務を医師に対して行うこと。
- ・ 診療情報を得た上で、：故意または：ヒューマンエラーの疑いが強ければ警察への届出を勧告する。その他（）については、必要に応じ次の「剖検機関」における剖検を勧めた上で、容易に判断が可能なものについては「届出受付機関」自身で判断を行うが、専門的な判断を要する場合は判断を保留し、後述の「医療内容評価機関」へ委ねる。

4．剖検機関

(1) 剖検機関に対するニーズ

全体として見れば、医療者・遺族・警察などの機関のいずれもが、より多くの剖検の機会を望んでいる。「剖検がすべてを明らかにする」といった剖検に対する一部の楽観的に過ぎる誤解は、正しい知識の普及によって次第に解かれていくことが期待されるものの、原則的には、有用な情報収集である剖検は積極的に行われることが望ましい。ただし、死亡までの経過や検査から経過や診断が確実のもので、かつ紛争の懸念がない場合は剖検の必要は無い。現状では、特に小規模の医療機関にとっては剖検の必要を感じてもそれを行うことは難しく、また病理解剖施設を備えた病院であっても医療トラブルケースでは客観的な第三者での剖検が望まれるものの、それらに対応する環境が曲がりなりにも整備されているのは少数の地域に過ぎない。増え続けるニーズに対してその受け皿が多く地域で全く無い状態は問題であり、対応する仕組みが早急に整備される必要がある。

現在剖検には司法解剖、行政解剖、病理解剖、承諾解剖などの種類があるが、何らかの過失の可能性があったり、トラブルが想定される場合などでは「念のために」司法解剖となる傾向にある。これは、司法解剖が最も「きちんとした、正式な」ものと一般にイメージされており、また刑事的手続きまで予め行ってしまうことで「いろいろと後々のために良い」と考えられるためである。

剖検はそれが行われる前にまず司法解剖や行政解剖という名目が決定されるが、当初の情報の少なさや関係者の意見の相違などがあり、司法か行政か病理かどういった名目で剖検が行われるべきかの決定

を巡って一日が空費されるのも珍しいことではない。また剖検後に改めて考えてみれば、違う名目で剖検を行うのがふさわしかったというのは良くあることである。こうした不確定性は司法解剖志向を押し上げる要因になるが、しかし司法解剖には様々なデメリットがあってみれば、医療過誤の可能性があるために剖検となったケースを殺人事件の証拠採取と同様の体制で扱うことは適切とは言えない。

医療過誤疑いのケースが司法解剖となる可能性が高いのは、前述の通り検察・警察にその判断能力が無いことが大きく、犯罪と関係するからと言って司法解剖が行われるわけではないことは、例えば交通事故死の扱いからも明らかである。そして医療が専門化している現在、検察・裁判所には、司法解剖であればすべて大学法医学教室へ委嘱するという硬直した慣例主義にとらわれず、事例によってはより相応しい機関へ依頼するという対応も求められよう。しかしそれは同時に、依頼を受けるべき病理医などの受け入れ体制があつてのことである。

さて実際問題として、剖検の名目の違いは、その周囲を取り巻く環境の違いや扱いの違い、費用を負担する主体が何かということが大きく、解剖自体はスタイルの違いはあっても科学的に身体の所見を記録することに違いは無い。また警察側も、異状死届出や司法解剖によって始めから刑事的プロセスに乗せることに対するメリットは特に感じていない。第三者機関においては、剖検の名目に囚われることなく必要な剖検をスムーズに迅速に行うことのできる体制が望まれる。

剖検を実施した後にそのケースが裁判となり、剖検医が対応のため多大な負担を強いられたり、あるいはその剖検結果について逆に民事責任を問われる等のトラブルがあれば、剖検機関自体が防衛的になり、結果的に責任ある対応を取ることを阻害してしまう。元々一般的に、病理学医師は法医学医師と違い裁判に対応することに当然に不慣れなため、裁判となる可能性のあるケースについては剖検を忌避する傾向にある。また裁判に対し特に先入観が無くとも、鑑定人または参考人として実際に法廷において一度でも不快な経験をすると、二度とそうしたケースに関わらないようにするのは、臨床医や病理医など法医学以外の医師にとっては当然の反応と言える。

そのため、第三者機関が広い人材から成る高い質の機関であるためには、関係者を無用なストレスから保護することが必要である。執刀医が個人として遺族より指弾を受けたりすることがあれば、システム自体が立ち行かなくなる。剖検機関にあつても、裁判の運用のあり方を含めた制度上の剖検担当医の保護が重要であり、それなくしては広範な専門家の協力を得ることは到底できない。剖検機関と医療内容を評価する機関を機能分離することも、剖検担当医がそうしたトラブルに無闇に巻き込まれることを防ぐ効果がある。そうした剖検者の保護を前提として、剖検結果などについての情報公開の途が保障されることで、質的安定が図られていくことが望まれる。

(2) 剖検機関に望まれる姿

剖検機関は、医療関係死の届出受入機関とは別次元のものとして分離して考える方が考えやすい。つまり剖検が必要な場合と不要な場合を無理に類型化してそれに縛られるのではなく、誰かの要求があれば剖検を行う、という比較的自由なスタンスである。医療機関、遺族、その他いずれからの解剖の要請に対しても受け入れ体制があることが重要である。

司法解剖や行政解剖はその目的、現実の運用状況や制約から、それらの名目の元での剖検は医療関係死にはなじまない。最も自由度の高い形式である承諾解剖をベースに、刑事手続きを行うことなく司法・行政・病理という名目を定めない形で広く剖検の申し込みを受け入れ、その後の状況に応じて柔軟に証拠採用などの法的な手続きを取ることができるような体制が望ましい。そのためには、こうした剖検の検査内容についてのガイドラインが作成されることと、司法・警察当局とのコンセンサスが重要である。

剖検を行う施設については、中立第三者を謳い新たな施設を設置する方法と、経済な側面も考え現存の施設を活用する方法が考えられるが、実際に剖検を担当する医師は同じであろうこともあり、いずれも本質的な差は無い。これは打ち出すイメージや費用負担を勘案し決められるべきものであろう。

費用の負担については、全額が公費で賄われれば理想的である。国民の死亡という重大な場面において、その原因を探索すべく公費が投入されるのは不当なことではない。また、現在便宜的に司法解剖となっている医療関係死ケースが新しい名目の剖検に吸収される場合は、警察等の人件費まで考えればトータルコストの削減となる。医療関係死として第三者機関で扱われるべきケースの数がどのくらいになるかは、残念ながら推定するためのデータが無いが、承諾解剖を行っている県の状況からあえて推測すると、一般的な県で年間数十件と思われる。剖検費用は既存の機関に依頼するかどうかや剖検に関わる検査の内容によってかなり幅があるが、高く見積もって一件 30～40 万円と思われる。乱暴に見積もって年間約 2,000 万円の予算をどう見るかは考え方によるであろう。その一方で、平均約 230 万円という葬祭費用を考えれば、ニーズのある遺族にとって剖検費用は一般的にはそう負担ではないという考え方も成り立つ。

現在既に稼働している剖検システムの例として、県の補助事業として筑波剖検センター、医師会ベースのものとして神奈川県医師会を紹介する。いずれも現行の枠組みの中で機能を保管するのが目的であり、枠組み自体の改善を加えることを前提とした上述の第三者期間とは異なるが、種々のニーズに対応すべくスタートしたシステムとして参考になる。

< 筑波剖検センター >

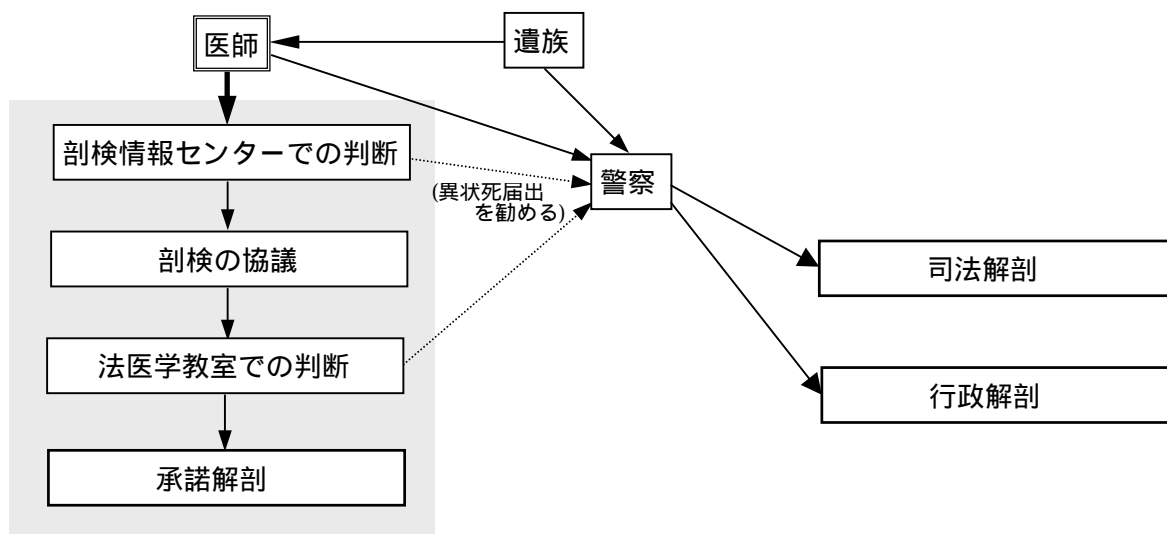
東京都などの監察医制度における行政解剖に準じた形をとることを目標に、昭和 61 年に発足した。対象は、警察に異状死として届けられたもののうち司法解剖を要さないものについて、警察、検案医、遺族が解剖の要ありと判断すると、遺族の承諾の上、センターに協議し、解剖する。施設は剖検は、法医学と病理学の医師が対応しているが、近年は多くのケースが法医学医師による。死亡診断書（検案書）は剖検結果を元に検案医が作成する。年間処理件数は 40 件前後であるが、近年は医療クレームのケースが増加傾向にある。

予算は茨城県 900 万円、(財)筑波メディカル病院より 590 万円が拠出されている（平成 13 年度）。異状死届出されたものが対象であるので、異状死届出の受入口にはなっていない。医療過誤の疑いや医療事故については、原則的に司法解剖へ切り替えられる。

< 神奈川県医師会剖検情報システム >

神奈川県医師会では会員の医療機関における剖検の便宜を図るため、8 年の準備期間を経て剖検情報システムを平成 13 年 4 月に発足させた。機能的には、届出受入と剖検を担当する機関である。医師会内に剖検情報センターを設置、実質的な事務は医師会医事紛争対策課が行っている。剖検は県下 4 大学の各々の病理学と法医学の教室が担当している。

医師より剖検情報センターに剖検依頼があると、まずセンターにおいて当該ケースが異状死であるかを判断、異状死でないと判断されれば本システムでの剖検の協議に入る。当該地域の法医学教室と事例を協議し、ここで異状死と判断されれば剖検依頼医師に警察への届出を勧め、異状死ではないと判断されれば承諾解剖となる。解剖費用 30 万円を、届出の医師または遺族が負担する。剖検医は解剖報告書を届出医に送付し、それを元に届出医が死体検案書を遺族に交付する。



【剖検情報システム】

初年度である平成 13 年度の受付は 6 件であり、承諾解剖となったのは 3 件であった。承諾解剖とならなかったもののうち、1 件は警察への届出を勧めた結果剖検は行われず、他 2 件はいずれも遺族から中立的な第三者期間での剖検の申し出があり受け付けたが、むしろ念のため警察への届出や司法解剖を勧めたところ、遺族が死亡病院での剖検に同意し、結局病理解剖となったものである。ここからは、第三者機関という対する漠然とした期待や、遺族は必ずしも警察扱いとなる司法解剖を望んでいないということが伺われる。平成 14 年度は初年度を上回るペースで剖検申し込みを受け付けているが、実際にはそれぞれのケースが個別の事情をもち、その対応は一筋縄では行かない。警察への届出を勧めた話が振り出しに戻ってしまえば第三者機関として受け皿の機能を果たしているとは言えず、また逆に、本システムにおいて当該事例に異状を認めなくとも、それと刑事的トラブルを防ぐことは別問題である。第三者機関としての機能をどのように発揮してゆくのか、経験の蓄積が始まった段階と言える。

医療者側が死因や医療行為において問題ないと考えても、遺族側が異議を唱えて解剖に持ち込まれているケースと言うのは、数としてはそう多くはない。年間 2,000 件以上の剖検が行われる東京都監察医務院でも、純粋に遺族のみの希望による剖検はせいぜい十数件と想像される。また、ある県の市民団体は遺族のニーズにより地区の法医学教室へ承諾解剖を紹介する制度をスタートさせ大きく報道されたが、実施は 3 年間で 2 件である。厚生労働省研究班の承諾解剖の調査でも、遺族の希望での剖検は全国でも数えるほどである。医療過誤を疑ってトラブルとなるようなケースは司法解剖となっているという背景があるため、その分の件数も勘案する必要はある。しかし一般的にはこうしたケースは、確実に存在はするが数は少ない、と今のところ言えそうである。もちろん今後増加するであろう事は想像に難くない。

一方、死後随分経過してから「死因に納得できない」という遺族の相談は後を絶たない。剖検を行わなかったために後悔しないよう、剖検を遺族の希望で積極的に受け入れる仕組みや、遺族に対して剖検を勧めることが重要である。しかし同時に、遺族の求める納得というものが、決して医学的真実ではない場合も少なくないという実情もある。そうであれば必要なのは剖検の体制以上に、感情的なサポートまで含めた相談窓口の一層の充実であるのかもしれない。

5. 医療内容評価機関

医療関係死について医療者や遺族が第三者機関に期待する事に、関与した医療が死亡にどのような影響を及ぼしたか、そこで行われた医療は適切なものであったか、が適正に評価されることがある。医療内容を評価する第三者機関は、当該ケースにおける医療が、先の分類のうち 未熟エラー、 プロフェッショナルエラー、 リスク、 関連なし、 のいずれに当たるかを評価することが第一の機能となる。できればこの機関は死亡例に限らず、傷害例などの医事紛争一般においても評価機関としての役割を担うことも期待される。これは本格的な医事紛争となる前にその内容を評価・鑑定することにより、法廷外紛争処理のためにも非常に有用である。

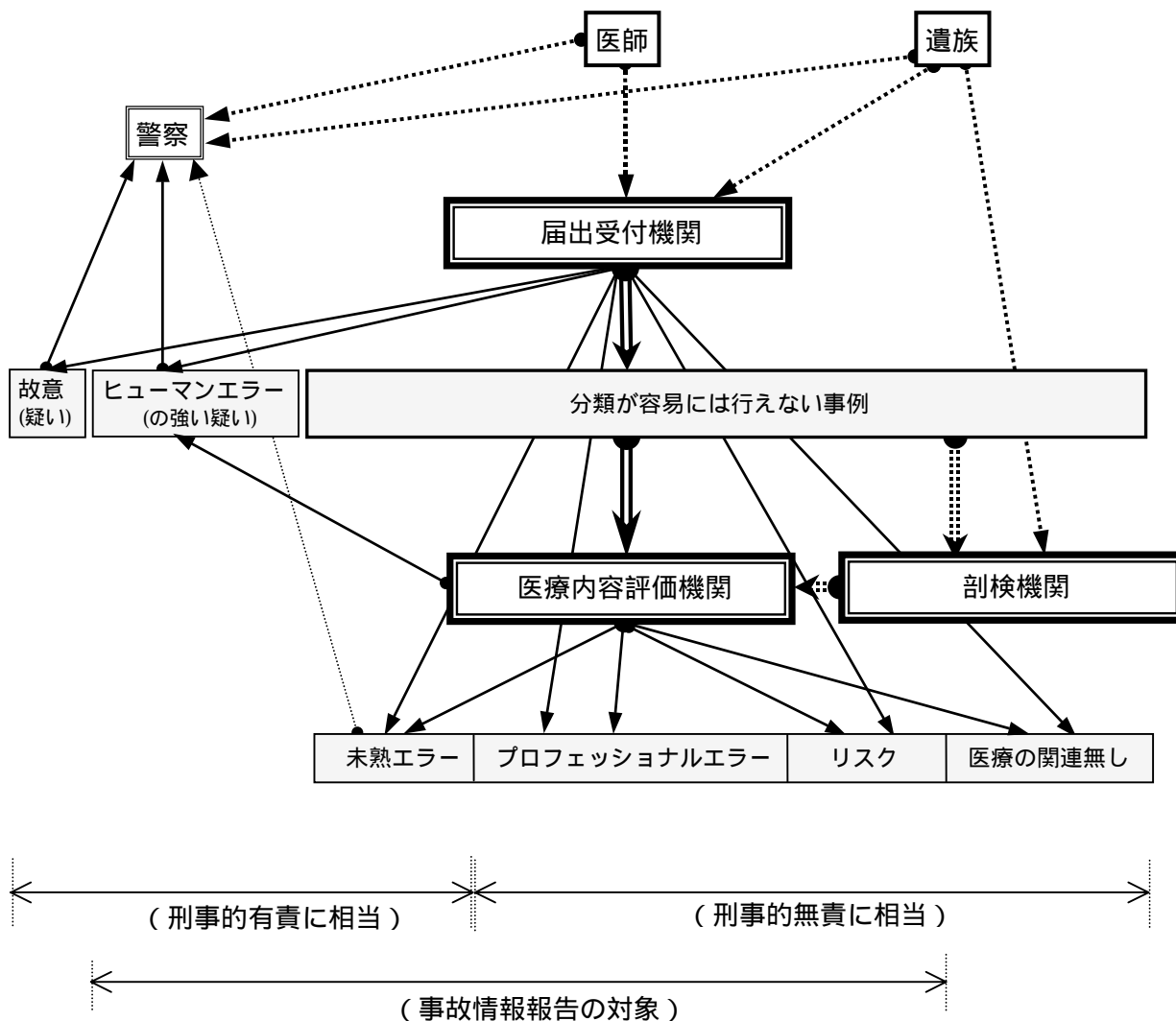
実現にあたっての最大の問題は、これを誰が行うか、である。市民の医療に対するニーズに沿って市民が決定するという考えも可能である。しかし、重要な判断基準としてしばしば登場する医療水準については、市民の医療に対する期待の肥大化に伴い、市民の期待する医療水準と医療現場の水準との間に乖離が拡大しつつある。将来、医療についての正しい知識がより広く社会的に共有されるまでは、市民による評価は時期尚早である。また、医療の専門家と細分化により、医師であっても他分野のことについては判断が難しくなっている現実がある。

結局、臨床医学についてその水準を評価することは専門家によってしか、能力的になし得ない。すなわち、医療それ自体の評価は当該専門分野の現場感覚ある臨床家によって行われるピアレビュー(同等の医療者による評価)の形しかあり得ない。そのようなふさわしい医師あるいは医療関係者が確保される必要があるが、その確保の方法が問題である。各専門学会経由で個々の事例にふさわしい評価者が選定されることが理想的であるが、そのような体制が整わないうちは医師会員の協力を仰ぐということなども考えられよう。今後インターネットの活用により全国レベルで評価者を要請することが可能になることも期待される。将来、ピアレビュー自体の質が国民の医療に対する信頼を担保するものとなれば、その要請に応える事は医療者の責務となるかもしれない。いずれにしろ、ふさわしい評価者をどのように選定するかはピアレビューを成功させるための核心の課題であり、最も注力されるべき点である。ピアレビューの体制が整わないうちは、医療評価委員として予め推薦を受けた各分野の専門家に対し、個別事例の評価を依頼することが考えられる。この場合、個人の評価であることとそれに対する批判に備えるため、評価の科学的根拠や反論に対する準備を綿密に用意する必要があり、個人にかかる負担が大きくなることはデメリットである。

第三者が医療内容を評価する事は、これまで裁判における鑑定としては行われてきたし、また近年はそれを行う市民団体も出てきているが、鑑定人の確保と鑑定の質が常に課題となってきた。こうした課題と、誰にも開かれ公正であろうとする第三者機関の意思との間の折り合いをどのようにつけていくかは大きな問題だが、それは社会的な納得をどのように得るかということに帰結されると思われる。

6. 第三者機関モデルの一例

第三者機関モデルの一例として、その目的・役割・構造を、本章で述べた形に沿って流れ図を書いてみると、下図のようになる。便宜上、第三者機関の3つの機能を別機関として表している。



従来通りの警察への異状死届出以外の届出機関として、医師は届出受付機関に届出ることができる。届出受付機関は、一次的判断を行い、故意の疑いやヒューマンエラーの疑いが強い場合には警察への異状死届出を医師に勧告、また単純類型的なケースで未熟エラー・プロフェッショナルエラー・リスク・医療の関連無しのいずれかに容易に判断できる場合にはその評価をもって処理を終了とし、それ以外の場合には医療評価機関に判断を委ねる。このとき必要や要望に応じて剖検機関に剖検を依頼する。医療評価機関は、剖検が行われた場合はその結果を受け取り、包括的に医療内容の適切性についての判断を行う。遺族は届出受付機関と剖検機関に自由にアクセスでき、警察への告発も当然自由である。警察へ届出られた場合は従来通りの処理が行われることになる。

おわりに

医療の基盤が安全と信頼であることは当然のことだが、システムとしては、それが破れたときのセーフティネットが用意されていなければならない。安全と信頼が失われた様々な事態が想定され、それらに対応できるようなものであるかどうか、第三者機関が実効性を持つための鍵である。本稿では主に現場のニーズから論じたが、第三者機関の議論には法学やリスクマネジメント他の様々な専門的な検討が必要であり、さらにその創設には様々な公的機関や学会などのサポートが必要である。第三者機関の具現化にあたってはクリアすべき課題は多いものの、日々起こっている種々の無用なトラブルを未然に回避するための体制が早急に立ち上がることが望まれる。