

京都府医師会
死因究明制度のあり方に関する検討委員会
答 申

諮 問 事 項

『医療現場における
死因究明制度のあるべき姿』

平成 24 年 3 月

平成 24 年 3 月

京都府医師会

会長 森 洋 一 様

死因究明制度のあり方に関する検討委員会

委員長 齋 藤 信 雄

答 申

本委員会は、平成 22 年 10 月 18 日、森 洋一京都府医師会長より諮問事項「医療現場における死因究明制度のあるべき姿」を受け、平成 24 年 2 月 28 日までに計 11 回の委員会を開催し、鋭意検討を重ねた結果、以下の報告書のとおり、意見集約をみたので、答申いたします。

[目 次]

I	はじめに	(1)
II	現行の死因究明制度について	(1)
	A. 日本における死因究明の現状	1
	B. 現行の死因究明制度について～法医学的立場より～	2
	1. 日本の解剖事情	2
	2. 日本の死因究明制度	4
	3. 法医学会の異状死の定義	5
	4. 「Ai (死亡時画像診断)」	6
	C. 現行の死因究明制度について～臨床の立場から～	6
	1. 臨床現場	6
	2. 解剖	6
	3. 画像検査	7
	4. 薬毒物検査	8
	5. 死因究明における現状の問題点	8
III	死因究明制度のあるべき姿	(8)
	A. 死因究明の目的	8
	B. 死因究明制度は日本の医療保健行政と司法の基盤をなす制度である	9
	C. 一元的死因究明組織の設置を提言	9
	D. 各種団体の提言	10
IV	医療現場における死因究明制度	(11)
	A. 医療の現場における死因究明制度の目的	11
	B. 「医療の現場における死因究明制度のあり方」答申のための基本的考え方	11
	C. 医療現場における死因究明制度のあるべき姿	12
	D. 院内事故調査委員会の設置	13
	E. 医療界の自主的組織である「地域医療安全調査機構 (仮称)」の設置	14
V	医師法第 21 条問題	(15)
VI	その他の提言	(16)
	A. 死亡診断書と死体検案書	16
	B. 医療 ADR について	18
	C. 無過失補償制度	19
VII	最後に	(20)
	[参考]	(22)

I はじめに

大きな医療事故が起こったときに、医療側の事故隠し、ごまかしと疑われる対応によって、国民の医療不信を買ってきた。そのため厚労省は医療事故を闇に葬るとの批判を防ぐために医師法第21条を持ち出した。犯罪捜査と公衆衛生目的の異状死体の届け出法であったものを医療関連死、医師の管理下にあった予期せぬ死亡に適應するように指導したのである。しかも届け出責任者を法にも記載されていない管理者としたのである。不可避的に起こる医療事故であっても、警察にまず犯罪性の有無を判断させるという制度となった。その結果、萎縮医療を生み、「立ち去り型サボタージュ」といわれる現象から、今日の医療崩壊に結びついた。医療者が萎縮することなく、誠実に積極的に最善の医療を行うことができる制度設計を目指す必要がある。医療事故の原因調査を真っ先に業務上過失致死傷罪に当たるか否かの判断をするという制度は不可思議である。犯罪者として認定される恐れが萎縮医療に結びつき、防衛医療に結びついている。しかし、医療現場の透明性と説明責任を果たすべき仕組みが現行の制度では全くないと言ってよい。医療機関ごとに医療事故の公表基準を設けてホームページ上に発表したり、記者会見を開いて謝罪するなどが透明性の担保となっている。医学・医療の進歩を目指す死因究明。健康・生命の延長、快適な社会環境等の公衆衛生の向上を目指す死因究明。さらに個人の権利と社会秩序を守るための犯罪死の解明のための死因究明。いずれにおいてもなすべき行動は医学的検索であり、医療界の責任でなされることである。

本委員会における諮問事項は「医療現場における死因究明制度のあるべき姿」であるが、広い意味の死因究明制度についても言及することとする。犯罪捜査目的には大学に設置された法医学教室が警察と組むことによってその役目を果たし、公衆衛生目的においては全く不十分ながらも監察医制度が制度として設けられている。しかし医学・医療の現場における死因究明は医師の熱意に任されてきた。死因究明のこれら3つの目的すべてにおいて不十分さと矛盾と課題を抱えていることは明らかである。医療現場においては、「TO ERR IS HUMAN」と言われ、“そうだ”と誰もが納得した。しかし制度的には医療事故の無謬性神話は残されたままである。不可避的に起こる医療事故対策としての被害者救済の無過失補償制度、被害者納得の制度としての医療ADRが議論されるようになった。これらの仕組みの根本を担うのが医療における死因究明制度である。未だに制度的、経済的な裏付けは全くなく、国としての明確な意思も示されてこなかったのである。死因究明は医師以外には誰もなしえない作業であり、医師会として大きな責任を持つべき課題である。

II 現行の死因究明制度について

A 日本における死因究明の現状

わが国の死亡統計は死亡診断書（死体検案書）によりなされている。死因の種類を12に分けており、大きくくるとして「1：病死、自然死」「2～11：外因死（異状死）」「12：不詳の死」としている。即ち「病死・自然死」と「異状死」に2分している。

平成21年度の厚労省：人口動態統計によると悪性腫瘍、心疾患、脳血管疾患の上位3疾患で国民死亡の56.6%を占めている。上記外因死に該当するのは「不慮の事故：3.3%」「自殺：2.7%」であり、外因死が7～8%（死因簡単分類より）程度ということになる。平成21年の国民総死亡が114万人であるので、8～9万人が病死・自然死以外の死ということになる。一方、平成23年2月の警察庁の発表では、前年の異状死届け出数は171,025体である。19,083体を解剖しその率は11.2%であった。（司法解剖が4.7%、行政解剖が6.5%）上記と併せて考えると、異状死体として届けられた死体の死因もほとんどが「病死扱い」になっていることになる。ちなみに、この10年の殺人事件の認知数は1,200～1,400件であり、他殺による死者数は人口動態統計によれば500～700人となっている。

医療関連死について、例えば心血管ステントの挿入による合併症で死亡した時は ICD-10 によれば「第 19 章：損傷、中毒及びその他の外因の影響」内の「T82：心臓及び血管のプロステーション、挿入物及び移植片の合併症」による死ということになる。抗がん剤の過剰投薬による中毒死は「第 19 章：損傷、中毒及びその他の外因の影響」の内「T45：薬物、薬剤及び生物学的製剤による中毒」に分類される。移植臓器の拒絶反応も「T86：移植臓器及び組織の不全及び拒絶反応」とされ外因の影響とされる。一方、抗生物質、抗がん剤等の治療の目的で使用した薬剤の有害作用による死亡は「第 20 章：傷病及び死亡の外因」の内「治療上の作用により有害作用を引き起こした薬物および生物学的製剤」としてそれぞれ「Y40：治療上の使用により有害作用を引き起こした薬物、薬剤及び生物学的製剤、全身性抗生物質」「Y43：治療上の使用により有害作用を引き起こした薬物、薬剤及び生物学的製剤、主として全身に作用する薬物」とされる。

厚労省による死亡診断書記入マニュアルによる異状死を日本法医学会ガイドラインに従えば、すべて「死体検案書」を作成することになる。しかし、実態は現病による病死として「死亡診断書」が作成されている。手引書によれば、てんかんの持病を持つものが院内で転落死した時も、原死因主義により病死扱いになっている。また、心臓疾患を持つものが入浴中に溺死した時も、心臓発作であれば病死扱いであり、届け出られることなく処理される。患者家族が疑義をはさんだ時のみ表ざたになる。

よって、本来は上記の 4 例についても外因死として届けるのが本来正しいのである。このことから実態と大きくかけ離れていることが分かる。医療現場において、死亡診断書の記載時の迷いと混乱があることは問題である。

[参考] 死亡診断書における「死因の種類」

1. 病死及び自然死
- 外因死（2. 交通事故 3. 転倒・転落 4. 溺水 5. 煙・火災及び火焰による傷害
 6. 窒息 7. 中毒 8. その他）
- その他及び不詳の外因死（9. 自殺 10. 他殺 11. その他及び不詳の外因）
12. 不詳の死

死因究明制度のあり方を論議する時、その技術的、制度的な充実を図るとともに、現行の死亡診断書（死体検案書）の曖昧さを正す必要もある。死亡診断書記入マニュアルに厳密に従えばもっと死体検案書が記載されてよいと思われるが現実はこちらを避けようとする医療現場の“雰囲気”がある。この点からも異状死を「イコール刑事罰」と結びつけることのない制度の設計が不可欠である。犯罪性の有無判断からスタートする外因死の扱いを改める必要がある。すなわち日常の医療行為の中で一定程度に避けがたく発生する医療事故、合併症、副作用による死亡は病死とするのではなく、外因死としてそのまま死亡診断書に記載できるようにすることである。死体検案書は文字どおり「死体を診たときの書類」と解釈すれば、医療現場での余計な迷いを避けることができる。

死因究明を充実するとともに、人の死を法的に証明する死亡診断書（死体検案書）の正確さと精緻化をはかる必要がある。

B 現行の死因究明制度について～法医学的立場より～

なぜ、日本で死因究明制度が問題視されているのか。日本の解剖事情などを踏まえながら、法医学の観点から、日本の死因究明制度について概説するとともに、死因究明制度における有効なツールと言われている「Ai（死亡時画像診断）」にも言及する。

1. 日本の解剖事情

日本の解剖率が先進国の中でも最も低い（2～3%程度）ことは周知の事実である。一方で、日本と同じ大陸法系の死因究明制度をもつフィンランドでは約 30%の解剖率である。どこに違

いがあるのか、フィンランドと比較しながら日本の解剖事情を概説したい。

(1) 日本における死体取り扱い件数

日本における死体取り扱いの推移において特徴的なのは、死体取り扱い総数がここ10年で約1.4倍になっている中で、犯罪死体と非犯罪死体の推移に差がみられることである。犯罪死体は「2,095体（平成13年）」が「834体（平成22年）」へと減少しているが、逆に非犯罪死体は「103,786体（平成13年）」から「151,808体（平成22年）」と増加している。これは、警察が犯罪死体を捌き切れず「犯罪死体」を「非犯罪死体」に分類していることが要因であると考えられる。検視官の臨場数についてみると、増加してはいるものの平成22年で臨場率が27.8%しかなく、残りの約70%は警察署が「異状なし」としていることからよくわかる。

また、平成22年の解剖総数でみると、全体的な解剖率は11.2%である。これは、他の欧米諸国と比較しても圧倒的に低い数値である。解剖の種別でみると以下のとおり。

a) 司法解剖→解剖総数：8,000体

b) 行政解剖→解剖総数：11,000体

* 特定の地域のみ存在……………神奈川県：4,100体、東京23区：3,700体

大阪：1,300体、神戸：1,300体

* 準行政解剖（承諾解剖）……………各県で数体～数十体程度

監察医制度の現状について少し触れておきたい。日本で監察医制度が存在しているのは、東京23区、横浜市、大阪市、神戸市で、機能しているのは東京23区、横浜、大阪、神戸のみである。以前は京都市にも存在したが、財政難から運営困難となり廃止された経緯がある。上述のとおり、限定された地域にしか存在せず、かつ一部の地域でしか機能しておらず、地域格差は大きい。それでは、国費投入で運営すれば全国で実施可能かといえば、そうでもない。問題となるのは、「臨床医とのコネクション」である。死因究明における臨床医の関与は必要であり、この問題が未解決のまま診療関連死を適切に処理することは不可能であると考えられる。

[表1]

分類	司法解剖	行政解剖	監察医制度	病理解剖
所管	法務省・警察庁	地方自治体	地方自治体	厚労省
法規	刑事訴訟法	死体解剖保存法	死体解剖保存法	死体解剖保存法
運用	犯罪関連死に対する死因究明	犯罪性のない異状死体に対する死因究明		病因の究明
施行	法医・警察医	解剖資格認定医		解剖資格認定医
裁判令状	必要	不要		不要
承諾	不要	必要	不要	必要
費用	あり	あり	あり	なし

[表2] 死体取り扱い数等の推移

	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年
死体取り扱い総数	119,396	125,403	133,922	136,092	148,475	149,239	154,579	161,838	160,858	171,025
犯罪死体	2,095	1,869	1,777	1,528	1,087	927	858	984	811	834
変死体	13,515	13,813	13,770	12,448	12,969	12,747	14,076	15,038	15,731	18,383
非犯罪死体	103,786	109,721	118,375	122,116	134,419	135,565	139,645	145,816	144,316	151,808
検死官臨場死体取り扱い数										
臨場数	16,819	16,929	16,054	16,221	17,485	16,756	18,322	22,780	32,676	47,522
臨場率(%)	14.1	13.5	12.0	11.9	11.8	11.2	11.9	14.1	20.3	27.8
死体解剖総数										
総数	11,618	12,147	11,974	12,873	13,570	14,042	14,725	15,716	16,184	19,083
解剖率(%)	9.7	9.7	8.9	9.5	9.1	9.4	9.5	9.7	10.1	11.2
司法解剖										
数	4,407	4,650	4,601	4,969	4,942	5,524	5,901	6,285	6,569	8,014
解剖率(%)	3.7	3.7	3.4	3.7	3.3	3.7	3.8	3.9	4.1	4.7
行政解剖										
数	7,211	7,497	7,373	7,904	8,628	8,518	8,824	9,431	9,615	11,069
解剖率(%)	6.0	6.0	5.5	5.8	5.8	5.7	5.7	5.8	6.0	6.5

※警察庁刑事局捜査第一課に報告のあったもの。

※交通関係を除く。

※死体解剖総数は、司法解剖および行政解剖の総数を示す。

(2) 司法解剖数と法医学専門医数

日本とフィンランドを人口で見ると、日本は1億2,000万人に対してフィンランドは500万人の小さな国である。この両国を解剖数と法医学専門医数で比較してみると、解剖数ではフィンランドが約11,000体に対し、日本は約8,000体しか解剖が行われていないのである。

[表3]をご覧ください。各国の「人口:法医学専門医数」の対比表である。フィンランドでは人口500万人に対し法医学専門医が30名いるが、日本では1億2,000万人に対し119名しかおらず、法医学専門医の人的不足は明らかである。ちなみに、京都府では人口260万人で法医学の医師は4名である。

[表3] 各国との対比表

	人 口	法医学専門医数
京 都 府	260万人	4人
日 本 全 国	12,000万人	119人
ハンブルグ	170万人	17人
フィンランド	500万人	30人

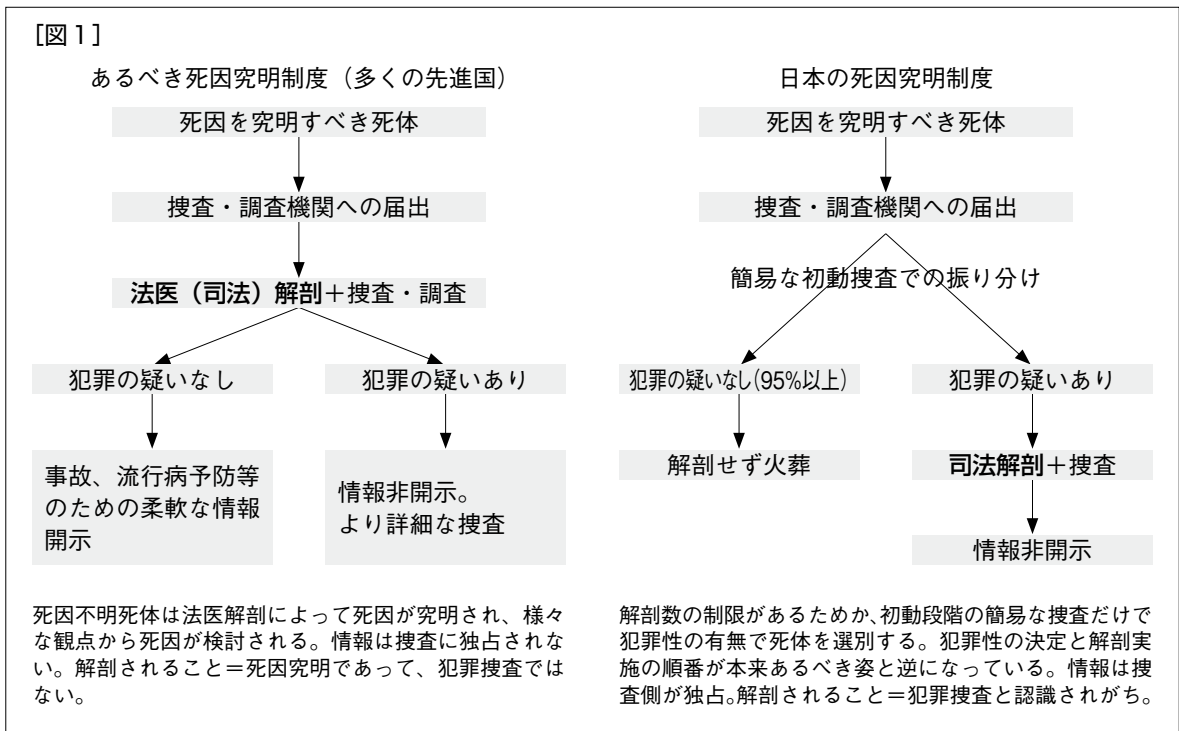
日本においては、法医解剖の設備と人員の貧困が際だっている。

(3) 解剖施設の現状

さらに、法医解剖施設を設備面でみると、ドイツやオーストラリアの解剖施設は「一棟建て」で、それぞれが法医学研究専用の建物であるのに対し、日本では大学施設の教室内（地下にあることが多い）にある。このように、日本は他の先進国と比較しても、法医解剖にかかる設備と人員が脆弱であることがよくわかる。こういった現状で果たして正確な死因究明ができるのかどうか問題である。

2. 日本の死因究明制度

日本の死因究明制度には他の先進国と比較して「特殊性」がある。つまり、多くの先進国と日本とは決定的な違いがある。[図1]をご覧ください。死体が届け出られた後に、多くの先進国では、法医解剖が行われてから「犯罪のあり・なし」を振り分けている。しかし日本では、捜査機関が初動段階で介入し、簡易な初動捜査だけで「犯罪のあり・なし」を決めているところに決定的な違いがある。つまり、①「司法解剖＝死因究明、情報は捜査に独占されない」（諸外国）と「司法解剖＝犯罪捜査、情報は捜査側が独占」（日本）②「犯罪性の決定」と「司法解剖」の順番が逆転、の2点がポイントである。この死因究明制度の不備が診療関連死の死因究明の不備にもつながっているのである。



諸外国では、診療行為における突然死は異状死として捜査・調査機関に届けられることになる。そして、すべて司法解剖されることとなっている。故に診療関連死に関して遺族が疑義を申し立てることは非常にまれであると言われている。一方、日本では医学的知識をほとんど持ち合わせない警察官による簡易な初動調査のみで犯罪性が振り分けられ、そして、医師を被疑者として扱っている。さらに情報は「非開示」となり、一切の再発防止には繋がらないのが現行システムの問題点である。

現在の刑事捜査、司法解剖については、医師側・検視システム側それぞれで問題があり、医師側としては、警察の介入による日常診療への影響、さらには、警察・家族対応による心労の蓄積などがあげられる。また、検視側では①捜査員の知識不十分（交通事故では専門家が育成されている）②犯罪捜査で医師が被疑者扱い③捜査になれば情報公開されず再発防止につながらないことが挙げられる。これが今の日本の死因究明の現状である。

3. 法医学会の異状死の定義

日本の死因究明制度を議論するうえで、必ず問題となるのが「異状死の定義」である。以下に平成6年の日本法医学会ガイドラインと都立広尾病院事件を踏まえながら概説したい。

都立広尾病院事件については、「医療過誤を病院ぐるみで隠した」「異状死として警察に届出を行わなかった」ことが問題となった。この事件で初めて「医師法第21条による異状死届出義務違反」が表に出ることとなったのである。そして、時を同じくして、日本法医学会の異状死ガイドラインが頻繁に引用されるようになり、その後、他の学会でも異状死

[図2] 異状死ガイドライン（日本法医学会 平成6年）

- 【1】 外因による死亡（診療の有無、診療の期間を問わない）
- 【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】の疑いがあるもの
- 【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

明らかな病死以外のすべての死が異状死であるというのが、法医学会の意見。つまり、医療過誤は異状死。

の定義について議論されるようになった。

ここで問題となるのは、この異状死ガイドラインの中に「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」が含まれていることで、この点で法医学会と臨床医との間で摩擦が起こっているが、日本法医学会の見解としては、「明らかな病死以外のすべての死が異状死」であり、これは「国際スタンダード」であるとしている。

4. 「Ai (死亡時画像診断)」

最後に「Ai (死亡時画像診断)」について概説する。

現在、最も普及しているのが全都道府県に配布され、警察が使用している「超音波診断機器」であるが、実際に専門知識のない警察官がどれだけこの機器を有効に使えるのか疑問があり、法医学会からも有効性、診断能力に問題があると指摘されている。そこで、今後、普及していくのではないかとされているのが Ai (死亡時画像診断) である。果たして、この Ai が死因究明の有効なツールとなりうるのか以下に述べたい。

死因究明の現場において、CT の利点が最大限に発揮されるケースもあるが、果たして、解剖の代わりとなりうるのかどうかは疑問である。

- * 多くの報告では Ai の正診率は約 3 割といわれており、交通事故などの多発性外傷などでは威力を発揮することが多いが、医療事故ではほとんどが「無効」との報告もある。
- * 生体の専門家が死体を診ることは危険である。特に、死体には「死後経過時間」という新たな「軸」が加わるため、死体は生体と同じではないことを認識する必要がある。
- * 死体においては症例の蓄積が不十分で、かつ専門家も非常に少ない。
- * 画像診断は「影絵」であることを認識する必要がある。死体は生体とは違い、燃やしてしまうので証拠が無くなってしまう。死因診断の重要性はまさに「燃やされるまえ」である。

以上のことから、現段階で解剖をせずに Ai のみで死因を決めるのは無責任で非常に危険な行為であると言わざるを得ない。

C 現行の死因究明制度について～臨床の立場から～

以下に、臨床の立場から、司法解剖・行政解剖・病理解剖・臨床診断・Ai・毒薬物検査についてそれぞれ概説する。

1. 臨床現場

病死・自然死の死因については、大多数は主治医による臨床判断によって結論づけられている。一部に臨床医療の延長として病理解剖が行われている。しかし画像診断の進歩により生前診断の正確さが向上するにつれ病理解剖は減少の傾向が著しく、昭和 60 年には 40,247 件であったが、徐々に減少し平成 21 年には 14,098 件となっている。病理解剖の減少はその他の理由として、経費の病院負担、時間的制約、医師・患者関係等の要因もある。CPA 例や臨床現場で死後の画像検査が個々に行われているが死亡診断書の正確性は明らかではない。死亡診断書の専門家によるチェックシステムは皆無である。

2. 解剖

変死体、外因死「イコール異状死」は警察に届けられ、警察の刑事調査官による外表検査によって犯罪死体、変死体、非犯罪死体に 3 分類される。犯罪死体は刑事訴訟法に基づいて検証・実況見分がなされる。変死体は同じく検視が行われ、非犯罪死体は死体取り扱い規則によって死体見分が行われる。犯罪性なし、となれば死体検案書を主治医または警察医が記載する。犯罪性ありとなれば司法解剖に回され、変死体が死因不明となれば承諾解剖、あるいは行政解剖に付される。解剖医が結果を待って死体検案書を作成する（検視といっても実際に検察官が行う検視はほとんど無く、警察官による代行検視を指している）。

平成 22 年度の発表では 171,025 体の異状死体が届けられ (09 年比で 10,167 増加)、19,083 体 (解

剖率：11.2%）が解剖された（司法解剖が4.7%、行政解剖が6.5%）。前年は10.1%であった。刑事調査官（検視官）の現場立会い率（臨場率）27.8%であり09年は20.3%、08年14.1%。剖検率は監察医制度のある県が高く神奈川県34.5%、兵庫22.0%、警視庁19.1%であり、監察医制度のない府県では鹿児島2.0%、岐阜2.6%、京都6.3%という実態である。究極の死因究明手段である解剖率の低さが目に付く。全死体に対する司法解剖、行政解剖を合わせて1.4%である。病理解剖が病理剖検輯報によれば年間約15,000件であり、全死体に対する解剖率は約2.8%である。日本は死因不明社会と揶揄される所以である。

全死体に対する法医解剖率を諸外国と比較すると、イングランドでは21.1%、オーストラリアでは7.6%、ドイツハンブルグでは5.8%、イングランドでは24.4%である。

（警察庁刑事局捜査第1課 海外調査報告による）

ちなみに、京都府立医大の実情は約3,000体の死体が警察へ届けられ、検視の結果約150体の解剖を実施している。昨年よりすべての遺体のCT撮影をしており、撮影も読影も法学教室で手探りで行っている状況。特に、Aiの結果は原因が明らかにならないケースとして、解剖事例が増えることになった。従来95%の遺体が不確かな検案書で処理されていたことになる。ちなみに府立医大では病理解剖が40件（概数）、系統解剖が50件（概数）である。

3. 画像検査（医学・医療のためのAi）（犯罪死体のためのAi）

臨床現場での死因不明死亡に対して、死後の画像撮影が救急医療現場を中心に行われるようになった。しかし、死の直前と定義して保険診療扱いとしたり、病院の経費持ち出しとして、かつての病理解剖に代わって行われている実情がある。制度的な裏付けは全くなく、死後画像診断の医療における定義づけが必要とされる。活用推進の方向で進められることが期待される。医療関連死における死因究明は医療行為の最終プロセスであり、保険診療としての費用扱いにするべきである。死体検案時の手掛かりとしてのAiは国の作業として国費負担がされなければならない。この意味からも「検案」の具体的な定義づけが必要である。

【参考】Aiの活用について

(1) 日医「医療・医学における死亡時画像診断(Ai)活用に関する検討委員会」報告(21年3月・22年3月)

6,000病院へのアンケートでは30%超に実施されている、費用は病院負担が多くなっている。Aiは検案の手掛かりとなる。遺族にも受容しやすい。客観的データとなる。所見があれば解剖が勧めやすい等の利点がある。できれば全異状死体に行うべきである。当面Aiを行うべき死体として①小児の異状死②CPAOA例とする。費用は国庫とすべきである。さらに延長上の病理解剖においても国庫負担が求められる。試算によれば小児例に2.5億、CAP例に50億が試算される。Aiに対する費用分担として読影医師、撮影技師等の費用発生も国庫から拠出をするべきである。石川県では警察、医師会、両大学で「死亡時画像診断ネットワーク」を発足させた。Ai1件の経費を52,500円としている。敷衍すると全国で大凡52億が必要である。データ集積と読影技術の開発が必要。

(2) 厚労省「死因究明に資する死亡時画像診断の活用に関する検討会の報告(23年7月)」

有用性と留意点：外傷性変化の解剖との一致率86%。内因性の死亡では出血性の病態に強い。死因究明で家族の解剖拒否例でもAiの認容は高い。小児例への適応は高い、全例同意なく行うことも検討。時間経過による撮影読影の精度の差があることに留意する。積極的活用を図るべき。専門施設が望ましいが、当該医療機関での撮影も検討すべき。Aiの目的を解剖のガイドとするのか、死因のスクリーニングとするのか。人的要件として撮影は診療放射線技師、読影は研修を受けた放射線診断専門医が行い、読影報告書を記載する全国的な体制整備、専門家育成、データベース化、費用負担は小児例、CPA例においては国庫からの支出を検討。1例52,500円を想定(日医)

(3) 厚労省委員会の報告

現状CPAOAへのCTは現実に病院持ち出しが、生前扱いで行われている。CTの有効なのは外傷性死亡、脳出血、くも膜下出血、大動脈解離、大動脈瘤破裂等の出血病変、終末腎など。判断困難な例は全身感染症、血栓症、塞栓症など間接所見で判断することになる。しかし、Aiによる除外診断の上で虚血性心疾患と病名をつけることは単なる外表検査のみでの判断とは質的に全く違うことは明らかであ

る。CTにて診断がつくのは30%との意見がある。MRIは梗塞、浮腫、血栓、損傷などの解明も可能であり、60%の解明率があるともいわれる。時間による変化、運動効果の無さなどが今後の検討課題と言われる。

(4) 日本医学放射線学会の意見

撮影と読影の分離。費用負担の課題。マンパワーの問題。有用性と限界。

(5) 財団法人 Ai 情報センター

遠隔診断、データ蓄積、教育等で活動中

(6) 海堂 尊氏「死因不明社会」

異状死体の死因究明のための解剖は医師が決める仕組みになっていない。死因究明のためには臨床医が行えばよい。技師による撮影と放射線診断医の診断。Ai 情報センターで一括読影すればよい。解剖医に任せず、臨床医が主導すべきという。

Ai 導入の課題として (1) 倫理 (2) 経費負担 (3) 情報公開の問題がある。また、Ai 導入の狙いとして (1) 死因究明 (2) 解剖特に司法捜査の透明性確保と監査の役割 (3) 客観性と迅速性の実現がある。Ai は司法に従属した仕組みではなく、独立した組織として運営する必要がある。(司法の監査の意味から) 解剖の補助検査ではない。医療現場に組織を作り、公開原則とする。司法解剖はこれを委託する。解剖至上主義から Ai 優先主義に (死者全例に Ai 可能である)

4. 薬毒物検査

警察科学捜査研究所は、科学捜査を担当する部門で、研究員が犯罪に関する鑑定・検査を行っている。具体的には、犯人が犯罪現場などに残した証拠物件等を鑑定・検査し、犯罪を科学的に解明・立証している。また、新たな犯罪に対応するために新しい鑑定法の研究も行っている。法医科、化学第一科、化学第二科、物理科、文書科、心理科から構成されている。一般臨床で利用することはない。

民間検査会社が毒薬物、麻薬、覚せい剤等の検出に役割を果たすが、検案・検視段階での簡易薬物調査キットなどは未整備である。また、医療関連死ではマスキュラックス、KCL、サクシン、インスリン、抗がん剤などが話題となる。犯罪捜査上の見逃しの多くは薬毒物関連であるといわれる。

5. 死因究明における現状の問題点

以下に、現状の問題点を指摘する。

- ① 非自然死、自然死ともに診断書の正確性に疑問が残る。そこには医療事故関係も多くが含まれる？
- ② 「死体検案書」が事件性追及の端緒になるとの観念により、避けられる傾向はないか？
- ③ 検視官の臨場率の低さ、解剖率の低さ、人材、設備、資金不足、死体を3分類する責任は？
- ④ 立合い医師の専門性に問題(法医学の知識を有する医師が必ずしも従事していない)があり、検案(外表検査)による死因判明率は10%以下ともいわれる。死体を3分類する責任は？
- ⑤ 監察医制度の地域差、地域によるアンバランス(解剖率30%から1.9%まで)が極端？
- ⑥ 医療事故、医療関連死をすべて「異状死」として警察扱いとされている。しかし現実にはごく一部のみに適応されている実態である。多くは届け出ることなく、闇の中になっているのでは？
- ⑦ 死後の画像検査は重要性が指摘されているが制度的導入が全く未解決？

Ⅲ 死因究明制度のあるべき姿

A 死因究明の目的

病死体・自然死体および非自然死体の正確な死因究明は医学・医療の知見を増やし、公衆衛生の向上に寄与し、死者、家族の権利・利益の擁護と社会正義を実現し社会の安全と秩序の維持を図ることである。すなわち、「医学・医療の進歩、発展の目的」「国民の生命の延長、健康増進等、公衆衛生向上の目的」「国民の権利を守り、社会正義の実現」と大きな3つの目的がある。

B 死因究明制度は日本の医療保健行政と司法の基盤をなす制度である

- (1) 死因の究明のために行われる作業はこの3つの目的によって異なることはない。死因が判明する前後における原因調査がその目的によって分かれることになる。死因は分かっていたが原因が分からない、原因は分かっていたが死因が分からない。死因を究明するための方法論はすべての目的に共通であり、これを一元化することが効率的であり、乏しい資源の有効な活用になると思われる。すなわち、解剖施設、死後画像診断の仕組み、薬毒物検査を一元化することである。その結果を受けて警察または医療関係機関が各々の目的である犯罪捜査と再発防止にむけて原因調査を徹底することになる。
- (2) 人の死を分類すると、警察は死体を次のように分類する。「1：犯罪死体」「2：変死体」「3：非犯罪死体」とする。警察は「1」にのみ関心があり、「2」は監察医務院へ。「3」は警察医、医療現場へ任せている。

一方、厚労省は死体を「病死・自然死」と「外因死」と「不明の死」に分類する。実際には日本法医学会のガイドラインを使っているので、「病死」と「異状死」と2分することになる。あるいは「病死・自然死」「自殺」「他殺」「事故死」「不明」の死に分けることもできる。ほとんどの人が医療を受けながら死亡するとすれば「医師の管理下の死」と「非管理下の死」に2分することができる。人の死をさまざまに分類するが、すべてにグレーゾーンが存在する。日本法医学会の異状死定義により、明確に自然死と異状死に2つに分類することができるように思われるが、異状死の中には診療関連死も犯罪死体も変死体もが混在する。

厚労省の異状死の定義（＝日本法医学会の異状死定義）が死因を究明するべき対象とすることは妥当である。犯罪死は警察の責任で、医療関連死は医療側の責任でその原因究明を行う制度設計とすることが求められている。

C 一元的死因究明組織の設置を提言

死因究明の大きな3つの目標のうち、「犯罪捜査」と「公衆衛生」目的の死因究明の窓口は警察とし、医療関係の死因究明は新たに設ける『地域医療安全調査機構（仮称）』とする。

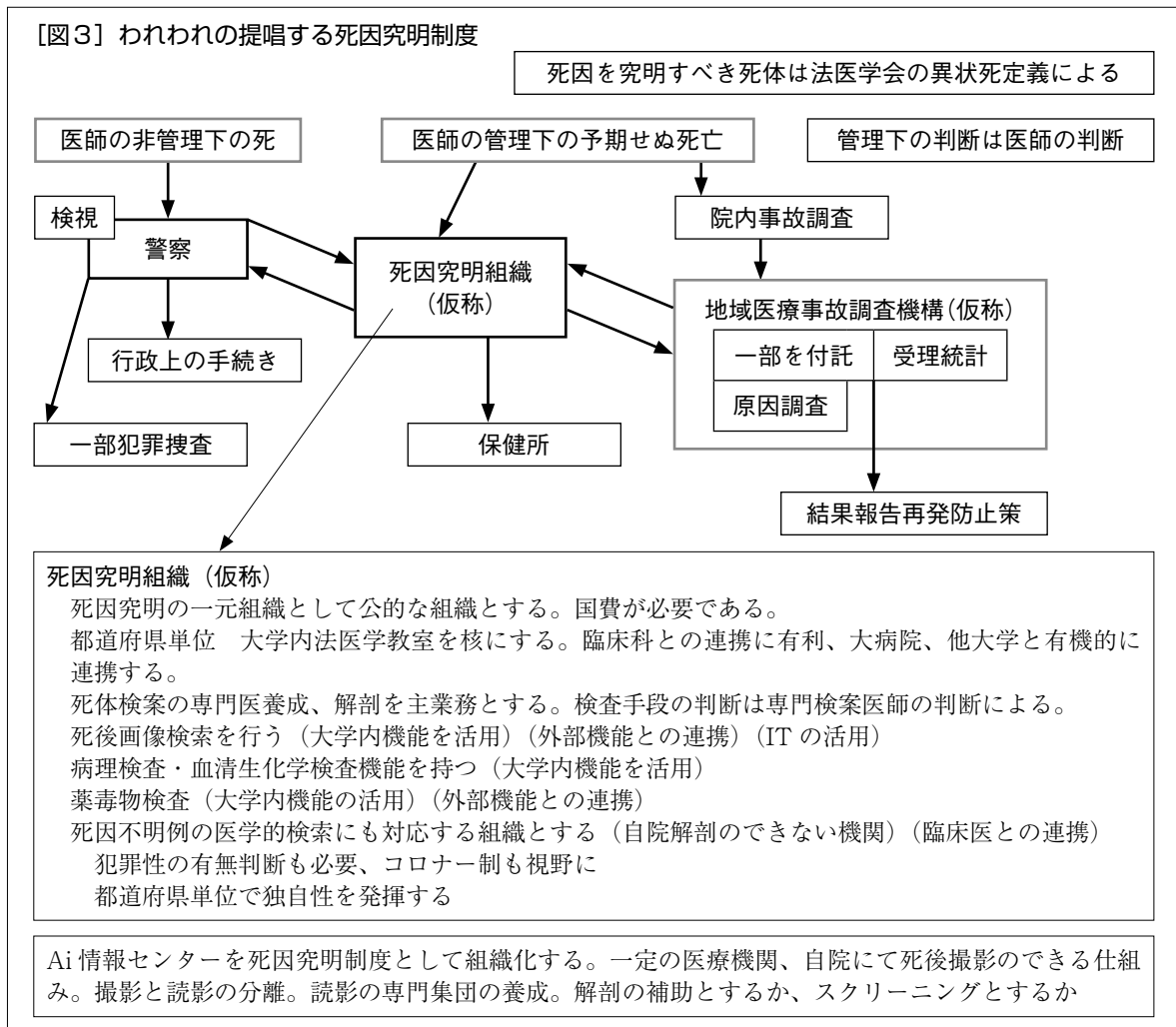
届け出に対して迷いのないように死体の分類を「1：医師の管理下の死」と「2：医師の非管理下の死」の2つに分類する。この両者のグレーゾーンは当然存在する。院内での死亡はすべて医師の管理下であるが、院内であっても自殺、他殺による死は警察マターであることは論を待たない。

院内の診療関連以外の事故死であっても病院がその原因を調査する責任がある。CPAOA 例は救急医の判断による。蘇生処置をした例は医師の管理下にあり、到着時死亡と判断して検案した例は警察マターである。最近増加してきた在宅死亡例はかかりつけ医がいて、投薬期間内であれば管理下の死、そうでなければ警察マターとする。かかりつけ医がいなければ当然、警察である。

死因究明すべき死体は日本法医学会の異状死定義により、入り口を医師の管理の有無にすれば、比較的流れがクリアカットにできる。そこで図4のような制度を提案する。

疫病、災害等の本来公衆衛生目的の死因究明も従来どおり窓口は警察でよいと思われる。監察医制度は廃止する。死因究明組織での結果は犯罪死であれば警察の刑事局へ、非犯罪死と判断されれば保健所等厚労省関係への集約がなされる。犯罪死と非犯罪死の判定は従来の検視官と検案医による外表検査から、解剖、Ai など専門家の手を経て分類されることになる。医療関連死として持ち込まれたケースも解剖、Ai 等の結果犯罪が明らかになれば警察での原因調査となる場合も勿論ありうる。

なお、後述するが死体を医師の管理下の死と医師の非管理下の死とに分けて扱うことは、混乱している死亡診断書と死体検案書の定義にも有効である。



D 各種団体の提言

1. 日本法医学会

死因究明医療センターの設置（一元的解剖制度の充実）。総合薬毒物分析センターの設置。警察による検視体制の充実。死体検案認定医制度。刑事調査官の教育。

2. 救急医学会

診療関連死の警察届出義務の停止。診療関連死は死亡診断書の記載ができないときのみ届け出。院内事故調査委員会優先。不服のある時は地域事故調査センターで調査。さらに不服審査機関の設置。

3. 警察庁

法医解剖制度の新設。法医学研究所の設置（一元的解剖施設）（警察庁と厚労省の共管）。法医学的検査の導入（Ai 簡易薬毒物検査を可能にする）。検案の高度化（専門医制など）。検視の高度化。

4. 民主党

患者支援法。院内事故調優先。医療安全支援センター（第三者機関）、法科学研究所の設置（一元的死因究明）。死因究明法（警察に死因究明部など）

5. 「異状死死因究明制度の確立に関する提言」（議員連盟：保岡興治会長）

①死因究明推進基本法の制定②警察の検視体制の充実（検視官・刑事調査官・警察医）③医師の検案能力の向上④法医学の教育研究拠点の整備（法医育成センターなど）モデル地区等⑤行政解剖を担う体制の充実、監察医制度に倣った体制作りを全国に⑥死亡時画像診断の活用⑦“超法医”医師の養成（コロナー制）

IV 医療現場における死因究明制度

A 医療の現場における死因究明制度の目的

医療の現場では医療事故、予期せぬ死亡、死因不明な例など一定程度に起こりうる。これらの死因を究明し原因を究明する制度設定は次のような目的を持つ。

①医学・医療の進歩、②再発防止、③合併症、副作用の予防、④医療への信頼回復、⑤犯罪性の判断（ヒューマンエラーからシステムエラーの解析）

医療事故から「逃げない・隠さない・ごまかさない」で済む制度。透明性と説明責任が果たされる制度。医師法第21条による医療事故の強制報告制度からの解放。我が国の死亡診断書の正確さ、真正性の向上。公衆衛生上の国民死亡統計の精緻化等が実現する。

B 「医療の現場における死因究明制度のあり方」答申のための基本的考え方

1. 新たに設ける第三者機関への強制報告制度

50万以下の罰金という罰則付きの義務である医師法第21条から診療関連死の報告を除外するためには、医療事故死（疑いを含め）をすべて届出る制度を自らに課さなければ国民の納得は得られない。近年になって、各医療機関での医療事故届出制度は定着しつつあると考えられる。届け出られたレベル5の事例を自動的に届ける制度とする。並行して、各施設における医療事故報告制度の徹底を図る努力が必要である。ノン・パニティブの原則で医療法（組織として）に規定を設けることも考慮される。なお、医師法は個人が対象である。

2. 第三者機関はプロフェッショナル・オートノミーの発揮できる組織

あらゆる人の死の死因究明は疾病に限らず、災害、疫病、犯罪においても医療・医学の責任においてなされるものである。特に医療行為の結果として引き起こされた死については、全責任を持つべきものである。事故隠しとして疑惑と不信を抱かれていることは、われわれ自身の行動によって払拭すべきことである。

3. 死因究明は医療の過程の最終段階

医療の過程で起こった予期せぬ事故の原因究明（死因究明）は医療行為そのものである。したがって当事者はもとより、院内の叡智を集めた事故調査は当然である。そして患者・家族への説明と死亡診断書（死体検案書）が書かれて初めてその医療が完結する。この過程で行われたAi、病理解剖、化学検査などは診療行為とみなされるべきである。

4. 医療裁判を可及的に避ける制度設計

不可避的に起こる医療事故であるが、多くは信頼関係の中で納得、了解される。医療被害者の願いは「原状復帰、真相究明、反省謝罪、再発防止、補償、懲罰」だと言われる。最後の懲罰欲求の多くは対応のまずさ、あるいは不誠実に由来することが多い。その結果が裁判へと結びつく。裁判は最終の納得手段であるが責任追及の手段であり「時間、もの、金、人、心」の大いなる浪費で不毛の論議となることが多く、真実が明らかになるわけでもなく、真に納得が得られるわけでもない。再発防止に資することもない。とくに刑事裁判では、初期対応の誤りでこじれた被害者の報復感情に応えるのみの効果であり、判決は検事の起訴事実を認めるか否かのみでこの真実が明らかになるわけではない。民事裁判は「喧嘩」である。後に何も残らない。反省、謝罪ができれば裁判は不要のはずであり、一罰百戒は今や委縮医療を招くのみである。

5. 死亡診断書（死体検案書）の共通認識、精緻化の実現

死亡診断書がわが国の死因統計の根幹であるが、医療現場での記載の不統一、記載時の迷いがある。解剖率の低さもあって日本の死因統計は不確かである。死亡診断書を書くのか死体検案書にすべきなのか混乱がある。日本は死因不明社会と揶揄されている。

6. 死因究明制度、医療 ADR、無過失補償制度は医療の信頼回復の3点セット

医療の一定程度の不確実性を納得するための制度としてこの3点は不可欠である。不可避的に起こる医療事故の説明、納得のための仕組みが必要である。責任が明確にできない事故被害者への補償は医療の不確実性に対する証となる。

7. 死因究明制度は医師法第21条からの診療関連死の除外が目的

医療過程で起こった予期せぬ死亡や死因の不明な例を警察へ届けて、まず業務上過失致死罪に当たるか否かの判断を求める行為が今日の医療崩壊の要因になったことは異論がない。厚労省のミスリードの結果であるが、最高裁の判例による裏付けまでできてしまった。この際きちんとこの誤った法の運用を正さねばならない。

8. 死因究明制度の一元的組織の構築（犯罪捜査と公衆衛生と医学の進歩）

日本法医学会の異状死ガイドラインはグローバルスタンダードであるという。厚労省がこの異状死のすべてを警察マターとした誤った運用により臨床現場からは医療崩壊の元凶のように言われている。しかしこれは国として死因を究明するべき死の様態を網羅したものと理解すべきである。したがって国の責任において、これを解明する一元的組織を構築をすべきである。すなわち、司法解剖、行政解剖、承諾解剖等の制度を一元化するということである。死因解明後にそれぞれの目的に向けた原因調査を行う。

C 医療現場における死因究明制度のあるべき姿

事件を隠す、ごまかす行為が人の信頼を失う根源であることはすべての社会的行為において明らかである。平成11年、12年に起こった権威ある大病院での事故の扱いが正に隠し、ごまかす扱いであったことが、今日の医療不信、医療崩壊へつながったことは周知のことである。その対策としての厚労省が医師法第21条を利用しようとしたミスリードが医療の混沌に拍車をかけた。事故の発生時、隠さない、ごまかさないうで済む仕組み作りが求められて久しい。大野病院事件以来、「医療たたき」のマスコミ風潮が、医療側に同情的風潮に代わり、裁判事例においても医療側勝訴の率が増してきた。何の制度的仕組みの改革もない中で、この風潮に甘んじてはいけぬ。今こそ、「逃げない、隠さない、ごまかさぬ」で済む制度の確立を急がなければならない。

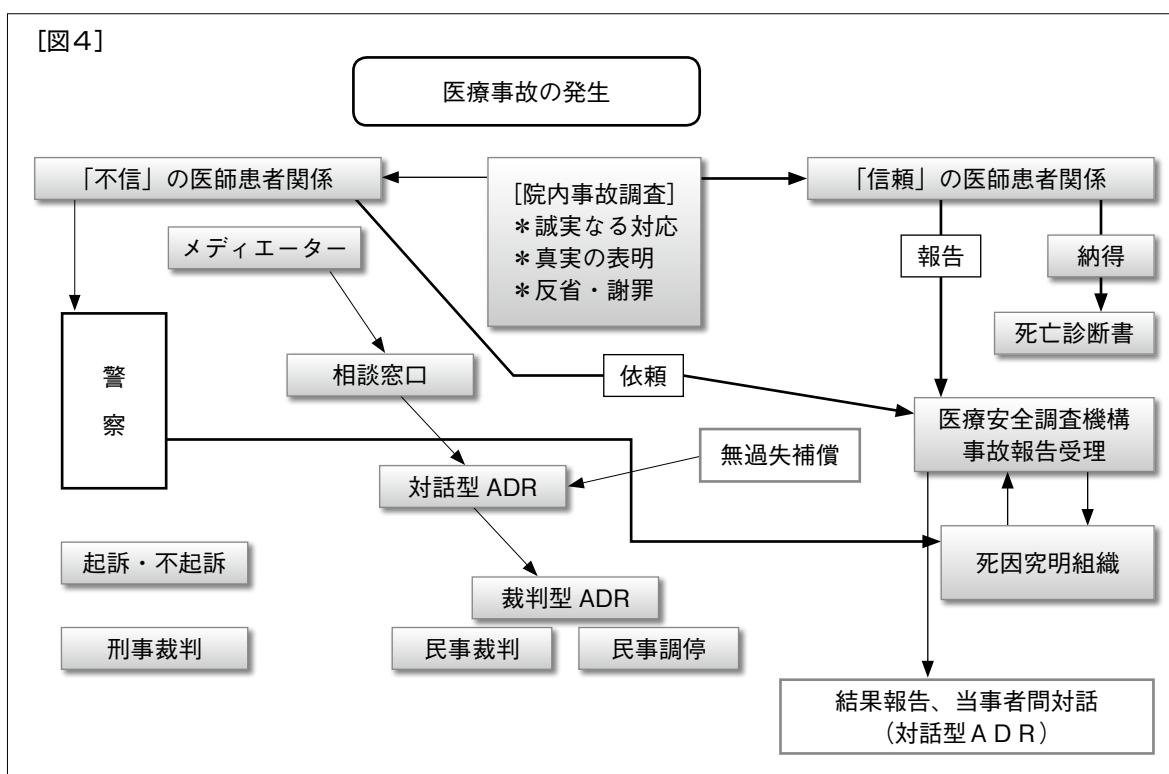
一方、医療事故を防止し、改善を重ねていく上でのもっとも重要な仕組みは事故の報告制度である。医療事故を闇に葬らない制度の確立こそ医療安全確立の一里塚である。

医療事故が起こった時（合併症、副作用を含み、医療行為により予期せぬ結果になった時）原因を究明し、患者・家族にその説明をすることは医療行為そのものであり、医師として当然なすべきことである。納得が得られればそれで医療行為としては完結したことになる。医療制度上は事故報告がなされて、この事件は終了したことになる。

医療行為が準委任契約に基づいたものとすれば、当事者間の問題であり、この考え方は妥当である。しかし、患者側が納得できなければ、さらなる説明、納得を得るための制度、仕組みが必要である。そのために考えられるのが、第三者医療事故調査制度であり、各種医療相談窓口であり、医療ADRであり、民事調停であり、裁判ということになる。被害者としての意識から、加害者に対する応報を求める時は警察への届け出ということになる。この時は必然として、警察はその犯罪性の有無を持って捜査を開始することになる。訴えを拒否することはできない。医師法第21条の異状死体の届け出義務を医療界の自主的組織の第三者機関への届け出義務とすれば、診療関連死の警察への届け出義務は雲散霧消することになり、医師法第21条は文字どおりの異状死体の届け出制度に戻ることになる。第三者機関としての医療安全調査機構に届けられた事件は、たとえ患者側が警察に訴えたとしても、事故原因は医学的観点から調査が行われることになり、警察としてもその結果を無視することはできない。医療側が報告することなく、患者の訴えがなされた時は警察が独自の調査を行うことになるので、医療界として自らの届出機関を設立することに異論はない筈であ

る。現行においても、医療法における医療安全対策上、院内事故報告制度は半ば義務とされているので、その事故報告のレベル5は自動的に届けることが常識になることが必要である。院内における事故の届け出制の推進には定期の医療監視の際に監査項目に入れることも考えられる。

また医療機関を対象とする医療法の中に医療機関管理者の届け出義務を設けることも有効と思われる。医師法は個人を対象とする法であり、医師法第21条の対象を明確にすることができる。すなわち自殺、他殺、事故死（診療関連は除く）に遭遇した時は所轄警察署に届け出なければならないとする。



D 院内事故調査委員会の設置

院内事故調査委員会の設置については、基本原則に掲げたとおり、死後の医学検索は医療行為の最終行為であり必須のことである。しかし、院内事故調査委員会においても、その運営方法、あり方については課題も多い。特に、院内事故調査委員会は、医療機関の自浄性・透明性を保つ意味で、本来あるべき姿である。ただ、その一方で①事故調査の客観性を説明できない②調査結果は内向的になりがちで、他施設に向けた再発防止策等の発信力が弱い③調査結果は関係者に受容されないケースもあり、現時点で調査結果への信頼感は絶対とはいえない、などの課題がある。そして、現実的な問題として、中小規模病院などでは院内事故調査委員会の設置そのものが非常に難しい、という現実がある。そのあたりをいかにクリアしていくかが、今後の課題となる。

さらに医療事故の院内抽出力の問題がある。通常一定程度に起こりうる合併症にて死亡したとき、これを報告対象とするか否か議論もある。しかし、患者側から問題提起される事故とすれば、当然届け出の対象としておかなければ、透明性を疑われることになる。ノンパニティブの原則で疑わしきは報告するという文化が医療界に必要である。医療機関での強いリーダーシップが必要である。患者会等の透明性への疑惑に対しては、誠実な結果を積み重ねる以外にないと思われる。

医療事故の発生

院内規定により聞き取り 説明

医療安全調査機構へ届け出、患者が望めばそのまま調査依頼 解剖等
原則は院内にて病理解剖 Ai の実施 採血等の要請 実施 院内調査へ
院内委員会に医療安全調査機構からの委員の派遣もある
調査結果説明 納得の時は院内調査結果を医療安全調査機構へ報告
結果説明納得できないときは結果を付けて医療安全調査機構へ調査依頼

院内事故調査委員会：院長 副院長レベルの責任体制とする。

医療安全調査機構へ事故発生を報告するとともに、適任である委員あるいは委員長を派遣を求める。

院内調査として画像検査 解剖を実施（死因究明組織も） 事情聴取 医療行為 経過の分析。
調査結果の説明、共感表明謝罪、メディエーター等の活用。

E 医療界の自主的組織である「地域医療安全調査機構（仮称）」の設置

死因究明の制度設定の基本原則で述べたように、医療現場での死因究明は医療行為そのものであり、自らの手で解明しなければならないし、また医師以外の何人もなしえない作業である。そういった意味で医療者のピア・レビューの仕組み、オートノミーを発揮する委員会で行わなければならない。ここでの作業が透明性を疑われたり、客観性を疑われるとして、法律家を入れ、患者を代表する委員を入れるということはオートノミーの発揮とは言えない。結果を出して、評価を待つしかないと思われる。しかし、ヒューマンエラーの解析、システムの破たん等現代社会における複雑な要素の事故への関与を分析するには医療者だけではできない。法律家、産業界におけるシステムエンジニア等の参加が必要である。構成はできれば都道府県医師会が中心となり、自治体、医療団体、学識経験者等で構成した公益法人組織であることが望ましい。具体的な死因究明のための作業は別組織である公的機関である死因究明組織で行われるので、人的経費が中心となる。

地域医療安全調査機構（仮称）

- * 医師会主導による、自治体・病院団体・薬剤師会・看護師会・その他医療関係団体・産業界・医療機器業界、保険業界の参加による法人組織
- * 構成委員：専門医会代表・学会代表・看護協会 技師会 薬剤師会 産業界安全委員 弁護士 有識者が随時委員会構成する。院内調査委員会へ委員の派遣。院内調査のレビュー機能。付託事例の調査・検討
- * 検討項目：死因・原因・医療過程・回避可能性・関係者の意見・システムエラーを中心・医学的評価
- * 報告書の交付：家族、当該病院、中央委員会
- * 報告書の内容：死因・医療過程・回避可能性・関係者の意見・再発防止策
- * 報告書手交の段階で当事者間の対話の設定：共感表明謝罪・反省の表出、宥恕の表明、対話型 ADR の機能を持つことが望まれる。
- * 設置：府県自治体内（医療安全支援センター内）、医師会館、主要保健所内など
- * 権能：公益法人として、医師法第 21 条の警察に代わる届け出機関となる。結果はまとめて中央委員会へ報告、匿名性を確保の上で、事故事例報告を行う。
- * 届け出対象：医療機関内届け出事故のレベル5を自動的に届け出る。第3次試案の選択の悩みはない

(参考)

医療安全中央委員会は 現行の日本医療機能評価機構内の事故事例収集組織をイメージする。現行の活動を敷衍すればよいと考えている。

V 医師法第 21 条問題

医師法第 21 条は、「医師は、死体または妊娠 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。」と定める。

同条の解釈につき、最高裁平成 16 年 4 月 13 日判決（いわゆる広尾病院事件）は、「検査」とは、医師が死因等を判定するために死体の外表を検査することをいい、当該死体が自己の診療していた患者のものであるか否かを問わないとしている。

同事件においては、同法が、「何人も、自己に不利益な供述を強要されない。」と定めた憲法 38 条 1 項に違反すると主張された。この点、同判決は、同条の届出義務は、警察官が犯罪の端緒を得ることを容易にすること、警察官が緊急に被害拡大防止措置を講ずるなど社会防衛を図ることを可能にする役割も担う行政手続上の義務であることを指摘している。そして、診療関連死に届出義務を課したとしても、医師に、犯罪行為を構成する事項の供述までも強制されるものでないと指摘している。このような点から、同判決は、本件届出義務の性質、内容・程度および医師の資格の特質、届出義務の公益上の高度の必要性に照らすと、同義務の履行により、捜査機関に自己の犯罪発覚の端緒を与えることになり得るなどの点で、一定の不利益を負う可能性があっても、医師免許に付随する合理的根拠のある負担であり、憲法 38 条 1 項に反しないと判示した。

しかしながら、上記最高裁判例は、届出先の警察組織が、診療関連死について、医師の過失の有無、結果との因果関係の有無を医療水準に従い、適切に判断し得る能力を有すると誤解している。

警察組織は、犯罪死体、変死体、非犯罪死体に 3 分して取り扱うが、最終的に犯罪捜査を担当する組織であるため、犯罪死に大きな関心を持つ。そのため、結果が重大であればあるほど、遺族の訴えとともに、医師の過失等を疑う傾向が見受けられる。

ところが、警察組織は、当該診療行為時の標準的な医療水準が何なのか、医師に許された裁量の範囲は何なのか等、医学的な評価をする知識もない。また、これらの医学的知見を知るため協力してくれる協力医もいない。

そのため、彼らは、医師の過失ありとの意見を提供してくれる協力医を探し続けることになる。協力医が医学的に妥当な意見を提供してくれるかどうかは、神のみぞ知るところである。

当該疾患に対する臨床経験の乏しい協力医の意見によって、逮捕、勾留、起訴された後、公判で、豊富な臨床経験を有する臨床医の意見が採用され、無罪とされた福島県立大野病院事件は、まさにこのような事例である。この事案は、捜査機関の医療事件を捜査する能力の限界を露呈したものと見える。

このように、診療関連死について医師に届出義務を課すことは、その後、事件立件、場合によっては、逮捕、勾留、起訴等の重大な局面に自らの身をおかせるものである。そして、仮に有罪になったとすれば、医師免許の取消、剥奪など、取り返しのつかない結果につながりかねないものであり、医師をブラックボックスの中に放り込ませるに等しい。

このような現実を、上記最高裁判決は全く理解していない。

近年、東京女子医大事件、杏林大学割り箸事件、福島県立大野病院事件と無罪事件が相次いでいる現実を、最高裁は直視すべきである。

裁判所は、事件があり、刑事、民事事件として裁判が係属し、医師法第 21 条の解釈が問題となっではじめて、この点について解釈を検討する。また、事件が上訴されたとしても、法の最終的解釈権限を持つ最高裁は、一度決定した解釈を、容易に変更することはない。

医療行為が当然に患者の侵襲をともなうものであること、医療行為は当然に不確実性をもつものであることからすれば、医療行為には、医師の過失なくして、患者に死亡や重大な後遺障害を残す可能性を常に内包している。そして、一度このような不幸が生じたときには、医師は、結果の重大性から、患者や遺族から厳しい責任追及を受ける危険に常にさらされている。

昨今の患者の権利意識の高まりは、医師に過度の責任を追求し、医療現場に萎縮をもたらし、医療現場を立ち去る医師も出ている。このような状態は、患者、医師の双方にとって不幸であり、早急に、医師法第 21 条を改正すべきである。

医師法第 21 条が、上記最高裁判決も指摘する公益的機能を有する以上、診療関連死以外の異常死については、医師に届出義務を負わせることはやむをえないと思われる。しかしながら、公益的機能を有する医師に対して、届出義務違反を理由に刑事罰を課することは理解し難い。

同条は、「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」と規定しており、死体検案書を作成する場面を想定していることは明らかである。同条の解釈として、診療関連死を含めることは、文言解釈上も無理がある。また、届出義務違反を理由に刑事罰を課する現行法と相まって、その罰則を回避しようとする医師をして、医療機関で診療をしていた患者のあらゆる死亡事案について、届出を事実上余儀なくさせることとなる。

以上の理由から、診療関連死については、医師が、原因究明と再発防止のために設置する医療安全調査機構に届出ることを義務付ける新たな法律を制定すべきである。届出義務違反に対しては、一定の行政罰ないし医師免許に関する行政処分によって対処する制度とし、実効性を担保すべきであろう。

医師法第 21 条は次のごとく改正する。

「医師は自殺、他人による障害（死）、事故による死（診療関連は除く）に遭遇した時、或いは死体の検案を依頼されたときは、遅滞なく所轄警察に届け出なければならない」

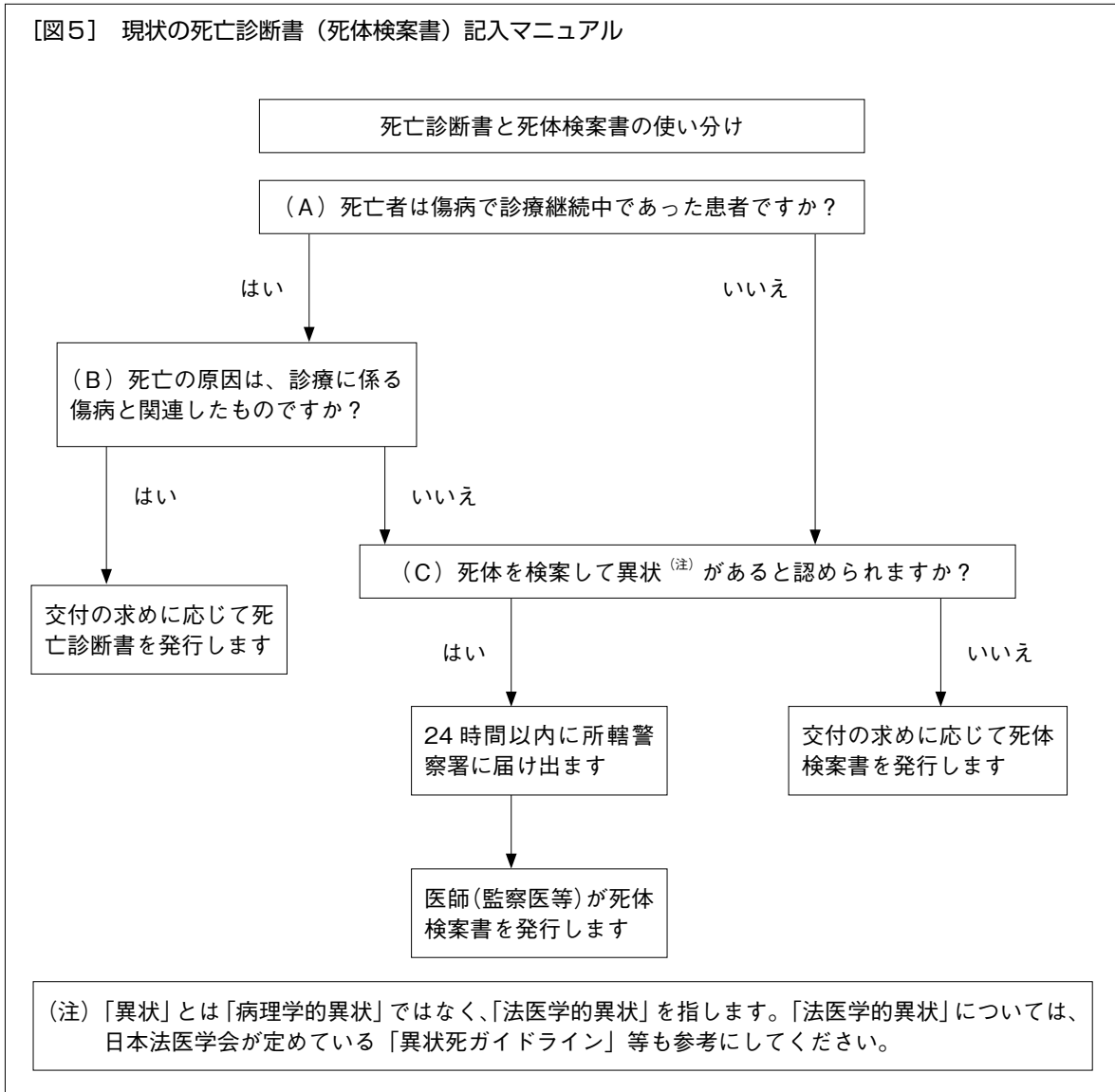
なお、知人の他殺を隠してはならないので、罰則は必要である。

VI その他の提言

A 死亡診断書と死体検案書

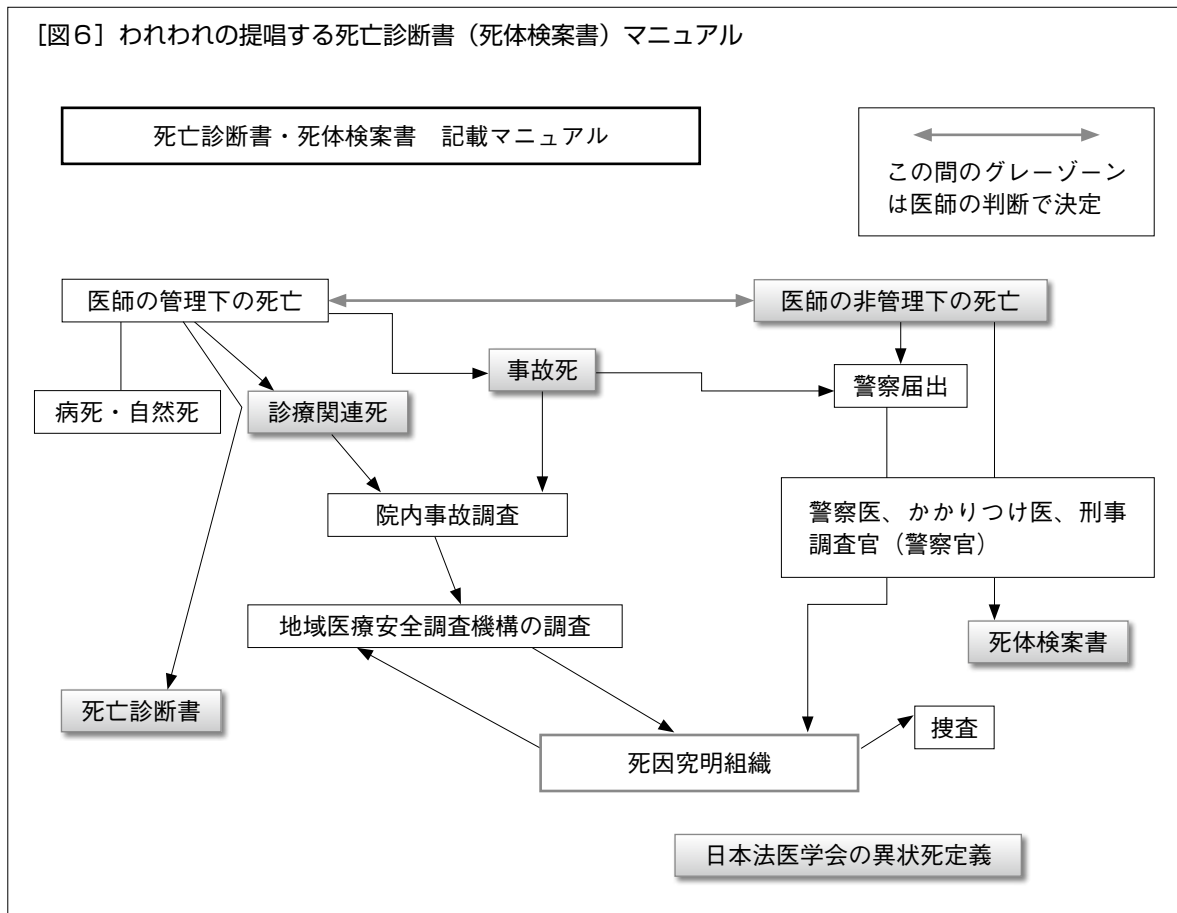
死亡診断書と死体検案書の定義を明確にし、診断書記載時の判断を不要とする。死亡診断書は医師の管理下にあった死に適用、死体検案書は医師の非管理下の死体を診たときに書くものと定義する。自、他殺でも入院中であれば死亡診断書となる。従来は「異状死イコール死体検案書」との定義（異状死であってもこれが厳守されていない実態）であるが、診療関連死においてはこの適応が悩みと混乱の元になっている。死亡の原因、外因の影響などを迷うことなく記載できるようにする。死後診断として行われる検案は医師の五感を駆使した外表検査と定義し、解剖所見とともに、死後画像検査所見の記載も行うべきである。そうすることにより、死因究明の正確さが増幅される。このことにより従来の厚労省の死亡診断書記載マニュアルの変更が必要である。

【図5】 現状の死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル



診断書記載時の混乱について (A) の判断については比較的容易である。ただし入院中で診療中であるが階段から転落死した。さて「はい」なのか「いいえ」なのか。さらに在宅死の際にかかりつけ医の立場の判断が問題となる。多くは主治医を経て警察へ届けられ、医師の判断よりも警察官の判断が優先されて「はい」の側へ行くのであろうか？「いいえ」の側へ行くのであろうか。「いいえ」の側へ行ったときに、(C) の判断は主治医が検案して判断するのか？警察医を呼ぶのか？(C) の判断は医師が現場での情報収集と外見の診察で判断することになる。確からしさの程度はいかがであろうか。いずれにしても診療下ないと判断されれば、当初から警察が介入する。しかし、(B) の判断で (C) の判断へ至ったケースはさらに混乱する。情報は豊富であるが、外表検査のみで判断はできない。日本法医学会のガイドラインは原因に基づくものである。予期していたから、届けなくてよいのか。知識不足で予期できず、事前にも説明していなかったから届けるのか。治療がうまくいかなかったときには、その傷病で死んだとするのか、治療の外因により死亡したとするのか、毎回悩むことになる。極端に言えば、同じ事故が起こっても、事前の説明の有無だけで選択が変わることすらありうる。

【図6】 われわれの提唱する死亡診断書（死体検案書）マニュアル



従来であれば異状死はすべて死体検案書作成であるが、この選択に混乱と迷いがあったので、その意味を明確にすることを提案する。死体検案書はあくまで死体を初めて診たときの所見を記載するものとしなければ、診療関連死で臨終を告げた後に外表検査をして異状がなくても死体検案書にする合理性がない。すなわち従来のマニュアルの趣旨によれば異状死すべてを検案書とする意味であるが、臨床現場で死体検案書作成の回避意欲が記載の混乱を招いている。検案の意味をもっとシンプルにすることが重要である。

B 医療 ADR について

（対話型 ADR を地域医療安全調査機構内に設置）

患者救済のあり方は患者の要望に応えることである。医療被害にあった患者の要望は、1：原状回復、2：真相究明、3：反省・謝罪、4：再発防止、5：補償、賠償、6：懲罰と思われる。被害者側の真の納得を得ることは難しいが、1：原状回復と6：懲罰は無理としても2：真相究明、3：反省・謝罪、4：再発防止、5：補償、賠償には応えることはできる。一方、加害者側も真相を究明し、再発防止を望み、きちんと謝罪をしたいと思うものである。謝罪をするということは、究極の責任の取り方であり、さらに心の重荷を相手に半分担ってもらうことになるからである。そして早く過去を清算したいと望むものである。

平成 19 年 4 月 1 日、ADR 法が施行された。すでに交通事故では交通事故紛争処理センターが第三者機関として役割を果たし、裁判の代替として機能している。交通事故においては過失の認定における争いはほとんどなく、過失相殺割合と金額が争点になる。事故事例の集積の結果、紛争解決の予測可能性があるので、この ADR の機能発揮を有効にしている。

医療事故は過失の有無が争点となり、結果との因果関係も争点となる。専門家によっても評価が

異なる。法的判断の予測が困難である。さらに医療においては金銭的解決が究極の目標ではないということも多く、調停型 ADR ではなく対話型 ADR が望まれる。当事者間の話し合いを促進するものにならなければならない。東京、千葉、岡山では弁護士会による ADR 組織の設立が相次いでいるが、対話型 ADR では法律家を中心ではなく、いわゆる医療者が中立的な立場で主役を務め、弁護士は法的側面を支援する仕組みが望まれる。

患者納得の最終的な手段が賠償であるのか、加害者側の反省・謝罪であるのかにかかわらず、第三者としての気配りの中での話し合いは次につながる解決法である。裁判はあくまで闘争であり、非がないと考えれば徹底抗戦ということになる。勝ち負けを争った結果によって明日につながるものは何もない。そういった意味で営利に流されない ADR 組織の充実に努力をすべきであり、医師会、病院協会等のプロフェッショナル・オートノミーを発揮する場として位置付ける必要がある。2：真相究明、3：反省・謝罪、4：再発防止に定める対話型 ADR は説明、対話、反省、謝罪、納得を目標とする。5：補償、賠償に定める金銭的要求は調停型の ADR 組織にゆだねるべきである。対話型 ADR の活動を裏付けるのは徹底した死因究明であり、メディエーションスキルである。具体的な医師会中心の ADR として、医師を中心として、弁護士、有識者からなる委員会とし、原則として代理人出席は認めないこととする。本報告書にて提言するプロフェッショナル・オートノミーの発露としての地域医療安全調査機構の一部門とすることが望ましい。医療安全調査機構の報告をもって、経過の説明、反省、共感表明謝罪（責任承認謝罪も）の表出ができることが理想的である。対話型 ADR の後であれば、金銭をとまなう解決は代理人を認め、弁護士が中心となる調停型 ADR が解決に結びつきやすい。しかし過失相殺等の観点からも医師不在の調停は無理であり、その作業を有料とすることもやむをえない。

[医事紛争解決の手順]

- < 1 > 院内における説明（アドボケート、メディエーション、誠意、真実）
- < 2 > 地方医療事故調査機構（死因究明、真相究明）
 - 対話型 ADR（医療者中心にて構成 プロフェッショナル・オートノミーの発揮）
（当事者の出席を基本とする、代理人は原則不可、相談費用はなし）
（納得、反省、謝罪、宥恕、信頼回復を目標に）
- < 3 > 調停型 ADR（弁護士中心、医療団体員、保険会社員オブザーバーとして構成）
（双方の代理人を認める）
（金銭的解決、原因分析）
- < 4 > 裁判所 民事調停
- < 5 > 裁判 代理人同士の争い

C 無過失補償制度

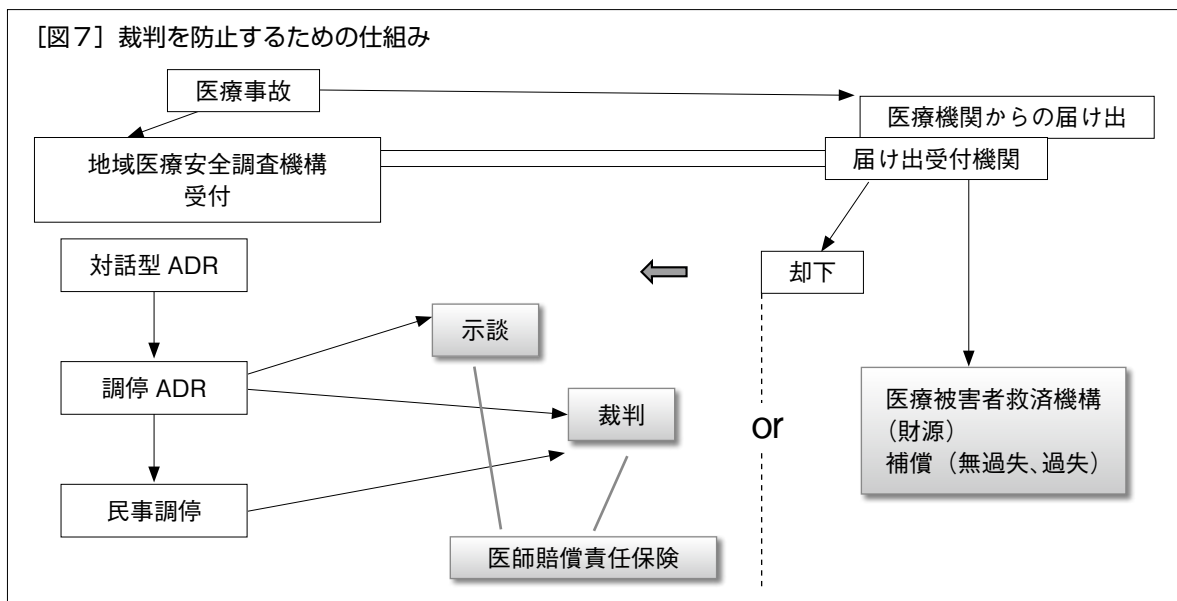
（過失責任主義？ 無過失責任主義？）

「TO ERR IS HUMAN」として医療事故は起こるものと認めた。その起こった事故に対する救済は広い意味での民事訴訟に限られている。裁判の傾向は大野病院事件以来、医療側勝訴の率が上がって認容率 20% という状況である。しかし一方で半数以上は示談解決という結果であり、判決も明らかな医療過誤でなくとも、期待権、可能性侵害など法益の侵害という判断が示されるようになった。このことは被害者救済の意志が司法にあることを示している。従来では過失と結果に因果関係なしとして無責を告げられていたケースが、示談を含めて可能性の侵害等として小額ながらも責任が認定される傾向にある。一方、医療者にとって、やむをえない医療事故であっても、不幸な結果であることは事実である。これを救済したい気持ちに変わりはない。因果関係がなくても法益の侵害として賠償責任を認めるということはまさに無過失責任主義に近づいているといえる。徹底的死因究明が行われれば医学・医療の知見が得られ結局は社会的にも益を受けることになる。そのよう

な観点から、社会制度としての医療被害救済制度が構築されるべきである。その大きな目的は「1：医療被害者の救済」「2：不毛の医事紛争の予防」「3：医療崩壊の予防（委縮医療、防衛医療、医師賠償責任保険の高騰を防ぐこと）」である。

施行された産科医療補償制度の問題点として、医事紛争の予防、医療崩壊の予防に効果が期待できるか否か疑問がある。再発防止報告書に対するマスコミの責任追及論調を見ると、本来の目的が理解されていないことは明らかである。紛争への歯止めになっているとは思えない。

医療事故は起こるものとの前提で、被害者救済は明らかな過誤によるものから、不可避免的に起こる事故まで同一視点での救済制度を設けることが必要と考える。すなわち医療事故は「賠償」ではなく「補償」の概念で構築すべきである。このことは医療事故の刑事責任に対する免責概念に通じる。この実現にはきちんとした死因究明、事故原因調査がなされることが前提となる。補償と提訴はトレードオフとすることが必要である。患者、医療側両者のモラルハザードを誘因しない制度設計が必要である。公的なADR組織等が権威をもって調停、裁定する制度設計が考えられる。医療事故事例の類型化をはかり、受諾要件を明確にすることと、補償額の合理的な設定が必要である。医療側に対しては、その責任に応じて求償することも重要である。対患者折衝ではなく、事務的手続きですむ分ストレスは少ない。財源は社会的制度としての位置づけで共助が基本となるが、診療報酬上の負担、医療機関の賠償責任保険の掛け金（求償）、公的な補助、薬剤、医療機器会社の負担金、その他等が考えられる。



Ⅶ 最後に

本委員会では、これまでの議論をもとに、以下のような提言を行う。

1. 一元的死因究明制度、施設（死因究明組織）の創設。すべての死因究明のための解剖を主とする施設。監察医制度は発展的解消。既存の法医学教室を中心。
2. 地域医療安全調査機構の創設。モデル事業の地域事務局の発展型でもよい。医師会館内設置が参考になる。都道府県で独自性を発揮。医師会主導で組織する。
3. 医療安全中央委員会の設置、医療事故死の報告事例の取りまとめ、再発防止策の提示。
4. 死後画像検索の位置づけの明確化。診療関連死は保険診療報酬で、犯罪捜査は国費とする。ICTの活用。
5. 死因究明すべき対象は「日本法医学会のガイドラインに基づく異状死」とする。

6. 異状死は医師の管理下にあったか否かで二分する。
7. 死亡診断書と死体検案書は医師の管理下にあったか否かを示すものとする。
8. 医師会主導の ADR を設立する。対話型 ADR とする。地域医療安全調査機構の中に設けてもよい。
9. 無過失補償制度を設立する。都道府県単位が望ましい。
10. 医師法第 21 条を改正する。

一元的死因究明組織の設立は警察庁、民主党、法医学会なども提案している。これに関しては国への強力な働きかけで実現を目指さなければならない。ただし、全国一律とする必要は全くない。都道府県単位で個々に具体化することが無駄がないと考える。監察医務院を発展させてもよいわけである。言葉として系統解剖と病理解剖と法医学解剖の 3 種類でよい。犯罪捜査ではなく死因究明解剖である。犯罪捜査は解剖の後から始まるのである。医療事故の調査も解剖の後から始まるのである。同時に死後画像検査の位置づけ、経費負担等を明確にし、促進することが必要である。

医療関連死問題はまさに医師会主導でなされることである。すっかり信用を失った医師会がなすことを不信の目で見られるからと、患者代表を委員に入れて監視してもらうとか、法曹関係者に指導してもらうとか本質から離れた論議が中心になる悔しさを解消しなければならない。自己規範として事故事例の強制報告制度はぜひとも実現したい制度である。当事者ではなく、管理者に義務付けることとし、報告が罪を呼ぶことのない制度設計で行われる。医療事故が発生するたびに、当事者はもとより、管理者においてもこれを警察に届けるべきか、届けなくてよいか毎回のよう悩むことは大きなストレスである。また、死亡診断書においても検案書を書くのか、診断書を書くのか毎回のよう悩む。このような事例ごとに右に行ったり左に行ったりする現行の制度を一時も早く解消したいものである。このような問題こそ当事者である我々医師の悩みであり、他の誰も解決してくれるものではないのである。悩むことなく、正に淡々と報告する制度として定着することが、医療安全文化となるであろう。

医療の信頼回復は自らの自律的行動によって回復する以外にないのであるが、医療事故の無謬性神話を否定するに当たり、事故被害者の納得を得るための制度設計が必要である。メディエーター、アドボケイトの養成、医師（医師会）主導での ADR がやはり第 1 義的に必要である。医療事故においては、過失の認定が困難、因果関係の判断も不明瞭、事故は善意の行為がもたらした結果だとして裁判を争う無意味さを知った。特にヒューマンエラーの事故を刑事事件と結び付けられる理不尽さを訴えてきた。すべての医療事故を対象とする無過失補償制度は刑事罰免責論の根拠にもなる。医療事故は賠償ではなく補償の概念に転換することである。届け出機関を今回提案の医療安全調査機構とすることもできる。

医療という社会的共通資本の健全なる運営と発展を考えると、医師としてのプロフェッショナル・オートノミーが発揮されなければならないことは自明のことである。世界医師会のマドリッド宣言を待つまでもなく、オートノミーという権利の行使のためには自己を律する（セルフ・レギュレーション）ことが前提になる。医師個人はもとより、医師会組織においてもそうである。そして、我々の職業倫理の基準は、患者の自律尊重、患者の利益優先、そして正義と公正の実践である。時の権力が患者の権利を侵そうとしたときに発揮するのが医師としてのプロフェッショナル・オートノミーである。自らの権益を守るという受動的な自由をいうのではなく、よりよき医療運営のために保持すべき積極的な自由をいうのである。そういった観点から、この死因究明制度、特に医療事故の原因調査のあり方は、法律家中心で解決していただく問題ではない。医師専門職集団としての医師会こそ主体的に取組むべき本質的課題である。

[参考]

[異状死ガイドライン]

平成6年5月

日本法医学会

医師法 21 条に「医師は、死体又は妊娠 4 カ月以上の死産児を検案して異状があると認めたときは、24 時間以内に所轄警察署に届け出なければならない」と規定されている。

これは、明治時代の医師法にほとんど同文の規定がなされて以来、第 2 次大戦中の国民医療法をへて現在の医師法に至るまで、そのまま踏襲されてきている条文である。

立法の当初の趣旨はおそらく犯罪の発見と公安の維持を目的としたものであったと考えられる。

しかし社会生活の多様化・複雑化にともない、人権擁護、公衆衛生、衛生行政、社会保障、労災保険、生命保険、その他にかかわる問題が重要とされなければならない現在、異状死の解釈もかなり広義でなければならなくなっている。

基本的には、病気になり診療をうけつつ、診断されているその病気で死亡することが「ふつうの死」であり、これ以外は異状死と考えられる。しかし明確な定義がないため実際にはしばしば異状死の届け出について混乱が生じている。

そこでわが国の現状を踏まえ、届け出るべき「異状死」とは何か、具体的ガイドラインとして提示する。

条文からは、生前に診療中であれば該当しないように読み取ることもできるし、その他、解釈上の問題があると思われるが、前記趣旨にかんがみ実務的側面を重視して作成したものである。

【1】外因による死亡（診療の有無、診療の期間を問わない）

(1) 不慮の事故

A. 交通事故

運転者、同乗者、歩行者を問わず、交通機関（自動車のみならず自転車、鉄道、船舶などあらゆる種類のものを含む）による事故に起因した死亡。

自過失、単独事故など、事故の態様を問わない。

B. 転倒、転落

同一平面上での転倒、階段・ステップ・建物からの転落などに起因した死亡。

C. 溺水

海洋、河川、湖沼、池、プール、浴槽、水たまりなど、溺水の場所は問わない。

D. 火災・火焰などによる障害

火災による死亡（火傷・一酸化炭素中毒・気道熱傷あるいはこれらの競合など、死亡が火災に起因したものすべて）、火陥・高熱物質との接触による火傷・熱傷などによる死亡。

E. 窒息

頸部や胸部の圧迫、気道閉塞、気道内異物、酸素の欠乏などによる窒息死。

F. 中毒

毒物、薬物などの服用、注射、接触などに起因した死亡。

G. 異常環境

異常な温度環境への曝露（熱射病、凍死）。日射病、潜函病など。

H. 感電・落雷

作業中の感電死、漏電による感電死、落雷による死亡など。

I. その他の災害

上記に分類されない不慮の事故によるすべての外因死。

(2) 自殺

死亡者自身の意志と行為にもとづく死亡。縊頸、高所からの飛降、電車への飛込、刃器・鈍器による自傷、入水、服毒など。自殺の手段方法を問わない。

(3) 他殺

加害者に殺意があったか否かにかかわらず、他人によって加えられた傷害に起因する死亡すべてを含む。絞・扼頸、鼻口部の閉塞、刃器・鈍器による傷害、放火による焼死、毒殺など。加害の手段方法を問わない。

(4) 不慮の事故、自殺、他殺のいずれであるか死亡に至った原因が不詳の外因死

手段方法を問わない。

【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

例) 頭部外傷や眠剤中毒などに続発した気管支肺炎

パラコート中毒に続発した間質性肺炎・肺線維症

外傷、中毒、熱傷に続発した敗血症・急性腎不全・多臓器不全

破傷風

骨折に伴う脂肪塞栓症など

【3】上記【1】または【2】の疑いがあるもの

外因と死亡との間に少しでも因果関係の疑いのあるもの。

外因と死亡との因果関係が明らかでないもの。

【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

注射・麻酔・手術・検査・分娩などあらゆる診療行為中、または診療行為の比較的直後における予期しない死亡。

診療行為自体が関与している可能性のある死亡。

診療行為中または比較的直後の急死で、死因が不明の場合。

診療行為の過誤や過失の有無を問わない。

【5】死因が明らかでない死亡

(1) 死体として発見された場合。

(2) 一見健康に生活していたひとの予期しない急死。

(3) 初診患者が、受診後ごく短時間で死因となる傷病が診断できないまま死亡した場合。

(4) 医療機関への受診歴があっても、その疾病により死亡したとは診断できない場合（最終診療後24時間以内の死亡であっても、診断されている疾病により死亡したとは診断できない場合）。

(5) その他、死因が不明な場合。

病死か外因死か不明の場合。

[言葉の整理と関連法規]

★病理解剖

臨床診断の妥当性、治療の効果の判定などを目的に死体解剖保存法のもと系統的に行われるもの。臨床医の依頼に基づき遺族の承諾を得たうえで行う。病理解剖報告書は臨床医および遺族に報告される。

病理解剖であっても、死体解剖保存法により、解剖の結果、犯罪と関係のある異状を認めるときは24時間以内に警察署に届出が必要。

★司法解剖

刑事訴訟法に基づき犯罪性のある死体もしくは疑いのある死体の死因を究明するために行われる。司法当局によって捜査活動の一環として行われる解剖。解剖結果の持つ意義が重大である

ため大学医学部に属する法医学者が行う。裁判所からの「鑑定処分許可状」があれば遺族の承諾なく実施可能。

★検視

変死体が犯罪によって死亡したのかそうでないかを判断する作業。検察官や司法警察員が行う。外表のみで解剖は行われない。

★検死

医師が死体を検査し、死因を特定する作業。

★検案

医師（監察医）が死体を検査し、死因を特定する作業。視診、触診、視認検査などで判断する。日本では通常、解剖は行われず、検案だけで終了することが多く、死因究明がなされないケースが多い。

★行政解剖

死体解剖保存法に基づき、政令に定める地域で監察医が検案によっても死因が判明しない死体について死因を究明し、公衆衛生の向上に資するための解剖。

[関係法規]

<死体解剖保存法>

第1条 この法律は、死体（妊娠4月以上の死胎を含む。以下同じ。）の解剖および保存並びに死因調査の適正を期することによつて公衆衛生の向上を図るとともに、医学（歯学を含む。以下同じ。）の教育又は研究に資することを目的とする。

第2条 死体の解剖をしようとする者は、あらかじめ、解剖をしようとする地の保健所長の許可を受けなければならない。ただし、次の各号のいずれかに該当する場合は、この限りでない。

1. 死体の解剖に関し相当の学識技能を有する医師、歯科医師その他の者であつて、厚生労働大臣が適当と認定したものが解剖する場合
2. 医学に関する大学（大学の学部を含む。以下同じ。）の解剖学、病理学又は法医学の教授又は准教授が解剖する場合
3. 第8条の規定により解剖する場合
4. 刑事訴訟法（昭和23年法律第131号）第129条（第222条第1項において準用する場合を含む。）、第168条第1項又は第225条第1項の規定により解剖する場合

第7条 死体の解剖をしようとする者は、その遺族の承諾を受けなければならない。ただし、次の各号のいずれかに該当する場合には、この限りでない。

1. 死亡確認後30日を経過しても、なおその死体について引取者のない場合
2. 2人以上の医師（うち1人は歯科医師であつてもよい。）が診療中であつた患者が死亡した場合において、主治の医師を含む2人以上の診療中の医師又は歯科医師がその死因を明らかにするため特にその解剖の必要を認め、且つ、その遺族の所在が不明であり、又は遺族が遠隔の地に居住する等の事由により遺族の諾否の判明するのを待つては、その解剖の目的がほとんど達せられないことが明らかな場合

第8条 政令で定める地を管轄する都道府県知事は、その地域内における伝染病、中毒又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、その死因を明らかにするため監察医を置き、これに検案をさせ、又は検案によつても死因の判明しない場合には解剖させることができる。但し、変死体又は変死の疑がある死体については、刑事訴訟法第229条の規定による検視があつた後でなければ、検案又は解剖させること

ができない。

第 10 条 身体の正常な構造を明らかにするための解剖は、医学に関する大学において行うものとする。

第 11 条 死体を解剖した者は、その死体について犯罪と関係のある異状があると認めるときは、24 時間以内に、解剖をした地の警察署長に届け出なければならない。

<医師法>

第 19 条 診療に従事する医師は、診察治療の求があつた場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。

2 診察若しくは検案をし、又は出産に立ち会つた医師は、診断書若しくは検案書又は出生証明書若しくは死産証書の交付の求があつた場合には、正当の事由がなければ、これを拒んではならない。

第 21 条 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。

<刑法>

第 190 条 死体、遺骨、遺髪又は棺に納めてある物を損壊し、遺棄し、又は領得した者は、3 年以下の懲役に処する。

第 192 条 検視を経ないで変死者を葬った者は、十八万円以下の罰金又は科料に処する。

第 211 条 業務上必要な注意を怠り、よって人を死傷させた者は、五年以下の懲役若しくは禁錮又は百万円以下の罰金に処する。重大な過失により人を死傷させた者も、同様とする。

2 自動車の運転上必要な注意を怠り、よって人を死傷させた者は、七年以下の懲役若しくは禁錮又は百万円以下の罰金に処する。ただし、その傷害が軽いときは、情状により、その刑を免除することができる。

<軽犯罪法>

第 1 条 左の各号の一に該当する者は、これを拘留又は科料に処する。

→第 1～第 34 まで

<刑事訴訟法>

第 168 号 鑑定人は、鑑定について必要がある場合には、裁判所の許可を受けて、人の住居若しくは人の看守する邸宅、建造物若しくは船舶内に入り、身体を検査し、死体を解剖し、墳墓を発掘し、又は物を破壊することができる。

2 裁判所は、前項の許可をするには、被告人の氏名、罪名および立ち入るべき場所、検査すべき身体、解剖すべき死体、発掘すべき墳墓又は破壊すべき物並びに鑑定人の氏名その他裁判所の規則で定める事項を記載した許可状を發して、これをしなければならない。

第 229 条 変死者又は変死の疑のある死体があるときは、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。

2 検察官は、検察事務官又は司法警察員に前項の処分をさせることができる。

死因究明制度のあり方に関する検討委員会

委員名簿

(順不同)

(任期：平成22年10月～平成24年3月)

◎齋藤 信雄	NTT 西日本京都病院
○高階 謙一郎	京都第一赤十字病院
池谷 博	京都府立医科大学
長尾 雅能	京都大学医学部附属病院 (～平成23年3月末)
村田 純江	アクシス法律事務所
服部 達夫	アクシス法律事務所

◎：委員長 ○：副委員長

<担当役員>

副会長	久山 元
理事	松井 道宣
	橋本 京三
	大坪 一夫