

兵庫県監察医の視点から

兵庫県健康生活部健康局医療課
課長補佐兼監察医務係長

長崎 靖

ご紹介にあずかりました長崎と申します。
兵庫県の監察医をやっております。

今、地方自治体が予算を組んで監察医制度をなんとか維持しておりますのは、東京、大阪と神戸です。最も規模が小さいのが神戸なんですけれども、先ほどより東京と大阪の監察医の先生方が、それぞれの地域の制度について詳しく紹介しておられましたので、私も兵庫県の様子について簡単に説明させていただきます。

兵庫県の監察医は、現在、神戸市内の新興の西区と北区を除きました旧市街、7つの区と9つの警察署、人口が約105万人の地域を対象区域として死体検案業務を実施しております。年間に検案数が大体1200体前後、そのうち解剖が800体弱くらいです。

1つの特徴としまして、東京や大阪に比べまして剖検率が非常に高いという点が挙げられます。病死や不慮の事故死の剖検率は85%以上、自殺を含めた全体の剖検率も7割弱となっております。この高い剖検率は、各監察医の異状死体は解剖して死因を

明らかにすべきであるという理念によるもので、決して兵庫県の監察医は検案能力に欠けており、解剖せぬと死因がわからないという訳ではないと思っております。ただ、単に理念だけで高い剖検率が維持できるわけでもありません。高い剖検率を支える理由の一に、兵庫県では阪神淡路大震災以降、検案数が増加したため監察医が現場に出向くことが非常に少なくなったという事情もあります。異状死体はほとんど解剖室まで運んでもらって、現場に行った警察官から事情を聞きながら、解剖台の上で検案をいたします。ですから判断に迷う場合はすぐに解剖に着手できる体制となっており、剖検率が上がる理由の一つではないかと考えております。現場を見れない欠点ではありますが、解剖中も不審な点があればすぐに立会警察官に質問することができますので、そういった欠点のある程度補えていると考えております。もう1つは、兵庫県では1日に1人の当番監察医が、その日に神戸市内で発生したすべての異状死体の検案をするシステムになっているのですが、年間1200体としますと、大体1日に3～4体となります。現場に行くわけではありませんので、自殺や老衰などを除いた2～3体を解剖することは、努力すれば不可能ではないという事を意味しているとも思われます。もちろん、検案数は季節や日によって異なりますので、検案が深夜にまで及ぶことも

ありますから、それを可能にする設備やスタッフのボランティア精神に依存していることは申すまでもありません。というわけで、兵庫県の監察医の考え方では、解剖しなくても死因が解るのは全体の3割強、自殺を除いた病死や不慮の事故では15%弱ということになります。

もう一つの特徴としまして、兵庫県では監察医制度区域外の県下全域の承諾解剖も監察医が実施しているという事が挙げられます。ただ、承諾解剖は監察医だけでなく神戸大学および兵庫医科大学の法医学教室でも実施しておりますので、数としては年間数十体前後ですが、自宅死亡例や病院死亡例など、例え警察が事件性は無いと考えた場合でも、御遺族が希望すれば解剖ができる体制になっております。これは兵庫県警の御遺族に対する対応が良いことにもよると思いますし、万一、神戸市以外におよぶ広域的な災害などが発生しましても監察医が対応できる地盤を作る意味でも重要なことではないかと考えております。

あともう1つ、特徴といえるかどうかわからないのですが、我々は救命救急施設との連携も大切にしております。1年間に検案する1200体のうちの約30%が、病院で亡くなったか、あるいは病院に搬送されたものの蘇生しなかった事例です。そのうち、神戸市内の主な三次救命救急施設である神戸市立中央市民病院、神戸大学医

学部付属病院、兵庫県立災害医療センターでは、CPAOA（病院に到着時心肺停止）事例の殆どを異状死体として警察に届け出ます。そして、その遺体が監察区域内で発生したものでしたら、そのままほとんどの事例を監察医が検案します。搬送された病院の先生が診ても診断がつかないわけですから、多くの例は解剖することになりますし、その結果は各医療機関の先生にフィードバックするようしております。フィードバックの方法として、神戸大学医学部付属病院以外の救急医療施設から診療情報提供書をつけていただいた事例につきましては、お返事を書くか、解剖報告書を送付しております。神戸大学医学部の救急部の場合には、毎週金曜日の早朝、病院カンファレンスルームでCPAOA症例のカンファレンスを開催し、一週間のCPAOA事例の臨床経過、診断、治療の再検討を行っておりますが、このカンファレンスに監察医が出席し、色々コメントしております。あと、神戸市立中央市民病院の場合では、CPAOA症例の中から特に検討を要するものを毎年何例か選び、年に1回、CPAOA研究会を実施しております。この会は同病院の救急部の先生が臨床経過を発言し、続いて監察医が解剖肉眼所見を、最後に同病院の病理の先生が組織所見を述べるという形で実施しており、今年で13回目になります。

最後に、兵庫県監察医制度の最大の問題点としまして、予算が非常に乏しいという点を挙げさせていただきます。全ての予算から検案書収入を差し引きました県の支出額は年間二千数百万円ほどしかありません。これですと、常勤監察医の給与を含めた人件費、必要最小限の消耗品、遺体の搬送費用でなくなってしまう。人件費も十分ではなく、非常勤監察医の日当は東京や大阪の半額以下ですし、正式な検査担当技師も配属されておられません。従いまして、消耗品の再使用から洗濯代の節約まで涙ぐましい努力が必要となりますし、非常勤監察医の先生方には、場合によっては検体をお持ち帰りいただき、常勤先で組織学的検査や中毒学的検査をお願いしております。また、現在、臨床検査技師の資格を持った事務嘱託員が1名いるのですが、事務嘱託員の給料では長続きせず、毎年交代しており、十分な検査はできておりません。ですから、実際に解剖したにもかかわらず、組織標本をつくれるのが1割以下ですし、毒物の検査は神戸大学医学部と兵庫医科大学の機器をお借りし、あるいはスタッフをお願いしてなんとかやっているような現状です。

このように厳しい状況でなんとか監察医制度を維持できておりますのは、場所を提供し、非常勤監察医を派遣していただいている神戸大学、非常勤監察医の派遣や中毒学的検査でお世話になっている兵庫医科大

学、その他、兵庫県の監察医制度を何とか維持しようと協力いただいている各非常勤監察医の先生方のボランティア精神によるもので、決して正常な状態であるとは考えておりません。欲を言えば切りがありませんが、監察医制度の維持に必要なのはお金だけでなく、維持しなければならないと考える法医などの専門家の数であるということを示しているのかもしれない。

以上、非常に簡単ですけれども、人口100万くらいの都市がどのようにして監察医制度を維持しているのかについて紹介させていただきました。

以上です。(拍手)

○司会 それでは、発言者の皆さん、前の方をお願いいたします。

○三澤座長 これからパネルディスカッションを始めさせていただきます。

たくさんのご質問が出ておりますので、お1人1人というか、あるいはまとめてどなたかというご回答になるかもわかりませんが、取捨選択させていただきます。

最初に、トーマス・野口先生から、アメリカのメディカル・エグザミナー・システムがコローナ制度とどう違うのかということをご説明いただくことになっていきます。先生、よろしくお願いいたします。

○トーマス・野口 ちょいちょい聞かれる質問です。コローナとアメリカのメディカル・エグザミナーはどう違うんだ。簡単に申し上げますと、メディカル・エグザミナー・システムというものは、コローナ・システムと非常に似ているだけでなく、権限とか異状死に対する考え方は全く同じです。

ただ違うのは、英国のコローナは法務官で、捜査に当たる警察官、これはスコットランドヤードとかメトロポリタンポリスの人がやり、解剖は大学の先生がし、最終的にそれをあつめて結論を出しますが、アメリカではそういう別々なシステムをまとめた1つの機関です。検視局長が法医学者である。

ロサンゼルスでのメディカル・エグザミナーには大体職員が200人おります。解剖をする人は25人おり、法病理の専門医の資格をもった公務員です。大体アメリカでは各専門分野で、検視をする人も訓練を受け資格を持っている、そして検査には最近の機械を入れたいというので、例えばガス・クロマトグラフ、マススペクトロメーターとか、スキャニング・エレクトロマイクロスコープ、走査型電子顕微鏡などのいろんな研究機械を持っております。ですから、いろんな意味で費用がかかるので、予算も大きいのですが、実は警察では、死体についての捜査はいたしませんので予算の重複はありません。

検視局というのは、簡単に申し上げますと、私の想像ですけれども、大学の法医学部の教室と、東京ならば監察医務院のような行政解剖をするところ、遺族のお世話をするための区役所の遺族係を集めた大きな制度になっています。

死亡診断書の調査や、医師の発行した死亡診断書について、病名や死亡にいたるまでの経過や用語が統計的にまだ不十分な場合は、先生方に臨床・診断の様子をきき、死亡診断名の指導をいたしますし、もう一回聞いて、実際にはっきりした診断が書けない場合は、検視局の方で解剖することになります。

コロナーズ・インクエストという陪審員を起用しての裁判はまだあります。私が現役でおりましたときは、コロナーズ・インクエストをやりました。これは全部するわけではありませんが、ただ老人ホームでのいろんな問題などは、公開で公聴会を開くことで、一般の市民の理解を得、そのため政治家も動き、必要な法令もできるというので、いろんな意味で一般の人たちに毎日関連するような業務を行っております。

○三澤座長 どうも先生、ありがとうございました。

幾つかの質問がありますので、まとめてお答えさせていただきます。全体にわたるご質問では、検案制度そのものとか、その費用はどうするのか、だれがそういう検案システムを考えるのか、そういう全般的な問題はありますけれども、それはおそらくこれからの討論の中から出てくるかも知りませんので後に回させていただきます。個別のご質問がありますので、まず柳田先生に、24時間以内に異状を認めた場合は警察に届けると。それから、24時間たった後、もう一度検案をしてという規則があるわけですがけれども、24時間問題がいろいろ複雑でわからなくなっているところがありますので、その辺のところを柳田先生にお話しただくのと、大阪と東京で考え方が違うのではないかというご質問がありましたので、河野先生、その後を補足していただき

たいと思います。

○柳田 ご質問は、最終受診後24時間以上を経過した場合の取り扱いということですが、大阪と東京とで異なるように聞こえたというので、ちょっとわかりませんが、東京では、臨床的に診断されたある病気で診療継続中の患者さんが亡くなれば、死因の診断がついているわけですから、死亡の診断ができる。医師法に出ている24時間以内というのは、最終診察後24時間以内に亡くなった場合、もちろんこの方はあと24時間以内くらいで亡くなるかもしれないという診断がついていた場合は、もう一回診察に行かなくても、例えば家の人から使いが来て、先ほど亡くなったようだといえば、診断書を書いていいという趣旨だと思います。

24時間以上たつたらば、確かにお亡くなりになっていることを医師としては確認に行きなさいという意味で、要するに診療継続中の疾病による死亡と考えられるのであれば別に24時間以上経過しても、異状死として届け出なくてもいいと思います。

先ほどお聞きしていた英国では、最終診察後14日以内ならば書けるのかな。診断されたその疾病で亡くなったと考えられる診療継続中の患者さんは、異状死として届ける必要はない、現在、東京都監察医務院でもそういう解釈でやっています。

○河野 大阪も一応監察医の理解としては、東京と全く同じですけれども、結局、地元

の主治医の先生たちの方が、むしろ24時間以上たっているのでは書けないとおっしゃって、頑固に書いていただけないときが非常に多いんですね。私どもの方で、いや、ずっと先生の方で診ておられますし、これは先生の方で、既に何日も前から相当弱ってきて、いつ死んでもおかしくないよというご説明をご遺族の方にされているわけですから、そちらの方で書いていただいて結構ですといわれても、それでも書かないとおっしゃる方がほとんどです。監察医の問題というよりは、むしろ地元の医師会の問題もしくは担当しておられる先生の問題ということになるのではないかと考えております。

○三澤座長 ありがとうございます。これに対していろいろご意見等があるかと思いますが、たくさん質問が出ていますので、まず一通りそれをやらせていただきます。

溺死の問題への質問がございました。溺死と判断するのか、あるいはそうでないか、特に高齢者で浴槽内の死亡が多いわけですが、その判断はどうするのかということで柳田先生に質問が来ております。

○柳田 ご質問を読ませていただくと、「浴槽内死亡の場合、溺死か、それ以外の病死か、判断に苦しむ場合が多い。死因を決定するに、どういう点に注意したらよいか」、これは全然わかりません。つまり、浴槽内

で亡くなっていた方が発見された場合には、非常にいろんな場合が想定されるわけです。ですから、私が検案すれば、東京都監察医としてでありますから、全部行政解剖に回す。そして、行政解剖して決定する。

例えば法医学的な溺死の所見でいえば、気道内に浴槽内のお水をたくさん吸い込んだ所見があったら溺死です。しかしその前に心臓なり脳の病気が起こって、直ちに致死的是でなくても、非常に重要な病気が起これば、多分潜ってしまいます。それで、直接的には溺水を吸引したとしても、死亡診断書、死体検案書の書き方をごらんになるとわかるように、アイウエとあって、直接死因のアは溺死でいいけども、その原因となったイは、脳出血とか、そういうことになります。そうすると病死です。とにかく、いわゆる法医学的溺死の所見があっても、外因死か病死かわからない。ですから、行政解剖が必要だというのが僕の考えです。

○三澤座長 長崎先生、黒木先生、また別のお考えがあるかもしれません。もしもありましたら、一言。

○長崎 兵庫でも、浴槽内はほぼ全例、ご遺族の拒否がない限り、解剖しています。

ご遺族の同意が得られない場合は、検案書の死因は不詳と書く監察医が多いようです。

○黒木 大阪の場合は監察医によって大分意見が変わってきますけれども、私はほとんど全部解剖しています。そうでない先生

もいらっしやいますし、そのあたりは監察医の先生ごとによって違います。

○三澤座長 ありがとうございます。後で時間がありましたら、今のお答えに対するご質問があるかと思いますが、先に進ませていただきます。

土井先生、さっき、肺血栓塞栓症が多くなったという話がありますけれども、その原因がわかるでしょうか。あるいは外傷がリスクファクターとよくいわれますけれども、その辺の問題がもしもあったら教えてほしい、そういうようなご質問です。

○土井 もちろん外傷・骨折等がある、肺に脂肪塞栓等が起きる場合がありますが、そういうのは肉眼では決して見えません。したがって、肺塞栓を疑うような、特に脂肪塞栓のようなものは、外傷があったときに必ず疑って検査をしないと、要するに組織学的に検査をしないと、見落としてしまいます。また、例えば経過が過ぎた場合、肺に止まらず、例えば脳だとか腎臓だとか、ほかの組織にも飛ぶこともあります。そういう意味で、例えば脂肪塞栓などは、自分で考えてみますと、疑わなければ調べませんので、今までかなり見落としてきたかもしれません。そういうものをきちんと調べることができるようになったとことが、増えた要因の1つだと思います。

それから、同じことですが、解剖の仕方にも注意が必要で、遺体を手荒に動かした

場合、本当に血管（肺動脈本管）の中にボーンと詰まっているものは余り問題にならないと思いますが、ごくわずかに痕跡程度、つまり死後時間がたって痕跡程度で外れてしまったような血栓、塞栓をどこまできちんと見ていくかが問題です。解剖の手順そのものも、肺動脈血栓・塞栓の可能性を考慮して、こういうものがあつたら決して見落とさないという手順で解剖することが必要だと思います。そういう手順をきちんと守ることで、逆に多数見つかるようになったのではないかと私は個人的に思っています。決して肺血栓塞栓症が我々のところでたまたま、たくさん見つかっているというわけではないと、個人的ですが、感想を持っております。

○三澤座長 東京都監察医務院では、一昨年から昨年にかけて、ちょうど数が倍になっております。原因そのものはわかりませんが、倍になっておりますので、主な法医学教室に問い合わせたところ、やはり数がふえているということです。血液の性状がいろんなことで変わってくるということもありますけれども、エコノミークラス症候群という話がありまして、それを調べなきゃいけないと、医師側でも注意してよく診るようになったのも1つの原因かなと思っております。まだ原因はよくわかっておりません。たしか女性の方が倍くらい、男性より多かったような記憶です。

それでは、次にいかせていただきます。
後藤先生には費用のことで同じようなご質問が3通来ておりました、高額な医学検査をした場合、特にCTとか、あるいは血液の検査も含めて、その費用が遺族の負担になってしまうと、大きな問題ではないか、そういうような趣旨のご質問ですが、いかがでしょうか。

○後藤 これは最終的には家族の方の納得の問題だろうと考えています。一般的に死体検案を行って死体検案書を作成するまでに、随分差はありますけれども、休日、深夜まで考えますと、大体2万円から5万円くらいまでの差が出るというのが一般的です。その中でCT検査、おおよそ1万円くらいですけれども、それを付加したときに、それを高いと見るか見ないかという問題になろうかと思えます。

多くの場合には、先ほども示しましたけれども、こうこう、こういうことでもってわからない、CT検査をすればわかるかもしれないけれども、やらせてくれるかどうかということを家族に問いかけをして、それだったらやってくださいというふうに承諾が得られたものに関して行うというのを基本にしております。

もう1つですが、解剖の件が出ましたけれども、解剖に関しては院内でのものではございませんので、病院で負担してくれません。どうしたらいいかということですが、

このときにとっても大切になるのが、実は警察の方々の対応です。警察の方々が、これではどうしてもわからないし、仏さんをお送りできないから、病院の方に調べてもらいましょうというふうに警察の方から一言ご進言いただけると、それはありがたいという話にもなりますし、よって費用もかかりますけれども、それは仕方ないですよねというふうにあらかじめちょっといっておいていただけると、私どもとしても非常にその後の話がしやすいということになります。

以前おりました病院では、一応院内で取り決めをつくりまして、持ち込みのこの手の解剖に関しては1体5万円をちょうだいするというふうに一応決めました。その中で調べさせていただきたいというふうに遺族にお話をしましたところ、多くの場合では良識ある方はむしろしっかりと調べてくださいという方の方が多かったような印象を持っております。

○三澤座長 監察医制度があるところと、そうじゃないところで、費用の面ではかなり違うのですが、東京の例を柳田先生。

○柳田 先ほどお話ししたとき、費用関係はお話ししなかったのですが、東京都では、異状死となって亡くなられて、監察医が検案に行って、検案して検案書を発行して、というのは全部ご遺族にとっては無料です。それから、もし死因等の関係で解剖すると、

お迎えの車が行って、運んで、解剖して、送り返して、ご遺族の方は全部無料です。東京都では、年間予算が大体10億だと思います。東京都の税金から10億が出ていて、年間1万体の検案、中には解剖もありますけれども、単純に平均すれば、1体10万円くらいを、東京都の税金でまかなって、ご遺族には負担はかかりません。

○三澤座長 大阪ではどうですか。

○河野 大阪も東京と同じく完全無料です。ただ、大阪は以前は死体検案書料を含めてすべて無料だったのですが、4～5年前になると思うのですけれども、余りにも赤字が多過ぎるということで、検案書料のみ1通2200円ですか、それはいただくようになっています。解剖、検査、遺体の搬送、それらはすべて無料です。

○三澤座長 東京の場合は、最初の検案書料は無料ですが、あと追加発行は1通400円ということになっていただいております。そのほかは無料ということですか。

土井先生、茨城ではどうですか。

○土井 茨城では、行政解剖に関しましては、搬送料含めて無料です。ただし、特別な病理解剖、病院から直接ご依頼のある場合は、行政解剖にするか、病理解剖にするか、非常に迷う場合が当然ありますが、病理解剖の場合は1体10万いただいております。

○黒木 イングランド&ウェールズのコロ

ナ一制度では、1体当たりちょうど250ポンド、5万円かかっているということが、ちゃんと書物に載っております。遺族からは取っていないみたいです。

○三澤座長 あと、ほぼ全員に対しての大きな問題が提起されております。例えば、今の検案制度を変えるとすればどういうふうにしたらよろしいかということと、法医学会の異状死ガイドラインについてどうかというような一般的な問題と、検案システムはだれが主体となってつくるべきかという、そういう大きな問題がございます。

まとめて、検案制度の変更点があるとしたら、どういうことがよろしいかということで、河野先生、何かお考えがありますか。

○河野 検案制度の変更点で、まず真っ先に進めないといけないと思うのは、全国的なシステムの統一だと思います。例えば私は特に乳幼児に興味を持って見ているのですけれども、乳幼児の取り扱いを見ても、地域地域によって全くその取り扱いが違う。学会などで赤ちゃんの突然死についての発表なんかをしても、いっていることがよその地域では全然わからないということもよくあります。

先ほどの発表の中でも申しましたけれども、例えば大阪ですと、監察医制度というのがその地域にあるがために、赤ちゃんが突然死をすれば警察が来て検視をして、監察医のところに持っていったり、あるいは

大学に持って行って解剖するということが、地域的にある程度コンセンサスができているみたいですが、最近呼ばれていった関東地方のある地域では、そもそも赤ちゃんが1つの家族で2例も3例も続けて亡くなっている。小児科の先生がおかしいということで、4人目の赤ちゃんがその病院に運ばれてきたときに、僕のところに連絡をしてこられたんですね。僕はこちらの方まで来て、これまでの事例をずっと見てみると、赤ちゃんが2人も3人も続けて突然死をしているのに、その地域では赤ちゃんの異状死体の届け出は全く行われていない。

警察はどうしているのかというと、最初の1人については警察すら来てなかったんですね。2例目については警察は来ているんですけども、警察の方が勝手に死因推定名をいって、病院の先生に「これ、余り事件性ないから、先生、書いちゃってよ」という感じで書いてしまっている。3例目のとき、異状が起こって病院に運ばれた段階で、小児科の先生が、これは変だということで僕のところに連絡してこられたものを、よく現病歴を見てみると、これはどう考えても窒息を起こされているというような事例です。

それをもう一回フィードバックして、以前の赤ちゃんたちがどういうふうに亡くなっていったかというのを調べてみると、や

はり同じような感じで亡くなってしまっているというものがあるにもかかわらず、それに対して全く死亡状況調査、検視、そういったものがなされていないということがありました。

それが特別な例かと思っていたら、最近、実は虐待されている子供の家族歴をずっと調べてみると、その地域だけじゃなくて、関西でも、それから中部地方でも、同じように赤ちゃんが続けて亡くなっているような例が非常にたくさん見られて、しかも3人目くらいになってからやっと虐待死がわかってくるというものが結構あります。そういったものを見ていったときに、監察医制度もしくはそれに準じた制度を全国的に整備をして、同じような死亡状況調査が行われる、同じようなレベルの検視が行われる、そういうふうにしていくことが大切だと思います。

○三澤座長 後藤先生あるいは長崎先生に意見を聞きたいのですけれども、臨床医の先生が検案して、たまたま解剖になったとします。そうすると、仮に診断が違っていたりしますと、臨床医の先生に社会的な責任感を押しつけるといいますか、ストレスになるということが現実問題あるので、その点どうお考えですか、というご質問です。後藤先生、何かございますか。

○後藤 実は根本的に内在する問題の非常に大きな部分だと思います。野口先生がお

っしやったように、Peer review という考え方が私どもの国では非常に少ないということ、医者一人一人がある意味で尊大とも思える自信と、そしてプライドを持っていて、それを傷つけるなどというのが日本の文化の中に1つあるように思います。ただ、そのことが今までずっと積み積もってきていて、医療訴訟が非常に大きくなる、あるいは日本の中でお医者さんたちがどうも昔に比べて信頼されないということにつながってきていると思います。

そこで大切なのは、真実を話すということから始めることだと僕は考えています。こんな話があります。僕は昔は病理医をやっていたこともあります。病理医の中にも2タイプあるというふうによく教えられました。1つは、悪徳検察官タイプの病理医というやつです。最後の最後までずっと核心に迫るところを隠して、「出たな、おまえ、ここが間違っておるぞ」といって、自分の満足感を得るタイプの病理医。そしてもう1つのタイプは、最初から比較的臨床の先生と話をしながら問題をあぶり出していくタイプの病理医です。後者のタイプの解剖をしなければ、最終的にシステムとして残っていかないとしますので、解剖をする立場の者も、決して悪徳検察官にならないように、要するにコンサルティングを受けてもらえるような解剖を行うということを心がけていけばいいのではないかと

考えています。

○三澤座長 長崎先生、何かございますか。

○長崎 救急の先生が自分たちの行った診断、治療をきちんと検証していくというシステムは、救急医療の質を向上するために非常に大切なものですので、我々はそのお役に立ちたいという気持ちで解剖の結果を報告しております。ですから、臨床の先生も診療段階で判明していることは診療情報として剖検医に提供の上、解剖結果を共有しようと考えていただければストレスが少なくなる場合があるかもしれませんが、いかがでしょう。CPAOAカンファレンスを実施している神戸市内の2つの病院の場合は、診断および治療行為のなかで反省すべき点が明らかになる場合はありますが、責任問題として追求するといった考えはございませんし、そのようなことをして、臨床の先生から正確な情報が得られなくなる方が問題だと考えております。

○三澤座長 土井先生、茨城では直接解剖した結果をご遺族に話すのではなくて、依頼された臨床医の先生にその結果を送り、臨床医の先生が説明するというシステムのように先ほどお伺いしたわけですけれども、特に剖検医と臨床医との今の問題ですね、何かご意見がございましたらお願いします。

○土井 ご遺族が我々のところにおいてになる限りにおいては、直接剖検医がご家族にご説明申し上げます。それで、むしろ臨

床の先生からご説明していただくということは、マクロの所見などに関しては、その時点ではしておりません。最終的に剖検報告書ができて、その後ご家族にもう一度先生のところに行っていただくということでございます。どちらかというと私どもの方が場合によっては何度も何度もご家族のご依頼にこたえてご説明を申し上げている。解剖が終わった直後ばかり、それから組織所見が終わった後ばかりです。場合によっては、つまり、ご遺族が臨床側に対して、疑問のところがある場合は、こちらが臨床の先生側にお話をして、症例によってはそれこそ2年、3年かかって、臨床の先生も交えてお話をしながら納得していただいたという例もございます。

そんなわけですので、どちらかという说我々、剖検医の負担が大きいというのが実感でございました。なんでそこまでやるんだというようなご意見を周りからはいわれることの方が多かったと思います。ただし、逆にいいますと、そこまでやらないと剖検したことの意義は薄れるのではないかと私自身は個人的に思っています。と申しますのは、やはりご遺族の方は、先ほど先生もおっしゃいましたけれども、真実、なんで亡くなったのかということが一番お知りになりたいんですね。したがって、ご遺族にも臨床側にも、ご説明申し上げるときには、きちんとわかっていただけるよう、ごまか

すのではなく、わからないものはわからない、しかし、わからないとは言うものの、新たな検査をすればもう一歩先がわかるかもしれないということも含めてご説明することが我々に課せられた使命ではないかと、思っております。

○三澤座長 全体にかかわる大きな問題として、法医学会が異状死のガイドラインをつくっているわけですが、今、外科学会その他、臨床の学会から、改定すべきではないかとか、いろいろ議論が出ております。実際につくられたときの委員長の柳田先生、その辺、ご意見がありましたらお願いしたいのですが、簡単で結構ですから、大きな問題です。

○柳田 臨床家として、自分は正直な意味でどこも悪い点がないとか、注射も間違いないし、何も間違えてないけれども、患者さんが急に亡くなってしまったというときに、自分は悪くないから届けられないし、警察にいう必要もない。とって、死因が何かよくわからないし、こういうのはどうしたらいいのだろうということを聞かれたことが幾つかありました。

それで、「それは異状死として、警察に届けたら」というと、医学的に自分はミスしたことのない自信はあるけれども、警察に届けるというのは、「やっぱり先生、どこか間違えたんだな」なんて思われるのが大変不愉快である。とって、どっかで何とか

してくれないかと相談されます。今の制度で警察に届けるという形が、いい悪いは別として、医療行為中とか、その後とかに亡くなられた方というのは異状死として届け出て、第三者に死因を決めさせて、お医者さん本人も、ご遺族の側も納得のいく解決をした方がいいだろうと。

そういう意味で、あの異状死ガイドラインの趣旨は、要するに医療行為に関連したか関連しないかわからないが、タイミングとして関連したような亡くなり方をした場合には、医師法にのっとって警察に届けることになっているという形をとった方が、むしろ臨床家にいいのではないかという趣旨であります。

ところが、臨床家にかなり誤解されまして、自分たちは悪いことをしてないのに、何故警察に届けるのかということ、警察に医療行為の是非がわかるのかということ。警察アレルギーもあるでしょう。私もそういうのを医事審判所というのか、医療行為に関連する専門の審判所とか、調査するようなどころがあって、そこに届けるならきつと抵抗はないだろうと思います。ただ、現状では、まず第1に警察に届ける。そうすると、警察がしかるべく、東京ですと監察医なり大学の法医学教室とも相談して、その後の、その人の死因を決めることを考えていくのだらうと思いますけれども、そんな趣旨でした。異状死ガイドラインに書

かれたから大変困るという意見もありますけれども、そういうことになっているから届けるというほうが、届けやすいのではないかという趣旨ではありました。

とにかく医療行為と、特にタイミングで関連して亡くなったかもしれないと思われるのは、第三者機関に届けて、第三者にその死因を決めさせるのが一番いいと考えたわけです。

○三澤座長 今までのパネリストのお答えについて、いろいろご意見もあろうと思いますし、また新たなご質問もあろうかと思いますが、後で時間を見てフロアからご意見をいただきたいと思います。

その前に、トーマス・野口先生に2つ質問が来ております。1つは、現在のアメリカの監察医制度は、1970年代からの医療訴訟が多くなったこととか、保険料が増大したということ、今の制度ができていないか、そういうふうに理解していいかどうかというご質問がまず1つあります。いかがでしょうか。

○野口 400年近くコローナー制度を保ってきたアメリカで、弊害が出たのは選挙制度であったため政治家がこの職についていた時代でした。いろんな点で問題がおきて、1915年にニューヨークで初めてオフィス・オブ・チーフ・メディカル・エグザミナーをつくりまして、有名な病理医、そのころ法医病理というはっきりしたものはな

かったんです。それからずっと業務をしておりまして、でもやはり全国的に広がったのは、1940年、50年、60年代です。現在では7つか8つくらいの州以外はメディカル・エグザミナー・システムを使っております。これは医療ミスとかいうものとは関係がありません。

○三澤座長 わかりました。ありがとうございます。

もう1つご質問が来ております。文書でもらっているのですが、「私が見たニューヨークやドイツの死亡診断書では、死因や解剖所見などの項目は秘密扱いになっていて、死亡届を提出する家族には読めないようになっています。その内容は衛生部の担当職員しか見られないことになっていますが、このようなシステムは米国あるいは世界でどの程度普及しているのでしょうか。このようなシステムですと、エイズとか精神病、医療過誤などを医師が正確に記入しやすくなると思うのですが、その辺、いかがでしょうか」ということですが、死亡診断書が非常に秘密扱いで、家族にさえも見せていない。ドイツとかニューヨークではそうだということなのですが。

○野口 もちろんエイズの問題は社会的に大きな問題で、個人の秘密を守るという主義ですけれども、死亡した後はプライバシーはありません。殊に検視の場合は、公な業務ですので、死亡診断書は州に登録され

ます。というのは、実際、死亡診断書はただ個人のデータだけでなく、アメリカ全国、世界の統計のデータになるというので、そのデータははっきり登録いたします。

○三澤座長 わかりました。

それでは、今までのパネリストのご発言に対して、あるいはまた別のご意見でもよろしいのですが、5分くらい、ご質問を受けようかと思いますが、どうぞ挙手をしていただけますでしょうか。

○金沢 いろいろ聞かしてもらいましたけれども、検案業務というのは、東京、大阪もありますけれども、全国の問題であって、かかわる人も、普通の一般の医者もあり、町医者もあり、警察もかかわっていますので、おのおのの意見を聞いて、苦労しているところを聞いていただいて、考えてほしい部分がいろいろあると思うんです。

○三澤座長 ありがとうございます。今の制度が絶対いいというわけでは当然ございませんので、だんだんこういうことも含めて議論したり、直していったりするということが必要だと思います。統一的に改革するという案があっても、実際に地方に行きますと、費用の問題、スタッフの問題でまた違って来たりします。これからいろいろみんなで努力していかなきゃいけないんじゃないかと思います。

○宮武 先日の日経新聞に書いてあったんですけれども、トーマス先生にちょっとお

伺いたいですけれども、アメリカでは弁護士もしくは検視により、医療事故が発見されやすい。医師がそれを防衛するために、非常に医療費が高騰して困っているというのが載っておりました。日本でも今度法学部の大学院制度ができて、弁護士もふえると思いますし、こういう検視の制度も発達するというか、医療環境は厳しくなっていくでしょう。そうしますと、臨床医はそれを防止する。その結果、医療費が高騰せざるを得なくなる。徹底的な原因追求というのが、医療費を高騰させる原因にはならないでしょうかね、日本では。

○三澤座長 先生、何かご意見ございますか。

○野口 ひとつ、アメリカでも訴訟されたときを想定して、Defensive Medicine という感覚があり診断も不必要とわかっているにもかかわらず診断・治療をしているとみせるために、意識しながら治療をした時期もありました。弁護士に訴えられたときに、それだけ十分なことをしたというために、いろいろな検査を2回も3回もした。現在アメリカで、MICRAという法律が設定されてない州では、やはり昔のように医療費だけでなく、お医者さん自身が保険をかけることができなくなって困っております。医療改善には真実が究明されなくては行けませんし、法廷に持っていくようなシステムよりか、第三者的な質の改善をするシス

テムになりますと、びっくりするほど医療の改善が目に見えてきます。それで、費用も、もちろん物価が上がっているのですが、少しは上がるかもしれませんけれども、私たちは医療費が高くなったりするということを感じておりません。

○三澤座長 どうもありがとうございました。

○後藤 我々臨床医が行う検案での現場は、ほとんど警察の方々からの依頼によって行うもので、いってみれば警察業務の一部というところもあります。そこで、今日来ておられる警察の方から、今回の話を聞いて、ぜひ一言お話を伺いたいと思うんですが、三澤先生、どうでしょうか。

○三澤座長 では平井さん、一言、警察関係者としてご意見を。

○平井 失礼いたします。臨床の先生方に警察の方から依頼をして、多数の検案を昼夜の別なく、またお休みのときであってもお願いして、それを引き受けていただいて、大変感謝しております。今日お集まりの方の中にも、そういった立場で協力して頂いている方がたくさんいらっしゃると思いますので、この場をかりて、今後ともご協力をお願いしたいと思っております。

○三澤座長 まだまだフロアからあろうかと思いますが、柳田先生から一言。

○柳田 平成7年から死亡診断書の書式が変わりまして、今の形になりました。それ

は死因や病名などの分類、ICD-10に改正されたので、それに沿って我が国でも書式を変えるということでありましたけれども、僕が一番その中で気になったのは、死因の種類ですね、病死だとか自殺とか交通事故とかいう分類を医師が○するところがあります。あれは厚生省の委員会の中でも、最初のころは病死と外因死と不詳の3つくらいでよい。例えば、脳挫傷で亡くなったというのは医学的に責任を持つけど、自分で飛び降りたのか、人に押されたのか、そのほかのことかというのをきめるのは、医師の仕事ではない、医師ということで、反対していたのですが、今のような十幾つにも分かれた分類になりました。法医学会の異状死ガイドラインがかえってよい参考になったようです。

厚生省が考える死亡診断書は、国民の人口動態、死因がどうなっているか、それを衛生行政に反映させるのが仕事なので、ひたすら分類しやすいように、速やかに分類できるようにというので、医師の方に負担が多くなりました。

○三澤座長 ありがとうございます。

きょうはいろんな立場の先生からいろんな問題が出されたわけですが、じゃどうしたらいいかというのはこれから皆さんも含めて我々も考えさせていただくわけです。最初の届出ということを考えますと、異状死の届出の問題があります。ガイドラ

インがどうかということ。それから、監察医制度があるかないかという制度上の問題ですね。おそらく監察医制度がある5つの地区でも、先ほど申し上げましたように、非常に濃淡があります。特にないところでは承諾解剖という形で、法医学教室が一応受け皿になって解剖を行っております。しかし、いろんな制限がありまして、数はそんなに上がってないと思いますけれども、ぜひそれを利用させていただきたいと思えます。

実際には警察医の先生が監察医制度がないところでは検案をしているわけですが、外表面のみからの検案、先ほど柳田先生の発表がありましたけれども、意外と解剖した誤診率もあるわけですから、非常に難しい。それをどういうふうに縮めていくかということは、警察医の先生あるいは検案する先生の法医学的なもの、病理学的なものを含めて、知識とかあるいは研修という問題が当然出てくると思います。実際に研修が行われているところと、全然行われないところがあります。日本中で承諾解剖が行われてない県が5つございます。そういうこともこれから考えていかなきゃならないかと思えます。

また、死体解剖保存法も、そのままではなかなかうまくいかないと思えますし、そういうことも将来何か提案していきたいなと思っています。

きょうは多種多様の意見で、場合によってはまとまらなかったかも知れませんが、大きなご質問があって、お答えができなかった部分もありますが、これを機会に将来何か提言を受けていろいろ進めていきたいと思えます。

これでこのパネルディスカッションは終わりにしたいと思えます。どうも長時間いろいろありがとうございました。(拍手)
○司会(瀬上) 三澤先生、どうもありがとうございました。パネリストの皆さん、本当にありがとうございました。

きょうの閉会に当たりまして、本セミナーは日本法医学会の先生方にもいろいろと企画その他でお世話になりました。お話を差し上げましたところ、法医学会の理事長の名古屋大学の勝又教授、それから監事の大阪大学の的場教授、東京大学の吉田教授、お三方、この席に朝からご参加いただいております。代表して勝俣先生に、本日のこのセミナーについて、あるいは内容について、ご発言をいただければと存じます。

○勝俣 ただいまご紹介いただきました、日本法医学会で現在理事長を務めております勝俣と申します。

こういう機会というのは、本当に私ども、勉強になりますし、また法医学会が実際にかなりいろんな形で携わっておりますが、従来行政の方々あるいは臨床の先生方と同じ席で本当にどうしたらいいんだろうとい

うことを話し合う機会というのは意外と少なかったと思えます。こういう機会がこれからもっともっと発展していくといいなと思っております。

中身なんですけれども、先ほど後藤先生がおっしゃったように、確かに異状死体の検案のシステムそのものについての改善というのは非常に重要だと思えます。亡くなられた方というのは一番弱い立場の方でございます。そういう方たちが本当にしっかりと適正に扱われるということは、これはもう近代社会として、社会が責任を持つべきことでございます。残念ながら、我が国はまだはらばらでして、なかなかうまく整理されてない。

もう1点の、いわゆる医療事故の問題につきましても、まだまだたくさん宿題がございます。私は昨年の法医学会と外科学会の論争の後を引き継ぎまして、昨年からは理事長をやっておりますが、どうやって第三者機動的なものをつくってやっていくんだろうということを、現在、内科学会、外科学会、病理学会、法医学会の代表を交えて検討を進めている段階なんですけれども、まだ必ずしもしっかりと見えておりません。はっきりいえるのは、我が国で医療事故の統計が必ずしもはっきりわからない、これが非常に問題でございまして、こういったことを1つ1つしっかりと解決しながら、いい制度にできるだけ急いで持っていかな

きやいけないと思っております。そういったことについても、こういった会が大変大きな推進力になるのではないかと考えております。

きょうは先生方、たくさんおいでいただいて、非常に勉強させていただきました。本当にありがとうございました。(拍手)
○司会(瀬上) どうもありがとうございました。

今回の会議に当たりまして、トーマス・野口先生、遠路はるばるお越しいただきました。そして、奥様も最初から最後までご同席いただきました。改めて温かい拍手で先生に感謝を申し上げたいと思います。どうもありがとうございました。(拍手)

もう一度パネリストの先生方、準備を含めてどうもありがとうございました。

私は国立保健医療科学院、公衆衛生政策部長という、これまで余り法医学とは縁のない世界に生きてきたわけですが、初めての試みとして、こうしたセミナーをやらせていただきました。また、これについて、ぜひご意見をお寄せいただければ大変ありがたいと思います。ご意見等ございましたら、公衆衛生政策部あてによりしくお願いいたします。