

ングをして、審議の要否、職業倫理・医療行為・健康のいずれの審議会にかけられるかを定める。医療行為審議会は、医師の態度・能力・臨床およびコミュニケーション技術、臨床記録、および監査報告に関して評価・審議をする。健康審議会の審査対象は、アルコール・薬物中毒などである。通常、調査のため、2名の専門医と1名の一般人審議員を派遣する。

例えば、腹腔鏡手術で、7名の患者に合併症を起こした医師に対して、公開の職業裁判として開催された職業倫理審議会の評決文(要約)を紹介する。「貴下が7名の患者に対して行った術前・術後の治療のミス、加えて、腹腔鏡・開腹手術における技量に関する重大な懸念に関して審議をした。その結果、貴下の医療の水準は、一般人がGMC会員に期待する医療水準を大きく下回ると判断した(以下、Good Medical Practiceの引用)。すべての医師は、患者の医療を最優先すべき義務を負う。そして、治療をするときには、十分な能力を備え、職業上の知識と能力の限界を知らなければならない。(中略)審議会は、重大な職業倫理違反により有罪と判断し、登録を抹消する。」このように、審議の実務で使われながら、「医療水準」が周知され、不適切な場合には修正されて、医師自らが医師を管理する体制が確立されている。年間の登録停止・抹消の数は、日本の半数以下の人口で、百数十件と桁外れに多い。しかも、リピーターとはいえ、患者の死亡につながらないような上記のような事例も厳しく処分されている。これによって、医師は、社会からの信頼を得ている。

米国においても事情は同様である。マサチューセッツ州では、看護師がカルテなどのスクリーニングをして、法律家とともに審議の資料を作成する。一般人が参加する月例のMedical Boardでは、これらの資料が審議され、複数の医師が免許停止の処分を受け、氏名や処分内容が公開されている。今後、日本においても、英米のように、医療従事者主導で、日進月歩の医療に合わせて医療水準を定め、一般人や法律家を入れて審議をしつつ、その結果を公開していくような行政処分システムの構築が求められる。そうすることによって、医療の質の実質的な管理が可能となり、審議過程が合理化され、医師の自主的な意識改革に根ざした医療改革が継続される基盤ができるであろう。また、民事・刑事処分からの望ましくない医療界への圧力を回避し、医師自ら社会から信頼される医療を構築することが期待される。

VIII. まとめと提言

日本の医療関連死の死因究明の制度は、早急な改革を要する。その改革において、刑事手続きに直結する異状死届出制度の改革、および、医療評価の専門家の公式参加が求められる。そして、解剖・評価の結果や情報を、事故の再発、および、紛争の予防に役立てることが求められる。そ

のためには、医師法、死体解剖保存法、刑事訴訟法などを統一的に改革し、死因究明と事故の再発予防を目的とした新しい法を定めることが望ましい。そして、これらの過程を統括する専門家、検案・解剖・医療評価の専門家に加えて、調査を補助し遺族・関係者を調整するコーディネーターを養成する必要がある。また、調査結果より、医療を評価し、事故の再発予防のための方策を検討し、提言をする委員会が必要となる。

ほとんど原型の存在しない、このような死因究明制度を作り上げてゆくうえで、厚生労働省の「医療に関連する死亡の調査研究に関するモデル事業」は、有益な経験を与えてくれる。このモデル事業の試案作成に当たって、英国、オーストラリア(ビクトリア州)の法・制度は、いろいろなことを教えてくれた。

まず、法医・病理医・臨床医が協力して、解剖・評価をすべきである。また、届出受付や遺族対応に看護師(コーディネーター)を起用すべきである。すでに、この解剖方式やコーディネーターの有効性が実感されている。次に、医師・法律家が参加する地域の評価委員会で、調査や評価の結果を審議して、その内容を、遺族・病院の双方に伝えることが求められる。この過程で、コーディネーターや評価委員の適切な対応によって、紛争を未然に防ぐため、調整や裁判外紛争処理の手法を学ぶ必要がある。そして、委員会で、事故の再発予防に関する議論をし、予防のための方策を提言し、ITなどを利用して公開することが求められる。

これらの目標を達成するためには、多様な職種・背景をもった人々のモチベーションとチームワークが必要である。まず、病理医と法医の協力体制の確立が出発点となることを確認したい。

文 献

- 1) 吉田謙一, 河合格爾, 武市尚子他: 英国の異状死死因究明制度—第三者機関のモデルとして—. 安全医学 2004, 1: 19-23
- 2) 吉田謙一, 黒木尚長, 河合格爾他: 英日比較 医療関連死・医療紛争対応行政システム 1: 英国のコロナ制度にみる医療事故対応. 判例タイムズ 2004, 1152: 75-81
- 3) Review of Forensic Pathology Services in England and Wales. Home Office 2003. available from internet
- 4) 吉田謙一, 武市尚子, 河合格爾他: 国際比較にみる日本の「医療関連死」調査第三者機関の要件と保健所届出について. 日本医事新報 2004, 4201: 53-58
- 5) 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 2005 4228: 57-62
- 6) VIFM (Victorian Institute of Forensic Medicine) review ISSN 1448-5842, 2003 & 2004. information is available at www.vifm.org
- 7) 吉田謙一, 瀬上清貴, 武市尚子他: ロスアンジェル

ス郡検死局見学記—医療事故の異状死としての取り扱いを中心に. 日本医事新報 2003 4150:59-64
8) 吉田謙一, 黒木尚長, 河合格爾: 英日比較 医療関連死・医療紛争対応行政システム 2: 英国の医事審

議会 General Medical Council. 医師の自律的な行政処分から医療水準向上活動への熱い展開. 判例タイムズ 2004, 1153:80-88

□連 載□

医療関連死

□第5回□

医療関連死届出窓口業務と調整医・調整看護師

吉田謙一

病理と臨床・別刷

2006 vol. 24 no. 3

東京/文光堂/本郷

医療関連死届出窓口業務と調整医・調整看護師

吉田謙一*

はじめに

薬剤を注射された患者が急死し、主治医が「体質異常が関係した薬物ショックであり、ミスはないです」と説明したとき、遺族はどう感じるだろう？ 実際、遺族が疑うように薬剤の種類や量の間違いによる死亡は少なくない。このように、医療に関連した可能性のある死亡(医療関連死と呼ぶ)の死因の究明には、解剖が必要なことが多い。そこで、「当院で病理解剖をしましょう」と言われたとき、多くのご遺族は「信用できない」と思う。そして、医療ミスを疑い、遺族が警察に通告した場合、法医に司法解剖が要請される。しかし、司法解剖では、執刀医がご遺族にすら死因を説明できず、同業者の医療評価(ミス)についてコメントする医師は少なく、警察官にご遺族の心情に寄り添った対応は期待できない。そして、裁判でも、ご遺族の真実究明や再発予防の願いはかなえられない。

医師法 21 条は、医師に「検察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。」と規定している。しかし、届け出た医師は、時に犯罪者扱いされ、また、解剖の情報が伝えられないので、届出にメリットを感じない。医療関連死に対しては、公正に死因を究明し、専門家が医療を評価し、説明すべきであるが、現状は……

このような実情を改善するため、2004 年 4 月、日本内科学会、外科学会、法医学会、病理学会が、死因究明にかかる第三者機関の設置に関する共同声明を発表し、2005 年 9 月より、厚生労働省の補助事業として、「診療に関連する死亡の調査分析モデル事業」(モデル事業と呼ぶ)が開始された(図にフローを示す)。本稿では、この事業にかかわる調整看護師(東京地域では、コーディネーター)と総合調整医の役割を中心に、窓口(東京地域では、東京大学法医学教室内)の業務について解説したい^{1,2,3)}。

*東京大学大学院医学系研究科法医学講座

I. 外国の事情、日本との比較^{4,5,6,7)}

英米では、法に定められた異状死を検視官に届け出て、調査が行われている。そして、合併症とされる事例を含む、医療と関連した可能性のある広い範囲の死亡事案が異状死として届け出られている。英国圏ではコロナー(法律家)、米国ではメディカルイグザミネーター(法医)が死因究明に責任を負い、検視の指揮をする。例えば、腹部大動脈瘤の破裂は不可避であり、医師は届出対象とは考えていない。しかし、遺族がミスの疑いをもつ可能性があるとき、届け出て、「法の傘の下にコロナーに守ってもらえる」のが、英国の医師の届出に関する認識である。また、メディカルイグザミネーターは、警察と同様の捜査権限をもっている、社会に信頼されている。

日本では、死因究明の責任は検察官が負うが、大部分、警察が検視を代行しており、その責任者が検視官である。しかし、検視官は、全異状死体の 1 割強にしか臨場(現場立会い)できず、2 年程度の任期で交代する。異状死届出は全死亡の 13 % 程度であるが、英国では、異状死は 4 割弱あり、コロナー相談事例は半数を超える。そして、コロナーは終身職である。これに対して、法医解剖率は、日本 1.3% に対して英国 23% である。このように、日本の異状死の死因究明制度は、英米の制度に比べて、死因を誤る危険性が高い(表)。

英米では、届出の目的が死因究明にあるので、過失を追究されることは少なく、透明性を示すことができるというメリットがある。しかし、日本では、届出が犯罪捜査の端緒となるので、医師は届出を躊躇する。英国でも、調査情報が医師に十分伝えられないという不満があるが、日本では、捜査情報上の守秘規定にかかわるので、医師には伝えられないのが当然である。

英米では、検視官の補助者がいる。彼らは、警察とは独自に死因に関する調査(捜査)を行い、解剖・検視法廷の日程調整、死亡診断書交付、説明などに活躍している。ちな

表 医療関連死の届出の現状

	英国	日本
届出対象	明示	不明
究明対象	死因	犯罪
情報公開→予防効果	利用可 透明性	不可 (起訴?)
医師にメリット	明らか	不明
異状死/全死亡	38%	13%
法医解剖率	23% (英)	1.3% (含行政)

みに、検視法定とは、英国圏諸国で、死因調査に関する事実認定のため開かれる法廷である。日本では、忙しい刑事が精一杯奉仕しているが、遺族対応には限りがある。ただし、東京都監察医務院には、監察医補佐という職があり、同様の役割を負って活躍している。

英国で会った2名のコロナー捜査官(元女性兵士、元救急隊長)は、遺族に対しては「いつ何時でも、どのような要請にも応えるよ」と誇らしく言っていた。フロリダ州に世界最高級の検死システムを作り上げたジョセフ・デビス元検視局長は、「調査官としては、看護師が最適だよ」と言っていた。米国では、性犯罪被害者や被虐待者に対して、法医看護師 forensic nurse が心理的対応と資料採取などに活躍している。

オーストラリアのビクトリア州では、州コロナー事務所の受付窓口にてベテラン看護師をおき、事情聴取をさせている⁷⁾。見学したとき、1人の看護師が、「診療経過が明確で死因が推定でき、状況も明確な場合には、解剖は必要でないわ、しかし、死亡状況の明らかでない乳児の死亡の場合、解剖が必要よ」と言いながら、同じ建物の中にある法医学研究所やコロナー事務所のスタッフと一緒に解剖の要否の予備決定をしていた。最終的には、法的権限をもつコロナーが判断する。問題は、アポリジニーなど宗教上の理由で解剖を忌避する場合だという話であった。また、遺族の心情にも配慮しなければならない。コロナーが必要と判断すれば、解剖は実施されるが、遺族は24時間対応の裁判所に解剖差し止めを要請できるという。

遺族は、真実究明と説明、そして、心情に共感し、話を十分に聞いてくれることを求めている。この意味において、諸外国と同様、日本でも看護師に期待される役割は大きい。

II. 調整看護師・コーディネーターの仕事

調整看護師は、病院が遺族の同意を得てモデル事業の調査を依頼するとき、窓口の電話で事情を聞き、総合調整医が受け入れの可否を判断し、解剖実施場所を決め、担当医を招集するのを助ける。解剖実施場所では、遺族と病院関係者、そして、解剖・調査を担当する法医、病理医、臨床

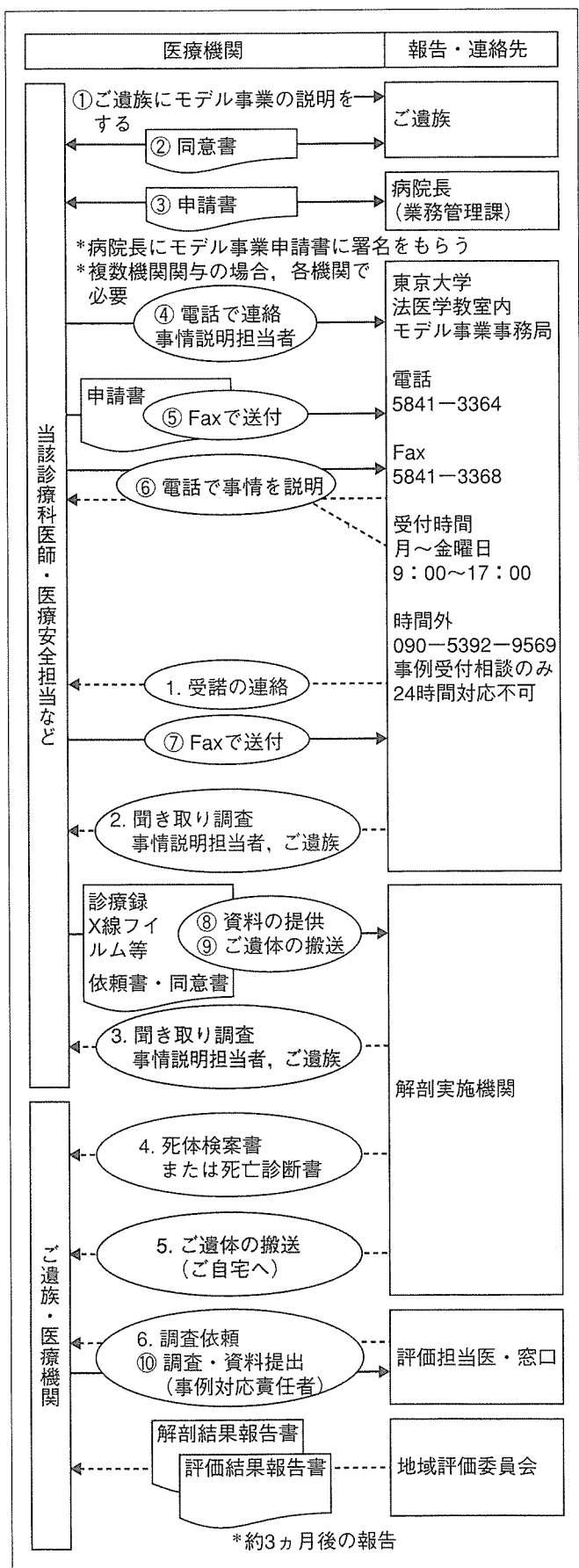


図 モデル事業手順フローチャート

医の間を調整し、解剖に立ち会う。また、遺族の心情に寄り添って思いを受け止め、当事者医師には聞きにくいことを聞き出して、遺族や調査担当医に伝える。

調整看護師は、医師や病院に公正な医療者、そして、外部評価専門家として接し、カルテや写真の保存に努める。解剖前の事情聴取に加えて、評価担当医が医師を聴取し、病院を調査するとき、日程を調整し、調査を補助する。病院内では、リスクマネージャーである看護師が、事故後の事情聴取や調査、そして、遺族への対応に活躍している。リスクマネージャーと調整看護師(コーディネーター)は、病院の内外で事故の調査と遺族対応という共通の目的に向かって努力している。したがって、透明性を保った状態で、双方が真摯に協力すれば、医療事故の再発が予防され、医療に対する信頼が向上するであろう。

解剖後の説明においては、遺族に寄り添って、解剖担当医の説明と一緒に聞く。医療ミスが強く疑われるとき、激昂した遺族を冷静な方向に向け、わかりにくい医学用語を平易に説明する。このように、潜在的に紛争の当事者となりうる遺族と当事者医師の間に公平な第三者として立ち会い、お互いが冷静かつ客観的に事実を把握し、真実が誤解なく伝えられ、コミュニケーションできるように「調停」することが期待されている。そのことによって、紛争・裁判を未然に防ぐことができるだろう。

このように、調整看護師は、新しい分野を開く主役の一方を務める。しかし、認知不足のため有志が足りない。読者の皆様にも、ぜひ、周囲の看護師さんに非常勤の調整看護師を勤めていただきたい。医療を外から見直す良い経験を得ることができるだろう。

Ⅲ. 総合調整医による事案の検討

総合調整医は、窓口において、調整看護師とともに、依頼病院の調査要請を受け、調査対象となるか否かを判断する。現行法上、司法側は、確実に診断された内因死以外は、異状死として、警察に届け出ることを求めている。そして、所轄警察による検視の結果、警察の検視官、地検の検察官が、業務上過失の判断のため、司法解剖を要する場合を除いて、モデル事業の調査対象となる。

患者・手術すべき臓器・薬物・挿管の過誤などにより死亡した可能性のある事例については、通常、司法解剖が必要と判断されてきた。また、遺族が強くミスを疑う場合、司法解剖に付されることが多かった。しかし、司法解剖の情報は、直接、調査担当者から遺族に伝えられず、また、医療専門家が積極的に鑑定に協力することはない。そして、事件処理に2~3年を要する事案が多く、不起訴となる多くの事例でも、当該病院や医療界に情報が還元されず、事故の再発予防に利用できない。

モデル事業では、心臓外科手術の事故であれば、心臓外科医が、解剖前、カルテ等の資料を見て、当事者医師から

事情を聴取し、解剖に立ち会って、手術手技のチェックや局所解剖を指導する。加えて、より経験の豊富な心臓外科医が複数で、病院の調査結果、および解剖結果をもとに評価結果報告書を作成し、多数の医療専門家と、患者側・病院側にたつ弁護士を含めた地域評価委員会で審議して最終的な報告書を作成し、これを、おおむね3ヵ月以内に遺族と病院に開示し、説明する。

このような事情を考慮すると、遺族がミスを疑い、高度な専門的判断が求められる事案こそ、モデル事業に適した調査対象であるといえる。

多くの臨床医は、モデル事業の窓口に届け出る場合、警察届出が免除されるべきであると考えており、総合調整医が警察と相談・通報することには納得していない。薬物過誤による患者死亡につき、医師が警察に届け出なかった件が、医師法21条違反と認定された都立広尾病院事件最高裁判決(平成16年4月13日)には、届出対象に関する判断は示されなかった。しかし、検察・警察は、医療に関連した可能性が疑われる広い範囲の事例、確実に診断された内因死以外のすべてを届け出るべきであると考えている。一方では、届け出た後、モデル事業の調査を推進してほしいと考えている。その際、司法解剖の要否の最終的な判断の権限は、検察官にあるが、総合調整医の判断が最大限尊重される。むしろ、遺族がミスを疑い、事情聴取からもミスが疑われる事案が、検察・警察から紹介されている。しかし、モデル事業の実務の中でも、警察の関与をめぐって、司法側と臨床医側の意識・立場の違いが大きな問題としてクローズアップされている。

医師法21条の解釈は、司法側と臨床医側で大きく異なる。司法側は、モデル事業を円滑に進めるには、取り扱う事案をすべて警察に通告することを求めている。臨床側が主張するように警察を介さない取り扱いをするためには、検察庁・警察庁と厚生労働省の双方が具体的な取り決めをし、通告すべきである。例えば、「モデル事業で解剖・調査した結果、犯罪に該当する医師の過失が見出された場合には、死体解剖保存法に従って届け出るべきである」というモデル事業の規定を厳格に運用することで、解決できるであろうか? 犯罪の範囲を明記しない限り、犯罪か否か判断の権限をもつ検察官は、「すべて結果を知らせてください」と言うであろうし、また、解剖担当者も、少しでも疑いのある事案は、警察に届け出ようとする可能性がある。

結局、届出の問題は、英米のように、合併症を含む広い範囲の医療関連死を届出対象として法定し、受け入れと解剖要否の判断の権限を、特定の人に委譲しなければ解決しない⁴⁻⁷⁾。そして、医師法21条や刑事訴訟法の改正、または、明確な通告の交付を要する。英米では、相談事例が半数を超え、医療関連死が当然のように届け出られている。しかし、英国でも、警察の検視、警察医の検案を経てコナーによる死因調査が行われる。米国のメディカルイグザ

ミナーは、大きな捜査権限をもつ医療警察官といえる。このような事情をみても、届出事例に何らかの司法側のフィルターを通すことによって、透明性と公正性を担保する必要があると思われる。

なお、英米の死亡証明書(死亡診断書、死体検案書を兼ねる)には、合併症の項目があるが、決して、当事者医師が届け出ないで記載することはできない。また、日本のように、窓口で専門家が、死亡診断書・死体検案書の内容をチェックしない先進国を見出すのは難しい。

IV. 総合調整医のその他の仕事

解剖を担当する法医、病理医、臨床立会医に連絡し、解剖場所、解剖開始時間を決めて連絡し、ご遺体の搬送、ご遺族の待機場所の確保、ご遺体の引き取り手順の打ち合わせなどを、調整看護師とともに行う。特に、臨床立会医の確保が難しいことがある。解剖前後の説明に調整看護師とともに、あるいは、単独でかかわることもある。

解剖後は、状況を把握して整理し、関係者に連絡し、調査過程に関して調整し説明する。また、評価担当医を決定して連絡をし、必要な資料を伝える。さらに、ご遺族に求められた説明に対応し、報道に関する同意を確認する。

解剖後3ヵ月以内に開かれる地域評価委員会の評価委員を決定し、委員会の日程調整、資料の送付を行う。東京地域評価委員会には、内科系、外科系各2名、地域代表(法医)、病院側専門弁護士、患者側専門弁護士、そして、事例担当者が出席する。評価委員は、臨床の総合調整医と相談しながら、学会推薦リストから選び連絡をする。公平性と専門性を考慮する必要がある。地域評価委員会のコーディネーターも重要な役割である。

V. 結 論

モデル事業における窓口業務は、極めて重要かつ重い。いろいろ予測を超えた問題が生じる。窓口である東京大学法医学教室内で、東京地域代表として、そして、総合調整医として5ヵ月あまり事業に従事した感想は、解剖に至ったケースは、どれも、第三者が関与することが、遺族・病院にとってプラスにはたらいっているということである。

司法解剖では、医療の専門的内容を十分に理解できないまま裁かなければならないつらさがあり、情報がうまく遺族にも医師にも伝えられないことに対する虚しさがあった。しかし、このモデル事業の解剖では、臨床立会医が率直に意見を言い、解剖では手術の内容などに踏み込みながら、局所解剖を指導してもらえる。何より、医療のため、患者遺族のために解剖・調査をしているというやりがい、充実感がある。

警察・検察も極めて協力的であり、多くの事案は、警察から紹介された。しかし、一方で、事業のことが周知され

ていないために、誤解を生じ、事業で扱えなかったケースも少なくない。また、臨床医の警察に対する過剰な拒否反応にも、正直、当惑している。広尾病院事件最高裁判決は、医師の認識と隔たった法的な判断があるのであって、司法側には、「確実に診断された内因死以外は届出対象」と認識されているのである。コローナやメディカルイグザミナーのように、法に定められた基準に従って届け出られた事案を、権限をもって判断する、そして、その判断に誰も文句を言わないというのでなければ、総合調整医は自信をもって勤められない。取り扱いを各省庁間で十分調整し、内容を通達のかたちで徹底し、関係者に周知することが極めて重要であると考えられる。

私は、法医学の教授として、司法解剖や鑑定、教育、研究指導などに携わっている。学会の運営にも時間を割かれる。そのような中で、事故は日時を選ばず起こっている。しかし、いつ何時でも対応できる体制は整っていない。また、調整看護師も全く不足しており、費用や謝金の分配や、いろいろな連絡・調整を常時いる事務職(看護師、医療職が望ましい)なく行うことも大きな負担である。そして、できれば、医師の補助者をつけていただきたい。極めて難しい仕事に対して、権限もなく、使える人も足りない状況では、トラブルが起こるのは目に見えている。しかし、そのような体制が、ある程度整えば、この事業は、医療を変える大事業に発展することは断言できる。窓口の充実がもたれる。

HP (<http://www.med-model.jp/>) により詳細を見ていただきたい。

文 献

- 1) 吉田謙一, 武市尚子, 池谷 博他: 届出るべき「医療関連死」について. 日本医事新報 2004, 4209: 55-61
- 2) 吉田謙一, 武市尚子, 河合格爾他: 国際比較にみる日本の「医療関連死」調査第三者機関の要件と保健所届出について. 日本医事新報 2004, 4201: 53-58
- 3) 吉田謙一: 厚生労働省が目指す医療関連死調査の近未来とは? 病理と臨床 2005, 23: 1229-1235
- 4) 吉田謙一, 瀬上清貴, 武市尚子他: ロスアンジェルス郡検死局見学記—医療事故の異状死としての取り扱いを中心に. 日本医事新報 2003, 4150: 59-64
- 5) 吉田謙一, 瀬上清貴: マイアミ・デード郡死因調査局見学記: 死因調査第三者機関としてのメディカルイグザミナー制度のあり方を求めて. 賠償科学 2004, 31: 74-81
- 6) 吉田謙一, 黒木尚長, 河合格爾他: 英日比較 医療関連死・医療紛争対応行政システム1: 英国のコローナ制度にみる医療事故対応. 判例タイムズ 2004 1152: 75-81
- 7) 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 2005, 4228: 57-62

□連 載□

医療関連死

□第6回□

医療に関連する解剖にかかるガイドライン案

吉田謙一 高橋 香 高澤 豊 深山正久

病理と臨床・別刷

2006 vol. 24 no. 4

東京/文光堂/本郷

医療に関連する解剖にかかるガイドライン案

吉田謙一*1 高橋 香*1 高澤 豊*2 深山正久*2

I. 目 的

2004(平成16)年9月,日本内科学会,外科学会,病理学会,法医学会を含む基本領域19学会の共同声明を受けて,2005(平成17)年9月より,厚生労働省の医療「診療に関連する死亡(医療関連死と略称)の調査分析モデル事業」が全国4地域で始まった。その目的は,解剖と調査により,医療関連死の死因・事故原因の公正な究明と医療の評価をし,遺族・医療関係者に情報を開示することによって,医療の透明性を確保し,事故の再発を予防することにある¹⁾。そのため,法医,病理医,臨床立会医が共同して解剖を実施する(医療承諾解剖と呼ぶ)。今後,5年間の事業の評価・研究を通じて,新たな制度・法の制定に役立てることが期待される。本稿は,この「医療承諾解剖」について,東京大学法医学と人体病理学が検討した「たたき台」であり,事業を通じて検証されるべきものである。現時点では,事業主体が承認したのではなく,私的な「解剖にかかるガイドライン案」であることをお断りする。なお,手順に関しては,「東京地域マニュアル」をもとに記載しているので,東京以外の地域では,「厚生労働省の標準的な流れ」と地域の事情に配慮を要する。

II. 背景と理念

解剖の比較を表に示す。

司法解剖は,異状死届出や告発を受けて,警察・検察の判断で実施される。公正性・法的対応に優る。しかし,司法解剖で医療関連死を取り扱う欠点として,警察官による事情聴取と処理の遅さ,医療専門家の評価への参加および情報開示が困難なことがある。一方,監察医が行う行政解剖や,監察医制度のない地域の承諾解剖は,症状の悪化が

疑われる事例等に対して行われ,遺族に適切に対応できる。しかし,遺族が疑いをもつ事例,診療過程の高度の評価を要する事例には対応できない。なお,司法・行政・承諾解剖を法医解剖と呼ぶ。

病理解剖は,関係した臨床医が立ち会い,情報が伝えられ,医療の評価,医師の教育に利用できる。しかし,公平性を疑われ,証拠保全や法的対応に問題がある。現行のいずれの解剖も専門的な医療評価,事故の再発予防,そして,遺族への対応の視点が十分とはいえない。

モデル事業の医療承諾解剖では,法医・病理医が協力し,法医解剖・病理解剖双方の利点を生かす。すなわち,当該医療行為を専門とする第三者医師が立ち会い,医療行為を評価し,情報を開示する。その利点を要約すると,専門性・公開性・公正性にある。また,新しい解剖のあり方を,解剖・調査の経験を共有することによって研究し,解剖・調査にかかわる法医・病理医・臨床医の教育と育成をはかることができる。

III. 警察との関係

現行法・制度下では,臨床医が診療経過中に確実に診断した死亡以外の死,予期しない死は,異状死として取り扱われる。モデル事業の総合調整医は,異状死届出が必要と判断した場合には,当該医療機関に医師法21条に則った異状死届出を勧告する。しかし,届出後,検察官・検視官が司法解剖相当と判断する事例を除いて,モデル事業の解剖の対象となる。東京では,医療ミスが疑われるが,ミスが重大でないと思われる事例に対しても,警察が医療承諾解剖を勧めることが多い。しかし,この事業の当初の対象は,遺族の了承のもと,医療機関から申し出があった症例である。この点を配慮したうえで,医師が,いわゆる「合併症」事案を気兼ねなく届け出られるようにすべきである。

解剖担当医は,検案や解剖の過程で事故や犯罪にかかわるような事実を認めたとき,当該医師に異状死届出を勧告し,または,死体解剖保存法11条に則って警察に通告す

*1東京大学大学院医学系研究科法医学講座

*2同 人体病理学講座

表 解剖の比較表

	医療承諾解剖	司法解剖	行政解剖	病理解剖
目的	事故予防・医療安全	犯罪捜査	公衆衛生	病態解明
主体	モデル事業(厚生労働省)	警察・検察	東京都	病理医
解剖実施者	法医・病理医	法医	監察医	病理医
医療専門家	立ち会い・評価	(意見)	—	参加
情報公開	あり(報告書)	なし(鑑定書)	あり(検案書)	あり
説明	あり	なし	あり	主治医
法的効力(刑事)	原則ない	強い	原則ない	ない

る。

地域の評価委員会で、臨床評価医が作成した評価結果報告書案が検討・承認され、最終報告書が遺族と医療機関に開示される。これらの過程では、遺族・病院側各々の立場に立つ弁護士が加わり議論される。求められた場合、解剖結果報告書も開示される。刑事・民事対応への利用を妨げる理由はない。一方、警察が、解剖担当医に事情聴取を求めるとき、協力は任意で、強制はされない。対応不明の場合、総合調整医に相談されたい。解剖担当医個人が責任を追及されないように配慮される。

IV. 調査対象事例

すでに前稿(I, II)で述べたが、事例の経験を踏まえて確認したい。

司法解剖の対象事例とは、犯罪・外因の寄与が疑われる事例、故意殺・安楽死、極めて重大な過失等である。従来、遺族が強く過失を疑い、警察に通告した場合などには、司法解剖が妥当であると考えられてきたが、遺族がミスを疑う場合でも、医療承諾解剖のメリットが大きいことが多い。なぜなら、医療ミスは、医療専門家が判断すべきであり、司法解剖では、原則、遺族が説明を受けられないからである。一方、遺族が強く過失を疑うとき、警察がかかわったほうが、遺族が安心し、医師が困難な対応を迫られないことが多い。

外因の寄与と医療行為が関係した死では、警察が関与しつつ医療承諾解剖すべき場合がある。例えば、交通事故事例で骨折をし、骨頭置換手術の直後に容態が急変した場合、たとえ、医師の過失でない脂肪塞栓症候群であっても、多くの遺族は当時者医師の説明に納得しないし、手術に起因した出血もある。一方、交通事故後、頭蓋内血腫および腹部内臓損傷等による出血の見逃し、これに対する診断・治療をせず、または、遅れたことに対しては、医師の民事的な過失が疑われる。

吉田は、医療承諾解剖の対象事例(医療関連死)とは、「医療に関連する可能性のある有害事象発生後の死亡」であると考え。特に、解剖による原因究明を要する事例、そして、専門家による医療の評価および死との因果関係の

判断を要する事例であると考え。

具体的には、治療などの最中、比較的直後の容態急変・合併症などである^{1,2)}。これらの事例は、従来、司法解剖の対象であったが、臨床専門家の関与なくして評価は困難である。医療承諾解剖の結果、医療の透明性の確保や質の向上に役立てることができる。

V. 解剖に至る手順

1. 病院側

主治医、または、医療安全担当者が解剖実施機関にカルテ等を持参し、解剖担当医や臨床立会医に説明する。また、症状・担当者・医療行為等につき説明した「事例概要報告書」を作り、窓口へ提出する。その後、指名された臨床評価医が、当該病院の「事例対応責任者」に事情を聞くか、文書による調査をする。解剖担当医も、窓口を通じて、病院関係者に調査を依頼できる。

2. モデル事業受付窓口

- (1) 大半、解剖実施機関において、解剖執刀医が臨床立会医を探し要請する。対応できない場合、または、依頼病院の医師と解剖担当医・臨床立会医につながりがある場合、別の機関・医師に依頼する。
- (2) 異状死届出後に医療承諾解剖となる場合、警察が検視をし、医師に検案が要請される。検案は、監察医または解剖担当の法医が行うことが多い。
- (3) 遺族が、窓口で調査を依頼した場合、窓口から病院に連絡をし、上記の手順を踏む。
- (4) コーディネーターは、臨床立会医、解剖担当医、遺族・依頼病院に、解剖実施機関、集合時刻、遺体搬送・受け取り予定時刻、説明場所(待機場所の有無)を伝える。
- (5) コーディネーターは、解剖前の事情聴取段階において、事情説明責任者から文書・画像情報を受け取り、授受文書を手交し、解剖担当医に渡し、管理をする。
- (6) コーディネーターは、「調査担当者確認書」に解剖に参加する3者と自らの名前・連絡先、当該医師コードなどを記し、コピーを渡す。
- (7) 解剖結果報告書を作成する際の3者の所属・職名・署

名・捺印を「解剖結果報告書署名用紙」に得て保存する。同一機関で3者がそろう場合には、不要である。

- (8) コーディネーターは、遺族と対応しつつ、適宜、解剖に立ち会い、血液・臓器の保存などに努め、カルテ・画像等およびそのコピーを窓口で管理する。薬物検査、組織検査、その他の検査が必要な場合、検体の送付・管理をし、結果を関係者に伝える。
- (9) コーディネーターは、臨床立会医や総合調整医の指示に従い、資料のコピーを取り、事故対応責任者に事情聴取事項を口頭・文書で伝え、事故報告書や聴取記録書の提出を要請し、資料の提供を求める。
- (10) コーディネーターは、解剖後、解剖執刀医などが遺族・依頼病院に死因を説明するのに立ち会い、さらなる検査や検討が必要で時間を要する場合、説明を補助する。

VI. 解剖前・解剖中の解剖担当医・臨床立会医の仕事

- (1) 解剖担当医および臨床立会医は、解剖実施機関において、解剖前、1時間程度を目処に、カルテ、手術記録、画像、治療用器具・薬剤(注射器、チューブ類、カテーテル、薬液)、ビデオ等について確認し、必要なとき、写真やコピーをとる、あるいは、病院に依頼するなど、コーディネーターとともに現状の保存に努める。そして、総合調整医と臨床評価医に必要な申し送りをする。
- (2) 臨床立会医は、解剖前、解剖担当医と協力して、解剖で明らかにすべき事項や評価項目を検討する。例えば、関与者の把握、診断および手術の適応、既往歴・現症、麻酔(輸液・輸血)管理、手術手順(経過と出血量、血圧・脈、機器の管理など)、容態急変の原因(損傷した臓器・血管の検索)、局所解剖、標準的手術手技との比較などが問題になる。しかし、当事者医師に事情を聞き、カルテ・画像などにつき概略を分析すれば足りる。臨床評価は、臨床評価医に任せ、解剖後の説明でも、原則、コメントしないほうがよい。
- (3) 臨床立会医は、解剖中、上記項目や局所解剖につき解剖担当医に助言する。
- (4) 原則として、遺族にも依頼病院関係者にも解剖立ち会いを認めない。ただし、解剖担当者や臨床立会医が必要と認め、遺族の承諾が得られたとき、コーディネーターや第三者(医療関係者、法律家)などの立ち会いのもと、主治医などから解剖室において聴取できる。

VII. 死体検案書・その他の文書

死体検案書は、解剖に参加する法医・監察医が発行する。東京地域では、監察医(23区内)、警察医(23区外)が解剖前に検案をして、埋葬用の死体検案書を発行すること

がある。原則、死体検案書には、「死因不詳」と記される。評価結果報告書発行後、保険請求などに使用される死体検案書は、解剖に参加した法医により作成され、コーディネーターを通じて遺族に交付(郵送)されるほか、保険申請などの目的で遺族の求めに応じて交付される。

弁護士会を通じた照会文書要求に応じることは、任意である。保険会社の照会文書については、遺族の委任状を受け、使用目的を記録して、発行する(費用の徴収可)。原則、臨床評価医が対応することが望ましい。

VIII. 解剖の基本原則

予断を避け、公正に解剖する。3者が所見や判断に関する意見を統一し、責任を共同で負う。知り得た個人情報を漏洩しないよう留意し、症例報告や研究等への利用は病院・学会などの倫理規程の範囲内で行う。また、死者の尊厳を損なわない言動および感染対策が求められる。さらに、遺族にも理解できる平易な表現で説明することを心がける。

頭蓋腔・胸腔・腹腔を開く。ただし、遺族が開頭を拒否する場合は、総合調整医が可否を判断する。解剖時、臨床立会医の助言に従い、ネガティブ所見を含めて確実に所見をとり、写真を撮る。写真は、周囲を含めてランドマークを入れた撮影と、接写を行う。臓器重量は、必ず測定し、必要な場合、大きさを測る。

臓器・検体は、必要な検査に備えて採取・保存する。解剖実施機関で保存し、コーディネーターが管理簿に記録する。例えば、他の機関で薬物を検査する場合など、関係者を記録する。また、コーディネーターが遺族に臓器・検体保存に関する説明をする。写真・ネガは、執刀者が管理する。

薬物投与後の急死であれば、法医が所見・検体について助言し、病態の把握が必要な事例であれば、病理医が指導するなど、執刀者・補助者が話し合って協力する。

IX. 解剖の手順・項目

1. 開始前

開始前、解剖結果報告書を作成する執刀者を決める。解剖担当医の資格は、各学会認定医・専門医資格を有する十分な経験をもつ大学の教員、または、十分な経験を有する監察医である。臨床立会医が医療行為を分析し、執刀者が解剖所見をとりまとめる。検査責任者は、適宜決める。

解剖体には、地域事務局からコーディネーターを通じて解剖番号が伝えられる。以後は、個人を同定しないため、メールなどの授受に際して、解剖番号以外、添付文書にも個人が同定される情報を含めない。

2. 準備するもの

解剖衣(執刀者用、補助者用)、手袋、マスク、前掛け、

腕カバーなど、感染防御に留意する。解剖用執刀用具(メス、ピンセット、鋏、腸鋏、縫合用糸、肋骨穿刀、ストライカー、コッヘル、計量スプーン、ゾンデ、海綿、メジャー、ラベル付きルーラー等)、解剖記録用紙、カメラ、臓器・検体容器・ラベル、死体検案書(出生証書、死産証書、死胎検案書)。

3. 外表所見

(1) 全身概観

身長、体重、直腸温。前面・背面全身像の写真撮影。栄養状態、皮膚色、乾湿の状態、出血斑の有無、死体硬直の有無・程度。死斑の出現部位、色、程度、褪色の有無。全身の前面・後面を撮影する。

(2) 損傷所見全般

頭から足、左から右、前から後の順に、損傷(表皮剥脱、皮下出血、挫創など)、医療行為・蘇生処置に関連した損傷の部位・数・大きさ・程度・色調を正確に記載しながら、写真を撮影する。内景所見は、同一機会に生起された外表損傷と対応させて整理する。

(3) 治療関連・蘇生処置の外表所見

点滴・カテーテル・手術・人工呼吸等に関連したチューブ類などは、原則、*in situ* で糸や管を抜かず写真撮影し、外表所見を記し、抜いた後で器具の写真を撮る。遺族心情を考慮して抜去する必要があるとき、抜去前に総合調整医に連絡する。蘇生処置痕として、顔面マスク痕、注射針痕、心電図モニター痕、カウンターショック痕、蘇生による表皮剥脱、心マッサージによる肋骨骨折(出血)等について記載する必要がある。

(4) 手術創

手術創では、縫合糸を皮膚・筋層ごとに数えてはずし、手術部位(臓器)に至るまで、順次、所見をとりつつ、写真撮影する。臓器や血管の損傷が予想される場合には、手術野全体を、まず、*in situ* でランドマークを一緒に入れ、出血や炎症の状況などを含めて撮影する。その後、順次、写真撮影と剝離を繰り返しながら、当該損傷部位を同定する。また、解剖による損傷を避け、出血部位の証拠を残すためには、上流の太い動脈・静脈にフォーリーカテーテルを挿入して色素液を注入し、色素液の漏出部位を写真撮影しつつ、臓器・血管を順次周囲より剝離して、出血部位の位置を確認し、撮影することも有効である³⁾。

(5) 解剖所見と医療行為の対応

臨床立会医は、医療行為の手順を確認しながら、解剖所見と医療行為を、できるだけ対応させて記録するように解剖医に助言する。また、内視鏡・カテーテルなどの長さ、先端部の形状と、実際の損傷の大きさ・深さ・形の対応についても検討し、記載し、写真撮影する。

(6) 既往歴・素因

既往歴・素因等による所見にも注意する。具体的には、肝硬変による出血傾向に基づく皮下出血・消化管出血、手術・炎症・潰瘍による癒着・癒痕・摘出状態、心肥大・動

脈硬化・心筋線維化(虚血性心疾患)、胃・十二指腸潰瘍、肝硬変、腎硬化症・嚢胞などである。

4. 部位別所見

(1) 頭部

頭髪長(色)、頭皮、損傷、治療痕。頭部外傷が関係した可能性がある場合、必要に応じて断髪する。耳介、外耳道を観察する(出血など)。

(2) 顔面

鬱血、損傷、治療痕。眼球および眼瞼結膜の鬱血・充盈・溢血点・眼脂。瞳孔径・角膜の混濁。鼻口腔・出血・分泌物。口唇・口腔粘膜・舌・歯牙の損傷(挿管)。

(3) 頸部

人工呼吸(気管支切開)痕、注射痕、損傷、甲状腺腫・リンパ節腫脹の有無。

(4) 胸腹部

蘇生痕(注射痕、肋骨骨折)、手術痕・治療痕(切開創、ドレーン、陳旧性手術痕などの状態・位置)、腹部膨満の有無。

(5) 背部・腰部・臀部

胸腹部の項目に加えて、褥創、腰椎麻酔・手術、骨盤・大腿骨骨折等の場合、注意して所見をとる。

(6) 上肢・下肢

鼠径部を含め、注射痕、損傷、下腿浮腫の有無など。

(7) 外陰部

損傷、出血、その他、漏出物等の有無。

(8) 肛門

糞便漏出、下血。

5. 内景所見(開胸・開腹所見)

(1) 開胸、開腹

胸腹部正中で皮膚をY字切開する。皮下・筋層の出血、左右横隔膜の高さ。各臓器は、摘出後、脂肪組織を除いて、重量(大きさ)を測定。ルーラーを入れて、外表および断面の写真撮影をする。

(2) 開腹

皮下脂肪の厚さ。腸管の膨隆度。大網脂肪量・位置。腹腔・骨盤腔の血液・浸出液。腹膜・腸間膜の炎症・損傷・癒着。後腹膜出血。腹腔内出血がある場合、計量し、*in situ* で出血点を確認する(3(3)参照)。腹腔内にガスが認められた場合、化膿性腹膜炎がみられた場合、消化管穿孔部を*in situ* で検索し、写真撮影する。術後の吻合部も同様。

(3) 開胸

胸腔内の陰圧を確認する。心臓・縦隔の偏位、縦隔出血・気腫、肋骨骨折(出血)、左右胸壁と肺の癒着、肺の膨隆度、胸腔内液の性状・量を確認。

(4) 気道・食道

舌の性状。軟口蓋・気道・食道内腔の液・異物、粘膜の鬱血、食道静脈瘤、口蓋扁桃腫大、喉頭浮腫、気管内挿管・食道内誤挿管の痕跡、気管・食道瘻の有無。

(5) 頸部器官

頸部筋肉・リンパ節の出血・鬱血・腫大。舌骨・甲状軟骨骨折、甲状腺腫大。気管切開痕。副甲状腺。

(6) 心臓

心嚢脂肪量・注射痕。心膜腔液の量・性状。心嚢血腫のあるとき、心筋梗塞破綻部、大動脈・冠動脈の解離・損傷を *in situ* で確認する。心外膜溢血点。心重量、大きさ。左右心内腔の血液量、性状(流動性、凝血)。左室・右室自由壁・中隔の厚さ。各弁周囲径、弁膜症・硬化、疣贅などの有無。心筋の血量・線維化・出血。

解剖時、冠動脈3枝の硬化・狭窄度・血栓を確認し、必要な場合は、固定後、冠動脈の走行に沿って横断面を検索し、写真撮影と組織検査をする。冠動脈形成術後の解離に関しても同様。

起始部大動脈解離や複雑先天性心・血管奇形が疑われるときは *in situ* で確認し、一括して心・大動脈を摘出する。また、医療行為による所見(血管カテーテル挿入部・バイパス手術・ペースメーカー・人工弁の確認)は、臨床立会医の助言のもと、医療行為と対応させつつ、ネガティブ所見を含めて、所見をとる。

(7) 肺

肺動脈内血栓、気管支内液の有無・性状。肺門リンパ節の腫脹。胸膜の肥厚・瘢痕。肺の膨隆度、含気量、血量、浮腫、鬱血、炎症、腫瘍、結節など。その他、無気肺、肺硬化(consolidation)、過膨張肺(喘息、気腫等)を確認する。小児に関しては、後記する。

(8) 胸部・腹部大動脈

胸部・腹部大動脈内径、硬化・潰瘍形成・石灰化の有無。大動脈周囲リンパ節等。解離あるとき、*in situ* で観察し、摘出・固定後、写真撮影・組織検査をする。

(9) 副腎

大きさ、結節、出血、腫瘍等の有無。

(10) 腎臓

被膜脂肪量・剝離、表面(平滑、細顆粒状)。腎皮質・髓質境界、血量。腎盂粘膜充盈・溢血点。腎の嚢胞・腫瘍・梗塞。

(11) 脾臓

血量、硬化、出血、梗塞等の有無、脾粥量。脾材・濾胞形成(白脾髄、赤脾髄)。

(12) 肝臓

表面の凹凸、辺縁の鋭鈍、硬さ。割面の血量、脂肪沈着、小葉構造の明瞭度。胆嚢膨隆度、内膜性状、胆石の有無・性状、胆汁の色、量。門脈。

(13) 膵臓

硬さ、血量、腫瘍、脂肪沈着・壊死、主膵管等。

(14) 胃・食道

内容量、消化の程度、残渣の性状。薬毒物中毒が疑われるとき、採取保存。胃粘膜壁の性状、潰瘍形成、腫瘍等。食道静脈瘤の破裂、噴門部癌、下部食道癌が疑われると

き、胃を食道(頸部臓器)と一括して摘出。

(15) 腸管

腸管膨隆度・色調・粘膜・内容物(便、出血)の性状、腸間膜・腹膜・後腹膜膜の出血・炎症・梗塞、リンパ節腫脹の有無、虫垂の長さ・性状。胆汁通過試験。

(16) 膀胱

尿量、色、性状等、採取保存。膀胱粘膜の性状。

(17) 内性器

子宮・卵巣重量・大きさ、腫瘍の有無、出血など。精巣、前立腺(肥大、腫瘍)。

(18) 頭蓋腔

頭蓋骨・頭蓋底の骨折・手術痕。硬膜上下腔血腫。くも膜下腔出血。脳底動脈(動脈硬化、奇形、動脈瘤)。脳下垂体。必要な場合、内耳腔の検索。脳の大きさ、脳表所見(左右差、萎縮、脳回の扁平化)、ヘルニアの有無、脳底部動脈硬化、小脳の大きさ、橋の張り等。くも膜下出血のときは、写真撮影後、生の状態で凝血を洗い流し、動脈瘤、血管損傷を探す。露出できたら、写真撮影し、血管とともに分離し、濾紙等に張り付けてホルマリン固定。外傷性脳くも膜下出血との鑑別が問題となる場合、椎骨動脈、頸動脈から色素を注入して漏出部を確認し、写真撮影すると有効な場合がある³⁾。

(19) 脊椎・脊髄

損傷や腫瘍が疑われるとき、脊椎を切開し、脊髄液を採取。また、椎骨動脈の解離・損傷が疑われるとき、頸椎を開き、椎骨動脈を露出し、固定後、検索し、組織検査をする。腰椎麻酔事故の場合、穿刺部の損傷・深さを確認し、脊髄液を採取する。高位麻酔が疑われるとき、上位脊椎を切開し、脊髄液の薬剤濃度を穿刺部と比較する。

(20) 肺塞栓を見出した場合

下肢後面の筋肉を切開して、静脈の内腔に血栓を確認する。

6. 小児解剖の注意点

(1) 新生児・胎児

医師・助産婦の介助がない出産後の場合、付き添い者の挙動が不自然な場合、異状死届出が必要となる。

頭囲、胸囲、腹囲などを測り、成熟度、妊娠週齢を判断する。外表所見では、浸軟、胎脂付着、奇形の有無、顔貌、口蓋裂、指趾の数や形、外性器の表現形、鎖肛の有無等に注意する。前方、側方、後方の3方向から *in situ* で写真を撮影し、必要があれば、X線(骨格)写真を撮る。

出生後の呼吸(不全)の有無確認のため、肺浮遊試験と胃腸浮遊試験を実施する。肺浮遊試験は、肺全体、肺各葉、肺小片、そして、肺の小片を圧迫したものを順次、水槽に浮かべ、写真を撮影。胃腸浮遊試験では、胃腸を傷つけないよう一括摘出、水槽に浮かべ、どこまで浮いたかを記録する。人工呼吸の影響を考慮する。

(2) 乳幼児突然死

鼻口部周囲、頸部、胸部圧迫の痕跡を確認する。事情聴

取や現場保存の観点から、一般に警察の関与を求めたほうがよい。また、乳幼児については、コーディネーターが解剖の説明をするとよい。状況として、うつ伏せ寝・添い寝の有無、鼻口部周囲や気道内のミルクの存在、最終哺乳時刻、ゲップの有無、上気道感染の兆候などに注意する。

(3) 虐待・ネグレクトが疑われるとき

損傷があるとき、保護者の説明・挙動に不自然な点があるとき、警察や児童相談所へ通告をしたうえで、受け入れの可否を判断する。

(1)～(3)は、通常、司法解剖の対象である。しかし、医療行為の適否が疑われ、専門的判断が求められる場合、医療承諾解剖の対象となりうる。外表に損傷がない場合でも、内臓に損傷があり(例：揺さぶられ児症候群の頭蓋内血腫、腹部打撲による内臓損傷)、または、鼻口部閉塞による窒息が疑われるような場合、異状死届出は必須である。

(4) 心・血管奇形が疑われるとき

肺、大血管・心を一括して摘出する。

(5) 腎・尿管奇形が疑われるとき

腎、尿管、膀胱を一括して摘出する。

(6) 脊椎分離があるとき

椎体骨全体を病変部の皮膚、皮下組織と一括摘出する。

(7) 必要があるとき

大腿骨一本、内耳も採取する。

(8) 胸腺

大きさ、重量、割面の観察をする。

(9) 胸腔臓器表面

胸膜、心外膜、胸腺表面の溢血点に留意する。

(10) 胎盤・臍帯

胎盤の重量・大きさ・剝離面性状、臍帯の断端の性状。

7. ご遺体を返す前に確認すべきこと

(1) 解剖終了時、所見・臓器・検体の取り忘れ、器具の置き忘れがないか、書記と執刀者が確認する。

(2) ご遺体の整備が適切か、留意する。

8. 切り出しの原則

(1) 臓器は、できるだけ解剖時に切り出す。

(2) ホルマリン固定後切り出すほうが望まれる場合は、以下のとおりである。

① 疾患によって病変の出やすい部分を系統的に切り出す場合(例：冠状動脈硬化症、肺炎)。

② 割面が平面とならず、連続ブロックの作成や再構成が困難な場合。

③ 病変の分布をスケッチしてから切り出さねばならない場合。

④ 肉眼所見が重要な場合、または、病変が小さく、写真の出来上がり後に切り出したい場合。

⑤ 脳、脊髄に病変・損傷が予想される場合。

(3) 切り出し時、適宜、写真撮影、スケッチ、またはコピーをする。

(4) 切り出し対象は、肉眼的病変部・損傷部および医療行為に関する評価を要する臓器。また、系統的な疾患の場合には、次の(5)のような配慮が必要である。

(5) 疾患別の切り出し対象は、以下のとおりである。

① 神経、筋疾患が疑われるとき、骨格筋を系統的に採取する。

② 血液疾患が疑われるとき、大腿骨髄、椎体骨髄、肋骨骨髄、腸骨骨髄を採取する。

③ 膠原病が疑われるとき、疾患に応じて、皮膚、滑膜、耳下腺等を採取する。

④ 肺塞栓症が疑われるとき、閉塞の疑われる四肢の静脈を系統的に開き、血栓があるときは保存する。

⑤ 原発巣不明の癌が疑われるとき、乳腺、耳下腺、副鼻腔、上咽頭などを検索する。

⑥ その他、必要に応じて、内頸動脈、頸椎、椎骨動脈、海綿動脈洞、内耳、末梢神経、交感神経幹などを採取する。

(6) 小さな切片は脱灰カゴか脱脂袋に入れる。必要なものは面を指定する。

(7) 特殊染色や免疫染色については、必要に応じて実施する。

9. 臓器の保存・返却等

臓器(ホルマリン固定)は、解剖実施場所で5年を目処に保存し、パラフィンブロック・プレパラートの保存期間は、任意とする。遺族の返還要求には応じなければならない。症例報告や学会発表は、遺族の承諾を得て、個人が同意されないかたちで行う。

X. 検 査

1. 薬毒物検査

解剖に参加する法医が対応する。

(1) 送付試料の種類

右心血、尿を、各々5mL以上、清潔な密閉試験管に入れる。血液採取不可能な場合、肝臓・腎臓・大腿筋のうち、1つ以上各2g以上をチャック付き小型ポリエチレンバッグに入れる。試料名、剖検番号、剖検日(採取日時)を明記する。

(2) 薬毒物との関連性を疑われる事例

薬毒物との関連性を疑われる事例では、再検査用として、血液、尿、胃内容、脳、肺、肝臓、腎臓等の一部を冷凍保存する。

2. 生化学検査・微生物検査

死後の測定が有効な事例を例示する。

(1) アナフィラキシーショック疑い事例：血液トリプターゼ。

(2) 糖尿病疑い事例・動脈硬化事例：HbA1C。

(3) 炎症マーカー：CRP。

(4) 腎障害：クレアチニン、BUN。

- (5) 細菌培養：できるだけ、無菌的に採取し、検査会社に依頼する。

XI. 解剖結果報告書

- (1) 内容は、包括的・客観的で、記載は明瞭・論理的で読みやすいように留意する。解剖所見と判断を区別しつつ、一般人が理解できるように留意する。
- (2) 臨床経過の要約や当事者医師の判断・行為などの引用部分は、所見と区別し、出典を明記する。報告書執筆者の判断は、根拠となる事実(前提)を引用して、記載する。
- (3) 解剖終了後早期(1~2週間を目処)に、解剖所見、必要な検査項目、その時点における問題点の整理などを載せた暫定的な報告書を、総合調整医を介して臨床評価医に伝えることが望ましい。
- (4) 解剖執刀医は、解剖所見・検査所見・判断をメールなどで取りまとめ、3者の合意を得る。メールでは、所見は添付文書とし、個人情報載せない。
- (5) 解剖結果報告書には、法医・病理・臨床医が署名し、共同で責任を負う。報告書が完成したとき、モデル窓口に送り、窓口より臨床評価医に送る。
- (6) コーディネーターが、表紙(解剖番号、解剖日時、解剖実施機関、氏名、生年月日、年齢、性別、死亡日時、依頼医療機関名・臨床科等、解剖担当医・臨床立会医・解剖に立ち会った依頼医療機関の医師・コーディネーター等の氏名、技師名および、コーディネーター名)、および、解剖前得ておいた3者の署名文書を後につけて、地域評価委員会に提出する。写真が必要な場合には、解剖執刀者が、A4用紙に説明とともに添付して、窓口で郵送する。窓口で、コピーを保存する。
- (7) 直接死因と、原死因(一連の病的事象の起因となった疾病・損傷・外力の状況)につき、因果関係を考慮して記載する。例えば、カテーテルによって腸管が穿孔し、腹膜炎を起こして死亡した場合、直接死因は腹膜炎、原死因はカテーテルによる穿孔である。ICD10分類に配慮することが望ましい。
- (8) 医療行為の評価は、臨床評価医および地域評価委員会に任せ、記載しなくてよい。
- (9) 医学的判断にとどめ、「過失」など誤解を招く法的表現を避ける。
- (10) 医療行為・不作為と死亡との因果関係に関する判断、既往歴、素因、医療行為の前の臨床経過などとの判断は、解剖所見より判断できる「医学的判断」の範囲にとどめるほうがよい。
- (11) 解剖結果報告書の内容は、事例情報、事例概要、解剖所見、検査所見、結論である。
- (12) 解剖所見の内容は、外表・内景に分け、各臓器重

量・主要所見、医療行為・蘇生に関連した所見、既往歴・素因に関連した所見につき、上記記載事項を参考に記載する。各機関独自の様式でかまわない。

- (13) 結論の内容は、①主要解剖所見と診断の根拠(要約)、②死因、③医療行為と死亡との因果関係、④既往歴、素因との関連性、⑤その他とする。各々、簡潔に根拠を挙げ、できるだけ平易に説明する。②は不詳もありうる。③、④は、解剖所見からいえる範囲でよい。
- (14) 地域評価委員会における議論を参考として改訂し、最終的な解剖結果報告書を作成し、窓口で保管する。
- (15) 解剖結果報告書には、法医・病理医・臨床医が署名し、共同で責任を負う。報告書が完成したとき、窓口を送り、総合調整医がチェックし、印刷したものの前後に、3者の了解を得て、表紙(上記)およびコーディネーターが解剖前に得ておいた3者の署名文書を前後につけて、地域評価委員会に提出する。解剖時所見(筆記)、切り出し図等、パラフィンプロック・プレパラートのリスト、写真リストおよびプリント、解剖結果報告年月日。コピーは、窓口で保管する。

XII. 説明

- (1) 解剖直後の説明は、必要な場合、死体検案書の交付とともに、解剖に参加した3名のうちの1名が主となり、コーディネーターに立ち会ってもらい行う。そのとき、死因が不詳であれば、原則3ヵ月以内に交付される評価結果報告書を待って、説明する旨を伝える。
- (2) 解剖結果報告書および検案書の作成医は、医療の評価に関する説明には、原則踏み込まない。遺族が不信感をもっている場合、説明に疑義を表明された場合には、「評価委員会の評価結果が出るのを待ってください」と伝える。
- (3) 遺族が、モデル窓口に解剖担当医の直接説明を強く要求する場合、コーディネーターが内容を聞き、関係者に伝える。原則として、地域代表、臨床評価医、地域評価委員会委員が説明をし、解剖担当医は、解剖結果報告書などの内容に関する説明にとどめる。総合調整医が、臨床評価医・コーディネーター・解剖担当医など、誰を通じて対応するか判断する。
- (4) コーディネーターは、説明・照会内容などを、個別の事例記録としてだけでなく、業務記録として、他のコーディネーターも利用できるように管理する。必要な場合、関係者に伝える。
- (5) 遺族が、評価結果報告書を刑事・民事対応に用いることを妨げることはできない。警察から個別の解剖担当医が事情聴取を求められた場合、遺族または代理人から説明を求められた場合、コーディネーターを通じて総合調整医が調整する。

おわりに

すでに実施された医療承諾解剖においては、3者の協力による解剖の質の向上と、お互い学ぶことのメリットが実感されている。今後、病理医、法医の教育に必須のものとなろう。また、司法解剖が過失の追及を目的としているのに対して、医療承諾解剖が医療の質の向上と遺族・医師への情報の開示を目的としていることより、「やりがい」を実感することができる。一方、遺族との対話を通じて、紛争の予防という重い課題に直面していることが実感される。いずれにしても、極めて重い、やりがいのある仕事であることは間違いない。

再三のお願いにもかかわらず、解剖結果報告書案の提出が遅れるため、次のステップに進めず困っている。解剖執刀医は、組織検査の終了を待たず、肉眼所見、暫定的な診断、問題点の指摘などの範囲で、暫定的な解剖結果報告書案を1~2週間を目処に提出していただきたい。評価結果報告書作成、そして、地域評価委員会の開催のためには、解剖結果報告書が必須であること、医療の評価は評価医の仕事であること、そして、評価委員会の検討結果を踏まえ

て最終的な解剖結果報告書を書けばよいことをご理解をいただきたい。

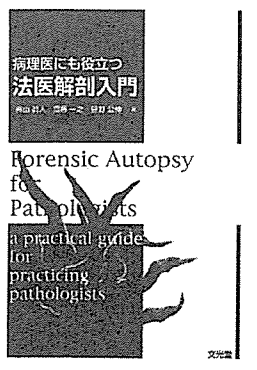
このマニュアル(案)は、「たたき台」であり、モデル事業に参加する関係者が実務の中で修正してゆくものである。したがって、どんなことであっても、著者(kyoshida@m.u-tokyo.ac.jp)または、東京地域モデル事業窓口(tokyo.model@naika.jp)にお伝えいただきたい。それが、今後の「医療承諾解剖」のあり方を改善することになるからである。このモデル事業は、病理医と法医が、協力して、医療に関する解剖や調査のあり方を検討し、その質の向上をはかる事業でもある。

文 献

- 1) 吉田謙一, 武市尚子, 池谷 博他: 届出るべき「医療関連死」について. 日本医事新報 2004, 4209: 55-61
- 2) 吉田謙一: “連載医療関連死” 厚生労働省のモデル事業が目指す医療関連死調査の近未来とは?. 病理と臨床 2005, 23: 1230-1235
- 3) 菊池洋介, 岩瀬博太郎, 中島 信他: ポスターカラー色素注入による血管損傷部位同定方法の法医解剖上の有用性. 法医学の実際と研究 2005, 48: 135-141

Forensic Autopsy for Pathologists — a practical guide for practicing pathologists

病理医にも役立つ 法医解剖入門



著 舟山真人 東北大学大学院法医学分野教授
齋藤一之 埼玉医科大学法医学教授
笹野公伸 東北大学大学院病理診断学分野教授

B5判 210頁 4色刷

定価 12,600円 (本体 12,000円 + 税 5%)

最近の病理学と法医学の境界事例増加を踏まえ、とくに法医学的トレーニングを積んでいない病理医のために、病理医が行なえる範囲内での法医解剖の実際を具体的にわかりやすく解説。

文光堂

□連 載□

医療関連死

□第9回□

異状死症例データベースの構築と運用

木内貴弘 中島範宏 吉田謙一

病理と臨床・別刷

2006 vol. 24 no. 7

東京／文光堂／本郷

異状死症例データベースの構築と運用

木内貴弘*¹ 中島範宏*² 吉田謙一*²

はじめに

異状死届出制度は、世界各国に存在しているが、その主たる目的と役割は、犯罪抑止にあると考えられている。ところが、オーストラリアでは、異状死届出制度の主たる目的と役割は、犯罪抑止ではなく、むしろ公衆衛生向上にあると考えられている。オーストラリアでは、異状死届出情報を公衆衛生向上に役立てるために、全国異状死症例データベース(NCIS: National Coroners Information System)が運用され、重要な役割を果たしている(図1)¹⁾。本稿では、オーストラリアにおける全国異状死症例データベースの概要を紹介し、その意義と役割および日本における同様のシステムの運用等について考察を行う。

I. オーストラリア全国異状死症例データベースの概要

オーストラリア全国異状死症例データベースは、モナシュ大学のビクトリア州法医学研究所(Victorian Institute of Forensic Medicine)内に設置されたセンターで運用が行われている(図2)²⁾。筆者らは、平成17、18年の2回にわたって、同研究所を訪問し、このデータベースシステムについての見学、ヒアリング等を含む調査を行ってきた³⁾。同研究所は、モナシュ大学医学部の法医学部門でもあり、研究員は同大学の教員を兼任している。しかしながら、大学キャンパスとは別に、ビクトリア州コロナー事務所(The State Coroner's Office of Victoria)と同じ敷地内に設置されており、同事務所と一体となって活動を行っている。また同研究所は、主として州政府の司法省(Department of Justice)・福祉省(Department of Human Services)等からの資金で運用されており、財政的な面からも大学から自立している。

*¹東京大学医学部附属病院大学病院医療情報ネットワーク研究センター*²東京大学大学院医学系研究科法医学分野

全国異状死症例データベースシステムは、1994年にその実現可能性についての検討が開始され、2000年より、全国からの症例の蓄積が開始された(クイーンズランド州のみは、2001年)(表1)。オーストラリアの人口は、約2,000万人で年間死亡数は約90,000人である。そのうちの約18,000例が異状死として届出がなされるが、実際に異状死として認定され、データベースに登録されるのは年間約7,000例ほどである(異状死症例データベースには、異状死症例が全件入力されている)。異状死登録症例のうちの約25%が医療機関内での死亡であり、この部分がほぼ医療関連死に相当する。世界でも全国レベルの異状死症例データベースを運用しているのは、オーストラリアだけであるが、現在、カナダでシステムを開発中であり、英国もシステム開発について検討している。

全国異状死症例データベースシステムは、Webベースのシステムであり、小型のUNIXサーバ2台(フロントエンドWebサーバとデータベースサーバ)で運用が行われていた。システム運用のための予算は、2002年までは全額政府等の資金で賄われ、年間55万豪州ドル=約4,400万円(1豪州ドル=約80円)であった。2003年より料金の徴収を開始しており、料金収入による独立採算制を目指している。料金は表2のとおりである。

システムを運用している人員は、マネージャー、データ品質管理担当者、渉外・広報担当者、データ品質管理アシスタント(非常勤)、アプリケーション担当者(非常勤)、庶務アシスタント(非常勤)であり、常勤3名、非常勤3名の体制となっている。システムの利用者は、現在のところ死因の解明を行う人(各州政府のコロナーcoronerやその代行者、法医学者等)および情報を公衆衛生の向上に役立てる人(関係官公庁担当者・非営利の研究機関の研究者)のみに限定されており、現在の実利用者数は、前者が約200名、後者が約40名で、合計240名ということであった。なお、現時点では、保険会社等の営利企業への情報提供は一切行っていない。

データベースの内容として記載されているものは、警察

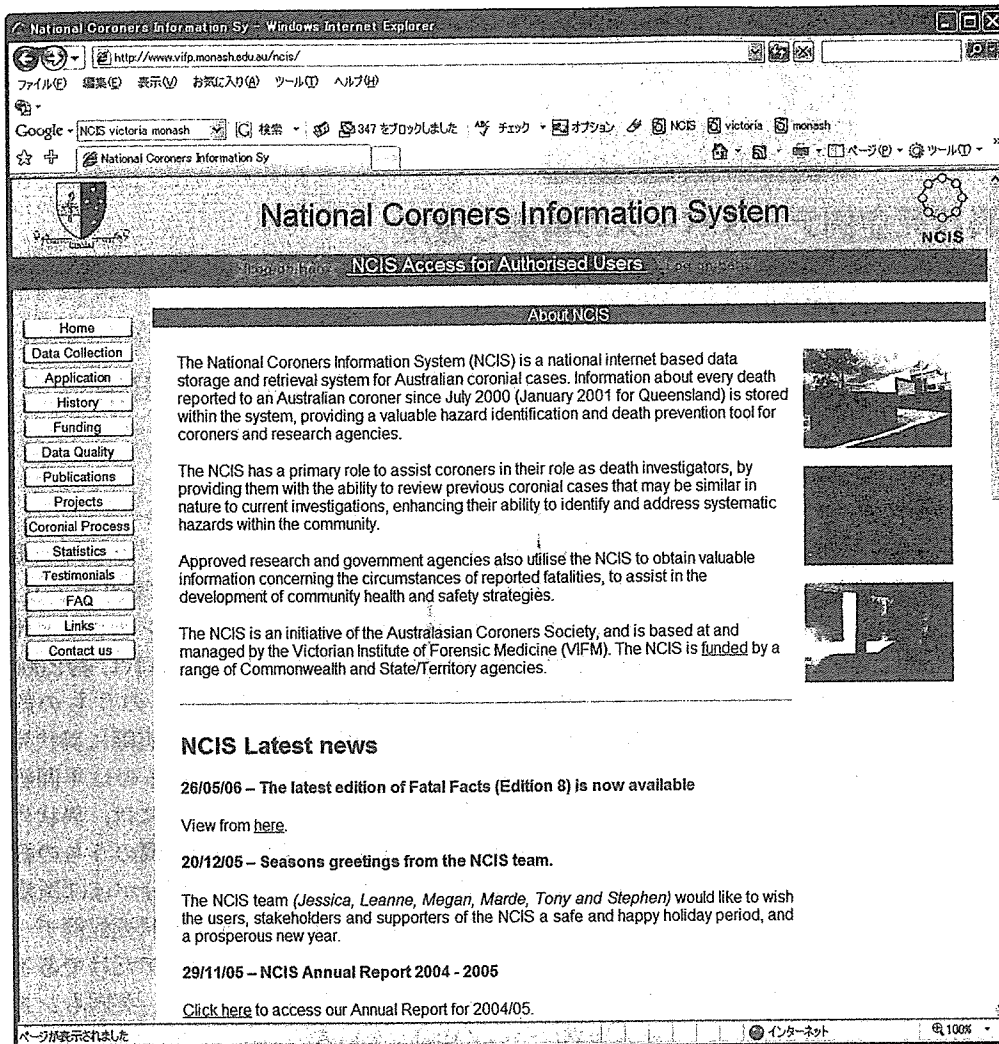


図1 オーストラリア全国異状死症例データベース (NCIS) ホームページ

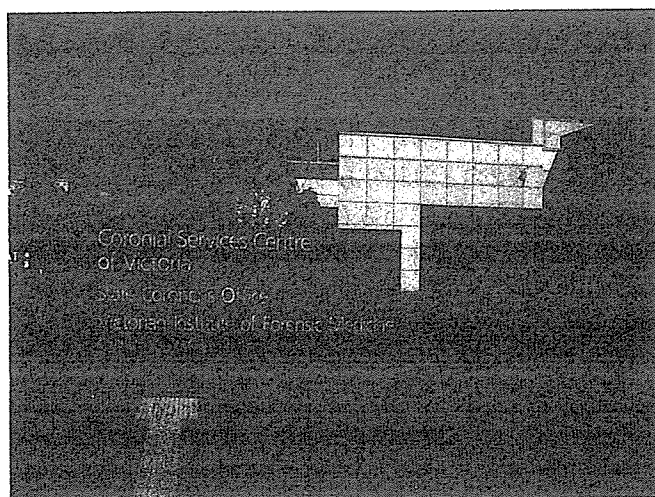


図2 ビクトリア州コローナー事務所・ビクトリア州法医学研究所

表1 オーストラリア全国異状死症例データベースの沿革

年	事項
1994	オーストラリア・コローナー協会 (ACS) が全国異状死症例データベースの実現可能性の検討を開始
1997	オーストラリア・コローナー協会がモナシュ大学による全国異状死症例データベース開発・運用を承認
1998	全国異状死症例データベースの運用指針を策定するための全国コローナー情報委員会 (NCCCI) 設 全国異状死症例データベースの実務的な運用を行うためにモナシュ大学全国コローナー情報管理センター (MUCCI) を設立
2000	クィーンズランド州を除く、全てのオーストラリアの州で異状死症例データ蓄積開始
2001	クィーンズランド州異状死症例データ蓄積開始
2003	利用料金徴収開始
2005	英国とニュージーランドからの参照を許可

表2 オーストラリア全国異状死症例データベース利用料金表

施設区分	料金区分	年間料金
政府関係	基本料金	26万円 = 3,300豪州ドル (1施設3ユーザまで)
	追加料金	1ユーザ毎に9万円 = 1,100豪州ドル
その他	基本料金	106万円 = 13,200豪州ドル (1施設3ユーザまで)
	追加料金	1ユーザ毎に9万円 = 1,100豪州ドル

表3 オーストラリア全国異状死症例データベース記載情報

区分	データ項目
基本情報	氏名, 年齢, 誕生日, 死亡日, 住所, 婚姻状況, 職業, 雇用状況, 誕生国, オーストラリア滞在年数, 人種・民族
死因の詳細	受傷の機序, 受傷をもたらした物体または物質, 医学的死因, ICD10分類コード
死亡の状況	警察による状況記述, 死亡または最終生存確認日時, 死亡時または死因となる出来事発生時の活動状況, 死亡時または死因となる出来事発生時の職種と業種(活動が労働中の場合), 輸送状況, 同乗者, 相手方, 状況(交通事故関係の場合)
異状の有無による分類	自然死, 異状死等の区分
意図による分類	自殺, 事故, 他殺等の区分
関係書類	解剖結果報告, 毒性学的所見, コロナーの検死所見

捜査報告, 解剖結果報告, 関連する法医学所見(毒性等), コロナーの検死所見等である。一方, 記載されていない情報には, 審問の写し, 写真等の所見, 証人の証言等がある。データベース項目の概要を表3に示す。キーワードやカテゴリー分類を指定して検索すると, 該当する異状死症例のリストが即座に一覧表示され, 必要な症例をクリックすると詳細情報を閲覧することができる。例えば, 胃漏に挿入するマーゲンチューブが誤って腹腔に挿入されて死亡した症例についても, キーワードから即座にオーストラリアでの過去の発生件数, 個々の事例の概要について知ることが可能である。

下記にビクトリア州法医学研究所で説明を受けたデータベースの具体的な有効活用の例について示す。

(1) 特殊な四輪オートバイの事故死が2年間で20件以上報告されていたために, 製造企業, 関係官公庁等にその旨の通知を行い, 死亡率の減少につながった。

(2) 全く同じ状況(掘削機に巻き込まれる)での掘削機付きトラクターによる事故により全国で1年半に2例死亡が発生した。この2件の事例の分析により, トラクターの改良案が作成された。

(3) ビニール袋による窒息が2002年より統計的に優位に増加した。調査した結果, ある自殺方法の指南本が原因と推定され, 関係官庁等が対策に乗り出した。

(4) ビクトリア州のコロナーが抗うつ薬(ドチアゼピン)の過量投与による産褥期うつ病患者の自殺例に出会い, データベースを検索した結果, 同様の症例を全国で3例発見し, 関連資料を死因究明に活用した。

II. 考 察

1. オーストラリア全国異状死症例データベースの意義と役割

異状死の届出とその調査を行うための仕組みは, 世界の多くの国に存在している。例えば, 英国およびその旧植民地であるオーストラリア, ニューージーランド等では, コロナー coroner と呼ばれる異状死を取り扱う専門の行政職種があり, 米国では, メディカル・エグザミナー medical

examiner という類似した職務を行う行政職種がある。日本では, 「監察医(東京, 大阪, 神戸)」および「警察医」や「警察から委嘱を受けた一般医師」が担当している。従来の異状死届出制度の主たる目的は, 犯罪の発見にあった。異状死を遂げた人の中から, 犯罪に巻き込まれて死亡した人を見つけることによって, 犯罪捜査の端緒が得られ, 犯人の捜査と逮捕のきっかけとなる。犯罪の発見と摘発が, 犯罪への抑止力として作用し, 犯罪件数を低下させる効果をもつ。これが公益となっている。異状死届出とその調査の役割は, ほとんどの国で犯罪等による死亡の発見が事実上の主たる目的となっており, 担当者は死亡の原因の追求にのみ関心を寄せる傾向が強い。犯罪の抑止が目的であれば, 個々の異常死例について, 個別に丁寧に対応すれば, 目的は達せられると考えられる。

オーストラリアでは, 他の多くの国と異なり, 死亡の原因を病院や行政側にフィードバックすることによって, 予防可能な死亡を防ぐための活動を熱心に行っていることが特徴である。そして, このフィードバックのためには, 異状死データベースの構築が不可欠な役割を果たしている。逆にデータベースの構築によって, 異状死届出制度が公衆衛生の向上に役立つことが明確になったと考えることもできる。

異状死症例情報(死体検案情報)の全国規模のデータベース化によって, 下記のようなメリットがあると考えられる。

①データベース化することによる予防可能な死の発見: 全国からの大量の異状死症例情報を検索・分析することに