

Available in the society's home page  
<http://plaza.umin.ac.jp/legalmed/>

(6) Ikegaya H, Kawai K, Kikuchi Y, Yoshida K. Does informed consent exempt Japanese physicians from reporting therapeutic deaths? *J Med Ethics* 2006;32:114-6.

(7) Yoshida K. Report of unusual deaths and the postmortem inspection system. In: *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine*. Oxford: Elsevier; 2005:128-128.

(8) Keihō [Criminal Code] art. 211 (in Japanese)

(9) Leflar RB, Iwata F. Medical error as reportable event, as tort, as crime: A transpacific comparison. *Widener Law Review* 2005;12:189-225.

(10) Japanese Society of Internal Medicine, Japan Surgical Society, Japanese Society of Pathology, Japanese Society of Legal Medicine. Joint declaration of 4 societies regarding notification of medical practice-associated patients' deaths: Toward the establishment of an impartial expert institution. Available at:

<http://jsp.umin.ac.jp/previous/inkai/inkaihokoku/4kyodoseimei.html>.

(11) The project for the investigation of death associated with medical practice. Tokyo: Japanese

Society of Internal Medicine; April 2008 (in Japanese). Available at:

[http://www.med-model.jp/download/download\\_jigyou18.pdf](http://www.med-model.jp/download/download_jigyou18.pdf). or <http://www.med-model.jp/>.

(12) Ito T. Limited Disclosure of Autopsy Information Leads Bereaved Families to Sue Physicians. *Journal of Medical Safety* 2008;2:34-42.

(13) Bove KE. The role of autopsy in medical malpractice cases, I. A review of 99 appeals court decisions. *Arch Pathol Lab Med* 2002;126: 1023-31.

(14) Lundberg. Low-Tech Autopsies in the Era of High-Tech Medicine: Continued Value for Quality Assurance and Patient Safety. *JAMA* 1998; 280(14):1273-1274.

---

Contact to the author:

Prof. Ken-ichi Yoshida

E-mail: [kyoshida@m.u-tokyo.ac.jp](mailto:kyoshida@m.u-tokyo.ac.jp)

Postal address: Department of Forensic Medicine, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, 7-3-1, Hongo, Bunkyo-ku, Tokyo 113-0033, Japan.

## 法医学者人材不足の現状

伊藤貴子／いとうたかこ<sup>1,4</sup>

小湊慶彦／こみなとよしひこ<sup>2</sup>

黒木尚長／くろきひさなが<sup>3</sup>

吉田謙一／よしだけんいち<sup>1</sup>

東京大学大学院医学系研究科法医学教室<sup>1</sup>、群馬大学大学院医学系研究科法医学分野<sup>2</sup>、大阪大学大学院医学系研究科法医学教室<sup>3</sup>、九州大学大学院医学研究院医療システム学分野・日本学術振興会 DC<sup>4</sup>

警察が解剖すべき犯罪事案を見逃した複数の事例の報道、そして、いわゆる診療関連死をめぐる新死因究明制度の検討のなかで、法医学専門医(法医)の不足が注目されている。平成 18 年に厚生労働省が実施した“医師・歯科医師・薬剤師調査”によれば、全国総医師数に占める法医の割合はわずか 0.09% である(病理医の割合は 0.9%)<sup>1)</sup>。法医不在の県がすでに存在する一方で、年間 100 体を超える解剖・鑑定業務をひとりで抱えながら大学当局からの厳しい研究活動評価、そして学生への教育・事務の負担増に喘いでいる法医も少なくなく、法医学から手を引く鑑定人も少なくない。

法医は、東京都監察医務院の常勤監察医 10 名と兵庫県監察医務官 1 名を除くほかは、大学の法医学教室に所属している。国立大学の独立行政法人化に伴い、予算・人員の削減が進みつつある。日本法医学会が行った実態調査では 2005~2007 年の間に、旧国立大学では 9 機関 11 名の定員が削減されており、今後も 7 機関 7 名の削減が判明している<sup>2)</sup>。2008 年 2 月現在、法医学教室に在籍する医師教官は 166 名であり、法医解剖認定医資格を有する医師は 119 名にすぎない。

近年、わが国の年間総死亡者数、異状死数、法医解剖数はともに著増傾向にあるが(図 1)、2009 年 5 月までの裁判員制度の開始により、さらに加速度的な法医の負担増加が予想される。このように危機的な状況下での法医学教室の人員削減は、早晩、わが国の死因究明制度の崩壊につながる。法医の人材不足がわが国の死因究明制度を検討する際の鍵となることはすでに指摘されてきたところであるが、人材不足の現状分析に資する数値資料はない。そこで、2007 年の全国法医学教室で実

施された法医解剖数、監察医制度施行地域における死体検案数、および行政解剖数などをもとに法医 1 人当りの法医業務にかかる年間業務時間を試算したので報告する。

### ■法医業務にかかる年間平均業務時間算定式

日本病理学会は、病理専門医の最低基準数算定式<sup>3,4)</sup>を作成している。この算定式(下記 A 式)では、年間の病理業務総量と各診断に要する標準的時間、および年間の病理基本業務に割くことが可能な勤務時間を算出し、必要な病理医数を算出している。

$$A = \{(\text{年間剖検数} \times \text{標準所要時間}) + (\text{年間組織検体数} \times \text{標準所要時間}) + (\text{年間迅速診断数} \times \text{標準所要時間}) + (\text{年間細胞診検体数} \times \text{標準所要時間})\} \div \text{年間勤務時間}$$

この算定式を参考に、平均的な法医の業務に置き換え(下記 B 式)、法医 1 人当りの法医業務にかかる年間総労働時間の算出式を下記のように設定した。

平成 19 年時点における法医 1 人当りの法医業務における年間総労働時間(平均)

$$B = \{(\text{年間司法解剖数} \times \text{標準所要時間}) + (\text{年間司法解剖数} \times \text{鑑定書作成にかかる標準所要時間}) + (\text{監察医務機関における年間総検案数} \times \text{標準所要時間}) + (\text{監察医務機関における年間行政解剖数} \times \text{標準所要時間}) + (\text{監察医非施行地域における年間承諾解剖数} \times \text{標準所要時間})\} \div \text{全国の法医数}$$

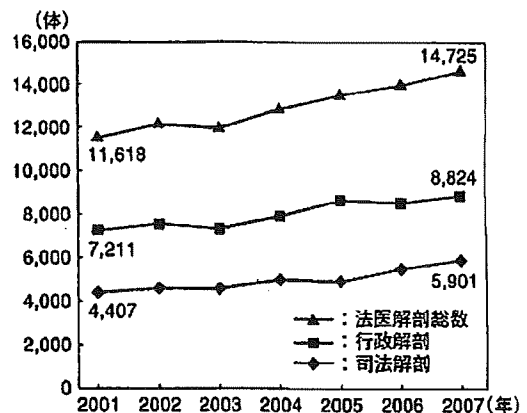


図 1 法医解剖数の近況

警察庁資料より作成(司法解剖数は交通事故を除いた数)。2007 年時点で医師教官 166 名、法医解剖認定医 119 名、常勤監察医 11 名。

### ■司法解剖

司法解剖は、警察・検察が必要と判断したとき、鑑定人(大学所属の法医)に委嘱される。2007年(1月1日～12月31日)に全国の医学部法医学教室で行われた司法解剖数は、6,446体であった(日本法医学会法医学活動一覽に基づく)。解剖執刀医は都道府県警察の刑事調査官(検視官)、所轄警察署の担当警察官より説明を受けたうえで司法解剖を行い、終了後は解剖所見や死因などについて担当者に説明する。個々の事例によって解剖所要時間の差は大きい。事前聴取から事後説明までおおむね6時間と設定した。解剖終了後は後日、臓器の組織診断、血液型、薬物検査、DNA検査など、必要な諸検査を行ったうえで、司法当局から示された鑑定嘱託項目に沿って作成した鑑定書を当局に提出する。東京大学法医学教室では年間100体前後の司法解剖例を執刀医2～3名程度で行い、解剖後約3カ月以内を目処に鑑定書を提出している。諸検査の確認を含む、医師の鑑定書作成に必要な時間をかりに15時間と設定した。

### ■行政解剖

第二次世界大戦後、GHQの指令、厚生省令、死体解剖保存法の施行により、全国7都市に監察医制度がおかれた。しかし、その後“監察医をおくべき地域を定める政令”の一部改正を受け現在、死体解剖保存法第8条の規定に基づいて行政検案・解剖を実施しているのは東京都監察医務院(東京都23区・立川市)、大阪府監察医事務所(大阪市)、神奈川県監察医務室(横浜市)、死因調査研究会(名古屋市)、兵庫県監察医務室(神戸市、ただし一部除く)の5機関である。東京、大阪、兵庫では行政が財政を拠出している。常勤監察医は、東京都に10名<sup>5)</sup>、兵庫県に1名である。東京都(常勤医10名を除いた38名は非常勤医)のほか、4機関は非常勤監察医により運営され、神奈川県では解剖室をもつ医師などが監察医業務を個人的に行っている。監察医制度施行地域では、検案した監察医が必要と判断したとき行政解剖を行うことができる。全国の上記監察医務機関で2007年に取り扱った年間総検案数は27,324件、総解剖数は7,692件であった。なお兵庫県では、大学で216体が行政解剖されている。法医学教室の解剖室に

遺体を運び検案を行っている神戸市以外では、監察医が死体安置場所に公用車で赴き検案をしている。検案自体に要する時間は30分程度であるが、移動時間と検案後の死体検案書作成時間を合わせて検案にかかる標準的な所要時間を1.5時間と設定した。

検案後、行政解剖が実施される場合には解剖実施に1時間程度を要し、その後、遺族への説明に加えて諸検査を行ったうえで死体検案書が作成される場合を考慮して、所要時間を2.5時間と設定した。

### ■監察医制度非施行地域における承諾解剖

監察医制度非施行地域では死体解剖保存法7条の規定に基づき、警察が死因究明のために必要と判断した場合、遺族の承諾を得て都道府県自治体、都道府県警察の費用負担による承諾解剖が行われている。2007年は総じて1,263件が行われていた。承諾解剖の場合、解剖後に司法解剖の際の鑑定書に準じる“解剖報告書”が作成されるのが一般的である<sup>6)</sup>。したがって、承諾解剖に必要な時間を4時間と設定した。

### ■法医業務にかかる年間平均総労働時間

2007年現在で法医解剖認定医は119名であった。そのほか、解剖・検案数、各所要時間などを前述のB式にあてはめるとつぎのようになる。

平成19年時点における法医1人当りの法医業務における年間総労働時間(平均)

$$X = \{(6,446 \text{ 体} \times 6 \text{ 時間}) + (6,446 \text{ 体} \times 15 \text{ 時間}) + (27,324 \text{ 体} \times 1.5 \text{ 時間}) + (7,692 \text{ 体} \times 2.5 \text{ 時間}) + (1,263 \text{ 体} \times 4 \text{ 時間})\} \div 119 \text{ 名} = 1,686 \text{ 時間}$$

### ■考察

平成19年の法医解剖数・行政検案数をもとに、法医業務にかかる年間総労働時間を算出した結果、全国の法医が1人当り年間平均1,686時間、解剖にかかる労働に従事しているという計算になることが判明した。厚生労働省は1日の労働時間を8時間と定めている。一方、年間労働日数は250日{365日－日曜祭日65日－(土曜日51日÷2)－年次休暇20日－年末年始特別休暇5日}であり、今回算出した法医平均年間総労働時間数1,686時間を年間労働日数250日で割ると、1日8時間の労働時間のうち6.74時間は解剖・検案

といった法医業務に費やしているという計算になる。

これでは大学にいる法医は、法医鑑定業務に1日の労働のほとんどの時間を割かれ、大学に所属する教官の本務である教育・研究の時間を確保できない。

逆に一般的な法医学教室所属教官職の“大学教官としての1日”の基本業務として、教室検討会1時間、研究3時間、会議出席・学生/院生への教育指導などに2.5時間の計6.5時間を費やすと仮定すると、実質的に法医鑑定業務に費やせる時間は年間375時間しかないということになる。大学教官としての法医が、このように教育・研究の時間を十分確保しながら残りの年間375時間で年間法医鑑定業務に必要な総仕事時間200,634時間をこなそうと仮定すると、535名は必要ということになる。

法医が取り扱うべき異状死数、法医解剖数が著増していること、そして後継者となる法医学専攻大学院生の法医解剖技術の習得に数年以上を要することを考えると、法医を専攻する人材の確保、そして法医学者が所属する大学法医学教室でのポスト増加が緊急性をもって取り組むべき課題となる。2005年には年間総死亡者数が20年前の約1.5倍である108万人に達した。同時に年間総死亡者数に占める警察の死体取扱総数の対総死亡者数に占める割合(異状死率)も1976年の7.5%から2007年には14%と約30年で倍増しており、今後も異状死数・率の増加は確実である。国立社会保障・人口問題研究所が2006年12月に推計したデータによれば、2040年には年間総死亡者数が166万人に達すると推計されていることから、法医解剖数の増加も確実である。

全国の法医学教室と監察医務機関における年間法医解剖数は、1980年の7,194体から2005年に13,570体、2007年には14,725体と25年で倍増している。警察庁資料に基づけば、司法解剖数に限っても2005～2007年の2年間で4,942件から5,901件へ約1,000件増加し、過去10年間で約1.6倍となった。この間、旧国立大学では9機関11名の教官が削減されたうえ、その後も7機関7名の削減が決定済みである。解剖を補助する技

術職員はおらず、薬物検査、DNA鑑定を担う人材がいない教室も多い。日本法医学会の調査では、医師不在の法医学教室が4機関、医師が1人しかいない教室も16機関にのぼる<sup>3)</sup>。医師1人体制の法医学教室では、休暇中や学会出席などのため出張中であっても解剖要請があれば急遽自大学に戻り解剖を行わねばならないし、病気であっても休むことができない。

昨今の司法制度改革も法医に負担を強いている。2009年5月までに導入予定の裁判員制度導入に際し、法医は検察庁より“鑑定要約書”の作成が求められている。司法解剖執刀後に提出が要求される現行の鑑定書に比べて要約書作成には多大な時間と労力が要求されることから、事例によっては鑑定書以上に法医への負担が大きくなる<sup>7,8)</sup>ことは明らかである。すでに2005年からは改正刑事訴訟法に基づく公判前整理手続が導入され、刑事裁判の迅速化がはかれるようになったため、従来よりも迅速な鑑定書の作成が要求されるようになった。

大学医学部に所属する教官の本務は教育・研究とされる。そのため、大学当局は法医解剖や検査を業績として評価せず、奉仕活動であるかのように取り扱う。そして研究業績に関する厳しい評価に基づいて人員と予算の削減をはかる。結果として法医学教員の教育・研究と事務負担は、ますます増えることになる。法医解剖数増加のなかで法医が解剖に力と時間を割けば割くほど、研究業績を上げることは難しくなり、結果として自らのポストが脅かされるという悪循環に陥っていると指摘できる。

わが国は“少子高齢社会”という過去に経験したことがない時代に突入した。今後20年以上にわたり後期高齢者人口は確実に増加の一途をたどる。そこには痴呆とその結果である徘徊、老人虐待や診療関連死などの介護にかかわる諸問題、そして孤独死や自殺といった老人の独居がもたらす諸問題などがあらたな大きな問題となろう。われわれ法医は日常の死因究明業務を通して、後期高齢者の死因究明が不十分であることを感じている。後期高齢者に対する正確な死因調査は行われておらず、政府はその施策が適切であるか否かを

人生の終末点から確認すべきではなからうか。

死因調査とは住みよい社会をつくり出すための、いわばリトマス試験紙のようなものであるが、国民の保健分野を管掌する厚生労働省はこれまでいかなる死因調査も行っていない。昨今の診療関連死に対する調査体勢の構築と実施への方向性を考え合わせると、乳幼児や高齢者への虐待、労働が関連した死亡(労災関連死、過労死、業務上疾病による死亡など)をはじめ、あらゆる事故死に対する新しい死因究明システムを確立し、広く国民の保健に還元させる改革が必要といえよう。

本来法医学は、犯罪捜査に資することを目的とした死因究明サービスを提供するだけの専門分野ではなく、法治国家を宣言するわが国において国民の生命や権利維持を目的に、法学的・医学的な観点から社会に対して積極的に提言を行い、事故・事件の再発防止や人権擁護を行う分野でもある。人材と経費削減の圧力は、法医解剖・鑑定を精度を著しく低下させる危険を孕み、広く国民保健に資するための適切な死因究明が保証されないことをも意味する。

今回、法医平均一人当たりが法医解剖鑑定業務に費やす年間総労働時間を平成19年の実際の法医業務数・時間をもとに具体的に算出したことで、大学に所属する法医への労働負担がいかに重いか、また法医の絶対数が不足している現状をご理解いただけたはずである。

従前の“犯罪捜査一辺倒”であった異状死の死因究明の目的・範囲の変化・拡大に伴い、法医鑑定業務が今後も増えることが確実視されることから、多くの法医の人材補充がきわめて緊急性を伴い求められる。すでに述べたとおり、わが国のほとんどの法医が大学法医学教室に所属していることから、実際には法医学教室の医師定員の増員が求められる。行政機関などに異状死の検案と行政解剖に従事する法医のポストを設けることも必

要となろう。

切迫する人材難に伴うわが国の死因究明制度崩壊の危機は、国民一人ひとりの生命、そして権利維持を脅かす危険性を強く孕んでおり、もはや法医学領域でのみ解決可能な問題ではなく、社会全般の共有下で早急に解決すべき問題である。

われわれ法医が望むのは、研究および医学生や後進に対する教育指導を行いながら、研究に裏づけられた精度の高い法医学実務に従事し、そこから得られたことを社会に還元し、やりがいを得ることである。そのためには、早急な法医の人材確保と大学におけるポスト増設が喫緊の解決課題であることを今一度ご理解いただきたい。

本稿の一部研究は科学研究費補助金(特別研究員奨励費)の助成を受けて行ったことを付記する。

■謝辞：各監察医務機関の検案・解剖数等につきご教示くださいました東京都監察医務院福永龍繁院長、名古屋大学法医学教室石井晃教授、大阪大学法医学教室(大阪府監察医務事務所所長)的場梁次教授、兵庫県監察医務官長嶋崎先生、埼玉医科大学斎藤一之教授にこの場を借りて深謝致します。

#### 文献/URL

- 1) 佐々木毅：医学のあゆみ，218(10)：788-790，2006。
- 2) 法医学教室の現状。日本法医学会ホームページ，2008。http://plaza.umin.ac.jp/legalmed/genjo2.htm
- 3) 谷山清己・他：病理と臨床，24(8)：877-884，2006。
- 4) 谷山清己・他：病理と臨床，24(9)：995-1001，2006。
- 5) 東京都監察医務院：事業概要平成19年版。http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kansatsu/h19gaiyou/index.html
- 6) 高津光洋・他：日本法医学雑誌，51：250-256，1997。
- 7) 金武 潤：法医学の実際と研究，50：259-264，2008。
- 8) 舟山真人・他：日本法医学雑誌，61：43-45，2007。

\* \* \*

## 東大司法解剖事例にみる 診療関連死の刑事処分状況

笠原麻美 / かさはらまみ

伊藤貴子 / いとうたかこ

奥津康祐 / おくつこうすけ

吉田謙一 / よしだけんいち

東京大学大学院医学系研究科法医学教室<sup>1</sup>、

九州大学大学院医学研究院医療システム学<sup>2</sup>

医師法 21 条は医師に“異状死”の届出を義務づけているが、診療行為に関連した死亡(診療関連死)を異状死に含めることに医療側が反対してきた。厚生労働省が国会提出準備中の診療関連死新調査制度の調査対象と異状死との定義・線引きの論争が繰り返されており、重大過失事例の警察通告が医療従事者に不安を与えている。しかし、診療関連死に関して医師等の刑事処分の動向に関する調査はなかった。そこで、2003～2007 年の 5 年間に東大法医学教室で司法解剖された診療関連死事例の内容、および関係者の刑事処分状況を調べた。

### ■方法

#### 1. 対象事例の抽出

2003 年 1 月 1 日～2007 年 12 月 31 日に当教室で実施された全司法解剖事例 500 例のなかから、診療関連死該当事例を抽出した。本稿における“診療関連死”の定義は日本法医学会の「異状死ガイドライン」<sup>1)</sup>に準じ、診療行為に関連した可能性のある死亡を広く含めた。そして、患者側が希望する診療行為を受けられず患者が死亡した事例、および診療所、介護施設、拘置所内、在宅で診療(に準ずる)行為を受けて死亡した事例を対象事例に含めた。

#### 2. 分類

鑑定書等の内容をもとに対象事例を分類した。日本法医学会の課題調査(2008 年度)の調査項目を参考に分類し(下記)、単純集計およびクロス集計を行った。

- ① 死亡者の年齢、性別
- ② 原死因となった診療行為の種類：「薬剤」「内科的処置及び検査」「外科手術」「患者管理」「診断」に「その他」を加えた。
- ③ 発生した診療施設等：「大学病院」「大学以

外の公立病院」「大学以外の私立病院」「診療所」「介護施設」「その他」の 6 種類に分類した。1 つの事例に複数機関が関与した場合、複数選択可としたが、「搬送先病院での医療行為が適切であった」等の記載がある場合、搬送先病院は除外した。

④ 問題となった診療科・部門

⑤ 被疑者とされた関係者

⑥ 直接死因

⑦ 因果関係についての判断：「解剖医の立場では判断できない」「診療上の過誤の可能性は否定できる」「診療上の過誤による死亡の可能性が否定できない」の 3 項目に分類した。

### 3. 関係者の刑事処分状況

全対象事例について、その後の刑事処遇を東京地方検察庁へ文書で問い合わせた。本研究に際しては東京大学医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を得た。

### ■結果

#### 1. 診療関連死事例数・性別

診療関連死事例は、全司法解剖事例 500 例中 73 例(14.6%)、年別では 12～18%、男性 44 例、女性 29 例であった。

#### 2. 分類結果

##### ① 年齢階級別分類

60 代、70 代が全体の 53.4% を占めた。

##### ② 原死因に基づく診療行為の種類別分類

「患者管理」が最も多く 23 例(31.5%)、続いて「外科手術」が 18 例(24.7%)であった。「薬剤」はアナフィラキシーショックや副作用が半数を占めた。「内科的処置及び検査」は、検査中にカテーテルの先端で内臓を穿刺した事例等が多かった。「外科手術」は術中出血が 4 割を占めていた。「患者管理」は転倒・転落、人工呼吸、点滴等、多様で、転倒・転落後に大腿骨骨折を見逃した場合のような、外傷に対する診療行為に関する事例や不作為事例も少なくなかった。「その他」は、容態急変後の気管挿管に手間取り心肺停止となった事例や、出産後に止血できず死亡した事例等を含む。

##### ③ 発生施設等

大学病院とその他の公立・私立病院が 69 例(94.6%)、「診療所」が 5 例(6.8%)、「介護施設」が 3 例(4.1%)を占めた。「その他」には、在宅治

表 1 刑事処分の動向

	2003	2004	2005	2006	2007	計
起訴	1	1	0	1	0	3
不起訴	14	17	7	5	0	43
未決	0	5	3	4	12	24
その他	2	1	0	0	0	3

注)「その他」には刑事処分が不明の事例や管轄を移送された事例が含まれる。

療中や拘置所内での医療行為が関与した事例を含む。

#### ④ 問題になった診療科・部門

内科 35 例(47.9%)、外科系 22 例(26.8%)の他、介護施設発生事例、美容整形、在宅医療等が含まれていた。チーム医療、他科との混合医療については、複数の法医の議論を経て判断した。

#### ⑤ 被疑者とされた関係者

歯科医師は「外科手術」「診断」の 2 例(3.2%)、看護師は「薬剤」「内科的処置及び検査」「患者管理」に併せて 10 例(13.7%)、介護職員は「患者管理」に 5 例(7.9%)関わっていた。その他、大部分の事例では、医師が被疑者とされた。「その他」の関係者には死亡者の家族が含まれていた。

#### ⑥ 診療行為の種類と死因

直接死因は「出血性ショック」14 例(19.2%)、「肺炎」6 例(8.2%)が多かった。原死因となった診療行為は多様であった。出血性ショックの原因は、外科手術 5 例(35.7%)のほか、転倒・転落等を含む患者管理 5 例(35.7%)等であった。

#### ⑦ 因果関係に関する判断

「診療上の過誤による死亡の可能性が否定できない」13 例(17.8%)、「解剖医の立場では判断できない」40 例(54.8%)、「診断上の過誤の可能性は否定できる」が 20 例(27.4%)であった。

### 3. 関係者の刑事処遇

対象事例 73 例中、2008 年 9 月時点で、起訴 3 例、不起訴 43 例、未決 24 例、その他 3 例であった。起訴された 3 例のうち、交通事故 2 名の被疑者を除くと、医療従事者の起訴は既済 49 例中 1 名(2%)に留まった(表 1)。なお、業務上過失致死罪の公訴時効は 5 年であるが、伊藤らによる遺族に対する調査によれば、医療過誤被疑事件の司法解剖事例では、死後 2 年の時点で半数以上(約 54%)が何ら説明を受けていなかった<sup>2)</sup>。

### 4. 類型事例の再発

頻発することが周知の診療事故類型のうち、本調査では、浣腸による直腸穿孔(2 例)、身体拘束中の突然死(2 例)、アナフィラキシーショック(2 例)、中心静脈カテーテルによる損傷(2 例)、転倒・転落事例(3 例)を認めた。転倒・転落事例のうち 2 例は、事故後に骨折を見逃され出血性ショックに至った事例であった。

このうち、浣腸による穿孔については、2005 年に厚生労働省、2006 年に日本看護協会、2007 年には日本医療機能評価機構が実施した調査から、「緊急安全情報」等として注意と防止策が提案されている。

人工呼吸管理に関する事故・過誤が 8 例あった(表 2)。特に、食道挿管(2 例)、人工呼吸器・管の逸脱(4 例)等の事例を認めた。頸部の手術後、出血によって気管が圧迫され窒息死した事例は、本調査終了後も依然続いて発生している。早過ぎる気管内挿管の抜去、頸部ドレーン挿入を怠った、夜間バイタルサインのチェック不十分等によって窒息の進行を見逃した等の情報を開示すれば、事故の再発防止に貢献すると思われる。

### ■考 察

#### 1. 診療関連死司法解剖事例からみる現状

司法解剖の対象となった診療関連死事例は多様であった。その内、鑑定人が診療行為との因果関係を認めた事例は 13 例(17.8%)、医師が起訴された事例は既済 49 例中 1 例(2%)であった。

なお、東京地検では医療過失被疑事案専従の検察官が、慎重な事情聴取に加えて、複数の専門医の意見を聞いたうえで、因果関係や医療行為を判断している。また、東大では、努めて専門医に立会いを依頼する他、原則、専門医の意見を聞いたうえで鑑定意見を提出している。

医療従事者が起訴されていた唯一の事例では、

表 2 人工呼吸に関する事例

年次	刑事処分	概要	死因
2003	不起訴	ギラン・バレー症候群と診断され入院中、呼吸不全から人工呼吸器管理中、X線で食道挿管に気づき、再挿入を試みたが失敗し、皮下気腫を生じて死亡。	食道挿管による窒息
2003	不起訴	自殺企図の男性がマンションの4階から飛び降り、背盤骨折、肋骨骨折、右血胸で入院。その後呼吸困難を来し挿管に手間どる間に心停止を来した。蘇生するも数日後に死亡。	心不全
2004	不起訴	舌癌と診断され、舌部分切除術を受けた。1年後に右頸部リンパ節への転移が見つかり、右頸部リンパ節郭清術を施行。術後に気管チューブを抜管した後、呼吸苦とチアノーゼが出現し気管挿管に手間どる間に心停止。数日後に死亡。	術後頸部出血による気道狭窄に基づく窒息
2005	不起訴	通院先病院から帰宅途中、路上で突然倒れた。搬送先の病院で気管内挿管しようとして、食道内に挿管した。	心筋梗塞
2005	不起訴	筋萎縮性側索硬化症で在宅人工呼吸器使用中であった。痰が絡まったため人工呼吸器のコネクターをはずし痰を除去後、再びコネクターをカニューレに結合させたものと誤信したまま、別の作業中にうとうとしてしまった。	不詳
2005	不起訴	准看護師が気管切開孔から痰吸引機で吸引後、吸引チューブを気管カニューレに入れたまま放置。	窒息
2006	不起訴	重症肺炎で入院中、人工呼吸チューブ逸脱による呼吸不全を起こしたものの、	重症肺炎、人工呼吸器脱出による窒息
2007	未決	胸痛、腰痛、口渇を主訴として入院。腸管壊死のため開腹・腸管切除術施行。体位変換時に気管切開カニューレが抜けていた。再挿入を試みたところ酸素飽和度が40%まで低下し心停止。一旦は蘇生するが、徐々に悪化し死亡。	腸管壊死を原因とする敗血症

胸骨の骨髄穿刺中に心臓を損傷したが、心嚢血腫の発見の遅れから患者が死亡した。従来、誤薬、薬剤投与経路の過誤に起因した事例では、刑事処分された事例が少なくないが、本調査では9例すべてが起訴されなかった。たとえば、交通事故後、誤診に基づいて誤った薬剤が投与された結果、薬剤性肝障害を生じ死亡した事例、点滴用リドカインを静脈注射した後、患者が死亡した事例等が含まれる。しかし、リドカインに関する事故の頻発が報告・報道され、容器形状や病棟管理について具体的な対応が医学雑誌等に発表されるまでに多数が死亡している。また、司法解剖はリドカインに限らず類似事例の再発防止には全く貢献していない。しかし、このような過誤事例こそ、事故の再発防止の観点から早期の解剖情報の開示が求められる。

その他、従来から頻発している類型事例を少なからず認め、原因の分析とその情報開示の必要性が再確認された。たとえば、人工呼吸管理に関する事例が8例、出血性ショックの見逃しが14例(術後5例、転倒・転落後2例)であった。

## 2. 今後求められること

調査結果より、改めて類似事例の再発防止策の実施のため、解剖情報の開示等、司法解剖の運用上の改革の必要性が認識された。

現在、検察は刑事処分決定後、捜査や鑑定の結果を遺族ばかりでなく、被疑者にも説明しようとしている。しかし、著者らの以前の調査では、遺族にとって説明の時期が遅過ぎる、不十分という意見が大勢を占めていた<sup>2)</sup>。一方、医療機関に対する、司法解剖に関する情報提供は、第1回公判決定以前に関係者に開示することが、刑事訴訟法によって禁止されているため、解剖執刀者は医療従事者に説明できない。その結果、医療機関は遺族と対話できず、紛争化した事例が少なくなかった<sup>2)</sup>。

調査結果を受けて、当教室では、警察・検察と話し合い、2009年2月より司法解剖後、原則として遺族に解剖所見と死因について説明している。ただし、医療上・法律上の過失の判断は伝えない。今後、刑事裁判の対象とならない大半の診療関連死、交通事故、労災等の事例についても、遺族が望むように<sup>2)</sup>、解剖所見や死因等の情報を



解剖執刀医が説明できるようにすべきである。

検察・警察が司法解剖や捜査情報の開示を拒む理由は、被疑者のみが知りうる事実を裁判前に開示することが、「手の内を見せる」ことになる懸念にある。しかし、裁判員裁判は捜査の透明性・公正性に対する疑問の解消を目指している。このような状況に反して、検察・警察が解剖情報を秘匿するため、遺族・医療機関を苦しめ、紛争化を助長しているように見える。

旧英連邦諸国では、異状死は公的死因究明の対象であって、情報は原則公開である<sup>3)</sup>。死因究明全般を指揮する coroner (検視官) が、遺族、医師等、関係者に解剖や調査の情報を自らの責任において開示・説明する。また、診療関連死等、関係者の疑問に答えるべき重要案件については、coroner が裁判官として検視法廷を開き、関係者の証言を通して事実を認定し、遺族、関係者の納得を得るように努めながら、最終的に、死因や態様(病死、事故死)等を評決(判決)する。しかし、法的過失の判断は避ける。オーストラリアのビクトリア州では、死因究明を事故の再発防止のためと位置づけている<sup>3)</sup>。たとえば、中心静脈栄養用のカテーテルの置換中に先が心臓を穿孔し、心臓血腫に陥ったが気づかず死亡した事例は、本調査中の起訴事例と似ている。coroner は、法廷で死因の認定に続いて、「カテーテル置換後に造影・X線撮影によって先端を確認すべきガイドラインに従わなかったミスがあり、本件は予防可能であった。(一般)医師はガイドラインを遵守すべきである。」等と提言している。また、警鐘事例として、医師に新聞、電子ジャーナルで配信されている<sup>3)</sup>。上記のリドカイン誤注射のような事例も、類似事例が検視法廷に集められて共通点が分析され、いち早く容器の形状の問題、病棟での管理の問題が明らかにされ、coroner の提言を通じて、医療関係者、製造者、行政等に周知されたうえ、データベースに登録される<sup>3)</sup>。さらに、ビクトリア州では、医療機関が関与した全事例のカルテ等を専従の、医師・看護師のチームが評価し、法医、coroner

と一緒に死因究明、医療評価に加えて、再発防止に貢献している。この医療評価の結果と解剖結果は、すべて医療機関にリエゾン(フィードバック)されている。

オーストラリアでは、全国異状死症例をデータベースに登録し<sup>3,4)</sup>、法医解剖情報、事故の発生状況、調査情報等が、coroner 関係者、法医、登録研究者等に開示され、死因究明の質の向上と事故の再発防止に貢献している。

当教室でも法医解剖データベースの試験運用から、学会レベルでの実施を計画している。そのメリットとしては①予防可能な死の発見、②予防対策の分析・評価があげられている<sup>4)</sup>。本制度が本格的に運用されれば、解剖・鑑定等の質の向上、鑑定人の教育水準・士気の向上にも貢献すると考えられる。

## ■結 論

従来から頻発している診療関連死亡事例が少なくなかった。医療従事者に過失があっても不起訴処分となった事例が多く、検察の判断済みの49事例のなかで起訴された事例は1例に留まった。本調査で見ると、医療従事者が刑事処分を受けることは例外的である。東大では、警察・検察の了解を得て、司法解剖の情報を遺族へ開示しているが、医療従事者への開示は制限されている。司法解剖の情報を医療側に開示し、事故の再発防止と遺族側との対話に利用できるようにするべきである。

謝 辞：刑事処遇の状況照会に対しご回答頂いた東京地方検察庁刑事部の皆様に謝意を表します。

## 文 献

- 1) 法医学会ガイドライン。日本法医学雑誌, 48(5): 357-358, 1994.
- 2) Ito, T., Nobutomo, K. et al.: Limited Disclosure of autopsy information leads bereaved families to sue physicians. *J. Saf. Med.*, 2008(2): 34-42, 2008.
- 3) 吉田謙一・木内貴弘: ビクトリア法医学研究所における医療関連事故予防への取り組み。日本医事新報, 4228: 57-62, 2005.
- 4) 木内貴弘・他: 異状死症例データベースの構築と運用。病理と臨床, 24(7): 753-756, 2006.

\* \* \*

