

下がってきた時期だったわけです。それでどういうことが理由にあるかも含めて検討されたわけです。次に、それでは現在、病理解剖をめぐる問題点はどんなことがあるかということを見てみます。

1つは、異状死の問題です。医師法の21条に「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」という異状死に関する法律があるわけです。しかし、この「異状があると認めるとき」が非常に漠然としております。この法律は昭和23年に作られた法律ですが、これは現在の社会事情に照らすと問題が多すぎる。それで、法医学会では平成6年にガイドラインをつくりました。医療行為の問題に関してもいくつかの条項をあげております。

しかしながら、これを読んでもあまりスッキリしません。最終的には「普通の死」とは病気になる、診療を受けつつ、診断されてその病気で死亡することであり、「異状死」というのは、それ以外の死であるとしています。これでは非常に漠然としていると思います。私たち臨床の現場で働く者としては、これではまだ非常に混乱が多いと思います。

それで内科学会は、平成14年に戒告を出しました。「医療行為に関連した患者死亡の所轄警察署に届け出ることに関して」ということで、なんらかの医療過誤とはこういうことです、というような解釈を示しました。その他、医療過誤の存在が強く疑われるということの意味、過誤の存在が明らかであるということの意味、あるいはそれらの患者の死亡の原因だったと考えるという解釈、そういったことを戒告として出しました。大事なことは、それでは今後どうすればいいかということです。内科学会は3つの項目を提案いたしました。1つは、積極的に病理解剖をやること。それから病理解剖をやる場所は限られておりますので、いろんなところでやる体制を整えること。それに、なによりも大事なことは、中立的な第三者機関をつくるべきであると、強く提案しました。それでモデル事業というのが始まりました。

平成10年ころから、医療事故の現状が取り出されました。それで4学会、日本内科学会、外科学会、病理学会、法医学会が協議して16年に共同声明を出しました。それから他の学会にもよびかけて、共同声明を出し、学術会議その必要性に関して見解をだしました。そして平成17年から厚労省の研究費をいただいて、虎ノ門の山口院長が委員長になられて、平成17年の9月から今年の3月まで、モデル事業をやったわけです。最終的にパンフレットもつくって、まとめた意見をだしました。

モデル事業だったわけですから、当然ながらこれがもう本格的に稼働するだろうと思ったわけですが、政権交代とかいろんなごたごたがありまして、まだこれは本格的には稼働していません。それで今年の4月からはモデル事業を継続するということになりました。まだまだ続くわけですね。それで、モデル事業から具体的な実績を得るためにということで、新しい視点で多面的に議論されております。

たとえば、オートプシーイメージングですね。Aiといいます。これを活用すべきか。正しい理解をもってやるべきじゃないかと、こういう検討会もされています。

ということで、次にA i に関してお話させていただきます。

90年代に入って、剖検率が下がってきたわけですが、これとちょうど相関するように、高度医療機器、CTスキャンだとかMRIの普及率が高くなりました日本で特別に普及率が高い。そのほかの外国と比べると圧倒的にCT、MRIの普及率では日本は非常に進んでいるということです。

これは現在私たちの病院に入院している患者さんの写真をすこし拝借してスライドにしました。頭の輪切りの写真、頭の矢状断あるいは水平断とか、正面像、こういった写真で、中がよくわかるわけです。さらに頭の中の血管と骨との関係だとか、頭の骨と頸椎との非常に見にくいところですが、そういったところも非常にわかる。頭の縫合や頸椎もよくわかる。そしてこれを回転することができるわけです。頭の中に動脈瘤があると、そこだけを拡大をして手術の前に、検討することができる。足の血管もそうです。これは心臓です。こういった画像技術の進歩があるわけです。

病理解剖は非常に重要です。さきほど述べたとおり、病理解剖による検定だとか病態生理の理解というのは、A i に比べて病理解剖が圧倒的に非常に重要な事実をだしてくれるわけです。

ところがやるスピード、簡便さ、それから普及率、そういったところではA i が優位な点もあります。しかしながら、両者は相対するものではありません。病理解剖とA i は、お互いに欠点を補いながら相補的に行うべきであるということだと思います。

たとえば、患者さんがお亡くなりになった時に、遺族の方に病理解剖をお願いします。しかしながら、これは家族の方が悲しみにうちひしがれている時にお願いをするわけですから、なかなかスムーズにいかないところがあるわけです。そこでA i をやって、A i をやったけれども、検索したけれども、死因、病気の原因はわからなかった。だから病理解剖をさせていただけないでしょうか。あるいは、A i をやって、思わぬところに病気があった、それでここをすこし検討させていただけないでしょうか。病理解剖をお願いできないでしょうか。そういう頼み方をすれば、家族の方も納得する面もあるのではないかと思います。最終的に私たちは病理解剖がいちばん大事だと思っています。しかしながら、A i を正しく理解をしながら、こういう病理解剖の勧め方もあると思っています。

最後に、病理解剖率を上げるための方策ということで、まとめさせていただきます。異状死の問題は重要です。日本では解剖させていただいているのは9%です。監察医制度がない地区では、まだ4%しかありません。異状死に関する症例の死因を明らかにしていくことは重要です。とくに医療行為に関する対策は早く解決しなければなりません。第三者機関を早急に本格稼働していただきたい。A i に関しては正しい理解のもとに、病理解剖とは違った視点から両者は相補的な検索方法であるということをもっと正しく理解していただきたい。病理解剖に対する広報、啓発すること。病理解剖に対して、理解ある文化の土壌を日本につくっていかないといけないと思います。それから財源の問題も重要です。全国的には年間2万件あるわけですが、これらに対する費用は拠出されておりません。国

の財政の問題もあると思います。それから病理解剖に携わる方の人材確保。全国に 2000 人しか病理医はいないということも聞いています。圧倒的なマンパワー不足です。医師全体の数をあげるということも大事です。しかしながら、病理医の地位の向上、あるいは魅力的な職種であるということもを宣伝しながら、もっともっと病理医を増やしていく方策も重要と思っております。

最後に、このスライドは沖中先生です。私は神経内科をやっておりますが、沖中先生は、神経内科の神さまのような先生です。1963 年に東京大学を退官されてその最終講義で病理解剖に関して講義をされました。誤診率が 14%ということをおかれて、一般の人は「14%もあるのか」と驚いたわけです。ところが私たち医療者側からいえば、「いや、さすがに沖中先生は 14%で少ない」と感じて、その感覚の違いがあったのです。そういうお話を、沖中先生が書かれております。一度ぜひこういう本を読んでいただきたいと思っております。以上です。ありがとうございました。

黒田：栗山先生、どうもありがとうございます。内科のお立場から解剖全体をお触れいただきました。時間がちょっと押しておりますので、引き続き次に移りたいと思っております。次は外科の医療の立場から、東京大学外科学の國土典宏教授にご講演をお願いします。國土教授は、肝胆膵の外科、移植の外科を専門とされておまして、今日も移植の手術をされており、手術室からこの場に御登壇いただきました。よろしくお願いいたします。

國土：ご紹介ありがとうございました。外科の國土と申します。遅れて申し訳ありません。

先ほど、内科の立場からということでご講演がありましたが、外科の立場から、ここでは通常の病理解剖について、現状とこちらの考え方というのをちょっとご紹介したいと思います。

釈迦に説法で恐縮です。オートプシーは「自分の目で見る」という意味があるそうなのですが、外科医にとって病理解剖を考えてみます。我々外科にとって主な対象は癌の患者さんになります。手術をしておりますので、病変を直接目で見て切除したりして治療をやって、そのあとで患者さんが亡くなります。その手術、その治療がほんとに効果的であったかどうかを再評価することが病理解剖であろうと思っております。基本に立ち返ることであるということで、重要であることはもう申すまでもないと思っております。

ただ、何回も先ほどからお話がありましたが、剖検数が減っている。東京大学のデータを拝借しご紹介すると、やはり内科の剖検例が多くて、外科は 2 割程度という、そういう内訳になっております。

私どもの科の、最近の患者数の推移をちょっと調べてみますと、入院患者数は 2000 年を境に病棟が増えたこともありまして、このように増えております。かたや剖検例はこちらです。非常に減っている。こういう数になっておまして、それから死亡率はちょっとぼらつくわけですがけれども、要するに入院患者さんは増えているけれども、外科の病棟で亡

くなる患者さんは幸いなことにといいますか、減少していることがありまして、さらに剖検率も下がっているという事実が、残念ながらございます。

その要因について、外科に特殊なものをちょっと考えてみますと、1つは、外科の手術が非常に安全にできるようになったということがございます。ここにご紹介する論文は、8年間に私どもの科で1000例を超える肝切除をやって、1例も手術死亡がなかったという、論文です。日本全国を見渡してみても、たとえば肝切除は1970年代には死亡率が全国平均で15%~16%でした。要するに6人に1人が亡くなるような、そういう危険な手術でございました。ですので、大学病院などではチャレンジとしてそういう手術をやって、当然残念ながら亡くなった患者さんもいっぱいいらして、剖検でどういうところが悪かったのか、どういう反省点があるのかを評価するというニーズがあったわけですが、もう今は、非常に安全にできる。最新のデータでは全国平均でも肝切除の死亡率は0.7%という低い数字になっています。そういう状況ですので、むしろ逆に、手術で患者さんが亡くなるということは許されないといいますか、社会はそう見ているのではないかというふうに外科医はむしろ思っておりまして、そういうプレッシャーを感じながら、今は、医療をやっているのが現状です。

ということで、ちょっと話はずれましたが、幸いなことに手術で、あるいはその関連で亡くなる方は最近非常に減ったということですので、そういう患者さんを、どうして亡くなったのか、どういうところが悪かったのかということ剖検でみていただくという機会も減った。これは幸いなことだと思いますが、解剖数にとっては減少要因です。

それともう1つの理由は、内科の先生もおっしゃいましたが、画像診断です。その診断力が最近非常に進歩しました。撮影後すぐに画像データがでますし、今は画質が向上して3Dの画像などもできるわけです。

これもちょっと、最近経験した患者さんで、すごいと、私自身思ったのでご紹介します。じつはこの方は生体肝移植のドナー候補の方です。ドナー手術を受けていただくためには体中調べて全く正常でなきゃいけないのですが、じつはちょっとひっかかってしまった。Coronary CTで内膜のわずかな変化が検出されたのです。内科の先生にコンサルトすると、大丈夫ですと、とくに問題がないということなので、ドナーとして適格ということになったのですが、このような細かいところまで画像で見えてしまいますと、剖検をしなくても画像でかなりわかるじゃないかと、実感するわけです。ですから、これにたとえば、こういう診断が生前になされていたとして、たとえば亡くなった患者さんであとどれだけ病理でみていただいて追加の情報が得られるのだろうか。病理の先生からお叱りを受けるかもしれませんが、そういうふうにも外科医は感じるわけです。

これは肝臓ですね。これも画像としてきれいなのでごらんいただきたいと思います。3Dでこういうふうに、肝臓のいろんな領域の範囲や容積が細かくわかるようになっております。ということで、外科臨床であつかう癌の患者さんですと、亡くなるのは治療に関連する死亡というよりは、結局最後に癌が再発して亡くなる、あるいは肝硬変の方なら肝硬

変が悪化して亡くなる、というようなケースが多くなります。そして、多くの患者さんは臨床経過に矛盾や疑問がなく、すくなくとも外科医にとっては、そういうふうに思われる。外科医と家族の方が納得できる経過であれば、剖検が必要ないとはもちろん申しませんが、剖検をお願いする立場側からいっても、実際にはそれほど強くなかなか勧められないという事情がございます。病理解剖の重要性について今更申しませんが、当然あると思っではおります。

ここでポスト・モータルイメージング、オートプシーイメージングを1例だけ経験しましたので、ご紹介いたします。さきほど申しましたように、肝切除ではもうほとんど手術合併症で亡くならない時代です。肝切除では亡くならないんですが、生体肝移植手術は残念ながらそれほど成績がよくありません。死亡率が4%から5%。移植を受けた方の20人に1人ぐらいは、やっぱり亡くなってしまいます。そういう確率の、ある意味危険な手術なわけですが、その亡くなった方を提示いたします。まず50歳の女性で、自己免疫性肝硬変の患者さんです。肝細胞癌はなく、移植手術そのものは非常に順調に運びました。13時間かかって出血量3000というのは、そんなに多い方ではありません。

ですが、そのあと、ちょっと長い経過なんですけれども、肝機能がだんだん悪くなってくるわけです。肝生検を何回も行いました。これで拒絶反応があるかどうか、あるいは肝炎が悪くなっているかどうかをみるわけです。しかし、この患者さんでははっきり拒絶でもない、はっきり肝炎でもない、という状況なのにどんどん肝機能が悪くなっていく。最後はステロイドを多量に使って免疫抑制剤を強くかけても、やはり残念ながら亡くなってしまいました。移植から死亡まで2か月ぐらいは経過していますが、退院できていませんので手術死亡という扱いになります。

この患者さんは突然48日目にけいれんがあって、結果から見るとかなり突然に、悪くなって亡くなった。急変して亡くなったようにも見えるんですね。結局、急変の原因がよくわからず、この方は剖検の了承をいただけませんでしたので、ポスト・モータルイメージングのCTをお願いしました。

スライドでおわかりのようにかなり肺のほうは陰影があり、肺水腫の所見でございます。当院救急部のカンファレンスで非常に細かく検討していただきましたが、おそらく肺塞栓症ではないかという判断になりました。結局ポスト・モータルイメージングCTによって、死因は絞ることができたけれども、確定はできなかったということになります。やはりこの方は剖検が必要だったなど、そういうふうに思われる症例でございます。

もう1名は、やはり生体肝移植の患者さんです。30歳女性でC型肝炎由来の肝硬変で生体肝移植を行いました。この方も手術そのものはうまくいきまして、術直後などは順調だったわけですが、少したってから肝機能が動いてきました。血清ビリルビンがある時点からからど一とあがってくるわけですが、さらにGOT、GPTもあがりますと、肝炎なのか拒絶なのかわからなくなります。その鑑別のためにやむをえず肝生検をこのように頻繁にやっております。それでも結局は確定診断がつかないまま、塞栓症と書きまし

たが、どうも肝動脈、肝臓の血流が悪くなっているところがみつかりまして、そういうものが悪さをしたのか、とと思っているうちにだんだん肝機能がさらに悪くなって死亡されました。CTでわかったわけですが、肝動脈閉塞によって肝臓の15%は壊死になっていました。これはこれで問題ではありますが、命を落とすほどの重篤なものではありません。この方は病理解剖の同意をいただきましたので、解剖していただき、CPCをやっていただきました。臨床的には真菌感染症がありました。血中βDグルカンが高く、胸水中に真菌が検出されていました。しかし、最後は肝不全のようになりましたので、C型肝炎、肝不全、こちらが主な死因だろうと臨床側は考えて剖検を依頼しました。

解剖所見では肝臓には拒絶反応はなくて、門脈域の繊維化やリンパ球浸潤がわずかに見られただけで、それほど大きな異状はむしろなかったことがわかりました。驚いたことに心臓内にも真菌塊がございましたし、腎臓にもあるということで、この方は最終的に死因にもっとも関与したのは真菌症だったと、いう結論になりました。これは病理解剖していただければじめてわかったということになります。

こういう有用な情報はたくさん得られますので、亡くなった患者さんには剖検を是非やっていただきたいと思うわけです。また、予想外の経過や突然死、突然容体が悪くなったように見える患者さんもとときどき経験いたしますが、そういう患者さんがどうして悪くなったのか、亡くなったのか原因を明らかにするための病理解剖はぜひ必要だと思います。

最後にちょっとだけ、私の感じていることを申し上げますと、解剖数の絶対数が減っておりますので、最近の若い外科医は解剖、病理解剖に接する経験がほとんどないのではないかと思います。そうしますと例えば解剖の同意をいただくための患者家族説明の経験もないし、教育を受ける機会もないのではないかと考え増す。剖検は主治医がただ事務的にいえば同意していただけるわけではありません。これまで一所懸命みていた主治医がお願いするわけですが、そのお願いの仕方いろいろあります。結局、その主治医の人間性といえますか、そういうものがでてくるわけですが、それと同時に、どういうふうにいえばいいのか、どういうふうに説明してお願いすればいいのかというようなことを、私自身を振り返ってみて、1度も教わったことがないなと思います。当然若い外科医も知らないと思います。そういう状況で、これは外科の立場、あくまで外科ということでお聞きいただきたいんですけど、病理解剖に関するノウハウも外科医に教育しなきゃいけないのではないかと。そういうふうに今、自戒しているところでございます。

ご静聴ありがとうございました。

黒田：国土先生、どうもありがとうございました。外科のお立場から、外科の手術の精度、画像診断等がとくにすすんできたのですが、突然の障害についてはきちんと解剖して確認する必要があるという、貴重なご講演だったと思います。

ひきつづきまして、医療安全の立場から青梅市立総合病院の院長でありになり、さきほどのお話にでました、新しいモデル事業、医療安全調査機構の中央事務局長をされてお

ります、原義人先生から、「医療安全と病理解剖」ということで、ご講演をいただきたいと思います。よろしく願いいたします。

原：さっそく始めさせていただきます。

ここに書きましたように、1999年、平成11年、みなさんもよくご存じだと思いますが、日本でもアメリカでも医療安全元年といわれております。この年、1月11日に、横浜市大の患者取り違え事件がありました。それから2月11日には、都立の広尾病院でへパリン生食の液とヒビテン液を間違えて注射し、全身の血栓症を起こし、患者さんが亡くなる事故がありました。後ですけれども、その事件は院長先生と主治医が医師法21条違反の罪に問われ罰金刑に処せられております。そのあと、7月11日には杏林大学の割り箸事件というのがありました。

そういうことがありましたので、その後、ここにありますように、医療過誤記事、医療過誤に関する記事が、非常に増えました。また、医療者の方も、異状死の届け出件数がここを境に非常に増えてきているということがあります。

また、1999年11月にアメリカのインスティテュート・オブ・メディシン (Institute of Medicine) から、*To Err is Human*、人は間違えるものであるという報告書がでております。その中には医療に関連した死亡がアメリカで年間に何万人もいるということが明らかにされています。それから、人というのは必ず間違ってしまうものだから、ぜひ医療安全を保つためにシステムをしっかりと考えることが重要だということが提案されました。

次は医療事故死と関係者の思いということで、これはたびたび他の方々からお話がありますけれども、患者さんのご遺族、それから医療者ともに共通した思いというのは、徹底した原因究明と、それから再発予防です。一方、国民と医療者ですこし違っていると、私がい、みなさんもご指摘されるところは、国民は医療が確実なものと考えて、事故があると医療者がミスをしたと思いついでそこに不信感が芽生えるが、医療者は、実際の医療はいまだ不確実な部分がかかなり多いのが現実だと感じています。そこに非常に大きなギャップがあるということです。

そういう背景から医療安全の向上と相互理解の促進ということのために、医療事故の原因を究明して、治療経過を評価して、再発予防策を策定して提言すると、こういうような専門家による、公正・中立的な第三者機関設立というのが非常に望まれている訳です。

さらに患者さんのご家族には補償の問題を要望される方もおります。それから医療者は、非常に強い要望ですが、警察なり司法といったものが医療に介入してくることをぜひ排除したいという気持ちが強くあります。

従って、さきほど栗山先生のほうからお話がありましたけれども、診療行為に関連した司法の調査分析モデル事業が内科学会を主体として2005年9月に開始されました。それが4年半続きまして、今年の3月で一応モデルチェンジということになりました。なお、この事業は厚労省の補助金事業であります。

この事業と伴に厚労省の科研費の補助事業も進行しておりました。「診療行為に関連した死亡の調査分析に従事する者の育成および資質向上のための手法に関する研究」という、長いタイトルの研究ですが、ここにあります1から7の項目が研究されました。後でご紹介いたしますアンケートの結果などは、この6のところ東大法医学教室の吉田教授がリーダーでやられたご遺族などの追跡調査結果の一部であります。

実際のモデル事業の流れですけれども、まず患者さんのご遺族ならびに依頼病院がよく話し合いをしていただいて、依頼病院のほうからこのモデル事業の窓口を受付をしていただきます。その後解剖が行われますが、解剖には法医の先生、病理の先生、臨床の先生の3者が同席します。そのあと治療経過に関しまして、調査、分析、評価を行います。その委員会には臨床評価医、解剖医、総合調整医、それから法律家、弁護士の先生が同席いたします。この評価委員会は1事例について2回から3回開催されます。

最終的に患者のご遺族と依頼病院、両者にきていただいて結果説明会というのが行われ終了となります。最初の目標は、だいたい最初の受付から説明会まで6か月でしたけれども、あとでお示ししますが、実際のところもうすこし長くかかっております。その間に解剖結果報告書と評価結果報告書が作成され、双方に手渡されます。また、承諾が得られれば概要が当機構のホームページに掲載されます。

5年間のモデル事業、実質4年半でしたが、の総括ということですが、10地域で行われました。いずれも大都市です。相談が300ぐらいありましたが、実際受付が行われたのが105例。報告書の完成は82例。ネット公表が76例。残りの200例は受付にいたらず。その理由の一番多かったのが、3割ぐらいですが、「家族の承諾が得られなかった」ということであります。

モデル事業の解剖から司法解剖に変更になった事例が1例ありました。刑事事件化の事例はありませんでした。民事訴訟が2例行われております。評価体制はそこに書いてありますとおり、看護学会や薬学会からも支援をいただいております。

それからたくさんの専門医の先生方に登録していただいて、のべ902名が評価に参加してくださっております。受付から説明会まで平均だいたい10.4か月を要しました。1例あたり、直接経費は95万円ということでありました。

ここから解剖に関するご遺族ならびに医療機関に対するアンケートであります。まず、ご遺族に対して、本事業に参加する前、解剖に対してどのようなお気持ちだったかということをお聞きしました。当然だと思いますが、「非常に抵抗があった」と、「すこし抵抗があった」合計で79%ということで非常に抵抗があることが分かります。

その後、実際にこの評価事業に参加されてどうだったかということですが、「参加してよかった」という方が54%、「どちらかといえば参加してよかった」という方は25%で、合計79%。約8割の方が参加してよかったという、満足されている結果でした。従って、満足度は結構高いと思われれます。

次が依頼医療機関へのアンケートの結果です。モデル事業参加前の不安要因を上げても



らうと、解剖に関して少し否定的な気持ちを持っている医療従事者がいることが分かります。この医療従事者というのは主治医たちですけれども、56%が「解剖しても必ずしも死因がわからないのではないか」と回答しています。

依頼医療機関・医療安全管理者に対するアンケートです。解剖調査結果に関してどう感じるか聞いています。ちょっとスライドがきちんと配置されてなくて申し訳ありませんが、「予想通り」との答えは70%でした。大事なのはここだと思いますが、「臨床経過で不明な点が判明した」というのが48%。「画像で不明な点が判明した」というのが38%。それから「病理学的な原因が判明した」というのは、62%ありました。次が医療依頼機関に対するアンケートの3番目です。評価結果に対する納得度です。最初、否定的な気持ちを持っておられた先生方も「納得できた」が44%です。「どちらかというとな納得できた」が35%で、合計で79%の先生方が納得してくださったということで、高い納得度が得られました。

それからこれが医療機関の満足度ですが、これは医療従事者に聞きまして、「参加してよかった」47%、「参加してどちらかというとなよかった」35%、これを合計して満足度は82%と高い結果でした

さて、4月からモデル事業は、ここに書いてありますように日本医療安全調査機構に引き継がれました。この機構は、日本医学会、病理学会、法医学会、内科学会、外科学会の5つの学会が協力して立ち上げました。従って、現在も以前と同じモデル事業を継続するとともに、以下のような新しい取組を行っていかうとしています。

新しいモデル事業の方向性です。1番、2番の項目では、症例を増やす努力をすることです。5年間で105例というのはやはりすこし少ないだろうということで、増やしたいと考えています。

それから先ほどからもありましたように、3番目に死亡時画像診断を活用していきたいと考えています。4番目に、今はある一定の決まった医療機関で解剖を実施していただいているわけですが、事例の依頼病院でも解剖ができるようにできないかということでございます。

その他、院内事故調査体制をより活用したい。今後の問題ですけれども、非解剖事例の調査も行っていきたい。再発防止策の提言の現場への還元ということで、きちんと提言をまとめて、どこかにきちんと公表していくと、というようなことがあります。

以上、まとめですけれども、やはり医療安全の向上ということのためには、死因の究明が不可欠で、やはりそれには病理解剖というのはその最も有力な手段と考えます。また、調査前に解剖に対して否定的な気持ちをお持ちの患者遺族の方も、調査後には約8割の方が満足されていることからぜひ今後も、可能な限り解剖を主体にやっていくべきであろうと考えます。3番目に、今後、モデル事業での病理解剖と共に死亡時の画像診断、こういったものも併用しながら症例を増やしていく必要があると考えております。以上です。ご清聴ありがとうございました。

黒田：ありがとうございます。原先生には医療安全の立場から、モデル事業がバージョンアップしまして、今、新しくなったのですが、いままでの総括と、それから今後への抱負ということでご講演いただきました。ありがとうございます。

前半の4つが終わりましたが、演者の先生方、たいへん熱が入っておりまして時間がかなりオーバーしておりますので、最初に申し上げましたように、お手洗い、どうぞ各自のご判断をお願いしたいと思います。休憩をとらずに、次に移りたいと思います。

ここで、座長を交代させていただきます。

長村：それでは第5席でございますが、法医学の立場からお話をいただきたいと思います。「法医解剖か？病理解剖か？その区別」ということで、千葉大学の法医学教授の岩瀬博太郎先生、よろしく願いいたします。

岩瀬：お願いします。私のほうから、法医解剖と病理解剖の違い、そしてその使い分けということ、実際、これがこうしろということとはとてもいえませんが、参考になる事例をいくつかお見せしようと考えております。

まず病理解剖と法医解剖は、さきほど深山先生のほうから目的が違うというお話がでておりました。目的も違いますので、当然、方法、やり方もずいぶん変わっています。ですので、法医解剖というものが実際どういうものなのかというのを、お示ししたいと思います。

この事例は60代の男性なんですが、交通事故、非常に軽い交通事故にありました。軽傷で入院していて、最初元気だったんですけど、突然小脳梗塞を起こしまして、さらにその小脳梗塞があまりひどいので手術をします。その後回復するんですが、事故の2週後に突然死んでしまったという事例です。これが司法解剖に回ってくるわけですが、まず直接死因は、肺動脈血栓塞栓症ということがわかります。さらにこの原因を追求していきます。足の血管を開きますと、血栓が入ってまして、これが肺に飛んだ。いわゆるエコノミークラス症候群だということになります。エコノミークラス症候群というのは、寝たきりが続くとなるわけですが、寝たきりになった原因は小脳梗塞です。頭も開けまして、とくに手術がうまくいってないとか、そういうことがないことも確認をします。

じゃ、この小脳梗塞がなんで起きたのかということ、さらに詳しく調べるために、頸部を血管を検索していくわけですが、椎骨動脈という血管に亀裂が入っていました。それを組織検査して病理の先生にもコンサルトしますと、だいたい2週間程度経過したであろう内膜の損傷であることがわかります。ここに血の塊ができて、これが小脳に飛んで脳梗塞を起こしたんだろうということになります。

このように、この方の場合、まず交通事故にあつて、頸部が過伸展するということが起きて、椎骨動脈が損傷を受け、それによって小脳梗塞が起き、寝たきりになって、最後は

エコノミークラス症候群で死んでいったということが示唆されるわけです。

これは法医学的には、脳梗塞だから病死というわけではなくて、交通事故が原因で死んでいったことになりますので、交通事故死という可能性が示唆されるわけです。

我々の診断において非常に大事なのは、さきほど、足を開くとか、首の血管を開く、こういうものが遺族の同意なしでできるというところが、病理解剖との最大の違いになります。もしこれが、病理解剖のように承諾をとって開けるということになると、遺族の解剖拒否や、解剖部位の拒否によって、事実が繋がらなくなってしまうことができます。ですので、交通事故の加害者、そして被害者の遺族、そういう方の権利を守るためにも、あえて遺族の承諾なしで解剖が行えるように法的に設定されています。さらには警察と連携して交通事故の情報も詳細に得たうえで判断をしていく。こういうふういろんなパーツを集めて総合的に判断していくというのが、我々法医学の専門性になります。

たとえばいいますと、1枚の写真があったとします。このように写真の一部だけで判断すると、だれかが卓球していることはわかると思います。これは、たとえばCTだけとって死因がくも膜下出血であることがわかったので、病死とってしまうレベルといえます。

一方ちゃんと、すべての写真のパーツを集めてみます。そうすると私が、スリッパをはいて、まじめに卓球せずに、温泉卓球をしていることがわかります。

さきほどのくも膜下出血にたとえますと、CT以外にも解剖等色んな検査をおこなうことで、いろんな情報がつくんですね。死因はAが殴ったことで起きた外傷性のくも膜下出血だということがわかれば、他殺になります。そういうこともいろんなパーツを集めるとわかってくるわけです。このように、画像診断やら解剖やら、毒物検査、警察の捜査、そういうものをすべて集めて法医診断というのがなりたってくるわけです。

一方、病理診断というのは、我々の診断と、やはり違うところがあります。私たちは外因の可能性というものをすごく気にするんです。これを否定するというのものはものすごく労力があって、先ほどのように、いろんなパーツを集める必要があるんですが、基本的に病理診断というのは、病気の病態を究明するということですから、外的な要因は基本的にはあんまり考える必要がなくて、病気の部分をひたすら詳しく調べていってそれを医療の向上に役立てていくということになります。たとえるならこの写真で、Tシャツに字が書いてあるけどなにが書いてあるでしょうね、というのを細かくみるのに近いかと思います。

この意味で、法医診断、法医解剖と病理解剖というのは違いがあります。目的としては、法医解剖というのは死因究明です。外的なものを含めた死因はなにかということ調べるので、いろんな検査が必要になります。薬物検査など、特別な検査も必要になってきます。また公益が目的です。いろんな人の権利、国民の安全ですとか、そういうものを守るために行うので、遺族のいっていることだけを聞くわけもいきませんし、遺族の承諾をとってられないというところがあって、法律で遺族の承諾はいらぬというふう設定されています。

一方、病理解剖というのは、やはり病態究明が目的になりますので、遺族の承諾が必要

になってきてしまいます。ある意味では、研究させていただくという、非常に医師としての真摯な姿勢というものが求められているわけです。こういうふうに、法医学解剖と病理解剖では、目的もやり方も変わるということを、まず、ご理解いただきたいと思います。

その使いわけですが、これは非常にむずかしい。日本ではとくにむずかしい部分です。千葉であった実際の例ですが、50代の女性が最初、風邪のような症状を訴えて来院します。病院の先生が1日入院させたんですけども、大丈夫そうだから家に帰したところ、翌日、死んでしまったという事例です。病院に運んだんですけど、死因がわからない。病院の方では、ちゃんと異状届け出をするんですけど、警察のほうは最初犯罪性がないというだけで、司法解剖しないといっていました。しかし、警察の本部のほうが「それ病院で死んでないんだし、ちゃんと解剖した方がいいだろう」ということで、気が変わって司法解剖するという事になったんですけど、ここからもめてしまいます。

別に医療事故があったわけじゃないんですけども、遺族側としては、もしかしたら医療事故で死んだかもしれないとか、医者が怠慢なんかして死んだんじゃないかと疑っている面もあるので、警察のほうにも調べてもらいたいと思っているということでした。

警察は、所轄署のほうは、面倒がってぜんぜんやりたくない。本部は病院の外で死んだのだから、別の可能性も考慮すべきだし、お医者さんを守るためにも解剖は必要なことだろうという、結構大人の見方をしています。一方、病院側は、そもそも医療過誤でもないのになんで司法解剖するんだと思っている。しかも、病院側としては画像診断も病理解剖も勧めたのですが、結局警察がもっていったらということ、なんたることだと思っているわけです。

結局、我々のところで司法解剖したところ、上行大動脈解離による心タンポナーデで、医療過誤云々という問題ではないことがわかります。警察のほうはさっさと手を引きます。ところが、病院側は警察が介入したせいで担当した医者が、もう医者をやりたくないなどといっている、といったようにしこりが残ってしまう。遺族のほうは、死因がわかったから警察には感謝しているが、一方では、病院側が、わざわざ病理解剖やら画像検査を勧めたのはミス隠すため、まだなんか隠しているんじゃないかと、へんなしこりが残ってしまいました。

こういう事例を聞くと、画像診断あるいは病理解剖は、使いようなんだろうなと思われま。医師が、真摯に対応することから遺族との信頼関係が維持できているなら病理解剖、画像診断というのは非常に有効なんです、一度ずれが生じると、逆にやぶへびになってしまうことがあるということです。

他の国をみてみますと、意外とあっさりしています。医者が信じられている状態では、病理解剖でもいいというところがあります。一方では、ちょっと医者が信用しきれないということになってくると、性悪説的な対応がいいということで、あっさり法理解剖に回ります。これがだいたい国がやっていることです。日本もそうならいいんですけども、残念ながら法医学解剖に回すハードルが高いというか、ストレスがとにかく高いと

ということが問題です。そこで今、死因究明制度全体のリフォームというものも、警察も含めて法医学会が考えようとしているところでもあります。

そういう非常に死因究明があやふやな中で、いろんな医療関連死の議論が起きているんですけども、基本にはやはり司法の介入に対するストレスというのがあるようです。ここでいったん立ち返って考えてもらいたいんですけども、司法が入ってくるのが嫌だというとき、対処方法は、ここに書いてある3つぐらいあると思うんです。1つは医療ミスをぜったいに起こさない。あるいは発覚させないシステム。これはもうどう考えても実現は無理だと思います。2番目として、医療から司法を排除するシステムをつくる。これはもしかしたら第三者機関が入れば司法が入らなくていいんじゃないかという意見もあるのかもしれないんですが、残念ながら日本の今の刑法、あるいは刑事訴訟法では、医療事故というものが業務上過失致死という罪に問われるので、絶対、司法が排除できるかというところまではいえません。警察が入りたいといえ、入ってきてしまうわけです。じゃどうするのかということになります。3番目としては、司法が暴走するときがあるわけですが、そういう司法をなんとかコントロールできないだろうかという考えもあるかと思います。

国民の同意が得られるかということを考えれば、2の案も1つかもしれませんが、この3番目という方法も1つの方法かと思います。

最近「人はだれでも間違える to err is human 」が医療の場でいわれるようになってきました。ここでぜひ、気づいていただきたいのは、ミスをするのは医者だけではないということです。警察も検事も裁判官も間違えます。だからこそ、刑事手続きの適正化あるいは透明化というものが求められているわけです。

最近、検事さんがフロッピーディスクをねつ造したといって逮捕されました。ああいうことが起きてきて、だいぶ司法の信用というの揺らいでいるわけですけども、司法というのはこういうふうには暴走することがあるわけです。えん罪も発生させます。それに対して、捜査の可視化ですとか、裁判員制度の導入という意見がでてきているわけです。

一方、僕も警察は嫌いなんですけど、彼らがいないと困るのも事実です。犯罪者が逃げているのに捕まえる人がいないと困るわけですから、実際は逆に期待もされています。検察審査会の権限強化とか、時効の見直しというのはそうした期待感から来ています。こういうように、不信感と期待感がいつも入り乱れているわけです。医療事故に関してみますと、医療事故もえん罪の可能性はあるわけですけども、暴走する司法をなんとか止める方法はないのかという観点も必要だと思います。

そのなかでの死因究明、科学的な死因の特定というところですから、そこへ、どういうふうに医学が関与していくのかということが大事だと思います。そういう意味で、法医診断も含む、司法に関わる科学の適正化、透明化が求められています。ここで病理と法医が連携して、法医診断の適正化、透明化されていく方向性というものが求められています。これは私の個人的な意見ですけども、なんとか法医学が将来そのようになっていければと思っていますところ。

あまりみなさんの参考になるかわかりませんが、私の意見として発表させていただきました。ありがとうございました。

長村：岩瀬先生、ありがとうございました。時間も押しておりますので、次の演者にまいりたいと思います。次は画像診断のほうからのご講演でございますが、「病理解剖と死亡時画像診断」ということで、札幌医科大学の放射線医学の兵頭秀樹先生にお願いします。では先生、よろしくお願ひいたします。

兵頭：札幌医大の兵頭でございます。今日は放射線科の立場から死亡時画像診断、最近では死後画像診断と表現を変えておりますが、これについて病理解剖との対比など、ご紹介したいと思います。

この発表は札幌医大で一昨年、平成 20 年からやっております、教育 GP という、新しい大学教育の一環として進めており、今は東京大学の今井先生、最初は札幌医大の学長のときの仕事であります。私だけの仕事ではありませんで、この場をお借りして感謝申し上げます。

放射線科は、もうみなさんご存じのように、1895 年にヴィルヘルム・コンラッド・レントゲンが発見したことに始まり、その発見は非常にセンセーショナルな出来事でありました。といいいますのも、人間の体を、なにもしないで中をみると、この時代は骨だったわけです。このように人体を生きながらにして中を観察できるという、この発見はものすごくセンセーショナルでありまして、翌年にはネイチャーにも発表されたと聞いています。

20 世紀に入りますと、ハンズフィールド先生が開発した CT、Computed Tomography、これは胃がんの臨床例です。このような漿膜下浸潤などもきれいに描出することが可能となっており、臨床的にはふつうに使う、そういうふうになっています。

20 世紀の後半に入りますと、MRI、magnetic resonance imaging が開発され、これはニコラ・テスラという、セルビア人です。交流発電を発明した先生ですが、地場の単位として「テスラー」、ニコラ・テスラーの名前を使って表現していく、そういった機器が開発されております。スライドは札幌医大で通常使っております 1.5 テスラーですが、何年か前には 3 テスラーも導入されました。じつは日本の中には 7 テスラーが入っている施設もあるということです。7 テスラーになりますと、成分分析までできるようになっておりますので、組成まで判断ができると聞いております。

転じまして、文化財などで X 線、CT の利用についても広く知られているところであります。スライドは今年の 4 月に展示されておりました京都大学の博物館の資料であります。ネットでも展示されておりますが、このようなミイラの X 線を撮りますと、くちばしがあり、首があり、足がある。鳥だということがわかります。トキの一種だろうという解説がありました。このように文化財などは壊すことなく中を観察できるということが行われております。また、ミイラの新聞の記事だと思っておりますが、このように末端の骨幹端、骨端

の変形がある、これが原因でこのミイラは亡くなったのであろうというような、病因検索まで可能という事例もあります。

放射線診断学が、このような形で機器の発達を医学的な立場から常に支え、考え、裏づける、また臨床現場で実用にかなう方法を探り、またそれを生かすために機器の開発を提案していったということがいわれていると思います。

これらを踏まえますと、死後画像領域においては、3つあげるとするならば、可能性と限界を明らかにする、信頼性を確保する、現行制度を提供するような制度設計というのが、今まさに我々に求められている課題ではないかと考えています。

この3つについてももう少し掘り下げてみたいと思います。死後画像の可能性と限界については、当然なのですが、病理解剖と法理解剖、これらの所見と画像を比較するということは是非とも必要だと考えております。これはモデル事業などを実際に行われておりましたし、継続されるということは是非とも実現していただきたいと考えております。また、大学病院あるいは基幹病院では画像診断だけではなくて、可能な限り病理解剖あるいは法理解剖との対比は必要だと、私は思っております。またそれはただ単に画像データを集める、資料を集めるというだけではなくて、社会一般に得られた知財を還元していく必要があると思います。

また、放射線科内に対しては、実際の撮像の方法や撮像による読影の信頼性の確保を、社会一般に提示していかなければいけないと考えております。ここでは死後画像撮影と死後画像診断とに分けておりますが、死後撮影に関しましては、やはり機器が10年以上も前の古い機械で撮っても、「これも死後画像だ」というふうに言われても、これは難しいと思われれます。現状に合わないということです。現段階で私が考えるには、16列以上のCTが必要であり、ただ列数だけではなくて、撮像時出せるエネルギー量がポイントです。非常に細かく撮って、しかもそこにX線量が十分である必要があります。なぜ600mAsかといいますと、実は私どもで実際に実施しております患者さんで、肩のあたりの撮像に600mAsが必要な患者さんがおりますので、この数字がでております。このような実際に十分な線量を出力が可能、大きな出力が可能な機器で撮影するというような条件設定が必要だと思います。

また撮られた画像を診断するわけですが、画像診断に精通している者がやはり読影することが必要であろうと考えております。「死後画像診断認定医」という名称で、放射線学会と放射線専門委員会が来週か再来週だと思いますが、理事会にて制度策定会議を予定しております。この策定に基づいて、来年の1月には認定医の講習会というものも既に計画しております。

社会制度の中での死後画像の取り入れ方ですが、私の私見になりますが、すくなくとも大学病院などの教育機関においては、解剖との組み合わせにおいて死後画像の有用性、それを用いた解剖の有用性についてきちんと学生、あるいは診療医、医師へ提示していかなければいけないと考えております。

基幹病院あるいは地域病院においては、すでに画像だけを用いた死後診断・死因究明というものが実施されておりますので、それにはある程度の許容を持って臨んでいかなければいけないと思います。その際には、死後画像読影センターというものもすでに立ち上がっておりますので、これらを活用した許容のある制度を策定し、既に死後画像認定医制度設定の移行期間であるということのみなさん、認識しないといけないと考えております。

いずれにしろ、放射線診断というものは、法医学と病理学この両者と手をつなぐような、そういった立ち位置にあると考えております。両者とも死後画像診断を使いますが、法医学においては、とくに医療事故の調査など画像からのサジェスションをやりましょう。病理学に関しては、院内CPCなどを通して、学生教育、あるいは医療人育成というものを担う1つの役割になっていくのではないかと考えております。

じつはこれが札幌医大で取り組んでいる病理学の新しい姿と考えているものです。今日はすこしだけご紹介したいと思います。2008年の11月に朝日新聞に非常に興味深い記事がありました。学生が命の教育議論、ということで、実際には、東京学芸大学の先生が小学校の先生のとときに経験したというものです。仏教大学の先生でした、すいません。で、この「ブタがいた教室」というDVDをご覧になった先生もいらっしゃるかと思いますが、小学校で「1年後にこのブタを殺しますよ」ということで飼い始めるわけです。1年間ずっと飼って行って、最後に卒業するときはこのブタを食べる/食べないで非常にクラスがもめるといふ、そういった、実際にあったお話なのです。この記事は「今の家族、家庭は核家族が多いし、家畜を飼っているわけでもない。命の大切さを言葉でなく、体で知る機会をどこかでつくる必要がある」と述べています。こういう教育が今の医学教育の中にはまったくない。死を考えさせる教育がまったくないということが非常に問題であろうということです。医療人としてはやはり死と対面する、受け持ち患者がもしかしたら死ぬかも知れないという、そういう心の準備をしておく。また、ただ患者さんだけではなくて、残された家族に対して、どのような配慮ができるか。その患者の家庭の中で、自分が献身的に医療スタッフとして尽くした感謝の気持ちの1つとして、病理解剖あるいは死後画像診断をお願いするという、そういった姿勢があるということ、きちんと学生あるいは医師に教えていかないといけないということを考えました。

この考えに基づいて「死後時画像診断による教育医療プログラム」というものを立ち上げまして、医療人の育成として2つ、知性教育と感性教育を札幌医大では実施しております。

これが流れでありまして、患者様が亡くなり承諾を得られましたら、死後画像を撮りますし、また病理解剖をセットとしてこれを学生に立ち合わせます。時間がたって、だいたい3か月ぐらいすると、個人の、たとえば銀行口座を整理するとか、あるいはいろんなものの整理が終わる頃です。で、家族もやっと故人の死を受け入れる形ができるようになりますとお聞きしておりますので、ソーシャルワーカーからお電話させていただいて、もし可能であれば学生教育の契機、学生教育のためにご経験を生かしてくださいということで、面



談をご依頼します。

ただ実施するだけではなくて、面談結果に基づいて学生が自ら自分たちの考えを元にディスカッションを行い、ほんとうに一医師としてどのような心構えが必要かということ进行讨论させる、こういったものが私どもの取り組みでございます。実際の死後画像を撮っている撮影シーンをすこしお示しますが、実際に死後画像、画像、患者さんを搬入する、検査室に移動させるために、まず指導医によるブリーフィングを行い、「こういった点に注意하십시오」という指導をします。学生と指導教官が院内搬送を担当します。画像検査なのですが、こういった感染防止用のバッグを用いることで、この患者さんだけではなくて、この次に実際に検査を受ける患者さんにも配慮し、死後画像として実施しております。その検査の様子ですが、学生は検査を確認しながら主治医と放射線科医のディスカッションを聞きます。画像はこのようなモニターを病理解剖の部屋を置かせていただきまして、病理解剖時院内LANを使って表示させ、術者が執刀位置から画像をモニターしながらそれを生かして、病理解剖していく。こういったものを学生が経験しております。

後日、面談を行うわけですが、主治医と学生も面談し、あるべき死とし、どのような形で患者さんに対応していたか、また、先日じつはずでにご家族、亡くなった家族、ご遺族と話をさせていただいた実際のご遺族がいらっしゃるのですが、どのような闘病期間中のお気持ちであったか、どのようなことが大変だったかということ、実際に拝聴し、学生には指導教員を交えてディスカッションをさせております。

これらをもとに学生はCPCを行い、病態病理経過とともに、患者様あるいは家族がどういふことが大変だったかということや今医師として求められている姿を考える、そういった機会にしております。

最後になりましたが、死後画像診断は社会からの要請であり、実施者、我々ですが、積極的にこの声に応えていかなければならないと考えております。と同時に、その限界や有効利用についても正しい情報を発信していかなければなりません。教育基幹病院は、患者さん、あるいはその家族に配慮できる医療人育成、あるいはそれを指導する取り組みに参加することか必要とされております。またこの取り組みが新しい病理解剖の姿になり得ると考えます。死後画像診断には、私ども放射線科診断医と、病理学、法医学に携わる医師の協力が必要と考えております。以上です。

長村：どうも先生、ありがとうございました。兵頭先生、ありがとうございました。続きまして第7席でございますが、メディアからご講演いただきたいと思っております。「病理解剖への期待と限界」ということで、読売新聞大阪本社の編集委員であられる原昌平さん、よろしくお願いたします。

原：原と申します。「昌平」という名前なんですけれども、東京大学にくるのは2回目ぐらいです。10年あまりぐらい医療関係を担当しております、そのなかでこの分野に思うこ

とをすこし話したいと思います。

死因究明のための解剖制度ですが、法医も含めていいますと、司法解剖、行政解剖、承諾解剖、病理解剖と、4つぐらいに一応分かれています。司法解剖の目的は犯罪の発見です。行政解剖と承諾解剖は、一応は公衆衛生が主目的でしょうか。行政解剖は、犯罪性がそう疑われないものが対象ですが、それを行う監察医がいるのは東京23区と、横浜市、名古屋市、大阪市、神戸市だけ。そのうち体制が整っているのは東京23区だけと聞いていい。大阪の監察医事務所も非常勤の医師しかいないし、神戸では北区と西区は対象外という、わけのわからないことになっております。その他の地域は承諾解剖ですが、数はごく少ないですね。昔は京都市、福岡市も監察医制度があったんですが、なくなっております。

地域差があるのは、かなりへんなことですね。地域によって、死因がきちんと究明されるか、されないか。あるいはそれが公費で行われるかどうか違ってきます。

ほかにも問題点がいくつもあります。一つは、社会的公正みたいな目的の位置づけがはっきりしないことです。監察医とか行政解剖は、GHQの指示でできた制度で、主に公衆衛生という感じです。しかし今の時代は民事とか相続とか、保険関係とか、いろんな意味で、犯罪だけではなく、死因ときちんと解剖しないといけない理由はあるんですけど、そこがはっきりしない。また殺人や傷害致死といった犯罪の見落としも起きています。相撲部屋の事件だとか、北海道でガス中毒事故が見落とされたとか。埼玉や鳥取で何人かの死因が殺人だったんじゃないかみたいな事件もありました。こちらへんは解剖をやっていなかったり、その手前の死体検案そのものがなかったりということが問題です。

いずれにしても、死因究明の制度全体の整合性がきちんととれていなくて、しかも診療関連死なんていうのはどこでやるのか、はっきりしない。それがいかんということで、さきほどのモデル事業が、承諾と病理の中間みたいな形で始まっているわけです。

人が足りないという意味では病理もそうですが、法医のほうがもっと足りなくて、教官になる人だって足りないみたいですから、崩壊に近いような状態にあると見ております。

ですので、死因究明の制度全体をきちっと再編して、組み立て直す必要があります。どう組み立て直すのか。これはいろんな考え方があられるかもしれませんが、私は3つに分けるのがわかりやすくいいだろうと思います。

まず異状死のうち、診療関連死以外の異状死は、司法解剖も含めて、専門の機関をつくることです。大学の医学部で、教育・研究と実務的な死因究明をいっぺんにやるというのは負担になっている面もあるので、もっとプロフェッショナルな究明機関をつくってしまうのが望ましい。警察へ届け出るという制度も変える。異状死体を医師が発見した場合は警察へ届けられないといけないという制度は、ドクター側からすると、いろいろ抵抗があるのが現実なので、これは死因究明の専門機関に届けることにする。その専門機関が必要に応じて警察と連携して動くということにすればいいでしょう。

次に診療関連死の究明は、その一部にしてしまう方法もあるんですが、死亡でないケースも含めて、医療事故、医療過誤の疑いがあるケースを対象にすることを考えると、独立

してつくるほうがよからうなと思います。そして最後に、それ以外の病理解剖という形にするのがいかなと、あくまでも個人的な考えです。

医療安全調査委員会とか医療事故調とかいわれている診療関連死の究明制度をどういう形でつくるか。これはつくりましょうという意見が医療界にもあって、行政サイドもわりと積極的にやって、患者サイドもやりましょうとってたんですが、このところ頓挫寸前みたいな状態です。うまく進んでいません。私の印象では、一部の医療者が、とにかく医師側に不利になる制度はつくらせないみたいなエキセントリックな言い方をしているのが妨害要因なんですけど、ぜひとも前へ進めないといけないと思います。

重要なのは目的です。この場合、事実究明と再発防止という目的の立て方がいいだろうと考えています。「事実究明」と表現して、真相究明とまでは言いませんでした。真相となると、ちょっとたいへんすぎます。真相までいいますと、供述も含めて徹底的にやりきらないといけないことになるんですが、あまり無理するとしんどい。むしろ医療裁判なんかを見ていると、問題なのは、カルテの改ざん、記録の改ざんとか、そういうあたりのことです。あるいは人がまったく嘘のこと、ありもしないようなことを言っているとか。患者サイドで医療過誤にかかわった人の話を聞いていると、ある医療行為が正しかったか、正しくなかったかという評価以前に、なにが起きたのかというファクトを確認するところで非常に手間取って、そこが裁判でも争いになって、長くかかっている。

ですから、制度をつくる以上、少なくともファクトとして事実経過をはっきりさせることが重要です。調査権限はかなり強力に持たせる。でも責任追及はしないということです。調査の際の関係者の供述を刑事手続きに使うと、あまりほんとのことしゃべってくれませんので、せいぜい刑事司法に移行する場合は、客観資料だけでよからうと思います。

悪質事例が刑事事件になるのは、これはやむを得ないというか、そういう必要性はあると思います。故意犯とか、故意に近いというのもあります。たとえば去年から今年にかけて、奈良の山本病院事件というのがありました。ホームレス状態みたいな患者をたくさん受け入れて、不必要な心臓カテーテル検査をバンバンやりまくったり、せいぜい循環器ができるかできないかぐらいの病院のくせに、肝臓の手術をやってみて患者を死なせたりした。これは刑事事件になりましたけれども、こんなのほとんど故意でしょう。業務上過失致死という罪で裁判がこれから始まるんですが、司法当局はむしろ傷害致死という故意犯で立てようということも検討していました。そんなケースもあります。もしくはカルテ改ざん、記録改ざんもあるわけで、そういうのは刑事でやる必要があると思います。

あとは中立公正。やっぱりこれ、医療側に偏った形では、信頼がガラガラとくずれてしまつて、委員会を活用できないようになる。それから診療関連死の究明のための解剖に関しても、これは遺族同意なしでも対象にするほうがベターだと、私は考えます。

つくるべき制度の骨格を話しましたが、実務も非常に重要で、さきほど紹介されましたモデル事業みたいなものは、本格的な法律に基づく制度になると、規模も変わってくる。モデル事業の件数は、さきほどのお話では、5年間で100とかそんなぐらいのケタでした

よね。それが本格事業になると、数千例から、多くなると数万例ぐらいまで対象になってくる。ずいぶん実務をやる人たちが必要です。A i も使えばいいんですけど、それだけも足りないぐらい、実務のスタッフが求められる。医師だけではなくて、ナースとか薬剤師、事務系統の人たちが必要です。ただし本格的にやれば、それぞれ医療者のキャリアとして高く評価される分野だと思います。

そのなかでの解剖の位置づけ。これは法医でやってもいいし病理医でやってもいいんですが、病理のほうがまだ人手があるので、病理医は非常に重要な役割を果たすと思います。ただし病理解剖の限界の1つは、遺体だけですべてわかるわけではないということです。診療の経過がたいへん重要で、何がいったい行われたのか、細かくたどっていかないと、真実に近づけないので、そういう意味での限界があるでしょう。

もう1つは、病理での死因究明では、手術とか出血とか、そういうものはわりと得意だと思んですが、目でみて即わかりにくいようなもの、とくに薬でしょうね。薬剤がどういう影響をしたのかというのは、診療関連の死亡を究明するときのテーマとして、けっこうな割合があると思います。つい最近に報道されていましたが、京大を中心としたチームが3病院でカルテを調べたところ、だいたい入院患者の3割ぐらいに薬による健康被害があった。なかには亡くなっている人もいます。このあたりは病理としても、血液中の薬の濃度ををはかるというだけではなくて、それが死因につながったかつながらないか、ということ調べていく手段が必要になってくるだろうと予測します。

それ以外の病理解剖も、診療の検証もしくは医学の進歩のために、たいへん重要です。

で、どうして病理解剖が増えないか。医療者側からわりとでてくるのが、遺族がとにかく拒むから、拒否するからできないのですという話。そうなんでしょうけど、やっぱり急に亡くなったり、思いもよらない亡くなり方をしたりして、悲しんでいる、びっくりしている、そこでいきなりいわれても、なんか疑問を抱いている上に傷をつけるんですか、みたいな反応になる。これは当然だと思います。重要なのは、もっとふだんから病理で調べる目的とか、解剖ってどんな意味があるのかっていうことを積極的に啓発することです。医療機関でも、ポスターとか貼る。それでパッと理解できなくても、意識づけというのは、目に触れていくと、じわじわと効いていきますので、重要だと思います。

それから本人意思を大事にしたい。解剖希望者の登録システムみたいなものをつくったらいいのではないのでしょうか。人の役に立ちたいと思っている患者さんはけっこう多いんです。そういう思いをちゃんと生かす。希望者をべつに全部解剖しなくてもかまわないんですけど、本人の希望があったら、遺族が拒否するケースはずいぶん減ると予測します。

献体という制度があります。これは医学教育のための解剖です。そのために自分の体を提供しようという人は登録するシステムになっております。親族同意をとって、その上で登録するんですが、この献体の登録者というのは、どんどん増えていきます。実際に解剖しているのは、年間3000前後ぐらいですが、これでだいたい足りているし、むしろ余っているんです。その結果、このごろは、新規登録は制限しますとか、県内の人しか受け付