

けませんとか、くじ引きしますとか、献体を希望する動機を書いてもらって、それで審査しますとか、試験みたいなことまでやっています。ここらへんをみると、日本人が根本的に解剖を嫌がっているという見方は違うと感じます。病理解剖についても、システムをうまく考えて、啓発すれば違うだろうと思うんです。

最後にもう1つ、解剖が減っている大きな理由についてです。画像診断の進歩はもちろんあるんですが、非常に大きな理由は、経済問題だと思います。病理解剖は病院の持ち出しです。どこからもお金が入ってきません。逆にお金が出るばかりです。これは病院としてはあんまりやりたくない。臨床医にとっては必要性がいまひとつよくわからない。病理にとっても、労働は増えるけど実入りにつながるわけではなくて、大学の場合は時間外労働もつかない。そういうこともあって、どうも病理医のほうだって積極的に解剖しようとしないう傾向があるようにも聞いております。

じゃあ、どうしましょうか。公費負担という話がすぐ出るんですけど、ちょっとそこはしんどいんじゃないかというのが、私の今の判断です。異状死の解明、診療関連死の究明制度をきちっとつくらないといけません。これらはやっぱり、公費でやるしかないので、病理解剖まで公費でやるゆとりがあるでしょうか。

で、そういう意味でいいますと、私は保険でやるのがいいのではないかと考えます。病理解剖も、死後の検査も、保険でできるようにする。

とっぴな意見のように受け取られるかも知れませんが、けっしてそうではありません。ちょっと性質が違うんですけど、死体検案がありますね。家の中で亡くなっている人がいたから、それを開業医さん、見てきてくださいと頼まれて、警察医とかそういう人たちが見に行くことがあります。これを自由診療とやっている地域と、保険でやっている地域と、実はまちまちです。厚労省保険局に聞いたら「保険でできる」という話でした。医師が死亡確認するまでは生きているという解釈ができます、とおっしゃいます。このあたり、知らない人は知らないですね。

今の点数表のままでは、もちろん解剖まではできません。点数表にはできませんので。でも、脳死のドナーの管理という点数はあったりします。脳死判定された段階で亡くなっていることにはなりますが、そこからあとも点数がついています。

やっぱり死因の究明まできちっとやって、保険診療が完結するのだし、ちゃんと解明しないで死亡診断書を出していいのかということもある。保険診療で病理の死因究明をやるというのは理屈的には成り立つし、財政負担的にもめっちゃめっちゃなものではないでしょうから、実現可能ではなかろうか。そういう方向でしっかり運動していく方が、経済問題を解決する近道になると思います。

以上で私のお話を終わらせていただきます。ありがとうございました。

長村：どうも、原昌平さん、ありがとうございました。それでは7名のご講演が終わりました。各々のご専門の立場から「解剖の重要性、あり方」などにつき簡潔に要点を述べて

いただきました。それではここで、ご遺族の方から特別発言をいただきたく存じます。ではご紹介を黒田先生からお願いいたします。

黒田：私どもはいつも、このような立場で公開講座をするわけですが、いちばん大事なのは、患者さんの視点、ご遺族の視点ということだと思います。今回、解剖を経験されたご遺族に講演をしていただく。これはたいへん勇気のあることだと思っておりますが、今回、ご遺族様がご自分の経験というのをみなさまにその経緯も含めてお話をさせていただくことになりました。私どもにとってたいへん貴重な経験だと思っています。ご遺族様におかれましては、たいへんいろいろと、お考えがあつて、それをおまとめになつて、今日ここでご講演いただけるということで、敬意を表してお話をうかがいたいと思います。それではよろしくをお願いいたします。

この後、ご遺族様が剖検に際しての詳細なお話をされ、率直なお気持ちを述べられた。ご遺族様の特別発言の後に会場に足を運ばれた一般の方々も含め、質疑応答がなされた。

黒田：本日は、7名の講師の先生方、それからご遺族様、どうも貴重なご講演をいただきましてありがとうございます。私ども、ようするにこういうことは、原さんからさきほど、ご提示がありましたが、やっぱり地道に続けていくことが大切です。それから国民に出来る限り啓発して、抵抗感がありますけれども、ちゃんとかういうことはやるべきですよと説明すべきです。先ほどご意見いただきましたが、国民はやっぱり解剖をしていただくことを、解剖を受ける権利があるんだということをきちんと国民にぜひ啓発をし続け、私は現場で今は死因究明のことをやっておりますが、やはり高校生とか中学生とか、そういうレベルの方に解剖とは何かということもきちんと教えることもたいへん大事だなと思っており、ことあるごとに、自分の立ち位置としてはそういうところでも、これから行っていかなければいけないのではないかと思います。これはメディアの方々の協力も必要で、解剖ってそんなに抵抗があるものじゃないよ、ということをぜひ、この場におられる方々は現場でやっておられる方、それから今日参加しておられる市民の方々も、理解をされている方々でございますので、ぜひみなさま、お帰りになりましたら、ご自分の回り、ご自分の所属しているところでも、解剖というのをこれからも地道にやっていくことを確認していただきたいと思います。それから岩瀬先生からお話がでましたが、医療安全が日本から後退してしまうのです。これは崩壊につながってしまいますので、医療安全、社会福祉というものを、並列した関係で今後ぜひ、やっていただきたいと思います。今日は、このタイムリーな企画をやっていただいた学術会議にも深く感謝をいたしまして、ぜひこの会で得たいろいろな教訓を、みなさま、現場で今後とも持続的に粘り強く生かしていた

だきたいと思います。

今日はほんとうに遅い時間まで、どうもありがとうございました。

研究成果の刊行に関する一覧表

発表者 氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻（号）	ページ	発行年
黒田 誠	医療関連死	病理と臨床	27(臨増)	95-103	2009
黒田 誠	日本の死因究明制度の問題点	病理と臨床	28(3)	332-333	2010
黒田 誠	病理学の立場から 日本の病理解剖の現状	医事法学	25	52-58	2010
黒田 誠	ヨーロッパにおける病理解剖の現状から考える	病理と臨床	29(3)	298-299	2011

研究成果の刊行物・別刷

13. 医療関連死

黒田 誠*

はじめに

1999年の都立広尾病院事件では、医師が異状死届出義務違反で逮捕・起訴され、それを契機に医療関連死における異状死の定義をめぐって臨床医からさまざまな異論が出されるようになった。それは主として、1994年に日本法医学会が提示した異状死ガイドライン(表1)の解釈に対してである。

外科関連13学会が2001年に出した異状死に関する声明では、明らかな過誤事件のみを異状死として警察に届け出るべきこと、新たに設置する中立的第三者機関が警察に代わって医療事故の調査を行うべきことが主張された。その後、日本医学会加盟の基本領域19学会の共同声明等を受け、厚生労働省は2005年9月から「診療行為に関連した死亡に関する調査分析モデル事業」を開始し、さらに2007年3月から「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等のあり方に関する検討会」を開始した。現在、厚生労働省は第三者機関といえる医療安全調査委員会を設置する方向にある。しかし、異状死問題は警察庁、法務省、厚生労働省にまたがる日本の検死制度全体に関わるきわめて複雑な問題であり、この施策のみで臨床医や遺族の不満が解消されるかはいまだ不透明である。また、病理医が医療関連死にどう対応すればよいのかも含めてさまざまな視点から検討してみたい。

I. 医療関連死と死因究明に関する主な動き

1999年1月：横浜市立大学病院事件が発生した(患者の手術部位を取り違え、医療安全について社会的関心が高まった)。

1999年2月：都立広尾病院事件が発生した(消毒薬の誤注入により患者が死亡し、医療関連死について社

表1 日本法医学会が提唱する異状死ガイドライン(抜粋)

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

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

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

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

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

そこでわが国の現状を踏まえ、届け出るべき「異状死」とは何か、具体的ガイドラインとして提示する。条文からは、生前に診療中であれば該当しないように読み取ることもできし、その他、解釈上の問題があると思われるが、前記趣旨にかんがみ実務的側面を重視して作成したものである。

【4】診療行為に関連した予期しない死亡、およびその疑いがあるもの

注射・麻酔・手術・検査・分娩等あらゆる診療行為中、または診療行為の比較的直後における予期しない死亡、診療行為が主体に関与している可能性のある死亡、診療行為中または比較的直後の急死で、死因が不明の場合、診療行為の過誤や過失の有無を問わない。

会的関心が高まった)。

2003年9月：東京慈恵医大附属青戸病院事件が発生した(前立腺癌内視鏡手術で大量出血により患者が死亡し、外科医療のあり方について社会的関心が高まった)。

2004年4月：都立広尾病院に関する最高裁判所判決が下った。自己の診療していた患者であっても、異状死であれば医師法21条の届け出義務を負うとの判断が下り、憲法38条1項(自己に不利益な供述の強要禁止)に違反するものではないと説明した。

2004年9月：日本医学会加盟の基本領域19学会の共同声明が出され、「診療行為に関連して患者死亡が発生したすべての場合について、中立的専門機関に届け出を行う制度を可及的速やかに確立すべき」とし

* 藤田保健衛生大学医学部病理診断科

た。

2005年9月：「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」が日本内科学会を中心として開始した。

2006年2月：福島県立大野病院事件が発生した（帝王切開中の出血により妊婦が死亡し、産科医療についての社会的関心が高まった）。

2006年6月：衆議院厚生労働委員会付帯決議・衆議院厚生労働委員会決議がされ第三者機関による医療事故の調査等について早期の検討を求めた。

2006年9月：自民党が「医療紛争処理のあり方検討会」を設置した。

2007年3月：厚生労働省が「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性」を公表した。

2007年4月：厚生労働省が「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等のあり方に関する検討会」を設置した。

2007年5月：政府・与党が緊急医師確保対策について「診療行為に係る死因究明制度の構築等、医療リスクに対する支援体制を整備」と明記した。

2007年6月：「経済財政改革の基本方針2007」（閣議決定）で上記対策を盛り込むこととした。

2007年8月：厚生労働省が「これまでの議論の整理」を取りまとめた。

2007年10月：厚生労働省が、診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する「第2次試案」を公表した。

2007年12月：自民党・医療紛争処理のあり方検討会が「診療行為に係る死因究明制度等について」を取りまとめ、新制度の骨格、政府における留意事項を提示した。

2008年4月：厚生労働省が「第2次試案」を改訂し「第3次試案」を公表した。

2008年6月：厚生労働省が「第3次試案」に説明を追加し「大綱案」を公表した。

2008年8月：福島県立大野病院事件に関する無罪判決が下り、確定した。

Ⅱ. 異状死

異状死体の異状とは法医学的な異状を示しており、法律上、異状死とはどういうものかを示す規定は存在しない。日本法医学会が1994年に異状死ガイドライ

ン（表1）を発表し、学会として異状死の解決についての具体的な提言を行った。異状死ガイドラインの中でも、「診療行為に関連した予期しない死亡、およびその疑いのあるもの」の規定に関して、近年、臨床系学会からさまざまな意見が出され、論議となってきた。

交通事故死以外の異状死は、さらに警察捜査上で犯罪死体、非犯罪死体、犯罪死体か非犯罪死体か不明の死体の3つに分けられ、各々の死体に対する取り扱いも異なっている。警察でいう変死体とは、犯罪死体か非犯罪死体か不明な死体を示している。異状死体の届け出をしても、非犯罪死体と判断されれば司法解剖となることはない。司法解剖となった場合、原則としてその情報が遺族に開示されることはないが、大部分の国民はこのことを知らない。医療機関から診療中の予期せぬ急死を異状死として届け出たとしても、明らかな過誤が認められる場合を除き、司法解剖になるとは限らない。

監察医制度の敷かれている地区においては、異状死の判断と警察への届け出まではそれ以外の地区と同様であるが、その後異状死体はすべて監察医が検案を行い、必要に応じて監察医が行政解剖を行う。

現在、日本法医学会のガイドラインに沿って届け出が行われた場合、容易に推定される多くの届け出を警察はどのように処理するのであろうか。警察には本来、医療評価の機能が整備されておらず、原因不明の死は病院以外にも多数発生する。死因不明例のうち、解剖により死因が明らかにされるのはわずか9%にすぎず、病院以外での死者の大部分は死因を知る機会がない。死因不明例の解剖率の低さは世界中で突出しており、日本の死因究明のシステムは、この他脆弱なのである。

日本の警察は犯罪捜査機関であるとともに検死機関であり、多くの異状死が医療機関から警察に届け出されている。しかし、医療関連死は異状死体ではないとの反対意見が続出した。これには検死制度の不備と誤解が根底にあり、根本的に検死部門を捜査一課から分離独立させる必要がある¹⁾。検死部門の設立は、検死の中立・公正に効果が期待でき、そのためには、警察庁内に創設し、全国的な検死制度の改善をはかるべきである。日本の検死制度は世界基準からみて多くの問題をかかえており、この制度の広義化、中立化と情報開示等を早急に検討し、体系的な検死制度を確立することが望まれる。

Ⅲ. 異状死ガイドライン

医師法第21条「異状死体届出義務」について現在医療関連死との関係で大きな論議がされている。過去にも医療機関において発生した「異状死」については、その時点において議論となつてはいた。1994年に日本法医学会が提案した「異状死ガイドライン」において医療機関において発生した「異状死」を対象とするに至った経緯やこれに対して臨床側から出された問題点につき、両者の認識のずれが混乱をまねいている。異状死届出義務に対する考え方をこれまでの経緯を改めて見直すとともに異状死ガイドラインの意義について考えてみたい²⁾。

医師法は1949年に制定された法律で、21条はその制度当初からの条文である。「死体または妊娠4カ月以上の死産児」としていることから権利の所有者としての「人」を対象としていることがわかる。その届出先が「所轄警察署」であることから、主たる目的は犯罪に関係した、またその疑いのある死体を念頭においたものと考えられる。すなわち、医療機関に搬送された、または医療機関で治療中の人何らかの事件、事故の被害者であることが「検案」によって疑われた場合に届けることを求めた条文であったと考えられる。ここに、異状死体届出義務が犯罪捜査の端緒と考えられる根拠がある。この点については、大きな異論はないと思われる。

臓器移植により不治の病と考えられてきた疾病が救われるようになってきた。これにより、臓器提供者による脳死の扱いが問題となってきた。1968年に行われた、いわゆる「和田心臓移植」に端を発した論議から、脳死判定がかかえる諸問題がまったく解決されず、その後日本における移植医療が大きく立ち遅れたことは周知の事実であり、1997年になり「臓器の移植に関する法律」がやっと制定された。さまざまな論議がなされ、医学脳死判定のみでは脳死は社会に受け入れられることにならず、異状死の届け出を行い、検視、検案を行い、異状死でないことを確認した後に、臓器の摘出を行うこととなった。

法医学的異状死とは、1990年に当時の厚生省の「腎移植医療の社会システムに関する研究」班によって示された「確実に診断された内因性疾患で死亡したことが明らかである死体以外のすべての死体」との定義が妥当であると考えられている。このような経緯で「異

状死ガイドライン」が作成されたわけである。したがって都立広尾病院事件が社会的な注目を集めるまでは、このガイドラインはほとんど問題視されていなかったのである。すなわち、法律上、異状死とはどういうものかを示す規定が存在しないところに唯一、日本法医学会がガイドラインを出し、これが受け入れられるものかどうかに対して論議が現在も続いているのである。そもそも医師法21条の異状死届出義務の対象が明記されていなかったことから、現在の混乱が生じており、医療安全調査委員会の設置においても入口のこの点を国民にわかりやすく説明することが強く望まれる。

Ⅳ. 福島県立大野病院事件判決と医師法21条

2008年8月20日、福島地方裁判所は福島県立大野病院で逮捕・起訴されていた医師に対して、無罪判決を下した。本判決は、医師法21条違反については「異状」の定義を示し、「診療中の患者が診療を受けている当該疾病によって死亡したような場合は、そもそも同条の言う異状の要件を欠く」として、同条をめぐるその他の問題点には言及していない。しかし、「過失なき診療行為をもってしても避けられなかった結果」は「異状」に該当しないと判示したことは同条をめぐる議論には一定の意味を有することになると考えられる。同条に関しては、①異状死体の定義、②検案の内容、③黙秘権（憲法第38条1項）との関連、④届け出義務者、⑤届け出期間の妥当性、等の問題がある。本判決は①について判断したのみで、本件が同条違反に該当しないと結論に至った。医療関連死に対する現在の議論に、都立広尾病院事件とともに一定の影響をもつことになるであろう。

Ⅴ. 諸外国における法医学と病理学の現状

日本においては法医学は大学医学部において基礎医学系の講座として、病理学とはまったく別に独立して存在している。しかし肉眼所見・組織所見を含めての臓器相関の検討がきわめて重要な法医学解剖を考えると、いうまでもなく両者は密接な関係にある。また、法医学は遺伝子解析、血液や尿のさまざまな化学物質

の解析等で臨床検査医学とも同様に密接な関係にある。諸外国をみると欧米の多くの諸国、アジア諸国においては、法医学は病理学の一環として実質的に運営されている³⁾。

米国では、大学医学部で医師免許を取得後、病理学のレジデントとして4年の研修を行った後に、病理専門医の試験を受ける。合格者はその後さまざまなサブスペシャリティーへと進むべくフェローシップとしてさらに学び、それを修了して専門医としての活動がやっと始められる。法医学もこの中のひとつで、神経病理や皮膚病理と同様の病理学のサブスペシャリティーということである。したがって米国では法医学の専門家は医師であり、しかも病理専門医であることが不可欠である。米国では法医学に従事する医師は、全員が病理学の卒後研修を受け、修得しているという状況がわかる。すなわち米国をはじめとする諸外国では法医学解剖を行う医師は、疾病の解釈に欠かせない病理学の知識をもって業務にあたっており、病理解剖を担当する病理医も異状死体の判断をする法医学の知識を有している。

さて、日本に目を向けると、現状では医師となった後に、大学において法医学と病理学はまったく異なった教室として存在しており、両者は人的交流も含めて機能的な運営はほとんどされていない。法医学に従事する医師が病理学の研修を受けることはまれであり、病理学に従事する医師が病理解剖においてかなりの法医学的知識が求められているにも関わらず、法医学の研修を受けている者は、これも大変まれであるという状況が明治以後まったく変わらず続いている。以前は基本的には両者の住み分けができていたのであろうが、医療関連死の問題が表面化した現在、日本の法医学と病理学の世界の中で逸脱した状況が実施上の困難さを生じているが、互いに警察庁、厚生労働省という縦割りの行政と関係しており、学会相互の努力だけでは解決できない国家レベルの対応が求められている。少なくとも国民はこの現状をまったく知らされていない。

VI. 諸外国における異状死の対応

異状死届出と死因究明の制度は各国で異なるが、欧米諸国では、①専門の行政機関が検死を行う英米法系(英国由来)、②検死に捜査機関が関わり解剖を大学の法医学研究所に委託する大陸法系(ドイツ・オースト

リア由来)、の制度に大別することができる⁴⁾。日本は明治時代に近代的医療行政を欧米から取り入れた際に、大陸法系の制度を採用したが、第二次世界大戦後に進駐軍によって監察医制度が導入された。このような経緯によって、日本の異状死届出と死因究明の制度はきわめて複雑なダブルスタンダードシステムとなっている。

では、諸外国ではどのような死体が異状死体として届出され、医療関連死はどのようにして扱われているのであろうか。

英米法系の制度として最も円滑に動いているオーストラリアのビクトリア州⁵⁾と大陸法系の制度として最も実績を残しているフィンランド⁶⁾の内容を紹介し、日本における医療関連死対策を考えるうえでの参考にしていただきたい。ただし両国ともに法医学の医師は、病理専門医であることを再確認しておく。また両国ともに解剖率は群を抜いて高いことも知っておいていただきたい。

1. 英米法系の代表としてのオーストラリア(ビクトリア州)の制度

死因究明制度の概略は以下のとおりである。英国と同様のコローナ法により行われているが、独自のシステムを創造的に発展させ、最先端の死因究明制度をつくりあげている。コローナは検視官と訳されており、医師以外の行政職であることが多く、きわめて大きな役割を果たしている。コローナは有罪・過失の判断はせず、事実設定のみを行う。英米法系の諸国の中で、米国では法医学医師がメディカルイグザミナー(検視医と訳される)としてコローナにかわり業務を遂行している州もある。

コローナ法では全国民にコローナ事務所への異状死届出義務が課されている。コローナは死因究明に関連して、関係者や専門家から意見を聞くことができる。医療関連死の事例では当該医師から事情を聴取しながら解剖をし、文書化したものをコローナに提出することが多い。医療事故のような重要な事例ではインクェストという検視法廷が開かれ、事実認定が行われている。ただし、この法廷では死因に関する事実認定のみが行われ、関係者の責任についての言及や医療行為についての評価は行われていない。真実を追求し、死を科学し、死を予防することを目的としていて、ビクトリア法医学研究所のCTを完備した法医学・科学部門で解剖されている。全オーストラリアの異状死情報が毎日集約され、「国立コローナ情報システム」でデータ

ベース化して管理され、インターネットで許可された関係者に公開されている。コロナーの調停でほとんどが解決されており、裁判になることはまれで、ADR（裁判外紛争処理）が機能している。届出すべき異状死は、コロナー法に「報告すべき死」として規定されている。

2. 大陸法系としてのフィンランドの制度

死因究明制度の概略は以下のとおりである。異状死は警察に届出なければならない。警察が検視により司法解剖の要否を判断し、司法解剖となる。司法解剖は公費で賄われる。医療行為が刑事処分されることは非常にまれであり、通常延滞なく警察に届けられる。

司法解剖は病院内に併設された解剖室で行われるため、臨床医の紹介や画像診断が容易にでき、質の高い診断ができることが知られている。ここが日本の監察医制度と大きく異なっている。監察医制度では解剖室が病院に併設されていないので、死因を究明するうえで、臨床医との連携が取れるシステムがないことが大きな問題である。

フィンランドでは犯罪の有無に関わらず、すべての異状死体が司法解剖にふされるため、犯罪の疑いのないものは自由に鑑定書を閲覧できる。情報公開についての制度がしっかりしているのである。犯罪の疑いのあるものに関しては、警察の許可を必要とする。届出すべき異状死は通常、疾病等により病院等で医師の管理下で死亡した場合以外となっている。

VII. 死因究明から考えた病理解剖の現状

医療関連死の調査のために行われる解剖は、死因究明の過程の重要な第一歩であり、本質的に従来から行われてきた病理解剖あるいはその延長線上にある⁷⁾。

本来、病理解剖を実施すべき場合として、①診断名、死因の不明な死亡、②説明の難しい病態、合併症をもつ死亡、③病理解剖が家族等の悲しみ、怒り、疑惑を鎮める場合、④診療中の予期しない死亡（異状死は医師法21条による届出義務）、⑤薬剤の治験中における死亡、⑥CPAOA（来院時心肺機能停止）、入院48時間以内の死亡、⑦高度感染症の疾患、伝染病による死亡、⑧すべての産科的な母体死亡、周産期の児死亡、⑨疾病の確認が遺族や臓器移植者に有益な場合、⑩環境、職業に起因する疾病が疑われる場合、があげられており、①、②、③、④、⑤、⑧は医療関連死となりうる。

通常の病理解剖は医療の質を自己点検するために必須の手段であるが、医療関連死の死因究明も病理解剖に基盤があることに十分な配慮を望みたい。すなわち、この20年間にわたって病理解剖数は減少の一途をたどり、現在は欧米諸国に比べきわめて低い水準となっている。このような状況を招いた主な原因は、病理解剖費用が医療機関の負担として放置されてきたため、医療機関が積極的に環境を整備することが困難であったことにあると考えられる。このような現状を重く受け止め、これらの病理解剖費用を公費負担とすることが国民的視野からも強く望まれ、日本病理学会は厚生労働省に重ねて要望をしてくれている。

それでは病理解剖の現状について考える。大学の場合は当然のことながら複数の病理医が存在しているが、病院はほとんど一人病理医で、大都市以外では大学からのサポート体制も満足すべきものではない。

著者は日本病理学会認定の専門医試験に長年関わってきたので、その現実も含めて述べる。病理専門医の受験資格には50例の剖検診断書の提出が義務付けられている。剖検率の減少が急速に進んだ現在、大都市以外の大学では、この50体を経験させるのにかなり苦労しているようである。受験者を指導している現場の方々から、この数を下げないに対応できないとさまざまな要望があるが、日本病理学会は病理解剖の医療における重要性を鑑み、現在どこまでの考慮が可能かを慎重に検討を続けている。

現状では病院に勤務する病理医は、余程のベテランを除いたら多種多様な症例の経験が満足にはできていない可能性がある。しかも専門医取得後に病院に赴任した場合、ダブルチェックを受ける機会は皆無に等しく、多忙な診断業務もあいまって詳細な検討ができない現実もあろう。

実際に病理専門医試験では剖検症例1例を診断し、その診断書の作成と設問への回答が求められている。現在の医療の現場では、医療行為の行われていない解剖は皆無に等しく、実際の試験においても医療行為との関連についての設問も課しているが、必ずしも満足すべき成果を残せていない。これは大学での研修システムにも問題があるのかもしれないが、病理解剖の検討やその指導に多くの時間を割けないのと多彩な症例を必ずしも全員が経験できないことが主な原因と考えられる。最新の外科治療や細かな局所解剖になると、臨床医からのアドバイスが不可欠である。

なお、今回の試案では、解剖の補助的手段として死亡時画像診断（死亡時画像病理診断ではない）の活用

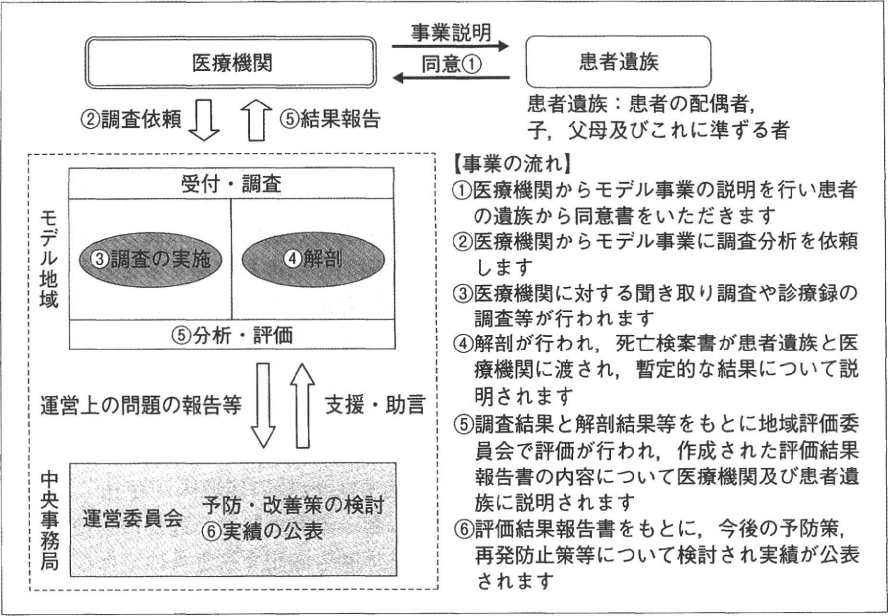


図1 診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業（標準）

表2 医療における解剖の比較

	モデル事業における解剖	病理解剖	司法解剖	行政解剖
対 象	診療過程での予期しない死	病死	犯罪の疑いのある死	死因不明の死体
目 的	死因解明，再発防止	死因・病態解明	犯罪捜査	公衆衛生
主 体	モデル事業（第三者機関）	病院	警察・検察	都道府県
解剖担当者	病理医，法医，臨床立会医	病理医，主治医	法医	法医（監察医）
臨床医の関与	立会い，評価	CPC	意見	—
情報開示の形態	遺族・申請機関（報告書）， 一般（報告書概要）	遺族への開示（報告書）， 症例報告	鑑定書	検案書
遺族への説明担当	地域評価委員会	主治医，まれに病理医	なし	—
法的効力	なし	なし	あり	なし

が検討課題にあげられている。この方法はすでに法医や救急の現場では死因の検索に有用なことが知られているものの、とりわけ確定的な医学的事実を基盤としなければならない当事業の調査、評価にあたっては、まったく系統的な評価が行われていない。したがって、いきなり単独の調査方法として導入することは大きな混乱を招くことが予想される。このため、解剖と併用することにより十分な検討を行う必要があり、放射線科の協力も不可欠である。現在、モデル事業の解剖や通常の病理解剖に対する有用性の研究が進められており、将来的にはその有効な活用法が示されることになるであろう。

以上より病理解剖の現状を分析し、現場の病理医の声を十分にうかがってみると、医療関連死の解剖を担当できる病理医は大学以外では複数の病理医を擁している基幹病院に限られてくるということになる。

Ⅷ. モデル事業における解剖と新制度への展望

モデル事業の解剖（図1，表2）は病理、法医、臨床立会医の三者により実施されている。いわゆる透明性を高めるために各三者が解剖を依頼する医療機関とは

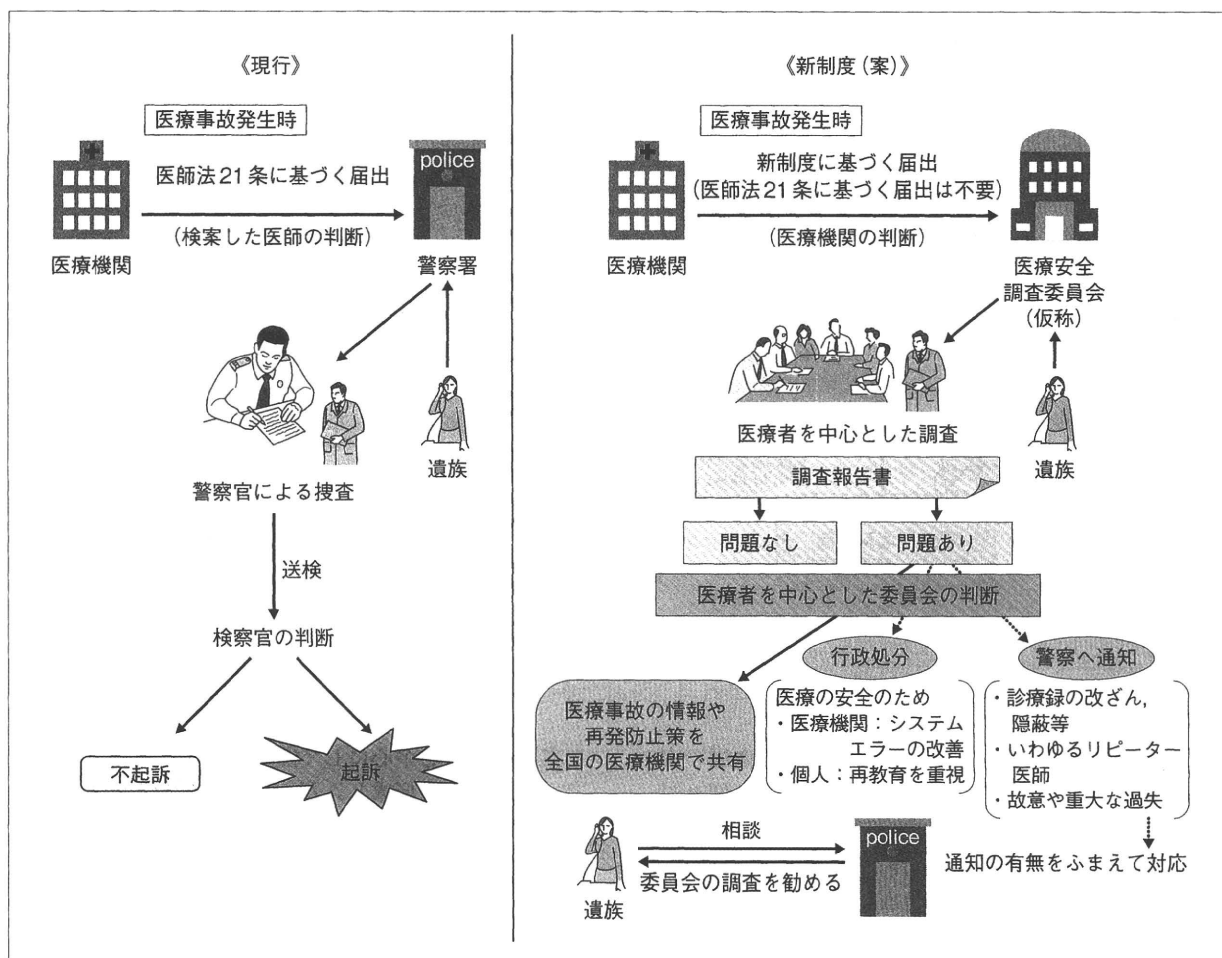


図2 現行の流れと新制度(案)の流れ

別の組織の人間で、しかも学閥も厳密に考慮される。元来、病理医はチーム医療の一員として医療の質を検証しつつ患者のために貢献してきた。ところが、医療不信が医療を受ける側に広がってきた現在、解剖において病理医も第三者であることが求められてきている。モデル事業の解剖は前述三者で実施されているが、最も重要なのは臓器スペシャリストとしての臨床立会医であることはいままでのない。

この立会医はかなりの臨床経験があり、主治医からの事情聴取とカルテや画像等の臨床情報から解剖のポイントを絞り込み、臓器の取り出しから切り出し、さらにはCPCにおいてポイントとなる組織所見の確認等、三者の指導的立場を演じなくてはならない。また、モデル事業の解剖は医療の質の検証とともに医療の安全の検証が重要視されているので、このような形式の解剖を経験することにより、病理解剖自体のレベル向

上につながるということを大部分の参加者は確信している。

したがって三者による解剖が実施され、事実としての解剖結果が示されるが、ここで医療評価は原則として行われない。医療評価は複数の臓器専門医である臨床医や法律家等により、構成される評価委員会で行われる。したがって病理医はこの解剖に加わることによって責任のより重い医療評価に直接関わるものではないことを知っておいていただきたい。

現在実施中のモデル事業は医療事故の再発防止を最大の目標としている。監察医制度が現実的にほとんど崩壊している日本の現状を鑑みると、監察医制度の再興はまったく考えられず、事業の終点がなかなかみえてこない。

モデル事業が法的に整備され、新制度(図2、3)として全国に普及していくには、かなりの困難が待ち受

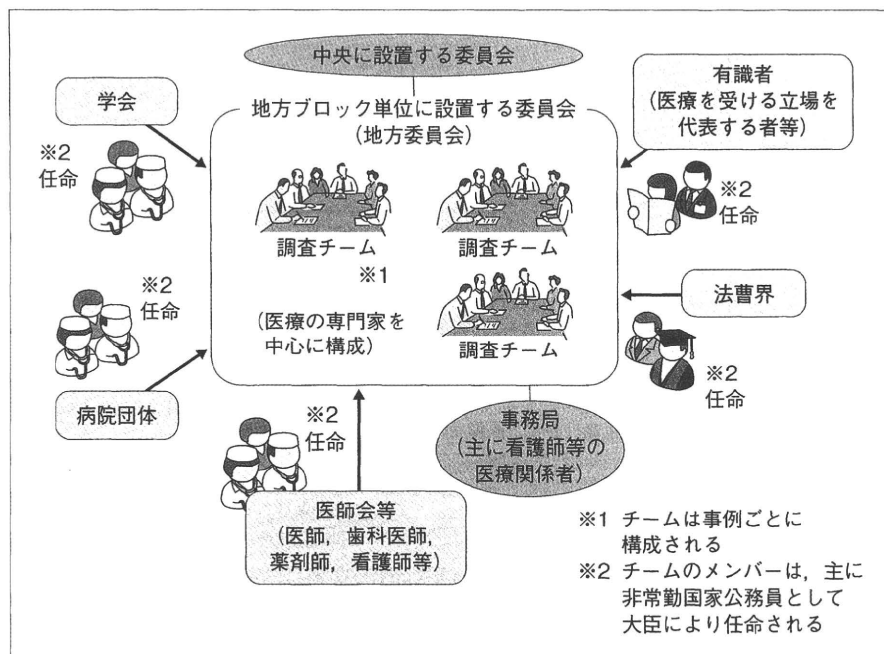


図3 医療安全調査委員会（仮称）の構成

けている。我々病理医は、医療の質の検証と医療の安全の検証を同時に行っていくなくてはならず、個々の病理医にふりかかる精神的な負担はかなり重いものとならざるをえない。しかしながら、医療不信が世の中に広がっていくことだけは避けなければならない。

我々はモデル事業をプラス思考で考えていく必要がある。そのためにも大学の病理学教室では今まで以上に病理解剖の指導を強化し、これに参加できる病理医を育成していかななくてはならない。このシステムづくりは日本病理学会がしていかなければならないことはいうまでもないが、臨床医の方々に十分な理解をしていただき、応援していただかなければ実現できない。

新臨床研修制度が開始され5年目に入ったが、この中に取り入れられたCPCをどのように行えばよいかということを日本病理学会は全力を上げて考案し、実施へと尽力をしてきた。これにより、病理解剖のあり方が各大学で再び真剣に検討され、徐々にこの制度に対応ができはじめているものと思われる。新制度の実施に向けて、解剖担当医（病理医）の地域単位のグループ化、現実的な登録制度等の整備とともに、解剖施設等の運営のための十分な財政的裏づけが必須である。具体的には、地域ごとに医療関連死の死因究明のための解剖施設を複数箇所設けることが求められるが、既存施設を充実させる等によって、各都道府県に最低1ヵ所の拠点施設を設置することが望まれる。そ

して拠点施設を中心にして隣接する都道府県と密接なネットワークを形成し、互いに支援し合うことが必要である。このため、現在行われているモデル事業実施地区を地域全体の中心とし、都道府県単位の拠点施設を指導し、地域ごとの活動がスムーズに行われるように協力体制を整備しなければならない。

おわりに

1999年の都立広尾病院以来、この10年間に医療関連死をめぐる、多方面でさまざまな論議が展開されてきた。昨年、福島県立大野病院事件の無罪判決が確定し、医療界は少し落ち着いた。今後、法制化へ向けてさらに詰め作業が行われていくことになるが、日本の死因究明制度に残された課題はいまだに多い。私見ではあるが大きく5点をあげる。

- ①大陸法系と英米法系のダブルスタンダード制度の再検討（死因究明制度の一元化）。
- ②法医学と病理学のあり方についての国策としての再検討。
- ③検死のあり方についての根本的な再検討。
- ④厚生労働省、警察庁、法務省のコンセンサスの強化。
- ⑤裁判外紛争処理の促進。

これらは長きにわたり、ほとんどが手付かずの状況にあり、解決には国家レベルの決断と財政的裏付けが不可欠である。

日本が医療関連死において世界からみて対策が遅れているといわれないように、我々医療者は全力でこの問題に立ち向かい、国民とともに医療安全の意識改革を積極的に行い、次の世代へつげを残さないように努力していくことが強く望まれる。病理医は心の準備をし、日常の病理解剖にみがきをかけておきたい。

文 献

1) 藤宮龍也：法医学からみた将来の検死制度のあるべき姿。

医学のあゆみ 2008, 224 : 463-466

- 2) 久保真一：異状死ガイドラインの策定の経緯とその意義。医学のあゆみ 2008, 224 : 447-451
- 3) 笹野公伸：米国における法医学と病理学の現状。病理医にも役立つ法医解剖入門, 文光堂, 東京, 2003, 155-162
- 4) 武市尚子：諸外国における異状死事情。医学のあゆみ 2008, 224 : 453-456
- 5) 吉田謙一, 木内貴弘：ピクトリア法医学研究所における事故予防と医療関連死調査の取り組み。判例タイムズ 2006, 1209 : 54-59
- 6) 池谷 博：フィンランドに学ぶ死因究明制度。医学のあゆみ 2008, 224 : 457-461
- 7) 黒田 誠：医療関連死に対する日本病理学会のとりくみ。医学のあゆみ 2008, 226 : 1004-1007



日本の死因究明制度の問題点

黒田 誠*

診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業が当初の予定の5年が経過し、次へのステップを模索しようとしていた昨秋、突然政権交代があり、今後の展望をすることが再びかなり困難となってしまった。中井国家公安委員長は既に、死因究明制度を抜本的に見直す法案を2011年の通常国会に提出したいとの考えを明らかにしている。

ここで、改めて日本の死因究明制度の概観と問題点を冷静に再考してみたい。

人が死亡しその原因が不明な場合、その死因を究明することは、犯罪捜査や損害賠償、相続など刑事法・民事法に関わる権利・義務の関係の確定のほか、感染症の予防や労働環境の改善といった公衆衛生の確保ないし増進に関わる公法的な意義も認められる。死因究明制度としての検死制度には、その社会のこれらの利益を増進するという意義がある。しかし、現在の日本では、欧米先進諸国と比較して、異状死体の届出率もその解剖率も極めて低いことに象徴されるように、その検死制度には不十分な点が多いと思われる。

検死制度の出発点となるのは、人の死を最初に判定する医師の作成する死亡診断書ないし死体検案書である。死亡診断書は、その人の死亡に立ち会った、または診療中の患者が診療中の病気で受診後24時間以内に死亡した場合に医師が死体検案なしに作成する。もっとも死亡診断書は診療中の患者が死亡した場合に交付されるものであるから、その患者が診療中の患者であった場合、死亡の際に立ち会っていなかった場合でもこれを交付することができる。ただし、この場合においては、原則として死亡後改めて診察をしなければならないとされていることに注意が必要である。これに対して死体検案書は、死亡後に死体に直面してこれを検案した場合に書く書面である。死体検案書の場合でも、医師が異状と思わなければ警察への届出義務はないので、死体検案書の発行される場合の全てが異状死というわけではない。基本的には、これら2種類の書面の書式

は同じであり、いずれにも、死因とその種類を書かなければならない。死因には直接死因、介在死因、原因死というように因果関係を遡る形での記載が求められている。死亡の種類は、その原因に基き、大きく自然死、災害死、他殺、自殺、不詳の外因死、不詳の死に分けられている。この欄には検案時点での医師の判断を記載すべきなので、確実に死因の種類を特定できない場合には、不詳の外因死や不詳の死を選択しておけばよいとされている。なお、死体検案書は死体一体につき一通であり、その訂正手続きはない。したがって、後に病理解剖等がなされた場合でも、病理医が改めて死体検案書を書くことはなく、大部分の病理医は死体検案書を作成した経験はないであろう。

異状死という言葉は、それを認めた医師に警察署への届出義務を課している医師法21条に由来する。周知のごとく、その届出義務の範囲には、とりわけ医療関連死に関して争いが生じている。その背景には診療中の患者が死亡して24時間以上を経過している場合には、原則として改めて診察をしなければならないとされているように、診療中の患者の死亡に対しては検案ではなく、診察が行われているという解釈がある。これに対しては診察は生きている人を対象とする診療行為を意味するので、死体に対してはすべて検案と呼ぶべきであるという主張がある。それらの経緯から、医療関連死のみを対象とする特別の制度も提案されているが、ともかく、この異状死体届が、日本の異状死体取扱制度の出発点である。この異状死体の届出件数は徐々に増加しており、2008年には16万体制以上に達している。異状死体は明らかな犯罪死体、明らかな非犯罪死体、変死体に3分されるが、これは主として警察官が行っており、医師の立会いは事実上はともかく制度上は担保されていない。また、立ち会う医師は必ずしも法医・病理の専門家とは限られない。さらに検死官が常に臨場するというわけでもない。とりわけ、異状死体がいったん非犯罪死体に分類されると、これ以上の詳しい外表検査はなされず、まして解剖は行われない。

解剖は、刑事訴訟法上の検証や鑑定処分の一環として行

* 藤田保健衛生大学医学部病理診断科

われる司法解剖・死体解剖保存法を根拠として監察医が行う行政解剖、監察医制度のない地域で地方公共団体が経費を負担し、遺族の承諾を得て法医または病理医が行う承諾解剖、遺族の承諾を得て、医療機関内で病死の検索の目的で行われる我々病理医が行う病理解剖がある。

いずれにも、その経費負担、人材の確保において困難があるが、司法解剖については2006年にやっと警察庁が経費を大学に支払うという制度改善がなされた、病理解剖については臨床研修指定病院に研修医の人数分の補助が出されるようになっていく。

日本の検死制度で改善を要すると考えられるのは、その経費負担や人材の確保のほか、公衆衛生や民事上の権利・義務の確定にも配慮し、犯罪捜査に偏らない総合的、一元的、中立的な死因究明制度の確立にある。医学的専門性と司法的強制・判定権限の備わったものが必要と思われる。

政権交代が現実となった現在、野党時代に作成された民主党案、与党時代に作成された自民・公明党案および日本法医学会が発表した死因究明医療センターを考えてみたい。

2007年に提案されて一時廃案になった民主党の非自然死体の死因等の究明の適切な実施に関する法律案は、死亡前に医師により診断された負傷に起因するものを除いた疾病のみにより死亡した者の死体以外の死体という意味での非自然死体が一般を対象とし、死因究明調査の責任を警察署長に一元化する趣旨のものである。同時に、その死因究明調査の際には、内部組織の警察職員であって非自然死体の死因等の究明に関し、専門的知識を有する者の派遣を要請するものとされている。なお、これと併せて、死体の検案と死者の身元確認のための機関として法医科学研究所の設置法も提案されている。しかし、最も重要な最初のスクリーニングの段階での法医・病理の専門家の関与は保証されていない。警察署長は死因究明に解剖が必要と判断すれば、法医科学研究所や法医学に関する専門的な知識および経験を有する医師に対し、死因究明調査のうち法医学に関する専門的知識および技術を必要とするものを囑託し、その意見を聞くことができると規定しているのみである。警察署長を制度責任者とする点で、犯罪捜査に偏った運用等の様々な懸念を生じる制度であろうと考えられている。

現実の制度設計がこの法案の延長線上で行われるのであれば、死因究明は、犯罪捜査に偏るものではなく、公衆衛

生や民事的な権利の確保への配慮をする運用姿勢に期待せざるをえないということになる。

これに対する自民・公明両党の死因究明推進基本法案は、警察の検視体制の充実、医師の検案能力の向上、大学法医学教室を中心とする法医学の教育研究拠点の整備、行政解剖を担う体制の充実等を内容とするものである。この案にも民主党案と同様の難点がある。すなわち、死因究明制度の充実が現在の警察組織に委ねられているということである。それにより犯罪捜査に偏らない運用が可能かどうか疑問であるし、法医・病理の専門家が最も重要なスクリーニングにどれほど関与できるのかという疑問が解決されていない。

また、医療関連死に関しては、自民・公明両党は基本的に大綱案を支持し、それを軸とした第三者機関を設立する準備を進めていたが、民主党は院内事故調査委員会を最重要視し、そこで解決できないような事例を第三者機関に委ねるという基本案をもっており、今まで進められてきた第三者機関のあり方を根本からくつがえすものであり、このままの姿勢であれば、日本病理学会等が汗をかくて検討を重ねてきた今までの努力が政権交代により行き場を失う懸念が生じてくる。

最後に、日本法医学会が2009年1月に発表した死因究明医療センター構想であるが、これは都道府県単位で全国に死因究明医療センターを設置し、異状死情報とその死因究明を一元的に行い、それを国の予算で運営していくというものである。法的権限や財政面の裏づけをどうするかという課題が残るが、専門家の関与や中立性などの面では民主党案よりは無理が少ないと思われる。

以上紹介したように様々な案がお互いに十分な議論が尽くされずに存在しており、早期に各々の長所を取り入れた制度設計がされて現実的な運用が開始されることが切に望まれる。

日本病理学会が、この数年間、多くの時間とエネルギーを結集してきた死因究明制度への対応が、政治に利用されることだけはあってはならず、政権与党となった民主党には決して党の素案に固執せず、国民の立場に立った慎重かつ迅速な決断が望まれる。最後に我々病理医はどのような内容になろうとも強い気持ちをもち続けることが重要と思われる。

病理学の立場から

——日本の病理解剖の現状

黒田 誠

はじめに

このシンポジウムにおいて私に与えられたテーマは、日本の病理解剖の現状についてであるが、本学会は大部分の会員が非医師の方々なので、基本的な知識として、解剖とは何か、どのような内容であるのか等を整理しながら、世界と比較しながら進めて行きたい。

まず、解剖の種類を整理してみたい。解剖には以下のものがある（【表1】）。

系統解剖：人体の正常構造を明らかにすることを目的として医学生教育のために行うもの。

病理解剖：病死した患者について、疾患の本態、臨床診断や治療の適正さ、死因の究明を明らかにすることを目的として病理医が行うもの。

司法解剖：死因に事件性がある疑いある場合に、死因を明らかにすることを目的

【表1】 医療における解剖の比較

	モデル事業 における解剖	病理解剖	司法解剖	行政解剖
対 象	診療過程での 予期しない死	病死	犯罪の疑いの ある死	死因不明の 死体
目 的	死因解明、再発防止	死因・病態解明	犯罪捜査	公衆衛生
主 体	モデル事業 (第三者機関)	病院	警察・検察	都道府県
解剖担当者	病理医、法医、 臨床立会医	病理医、主治医	法医	法医 (監察医)
臨床医の 関与	立会い、評価	CPC	意見	—
情報開示の 形態	遺族・申請機関 (報告書) 一般(報告書概要)	遺族への開示 (報告書) 症例報告	鑑定書	検案書
遺族への 説明担当	地域評価委員会	主治医、 まれに病理医	なし	—
法的効力	なし	なし	あり	なし

として刑事訴訟法に基づいて法医が行うもの。

行政解剖：伝染病、中毒、災害などによって死亡した疑いのある場合に死因を明らかにすることを目的として監察医が行うもの。

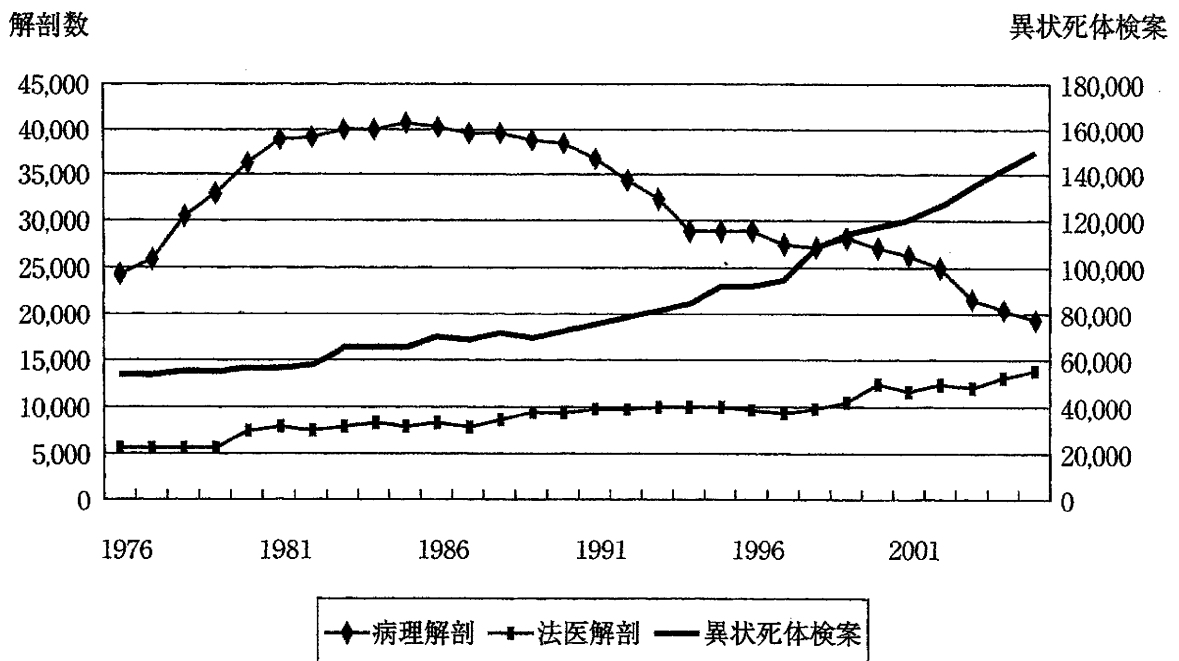
モデル事業における解剖：医療関連死の調査のために第三者としての病理医、法医、臨床立会医が行うもの。

日本において病理解剖数は本来世界的にみて低いが、最近は欧米先進国の約1割と減少傾向が顕著になっている（【図1】）。

病理解剖を実施すべき場合としては、以下のようなものがある。

- ①診断名、死因の不明な死亡
- ②説明の難しい病態、合併症をもつ死亡
- ③病理解剖が家族などの悲しみ、怒り、疑惑を鎮める場合
- ④診療中の予期しない死亡（異状死は医師法21条による届出義務）
- ⑤薬剤の治験中における死亡
- ⑥CPAOA、入院48時間以内の死亡
- ⑦高度感染症の疾患、伝染病による死亡
- ⑧すべての産科的な母体死亡、周産期の児死亡
- ⑨疾病の確認が遺族や臓器移植者に有益な場合
- ⑩環境、職業に起因する疾病が疑われる場合

【図1】 日本における病理解剖と異状死体検案・法医解剖の推移



これらの中で、①、②、③、④、⑤、⑧は医療関連死となりうる。

病理解剖に関する規則と手続きとしては以下のようなものがある。

解剖の許可（死体解剖保存法第2条）

死体（妊娠4ヶ月以上の死胎を含む）を解剖しようとする者は、あらかじめ解剖しようとする地の保健所長の許可を受けなければならない。ただし、死体解剖資格を有する医師、歯科医師等はその必要はない。通常は有資格者の病理医が解剖を行い、臨床検査技師が介助する。

遺族の承諾（死体解剖保存法第7条）

死体解剖を行う者は、特別な事情の場合をのぞき、あらかじめ遺族の承諾を受けなければならない。主治医が病理解剖の必要性や内容を遺族によく説明し、同意を得た上で承諾書に署名、捺印をしてもらっておく。

解剖を行う場所（死体解剖保存法第9条、第10条）

死体の解剖は特別な事業の場合をのぞき、所定の解剖室で行わなければならない。

標本の保存（死体解剖保存法第17条、第18条）

医学の教育研究のために特に必要のあるときは遺族の承諾を得て、臓器の全部または一部を標本として保存できるが、遺族から引渡しの要求があった場合はこの限りではない。

病理解剖の実際のプロセスは以下の如くである。

臨床医からの依頼→病理解剖であることの確認→臨床医からの経過説明→執刀（約2～3時間）→肉眼的所見説明・肉眼所見撮影（約1週間後）切り出し・肉眼的診断書作成→（約1ヵ月後）組織診断・病理解剖診断書作成→（約1ヵ月後）カンファレンス・最終的病理診断書作成→臨床・病理検討会（CPC）→御遺族への説明
臨床医の依頼からご遺族への説明まで約3ヵ月を要する。

執刀医が病理解剖診断書を作成するまでのプロセスは以下の如くである。

1 執刀 [約2～3時間]

肉眼的に臓器相関を考えながら執刀を進め全体像を把握する（この時点での肉眼的所見を記載する）。

2 切り出し [約1週間後]

肉眼的所見を再確認し、追加所見も加え問題点を絞り込む（肉眼的暫定診断書を作成する）。

3 組織診断〔標本作成後数日～約1ヵ月〕

HE 標本で肉眼的所見を再確認し、顕微鏡的追加所見も加え特殊染色や免疫染色が必要な場合は施行後に診断書を作成する。

- 4 カンファレンスで最終確認をする。
- 5 臨床病理検討会で臨床医とディスカッションする。
- 6 最終的病理解剖診断書を作成する。
- 7 ターンアラウンドタイムを遵守する（可能な限り3ヵ月以内に報告する）。

それでは、最近の遺族の死に対する思いについて考えてみる。

大病院・中小病院・医院のすべてに共通して、遺族が病理解剖を求める例が増加している。患者の医療に対する関心と知識は、近年とみに高くなっており、医療内容についてもっとよく知りたいという気持ちや、知る権利の意識もかなり高くなっている。遺族にとって納得のいかない患者の死の場合、遺族は死因を知りたいという気持ちが強く情報が開示される病理解剖、モデル事業解剖を求めてきている。

最近の遺族の解剖に対する思いには以下のようなものがある。

- ① 真実を明らかにする意味で解剖をしたほうがよいと感じているが、いまさら遺体を傷つけてみても患者は帰ってこないし、これ以上切るとはかわいそうであるという思いがある。
- ② しかしながら患者が医療を受けてきた病院で主治医が深く係わるなかでの病理解剖は、真実が隠されるのではないかという心配をしており、モデル事業解剖への期待をしている。
- ③ 遺族にはその病院の病理医と主治医が一体的に見えるという側面があり、他の病院や方法で公正な解剖をしてほしいと考える。モデル事業解剖はこの点を解消している。

病院による病理解剖の内容の違いをみると、大病院（大学病院・認定病院・登録病院）では悪性腫瘍が圧倒的に多い（約60％）肺炎、心疾患、脳疾患、難病が続く。

死亡統計では悪性腫瘍死は約30％にとどまる。悪性腫瘍に著しく偏っているのである。一方、中小病院、医院（個人病院・開業医）では、悪性腫瘍は極めて少ない。周産期死亡が最も多く、急死、通常の病死が続く。解剖実施体制はシステム化されておらず、大病院に比べると極めて困難な状況である。実際には解剖されることは極めて少ない。