

【表2】 臨床診断、剖検診断の不一致率

発表者	発表年	対象剖検例	対象年	不一致率	備考
沖中重雄	1963	東京大学内科	1946～1963	14.3%	内科学の立場から1,000例の病理解剖例について比較(1.病変の性質は的中したが臓器を誤った。2.病変臓器は的中したが病変の性質は誤った。3.病変の性質も臓器も誤った。4.主たる疾患を見落とした。)、剖検率86.2%
小坂樹徳	1982	東京大学内科	1972～1981	7.2%	276例、剖検率88.4%
島峰徹郎	1983	東京大学全科	1975～1981	13.4%	2000例
小坂樹徳	1987	虎の門病院全科	1982～1985	12.5%	415例
根本則道ら	1993	日本大学全科	1991～1992	13%	100例、剖検によって臨床上の問題解決がなされたものは89例(89%)
福井次矢ら	1996	内科学会教育病院	1994年・ (3ヶ月間)	11.7%	2684例、剖検率22.6%(大学病院33.2%、一般病院20.2%)

文光堂『病理と臨床』2009臨増 vol.27より

臨床診断と病理解剖の不一致率については、約50年前の沖中博士の報告以来いくつかの大規模な調査があり10～15%とほとんど変わっていない(【表2】(85～90%は一致している)。従って画像診断等の発達がいかなになされても捉えられていない事実は明らかに残っており、病理解剖の重要性は普遍的なものである。

最近の病理解剖症例の特徴として以下のようなことがある。

- 1 高齢者症例が増加している。
- 2 治療の対象がかなり広がっている。
- 3 入院期間がかなり短くなっている。
- 4 望ましい検査がすべて実施されているわけではない。
- 5 臨床情報の伝達が必ずしも充分とはいえない。
- 6 患者を把握している医師が立ち会うとは限らないので論点を絞れていない場合もある。

病理解剖の現状と問題点として以下のようなことがあげられる。

- 1 病理解剖の経験数不足
- 2 病理解剖の質の低下、指導者の認識の低下
- 3 病理医の医療関連死に対する認識の温度差
- 4 病理医の法医学的知識不足、病理と法医の交流不足

## 5 病理解剖周辺の動き、死亡時画像検査への対応

解剖の医療社会へのフィードバックを考えてみる。

日本には医療上、何か問題があって患者が死亡したと思われるような場合に、客観的かつ公平に死因を検討する組織が全くなかった。

従って、現在の検死の仕組みとは別の立場からの死因検討組織を組み立てることが必要となっている（モデル事業の実施から医療安全調査委員会の設立へ）。

本来は医療過誤の問題を解決する責務は医療人にあり、本質的に医療に携わっている人々の責務である。

医療行為の密室性の懸念を払拭できる最適の立場にあるのは病理医をおいてほかになく、このことを病理医のみならず社会ももっと認識すべきであろう。

医療訴訟からみた解剖の社会的な意義を考えてみる。

医療訴訟は将来における同様な医療事故、医療過誤を防止するための教訓を学ぶ意義がある。

病理解剖、モデル事業解剖は情報が開示されるので、遺族、病院双方にとって立証の負担を軽減し、死因を明らかにできるので責任の有無が明確となり、無用な紛争の防止に役立つ。ADR への発展が期待される。

病院も防止策がたて易くなる。また、医療統計に基く疾病の疫学や、労災補償や医薬品副作用被害者救済のような公的制度においても病理解剖は確かな証拠として社会的意義は大きい。

以上をまとめると以下の如くである。

- 1 病理解剖の目的や意義は全くかわっていないが、医療社会の状況が変貌している。
- 2 病理解剖、モデル事業解剖の医療社会へのフィードバックが益々重要となってきた。
- 3 医療訴訟からみた病理解剖、モデル事業解剖の社会的意義は極めて高い。
- 4 病理医は病理解剖の原点にもどり、そのあり方を再認識すべきである。
- 5 病理の指導者は自らが病理解剖の責任者であることを強く認識すべきである。
- 6 病理と法医は互いに知恵を出しあって円滑な交流を深め、互いの人材育成に努めるべきである。
- 7 医療関連死に対しては法医と協力して病理医が積極的に対応すべきである。

(モデル事業、医療安全調査委員会)。

- 8 病理解剖、モデル事業解剖の実施が医療への不信を払拭するための最善の手段であることを再確認している。

(筆者は藤田保健衛生大学医学部病理診断科)



## ヨーロッパにおける病理解剖の現状から 考える

黒田 誠\*

現在、平成22年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)「剖検率に影響を与える諸因子に関する研究」を継続して実施している。その中でWHO等の調査で依然として高い剖検率を保っているヨーロッパのオーストリア、ハンガリーの状況を真鍋俊明先生に視察していただく機会を得た。その報告<sup>1)</sup>を基盤に筆者が最近考えていることを述べてみたい。

最も日本と異なっていたことは、剖検が法律で規定されているということである。日本では病理解剖の場合は、主治医が遺族に剖検実施のお願いをして承諾していただくことが必要であるが、オーストリア、ハンガリーともに多少の法律の違いはあるが、基本的に病理解剖に関しては、病理解剖するかしないかの決定が、病理医に一任されているとのことであつた。患者遺族や主治医の希望や判断は直接の影響はもたないそうである。この法律は1800年代から伝統的に行われてきたことを法文化したものだという。オーストリアでは、患者が死亡するとカルテと遺体が病理医の所へ送られてくる。カルテの表紙には主治医の病理解剖の必要性に関する判断とその他記載すべき項目欄がチェックしており、病理医は、これらを読んで病理解剖の是非を決定している。決定した場合も遺族から承諾書を入手することはないという。病理解剖は、午前中しか実施されず、週末は実施しないので、遺体は保管室に長時間置かれることがある。病理解剖は約3時間で剖検室内の全部検台で一斉に行われ、終了後に病理医から遺族と主治医に説明されるという。剖検症例のCPCは実施されないことが多いという事実には驚いた。病理解剖に関しては、1体2,000ユーロが国から経費として支給されており、これは日本病理学会が算定した1体25万円という経費とほぼ同額であつた。

ハンガリーでもオーストリアとほぼ同様で、患者が死亡すると主治医が死亡診断書にサインをする。その上で、臨床の要約とカルテ、病理解剖の必要性についての書類に臨床医としての判断にサインを入れ、病理医へと送られる。病理医がこれをレビューし、病理解剖の有無を決定してい

るという。病理解剖を行わない場合には、病理解剖の必要性についての書類にその旨を書き込む。解剖した場合は、病理医が死亡診断書を書くことになり、臨床医の診断書は破棄されてしまうとのことである。オーストリアと同様に、病理解剖は平日の午前中しか行われていないが、手慣れた技師が臓器摘出を行うために解剖所要時間は2時間以内らしい。オーストリアと大きく異なっているのは病理解剖が全て学生教育に使われていることである。病理解剖実習には毎週2例、病理学教育が終了するまでには32症例の病理解剖を経験するとのこと、全ての医師は医学生時代にこの教育を受けてきており、日本との大きな違いが浮き彫りになっている。したがって、オーストリアとは異なり、解剖終了後に、病理医、病理レジデント、学生と臨床医が加わったCPCが開催されている。遺族への説明は病理医が対応しているそうである。ハンガリーでの調査で大変興味深い事実があつた。それは臨床と病理の診断の不一致率が現在でも20%近く存在しているというデータである。日本では深山正久先生の論文<sup>2)</sup>によると沖中重雄博士の報告以来数回の大きな研究があるが、不一致率は10~15%と、ほぼ同様であり、注目すべき事実であろう。これは世界有数の継続性のある病理解剖が実施されてきた国のデータなので極めて重要である。また、剖検率が低下してきたドイツから解剖の経験を積むために病理医、医学生が勉強に来ているという耳を疑うような事実もあつた。ハンガリーでは高い剖検率が保たれているのでこれらも可能になっているらしい。ちなみにハンガリーの病理専門医は学会認定制であり、その資格基準を満たすための病理解剖経験数は300例とのことであり、天を仰ぎたくなつてしまつた。

昔からヨーロッパ大陸では、ペストを代表とした疫病の大流行が起り、多くの人命を奪う歴史が繰り返されてきており、これらの教訓から解剖のもつ大きな意義を国民がしっかりと理解しているようである。真鍋先生は病理解剖に対する考え方の違いを以下のごとく考察されている。そこには宗教の差や病気との闘いの歴史が浮かび上がってくるといわれる。宗教的にみれば家や家族を単位とし、現世と来世の間での輪廻転生を考える日本の神道的考えや仏教

\*藤田保健衛生大学医学部病理診断科

感と違い、ヨーロッパでは神と個人の関係が強く、肉体よりも靈魂が人間の本体で、肉体は神からの借り物であると考えられている。そして、この肉体をもった現世にあつては神の教えを実践しようとする。したがって日本では代々受け継いだ肉体を傷つけることに抵抗感が強く、キリスト教社会であるヨーロッパでは、人は神に仕えるという考えが醸成されており、これらの差が死体解剖容認に対する感情においての大きな差となっているのではないかと考察されている。日本において、最近、国が実施した意識調査、モデル事業におけるアンケート調査でも日本での実状を説明するのに説得力のある考察であり、敬意を表したい。

さて、これらの海外視察から得られた実状を鑑み、さらに一歩踏み込んで考えてみたい。まずは、剖検における承諾であるが、解剖を受ける権利という点から考えてみたい。生命倫理学者である栗屋剛先生は、以下のごとく言及されている<sup>3)</sup>。日本では、病理解剖の場合は遺族の承諾のみで行われており、本人の意思はほとんど無視されている。これは死体解剖保存法上は合法である。しかし、50年以上前の法律なので、生命倫理の視点や自己決定権などがなかった時代である。現在は生命倫理の視点では、自己決定権を重視している。この考え方からすると、この死体解剖保存法自体が非常におかしく、それに基づいて現在行われている承諾の取り扱い方も大きな問題があるといわれる。系統解剖の場合の献体法と比べると、本人の意思が尊重されておらず、現代に合う形で再考すべきであるといわれる。確かに本人の意思については正しく伝えられているとは言い難い。メディアの立場でジャーナリストの原昌平氏は、次のように発言されている<sup>4)</sup>。日本で現在、献体が問題となってきた。系統解剖にご自分の体を提供しようとする人が登録するシステムのことである。親族同意をとって、その上で登録するのであるが、その登録者が増加の一途をたどり、実際に解剖に必要な年間3,000体前後は既に充足し、むしろ余っている現状がある。その結果、様々な形での制限をしているという事態になってしまった。国民的視点からみるとこれらの事実が示すごとく、本人意思を大事にして病理解剖希望者の登録システムのようなものを考えてはどうか。本人の希望があつたら遺族が拒

否するケースはかなり減ると予想されている。さらに原氏は、重要なのは、もっと普段から病理で調べる目的とか、解剖にはどんな意味があるのかということ積極的に啓発すべきと考えている。医療機関でも意識づけをするために目に触れる形のポスターのようなものを作成する等の努力をするとじわじわと効いてくるとおっしゃる。深山先生も同様の主旨を本誌で提言されている<sup>5)</sup>。

筆者は私立大学に所属しているので、私立学校教職員共済組合に加入しているが、最近いわゆる保険証が紙からカードに変更になった。他の多くの機関も同様の切り替えをしているようであるが、注目すべきは、臓器移植法の改正に合う形で、ドナーカードも含まれた内容になっている。今後はこの形式が社会全体に広がっていくことが容易に推察され、病院で死亡した場合には、本人の移植の意思がはっきりわかるようになり、移植医療における曖昧さがより明確になるであろう。このカードに、病理解剖を受ける意思も加え、いわゆる「病理献体」の明確な意思表示をし、系統解剖への「献体」も同様に記載し、全てがこのカードで確認できる制度はいかがであろうか。発想の転換をしなければ重い扉はいつまでたっても開いてはくれない。歴史を一気に変えることは難しく、その背景因子すべてに手を打つことは容易ではない。多くの医療者が社会に語りかけ続けていく強い気持ちが必要であり、医療者の発想から国民の発想へと転換することを求められており、それを実行に移す行動力が求められる時代に突入したことを再確認したい。

## 文 献

- 1) 真鍋俊明：剖検率に影響を与える諸因子に関する研究。中間成果報告会，2010年12月23日
- 2) 深山正久：病理解剖の意義を考える。病理と臨床2009，27(臨増)：2-10
- 3) 栗屋 剛：包括的な死因究明制度の確立を旨として、総合討論。医事法学2010，25：81-107
- 4) 原 昌平：病理解剖への期待と限界。公開シンポジウム「医療における病理解剖」，2010年10月1日
- 5) 深山正久：後記。病理と臨床2010，28：1222



