

を実施する予定であったが、被告人両名の医療行為に不信感を抱いた甲の家族が転院を強く希望したことから、甲は急きょ日医大病院に転院することとなり、上記検査は結局実施されるに至らなかった。なお、甲の右肝床部ドレーンからは同日午前5時から午前11時までの間に合計約40ccの排出液が見られた。

甲は、同月28日、転院先の日医大病院において、C医師、D医師及びE医師らの治療を受けることとなり、同日、同病院においてERCP検査を受けたところ、総胆管が途絶していることが判明した。なお、日医大病院転院後の甲の最高体温は39.0℃、同病院で行われた血液生化学検査の結果によれば、同日の甲の白血球数の最高値は1万2100、CRP値は11.73、総ビリルビン値が5.0、直接ビリルビン値が3.3だった。

翌29日の午前10時5分から、C医師が執刀医、D医師らが助手として、甲の開腹手術が行われ、甲の総胆管が絹糸で結紮されており、総胆管及び総肝管がそれぞれ切離・切断されていること、総肝管切断部から胆汁が腹腔内に漏出していることが確認された。C医師らは、甲の腹腔内を生理食塩水で洗浄して腸の癒着を剥離するとともに、それ以上の胆汁漏出を防止するため、切断された肝門部の総肝管から小腸に胆汁が流れるようにする肝管空腸吻合術を実施し、肝下面及び右横隔膜下にそれぞれドレーンを留置したほか、吻合部を減圧して縫合不全を防止するためにRTBDチューブ2本を挿入するなどの処置を行った。なお、この際、同医師らは、甲のメッケル憩室も切除した。さらに、同医師らは、感染症防止のために手術直後からバンコマイシンを投与した。

しかし、甲はその後も快方には向かわず、C医

師らは、平成13年1月9日ころ、CT検査により下大静脈に血栓を発見し、肺梗塞等の防止のために、下大静脈フィルターを入れ、同月24日にも、甲に対し、腸閉塞解除を目的とする開腹手術を実施するなどした。

甲は、平成13年2月9日、日医大病院において死亡した。その後、司法解剖の結果、甲の死因は、胆汁性腹膜炎及びこれに起因する腸閉塞等による多臓器不全と診断された。

### 【争点】

①下大静脈からの出血後、午後2時50分頃、被告人両名が胆嚢摘出に着手したことが不適切であったか否か

⇒トロッカーにより下大静脈に損傷を与えて大量出血したのに胆嚢摘出に着手した過失があるとの主張に対しては、証言した専門医2名の証言が相反しているが、胆嚢摘出に着手したことが不適切とは認められない。

②胆管損傷を確実に防止すべき手段・手技を用いるべきであるという注意義務の存否

⇒胆管損傷を防止するためには、胆嚢周辺部の炎症・癒着により目視による確認が不可能であれば、非定型的胆嚢摘出術を行うか、胆嚢摘出を断念するべきであるのに定型的胆嚢摘出術を行った過失があるとの主張に対しては必ずしも医師として要求される注意義務に違反したとまではいえない。

③損傷に気づきやすい手術器具を用いるべきであるという注意義務の存否

⇒本件手術に使用したハーモニックスカルペル（超音波凝固切開装置）以外の手術器具を用いるべき注意義務があったとはいえない。

④術中胆道造影を実施して胆管損傷の有無の確認を行うべきであったという注意義務の存否

⇒胆嚢摘出後閉腹前に直ちに術中胆道造影を行い、総胆管等の損傷等の有無を確認すべき注意義務があった。

⑤本件手術後に甲の容態等を慎重に観察し、胆管損傷を疑って適切な処置を行うべきであるという注意義務について

⇒通常の胆嚢摘出術後に漏出する胆汁とは性質の違う胆汁漏出が生じていることを認識した時点で、術中胆管損傷を生じている可能性があり、放置すれば胆汁性腹膜炎により死亡する危険があったので、ERCP検査等を行うべきであった。

被告人両名の過失行為により、甲に胆汁性腹膜炎を発症させ、これに起因する多臓器不全により死亡させたことは優に認定することができ、その間に介在する日医大病院の医療行為は、その内容に不適切な点が認められないことからすると、因果関係の認定を左右するものとは認められない。

遺族の精神的苦痛は甚大であり、医師免許の剥奪をして欲しいと述べていることにも十分理由がある。しかし、被告人両名は、胆管損傷が生じた原因は分からない、転院時に至るまで被害者には胆汁性腹膜炎の症状は現れておらず、汎発性腹膜炎には罹患していなかったなどとして、自分たちの過失を否定するのみならず、被害者の死亡は転院先の日医大病院の治療に問題があったからで、被害者が被告人両名の治療を受け続けていれば救命できたなどと主張し続けているのであり、本件に対する真摯な反省の態度は全くうかがわれない。

⇒被告人両名の刑事責任は重いというべきである。

しかしながら、他方において、被告人両名は、総肝管や総胆管等を誤って切離した事実は認められていること、被害者の両親との民事訴訟において、被害者の妻を利害関係人とする和解が成立し、解決金名目で8000万円を支払済みであること、被告人両名にはいずれも前科がなく、これまで医師として長年診療を続けてきたことなど、被告人両名のために有利に斟酌すべき事情もまた認められるので、これらの諸事情を総合考慮して、被告人両名に対しては、主文のとおり、それぞれ禁錮1年に処した上で、今回に限り、いずれもその刑の執行を猶予するのが相当と判断した。

### 【事例3】中心静脈カテーテルによる心タンポナーデ

概要：生体肝移植を受けた40代女性。術中特に異常なく、手術終了後の胸部X線写真にてCVC先端が気管分岐部より1.5cm尾側に位置していることを確認した。術後3日目から経腸栄養を開始。カテーテル感染予防の見地からCVC長期留置は好ましくないと考え、術後7日目の朝に抜去した。しかし、末梢静脈輸液ルートは静脈炎を繰り返すため、術後7日目の18時ごろに鎖骨下CVCをベッドサイドにて挿入した。右鎖骨下穿刺を3回試みたが、挿入できなかった。左鎖骨下穿刺により、1回の穿刺で全長30cmのCVCを刺入部より23cm挿入して留置した。挿入後のX線写真(#21203)では、CVC先端は気管分岐部より12cm尾側の下大静脈内にあった。胸部X線写真上気胸の所見はなかった。CVC先端は適正な位置よりかなり尾側にあったが、主治医は位置の修正を行わなかった。術後10日目(CVC挿入後3日目)に右呼吸音の減弱と呼吸困難を訴えた。胸部X

線写真（#21326）では右緊張性気胸の所見、CVC先端の位置は変化していなかった。右胸腔内に脱気用チューブを挿入し吸引した。その後胸部X線で右肺の拡張を確認した際、CVC先端は気管分岐部より10.5cm尾側（#81667）にあったため、本来のCVC先端の適正位置にくるようCVC先端を目測で引き抜いたが、その直後に確認のX線は撮影していない。術後12日目（CVC挿入後5日目）11時と13時ごろに胸内苦悶を訴えたが、軽快した。17時ごろより胸内苦悶が増強し、主治医は15時ごろに撮影した胸部X線写真（#21740）より右緊張性気胸の再発と判断した。この胸部写真ではCVC先端は気管分岐部より9.5cm尾側の右心房下部にあった。心陰影が丸みを帯びていたが主治医は認識していなかった。再度、右胸腔内チューブによる吸引を開始したが、苦悶は改善せず、むしろ症状が急速に悪化して、心肺停止となった。肺塞栓を疑い、循環器内科にコンサルトして緊急に心血管造影検査を行った。そこで心エコーで心タンポナーデと診断された。心嚢穿刺により、心嚢液600mlを抜き取った。肺塞栓の所見なし。CVCは検査終了後に抜去された。心拍は再開したが患者は脳死状態となり術後14日目に死亡した。司法解剖所見では右心房壁外膜化に出血と浮腫を伴い、右心房内膜の冠状静脈洞付近にCVC先端の圧迫によると思われる出血斑があり、胴部に組織学的に非特異的炎症所見を認めた。CVC原性心タンポは同部からの輸液漏出により起こったと断定された。

#### 【評価】（三重大学病院院内報告書より）

術後7日目にCVCを左鎖骨下静脈穿刺法で約23cm挿入し、直後の胸部X線写真で気胸の有無しか確認しなかったことがまず不適正であった。

またCVC挿入に伴う気胸という合併症の点からみれば、右鎖骨下穿刺でCVCが挿入できなかった場合、左鎖骨下穿刺は避けるべきである。鎖骨下静脈からCVCを刺入したら胸部X線写真にて位置を再確認修正すべきであった。CVC挿入後3日目にCVCを引き戻した直後に胸部X線写真でCVC先端の位置を確認しなかったことによりCVCの先端は右心房に留置され、事故原因となった。次にCVC挿入後5日目に再発した右緊張性気胸がCVC原性心タンポを促進した。当日8時から右胸腔内チューブを水封したために起こった緊張性気胸により虚脱した右側肺が右心房壁を圧迫し、CVC先端と右心房内壁は通常より強い圧力で接したため、14時ごろより輸液の血液外漏出が起きたと考えられる。

当事件（H15年6月）の起こる前年平成14年11月に添付文書の内容が改定されており、本症例で使用したCVCの添付文書に禁止事項として、「心タンポナーデを発生させる可能性があるため、カテーテルを右心房または右心室に挿入あるいは留置しないこと。またガイドワイヤーも、右心室に挿入していないことをX線で確認すること」と記されている。主治医はこのことを知らず、医療用器具の添付文書の内容を遵守しない過失があった。

#### 【法的責任の経過】

刑事→業務上過失致死罪（罰金50万円）津簡裁平18.4.7略式命令

行政→2007.3.1医業停止1年

民事→和解約4000万円

【事例4】准看護師による硬膜外麻酔薬の誤注入

【概要】医師は、三重県四日市市で産婦人科医院を開業し、院長として医療業務に従事していた。平成13年12月3日、同医院において帝王切開手術を受け娩出した産婦（30歳）が、疼痛を訴えたことから、疼痛緩和のため、腰椎部から挿入してその体内に留置していたカテーテルに持続硬膜外麻酔薬である塩酸ブピバカイン0.5パーセントを含有するマーカイン約100ccを注入することとし、この注入を准看護師に行わせた。この注入にあたっては、カテーテルの先端部が脊髄硬膜外腔の静脈叢内に刺入しておらず、かつ、硬膜外腔内の静脈叢が損傷している状態で、マーカインを注入した場合、局所麻酔中毒により心肺機能停止等を将来させ、重篤な傷害、または死に至らしめるおそれがある。そこで、マーカイン数ccを注入したうえで、患者の経過を観察し、同人に異変がないことを確認する試験投与をしたうえで、残りのマーカインを注入すべきである。

本件では、医師は准看護師にカテーテルにマーカインを注入させており、准看護師はカテーテルの吸引を行ったのみで、試験投与をしないままマーカイン10ccを投与したところ、マーカインを静脈叢の血中に吸収させて局所麻酔中毒反応を生じさせ、低酸素脳症の傷害を負わせた。よって平成15年12月13日、同人を低酸素脳症に伴う遷延性意識障害の経過中に合併した気管支肺炎による呼吸不全による死亡させた。

#### 【評価】

硬膜外麻酔薬マーカインの投与にあたっては医師自ら試験投与を行うか、看護師にマーカイン注入をさせるのであれば、看護師が確実にマーカインの試験投与を行うよう指導監督すべき業務上の注意義務があるのにこれを怠り、看護師

に吸引の指導等をしたのみで、試験投与の指導監督を行わなかった。

#### 【法的責任の経過】

刑事処分：業務上過失致死罪罰金50万円（津簡裁平成18年11月30日略式命令）

准看護師は、嫌疑不十分で不起訴処分

行政処分：平成23年9月29日に医道審議会で戒告

民事：患者の夫が、医師と国などに損害賠償を求めた訴訟は平成22年3月26日、津地裁四日市支部で病院側との和解が成立。

#### 【事案5】抗がん剤の過剰投与

滑膜肉腫と診断された16歳女性患者に、週1回の投与量とされる抗がん剤を連日投与し、7日目に過剰投与により死亡された事例

院内医療事故調査委員会報告書より

#### <検証結果要約>

- ・ 9月6日、病理学的検査の結果患者は滑膜肉腫と診断された。

- ・ 9月8日、甲医師は、滑膜肉腫につき他の医局員の誰も経験がないと知り、文献検索を行った結果、抗癌薬療法で治療することとした。抗癌薬療法につき相談を受けた乙医師は、滑膜肉腫とは組織学的には異なるものの、横紋筋肉腫にはVAC療法がある、これについて調べてはどうか、と話した。

- ・ 甲医師は外来でご両親に対して病名を告知し、他部位からの転移の可能性、抗癌薬による治療の必要性を説明し、外来カルテにVAC療法を予定と記載した。

- ・ 9月18日、甲医師は、入院指示書に9月

25日入院と記載した。その後、甲医師は滑膜肉腫に対する抗癌薬療法につき文献検索を行ったとされている。しかし、診療録に貼付してあるVAC療法のプロトコールは、引用された整形外科教科書の横紋筋肉腫の項（骨・軟部腫瘍および類似疾患第13巻、Medical View社1995年、273-277頁）に治療法として掲載されているものの写しであり、ここにはオンコピンは週1回投与と英語で記載されている。またコスメゲン、エンドキサンの投与計画も週単位で記載されている。なお、当該教科書の別の章（283-285頁）には滑膜肉腫の治療について詳細に記載されているが、VAC療法には全く触れられていない。

- ・ 9月21日、甲医師は、教授（科長）回診で教授から問題症例についての報告を求められ、本患者にはVAC療法を行う予定と返答し、科長はこれを了承したが、投薬内容の確認を行っていない。回診後に了承した本間医師も、教科書からコピーした当該プロトコールを示されたが、一見したのみである。

—中略—

- ・ 9月27日朝、小児科に勤務経験のある主任看護婦は、ビンクリスチンの投与方法に疑いを抱き、使用説明書で確かめようとした。その時、甲医師が現れたので、これを甲医師に手渡した。しかし、甲医師は、これを無視した
- ・ 10月1日、甲医師は診療録に‘免疫療法は禁とする’と記載している。その理由は記載されていない。

【評価】（院内報告書より）

### 1. 主治医の責任

- ① ・ 悪性腫瘍に対する抗癌薬療法の治療効果は、腫瘍によって全く異なる。滑膜肉腫に対し

て横紋筋肉腫の抗癌薬療法を用いたことは不可解である。また、甲医師は滑膜肉腫を対象として文献検索をしたかは疑問である。

- ・ オンコピンは、週1回の投与が原則であり、12日間連日投与は治療ではありえない。これは治療学の常識である。初めての経験であっても、抗癌薬の過剰投与が致死的になることから、慎重に投与量を検討することは医療の基本である。

- ・ 悪性腫瘍に対する免疫療法の治療成績は必ずしも明らかではないが、一般に当該治療が禁忌とされる腫瘍はない。

- ② ・ オンコピンが6回目投与された10月2日には、既に抗癌薬治療による副作用としては、一般的には認められないほどの強い全身倦怠感があった。それにも拘らず、その翌日には7回目投与され、同日、点状出血と高度の血小板減少が認められている。この異常な程急速に重篤となっていく病態の原因について全く考察をしていない。

### 2. 当該診療科の責任体制

- ・ 科長と丙医師は甲医師から述べられたVAC療法の治療内容を確認せず、または、十分に確認せずに了承している。指導者としての責任感に欠けている。

- ・ 診療録は患者の容態、治療や検査上の問題点、患者やその家族との意志疎通等を把握するための最も重要な公的記録である。これが不備であるばかりでなく、点滴注射の実施者の名前を変えて記載する等は、医療行為として許されない。

- ・ 当該診療科では、大学病院では外来と病棟の責任者となる外来医長と病棟医長が実質的に存在しない。入院患者の担当医も3人体制をとってはいるが、それを決める規則もない。また、

指導医は担当医であるとの自覚がない。科長も手術患者以外には余り関心がないようであり、科長に次ぐ責任者も入院患者に関心がない。診療面の責任体制を欠いている。

・ 診療における研修医の負担が大きく、診療の実際を未だ知らない1年目の研修医すら日常診療のかなりの部分を担っている。無責任な診療形態である。

### 3. 医師とコ・メディカルとの協力体制

・ 医療においては、現場で最も頻繁に患者と接触している看護婦からの意見は貴重である。これを無視しては現代医療は成り立たない。甲医師が、看護婦からの疑問に答えるため使用書を読んでいれば、その日がオンコビン投与1日目であっただけに、死亡事故にまで至らなかった可能性は高い。

#### 【法的責任】

民事責任；大学に8370万円の損害賠償認める（最高裁平成17年9月30日判決）

主治医（33）

刑事；業務上過失致死（禁固2年執行猶予3年）

行政；医業停止3年6か月（2004）

指導医（37）

刑事；業務上過失致死罪（禁固1年6月、執行猶予3年）東京高裁24

行政；医業停止2年（2005）

科長（68）

刑事；業務上過失致死罪（禁固1年、執行猶予3年）

行政；医業停止1年6か月（2006）

#### F. 健康危険情報

該当なし

#### G. 研究発表

該当なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

救急医療を経て司法解剖となった事例における情報取扱いの問題点

吉田謙一<sup>1)</sup>、辻村貴子<sup>1)</sup>、前田秀将<sup>1)</sup>、滝澤彩子<sup>1)</sup>、有賀徹<sup>2)</sup>

1) 東京大学大学院医学系研究科 法医学・医事法学講座

2) 昭和大学救急医学講座

医学のあゆみ. 241 巻、289-293 頁、2012 所収

要旨 2011年3月、日本救急医学会救急科専門医3049名を対象として、救急医療を経て司法解剖となった事例における情報に関する調査を行った（回収率28.5%）。約6割の医師が患者の司法解剖について情報開示を受けた経験を有し、開示が有効であったと感じていた。今後、開示すべきであるかという問いに対して、大部分の医師が、原則全て、あるいは条件付きで開示すべきであると答えた。その理由として、医療の質の向上、遺族への対応を挙げる意見が多かった。また、死後画像診断が解剖の代わりとなるかという問いには、7割弱の救急医が肯定的な回答をした。以前、大部分の法医が、否定的な見解を示したという調査結果と対照的であった。今後、同じ症例について法医と救急医が死後画像の有効性、解剖情報の開示の必要性について検証する必要がある。

## 1. はじめに

2010年11月、第38回日本救急医学会学術総会において講演されたトーマス野口先生（前ロサンゼルス郡検視局長、米国を代表する法医学者）から電話をいただいた。野口先生は、「米国で外傷の解剖結果を外傷外科にフィードバックすると、医療の評価と質の向上に役立っているという講演を救急医学会でし

たところ、学会員から、『日本では、法医学者の理解がないので、解剖の情報をもらえない』と言われた」とおっしゃった。その直後、私が司法解剖をした事例が、公的機関が立ち上げた事故調査委員会で事故の再発防止の観点から検討されていることを知り、その委員会に参加していた日本救急医学会理事長の有賀徹先生から、司法解剖結果を委員会に開示できないかと相談を受け対応した。これを端緒に、日本救急医学会の呼びかけにより、日本救急医学会「死因究明あり方検討特別委員会」に、日本法医学会のメンバーが加わって合同会議が開かれるようになった。

東大法医学教室でも、日常、救急医から診療録や画像をはじめ多くの情報をいただいて、それをもとに剖検診断をつけることも少なくない。そして、常々、司法解剖の情報を救急医療の現場にフィードバックして貢献できないか、方策を考えてきた。法医学教室で実施する司法解剖は、殺人事件や傷害致死事件ばかりでなく、交通・労災・医療事故に関する業務上過失の有無を調べることを目的に実施されることが多い。これらはいずれも司法解剖が刑事司法手続きの一環として行われることから特に情報の取扱いで様々な制約を受ける。たとえば、司法解剖によって判明した情報は、捜査情報と解され、刑事訴訟法 47 条の「訴訟に関する書類は、公判の開廷前にはこれを公にしてはならない」という法文の縛りを受ける。したがって、第一回刑事公判開廷前には、司法解剖の情



報を関係者に対して公開することができない。起訴するか否かは検察官が判断するが、医療案件を扱う業務上過失致死被疑事件の公訴時効は10年と長く、起訴までに長期間経過することも少なくない。当教室が過去に行った追跡調査では、医療案件が実際に起訴された事例は少数に留まっていたが<sup>1)</sup>、検察官の多くは、将来、再審・事件となる可能性を考えて、「起訴留保」とするため、多くの事例で関係者に対して解剖情報が開示されないままとなる。また、検察官が遺族に説明できると判断した場合も、生前の診療に関与した救急医に確実に司法解剖情報が開示されるシステムはない。

当教室の司法解剖において、救急医療を経ているものは、1/4~1/3、年間30~40例に上る。その中で、外傷はもとより、挫滅症候群、腎不全、高カリウム血症、血糖異常等、臨床データをもとに剖検診断をする事例は少なくない。加えて、解剖時には診療経過の中で気づかれないことが多い、脊椎・脊髄損傷、胸腹部内臓損傷、骨盤骨折に気付くことも少なくない。

臨床診断と剖検診断の乖離に気付く事例も少なくない。画像診断技術が向上した現在においても、約2~4割の事例において乖離が認められるという<sup>2)</sup>。また、これまで我が国では司法解剖の情報が開示できないことが、医療事故の再発防止、医療サイドの遺族対応を難しくしていると批判されてきた。このような事情が、剖検結果を臨床医にフィードバックするべき最大の理由である。

今回、私たちは法医学解剖にかかる情報のやり取りや画像診断に関する意識調査を救急科専門医と法医学を対象に行った。そこで、これらの結果をもとに、現行システムにおける問題点の提示と、今後の望ましい方向性について検討を加えたい。

## 2. 救急現場における解剖情報等に関する意識調査

救急現場での解剖情報提供や死後画像撮影に関する現状・意識を把握することを目的に、日本救急医学会の全面的な協力を得て意識調査を行った。所属機関内での研究倫理審査の承認を得た上で、無記名自記式質問紙調査として、2011年3月に日本救急医学会救急科専門医3049名を対象に行った。うち60通が返送不明で返送され、2989通を回収した。郵送後近接して東日本大震災が発生したが、860名から返答を頂いた。うち高齢等を理由に質問項目すべて回答のないものが9通あり、これを除外した851通について集計した（回収率は28.5%）。

### (1) 司法解剖の問題点、法医学からの情報提供の有無

法医学解剖の課題を複数選択項目にて尋ねたところ、「情報提供が不十分」の回答が50.9%と最も多く、「警察の関与」（37.4%）、「医療評価の専門性」（34.7%）、「過失追及につながる」（25.1%）、「解剖の中立性」（22.1%）等が順に挙げられ

た（複数回答可）。

自分の患者が法医解剖を受けた経験は、63.4%の回答者が「ある」と答えていた。さらに種別で見ると司法解剖が62.7%と最も多く、以下に承諾解剖（52.6%）、行政解剖（51.1%）が続いた。

さらに情報提供を受けた経験があるかどうかを尋ねたところ、司法解剖では51.0%が、承諾解剖では81.6%が、行政解剖では53.3%が解剖結果に関する情報提供を受けたと回答していた。

32.6%の回答者は解剖結果が自分の予想と異なると答えていた。情報提供が医療の質に役立つか否かを聞いたところ、「大変役立つ」62.0%、「やや役立つ」36.1%と、大多数の救急医が役立つと答えた。また、同様に解剖情報の提供が遺族対応に役立つかについて聞いたところ、「大変役立つ」が51.7%、「やや役立つ」が42.6%であった。

## （2）望ましい情報提供の形態、情報提供項目

望ましい解剖情報の提供形態について尋ねる設問を置いた。多い順に「情報提供が出来る場合・出来ない場合等を類型化し、出来るものは提供すべき」51.7%、

「情報提供を一律日常化すべき」45.3%、「情報提供は特に必要ない」1.6%と、大多数の救急医が情報提供を求めている。

担当救急医への情報提供が許されると仮定した場合、希望する内容を聞いたところ、回答の多い順に「鑑定確定後の死因・所見要約」88.7%、「解剖直後の死因・所見要約」82.4%、「診療経過中の問題点に関する判断」70.9%、「鑑定書」50.7%、「解剖写真」43.7%、「組織所見」48.1%、「刑事裁判となったか否か」45.8%が続いた（複数回答可）。

次に、個々の司法解剖情報が、救急医全般に共有される制度ができたと仮定した場合、情報提供を希望する項目を聞いた。結果、回答の多い順に「鑑定確定後の死因・所見要約」75.0%、「解剖直後の死因・所見要約」66.9%、「診療経過中の問題点に関する判断」57.2%、「刑事裁判となったか否か」40.2%、「鑑定書」39.0%、「組織所見」33.6%、「解剖写真」31.3%が続いた。

前項冒頭の法医解剖の問題点を尋ねる項目において「情報提供が不十分」を選択した群では、「自らの患者が司法解剖を受けた経験がある」、「解剖結果が自分の予想と異なった経験がある」、「警察・検視官の情報提供に対して不満がある」等の回答が、「情報が不十分」を選択した群に比べて有意に多かった。

### （3）死後画像診断について

診療情報の一つとして死後画像診断の撮像・読影について設問項目を置いた。

「死後画像上、頭部 CT で明確な所見がない場合、脳損傷はないとするか」との

設問に対し、55%の専門医が「はい」と回答していた。

次に、「死後画像で心嚢血腫や大動脈周囲の出血所見を認めた場合、解剖は必要か」との設問に対しては、67.5%が「いいえ」と回答していた。「死後画像の使用は、解剖の代替手段になりえるか」との設問に対しては、67.5%が「はい」と回答していた。

### 3. 法医に対する調査票調査

上述の救急科専門医に対する調査と同時期、画像診断や解剖情報の取扱いに関する法医学者側の意識を把握することを目的に、法医を対象に無記名自記式郵送法に基づく質問紙調査を行った。法医学会員の人的規模を踏まえ、法医学会認定医に限定せず、幅広く法医学会員を対象とした。各大学法医学教室の法医解剖執刀医に調査票を送付し、37名から返答を得た（回収率23.7%）。

#### (1) 医療従事者への情報提供の必要性について

司法解剖の情報を医療従事者に提供する必要性を感じた事例の経験につき、「ある」が30.6%、「ない」が69.4%であった。「ある」という回答者に具体的な事例を聞いたところ、救急未診断例、臨床診断後・剖検診断例、診断情報提供例、医療事故(診療関連)死・医療現場の予期せぬ死、受診後の自宅急死例、画像

上骨折の見逃し事例、等の回答があった。このほか、提供の必要性を感じた場合や提供したいと感じた場合につき自由記載欄に、「解剖結果が今後の診療に役立つ」、「医療に関して改善点がある」、「明らかな過誤がない」、「診療情報の提供に報いたい」等の回答があった。

「解剖情報を医療関係者に提供できないこと」に対するの考えを選択回答で尋ねたところ、多い順から「情報提供が出来る場合等を類型化し、提供すべき」55.6%、「情報提供は特に必要ない」が25.0%、「情報提供を一律日常化すべき」8.3%、であった。

## (2) 医療従事者への情報提供可能項目・問題点

医療従事者への情報提供が許されると仮定した場合、法医から提供できる情報は何かを項目別に尋ねたところ、多い順に「鑑定確定後の死因・所見要約」67.6%、「解剖直後の死因・所見要約」50.0%、「診療経過中の問題点に関する判断」29.4%、「鑑定書」29.4%、「解剖写真」38.2%、「組織所見」11.8%、「刑事裁判となったか否か」11.8%であった（複数回答可）。「その他」では、「医療従事者が被疑者でない場合に限る」、「刑事で診療関連死裁判になる場合は別」との回答があった。

いわゆる診療関連死の司法解剖では、鑑定嘱託者から鑑定人である法医への

鑑定嘱託項目として「医療行為の適否・妥当性」が挙げられることが多い。このような医療の評価を求められる事例は、他の事例に比べて解剖をやりづらと思うかにつき、「とても思う」48.6%、「少し思う」22.9%、「あまり思わない」17.1%、「ほぼ思わない」11.4%であった。

医療従事者への情報提供をする場合、現状より負担が増えることに対しどの程度許容できるかにつき、「だいたい許容できる」が20.0%、「少しは許容できる」が31.4%、「あまり許容できない」が31.4%、「とても許容できない」が17.1%であった。

情報提供に関する自由記述上の意見は、「当事者も参加できる中立的なCPCが必要。この内容は裁判の証拠に利用されない法的保障も必要」、「医療従事者からの情報も少なく、警察を通じて伝聞は不十分なので、できれば直接聞きたい時もある」、「事故の当事者でない同じ病院の医療安全管理者に、警察の了解を得た内容を面談で話す。」等の回答があった。

### (3) 死後画像診断について

法医への意識調査でも、死後画像診断の撮像・読影について、救急医への調査項目と全く同じ設問項目を置いた。「死後画像上、頭部CTで明確な所見がない場合、脳損傷は無いとするか」との設問に対し、91.2%の専門医が「いいえ」

と回答していた。

次に、「死後画像で心嚢血腫や大動脈周囲の出血所見を認めた場合、解剖は必要か」との設問に対しては、85.3%が「はい」と回答していた。「死後画像の使用は、解剖の代替手段になりえると考えるか」との設問に対しては、91.4%が「いいえ」と回答していた。

#### 4. 考察

救急科専門医の大半が自身の経験に基づき、司法解剖情報の救急医への提供の有効性・必要性を感じており、ほぼ全員が提供すべきと考えていることがわかった。一方、法医の69.4%が解剖情報の医療従事者への提供は必要ないと答えていた。これは、法医が、司法解剖情報開示に対する法的制約、及び救急医が被疑者となる可能性を意識していることの反映と考えられる。しかし、司法解剖に付されたことも知らない救急医が多いと思われる中で、半数以上の救急医が、法医から司法解剖の情報提供を受けていた結果は、予想外であった。これは、少なからぬ法医が司法解剖情報の開示を必要と考え、タテマエでなくホンネに従って、情報を提供しているとも解釈できる。

救急医が情報提供を受けた解剖は、承諾解剖が最も多かった。承諾解剖は、警察が犯罪の可能性を除外した死体を対象として、遺族の承諾を得て法医学教



室において行われる解剖であり、医療関係者への情報提供を妨げる法は、個人情報保護法以外にはない。今回、救急医が、承諾解剖について、司法解剖、行政解剖の3倍近い情報提供を受けていたことから、承諾解剖の救急医へのメリットが浮き彫りにされた。しかし、監察医制度下にあっても、外傷事例、診療行為の評価や詳細な検討の必要な事例の多くは司法解剖されている。

診療関連死に関する司法解剖において、医療側に情報が開示されず、臨床専門家の意見が反映されない現状を解決する方策の検討のため、厚生労働省補助事業「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」が行われ、それに基づく新しい医療事故調査制度が立法化される流れがあった。しかし、調査実施事例は予定の1割程度にとどまり、新医療事故調査制度の立法化の目処もたっていない<sup>4)</sup>。加えて、救急医療を経て司法解剖となる事例の多くは外傷事例、死因未確定事例で、数も多いため、新しい調査制度の対象となりえない。また、司法解剖を囑託する検察官の大部分は、法改正がない限り、求められても自らの責任で情報開示を許可できない。したがって、救急医に司法解剖の情報を提供するためには、司法解剖の制度・運営を変えるしか手立てはない。そのためには、学術的なエビデンス（調査研究）に基づいた現場関係者からの強い要請が必要である。そして、調査研究のため、司法解剖情報を救急医にフィードバックするためには、合理的な説明が必要である。

まず、学術上の目的で、プライバシーに配慮すれば、司法解剖の情報開示は許されると解釈される。個人情報保護法 23 条の関連部分（要約）には、「公衆衛生の向上のため必要で、患者本人の同意を得ることが困難な場合の開示は、個人情報保護される範囲で許される。」とある。そして、司法解剖情報の救急医への提供の目的は、「公衆衛生の向上」のためと説明できる。当初、解剖情報や診療情報は、本研究の参加者である法医、救急医にのみ、個人情報がわかる形で伝わるが、調査に入る時点で個人情報は消去されるので、プライバシーは守られる。

「事故の再発防止」のような、より明確な目的提示が奏功する例もある。オーストラリア・ビクトリア州では、診断された疾患以外で死亡した院内死亡全例に関し、診療行為の専門家評価と法医解剖を包括的に行い、情報を当該病院に加えて、広く医療現場に電子メールジャーナル等によって、フィードバックして成功している<sup>5)</sup> 本研究の目的は、「エビデンスに基づいた救急医療・法医実務の質の向上」と説明できる。

私達が、司法解剖の遺族に対して行った調査に基づく遺族対応の例を挙げる。殺人、傷害被疑事件の家族が加害者・被疑者となる可能性もあるため、遺族に対する司法解剖の情報開示も法的に制限されてきた。しかし、交通・労災・医療案件等のように、家族が被疑者でない事例についても、同様であった。そこ

で、当教室では、家族が“診療関連死”した後、医療機関との間で紛争化した遺族を対象に調査した。その結果、死後 2 年以上を経過した時点でも、半数以上の遺族が解剖結果の説明を受けておらず、真相を知るために民事裁判を提起した遺族、医療機関が解剖結果を入手できないため紛争化した事例が多く見られた<sup>3)</sup>。これらの調査結果の学会発表が報道された結果、社会や関係省庁の理解も深まり、当教室では、原則、遺族に解剖結果を説明している。

救急医・法医に供註する研究目的の具体例として、「画像診断が解剖の代わりをできるか？」がある。多くの法医は、解剖経験から、画像診断のみに頼ることに懸念を持っている。例えば、脳出血、心嚢血腫、大動脈解離は、画像診断できるので、一般に解剖は必要ないと考えられている。しかし、いずれも病的なものとは限らず、外傷性との鑑別が求められる。事故後に脳出血等が発生した場合には、事故との因果関係の判断を求められる。加えて、法医解剖は、外因死の除外が最も重要な役割である。これは、事故後、救急搬送された人に、画像上異常を認めなかったが、解剖により、損傷の見逃しが判明する事例が多いことに裏付けられる。

今回の調査において、一定の状況下で解剖が必要か、画像が解剖の代わりとなりえるか、という設問に対して、積極的な救急医と消極的な法医の間で、意識に乖離を認めた。国が、死後画像診断をエビデンスもなく進めようとしてい

る現状を考えると、救急医・法医が、画像・診療経過と剖検結果を共に検討し、そのエビデンスに基づいて、画像診断のみで処理できる類型、解剖すべき類型を定めることが喫緊の課題である。

学術上の目的に加えて、「鑑定上の専門的知識の必要性」の観点から、司法解剖の情報を救急医に伝える合理的な説明ができる。鑑定のため、法医学解剖執刀医が、解剖情報を伝えて医療専門家に意見を聞くことは許されており、むしろ、必要といえる。検察官は、鑑定上、「診療行為の妥当性」を嘱託することが多いが、法医学は、救急医療の専門家でないので、本来、「診療行為の妥当性」を判断できず、公平・専門的な判断は、第三者救急医にしかできない。一方、法医学が、解剖の結果、診療上の見逃しを見出すことが少なくない。このような現状において、「過失の判断」が法医学と救急医の間に緊張関係を生む。また、事実の確認と事故原因の究明のためには、当事者に解剖結果を伝えて、事情を聞く必要がある事例が多い。しかし、専門知識の乏しい警察官や検察官にはできない。これらの困難を克服するため、第三者救急医と法医学が協力し、当事者救急医と連絡を取りながら臨床経過の要約や評価を含めた鑑定書を作成する必要がある。そして、パイプラインに配慮した、結果の公表によって、社会に対する公平性、透明性、説明責任を示す必要がある。ドイツでは、州医師会鑑定委員会が、数多くの患者側の苦情提起に応じて、第三者医師にカルテに基づく鑑定を委嘱し