九州大学学術情報リポジトリ
Kyushu University Institutional Repository

医療行為関連死の司法解剖例にみる現状

伊藤，貴子
九州大学大学院医学研究院法医学分野

池田，典昭
九州大学大学院医学研究院法医学分野

https://doi.org/10.15017/6197

出版情報：福岡醫學雜誌. 98 (6), pp.245-252, 2007-06-25. 福岡医学会
バージョン：
権利関係：

総　　説

医療行為関連死の司法解剖例にみる現状

九州大学大学院医学研究院 法医学分野
伊　藤　貴　子，池　田　典　昭

はじめに

医師が異状死であると認め，医師法21条の規定に従って警察に届出た場合，警察による刑事捜査が開始されることとなり，医療行為の関与が疑われる場合は，届出を行った医師・担当医は刑事事件の被疑者として扱われかねないことになる．また，その死亡例は事件性・犯罪性が疑われることとなり司法解剖に付される．近年ではこの「異状死」の定義や医療行為に関連した死亡例の死因究明制度につき新たな制度が模索されるなど議論が絶えない．

しかしながら，死因に医療行為の関与が疑われる死亡例が司法解剖に付されるまで，また付された後の個々の事例の追跡研究はこれまでほとんどなされていなかった．そこで，今回医療行為関連死の司法解剖例の現状について調査を行い，医療関連死に対して司法解剖の果たす役割について検討した．

方　　法

九州大学大学院医学研究院法医学分野で1997年から2004年までの8年間の全法医解剖例456例（司法＝412例：全例が異状死として警察に届け出られた例，承諾＝44例）中，医療行為の関与が疑われた司法解剖例10例（全司法解剖の約2.43%）を対象とした．

対象例について福岡県警察及び福岡地方検察庁に解剖前と解剖後の捜査状況につき照会し，各事例につき担当部署に聞き取り調査を行うことで，患者の死亡から司法解剖にいたるまでの経緯，医師からの異状死届出の有無，司法解剖後の医師や医療機関の処遇を調査，検討した．

結　　果

10例の死亡時の医療行為は，注射，手術，人工透析，IVH，気管内挿管など様々であった．患者死亡後の異状死の届出に関しては，病院側が病理解剖を勧めたが遺族がこれを拒否したため，病院長が警察に届出たものを含め，病院長あるいは手術担当医によって患者の死亡の前や死後早期になされたもの8例，死亡した患者の遺族からなされたものが2例であった（表1）．

刑事訴訟法168条の規定に基づく裁判官の鑑定人に対する鑑定処分許可状発行時の被疑者は10例中4例が不詳で，うち3例は被疑者不詳の業務上過失致死，1例が殺人の各被疑事件として許可状が発行されていた．また，4例は患者死亡時の担当医師や准看護師が被疑者として業務上過失致死の罪状で許可状が発行されていた．残りの2例は強盗傷害と傷害後の医療行為中の死亡で，それぞれの加害者が被疑者とされていた（表2）．

10例中4例は解剖の結果病死であることが判明し，医療行為と患者死亡との因果関係は否定され，そこで事件性がないと判断されて刑事処分はなく捜査は終結している．これら4例中2例は遺族からの警察への通報例であった(表2)．6例については，問題とされた医療行為と死因との間に何らかの因果関係が認められた（表1）．このうち3例の被疑者（医師と准看護師）は各自簡易裁判所に略式起訴されいずれも罰

Takako ITO and Noriaki IKEDA
Department of Forensic Pathology and Sciences, Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University
Recent Trends in Judicial Autopsy of Unexpected Death at Clinical Settings

表 1　司法解剖に至るまでの経緯・異状死届出の有無

事例	届出者	過失が疑われた行為	死因（医療行為との因果関係）
1.	遺族	心不全末期状態での IVH*	冠状動脈硬化症（無）
2.	遺族	糖尿病性腎症への人工透析	敗血症（無）
3.	医師	頸椎脱臼整復術中の気管内挿管	低酸素脳症（有）
4.	医師	大腿骨人工骨頭置換術	高位脊髄麻酔（有）
5.	医師	肝細胞癌に対する PEI**療法	冠状動脈損傷（有）
6.	医師	酸素チューブの装着	気道閉塞による窒息（有）
7.	医師	脳室腹腔短絡術	出血性ショック（有）
8.	医師	救急搬送男性への気管内挿管	冠状動脈硬化症（無）
9.	医師	胸部痛の訴えに対する診断	肺動脈血栓塞栓症（有）
10.	医師	腰痛に対するジブカイン筋注	急性心機能不全（無）

*IVH＝中心静脈栄養　**PEI＝経皮的エタノール注入

表 2　鑑定処分許可状発行時の罪状および刑事処遇

事例	届出者	罪状/被疑者	刑事処遇
1.	遺族	業務上過失致死/不詳	病死のため無
2.	遺族	業務上過失致死/不詳	病死のため無
3.	医師	業務上過失致死/医師３名	医師２名/簡易裁判所にて罰金刑
4.	医師	強盗致死/強盗致死被疑者	立証困難として捜査終結
5.	医師	業務上過失致死/医師２名	医師２名/起訴を視野に入れ捜査中
6.	医師	業務上過失致死/准看護師	医師・准看護師/簡易裁判所にて罰金刑
7.	医師	業務上過失致死/医師３名	医師２名/簡易裁判所にて罰金刑
8.	医師	業務上過失致死/不詳	病死のため無
9.	医師	傷害致死/死者の長女	不起訴
10.	医師	殺人/不詳	病死のため無

金刑が下されており，１例は同様に起訴を視野にいれてなお捜査中である．残り２例中１例（事例４）は強盗致死事件と医療過誤が競合した例で警察が立証困難と判断し捜査は終結し，もう１例（事例９）は過誤はあったものの死因との間の因果関係が希薄で刑事処分を問うのは困難として不起訴となっている（表２）．司法解剖例 10 例の内容，解剖結果と鑑定を簡単にまとめると以下のようになる．

事例１：心不全末期状態での中心静脈栄養（IVH）

臨床経過：70 歳代女性．30 年来リウマチ性心臓病，慢性関節リウマチにて各地の病院に転･入院を繰り返す．本件医院には 4 年前より入院加療中である．某年 1 月 31 日，担当医が家族を呼び患者の病状が思わしくないことを説明している．同年 2 月 3 日ごろから食欲が衰え始めた．２月 4 日には，見舞いに来た家族と会話をしているが，この日の夜，食事後に「まだ食事をしていない」と看護師に訴えるなどしており，その頃より意識が混濁した状態であったと考えられる．２月 5 日には自力で起き上がることも食事を取ることもできなくなったので，担当医は家族に対し IVH を行う旨説明し，同日午後家族がいない間に IVH を行った．その後意識が回復することはなく，２月 7 日に死亡した．

解剖結果と鑑定：外表では右側頸部中央に医療行為に基づくと考えられる 1.0×0.5 cm のほぼ楕円形の皮内出血，胸部中央に注射痕，右鎖骨右半すぐ下の注射痕などの医療行為に基づくと考えられる損傷が認められるのみであった．また上・下肢の関節に高度のリウマチ性の変形を認めた．内部では，冠状動脈は 3 枝ともに 75％を越える高度の狭窄があり，心臓には回旋枝病変由来と考えられる左室後側壁，前下行枝末梢由来と考えられる前下壁のいずれも貫壁性の陳旧性心筋梗塞が認められ，病理組織学的には心刺激伝導系やその周囲にも明らかな虚血性変化が認められた．このように高度な冠状動脈硬化症に基づく左心室の広範な陳旧性梗塞，心刺激伝導系やその周囲に明らかな虚血性変化を有していれば，些細な刺激等により速やかに心室性の致死性不整脈から，心停止を来たし死に至る危険性を常に有している．従って本屍の死因は高度の冠状動脈硬化症に基づく，致死性不整脈と認められ，他為・過失のいずれでもなく病死と考えた．

この事例では高度の冠状動脈硬化症に対して，致死性不整脈を予防するためには，心臓に侵襲的な加療をする必要があったと考えられる．しかし患者は長期リウマチにおける臥床状態にあり，年齢やその全身状態を考慮すると，このような加療の適応にはならないものと考えられ，遺族が医療過誤を疑った生前の

医療行為であるIVHは概ね妥当なものであったと考えた．また，心停止後の医療行為についても特に問題ないものと考えた．

また遺族は医療事故を疑い警察に通報した際，この事例に対して行われた医療行為につき担当医から十分な説明がなかったことに対する不満を述べている．IVHを行うに際して担当医は家族に対して説明をしているが，遺族はその説明に納得しておらず，これが死亡に際し遺族が医療事故を疑う原点となった可能性が大きい．もしIVHを行う際に担当医が家族に対して十分納得のいく説明を行っていれば，死亡に際し遺族が医療過誤を疑い警察に通報の上，司法解剖が実施されることはなかったと考えられる事例であった．

事例2：糖尿病性腎症への人工透析[1)]

糖尿病性腎症を発症していた70歳代男性．症状が悪化し人工透析を勧められたが，透析治療を拒否し，通院，投薬のみを受けていた．3日後受診した時には意識混濁，呼吸困難が出現しており即入院となり，患者および妻の同意を得て血液透析を開始．4回目の透析中突然心肺停止，3日後に死亡した．解剖の結果，死因は敗血症であり医療行為に過失はなかったと考えられた．

事例3：頸椎脱臼整復術中の気管内挿管

臨床経過：50歳代男性．某年12月22日早朝，乗用車を運転して出勤中，運転操作を誤って自損事故を起こし，H病院に搬送され，頸髄損傷，第5頸椎前方脱臼，右橈骨遠位端骨折と診断された．右橈骨遠位端骨折はシーネで固定，頸椎についてはハローベストにて頭蓋直達牽引を開始し，保存的に治療を行っていた．しかし同月24日に，当初左上肢のみであった麻痺が右上肢にも及んできたことから，翌25日に頸椎脱臼整復固定術および骨移植術を行うことにした．25日午後1時50分頃手術室に搬送され，意識下で挿管を試みたが．挿管できなかったため，喉頭鏡による挿管を実施することとした．午後2時5分頃静脈麻酔施行し，直ちに喉頭鏡を用いた挿管を行った．その際気道全体が浮腫状になり強く狭窄していることに気付き，4回挿管を試みたものの挿管できなかった．午後2時20分頃から気管切開を行い，気管切開開始後約10分後，静脈麻酔から約30分後に酸素供給ができるようになった．その後ICUへ移されたが，翌年1月8日死亡した．

解剖結果と鑑定：解剖してみると，脳は軟化しており，肉眼的に低酸素脳症による脳死脳の像を呈していた．また第5・6頸椎間は離開骨折し，その一部は第5・6頸椎椎体に及び，直下の脊髄硬膜外に出血があった．さらに第5・6頸椎後弓も離開し出血していた．骨折部付近の気管壁の一部をベルリン・ブルー染色したところ青色に染まっていた．これはヘモジデリンが染まったものであり，同部の出血が約1～2週間経過していることを示していた．さらにこれが気管切開部位とは明らかに異なる部位で骨折部位と一致したことから，この出血は交通事故による第5・6頸椎間離開骨折によって生じたものと考えられ，浮腫の原因であったと考えられた．つまり，喉頭鏡による気管内挿管時にみられた気道の浮腫状変化は，手術室搬入前より生じていたものと考えられ，実際，患者は術前に「息苦しい」と医師に訴えており，後で検証した術前のMRIからも気道狭窄があったことは明らかであった．

この事例のような頸椎前方脱臼では当然気管が後方より圧迫されるため，経口による気管内挿管が困難な可能性を術前に十分考慮に入れるべきであり，静脈麻酔下で気管内挿管を行い直ちに気管切開や気管穿刺などの気道確保の手技を準備しておくべきである．また気道浮腫の有無に関わらず麻酔下で気管内挿管する場合は，呼吸抑制によって低酸素状態に陥る可能性を常に念頭に置き，麻酔後直ちに挿管，酸素投与を行う必要がある．しかしながら，この事例は静脈麻酔後に気道狭窄を発見し，さらに気管切開に手間どったため少なくとも10分間低酸素状態にあったものと考えられる．従って，第5頸椎前方脱臼の頸椎脱臼整復術の麻酔術式として経口による気管内挿管が一般的な方法であるかどうかについて，麻酔科医や整形外科専門医に意見を求めるべきであると考えるが，いずれにせよ手術室内で低酸素脳症に陥らせた医師には明らかな過失があったと考えた．また手術においては術前の評価は当然大事であるが，突発的な事態にどう対応するかということも医師として重要なことである．緊急事態においてすばやく行動し対処するために，機器類の整理・準備もさることながら，常日頃からそういった事態を想定して診療にあたることが大切であると考えられた事例であった．

事例 4 ：大腿骨人工骨頭置換術[2)]

50 歳代女性．強盗傷害による右大腿骨頸部内側骨折の診断で入院となった．手術目的で執刀医自ら低比重テトラカイン（テトラカイン 1 アンプル 20 mg を蒸留水に溶かしたもの）による腰椎麻酔を施行した．手術開始 50 分後急激に血圧が低下し，呼吸状態も不良となり直後に意識消失．直ちに手術を中止したもののまもなく死亡した．解剖の結果，死因は高位脊髄麻酔であり医療行為との間に因果関係があると考えられた．

事例 5 ：肝細胞癌に対する経皮的エタノール注入（PEI）療法

臨床経過：70 歳代女性．6 年前より C 型肝炎，肝細胞癌と診断され，肝臓癌に対する PEI 治療を受けていた．同時に塞栓術も 2 回施行されていた．某年 8 月 9 日に 3 cm 大の癌腫瘤に対する PEI，2 cm 大の癌腫瘤に対するラジオ波焼灼術を施された．同年 8 月 13 日今度は心臓直下の肝臓左上部に位置する 3 cm 大の癌腫瘤に対し PEI を実施することとなり，同日 13 時 30 分頃より B 医師がエコーを担当しモニターを確認しながら A 医師に針の刺入の指示を与え，A 医師がその指示に従い患部に針を刺入した．ところが直後の 13 時 53 分突然女性がショック状態に陥り意識消失した．その後一旦意識が戻るが再びショック状態となったため CCU に搬入し検査したところ，心タンポナーゼと判明したため貯留血を 200〜400 cc 位抜くが容態は変わらず針の刺入の約 3 時間後より開胸手術を実施したところ，右冠状動脈に 2 箇所の損傷を認めたため直ちに縫合，止血を行った．その後多臓器不全により 2 日後に死亡した．

解剖結果と鑑定：解剖してみると，心嚢右下後面に径 0.1 cm の創が数個あり，心嚢前面は 10× 8 cm にわたって切断され，凝血を含む血液が入っていた．心臓では右冠状動脈起始部より約 5 cm 遠位の所に 2 箇所の近接する細動脈損傷に対する修復処置が認められた．この損傷部は 2 針ずつ縫合され表面にパッチが付着した状態であり，この部から右冠状動脈に沿って心外膜下に出血が広がっていた．病理組織学的には，各臓器において微小血栓及び実質内出血を認め，播種性血管内凝固症候群（DIC）の際に見られる像を呈しており，死亡直前には DIC の状態であったと考えた．すなわち，生前に女性に対して行われた PEI 療法施行時に，心臓直下で肝臓の左上部に位置している腫瘤部に刺入すべき針を，A 医師が誤って肝臓腫瘤，横隔膜および心膜を貫通させ，右冠状動脈を損傷したもので，明らかに慎重さを欠いた手技であったと考えた．また，患者は肝硬変，肝細胞癌の状態であり，このような病態では肝機能の低下による出血傾向のために冠状動脈損傷を手術的に止血しようとしても止血は困難であり，止血困難な冠状動脈損傷により，DIC から多臓器不全を起こして死亡したものと考えた．一方，患者の肝臓に腫瘤が多発していること，この腫瘤が病理組織学的に肝細胞癌の組織像を呈していたことから，PEI 療法を行うことは現在の医療水準，治療方法としては概ね適切なものと考えた．しかしエコーを見ながら行っているにもかかわらず，心臓直下で肝臓の左上部に位置している腫瘤部に刺入すべき針が，肝臓，心膜を貫通し，冠状動脈を損傷してしまったというその手技については明らかな医療過誤であると考えられた事例であった．

事例 6 ：酸素チューブの装着

臨床経過：80 歳代女性．老人性痴呆症，高血圧症で 4 年前より入院加療中であった．某年 7 月 19 日午前 0 時頃から意識不明となり，同日午前 9 時 45 分頃，気管内挿管がなされた．しかしまだ自発呼吸があったため，口腔から出ている気管内挿管チューブに通常の酸素マスクではなく紙コップで代用した酸素マスクを載せ，紙コップ内に流した酸素が気管内挿管チューブを通して体内に送られる仕組みとなっていた．同日 20 時ごろ，付き添いの次男が紙コップ内で酸素チューブと気管内挿管チューブとが外れているとナースコールをした．准看護師が，次男からの指摘どおり家族が見ている前で酸素チューブと気管内挿管チューブとを直接つないでしまった．直接接続後 2，3 分のうちに女性の体はみるみるうちに膨れていき，20 時 8 分に死亡した．

解剖結果と鑑定：解剖時，女性は上半身が膨満した状態で顔面も膨れ，全身の皮下に気腫が触れる状態であった．顔面全般や前頸部から左右側頸部にかけては細かい溢血点，頭蓋側の皮下や左右側頭筋内にも小出血が多数認められた．また，全身の動脈は高度に硬化し，左右の腎臓も硬化萎縮していた．また中脳には高血圧性の出血が見られ，7 月 19 日午前 0 時ごろに生じた意識障害の原因は中脳出血であると考え

た．

この事例は同日午前 0 時ごろに生じた高血圧性中脳出血による意識障害と血圧の低下から死亡直前ではあったが，まだ弱い自発呼吸があったとき時点でに酸素ボンベから紙コップ内の酸素チューブを通して気管内挿管チューブに直接，強制的に酸素ガスが流入したことから排気が全く不可能な状態となり，呼吸が阻害・停止して死亡したものと考えた．また，死亡直前から死後も強制的に酸素ガスが流入したために，気管壁や縦隔を通して全身の皮下に気腫が生じたものと考えた．すなわち家族からのナースコールに応じて担当医や看護師の指導を仰ぐことなく，紙コップ内の酸素チューブと気管内挿管チューブとを直接接続した准看護師には重大な過失があったものと考えた．本件は付き添いの家族が患者が装着している医療機器に不審を持ったことから不幸にも生じた事故であり，准看護師の行為は全く初歩的なミスで弁解の余地がないが，そういった事態を生じさせないような管理・教育を病院側が行っていたか否かも問題となる．すなわち酸素マスクを装着する際に家族へ十分説明すると共に全ての病院職員に十分な教育をしておくべきであり，看護師個人だけでなく病院側にも過失があると考えられた事例であった．

事例 7 ：脳室腹腔短絡術

臨床経過：50 歳代女性．某年 4 月 11 日，動脈瘤破裂によるくも膜下出血で H 病院に入院となった．同年 5 月 1 日，左前頭･側頭開頭による前交通動脈瘤クリッピング術が施行され，術後経過良好で 5 月 20 日に退院となった．約 3 ケ月半後の同年 7 月 28 日，物忘れを主訴に同病院を受診したところ，頭部 CT 検査で脳室の拡大などがみられたことから正常圧水頭症と診断され，翌日に手術目的で入院となった．同年 7 月 31 日午前 10 時より行われた正常圧水頭症に対する脳室腹腔短絡術中，11 時 18 分頃，O 医師が硬膜切開を行なう際，誤って上矢状静脈洞を切開した．慌てて硬膜縫合および焼灼といった止血処置を行ったが出血は持続し，11 時 40 分には心電図上心室細動となり，その 10 分後の 11 時 50 分に心停止となった．除細動，心臓マッサージおよび約 1200 cc の緊急輸血が施行されたが，心拍は回復することなく，同日 13 時 28 分に死亡が確認された．なお，術中の出血量は 3500 ml に達していた．

解剖結果と鑑定：解剖してみると左右ラムダ縫合・矢状縫合合流部を中心として左右に長さ約 3.5 cm，上下に長さ約 4 cm のややいびつな楕円形ないし長方形状をなす，左右頭頂骨，後頭骨に及ぶ骨欠損があった．欠損面には硬膜が露出し，中央部で多数縫合されていた．また骨欠損部前右半では硬膜の一部も切断され，脳が露出していた．この骨欠損の内板側の上矢状洞溝も欠損し，露出した硬膜，上矢状静脈洞は上矢状洞溝に沿って前後（上下）に約 2 cm 切断され，さらにこの切断創と交差し，十字をなすように中央部でほぼ左右に 1.5 cm 切断されていた．切断創の一部は内側壁も切断し，上矢状静脈洞はほぼ完全に切断されていた．さらにこの切断創は溝側で結紮および焼却による止血処置がなされていたものの，完全には閉鎖されていなかった．

この事例のように，上矢状静脈洞を完全に切断すれば大量の静脈性出血が持続し，出血性ショックや失血で死亡することは容易に考えられるが，骨孔を開けるにあたって上矢状静脈洞を縦断するような位置が選択されることは絶対あり得ないことである．また，たとえ誤って上矢状洞溝に骨孔がかかっても硬膜切開前に上矢状静脈洞の存在に気付き，上矢状静脈洞が切開，切断されるようなことはないはずである．すなわち，この事例では骨孔の選択位置が明らかに誤りであったことに加え，上矢状静脈洞を切開してしまった点において極めて重大な過誤，過失があったものと考えた．また，上矢状静脈洞切開部は結紮，焼灼処理がされているものの完全に閉鎖されていないこと，手術場での切断にもかかわらず短時間のうちに死に至らしめ，救命はおろか延命もできなかったこと等を併せ考えると，切開後の事後措置も不充分かつ不適切であったと言わざるを得ず，医療行為に重大な過誤があったものと考えた．

事例 8 ：救急搬送の男性への気管内挿管

臨床経過：60 歳代男性．椎間板ヘルニアと診断され某整形外科にて通院治療中．糖尿病で入院歴を有し，インシュリン等の血糖降下剤を，また狭心症に対する投薬を受けていた．某年 3 月 29 日午前中に息苦しさを訴え，同日午後 5 時ごろ椎間板ヘルニア治療で通院している整形外科を受診．ここでの胸部レントゲン撮影により肺炎と診断され，また血糖値が 524 mg/dL と高値であったため救急指定を受けている某医

院に転院措置がとられ1時間後に到着．到着時の酸素飽和度は92～94％であった．医師は看護師に対し点滴・酸素吸入・ネブライザーで，酸素飽和度95％を維持するように指示した．到着から1時間半後の同日午後7時35分頃，看護師から患者が意識を消失し呼吸も弱く酸素飽和度が35％前後にまで低下していると連絡を受けた当直医師が，7.5ミリ径のチューブで気管内挿管を試みたが失敗し，約30分かけて7.0ミリ径のチューブを気管内挿管した．その最中に心肺停止となったため，心臓マッサージやカウンターショックをしたが，自発呼吸・心拍動の再開がないまま同9時28分に死亡した．

解剖結果と鑑定：解剖時気管内挿管されており，その他胸部にカウンターショック痕，左右肘関節から前腕にかけて注射痕が散在しているほか，特に損傷はなかった．解剖してみると，冠状動脈が主要3枝共に硬化高度であり，石灰化を伴い，所々で80％～90％狭窄していた．特に左冠状動脈前下行枝は分岐部から約5 cmのところでほぼ完全に閉塞しており，回旋枝は分岐部直後で，右冠状動脈は起始部から約2 cmの所で95％程度狭窄した状態であった．また，左心室壁には肉眼的に広範囲に新鮮な梗塞巣が形成されていた．肺は左右共浮腫状を呈しており，右の気管支粘膜には挿管の際に生じたと考えられる小さな出血巣が認められた．また，頸部器官には舌根部から咽・喉頭部の粘膜にかけて気管内挿管の際に生じた考えられる小出血巣が多数見られた．

この事例は，左冠状動脈前下行枝が完全に閉塞されていたこと，左心室壁に新鮮な梗塞巣の形成が認められたこと，病理組織学的にも急性心筋梗塞の所見を呈しており，その他に致死的な損傷や疾病等の原因が認められなかったことから，死因は冠状動脈硬化症による急性心筋梗塞と考えた．当初，気管内挿管の遅れと死亡との関係が問題視されたが，このような病態では早期に正確な診断をし，かつ的確な治療を施しても救命は不可能であったと考えられ，挿管の遅れはあったものの医療行為自体に医師の過失はなかったと考えられた事例であった．

事例9：胸部痛の訴えに対する診断[3)]

50歳代の高度肥満女性．精神疾患で入院歴有．某年2月某日午後7時すぎ，腰部痛，歩行時呼吸困難の主訴でC総合病院夜間外来受診．肋間神経痛と診断され点滴，投薬を受けた．午後8時30分頃病院を出，午後9時ごろ徒歩で帰宅途中の路上で呼吸困難のため歩行不能となり，救急車で病院に搬送されたが午後10時30分に死亡確認された．解剖の結果，死因は肺動脈血栓塞栓症であり医療行為との間に因果関係があると考えられた．

事例10：腰痛に対するジブカイン筋注

臨床経過：60歳代男性．20年近く統合失調症，高血圧，腰痛で通院加療中．死亡の4，5日前から「腰が痛い」と同居中の実母に訴え，某日午前9時頃通院中の病院外来を受診．レントゲン撮影後，腰部神経痛との診断で左臀部に局所麻酔薬ジブカイン5 mlを筋注され，電気治療を終えて午前10時ごろ自宅に帰り着いた．自宅玄関のチャイムに気付いた実母が玄関を開けたところ，しりもちをついた状態でしゃがみこみ具合悪そうにしていたことから同午前11時31分に119番通報．救急隊員が同午前11時37分に到着したときには，既に心肺停止状態であった．午後0時に病院に到着．救命蘇生を行うが午後1時15分に死亡確認された．男性は通院中に病院から多種の精神病疾患治療薬の投薬を受けていた．

解剖結果と鑑定：解剖してみると，特に疾病や損傷等の致死的原因は認められなかった．そこで考えられたのはジブカイン筋注による中毒やショックである．しかし男性が注射を受けてから帰宅するまで時間がたっていること，ジブカインの血中濃度を分析したところ30.6 ng/mlと特段高い値でもなかったことから，中毒やショックが急死の原因とは考え難かった．次に考えられたのは，長期間精神病疾患治療薬を服用していた精神病者の急性心機能不全による急死である．種々の方法で薬毒物のスクリーニングを行ったところ，血液より局所麻酔薬リドカイン，血液及び尿より抗精神病薬レボメプロマジン，クロルプロマジン，プロメタジン，催眠，鎮静，抗てんかん薬のフェノバルビタールがそれぞれ検出された．クロルプロマジン，フェノバルビタールの血中濃度はそれぞれ21.6 ng/ml（治療域：10～500 ng/ml），2.98 μg/ml（同：10～40 μg/ml）とさほど高い値ではなかったが，レボメプロマジンは265.7 ng/ml（同：20～140 ng/ml）とかなりの高値が検出された．このことと，男性に長期間にわたる精神病疾患のほか疾病や損傷等の

致死的原因が認められないことを併せて，死因は精神病疾患治療薬の影響下における急性心機能不全と考えた．従って，病死の範疇に入るものと考えられ，男性が生前に受けた左臀部に対する局所麻酔薬ジブカインの筋肉注射等の医療行為は死因とは関係がないと考えられた事例であった．

考　察

近年，「異状死」の定義や医療行為に関連した死亡例の死因究明制度につき議論が絶えない状況が続いている[4)5)]．日本法医学会が1994年5月に発表した「異状死ガイドライン」によれば，「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」は「異状死」に含めるとしている．すなわち，このガイドラインにそって医療行為中に死亡した事例を予期しなかった死亡として医師法21条の規定に従って異状死として届け出ると全例が司法解剖されることになり，現行の刑事手続き上いったんは刑事捜査の対象となる．そのため，日本外科学会をはじめとして臨床系諸学会からこの異状死ガイドラインが「萎縮医療」を招くことになるとの批判がなされた[6)7)]．今回，当教室における10例の医療行為関連死司法解剖例のうち6例においては生前になされた医療行為と解剖により明らかになった死因との間に何らかの因果関係が認められた．これら6例はいずれも病院長や担当医から届出られており，かつ重大な過失と考えられる事例が多かった．一方で，遺族が医療過誤を疑い警察に通報した2例はいずれも病死であり，医療行為と死因との因果関係が否定された．これら2例はいずれも遺族が主治医の治療方針および死後の説明に不満や疑問をもっており，警察による捜査の過程で担当医から十分な説明を受けなかったことへの不満を吐露している．従って，患者及び家族が主治医から，治療行為あるいは治療方針に関しての十分な説明を受けていれば遺族が患者の死に疑念を抱くこともなく，警察に通報することもなく，あえて司法解剖で医療行為の過失の有無の判断を求めることはなかったのではないかと考えられた．十分なインフォームド・コンセントやコミュニケーションに基づいた医療行為でなかった場合，あるいは死後の説明が不十分だった場合，患者の死亡が遺族側にとっては医療不信につながる発端となって警察へ通報されるもので[8)]，当然のことではあるが，医療従事者には十分な注意が必要である．

厚生労働省は平成17年度より一部地域において，医療行為に関連した死亡例の死因等の調査･分析を公費で行い，これに基づく情報を患者側と医療機関側に報告する中立・公正な死因究明システムをモデル的に行うために第三者機関を設けて，医療承諾解剖という現行の刑事手続きに則らない形態の死因究明を試みている[9)10)]．しかし，遺族が医療過誤であると直接警察に届出た場合にはこの制度の下で死因究明を行うことができるかは不透明で，今回の2例のように過失の有無に関わらず司法解剖に付される可能性が高い．また医療行為と死因との間に因果関係が認められた6例中3例は，被疑者である医師や准看護師が司法解剖の結果と捜査状況を踏まえて起訴，1例は起訴を視野にいれ捜査中である．つまり明らかな医療過誤を犯した医療従事者に対して刑事的な処遇をする場合には司法解剖が必須であると考えられる[11)]．従って，死因究明における公正性の担保や法的処遇への影響から，現行の司法解剖制度は医療行為関連死の一つの死因究明制度として大きく寄与していると考えられる．

従来より，刑事医療過誤事件の起訴件数は民事に比べると極めて少ない[12)]．これは医療行為の専門性･密室性・閉鎖性という医療システムの問題と，医療行為関連死が異状死として警察に届出された際に専門的知識という点で明らかに不利な警察官が捜査に入らざるを得ない点に起因するものと考えられる．従って，司法解剖後の警察・検察に対する公正・中立な立場からの助言は医療過誤被疑事件における過失の有無およびその過失と死因との間の直接の因果関係を正確に判断するためにぜひとも必要である．医療過誤が刑事事件として扱われることには医療界において抵抗感が強いが[13)]，明らかな過誤は一般の過失致死事例と同様の扱いを受けるべきであり，その点からも医療行為関連死に対する現行の司法解剖制度は一定の意義を有するものと考えられる．

一方，刑事医療過誤事件に比して，民事医療過誤事件は顕著な増加傾向が指摘されている．しかし，解剖によってきちんと死因が明らかにされていないと，過失の有無という本来の争点を俎上に上げる前段階で患者の死因が大きな問題となり訴訟運営に弊害が生じてしまうことになる[14)]．この点現行の司法解剖制

度では解剖結果が刑事事件の終結あるいは少なくとも刑事手続きの終了まで遺族に開示されないという致命的な欠点がある．一方司法解剖になる医療事故は今回検討した事例３・６・７のように極めて初歩的なミスといえるものが多いのも事実である．これら初歩的なミスの事例は医療従事者の十分な注意，教育によって回避できたであろうと考えられる．しかしながら，現行の司法解剖制度の下では，情報が開示されないため過誤の実態が明らかにされず[15]，何度も同じようなミスが繰り返されているのが現状である．従って，本来あってはならない初歩的なミスが再び繰り返されないようにするためにも，現行の司法解剖制度を改変して，法医学教室からの司法解剖例の適切な情報の発信及び再発防止のための臨床への還元ができるようにする必要があるものと考えられる．

謝　　辞

本稿を終えるにあたり，今回の調査研究に際し御多忙の中，快く調査協力に応じてくださった福岡県警察本部刑事部各位，検察官送致後の訴追処遇の照会に応じて頂いた福岡地方検察庁坂田吉郎検事（当時）はじめ検察事務官各位にこの場を借りて深謝いたします．

参　考　文　献

1)　池田典昭：法医学から見た医療事故：一例一話（5），臨床と研究 80：116-117，2003．
2)　池田典昭：法医学から見た医療事故：一例一話（7），臨床と研究 80：24-25，2003．
3)　池田典昭：法医学から見た医療事故：一例一話（1），臨床と研究 80：158-159，2003．
4)　日本学術会議第２部・第７部報告：異状死について―日本学術会議の見解と提言―，2006．
5)　前田均：司法解剖における医療行為関連死と警察への届出の現状，賠償科学　29：56-65，2003．
6)　日本外科学会および外科関連学会協議会：声明文　診療に関連した『異状死』について，2002．
7)　瀬上清貴：新過失構造論との関わりで「異状あると認めたとき」の届出義務を考える―萎縮医療を招かないために：医療行為の過失問題と異状死体の届出問題，日外会誌　105：545-547，2004．
8)　伊藤貴子，池田典昭：最近の裁判例に見る死因解明義務，賠償科学　32：55-63，2005．
9)　吉田謙一，上村公一，新谷香，池谷博，武市尚子，河合格爾，中嶋信，坂幹樹：医療関連急死事例の死因決定制度の問題点と要改善点―医療監察官と医療承諾解剖制度の提唱―，日本警察医会会報 13：15-21，2004．
10)　武藤輝一：「異状死」の届出に関連しての提言，日外会誌 104：805-806，2003．
11)　木村光江：厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業「医師等の行政処分に関する研究」，2004．
12)　飯田秀男，山口一誠：刑事医療過誤，判例タイムズ社，東京，1-2．2004．
13)　古川俊治：診療行為に関連した患者の死亡・傷害の報告について，　日外会誌 104：9-19，2003．
14)　池田典昭，伊藤貴子：事故の確定（剖検の意義），看護展望 30：61-65，2005．
15)　武市尚子，吉田謙一，稲葉一人：司法解剖における情報開示の問題点，法学セミナー595：76-81，2004．