

医療機関管理者

別紙

としての意見

(1) 2 (1) ①調査組織について

として、現在のにおける死因究明のための組織の現状とこれを新調査組織に全て委譲した場合の問題点を申し上げます。

現在、のみで年間 12,000 件以上の検案を取扱い、そのうち約 2,700 件の解剖を行っています。診療関連死の事例は、年間約 250 例あり、週末、休日を問わず検案・解剖を 365 日態勢で行っています。

において新調査組織が診療関連死の死因究明を全例行うとする場合には、少なくとも年間 250 例、これに病理解剖に準ずる検視不要な解剖を加えると年間数百例の解剖が必要になります。そのためには、解剖・検査を行う施設と人材、即ち、解剖検査を行うスタッフ（医師、臨床検査技師、補助者）、病理組織、薬化学検査を行う施設、それを支える事務組織がなければ、症例ごとの人集めが必要となり、迅速な対応が困難となります。仮に新しい機関を構築するとしても、大学の小講座の数個分の規模が必要となり、それが十分に機能するまでには時間を要し、死亡者、遺族にとって不利な環境を強いるものと予想されます。

現行のモデル事業においても週末、祝日の対応が不可能であるという理由、解剖もしくは事務の人材不足より複数の剖検を受け入れられない等の理由から、モデル事業による剖検が遂行できず、監察医務院において行政解剖を行った事例が多く見られます。

そこで、私は、現行の監察医務院の機能にモデル事業の長所（法医病理の専門家に加え臨床の専門家が立ち会うこと、専門家が集まり評価を行う機能）を加えることが、本事業の最も現実的且つ有用な方向性と考えます。

監察医制度は、戦後の混乱期に厚生省令によって全国の 7 つの都市にある大学の法医学、病理学を専攻する医師に監察医業務を委託したことに始まりますが、行政改革で 5 都市に減少され、現在では、東京都の区に存する地域、大阪市、神戸市において機能しているのみとなり、減少傾向にあります。しかし、死因の究明は、診療関連死のみならず、その他の異状死についても必要不可欠であり、今後、この制度を十分に活用し、全国へ拡充することが公衆衛生の向上に繋がるものと考えます。

医療機関管理者

(2) 3 異状死の届出について

まず、医師法第21条に定める異状死の届出義務は、犯罪の発見の目的で行うものではないことを強調したいと思います。この条文の本質は、医師が、自ら有する裁量権で死亡診断書を書けるのは、確実に診断された病死であり、それ以外のもの、例えば病死であっても死因が不明であったり、外因の関与があるものについては、司法関係者という第三者を介入させることによって、死体を詳細に医学的に調べようというものであると解釈しています。現行法上、 が取り扱っている事例は、全て警察の検視の後、検案を行っている例ですが、その中には年間約250例の診療関連死が含まれています。診療関連死であるからと言って犯罪死扱いになっているものではありません。臨床医の多くが「警察に届け出たら犯人扱いされる」と言うのは、明らかな誤解であり、その誤解・曲解を解くことにより、日本法医学会の異状死ガイドラインの正当性が強調されるものであると考えます。

監察医として診療関連死に関する剖検を行い、明らかな過誤・過失を見出した時に、我々は死体解剖保存法第11条に基づき警察に届け出ることとなります。これは、我々には捜査権限がないからであり、欧米のコロナー制度、メディカルイグザミナー制度との違いがここにあります。まして、新調査機関に届出を義務化するとしても、診療録の提出は任意とされ、剖検が遺族の承諾を必要とする現在の制度では、診療関連死の解剖の対象は、本来行うべき事例の数%に過ぎなくなってしまうでしょう。仮に、診療関連死の調査を依頼した医療機関が最も肝心な部分を隠匿した場合、剖検を行う法医病理学者は、非常に困難な業務を強いられることとなります。検察官、司法警察員のように捜査権、強制権を持つ職種の介入が必ず必要であると考えます。


診療関連死には、過失を含むものから明らかな病死まで、広い範疇の死体が含まれます。過失の有無の判断に苦慮するボーダーライン、グレイゾーンの死体も多くあり、熟練した法医病理の専門家でなければ、その判別は困難です。交通事故や転倒・転落など、外因の関与する事例も多く含まれます。外因の関与するあるいは疑われる事例には、必ず検視・検案が必要です。

診療関連死は、解剖を行って初めて診療行為や外因の関与の有無が判別されるものであり、状況や外表のみから安易に判断することは最も危険であり、そのためにこそ精度の高い解剖が求められるのです。解剖が始まる前に、状況のみから21条の届出の要・不要の判断を下すのは困難な事例が多く、そのためにも現行の届出制度を遵守することが重要であることを改めて強調致します。

病院で診療行為中に予期せぬことが生じたら、まず第三者である警察に連絡

医療機関管理者

をし、法医病理の専門家が死因を調査、そして経過中に生じた事象を解明することが肝心です。そこに臨床家の意見も取り入れると、さらに解釈しやすくなるでしょう。

現在、で行っていることは、まさにこの中立的専門機関としての業務であり、今後、当院の組織を基本に、全国に監察医制度を広げて頂きたいと切に望みます。

以上




医療機関管理者

「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」について

小生は19[]年に開設した民間団体「[]会」の代表世話人をしております。過去11年間の「同僚審査機構」としての機能を果たしてまいりました経験を基に、頭書の課題につき意見を申し上げます。

1. 頭書の作業はスウェーデン政府のHSAN、ドイツの各医師会にある鑑定委員会、調停所に準じるものと考えます。その詳細は既にご承知と存じます。
2. いずれも「医療者責任法（スウェーデン）、医師会法（ドイツ）などの基本法」を土台としています。
3. 作業は「透明性を保つための公開・開示」、「国民のアクセスの容易さ」、「鑑定・評価の迅速性と中立・公正の保証」が必須事項となっています。
4. 日本には「第三者が医療内容を評価することに対する抵抗が“医療者の体質”として存在し、“医療者は閉鎖的に同族意識で保護しあう”という姿勢がぬぐえません。
5. 11年間の調査会の同僚審査は「医学的に中立公正である」ことを基本としましたが、そういう姿勢からの意見は「医療者にとって不利な結論は全て中立ではなく患者の側に偏っている」と判定され、裁判という争いに持ち込まれてきています。
頭書の検討機構はその点を払拭しうる「診療プロセスを医学的な検討・分析で評価する」第三者機構と考えます。
6. 裁判での医療者の鑑定は「診療プロセスの前向き評価」ではなく、「結論からの逆行的推論を基にしたもの＝すなわち死亡や損傷は致し方なかったという結論を糊塗する説明」が多かったのですが、鑑定が公開・開示されるとそれは改善しうると考えます。
7. 法医学を土台とするならば「法医学者は病理学の研修を必須とする」というしほりが必須です。英国での監察員制度はそれを土台として実践できています。
8. スウェーデンのHSANという評価機構では、「患者（医師からも審査依頼があります＝Lex Maria という法律で報告が義務付けられてもいます）からの受付」から「スクリーナーによる評価、資料整備、鑑定者への依頼」、「鑑定者の作業（3ヶ月以内だそうです）」、「結果の公開開示」がスムーズに運びますが、人口800万の国でも機構には数十人の専属職員がいます。
日本では少なくとも中央と地方に相当数の専従職員を置く機構をおかなければ、「Cosmetic Compliance」になりかねないようなことになる懸念があります。
9. 医療事故調査会としてもできれば頭書の機構が出来れば参画させていただきたいと思っております。
10. 医師および医療従事者への刑事訴追は医療者審判法を作ることで対処すべきです。刑事訴追をすることは医療者の意欲を殺ぎ、萎縮医療につな

医療機関管理者

がるというマイナス要因にしかありません。
以上、意見を述べさせていただきました。

平成 19 年 4 月 20 日

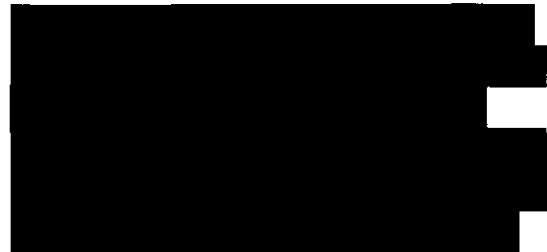


医療機関管理者

意見書

平成19年 4月 20日

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室 あて



「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について」に関して意見を提出いたします。

(以下に意見を記載する。別紙に記載する場合は「別紙に記載」と記載し、意見を記載した別紙を添付する。)

1. ご意見について

① ご意見を提出される点

- | |
|----------------------------------|
| ◆ 項目番号 : 3-(4) _____ |
| ◆ 内容 : 医師法21条による異状死の届出制度との関係について |

② ご意見

いかなる対策をこうしても、医師個人を刑事告訴する現状では、産科 小児科、外科等のリスクの多い分野に医師が戻ってくる見込みはない。

重症患者はいわば車輪のでなくなった飛行機と同じであり、これらを受け持つ医師たちは、日常茶飯事的にこれらを胴体着陸させている。放置すれば100%の死が待っている患者に対して神のみぞ知る決断を下さなければならぬ場面は多く、また人間である以上は必ずミスをする。その結果の死について刑事告訴されるのでは、たとえ一億円の報酬を貰っていても、その仕事を辞めるしかなくなる。高い報酬は民事には対応できても、刑事告訴には無力だ。また一方的な報道により、自らのみならず妻子まで痛めつけられる。厚生労働省の諸氏も、よかれと思って立案した政策の結果、地域で沢山の救急患者達が命を落とす結果になったとして、その立案者「個人」が業務上過失致死罪として刑事告発されるのであれば、なにも立案しなかった方がましと思えるだろうことは、想像にかたくないと愚考する。

逆に医師個人への刑事告訴への歯止めがかかれば、行政は一銭も使うことなくリスクの多い分野に医師を戻す事ができるのだ。

警察も届け出られた以上は素人なりに捜査して送検しなければならない。そこに今の医療の悲劇がある。医師法21条は犯罪のピックアップという本来の目的で運用し、医療関連死については提案の調査組織への届け出に一本化することで、昨今の医療崩壊を食い止めることが期待できる。

医療機関管理者

「診療行為に関連した死亡究明等のあり方に関する課題と検討の方向性」

2 死因究明を行う組織

(1) 組織のあり方について

死因究明における秘密保持が大切と考えられることから、①の行政機関の中におかれる委員会とするのが良いのでは。監察医は警察組織とのつながりが大きいのではないのでしょうか。

(2) 組織の設置単位について

現在試行されている「診療に関する死亡調査」では、地方ブロック単位で実施されています。この継続で良いのではないのでしょうか。

(3) 調査組織の構成

①の考え方でよい。

3 診療関連死の届出制度のあり方

(2) 届出先

調査組織が自ら届出を受付けるのが良い。調査の届出を受け、事前に調査の必要性の有無も判断し、調査に入るとする形が良いのではないのでしょうか。実際には調査をしなくても良いような訴えもあがってくるが多いため、事前調査にて、調査不要と出来る一定の権限を与えておく必要がある。

4 調査組織における調査のあり方

(2) -① 死亡に至らない事例についても調査が可能な組織とすべき。実際には、各病院にこのような訴えが多く、医療の妨げとなっているケースが多いため。

(2) -② 遺族の範囲は慎重に決定すべきである。医療現場では、患者を1度も見舞いに来なかった遺族からの不当な(?)訴えが多く見られることから、遺族についても、患者と最も頻繁に接触のあったもの、遺族の意見をまとめることが出来る代表的存在のもの等の規制が必要かもしれません。

(2) -⑥ 現在一定規模以上の病院では事故調査委員会を設置しているので、当委員会の活用と位置付けが必要。

医師（管理者を除く）

「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」について以下のように意見を述べさせていただきます。参考にさせていただければ幸いです。

1. CTや血液・尿検査（保管）の利用法について

大学では、司法解剖前のCT検査を導入しております。その経験からCT検査での死因特定率は約3割であり、そのほかの事例は、CTでは確定診断できないことがわかっております。一方でCTはスクリーニング検査として死因調査の一助として組み込むことは、解剖数の急増を防止する意味でも有用と思われます。以下、どのようにCTを用いるべきかについて意見を述べさせていただきます。

事故調査委員会から派遣された調査官は、初動段階でCT検査や血液・尿保管、事情聴取、カルテの調査を実施したうえで、死体をまず次のように分類するのがよいと思います。

- A 医療過誤が明らかな事例（異型輸血や、消毒薬を静脈注射したなど）
- B 医療過誤であるか、ないか、初動時でははっきりしない例（手術の副作用による死亡など）
- C 確実な病死であり、医療過誤ではないと思われるものの、遺族が医師に不信感を抱いている事例
- D 確実な病死であり、医療過誤ではないと思われ、かつ、遺族も不信感を抱いていない事例
- E 確実な病死とは言えず、死因がわからず、医療過誤かどうかもわからない事例

このように分類した上で、以下のように振り分けるべきだと思います。

A、B、Cは、刑事訴追の可能性もあるので、証拠保全が必須なケースであり、場合によっては調査官の権限で解剖（死体解剖保存法の改正が必要）などの諸検査を実施する必要があると思われれます。諸検査を実施した後、明らかな過誤であれば、警察に情報提供をすればよいと思われれます。

Dは、病院での病理解剖を推進すべき事例だと思います。おそらくは、多くの事例がDに該当すると思われれます。

Eは、事故調から警察に届け出られ、事故調と警察双方が密接に協力しつつ、医療事故以外の観点からの調査もされるべき事例であると考えられれます。

2. 事故調と警察との連携の際、注意すべき点について

死因不明な死体をどう扱うかは法医学的には大変重要な問題です。事故調が、死因不明死体について、医療事故の調査だけに終止し、犯罪性なしとして警察に届け出なかったものが、後になって犯罪死体であった場合は、事故調の調査官の責任が問われます。従って、調査官としては死因不明と思われる事例はすべて警察に届け出て、警察と密接に連携するようにしないと、大きな

医師（管理者を除く）

リスクを背負います。一方で、問題なのが警察の検視担当官の不足です。事故調から警察に届け出られた事例数に見合っただけの、検視担当警察官の増員がされなければ、警察からは、事故調に対して届け出なくてよいと指導する事例の割合が増加します。そのような運営が続くと、事故調も届け出なくてよいと自己判断するように習慣づけられてくると思われます。そうなる、調査官が後になって犯罪の見逃しなどについて責任を問われる危険度も増え、安心して仕事ができなくなると思います。検視担当の警察官の増員も併せて実施すべきだと思います。

3. 死因不明死体を承諾解剖で解剖した場合におきる不具合を解消するための方策について

■大で解剖した事例を紹介いたします。2歳の女の子が、5日間ほど食欲がなく、吐くということで、母親に連れられて病院を受診しました。病院では特に異常なしとして帰されたのですが、その二日後に自宅で急変し、救急車で病院へ運ばれましたが死亡しました。この事例は、一見すれば、医師の診断ミスと思われる事例かもしれませんが、警察が調べたところ、父親がその子を虐待していた疑いが浮上し、司法解剖したところ、腹部損傷に起因する小腸穿孔で死亡したことが判明しました。この事例が、事故調に回され、事故調で実施される解剖が、遺族の承諾なしではできない承諾解剖だとしたら、どうなるのでしょうか。遺族が解剖を拒否するだけで、犯罪は見逃されることとなります。このように、解剖を承諾解剖（現在の病理解剖）で実施することには限界があります。明らかな病死で死亡した事例以外の死体は、遺族の同意の有無にかかわらず、医学的検索によって死因が特定できるような余地を残さなければ、病院は犯罪の温床となります（最近病院で死なせる殺人事件が増加している印象があります）。そのためにも、調査官が実施する解剖については、死体解剖保存法を改正した上で、強制的に解剖実施ができる余地を残すべきだと思います。またその解剖では、病理学的検査のほかに、各種法医学的な証拠保全の方法も保証されているべきだと思います。

4. 解剖や、薬物検査、画像検査実施医の不足を解消することの重要性について

人の死因は、解剖や病理検査だけでは判断できません。死因究明はForensic Medicineという学問分野の根幹業務です。Forensic Medicineは、法病理学（Forensic Pathology）のほか、法中毒学（Forensic Toxicology）、法歯科学（Forensic Odontology）など、さまざまな分野の連携ではじめて成り立ちうるのもあって、解剖執刀医（Pathologist）だけで死因が判断できると考えられているとすればそれは大きな間違いといえます。解剖・組織検査のほかに、薬物の誤投与が疑われる場合は薬毒物検査、不適合輸血など検体取り違えの事例の場合はDNA検査、といったように、各種法医学的検査の結果も重要です。死因は、解剖だけではなく、それ以外の諸検査の結果もあわせて、総合的判断の上で判断されるべきものなのです。しかしながら、日本においては、解剖を実施する人員設備もそうですが、それ以外の諸検査を

医師（管理者を除く）

施する人員・設備も極めて不足していますので、これらを整備せず、事故調の調査官ばかり増やしたところで、「船頭多くして船山に登る」結果になり、真相究明は実現不可能だと思われます。それでは、遺族の医療不信を収めることも困難だと思われます。

解剖機関に関しては、病理、法医ともに解剖実施医が不足しています。各地域に、人材育成に関して大学と密接に連携した、剖検センターもしくは死亡時医学検索センターを作り、法医・病理が協力の上、死因究明のための解剖を実施できる人材を養成しなくてはならないと思います。そうした施設を作った上で、その中に、薬物検査やDNA検査といった法医学的検査を実施する人材も育成する仕組みを持たせるべきだと思います。

5. 最後に

国民にとって、真に安全・安心な社会を実現するためには、以下のような法医学で実際に経験された事例について、事故調と警察がどのように連携しあって解決していくのかが、重要な課題と考えます。参考までに、箇条書きにしておきましたので、制度設計の参考にいただければ幸いです。

- ・ 風邪症状で小児科に受診した2歳児。風邪薬を処方し、帰宅させたところ、2日後に心肺停止状態となり、同じ病院に搬送されてきたが死亡した。親は、医療ミスではないかと怒っているが、その病院での病理解剖は嫌がっている。この場合、事故調は解剖せずに手を引くのか？（Reye症候群やウィルス性心筋症の事例）
- ・ 2歳女児。嘔吐するので病院を受診。特に異常なしとのことで、帰宅させたところ、2日後に心肺停止状態で、他の病院へ搬送された。外表に皮下出血があり、CTなどの諸検査を実施したものの死因は不明。家族は解剖を拒否している。（虐待による外傷性小腸穿孔の事例の可能性がある。事故調が証拠保全しない場合は、警察に届け出るのか？）
- ・ 末期癌の患者に、看護師が誤ってヒビテンを静脈内に投与し、死亡した。患者の家族は、解剖を嫌がっている。（このケースでは解剖せずに終わるのか？あるいは血液保管とCT検査くらいはするのか？）
- ・ 自宅で突然心停止した男性が病院に搬送されてきた。心拍が再開したものの、翌日死亡確認された。死因ははっきりせず、病理解剖を薦めたものの、妻は、解剖を拒否している。解剖は実施しなくていいのか？解剖しない場合は、警察に届け出るのか。（保険金目当てのサリチル酸での殺人などを見逃さないためにはどうしたらよいか？）
- ・ 空港ロビーで心肺停止した女性が病院へ搬送されたものの、蘇生せず死亡した。解剖の承諾をとった所、遺族が、血液などの臓器は保管しない

医師（管理者を除く）

ことを条件に解剖の承諾が取れた。血液の保管はしなくていいのか。保管する場合、どの法律を根拠に保管するのか。（トリカブト事件を見逃さないためにはどうしたらいいのか？）

- ・ バイパス手術後に退院した男性が、自宅風呂場内で心肺停止し、病院へ搬送されたが死亡確認された。医師は、死因ははっきりしないものの、既往からは心筋梗塞かもしれないと判断している。遺族は解剖を希望していない。
解剖しない場合は、警察に届け出るのか。（CO 中毒の事例。見逃さないためには？）
- ・ アメリカ国籍の AIDS 患者が、重症のカリニ肺炎になり、入院していたところ、死亡した。死亡後に、医師が治療薬を 10 倍量投与したことが発覚し、肺炎で死んだのか薬で死んだのかわからない状態にある。同意を取れる家族は日本にいない。（調査官の権限で解剖できるようにしておく必要はないのか？）
- ・ 45 歳の男性が救急車で搬送されてきた。CT を撮ったところ、脳底部にクモ膜下出血が確認された。外表にも特に異常はない。病死と診断してよいか？
（警察への情報で、病院へ搬送される前に顔面を殴打されていたことがわかり、椎骨動脈損傷による外傷性クモ膜下出血であることが判明したケースがあった。事故調に届け出る場合でも、事故調と警察との間で情報の刷り合わせが必要）
- ・ 80 代女性。高度の痴呆症で入院中。朝、看護婦が検温に行ったところ、ベッドの柵に首を挟まれて死亡していた。（病院の管理責任が問われるのか、自過失なのか？よくわからない。警察、事故調どっちが関与？）
- ・ 50 代の中国人（不法入国者）。フェンス設置作業中にフェンスが倒れて下敷きになった。自力歩行可能な状況だが、病院へ搬送された。レントゲン検査等を行ったが、尺骨骨折のほか、異常はないが、念のため入院を勧めるも、費用がないとのことで帰宅。翌日も受診し、帰宅。帰宅後自宅で死亡。（解剖の結果、CT でも判明しない頸椎骨折だった例がある。このような例でも解剖による証拠保全が必要になる）
- ・ 50 代男性。近所の交番に駆け込み、「喉が痛い。息が苦しいので、救急車を」と訴えた後、急変し死亡。警察による調査では、ペインクリニックで、星状神経節ブロックを実施していたことが判明。（これは、警察での司法解剖後に死因が判明し、事故調に回る可能性のあるケース。司法解剖の情報開示をするような改革が必要。）

医師（管理者を除く）

- ・ メキシコ人男性が、病院前の道路で死亡していた。病院の駐車場に車を停めている。外傷はない。（これは警察・事故調どちらが関与？）
- ・ 飲酒運転で逮捕された 50 代男性。留置場で留置中に、意識がもうろうとなった状態にいるので、警察官が病院へ搬送した。病院では、異常なしと判断し、留置してよいと判断したため、警察が留置場で様子を見ていたところ、急変し死亡。遺族は、警察・医師双方に不信感を抱いている。
- ・ 公園内で意識不明となっていた浮浪者男性。脳挫傷・硬膜下血腫、下顎骨骨折と診断され様子を見ていた。意識が回復してきたため、食事を与えたところ、誤嚥し、肺炎を発症し、1 ヶ月後に死亡。
- ・ 20 代男性。統合失調症で投薬治療中。一度退院し、自宅で経過観察していたところ、症状が悪化。病院へ搬送したものの、満床のため、帰宅させられた。家で手足を縛って観察していたところ、朝死んだ状態で発見された。
- ・ ひき逃げ事件にあい脳挫傷・硬膜下血腫を受傷し、意識レベルが急速に進行。病院へ搬送され、気管挿管が実施されたが、チューブ挿入時に気管・縦隔を破り、右の緊張性気胸が発生し、死亡。

以上



医師（管理者を除く）

意見書

平成19年3月14日

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室 御中



「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について」に関して意見を提出いたします。

（以下に意見を記載する。別紙に記載する場合は「別紙に記載」と記載し、意見を記載した別紙を添付する。）

1. ご意見について

① ご意見を提出される点

- | | |
|--------|--|
| ◆ 項目番号 | : 1 (1) |
| ◆ 内容 | : 加筆：3行目 について
一方で、「適正な医療行為にも関わらず、疾患や外傷自体には、重症度に基づく臨床経過としての死亡という転帰が内在している。加えて」診療行為には、一定の…… |

② ご意見

本とりまとめは「医療行為に関連した死亡」と規定しているが、重篤な疾患や外傷では、たとえ適正な医療行為が行われたとしても、重症度に基づく臨床経過上の死亡という転帰のあることを必ず記載しておくことが重要かつ必要と考えます。

医師（管理者を除く）

「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について」に関して以下のように意見を述べさせていただきます。参考にしていただければ幸いです。

1. 死因調査のため、必要に応じ、解剖、CTなどの画像検査、尿・血液検査等を実施とあります。

すでにご存じかと思いますが、死後画像検索の研究を行う、病理、法医、放射線科医を中心としたオートプシーイメージング学会が創設されてから、4年以上たちますが、依然として十分な施設で死後画像に対する検査が実施できていないというのが実情です。

私は、XXXXXXXXXX病院で実際に病理解剖前にCTを使用した画像検索を実施しています。この経験から実際にCTを運用する段階でいくつかの問題点が挙げられますので以下のように箇条書きいたしました。

- ① 心肺停止状態で搬送される患者などを扱っている病院では、死亡した患者様について画像検査を実施することに対して特別問題はないかもしれませんが、そうでない施設の場合、検査自体に協力を得られない技師さんがいる可能性がある（現にMRIの検査はXXXXXXXXXXで実施できていません。）
- ② 医療事故関連死の場合、証拠保全などが必要であるが、通常の病院内の施設を使用する場合、通常検査の時間帯に検査を行うことが難しい。何も知らない看護師さんがエンゼルセットなどの死後処理を実施し証拠保全が出来なくなる可能性がある。また検査時間が通常業務時間帯以降になり、一度霊安室に安置された場合、搬送を誰が行うのか？
- ③ 撮像した画像のコストは？もちろん、通常保険診療の適応は当てはまらない。
- ④ 撮像した画像を誰が読影するのか？今回この案が通り、施設が整備される場合は別ですが、医療関連死が発生した病院に、放射線診断医がいる可能性があるか？
- ⑤ 子供が小さな大人でないのと同様に、生前に撮像された通常の放射線科医が目にするCT画像と、心肺停止状態で、深吸気で撮像されていない、また造影剤の投与が行えない死後画像は全く違います。死後画像に対しては、わずか一握りの放射線科医以外、読影した経験を持つ診断医はいないというのが現状です。また死後に起こる画像上の変化についても、まだ症例数の蓄積や解析が足りない状態であり、画像上の所見が死後変化であるのか、死因に関連するものであるのか特定することが困難であるというのが現状です。
- ⑥ 通常読影でも同様ですが、単に写真だけ見て読影をするのでは、当てもの診断となってしまいます。生前の診療録、画像、死亡時の状況などについての情報がないと読影の精度が上がりません。これらのデータを取り寄せることはこの委員会の権限で可能であるのか？
- ⑦ 作成したレポートは誰に提出し、どの様な法的拘束力があるのか？XXXXXXXXXX
XXXXXXXXXX法医学教室で撮像しているCT画像も現在読影していますが、CT単体に

医師（管理者を除く）

よる死因の特定にはかなり制限があるというのが現状です。必ずしも所見にかかれていたものが解剖所見と一致するとは限りません。■■■■で実施している現状からすると、画像検査と解剖は相補的な関係にあり、事前に情報を得た上で読影し、その画像情報を解剖前に、解剖担当医に呈示するという事が、死因究明の精度を上げるために必要かと思われま

- す。
- ⑧ ⑦に関連しますが、画像検索で死因の特定が可能であった症例は、解剖を省略することが可能だと思われま
 - ⑨ いずれにせよ、通常の診断業務で手一杯の放射線科医にとってさらに煩雑な仕事である検査であることは確かです。“生きている患者の読影でも手が回らないのに死んでいる人も読めるか”というのが普通の放射線科医の認識だと思います。調査・評価組織の構成の中に、放射線科医が含まれていません。日医放などの放射線学会に今回の案件について打診はしているのでしょうか。
 - ⑩ 法医学、病理学双方の解剖に立ち会いましたが、それぞれかなり解剖方法、所見の取り方が異なります。画像診断についてももちろんですが、解剖方法についても教育機関の設立が必要で、統一したガイドラインなどの作成および解剖医の養成が必要かもしれません。
 - ⑪ 監察医務員制度のある東京都は予算などの関係でもかなり特殊です。この組織の運用には、病理学、法医学、放射線診断学の連携が不可欠です。今回の組織を作るのでしたら、我田引水になりますが、病理学、法医学、放射線診断学の各教室の連携がとれている■■■■県等の地方都市でまずプロトタイプを実施し、問題点を洗い出す必要があるかと思われま

以上

医師（管理者を除く）

意見書

平成19年 3月 21日

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室 あて



「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について」に関して意見を提出いたします。

（以下に意見を記載する。別紙に記載する場合は「別紙に記載」と記載し、意見を記載した別紙を添付する。）

1. ご意見について

① ご意見を提出される点

◆ 項目番号 :	2
◆ 内容 :	調査結果の位置づけについて

② ご意見

2 (1) 調査を行う組織には、高度な専門性が求められるとありますが、専門分野が細分化した現在、原因不明の状況でそれぞれの分野の専門家が（例えば MRSA 感染のあった整形外科手術の直後に突然死した場合、病理医、感染症医、放射線科医、循環器内科医、呼吸器内科医、整形外科医、法律家？等複数の専門家が）一つの事例にかかわるということは困難かと思われまます。

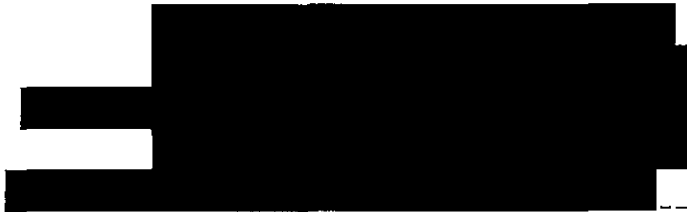
調査者の負担を軽減する意味でも、調査結果は絶対的なものではなく「参考意見」とし、これに対して医療者、患者サイドから申し立てをすることが可能な状態にある方がよいと考えます。

医師（管理者を除く）

意見書

平成19年 3月 21日

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室 あて



「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について」に関して意見を提出いたします。

（以下に意見を記載する。別紙に記載する場合は「別紙に記載」と記載し、意見を記載した別紙を添付する。）

1. ご意見について

① ご意見を提出される点

◆ 項目番号 :	3
◆ 内容 :	適用範囲 について

② ご意見

3 「異状死の届出」自体が、適用範囲の定まっていないものと考えられ、法医学会のガイドラインは臨床現場からはなれたものとなっている現状があります。「異状死の届出」の上位にこの「調査範囲」をおき、必要なものは異状死として届けるようにすることはある程度意味のあることかと考えられます。

いずれにしても、医療事務サイドで判別できる程度に届ける範囲を明確にしないと、現場が混乱することは間違いないと思われま

す。

法医学会の「異状死の届出ガイドライン」なみの範囲にするというのは一つの案かとは思いますが、救急現場などともともと肉体的・精神的に負担の多い分野にさらに業務を増やすということは目に見えており、医療従事者以外が簡単な書式で提出できるシステムができればよいと思います。

一方で、患者遺族から希望のあった場合に限るというのも一つの案だとは思いますが、訴訟の際に必要な資料ということであれば、まず遺族からの申請だけに範囲を限定し、必要があれば範囲を拡大していくということも、調査数を少なくするというのを考えるならばよいのではないのでしょうか。