

# 東大司法解剖事例にみる 診療関連死の刑事処分状況

笠原麻美／かさらはまみ<sup>1</sup>

伊藤貴子／いとうたかこ<sup>2</sup>

奥津康祐／おくつこうすけ<sup>1</sup>

吉田謙一／よしだけんいち<sup>1</sup>

東京大学大学院医学系研究科法医学教室<sup>1</sup>，  
九州大学大学院医学研究院医療システム学<sup>2</sup>

医師法 21 条は医師に“異状死”の届出を義務づけているが、診療行為に関連した死亡(診療関連死)を異状死に含めることに医療側が反対してきた。厚生労働省が国会提出準備中の診療関連死新調査制度の調査対象と異状死との定義・線引きの論争が続いており、重大過失事例の警察通告が医療従事者に不安を与えている。しかし、診療関連死に関して医師等の刑事処分の動向に関する調査はなかった。そこで、2003～2007 年の 5 年間に東大法医学教室で司法解剖された診療関連死事例の内容、および関係者の刑事処分状況を調べた。

## ■方 法

### 1. 対象事例の抽出

2003 年 1 月 1 日～2007 年 12 月 31 日に当教室で実施された全司法解剖事例 500 例のなかから、診療関連死該当事例を抽出した。本稿における“診療関連死”の定義は日本法医学会の「異状死ガイドライン」<sup>1)</sup>に準じ、診療行為に関連した可能性のある死亡を広く含めた。そして、患者側が希望する診療行為を受けられず患者が死亡した事例、および診療所、介護施設、拘置所内、在宅で診療(に準ずる)行為を受けて死亡した事例を対象事例に含めた。

### 2. 分 類

鑑定書等の内容をもとに対象事例を分類した。日本法医学会の課題調査(2008 年度)の調査項目を参考に分類し(下記)、単純集計およびクロス集計を行った。

- ① 死亡者の年齢、性別
- ② 原死因となった診療行為の種類：「薬剤」「内科的処置及び検査」「外科手術」「患者管理」「診断」に「その他」を加えた。
- ③ 発生した診療施設等：「大学病院」「大学以

外の公立病院」「大学以外の私立病院」「診療所」「介護施設」「その他」の 6 種類に分類した。1 つの事例に複数機関が関与した場合、複数選択可としたが、「搬送先病院での医療行為が適切であった」等の記載がある場合、搬送先病院は除外した。

④ 問題となった診療科・部門

⑤ 被疑者とされた関係者

⑥ 直接死因

⑦ 因果関係についての判断：「解剖医の立場では判断できない」「診療上の過誤の可能性は否定できる」「診療上の過誤による死亡の可能性が否定できない」の 3 項目に分類した。

### 3. 関係者の刑事処分状況

全対象事例について、その後の刑事処遇を東京地方検察庁へ文書で問い合わせた。本研究に際しては東京大学医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を得た。

## ■結 果

### 1. 診療関連死事例数・性別

診療関連死事例は、全司法解剖事例 500 例中 73 例(14.6%)、年別では 12～18%、男性 44 例、女性 29 例であった。

### 2. 分類結果

① 年齢階級別分類

60 代、70 代が全体の 53.4%を占めた。

② 原死因に基づく診療行為の種類別分類

「患者管理」が最も多く 23 例(31.5%)、続いて「外科手術」が 18 例(24.7%)であった。「薬剤」はアナフィラキシーショックや副作用が半数を占めた。「内科的処置及び検査」は、検査中にカテーテルの先端で内臓を穿刺した事例等が多かった。「外科手術」は術中出血が 4 割を占めていた。「患者管理」は転倒・転落、人工呼吸、点滴等、多様で、転倒・転落後に大腿骨骨折を見逃した場合のような、外傷に対する診療行為に関する事例や不作為事例も少なくなかった。「その他」は、容態急変後の気管挿管に手間取り心肺停止となった事例や、出産後に止血できず死亡した事例等を含む。

③ 発生施設等

大学病院とその他の公立・私立病院が 69 例(94.6%)、「診療所」が 5 例(6.8%)、「介護施設」が 3 例(4.1%)を占めた。「その他」には、在宅治

表 1 刑事処分の動向

	2003	2004	2005	2006	2007	計
起訴	1	1	0	1	0	3
不起訴	14	17	7	5	0	43
未決	0	5	3	4	12	24
その他	2	1	0	0	0	3

注)「その他」には刑事処分が不明の事例や管轄を移送された事例が含まれる。

療中や拘置所内での医療行為が関与した事例を含む。

#### ④ 問題になった診療科・部門

内科 35 例(47.9%), 外科系 22 例(26.8%)の他, 介護施設発生事例, 美容整形, 在宅医療等が含まれていた。チーム医療, 他科との混合医療については, 複数の法医の議論を経て判断した。

#### ⑤ 被疑者とされた関係者

歯科医師は「外科手術」「診断」の 2 例(3.2%), 看護師は「薬剤」「内科的処置及び検査」「患者管理」に併せて 10 例(13.7%), 介護職員は「患者管理」に 5 例(7.9%)関わっていた。その他, 大部分の事例では, 医師が被疑者とされた。「その他」の関係者には死亡者の家族が含まれていた。

#### ⑥ 診療行為の種類と死因

直接死因は「出血性ショック」14 例(19.2%), 「肺炎」6 例(8.2%)が多かった。原死因となった診療行為は多様であった。出血性ショックの原因は, 外科手術 5 例(35.7%)のほか, 転倒・転落等を含む患者管理 5 例(35.7%)等であった。

#### ⑦ 因果関係に関する判断

「診療上の過誤による死亡の可能性が否定できない」13 例(17.8%), 「解剖医の立場では判断できない」40 例(54.8%), 「診断上の過誤の可能性は否定できる」が 20 例(27.4%)であった。

### 3. 関係者の刑事処遇

対象事例 73 例中, 2008 年 9 月時点で, 起訴 3 例, 不起訴 43 例, 未決 24 例, その他 3 例であった。起訴された 3 例のうち, 交通事故 2 名の被疑者を除くと, 医療従事者の起訴は既済 49 例中 1 名(2%)に留まった(表 1)。なお, 業務上過失致死罪の公訴時効は 5 年であるが, 伊藤らによる遺族に対する調査によれば, 医療過誤被疑事件の司法解剖事例では, 死後 2 年の時点で半数以上(約 54%)が何ら説明を受けていなかった<sup>2)</sup>。

### 4. 類型事例の再発

頻発することが周知の診療事故類型のうち, 本調査では, 浣腸による直腸穿孔(2 例), 身体拘束中の突然死(2 例), アナフィラキシーショック(2 例), 中心静脈カテーテルによる損傷(2 例), 転倒・転落事例(3 例)を認めた。転倒・転落事例のうち 2 例は, 事故後に骨折を見逃され出血性ショックに至った事例であった。

このうち, 浣腸による穿孔については, 2005 年に厚生労働省, 2006 年に日本看護協会, 2007 年には日本医療機能評価機構が実施した調査から, 「緊急安全情報」等として注意と防止策が提案されている。

人工呼吸管理に関する事故・過誤が 8 例あった(表 2)。特に, 食道挿管(2 例), 人工呼吸器・管の逸脱(4 例)等の事例を認めた。頸部の手術後, 出血によって気管が圧迫され窒息死した事例は, 本調査終了後も依然続いて発生している。早過ぎる気管内挿管の抜去, 頸部ドレーン挿入を怠った, 夜間バイタルサインのチェック不十分等によって窒息の進行を見逃した等の情報を開示すれば, 事故の再発防止に貢献すると思われる。

## ■考 察

### 1. 診療関連死司法解剖事例からみる現状

司法解剖の対象となった診療関連死事例は多様であった。その内, 鑑定人が診療行為との因果関係を認めた事例は 13 例(17.8%), 医師が起訴された事例は既済 49 例中 1 例(2%)であった。

なお, 東京地検では医療過失被疑事案専従の検察官が, 慎重な事情聴取に加えて, 複数の専門医の意見を聞いたうえで, 因果関係や医療行為を判断している。また, 東大では, 努めて専門医に立会いを依頼する他, 原則, 専門医の意見を聞いたうえで鑑定意見を提出している。

医療従事者が起訴されていた唯一の事例では,



表 2 人工呼吸に関する事例

年次	刑事処分	概要	死因
2003	不起訴	ギラン・バレー症候群と診断され入院中、呼吸不全から人工呼吸器管理中、X線で食道挿管に気づき、再挿入を試みたが失敗し、皮下気腫を生じて死亡。	食道挿管による窒息
2003	不起訴	自殺企図の男性がマンションの4階から飛び降り、骨盤骨折、肋骨骨折、右血胸で入院。その後呼吸困難を来し挿管に手間どる間に心停止を来した。蘇生するも数日後に死亡。	心不全
2004	不起訴	舌癌と診断され、舌部分切除術を受けた。1年後に右頸部リンパ節への転移が見つかり、右頸部リンパ節郭清術を施行。術後に気管チューブを抜管した後、呼吸苦とチアノーゼが出現し気管挿管に手間どる間に心停止。数日後に死亡。	術後頸部出血による気道狭窄に基づく窒息
2005	不起訴	通院先病院から帰宅途中、路上で突然倒れた。搬送先の病院で気管内挿管しようとして、食道内に挿管した。	心筋梗塞
2005	不起訴	筋萎縮性側索硬化症で在宅人工呼吸器使用中であった。痰が絡まったため人工呼吸器のコネクターをはずし痰を除去後、再びコネクターをカニューレに結合させたものと誤信したまま、別の作業中にうとうとしてしまった。	不詳
2005	不起訴	准看護師が気管切開孔から痰吸引機で吸引後、吸引チューブを気管カニューレに入れたまま放置。	窒息
2006	不起訴	重症肺炎で入院中、人工呼吸チューブ逸脱による呼吸不全を起こしたものの。	重症肺炎、人工呼吸器脱出による窒息
2007	未決	胸痛、腰痛、口渇を主訴として入院。腸管壊死のため開腹・腸管切除術施行。体位変換時に気管切開カニューレが抜けていた。再挿入を試みたところ酸素飽和度が40%まで低下し心停止。一旦は蘇生するが、徐々に悪化し死亡。	腸管壊死を原因とする敗血症

胸骨の骨髄穿刺中に心臓を損傷したが、心嚢血腫の発見の遅れから患者が死亡した。従来、誤薬、薬剤投与経路の過誤に起因した事例では、刑事処分された事例が少なくないが、本調査では9例すべてが起訴されなかった。たとえば、交通事故後、誤診に基づいて誤った薬剤が投与された結果、薬剤性肝障害を生じ死亡した事例、点滴用リドカインを静脈注射した後、患者が死亡した事例等が含まれる。しかし、リドカインに関する事故の頻発が報告・報道され、容器形状や病棟管理について具体的な対応が医学雑誌等に発表されるまでに多数が死亡している。また、司法解剖はリドカインに限らず類似事例の再発防止には全く貢献していない。しかし、このような過誤事例こそ、事故の再発防止の視点から早期の解剖情報の開示が求められる。

その他、従来から頻発している類型事例を少なからず認め、原因の分析とその情報開示の必要性が再確認された。たとえば、人工呼吸管理に関する事例が8例、出血性ショックの見逃しが14例（術後5例、転倒・転落後2例）であった。

## 2. 今後求められること

調査結果より、改めて類似事例の再発防止策の実施のため、解剖情報の開示等、司法解剖の運用上の改革の必要性が認識された。

現在、検察は刑事処分決定後、捜査や鑑定の結果を遺族ばかりでなく、被疑者にも説明しようとしている。しかし、著者らの以前の調査では、遺族にとって説明の時期が遅過ぎる、不十分という意見が大勢を占めていた<sup>2)</sup>。一方、医療機関に対する、司法解剖に関する情報提供は、第1回公判決定以前に関係者に開示することが、刑事訴訟法によって禁止されているため、解剖執刀者は医療従事者に説明できない。その結果、医療機関は遺族と対話できず、紛争化した事例が少なくなかった<sup>2)</sup>。

調査結果を受けて、当教室では、警察・検察と話し合い、2009年2月より司法解剖後、原則として遺族に解剖所見と死因について説明している。ただし、医療上・法律上の過失の判断は伝えない。今後、刑事裁判の対象とならない大半の診療関連死、交通事故、労災等の事例についても、遺族が望むように<sup>2)</sup>、解剖所見や死因等の情報を

解剖執刀医が説明できるようにすべきである。

検察・警察が司法解剖や捜査情報の開示を拒む理由は、被疑者のみが知りうる事実を裁判前に開示することが、「手の内を見せる」ことになる懸念にある。しかし、裁判員裁判は捜査の透明性・公正性に対する疑問の解消を目指している。このような状況に反して、検察・警察が解剖情報を秘匿するため、遺族・医療機関を苦しめ、紛争化を助長しているように見える。

旧英連邦圏諸国では、異状死は公的死因究明の対象であって、情報は原則公開である<sup>3)</sup>。死因究明全般を指揮する coroner (検視官) が、遺族、医師等、関係者に解剖や調査の情報を自らの責任において開示・説明する。また、診療関連死等、関係者の疑問に応えるべき重要案件については、coroner が裁判官として検視法廷を開き、関係者の証言を通して事実を認定し、遺族、関係者の納得を得るように努めながら、最終的に、死因や態様(病死、事故死)等を評決(判決)する。しかし、法的過失の判断は避ける。オーストラリアのビクトリア州では、死因究明を事故の再発防止のためと位置づけている<sup>3)</sup>。たとえば、中心静脈栄養用のカテーテルの置換中に先が心臓を穿孔し、心嚢血腫に陥ったが気づかず死亡した事例は、本調査中の起訴事例と似ている。coroner は、法廷で死因の認定に続いて、「カテーテル置換後に造影・X線撮影によって先端を確認すべきガイドラインに従わなかったミスがあり、本件は予防可能であった。(一般)医師はガイドラインを遵守すべきである。」等と提言している。また、警鐘事例として、医師に新聞、電子ジャーナルで配信されている<sup>3)</sup>。上記のリドカイン誤注射のような事例も、類似事例が検視法廷に集められて共通点が分析され、いち早く容器の形状の問題、病棟での管理の問題が明らかにされ、coroner の提言を通じて、医療関係者、製造者、行政等に周知されたうえ、データベースに登録される<sup>3)</sup>。さらに、ビクトリア州では、医療機関が関与した全事例のカルテ等を専従の、医師・看護師のチームが評価し、法医、coroner

と一緒に死因究明、医療評価に加えて、再発防止に貢献している。この医療評価の結果と解剖結果は、すべて医療機関にリエゾン(フィードバック)されている。

オーストラリアでは、全国異状死症例をデータベースに登録し<sup>3,4)</sup>、法医解剖情報、事故の発生状況、調査情報等が、coroner 関係者、法医、登録研究者等へ開示され、死因究明の質の向上と事故の再発防止に貢献している。

当教室でも法医解剖データベースの試験運用から、学会レベルでの実施を計画している。そのメリットとしては①予防可能な死の発見、②予防対策の分析・評価があげられている<sup>4)</sup>。本制度が本格的に運用されれば、解剖・鑑定・質の向上、鑑定人の教育水準・士気の向上にも貢献すると考えられる。

## ■結 論

従来から頻発している診療関連死亡事例が少なくなかった。医療従事者に過失があっても不起訴処分となった事例が多く、検察の判断済みの 49 事例のなかで起訴された事例は 1 例に留まった。本調査で見る限り、医療従事者が刑事処分を受けることは例外的である。東大では、警察・検察の了解を得て、司法解剖の情報を遺族へ開示しているが、医療従事者への開示は制限されている。司法解剖の情報を医療側に開示し、事故の再発防止と遺族側との対話に利用できるようにするべきである。

謝 辞：刑事処遇の状況照会に対しご回答頂いた東京地方検察庁刑事部の皆様に謝意を表します。

## 文献

- 1) 法医学会ガイドライン。日本法医学雑誌, 48(5): 357-358, 1994.
- 2) Ito, T., Nobutomo, K. et al.: Limited Disclosure of autopsy information leads bereaved families to sue physicians. *J. Saf. Med.*, 2008(2): 34-42, 2008.
- 3) 吉田謙一・木内貴弘: ビクトリア法医学研究所における医療関連事故予防への取り組み, 日本医事新報, 4228: 57-62, 2005.
- 4) 木内貴弘・他: 異状死症例データベースの構築と運用, 病理と臨床, 24(7): 753-756, 2006.

\* \* \*