

## 2. 愛知における死亡後画像診断の今とその問題点

小林 勝正 医療法人医仁会 さくら総合病院理事長

2005年に愛知県犬山市で検案された事案が世間を騒がせた。大相撲夏場所(名古屋場所)での虐待死事件である。搬送された病院ではCT撮影も行われていた。にもかかわらず、「所見なし」との診断で「虚血性心疾患による内因死」と結論づけられた。この外因死見逃し事件を受けて、その後、「検視官の人数を増やす」「検視官の臨場率を上げる」「検死立会医を増やす」「死亡後画像診断を積極的に取り入れる」など改善策が行われた。しかし、これらの打開策が本当に外因死見逃しの根本的解決策となるのだろうか？ このような改善では、同様の誤認事案が再度発生するだろう。なぜなら、本来の遺体を検案する医師は臨床医が主体であり、法医学的知識がまだまだ乏しいのが現状だからだ。最初に遺体に接触し、犯罪死体か非犯罪死体かを判断するのも、研修を受けた検視官にゆだねられている。非犯罪死体と認定された遺体のみが、われわれ医師に死因特定のための検案が依頼される。すなわち、入口の時点で死因究明の切り

口から診るのではなく、犯罪か非犯罪かの判定から始まるのが最も問題である。しかも、法医学に従事する専門医師不足、研究費の不足、厚生労働省や警察庁のさらなる理解と協力が根本問題として残っている。とは言っても、これらの問題は1年や2年で解決できる簡単な話ではない。では、現状ですぐ着手可能な方法として、何があるのか？ 大阪大学法医学教室・松本博志教授が提言される「死因究明学」が、非常に有力な解決策になると考える。

### 死体検案から死亡後画像診断 (post mortem imaging : PMI) まで

当院は、東名、名神、中央の高速道路が合流する愛知県小牧インターチェンジに近接する。1980年以来、高速道路の交通事故による即死例の検案に臨場してきた。愛知県内で発生した高速道路上のすべての症例に対処し、周辺3市(犬山市、小牧市、春日井市)の平場での検

案にも対応するようになった。1995年に発生した阪神淡路大震災では、発災3日後には神戸に飛び込んで行った。生きている人を助け、死亡した人を避難所から搬出した。われわれの活動が国内初の医療班であったことは後の報道で知った。2011年の東日本大震災では、津波の翌日に当院の医療チームが石巻赤十字病院に入って救命活動を行った。筆者は、その1か月後の福島第一原子力発電所周囲の放射能レベルが下がった時期に津波被害者の検案に赴いた。当院は、こうした生死を問わない医療を行うのを、そのポリシーとしている。こうした経緯により、年間300例近くの検案に臨場し、検案書を作成してきた。交通事故による遺体の損傷は激しく、特に若年者が大多数を占める。そのため、遺族に遺体を渡すまでの間に着衣が着せられるまでの状態に修復するよう努力してきた。こうした医療が、遺体処理のみならず、救命できる症例への臨場のためにドクターカーの必要性を生むこととなった。

当院のドクターカー活動は、2008年の道路交通法の改正によりさらに拍車がかかった。その結果、救急車型ドクターカー3台と、医師が駆けつけるためのドクターカー2台を保有することとなった。一方、2012年、病院のCTの入れ替えを期にPMIが容易になる機種を選定した。通常のガントリ口径は700mmであるが、死後硬直など特殊な状態を考慮し、口径900mmの機種を決定した(図1)。この機種を導入するに当たっては、当時、



図1 ガントリ口径900mmの Aquilion/RXL Edition (東芝社製)