

3. 救急医療におけるAiの現状と展望

阪本雄一郎 佐賀大学医学部附属病院高度救命救急センター

木村 晋也/廣木 昭則 佐賀大学医学部附属病院Aiセンター

総務省消防庁の統計によると、2010(平成22)年以降は年間12万人以上の心肺停止患者が救急搬送されており、年齢区分は80～89歳が最多である。よって、救急搬送患者の対応に当たる救急部門では、心肺停止救急搬送患者の心肺蘇生術を施行するとともに、救命に至らなかった患者に対しては、死亡診断書・死体検案書を作成しなければならない。もちろん、死亡診断書・死体検案書には、より正確な死亡原因の記載が求められる。死亡診断書・死体検案書は、人の死を医学的・法律的に証明するものであり、死亡者が死亡に至るまでの過程を可能なかぎり詳細かつ論理的に記述するように求められ、死亡に関する医学的、客観的事実を正確に記載し作成しなければならない。しかし、救急現場において死亡診断書・死体検案書を作成する際には、十分な情報が臨床医に与えられていない場合もままあり、「最も死亡に影響を与えた傷病名」の記述において、診断名に迷うことは少なくない。このような救急現場では、現場の現状に即した形で、救急搬送された心肺停止患者を中心に死後のCT検査が死後画像診断(autopsy imaging: Ai)として定められる以前より、必要に応じて行われてきた。

本稿では、救急医療におけるAiの現状と展望について述べる。

救急医療におけるAi

少なくとも本邦における救急現場からは、1989(昭和64)年には死亡後CT撮影に関する論文が報告されている¹⁾。また、外傷死亡症例における死後の全身CT検査の意義に関する報告も、1996(平成8)年に救急現場より報告されている²⁾。日本救急医学会では、2005年に全国183施設の救命救急センターに対するアンケート調査(回答率67%)において、死因究明のための死後の画像診断の施行経験が89%という結果を得ている³⁾。また、2009年には、救急科専門医2852人を対象としたアンケート調査(回答率27.7%)において、死後の原因究明のためのCTもしくはMRI検査の経験が65.1%という結果を得ており、当時から、救急医はAiを日常的に行っていたことを示している⁴⁾。

一方、Aiに関する法的な経緯としては、2012年に「死因究明等の推進に関する法律」(死因究明法)が示された。立法の背景には、警察における死体取り扱い数が2001年からの10年間で約1.4倍に増加した状況下で、①不十分な検視体制、②検案する医師の専門性の不足、③大学法医学教室の不十分な体制、④解剖率の低さと地域差など、さまざまな問題がある。このような問題点の中で、犯罪・事故の見逃しを防ぐのが目的である。ただし、診療中の医療における死亡に関しては、「医療の提供に関連して死亡した者の死因究明のための制度

については、その特殊性を鑑み、政府において別途検討する」との一文が記されている。この文章が記されている理由として、「医療行為は一定の危険性を伴う上に、死因究明に臨床、解剖などに関する高度な専門性を必要とするからである」としている。しかし、救急医療においては、死亡患者の中には医療行為が施される前に心肺停止状態となり搬送されてくる患者も多く、犯罪行為に起因する死亡が含まれている可能性も考慮すべきである。また、この法律と一対として議論され、2012年に定められた「警察等が取り扱う死体の死因又は身元の調査等に関する法律」(死因・身元調査法)は、犯罪死の見逃しを防ぐ目的で、「警察官が取り扱う死体」について死体発見時の調査、検査や解剖における警察の権限強化を目的とする内容である⁵⁾。いずれにせよ、心肺停止状態で搬送された救急患者が死亡した場合は、事件・事故の可能性のある外因死と一般的な内因死の鑑別や、外因死の死亡原因究明は、救急現場の医師にとって重要な業務である。また、治療中に死亡した患者に対する死因究明目的の患者死後検査は、法的観点からさきわめて重要である。2015年には、医療事故調査制度が開始された。本制度は、①医療に起因した死亡または死産事例で、かつ管理者が予期できなかった事例を医療事故調査・支援センターへ報告する、②院内事故調査を実施する、③調査結果を遺族に説明し、センターに報告する、という手順である⁶⁾。本制度にかかわる平成26年