

医療維新

シリーズ：奈良・勾留医師死亡事件

医療維新

勾留中の男性医師死亡、法医が刑事告発したわけ

出羽岩手医大教授、「結論ありきの死因に疑問」（2016/11/21 追記）

レポート 2016年11月21日 (月)配信 橋本佳子 (m3.com編集長)

「死亡した男性医師の司法解剖の鑑定書は、急性心筋梗塞という結論が先にありき、という内容だった。これに対し、奈良地裁に提出した原告側の4人の医師の意見書は、いずれも急性心筋梗塞を発症したとの結論を否定している」

こう批判するのは、岩手医科大学法医学講座教授の出羽厚二氏だ。その矛先は、山本病院（奈良県）の男性医師（当時54歳）が、肝臓腫瘍切除術に伴う医療事故で、業務上過失致死罪容疑で2010年2月6日に逮捕され、19日目の2月25日に心肺停止に陥り、死亡した事案の司法解剖の鑑定書、およびそれを基にした奈良県警など関係者の対応だ。司法解剖の鑑定書による死因は、急性心筋梗塞。これに対し、出羽氏の意見書では、取り調べ中に、頭部、胸部、上肢・下肢に鈍体による殴打で傷害を負い、横紋筋融解症を発症、それが原因となり急性腎不全などの多臓器不全で死亡したと判断している。



検視調書に掲載されていた男性医師の解剖時の写真。右外側大腿部から右外側下腿部を中心に皮下出血が見られる。上肢（左右とも）にも皮下出血を認めている。

勾留中の死亡を問題視した遺族は、約9683万円の損害賠償を求めため、2013年2月19日に奈良県を提訴。出羽氏ら4人の法医学や救急の医師が、原告側の依頼を受け、意見書を提出した。裁判の一番の争点は、男性医師の死因が病死、つまり急性心筋梗塞であるか、あるいは殴打がきっかけとなった死亡かだ。後者であれば、取り調べを行った奈良県警の責任が問われかねない。本民事裁判は、2016年9月26日に結審したが、原告側は、男性医師の留置所の様子が分かる「留置記録」がまだ裁判に提出されておらず、4人の意見書のうち、1人が現時点では証拠として採用されていないことから、裁判を再開し、審議を尽くすよう求めている。

その最中の11月15日、出羽氏は、本事案は刑法195条1項（特別公務員暴行陵虐罪）、196条（特別公務員職権濫用等致死傷罪）に当たるとして、容疑者不詳のまま、奈良県警察本部に刑事告発した。

「告発状は現時点では、受理されていない。恐らく受理は難しいのではないかと出羽氏は、苦笑気味に話す。「しかし、取り調べ中の死亡が、闇から闇に葬られてはいけぬ。今回の事案は、取り調べの可視化以前の問題。勾留中の被疑者に対し、取り調べに当たって、暴行を加え、死に至らせるような前時代的な不祥事を発生させてはならないとの使命感から、告発を決意した」。

出羽氏は民事裁判で審議を尽くせない懸念があり、仮に告発状が受理されなくても世間に問題提起する意味から、告発に踏み切った。男性医師の司法解剖を行ったのは奈良県立医科大学。「司法解剖には、奈良地検の検察官や奈良県警の警察官らが立ち回っていることが、民事裁判の過程で明らかになっている」（出羽氏）。今回の告発は、司法解剖を担当した医師も含め、司法解剖の在り方を問う意味もある。

「意見書の依頼、最初は引き受けるか否か迷った」

出羽氏は、2007年の「時津風部屋の力士暴行事件」の解剖を担当したことで知られる。同事件では、時津風部屋の親方らが、部屋の力士に暴行を加えて死亡、当初は「虚血性心疾患」として処理されようとしたものの、当時、新潟大学に在籍していた出羽氏が、力士を解剖し、「多発外傷によるショック死」と発表、大きなニュースとなった。

今回の事件の当事者である男性医師は、山本病院への着任から約3カ月後の2006年6月16日、助手として入った肝臓腫瘍切除術の医療事故で患者が死亡、2010年2月6日に業務上過失致死罪容疑で逮捕された（執刀医の院長は、2012年11月、大阪高裁で控訴棄却、業務上過失致死罪で禁固2年4カ月の実刑判決が確定）。

前述のように男性医師の遺族は、2013年2月19日に奈良県を提訴。出羽氏のもとに意見書の依頼があったのは、2014年の夏頃だという。司法解剖の鑑定書や検査データなどを見た出羽氏は最初から「急性心筋梗塞という死因はおかしい」と思ったものの、警察などが絡む事件である上、法医学の医師同士の同僚評価（ピアレビュー）につながることも多あり、「やはり最初は引き受けるかどうか迷った」という。

遺族側が意見書を依頼したのは、出羽氏を含め、計4人。しかし、時期的に最後に当たる今年8月26日付けの意見書は、急性心筋梗塞との剖検診断が、妥当なのか、否かを検証した内容だったが、民事訴訟法第157条に定める「時機に遅れた攻撃的防御」であり、訴訟の完結を延ばす行為に当たるとして採用されていない。「急性心筋梗塞か否かが問われている裁判で、この意見書が採用されないのはおかしい」（出羽氏）。

一方、奈良県側が医学的な検証資料として提出しているのは、司法解剖の鑑定書や同解剖を実施した意見書のみだ。

クレアチニンキナーゼ、死亡前日に1万4280U/L

告発人代理人弁護士であり、遺族の民事訴訟の代理人も務める小泉哲二氏は、（1）奈良地検は、2月25日の男性医師の死亡当日に、司法解剖の結果が出ていない段階で、死因は急性心筋梗塞であると発表、（2）遺族が民事裁判前に入手した解剖記録や解剖時の遺体写真は、裁判で明らかになった鑑定書や写真とは相違（不足）がある——など、男性医師死亡後、今に至るまでの経緯に不審な点があると指摘する。

これらの追及に加えて、医療界として検証が必要なのは、男性医師の死因だ。「幸いなことに、逮捕時、および死亡前日の診療記録がある」と出羽氏は説明する。

男性医師は逮捕の前年、2009年2月、くも膜下出血（前交通動脈瘤破裂）で、コイル塞栓術を受けていた。翌2010年2月6日の逮捕後、死亡に至るまで計3つの病院を受診している。しかし、CK（クレアチニンキナーゼ）が1万4280 U/Lと異常な高値を示した24日の受診後も、入院せず、留置所に戻り、翌25日に死亡した。

男性医師の逮捕後の臨床所見

2月6日：A病院：心電図検査で異常なし。「血圧は157/94mmHgとやや高めであるものの、その他特に大きな異常は認めず」

2月13日：B病院：左側頭部打撲後、CT撮影

2月24日：C病院（カルテから抜粋。カッコはカルテ記載のまま）

- ・高血圧（降圧剤、「現在内服できていない」）、狭心症あり、食事あまりできていない
 - ・右下肢に皮下出血、左下肢にも数カ所、皮下出血あり「打撲によるものか？」
 - ・「強度に反抗的、言うことを聞かず、やっとのことで、レビンチューブ挿入」 「効果が出れば、尿も出て元気になるが、尿が出なければ、明日病院に必ず」
 - ・頭部CT撮影（異常所見なし）、心電図検査せず
 - ・CK：1万4280U/L、クレアチニン：3.06mg/dL、尿酸窒素：71.2mg/dL、AST：178U/L、ALT：69U/L、LDH：807U/L、カリウム：3.5mEq/Lなど。
 - ・点滴2000mLの輸液（ソルデム3Aを1000mL、ソルデム1を1000mL）、経鼻栄養
- 2月25日：C病院：救急搬送、来院時CPA（心肺停止）、死亡確認

司法解剖の死因「急性心筋梗塞」、出羽氏らは否定

司法解剖鑑定書では死因は「急性心筋梗塞」、一方、出羽氏の意見書はそれを否定する内容であり、遺族が依頼した他の3人の意見書も「急性心筋梗塞」を否定。その後、司法解剖を担当した法医学の医師が、出羽氏の意見書を反論する内容の意見書を提出している。その抜粋は、以下の通りだ。

【司法解剖の鑑定書の死因：2010年4月27日】（一部抜粋）

本屍の死因について考察すると、本屍の外表には頭部、胸部および上下肢に損傷が認められるが、それ自体の損傷では死因とはならない。（中略）組織学的所見から考察されることは、急性腎不全の原因として横紋筋融解症が考えられる。（中略）本屍において筋肉の障害部位として考えられるのは、右下肢に広範囲の出血が認められることから、右下肢への打撲などの外力が作用したことが考えられ、このために同部位の筋肉が障害されたために横紋筋が遊離したものと考えられる。しかし、腎臓の障害の程度は比較的軽度で死因とは考え難い。（中略）

一方、本屍には急性心筋梗塞の初期像が認められ、また以前からの心筋障害の存在をうかがわせる間質の線維化を認めることから、本屍の死因は急性心筋梗塞と考えるのが妥当である。（中略）本屍においても、冠状動脈の硬化狭窄が認められたため、心筋が虚血状態になったものと判断される。このことは間質の線維化が認められたことからもうかがえる。

【岩手医科大学法医学教授の出羽厚二氏の意見書：2014年11月21日】（一部抜粋）

結論から先に記述すれば、死因は、急性心筋梗塞ではなく、筋挫滅に伴い腎不全を起こし、さらに肝不全、呼吸不全を起こした多臓器不全である。

裁判の論点の一つとして、高いCPK(CK)の値が心筋梗塞に由来するものか、筋挫滅に由来するものかが争われていると理解している。

もしも心筋梗塞が起こっていたとしたならば、心筋梗塞の発症からCPKが上昇するまでには、ハリソン内科学によれば、4~8時間を要するので、2010年2月24日の受診の数時間前には心筋梗塞が起こっていたことになる。(中略)2月25日朝の死亡時には心筋梗塞発症から1日程度は経過していることになる。そうであれば解剖時には肉眼的には心臓の断面では心筋は黒く見え、組織学検査では心筋の壊死、好中球の浸潤がみられたはずである。

(中略)しかし、解剖記録には心臓の肉眼内部所見として「心筋:出血などの特変を認めないがやや蒼白調である」と書いてあり、組織学的所見として「心臓において脂肪組織が心筋内に浸潤し、間質の浮腫、横紋筋の消失、巣状の線維化を認める」とあるだけである。この所見は心筋梗塞発症から約1日経過した所見とは考えられない。(中略)また、被告第1準備書面に「2月25日、午前7時00分に起床し、自ら立ち上がり、布団を運んで片付け、洗面をした後に、房内に戻ったが、この時点で同人に全く異常が認められなかった。しばらくして、男性医師(原文では実名)がいきいきをかき始めたことから、担当警察官が房内に立ち入り、呼びかけたが、同人はこれに応じず、同人に呼吸が認められなかったことから、安全体位を取らせて気道を確保し、心臓マッサージを開始するとともに、119番通報したものである」との主張があるが、前日の24日に心筋梗塞を発症していたとすれば、心筋梗塞を発症しておりながら、丸一日経過した翌25日の朝になって、突然倒れたということになる。無痛性の心筋梗塞は糖尿病患者、高齢者には認められるものの稀であり、胸痛を訴えることなく、心不全の症状を示さず「布団を片付け洗面をした」というのは臨床経過として不自然である。

逆に心筋梗塞が2月25日の朝の7時頃発症したとすれば、解剖記録に記載された所見は、「急性心筋梗塞の初期像」と考えて矛盾しないが、そうすると、急性心筋梗塞はまだ発症していないはずの前日のCPKの高値を、心筋梗塞によるものとしては説明できない。また腎不全、肝不全を示すデータの説明もできない。

これをまとめると、心筋梗塞が2月24日の受診前に発症していたとすれば、臨床経過と解剖の所見がこれと矛盾し、25日の朝の7時頃発症したとすれば、前日のCPKの高値と腎不全、肝不全の原因が説明できなくなるのである。

したがって2月24日の受診時には、心筋梗塞は発症していなかったと考えざるを得ないので、検査報告書の値CPKの高値は、心筋梗塞以外の原因を求めるのが妥当である。

CPKの上昇は、骨格筋の崩壊によっても生じるが、2月24日の受診時より前に受けた打撲、強圧によって高度の骨格筋の崩壊が生じ、CPKが14280と高い数値を示す結果となったと考えるのが妥当である。

「高度の骨格筋の崩壊は、横紋筋融解症、ミオグロビン尿症を引き起こし、急性腎不全を起こし、さらに肝不全、呼吸不全を起こし多臓器不全となって、死亡した」と考えるのが一元的で合理的である。なお、ミオグロビン尿症については解剖記録においても言及されている。

「CPKの上昇と腎不全は下肢の皮下出血によるもので、それとは別に心筋梗塞が発症して、短時間に心肺停止になった」と考えるのは多元的でありすぎる。

【司法解剖を担当した法医学の医師の意見書：2015年4月27日】(結論部分、一部匿名化)

- ・皮下出血の最も強かった下腿部の前部の骨格筋の組織検査において、強圧や打撲による筋挫滅や炎症などなく、腎臓のミオグロビン染色でも、ミオグロビン円柱は証明されなかったため、横紋筋融解症による急性腎不全は否定される。
- ・解剖の結果、腎臓と肝臓の障害は死因とは考えられない。
- ・男性医師は、急性心筋梗塞で死亡したと判断される。C病院のカルテおよびA病院のカルテからは、狭心症から急性心筋梗塞になったと考えても矛盾する検査所見は認めない。
- ・また横紋筋融解症であっても、下肢の強圧や打撲による筋挫滅でなく、むしろ同一姿勢を長時間取っていたための四肢の循環不全によるものと考えられるが、横紋筋融解症によって急性腎不全が生じたことは考えがたい。また、急性心筋梗塞と横紋筋融解症との併存があったとしても何ら矛盾はない。

【追記】2016年11月21日、以下の点を追記しました。

- ・2月24日にC病院を受診した際の検査データとして、「カリウム：3.5mEq/L」を追記しました(本文中に記載したのは、検査結果の一部です)。