



監察病理部門

部門長 的場梁次

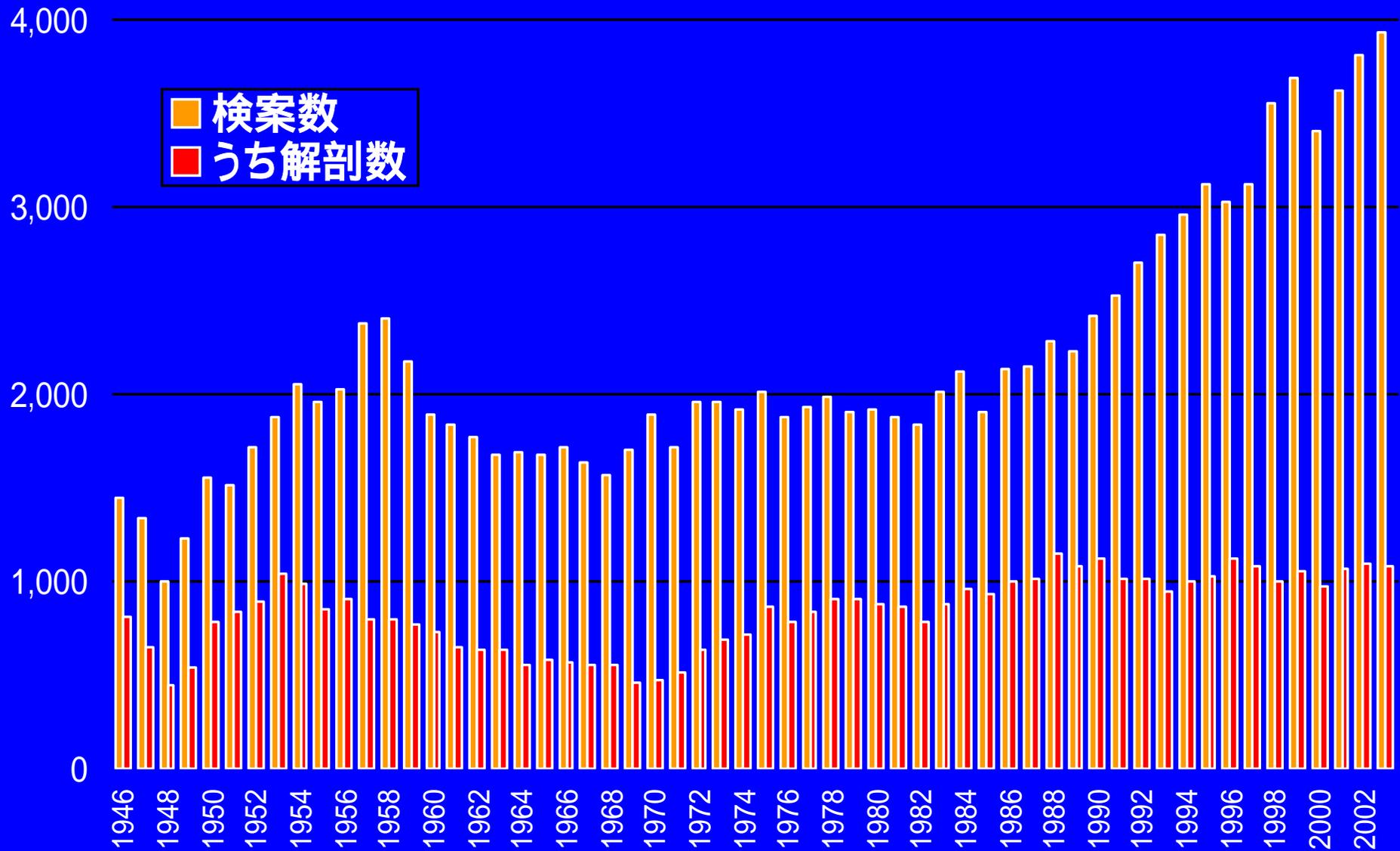
(大阪大学大学院医学系研究科 教授)

死体解剖保存法 第8条

「監察医制度」

制令で定める地を管轄する都道府県知事は、その地域内における伝染病、中毒又は災害により死亡した疑いのある死体その他死因の明らかでない死体について、その死因を明らかにするため監察医を置き、これに検案をさせ、又は検案によっても死因の判明しない場合には解剖させることができる。(以下略)

大監医 検案解剖数の推移



医療中の死、第三者検証

来年度から 厚労省方針 再発防止目指す

手術や治療で起きた事で行い、患者側と病院に故死などを含む不審な医療関連死をめぐる、厚生

労働省は原因を究明するための調査、分析を公費表す。当面は、東京や

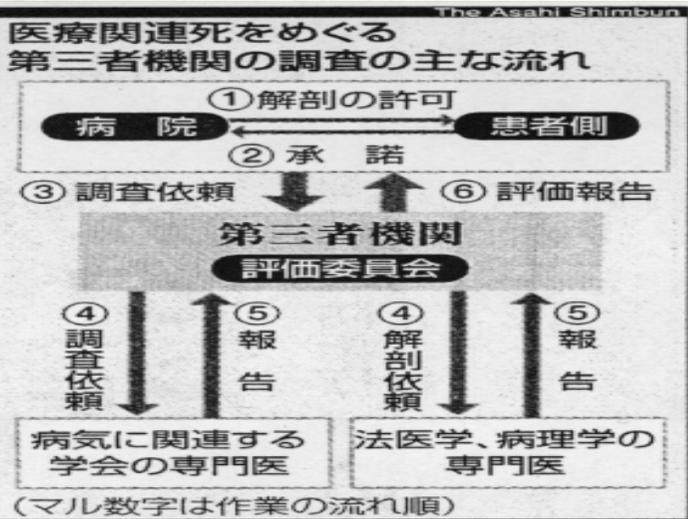
大阪など法医学や病理学の医師の体制が整っている。医師の体制が整っている。医師の体制が整っている。

大阪など法医学や病理学の医師の体制が整っている。医師の体制が整っている。医師の体制が整っている。

ている。

医療関連死があった場合、患者の遺族は病院などを通じて第三者機関に調査を依頼する。遺族の同意を前提に病院が自主的に依頼することもできる。第三者機関が調査を必要と判断すると、法医学、病理学の専門医が解剖を実施。これと並行して、疾患に関連する学会の専門医が死亡した患者のカルテを見たり、主治医からヒアリングをしたりして死因を調査する。

こうした調査を受け、第三者機関に設置する評価委員会が死因を特定する報告書をまとめ、病院と患者の遺族に提出。事例を積み重ねることによって、予防・改善策を検討できることも期待して



大阪など法医学や病理学の医師の体制が整っている。医師の体制が整っている。医師の体制が整っている。

こうした調査を受け、第三者機関に設置する評価委員会が死因を特定する報告書をまとめ、病院と患者の遺族に提出。事例を積み重ねることによって、予防・改善策を検討できることも期待して

(3面に解説)

第三者機関によるシステムは、専門性の壁に阻まれ、弱い立場の患者側にとって「不審な死」に

第三者機関の主要メンバーは、内科、外科、法医学、病理の4学会を中心に、関係学会や医師会の協力を得ることを想定し

こうした調査を受け、第三者機関に設置する評価委員会が死因を特定する報告書をまとめ、病院と患者の遺族に提出。事例を積み重ねることによって、予防・改善策を検討できることも期待して

診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業について
(厚生労働科学特別研究費補助金・第1回研究会議議事概要)

1. 日 時：平成16年10月26日

2. 場 所：医政局会議室

3. 出席者：

(分担研究者)

池田康夫 慶応大学医学部総合医科学研究センター長・内科学教授

山口 徹 虎の門病院院長

(研究協力者)

稲葉一人 科学技術文明研究所特別研究員

黒田 誠 藤田保健衛生大学医学部病理部教授

高本眞一 東京大学大学院医学系研究科臓器病態外科学心臓外科呼
吸器外科教授

吉田謙一 東京大学大学院医学系研究科法医学教室教授

宮田哲郎 東京大学大学院医学系研究科臓器病態外科学血管外科

*欠席 野中 博 日本医師会常任理事

事務局)

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室

診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業について

(厚生労働科学研究班会議第7回)

1. 日 時：平成17年3月2日(水) 13:00~15:00

医療の安全を確保するためには、診療の過程において予期し得ない患者死亡や診療行為に関連して患者死亡が発生した場合に、中立的第三者機関に届出が行われ、正確な死因の調査分析と適切な医療評価が行われる制度が必要であり、日本医学会の基本領域19学会は、所管省庁、自治体、学術団体等と連携し、当該制度の確立と中間的専門機関の創設を速やかに実現するため結集して努力するとの共同声明を出した。

厚生労働省は、この共同声明を受け、平成17年度から「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」を国庫補助事業として実施することとした。

本事業は、モデル地域において、医療機関から医療関連死の調査依頼を受け付け、臨床医、法医学者及び病理学者を動員した解剖を実施し、さらに専門医による事案調査を実施し、診療行為との因果関係の有無及び再発防止策を総合的に検討するものであることから、事業を実施する上で、日本医学会の基本領域19学会等の参加と協力が不可欠であることは言うまでもない。

このため、本事業の実施に当たり、本事業への参加と協力等について、以下の覚書により関係者の合意と確認を行うものである。

受付の状況（地域別）

平成19年4月現在

	東京	愛知	大阪	兵庫	茨城	新潟	合計
受付事例	29	3	11	2	2	3	51 (札幌1)
評価結果報告書を交付した事例							21

第4例

年齢： 10歳代

性別： 女性

診療の状況：若年性リウマチ・血管炎などの病歴が非常に長い。入退院を繰り返すなかで、ステロイドの長期内服治療、14歳時に虚血性壊死のため右下腿切断、18歳時に壊死のため左下腿切断。2005年12月、下痢・腹痛のため入院。汎発性腹膜炎にて2006年4月16日PM11時から緊急手術、翌17日AM2時45分に手術終了。同日PM1時40分徐脈・心停止状態。5分後心マッサージ開始。同日PM2時7分死亡転帰す。

警察署への届出の有無、検視の状況：見分（死体取扱規則）が行われた

第6例

年齢： 30歳代

性別： 男性

診療の状況：黄疸・肝障害の検査目的にて紹介転院後、外来にてフォロー開始11日目に、腹痛・嘔気などで5月30日に緊急入院する。入院2日目に施行したERCP施行後、腹痛が激しくなり、セデーションを行ったが、意識障害など状態が次々と悪化し、改善せず、7月21日に死亡転帰する。

警察署への届出の有無、検視の状況：

医療機関と遺族の双方がモデル事業での解剖を希望し、事務局に問い合わせをしてきた。事前に検視が必要な旨を説明し、担当者より警察へ連絡する。

評価結果報告書の概要

第1例目

年齢：60歳代

性別：女性

診療の状況：前日より発熱がみられた状態で、予定されていた整形外科の手術を受ける目的でA病院に入院した。入院当日に、発熱、低血糖、意識障害を伴うショックとなり、急速な経過で深夜に死亡された。

2。解剖結果の概要と死因

2 - 1 肉眼病理解剖所見

上気道から下気道に至る呼吸器には、両側扁桃の高度の出血性壊死と中等度の気管粘膜の壊死、ならびに両側肺下葉の高度の水腫を認めた。腹部では、両側副腎の出血壊死を認めた。

2 - 2 病理組織学的所見

肉眼的病理解剖所見と同様の所見を病理学的に確認した。また、細菌学的染色所見からは、扁桃膿瘍内に多数のグラム陽性球菌が認められ、扁桃内の血管内にも確認された。同様の形態の細菌が気管粘膜、肺胞内、肺毛細血管内、膝関節周囲毛細血管内に認められた。肝臓、腎臓の血管内には認められなかった。

2 - 3 死因の確定

解剖結果に基づく死因の主な解剖結果を総合して判断すると、死因は、グラム陽性レンサ球菌を主とする敗血症に起因する出血性急性副腎不全である、と結論される。

3。臨床経過と死因ならびに医学的評価

3 - 1 臨床経過の概要

入院の前日から37 度の発熱があり、入院は整形外科手術のための予定入院であった。入院当日の午前中には39 度の近い発熱があり、インフルエンザの検査は陰性であり、解熱剤でいったん解熱した。夕方再び発熱を認め、低血糖、ショック、意識障害が出現し、心肺停止となり、蘇生を行なっても深夜死亡された。

3 - 2 臨床経過と死因

剖検時に採取された血液の細菌学的検査結果からは、検体採取時の汚染と思われるものを含め複数種類の細菌が分離されたが、レンサ球菌は分離されなかった。細菌学的には証明されなかったが、臨床経過と解剖の所見を合わせて考え、入院以前よりすでに発病していた扁桃膿瘍の原因であった溶血性レンサ球菌が、全身の血液中に侵入、増殖し菌血症の状態となり、敗血症へ進展し、それに伴う、両側副腎出血によって急性副腎不全となり、低血糖、意識障害、ショックを引き起こし、死亡に至ったと結論できる。

3-3 臨床経過と医学的評価

- 敗血症の原因は、扁桃膿瘍に由来する溶血性レンサ球菌が推定される。この扁桃腺炎の発症は、症状と潜伏期を考慮すれば、入院の前日以前であることは明らかである。
- このような敗血症の病態は、いったん発症すると本来急激に進行し予後も不良な疾患であり、通称「人食いバクテリア」として一般社会にも知られている病態である。その上更に両側副腎出血を生じたという病態は、医療による救命が不可能な電撃的、致死的な病態であったと判断される。

4。 結論

4-1 死因と医療行為の関係

- 発病が入院以前であったと判断されることから、死亡の原因と診療行為との関係はないと判断される。

4-2 臨床経過に関する医学的評価

- レンサ球菌が扁桃腺炎から全身性の菌血症、敗血症を発症することは極めてまれであり（わが国で年間20例ほどと推測される）、さらに両側副腎出血を併発することもさらに稀である（これまでに報告された症例は、調べた範囲では世界で4症例）。このように稀で、しかも急激な経過をとる疾患に対して、入院から死亡に至るまでの、いずれかの時点において、何らかの医療行為を行なうことによって、死亡を回避できる医学的根拠、可

5。医療の改善のための提言

- 死亡に至る原因や経過は、医療行為との関係はなく、しかも医療行為による救命も不可能な病態であったと結論できるが、このような事例に対しても、今後はより質の高い包括的な診療体制の整備に努力すべきであり、また、患者、家族に対してわかりやすい説明を行なうことが求められる。
- 質の高い包括的な診療体制の整備とは、主治医や診療科の範囲を超えた病院内連携による専門的な診療を迅速に受けることのできる体制を整備することである。
- 包括的な診療体制によって得られた情報を基に、わかりやすい説明を行なうことで、遺族の精神的な苦痛を軽減することができ、また、医療者の心理的なストレスも軽減できる。医療への信頼を築き、良好な医療 - 患者関係を構築することも日常診療において必須のことであると考える。
- 以上のような対処は、当該医療機関のみならずすべての医療機関において、情報を共有し、診療体制を整備することがわが国の医療の質の改善に必要なことであり、その旨医療現場に周知すべきであろう。

(参考)

地域評価委員会 (9名)

臨床評価医	日本内科学会所属
委員長	日本消化器外科学会所属
総合調整医	日本法医学会所属
解剖執刀医	日本法医学会所属
解剖担当医	日本病理学会所属
臨床立会医	糖尿病学会所属
委員	NPO法人市民団体所属
法律家	弁護士
調整看護師	日本法哲学会所属

評価の経緯

地域評価委員会を2回開催し、その間およびその後において適宜、電子媒体にて、意見交換を行なった。

現状の問題点

- 1。マンパワー不足：監察医制度の利用
- 2。調整看護師の負担が強い：人材育成
- 3。医師法21条との整合性：検視の考え方
- 4。ADR

現在、第3者機関設立に向け検討中。