

山口県医師会警察医会 第30回研修会

と き 令和5年2月4日(土) 16:00～17:55

ところ ホテルニュータナカ2階「平安の間」

[報告:長門市医師会/山口県医師会警察医会会長 天野 秀雄]

標記研修会が県医師会の前川恭子 常任理事の司会進行のもと、開催された。今回もコロナ禍での開催ということで、当日は出席者全員の健康チェックシートの提出、会場内にはアクリル板の設置、ソーシャルディスタンスを保った配席等の感染対策が施されていた。なお、座長は天野が務めた。

開会挨拶

加藤会長 本日は山口県警察本部をはじめ、歯科医師会、消防関係、海上保安署の方々にご参加いただいているが、この方々は検視活動において必要不可欠な存在であり、平素からの活動に改めて感謝申し上げます。また、警察活動協力医の先生方には、天野会長を始め、昼夜問わず、寒暖にも関係なく、検案事案が発生すれば活動していただいております。本当に頭が下がる思いであり、社会に貢献していただいていることに対して感謝申し上げます。さらに、この会は平成18年に発足しているが、それ以来、山口大学法医学講座には多大なサポートをいただいております。山口県の検視のレベルが高いのは法医学講座のご尽力の賜物であると認識しており、感謝申し上げます。本日はよろしくお願ひする。

報告

県警察本部からの報告・症例提示

山口県警察本部刑事部捜査第一課

検視官兼課長補佐 志賀 泰造

○山口県警検視体制

令和3年4月から山口県警察本部の検視体制を強化した。検視官室を新たに設け、警視検視官を室長とし警部検視官を2名増員、6名の警部検視官それぞれに補助者を配置した。本部を含む

11警察署を西部、それ以外を東部と分け、2班で24時間体制を敷いている。

○令和4年死体取扱

令和4年1～12月の死体取扱数は2,294体、令和3年の県内死亡者数が19,506人であり、同年比較とはならぬが約10人に1人を異状死体として取り扱ったこととなる。内2,208体に検視官が現場臨場しており、その率は96.3%で、全国平均76.8%を上回る。検視官増員が高い臨場率につながっている。司法解剖は111体、調査法解剖が35体、承諾解剖1体、計147体の解剖を嘱託し、解剖率6.4%であった。検視は冬期に多く、夏期に減る。令和4年12月は287体、令和5年1月は寒さが厳しく315体と増加した。

県内の警察署では、下関署での死体取扱が最も多く、宇部、周南と続く。65歳以上の高齢者が取扱の80%を占め、全体の約33%、768体が独居であった。死因で最も多いのは自然死を含む病死で80%、病死の68%が心疾患とされた。自殺は205体、男性147体、女性58体、この5年間は同水準で推移する。40～50歳代が多く、65歳以上の自殺体は69件であった。自殺の原因・動機は健康問題が41%、手段としては74%が縊死、他に練炭、飛び降り、刃物、硫化水素を含む薬物であった。

○COVID-19関連事案

令和4年5月、県内で初めてCOVID-19陽性自宅療養者の検視を行った。以後、39体のCOVID-19陽性者の検視があり、陽性患者が増えればコロナ関連死体も増えた。検視段階や亡くなる前に搬送された病院で陽性を確認されることが多く、コロナ自宅等療養中に死亡を確認されたの

は7体であった。

令和4年5月の事案である。発見される数日前にCOVID-19陽性と診断され自宅療養となった。翌日、生活支援物資が配達されるも不在、保健所の体調確認の電話にも応答がなかった。安否確認を依頼された警察官が敷地内の庭先で倒れている居住者を発見した。警察署内での検視では、外表上の特異な損傷はなく事件性は無いと判断した。死因特定のため死亡時画像診断を要すると判断、県健康福祉部から屋外CT設置医療機関を紹介いただいた。CT検査では頭蓋内出血や大血管病変は認められず、COVID-19肺炎所見からCOVID-19による急性呼吸不全の疑いの診断となった。

○検視官室活動状況

令和4年5月の山口県総合防災訓練に参加し、仮設テントの設営、想定にもとづく死体の受付、検視・検案、身元特定、関係機関との連携の手順確認を行った。また、第一線で活動する警察署捜査官の検視能力の向上を目的とし、令和4年9月に検視実務専科を県警察学校で実施した。

○警察医活動

県警より委嘱される警察活動医は106名、検案立会や画像診断には圏域を超えご協力いただいている。令和4年は取扱死体の約53%の検案に携わっていただいた。

長年の警察医としてのご貢献に対して、防府市の山本一成先生に中国四国管区警察局長より感謝状が贈られた。また、岩国市の藤本郁夫先生には昭和57年から約1,200体を、下関市の松永清美先生には昭和46年から約2,000体を検案いただいている。両先生が検案立会業務から退かれるに際し、警察本部長より感謝状を贈呈した。改めて感謝申し上げる。

講演

医療関連死について

山口大学大学院医学系研究科

法医学講座講師 姫宮 彩子

すべての医療従事者が提供した医療行為に起因

する、予期しなかった患者の死亡及び死産が、医療事故とされる。医療事故かどうかは医療機関の管理者が組織として判断する。

令和3・4年度、山口大学法医学講座に医療事故調査制度に基づく解剖の依頼はなかった。しかし、診療行為に関連したケース、外来受診後に亡くなったケースなど、予期せぬ死亡事例を毎年数件経験する。

○事例1

診療行為が死亡に関連したと判断した事例である。

予定手術の術前検査として経口上部消化管内視鏡検査を鎮静下に受けた方である。検査後「のどが痛い」と訴えていたようだが、他の症状なく帰宅した。夕食を少量摂取後、咽頭痛・息苦しさを訴え救急搬送となった。救急車収容時に喘鳴・呼吸困難感・発語困難がみられ、その後、心肺停止状態となった。挿管困難で蘇生処置をされながら搬送、搬送先の病院で気管切開されたが死亡した。解剖では、舌根から食道につながる咽頭口部の左方、口蓋扁桃の後方に、ある程度硬さのある鈍体が直接作用したと考えられる哆開部がみられ、そこから喉頭蓋・喉頭に至る粘膜下出血及び浮腫が観察された。組織標本では炎症早期にみられる好中球主体の炎症細胞浸潤・出血・浮腫がみられた。薬物アナフィラキシーの除外のため測定した血清トリプターゼ値は生体上限以下であった。左咽頭口部の物理的損傷から咽頭部に水腫性変化を来し、気道狭窄により窒息したと考えた。死亡当日に施行された上部消化管内視鏡検査の際に受傷したと考えるのが自然と判断した。診療行為が直接死亡に関連した事例においては、法医学的には他害となるが、故意に他人の命を奪う殺人とは異なる。本事例の死因の種類は「11.その他及び不詳の外因」とした。

○事例2

救急外来受診から帰宅した直後に亡くなった事例である。

前夜に嘔吐にて救急外来を受診し、制吐剤が処方され帰宅した。翌早朝、自宅玄関前で亡くなっ

ているところを発見された。解剖では、心嚢内に約250mlの凝血を伴わない血液貯留があり、心尖部に肉眼的に明らかな創を伴わない出血部を認めた。心尖部の組織標本では、心外膜の脂肪組織から心筋に至る出血・壊死がみられ、周囲には巣状に心筋細胞の収縮帯壊死及び単核球主体の炎症細胞浸潤がみられた。このケースは、急性心筋炎による心破裂として病死と判断した。

医療事故調査制度は、当該病院による院内調査報告を医療事故調査・支援センターが収集・分析することで再発防止につなげようとするシステムである。一方、医療機関受診後の患者死亡については、病院側が死亡の事実や経緯を知らなかったり、時間が経過してから知ったりすることも少なくないと思われる。このような事例の共有は、現場で日々臨床診療を行う医療関係者がこれらの死の存在を知り、同様の死亡を予防するために役立つと考える。今後も情報交換・共有をしていきたい。個別に症例の検討や情報共有ができる体制構築にご意見をいただきたい。『山口医学別冊第71巻』（2022年）に本講座の死因究明の将来構想について報告しているので、ご一読いただければ幸いである。

医療関連死について

山口大学大学院医学系研究科

法医学講座教授 高瀬 泉

○医事に関する訴訟

医事関係の訴訟は近年、年間800～900件で推移している。民事の審理期間は平均8.6か月で5割以上が6か月以内に審理が終了する。医事の審理には平均2年程度を要し、1～3年かかる訴訟が5割を占める。終局の傾向として、判決に至る割合の多い民事訴訟に対し、医事関係の訴訟は約53%が和解となる。医事の訴訟は専門的な内容となるためか、約8割で原告被告双方に訴訟代理人が選任される。本人による訴訟は民事全体では16.1%、医事では1.5%に留まる。

○診療に係る処罰・処分

医師には善管注意義務（善良な管理者の注意

義務）があり、その時点の一般的医療水準を超えた注意義務とされる。この「一般的医療水準」の定義が裁判での争点となり、審理に時間を要する一因となる。医師は他にも、危険の予見義務、悪結果の回避義務も負い、刑事責任として業務上過失致死傷等罪に問われることも残念ながらあり得る。民事責任では、不法行為又は債務不履行による損害賠償に至ることもある。加えて、医道審議会に諮られ、行政処分が決定されることもある。

○医療事故調査制度（図）

医療事故調査制度は平成27年10月から施行されており、医療事故の再発防止が目的となる。医療法、施行規則、通知などから制度を説明する。

①死亡事例発生

病院等の管理者は、施設での死亡及び死産の確実な把握のための体制、即ち、死亡及び死産事例が発生したことが管理者に遺漏なく速やかに報告される体制を確保する。

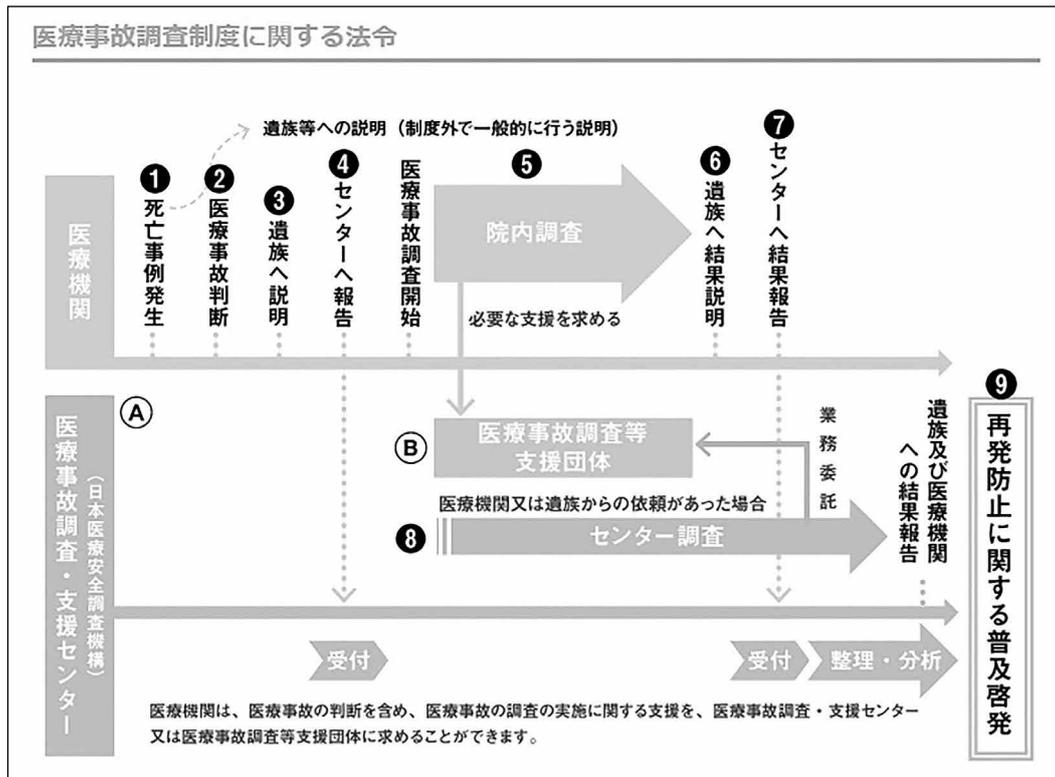
②医療事故判断

医療事故の報告は、病院等の管理者が行う。医療機関で医療事故が発生した場合、医療事故発生の日時・場所・状況を、管理者が医療事故調査・支援センターに遅滞なく報告しなければならない。

「医療事故」は、医療従事者が提供した医療に起因した、又は起因すると疑われる死亡又は死産で、管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったものと定められる。管理者が「予期しなかった」点に重きが置かれる。

当該医療を受ける者又はその家族に対し、死亡又は死産が予期されることを説明していたと管理者が認めたもの、死亡又は死産が予期されると医療従事者が診療録などに記録していたと管理者が認めたもの、当該医療従事者が死亡又は死産を予期していたと意見聴取から管理者が認めたもの、以上3点いずれにも該当しないと病院等の管理者が認めたもの、かつ、一般的な死亡又は死産についての説明・記録ではなく、個々のケースについての説明・記録されたものが「予期しなかったもの」となる。

医療事故には該当しないと管理者が判断した場



図（日本医療安全調査機構ホームページより）

合、遺族に対してその理由をわかりやすく説明することも求められる。

③ 遺族へ説明

④ センターへ報告

⑤ 院内調査

病院等の管理者は、当該医療事故の原因を明らかにするため、診療録などの記録、医療従事者やその他の関係者から事情の聴取、解剖、死亡時画像診断、関係した医薬品・医療機器・設備、血液などの検体について、情報の収集及び整理を行う。適切な死因究明のための解剖には、少しでも多くの試料が必要であり、医療機関に残っている血液や尿の使用を願うこともあるのでご協力いただきたい。

繰り返すが、目的は医療安全の確保であり、個人の責任を追及することではない。調査の対象として当該医療従事者を除外しない。また、遺族からのヒアリングが必要な場合もある。

解剖や死亡時画像診断の実施前に、どの程度死亡原因を医学的に判断できているか、解剖や死亡時画像診断に遺族の同意があるか、解剖や死亡時

画像診断の実施により得られる情報の重要性などを考え、実施するかどうかを判断する。

誤薬のような単純な事故原因であっても、調査項目を省略せず丁寧に調査する。

調査の結果、必ずしも原因が明らかになるとは限らず、再発防止策も必ず得られるとは限らないと留意する。

⑥ 遺族へ結果説明

遺族へは、口頭又は書面若しくはその双方で、遺族が希望する方法により説明するよう努める。遺族がいない、又は遺族の所在が不明な場合はこの限りではない。遺族への説明では、現場医療者など関係者を匿名化する。

⑦ センターへ結果報告

センターへは書面又は Web 上のシステムで報告する。報告事項は規定されており、再発防止策の検討を行った場合、報告書に記載する。遺族や当該医療従事者から報告書の内容に意見がある場合も、その旨を記載する。センターへの報告でも、医療従事者等の関係者について匿名化し、院内調査の内部資料は報告に含まない。

⑧センター調査**⑨再発防止に関する普及啓発****①医療事故調査・支援センターの役割**

医療機関の報告から収集した情報の整理及び分析を行い、病院等の管理者及び遺族に結果を報告する。医療事故調査に係る研修、調査実施に関する相談業務、医療事故再発防止に関する普及啓発、医療安全の確保に必要なその他の業務を行う。

②医療事故調査等支援団体

病院等の管理者は、医療事故調査を行うための支援を当該支援団体に求めることができ、病院等管理者から支援を求められた場合、支援団体は必要な支援を行う。支援団体は地域間における事故調査の内容及び質の格差が生じぬよう努め、中立性・専門性が確保される仕組みの検討を行う。

○事例紹介

神経ブロックに関連する頸髄損傷を挙げる。神経ブロック注射から時間が経過し亡くなった事例では、体表の注射痕が痂皮化し判りにくいことがある。薬物中毒者が針を刺す場所は通常観察するが、ブロック注射では、情報がなければ注射痕を見逃すかもしれない。このケースでは、注射痕に一致した皮下及び筋層に、吸収されつつある出血がみられた。第6・7頸髄背面にも出血の痕跡があり、注射針がこの部位まで到達したと考えられた。頸椎の変形により一般的なブロック手技では注射針が届きにくかった可能性もあり、生前の画像検査で指摘し得なかった頸椎の変形が解剖で明らかになることもある。

神経ブロック関連の判例として、腹式子宮全摘術への硬膜外麻酔による反射性交感神経性ジストロフィー発症事例がある。手技上の過失は否定されたが、事前説明で麻酔のリスクに関する情報提供が十二分にされず、麻酔方法を選択する機会が適切に与えられなかった説明義務違反が認定された。先の頸髄損傷も同様に判断され得ると考える。

中心静脈カテーテルを適切にロックせぬままラインの接続を操作し、空気塞栓を起こすことがある。中心静脈カテーテルに関連する事案の解剖で

は、カテーテルがシールドされた状態、シールを剥がしカテーテル刺入部が判る状態、カテーテルが適切に血管内に留置されているか判る状態で写真撮影を行った後、初めてカテーテルを抜去する。解剖事例では肺動脈主幹部に泡沫がみられ、海馬の小血管に血球を圧排するバブルがみられた。心臓マッサージなど血液循環がある状態で骨折が発生すると空気塞栓に近い所見がみられるため鑑別が必要である。

医療安全情報リーフレットでは、①患者の中心静脈カテーテルの閉鎖式コネクタが外れなかったため、クランプを閉じぬまま座位で更衣を行い、空気塞栓による脳梗塞を来した事例、②カテーテルに閉鎖式コネクタが付いているかどうか確認せぬまま、ヘパリンロックのためラインを外したところ、コネクタが装着されておらず、患者が意識消失し、頭部CTで空気塞栓が疑われた事例、が報告されている。

中心静脈カテーテルのクランプを閉じぬまま接続を外すと空気が流入する危険性があると院内で周知する、ラインを外す際は患者側のラインが閉鎖式コネクタやクランプにより閉じていることを確認する、といった当該医療機関の取組みもリーフレットで紹介されている。

他に、死亡時画像診断の頭部CTで、両側に同程度に貯留する血腫や水腫が事前に把握されず、解剖で硬膜を切開すると勢いよく血液などが漏れてくることもある。

私たちは、解剖で得られた客観的事実を社会にお返りする。臨床の知見、法医学の知見を共有できればと思う。