

「名古屋大学医学部附属病院を受診した高齢女性が、その翌日他院に搬送され死亡した事例」と医療事故調査報告書の概要

平成 21 年 2 月 10 日、名古屋市在住の 70 歳代の女性が、嘔吐と腹痛を訴え、名古屋大学医学部附属病院（以下「名大病院」という）救急外来を受診した。診察、採血、レントゲン撮影の結果、担当医は習慣性の便秘症による腹痛を疑って浣腸を実施、患者は帰宅した。しかし翌日早朝、患者の容体が急激に悪化、意識消失、心肺停止状態に陥り、救急車で S 病院に搬送された。S 病院にて腹部 CT を撮影したところ、消化管の穿孔を示す所見が得られた。蘇生処置によって一旦心拍が再開したものの、やがて急性循環不全となり、意識が回復しないまま、患者は同日中に死亡した。消化管穿孔の原因が不明であったことから、S 病院は速やかに所轄の警察署に異状死届出を行った。検死ののち、同院にて病理解剖を実施したところ、S 状結腸穿孔による広範な腹膜炎が確認され、死因と判定された。

名大病院は本事例の診療経緯の検証を目的に、同年 12 月 2 日、外部委員主導による事故調査委員会を設置した。調査委員は、他施設の総合診療専門医、他施設の消化器外科専門医、他施設の救急医学専門医、弁護士（愛知県弁護士会から推薦）、名大病院消化器外科専門医の 5 名から構成された。委員会は計 4 回開催され、診療録、解剖所見をはじめとする医療情報の検証に加え、関係医療者からのヒアリング、などを行った。平成 22 年 8 月 25 日に調査報告書が完成し、9 月 13 日に遺族に対し病院長から説明が行われた。

経緯の詳細

1. 平成 21 年 2 月 10 日 14 時 30 分頃、増悪軽快を繰り返す腹痛と一時的な嘔吐を主訴とする患者さんが名大病院救急外来を受診した。総合診療部所属（当時救急部・集中治療部ローテーター）、当日救急外来担当の臨床経験 3 年目の医師が診察を行い、腹部所見の診察、血液検査、胸部・腹部単純レントゲン写真撮影を行った。反跳痛や筋性防御などの腹膜刺激症状は明らかではなく、血液検査、レントゲン検査から、重篤な急性腹症の所見はないと判断、もともと便秘傾向であったことから便秘症による腹痛の疑いと診断し、浣腸処置を行った。やがて反応便あり、自覚症状はすっきりした感じにはならなかったが、症状は落ち着いていたため、便秘薬で様子を見ることとし、症状の増悪あれば受診するようにとの説明の下、17 時頃に帰宅となった。
2. 帰宅に際し、担当医は救急専門の上級医に経過を簡単に報告したが、担当医は“重篤な疾患はない”と認識していたため、簡便に方針伝達を行ったのみであり、たとえば画像の読影依頼など、臨床判断についての検証を求めたものではなかった。救急上級医も、帰宅に際しての正式な承認を求められたという認識ではなかった。
3. 帰宅後も患者さんの腹痛は持続した。翌朝 7 時 30 分頃、患者さんは、自宅に泊まり込んで付き添っていた家人との会話の途中で、急に意識を消失した。家人により救急車

が呼ばれたが、救急車到着時はすでに心肺停止状態であり、蘇生措置を実施しながらの搬送となった。その日、名大病院は ICU が満床であり、「三次救急受け入れ不能」の状況にあったため、患者さんは市内の他病院（S 病院）に搬送された。

4. 8 時 05 分頃、S 病院に到着。蘇生にて心拍動が再開したため、頭・腹部 CT 検査を実施したところ腹腔内に遊離ガス（フリーエア）を確認、消化管穿孔が疑われた。しかし、全身状態不良のため手術を実施するに至らず、急性循環不全にて 15 時 41 分に死亡した。
5. S 病院は、穿孔原因が必ずしも明らかではないことから、異状死として警察へ連絡し、検死が行われた。
6. S 病院の救急部医師から、下部消化管穿孔が死因と推測されるが、確認のためには病理解剖が必要との説明がなされ、ご遺族の同意のもと病理解剖が同院にて実施された。
7. S 病院から名大病院救急部に情報提供を求める連絡があり、本患者を診察した医師が同院に出向き、S 病院の救急部医師に対し名大病院での経過を説明した（ご遺族には面会していない）。
8. 3 月下旬、ご遺族から名大病院医療の質・安全管理部に対し、名大病院救急外来での診療について説明をして欲しいとの希望が伝えられた。医療の質・安全管理部はさらに検証が必要と判断し、関係診療科および外部専門医（他施設の消化器外科専門医）を招いて院内検討会（病因・死因カンファレンス）を行うこととした。名大病院の資料に加え、S 病院の診療録、および病理解剖報告書などに基づいて、5 月 22 日に病因・死因カンファレンスを行った。
9. 病因・死因カンファレンスにおいて、外部専門医から腹部単純レントゲン写真において、後方視的にみればフリーエアの存在が疑われるとの意見が述べられ、名大病院救急外来受診時に S 状結腸穿孔が存在した可能性が強く示唆された。6 月 21 日、名大病院は本カンファレンスの結果をご遺族に報告した。さらに 10 月 7 日、外部委員主導による院内事故調査委員会を開催する旨をご遺族に説明し、了解を得た。また、報道公表について説明し、了解を求めた。
10. 平成 21 年 12 月 2 日、第 1 回事故調査委員会が開催された。以降、平成 22 年 1 月 6 日、2 月 10 日、7 月 19 日の計 4 回、開催された。8 月 25 日に最終報告書がまとめられた。
11. 平成 22 年 9 月 13 日、名大病院は院内事故調査委員会の結果をご遺族に説明するとともに、謝罪した。また、報道公表についても再度了解をお願いした。
12. 平成 23 年 8 月中旬、報道公表の概要について、ご遺族の了解が得られた。

事故調査委員会の検証と評価

1. 病理解剖の結果、S 状結腸（回盲部から 145cm、肛門から 40cm の部位）に 15×10mm 大の穿孔を認め、穿孔部には腫瘍、憩室や炎症性変化を認めない。それ以外に死因となる病変を認めないことから、S 状結腸穿孔性腹膜炎が死因と考えられる。正確な穿孔時期の特定はできないが、症状の推移から振り返ると、名大病院受診時にすでに穿孔していたと考えられる。
2. 名大病院受診時の担当医が行った問診、診察、所見の記載に問題はなく、病歴だけから直ちに重篤な疾患を想起できなかつたことはやむを得ない。
3. 来院時の検査で、脈拍増加、白血球低値、血色素値高値などの異常を示しているが、いずれも目立たないものであり、CRP 値（炎症反応）も陰性である。担当医はこれらの異常を認識していたが、嘔吐による脱水と判断し、急性腹症と捉えることはなかつた。異常所見に留意していたという点では、診療プロセス自体には問題がない。
4. 腹部レントゲン写真にフリーエア所見が指摘されるが、担当医はこれを捉えていない。この点について、調査委員医師 4 名の見解は、消化器疾患を専門としていない研修医のレベルでは読影困難な所見ということで一致した。他方、急性腹症の診療経験を有する臨床医であれば、本例にみられた異常に気付いた可能性は高く、確定診断のために腹部 CT 撮影を指示したものと思われる。
5. 急性腹症が念頭にあれば腹部 CT の撮影は必須であるが、そもそも担当医は急性腹症と考えていないので、撮影指示は期待できない。つまり、本事例では、担当医師団が急性腹症を疑うことが可能であったか否か、すなわち、担当医の判断の適切性や、救急上級医の判断が適切に加えられたかどうかの問題となる。
6. 診察にあたった医師は 3 年目の後期研修医であり、救急外来における腹痛診療、特に急性腹症と総称される重篤な症候群の鑑別診断における臨床経験が不足していたと指摘されても仕方がない面がある。また、診察を行った医師から救急上級医に正式な診察依頼や帰宅の可否を問う確認依頼がなされていなかったが、これは『3 年目の後期研修医は患者を帰宅させる決定を行うに当たって上級医の承認を必要としない』という名大病院救急外来部門での取り決めが影響したものと考えられる。すなわち、名大病院の救急外来において、比較的経験の浅い医師の診療技能や判断能力を補うための診療体制（研修医と上級医の緊密な連携）および、指導体制が十分でなかった。
7. 一般的に急性腹症を疑った場合は浣腸を行うべきではないが、当事例では担当医が急性腹症ではなく便秘症を考えていたため、浣腸が行われた。この浣腸処置の影響についてであるが、本事例においては、受診時にすでに腸管穿孔は起こっていたと考えられることから、浣腸が直接腸管穿孔を引き起こしたものではない。ただし、浣腸は腸管内圧を高めるため、腸管内容の腹腔内への漏出を促進した可能性も含め、浣腸が病状の推移に悪影響を与えた可能性は否定できない。

8. 本事例においては、早期に腸管穿孔の診断ができ、時期を逃さずに手術が行われていれば、患者を救命できた可能性はある。
9. 本事例は分類上、特発性大腸穿孔に該当する。特発性大腸穿孔は、(1)穿孔部腸管壁に穿孔以外の肉眼的病変を認めない、(2)腸管内異物、あるいは通過障害を認めない、(3)癒着、内ヘルニアなどの腹腔内異常や腹壁ヘルニアを認めない、(4)腹壁への直達外力、および医療行為による腸管損傷を否定し得る、場合と定義される。フリーエアー(腹腔内遊離ガス像)の出現率は33~37%で、穿孔の診断が困難なことが多い。一般的に、特発性大腸穿孔の発症から手術までの時間が短い方が救命率が高い。文献上、大腸穿孔の死亡率は0%、19.6%、22.4%、29.9%などの報告がある。
10. 名大病院救急部では、救急部専属医師が不足しているため、時間外診療業務に従事する医師は、救急部以外の診療科から派遣される短期ローテーターが務めている。短期ローテーターの臨床医としての経験年数や専門性はまちまちであり、講習会や症例検討会は定期的に行われていない。
11. 名大病院の家族対応において、患者さんの家族が担当医師への面会を希望したにもかかわらず、最後まで担当医と話をすることが持たれず、家族の不信感を強める要因となった。

事故調査委員会からの提言

1. 研修医の指導体制について

初期・後期を問わず、研修医指導の観点からは、派遣医師が固定されていないので実施上の困難を伴うかもしれないが、救急部に派遣される医師に対する講習会や症例検討会などが、是非とも行われるよう切望する。また、救急部専属医師数の増加を図り、初期臨床研修や後期臨床研修において若い医師を教育・修練するシステムを作ることとその実施が望まれる。

2. 救急部の診療体制・医師勤務体制について

- (1) 救急外来における診療の責任は救急部長および救急部専従医師が負う。
- (2) 救急部長のもとでの救急部の指揮体制を整える必要がある。すべての時間帯における指揮命令系統を明確にし、常にその頂点には救急部長が立つ。
- (3) 救急部の管理には、専従する看護師長を選任し、配置する必要がある。
- (4) 夜間および土日の非救急部専従医による当直体制を早急に廃止すべきである。
- (5) すべての勤務帯において、救急部専従医が1名以上、救急部に勤務する体制を整える必要がある。この人選は、救急科専門医が少ない現在、各診療科より一時的に派遣されるように工夫するとよい。救急部教員は、少なくとも1年以上は救急部専従として勤務することを条件とし、毎日のカンファレンスに参加し、知識、技能を共有することを義務とする。

- (6) 各科からローテートで出向する医師は、着任前に、救急医療等についての研修を受け、ある程度以上の習熟成果を前提として、初めて勤務に就くようにする。
- (7) 救急部専従医により、毎日の患者カンファレンスが行われるべきであり、多数のスタッフが全患者情報に目を通す機会を作る必要がある。
- (8) 各科との連携が必要な領域の討論が必要な場合には定期的に合同カンファレンスを持つ（感染カンファレンス、リエゾンカンファレンス、画像カンファレンスなど）。
- (9) 画像診断については、放射線科専門医等の第三者の検討にかけることを原則とすべきである。また、当該科の人員が不足し、リアルタイムに対応できない場合には、特に、夜間・週末の放射線科医師（または、責任を持って読影を行う医師）の当直（オン・コール）体制の構築について早急に検討すべきである。
- (10) 研修医は後期研修医を含めて、救急部専従医の最終評価を得ずに患者を帰宅させてはならない。
- (11) 経過観察入院が必要な場合には、救急科として院内ベッドを運用すべきである。

3. 家族との対応について

家族への病状説明は、関係部門と、特に本事例にあつては搬送先病院関係者とも十分な診療情報の共有を図った上で行うべきであったと考えられる。また、仮に診療経過において過誤がないと考えられる場合であっても、家族の心情には十分に配慮し、共感的に対応することが求められる。また、一般論としてではあるが、クライアントとの対応において、一旦、組織として責任回避的・自己保身的に対応していると誤解されてしまうと、その後の信頼感の構築に障害となるので、家族の受け止め方には十分配慮して接しなければならない。

また、ある程度時間が経過した段階で、家族の求めに応じて落ち着いた環境で担当医との面談の機会を持てるように、病院側として環境整備を図ることが求められる。

<名大病院の見解>

当事例は、嘔吐と腹痛を主訴に当院の救急外来を受診した患者さんが、便秘症による腹痛の疑いの診断にて浣腸処置を受けて帰宅したところ、翌朝自宅で急変し、救急搬送先の病院で死亡されたというものです。搬送先の病院での病理解剖の結果、患者さんは特発性大腸穿孔（S状結腸穿孔）による重篤な腹膜炎を呈していたことがわかりました。調査報告書によれば大腸穿孔は患者さんが当院の救急外来を受診した時点ですでに発症していた可能性が高く、もし当院がその時点で異常を疑い、腹部CTなどを行って早期に診断を確定し、緊急手術を施していれば、本患者さんを救命できた可能性があったとの指摘を受けました。なお、一般的に大腸穿孔に浣腸処置は禁忌とされますが、本患者さんに行われた浣腸が腹膜炎を増悪させた可能性も否定できないことを指摘されました。

一方で、本患者さんの腹部症状が急性腹膜炎にしては比較的穏やかで典型的ではなく、検査の異常も目立つものではなかったこと、腹部レントゲン写真に写っていた異常所見（フリーエア）が腹部の専門家でなければ発見することが難しいレベルのものであったことなどから、当時の診療体制では本患者さんの大腸穿孔を早期に診断することは困難であったとの見解でありました。担当した医師は、急性腹症の診察の経験不足は否めないものの、本患者さんに実際に行った診察や、検査結果の判断、便秘症との診断にいたる鑑別方法などは3年目の後期研修医として逸脱したものではなく、今後の研鑽は必要であるとしても、当日の診療行為に大きな落ち度はなかったものと理解いたしました。

これらの状況を総合した上で、当院における高度先進病院としての救急診療体制の不備、すなわち、救急外来における比較的経験の浅い医師の診療技能、判断能力を補うための診療体制や指導体制が大学病院に期待されるものとしては十分ではなかった点を指摘されました。特に『3年目の後期研修医は患者を帰宅させる決定を行うに当たって上級医の承認を必要としない』という取り決めの存在は、担当医が本患者さんの診察や画像の読影を救急上級医に正式に依頼することなく帰宅の判断を下したこと、さらに救急上級医が本患者さんの臨床判断を担当医にある程度任せ、簡単な報告を聞いたのみで次の業務に取り掛かったことの原因となったと考えられます。本患者さんの大腸穿孔の早期診断には経験豊富な専門家の診察協力が不可欠であったことを考えれば、本患者さんを救命するためには不十分な管理体制であったと認識いたしました。

名大病院はこれらの指摘を重く受け止め、あらためて患者さん、およびご遺族に謝罪申し上げます。さらに本事例を教訓とし、調査報告書からの提言にしたがって救急におけるコンサルト体制を見直し、担当者の教育を充実させ、高度先進病院として期待される救急診療の安全性の向上に集中的に取り組むたいと考えております。また、本事例を広く公表し、多くの救急診療の現場に警鐘を鳴らすとともに、同種事例の再発防止を呼び掛ける次第です。

<名大病院として取り組んだ事項>

1. 名大病院の救急部長職は前任者の逝去後、空席となっておりますが、全国公募による選考を行い、平成 22 年 2 月 1 日より、新たな救急部部長を配属しました。
2. 救急部の教員数、および専属医師数を増加し、救急体制を強化することとしました。
3. 従来の教育システムに加え、ローテート研修医師や救急部への派遣医師に対する新たな教育・修練システムを導入しました。
4. 一部の夜間帯を除いて、救急部専従医師の最終評価により患者帰宅とすることを決めました。
5. 従来の集中治療部を救急・内科系集中治療部（Emergency & Medical ICU）と外科系集中治療部（Surgical ICU）とに分割し、機能を分けることとしました。新救急部長が救急・内科系集中治療部長を兼務し、救急患者の入院対応や経過観察に救急専従医師が責任をもって対応できる体制としました。