

## 検死、米国における医療関連死の評価

南カリフォルニア大学名誉教授  
前ロサンゼルス郡検視局長  
(主任監察医・コローナ)  
トーマス・野口

### Forensic Pathologists & Quality Assurance of Patient Care

**Thomas T. Noguchi, MD**  
Professor Emeritus of Forensic Pathology  
University of Southern California  
Chief Medical Examiner-Coroner (Ret)

今日は、今まで医療安全対策制度が、一応アメリカではできてまいりました、それまでのいきさつと、病院内で Peer review という同僚評価組織について、私が座長をしております総合外科医療センターでのやり方を例にとりご説明いたします。

そして最後に、実際、関連死などの報告があった場合に、ロスの検視局ではどう動くかということをお話ししたいと思います。

### 1960-1970- Fear of Being Blamed

- Reaction - Not admit errors
- Attempt to manage within the hospital
- Each department worked separately
- Strong resentment of lawyers, exploiting patients
- Newspaper headlines: wrong side surgery, death from blood transfusion, etc. (res ipsa loquitur)

1960年～70年代とといいますと、大分一昔前なのですが、そのころは、ベトナム戦争反対運動から消費者運動、また、人権問題で大騒ぎをしていた米国でございます。そして、医療過誤も新聞沙汰になってきた。それに対して、医師の反応と申しますか、間違いを率直に認めると賠償額も高くなるという懸念もあり、できるだけ病院内で処理したいという希望が強く、また、弁護士たちがああいうふうにするから、こういう訴訟が多くなったという resentment (恨み・つらみ：編者訳) を非常に強く感じておりました。

### Hospitals Fought Back - 1970s

- American physicians practice in hospitals
- Hospital is often a codefendant
- Hospitals expanded service to include:
  - Legal counsel for advise
  - Education program for physicians
  - Professional Risk Management
  - Concept of Informed Consent
- Credentialing of medical staff

病院の方では、その対応に乗り出したのは、次のような理由からです。米国では病

院は大部分がオープンシステムですから、開業している先生が、自分の患者さんを病院に連れてきて、続けて診断・治療します。関連死の場合は、開業医に加え病院側も同時に訴えられるために、弁護士の方に関する講演やリスクマネジメントの説明を先生方に聞いて頂いていました。その頃、30年ぐらい前ですが、患者さんたちの期待と治療の結果についての差も非常に大きく、その理解を得るために、informed consentということが言い出されました。

医療ミスなどという大きな headline を、現在日本の新聞で見ると同じようなことが米国でも 1970 年前期に起こっていました。これにより、訴訟が多くなり、そのため、医療経費が高まり、医療損害賠償保険の掛金がどんどん上がるし、最後には、保険会社もとても入会してもらえないという状態で、特にリスクの高い specialty、即ち、産科、麻酔、整形、形成といった専門医達が治療が続けられなくなり、政府としても十分な医療を確保されない crisis、危機になりましたために、医師会の動きで、調停のために MICRA がカリフォルニア州で立法されました。これは米国で最初であり、またこれが 1 つのポイントとなって、現在動いております。

## URGENT COUNTER MEASURES

- 1975 – MICRA legislated
- Limits non-economic damages
- 3 year Statute of Limitation
- Limits the contingency fee
- Sets 90 days' notice of intent to sue
  - Legal basis of the claim
  - Type of loss
  - Specific nature of injury
- Binding arbitration

MICRA というのは、英語でいえば、Medical Injury Compensation Reform Act (医療被害補償改革法：編者訳) と申しまして、医療中に合併症などが出たときには、早急に適切な措置をとれるようにする。その 1 つとして、弁護士の求める慰謝料、それから患者さんたちの治療費とを区分しまして、医療費は完全に払うが、慰謝料は 25 万ドルまでと制限し、それだけでなく、訴えを始めるためのプロセスがはっきりと法に定められ、まず医師に訴訟をおこすと通知をした後、90 日以内にその訴訟を起こさなければ無効になるというような、1 つの deadline をつくりました。それだけでなく、訴訟を起こす根本的な理由を書類にして提出しなくてはならないようになりました。

## Alternative Dispute Resolution

- Under the MICRA, Binding arbitration
- A written contract for medical services
- Court-referred arbitration that is final unless a party objects to the award

訴訟という方法ですと、解決するまで何年とかかります。そこで、binding arbitration (拘束力のある調停：編者訳) という、法廷の指導のもとに行われる調停が考え出されました。まず、この調停に持ち込み、最終的な結論を受け入れるという前提の下で、公認の調停官により調停が進められるようにする。その後、どうしても折り合えない場合は法廷での訴訟に進むというような規則が作られました。

## 1975-Medical License Renew

- Gradually tightening requirements for renewal of medical license
- CME credits - 100 hours within four (4) years
- No Credential and Peer review problems, such as disciplinary action or malpractice claims, allowed

でも、それだけで安心はできない。というのは、医師の方にも条件がついてまいります。まず、医師の能力の問題です。医師免許証は2年ごとの再交付になっています。ちょうど自動車の運転免許証と同じように。

それで、この際交付を得るには、必要な臨床に役立つ全米医師会が認めた講義並びにセミナーを受けていることと出席証明書が必要です。それだけでなく、その2年間に医療事故のないこと、また医療に携わるのに問題のないというのが条件で、問題がもちろんあっても、再交付を受けられますが、その前に一応審査されるようになったのです。

15年ぐらいたった後、1986年には、医師免許所のデータ・シェアリングが必要となりました。各州で免許証を交付していますから、カリフォルニアで免許証を失った先生でも、隣のアリゾナに行って開業するということも可能だったと思います。そこで、全国的にデータバンクを作り、市民の皆さんに安全な医療を供するために、免許証という観点から、医師の査定をしていこうということでもあります。

## Medical Practitioner Data Bank

- 1986 - Federal system of reporting and releasing information
- Purpose: Encourage licensing boards, hospital, professional societies, other health care entities to identify and discipline
- Restrict ability of incompetent physicians to move without disclosure or discovery of previous medical malpractice payments

同僚による査定を中心に質の向上を図るのが原則ですが、でもやはり事実を話したら、それがもとで業務上致死罪というよう

な、刑法にかかわるような怖さ並びに懸念というものがあつたのでは、皆さんも話しにくいと思います。医療改善にもならない。

### **Safe Harbor Concept in 1986**

- Important immunity protection
- Federal Health Care Quality Improvement Act of 1986
- California Fair Hearing of 1986 (SB1211) requires due process for the rights of individual physicians before, during and after a peer review hearing

### **Safe Harbor**

- Peer Review Process guarantees confidentiality
- Case based discussion on each event regarding deficiency in diagnosis, judgment, treatment, technique, program & system, including nosocomial infection
- California Code of Civil Procedure protection of these materials and records from subpoena

米国ではそれを解消するために、Safe Harbor Concept、「Safe Harbor」を強調いたします。それは、大嵐になったときに、船が港で嵐が去るのを待つという、1つの protection といえますか、immunity (免責条項) といえますか、それを与えるという法律の原理ができました。これは 1986 年に全国的に、またカリフォルニアでも、法律が作られました。病院内で Peer review organization として、合併症死亡例を討論した場合のデータは、訴訟が起こっても書

類提出命令のときに拒否することができる

### **JCAHO requires QA & Peer Review - 1988**

- Peer review of work products
- QA program, M&M and Peer Review Committee
- Classification of deaths as non-preventable, potentially preventable, or preventable
- Identify the main deficiency
- Importance of "Loop closure"

という法律です。

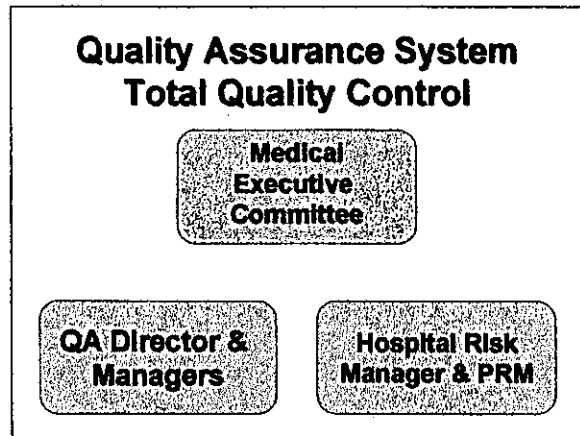
1988 年に、病院査察を全国的にやっております。その中に、医療安全対策のための Peer review の organization、そういう体制がなければ病院として認められないために、病院としては万全をつくして QA プログラムをつくりました。

### **California Patient Protection Act of 1991**

- Protect all persons from exposure to blood borne infectious diseases and provide universal infection control
- OSHA inspection
- Personal protective equipment & precautions required
- Housekeeping/Medical waste management

その 2,3 年後、患者、医療などの Patient Protection Act of 1991 が立法化しまして、ご存じのように、エイズが非常に蔓延しているときに、注射針やいろいろなシャープについての使い方、並びに解剖または医療を施すときに必要な safety を強調し、この

法律は患者さんの為だけでなく、そこで働いている、病院内で業務を負っている人たちにもその safety について、病院側は責任を持たなければいけないものです。



ここに Quality Assurance に関する3つの organization chart があります。米国と日本とは非常に似ていました。米国ではリスクマネジメントというものを強調せず、事故が起こってからそれに対して一生懸命皆さんのお世話をするというより、常時査定しておく方が安全を保つのに適当だと考えております。

### Transparency and Public Access

- Florida experience – no correlation between prior malpractice claims filed and the technical quality of practice
- But more interpersonal problems involved requiring global evaluation
- Patient records are confidential, but the records are released to the patients

次の transparency についてのお話ですが、フロリダの経験では、実際訴えられた

先生と訴えられない先生と、データを調べてみますと、知識や技能にそう差はないけれども、訴えられやすい先生は、グループとしては interpersonal problem といえますか、コミュニケーションに無理があったので信頼感がなかったという結果がでました。そこで、大学内では、卒業するまで学生には bedside manner と申しますか、そういう訓練を強調してまいりました。

実際、大きな医療ミスでなくても、どの点まで話すのか、だれが話すのかということについて討論しておりますが、このお話をいたしましょう。

### The Lexington VA Medical Center

1987 – First health care organization in the US to practice open and voluntary error disclosure

- Full disclosure includes informing patients of adverse events known to have caused harm or injury to the patient as a result of medical error or negligence
- Discuss liability and offer apology
- Discuss remedy and compensation

レキシントンの在郷軍人病院で、早くから voluntary に、また患者さんが聞く前に、もしエラーがあつたら、その経過を説明する。申しわけないというよりも、まず結果をお話しするというシステムをとって、大変注目されました。結果的には、それに対する訴えの数は多くなっても賠償金自身は非常に少なかったというデータが出ました。このように米国では、実際に主治医

が率先してお話しするというのがこのごろ常識になってまいりました。

### Role of Clinical Pathology

- Every specimen taken in the operating room, must be sent to the Department of Pathology and a written report issued
- Laboratory management includes the point-of-care issues
- Quality assessment and peer review
- Tissue Committee reviews accuracy of clinical diagnosis
- Sufficient clinical and anatomic pathologists are trained annually

病院内では、臨床病理医の活躍は医療安全対策には非常に大切なものです。そこで、第2部のお話となりますが、長い間、医療安全対策についての業務をしておりました経験をお話申し上げます。病院内で実際、同僚の Peer review というのはどういうやり方をしているかということでございます。

### Trauma Hospitals in Los Angeles

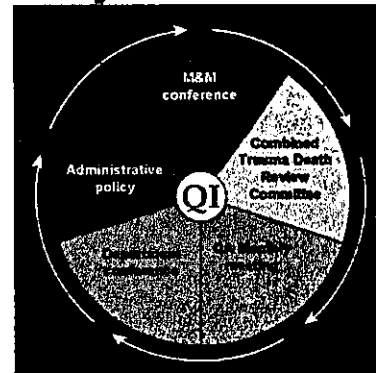
- LAC+USC Medical Center is Level I Trauma Center and Major Trauma System, approved by the Am. College of Surgeons – Inspecting and Accrediting agency
- Level I – Leadership and total care for every aspect of injury from prevention through rehabilitation – resources and personnel
- Level II – Initial definitive trauma care, regardless of the severity of injury

ロス地区の総合外傷センターは数多くありますが、レベルIという、大きな大学を中心にしたものは、数は少なく4つしかありません。あと、9のメディカルセンターが、レベルIIとして活躍しております。

医療安全対策を全うする回路については、

車のように輪になっております。このようなやり方で、一番大切なのは、事故が起こったり合併症が起こった場合に、どういう審査をして、最終的には、それを起こした部門に information が返ってくるということだと思います。英語でいえば Loop closure といって、大騒ぎした結果、最終的に結果がわからなかったという事を避ける事がたいせつです。

### Trauma System QA Committee



このスライドにある赤（註：M&M conference, 円グラフ上部：編者註）は、毎週の症例検討会です。

### Trauma Surgery & Critical Care M&M Conference

#### First Step of QA & Peer Review

- Trauma QA Staff, Trauma Attending Staff
- Intensivist, Residents and Fellows
- Critical Care Nursing staff
- Clinical Pharmacists
- Respiratory Therapists
- Dietician

そのときは、全外傷外科の staff、看護婦、

intensivist、ICUの専門家、critical care nursing staff、それから臨床薬剤師、respiratory therapists、いろいろな医者以外に team として働いている人たちが出席し、検討いたしますが、検討はシステムを調べるには外傷自体を、ロスのシステムとニューヨークのシステムとテキサスのシステムを比較するには、どうしてもTRISSという1つの統一した criteria がないと比較ができません。

### TRISS FALL OUT

- **TRISS = the RTS, the ISS, the age of the patient, and the mechanism of trauma (blunt or penetrating)**
- **It gives an estimate of the probability of survival**
- **Advantage: Objectively compares the results of a group of patients with results of other groups in different trauma centers for quality assurance purposes**

TRISSというのは、計算的に、いわば Revised Trauma Score とか Injury Severity Score から計算して、この formula を使いますと、実際に治療後の生存率が出てきます。例えば生存できるパーセントが高いのに、例えば80%の割合で助かるべき外傷で亡くなった場合は、委員の方で詳しく調べます。そのような例にミスが多いのです。

### Monthly Trauma Center QA Meeting

- **Trauma Center QA Members – Chief of Staff, Trauma Surgery, Emergency Medicine, Forensic Pathology, Nursing and QA staff**
- **Trauma Specialty Services: Neurosurgery, Orthopedics, OPS, OTO, OB/GYN, URO, PED, Jail ward**
- **Radiology, Transfusion Medicine, Rehabilitation**
- **Hospital Administration and Informatics**

私が座長をしている Combined Trauma Death Review Committee の委員たちは、脳外科、外傷外科、緊急医学、それから麻酔。まず外傷に関係した専門家が各部から選任されて、1つ1つの死亡例を、

### Final Preventability Peer Review Autopsy and System Check

	2002	2003
1. Preventable Deaths	1	1
2. Potentially Preventable Deaths	10	7
3. Non-Preventable Deaths	220	293
Review of SOC		4
RECOMMENDATION TO ADMINISTRATION		1

1) うまくやれば助かったという Preventable deaths、それから、2) 最後は助かっていたと思うという Potentially preventable deaths、3) それから最後は、やはり外傷、病気が非常に進行していたために、次に同じようなケースが来ても助からない Non-preventable deaths に分類します。

またそれを記録いたします。それで、調

べてみて、スライドに数字があります。お手元にプリントがありますから、ごらんください。

この記録は、提出命令が出た場合には、やっぱり懸念がありますから、どうしてもこういうデータについて保護しなくてはけません。

### System Improvement

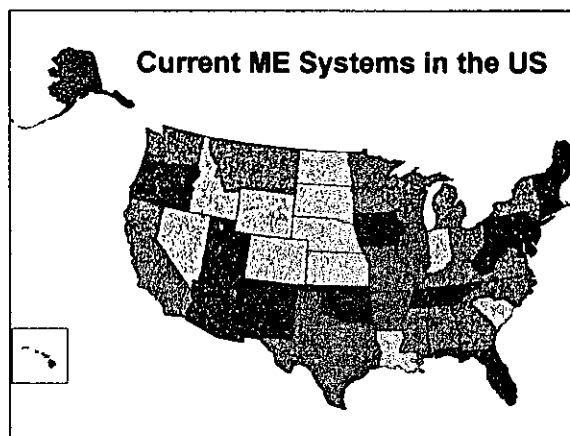
- Case #1 – TTA failure – Trauma surgeon did not respond to the DEM Beeper system failure
- Case #2 – An elderly woman fell and sustained mild trauma, vitals were good, later cardiovascular complication developed and led to death – TTA criteria for age >70
- Loop is completed

システムを調べてまいりますと、実は1つ1つのケースよりも、この頃では医療対策システムとして特に考えております。

まず、ケース2にあります、年をとったおばあさんが転んで外傷を負った例。軽度であったけれども、トリアージして待っている間にどんどんバイタルサインが変わってきて、ついに cardiovascular complication、で亡くなった例から、どうしても70歳以上の場合で、一応 criteria に合うものは、TTAというのは、Trauma Team Activation といって、患者さんが運ばれてくる前に、研修医が emergency room に行くのではなく、部長級の経験のある専門医が行って、1分でも争う状態で

すから、診療・治療方針を打合せ、例えば頭部のCTにするか、腹部のCTにするかを決めます。

それでは、死亡した例、関連死についての検視、検案・解剖についてお話ししましょう。



米国では、長い歴史を持つ、コローナ制度で役目としては medical consultants でしたが、その制度から、Office of Medical Examiner に改良し、そのMEの長に法医学者が責任を持ち、科学的捜査並びに解剖をいたします。いわば、死因を追求する科学警察と考えられたらいいと思います。[米国の地図を示し]この黄色い部分の州(山岳地帯、一部東部)(一番薄い部分:編者註)だけは、まだ昔のコローナ制度で、あとは、州は州単位または大都市でMEシステムを施行しております。



## Type of Cases Handled

- All sudden and unexpected deaths
- All deaths by violence
- All medically unattended deaths
- Suspected accident, suicide or homicide
- All trauma cases in which injury was the direct or indirect cause of death
- Unknown causes of deaths

MEシステムの典型的な、長い間の習慣というか基礎的な義務と申しますと、急死、異状死、すべての事故や他殺、自殺、それから暴力のために亡くなった、また外傷、それが直接、また間接の原因である場合、死因不明のような例はすべて検視局の管轄の中に入ります。

## Additional Responsibilities

- Deaths in custody or in jail
- Deaths during police arrest procedure or during transporting of prisoners
- Deaths in nursing homes
- Deaths in mental hospitals
- Deaths during therapeutic or diagnostic procedures or shortly thereafter at a hospital, ambulatory care center, surgical center, etc.

それ以外に、死因を究明するためでありますから、警察の留置場、あるいは監獄で亡くなった場合は、検視局の方で警察の内部を調べます。また、パトロールカーで容疑者を捕まえて、余り暴れるので、手錠を手にかけて足にかけ、うつぶせにした場合、留置場に着いたときにはその容疑者は呼吸

がなかったという例もあります。これ等を徹底的に調べ、勧告を出します。警察の方では、この勧告に従って検視局の検視の結果の死因や結論によって逮捕のproceduresを改良します。

最後に、ここに見えますのは、ロスだけでなくカリフォルニア州全体また、大体全国的にはこうだと考えられたらいいと思いますが、手術並びに心臓カテーテルのような侵入的処置をしている間に亡くなった、また、それが原因で24時間以内に亡くなった場合、また、surgical center、また、病院以外の場所で死亡した場合は、検視局の管轄内です。

検視局報告しないこともあるんじゃないかと思われるのですけれども、実は、死亡登録局の方では、検視局と登録局は同じようなところにおりまして、死亡診断書から見て、そういう処置が行われたということも分かるので、検視局に報告してきます、それだからミスがあったというわけではなくて、スクリーニングのためにこのような制度があるのです。

## Interagency Liaison and Planning

- Public Health surveillance team
- Death Certificate – vital statistics planning
- Prevention of child abuse (ICAN) and elderly abuse
- Multi-discipline educational program
- Legislation and testimony review
- Drug and alcohol prevention program
- Disaster preparedness and participation in disaster drill

MEの幅の広いところを、ちょっと説明いたします。

基礎的な犯罪、他殺以外に、公衆衛生的なものについて非常に気をつけております。例えば死亡診断登録書について、こちらの方で調べたり、臨床の先生方とお話して、適当にICDA-9、10という分類表にできるまでの指導をいたします。

## Disaster Preparedness

- Disaster preparedness – plans and drills
- ME is a member of Government Council with station in the Emergency Operational Center
- Department has large fleet of disaster equipment and command mobile vehicle with multi-channel communication
- Mutual Aid program & D-MORT deployment

そのほか、disaster について対策をとっております。地震とか航空事故などのときにも、実際現場に行つて関係官庁の人たちと一緒に仕事をいたします。

## Data Sharing

- NAME Data Sharing Program  
With Health department & CDC,  
FTC & FDA
- Failure of pacemaker
  - Defective medical instrument
- Police Social Services - Child, adult, elderly abuse
- Medical License Board: Therapeutic deaths due to physician negligence or incompetence
- Organ & Tissue Procurement with UNOS & TPO

大切なことは、やはりそこから出たデータを検視局だけの書類にせず、必要なものはFTAとかFTC、Federal Trade Commissionなどに渡すというのが、1つは社会の質の向上になります。

## June 6, 2003

- A single engine plane from Santa Monica Airport plunged into an apartment house at a busy commercial center
- ME Command post established - work with LAFD, LAPD, NTSB, FBI, Dept of Homeland Security
- Recovery of fragmented body of pilot, aircraft, determine cause of deaths,
- Established an onsite operation for sifting with ME-SORT

Disaster、これは去年の6月6日に起こった事件なのですが、これから音が出ます。

実際、サンタモニカから軽飛行機が飛び立って7分ぐらいに、突っ込むようになって落ちてきました。そして、その地区はapartmentや、大きな団地で、ユダヤ系の人が多く住んでいるところで、そうすると、

テロじゃないかという疑いも出て来たことで、死因だけでなく、その原因を調べるところです。

これはニュースです。

(ニュース画像を流す)

これはそのときの様子を流しています。

検視局では、現場に検視局の移動指令車を送り、command postをつくって連絡、指揮をしております。

次に、連邦航空局の方の係官が話をしております。

Bonanza 機でして、90 度垂直に突っ込んで落ちてくるのです。ですから、やっぱりテロじゃないかと思うのは当たり前です。

実際に、飛行機並びに Fragment になった遺体に対しての recovery は、検視局の責任で、この作業には1日、2日かかって、現場でそれを押収、並びに航空局の方に飛行機の部品などを渡します。

### ME Procedures

- Has authority to obtain entire patient records including toxicology, specimens (the power of subpoena)
- Investigative staff will not remove the body without required patient records.
- Investigator will obtain laboratory specimens for testing
- Forensic pathologist may conduct telephone consultations or respond to questions by the attending MDs

医療関連死にもどりますが、検視局の方に報告がありましたら、まず解剖する場合

には、解剖をする前にカルテ、病院の医療記録についてコピーを検視局に提出するのが義務付けされています。

この医療記録を基に、検視局の clinical consultant、臨床家と相談し、ポイントはどこにあるかを決め、解剖いたします。そのときには、普通の法医、専門医だけでなく経験のある法病理学医、たまには2人で調べます。

### ME QA is in Mind

- Welcome the attending or graduate physicians to attend the autopsy and discussion.
- Autopsy findings are immediately fed to the QA system of the department
- Family's or physician's attorney may send a clinical pathologist to witness the autopsy
- Original microscopic slides are kept, but duplicates may be released to the consultant
- Autopsy report with cause and manner of death is a public document and it becomes part of the deceased patient records.

これは司法解剖として扱わず、これは1つの医療改善のためと心得、関係の病院並びにお医者さんたちが解剖に立ち会いたいということは、もちろん welcome です。そしてまた、弁護士が自分のセレクトした病理の先生を解剖に立ち会わせたいというのも、もちろん当たり前です。解剖した所見については、早く病院の方に送り、それを医療改善にするようにしております。

## Screening Procedures

- Office of ME receives about 450 reports or referrals per year from the hospital ODA or Public Health Vital Statistics
- Senior ME on duty reviews each case with treating physician and discusses diagnosis, type of procedure, unexpected complications
- Autopsy performed on about 50 cases
- If deaths determined due to negligence or incompetence, referred to MBC and DA

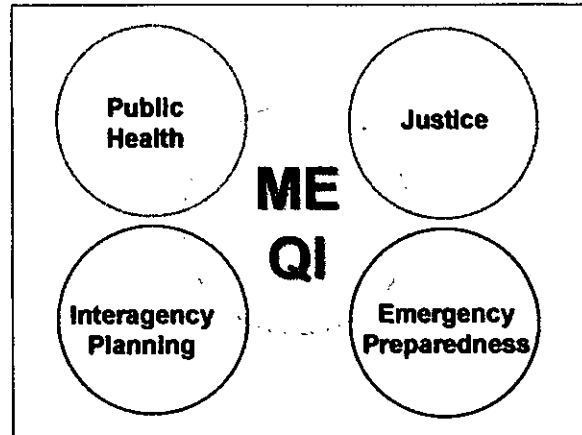
去年は450例ぐらいの医療関連死の報告がありまして、実際に治療リスクなどを調べた結果、50例ぐらいが解剖の対象になりました。もし、何かミスである、普通なら起こり得ないようなこと、例えば大きなガ一ゼを置いたとか、臓器を損傷したために炎症が起こったという場合には、免許証を出す役所に報告をする義務があります。

## ME as Peer Reviewer

- ME autopsy may be witnessed by clinicians
- Doctor's attorney request pathologist consultant to be present during autopsy
- Report is obtained for QA process, especially for the Trauma Center
- ME is requested to present findings at M&M Meeting or Combined Conference

法医学や法病理学というものは独立体ではなくて、医療の質を調べる業務にあります。法医の専門家の業務も、やはり Peer review しなくてはなりません。設備が十分

で人材が集まっていることを強調します。



## SUMMARY 1

- Stop blaming, search for the cause and system deficiency
- Provide safe harbor to promote earnest discussion by peer review
- Focus on system improvement
- Patient record and peer review documentation should be separated

総括といたしまして、この3つの部門を申し上げます。

実際の patient safety についての quality、assurance のおさらいをします。それから、医療関連死についてどういうふうに扱っているか。そして、私たち法医専門医たちも、やはり Peer review 的なものをしなくてはならないというものについて申し上げます。

まず第一に、もし医療事故が起こったとすれば、どのようにその再発を予防するかです。関係者たちを責めるのではなく、原因並びにシステムについて調べ、討論して

改善していく方が改良に近道です。そのときには、どうしても Safe Harbor 的な、質を改善するために、そのときに discussion した記録などを保護するという 1 つの concept はどうしても必要だと思います。

### SUMMARY 1A

- Peer review document and reporting data to the QI Office remain confidential
- Patient records controlled by the patient
- Active immediate disclosure and risk management
- Reduce litigations by providing binding arbitration

そのために、そこでつくった書類と報告書というものはカルテから別にし、それを Peer review committee の管轄内に置きます。大切なことは Active immediate disclosure (積極的な即時情報開示: 編者訳) ですから、患者さんが聞く前にお話するという精神が必要だと思います。それもやはり保護というか、気楽というか懸念なくお話しできるには、1 つの理解が必要だと思います。

その1つとしては、法廷に持っていく大きな訴訟よりか、binding arbitration 的な、法廷の指導に基づいた調停のメカニズムを考えられたらいいと思います。

### SUMMARY 2

- Create the third party organization similar to ME death review service
- Forensic pathologist and a group of clinical consultants to review
- Define the type of cases to report
- Autopsy report and review recommendation should be fed back to the hospital quality assurance program

そして、医療関連死問題へのこうした対応を、現在のような形で、警察の捜査や司法解剖といった業務上過失致死罪という観点から行わず、やはり罰するよりも改善する道を開くには、third-party、第三者の立場の、医学的に理解のある調査並びに改善組織があればいいと思います。

### SUMMARY 3

- Educational standards for the professional team for death investigation
- Own forensic team with standards, credentialing, certification and recertification to maintain the competency of the workers with QA documentation
- Interagency liaison to improve safety of citizens, data sharing, reporting of defective products
- Interagency relations regarding organ & tissue procurement

これで終わります。(拍手)

○大野座長 野口先生、どうもありがとうございました。

今、先生、大分先を急がれてお話しされたのですが、病院の中で治療中に亡くなられたようなケースについて、監察医といましようか、Medical Examinerに通知する、あるいはそちらの援助を受けるという場合に、どういうケースが Medical Examiner の取り扱いになるのかということなのですが。

○野口 まずは、治療中に亡くなった場合、もちろん全例を検視局の方に報告しなければなりません。報告しないで死亡診断書を登録局に提出した場合には埋葬許可が出ませんものですから、病院の遺族世話科 (Office of Decedent Affairs) から必ず連絡があります。

報告が義務化されているのは、ミスがあるというのではなくて、実際に検視局の方の専門家が見まして、どの例を解剖するかを決めます。率からいえば、大体1割ぐらいが解剖の対象になります。というのは、実際に手術中に亡くなっても、手術自身が命をすくうため、であれば、結果的には死亡した場合リスクの高い手術をするときには解剖の対象となりません。例えば腹部の大動脈瘤が破裂しかけ、手術をしたけれども、お年寄りで、結果が悪く亡くなった場合では、麻酔とは関係なしに、実際にリスクの高い手術の結果であった、という判断

により解剖しなくてもいいので、死亡診断書はそのまま検視局の判を押して死亡登録局に送られ受理されます。

○大野座長 その場合には、検視官、Medical Examiner は、一度ご遺体を見るわけですか。それともレポートだけで話が進んでいくのでしょうか。

○野口 全部の例は、USC (南カリフォルニア大学) におります私みたいな、病院に派遣されている forensic pathology をやっている者が見ます。でも、最終的な決断は中央の検視局の方で決めます。

○大野座長 後ろの方のスライドに出されておられるのは、治療中あるいは診断中の24時間以内の死はすべて届け出ることなんですか。

○野口 そうです。ただ、そういう screen mechanism (ふるい分け構造) をつくってあるということです。

実際に、Institute of medicine という医学院の発表の何万人の死亡があり、また、その大部分が薬物の処方並びに使い方によって亡くなったという報告がありましたが、実際、数からいって、私たちの扱うのは非常に少ないものだと思います。そのために、どうしても処方とか dispensing の方は、pharmacy の方で管理しなくてはいけないし、できれば On-Line でやる方法を使いたいと思っております。

○大野座長 ありがとうございます。

Medical Examiner の役割として、特に Peer reviewer としての役割というのが病院では非常に期待されているということでもよろしいのでしょうか。

○野口 はい。まず、検視局の業務の1つとして、Trauma Center で亡くなった方の解剖所見は、常時病院へ送ります。私自身は、それを外傷医療の質の検討に使います。実は、解剖所見がないと外傷の基準である TRISS というスコアが出てこない。その TRISS というのは、解剖した結果、臓器の損傷を使わなければ実際のスコアは出ないと。つまり、解剖をしないで質の評価はできません。

○大野座長 それは外傷に限らず、Medical Examiner が取り扱った医療関係の遺体については、情報は全部開示するという形ですね。

○野口 ですから、検視局は忙しいです。

○大野座長 それでループで回るような、情報が回っていくという形だということですね。

○野口 これは最近やったことではなくて、何十年とやっております。

○大野座長 このあたりは、後から東京都監察医務院の話も出てくると思いますが、病院での死亡についての取り扱いが、監察医務院と若干違う。先生の方がちょっと広くとらえられているようです。

それから、監察医務院で解剖した情報を

もう一度医療現場に返すという、このあたりがかなりアメリカの方が進んでいるのかなという印象を受けました。

フロアの先生方でご質問やご追加はございますか。いかがでしょうか。

○金沢 三重県のやまだ診療所の金沢といいます。

簡単に一言で。先生の医療ミスの考え方の「ミス」は何を意味するものでしょうか。

○野口 医療ミスというラベルをつける前に調べなければわからないし、このごろ、文献あたりには medical error という言葉がありますけれども、初めから分類するなら、event から始めた方がいいと思います。

medical error というのは、定義とすれば、私の理解しているものでは、正常の医療行為であり得ないような結果が出た場合、ミスというと思います。

米国では、余りミスという事を実際に Peer review のときに使いません。

○大野座長 多くのものは最初からミスがわかっているようなものでは、多くのものはないであろうということでしょうか。

○野口 それはもちろん、法的にも、レス・イプサ・ロキタ (Res ipsa loquitur “事実がかたっている”):例としてはコッツヘルやガーゼを手術中に置き忘れて術後腹膜炎で死亡した例、別な患者さんを間違えて手術をしたような場合、原告側の弁護士はこの原則を裁判官に訴えることができ、認めら

れた場合は医師の鑑定人の証言は必要がないとされる。編集者訳注) という定義があるように、お医者さんでなくても、一般人でも、事実を聞けばミスだと考えられるようなものですね。例えば、患部を右足と左足を間違えたの、ガーゼを取り残したの、コッヘルを残したというようなものは、ミスなんですから、そういうものを特別に対象にしておりません。すぐに患者さん並びに遺族の方に申し出て、そして適当な処置をとる必要があると思います。

○大野座長 ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

ほかにどなたか。

○岡嶋 東京医科歯科大学の岡嶋でございます。25年ぶりにお目にかかりまして、本当にお懐かしゅうございます。

私は、隠居しまして、世間を見てないのですが、ただ1つ、いろいろな報告書や何かを見て気にかかっていますことは、米国のどの病院も、**medical staff bylaws** という内規がありまして、それが非常に医療スタッフを厳しくさせている。例えば **Peer review** なんかも、それによって各医者に一定の時間を割いてそれに参加することを義務づけている。そしてその記録が、何年かごとの病院審査のときに厳重にチェックされるということを聞いたわけなんです、それは本当でしょうか。日本の場合の議論では、医者に **Peer review** を義務づけると

いうところの議論が少し甘い。それから、それが後でどういう形で、裁判に出さないで保護されているかわりに、病院の定期審査でチェックされるというようなところの締めもないような気がするのですが、これは私の誤解かもしれませんけれども、その辺は。

○野口 そういう規則はありました。1975年ごろから、**Peer review** でも、実際に病院内で、私が **Credential and peer review committee** の座長になったときは、12~13年前ですけれども、先生方の理解が非常になく、**Peer review** とは何だ、おれは教授なのに、私の診療記録や診断を調べられる学者は世界に数が少ないとかいっておられましたけれども、この **Peer review organization** というのは、医療安全対策に直接つながるもので、査定のうちに、病院として成り立つには、どうしても **Peer review**、それから先生のいわれる内規並びに各人の **competency** が問題になってきます。医師が卒業して専門家になって、実際に現時で **competent** であったかどうかについて問題になります。

ここにスライドで出てまいりますのは、1988年に病院内の監査の場合に、**Peer review** を、臨床の先生だったら、そのときにつくったカルテを全部調べます。それを1つの項目にして、全カルテの中でこういう記録があるかどうかを、実際に記録した



ものから査定いたします。

病理医の人たちもやはり査定を受けます。解剖医の場合は、例えば年間 120 体解剖した場合、最低 2%あるいは 4%ぐらいの数を、ランダムに、自分が引き抜くのじゃなくて、番号でランダムにとって、助教授並びに同僚が見て、査定いたします。その査定のスタンドアードがありますから、何も難しい、細かいものよりか、実際に書類が十分に記録されているか、それとも、解剖してもらった方がいいが、解剖の検案書がなかなか完成されなかったという状態では困りますから、一応時間的に大体 30 日以内に提出するという規則がありますから、それに沿っているかどうかを Peer review いたします。

それ以外に、各病院内の死亡例は、実際、preventable であったか、potentially preventable であるかということを実際に決めます。これは難しいことがあります。職員全部で手を挙げて、potential の場合は 6 人、potentially preventable の場合は 13 人という記録をいたします。実際にだれが手を挙げたというよりも、どういうパーセントで分類をしたかを記録いたします。

難しい問題ですけれども、こういうことをしていきますと、同じような問題が起こらなくなります。

○大野座長 先生ありがとうございます。

時間が迫ってきてしまったので、とりあえずここで議論は中断させていただきたいと思います。

先生、どうもありがとうございました。

(拍手)

○司会 大野先生、どうもありがとうございました。

トーマス・野口先生、改めて皆様の拍手をお願いいたします。どうもありがとうございました。(拍手)

## Ⅱ 日本の検案業務の現状と問題点

○司会 それでは、続いて、本日のシンポジウムの方に移らせていただきます。

座長は、東京都監察医務院の現職院長であります三澤章吾先生にお願いしております。

三澤先生、よろしくお願ひします。

○三澤 ご紹介いただきました東京都監察医務院の三澤でございます。では、早速今回のシンポジウムを始めさせていただきます。

タイトルは、ご承知のとおり「日本の検案業務の現状と問題点」ということですので、今回お願いいたしましたパネリストの方々は、実際にご自分で検案ないし解剖を担当しておられますけれども、それぞれの立場が違うといひますか、分野が違うといひますか、臨床医であったり、あるいは監察医であったり、それぞれの立場からいろいろな問題点を持っておられると聞いております。その問題点を出し合つて、しかも、それをどう解決していくか。あるいはこういう提案があつて、それが今後生かされるように、そういう意味のシンポジウムにしたいと思ひます。

確かに、異状死体の届出から始まり、検案、解剖となるわけですが、監察医制度が全国的にあるわけでありませぬ。現在5都市ですが、その監察医制度の中でも濃淡がございます。また、一般に監察医制度がないところでは、臨床の先生が検案を行つて

おりますけれども、やはりいろいろな問題を抱えているということも聞いておりますので、そういうものを今回全部出してもらひ、そこで何かの提案をしたいというのが今回の目的であります。

一応、5人のパネリストのお話が終わった後で、パネルディスカッションがございますので、質問は、まとめてパネルディスカッションのところでお受けいたします。その方が効率はよいかと思ひますので、そうさせていただきますして、5人の発表を先にさせていただきます。

最初に、東京都監察医務院からということで、柳田純一先生。もう35年ほど東京都監察医をされております。法医学会で、例えば異状死のガイドラインをつくつたときの委員長でありますし、あるいは法医学会の特別講演で、急死の問題で、監察医の立場から誤診率を出したり、また、死亡診断書の書式改訂では、法医学会の代表としてそれに携わつたりというような経験がございますので、そういうようなことも加えて、まず第一席、柳田先生、お願いいたします。

時間が非常に短くて申しわけございませぬけれども、よろしくお願ひいたします。

(拍手)

報告 1)

東京都監察医の視点から

東京都監察医務院監察医

柳田 純一

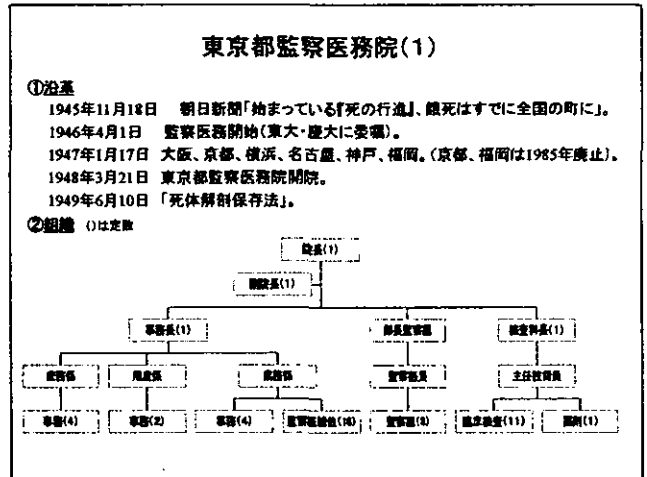
ご紹介いただきました柳田です。

1990年に日本法医学会総会で、異状死をめぐる制度的問題ということで、私が特別講演をさせていただきました。我が国の異状死をめぐる制度とか、検視、検案、解剖などのことについて述べさせていただきました。我が国の、(その当時の)厚生省、法務省、警察庁などは、異状死で亡くなった方の死因をはっきりさせることについて、ほとんど考慮を払っていないことを述べました。その後、本日に至るまで、事態はほとんど変わっていません。そこで、同じことをもう一回話をさせていただいても、お役に立つのかなと思って、きょう、出させていただきました。

そんなわけで、これからごらんに入れるスライドの大部分は、15年前のスライドです。東京、大阪、横浜、神戸など、監察医制度のあるところ以外の検視状況は、江戸時代とほとんど変わっておりません。いまだに銭形平次が検視をして、大岡越前守が何か考える、そういう日本のような気がします。

ということで、本論に入らせていただきます。

まず、東京都監察医務院の現状というのがどういうものかをご説明したいと思います。お配りしました紙の、「東京都監察医務



院 (1)」をごらんください。

①の「沿革」、東京都監察医務院ができた事情です。

1945年の8月15日に日本が負けました。終戦後、食糧がなくて大勢の人がどんどんと亡くなっていく。東京の上野の地下道とか、そういうところでは、空襲で家を失った大勢の方が横になっている。そして大勢の方が亡くなります。そうすると、近所のお医者さんが検案します。そして、やせ衰えている方は死亡診断書の死因の欄に「餓死」と書く。やせ衰えていない人には、「栄養失調」と書いて死亡診断書を発行して終わりになる。

もう戦争は終わったのですから、負けた国民を死なせてはいけないわけで、餓死と栄養失調ばかり出しているということは、占領政策上非常に問題があるわけです。そ