

（資料2）

診療行為に関連した死亡の調査分析法をめぐる諸研究 中間報告会（公開講座）のお知らせ

21年度厚生労働科学研究費補助金「診療行為に関連した死亡の調査分析に従事する者の育成及び資質向上のための手法に関する研究」（研究代表者 東京逋信病院 木村哲）では、下記の要領で中間報告会（公開講座）を開催致しますので、ご興味のある方は是非ご参加下さい。

お手数ですが、参加希望の方は参加申込書にご記入いただき、FAX(03-5214-7600)にて6月12日(金)迄に事務局宛にお送り下さいますようお願い申し上げます。

記

【日 時】 平成21年6月21日(日) 14:00—16:30

- (1) 14:00—14:10 挨拶（厚生労働省医政局総務課 医療安全推進室）
（東京逋信病院 院長 木村哲）
- (2) 14:10—14:40 届け出基準および捜査機関への通知について(仮)
（虎の門病院 院長 山口徹）
- (3) 14:40—15:10 死因究明の評価法について(仮)
（東京大学医学部附属病院血管外科 准教授 宮田哲郎）
- (4) 15:10—15:40 遺族と医療機関のアンケート調査結果について(仮)
（千葉大学大学院医学研究院法医学教室 特任助教 武市尚子）
- (5) 15:40—16:10 患者・遺族から医療安全調査委員会(仮称)に望むこと
（医療の良心を守る市民の会 代表 永井裕之）
- (6) 16:10—16:30 質疑応答

【場 所】 東京逋信病院 管理棟 7階 講堂

〒102-8798 東京都千代田区富士見 2-14-23（JR 飯田橋駅西口より徒歩5分）

<http://www.tth-japanpost.jp/koutsuu.htm>

TEL: 03-5214-7111(代表)

【参加費】 無 料（定員200名先着順）

お問合せ先: 〒102-8798 東京都千代田区富士見 2-14-23

東京逋信病院 病院長室

FAX 03-5214-7600

URL <http://kenkyu.umin.jp/>

A. 研究目的

平成 20 年 4 月に厚生労働省より医療安全調査委員会（仮称）の設置に向け第三次試案が公表され、同年 6 月には第三次試案を法律案として取りまとめた大綱案が公表された。第三次試案及び大綱案では、医療機関から医療安全調査委員会（仮称）への届出基準が定められ、また医療安全調査委員会（仮称）に届け出られた事例のうち悪質な事例については捜査機関へ通知することとされている。医療事故の原因究明を行う第三者機関の創設は広く求められているが、第三次試案及び大綱案に示された医療安全調査委員会（仮称）に対する医療界の意見は一致を見ていない。新制度の根幹となる医療安全調査委員会（仮称）への届出基準、さらに医療安全調査委員会（仮称）から捜査機関への通知範囲が明確でないこともその一因と考えられ、平成 20 年度の本研究班ではより具体的で分かりやすい届出基準と通知範囲を提唱した（資料 4）。

届出基準については、死亡原因を医学的・合理的に説明できるか否かの判断を基本に、より判断しやすい新たなフローチャートを示し、具体例を挙げた。また捜査機関への通知範囲については、議論の多かった大綱案に示された「標準的な医療から著しく逸脱した医療に起因する死亡又は死産の疑いがある場合」に代えて、医療者の倫理に照らした悪質性の高さを判断基準とし、故意に近い悪質な医療行為に起因する死亡又は死産という考え方を提案し、①医学的根拠のない不必要な医療、②著しく無謀な医療、③著しい怠慢、を新たな類型とし提唱し、具体例を示した。

平成 21 年度の本研究班では、昨年提唱した届出基準と通知範囲に基づき、多くの医療者、法律関係者に多数の具体的事例について判断していただき、提唱した基準の実務的な効用を検討することを目的とした。

B. 研究方法

a. アンケートの作成およびプレ調査

平成 20 年度に本班で検討した、医療安全調査委員会（仮称）への届出基準及び医療安全調査委員会（仮称）から捜査機関への通知範囲について、実例を用いて検討を行うため、25 の事例を用いたアンケート票を作成した。事例の説明は 30 ～ 150 字で示され、届出あるいは通知の判断を求め、必要に応じてコメントの記載を求めた。また、平成 20 年度の班会議で意見の一致を見なかった「悪意によらな

い誤った医療行為（不注意、思いこみ、知識不足や単純ミスなど）」も捜査機関への通知を行うべきかの判断について自由記載欄に意見を求めた。

アンケートに用いた事例については、平成 19 年度厚生労働科学特別研究「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等のための調査のあり方に関する研究」（主任研究者：木村哲）の中で用いられた 85 事例の中から 19 事例を抽出し、また平成 20 年度本班で捜査機関への通知基準を議論した際に作成した 6 事例を追加した。

作成したアンケートについて、平成 21 年 9 月に班員を対象にプレ調査を実施し、班員からの意見等を元に事例内容や質問方式等に修正を加えた。

b. アンケート対象及び回答率

作成したアンケートを平成 21 年 12 月に郵送配布し、調査を実施した。締め切りは、平成 22 年 1 月上旬とし、郵送の記名式回答とした。調査に使用したアンケート票を資料 1 に示す。アンケート対象は日本内科学会および日本外科学会の評議員、モデル事業への依頼病院の院内事故調査責任者および医療安全管理者、モデル事業の地域事務局の代表、総合調整医師および調整看護師、医療事故に関わりのある法律関係者（ほとんどは患者側弁護士）、患者団体関係者で、計 1,104 通を送付した。回答は 297 通（26.9%）から得られた。そのアンケートの配付先及び回答率は表 1 の通りであり、回答者の職種別内訳は表 2 に示した。

表 1 アンケートの配付先及び回答率

配付先	配付数	回答数
内科学会評議員	431	89
外科学会評議員	280	69
モデル事業依頼病院の関係者	271	84
モデル事業地域事務局の関係者	65	11
弁護士等の法律関係者	52	12
患者団体関係者	5	1
無記名		31

*無記名の回答については別に無記名の欄にまとめた。

C. 研究結果

回答者全体及び職種別の 25 事例に対する回答を資料 2 に、回答の届出率、通知率のみを職種別一覧に資料 3 でまとめた。判断が届出あるいは通知ということで 80% 以上一致した事例を赤色、判断の一致率が 60% 以上 80% 未満で届出る、通知するという回答傾向にあった事例をピンク色、判断の一致率が 40% 以上 60% 未満と意見が分かれた事例は黄色、

表2 回答者の職種別内訳

職種	回答数		
医師(病院長)	20	医師 244	医療職種 277
医師(医療安全管理者)	53		
医師(その他)	171		
看護師(医療安全管理者)	22	看護師 30	
看護師(その他)	8		
薬剤師(医療安全管理者)	0	薬剤師 0	
薬剤師(その他)	0		
その他の医療職(医療安全管理者)	1	その他の 医療職 3	
その他の医療職(その他)	2		
弁護士(患者側)	11	弁護士 12	
弁護士(病院側)	1		
弁護士以外の法律専門家	1		
その他	0		
記載無し	6		

届出あるいは通知が20%以上40%未満ということで届けない、通知しないという回答傾向にあった事例を緑色、届出あるいは通知が20%未満、即ち届けない、通知しないということで一致した事例は青色として示した。

1. 届出基準について

1) 全体

届出についての25事例のうち8割以上の回答者が「届出必要」「届出不要」で判断が一致したのは10事例（40%）あったが、その10事例においても届出のフローチャート上のどの理由に該当するかの判断は更にばらつきが見られた。一方、届出事例か否かについて回答一致率が6割～4割と回答者による判断が大きく分かれたのは25事例のうち7事例（28%）であった。医師からの回答が多いので、この結果は医師のみの結果ともほぼ一致した。

2) 医師のみ

医師のみの244回答では、25事例のうち8割以上の回答者が届出事例か否かについて判断が一致したのは10事例（事例5、6、7、11、15、16、18、22、23、24）（40%）で、「届出必要」との判断が5事例で、「届出不要」の判断が5事例であった。しかしその10事例での届出のフローチャート上のどの理由に該当するかの判断については大きなばらつきが見られ、一致した回答者の更に8割以上がフローチャート上でも判断が一致したのは3事例（事例6、11、16、）に過ぎなかった。

一方、届出事例か否かについての回答一致率が6割～4割で、回答者による判断が大きく分かれたのは7事例（事例1、2、3、10、17、21、25）（28%）であった。この7事例のうち5事例（事例1、2、3、10、21）は処置や手術に関する合併症（もしくはは

合併症が疑われる事例）と考えられる事例であったが、「ある診療行為を実施することに伴い一定の確率で発生する事象（いわゆる合併症）」か、死因不詳とするか、あるいは医療過誤の疑いがあるとするか、で判断が分かれた。また、残る2事例（事例17、25）は、死因が不明であると思われる事例であったが、死因不詳のため「届出必要」という判断が最も多かったが、合併症や併発症として「届出不要」との判断も多く見られ、判断が分かれた。

医師の中では、内科学会評議員（89回答）と外科学会評議員（69回答）との比較で、回答一致率8割以上の事例と回答一致率6割～4割の事例の割合は、11事例、6事例と11事例、8事例で、判断傾向に大きな差は認められなかった。

3) モデル事業依頼病院の関係者

モデル事業依頼病院の関係者からの84回答では、回答一致率8割以上の事例と回答一致率6割～4割の事例の割合は9事例、6事例で、医師全体の判断傾向とほぼ同様であった。

4) 法律関係者

患者側弁護を主に担当する弁護士を主とする法律関係者からの13回答では、回答一致率8割以上は11事例（事例2、3、4、7、10、11、12、16、17、23、24）（44%）あり、「届出必要」との判断が10事例、「届出不要」の判断は1事例で、医師のみ群より「届出必要」の判断が多く、「届出不要」の判断は少なかった。その11事例において、7事例では8割以上がフローチャート上の判断理由においても一致した。しかし、8割以上回答が一致した11事例中、医師のみ群とその判断内容が一致したのは5事例（事例7、11、16、23、24）のみで、1事例（事例23）を除いて過誤と考えられる事例で「届出必要」との判断であった。医師のみ群と判断が一致しなかった6事例は合併症や死因不詳の事例で、法律関係者はいずれも「届出必要」との判断であったが、医師群では「届出必要」か「届出不要」かで意見が分かれた。また不作為があった肝細胞癌の事例（事例8）では、医療者では「届出不要」の傾向であったが、法律関係者では「届出必要」の傾向と判断の方向が異なった。

法律関係者において回答一致率が6割～4割と判断が大きく分かれた事例は、医師に比して少なく2事例（事例13、20）（8%）のみであった。その2事例はアデノイド摘出術後の声門浮腫事例（事例13）及び膵臓癌疑い患者の突然死事例（事例20）で、死因不詳か合併症、併発症かで意見が分かれた。

2. 通知範囲について

1) 全体

通知についての25事例のうち8割以上の回答者が「通知不要」で判断が一致したのは18事例(72%)で、「通知必要」で判断が8割以上一致した事例はなかった。残る7事例のうち、6割以上が通知に該当すると判断したのは2事例(事例11、16)、更に4割以上が通知に該当すると判断したのは3事例(事例19、22、24)であった。

2) 医師のみ

8割以上の回答者が「通知不要」で判断が一致したのは18事例(72%)あり、また「通知必要」で8割以上の判断が一致した事例はなかった。6割以上の医師が通知に該当すると判断した2事例は塩化カリウム静注事例(事例11)、抗癌薬の過量投与事例(事例16)で、いずれも無謀な医療と判断された。また更に4割以上が通知に該当すると判断した3事例は脳圧亢進患者への腰椎穿刺事例(事例19)、ペースメーカー植え込み患者へのMRI検査事例(事例22)、低血糖患者へのインスリン投与事例(事例24)で、多くは無謀な医療と判断された。医師の中の内科学会評議員と外科学会評議員との比較では、6割以上の「通知必要」の判断は内科で3事例、外科で2事例であった。事例16は内科学会評議員では8割以上が「通知必要」と判断し、事例19も6割以上が「通知必要」と判断したが、外科学会評議員では医師全体と大きな違いはなかった。更に内科学会評議員では食道挿管事例(事例7)も4割以上が通知に該当すると判断した。

3) モデル事業依頼病院の関係者

モデル事業依頼病院の関係者では、6割以上の医師が通知に該当すると判断した事例は抗癌薬の過量投与事例(事例16)のみで、4事例(事例11、19、22、24)は4割以上が通知に該当すると判断したが、全体より「通知必要」の判断は少ない傾向であった。

4) 法律関係者

法律関係者での判断の一致率は医師群と大きく異なり、回答者間のばらつきが少なかった。8割以上の回答者が「通知不要」の判断で一致したのは22事例(88%)あり、また「通知必要」で8割以上の判断が一致したのは1事例で、それは抗癌薬の過量投与事例(事例16)であった。「通知不要」の判断が多かったが比較的意見が分かれたのは2事例のみで、事例11と事例19であった。

医師と法律関係者で大きく判断傾向が異なっていたのは、アナフィラキシーショック既往の確認漏れ事例(事例6)、食道挿管事例(事例7)、ペースメーカー植え込み患者へのMRI検査事例(事例22)、低血糖患者へのインスリン投与事例(事例24)の4事例で、医師では31～56%が「通知必要」と判断

したが、法律関係者での「通知必要」との判断は0～17%に過ぎなかった。法律関係者間で意見が分かれた事例11、事例19についても、医師ではそれぞれ69%、60%が「通知必要」と判断したが、法律関係者の「通知必要」との判断は25%、31%のみであり、全体に捜査機関へ「通知必要」という判断は明らかに法律関係者より医師の方が多かった。一方で、抗癌薬の過量投与事例(事例16)については法律関係者の92%が「通知必要」との判断であったが、医師では77%にとどまった。

3. その他

届出基準については、これだけの記述からは判断できないというコメントや、合併症や併発症と判断するには家族とのコミュニケーション情報が必要というコメントが散見された。通知範囲についても、術前のインフォームド・コンセント、事故後の家族への説明、家族の納得、謝罪など医師患者間のコミュニケーションに関する情報や、医師のキャリア、知識に関する情報が必要とするコメントは多く、悪質性の判断にはこれらの情報も考慮すべきとする意見であった。また「通知必要」の事例に該当するとの判断を示しつつも、行政処分に対処すべしとか、本来はシステムエラーなのでシステムとして防止すべしとするコメントが付けられた回答も多かった。

悪意によらない誤った医療行為については、医療者では捜査機関への「通知不要」、行政処分に対処とのコメントがほとんどであったが、基本的な知識の欠如に起因する死亡事例については「通知必要」とする意見は散見された。

D. 考察

平成20年度の本研究班で提唱した、より判断しやすい届出基準と通知範囲について、医療関係者と法律関係者を対象として、具体的事例における判断についてアンケート調査を実施した。大綱案で示された届出基準、通知範囲に基づいた判断と直接に比較したわけでないため、提唱した新しい基準の方がより判断しやすい(より判断が一致する)か否かは分からない。しかし、今回のアンケート調査の結果からは、ガイドラインの工夫だけでは実際の事例において判断の一致を得ることは困難を極めることが示された。特に医療関係者と法律関係者との間では判断がかなり異なり、特に捜査機関への通知範囲については明瞭な差が認められ、今後の医療安全調査委員会(仮称)の制度化においては、以下に述べ

る点に留意して検討することが必要と考えられた。

1. 届出基準について

昨年の本研究班で提唱したフローチャートは、医療行為後の死亡を①過誤（判断に医学的専門性を必要としない誤った医療）に起因する死亡、②合併症（ある診療行為を実施することに伴い一定の確率で発生する事象）による死亡、③併発症あるいは偶発症（行った医療とは異なる要因）による死亡、として医学的・合理的に説明できるか、あるいはそのいずれとも医学的・合理的に説明できない、④原因不明の死亡、かを、容易かつ適切に分類することを目指したものである。

しかし、新しく提唱したフローチャートに基づき「届出必要」「届出不要」の判断が80%以上一致したのは、医師間において10事例（40%）に過ぎず、更にフローチャート上の①～⑤のいずれの理由と判定して「届出必要」「届出不要」の判断がなされたかを調べると、その一致率は半減した。この医療従事者における判断の一致率の低さは、届出基準を定め周知することの困難さを改めて示した。この一致率の低さの原因としていくつかの原因が考えられる。まず、今回呈示された事例については30～150字の記載しかなく、死亡状況の正確な把握が困難であることが挙げられよう。80%以上の医師の判断が一致した事例においても、その届出理由においては半数しか一致しなかったことは、特に合併症あるいは併発症の判断をこれらの少ない記述から医学的・合理的にすることの困難さを示していると言える。その結果、死因不詳との判断も生まれたと思われる、また合併症事例では過誤も否定はできないとの判断も生まれたと思われる。

また、今回のフローチャートでは、過誤について「判断に医学的専門性を必要としない誤った医療行為」と定義し、左右の間違い、薬剤の種類の間違い、血液型の間違いなどを想定したが、この定義の意味が十分に理解されていなかった可能性もあることがコメントから読み取れる。合併症、併発症についても明確な定義を示すことは難しく、今回のアンケートでは、個々の単語の定義が紙面の関係で不十分であったことも不一致率の高さの原因の一つであった可能性がある。

さらに、医療者は、事例の説明が限られた場合においては、自己の経験に照らして事例を理解し判断したことが読み取れる。そのため、不十分な事例情報ではフローチャートに基づく判断が医師には必ずしも馴染まなかった可能性がある。今回のアンケートでは事例判断をフローチャートに沿って行うこととされたが、昨年本研究班では届出基準とその

具体例も示していた。届出基準については、米国のNQF（National Quality Forum）の如く、より具体的な事例集の形で表現して精緻化する方法も今後の検討課題であろう。

一方、法律関係者の中では、医師と同程度の判断の一致が見られたが、医師群とその内容が一致したものは5事例（20%）に過ぎず、事例に対する届出の判断の難しさを浮き彫りにした。短い医学専門的な記述から事例をよく理解することは一般人では極めて難しく、実務的な事例経験の多い患者側弁護士を医師とは異なる一般人の視点の代表者と考えたが、医療者との判断の隔たりはなお大きかった。合併症、併発症と判断するか、死因不詳と考えるか、は事例をどう理解するかにかかっているため、医療者間でも判断に大きな差があったことを考えると、法律関係者と医療関係者との判断の差はある程度やむを得ないかもしれない。しかし法律関係者で「届出必要」の判断が明らかに多かったことは、医療者と法律関係者の間で医療安全調査委員会（仮称）の役割の理解が異なっている可能性があり、この周知を図ってゆくことが今後の課題である。

昨年の研究班が医療安全調査委員会（仮称）への届出基準をより適切に判断し易いような新しいフローチャートを提案したが、今回のアンケート調査の結果は、フローチャートだけでは医療者の判断を一致させることができないこと、同じ事例、同じ表現でも医療機関における判断を広く一致させることが困難であること、また届出基準の定義を更に精緻化するだけでは判断の統一に役立つと認めにくいこと、を示したと考えられる。届出判断については、各医療機関において、医療事故における死因究明、再発防止という医療安全調査委員会（仮称）の設立趣旨に添った真摯な判断に委ねるという前提が必要であり、新制度の制度設計に当たってはこの趣旨を周知徹底することが必要と考えられた。

2. 通知範囲について

捜査機関への通知範囲については、届出基準より全体の判断の一致率は高かった。更に、法律関係者の間では医師群より「通知不要」「通知必要」の一致率が高かった。80%以上の回答者が「通知不要」と判断した事例の割合は、法律関係者で25事例中23事例（92%）あったが、医師群では18事例（72%）に留まった。全体で「通知必要」という判断が最も多かったのは抗がん剤の過量投与事例（事例16）であったが、その回答者間の判断の一致率は法律関係者では92%であったが、内科学会評議員で82%、医師全体で77%、モデル事業依頼病院関係者では74%と差が見られた。また、他に「通知必要」

との判断が6割以上を占めた事例は法律関係者ではなかったが、医師では各カテゴリーでそれぞれ2～3事例が該当すると判断され、内科医でより多く見られる傾向にあった。

法律関係者間では「通知不要」と判断されたが、医師の半数以上が「通知必要」と判断した事例は3事例で、塩化カリウム静注事例（事例11）、脳圧亢進患者への腰椎穿刺事例（事例19）、低血糖患者へのインスリン投与事例（事例24）であった。法律関係者からの回答数が少なく、今回のアンケートのみから速断はできないが、法律関係者は医療者ではないので、後述の「医療者として何らかの対応が必要」との判断に基づき「通知必要」か否かを判断したとは考えられず、アンケート票に添付した「2. 捜査機関への通知」及び平成20年度の本研究班報告に基づき判断したものと考えられる。これらに基づき判断をすれば、本研究班が企図したとおり、捜査機関への「通知必要」と判断される事例が限定されると推測される結果は、本アンケートの重要な点である。

何故医療者においてより広い範囲で捜査機関への通知が必要と判断されたのか、いくつかの原因が考えられる。

まずアンケート結果で示された「通知必要」の多さは、真の意味で業務上過失致死罪の疑い、犯罪者として処罰されることもやむを得ない、という医療者の判断であったか、という点を指摘できる。昨年度の研究班では、悪意によらない誤った医療行為（不注意、思いこみ、知識不足など）やシステムエラーに基づく誤った医療行為については行政処分に対応することとし、捜査機関への通知範囲に含めないことが妥当との意見でほぼ一致した。その時挙げられた具体例6事例は、「通知必要」との判断が多かった事例16、医療者の半数以上が通知必要と判断した前述の3事例（事例11、19、24）、それに食道挿管事例（事例7）、ペースメーカー植え込み患者へのMRI検査事例（事例22）の6事例であった。今回のアンケートでは、事例7においても37%、事例22において49%の医師は捜査機関への「通知必要」と判断し、そしてこれら6事例は「著しく無謀な医療」あるいは「著しい怠慢」に該当すると判断された。しかし、これらの回答者がこれらの事例を業務上過失致死罪の疑いがある、犯罪者として処罰されることもやむを得ない「故意に近い悪質な医療行為」と判断しての選択であったかは疑問の余地がある。この点、上記6事例について「通知必要」に該当すると回答した医師の自由記載コメントの中にも、「悪質な医療行為ではない事例については、当該医師への（行政）処分が明確になって

いれば捜査機関への通知は不要」、「医療者であれば当然知っているべき基礎的知識の欠如や不注意・思いこみなどの単純ミスで患者が死亡した場合、悪意がないことは明白であり再教育とシステムエラーを減らすための改善命令などの行政処分に対応すべき」、「初回は行政処分、第三者機関での教育的処分とし、繰り返すときは通知することがありうるというやりの方が生産的」等の意見が見られる。従って、今回の医療者の「通知必要」の判断の多さは「医療者として何らかの対応が必要」との判断の表現であった可能性があり、この医療者の判断を直ちに捜査機関への通知範囲が広いものと理解することはできないと思われる。医療界には容易に捜査機関へ通知されることへの懸念があるが、法律関係者による「通知必要」の判定が限定的なものであったことを考えれば、その懸念も必ずしも正鵠を得たものと言えないのではなからうか。なお、医療安全調査委員会（仮称）案への反対者が回答を控えた可能性もあり、それが高い「通知必要」率につながった可能性も否定は出来ない。

法律関係者の間では、本研究班報告などにより、大綱案で示された捜査機関への通知、刑事処分とは、行政処分等その他の処分がなされた上での最終的な処分であるという認識が共有されていると考えられる。このことは、法律関係者の回答において、半数以上が「通知する」と判断した事例は1事例に過ぎなかったことから推察される。一方、医療者の間では法律関係者のような認識は共有されていないのではなからうか。また「これは医療者として容認できない」と感じた時には、捜査機関へ通知することへの抵抗感が低いためとも推察される。現行の医師に対する行政処分は、刑事処分の後追いで少数の事例でしか行われておらず、医療安全調査委員会（仮称）の設置に関する議論の中で行政処分制度の見直しの必要性が述べられているにも関わらず、行政処分に関する議論は全く進展していない。医師の比較的多くが捜査機関への通知を選択したことの一つの背景には、「医師として容認されない不適切な医療行為」に対する、行政処分を含めた、できれば専門家集団による自律的な処分、矯正の仕組みが欠如している現状の下、その代替手段として捜査機関への通知を容認してしまっているのではなからうか。

本来「医師として不適切」という医療行為については、免許停止、再教育などの行政処分、学会等における専門家資格上の処分などが適当であり、刑事処分は極めて限定的に行われるべきものであり、第三次試案にもそのように書かれている。平成20年度本研究班報告でも報告したところである。第三

次試案、大綱案への医療界の反対意見には、容易に捜査機関へ通知されることへの懸念があったが、「通知必要」を限定的に判断すべきとする本研究班の報告の周知が必要かつ重要であり、これにより上記懸念が解消されていくことが考えられる。また、通知を受けた捜査機関で問題となる「業務上過失致死罪」と「医療者として許されない」ものに関する議論も、限定された通知範囲を周知するのに役立つと考えられる。

自由記載のコメント欄では、悪質性の判断に医療者と患者、家族とのコミュニケーション、あるいは医療者の技量、医療機関のレベルを考慮する必要があるとの意見も少なくなかった。昨年の研究班が提唱した「故意に近い悪質な医療行為」の範囲は極めて限定的で、コミュニケーションや医療レベルを超えた医療倫理的にみて極端に悪質なものを想定しているが、その理解も医療者には十分浸透しなかったと思われる。

今回のアンケートで示された、医療者における捜査機関へ「通知必要」の判断の多さに対しては、医療安全調査委員会（仮称）の設置を進めるに当たり、第三次試案及び本研究班報告が「通知必要」とする範囲を極めて限定的にとらえていることを周知する必要がある。一方で、医療安全調査委員会（仮称）の議論と平行して、医師の再教育、再生に向けて医師集団が自律的、積極的に取り組むことができる枠組みについても早急に検討する必要があると考えられた。

3. その他

自由記載のコメントについては系統立てた分析を行うことは難しかった。捜査機関へ「通知必要」の判断の中にも行政処分に対処すべし、本来はシステムエラーとしてシステムで対処すべしとする意見も多かった点は今後十分に考慮すべきと思われた。また悪意によらない誤った医療行為については、書かれたコメントのほとんどは「通知不要」、行政処分に対処というものであったが、行政処分に該当すると研究班で考えた6事例への判断では「通知必要」との判断が医療者で多かった。新制度下での行政処分の在り方が見えないこと、捜査機関への通知が意味するものへの理解が一致していないこと、悪意によらない誤った医療行為の内容に関する情報が不十分な状況下での判断、というような背景があった故と思われた。

システムエラーの定義、不作為事例への対応も今年度の研究班での検討課題であったが、このアンケートでは検討できなかった。不作為事例への判断が医師と法律関係者で逆方向であった点は注目され

るが、今後の検討課題である。

E. 結論

平成20年度の本研究班で提唱した、より判断しやすい届出基準と通知範囲について、医療関係者と法律関係者を対象として、具体的事例における判断についてアンケート調査を実施した。

医療安全調査委員会（仮称）への届出基準については、新しいフローチャートによっても医療者間での判断の一致率は高くなかった。医療者と法律関係者との判断にも大きな差が見られ、フローチャートの改良によるだけでは判断の一致率を向上させることには限界があると考えられた。

医療安全調査委員会（仮称）から捜査機関への通知範囲については、法律関係者間では「通知不要」との判断で一致する率が高かったが、医療者間では判断が分かれる事例が少なくなかった。捜査機関への「通知必要」との判断は、法律関係者より医療者において明らかに多かったが、医療者の判断全てが、提唱した「故意に近い悪質な医療行為」との判断に基づくものであったかは疑問があり、行政処分など何らかの対応が必要であるという表現であった可能性が少なくないと考えられた。

医療者において捜査機関への「通知必要」の判断が多かった点については、医療安全調査委員会（仮称）の設置を進めるに当たり、第三次試案及び本研究班報告が「通知必要」とする範囲を極めて限定的にとらえていることを周知する必要がある。また、捜査機関への通知に代わる、医師の再教育、再生復帰を目指した行政処分体制の整備に関する検討も早急に始められる必要がある。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 山口 徹：診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業。日本透析医会雑誌 24(1)：68-73, 2009
- 2) 山口 徹：医療事故調査から医療への信頼回復へ：新制度が備えるべきものは何か？ 医師の立場から：新しい死因究明制度の早期実現に向けて。脈管学 49(5)：371-376, 2009

- 3) 高本眞一：医師法 21 条から中立的専門機関の創設にむけて. 1. 医師法 21 条の呪縛からの解放. 日本内科学会雑誌 98(9) : 2242-2246, 2009

2. 学会発表

- 1) 高本眞一：パネルディスカッション「医師法 21 条から中立的専門機関の創設に向けて」1. 医師法 21 条の呪縛からの解放. 第 106 回日本内科学会総会・講演会 2009 年 4 月 11 日、東京
- 2) 山口 徹：シンポジウム「医療関連死に対する病理学・法医学の役割と医療のあり方」1. 医療安全調査委員会の構想とモデル事業. 第 98 回日本病理学会総会 2009 年 5 月 1 日、京都
- 3) 山口 徹：医療関連からの届出および捜査機関への通知について. 診療行為に関連した死亡の調査分析法をめぐる諸研究—中間報告会（公開講座）2009 年 6 月 21 日、東京
- 4) 山口 徹：パネルディスカッション「調査委員会のあり方. モデル事業の経験から」. 共済医学会第 4 回医療安全管理者研修 2009 年 6 月 26 日、川崎
- 5) 山口 徹：特別企画「医療事故に関する第三者機関の動向」 第 57 回日本心臓病学会 2009 年 9 月 18 日、札幌
- 6) 木村哲：診療関連死「医療安全調査委員会（仮称）」のゆくえ. 日本マネジメント学会第 10 回東京支部学術集会 2010 年 2 月 27 日、東京
- 7) 山内春夫：シンポジウム「医療関連死に対する病理学・法医学の役割と医療のあり方」『医療関連死』法医の役割. 第 98 回日本病理学会総会 2009 年 5 月 1 日、京都
- 8) 山内春夫：特別講演「医療関連死に関わる諸問題— 2. 法医の立場から—」 第 70 回日本病理学会東北支部学術集会 2010 年 2 月 13 日、仙台

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

* アンケート調査にご協力いただいた日本内科学会および日本外科学会、モデル事業関係諸氏、および患者側弁護士の諸氏に深謝する。

（資料 1）

アンケート調査ご協力をお願い

前略、時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

平成 20 年度より行われている厚生労働科学研究「診療行為に関連した死亡の調査分析に従事する者の育成及び資質向上のための手法に関する研究」（研究代表者：東京逡信病院病院長木村哲）では、「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」での経験を元に、報告書の記載方法についての検討や、モデル事業依頼家族へのアンケート調査等を実施してきました。平成 20 年度報告書については、<http://kenkyu.umin.jp/index.html> から参照することが可能です。（研究班の構成は（参考 1）を参照下さい。）

上記研究の分担研究として、医療者、法律専門家、医療事故被害者、モデル事業各地域の担当医師等からなる「届け出等判断の標準化検討グループ」において、平成 20 年に厚生労働省が公表した第三次試案・大綱案における、医療機関から第三者機関への届出基準（2 ページ図）と第三者機関から警察への医療事故通知範囲（6 ページ表）について検討し、より分かりやすい届出基準及び通知範囲を提案いたしました。（当班の昨年度報告書は（参考 2）を参照下さい。）

本年度は、昨年度提案したこのより分かりやすい基準を用い、より多領域の方々に具体的な事例についてこの案に沿って届出基準及び通知範囲の判断を行っていただき、この届出基準及び通知範囲をより明確にするための検討材料とさせていただきたいと考えております。

つきましては皆様方におかれましてはご多忙のところ大変恐縮ですが、同封のアンケート用紙にご回答いただきたくお願い申し上げます。なお、回答用紙は **1月9日（土）までに**、同封の封筒を用いて郵送ください。

なお、ご記載いただきました個人情報のうち、所属や氏名についてはご回答内容について確認が必要な際にのみ使用させていただき公表はいたしません。また、アンケート集計にあたっては職種等の属性情報のみ使用させていただきます。

忌憚のないご意見をお聞かせいただきますようよろしくお願い申し上げます。

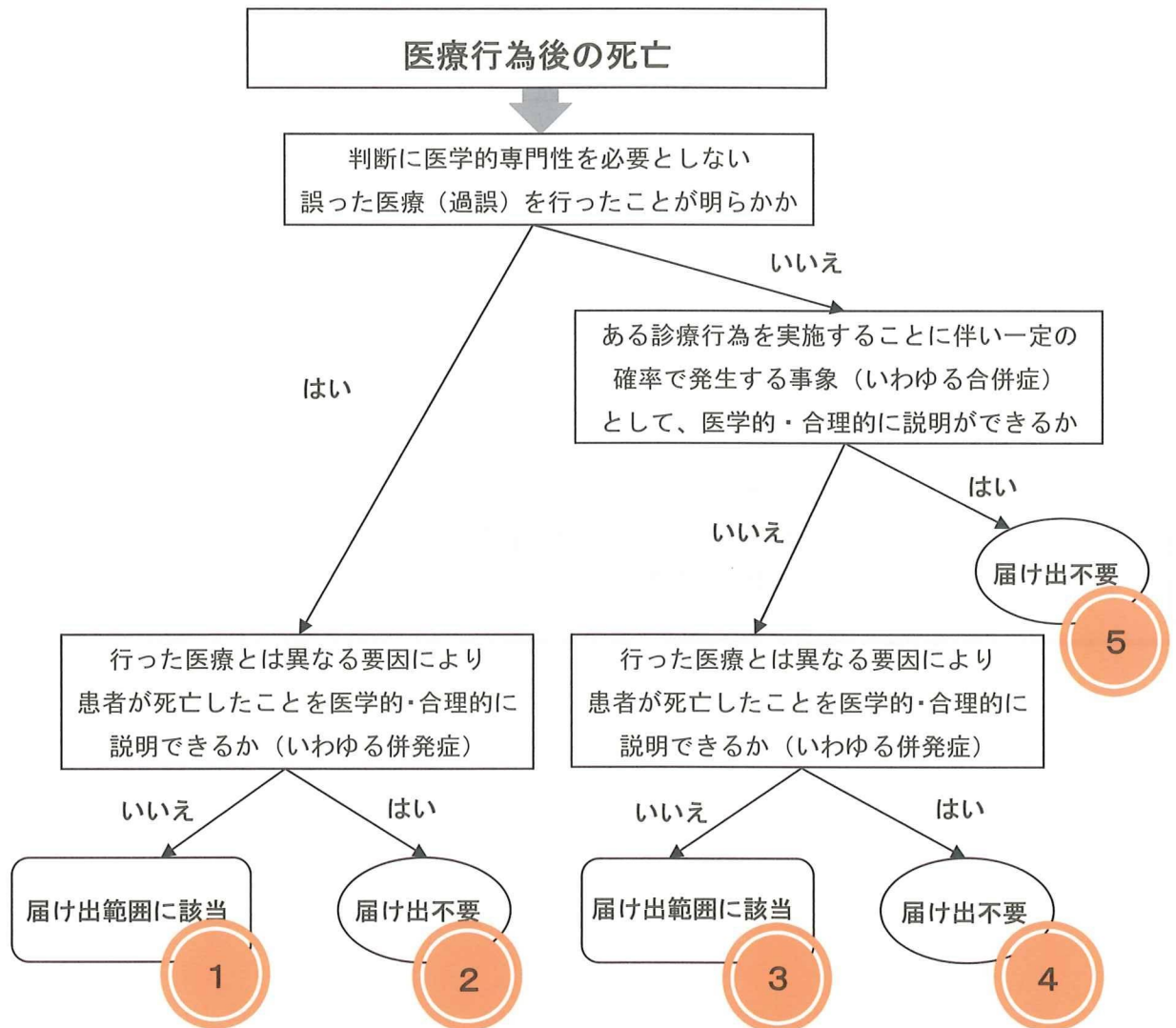
「診療行為に関連した死亡の調査分析に従事する者の
育成及び資質向上のための手法に関する研究」
届け出等判断の標準化検討グループ
山口 徹

判断方法

1. 届出について

昨年4月に公表された厚生労働省第三次試案では、医療機関が医療事故の原因究明を行う第三者機関に対し、医療関連死を届け出る義務を課すこととしています。以下の図が昨年度研究班でまとめた届出基準に関するより分かりやすいフローチャートですが、別紙の個々の事例について以下の図に沿って医療機関から第三者機関への届出の必要性の有無をご判断いただき、「1～5」のどの結論に至ったかを番号でご回答ください。

自由記載のご意見欄を設けておりますので、必要に応じてコメントをお願い致します。



※表中の「いいえ」とは「はい」とは言えない全ての場合を含みます。

届出判断 解答用紙

事例	届出	(ご意見)
1 心臓弁膜症で高度の心不全状態の25歳、男性。内頸静脈より中心静脈カテーテル挿入を試みたところ、胸腔を穿刺、胸腔内出血をきたし死亡。		
2 65歳男性。透析患者。心臓術後にICUで右の大腿静脈に持続血液濾過用の管を挿入し、血液浄化を開始したが、透析開始から1時間後に血圧が急下降し死亡。後腹膜への出血が疑われる。		
3 腹腔鏡下胆嚢切除術でトロッカー挿入時に大血管を損傷し死亡。		
4 49歳男性患者。胃がん手術で左胃動脈を切離すべきところを総肝動脈を切離した。切離した総肝動脈は吻合し血行は再開したが、術3日目に吻合部閉塞、肝不全、縫合不全、多臓器不全で死亡。		
5 45歳、男性。大腸検査のため下剤を処方したところ直腸穿孔を起こし、検査の結果、直腸癌部位の穿孔と判明。腹膜炎で死亡した。		
6 71歳、女性。肺炎治療の目的で抗菌薬を投与したところ、アナフィラキシーショックに陥り死亡した。		
7 呼吸不全により救急搬送となった患者に対して、気管内挿管が必要と判断し挿管を行ったが、実施後に呼吸音の確認を行わなかったため、食道挿管であったことに気付かず、呼吸不全で患者が死亡。		
8 慢性C型肝炎の55歳男性。生化学データは肝硬変ではなく、慢性肝炎であり、インターフェロンは半年ほど経ってからと考え、月1回の消化器外来の通院とした。PIVKAⅡが若干高いこともあり念のため超音波、CTを申し込んだ。次の受診時、左の鼠径ヘルニアがあることがわかり、手術を希望したため外科へ紹介。その後入院手術などがあり、次に消化器外来へ来たのは4ヶ月後だった。腫瘍マーカー（AFP、PIVKAⅡ）を含めて肝炎のための採血が行われた。その1ヶ月後受診時、PIVKAⅡが異常高値を示した。6か月前に行われた超音波、CTを確認したところ、異常所見が認められていた。検査結果を確認する外来までの間に外科手術が入ったため、検査結果の検討や、説明の機会を失っていた。急遽入院とし、肝細胞癌の治療を開始したが、既に広がっていて十分な効果を上げられず、入院から4カ月で死亡した。		

届出判断 解答用紙

事例	届出	（ご意見）
9 弁膜症の58歳男性患者が弁置換術を受け、術後2日目に上行大動脈の送血管挿入部が断裂し、大出血・ショックを起こして死亡。		
10 子宮摘出手術を受けた50歳の女性が、バイタルサインも安定した状態で閉腹し、病室に帰ってから急にドレーンから出血し始め、ショック状態となった。再開腹すると、止血のため動脈を縛った糸がほどけており、大量出血となり死亡。		
11 病院の内科勤務医が、心機能低下のため利尿剤を投与し低カリウム血症となっていた患者に対して、看護師に、塩化カリウム1アンプルを希釈することなく静脈内に急速静注するよう指示したために、心停止を来し患者が死亡。		
12 麻酔導入直後、換気不全となり死亡。挿管は間違いなく気管に挿入され、薬液の誤投与もなかった。		
13 5歳男児のアデノイド摘出術を行うために全身麻施。手術後麻酔から覚醒したため抜管したが、10分後に声門浮腫の症状が発現し、再挿管を試みたが成功せず、低酸素血症から心停止に陥り死亡。		
14 胆石症の52歳の患者に腹腔鏡下胆嚢摘出術を行ったが胆嚢剥離中に気付かずに総胆管に熱傷を起こしたらしく、術後胆管狭窄を生じた。ENBDチューブの留置が困難なためPTCDを行ったが不成功。胆汁が漏れ出したため総胆管空腸吻合術を行ったが縫合不全で死亡。		
15 76歳男性。腹部外科手術後、ドレーンからMRSA感染を起こし、抗菌薬を投与したが敗血症で死亡。		
16 卒後4年目の後期研修医が、詳しく用法・容量や副作用を確認しないまま誤ったプロトコール（治療計画）を作成し、過量投与の副作用により患者が死亡。		
17 潰瘍性大腸炎で入院中の40歳男性。食止め、中心静脈栄養下に、ステロイドとペンタサで加療していた。シャワー浴後患者が突然意識を失って全身痙攣が始まった。間もなく心停止あり、すぐ蘇生術を行ったが反応せず死亡。		

届出判断 解答用紙

事例	届出	(ご意見)
18 63歳男性。食道がんの手術で、右開胸による食道亜全摘術を無事終了した。1日目は特に問題はなかったが、2日目に突然、呼吸困難が出現し、再挿管し呼吸管理となった。胸部X-P、肺CT、肺シンチグラムでは肺炎ではなく肺梗塞を疑う所見で、呼吸状態は改善せず死亡。		
19 70歳男性に頭痛、悪心、嘔吐、うっ血乳頭などの頭蓋内圧亢進症状があった。その後、腰椎穿刺を行い、脳ヘルニアを来し患者が死亡。		
20 80歳、女性。心房細動あり。膵臓癌疑い。嘔気、食欲不振の精査のため入院。十二指腸下行脚に全周性に潰瘍を伴う腫瘍性病変を認めた。潰瘍部からの出血があり、貧血が進行したため輸血を開始した。7時間後、突然心停止となった。		
21 55歳女性。左肩から上腕にかけての帯状疱疹の激しい痛みに対して、左側の星状神経節ブロックを行った。30分間安静を保ち、異常がないことを確認した後帰宅した。6時間後、呼吸苦が出現し、救急車で病院に搬送されたが、頸部血腫に起因する窒息状態から心肺停止となり死亡。		
22 ペースメーカー植え込み術後の患者が、腰痛を訴えるため、退院前に循環器内科の主治医がMRIをオーダーし、検査中に患者が徐脈性不整脈により死亡。		
23 70歳男性。胸部外傷で緊急開胸術を行うために全身麻酔を実施した。静脈麻酔薬、筋弛緩薬を投与して気管挿管を試みたところ突然大量に嘔吐し、吐物が気管内に大量に流入し、窒息状態となった。気管挿管にも手間取り、窒息状態から一時心肺停止状態となったが、蘇生した。その後、1週間後に誤嚥性肺炎で死亡。		
24 糖尿病に対しインスリン療法が導入されている患者が、かかりつけの病院の救急外来に意識障害で搬送となったが、かけつけた外来の内科主治医が高血糖によるものと思い、血糖を測定せずにインスリン投与を行ったため、高度の低血糖で患者が死亡。		
25 65歳男性。糖尿病で入院加療中。直前まで元気であったが、突然意識消失し、痙攣を起こし死亡。		

2. 捜査機関への通知

第三者調査機関から捜査機関への通知については、昨年度、研究班として通知範囲について下記の類型を提案しました。

今回の別紙の事例については1. 2. 4. の類型は含まれていませんので、個々の事例が「3. 故意に近い悪質な医療行為に起因する死亡または死産の疑いがあるもの」の類型に該当するか否かを判断して下さい。該当すると判断された場合は、「警察通知」の列にA～Cを記載して下さい。

医療事故等通知範囲	具体例
1. 故意による死亡又は死産の疑いがあるもの	・ 患者が死亡することが明らかな医療行為（点滴中への毒物混入等）を故意に行った疑いがある場合
2. 医療事故に係る事実を隠ぺいする目的で関係物件を隠滅し、偽造し、または変造した疑いがある場合	
3. 故意に近い悪質な医療行為に起因する死亡または死産の疑いがあるもの	<p>（医学的根拠のない不必要な医療）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>医学的根拠のない必要のない医療行為</u>を独断で効果的と考えて施行し、それに起因して患者が死亡した場合 A <p>（著しく無謀な医療）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 危険性が少なくより有効なことが明らかな<u>他の選択肢があることを承知の上で</u>、危険性が極めて高い医療行為を行い、それに起因して患者が死亡した場合 B ・ 関連した<u>医療技術を全く習得していなかった</u>にも係わらず、指導者なく、独断で医療行為を行い、それに起因して患者が死亡した場合 <p>（著しい怠慢）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 致命的となる可能性が高い緊急性のある明らかな<u>異常に気づきながら、何らの医療行為も行わず</u>、それに起因して患者が死亡した場合 C
4. 類似の医療事故を過失により繰り返し発生させた疑いがあるもの	・ 過去に医療事故で行政処分を受けたにもかかわらず、再度類似の医療行為を行い、それに起因して患者が死亡した場合

なお、昨年度の研究班において、国家試験の禁忌肢に相当するような知識の欠如、医療者であれば当然知っているべき基礎的な知識の欠如のために患者が死亡した場合や、薬剤の取り違い等の単純ミスによる患者死亡について、捜査機関への通知を行うべきかどうかについて議論が行われました。このような悪質な医療行為ではない事例についても、捜査機関への通知を行うべきかどうか、質問紙の最後に自由記載欄を設けましたので、ご意見をお願い致します。

捜査機関への通知判断 解答用紙

事例	警察への通知	(ご意見)
1 心臓弁膜症で高度の心不全状態の25歳、男性。内頸静脈より中心静脈カテーテル挿入を試みたところ、胸腔を穿刺、胸腔内出血をきたし死亡。		
2 65歳男性。透析患者。心臓術後にICUで右の大腿静脈に持続血液濾過用の管を挿入し、血液浄化を開始したが、透析開始から1時間後に血圧が急下降し死亡。後腹膜への出血が疑われた。解剖の結果、大腿動脈の軽度損傷による出血があったことが判明したが、血圧が急下降したのが透析開始から一時間後であったことの原因は明らかにならなかった。		
3 腹腔鏡下胆嚢切除術でトロッカー挿入時に大血管を損傷し死亡。		
4 49歳男性患者。胃がん手術で左胃動脈を切離すべきところを総肝動脈を切離した。切離した総肝動脈は吻合し血行は再開したが、術3日目に吻合部閉塞、肝不全、縫合不全、多臓器不全で死亡。		
5 45歳、男性。大腸検査のため下剤を処方したところ直腸穿孔を起こし、検査の結果、直腸癌部位の穿孔と判明。腹膜炎で死亡した。検査前に下行結腸に全周性の狭窄が認められていたが、入院ではなく外来で下剤が処方され、腹痛を認めた後も患者がしばらく自宅で我慢していたために穿孔の発見が遅くなった。		
6 71歳、女性。肺炎治療の目的で抗菌薬を投与したところ、アナフィラキシーショックに陥り死亡した。過去にもセフェム系抗菌薬によるアナフィラキシーの既往があるが、今回の抗菌薬の投与にあたり、過去の薬剤アレルギー歴が確認されておらず、また投与開始時もバイタルサインの確認がなされていなかったため、ショックの発見が遅れ救命することができなかった。		
7 呼吸不全により救急搬送となった患者に対して、気管内挿管が必要と判断し挿管を行ったが、実施後に呼吸音の確認を行わなかったため、食道挿管であったことに気付かず、呼吸不全で患者が死亡。		

捜査機関への通知判断 解答用紙

事例	警察への通知	(ご意見)
<p>8 慢性C型肝炎の55歳男性。生化学データは肝硬変ではなく、慢性肝炎であり、インターフェロンは半年ほど経ってからと考え、月1回の消化器外来の通院とした。PIVKAⅡが若干高いこともあり念のため超音波、CTを申し込んだ。次の受診時、左の鼠径ヘルニアがあることがわかり、手術を希望したため外科へ紹介。その後入院手術などがあり、次に消化器外来へ来たのは4ヶ月後だった。腫瘍マーカー（AFP、PIVKAⅡ）を含めて肝炎のための採血が行われた。その1ヶ月後受診時、PIVKAⅡが異常高値を示した。6か月前に行われた超音波、CTを確認したところ、異常所見が認められていた。検査結果を確認する外来までの間に外科手術が入ったため、検査結果の検討や、説明の機会を失っていた。急遽入院とし、肝細胞癌の治療を開始したが、既に広がっていて十分な効果を上げられず、入院から4カ月で死亡した。</p>		
<p>9 弁膜症の58歳男性患者が弁置換術を受け、術後2日目に上行大動脈の送血管挿入部が断裂し、大出血・ショックを起こして死亡。解剖の結果、断裂は大動脈の脆弱性が原因で起こったものと考えられるが、術前に脆弱性の有無を把握することは不可能であり、死亡を予期できなかった。</p>		
<p>10 子宮摘出手術を受けた50歳の女性が、バイタルサインも安定した状態で閉腹し、病室に帰ってから急にドレーンから出血し始め、ショック状態となった。再開腹すると、止血のため動脈を縛った糸がほどけており、大量出血となり死亡。</p>		
<p>11 病院の内科勤務医が、心機能低下のため利尿剤を投与し低カリウム血症となっていた患者に対して、看護師に、塩化カリウム1アンブルを希釈することなく静脈内に急速静注するよう指示したために、心停止を来した患者が死亡。内科医師及び看護師の両者がカリウムを急速静注してはいけないことを知らなかった。</p>		
<p>12 麻酔導入直後、換気不全となり死亡。挿管は間違いなく気管に挿入され、薬液の誤投与もなかった。</p>		
<p>13 5歳男児のアデノイド摘出術を行うために全身麻施。手術後麻酔から覚醒したため抜管したが、10分後に声門浮腫の症状が発現し、再挿管を試みたが成功せず、低酸素血症から心停止に陥り死亡。必要な救命処置は行われたが救命できなかった。</p>		

捜査機関への通知判断 解答用紙

事例	警察への通知	(ご意見)
<p>14 胆石症の52歳の患者に腹腔鏡下胆嚢摘出術を行ったが胆嚢剥離中に気付かずに総胆管に熱傷を起こしたらしく、術後胆管狭窄を生じた。ENBDチューブの留置が困難なためPTCDを行ったが不成功。胆汁が漏れ出したため総胆管空腸吻合術を行ったが縫合不全で死亡。</p>		
<p>15 76歳男性。腹部外科手術後、ドレーンからMRSA感染を起こし、抗菌薬を投与したが敗血症で死亡。調査の結果、抗菌薬の選択や投与開始時期に問題はなかった。</p>		
<p>16 卒後4年目の後期研修医が、化学療法の経験がないにもかかわらず、詳しく用法・容量や副作用を確認しないまま誤ったプロトコール(治療計画)を作成し、過量投与の副作用により患者が死亡。</p>		
<p>17 潰瘍性大腸炎で入院中の40歳男性。食止め、中心静脈栄養下に、ステロイドとペンタサで加療していた。シャワー浴後患者が突然意識を失って全身痙攣が始まった。間もなく心停止あり、すぐ蘇生術を行ったが反応せず死亡。解剖を行ったが、明らかな死因は不明であった。</p>		
<p>18 63歳男性。食道がんの手術で、右開胸による食道亜全摘術を無事終了した。1日目は特に問題はなかったが、2日目に突然、呼吸困難が出現し、再挿管し呼吸管理となった。胸部X-P、肺CT、肺シンチグラムでは肺炎ではなく肺梗塞を疑う所見で、呼吸状態は改善せず死亡。解剖の結果、死因は肺塞栓による肺梗塞と診断された。</p>		
<p>19 70歳男性に頭痛、悪心、嘔吐、うっ血乳頭などの頭蓋内圧亢進症状があった。その後、腰椎穿刺を行い、脳ヘルニアを来し患者が死亡。調査の結果、医師は頭蓋内圧亢進症状が認められる際の腰椎穿刺が禁忌であることを知らず、また、検査実施後の患者の全身状態の悪化に対して適切な処置が行われず、患者が死亡したことが分かった。</p>		
<p>20 80歳、女性。心房細動あり。膵臓癌疑い。嘔気、食欲不振の精査のため入院。十二指腸下行脚に全周性に潰瘍を伴う腫瘍性病変を認めた。潰瘍部からの出血があり、貧血が進行したため輸血を開始した。7時間後、突然心停止となった。</p>		

捜査機関への通知判断 解答用紙

事例	警察への通知	(ご意見)
21 55歳女性。左肩から上腕にかけての帯状疱疹の激しい痛みに対して、左側の星状神経節ブロックを行った。30分間安静を保ち、異常がないことを確認した後帰宅した。6時間後、呼吸苦が出現し、救急車で病院に搬送されたが、頸部血腫に起因する窒息状態から心肺停止となり死亡。		
22 ペースメーカー植え込み術後の患者が、腰痛を訴えるため、退院前に循環器内科の主治医がMRIをオーダーし、検査中に患者が徐脈性不整脈により死亡。調査の結果、入院中にペースメーカー植え込みを行ったことを主治医が忘れてMRIを指示してしまったことが分かった。		
23 70歳男性。胸部外傷で緊急開胸術を行うために全身麻酔を実施した。静脈麻酔薬、筋弛緩薬を投与して気管挿管を試みたところ突然大量に嘔吐し、吐物が気管内に大量に流入し、窒息状態となった。気管挿管にも手間取り、窒息状態から一時心肺停止状態となったが、蘇生した。その後、1週間後に誤嚥性肺炎で死亡。		
24 糖尿病に対しインスリン療法が導入されている患者が、かかりつけの病院の救急外来に意識障害で搬送となったが、かけつけた外来の内科主治医が高血糖によるものと思い、血糖を測定せずにインスリン投与を行ったため、高度の低血糖で患者が死亡。		
25 65歳男性。糖尿病で入院加療中。直前まで元気であったが、突然意識消失し、痙攣を起し死亡。解剖を行ったが、明らかな死因は不明であった。		