

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

平成 21 年度 分担研究報告書

「剖検に対する意識」に関する研究－病理医編

病理医の剖検率の意識調査

研究分担者 相馬孝博
（東京医科大学医療安全管理学講座 主任教授）

研究要旨

剖検率の低下を懸念する意見は多数出てきており、2009 年に「病理医への剖検率の意識調査」を行った。同年に「臨床医への剖検に関するアンケート」を別途行っており、両者から総合的に剖検率の低下の問題を考察することで、医師・病院側でできることは何で、国や地方の政策に何を求めざるべきかを考える糸口に本調査研究を役立てたいと考える。

個々の病理医は休日返上で剖検に熱心に取り組んでいる一方、病院では院長がときおり話題に取り上げるといった意見も自由回答欄で多く散見されるのが実態である。

また東京都とその他の地域の意識の格差があることもわかった。東京よりも、地方においては病理側で剖検数増加のために特に何も実施しないが、実施する場合を大きく上回る結果となった。

地域の医療水準を向上させるためには、取り組むべき課題の一つが剖検率の向上ではないかと思われる。大都市である東京も数的には、病理側で剖検数増加のために特に何も実施しないという回答が多かったが、国の医療政策の課題として剖検率の向上を取り上げるべきであろう。

A. 研究目的

診療関連死亡が疑われる混乱した状況のなかで、剖検を行うためには、日頃から剖検することに慣れ親しんでいる必要がある。剖検率が全国的に減少傾向にある原因のうち、病理側の因子、特に「剖検に対応する意識」が、地域でどのような差異があるのかを検討することが必要である。

また、同時期に行った「臨床医への剖検に関するアンケート」結果と比較することも有意義である。

B. 研究方法

全国の 80 大学の病理学教室、病理診断科、病理部及び日本病理学会認定施設に所属するすべての病理医を対象としたアンケート調査を 2009 年に実施した。アンケート結果を集計する際に、スクリーニングを行った。対象医師の属性のなかで、本章で基礎的と考える要因(性別、現在の身分、在籍都道府県)のなかで一つでも不足する回答は除外した。他に無回答、誤解(例えば単独回答と複数回答の誤り)等のあるものも除外した。

その上で単純集計とクロス集計を行った。単純集計はすべての設問に関して行っている。クロス集計は今回、東京と地方の意識差の有無について焦点をあてた。

単純集計は、図 1 から図 21 でクロス集計は図 22 から図 25 である。

C. 研究結果

単純集計の結果、特に注目したい点は、剖検実施体制である。休日も実施するとの回答が最も多かった。これは病理医がいかに時間をかけて剖検に取り組んでいるかを示している(図 11)。

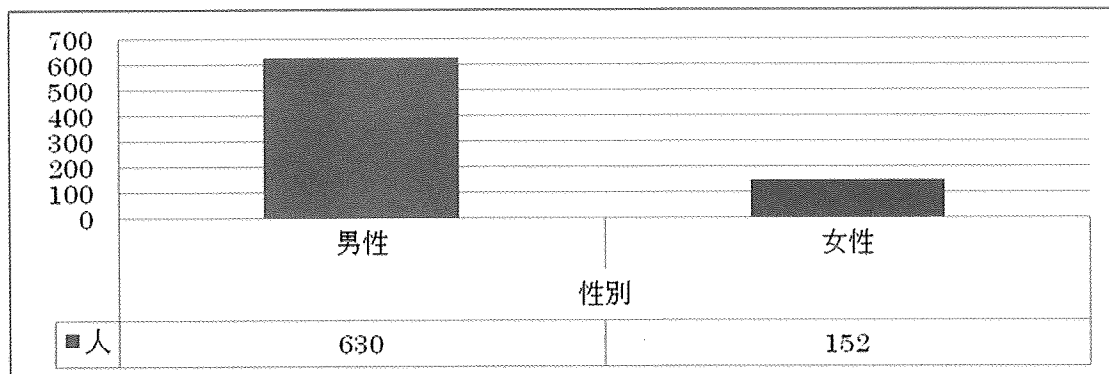
次に過去 10 年間の剖検数の推移(図 14)については、減少傾向にあるとの認識がもっとも多かった。これは臨床医へのアンケートでも同様のことが観測されている。

剖検の増加対策については、病理側、病院・医師側とも 80%が実施していないと同様の結果となった。

次にクロス集計については、剖検数の増加対策の実施について病理側と病院・医師側と比較すると、東京は 実施しない が 実施する の、4.2 倍となり、「臨床医の剖検に関するアンケート」結果と同じ傾向となった。他方、地方においては病理側では 実施しない が 実施する 場合の約 3.2 倍であり、病院・医師側の同 6.4 倍と比較すると、大きな違いとなった。

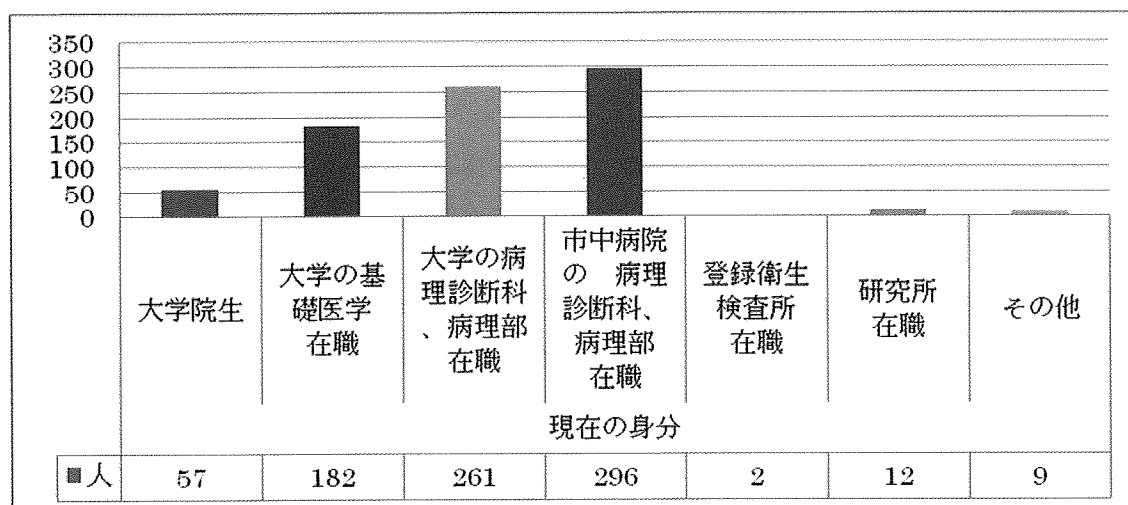
C.1 単純集計

図 1 性別



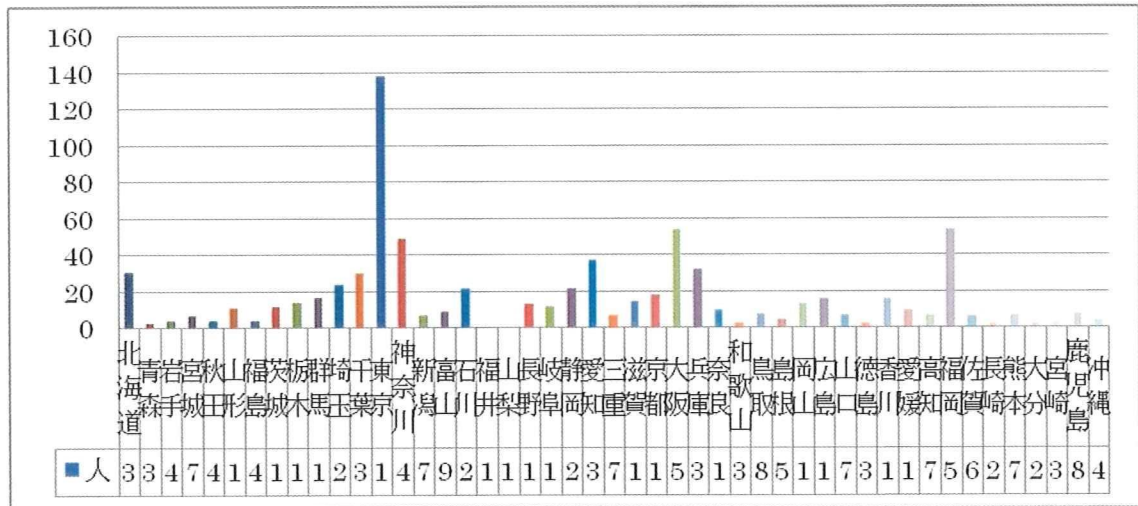
割合	男性	女性
	81%	19%

図 2 現在の身分



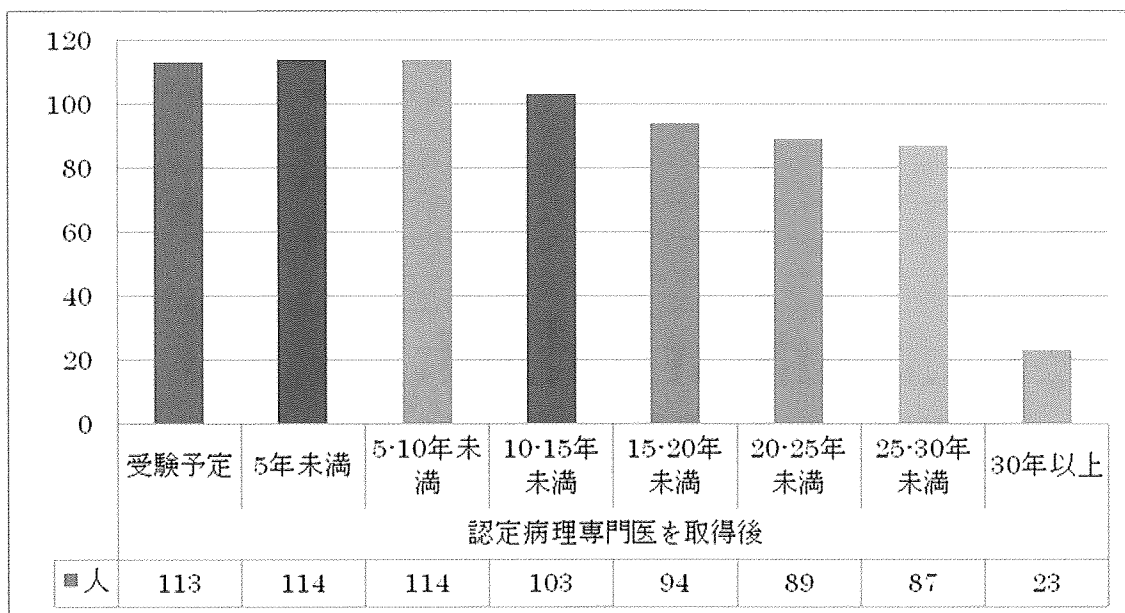
割合	大学院生	大学の基礎医学在職	大学の病理診断科、病理部在職	市中病院の病理診断科、病理部在職	登録衛生検査所 在職	研究所 在職	その他
	7%	22%	32%	36%	0%	1%	1%

図 3 都道府務別



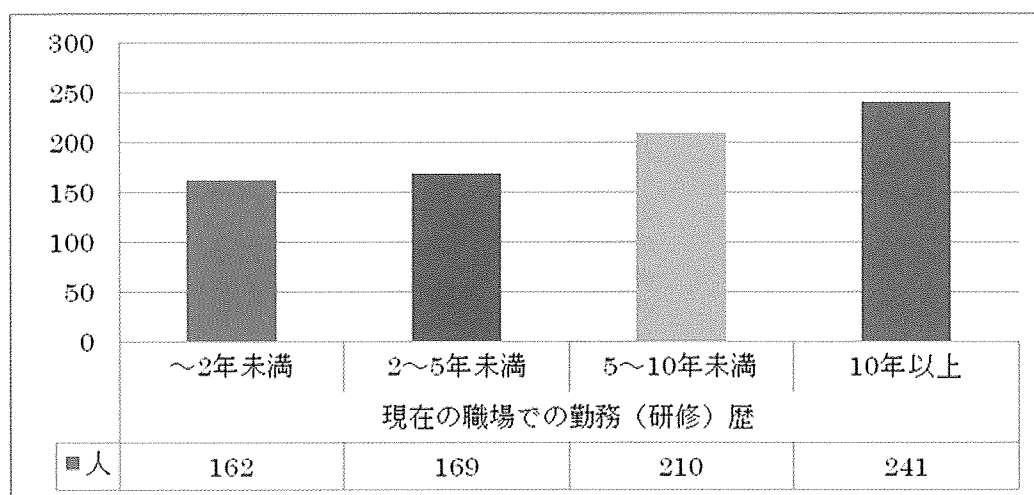
北海道	4%	滋賀	2%
青森	0%	京都	2%
岩手	1%	大阪	7%
宮城	1%	兵庫	4%
秋田	1%	奈良	1%
山形	1%	和歌山	0%
福島	1%	鳥取	1%
茨城	2%	島根	1%
栃木	2%	岡山	2%
群馬	2%	広島	2%
埼玉	2%	山口	1%
千葉	3%	徳島	0%
東京	18%	香川	2%
神奈川県	6%	愛媛	1%
新潟	1%	高知	1%
富山	1%	福岡	7%
石川	3%	佐賀	1%
福井	0%	長崎	0%
山梨	0%	熊本	1%
長野	2%	大分	0%
岐阜	2%	宮崎	0%
静岡県	3%	鹿児島	1%
愛知	5%	沖縄	1%
三重	1%		

図 4 認定病理専門医を取得後



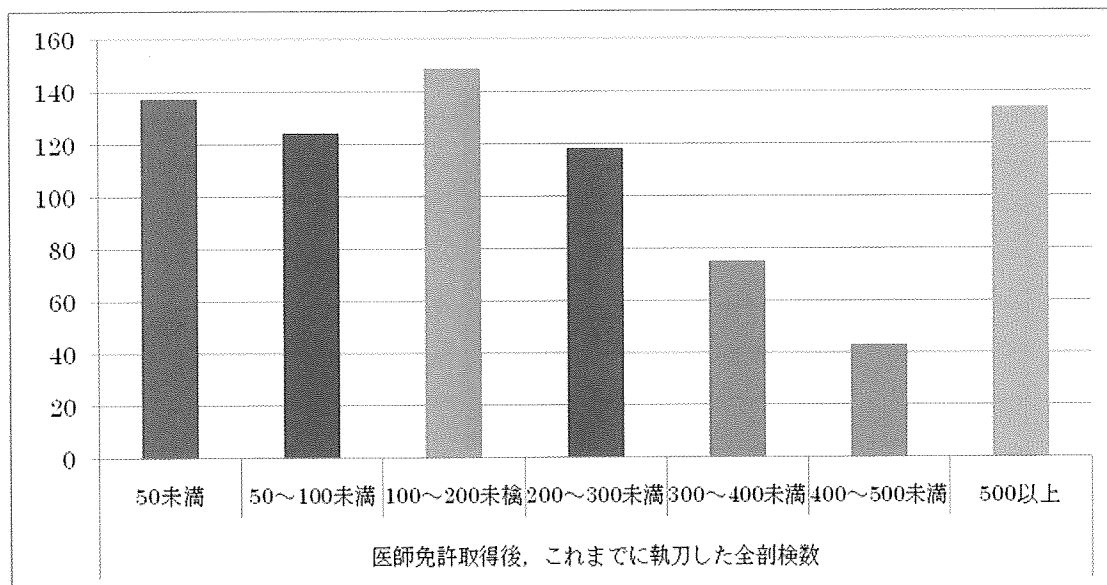
認定病理専門医を取得後								
	受験予定	5年未満	5-10年未 満	10-15年未 満	15-20年未 満	20-25年未 満	25-30年未 満	30以上
割合	15%	15%	15%	14%	13%	12%	12%	3%

図 5 現在の職場での勤務（研修）歴



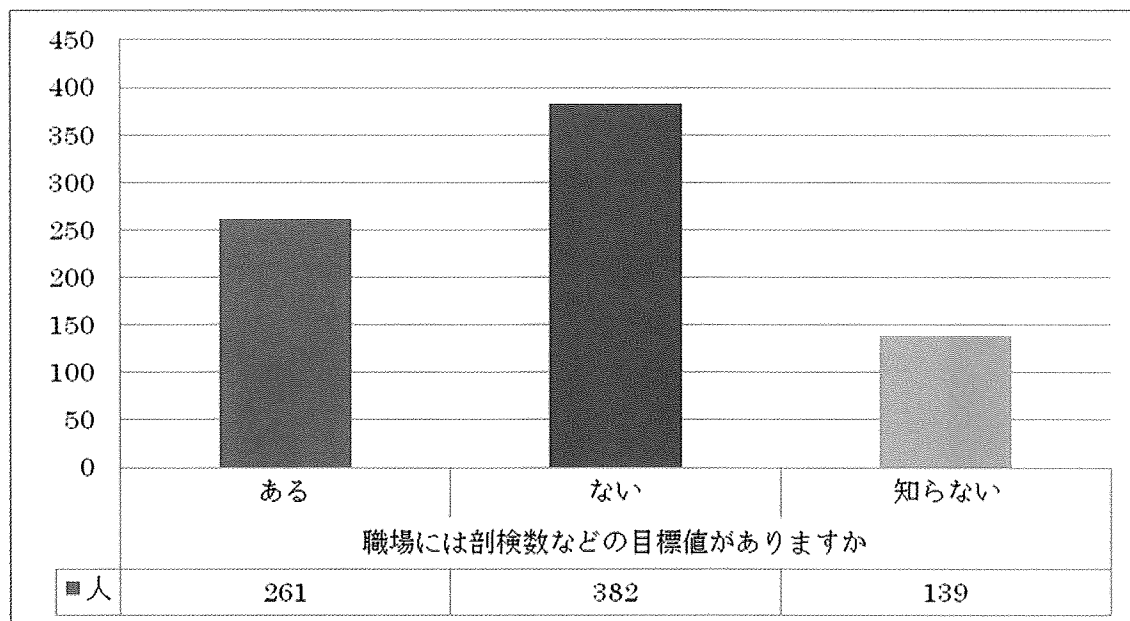
現在の職場での勤務（研修）歴				
	～2年未 満	2～5年未 満	5～10年未 満	10年以上
割合	21%	22%	27%	31%

図 6 医師免許取得後、これまでに執刀した全剖検数は大体いくつか



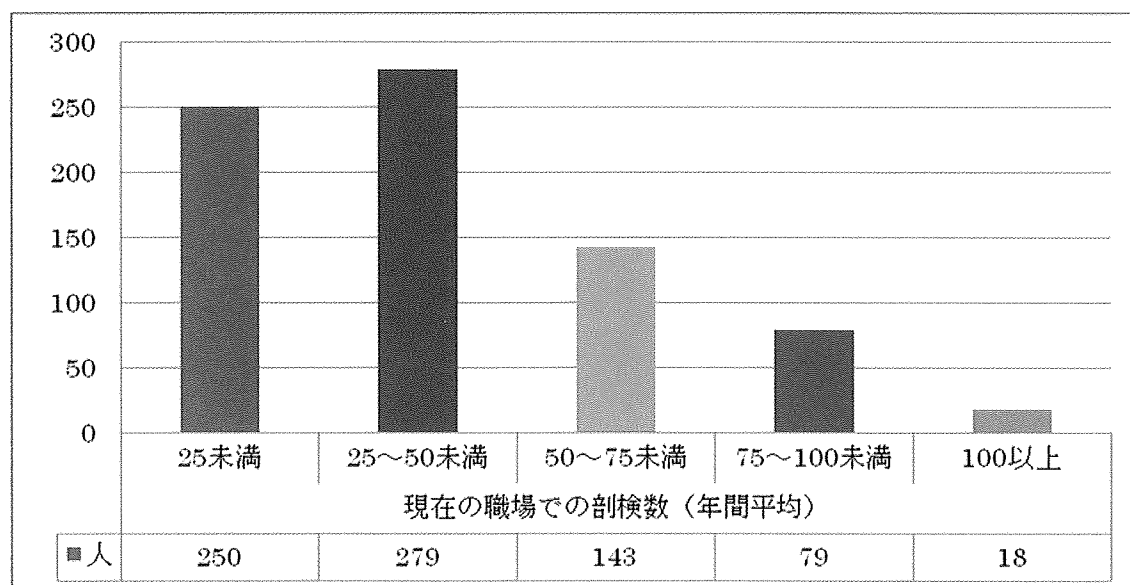
医師免許取得後、これまでに執刀した全剖検数							
	50未満	50~100未満	100~200未満	200~300未満	300~400未満	400~500未満	500以上
割合	18%	16%	19%	15%	10%	6%	17%

図 7 現在の職場には剖検数などの目標値がありますか



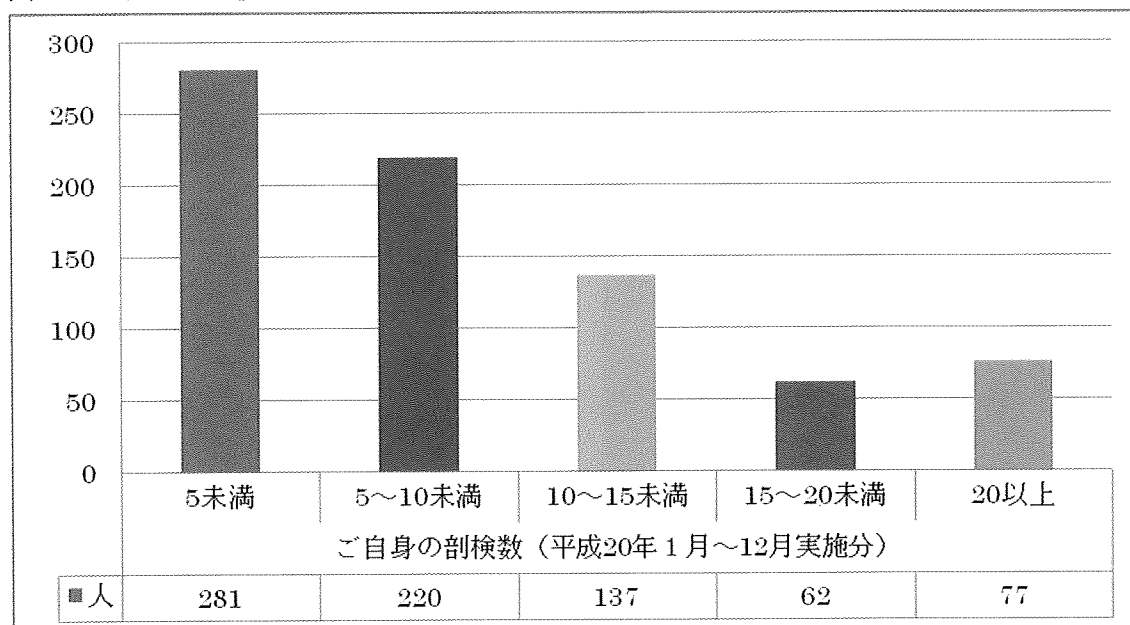
職場には剖検数などの目標値がありますか			
	ある	ない	知らない
割合	33%	49%	18%

図 8 現在の職場での剖検数（年間平均）



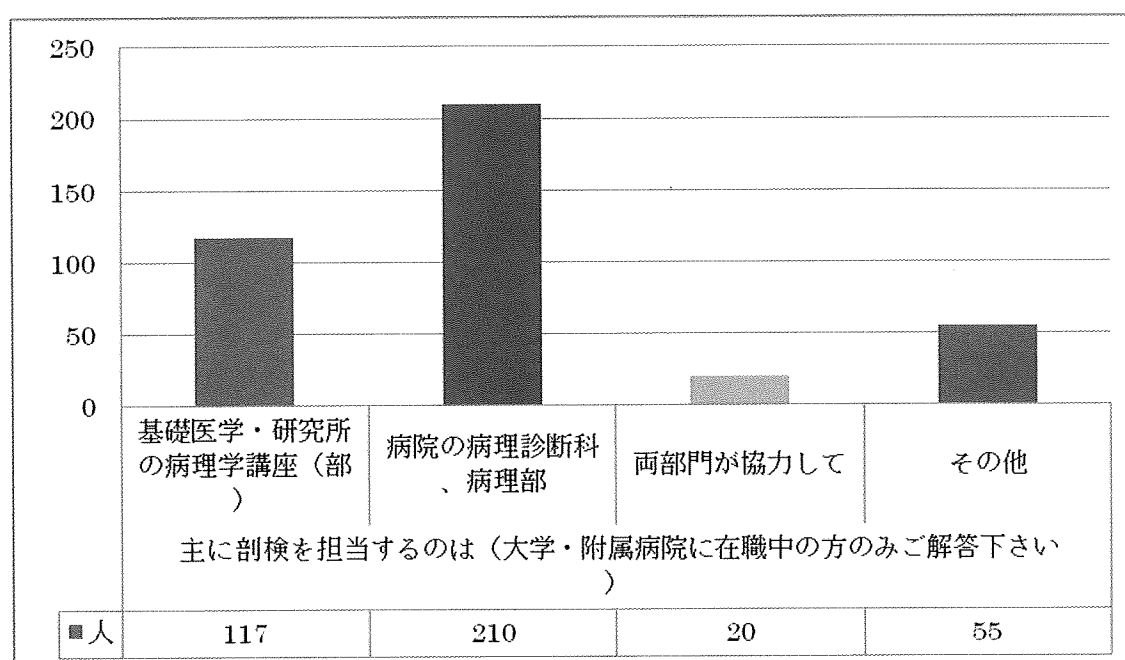
現在の職場での剖検数（年間平均）					
	25未満	25～50未満	50～75未満	75～100未満	100以上
割合	33%	36%	19%	10%	2%

図 9 ご自身の剖検数（平成 20 年 1 月～12 月実施分）



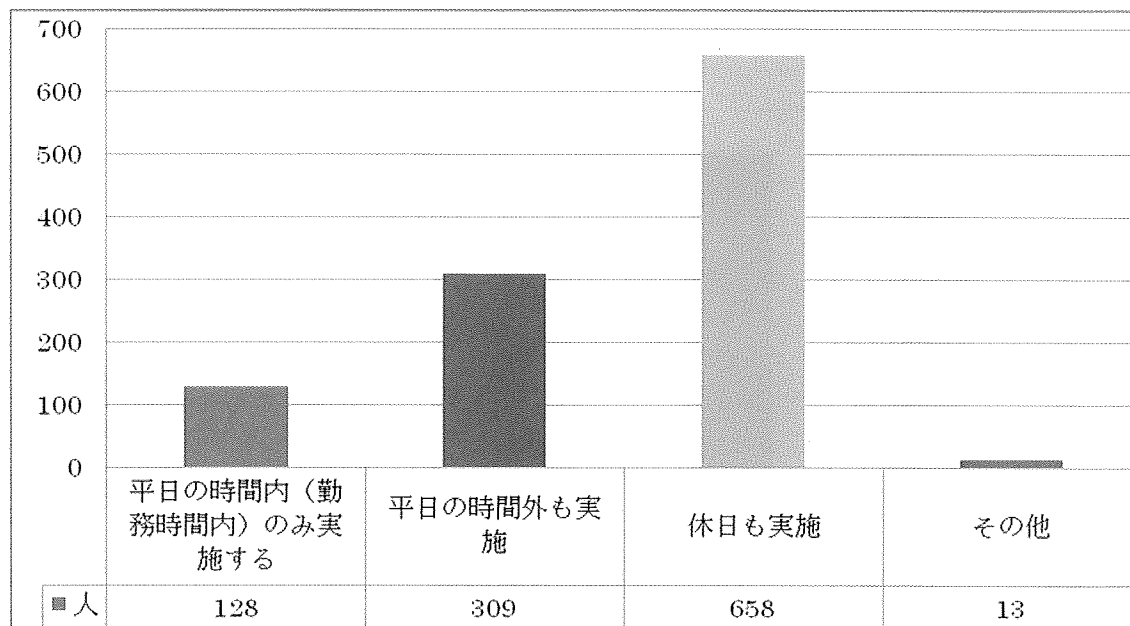
ご自身の剖検数（平成20年1月～12月実施分）					
割合	5未満	5～10未満	10～15未満	15～20未満	20以上
	36%	28%	18%	8%	10%

図 10 主に剖検を担当するのは（大学・附属病院に在職中の方のみご解答下さい）



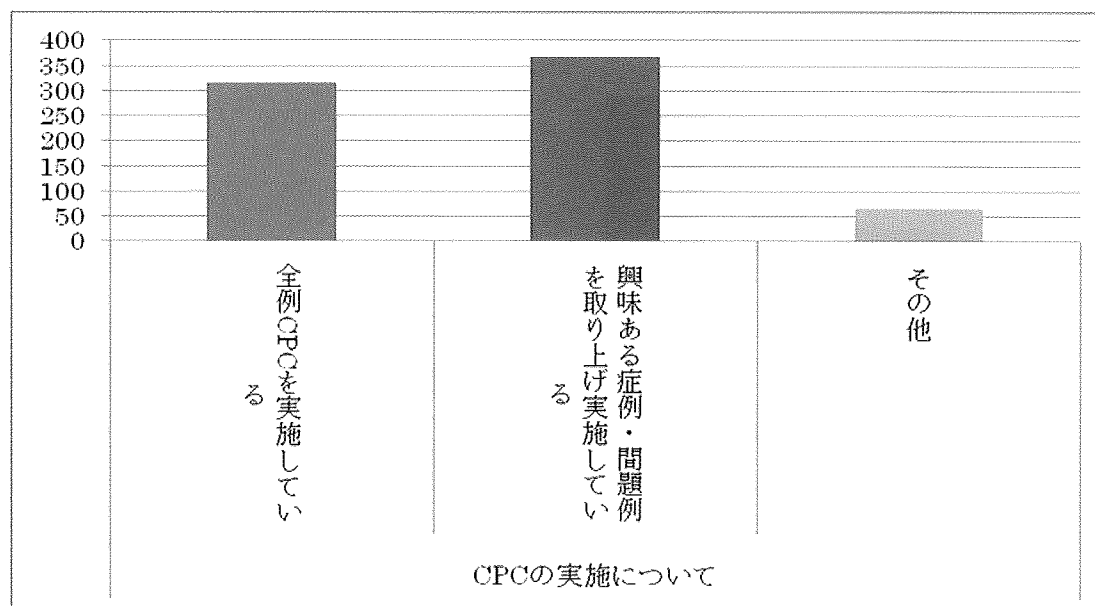
主に剖検を担当するのは				
割合	基礎医学・研究所の病理学講座	病院の病理診断科、病理部	両部門が協力して	その他
	29%	52%	5%	14%

図 11 剖検実施体制について



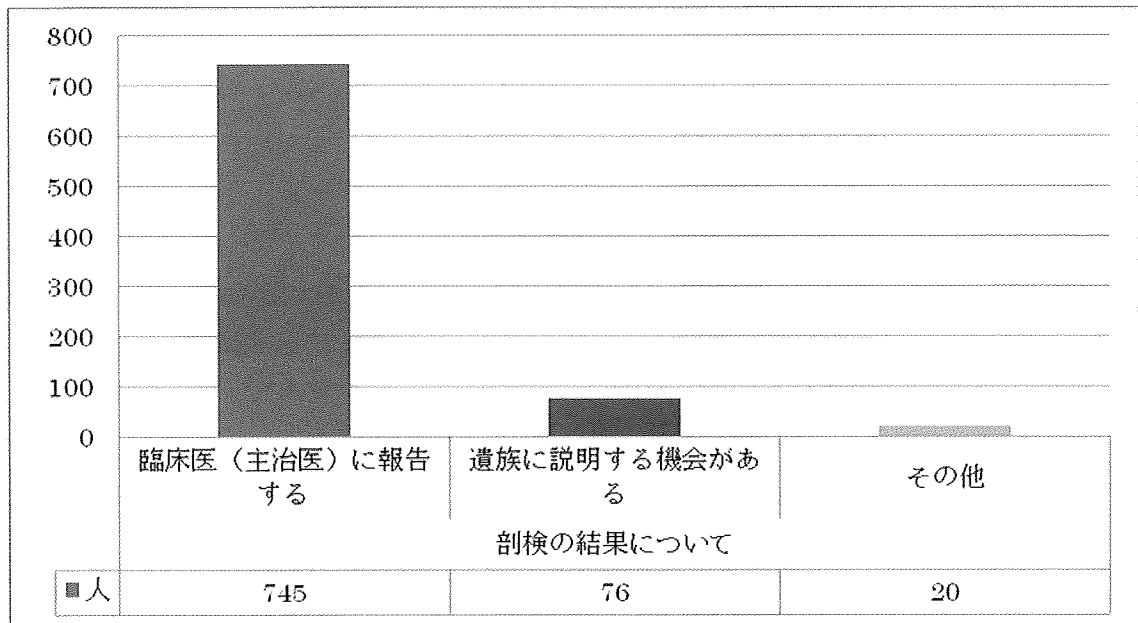
剖検実施体制について				
	平日の時間内	平日の時間外も実施	休日も実施	その他
割合	12%	28%	59%	1%

図 12 CPCの実施について



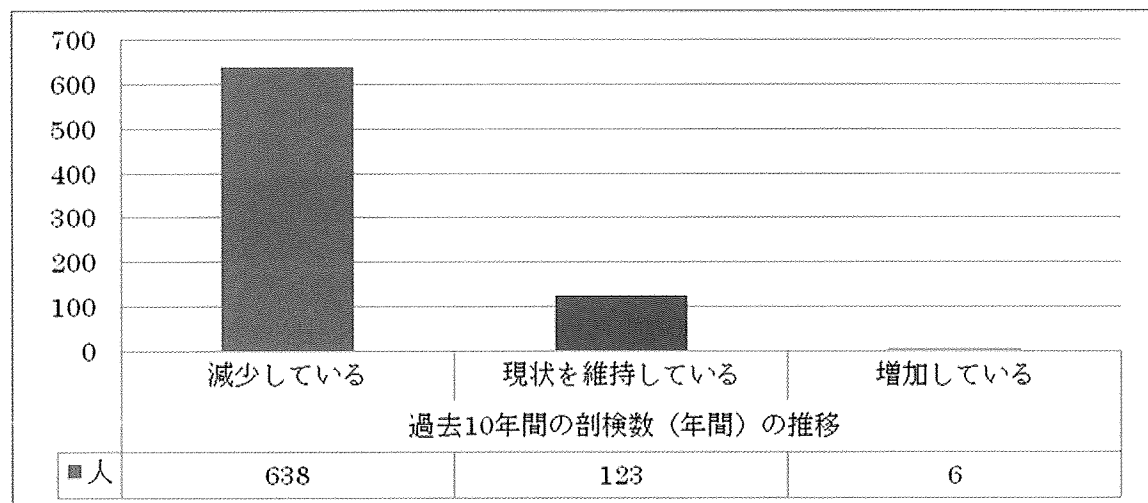
CPCの実施について			
	全例CPCを実施している	興味ある症例・問題例を取り上げ実施している	その他
割合	42%	49%	9%

図 13 剖検の結果について



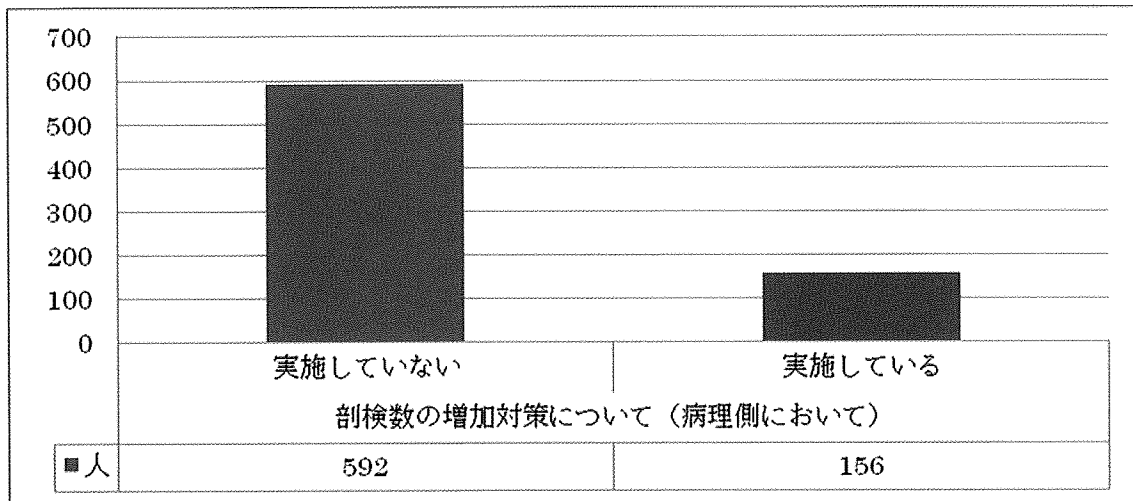
剖検の結果について			
	臨床医（主治医）に報告する	遺族に説明する機会がある	その他
割合	89%	9%	2%

図 14 過去 10 年間の剖検数（年間）の推移



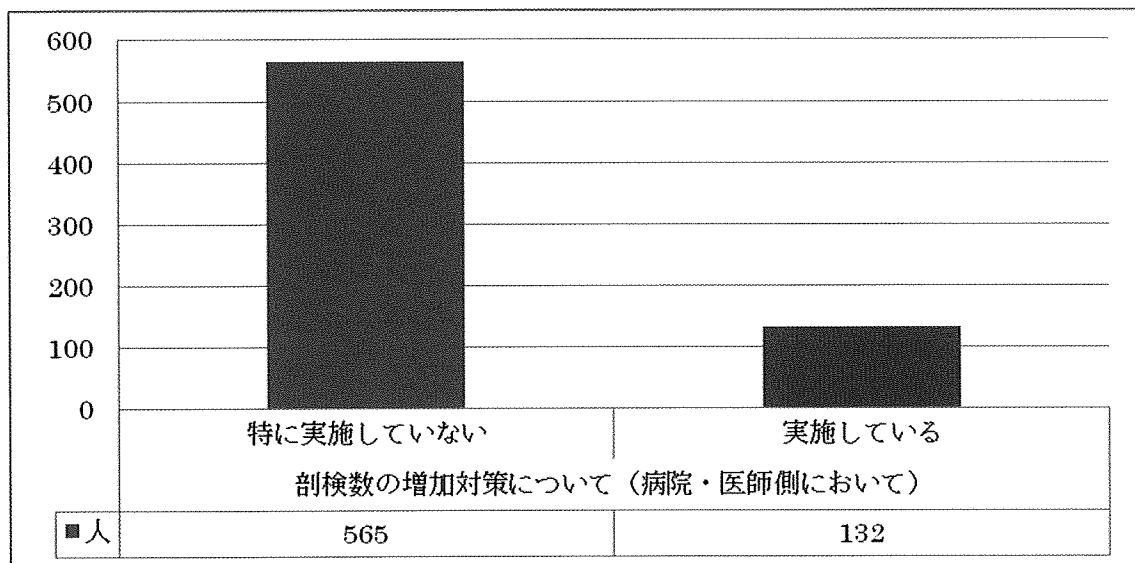
過去10年間の剖検数（年間）の推移			
	減少している	現状を維持している	増加している
割合	83%	16%	1%

図 15 剖検数の増加対策について（病理側において）



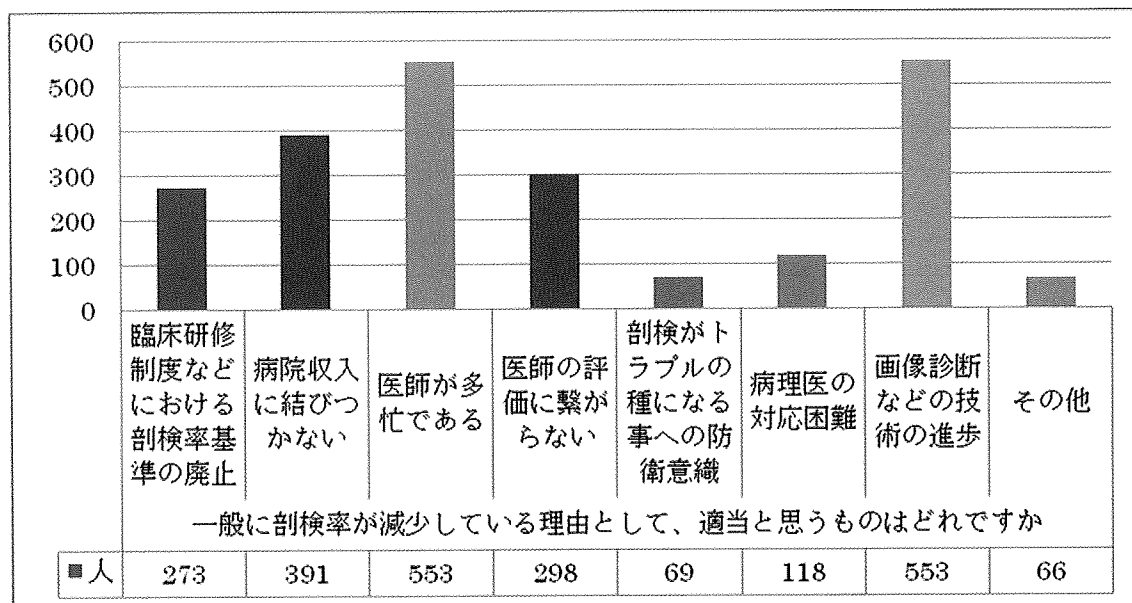
剖検数の増加対策について（病理側において）		
	特に実施していない	実施している
割合	79%	21%

図 16 剖検数の増加対策について（病院・医師側において）



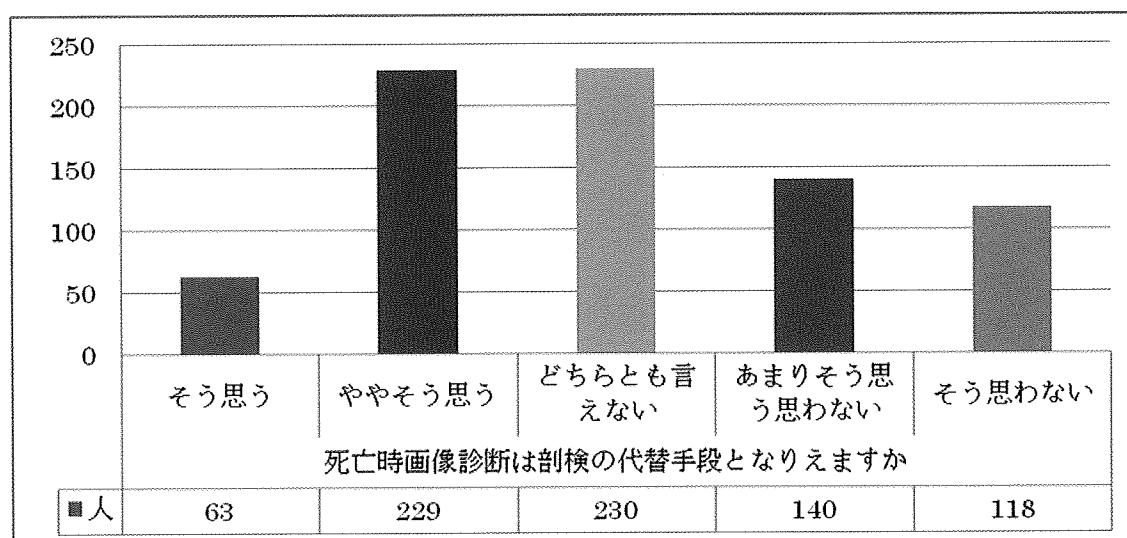
剖検数の増加対策について（病院・医師側において）		
	特に実施していない	実施している
割合	81%	19%

図 17 一般に剖検率が減少している理由として、適当と思うものはどれですか



一般に剖検率が減少している理由として、適当と思うものはどれですか							
	臨床研修制度の剖検率基準の廃止	病院収入に結びつかない	医師が多忙である	医師の評価に繋がらない	剖検がトラブルの種になる事への防衛意識	病理医の対応困難	画像診断などその他の技術の進歩
割合	12%	17%	24%	13%	3%	5%	24%

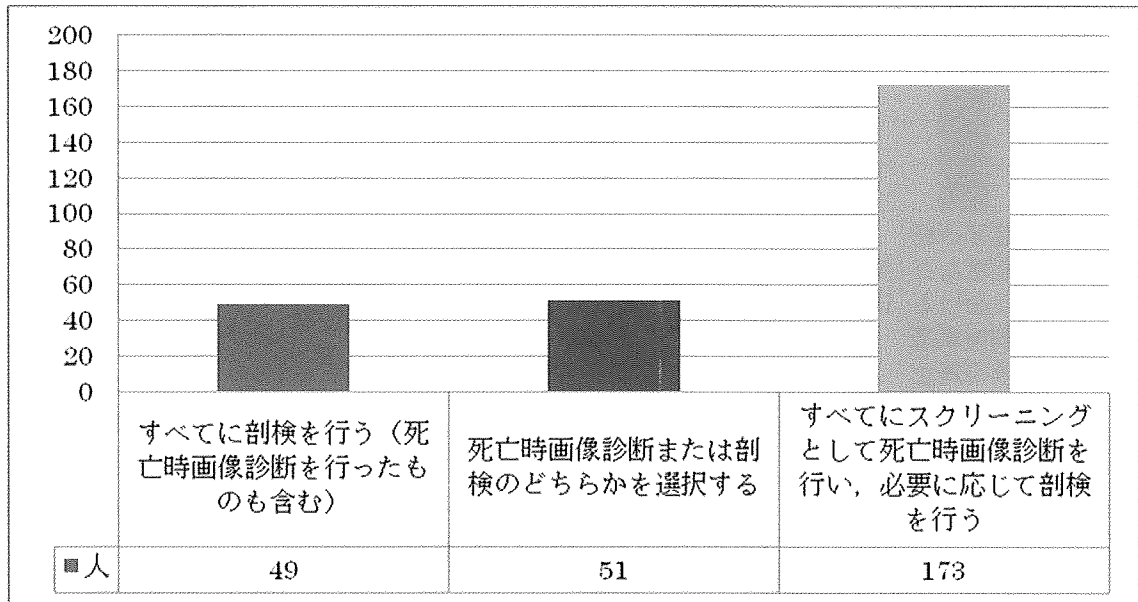
図 18 死亡時画像診断は剖検の代替手段となるか



死亡時画像診断は剖検の代替手段となりえますか					
	そう思う	ややそう思う	どちらとも言えない	あまりそう思わない	そう思わない
割合	8%	29%	29%	18%	15%

図 19 病死も含む全死亡例に対して、あなたが考える今後の死体検索のあるべき姿
 (ただし、遺族の意向は考慮しない)

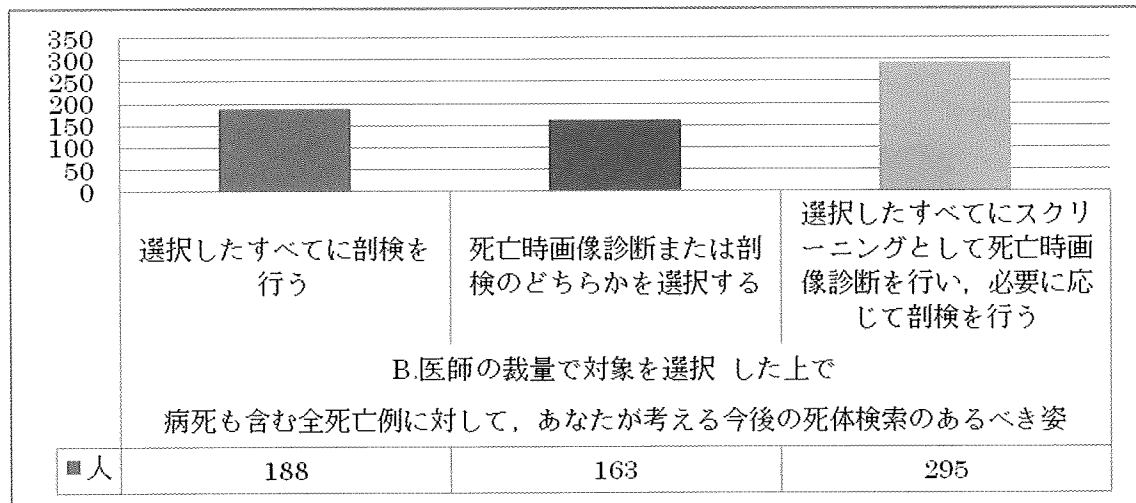
A 全例を対象として



病死も含む全死亡例に対して、あなたが考える今後の死体検索のあるべき姿			
すべてに剖検を行う	死亡時画像診断または剖検のどちらかを選択する	すべてにスクリーニングとして死亡時画像診断を行い必要に応じて剖検を行う	必要に応じて剖検を行う
割合	18%	19%	63%

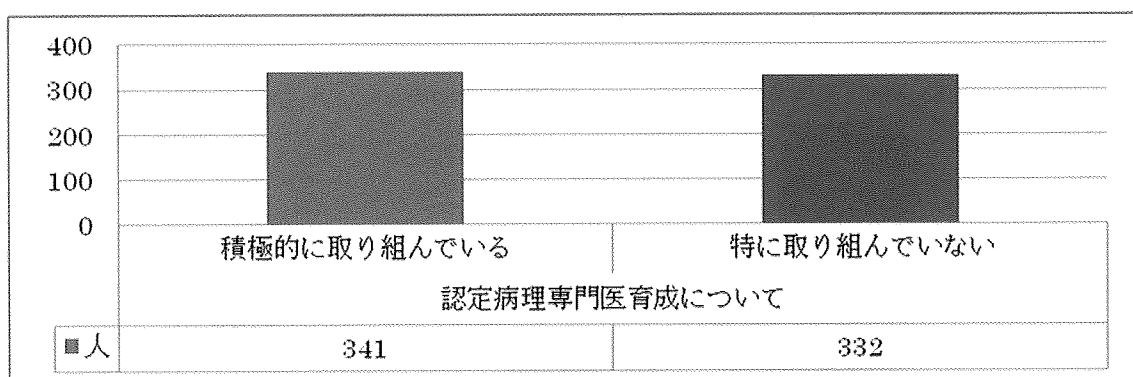
図 20 病死も含む全死亡例に対して、あなたが考える今後の死体検索のあるべき姿
(ただし、遺族の意向は考慮しない)

B.医師の裁量で対象を選択した上で



割合	すべてに剖検を行う	死亡時画像診断または剖検のどちらかを選択する	すべてにスクリーニングとして死亡時画像診断を行い必要に応じて剖検を行う
	29%	25%	46%

図 21 認定病理専門医育成について



割合	積極的に取り組んでいる	特に取り組んでいない
	50.7%	49.3%

C.2 クロス集計

図 22 過去 10 年間の剖検数の推移

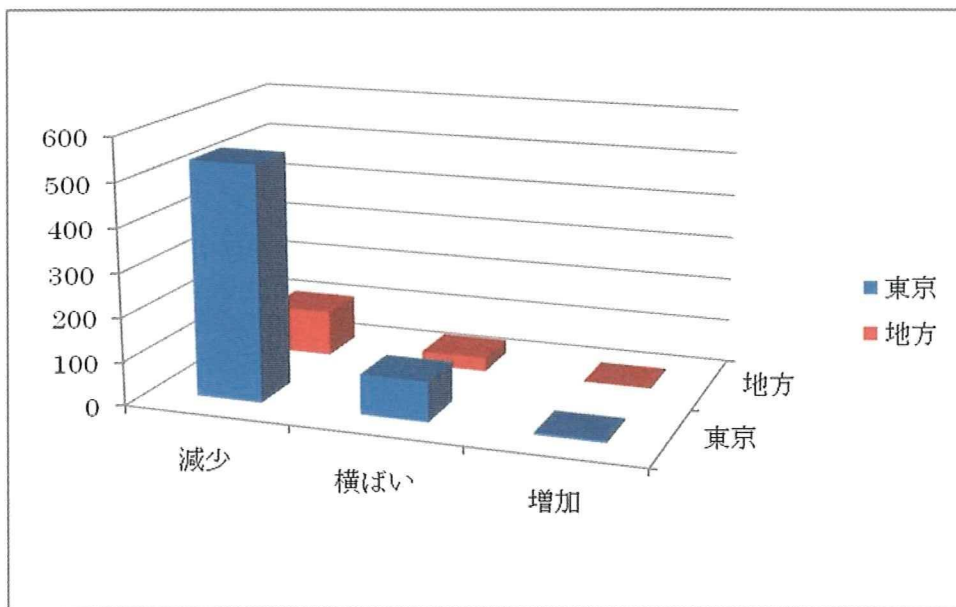


図 23 剖検数の増加対策の実施について(病理側において)

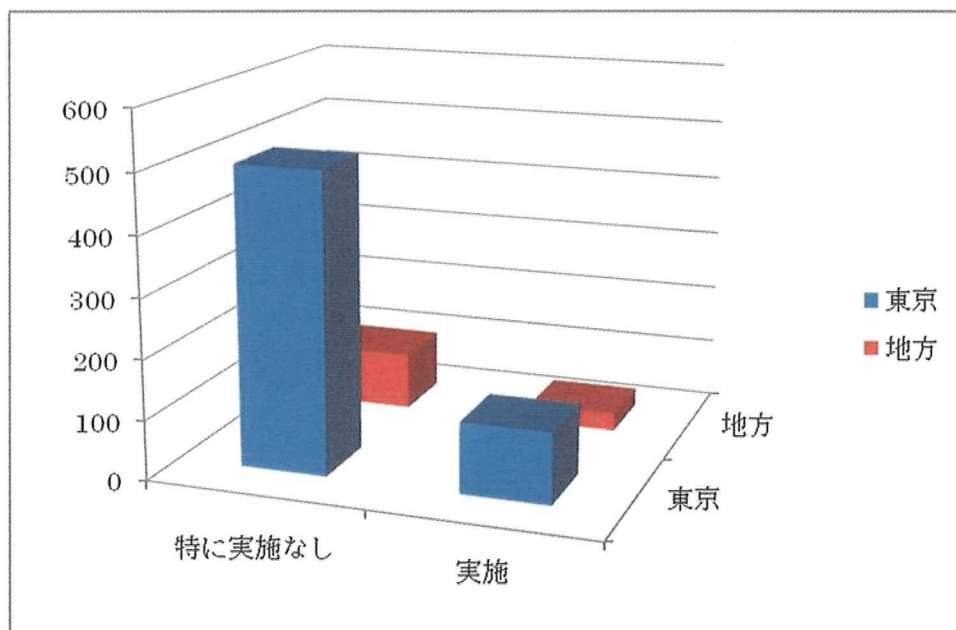


図 24 剖検数の増加対策の実施について(病院・医師側において)

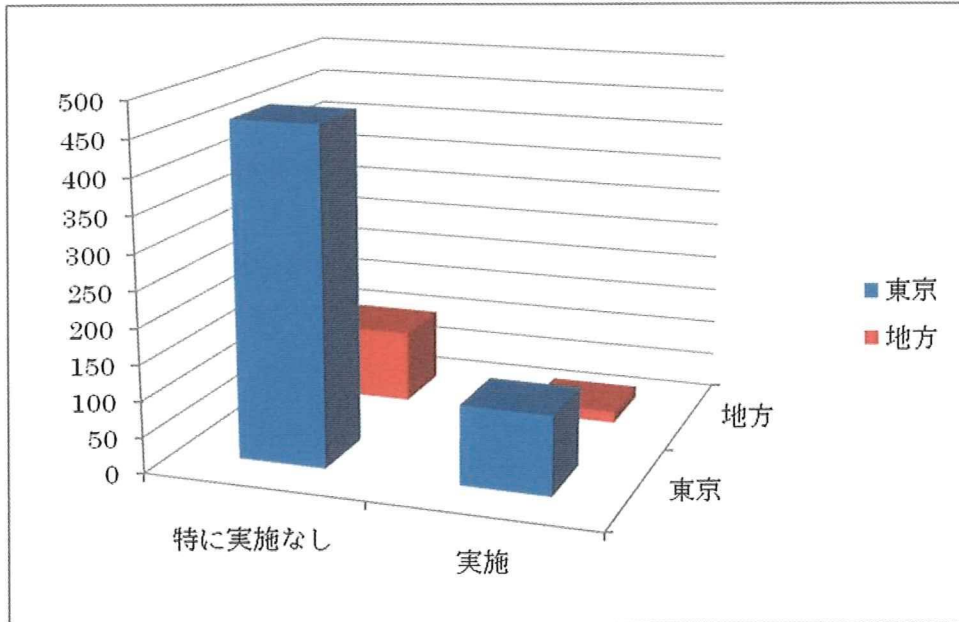
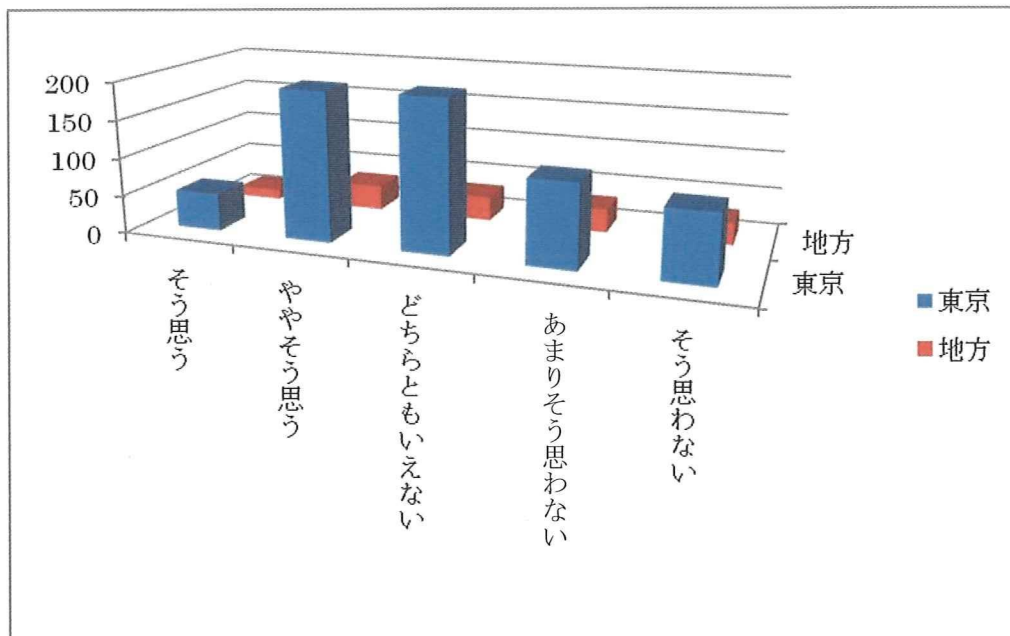


図 25 死亡時画像診断は剖検の代替手段となり得るか



D. 考察

以上で見たように、全般的に病理医は剖検に積極的な態度であるものの、剖検率の減少については、画像診断技術の進歩に加え、多忙すぎるものが原因と感じる病理医が多いこともわかった。死亡時画像診断が剖検にとって変わると思うかについては臨床医ほど積極ではないが、スクリーニングとしての死亡時画像診断の有用性は認めている。

また剖検数の増加対策の実施について、病理側と病院・医師側と比較すると、両者とも特に実施していないが実施している、を大きく上回っている。

地域別には、東京は実施しないが、実施するの、「臨床医への剖検に関するアンケート」結果と同じ傾向となった。他方、地方においては病理側では実施しないが実施する場合を大きく上回る結果となった。

E. 結語

病理医は剖検について重要と思いながらも、休日を返上しているほど多忙であるのが現状である。死亡時画像診断の効果については未だ不確定であり意見の分かれるところであるが、補完し合う関係となるよう、国の政策として喫緊に手を打つべき課題であろう。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許所得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

研究成果の刊行に関する一覧表

a. 原著論文

なし

b. 刊行物

黒田 誠：医療関連死 病理と臨床（臨時増刊号）27:5-103,2009

黒田 誠：日本の死因究明制度の問題点 病理と臨床 28(3):332-333,2009

剖検率に影響を与える 諸因子に関する研究 中間成果報告会

研究代表者 黒田 誠



入場無料

入場無料ですが事前登録制とさせていただきます。(先着200名)

日時

2010年1月24日(日)
14:00~17:00

場所

東京ステーションコンファレンス 602
(東京駅北側サピアタワー内:
<http://www.tstc.jp/access/>)

1. 基調講演：剖検率変動を探るアンケート分析結果

峰滝和典 東京医科大学客員准教授

2. パネルディスカッション：剖検率向上に向けて

司 会 黒田 誠 (藤田保健衛生大学医学部病理診断科・研究代表)

相馬孝博 (東京医科大学医療安全管理学)

パネリスト 山科 章 (内科・東京医科大学内科学第二)

宮田哲郎 (外科・東京大学大学院医学系研究科外科学専攻血管外科学)

谷山清己 (病理・国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター 臨床研究部)

秦 重信 (一般・読売新聞大阪本社編集局科学部)

連絡先：藤田保健衛生大学医学部病理診断科 土屋まで


TEL：0562-93-9016 FAX：0562-95-3761 または

E-mail：patho@fujita-hu.ac.jp にて、ご連絡下さい。

平成21年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)

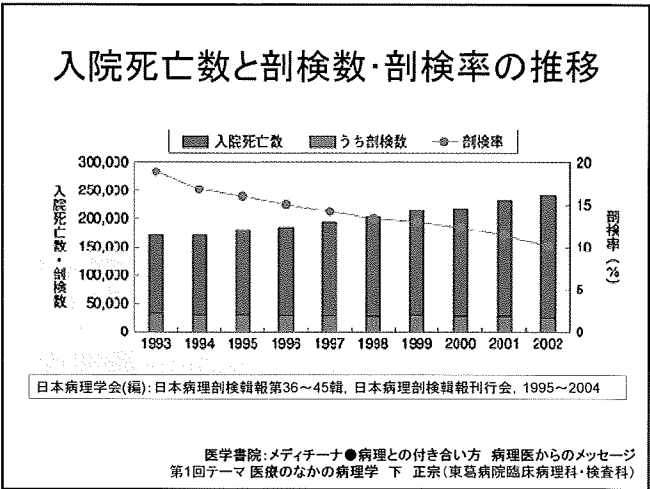
剖検率に影響を与える 諸因子に関する研究 中間成果報告会

研究代表者 黒田 誠

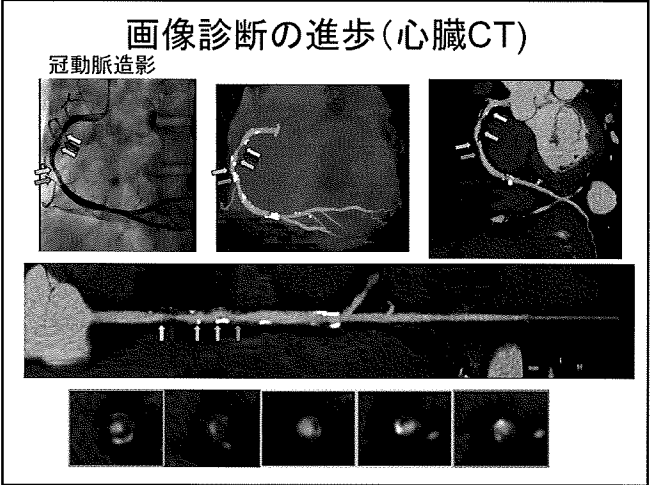


パネルディスカッション 剖検率向上に向けて

東京医科大学第二内科(循環器内科)
山科 章



- ### 剖検率低下の理由
1. 剖検からえられる情報量が相対的に減少している
 2. 剖検報告に不満がある
 3. 剖検により診断/治療上の過誤が指摘される
 4. 病理医も剖検に対する興味が低下(外科病理, 実験病理の方が研究成果を出しやすい)
 5. 社会の認知度が低い(社会的, 医学的有用性の理解が不足)
 6. 遺族にとって利益がない
 7. 患者-医師の関係が希薄になっている
 8. 遺族への説明/交渉が面倒である
 9. 経費がかかり、病院の持ち出しになる
 10. 病理医・臨床医にとって負担増



大学病院などの公的病院の医師

より専門性にシフトしている

臨床医 <ul style="list-style-type: none"> ・ 内科医 ・ 循環器内科医 ・ カテーテル治療専門医 	研究者 <ul style="list-style-type: none"> ・ 臓器より組織 ・ 組織より細胞 ・ 細胞より分子生物学
--	--

大学病院の医局

<ul style="list-style-type: none"> ・ 教授 ・ 准教授 ・ 講師 ・ 助教 ・ 臨床研究医 ・ 後期研修医 ・ 初期研修医(学生) 	診療体制(入院患者) <ul style="list-style-type: none"> ・ 教授 ・ 病棟医長 ・ 入院主治医 <ul style="list-style-type: none"> ◆ オーベン ◆ チューベン ◆ コベン ・ 外来主治医
--	--

オーベン: Oben(ドイツ語)、研修医を指導する医師のこと