

医事紛争のしおり

遺族への説明と納得

岡山県医師会理事 榊原 敬

2018年の医療事故情報の報告件数は4,565件(1,075施設)と増加傾向にある。安全な医療を心がけていても、常にトラブルに遭遇する危険性が存在する。岡山県下における医療事故相談は、2020年12月時点で解決9件(有責5件・無責2件・示談2件)、未解決15件(日医審査で有責5件・無責3件・その他7件:うち死亡1件)となっている。とくに問題となるのは死亡に至った場合であり、医療事故調査制度が設けられている。

医療事故調査制度では医療事故の原因究明と再発防止が目的であり、責任追及とは切り離されることになっている。具体的には標準的な院内調査手法の確立と普及、その調査を支援する支援団体の役割の明確化が叫ばれている。しかし、現実には院内調査が十分に機能しないことがあり、遺憾ながら訴訟の材料にされることもある。ではそうならないように、どのように考え対応すればいいのだろうか。遺族の視点を踏まえ、県内で発生した事例を通して考えてみたい。

地域医療の現場では予期せぬことがおこりえる。専門外の比較的稀な疾患では早い段階の診断が難しく、気づいたときには救命できないこともある。死因と経過についてきちんとした説明がなければ、遺族は状況理解ができず不信感を募らせることになる。診断が困難であった理由を説明し改善策を示すことで、ある程度納得が得られることもある。何を求めているのかを把握したうえで、適切に説明することが重要である。

事例:73歳男性

主訴:急性腹痛 既往歴:33歳十二指腸潰瘍にて幽門側胃切除、48歳:腎不全・透析開始
経過:

- X月7日 18:30 夕食後嘔吐、左下腹部に激痛あり
20:07 A病院を受診、来院時うめき声あり。体温36.7℃、血圧123/93mmHg、SPO₂96%、ソセゴン15mg筋注
20:20 心電図、腹部CT(Oセンターに読影依頼:食道裂孔ヘルニア、嚢胞腎、大腸憩室多数)、簡易採血検査
20:35 アセリオ1,000mgバック(100ml)開始
21:00 ソリタ1号輸液500ml開始、経過観察目的に入院
体温38.1℃、血圧125/62mmHg、脈拍103/min
23:11 上腹部痛・冷汗、苦悶表情あり
体温37.1℃、血圧120/63mmHg、脈拍92/min、ソセゴン15mg筋注
- X月8日 1:30 腹痛著明、冷汗、フェイススケール9
体温37.3℃、血圧102/67mmHg、脈拍100/min、ソセゴン15mg筋注
4:10 腹痛、苦悶表情、腹部を押さえて冷汗あり。顔色不良、フェイススケール7 血圧97/47mmHg、ソセゴン15mg筋注
6:00 腹痛なく左背部痛、うめき声、苦悶表情、冷汗著明、四肢冷感、フェイススケール10。体温36.7℃、血圧123/74mmHg、脈拍125/min ソセゴン15mg筋注
6:10 ジアゼパム注5mg筋注

- アセリオ1,000mgバッグ (100ml)
- 8:30 透析を行っているBクリニックに相談、「自院の透析患者なので、自分で診て判断するので送ってください」
- 8:50 背部痛あり、採血、胸部XP、腹部XP (ポータブル)
ジクロフェナクナトリウム坐剤50mg挿肛
- 10:20 背部痛増強、冷汗あり、発熱なし。
血圧139/84mmHg、脈拍109/min、SPO₂95%
- 10:30 妻に病状説明
腹部症状の原因は不明、痛み止めを人の数倍使用
透析が必要であり、総合的に治療できるところが望ましい
普段透析しているBクリニックへ転院
- 11:50 Bクリニックより急性心筋梗塞疑い(トロポニンT陽性、心電図で完全右脚ブロック、II・III・aVFのST上昇疑い)でC病院へ転送
体温36.5℃、血圧127/78mmHg、脈拍109/min、SPO₂91% (O₂ 5Lマスク)、呼吸数34回
- 11:54 モニター装着、呼吸促迫。心電図、超音波検査、胸腹部CT、座位XP
(CT:左気胸、縦隔気腫、左肺の虚脱。両側胸水貯留:左側優位、両肺に小葉間隔壁の肥厚や肺野濃度の上昇域が見られ、無気肺や呼吸停止不良、肺水腫に伴う変化の可能性あり。胃の周囲に門脈内ガス像あり、多発性肝嚢胞、嚢胞腎、両側腎結石/石灰化があり、大腸憩室が散見される)
- 12:35 気胸に対し、14Frトロッカー挿入、SPO₂90%→96%へ改善、呼吸数20回
- 15:10 血圧110mmHg、脈拍90~100台、SPO₂96~97% (O₂ 4Lマスク)
胸腔ドレーンエアリークなし、茶褐色の排液あり
- 18:30 しんどいとの訴えあり。血圧80mmHg、SPO₂90%にてO₂ 10Lで93~95% 4時間で排液量615ml
- 21:30 トロッカー挿入部の疼痛、レペタン0.2mg0.5A注射
血圧80mmHg台、四肢冷感、踵にチアノーゼあり。冷感あるが暑いと発汗あり。血糖値83mg/dl
- 22:45 バイパップ装着
- X月9日 2:00 マスク不快にてバイパップをはずし、O₂ 10Lへ変更。SPO₂ 89~90%。ドレーンより暗赤色の排液100ml程度あり
- 8:45 CT撮影(左胸腔ドレーン留置、気胸は軽度。縦隔気腫、左胸壁に皮下気腫、少量の胸水と下肺野に無気肺、非虚脱部分の肺に線状索状影、粒状影あり)
- 9:00 レペタン0.2mg0.5A注射
血圧80mmHg台、脈拍97回、SPO₂88% (O₂ 10Lリザーバー)
透析施行できず、その後血圧低下
昇圧剤投与など救命処置を施行するも次第に全身状態悪化
- 15:00 妻と息子にIC。心筋梗塞は否定的、敗血性ショックの状態で心臓の動きが悪すぎて手術できない。心臓が止まりそうで救命は難しい。
- 19:00 死亡確認

病理解剖に同意を頂き、剖検（病理解剖：食道胃接合部穿孔、幽門側胃切除術後、大腸粘膜の虚血性変化、両側胸水、陳旧性心筋下壁梗塞後、動脈硬化、多発性嚢胞腎、多発性肝嚢胞）

ご遺族の意向（A病院の対応に問題があって、転院の時期を逸したのではないか。また病気のことや経過についても説明して欲しい）を踏まえ、医療事故調査報告（死亡したC病院が報告義務を負うわけではなく、A病院からも報告可能）。調査検討委員会をA病院・C病院の合同で開催。

死亡原因：特発性食道破裂（胸腔内穿破型）からの敗血症性ショック

特発性食道破裂は1724年 Herman Boerhaaveが報告、嘔吐、（強い）疼痛、皮下気腫（臨床的に見られないことも多い）を特徴とする。30～50代の男性に多く、食道下部1/3の左壁が穿孔することが多い。縦隔内限局型・胸腔内穿破型に分類される。早期診断治療例が増え救命率は90%、早期診断・軽症例では保存的治療での救命例もある。いわゆるゴールデンタイム（発症後6時間）がポイントで、24時間を経過すると救命は難しくなる。外科的治療は穿孔部の縫合閉鎖と大網充填である。

今回の事例では人工透析中で組織の脆弱性、胃切除後で大網が使えない（充填できない）、胸腔内穿破型など、ハイリスク症例・重症であった。（一期的な治療は困難で、食道瘻を置く二期的手術の適応ではないかと推測。）

A病院の対応：

（X月7日）CT画像について、Oセンターにて遠隔読影（食道裂孔ヘルニアあり、縦隔気腫は当初指摘されず）されており、診断が困難であった。特発性食道破裂では嘔吐・強い疼痛・縦隔気腫/皮下気腫が診断の手がかりとなる。冷汗を伴う疼痛で鎮痛剤の使用量が多く、全身状態が切迫した状態であり、診断できなくとも三次医療機関への転送を検討すべきだった。

（X月8日）翌朝時点で手術を行っても救命できなかった可能性が高い。診断がつかないからと、かかりつけのBクリニックへ搬送するよりも、三次医療機関への転送を優先すべきだった。

C病院の対応：

（X月8日）このときのCTでは血気胸、胸水があり、縦隔気腫、胃の近傍の門脈内に少量のガス像があり、放射線・消化器の専門医（上級医）でなければ正確な読影が困難であった。CTと血液検査所見から、ショック状態に陥っており救命は極めて困難であった。

（X月9日）不幸な転帰となった。盲腸～上行結腸における虚血性変化について、循環不全による二次的変化と判断された。（病理解剖の結果、特発性食道破裂とわかった。）

遺族への説明

Y月29日 C病院（遺族の希望）より病因、経過について説明。

特発性食道破裂は比較的稀な疾患で、嘔吐を契機に発症。胸腔内穿破型で重症、人工透析、胃切除後でハイリスク症例であった。画像診断（縦隔気腫）で早期診断できればよかったが、専門医でなければ診断は難しい（すべての診療科で専門医が対応することは難しい）。強い疼痛があり、診断がつかなくとも三次医療機関に相談することが必要と考えられた。どうしても夜間では、それなりに診断根拠がないと紹介しづらい。翌朝には時間が経過し、画像診断（胃の近傍の門脈にガス像が出現）や血液検査所見から敗血症性ショックをきたしており、この時点での救命は困難であった。

遺族から詳細な説明を受け、状況理解ができたことに謝意があった。（文書での受け取りを希望されず、県医師会にも後日謝意の連絡があった。）