

止時とその後1時間毎に3時間分程度採血を行い、採血項目毎の時間変化率を測定する検体検査を数十例行えば、多くの変化率は狭い範囲での正規分布をとると考えられます（変化率のばらつきが大きい項目は無効として除外する）。この検査項目毎の時間変化率を係数として一般化することが出来れば、各事例において得られた採血値に項目毎の係数を割り返すことにより、心肺停止に至った際の患者についての正確な血液状態が推定可能となります。

上記②については、両検査がどの程度の信頼度を有するのかを客観的に検証するために、司法解剖の実施に先立ってCTと採血を行い、それぞれの結果から推定される死因を相対比較するものです。客観性を確保するために、複数の法医と臨床医がチームを組んで執り行うことが望ましいでしょう。その結果が合致する割合が高ければ、CTと採血の有効性は証明される訳です。私見ですが、例えば、死後5時間後の剖検では得られない情報が死後1時間後のCTと採血では得られる可能性も十分考えられ、むしろ両者は補完し合う関係にあると、思料しています。

上記③については、②の延長にある検証法ですが、診療科別・疾患別に想定される死因ごとに、CTと採血により死因特定が可能か否を、具体的に評価検討するものです。各診療科・各疾患ごとに、(A) CTと採血から死因判定ができる可能性の高い疾患、(B) CTでは不十分だがMRIなら判定可能となる疾患、(C) 基本採血項目（別紙2）に例示）では不十分だが、特定の疾患に特化した検査（分子マーカーや腫瘍マーカー等）を行うことで死因究明が見込める疾患、(D) 剖検によってのみ特定可能な疾患、等に分類する、という検証が必要であると考えます。例えば、胸部や腹腔の内出血や心・肺・脳等の動脈血栓などは、解剖検査によらずともCTと採血により十分に判定可能であり、逆にこれらを行わなければ原因不明の死亡として片付けられてしまう可能性が大きい死因です。

以上3つの検証を、死因究明制度が施行されるまでの2年間に一定程度行うことが出来れば、CTと採血を制度として組み入れることに、不足や問題は解消できるはずです。また、本制度が本格運用された後も、事例データの蓄積に合わせて継続的に検証作業を続けていけば、CTと採血による死因解明の精度は順次高まり、司法解剖に比べても遜色のない検査法として確立していくはずです。

3 その他の提案について

(1) 医療システムが抱える様々な問題点

現在の医療システムは様々な問題を内包していること、多くのメディアで取り上げられています。最近よく取り上げられる重大な問題として、医療ミス・医療紛争の多発、産科・小児科・救急の医師不足、医療・福祉財政の破綻予測などが挙げられます。その他にも問題は山積していますが、一朝での解決が困難だからと言って何もしないで許される時代ではありません。取り組むべき課題に優先順

位をつけ、一步ずつでも（しかし出来るだけ早急な）改善策を講じていかなければ、医療不信は更に増大し医療システムは崩壊に近づくことになるでしょう。その意味で、この死因究明制度の果たす役割は非常に大きいと思われまます。

しかし、仮にこの制度が概ね適正に施行されたとしても、関連する他の制度や組織が現状のままでは、本制度の適正な運用を阻害することになるでしょう。その最たるものが医事保険制度であり、本制度施行に当たっての周辺環境整備として、第一に取り組むべき課題であると思料します。

（2）医事保険制度の改善

医事保険制度は、医師・医療機関より掛け金を募り、加入者が医療ミスを犯し患者や遺族に賠償金を支払う必要が生じた場合に、基本的に1億円を上限としてこれを負担する保険制度です（免責負担は100万円）。しかし、近年の医療紛争の増加等の要因から運用は完全な赤字に陥っているとのことです。一方、加入者が係る医療紛争件については一応の審査が行われるようですが、完全な密室審査であり1件あたりの審議も極めて短時間で行われ、透明性・公平性に著しく問題がある制度とされています（それでも産科に係る審議件の過半に「医師の過失あり」との判断が下されたとのことです）。また、保険会社としては出来るだけ保険金を支払いたくない訳ですから、例え民事裁判で医療者側が敗訴した場合でも、控訴を強要するケースも多いとのことで、制度自体が医療過誤被害者の救済を目的としたものでないことは明らかです。

毎年の医療訴訟の新規受任は1000件前後ですが、この数字は、死亡や重度後遺症などの重大医療事故全体の4～5%に過ぎないと考えられています。示談やADR等による紛争外解決が成立するケースがそう多いとは考えられないため、9割方の被害者や遺族が泣き寝入りしているのが実態でしょう。すなわち、本来補償を行うべき金額は、少なくとも医事保険制度が現在支払っている金額の10倍以上に上るといえます。

よって、死因究明制度が適正に運用されることによって泣き寝入りする遺族の割合が減少した場合には、当然ながら医事保険制度は完全に破綻します。逆に、制度運用後も医事保険の総支払額が大きく増加しないようなら、それは制度が適正に運用されていないことを意味します。このため、死因究明制度の施行に合わせ、医事保険制度を抜本的に見直す必要があるといえます。

以下に、幾つかの私案を列記しますので、前向きなご検討を期待します。

- ①死因究明制度の審査対象件との重複回避（医事保険としての独自審査は行わず、死因究明制度の裁定に従うこと）
- ②加入者の所得（または納税額）に応じた、掛け金の累進制度（例：控除後の年収に対し、一律1%の掛け金）。
- ③保険制度利用者に対する掛け金の増額（例：保険金拠出額の1%を年額加算）。
- ④保険制度を2回以上利用した医療者に対する、調査・指導・再教育。

- ⑤患者を対象とした医賠償保険制度の創設（例：産科・小児科等の訴訟リスクの高い診療科で先行導入。医療費の患者・事業者負担額の10～30%を目処に受診時負担を求め、国・医師会にも相応の負担を課す。低所得者に対しては国・自治体・が補填。医療事故被害者（遺族）に対し、過失認定の有無に係らず無条件で民訴上の慰謝料に相当する金額を補償。重度後遺症に対しても一時金支給。この制度による既払額は医事保険・民訴請求額より控除。医事保険の役割を、自動車保険でいうところの任意保険に相当するものと位置づける）

（3）医療に携わる方へ一言

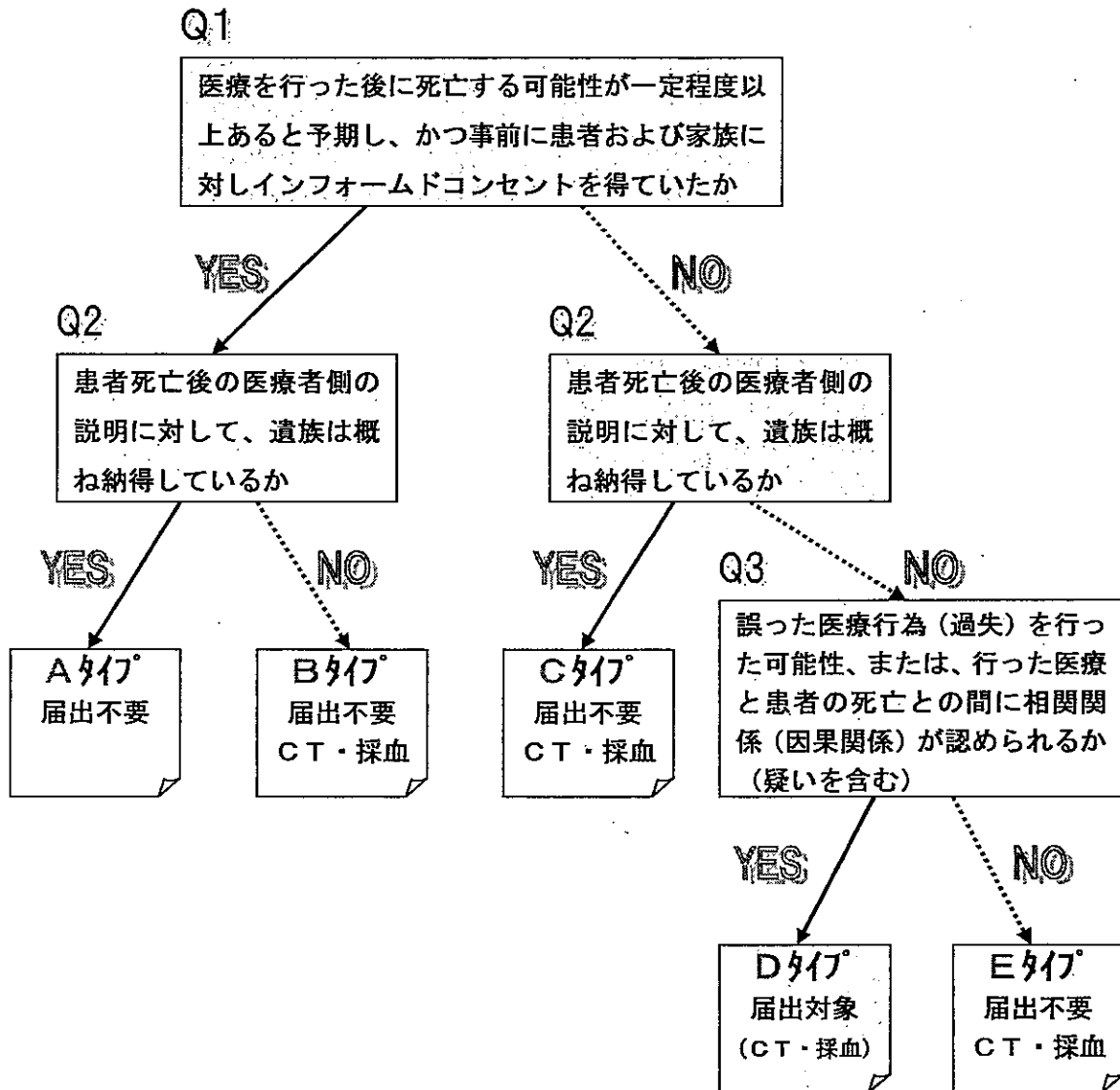
私は3年前に妻子を医療過誤事故で亡くして以降、当該医療者らによるあまりに杜撰な医療内容、あまりに不誠実な事後対応により、彼らに強い怒りと不信感を抱いています。しかし一方で、多くの医療者が患者の命と健康に正面から取り組み日々尽力されていることも承知しています。

医療に誠実に取り組まれている方々にとっては、今日の医療界に対する風当たりの強さを、不当なことのように受け止められるかもしれません。しかし現実には、医療者として最低限有すべき能力と倫理観に遥かに届かず、医療ミスを経度も繰り返す悪質な医療者が相当数存在するという事実を、まずは受け止めていただきたいと思います。そして、誤った医療行為によって健康や命を損なった患者や遺族が、真相を知ることすら出来ず、謝罪や補償を受けることも叶わず、泣き寝入りするか更に多くの犠牲を払ってでも立ち向かうかの厳しい選択を強いられている現実にも、目を向けていただきたいと思います。

医療事故の被害者や遺族が何より望むのは被害の原状回復ですが、それは死亡事故では望むべくもないことです。そして、次に強く望むのは、論ずるまでもなく「真相究明」であり、これ無くして「反省謝罪」や「再発防止」はありえず「損害補償」もままならないでしょう。

医療に携わる全ての方々には、真実に対し真摯に向き合う勇気を持っていただくことを、切に希望する次第です。

患者・遺族の想いを尊重した死因究明制度（案）



- (注1) Q1の一定程度とは、最低でも5~10%のリスク認識を指す
- (注2) 上記BC Eのケースでは、患者死亡後の速やかなCT検査・採血検査を実施する。
- (注3) 医療事故死亡の発生後、医療者は速やかにCTと採血が必要である旨・その結果を以って、1~2週間以内に遺族への説明を行う旨を伝える。なお、採血の実施は事後承諾可とする。
- (注4) CT検査・採血検査の費用は全額国費負担とする。遺族説明の際に遺族が検査結果(写)の交付を求めた場合には、即日発行を原則とする(複製代は遺族負担)。
- (注5) D届出対象とする場合でも、その決定や司法解剖実施までに数時間を要することが見込まれる場合には、CTと採血を実施することとする。

基本的な血液検査項目 (例)

番号	検査項目		検査の意義・特徴
	和名	欧名	
1	白血球数	WBC	炎症・出血・免疫異常で高値となる。
2	赤血球数	RBC	低値で、動悸・頻脈・蒼白等の貧血症状を呈す。
3	血色素量 (ヘモグロビン)	Hb	失血・溶血性貧血・尿毒症・肝硬変などで低下。
4	赤血球相対的容積 (ヘマトクリット)	Ht	血液の総容積に対する赤血球の容積比。25%が輸血の目安。
5	赤血球恒数	MCV 他2	貧血の種類判定に用いる。MCVの他、MCHとMCHCがある。
6	血小板数	PLT	1次血栓機構に直接関与し、2次血栓機構に間接関与。5万以下で出血傾向を呈す。
7	白血球分画	NEUT 他5	好中球・好塩基球・リンパ球など6種類ある白血球の、各々の占める百分率。
8	グルタミン酸オキサロ酢酸 アミノ基転移酵素	GOT (AST)	GOT・GPTとも主に肝臓細胞の中にある酵素。主に肝障害で高値となる。
9	グルタミン酸ピルビン酸 アミノ基転移酵素	GPT (ALT)	肝障害の他、心筋梗塞や筋障害でも高値を示すが、肝障害では同等の上昇を示す。
10	乳酸脱水素酵素	LDH	急性肝炎や心筋疾患で、4~5倍に上昇する。溶血性貧血や肺梗塞でも上昇する。
11	アルカリ性ホスファターゼ	ALP	胆汁うっ滞性肝炎、胆石、転移性骨腫瘍、骨折、急性肝炎などで高値を示す。
12	γ-グルタミル トランス ペプチターゼ	γ-GTP	アルコール性肝障害、肝癌、転移性肝癌などで高値を示す。
13	ビリルビン	BILL (3種)	溶血、肝障害、胆管障害、黄疸などで高値を示す。総・直接・間接の3種類がある。
14	クレアチンホスホキナーゼ	CPK (CK)	急性心筋梗塞・心筋炎などで上昇。3種のアイソザム検査から異常部位の推定可能。
15	尿素窒素	BUN	腎機能障害で高値となる。
16	尿酸	UA	7以上が高尿酸血症で、痛風や腎障害を起こす。
17	クレアチニン	CRE	中等度以上の腎機能障害やショック症状出高値となる。
18	総コレステロール	T-C	妊婦は高値傾向を示す。高脂血症は動脈硬化等の原因となる。肝機能障害で低下。
19	中性脂肪 (トリグリセリド)	TG	妊婦は高値傾向を示す。肝機能障害の場合には低値となる。
20	アミラーゼ	AMY	急性膵炎・膵間膜血栓・急性肝炎・腎不全・ショックなどで増加。
21	リパーゼ	LIP	特に急性膵炎など膵臓疾患に特化して高値となる。肝炎・腎炎でも高値を呈する。
22	空腹時グルコース	BS	血液中ブドウ糖濃度。肥満・糖尿病・膵炎などで上昇する。
23	C-反応性蛋白	CRP	細菌感染症や急性心筋梗塞 (冠状動脈の閉塞・心筋壊死) で高値となる。
24	総蛋白	TP	7g/dl等の100種以上ある蛋白の合計で、出血・肝臓・腎臓の障害で低下。
25	ナトリウム	Na	脱水や興奮・不穏などで高値となり、腎機能低下 (欠尿) や循環不全で低値となる。
26	カリウム	K	腎機能低下・尿量減少で血液中K濃度は増加し、8.0以上で心停止の危険が生じる。
27	塩素 (クロール)	CL	神経・筋機能・酵素活性などに関与。代謝性アシドーシスで高値になる。
28	カルシウム	Ca	Caは骨や歯の形成や、血液凝固反応に役割を果たす。
29	鉄	Fe	Feはヘモグロビン中に含まれ、出血性貧血で低下、溶血性貧血や急性肝炎で増加。
30	マグネシウム	Mg	腎不全からの排泄低下や溶血 (赤血球中は高Mg) による高Mg血症を呈する。
31	アンチトロンビンⅢ	AT3	凝固作用を失活させるが、反応速度は緩慢。DICで低下。
32	フィブリン・ フィブリノゲン分解産物	FDP	血栓溶解作用 (線溶) が亢進すると増加。DICで増加。
33	Dダイマー	D-dimer	血栓溶解作用 (線溶) が亢進すると増加。DICで増加。2次線溶副産物。
34	プロトロンビン	PT	DIC亢進や肝機能障害でPT時間は延長する。時間・活性・%の3種あり。
35	活性部分トロンボプラステン	APTT	PTとセットで測定。両者の増加率の比較から血液疾患の種類・程度を判定。
36	フィブリノゲン	FIB	血液凝固の最終段階で、フィブリン血栓を形成し低下。DICで著減する。

4. 氏名： 瀬尾憲正

5. 所属： 自治医科大学 麻酔科学・集中治療医学講座

6. 年齢： (※下記より対応する番号をご記入ください。)

- | | | |
|----------|----------|-----------------|
| 1. 20歳未満 | 2. 20代 | 3. 30代 |
| 4. 40代 | ● 5. 50代 | 6. 60代 7. 70歳以上 |

7. 職業： (※下記より対応する番号をご記入ください。)

<一般>

- | | | |
|-------------------------|-------------------------|----------|
| 1. 会社員 | 2. 自営業 | 3. 報道関係者 |
| 4. 公務員（医療・法曹・警察関係職種を除く） | 5. 学生 | |
| 6. 無職 | 7. その他（医療・法曹・警察関係職種を除く） | |

<医療従事者>

- | | |
|------------------|-----------------|
| 8. 医療機関管理者 | ● 9. 医師（管理者を除く） |
| 10. 歯科医師（管理者を除く） | 11. 薬剤師 12. 看護師 |
| 13. その他医療従事者 | |

<法曹・警察関係職種>

- | | | |
|-----------|---------|-----------------|
| 14. 弁護士 | 15. 裁判官 | 16. 検察官 |
| 17. 法学部教員 | 18. 警察官 | 19. その他法曹・司法関係者 |

8. 医事紛争の経験： (※下記より対応する番号をご記入ください。)

- | |
|------------------------------------|
| ● 1. 医療紛争の当事者になったことがある。 |
| 2. 医療紛争の当事者にはなっていないが身近で見聞きしたことがある。 |
| 3. 医療紛争の経験なし |

「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案—第三次試案—」に対する意見について

「私は厚生労働省第三次案に対してこのままでは同意することは出来ません。」

その理由を以下に挙げます。

- 第三次案においても、届出範囲が遺族側に受け入れられない可能性があり、委員会への届出件数が多くなり、委員会の処理能力を超え、患者遺族の望む究明につながらない恐れがあります。事故発生初期の真摯で迅速な対応が患者遺族の望む原因究明の第一歩です。さらに外部委員を入れた院内事故調査委員会などによる原因究明などにより委員会への届出を絞り込む必要があります。
- 第三次案においても、委員会は定義が曖昧な「重大な過失」に対して警察に通知することとなっており、刑事罰につながる判断と調査権限の両方（司直と裁判所）を持つこととなります。調査と処分につながる判断の権限は別々の組織に委ねるのが民主的な法治国家の本来のあり方です。
- 第三次案においても、医療事故に対する警察の介入は避けられず、したがって萎縮医療は解決できないと考えます

次に、具体的に上記理由を説明します。

1. 原因究明と再発防止

1) 事故発生初期の真摯な対応

信頼される医療は患者側にとっても、医療者側にとっても共通の目標であります。その目標達成には患者側・医療者側が共同して相互の信頼関係を築くことが必須と考えます。そのためには、事故発生初期の段階で患者遺族側に対して真摯な対応をすることが、相互理解を深め、紛争拡大を予防する最も重要なステップと考えます。まず医療者側が正直に事実を告げ、納得するまで説明し、謝罪すべき時には謝罪するといった真摯でかつ迅速な対応をすることが、第一歩と考えます。このような対応をすることで、遺族が納得し、遺族の処罰感情が軽減すれば、遺族からの委員会への届出や刑事告発が少なくなると考えます。

2) データバンク設立

厚生労働省は今回の調査委員会の第一の目的は原因究明、再発防止にあると言っています。原因究明には医学的な究明と患者遺族が望む究明があります。

医学的な原因究明、再発防止のためには、届出の範囲を拡大し、匿名化した形で、できれば死亡例のみならず死亡に至りかけたような重大な事故を含めて届出がなされ、現行の日本医療機能評価機構を拡大した組織であるデータバンクに情報が蓄積されることが望ましいと考えます。

3) 届出事例の絞込み