

【カバーレター】心肺停止時に救急車を呼んで救急外来へ搬送され、死亡診断書／死体検案書が発行されず、監察医務院での検案となってしまった事例を経験した。他県で医師をしていた際と運用が違うことや、大切に診てきた終末期の患者さんの死がそのような形となったことに困惑した。監察医務院で研修を行い、現状について学び、地域に対しての取り組みも行ったため報告する。

【症例】77歳女性
【既往歴】卵巣嚢腫、子宮内膜症、急性膵炎、尋常性乾癬、全盲
【現病歴】

2013.1月 左臀部から大腿痛あり徐々に悪化、A病院でMRI撮影したところ多発骨転移の所見あり、4月B病院入院。CTガイド下生検にて骨原発のびまん性大細胞型B細胞リンパ腫と診断。認知機能障害があること、奏効率も低いことから化学療法の適応なしと判断、ステロイド投与。骨転移部については放射線照射を施行。在宅で終末期を迎えたいという本人・家族の希望で7月、自宅退院となった。

入院中より38度台の発熱があったが腫瘍熱として対症療法していた。訪問開始後に平均熱が上がったため精査、肺炎として抗菌薬投与行っていた。加療4日目、痰がごろごろして苦しそう、と電話あり、訪問看護師が向かっている途中で心肺停止。慌てた家族が救急要請後、当院在宅に往診依頼。緊急往診出発しようとしたときに救急隊よりすでに搬送しているので往診不要との連絡あり。

近隣の病院の救急外来に運ばれ、心肺蘇生の後に死亡確認となった。しかし死亡診断書／死体検案書は作成されず異状死体として監察医務院で検案されることとなった。

?? ? ? ? ?



疑問...

・以前働いていた他県では他院かかりつけのCPAOA患者には病歴確認の上死体検案書を発行していた。自宅で死体検案もしていた。蘇生をしたということはその間生きていたと見なして加療したはずなのに、何故書類を書いてくれないのか？

・家族が驚いて救急車を呼んでしまうことはおこりうる。大事にみていた患者さんの人生の最期が、事件かどうか疑われて警察が介入することになり、ご遺体が手荒く扱われるのは悲しい。

・監察医だってそう多いわけではないだろうに皆検案なんてしていたらきりがなさそう。

→監察医務院での研修をセッティング

＜参考文献＞病理と臨床1998 vol16 51-54
病理と臨床2012 vol30 360-364
舟山真人ら「病理医にも役立つ法医解剖入門」文光堂 2003
東京都監察医務院ホームページ

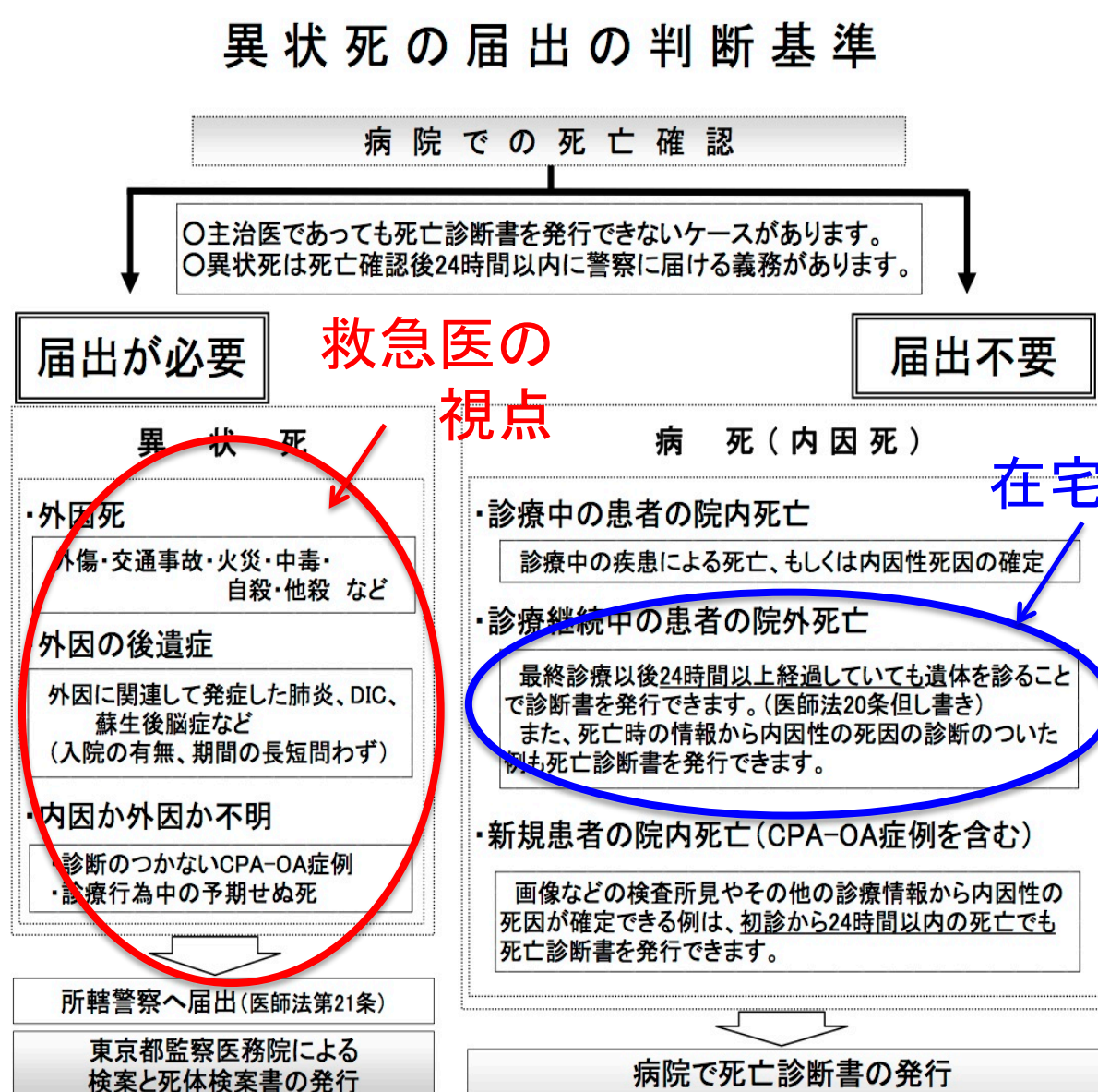
2013年11月19日 監察医務院研修

23区を4ブロックにわけ病院／警察署にある異状死体を検案。解剖担当医は午前から解剖を行う。7件の検案業務に同行し、監察医、警察の担当者から話を聞いた。

◎経験した検案業務◎
入浴中溺水／肺炎／縊頸／老衰
異物誤嚥／急性冠症候群疑い
孤独死→解剖にて心筋梗塞
7例のうち5例が70歳以上
2例が施設入所中、1例が在宅診療中

警察の方からは・・

医師が事件性がないといっても医療過誤の可能性も否定できない
医師が見る所見と警察が見る所見は違う
→警察もみなくてはいけない

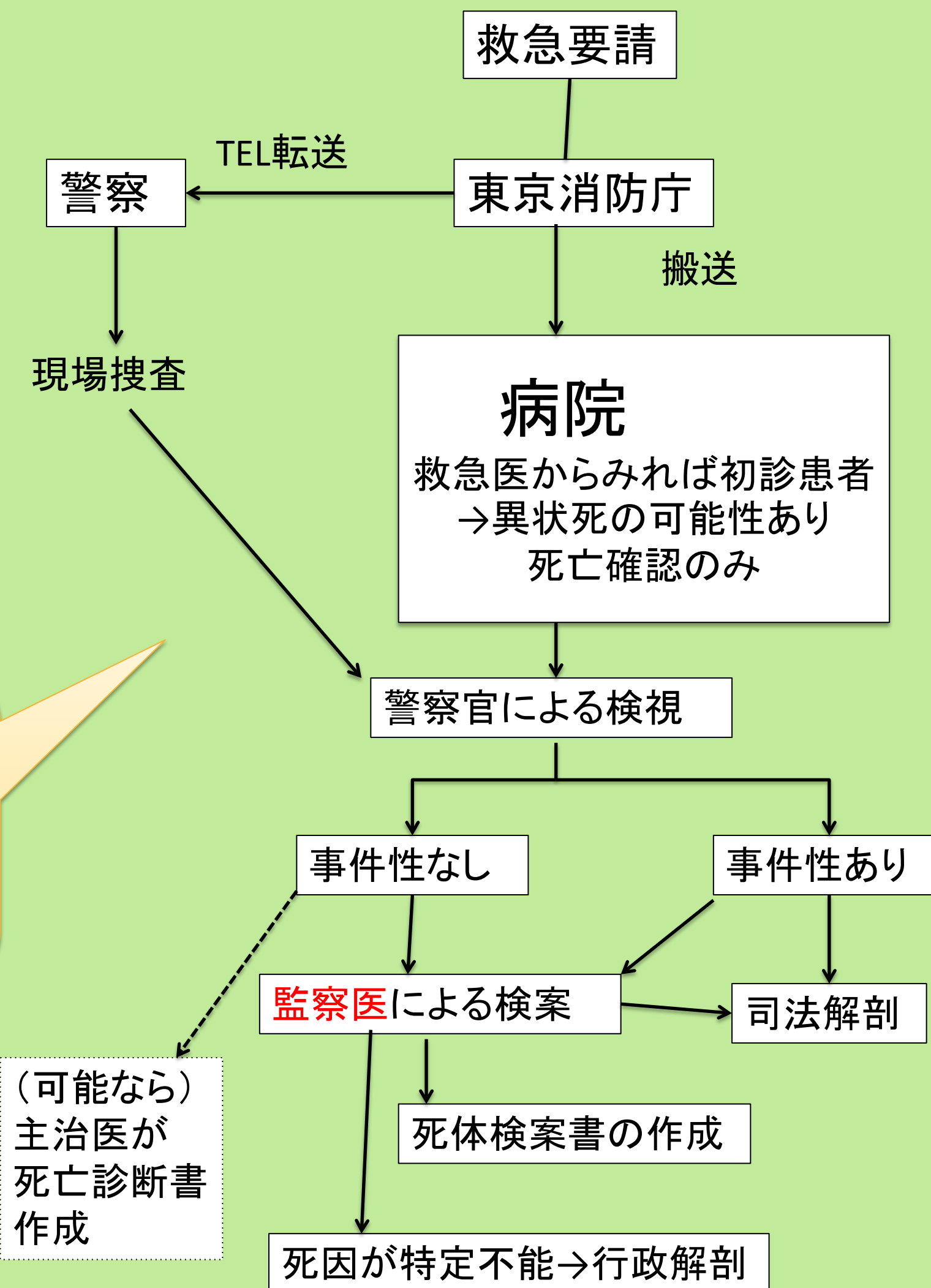


監察医の先生より在宅医へ一言

救急車を呼ぶ目的は本来救命のはずです。
ご家族が呼んでしまうのは仕方ありませんが、在宅でお看取りするのであれば、それができる家族なのか考えご本人、ご家族、スタッフとよく方針を話しあってほしいです。

しかし、異状死の見逃しも防がなければいけません。
必要な知識はしっかり身につけ、監察医にかかるのは専門医に紹介するのと同じことだと思って適切に「紹介」してください。

患者が在宅でCPAとなり救急要請してしまった場合の流れ



搬送されてしまうと、警察の検視は必要となり、ほとんどの場合は監察医務院にて処理されることとなる。

→在宅でお看取りするためには
方針の共有
救急要請を防ぐ
ことが大事

＜地域での取り組み＞

2013年12月25日
北区滝野川地域 地域包括の勉強会で
情報共有をかねた発表を行った。

参加者

医師、薬剤師、保健師、訪問看護師、訪問薬剤師
ケアマネージャー、ソーシャルワーカーなど20名

発表

- ・実際に在宅看取り予定の患者さんがCPAで搬送された場合にどうなるかについてお話
- ・救命のパスウェイに看取り患者をのせない努力
静岡県医師会の取り組みの紹介
(グリーンカードシステム)
- ・提言

ディスカッション

- ・実際に自分の患者が搬送され、警察介入となった事例を経験したことがある。
- ・実際に国内で在宅看取りで警察介入となった事例はどのくらいの割合なのか？
→死亡診断書の目的外利用はできない為不明
- ・区としての取り組みが必要
- ・今自分たちでできることは、十分な情報共有
- ・近所の住人に救急要請されてしまった事例もあり、どこまで共有するかが難しい。
- ・在宅看取り自体まだ
北区では多くない。
地域包括で勉強会を行って情報提供している。



☆まとめ☆

今回の事例、研修を通じて監察医という「死」の専門医の業務とその意義、警察の意見、都内での運用、異状死について学んだ。日本の死体検案は地域差が大きく、一般医による安易な死因決定が今もなされている地域も多い。私自身も地域で検案業務に携わり、診察したこともない患者の死因を決めるのに難渋した経験がある。安易な死因決定は日本の死因統計、公衆衛生上の大きな問題である。しかし在宅医として、主治医として、在宅看取り希望の患者は責任をもって自宅で看取りたいものである。無用な救急要請をしなくてすむよう、十分な説明と簡単に連絡ができる体制作りが必要である。また救命を目的としない救急搬送が増加すれば本来救急医療が必要な患者の救命も難しくなり救急医療の崩壊にもつながる。解決には地域ぐるみでのとりくみが必要であり、今回は地域の福祉、保健との勉強会を行うことで地域への情報提供もできた。

☆NEXT STEP☆

訪問患者の死亡でも誤嚥や窒息など外因死として届け出義務のある場合もある。
死亡診断書作成や法医学の知識を身につけるとともに、家族を含めたチームの方向性を前もって十分に話しあうことを今後も徹底していく。
学会、地域としての取り組みも必要である。