

顕微鏡的多発血管炎加療およびリハビリテーション目的で入院中の患者が死亡した一例

キーワード：顕微鏡的多発血管炎、敗血症、療養型病院、インフォームドコンセント

1. 事例の概要

70歳代 男性

顕微鏡的多発血管炎加療および誤嚥性肺炎、胃瘻造設術後のリハビリテーション目的で入院中、院内で死亡した。蘇生術および病状説明に遺族側から不信感があり、届けられたもの。

2. 結論

1) 経過

患者 A さんは D 病院で 2 年前に腹部大動脈瘤手術（ステントグラフト留置）を実施した際、MPO-ANCA 上昇を指摘され、顕微鏡的多発血管炎で通院していた。血管炎再燃に伴う腎機能低下に対して、翌年にステロイドパルス療法施行後、免疫抑制薬（イムラン）の併用と共に経口ステロイド薬を漸減していたが、経過中にブドウ球菌による敗血症、サイトメガロウイルス血症、緑膿菌性肺炎を併発した。また、転倒し、以後は日常生活活動性が低下し、誤嚥性肺炎を繰り返すようになった。

5 カ月前より、振戦が出現しパーキンソン病の診断にてメネシット内服開始。同時期に胃瘻も増設されている。リハビリテーション目的で C 病院へ入院するも、リハビリテーションの継続のため、すぐに B 病院へ転院した。

転院後順調に経過していたが、1 カ月位前より、腹部膨満感/食思不振/腹痛/嘔吐などの腹部症状が出現。腹部腫瘤を触知され画像的検索を開始されたが、CT、胃カメラで消化管に明らかな異常は指摘できず、血液検査にて貧血の進行もなかった。

患者さんに腹部大動脈瘤と腹痛の精査のため D 病院への転院の必要性を説明し、家人との面談を予定した。

2 日前の夜から悪寒戦慄を伴う 37 度台の発熱あり、抗菌薬と消炎鎮痛薬を投与し、一時症状改善。翌朝に体幹部に軽度の黄染あり、腹部エコーや血液検査で胆道感染は否定的であった。当日昼から再び悪寒戦慄を伴う 39 度台の発熱あり、患者 A さんの妻と面談し、翌日もしくは 3 日後に D 病院への転院が決定された。発熱はあるものの意識は清明でバイタルも問題なく家人は帰宅された。

家人の帰宅後、40 度の発熱があり、19 時 20 分には呼びかけに反応していたが、19 時 30 分には呼びかけに反応がなくなり、自発呼吸停止。蘇生を試みるも反応なく人工呼吸器装着し、家人へ敗血症性ショックの可能性を説明した。22 時 10 分心電図モニター上フラット確認するも、病状説明に不備があり、人工呼吸器を外すことに家人同意されず、翌 1 時 30 分院長により死亡確認された。

2) 解剖結果

(1) 主要解剖所見

① 主要外表・内景

外表に明らかな異常なし。腹部大動脈瘤および瘤に膿瘍形成を認める以外、大きな異常は認めなかった。

② 各臓器重量・主要所見

明らかな異常なし

(2) 病理学的所見

① 大動脈硬化症、瘤形成部ステント留置術後状態
大動脈瘤再発穿破突出（突出部壁在血栓形成により出血せず）

② ①の突出部位化膿性炎症

③ 敗血症状態、ショック

④ 両腎近位尿細管壊死

⑤ 陳旧化 ANCA 関連腎炎（線維化性半月体）

⑥ ⑤に対するステロイド治療後状態。ステロイド連用

⑦ 島性糖尿病

⑧ パーキンソン氏病

3) 死因

陳旧化 ANCA 関連腎炎（線維化性半月体）の顕微鏡的多発動脈炎治療のためのステロイド連用

と軽いながらも糖尿病を有する本例は易感染状態にあった。菌は同定されていないが、大動脈瘤再発部に化膿性炎症を起こし、敗血症、ショック状態に陥ったのではないかと考えられる。

直接死因：敗血症性ショック

原死因：感染性大動脈瘤

と結論する。

4) 医学的評価

(1) 治療に関して

本症例の死因は、大動脈瘤を置換した人工血管に付着した膿瘍からの敗血症と考えられる。感染症は血管炎患者のたどる終末像と考えて矛盾はなく、基礎疾患を起源とした自然経過の内因死である。

(2) 転院時期について

心肺停止の2日前（土曜日）の時点では、Aさんは気分不良のみで発熱もなく、緊急にD病院への転院を要する事態ではなかったと考えられる。週明けの月曜日にD病院への受診予定で進めるのが常識的な対応と考えられる。AさんがD病院への転院よりも退院希望であったことから、まず家族への説明を月曜日に行い、その後受診手続きを踏むという手順には問題ないと考えられる。

(3) 転院していたとして、救命できたか？

D病院に転院していたとして、一般的に行われる検査は血液検査、画像検査、細菌培養検査などがかんがえられる。今回、解剖することで初めて大動脈内の膿瘍を指摘得た。しかし、解剖前に撮影した画像から、膿瘍の存在を指摘することは困難であったように、転院先のD病院で詳細な画像撮影を行っていたとしても、膿瘍の存在は発見できなかった可能性が高い。血液培養検査を行ったとしても、結果がでるのに数日かかるため、すでに死亡し治療に反映できなかったと思われる。現時点での臨床医学レベルでは、これ以上の診断と治療に関しては限界があると考えられる。

3. 再発防止への提言

死亡当日における病院に対する遺族の不満が、今回モデル事業での評価に至った背景の一つであり、入院経過中から死亡直前の病院側の説明と患者側の理解に行き違いがあったためと考えられる。死亡前にどこまで病状の説明に関する意思疎通が取れていたかがポイントと考えられる。

今回の基礎疾患である血管炎は、一般的に半数の患者が感染症で死亡する疾患であるといわれている。従って、Aさんの事例の経過も、急死というよりは一般の血管炎患者のとる終末像と考えて矛盾はしない。

死因としては、大動脈瘤再発部に化膿性炎症を起こし、敗血症、ショック状態に陥ったのではないかと考えられる。同部には血管内ステントが既に挿入されており、根治的治療を行うなら血管内ステントを摘出する必要がある。そのためには開腹術が必要となるが、血管炎の基礎疾患とステロイド治療を受けている状況のなかで、強い癒着を伴う大血管を摘出することには大きなリスクが伴い、現実的には手術治療は極めて難しい状況であると判断される。

本事例における問題点は、疾患やその治療内容というよりはむしろ、病状の理解に医療者側と患者側に隔たりがあったことと思われる。医療者側は血管炎の自然経過や予後についてどの程度説明していたか、そして患者側はその説明をどこまで理解していたかは重要な論点となる。アンケート調査によれば、「一般的に病院側は10説明したと言うが、患者側は4しか聞いていない」といわれている。今回のカルテの記載では、誰にどのように説明し、誰がどこまで理解したのかのinformed consent（インフォームド・コンセント＝正しい情報を得たあるいは伝えられた上での合意）に関する詳細な記載はない。この点に関しては病院側の説明不足を指摘されてもやむを得ないと考えられる。

しかし現状の日本の忙しい医療現場で、すべての施設において、診療内容に加えて説明内容まで詳細にカルテ記載することを期待することは難しいであろう。本事例において、B病院の診療は現在の日本の同規模の病院で一般的に行われていることを大きく逸脱していると批判することは難しい。

最後に、近年医療の限界や不確実性に関して一般社会においても認識されつつあるが、医療者側による病状の説明と患者側における病状に関する認識にはまだまだ溝がある可能性が考えられる。その隙間が少しでも縮まるよう、医療者は病状説明のさらなる一層の努力を続けることが医療者・患者の双方にとって重要である。Aさんの事例のようなケースを広く知れ渡らせ、その隙間が少しでも縮まるよう努力することが再発防止への一歩ではないかと考える。

(参 考)

○地域評価委員会委員（16名）

臨床評価医 / 評価委員長	日本アレルギー学会
総合調整医 / 解剖担当医	日本病理学会
臨床評価医	日本内科学会
臨床評価医	日本循環器学会
臨床評価医	日本呼吸器外科学会
臨床評価医	日本血液学会
臨床評価医	日本泌尿器科学会
臨床評価医	日本糖尿病学会
解剖執刀医	日本法医学会
臨床立会医	日本内科学会
法律関係者	弁護士
法律関係者	弁護士
法律関係者	弁護士
市民代表	NPO 法人市民団体
地域代表	日本法医学会
調整看護師	モデル事業地域事務局

○評価の経緯

地域評価委員会を1回開催し、その後において適宜、電子媒体にて意見交換を行った。