

直腸穿孔にて帰宅後ショック、心肺停止となった事例

キーワード：直腸穿孔、CT 診断、研修医の指導体制

1. 事例の概要

50 歳代 女性

患者は、急性腹痛にて救急外来受診、血液生化学検査・腹部レントゲン検査・CT 検査をうけ、便秘による腹痛の疑いにて、浣腸および摘便処置をうけた。その後帰宅したが、症状増悪にて救急要請。来院途中に心肺停止に陥り、緊急蘇生術を受けるも、発症から約 16 時間後に死亡した。

2. 結論

1) 経過

第 1 病日 18 時 30 分、下腹部痛にて救急搬送。卒後 2 年目の初期研修医が診察。腹膜炎を疑う所見を認めず。腹部レントゲン検査にて、便秘による腹痛の可能性が高いと診断、グリセリン浣腸および摘便施行。その後上腹部痛と嘔吐出現。腹部 CT では、腹部レントゲン検査と同様に便の貯留を認めたが、腸管穿孔の所見である直腸周囲や後腹膜の遊離ガス像を診断できなかった。内服薬処方され、帰宅。

第 2 病日午前 0 時頃、患者家族より自宅にて嘔吐したと電話あり。2 時 35 分再度電話あり、全身疼痛出現。2 時 40 分頃意識消失、救急要請。救急車で心肺停止し、緊急蘇生術施行しながら搬送。3 時 25 分病院到着、救急外来での緊急蘇生術にて心拍再開。腹部 CT では、腸管周囲と後腹膜の遊離ガス像増強。ICU にて全身循環管理・呼吸管理を行うが、全身状態増悪し、第 2 病日 10 時 57 分死亡。

2) 解剖結果

【主病診断名】直腸宿便性潰瘍穿孔

【副病変】肺炎（誤嚥性肺炎および真菌性肺炎）・肺水腫

肛門から 13 cm を下端とした部位に潰瘍と穿孔を認め、直腸穿孔部周囲に糞便がみられ、直腸宿便性潰瘍穿孔と診断された。また両肺に肺炎・肺水腫をみとめた。

3) 死因

死因は直腸宿便性潰瘍穿孔に伴う敗血症性ショックから多臓器不全を来したと考えられる。

4) 医学的評価

初診時、救急外来における研修医は患者の身体的所見から血液生化学検査・腹部レントゲン検査・CT 検査を施行した。CT 所見からは直腸穿孔が疑われるものの研修医はこれを診断できなかった。この診断は初期研修医には困難であるが、当時一緒に当直していた指導医が確認していない。患者帰宅後に状態が増悪し、救急搬送中に心肺停止に陥り、救急外来にて蘇生術施行、ICU にて集中治療が行われるも、発症から約 16 時間後に死亡した。救急搬送から心肺蘇生、集中治療室に至る処置は妥当であったものの、患者の全身状態は不良であり、この時点での救命は難しいと考えられた。

3. 再発防止への提言

1) 研修医の診療内容と指導体制について

救急車で搬入された患者に対して、初診時の診察、検査、診断、指示から家族への説明まで全てを卒後 2 年目の初期研修医が行っている。この研修医は、現病歴を詳細に聴取し、腹部単純レントゲン検査にて便秘を予測し、浣腸および摘便の指示を行い、さらに患者の状態の変化に応じて血液検査と CT を的確に指示していた。しかしながら CT の診断（読影）において、専門医であれば通常診断可能と思われる直腸穿孔の診断には至らなかった。一緒に当直していた指導医は CT を確認せず研修医の報告を聞いて、家族への説明をするように指示した。初期研修医は原則として指導医の下で診療行為を行うこととされており、本事例は CT 検査の診断読影を研修医にまかせ、指導医がチェックしなかったことから、研修医の指導体制に問題があると言わざるを得ない。

初期研修医の診療については、事例に応じた的確に指導医が確認・指導できる院内診療体制の充実が求められる。

2) 初期研修医の単独診療について

医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令の施行について、厚生労働省医政局長より以下の様に公示されている。「休日・夜間の当直における指導体制については、電話等により指導医又は上級医に相談できる体制が確保されるとともに、研修医 1 人で対応できない症例が

想定される場合には、指導医又は上級医が直ちに対応できるような体制（オンコール体制）が確保されていること。また、休日・夜間の当直を1年次の研修医が行う場合については、原則として指導医又は上級医とともに、2人以上で行うこと。」（医政発第0612004号 平成15年6月12日最終改正 平成24年3月29日）

すなわち、研修2年次生でありオンコール体制が確保されていれば、単独で診療し、上級医のチェックのないまま患者を帰宅させる可能性もある。診療体制によって上級医のチェックができない可能性があるなら、新たな再発防止策を提案する必要がある。

例えば某大病院卒後研修センターが示している「研修医が単独で行ってよい処置・処方基準（平成24年版）」によれば、CT検査は研修医が単独で行ってはいけない診療行為に挙げられている。すなわち、指導医・上級医の許可のもとにCT検査を指示し、読影も上級医と共に行われなければならない。

3) CT 読影について

今回の事例は専門医であれば診断可能なCT診断が、十分な体制がなかったために出来なかったことが大きな課題である。今後このような事例の発生を防ぐため、緊急CT所見は必ず担当医と専門医のダブルチェックを行うことができるような体制を提案したい。例えば院内あるいは院外の放射線専門医に24時間読影・診断を依頼できるシステムを構築する。しかし、現状では各病院に放射線科医が24時間配備することは現実的に不可能であろう。従って、24時間緊急CT読影システム（地区あるいは県に一人、24時間オンラインで読影できる放射線医師を宅直あるいはオンコールで配置し、契約病院からの読影依頼に24時間体制で対応すること）など、新たな事業として日本医学放射線学会・日本救急医学会にて提言・協力を依頼する必要がある。

4) その他

初期研修医のみならず高度の知識を持った専門医でも、医療の分野では時として予期せぬ事態に遭遇することは、まれにはあるが起こりうることである。これを可能な限り少なくする為には、すべての医師がより安全な医療を実施出来るような実施体制の構築と共に、特に知識や技術の未熟な研修医の医療行為については、十分に研修体制の整った病院での研修を行うことと、指導体制の要件を整備する必要がある。

(参 考)

○地域評価委員会委員（11名）

評価委員長	日本消化器病学会
臨床評価医 / 臨床立会医	日本消化器外科学会
臨床評価医	日本消化器外科学会
臨床評価医	日本外科学会
臨床評価医	日本医学放射線学会
解剖執刀医	日本病理学会
解剖担当医	日本法医学会
有識者	弁護士
有識者	弁護士
総合調整医	日本外科学会
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3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。