

## 報 告 書

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団  
「在宅医療研究への助成」2013年度(前期)一般公募

神経疾患療養者の在宅看取りを病理解剖を通して活かす試み  
—中野総合病院を中心とした予備的研究—

内原 俊記	東京都医学総合研究所 脳病理形態研究室長
融 衆太	中野総合病院 神経内科部長
佐藤 志津子	さくらクリニック院長
小林 高義	中野総合病院 神経内科部長
中村 洋一	中村診療所院長
北川 昌伸	東京医科歯科大学 包括病理学教授
廣川 勝昱	中野総合病院 検査科病理部長 (東京医科歯科大学名誉教授)

2014年10月30日提出

## 要 約

神経疾患の在宅療養者の増加に伴い、その在宅看取りも急激に増加すると予想され、もし病理解剖の対象にできれば、「在宅医療の質の向上」と「神経疾患の病態解明」に新たな側面から貢献できる。そこで、これまで病理解剖の対象とされてこなかった在宅看取り例を、その対象にするシステム構築を念頭に、剖検費用を支出して支援する試みを行った。本研究期間の11ヶ月間に9例の神経疾患在宅療養者の看取りがあった。剖検費用を支出した4例はいずれも終末期入院後の死亡で、在宅看取りの5例は剖検に至らなかった。一方、剖検例のうち一例と、在宅療養中の他の一例は生前に剖検の承諾が得られた。アンケートに回答した在宅医32名、病理医12名は在宅死を病理解剖する意義を認めながら、「困難感」を共有していた。この「困難感」は、制度的に軽減できる外的困難（剖検に要する費用、要する時間と他の業務との兼ね合い、倫理手続き等）と制度的対応のみでは軽減しがたい心情的、内的困難（剖検の説明と承諾など）に大別できる。在宅医、病理医共にこうした経験に乏しい現状が、この「困難感」を増幅している可能性がある。費用負担等、制度的に軽減できる外的困難に具体的に対応できれば、在宅死でも病理解剖できる可能性が高くなる。しかし臨床的・法的に必要十分、かつ可能な限り簡素な制度設計でなければ、在宅医療の現場に現実的に対応できない。一方、制度的対応のみでは軽減し難い心情的困難については、少なくとも3-5年の研究・試行期間で我国の現状を踏まえた検討が必要と思われる。本研究期間は1年と限られ、問題点の指摘に止まる部分も多いが、制度整備などを進めれば、在宅死-病理解剖は十分可能な射程にはいることを示した。在宅のみならず、老健施設などでの看取りも今後増加する。これらを含め、病理解剖の対象とすることが日常的な選択肢になれば、「在宅-終末期医療の質の向上」と「神経疾患の病態解明」に寄与できると思われる。本事業をさらに拡大していく意義は高く実現性も期待できる。

## 背景と目的

**減少する病理解剖数と増加する在宅死：**日本病理学会が集計する剖検輯報によれば国内の病理解剖数は1985年の40,247件をピークに2010年は13,791件と約3分の1にまで減少している。病理解剖を行うことのできる基幹病院では在院日数の短縮が極限まで求められ、そこで患者を看取る機会は減らざるを得ず、この医療制度は剖検数の低下に拍車をかけている。こうして神経疾患の療養の場は次第に在宅へと移行し、特に認知症、脳血管障害、パーキンソン症候群、筋萎縮性側索硬化症等難治性の神経疾患では在宅療養が5-10年と長期化する。これらの神経疾患療養者の在宅死は今後急激に増加することが政策立案上からも想定されている。

**神経疾患の臨床診断の限界：**生検により病巣の組織診断が確定し、画像で病変の広がりも臨床的に把握できる悪性腫瘍とは異なり、病変を直接観察できない神経疾患の臨床診断の精度は意外に低い。病理解剖により臨床診断とは異なる病理像がはじめて明らかになることは、神経疾患では少なくない。実際、パーキンソン病の診断が確実とされる臨床例の約1割以上はパーキンソン病とは異なる病理像が確認されるのが普通で、認知症の多彩な病理背景を臨床像から予見できる率は6-7割に留まるとの報告もある。

**埋もれてきた在宅死：**在宅死を行政または法医解剖の対象として死因の究明をすることはあっても、病理解剖の対象として病態解明に取り組む試みは極めて限られてきた。しかし神経疾患の在宅医療を真摯に実践する医師から、「在宅死された患者さんも病理解剖できれば、より良い診療や新しい研究ができる。」との希望や、「生前に御本人自身が、あるいは御永眠後に、御遺体を役に立てたいと自発的に病理解剖を希望される場合もあるが、システムがなく断念せざるを得なかった。」等の経験を耳にする機会が重なり、本研究の着想に至った。

**病院の世紀から在宅の世紀へ：**そこで本研究では「一旦在宅療養にはいると、病理解剖は不可能」というこれまでの通念を根本から見直し、今後急激に増加する在宅死をも病理解剖の対象にできないかという試みを予備的に実施する。とくに病理解剖から得られる情報が大きい神経疾患を第一の対象とすることで、在宅医療の質を高め神経内科疾患の療養をサポートする在宅医やケアスタッフの医学的動機付けも高めることもその目標のひとつである。近年、在宅ケア技法の向上にとともに、安定的な在宅ケアが神経疾患に対して長期に渉り可能になってきた。この現状をふまえると、これまで観察されることの乏しかった神経疾患の進行期の病態が在宅死の病理所見を通して裏付けられる可能性も期待できる。20世紀は病院の世紀といわれるが、これまでの病院医療のみでは観察できなかった疾患の側面や、新たな問題点が在宅医療を通してはじめてあきらかになることも期待される。それを病理解剖という医療・医学の原点に立ち返って見直すことで、21世紀の日本にふさわしい医療を模索して発展させる原動力の一つとしたい。

**活発な在宅医療と良好な地域連携の実績：**中野区は東京都でも神経疾患の在宅医療を実践する医師が特に多く、基幹病院である中野総合病院は柔軟に対応して中野区医師会との良好な関係を保ちつつ、地域に貢献してきた。これをさらに発展させて在宅死から直接の病理解剖が可能になれば、在宅医との医学的なやりとりがさらに深まり、地域医療の質を大幅に向上させる先端的なモデルに

なると期待できる。

**事業の位置づけ：**とはいえ在宅療養、看取り、病理解剖は診療所、病院で行われる厳粛な業務であり、本研究事業者は主体的にこれを肩代わりする立場にない。そこで本研究では

- 1) これらの業務を円滑に進める為に、当面の病理解剖費用などを本研究で負担して運用を試み、実際上の問題点を明らかにすること。
- 2) これまで経験の乏しい在宅看取り例の病理解剖について、在宅医や病理解剖担当者がどのように考えているかについてアンケート調査すること。

を実施する。より大規模な形で在宅死-病理解剖システムを構築する際の問題点を明らかにするために、以下の実施計画を立案した。

## 事業実施計画

### 1. 神経疾患在宅療養者の看取り例の病理解剖実施体制の整備

**対象：**中野区および近隣地域で神経疾患に対する看護、医療サービスを継続的にうけ、内因死（病死、自然死）として死亡診断書を発行できる在宅死を対象を限る。神経疾患に伴う療養者の在宅死を基本的な対象とするが、終末期に入院し積極的治療介入をおこなわず死亡した例も対象に含める。外因死の可能性が残る例の死因解明や救急疾患の病理解剖は対象外である。

**方法：**病理解剖に必要な承諾書が得られた御遺体を中野総合病院または東京医科歯科大学へ移送し病理解剖を施行する。

**費用：**病理解剖（1件約 30万円程度）のほか、御遺体の移送や保管に要する費用や通常と異なる標本作成に要する費用は本研究費から支出できる。

**対象地域：**中野区を中心とした地域での在宅死を対象とするが、遺体移送可能な近隣地域や神経疾患以外の療養者在宅死の病理解剖に関わる費用を本研究が支援することを妨げない。

2. 在宅医に対するアンケート
3. 病理解剖を行っている病理医に対するアンケート

## 結果

**1. 病理解剖受入施設の制度整備：** 東京医科歯科大学病理部は在宅死を含む院外からの病理解剖を受け入れる体制を既に確立していた。本事業開始にあたり、在宅死の病理解剖が行われる可能性があることを再度関係者に周知し、院内の了解をえた。一方、中野総合病院には同様の制度が整備されておらず、本研究に即した研究倫理申請を行い、同院倫理委員会の承認を受けた。

**2. 病理解剖費用の支払手続き整備：** 本研究の代表者も本研究費をうけいれたその所属施設

も、在宅医療や病理解剖を業務として行う立場になく、医療上の責任に関与できない。また病理解剖の結果得られた検体について何らの権利を主張する立場でもない。かかる立場で他施設の業務に必要な費用を本研究費を管理する研究施設から支払うには、具体的な理由と手続きが必要との主張があった。病理解剖が臨床医の臨床的疑問を解決するための行為と解釈すれば、要した費用を一旦臨床医が立て替えるのが相当という形の契約を交わす実施要項(別添1)が作成された。

**3. 遺体の移送と確認法：** 民間の遺体搬送業者二件に問い合わせ、自宅と解剖施設間の移送や遺体の保存が必要な場合に依頼する可能性があることをあらかじめ周知した。遺体の確認について、いずれの業者も特段の手段をもちあわせておらず、家族ないし葬儀社の責任で遺体の確認が行われている現状であった。客観的な記録や、定式化した確認手続きのないままヒトの遺体は搬送されている。東京都監察医務院で用いている遺体認識のバンドと対応する書類を入手したが、本事業に合わせて類似のシステムを立ち上げるに至らなかった。

**4. 看取りと病理解剖の実績：** 2013年7月末に本研究費の交付決定が行われたが、上記の制度整備に時間を要し、事業開始は同年11月となった。2014年8月までの予定を1ヶ月延長し、同9月末日までの11ヶ月間が実際の運用期間となった。看取りと病理解剖の実績を表に示す。

表 1. 神経疾患在宅療養者の看取りと病理解剖の実績

症例	年齢性	疾患	臨床診断@	在宅機関	在宅期間	死亡@	剖検@	剖検同意
1	65 男	ALS	東医歯大	さくら	6 月	中野総合	中野総合	死亡時
2	82 女	ALS	総合病院	さくら	2 月	中野総合	中野総合	死亡時
3	81 女	ALS	大学病院	さくら	2 月	中野総合	中野総合	死亡時
4	67 男	CBD	東医歯大	都内在宅医	3 年 ?	東医歯大	東医歯大	本人承諾
5	71 男	DLB	関東中央	さくら	5 年 3 月	在宅	無	交渉せず
6	70 男	ALS	大学病院	さくら	4 月	在宅	無	一部あり
7	78 男	ALS	東医歯大	さくら	3 月	在宅	無	交渉せず
8	75 男	PSP	都立病院	さくら	3 月	在宅	無	死亡時
9	61 男	筋ジス	詳細不明	中村診療所	3 年	在宅	無	警察対応
10	91 女	ALSD	大学病院	中村診療所	8 年	療養中	存命	あり

ALS：筋萎縮性側索硬化症、CBD：大脳皮質基底核変性症、PSP：進行性核上性麻痺、筋ジス：進行性筋ジストロフィー、ALSD：認知症を伴う ALS、東医歯大：東京医科歯科大学、関東中央：関東中央病院、さくら：さくらクリニック、中野総合：中野総合病院

神経疾患在宅療養者の看取り実績はこの研究期間中9例であった。終末期に中野総合病院に入院した3例(症例1-3)は死亡時に家族から病理解剖の承諾が得られた。東京医科歯科大学に入院し

た1例(症例4)は療養者自身が剖検に応じる旨の意志表明をしていた。一方在宅で死亡した5例は病理解剖の承諾がえられなかった。うち交渉の機会を持てなかったのが2例(症例5、7)、家族の同意が一部にとどまったのが2例(症例6、8)、独居で異常死として警察対応となったのが1例(症例9)であった。御存命中ながら病理解剖の同意が得られた1例(症例10)がある。

**5. 在宅医へのアンケート結果:**別添資料(2)の形式のアンケートを、訪問診療を行っている在宅医を対象に行った。対象は不特定で32名から回答が得られた。

診療単位の形態は様々だが、各単位が訪問診療にあたっている患者数は0名～473名(平均104名)、神経難病の患者数は0～59名(平均9名)で、規模や対象患者の傾向は多岐に及んだ。在宅での看取りは年間0～157名(平均24名)。疾患の内訳は悪性腫瘍と老衰が圧倒的に多いが、神経難病患者も16名みられた。神経難病の発症率が悪性腫瘍や老衰等に比べて圧倒的に低いことを考慮すると、訪問診療を受けて在宅死する神経疾患療養者の割合は、他疾患に比べて高いと言える。

一方、在宅死した患者の剖検を経験した医師は3名と少なく、生前からご本人が剖検を希望し家族が了承していた、親族に病理医師がいた等、稀な例といえる。ほとんどの医師は在宅剖検の経験はなく、患者や家族と剖検について話し合った経験もなかった。患者あるいは家族が剖検を希望したが、体制がないために見送った経験のある医師は3名。うち2例は神経難病であった。

### 表3. 在宅医へのアンケート(結果2)

#### 在宅死症例に解剖を行うに当たり、困難となる理由

- ご遺体をいったん持ち去られることへの不安・抵抗感 15
- ご遺体に戻るまで、待つのはご家族にとって苦痛。 11
- 本人の意思表示がないと、家族には抵抗感が大きい。 17
- 在宅死は、そもそも解剖という発想に見合わない。 13

#### その他

- 全ての家族・親族の同意を得るのは困難。
- ご高齢者が多く、ご自宅で看取することで家族は満足。本人にも家族にもニーズがない。
- 意義がわからない。

在宅医へのアンケートの問い「今後、在宅現場での潜在的なニーズを掘り起こし、ご家族、開業医に負担がかからない形で剖検につなげていくには、どうしたらよいか?」についての回答例の一部を列記する

- 解剖の意義は高いのですが、根本的に患者さんご家族の善意にかかっています。特定疾患治療研究事業の更新のときなど、解剖の啓発を促すようなパンフレットを加えたり、需給票の裏に自動車運転免許証のドナーカードに類するものをつけたり、患者会等で解剖の理解を求めるなど、地道な取り組みが必要と思います。
- 解剖の提案のやり方自体が、手引書がなく難しい。患者さん、家族に対していかに正しく、かつ優しく解剖の意義を伝え、同意を得るか、それ自体の指導が必要。
- 診断した時点で、専門医から提案する。長年にわたる在宅療養の中で、在宅の主治医と話し合う等、早い段階で、剖検について考えたことのある患者さん・ご家族は、死後剖検の話がスムーズに進む傾向がある。(オープンに話し合える)
- 死後、ご家族・ご親族との話し合いから病院との連絡、調整、解剖立ち会いまで、開業医の負担が非常に大きい。Terminalの段階で病院にお願いすることで、開業医の負担が減り、ご家族もスムーズに決断されるケースもある。

表4. 在宅医へのアンケート（結果3）

闘病中の患者様ご本人に、死後の解剖について提案することは、有意義か？	
Yes	11名
No	9名
どちらとも言えない	3名
無回答	9名

<p>Yes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 病態解明の一助となる。</li> <li>● 少数とは言え、死後病態解明の役に立ちたい、と希望される患者さんがおられる。</li> <li>● それまでの医療の効果判定。</li> <li>● 長期の在宅療養のからだへの影響を理解する。</li> <li>● 今後在宅医療が中心となってゆくことを考えると、選択肢の一つとして必要。</li> </ul>	<p>No</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医師が抵抗を感じる。</li> <li>● 患者・家族が拒否。</li> <li>● 家族は看取るだけで精一杯。</li> <li>● 患者側のメリットがない。</li> <li>● 在宅死は、そもそも解剖という発想に合わない。</li> <li>● 在宅看取りを希望される患者・家族にとって、解剖の話は違和感がある。</li> <li>● 社会的にまだ認知されていない。</li> </ul>
--	--

これらの困難がある一方、自宅で死亡した症例で解剖の必要性を強く感じた経験のある医師は8

名おり、スムーズに剖検を手配できる体制が整えば、剖検に至るケースはあると思うか？という質問には、半数近い15名の在宅医が肯定した。患者に寄り添う医師の立場としては、剖検の話を患者やご家族に話しにくいのが、臨床医としては必要性を感じる場合が少なくない、というギャップが読み取れる。解剖の必要性を感じた理由としては、臨床診断がついていない、ないし疑問があったケース、臨床医として死因を究明したいと考えたケースがあげられ、動機は病院での死亡例と医学的には変わるところはない。

## 6. 病理医へのアンケート結果：

別添資料の形式のアンケートを東京医科歯科大学関連施設の21基幹病院の病理担当者へ送付し12施設から回答を得た。他3施設にアンケートを依頼したが、今のところ回答が得られていない。結果概略は下記表に示す。詳細は別添資料4に示す。

### 東京医科歯科大学病理学教室関連 21施設にアンケート12施設から回答

外部剖検受入実績	有	無
施設数	5(1-6例)	7
在宅死例実績	1/5	0
受入システム	既にあり 4/5	整備予定1/7
剖検施設で費用負担	2/5	
1体25万円で不足	1/5	2/7
在宅(施設)死の剖検賛成	2/5	3/7

#### 受入必要条件 (12施設中)

費用負担	9
倫理制度整備	8
在宅医立合	7(必須2)
御遺体ID確認	9
御遺族の希望	3
医学的意義	2
制度的業務化	1(都立)

#### 賛成理由

1. 正しい死亡診断書作成、死因の解明。
2. 剖検でしか解明できない病態がある。
3. やった方が良い。

#### 反対理由

1. 医学情報不足、困難例が多い。
2. 医療関連死、法医分野の可能性が高い。
3. 病理医不足(通常業務の障害)、費用負担。
4. 剖検の承諾困難。

回答した12施設中、外部病理解剖を受け入れた経験があったのは5施設で、うち1施設は在宅死病理解剖の経験が既にあった。このうち4施設は外部からの病理解剖を受け入れる体制が整備されており、2施設は病理解剖施設側で剖検費用も負担したことがあった。一方外部病理解剖を受け入れたことのない7施設では受け入れ体制整備がされておらず、今後その予定があるのは1施設にとどまった。

日本病理学会が試算した病理解剖に要する費用250,697円/1体について不十分とする施



設が3施設あった。これらを踏まえ、在宅死を病理解剖の対象とすることに賛成するのは5/12施設であった。賛成理由として、1)死因を解明して正しい死亡診断書を作成できる、2)病理解剖でしか解明できない病態を解明すべき。3) やった方がよい。反対理由として 1)医学情報不足や困難例が多い、2)医療関連死、法医学分野の可能性が高い。3) 病理医不足で、日常業務が滞る、4)費用負担が問題、5)病理解剖の承諾が困難などが挙げられた。

それでも受け入れる為の条件として、多い順に、費用負担(9施設)、倫理制度整備(8施設)、在宅医の病理解剖への立ち会い(7施設だが必須は2施設)、遺体の確認(5施設)等が挙げられている。アンケートへの回答ではないが、神経疾患の在宅死をうけいれて実際に解剖を行った経験がある施設(大学病院)が1件あった。

## **7. 広報について**

本事業については日本在宅医学会のホームページに掲載していただき、関係者への周知を図ったが、具体的な問い合わせはなかった。専用のホームページ作成も予算化していたが、事業期間が結果的に1年未満となったため、立ち上げを見送った。在宅医、病理医に向けてアンケートの協力をお願いする形と並行して、本事業の周知を図ったが広報の対象は不特定である。

## **考 察**

本研究は在宅で療養をうける神経疾患患者の看取りを病理解剖につなげる体制の構築を目指す初めての試みである。成果と問題点を以下に分けて考察する。

### **1. 在宅療養者看取りと病理解剖の実績と問題点**

神経疾患での在宅療養者で本研究期間中に看取りにいたった例は9例であった。この内病理解剖に至った4例はいずれも終末期入院後に死亡しており、在宅のまま看取られた5例は病理解剖に至らなかった。中野総合病院には今回の事業以前にも在宅療養者9例(ALS3例、PSP1例、PD1例、MSA1例、筋強直性ジストロフィー1例、脳原発悪性リンパ腫1例、口腔底癌1例)の剖検例があった。うち1例は、在宅死で救急搬送され、救急外来で死亡確認し、その場で剖検の同意を得た例である。しかし、在宅死の場合は、搬送や剖検の受入や費用の問題もあり、病院側の費用負担では対応しがたい面がある。

- 1) 病理解剖の交渉時期：在宅死では状況が異なり、病理解剖の承諾を得るのが院内死より困難な場合がある。在宅では看取りから葬儀への流れがより早く進む場合があり、その流れを遮って病理解剖についての説明を始めるのは困難な状況がうかがわれる(症例5, 7)。とくに、死亡した段階で初めて病理解剖の可能性に言及するのは医療者側、家族側共に負担と感じる度合いが大きい。長期の療養や看取りで極限に達したストレスをさらに増幅して、医療者と療養者の間に築かれた信頼関係を損なう可能性もある。具体的な病理解剖の合意という生々しい段階の

前に、病理解剖の可能性もありえることを、あらかじめご家族や、療養者本人にその意義を含めてお話しして準備しておくほうが実際的と思われる。もちろん病理解剖できる体制が整ってはじめて前向きの説明が可能となる。その具体的手段については在宅医アンケートの分析で別に検討する。今回の研究実施期間は11ヶ月と限られており、このような準備を行うには不十分であった。より長い研究期間を設定できれば、在宅死を病理解剖につなげる、より負担の少ない形を模索できる余地がある。

- 2) 病理解剖の同意: 病理解剖の同意について家族内でも意見が別れることは、院内死の場合もしばしば経験する。症例6では、療養者を直接ケアした家族が同意したが、最後に相談に加わった親族が同意しなかった。あらかじめ病理解剖の可能性を家族に周知できていれば、家族内の齟齬は減るかもしれない。注目すべきは、現在療養中の段階で病理解剖について家族が合意している例(症例10)である。さらに療養者自身が自身の病理解剖に積極的な場合が実際にあり家族も当然のこととして病理解剖に同意した(症例4)。療養者自身の意志表明は剖検の承諾、拒否いずれも家族の意向を超越した意志決定と見なされるであろう。ただし、御遺体を在宅から一旦病理解剖の場へ移送する必要があることは、院内死とは異なり、合意をさらに得にくくする大きな要素と思われる。週末の対応を含め、移送や病理解剖を迅速に行い得る体制の構築が、在宅死を対象とする場合は特に望まれる。

## 2. 在宅医へのアンケートからみる現状分析と問題点

神経難病患者の発症率が相対的に低いことを考慮すると、在宅療養され最終的に在宅のまま亡くなる神経疾患療養者の数は相対的に多い。また神経疾患の在宅療養は長期に渉るため、療養者と主治医は、線的な長い付き合いの中で深い人間関係を構築できる。点的な関係が繰り返され、担当医も交代することの多い基幹病院での診療とは異なる。この中で在宅療養者を自宅で看取った在宅医には院内死とは異なる配慮が求められる。さらに病理解剖が施行される場合には、これまでの在宅医療の枠を越える負担が発生する。

アンケートに回答した在宅医の多くは、在宅で剖検を積極的に推進していくのは現状では困難と感じていた。理由は以下の3つに大別できる。

1. 手続き上の問題: 多忙な在宅医が在宅で看取った療養者に対して剖検の説明から病院との連絡、書類の作成から剖検の立会いまで、一連の手続きまで担うことの困難さがあげられた。
2. 家族の問題: 自宅で静かに看取った患者のご遺体をいったん持ち去られることへの違和感・抵抗感という、在宅ならではの事情があげられた。また、本人が生前剖検を希望した場合でも、本人の死後に家族・親族一同の合意を得るのは難しいとの意見があった。
3. 医師側の問題: 「在宅死は剖検にはなじまないのではないか。」という在宅医側の意見である。在宅療養の最期は穏やかで自然な死を目指しており、在宅診療に従事する医師や医療スタッフはその価値観を本人・家族と共有しつつ日々の診療に当たっている。そのひとつの終着点として在宅での平穏な看取りがあるとすれば、そこで剖検の話をするのは非常に大きな違和感があり、唐

突であればあるほど「賛成できない」、「必要ない」という意見がある。剖検がなくても在宅医療は十分に完結しえるし、剖検を持ち出すことで、平穏な看取りという重要な目標に乱れが生じ得るという印象は、ごく自然な在宅医の実感と思われる。

これらをふまえ、各々の事項について在宅医の負担と軽減策について下記の項目に分けて考察する。

- 1) 病理解剖の同意を得る相談
- 2) 病理解剖費用支払い手続き
- 3) 遺体の確認手続き
- 4) 病理解剖時の立ち会い
- 5) 遺族への報告

全てを在宅医が行えれば理想的だが、「忙しい日常診療業務」のなかに突然現れる「病理解剖という非日常業務」の全てに在宅医が対応することは、現実的に不可能である。各々についての現状と対応を考察する。

- 1) 病理解剖の同意を得る相談：看取り-死亡診断書の作成の中心に立つ在宅医本人以外はなしえない業務である。病理解剖の可能性がある、あるいは医療者側が病理解剖を想定する際に、いつ、どのような形で、誰を対象に話題にしてみるかがまず問題となる。

治療法の乏しい神経変性疾患を想定すると 1) 総合病院等で臨床診断が確定した段階、2) 在宅診療に移行した段階、3) 良好な医師-患者関係が確立できたと在宅医が判断した段階、4) 終末期に入った段階、5) 死亡時等が考えられる。

とは言え、在宅診療に当たる主治医が「死後の剖検」について在宅療養者本人に直接提案するのは、主治医側の内的抵抗も大きい。ところが、ご自身が難病であるが故に、「病態を解明して、同じ病気に苦しむ患者さんの一助となりたい。」「医療のお世話になって長年生かされてきたお礼をしたい。」と死後の解剖を自発的希冀する療養者は少数であっても存在する。事実、本研究期間中病理解剖に至った症例4は生前に剖検の承諾をされたことが遺族を通して確認された。本研究のような体制が整備できれば、このような尊い意志を在宅死からも活かすことができる。

また総合病院等で診断を受けた際に、「同じ病気で苦しむ患者さん達のために」「医学の発展のために」と剖検を依頼され同意した、という患者さんがアンケート中にも散見された。専門病院と在宅医の連携が叫ばれているが、このような点まで踏み込んだ疾患の説明と在宅医への情報提供が早い段階でなされていれば、剖検を踏まえた在宅医側の対応は容易になる面がある。特に神経疾患の臨床診断は不明確な部分が残ることが多い。その疑問点を基幹病院の専門医と医学的に共有した上で、その後の在宅診療に反映できれば、それだけでも在宅診療の質を大幅に向上させることができる。そのような連携や診療は病理解剖の意義をさらに高めるだけでなく、剖検についての情報提供や交渉にあたる在宅医の負担を軽減することは言うまでもない。

たとえ、このような情報提供がなくても、在宅診療へ移行する段階で、療養者の意向を調べるためにしばしば用いられる「調査票」等に「病理解剖」の項目をいれておけば、事務的に療

養者や家族の潜在的意識（「肯定」「否定」「拒否」等）を早い時期にうかがい知ることができないのではないかと示唆があった。しかし、現状では病理解剖まで意識する家族、療養者は例外的で、事務的記入であっても想定していない質問に療養者側が驚く可能性があるかもしれない。

個々の療養者に対する病理解剖の同意をどうするかという次元とは異なるが、福祉・医療機関、在宅医療関連学会や関連行政機関が「在宅医療における病理解剖の意義と必要性」を啓蒙し、取り組む姿勢を明確にすればこのような背景意識は療養者側、医療者側の双方で変化する可能性がある。

- 2) 病理解剖費用支払い手続き：病理解剖費用の額と財源については、病理へのアンケートと併せて別に考察する。本研究では臨床医側の意向に基づき、病理解剖の依頼が行われるとの前提に基づき、必要な費用を臨床医が一旦立て替えるという制度で運営した。本研究では「在宅医療を受けた後終末期入院して病理解剖になった例を含む」との申請に基づき、実施要項（別添1）もそのように作成して運用した。したがって、東京医科歯科大学で診断された後、在宅へ移行し終末期に再入院して死亡した症例4は本事業の対象に含まれる。東京医科歯科大学では外部の医療機関の依頼に基づき、病理解剖を受け入れる体制が確立していたが、外部の医療機関の病院長の依頼が前提となる書類構成であった。症例4の在宅医へこの事務手続きへの協力を依頼したが、多忙を理由に協力が得られなかった。結果的には実際に病理解剖を依頼して病理解剖費用も立て替えた東京医科歯科大学医師の依頼という形の書類で大学側の事務手続きは承認された。幸い東京医科歯科大学の神経内科、病理部という内部の協力者に恵まれて今回の事務手続きは完了できたが、調整には2週間を要し、事務手続きは遅れた。もし、内部協力者がいない場合に同様の対応は不可能と思われる。外部からの病理解剖料の払い込み手続きは通常一度で完了できる。今回の実施要項では臨床医、事務局で二度手続きが繰り返され、各々に実施確認書類が必要とされている。類似の支払の手順は各施設で異なる形で整備されている可能性もあり、この払い込み手続きを一段階に簡素化できれば、今後の事業拡大は有利になる。
- 3) 遺体の確認手続き：病理解剖受入施設側では、外部の死亡個体の個人を同定する手立てがなく、病理解剖開始前に遺体の確認は在宅医側で行う以外に方法がない。遺体の移送業者も特段の確認方法を確立しておらず、移送を含め家族等による確認のみが唯一の手段というのが現状である。今回の研究機関中、在宅死から直接の病理解剖例がなく、この問題は表面化しなかったが、今後は問題となる可能性が高い。複数の遺体が交錯する東京都監察医務院では、遺体に装着する番号付きの認識ベルトと同じ番号を振った死体確認書、受取書に複写で記入し、遺体の搬入、返却時の確認を行っている。同様のシステムが機能すれば、確認操作の手順が在宅死でもルーチン化され、確認精度は向上すると思われる。在宅医自身が遺体の確認に病理解剖室へ出向くことができないほど日常業務が忙しい可能性は十分にあり、それが病理解剖を在宅医が躊躇う理由の一つでもある。在宅医本人でなくても、在宅医療者側や家族が代行してもよいのか？確認手続きが双方で信頼できればそれで十分とするか？一律には規定しにくい。但し、確認の責任はやはり在宅医側にあり、その確認手続きに病理解剖者側が納得すれば確認手順としては

完了できる可能性もある。施設により異なる対応も予想され、一律に規定してしまうと個々の現場にそぐわなくなる可能性がある。

- 4) 病理解剖時の立ち会い：解剖の医学的意義を高めるには、臨床情報の提供が不可欠で、病理解剖時に臨床医と解剖医が十分な情報交換することが望ましい。しかし病理解剖には通常数時間を要し、その間、在宅医が他の療養者の診療を中止して、解剖に立ち会える可能性は低い。病理医はもちろん在宅医の立ち会いが望ましい（7/12）と考えてはいるが、解剖体の確認を在宅医側の責任で行えば（9/12）必須とするのは一部（2/12）の病理医であった。在宅医と病理医が状況に応じて現実的な対応を探る以外にない。より無理のない形で両者が合意できていれば病理解剖業務としては成り立つことをふまえて、道義的問題、法的問題を含め今後検討の余地がある。
- 5) 遺族への報告：解剖で得られた所見がどのようなものであったのか、生前の診療の可否や医学の進歩という観点から遺族へ報告することで解剖の篤志に応えることは重要である。本事業を今後拡大する上で欠かすことができない点であるが、現在のところ院内死の病理解剖を含め、定式化、義務化されている部分に乏しい。

在宅医療は、療養者が主体となり自分らしく生活し、平穏な看取りに至ることをめざして、医師も含め関係者一同がサポートしてゆくシステムであり、そこに在宅医としての矜持がある。一方、一臨床医として、診断・治療・その他の医療判断が適切だったのかを検証する機会は、病院での診療に比べて在宅医療では極めて限られている。個人で完結することの多い在宅医療の性質上、密室性は高まり、診断・治療が適切であったかを検証する機会に極めて乏しい点、今後問題となる可能性が大きい。在宅医療に関わる医師の研鑽・向上のためにも、在宅死した療養者の経過と転帰を剖検で検証することは、医学的な意義があると思われる。一方、こうした在宅医に真摯な熱意があるからといって、在宅医側に一方的な努力と負担を求めるのみでは在宅死-病理解剖は実現しにくい。アンケートからもわかるように、学問的、医療的興味という高い内的動機づけをもって日常診療にあたっておられる在宅医は少なくない。しかし残念なことに、在宅死-病理解剖を支える制度も外的な動機づけも、我国には全く無いのが現状である。現状のままでは、在宅死-病理解剖が日常的診療の一環として定着する可能性は極めて乏しく、それを通した「在宅-終末期医療の質の向上」や「神経疾患の病態解明」は期待できない。

なお、今回の研究では対象としなかったが、今後老健施設などでの看取りも在宅と同様に増加することが予想される。在宅とも病院とも状況は異なる面もあるが、類似点も多く、今後並行して検討することで実りはより大きくなる可能性がある。

### **3. 病理医へのアンケートからみる現状分析と問題点**

アンケートに回答した12施設中5施設は外部病理解剖受入の経験があり、1施設は在宅死を受け入れて病理解剖した経験を既に有していた（表2、回答の詳細は別添資料4）。在宅死を病理解剖につなげる試みは受入施設側でも既に始まっており、制度を整備すれば十分可能と思われる。以下

個々の事項について考察する。

- 1) 病理解剖費用について：病理解剖を受け入れる必要条件として9施設が費用負担をあげた。病理解剖に要する費用は日本病理学会の試算に基づき1体25,679円を基準に本研究では運用した。この額について3施設は不十分で、30万円(1施設)、40-50万円(2施設)程度が必要と回答した。また病理解剖施設側で病理解剖費用を負担した2施設もあるが、その他は契約に基づく地元医師会の負担、療養者側の負担と様々である。我国では病理解剖費用は院内死でも病院側の負担となっており、病理解剖を行えば行うだけ病院の負担が増えるという制度上のジレンマがある。外部の病院が病理解剖を依頼する場合はその負担も可能かもしれないが、在宅医がこれだけの金額を自己負担して病理解剖を依頼することは通常期待できない。仮に受け入れ側の費用負担で病理解剖を行う施設があっても、臨床的な疑問が在宅医側にある場合の病理解剖費用まで受け入れ施設側で負担するのが妥当かどうか、問われる場合があるかもしれない。必要があれば在宅死でも病理解剖することを日常的な体制にして、在宅医療の質を高め、疾患の病態を新たな視点から見直すには、より安定的で簡素な費用負担の体制が不可欠である。勇美財団は在宅死を剖検して報告した場合に費用を負担する事業「在宅死亡症例の剖検報告」を2010年に展開した。費用に関する現実的な困難を除く狙いと思われるが、応募は「長期生存しえたモザイク型13トリソミー-症候群7歳男児の剖検例」一件にとどまったという。在宅死を病理解剖にむすびつけるには、費用以外の困難も克服する必要がある、当時その準備が十分でなかったことをうかがわせる。
- 2) 在宅死を病理解剖することに賛成と反対の理由：12施設中5施設の病理医が在宅死を病理解剖することに賛成で、1)医学的な死因を解明して正しい死亡診断書を作成すべき。2)病理解剖でしか解明できない病態があるから。等の具体的な理由もあがったが、3)「やった方が良い」と病理解剖自体にprimaryな意義を認める意見もあった。一方このような病理解剖に反対の7施設からは、1)病理医が不足しており、通常業務に抵触する。2)費用負担等の具体的な理由があがり、3)医学情報不足で解釈困難例が多い。4)医療関連死、法医学分野の可能性が高い5)病理解剖の承諾が困難ではないかとの危惧も示された。確かに人手不足がちの病理部が、忙しい日常院内業務を調整して、費用負担の保証されない在宅死へ病理解剖の守備範囲をひろげる積極的な理由は乏しい。今後制度を整えていくには、まず病理解剖に要する費用を準備した上で、対応可能な施設に倫理制度の整備をあらかじめお願いし、在宅死にも対応していただくのが当面は現実的と思われる。本研究計画では、「病理解剖をしなくても、内因死として死亡診断書を発行できる例」を対象にしたが、病理解剖の過程で法医学的な問題が表面化する可能性がないとはいえない。今後増加する老健施設等でも死亡についても、病理解剖を行う場合の対応があらかじめ想定、準備されていることが望ましい。このような事例の情報は乏しいが、病理解剖所見が内因死を逸脱する場合の対応も今後検討して、受入施設側の危惧を払拭しておくほうが望ましい。

## アンケート総括

在宅医、病理医への今回のアンケートは少数例に止まり、対象群にも偏りがある。しかし、それに関連する考察や提言も現場に即した真摯なものばかりで、現場の意見のほとんどは、今回のアンケート回答に含まれているように思われる。既に、在宅死を病理解剖した経験が双方に蓄積されはじめていた。確かに在宅死を病理解剖するというこれまでにない試みには多くの困難が伴う。また、在宅医療は平穏な看取りをもって完結できるので、あえて剖検をする必要を感じないという意見もある。しかし、未経験部分に対する予想が占める部分もあり、内面的に感じる「困難感」として在宅医、病理医の双方に共有されている不安も相当にあるのが現状ではないだろうか。

一方で、在宅死を病理解剖することについてはほぼ全員が積極的な意義を認めており、無理なく実現できれば「在宅医療の質の向上」と「これまでとは異なる病態の解明」に貢献できることに疑いをもつ医療者は少ない。とすれば、「一旦在宅医療にはいると病理解剖は不可能」という通念をまず医療者側が払拭することが出発点になるだろう。その上で、現在の「困難感」のなかで、制度整備などで解決できる具体的な外的「困難」を特定して、一つ一つ取り除く努力は可能であろう。しかし、そうして取り除かれた「困難」の底にはなお、内的な心情的「困難」が依然として残るに違いない。費用や制度とは異なる心情的「困難」の解析はさらに深める余地がある。いずれにしても、それらを克服しようという動きはすでに現場で始まっているように思われる。

## おわりに

たとえばALSの呼吸管理を在宅で行うことは、大変困難な試みと思われた時代がある。それが現在、日常的な診療形態として定着するようになった。機器の進歩がそれを可能にした部分が大いとはいえ、当初、未経験の「困難感」や「不安」を克服して、現在の診療形態を確立してきた先達の努力があったことが思い起こされる。

在宅死-病理解剖については、少数の経験が蓄積されはじめていることが本研究で明らかになり、短い研究期間中にも対象者の存在が明らかになった。本研究に共同研究者として関与した在宅医、臨床医、病理医のいずれも在宅死-剖検の経験はなかった。しかし、本事業を企画、遂行するにあたり、在宅死-病理解剖も不可能ではないと関係者全員が信じた点は、現状の在宅医療の平均的姿勢とは異なるのかもしれない。いいかえれば、在宅死-病理解剖の意義を認め、それを実現しようという医療者側の意図が明確であれば、これらの困難や不安は克服できる面があるように思われる。アンケートにもみられたとおり、在宅死-病理解剖の意義を認め、それに取り組もうという意識が在宅医や病理医に潜在する一方、在宅医療の完結性は平穏な看取りで十分達成でき、病理解剖は必要ないとの立場もあった。在宅医療は医療者と療養者の個人的関係が特に高いため、このように個別性も高く、一様な診療に統一する意義も必要性も乏しい。この多様な在宅医療の診療形態のなかで、「希望すれば在宅死-病理解剖も一つの選択肢として無理なく行える」体制を整えることには

意義があるとの認識はむしろ一般的で、実現の可能性もあることを本研究は示している。今後、さらに規模と多様性を増していく在宅医療のなかで、在宅死-病理解剖をどのように位置づければ、より豊かな医療や深い医学が実現できるのか、将来を見据えて取り組む意義があるのではないだろうか。

## まとめと今後の展望

1. 「在宅医療の質の向上」と「神経疾患の病態解明」をめざして、在宅看取り例を病理解剖の対象にするシステム構築を念頭に、主にその剖検費用を補助する試みを行った。
2. 研究期間の11ヶ月間に9例の神経疾患在宅療養者の看取りがあった。剖検費用を補助した4例はいずれも終末期入院後の死亡で、在宅看取りの5例は剖検に至らなかった。
3. 在宅死を病理解剖するのは困難だが意義はあるという認識は共有されており、少数の経験が蓄積されはじめている。
4. 在宅医、病理医が共有する「困難感」は、以下の二種類に大別できる。1)制度的対応で軽減できる「外的困難」:剖検に要する費用、要する時間と他の業務との兼ね合い、倫理手続き 2)制度的対応では軽減しがたい「心情的、内的困難」:剖検の承諾等
5. 在宅死を病理解剖に結びつけた経験が在宅医、病理医ともに乏しい現状が、この「困難感」を増幅している可能性がある。困難感のうち制度的に軽減できる「外的困難」を具体的に見極めて対応することで、在宅死が病理解剖につながる可能性は高くなる。
6. ただし、費用等を確保して「外的困難」を軽減しても、剖検の承諾等にかかわる「心情的、内的困難」は依然として残る。この克服にはより長期の準備が必要で、少なくとも3-5年にわたる研究期間で慎重に対応を検討する必要がある。
7. 在宅死を病理解剖に結びつけるには、臨床的・法的に必要十分、かつ可能な限り簡素な制度設計が必要である。これを日常診療の選択肢のひとつとして、無理なく実行できる体制があれば、新たな側面から在宅医療をより豊かに、医学研究をより深くできる可能性がある。
8. 今後在宅のみならず、老健施設などでの看取りも増加することは確実である。今回の事業の対象外ではあったが、今後対象範囲を拡大することで、「在宅-終末期医療の質の向上」と「神経疾患の病態解明」にさらなる貢献が可能となる。



## 謝 辞

在宅療養者の看取りを病理解剖にむすびつけようとする本事業は、制度を整えながらの手探りの試みで、計画時には予想できなかった多くの困難がありました。一つひとつの困難を乗り越えて、なんとか事業をまとめることができたのは、本事業に対する関係者のご理解とご尽力の賜です。ここにお名前と組織名を記して、謝意を表します。

東京医科歯科大学 病理部准教授:明石 巧 先生、医学部長:江石 義信 先生

東京医科歯科大学 脳神経機能病態学 助教:西田 陽一郎 先生、医員:新宅 洋 先生、

佐野 達彦 先生、医局長:大久保 卓哉 先生、講師:石川 欽也 先生、教授:横田 隆徳 先生  
中野総合病院 事務長:森久保 豊 様、副院長:入江 徹也 先生、院長:鈴木 幹雄 先生、  
理事長:池澤 康郎 先生

沖縄県立八重山病院 医療部長:今村 昌幹 先生

あおぞら診療所 院長:川越 正平 先生

中野区医師会

日本在宅医学会

東京都医学総合研究所:支援係長:渡邊 弥千世 様、主事:赤沢 友子 様、手続担当:

脇田 弥生様、企画係長:笹原 秀夫 様、研究推進課長:佐久間 浩 様、事務局長:吉井 栄一郎 様、  
副所長:飛鳥井 望 先生、新井 信隆 先生、石塚 典生 先生、理事長:前田 秀雄 先生、  
所長:田中 啓二 先生

また在宅医、病理医の先生方にはお忙しい中、アンケートに真摯な回答をお寄せいただき有り難うございました。この場を借りて御礼申し上げます。

本研究は「公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団」の助成によるものです。

## 別添資料1

研究課題「神経疾患療養者の在宅看取りを病理解剖を通して活かす試み」実施要綱

改正 平成26年 8月22日 26医学研研624号

平成25年11月18日 25医学研研893号

### (目的)

第1 本研究課題は公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の民間助成金「神経疾患療養者の在宅看取りを病理解剖を通して活かす試み」に基づくものであり、在宅で看取る神経疾患患者を病理解剖につなげることにより、疾患の病態を解明するデータを包括的に集積するためのシステムを構築することを目的とする。

### (対象)

第2 神経疾患に対する看護、医療サービスを継続的に受け、内因死（病死、自然死）として死亡診断書が発行できる在宅死であり、御遺族から病理解剖の同意を得た者とする。なお、終末期に短期の入院で死亡した例も対象とする。

### (実施期間)

第3 平成26年9月末日までとし、実施件数は最大5件までとする。

### (実施内容)

第4 第1で掲げている目的を達成するため、以下の手順により進める。

- (1) 東京都医学総合研究所内に統括事務局（以下「事務局」という）を置く。
- (2) 御遺族からの内諾を得た在宅医からの連絡を受けた後、事務局は在宅医と病理解剖に関わる契約を締結する。
- (3) 在宅医は病理解剖の立会いをするとともに、剖検にかかる費用及び御遺体の搬送にかかる費用について立替払いを行う。
- (4) 在宅医は以下の関係書類を添付し事務局に完了報告をする。
  - ① 完了報告書
  - ② 病理解剖を行った病院が発行する解剖を証明する書類の写（個人情報ハズミ塗り）
  - ③ 立替費用にかかる請求書
  - ④ 立替費用の金額を証明する書類
- (5) 事務局は在宅医からの完了報告後、在宅医が立て替えた費用を支払う。
- (6) 事務局は在宅医や病理解剖を実施している施設等に対して病外死の病理解剖に関するアンケート調査を実施する。

### (支払)

第5 本実施にかかる費用については公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団からの民間助成金「研究課題：神経疾患療養者の在宅看取りを病理解剖を通して活かす試み」（研究代表者：内原俊記）から支出する。

### (その他)

第6 第2で掲げる対象に関する個人情報や病理解剖の結果については在宅医が管理することとし、事務局が知ることがないよう配慮する。

### 附則

この要綱は、平成25年11月18日から施行する。

附則(平成26年26医学研研624号)

この要綱は、平成26年 8月22日から施行する。

在宅死剖検に関する在宅医へのアンケート (別添資料2)

**在宅療養に取り組んでおられる先生方へ**

「神経疾患療養者の在宅看取りを病理剖検をとして生かす試み—中野総合病院を中心とした予備的研究—」の実施に向け、現場の先生方のお声を研究に生かすべく、アンケートをお願いする次第です。ご多忙のところ誠に恐縮ですが、ご協力いただけますと幸甚です。

1. 現在、訪問診療されている患者様の人数は？

約\_\_\_\_\_名

2. そのうち、神経疾患の患者様の人数と、疾患の内訳

神経難病 \_\_\_\_\_名

さらに詳しい内訳：ALS \_\_\_\_名、パーキンソン病 \_\_\_\_名、多系統萎縮症 \_\_\_\_名、脊髄小脳変性症 \_\_\_\_名、その他 \_\_\_\_名 ( )

脳血管障害 \_\_\_\_\_名

認知症 \_\_\_\_\_名

さらに詳しい内訳：アルツハイマー型認知症 \_\_\_\_名、脳血管性認知症 \_\_\_\_名、レヴィ小体型認知症 \_\_\_\_名、その他 \_\_\_\_名 ( )

3. この1年間(ないし2年間)に、ご自宅でお看取りした件数

\_\_\_\_\_名

4. その疾患の内訳

5. ご自宅でお看取りになった患者様の剖検を経験されたことはありますか？

YES NO

YES と答えられた先生へ

6. 疾患名、(できれば死亡年齢)は？

7. 剖検に至った経緯をお教えてください。

(ご本人が、生前から剖検を希望されておりましたか？ それともご家族の希望ですか？)

以下、全ての先生にお願いします。

8. これまで、ご本人・ご家族と解剖についての話をしたことがありますか？

YES NO

9. これまで、ご本人が死後の解剖を希望され、その体制がないために見送ったケースはありますか？

YES NO

10. 患者様の死後、ご家族が解剖を希望され、その体制がないために見送ったケースはありますか？

- YES NO
- 1 1. 先生ご自身が、ご自宅で死亡された症例で、解剖の必要性を強く感じたご経験はありますか？
- YES NO
- YES の場合、その詳細をお教えてください。
- 1 2. ご自宅で患者様が死亡された時、スムーズに剖検を手配できる体制が整えば、剖検に至るケースはあると思われますか？
- YES NO
- YES の場合、死亡例の何割くらいと予測されますか？
- \_\_\_\_\_割程度
- 1 3. 在宅看とり症例に解剖を行うに当たり、困難となる理由はなんでしょうか。(複数回答可)
- ご遺体をいったん持ち去られることへの不安・抵抗感
  - 解剖が済んでご遺体が戻るまで、待っているのはご家族にとって苦痛。
  - 本人が事前にはっきりと意思を表明していないと、家族には抵抗感が大きいのではないか。
  - 在宅死は、そもそも解剖という発想に見合わない。
  - その他 ( )
- 1 4. 在宅看取りから解剖を行う症例を増やしてゆくために、闘病中の患者様ご本人に、死後の解剖について提案することは、有意義だと思われますか？
- YES NO
- 1 5. YES、NO それぞれの理由をお願いします。
- 1 6. 在宅看取りを病理解剖につなげる本研究事業の意義や将来性等について御意見、御提言を御願います。
- 1 7. 在宅看取りを病理解剖につなげる本研究事業の意義や将来性等について御意見、御提言を御願います。

ご協力ありがとうございました。

在宅死剖検受け入れに関する剖検施設へのアンケート (別添資料3)

病理医の先生方へ

在宅で最期を迎えられた患者さん（主に神経疾患）を剖検につなげるシステムを構築することをめざし、「神経疾患療養者の在宅看取りを病理剖検をとって生かす試み—中野総合病院を中心とした予備的研究—」を東京医科歯科大学、中野総合病院を中心に開始しています。

これまで世界的にも例のなかったこの試みを通して、今後増加する在宅死を医学的に活かす方法を模索しています。このような試みについて先生方の御経験や、これからの問題点をお聞かせいただければ幸甚に存じます。

お忙しいところ大変恐縮ですが、ご協力いただけますよう何卒宜しくお願い申し上げます。

1. これまでに貴施設外から剖検を依頼されたことはありますか？

(ある、ない)

「ある」とお答えになった場合は以下の2にお進みください。

「ない」とお答えになった場合は以下の8にお進みください。

2. 剖検依頼元は（大学の関連施設、元の勤務先、知り合いの医師から、とくにつながりはない）

3. うち実際に剖検に至ったのは何例ですか？（ 例）

4. うち在宅死の剖検例は何例ですか？（ 例）

5. 剖検に要する費用はどのように負担されましたか？

(剖検施設の負担、依頼元の医療施設負担、主治医の個人負担、患者さんの負担、その他)

6. 剖検依頼に応じられなかった理由あればお聞かせ下さい。

7. その際何が解決されていれば剖検に対応できたかをお聞かせ下さい。

8. 施設外から病理解剖を受け入れるためのシステム（書類や手続規定）は貴施設内に既に整備されているでしょうか？

(整備されている、整備されていない)

9. 今後そのようなシステムを貴施設内に構築される予定はあるでしょうか？

(ある、ない)

10. 貴施設以外から剖検依頼があった場合に受け入れに必要な条件を以下から選んで下さい（複数回答）

必須◎、あった方が良い○、必ずしも必要でない#

- a. ( ) 費用負担
- b. ( ) 院内のシステム（倫理委員会等に認定された書類や手続き規定等整備）
- c. ( ) 病理解剖の必要性が特に高い例である
- d. ( ) 御遺族の自発的な希望
- e. ( ) 御遺体の同定法の確立
- f. ( ) 在宅医の剖検へのたちあい
- g. ( ) 病理スタッフ（剖検医や補助）の人的サポート
- h. ( ) その他

11. 「現在における剖検費の試算について <http://pathology.or.jp/jigyuu/shishin/boken-sisan-050118.html>」で日本病理学会が呈示している 250,697 円／1 体の金額は在宅死を貴施設で在宅死を病理解剖するシステムを貴施設で構築し、恒常的に運営していく上で十分でしょうか？

（十分である、十分でない 必要経費は 円／1 体）

12. 在宅医が剖検に立ち合うには予定外の休診が前提となります。それが不可能な場合どのような対応が想定されるでしょうか？（複数回答）

必須◎、あった方が良い○、必ずしも必要でない#

- a. ( ) 御遺体の確認を在宅医側の責任で行う
- b. ( ) 剖検に必要な医学情報が準備されている
- c. ( ) 不測の病理所見の臨床的解釈について、剖検中に問い合わせができる。
- d. ( ) その他

13. こうした剖検例について在宅医や在宅スタッフを含めた CPC を行うことは可能でしょうか？（可能、困難：困難な理由）

14. 日本全体で剖検数が減少しているなか、在宅死は今後大幅に増加することが見込まれます。これを積極的に病理解剖の対象とすることについて。

賛成か反対か？ それぞれの理由を御願います。

（賛成、反対：それぞれの理由）

15. 在宅のみならず、老健施設等の医療施設外の死亡も今後大幅に増加することが見込まれます。  
これを積極的に病理解剖の対象とすることについて。

賛成か反対か？ それぞれの理由を御願います。

(賛成、反対：それぞれの理由)

16. 在宅死、医療施設外の死亡例を病理解剖するにあたって、問題となることが予想される点や  
御提言をお聞かせ下さい。

ご協力ありがとうございました。

## 別添資料 4

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
施設名														
施設型														
1. 解剖施設設置形態	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有		
2. 依頼元	製造施設	年間数回、依頼のつき があり、多くは自治体の施設 2013年で4例	知り合いの医師	地元医師会	大学附属、次期 研修、知り合い 0									
3. 解剖施設設置年度	0	0	18	0	0									
4. 現在解剖	依頼元	製造施設、剖検は 自治体施設	5	0										
5. 解剖の依頼費用	特になし	製造施設、剖検は 自治体施設	20万円/1件		高橋管理上									
6. 解剖非対応理由	設備済み	設備済み	設備済み	設備済み	設備済み									
7. 解剖済み患者数	0	0	0	0	0									
8. 解剖済み患者数	0	0	0	0	0									
9. 解剖済み患者数	0	0	0	0	0									
10. 受け入れ必要要件	a. 費用負担 b. 解剖同意などの書類 c. 解剖の要請が特に高い例 d. 解剖室の自費での準備 e. 解剖室の固定設備の確保 f. 在宅での解剖へのためあい	設備済み	設備済み	設備済み	設備済み									
11. 解剖費用	費用より管理や 制度	設備済み	設備済み	設備済み	設備済み									
12. 在宅医療者会への対応可否	賛成	賛成	賛成	賛成	賛成									
13. 在宅医療者会への対応可否	賛成	賛成	賛成	賛成	賛成									
14. 在宅医療者会への対応可否	賛成	賛成	賛成	賛成	賛成									
理由	解剖室の不足	正しい死亡診断書作成 が難しい	解剖室の不足 が難しい	解剖室の不足 が難しい	解剖室の不足 が難しい									
15. 施設での死亡を解剖対象とすることへの賛否	賛成	賛成	賛成	賛成	賛成									
理由	解剖室の不足	解剖室の不足 が難しい	解剖室の不足 が難しい	解剖室の不足 が難しい	解剖室の不足 が難しい									
16. 課題点、改善	施設設備の 不足	設備の不足、解剖の ための設備の 不足	設備の不足、解剖の ための設備の 不足	設備の不足、解剖の ための設備の 不足	設備の不足、解剖の ための設備の 不足									