

一般口演

一般口演16

医療安全・アラートシステム

2018年11月24日(土) 15:20 ~ 17:20 F会場 (5F 502+503)

[3-F-2-8] ケアミックス病院における死亡患者報告書作成業務と分析報告

○多田 斉（社会医療法人 原土井病院）

2015年実施された死亡事故調査制度は調査対象となる死亡事例に関して医療介入の有無に加えて管理者の「予期」に関する評価を要する。高齢患者の多いケアミックス病院では複雑な治療・看護を提供する機会は少ないが、患者の状態を考慮すると死亡イベントの「予期」は容易ではないと予想される。当院は急性期、地域包括ケア、回復期リハビリ、療養型、緩和ケアの複数病棟から構成される計556床の病院であり2017年1月から主治医に死亡患者の主病、患者の死亡分類(予期された死亡、予期はされなかったが主病に伴う合併症として説明しうる死亡、予期されず医療事故が関与される死亡)を記載する報告書作成を依頼した。IRB承認のもと報告のあった死亡患者カルテから年齢、入院日数及び病状説明日から死亡退院日までの日数、また付帯する患者生体情報として病状説明時近辺での血清 Alb値(g/dl)の抽出を行なった。2017年1-12月の間に432名の死亡事例があり主治医がその死亡のタイミングに関しての予期ができたと判断した事例は388名(89.2%)、できなかったと判断した事例は44名(10.2%)、医療事故の関与が疑われると判断した事例は0名(0%)であった。予期できなかった事例に関して在院日数の少ない急性期-地域包括ケア病棟では27名(31.8%)、長期療養病棟では15名(8.29%)、緩和ケア病棟では2名(1.20%)であった。急性期-地域包括病棟での予期されなかった死亡患者の主病は呼吸器系(13名)、悪性腫瘍(4名)、老衰(3名)、腎泌尿器系(3名)の順であり、予期された57名とされなかった27名で年齢(87.4 ± 9.26 歳/ 86.7 ± 9.62 歳)、入院期間(26.0 ± 21.0 日/ 22.0 ± 20.8 日)、血清 Alb値(2.49 ± 0.61 g/dl/ 2.74 ± 0.70 g/dl)には有意差を認めず病状説明日から死亡日の期間(8.23 ± 18.2 日/ 18.3 ± 46.5 日)には有意差を認めた。

ケアミックス病院における死亡患者報告書作成調査報告

多田 斉^{*1}

^{*1} 社会医療法人 原土井病院

Making of death patient report at mixed-care type hospital and cause analysis

Hitoshi TADA^{*1}

^{*1} HARADOI hospital

In Japan, medical accident survey system was implemented mainly in special functional hospitals since 2015. Regarding death cases to be surveyed, it is necessary to evaluate the “expectation” of the administrator in addition to the presence or absence of medical intervention. In the Mix-care typed hospital, there are few opportunities to provide complicated treatment and nursing, the anticipation of the death event is not expected to be easy considering the patient’s condition. Since January 2017, the Medical Safety Commission of our hospital has asked the doctor to make a report with describing the main disease of the deceased patient and the classification of the death of the patient (which is Expected, non-Expected but can be explained as illness or complication of illness, non-Expected and have a possibility of medical accident). There were 432 death cases between January and December 2017, 388 (89.2%) cases were recognized by doctor as Expected, 44 (10.2%) cases as non-Expected/no medical accident, 0 (0%) cases as non-Expected and have a possibility of medical accident. In comparing Expected 57 cases and non-Expected 27 cases of acute wards, it did not show statistically signify difference among age (87.4 ± 9.26 years old / 86.7 ± 9.62 years old), hospital days (26.0 ± 21.0 days / 22.0 ± 20.8 days), and serum albumin value (2.49 ± 0.61 g/dl / 2.74 ± 0.70 g/dl). We continue to search for a method of analyzing death patients at Mixed-type care hospital and want to get various opinion and advices.

Keywords: Death patient report, Mix-care type hospital, anticipation

1.はじめに

医療事故調査制度は2015年10月から特定機能病院などを中心として実施された医療法に基づき医療の安全を確保する制度である¹⁾。医療事故が発生した医療機関において院内調査を行い、その調査報告を民間の第三者期間が収集・分析することで再発防止に繋げるのがその目的である。対象となる医療事故の定義は「医療事故(当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったものとして厚生労働省で定めるもの)」とされており調査対象となる事例に関しては医療介入の有無に加えて管理者の「予期」に関する評価を要する。2018年4月の時点で965件の医療事故報告、4946件の相談件数が報告されている。

現在我が国の死亡者数は120万人程度で推移しているが、その75%程度が病院での死亡であり、その多くは大学病院や特定機能病院ではない地域のケアミックス/慢性期病院にて発生する。ケアミックス病院で生じる医療事故に関する分析では転倒や表皮剥離など患者本人の加齢・フレイル・疾病などに伴う日常生活能力低下や生体機能の低下といった点に発生原因を有することが多く対策が極めて困難であることが知られている²⁾。ケアミックス病院においては特定機能病院のように複雑な治療・看護を提供する機会は少ない一方で死亡患者数は多く、高齢で複数の疾患を有し日常生活能力や生体機能の低下した患者の状態を考慮すると死亡イベントの「予期」は容易ではないと予想される。そもそも死亡イベントの予期予測に関する分析方法は未確立である。死

亡者数の集計は病院でもなされていたが、今回医療安全委員会の活動として死亡報告の集計とともに死因分析を見据えたデータベース作成を検討した。

2.目的・方法

当院は急性期病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリ病棟、療養型病棟、特殊疾患病棟、緩和ケア病棟から構成される計556床の病院である。制度開始以前において病院管理者は朝の医局カンファレンスによる前日の死亡報告を受ける以外に死亡患者の情報を得ることがなかったため、2017年1月から院内死亡患者に対し主治医に死亡患者の主病、患者の死亡分類(予期された死亡、予期はされなかったが主病に伴う合併症として説明しうる死亡、予期されず医療事故が関与される死亡)を記載する報告書作成を依頼した。死亡分類及び主病報告は主治医の死亡診断書をベースにした報告とし、予期に関する項目に関しては主治医の主観に基づくものとした。報告書は病院管理者に報告後医療安全委員会にて管理を行うこととした。

院内倫理委員会承認のもと報告のあった死亡患者カルテから年齢、入院日数及び病状説明日から死亡退院日までの日数、また付帯する患者生体情報として病状説明時近辺での血清アルブミン値(g/dl)の抽出を行ない集計解析した。

3.結果

2017年1-12月の間に432名(男性198名、女性234名)の死亡事例を認めた。死亡患者平均年齢は82.7歳(41-103歳)、在院日数は187.0日(1-6180日、中央値75.0日)であり、非緩和ケア病棟では267名(男性103名、女性164名、年齢86.3歳(57-103歳)、入院日数は平均254.0日(1-6180日、中

央値 114.0 日))であった。病棟機能別では急性期・地域包括ケア・回復期リハ病棟(各 86、104、104 病床)で 85 名、療養型・特殊疾患病棟(各 176、56 病床)で 182 名、緩和ケア病棟(30 床)では 165 名であった。死因では悪性腫瘍 199 名(急性期・地域包括・回復期 20 名、療養・特殊疾患病棟 13 名、緩和ケア病棟 166 名)、呼吸器系 120 名(急性期・地域包括・回復期 30 名、療養・特殊疾患病棟 88 名、うち誤嚥性肺炎 56 名(急性期・地域包括・回復期 12 名、療養・特殊疾患病棟 42 名)、老衰 38 名(急性期・地域包括・回復期 5 名、療養・特殊疾患病棟 33 名)、脳血管・神経疾患 16 名(急性期・地域包括・回復期 1 名、療養・特殊疾患病棟 15 名)、心・血管系 16 名(急性期・地域包括・回復期 6 名、療養・特殊疾患病棟 10 名)泌尿器系 16 名(急性期・地域包括・回復期 6 名、療養・特殊疾患病棟 10 名)の順であった。主治医がその死亡のタイミングに関しての予期ができた判断した事例は 388 名(89.2%)、できなかったと判断した事例は 44 名(10.2%)、医療事故の関与が疑われると判断した事例は 0 名(0%)であった。

予期できなかった事例は在院日数の少ない急性期・地域包括ケア・回復期リハ病棟では 27 名(31.8%)、長期療養病棟では 15 名(8.29%)、緩和ケア病棟では 2 名(1.20%)であった。急性期・地域包括ケア・回復期リハ病棟での予期されなかった死亡患者の主病及び当該病棟での死亡事例全体からの比率は呼吸器系 13 名((43.3%) うち誤嚥性肺炎 6 名(50%))、悪性腫瘍 4 名(20%)、老衰 3 名(60%)、腎泌尿器系 3 名(50%)の順であり、予期された 57 名とされなかった 27 名で年齢(87.4±9.26 歳 / 86.7±9.62 歳)、入院期間(26.0±21.0 日 / 22.0±20.8 日)、血清アルブミン値(2.49±0.61g/dl / 2.74±0.70g/dl)には有意差を認めず、病状説明日から死亡日の期間(8.23±18.2 日 / 18.3±46.5 日)には有意差を認めた。

療養型・特殊疾患病棟での予期されなかった死亡患者 15 名のうち主病及び当該病棟での死亡事例全体からの比率は呼吸器系 7 名((7.95%)、うち誤嚥性肺炎 5 名(11.9%))、循環器系 3 名(30.0%)、老衰 2 名(6.06%)の順であった。療養型・特殊疾患型病棟での予期されなかった死亡患者と緩和ケア病棟での予期されなかった死亡患者(2 名)のそれぞれの病棟での予期された死亡患者(167 名、163 名)との年齢、入院期間、血清アルブミン値などの比較については症例の少なさから今回は検討を実施しなかった。

4. 考察

院内死亡患者調査票作成により今回我々はケアミックス病院における死亡事例とその死亡に際して予期できる、できないという観点からの調査を実施した。病院全体として 10%程度入院診療過程に置いて主治医が予期できなかったタイミングでの死亡事例があり、とりわけ急性期・地域包括ケア病棟では 30%近くでその看取りに際しての予期ができないというデータを得た。

急性期・地域包括ケア・回復期リハ病棟は自院外来患者の他に高次機能病院を含めた地域における他の急性期病院や診療所、施設など様々な場所から入院の受け入れを行っており、入院患者に付帯する生体機能低下に伴う病状の変動が予測しづらく、結果として入院時からの期間が比較的短い急性期・地域包括ケア・回復期リハ病棟を中心に死亡予測ができずに死亡された事例と主治医が判断するに至ったものと判断した。疾病分類から有様にその予期が難しい疾患の抽出には至らなかった。また今回調査では病状説明から死亡に至るまでの期間をカルテ記事から抽出して、その予期する・しないに関する検討を試みた。急性期・地域包括ケア・回復期

リハ病棟にて謬説から死亡に到るまでに期間が短かったことに関しては予期しなかった患者容体の重症、状態急変などの観点から主治医がより積極的に患者ないしは家族へのアプローチを行なった結果と思われる、死亡の予期という観点からは予測因子にはならない可能性があると思われた。緩和ケア病棟の予期に関してはその対象患者の特殊性もあるが、すでに他の医療機関での治療期間があり、疼痛の緩和を目的とするという事情から予測に関してはほぼ予期できる事例がほとんどであるが、それでも年 1.2 程度は予期できないタイミングがあることを認めた。長期療養病棟でもその経過の長さからある程度病状の把握、家族への説明機会が多いことなどから予測できない事例の頻度は少ないが 8%程度の予測できない死亡事例を認めた。

当院での「予期せぬ」死亡事例数は国内の急性期・回復期病棟(58+13 万床)、療養病棟(35 万床)ではそれぞれ約 6 万人、2.2 万人に相当し³⁾、事故調査対象として少なからずの影響があるかと思われる。

しかしながら高次機能病院のみならずケアミックス病院においても高齢者診療の質の観点から死亡転記に関する項目が今後必須となると考えられる。すでに高次機能病院を中心とした死亡患者全例調査とは別に死亡分析データベース作成の試みがなされており⁴⁾、デスカンファ(死亡患者に対する診療・看護の振り返り)など診療の質、患者(遺族)サービスなどへの利活用が試みられている。

今回の我々の調査では死亡診断に際する妥当性に関する項目は無く、「予期」に関する基準が主治医の主観によるもので客観性が無いなどまだまだ沢山の問題があるが、ケアミックス病院における診療の質評価の一環としての死亡患者分析の手法を検討模索中であり発表を通じて多くの意見を伺う機会を得たい。

5. 参考文献

- 1) 厚労省ホームページ
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061201.html>
- 2) 寺井 敏 ケアミックス型高齢者医療の現状—医療事故内容の分析
日本老年医学会雑誌 2010; 47(6) 578-584
- 3) 厚労省ホームページ
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000164336.pdf>
- 4) 松波和寿 死亡患者オーディットシステム jami2017 3-D-1-PS7-4