

北海道脳神経疾患研究所医誌

第26巻第1号 2015



JOURNAL OF HOKKAIDO BRAIN RESEARCH FOUNDATION

Vol.26 No.1 2015

北海道脳神経疾患研究所医誌

第26巻 第1号 2015

巻頭言	中村 博彦	1
■脳神経疾患例に対する栄養介入	小西 正訓	3
■日本医学英語教育学会の活動について～医英検を中心に～	木下 裕介	7
■当院における抗血小板薬単剤と2剤投与下での頸動脈内膜剥離術の手術成績の検討 (出血性合併症に注目して)	村木 岳史	11
■中年後期に発生したgangliogliomaの1例	伊東 民雄	17
■未破裂脳動脈瘤クリッピング術後に生じた遅発性脳血管攣縮の2例	野村 亮太	23
■頭頂葉皮質下出血術後に急速に発生したPorencephalic Cyst の1成人例	旭山 聞昭	27
■難治性複雑部分発作を主徴とし慢性潜行性に経過した神経サルコイドーシスの一例	濱内 朗子	31
投稿ならびに執筆規定		35
編集後記		37

巻 頭 言

死亡診断書

公益財団法人北海道脳神経疾患研究所 理事長 中村 博彦

北海道脳神経疾患研究所医誌（脳研医誌）第26巻を無事刊行することができました。関係者をはじめ常日頃よりご支援をいただいている皆様方のご厚情の賜物と深く感謝申し上げます。今回は原著論文2、症例報告が4、活動報告1と少々寂しい内容ですが、耳鼻咽喉科・神経内科からも原稿をいただきましたし、現在米国留学中の当院脳神経外科の木下が医英検について紹介しています。当院の先生方が忙しい日常診療の合間に書き上げた玉稿ですので一読していただければ幸いです。今回は査読が間に合わなかったのですが、次回より非専門医の原稿については査読システムを採用しますので宜しくお願いいたします。

今回の巻頭言のタイトルは「死亡診断書」です。私事で恐縮ですが、平成29年9月21、22日に札幌コンベンションセンターにて第43回日本診療情報管理学会を学会長として開催いたします。公益財団法人北海道脳神経疾患研究所も後援団体の一つとなっていますし、学会のランチョンセミナーでモバイルMRIなど当公益財団法人としての事業を紹介することになっています。学会のメインテーマは「診療情報の更なる質向上に向けて～北の大地から未来へつなぐ～」で、「死亡診断書」の精度について重要課題の一つに取り上げました。

手術記録や説明と同意の記録など、診療記録の量的点検は診療情報管理士がいる多くの病院で適切に行われています。しかし、診療のプロセスが第三者や家族に理解できる記録といった質的点検については、各医療機関とも不十分ではないでしょうか。当院でも最近になって診療記録（看護・リハビリテーション記録も含めて）の質的点検を始めましたが、新人が毎年入職してくる職場で質を保ち続けることは大変な作業です。

しかし、質的点検の中で適切な死亡診断書を記載するように指導することは、短時間で労力を要せず容易に改善効果を得られることが判明しました。医師が原死因の意味と正しい死亡診断書の書き方を理解さえすれば、即座に申し分のない死亡診断書が書けるようになります。恥ずかしい話ですが、私自身も診療情報管理士になってはじめて、正しい「死亡診断書」の書き方を理解しました。ホームページに「死亡診断書記入マニュアル」が提示されていますが、多くの医師は原死因の意味と死亡診断書の書き方を正しく理解していないのではないのでしょうか。

死亡診断書は医師にのみ書く権利が付与されている社会的には極めて重要な書類です。総務省統計局ホームページの第24章保健衛生の8番目に主要死因別死亡者数があります。医療関係は主に6-10の5項目ですから、死因別死亡者数は医療関係の統計の中でも大切であることがわかります。死因統計は必ずマスコミに取り上げられますし、国際比較も話題に上ります。

わが国では近年肺炎が脳卒中を抜いて死因第3位になりました。高齢者が増えて肺炎が第3位になったと言われていますが、厚生労働省はそのほとんどが誤嚥性肺炎であることを承知しています。国際的にも先進国で死因として肺炎の比率がここまで高い国はありません。死亡診断書の（ア）直接死因を（誤嚥性）肺炎として、（イ）や（ウ）など原因のところに脳卒中病名を加えていない死亡診断書が多いのではないのでしょうか。（イ）や（ウ）に脳卒中病名が記載されていれば、当然死因は脳卒中となります。

諸外国の死因統計が正確かと言われるとそうでもないようです。昨年東京で診療情報管理協会国際連盟（IFHIMA）第18回国際大会がマーガレット・チャンWHO事務局長をお呼びして盛大に行われましたが、その際に諸外国の診療情報管理士も同様に、医師に対して死亡診断書の記載に注目を付けることは難しいとこぼしていました。発展途上国からの発表では、verbal autopsy（口頭剖検）という言葉聞いて驚きましたが、診療記録が無く死亡した場合は亡くなった時の状況を聞いて死因を推定しているようです。死因の決め方がいい加減であっても、死因が数字として公表されれば確固たる統計として独り歩きます。

脳卒中学会で死因統計が間違っているのではないかと主張しても、学会全体の雰囲気としては、「恐らくその通りだと思うけど、そんな細かいことはどうでも良いでしょう。」といった反応です。医療の質の評価としてDonabedianが「構造」「過程」「結果」といった3つの枠組みから論じていますが、自分たちの努力で「結果」として死因の割合が減っているのだから余計なことは言うなといったところではないのでしょうか。その一方で「肺炎」の業界の立場になれば千載一遇のビジネスチャンスで、死因第3位と喧伝されればワクチン接種が一部公費で行われるようになります。

それでも市中肺炎と誤嚥性肺炎は全く別物であるという現実を理解している方々もいらして、ホームページでもいくつか「肺炎が死因第3位というのは本当か？」といったテーマが散見されます。厚生労働省もその辺のところは十分に理解していて、平成30年から始まる第7次医療計画で5疾病5事業の「脳卒中の医療体制構築に係る指針」については、急性期・回復期・維持期のどの時期においても、医療機関に求められる事項に合併症として誤嚥性肺炎の予防が大切だと新たに付け加えられています。

死因統計の結果は、医療政策や予算の配分に大きく影響します。がん対策基本法は平成18年に超党派の議員立法として成立しましたが、死因の第一位ですから当然の結果です。脳卒中は平成10年に介護保険法が成立した当初は介護になる主要な原因疾患として注目されましたが、高齢者が増えて認知症や整形外科的な疾患が介護の原因となることが多くなりました。最近の統計では疾病別に脳卒中が第1位であっても、介護が必要になった方の18.5%にしかすぎません。死因統計で第4位であれば、死因第2位の心疾患と組んで脳卒中・循環器病対策基本法として制定をお願いするしかないのです。

大変微力ではありますが、これからも原死因の理解と死亡診断書の正しい書き方を啓蒙していきたいと考えています。