

# 救急外来診療のフレームワーク

## 簡単に帰してはいけない患者 Bounce-back Admission 事例分析の極意

昭和大学病院 救急診療科長 垂水庸子 著

中外医学社

## ■ 本書の発刊に寄せて ■

本書は、「救急外来から帰宅後まもない入院（Short-term Bounce-back Admission）」という事象を通じて、本邦における救急外来診療のあり方について検討したものです。

Bounce-back Admission（以下BBA）という言葉には聞きなじみがなくとも、救急外来診療に携わったことのある方であれば、恐らく誰でも一度はそれを経験したことがあるでしょう。私は、（それがエラーによるものであろうとなかろうと）一つ一つのBBA事案を丁寧に分析することで、救急外来診療の質を向上させるためのたくさんのヒントが得られる、と考えています。

そこで本書では、実際にあった様々なBBAの事例（※プライバシー保護のため一部改変を加えています）をもとに、「診療エラー」によるBBAをできる限り回避し、「命を救えるタイミング」でのBBAにするためにはどうすればよいかを、診療のプロセスごとに検討し、理想的な行動の枠組み＝フレームを構築しました。科学的な安全管理論というよりは、日本独特の救急診療体制の中で、「（日本人の）患者が救急に求めるニーズ」に応えるための方法論であるとお感じになる方もいらっしゃるかもしれません。個々の傷病に焦点を当てたベストな診療法については、すでに数多くの良書が出版されているので、割愛していることをあらかじめご理解いただきたいと思います。

話は変わりますが、私の父は24年前、救急外来を受診して2日後にBBAとなり、その2日後に亡くなりました。

父は悪性疾患ではありませんでしたが、18年間病と闘い、一家の大黒柱として1日でも長く生きようと懸命に努力していました。入院院を繰り返す中、「もはや不死身なのでは」と思うほど何度も生還していただけないに、体調が急激に悪化して死に至るまでの過程はあまりにも短期間であつけないものでした。

「救急外来から帰宅後まもない入院」、そして「死」。

まだ医師になっていなかった私には、この出来事が特殊なのか、それともありふれたことなのかよくわかりませんでした。その後、私が医師となり救急外来診療を行なう中で、この疑問は大きくなり、私にBBAの調査というライフワークをもたらしました。そして、救急外来をより安全な場所にし、自分たちと同じような思いをする家族を減らしたい、BBAや死そのものは不可抗力であっても、家族ができるだけ心の準備ができるようにしたい、という思いが強くなりました。

近年、修行の甲斐あって自分自身がBBA/診療エラーの当事者になることはかなり減っていますが、診療責任者・リスクマネジャーとなったことで、科内のBBAの分析をしながら患者さんやそのご家族の思いと向き合う機会は多くなりつつあります。同じ経験をした者として患者・家族の側の気持ちが痛いほどわかるだけに、その思いを受け止め、自分がリスクマネジャーとしてどう振る舞うべきか思い悩んでしまうことも少なくありません。

本書を通じて、BBA事例を抽出し分析する仲間の輪が広がり、つながり合う機会となればと思います。

最後に、本書の執筆の機会を与えてくださった昭和大学医学部内科学講座の矢嶋宣幸先生、執筆にあたりいつも私を温かく励まし導いてくださった中外医学社企画部の桂彰吾さんに深く感謝申し上げます。

2025年2月15日

垂水庸子

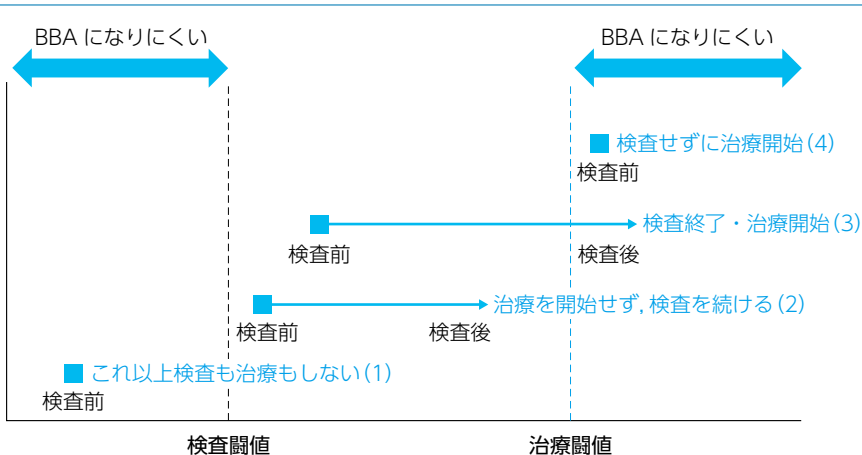
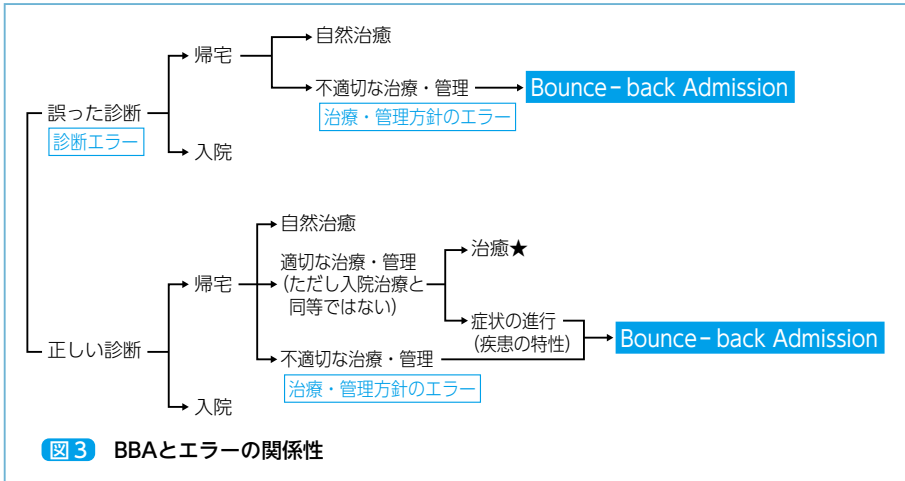


図2 検査閾値と治療閾値とBBAとの関係

註) 上図はそれぞれ、次のように整理される。

	解釈	具体例
(1)	検査の前に検査の必要性がないと判断される事例	3日前から便が出ておらず、1時間ほど前から急に下腹部が痛くなったが、診察の前に大量の便が出たらすっかり良くなった(便秘症)
(2)	救急で必要な検査を終えた段階でもまだ必要な検査がありそれが終わるまでは治療に入れない事例	排便時に少量の出血があり受診。直腸診で腫瘍が触れたが採血上貧血なし(直腸癌の疑い)
(3)	検査終了後に診断が定まり治療を開始する事例	2日前から喀痰・咳嗽があり、当日朝から38℃の発熱と息苦しさがあり来院。画像上、右肺中葉に浸潤影があった(右中葉肺炎)
(4)	検査をする前から治療開始の閾値を超えている事例	30分前、蜂に刺されてから全身のかゆみを自覚し、咳き込み、息苦しい。病院にたどり着く前に2回意識を失い倒れた(アナフィラキシー)

ちなみに本症例は初回診察時に診断がついておらず、これらの中から選ぶなら(2)になる。しかし、重症感染症の場合にはエンピリック治療、すなわち、検査結果を待ちながらとりあえずの抗菌薬治療を開始する(2+3)という選択肢がある。経験豊富な医師であればYさんが菌血症であることを予測しえた。Yさんの基礎疾患から鑑みても重症化のリスクは高く、各種培養を提出後に抗菌薬治療を開始してもよかったのではないだろうか(ただし、感染症についての知識が普及した現在ではこの治療方針は常識だが、Yさんが亡くなった当時はそうではなかったことを申し添えたい)。



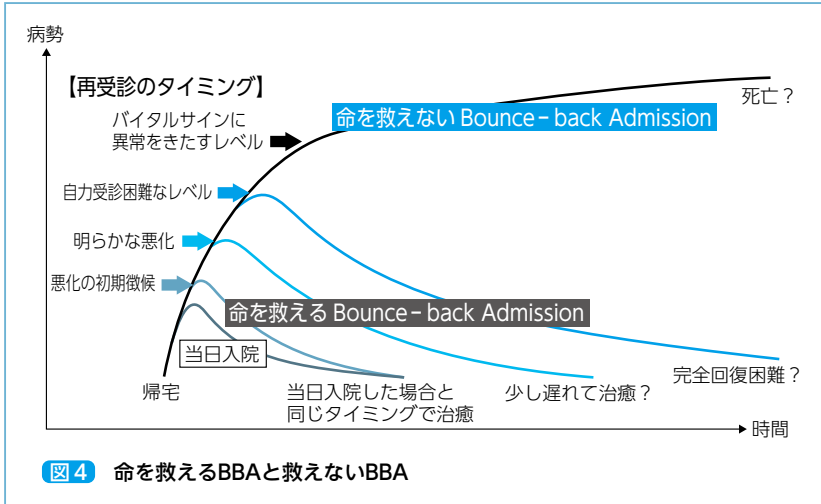
強く、なんとか4月3日に出勤したいと考えていた。Yさんが（入院でも仕方ないと思いつつも）帰宅を希望した点は、担当医の帰宅判断に影響した可能性がある。

Yさんは基礎疾患として非代償期の肝硬変があり、栄養状態もよくなかった。病理解剖では肝静脈-下大静脈間ステントに大量の疣贅が付着しており、血流感染染毒となっていたことが推測された。仮に、4月1日の時点で入院して抗菌薬が開始されたとしても、病状の進行は抑えられなかった可能性がある。

以上の2点から、Yさんに受診当日の入院を強く説得していれば、BBA そのものは回避できたかもしれないが、有効な治療を施しながら外来治療をうまく行なうことでBBAを回避する（**図3** ★）ということはできなかったであろう。

## 》 Bounce-back Admission の段階で治療を修正することを可能にしよう～命を救えるBBAと救えないBBA～

BBAは帰宅後まもない入院であり、「診断・治療の遅れの結果としての入院」を意味する一方で、「治療の修正の転機」でもある。なかには入院でも外来でも治療の本質が変わらない疾患もあるが（※経口でも注射でも吸収率の変わらない抗菌薬による治療など）、一般的には入院のほうが質の高い管理ができる疾患のほうが多い。「外来で原因検索を進めながら症状が明らかになるまで慎重に待ってみた」、「とりあえず外来でできる治療をやってみた」、そして適切なタイミングで治療方針の見直し



覚したら)、命を救える BBA を目指したい (図4)。

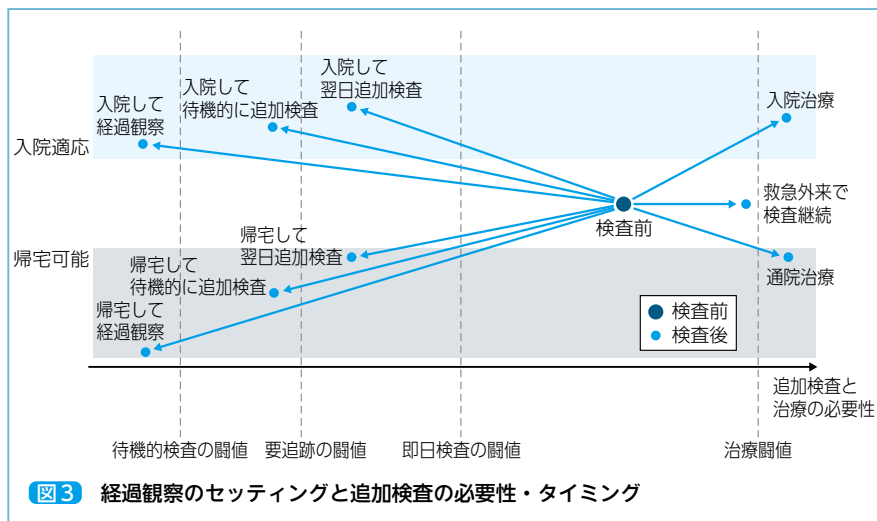
本症例は、即日入院でも救命できなかった可能性が高いとはいえ、確定診断を下したり根本治療を開始したりすることなく患者を帰宅させた結果、入院時にはかなり状態が悪化しており、残念ながらどうがんばっても命を救えない BBA になってしまった。

## 患者・家族の心情は？

Yさんの命が危ないと知った時、妻は「S病院の医師の対応が悪かったからだ」と二人の娘に言った。医学部卒業を1年後に控えたYさんの娘は、「お母さん、明日は我が身だよ。お父さんが帰りたいと言ったのかもしれないでしょう。今回、お父さんはいつになく焦っている様子だったのだし、全てが先生のせいだとは限らないよ」と言って、母(妻)をたしなめた。

とはいえ、Yさんが亡くなったあと、妻と二人の娘はYさんの初回受診、そして2回目の受診のタイミングが遅かったのではないかと長く悩まされ続けた。

その後、医療職に就いた二人の娘たちは、それぞれ職場で経験を重ねるにつれ、すでにYさんの体調が限界にあり、いつこのような状態になってもおかしくなかったことが理解でき、心が軽くなっていった。しかし、Yさんの闘病を間近で見えてき



本症例は、苦悶様顔貌と冷汗、軽度の頻脈・頻呼吸を伴っていたこと、ドライバーという職業（外食中心の食生活や生活の不規則さから冠血管リスクが高い）、喫煙歴といった背景リスクから、経過観察ではなくそのままより精度の高い検査を実施する方針となり、PE-DVT 単純・造影 CT を撮影。Stanford A 型大動脈解離と診断された。

ちなみに、大動脈解離の診断において ADD-RS (aortic dissection detection risk score) と D-dimer を組み合わせることで診断精度が高まることが知られているが **図4**<sup>13)</sup>、本症例は ADD-RS 1 点（痛みの性状のみ）で D-dimer < 0.5 μg/mL であった。

このように、いくつかの間診・身体所見・検査所見を組み合わせることで診断精度を高めようとするプロセスが有用ではあるが、画像を診断の gold standard とした時、感度 100% という身体所見や検体検査は残念ながらほばない。きわめて精度が高いとされる検査や prediction rule **表8** であっても、病歴と身体所見上、診断が否定できないのであれば、より確定的な検査を行なう必要がある。

とのこと」と記録されていても、再受診時に確認すると「実はあの時、まだ痛くて正直これで帰されるのかって思っていたんですよ！」と言われたことは少なくない。

第三者である同僚医師が対応する場合も少なくないため、過剰に反省して患者の不信感をあおる必要もないが、「救急外来受診のタイミングを最大限に活かせなかったこと」は事実なので、その点は謝罪の意思を示し、謙虚に対応しよう。

## 》「症状を理由とした帰宅後の再受診」にどう向き合うか

第6章では、帰宅時に「どのような症状になったら救急外来に戻ってきてほしいか」を患者に伝えておくことの重要性を説明した。「症状」を理由とした再受診が、「未対処の異常に気づいた場合」と大きく異なるのは、患者や家族の判断により、医師が指示した・想定したタイミングよりも早く来院するケースがあり、患者を受け入れるまでに医師が十分な「心の準備」をできないことである。また、病状が急速に悪化した結果の再受診で、検査結果（その他所見）の見落としと重なっていた場合には、過失責任を伴う可能性があり、慎重な対応が必要になる。繰り返しになるが、一貫して誠実な対応を心がけ、信頼関係を構築することが重要となる。

### 「症状を理由とした再受診」に対応するための10か条

- 1 帰宅前に診断の不確実性と治療の内容について説明しておく
- 2 入院対応の意義について患者や家族とともに考え、希望を確認しておく
- 3 帰宅後の患者から問い合わせがあったら、基本的には来院を勧める
- 4 患者が来院したら、「辛い思いをしながら来てくれたこと」に感謝する
- 5 別の医師が対応した患者の場合は、「カルテ+患者」から帰宅の経緯を再確認する
- 6 「責任」については、多角的で客観的な分析が必要であり、焦って判断しない
- 7 再受診を決めるまでの患者の葛藤に敬意を払い、患者の不安や苦痛に配慮を示す
- 8 再受診時の所見から得られた情報と考察、「これから」の方針について説明する
- 9 再受診時には、あえて入院や専門医への相談のハードルを低くする
- 10 専門医には、患者対応に先立ち経緯を説明して配慮をお願いしておく