



# レベル3b以上のアクシデント 発生時の対応について

令和4年度医療安全ワークショップ

弘前大学医学部附属病院 医療安全推進室

大徳 和之

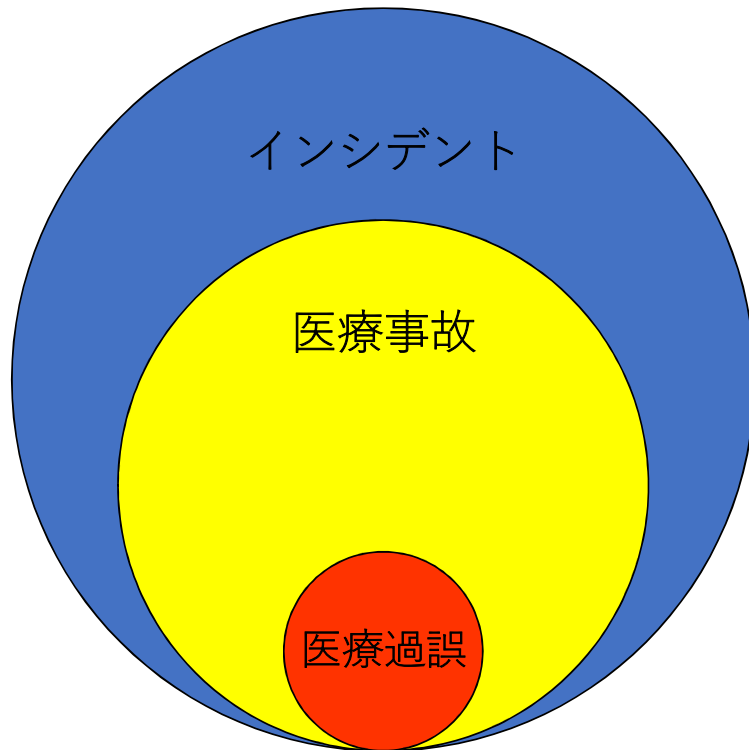
# 本日の内容

- 報告システムの構築
- 医療事故発生時の対応
- 実際の事例対応

# 本日の内容

- 報告システムの構築
- 医療事故発生時の対応
- 実際の事例対応

# 「インシデント」, 「医療事故（アクシデント）」 「医療過誤」の違いは？

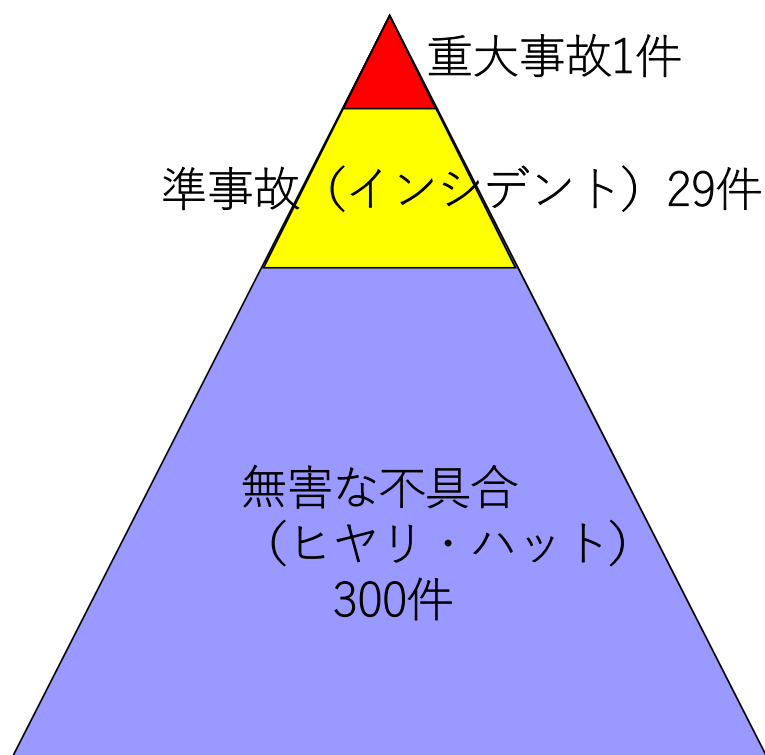


インシデント：診療において本来あるべき姿から逸脱した行為, 事態.  
障害発生の有無は問わない.

医療事故：医療行為の過程で障害が発生したもの. 医療行為や管理上の過失の有無は問わない.  
合併症, 偶発症, 医薬品の副作用  
医療機器の不具合なども含む.

医療過誤：医療事故のうち, 医療行為に過失があり, 発生した障害との間に因果関係があるもの.

# ハインリッヒの法則



- 重大事故は決して突然に発生するものではなく、幸運にもそこまでに至らなかった同様のケースが多々存在する。
- インシデント、ヒヤリ・ハットの事例を集積して解析することにより重大事故の予防につなげる。

# 報告システムの構築

☺ インシデント報告

☺ アクシデント報告（医療事故等報告書）

☺ 死亡退院報告

# 報告システムの構築

☺報告してくれてありがとう

☺医療事故を起こした当事者を責めない

☺必ずあなたを守ります

# 院内風土・安全文化のベース

物が言いやすい雰囲気づくり

- ~~・あの先生に言うと怒られるから、別の先生に言おう・・・~~
- ~~・手術している時に話しかけると怒られるからあとで言おう。  
→言うのを忘れた。~~
- ~~・そんなことも知らないのか？勉強しろよ！~~

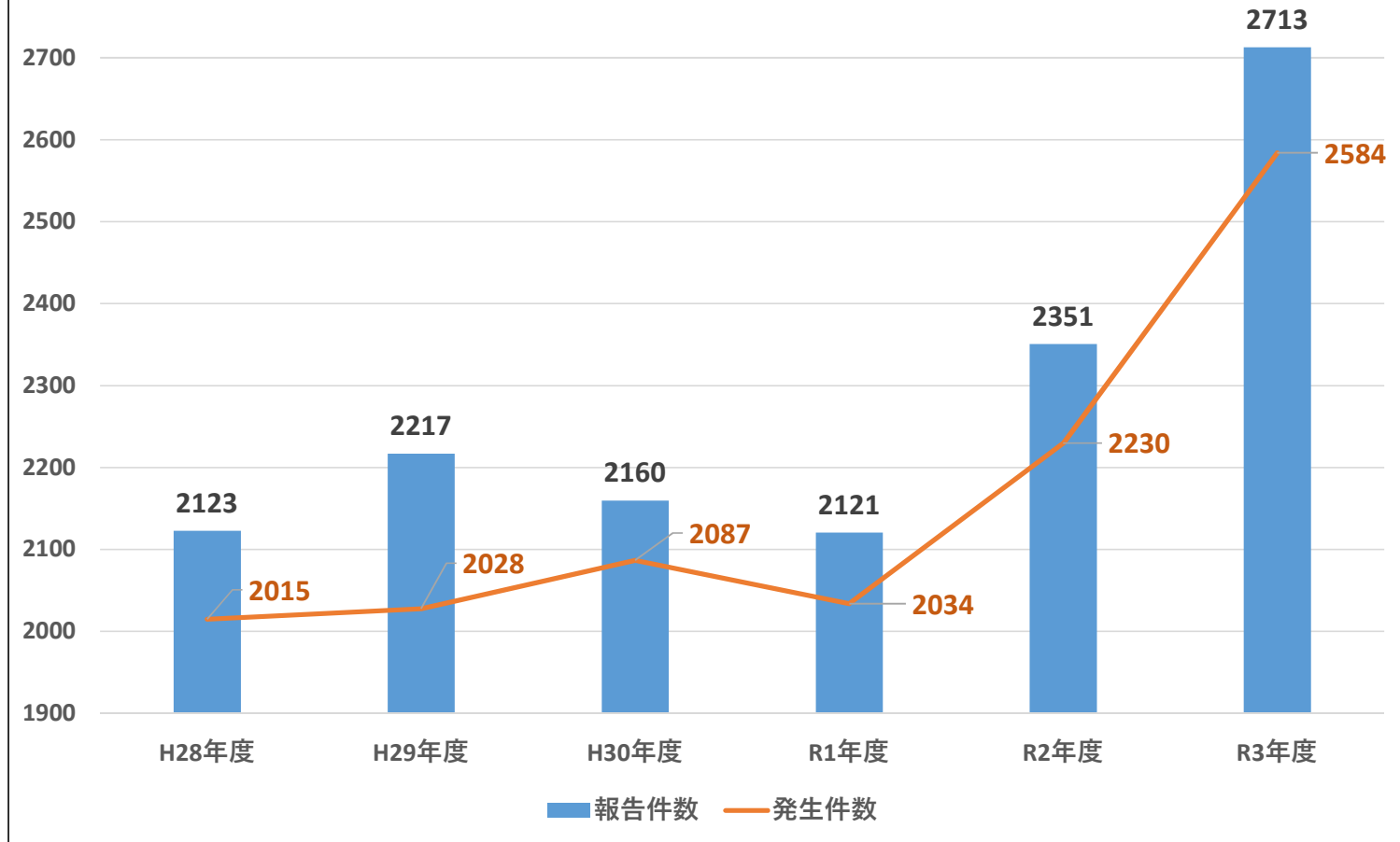


# 院内風土・安全文化のベース

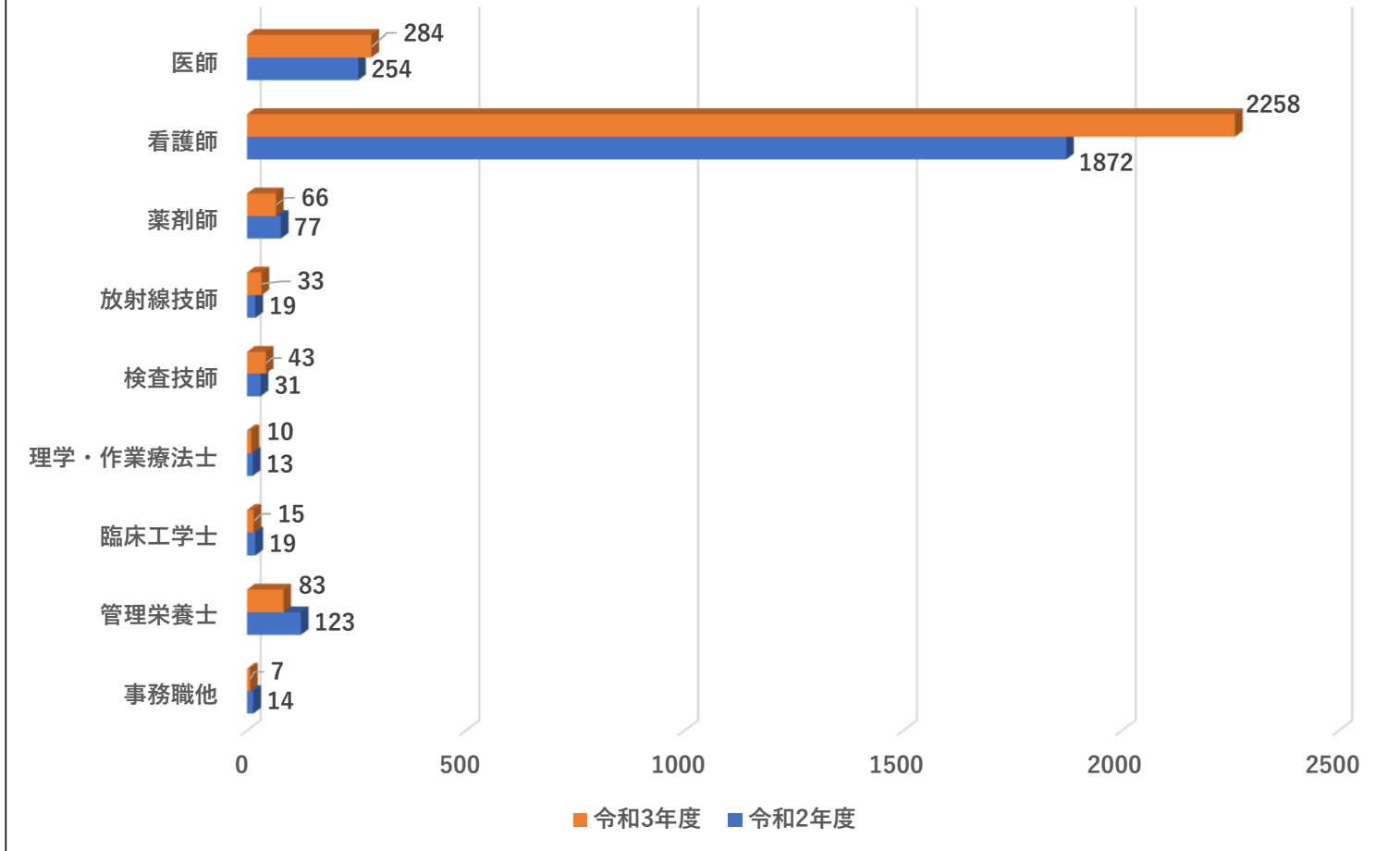
- ・安全は笑顔から.
- ・心のゆとりがあれば、暗黙のダブルチェックも機能する.
- ・教えてくれて、ありがとう。指摘してくれてありがとう.
- ・人の間違いを指摘しやすい.

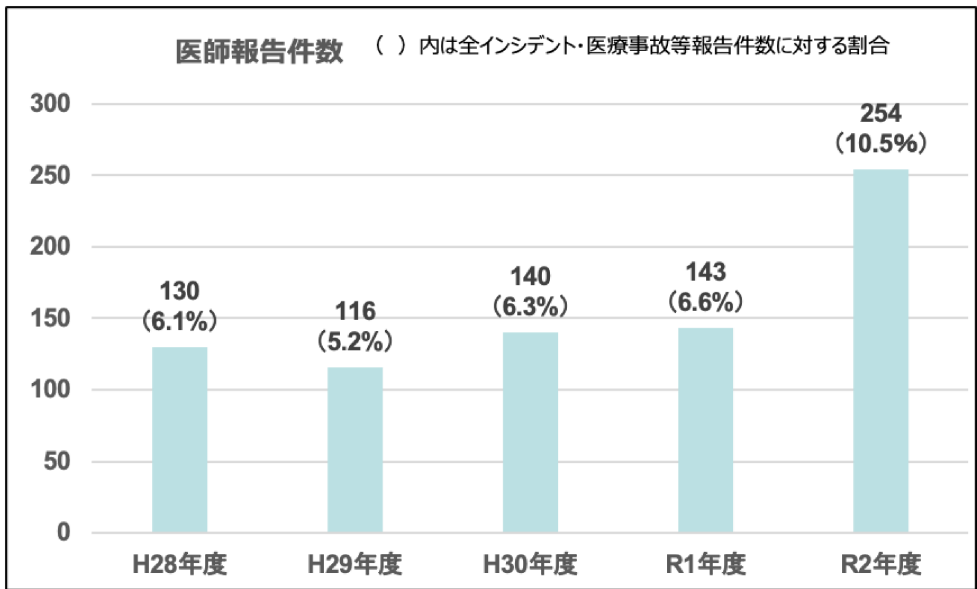
心理的安全性

## インシデント報告件数・発生件数



# インシデント・事故報告職種別報告件数





対象

だし、下欄「対象外」に掲げる事項を除く)  
あった事態  
為に関わるものに限る)

の不具合

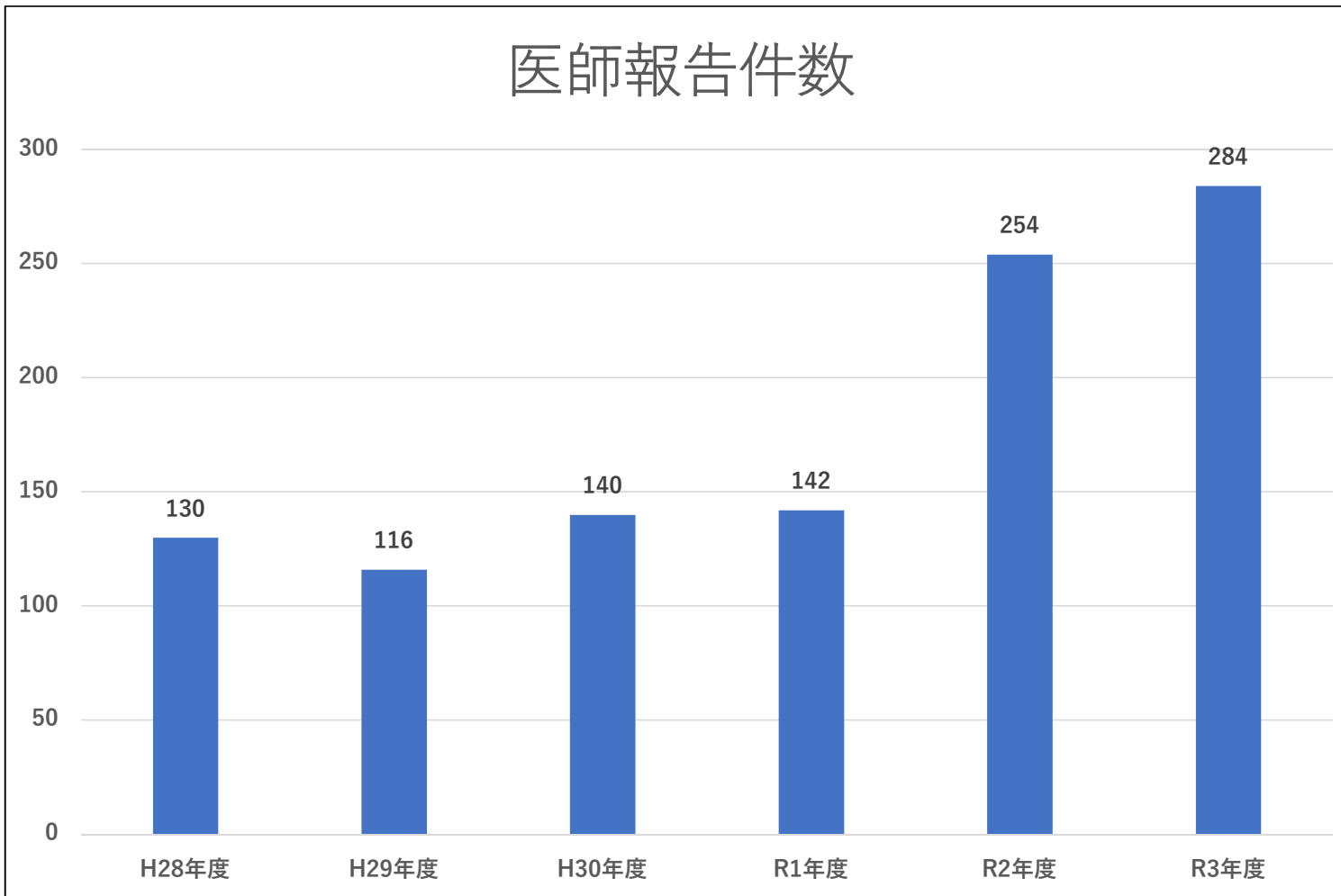
(p3)に基づいた事例

R2年度より  
報告すべき範囲を追加した

弘前大学医学部附属病院自験例

- ・ドクターハートの事例
  - ・発見、対処（処置）の遅れ
  - ・患者自己管理薬の服薬ミス
  - ・患者の針刺し など
- ※また、入院中に発生した重度の褥瘡や暴行等の犯罪等、日本医療機能評価機構への報告対象とされているものについても報告すること。
- ※医師・歯科医師が報告する必要があるインシデント（オカレンス）
- ①予定手術時間に対して3時間以上の超過（定時手術）
  - ②予定手術からの変更があった場合（タイムアウトで情報共有されていた場合を除く）
  - ③手術中・処置中の予期しない心停止や死亡
  - ④術後に生じた重篤な中枢神経系（脳・脊髄）合併症（事前に説明されていた場合を除く）
  - ⑤出血による再手術
  - ⑥術前に説明していなかった臓器摘出や修復
  - ⑦その他、術前に説明していなかった合併症
  - ⑧治療・処置の過程で神経障害、歯牙損傷、皮膚損傷を生じたもの
  - ⑨重症感染症によりICU管理を必要とした症例
  - ⑩急性肺動脈血栓症により集学的管理を必要とした症例

# 医師報告件数



# 本日の内容

- 報告システムの構築
- 医療事故発生時の対応
- 実際の事例対応

# 医療事故発生時の対応

## 1) 医療上の最善の処置

被害を最小限に抑える努力

## 2) 患者及び家族への対応

逃げない・隠さない・ごまかさない

上司に報告し、原則として診療科長及び主治医が対応

## 3) 事実経過の記録

経時的, 事実の記載

説明内容と患者・家族の発言内容の記載



## 4) 証拠保全

事故に関係する器具は破棄せず, 保存しておく



## 5) 連絡

所属の長に連絡

部署リスクマネージャーを通じて医療安全推進室に連絡

(休日/夜間は時間外受付に連絡し, 連絡網から連絡してもらう)

# 医療事故が発生した時には・・・

- 隠さない
- 逃げない
- ごまかさない

- 正直文化

(医療の良心を守る会代表：永井裕之さん)



# 聞き取り



☹️威圧的にならない  
（当たり前ですが）

☹️責めない

☹️怒らない

# 聞き取り

大変でしたね。  
夜は眠れていますか？



☺個室で行う

☺共感する

☺あなたを守るという姿勢で

# 現場検証



☺証拠保全

☺点滴やルートも保全

☺写真を残す

☺生体記録モニターなどの記録  
は上書きされるので、紙媒体  
か別の電子媒体に保存する

# 事例検討



- ☺通常は医療安全推進室  
会議で行う
- ☺重大事案は医療安全管  
理委員会で調査委員会開  
催の有無を決定し、必要  
時に医療事故調査委員会  
を開催する
- ☺改善策については各種  
委員会で報告し、伝達講  
習で職員に知らせる

# 本日の内容

- 報告システムの構築
- 医療事故発生時の対応
- 実際の事例対応

# 症例提示

- 2歳、女児
- 1歳11ヶ月時，母親が抱っこしようと右背部を触ったところ痛みが，右肩甲骨の下が腫れていることに気がついた。
- 小児科→整形外科を経て当院小児科へ入院となる。

# 症例提示

- 2歳、女児
- 母親が抱っこしようと右背部を触ったところ痛み、右肩甲骨の下が腫れていることに気がついた。
- 小児科→整形外科を経て当院小児科へ入院となる。
- 肋骨腫瘍の診断。
- 骨シンチグラフィが予定された。

# 症例提示

- 朝10時に点滴ラインより，核種の注入を試みたがうまく注入できなかった。
- 原因を探っているうちに核種が入ったガラス容器のシリンジが外れてしまい，漏れてしまった。
- 結局，核種が体内に十分量注入できず，再検査となった。



# 聞き取り

4月7日9時30分、放射線部で放射線科医師により患児へ核種の注入が行われる予定であった。小児科看護師が付き添いしていた。医師は生食シリンジを使用し、点滴からスムーズに注入されることを確認した。三方活栓の側管に薬剤シリンジ（ガラス製）をつけ、薬剤の注入をしようとしたが、抵抗があり、薬剤投与が困難な状況であった。医師はルートや三方活栓を確認し、物理的な閉塞機転が無いと判断した。確認作業中に薬剤シリンジが外れてしまい、シリンジ内および接続部の薬剤が漏出していることに気がついた。残りの薬剤を投与した。別の業務をしていた放射線技師がその場に行き、薬剤が入っていないかもしれないと伝えられた。すぐに撮影し、チューブに薬剤が入っていることは確認できた。医師が薬剤シリンジを生食シリンジでチューブ内を共洗いし、生食シリンジでチューブを押し始めた際に薬剤シリンジを床に落としてしまった。シリンジが破損したので回収した。14時に検査を行ったところ、最終的な画像は集積不足であると判断された。

# 背景因子の考察

- ・ 医師は小児科看護師に指示を出すこと（手袋をつけてシリンジを持ってもらう、シリンジを入れたトレイを持ってもらうなど）に抵抗を感じ、放射線技師は忙しそうだったので応援を頼むことができなかった。
- ・ 時間がかかると患児が起きてしまうのではないかと精神的なあせりを感じていた。

# 改善策

- 1) 手伝いが必要な時は読影室から人を呼ぶように放射線技師に伝える.
- 2) その場にいた小児科看護師に手伝いを頼む.
- 3) 問題が発生した際には上級医ならびに関連診療科（この場合は小児科）へただちに連絡をする.

# 対応

- 電話連絡をし，その時の状況について改めて説明することとしました。
- 当該診療科医師2名，小児科医師1名，看護師長1名，医療安全推進室医師1名でご両親へ謝罪ともに説明を行いました。
- ご両親からは大変厳しいご意見をいただきました（これは当然です）。
- 先ほどの経過についてまとめた文書をお渡ししました。

# 医療事故に関する個人への影響

(患者に対して誠実であることを困難にする事由)

☹️病院で起きるエラーは許されにくい環境にある.

☹️より重大な結果につながりやすいため,大きな負担がかかっている.

☹️重大な間違いを起こして他者に害を与えた者を非難してしまう.

# 情報開示の重要原則

- 適切なタイミングで率直なコミュニケーションを行う。
- インシデントの発生を認める。
- 遺憾・謝罪の意を表明する。
- 患者とその関係者が抱くと考えられる期待を妥当な範囲で想定しておく。
- スタッフを支援する。
- 守秘義務を守る。

# 症例提示

- 70歳代, 男性
- 朝4時に畑へ行った. 友人が畑に行って電話をすると, 呂律が回っていないことに気が付いた. 見に行くと右半身の脱力もあり, 救急要請した. 近医へ搬送となり, MRIが施行された.
- 1ヶ月前に右下肢腫脹を認め, 別の総合病院を受診していた. 下肢静脈エコーでDVTの診断を得る. DOACの内服が開始となった.

# 症例提示

- 症状は改善し, リハビリが開始となった.
- 4日後に構音障害, 運動性失語が出現し, 翌日には言語が不明瞭化した.



# 症例提示

- 同日の採血ではCEA 294 ng/mLと高値を認めた.
- 脳神経外科医はTrousseau症候群を疑い, 全身CT撮影を行った.

# Trousseau症候群

- ▶欧米：「肺癌、膵癌、胃癌などの担癌患者の胸部や上肢の表在静脈に見られる反復性・遊走性血栓症」
- ▶本邦：「悪性腫瘍（特に腺癌）に合併する凝固亢進状態(DIC)に伴う血栓症および非細菌性血栓性心内膜炎(nonbacterial thrombotic endocarditis: NBTE)に起因する全身性（特に脳）塞栓症」

# 症例提示

- 同日の採血ではCEA 294 ng/mLと高値を認めた.
- 脳神経外科医はTrousseau症候群を疑い, 全身CT撮影を行った.
- 右肺がんを指摘されたが, 実際には2年前に耳鼻咽喉科で撮影したCT検査に初期の肺がんが写っていた.

# 症例提示

- 同日の採血ではCEA 294 ng/mLと高値を認めた.
- 脳神経外科医はTrousseau症候群を疑い, 全身CT撮影を行った.
- 右肺がんを指摘されたが, 実際には2年前に耳鼻咽喉科で撮影したCT検査に初期の肺がんが写っていた.
- 見落としが判明した . . . .

# 対応

- ご家族に説明し、謝罪しました。
- 病院長に直ちに報告し、医療安全管理委員会で検討を行いました。
- 病院の責任を明らかにし、経緯を説明し、治療に全力で取り組む旨を説明しました。
- 患者さんは残念ながらお亡くなりになりました。
- 損保会社へ報告、顧問弁護士と相談しました。

## 避けられないヒューマンファクターズ

思い込みや状況に左右される

聞きたいことだけ聞こえる。聞いていることしか聞こえない

見たいものだけ見える。見えるものしか見えない

記憶には限界があり、注意は維持できない

正しい、安全であると思いたいために物語を作りたがる

一度正常であると判断すると再確認しない



To Err Is Human (人は誰でも間違える)

# 医療事故に関する個人への影響

(患者に対して誠実であることを困難にする事由)

☹️病院で起きるエラーは許されにくい環境にある.

☹️より重大な結果につながりやすいため,大きな負担がかかっている.

☹️重大な間違いを起こして他者に害を与えた者を非難してしまう.

→人は誰でも間違えるのだから,非難しない.

# まとめ

- 報告がなされないと病院内で何が起きているのか把握できないので、まずは報告システムの構築を行きましょう。
- 医療事故（レベル3b以上）が起きた時は、直ちに現場検証を行い、証拠保全をしましょう。
- 聞き取り調査は思いやりを持って行いましょう。
- 重大事案は、現場任せにせず、医療安全管理部門が主体となり対応しましょう。
- そうすることで職員からの信頼を得ることができます。
- ただし、医療安全管理部門はつらいです・・・。