

インターネットでの情報提供	
情報提供	2月16日

平成30年 2月16日(金) 多治見市政クラブ 配布資料			
担当係	岐阜県立多治見病院 事務局企画財務企画担当	担当者	田中宏佳
電話	22-5311(内線2321)	FAX	25-1246

医療事故調査・支援センターへの 医療事故調査報告について

当院において平成29年4月11日に発生しました医療事故事例（輸液ルート接続外れによる患者死亡事案）に関する調査結果がまとまり平成30年2月15日に一般社団法人日本医療安全調査機構の医療事故調査・支援センターへ報告しましたのでお知らせいたします。

記

1 報告の概要

別紙のとおり

2 ご遺族からいただいた報告書に関するご意見

- ・母は、足が壊死した状態だと、受け入れ先もなく、生活の範囲が限られてしまうとわれ、足を切断し生きることを選びました。その手術を終えて、これからというときに、今回のようなことになってしまったことは、残念でなりません。
- ・同種事故の再発防止のために、貴院には、報告書に記載されている貴院でまず実行可能な取り組みについて、確実に実施していただけることを希望します。また、その取り組み経過については、事後、ご報告いただきたいと存じます。
- ・さらに、根本的な再発防止策としては、接続部分が容易に外れることのない医療機器の改良が必須と考えます。この点は、医療事故調査・支援センターにおいて、全国的な問題としてとりあげていただき、医療機器メーカーも対象として、早急に改良への取り組みを進めていただくことを切望します。そのように取り組んでいただくことこそが、医療法が医療事故調査制度を定めた趣旨に合致するものと思料します。

3 院長コメント

- ・本事例は様々な要因の結果ではありますが、「輸液ルートの選択およびアラーム対応に関する病院の管理体制には、死亡につながった改善すべき問題があった」という調査報告書の見解を真摯に受け止め、病院として1月31日にご遺族にお詫びを申し上げたところです。
- ・今後、二度とこうした医療事故を起こさないため、2月および4月に医療安全部の職員配置・専任体制を拡充し、調査報告書で提示されました再発防止策を病院全体で着実に実施できるよう取り組んでまいります。

医療事故調査・支援センターへの医療事故調査報告について
(輸液ルート接続外れによる患者死亡事例)

1 医療事故の概要

○本事例は、治療を目的に当院に転院した患者さん（70歳代女性）が、手術後の経過中、意識レベルが低下した状態において、輸液ルートの接続が外れたことにより多量出血をきたし、その後、心肺停止の状態で見送られ、死亡に至ったもの。

2 医療事故調査の経緯

○本事例は、医療法にもとづく医療事故調査報告制度の対象事案に該当するものとして平成29年4月20日に医療事故調査・支援センターへ報告。

○医療事故調査会（外部委員2名・内部委員2名）を3回（平成29年5月24日、7月10日および9月6日）開催して調査分析を行い、報告書を作成。

○平成30年1月31日に調査報告書により調査結果をご遺族に説明。この際、院長がご遺族に対し謝罪。

3 検証・分析の主な対象

- 患者さんの術前と術後の経過
- 輸液ルートの接続と管理
- 生体モニターの設定と管理
- 病院の看護・管理体制

4 検証・分析結果の総括

○本事例は様々な要因の結果であるが、輸液ルートの選択およびアラーム対応に関する病院の管理体制に死亡につながった改善すべき問題があった。

5 死亡につながったとされた要因

(1) 職員の業務遂行について

- 血液透析用長期留置カテーテルに接続するルートに閉鎖式輸液セットが使用されていなかったこと。
 - ・血液透析用長期留置カテーテルは、内径が大きいことからルートの接続が外れた場合、出血しやすく凝固しにくい。
 - ・病院では閉鎖式輸液セットの使用は特定の部署を除き導入されていなかった。
- 三方活栓を操作した時に接続部の緩みの確認を目視で行っていたが（手で直接確認しておらず）、その後に接続外れに至るような緩みがあった可能性があったこと。
 - ・病院の看護手順において、必ず手で直接確認することになっていなかった。
- 生体モニターのアラームに長時間対応していなかったこと。
 - ・生体モニターのアラームに対応する責任者が明確でなかった。
 - ・看護師3名で36人の患者に対応していた時間帯で、本来優先すべき生体モニターのアラームに対応することが優先されていなかった。
 - ・スタッフステーション内に戻らなければアラームの内容が確認できない環境であった。

(2) 病院の管理体制について

- 輸液ルート・医療器具の取り扱い等に関する明確なルールがなかったこと。
- 生体モニターの装着目的、対応方法・担当者等に関する明確なルールがなかったこと。

(3) 医療器具（輸液セットの三方活栓）について

- 三方活栓操作時に接続部に緩みにつながるような力学的特性があること。
 - ・三方活栓の締め方や緩みの確認方法について、メーカーの添付文書に具体的な方法が示されていない。

(4) 患者さんの病態について

- 手術後に、ほとんど意識がない状態であったので、輸液ルートの接続外れに患者さん自身が気付くことができなかったこと。

6 再発防止策

(1) 適切な輸液ルートの接続と管理の徹底

- ・輸液ルートの取り扱いおよび接続部の確認方法、患者の状態に適した医療器具の選択方法および医療器具の新規導入にあたってのルールを明確にする。
- ・これらの点について医療安全部や診療材料委員会などで具体的な検討を行い改善し、改善後の状況についても定期的に検証する。

(2) 適切な生体モニターの設定と管理の徹底

- ・適切に管理できるようなルールの制定とそれに関する教育や指導を行う。
- ・医療機器安全管理責任者（臨床工学部技師長）を中心に具体的な検討を行い院内に周知する。

(3) 医療安全管理体制・活動の強化を通じた安全文化の向上

- ・医療安全に関わる職員体制、教育研修および看護業務支援の拡充、医療安全管理委員会活動の強化に取り組み、全職員の医療安全管理の意識・実践の徹底、安全文化の向上を図る。