

# 労務ニュース Vol. 41

株式会社ムトウ コンサルティング統括部

連絡先 〒110-8681 東京都台東区入谷1丁目19番2号

電話 03-3874-7143 FAX 03-3876-8140

e-mail: consult@ni.wism-mutoh.co.jp

https://www.wism-mutoh.jp/business/consulting/

労務情報などをコンパクトにまとめてお届けします。

- 公益財団法人 日本医療機能評価機構「医療事故情報収集等事業」医療事故・ヒヤリ・ハット事例

公益財団法人 日本医療機能評価機構

「医療事故情報収集等事業」

医療事故・ヒヤリ・ハット事例

## ◆8カ月前の病理診断結果で悪性所見報告気付かず

【実施した医療行為の目的】

手術切除部位の病理診断のための検体提出

【事故の内容】

9ヶ月前、クローン病による腸管狭窄の診断で、開腹結腸重全摘、回腸-S状結腸吻合術が施行され、術中に大腸の病理検査検体を提出した。9ヵ月後、吻合部狭窄あり、開腹術実施したが、このとき主病変が硬化しており、迅速病理診断にて癌細胞あり腹膜播種と診断された。そこで前回の手術時に提出していた病理診断結果を確認した。前回提出の病理診断結果は8ヶ月前には報告が完了していたが、この時点で既に悪性の所見が報告されていることに気づいた。この結果を前回の手術後に確認していなかったことが発覚した。

【事故の背景要因の概要】

主治医は、クローン病の癌化は一般的ではないと認識していたため、病理検査結果に多くの注意を払っていなかった。

一方で病理医は、悪性所見の場合で担当医の見立てと異なる場合は、担当医に直接連絡を入れることを一般的に行っていたが、クローン病の場合は癌化は一定頻度で発生すると認識しており、連絡を入れることをしなかった。

主治医の診療科では、外科は手術を行ない、術後フォロー外来は内科医が行っており、情報の共有が不十分であった。

検体提出から病理診断結果報告が年度をまたいでおり、医師の異動時期と重なった。

【改善策】

- 病理診断結果の確認を徹底するため、電子カルテ上に参照確認ボタンを作成し、運用を開始した。
- 報告結果の未読状態が2週間、4週間経過した症例をそれぞれリストアップし、該当診療科へメールで報告する仕組みを構築した。

【事例ID】 AB8792A9C251E54E1

## ◆読影レポート「膿瘍か転移の疑い」主治医が確認せず経過

【実施した医療行為の目的】

大動脈弁狭窄症手術後の発熱原因精査目的

【事故の内容】

大動脈弁狭窄症手術で入院。術後 S 状結腸穿孔あり、1年1ヶ月前に人工肛門造設した。その2ヵ月後に発熱あり、発熱の原因精査目的で緊急造影CTを撮影。放射線部医師

に読影依頼をあわせてオーダーした。

撮影当日主治医は CT 画像を確認し、膿瘍と判断して抗生物質で治療を開始した。読影レポートは翌日に作成され、「膿瘍あるいは転移の疑い」と記載されたが、主治医が確認することなく経過した。抗生物質投与で発熱症状は改善し、7ヶ月前、老健施設へ退院となった。

その後外来で経過をみていたが、3ヶ月前頃から食思不振があり、外来で血液検査等を行なうも異常はなく、経過観察をしていた。

今回、予約外受診、血液検査で肝胆道系酵素上昇、炎症反応高値をみとめた。

造影 CT を撮影したところ、多発肝腫瘍をみとめ消化器内科に併診をしたところ、上行結腸癌転移性肝腫瘍の疑いと診断された。

【事故の背景要因の概要】

発熱の原因精査の緊急 CT で、主治医は臨床経過とあわせて膿瘍であると総合的に判断したため、レポートの確認に至らなかった。

CT 等を撮影する際に放射線部読影医に読影依頼をすることができるが、放射線部読影医がレポートを作成した時点で、依頼医にその旨を伝える体制がなかった。かつ電子カルテ上でレポートや検査結果が未読であることへのアラートが出るシステムを持っていなかった。

【改善策】

- 読影医が依頼医の読影依頼コメント以外に所見を得た際に、対象レポートを印刷し診療科へフィードバックするシステムを開始した。
- 電子カルテに医師がログイン時に、画像診断や病理検査結果報告を確認できるシステム導入を準備中である。

【事例ID】 AE575D677654E82B3

## ◆怒られるのを恐れ主治医でなく看護師にパニック値を連絡

【実施した医療行為の目的】

救急搬送され、重篤な非ST上昇型前壁心筋梗塞のため入院し、カテーテル治療。翌早朝に急変し蘇生。

急変の原因を精査と、急変に対する治療。

【事故の内容】

救急搬送され、重篤な非ST上昇型前壁心筋梗塞のため入院し、カテーテル治療により治療は成功した。翌日早朝に急変し、急激な血圧低下をきたしたため蘇生し、蘇生に成功した。採血・CT検査し、急変の原因として出血などの原因が無いことを確認した。

血液検査で高カリウム血症に気づき、これが急変の原因と考え、CHDFの準備を進めた。しかし、高カリウム血症による

不整脈などは起こってこなかったことから、別の原因があると考え、再度血液検査結果を確認したところ、血糖 13mg/dL と低血糖に気づき、これが急変の原因と考え、血糖値を補正したところ、血圧は上昇したが、意識の回復は無く、心拍低下し死亡を確認した。

#### 【事故の背景要因の概要】

当院におけるグルコースのパニック値は 50mg/dL 以下、400mg/dL 以上である。

パニック値等の電話報告の場合、臨床検査技師は主治医に直接連絡する。連絡がつかない場合は、各病棟、外来の看護師に連絡することがマニュアル化されている。

当該事例において臨床検査技師は、病棟(ICU)にパニック値の連絡をすれば医師も看護師がいるから伝わると思った。また、医師に連絡すると場合によっては怒られることがあったため、主治医でなく看護師に血糖値が 13mg/dL であると連絡した。

ICUでは他の患者の急変と緊急転棟が重なり、パニック値の連絡を受けた当該患者の担当看護師は、医師が心肺蘇生中であったため、状況を見て医師へ報告することにして、他の患者の処置を行い、報告することを忘れた。

気付いた時には夜勤から日勤への勤務引き継ぎ時刻となり日勤看護師へ報告したが、日勤看護師は医師に伝わっているとおり、医師へ報告しなかった。

#### 【改善策】

検査結果がパニック値の場合、主治医に連絡する。主治医に繋がらない場合、内科系患者は内科系当直医師、外科系患者は外科系当直医師に連絡する。

【事例 ID】 AE60CEECD1C184266

#### ◆口頭指示 単位間違い

##### 【実施した医療行為の目的】

多発性脳梗塞の患者に循環動態改善のためにカコージン<sup>®</sup>を、輸液ポンプを使用し滴下していた。検査データを報告したところ増量の指示があったが、 $\gamma$ の単位で指示があったものをmLで実施してしまった。

##### 【事故の内容】

多発性脳梗塞を発症し血圧が測定できない患者の循環動態改善のためにカコージン<sup>®</sup>を、輸液ポンプを使用し滴下していた。

検査データの結果で、医師から体重30Kgで $3\gamma$ /時間の指示があり、看護師長がメモにカコージン 3 ガンマと書き、看護師に口頭で3ガンマと言い手渡した。

$3\gamma$ の場合 1.8mL/時間で施注するところを 3.0mL/時間で実施してしまった。

約6時間後に患者の血圧が80/42mmHgのため報告し、医師が $5\gamma$ に増量の指示を出し間違いに気づいた。

##### 【事故の背景要因の概要】

口頭指示の内容をメモから注射伝票に流量を記入しなかった。指示を復唱し確認をしていない。

輸液ポンプの設定確認時にはメモを見たが指差し呼称をしていない。看護師2名でダブルチェックを行ったが、声だし呼称をしておらず、2人で3ミリリットルだと思い込んでおり、確認になっていない。

##### 【改善策】

● 緊急時の口頭指示をメモ書きから、臨時注射伝票へ記入

をする。

● 注射薬の指示量の確認は指差し呼称をする。

【事例 ID】 AB872430D25F3871F

#### ◆門脈と腫瘍が癒着、剥離中に大出血もリスク説明不十分

##### 【実施した医療行為の目的】

漿液性嚢胞性腫瘍に対する膵頭十二指腸切除術。

##### 【事故の内容】

4ヶ月前に食事摂取後の嘔吐を主訴に救急搬送され、消化器内科で精査後、手術することとなった。

消化器外科外来初診時の診療録には、「基本的には良性腫瘍。膵頭十二指腸切除術には様々なリスクがあり、切除できる保証も無いが、その際には通過障害に備え、胃・空腸バイパス術を行う」ことが記載されていた。

その時には説明用紙は用いられていないが、手術が決定し、説明時には白紙の説明用紙2枚に亘わたって手術方法および、膵液瘻が形成された場合には大出血して死亡する可能性があることを記載したものが用いられた。

説明した3日後に手術が行われたが、門脈と腫瘍の癒着が激しく、剥離の過程で大出血し、止血困難のためにICUで死亡に至った。

##### 【事故の背景要因の概要】

手術前のカンファレンスでは、かなり特殊な症例で、門脈との癒着や出血のリスクは、ある程度考えられていた。それを踏まえて説明用紙を見ると、手術中の出血リスクや死亡率についての言及は不十分であり、後から見直しても術中に出血死する可能性は読み取れない部分がある。

定型の説明用紙には誰が何時、どのような手術を行うのか、合併症はどのようなものがあるのか、手術をしない場合には他に治療法があるのかなど、全て記載されていなければならない。しかし実際には、診療科毎にその質にはばらつきがあり、まだ標準化されていなかった。

##### 【改善策】

- 全診療科のIC用紙を見直し、均てん化を図る。
- 包括的にエビデンスを踏まえて記載する部分と、患者の個別性を+ $\alpha$ で自由記載できるboxを用意し、個別性に関する説明の動機付けができるIC用紙を作成する。

【事例 ID】 A105B41E2AB777714

### コンサルティング統括部からのお知らせ

今回、コミュニケーションエラーに関する医療事故事例をまとめました。

病理診断や読影レポートは依頼医に迅速かつ確実に報告されることが求められます。

パニック値も検査された結果が確実に依頼医に伝えられ、さらに患者に報告されたことの確認がとれる仕組みの整備が必要です。

説明と同意書は必要な内容が漏れなく記載されているか病院として確認され承認のうえ使用されることが必要です。

これらの事故事例を参考に改めて医療安全対策の見直しをご検討ください。