



## 医療事故の調査結果と再発防止策について

### I 医療事故について

#### 1 概要

患者は手術を受けるため令和3年9月28日（火）に入院、10月6日（水）、手術は終了。術後3日目朝から39℃台の発熱、その後、繰り返す水様性下痢を認め、術後4日目は40℃を超える発熱、脈拍140回台/分を超える頻脈を認めた。術後5日目未明に急変、心肺蘇生を行ったが自己心拍の再開なく、死亡した。

#### 2 患者に関する基本情報

小児（他院にて治療を受けた後、手術の目的でこども医療センターに紹介された患者）

#### 3 経過

令和3年9月28日（火）	入院。
令和3年10月6日（水）	手術。
令和3年10月8日（金） （術後2日目）	人工呼吸器を離脱し、人工鼻に酸素投与。
令和3年10月9日（土） （術後3日目）	体温37.6～41.2℃。 胸部X-Pにて無気肺、肺炎がないこと、経管栄養が胃内に滞留していないことを確認。手術創に汚染はなくその他明らかな感染巣を認めず。全身状態は安定していたため、担当科医師と救急・集中治療科医師との協議のうえ、一般病棟への転棟は可能と判断。 14：30 一般病棟へ転棟。 夕方以降から水様性の排便が見られ始めた。体温は19：30頃41℃台に上昇。
令和3年10月10日（日） （術後4日目）	体温39.7～41.8℃、脈拍130～170回台/分、血圧90～120/50～60mmHg台。 ウトウトするが寝付けず。朝、看護師から、下痢回数が多いため、担当科当直医師に相談。経腸栄養剤の変更が行われた。
令和3年10月11日（月） （術後5日目）	1：15 発熱が続いていることについて、看護師から病棟当直医師に相談。担当科医師より術後熱と判断されているので、当直医師は翌日担当科医師に相談するように指示。 4：00 体温39.5℃、脈拍170回/分。 4：15 パルスオキシメーター上、脈拍140回台/分に低下。 4：27 酸素飽和度：68%、脈拍60回台/分まで一気に低下した。 4：31 内科病棟当直医師到着。患者の状態から、敗血症性ショックを考え、輸液などを実施。テレメータ送信機の画面で心電図波形を確認するが、波形が表示されなかった。 5：20 一般病棟からHCU1病棟へ移送。 5：23 HCU1棟到着。心電図波形が確認できず。胸骨圧迫開始。 7：00 死亡を確認した。

## II 事故調査

### 1 調査の方法

医療法の規定による医療事故調査制度に則り、外部の専門家を加えた事故調査委員会を設置した調査により原因究明及び再発防止の検討を行った。

### 2 神奈川県立こども医療センター院内医療事故調査委員会の委員

氏名	所属・職名	職種	委員種別
菊地 龍明	横浜市立大学 学術院 医学群 安全管理指導者 准教授	医師	外部委員
宮入 烈	国立大学法人 浜松医科大学 小児科学講座 教授	医師	外部委員
川崎 達也	地方独立行政法人 静岡県立こども病院 小児集中治療科 科長	医師	外部委員
杠 俊介	信州大学 医学部 医学科 形成再建外科学 教授	医師	外部委員
平岩 敬一	関内法律事務所 所長 (神奈川県医師会 医事紛争特別委員会)	弁護士	外部委員
後藤 裕明	病院長	医師	内部委員
石川 浩史	副院長	医師	内部委員
上田 秀明	副院長兼医療安全推進室長	医師	内部委員
西角 一恵	副院長兼看護局長	看護師	内部委員
永渕 弘之	医療局 救急・集中治療科部長	医師	内部委員
今川 智之	医療局 感染免疫科部長	医師	内部委員
佐藤 裕季子	看護局 副看護局長	看護師	内部委員
秦 裕美	医療安全推進室 室長補佐	看護師	内部委員
八尋 有造	事務局 事務局長	事務	内部委員
剣持 道子	事務局 副事務局長兼総務課長	事務	内部委員

### 3 経過

年月日	内 容
令和3年10月11日(月)	医療安全推進室に報告
令和3年10月12日(火)～14日(木)	院内判定会議前 関係者へのヒアリング
令和3年10月15日(金)	院内判定会議開催 医療事故と判断
令和3年10月21日(木)～11月10日(水)	関係者聞き取り調査
令和3年11月29日(月)	第1回院内医療事故調査委員会開催
令和4年1月14日(金)	一般財団法人Ai情報センターにAiCTを業務委託
令和4年1月18日(火)	外部委員による現地視察
令和4年2月22日(火)	AiCT結果受領
令和4年3月4日(金)	第2回院内医療事故調査委員会開催
令和4年5月16日(月)	第3回院内医療事故調査委員会開催
令和4年7月4日(月)	第4回院内医療事故調査委員会開催
令和4年9月12日(月)	第5回院内医療事故調査委員会開催
令和4年9月22日(木)～10月11日(火)	委員会書面会議開催
令和4年11月11日(金)	第6回院内医療事故調査委員会開催
令和4年12月12日(月)	第7回院内医療事故調査委員会開催

令和5年2月20日（月）	第8回院内医療事故調査委員会開催
令和5年3月24日（金）	報告書（案）院内関係者報告会開催
令和5年3月27日（月）	内部委員報告書承認
令和5年4月7日（金）	外部委員報告書承認
令和5年4月13日（木）	ご遺族への報告書等送付
令和5年4月21日（金）	（ご遺族）家族意見書受領
令和5年5月16日（火）	医療事故・調査支援センターへ報告書提出

#### 4 調査結果

本事例は、手術を受けた患児が、術後の発熱および嘔吐下痢の後に、術後5日目に死亡した事例である。心肺停止の原因としては、敗血症の可能性、下痢症に伴う脱水症、低カリウム血症による全身状態の悪化、非代償性ショックが関与した可能性がある。

手術の適応、術前のリスク評価、手術手技については適切であった。術後のHCU1病棟での管理もおおむね一般的になされていたが、一般病棟移床の前後の術後3日目から発症していた発熱、頻脈および下痢嘔吐に対して原因検索や状態評価のための検査が実施されておらず、また頻脈や水分バランスからみて脱水症を考慮して輸液療法が必要であったところが行われていなかった。術後5日目の急変時には適切な評価やモニタリングが行われず心肺蘇生開始のタイミングを逸していた。術後患者の管理が経験の乏しい医師任せとなっており、担当診療科および病院全体としての相談体制の不備、心肺蘇生法に習熟した医師が直ちに対応できる体制になっていなかったことが背景として考えられた。

#### 5 医療事故調査委員会から示された再発防止策

##### （1）RRS（Rapid Response System＝院内迅速対応システム）の夜間休日への拡充

当院では本事例を受けて、令和4年9月よりRRS（発熱やバイタルサインの異常ライン＝METコール基準を定め、基準を逸脱した場合や不安を感じる場合には職種を問わず、小児の全身管理に習熟した医師にすみやかに報告し対応するシステム）を稼働しているが、現時点では平日昼間のみの稼働となっている。夜間休日においても稼働可能となるよう、早急に取り組むこと。

##### （2）全身管理担当部門の整備

上記RRSの拡充のため、救急・集中治療科の医師を増員すること。

救急・集中治療科とともに全身管理を担当する総合診療科の医師についても増員を検討し、病院全体の術後患者の相談を受けられる体制を整備すること。

##### （3）術後の医師コール基準項目の標準化

術後患児における医師コール基準において、基準に掲載すべきバイタルサイン等の項目を院内で決定し標準化すること。

##### （4）術後管理標準手順書の作成と審議

本事例手術の術後管理標準手順書および次項（5）の改善状況の報告書を担当診療科において作成し、病院管理者に提出すること。病院管理者はこの手順書と報告書を審議し、適切と認められた場合には、現在中止している本手術の再開を検討することが望ましい。

##### （5）本事例担当診療科における術後管理責任体制の整備

科長および科員全員が参加した術後患者の回診および術後カンファレンスを実施し、術後患者の管理方針や問題点について科全体で議論し共有すること。

### Ⅲ 神奈川県立こども医療センターにおける再発防止策の実施状況

当院では、上記報告書において示された診療に対する課題、問題点及び患者・家族の意見を真摯に受け止め、再発防止に職員一体となって取り組んでいます。

#### 1 既に実施したもの

- ・ 全職員対象事故説明会（患者・家族目線での医療安全を全職員に改めて総長から徹底）
- ・ 急変時に医療者を呼び出す緊急放送（ドクターコール）をためらわずに行うよう徹底
- ・ RRS（Rapid Response System＝院内迅速対応システム）の運用開始
- ・ 外科系診療科と総合診療科が連携して術後患者を管理する体制の強化
- ・ コロナ禍で中断していた内科系当直医による全館回診の再開
- ・ 本事例担当診療科員が全員参加する術後カンファレンスの開催と術後患者の情報共有の推進
- ・ 急変時対応を行う救急・集中治療科に医師1名を増員

#### 2 今後取り組むもの

- ・ 患者満足度調査に医療安全や患者・目線の内容を加える
- ・ RRSの夜間への拡充
- ・ 本事例担当診療科における術後管理体制の整備（手順書の作成など）
- ・ 全身管理担当部門の整備  
RRSの拡充ために救急・集中治療科の体制を強化  
術後患者の全身管理を充実強化するため総合診療科の体制を強化
- ・ 医療安全管理責任者の配置（新たに専従医師(管理職)を医療安全管理責任者として任命)

問合せ先

神奈川県立こども医療センター  
事務局長 八尋 有造  
電話 045-711-2351（代表）



## 病院管理者が予期しなかった患者さんの死亡事例の発生について

令和3年10月11日、こども医療センターにおいて、病院管理者が予期しなかった患者さんの死亡事例が発生しました。

当センターでは、医療事故調査制度に基づき、原因究明及び再発防止のため、早急に外部の専門家を加えた事故調査委員会を設置し、必要な調査を開始いたします。

### <医療事故調査制度とは>

- 医療事故調査制度は、平成26年6月18日に成立した、医療法の改正に盛り込まれた制度です。制度施行は平成27年10月1日です。
- 医療事故が発生した医療機関において院内調査を行い、その調査報告を民間の第三者機関（医療事故調査・支援センター）が収集・分析することで再発防止につなげるための医療事故に係る調査の仕組みです。
- 本制度の目的は、医療の安全を確保するために医療事故の再発防止を行うことであり、責任追及を目的としたものではありません。
- ※ 医療法では、「医療事故」を「病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡（又は死産）であって、その管理者が当該死亡（又は死産）を予期しなかったもの」と定義しており、医療事故調査制度は、医療従事者の過失を前提としているものではありません。

### (問い合わせ先)

地方独立行政法人 神奈川県立病院機構  
神奈川県立こども医療センター  
病院長 後藤 裕明  
事務局長 八尋 有造  
電話：045-711-2351(代表)