

**永久気管孔造設状態の患者の異変に気付かず、
経皮的酸素飽和度の低下、心肺停止となり、蘇生を試みるも死亡した事例
(報道公表用資料)**

岩手医科大学附属病院（以下「当院」という）において、尿路感染症の診断で2023年10月16日に入院となった患者（10代男性、13トリソミー、自力体動困難、喉頭分離術術後、永久気管孔造設状態）について、医師および看護師が患者の異変に気付かず適切な対応がされなかったことから、経皮的酸素飽和度の低下、心肺停止となり、10月19日に死亡した事例が発生しました。

本事例について、当院の対応に過失があったとの認識のもと、事故の検証結果と再発防止策について、患者ご遺族に対し説明を行い、併せて謝罪と共に賠償の約束をいたしました。このたび、ご遺族のご許可をいただきましたので、調査報告書の概要を示し、本事例の経緯等について皆様にご報告申し上げます。

患者さんのご遺族にあらためて謝罪申し上げるとともに、上記調査報告書において示された提言を真摯に受け止め、再発防止に職員一丸となって取り組む所存です。

当事例は、事故発生当日の2023年10月19日、直ちに当院の医療安全管理部、病院長に報告され、10月20日に病院長招集による小児科・小児病棟への緊急ヒアリング、11月1日に病院長招集による緊急会議を経て、11月2日には病院長を委員長とする「緊急安全対策会議」を開催し、院内における本事例の検証を行い、審議いたしました。

緊急安全対策会議では、本事例における当院の過失が確認されたことから、医療事故調査・支援センターへの報告と、医療事故調査制度に基づく医療事故等調査委員会の設置を行うことを決定しました。

当院は、医療事故調査等支援団体から派遣された医師、看護師など複数の外部専門家と学内委員のほか、ご家族の医療事故を経験した一般の方、患者家族支援団体の立場からも委員またはオブザーバーとして支援をいただき、医療事故等調査委員会を設置いたしました。医療事故等調査委員会は、2024年1月15日、2月2日、3月1日、4月17日、6月4日の計5回開催し、2024年7月22日に調査報告書を取りまとめました。

<調査報告書の概要>

1. 医療事故等調査委員会について

1) 設置の趣旨

当調査委員会は医療法に定められた「医療事故調査制度」及び当院が定める「医療事故等調査委員会規程」に則り、正確な事実経緯の把握と、事例発生原因の究明と医学的検証、再発防止策の提言、患者・関係者への情報提供を目的として設置された。当調査委員会は、調査委員の約半数を外部の委員で構成し、客観的、かつ中立的な観点からの調査・提言を行った。

2) 調査委員選定について

当院は、公正な調査を期すため、当院に関連しない組織に外部専門家の派遣を要請し、最終的に外部委員5名（医師2名、看護師2名、他一般から1名）とオブザーバー1名の参加を得た。また、当院からは、病院長、医療安全管理部から医師1名と看護師1名、看護部から看護師2名、臨床工学部から臨床工学技士1名の計6名を委員として選定し、委員11名およびオブザーバー1名による医療事故等調査委員会を組織した。

3) 委員会開催日程

第1回医療事故等調査委員会：2024年1月15日

第2回医療事故等調査委員会：2024年2月2日

第3回医療事故等調査委員会：2024年3月1日

第4回医療事故等調査委員会：2024年4月17日

第5回医療事故等調査委員会：2024年6月4日

2. 事例の概要等

1) 発生日

2023年10月19日

2) 事例概要

10代男性。13トリソミー（喉頭分離術後、永久気管孔造設状態）、てんかんの既往を有する重度心身障がい者（医療的ケア児（者））であり、小児科に外来通院をしていました。2023年10月16日、発熱があり、尿路感染症の診断で入院しました。入院後抗菌薬投与により解熱し、全身状態の改善を認めていました。入院に際して通常は母親が付き添いをしていましたが、10月18日は付き添いできないことを入院時よりスタッフと共有しており、ケアの内容や注意点を記載したメモを渡し、10月18日夕方に帰宅されました。翌10月19日の3時30分より経皮的酸素飽和度（以下、「酸素飽和度」）の低下を認めため、看護師は医師の予測指示に基づき酸素1L/分の投与を開始しました。その後、生体監視モニター上酸素飽和度の低下、心拍数に変化を認めましたが対応せず、8時に口腔・鼻腔の吸引をしました。酸素飽和度が70～80%と低下を認めため、酸素を2L/分に増量しました（永久気管孔からの喀痰の吸引は、10月18日の夕方以降は行っていませんでした）。その後、看護師が他の患者からのナースコールがありその場を離れ、対応を行っているうちに他の業務が重なり、当該患者の処置に戻ることができませんでした。看護師が病室を離れた後、8時9分から9時16分の間に17回のモニターアラームの解除記録がありましたが、解除したアラームに対する患者への対応は病棟に居合わせた医師、看護師の誰もしていませんでした。9時17分、訪室した看護師が顔色不良、心肺停止の状態の患者を発見、蘇生を開始し、家族到着まで蘇生を試みましたが、その後死亡に至りました。

3. 事例検証

当事例の死因は、原疾患の悪化に起因するものではなく、喀痰の自己排出ができない状況において、永久気管孔から喀痰の吸引が行われていなかったことから、喀痰の貯留による窒息からの低酸素血症という医原性の要因が、最も可能性が高いものとして挙げられました。

事故が起こった背景として、①医療的ケア児（者）の基礎疾患に対する病態・重症度把握の不足、②永久気管孔造設状態であることの認識不足、③永久気管孔に対する病態および必要な医療ケアに対する教育不足、④医療的ケア児（者）付き添い家族との連携・情報共有の不足、⑤生体監視モニターのアラーム鳴動（テクニカルアラーム含む）が多数発生している状況下で、患者に対応

することなく消音操作を繰り返していた状況があった点、⑥医師看護師を含む医療スタッフ間で重要事項の情報伝達が適時行われていなかった点など、改良すべき点が指摘されました。

4. 再発防止策

- ①入院時及び経過中に患者の病態を確実に把握し、重症度・リスク評価を行い適切に対応できるシステムの構築・運用
- ②医療的ケア児（者）等のケアにおいて病態を確実に認識し、病態に応じたケアが提供できるツールの導入
- ③小児疾患の病態の理解とそれに対する診療提供に関する職種間教育の推進
- ④医療的ケア児（者）付き添い家族との協同によるケアの提供
- ⑤生体監視モニターの適切な運用を目的とした、モニターアラームコントロールチームの設置とモニター管理に関する指針の策定（アラームへの適切な対応の徹底）
- ⑥看護体制・業務の見直しと医師看護師間の連携の強化

以上