

【診療行為に関連した死亡に係る死因究明等のあり方に関する検討会】

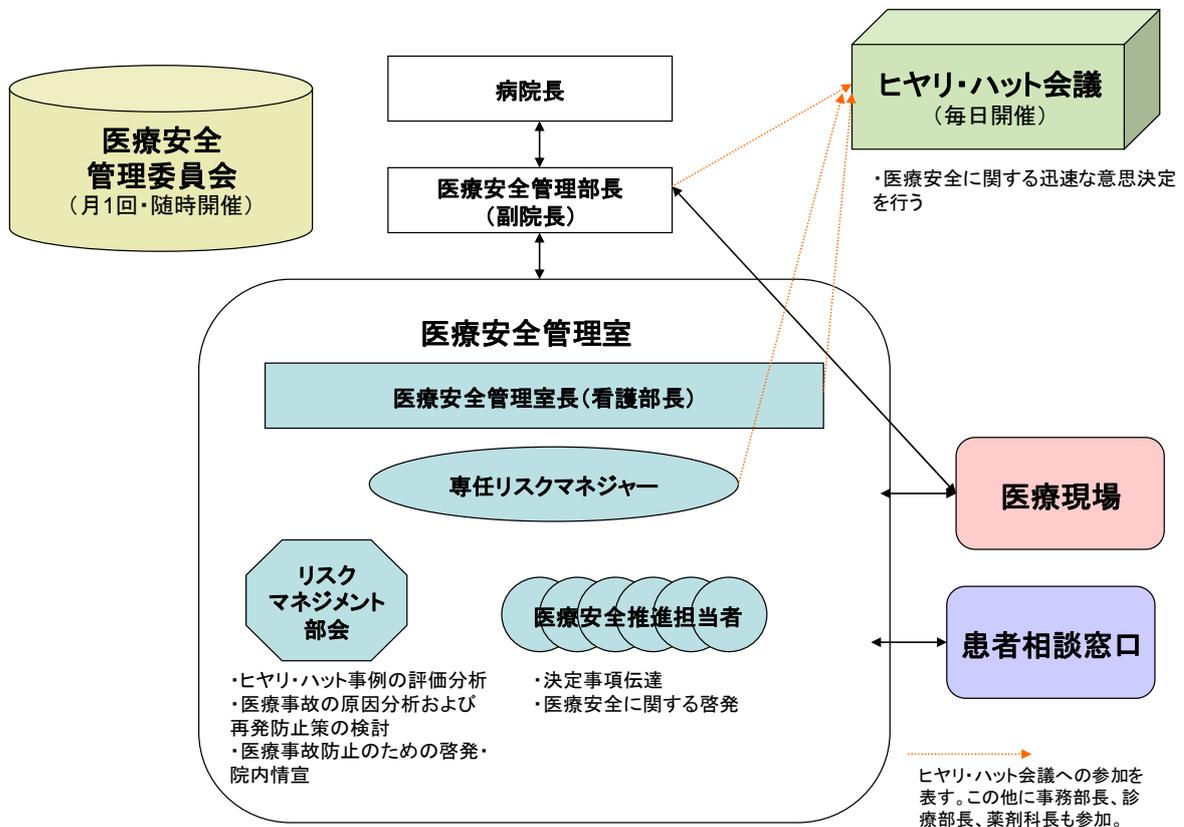
医療事故、苦情発生後に患者・家族との信頼関係を維持するための取り組み

独立行政法人国立病院機構

呉医療センター・中国がんセンター

医療安全管理者 富永理子

1. 医療安全管理体制



本院においては、図1のような医療安全管理体制を構築している。また、医療事故や苦情が発生した場合は病院としての対応方針を早期に決定し、その方針に基づいて医療安全管理室、専任リスクマネジャーが中心となり現場をサポートして初期対応を適切に行うよう努力している。

1) ヒヤリ・ハット会議

平成12年11月から開始した本会議の目的は、院内で発生した思いがけない出来事を幹部職員の間でできるだけ早く共有し、事故の拡大、苦情や訴訟への発展を防ぐことである。現在、副院長、事務部長、診療部長、看護部長、薬剤科長、専任リスクマネジャーをメンバーとして、毎日13時から約30分間開催しているが、対応に急を要する場合には緊急で開催することもある。

この会議は、発生した事象に対する病院の対応方針を即座に策定し現場に発信していくこともあれば、医療安全管理委員会等のより多くのメンバーが集う大規模な会議に事例の検証や意思決定を委ねることを決定することもある。つまり発生した事故や苦情に対して実施する初期対応の方向性を決め、発信していくことが本会議の重要な役割になっている。

また、本会議は組織横断的な活動する専任リスクマネジャーに権威を与え、職員も専任リスクマネジャーに相談した事はヒヤリ・ハット会議で検討されると認知するようになった。

2) 専任リスクマネジャーの役割

国立病院機構の専任リスクマネジャーは、ヒヤリ・ハット体験報告の分析・評価・現場へのフィードバックなど日々の医療安全のための活動を行うのみならず、苦情や事故発生時の対応も期待されている。ヒヤリ・ハット会議で策定された対応方針に基づいて、現場に指示を与え、場合によっては患者・家族への対応を行う。また、検証会等で検討した内容を具体的行動レベルの手順書に作成することも重要な役割である。

3) 医療安全管理委員会・事案検証会

本委員会は管理診療会議のメンバーで月一回の定例会を行ない、ヒヤリ・ハット体験報告の分析結果や事故防止のために取り組むべき内容について検討している。事故発生時には事案検討会を本委員会の構成員の中から、副院長、統括診療部長、内科系診療部長、外科系診療部位長、薬剤科科長、看護部長、副看護部長、事務部長、企画課長、業務班長、医事専門職、専任リスクマネジャーと当事者を含む当該事象に関係する職員で行なう。ヒヤリ・ハット会議の検証会開催決定を受け、専任リスクマネジャーが日程調整と資料作成を行うが、重大事故の場合は24時間以内に開催する。検証会は副院長の進行で詳細な事実確認と過失の判断及び病院の対応方針、対応者の決定、更に再発防止に向けて病院システムの改善策を策定する。

2. 持参薬の投薬指示がもれるミスがあり、患者に障害がのこった事例

1) 概要

患者（60代・男性）は自宅で歩行器を用い歩行中、転倒し、大腿骨を骨折して緊急入院した。入院時には30年近く服用していた抗痙攣薬を1回分持参し提示した。看護師から報告を受けた主治医はかかりつけ医に内容の確認をしてから、服薬開始の指示をしようと考えたが、そのまま失念し、さらに看護師も再確認をしなかったため、服薬が開始されなかった。家族は点滴の中に薬が入っているのだろうと考え、疑問を持たなかった。

3週間後、リハビリ施設に転院。転院した翌日、突然大きな発作が起こり気管内挿管され人工呼吸を受けながら再入院した。入院後も重責発作を繰り返し、発作のコントロールに時間を要した。

2) 病院の対応

(1) 報告

再入院後10日目、病棟看護師長から専任リスクマネジャーに本事例が家族からの苦情になっていると報告を受けた。

(2) 専任リスクマネジャーの調査

① 家族からのヒアリング

家族の面会に合わせ病室に出向き、約40分間直接面談をした後、病院として調査を実施する旨を伝えた。

② 病院スタッフからのヒアリング

(3) ヒヤリ・ハット会議での検討

専任リスクマネジャーの調査結果を副院長（医療安全管理部長）に報告。医療安全管理委員会で事例を検証し、対応方針を策定することを決定。

(4) 医療安全管理委員会での検証

本事例の場合は投薬を失念したという過失があり、持参薬が投薬されなかったことと痙攣重責発作の発生の間には因果関係があると判断。後遺症が残ったことは病院の責任であり、謝罪を行い、賠償するべく示談交渉に入ることにした。

(5) 家族への対応

数回にわたって統括診療部長と専任リスクマネジャーが病院の対応方針（謝罪し、賠償を行う）を伝えるとともに、家族の涙の訴えを聴き続け、ご要望にどうかたえるかを決めた。最終的に院長が主治医と共に謝罪し、賠償のための事務手続きを事務部長が引き継いだ。また、今回の事態を引き起こしたシステム上の問題と再発防止のために改善したことを伝え、『入院時持ち込み薬の取り扱い』手順を策定した。

退院はメディカル・ソーシャル・ワーカーとの連携で話を進めた。家庭の事情で在宅ではなく転院ということになり、転院先の入院費は本人負担になるという話もスムーズ

に行うことができた。

3) 家族の反応の変化

当初は病院側のミスで持参薬が投与されなかったことを知り、家族は大変立腹されていた。しかし、報告を受けて、専任リスクマネジャーが自ら患者家族からヒアリングを実施すると共に、病院幹部に報告し、検討の上、謝罪し賠償を行うという対応方針に沿って速やかに対応を開始することができた。また決定した病院の対応方針は、はじめにヒアリングを行った専任リスクマネジャーが中心になって家族に伝え、患者が示談の事務手続きに入ることを納得するまでフォローを行うことができたので、病院の一貫した姿勢をあらわすことができたのではないかと考えている。

示談成立時には、『病状が悪化した時の腹立たしさを聞いて貰い、自分たちの思いを病院が受け止めてくれたことがとてもありがたかった。混乱した時期にも病院からの支援があったことがとても心強かった。』とご家族の方が発言されている。

4) 考察—なぜ紛争化しなかったのか

本事例においては、患者の怒りを早期に専任リスクマネジャーがキャッチし、家族の気持ちに耳を傾けるとともに、事実関係を整理し、病院としての対応方針を決める場に持ち込むことができた。そこで、病院側のミスを真摯に謝罪し、賠償する方針を策定し、対応に移すことができた。これらの対応に関して、専任リスクマネジャーが患者の気持ちを受け止めながら一貫して行ったことによって、紛争化を防止することができたのではないかと考えている。

3. 十分な説明はあったが重篤な合併症が発生した事例

1) 概要

患者（女性）は自宅で転倒し、大腿骨頸部を骨折して緊急入院、人工骨頭置換術を実施することとなった。術前の説明の中で、診療科主治医と麻酔医から、術後に深部静脈血栓症が発症する可能性があることについて説明を実施、手術までの10日間は直達牽引を行い、ベッド上でリハビリと弾性ストッキングで深部静脈血栓の予防処置を受けていた。患者は深部静脈血栓症が死に至る病であることを新潟地震で避難されていた方の突然死の話題で理解していた。

手術日当日、人工骨頭置換術は順調に行われたが、終了直近になって突然の血圧低下に引き続き心停止に陥ったため、心マッサージを行いながら、直ちに人工心肺の準備に入った。状況から肺塞栓と診断し、血栓溶解治療を開始した。

2) 病院の対応

(1) 病院の判断

緊急にヒヤリ・ハット会議を招集し、対応を決定した。

本事例においては、術前に発症の可能性について説明を行っていた深部静脈血栓症が実際に発症した。家族がこの事実を受容するためには、実際に手術室の現場を見てもらいながら、説明を実施することが必要であると判断した。一貫した対応のため専任リスクマネジャーが患者対応をする。

(2) 家族への対応

手術室の外で麻酔科医長と整形外科主治医が面談して家族に状況を説明、手術室に入っていたきたいことを伝え、その後は専任リスクマネジャーが中心となって、家族がこの事実を受容できるように家族の心情に沿った説明を実施し、病棟に移ってから説明とケアを続けた。

【具体的な行動】

この事例では家族に『いかにすれば事実を言葉通り伝えることができるか』ということを最大のテーマにし、専任リスクマネジャーが家族への対応を担当した。

◆手術室にて（専任リスクマネジャー）

- ・ 医師からの状況説明後、自分の判断でタイミングをみて家族を手術室に連れていくことを申し出た。
- ・ 医師控え室にあるモニター画面で、家族に手術室の様子を見せながら何が行われているか解説した。
- ・ 手術室はいろんな器材に取り囲まれているので初めて入る人には相当な衝撃であろうと考え、気持ちを汲み取りながら入室のタイミングを計った。
- ・ 手術室への入室時には、家族と手をつなぐことで寄り添う気持ちを表現した。
- ・ 家族が手術室を出て再び家族控え室で待機するまで付き添った。

◆手術室を出て

- ・ ICU では丁寧で一貫性のある説明と懸命な治療体制を保つことを心がけた。
- ・ 病状説明は毎日定時に面談室で書面を示しながら行った。
- ・ 家族がベッドサイドに居られる時は、その都度、現在の状況と実施している診療内容を簡単に伝えた。
- ・ 病状が安定し一般病棟に転出する際は付き添い、一般病棟でのカンファレンスに参加した。

3) 家族の反応の変化

一般病棟に移った1週間後、『あの日の衝撃を受け入れるまで支えていただきありがとうございます』の言葉が伝えられた。また、事故から半年経過した頃に患者の息子から『父がやっと、母の状況を納得したように思います』との言葉を聞くことができた。

4) 考察—なぜ紛争化しなかったのか

患者・家族は深部静脈血栓症による肺梗塞の可能性について術前に説明を聞いており、またマスコミの情報から怖いという知識があった。また、急変時に直ちに説明を開始し、家族の混乱した感情を支えた。さらには、重篤な時期には適宜書面も併用して丁寧な説明を行い、本院のスタッフと家族がコミュニケーションを重ねたことで、双方とも冷静に自分の中で沸き起こった感情を言葉にすることができた。本院のスタッフによる説明に対して、家族の方が自分の言葉で「こういうことですか」と毎回質問をされ、本院側も一つずつ回答していくことで、説明で不足していた部分を補うことができた。結果として、患者側は事態を受容することができたのではないかと考えている。

4. まとめ

医療の現場では、治療の経過においては過失がなくても、患者側が望まない結果になることがある。いかに事故を未然に防止すべく取り組みを進めても、事故は発生することがある。

こうした場合に、初期対応を適切に行うことができなければ誤解が生じ、その後の対応に多くの時間を要することになる。このような事態にならないために、どんな場面においても不信感を芽生えさせない、事実をありのままに伝えることができなければならない。また、過失がある場合、あるいは期待に添えなかったことを謝罪する場合には真摯な態度が伝わらなければ謝罪した事にならない。さらには再発防止策を講じることを約束し、進捗状態を定期的に伝えることも必要になろう。

医学的に過失はなくとも、話し方や接し方で医療不信を招くことをしばしば経験する。最初のボタンの掛け違いが大きな誤解を招き、医療不信に陥らせるとすれば、ボタンを掛け違えたと判明した時点で掛け直せばよいわけである。本院は、苦情や事故の対応に困り果てるまで当事者が対応するのではなく、早期に病院としての組織的な対応を行うことで、無用な紛争の発生を防ぐことができると信じている。