

# 《北播磨総合医療センターにおける医療事故等の公表》

令和3年6月 公表

【問い合わせ】管理部経営管理課

病院の基本方針である“安全で、より質の高い医療の提供”の実現に向け、病院運営の透明性を高め医療への信頼を確保するとともに、他の医療機関への情報提供を図り医療安全管理に資するため、北播磨総合医療センター医療事故等公表基準により下記のとおり医療事故等について公表します。

※北播磨総合医療センター医療事故等公表基準はHPでご確認ください。

◇対象期間：令和2年4月1日から令和3年3月31日

◇北播磨総合医療センター医療事故公表基準4の(2)に基づく包括公表

## 1 医療過誤と判断される事案

事象レベル	件数
3 b	1件

## 2 過失は認められないが社会的影響の大きい事例

事象レベル	件数
3 b	2件

## 3 事故の概要等は、次の表のとおり。

◇医療過誤と判断される事案（1件）

事象レベル	事故概要	再発防止策
3b	「ウロキナーゼ誤投与によるシャント閉塞・再PTA（経皮的血管形成術）施行」 ・発生年月：令和2年6月 ・患者：70代 ・状況と経緯： 心不全にて入院。維持血液透析管理	・通常と薬剤投与ルートが異なる時、複数の投与ルートがある場合は、投与方法について指示に詳細を記載する。 ・不慣れな処置は、医師と看護師間で術後管理についてしっかりと情報共有を行う。

	<p>中で左上肢にシャントが造設されていたが、閉塞にて右内頸にバスキュラーアクセス留置。当日（金曜日）午前に PTA 施行、午後から透析予定であった。13 時にシャント PTA から帰室後、左前腕に末梢留置針が留置されているのを確認。医師より、ウロキナーゼ静脈注射後に持続投与するよう看護師に指示あり。医師は左前腕末梢留置針からウロキナーゼを投与していたが、担当看護師はバスキュラーアクセスのメイン輸液側管より持続投与を開始した。翌日 17 時頃、回診に来棟した医師が投与ルートの間違いを発見。閉塞にて、その翌日（日曜日）、シャント PTA が再施行された。</p>	
--	---	--

◇過失は認められないが社会的影響の大きい事案（2 件）

事象レベル	事故概要	再発防止策
3b	<p>「麻酔導入直後の肺血栓塞栓症」</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 発生年月：令和 2 年 5 月</li> <li>・ 患者：70 代</li> <li>・ 状況と経緯： 右大腿骨骨幹部骨折に対し、他院で創外固定術施行直後に SpO2 低下等のエピソードあり（詳細不明）、酸素 2L カヌラまで減量。他にも右寛骨臼・骨頭骨折、左脛骨高原骨折等の多発骨折状態であり、手術加療目的で当院紹介。右大腿骨・臼蓋・骨頭骨接合手術予定当日、酸素 1L カヌラ投与で SpO2：95%前後。麻酔導入を型通りに施行するが特に問題なく、準備段階として右大腿骨の創外固定を外して整復操作を施行している最中に突然、血圧低下（78/45→36/27）・SpO2 低下（97→82）・EtCO2 低下（35→20）・脈拍上昇（98→143）で発症。昇圧剤にて血</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 画像診断等による術前評価。</li> <li>・ 疾患と安静臥床、術前経過による肺血栓塞栓症のリスクを関係職種で情報共有し、患者・家族に十分説明しておく。</li> <li>・ 術中モニタリングにより、異常の早期発見・対応に努める。</li> <li>・ 発症時に迅速対応できるよう関係職種で事前調整しておく。</li> </ul>

	<p>行動態維持を図りつつ、肺塞栓の可能性につき循環器内科に応援要請した。TTE（経胸壁心エコー）にて著明な右心負荷・左室虚脱あり。アドレナリン静注・徒手心臓マッサージを施行するが、次第に血行動態維持困難となり、その場でPCPS挿入。手術室退室後、造影CT出棟にて大量肺塞栓症確定。ICU入室にてPCPS・人工呼吸器管理となる（3日後にPCPS離脱）。</p>	
<p>3b</p>	<p>「坐骨神経ブロック後の麻痺遷延」</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 発生年月：令和2年7月</li> <li>・ 患者：60代</li> <li>・ 状況と経緯： <ul style="list-style-type: none"> <li>緊急で、両側第5趾骨髄炎に対し、伝達麻酔（両側坐骨神経ブロック）下にデブリドマン・断端形成術施行。基礎に未治療の糖尿病があり（入院時HbA1c：19.7と異常高値）、両手・両下肢に糖尿病性神経症による痺れがあった。麻酔法としては、腰椎麻酔も検討したが、数日間入浴できていない状態にて穿刺部からの感染を危惧し、伝達麻酔を採用。両側の膝窩部坐骨神経ブロックを型通りに施行（局所麻酔薬は片方につき0.5%ポプスカインを10mlずつ）し、手術は問題なく終了。術後より右足関節・右母趾の背屈不可、5日目に主科から麻酔科への連絡にて右坐骨神経領域の麻痺および知覚低下が遷延していることが判明する。翌日、ペインクリニック内科診にて、坐骨神経ブロックの合併症として矛盾しないこと、糖尿病患者に報告が多いこと、回復には長期間を要すること、装具等を含めリハビリが必要なことが指摘された。</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 麻酔法の選択（重症糖尿病患者には可能な限り、伝達麻酔以外の方法を選択）。</li> <li>・ 術後の神経症状観察（ブロックの効果消失確認）</li> <li>・ 術後麻痺・神経症状発症時の麻酔科への迅速な連絡</li> </ul>