

対応がとられていなかった場合には、病院側に過失が認められることになり、7に移行する。

7. (医療機関側に過失が認められる場合) 謝罪、必要に応じて賠償

6で医療機関側に過失が認められた場合には、Aの遺族に対して真摯に謝罪をする。また、因果関係の認められる範囲内で、必要に応じて生じた損害に対する賠償をする。

なお、損害額の算定について ☞総論ページ

ここで、因果関係を検討するにあたっては、医療機関に結果回避義務違反がなかった場合にAの自殺の可能性がどの程度影響を受けたのかが重要なポイントとなる。結果回避義務を尽くしていてもAの自殺は避けられなかった場合には、医療機関側に損害賠償義務はない。他方、結果回避義務を尽くしていれば自殺を防げた可能性があった、結果回避義務を尽くしていれば自殺が確実に防げたなどの場合には、医療機関側に損害賠償義務が認められることになる。⁷

8. 医療事故対応の終結

Aの遺族に対して、事故の状況、再発防止策等について説明する。これで、医療事故の初期対応は終結する。

(関連裁判例)

1 2 - 1 東京高裁平成 13 年 7 月 19 日判決 (判例時報 1777 号 51 頁)

1 2 - 2 東京地裁平成 15 年 4 月 22 日判

⁷ これに関連して、精神病院に通院していた患者がうつ病で自殺したという事案につき、医師に誤診断があり、それがなければ自殺に至らなかった可能性があるとして、慰謝料等の支払いを命じている裁判例がある (関連裁判例 1 2 - 1)。

決 (判例タイムズ 1155 号 257 頁)

1 2 - 3 さいたま地裁平成 15 年 10 月 30 日判決 (判例タイムズ 1185 号 252 頁)

など

結論

本研究では、がんを告知した後に告知を受けた患者が自殺したという事例について、具体的な対応の方法（手順）をフローチャートと解説の形で示した。その結果、本事例への対応を行うにあたっては、本文で示した通り、一般に考えられているより多くの作業を適時適切に行っていく必要があることがわかった。今後、医療機関で適切な事故対応がなされるためには、こうした事例や院内で実際に発生したインシデント・アクシデント事例などを題材として、対応の方法（手順）を検討する取り組みを継続して実施することが有益であると考えられる。

- 研究発表

論文発表、学会発表ともなし

- 知的所有権の取得状況

特許取得、実用新案登録、その他ともなし

厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）

分担研究報告書 事例 13

事例 13. 入浴中の死亡

金子剛大、高宮雄介、野川晶巨、伊吹友秀、前田正一、呉 正美

研究要旨

本研究では、入院中の患者が病院内で入浴中に死亡した事例について、具体的な対応の方法（手順）をフローチャートと解説の形で示した。内容は本文に示す通りである。なお、本研究の性格からして、通常の研究報告書のスタイルを踏襲できないためそれを行っていないことを付記する。また事例の検討は上記メンバーによる検討チームで行った。

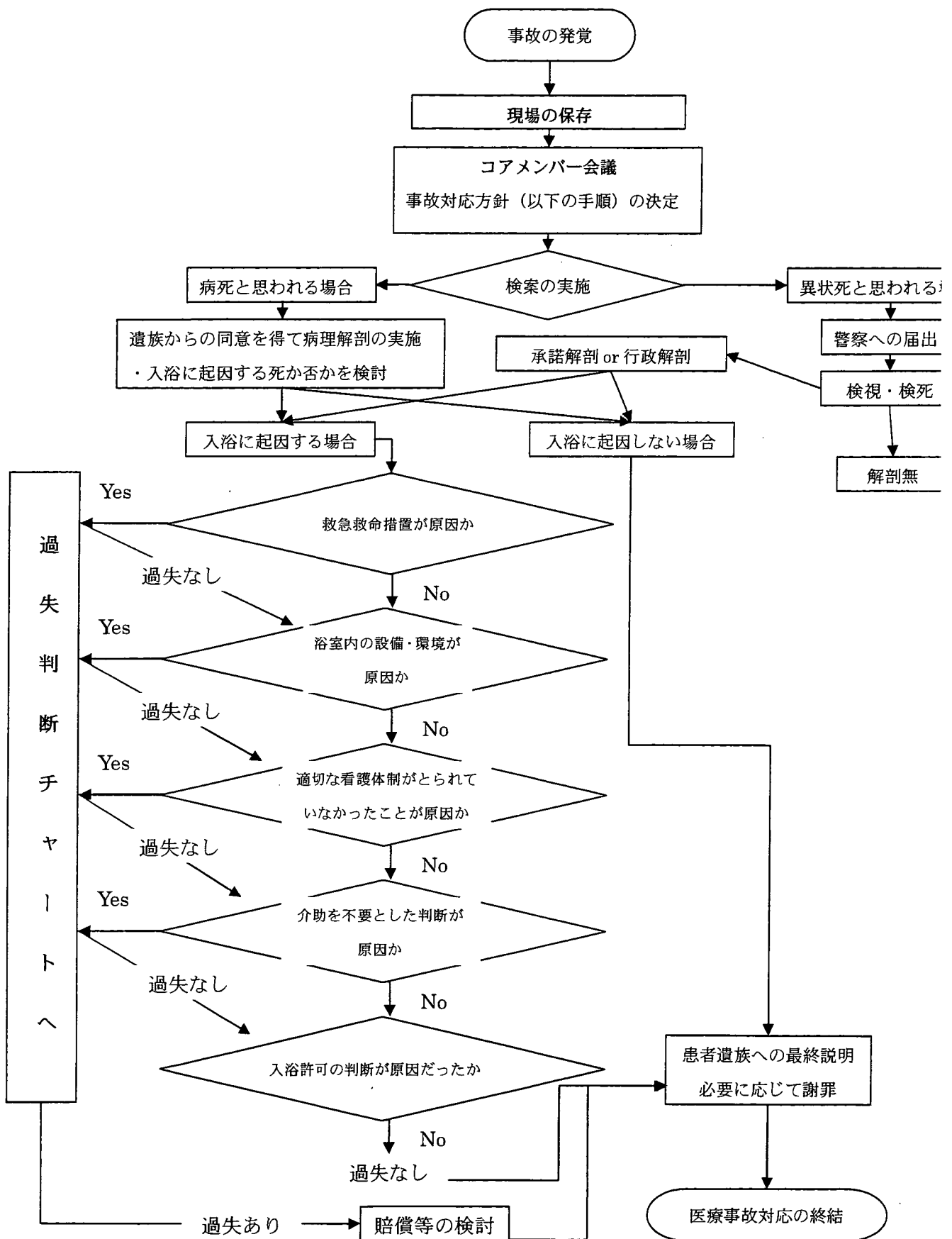
事例

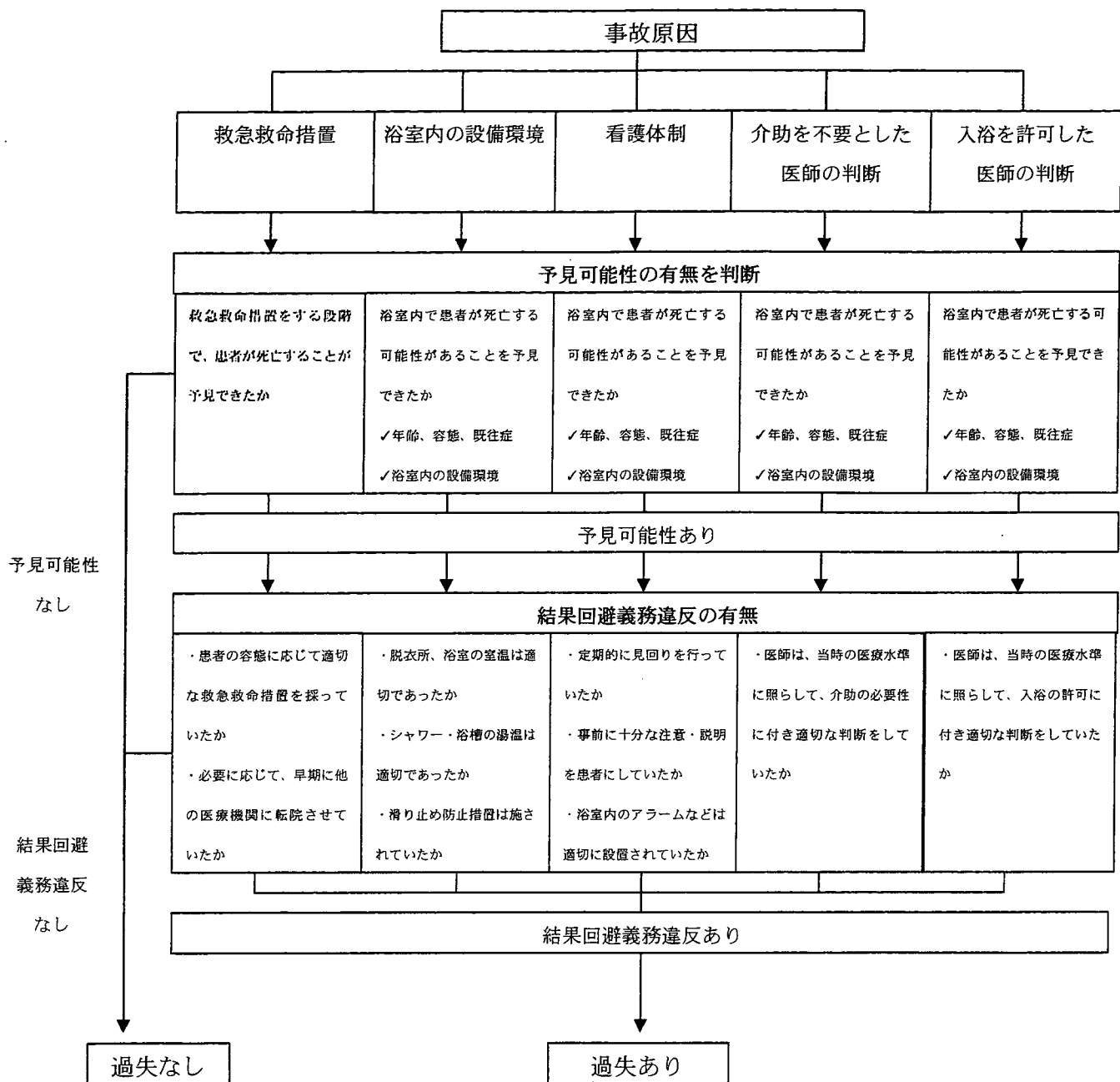
患者A（男性・75歳）は、某日に肺炎のためB病院の内科病棟に入院し、同日より抗生剤の静脈内投与の治療を受けていた。既往症に糖尿病、高血圧症、心房細動あり。歩行や日常動作については、特段介助の必要はない状態であった。

入院2日後、本人より担当看護師Cに申し出があり、病棟内の浴室で入浴をすることとなった。当該浴室は患者が一人で入浴できるよう個室になっている。

18:30、担当看護師CはAを浴室まで誘導し、Aが浴室にはいるのを見届けた。

19:45、Aが病室に戻ってきていないことに気づいた看護師Cが浴室まで様子を見に行ったところ、Aが浴槽に沈んでいるのを発見した。





結果と考察

1. 現場の保存

まず医療機関側としては、浴室の床の状況（滑りやすさなど）、室温、湯温など浴室内の状況を速やかに調べると同時に、関係者（医師・看護師・遺族等）へのインタビューを行うことが必要となる。

※なお、患者を発見した際、患者がまだ死亡していない場合には、被害を最小に抑えるため速やかに救急救命処置・応援要請を行う。救命処置の結果患者が蘇生した場合には、患者に障害が残ったかを検討する。そこで、障害が残っていなければ再度同じような事故が起きないように再発防止検討会を開く。障害が残った場合は過失の有無および過失と障害が残ったこととの因果関係の有無を判断し、両者がともに認められる場合にはそれに応じて賠償を行うなど患者・家族への対応を実施する。

2. コアメンバー会議

迅速にコアメンバー会議を開催し、事故対応の方針（3以下に示す事項）を定める。

3. 患者側への対応

患者の遺族に対して現在の状態および今後の対応について説明する。

4. 事故により生じた事態の把握

本件では患者がすでに死亡しており有害事象は既に確定しているものの、その後の対応との関連においても死因の究明は不可欠である。そこで、患者の死亡が明らかになったら、死因究明のため主治医による検

案を実施する。

(1) 溺死と思われる場合

この場合は、異状死として警察への届出を行う。その後は検視が行われ、必要に応じて解剖（地域によって、行政解剖もしくは承諾解剖）が行われる。検死または解剖により入浴に起因する死亡か、そうでないかの判断を行い、その後の対応は5、6と同じ。

なお、この場合の「入浴に起因する死亡」とは、入浴していなかったとしても同時刻に同死因で死亡したと思われる場合以外のすべての場合を指し、溺死の場合のみならず、入浴したことに起因した病死の場合をも含むものとする（以下同じ）。

(2) 病死と思われる場合¹

病死と思われる場合は、病理解剖によって患者の死が入浴に起因するものなのか、入浴とは無関係に生じたものなのかを判断する。病理解剖においては家族の同意が必要となる。ここで同意が得られなかった場合にも、病院側としては病理解剖を勧めたことを何らかの形で記録に残すことが望ましい。その後に遺族と争いになった場合、重要な証拠となる可能性があるからである。

5. 事故原因の検討

この場合、まず死亡の主たる原因が何であったかを調べる。

5-1. 救急救命措置

浴槽に沈んでいるのを発見した後に実施

¹入浴中に死亡した場合、通常であれば溺死であることが疑われる。したがって本件のようなケースであれば、ほとんどの場合異状死として届け出ることになるだろう。

した救急救命措置が原因で死亡結果が発生したのかを、現場保存や関係者へのヒアリングで得られた情報などから検討する。

明らかにこれが原因でないと思われる場合にのみ5-2の判断に移行し、その他の場合には6-1に移行する。

5-2. 浴室内の設備・環境

浴室内の床が滑りやすかったために転倒してそれが原因で亡くなった場合や、湯温によって体温が上昇しそれによって何らかの発作を起こしたことが原因で亡くなった場合など、浴室内の設備・環境が原因で死亡結果が発生したのかを、現場保存で得られた情報などから判断する。

明らかにこれが原因でないと思われる場合にのみ5-3の判断に移行し、その他の場合には6-2に移行する。

5-3. 看護体制

一定時間毎に見回りをしていれば患者の救命をすることができた場合など、適切な看護体制がとられていなかったことが患者の死亡の原因であったかを判断する。

明らかにこれが原因でないと思われる場合にのみ5-4の判断に移行し、その他の場合には6-3に移行する。

5-4. 浴室での介助必要性の判断

浴室での介助を不要とした医師の判断が、患者の死亡の原因であったかを判断する。

明らかにこれが原因でないと思われる場合にのみ5-5の判断に移行し、その他の場合には6-4に移行する。

5-5. 入浴を許可した医師の判断

入浴を許可した医師の判断が、患者の死

亡の原因であったかを判断する。

明らかにこれが原因でないと思われる場合には、病院側は責任を負わず、家族への最終説明・謝罪を行って医療事故対応は終結となる。その他の場合には6-5に移行する。

6. 医療機関の過失についての法的判断

法的な意味での過失は、結果予見可能性と結果回避義務違反という2つの側面から判断されることになる。そこで、以下のような手順で過失が認められるかどうかを検討する。

6-1. 救急救命措置が原因であるとされる場合

患者が既に浴槽に沈んでいる段階では本件事故の予見可能性は認められる。そのため、以下のような要素を考慮して診療当時の医療水準に照らして救急救命措置が適切になされていたかを検討する。

- ✓ 患者の容態に応じて適切な救急救命措置を採っていたか
- ✓ 必要に応じて、早期に他の医療機関に転院させていたか

⇒予見不可能であった又は浴室内の設備環境が適切な状態にあった場合には、5-2の判断に移行する。予見可能でありかつ浴室内の設備環境が適切な状態になかった場合には、病院側に過失が認められることになり、7に移行する。

6-2. 浴室内の設備環境が原因であるとされる場合

①予見可能性

患者の年齢・容態・既往症、浴室内の設備・環境等から浴室内で患者が死亡するこ

とが予見できたかを判断する。なお、この場合の予見の対象は抽象的な「患者の死亡結果」ではなく、具体的に発生した死亡原因に基づく死亡結果である。以下6-3、6-4、6-5においても同様。

②結果回避義務違反

以下のような要素を考慮して、当時の医療水準に照らして、浴室内の設備環境が適切な状態にあったかを検討する。

- ✓ 脱衣所・浴室・浴槽の温度調整は適切であったか（脱衣所・浴室の室温は24度前後、浴槽内の温度は38～40度前後が適切とされている。）
- ✓ 手すり・滑り止めマットの取り付けなど転倒防止措置が十分に採られていたか
⇒予見不可能であった又は浴室内の設備環境が適切な状態にあった場合には、5-3の判断に移行する。予見可能でありかつ浴室内の設備環境が適切な状態になかった場合には、病院側に過失が認められることになり、7に移行する。

6-3. 看護体制の不備が原因であるとされる場合

①予見可能性

6-2. ①を参照。

②結果回避義務違反

以下のような要素を考慮して、当時の医療水準に照らして看護体制が適切な状態にあったかを検討する。

- ✓ 定期的な声掛け・見回りが行われていたか
- ✓ 入浴に際しての注意事項を適切に患者に伝えていたか
- ✓ 浴室内の適切な場所にアラームが設置されていたか

⇒予見不可能であった又は適切な看護体制がとられていた場合には、5-4の判断に移行する。予見可能でありかつ適切な看護体制がとられていなかった場合には、病院側に過失が認められることになり、7に移行する。

6-4. 介助を不要とした判断が原因であるとされる場合

①予見可能性

6-2. ①を参照。

②結果回避義務違反

以下のような要素を考慮して、当時の医療水準に照らして、介助を不要とした判断が適切であったかを検討する。

- ✓ 患者の年齢・容態・既往歴などから得られるリスク評価を基準にした場合、当時の医療水準からして患者の死亡結果を回避すること、すなわち浴室における介助が必要であるという判断をすることができたかどうか

⇒予見不可能であった又は介助を不要とした判断が適切であったといえる場合には、5-5の判断に移行する。予見可能でありかつ介助を不要とした判断が不適切であったといえる場合には、病院側に過失が認められることになり、7に移行する。

6-5. 入浴を許可した医師の判断が原因であるとされる場合

①予見可能性

6-2. ①を参照。

②結果回避義務違反

以下のような要素を考慮して、当時の医療水準に照らして、入浴を許可した医師の判断が適切だったかを検討する。

- ✓ 患者の年齢・容態・既往歴などから得られるリスク評価を基準にした場合、当時の医療水準からして患者の死亡結果を回避すること、すなわち入浴を許可しないという判断をすることができたかどうか

⇒予見不可能であった又は入浴を許可した医師の判断が適切であったといえる場合には、8に移行する。予見可能でありかつ入浴を許可した医師の判断が不適切であったといえる場合には、病院側に過失が認められることになり、7に移行する。

7. 謝罪、必要に応じて賠償

本件において、医療機関側に過失が認められた場合には、患者の遺族に対して真摯に謝罪をする。また、因果関係の認められる範囲内で、必要に応じて生じた損害に対す

る賠償をする。

8. 医療事故対応の終結

患者の遺族に対して、事故の状況、再発防止策等について説明する。これで、医療事故の初期対応は終結する。

(関連裁判例)

- 1 3 - 1 東京地裁昭和 62 年 3 月 27 日判決 (判例時報 1268 号 49 頁)
- 1 3 - 2 東京地裁平成 8 年 3 月 26 日判決 (判例タイムズ 934 号 261 頁)
- 1 3 - 3 大阪高裁平成 11 年 1 月 14 日判決 (判例時報 1709 号 113 頁)

など

結論

本研究では、入院中の患者が病院内で入浴中に死亡した事例について、具体的な対応の方法(手順)をフローチャートと解説の形で示した。その結果、本事例への対応を行うにあたっては、本文で示した通り、一般に考えられているより多くの作業を適時適切に行っていく必要があることがわかった。今後、医療機関で適切な事故対応がなされるためには、こうした事例や院内で実際に発生したインシデント・アクシデント事例などを題材として、対応の方法(手順)を検討する取り組みを継続して実施することが有益であると考えられる。

● 研究発表

論文発表、学会発表ともなし

● 知的所有権の取得状況

特許取得、実用新案登録、その他ともなし

厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）

分担研究報告書 事例 14

事例 14. 院内で発生した暴行事件

野川晶巨、金子剛大、高宮雄介、伊吹友秀、前田正一、呉 正美

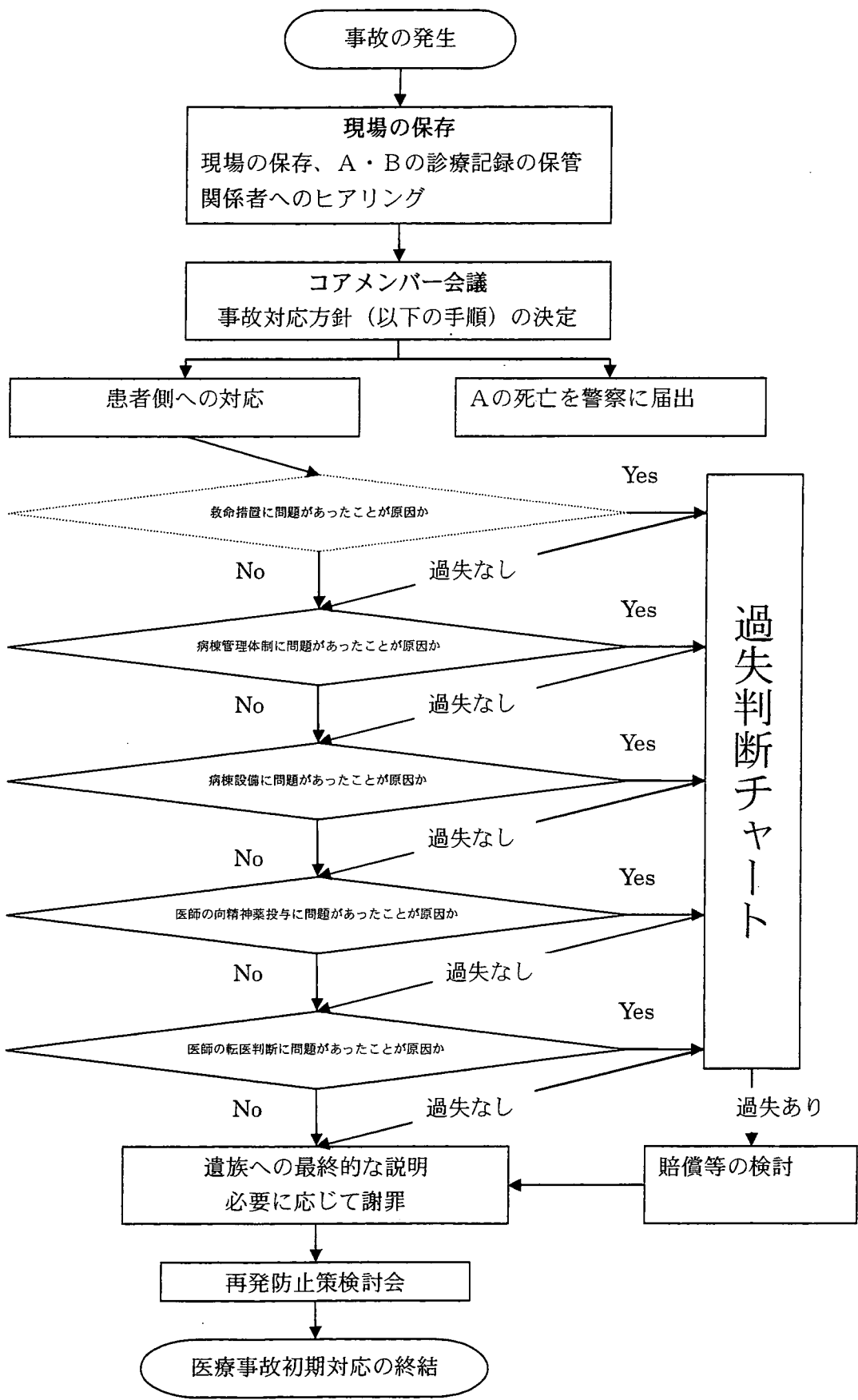
研究要旨

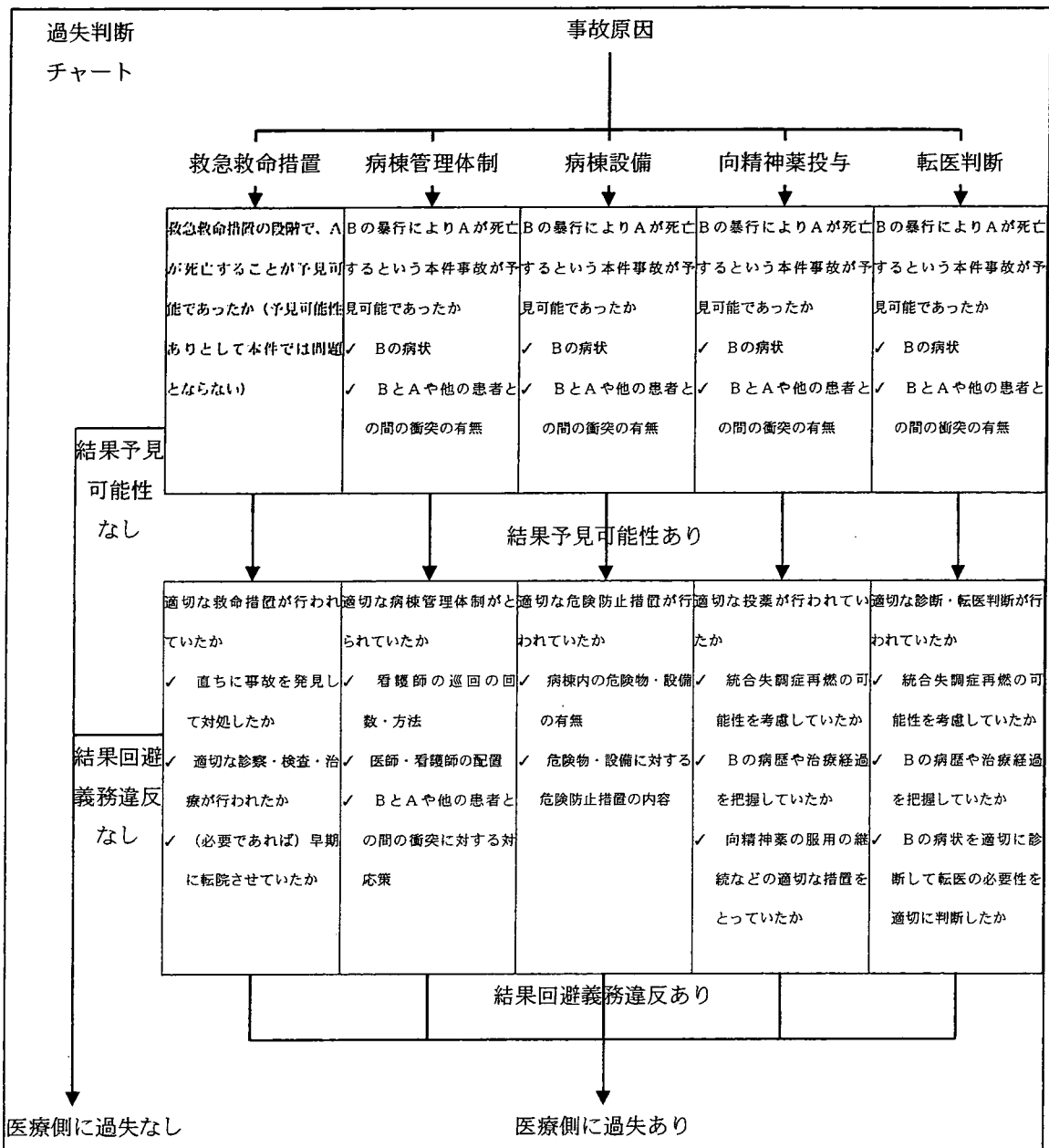
本研究では、病院内で患者どうしの暴行事件が発生し、患者の一方が死亡したという事例について、具体的な対応の方法（手順）をフローチャートと解説の形で示した。内容は本文に示す通りである。なお、本研究の性格からして、通常の研究報告書のスタイルを踏襲できないためそれを行っていないことを付記する。また事例の検討は上記メンバーによる検討チームで行った。

事例

患者Aは脳梗塞で入院していたが、入院直後から食欲がなくなり、意識レベルも低下して、寝たきりの状態となっていた。その後、患者Aは別室に移されたが、そこで患者Bと同室となった。患者Bは脳梗塞のリハビリテーションのため入院していたが、統合失調症で入退院を繰り返していた過去があり、入院後間もなく意味不明な独り言を言うなど、患者Bには妄想、幻覚症状が現れていた。患者Bの担当医は、これを脳梗塞による器質性精神病の幻覚であると考えたため、統合失調症の治療は行われていなかった。なお、この病院には10の診療科があったが、精神科はなかった。

患者Aと患者Bが同室となってから1ヵ月後、患者Aは患者Bに暴行を受け、死亡した。





1. 現場の保存

現場の写真撮影、(あれば)凶器の保管など、現場を保存して、A・Bの診療記録を保管する。さらに、関係者(医師・看護師等)へのヒアリングを行い、状況を調査する。その際、以下の点を中心に現場の保存、調査を行う。

- ✓ Bの過去の統合失調症の病歴、治療歴、内服状況、犯罪歴

- ✓ Bの入院後の異常言動、暴力行為、精神状態

- ✓ Aや他の患者とBとの関係
- ✓ 凶器、その入手方法

2. コアメンバー会議

迅速にコアメンバー会議を開催し、患者側への説明事項、今後の事故対応を定める。また、Aの死亡について、24時間以内に

所轄の警察署に届け出る（医師法 21 条）。

3. 患者側への対応

患者の家族等に対して現在の状態及び今後の対応について説明する。

4. 事故により生じた事態の把握

本件ではAは死亡しており結果は既に確定しているため、さらに調査する必要はない。

5. 事故原因の検討

収集した情報を踏まえて、医療機関に今回の事故に対する責任があるのかを検討する。

以下、時系列を遡って考えられる原因を挙げていき、それぞれにつき検討を加える。

5-1. 救急救命措置

救急救命措置が適切に行われなかったことが原因で死亡結果が発生したのかどうかを、現場保存や関係者へのヒアリングで得られた情報などから判断する。

明らかにこれが原因でないと思われる場合にのみ5-2の判断に移行し、その他の場合には6-1に移行する。

5-2. 病棟管理体制

病棟管理体制の不備が原因でBのAに対する暴行が生じて死亡結果が発生したのかどうかを、現場保存や関係者へのヒアリングで得られた情報などから判断する。

明らかにこれが原因でないと思われる場合にのみ5-3の判断に移行し、その他の場合には6-2に移行する。

5-3. 病棟設備

病棟内にあった危険物が凶器とされたなど、危険な病棟設備が原因で死亡結果が発生したのかどうかを、現場保存や関係者へのヒアリングで得られた情報などから判断

する。

明らかにこれが原因でないと思われる場合にのみ5-4の判断に移行し、その他の場合には6-3に移行する。

5-4. Bに対する医師の向精神薬投与

Bの妄想・幻覚症状に対する医師の治療として適切な向精神薬が処方されていなかったためにBのAに対する暴行が生じて死亡結果が発生したのかどうかを、現場保存や関係者へのヒアリングで得られた情報などから判断する。

明らかにこれが原因でないと思われる場合にのみ5-5の判断に移行し、その他の場合には6-4に移行する。

5-5. Bに対する医師の転医判断

Bの妄想・幻覚症状に対して医師が適切な診断をせず転医に関する判断を誤ったためにBのAに対する暴行が生じて死亡結果が発生したのかどうかを、現場保存や関係者へのヒアリングで得られた情報などから判断する。

明らかにこれが原因でないと思われる場合には、病院側は責任を負わず、8に移行する。その他の場合には6-5に移行する。

6. 医療機関の過失についての法的判断

法的な意味での過失は、結果予見可能性と結果回避義務違反という2つの側面から判断される。そこで、以下、それぞれの事故原因についてこの2つの側面につき検討を加える。

6-1. 救急救命措置

救急救命措置の段階では既にAの死亡結果に対する予見可能性は認められる。そのため、以下のような要素を考慮して診療当時の医療水準に照らして事故後に適切な救命措置が行われていたかを検討する。

✓ 物音がしていた場合、直ちにBの暴行

- を発見して適切な対処をしていたか
- ✓ 迅速に医師による適切な診察、検査、治療がおこなわれていたか
- ✓ (必要であれば) 早期に救命措置のとれる設備の整った医療機関に転院させていたか

⇒適切な救命措置が行われていた場合には、5-2の判断に移行する。適切な救命措置が行われていなかった場合には、病院側に過失が認められることとなり、7に移行する。

6-2. 病棟管理体制

医療機関は、患者との間の診療契約に基づいて、適切な病棟管理体制をとり、患者の安全に配慮すべき義務を負う。そこで、以下のような要素を考慮して、医療機関に①予見可能性及び②結果回避義務違反があったのかを検討する。

①予見可能性

病棟内でBの暴行によりAが死亡するという本件事故が予見可能であったかを検討する。

- ✓ 入院後から事故の直前までのBの病状はいかなるものであったか
- ✓ Bにつき事故前にAや他の患者との間で何らかの衝突がみられたか

②結果回避義務違反

診療当時の医療水準に照らして適切な病棟管理体制がとられていたかを検討する。

- ✓ 病棟内における看護師の巡回・患者観察につき、その回数・方法に問題がなかったか
- ✓ 病院に適正な数の医師及び看護師を配置していたか
- ✓ Bにつき事故前にAや他の患者との衝突があった場合、適切な対応策をとっていたか

⇒予見不可能であった又は予見可能であっても適切な病棟管理体制がとられていた場

合には、5-3の判断に移行する。予見可能でありかつ適切な病棟管理体制がとられていなかった場合には、病院側に過失が認められることになり、7に移行する。

6-3. 病棟設備

医療機関は、患者との間の診療契約に基づいて、病棟の危険物を除去・隔離しておくなどの適切な措置を行い、患者の安全に配慮すべき義務を負う。そこで、以下のような要素を考慮して、医療機関に①予見可能性及び②結果回避義務違反があったのかを検討する。

①予見可能性

6-2. ①を参照

②結果回避義務違反

診療当時の医療水準に照らして適切な危険防止措置が行われていたかを検討する。

- ✓ 患者の手の届く範囲内に危険な物・設備等はなかったか
- ✓ 病棟内の危険物・設備につき、除去や隔離などの適切な危険防止措置を行っていたか

⇒予見不可能であった又は予見可能であっても適切な措置が行われていた場合には、5-4の判断に移行する。予見可能でありかつ適切な措置が行われていなかった場合には、病院側に過失が認められることになり、7に移行する。

6-4. Bに対する医師の向精神薬投与

以下のような要素を考慮して、医療機関に①予見可能性及び②結果回避義務違反があったのかを検討する。

①予見可能性

6-2. ①を参照

②結果回避義務違反

診療当時の医療水準に照らして適切な投薬が行われていたかを検討する。

- ✓ 事故前の症状から統合失調症の再燃の

可能性を考慮していたか

- ✓ 前病院への照会も含め、Bの病歴や治療の経過を把握していたか
 - ✓ Bの症状に照らし、向精神薬の服用の継続などの適切な措置をとっていたか
- ⇒予見不可能であった又は予見可能であっても適切な措置が行われていた場合には、5-5の判断に移行する。予見可能でありかつ適切な措置が行われていなかった場合には、病院側に過失が認められることになり、7に移行する。

6-5. Bに対する医師の転医判断

以下のような要素を考慮して、医療機関に①予見可能性及び②結果回避義務違反があったのかを検討する。

①予見可能性

6-2. ①を参照

②結果回避義務違反

診療当時の医療水準に照らして適切な診断・転医判断が行われていたかを検討する。

- ✓ 事故前の症状から統合失調症の再燃の可能性を考慮していたか
- ✓ 前病院への照会も含め、Bの病歴や治療の経過を把握していたか
- ✓ Bの症状を適切に診断していたか。さらに、他院の精神科病棟などへの転医を適切に判断していたか¹

⇒予見不可能であった又は予見可能であっても適切な判断が行われていた場合には、8に移行する。予見可能でありかつ適切な判断が行われていなかった場合には、病院側に過失が認められることになり、7に移

行する。

7. 謝罪、必要に応じて賠償

6で医療機関側に過失が認められた場合には、Aの遺族に対して真摯に謝罪をする。また、因果関係の認められる範囲内で、必要に応じて生じた損害に対する賠償をする。

8. 医療事故対応の終結

Aの遺族に対して、事故の状況、再発防止策等について説明する。これで、医療事故の初期対応は終結する。

(関連裁判例)

- 14-1 福岡地裁平成3年3月5日判決 (判例時報1387号72頁)
- 14-2 大阪地裁平成6年11月8日判決 (判例タイムズ895号230頁)
- 14-3 大津地裁平成12年10月16日判決 (判例タイムズ1107号277頁)

1 医療法施行規則10条3号によれば精神病患者を精神病室でない病室に入院させてはならないとされている。そのため、Bにつき統合失調症との確定診断をすることが可能であった場合には、脳梗塞の患者であるAとともに一般病棟に入院させていた措置が問題であったとされる可能性がある。このことは直接患者に対する損害賠償責任を導くものではないが、Bに対する医師の転医判断が不適切であったことを認定する有力な証拠の1つとされるものと思われる。

結論

本研究では、病院内で患者どうしの暴行事件が発生し、患者の一方が死亡したという事例について、具体的な対応の方法（手順）をフローチャートと解説の形で示した。その結果、本事例への対応を行うにあたっては、本文で示した通り、一般に考えられているより多くの作業を適時適切に行っていく必要があることがわかった。今後、医療機関で適切な事故対応がなされるためには、こうした事例や院内で実際に発生したインシデント・アクシデント事例などを題材として、対応の方法（手順）を検討する取り組みを継続して実施することが有益であると考えられる。

- 研究発表

論文発表、学会発表ともなし

- 知的所有権の取得状況

特許取得、実用新案登録、その他ともなし

厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）

分担研究報告書 事例 15

事例 15. 血管造影検査安静後の突然の死

金子剛大、高宮雄介、野川晶巨、伊吹友秀、前田正一、呉 正美

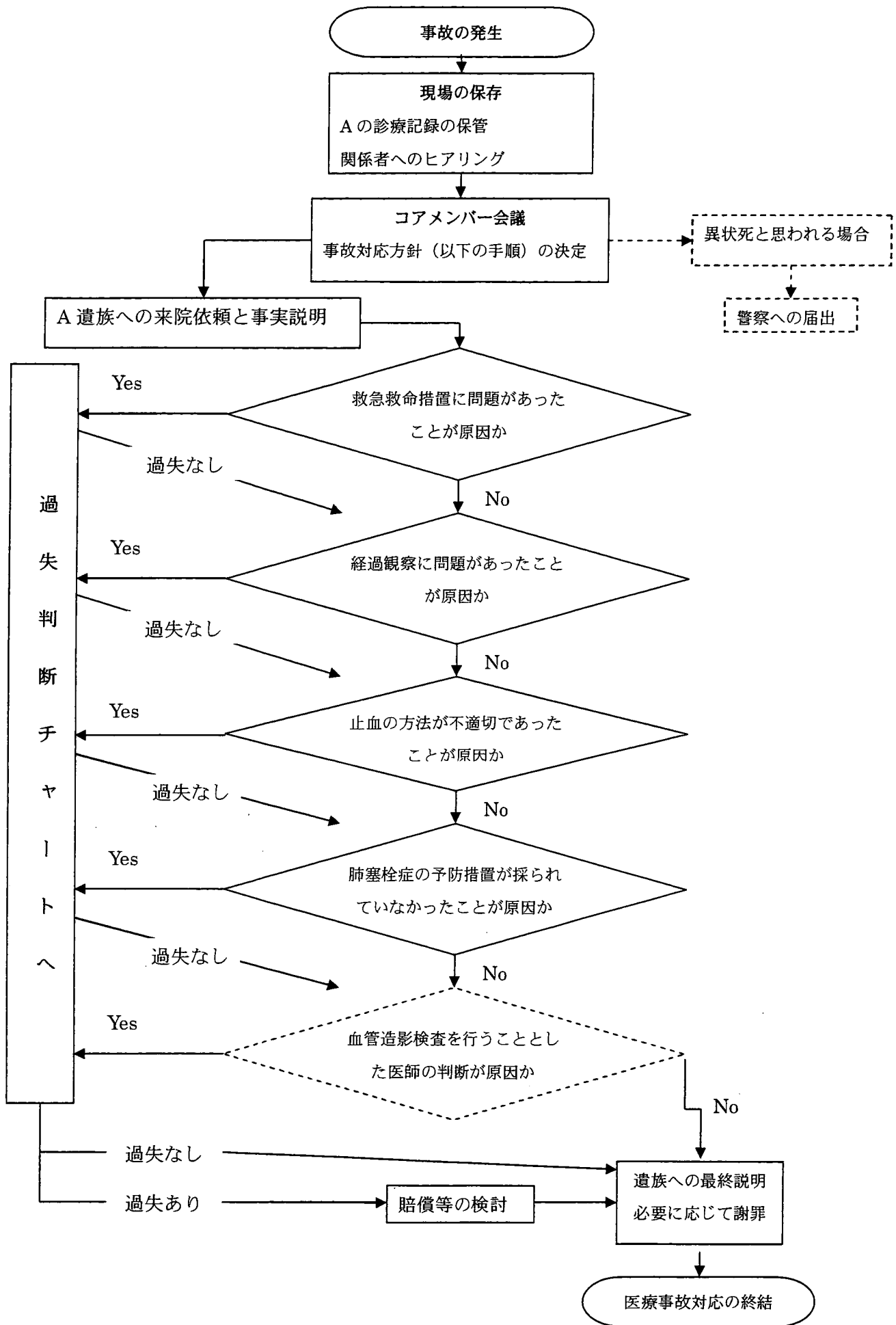
研究要旨

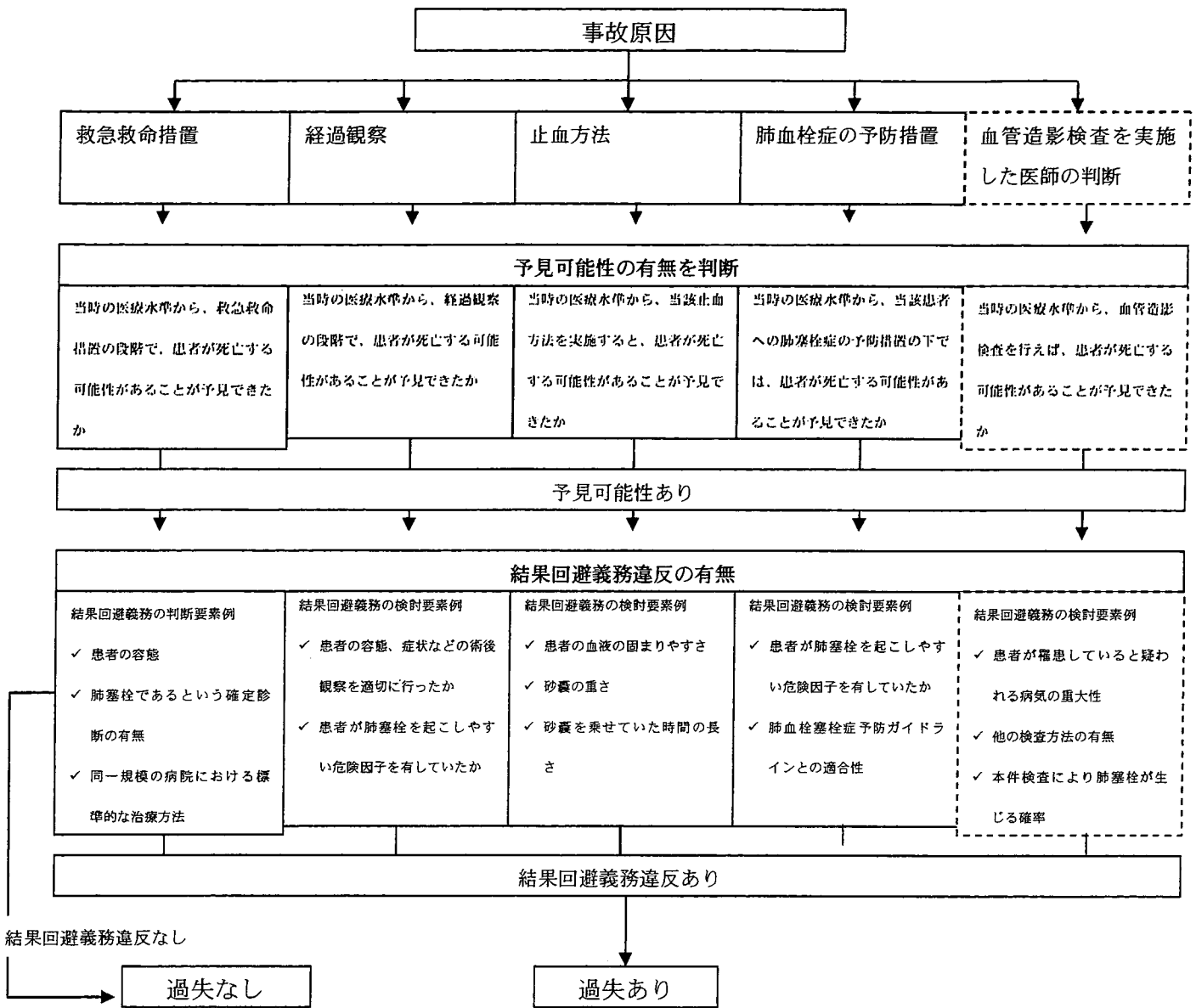
本研究では、腹部結果造影検査後に安静にしていた患者が突然死亡した事例について、具体的な対応の方法（手順）をフローチャートと解説の形で示した。内容は本文に示す通りである。なお、本研究の性格からして、通常の研究報告書のスタイルを踏襲できないためそれを行っていないことを付記する。また事例の検討は上記メンバーによる検討チームで行った。

事例

患者A（63歳、女性）は、腹部に痛みを感じ、B医院で検査を受けたところ、肝腫瘍の疑いがあるので精密検査を受けるように指示され、数日後本院に来院して検査を受けるようになった。Aの主治医であるM医師は、Aに対する腹部CT検査の結果から肝臓の腫瘍が悪性腫瘍である可能性を否定できないと判断し、Aの大腿動脈からカテーテルを挿入し、造影剤を注入してX線撮影を行う腹部血管造影検査を行うように勧めた。そこで、Aは、本件検査のため入院し、数日後検査が実施され、検査終了後Aは病室に戻った。

Aが病室に戻った後翌朝まで、カテーテルを挿入した穿刺部分からの出血を防ぐため、同部分を砂嚢で圧迫する止血処置が施され（合計17時間）、Aはさらに数時間寝台の上での絶対安静を指示されていた。ところが、同日正午ころ、Aは突然心肺機能低下によるショック状態となって意識を失い、その後、蘇生措置が施されたものの結局死亡した。





結果と考察

1. 現場の保存

Aの診療記録を保管する。さらに、関係者（医師、看護師、遺族等）へのヒアリングを行い、状況を調査する。その際、以下の点を中心に現場の保存、調査を行う。

- ✓ Aの術後の容態・症状
- ✓ 砂囊の重さ、砂囊による圧迫を続けた時間の長さ
- ✓ 実施していた肺血栓症に対する予防措置があればその内容

2. コアメンバー会議*

迅速にコアメンバー会議を開催し、事故対応の方針（3以下に示す事項）を定める。

3. 患者側への対応

Aの遺族に対してAの状態を説明して、早急に来院することを依頼する。来院後は、今回の事故について説明して、このあと4以下に示す手順で対応にあたることを説明する。

4. 事故により生じた事態の把握

本件では患者が死亡しており結果は確定しているため、5以下の検討に移る。

5. 事故原因の検討

収集した情報を踏まえて、医療機関に今回の事故に対する責任があるのかを検討する。

*Aの死亡については、24時間以内に所轄の警察署に届け出なければならない(医師法21条)場合も考えられる。届け出た場合には捜査機関による検視が行われるので、医療機関は以後それに協力することとなる。

以下、時系列をさかのぼって考えられる原因を挙げていき、それぞれにつき詳細な検討を加える。

5-1. 救急救命措置

まず、救急救命措置が適切に行われなかったことが原因で死亡結果が発生したのかどうかを、現場保存や関係者へのヒアリングで得られた情報などから判断する。

明らかにこれが原因でないと思われる場合にのみ5-2の判断に移行し、その他の場合には6-1に移行する。

5-2. 経過観察

適切な経過観察が行われていなかったことが患者の死亡の原因であったかどうかを現場保存や関係者へのヒアリングで得られた情報などから判断する。

明らかにこれが原因でないと思われる場合にのみ5-3の判断に移行し、その他の場合には6-2に移行する。

5-3. 止血方法

砂囊による長時間の圧迫という止血方法が患者の死亡の原因であったかどうかを現場保存や関係者へのヒアリングで得られた情報などから判断する。

明らかにこれが原因でないと思われる場合にのみ5-4の判断に移行し、その他の場合には6-3に移行する。

5-4. 予防措置

肺血栓に対する適切な予防措置をとっていなかったことが患者の死亡の原因であったかどうかを現場保存や関係者へのヒアリングで得られた情報などから判断する。