



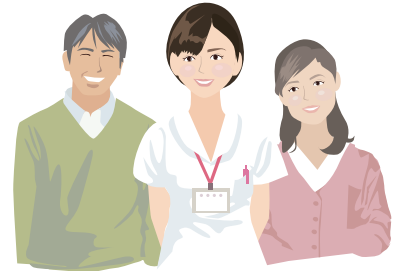
医療安全シリーズのページでは、医療の現場で皆さんが安心して業務に従事できるように、毎回医療安全に関する情報をお届けしています。最近の実際に起こった事例を取り上げ、専門家が分析し、回避方法のアドバイスなどをしていきます。今号では、チーム医療における看護師の役割として、また对患者さんといった、**医療者としてのコミュニケーション**がテーマです。

医療過誤・医療事故に詳しい弁護士による事例分析と見解

術後患者の容態変化に対する看護師の報告義務問題事例から学ぶ 情報の共有はチーム医療の基本「速やかな報告」と「詳細な記録」が必須 経過観察と「療養上の世話」

保健師助産師看護師法第5条は“看護師とは「療養上の世話」又は「診療の補助」を行うことを業とする者”という。「療養上の世話」とは、患者の症状などの観察、環境整備、食事の世話、清拭及び排泄の介助、生活指導などであり、看護師の主眼的な判断と技術で行うものです。「診療の補助」とは、身体的侵襲の比較的軽微な医療行為の一部について、医師の指示に基づいて行うものです。また、保助看法第37条は、臨時の応急手当を行う場合を除き“医師…の指示があった場合を除くほか、診療機械を使用し、医薬品を投与し、医薬品について指示…をしてはならない”と医療行為を行うことを禁止しています。

ところで、術後管理中の経過観察や重篤な患者の容態の“経過観察”を行うことは、看護師独自の判断で行うことができる「療養上の世話」である「患者の症状の観察」といえるのでしょうか。



●術後の患者の容態に変化があったときの看護師の報告義務問題事例

大阪地方裁判所平成11年2月25日判決：判例タイムズ1038号242頁

概要

判決の概要は、以下のとおりです。

患者甲は、大腸癌の疑いもある中、腸閉塞症状に対する手術を受け、術後4日までは順調であった。5日目の17時30分ころ甲は自制不能の腹痛を訴えた。当直看護師Yは、ボルタレン座薬25mgを投与し、20時30分にも同様の訴えにより同様の座薬を投与した。これらの事実は、Yから医師への報告はなかった。

同日21時ころ甲から胸部の不快感、呼吸苦の訴えがあったため、独自の判断で、Yは毎分酸素2Lを流した。同深夜0時、自制不能の腹痛の訴えがあったため、独自の判断で、Yはボルタレン座薬を投与した。同3時30分、多量の便汁様嘔吐があったことから、独自の判断で、Yは甲に6フレンチの胃管を挿入した。同4時、甲の脈拍数が頻脈を呈し、血圧も上昇したため、独自の判断で、Yは電図モニターを装着した。

翌朝(6日目)、交替勤務に就いた看護師の経過報告を受けた医師は特段の医療措置を執らなかつた。その日の晩20時ころから甲は呼吸速迫、頻脈、痛みしんどさ等を訴え、21時ころから、甲は不眠、不穏を訴えたが、当直医は鎮静剤、睡眠剤の投与を指示した。7日目の朝7時、甲の容態は急変し、気管内挿管をした。

以上の甲の症状は、縫合不全によるいわゆるSIRSであり、24時間以内(6日目の夕刻まで)に適切な再手術が行われておれば、救命できた。Yから医師に対し、容態の急変が報告されなかったため、手遅れとなり、救命できなかったというべきである。

看護師の報告義務問題事例から学ぶリスクマネジメント

考察

Yが独断で行った種々の処置は、当然記録されていた(その記録がなければ、裁判所は認定することができない)でしょう。交替勤務の看護師やその報告を受けた医師が甲の診察等の対応をしたのですから、容態の急変やそれに対するYの処置を知っていたはずで、にもかかわらず、何故、SIRSを疑わなかったのかと疑問です。

しかし、ボルタレン座薬投与、胃管挿入、酸素供給など一連の処置を、医師へ報告もせず、相談もなくYが行ったと裁判所は認定しましたが、本当の事実なのでしょうか。

緊急の処置であったならば、事後速やかに、医師に報告するべきで、本件では、時間带的にもそれは、容易だったと思います。

事前の医師の指示の有無に関係なく、「患者の症状の観察」における容態の変化が、医療処置をするほどのものならば、速やかに医師に報告することは当然の理です。

医療は今やチーム医療です。当然、常に情報はチーム全員に共有されなければなりません。そのために、速やかな報告は必然の措置であり、同時に詳細に記録することが必須なのです。

それにしても、裁判所の認定のとおりならば、Yは刑事責任をも問われかねない逸脱行為をしたということなのです。



アドバイザー・弁護士

安福 謙二(やすふく けんじ) 安福法律会計事務所

昭和47年 東京大学経済学部卒業。
昭和53年弁護士登録(第二東京弁護士会所属)。
以来、多くの医療事故、医療過誤事件に携わる。
昭和59年安福法律会計事務所を開設。

主な取り扱い事件

板橋わいせつ事件……………最高裁 逆転無罪判決
榮高・銀行預金返還請求事件…東京高裁 逆転判決
県立大野病院事件……………福島地方裁判所 無罪判決

リスクマネジメントのプロによるリスク回避のポイント

最近の医療過誤事例から学ぶ no.3

再発防止のために、自分の施設の現状を確認してください

職場で医療安全活動を実践していくために役立つと思われる事例を紹介し、そこから医療安全におけるポイントを挙げていますので、ぜひ、看護実践における医療安全に生かしてください。



事例 1

【PTPシートの誤飲】

看護師が内服薬をPTPシート^{※注1)}のままカップに入れたものを弱視の患者に渡しました。患者は、いつも薬はPTPシートから出されてカップに入っていたので、そのまま口に入れたところ痛みがあり吐き出しました。看護師は患者が吐き出したPTPシートの個数を確認しませんでした。翌日、エックス線撮影をしたところPTPシート様のものが映し出され、内視鏡で異物除去を行いました。他にもこのようなPTPシートの誤飲事例が数多く報告されています。

(公益法人社団日本医療機能評価機構 医療安全情報 No.79^{※1)})

※注1) PTPとは Press Through Packageの略で、押し出して取り出す包装という意味。薬剤をプラスチックやアルミ等で貼り合わせて包装したものを。

【参考資料】 *1:公益法人社団日本医療機能評価機構 医療安全情報 No.79 2013年6月 http://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_79.pdf

医療安全における Point

1. PTPシートを誤飲すると、咽頭や食道、胃の粘膜を傷つけたりするので危険です。
2. PTPシートを1錠ずつ切り離すと、年齢に関係なく「外出時に慌てて服用」「会話をしながら服用」「テレビを見ながら服用」して、ついうっかり飲み込んでしまうことが多いようです。
3. 皆さんの病院でも患者やその家族に『PTPシートの誤飲の危険性』について具体的な場面を挙げてリーフレット^{*2}などを用いて説明してください。

【参考資料】 *2日本看護協会 リーフレット PTPの誤飲 <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/anzen/pdf/2013/20130220-2.pdf>



事例 2

【アナフィラキシーショック】

患者が受診した時に内服抗菌薬のアレルギー歴が記入されていた「問診票」や「お薬手帳」を医療者が確認しませんでした。

抗菌薬を点滴開始数秒後に、患者より「口の中が熱い、全身が熱い」と訴えがあり嘔吐。3分後には血圧測定不能となりました。その後、心停止になり心肺蘇生を行いました。患者は低酸素脳症となりました。

(日本医療安全調査機構 医療安全情報(警鐘事例)^{※注2)} No2. 2012年12月より)

※注2) 警鐘事例とは 「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」に提供された事例の中で、特に再発防止のために医療界への情報提供が必要と判断され発信されているものです。

医療安全における Point

1. 患者のアレルギーに関する情報を、「問診表」や「お薬手帳」などを活用して把握し、職員間で共有しましょう。
2. 患者や家族が自分のアレルギーについて知り、医療者に伝えられるようにかかりましょう。
3. 早期のアナフィラキシー反応にどのような症状があるかを知り、薬剤投与後は観察をしましょう。
4. アナフィラキシー発生時の対応について、マニュアルなどを確認し対応できるようにしましょう。

