

# V 付 録

## 医療機関の皆様へ

# 説明用紙「病理解剖について」のご利用について

今般、一般社団法人 日本医療安全調査機構におきまして、病理解剖の必要性をご遺族への説明の際にご利用いただくことを目的に、「ご遺族（ご家族）の皆様へ 病理解剖について」を作成いたしました。

ご承知のとおり、病理解剖は、医療事故調査制度における「予期しない死亡」の死因究明や医療行為との関連を検証するうえで、大変重要であります。医療現場の皆様には、次の【ご遺族への説明時にご配慮いただきたい事項】をご参照いただき、ご利用いただけますと幸いです。

### 【ご遺族への説明時にご配慮いただきたい事項】

ご遺族は大変動揺されております。

- 病理解剖の実施を決定するまでに、短時間でもご遺族内で検討いただける時間が確保できるようであれば、ご遺族にはその場での回答を求めず、ご遺族内で検討ができるよう検討時間の確保にご配慮ください。  
説明時には、担当者名や返答期限等を文書に記載してお渡しすることをお勧めします。必要に応じてご検討ください。
- ご遺族への病理解剖の説明は、一般的には主治医が行う場合が多いと思いますが、死亡に至る経過やご遺族との関係性等を勘案し、事例に合わせて説明者をご検討ください。（医療安全部門の医師や病理医が説明するのも一案です。）
- ご遺族の心情に合わせ、部分的な解剖も可能であることをご説明ください。
- それぞれの医療機関の事情によって、解剖までの待機時間や待機方法は異なるため、実施することになった場合には具体的なスケジュール等についても、詳しくご説明ください。

※ 医療事故調査制度の対象事例となる可能性がある場合で、自院では解剖が実施できない場合やご遺族が他施設での解剖を希望される場合には、支援団体（都道府県医師会・大学病院等）を介して、他施設での解剖や死亡時画像診断（Ai）の実施に向けて調整いただくことができます。当該都道府県の支援団体（都道府県医師会・大学病院等）へご相談ください。

※ また、自院での CT 撮影は可能だが、読影は出来ないという場合には、Ai の読影を外部に依頼することも可能です。読影依頼の方法については、医療事故調査・支援センターまたは当該都道府県の支援団体（都道府県医師会・大学病院等）へご相談ください。

### 関連リンク

日本病理学会ホームページ

<http://pathology.or.jp/ippan/pathdiag.html>

日本医療安全調査機構ホームページ

<https://www.medsafe.or.jp/>

## 参考

### 解剖・Aiの依頼および実施時の具体的な説明内容

#### 解剖について

##### 1 依頼の説明例

亡くなられたばかりで解剖をご判断されるのは大変なことと思います。解剖を行うことですべてを解明できるというものではありませんが、〇〇様がどうして亡くなられたのか、病气と死因を明らかにするという目的のために行いたいと考えています。[解剖が必要な理由の説明][目的の説明]

病理解剖は、「死因や生前に下された診断との関連」、「病気がどの程度進行していたのか」、「治療の効果はどうだったのか」、「原病とは別の病气が存在していたのか」など、どうして亡くなられたのかを知るための手がかりを得るための重要な調査です。

お気持ちはお察しいたしますが、これまで解剖を実施されなかったご遺族の中には、解剖しなかったために、死因が確定できなかったことから、「なぜ解剖しなかったのか」と後悔される方もいらっしゃいますので、ご遺族のみなさまでよくご検討いただき、解剖の実施にご同意いただけないでしょうか。[解剖の意義]

##### 2 実施工程の説明例

解剖は、解剖を専門とする医師が、胸部から下腹部にメスを入れて、詳細に観察し、写真を撮ります。また、必要な臓器を採取し、後日、顕微鏡で詳細な検査を行います。頭部の解剖が必要な場合には、その必要性を含めご遺族に説明した上で実施します。[解剖の範囲]

縫合した傷は、ガーゼで保護しますので外からは見えないようにいたします。また、ご遺体は最大限、丁寧に扱わせていただきます。[解剖後のご遺体の取り扱い]

解剖には〇時間くらいかかりますので[解剖の所要時間]、お待ちの間、休憩できるお部屋をご案内いたします。ご希望があれば、一旦帰宅していただくことも可能です。

\*所要時間の目安:通常は2~3時間程度ですが、場合によっては長時間を要する例もあります。

#### Aiについて

##### 3 依頼・実施工程の説明例

亡くなられた〇〇様のご遺体に傷を付けることに抵抗をお感じになられる場合は、死亡時画像診断を行い、死因を究明する方法もあります。死亡時画像診断とは、CT や MRI などの画像診断装置を用いて遺体を検査する手法です。[非侵襲性の説明]

死因究明の手助けになるため、ご遺族のみなさまでよくご検討いただき、Ai実施にご同意いただけないでしょうか。

ただ、Aiは発展途上の技術であり、Ai単独で死因を明らかにすることには限界があるということをご理解ください。[Aiの限界]

《参考》Aiの読影は通常の生体読影とは異なり、死後変化や救急蘇生処置による修飾が加わるが多いため、死因究明が困難な場合もあります。例えば、くも膜下出血、脳出血、大動脈解離、大動脈瘤破裂などの出血性病態の場合は、Ai所見と解剖所見の一致がみられます。一方、心タンポナーデや肺炎などは、Aiでは確実な診断ができるとは言えないとされています。

#### この状況でふさわしくない説明例

解剖(または Ai)によって死因が明らかにならないこともありますが、これからの医学の発展に貢献することができますのでご協力をお願いいたします。

解剖(または Ai)はどうされますか。ご遺族のお考えにお任せしますのでお決めください。

<出典>

公益社団法人日本医師会 研修ワークブック院内調査のすすめ方

[https://www.med.or.jp/doctor/anzen\\_siin/seido/](https://www.med.or.jp/doctor/anzen_siin/seido/)

ご遺族（ご家族）の皆様へ

# 病理解剖について

この度のご家族（ご親族）様のご逝去に際し、謹んでお悔やみ申し上げます。私ども 一般社団法人 日本医療安全調査機構は、医療法に基づいて「予期しなかった死亡」の死因を調査し、同様の死亡事例が起きないよう、医療現場の安全の確保を目指した取り組みを行っています。

当機構のこれまでの取り組みの中で、ご遺族様より

- 何故亡くなったのか、何が起きていたのか知りたいと思うようになったが、病理解剖をしていないので原因は分からないと病院から言われてしまった・・・
- あの時に、このような説明を聞いていれば、病理解剖をすることの決断ができたのに・・・ など

病理解剖を実施しなかったことを悔やむ声が寄せられることが、少なからずあります。深い悲しみの中にいらっしゃるご遺族の皆様へ、限られた時間の中で、病理解剖を実施するかどうかのご決断いただくことは、大変苦渋を伴うことと心からお察しいたします。

病理解剖は、ご家族様の「予期しなかった死亡」の死因を究明する上で、非常に重要な情報を得ることができる調査でございます。

是非ご一読いただき、皆様のご決断の一助になりましたら幸いです。

## 病理解剖とは

病理解剖とは、病理を専門とする医師が直接お体の中を確認し、亡くなった原因やその原因と診療行為との関連性などを検討するものです。解剖は、「死因、生前に下された診断との関連」、「病気がどの程度進行していたのか」、「治療の効果はどうだったのか」、「原病とは別の病気が存在していたのか」など、どうして亡くなられたのかを知るための手がかりを得るための重要な調査です。

解剖を行っても亡くなった原因や病態が明らかにならない場合もあります。しかし、「解剖が行われなかったために原因が分からない」と、「解剖の結果を含めた医学的検証を行っても原因不明」なのかでは、ご家族の亡くなられたことに対する納得の思いも異なってくるのではないのでしょうか。

### ① ご遺族の同意について

病理解剖にはご遺族の同意が必要です。病気の状態や死因を明らかにするため、医療機関より病理解剖についての実施をおすすめすることがあります。ご遺族の同意が得られない場合には、病理解剖は実施されません。

ご遺体は畏敬の念をもって取り扱われ、病理医によって慎重に検索が行われます。なお、解剖を望まない部位（頭部など）があれば、担当者にご相談ください。病態にもよりますが、ご遺族の同意が得られる範囲での解剖を実施することも可能です。

### ② 解剖が実施できる時期について

ご遺体の組織は時間とともに変化しますので、迅速な対応が必要になります。ご遺族に解剖を実施するかどうか、早急にご決断いただく必要があるのもこのためです。

病理解剖の実施まで時間を要する場合には、組織の変化を抑えるため、十分に保冷状態を維持できる環境でご遺体を保管させていただく必要があります。また、亡くなられた際に留置されていたチューブ類を留置した状態のまま解剖を実施することもあります。

### ③ 所要時間と待機方法について

病理解剖は通常、解剖を開始してから2～3時間ほどで終了しますが、病理解剖医の業務状況によっては、解剖を開始するまで時間を要する場合があります。解剖後はお体を清拭し、ご遺族のもとに戻されます。

解剖の開始時刻やご遺族の方の待機方法等については、当該医療機関にご確認ください。

### ④ 結果説明について

病理解剖の場合は、司法解剖<sup>※</sup>とは異なり、ご遺族に詳細な解剖結果の説明があります。解剖終了後、担当した医師より肉眼的所見の説明を受けることができます。最終的な結果（病理解剖報告書）が出るまでには、体の組織の顕微鏡観察を詳細に行うため、1か月から数か月かかります。

※司法解剖：刑事訴訟法に基づいて行われる解剖。捜査情報のため、解剖結果は開示されません。

### ➤ 病理解剖を実施しない場合の死因の究明について

病理解剖を実施しないとご決断された場合、どうして亡くなられたのかを知る別な方法としては、「死亡時画像診断（オートプシーイメージングの略語のAiと呼ばれます）」があります。

Aiとは、CTやMRI等を用いてご遺体を検査し画像を撮影して、死因の究明に役立てる検査手法です。解剖は行わずAiのみを行うこともできますが、Aiは画像だけで判断する方法のため、死因を明確にすることが困難な場合があります。

#### 関連リンク

日本病理学会ホームページ  
<http://pathology.or.jp/ippan/pathdiag.html>

日本医療安全調査機構ホームページ  
<https://www.medsafe.or.jp/>

## ご遺族（ご家族）の皆様へ

# 病理解剖について

ご遺族（ご親族）様のご逝去に際し、謹んでお悔やみ申し上げます。

病理解剖は、どうして亡くなられたのかを知るための手がかりを得ることを目的に行います。病理解剖をご実施する場合は、以下の流れで行います。

### ご遺族の同意

- ・解剖の実施にはご遺族の同意が必要です。ご遺体の組織は時間とともに変化しますので、ご同意については早めのご決断が必要になります。
- ・解剖の範囲は全身ではなく部分的に行うこともできます。

### 解剖の実施

所要時間は2～3時間ですが、状況により異なるため、当該医療機関にお尋ねください。

### 肉眼的な結果の説明

解剖終了後、肉眼的結果を医師から説明いたします。

### 詳細な結果の報告

最終的な詳細の結果報告（病理解剖報告書）には数か月かかります。

ご遺族（ご親族）様におかれましては、病理解剖のご実施について迷われるかとお察しいたします。

本書は、病理解剖を実施されなかったご遺族から、「あのとき、病理解剖についてきちんとした説明を聞いていれば、決断ができたのに」「なぜ亡くなったのか、何が起きていたのか知りたいと思うようになったが、病理解剖をしてないので原因はわからないと病院から言われた」というご意見をうかがい作成しました。なお司法解剖の結果の詳細は、開示されません。

本書が皆様のご決断の一助となりますことを願っております。

病理解剖を実施しないとご決断された場合、どうして亡くなられたのかを知る別の方法として、「死亡時画像診断（Ai）」があります。Aiとは、CTやMRI等を用いてご遺体を検査し画像を撮影して、死因の究明に役立つ検査手法です（画像だけで判断する方法のため、死因を明確にすることが困難な場合があります）。撮影や読影については状況により異なりますので、詳細は当該医療機関にご相談ください。

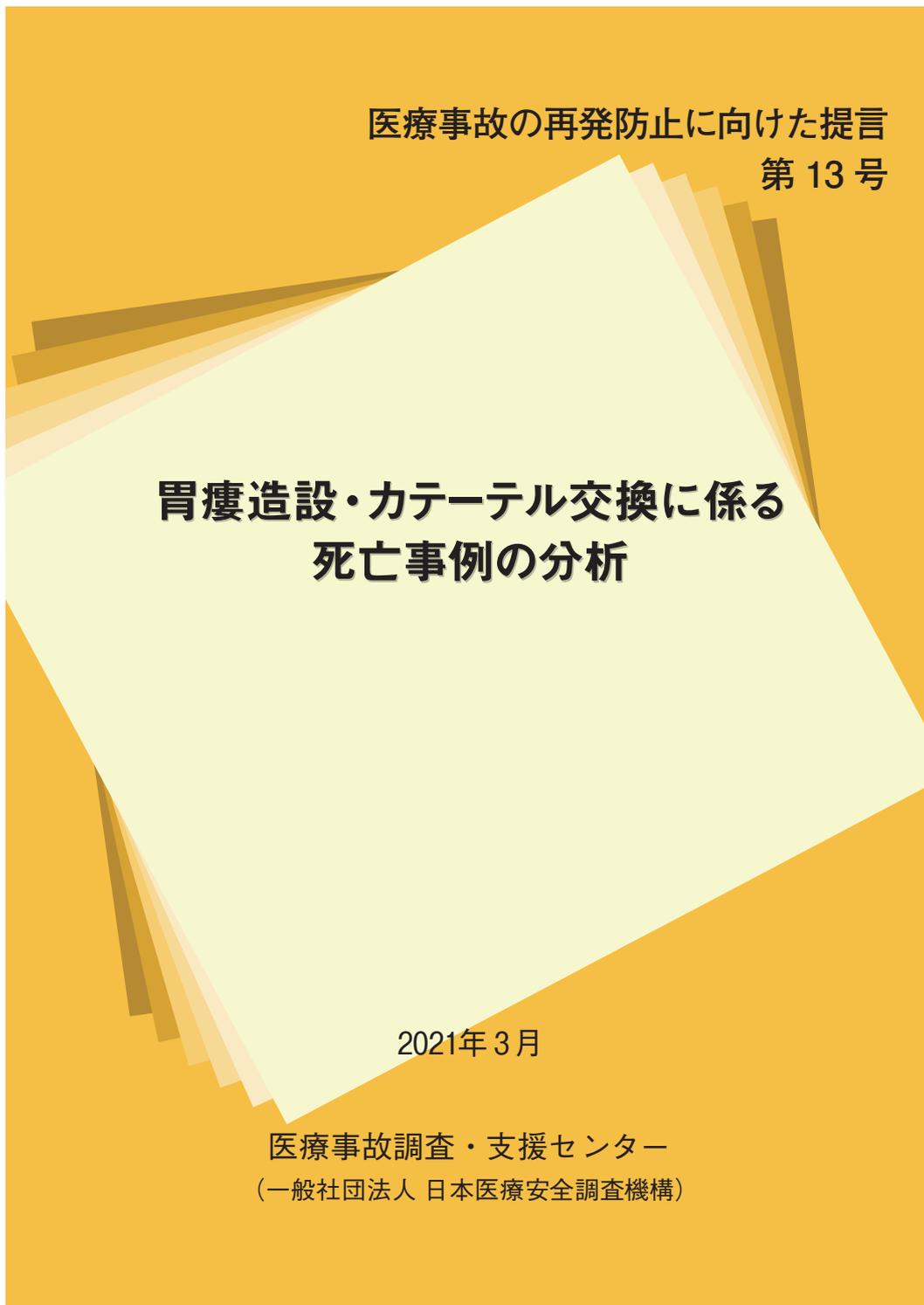
私ども 一般社団法人 日本医療安全調査機構は、医療法に基づいて「予期しなかった死亡」の死因を調査し、医療現場の安全の確保を目指した取り組みを行っています。

日本医療安全調査機構 ホームページ <https://www.medsafe.or.jp/>



付録4

医療事故の再発防止に向けた提言 第13号  
胃瘻造設・カテーテル交換に係る死亡事例の分析



専門分析部会 部会員名簿

部会員氏名 (敬称略)	所属
部会長	鷺澤 尚宏 一般社団法人 日本臨床栄養代謝学会
部会員	井谷 智尚 一般社団法人 日本消化器内視鏡学会
	伊藤 明彦 一般財団法人 日本消化器病学会
	大平 雅之 一般社団法人 日本神経学会
	小栗 智美 一般社団法人 日本老年看護学会
	尾花 和子 一般社団法人 日本小児外科学会
	鈴木 裕 一般社団法人 日本外科学会
	長谷川 浩 一般社団法人 日本老年医学会
	廣瀬 福美 日本NP学会

## 医療事故の再発防止に向けた提言（第13号）

## 胃瘻造設・カテーテル交換に係る死亡事例の分析

## ＜対象事例の特徴＞

- ・胃瘻を造設した事例は7例、胃瘻カテーテルを交換した事例は6例であった。
- ・胃瘻カテーテル交換の4例は、カテーテル交換をした医療機関とは別の施設で初回注入を行っていた。

## 【術後合併症リスクへの術前の備え】

**提言 1** 抗血栓療法（抗凝固薬・抗血小板薬の使用）中の場合や低栄養状態などは、胃瘻造設術におけるリスクとなる。胃瘻造設術では、依頼医師と造設医師が連携してリスクを共有する。

## 【造設位置とカテーテル逸脱の防止】

**提言 2** 瘻孔に過度の張力がかかると、後日のカテーテル逸脱につながる。特に、側彎、四肢拘縮がある患者では、造設位置が限局され瘻孔への張力がより強くなる可能性がある。過度の張力がかかると判断された場合は、代替方法を検討する。

## 【出血への対応】

**提言 3** 抗血栓療法中の患者の出血は、短時間で致命的になる場合がある。内視鏡を抜去する前に、ガーゼやストッパーで胃壁と腹壁の圧迫の調整を繰り返し、止血状況を確認する。出血が持続する場合は、内視鏡的止血術や「全層結紮」が有効である。

## 【胃瘻カテーテル交換の手技】

**提言 4** 胃瘻カテーテル交換時には、抜去や再挿入手技で瘻孔が破綻する可能性がある。カテーテルの誤挿入を防ぐため、ガイドワイヤーなどで胃内と体外を交通させた状態にして挿入することが望ましい。  
また、胃瘻カテーテル交換後は、正しく胃内に留置されたことを着色水による注入液体回収確認法（以下「スカイブルー法」）やX線造影検査などで確認する。

## 【胃瘻造設・カテーテル交換における注入時の観察と対応】

**提言 5** 初回注入以降に、発熱、腹痛、嘔吐、顔面蒼白、呼吸促迫、苦痛様顔貌などの症状を認めた場合は、まず腹膜炎を疑い対応する。

## 【地域連携体制の整備】

**提言 6** 胃瘻を造設している患者の管理は2か所以上の施設が担当していることが多いため、平常時から胃瘻情報共有ツール（胃瘻手帳など）を活用し、必要な情報を患者・家族を含め施設間で共有することが有用である。

専門分析部会・再発防止委員会／医療事故調査・支援センター 2021年3月

※医療事故の再発防止に向けた提言第13号より、一部抜粋して掲載。

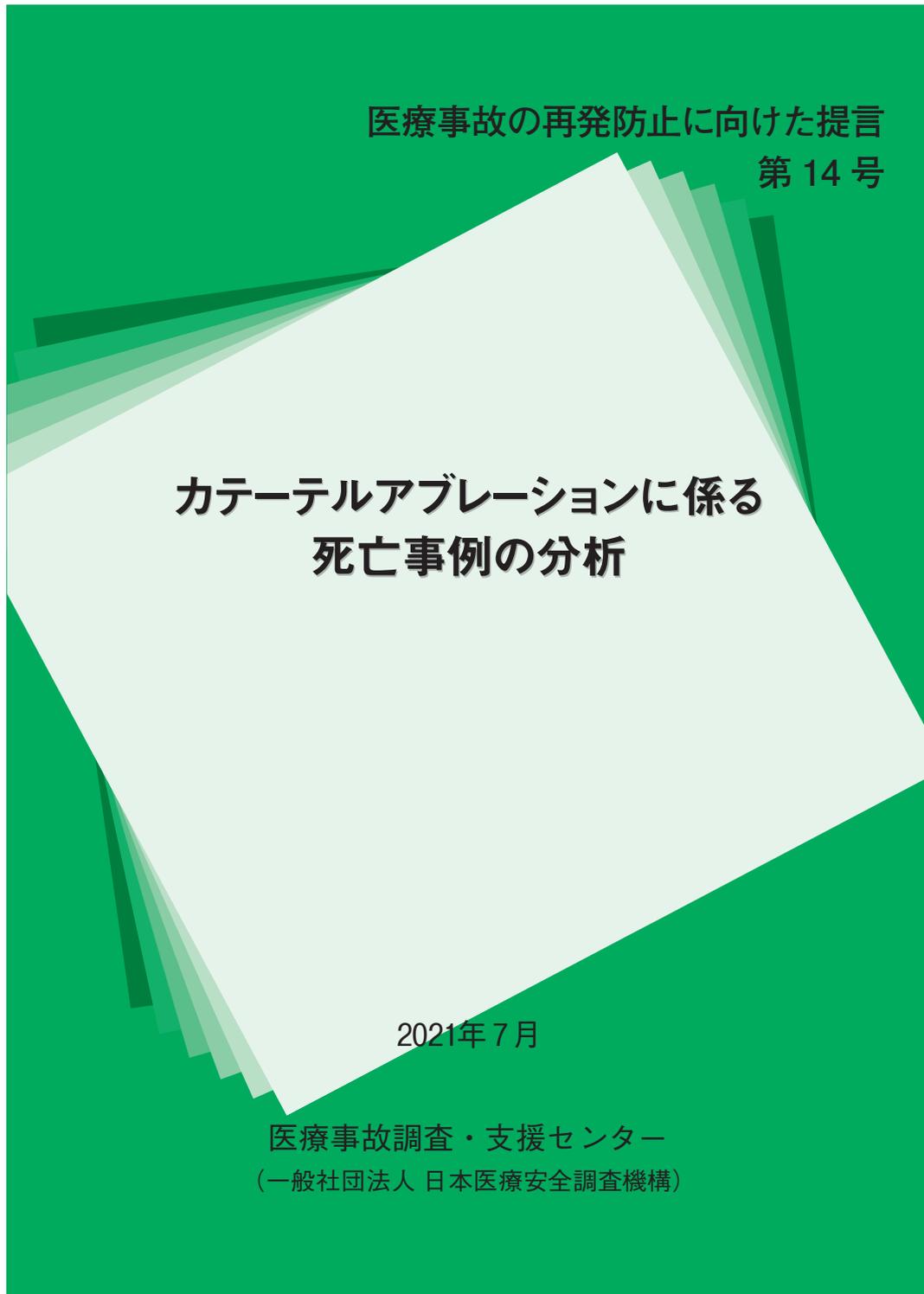
センターのホームページに、提言第13号の提言書全文と「提言の概要」、胃瘻造設、カテーテル交換時の記録ができる「胃ろう管理手帳」を掲載しています。



提言書全文

付録5

医療事故の再発防止に向けた提言 第14号  
カテーテルアブレーションに係る死亡事例の分析



専門分析部会 部会員名簿

部会員氏名 (敬称略)		所属
部会長	山下 武志	一般社団法人 日本不整脈心電学会
部会員	草野 研吾	一般社団法人 日本循環器学会
	小松 康宏	一般社団法人 医療の質・安全学会
	澤村 成史	公益社団法人 日本麻酔科学会
	中村 美鈴	一般社団法人 日本クリティカルケア看護学会
	丹生 治司	公益社団法人 日本臨床工学技士会
	新田 隆	特定非営利活動法人 日本心臓血管外科学会
	平尾 見三	一般社団法人 日本不整脈心電学会
	山根 禎一	一般社団法人 日本不整脈心電学会

## 医療事故の再発防止に向けた提言（第14号）

## カテーテルアブレーションに係る死亡事例の分析

## &lt;対象事例の特徴&gt;

- ・18例中11例は、心タンポナーデが生じていた。
- ・18例中14例は、治療開始から24時間以内に心停止となり、そのうち6例は、24時間以内に死亡していた。

## 【チームでのカテーテルアブレーションの安全確保】

**提言 1** カテーテルアブレーションは、心筋組織に直接損傷を加える治療であり、心タンポナーデ発生時などには短時間で致命的な状態となる。危機的な合併症のサインを見逃さないために、循環器科医師をはじめとしたカテーテルアブレーションに関わる多職種でチームを構築し、迅速に対応することが重要である。

## 【適応の判断とリスク評価・IC】

**提言 2** カテーテルアブレーションは、合併症の可能性を常にはらんでいる。基礎心疾患などの患者背景により合併症の重症度が大きく異なるため、術式による発生リスクを考慮して患者個別に適応の検討を行い、患者・家族とリスクを共有する。

## 【鎮痛と鎮静に伴うリスク】

**提言 3** 鎮痛・鎮静による循環動態変動が回復してからカテーテルアブレーション操作を開始する。その後も血圧低下などに対して速やかな対応をとるために、バイタルサインを絶え間なく監視する医療従事者を配置する。

## 【操作中のリスク管理】

**提言 4** カテーテルアブレーションは、血管内・心腔内でカテーテル操作を行う治療法であり、心タンポナーデや空気塞栓など致命的合併症が起こりうることを認識する。患者の血圧低下や心拍数の変化など循環動態が変動した際には、その原因を検索するために操作を中断する。

## 【出血の早期発見】

**提言 5** カテーテル室退室前には、心臓超音波検査などにより心嚢液貯留状態の確認を行う。退室後も、継続的なバイタルサインの観察が重要であり、異常を認めた場合は心臓超音波検査や血液検査などを迅速に行う。また、異常がなくても計画的に検査を実施する体制の構築が望ましい。

## 【出血への対応】

**提言 6** 不安定な循環動態が心嚢液貯留やその増加によると考えられる場合には、少量でも心嚢穿刺を実施する。循環動態が改善しない場合、PCPSなどでの循環補助、外科的治療を実施する。

## 【遅発性合併症についての認識】

**提言 7** カテーテルアブレーション治療後は、退院後も左房食道瘻や遅発性心タンポナーデなどの合併症が発生し致命的となりうることを認識し、患者および通院している医療機関へ情報提供を行うことが望ましい。

専門分析部会・再発防止委員会／医療事故調査・支援センター 2021年7月

※医療事故の再発防止に向けた提言第14号より、一部抜粋して掲載。

提言第14号の提言書全文は、センターのホームページに掲載しています。



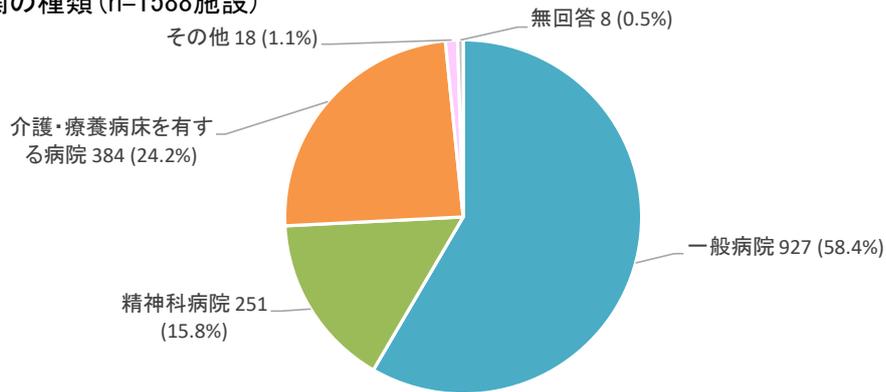
付録6 医療事故の再発防止に向けた提言 第9号

「入院中に発生した転倒・転落による頭部外傷に係る死亡事例の分析」  
に関するアンケート集計結果

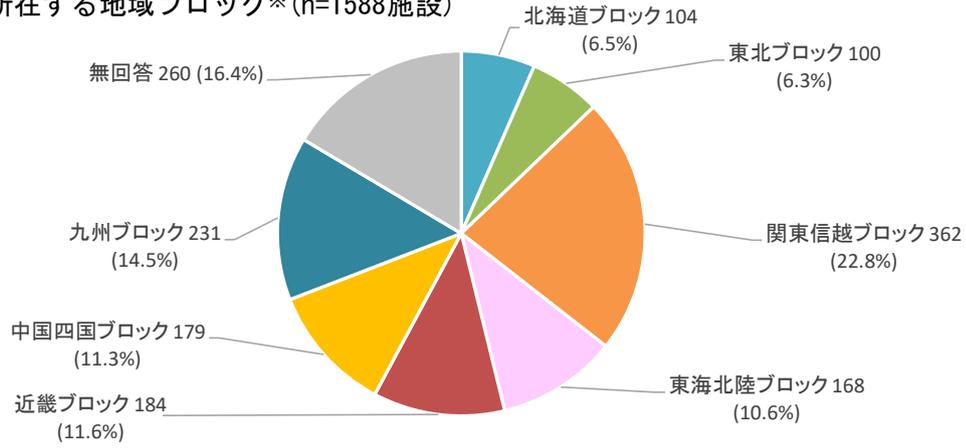
調査期間：2020年11月27日～1月31日  
調査対象：全国の病院 8340施設  
有効回答数：1588 割合 19.0%

施設について

■医療機関の種類(n=1588施設)

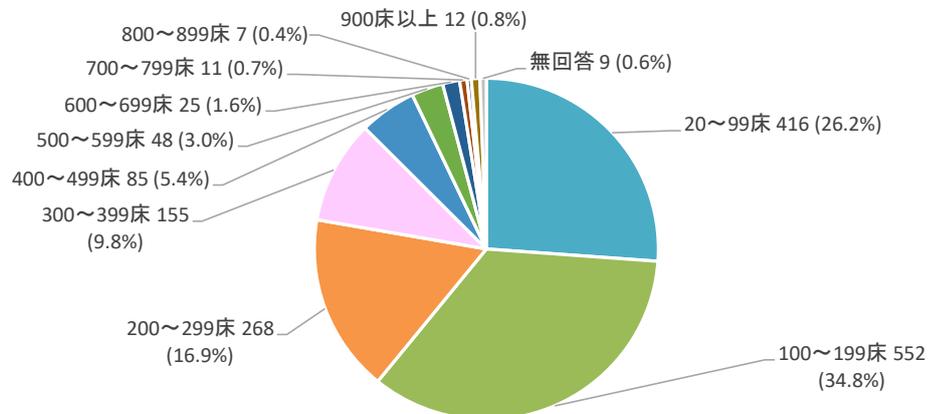


■施設が所在する地域ブロック※(n=1588施設)



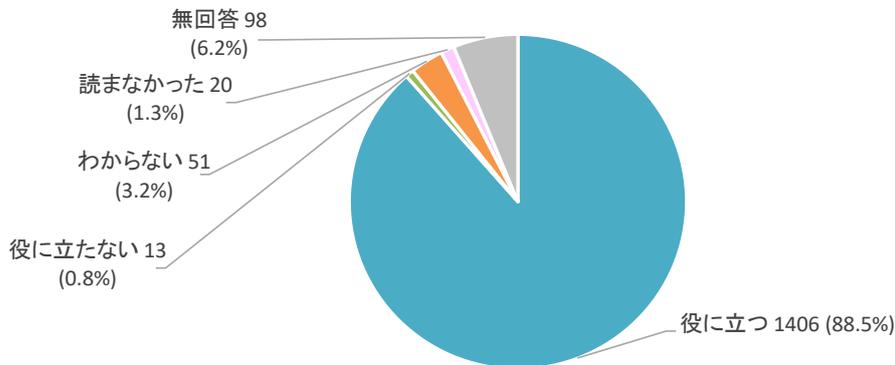
※「地域ブロック」は全国地方厚生局の管轄に基づく分類

■病床規模(n=1588施設)

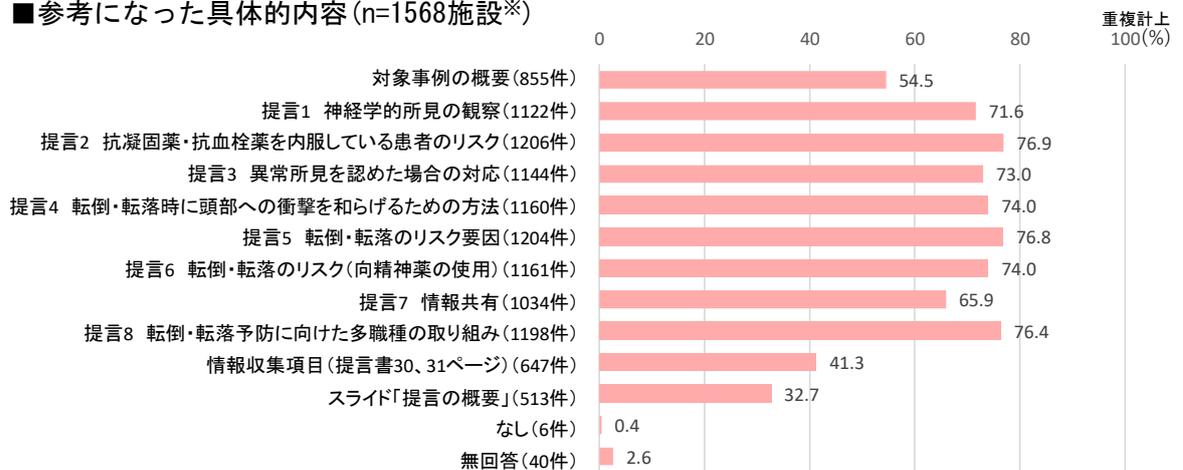


## 有用性

### ■役立つものであったか (n=1588件)



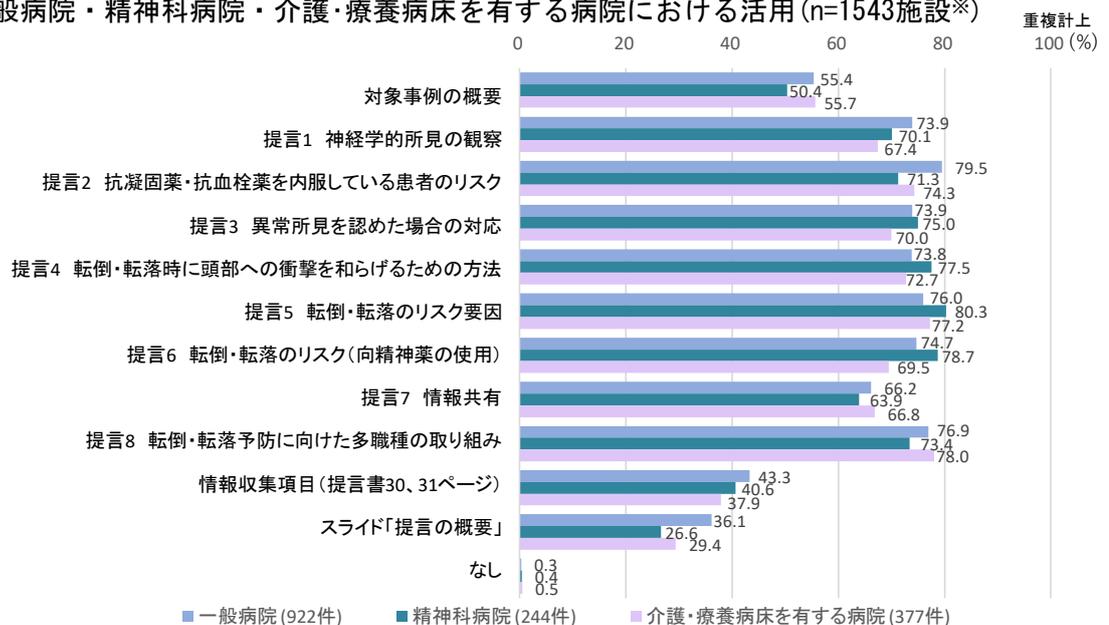
### ■参考になった具体的内容 (n=1568施設※)



※「読まなかった」20施設を除いて集計した。

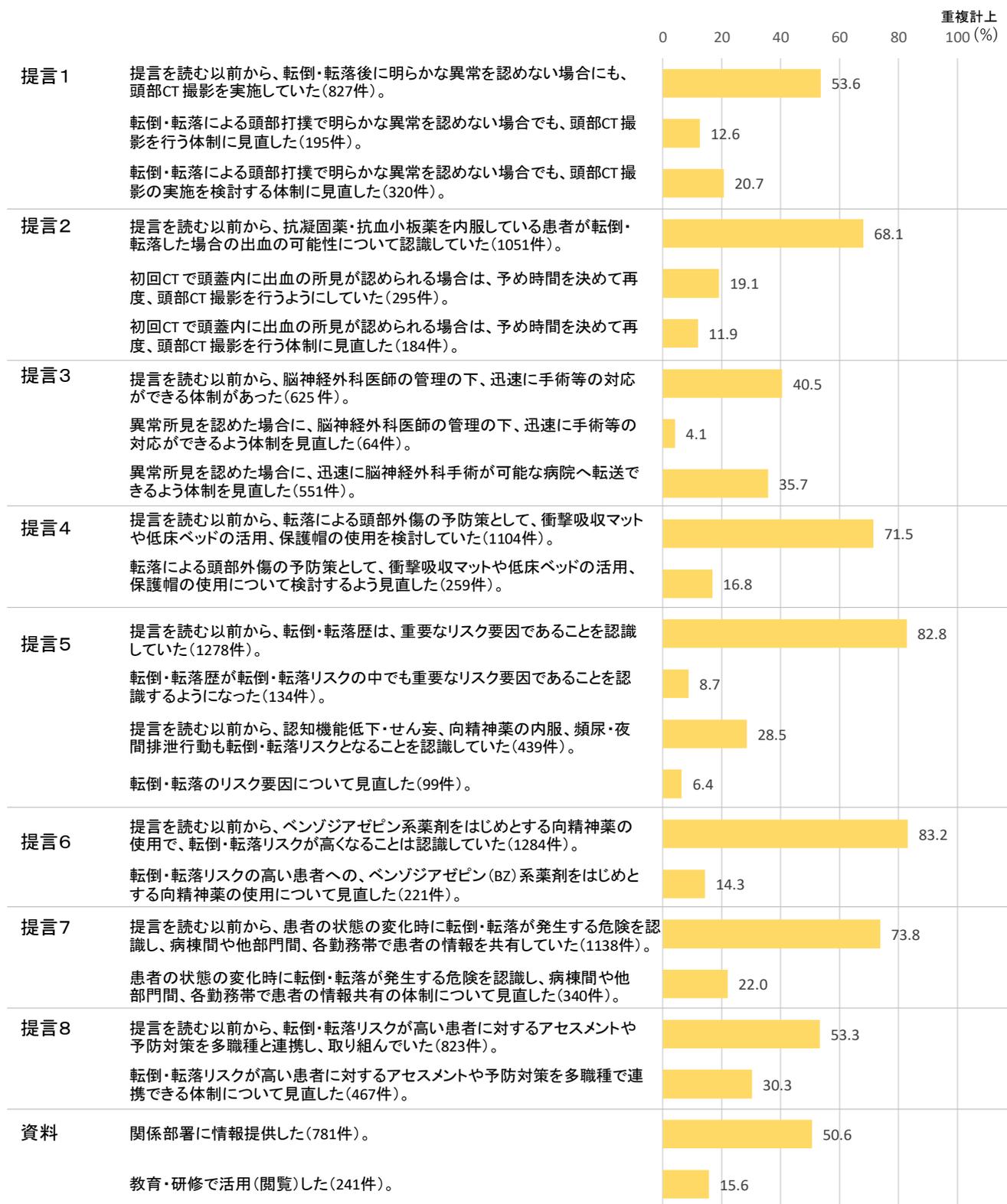
## 医療機関別活用状況

### ■一般病院・精神科病院・介護・療養病床を有する病院における活用 (n=1543施設※)



※医療機関の種類が「その他」「無回答」であった施設、および提言を「読まなかった」計45施設を除いて集計した。

■具体的な活用内容 (n=1543施設※)



※医療機関の種類が「その他」「無回答」であった施設、および提言を「読まなかった」計45施設を除いて集計した。

## ■自由記載のまとめ

提言1	<ul style="list-style-type: none"> <li>○明らかに頭部打撲がなくても、CT撮影を実施していた。</li> <li>○症状の有無など、医師の判断で頭部CT撮影を実施している。</li> <li>○CTがないため、他院の受診を勧めるようにする。</li> <li>○統一した対応になるよう発生時対応のフローチャート、マニュアルを作成、改訂した。</li> <li>○頭部打撲のある患者で重症化因子のある患者は頭部CTとした。</li> </ul>
提言2	<ul style="list-style-type: none"> <li>○当直医に報告する場合は抗凝固薬、抗血小板薬を内服していることを報告、チェックリストの作成を行った。</li> <li>○抗凝固薬等は意識していなかった。提言を読んで注意するように変更した。</li> <li>○初回CTで所見がなくても、対象者は3時間後CT再検とした。</li> <li>○他科受診あるいは転院する。</li> <li>○まだルーチンに明らかな異常を認めない場合には、CTを行う体制ではない。</li> </ul>
提言3	<ul style="list-style-type: none"> <li>○以前から異常所見を認めた場合、外科手術が可能な病院へ転送できる体制があった。</li> <li>○クリティカルパスを作成し、脳神経外科受診につながるようにした。</li> <li>○まだ体制が整っていない。</li> <li>○地域的に困難である。</li> </ul>
提言4	<ul style="list-style-type: none"> <li>○保護帽は提言後に購入できた。</li> <li>○予防策の必要性は認識しているが、なかなか買えない。</li> <li>○保護帽は対象者が外してしまうこともあり、一時使用していたが、自然と衝撃吸収マットの使用率が高くなった。</li> <li>○保護帽は症状を助長させるため、現在は使用していない。</li> </ul>
提言5	<ul style="list-style-type: none"> <li>○薬剤師を交えてのカンファレンスに取り組んだ。</li> <li>○医師と睡眠薬使用の見直しを話し合った(医療安全委員会)。</li> <li>○「転倒転落アセスメントシート」でリスクレベルを共有している。</li> </ul>
提言6	<ul style="list-style-type: none"> <li>○薬剤について薬剤リストを作成し、現場への周知を図った。</li> <li>○転倒スコアとせん妄評価を兼ねているため「睡眠薬」、「向精神薬」を見直している。</li> <li>○医師や認定看護師と相談して対応している。</li> </ul>
提言7	<ul style="list-style-type: none"> <li>○元々のマニュアルで環境変化時にリスク評価し、プラン検討することになっていた。</li> <li>○情報共有の体制に不足があると感じたため、マニュアルを見直し中である。</li> <li>○情報共有は病棟内のみで、他部門との連携はなかった。検討していく。</li> </ul>
提言8	<ul style="list-style-type: none"> <li>○カンファレンスを行う際、薬剤師・リハビリスタッフに参加依頼を行うよう伝えている。</li> <li>○多職種チームでのラウンドを実施している。</li> <li>○情報共有はできているが、対策については看護部だけで行っており、多職種で検討することが今後の課題と思われる。</li> </ul>
資料	<ul style="list-style-type: none"> <li>○発生後の対応の手順見直しの参考とした。</li> <li>○医療安全委員会でも共有後、イントラネットでも見られるようにしている。</li> <li>○教育、研修で活用する予定である。</li> </ul>

## 要望のまとめ

提言書に対して	<ul style="list-style-type: none"> <li>○保護帽については意識のない患者については有効であると考えているが、実践してみて意識レベルが低下、あるいは認知機能が低下している患者はすぐに脱帽してしまうため活用は難しいかと思われる。</li> <li>○「提言1」の明らかな異常を認めなくても、状況に応じて・・・という部分がスッキリしない表現のように思う。医師の中には症状出現などがあればCT撮影と考えている人もおり、「対象事例の概要」を読むとそれでは遅いのではないかという気がした。むしろ、CTを推奨のままのほうが納得するのではないかと思う。当院では推奨するという事は良いことであるので、CTを撮ろうという医師の声もあった。</li> <li>○提言1は被曝や医療施設、マンパワーなどの問題や患者個々の状況もあるため難しいと思った。</li> </ul>
センターに対して	<ul style="list-style-type: none"> <li>○医師に20ページほどの提言を渡すのはよいが、コメディカルや提言に関連しない医師などに最低限情報提供できるA4のポスターや簡易版提言のようなものが欲しい。</li> <li>○提言書を読んでおくことの必要性について、もっと啓蒙が必要である(機構から医師会に働きかけるなど)。知らないという医師も多い。病院機能評価の監査官は医師が読んでいることは当然と言われ、院内でも医局で紹介したり院内HPIに掲載したり院内研修で扱ったりしているが、あまり周知はされていない。</li> <li>○職員からは、二次元コードから見られるのがとても良いと言われた。</li> </ul>

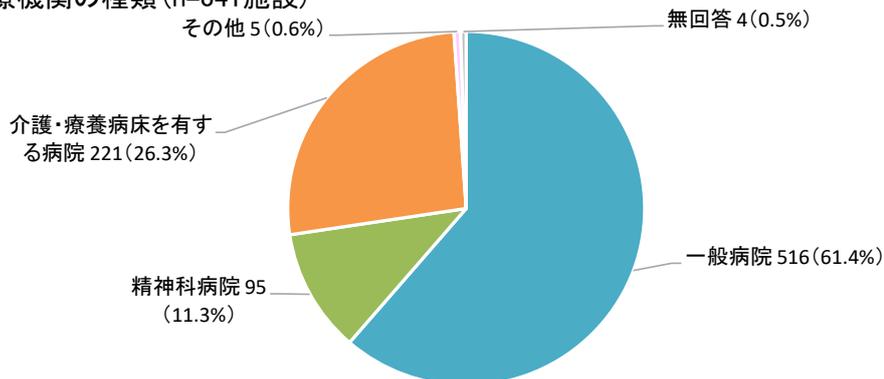
付録7 医療事故の再発防止に向けた提言 第10号

「大腸内視鏡検査等の前処置に係る死亡事例の分析」  
に関するアンケート集計結果

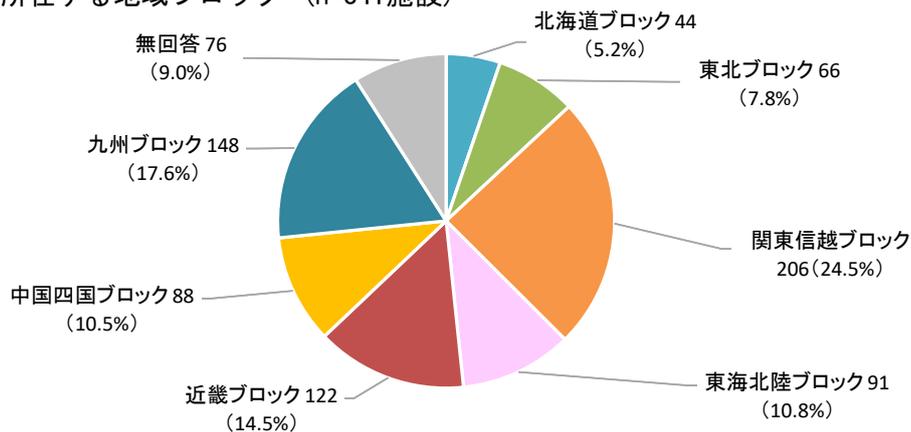
調査期間：2021年3月19日～5月31日  
調査対象：全国の病院 8340施設  
有効回答数：841 割合 10.1%

施設について

■ 医療機関の種類 (n=841施設)

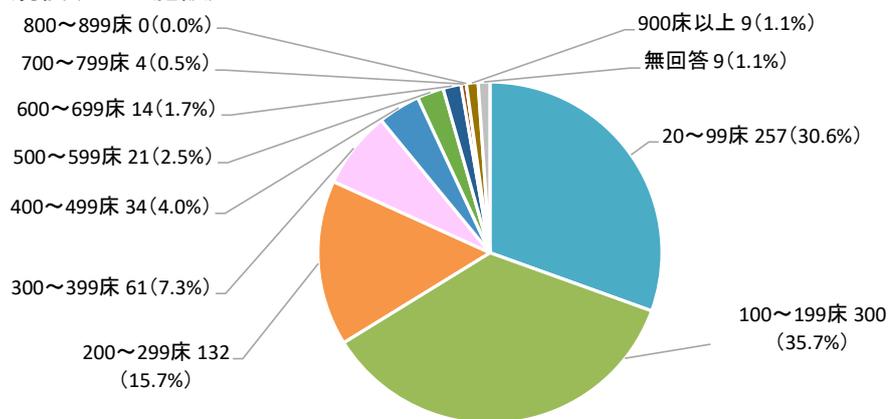


■ 施設が所在する地域ブロック※ (n=841施設)



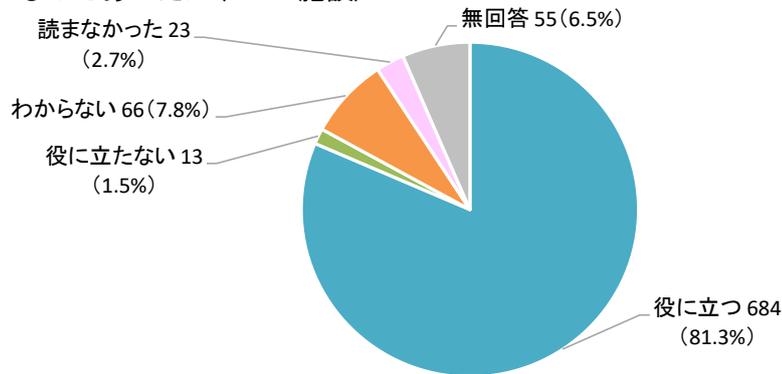
※「地域ブロック」は全国地方厚生局の管轄に基づく分類

■ 病床規模 (n=841施設)

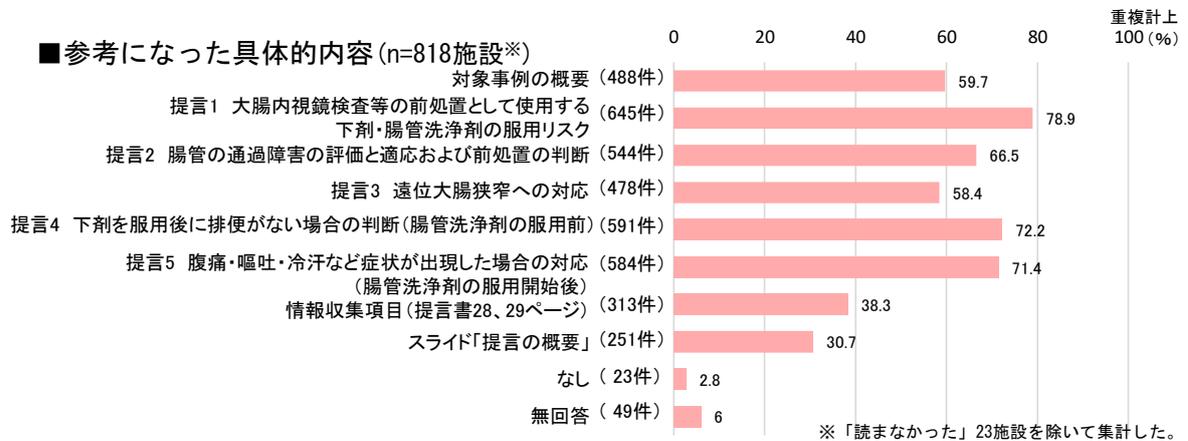


## 有用性

### ■役立つものであったか (n=841施設)

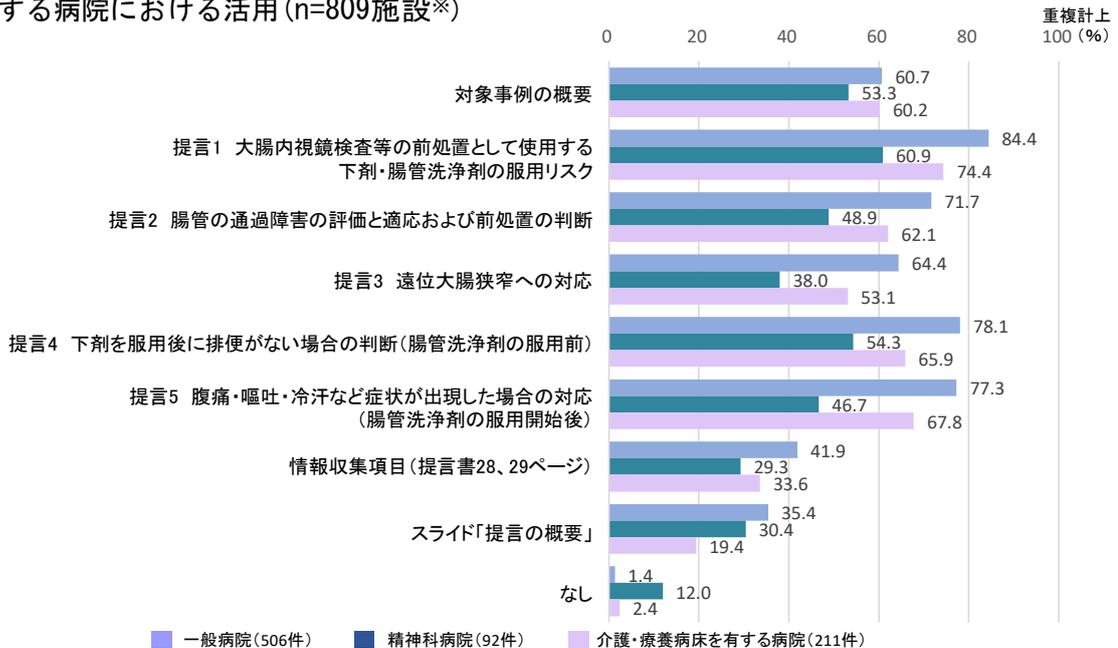


### ■参考になった具体的内容 (n=818施設※)



## 医療機関別活用状況

### ■大腸内視鏡検査等を実施している一般病院・精神科病院・介護・療養病床を有する病院における活用 (n=809施設※)



※医療機関の種類が「その他」「無回答」であった施設、および提言を「読まなかった」計32施設を除いて集計した。

■大腸内視鏡検査等を実施している一般病院・精神科病院・介護・療養病床を有する病院における具体的な活用内容 (n=809施設※)



※医療機関の種類が「その他」「無回答」であった施設、および提言を「読まなかった」計32施設を除いて集計した。

## ■自由記載のまとめ

提言1	<ul style="list-style-type: none"> <li>○患者問診表、患者からの問い合わせ、リスク評価など、業務改善した。</li> <li>○委員会で事例紹介として、提言の読み合わせもしていた。</li> <li>○大腸内視鏡検査を実施していないが、提言を院内回覧し周知した。</li> </ul>
提言2	<ul style="list-style-type: none"> <li>○患者の理解度を考慮し対応することを周知した。</li> <li>○部署と検討する必要があると感じた。</li> </ul>
提言3	<ul style="list-style-type: none"> <li>○遠位大腸に狭窄が疑われる場合、医師へ声をかけて処置を検討してもらうようにしていきたい。</li> <li>○医師によるため統一できない。</li> <li>○遠位大腸狭窄などの症状が疑われる場合は、当院では実施せず、大学等へ紹介している。</li> </ul>
提言4	<ul style="list-style-type: none"> <li>○X線検査ができるように見直す。</li> <li>○検査を他院で受ける患者がいるため、参考になった。</li> <li>○下剤後の反応便がない場合は、検査を実施する病院へ依頼する。</li> </ul>
提言5	<ul style="list-style-type: none"> <li>○患者への説明用紙に記載されている病院へ連絡を入れるタイミングの基準を、早めに設定、変更した。</li> <li>○医者、看護師への周知、教育に利用した。</li> <li>○異常時、他科と連携し早急な対応をする体制を整えた。</li> </ul>
資料	<ul style="list-style-type: none"> <li>○医療安全推進室ホームページに掲載し、職員がいつでも見られる体制になっている。</li> <li>○今後の院内研修、教育で活用していきたい。</li> <li>○有益情報として利用した。</li> </ul>

## 要望のまとめ

提言書に対して	<ul style="list-style-type: none"> <li>○大腸内視検査の前処置に対して改めて危機感が深まった。</li> <li>○医師によって対応が違っていたが、この提言により、ある程度統一することができた。</li> <li>○本提言書を読む前は、内視鏡室でのバイタルサインチェックは有症状時しか行っていなかったが、検査前の血圧測定を行うようシステム変更した。活用できた提言であった。</li> <li>○当院で大腸内視鏡検査は行っていないが、前処置を行うことはあるので、提言の内容を職員に伝えていきたい。</li> </ul>
センターに対して	<ul style="list-style-type: none"> <li>○事例の概要は、どのような事故でもアニメやイメージでの動画があると研修などで使いやすい。気管カニューレの提言のように、説明ビデオは研修などで使いやすい。</li> <li>○実際、何か事例がないと、なかなか全体での見直しや体制強化に至らないのが現状である。医師(安全を担う)に周知し、危機管理をしてもらえるよう発信する仕組みが必要だと思う。</li> </ul>