

誤嚥による窒息事故

事案の概要

患者様（80代、女性）は、2023年当院に入院されました。入院前に入居していた施設との事前の連絡・情報共有が不十分だったことから、食事や介護度などに関する詳細な情報が得られず、入院当日の情報が臨床現場に適切に伝わっていなかったため、入院日の昼食は看護師判断で軟菜食を準備し、担当看護師が昼食を介助しました。食事介助中、お膳に乗っていたリンゴを自ら掴んで口に入れたため、担当看護師は手に握っている残りのリンゴを取り上げ、直ちにその場で口腔内を確認しましたが、何も確認できなかったため、嚥下したと判断し、担当看護師は医師や他の看護師にも報告しませんでした。昼食摂取約8時間後より咽頭喘鳴が出現し吸引により軽快と増悪を繰り返していましたが、約12時間後に酸素飽和度が測定不能となり、院内緊急コールを発動しました。その後気管挿管を試みた際に、喉頭に異物（2cm角のリンゴ）を発見し除去しました。26分後に自己心拍が再開し、集中治療室に入室となりました。その後、意識レベルは改善されず、蘇生後脳症の診断となり、現在も入院されています。この度、ご家族の同意をいただきましたので、ここに公表致します。

本件事故判明後の対応（再発防止策）

医療事故調査チームを設置し、再発防止策を検討し、以下の通り策定いたしました。

1. 同職種・他職種との情報共有
入院を依頼した医師は、得た情報を可及的速やかに診療録へ反映させること、また、介助した看護師は、自己判断で報告しなくてよいと決めるのではなく、情報共有の重要性について再認識し、意識の向上を図る取り組みを病院主導で積極的に取り組んで参ります。
2. 食事時の窒息リスクの周知徹底
食事介助に潜在している窒息のリスクについて、勉強会を実施し、院内職員の認識を高める取り組みをいたします。
3. 嚥下障害に対する多職種チームによる質の高い対応
嚥下困難と判断される症例については、担当看護師の判断だけではなく、多職種と検討すること、摂食嚥下支援チームと連携をはかることを取り組んで参ります。
また、嚥下状態に対応した食事選択ができるよう食事分類を見直し、院内に周知いたします。
4. 入院支援部門の確立
入院前より患者情報を集約する部門の機能強化につとめてまいります。