

都立広尾病院薬剤取違い事故とその調査

2009. 3. 1 石川順子

1 事故の概要

2 広尾病院事件の事故調査とその後

(1) 事故要因と対策の検証

事故の要因	緊急対策
1 同型の注射器で静脈注射用薬剤と外用消毒薬を準備したこと（外用消毒薬の計量を注射器で行ったこと）	外用薬を計量する場合には、注射器を用いず、メスシリンダーや計量カップ等を用いることとした。
2 静脈注射用薬剤と外用消毒薬を、同じ処置台の上で同時に準備したこと	①複数の患者の薬品を同時に準備するときは、患者ごとのトレイに入れて混同しないようにした。 ②注射薬とそれ以外の薬品を準備するときは、ワゴンを利用するなどして同時に同じ作業台で準備をしないようにした。
3 「洗浄用ヒビグル」と書いたメモ用紙を貼ったこと	薬品名は、直接注射器に油性のサインペンで記入することとした。 記入できない場合は、確実に患者別のトレイに入れることとした。
4 注射器の準備者と実施者が異なっていたこと	このような状況においても事故が起こらないような工夫、たとえば単に申送りを受けるだけでなく、自らの目で必ず再確認をする事を徹底する等の方法により、事故発生の危険をカバーすべきである。
5 床頭台に、薬剤を入れた注射器を置いたままにしたこと	ヘパリン生食、消毒剤等についても、一般の注射薬における「3回の確認」の原則に基づいて確認の徹底を図ることとした。
6 床頭台に持ち込んだ際に、注射器を確認しなかったこと	処置に必要なものは、その都度トレイに入れてもっていくこととし、床頭台に置いたままにしないこととした。
7 床頭台に置いてあった注射器を確認しなかったこと	
8 病棟で消毒薬の希釈作業を行っていたこと	消毒薬の希釈作業は病棟では行わず、薬剤科が供給することとした。
9 延長チューブ内の消毒薬が、救急救命処置の際に体内に注入されたこと	誤薬の可能性のある事を念頭において、別ルートから補液等を開始する事を考慮すべき

(2) 都立病院における医療事故予防対策のあり方についての提言

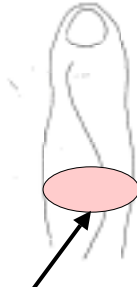
- ① 医療事故予防対策組織の見直し：予防対策と医事紛争対策を分ける、コメディカルの参加、病院委員会と職場委員会の連携強化、定期的な活動の実施等の提言をおこなった。
- ② リスクマネジメントの実現：情報の収集・分析・活用、職員の研修・教育、医療事故発生時の対応の点検と再整備の提言をおこなった。
- ③ 医療事故防止対策推進週間の制度化：2月11日前後の1週間

(3) 横浜市立大学附属病院事件の事故調査およびその後と比較して

	広尾	横浜
院内調査	通称「対策委員会」院長を委員長とする病院幹部による	事故対策委員会（病院長を長とする）
結果の公表	衛生局病院事業部長宛報告のみ 公表せず 警察に届けたあとは、捜査の結果を待つとして調査を続行しなかった。	中間とりまとめを3月24日に発表
院外調査	都立病産院医療事故予防対策推進委員会（医療事故の予防対策を推進していくことを目的として、衛生局病院事業部長から委嘱を受けた委員によって構成された、病院事業部に常設の委員会）	事故調査委員会（市助役が委員長） （本件病院以外の県内の病院の医師、看護師、弁護士、医事評論家、市立大学医学部長）
メンバー	委員：都立病院勤務医師9名、前多摩南部地域病院長1名 顧問：衛生局顧問弁護士1名、民間病院長1名、看護協会役員1名（事故から5ヶ月後の7月6日第3回委員会から外部委員として民間病院長1名が顧問に参加）。	第3回目以降は、市立大学関係の委員を置かないこととし、事務局を市立大学から市衛生局・総務局に変更した。専門的な医療領域の問題に関しては、心臓血管外科及び呼吸器外科の専門医を特別委員として委嘱し、調査、検討を行った。
調査の方法	病院からの報告書（公表されていない）等をもとに事実経過について検討し、不明な点や疑問点については病院事業部の担当者および広尾病院の管理者を通じて関係者に事情をきく	事故対策委員会の中間とりまとめにおいて作成した詳細な事実関係の資料が事故調査委員会に提出された（HPで公表されている）
結果の公表	8月「都立広尾病院の医療事故に関する報告書―検証と提言―」公表(事故後半年後)	報告書公表3月22日（事故後2ヶ月11日後）
その後の状況	<ul style="list-style-type: none"> *2000. 7. 18 「都立病院における注射器等の取扱要綱」制定 *医療事故予防マニュアル作成 *2000. 10 「リスクマネジメントとは」（都立病院医療事故予防対策推進委員会） *2000. 12 「医療事故が起きたら」（東京都衛生局病院事業部） *2002. 1 「投薬・予約における事故防止マニュアル(処方から服薬まで）」（衛生局病院事業部） *2003. 6 「都立病院におけるリスクマネジメント」（病院経営本部サービス推進部） *2005. 7 「患者さんへの説明」（病院経営本部サービス推進部） *毎年2月11日前後の1週間を「医療事故防止対策推進週間」として制度化 	<ul style="list-style-type: none"> *病院改革委員会設置（4月に、医学部長を委員長とし、病院長、看護短大部長、独立大学院の研究科長、看護部長で構成、報告書9月に発表） *病院内に常設の事故予防委員会を設置 病院改革に関する外部評価委員会設置（10月に設置、12月に報告書を市長に提出） *毎年1月11日を総点検の日、その前の1週間を予防週間と定め、各部署で実施してきた事故予防の諸方策の総点検を行うこととする。 *2001年度より、毎年医療安全管理の取り組みについての報告書が作成・公開されている（公表事案、インシデント報告の状況、入院患者アンケート調査結果、主な改善検討事例など）。

(4) 患者・遺族への誠実な対応、調査の公平性・中立性・透明性の確保の点で、広尾病院事件は未だに不十分。

手術は成功



炎症で腫上る

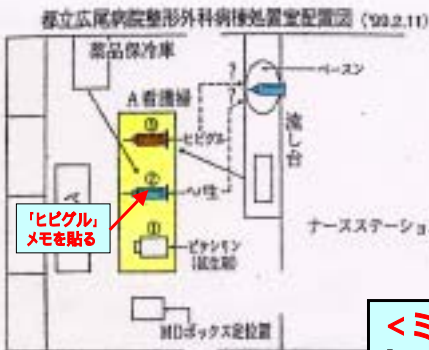
1999年1月8日
都立広尾病院 整形外科受診
(関節リウマチ)

2月8日 都立広尾病院 整形外科
病棟に入院

2月10日 左手中指(関節)の
滑膜切除手術
・手術は成功

3

看護師Aのミス



2月11日8時過ぎ悦子担当の
「A看護師」が点滴のために 抗生
剤と へパ生を保冷库より取り出し
処置台におく

・A看護師は他の患者用消毒剤
「ヒビグル」を 同型の注射器で
吸い、同じ処置台におく

<ミスー1> 「A看護師」
「ヒビグル」と書いたメモを 「へパ生」
注射器に貼り、流し台の上におく

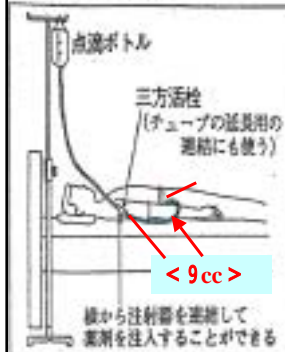
8時30分ころ「A看護師」は処置台にあった抗生剤と
注射器 (ヒビグル入り)を悦子の部屋へ、
注射器 を床頭台に置き、8時35分 抗生剤の点滴開始

看護師Bのミス

9時頃点滴を終了 ナースコール

<ミスー2> 「B看護師の確認ミス」

9時ころ「B看護婦」が床頭台にあった注射器は「へパ生」入りと思い（**確認不十分**）、ヒビグル10ccの内の**1cc**を**血管内に注入し、へパロックした**



(残りの9ccはチューブ内)

9時5分ころ「A看護師」に、
妻は「**なんだか、これをしたら気持ちが悪くなってきた。胸が熱い気がする**」
と訴える **当直に連絡**

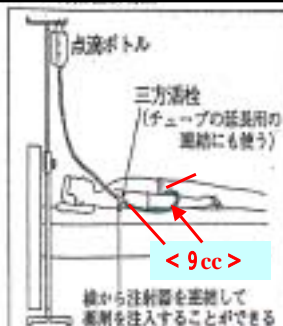
当直医のミス

9時20分ころ 当直医 病棟にくる

「**胸が苦しい。息苦しくなってきた。手もしびれてきた...**」と訴える
顔色蒼白、呼吸も弱く意識レベルが下がりはじめ

<ミスー3> 当直医(能力・経験不足)が誤った救命処置

点滴用に確保していた静脈ラインをそのまま使い、救命処置準備のため、薬剤(ソルデム3A 500ml)注入



残っていた9CCのヒビグルが体内に入り、数分後に意識不明

A看護師「間違えたかも...」と、当直医に報告

9時30分過ぎ、心肺停止

心肺蘇生をするが、一度も戻らず(即死)