

第 2 章 医療事故等の概要と予防策

1 過去の医療事故の総括

(1) 患者取り違え事故の反省から

附属病院では、平成11年1月に患者取り違え事故というあってはならない重大な医療事故を起こした。この事故については、事故直後に、学内の「事故対策委員会」、外部委員が参画した横浜市の「事故調査委員会」が設置されて詳細な調査が行われ、いずれも平成11年3月に報告書をまとめた。

さらに、市立大学に全学的な「病院改革委員会」の設置を行ない、病院全体の具体的な改革案を平成11年9月に報告書にまとめるとともに、自己点検・評価を経て、「事故再発防止策及び病院改革に関する外部評価委員会」において、附属病院の安全管理対策と病院改革の取り組みについて幅広い提言や評価をいただき、平成12年2月に報告書がまとめられた。このいずれもが広く公表をされてきた経緯がある。

特に外部評価委員会の報告書では、「今回の医療事故は、決して特異なものでなく、(中略)同じような事故は他の大病院でも生じる可能性が予想される。」とし、「今後、各医療機関は、事故発生防止策等を広く公表することが望まれる。」と提言いただき、事故予防の観点から医療事故等の情報公開の必要性を強く訴えている。このことを当院は重く受け止めている。

(2) 過去の医療事故の反省から学ぶもの

附属病院は、昨年の事故後、本報告書でふれた医療安全管理体制の確立や日常的な医療安全管理活動に病院を挙げて取り組んできたが、附属病院における過去の医療事故等を再度点検し、事故予防の観点から、過去の反省を踏まえて、未公表のものも含め、今後の医療事故再発防止に役立てていきたい。

ガーゼ類遺残ミス、2件のカテーテル遺残ミス、薬剤ラベル貼り付けミスの4つの医療ミスは、いずれも幸いに患者さんへの身体的な傷害は生じていませんが、患者さんやご家族に対してさまざまな心労を与えたことを反省し、責任を痛感している。4つのミスは、ごく日常的な医療行為であり、確認行為を怠った単純ミスであるので、医師・看護婦・薬剤師等の関係者に対して猛省を促し、さらに全職員に対して職務に関して当然求められる必要な注意義務を自覚・実行することを改めて注意喚起している。

次に麻薬紛失の発生は、法律的にも厳重な麻薬管理が求められているにもかかわらず、日常的な在庫確認を怠ったことに起因しており、病院内の麻薬管理者や薬剤師に対して猛省を促し、職務の忠実な遂行の徹底を図っている。

これらの医療ミスの発生についての病院長自らの責任を痛感し、管理職員が率先して職員への業務指導・安全管理指導を組織的に徹底することに取り組む決意である。

2 患者取り換え事故の概要と再発防止策

(内容)

平成11年1月11日(月)の同時刻から実施された2つの外科手術において、血液型が同じ、同性の患者さんを互いに取り換え、それぞれ別の手術を行った。

患者A氏(70歳代,男性。心臓疾患手術の予定が、肺の手術が行われた)

患者B氏(80歳代,男性。肺疾患手術の予定が、心臓の手術が行われた)

(事故の経過と原因)

2名の患者さんを1人の病棟看護婦が同時に手術室に移送した。

手術室交換ホールで、手術室看護婦に引継ぎの際、患者さんを取り違えた。

手術室交換ホールで、患者さんはハッチウエイから引き継がれ、カルテは別のドアから引き継がれ、患者とカルテが離れて引き継がれた。

患者A氏の手術室で、麻酔科医・外科医・看護婦は、患者さんの身体的な状況等の違いに疑問をもたず、患者確認を行わずに、肺の手術を執行した。

患者B氏の手術室で、麻酔科医・外科医・看護婦は、患者さんの身体的な状況等にいくつかの疑問点を持ちながら、十分な患者確認を行わず、心臓の手術を執行した。

事故判明後直ちに家族に説明した。

(再発防止策)

患者識別バンドを導入し、麻酔科医は、術前訪問前に、会話と識別バンド等により確実に患者確認を行う。(識別バンドによる確認は以下同じ)

病棟看護婦は、患者の手術室移送の際は、患者確認とカルテ類の確認を行ない、看護記録に記載する。

手術室交換ホールでは、病棟看護婦と手術室看護婦は、患者引継ぎの際、患者の確認とカルテ類の受け渡しを確実にしない、双方が確認シートにサインする。

手術室で、麻酔科医と主治医は、麻酔導入前に患者確認を必ず行ない、患者確認書にサインする。

病棟で麻酔前投薬を行う医師・看護婦は、患者確認を必ず行ってから投薬し、カルテ・看護記録に記載する。

同日に同一病棟から複数の手術がある場合には、手術開始時刻を10分づつずらし、病棟からの移送時刻も10分づつずらす。

ストレッチャーにカルテボックスを設け、患者とカルテが離れないようにする。

手術室のハッチウエイは、安全対策を徹底し、2台で運用する。

3 過去の医療事故の概要と予防策

(件名) ガーゼ類遺残ミス(約5年前)

(内容)

平成12年1月に、患者さんの訴えにより、検査の結果異常陰影が見つかり手術を行ったところ、約5年前の手術の際に使用したガーゼ類を摘出した。

(経過)

- 1) 約5年前に上半身の臓器の手術を実施した。
- 2) 平成12年1月、患者さんの訴えにより、検査を実施したところ、異常陰影があるため、同月に手術を行ない、ガーゼ類を摘出した。

(家族の強い希望により、手術の内容・経過等により患者さんを特定できる内容は公表を控えることとします)

(原因と問題点)

- 1) 医師・看護婦が手術終了時に、使用ガーゼ類の十分確認しなかった。
- 2) 手術マニュアルに、カウントすべき使用器械、ガーゼ類に含まれていなかった

(患者さんの対応)

- 1) ガーゼ類の遺残・除去による健康上の傷害は生じていない。
- 2) 平成12年1月遺残判明後直ちに家族に対して説明した。

(家族の強い希望により、氏名、性別、年齢、住所等患者さんを特定できる内容は公表を控えることとします)

(予防策)

- 1) 当該ガーゼ類を使用しないこととした。
- 2) 手術時の使用器械・ガーゼ類の確認リストの改定を行ない、徹底している。

(件名) 血管内カテーテル遺残ミス(平成7年)

(内容)

平成11年12月に、平成7年に行った手術の際に患者さんの内頸部静脈から挿入した輸液管理用のための中心静脈カテーテルの遺残を摘出した。

(経過)

- 1) 平成7年5月下肢の手術中に、輸液管理のため、内頸部静脈から中心静脈カテーテルを挿入した。翌日病棟で医師が抜去した。
- 2) 平成10年5月患者の健康診断による異常陰影があり、X線写真検査により肺動脈内にカテーテルの遺残を確認する。
- 3) その後、各種検査後、抜去によりある程度リスクがあるため、経過観察とした。
- 4) 平成11年12月、遺残カテーテルの抜去を行う。

(原因と問題点)

- 1) カテーテル抜去した際に、医師が誤ってカテーテルを傷つけたことにより、血流により血管内に入り込んでしまった。

- 2) カテーテル抜去後に、医師がカテーテルの先端や長さの確認を行わなかった。
- 3) カテーテル留置・抜去の手技や確認についてのマニュアルがなかった。
- 4) 医師が判明後に直ちに病院長へ報告しなかった。

(患者さんの対応)

- 1) 女性，40歳代
- 2) カテーテルの遺残・除去による健康上の傷害は生じていない。
- 3) 遺残判明後直ちに患者・家族に対して説明した。

(予防策)

- 1) カテーテル等の抜去時の手技や注意事項の指導を徹底する。
- 2) 医師が抜去時のカテーテルの先端・長さの確認を行う。
- 3) カテーテルの抜去後にX線写真による確認を行う。
- 4) カテーテルの留置・抜去について、カルテ・看護記録等に、医師名、長さ等の確認内容を記載する。
- 5) 事故・ミス判明後の迅速な報告を徹底する。

(件名) 血管内カテーテル遺残ミス(平成9年)

(内容)

平成11年3月に、平成9年に行った手術の際に患者さんの内頸部静脈から挿入した輸液管理用のための中心静脈カテーテルの遺残を摘出した。

(経過)

- 1) 平成9年6月消化器の手術中に、輸液管理のため、内頸部静脈から中心静脈カテーテルを挿入した。同月、病棟で医師が抜去した。
- 2) 平成11年3月医師がX線写真により肺動脈内にカテーテルの遺残を確認する。同月、遺残カテーテルの抜去を行う。

(原因と問題点)

- 1) カテーテル抜去した際に、医師が誤ってカテーテルを傷つけたことにより、血流により血管内に入り込んでしまった。
- 2) カテーテル抜去後に、医師がカテーテルの先端や長さの確認を行わなかった。
- 3) カテーテル留置・抜去の手技や確認についてのマニュアルがなかった。

(患者さんへの対応)

- 1) 男性，70歳代
- 2) カテーテルの遺残・除去による健康上の傷害は生じていない。
- 3) 平成11年3月に、遺残判明の数日後に患者・家族に説明した。

(予防策)

- 1) カテーテル等の抜去時の手技、注意事項の指導を徹底する。
- 2) 医師が抜去時のカテーテルの先端・長さの確認を行う。
- 3) カテーテル抜去後にX線写真による確認を行う。
- 4) カテーテル留置・抜去について、カルテ・看護記録等に、医師名、長さ等の確認内容を記載す

る。

(件名) 薬剤ラベル貼り付けミス (平成12年)

(内容)

平成12年6月に、外来患者さんに処方した消毒液ボトルに、薬剤師が誤って内服用のラベルを貼り付けて、患者さんに渡した。

(経過)

- 1) 平成12年6月、消毒薬に内服用のラベルを貼って外来患者に渡した。
- 2) 翌日患者さんから間違えの連絡があり、自宅にてミスを確認、説明した。

(原因と問題点)

- 1) 薬剤師が、薬袋・ラベル作成機のコンピューター入力を間違えた。
- 2) 薬剤師が、調剤時に、処方箋、薬、ラベルの照合を十分しなかった。
- 3) 薬剤師が、調剤監査時に、処方箋、薬、ラベルの監査を十分行わず、患者に手渡した。

(患者さんへの対応)

- 1) 女性、70歳代
- 2) 消毒薬を口に含み、すぐに吐き出したため、健康上の傷害は生じていない。
- 3) 平成12年6月、ミス判明当日に患者・家族に説明した。

(予防策)

- 1) 外用薬へのラベルの使用を止めた。
- 2) 薬袋コンピューター入力・出力の複数によるチェックを行う。
- 3) 調剤の流れをチェックするチェックリストを採用する。
- 4) 調剤マニュアルの全面改訂し、徹底した。

(件名) 麻薬紛失 (平成12年)

(内容)

平成12年7月に、薬剤部調剤室内の麻薬用金庫に保管してあった塩酸モルヒネ注射液10mg × 10本が紛失した。

(経過)

- 1) 平成12年7月に、薬剤部調剤室内の麻薬用金庫に保管してあった塩酸モルヒネ注射液10mg × 10本の紛失が判明した。
- 2) 直ちに院内をくまなく調査したが、発見できなかった。
- 3) 麻薬管理取締法に基づき、県薬務課に事故届を提出した。
- 4) 警察署に被害届を提出した。

(原因と問題点)

- 1) 麻薬管理者および麻薬担当管理職員(薬剤師)が、金庫内の麻薬の毎日の全量確認を怠っていた。
- 2) 麻薬管理者および麻薬担当管理職員(薬剤師)の毎日の在庫量の確認が端数確認のみで、他は

箱単位の目視確認で行っていた。

- 3) 麻薬管理者および補助者(薬剤師)の全量確認は、元金庫との受払いの関係で、数日～10日毎となっていた。
 - 4) 金庫の鍵の保管が金庫横の机の引き出しに置いており、適切ではなかった。
 - 5) 麻薬管理補助者が定められておらず、日常の麻薬受払いの責任者が明確になっていなかった。
- (予防策)
- 1) 麻薬管理者のほかに、数名の麻薬管理補助者を定めて、決められた薬剤師が鍵の保持、麻薬の受払い、在庫量の確認を行う。
 - 2) 麻薬管理者と麻薬管理補助者は、診療科に払い出した麻薬の保管状況を把握しておく。
 - 3) 麻薬金庫は、必ずハンドル・鍵・ダイヤルにより行う。
 - 4) 鍵の保管・引継ぎは麻薬管理補助者が行ない、引継ぎ時には手渡しとし、帳票に氏名を記載する。
 - 5) 麻薬管理補助者は、麻薬受払い時と毎日の朝・夕の引継ぎ時に金庫内の麻薬の全量確認を必ず行う。

4 医療事故等の対応の実際

起こしてはならないが、万が一医療事故等を起こした場合には、患者さんに対して適切な治療や迅速な対応を、病院全体として行うことが医療の基本である。

平成11年6月に病院としてのアクシデント対応システムを統一したが、現在は次ページのようなフロー図(図3)で院内に周知・徹底している。

医療事故等の対応のポイントとしては次のことが挙げられる。

アクシデントが起きた際には、主治医や各部署のリスクマネージャーから部門責任者と病院長等の病院管理者へ直ちに連絡を行うとともに、病院長は医事紛争連絡会を招集し、病院全体として患者さんに対して医療的にもっとも適切な対応を行う。

病院長等の病院管理者は、アクシデントの事実内容を迅速かつ客観的に調査・把握し、患者・家族に対し、責任者から事実を説明する。

病院長は、アクシデントの事実を保健所、警察署等に報告する。

病院長等の病院管理者は、患者・家族の同意を得て、事実の公表を行う。

病院長は、院内に事故調査委員会を設置して、当該事故に関する情報収集を行ない、事実関係、経過、原因・問題点等を調査する。

安全管理対策委員会(委員長:統括安全管理者)は、事故調査委員会と連携しながら、当該事故の内容や原因・問題点を分析して、再発防止策等を策定する。

再発防止策等の情報は、職員に周知し、病院全体としての再発防止策、安全管理を徹底する。

(図 2) アクシデント発生時の連絡・報告の流れ

