

都立広尾病院の医療事故に関する報告書
検証と提言

平成11年8月

都立病産院医療事故予防対策推進委員会

目 次

	頁
はじめに	1
委員会の性格と本報告書の位置付け	1
 都立広尾病院入院患者死亡事故に関する検討	
1 事故の概要	2
2 入院及び手術終了までの経過	2
3 事故の事実経過等	3
(1) 事故原因となった薬剤等の準備について	
(2) 注射器の床頭台への持ち込みについて	
(3) ヘパリンロックの状況について	
(4) 急変時の対応について	
(5) 注射器等の回収について	
(6) 事故翌日以降の経過	
(7) 病理解剖結果について	
(8) 病理解剖所見、事故原因に関する委員会見解	
4 事故の発生機序と危険要因について	12
(1) 事故の要因について	
(2) 事故の要因と発生機序	
(3) 事故の再発防止策について	
5 広尾病院の事故発生直後並びにその後の対応について	17
(1) 危機管理体制についての問題点	
(2) 警察署への届出について	
(3) 事故後の遺族への対応の問題点	
(4) 再発防止に対して実施した緊急対策	

全都立病院における事故後の取組（院内総点検の実施）に対する検証

1 注射による事故防止策	25
(1) 注射薬の準備について	
(2) 注射薬を床頭台に置いておくことについて	
(3) カラーシリンジの導入について	
(4) 注射器の取扱要綱について	
2 今後の取組	27

都立病院における医療事故予防対策の在り方について

1 医療事故予防対策組織の見直し	28
(1) 現体制の問題点	
(2) 関連する委員会組織の再構築に対する提言	
2 リスクマネジメント実現に向けた提言	34
(1) 情報の収集・分析・活用に関する提言	
(2) 職員の研修・教育に関する提言	
(3) 医療事故発生時の対応の点検と再整備	
3 「医療事故防止対策推進週間」の制度化	38

おわりに	39
------------	----

資料	41
1 審議経過	43
2 委員名簿	44
3 都立病産院医療事故予防対策推進委員会運営要綱	45
4 広尾病院整形外科病棟見取り図	47
5 広尾病院整形外科病棟処置室配置図	48
6 広尾病院概要	49

はじめに

平成11年2月11日、都立広尾病院において、薬剤の取り違えが原因と考えられる入院患者死亡事故が発生した。

まず、本件事故でお亡くなりになった患者さんとその御遺族に対して、心からのお悔やみとお詫びを、本委員会として申し上げます。

本報告書は、東京都衛生局長の諮問を受けて、広尾病院における入院患者死亡事故の原因を明らかにするとともに、今後の都立病院における医療事故予防対策の在り方を検討した結果を報告するものである。

都立病院の全医療スタッフは、本件事故が、患者さんや都民のみなさんの都立病院に対する信頼を深く傷つけたことの重大さを十分認識し、1日も早く信頼を回復できるよう、医療事故の予防に努力していかなければならない。そのためには、今回の事故を広尾病院だけの問題にとどめることなく、都立病院全体の問題として関係者全員が深く記憶に刻み、二度と同じような事故を起こすことがないように、将来にわたって努力していくことが必要である。

また、都立病院及び衛生局病院事業部は、本件事故を教訓として、都立病院の医療事故予防対策を再点検・再構築していくこと、そして、本委員会がここに示した課題を着実に解決していくことが、亡くなられた患者さん及び御遺族に対する責務であると考えます。

委員会の性格と本報告書の位置付け

本委員会は、元来、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である。しかしながら、今回の事故の重大性にかんがみ、特例として衛生局長からの諮問に基づき、前記の課題につき検討を行い、その結果を答申するものである。

なお、本委員会が、広尾病院における今回の事故に関して、第三者的な立場にある組織とは言えないことから、報告書の公正さを確保するため、顧問として外部委員に参加していただき、客観的立場からの意見や判断を仰ぐこととした。

都立広尾病院入院患者死亡事故に関する検討

1 事故の概要

患者Xさんは、平成11年2月8日(月)に左中指の慢性関節リウマチ治療のために入院し、2月10日(水)にその手術を受けた。翌2月11日(木)の抗生剤点滴終了後に、血液凝固阻止剤(ヘパリンナトリウム生食^(注1)、以下「ヘパリン生食」という。)用に準備されていた注射器から内容物を注入された数分後、容体が急変し、死亡に至った。

Xさんの病歴等及び病院の調査結果を基に検証すると、ヘパリン生食の入った注射器と、別の患者Yさんの創部処置用に準備された消毒液(20%ヒビテングルコネート原液)の入った注射器とを取り違え、Xさんにヒビテングルコネート^(注2)を誤って注入したことが事故の原因であると推定された。

注1：ヘパリン1ml(1,000単位)を生理食塩水100mlに希釈したもの

注2：グルコン酸クロルヘキシジン

2 入院及び手術終了までの経過

Xさんは、昭和50年に関節リウマチを発症し、平成6年から都外の病院で治療を受けていた。この間、併発症の高血圧及び甲状腺機能異常に対しても治療を受けていた。

平成10年8月に、都内の他院でリウマチの内科的治療を受けていたが、左中指疼痛及び腫脹が増強したため、11年1月8日(金)、都立広尾病院整形外科を受診した。

診察の結果、左中指滑膜切除術を施行することとし、同年2月8日(月)広尾病院に入院した。入院前の術前検査においては、血液検査では炎症反応の上昇(CRP1.57)がみられたが、血液一般、生化学、甲状腺機能、胸部レントゲン及び心電図では特に異常は認められなかった。

入院後、血圧は安定しており、全身状態も問題なく、手術前日の2月9日(火)までリマチル、ロキソニン、レニベース、チラジン及びリンデロンを内服した。

2月10日(水)9時、全身麻酔及び腋窩神経ブロックを併用して、左中指滑膜切除術を予定どおり施行した。術中は血圧の変動も少なく、手術は1時間24分で終了した。術後も血圧

は安定しており、夕方には意識もはっきりしたため、リマチル、ロキソニン、レニベース、チラジン、プレドニン及びハイペンの内服を開始した。

同日20時30分頃には、右前腕の留置針、延長チューブ及び三方活栓（以下、「留置セット」という。）を介して、抗生剤（ビクシリン）の点滴を施行した。点滴終了後、ヘパリン生食を注入し、三方活栓で経路を閉鎖した（この処置を以下、「ヘパリンロック」という。）

3 事故の事実経過等

本委員会は、患者Xさんの病歴等や、広尾病院の事故調査委員会（注）による「医療事故報告書」等を基に、事故の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及び広尾病院の管理者を通じて関係者に事情を聞くという方法で、事故の経過を検証した。その結果は以下のとおりである。

（注）院長を委員長として、両副院長、事務局長、看護部長、庶務課長及び医事課長で構成する。

（1） 事故原因となった薬剤等の準備について

2月11日（木・祝日）8時25分頃、A看護婦が処置室でXさん用の抗生剤（生食100mlにビクシリン1gを溶解したもの）を処置台の上にした。

A看護婦は、あらかじめ注射器に詰めて準備してあったヘパリン生食（10ml）6本のうちの1本を保冷庫から取り出し、処置台の抗生剤の横に置いた。保冷庫にあった6本の注射器には、すべてサインペンで「ヘパ生」と書いてあった。

次に、A看護婦は受持ちであった隣室の患者（Yさん）の創部処置に使用するため、処置台の後ろにある流し台の下から、20%ヒビテングルコネート（プラスチック容器入り）を取り出し、10mlを同型の注射器に吸い、一旦処置台に置いた。A看護婦は処置台にあったメモ用紙にサインペンで「洗浄用ヒビグル」と書き、同じ処置台にあったセロテープで処置台の上の注射器に貼りながら、背後にある流し台上の滅菌済みベースンの上に置いた。（P48 処置室配置図を参照）

(2) 注射器の床頭台への持ち込みについて

同日8時30分頃、A看護婦は、処置台にあった抗生剤と注射器1本をXさんのベッドに持って行き、あいさつをした後、点滴ボトルを架台に下げ、注射器は床頭台の上に置いた。この時、A看護婦は注射器に「ヘパ生」と記入されていたかどうかは確認していない。

Xさんは、点滴開始前にトイレに行き、その間A看護婦は、他の受持患者のところに行っていた。

8時35分頃、A看護婦は、トイレから戻ってベッドに横になっているXさんの右前腕の留置セットの三方活栓から、抗生剤の点滴を開始した。

8時45分頃、A看護婦は、Xさんの点滴の状態を観察するために訪室したが、滴下速度がゆっくりだったため、速度を少し速めに調節して、一旦、他の患者のところに行った。この時間帯は、他の看護婦もそれぞれ受持患者の清拭や処置などをしていた。

(3) ヘパリンロックの状況について

同日9時頃、B看護婦は、ナースステーションでXさんから「点滴が終わった。」とのナースコールを受け、すぐにXさんのベッドに行った。

Xさんは「やっと終わって楽だ。(点滴中は)両手が使えなくて困る。」と言い、B看護婦は「そうですね、不便ですね。」と話をした。

B看護婦は、床頭台の上の注射器を取り、「血液を固めないための薬を入れます。ちょっと冷たいですよ。」と説明しながら、留置セットの三方活栓から注射器の内容物を注入した。

B看護婦は、当初、注射器の内容物を注入する際に、注射器に「ヘパ生」と書いてあるのを確認したと供述していた。しかし、後日になって「確認した」という確信が揺らいでいる。

なお、この注射器からの注入量は約10mlで、延長チューブ内の容量が約9mlだったことから、その時点では、体内には約1mlが入ったものと推定される。

B看護婦は、注入後「お疲れさまでした。」とXさんに声をかけて、留置セットから点滴セットを外し、三方活栓をロックし、ガーゼで包み、ネットで固定した後、病室を出た。その時、Xさんの顔色や表情に変化は見られなかった。

B看護婦は、病室を出た後、別の病室に立ち寄ってから、処置室に戻って使用済みの注射器、点滴セットをMDボックスに廃棄した。

(4) 急変時の対応について

同日9時05分頃、A看護婦が再びXさんのもとに行ったところ、既に抗生剤の点滴は終了しており、Xさんはベッドに横になっていた。

A看護婦は「Xさん、点滴は終わりましたか。他の看護婦に（ヘパリンロックを）やってもらいましたか。」と声をかけた。Xさんは「はい、他の看護婦さんがやってくれました。」と言った。「手の痛みはどうですか。」というA看護婦の問いかけに対し、Xさんは「手術をしてもらって良くなりました。」と答えた。

この会話の後、Xさんが「何だか、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。」と訴えた。A看護婦が「気持ち悪いですか。」と問い返すと、Xさんは「胸が苦しい。」と苦痛の表情になり、胸部をさすった。

A看護婦は、まず血圧を測定しようとして、ナースステーションに走り、電子血圧計を持ってきて測定したが、血圧の表示が出なかった。そこで、器材室に走り、タイコス式の血圧計を持ってきて再度測定したところ、何とか最高血圧 130mmHg は確認できたが、130mmHg 以上の加圧はできなかった。A看護婦が脈をとったところ、この段階でXさんの脈の緊張は良好であり、顔色の変化もなく、会話もできた。

9時15分頃、A看護婦は、ナースステーションに戻り、当直医P（整形外科医）に電話でXさんの容体の急変を連絡した。同室の患者の処置をしていたC看護婦と、A看護婦が走り回っているのを知ったD、E看護婦がXさんのベッドに駆けつけて、A看護婦を助けて救急カートを運び入れたり、救急処置の準備に加わった。

A看護婦は、Xさんの年齢が比較的若く、術前検査でも特に問題がなく、容体が急変する理由が考えられないことから、抗生剤(ピクシリン)による副作用を疑った。そこで、前日にピクシリンを投与した時の様子をXさんに尋ねたが、「前日は何ともなかった。」との返事であった。

9時20分頃、当直医Pが来棟し、Xさんの名前を呼び、「気持ち悪い？胸が痛い？」と聞いたところ、Xさんは「胸が苦しい。息苦しくなってきた。手もしびれてきた。」と答え、顔色が段々蒼白となり、呼吸も弱く、意識レベルが下がり始めた。直ちに行われた心電図検査では、洞調律で電気軸は正常であり、V1はQS型、V1、V2でST上昇、V4、V5でST低下が認められた。この所見によって、心筋が虚血状態にあることが疑われた。この時、血圧は198mmHg/78mmHgであった。

そこで、ライン確保のため点滴による補液（ソルデム3 A500ml）を開始した。

看護婦 E から連絡を受けた管理婦長^(注)も来棟した。

(注): 都立病院における、休日・夜間の看護部門の責任者

9時25分頃、A看護婦は、血圧計の調子が悪かったので、再度取り替えようとナースステーションに戻った。その途中で、「ビクシリンの副作用でないとする、もしかしたらヘパリン生食を取り違えたのではないか。」と思い、自分がヘパリン生食の注射器を準備した処置室に立ち寄ったところ、滅菌済みのトレイの上に注射器が置いてあるのを見つけた。それを手にとって見たところ、その注射器には自分で記載した「洗浄用ヒビグル」というメモが貼られており、かつメモが貼られていたのとは反対側にサインペンで「ヘパ生」と直接記載されていた。A看護婦は、とっさに「内容と違うメモ用紙を貼ったままにしておいては、ヒビテングルコネートと思って誰かが使う可能性がある。」と思い、その場でメモ用紙を剥がし一般ゴミのゴミ箱に廃棄し、注射器はMDボックスに廃棄した。

病室に戻ったA看護婦は、当直医Pに、ヘパリン生食と間違えてヒビテングルコネートを注入した可能性があることを伝えた。

9時30分頃、Xさんの意識レベルが低下し、返答もなく、眼球が上転し、臨床的に心肺停止状態と考えられたので、直ちに、気管内挿管を行い、人工呼吸と心臓マッサージを開始しながら、病室から処置室にベッドごと移動した。

9時33分頃、記録によると、心電図モニターでは完全房室ブロックが認められ、まもなく心拍停止となった。日直で来棟したQ医師も加わって、アンビューバックによる人工呼吸及び心臓マッサージを行い、ボスミンを投与（心腔内注射及び静脈点滴）した。

9時40分頃、当直医Pの指示で、看護婦EがXさんの家族と主治医Rに電話をした。Xさんの家族は、すでに病院に向かって出かけた後であった。

10時頃、家族が病室に到着した。

10時05分頃、当直医Pから、家族への状況の急変状態の説明を行った。

10時30分頃、主治医Rが病棟に到着した。

なお、死亡時刻について、カルテには「10時44分に家族の立ち会いの下、死亡を確認した。」と書かれている。しかし、遺族側は「10時25分に当直医Pが死亡を確認し、その後に主治医が到着した。」と主張しており、両者に食い違いがある。

同日午後、主治医Rから遺族に対して、死亡原因が不明である旨説明し、病理解剖の承諾を得た。主治医Rは、事故当日は祝日であったため、翌12日9時から病理解剖を行う予定であることを遺族に伝えた。

(5) 注射器等の回収について

同日11時頃、管理婦長は、当該病棟担当の看護科副科長及び病棟婦長の自宅に電話で報告を行った。報告を受けた担当副科長は、看護部長宅に報告した後、12時頃に緊急登院した。病棟婦長もほぼ同時刻に登院した。

また、11時05分頃、看護科長は看護部長からの電話を受け、13時30分頃に登院した。

13時頃、担当副科長は、A看護婦とB看護婦から事情聴取し、当該病棟処置室の状況及びA看護婦の処置室での行動などについて確認した。

14時頃、電話で事情聴取の内容について報告を受けた看護部長は、病棟のMDボックス、及びXさんに使用した点滴セットを回収し保存することを指示した。

15時頃、部長の指示を受けた副科長は、病棟婦長に対し、当日使用したと思われる注射器及びXさんに使用した点滴セットを回収するよう指示した。

病棟婦長、D、E看護婦及び担当副科長の4人で、MDボックス内から10ml注射器26本（A看護婦が廃棄したヘパリン生食の注射器を含む。）及びXさんに使用した点滴セットを回収し保存した。

26本の内訳は以下のとおりであった。

- ・「ヘパ生」と書かれており、内容物が目視できる程度に残っていたもの 5本
- ・「ヘパ生」と書かれており、内容物の残量がなかったもの 12本
- ・何も書かれておらず、内容物の残量がなかったもの 8本
- ・「ヒビグル」と書かれており、内容物の残量がなかったもの 1本

「ヘパ生」と書かれており、内容物が目視できる程度に残っていた5本のうち、内容量が約10ml残っていた注射器は1本しかなかったため、それがA看護婦の捨てたとする注射器にほぼ間違いないと推定された。

B看護婦がXさんに使用後捨てたとする注射器は、特定できなかった。

「ヒビグル」と書かれていた注射器は、筆跡からみて、前日に使用したものと特定された。

一方、A看護婦が注射器から剥がして捨てたとするメモ用紙は、回収を試みたときには、すでに一般廃棄物の回収が委託業者によってなされた後であったため、回収できなかった。

休日の一般廃棄物回収は10時と13時の2回、MDボックスの回収は火曜日と金曜日の週2回であり、事故当時MDボックスには9日（火）午後から当日午前までのものが入っていた。

なお、A看護婦が、Xさんの血圧を測定しようとして調子が悪いと判断した血圧計は、後日点検に出したところ、いずれも故障はしていなかった。

(6) 事故翌日以降の経過

2月12日(金)8時30分頃、広尾病院は、事故調査委員会を設置し、主治医、A看護婦等関係職員からの事情聴取及び回収した器材の確認等を行った。

9時頃、事故調査委員会は、「警察に届けるべきである。」との結論に達し、広尾病院医事課長から衛生局病院事業部に「患者死亡事故が発生し、薬剤取り違えの可能性がある。警察に届けたいと思うがどうか。」と連絡した。病院事業部は、「電話だけでは判断できない。担当職員を広尾病院に行かせ、詳しく経過を聞く。」ということであったので、担当者の到着を待つこととした。

9時40分頃、事故調査委員会は、回収した注射器の内容物検査を検査科に指示した。検査方法は、注射器内の残留物を微量に採取し、pH検査^(注)を行うというものであり、内容物がほとんど残っていない場合は検査できないとのことであった。そこで、事故調査委員会では、内容物が目視できる程度に残量のあった注射器5本のみを検査対象とし、それ以外のものはそのまま保存しておくように指示した。

(注)病院としては、検査能力の範囲内でヒビテングルコネートとヘパリン生食の取り違えの可能性を短時間で認識するための方法として、2種の薬剤の物性相違に着眼したpH検査を実施した。

11時頃、院長、副院長及び医事課長から遺族に対し、「9時から開始予定であった病理解剖は、今しばらく時間を頂いた上で行いたい。」と伝えたところ、遺族から「最長でどのくらい時間がかかるか。」との問いがあり、「12日午後には御遺体をお返しできると思うが、場合によっては1日余計にかかるかもしれない。」と答えた。

11時05分頃、病院事業部から担当職員が到着後、事故調査委員会と協議したところ、「警察に届け出る。」とする病院側に対し、病院事業部は「前日に病理解剖について遺族の承諾が取れているので、薬の取り違えの可能性も伝えた上で、警察に届け出るかどうかは遺族に判断してもらい、遺族の了解が取れれば、病院で病理解剖をして原因を究明すればよいのではないか。」との見解であった。

11時10分頃、検査科より事故調査委員会に対し、検査対象とした5本の注射器の内容物検査の結果が報告された。結果は「ヒビテングルコネートに一致した反応を示す残存物はなかった。」というものであった。

11時50分頃、院長から遺族に対し、病院事業部との協議結果に従い、「心電図所見からは急性心筋梗塞の可能性もあるが、その後の調査により、ヘパリン生食とヒビテングルコネートの取り違えの可能性もある。死亡原因を究明するため、病理解剖が必要である。広尾病院が信頼できなければ警察に連絡し、監察医務院等で解剖を行う方法もある。」と説明し、遺族から「広尾病院できちんと調べてほしい。」との回答を得た。

14時、病理解剖を開始した。

17時頃、院長から遺族に対し、「肉眼的所見では心疾患、脳疾患などの疑いは発見できなかった。したがって、薬を取り違えた可能性が高くなったが、これを確信させる証拠もまだ発見されない。今後、保存している血液、臓器等の残留薬物検査等の方法で必ず死因を究明する。決してうやむやにしないので、しばらく時間を与えてほしい。」と説明した。これに対して、遺族から「本来は病院の判断で警察に通報すべき事件ではないのか。」「こちらから騒ぐつもりはない。必ず原因を究明し、その結果は文書で渡してほしい。」との発言があった。

事故調査委員会は、検査科に指示して、ヒビテングルコネートを検査するため、硫酸銅呈色反応試験の方法によってXさんの血液及び目視できる程度に内容物が残っていた注射器の検査を行ったが、ヒビテングルコネートは検出されなかった。

そこで、事故調査委員会は、検査科に対し臓器の保存を徹底することを指示するとともに、より精度の高いクロマトグラフィーなどによる検査が可能な検査機関を探し、検査を依頼するように検査科技師長に指示した。

事故調査委員会の指示を受け、検査科は同日中に、都立衛生研究所、監察医務院及び東京都臨床医学総合研究所の各検査担当部門に問い合わせた。監察医務院からは「定性検査であれば可能」、臨床医学総合研究所からは「非常に難しい検査なので、相当の時間をかける必要がある。」との回答がそれぞれあった。なお、衛生研究所からは同日中に回答を得られなかった。

2月13日(土)及び14日(日)は検査機関等が休みであり、特に動きはなかった。

2月15日(月) 事故調査委員会は、改めて、病院事業部を通じて衛生研究所に検査を依頼した。

2月16日(火) 衛生研究所から連絡がないので、事故調査委員会から明朝一番で問い合わせることにした。

2月17日(水) 衛生研究所から、「検査はやはり難しい。」との回答があった。しかし、検査が可能な大学と薬品メーカーの研究所をそれぞれ1か所紹介を受けた。

2月18日(木) 事故調査委員会は、薬品メーカーの研究所に検査を依頼することとした。

2月19日(金) 広尾病院から依頼先の研究所に検査科職員が検体を搬送中、病院事業部から病院に連絡が入り、「公的機関で検査を行う必要がある。監察医務院にも協力を依頼した。至急検体を監察医務院に持ち込むように」という内容の指示があった。そこで、急遽検体を持ち帰り、監察医務院に血液の検査を依頼した。その際、「警察には届けたのか。」という問いかけがあった。同院では、検査の準備を進めていたが、2月22日(月)以降、警察の調査開始により、検体が警察の管理下に置かれたため、同院での検査は見送られた。

2月20日(土) 院長、副院長、主治医R、看護部長、事務局長及び医事課長が遺族宅を訪問し、「原因は薬の取り違いによる薬物ショックの可能性が一層強まった。」と病院調査の中間報告を行うとともに、当面の再発防止策について説明した。

その際、遺族からは「徹底究明のため、警察に届けるべきだ。病院が届けなければ、22日にでも私が届け出る。ただし、病院が届け出るならいつまで待てばよいか、その返事を今日中にほしい。」「死亡時刻は当日10時25分と聞いたが、死亡診断書の死亡時刻が10時44分と変更されているのはおかしい。」「当日の看護婦の態度は、故人への尊厳を欠くものであった。」と強い不満が示された。また、「今回の事故を公表して、全国の病院での再発防止に役立てるべきである。」との発言もあった。

19時頃、広尾病院事務局長は、遺族に対し、「2月22日(月)の夕方までに、警察へ届け出るかどうか連絡する。」と、電話で伝えた。

2月22日(月) 広尾病院は、事故原因の確定を期するため、渋谷警察署に「薬剤取り違い事故の可能性があるため、原因の特定をしてほしい。」との連絡をした。これは、事故発生後から病院で原因究明を行ってきたが、検査方法の限界等もあり、血液等の検体からヒビテングルコネートが検出されていないこと、遺族から原因究明のため警察に届け出るよう強く要請されたことによる。

2月23日(火) 広尾病院長は、公文書で渋谷警察署に調査を依頼した。

3月6日(土) 院長、副院長、事務局長及び医事課長が遺族宅を訪問し、副院長から、組織学的所見も含めた病理解剖の結果を報告した。

(7) 病理解剖結果について

遺族の同意の下、2月12日(金)14時から広尾病院にて病理解剖が行われた。その時点での肉眼的所見では、右前腕の数本の皮静脈に沿って赤褐色皮膚斑が認められた。肺動脈のホルマリン注入時に、血管内血栓とも見られる砂粒状の黒色物が流出した。

3月5日(金)になって判明した組織学的検査では、前腕皮静脈内及び両肺動脈内に、多数の新鮮凝固血栓の存在が確認された。なお、皮膚斑部に漏出性出血は認められなかった。その後の検査で、両肺の中小型肺動脈内に多数の新鮮血栓が認められた。前腕の皮静脈内の新鮮血栓が、両肺の急性血栓塞栓症を起こしたと考えられた。

心臓の冠動脈の硬化はごく軽度であり、内腔の狭窄は25%以下であった。肉眼的、組織学的に冠動脈血栓や心筋梗塞は認められなかった。

その他の臓器にも、死因を説明できるような病変は認められなかった。

(8) 病理解剖所見、事故原因に関する委員会見解

以上の事実経過と病理解剖結果を基に、本委員会としては、本件事故の死亡原因は、ヒビテングルコネートを誤注入したことにより、右前腕皮静脈内に生じた血栓による急性肺塞栓症によるものであると考える。

また、薬剤の取り違いに関して、病院の調査の範囲では、A、B看護婦の供述に食い違いがあり、病院の検査では血液中からヒビテングルコネートが検出できなかったため、取り違いを決定づけることはできなかったとしている。

しかし、事故当日の状況等から判断して、A看護婦が2月11日(木)8時30分頃に処置室内で、Xさんに使用するビクシリンとヘパリン生食及びYさんに使用するヒビテングルコネートを同時に準備した際に、「洗浄用ヒビグル」というメモ用紙を、間違えてヘパリン生食の注射器に貼り付けてしまったことを契機として、後に挙げる要因が重なった結果、本件事故が起きたと考えるのが自然である。

また、pH検査及び硫酸銅呈色検査は、ヒビテングルコネートの誤注入の有無を特定するには、不適切な検査法と言わざるを得ない。その検査方法によってヒビテングルコネートを検出できなかったことが、死因解明を困難にしたと指摘せざるを得ない。

4 事故の発生機序と危険要因について

本委員会は、前述の「事故の事実経過等」に基づき、今回の事故の発生機序や危険要因（以下「要因」と言う。）について以下のように検証、分析した。

（１） 事故の要因について

ヘパリン生食と同型の注射器で、ヒビテングルコネートを準備したこと。

A看護婦が、消毒薬であるヒビテングルコネートを、静脈注射用のヘパリン生食と同型の注射器に吸入して準備していたことが、本件事故の第一の要因と考えられる。

注射器は、本来、注射に使用するものであるが、「清潔に使用できる。」「正確に計量できる。」などの利便性から、注射器を目的外に使用していたことが今回の事故を招いた大きな要因であったと言える。

注射器の目的外使用については、我が国においても、それを原因とする事故が複数報告されていることから、多くの医療従事者がその潜在的危険性を認識しているが、今なお日常的に行われており、この点は大きな要因である。

ヘパリン生食とヒビテングルコネートを、同じ処置台の上で、同時に準備したこと。

A看護婦は、Xさんに投与するために準備した、ビクシリンとヘパリン生食の入った注射器を処置台に置き、次いで、その横にヒビテングルコネートを詰めた注射器を一旦置いた。A看護婦は、その後、当該注射器に「洗浄用ヒビグル」と書いたメモ用紙をセロテープで貼り付け、背後の流し台の上に置いたとしている。

A看護婦は、ビクシリンとヘパリン生食の準備が終わったところで、それらをトレイに載せるなど、処置台の上を片づけ、その後ヒビテングルコネートの準備に取りかかるべきであった。しかし、Xさんに投与するビクシリンとヘパリン生食を準備した後、それらを処置台に置いたまま、Yさんに使用するヒビテングルコネートの準備を行い、同一の処置台にその注射器をおいた。その結果、「洗浄用ヒビグル」のメモを貼る際に、ヘパリン生食とヒビテングルコネートの注射器とを取り違えた可能性が高い。

「洗淨用ヒビグル」と書いたメモ用紙を貼ったこと。

A看護婦は、ヒビテングルコネートを詰めた注射器に「洗淨用ヒビグル」と書いたメモ用紙を貼ったとしているが、メモ用紙を貼るという方法は、間違いを引き起こす要因の一つである。注射器に直接薬品名を書くという方式を採用していれば、すでに「ヘパ生」と書いてある文字の隣に「洗淨用ヒビグル」と書くことはあり得ず、薬品を間違えることはなかったと考えられる。

注射器の準備者と実施者が異なっていたこと。

今回の事故では、ヘパリン生食を準備する看護婦と、それを注入する実施者が異なっており、このことが事故を引き起こす要因であったとする指摘もある。

確かに、準備者と実施者が異なることは、その接点において事故の原因や誘因が介入しやすくなるが、現在の医療は昼夜にわたって継続的に行われており、行うべき処置も多くなっていること等を考えると、準備者と実施者が異なることは避けられないことであろう。

このような意味からは、準備者と実施者が異なること自体を事故の要因とすべきではなく、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、例えば、単に申し送りを受けるだけでなく、自らの目で必ず再確認をすること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と考えられる。

床頭台に、薬剤を入れた注射器を置いたままにしたこと。

A看護婦は、ビクシリンとヘパリン生食を準備した後、Xさんの床頭台にそれらを放置したままにして、他の患者の処置等を行っている。このように患者の床頭台に薬剤を放置することは、不潔となったり、事故の原因となるおそれもあり、即刻廃止すべきである。

床頭台に持ち込んだ注射器及び床頭台に置いてあった注射器を確認すること。

A看護婦は、Xさんのために準備した抗生剤ビクシリンの点滴と点滴後に使用するヘパリン生食の注射器を同時に病室に運び、注射器を床頭台に置いた。この時に、持ち込んだ注射器に「ヘパ生」と書いてあるかどうかの確認を行っていない。

ナースコールを受けたB看護婦は、Xさんの床頭台に置いてあった注射器の内容物を注

入した。この時にB看護婦は注射器に「ヘパ生」と書いてあるかどうかの確認をしなかったと推定される。広尾病院では一般的にヘパリンロック実施の際は、ヘパリン生食の入った注射器を床頭台に置き、点滴終了時にそれを注入することが行われており、当該注射器がヘパリン生食であるとの思い込みが生じやすいだけに、一層の確認が重要であった。

病棟でヒビテングルコネートの希釈作業を行っていたこと。

今回の事故では、創部処置のために、ヒビテングルコネートを注射器に吸引し、それを希釈して使用していたことが事故の発端となっている。

日本薬剤師会が平成11年5月13日に出した「消毒剤による医療事故防止について」の中でも指摘しているように、病棟では消毒剤に関する知識や情報が不足していることから、誤使用を避けるためには、病棟で希釈して使用するのではなく、必要な濃度の消毒薬を購入するか、薬剤部門で希釈したものを供給すべきであり、病棟での希釈作業は薬剤部門の協力を得ながら、廃止していくべきである。

延長チューブ内のヒビテングルコネートが、救急救命処置の際に体内に注入されたこと。

B看護婦の注入した約10mlのヒビテングルコネートのうち、約9mlは延長チューブ内に残っていて、約1mlだけが体内に入ったと推定される。しかし、その後の救命処置として、当直医の指示によってソルデム3Aの補液がなされたことによって、延長チューブ内に残っていた約9mlのヒビテングルコネートも体内に注入され、結果的に心肺停止を早めた可能性を否定できない。

今回の事故においては、当直医は、補液を行った時点ではA看護婦から誤薬の可能性を知らされていなかったため、やむを得ない処置ではあったが、今後は今回の事故を貴重な教訓として、このような状況では、誤薬の可能性のあることを常に念頭に置いて、別ルートから補液等を開始することを考慮すべきである。

(2) 事故の要因と発生機序

今回のようなヒューマンエラーによる事故は、医療を行った誰か一人の過失のみで起こるわけではなく、その業務を担当した医療従事者の行為の背景には、放置しておく危険をもたらす多くの要因が存在しており、不幸にしてそれらの要因が連鎖した場合に、事故が発生すると言える。

今回の事故は、A看護婦によるいくつかの業務手順の不的確さが、注射器の取り違えミスを生じ、これに端を発して生じた医療事故であるが、B看護婦が注射器の内容の確認を確実に行っていれば、事故を未然に防止できたと考えられ、この2つのエラーの連鎖が直接的な要因となったといえる。

しかしながら、これらのエラーが事故発生までに結びついた機序を分析すると、その背景や基礎には多くの要因が関わっていた。例えば、病棟でヒビテングルコネートの希釈を行っていたこと、しかも、希釈のための計量を注射用と同一規格の注射器を用いて作業していたこと、同じ処置台の上で2人の患者に使用する薬剤を同時に準備したこと、さらに、注射器に薬品名を記入するかわりにメモ用紙を貼るという行為を容認していたことや注射器を床頭台に置いたままにすることが日常的に行われていたこと等が挙げられる。

このような中で、これらの各々について責任の所在を考えると、その責任は単にA、B看護婦にとどまるものではない。本委員会としては、本件事故には多くの要因が存在し、それらが絡み合って、事故の発生に結びついたものとする。

本件事故は、医療事故の防止に当たって、このようなミスやエラーの連鎖を絶つシステムを構築することの重要性を浮き彫りにしたといえる。

(3) 事故の再発防止策について

本件のようなヒューマンファクターに基づく事故を防止するには、個々の医師や看護職の注意や努力が必要であることはいうまでもない。しかし、注意や努力のみで防止できるものでないことは、医療事故防止に関する過去の歴史が示している。従来は、事故に関与した個人の責任を追及し、連鎖的な要因全体の解明や対策が不十分であり、それゆえに医療事故防止活動で思いどおりの効果をあげることは難しかった。

これらヒューマンファクターによる事故を防止するには、今回の事故を参考に、事故発生の要因を分析・把握し、個々の要因を着実に除去し、安全な医療環境を作る努力が大切

である。全都立病院は、今回の事故で明らかになった事故の要因について、各自がそれぞれの病院の状況を点検し、同様の事故の発生防止に努めなければならない。

5 広尾病院の事故発生直後並びにその後の対応

病院内で事故が発生した場合、その被害を最小限に抑えるためには、初期対応の適否が重要であることは改めて言うまでもない。そこで、今後の都立病院における事故対応のあり方を検討する目的で、広尾病院における事故発生直後並びにその後の対応について検証した。

(1) 危機管理体制についての問題点

病院の対応について

「危機管理」という視点から、事故当日の病院の対応を検証すると、いくつかの問題が指摘できる。

第一に、当日の連絡及び責任体制である。

事故発生後、11時10分頃、看護部長から連絡を受けた庶務課長は、緊急連絡網に従って院長、両副院長、事務局長及び医事課長に電話連絡した。内科系副院長、事務局長、医事課長には連絡がついたが、院長は外出中であり、庶務課長宅に院長から連絡が入ったのは17時30分であった。外科系副院長には、当日中には連絡がつかなかった。

なお、緊急連絡網による電話連絡では「薬の取り違い事故」という情報は伝わっておらず、院長が「取り違い事故」の可能性を知ったのは、その日の20時頃看護部長からの電話によってであり、その他の管理職は翌朝になって初めて知った。

また、整形外科医長には主治医から11時頃にXさんが死亡したことを連絡したが、特に指示はなかった。当日の上席当直医に対しては事故の報告はされなかった。

以上のように、事故当日の医師の対応は管理職を含めて不十分であった。

看護部門では「事故の事実経過等」で述べたとおりの報告がされ、看護科長、担当副科長、病棟婦長が緊急登院し、対応した。

第二に、証拠物品の保存やその取扱いについてである。

A看護婦が血圧計を取りに戻った際に、処置室で発見した注射器をとっさにMDボックスに捨ててしまったことは、事態の急変という極めて異例の状況下であったとしても、証拠物品の保存という観点からは問題がある。加えて、証拠物品の保存の際に、メモ用紙の回収にまで考えが至らず、対応が遅れたために、すでに一般廃棄物の収集が終わってしまい、発見した注射器に貼ってあったとされるメモ用紙を回収することができなかった。

また、回収した注射器や血液の検査について、広尾病院では、院内での薬物の検出能力に限界があったことから、事故翌日の12日(金)から、検査を依頼できる外部の機関の

具体的な検討を始め、結果として、依頼先の選定に18日(木)までの6日間を要しており、対応に迅速さを欠いたことは反省すべきである。なお、広尾病院で行ったpH検査や硫酸銅呈色検査はヒビテングルコネートの検出法としては、極めて有効性に乏しい検査法であったと言わざるを得ない。加えて、広尾病院では回収した注射器のうち、内容物の残量がある5本のみを検査対象としたが、本来すべての注射器が検査対象であり、初めから、微量検査ができる機関に委ねるべきであった。

証拠物品の検査、調査に関しては、慎重かつ迅速に検討した上で最善の方法を選択することが重要である。対応如何によっては、貴重な検体を無駄にし、事実解明を困難にする可能性があることも、十分踏まえたうえでの対応が望まれる。

第三に、院内緊急呼び出しの方法についてである。

当時広尾病院には、患者急変等の際の緊急呼び出し(エマージェンシーコール)制度がなかった。したがって、A看護婦は、電話で当直医Pを呼び出し(電話を受けて5分後に来棟)、その後、E看護婦から電話連絡を受けて、管理婦長(同3分後に来棟)も駆けつけた。この時は、すぐに当直医Pに電話が通じ、速やかに救命処置を始められたが、電話では連絡がつかない場合もあり得る。また、患者急変時には、当該科のスタッフのみならず、同時に複数のスタッフを集めて対応することが必要であり、緊急時の連絡方法として電話を使うのは適当ではない。

本件事故の場合には、その死亡原因からみて、ベストの体制で処置にあたったとしても救命には限界があったと思われるが、迅速かつ十分な医師、看護婦による応援体制で臨めなかったことは否めない。

今後の対応について

事故当日のような休日体制の場合、本来、上席当直医が病院の責任者として、判断・指示を行う立場にある。しかし、今回の広尾病院では、院長、副院長等の管理部門へは、緊急連絡網により速やかに事故報告が試みられたものの、上席当直医に対しては事故報告がされず、夜間・休日の責任体制が機能しなかったといえる。しかも、院長、外科系副院長に連絡がとれるまでに時間がかかったのであれば、なおさら、当日の責任者である上席医に報告すべきであったと考える。

上席医に報告がされていれば、遺族対応や証拠の保存、管理職への連絡等に関して状況が変わっていた可能性も考えられたが、病院として定められていた責任体制が機能しなか

ったことは問題である。広尾病院では、改めて緊急時の責任体制について確認するとともに、全職員に対して周知徹底すべきである。

第二に、医療事故が発生した場合には、速やかに証拠物の保存を指示し、原因究明の体制を整えることが必要である。集まった情報から状況を正確に把握し、遅滞することなく的確な判断・指示を下していく必要がある。

それだけに、病院として日頃から職員に対して、事故が発生した際には、証拠の保存がいかに重要であるかを指導しておくとともに、証拠保存の方法や保存すべき証拠物品の範囲等についても確認しておくべきである。

第三に、入院、外来を問わず、患者さんの容体が急変した場合には、緊急呼び出し（エマージェンシーコール）の方法により、病院内の必要なスタッフを即座に召集し、病院としての最適な体制で救急救命に努力していくことが望まれる。そのためには、エマージェンシーコール制度を整備し、全職員に周知しておくだけでなく、日頃からシミュレーション訓練を定期的に行うなどして、実的な体制を確立しておくことが必要である。

さらに、事故発生直後から各段階での判断をよりの確に行うためには、冷静に状況を把握し、的確な指示を出せるリスクマネージャーを中心とした「危機管理体制」の確立が理想である。当面は、責任体制を明確にし、必要事項を間違いなく行うための現実的なチェック方法を具体化させていくべきであろう。

（２） 警察署への届出について

病院の対応について

広尾病院の事故調査委員会は、事故翌日に、警察へ届出をすべきとの結論を出していながらも、病院事業部との協議により、遺族に薬剤の取り違えの可能性を伝えただけで、「警察に連絡して監察医務院などで解剖を行う方法もある。」という説明を行い、最終的に遺族から「広尾病院できちんと調べてほしい。」との回答が得られたので、一旦、届出を取りやめた経緯がある。

医師法第 21 条の規定によれば、「医師は、死体又は妊娠 4 月以上の死産児を検査して異状があると認めるときは、24 時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。」ことになっている。しかし、医師法第 21 条で定める「異状死体」の定義については、公的な統一見解がない現状から、本件事故について医師法第 21 条に基づく届出を行わなかったことが誤りであったと断定することはできない。

ただし、現時点に立って当時の事実関係を点検してみると、A看護婦が注射器を取り違えた可能性に自ら気づいており、その時点で当直医等にそのことを報告していることを重視し、B看護婦の相反する供述はあるものの、過失致死による死亡の可能性を懸念し、警察に対する相談ないし情報提供を配慮すべきであった。

本件のような重大事故による死亡が懸念される場合においては、事故や過失の可能性を慎重に考慮した上で、病理解剖にすべきか、監察医務院等による行政解剖とすべきかを冷静に判断し、決定を下すことが必要となる。

なお、本件では、遺族に病理解剖か、行政解剖かの選択を委ねる結果となった。この点については、まず、病理解剖とするかどうかは医師の判断に基づいて行うものであり、遺族の選択に委ねるべき性質のものではない。第二に、「選択」という点についてだが、その時点では「警察に届けられないことになる。」ことを説明したとしても、遺族がこの点に関し、正しく理解のうえ病理解剖に同意したかは、疑問がある。実際、病院事業部及び広尾病院は、遺族が病理解剖を選択したことをもって、「警察への届出をしなくてよい。」との意味に解釈したが、遺族側は異なる認識であった。この2点において、対応が適切でなかったことを改めて確認しておかなければならない。

今後の対応について

警察への届出に関しては、遺族からも解剖直後から「警察に届けるべきではなかったのか。」と指摘されており、都立病院としても今後十分に検討して行くべき課題が提起されている。

医師法第21条による警察署への届出を含め、警察署への届出については、原則として医師及び病院が行うべきであり、病院事業部は協議や判断を行う立場にはないことを改めて確認しておく。この届出はあくまでも主治医たる医師が医学的な見地に準拠して行うものである。しかしながら、届出の判断が困難なケースも想定されることから、医療機関としての責任単位である病院が、主治医が行う医学的な判断を組織的に支援していくことが必要である。

また、医師法第21条と関係なく、病理解剖により医療過誤を疑う明白な結果が得られた場合には、医療機関としては遅滞なく警察に連絡すべきと考える。

最後に、どのような場合に警察に届け出るべきかについて、都立病院としてのガイドラインともいえる「都立病院医療事故・医事紛争予防マニュアル」では、警察への届出を「過

失が極めて明白な場合」に限定する趣旨となっている。本件事故の反省も踏まえ、このマニュアルの解釈や運用について点検するとともに、必要と判断する場合は内容の見直しについて検討すべきである。

(3) 事故後の遺族への対応の問題点

遺族から病院に対しては、前述の警察署への届出に関するもののほかに、以下の3点の指摘が出されている。

本委員会としては、これらの指摘について、遺族及び代理人から提出された文書や病院側の記録を詳細に検証し、病院の対応の適否を明らかにすることが必要と考えた。その検討結果は以下のとおりである。

「薬剤の取り換え」が原因であると認めないこと。

遺族の主張は、「遺族側は、事故直後から『薬剤ショックの可能性はないのか。』と疑い、事故当日から主治医にも問いただしていた。しかし、A看護婦が『注射器を取り違えたかもしれない。』と供述していることを知りながら、当日行われた主治医による説明の中では、薬剤の取り換えについては一切説明がなかった。また、その後の院長等による説明でも、『A、B両看護婦の供述が食い違うこと』『血液中からヒビグルが検出されないこと』を理由に、『薬剤の取り換えの可能性が高い。』と説明しつつも死因をあいまいにしており、死因を明らかにするつもりがないのではないか。」というものである。

病院は、薬の取り換えによる死亡の可能性が高いことを認めていながら、今日まで死因を特定できていないのが事実である。これは、「A、B両看護婦による供述が矛盾していること」「血液中からヒビグルが検出されていないこと」「警察の捜査が進行中であること」という理由によるものである。

しかし、当初、心電図所見から心筋梗塞等が疑われたとしても、病理所見から肉眼的、組織学的に冠動脈血栓や心筋梗塞は認められず、このことはほぼ否定されたものである。本委員会としては、広尾病院は、遅くとも病理解剖の結果を遺族に対して説明した3月6日(土)の段階で、事故の詳細が不明であり、かつ警察の捜査途上であっても、ヒビテングルコネートの誤注入による死亡であったことを認め、謝罪すべきであったと考える。

患者への尊厳について

遺族の主張は以下のとおりである。

事故当日、Xさんの夫と妹が、面会のため来院し病室に行くと、既にXさんは処置室で救命処置を受けているところであった。夫と妹は、すぐに隣のカンファレンスルームに通され、まもなく当直医から、Xさんの容体について「心肺機能が停止しており、脳死状態である。」との説明を受け、約15分後に処置室に入った。妹は、Xさんの様子を見て、挿管を抜いてくれるよう頼んだ。その時、Xさんの着衣は乱れたままであり、見かねて遺族が整えた。

死亡確認後、そのまま遺体は霊安室に運ばれ、遺族も病室に戻る間もなく霊安室に行くように促された。Xさんの持ち物は、すべて、看護婦がひとまとめにして、霊安室に運んできた。

遺族からの上記経緯に関する厳しい指摘に対し、広尾病院としては、遺族宅を訪問した際に謝罪をし、今後職員教育を徹底していくと回答した。

着衣の乱れ等救命処置の混乱した状態を整えるということは、患者の死亡に立ち会う際の基本的な配慮であり、この点は広尾病院が述べたとおり、十分に反省し今後の職員教育を徹底していくべきである。

加えて、委員会としては、亡くなられた患者さんの私物を病院職員がとりまとめて霊安室に運んだことは大きな問題であると考えている。遺族の心情に配慮する意味だけでなく、個人のプライバシーという観点からも、職員が私物に勝手に触れるということはない。また、遺族の話では、慌ただしく荷物をまとめたかのように、履き物から衣類までが無秩序にひとまとめにされていたということである。こうした一連の行為において遺体及び遺族への配慮が欠けていたことが、病院に対する不信感を生んだ原因の一つであろう。

こうした広尾病院の行為は、「患者への尊厳」あるいは「医療人としての倫理観」といった基本的な心構えが欠けていた結果と言わざるを得ない。この点に関しては、現場において率先して指示すべき立場にある管理者の責任を含め、医療スタッフへの教育の在り方を、院内の倫理委員会等を中心に検討すべきである。

死亡時刻及び死亡診断書の記載について

死亡時刻について、遺族側では、「10時20分に処置室に入り、挿管を抜いてくれるよう頼んだ。10時25分に当直医が死亡宣告した。主治医はその後に到着した。」と主張している。一方、病院では「10時30分頃、主治医Rが到着し、10時44分、家族の立ち会いの下、死亡を確認した。」としている。

本委員会では、主治医が10時30分頃に到着したことは確認した。しかし、当直医から死亡宣告に類する発言があったかどうか。蘇生を止めた時点がいつか。の2点について、両者の主張は現在のところ一致しないままである。

また、Xさんの死亡原因についても遺族から指摘を受けている。指摘の趣旨は、「当初発行された死亡診断書では死因を『不詳の死』とされたが、後日主治医が作成した保険請求のための死亡診断書においては『病死』とされ、虚偽の記述がなされた。」というものである。

死亡時刻と死因に関する遺族の上記主張について、本委員会は記録等の点検を行うとともに広尾病院関係者の事情聴取も行ったが、この点は結論を得るまでに至っていない。

これらの件に関しては、本報告書答申後、引き続き本委員会に小委員会などの臨時組織を設置し、関係した当事者等に対する直接の事情聴取を行うなどして、真相の解明に努めることとする。

なお、医療事故が発生した場合は、こうした事態を避けるためにも、死亡時刻を宣告する際には、看護婦もその時刻を記録に残すとともに、死亡診断書の記載に当たっては、主治医の責任のもとに、記載内容について上席医の確認を得る等、記載内容の正確さが求められることは言うまでもないことである。

(4) 事故再発防止に対して実施した緊急対策

同様の事故の再発を防止するために、広尾病院が看護部を中心に緊急に行った対応策は、以下のとおりである。

注射器を注射目的以外に使用する際の取決め

ア) 消毒薬など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。

イ) 注射器をやむを得ず注射以外の目的で使用する場合には、注射薬とそれ以外のものとの識別するため、新たに緑色の注射器を購入し、使用することとした。

消毒薬の希釈作業に関する取決め

ア) 皮膚や創部に用いる消毒薬の希釈作業は、各病棟や外来等では行わず、必要とする濃度の消毒薬を薬剤科が供給することとした。

複数患者の薬品の準備に対する取決め

- ア) 複数の患者の薬品を同時に準備するときは、準備が終わったものから順に一人分ずつ、名前を書いたトレイに入れ、混同しないようにした。
- イ) 注射薬とそれ以外の薬品等を準備するときは、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。

注射器への記入方法と記入できない場合の取決め

- ア) 薬品名等は、直接注射器に、油性のサインペンで記入することとした。
- イ) 記入が可能な注射器には、使用する患者名等も直接記入し、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。

処置の際に、薬品の確認を行う取決め

ア) 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。

本件事故が、確認ミスの連鎖によって生じたことを考慮し、確認作業は、慣れに流されることなく、一つ一つの作業、処置手順において実行していくことを、徹底することとした。

イ) 処置に必要なものはその都度トレイに入れて持っていくこととし、床頭台に置いたままにしないこととした。

全都立病院における事故後の取組（院内総点検の実施）に対する検証

広尾病院の事故発生後、衛生局病院事業部では、全都立病院に対して「院内総点検」を行うように指示を出し、実施した。具体的には、平成11年3月から4月までの2か月間において、全都立病院を対象として、各病棟、各科外来、その他コメディカル部門や管理部門を含め、職場ごとに調査票を配布して以下の総点検を実施した。

点検内容は、「医療事故予防の意識を高めるシステムづくり」と「事故発生防止に向けて改善すべき点」に関して 現状及び問題点、改善策について、職場討議のもとに自由回答形式で問題点をまとめるというものである。

その結果、全病院から膨大な量の改善提案及び具体的な改善の取組が報告された。

ここでは、注射薬に関する報告を紹介することとするが、その他の事項については、今後、本委員会で整理・分析し、その結果は、順次、報告、公表していくことが必要である。

1 注射による事故防止対策

(1) 注射薬の準備について

注射薬の準備は、実施者が実施直前に準備することが原則である。しかし、現実には事前に準備しておかざるを得ない場合もある。

従って、注射薬の準備は、実施直前に行うという原則を一層徹底するとともに、準備者と実施者が異なる場合に、薬の取り違えをしないためにはどうすべきかが大きなポイントである。

「注射器に直接、薬品名を記入する。」「点滴パックに患者氏名、薬品名、使用日時等を記入する。」「1患者1トレイのルールを徹底する。」「準備した注射薬に空きアンプルやバイアルをつけておくことを徹底する。」等、各病院でそれぞれ様々工夫が新たになされている。

しかしながら、都立病院職員の病院間の異動等を考慮すると、全都立病院に共通したルールを作ることが必要かどうかは今後の検討課題である。

(2) 注射薬を床頭台に置いておくことについて

この点については、「従来から置いていたことがない。」「現在は置かないようにしている。」というように、広尾病院の事故を契機に、全都立病院で床頭台に点滴ボトルや注射器等の注射薬を置かないように改善されている。

(3) カラーシリンジの導入について

全都立病院で緑色のシリンジを導入し、注射以外の目的に使用する場合は緑色のもの、注射に使用する場合は無色のものを使うことを申し合わせ、全都立病院で徹底されている。

(4) 注射器の取扱要綱について

本件事故後、注射器の取扱要綱が全都立病院で整備され、病院により内容に若干の相違はあるが、カラーシリンジを導入したことにより、注射器の色別使用については、全病院で明文化された。

その他の項目としては、

- ・ 目的外の使用をする場合の基準
- ・ 内容物の識別方法（薬品名の記入方法等）
- ・ 準備に関する取決め（誰が準備し、どのように保管しておくか等）
- ・ 注射の実施方法に関する取決め（処置を実施する際の注射薬の確認方法等）

などについても取り決めている病院があったが、まだ全都立病院として統一されていない。既に述べたように、職員の都立病院間の異動等を考慮した場合、すべての都立病院で共通した取扱要綱を整備することが必要な状況にある。

2 今後の取組

今回の「医療事故予防の意識を高めるシステムづくり」と「事故発生防止に向けて改善すべき点」に関する全都立病院における院内総点検は、広尾病院での事故を契機として実施したものであるが、全都立病院のすべての部門が参加するなど、精力的な取組がなされ、医療事故防止の意識啓発に大きな効果があったと判断される。

今後の取組としては、これらの総点検において指摘された問題点や課題は、後述する新たな「都立病院医療事故予防対策推進委員会」及び「同委員会事故予防対策部会」等において整理するとともに、医療事故予防策について検討し、マニュアル化等に向けて努力していくことが求められている。

また、医療事故防止を推進していくためには、このような点検活動を定着させていくこと、予防策で決まったことを必ず実行させるような仕組みを作ることが極めて重要と思われる。

都立病院における医療事故予防対策の在り方について

本委員会は、衛生局長の諮問に基づいて、標記の課題について検討を行った。

広尾病院で起きた事故は、表面的には、日常業務の基本的事項である「確認行為」が不十分であったという「ヒューマンエラー」を原因とするものであった。

しかしながら、こうしたヒューマンエラーを防ぎ、事故を予防するためには、職員の意識を高めるとともに、エラーが発生しやすい環境を改善する等の日頃からの事故予防活動の充実が重要である。

これらの事故予防活動は、今後、全都立病院において、順次推進していくべきものであるが、本委員会は、病院事業部及び都立病院が当面する緊急かつ重要な課題として、医療事故予防に関する組織の再構築及びリスクマネジメント^(注)の実現等に関する事項を提言する。

(注) もともとは産業界で用いられた経営管理手法であり、事故発生を未然に防ぐことや、発生した事故を速やかに処理することにより、組織の損害を最小のコストで最小限に食い止めることを目的としている。ただし、医療におけるリスクマネジメントは産業界のそれとは違い、医療の質の確保を図ることに主目的が置かれている。

1 医療事故予防対策組織の見直し

都立病院では、昭和50年に医事紛争の予防、処理を担当する組織として「都立病産院医療情報委員会」を設置した。その後数回の見直しを経て、現在は図1にあるように、衛生局全体としての「都立病産院医療事故予防対策推進委員会」(以下「局委員会」という。)各病院に設置されている「医療事故予防対策委員会」(以下「病院委員会」という。)及び職場レベルの「医療事故予防職場委員会」(以下「職場委員会」という。)の3段階の組織をもって医療事故の予防に取り組んできた。

これらの都立病院の取組は、当時としては先駆的なものであった。しかし、その後の医療を取り巻く環境の変化は大きく、部分的な見直しを行い現体制への改編を図ってはきたが、事故予防に十分な役割を果たしていないという問題を抱えている。

こうしたことから、今後事故予防のための組織体制を再構築する必要があり、以下に次の提言を行う。

(1) 現体制の問題点

第一に、現在の局委員会は、要綱上、医事紛争対応と事故予防が所掌事項となっているが、ともすれば医事紛争対応が主たる議題となっていることは否めない。しかし、病院として重視しなければならないことは、いかにして医療事故を未然に防止するかということであり、今後は事故予防に力点を置いた対応をしていくことが必要である。

第二の問題点は、局委員会と病院委員会の連携が不十分なことである。現在、各病院における事故状況、原因、対策等の検討は、原則として病院単位で行われている。また、局委員会では、毎年1回、公式に訴訟等となった医事紛争事例の情報を各都立病院に提供しているが、医事紛争事例の原因分析と対策を全都立病院共通の課題として、医療事故防止に活用していくためには、1年に1回のみでの情報提供では、十分に役割を果たしているとは言えない。

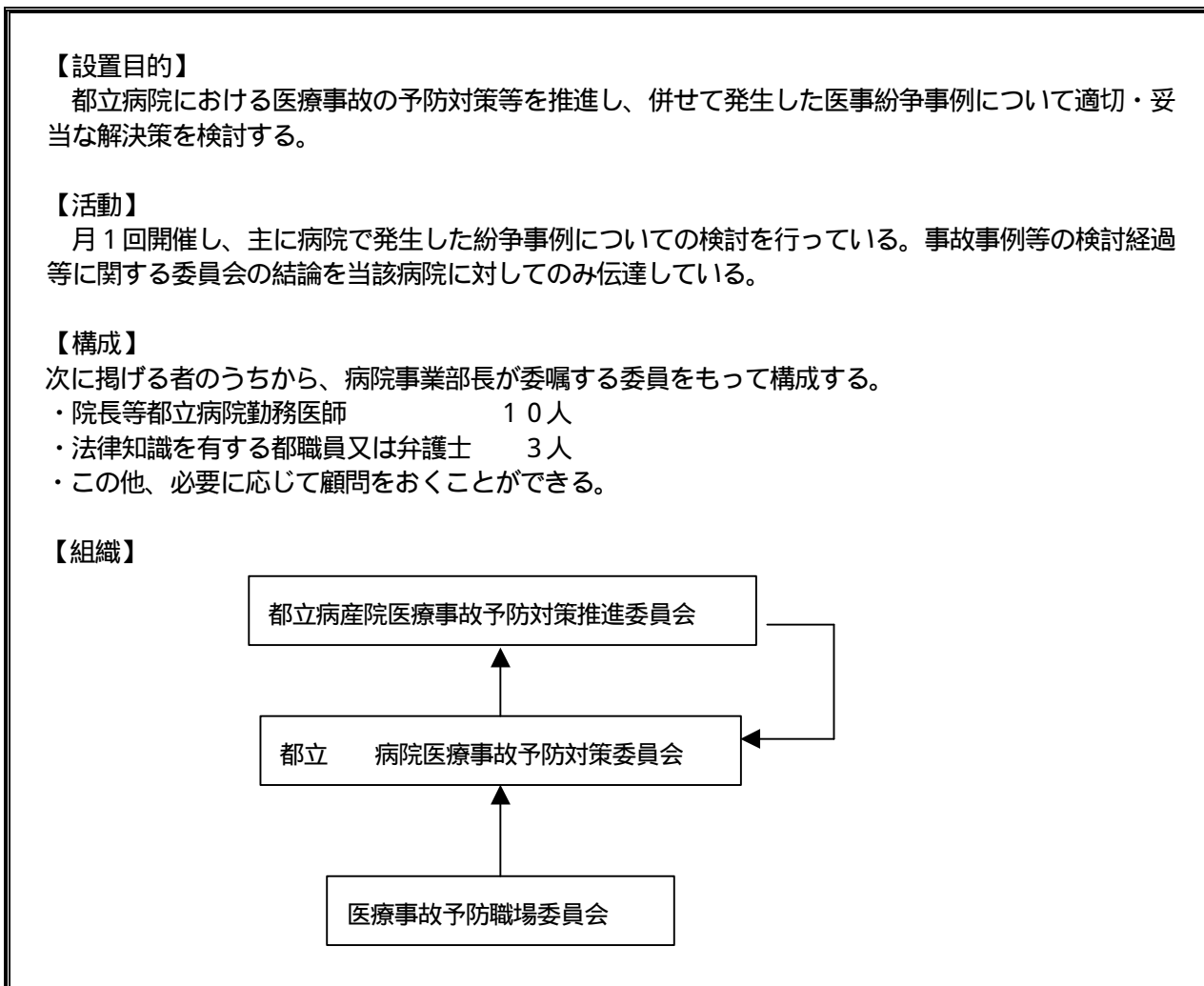
また、医療事故や医事紛争には、診療科特有の原因によるものがあり、必要に応じて、例えば全産婦人科と新生児科の合同委員会等を局委員会のもとに開催することも必要である。

第三の問題は、現在、局委員会の構成員が医師のみとなっていることである。医療事故は医療現場のあらゆる場面にかかわる問題であり、事故の予防には各部門の間で協力して対応していくことが重要である。このため、コメディカルスタッフが委員会に参加することが是非とも必要となる。

第四に、各病院委員会の活動状況がまちまちであり、病院によって、委員会の活動に大きな差が生じている。また、看護部門では、全般的に継続的な活動が見られるが、その他の部門はほとんど活動していないなど、職場間で格差が生じている例も少なくない。

第五に、局委員会では、従来、紛争が証拠保全や訴訟提起等の段階になって、初めて検討あるいは対応するという慣例が問題として挙げられる。しかしながら、医事紛争を防止するためには、証拠保全や訴訟提起等の有無にかかわらず、事故発生直後から、事務局や顧問弁護士、あるいは局委員会（場合によっては常任委員会等の設置も必要）に、相談ができる体制を樹立していくことが必要である。

図1 都立病産院医療事故予防対策推進委員会（現体制）



（2） 関連する委員会組織の再構築に関する提言

今後の事故予防体制は、現体制を基に各委員会の役割を明確に定め、表1及び図2に示すような組織とすべきである。主な改善点は以下のとおりである。

事故予防対策部会と医事紛争対策部会の設置

医療事故予防対策を強力に推進するため局委員会を拡充し、事故予防対策部会と医事紛争対策部会という二つの部会を設置する。しかし、事故予防と医事紛争対策は、常に密接に関連していることから、両部会は連携を取りながら活動するものとする。

局委員会へのコメディカル職員等の参加

これまで、局委員会の医療職の委員は医師のみであった。しかし、事故予防は病院の全職種・全部門にわたる取組が必要であることから、事故予防対策部会に、委員として看護、薬剤、検査、放射線等のコメディカル職員も加えることとする。

また、事故原因の分析や事故予防対策の確立に、専門的視点からのチェックやアドバイスは不可欠であるため、事故予防対策部会にも外部委員を置くことが必要である。

病院委員会と職場委員会の連携強化

これまで、病院によっては、職場委員会と病院委員会が全く独立して活動しているところもあった。しかし、より効果的な事故予防活動を行うためには、両者が連携をとっていくことが必要であり、病院委員会と職場委員会が協同してリスク管理機能を果たしていくことが求められる。また、将来的には、後述するように、リスクマネージャーの育成や、リスクマネージャーの資格、権限及び具体的な配置について検討すべきである。

定期的な活動の実施

局委員会事故予防対策部会・医事紛争対策部会、病院委員会、職場委員会は、いずれも定期的に隔月で開催し、局委員会は年4回程度開催することが望ましい。

表1 医療事故予防対策委員会 概要

	構成員	役割
都立病院医療事故予防対策推進委員会 (事務局：病院事業部)	委員長：医師をもって充てる。 両部会代表者	医療事故予防部会と医事紛争対策部会の連絡調整
事故予防対策部会 (事務局：病院事業部)	部会長：病院委員会委員長から選出 各病院委員会委員長 14人 看護・検査・薬剤・放射線部門選出委員(各部門1～3名程度) 外部識者 その他必要に応じて 医師、上記以外のコメディカル部門職員等	都立病院全体の事故予防対策の策定と推進 ・都立病院の事故情報の収集、分析、周知 ・都立病院以外の病院での事故や予防対策関連情報の収集、周知 ・事故予防対策の策定と指示 ・事故予防対策の効果の検証 ・立ち入り検査の実施 ・職員研修の企画・立案他
医事紛争対策部会 (事務局：病院事業部)	部会長：医師をもって充てる。 各診療科選出委員(10人) 顧問弁護士(1人) その他必要に応じて 委員以外の診療科医師、コメディカル職員、 医事課長、外部識者等 当該病院代表者及び当該病院医事課長	紛争予防に関するコンサルテーション (事故発生時の初期対応、患者・家族対応等について) 都立病院で発生した医事紛争の解決策の検討 医事紛争事例の分析、情報提供 医事紛争予防のための指導、教育
病院医療事故予防対策委員会	委員長：副院長 委員：事務局長、医師、看護職員、その他コメディカル職員、 医事課長、職場委員会代表者	院内の医療事故・ニアミス事故の調査 予防策の検討・実施 院内における医事紛争・医療事故予防のための職員教育 医療事故予防職場委員会との連携 職場委員の育成・教育
	個々の医事紛争については、副院長その他病院委員会から適宜選出した委員及び紛争当事者並びに専門的知識を有する職員で処理・解決を図る。	医事紛争の処理・解決 病院委員会への必要情報の提供
医療事故予防対策職場委員会	各部署の代表者	職場内の事故事例、ニアミス事例の調査 職場内の事故予防策の検討 機器類の整備状況の把握 作業環境の整備状況の把握 職員からの事故情報の収集 職員教育・職員への情報提供
職場委員会部会 (医局・看護・全体会)	次席医、主任2年目以上の職員を各職場ごとに1名選出する。 共通する複数の職場ごとに部会を構成する。	

図2 都立病院における医療事故予防に関する対策委員会の組織図



2 リスクマネジメントの実現に向けた提言

(1) 情報の収集・分析・活用に関する提言

リスク・マネジメント・プロセスの第一ステップは、リスクの把握である。事故等に関する情報を具体的に収集したうえで、それらの情報からリスクを把握し、予防対策に活用していくことが重要である。

そのためには、以下の事項を具体化していくことが必要である。

「インシデント^(注)レポート」統一フォームの作成

ニアミスを含む事故報告（以下、「事故報告等」という。）は、発生した事実を速やかに収集・分析し、必要な対策を講じるためのものである。しかし、現在、各都立病院で使用されている事故報告書は、各病院ごとに様式が異なっており、都立病院全体としての集計・比較・分析ができないという問題がある。さらに、報告者が事故の原因や対応等について記述する形式になっており、これが報告の遅れや未提出を招く原因にもなっている。そこで、これらの問題を解決するために、「インシデントレポート」をマークシート方式あるいは選択記入式の統一フォームとし、その作成について検討を行うことが必要である。

なお、個別の事故等の原因や処理、対策等は、病院委員会が調査・検討することとする。

(注) 本報告書では「医療事故及び事故には至らなかったニアミス等、事故に結びつきそうになった出来事全般」をインシデントと呼ぶこととする。

実施した予防対策の評価プロセスの確立

事故が発生した場合には、事故の調査と原因分析を行い、予防策を検討・実施することになる。しかし、リスクマネジメントとしては、その後の評価というプロセスが大変重要である。これまで都立病院では、各病院の事故防止策を客観的に評価するというプロセスが欠けていた。すなわち、一度講じた対策であっても、評価した結果、不十分・不適當などと判断された場合には、躊躇することなく改善することが求められる。

そこで、誰が、どのように評価し、評価した結果をどう活用するのかを明確にした「評価プロセス」を整備していくことが必要である。

情報の共有化

仕事への慣れや緊張感の喪失は、事故等の原因となりやすい。不注意による事故を防止するためには、職員の緊張感や事故予防の意識を高く維持していくことが求められる。他病棟や他病院のニアミス事例を教訓として、事故を身近な問題として常に意識することは、業務への緊張感を維持する上で有効な方法である。しかしこれまで、都立病院では、医事紛争中の事例については、当事者への影響を考慮して、他の都立病院での事故等の事例はもちろん、院内での事故情報等も全職員に知らせることがほとんどなかった。

そこで、今後は、事故情報等を広く職員に周知していくことが求められる。その際、どのような形式で、どのような内容の情報を提供していくのか等について、統一基準を定めていくことも必要である。

情報の分析

事故情報等の提供は、単に事故の経緯が知らされればよいというものではない。情報を提供する側は、事故原因について「表層的には特定の職場の事故であっても、本質的には普遍的な問題であること。」「事故の背景には他部門も関連した問題があること。」等を的確に分析し、反省を促す材料として関心をもって受け取られるように、その問題点を明確化することによって組織的に周知していかなければならない。

事件事例の分析方法として、例えば航空業界で行われている「4M - 4Eマトリックス(注1)」や「SHELモデル(注2)」など他の産業界のノウハウを取り入れたり、外部の専門家の意見を聞きながら、適切な情報提供を行えるように、局委員会事故予防部会で分析手法の研究を進めることも必要である。

(注1) NASAで事故原因及び対策を整理する方法として採用している方式。4Mとは、事故原因の分類に用いられる区分であり、MAN(人間)、MACHINE(物、機械)、MEDIA(環境)、MANAGEMENT(管理)の4つを指す。4Eとは、事故対策の分類に用いられる区分であり、EDUCATION(教育、訓練)、ENGINEERING(技術、工学)、ENFORCEMENT(強化、徹底)、EXAMPLE(模範)の4つを指す。4M - 4E方式はこれら4つのMと4つのEのマトリクス表を用いて、事故の原因ごとの対策を網羅的に整理するのに便利である。

(注2) 1972年にイギリスの学者であるエドワーズが原型を提案し、1975年にKLM航空の機長であったホーキングスが改良を加えて完成させた。SHELモデルでは中心に人間(L-Liveware)その周囲にソフトウェア(S-Software)ハードウェア(H-Hardware)環境(E-Environment)及び人間(L-Liveware)を配置して、システムを図式化する。このモデルを用いて事故・インシデントの分析を行うことが、航空業界において推奨されている。分析に

当たっては、中心のL自体の問題と併せて、L - S、L - H、L - E及びL - Lのそれぞれのインターフェースに問題がなかったかを分析し、その結果に基づいて改善方を検討する。

(2) 職員の研修・教育に関する提言

医療事故を予防する上で、教育・研修は非常に重要である。特に、医療事故予防の手法として注目されているリスクマネジメント手法を、都立病院においても、将来的に実現させていくためには、事故予防に対する職員の意識を高め、リスクマネジメントに関する理解を深めることが必要である。

前述の事故予防対策部会が中心となり、医療事故の防止、緊急時の対応等に関する職員研修のプログラム及び実施方法を検討していくべきである。

リスクマネージャーの育成

都立病院においてリスクマネジメントを実現するためには、事故予防活動を推進していく職員の育成が課題である。

特に必要となるのは、将来的にリスクマネージャーとして役割を担える人材を育成することである。そこで、リスクマネージャー養成セミナー等を積極的に活用するなど、職員教育の方法を検討し、都立病院としてもリスクマネージャーを育成していくことが事故予防活動の鍵となる。

医療事故予防に関する研修の充実と効果的な実施

全職員の事故予防及びリスクマネジメント手法に関する理解を深めるため、医療事故予防に関する研修プログラムを作成し、それに従って外部の専門家を講師として招いたり、各種団体や民間企業が実施する講習会等への参加を積極的に図ることが必要である。また、講習会等に参加した場合には、その内容を他の職員に報告させるなど、効果的な研修の実施方法を検討していくべきである。

医師や看護婦等の医療スタッフを対象とした研修で留意しなければならない問題は、医療事故に関心のある職員は毎回研修に参加するが、多忙であるという理由でほとんど研修に参加しない職員が少なくないことである。この傾向は特に医師に多く見られる。そこで、診療科の責任者は、所属の職員に研修会への参加を促したり、また、科内の勤務予定を融通して参加しやすいようするなどの配慮を行い、所属の職員に研修会への参加を促すこと

が望まれる。

(3) 医療事故発生時の対応の点検と再整備

医療事故発生時には、緊急かつ濃厚な医療を必要とするほか、患者の家族への対応、他診療科医師への応援の要請や病院への報告、さらに記録の作成や証拠物品の保存等、多くのことを同時に行わなければならない。緊急時に職員が適切に行動できるようにするためには、日頃から事故発生時の対応を点検し、緊急時体制を整備しておくことが必要である。

緊急時チェックリストの作成

緊急時に行うべきことを着実にを行うためには、必要事項をチェックリストとして記載しておき、それに従って行動することが有効である。

また、チェックリストに従って行動しているかをチェックし、漏れている事項があれば、即座に指示を出せるように、誰がチェックをして指示するのかを含めて、取り決めておくことが必要である。

緊急事態に対する訓練（シミュレーション）の実施

病状の急変に対する緊急呼び出し（エマージェンシーコール）や、救急救命の方法に関するシミュレーションによる訓練を病棟ごとに実施し、緊急事態への適切かつ迅速な対応が可能かどうかを訓練を通して評価していくことも課題となる。そのシミュレーション訓練を通して、病棟における問題点や、コメディカルを含めたチーム医療の問題点を整理し克服していくことも可能となる。

3 「医療事故防止対策推進週間」の制度化

前記の「 全都立病院における事故後の取組（院内総点検の実施）」は、広尾病院での事故を契機として実施したものであるが、医療事故防止を推進していくためには、このような点検活動をはじめとして、様々な事故防止活動を組織的に実施し、定着させていくことが極めて重要である。

そこで、本委員会は、今回の不幸な事故を将来にわたって記憶にとどめ、二度と同じ過ちをくりかえさないために、事故防止の活動を定着させることを目的として、毎年、本件事故があった2月11日前後の1週間を「医療事故防止対策推進週間」として制度化することを提案する。

おわりに

都立広尾病院における今回の医療事故は、誤薬というミスに端を発し、そのチェックを怠ったというミスなど、数多くの連鎖的な要因の連鎖により、患者さんが死亡するという最悪の結果になったものである。さらに、今回は事故直後の対応についても、反省すべき点が多かった。家族を失ったという大きな悲しみだけでなく、医療に対する不信感や恨み、怒りという苦しい感情にも苛まれるのは、遺族にとって極めて不幸なことである。医療側は、今回の反省に基づいて、改善に向かってさらに努力していく必要がある。

「人はミスを犯すものである」ことを前提として、一つのミスが重大な医療事故に発展することを防ぐシステムを構築していくことが何よりも重要であり、医療事故を防ぐ最善の方法は「誤りから学ぶ」ことである。本委員会の委員は、本件事故の経過を子細に検証する過程において、多くの事柄を学んだ。委員会としては、全国の医療関係者が、この報告書から同じように多くの教訓を得ることによって、このような悲しい事故が起これぬことを願い、本件事故にかかわるすべてのことをそのまま公表することにした。

なお、この報告書を作成する時点において、死亡時刻の相違等、本委員会として事実を解明しきれず、今後も調査を継続せざるを得ない問題が残ってしまったことは大変遺憾である。また、本委員会における審議の開始が遅きに失したこと、また、関係職員に対して事情聴取が行えない等調査上の制約のため、十分な審議を尽くせなかった部分があったことについても反省すべきものと考えている。

本報告書の検討過程において、医療事故予防に関して、さまざまな意見が出された。そうした多くの意見はもちろんのこと、全都立病院における院内総点検で提案された問題点等、事故予防対策として取り組むべき課題の一つ一つを十分に検討していくための体制として、本報告書にあるような組織の改編、拡充を提言した。

新しい組織を中心に、都立病院の事故予防体制、事故発生時の危機管理体制についての検討を重ね、1日も早く患者さんや都民の信頼を回復することを期待するものである。

資 料

- 1 審議経過
- 2 委員名簿
- 3 都立病産院医療事故予防対策推進委員会運営要綱
- 4 広尾病院整形外科病棟見取り図
- 5 広尾病院整形外科病棟処置室配置図
- 6 広尾病院概要

1 審議経過

平成11年5月19日 第1回委員会	<p>衛生局長より、都立病院医療事故予防対策推進委員会に対して、広尾病院における入院患者死亡事故に関する調査及び都立病院における今後の医療事故予防の在り方について諮問</p> <p>報告書の全体構成と事務局作成の報告書案を提示した。報告書の構成として、広尾病院の事故に関する調査結果と都立病院の医療事故予防対策の在り方をそれぞれ独立した章立てとすること。事故予防対策として本委員会の構成について見直すことを決定した。</p>
平成11年6月10日 第2回委員会	<p>都立病院の医療事故予防対策組織の見直しに関して検討した。本委員会の活動の重点が医事紛争処理に偏っており、事故予防対策が不十分であったという反省に基づき、新たな組織を検討した。</p>
平成11年6月28日	<p>次回委員会より広尾病院の事故に関する調査結果の検証が議題となることから、本委員会委員長が広尾病院長の職にあることを理由に委員長を辞退するとの申し出があった。これに基づき、本委員会要綱に従い、委員長代理が委員長を務めることとした。</p> <p>これを機に、委員会における審議の公正さを確保するため、外部委員の顧問としての参加を検討し、人選を開始した。</p>
平成11年7月6日	<p>2名の外部委員に対して衛生局長から顧問就任を委嘱</p>
平成11年7月16日 第3回委員会	<p>新顧問2名が就任した。</p> <p>広尾病院における事故の調査結果を報告。広尾病院事務局長及び看護部長に参考人として出席を求め、事実関係等について質疑応答を行った。</p>
平成11年7月23日 第4回委員会	<p>第3回委員会での指摘・確認事項に対して、調査結果を報告し、検討を行った。</p>
平成11年7月30日 第5回委員会	<p>都立病院に関する医療事故予防対策組織及び広尾病院の事故以後の都立病院における具体的な再発防止策等について検討を行った。</p>
平成11年8月19日 第6回委員会	<p>遺族側主張と病院側主張、警察への届出及び危機管理体制等に関する病院の対応について検証を行った。</p>
平成11年8月25日 第7回委員会	<p>答申案の最終検討を行った。</p>

2 委員・顧問名簿

都立病産院医療事故予防対策推進委員会（平成11年8月27日現在）

委員	猪俣 吉廣（いのまた よしひろ）	大塚病院産婦人科部長
委員	佐々木 常雄（ささき つねお）	駒込病院化学療法科部長
委員	重松 俊之（しげまつ としゆき）	大塚病院麻酔科部長
委員	設楽 信行（したら のぶゆき）	駒込病院脳神経外科部長
委員	田中 健彦（たなか たけひこ）	墨東病院内科部長
委員	林 奂（はやし あきら）	清瀬小児病院外科部長
委員長代理	帆足 英一（ほあし えいいち）	母子保健院副院長
委員	南 智仁（みなみ ともひと）	府中病院外科部長
委員	分島 徹（わけじま とおる）	松沢病院精神科部長
委員	木下 健治（きのした けんじ）	衛生局顧問弁護士
顧問	岡田 清（おかだ きよし）	前多摩南部地域病院長
顧問	古瀬 彰（ふるせ あきら） （平成11年7月16日就任）	J R 東京総合病院長
顧問	矢内 満代（やうち みつよ） （平成11年7月16日就任）	日本看護協会監事

なお、委員長 岡井清士（広尾病院長）は、本件事故と直接かかわりのある職務にあることから、平成11年6月28日付けで委員長を辞任のうえ、委員会の審議にも参加しないこととなった。

3 都立病産院医療事故予防対策推進委員会運営要綱

50 衛病指第 111 号

昭和 50 年 6 月 24 日

局 長 決 定

(目 的)

第 1 都立病院における医療事故の予防対策等を推進し、併せて発生した医事紛争事例について適切・妥当な解決策を検討するため、病院事業部に都立病産院医療事故予防対策推進委員会（以下「委員会」という）を設置する。

(協議事項)

第 2 委員会の協議事項は、次のとおりとする。

- (1) 医療事故予防対策の検討及び推進に関すること。
- (2) 医事紛争事例の内容の検討に関すること。
- (3) 医療事故・紛争に係る調査及び情報の収集に関すること。
- (4) その他医療事故・紛争に関すること。

(構 成)

第 3 委員会は、次に掲げる者のうちから、病院事業部長が委嘱する委員をもって構成する。

- (1) 院長等都立病院勤務医師 10 人
- (2) 法律知識を有する都職員又は弁護士 3 人以内

(任 期)

第 4 委員の任期は、2 年とし、再任されることを妨げない。ただし、補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(委員長の設置)

第 5 委員会に委員長をおく。

- (1) 委員長は、委員の互選による。
- (2) 委員長は、委員会を代表し、会務を総理する。
- (3) 委員長に事故あるときは、あらかじめ委員長の指名する委員が職務を代理する。

(会 議)

第6 委員会は、必要のつど委員長が召集する。

- 2 委員会は、必要があると認めるときは、委員以外の者を会議に出席させることができる。

(専門部会の設置)

第7 委員会には、特に必要があるときは、専門部会を設けることができる。

(顧問の設置)

第8 委員会に顧問を置くことができる。顧問の職務及び任期は次のとおりとする。

- (1) 顧問は委員会の運営について委員長に助言等を行う。
- (2) 顧問の任期は、2年として、再任を妨げない。

(庶 務)

第9 委員会の庶務は、病院事業部管理課において処理する。

(補 則)

第10 本要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が定める。

(附 則)

本要綱は、昭和50年7月1日から実施する。

(附 則)

本要綱は、昭和60年11月10日から実施する。

(附 則)

本要綱は、昭和62年9月1日から実施する。

(附 則)

本要綱は、平成3年6月1日から実施する。

(附 則)

本要綱は、平成4年9月1日から実施する。

4 広尾病院整形外科病棟見取り図

階段	7号室 (6床)	6号室 (6床)	5号室 Xさんの病室 (6床)	器 材 室	3号室 (2床)	2号室 (個室)	倉 庫	1号室 (個室)	カンファ レンスル ーム
----	-------------	-------------	-----------------------	-------------	-------------	-------------	--------	-------------	--------------------

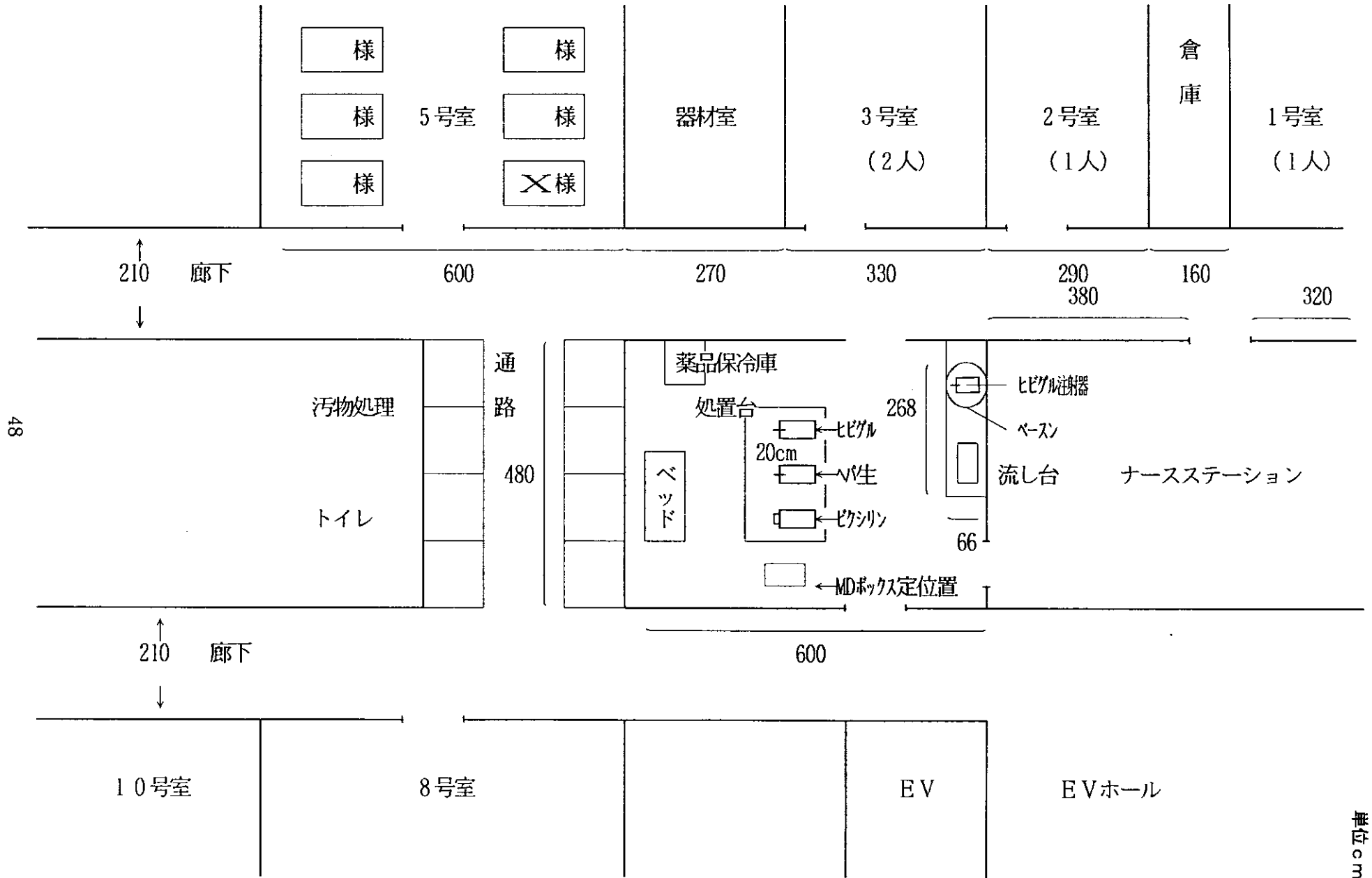
NS 休憩 室	浴室	洗 濯 場	トイレ
---------------	----	-------------	-----

リ ネ ン 庫	処置室	ナースステーション	デイルーム
------------------	-----	-----------	-------

11号室 (6床)	10号室 (6床)	8号室 (6床)	階段	EV1 EV2 EV3
--------------	--------------	-------------	----	-------------------

5 広尾病院整形外科病棟処置室配置図

5 広尾病院整形外科病棟処置室配置図



6 広尾病院概要

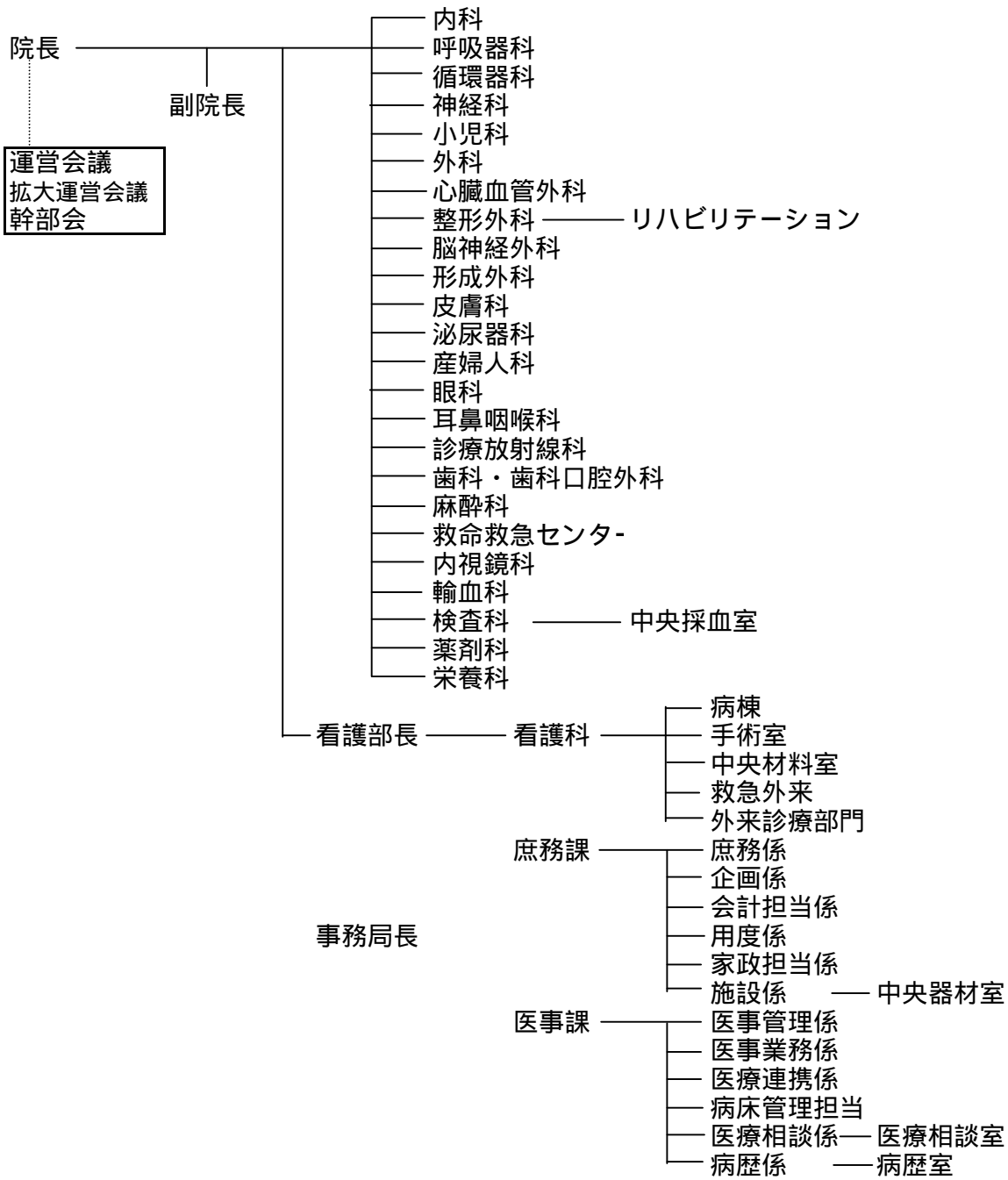
(1) 施設の概要

名 称	東京都立広尾病院
所在地等	東京都渋谷区恵比寿二丁目34番地10号 電話03-3444-1181
開設年月日	明治28年8月6日
病床数	許可病床500（一般468 精神32） 予算定床492（一般460 精神32）
診療科目	18診療科目 内科 呼吸器科 循環器科 神経科 小児科 外科 心臓血管外科 整形外科 脳神経外科 形成外科 皮膚科 泌尿器科 産婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 診療放射線科 歯科・歯科口腔外科 麻酔科
救急告示	昭和55年10月1日（平成8年2月1日更新）
敷地・建物	敷地 22,171.62㎡ 建物 延面積 39,467.41㎡ うち本館のみ 34,389.72㎡

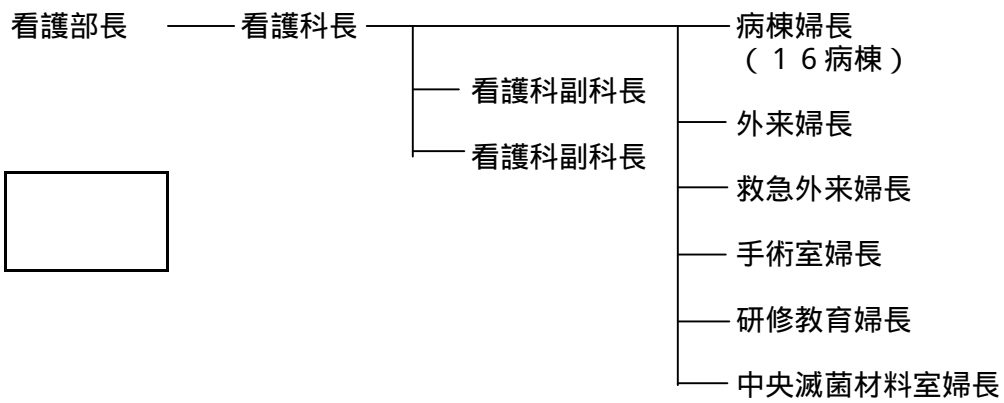
(2) 沿革

- 明治28年（1895年） 8月 コレラ流行に際し、伝染病院として東京府立広尾病院開設。
- 明治30年（1897年） 5月 伝染病予防法の施行に伴い、東京市に移管。
- 昭和2年（1927年） 2月 関東大地震復興計画に基づき改築、普通病院となる（内科、外科、皮膚科、産婦人科）。以後順次各科を増設。
- 昭和18年（1943年） 7月 都制施行に伴い、都に引き継がれ、都立広尾病院と改称。
- 昭和21年（1946年） 9月 衛生局発足に伴い、衛生局所管となる。
- 昭和32年（1957年） 8月 総合病院の名称使用承認。
- 昭和49年（1974年）12月 全面改築のため、病棟部門閉鎖。
- 昭和50年（1975年） 4月 仮設診療棟において、外来診療開始。
- 昭和55年（1980年） 7月 本館改築工事竣工。
- 昭和55年（1980年）10月 新病院にて診療開始（傾斜開設、昭和59年6月全面開設）。
- 平成元年（1989年） 3月 MRI室新設。
- 平成6年（1994年）10月 島しょとの間に「静止画像電送装置」運用開始。
- 平成9年（1997年） 4月 トータルオンラインシステム稼働。

(3) 組織



(3) - 2 看護部門組織



(4) 職種別人員

(平成11年7月現在)

職 種		人 員	職 種		人 員	
医 師	医 師	81人	看護要員	助 産 婦	27人	
	歯科医師	3		看護婦(士)	404	
	小 計	84		准看護婦(士)	2	
医 療 技 術 員	臨床検査	33		事務	歯科衛生士	1
	放射線	21			小 計	434
	薬 剤	17	その他	一 般 事 務	44	
	理学療法	3		調 理	14	
	作業療法	2		電 気	1	
	栄養士	5		運 転	1	
	福祉指導	2		用 務	2	
	視能訓練	1		作 業	14	
	福祉技術	2		小 計	32	
	医療技術	1				
小 計	87	合 計	681人			

(5) 診療実績(平成10年度)

区 分	延患者数	1日平均(実日数)
入院患者数	175,749人	481.5人(365日)
外来患者数	311,228人	1,055.0人(295日)

都立広尾病院の医療事故に関する報告書

平成11年9月発行

編集・発行 東京都衛生局病院事業部管理課
東京都新宿区西新宿二丁目8番1号
電話 (03)5321-1111 内線35-737・738