

# News Headline

ここでは、新聞・テレビなどメディアで報道された出来事をピックアップしております。

## ニュース ヘッドライン

- 初の公表 医療事故は989件 県立3病院 昨年4～9月
- 山口の刑務所、受刑者への投薬ミス頻発
- 医療事故など235件を公表 三重・上野総合市民病院
- 看護師ら3人書類送検
- 点滴ミスで死亡：女性准看護師を書類送検 過失致死容疑
- 夜中のナースコール嫌…睡眠導入剤を無断投与
- 医療事故最多の2799件 「積極的に報告」
- 妊婦に医療ミス、血液型誤り投与怠る
- 医療ミスの女性死亡 蘇生器具誤使用
- 熊本大病院：男児の足の指壊死 点滴が漏れ
- 消毒不十分の内視鏡を10人に使用
- 医療事故を公表「予定外治療」相当、11年度2件
- 横浜市大、医療「ヒヤリ」1万2349件
- 医療器具誤用して患者の食道に穴、「死亡との関係なし」

クローズアップ（上記の詳細内容）へ ⇒ ⇒ ⇒

# Close-Up

## ■ 初の公表 医療事故は989件 県立3病院 昨年4～9月

栃木県は十三日、岡本台病院、がんセンター、とちぎリハビリテーションセンター（いずれも宇都宮市）の県立三病院で昨年四～九月、計九百八十九件の医療事故があったと発表した。事故件数の公表は初めて。県医事厚生課によると、三病院で最も多かったのは、患者がリハビリ中に転倒するなど療養に関する事故が三百六十件。名前の似た薬剤を誤って調剤したりしたミスが二百七十八件で続いた。手術後、病院職員が目を離している間に、麻酔から覚めた患者が近くにあったはさみで点滴のチューブを切断してしまったケースもあった。患者が死亡した事故はなかった。

## ■ 山口の刑務所、受刑者への投薬ミス頻発

山口県内の刑務所で昨年2月19日～11月末、受刑者に他人の薬を投与するなどの投薬ミスで、刑務官が内部処分を受けたケースが10件あったことが、読売新聞が法務省広島矯正管区（広島市）に対して行った情報公開請求でわかった。県内の刑務所では昨年2月18日以前の約8か月間にも、少なくとも9件の投薬ミスが起きており、改善が図られていない実情が浮き彫りになった。同管区によると、10件とも投薬ミスによる受刑者の健康被害は確認されていない。請求で開示された資料によると、ミスは少なくとも山口刑務所（山口市）で5件、岩国刑務所（岩国市）で3件、美祢社会復帰促進センター（美祢市）で2件発生。ミスの内容は投与する薬の間違いのほか、「投薬日が違う薬を渡した」「投薬を忘れた」など。全件について、ミスをした刑務官が嚴重注意、または注意処分を受けた。法務省は2004年、ミス防止に努めるよう全施設に文書で通知し、県内各刑務所はこれを受けて〈1〉朝、昼、夜用などの分類を薬包紙に記す〈2〉薬を渡す前に受刑者に氏名と番号を言わせ、薬包紙と照合する——などの防止策を取っている。それにもかかわらずミスが相次いでいることに、同管区は「あってはならないこと。今一度、再発防止策を徹底したい」としている。また、投薬ミス以外の理由による内部処分が昨年1月から11月までの間、35件行われていたこともわかった。このうち、美祢社会復帰促進センターは昨年10月に受刑者に不適切な発言をしたり、勤務中に居眠りをしたりしたなどとして、同11月に受刑者が提出した書類を紛失し虚偽の報告をしたとして、刑務官各1人を訓告処分とした。

## ■ 医療事故など235件を公表 三重・上野総合市民病院

伊賀市立上野総合市民病院は16日、平成22年中に起きた医療事故2件と「ヒヤリ・ハット」233件について公表した。死亡につながる事例はなく、三木誓雄

院長は「いずれも内容的に重大なケースはなかった」としている。医療事故は、足が屈曲した患者の体位を変えた後に左足の骨折が判明したケースと、外来患者が路面凍結のため駐車場で転倒し、頭部の血腫が発覚したケース。ヒヤリ・ハットでは、補聴器を装着したままMRI検査を受けさせた（レベル1）、健診センターで採血後、止血時にゴムアレルギーで皮膚炎を起こした（レベル3a）などの事例があった。22年中の医療事故やヒヤリ・ハットの件数は、前年と比べると96件減少していた。

## ■ 看護師ら3人書類送検

宮城県栗原市の県立循環器・呼吸器病センターで昨年7月、心肺維持装置の電源が切れたことが原因で男性患者（当時82歳）が死亡した医療事故で、県警は8日、センターの女性看護師（42）と男性臨床工学技士（48）を業務上過失致死容疑で、男性主治医（33）を医師法（異常死体の届け出義務）違反容疑でそれぞれ仙台地検に書類送検した。県警捜査1課によると、看護師は、7月24日夕から夜、装置が正常に作動しているかどうかの確認を怠り、コンセントが抜けて停止しているのに放置し、患者を死亡させた疑い。臨床工学技士は医療機器安全管理責任者として、看護師らに研修を受けさせるなどの指導を怠り、患者を死亡させた疑い。主治医は死因に不審な点があるにもかかわらず、24時間以内に警察署に届け出る義務を怠った疑い。男性は、同月12日に急性心筋梗塞（こうそく）などでセンターに救急搬送され、事故があった24日も集中治療室で治療を受けていた。心肺維持装置が停止したことで心機能が低下。異常を知らせるアラームや表示が機能していたにもかかわらず、現場にいた職員は異常事態であると気付かないで放置したため、患者は同日午後9時頃、死亡した。さらに、センターは、電源が停止したことが原因となった異常死と認識していながら、警察への届け出をせず、男性が同月26日に火葬された後、事故を公表していた。センターを運営する県立病院機構（仙台市）は「患者と家族におわびする。二度とこのようなことが起こることがないよう万全を期す」とのコメントを出した。

## ■ 点滴ミスで死亡：女性准看護師を書類送検 過失致死容疑

栃木県日光市の今市病院で10年1月、点滴のミスで入院中の女性患者（当時88歳）を死亡させたとして、県警今市署は女性准看護師（23）を業務上過失致死

容疑で宇都宮地検に書類送検した。送検容疑は、10年1月23日、低カリウム血症の女性患者に塩化カリウムを点滴する際、輸液で薄めなければならないのに原液を点滴。27日に心不全で死亡させたとしている。患者は同月上旬に肺炎などで入院し、寝たきり状態だった。病院は直後に家族に医療ミスを説明し、補償を終えているという。

### ■ 夜中のナースコール嫌…睡眠導入剤を無断投与

兵庫県三田市の市立三田市民病院で、高齢の入院患者数人に睡眠導入剤を無断投与したなどとして、県警捜査1課が、同病院の元看護師の男（34）（兵庫県丹波市）を医師法違反（無資格医業）と窃盗の両容疑で書類送検していたことが、捜査関係者への取材でわかった。元看護師は、「夜中にナースコールを鳴らされるのが嫌で患者を眠らせたかった。仕事のストレスがたまっていた」と容疑を認めているという。書類送検は16日付。捜査関係者によると、元看護師は昨年1～5月頃、ナースステーションから睡眠導入剤を無断で持ち出し、当直勤務中に担当する70～80歳代の数人に点滴をする医療行為を行った疑い。

### ■ 医療事故最多の2799件 「積極的に報告」

日本医療機能評価機構（東京）は22日、昨年全国の医療機関から報告があった医療事故は前年比96件増の2799件で、年単位の集計を始めた平成17年以降で最多になったと発表した。「ミスを共有し再発を防ぐため、積極的に報告する医療機関が増えたためではないか」と分析している。2799件の内訳は、医療法に基づき報告が義務付けられた大学病院などが2483件、任意参加の医療機関が316件。このうち、因果関係は不明だが、2週間以内に患者が死亡したケースは、報告義務がある医療機関で140件あった。事故につながる恐れがあった「ヒヤリ・ハット」事例の報告は、医療機関で約62万件、薬局で約8千件だった。

### ■ 妊婦に医療ミス、血液型誤り投与怠る

神奈川県の小田原市立病院は23日、30代の妊婦に必要な血液製剤を投与しなかったため、胎児が貧血状態となり、早期の帝王切開が必要となる医療事故があった

と発表した。担当した 20 代の女性医師がカルテに血液型を誤って記入したのが原因。体重約 1500 グラムの未熟児で生まれ、3 月に退院したという。同病院によると、妊婦は 2009 年に第 1 子を妊娠し、検査で血液型が Rh マイナスと判明。しかし、担当医がカルテに Rh プラスと記入したため、妊娠 28 週目以降と出産直後に必要な血液製剤が投与されなかった。第 1 子は無事に生まれたものの、11 年に第 2 子を妊娠した際の血液検査で誤記入が分かった。胎児の貧血症状が悪化するなど危険な状態になったため、今年 1 月、妊娠 30 週目に帝王切開で出産した。同病院は「今のところ発育の遅れなどはないが、第 3 子を産む場合はさらに状況が悪化するため、控えてもらうほうがよい」としている。同病院は検査結果の確認回数を増やすなどの再発防止策を講じるとともに、母親らと賠償などについて協議する方針。白須和裕院長は「患者やご家族に多大な負担をかけ、深くおわび申し上げます」と謝罪した。

#### ■ 医療ミスの女性死亡 蘇生器具誤使用

大阪市立大は 25 日、肺に酸素を送るための蘇生器具の使用を誤った事故で、低酸素脳症になり意識不明の状態が続いていた女性患者（45）が 24 日に死亡したと発表した。市立大によると、女性は医学部付属病院に白血病で入院。10 日夜、自発呼吸ができない状態になり、手動で肺に酸素を送り込む「蘇生用バッグ」を使ったが、酸素を送り込む弁を誤った部分に取り付けたため、十分に送れなかったという。大阪府警が司法解剖し、死因を特定する。市立大は今後、医療事故調査委員会を設置し、事故の検証と再発防止に取り組む。

#### ■ 熊本大病院：男児の足の指壊死 点滴が漏れ

熊本大医学部付属病院は、2 月に実施した肝臓疾患の 0 歳男児への生体肝移植手術で、右足にしていた点滴が漏れ、男児の右足親指を壊死、欠落させる医療事故があったと発表した。病院は家族に謝罪したという。男児の手術中、点滴していた塩化カルシウムの液が何らかの理由で血管外に漏れていたらしい。まもなく右足が腫れ、塗り薬などで治療したが、手術 2 カ月後、親指が第 1 関節から欠落した。

#### ■ 消毒不十分の内視鏡を 10 人に使用

県立病院機構は 26 日、神奈川県立足柄上病院（松田町）の耳鼻咽喉科外来で、消毒が不十分な内視鏡を使用する医療事故が判明したと発表した。25 日に同科を受

診した生後4カ月から77歳までの男女10人に使用しており、全員の感染症検査を進める。同病院では昨年6月にも同様の事故が判明している。同病院によると、使用後の内視鏡（2本）を洗浄・消毒する際、本来は5分に設定する自動洗浄器のタイマーが0分となっていた。前回（23日）の診察後に洗浄器を洗った看護師が設定を変更したまま元に戻さず、25日朝も別の看護師がチェックを怠ったという。25日の外来終了後に洗浄器を片付けた看護師が設定が違うことに気づき事故が発覚。未消毒の内視鏡を使用した患者10人に謝罪するとともに、肝炎など感染症検査を実施し経過を観察する。現時点で感染症の有無は確認されていない。同病院では昨年6月、手術室で使用していた気管支内視鏡の消毒が不十分で、31人に感染リスクが生じていたことが判明。病院側は事故を受け、内視鏡を一括管理して消毒する再発防止策を講じていたが、耳鼻咽喉科については「回転が要求されるため一元化の例外としていた」と説明している。

## ■ 医療事故を公表「予定外治療」相当、11年度2件

山形県の公立置賜総合病院（川西町）は14日、過失によって予定外の治療が必要となる「レベル3b」相当の医療事故が2011年度に2件あったと公表した。同病院によると、昨年5月、新たに導入した人工透析の装置を女性患者（62）に使用した際、透析回路の一部を開放したまま透析を開始したため、血液の一部が回路から流出し血圧が急激に低下。装置を停止させ、輸血などの処置を行い、患者の容態は回復した。ことし3月には、膵炎（すいえん）などの治療に使用する溶液を男性患者（67）が左手甲から点滴していた際、溶液の一部が皮下に漏れだした。約1週間後、その部位が直径約2センチにわたり炎症し潰瘍化。現在は同病院の外来で治療を受けている。これを受け、▽本年度から人工透析専門の臨床工学技士を配置▽新たに装置を導入した際のチェック法の周知徹底▽皮膚障害を引き起こす薬剤の適正な投与方法や、漏出した場合の迅速なケアの注意喚起—といった改善策を講じた。同病院は医療事故公表基準に基づき、レベル3bに相当する医療事故について単年度分を一括公表している。

## ■ 横浜市大、医療「ヒヤリ」1万2349件

横浜市立大は、付属病院（横浜市金沢区）と付属市民総合医療センター（南区）で、患者に実害はなかったものの、ヒヤリとしたりハッとしたりした「インシデン

ト」の報告件数は2011年度、計1万2349件あったと発表した。医療事故はゼロだった。同大によると、インシデントの件数は付属病院が4956件、付属市民総合医療センターが7393件。両病院とも発生場所は病室が計8173件と最も多く、66%を占めた。事案別では、「薬の投与時間や種類を間違えた」など、薬剤に関するものが計4192件と最も多く、次いで点滴のチューブに関するものが計2716件と続いた。手術や麻酔に関するものは計284件だった。インシデントの報告件数は07年度に9024件だったが、年々増加している。同大医学・病院企画課は「細かな事案まで報告されている証拠」とする一方、「処置途中で別の患者に呼ばれ、戻った際に投薬をミスするケースなどがみられる。報告事例を検証して対策につなげたい」としている。

### ■ 市立市民病院で医療器具誤用して患者の食道に穴、「死亡との関係なし」

横浜市立市民病院（保土ヶ谷区岡沢町）で昨年6月、70代の男性患者の胃に入れる管の種類を間違え、管を引き抜く際、食道に穴を開ける医療事故を起こしていたことが13日、分かった。患者は肺の持病が悪化して昨年7月に死亡したが、同病院は事故との因果関係はないとしている。同病院によると、患者は昨年4月に急性肺炎で入院。5月18日に栄養剤投与のため鼻から管を挿入し、6月22日に引き抜こうとしたところ、変形した管が食道に刺さった。炎症が治まるのを待って6月28日に管を抜いた。管は直径4・7ミリメートル、長さ1・2メートルのプラスチック製。管には胃液などを採取する「排液用」と栄養剤を投与する「経腸栄養用」の2種類あり、本来は長期間入れられる経腸栄養用を使うところを、誤って短期間で使われる排液用にされたため、管が釣り針のように変形していたという。担当した女性医師と看護師は2種類を使い分ける必要性を認識していなかった。別の診療科でも管の種類を間違えているケースが1件確認されたという。同病院は「マニュアル作成や管を入れる袋の変更などで再発防止を図りたい」と話している。