



医療の現場で皆様が安心して業務に従事できるように、医療安全に関する情報を逐次お届けするのが医療安全シリーズのページです。これまでに起こってしまった事故やヒヤリ・ハット事例も専門家が分析することで、医療事故防止の手掛かりとなります。それぞれのアドバイスを皆様の現場で役立てていただけたらと思います。

医療過誤・医療事故に詳しい弁護士による事例分析と見解

千葉大病院採血死亡事件から学ぶ

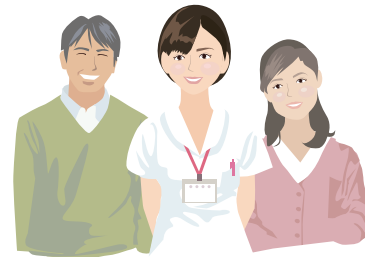
医師の判断や指示を求めつつも、自らが安全性や適正性を確認し納得したうえで具体的な個々の診療行為を行うことが自らの身を守ることにつながる

医師の指示に基づく看護師の行為と過失責任

看護師が医師の指示に基づき行う診療行為により患者が死亡など重篤な結果に至ったとき、その過失責任は、医師が負うのか、看護師が負うのか、それとも医師・看護師の双方が負うのでしょうか。

看護師が過失責任を問われた事案は、薬剤の取り違えや注射部位の間違いなど初歩的ともいえるミスの事例が多いのです。医師との協同作業中においても初歩的ともいえる看護師のミスが直接の原因となった事故も少なくありません。

最新の薬剤知識や正しい医学上の知見の習得はもちろん、具体的な医療行為に当たって、人に危害が及ぶことを防止するために最善の注意義務を尽くすべき高度の義務が課せられているのです。それは医師の指示監督の下であっても何ら変わりません。



●医療過誤事例：千葉大病院採血死亡事件

東京高裁昭和48年5月30日判決：判例時報679号63頁

概要

看護師X2は勤務医X1とともに採血をする際、X2が噴射機能を兼ね備える電気吸引器を使用し、吸引に作動させるべきところ、操作を誤って噴射用のパイプを装着して噴射に作動させ、X1は被害者の静脈に採血針を刺入していたので同人の血管に多量の空気を注入させ空気塞栓症による脳軟化症の傷害を負わせて死亡させた

という事案ですが、判決はX1に対し「医療行為は常に医師の責任において行われるのであるから、医師は、例え看護師に極めて単純な行為を行わせる場合であっても、それが人に危害を及ぼすおそれがある以上、漫然と看護師を信頼してこれにゆだねないで、看護師が過誤を犯さないよう十分に注意、監督して事故の発生を未然に防止するのが当然・・・と、医師の責任を厳しく指摘、X1を禁錮10月(執行猶予2年)にしました。X2も禁錮10月(執行猶予2年)でした。一審千葉地裁はX1・X2ともに罰金5万円でしたが、これを破棄したのです。

注目すべきは、医師の責任を強く指摘しながら、看護師も同じ量刑にしたことです。

判決によれば、X1は、本件の採血吸引に至るまでの間に、10回以上この電気吸引器を使用する採血を行っていたのに、その安全性について全く検討しようせず、漫然と看護師にその操作をゆだねきり、注意、監督を怠ってきたため、本件においてX2の過誤を看過して本件事故を発生させた・・・X1の過失は重大と言います。

しかし執行猶予が2年とは、軽い印象です。執行猶予は通常3年です。2年は珍しいのです。

その理由として判決は、この電気吸引器が当該大学病院内で広く使用され、この事故を起こした診療科とは別の診療科では、陽圧パイプを取り外すなどして噴射に使用できないようにしていたのに、病院内全体では徹底されていなかったこと、操作を誤れば人命に関わるものであるのに病院内全体でその危険を認識させ、医師・看護師の双方が過誤の無いことを点検・確認するなど事故発生を防止するための措置がほとんど講じられていなかったことから、多くの医師・看護師にこの危険性に対する認識が乏しかったなど、事故が生じた背景事情を考慮すると本件事故の責任を被告人のみに帰せるべきではないと言うのです。

千葉大病院採血死亡事例から学ぶリスクマネジメント

考察

「責任を被告人のみに帰せるべきではない」と言いつつ、裁判所はX1やX2に執行猶予ながら禁錮刑にしました。病院の診療システムや器具に問題はあっても、具体的に責任を問われるのは個人の責任をただす刑事罰だけです。これでは事故原因の究明は望むべくもなく再発防止には役立ちません。

しかし、看護師としては、医療現場に生きる以上、自らの身を

守るためにも事故防止のための診療システムや器具等の安全性向上のために検証を繰り返し、知恵や工夫をこらし、他の医療者との情報の共有の徹底を図り、医師の判断や指示を求めつつも、それに安心せず、安全性や適正性を自ら確認し納得したうえで自らの責任で、具体的な個々の診療行為に携わることが必要です。自らの身は自ら守る、それが専門職です。



アドバイザー・弁護士

安福 謙二(やすふく けんじ) 安福法律会計事務所

昭和47年 東京大学経済学部卒業。

昭和53年弁護士登録(第二東京弁護士会所属)。

以来、多くの医療事故、医療過誤事件に携わる。

昭和59年安福法律会計事務所を開設。

主な取り扱い事件

板橋わいせつ事件……………最高裁 逆転無罪判決

榮高・銀行預金返還請求事件…東京高裁 逆転勝訴判決

県立大野病院事件……………福島地方裁判所 無罪判決

リスクマネジメントのプロによるリスク回避のポイント

最近の医療過誤事例から学ぶ no.5

再発防止のために、自分の施設の現状を確認してください

皆様の職場で医療安全活動を実践していくために役立つと思われる事例を紹介し、そこから医療安全におけるポイントを挙げています。ぜひ、看護実践における医療安全に活かしてください。



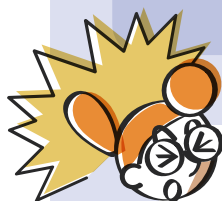
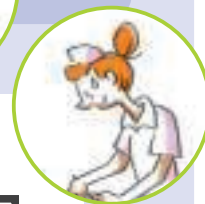
事例

【薬剤の投与経路間違い】

内視鏡的処置後の患者に、トロンビン液5000単位 1日3回の経口投与の指示が出ていました。看護師は、冷所保存されていたトロンビン液ソフトボトルを内服用薬袋から取り出しました。しかし、トロンビン液が経口薬であることを知らず、ボトルの「禁注射」の記載を見て、トロンビン液を注射器に吸い取って静脈注射することが「禁」だと解釈しました。その後、指示などを確認しないままボトルを輸液ルートの側管に接続して静脈注射しました。*1

【参考資料】

*1：公益財団法人日本医療機能評価機構 医療安全情報No101
2015年4月 http://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_101.pdf



医療安全における Point

- バイアル又はアンプル入りの経口剤や外用剤は、誤って注射してしまう恐れがあるため直接の容器に「禁注射」の文字、使用方法または投与経路を表す文字を記載することが求められています。*2
- 「禁注射」の表示は、静脈注射・点滴静脈注射・筋肉注射・皮内注射・皮下注射など全ての注射が禁止という意味です。
- トロンビンは出血局所に噴霧、灌注、撒布する、または経口投与する止血剤です。2007年に誤用防止対策として、今までのバイアル入り容器を変更し新たな容器(ソフトボトル)が開発され発売されました。内視鏡で使用する場合、ソフトボトルのノズルを鉗子口に差し込み、ジャバラを押し込んで注入します。内服時はコップなどに移して飲みます。このソフトボトルは物理的には輸液ルートの側管につながる形状です。しかし、「禁注射」の薬剤なので、輸液ルートから注射してはいけません。*3。

【参考資料】

*2：独立行政法人医薬品医療機器総合機構医薬品・医療用具に関連する医療事故防止対策について
<https://www.pmda.go.jp/safety/info-services/medical-safety-info/0007.html>

*3：持田製薬株式会社 「適正使用のお願い 止血剤トロンビン液モチダソフトボトル5千、1万」
平成23年12月
<http://www.pmda.go.jp/files/000144113.pdf>