

経過観察し、[]が[]した時点で、11月28日にさらにプロトコールに従って[]系への[]の[]を予防するために、脊髄腔内に[]([]), []([]), []を投与した(髄注)。

11月30日より[]を開始した。この時は[]の薬物の内容と異なる[]の[]混合液を静脈内に投与した。この時も通常認められる[]の[]([] / [])が認められた。前回と同様に経過観察し、[]が[]した時点で、[]終了後の髄注及び[]を予定した。

2) 医療事故の発生及び事故の経過

① 医療事故発生の原因

[]終了後の髄注の指示は、主治医が12月29日注射伝票に手書きにて行った。この髄注の際、[]内容のうち資料2の如く本来、[]とすべきところを[]と書いた。

② 医療事故当日の状況

平成8年1月4日、[]病棟の[]看護婦が注射伝票を薬剤部に送付した。薬剤部から今回の事件の薬剤が[]病棟に到着し、同日の日勤の[]看護婦が注射伝票と薬剤が一致していることを確認した。次いで、翌日の髄注のために薬液をトレイに入れ準備し、当日の日勤リーダーに伝達した。

1月5日 []病棟の看護婦詰所内にある注射作成台のトレイに、髄注のため「[]」と髄注用穿刺針が準備されていた。

午後2時30分頃、介助の役割分担に当たっていた[]看護婦が注射伝票とトレイ内の薬液とが一致していることを確認した。主治医は[]号室の入口から窓に向かって右手前のベット上で患者に[]看護婦を介助者として2人で薬剤を確認後、腰椎穿刺を施行し、2種類の[]([]) []15mg, []40mg)及び[](+10mg)を順次(順不明)注入し終了した(午後3時頃)。注入直後より患者は両下肢の[]を訴えた。しかし、主治医及び[]看護婦は通常の髄注にても同様の症状が発生することがあるため、経過観察とした。

午後3時30分頃、[]看護婦は患者を観察したが、症状が[]していたため、主治医に報告した。

午後4時頃、主治医は髄注に用いた薬剤の濃度が種類が異なったのではないかと心配し、病棟にいた[]科[]グループの同級生[]医師にカルテの指示簿をみせながら『髄注の注入薬剤の内容が正しいか』を尋ねた。そこで、[]医師は前述のプロトコールと指示簿を照合し、『[]と[]を取り違えている』と指摘した。この間も患者の両下肢の症状は[]から[]へと[]していた。そこで、主治医は[]科医局(病棟から徒歩で約7分かかる)へ向かい、[]グループの[]医師に午後4時30分過ぎに相談したと推定される(内容等詳細不明。[]医師は平成10年4月[])。この前後で時刻は明確でないが、患者の両下

肢の[]が[]したので、主治医は[]を目的として[] 10mgを生理的食塩水100mlに溶解し点滴静脈注射した。

午後5時頃、[]を目的として[] 25mgを生理的食塩水100mlに溶解し点滴静脈注射した。しかし、症状は[]せず[]である[] 15mgを2回追加静脈注射した。

午後6時30分頃、当日の回診に来た当直医の[]医師に相談した。

午後7時頃、[]医師は医局に電話にて応援を要請した。

午後7時過ぎ、まず[]グループの責任者である[]科[]講師が駆けつけ、次いで[]教授、[]助教授及び[]助手が順番は不明であるが病棟に集まった。そこで、髄注した薬剤が誤投与であることを確認するために、再度の腰椎穿刺を施行することが決定された。

午後8時頃、[]医師がこの2度目の腰椎穿刺を施行し、穿刺針より[]した髄液が3ml採取され、髄注された[]は【[]】[]ではなく【[]】（[]）と確診された。直ちに誤投与された薬剤の副作用を軽減するために[]医師が髄液の排除を行い、[] 20mgを髄注した。また、全身に対しては[]療法として[] 1000mgの静脈注射をした。

午後8時過ぎ、誤投与確認後、患者の[]（[]氏）に[]教授が『[]が効き過ぎているための副作用である。』と説明したと思われる。この後、患者の治療の責任は[]グループから[]グループへ移った。

[]グループの責任者である[]講師は、[]教授から『[]が効き過ぎているための副作用である。』と患者の家族に話すよう指示された。

そこで、[]講師と主治医の2人で前記[]教授に指示された内容の説明を患者の家族にした。

患者は前述の数回にわたる[]、[]の効果が得られず、再度、[] 15mgを追加静脈注射をした結果、[]が[]し眠りについた。

③ 医療事故発生に対する責任者の対応

患者の医療事故発生に関する直接の責任は、髄注のために使用する[]の注射伝票への誤記と実際の誤投与を行った主治医の[]医師にある。

主治医の上司は当時の[]科主任教授[]教授である。[]教授は[]講師に患者の家族に対する事故の病状説明内容を『髄注した[]の副作用で症状が発生した』とするよう指示した。その内容にのっとり事故直後、[]講師と主治医が患者及びその家族に病状説明を行った（患者本人には[]していないため、[]の副作用とは説明していない）。

[]教授は当時の附属病院長[]教授に事故発生の翌日（未確認）に山口教授の教授室にて事故の全容を報告している。更に、その日（未確認）のうちに[]科[]講師が本事故の詳細について[]教授に病院長室にて報告している。この際、[]病院長は[]講師に『全力で治療してください。また、カルテの改竄は絶対にしないように』と言った。また、当時の[]医学部長（生理学第一講座教授）には[]教授が電話にて事件を報告した。（未確認）

[]講師は1週間後位に[]教授から『髄注した[]の副作用で症状が発生した』とするように再度指示された。

[]教授は平成[]年3月定年退官した。その後を受けて[]科教授に

就任（平成●年●月）したのは、当時講師であった●●教授である。

●●教授は前任教授の方針、すなわち、患者及び家族への事故の説明として『平成8年1月5日の症状発現の原因は髄注による●●の副作用とする』ことを踏襲した。

④ 医療事故翌日以降の経過

1月6日の患者の症状は両下肢の●●（●●）と●●（●●）が認められた。翌日からの主治医も●●医師が担当した。患者本人にも主治医が『薬剤が効き過ぎている為の副作用である』と説明した。治療方針について●●グループで議論した結果、原疾患（●●）を考慮し外科的治療は得策でないと判断して、●●治療を行うこととなった。前日と同様に●●1,000mgを主治医が静脈注射した。これは翌1月7日も行った。

その後の患者の症状は前記症状が同程度で持続した。

1月14日頃より●●（●●）及び両下肢の●●（●●）が●●が出現した。

その後両下肢の●●が●●し、さらに、●●、●●の●●が出現した。

2週間が経過したが●●がみられないため、●●グループでは誤投与の●●が●●（●●）まで及ぶことを推察した。●●が●●（●●）に流入することを予防する治療を考慮し、●●科に相談して●●の●●（●●）する手技）を依頼するよう●●講師が●●教授に進言したが、●●教授に止められた。

しかし、1月30日になって●●が●●したため、再度●●講師が●●教授に進言して許可を得、●●科（主任教授：●●教授）に転科した。この時点で主治医は●●科●●講師となった。●●科では転科後、直ちに●●講師が●●助教授の指示で●●を施行した。●●からは以後毎日●●された。また、●●を増やし、●●の産生を促し、髄腔内に残存している誤投与された●●の希釈を試みた。しかし、2月5日●●からの●●が期待したほどでなかったため、●●を●●から抜き、再び●●科に転科した。

2月5日、再度主治医は●●医師となった。

その後●●は●●し、2月6日●●を使用せざるを得なかった。●●の管理は●●医師が行った。

2月5日以後、主治医は●●20mgの●●投与を週1回で計8回施行した。●●の静脈注射を連日60mg、計45回施行した。

これらの治療により、患者の●●は次第に●●し、5月12日には●●を使用しないでも十分な●●の●●が●●した。同時に両側の●●の●●も●●し、●●ができるようになった。

医療事故以来、患者の原病である[]は症状も検査結果も[]が認められず、[]していた。

平成9年

医療事故による症状は[]化したかにみえたが、平成9年春より[]が目立ち、[]も[]してきた。そこで、再度平成9年5月22日に[]科（主任教授；[]教授）を受診した。[]科の病棟に在室のまま[]科へ転科、[]科的手術を受けることとなった。[]科での主治医は[]医師であった。[]科での検査で[]症と診断され、治療として5月30日[]医師の執刀で[]術が施行された。術後、[]は[]に[]した。[]科より[]科へ転科し、主治医は[]医師が引き続いて受け持った。

平成10年

医療事故による症状には変化が認められないが、原病の[]は[]していない。

平成11年

4月1日より主治医の[]医師が[]の研修を行うため[]病院に転勤となったことに伴い、[]科[]グループの[]助手が主治医となった。

平成12年

症状の変化は認められない。

⑤ 当該患者の現時点の病状

平成13年

3月12日、現時点での患者の医学的状態は両下肢の[]、[]、[]、[]があり、意識は[]であるが[]状態である。

原病の[]は臨床症状の上でも、検査結果の上でも[]していない。[]が発病してから[]といえる状態である。

(3) 医療事故発生の背景

1) []投与に用いたプロトコルの問題点

医療事故当時の主治医である[]医師が髄注すべき薬剤を取り違えた背景には、[]科ではカルテに薬剤の略号を使用したことがその理由であると考えられる。本事例では髄注すべき薬剤は[]であり[]ではない。本例の[]への[]療法で用いたプロトコル；[]では、この2剤は投与経