

## 当病院において発生した医療事故について

平成29年（2017年）10月、当病院において心嚢内の血腫除去手術を実施した際、患者様に血液型の異なる血液製剤（2単位、280ml）を輸血し、患者様は数日後に死亡されました。当病院及び全職員は、亡くなられた患者様のご冥福をお祈りするとともに、ご家族様、関係者様に対して心よりお詫び申し上げます。

今般、ご家族様との間で大阪地方裁判所において和解が成立し、公表に関して同意を頂きましたので公表させていただきます。今後、このようなことを起こさないように病院全体で不断の改善の取り組みを続けてまいります。

### 1 事案の概要

平成29年（2017年）10月、他病院から大動脈解離との診断を受けた患者様が当病院に搬送され、当病院では経皮的心肺補助装置（PCPS）での機械的循環補助を実施したうえで、大動脈解離に対する緊急外科手術を行いました。術後も機械的循環補助から離脱できないままでした。翌朝のエコー検査で血腫により心臓の動きが抑制されていることが確認されたので、血腫除去の手術を行いました。この血腫除去手術の際、輸血直前の血液型照合を怠ったために患者様に血液型の異なる血液製剤を輸血する事故があり、患者様は輸血の3日後に死亡されました。

### 2 事故発生後の当病院の対応

#### (1) 患者様、ご家族様への対応

患者様は、当病院搬送後、経皮的心肺補助装置（PCPS）での機械的循環補助が必要な状態が継続していましたので、当病院はご家族様に対して本件医療事故に関する説明を行い、患者様には治療（異型輸血後約10時間経過後に血漿交換を実施等）を提供しました。

#### (2) 事故調査

当病院は、院内事故調査委員会を立ち上げ、異型輸血に至る経過の確認と問題点の洗い出し、再発防止策の検討を行いました。

#### (3) 再発防止策

当病院では、輸血手順を確認したうえで、看護部の輸血療法マニュアル及び手術部の血液管理マニュアルの見直しを実施しました。血液型の異なる血液製剤の輸血を防止する対策の要旨は以下のとおりです。

検査室で交差試験を実施した血液製剤が輸血されるまでには複数の医療関係者の手を経るので、交差試験済みの血液製剤を授受する各場面で、医療関係者（例えば、検査室での輸血製剤の受け取りは検査技師・搬送担当看護師、手術室への持ち込みは搬送担当看護師・外回り担当看護師・麻酔担当医師）が「患者氏名・血液型・血液製剤の種類・単位数・血液製剤番号」を声に出して確認する方法で行う。輸血実施時の血液製剤の確認、認証は、外回り看護師・麻酔担当医師が2人で行う。輸血実施時の具体的な手順は、麻酔担当医師の指示により外回り看護師が血液製剤を保冷庫から取り出し、電子カルテの「輸血実施患者入力画面」を開き、患者コードの入力を行い、外回り看護師のコードを名札記載のバーコードから認証し、麻酔担当医師のコードを名札記載のバーコードから認証する。患者氏名は、必ず外回り看護師・麻酔担当医師の2人でダブルチェックを行う。続いて、外回り看護師は「輸血実施画面」を開き、患者氏名・血液型を外回り看護師と麻酔担当医師とでダブルチェックしたうえで、血液製剤を製剤毎にバーコード認証する。電子カルテのモニター上で、交差試験で適合済みの血液製剤が認証されたことを意味する青の○印を外回り看護師と麻酔担当医師とでダブルチェックしたうえで、外回り看護師は血液製剤を麻酔担当医師に渡し、麻酔担当医師は輸血を実施する。

以上の点以外に、手術室内でのタイムアウト（手術開始直前の、患者・手術方法・手術部位等の手術チームによる最終確認）時に、外回り看護師が手術室内の全員に輸血準備の状況（「○○型Rh○のRBC ○単位、保冷庫に入れています」〔準備の血液製剤がない場合は患者の血液型と準備血液がないこと〕）を伝え、手術室内の手術チームで血液型及び血液製剤の準備状況に関する情報の共有化を図る。

以上