

県立病院における医療事故について（第 2 報）

昨日 15 時に記者発表しました件について、重篤な状況にあった患者様が、本日午前 9 時 4 6 分に亡くなられましたので発表します。

1 病院名

地方独立行政法人神奈川県立病院機構神奈川県立こども医療センター

2 患者様の状況

新生児

3 医療事故の経緯

経緯の詳細は別紙のとおりです。

4 今後の対応

県立こども医療センターでは、所轄の保健所と警察署に届出を行うとともに、外部委員も交えた事故調査委員会を設置し、事故原因の究明にあたります。

問い合わせ先

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立こども医療センター
病院長 山下、事務局長 竹村
電話：（045）711-2351（代表）

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
本部事務局長 此田（このだ）
電話：（045）651-1228（直通）

(別紙)経緯の詳細

4月20日(日)午前6時頃、患者様の輸注ポンプの残量アラームが鳴った。

振とう器(凝集しないように振り動かす機器)の上にはトレーが2つ置かれており、各トレーには当該患者様(A(Rh+)型)のものと、別の患者(O(Rh+)型)の合計2人分の濃厚血小板パックと2本のシリンジ(注射筒)がそれぞれ置かれていた。(裏面写真参照)

担当看護師は、アラームが鳴ったため、急いで濃厚血小板液を交換しなくてはという気持ちで焦り、振とう器の上に置かれていた別の患者の濃厚血小板パックから取り分けたシリンジを該当患者様のものと誤認し、そのシリンジを輸注ポンプに装着した。

本来、濃厚血小板パックに付けてある輸血確認票とシリンジに貼ってある患者氏名については、看護師2人でチェックしなければならいところ、1人で行ったため、取り違えに気づかなかった。

その時間帯の勤務は4人体制だったが、当事者からの視界には他の看護師がいなかったため、早く交換しなくてはという気持ちで焦っていた。

当日、午前9時の勤務交代時に、日勤看護師と患者様のチェックを行った際に、輸血用シリンジに記載されている名前が、別の患者様の名前であることに気づいた。

直ちに医師に報告し、患者用の血小板シリンジをルートとともに交換した。

その際、間違って輸血した量が26ccと判明した。

採血の結果、貧血の進行や血小板の減少はなかった。

抗体を除去するため、血漿交換を行った。

当日午前11時15分頃に、ご両親に対して、ICUの担当医から医療事故についての謝罪と状況についての説明を文書にて行った。

その後の症状は安定していたが、25日(金)午前9時46分に患者様が亡くなられた。



振とう器と各トレーに置かれた濃厚血小板パックと2本のシリンジ



輸注ポンプにシリンジを装着したところ