

医療事故の公表について

令和 5 年 6 月に坂出市立病院において医療事故が発生しました。

当院は本件医療事故判明後、速やかに医療法における医療事故調査制度に基づき、複数名の外部有識者を委員に交えた院内医療事故調査委員会を設置し、原因の究明ならびに再発防止策を検討いたしました。

以下に本件医療事故の概要と、原因また再発防止策についてご報告申し上げます。

1. 事故の概要

末期腎不全で維持透析治療を受けている患者さんが、定期の血液透析(HD)目的で紹介医を受診した際に COVID-19 肺炎と診断され、肺炎治療および HD 目的で COVID-19 重点医療機関である当院へ紹介入院となりました。入院翌日に既存の自己内シャントは使用せず、当院において右内頸静脈から留置した血液浄化用カテーテルを用いて HD を開始しましたが、開始直後から血中酸素飽和度の低下と頻脈が出現し心肺停止状態となり蘇生術を施行しました。蘇生が得られた後に、CT で胸腔内へのカテーテル逸脱による右血胸と診断し、心肺停止の約 3 時間後に高次医療機関へ救急搬送しましたが到着直前に再度心肺停止状態となりました。高次医療機関で救命処置が行なわれましたが状態は改善せず、お亡くなりになりました。

2. 事故原因

- ① 血液浄化用カテーテルの静脈側ルートにおいて返血はできるものの脱血確認ができないにも関わらず、より確実なカテーテルの位置確認を行なわないまま、HD を開始したこと。
- ② HD 開始後 4 分で冷汗と動悸が出現したことを、カテーテル脱血不良やカテーテル刺激に伴う不整脈と判断し脱血流量を減量したものの症状が改善しない時点で、血液浄化用カテーテルによる合併症を考慮してカテーテルの使用を中止する判断に至らなかったこと。
- ③ 上記 2 つの確認および判断不備のもと、血液浄化用カテーテルの血管外留置の診断に至らぬまま HD を継続したことにより、血管外留置による胸腔内出血とともに、1000cc の急速な失血および輸液分も含めた 1700cc の胸腔内送血を来したこと。
- ④ 以上より心肺停止の原因は、血液浄化用カテーテル血管外留置による出血と HD による失血および大量血胸水、COVID-19 肺炎による心肺機能不全と推定されました。

3. 再発防止策

院内事故調査委員会において外部委員による調査結果を踏まえた提言から、次の事項を今後の再発防止策として実施していくこととしました。

1) COVID-19 感染透析患者の HD

内シャント使用可能な患者さんでは、原則として内シャントを使用して HD を行なうこととしました。ただし内シャント使用により内シャントの閉塞リスクが高い症例においては血液浄化用カテーテルを使用しますが、その挿入においては挿入リスクを患者さんおよびご家族と十分に共有した上で行なうこととしました。

2) インフォームドコンセント(IC)におけるリスク提示

当院の中心静脈カテーテル挿入に関する説明および同意書は、約 20 年間にわたり IC 文書の内容確認や訂正作業が行なわれていませんでした。中心静脈カテーテル挿入は致命的合併症が生じ得るリスクの高い医療行為であることを認識して、新たな IC 文書の作成が必要となりました。また血液浄化用カテーテルでは挿入時の血管損傷が中心静脈カテーテルよりも重篤な出血となることから、血液浄化用カテーテル挿入の説明および同意書は、中心静脈カテーテルとは別に作成することが必要となりました。

3) 血液浄化用カテーテル挿入・使用について

カテーテル挿入時に脱血・返血ルートから逆血を認めても、透析時に脱血できない場合には、そのルートは使用せず、より確実なカテーテルの位置確認を考慮することとしました。緊急輸血や心臓血管外科のバックアップ体制がない当院では、血管損傷による血胸事例に対する治療は施行できないことより、カテーテル挿入リスクが高いと判断される場合は、より確実な確認ができる透視を併用し挿入することとしました。

【病院長コメント】

お亡くなりになった患者様のご冥福をお祈りいたしますとともに、ご遺族の皆様にも多大なる苦痛を与えましたことを、改めて深くお詫び申し上げます。

当院といたしましては、このような事故を引き起こしたことを真摯に反省するとともに、再発防止策を徹底し、今後同じようなことを繰り返さないよう職員一丸となってより一層安全な医療の提供に努めてまいります。

院長 岡田 節雄