

平成26年10月1日

医療事故「手術におけるガーゼ遺残」について

本院で、手術を行った際に使用したガーゼを患者さんの体内（腹腔内）に遺残した事態が発生いたしました。事故の概要と経緯につきましてご報告いたします。

患者さんにご家族には大変な苦痛やご心配、ご不安を与えましたことを深くお詫び申し上げます。

【概要と経緯】

患者さんは、肝損傷によるショック状態で本院へ緊急搬送となりました。

搬送中より腹部が膨満し腹腔内出血の進行を認め、CT検査で高度の肝損傷、腸管損傷が疑われました。急速輸血を要しましたが高度な循環不全が示唆され、生命に関わる一刻を争う事態であり、救命救急センターでの緊急開腹手術が必要と判断し、ダメージコントロール術（損傷部位の治療）及びガーゼパッキング術（ガーゼを詰めて圧迫止血）を実施いたしました。執刀した医師は、詰めたガーゼは10枚であると認識し、診療録に手術記録とともにガーゼ枚数を記載しました。

2日後手術室にて体内に詰めたガーゼを取り出す手術の際、診療録や担当医師からの情報より、再手術に携わった手術部スタッフ全員が取り出すガーゼは10枚であると認識しておりました。予定通り、術中にガーゼ10枚を回収し、執刀医が創部に手を入れ、触診と目視で体内にガーゼがないかを確認し、閉創して手術を終了いたしました。

ICUへ入室した直後に撮影したレントゲン写真でガーゼ遺残が判明し、ご家族へ説明し同意を得て、直ちに手術室に戻り、再開腹し、遺残したガーゼ1枚を摘出する事態となりました。

【ガーゼ遺残の原因】

救命救急センターでの緊急手術に対する記録や、申し送り体制等が不十分でした。

- ① 救命救急センターでのガーゼの枚数の確認は、口頭でのやり取りだけで、看護師の伝えた枚数と、医師の理解した枚数に相違があることに気づきませんでした。
- ② 術式やガーゼ枚数は、医師が診療録に記載していましたが、手術部看護師が行っているような「申し送り表」を使用して、手術内容・記録について

ダブルチェックする体制になっていなかったため、ガーゼ枚数の誤りに気づきませんでした。

- ③ 本院手術部で2年前から使用している手術安全チェックリストを、救命救急センターでの手術に使用する体制になっていませんでした。
- ④ 本院では、手術部手術室退室前に異物確認のレントゲンを撮る対象を「5時間以上の開胸・開腹手術、又は、3000ml以上の出血等」と取り決めていました。

【再発防止対策】

今回の事故について、関係者を集めて事実確認と問題点の明確化、再発防止のためのシステム作りについて検討いたしました。

不足していた救命救急センターの診療記録用紙を、手術記録に対応できる様式に改訂し、下記のとおり本院のルールを明確にいたしました。

- ① 救命救急センターでの緊急手術においても、手術部で用いている手術安全チェックリストに則って、安全確認を徹底します。
- ② 本院手術部以外で、事前に手術や処置を受けてこられた患者さんは、全例、手術室退室前にレントゲン撮影を行い、ガーゼなどの異物残存がないことを確認いたします。
- ③ 救命救急センターから他部署へ患者さんを引き継ぐ際には、申し送り内容をダブルチェックし、記録用紙に、「申し送る側」と「受ける側」の両者のサイン欄を設け、責任の所在を明確にします。

今後は、このような事故を起こさぬよう病院として再発防止策の徹底を図り、医療事故防止に努めてまいります。

お願い

患者さんに対して、個人情報保護法を遵守し、プライバシー保護に万全を期することを条件に公表についてお願いいたしましたところ、ご同意を得ることができました。公表内容については、患者さんにご了承をいただいた範囲内で作成しておりますので、ご理解のほどよろしくお願いいたします。

宮崎大学医学部附属病院長

本件に関する照会先： 医学部事務部総務課 大西 (0985-85-1874)