

今期の医療事故・医療ミス 事件事例

ニュースとして取り上げられた全国の事件事例

(2023/4/1~2024/3/31)



原因不明の小児の急性肝炎

2022年以降、原因不明の小児肝炎の症例数が増えているが、この現象を小児期のありふれたウイルスであるアデノ随伴ウイルス2 (AAV2) と関連付けた3編の論文が、今週、Natureに掲載される。ただし、AAV2が、この肝炎の原因なのか、別のウイルスによる感染症の指標に過ぎないのかは明らかになっていない。

2022年以降、英国や米国など35カ国で原因不明の小児肝炎（肝臓の炎症）が1000例以上報告されている。その中には、肝移植を必要とする重症の肝炎もあり、少数ながら死亡例もあった。これまでの解析では、ヒトアデノウイルス（呼吸器感染症や胃腸炎などの疾患を引き起こす一般的な病原体）との関連性が見つかっているが、この原因不明の小児肝炎とヒトアデノウイルスとの間に因果関係があるかどうかは不明だ。

これら3編の独立した研究論文は、AAV2感染が原因不明の小児肝炎の増加と関連していることを示す証拠をもたらしている。AAV2は、肝臓内で複製することが知られているが、肝炎の原因かどうかは分かっておらず、「ヘルパー」ウイルスなしでは複製できない。

今回、Charles Chiuたちは、米国の原因不明の急性重症肝炎の患児（16人）から採取された検体を分析し、対照群（113人）の検体と比較した。患児の血液検体（14件）では、93%（13件）でAAV2が検出されたのに対し、対照群では3.5%（4件）だった。これらの患児14人全員は、ヒトアデノウイルス検査で陽性だった。また、AAV2に感染していた患児（13人）については、AAV2の複製を促進する可能性のあるヘルパーウイルス（エプスタイン・バー（EB）ウイルスやHHV-6グループのヒトヘルペスウイルスの1つなど）の同時感染が検出された。Chiuたちは、この原因不明の小児肝炎の重症度がAAV2とヘルパーウイルスの同時感染に関連しているかもしれないという考えを示している。

これとは独立した2つの英国の研究（Emma Thomsonたちの研究とJudith Breuerたちの研究）でも同様の結果が得られたことが報告されている。Thomsonたちのチームは、肝炎症例32例中26例（81%）でAAV2を検出したのに対し、対照群では74例中5例（7%）だった。Breuerたちのチームは、肝炎症例28例中27例（96.4%）でAAV2を検出し、対照群での検出率は低かった。Thomsonたちは、患児の遺伝的特性と肝炎症例が関連していることを見出した。ヒト白血球抗原（免疫系が感染細胞を認識することを助ける分子）の遺伝子を保有していた者の割合は、対照群で約16%であったのに対し、患児では約93%だったのだ。この知見は、一部の小児が遺伝的に特定の種類の肝炎にかかりやすいという可能性を示唆している。また、Breuerたちは、低い量のヒトアデノウイルスとヒトベータヘルペスウイルス6B（HHV-6B）を検出しており、これらのウイルスがAAV2の複製を可能にし、免疫介在性の肝障害を誘発したかもしれないという考えを示している。

以上3編の論文は、最近になって原因不明の小児肝炎の症例数が増加したことをAAV2感染と関連付けているが、AAV2が肝疾患の発症にどのような役割を果たしているかは不明のまま。原因不明の肝炎の症例数が増加したことの背後にある要因については、数々の疑問が残っている。同時掲載のFrank TackeによるNews & Viewsでは、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）によるロックダウンが果たした役割についての考察が示されている。「2022年春の肝炎の波は、世界中でCOVID-19対策が緩和された時期と重なっており、症例数は、急速に減少した」とTackeは述べ、「そのため、小児がロックダウン後に大量のウイルスに突然さらされたことや小児の免疫系が十分に訓練されていなかったことのために、本来は無害なウイルスに感染しやすくなったという事実によって、肝炎が大発生した時期を説明できるかもしれない」と付言している。

サル痘の患者の発生について

2023/4の時点、以下の男性13名について、検査の結果、サル痘の患者と確認されたことが、東京都及び大阪府から報告されました。

我が国では、サル痘は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）において、4類感染症に指定されており、届出義務の対象となっています。

患者に関する情報は、厚労省のHPをご確認ください。
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_32485.html

国民の皆様へのメッセージ

サル痘は、サル痘ウイルスによる急性発疹性疾患です。主にアフリカ大陸に生息するリスなどのげっ歯類が自然宿主とされており、感染した動物に噛まれたり、感染した動物の血液、体液、皮膚病変（発疹部位）との接触による感染が確認されています。主に感染した人や動物の皮膚の病変・体液・血液に触れた場合（性的接触を含む）、患者と近くで対面し、長時間の飛沫にさらされた場合、患者が使用した寝具等に触れた場合等により感染します。これまでアフリカ大陸の流行地域（アフリカ大陸西部から中央部）で主に発生が確認されていましたが、2022年5月以降海外渡航歴のないサル痘患者が欧米等を中心に世界各国で確認されています。

サル痘の潜伏期間は6～13日（最大5～21日）とされており、潜伏期間の後、発熱、頭痛、リンパ節腫脹、筋肉痛などの症状が0～5日続き、発熱1～3日後に発疹が出現、発症から2～4週間で治癒するとされています。

発熱、発疹等、体調に異常がある場合には身近な医療機関に相談するとともに、手指消毒等の基本的な感染対策を行ってください。

海外からの帰国者は、体調に異常がある場合は、到着した空港等の検疫ブースで検疫官に申し出てください。帰国後に症状が認められた場合は、医療機関を受診し、海外への渡航歴を教えてください。

なお、海外では、サル痘の予防に対しては、天然痘ワクチンが有効であるとの報告がなされており、ウイルスへの曝露後4日以内の接種で感染予防効果が、曝露後4～14日以内の接種で重症化予防効果があるとされています。国内で承認されている天然痘ワクチンについては、令和4年8月2日にサル痘の予防への適応が追加で承認されたところであり、国内において、接触者の方に対して必要に応じて投与するための体制を構築しています。

臨床工学技士を略式起訴 人工心肺取り付けミスで

福岡県久留米市の久留米大病院で平成30年、心臓弁手術の際、人工心肺装置の取り付け方法を誤り、70代だった男性患者を低酸素脳症にしたとして、久留米区検は5日までに、業務上過失傷害罪で男性臨床工学技士（47）を略式起訴した。3月31日付。

起訴状によると、30年5月16日、心臓弁手術で人工心肺装置のポンプを逆方向に接続し、低酸素脳症などを発症させたとしている。

県警が昨年2月、手術に関わった男性医師ら2人とともに書類送検していた。2人は3月31日付で不起訴処分となった。福岡地検久留米支部は「起訴するに足りる証拠がない」と説明した。

病院は「真摯（しんし）に受け止め、医療の安全確保により一層努める」とコメントした。

輸血ミス死亡訴訟が和解 大阪の医療法人、解決金と謝罪

2017年に血液型B型の女性＝当時（67）＝の手術でA型の血液を誤って輸血し死亡させたとして、夫ら遺族3人が施術した吹田徳洲会病院（大阪府吹田市）の担当医師らと雇用元の医療法人徳洲会（大阪）に計約9500万円の損害賠償を求めた訴訟が、5日までに大阪地裁で和解した。病院側がミスを謝罪し、解決金500万円を支払う内容。

和解は3月28日付。病院側は血液管理マニュアルを見直し、輸血対象者の氏名のダブルチェックを徹底するなどの再発防止策を取るとしている。

訴状などによると、17年10月、大阪府内に住む女性が自転車で移動中に路上で倒れて病院に救急搬送され、胸部に大動脈解離が見つかった。同病院に転院し手術を受けた際、看護師が医師に他の患者用のA型血液を誤って渡し、280ミリリットルを輸血された後、容体が悪化し、3日後に死亡した。

病院側は輸血ミスを公表したが、「死亡との因果関係はない」と説明していた。事故当時の運営法人だった沖繩徳洲会は21年に徳洲会に合併された。

前橋地裁令和5年4月14日判決、医師の過労死で病院の責任認めるも7割の過失相殺

2015年に伊勢崎佐波医師会病院（群馬県伊勢崎市下植木町）に勤めていた男性医師＝当時（46）＝が過労死したとして、設置運営元の同医師会に遺族が約3億円の損害賠償などを求めた訴訟の判決言い渡しが14日、前橋地裁であった。杉山順一裁判長（神野律子裁判長代読）は「著しい疲労の蓄積を認識できたのに、人員の補充や業務の軽減を怠った」として、計約4900万円の賠償を命じた。

判決は、男性に死亡前1カ月で106時間57分、同6カ月では月平均88時間45分の時間外労働があったと認定。業務と死亡の因果関係を認めるのが合理的だと指摘した上で、病院側には健康を損なわないよう措置を講じる注意義務があったとした。

一方、時間外労働はいわゆる「過労死ライン」を大幅に超えたとは言えず、男性は持病の状態が悪化していたのに専門医を受診していなかったとして、7割の過失相殺を認めた。

判決によると、同病院の整形外科では同僚が休職し、同年7月から常勤医が男性だけになった。男性は11月にその日4回目の手術をこなした後に意識を失い、心肺停止となって12月に亡くなった。

遺族の代理人弁護士は取材に「判決文を確認し、遺族と話し合って対応を検討したい」、同院は「内容を確認して弁護士と相談したい」とそれぞれコメントした。

1歳男児、ワクチン接種後に死亡 重い腎不全、因果関係不明

厚生労働省は28日、6カ月～4歳用の新型コロナウイルスワクチン接種後に、1歳男児が死亡したとの報告があったと同省の専門部会で明らかにした。男児は生まれつき重い腎不全などがあり、透析治療を受けていた。この年代の死亡例報告は初めて。情報不足で因果関係は評価できないという。

評価した専門家は「接種翌日に発熱したが、格別な悪化はなかった」とコメント。専門部会の委員からは「症例からは判断が難しい。評価は妥当だ」との意見があった。

厚労省によると、男児は2月16日にファイザー製乳幼児用ワクチンの3回目の接種を受けた。17日に発熱、18日午後9時半ごろ心肺停止状態となり、その後死亡した。

医療安全情報 No.197 (2023年4月) 離床センサーの電源入れ忘れ

公益財団法人 日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業「医療安全情報 No.197 (2023年4月)」によると、患者のベッドまたはベッド周囲に離床センサーを設置していた際に、処置・ケア等の後に電源を入れ忘れ、患者の離床を感知できなかった事例が26件報告されているとのこと（集計期間：2020年1月1日～2023年2月28日）。

熊本地裁令和5年4月19日判決 転医義務違反認め約1800万円の支払いを命じる

人吉市の病院で、入院した翌日に死亡した男性の遺族が「医療ミスがあった」として賠償を求めた裁判で、熊本地裁は4月19日（水）遺族の訴えを認め、病院側に支払いを命じる判決を言い渡しました。

この裁判は2018年当時86歳の男性が、腹の痛みを訴え人吉市の外山（とやま）胃腸病院に運ばれ入院し、その翌日に死亡したのは診察の見落としがあったためだとして、遺族が病院などに約3200万円の賠償を求めていたものです。

4月19日（水）の判決で、熊本地裁の品川英基（しながわ ひでき）裁判長は、「男性の症状を見て、治療が可能な病院に転医させていれば生存していた可能性がある」とし「転医義務違反と死亡には因果関係がみとめられる」として、病院と診察した医師に対し約1800万円の支払いを命じる判決を言い渡しました。

判決を受け病院側は、「判決文を確認次第、対応を検討します」とコメントしています。

2023/5

新潟市民病院が1900万円で示談、脊髄造影検査で男性患者が下半身麻痺

新潟市民病院が、医療ミスにより下半身麻痺の後遺した男性患者と1900万円で示談しました。

2021年6月、腰部脊柱管狭窄症等疑いで脊髄造影検査をした際、針が誤って脊髄に入った結果、造影剤を誤注入させて、下半身麻痺が残ってしまったという事案です。

新潟市民病院は、脊髄損傷と下半身麻痺との間の因果関係を認めて、男性患者と示談協議したものです。

今後の再発防止策として、病院側は、脊髄造影検査で造影剤を注入する際、支障があった場合は検査遂行を急がず、他の検査を先行させること、そして穿刺困難となった原因についても十分検討した上で、実施しない選択も考慮すること等を徹底するという事です。

病院によりますと、今回の検査では造影剤注入のための穿刺を3カ所行って、その後の撮影画像から脊髄内に造影剤が注入されていたことが判明。患者の負担を考慮して検査をその日で終えようとして、通常穿刺を行わないやや高い椎間から穿刺したこと、その際に髄液の流出が十分確認出来なかったが、針先が髄腔にあると判断したことが原因だということです。

脊髄の損傷と下半身麻痺が残ったこととの因果関係が認められると判断し、男性患者と和解に向けて示談協議を進めたところ、議会の議決条件とする和解金1900万円で合意しました。

市民病院は今後、脊髄造影検査で造影剤を注入する際、通常の手順で行い、支障があった場合は検査の遂行を急がず、他の検査を先行させて、穿刺困難である原因についても十分検討した上で、実施しない選択も考慮すること、実施する場合においても通常の手順を順守した範囲で行うことを徹底するとしています。

熊本地裁令和 5 年 4 月 19 日判決 転医義務違反認め約 1800 万円の支払いを命じる

人吉市の病院で、入院した翌日に死亡した男性の遺族が「医療ミスがあった」として賠償を求めた裁判で、熊本地裁は 4 月 19 日（水）遺族の訴えを認め、病院側に支払いを命じる判決を言い渡しました。

この裁判は 2018 年 当時 86 歳の男性が、腹の痛みを訴え人吉市の外山（とやま）胃腸病院に運ばれ入院し、その翌日に死亡したのは診察の見落としがあったためだとして、遺族が病院などに約 3200 万円の賠償を求めているものです。

4 月 19 日（水）の判決で、熊本地裁の品川英基（しながわ ひでき）裁判長は、「男性の症状を見て、治療が可能な病院に転医させていれば生存していた可能性がある」とし「転医義務違反と死亡には因果関係がみとめられる」として、病院と診察した医師に対し約 1800 万円の支払いを命じる判決を言い渡しました。

判決を受け病院側は、「判決文を確認次第、対応を検討します」とコメントしています。

県立丹波医療センターで検査結果見落とし女性が死亡 賠償へ

兵庫県は、丹波市の県立丹波医療センターで、70 代の女性患者ががんの疑いのあるとの検査結果を担当医師らが見落とし、その後、女性が亡くなったと発表しました。

県病院局によりますと、おとし 8 月、県内に住む 70 代の女性がめまいを訴えて県立丹波医療センターで CT 検査を受け、検査を担当した医師は「肺の下部に影が見られるため、がんの疑いもあり、精密な検査が必要だ」という報告書を作りました。

ところが、担当医師らは、報告書を読まないまま、女性を診察して帰宅させたということです。

1 年後に、女性が体調不良を訴えて改めて検査を受けた際に、肺や肝臓などに転移した末期のがんであることが判明し、以前のデータを調べたところ、報告書を見落とししていたことが発覚したということです。

その後、女性は、肺がんによる合併症を発症し、去年 12 月に亡くなったということで、県は、医療事故として、女性や家族に謝罪した上で、1125 万円の損害賠償を支払うことを決めました。

この病院では、3 年前にも、医師が患者のがんを 2 度にわたって見落とし、その後、死亡する医療事故が起きていて、再発防止策を進めていました。

県は、再び事故が起こったことを受けて、医師が報告書を確認するよう注意を促すシステムを導入するなどして再発防止をさらに徹底するとしています。

県病院局は「大変申し訳なく思う。今後よりいっそう医療安全対策を進め、再発防止に努めます」と話しています。

支援制度十分な説明「なかった」 医療的ケア児の家族 4 割超

日常的に人工呼吸器やたんの吸引などが必要な「医療的ケア児」の家族の 4 割超が、ケア児の退院前に病院や行政から「地域で利用できる支援制度の十分な説明がなかった」と答えたことが厚生労働省の調査結果で 31 日までに明らかとなった。家族が不安の中、自力で調べなければならない実情がある。有識者は行政が病院と連携し、情報提供するよう求めている。

ケア児は全国に約 2 万人と推計。調査は昨年 12 月、障害児施設に通うケア児の家族 832 人から有効回答を得た。相談先は医療機関の職員が最も多く、障害福祉や保育を管轄する自治体職員と答えた人は少なかった。

支援制度十分な説明「なかった」 医療的ケア児の家族4割超

日常的に人工呼吸器やたんの吸引などが必要な「医療的ケア児」の家族の4割超が、ケア児の退院前に病院や行政から「地域で利用できる支援制度の十分な説明がなかった」と答えたことが厚生労働省の調査結果で31日までに明らかとなった。家族が不安の中、自力で調べなければならない実情がある。有識者は行政が病院と連携し、情報提供するよう求めている。

ケア児は全国に約2万人と推計。調査は昨年12月、障害児施設に通うケア児の家族832人から有効回答を得た。相談先は医療機関の職員が最も多く、障害福祉や保育を管轄する自治体職員と答えた人は少なかった。

2023/6

県立日南病院 県が医療ミスを認め遺族に賠償金支払いへ

県立日南病院に入院中、胸にたまった水を抜く処置を受けた70代の男性が亡くなり、県は、医療ミスを認めて2600万円余りの賠償金を遺族に支払う方針を決めました。

県病院局によりますと、おとし、県立日南病院に入院していた70代の心臓病の男性が胸に針を刺して、たまった水を抜く処置を受けたところ、容体が悪化して死亡しました。

病院が調査委員会を設けて死因を調べたところ、医師が処置を行う際、心臓の動脈を傷つけたことで激しく出血し、たまった血液で心臓が圧迫されて亡くなったことが分かったということです。

また、男性の心臓が病気の影響で膨らんでいたため、針で動脈を傷つけた可能性が高いことも分かったということです。

病院は、CT検査で心臓の位置を確認するなどした上で処置を行うべきだったとして医療ミスを認め、今年4月、遺族との間で損害賠償金、2668万円余りを支払うことで和解の仮契約が成立したということです。

また、心臓の専門医に事前に相談していれば、適切な処置を行えたとして、病院では今後、週に1回、医師同士で入院患者の情報を交換する場を設け、処置の方針を共有することにしています。

県立日南病院の原誠一郎院長は「ご遺族に深くお詫び申し上げます。事故を重く受け止め、安全に配慮した良質な医療を提供できるよう、万全を期したい」とコメントしています。

投薬ミスで患者寝たきり 愛知・豊橋市民病院

愛知県の豊橋市民病院で、抗菌薬を投与され続けた40代の女性患者が副作用で脳症となり、一時寝たきりとなっていたことが7日、病院への取材で分かった。女性は今もリハビリを続けている。病院は取材に「医師が副作用を失念し、院内でも注意が行き渡っていなかった」と釈明。過誤を認め、女性側に謝罪した。

病院によると、抗菌薬は「メトロニダゾール」。女性は放射線治療を受けており、感染症を防ぐため2022年8月から投薬。同9月に退院し自宅療養中も服用を続けていたところ、言語障害や歩行障害の症状が現れた。同10月に意識を失って搬送され、薬剤性脳症と診断された。

大阪市内の不妊治療専門のクリニックが提訴

体外受精した受精卵の染色体に異常がないかを調べる「着床前検査」のミスにより流産したとして、横浜市に住む40代の夫婦が7日、不妊治療専門のクリニックを大阪市で運営する医療法人などに約1000万円の損害賠償を求める訴えを大阪地裁に起こした。

訴状によると、体外受精を希望していた夫婦は2019年2月からクリニックへの通院を始め、着床前検査を受けた。医師がすすめた受精卵を子宮に戻して同年10月に妊娠したが、翌月に流産した。20年6月、再び受けた着床前検査の結果について詳しい説明を求めたところ、担当医が前回検査で流産の可能性が高い受精卵を選んでいたことが判明した。

クリニック側はミスを認めて謝罪したが、夫婦が担当医らの対応について改善を求めると、その後の診療を拒否されたという。夫婦側は、担当医らが検査結果を十分に確認して適切な説明をしていれば、夫婦は再度の採卵を望んだ可能性が高く、流産を回避できたと訴えている。

夫婦は別の医療機関を受診して21年7月に子が生まれた。妻は代理人弁護士を通じ「流産の悲しみ、つらさ、絶望感を忘れることはありません。患者は人生と命をかけて不妊治療に臨んでいる。このようなずさんなことがあっていいのか」とコメントした。クリニック側は「訴状を見ていないのでコメントできない」としている。

医師の判断が遅れ生まれた児に重度の障害が残った事案で市が1億5000万円賠償へ

熊本市民病院が帝王切開で出産すべき妊婦に対し、その判断ができなかったため、生まれた子どもに重度の障害が残っていたことが明らかになりました。

熊本市民病院によりますと2020年6月当時、熊本市民病院に入院していた妊婦の胎児に重大な容体変化が生じ、本来であれば帝王切開で出産すべきところ、医師の判断が約1時間遅れ帝王切開ができなかったということです。

帝王切開を見送り、経過観察している間に心音が確認できなくなり、生まれた子どもに重度の障害が残りました。

熊本市民病院によりますと経過観察中、胎児の心音が確認できなくなったほか、分娩が急速に進み、重症新生児仮死状態で娩出されたということです。

帝王切開の判断が遅れた原因について医師は、分娩監視モニターに表示される波形を正確に評価できず、上級医と十分な情報共有ができていなかったためとしています。

この問題を巡っては去年9月、第三者機関が検証し即座に帝王切開をしなかった熊本市民病院の対応は一般的ではなかったと結論付けました。

ただ、熊本市民病院は、判断が遅れたことと、子どもに重度の障害が残ったことの因果関係についてはコメントを差し控えるとしています。

熊本市民病院は子どもに対し、1億5000万円の損害賠償を支払う方針です。

30代患者の健康な臓器を摘出、市民病院が解決金1200万円支払いへ

宮城県大崎市は8日、大崎市民病院で2015年3月、県内在住の30歳代（当時）の患者の健康な臓器の一部を腹腔鏡手術で誤って摘出する医療事故があり、患者側に1200万円の解決金を支払うと発表した。15日開会の市議会定例会に関連議案を提出する。

同病院が8日の市議会全員協議会で報告した。同病院によると、手術担当者らの思い込みや確認漏れなどが原因という。同病院は治療費や定期健診費なども負担する方針。患者の性別や摘出された臓器などは「患者側の意向」として明らかにしていない。

同病院の担当者は「ご迷惑をかけ、おわびする。再び同様の医療事故が起きないように努めている」と話している。

リスク説明せず医療処置 低酸素脳症の患者家族に賠償金で合意 滋賀県立総合病院

滋賀県立総合病院（滋賀県守山市）は15日、医療処置による合併症で低酸素脳症になった県内の70代男性がん患者に対し、事前に合併症の発生リスクを十分に説明していなかったとして、患者の家族に賠償金500万円を支払うことで合意したことを明らかにした。県は22日開会予定の県議会6月定例会議に、病院事業会計の補正予算案を提案する。

同病院によると、院内でがん手術を受けた男性患者の胸に水がたまったため、30代の主治医が昨年4月、針を刺して水を出す処置「胸腔穿刺（きょうくうせんし）」を行った。その際、針が動脈を傷つけて内出血を起こし、患者は低酸素脳症で意識を失った。

病院は同6月、医療ミスがなかったかの内部調査を実施。その結果、胸の水を抜く処置は「対処が難しい事案で、明確な過失は特定できなかった」が、主治医と40代の指導医は処置による合併症のリスクを患者本人に口頭で伝えたのみで、院内で定められた同意書を使って患者と家族に事前説明していなかったことが判明した。両医師は同意書の存在を知らなかったと話しているという。

男性患者は同11月に死亡した。病院によると、合併症が死因ではないが、影響を与えた可能性はあるとしている。死因はプライバシーの問題として明らかにしていない。賠償額は過去の判例を基に決めたといい、足立壯一院長は「インフォームドコンセント（説明と同意）を書式できちんと取るという当然のことを全診療科に改めて徹底する」としている。

痔手術で10代男性が死亡、愛知 県立病院

愛知県医療療育総合センター中央病院（同県春日井市）は20日、痔の手術後に出血性ショックで10代の男性患者が死亡する医療事故があったと発表した。病院は適切な術後管理が行われていなかったと判断。医療事故調査委員会を設置し、調査していた。

病院によると、男性は重度の脳性まひがあり、定期的に同病院に入院していた。2021年5月17日に入院し、翌18日に痔の手術を受けた。想定よりも切除範囲が深層に及んだという。手術後、手術した部位から大量出血などがあり、24日午後7時40分ごろに死亡した。

病院は、男性の異変に気付いたが、輸血などを行わなかった。また心拍停止後の処置では、看護師が強心薬「ボスミン」と鎮静薬「ホリゾン」を間違えて医師に手渡し、投与するミスがあった。

調査報告書では、同病院では日常的な看護ケアが必要な患者の入院が多いため、緊急時の対応が定着していなかったと指摘。病院側は、急変に対応できる医療チームの再教育などに努めるとしている。

大阪府立病院医師 新型コロナ重症患者の人工呼吸器を一時停止

おとし（2021年）3月、大阪・東大阪市にある府立病院に勤務していた男性医師が、人工呼吸器の装着方法の変更に同意が得られなかったことをきっかけに、新型コロナの重症患者の人工呼吸器を一時的に止めていたことがわかりました。

医師は取材に対し、「命の危険はなく同意を得るために許される範囲だと考えた」と話す一方、病院は「重大な倫理違反がある」などとする報告書をまとめ、患者の退院後、謝罪したということです。

東大阪市にある大阪府立中河内救命救急センターの倫理委員会がまとめた報告書などによりますと、おとし3月、当時、部長だった40代の男性医師が、新型コロナで集中治療室に入院していた当時60代の男性患者に人工呼吸器の装着方法の変更を提案したものの同意が得られず、患者がつけていた人工呼吸器をおよそ2分間停止したということです。

患者は一時、血液中の酸素の値が90%を下回り、呼吸の状態が悪化しましたが、人工呼吸器を再開してしばらくしたあとで回復したということです。

患者は人工呼吸器を口からのどに管を通す形で使っていましたが、医師は細菌感染で起きる肺炎などの合併症を予防するため、のどを一部切り開いて管を入れる方法に変えようと提案したということで、取材に対し「新型コロナの重症患者は合併症を起こすと救命が難しくなることが多い。人工呼吸器が必要な状態だとわかってもらうために停止したが、命の危険はなく同意を得るために許される範囲だと考えた」と話しています。

これに対して報告書では、「目的自体は不適切とはいえない」としたうえで、「停止したあとで起きることについて十分な説明がない。『呼吸器止めてみます?』『止めてみる』などと売り言葉に買い言葉のようなやりとりで行為に至っていて患者の自由意志による決定とはいえない。故意に苦痛を与える行為で重大な倫理違反がある」としています。

病院は患者に謝罪するとともに医師の職業倫理や患者の権利などを学ぶ研修を実施したということです。病院を管理する市立東大阪医療センターの谷口和博 理事長は「緊急性はなく、時間をおいて患者や家族に再度説明するなどの対応を取るべきだった。市民の信用失墜を招く結果となり、心よりおわびするとともに再発の防止に取り組みたい」とコメントしています。

病院ではおとし12月、男性医師を戒告の懲戒処分にはしていますが、男性医師は処分の撤回を求める裁判を起こしています。

【医師“命の危険ない”】

男性医師はNHKの取材に対し、人工呼吸器を一時的に止めた理由について「命の危険はなく、同意を得るために許される範囲だと考えた」と話しました。

医師によりますと、新型コロナの重症患者では人工呼吸器を口からのどに管を通す形で使うと1週間前後で肺炎などの合併症を起こすことがあり、中には死亡するケースもあったということです。

こうした合併症のリスクを減らすには、のどを一部切り開いて管を入れる「気管切開」の方法が有効とされており、今回、医師が提案したのもこの方法でした。

医師によりますと、男性患者は気管切開をすることに手術を行う前日にいったん同意しましたが、その後、医師が改めて確認したところ、同意は得られなかったということです。

男性医師は取材に対し、「合併症を起こすと救命が難しくなってしまう。気管切開が必要だったが説明してもなかなか理解が得られなかった。人工呼吸器が必要な状態だとわかってもらうために、停止して改めて説得する必要があった。止めていた間は呼吸状態をモニターなどで確認していたので、命の危険はなく同意を得るために許される範囲だと考えた。当時の状況ではこの選択肢しかなかった」と話していました。

次ページへ

【患者“1年半以上連絡なく”】

新型コロナで重症となっていたときに人工呼吸器を一時止められた木野正人さん（71）がNHKの取材に応じました。

木野さんは当時、鎮静剤の投与を受けていたこともあり、医師と交わしたやりとりの記憶があいまいでしたが、およそ1年9か月がたった去年（2022年）12月、病院の倫理委員会の報告書などが同封された匿名の封筒が自宅に届き、当時の詳しい経緯などが分かったということです。

病院からは退院後も説明はありませんでしたが、報告書が届いたのをきっかけに木野さんが連絡すると詳しい説明と謝罪を受けたということです。

木野さんは「なぜ1年以上も連絡せずに伏せたままにしていたのかと聞いたところ、謝罪を受けました。はっきりした記憶はありませんが、治療方針について意見が食い違ったとしてもやっていいことと悪いことがあると思います。新型コロナが重症化して入院したものの生還できたので、医療従事者に感謝する気持ちも大きく、とても複雑な思いです。患者の命にかかわることなので医療機関全体で共有して再発防止を徹底してほしい」と話していました。

これについて病院を管理する市立東大阪医療センターは、「患者にすみやかに説明し公表すべき事案で、患者の視点を大きく欠いた対応だった」とコメントしています。

【専門家“自己決定権確保を”】

医療安全が専門の名古屋大学医学部附属病院の長尾能雅 教授は「気管切開に変えたいという医療者側の気持ちは理解できなくはない」とする一方、「同意が得られないからといって故意に身体的苦痛を与えて治療の選択を迫ることはあってはならない」と指摘しています。

そのうえで、「医療者から治療法のリスクなどについて十分な説明を受けたうえで治療方針を決定できるという患者の自己決定権はどんな状況でも必ず確保しなければならない」としています。

また、今回のケースでは、医師の行為を周囲の医療スタッフが止めなかったことにも課題があるとしたうえで、「治療方針をめぐる患者から不安の声が聞かれたときにはその治療が本当に適切なのか医療チーム全員が立ち止まって考えなくてはいけない。特にコロナ禍のような非常事態では『チーム医療』が機能しないことがあるので、おかしいと思ったら周囲の医療スタッフが止められる環境づくりを進める必要がある」と話しています。

今回のケースを病院が公表しなかったことについては、「特に公立の医療機関は起きた出来事を過不足なく市民と共有する必要がある。今回のような問題に組織がどう対処し対策をどう講じたのかを社会と共有して警鐘を鳴らすことも重要だ」と指摘しています。

2023/7

宮城県立こども病院 心臓手術で医療事故 患者に障害が残る

2022年2月、宮城県立こども病院で心臓の手術中に患者が出血し、障害が残る医療事故が発生していたことが分かりました。

病院によりますと2022年2月、心臓に空いた穴を塞ぐ手術中、人工心肺用の血管が外れて出血しました。

出血原因の特定と止血に時間がかかったため、脳への血液供給が不十分となり低酸素性脳症になりました。

患者は、日常生活で介護が不可欠である後遺障害1級の障害が残ったということです。年齢や性別は非公表です。

県立こども病院は、再発防止に努めたいとしています。

竹田総合病院

経鼻胃管を抜去することを失念し、残存したまま胃切除を行った医療事故報告

2023年6月30日

当院で発生した医療事故について

竹田総合病院
病院長 本田 雅人

2023年、胃癌患者様の手術中に経鼻胃管が残存したまま胃を切除してしまうという医療事故が発生しました。

今回、院内において行われた事象分析の結果をもとに患者様ご本人、ご家族からのご希望も踏まえ事故の内容、事故防止対策についてHP上で公表する事としました。

あらためて患者様、ご家族、関係者の皆様に深くお詫び申し上げますとともに、このようなことを今後起こさぬよう病院全体での不断の改善の取組みを続けてまいります。

1. 事故の概要・経過

1) 2023年、胃癌患者様に対してロボット支援下噴門側胃切除術を予定し手術を開始しました。胃及び食道切離の際、経鼻胃管を抜去することを失念し、残存したまま胃切除を行ってしまいました。術中にその事実に気づき、開腹胃全摘術・腸瘻造設術に変更しました。術後8日目までの経過は良好で、術後透視検査で縫合不全は認めないと判断し経口摂取を開始しましたが、術後12日目に食道空腸吻合部の縫合不全が判明しました。患者様及びご家族に病状をご説明し、右胸腔ドレナージと経鼻イレウス管により保存的に治療する方針としました。

2) 胃切除の際に経鼻胃管を抜去することを失念していなければ、予定術式を遂行でき、術後縫合不全を来さなかった可能性が極めて高く、患者様及びご家族に対してもこのような苦痛を与えてしまうことはなかったと思われれます。

2. 事故発生後の病院としての対応

1) 患者様・ご家族への対応

事故発生後、患者様・ご家族に経緯の説明と正式謝罪を行い、なしうる最大限の治療の提案・治療を遂行しております。

2) 事故調査について

関係者へのヒアリング、現存するカルテ等の資料・画像等の精査を行うと共に、医療事故調査の為の院内事象分析を実施しました。

また、本件については第三者機関（保険会社を通じて他の医療機関医師）の見解を求めると共に、会津保健所への事故報告を行いました。

3. 再発防止策

1) 本事故以降、食道・胃・十二指腸を切離する際に、術者・助手・麻酔医・看護師による確認手順を厳格化し遵守しております。

2) 自動縫合器を使用する時の作業確認手順書を作成しました。今後手術室及び自動縫合器を使用する全ての診療科に周知し、遵守しております。

4. 患者様・ご家族のプライバシー保護について

この公表については、患者様ご本人・ご家族の了解のもとで行っておりますが、関係者の皆様のプライバシーが適正に守られることをお願いいたします。

以上

子宮頸管縫縮術の糸の一部を残す事故

高知医療センター
2022 年度下半期 個別公表事案

子宮頸管縫縮糸遺残事案

1. 患者 30 代 女性

2. 概要

早産既往のため子宮頸管縫縮術を行った。妊娠後期に縫縮した糸を抜去した際、糸の一部が遺残していたため、全身麻酔下で除去術を行った。

3. 状況

妊娠中期に他院から紹介を受けたところ、早産既往があるため、子宮頸管縫縮術を実施した。妊娠後期に破水し来院。その時点で、医師は縫縮糸を抜糸した。その後、出産に至った。

産後、数年にわたり婦人科症状があり、他院に受診するなかで、糸の遺残が明らかとなった。

4. 原因

子宮頸管縫縮糸の抜糸を実施した医師は、遺残なく抜糸をしたと判断した。その後、出産から退院までに関わった医師らは、通常の診療を行うなかで、糸が残っていることに気付くことができなかった。

5. 再発防止策

- (1) 抜糸は、医師 2 名で実施することを原則とする。
- (2) 抜糸した糸は写真撮影しカルテに保存する。
- (3) 抜糸を確実に実施するために、決まった位置（8 時から 9 時の位置）に十分な長さ（約 2～3 cm）の牽引糸を付ける。
- (4) 抜糸の際は、まず牽引糸でループを十分に組織外に引き出し、確実にループを切断する。
- (5) 陣痛が発来し、抜糸の確認が困難なケースは、分娩後に改めて抜糸が確実にできていることを確認する

人工肛門造設手術で位置を間違える

兵庫県は 25 日、県立加古川医療センター（同県加古川市）で、60 代男性に対する人工肛門造設手術の際、切断した腸管の口側（上部）に人工肛門を作るべきだったのに、誤って肛門側（下部）の腸管に作るミスがあったと発表した。再手術で人工肛門を付け直し、術後の経過は良好という。

県によると、男性は鼠径ヘルニアで穴が開く腸穿孔と急性腹膜炎を発症。5 月 19 日に救急搬送され、人工肛門造設などの手術を受けた。医師は本来、口につながる腸管を腹の外に出して人工肛門を作るべきだったが、誤って肛門につながる腸管に作ったという。

別の医師が同 21 日に腹膜炎の状況を検査した際、ミスを発見。最初に手術した医師が再手術し、男性は 6 月 30 日に退院した。

県は原因として、複数の緊急処置が必要だったことや、男性の腸が通常より長くねじれ、目視で判断できなかった点などを説明。今後、目視による判断が難しい場合は手で触って確認することを徹底するという。

CT 検査診断報告書の「肺がんの疑いがある」を健診担当医が見ず、肺がんの診断治療が遅れる

京都府京丹後市は13日、市立弥栄病院（同市弥栄町）で市内在住の70代男性が昨年10月に受けたCT（コンピューター断層撮影）検査で、「肺がんの疑いがある」と診断報告書に記載されていたにもかかわらず健診担当医が確認せず、家族に伝えるのが半年以上遅れたと発表した。

市と病院は医療ミスと認め、謝罪した。男性はその後、肺がんと診断され、自宅で療養しながら市外の病院で治療している。

病院によると、男性は65歳以上が対象の長寿健診を受診し、2日後に放射線科の医師が肺がんの疑いについて報告書に記した。健診担当医は4月末に記載内容を確認したものの、検査結果を家族に伝えたのは男性が呼吸困難で救急搬送された5月上旬だった。その際、報告が遅れたことも謝罪したという。呼吸困難について「肺がんとの因果関係は不明」としている。

病院の聞き取りによると、健診担当医は「重大疾患の疑いがあれば、直ちに口頭で報告があると思い込んでいた」と話し、報告書をすぐには確認していなかった。長寿健診は検査項目が多岐にわたるため、報告書は担当医が3カ月分ごとにまとめて半年以内に整理、確認する院内ルールがあり、この点もミスの要因になったと見ている。

会見では、長寿健診でがんの疑いの診断結果が5カ月間以上経過して受診者に伝えられた事例が、2021年5月に1件あったこともわかった。

神谷匡昭院長は「この時は受診者ががんではなかったことから情報が共有されず、ミスを防ぐ教訓として生かせなかった」と謝罪。担当医のチェック漏れ、報告漏れがないかを看護師も確認するなどの再発防止策を示した。

2023/8

新生児の検査ミス、和解し謝罪 名古屋市立大病院

出産直後の女児が脳性まひになったのは、名古屋市立大学病院の検査にミスがあったためだとして、女児と両親が病院に賠償を求め名古屋簡裁に申し立てた調停が2日までに成立した。病院への取材で分かった。病院が和解金を支払うなどの内容。金額は明らかにしていない。

病院によると、女児が生まれた2011年、脳性まひなどの要因となる血液中の物質「ビリルビン」の数値を測定。メーカー指定と異なる採血器具を使い、低い数値の結果が出た。その後、脳性まひなどの後遺症が生じた。女児側は検査ミスで治療の開始が遅れたとして21年10月、調停を申し立てた。

調停条項には、病院側の謝罪も盛り込まれたという。

大阪の無痛分娩事故の裁判が終了

大阪府和泉市の産婦人科医院「老木レディースクリニック」で2017年、無痛分娩で出産した女性＝当時（31）＝が死亡したのは麻酔の効き具合などの確認を怠ったのが原因として、遺族が運営法人（破産）側に計約8300万円の損害賠償を求めた大阪地裁の訴訟は4日までに終結した。裁判外で運営法人側が計7500万円を支払う内容で和解が成立し遺族側が今年7月、訴えを取り下げた。

訴状によると、女性は17年1月、同クリニックで出産する際、当時の院長から脊髄の近くに麻酔を施されて呼吸不全となり、低酸素脳症で死亡したとされる。子どもは帝王切開で生まれて無事だった。

患者死亡で神戸大に賠償命令、過失認める 神戸地裁

統合失調症などを患って神戸大病院に入院していた男性の容体が悪化し死亡したのは病院側の過失が原因として男性の母親が、運営する神戸大に約4200万円の損害賠償を求めた訴訟の判決が4日、神戸地裁であり、後藤慶一郎裁判長は神戸大に約2890万円の支払いを命じた。病院側の過失と死亡との因果関係を認めた。

判決によると、男性は平成29年2月から入院。同5月31日午後2時過ぎに容体が悪化、呼吸が停止し約2時間後に死亡した。

後藤裁判長は、男性には呼吸数などを確認するための生体モニターが装着されていたのに、看護師らは男性が息苦しそうかどうかだけに注意を払っただけで、生体モニターによる確認を怠ったと指摘。注意深く確認していれば男性の死亡を回避できた可能性があったと結論づけた。

神戸大は取材に「判決文を受け取っておらずコメントを差し控える」としている。

神戸徳洲会病院を行政指導 市、複数患者死亡巡り

神戸徳洲会病院（神戸市）で循環器内科の男性医師が関わったカテーテル手術後に複数の患者が死亡したとされる問題で、神戸市は28日、カルテの記載が不十分など安全管理に不備があったとして病院に是正を求める行政指導をした。

市によると、病院関係者の匿名の告発を受け、7月以降、病院の立ち入り検査を3回実施。死亡患者3人のカルテに治療の経過や死因を家族に説明した記録が残されていなかった。男性医師は「カルテをしつかり記載する習慣がなかった」という趣旨の説明をした。

また1月に死因が明らかでない死亡例があり、複数の職員から指摘があったのに院長は男性医師の意見を聞くだけで十分な調査をしなかった。7月に病院内部で医療安全調査委員会を開催するまで半年かかり、その間にも疑義のある死亡例が発生したという。市は9月11日までに是正計画書を提出するよう求めた。

宝塚市立病院で2件の医療事故発表 女性患者の手術部位誤り、痛みやしびれが残った状態

宝塚市立病院（兵庫県宝塚市）は10日、腰椎椎間板ヘルニアの40代女性患者とリウマチの60代女性患者の手術で、それぞれ手術部位を誤認する医療事故があったと発表した。患者はいずれも市内在住で、ヘルニア患者は右太もも後ろ側の痛みやしびれ、リウマチ患者は左手親指の痛みなどが残ったままの状態という。

同病院によると、ヘルニアの女性は昨年5月、腰の痛みなどを訴えて整形外科で手術を受けた。その際、50代の男性医師は手術が必要な腰椎よりも3、4センチ上にある腰椎の突起部を切除。部位の目印となる金属針を突起部に刺していたが、医師がよく確認していなかったとみられる。

手術後、女性の痛みやしびれが悪化。今年4月、別の民間病院に相談すると、違う部位が切除されたことを指摘され、市立病院で再受診し、医療ミスが発覚した。健康面に影響はないという。

病院を巡る告発内容などによると、1月に赴任した男性医師が心臓疾患の患者らにカテーテル手術を実施後、死亡したり容体が悪化したりした患者が約10人いたとされる。

当直医らに対応し、たんを除去するのに約17分かかり、低酸素脳症、高次脳機能障害となり、死亡した事案で損害賠償金1千万円を支払い和解

北播磨総合医療センター企業団（兵庫県小野市市場町）は17日、運営する同医療センターで2021年5月、たんが詰まった患者の措置に時間がかかり、高次脳機能障害となる医療事故があったと発表した。女性は翌年4月に死亡した。同企業団は、損害賠償として遺族に1千万円を支払い和解する方針。

同センターによると、患者は小野市の80代女性で、21年4月に甲状腺がんのために入院。手術で気管切開を行い、気管内に管が入った状態だった。

手術は成功したが、5月2日未明、女性のたんが管の中に詰まり、医師らがたんを除去するのに約17分かかった。女性は低酸素脳症を発症し、その後、高次脳機能障害と診断され、意識が戻らないまま約11カ月後に死亡した。

同センターによると、事故当時、当直体制で専門の医師が不在だったといい、電話で指示を受けた当直医らに対応に時間がかかったという。同センターの担当者は「たんの除去が早ければ、高次脳機能障害とならなかった可能性が否定できず、一定の責任があると判断した」と説明。今月31日の同企業団議会で、和解に関する議案を提案する。

患者9人に薬を誤処方 三重県立総合医療センター、システム更新時入力ミス

三重県立総合医療センター（四日市市日永）は22日、外来患者9人に本来とは異なる薬品名を記載した処方箋を交付したと発表した。システムの更新作業を誤ったことが原因。9人には誤った薬品が処方されたが、センターは「健康被害はなかった」としている。

センターが誤った処方箋を交付したのは、5月に受診した10—80代の男女。本来は抗菌薬の「サワシリン」を処方箋に記載するところ、誤って「バクトラミン」と呼ばれる抗菌薬を記載していた。

六人が処方されたバクトラミンを全て飲んだ。うち1人に副作用とみられる皮疹の症状が出たが、診察時には既に治っていた。バクトラミンはサワシリンに比べて起こりやすい副作用が多いという。

センターの薬剤部で勤務する職員が4月27日、システムの更新作業をした際に入力を誤ったことが原因。これにより、医師がシステムで選んだものとは異なる薬品名が処方箋に記載されていた。

5月下旬、診察中の医師が処方箋を確認して誤りに気付いた。センターは9人に謝罪し、正しい薬品を処方するなどして対応した。入力を誤った職員は聞き取りに「作業を急いでいた」と説明した。

県庁で記者会見した加藤恵一薬剤部長は「迷惑をかけ、おわびする」と陳謝。「間違った処方はあるとはならない」と述べ、システム更新時の確認を徹底するなどして再発防止を図る考えを示した。

一方、センターは発覚当初、9人に健康被害がないことを理由に事案を公表しなかった。「外部から意見を受けて再協議し、社会的影響や事案の重大性を考慮して公表することにした」としている。

茅ヶ崎市、生後間もない乳児が死亡した件で300万円の裁判上の和解へ

茅ヶ崎市立病院で2019年4月に生後間もない乳児が死亡した裁判について、茅ヶ崎市は解決金300万円を支払うことで和解することに遺族側と合意したことを公表しました。

医師3人が「がんの疑い」見落とし、患者2人その後死亡 滋賀の病院

滋賀県高島市の高島市民病院は8日、「がんの疑い」と診断された市内の患者3人のCT画像診断報告書を、医師3人が見落とす医療過誤があったと発表した。うち患者2人は転院先の病院でがんの疑いで亡くなった。病院は、見落としによって治療の遅れや病状の進行につながったことを認め、遺族らに謝罪した。

病院によると、亡くなった2人は2019年1月に受診した80代男性と、3月に受診した70代男性。70代男性が8月、80代男性は11月に再受診した際、CT検査でがんの疑いとされ、以前の見落としが判明した。それぞれ別の病院で治療を受けたが、2人は20年に亡くなった。

病院が19年末に過去のCTやMRIの報告書を調査した結果、15年に受診した90代女性についても見落としが判明した。ただ、親族が治療などを望まず、病状の進行と見落としとの因果関係は確認できなかったという。

CT画像診断報告書には放射線科医が「がんの疑い」と記載していたが、病院は「主治医3人は患者の別の疾患の治療に集中していたため、記載を見落としした」と説明している。

病院は問題を受け、電子カルテシステムに未読の報告書を通知する機能を追加するなど、再発防止策を講じた。80代男性の遺族に賠償する予定で、70代男性の遺族とも協議中という。

この日の会見で武田佳久病院長は「患者様並びにご家族の方々に心より深くおわびを申し上げます」と謝罪した。

加西市がモニター表示を無視して内視鏡検査を続行した件で和解

兵庫県加西市の市立加西病院で2020年、患者が治療中に心停止に陥り10日後に死亡する医療事故があり、同病院は25日、患者の遺族に対して、解決金3800万円を支払い和解する方針を明らかにした。9月1日に開会する市議会定例会に議案を提出する。

病院によると、患者の男性=当時(67)=は20年3月、総胆管結石の治療で内視鏡検査を受けた。その際、心拍数の低下などを示す数値がモニターに表示されたにもかかわらず検査を続け、男性は心停止に陥ったという。病院は心肺蘇生処置を行ったが、低酸素脳症となり10日後に死亡した。

遺族は22年8月に「窒息状態であったにもかかわらず適切な呼吸回復措置を怠るなどしたため死亡した」として、約4200万円の損害賠償を求めて大阪地裁に提訴していた。

病院は「モニター上の数値が低下しても検査を続けた。即座に検査をやめて救命処置をするべきだった。死亡という重大な結果を招き、裁判所の和解案を受け入れる」とした。

坂井市、ガーゼ残置事故で251万9042円和解へ

坂井市立三国病院で、手術中に使ったガーゼが去年まで9年間、患者の体内に残されていたことが分かり、市がミス进行めておおよそ250万円を賠償することになりました。

坂井市立三国病院によりますと、2013年にこの病院で坂井市に住む患者の腹部を手術した際、止血用に使ったガーゼ1枚を残したままにしていたということです。

9年たった去年、この患者が別の病院を受診したことで発覚し、手術をして摘出しました。

患者の健康状態に影響はないということですが、坂井市立三国病院は、ミスを認めて、おおよそ250万円を賠償することで和解したということです。

当時、病院では、手術後にガーゼが1枚足りないことに気付いてX線撮影を行ったものの確認できなかったことから手術前の数量確認が誤っていたと判断していたということです。

坂井市立三国病院の飴嶋慎吾病院長は「大変重大なことと受け止めております。市民に安心と信頼の医療を提供できる病院となりますよう努めてまいります」というコメントを発表しました。

カテーテル後に複数の患者死亡 神戸徳洲会病院に市が行政指導

神戸市にある病院で、複数の患者がカテーテルを使った処置のあと死亡したことをめぐり、神戸市は、医療安全体制が不十分なまま治療を行い、事後の検証も十分行われていなかったなどとして、病院に対し改善を求める行政指導を行いました。

神戸市垂水区にある神戸徳洲会病院では、ことしに入ってから循環器内科の男性医師によるカテーテルの治療などを受けた複数の患者が死亡し、神戸市は先月（7月）、3回にわたって立ち入り検査を行いました。

その結果、▼患者が死亡した事例について病院の内部から治療が原因だったのではないかという指摘があったにもかかわらず、十分な検証を行なっていなかったと指摘しました。

また、▼循環器内科の医師1人だけで治療を行う場合があるなど体制が不十分だったほか、▼患者の家族に対し、病状や治療法、それに死亡の原因などについて詳しく説明せず、カルテにも記載していなかったと指摘しました。

市は安全管理体制に問題があったとして、28日、病院に対し改善を求める行政指導を行いました。

来月（9月）11日までに是正計画書を提出し、今年度末をめどに具体的な改善を終えるよう求めています。

会見した神戸市保健所の楠信也 所長は、「治療に問題があると報告を受けた時点で病院として検証すべきで、対応に問題があった。改善に向けてしっかり取り組んでほしい」と述べました。

一方、病院は、「指導された内容に対し、一つひとつ誠意を持って取り組んでいきたい」とコメントしています。

【神戸市が指摘した問題点】

神戸市が行った行政指導では、病院の安全管理体制について大きく3つの問題点を指摘しています。

▼まず、患者が死亡した事例について、病院内部の複数の職員から「治療が原因だったのではないか」という指摘があったにもかかわらず、院長が十分な検証を行っていない点です。

循環器内科の医師から意見を聴くだけで医療安全対策委員会などによる調査は行わず、その結果、その後も疑義のある複数の死亡例が起きたと指摘しました。

病院を運営する医療法人の本部は先月（7月）、調査のための委員会を開きましたが、市は「速やかに実施されるべき調査までおよそ半年の時間を要した」と厳しく指摘しています。

▼2つめは、治療が行われた際の体制が不十分だった点です。

ある患者に心臓のカテーテル治療を行おうとしながら予定どおりに進まなかった際、対応していた循環器内科の医師は1人だけで、治療方針などを相談できるほかの医師はいなかったということです。

また、治療後の患者の容体について医師と看護師の間で情報が十分に共有されず、血圧が低下したことが医師に報告されなかったと指摘しています。

▼最後に、家族への説明やカルテの記載が不十分だったことを挙げています。

家族に対し、病状や治療法、合併症、それに急変時の対応などを詳しく説明せず、亡くなったあとの死亡原因の説明も不十分で、市が遺族に直接確認したところ、理解していなかったと指摘しています。

また、カルテには家族への説明について記載がなく、緊急入院から容体が急変するまでの6日間、治療経過などがカルテに書かれていなかった例もあったとしています。

こうした点を踏まえ、神戸市は、患者の安全を最優先にした組織的な医療安全管理体制を実現するよう、院長に対し、来月（9月）11日までに是正計画書を提出し、今年度末をめどに具体的な改善を終えるよう求めています。

次ページへ

【病院関係者 “危機感あった”】

神戸徳洲会病院でカテーテル治療を受けた複数の患者が亡くなったことをめぐり、病院の関係者がNHKの取材に応じ、「立て続けに亡くなり、このまま治療を続けるのは危険ではないかと危機感を持っていた」などと証言しました。

ことしに入り、循環器内科の医師によるカテーテル治療を受けた複数の患者が死亡したことについて、関係者は「立て続けに亡くなり、何か問題があるんじゃないかと病院の内部で言われるようになりました。ほかにも、亡くなってはいないものの、治療を受けているときに急変する患者もいたので、このままカテーテル治療を続けるのは危険ではないかと病院のスタッフは危機感を持っていました」と振り返りました。

患者が亡くなったあとに病院が検証を速やかに行わなかったことについては、「なぜ行わなかったのか理由はわかりませんが、職員はみな動揺していました。早く検証して対策をとるのが医療において安全を担保するための原則だと思います」としたうえで、院長に対しては「原因をなかなか究明しようとしなかったことには憤りを感じます。危機管理や、職員の不安に対応しなかったことについて病院の責任者として問題だと感じます」と話しました。

一方、治療を行った医師については「多くの医療者は医療の質を良くしていこうと悩みながら医療をしているのが実際のところですけども、そういう態度があまり見られず問題だと思いました」と話していました。

そして、病院に対しては「問題が起こったときの振り返りを迅速にして、医療機関として正常に機能してほしいです」と話していました。

【専門家“市の指導内容適切”】

神戸市が行政指導を行ったことについて、医療の安全管理に詳しい名古屋大学医学部の長尾能雅教授は、「いずれも重要な指摘で改善が必要な内容だと思う。患者が死亡したあとに院長は担当医の意見を聞いたのみで十分な調査を行っていなかったことは問題だ。その時点で病院の診療全体を見直したりいったん中止して体制を改善したりするチャンスだった」と指摘しています。

今後、国の医療事故調査制度に基づいて第三者機関での検証が行われることについては、「医療行為が適切だったか、標準的な治療から逸脱した行為がなかったか、第三者の専門家の目で点検する必要がある。病院や診療チームにどんなウィークポイントがありどのように改善する余地があるのか検証して広く社会と共有することで、医療全体のクオリティを上げることもつながる」と説明しています。

一方で、検証には半年から数年かかることもあるとして、「病院は最終的な検証結果を待つのではなく調査の中で外部の専門家などから指摘された内容をそのつど改善につなげるべきだ」として、病院には積極的に医療体制を改善する姿勢が必要だと指摘しました。

“治療中の死亡は医師らのミス” 遺族が賠償求め坂出市を提訴

坂出市立病院に入院していた当時74歳の男性が、治療中に死亡したのは医師らのミスによるものだとし、男性の遺族が坂出市に損害賠償を求める訴えを起こしたことがわかりました。

市は訴えを退けるよう求めています。

高松地方裁判所丸亀支部に訴えを起こしたのは、坂出市立病院で入院中に死亡した当時74歳の男性の妻とこども、あわせて3人です。

訴えによりますと、男性は去年5月、坂出市立病院で腹くうにたまった水を抜いて体内に戻す治療を受けていましたが、基準を超える量や速度で水を抜かれ心停止となったほか、たんぱく質の一種「アルブミン」を適切なタイミングで投与されなかったことで循環不全を引き起こしたなどとしています。

さらに、治療中にベッドから離れトイレで倒れていた男性を看護師がすぐに探さなかったなどとして、男性が死亡したのは、担当した医師や看護師のミスによるものだとし、坂出市に3700万円余りの支払いを求めています。

裁判は、すでに始まっていて、この中で、坂出市は訴えを退けるよう求めています。

また、坂出市立病院は、「係争中のため、回答を差し控えます」としています。

JA 茨城県厚生連を提訴 死亡男性遺族「医療ミス」

誤嚥(ごえん)性肺炎で入院していた茨城県南地区の 70 代男性が医療ミスで死亡したとして、男性の遺族が、土浦協同病院を運営する JA 茨城県厚生連を相手に約 3670 万円の損害賠償を求める訴訟を東京地裁に起こしたことが 30 日、分かった。遺族側は「一次救命措置を怠り、患者を死亡させた重大な医療過誤」と訴えている。提訴は 28 日付。

訴状によると、男性は 2018 年 2 月、誤嚥性肺炎のため同病院に入院。翌 3 月に体調が急変して死亡した。死後画像の診断では「死因の特定は難しいが、誤嚥を疑う所見がある」とされた。遺族側は、窒息を発見した時点で、担当医師や看護師が直ちに吸引や心肺蘇生をすれば命を救えた可能性が高いとして、病院側の注意義務違反を主張。

中でも、患者の尊厳を守るため心停止時に心肺蘇生しない措置(DNAR)について病院側の誤認を指摘。救命措置を怠ったのは重過失に当たるとしている。

代理人の梶浦明裕弁護士は、「DNAR を巡る訴訟は過去にない。全国的に DNAR を正しく理解し、同じような医療過誤が起きないようにしてほしい」と語った。

原告は男性の妻子 3 人。「病院には誠意ある対応を求めたい。裁判所には病院の非を認めてほしい」とのコメントを発表した。

JA 県厚生連は「訴状を確認していないのでコメントできない」としている。

厚生労働省が精神科病院に 2 回目の指導

看護師による入院患者への暴行事件が起きた東京 八王子市の精神科病院「滝山病院」に対し、31 日、厚生労働省が東京都などと指導に入ったことがわかりました。国による指導は 2 度目で、診療報酬をめぐる問題がなかったかどうか、さらに調べるものとみられます。

東京 八王子市の精神科病院「滝山病院」ではことし 2 月、入院患者への暴行事件が発覚し、これまでに看護師ら 5 人が逮捕や書類送検され略式起訴されていて、東京都は病院に改善命令を出すとともに、希望する患者の転院や退院の支援を行っています。

31 日は厚生労働省が国民健康保険法などに基づき、東京都や八王子市などと共同で指導を行い、午前 10 時ごろ、職員ら 20 人余りが病院に入っていました。

滝山病院については「診療報酬をめぐる不正がある」といった情報提供があったことなどから、ことし 5 月にも厚生労働省などが指導に入っていて、今回が 2 度目の立ち入りになります。

31 日の指導ではレセプト＝診療報酬明細書とカルテの記載との整合性などをさらに詳しく調べるものとみられます。

滝山病院は都の改善命令を受けて、「第三者委員会」による虐待の原因究明や「虐待防止委員会」による再発防止策の検討を進めています。

こども病院で患者死亡 術後に不備、謝罪

神奈川県立こども医療センター（横浜市）で2021年、手術を受けた子どもが死亡し、有識者らの調査委員会が医療事故として術後対応や医療体制の不備を指摘していたことが7日、センターが公表した報告書で分かった。センターの黒田達夫総長は記者会見で、不備を認めて謝罪した。

子どもの年齢や病気の内容は明らかにしていないが、黒田総長は「体制が手薄な週末の発生で、チーム医療がうまく機能しなかった。救える命だった可能性は大きい」と述べた。

報告書によると、手術は21年10月6日に行われた。その後、高熱や下痢が続き、11日に容体が急変。医師らが蘇生措置をしたが死亡した。

報告書は、術後に感染症の検査や抗菌薬の投与をしなかったことなどが、死因に影響した可能性を指摘。蘇生処置の開始時期にも課題があったとし「急変後の診療は総じて小児専門病院に期待される水準に達していない」としている。

センターは再発防止のため、急変時に専門チームで対処する体制をつくり、救急医療の医師を増員するなどの措置を取った。

2023/9

肺炎治療で入院した71歳男性患者の死亡事案で被告が和解希望

肺炎で青森県所在の総合病院内科に2017年6月入院した71歳の男性が、肺炎治療を終えたとして、リハビリ目的で整形外科に転科させられ、同年8月に症状が悪化し亡くなった事案で、2021年1月から青森地裁で裁判が行われていましたが、被告代理人は2023年8月30日和解を求める意向を表明した、と報じられています。

島根の益田市医師会に賠償命令 手術で眼球に後遺障害

島根県益田市の病院で鼻の手術をした男性（60）が、医師の誤りにより眼窩の一部を損傷し、眼球に後遺障害が生じたとして、病院を運営する益田市医師会に約7420万円の損害賠償を求めた訴訟の判決で松江地裁は11日、約1041万円の賠償を命じた。

判決によると、男性は2016年ごろから鼻づまりなどの症状があり、副鼻腔炎の疑いがあるとして手術を勧められた。19年、益田地域医療センター医師会病院で手術を受けたが、右眼球に運動障害が残った。

男性は後遺障害により当時勤務していた建設会社で仕事続けるのは難しいとして依願退職し、再就職も困難だと判断したことについて三島恭子裁判長は判決理由で「資格や経験、能力等を生かした労働の可能性がないとはいえない」と指摘。労働能力喪失率は14%が相当と認定した。

益田市医師会は「判決内容を見ていないため、コメントは差し控える」とした。

病院周辺でレジオネラ感染 男女11人、院内と同一株も

宮城県大崎市の永仁会病院で起きたレジオネラ症の集団発生で、県は11日、病院から半径3キロ以内に自宅や勤務先がある40～80代の男女11人がレジオネラ菌に感染していたと発表した。うち4人は院内で検出された菌と同一株で、県は「集団発生との関連は高いが、感染源特定には至っていない」としている。

県によると、11人はいずれも入院治療を受け軽快した。発症は、院内の集団発生の感染源とされる病院の空調設備を清掃する前だった。清掃後は病院周辺での感染は確認されていない。大崎市を含む保健所管内での発症患者が例年の倍以上となり、疫学調査で判明した。

県立病院が11倍のステロイド薬誤投与等と死亡との因果関係を否定

山口県立総合医療センター（同県防府市大崎）で1月、肺がんの治療を受けていた男性（当時61）に予定の11倍の量のステロイド薬を投与する医療ミスがあったことが分かった。その後、モルヒネの誤投与もあった。男性は2月に死亡したが、同センターは誤投与との因果関係を否定している。

同センターによると、入院していた男性は自宅療養を希望して1月4日に退院した。10日に外来で受診した際、倦怠（けんたい）感や食欲低下の症状を緩和させるステロイド薬を1日あたり4ミリグラム（1錠）処方するべきところ、同44ミリグラム（11錠）と処方箋に医師が誤記し、12日分を出した。薬剤師も誤りに気付かず、男性は10日間服用した。男性が再入院した23日の翌日に誤投与が判明し、同センターは男性と家族に謝罪した。

また、入院中の2月1日朝、1回1錠の予定だった痛み止めのモルヒネを看護師が2錠投与するミスも起きた。同センターは再び、男性側に謝罪した。男性は3日に死亡した。

同センターは肺がんが死因と診断した一方、2度にわたるミスについて院内に医療過誤・事故対策本部を立ち上げた。調査の結果、2月13日付の報告書で「重篤な副作用は生じておらず、死亡には起因しない」と結論付けた。

同センターは「患者様とご家族に大変ご迷惑をおかけし、心よりおわび申し上げます。今後、職員一丸となって再発の防止と安心で満足度の高い医療の提供に取り組んでいきたい」とコメントしている。

同センターは県内で唯一、エボラ出血熱などの治療ができる第一種感染症指定医療機関。診療科は33科、病床総数は504床で、職員総数は約1100人。

県立病院看護師を飲酒事故で 医師をカルテ改ざんで懲戒処分

県病院事業局は、県立病院に勤務する看護師を飲酒運転で事故を起こしたとして、また、医師をカルテを改ざんしたとしてそれぞれ懲戒処分にした。

県病院事業局によりますと、中部病院に勤務する主任看護師はことし2月、自宅で酒を飲んだあと車を運転して事故を起こし、酒気帯び運転の疑いで、検挙されたということです。

県病院事業局は、27日付けで看護師を停職6か月の懲戒処分にした。

また、南部医療センター・こども医療センターに所属する医師は、心臓血管外科専門医として申請を行うための要件を満たそうと、ことし7月と8月、実際には携わっていない業務や手術に携わったように職員に依頼してカルテを改ざんしたり、自身で改ざんを行ったりしたということです。

県病院事業局は、27日付けで医師を停職1か月の懲戒処分にした。

2人はいずれも「申し訳なかった。反省している」と話しているということです。

病院事業局は「このようなことが再び起こらないよう職員の綱紀粛正に努めます」とコメントしています。

国立病院、内頸静脈への血液透析用カテーテルの挿入の際に多量の出血を生じ、十分な対応ができず 5 歳男児が死亡した事例を公表

国立成育医療研究センターにおいて発生した医療事故について

令和 5 年 9 月 28 日

国立成育医療研究センター病院長

笠原 群生

令和元年 9 月に国立成育医療研究センター（以下、当センター）にて血液透析用カテーテルの挿入時に過失による事故が発生し、その後、患者様が亡くなりました。当センターは、外部委員を含む医療事故調査委員会を開催し、本件の検証・分析を行い、当該委員会の報告を踏まえてご遺族の方に事故の経緯、原因分析結果、今後の再発防止策についてご説明しました。また、医療事故調査・支援センターによる「センター調査報告書」の交付がありました。このたび、ご遺族の同意を得られましたので、本件について公表いたします。

事故の概要

患者様は 5 歳男児です。末期腎不全の治療に必要な血液透析のため内頸静脈への血液透析用カテーテルの挿入を試みたところ、患者様に出血性ショックが生じ、蘇生術、輸血を実施しましたが、患者様は意識が回復しないまま 18 日後に亡くなりました。

事故の原因

血管確保の際、右心室に挿入されたガイドワイヤーが手技上の問題で破損し抜去不可能となり、処置を試みている間にシース（筒状の管）から生じた多量の出血に対して十分な対応ができませんでした。

再発防止策

類似例の発生防止のため、血液透析カテーテルを含めた中心静脈カテーテル挿入時におけるリスクを軽減し、患者様の安全の推進を図ることを目的として、当センターにおける「中心静脈カテーテル挿入に関する指針」を策定し、管理体制を整備いたしました。また、実施にあたり困難が予測される患者を想定した人員体制等の整備も行いました。

患者様のご冥福をお祈りし、患者様のご家族の皆様に深くお詫び申し上げます。当センターでは、患者様が亡くなりましたことを大変重く受け止めています。公表に関してご遺族からの要望があったことによりここに公表いたします。

今回の事態を真摯に反省し、医療の安全確保に最善の努力を重ねるべく、本件の調査結果を今後の医療安全の向上につなげる所存です。

県立病院看護師を飲酒事故で 医師をカルテ改ざんで懲戒処分

県病院事業局は、県立病院に勤務する看護師を飲酒運転で事故を起こしたとして、また、医師をカルテを改ざんしたとしてそれぞれ懲戒処分をしました。

県病院事業局によりますと、中部病院に勤務する主任看護師はことし2月、自宅で酒を飲んだあと車を運転して事故を起こし、酒気帯び運転の疑いで、検挙されたということです。

県病院事業局は、27日付けで看護師を停職6か月の懲戒処分をしました。

また、南部医療センター・こども医療センターに所属する医師は、心臓血管外科専門医として申請を行うための要件を満たそうと、ことし7月と8月、実際には携わっていない業務や手術に携わったように職員に依頼してカルテを改ざんしたり、自身で改ざんを行ったりしたということです。

県病院事業局は、27日付けで医師を停職1か月の懲戒処分をしました。

2人はいずれも「申し訳なかった。反省している」と話しているということです。

病院事業局は「このようなことが再び起こらないよう職員の綱紀粛正に努めます」とコメントしています。

2023/10

茨城のクリニックに賠償命令 血液検査怠り男性死亡

茨城県城里町の広沢クリニックで、血液検査などを怠ったため通院中の80代男性が死亡したとして、妻ら3人が運営法人に計約4600万円の損害賠償を求めた訴訟の判決で、東京地裁は29日、重大な注意義務違反があったと認め、約3700万円の支払いを命じた。

判決によると、クリニックの副院長は令和3年10月、血液の凝固を防ぐ薬を服用していた男性に、別の薬へ切り替えると説明。男性は翌11月に別の薬を処方され、同じ日の夜に救急搬送された。脳梗塞と診断され、4年6月に亡くなった。

桃崎剛裁判長は、薬の添付文書を踏まえれば、切り替え指示から5日後までに血液検査をするなどの注意義務があったが、早い段階での検査をしておらず「医学的合理性はない」と指摘。その上で、こうした注意義務を尽くしていれば、男性が4年6月時点でも生存していた蓋然性が高いと判断した。

“精神科病院での身体拘束 上限制定を” 看護師ら厚労省に要望

精神科病院などで不必要な身体拘束が相次ぎ、患者の人権が守られていないとして、看護師らが改善を求める医療従事者の会を立ち上げ、国に対し拘束時間の上限を定めることなどを求めました。

6日、精神医療の現場で働く看護師や作業療法士など4人が厚生労働省で会見し、不適切な身体拘束をなくしていくため、医療従事者の会を立ち上げたと明らかにしました。

身体拘束は、医師の指示のもと、切迫性があり代替手段がないやむをえない場合に限って、一時的に行うことが認められていますが、会見では

- ▽スタッフが少ないという理由での拘束や、
- ▽患者が落ち着いても長期に続けるケースのほか、
- ▽懲罰的に身体拘束が用いられる事例などがあると説明しました。

会の代表で、都内の精神科病院で働く看護師の浅野暁子さんは「ベッドに縛る身体拘束が2か月間行われた患者が、直接的な理由は分からないが亡くなった事例にも直面し、現状を変えたいと会を立ち上げた。外から見えにくい実情を広く知ってもらいたい」と訴えました。

現在、厚生労働省が身体拘束の要件の見直しを検討していることについても、見直しの内容によってはさらに患者の人権を制限しかねないとして、

- ▽1日の身体拘束の上限時間を定めることや、
- ▽過剰な拘束を防ぐため医師の裁量を小さくすることなどを求める要望書を、厚生労働省に提出したということです。

神奈川県が5病院共通の新たな情報公開ルール作りへ

地方独立行政法人の神奈川県立病院機構が管理する複数の病院で入院患者が医療事故などによって死亡した問題を巡り、県は2日の県議会厚生常任委員会で「新たな（情報公開の）ルールづくりが必要」という見解を示した。一部の事案は本紙報道を受けて詳細を確認したことも認め、上部組織でありながら主体性に欠く実態が改めて浮き彫りになった。

自民党の委員は、県立子ども医療センターで2021年に発生した医療事故に関して「センターが自ら発表したことではない」と述べ、隠蔽（いんぺい）体質を批判。機構傘下の5病院で情報公開の基準が異なる点を指摘し、「機構のガバナンス（統制）不足だ。理事長人事の責任は知事にある」と、体制の刷新を迫った。

足立原崇・健康医療局長は「一定以上の事例はしっかり公表することが、（患者らの）不安を取り除くことにつながる」と、5病院共通の情報公開基準の策定に理解を示した。一方、理事長交代の必要性には言及せず、「人事刷新は組織改革の有効な手法で、県は機構の主体的な変革をチェックしていく」と答えるにとどめた。

これとは別に、県立精神医療センターで19年に入院患者が死亡した問題について、県は今年6月に機構を通じて患者の死亡事案があったことを把握したものの、詳しい内容は先月15日の本紙報道で初めて認識したと明らかにした。その上で「重大案件は議会にも報告するが、全件を報告するわけではない。県にも全件は報告されない」と釈明した。

質問した立憲民主党の委員は、機構が県の全額出資法人であるとして「民間であれば完全子会社。子会社のガバナンスには（親会社としての）県が関与すべきだ」と注文した。

元富士吉田市立病院長に400万円 市に支払い命じる判決

富士吉田市から解任と減給処分を受けたあと、最高裁判所で処分の取り消しが確定した市立病院の元院長が、市に慰謝料の支払いなどを求めた裁判で、3日、甲府地方裁判所は市に対して400万円の支払いを命じる判決を言い渡しました。

富士吉田市の市立病院で院長を務めていた榎本温医師は平成28年、病院の歯科医師による診療拒否や職員へのハラスメントに対して監督責任を怠ったとして、市から院長職の解任と減給の処分を受けました。

しかし、3年前に、最高裁判所で歯科医師による診療拒否やハラスメントはなかったとする判決が確定し、おとし7月、榎本元院長に対する処分の取り消しも確定しました。

榎本元院長は去年、処分によって精神的苦痛を受けたとして市に慰謝料1300万円の支払いなどを求める裁判を起こしていました。

3日の判決で、甲府地方裁判所の新田和憲裁判長は「元院長を市立病院から排除する不当な目的で市長によって違法な処分が行われ、元院長が臨床医としてのキャリアを妨げられた精神的苦痛は大きい」などとして市に対して400万円の支払いを命じました。

榎本元院長は「市に支払いを命じた点はよかったが、市から謝罪がないのは遺憾だ。判決文を精査し、今後の方針を決めたい」とコメントしました。

富士吉田市は「現時点では判決要旨を確認できていません。今後については判決要旨を確認したうえで代理人である顧問弁護士とも協議して対応してまいります」とコメントしました。

宮崎県立延岡病院に賠償命令 「手術後障害」過失一部認定

宮崎県立延岡病院の医師が診断や手術後の措置などを誤ったため、右手に障害が残ったなどとして、日向市の女性らが県に計約9090万円の損害賠償を求めた訴訟の判決で、宮崎地裁（小島清二裁判長）は6日、病院側の過失を一部認め、慰謝料計170万円を支払うよう命じた。

配偶者の同意なく中絶 医師に慰謝料求め提訴 控訴審、12月に判決 福岡高裁那覇支部

人工妊娠中絶の際に求められる配偶者同意を巡り、妻が自身の同意を得ずに中絶して精神的苦痛を受けたとして、男性が施術した県内の医師に慰謝料を請求する訴訟を起こしたことが4日までに分かった。一番那覇地裁沖縄支部は請求を棄却し、男性が控訴。4日、福岡高裁那覇支部で結審し、判決日は12月5日に指定された。

母体保護法は「本人と配偶者の同意を得て中絶を行うことができる」と規定する。離婚している場合などは同意は不要とされる。国連女性差別撤廃委員会は、日本に配偶者同意の要件を削除するよう勧告している。

医師側代理人の日高洋一郎弁護士によると、男性の妻は2017年に県内の医療機関を受診し、中絶を希望した。当初、離婚協議中で同意が得られず、夫からDVのような行為もあったと説明。その後、既に離婚したと話し、医師が中絶手術を行った。だが、離婚は成立しておらず、20年に男性が提訴した。

男性側はDV行為を否定。離婚したかどうかについての妻の説明は変遷しており、医師側は確認の義務があったと主張している。日高弁護士は、DVがないと証明するのは困難で、現場の医師の判断は尊重されるべきだと強調。「中絶は女性自身の自己決定権に基づくものだ」と述べた。

「人間ドック」判定ミス、システム改修で誤り 京都・亀岡市立病院

京都府の亀岡市立病院は10日、6～9月に行った人間ドックで判定ミスがあったと発表した。判定が悪くなったケースはなく、健康への影響はないとしている。

同病院によると、6月6日～9月7日に受診した60人について、血清に含まれるタンパク質の一部の検査数値が診断システムに反映されていなかった。今月5日に判定医が数値の不自然さに気付いて判明。検査会社の変更に伴うシステム改修で誤りがあったという。

再判定の結果、「軽度異常あるも日常生活に支障なし」と通知した18人が「異常なし」に変更された。対象者には電話で謝罪した上で、正しい結果報告書を送付するという。

県立河北病院 手術を受けた男性の体内に縫合用針を残すミス

県立河北病院は、過去に胸部の手術を受けた50代の男性の体内に、縫合用の針1本を少なくとも7年にわたって残すミスがあったと発表しました。

病院は針をすでに摘出していて、今のところ男性に健康被害は確認されていないということです。

県立河北病院によりますと、7年前に体内に埋め込んだ心電図を記録する機器を取り外す手術を受けた50代の男性が、去年12月、胸部レントゲンの検査を受けた際、縫合用の針のような影が確認され詳しく調べたところ、体内に直径1.5センチの半円形の縫合用の針1本を残すミスがあったということです。

この男性は7年前の手術の前に、胸部の心電図を記録する機器を埋め込む手術を受けていたということで、病院はどちらかの手術の際に体内に針が残ったままになったのではないかとしています。

これを受けて、病院は今月までに男性の体内から針を摘出していて、今のところ男性に健康被害は確認されていないということです。

県立河北病院の森野一真病院長は「今後とも安全・安心の医療を提供するため、積極的に事故防止に取り組み、県民の皆様信頼される県立病院を目指す」とコメントしています。

静岡県立総合病院において発生した医療事故について

2023年4月19日に前立腺生検の結果、前立腺癌と診断され、7月13日にロボット支援下腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術により前立腺を摘出した患者様について、摘出した前立腺に対する病理組織検査の結果、悪性所見がみられませんでした。このためDNA鑑定を行い、7月13日に実施した手術で摘出した病理検体と、当該患者と同じ日に前立腺生検を実施した別患者としていた検体とのDNAが一致し、検体を取り違えたことが判明いたしました。

関係する患者様は2名。お一人は、悪性腫瘍ではなかったにも関わらず手術を実施した60代男性の患者様（以下、A氏）、お一人は、悪性腫瘍であるにも関わらず治療の開始が遅れた80代男性の患者様（以下、B氏）です。

A氏とB氏は共に2023年4月19日に当院で前立腺生検を施行されており、その際に摘出した前立腺の検体が入れ替わっていたことがA氏の7月13日の手術で採取した組織のDNA鑑定結果から判明しました。

手術を実施する必要のないにもかかわらず手術を実施した患者様、悪性であるにもかかわらず正しく結果が伝えられていなかった患者様、加えて患者様のご家族様など、関係の皆様へ深くお詫び申し上げます。

当院としましては、取り違え事故を起こしたことを真摯に受け止め、今後このような事故の無いよう再発防止に努めて参る所存でございます。

県立病院として皆様の信頼を裏切ることとなり、県民の皆様並びに関係機関の皆様にお詫び申し上げます。

地方独立行政法人静岡県立病院機構

静岡県立総合病院

院長 小西 靖彦

2023/11

県立の障害児施設で14件の虐待行為 看護師らを処分 諫早

障害がある子どもたちを受け入れている諫早市の県立施設で3人の職員をあわせて14件の虐待行為があったとして、県は、63歳の男性看護師らを処分しました。

長崎県は、障害がある子どもたちを受け入れている諫早市の「長崎県立こども医療福祉センター」で、職員による利用者に対しての虐待行為があった疑いがあることがわかったとして調査を進めていました。

その結果、施設の3人の職員が平成27年ごろからことし6月ごろにかけて利用者に対し性的な言葉を発したりほかの職員の悪口を言わせたりするなど、あわせて14件の虐待行為があったことが分かったということです。

このうち、12件については63歳の男性の看護師によるものだということで、県は、2日付けで停職5か月の懲戒処分とし、看護師は、2日付けで依願退職したということです。

そのほかの2人については嚴重注意の処分とするとともに、上司2人を文書による訓告の処分としました。

また、一部の虐待行為については看護師らの上司が把握していたものの対応せずに放置されていたということで、今後、研修の見直しなどを行っていくとしています。

県障害福祉課の佐藤隆幸課長は記者会見で、「県立の施設で虐待があったことを重く受け止めている。再発防止に務め、利用者や保護者などの信頼回復を図っていく」と話していました。

国立病院機構大阪医療センター、部下に隠蔽を指示した看護師長らを懲戒処分

医療用麻薬を誤って廃棄した部下の看護師に 隠蔽いんぺい を指示したとして、独立行政法人「国立病院機構」近畿グループが、大阪医療センター（大阪市）に勤務する50歳代の女性看護師長と30歳代の女性副看護師長を停職の懲戒処分にしてきたことがわかった。誤廃棄が発覚しないよう麻薬が入っていた注射器に水道水を入れるよう指示していたという。

グループによると、今年6月、センターの20歳代の女性看護師が医療用麻薬を患者に投与後、注射器内に残った薬液約40ミリ・リットルを誤ってシンクに捨てた。規則では、流出などを防ぐため、薬が余った時は注射器ごと薬剤部に返却し、誤廃棄した場合は報告する必要がある。しかし、相談を受けた看護師長は、水道水を注射器で吸い上げて薬剤部に返却するよう指示。副看護師長も黙認したという。

誤廃棄した看護師が別の上司に相談し、発覚した。看護師長は調査に関与を否定したが、周囲の証言などから看護師長が隠蔽を指示したと認定。看護師長を停職15日、副看護師長を同3日の懲戒処分とした。返却された注射器は廃棄されるため、水が注入された注射器が使われることはなかった。

グループは「再発防止を徹底する」としている。

滝山病院に東京都が改めて指導 “再発防止の取り組み不十分”

看護師による入院患者への暴行事件が起きた東京 八王子市の精神科病院「滝山病院」に対し、改善命令を出していた都は、再発防止に向けた取り組みが十分ではなく、さらに実効性のあるものにすべきだとして改めて文書で指導しました。

東京 八王子市の精神科病院「滝山病院」では、ことし2月、複数の看護師による入院患者への暴行事件が発覚し、都はことし4月、医療法と精神保健福祉法に基づき病院に改善命令を出しました。

その後、病院は改善計画を都に提出し、虐待を防ぐための対応マニュアルの作成や、職員が虐待に気付いた場合、相談しやすい体制の整備などを進めるとしています。

都は、職員に聞き取りを行うなどして再発防止に向けた取り組みの進捗（しんちよく）などについて確認した結果、取り組みが十分ではなく、さらに実効性のあるものにすべきだとして、9日、病院に対し改めて文書で指導しました。

具体的に、対応マニュアルについては虐待と疑われるケースが発生した場合の職位ごとの対応をわかりやすくすることや、職員が相談しやすい体制については、外部組織による窓口を早急に開設することなどが必要だとしています。

都によりますと、改善命令後の指導は異例だということで、都は、病院に対し改善計画について見直し再提出するよう求めています。

病院は「指導を踏まえて、改めて改善に向けた取り組みを再構築し、しっかり取り組んでいきたい」と応じているということです。

八戸市の障害者医療療育施設で児童に心理的虐待 県が運営委託

八戸市にあり、県が運営を委託する障害者医療療育施設で、施設の看護師が入所児童に対して「友達がないのではないか」などと友人の有無を問う発言などをして心理的虐待を行っていたことが分かりました。

虐待行為があったのは、青森県が日本赤十字社に運営を委託している八戸市の障害者医療療育施設、「県立はまなす医療療育センター」です。

施設によりますと、ことし2月、50代の女性看護師が施設に入所する10代の男子児童に対し「友達がないのではないか」といった友人の有無を問う発言や、過去の交友関係に関する発言を他の児童が居合わせる部屋の中で行ったということです。

その後、被害児童から相談を受けた施設側が、看護師などに聞き取り調査を行い、その内容をことし5月、県に報告しました。

そして、報告を受けて県が関係者に聞き取り調査を行った結果、被害児童の自尊心を傷つけ、著しい心理的外傷を与える「心理的虐待」にあたりと認定したということです。

「県立はまなす医療療育センター」の盛島利文園長は「被害にあわれた入所児童や保護者に心よりおわび申し上げます。施設として重く受け止め、信頼回復に努めていく」と謝罪しました。

施設は今後、職員に対して虐待防止に関するセルフチェックシートを配布するほか、人権意識を高めるための研修などを実施していくということです。

県が日本赤十字社に運営を委託している八戸市の障害者医療療育施設、「県立はまなす医療療育センター」で、施設の看護師が入所する児童に心理的虐待をしていたことについて県は15日午後、記者会見を開きました。

会見で県健康福祉部の工藤康成次長は「被害を受けた方、ならびにその家族に対し、深くおわび申し上げます。また、県行政にたいする県民の信頼を損なうような事案が発生したことに対しておわび申し上げます」と陳謝しました。

また、15日の会見で県はこの事案とは別に、さまざまな理由で保護者と暮らすことのできない子どもを預かって育てる「ファミリーホーム」という事業で、県内で初めての虐待事案が発生したと発表しました。

この事業者は県の委託を受けて自宅に5人から6人の子どもを預かっていましたが、そのうちの1人に、別の2人の子どもをたたくようそそのかしたうえで、たたく行為を黙認していたということです。

児童相談所からの連絡を受けて県が関係者などへ聞き取り調査を行った結果、県はこの行為を身体的虐待とネグレクトと認定しました。

今後、この事業者は子どもを預かることができなくなるということです。

誤診で80代女性死亡、三重 1500万円賠償で和解へ

三重県亀山市は21日、市立医療センターで2020年3月、80代後半の女性患者に対する診断ミスがあり、死亡したと発表した。遺族側に損害賠償として1500万円を支払うことで和解する方針で、12月議会に関連議案を提出する。

センターによると、女性は20年3月19日午後6時半ごろ、背中中の痛みを訴え来院した。心電図検査をし、自動解析結果に「急性心筋梗塞」と表示されたが、当直医は機器が古く精度が低いと考え、診察時に両肩の痛みを訴えたことも踏まえ「拘縮痛」と診断。帰宅させた。

女性は同21日に呼吸困難などで別の病院に救急搬送され、23日に心筋梗塞で死亡した。

高松の病院がジャクソンリースの取り扱いの知識・認識不足、ICUにおいて緊急コール要請の考えがなかったこと等からおきた医療事故を公表

高松赤十字病院は、令和5年11月22日、令和3年11月の医療事故を公表しました。

HCUフロアへの移動が注意になったのを知らず、ジャクソンリースの準備を行った看護師が、接続前の排気バルブの開放を行わないままジャクソンリースを別の看護師に手渡し、そのまま呼吸回路に接続され、急変しましたが、ICUにおいても緊急コールを要請するという考えがなかったために対応が遅れ、患者が死亡した事案です。

ジャクソンリースの正しい取扱いを知らない医療者が少なからずいるようです。本件は、事故から学ぶことが多い事案で、他院での同種事故の再発防止のために公表は有意義です。

1. 事故の概要

令和3年11月に急性リンパ性白血病の治療中であった30歳代の患者さんが敗血性ショックにより当院に緊急入院されました。入院3日目に意識レベルの低下と持続性全身性痙攣が生じ、ICUに収容のうえ気管挿管、人工呼吸管理となりました。ICU収容から3日目の午前中には呼吸状態も安定し、人工呼吸器からTピース回路に変更して酸素投与を行う状態となっていました。

同日、13時30分に看護師5名にて、予定されていた当該患者さんのベッド交換の準備を始めました。この際、リーダー代行の看護師はベッド交換とともにHCUへのフロア間移動には酸素投与も必要と判断し、他の看護師に酸素ボンベとジャクソンリース回路を準備するよう依頼しました。その後、Tピース回路からジャクソンリース回路に変更した際、ジャクソンリースの圧調整用排気バルブを閉じたまま酸素が投与されたため、ジャクソンリース回路は閉鎖回路となり、同回路の過膨張とともに当該患者さんの急激な血圧低下を認めました。排気バルブを開放していないことに気づいた看護師はすぐに排気バルブを開放しましたが、ベッド交換後の13時40分にも血圧は上昇せず、酸素飽和度も低下したため主治医に状態の悪化を報告し、用手換気を開始しました。

状態悪化の報告を受けた主治医は、人工呼吸器の装着や昇圧剤を指示しながら急変の原因検索を行い、14時06分に胸部レントゲン検査にて右緊張性気胸と診断しました。

しかし、依然、当該患者さんに血圧の上昇は認められず、肺の圧迫を早く解除する必要があることから救急外来で処置中であったICU医師に電話相談し、原疾患に伴う脱気処置による出血のリスクを考慮して外科医師に対応を依頼しました。依頼を受けて手術室から駆けつけた外科医師が脱気用のドレナージチューブを準備中であった14時27分にICU医師が注射針による緊急脱気を行いました。14時30分に心停止となり心臓マッサージを開始しました。14時35分に外科医師がドレナージチューブを挿入して脱気が開始されましたが十分ではなく、15時06分にドレナージチューブを追加で挿入し、脱気が確認されました。14時36分に心拍が再開してその後は不整脈の状態が続き、救命処置を続けましたが、16時31分に再度心停止となり、16時39分、お亡くなりになりました。

2. 事故原因

1) コミュニケーションエラー

当該患者さんは、ICUの朝のミーティングで隣のHCUフロアに移動することが周知されていましたが、その後フロア間移動が中止になり、ベッド交換のみ行うことになりました。この情報がベッド交換に関わった看護師のうち、リーダー代行の看護師には伝わっておらず、ベッド交換後にHCUフロアに移動するものと思い、ジャクソンリースの準備を指示しました。ベッド交換のみであることを、関わった看護師全員で事前確認していれば、ジャクソンリースを使用せずにベッド交換が行われていたものと考えます。

2) ジャクソンリースの取り扱いの知識・認識不足

ジャクソンリースを使用するには、患者さんの肺に過剰な圧がかからないよう接続前に排気バルブを適度に開放し、圧力の調整を行ってから接続するというマニュアル上の取り決めがあります。ジャクソンリースを準備した看護師は、手順である接続前の排気バルブの開放を行わないままジャクソンリースを別の看護師に手渡し、そのまま当該患者さんの呼吸回路に接続されました。準備をした看護師は、ジャクソンリースの使用手順について、排気バルブを閉じた状態で接続し、回路の膨らみを確認してバルブを開き調節するという間違っただけの理解をしていました。

3) 急変時の対応に関する院内体制

急変の報告を受けた主治医はICUにいましたが、緊張性気胸に対する呼吸管理、胸腔ドレーン挿入の緊急処置については専門ではありませんでした。救急外来で患者対応中のICU医師に電話で報告をしましたが、緊急性などの情報が共有されませんでした。また、脱気の依頼を受けた外科医師は全員が手術中で、1名が手術室から駆けつけ対応しました。これらにより、緊張性気胸の処置に遅れが生じました。当院では緊急コール体制が整備されており、ICU医師・看護師は出動要員となりますが、ICUは主に緊急コールの要請を受ける部署であることから他の医療スタッフの招集を求める緊急コール要請の考えに至りませんでした。

3. 再発予防策

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) 患者情報伝達の整備

① 患者さんのベッド移動時や医療行為中など、複数名の医療者が関わる場面では、リーダーとなる医師または看護師が生体モニター観察者、患者の全身状態観察者、ドレーンやチューブ類等の確認者など、それぞれの役割を声に出して共有認識し、各医療者が協力して実施する。

② 医療者間のコミュニケーションに関する職員研修の実施。

③ 復唱確認、2 チャレンジルールなど Team STEPPS のコミュニケーションスキルを使用した安全行動を実行する。院内巡視を行い、定期的に遵守状況を確認する。

2) ジャクソンリース取り扱いについて、ICU看護師への再教育

① ICU看護師に対して、ジャクソンリース取り扱いの知識・技術の再教育を行い修了後テストによって習得状況を確認する。

② 再教育修了後は定期的に技術トレーニングを継続して実施する。

3) ジャクソンリースを取り扱う医療者についての取り決め

① 基本的には医師が取り扱い、ICU看護師はトレーニングを受けて、テストに合格し、基準に達したもののだけが、取り扱うこと。

② ICU以外の一般病棟では、これまで通り医師のみがジャクソンリースを取り扱うこと。

③ トレーニングを受けたICU看護師が、ジャクソンリースを取り扱えるのは、人工呼吸器のトラブルなどの緊急時、医師がジャクソンリースを必要と判断し、看護師の使用を許可した場合のみとする。

④ ジャクソンリース使用時は、常時マンオメーター（過剰な圧力から肺を守るための圧力測定器）を使用する。

※ジャクソンリース取り扱いマニュアルを見直し、上記2) 3) を追加記載。

4) 急変時の対応に関する院内体制

① 緊急コールの要請を受ける部署であるICUにおいても患者急変時に医療スタッフの招集が必要とされる場面では、緊急コールを行うこと。」

腹腔鏡による子宮全摘手術で筋腫を遺残し 2 回目の手術が行われた事案で、市が 160 万円余を支払う裁判上の和解を公表

医療過誤に係る和解の成立について（お知らせ）

一宮市立市民病院において発生した、医療過誤について和解が成立することとなりましたので、下記のとおりお知らせします。

医療過誤和解案件概要

相手方(当時 49 歳)は、令和 3 年 2 月、一宮市立市民病院において、子宮筋腫により腹腔鏡による子宮全摘手術を受けました。術後の経過は良好で、手術から 3 日後に退院しましたが、退院から 12 日後に発熱や腹痛があったため、再度当院を受診しました。腹部 CT 撮影で腹腔内に膿瘍を疑う所見があったため、再入院し MRI 撮影を行ったところ、前回の手術時に切除した筋腫の一部が腹腔内に遺残していたため腹膜炎を起こしている可能性が疑われました。再入院から 4 日目に、遺残した筋腫の摘出手術を行い 15 日目に退院しました。

このことについて、手術の施行時に腹腔内に筋腫の遺残がないか適切に確認できていれば、2 回目の手術は必要なかったと考えられることが、診療契約上の義務違反に当たるとして、一宮市に対して損害賠償の支払いを求める訴訟が提起されました。その後、裁判において和解が成立したことにより、12 月議会の議決後、賠償金 1,681,890 円を支払うこととなりました。

院長コメント

患者様には多大な身体的精神的負担をおかけすることとなり大変申し訳ありませんでした。事故を真摯に受け止め、再発防止に取り組んでまいります。

甲状腺手術の翌日に…窒息などで 50 代男性に重篤な後遺症 「病院側に過失」さいたま市が 9940 万円支払いへ

埼玉県さいたま市は 24 日、市立病院（緑区）で甲状腺の手術を受けた市外に住む 50 代の男性が術後、窒息と低酸素脳症になり、重篤な後遺症を負ったことによる損害賠償請求の調停申し立てで、さいたま簡裁から示された調停条項案に合意し、9940 万円を支払うと発表した。損害賠償額を決定する議案を 29 日開会の市議会 12 月定例会に提出する。

市立病院病院総務課によると、男性は 2021 年 10 月 11 日、市立病院で甲状腺の手術を受けた。術後管理中の翌日、窒息と低酸素脳症が生じ重篤な後遺症が残った。けい部の手術後はより厳重な術後管理を行うことが望ましいとされ、市は病院側に不適切な部分があり、過失があったとしている。男性側が 9 月 27 日に調停を申し立て、双方が 10 月 20 日に合意した。

同病院の堀之内宏久院長は「重大な後遺症が残ったことは痛恨の極みで、患者と家族に深くおわび申し上げます。再発防止策の徹底と医療安全の向上に全力で取り組む」とコメントを出した。

両親「判断ミス認めて」 救急不搬送、幼児に重い障害

「もっと早く診察したかった。命の危険もあった」。医療関係者の言葉に両親は絶句した。茨城県つくば市で4月、救急隊員が高熱を出した当時3歳の男児の搬送を見送り、男児はその後、重度の知的障害を負った。両親が27日までに共同通信の取材に応じ「不搬送は判断ミスと認めてほしい」と訴えた。

両親によると、父親が異変に気付いたのは16日午前0時半過ぎ。隣で眠る男児が震えていた。体温を測ると41度を超え、青ざめた顔で「うー」となる。「けいれんだ」。5分以上続き、母が119番した。

同1時ごろ、救急車が到着。自宅の外で父親に抱えられたままの男児を数分間確認した隊員は「けいれんではなく寒さから来る震え。大丈夫です。自分で連れて行けますか?」と話したという。「暗い中で分かるのか」と疑問を感じたが、「救急隊が言うならそうなんだろう」と考え、うなずかざるを得なかった。

両親は「救急車で搬送し、少しでも早く処置していたら、脳のダメージを少なくできたかもしれない」と苦しむ。市は当時の対応を検証する方針。

2023/12

大垣市民病院で医療事故 大垣市 遺族に和解金支払いへ

おとし、大垣市民病院で肺がんの手術中に誤って主要な血管を傷つけ60代の患者が死亡する医療事故があり、大垣市は和解金として遺族に4200万円を支払うことを発表しました。

大垣市民病院によりますと、おとし9月、60代の女性患者が肺がんの手術を受けた際、担当した医師ががんの患部を摘出するため、肺をメスで切り開こうとしたところ、誤って肺動脈を傷つけたということです。

女性は大量出血による低酸素脳症で去年12月に死亡しました。

病院は医療事故を認め、遺族に謝罪したうえで、遺族と協議を進めた結果、和解金として4200万円を支払うことで合意したということです。

病院は事故の原因について、経験の浅い執刀医への指導が一部不足していたことや血管を傷つけたあとの輸血や医療機器の準備に時間がかかったことを挙げ、今後、手術計画の策定をさらに徹底するなど再発防止策に取り組むとしています。

大垣市民病院の桐山勢生副院長は「患者様やご遺族の皆様大変ご迷惑をおかけし深くお詫び申し上げます。病院全体で医師への指導を見直すとともに危機管理の不備を反省し、改善に努めていきたい」と話しました。

低侵襲心臓手術後に心筋梗塞で死亡した72歳男性の遺族が医師と病院を運営する法人を東京地裁に提訴

国立国際医療研究センター病院で、3年前に、内視鏡を用いた低侵襲の心臓手術を受けた僧帽弁閉鎖不全症の72歳の男性が、手術時血管に誤って空気を送り込むミスが少なくとも3回あったうえに、心筋を保護する薬剤が適切な時間内に投与されなかったため、心筋梗塞を起こすなどして2か月後に亡くなった事案で、遺族が東京地裁に損害賠償請求訴訟を提訴した、と報じられています。保護液投与は8回の投与のうち6回が30分を超えており、また、保護液を投与する際、執刀医はカテーテル内の空気を少なくとも3回は抜かなかつたとのこと。

医師と病院を運営する法人に対し8629万円を請求しているとのこと。

遺族は弁護士を通じて「不都合な事実を隠すことなく、一人一人の命を大切に、患者の安全を最優先にする病院になってほしい」とコメントした、とのこと。

高知医療センターが医療事故調査

高知医療センターは今年6月に手術において“予期しない患者が死亡する事故”があったと発表しました。センターは「医療事故調査制度」を初めて適用し、原因究明にあたるとしています。

高知医療センターによりますと今年6月、手術において患者が合併症を引き起こし、死亡したということです。死亡した原因は分かっておらず、患者の年代や性別についても調査中だとして明らかにしていません。

高知医療センターは2015年の医療法の改正に基づきスタートした「医療事故調査制度」を初めて適用し、今後、原因を究明するため院内の調査委員会と共に、外部の医師に委員を委嘱し、調査を進めるとしています。

高知医療センターでは手術や検査、処置など、医療行為に伴う合併症や副作用は公表対象の医療事故ではないということですが、今回の事故については報告書が完成次第、速やかに報告し再発防止に努めるとしています。

このほか、今年上半期に点滴台を押して院内の廊下を歩いていた患者が転倒し死亡した事故など合わせて3件が県・高知市病院企業団議会議員協議会の中で報告されました。

陣痛促す薬の量誤り子どもに障害と両親が東根市の公立病院提訴

9年前に東根市の公立病院で出産の際に医師が陣痛を促す薬の量を誤って投与したことで、子どもが脳性まひになったなどとして、子どもの両親が病院に2000万円の損害賠償を求める訴えを山形地方裁判所に起こしました。

訴えを起こしたのは、9年前に東根市の北村山公立病院で子どもを出産した母親とその夫です。

訴えによりますと、2014年2月に母親が北村山公立病院で出産した際、医師が陣痛を促す薬の量を過剰に投与したことで低酸素状態で子どもが生まれ、子どもに脳性まひなどの障害が残ったということです。

両親は病院側と示談交渉を行ったものの、責任を否定する回答があり、その理由を明らかにしていないとして、病院に対し2000万円の損害賠償を求める訴えを山形地方裁判所に起こしました。

この訴えについて、北村山公立病院は「訴状が届いたばかりなので、内容を確認してから今後の対応を協議する」と話しています。

土岐市が遺族に和解金3000万円 医療事故で患者死亡

7年前、土岐市立総合病院で60代の患者が肝臓の組織の一部を取り出す検査を受けたあと、容態が悪化して死亡する医療事故があり、土岐市は和解金として遺族に3000万円を支払うことで合意しました。

土岐市によりますと、平成28年6月、土岐市立総合病院で恵那市の64歳の患者が肝臓の状態を調べるため細い針を肝臓に刺して組織の一部を取り出す検査を受けました。

ところが約10時間後に容態が悪化し、肝臓からの出血が確認されたことから輸血などを行いましたが、2日後に死亡したということです。

遺族が損害賠償を求め市を相手取って起こした裁判で和解を勧告されたことを受けて土岐市は遺族と協議を進め、慰謝料に相当する3000万円を和解金として支払うことで13日までに合意したということです。

土岐市では病院の指定管理者と緊密に連携して急変時の対応等について改善を図り、医療事故の再発防止策に努めるとしています。

土岐市の加藤淳司市長は「患者様の命を救えなかったことは大変残念であり、ご遺族に対して心よりお悔やみを申し上げます。今後は患者の生命と安全を最優先に考え、最善の医療が提供できる体制を構築してまいります」とコメントしています。

ミエログラフィーの必要性についての判断を誤ったと認定し約2160万円の支払いを命じる

2018年10月当時68歳の男性が、兵庫県立西宮病院整形外科で、ミエログラフィーを受けた後、脊髄円すいの損傷による左脚まひなどの後遺症を負った事案で、神戸地裁令和5年12月14日判決（天野智子裁判長）は、ミエログラフィーの必要性と危険性との衝量や代替手段の有無等について熟慮することなく、その必要性についての判断を誤ったと認定し、兵庫県に約2160万円の支払いを命じた、とのこと。また、検査の事前説明が一般的な説明にとどまったなどとし、リスク、代替手段の有無等を具体的に説明した上で検査を受けるのかを熟慮し判断する機会を改めて与える必要があったなどと説明義務違反も認定したとのこと。

研修医、病気装い糖尿病薬入手 供給不足の「やせ薬」—東大病院

東京大付属病院（東京都文京区）の臨床研修医2人が、病気ではないのにお互いに処方箋を発行して糖尿病治療薬を入手していたことが15日、同病院への取材で分かった。インターネットで「やせ薬」などと紹介されている「GLP-1受容体作動薬」で、供給不足が問題となっている。

東大病院によると、2人はお互いに対して1回ずつ処方箋を発行し、院外薬局で薬を入手。電子カルテに残る発行記録を削除していた。個人で消費可能な処方量だったことから、自己使用目的とみられる。病院側は刑事告発はせず、指導にとどめたとしている。

吸引機能を一時喪失 点検で人為ミス 赤穂市民病院

赤穂市民病院（高原秀典院長）で今年3月、医療ガス設備点検時の人為的ミスにより、喀痰や血液などを吸引する機能を病院全体で一時喪失するインシデントが発生していたことがわかった。

担当職員は「患者の命にもかかわる問題」と指摘しているが、病院は「（患者への治療や処置に）影響は生じていない。医療安全上の公表基準には該当していない」として公表していない。

病院が開示した文書によると、今年3月25日午後2時ごろ、毎週土曜日に実施している医療ガス（吸引ポンプ）点検で、建物設備管理業務を委託されている日本管財の設備員が、マニュアルとは異なる誤った手順で点検を行い、さらにスイッチを正しい状態に戻すことを忘れた。その結果、医療ガスの吸引圧力が正常範囲よりも低下し、2時7分に中央監視室や各階の警報が発動。2時23分に復旧するまでの16分間は吸引設備が使用できない状態に陥ったという。

インシデントから約1か月後の4月27日に同社が病院に提出した顛末書によれば、本来は2人で行うべき点検作業を1人で実施していたほか、警報内容について中央監視室に問い合わせてきた病院の警備員に対し、正確な回答をしなかったとされる。病院職員が報告を受けたのは発生から2日後の3月27日だったという。

同社は再発防止策として、▽点検マニュアルを全員に周知し、技術指導を配置者全員に実施▽点検に携わる2名を点検作業に熟練した設備従事者とし、名簿を提出▽点検帳票とは別に新たに手順確認書を作成▽設備熟練者による副責任者を3名体制とし、副責任者を常駐させる▽異常発生後、速やかに報告を行うスキームを構築—などとし、問題を起こした設備員を4月末までに勤務から外した。

顛末書で同社は「再発防止策を必ず実行し、二度とこのような事態を起こさぬよう信頼回復に向け取り組んでいく」などと弁明。高原院長は赤穂民報の取材質問に「特にコメントはありません」と回答した。

吸引機能の一時喪失があった赤穂市民病院。「医療安全上の公表基準には該当していない」として公表していない。

無念の父「抜歯で亡くなるなんて」…支援学校生死亡、酸素チューブ誤挿入か

堺市の歯科診療所で7月、大阪府内の特別支援学校に通う男子生徒（17）が全身麻酔で治療中、低酸素状態に陥り、約1か月後に死亡していたことが関係者への取材でわかった。大阪府警は、気管に通して肺に酸素を送り込むチューブが誤って食道に挿入された可能性があるとして捜査。診療所側は遺族にミスを含めて謝罪した。

死亡したのは府立支援学校の高等部3年の男子生徒（大阪府大阪狭山市）。発達障害があり、7月13日、親知らずを抜くため、障害者向けに治療を行う堺市堺区の市重度障害者歯科診療所を受診した。

専門医によると、発達障害などがあり、痛みにも敏感でじっと座るのが難しい患者らには通常、全身麻酔下で抜歯などの治療を行う。チューブの挿入ミスがないかをチェックするため、血中の酸素飽和度や呼気中の二酸化炭素濃度をこまめに確認する必要があるという。

診療所から遺族に提出された報告書などによると、歯科医が生徒の家族の同意を得て、同日午後1時過ぎ、親知らずを抜く手術に先立ち、全身麻酔を実施。麻酔で自発呼吸ができなくなるため、肺に酸素を送るチューブを鼻から入れたが、低酸素状態に。血中の酸素飽和度は正常なら96%以上とされるが、20%台に低下していた。生徒は約1時間半後に心肺停止状態となり、市立総合医療センターに搬送されたが、8月9日、低酸素脳症で死亡した。

救急隊員は搬送時に生徒の腹部が膨張していることに気付き、チューブを挿入し直したという。

遺族側によると、診療所から連絡があり、両親は事故の数日後、歯科医らと面会。当時の経過を記した報告書を渡され、搬送先の病院からチューブを誤挿入した可能性を指摘されたとして謝罪を受けた。生徒が亡くなった8月にも面会し、改めて原因を聞いたが、「判断ミスだった」と繰り返され、具体的な説明はなかったという。

日本歯科大の砂田勝久教授（歯科麻酔学）は「血中の酸素飽和度が下がった時点でチューブが食道に誤挿入された可能性を疑い、挿管し直す必要があったのではないかと話している。

堺市重度障害者歯科診療所は、市歯科医師会が2008年に開設。ホームページには全身麻酔について「体の動きがなくなり、治療を安全に行える」「気管挿管を行うので、呼吸は完全な管理が行える」と記されている。市歯科医師会は読売新聞の取材に「何も答えられない」としている。

亡くなった生徒の父親（48）は「抜歯しようとしただけで亡くなるなんて、誰が想像できただろう」と無念の思いを口にした。

生徒は両親と妹との4人暮らし。自宅ではハンバーグなどの得意料理を家族に振る舞い、特別支援学校では野球や卓球に打ち込んでいた。

抜歯手術当日の7月13日、母親が診療所内で待っていると、救急車が突然到着し、顔が真っ青になった生徒が運ばれていったという。

父親は「息子には明るい未来があると信じていた。診療所は原因を調べてきちんと説明すべきだ」と訴えた。

「秋田大学医学部附属病院において発生した医療過誤と再発防止について」

昨年、胸腹部大動脈瘤切迫破裂が疑われ当院へ救急搬送されましたが緊急性なしと判断され帰宅後に急変し亡くなられた医療事故が発生いたしました。

患者様のご逝去に哀悼の意を表しますとともに、ご家族の皆様には深くお詫び申し上げます。

事故の概要につきましては、以下のとおりですが、患者様やご家族のプライバシー保護に万全を期すことを条件にご了承いただいた範囲内で作成しておりますので、何卒ご理解のほどよろしくお願い申し上げます

【経緯】

患者様は、本県在住の 80 歳代の男性で、胸腹部大動脈瘤(切迫)破裂疑いとして他院から紹介があり、当院では緊急手術の体制を整えつつ受け入れ準備を進めておりました。既往歴として慢性閉塞性肺疾患、高血圧症があり、さらに便秘症で紹介元病院の救急外来を頻回に受診されておりました。

患者様は、紹介元病院の医師も同乗し救急搬送されました。紹介元病院の CT 画像を当院心臓血管外科医師が確認したところ、大動脈瘤はあるが典型的な大動脈瘤切迫破裂の所見ではなかったために放射線科医師にコンサルテーションを行いました。放射線科医師の読影でも大動脈瘤切迫破裂の可能性は低いとの判断となりました。

その後、食道外科、消化器内科にさらにコンサルテーションを行い、最終的に胸腹部大動脈瘤はあるが切迫破裂を示唆する所見はないことから緊急手術の適応はなく、腹痛の原因は便秘によるものであるとして、翌日かかりつけ医を受診していただくようご説明し、ご帰宅いただきました。

翌朝、患者様はかかりつけ医を受診した際に急変し、前日紹介元となった病院へ救急搬送されましたがお亡くなりになりました。死亡時画像診断 (Ai) で、胸腹部大動脈瘤破裂が確認されました。

患者様が亡くなられた経緯は、紹介元病院の医師から当院の医師に伝えられ、翌週に医療安全管理部担当者会議、その後医療安全管理委員会にて審議を行いました。審議の焦点は、紹介元病院より切迫破裂疑いとして搬送されたにもかかわらず当院で切迫破裂では無いと判断された理由についてでした。紹介元病院にて、CT は 2 回撮影されており、患者様が搬送された際に当院に提供された CT 画像はその日に紹介元病院で撮影された 2 回目の CT 画像であり、それ以前に撮影された 1 回目の CT 画像は提供されていなかったことが、患者様が亡くなった後に判明いたしました。1 回目の CT 画像を取り寄せ、心臓血管外科医師、放射線科医師が改めて確認したところ、1 回目の CT 画像を見ていれば切迫破裂と診断できた可能性があったことがわかりました。しかし、実際には 1 回目の CT 画像のない状態で診断したため、医療安全管理部担当者会議及び医療安全管理委員会を経て病院としての判断は「過失なし」となりました。

ご家族からは、「提供された 2 回目の CT 画像で切迫破裂と診断できなかったとしても、紹介元病院へ切迫破裂と診断した理由を問い合わせたり、入院の上で経過観察することもできたのではないか」とのご意見をいただきました。

その後、本件は医療事故調査制度の対象事案に該当すると判断し、他院との連携などについて外部の専門家を交えた検討が必要であるという方針となり、「医療事故調査・支援センター」に報告したうえで、院内死亡事故調査委員会を設置し改めて調査を行いました。

死亡事故調査委員会においては、本事例は動脈壁が完全に破綻したものの血腫や周囲臓器により被覆されているタイプの大動脈瘤破裂であり、大動脈壁の破綻部位の同定が困難な非典型例ではあったが、2 回目の CT 画像でも大動脈瘤破裂と判断する必要があったと指摘されました。また、「画像診断と臨床所見が一致しないと判断した場合には、前医（紹介元病院）へ診断に至った過程を確認することも必要である」「このような事例においては入院とし、経過観察を行うことで、適切な治療を行うことが可能であったと思われる」との指摘もいただきました。

死亡事故調査委員会の指摘を受けて、臨時医療安全管理委員会にて再度審議を行い、「紹介元病院に診断の根拠を問い合わせなかったこと」及び「経過観察入院とせず帰宅させたこと」は、不適切であったことから、病院としての判断を「過失なし」から「過失あり」へと変更いたしました。

【原因】

紹介元病院より提供された 2 回目の CT 画像では 1 回目の CT 撮影で使用した造影剤の影響があり、実際には血腫であった陰影が血腫と判断できず、食道腫瘍の可能性があることと読影したこと、また、以前より便秘による腹痛の既往があったこともあり、大動脈瘤切迫破裂の可能性は低いと判断したことが原因と考えております。

上記の判断に加えて、「紹介元病院へ大動脈瘤切迫破裂という診断に至った過程の確認をしなかったこと」及び「経過観察入院とせず帰宅させてしまったこと」が原因と考えております。

【再発防止策】

今回の事故を踏まえ、以下の再発防止策を講じます。

① 緊急性の高い状態にある患者を当院へ紹介する場合、当院での診断・治療に必要な画像データ等をできる限り提供いただくよう、紹介元病院へ依頼する。

② 紹介前はもちろん患者到着後も、紹介元病院の医師と情報交換を密に行う。

③ 紹介元病院の診断に疑問を感じた場合は、診断の根拠を問い合わせる。

④ 緊急性が高いと他院で判断されていた場合は、入院の上での経過観察を原則とする。

⑤ 心臓大動脈疾患と診断されている場合は、他診療科にも相談したうえで、緊急性がないと判断した場合でも、責任をもって心臓血管外科で今後の方針を検討する。

⑥ 他院から提供された画像診断と当院の診断が異なった場合などは、必要な追加検査を行う。

今回の件につきましては、紹介元病院へ診断の根拠を確認しなかったこと及び入院の上で経過観察を行わなかったことは当院の過失であり、患者様ならびにご家族の皆様を重ねてお詫び申し上げます。患者様のご家族様、死亡事故調査委員会の皆様からのご指摘を真摯に受け止め、特定機能病院として期待される役割を果たし、一人一人の患者様に寄り添うことができるよう努力いたします。当院は今回の医療過誤を公表し、再発防止に向け病院全体で安全対策に取り組んでまいります。」

適切医療求め岡山刑務所長に勧告 岡山弁護士会

岡山弁護士会は 18 日、岡山刑務所（岡山市北区牟佐）で勾留中の男性被告 = 60 代 = の持病が悪化したのに速やかに医療機関に通院させなかったとして、同刑務所長に対して改善を求める勧告を出したと発表した。

弁護士会によると、被告は昨年 1 月ごろから服薬を拒否し統合失調症が悪化。食事も十分取れなくなった。同 5 月 6 日、精神科医が精神科病院で治療が必要との見解を示したにもかかわらず、病状がさらに悪化した 6 月 17 日まで病院に連れて行かなかった。被告は数カ月後に死亡したが、「因果関係は判断していない」（弁護士会）という。

勧告書では、医師が必要と判断した場合、収容者を速やかに外部の医療機関に通院させ、適切な医療を受けさせることを求めた。勧告は 15 日付。同刑務所は「現時点ではコメントを差し控える」としている。

糖尿病で通院していたことを見落とされ死亡

カテーテル処置後の死亡例が相次ぎ、神戸市保健所から 8 月に行政指導を受けていた神戸徳洲会病院で、糖尿病患者が適切な治療を受けられず、9 月に死亡していたことが分かりました。

神戸市保健所などによりますと、神戸徳洲会病院では 9 月、糖尿病患者が適切な治療を受けられず、その後、死亡しました。

糖尿病で通院していた患者は、新型コロナに感染して別の大学病院に入院し、症状が改善したため神戸徳洲会病院に戻りましたが「糖尿病」であることが見落とされていたということです。

保健所は、医療安全管理に問題があったとみています。

神戸徳洲会病院では 1 月以降、循環器内科の男性医師によるカテーテル処置の後に 11 人の患者が死亡していて、保健所が 8 月に行政指導をしていました。

裸に近い姿で歩かせたり、患者の顔に熱いお茶を…滝山病院事件で新たな虐待明らかに 第三者委が会見

東京都八王子市の精神科病院「滝山病院」での看護師らによる患者虐待事件で、調査を続けていた第三者委員会が 18 日、報告書を公表した。患者を殴るなどして看護師や准看護師らの罰金刑が確定した、計 5 件の暴行事件のほかにも、患者をほぼ裸の状態にさせたり他から見える状態でおむつ交換をしたりなどさまざまな不適切行為が横行していた。病院の構造的問題や行政指導の不備などが背景だとして改善を促した。

◆非常勤職員の多い夜勤帯に集中

報告書によると、複数の病棟では、シャワーを利用する患者に裸に近い状態で廊下を歩かせたり立たせたりしていた。おむつ交換も他の患者から見える状態で行っており「性的虐待に当たる」と指摘した。准看護師が患者に、廊下を往復で数十回歩くよう指示したケースもあったという。

このほか、看護師が患者の顔に心電図の吸盤を付けたり、首を絞めたりする行為も確認された。

患者の顔に熱いお茶をかけたり、「デブ」「豚」などの暴言を浴びせたという情報もヒアリングなどで寄せられた。一連の行為は、特に非常勤職員の多い夜勤帯に集中していたという。

◆医療体制の怠慢と無責任に原因の一端

背景について報告書は、職員の人権意識の欠如やそれを助長した病院特有の組織的問題があると分析。さらに、行政による監督や指導にも不備があったと指摘した。第三者委委員長の伊井和彦弁護士は会見で「医療体制の怠慢と無責任に原因の一端がある。真摯（しんし）に反省し、抜本的な改革を進めてほしい」と述べた。

滝山病院は同日、ホームページで「結果を真摯に受け止め、改善に努めてまいります」とコメント。都の担当者は「引き続きしっかり検査に取り組んでいきたい」と話した。

同病院を巡っては、警視庁が今年 2 月以降、看護師らの男 5 人を患者への暴行容疑で立件。都は 4 月、同病院に改善命令を出した。病院側が提出した改善計画の一環として第三者委が調査していた。

◆看護師の独断による「隠れ拘束」が常態化

第三者委の報告書では、医師の指示に基づかない違法な身体拘束が、「隠れ拘束」として広がっていた実態も明らかになった。

身体拘束は精神保健福祉法に基づき、自傷行為をする恐れがあるなど、精神保健指定医が必要と認める場合でなければ行えないとされている。

第三者委の調査によると、複数の病棟では看護師の独断で、転倒事故の防止などを目的に、サラシやナイロン製エプロンなどで患者の手をベッドの柵にくくりつけるなど長時間の身体拘束が常態化。シーツを破いてひも状にしたものが使われるケースもあったという。

◆「問題ある」と認識しつつ「やむを得ない」

看護師らは「隠れ拘束」の理由として、精神保健指定医の不在や正式の拘束具の不足、患者のけがを防ぐためなどを挙げた。都の立ち入り検査の前には、サラシを処分したりナースステーションに隠したりしたという。

職員に対するアンケートでは、指示のない拘束について「何があっても許されない」が 90 人で最も多かった一方、「状況次第ではやむを得ない」が 67 人、「わからない」も 17 人いた。報告書は「問題があることは理解しつつも、患者や職員の生命身体の安全を確保するためにやむを得ないと認識しているものが多かった」と指摘している。

県立こども医療センター病院長を解任 医療事故の遺族に不適切対応で

神奈川県立病院機構は22日、医療事故で亡くなった子どもの遺族への対応が不適切だったとして、県立こども医療センター（横浜市南区）の病院長（56）を戒告の懲戒処分にし、発表した。その上で病院長の職を解き、医療センターの黒田達夫総長が病院長を兼務する1月4日付の人事も同時に発表した。

医療センターは、2021年に手術を受けた子どもが5日後に亡くなった医療事故について、院内で調査を実施し、今年9月に調査報告書を公表した。手術は適切に行われた一方、手術後の発熱や下痢に対して検査や点滴などが行われなかったとする内容だった。

病院機構によると、調査報告書は作成まで1年半かかったが、遺族に作成が遅れたことを説明せず、途中経過についても報告していなかったという。

また、遺族は事故直後から第三者機関の医療事故調査・支援センターによる調査を求めており、院長は遺族に「病院から調査依頼を行った」と説明したが、実際は依頼していなかったという。

さらに、報告書を公表した際の記者会見で「（遺族が）院内調査の結果と同時に医療事故調査・支援センターの調査結果が出るものと誤解していた」と誤った説明をしたという。

会見では、病院は院内調査に加えて第三者機関による調査も行っていると説明したが、10月2日の県議会厚生常任委員会でのこの第三者機関による調査は遺族が直接依頼していたとの指摘が出た。

院長は翌日、「（病院の事故調査）報告書の提出を行った時点で医療事故調査・支援センターに調査依頼する予定だった」という趣旨のメールを病院の職員に送り、対応を正当化したという。

病院機構は県議会の質疑や遺族からの申し出を受けて調査した結果、「一連の行為によって県民の信用失墜を招いた」と認定した。

院長は病院機構の調査に「第三者の事故調査制度の理解が不十分なまま調整を進めてしまった」と説明。「患者家族に心から申し訳なく思っている」と話しているという。

副鼻腔炎の手術で高濃度の薬剤を誤って注射、患者が一時集中治療室に 尼崎総合医療センターで医療事故

兵庫県は20日、県立尼崎総合医療センター（尼崎市）で、副鼻腔炎の手術を受けていた20代男性患者に誤って高濃度の薬剤を注射する医療事故があったと発表した。男性は心筋症を発症して集中治療室で処置を受けたが、現在は退院して後遺症はないという。

県病院局によると、手術は9月5日に実施。注射する際は薄めなければならない止血剤「ボスミン」を医師が高濃度のまま注射したところ、血圧上昇や不整脈の症状が出た。ボスミンは塗布や散布する場合は高濃度で使う。医師が看護師に準備を指示する際に「いつも使用しているものでよい」と話したため、看護師は薬剤を薄めずに注射器に入れて渡したという。

同センターは再発防止のため、薬剤の名前や目的、濃度など指示内容を具体的に確認する▽塗布や散布に使う場合は色付きの注射器を使う—などの対策を取っている。

「治療が不適切と遺族が富岡総合病院を提訴 東京地裁

男性（当時 81 歳）が入院中の 2014 年 1 月に脳梗塞を発症し左半身のまひなどが残り 16 年 5 月に肺炎で死亡した事案で遺族が病院の運営者に対し、慰謝料など 3081 万円を求めて東京地裁に提訴したと報じられています。血栓溶解療法を実施しなかったこと、説明義務を果たさなかったことを理由としているようです。

2014 年ですから「rt-PA（アルテプラゼ）静注療法適正治療指針 第二版」（2012 年）が参考になります。「アルテプラゼ静注療法は、発症から 4.5 時間以内に治療可能な虚血性脳血管障害患者に対して行う」「発見時刻は発症時刻ではない。発症時刻が不明な時は、最終未発症時刻をもって発症時刻とする」とされていました。

なお、第三版（2019 年）では「発症時刻が不明な時でも、頭部 MRI 拡散強調画像の虚血性変化が FLAIR 画像で明瞭でない場合には発症 4.5 時間以内の可能性が高い。このような症例に静注血栓溶解療法を行うことを、考慮しても良い」とされています。

市立東大阪医療センター がん疑い検査結果見落としとして医師処分

大阪・東大阪市にある市立東大阪医療センターは、50 代の医師ががんの疑いがあるという検査結果を見落とし、気づいたあとも速やかに患者に説明しなかったなどとしてこの医師を戒告の懲戒処分としました。

患者は胃がんで亡くなり、病院は遺族に謝罪したということです。

東大阪市にある市立東大阪医療センターによりますと、去年（2022 年）3 月、70 代の男性患者が手術後の経過観察のために血液検査を受けた際にがんの疑いがあるという結果が出ていたものの、担当する 50 代の医師が見落とし、精密検査が行われなかったということです。

医師はことし 7 月に男性患者がおう吐などの症状でこの病院に搬送された際、見落としに気づいたものの、患者への説明や病院への報告はしなかったということです。

患者はその後、精密検査を受けて胃がんと診断され、手術のために転院しましたが、ことし 9 月、症状が悪化して亡くなりました。

医師は病院の調査に対し、「見落としと言いだしづらく、すぐに伝えられなかった」と説明しているということで、病院は対応が不適切だったとしてこの医師を戒告の懲戒処分としました。

病院は患者の遺族に経緯を説明したうえで謝罪していて、今後、検査結果の見落としを防ぐための再発防止策を検討するとしています。

国保水俣市総合医療センター 腹部大動脈瘤切除手術で説明義務違反を認定

国保水俣市総合医療センターで大動脈瘤りゅう切除の手術を受けた男性が死亡したのは、医師らが術後の注意義務などを怠ったためとして、遺族 3 人が病院を開設する熊本県水俣市に約 6300 万円の損害賠償を求めた訴訟の判決が 25 日、熊本地裁であった。医師らに手術前に説明義務違反があったとする原告の主張を一部認め、約 300 万円の支払いを命じた。

判決によると、男性は 2010 年 7 月、腹部大動脈瘤の切除などの手術後、合併症を発症した。医師らは両脚の切断が必要と説明したが、男性は同意せずに死亡した。

川崎聡子裁判長は、手術で死に至る合併症が起きるリスクがあり、切断しなければ救命できない事態に発展する可能性があったと指摘。「手術に先立ち、危険性があると説明する義務があった」と認めた。医師らが手術後、男性への説得を繰り返したなどとして、死亡との因果関係までは認められなかった。

病院側は「判決文が届き次第、精査して対応する」とコメントした。

こども医療センターの死亡事故から明らかになった機構と県の姿勢

神奈川県立こども医療センターで2021年10月、手術後の入院患者が死亡した医療事故は、6月30日の県議会厚生常任委員会で初めて調査報告書の存在が明らかになった。「遺族は報告書の公表を望んでいる」と迫る県議に対し、県の答弁は二転三転。質疑を傍聴し、運営者の県立病院機構による隠蔽（いんぺい）の疑いと、関与に消極的な県の姿勢を感じ取り、その日のうちに報告書全文を情報公開請求した。

その後の展開は、隠蔽体質との闘いだっただけでなく、県条例によれば、情報公開請求の開示期限は最長60日後。しかし、期限の8月29日に機構から電話があり、「今日は文書を渡せない。今日中に開示の決裁をすれば条例違反ではない」と説明された。

開示時期を遅らせる意図を感じ、強く異議を唱えた。その結果、夜遅くになって報告書を受け取ることはできたが、大部分は黒塗りだった。理由を聞くと、遺族の了解が得られていないためと答えた。だが、報告書は遺族に渡してから4カ月、情報公開請求から2カ月たっている。公表を望んでいる遺族との調整に、そんなに時間を要するのか疑問だった。

それから1週間余りたった9月7日、こども医療センターが公表した際は大部分が開示された。わずかな期間で遺族の気持ちが大きく変わったわけではないだろう。当初の機構の対応は、県民の知る権利を軽んじているとしか考えられない。

隠蔽と言われる背景には、機構が医療事故などの公表基準を17年に変更したことがある。それまでは医療行為が原因で患者に後遺症が残るか、死亡すれば原則公表としていたが、病院管理者に判断を一任することにした。医療事故の当事者が公表の有無を決める立て付けで、議会から「基準を戻すべきだ」との声が出ている。

公表基準変更にあたって、県が意見を述べた形跡はない。今回の問題も初めは「機構とは別組織」と距離を置くなど、当事者性を欠いた。黒岩祐治知事が「機構の情報公開に県は積極的に関わっていく」と重い腰を上げたのは、10月になってからだ。

県の消極姿勢を見て、18年にあった機構の内紛を思い出した。パワハラ被害を訴える県立がんセンターの医師と、必要な業務指示だと主張する理事長側が対立し、一部業務が停止した。県は表面的な調査はしたが、場当たりの対応に終始。業務再開を優先し、事実関係を十分調査しないまま、理事長を解任して収拾を図る迷走ぶりだった。

こども医療センターの利用者に話を聞くと「良い医者ばかり」との声をよく聞く。今回の医療事故も、高度な手術そのものは成功したが、その後の人員態勢と家族対応などに失敗していた。取材を通じて、懸命に働く医療現場と、それに応えない機構の事務方、両者に関与せずに人ごとと考える県、という構図が浮かび上がった。

県が100%出資（135億円）する機構には、運営費として毎年100億円以上の県予算が投入され、上層部には県OBが多い。ある立憲民主党県議は「県職員の天下り天国で、好き勝手やっている」と批判。与党会派にも「人事の刷新が必要だ」との意見がある。今回ばかりは「人ごと」では許されない。

機構は10月、再発防止を企図した外部調査委員会を設立し、県も関与していくという。県の本気度と、機構の自浄能力が試されている。

ロボット手術「過失なし」 長崎大病院、術後死亡で調査

長崎大病院は28日、手術支援ロボット「ダヴィンチ」を使った子宮体がんの手術を受けた50代の女性が退院3日後に死亡した医療事故に関し、病院側に過失はなかったとする調査結果を発表。事故後に停止していた子宮体がん手術へのダヴィンチの使用を来年2月に再開する。

女性は昨年7月21日、ダヴィンチで子宮を全摘出。8月1日に退院したが、4日午後自宅に帰宅後、下半身から多量に出血し意識不明に陥り、出血性ショックで死亡した。病院の病理解剖で、患部近くを通る動脈に約2ミリの穴が確認された。

病院によると、手術のビデオなどを確認した結果、動脈の破裂は手術が原因ではなく、術後の炎症発生が要因だったと判明した。

手術ミスで左下肢に運動障害、日本赤十字社に 3780 万円賠償命じる 歯科医の労働能力損失など認める 鹿児島地裁

鹿児島赤十字病院（鹿児島市）での手術ミスで左下肢の運動障害の後遺症を負ったなどとして、歯科医の男性らが計 1 億 5 2 0 0 万円の損害賠償を求め提訴し、鹿児島地裁で 1 0 日、判決が言い渡された。坂庭正将裁判長は執刀医の過失を認め、病院を運営する日本赤十字社（東京都）に計約 3 7 8 0 万円の支払いを命じた。

判決などによると、2 0 1 8 年 8 月、鹿児島県始良市で歯科医院を開業していた男性が胸髄症の治療のため同病院で手術。医師が固定器具を設置しようとした際、医療機器の部品を脊髄に誤って落とした。両足の感覚異常や左下肢の運動障害などの後遺症が出た。

坂庭裁判長は判決理由で、事故の発生を報告しなかったことによる精神的苦痛、障害を負ったことでの労働能力の喪失を認めた。男性がこれまで通り働けなくなったことによる逸失利益約 2 1 0 8 万円などを含め、賠償額を算定した。

鹿児島赤十字病院は「判決文を精査した上で適切に対応していく」とコメントした。

京都市にある病院 手術の説明や記録不十分で市が行政指導

京都市にある病院の脳神経外科で手術の説明や記録が適切に行われなかったり、安全管理についての検証が不十分だったケースが 3 件あったことが京都市の調査でわかり、市は病院に対し、改善を求める行政指導を行いました。

行政指導を受けたのは、京都市東山区にある京都第一赤十字病院です。

関係者によりますと、去年 1 0 月、病院の脳神経外科で行われた複数の手術や治療について安全管理の不備などを指摘する情報が寄せられたことから、京都市は 3 回にわたって立ち入り検査を行いました。

その結果、▼ 4 年前、脳腫瘍の手術を受けた患者がその後、予定外の再手術となった理由について患者や家族に説明した記録が見つからなかったほか、▼ 3 年前、救急搬送されて脳の検査や処置を受けたあと、死亡した患者についても詳しい経過を説明した記録が確認できないなど、説明や記録が適切に行われなかったケースが 3 件あったと指摘しました。

このうち 2 つは手術などが安全に行われたか調査する病院の医療安全管理委員会に報告する必要があったものの適切に報告されず、事後の検証も十分行われていなかったとしています。

このため京都市は 1 7 日、病院に対し改善を求める行政指導を行いました。

市はこのほか手術や治療を受けたあと患者が死亡するなどした 1 2 件についても検証の必要があるとして 2 か月後までに報告するよう病院に求めています。

病院は N H K の取材に対し、「病院運営に関する指導は真摯（しんし）に受け止め適切に対応していきたい」とコメントしています。

食道がんで死亡したのは病院での見落としが原因と訴えていた遺族に対し静岡県などに 5600 万円の支払いを命じる判決 静岡地裁

2 0 1 8 年に食道がんで死亡した男性の遺族が、病院の見落としが原因などと訴えていた裁判で、静岡地裁は静岡県などに 5 6 0 0 万余りを支払うよう命じました。

判決によりますと、富士宮市の医師の男性は、2 0 1 8 年 1 0 月食道がんのため 6 3 歳で死亡しました。

男性は別の病院で食道がんの可能性を指摘されていましたが、その後に受診した静岡県立がんセンターでは、その所見を医師が見落とし、適切な治療が受けられませんでした。

裁判で静岡県は食道がんの見落としとは認めていて、賠償額が争点となっていました。

2 5 日の判決で、静岡地裁の菊池絵里裁判長は「がんの見落としがなければ 2 年程度は生きられた可能性が高い」と認定。

その上で静岡県などに男性が生存していた場合、得られていたと思われる収入など合わせて 5 6 0 0 万円余りを支払うよう命じました。

神戸徳洲会病院に患者側弁護士が申し入れ“適切に調査を”

「神戸徳洲会病院」で複数の患者がカテーテルを使った処置のあと死亡したことをめぐり、患者側を支援する弁護士が病院に対し、法律に基づく調査を適切に行うよう申し入れを行いました。

神戸市垂水区の神戸徳洲会病院では、去年、循環器内科の医師によるカテーテルの治療などを受けた複数の患者が死亡し、神戸市は安全管理体制が不十分で、事後の検証も十分でなかったなどとして行政指導を行いました。

この問題をめぐり、患者側を支援するために結成された弁護士が25日に記者会見し、病院に対し書面で申し入れを行ったことを明らかにしました。

申し入れ書では、この医師がカテーテル治療などを行った症例のうち患者が死亡するなどした割合は、一般的な合併症の発生率を大幅に超えていると指摘しています。

その上で、病院側が法律に基づく医療事故調査の対象としているのは2例のみで、死亡したすべての事例について詳しく検討し、調査対象にあたる場合は適切に調査するよう求めています。

これについて病院側からは、「調査対象かどうかについては外部専門家の意見を聞いていて、対象とすべきと判断された場合は調査を開始する予定だ」という趣旨の回答があったということです。

弁護団の野口啓暁 弁護士は、「調査対象が網羅されているか懸念があり、病院の義務が果たされないのではないかと危惧している。より適切に判断してもらいたい」と述べました。

一方、病院の担当者はNHKの取材に対し、「弁護士と相談しながら対処していく」とコメントしています。

2024/2

医療ミスで赤ちゃんの指4本を切断 誤って手の動脈にカテーテルを挿入 宮崎県が6600万円余りの損害賠償支払いへ

宮崎県は、県立宮崎病院で医療ミスにより、生後間もない赤ちゃんの指を切断することになったとして6600万円余りの損害賠償を支払うことを明らかにしました。

この医療ミスは、県立宮崎病院で、2021年、1500グラム未満で生まれた男の子の赤ちゃんに対し、医師が右手の甲の静脈にカテーテルを挿入する際、誤って動脈に挿入したものです。

その後、誤りに気付かず動脈が詰まったため、右手の4本の指が壊死し、切断にいたったということです。

これを受け、県は、男の子の家族に対し、6600万円余りの損害賠償金を支払うとしています。

県病院局は「患者さまとご家族の皆さまに深くお詫び申し上げます。事故を重く受け止め、安全に配慮した良質な医療を提供できるよう、改めて万全を期して診療を行いたい」とコメントしています。

尾道市立市民病院 骨折の手術ミスで障害残り市が損害賠償

尾道市立市民病院で骨折を治療する手術を受けた70代の男性に障害が残ったとして、尾道市が損害賠償金870万円を支払ったことがわかりました。

尾道市立市民病院によりまして、おとし5月、左肩の骨を折った尾道市の70代の男性が骨を接合する手術を受けたあと「腕がうまく動かず、痛みがある」と家族から病院に相談があったということです。

検査したところ、患部の固定のしかたに問題があったため左腕を十分に動かせなくなったことがわかり、病院は手術のミスだと認めて、尾道市が去年12月、損害賠償金として870万円を支払いました。

病院は今後、手術の過程について複数人で確認することや術後に医師や看護師など担当者間で患者の容体を共有することを徹底するなどして再発防止につなげたいとしています。

尾道市立市民病院の大枝忠史院長は「患者さんと家族の方に大変な苦痛とご負担をおかけし心よりおわび申し上げます。再発防止に向けて全力を挙げて取り組んでまいります」などとコメントしています。

アラーム見逃され、入院中の 80 代女性が死亡 尼崎総合医療センター、県が遺族に賠償へ

兵庫県は 13 日、県立尼崎総合医療センター（尼崎市）に入院していた 80 代女性について、血中酸素濃度の低下を知らせるアラームが作動していたのに看護師が見逃し、意識障害となった後に死亡したと発表した。県は遺族に損害賠償として 2150 万円を支払って和解する方針で、県議会 2 月定例会に関連議案を提出する。

県病院局によると、女性は 2021 年 9 月に転倒して同センターに救急搬送され、気管切開した。同年 12 月に気管孔を閉じるため再入院したが、酸素濃度低下のため午前に予定していた閉鎖処置を延期。午後 1 時ごろ、主治医が病室で心肺停止状態にあるのを発見した。女性は意識が戻らず、23 年 2 月に死亡した。

同局によると、スタッフステーションでは正午過ぎに酸素濃度の低下を知らせるアラームが鳴りモニターの波形が異常を知らせていたが、監視のために常駐すべき看護師が他の患者に対応していて不在だった。

同センターは再発防止策として、アラームの警戒音を段階的に変化させる機能を加え、看護補助スタッフを 3 人から 4 人に増員したという。

医師以外の医療従事者による業務範囲を超えた医療行為

山形済生病院で^によると、2021 年 1 月～2022 年 4 月、手術中に医師の指導下で医療従事者に皮膚の縫合行為の一部を行わせた事案が発生したとのこと。

山形済生病院のコメント↓

当院において、医師以外の医療従事者による業務範囲を超えた医療行為が発生した件についてご報告いたします。

2021 年 1 月～2022 年 4 月の期間、手術中に医師の指導下で医療従事者に皮膚の縫合行為の一部を行わせた事案が発生しました。

2022 年 4 月に事案が発覚後、速やかに事実確認を行い、当事者に関してはすでに処分の上、適切な範囲で業務を行うよう指導しております。

なお、本事案に該当する患者さんへの身体的な影響はございませんでした。

この事案は、病院の業務管理が不十分であったことが一因であり、今後このような事案が起こらないよう院内体制を整備し再発防止を徹底してまいります。患者様にはご心配をおかけしておりますことを深くお詫び申し上げます。

一宮市立市民病院で男性が骨折で歩行不能に 病院が 450 万円支払い和解へ

2021 年、愛知県一宮市の病院で転倒して歩行不能となった入院患者について、病院は過失を認め 450 万円を支払うことを決めました。

一宮市立市民病院では 2021 年、男性入院患者がトイレに向かう際に転倒し右足を骨折、歩行不能になりました。

当時、看護師が付き添っていましたが、男性は睡眠導入剤を飲んでふらついていて、支えきれなかったということです。

病院は、「ふらつきは事前に確認されていて、車椅子で移動していれば転倒を防ぐことができた可能性がある」などとして過失を認め、男性側に 450 万円を支払うことを決め、和解が成立する見通しとなったということです。

病院は「事故を真摯に受け止め、再発防止に取り組んで参ります」としています。

医療ミスで「胃に人工肛門」 成田赤十字病院側を提訴「大腸か胃か確認せず漫然と手術」

千葉県成田市の成田赤十字病院で令和4年に受けた手術で、誤って人工肛門（ストーマ）を大腸ではなく胃に造設されて精神的苦痛を受けたとして、70代の女性患者の家族が病院を運営する日本赤十字社（東京都）に計600万円の損害賠償を求め東京地裁に提訴したことが1日、関係者への取材で分かった。提訴は2月27日付。病院は医療ミスを認め「訴状はまだ確認できていないが、当院の不手際により、患者や家族に本来必要のない心配をおかけし、心からおわび申し上げます」としている。

訴えによると、女性は2年2月、同病院で手術を受けた。執刀医の他に医師2人が立ち会っていたのに、大腸の横行結腸か胃かを十分に確認することなく漫然と手術をして医療ミスを起こし、女性や家族が精神的損害を受けたとしている。

試薬廃棄中の事故で疾患 旭川医科大学に1.5億円の賠償命じる

旭川医科大で2009年、試薬廃棄中の事故で有毒ガスを吸って呼吸器の病気を患ったとして、元大学医局員の水元克俊さん（44）が大学と元指導教官に約3億円の損害賠償を求めた訴訟の判決で、旭川地裁（上村善一郎裁判長）は1日、大学に約1億5000万円の支払いを命じた。

判決は「国立大学法人の教育研究活動の中で発生し、事故と原告の気管支炎の発症には因果関係が認められる」と指摘。国家賠償法の適用を認めた。一方で、公務員個人は職務について民事上の損害賠償責任を負わないとして、元指導教官への請求は棄却した。旭川医大は「判決内容を検討し対応を考えたい」とコメントした。

術後検査で人工肛門が胃に造設されていることが発覚。女性は再手術後、快方に向かっていたが、4年1月に死亡した。手術と直接関係はなかったという。

大阪医科薬科大学病院 生後2か月男児 処置遅れで脳に障害か

去年（2023年）9月、大阪医科薬科大学病院で、心臓の手術のため入院していた生後2か月の男の子が不整脈になった際、病院側の処置が遅れたことが原因で脳に障害が残った疑いがあることが捜査関係者への取材で分かりました。

男の子はおよそ5か月後の先月（2月）死亡したということで、警察が当時の状況を詳しく調べています。

捜査関係者によりますと、去年9月、大阪・枚方市に住む生後2か月の男の子が、心臓の手術を受けるため高槻市の大阪医科薬科大学病院に入院しました。

しかし、男の子は手術の前に重い不整脈になり、病院で処置が行われたものの、脳に障害が残ったということです。

これについて、病院側が不整脈に気づくのが遅れ、結果的に処置も遅れたことが原因で障害が残った疑いがあることが捜査関係者への取材で分かりました。

男の子はそのまま入院していましたが、およそ5か月後の先月下旬に多臓器不全のため死亡し、警察が調べた結果、当時発症した低酸素脳症が原因とみられることが分かったということです。

病院側は遺族や警察に対して処置が遅れたことを認めたとうえで、「別の患者に対応していて気づくのが遅れた」という趣旨の説明をしているということで、警察が当時の状況を詳しく調べています。

【病院“詳細答えられない”】

大阪医科薬科大学病院はNHKの取材に対し「現在、事実関係を調査しており、捜査中でもあるので詳細はお答えできない」としています。

患者の体内に「使用済みガーゼ」 県立中央病院で医療ミス 山形

県立中央病院は、病院で手術を受けた 50 代男性患者の体内に「使用済みガーゼ」1 枚を残す医療ミスがあったと発表した。

県立中央病院によると、2024 年 2 月、病院で手術を受けた 50 代の男性患者について、手術の翌日に X 線画像を確認したところ、使用済みガーゼが男性の胸腔内（肺が収まる空間）に残されていることがわかった。

病院側は家族に説明した上で、その日のうちに残されていたガーゼを摘出した。

医療ミスの原因について、病院側は「使用済みのガーゼは専用の容器に入れて看護師が枚数を記録し、手術前の枚数と突き合わせて確認していたが、今回は容器に入れた枚数を数え間違えたとみられる」としている。

病院側は「枚数の確認を何人で行うかは決めていなかったが、今後は複数人で複数回」行うことで再発防止を徹底するとしている。

さいたま赤十字病院に行政指導 精神科の強制入院 適切に行わず

さいたま市のさいたま赤十字病院の精神科病棟で、患者の強制的な入院の際に義務づけられている医師による診断が行われていないなど不適切なケースが確認され、市が人権侵害につながりかねないとして是正を求める行政指導を行ったことがわかりました。

さいたま市によりますと、さいたま赤十字病院の精神科病棟で医師の資格がない職員が診察や薬の処方、身体拘束の指示などを行っているとして去年 4 月に情報が寄せられ、市は 12 月までに 4 回にわたって病院に立ち入り検査を行いました。

その結果、去年までに「医療保護入院」という患者の強制的な入院の際に、法律で義務づけられている専門の医師による診断が行われていなかったり、必要なカルテの記載がなかったりするケースが確認されたということです。

一方で、無資格の職員による薬の処方や身体拘束の指示などは確認されなかったとしています。

さいたま市は先月、さいたま赤十字病院に対し法律に基づいた強制的な入院の手続きが適切に行われず、人権侵害につながりかねないとして是正を求める行政指導を行いました。

さいたま赤十字病院は NHK の取材に対し「立ち入り検査を受け、大変重く受けとめております。関係法令の遵守はもとより、患者の尊厳を守り信頼される医療を徹底してまいります」とコメントしています。

小坂診療所健康診断における不適切処理事案について

当診療所での健康診断において、眼底検査の判定に不適切な事案が発覚しましたので、以下により報告いたします。外来業務やその他の健康診断各項目については、問題ございません。

概要

当診療所では、眼底検査の判定は専門的な知識と経験を必要とするため、眼科医による判定を行っていました（令和元年度まで）。しかし、次の期間において、担当技師（健康診断担当者）がその判定を眼科医に出していないことを医師に告げぬまま、健康診断結果表に参考所見を付記して医師に提出していました。

その結果、医師は、眼底の所見が専門医の所見であるとの認識のもと、総合的な診断結果を判定していました。これにより、眼底検査については、医師による判定のないまま、技師の所見が伝えられるという事態が生じました。

【期間】 令和2年4月1日～令和5年10月22日

【受診者数】 253人（延べ605人）

判明の経緯

2月28日、前年度と違う判定を受けた健康診断受診者からの問い合わせにより判明しました。

原因

当診療所は、令和2年2月まで眼科医にお越しいただき月1回眼科診療を行っており、その際に眼底検査の判定をいただいていた。しかし、コロナ禍となり発熱対応用の診療室を必要としたため眼科を休診しました。その後、担当技師は、眼科医の検査判定の依頼を怠り、本年度まで経過してしまいました。

対応

すべての判定を外部判定機関に委託し、異常の認められた方に説明、お詫びのうえ受診されるようご連絡いたします。それ以外の方に対しましては、お詫びと異常が認められなかったことを文書でお知らせいたします。

再発防止策

情報共有を徹底し、外部委託の有無を明示するなど、担当技師から医師に明確に伝達する方法を確立し、二度とこのようなことのないよう徹底いたします。

市民の皆様には、ご迷惑・ご心配をおかけいたしまして誠に申し訳ございません。

香川県立中央病院が手術ミスで患者 1 人死亡 病院は遺族に謝罪し和解が成立する見通し

香川県立中央病院は、おとし（2022 年）5 月に行った大動脈弁狭窄症の手術でミスがあり、患者 1 人が亡くなったと発表しました。遺族とは和解が成立する見通しです。

（香川県立中央病院 高口浩一院長）

「県の基幹病院としてあってはならないことであり心よりお詫び申し上げます」

病院によりますとおとし 5 月、県内に住む 65 歳以上の患者に対するカテーテルを使った大動脈弁狭窄症の手術で、人工弁を誤って逆向きにつけたため血液の流れが異常をきたす事故が起きたということです。

手術中に異常に気づいた医師が新たな人工弁をつけて手術を終え、患者は一時容体が回復しましたが、全身の機能が低下し、去年 2 月に死亡しました。原因について病院は、放射線技師 2 人によってカテーテルに装着された人工弁の向きを確認を、医師が怠ったためと説明しています。

（香川県立中央病院 高口浩一院長）

「本事案で使用した製品はどちらの向きでも弁をカテーテルに装着できる構造となっていたことからヒューマンエラーによる事故発生の危険性をはらんでいましたが手順書では具体的には誰がどのような手順で機器を人工弁に装着し人工弁の向きを確認するか明確になっていなかったことが職員の認識不足につながったものと考えております」

病院は遺族に謝罪しており、遺族も和解を受け入れる意向を示したことから、賠償金として約 2600 万円を支払う議案を開会中の 2 月議会に提出しています。

行政指導の京都第一赤十字病院 京都市に改善策など報告書提出

京都市にある京都第一赤十字病院で、手術の説明や記録が適切に行われなかったり、安全管理についての検証が不十分だったケースがあったとして行政指導を受けた問題で、病院は 18 日、京都市に改善策などをまとめた報告書を提出しました。

京都市東山区にある京都第一赤十字病院は、ことし 1 月、脳神経外科で手術の説明や記録が適切に行われなかったり、安全管理についての検証が不十分だったケースが 3 件あったとして、京都市から改善を求める行政指導を受けました。

その際、この 3 件以外にも手術や治療を受けたあと患者が死亡するなどした 12 件について、検証の必要があると報告を求められていました。

市によりますと、病院は 18 日、▼求められた 12 件の検証結果に加えて、▼医療安全のためのマニュアルの改定や、▼手術などが安全に行われたか調査する病院の医療安全管理委員会への報告のしかたを改めるなど、改善策をまとめた報告書を提出したということです。

市は今後、検証が適切に行われたかや実際に改善が進んだかについて病院を訪問するなどして確認するということです。

病院は「診療内容や手術の概要などを適切かつ丁寧に説明し、医療安全管理体制を適切に運用することなどを全職員に周知、徹底して改善を図っていきます」などとコメントしています。

同じ外科医から手術受け患者 3 人死亡の医療事故 岐阜 各務原

岐阜県各務原市の「東海中央病院」は、同じ外科医から肝臓がんの手術を受けた患者 3 人が死亡する医療事故があったと公表しました。この医師は去年退職して、病院は今後、難易度が高い手術を原則、取りやめるとしています。

東海中央病院や岐阜県によりますと、2016 年と 2018 年、そしておとし、40 代の男性外科医が 60 代と 70 代の男女 3 人に肝臓がんを切除する手術を行いました。

ところが、3 件の手術ではいずれも血管が傷ついて大量に出血し、患者 3 人が死亡しました。

手術を担当した医師は去年 6 月に依願退職したということです。

病院は当初、3 件のうち 2 件は医療事故と認めていませんでしたが、岐阜県から再検討を求める行政指導を受けていずれも医療事故と認めました。

病院では国の医療事故調査制度に基づいて設置した外部メンバーを含む委員会の調査結果を踏まえ
▽難易度の高い手術は具体的な対応策がまとまるまで原則取りやめたうえで
▽手術が可能な症例を明確にしハイリスクな症例は専門施設に紹介するなどの
再発防止策をとるとしています。

松井春雄 病院長は「亡くなった患者のご冥福をお祈りし、ご遺族に深くおわび申し上げます。調査結果を真摯（しんし）に受け止め、医療の安全確保に努力を重ねて、再発防止に職員一丸となって取り組んでまいります」というコメントを発表しました。

マダニの媒介による感染症 SFTS ヒトからヒトへ感染 国内初確認

マダニが媒介する感染症 SFTS = 「重症熱性血小板減少症候群」について国立感染症研究所はヒトからヒトに感染したケースを国内で初めて確認したと発表しました。感染したのは SFTS の患者を担当した医師です。すでに症状は軽快しているということです。

国立感染症研究所によりますと 2023 年 4 月、SFTS に感染した 90 代の患者を診察した 20 代の男性医師が、最初の接触から 11 日後に発熱し、その後、SFTS と診断されたということで、ウイルスの遺伝子検査で 90 代の患者と同じウイルスと考えられることなどからヒトからヒトへの感染と診断したということです。

医師の症状は、すでに軽快しているということです。

SFTS のヒトからヒトへの感染は中国や韓国では報告されていますが、国内で確認されたのは、初めてだということです。

国立感染症研究所によりますと、90 代の患者が入院中は、医療従事者は感染対策をとっていましたが、医師は診断される前の診察で手袋をしておらず、また、その後、患者が死亡し、処置をした際もマスクや手袋などはしていたもののゴーグルを着けていなかったということです。

SFTS は、主にマダニに刺されることで感染するウイルスの感染症で、発熱や腹痛などの症状を引き起こし、重症化すると死に至ることもあります。

国立感染症研究所は、感染した患者の診療の際には、医療従事者は感染予防対策を徹底するよう注意を呼びかけています。

手術中の医療過誤認める、国立病院機構に約2億円賠償命令「蘇生措置の開始に遅れ」

国立病院機構九州医療センター（福岡市）で受けた手術中の医療過誤により、意識障害の後遺症を負ったとして、60代の男性が損害賠償を求めた訴訟の控訴審判決で、福岡高裁は22日、男性側が敗訴した1審判決を変更し、医師の対応の過失を認め、ほぼ請求通り計約2億円の支払いを病院側に命じた。

判決によると男性は平成26年11月、不整脈の手術中、心停止となった。ただちに胸骨圧迫を開始すべき注意義務があったが、医師らが措置を始めたのは約5分後だった。男性は低酸素脳症による意識障害が残り、常時介護が必要となった。

久保田浩史裁判長は「心停止後、約4分50秒間、脳への血流が停止した状態にあったと推認される」と指摘。蘇生措置の開始が遅れた過失があったと認め、意識障害との因果関係があると結論付けた。

判決後、男性の60代妻は取材に「医師の過失が認められて良かった。病院には再発防止に努めてほしい」と話した。同センターは「判決文を精査した上で今後の対応を検討する」とした。

大阪大病院が検体取り違え、「悪性腫瘍」と誤診断して胃の一部切除…「良性」患者はがん

大阪大病院は、男女の患者2人の検体を取り違えて、50歳代の男性患者を「悪性腫瘍」と誤って診断し、胃の一部を不要に切除する医療事故があったと発表した。「良性」とされた30歳代の女性患者は、その後の治療でがんを確認。男性は術後、食欲不振などを訴えていたが、現在は快方に向かっている。2人はすでに退院し、病院側は謝罪したという。

発表によると、同病院は昨年11月中旬、がんの検査のために男性の胃から検体を採取し、がんの一種と診断。12月上旬に手術を行い、胃の一部を切除した。

しかし、手術で切除した胃の組織にがんは認められず、同じ日に検査を受けた女性と検体を取り違えている可能性があることが判明。女性は画像検査で、十二指腸に接する膵臓すいぞうの一部にがんの疑いがあることがわかり、今年1月中旬に十二指腸の切除手術を受けて、がんと確認された。

記者会見した竹原徹郎・病院長は「男性患者にはご本人が望まない手術をしてしまい、またがんではないにもかかわらず、誤った診断で心理的なご負担もかけてしまった。ご迷惑をおかけした患者、ご家族に心よりおわびする」と謝罪。病院によると、2人の検体を取り違えた経緯は特定できず、患者情報の確認を強化して再発防止を図るとしている。

大阪大学医学部附属病より

病理診断用の検体取違いの発生について

2024年03月26日

本院において、令和5年11月に病理診断用の検体を取り違える医療事故が発生しました。患者Aさんは、本院内視鏡センターにおいて超音波内視鏡下で針生検（組織診）を実施され、病理診断結果に基づいて、後日手術が行われました。後に、手術の摘出検体の病理診断結果が針生検における病理診断結果と相違したことから原因を調査した結果、患者Aさんの針生検の検体が、同日に同じ検査を実施された患者Bさんの検体と取り違えられたことが明らかとなりました。検体採取から病理診断までのプロセスを詳しく調査しましたが、どの段階で病理検体の取違いが生じたのかを特定することはできませんでした。

2人の患者さんに対しては、取り違えの事実をご説明し、謝罪いたしました。今後も慎重に医療上必要なフォローアップを行っていく予定です。また、今後、同様の検体取り違えが生じないように、機械認証の仕組みを構築し、再発防止に努めてまいります。

令和6年3月26日
大阪大学医学部附属病院長
竹原 徹郎