

今期の医療事故・医療ミス 事故事例

ニュースとして取り上げられた全国の事故事例（2021/4/1～2022/3/31）

今期におきましては、コロナ感染拡大に伴い、コロナ関連のニュースが大半を占めておりましたので、通常よりも事例が少ない感がございますが、少しでも参考（活用）にさせていただけると幸いです。



2021/4

投薬ミスで意識低下、睡眠状態に 横浜の病院を認知症患者が提訴へ

横浜市旭区の保土ヶ谷病院で2019年11月、入院中の男性（76）が多量の抗精神病薬と睡眠薬を誤投与され、一昼夜にわたり意識低下の睡眠状態に陥っていたことが4日、分かった。男性は睡眠中に誤嚥（ごえん）性肺炎を発症したが、病院側は誤投薬との因果関係を否定。男性は病院を運営する医療法人芳生（ほうせい）会に損害賠償を求め、今夏にも横浜地裁に提訴する方針だ。

男性は16年4月から、認知症で精神科に入院。男性側によると19年11月26日午後8時半ごろ、統合失調症の患者に処方されていた5種類の錠剤6錠を看護師から誤って投与された。睡眠薬のほか認知症患者に使用が推奨されていない2種類の抗精神病薬が含まれており、男性は意識が低下、約27時間後の28日未明まで眠り続けた。

病院は男性の代理人弁護士に宛てた書面で「誤薬をしたことは事実」と認めた上で、男性と家族に謝罪した。代理人によると、患者2人の姓が類似し、看護師の見間違いによる「単純ミス」が原因と説明している。

一方、男性が睡眠中に発症した誤嚥性肺炎について、病院は加齢による飲み込む機能の衰えや気管支炎の既往歴などが原因と主張。事故直後は家族に「誤薬による意識低下による肺炎」と説明していたが、「誤薬によるものと断定するには至っていない」と一転し、賠償責任を否定している。

男性側は、睡眠中の経過観察が不十分だったと指摘。病院は看護師の巡回は適正だったと反論しているが、看護記録には残されていない。ベッドに寝たまま肺炎治療を余儀なくされ、筋力の低下で歩行が困難になったとの主張についても争っている。

神奈川新聞は院長に書面で質問したが、期限とした3月末までに回答はなかった。病院は「裁判所が介入しているので、回答は控える」としている。

大学病院が吸収性縫合糸を使うべきところ、非吸収性縫合糸を使用していた過誤を発表

秋田大学医学部附属病院は、令和3年4月7日、「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」を発表しました。

【経緯】

患者様は、本県在住の5歳未満の女児で、昨年に腎疾患のため本院に入院され、入院翌日に手術が施行されました。全身麻酔下で逆行性腎盂尿管造影を施行し、開放右腎盂形成術を行いました。術中に腎盂-尿管吻合を行い、閉創し、手術は終了いたしました。手術後、診療科内における手術報告時に、使用した縫合糸の確認を行ったところ、吸収性縫合糸を使うべきところ、非吸収性縫合糸を使用していたことが判明いたしました。直ちに患者様のご家族に対し、非吸収糸を使用したこと、及び吸収糸を用いて再縫合を行う必要があることを説明し、再手術の同意をいただきました。翌日未明、腎盂-尿管の非吸収糸を除去したのち、吸収糸を用いて再縫合を行い、患者様の術後経過は良好で同月に退院となりました。

【原因】

使用を予定していた縫合糸について術前の確認を医師が怠っていたこと、術中に使用した縫合糸が非吸収糸であることに気が付かなかったこと、中央手術部における物品保管場所に限りがあり、縫合糸が一箇所に保管することができず複数箇所に保管されていたため、手術時間内に使用すべき縫合糸を見つけることができなか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手術に使用する物品の事前確認当該診療科の主要手術に使用する消耗物品はリストを作成し、予め中央手術部へ提出するとともに、術中に使用する可能性のある物品の準備を術前に中央手術部へ連絡する。もし院内に在庫がない場合、代替品の使用または使用する物品の発注を行う。また、使用する予定の物品を複数の医師、看護師で術直前にも確認する。

②縫合糸の一元化管理中央手術部で取り扱っている縫合を一覧表にまとめ一元化し、すべてのスタッフが検索しやすいようにする。」

患者が体内にカテーテル用ワイヤを放置され転院先で死亡した事案で、業務上過失致死罪で在宅起訴

大阪府寝屋川市の寝屋川生野病院で平成29年11月、カテーテルのワイヤを体内から抜き忘れたことで男性患者＝当時（69）＝が死亡した事故で、大阪地検が業務上過失致死罪で元勤務医の男（73）を在宅起訴したことが2日、分かった。3月30日付。

捜査関係者によると、男は29年11月、肺炎の診断を受けた患者の足の付け根の静脈からカテーテルを挿入した。この治療の際、カテーテルを誘導するために体内に入れた約1メートルの金属製ワイヤを抜き忘れた。

さらに男は、患者のレントゲン撮影で、胸にワイヤのような影が写っていたことを認識していたが、適切な処置を怠っていた。

患者は翌30年2月に転院先の病院で死亡。大阪府警が業務上過失致死容疑で男を書類送検していた。

同病院を運営する社会医療法人「弘道会」の担当者は「事実確認中で、コメントできない」と話した。

人工透析患者が死亡 器具ゆるみ血液流出か 病院が謝罪

今年1月、京都市の病院で80代の男性患者が人工透析を受けた際、血液が大量に流出して意識不明の重体になり、その後、死亡していたことが関係者への取材で分かりました。

人工透析の器具の一部がゆるんでいたことが原因とみられ、病院は遺族に謝罪したということです。

関係者によりますと、ことし1月、京都市南区の「洛和会東寺南病院」で、80代の男性患者が人工透析を受けた際、容体が急変して意識不明の重体になり、翌月死亡しました。

病院が調べたところ、血液を体内に戻す際、血液が別の管に入って大量に流出していたということで、担当の看護師が、流出を防ぐための器具が緩んだ状態で、透析を始めたとみられることが分かったということです。

透析を始める際、異常を示す警報が鳴りましたが看護師は警報を切って作業を続け、その後、2度にわたり血圧の測定を促す警報が鳴りましたが、ほかのスタッフも患者の顔色などを確認しただけで異常がないと判断したということです。

病院は医療事故と認め、遺族に経緯を説明し、謝罪しました。

洛和会東寺南病院は「患者様ご本人そしてご家族のご期待に沿えず、死亡に至ったことにつきましては、大変遺憾であり、患者様のご冥福をお祈り申し上げます。患者様ご家族に謝罪するとともに、京都府医師会や医療事故調査・支援センターに報告しました。第三者による本件の調査を通じて、さらなる医療安全の確保に努めてまいりたいと思います」とするコメントをホームページに発表しました。

専門家「警報に対処できず重大な事故に」

今回の事故について、日本透析医会の篠田俊雄副会長は「警報が鳴っているのに、それを無視して次の工程に進むことは安全管理上、絶対にやってはいけないことだ。患者さんに声をかけて症状を聞く、血圧を測るなど、警報に正しく対処できなかったのが結果的に重大な事故になってしまったのではないかと指摘しました。

そのうえで、再発防止策について「血液の回路に不備がある場合は、警報を無視して作業が続けられないように改善することが必要だ。また透析治療に携わる人は、患者の命にかかわる治療をやっていることを常に念頭に入れて対応に当たる必要がある」と話していました。

過去の人工透析事故

人工透析をめぐるのは、医療スタッフの作業ミスなどで患者が死亡する事故がこれまでも起きています。

このうち京都大学附属病院では、平成23年、誤った部品を取り付けて透析を行い、50代の男性患者が死亡して、医師2人と看護師1人が業務上過失致死の疑いで書類送検されました。3人はその後、起訴猶予になりました。

また日本透析医会が行った平成25年の透析中の医療事故の調査では、回答が得られた全国1700余りの病院や診療所から年間で519件の事故の報告があったということです。

事故のくわしい内容が分かる422件のうち、

▽針が抜ける事故が最も多く167件、

▽転倒や転落事故が49件、

▽血液回路の接続部分がとれてしまう事故が22件などとなっています。

一方で、日本透析医会によりますと、最近では透析機械の安全装置が改善されてきたことや、医療スタッフの安全意識の向上により人為的なミスによる重大な事故はほとんど起きていないということです。

医師のカルテ改ざん認定 東京女子医大に960万円の賠償命令—東京地裁

東京女子医科大・東医療センター（東京都荒川区）で白内障手術を受けた後に左目を失明した坪井昇さん（88）が、医師が事前説明を怠りカルテも改ざんしたとして、約2880万円の損害賠償を求めた訴訟の判決が30日、東京地裁であった。桃崎剛裁判長は改ざんを認め、説明義務違反もあったなどとして同大に約960万円の支払いを命じた。

賠償額のうち、100万円は改ざんによる慰謝料。坪井さんの代理人弁護士によると、カルテの改ざんを認めて慰謝料の支払いを命じる判決は異例という。

判決によると、坪井さんは2004年に左目の白内障が確認され、13年11月と12月、同センターの担当医が手術したが視力は回復せず、失明した。

桃崎裁判長は、13年11月の手術での出血が原因で眼圧が上昇し、失明に至ったと指摘。担当医が作成したカルテには、もともと手術が難しい症状があり、その説明もしたとする記述があったが、手術記録と整合せず「カルテの改ざんに該当する」と判断した。また、眼圧の数値も実際より低く改ざんしたと認定した。

さらに、手術せずに経過観察する選択をしても急激な視力低下や失明が生じないことを説明する義務を果たさなかったとし、「説明義務違反と失明の間には因果関係が認められる」と結論付けた。

判決言い渡し後、記者会見した坪井さんは「言い分を聞いてもらい、非常にうれしい。目が見えなくなるのは悲劇だ」と語った。

東京女子医科大広報室は「カルテへの虚偽記載があったとの判断は謙虚に受け止め、学内への指導を徹底する」とコメントした。

スリランカ女性死亡 法務省、医師と入管の食い違いを事前に把握

名古屋出入国在留管理局（名古屋市）に収容されていたスリランカ人女性、ウィシュマ・サンダマリさん（当時33歳）が死亡した問題を巡り、法務省は13日の衆院法務委員会理事懇談会で、中間報告を作成する前にウィシュマさんの診療記録を入手したものの、入管側が「医師の記録は事実ではない」と回答したため、診療記録と異なる内容の報告を作成したと説明した。野党は「事実をねじまげた」と批判を強めている。

懇談会に出席した立憲民主党の階猛氏によると、法務省は報告作成前に、女性が外部病院で受けた胃の内視鏡（胃カメラ）の診療記録を入手したと認めた。診療記録には「（薬を）内服できないのであれば点滴、入院」との医師の指示が書かれていた。法務省は名古屋入管側に問い合わせたが「事実ではない」と回答したため、報告に「医師から点滴や入院の指示がなされたこともなかった」と記したという。

大学病院で入力を誤り、誤った規格の眼内レンズを挿入する医療過誤 2 件

秋田大学医学部附属病院は、令和 3 年 5 月 11 日、「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」をそのサイトに掲載しました。

昨年、当院での眼疾患手術において、レンズ規格を決定する術前検査での作業上の過誤により誤った規格の眼内レンズが挿入され、再手術が必要となった医療事故が 2 件発生いたしました。

患者様ならびにご家族の皆様にご多大なご迷惑とご心配をおかけしましたことを、心より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 1】

患者様は本県在住の 60 歳代の男性で、昨年、眼疾患のため本院に入院され、入院当日に手術（超音波乳化吸引術、眼内レンズ挿入術）が施行されました。

退院後の外来受診時に行なわれた検査の結果、手術によって期待される焦点とは異なっており、誤った規格の眼内レンズが挿入されたことが判明いたしました。

手術において誤った眼内レンズが挿入されたことを患者様に直ちに説明し、眼内レンズ交換のための再手術の同意をいただきました。

同月、正しい規格の眼内レンズを挿入する再手術を行い、術後経過は良好で退院なさいました。

【経緯 2】

患者様は本県在住の 60 歳代の男性で、昨年、眼疾患のため本院に入院され、入院翌日に手術（水晶体乳化吸引術、眼内レンズ挿入術、硝子体切除術）が施行されました。

退院後の外来受診時に行なわれた検査の結果、手術によって期待される焦点とは異なっており、誤った規格の眼内レンズが挿入されたことが判明いたしました。

手術において誤った眼内レンズが挿入されたことを患者様に直ちに説明し、眼内レンズ交換のための再手術の同意をいただきました。

翌々月、正しい規格の眼内レンズを挿入する再手術を行い、患者様の術後経過は良好で退院なさいました。

【原因】

眼内レンズの度数を決定する作業において、専用計算機へ担当医師が誤って入力したこと、また複数医師での確認作業をしていなか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眼内レンズの規格を決定した後に、もう一度、すべての数値に誤りがないかチェックを行う。
- ②眼内レンズの規格決定作業に関するチェックを複数名で行う。
- ③最先端で適切な専用機器を購入予定。

今回の件につきましては、患者様ならびにご家族の皆様にご重ねてお詫び申し上げますとともに、今後、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。

小腸の穴を見落とす医療ミス、患者が死亡 1年以上公表せず

滋賀県野洲市は26日、市立野洲病院で昨年1月、脱腸で来院した県内の男性＝当時（79）＝が施術後に死亡したと発表した。市は、医師がCT（コンピューター断層撮影）画像診断を誤った医療ミスと認め、遺族と和解合意したが、1年以上公表していなかった。

市によると、男性は昨年1月7日夜、左足付け根の痛みを訴え同病院を受診。当直医が腹部CTを行い、脱腸と診断して元に戻す処置を施し入院させた。しかし、翌8日に男性が再び痛みを訴えたため、別の専門医がCT画像を確認したところ、小腸に穴が開いていることが判明。手術をしたが回復しなかったという。

遺族らは昨年7月、同病院に損害賠償を請求。今年3月に市が賠償金2600万円を支払うことで合意した。

市立野洲病院の市木不二男事務部長は「内部での調査や相手との協議がまとまったため発生1年後の発表になった。今後は緊急性に応じ夜間でも専門医による画像診断を行うなど入念な病状把握を行い再発防止に努める」とした。

また市は、病院が民間経営だった2015年7月2日に甲状腺の摘出手術を受けた女性＝当時（69）＝が翌日、一時心肺停止となり、1カ月後に死亡したことを明らかにした。術後に首の出血や腫れの症状があったが発見と処置が遅れた医療ミスといい、遺族に賠償金4千万円を支払うことで合意したという。

市は損害賠償金を支払う議案2件を6月10日に開会の市議会定例会に提出する。

県立特別支援学校教諭らの過失認める 県に支払い命令

7年前、伊豆の国市の県立特別支援学校に通う男子生徒が歩行訓練中に意識を失った際、学校側が適切な対応を取らなかったため障害が重くなったなどと、生徒の母親が訴えた裁判で、静岡地方裁判所沼津支部は教諭らが救急車を呼び心肺蘇生法を行うべきだったなどと過失を認め県に7900万円余りを支払うよう命じました。

この裁判では、伊豆の国市の県立東部特別支援学校に通う当時中学1年生の男子生徒が平成26年12月、歩行の訓練中に意識を失い心肺停止となって救急搬送され、低酸素脳症を発症して障害が重くなったのは、教諭らが適切な対応をとらなかったからだと、生徒の母親が県に対して、1億2200万円余りの損害賠償などを求めました。

これに対し、県は「教諭らの対応は、当時の心肺蘇生法のガイドラインに沿ったもので、過失はなかった」と主張していました。

26日の判決で静岡地方裁判所沼津支部の古閑美津恵裁判長は、教諭らは意識障害が発生したあと、救急車を要請して心肺蘇生法を行い、AEDを使用すべきであり、義務に違反した過失があり、生徒に重大な後遺障害が残ったと認めました。

そして、県に対して、7900万円余りを支払うよう命じました。

生徒側の代理人の弁護士は、「これを機に県内の特別支援学校における危機管理体制の不備に目を向けしてほしい」とコメントしています。

誤って首の動脈に針を刺し、80代女性患者が死亡 心臓カテーテル検査で 岐阜市民病院

岐阜市民病院は1日、県内の80代女性患者への心臓カテーテル検査で、本来の静脈ではなく動脈に針を刺してしまったことが原因で、女性が死亡したと発表した。遺族とは示談が成立しており、医療事故として賠償金約1889万円を支払う方針。

病院によると、女性は昨年1月、急性心不全で入院。治療方針を決めるために、循環器内科の医師から心臓の動きを見るカテーテル検査を受けた。医師は、カテーテルを入れる前段階として、首の右側の静脈に針を刺そうとしたが、近くの動脈に誤って刺した。カテーテルが挿入しにくくなったことでミスに気付いた。

その日のうちに心臓血管外科の医師が処置したが、血流が滞って血栓ができ、脳梗塞を起こしたため、脳神経外科の医師も続けて手術した。だが症状は回復せず、昨年9月に心不全から起こる不整脈で死亡した。

太田宗一郎病院長らが市役所で記者会見し、「亡くなった患者と家族に多大な心痛を与え、申し訳なかった」と謝罪。再発防止策として、超音波エコーを使って血管の位置を確認するようにしたという。

乳児の医療事故、福井県立病院が謝罪『緊急事態に備えた研修が足りなかった』

生後2カ月の乳児が福井県立病院で手術を受け、術後管理に過失があり重い後遺障害を負ったとして訴訟を起こした両親らに、1億4千万円の損害賠償を支払うことで和解する見通しとなったことを受け、県立病院側は6月9日、県庁で記者会見した。橋爪泰夫院長らは「このような事態に至ったことを心からおわび申し上げます」と謝罪した。再発防止策として、術後管理の改善や職員研修の充実に努めていると説明し「職員一同、安全管理を徹底する」と述べた。

病院によると、手術後に病室に戻って50分後、乳児の顔色が悪いことに父親が気付いた。ナースステーションから看護師を呼び、駆け付けた看護師が気道を確保し酸素投与量を増やすなどの蘇生措置を行ったが、胸骨圧迫（心臓マッサージ）や人工呼吸が行われたのは小児科医の到着後で、帰室から1時間後だった。

中立の立場の医師が福井地裁に提出した鑑定書では「継続的な呼吸などの監視、急変時の迅速な対処を行っていれば後遺障害は回避することができたと考えられる」とされ、術後管理が不十分とされた。前川嘉宏事務局長は「緊急事態に備えた研修が足りなかった」と述べた。

病院では事故を受け、血中酸素濃度や脈拍を測る「パルスオキシメーター」と心電図を、術後の全ての乳幼児患者に装着するよう改善。体温、脈、血圧の確認回数を帰室1時間後の1回から、15分後、30分後、1時間後の3回に増やすなど術後管理を見直した。小児科病棟に勤務する看護師には毎月、蘇生措置の研修を行っている。」

数値の読み間違いで酸素投与せず 京都、宿泊療養中に死亡

京都府は8日、新型コロナウイルスに感染し、ホテルで宿泊療養中に亡くなった60代男性について、血中酸素濃度を測るパルスオキシメーターの数値を看護師が読み誤り、酸素投与などの適切な医療が行われなかったと発表した。本来は「極めて危険な数値」で入院が必要だった。

男性は、5月25日夜までは安否が確認できたが、その後連絡が取れず26日に死亡が確認された。ホテルにいた看護師らは新規入所者の対応などに追われ、すぐに部屋を訪れられなかった。

男性は25日未明から、メーターの測定結果を画像で複数回送信していたが、看護師が脈拍数と酸素濃度を読み間違えた。

千葉市立病院が医療事故 肘関節手術、患者に賠償へ

千葉市立青葉病院（山本恭平院長、同市中央区）は11日、一昨年11月に自転車で転倒した50代患者に左肘関節手術をした際、神経を損傷する医療事故があったと発表した。病院はミスを認め損害賠償する。

病院によると、損傷した神経は尺骨神経で、薬指と小指の感覚を伝える。肘関節部分の癒着を切除する手術で、執刀した医師免許取得後6年目の医師が、尺骨神経を剥離（はくり）する過程で、誤って直径5～8ミリの神経の4分の3ほどメスで切断した。難易度の高い手術といい、手術時にはベテランの指導医が介助としたが、気付かなかったという。

執刀医は調査に「いつ損傷したのか分からない。手術を進めているうちに気づいた」と話したという。患者はリハビリにより、左手に違和感の後遺症あるが、日常生活には影響はないとしている。

病院側の過失認めず 遺族勝訴の一审判決取り消し 佐野の術後死亡訴訟

入院中の60代女性が死亡したのは手術後の対応に過失があったからだととして、遺族2人が佐野厚生総合病院を運営する佐野厚生農業協同組合連合会に損害賠償を求めた訴訟の控訴審判決が10日、東京高裁であった。

鹿子木康（かのこぎやすし）裁判長は「医師らの注意義務違反は認められない」として、病院側の過失を認め計約4800万円の支払いを命じた一審宇都宮地裁判決を取り消し、遺族側の請求を棄却した。

造影剤誤流入 4190万円を賠償 沼津市

沼津市は28日、運営する市立病院で昨年4月に男性患者に対する医療ミスが発生し、約4190万円の損害賠償を支払うことを決めたと発表した。市は同日の市議会6月定例会最終本会議に損害賠償を計上した病院事業会計補正予算案を追加提出し、可決された。

市によると、男性患者は昨年4月8日、病気のため脊髄造影検査を受けた。この際、同病院の医師が本来は腰部などに注射して脊柱管に注入するべき造影剤を、誤って脊髄そのものに流入させた。男性は右下肢まひの後遺症があり、日常生活に支障が出た。

男性の脊柱管が通常に比べて狭かったことなどから、医師が手元を誤ったという。同病院のト部憲和院長は「患者や家族には深くおわびする。再発防止に取り組み、安全で安心な医療の提供に努めたい」とコメントした。

あいち小児保健医療総合センター 死亡男児遺族と和解成立 愛知・大府市

あいち小児保健医療総合センター（愛知県大府市）は25日、2016年に同病院で耳の病気の処置を受けて先天性の心疾患が急変し、その後死亡した男児＝当時（2つ）＝の遺族に対し、約3000万円の賠償金を支払うと発表した。同病院と遺族は民事調停を行っていたが、24日に名古屋簡裁で和解が成立した。

病院によると、男児は生後6カ月だった16年11月、難聴の精密検査と治療のために耳鼻いんこう科を受診。左耳に滲出性中耳炎を併発していたため、担当医師が処置をしたところ、激しく泣いて低酸素発作を起こし、意識障害やけいれんなどの神経症状を発症する低酸素性虚血性脳症となった。

その後も入退院を繰り返し、19年2月に敗血症で死亡した。男児には先天性の心臓疾患があり、激しく泣くと低酸素状態に陥って発作を起こす可能性を指摘されていた。

病院側は遺族との和解内容で、男児が急変するリスクをより慎重に検討していれば、後遺症や死亡を回避できた可能性があったとして責任を認めた。25日に県庁で会見したあいち小児保健医療総合センターの伊藤浩明センター長は「この事態を重く受け止め、遺族には深くお悔やみ申し上げます」と述べた。

あいち小児保健医療総合センターは

「あいち小児保健医療総合センターで発生した事案の和解成立について」で次のとおり述べています。

耳鼻いんこう科の担当医師としては、言語獲得等の発達に影響が出ないための治療開始期限が迫っている状況下で、治療の適切なタイミングを逸さないために処置を急いだという背景があり、それ自体は不合理とはいえない。また、チューブ留置術の実施については、SpO2の速やかな改善等を確認した上で処置を開始しており、明らかに不適切な判断であったとはいえない。しかし、リスクに対してより慎重な対処を取ることで、本件処置を契機とする後遺障害及び死亡を回避できた相当程度の可能性はあると考えている。現場全体で、少しでもリスクを感じたら進言し合えるような体制が作られていれば、慎重なリスク評価の下、処置を中止することもできたと思う。

県立西宮病院 不整脈抑える薬過剰投与 患者死亡で病院が謝罪

ことし5月、西宮市の県立西宮病院で、入院中の80代の女性患者に不整脈を抑える薬を過剰に投与し、患者が死亡していたことがわかりました。

病院は、医療ミスがあったとして、遺族に謝罪しました。

これは、県立西宮病院が記者会見して明らかにしました。

それによりますと、ことし5月中旬に、自宅で大たい骨を折って入院した80代の女性に対し、不整脈を抑える薬を6日間にわたって過剰に投与し、女性は、その月の下旬に、不整脈で死亡したということです。

女性は腎不全などの合併症があり、人工透析を受けるとともにふだんから持病の不整脈を抑える薬を服用していました。

病院が使用した薬は、女性がふだん使っていた薬とは別の薬で、人工透析を受けている人には、投与する量を通常より減らす必要があったということです。

しかし、女性の担当医と薬剤を扱う部署とで情報共有が不十分だったために分量を減らしておらず、適正な量の数倍になっていたということです。

病院は、医療ミスがあったとして、遺族に謝罪しました。

県立西宮病院の野口眞三郎病院長は会見で、「あってはならない事故でおわび申し上げます。医師や看護師への指導を徹底し、再発防止と信頼回復に全力で取り組みます」と話しました。

手術中のミスで男性死亡 1億円で和解 安佐市民病院

手術中のミスで男性が死亡したとして遺族が損害賠償を求めていた裁判で、16日解決金一億円で和解しました。

この裁判は2015年、安佐市民病院で手術中の男性が大量出血し脳死状態になり死亡したのは医療ミスが原因だとして男性の遺族が約1億円の損害賠償を求めていたものです。

広島地裁は去年12月、医療ミスを認めおよそ8千2百万円の賠償を命じる判決を出しましたが病院側が控訴していました。

遺族側の弁護士によりますと先月下旬、広島高裁が双方に和解案を提示。病院側は医療ミスを認めて遺族に謝罪し、解決金1億円で和解したということです。

亡くなった男性の妻「本人は帰ってきませんが（病院側に）みんなの前で頭下げてもらったのでそれで一区切りつけられるかな」

安佐市民病院の土手慶五院長は「患者さんが亡くなられたことを深くお詫び申し上げます。職員一丸となって医療安全対策に取り組んでまいります」とコメントしています。

手術中のミスで男性死亡 1億円で和解 安佐市民病院

手術中のミスで男性が死亡したとして遺族が損害賠償を求めていた裁判で、16日解決金一億円で和解しました。

この裁判は2015年、安佐市民病院で手術中の男性が大量出血し脳死状態になり死亡したのは医療ミスが原因だとして男性の遺族が約1億円の損害賠償を求めていたものです。

広島地裁は去年12月、医療ミスを認めおよそ8千2百万円の賠償を命じる判決を出しましたが病院側が控訴していました。

遺族側の弁護士によりまずと先月下旬、広島高裁が双方に和解案を提示。病院側は医療ミスを認めて遺族に謝罪し、解決金1億円で和解したということです。

亡くなった男性の妻「本人は帰ってきませんが（病院側に）みんなの前で頭下げてもらったのでそれで一区切りつけられるかな」

安佐市民病院の土手慶五院長は「患者さんが亡くなられたことを深くお詫び申し上げます。職員一丸となって医療安全対策に取り組んでまいります」とコメントしています。

2021/9

鳥取県立中央病院 医療ミス 患者と和解 主治医が摘出失念

鳥取県立中央病院との和解が成立したのは、鳥取県東部在住の女性。病院によるとこの女性は、子宮筋腫を患い鳥取県立中央病院で昨年度、子宮、卵管、卵巣の全摘出手術を行った。しかし、手術の際、主治医が卵巣を摘出し忘れ本来予定にはなかった再手術を行ったという。

今回の再手術に対して女性患者は精神的苦痛に加え手術のため仕事を休むなど損害が生じたとして弁護士を通じて病院側に賠償金を請求。病院側は医療ミスであったことを認め女性に再手術のためかかった費用などおよそ150万円の損害賠償金を支払い和解することになった。鳥取県立中央病院は再発防止に努めるとしている。

済生会と医師に賠償命令 腹痛女性死亡で静岡地裁判決

腹痛のため静岡市の女性＝当時（82）＝が静岡済生会総合病院を受診した際、急性腹膜炎を引き起こす消化管穿孔（せんこう）を見落とされ、2日後に死亡したのは医療ミスとして、遺族が病院を運営する社会福祉法人恩賜財団済生会と担当医に約3140万円の損害賠償を求めた訴訟の判決で、静岡地裁は31日、約2520万円の支払いを命じた。

判決によると、女性は2015年10月24日夜、腹痛を訴えて同病院救命救急センターを受診した。その際、初期臨床研修1年目だった医師はCT検査などを実施した上で帰宅を指示した。しかし、女性は帰宅後も吐いて25日朝に再受診。急性腹膜炎を発症したことから人工肛門造設手術を受けたが、26日に多臓器不全で死亡した。

菊池絵理裁判長は判決理由で、腹痛が生じた経緯などを踏まえれば「各種検査を終えた25日午前1時までに消化管穿孔を疑うべきだった」とし、緊急手術をするなどの注意義務を怠ったと判断。その上で、注意義務を尽くしていれば死亡時点で「なお生存していた高度の蓋然（がいぜん）性があった」とした。

同病院の岡本好史病院長は「判決内容を精査の上、適切に対応していく」としている。

手術で寝たきり 神戸市民病院機構に1億3800万円賠償命令

神戸市の市立中央市民病院で、手術を受けていた女性が低酸素状態となり、その後、寝たきりになったのは、医師が適切な処置を行わなかったためだと訴えた裁判で、神戸地方裁判所は、女性の訴えを認め病院を運営する機構に1億3800万円余りの賠償を命じました。

訴えていたのは県内の50代の女性で、平成25年に神戸市の市立医療センター中央市民病院で食道の静脈りゅうの手術を受けていたところ、呼吸が弱くなり、その後、低酸素状態によって寝たきりになりました。

このため、女性は、医師が手術を中止するなど適切な処置を行わなかったとして病院を運営する神戸市民病院機構におよそ1億5000万円の賠償を求めています。

16日の判決で神戸地方裁判所の齋藤聡裁判長は「手術台の上で女性の体の動きが激しくなり、医師はそれを抑制しようと鎮静剤を投与しているが、ゆっくり行うべきだった。また、急を要する手術というわけではないので、手術を中止するべき注意義務があったと認められる」と指摘しました。

機構に対して寝たきりになった女性の介護費用や慰謝料など1億3800万円余りの賠償を命じる判決を言い渡しました。

神戸市民病院機構は、「判決文が届いていないので、コメントを差し控えます」と話しています。

医療事故巡り示談 賠償金1千万円計上 静岡市、予算案提出へ

静岡市は2日、市立清水病院（清水区）で2017年1月に卵巣腫瘍の手術を行った女性＝当時（36）＝が術後に腸管穿孔（せんこう）を発症し、人工肛門造設となった医療事故について、示談が成立する見通しになったと明らかにした。賠償金1000万円を追加する2021年度病院事業会計9月補正予算案を市議会9月定例会に提出する。

同病院によると、女性は卵巣腫瘍の摘出手術をした後、大腸の一部に穴が開くS状結腸穿孔を発症し、人工肛門を造設した。その後、人工肛門からの出血が確認され、小腸穿孔も発症したため、再度手術し、人工肛門も再造設した。

病院側は、手術などの医療行為自体に過失はなかったが、腸管穿孔や人工肛門造設の可能性を手術のリスクとして事前に患者に説明する義務を果たしていなかったとし、示談交渉を進めていた。

田辺信宏市長は2日の定例記者会見で「今回のことを教訓として、より患者に寄り添う医療を目指していきたい」と述べた。

腰椎手術のドリルで神経切断、歩けなくなった女性が医師ら提訴…着任1年で医療事故8件

兵庫県の赤穂市民病院で昨年1月、腰椎の手術を受けた70歳代の女性が歩行できなくなるなどの重度の後遺障害が残ったとして、女性と家族が市と執刀した当時の医師を相手取り、約1億1500万円の損害賠償を求める訴訟を地裁姫路支部に起こした。

病院側は医療過誤は認めているが、医師が手術中に起こしたミスなどについて十分な説明がなかったとして提訴に踏み切った。医師が関わった他の7件でも医療事故が起きているが、病院側は「手術が直接的な原因とはいえない」としている。医師と病院側はいずれも棄却を求めている。

訴状によると、女性には重い腰痛があり、医師の執刀で腰椎の一部を切除する手術を受けた。この際、ドリルで骨の切削操作中に硬膜を傷つけ、露出した神経を切った。女性は手術直後から脚がまひして歩くことができなくなり、ぼうこうや直腸にも障害が残ったという。

医師は手術前に「早くしなければ人工透析になる可能性がある」などと説明したが、原告側は根拠はないと主張。術後の説明でも神経損傷の有無について「神経かわからない」と曖昧な説明だったとしている。

医師は2019年7月に同病院脳神経外科に採用された。着任から1年で8件の医療事故が報告され、外部有識者が検証。女性については、同病院が医療安全対策実施要項で定める医療事故の区分で、2番目に重大な「レベル4」（障害や後遺症が一生続く場合）に該当すると認定された。他の7件は医療過誤にはあたらないと判断した。

医師は20年3月以降、手術の執刀などを禁止される処分を受け、今年8月に退職している。

原告代理人によると、女性の家族は「医療事故を続けていた医師なのに、なぜ執刀させたのか経緯を知りたい。説明も十分ではなく不誠実だ」と話しているという。病院側は「係争中で答えられない」としている。

公立福生病院 人工透析中止訴訟で和解成立 東京地裁

3年前、東京の公立福生病院で人工透析を中止された女性が死亡した問題をめぐり遺族が病院側に損害賠償を求めていた裁判で、5日、和解が成立しました。

和解の条件には、病院側が医療の提供に当たって適切な説明を行うことや、医療方針について患者や家族の意思確認に努めることが盛り込まれました。

平成30年8月、東京福生市にある公立福生病院で、腎臓病を患っていた当時44歳の女性の人工透析が中止され、1週間後に死亡しました。

女性の夫と息子は、女性が当時、人工透析を中止する同意書にいったん署名したあと、「撤回したい」と看護師に伝えたにもかかわらず、透析が再開されなかったとして、病院を運営する法人に対し2200万円の賠償を求める訴えを東京地方裁判所に起こしていました。

遺族側の弁護士によりますと、裁判所が「透析の中止を医師が積極的に提案して死に誘導したとはいえないが、患者への説明や意思確認に不十分な点があった」として和解を勧告し、5日、双方が合意したということです。

和解条項には、病院側が今後も医療の提供にあたって適切な説明を行うことや、医療方針について患者や家族の意思確認に努めることなどが盛り込まれました。

弁護団の冠木克彦団長は「命に関わる治療では慎重な対応が必要だという重要なメッセージになる」と評価しています。

また、女性の夫は「医療従事者は患者のことばに耳を傾けて話をよく聞いてほしい。命の尊さをいま一度考え、同じようなことが起きないようにしてほしい」としています。

公立福生病院「記録に不十分な面があった」

和解について公立福生病院は「患者に対して『死の選択肢』である透析中止を提案したという一部報道があったが、そのような事実がないことが確認されました。他方で、記録に不十分な面があったことからこの点も踏まえ遺族との円満な解決に至りました。今後も東京都の指導事項などを順守し、地域医療に貢献して参ります。改めて故人のご冥福をお祈りします」とコメントしています。

救急救命士が投薬ミス、10代女性が一時心臓停止 千葉市が謝罪

千葉市消防局は7日、救急救命士の投薬ミスがあり、市内の10代女性が不整脈で一時心臓が停止する重症になったと発表した。現在も重症で、市内の医療機関に入院中という。同局は「不適切な処置だった」として謝罪した。今後、第三者を含めた委員会で検証する。

市消防局によると、3日夜、10代女性が夕食後に食物アレルギーによるアナフィラキシー症状を起こして搬送中、男性救急救命士が使用すべき薬剤を誤認したという。消防局の指令センターに常駐する医師の指示を受けたが、この医師も誤認に気がつかなかった。

本来使用すべきだった薬剤と、誤認した薬剤は成分と同じだが、筋肉注射と点滴による静脈投与で処置方法が違い、今回の静脈投与は即効力が強く容体が急変したとみられるという。

佐賀大病院で検査中に医療事故 70代男性死亡 外部で検証へ

先月、佐賀大学医学部附属病院で、患者の70代の男性が、腫瘍の検査中に動脈を損傷して死亡する医療事故が起きていたことがわかりました。

病院は遺族に謝罪するとともに、男性が死亡した経緯などを外部の調査機関で詳しく検証することにしていきます。

佐賀大学医学部附属病院の山下秀一院長は15日、記者会見で医療事故を公表し、「患者とご家族に多大な苦痛をお与えし、県民のみなさんの信頼を損ね、深くお詫び申し上げます」と謝罪しました。

病院によりますと、先月、肝臓に腫瘍がある70代の男性患者に対して、ろっ骨の間から検査用の針を通す処置を行ったところ、4時間後に血圧が低下するなど男性の容体が悪化しました。

男性は、針を通したろっ骨の間の動脈を損傷して、体内で出血を起こしていて、いったんは止血に成功しましたが、その後も出血がみつき翌日、死亡しました。

担当した2人の医師は、検査のあと、エコーや血液検査によって男性の体調を確認していましたが、容体が悪化するまで出血に気づけなかったということです。

また、その後の調査で、男性と家族に対して、まれに死亡する例があることを検査の同意書に記していた一方、口頭での説明を怠っていたこともわかりました。

病院は、事故を起こしたことと、リスクの説明が不十分だったことを遺族に謝罪し、医療事故を専門に扱う外部の調査機関に届け出て、男性が死亡した経緯や検査の方法などを詳しく検証することになっています。

検査の報告書確認せず 肝細胞がんで女性死亡 名古屋市立大病院

腹部の超音波検査で肝臓に異常な所見があったとする報告書を確認せず、適切な対応を怠り、患者が肝細胞がんで亡くなったと名古屋市立大学病院（名古屋市瑞穂区）が21日、発表した。検査結果を受けて詳細な検査をしていれば、早く治療に入れたという。

大学病院によると、亡くなったのは名古屋市の60代の女性。2005年から腎臓の機能低下や脂肪肝で腎臓内科を受診していた。女性は14年8月に腹部の超音波検査を受け、結果の報告があった。その日は代理の医師が診察。主治医は9月に診察をしたものの、報告書を確認しなかった。肝臓に直径4センチほどの塊状のものがあったという内容で、主治医はその後詳しい検査をしなかったという。

2年後の16年8月、女性が腹部の痛みを訴えて大学病院に救急搬送され、肝細胞がんと診断された。その際、超音波検査の結果が伝えられていなかったことも判明。治療を続けてきたが、女性は今年3月に亡くなったという。

大学病院によると、代理の医師は報告書の異常所見について電子カルテに記したものの、女性には主治医から伝えるべきだとして説明しなかった。主治医は電子カルテの記載を見落とし、報告書の内容も確認しなかったという。

大学病院は、報告書を確認して詳しい検査をしていれば、より早く肝細胞がんと診断し、切除などの治療ができたと判断した。

再発防止策として、検査結果の確認漏れや引き継ぎ漏れがないよう院内で注意喚起したほか、検査結果の報告書ができた時点で検査を依頼した医師にアラートを表示するよう電子カルテシステムを改修したという。

群馬大病院 水道水から基準値超の窒素含む物質 乳児に症状

前橋市にある群馬大学医学部附属病院で19日、入院している乳児に顔色が悪くなる症状が出ました。病院が調べたところ、水道水から窒素を含んだ物質が基準値を大幅に超えて検出されたということで、病院は、原因がわかるまですべての診療科の外来を休止することにしています。

群馬大学医学部附属病院によりますと、19日午後5時ごろ、乳児が入院する病棟で、担当する看護師が、入院している乳児2人の顔色が悪くなっているのに気づきました。

この病棟には17人の乳児が入院していて、すぐに全員の血液検査をしたところ、このうち10人が血液に酸素が行き渡りにくくなる「メトヘモグロビン血症」と診断されました。

いずれも症状は改善し、命に別状はないということです。

病院は、乳児が病院の水道水を使った粉ミルクを飲んでいて、水道水の水質検査を行ったところ、「亜硝酸態窒素」と「硝酸態窒素」という物質の数値が基準値を大幅に超えて検出されたということです。

このうち「亜硝酸態窒素」は水道法で定める基準値の1万2000倍余りの、1リットルあたり490ミリグラムが検出されたということです。

病院の上水道は敷地内の井戸からくみ上げた水を浄化して使っているということで、病院は水道水の使用を中止し、市から給水車の派遣を受けるなどして対応しています。

また、20日から一部の外来診療や救急搬送の受け入れを休止し、21日以降も、原因がわかるまで27日すべての診療科の外来を休止することにしています。

群馬大学医学部附属病院の齋藤繁院長は「ご迷惑をおかけしますが安全が担保されない状況で診療を続けることは難しい」と話しています。

病院には前橋市の給水車が配備され、市の職員が水を運ぶためタンクから災害用の給水袋に水を入れていました。

市の水道局によりますと、19日夜から20日正午までに飲み水や診療に使うための水を4000リットル余り供給したということです。

また、病院は飲み水が使用できないことや一部の外来を休止したことを院内放送で知らせたほか、入り口には「水道水の使用禁止」と書かれた紙が張り出されていました。

病院を利用している60代の男性は「心配ですし、特に病院ではあってはならないことだと思います」と話していました。

また、70代の女性は「外来診療が止まると困るので早く原因を突き止めて1日も早く改善してほしい」と話していました。

心電図のアラームを3時間放置 市立宇和島病院に入院中に死亡

市立宇和島病院で入院中の男性が死亡したのは監視義務を怠ったためなどとして、遺族らが損害賠償などを求めている裁判で、松山地裁は宇和島市に約220万円の支払いを命じた。

訴えを起こしていたのは、2013年に市立宇和島病院で入院中に死亡した当時60代の男性の遺族ら。心電図のアラームが鳴ったまま約3時間放置するなど監視義務を怠ったとして、宇和島市に約4600万円の損害賠償を求めている。

松山地裁の阿閉正則裁判長は判決で「心電図モニターを定期的に監視する義務を怠ったものの、救命の可能性は30%程度だった」と判断。

監視義務違反と死亡の因果関係はなかったとした一方、生存した可能性を相当程度侵害したと認め、宇和島市に約220万円の支払いを命じた。

「入院させなければ」遺族の後悔 身体拘束「違法」の判決確定

2016年に石川県野々市市の精神科病院「ときわ病院」で大畠一也さん（当時40）が死亡したのは、違法な身体拘束が原因だったとして、両親が社会福祉法人金沢市民生協会に損害賠償を求めた訴訟は、最高裁が法人側の上告を退け、約3500万円の支払いを命じた名古屋高裁金沢支部判決が確定した。

22日、金沢市内で会見した父の正晴さん（71）は一緒に大工をしていた時期を振り返り、「全く手を抜かず、常にお客さんの立場を考える優しい子だった」。身体拘束について病院から知らされなかったといい、「知っていれば入院させなかった。助けてやれなくてごめんな」と語った。

同席した杏林大学の長谷川利夫教授（保健学）は「患者の家族に選択権がない」と指摘した。厚生労働省の資料によると、昨年6月時点で身体拘束の指示を出されている患者は1万人超。ただ病院ごとの件数は原則非公開といい、「情報を可視化し、家族が病院を選べるようにすべきだ」。

また、精神科病床は一般病床に比べ、医師数3分の1、看護師数3分の2でいいとする「特例」があると言及。医療スタッフが少なくても身体拘束しない病院はあると前置きしたうえで、自ら調査した精神医療従事者1407人のうち、6割以上は「スタッフが増えれば拘束を減らせる」と答えたと紹介し、人手不足の解消を訴えた。

ときわ病院の炭谷信行院長は「最高裁の決定を厳粛に受け止め、引き続き再発防止に万全を期したい。ご冥福をお祈りするとともに、ご遺族に対し誠心誠意対応する」とのコメントを出した。

一也さんは16年12月に統合失調症と診断され入院。看護師への暴行や不穏な言動があったとして6日間拘束され、解除直後に、肺血栓塞（そく）栓（せん）症（エコノミークラス症候群）で亡くなった。金沢地裁は「不穏な言動が顕著で代替手段もなかった」という医師の判断を支持。高裁金沢支部は一転、暴力的言動は収まっていたとした。

千葉大学医学部附属病院、良性病変に対する不必要な手術に関するご報告とお詫び

千葉大学医学部附属病院

令和3年10月29日「良性病変に対する不必要な手術に関するご報告とお詫び」
をそのサイトに掲載しました。

「千葉大学医学部附属病院（以下「当院」という）において、良性病変に対する不必要な手術を行った事例が発生しました。

患者様とご家族には多大なご負担とご心痛をおかけし、心よりお詫び申し上げます。このたび、患者様との示談が成立し、公表についてもご了解をいただきましたので、診療の経過及び今後の再発防止策について公表いたします。当院では、この事実を大変重く受止め、再発防止に取り組んでいるところです。

1. 患者様：50代女性

2. 疾患名：ひだり上外側部乳癌

3. 実施された手術：両側の乳房切除

4. 本件の概要

本件は2017年9月、当院の医師が週1回勤務していたA病院において、「ひだり乳房」に乳癌が見つかった患者様を当院に紹介して以降、担当医として2つの医療機関にまたがり単独で全ての診療過程を担っていた中で発生した事案であり、概要は下記の通りである。

- ① 9月：当院の医師は、A病院で診察した患者様の「ひだり乳房」に乳癌が見つかったため当院への紹介状を作成し、以後、当院でも担当医として診療することとした。
- ② 10月：画像検査で「みぎ乳房」にも検査が必要と判断し、A病院で組織検査を実施した。結果は「悪性所見なし」であったが、担当医はその病理報告書の確認を怠った。
- ③ A病院において「みぎ乳房」の検査結果を患者様に説明する際、担当医は悪性所見のある「ひだり乳房」の病理報告書を「みぎ乳房」のものと誤認し、「両側乳癌」と診断したうえで手術の準備を進めた。
- ④ 術前に行うこととなっている当院病理部での組織検査の再診断を依頼する際に、「ひだり乳房」の病理標本を「みぎ乳房」の病理標本と思い込んで提出した。
- ⑤ 12月：当院において、本来「悪性所見なし」の「みぎ乳房」を含む両側を切除する手術を実施した。その後、手術摘出検体の病理検査で誤認が判明したものである。

次ページへ

<経緯の詳細>

- 9月1日 A病院 担当医は患者様の「ひだり乳房」の組織検査を行った。担当医の認識 ひだり乳癌疑い
- 9月15日 A病院 【ひだり乳房の組織検査結果説明】 検査結果は乳癌であった。担当医は患者様に結果を説明し、当院で精査・治療を行うため紹介状を作成した。担当医の認識 ひだり乳癌
- 9月20日 当院 患者様が「ひだり乳房」の紹介状と病理報告書を持参して受診した。担当医の認識 ひだり乳癌
- 10月6日 当院 担当医は精査のため画像検査を行い、「みぎ乳房」にも陰影が見られたため、組織検査を患者様の利便性に配慮してA病院で行うこととした。担当医の認識 ひだり乳癌みぎ乳癌疑い
- 10月13日 A病院 「みぎ乳房」の組織検査を行った。担当医の認識 ひだり乳癌みぎ乳癌疑い
- 10月20日 A病院 検査結果は「悪性所見なし」であった。病理報告書がA病院の電子カルテに掲載されたが、担当医は事前に確認をしなかった。担当医の認識 ひだり乳癌みぎ乳癌疑い
- 10月27日 A病院 【みぎ乳房の組織検査結果説明】 担当医の手元には、「ひだり乳房の最終病理報告書」と「みぎ乳房の病理報告書」の2枚が用意されていた。担当医はそのうち、よく確認をせず手に取った「ひだり乳房（悪性所見あり）」の最終病理報告書を「みぎ乳房」のものと思い込み、「みぎ乳房も乳癌であった」と説明した。当院への紹介状にも「両側とも乳癌である」と記載した。担当医の認識 ひだり乳癌みぎ乳癌
- 11月6日 当院 患者様が受診した。担当医はこの際も紹介状に同封された病理報告書の左右を確認しなかった。また同封されていた「ひだり乳房」の病理標本を「みぎ乳房」のものと思い込んで当院病理部へ再診断を依頼した。病理部は「みぎ乳房」のものとして再診断を行った。担当医の認識 ひだり乳癌みぎ乳癌
- 12月12日 当院 「悪性所見なし」の「みぎ乳房」を含む両側の乳房を切除した。担当医の認識 ひだり乳癌みぎ乳癌
- 12月22日 当院 手術摘出検体の病理検査で、誤認が判明した。担当医の認識 ひだり乳癌みぎ悪性所見なし

当院では、本件の判明後、直ちに事例検討委員会（外部委員含む）を開催し、発生要因を検証するとともに、再発防止策の検討を行った。その内容を患者様とご家族に説明して謝罪するとともに、引き続き、当院で定期的に経過観察などを行うこととなった。

5. 主な要因

担当医が「ひだり乳房」の病理報告書を「みぎ乳房」のものとして誤認したことが最大の要因である。

① 担当医が誤認をした要因として、以下の確認不足がある。

電子カルテに掲載された「みぎ乳房」の病理報告書を、結果説明の前に事前確認していなかった。

担当医が患者様に「みぎ乳房」の検査結果を説明する際、手元に用意されていた左右2つの病理報告書のうち、よく確認をせず手に取った「ひだり乳房（悪性所見あり）」の病理報告書を「みぎ乳房」のものと思い込んでしまった。

上記の説明時、病理報告書に記載されていた「みぎ」「ひだり」の記載を患者様と一緒に確認していなかった。

② 周囲が担当医の誤認に気づくことができなかった要因として、以下の点が挙げられる。

担当医が単独で診療を行ったため、周囲は誤認に気付けなかった。

6. 再発防止策

医師の誤認防止と誤認に気づく体制の整備を目指し、以下の再発防止策に取り組んでいる。

① 医師への教育の徹底

医師は検査結果を患者様に説明する際、病理報告書の姓名や部位などを必ず患者様と一緒に逐一確認する。

② 院内体制の整備

患者の診療が2施設にまたがる場合は、同一の医師のみが診療を行わないよう、別の医師が初診を担当することや、紹介状に目を通すなどの配慮を行う。

脱臼治療の局所麻酔で昏睡状態、6200万円賠償命令 医院は昨年解散

脱臼治療の局所麻酔によって妻が昏睡（こんすい）状態になったとして、長岡京市の男性が、同市内の整形外科医院の男性医師と運営法人に対し約8500万円の損害賠償を求めた訴訟の判決が9日、京都地裁であった。長谷部幸弥裁判長は医院側の過失を認め、約6200万円の支払いを命じた。

判決によると、男性の妻は2016年4月、転倒して右肩痛を訴えて同医院を受診。脱臼と診断され、局所麻酔を投与されて治療を受けたが、1時間もたずに容体が悪化して心肺停止となり転院搬送された。低酸素脳症で意識を回復することなく、18年4月に肝臓がんにより69歳で亡くなった。

原告側は、局所麻酔の中毒によって呼吸や心臓が止まり、低酸素脳症に至ったと主張。麻酔の量や投与方法、容体悪化後の救護に過失があると訴えていた。医院側は、低酸素脳症の原因は脳幹梗塞などの疑いもあるとして、局所麻酔との因果関係を争っていた。

判決理由で長谷部裁判長は、麻酔薬の血中濃度などから局所麻酔によって中毒となり、呼吸停止や心停止に至ったと指摘。救急搬送や救護措置を早期に行っていれば呼吸や心臓が止まらなかった可能性は高いとして医院側の過失を認めた。

原告代理人は「局所麻酔は身近だが使い方によっては怖い面があると判決が示してくれた。不適切な処置の責任を認めていただいたことは意義がある」と話した。

同医院の運営法人は昨年3月末で解散している。

麻酔用鎮痛薬の投与ミスで患者死亡 県立佐原病院が謝罪 千葉

千葉県立佐原病院で入院患者に麻酔用の鎮痛薬の投与が適切に行われず、70代の女性が亡くなっていたことが分かりました。病院は10日調査報告書を公表し、謝罪しました。

これは千葉県立佐原病院が10日、県庁で開いた会見で調査報告書を公表し、明らかにしました。

それによりますと去年6月、入院していた70代の女性が鎮痛薬の投与中に亡くなり、その後の病院側の調査で、投与が適切に行われていなかったことが分かったということです。

使用された鎮痛薬は痛みを抑える効果が高い一方、副作用として呼吸が抑制される場合があるため、投与中は呼吸の観察などが必要とされていましたが、現場ではこうした情報が共有されておらず、必要な対応がとられていなかったということです。

また、投与した薬の量はガイドラインの範囲内でしたが、女性の年齢や他の薬の服用状況などを考慮すれば、少なくするべきだったと結論づけています。

そのうえで、再発防止策として、鎮痛薬を処方する際は薬剤師と協議することや、投与の際は看護師と連携して呼吸の観察を行うことなどを徹底するとしています。

佐原病院の露口利夫病院長は、「患者とご遺族に深くおわび申し上げます。病院全体で受け止め教訓としたい」と話しました。

中学生の呼吸確保のチューブが外れた死亡事故 山梨県に約5200万円請求の裁判開始

山梨県立あけぼの医療福祉センターで、入所していた男子中学生が死亡した事故を巡る民事裁判が始まりました。

両親は、県に約5200万円の損害賠償を求めましたが、県側は争う姿勢を示しました。

この事故は2018年12月、韮崎市の県立あけぼの医療福祉センターに入所していた当時15歳の男子中学生の呼吸を確保するためのチューブが外れ、その後、死亡したものです。

医療福祉センターが設置した調査委員会は、第三者が故意に外した可能性は低いと結論付けましたが、男子中学生の両親は、管理上の過失が事故の原因として、県に約5200万円の損害賠償を求めています。

11月16日の第一回口頭弁論で県側は、請求棄却を求め争う姿勢を示しました。

医療的ケア児気管切開チューブ計画外抜去による死亡事例

社会医療法人宏潤会大同病院は、2021年11月15日、「医療的ケア児気管切開チューブ計画外抜去による死亡事例」をそのサイトで公表しました。

1.はじめに

2020年12月大同病院にて、一時委託保護と状態評価を兼ね入院した患児の気管切開チューブ計画外抜去による医療事故が発生しました。

本件の医療事故の発生原因を分析して再発防止の提言を行うために外部委員を入れた医療事故調査委員会による調査を行い、事故報告書は2021年10月6日ご両親に報告、その後、医療事故調査・支援センターに調査結果を報告いたしました。

2.発生要因の検証

本件の要因として調査委員会より以下の3点についてご指摘いただきました。

1つ目は、結果的に気管切開チューブの先端が気管外に迷入していたにも関わらず、口鼻からの人工呼吸へ切り換えるタイミングが遅れた点です。その背景として、再挿入した気管切開チューブが異所性迷入する可能性について過小評価したことや、救急対応にあたった多くの医療従事者間で気管切開チューブの確認についての意思疎通、コミュニケーションが不十分であったことが挙げられました。

2つ目は、気管切開チューブと酸素チューブや人工呼吸器とを接続する箇所での固定具の使用は、気管切開チューブが気管から抜ける可能性が増すことの認識が不足していた点です。

3つ目は、付き添い者に対して、患者（児）を一人にすることの危険性についての注意喚起が不十分であった点です。

3.再発防止策

再発防止策として、教育と体制の改善、気管切開チューブと他のデバイスを固定する固定具に関するマニュアルの整備、家政婦を含めた付き添い者への説明と注意喚起が十分になされる説明文の作成、各種アラーム警報に看護師が早く気づくことができるシステムの導入などが挙げられました。

4.終わりに

ご遺族にあらためてお悔やみを申し上げるとともに、調査委員会からの報告内容、再発防止策に関する提言を真摯に受け止め、病院長および医療安全管理室にて、これらの再発防止策が着実に遂行されるよう努めてまいります。

市民病院で医療ミス 死亡した女性の遺族に小牧市が損害賠償へ

愛知県の小牧市は5年前、小牧市民病院で腰の手術を受けた女性が出血し死亡したのは医療ミスが原因だったとして、女性の遺族に2500万円あまりの損害賠償を支払うことを決めました。

小牧市は24日開いた記者会見で、今月末から開かれる市議会の定例議会で損害賠償の支払いに関する議案を提出すると発表しました。

会見に同席した小牧市民病院の担当者の説明によりますと、5年前の2016年7月、病院で腰の手術を受けた愛知県内の80代の女性が手術中に出血して手術から2時間後に死亡しました。

病院から報告を受けた第三者機関の「医療事故調査・支援センター」が遺族の要望を受けて調べたところ、体内で大量の出血が認められたということです。

小牧市によりますとセンターの調査結果では死因は手術に伴う失血による出血性ショックで、手術中の出血管理が十分でなかったと指摘されたということで、市では「法的責任は免れない」として医療ミスを認め、遺族に2500万円あまりの損害賠償を支払うことを決めたとしています。

小牧市民病院の谷口健次院長はコメントを発表し「ご遺族に心からお詫びします。安心して医療を受けられるよう再発防止に努めます」としています。

がんワクチン療法訴訟 病院に110万円賠償命じる

がんワクチン療法の必要な説明を怠り、末期の胆管がん患者男性を死亡させたとして、日光市在住の60代妻が〇〇病院を運営する医療法人〇〇会などに対し約850万円の損害賠償を求めた訴訟の判決が25日、宇都宮地裁であった。大寄久裁判長は説明義務違反を一部認定し「がんワクチン療法を受けるか否かを判断する機会を奪われ、精神的苦痛を受けた」として病院側に110万円の支払いを命じた。

判決によると、男性は別の病院で末期の胆管がんと診断され、2017年5～6月に〇〇病院で、自身のがん組織から免疫細胞を活性化させる自家がんワクチンの接種を受けた。

明石市の「県立がんセンター」 兵庫県が手術ミスで謝罪

明石市の「県立がんセンター」で行われた手術で、医師が誤ってがんではない部位を切除したため、その後、手術をやり直して左の腎臓をすべて摘出しました。

県では、医療事故として患者に謝罪するとともに再発防止を徹底するとしています。

県病院局によりますと、ことし8月、明石市の「県立がんセンター」で行われた手術支援ロボットを使った50代の男性の初期の腎臓がんの手術で、執刀した医師が超音波検査画像を見誤り、がんではない部位を切除しました。

医師は、この際、切除した部位にがんがあるかを確認せずに、手術を終えたということです。

その後の検査で、切除した部位からがんが見つからなかったことからミスがわかり、4日後に手術をやり直して左の腎臓をすべて摘出したということです。

この男性は現在は退院し、通院して経過観察しているということです。

病院では、医療事故として男性に謝罪するとともに補償する方向で協議を進めることにしています。

また、再発防止のために、超音波検査画像を確認する際には担当の医師と助手の2人でダブルチェックをすることやこうした手術では切除した部位にがんがあるかその場で必ず確認することなどを徹底するとしています。

兵庫県病院局の八木聡病院事業副管理者は「今後、より一層医療安全対策の取り組みを進め再発防止に努めます」とコメントしています。

アビガン不適切な処方、自宅療養90人に…千葉の公立病院が厚労省通知に違反

千葉県いすみ市の公立病院「いすみ医療センター」で新型コロナウイルス対策のアドバイザーを務めた男性医師（72）が今年8～9月、厚生労働省の通知に違反し、内服薬の抗ウイルス剤「アビガン」を、コロナの自宅療養者約90人に処方していたことがわかった。

厚労省は11月25日、「厳重な管理が必要な薬で、遺憾だ」として医療センターに処方状況を報告するよう指導した。これまで重大な健康被害の報告はない。

アビガンはコロナ治療薬として承認されていないが、国内では臨床研究の形で1万5000人以上に投与されている。ただ、動物実験で胎児に催奇形性が確認されたため、厚労省は「自宅療養での投薬はできない」と事務連絡の形で通知していた。

カルテの改ざん 東京地裁令和3年4月30日判決

東京地裁令和3年4月30日判決（裁判長 桃崎剛）は、以下のとおり判示し、カルテの改ざんを認定し、被告に慰謝料100万の支払いを命じました。カルテの記載を鵜呑みにせず、改ざんを主張立証した本件原告代理人（大森夏織先生）の慧眼と力量に感服します。

「2 争点(1) (カルテ改ざん及び虚偽説明の有無) について

(1) 原告は、A医師は、①原告のチン小帯の脆弱性及び断裂時期、②左眼の前房出血及び硝子体出血の時期、③原告の11月26日の左眼眼圧について、それぞれカルテを改ざんし、改ざん後のカルテ記載に基づき、原告に対し、虚偽の説明をしたと主張する。

(2) 医師は、患者に対して適正な医療を提供するため、診療記録を正確な内容に保つべきであり、意図的に診療記録に作成者の事実認識と異なる加除訂正、追記等を行うことは、カルテの改ざんに該当し、患者に対する不法行為を構成するというべきである。

証拠（証人A医師（33, 34, 54頁））及び弁論の全趣旨によれば、手術記録は、手術中に起きたこと、術中合併症等をありのままに記載するものであり、被告センター眼科においては、記録医が手術中に記録し、術後、手術室において執刀医が必要に応じて追記して作成されていたものと認められる。そうすると、手術記録の記載内容は、手術の経過を経時的・客観的に記録したものであるとして信用することができ、同記載内容に反し、又は整合しないカルテの記載は信用性が極めて低いというべきである。以下、この観点を踏まえて、カルテの改ざんの有無等について検討する。

ア ①原告のチン小帯の脆弱性及び断裂時期について

(ア) 原告のチン小帯の脆弱性に関し、11月14日のカルテには、本件手術1を踏まえて、右眼のチン小帯が少し弱いため、左眼手術の際に注意が必要である旨の記載（11月14日カルテ記載①）、水晶体を支える袋（チン小帯）が弱いので手術としては難しかった、左眼はもっと手術が難しいと思われ、その旨説明したとの記載（11月14日カルテ記載②）があり（前記認定事実(3)ケ）、同月15日のカルテにも、本件手術1の際に右眼のチン小帯が弱く、左眼もチン小帯が断裂している可能性があり、その旨説明したとの記載（11月15日カルテ記載）があり（前記認定事実(3)コ）、同月20日のカルテにも、右眼のチン小帯が弱いので左眼も手術が難しい旨説明したとの記載（11月20日カルテ記載）がある（前記認定事実(4)イ）。

水晶体超音波乳化吸引術におけるチン小帯断裂は、手術目的である眼内レンズ挿入のための水晶体嚢温存あるいは眼内隔壁温存を達成できなくなるため、最も避けなければならない合併症の一つであるところ、

次ページへ

チン小帯断裂は術前からチン小帯が脆弱な症例に起こることが多いとされている（前記前提事実(3)ア b)。そのため、本件手術1の際に原告の右眼のチン小帯が脆弱であったのであれば、手術記録に記載されるのが自然であるが、本件手術1の手術記録には、原告の右眼のチン小帯の脆弱性に関する記載は全くない（乙A3〔21頁（=乙A9）））。

そうすると、手術記録の記載内容と整合しない上記のカルテの各記載は、いずれも信用性が極めて低く、これらの記載が、他の記載をした後に右上方に挿入されるような形で記載されていたり（11月14日記載①、②及び11月15日記載）（乙A1〔83、84頁））、検査用紙の上に記載されていたりする（11月20日記載）（乙A1〔85頁））という体裁の不自然さも併せて考慮すると、A医師が右眼のチン小帯の脆弱性及びこれを踏まえた原告らへの説明について、事実認識と異なる内容を意図的に追記したものとわざるを得ない。

被告は、原告から前立腺肥大症の治療歴についての申告がなかったために、I F I Sと診断することはできなかったが、本件当時、原告は過去の前立腺肥大症の治療によりI F I Sを発症しており、原告のチン小帯は脆弱であったと主張する。

しかしながら、前記認定事実(3)オ、クのとおり、原告に前立腺肥大症の治療歴があることは、bクリニックからの診療情報提供書及び本件手術1の際の入院時の原告からの申告により、A医師に伝えられていたのであり、原告から前立腺肥大症の治療歴について申告がなかったという被告の上記主張は事実と反する。そして、カルテ上、I F I Sの記載はなく、白内障手術の手術手技が不可能なほど重症なI F I Sの症例は稀であること（前記認定事実(1)イ）も踏まえると、原告に前立腺肥大症の治療歴があることから、直ちに本件手術1・2の難易度に影響を与えるようなチン小帯の脆弱性があったと認めることはできず、被告の主張は採用できない。

(イ) 本件手術2に関し、11月21日のカルテには、A医師による原告の左眼のチン小帯がもともと断裂していた旨の記載（11月21日記載①及び②）やその旨原告と原告の家族に説明したとの記載（11月21日記載③）があり（前記認定事実(4)イ）、11月22日のカルテにももともとチン小帯がちぎれていたため眼内レンズを入れられなかった旨の記載（11月22日記載）がある（前記認定事実(4)ウ）。

しかしながら、前記認定事実(4)イのとおり、本件手術2の手術記録（乙A4〔22頁（=乙A10）））には、原告のチン小帯が本件手術2の術中に、6時から12時方向に半周断裂したとの記載がある。

そうすると、手術記録の記載内容と整合しない上記のカルテの各記載の信用性は極めて低く、これらの記載が、本件手術2の術式及び執刀医等の押印の右上方に11月20日の記載欄にはみ出す形で記載されていたり（11月21日記載①）、カルテの右側に枠囲いで挿入されていたりする（11月21日記載③）という体裁の不自然さ（乙A1〔85頁））も併せて考慮すると、A医師がチン小帯の断裂時期及びこれを踏まえた原告らへの説明について、事実認識と異なる内容を意図的に追記したものとわざるを得ない。

被告は、チン小帯線維は無数にあり、本件手術2以前の時点で少なくとも一部の線維が断裂しており、完全断裂と部分断裂の違いはあるものの断裂はしていたと主張するが、本件手術2の手術記録には術前からチン小帯が部分断裂していた旨の記載はなく、他に被告の主張を裏付ける証拠はないから、被告の主張は採用できない。

(ウ) 以上によれば、原告の右眼のチン小帯が弱く、その旨説明したとのカルテの記載及び原告の左眼のチン小帯が本件手術2以前に断裂しており、その旨原告と原告の家族に説明したとのカルテの記載は、いずれもA医師が、事実認識と異なる内容を意図的に追記したものとわざるを得ず、カルテの改ざんに該当する。

イ ②左眼の前房出血及び硝子体出血の時期について
（略）

次ページへ

ウ ③原告の11月26日の左眼眼圧について

原告の11月26日の左眼眼圧について、同日のカルテには36mmHgとの記載があり、看護記録には56mmHgの記載が2か所ある（前記認定事実(5)ア）。上記カルテ上の「3」の文字は、上からなぞられた形跡があり（乙A1〔86頁〕、弁論の全趣旨）、この点についてA医師は、初めから「36」と記載していたが、「3」の文字が「5」と誤読されるおそれがあるため、改めてなぞった旨証言する（証人A医師（12ないし14頁））。

しかしながら、上記のとおり、看護記録には56mmHgとの記載が2か所ある上、眼圧が50mmHg以上に上昇すると、眼痛、頭痛、嘔気、かすみ等の症状が現れるとされているところ（前記認定事実(1)ア(イ)）、原告は、11月26日の受診時に嘔気及び全身倦怠感を訴え、これに対しA医師は眼圧が高すぎて嘔気等の症状が出ていると思うと説明しており（前記認定事実(5)ア）、上記の原告の症状及びA医師の説明は原告の眼圧が56mmHgであることと整合していること、カルテの記載を訂正する場合、訂正前の記載が分かるように訂正すべきであるにもかかわらず、A医師は上記のとおり訂正前の記載の上からなぞり、訂正前の記載が判明しないような方法で訂正をしていること、カルテ上の他の記載に照らしても、A医師が記載した「3」の文字を「5」と誤解するような記載は認められず、A医師の上記証言は不合理であることからすると、A医師は、カルテ上の「56mmHg」との記載を事後的に「36mmHg」と修正したものと評価されてもやむを得ないというべきである。

なお、原告の眼圧は、12月3日にはNCTにより60mmHg超と測定されているが、前記認定事実(1)ア(ア)の医学知見によれば、NCTが計測された場合、GATでも測定すべきであるとされるところ、GATによる測定の結果、同日の原告の左眼眼圧は20mmHgであり、これが同日の原告の左眼眼圧と認められる。原告は、同日のGATによる測定結果について26又は28mmHgと記載したものを20mmHgに書き換えたものであると主張するが、同日以降のカルテにも、原告の左眼眼圧について26mmHgや30mmHg、32mmHgといった測定結果が記載されているものであり（乙A1〔87ないし92頁〕）、同日の測定結果についてのみ26又は28mmHgであったものを20mmHgに書き換える動機は認め難く、原告の主張は採用できない。

以上によれば、A医師は、原告の11月26日の左眼眼圧について事後的に「36mmHg」と事実認識と異なる修正を加えたものであり、カルテを改ざんしたものと認められる。

エ 上記ア及びウのとおり、A医師は、右眼のチン小帯の脆弱性及び左眼のチン小帯の断裂時期並びに各事項を踏まえた原告らへの説明について、事実認識と異なる内容を意図的に追記し、また、左眼眼圧の数値について事実認識と異なる修正を意図的に加えて、それぞれカルテを改ざんしたものと認められるから、上記各行為について、A医師には不法行為が成立する。」

「前記2(2)エのとおり、A医師は、右眼のチン小帯の脆弱性及び左眼のチン小帯の断裂時期並びに各事項を踏まえた原告らへの説明について事実認識と異なる内容を意図的に追記し、また、左眼眼圧の数値について事実認識と異なる修正を意図的に加えて、それぞれカルテを改ざんしたものである。上記の各カルテの改ざんは、説明義務違反とは別個に不法行為を構成するところ、その態様は、主として本件説明事項に係る改ざんであり、この改ざんの実態が発覚しなければ、A医師の責任（説明義務違反）が否定されることにつながり得る悪質なものであることや改ざん箇所が多数に及んでいることなど本件に現れた一切の事情を考慮すると、これにより原告が被った精神的苦痛に対する慰謝料は100万円と認めるのが相当である。

医療ミスで男性死亡 病院と医師に賠償命じる判決地

2006年、当時66歳の男性が適切な検査や治療がされずその後死亡したとして、男性の遺族らが入院していた病院に対し損害賠償を求めた裁判で、横浜地裁は15日、病院側に792万円の支払いを命じました。

この裁判は2006年、横浜南共済病院に入院していた当時66歳の男性の右下腹部に腫りゅうが見つかったにも関わらず、およそ1年半後まで適切な検査や治療がされずに、2010年に死亡したとして、遺族が病院と医師2人に対しおよそ8000万円の損害賠償を求めていたものです。

15日の判決で横浜地裁の山田真紀裁判長は「医師による精査が滞りなく進み、医療が提供されていたとしても、男性の死亡との因果関係は認められない」と指摘。

一方で、「腫りゅうには早期の発見・治療が必要であったにも関わらず、およそ1年7カ月という長期間にわたって、何らの検査・治療もされず放置されていた。治療の開始が遅れたことによる、男性の無念の思いはきわめて大きかった」などとして、横浜南共済病院と医師1人に対し、あわせて792万円の支払いを命じました。

判決後の記者会見で遺族は、「病院の医療行為はひどいことが認められ、医師1人も過失が認められたことは良かったが、もう1人の医師への判決については認められず、納得がいかない」などと話しました。

一方、判決を受けて横浜南共済病院は「コメントできない」としています。

A型男児にAB型の輸血 千葉県こども病院で医療事故 バーコード照合・名前確認行わず

千葉県こども病院（千葉市緑区）は27日、昨年12月に心臓手術を受け集中治療室（ICU）に入院していた血液型A型の当時生後1カ月の男児にAB型の血液を輸血する医療事故があったと発表した。星岡明病院長は「患者や家族に心配や迷惑をかけた。深くおわび申し上げます」と謝罪した。男児に容体の悪化などはなく、今年1月中旬に退院したという。

同病院によると、男児は先天性の心疾患と診断され同病院で心臓手術を受けた。術後、ICUで看護師が男児の輸血容器を交換する際に、AB型の乳児のために準備していた容器と取り違え、約1時間40分間にわたって約5ミリリットル輸血した。AB型の乳児の輸血容器を交換する時に、容器が見つからなかったことから発覚した。

同病院は輸血する直前に容器と病床のバーコードを読み取り照合する決まりとなっていたが、読み取りを怠った上、容器のラベルに記載された名前の確認も行っていなかった。男児に事故による障害はなく、心疾患の治療後に退院した。男児の家族と和解が成立している。

同病院は外部委員も入れた事故調査委員会を立ち上げ、事故調の提言を受けて再発防止策を検討。輸血準備の見直しや手順の確認徹底などに取り組むとしている。県庁で会見した星岡病院長は「全ての病棟でしっかりとバーコードによる事前確認を行っていく」と話した

医療ミスで男性死亡 病院と医師に賠償命じる判決地

2006年、当時66歳の男性が適切な検査や治療がされずその後死亡したとして、男性の遺族らが入院していた病院に対し損害賠償を求めた裁判で、横浜地裁は15日、病院側に792万円の支払いを命じました。

この裁判は2006年、横浜南共済病院に入院していた当時66歳の男性の右下腹部に腫りゅうが見つかったにも関わらず、およそ1年半後まで適切な検査や治療がされずに、2010年に死亡したとして、遺族が病院と医師2人に対しおよそ8000万円の損害賠償を求めているものです。

15日の判決で横浜地裁の山田真紀裁判長は「医師による精査が滞りなく進み、医療が提供されていたとしても、男性の死亡との因果関係は認められない」と指摘。

一方で、「腫りゅうには早期の発見・治療が必要であったにも関わらず、およそ1年7カ月という長期間にわたって、何らの検査・治療もされず放置されていた。治療の開始が遅れたことによる、男性の無念の思いはきわめて大きかった」などとして、横浜南共済病院と医師1人に対し、あわせて792万円の支払いを命じました。

判決後の記者会見で遺族は、「病院の医療行為はひどいことが認められ、医師1人も過失が認められたことは良かったが、もう1人の医師への判決については認められず、納得がいかない」などと話しました。

一方、判決を受けて横浜南共済病院は「コメントできない」としています。

A型男児にAB型の輸血 千葉県こども病院で医療事故 バーコード照合・名前確認行わず

千葉県こども病院（千葉市緑区）は27日、昨年12月に心臓手術を受け集中治療室（ICU）に入院していた血液型A型の当時生後1カ月の男児にAB型の血液を輸血する医療事故があったと発表した。星岡明病院長は「患者や家族に心配や迷惑をかけた。深くおわび申し上げます」と謝罪した。男児に容体の悪化などはなく、今年1月中旬に退院したという。

同病院によると、男児は先天性の心疾患と診断され同病院で心臓手術を受けた。術後、ICUで看護師が男児の輸血容器を交換する際に、AB型の乳児のために準備していた容器と取り違え、約1時間40分間にわたって約5ミリリットル輸血した。AB型の乳児の輸血容器を交換する時に、容器が見つからなかったことから発覚した。

同病院は輸血する直前に容器と病床のバーコードを読み取り照合する決まりとなっていたが、読み取りを怠った上、容器のラベルに記載された名前の確認も行っていなかった。男児に事故による障害はなく、心疾患の治療後に退院した。男児の家族と和解が成立している。

同病院は外部委員も入れた事故調査委員会を立ち上げ、事故調の提言を受けて再発防止策を検討。輸血準備の見直しや手順の確認徹底などに取り組むとしている。県庁で会見した星岡病院長は「全ての病棟でしっかりとバーコードによる事前確認を行っていく」と話した

大学病院が、治療を失念した3年間に食道病変が進展した事例、 医師間の情報伝達等の不備のため約2年間に肺癌が治療した事例を公表

新潟大学医歯学総合病院は、令和3年12月24日、2件の医療事故を公表しました。
消化管内視鏡で見つかった病変に、検査・治療を行わなかった事例

このたび、消化管内視鏡で病変があったにも関わらず、約3年間、患者さまに対して詳しい検査や治療が行われていなかった事故が発生しましたので、ご報告いたします。

1 患者さまは、本県在住の70歳代の男性で、胆嚢や膵臓精査の一環として、2018年9月に超音波内視鏡検査を行いました。その際同時に行った上部内視鏡検査で偶然に食道に病変を認めたため、内視鏡的に同病変を切除する方針としました。しかし担当医は、胆嚢や膵臓の病変のみ対応し、食道の病変に対する治療や検査を行いませんでした。

2 本年8月に担当医が交代し、新たに担当した医師が、過去にさかのぼって検査結果を確認していたところ、約3年前の内視鏡で食道の病変が存在していたことが明らかとなったものです。担当医はすみやかに内視鏡検査を行い、3年前よりも病気が進展していることが明らかになりました。結果として、約3年間、詳しい検査や治療が行われていなかったこととなります。

3 速やかに医療安全管理委員会を開催し、調査を行いました。その結果、同時期に多くの検査が行われたため、担当医が食道病変への対応を失念してしまったこと、この不備に関して他医師が気づけなかったことが課題として挙げられました。従来は内視鏡所見の見落としがないように、所見を依頼医が確認したかを電子カルテ上でチェックする仕組みで対応してきました。現在は、今回の事案を受け、重要な内視鏡所見に対し実際に追加検査や治療が行われたかを確認し、行われていなければ依頼医に督促する仕組みを構築するなどの再発防止に取り組んでいます。

4 患者さま及びご家族さまには、事故の発覚後すみやかに事実経緯を伝え謝罪しました。患者さまは現在も本院で治療を継続しておられます。

CTで見つかった肺の異常陰影に、検査・治療を行わなかった事例

このたび、CTで肺に異常陰影があったにも関わらず、約2年間、患者さまに対して詳しい検査や治療が行われていなかった事故が発生しましたので、ご報告いたします。

1 患者さまは、本県在住の50歳代の男性で、2019年10月に他医療機関からの依頼で、本院で冠動脈CTを撮影しました。その際撮影したCTで、偶然、肺に小さな異常陰影がみられたため、依頼元の医療機関に2ヶ月後にCTの再撮影を勧める返書を送りました。これとは別に、同医療機関から心疾患の精査・治療のために、別途、本院を紹介されました。外来で診察した担当医が冠動脈CTの報告書を確認し、CTの再撮影を計画しましたが、その後に担当した医師にこの計画が伝わりませんでした。

2 本年6月になって、患者さまは背中痛みを訴え、他医療機関でCTを撮影したところ、肺に腫瘍がみつかりました。精査・治療のために、本院を紹介されました。その際に診察した医師が、過去にさかのぼって検査結果を調べたところ、約2年前の冠動脈CTで異常陰影が存在していたことが明らかとなったものです。結果として、肺がんも疑われるCT所見に対して約2年間、詳しい検査や治療が行われていなかったことになり、この間に病気が進展しました。

3 速やかに院内に医療事故調査委員会を立ち上げて、調査を行いました。その結果医師間の情報伝達や情報収集に不備があったことが判明したため、さらなる改善に取り組んでまいります。これまでも予期しない重要な画像診断所見に対しては、依頼

医がその所見を確認したかを電子カルテ上でチェックする仕組みで対応してきました。

しかしながら今回の医療事故調査委員会の結果を受け、重要所見に基づき実際に追加検査や治療が行われたかを検証し、行われていなければ対応を督促する仕組みを新たに構築するなどの再発防止に取り組んでいます。

医師は全て管理職」に是正勧告 残業代 1 億円支払いへ 気仙沼市立病院

医師の時間外労働などに対する割増賃金の未払いがあったとして、宮城県気仙沼市立病院が石巻労働基準監督署から 5 月に是正勧告を受けていたことが 8 日、分かった。病院は未払い分として、対象者 79 人に計約 1 億円を年度内に支払う方針。

市立病院によると、全ての医師を管理職と位置付けて割増賃金を支給してこなかったことが不相当と指摘され、5 月 26 日付で是正勧告を受けた。

これを受け同院は 7 月、時効にならない 2019 年 6 月～21 年 3 月に在籍した医師 101 人に聞き取りなどを行い、対象者の時間や金額などを算出した。

17 年 5 月と 18 年 9 月にも同じ趣旨の勧告を受けており、20 年度以降は診療科長以上を管理職とするよう規則を改めたという。

市は未払い分 1 億 56 万円を計上した 21 年度一般会計補正予算案を開会中の市議会 12 月定例会に提出した。可決後に市立病院が支払い手続きを始める。

0 歳児の小指先端を切断する医療事故 神戸・中央市民病院

神戸市民病院機構は 27 日、市立医療センター中央市民病院（同市中央区）で 0 歳児の右手小指の先端（1～2 ミリ）をはさみで切断する医療事故があったと発表した。すぐに止血して縫合し、大きな後遺症はないとしている。

同病院によると、0 歳児は 9 月、髄膜炎の疑いで救急外来を受診。右手甲に刺した点滴の針を固定するため、職員が透明で四角いシール状の「ドレッシング材」を貼り付けた。小児用で大きく、指に掛からないようはさみでカットしたところ、誤って小指先の皮膚などを切った。すぐに処置し、家族にも謝罪。現在も経過観察中という。

また同市立西神戸医療センター（同市西区）では、前立腺がん治療の生体検査で事故が発生。7 月、針で採取した 70 代男性患者の前立腺組織を、医師らが別の患者の名前が書かれた瓶に入れた。その後ミスに気付き、70 代の患者に謝罪後、その日のうちに再度局所麻酔を打って組織を採った。治療などに影響はなかったという。

0 歳児の小指先端を切断する医療事故 神戸・中央市民病院

神戸市民病院機構は 27 日、市立医療センター中央市民病院（同市中央区）で 0 歳児の右手小指の先端（1～2 ミリ）をはさみで切断する医療事故があったと発表した。すぐに止血して縫合し、大きな後遺症はないとしている。

同病院によると、0 歳児は 9 月、髄膜炎の疑いで救急外来を受診。右手甲に刺した点滴の針を固定するため、職員が透明で四角いシール状の「ドレッシング材」を貼り付けた。小児用で大きく、指に掛からないようはさみでカットしたところ、誤って小指先の皮膚などを切った。すぐに処置し、家族にも謝罪。現在も経過観察中という。

また同市立西神戸医療センター（同市西区）では、前立腺がん治療の生体検査で事故が発生。7 月、針で採取した 70 代男性患者の前立腺組織を、医師らが別の患者の名前が書かれた瓶に入れた。その後ミスに気付き、70 代の患者に謝罪後、その日のうちに再度局所麻酔を打って組織を採った。治療などに影響はなかったという。

群馬大病院がまた医療ミス カテーテル抜く際、患者に意識障害負わず

前橋市の群馬大病院で昨年4月、担当医が六十代の入院患者に付けていた透析用のカテーテル（管）を抜いたところ、意識障害を負わせる医療ミスが発生したことが11日、同病院への取材で分かった。斎藤繁病院長は「患者様とご家族に深くおわび申し上げ、（事態の）重大さとご家族の強い思いを真摯（しんし）に受け止めます」と陳謝している。（菅原洋）

同病院によると、担当医は患者が座った状態で中心静脈カテーテルを抜いた。こうした際は通常、頭部が低い状態で抜く必要があるとされる。しかし、担当医は頭部を上げた状態で抜いたために血管へ空気が入り、酸素飽和度と意識レベルが低下し、意識障害を発症した恐れがある。

患者の意識は少しずつ回復しつつあるが、先月の時点でも以前の状態には戻っていないという。

同病院は2人の外部委員を含む計6人による医療事故調査専門委員会を開き、意識障害は血管に空気が入るなどの空気塞栓（そくせん）症による可能性が高いと認定した。

同病院は調査委の指摘を受け、静脈カテーテルに関する院内マニュアルを改訂して抜く際の注意点や手順を追加し、全職員対象の研修も実施した。

透析用カテーテルを抜く際の医療ミスは2013年、静岡市立清水病院でも発生。担当医が今回と似たように男性患者＝当時（83）＝のカテーテルを、頭部を上げた状態で抜いたため、空気塞栓症を発症して約1カ月後に死亡する事態となり、報道されていた。同病院はミスの後、マニュアルについて抜く際は頭部を低くするように改訂している。

群馬大病院を巡っては14年、同じ執刀医から肝臓の腹腔（ふくくう）鏡手術を受けた八人の患者がその数年前から相次いで死亡していた事態が発覚。その後、同じ執刀医から肝臓の開腹手術を受けた10人の患者も亡くなっていたことも判明した。この執刀医は退職し、懲戒解雇相当となった。

こうした事態を受け、同病院は「この医療事故の反省を受け、医療安全を強化するために職員一丸となって取り組んできた」と話すが、今回のミスは防げなかった。

抗がん剤を取り違えて投与、乳児が死亡 静岡県立こども病院が謝罪

去年1月、静岡県立こども病院で急性白血病の治療を受けていた生後3か月の赤ちゃんが、静脈に投与する予定だった抗がん剤を誤った場所に投与されて10か月後に死亡したことを病院が明らかにしました。

病院はミスを認めて遺族に謝罪しているということです。

16日、会見を開いた静岡県立こども病院によりますと、去年1月、急性白血病の治療で小児集中治療室に入院していた生後3か月の赤ちゃんに対し、静脈に投与する予定だった抗がん剤を、医師が誤って脊髄を囲む「髄くう」に投与しました。

人工心肺のチューブ逆向きに装着、両手足に後遺症…久留米大病院

久留米大学病院（福岡県久留米市）で2018年5月、心臓手術を受けた70歳代の男性に医療ミスで後遺症を負わせたとして、福岡県警は21日、手術を当時担当した医師ら3人を業務上過失傷害の疑いで福岡地検久留米支部に書類送検した。

県警によると、書類送検されたのは、男性医師（64）と、男性臨床工学技士の2人（46歳と36歳）。

3人は18年5月16日、男性に心臓の手術をした際、人工心肺装置のポンプにつなぐチューブを逆向きに装着。誤って大動脈の血液内に空気が送り込まれて低酸素脳症を起こし、男性の両手足に機能障害を負わせた疑いが持たれている。県警は認否を明らかにしていない。

19年9月、男性の親族から県警久留米署に相談があり、県警が捜査していた。

誤投与の死亡例5年で36件～確認タイミング明確化提言

1月17日、日本医療安全調査機構が医療者の確認不足による薬剤誤投与を原因とする死亡事例が2015年から5年間で36件報告されたことを公表。報告された医療事故報告のうち、「薬剤に関連した死亡事例および薬剤に関連した死亡であることが否定できない事例」は計273件となっています。薬剤の取り違え後も多職種で確認する体制が機能せずに出血性ショックの疑いで死亡する事例などが見られたため、処方→投与の工程で確認のタイミングを明確にすることなど再発防止策が提言されました。

医療者の確認不足による薬剤の誤投与を原因とする死亡事例が2015年から5年間で36件報告されたことを公表した。薬剤の取り違え後も多職種で確認する体制が機能せずに出血性ショックの疑いで死亡する事例などが見られたため、再発防止策として、処方から投与までの工程で確認のタイミングを明確にすることなどを提言した。

死亡事例のうち35件で何らかの確認が不十分で誤投与に至ったとして、処方から投与までの工程で確認のタイミングを明確にし、患者への薬剤の適応を判断する「妥当性チェック」、薬剤名や患者名を突き合わせる「照合型チェック」が必要とした。

不慣れな薬剤の取り扱いも誤投与につながっているとして、ハイリスク薬の使用に必要な知識の習得、ハイリスク薬の投与直後に変化がなくてもすぐに患者の監視を始め、薬物中毒の相談窓口や専門医に相談することも求めた。

インスリンバイアル製剤からインスリンを量り取る際は必ず専用注射器を使用するほか、インスリンを指示する場合は単位で行い、専用注射器で量り取れない場合は指示間違いを疑い、指示した医師に確認すべきとした。

学会や製薬企業に対しては、禁忌薬が患者情報と連動して照合可能などの機能を持ったオーダリングシステムについて、国、学会、業界の中央機関が一括してリスク対応するよう提案。

また、薬品ラベルに携帯情報端末をかざすと表示や音声で注意喚起する機能といったICTを活用すること、注意喚起するロゴを薬剤に装着するなどの努力を求めた。

15年10月から5年間で機構に報告された医療事故報告のうち、「薬剤に関連した死亡事例および薬剤に関連した死亡であることが否定できない事例」は計273件だった。

腎臓につながる尿管、男児の手術で「左右」誤る 兵庫県立こども病院

兵庫県は24日、2月に県立こども病院（神戸市中央区）で行われた手術で医療ミスがあったと発表した。腎臓に尿がたまる「水腎症」の治療で左側の腎臓につながる尿管を手術するはずだったが、誤って右側を手術した。患者の10歳未満の男児は再手術を受け、経過は良好という。

県によると、男児は昨年末に来院。泌尿器科の医師は1月に左腎臓の水腎症と診断した。しかし、電子カルテには紹介状の記載をもとに右側の水腎症と登録され、カルテ上の誤りを見落としのまま手術を行ったという。

手術後意識障害で賠償命令 聖路加国際大、医師に過失

聖路加国際病院（東京）で2011年に手術を受けた当時30代の長女が意識障害に陥ったのは医療過誤が原因として、両親が計約1億1500万円の損害賠償を求めた訴訟の控訴審判決で、東京高裁は22日、医師の処置に一部過失があったと認め、計600万円の支払いを聖路加国際大に命じた。一審東京地裁判決は両親の請求を全て棄却していた。

判決によると、女性は11年2月、全身麻酔で鼻の形成手術などを受け、容体が悪化した。

岩井伸晃裁判長は、医学文献などから「気管に挿入したチューブが、体位の変化などで食道に入る可能性があることを医師らは認識できた」と指摘した。

肝臓検査後に乳児死亡 両親が病院側と和解 横浜

2010年に横浜市内の病院で乳児が肝臓検査後に死亡し、両親が病院側に対し対応に問題があったなどとして損害賠償を求めていた裁判で、和解が成立しました。

訴状などによりますと、当時生後11カ月の中島莉奈ちゃんは2010年9月、横浜市鶴見区の済生会横浜市東部病院で、「肝生検」と呼ばれる肝臓の検査を受けた後に、肝臓からの出血が原因で死亡しました。

莉奈ちゃんの両親は2017年、治療後の対応に遅れがあったなどとして病院を運営する法人に対しおよそ9200万円の損害賠償を求める訴えを横浜地裁に起こしていました。

2019年には県警が当時の担当医と研修医の男性を業務上過失致死の疑いで書類送検しましたが、横浜地裁は2人を不起訴処分にしていました。

莉奈ちゃんの母

「解決する一つのきっかけであり、また次に乗り出すために必要だということで和解した」

莉奈ちゃんの父

「あきらめの和解であって、これ以上相手側に何か言っても何の進展もない」

会見した両親と代理人の弁護士によりますと和解は3月18日付けで、病院側が解決金を支払うことで合意。

解決金の額は明らかにしませんでした。損害賠償の請求に近い額ということで、弁護士は「病院側の責任が認められたと考える」と話しました。

病院を運営する法人は「心労をおかけしましたこと心よりおわび申し上げます」とコメントしています。