

京大患者死亡、濃度千倍の調剤ミス 検証結果公表 2018年3月

京都大医学部附属病院に外来通院していた女性患者が、自宅での点滴用のセレン注射薬が高濃度となって死亡した問題で、同病院は26日、セレン注射薬を患者に渡すまでの過程で通常の千倍の濃度に調剤するミスが発生したとの検証結果を明らかにした。死因はセレン中毒だった。稲垣暢也院長は「亡くなった患者さんのご冥福をお祈りする。再発防止策に取り組む」とのコメントを出した。



女性は昨年9月、同病院で処方されたセレン注射薬を混ぜた輸液を自宅で点滴したが容体が悪化。翌朝に同病院を受診し亡くなった。女性の血中のセレン濃度は基準値の20倍を超えていた。院内に残っていた注射薬の濃度は、処方箋通りに作った場合の千倍だった。

同病院によると、昨年5月16日に薬剤師が院内の保管庫からセレン試薬瓶を取り出し、無菌室で水と混ぜて注射薬を作った。計量する時に単位を間違えた可能性があるが、調剤した薬剤師2人は調査に「いつも通りにやった。間違うはずがない」と話している。このうち1人はセレン試薬瓶を約1カ月後に廃棄。「試薬が古いと考えた」と説明したという。

同病院は「昨年5月以降の保管状況で、ミスが発生した場所や時期は特定できなかった」としている。薬剤師が現在も同病院に勤務しているかは明らかにしなかった。再発防止策として、調剤時の手順書を改訂したり計測方法を改めたりしたという。

17年医療事故4千件、最多更新 評価機構への報告 2018年3月

日本医療機能評価機構（東京）は29日、2017年に全国の医療機関から報告があった医療事故は前年比213件増の4095件で、年単位の集計を始めた05年以降、最多を更新したと発表した。

事故情報の収集事業に参加している1049の医療機関のうち、375施設から報告があった。機構は「事故が起きたら報告するという流れが定着しつつある」としている。

法令に基づき報告を義務付けられた大学病院や国立病院機構の病院などからの報告が3598件と、9割近くを占めた。このうち死亡事例が261件（7.3%）、障害が残る可能性が高い事例は361件（10.0%）だった。

医療事故 薬誤投与で80代女性患者死亡 青森市民病院 2018年3月

青森市民病院（青森市勝田1）は26日、20代の女性看護師が、入院していた80代の女性患者に別の患者の薬を誤って服用させる医療事故があったと発表した。女性患者は20日後に心不全で死亡した。看護師が投薬に関する院内マニュアルにある患者の名前の確認を怠り、低血圧症の女性患者に血圧を下げる薬を飲ませたという。



投薬ミスと死亡との因果関係について病院は「誤投薬が症状の悪化を招いた。（死亡の）主たる要因の一つ」と説明した。

病院によると、女性患者はうっ血性心不全や慢性腎不全などのため入院していた。9月24日、看護師から高血圧患者の薬を誤って手渡され、服薬後に血圧低下など症状が悪化。10月14日に死亡した。各患者の薬が入った容器にはそれぞれの名前が記されているが、看護師は確認していなかった。

遠藤正章院長は「患者やご遺族にご迷惑をおかけしてしまい申し訳ない」と謝罪した。

群馬大病院で死亡がん患者、診察に1年前の画像…「もっと早く治療できた」謝罪 2018年3月

群馬大学病院は30日、コンピューター断層撮影（CT）検査でがんが疑われた70歳代の男性患者に対し、誤って1年前の画像診断報告書を基に診察し、がんの治療が遅れたと発表した。男性は、問題の診察から10か月後の2017年5月に胆管がんと診断され、同10月に死亡した。病院は、正しい報告書で診断していれば治療を早く開始できたとし、遺族に謝罪した。

発表によると、男性は10年以上前に同病院の呼吸器外科で胸部の悪性腫瘍の手術を受け、その後は年1回、CT検査を受けていた。

男性が16年7月にCT検査を受けた際、呼吸器外科の担当医は、誤って1年前の検査の画像診断報告書を見て診察し、悪性腫瘍の再発などはないと診断した。報告書は放射線科医が作成し、診察時にはまだ、新しい報告書はできていなかったという。

男性は17年3月、別の病気の治療で同病院の腎臓・リウマチ内科を受診した際、「胃が痛い」と訴え、消化器・肝臓内科での検査を経て胆管がんと診断された。胆管がんは進行しており、抗がん剤治療を受けたが、同10月に死亡した。

男性の16年の画像診断報告書には「肝臓の一部にがんの可能性のある病変があり除去が必要」という内容の記載があり、同病院は「16年の報告書が生かされ、ただちに精査が行われていたら、がんの診断、治療をもっと早く開始できた」としている。

腎臓・リウマチ内科の医師が過去の受診記録を見返し、呼吸器外科で誤って1年前のCT画像で診察した可能性に気付いたという。

同病院は、10年以降、画像診断報告書の確認不足でがんの発見が遅れるなどしたケースが、ほかに3人分あったことも明らかにした。2人は病状の見通しは変わらず、1人は手術をし、経過をみている。

再発防止策として、担当医が画像診断報告書を確認したことが通知されるようシステムを改修した。記者会見した田村遵一病院長は「ご遺族に心よりおわび申し上げます。（院内の）改革を進めている中で、このようなことが起こり、非常に残念だ」と謝罪した。

2015年7月	男性が呼吸器外科の定期診察で上半身をCT検査。 胆管に悪性を示す所見なし
2016年7月	再び定期診察でCT検査。報告書には「肝臓の一部に ガンの可能性のある病変があり、除去が必要」という内容の記載
2017年3月	男性が「胃が痛い」と訴えたため、消化器・肝臓内科で段階的に検査
2017年5月	男性が胆管がんと診断される。 2016年7月の受診時に2015年7月の報告書をもとに診察していた可能性が浮上
2017年6月	病院長らに報告。その後ミスと判明し男性とその家族に説明し謝罪
2017年10月	男性が死亡

医療ミス 10倍のモルヒネ投与の女性死亡 茨城 2018年3月



水戸市の水戸済生会総合病院で、拡張型心筋症の手術を受けた茨城県内の女性患者（69）が10倍の量の痛み止め薬を投与され、その後死亡していたことが28日、病院への取材で分かった。病院は医療ミスと認めて遺族に謝罪し、調査委員会を設置して調べる方針。

病院によると、女性は9月1日に入院し、14日に手術を受けた。看護師がその際、痛み止めの塩酸モルヒネを2・5ミリグラム投与するはずが、10倍の25ミリグラム投与したという。女性は意識不明の重体となり、26日に呼吸不全で死亡した。

医療事故で女児寝たきり＝市立医療センター、チューブ誤挿入－大阪 2018年3月



大阪市は14日、市立総合医療センターで昨年9月、心臓手術後の生後2カ月の女児に対し、気管に入れるべきチューブを誤って食道に入れ、女児が約30分間心肺停止となる事故があったと発表した。女児は現在も寝たきりの状態で、低酸素性脳症で身体障害が残る可能性があるという。

センターによると、女児には生まれつきの心臓病があり、昨年9月19日に手術を受けた。容体が回復してきたため、同22日、担当の男性医師2人が、気管に空気を送るためのチューブを外した。しかし、血中の酸素濃度が低く、再度チューブを差し込もうとした際、誤って食道に入った。

女児が心肺停止状態になり、医師が人工心肺装置を付けようと胸を切開し、ミスに気付いたという。

医師が勘違い、胃を全摘出 高知医療センター 2018年3月

高知医療センターは19日、昨年末に手術した県内在住の50代の女性に対する食道がん手術で、医師が誤って胃の血管を切る事故があったと、県・高知市病院企業団議会で報告した。女性は事故のために胃をすべて摘出した。センターは女性に謝罪し、賠償金を支払う方針。

センターによると、女性はがんの患部がある食道と胃の一部を取り除く手術を受けた。手術は5人の医師が担当したが、医師の1人が「胃をすべて摘出する手術」と勘違いし、胃の一部を残すのに必要な血管を誤って切断した。医師らはすぐにミスに気づいたが、胃はすべて摘出しないといけない状態になった。女性は現在、退院し自宅で療養中だという。

センターによると、手術を担当した医師らに懲戒処分はなく、口頭で注意したという。

診断ミス認め賠償命令＝山口の病院、遺族が逆転勝訴 2018年3月

山口県立総合医療センター（同県防府市）で診察を受け、帰宅後に死亡した男性＝当時（69）＝の遺族が医師の診断ミスがあったとして、運営する県立病院機構に約6200万円の損害賠償を求めた訴訟の控訴審判決が16日、広島高裁であった。野々上友之裁判長（三木昌之裁判長代読）は医師のミスを認め、遺族の請求を棄却した一審山口地裁判決を破棄。機構に約3200万円の損害賠償を命じた。

判決によると、男性は2011年11月7日、腰や背中痛みを訴え同センターを受診。医師に「緊急性はない」と診断され帰宅した。同日夜、腹部大動脈瘤（りゅう）破裂のため心肺停止状態で搬送され、8日未明に死亡が確認された。

野々上裁判長は「医師は腰背部の痛みについて特に掘り下げた診察をしなかった」と指摘。「腹部大動脈瘤の破裂を疑い、コンピューター断層撮影（CT）を実施すべきだった」と過失を認めた。

2017年10－12月、医療事故での患者死亡は71件 2018年4月

昨年（2017年）10－12月に報告された医療事故は983件、ヒヤリ・ハット事例は7250件となった。医療事故のうち7.2%・71件では患者が死亡しており、10.7%・105件では死亡こそしなかったものの、障害が残る可能性が高い。

また、(1)集中治療部門のシステム関連(2)腎機能が低下した患者への薬剤投与量(3)開放式のドレーン・チューブの体内への迷入一に関連する医療事故を詳細に分析しています。

2017年10－12月、医療事故の7.2%、71件で患者が死亡

昨年（2017年）10－12月に報告された医療事故983件を、事故の程度別に見ると、「死亡」が71件（事故事例の7.2%）、「障害残存の可能性が高い」が105件（同10.7%）、「障害残存の可能性が低い」が263件（同26.8%）、「障害残存の可能性なし」が271件（同27.6%）などとなっています。「障害残存の可能性が高い」事故が、前3か月と比べて増加しており、重大な事故が増えている可能性が伺えます。

医療事故の概要を見ると、最も多いのは「療養上の世話」で420件（同42.7%）、次いで「治療・処置」248件（同25.2%）、「薬剤」80件（同8.1%）、「ドレーン・チューブ」74件（同7.5%）などと続いています。

事故の概要

2017年10月12日に報告された医療事故の概要

事故の概要	2017年10月～12月		2017年1月～12月（累計）	
	件数	%	件数	%
薬剤	80	8.1	304	8.4
輸血	1	0.1	9	0.3
治療・処置	248	25.2	960	26.7
医療機器等	18	1.8	83	2.3
ドレーン・チューブ	74	7.5	238	6.6
検査	38	3.9	157	4.4
療養上の世話	420	42.7	1,475	41.0
その他	104	10.6	372	10.3
合計	983	100.0	3,598	100.0

・割合については、小数点第2位を四捨五入したもので合計が100.0にならないことがある

事故の程度

事故の程度	2017年10月～12月		2017年1月～12月（累計）	
	件数	%	件数	%
死亡	71	7.2	261	7.3
障害残存の可能性が高い	105	10.7	361	10.0
障害残存の可能性が低い	263	26.8	987	27.4
障害残存の可能性なし	271	27.6	1,010	28.1
障害なし	241	24.5	837	23.3
不明	32	3.3	142	3.9
合計	983	100.0	3,598	100.0

・事故の発生及び事故の過失の有無と事故の程度とは必ずしも因果関係が認められるものではない
 ・「不明」には、報告期日(2週間以内)までに患者の転帰が確定しない事例が含まれる
 ・割合については、小数点第2位を四捨五入したものであり、合計が100.0にならないことがある

幅広い場面でヒヤリ・ハット事例が発生、院内チェック体制の確認を

ヒヤリ・ハット事例に目を移すと、昨年（2017）年10～12月の報告件数は7250件でした。

概要を見ると、「薬剤」関連の事例が最も多く2656件（ヒヤリ・ハット事例全体の36.6%）、次いで「療養上の世話」1212件（同16.7%）、「ドレーン・チューブ」1070件（同14.8%）などとなっています。薬剤関連事例が減少し、他の場面でもヒヤリ・ハット事例が増加していることから、「より広範な分野」において院内のチェック体制を再確認（ダブルチェック、トリプルチェックなど）する必要性が高まっていると言えます。

ヒヤリ・ハット事例のうち4322件についての影響度を見ると、「軽微な処置・治療が必要、もしくは処置・治療が不要と考えられる」事例が96.0%とほとんどを占めていますが、「濃厚な処置・治療が必要と考えられる」ケースも3.3%・142件（前3か月に比べて0.7ポイント増加）、「死亡・重篤な状況に至ったと考えられる」も0.7%・30件（同0.2ポイント減少）あります。レアケースではありますが、1歩間違えば重大な影響の出る可能性がある事例が生じていることから、院内チェック体制の重要性を再確認する必要性は全医療機関にあると言えましょう。

2017
年
10
～
12
月
に
報
告
さ
れ
た
ヒ
ヤ
リ
・
ハ
ッ
ト
事
例
の
概
要

事例の概要

事例の概要	2017年10月～12月		2017年1月～12月（累計）	
	件数	%	件数	%
薬剤	2,656	36.6	12,939	41.4
輸血	23	0.3	108	0.3
治療・処置	277	3.8	1,180	3.8
医療機器等	200	2.8	827	2.6
ドレーン・チューブ	1,070	14.8	4,406	14.1
検査	491	6.8	2,014	6.5
療養上の世話	1,212	16.7	5,427	17.4
その他	1,321	18.2	4,317	13.8
合計	7,250	100.0	31,218	100.0

・割合については、小数点第2位を四捨五入したもので合計が100.0にならないことがある

影響度

影響度	2017年10月～12月		2017年1月～12月（累計）	
	件数	%	件数	%
死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	30	0.7	209	1.2
濃厚な処置・治療が必要であると考えられる	142	3.3	496	2.8
軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる	4,150	96.0	17,129	96.0
合計	4,322	100.0	17,834	100.0

・影響度とは、誤った医療の実施の有無で「実施なし」を選択し、仮に実施された場合の影響を集計したものである
 ・割合については、小数点第2位を四捨五入したものであり、合計が100.0にならないことがある

ここで留意しなければならないのは、「個人が気を付ける」ことだけでは事故やヒヤリ・ハットの防止が困難という点です。医療従事者は多忙であり、「複数人でチェックする」「ミスに気付きやすい仕組みを考慮する」「定められたルールを確実に遵守する風土を作り上げる」など、医療機関全体で対策を講じることが重要です。

薬剤関連指示等の多い ICU 等、システムを使いやすくする工夫なども必要

今回は毎回テーマを絞り、医療事故の再発防止に向けた詳細な分析も行っています。

(1) 集中治療部門のシステム関連 (2) 腎機能が低下した患者への薬剤投与量 (3) 開放式のドレーン・チューブの体内への迷入—の3テーマについて、詳細な分析が行われました。

まず「集中治療部門のシステム」に関連する医療事故事例は、2013年1月から昨年(2017年)12月までに16件報告されています。うち15件は「薬剤」に、1件は「輸血」に関連するものです。

また医療事故16件のうち4件は「重症系システムの操作・端末画面に関連」する事例で、12件は「基幹システムと重症系システムの連携」に関連事例でした。このうち前者4件は、すべて薬剤に関連するものです。ICUなどでは1日ごとに薬剤関連指示が出されることが多く、「前日の指示から当日の指示を転記する際に、一括で転記し、投与期間や投与量の選択を誤った」ケースなどが報告されています。

誤った内容

発生場面		薬剤名	予定した内容	誤った内容
指示出し	投与期間	ソル・メドロール静注用*	中止	継続
		アドシルカ錠20mg	継続	中止
		セルシン錠2.5mg	継続	中止
	薬剤量	デノシン点滴静注用500mg	80mg	500mg
		ヒューマリンR注100単位/mL	100単位	1000単位
指示受け・投与	薬剤量	ヘパリンCa皮下注2万単位/0.8mL	0.2mL	0.8mL
	投与経路	内服薬(薬剤名は不明)	NGチューブ	腸ろうカテーテル
	その他	ツムラ100大建中湯エキス顆粒(医療用)	1包を投与	無投与

*規格は報告された事例に記載がなかったため不明である。

- ▼重症系システムを使用する医師、看護師、薬剤師がどのようなシステムであるか理解する
- ▼職種ごとに必要な情報を整理して画面上でその情報が見やすく表示されるような工夫をする
- ▼オーダに関しては、基幹システムと重症系システムの初期設定値を統一させることは難しいが、薬剤マスタを可能な限り一致させる—などの対策をとってはどうかと提案しています。

医師の知識不足、薬剤師の確認不足などで腎機能低下患者に過剰な薬剤投与事例も発生

また「腎機能が低下した患者への薬剤投与量」に関連する医療事故事例は、2012年1月から昨年(2017年)12月までに10件報告されており、▼新規処方7件▼継続処方2件▼持参薬から院内採用薬への変更1件—、また▼外来6件▼入院中4件—という内訳です。

関連する薬剤としては、▼バルトレックス錠500(抗ウイルス化学療法剤):3件▼バラシクロビル錠500mg(同):1件▼リリカカプセル(疼痛治療剤):1件▼リリカ(同):1件▼シベノール錠100mg(不整脈治療剤):1件▼ピルシカイニド塩酸塩カプセル(同):1件▼エディロールカプセル0.75µg(骨粗鬆症治療剤):1件▼クラビット錠500mg(広範囲経口抗菌製剤):1件—となっています。

薬効分類	成分名	販売名	件数	
抗ウイルス化学療法剤	バラシクロビル	バルトレックス錠500	3	4
		バラシクロビル錠500mg	1	
疼痛治療剤 (神経障害性疼痛・線維筋痛症)	プレガバリン	リリカカプセル [®]	1	2
		リリカ [®]	1	
不整脈治療剤	シベンゾリンコハク酸塩	シベノール錠100mg	1	
	ビルシカイニド塩酸塩	ビルシカイニド塩酸塩カプセル [®]	1	
骨粗鬆症治療剤 (活性型ビタミンD ₃ 製剤)	エルデカルシトール	エディロールカプセル0.75μg	1	
広範囲経口抗菌製剤	レボフロキサシン	クラビット錠500mg	1	

注1) 薬効分類は、添付文書を参考

注2) 販売名は、屋号を除いて記載

※規格や剤形は報告された事例に記載がなかったため不明

腎機能が低下した患者に、誤って過剰量を投与してしまった薬剤の一覧

ここで、上記薬剤を投与した医師のうち7割は「患者の腎機能」を認識しており、また10例中8例では薬剤師から医師への疑義照会が行われていませんでした。腎機能が低下すれば、薬剤排泄が不十分となるため、適切な用量を処方する必要があります。また薬剤によっては、この点を明確にし、添付文書に記載されているものものあります。なぜ「腎機能低下を認識」しながら、適切な用量設定が行われなかったのでしょうか。

この点、事例を詳しく分析すると、処方医において「薬剤に対する知識不足」、薬剤師において「検査結果や患者状態の確認不足」、システムにおいて「透析患者であることが確認できない」など、さまざまな問題があることが浮かび上がってきています。医師が「当該患者は腎機能が低下している」と把握していても、「薬剤の用量を変更する必要がある」と知らなければ通常用量でオーダーを出してしまいます。オーダーを受けた薬剤師は、患者の状態を確認しなければ「腎機能が低下しており、用量を調整する必要がある」と気づけず、医師への疑義照会が行われることもありません。

こうした点を「コミュニケーション不足」と一言で片づけてしまうことは簡単ですが、それでは根本的な解決は難しいでしょう。院内のシステム改善（薬剤師が患者状態を確認できるようにする）など、医療従事者がミスをしてカバーできる体制を構築していく必要があるのではないのでしょうか。

横手病院の患者死亡訴訟、遺族側が控訴 2018年5月

下腹部の痛みを訴えて秋田県横手市立横手病院を受診した40代女性が死亡したのは医療ミスが原因だとして、遺族が市に約1億900万円の損害賠償を求めた訴訟で、遺族は12日、請求を棄却した秋田地裁判決を不服として仙台高裁秋田支部に控訴した。地裁判決は、医師の対応は当時の治療基準範囲内だったとして、過失を否定した。



出産後死亡 仙台の医院に賠償求め遺族 /宮城 2018年5月

昨年8月に仙台市内で30代の女性が出産後に死亡したのは医療ミスだったとして、女性の夫と長女＝東京都在住＝が9日、産婦人科医院「桜ヒルズウィメンズクリニック」（仙台市青葉区桜ヶ丘）と男性院長を相手に約1億1300万円の損害賠償を求めて仙台地裁に提訴した。

訴状によると、女性は昨年8月9日午後5時20分ごろ、通院していた同クリニックで女児を出産。直後に子宮の内膜面が外側に反転する子宮内反の状態になり、担当医の男性院長が処置をしたが頭痛や吐き気などの症状が続いた。

女性に付き添っていた内科医でもある妹が「様子がおかしいので大学病院に送ってほしい」と訴えたが、男性院長は「大丈夫。こちらで診る」と搬送を断った。

その後、女性は妹が呼んだ救急車で大学病院に搬送されたが、同日午後10時半ごろ、羊水塞栓（そくせん）症などによる呼吸不全と急性循環不全により死亡した。

9日に記者会見した原告代理人の坂野智憲弁護士は

「クリニックには十分な設備がなく適切な治療は不可能だった。容体悪化後、すぐに高度医療機関に移送すべきだった」と指摘した。一方、同クリニックは取材に対し「コメントできない」としている。



医療過誤に画期的な対策 診断報告書を要約して患者に交付 2018年5月

東京慈恵会医大付属病院（丸毛啓史院長、1075床）は画像診断部、内視鏡部、病理部が作成した診断報告書を要約し、原則として全ての患者に交付することを決め、2018年4月から実施に踏み切った。画像や病理検査で患者のがんが見つかりながら医師間の連絡不十分のため放置されるという医療ミス事件が続いたことからの対応だが、思い切った改善策は全国の病院の注目を浴びそうだ。

肺がんの発見が遅れた

一番のきっかけは、肝臓病で同病院に通院していた70歳の男性患者が貧血で、15年10月夜、救急入院してきたこと。CT検査で肺に異常が見つかり、当直医は診断報告書に記載した。しかし、翌日から担当した肝臓病チームは画像は見たものの診断報告書は読まず、患者は退院後も1年間通院したが気づかれないままだった。16年10月に再入院した時に撮影したCT検査で肺がんが確認、手遅れで17年2月に亡くなった。

この患者は05年に妻を別の病院の医療事故でなくしていた。それ以後、被害者団体である「医療過誤原告の会」の役員として、医療事故を無くす活動を続けていただけに、大きな話題になった。また、遺族や原告の会は再発防止を強く求めている。

同病院ではこのケースの他に5例の見逃し例があった。外部委員も含めた診療情報共有改善検討委員会が調査分析を進め、17年6月、委員会は報告書のコピーを患者に交付するなどの対策を答申していた。

同病院では18年1月から電子カルテを導入したこともあり、患者に分かりやすく表現した患者用診断報告書を主治医が患者に交付する機能を加えた。また、こうした運用のための職員も配置した。

遺族らに医療ミス報告せず 不妊治療後に女性死亡 2018年5月

不妊治療が原因で女性が死亡したとして、北九州市の産婦人科医院の院長らが書類送検された事件で、この医院は当初、遺族らに医療ミスを報告していなかったことが分かりました。

おとし 11 月、北九州市の「セントマザー産婦人科医院」で、当時 37 歳の女性が不妊治療中に容体が急変し、半月後、多臓器不全で死亡しました。警察は、治療の際に子宮内に大量の空気を送り込み、血管に空気が流れ込んだことが死因とみて、治療した医師の男 2 人と田中温院長（68）を 23 日、業務上過失致死の疑いで書類送検しました。捜査関係者によりますと、医院は当初、遺族らに医療ミスがあったことを報告していなかったということです。

医院側は「捜査に協力している現段階でコメントはできない」としています。



「ガーゼ置き忘れ」警鐘 論文で事例紹介 2018年5月

手術で体内にガーゼを置き忘れる事例が後を絶たない。千葉大医学部附属病院の近藤健特任助教（総合診療）は、置き忘れの具体的な事例を紹介し、警鐘を鳴らす論文を米医学誌に掲載。「手術の前後でガーゼの数を数えるなど、国がマニュアルを作るべきだ」と訴えている。

医療の質の向上を図るための公益財団法人「日本医療機能評価機構」（東京）の報告書によると、体内にガーゼが残されていたという医療機関からの報告は 2014 年で 28 件、15 年に 16 件に減ったものの、16 年は増加して 22 件だった。だが、この件数も同機構に報告義務がある大学病院や国立病院のみ。私立、個人病院も含めるとさらに増えるが、件数は把握できていない。

10 年 10 月から 5 年間に同機構に報告があった 122 件を分析すると、置き忘れの期間は手術当日が最も多かったが、21 年以上も 6 件あった。診療科別では、外科▽心臓血管外科▽産婦人科の順に多かった。

置き忘れたガーゼに菌が付着していたら合併症を発症する恐れがあり、死亡したケースも報告されている。一方、日本医療安全学会によると、置き忘れ防止のための確認方法などは各医療機関に任されており、共通の手順は定められていない。

近藤特任助教の論文は今年 2 月、米医学誌「ニューイングランド・ジャーナル・オブ・メディシン」に掲載された。取り上げたのは、40 代の女性が、6 年前と 9 年前に帝王切開手術を受け、どちらかの手術でガーゼを置き忘れられたとみられる事例。女性は腹部の膨張感を感じて病院を受診し、レントゲンを撮ったところ、二つのガーゼが見つかった。開腹手術でガーゼを取り除くと、膨張感は解消したという。

女性は帝王切開手術を受けた産婦人科の病院に相談に行ったが、病院はミスとは認めなかったという。一般的に、カルテは法定で義務付けられた 5 年間しか保管されておらず、他に手術を受けていないことを証明することも難しいという。

近藤特任助教は取材に、「身体的負担に加え、経済的負担をかけることになったのは悲劇だ。医療の治療法などは発展しているが、安全面は進んでおらず、現在の医療システムに警鐘を鳴らしたい」と話している。

ガーゼを置き忘れた期間

	件数
0日（手術当日）	38
1日（手術翌日）	11
1週間未満	17
1カ月未満	14
1年未満	7
2年未満	0
2～5年	5
6～10年	3
11～20年	4
21～30年	3
31～40年	2
41～50年	1
記載なし・不明	17

置き忘れが多い診療科

	件数
外科	31
心臓血管外科	18
産婦人科	16
麻酔科	8
形成外科	7
泌尿器科	7
婦人科	7

（いずれも日本医療機能評価機構への2010年10月～15年9月の報告分から）

病院側に1723万円支払い命じる 医療ミス認める／鹿児島 2018年5月

白内障手術での医療ミスが原因で視力をほぼ失ったとして、手術を受けた福岡県筑紫野市の女性が鹿児島県霧島市の隼人福島眼科を運営する医療法人霧島会や担当医に計約2195万円の損害賠償を求めた訴訟の判決で、鹿児島地裁は22日、病院側に注意義務違反があったと認め、計約1723万円の支払いを命じた。

判決によると、女性は2009年10月、同病院で左目の白内障手術を受けた際、眼圧が異常に上昇。手術がそのまま続行された結果、女性は術後に網膜剥離を発症し、手術前は0.3～0.4だった視力が0.01に落ちた。

秋吉信彦裁判長は、病院の判断について「眼圧が高くなった時点で手術を中止、延期する義務があったのに怠った」と指摘。手術続行と網膜剥離の発症との因果関係を認めた。

判決後の毎日新聞の取材に対し、病院側の代理人は「内容を確認できておらず、話せることはない」としている。



体内にガーゼ置き忘れ 摘出し患者快方へ 長崎大病院 2018年5月

長崎大病院（長崎市）は10日、3月にがんの摘出手術をした県内の60代男性患者の体内に、ガーゼ（縦30センチ、横40センチ）を置き忘れる医療ミスがあったと発表した。男性が腹痛を訴えたため発覚。4月に緊急手術で取り出し、快方に向かっているという。

同大病院によると、男性は3月上旬、肝臓とリンパ節の転移性がんの摘出手術を受けた。患部が深く当初の腹腔（ふくくう）鏡手術から開腹手術に切り替え、患部周辺を押さえるため追加で複数枚のガーゼを持ち込んだ。

同大病院では、手術で使用したガーゼの枚数と記録を点検し、複数の医師がレントゲン画像で体内に残っている物がないか確認した上で、手術を終えることを義務付けているが、見落としていた。4月上旬、男性が転院先の病院で腹痛を訴えたため、検査したところ、ガーゼが体内に残っていることが分かった。摘出した上で男性に謝罪した。

同大病院は「持ち込んだガーゼを数える際に枚数を誤った可能性が考えられる」とし、確認するレントゲン画像をより鮮明にするなどして再発防止を図るという。

不妊治療で死亡、3医師を書類送検 業過致死容疑 福岡県警 2018年6月

北九州市八幡西区の「セントマザー産婦人科医院」で2016年11月、不妊治療の手術を受けていた福岡県宗像市の女性会社員＝当時（37）＝の容体が急変し、その後死亡した医療事故で、福岡県警は23日、業務上過失致死の疑いで男性院長（68）と、当時の男性主治医（37）、男性医師（37）の3人を福岡地検小倉支部に書類送検した。捜査関係者によると、医院側は当初、遺族らに対し「医療ミスではない」と虚偽の説明をしていたという。

書類送検容疑は同年11月16日、女性の卵管の詰まりを改善するための腹腔（ふくくう）鏡や子宮鏡手術をした際、主治医が卵管に大量の空気を送り込み、その後、空気塞栓（そくせん）による多臓器不全で死亡させた疑い。男性医師は医療行為を制止せず、院長は主治医への指導監督を怠った疑い。

院長は、人体に危険のない色素水を流す「通水検査」を行い、これ以上の治療は必要ないと判断して手術室から退席。しかし、卵管の通りをさらに良くしようとした主治医が空気を送り込む「通気検査」を繰り返したところ、容体が急変した。女性は意識不明のまま別の病院へ搬送され、約2週間後に死亡した。

捜査関係者によると、同院では日常的に通気検査を実施。通常は30～40CCが目安とされるが主治医は十数回にわたり数百CCを注入した疑いがある。県警は空気の一部が血管に入り、全身の血流が妨げられ多臓器不全を起こしたとみている。

県警の調べに主治医は「卵管を通そうと夢中になって入れすぎてしまった」と容疑を認め、院長と男性医師は「監督したり制止したりすべきだったが（自らの）過失はない」と話しているという。県警は主治医について、起訴を求める「嚴重処分」の意見書を付けたとみられる。主治医は既に同院を辞めている。

西日本新聞の取材に対し医院側は「捜査に全面的に協力している。その結果が出ておらず、回答を差し控える」と話した。

千葉大病院 「医療過誤」認めず 記者会見で疑問の声 2018年6月

がんの疑いがあるとされたコンピューター断層撮影装置（CT）検査の画像診断報告書を見落とし、がん患者2人が死亡したことが明らかになった8日の千葉大学医学部付属病院（千葉市中央区亥鼻）の記者会見。「医療過誤」を認めない病院側の姿勢に、記者からは疑問の声が相次いだ。一方、同病院の関係者からは再発防止を望む声が聞かれた。

午後1時に始まった記者会見には、山本修一病院長、市川智彦、永田昭浩両副病院長が出席した。

同病院によると、昨年7月の50代の男性の受診で報告書の見落としは発覚していたが、全ての診療科に対して、「同様の事案を全て報告するように」と指示した院内調査が始まったのは、同11月になってからだった。

この点について、記者から「もっと早く調査することができなかったのか」と聞かれると、病院側は同9月の段階で、画像診断体制の現状について調査をしており、この段階で問題があると考えられた場合は対応を取っていたと釈明した。

病院側は「体制そのものに不備があるという認識に至った」との理由から「画像診断センター」を新設するなどの再発防止策を発表。これに対して、記者から「医療過誤という認識か」と問われたが、「診療科の担当医師は自身の専門領域を見ることに注力していた。検査を行うべき目的はしっかりとされていて、それ以外のところの確認不足と考えている」との回答に終始した。

病院に目の診察を受けに来た袖ヶ浦市の男性（68）は「そういうトラブルがあると不安だ。2人も亡くなるのは、怠慢で責任感がない。人手不足による忙しさもあるのだろうか」と首をひねった。

同病院に勤務する20代の男性職員は「患者の信頼低下につながる恐れがあり、影響が大きいのでは。内部の組織を改革し、院長の指揮でしっかりと再発防止に努めてほしい」と求めた。

2歳死亡は医療ミス「麻酔管理の注意欠いた」 東京地裁 2018年6月

東京都府中市の榊原記念病院で2006年に入院中の次男（当時2）が死亡したのは医療ミスが原因だったとして、両親が病院を運営する公益財団法人「日本心臓血圧研究振興会」に約6千万円の損害賠償を求めた訴訟の判決が21日、東京地裁であった。手嶋あさみ裁判長は病院側のミスを認め、法人に約3250万円の支払いを命じた。

判決によると、次男は先天性の心疾患があると診断され、同病院で治療を受けていた。06年9月に入院した際、麻酔薬の使用をきっかけに低酸素脳症となり、約3カ月半後に死亡した。判決は、麻酔薬の使用に問題はなかったとしつつ、病院は急変の可能性を念頭に対策を行うべきだったと指摘。麻酔薬の濃度を落とさずに使い続けたことも「注意義務を欠いた」とした。

同病院では06年5月にも、別の娘が同じ症状に陥っていた。判決はこの点にも触れ、「教訓を十分に生かし切れなかった面は否定できない」と指摘した。

判決後に都内で記者会見した父親の清川仁さん（46）は「4カ月前の事故で病院の運営が改善されていたら、息子は命を落とさなかった。判決が医療機関の改善につながれば、息子も報われる」と、涙をこらえながら話した。

同病院は取材に「情報収集中で、現時点でのコメントは控えたい」としている。

たんの吸引で医療ミス、入院の70代男性が死亡 2018年6月

北海道の苫小牧市立病院は、今月、たんの吸引をする際に器具の使い方を誤り、入院していた70代の男性が死亡したと発表しました。

「100%病院の過失と認識している。大変申し訳ありませんでした」（苫小牧市立病院の会見）

医療ミスで死亡したのは、苫小牧市立病院に入院していた70代の男性患者です。男性は気管を切開して呼吸を確保していましたが、今月、看護師2人がたんを取り除こうとした際、吸入器を気管のチューブの間違った場所に取り付けたため、呼吸ができなくなりました。看護師は、いったん隣の病室の看護にあたっていたのですが、およそ2分後に異変に気付いた時には、男性は、すでに呼吸停止の状態で、その後、死亡しました。

病院は「初歩的なミスだった」と話していて、届け出を受けた警察は、業務上過失致死の疑いも視野に調べています。



「手や腕に障害、医療ミスが原因」秋田の女性、秋田大を提訴 2018年7月

診療後に腕などに障害が残ったのは秋田大医学部付属病院（秋田市）のミスが原因だとして、秋田市の50代女性が15日までに、秋田大に約4800万円の損害賠償を求める訴えを秋田地裁に起こした。

訴えによると女性は2016年9月26日、胸の痛みを訴えて同病院に搬送された。対応した研修医は、指導医の立ち会いがないまま女性の右腕の血管に針を刺す処置をした。その際に神経を傷付け、痛みを訴えても中断しなかった。

女性は処置後、右腕などの動きが不自由になり、右手の握力がなくなるなどして身体障害者3級の認定を受けた。

女性は病院側の対応は注意義務違反だと主張している。秋田大は「弁護士と協議した上で対応を検討する。主張は第1回弁論で明らかにする」とコメントした。

新潟市民病院、医療ミスで患者死亡 賠償金2千万円で和解 2018年7月

新潟市民病院は6日、食道の内視鏡手術を受けた男性患者に薬剤を誤った方法で投与し、その後男性が死亡する医療事故が2016年にあったと発表した。事故原因の調査を続けてきた病院は医療ミスを認め、2千万円を賠償することで遺族と和解した。

病院によると、死亡したのは新潟市の当時70代男性。食道がん切除のため、16年10月に内視鏡手術を受けた。手術中に男性が激しく動いたため、医師が複数の鎮静剤を投与したところ、相互作用により薬が過剰に効き、自発呼吸が停止した。呼吸は回復したものの、直後に心筋梗塞を発症し、手術の2日後に死亡した。

病院は、医師が鎮静剤を併用する際の注意を怠り投与したことが呼吸停止の原因とし、その後の心筋梗塞につながった可能性を認めた。

片柳憲雄院長は「遺族の皆さまに心からおわび申し上げます。再発防止策を確実に実施するとともに、信頼の回復に努めてまいります」とコメントを出した。

投与ミスで死亡 抗癌剤データ記録せず 静岡がんセンター 2018年7月

県立静岡がんセンターは14日に記者会見し、抗がん剤の投与ミスで昨年9月に県東部に住む60代の男性が死亡する医療事故があったと発表した。抗がん剤の副作用で肝機能が低下していたのにも関わらず、担当医が投与を続けたのが原因。抗がん剤投与のチェック体制を強化する再発防止策をとった。

センターによると、男性は直腸がんが肝臓に転移した末期患者で、昨年7月中旬から内服の抗がん剤治療を通院しながら受けた。この抗がん剤は肝機能障害の副作用の恐れがあり、治療計画は「3週間の服用後に投与を1週間やめる。週1回の血液検査で肝機能に問題がなければ投与を続ける」となっていた。

投与休止期間の4週目に実施した血液検査が肝機能の急低下を示したが、担当医は検査データをカルテに記載せず投与を継続。男性は8月下旬に肝機能障害を起こし緊急入院、10日後に肝不全で死亡した。担当医は病院の調査に「肝機能が悪化したデータを確認したか記憶がない」などと説明しているという。

センターは今年5月、遺族と示談が成立した。センターは「内服型の抗がん剤は点滴型に比べてデータのチェックが甘かったが、薬剤師と看護師にもチェックを義務付けた。ご家族に心よりおわび申し上げる」としている。



死亡は「医療ミス」 JA茨城県厚生連などを遺族が提訴 2018年7月

茨城県取手市のJAとりで総合医療センターで、龍ヶ崎市の女性（当時64）が死亡したのは医療ミスが原因だったとして、遺族がセンターを運営する県厚生農業協同組合連合会と担当医師ら3人を相手取り、慰謝料2500万円の支払いを求めた訴訟の第1回口頭弁論が23日、水戸地裁土浦支部（松田典浩裁判長）であった。被告のJA県厚生連側は請求棄却を求める答弁書を提出し、争う姿勢を見せた。

検査結果を見落とし、胃がん治療7カ月遅れる

訴状によると、女性は2016年1月15日に脳出血で倒れ、同センターで手術を受けた。翌16日、自発呼吸がみられると判断した担当医師が人工呼吸器の気管チューブを抜いた後、女性は呼吸ができなくなり、いったん蘇生したが、酸素が十分に吸入できない状況が続いたことから、同日に低酸素脳症で死亡した、と主張している。



遺族は「それまで改善傾向だったが、気管チューブを抜いた後に急変した。病院側には誠実な対応をしてほしい」と話した。センター広報室は「主張は裁判の中で明らかにする」としてい

県立がんセンターで転移見落とし3年放置 CT検査 2018年7月

兵庫県は22日、県立がんセンター（明石市）で、子宮頸がん手術を受けた40代女性患者のコンピューター断層撮影装置（CT）の画像診断で肺への転移を見落とし、今年4月まで3年間放置していたと発表した。肝臓への転移も見付き、現在は通院治療している。

県によると、女性は2009年に子宮を全摘出し、15年4月にCT検査を受けた。放射線科医が「肺に転移性の腫瘍の疑いがある」とカルテ上で指摘していたが、男性主治医が確認を怠った。今年4月のCT検査で、腫瘍が大きくなり数も増加していることが分かり、過去の画像を確認して医療ミスが判明した。



リピーター医師：どう防ぐ 医療ミス反復 遺族「病院の態勢不備で事故」 2018年7月

「2歳児死亡「麻酔ミス」、3240万円賠償命令」

「心臓カテーテル検査を受けた男児（当時2歳）が死亡したのは医療ミスが原因だったとして、男児の両親が「榊原記念病院」（東京）側に約5900万円の損害賠償を求めた訴訟で、東京地裁は21日、約3240万円を支払うよう病院側に命じる判決を言い渡した。

判決によると、先天性の心疾患があった男児は2006年9月、心臓の状態を調べるカテーテル検査を同病院で受けて容体が急変。脳に酸素が行き渡らなくなる低酸素脳症となり、約3か月後に死亡した。両親は、医師が検査時に麻酔の使用法を誤ったなどとして、同病院を運営する「日本心臓血圧研究振興会」（同）を14年12月に提訴した。

訴訟で同病院側は「麻酔の使用法に問題はなかった」と主張したが、判決は、医師が検査中に麻酔の濃度を下げず、容体を把握するための血圧の観察も十分ではなかったと指摘し、「医師は注意義務を欠いていた」と認定。注意義務違反が死亡につながったと判断した。また判決は、男児の検査の約4か月前にも同じ医師らが類似の医療ミスを起こしたことを挙げ「教訓が生かせなかった」と批判した。

男児の両親は判決後に都内で記者会見し、父親（46）は「病院は判決を真摯に受け止め、謝罪や反省を表明してほしい」と語った。同病院は「コメントは差し控える」としている。」

伝達ミス「手術前のアレルギー申告、伝わらず…消毒液誤る」 2018年7月

「独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター（名古屋市中区）で、県内の60歳代男性が手術の際、ヨードに対するアレルギーを申告していたにもかかわらず、医師が誤ってヨード入りの消毒液を使い、約2週間にわたりアレルギー症状が出る医療ミスがあったことが3日、わかった。

同センターによると、男性は4月、鼠径ヘルニアの手術を受ける前にヨードアレルギーがあることをセンター側に伝えていたが、主治医が急患対応のためにほかの医師と交代。その医師にアレルギーの件が伝えられていなかったため、医師が手術に伴う消毒でヨード入りの消毒液を使ってしまったという。同じ手術チームのメンバーもヨード入りのものが使われたことに気が付かなかったという。

男性には手術後からアレルギー反応が表れ、痛みを伴う腫れや炎症が続いた。センター側は男性に謝罪しており、見舞金を支払う方針。センター側は「今後は手術に関わるメンバー内での情報共有を徹底する」としている。」



埼玉県立がんセンターにおける造血幹細胞移植の際の医療事故 2018年7月

埼玉県立がんセンターは、6月28日、60歳代女性の造血幹細胞移植の際の医療事故を公表し、外部の専門家を交えた医療事故対策委員会で、原因の究明と再発防止策を検討する。と発表経緯

造血幹細胞移植のため、6月25日13時頃から末梢血幹細胞を採取する準備を始めた。

抗がん剤治療目的で左鎖骨下に留置してあったカテーテル（管）を末梢血幹細胞採取のための太いカテーテルに入れ替えようとしたが、うまく入らなかった。

次に左鎖骨上から挿入を試みたが、左側腹部痛の訴えがあったためレントゲン撮影を行った。

レントゲンでは左胸に異常所見（出血の可能性）があったが、脈や血圧などは安定していた。また、カテーテルがうまく入っていないことが確認されたので、改めて鼠径部（足の付け根）からカテーテルを挿入し、末梢血幹細胞の採取を進めた。

幹細胞採取の終了間際に全身状態が悪化し、蘇生を行うも同日19時51分に死亡した。

調剤ミス裁判 「風邪薬の処方ミスで薬局を提訴」大分 2018年7月

「大分市の調剤薬局が風邪薬と高血圧の治療薬を間違えて処方し、服用した8歳の男の子が入院したとして、両親が損害賠償を求める訴えを起こしていたことが分かりました。訴えによりますと、去年10月、大分市内の男の子が風邪の症状が出たため祖母と一緒に病院を受診しました。その後、医師からの処方箋を大分市三ヶ田町の工藤調剤薬局に提出しましたが、薬局側が抗生剤と間違えて高血圧や狭心症の治療薬を手渡したということです。男の子は薬を2回服用し、血圧低下や呼吸障害を起こして病院に5日間入院したということです。男の子の両親は慰謝料など133万円の損害賠償を求めて大分簡裁に訴えを起こしました。取材に対し工藤調剤薬局は「誤りがあったのは事実で、深くお詫び申し上げます」とコメントしています。」

徳島地裁平成 30 年 7 月 11 日判決

常位胎盤早期剥離による胎児死亡事案で約 1 4 0 9 万円の賠償命じる（報道） 2018 年 7 月

「胎児が死亡したのは主治医の診断が遅れたためだとして、徳島県北島町の夫婦が鳴門市の産婦人科医院を運営する医療法人に計約 4 1 0 1 万円の損害賠償を求めた訴訟の判決が 1 1 日、徳島地裁であった。川畑公美裁判長は、主治医の過失と死亡の因果関係を認め、医療法人に約 1 4 0 9 万円の支払いを命じた。

判決によると、母親は妊娠 3 1 週だった 2 0 1 3 年 3 月中旬、切迫早産の兆候があると診断されて医院に入院。主治医から出産前に胎盤がはがれてしまう「常位胎盤早期剥離（はくり）」と診断され、救急搬送先の別の病院で緊急帝王切開手術を受けたが、死産となった。夫婦は、胎児が危険な状態にあると認識できたにもかかわらず、主治医が健康状態を判定する検査を中止し、必要な措置を取らなかったため、死亡したと主張していた。

判決では、主治医が胎児の健康状態を判定する検査で、心拍の異常を読み取ることが可能だったと指摘。常位胎盤早期剥離を疑い、心拍の異常の原因を調べるための鑑別診断をする義務があったとした。さらに鑑別診断をしていれば、胎児が生きてまますま生まれる「高度の蓋然（がいぜん）性があった」と認めた。判決後、医療法人側は「弁護士と相談して対応を決めたい」と話し

神栖済生会病院，薬のコード番号入力を誤り処方ミス 2018 年 7 月

「神栖済生会病院（神栖市知手中央 7）は 3 日、前日に誤った薬剤を印字した処方箋を 4 5 人分作成していたと発表した。うち 3 0 代の女性 1 人が本来処方されるべきせき止め薬ではなく解熱剤を服用したが影響はなかったという。同病院によると、2 日から電子カルテシステムを導入しており、薬のコード番号の入力を誤ったという。」



北海道の病院が就職応募者のカルテを採否の資料として見て HIV 感染者の内定を取消し

2018 年 7 月

「エイズウイルス（HIV）感染を申告しなかったことを理由に、病院が就職内定を取り消したのは違法だとして、北海道の 3 0 代の男性社会福祉士が 1 3 日、病院を運営する社会福祉法人「北海道社会事業協会」（札幌市）に慰謝料など 3 3 0 万円の損害賠償を求め札幌地裁に提訴した。

訴状によると、男性は昨年 1 2 月、道内の病院のソーシャルワーカーの求人に応募し、HIV に感染していると告げないまま内定を得た。しかし、以前に患者として受診したカルテを病院が発見し、電話で「話が違う」などと指摘。男性はとっさに感染していないと否定した。病院は、虚偽の事実を伝えたなどとして内定を取り消した。

提訴後に記者会見した男性は「勝手に人のカルテを見ることが一番の問題点。医療水準は格段に進歩しているが、社会的には差別、偏見が残っている」と話した。

北海道社会事業協会は「訴状が届き次第、検討したい」とコメントした。」

区委託がん検診の胸部レントゲン検査で3回肺がんの見落とし

2018年7月

「社会医療法人「河北医療財団」(東京都杉並区)は17日、財団が運営する河北健診クリニック(同区)で行った胸部レントゲン検査で、3回にわたってがんを見落とし、40歳代の女性が死亡したと発表した。

同財団によると、女性は2014年と15年、同クリニックで実施された職場の健診を受けた。いずれもレントゲン画像にがんの影が見つかったが、医師は影を乳頭だと判断し、「異常なし」とした。がんが悪化した今年1月にも、同クリニックで区の肺がん検診を受けたが、問題はないと判断されたという。

4月に呼吸困難のため他院に救急搬送され、肺がんだと判明。女性は抗がん剤治療を受けたが、6月に死亡した。

同財団は17日の記者会見で、「影の位置は乳頭としては高く、がんを疑うべきだった。適切な治療ができていれば、良い結果になっていた可能性もある」と説明。河北博文理事長は「3回連続で見落とし、申し訳ない」と謝罪した。」

高知医療センター、プラスチック製のチューブを挟み込んだまま胃と腸を縫合 2018年7月

「チューブ挟み胃と腸縫合、高知 医療センターがミス」

「高知医療センター(高知市)で昨年度末、高知県内の40代女性に実施した胃がんの手術で、プラスチック製のチューブを挟み込んだまま胃と腸を縫合するミスがあったことが同センターへの取材で13日までに分かった。数日後、内視鏡を使ってチューブを切断し、1センチ弱が残ったままだが、術後の経過に問題はないとしている。

同センターによると、胃の内部の圧力を下げるために鼻から入れたチューブを挟んだまま、医療用ホチキスで胃と腸を縫合。翌日、鼻からチューブが抜けず、コンピューター断層撮影装置(CT)を用いた診断をしてミスが分かった。今後数年間は定期的に縫合部の検査を続ける予定。」

医療事故情報収集等事業医療安全情報 No.140「腫瘍用薬の総投与量の上限を超えた投与」

2018年7月

日本医療機能評価機構によると、添付文書に記載された総投与量の上限を超えて腫瘍用薬を投与した後患者に影響があった事例が2件報告されていると発表

「医師はドキソルビシン塩酸塩の総投与量の上限が500mg/m²であることを知っていたが、正確な記録はなく、さらにAP療法を6コース実施した。

その後、患者は心筋障害を発症し、ドキソルビシン塩酸塩の総投与量を調べたところ、620mg/m²であった。」

「腫瘍用薬の総投与量を把握する仕組みを医療機関内で検討しましょう。」

「出産事故で脳性まひの子ども対象「産科医療補償」、運営委が基準緩和要請へ」 2018年7月

「出産事故で重い脳性まひになった子どもに補償金を支給する「産科医療補償制度」の運営委員会が20日開かれ、今月中にも厚生労働省に審査基準の緩和を求めることを決めた。

同制度は2009年1月に国が創設。医療機関の過失の有無にかかわらず、基準を満たせば3000万円を補償する。15年1月以降に生まれた子どもの場合、〈1〉妊娠32週以上で体重1400グラム以上〈2〉「妊娠28週以上で出産時に低酸素状態だったことを示す所見がある」のいずれかを満たせば対象となる。低酸素状態は9項目で審査する。09～12年の4年間に生まれた子どもでは計555件を審査したが、認められたのは半数を切る264件。」

平成29年簡易生命表

2018年7月

平成29年簡易生命表が発表になりました。

医療過誤で昨年亡くなった方の余命の立証は、この表によります。

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life17/index.html>

厚労省通知、カルテ開示費用、請求内容によって費用が変わりうる場合や一律の料金設定は「不適切な場合がある」と注意

2018年7月

「カルテ、コピー1枚で5千円も 厚労省「不適切」と注意」

「診療録（カルテ）のコピーを患者らが請求した際に求められる料金が、病院間で大きく違うことが厚生労働省の調査でわかった。対象となった全国の主要病院の2割近くは、白黒コピー1枚でも5千円以上かかる設定だった。厚労省は20日、自治体に通知を出し、実際の費用を積み上げて料金を決めるよう医療機関に周知するよう求めた。

カルテや検査結果などの診療記録は、治療をめぐるトラブルがある場合や、自身の病状や治療を詳しく知りたい場合に請求される。2003年に厚労省が指針を作成。個人情報保護法は、本人が希望すれば病院や診療所は原則開示する義務があるとし、実費を勘案した合理的な範囲で手数料をとれると定めている。

厚労省が昨年、高度な医療を提供する特定機能病院と大学病院の計87施設を調べると、白黒1枚の請求でも16%は手数料などで5千円以上になり、3千円台も15%あった。一方、67%は1千円未満で手数料がないか、低額だった。また、5%の病院は渡す際に医師の立ち会いが必須だった。そのために高額になるケースもある。

通知では、請求内容によって費用が変わりうる点や一律の料金設定は「不適切な場合がある」と注意を求め、医師の立ち会いを必須とするのは「不適切」としている。

「出産時の対応遅れで障害、1億3千万円賠償命令」

2018年7月

「出産時に適切な措置が取られなかったため、女兒（6）に脳性マヒなどの障害が残ったとして、岡山市の両親が岡山中央病院（岡山市北区）を運営する社会医療法人「鴻仁会」を相手取り、慰謝料など約2億円を求めた損害賠償請求訴訟の控訴審判決が26日、広島高裁岡山支部であった。松本清隆裁判長は、原告側の請求を棄却した1審・地裁判決を取り消し、病院側に約1億3000万円の支払いを命じる判決を言い渡した。

母親（37）は2011年8月に破水。女兒は帝王切開で生まれたが、首にへその緒が巻き付き、仮死状態だった。病院は蘇生を試みたものの、別の病院から来た小児科医が気管挿管を行うまで低酸素状態が続き、女兒に障害が残った。

1審判決は、気管挿管の遅れについて病院側の過失を認めたが、障害との因果関係は否定し、原告の請求を棄却した。高裁判決では、病院側は日本産科婦人科学会のガイドラインに沿った対応をしておらず、医師や助産師が母親の監視を怠ったために帝王切開の判断が遅れたとし、障害との因果関係も認めた。

判決を受け、母親は「娘に障害がなかったらどんなふう to 育ったのかな、と時々考える。病院には同じような被害者がでないよう対策をとってほしい」と話した。鴻仁会は上告する方針といい、「コメントを控える」と述べた。

『未経験医師の練習台にされようとしていた』がん患者らが医師を提訴 滋賀医科大学附属病院 2018年8月

「滋賀医科大学附属病院で前立腺がんの特殊な放射線治療をめぐって、担当医師が未経験の治療だったにもかかわらず、医師から説明がなく精神的な苦痛を被ったとして患者ら4人が担当医師らを提訴しました。

訴えを起こしたのは、滋賀医科大学附属病院で前立腺がんの治療を受けていた男性患者ら4人です。訴状によりますと、患者らは2015年から泌尿器科に通院し、前立腺がんの「小線源治療」とよばれる特殊な放射線治療を受けることになっていました。

この病院では「小線源治療」専門の研究が行われていて、ベテランの特任教授が年間140件ほどの治療を行っています。しかし、今回担当したのは特任教授ではなく治療経験がない医師でしたが、患者らへの説明はなかったといいます。

「素人同然の未経験医師の練習台にされようとしていたのです。それを知って私は驚愕しました」（原告）

治療をめぐっては、特任教授が「治療経験のない医師では危険」だと学長に直訴し担当が変わりましたが、患者らは「熟練した医師に手術をしてほしいと考えるのは患者として当然の願いで、担当医師らは説明義務に違反し精神的苦痛を被った」として、あわせて440万円の損害賠償を求めています。病院側は「現時点では訴状を確認できていないのでコメントできない」としています。」

日本禁煙学会

アイコスが青酸に変化する恐れのあるフォルムアルデヒドシアンヒドリンを発生する

2018年8月

一般社団法人日本禁煙学会は、8月3日、「緊急警告②アイコスの有毒物質」を掲載、財務大臣、厚生労働大臣等へ送付しました。

アイコスは、青酸に変化する恐れのあるフォルムアルデヒドシアンヒドリンを発生することが確認されました。

アイコスのフィルターには、350度近くに加熱されたエアロゾルを冷やすために、ポリマーフィルターが使われています。このポリマーフィルターが90℃に加熱されると、青酸に変化する恐れのあるフォルムアルデヒドシアンヒドリンを発生することが確認されました。

PMDA 医療安全情報 No.55「誤接続防止コネクタの導入について（神経麻酔分野）」

2018年8月

独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）は、2018年8月6日、PMDA 医療安全情報 No.55「誤接続防止コネクタの導入について（神経麻酔分野）」及び医療現場での切替え業務のチェックリストの例を公開しました。

早ければ本年秋頃より新規格製品の準備が整い次第販売が開始され、旧規格製品の出荷は2020年2月末に終了するそうです。

平成30年8月6日非付「厚生労働省医薬・生活衛生局医薬安全対策課事務連絡」参照

「遺族が会議公開求める 群馬大病院手術死で追加要望書」

2018年8月

「前橋市の群馬大病院で肝臓の腹腔（ふくくう）鏡手術などを受けた患者が相次いで死亡した問題で、遺族会代表の二人が六日、六月に問題を受けて開かれた初回の医療推進委員会に出席した際、群大へ提出した要望書に追加する要望書を提出した。その後の協議で群大が委員会の会議を報道機関へ公開することに後ろ向きなため「公開を再度強く要望する」と記している。

追加の要望書を提出後、県庁で記者会見した遺族と弁護士によると、弁護士と群大が七月に東京都内で協議したが、最初の要望書で求めた一般公開に群大は難色を示したという。

このため、追加の要望書で「委員会の議論を目の当たりにし、同じ立場の遺族、患者その他一般の方々にも知ってもらふ必要性を強く感じた」と指摘した。

記者会見で、妹の小野里美早（みさ）さん＝当時（25）＝を奪われた市内の会社員、和孝さん（38）は「今回の問題で病院の閉鎖的な組織が明るみとなり、公開によって脱することになる。患者参加型の医療にしてほしい」と強調した。

父の木村貞治さん＝当時（80）＝を亡くした市内の会社員、豊さん（49）は「他の遺族などに委員会の内容を説明しなければならない。問題を起こしたのだから、病院はオープンな組織を目指してほしい」と求めた。

追加の要望書では新たに、病院長が委員長から受けた報告や提言に対する対応状況を公開し、委員会の正副委員長のうち一人を医療事故に遭った患者や家族らにすることも要請した。

群大は追加の要望書について「ご遺族の皆さまと十分協議しながら対応したい」とのコメントを出した。

「出産後に出血性ショック死 大牟田市立病院、遺族と和解」

2018年8月

「福岡県の大牟田市立病院（野口和典院長）は7日、記者会見を開き、出産後の出血性ショックで死亡した当時30代の女性の遺族との間で、福岡地裁で係争中だった民事訴訟の和解が成立したと発表した。病院側が遺族の主張を一部受け入れ、1千万円を支払う。

病院によると、この女性は2012年7月に大牟田市内の産婦人科で出産後、出血が止まらず、市立病院に搬送された。輸血や子宮摘出手術を受けたが、約3時間後に出血性ショックのため死亡した。これに対し、女性の夫と3人の子どもが、死亡したのは市立病院の止血や子宮摘出手術が遅れたためだとして、16年に約7千万円の損害賠償を求めて提訴していた。

和解は、市立病院側が死亡との因果関係は低いものの、輸血の指示と血液の凝固能力検査が遅れたことを認め、母親の死亡という実情も踏まえて、和解金1千万円を支払うという内容。」

「群馬大医療訴訟 遺族会と病院で和解成立」

2018年8月

「群馬大医学部付属病院（前橋市）で同一医師の手術を受けた患者が相次いで死亡した問題で、遺族会（9遺族）と病院の間で和解が10日、成立した。遺族会によると、病院が体制の不備と医療ミスがあったことを認めて謝罪し、再発防止策を「約束条項」に盛り込む内容で、損害賠償金額は非公表。

一方、執刀医と診療科長の責任については引き続き追及できるとした。遺族会の弁護団によると、厚生労働省に2人の行政処分を要望しているという。

合意書には、再発防止策として、遺族が出席して医師らと意見交換する「患者参加型医療推進委員会」の継続的な開催▽治療方針について患者や家族が説明を受けるインフォームドコンセントの様子の録画・録音などを盛り込んだ。

遺族代表の木村豊さんは「合意ができて一区切りが付き、安心した」と述べた。弁護団の梶浦明裕事務局長は「詳細な再発防止策を盛り込んだ点は画期的だ」と評価した。

国立病院機構関門医療センター、5日間連続で投与後23日間休薬期間を設けることになっている抗癌剤を39日間連続投与し死亡

2018年8月

「国立病院機構関門医療センター（山口県下関市）は10日、70歳代の男性患者に対して抗がん剤を過剰に投与する医療ミスがあり、男性が副作用の影響で死亡したと発表した。

同センターによると、男性は2月中旬、土手から転落して足を骨折するなどして入院。男性は他の病院で脳腫瘍の治療を受け、抗がん剤を服用しており、親族がセンターに持参した。

センターによると、この抗がん剤は5日間連続で投与後、23日間投薬期間を空けることになっている。しかし、医師は3月下旬まで39日間連続で投与した。

男性が口の中から出血したことから血液検査を実施。白血球や赤血球が減るなどしており、過剰投与が判明した。男性は感染症が悪化して6月上旬、多臓器不全などで死亡した。

センターは、医師や薬剤師らが抗がん剤の処方について認識が不足していたとしている。この日、記者会見したセンターの林弘人院長は「ご遺族に心からおわび申し上げ、再発防止に努めます」と陳謝した。」

MDRA 感染の静岡市立病院、職員による医療処置やケアのプロセスで感染予防策が完璧でなかった可能性がある」と謝罪

2018年8月

「病院によると、死亡した男性は5月3日に旅行先の台湾で発熱して入院し、31日に転院した。転院時の検査で男性のたんから同菌が検出された。

この男性と死亡した女性、他に感染した2人はいずれも同じ治療室に入院し、男性が感染源になったとみられる。残り2人のうち、1人は感染による肺炎を発症、もう1人は感染したが発症はしていないという。

病室を調査したところ、たんを吸い取る吸引器具のスイッチから同菌が検出されており、病院は「職員による医療処置やケアの過程の感染予防策が完璧ではなかった可能性がある」としている。記者会見した宮下正院長は「院内で感染が生じたと考えられる患者におわびする」と陳謝した。

「レーシック手術で医師の過失認定」 リスクの説明不足で100万円の賠償を認める

2018年8月

「近視を矯正するレーシック手術で網膜剥離になった長野県の女性（62）が、リスクの十分な説明がなかったとして、医療法人社団「翔友会」（東京）に約580万円の損害賠償を求めた訴訟の判決で、東京地裁（佐藤哲治裁判長）は9日、医師の過失を一部認め、約100万円を支払うよう命じた。

判決によると、女性は2013年9月、翔友会が運営していた眼科クリニックで両目の手術を受けた。手術前の検査で左目の網膜に穴が開いていることが分かったが、医師は手術は可能と説明。女性は手術後に左目が見えづらくなり、長野県のクリニックで網膜剥離と診断された。」

大阪拘置所、大阪医療刑務所のがんの見落としで500万円和解

2018年8月

「元受刑者ががん見落とし和解…国、遺族に見舞金」

「服役中にかんと診断され、出所後に死亡した男性（当時62歳）の遺族が、「拘置所や刑務所の医師が、がんを見落とし、治療が遅れた」などとして、国に計約7300万円の損害賠償を求めた訴訟が、大阪地裁で和解した。国が遺族に見舞金計500万円を支払う。

和解は7月27日付。和解条項に、国が過失を認める文言は含まれていない。

訴状などによると、男性は窃盗などの罪で2008年、懲役3年8月の実刑判決を受けた。控訴中の09年1月、大阪拘置所で頭のしびれなどを訴え、大阪医療刑務所でCT検査を受診。左耳に腫瘍が疑われる所見があったが、医師は「異常なし」とした。

男性は京都刑務所に服役した09年6月以降、約10回、耳の出血で鎮痛剤を処方されるなどし、12年1～3月に受けた再検査で耳のがんと、肺への転移が判明。東京都内の医療刑務所へ移送され、12年8月に出所したが、15年に死亡した。

訴訟で国側は医師の過失を否定。地裁が今年2月、和解を勧告した。国側は「コメントできない」としている。」

釧路赤十字病院、胃摘出後の急性輸入脚症候群を見落とし死亡した事案で 2500 万円和解

2018 年 8 月

「医師が病気を見落とし、手術しなかったため 70 代男性が死亡したとして、埼玉県内に住む男性の遺族らが日本赤十字社（本社・東京都）を相手に損害賠償計約 4600 万円を求める訴訟をさいたま地裁に起こし、和解したことが分かった。日赤側が遺族に和解金 2500 万円を支払うなどの内容。和解は 6 月 28 日付。

訴状によると、男性は 2010 年 9 月に釧路赤十字病院（北海道釧路市）で胃がんのため、胃の全摘手術を受けた。その後、男性は 12 年 1 月に腹痛を訴えて同病院に入院、同 2 月に死亡した。

遺族側は、エコー診断などから、男性の症状は胃の摘出後にみられる「急性輸入脚症候群」と分かったはずなのに医師が見落とし、手術をしなかったため死亡したと主張していた。」

酸素チューブ誤接続で男性患者死亡 奈良東病院

2018 年 8 月

奈良東病院の看護師が、Tピースを介さず気管チューブに酸素チューブを接続し患者を呼吸困難で死亡させる。

「高齢者医療・介護が専門の奈良東病院（奈良県天理市）で平成 28 年 8 月、看護師らが 80 代の男性患者を入浴させる際に、酸素吸入チューブの接続方法を誤った結果、容体が急変し、死亡していたことが 16 日、同病院への取材で分かった。病院側は医療事故として遺族に説明し、すでに再発防止策も講じたという。

病院によると、男性は誤嚥（ごえん）性肺炎を繰り返すようになり、気道確保のために鼻からチューブを入れる措置を取っていた。

当時病院に勤務していた 30～50 代の女性看護師 3 人が、医師の判断を仰がずに男性に酸素吸入チューブを接続。本来は男性と酸素ボンベとの間に「T 字コネクター」と呼ばれる器具を装着すべきだったが怠ったため、酸素ボンベから空気が一方的に男性に流れ込み、排気ができずに呼吸困難になったという。

中津川市民病院ステロイド製剤を投与後の血糖管理を十分行わず患者が死亡

2018 年 8 月

「岐阜県中津川市の同市民病院は 17 日、糖尿病を患っていた岐阜県の女性患者 = 当時（76） = に乳がんの抗がん剤の副作用を抑える薬剤を使用した際、血糖管理を十分にせず死亡させたとして、賠償金 1550 万円を支払うと発表した。

病院によると、昨年 2 月、乳がんの進行がみられたため、女性に使っていた抗がん剤を変更した際、副作用を抑える目的でステロイド製剤を投与した。女性は退院 2 日後に血糖値が急激に上昇して意識レベルが低下し、同 3 月に死亡した。

ステロイド製剤は投与すると 2、3 カ月以内に血糖値が上がる性質がある。女性は糖尿病のため、血糖値が想定より早く上昇したとみられる。

浜松医科大付属病院が麻酔用薬剤注入開始後の継続観察義務違反で提訴される

2018年8月

「浜松医科大付属病院（浜松市東区）で2008年6月、腹腔（ふくくう）鏡下胆嚢（のう）摘出手術を受けた浜松市西区の男性＝当時（68）＝が術後に高次脳機能障害に陥ったのは病院側の医療ミスが原因だとして、男性の遺族らが20日までに、同病院を運営する浜松医科大に慰謝料など計約2億1800万円の損害賠償を求める訴訟を静岡地裁浜松支部に起こした。

訴状などによると、男性は手術後、鎮痛を目的にした全身麻酔を受けた。麻酔用投薬開始から約1時間後に呼吸が停止し、蘇生で一命を取り留めたが高次脳機能障害に陥った。その後、リハビリテーション療法などを受けたが効果はなく、全面的な介助が必要になった。

原告側は、麻酔医が硬膜外に挿入すべきカテーテルを誤って硬膜下腔またはくも膜下腔に挿入し、カテーテルに麻酔用薬剤を継続して注入したと主張。麻酔用薬剤注入開始後も、患者の血圧や酸素飽和度のモニタリング、感覚低下の有無などを継続観察する注意義務があったと指摘した。

同大は「厳粛に受け止め、今後の対応を検討したい」とコメントした。」

がんなど病変の見落としとして、厚生省は適切なシステムの構築に向けての研究班設置へ

2018年8月

「画像診断ミス、ベテラン医師も見落とし情報過多、経験関係なく「追いつけぬ目」進むAI開発」
「画像診断でがんなど病変の見落としが続発している問題で、見落としは医師の経験年数に関係なく発生していることが22日、医療事故情報を収集する日本医療機能評価機構の調べで分かった。背景には、画像診断技術が高度化したことで医師が扱う情報量が著しく増加し、ベテラン医師でも追いつけていない現状がある。人の目に全面的に頼らず、人工知能（AI）による診断開発も進んでおり、厚生労働省は抜本的な再発防止対策に乗り出した。

滋賀県彦根市立病院、腹腔鏡手術で腸の動脈が切れて大量出血死の事案、約2900万円で示談

2018年8月

「滋賀県彦根市立病院で平成28年、同市の60代男性が腹腔（ふくくう）鏡手術を受けた際、腸の動脈が切れて大量出血し、その後死亡していたことが27日、市への取材で分かった。病院側は医療事故と認め、遺族に賠償金約2900万円を支払う方針。

市によると、男性は健康診断で右の腎臓に腫瘍があると指摘され、28年8月末に入院。同年9月1日、腫瘍を取り除くため腹腔鏡手術を受けている際、腸の動脈が切れて出血し、同3日夜に出血性ショックと多臓器不全で死亡した。

病院は医療事故調査制度に基づいて原因などを調査。肥満体型だった男性の手術部位周辺にある血管の術前評価や、手術の危険性に関する患者や家族への説明が十分でなかったと結論付けた。

市は患者の自己決定権を侵害したとして、遺族に損害賠償として約2900万円を支払う内容の議案を9月の市議会に提出する。」

**芦屋市立芦屋病院、嚢胞壁切除手術で誤って肝静脈に穴を開け出血死の事案、4200万円で示談
2018年8月**

兵庫県芦屋市は27日、市立芦屋病院（朝日ヶ丘町）で昨年7月、肝嚢胞壁の切除手術中に西宮市の男性（76）が死亡したのは医療ミスが原因だったとして、遺族に賠償金約4200万円を支払うことで合意したと発表した。

芦屋市によると、男性は肝臓に液体がたまる「肝嚢胞」を患い、同病院に通院。嚢胞壁切除手術を受けた際、執刀医が誤って肝静脈に穴を開けてしまい、大量出血のため死亡した。

同病院は昨年8月、第三者による事故調査委員会を設置。同委員会は「嚢胞壁と肝静脈壁の識別は困難だが、血管かどうかを確認するために、もう少し小さな穴を開けるなどの処置が必要だった」とし、同病院も「慎重さに欠けていた」と医療ミスを認めた。遺族には11月に謝罪した。

同市は「大切な命を落とす結果になり、申し訳ない。院内で医療安全に関する研修会を開くなど再発防止に努める」としている。

**「検体取り違い、乳がんと誤診 乳房切除された40代女性が提訴 山形県立中央病院
2018年8月**

「山形県立中央病院（山形市）で、良性腫瘍を検体の取り違いで乳がんと誤診され、乳房を切除されたとして、同県酒田市の40代の女性が28日までに、県に約1500万円の損害賠償を求める訴えを山形地裁に起こした。

訴状によると、女性は平成28年6月、右の乳房にしこりを感じ、同病院を受診した。乳がんと診断され、同8月に乳房の一部を切除。しかし手術後、病院が同時期に検査をした80代の女性と検体を取り違えており、実際は良性の腫瘍だったことが判明した。

女性は右肩の痛みが残ったほか、乳房の機能や胸の美しさを失い、精神的苦痛を負ったと主張。県側から慰謝料の提示があったが、金額が折り合わず提訴した。」

「不適切な身体拘束され死亡」 石川県内の精神科病院 2018年8月

「石川県野々市市の精神科病院に入院していた県内の大工の男性（当時40）が肺血栓塞栓（そくせん）症（エコノミークラス症候群）で死亡したのは不適切な身体拘束が原因として、男性の両親が病院を運営する社会福祉法人を相手取り、約8630万円の損害賠償を求めて27日に金沢地裁に提訴した。

死亡したのは大畠一也さん。訴状などによると、大畠さんは25歳のころに統合失調症と診断され、2016年12月6日に入院した。同月14日から手足などの身体拘束が始まり、同月20日に自力でトイレに行った後、死亡したという。

両親は当初、病院側から死因は心不全と説明を受けたが、司法解剖の結果、エコノミークラス症候群と判明したという。身体拘束の開始時に切迫した事情が存在していなかったなど、精神保健福祉法などが定める要件を満たしておらず、エコノミークラス症候群を発症させない注意義務も怠った、などと主張している。

金沢市内で27日にあった記者会見で、大畠さんの父正晴さん（67）は「親として大事な命を守ってやれなかったことが悔しくてならない。こういうことは息子で最後にして欲しい」と話した。病院側は「まだ訴状が届いておらず、内容についてはコメントできない」としている。

岐阜市の病院で患者4名死亡し、業過致死の疑いで家宅捜索 Y & M藤掛第一病院

2018年8月

「岐阜市一番町の「Y & M藤掛第一病院」で26日夜から27日午前にかけて、高齢の入院患者4人が相次いで死亡していたことが、岐阜県警への取材で分かった。当時、施設のエアコンが故障していたとの情報もあり、県警が熱中症の影響などを含め、業務上過失致死の疑いを視野に捜査を始めた。

捜査関係者によると、4人は県内外の83～85歳の男女各2人。施設の3階と4階の部屋に入院し、26日午後8時40分ごろから27日午前11時40分ごろにかけて、死亡したとみられる。

27日午後8時半、関係者から「病院で4人が亡くなった。熱中症の疑いがある」と県警に通報があった。この時点で病院側から正式な連絡はなく、その後に病院側は「エアコンの修理を依頼していた」との趣旨を説明したという。

4人はいずれも目立った外傷はなく、県警は司法解剖を検討して死因の特定を進める。」

ホームページなどによると、この病院は老人医療が専門で療養病床は119床。診療科は内科。市中心部の東柳ヶ瀬の近くにある。

岐阜市では26日、午後2時半ごろに最高気温が36.2度となり、深夜から翌日未明にかけても30度近い状態が続いていた。

病院の藤掛陽生院長は取材に「警察に協力して調べていただいている段階なので、コメントは差し控えたい」と話した。

北九州・市立病院 精密検査の確認怠り、肺がんで死亡

2018年8月

「北九州市は30日、市立医療センター（小倉北区）の医師が2015年、60代の男性患者のコンピュータ断層撮影（CT）の画像診断報告書を確認せずに肺がんを見落とし、約1年半後に患者が死亡していたことを明らかにした。医師はその後、退職した。市は治療の遅れによる死亡の可能性を認め、遺族に示談金2000万円を支払う。

市によると、患者の男性は15年4月に糖尿病治療のため糖尿病内科を受診し、胸のエックス線検査で右肺に腫瘍（しゅりゅう）の影らしきものが見つかった。さらにCT検査でも右肺に腫瘍の影が認められたため、放射線医師がさらなる精密検査を求める画像診断報告書を電子カルテ上に作成したが、糖尿病内科の50代の男性医師は確認を怠った。

男性はその後食事のとれない、足が上がらないなどの症状がみられ、16年3月に改めてCT検査をし、右肺に腫瘍の影が確認された。糖尿病内科の医師はその場で報告書の確認を怠ったことを認め患者に謝罪した。

その後の精密検査で男性は肺がんと判明し、16年10月に死亡。遺族との示談交渉の結果、今年7月に和解に合意した。

病院側は再発防止策として、29年4月から電子カルテに未読の画像診断報告書を自動的に表示するシステムを導入した。

膵炎の症状診断誤り患者が死亡…市立池田病院

2018年8月

「大阪府池田市の市立池田病院は30日、2016年3月に入院した女性（当時67歳）について、急性膵炎の症状の診断を誤り、入院から6日後に死亡したと発表した。CT（コンピューター断層撮影法）の画像診断を若手の医師1人で担当し、重症と判定できず、適切な治療が遅れたためという。

市側は遺族に5000万円を支払って和解する方針。

病院によると、女性は16年3月17日、閉塞性黄だんの疑いで入院し、手術後に急性膵炎を発症。翌18日、CT画像では重症の膵炎と判定すべき状態だったが、担当した医師が見落とした。

この医師は、消化器内科の専門医になるために経験を積む後期研修医と呼ばれる立場だった。

また同19日には別の放射線科の医師が重症と判定していたが、担当の医師に報告する仕組みがなく、女性は3月23日、転院先の病院で多臓器不全で死亡した。

池田病院は、CT画像の判定は2人の医師で行うべきだったなどとして内部の体制に問題があったと判断。「命を失う結果となり大変申し訳ない」と謝罪した。

名古屋市立大病院に無痛分娩拠点 9月新設、年内にも実施

2018年9月

「名古屋市立大病院（同市瑞穂区）が、出産時の痛みを麻酔で和らげる無痛分娩（ぶんべん）の実施と人材育成を担う「無痛分娩センター」（仮称）を9月に新設することが分かった。外部から産科麻酔の専門医をトップに招き、年内にも無痛分娩を始める方針。産科、麻酔ともに精通した医師が担う方式は中部地方では珍しい。

国内で無痛分娩の出産は全体の6%程度にすぎず、対応する医療機関も一部のクリニックなどに限られている。近年、母子が死亡するといった事故が報告されているが、厚生労働省の研究班は今年3月に「他のお産と比べ、リスクに大差はない」と指摘している。

名市大病院ではこれまで心臓の持病がある人などに無痛分娩を限定していた。だが、鎮痛効果が高く、産後の回復が早いとの理由でニーズは高まっており、安全性を確保した上で本格的な実施を模索してきた。

関係者によると、センター長に就任するのは、現埼玉医科大産科麻酔科の田中基（もとし）医師（52）。無痛分娩は麻酔の投与が長時間にわたるほか、薬の量やタイミングを調整するなど高い技術が必要とされる。センターでは田中医師が投与などを担う見通しで、同病院の産科医らに実技指導し、無痛分娩を担う人材の育成も進める。将来的には、24時間365日の対応ができる体制整備を目指す。

名古屋市立西部医療センターと東部医療センターの3件の医療事故公表

2018年9月

「名古屋市は4日、市立西部医療センター（北区）の誤診が原因で70代女性患者が死亡したと発表した。9月市議会に提出する補正予算案に、遺族への賠償金3373万円を盛り込む。

市によると、女性は悪性リンパ腫の治療を受けていたが、2016年7月の検査でB型肝炎ウイルスに感染していることがわかった。だが翌月、男性医師（44）が検査結果を見誤ってB型肝炎ウイルスはないと診断し、抗ウイルス剤を投与せずに抗がん剤による化学療法を実施。昨年3月に誤診に気づいて抗ウイルス剤の投与を始めたが、女性はB型肝炎を発症し、同年6月に肝不全で死亡したという。市は男性医師を減給10分の1（9日間）の懲戒処分にした。

このほか、市立東部医療センター（千種区）で16年7月、心臓手術後に容体が急変した70代男性を病室からカテーテル室に移す判断が遅れて人工心肺の取り付けが遅れ、脳障害が残ったという。また、16年2月に別の70代男性に心臓手術をした際、右腕を血圧計で長時間圧迫したため、しびれなどの障害が残ったという。

無痛分娩の陣痛促進剤 安全対策を盛り込む添付文書改訂が見送りに…産婦人科医が反対

2018年9月

「無痛 分娩 の多くで使われている陣痛促進剤について、厚生労働省の有識者会議は28日、安全対策として厚労省側が提案した添付文書（薬の医師向け説明書）の改訂を見送った。参考人として出席した産婦人科医の強い反対があり、合意に至らなかった。

無痛分娩は、麻酔をかけて痛みを弱める出産方法。産後の疲労を軽減するメリットがあり、人気が高まっている。無痛分娩が普及した米国などと違い、国内の無痛分娩は人工的に陣痛を起こす計画分娩が主流で、陣痛促進剤が使われることが多い。2017年に無痛分娩を巡る重大事故が相次いで発覚したが、厚労省研究班の報告によると、無痛分娩をした妊産婦の死亡14例のうち13例で陣痛促進剤が使われていた。

この日、開かれたのは、厚労相の諮問機関である薬事・食品衛生審議会に設けられた安全対策調査会。薬の安全性について有識者が話し合う。

会議の場で、厚労省は、2015～17年度の3年間に、無痛分娩で使った陣痛促進剤による副作用の疑いが報告されたケースの調査結果を発表した。報告は29例あったが、情報不足で因果関係の評価が困難だったため、厚労省は、「現時点での新たな注意喚起に合理的な理由はない」とした。ただし、麻酔をかけた状態で陣痛促進剤を使うと、副作用で異常に強い陣痛（過強陣痛）が起きていてもわかりにくく、対応が遅れる恐れがある。そのため厚労省は、添付文書にある、過強陣痛の防止策を示した警告欄の一文を修正し、無痛分娩時にも十分な監視を促す内容の改訂案を提示した。

これに対し、参考人として出席した研究班代表の海野信也・北里大学病院長は、「合理的な根拠がわからない」とし、今後、さらにデータを蓄積する必要性を指摘した。もう一人の参考人の石渡勇・日本産婦人科医会副会長も「無痛分娩は怖いという印象を与えかねない」などと強く反対した。委員の中には、厚労省案に賛成する声のほか、書き方の工夫で対応してはどうかという意見もあったが合意できず、改訂見送りが決まった。

無痛分娩で使われる陣痛促進剤に対しては、出産事故の被害者らでつくる「陣痛促進剤による被害を考える会」が今年3月、慎重に使うよう添付文書の改訂を求める要望書を厚労省に提出していた。同会の出元明美代表は「医師らがしっかり監視していればよいが、そうでないケースで重大な事故が起きている。広く注意を促せるせっかくの機会が生かされず、信じられない結果だ」と話している。

後遺症負った愛知の女性らと和解 各務原の病院で股関節手術 東海中央病院

2018年9月

「岐阜県各務原市の東海中央病院の股関節手術やリハビリが不適切だったために後遺症を負ったと主張して、愛知県や岐阜県などの女性4人が、病院を運営する公立学校共済組合（本部・東京都千代田区）に損害賠償を求めた訴訟が名古屋地裁であり、女性と組合との和解が成立した。5日付。双方の代理人弁護士が明らかにした。組合側が4人に和解金を支払う内容で、金額は明かさなかった。

女性側の代理人によると、4人は30～50代。いずれも股関節に痛みが出る「変形性股関節症」の治療のため2007～10年、同院で股関節の骨の一部を切って形を整える手術を受けた。だが、再手術を余儀なくされたり、階段の上り下りが困難になったりしたという。

4人は後遺症の理由について、手術の数日後に歩行訓練を行うなど、術後の間もない時期から患部に強い負荷をかけるリハビリを始めたことなどが原因と主張。治療法の有効性や安全性について、事前に十分な説明もなかったと訴え、約2500万～約4200万円の賠償を求めていた。

組合側の代理人弁護士は本紙の取材に「病院に一定の過失責任があると判断した」と語った。同病院では現在、この手術の実施を見合わせている。

一方、和解した1人で、愛知県内の30代女性は左右の股関節を手術したが、別の病院で再手術を受けた。その後、改善はしたが、後遺症で階段を上るのが困難になり、勤務先の会社を辞めた。和解には「百パーセント納得はしていないが、長引くのは精神的にきつい」と語った。

女性らは13年、愛知県弁護士会紛争解決センターにあっせんを申し立てたが不調に終わった。名古屋地裁では、同病院で同じ手術を受けた別の女性6人も、公立学校共済組合に損害賠償を求め提訴している。組合側の代理人弁護士は「6人の方についても詳細に検討を重ね、解決を図っていきたい」と話した。

帝王切開後、女性死亡で1億3000万円賠償命令 医療ミス原因と判断

2018年9月

「宮崎市の産婦人科医院で平成24年、帝王切開手術で男児を出産した女性＝当時（35）＝が、容体が急変して死亡したのは、医療ミスが原因だとして、遺族らが計約1億6千万円の損害賠償を求めた訴訟の判決で、宮崎地裁は12日、病院側に約1億3千万円の支払いを命じた。

判決で五十嵐章裕裁判長は、女性は術後、左脚に腫れの症状が確認され、医師は産科ガイドラインや文献から血栓症の可能性を認識できたと指摘。だが、必要な治療をせず、転院などの措置も怠ったとし、病院側の注意義務違反を認定した。

その上で、「高度な医療を受けられる医療機関に早期に転院していれば、女性を救命できた可能性が高かった」と判断して、死亡との因果関係も認めた。

判決によると、女性は24年4月11日、帝王切開で男児を出産。左脚付近の静脈に生じた血栓が合併症の肺血栓塞栓症を引き起こし、15日に死亡した。

病院の管理不十分で患者自殺、遺族に300万円支払いへ 滋賀県立精神医療センター

2018年9月

「滋賀県は11日、県立精神医療センター（草津市）で、患者が入院の同意後に外出して自殺したのは病院側の管理が不十分だったとして、遺族に300万円を支払うことで合意できる見込みになったと発表した。9月議会に関連議案を提出する。

センターや県経営管理課によると、昨年9月、県内の50代女性がセンターの外来で入院が必要と判断され、入院に同意した。付き添っていた親族1人が入院の手続きをしている間に、女性が待合室から外出し、近隣のマンションから飛び降りて死亡したという。

遺族は昨年12月、センター側の監視が不十分だったとしてセンターに損害賠償を請求。今年5月には県内の簡易裁判所に調停を申し立て、センターと協議してきた。センターは「外出に対して病院の管理が万全でなく、一定の責任を負うべきだ」と判断。300万円を支払うことで遺族と和解の見通しが立ったという。

新潟県立新発田病院、右肘の手術の際の神経損傷で1400万円余の賠償

2018年9月

「おとし7月、県立新発田病院でがんの疑いがあるとして、80代の女性が腫瘍の摘出手術を受けましたが、腫瘍は悪性でなく、手に障害が残りました。

県は裁判所から提示された調停案に従い、女性側に1400万円余りの損害賠償を支払うことを決めました。

県によりますと、おとし7月、県立新発田病院で、新発田市の80代の女性ががんの疑いが排除できないとして、右ひじにある腫瘍の摘出手術を受けました。

しかし、腫瘍は悪性ではなく、女性側は手術の際に、神経を傷つけられ右手に障害が残ったとして、県に対し損害賠償を求める意向を示しました。

これを受けて、県はことし6月、新発田簡易裁判所に調停を申し出て、その後、裁判所は、県が女性側に1400万円余りの損害賠償を支払う調停案を示し、女性側が同意する見通しとなりました。

このため、県は、調停案に従って今月開かれる県議会での議決を求め、女性側に損害賠償を支払うことを決めました。

県立新発田病院の高橋稔事務長は「手術で神経を傷つけるリスクがあるとの説明が不足し、基本的な義務を果たしていなかった。患者と家族の皆様には、心よりおわび申し上げます」と話しています。

「肺がん診断の遅れについて「責任範囲の検討が必要」などと日赤本社医療事故検討会に

「松山赤十字病院が2003年から「良性」とみて経過観察していた患者の肺病変が15年、他院の受診を機に肺がんと判明し、調査した日赤本社の医療事故検討会が「(肺がん診断で)十分な役割を果たせなかった可能性があり、責任の範囲や補償の検討が必要」と指摘していたことが12日、分かった。松山赤十字病院はコンピューター断層撮影(CT)装置の検査を毎年行って「良性」とみていたが、画像を検証した検討会は07年以降の同院の判断を疑問視し、09年には専門診療科の精査が必要だったとしている。

患者は県内在住の男性。肺がん診断の直後に転移が判明し根治手術は困難と判断された。松山赤十字病院は「診断できず、申し訳ない思いはあるが、非常に特殊な事例で医療過誤的な要素は全くない」とコメントしている。

松山赤十字病院や日赤本社の医療事故検討会の内部文書などによると、男性は03～11年に別の病気で内科に通っていた際、毎年、肺病変のほか、過去に治療した肝炎の経過観察のためにCT検査を受けていた。12年には肝細胞がんが見つかって治療を受け、以後も再発確認などのため毎年CT検査を受けた。

CT画像の読影は複数の放射線科医が行い、いずれも肺病変を良性と判断していた。検査を依頼した内科、肝胆膵(すい)内科の主治医は専門の呼吸器科に精査を依頼しなかった。15年2月のCT検査でも良性と判断。だが、男性が約2カ月後の4月に松山市内の他の病院の整形外科を受診した後、腫瘍マーカー検査などを受けると、肺がんの疑いがあると指摘された。」

三重大学医学部附属病院、インスリン過量投与について原因を分析し再発防止へ**2018年9月****経緯**

患者さんは県内在住の1歳女児で、当院で平成30年3月に、ある疾患に対して全身麻酔下に手術を受けられました。手術そのものの経過は順調でしたが、術後3日目から、致死的不整脈の危険性がある血中カリウム値の上昇を認めたため、グルコース・インスリン療法が開始されました。

25%ブドウ糖液200mlにインスリン製剤(ヒューマリンR)を10単位、混注・点滴する処方ですら4回実施されました。

3回目終了時点までは、カリウム値は順調に低下し、全身状態も安定しておりましたが、4回目施行中に急変しました。

急変時の血液検査で著明な低血糖を認め、低血糖に起因する急変であると考えられました。その後、点滴液内のインスリン濃度を測定したところ、過量投与が判明いたしました。

4回目の点滴液には、予定量と比べて5～7倍程度過量のインスリンが誤って混注されていたと考えられます。

過量投与が判明後、患者さん・ご家族には速やかにすべてをご説明の上、謝罪いたしました。また、第3者機関である日本医療機能評価機構にも報告するとともに外部調査委員会を設置いたしました。さらに、直後から特命医療チームを結成し、組織をあげて患者さんの健康被害からの回復に取り組んでいるところであります。

原因

当院においては、インスリン製剤を他の薬液に混注するときは、ダブルチェックの上、専用の注射器を用いて行う手順となっておりますが、実際には、専用注射器を用いていなかったこと、そして、ダブルチェックが十分に機能しなかったことが明らかになりました。

専用注射器は、インスリンを安全に秤量するために作られた注射器で、単位数が分かりやすく表示されています。また、当院が採用しているものは、最大容量は30単位（0.3ml）であることから、本事例のように10単位（0.1ml）の秤量であっても間違いは起こりにくく、万一間違っても3倍までの過量投与に留まります。ところが、本事例では、インスリン専用の注射器ではなく、一般の薬剤の秤量等に用いる最大容量が1ml（インスリン1mlは100単位相当）の注射器を用いて秤量していました。この注射器にはインスリンの単位の表示はなく、1mlの注射器で、0.1mlを秤量することとなります。

実際に行おうとしたことは、まず、0.7ml（インスリンとして70単位相当）程度を秤量し、空気を抜きながら0.1mlまで、インスリンを捨てるという手順でしたが、おそらく、捨てる作業を失念し、約0.7ml（70単位）すべてをブドウ糖液に混注してしまった可能性が高いと考えられます。専用注射器を用いなかった理由として、インスリン製剤のすぐ近くに専用注射器が見当たらなかったこと、1mlの注射器でも問題なく調製できると認識していたことの2点を挙げています。

さらに、インスリンはハイリスク薬であるので、調製（秤量・混注）時には厳しい手順でのダブルチェックを求めています。一般の薬剤であっても調製時は看護師2名によるダブルチェックを行います。調製前に2名が別のタイミングで確認することも可としています。しかし、インスリンを調製するときは、調製時にリアルタイムで同時に2名の看護師によって確認する手順となっております。本事例は調製前にはダブルチェックは行われていましたが、リアルタイムに調製時には行われていませんでした。本来2名の看護師で確認しながら行うべき、インスリンをブドウ糖液に混注するという作業を1名で行っていたということになります。

加えて、グルコース・インスリン療法施行時における血糖測定の指示の頻度については主治医の判断に依っており、病院としての規定がなく、4回目の施行時には1日1回の血糖測定指示のみであったこと、関係したスタッフにインスリン使用時は常に低血糖のリスクがあるとの認識が希薄で、確かに典型的な低血糖の症状ではありませんでしたが、急変前後に血糖を測定していなかったことが、発見の遅れに繋がりました。

以上より、本事例の直接的な原因は、①インスリン専用注射器を用いずに秤量したこと、②調製（秤量・混注）時にリアルタイムでダブルチェックを行っていないこと、という明確なルール違反にあると考えますが、その背景にはインスリンはハイリスク薬であるという認識が関係した医師・看護師だけでなく病院全体で十分でなかったことにあると考えます。

再発防止への取り組み

まず、職員全体で本事例の詳細を共有し、2度と同じ事故を繰り返さないとの決意を新たに致しました。職員集会等を通して、本事例の経過を共有するとともにインスリンはハイリスク薬であり、使用時には低血糖のリスクを常に念頭に置かなければいけないことを繰り返して啓発いたしました。また、外部委員による事故調査報告書を現在、全職員で閲覧しているところです。本事例を将来に亘って風化させることなく共有し続けるための今後の職員研修のあり方についても検討を行っています。

次いで、インスリンの調製には専用注射器を用いること、調製時にリアルタイムでのダブルチェックを行うこととの手順の遵守徹底を図りました。

遵守徹底のための環境整備として、①インスリン製剤と専用注射器は病棟内の同じ場所に配置すること、②ダブルチェックを行う調製者、確認者の2人の名前を明記する専用シールを新たに作成し、インスリンが混注されている点滴バッグや注射器に貼付する、の2点につきましては、すでに施行しています。

さらに、グルコース・インスリン療法施行時の血糖測定の頻度をマニュアルに明文化するとともに、マニュアルそのものもわかりやすい内容に改訂いたしました。現在、より分かりやすいマニュアルのあり方につきまして組織全体で検討しているところであります。

既に実施されている対策の遵守状況につきましてはラウンド（病棟の巡視）等を通して継続的にモニタリングを行っております。

いま一度、被害に遭われた患者さん・ご家族にお詫びを申し上げますとともに、患者さんの健康回復、再発防止に全力で取り組むことをお誓い申し上げます

肺がん検診での見落としでクリニックに約1100万円請求

2018年10月

東京都杉並区の肺がん検診で相次ぐ見落としがあったとされる問題で、再検査でがんと分かった70代男性が検診を受託したクリニックに対し、約1100万円の損害賠償を求める申入書を提出した。対応次第で提訴も検討するという。

申入書の提出は2日付で、代理人の弁護士が3日公表した。申入書によると、男性は昨年8月、「河北健診クリニック」（同区）で受けた区の肺がん検診で「異常なし」と診断された。しかし、見落とし問題発覚後の今年8月、再検査でステージ3と判明した。男性側は、昨年時点のX線画像を見た別の病院の医師から「ステージ1だったとみられる」という見解を得たとし、「見落としと病状の進行には因果関係がある」と主張している。

申し入れを受けて、クリニックを運営する社会医療法人・河北医療財団は「財団としてのコメントはありません」としている。

同クリニックが区から受託した肺がん検診をめぐっては、40代の女性が症状の見落としで今年6月に死亡したことが発覚。過去9424人分のX線画像を再確認したところ、今回の男性を含む44人は精密検査が必要とされた。

神戸市立医療センター中央市民病院、生体肝移植手術死亡事案で3500万円和解

2018年10月

神戸市立医療センター中央市民病院で生体肝移植手術後、合併症により20代で死亡した男性患者の両親が、手術に過失があったとして慰謝料など計約1億1470万円の損害賠償を求める訴訟を起こし、病院側が両親に和解金計約3580万円を支払うなどの内容で和解していたことが分かった。9月28日付。

訴状などによると、先天性胆道閉鎖症だった男性は2005年7月、父親の肝臓の移植手術を受けた。両親側は「父親の肝臓摘出時に右肝静脈が適切に切除されず、不適合な状態と認識しながら移植を進めた」などと主張。移植した肝臓は定着せず、同年9月に男性は亡くなった。病院側は「当時の医療水準では過失はない」と反論していた。

市と両親側弁護士によると、和解条項には、右肝静脈の位置を誤認したことを確認する▽術中の超音波検査による肝静脈の位置確認などで再発防止に努める－ことが盛り込まれた。

病院側は「患者を救えなかったことを深く受け止める。再発防止に努めたい」。両親らは「同様の事態の防止につながることを念願する」とコメントした。

父親の手術は、生体肝移植後1年以内に患者の死亡が相次いだ民間病院「神戸国際フロンティアメディカルセンター」（閉院）の元理事長らが担当した。

「乳がん見落とし」多良木病院を提訴

2018年10月

公立多良木病院（熊本県多良木町）で乳がん検診を受けた球磨郡内の女性（50）が、病変の見落としで左胸の全摘出手術を余儀なくされたとして、同病院に約2200万円の損害賠償を求める訴訟を熊本地裁に起こした。提訴は2日付。

訴状によると、女性は2013年7月に乳がん検診を受診。その際、左胸にしこりを感じたが、検診結果には精密検査を勧める記載はなかったという。

14年3月に別の病院で乳がんと判明。他にもがんが転移していた。原告側代理人によると、検診時に撮影した画像を別の医師に鑑定してもらったところ、がんの可能性があり、精密検査が必要と判断されたという。同病院は「訴状を見ておらず、コメントできない」としている。

入院16歳、意識回復せず 市立札幌病院 両親が市提訴へ

2018年10月

市立札幌病院（関利盛院長、747床）の看護師と医師が適切な処置を怠り、長男（16）に重度の低酸素脳症を負わせたとして、両親＝札幌市＝らが札幌市などに介護費用や慰謝料計約3億6千万円の賠償を求め、5日にも札幌地裁に提訴することが分かった。原告側によると、長男は現在も意識が回復していない。

訴状によると、長男は潰瘍性大腸炎を患い、2016年12月22日に市立病院に入院していた。同29日、嘔吐（おうと）物が誤って気管に入る誤嚥（ごえん）によって心拍数と血圧が著しく低下し、約1時間後に呼吸と脈が停止。救命医の処置で蘇生したが、全治不明の低酸素脳症を負った。

原告側は、薬の副作用治療で対応していた精神科の看護師と医師の2人が長男の急変に気付いたものの、呼吸と脈が停止するまでの約1時間、適切な経過観察や小児科医などに判断を仰ぐなどの注意義務を怠ったことが原因と主張。「病院を運営管理する市の使用者責任は免れない」とする。

原告側によると、市側は見舞金の支払いと示談を申し出たが、因果関係について否定したため、提訴を決めた。市立病院は「訴状を精査して真摯（しんし）に対応したい」としている。

鳥取赤十字病院，大腸癌手術後の重度後遺症

2018年10月

鳥取赤十字病院（鳥取市）で適切な処置が受けられず後遺症が生じたとして、鳥取市内の男性（69）とその家族が、日本赤十字社（東京都）と当時の担当医師に約1億1168万円の損害賠償を求めた訴訟が鳥取地裁で和解し、日赤側が解決金1億2千万円を支払ったことが11日までにわかった。和解は8月8日付。

訴状などによると、男性は2008年7月、同病院で大腸がんの摘出手術をしたが、縫合不全の疑いがあるなどとして2度にわたって緊急の再手術を受けた。その後、感染症により呼吸障害などが生じ危篤状態となった。一命はとりとめたが、脳が萎縮し重度の認知症や両手足のまひなどの後遺症が残ったという。

原告側は「十分な検査をしていれば重症化は防げた」と13年9月に提訴。今回の和解について、「病院側にはもっと親身になって患者の立場に立って考えてほしかった」とコメントを出した。

肺がん疑われるも治療せず、愛知県がんセンター愛知病院

2018年10月

愛知県がんセンター愛知病院（岡崎市）は11日、肺がんが疑われる検査結果を主治医が見落とすミスがあったと発表した。9カ月後、リンパ節に転移していることがわかり、手術できない状態になったという。今後、主治医を処分する方針。

同病院によると、幸田町の60代男性患者が昨年7月に大腸がんの経過観察でCT検査を受け、「肺がんが疑われる」との画像診断報告書が放射線科医から消化器内科の男性主治医（62）に報告された。だが主治医はカルテに記載せず、治療もしなかった。

今年4月、男性患者がせきなどの症状で受診し、CT検査でステージ3の肺がんと判明。転移していて手術できず、抗がん剤治療などをして現在は経過観察をしている。昨年7月の時点では初期のステージ1だったとみられ、手術で根治した可能性があるという。

病院は9月に男性患者と家族に謝罪。主治医が担当した過去の画像診断報告書を調査した結果、ほかに見落としはなかったという。