

(兵庫県病院局)

兵庫県立病院における医療事故の公表について

医療における安全管理を向上させるとともに、病院運営における透明性を高め、県民と地域から信頼され安心できる県立病院を実現するため、県立病院において発生した医療事故を公表しています。

(概要)

	病院名	概要	原因	対応策	(参考) 患者の現状
令和 6年 7月	がん センター	<ul style="list-style-type: none"> 令和4年12月、消化器内科で膵のう胞の定期検査(年1回)として、腹部MRI検査を実施。 検査結果を確認した読影医は、膵のう胞に問題はないこと、左肺下葉に結節様構造の可能性を指摘し、CT検査等で評価することといった旨の所見を記載。しかし、担当医は記載を見落とし、CT検査を依頼せず。 令和5年12月、膵のう胞の定期検査で実施したMRI検査の読影所見に、左肺下葉の結節様構造は緩やかに増大し、腫瘍の可能性がある旨の記載。過去のMRI検査を確認した結果、令和4年12月の読影所見の見落としが発覚。 その後、呼吸器内科でCT検査等を実施したところ、令和6年2月、肺腺がんとリンパ節への転移が判明。 	<ul style="list-style-type: none"> 担当医は読影所見を確認していたが、膵のう胞の検査所見のみ確認し、肺のCT検査等の記載内容について確認できていなかった。 読影所見の既読管理システムにより、医療安全部で既読・未読の管理を行っていたが、既読になっている読影所見のその後の対応状況まで管理していなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 既に導入している読影所見の既読管理システムに加え、重要な所見には読影医がフラグを立て、担当医に通知するシステムを導入する。 フラグを立てた重要な所見は、その後の検査等の対応状況を医療安全部門で改めて確認する体制を構築する。 読影所見の内容について、担当医から患者への説明を徹底する。 	<ul style="list-style-type: none"> 通院により化学療法を実施中

公表年月	病院名	概要	原因	対応策	(参考)患者の現状
令和6年7月	こども病院	<ul style="list-style-type: none"> 令和5年5月、単心室の患者に対して開窓フォンタン手術*を実施。 患者の病状を踏まえ、心停止下に人工血管と心臓に開窓部を作成し、心拍再開後に血管の経路を決めた上で、人工血管と肺動脈を吻合したところ、心臓内へ空気が入り込み、頭部への空気排出が発生。 手術が終了し、PICU（小児集中治療室）に帰室した後、全身性の痙攣発作を認め、脳保護と痙攣制御のため抗痙攣薬の使用等により処置を行った。 同日に実施した頭部 CT 検査では明らかな脳梗塞を疑う所見は認められなかった。 その後、治療及び経過観察を行い、容体が安定した段階で再度実施した CT 検査において、高度の脳障害の兆候が確認された。その後の MRI 検査で明らかな虚血性変化を認め、重度の後遺症が残る結果となった。 	<ul style="list-style-type: none"> 当該手術手法では多量の空気の入り込みが発生することを術前に想定できていなかった。 想定できていなかったことから、準備していた空気塞栓対策では早期発見と十分な空気の除去が出来なかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 開心術時の術式、手順、状況ごとの確認項目、ルールなどの再徹底を行うことに加えて、空気混入の可能性の有無に関わらず継続的な術中モニタリングを行うなど、空気塞栓発生リスクを低減させるための手術手順に見直した。 術前や術中における多職種間の意見交換を活発に行うなど、チーム全体でリスクの軽減に取り組んでいる。 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後、通院により経過観察中

※ 開窓フォンタン手術：人工血管を用い、心臓を介さず静脈血を直接肺動脈に繋げる手術。心臓と人工血管に小さな穴を開け（開窓）、静脈圧の調整を行う。

医療事故公表事案一覧（過去5年）

公表年月	病院名	概要	原因	対応策	(参考) 患者の現状
令和6年5月	尼崎総合医療センター	<ul style="list-style-type: none"> 平成31年3月、埋伏過剰歯（まいふくかじょうし）※¹ 抜歯手術を施行。歯肉を切開し、右側の過剰歯を抜去したのち、左側も同様に過剰歯を（後に永久歯と判明）抜去。 抜歯から4年経過しても、永久歯が萌出（ほうしゅつ）しないため、患者が、かかりつけ歯科医院を受診。 同歯科医院から尼崎総合医療センターが連絡を受け、令和5年3月にあらためて精査したところ、深部に過剰歯が残存し、永久歯の歯胚（しはい）※² がないことが確認され、誤抜歯が発覚。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師は、術前にCT撮影画像で過剰歯の位置や永久歯との位置関係を確認しており、術中も想定した位置に歯があったことから、あらためてCT画像等で十分確認をしないまま抜歯を行った。 	<ul style="list-style-type: none"> CT撮影画像の3次元画像構築を新たに導入し、術前に埋伏過剰歯と永久歯の位置、形態、隣接歯との位置関係を慎重に確認する。 術中、過剰歯を抜歯する前は、術前に撮影したCT画像等と抜歯する歯をあらためて照らし合わせて確認することを徹底する。 抜歯判断に迷う場合は、抜歯する歯が過剰歯か否かを手術室内の歯科用レントゲン撮影装置を用いて確実に確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> 現在、痛みや食事摂取の影響はない。 今後、患者の顎の成長等を経過観察しながら、治療方針を検討する。

※1 埋伏過剰歯： 通常の歯の本数よりも多く形成された歯で、顎の骨の中や歯肉に埋まっている歯のこと。

※2 歯胚： 歯の元となる細胞、歯の芽。

公表年月	病院名	概要	原因	対応策	(参考) 患者の現状
令和6年5月	はりま姫路総合医療センター	<ul style="list-style-type: none"> 令和6年1月、両寛骨臼（かんこつきゅう）（骨盤）骨折に対して手術を施行。 骨盤骨折の術後で、安静臥床中の患者に対して、下肢の外旋（がいせん）^{※1}を避ける処置が十分に行われず、腓骨頭（ひこっとう）部（膝外側）が圧迫され続けたことにより、左足に腓骨神経（ひこつしんけい）^{※2}麻痺が発生。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師は患者の術後ケアについて具体的な指示を出さず、看護師も十分な確認をしなかった。 従来、骨折手術後の患者は整形外科病棟に入室するが、当該患者は人工呼吸器の管理が必要であったために、集中治療室（GICU）に入室。GICUに整形外科患者が入室することは稀であり、担当看護師は術後ケア知識が不足していた。 看護師間で、下肢の外旋を避ける処置、腓骨神経麻痺の疑いについて情報共有が不十分であり、腓骨神経麻痺予防のケアを継続して行っていなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師は術後ケアを具体的に指示し、看護師は医師に確認することを徹底する。 医師、看護師等を対象にして、腓骨神経麻痺予防の院内研修会を実施する。 患者の看護記録に腓骨神経麻痺徴候に関する観察項目（腓骨頭の圧迫、背屈の有無）を新たに追加し、看護師間で情報共有する。 	<ul style="list-style-type: none"> 麻痺によるしびれが残存し経過観察中。 転院先で骨盤骨折のリハビリを継続中。

※1 外旋： 股関節を中心に、つま先が外側へ向くように大腿部を回す動きのこと。

※2 腓骨神経： 腓骨頭部（膝外側）の後ろから足の前面を通り、足背から指にかけて分布している神経。

公表 年月	病院名	概 要	原 因	対 応 策
令和 5年 12月	尼 崎 総 合 医 療 センター	<ul style="list-style-type: none"> ・ 令和5年9月、副鼻腔炎の治療のため、全身麻酔下で内視鏡手術を施行。医師は術中の止血のために薬剤（ボスミン）の準備を看護師に指示 ・ 看護師は、医師に耳鼻咽喉科の手術で通常使用しているボスミン液でよいのか確認した上で、ボスミンを注射器に入れ、医師に提供。医師は受け取ったボスミンを口腔内の粘膜2か所に注射 ・ 注射直後から、血圧の上昇及び不整脈が出現したため、確認したところ高濃度のボスミンを投与したことが判明 ・ 術後、（カテコラミン性）たこつぼ型心筋症と診断され、集中治療室で循環動態を管理 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 止血処置で高濃度のボスミンを使用する場合は、直接塗布や散布を行い、局所注射の場合は希釈する必要があった。 ・ 医師は、使用目的（止血）を伝えると、適切な薬剤(100倍に希釈されたボスミン)が準備されると思い、具体的な指示を出さなかった。 ・ 看護師は、医師から「いつも使用しているものでよい。」と言われたため、ボスミンを希釈せず注射器に入れて渡した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 通常とは異なる使用方法で薬剤を使用する場合は、手術開始前に具体的な使用方法を全員に伝え確認する。 ・ 指示出し・指示受けの際は、医師・看護師の双方で、正しい薬剤名、使用目的、濃度、量を確認する。 ・ 薬剤の塗布や散布で注射器を使用する場合は、注射目的と区別し、色付き注射器を使用する。

公表 年月	病院名	概 要	原 因	対 応 策
令和 5年 7月	加古川 医 療 センター	<ul style="list-style-type: none"> ・令和5年5月19日、腹痛増強により救急搬送。鼠径ヘルニア^{かんとうん}によるS状結腸穿孔^{せんこう}、急性汎発性腹膜炎に対して右鼠径ヘルニアの修復、人工肛門造設術、腹腔内の洗浄を行った。 ・同月21日、腹膜炎の状況を確認するためCT検査を実施したところ、人工肛門を口側^{くちそく}の腸管ではなく、肛門側の腸管に造設していたことが判明した。 ・同日、人工肛門再造設術を施行した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・複数の緊急処置を行うと同時に、既往症の状況から手術時間の考慮も必要であった。 ・また、腸管の浮腫や腸管が通常より長く、捻転していたことにより、口側と肛門側の腸管が逆になっていたことがわからなかった。 ・腸管の状況を目視により確認しただけで、用手による腸管走行や腸間膜の確認をしなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・腸管の浮腫や捻転等により、口側と肛門側の判断がつきにくい場合や、腹膜炎等により視野の確保が困難な場合には、用手による腸管走行や腸間膜の確認を徹底する。（執刀医、助手双方で確認）

公表 年月	病院名	概 要	原 因	対 応 策
令和 4年 11月	はりま 姫路 総合 医療 センター	<ul style="list-style-type: none"> ・ 7月6日、埋伏過剰歯(まいふくかじょうし)にて紹介受診。上顎(じょうがく)にある過剰歯を手術により抜歯することとした。 ・ 8月29日、手術。上顎の右上から削り、最初に見えた永久歯を過剰歯と判断し抜歯した。 ・ 翌8月30日、CT撮影にて過剰歯の残存が確認され、誤抜歯が発覚した。 	<p>手術は、医師A・Bの2名(執刀医はA)、歯科衛生士1名、外回り看護師の4名体制で実施予定であった。</p> <p>医師Bが外来対応により遅れていたため、医師Aが抜歯する歯の選定を開始した。</p> <p>医師Bが入室した際には、抜歯する歯の選定は終わっており、医師Bの確認を十分に得ないまま、医師Aが抜歯を開始した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 手術は開始から終了まで医師2人体制で行うよう取り決め、確認・判断できる体制を整えた。 ・ 術中ポータブルX線撮影装置を新たに購入し、抜歯する歯の選定後(抜歯の前)に撮影を行い、誤抜歯を防ぐ体制を整えた。

公表 年月	病院名	概 要	原 因	対 応 策
令和 4年 8月	はりま 姫 路 総 合 医 療 センター	<p>左鼠径ヘルニア※に対し、6月14日に腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術を実施した。既往の開腹手術により生じた腸管癒着を認めたため、術中判断で直達手術（鼠径部切開法）に術式を変更した。</p> <p>翌15日、ヘルニアの再脱出が認められ、再手術した際に、前日の手術で内鼠径ヘルニアの修復が不十分であったことによるものと判明した。</p> <p>術後、創部（切開部）に発赤を認め、抗生物質を追加投与し、21日の退院（再手術がなければ18日退院予定）となった。</p> <p>※ 鼠径ヘルニア：腹壁の脆弱部分から腹腔内容物（腸管や脂肪）が、皮下に飛び出す状態</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ヘルニア脱出部位のカバー不足があった。 ・直達手術は、視認だけでは脱出部位がわかりにくくなるため、脱出部位を触知して確認すべきであったが、十分に確認できていなかった。 	<p>ヘルニア脱出部位をメッシュで適切にカバーできていることを必ず確認する。</p>

公表年月	病院名	概要	原因	対応策
令和4年7月	西宮病院	<p>令和2年11月2日、耳鼻咽喉科において口蓋扁桃腫瘍摘出術を施行。看護師は、耳鼻咽喉科用バイポーラ（絶縁タイプ）が使用可能であったものの、各科共通用バイポーラ（非絶縁タイプ）を準備し、術中に使用した。術後、右口角に熱傷を発見し、軟膏処置を行い、予定どおり11月8日に退院した。</p> <p>退院後の外来受診時に熱傷部の潰瘍形成が認められ、令和4年3月までの間、計16回の形成外科外来での治療を行ったが、瘢痕化の治癒が困難なため、同年5月16日、瘢痕切除術を施行した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医師、看護師ともに熱傷リスクを認識していなかった。 ・一般的に使用しない器材（非絶縁タイプのバイポーラ）を手術器材庫で保管していた。 ・器材の使用に関する管理体制が整備されていなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・事故直後から全てのバイポーラを絶縁タイプのものに変更した。 ・器材の使用は、複数人の医師、看護師で協議するよう手術室会議で周知した。

公表 年月	病院名	概 要	原 因	対 応 策
令和 4年 3月	こども 病 院	<p>令和3年12月28日、「右水腎症」の病名で患者の紹介を受け、医師Aは同病名を電子カルテに登録した。</p> <p>令和4年1月4日、超音波検査を実施し、医師Bは、結果から「左水腎症」と診断したが、電子カルテの病名に「右側先天性腎盂尿管移行部狭窄」と誤って追加登録した。</p> <p>その後、症状出現の連絡を受けたため、手術を前倒しで実施することとした。</p> <p>2月2日、医師B（執刀医）、A・C（助手）が、右側の腹腔鏡下腎盂形成術を施行した。術中所見でも、右側に、水腎症の原因となる交叉血管の存在等があり、左右の間違いに気づけなかった。</p> <p>術後に腹痛等の訴えがあったことから、超音波検査を実施したところ、左右の誤りに気づき、7日に左側の同手術を実施した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・カルテの病名登録の誤った記載に気づけなかったこと。 ・手術を担当した医師全員が、超音波検査等、手術に必要な情報の確認が不十分であったこと。 ・症状出現の連絡を受け、臨時で手術を計画したため、術前カンファレンスがおこなわれなかったこと。 	<ul style="list-style-type: none"> ・左右のある病名は、確定診断時に左右を記載する。 ・検査依頼時の病名と検査所見に左右の間違ひがある場合、所見に注意喚起する文面を追記する。 ・臨時で手術を実施する場合でも、術前に、術者全員で、画像をもとに術式等を確認する。 ・術前マーキング及びタイムアウト時に、画像等の根拠を持って左右確認を行う手順を追加する。

公表 年月	病院名	概 要	原 因	対 応 策
令和 4年 1月	西 病 院 宮 院	<p>10月11日、腎臓移植施行後に移植腎臓保護のため免疫抑制剤（4種類）を内服していた患者が、抜歯することとなったため、傷の治りが遅くなる免疫抑制剤Aを休薬し、代わりに免疫抑制剤Bを増量することとした。</p> <p>担当医は、電子カルテ入力時、免疫抑制剤Aだけでなく、誤って免疫抑制剤Bも休薬とし、看護師は、出力された処方箋を患者に手渡した。</p> <p>10月25日の定期受診時に処方ミスが判明し、緊急入院。急性拒絶反応がみられたものの改善し、11月20日に退院した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・担当医が、免疫抑制剤の処方内容を電子カルテに入力する際、誤った内容を入力し、気づかなかったこと。 	<ul style="list-style-type: none"> ・院内で、電子カルテ入力時の誤入力防止の注意喚起を徹底した。 ・免疫抑制剤などの重要な薬剤について、処方内容を目視しやすくするため、電子カルテの処方欄の最上段に入力する。 ・免疫抑制剤の内服変更の際は、「薬剤変更のお知らせ」を作成し、担当医以外の看護師等が確認できるようにした。

公表 年月	病院名	概 要	原 因	対 応 策
令和 3年 12月	尼 崎 総 合 医 療 センター	<p>令和3年9月29日、腸瘻を造設した患者の抜歯を実施するため、抗生剤を腸瘻より注入することとした。</p> <p>抗生剤を溶解し、注射用シリンジで注入を開始したが、栄養注入口との形状が合わなかったため、バルーン注入口から注入した。</p> <p>10月7日夜間、急激な下腹部痛が出現したことから、救急外来を受診し、バルーン内に抗生剤が貯留していたことが判明。腹痛及び下痢による脱水もあり緊急入院となった。</p> <p>10月11日、腹腔内膿瘍、汎発性腹膜炎と診断され、腹腔鏡下膿瘍ドレナージ術及び穿孔閉鎖術を実施。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・担当医は腸瘻に使用されていたチューブの構造を知らなかったため、経管栄養用シリンジではなく、注射用シリンジを用い、更に、バルーン注入口と注射用シリンジ先端の形状が一致したため注入できると判断したこと。 ・長期留置に適した腸瘻専用チューブが院内採用されておらず、尿道用バルーン付チューブを使用していたが、バルーン側への誤注入防止の対策が不十分だったこと。 	<ul style="list-style-type: none"> ・構造が不明である医療機器について処置又は判断を行う場合は、専門科医師等に確認を行うよう院内で周知徹底。 ・長期留置に適した、腸瘻専用チューブを院内採用。

公表 年月	病院名	概 要	原 因	対 応 策
令和 3年 11月	が ん センター	<p>令和3年8月30日、左腎がんの患者に対し、左腎腫瘍摘出術を実施。</p> <p>執刀医は埋没型の左腎腫瘍の位置を確認するため、エコーを使用し切除部位の腎表面にマーキングし、当該箇所（左腎臓の一部）を摘出。</p> <p>術後に組織の断面を確認した結果、腫瘍が摘出されていないことが発覚。</p> <p>9月3日、左腎臓の全部を摘出。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・エコー画面を見間違った状態で腫瘍があると予測した場所の腎表面が隆起していたことから、当該箇所に腫瘍があるものと誤認したこと。 ・手術終了前に切除した検体にメスを入れて腫瘍の有無を確認しなかったこと。 ・執刀医・助手ともに埋没型腫瘍の腎部分切除術の経験がなかったこと。 	<ul style="list-style-type: none"> ・エコー端末の構造の周知徹底及びエコー画面の表示設定を統一の上、切除範囲を設定する際は、助手とダブルチェックを実施すること。 ・腫瘍の位置が目視できない場合は、切除した検体をメスで切って腫瘍の有無を確認するよう周知徹底。 ・埋没型腫瘍の腎部分切除術の経験がある医師を執刀医又は助手とすること。

公表 年月	病院名	概 要	原 因	対 応 策
令和 3年 9月	丹 波 医 療 センター	<p>令和3年7月12日、総胆管結石の検査目的のため入院。</p> <p>7月29日、看護師介助のもと、シャワー浴を行った後、浴室から脱衣所へ踏み出した際に足を滑らせて転倒し、右大腿骨転子部及び右肩甲骨を骨折。</p> <p>同日より、保存的治療により、リハビリを実施。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・足拭きマット等の設置についてマニュアルに規定がなかったこと。 ・浴室と脱衣所の間に、滑り止めマットと足拭きマットを重ねて設置すべきところ、別の場所に滑り止めマットを設置したため、足拭きマット単体の設置では危険と判断し、何も設置しなかったこと。 ・浴室と脱衣所の間には手すりがなく持つところがなかったこと。 	<ul style="list-style-type: none"> ・足拭きマット等の設置場所を具体的にマニュアルに記載、脱衣所に注意喚起の張紙貼付及び院内での教育・周知を実施。 ・滑り止め付きの足拭きマットを購入。 ・浴室と脱衣所の間に手すりの設置を検討。

公表 年月	病院名	概 要	原 因	対 応 策
令和 3年 7月	西 宮 病 院	<p>令和3年5月中旬、腎不全(透析)、発作性心房細動等の合併症がある患者が、自宅で転倒し、大腿骨骨折により緊急入院。</p> <p>入院2日目、患者持参薬のアプリンジン（発作性心房細動の治療のための抗不整脈薬・院内非採用薬）が切れるため、担当医が代替薬として院内採用のピルシカイニド（抗不整脈薬）を処方し、入院4日目から内服（通常量）を開始。</p> <p>入院5日目、骨折に対して手術を施行。</p> <p>入院10日目、心室頻拍が出現したが、薬物療法で一旦軽快。</p> <p>入院11日目、再度心室頻拍が出現し、薬物療法を実施したが軽快せず死亡。</p>	<p>腎不全で透析を受けている患者には減量して投与すべきピルシカイニドを減量せずに通常量を投与したことが原因となって、致死性の不整脈（心室頻拍）が発症し、死亡したと判断される。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤処方の際に、腎透析の有無や腎機能の状態に十分留意して減量等の適切な対応を取るよう関係職員に周知した。 ・腎透析患者や腎機能低下患者に慎重投与が必要な薬剤については、医師が電子カルテに処方を入力する際にアラート表示がでるシステムを導入した。 また、自動的に腎機能検査結果と処方内容が照合され過量投与が回避できるシステムを今後導入する。 ・来年度より病棟薬剤師を配置すべく準備を進める。

公表年月	病院名	概要	原因	対応策
令和3年4月	尼崎総合医療センター	<p>令和3年2月2日、右変形性股関節症に対する人工骨頭置換術の術後、患者をロールボードに乗せ、手術台からベッドへ移乗しようとしたところ、ロールボードがベッド上の掛け布団に引っかかったため、整形外科医師が、患者の左下肢を押し移乗させた。</p> <p>患者は右股関節に強い痛みを訴えたが、手術創の痛みと判断し、鎮痛剤を投与し様子を見たが、翌3日、痛みが強いため、レントゲン撮影したところ、人工関節周囲の骨折が判明した。</p> <p>翌4日に人工関節再置換術を施行し、3月11日に退院、以降は外来にて経過観察を行っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 患者の移乗において、障害物の確認を怠ったため、ロールボードがベッド上の掛け布団に引っかかった。 患部への配慮が不足していたため、患者の左下肢を押し移乗させたことで、手術をした右大腿部に外圧が加わり骨折した。 	<ul style="list-style-type: none"> 臥位の患者を移乗する際は、移乗先に障害となるものがないか声出し確認する。 手術室マニュアルに、声出し確認及び掛け布団の取扱い（部屋前のカートへ収納）を追記する。 手術直後は、当該科医師が患部を支え慎重に移乗する。

公表 年月	病院名	概 要	原 因	対 応 策	(参考) 患者の現状
令和 3年 1月	丹 波 医 療 センター	<p>患者は、筋力低下や認知症により転倒リスクが高かったため、離床センサーを使用していた。</p> <p>令和2年10月23日6時50分頃、センサーのコールを受け訪室した看護師は、センサーのスイッチをオフにして排泄介助を行った後、患者をベッドに移乗した際にスイッチをオンにすることを失念したまま患者のもとを離れた。</p> <p>7時5分、向かいの病室にいた看護師が物音を聞き訪室すると、患者がベッドの足下に倒れており、検査の結果、右大腿骨転子部骨折が判明し、同月29日に接合手術を施行した。</p>	<p>看護師は、患者をベッドに移乗する際に、オフにした離床センサーについて、オンにすることを失念した。</p>	<p>看護師が患者のもとを離れると、自動で離床センサーがオンに切り替わる補助器具を導入する。</p>	<p>術後の経過に問題はなく、12月7日に療養目的で転院。</p>

公表年月	病院名	概要	原因	対応策	(参考) 患者の現状
令和2年12月	西病 宮院	<p>令和2年9月6日、急性胆嚢炎で緊急入院した患者に対し、胆嚢を摘出する腹腔鏡下手術を施行した。</p> <p>手術医は、切除した胆嚢を収納し摘出するためのポリエチレン製の袋を体内に挿入したが、切除した胆嚢が袋に収まらなかったため、当該袋を体内に留置したまま、別の大きい袋を挿入して胆嚢を摘出した。</p> <p>手術終了から約1時間後、手術医は先に体内に留置した袋の回収失念に気づき、再度手術を行い袋を回収した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・手術医は、胆嚢に感染した細菌の体内拡散を防ぐために胆嚢の摘出を優先し、組織収納袋は胆嚢摘出後に回収しようと考え体内に留置したが、回収を失念した。 ・手術マニュアル上、組織収納袋が手術の前後に数をカウントする備品に位置づけられていなかった。 ・組織収納袋がレントゲン画像に映らない素材のものであり、体内留置物の有無を確認するために撮影したレントゲンで発見できなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・不要となった体内挿入物はすぐに取出すよう、医師に周知徹底する。 ・手術マニュアルを改正し、組織収納袋をカウントの対象備品に位置づけるとともに、カウント時は手術スタッフ全員が手を止め、体内留置物がないことをチーム全体で確認・共有する。 ・レントゲン画像に映る素材の組織収納袋に変更する。 	<p>処置後の経過は良好で、予定どおり9月10日に退院。</p>

公表年月	病院名	概要	原因	対応策	(参考) 患者の現状
令和2年10月	尼崎総合医療センター	<p>平成29年9月4日、十二指腸がんの術後フォローが必要な患者に対し、胸腹部CT検査を実施し、外来担当医Aは11日に検査結果説明のための診察を予定していた。</p> <p>同日、読影医は「右肺上部に肺がんの疑いとフォローを要する」旨をレポートに記載した。</p> <p>検査結果説明前の9月6日、患者が逆行性胆管炎により緊急入院し、腹部CT検査を実施した。入院担当医Bは、4日・6日撮影の画像を比較し、著変なしとカルテに記載した。</p> <p>退院後の10月11日、外来担当医Aは、9月6日の腹部CT検査の結果のみを確認し、十二指腸がんを終診とした。</p> <p>令和2年8月4日、肺がん及び転移性骨腫瘍の疑いで他院から紹介入院となり、過去の画像を確認したところ、平成29年9月4日の読影レポートの確認漏れが発覚した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外来担当医 A は、診察の直近に実施した平成 29 年 9 月 6 日の腹部 CT 検査の結果のみを確認し、9 月 4 日の胸腹部 CT 検査の読影レポートを確認していなかった。 ・ 入院担当医 B は、9 月 4 日・6 日の画像を比較した際、4 日の胸腹部 CT 検査の読影レポートを確認していなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 読影レポートの確認漏れを防ぐため、令和元年 11 月 16 日から「放射線レポート既読管理システム」の運用を開始している。 ・ 運用開始以降は、毎月 1 回、1 ヶ月以上未読状態の読影レポートを各診療科責任者が確認し、担当医に指導している。 	<p>通院により、骨腫瘍の痛みに対する鎮痛剤投与等を実施中。</p>

公表年月	病院名	概要	原因	対応策	(参考) 患者の現状
令和2年9月	こども病院	<p>令和2年7月16日、小麦アレルギー患者に対するおやつ提供の際、調理委託会社が小麦使用の蒸しパンを用意したが、確認した病院栄養士は誤りに気づかなかった。</p> <p>おやつを受け取った病棟看護師は、患者が小麦アレルギーであることを確認し疑いを持ったが、米粉等使用の蒸しパンと思い込み、患者に配膳した。</p> <p>完食から約2時間後、アレルギー症状が現れたため、抗アレルギー剤の投与や昇圧剤点滴等の処置を行なった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・委託会社において、献立表記載のアレルギー指示を見落とし、誤ったおやつを用意した。 ・病院栄養士は、蒸しパンにアレルギー対応必要患者に貼付する氏名シールが貼られていたことから、アレルギー対応済と思い、誤りに気づかなかった。 ・病棟看護師も同様に、蒸しパンに氏名シールが貼られていたことに加え、他の患者はたこ焼きであったことから、アレルギー対応済であると思い、病院栄養士に問合せをしなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・委託会社は、献立表に記載された指示内容の対応漏れがないか、2名でダブルチェックをする。 ・病院栄養士においても、委託会社とともに再度確認を行なう。 ・病棟看護師は、委託会社から受け取る際、読み合わせによる確認を行なう。 	<p>処置後の経過は順調で、7月31日に退院。</p>

公表 年月	病院名	概 要	原 因	対 応 策	(参考) 患者の現状
令和 2年 4月	尼 崎 総 合 医 療 センター	<p>令和2年2月12日、胃腸炎関連けいれんに対して、抗けいれん薬（カルバマゼピン）を「投与量70mg、1日1回、1日分」と処方するところ、誤って700mgと処方箋に入力した。</p> <p>院外薬局から投与量に関する疑義照会があったが、看護師からの報告を受けた担当医は、服用回数に関する問合せであると誤認し、処方箋に記載のとおりでよいと返答した。</p> <p>翌13日、服用後の副作用（傾眠傾向）により救急搬送となり、過剰投与が発覚し、直ちに点滴等の入院加療を行った。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・担当医が処方箋の内容を十分確認していなかった。 ・アラートシステム（薬剤の処方量が上限量を超えていると警告が出るシステム）に、成人の基準値（1,200mg）しか設定していなかった。 ・院外薬局からの疑義照会が、担当医に正確に伝わらなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・処方箋の内容確認を徹底する。 ・アラートシステムに、小児の年齢毎の基準値を設定する。 ・薬局からの疑義照会様式を見直すとともに、正確な情報伝達を徹底する。 	<p>処置後の経過は順調で、2月16日に退院。</p>

公表 年月	病院名	概 要	原 因	対 応 策
令和 2年 3月	こども 病 院	<p>平成31年2月、患者は心疾患及び気管狭窄のため入院し、気道確保のために気管切開等を実施した後、根治手術に向けて自宅で体重増加を図るため、5月に退院した。</p> <p>令和2年1月、患者は根治手術のため再入院した。</p> <p>2月3日、手術に備えて気管切開部のカニューレを経鼻挿管チューブに替える処置を行った際、チューブが片方の肺に入り、片肺挿管となった。その後、血圧低下等を認めたため、昇圧剤の投与等を行ったが奏功せず、蘇生処置を経てECMO（人工肺）を導入した。</p> <p>その後、ECMOは離脱したが、低酸素による脳機能停止状態に陥り、3月17日に死亡診断となった。</p>	<p>現在、精査中であり、今後、外部委員を含む医療事故調査委員会を設置し精査検討を行う。</p>	<p>今後設置予定の医療事故調査委員会における調査結果を踏まえ、検討する。</p>

公表 年月	病院名	概 要	原 因	対 応 策	(参考) 患者の現状
令和 2年 1月	西 宮 病 院	<p>平成26年4月、読影医が、前日に救急外来を受診した患者の胸部CTで肺癌の可能性を指摘したが、救急外来でCT検査を依頼した診察医Aは読影結果を確認していなかった。</p> <p>令和元年8月、患者が救急外来を受診した際、診察医Bが未確認に気づいた。</p> <p>9月に患者は他院で肺癌と診断された。</p>	診察医Aが、読影結果を確認せず、患者への説明も行わなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・読影結果は、再診日を設定して患者に説明する。 ・未確認の読影結果を依頼医に通知するシステムを導入予定。 	他院での肺癌治療は順調であったが、脳転移が判明し、治療を継続中。

公表年月	病院名	概要	原因	対応策	(参考) 患者の現状
令和2年1月	加古川医療センター	令和元年11月14日、担当医が腸管の走行が複雑な患者に大腸の透視検査を行った際、カテーテル挿入により穿孔を起こしたことを確認せずにバリウム（造影剤）を注入したため、バリウムが腸管外に広がった。	腸管の走行が複雑な患者であったが、カテーテルの挿入確認を行わず、造影剤を注入した。	カテーテル挿入後に、画像で穿孔がないことを確認してから造影剤を注入する。	1月9日に直腸癌の切除手術を施行し、経過は順調。

公表 年月	病院名	概 要	原 因	対 応 策	(参考) 患者の現状
令和 2年 1月	丹 波 医 療 センター	<p>平成29年5月、読影医Aが腎嚢胞の精査のために撮影された腹部CTで、撮影範囲内にあった肺下部の腫瘍を指摘できなかった。</p> <p>令和元年9月、患者が胸部違和感を訴えたため胸部CTを実施した結果、読影医Bが2年前の見落としに気づいた。</p> <p>11月に患者は他院で肺癌と診断された。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 読影医Aは依頼の目的外であった胸部の異常陰影を指摘できなかった。 事故当時、読影医は一人しかおらず、チェック体制が十分でなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 読影医は、依頼の目的部位以外の確認を徹底する。 読影医によるダブルチェックを徹底する。(1→3名に増員済) 	他院で治療を継続中。

公表年月	病院名	概要	原因	対応策	(参考) 患者の現状
令和元年12月	西宮病院	<p>令和元年9月4日、卵巣嚢腫に対して、卵巣を摘出する手術を実施した。</p> <p>15時50分頃、手術が終了し、麻酔科医が術後の鎮痛目的に点滴を開始した。</p> <p>16時5分頃、痙攣等を認めたため救急処置を行い、また、投与されていた薬剤が本来のアセリオ（鎮痛剤）ではなく、アナペイン（局所麻酔剤）であったことに気づいた。</p> <p>直ちに、アナペインの作用を減弱させる薬剤を投与した。</p>	<p>手術時には、セット薬剤として、同じトレー内に、同じ規格用量（100mL）のアセリオとアナペインを置いていたが、投薬時の薬剤名の確認が不十分であった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・同じ規格用量（100mL）の両薬剤のうち、使用頻度の低いアナペインをセット薬剤から外し、必要時のみ準備する。 ・手術室で鎮痛剤や抗生剤等、薬剤を投与する際のダブルチェックを徹底する。 	<p>処置後の経過は順調で、当初の予定通り9月8日に退院。</p>

公表 年月	病院名	概 要	原 因	対 応 策	(参考) 患者の現状
令和 元年 11月	西 宮 病 院	<p>患者は、睡眠導入剤服用のため、夜間のみ離床センサーを使用し、離床時の介助を必要としていた。</p> <p>7月29日3時頃、巡回していた看護師Aが、トイレで転倒し、うつぶせになっている患者を発見した。</p> <p>左大腿部に疼痛を認めましたが、当直医が診察のうえ経過観察となった。翌朝に痛みが増強したため検査を行った結果、左大腿骨頸部骨折と診断され、同月31日に手術を施行した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・準夜勤務の看護師Bがセンサーの電源を入れ忘れ、その後、巡回時の作動状況確認も失念していた。 ・深夜勤務の看護師Cが巡回時にセンサーの作動状況を確認しなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・センサーを使用する患者のベッドサイドに表示を行う。 ・巡回後にセンサーの作動状況を病棟のリーダー看護師に報告することとする。 	<p>術後の経過は良好で、9月9日にリハビリ目的で転院。</p>

公表 年月	病院名	概 要	原 因	対 応 策	(参考) 患者の現状
令和 元年 11月	こども 病 院	<p>7月25日、左側の肋骨に発生した悪性腫瘍（ユーイング肉腫）のため、第4肋骨（原発）全摘出及び第3、5肋骨を部分切除する手術を予定していた。</p> <p>皮膚切開後、執刀医が第5肋骨を第4肋骨と誤認したため、第5肋骨全摘出及び第4、6肋骨を部分切除したが、全身麻酔覚醒前のレントゲン撮影にて誤認に気づき、直ちに第4肋骨全摘出及び第3肋骨の部分切除を行った。</p>	<p>術前のマーキングは、第4肋骨に沿った皮膚の切開部位に印をつけたが、皮膚切開が大きく、想定以上にずれが生じたため、直下に腫瘍を認めた第5肋骨を第4肋骨と誤認した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・皮膚のマーキングに加え、切開後に病変部が特定できる位置に、事前に透視下で色素を注入して印をつける。 ・術中に病変部が特定できない場合は、胸腔鏡や透視を行い確認する。 	<p>術後の経過に問題はなく、化学療法中。</p> <p>（第4肋骨を部分切除したため、腫瘍細胞が広がった可能性を考慮し、照射線量を増加。）</p>

公表年月	病院名	概要	原因	対応策	(参考) 患者の現状
令和元年8月	がんセンター	<p>平成31年1月18日、子宮体がん手術後の患者に対し、カテーテルによるIVCフィルター（肺血栓塞栓症の予防目的で静脈内に留置）回収術を行った際、フック部が血管壁に引っ掛かり抜けなくなったため回収を断念した。</p> <p>回収にはリスクが高い開胸手術を要するため、フィルターを永久留置したまま抗血栓薬の服用により対応できることを患者に説明（推奨）したが、術前にフィルターは永久留置が可能であること、回収不能となる可能性を説明していなかった。</p> <p>患者はセカンドオピニオンを受けたうえでの回収手術を希望した。</p> <p>7月23日、セカンドオピニオンを受けた他院で回収手術が行われた。</p>	<p>直前（平成30年12月）に新たに導入した器材を手順通りに操作しなかったため、カテーテルによるフィルターの回収が不能となった。</p>	<p>新たに導入した器材について、十分にトレーニング等を行い手技の熟知を徹底する。</p>	<p>他院でのフィルター回収手術は成功し、経過は良好。なお、原疾患である子宮体がんについては、がんセンターで引き続きフォローを行う。</p>

公表年月	病院名	概要	原因	対応策	(参考) 患者の現状
令和元年7月	尼崎総合療養センター	<p>令和元年5月5日7時頃、せん妄による判断力低下等のため、転倒のリスクがあり、離床時の見守り介助を必要としていた入院患者の離床センサーが反応した。訪室した看護師は洗面台に立っている患者を確認後、その場を離れて、他の患者の検温等を行っていたが、数分後に物音が聞こえたため駆けつけると、目薬をさそうとして後ろ側に転倒し、四つん這いになっている患者を発見した。</p> <p>転倒の際にぶつけた腰部の画像検査を行ったところ、手術適応の腰椎圧迫骨折と診断され、同月23日に手術を施行した。</p>	看護計画において、離床時には見守り介助を行うこととしていたが、ふらつきなく立っていたため大丈夫と思い込み、介助せずにその場を離れた。	患者の日常生活動作(ADL)を過信せず、看護計画にそった介助を徹底する。	術後の経過は良好で、6月10日にリハビリ目的で転院。