

令和 7 年度中に記者発表を行った医療事故の評価について

	記者発表日	病院	記者発表概要	令和 7 年度評価への反映
1	令和7年5月2日	精神医療センター	令和 7 年 1 月に入院患者が搬送先病院で死亡（レベル 5）。入院中の患者が病室内で心肺停止の状態で発見された。	院内事故調査委員会において調査中のため、現時点では、 <u>評価の対象としない。</u>
2	令和7年6月17日	こども医療センター	令和 3 年10月に発生した医療事故（レベル 5）に関する医療事故調査・支援センター調査報告書を公表した。	当該医療事故を契機として、すでに「『42の提言』アクションプラン」を作成し、必要な対策を実施中のため、 <u>評価を下げる要素とはしない。</u>
3	令和7年10月1日	がんセンター	令和 7 年 9 月に、入院中に予期せず患者が死亡（レベル 5）。食道がんの手術後に、経腸栄養剤を投与するための腸瘻チューブが十二指腸を穿孔していたことが判明した。	院内事故調査委員会において調査中であるが、事故発生から約 4 ヶ月間半、手術を休止し、県民への医療提供に大きな影響を与えた。また、手術休止中、医療安全体制の点検等を行い、ガバナンスの再構築、診療にかかわるマニュアルの整備などを行った。 <u>県民への影響の大きさを考慮し、これらの対応等について評価に反映する。</u>
4	令和7年12月25日	がんセンター	令和 6 年 3 月に撮影した C T 検査画像について、がん再発を示唆する所見を見落としていたことが令和 7 年 7 月に判明した（レベル 3 b）。	がんセンターにおいて再発防止策が図られていることから、 <u>評価を下げる要素とはしない。</u>
5	令和8年3月30日	精神医療センター	令和 5 年 5 月に発生した医療事故（レベル 5）について、院内医療事故調査委員会の報告書等を公表した。	当該報告書に基づく再発防止策が図られていることから、 <u>評価を下げる要素とはしない。</u>

	区分		内容
ヒヤリ・ハット事例	レベル0		エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった。
	レベル1		患者への実害はなかった（何かしらの影響を与えた可能性は否定できないものも含む）。
	レベル2		処置や治療は行わなかった（患者の観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた）。
	レベル3	a	簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など）。
b		濃厚な処置や治療・検査を要した。	
アクシデント	レベル4		提供した医療または管理に起因し（含む疑い）、患者の生活に影響する予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る高度の後遺症が残る可能性が生じた場合。
	レベル5		提供した医療または管理に起因し（含む疑い）、予期せず患者が死亡した場合。

院内死亡事案発生時の基本フローチャート

(令和7年5月14日 地方独立行政法人神奈川県立病院機構2025Ver1.1)

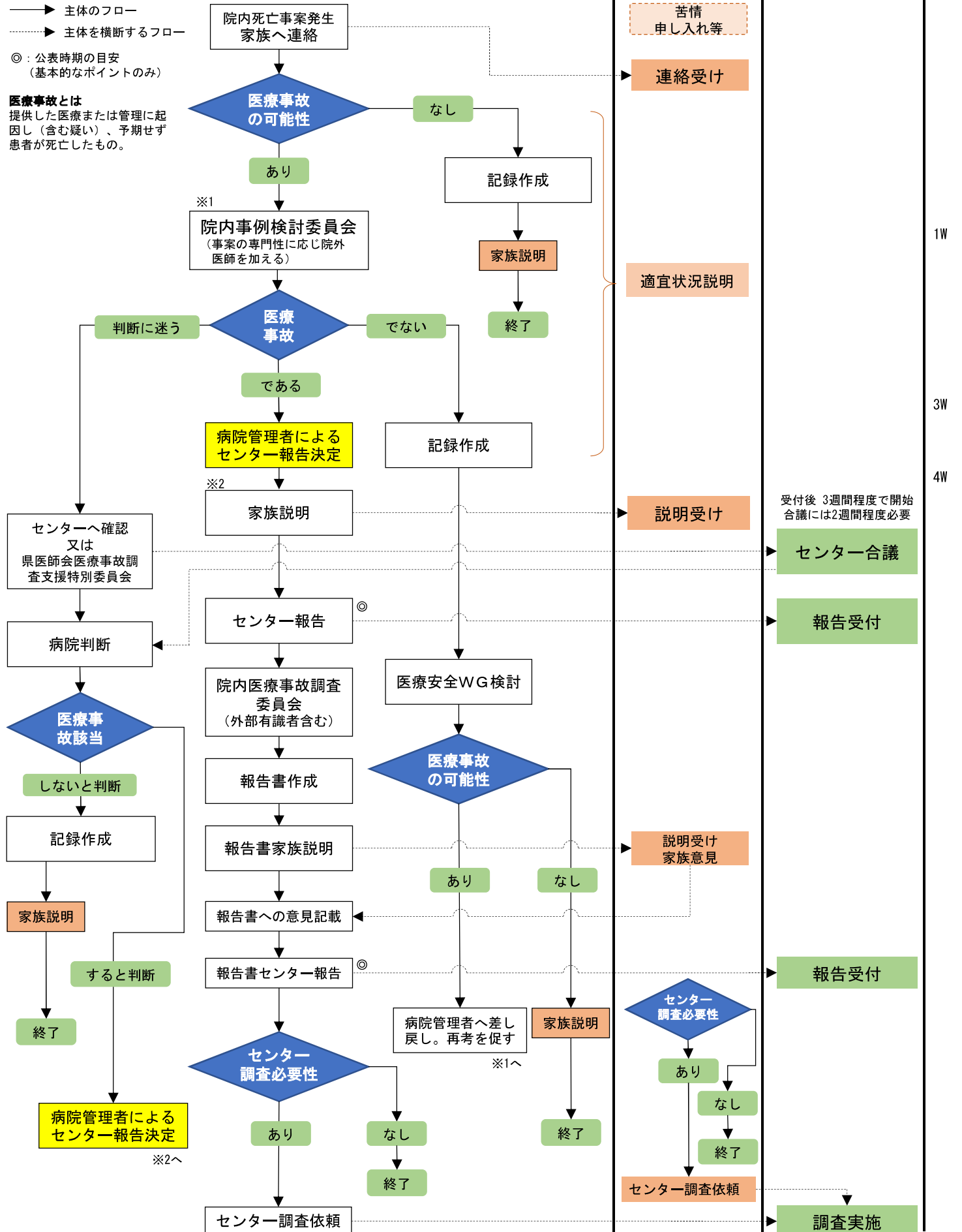
センター：医療事故調査・支援センター ※ 神奈川県医師会医療事故調査支援特別委員会は紙面都合により主体から割愛

病院・機構本部（病院はフローが進むたびに本部と情報共有）

- 主体のフロー
- 主体を横断するフロー

◎：公表時期の目安
(基本的なポイントのみ)

医療事故とは
提供した医療または管理に起因し（含む疑い）、予期せず患者が死亡したもの。





レベル 5 に該当する医療事故の発生について

令和 7 年 1 月 4 日、当センターに入院していた患者が搬送先病院で死亡する事例が発生しました。この事例については、レベル 5^{※1}に相当するとともに、医療法第 6 条の 10 第 1 項に規定する医療事故^{※2}に該当すると判断しました。今後は、原因究明及び再発防止のため、必要な調査を行います。

1 事故発生場所

神奈川県立精神医療センター

2 事故発生年月日

令和 6 年 12 月 30 日

3 患者の年代及び性別

10 歳代・男性

4 事故発生状況

- 令和 5 年 8 月から入院治療を継続していた患者が、令和 6 年 12 月 30 日午後から興奮状態になり、病室内のトイレにこもっていた。
- 同日夜、看護師が就寝前の服薬のために訪室し、トイレのドアを開けたところ、便器に座り込み、心肺停止状態の患者を発見した。
- 心臓マッサージなどの蘇生措置を行い、他病院へ搬送したが、令和 7 年 1 月 4 日に死亡が確認された。
- 死因は、警察による解剖の結果、急性うっ血性心不全による低酸素脳症であった。

5 今後の対策

今後、原因究明及び再発防止策の検討のため、医療法の規定による医療事故調査制度に基づき、外部の専門家を加えた院内医療事故調査委員会を設置し、必要な調査を実施します。

6 その他

事故調査終了後、個人情報 that 特定されない形で調査結果の概要を公表する予定です。

※1 「神奈川県立病院機構医療安全推進規程」に定められた医療事故等の区分のレベル 5 を指します（参考資料参照）。

※2 当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったものとして厚生労働省令で定めるもの（医療法第6条の10第1項）。

(問合せ先)

地方独立行政法人 神奈川県立病院機構

神奈川県立精神医療センター

事務局長 遠藤

電話：045-822-0241（代表）



令和3年10月に発生した医療事故に関わる医療事故調査・支援センター 調査報告書について

令和3年10月、当院において発生した医療事故^{※1}について、一般社団法人日本医療安全調査機構医療事故調査・支援センター^{※2}から「医療事故調査・支援センター調査報告書」(以下「センター報告書」という。))の交付がありましたので、個人が特定されない範囲で別添のとおり公表します。

当院としては、センター報告書に記載された医療機関に向けての提言を真摯に受け止め、今回の医療事故を契機として策定された「神奈川県立病院機構医療安全推進体制に係る外部調査委員会による『42の提言』アクションプラン^{※3}」に基づき、引き続き再発防止に向けて職員一体となって取り組んでいきます。

なお、センター報告書に記載された「X. 要約」は次のとおりです。

【医療事故調査・支援センター調査報告書から「X. 要約」を全文抜粋】

X. 要約

● 事例概要

患児は■歳、■児。■のため、■(■)・■を受けた。術後1日、経管栄養と内服の注入を開始し、術後2日から39℃に発熱した。術後3日、午前中の胸部X線検査結果で肺炎や無気肺の所見はなかったが、夕方から41℃以上の発熱と嘔吐、下痢を認めた。術後熱と判断し経過観察したが、その後も症状が持続した。術後5日、動脈血酸素飽和度(SpO₂)と心拍、血圧が低下したため、心肺蘇生を施行したが同日死亡した。

● 死因

死因は、循環血液量減少性ショックをベースとした敗血症性ショックの可能性が高いと推測する。死因にはいくつかの原因が複合的に関わっていると考えられるが、特定することは困難であった。

● 医療機関に向けての提言

- (1) 複数の併存症がある患者の高侵襲な手術後の管理を、経験の浅い医師が行う場合、上級医は患者について積極的に情報を共有し、診療科内の医師と共に治療方針について検討するなど、体制を見直すことが求められる。また、主科、併存症に係る診療科、救急科の医師などがチームを組み、術前にカンファレンスなどで患者情報を共有した上で管理を行うことが望ましい。
- (2) 長時間の手術後や術後合併症の発症が予測される場合には、治療方針、観察ポイント、医師への報告基準など術後の管理体制について検討し、医師・看護師間で共有することが求められる。特に、術後の検査や約束指示については、具体的な取り決めを作成することが望ましい。また、術後早期に何らかの理由で動脈ラインを抜去した場合には、可能な範囲で再挿入すること、■を挿入している患者の■には、■などの必要な医療デバイスを、

チームで情報共有・協議の上、予め準備しておくことが望ましい。

- (3) 急変時に「心肺蘇生フローチャート」に則った対応が行えるよう、院内におけるシミュレーショントレーニングの実施体制を整備すること、ショックの病態について、研修会や勉強会などを通して再認識し、適切な判断ができるような教育体制を構築することが求められる。また、異常事態を早期発見できるような院内のプロトコルを構築すると共に、緊急応援要請体制の見直しが求められる。
- (4) HCUから一般病棟に転棟する際には、患者の状態やそれに対する治療などの情報を共有した上で必要な検査を行い、転棟が可能な状態かを判断することが求められる。合わせて「患者にどのような変化があった場合にHCUに再入室するか」に関して、医師・看護師を含めた診療チーム全体で共有することが望ましい。
- (5) ICの際に用いられる定型の説明・同意書には、手術以外の治療選択を記載した上で説明すること、家族の相談内容や理解度について診療記録に記載することが求められる。また、術後に想定外の症状が持続し、家族から不安の訴えがある場合には、医師と看護師が患者の病状や家族の訴えを共有し、速やかに病状説明が行えるような体制の構築が求められる。

※1 令和3年10月に発生した医療事故については、令和5年9月に院内事故調査報告書を公表しています（参考資料1、又は次のホームページをご覧ください）。

医療事故の調査結果と再発防止策について（令和5年9月7日記者発表資料）

(<https://kanagawa-pho.jp/information/press/20230907.html>)

※2 一般社団法人日本医療安全調査機構医療事故調査・支援センターが行う調査の流れについては、参考資料2及び次のホームページをご覧ください。

1. 医療事故調査制度について（一般社団法人日本医療安全調査機構医療事故調査・支援センターホームページ）

(https://www.medsafe.or.jp/modules/public/index.php?content_id=2#anc02)

※3 今回の医療事故を契機として策定された「神奈川県立病院機構医療安全推進体制に係る外部調査委員会による『42の提言』アクションプラン」の取組状況は次のホームページをご覧ください。また、神奈川県立病院機構の院内死亡事案発生時の基本フローチャートは参考資料3をご覧ください。

「42の提言」アクションプランの令和6年度達成状況報告

(<https://kanagawa-pho.jp/information/press/20250318.html>)

問合せ先

神奈川県立こども医療センター

副院長 石川、事務局長 中島

電話 045-711-2351（代表）



レベル 5 に該当する医療事故の発生について

令和 7 年 9 月 8 日、当センターにおいて、入院中に予期せず患者が死亡する事例が発生し、この事例については、レベル 5^{*1}に相当するとともに、医療法第 6 条の10第 1 項に規定する医療事故^{*2}に該当すると判断し、医療事故調査・支援センターに報告しました。

今後は、原因究明及び再発防止のため、必要な調査を行います。

1 事故発生場所

神奈川県立がんセンター

2 事故発生年月日

令和 7 年 9 月 4 日

3 患者の年代及び性別

60歳代・男性

4 事故発生の状況

- 食道がんの患者に対し、当センターの消化器外科（胃食道）において、胸腔鏡下食道亜全摘術を行った。その際、経腸栄養剤を投与するための腸瘻ちようろうチューブを留置し、術後翌日から栄養剤の投与を開始した。
- 術後 2 日目、採血データが悪かったため、CT 検査を実施したところ、腸瘻チューブが十二指腸を穿孔していることが判明した。
- 穿孔に伴い、経腸栄養剤が腹腔内に漏出し、腹膜炎を発症したため、緊急手術で開腹洗浄ドレナージ術を行った。その際、腸瘻チューブが20cm腹腔内に出ていることが判明した。
- 状態が改善せず、術後 4 日目に敗血症性ショック及び急性呼吸不全で死亡した。

5 今後の対応

原因究明及び再発防止策の検討のため、医療法の規定による医療事故調査制度に基づき、外部の専門家を加えた院内医療事故調査委員会を設置し、必要な調査を実施し

ます。

6 その他

事故調査終了後、個人情報特定されない形で調査結果の概要及び再発防止策について公表する予定です。

※1 「神奈川県立病院機構医療安全推進規程」に定められた医療事故等の区分のレベル5を指します（参考資料参照）。

※2 当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡または死産であって、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったものとして厚生労働省令で定めるもの（医療法第6条の10第1項）。

(問合せ先)

地方独立行政法人 神奈川県立病院機構

神奈川県立がんセンター

事務局長 石井 幸介

電話：045-520-2222（代表）

胃食道外科（食道がん・胃がん）手術再開のお知らせ

患者様、ご家族の皆様

医療機関の皆様

この度は、令和7年9月17日から当院における食道がん及び胃がん手術の一時中止により、多大なるご心配とご迷惑をおかけいたしましたことを、改めて深くお詫び申し上げます。

この間、医療安全体制の点検と強化を行うとともに、意思決定や情報共有の在り方を見直すなど、病院全体としてのガバナンスの再構築に取り組んでまいりました。

あわせて、診療にかかわるマニュアルの整備と、それを継続的に改善していく仕組みの構築、ならびに外部有識者によるチェック体制の整備など、再発防止に向けた取組を進めてまいりました。

その結果、今後も継続的な点検と改善を行う体制のもとで、手術を再開できると判断いたしましたので、令和8年2月2日以降、順次食道がん及び胃がんの手術を再開することをご案内申し上げます。

手術再開にあたり、患者様には主治医より改めて詳細なご説明を差し上げ、今後の治療計画についてご相談させていただきます。ご不明な点やご不安な点がございましたら、ご遠慮なく主治医または担当看護師にお申し付けください。

当院は、今後も医療安全を最優先に、全職員が一丸となって、患者様が安心して治療を受けられる環境づくりに取り組むとともに、継続的な点検と改善を通じて、医療の質と安全性の向上に努めてまいります。

令和8年2月

神奈川県立がんセンター

病院長 酒井 リカ



C T 検査画像の読影見落としについて

当センターにおいて、令和 6 年 3 月に撮影した C T 検査画像の読影に関して、がんの再発を示唆する所見を見落としとしていたことが令和 7 年 7 月に判明しました。この事例については、レベル 3 b ※に該当し、患者の同意が得られた範囲内で公表するものです。

1 発生場所

神奈川県立がんセンター

2 発覚年月日

令和 7 年 7 月 4 日

3 患者の年代及び性別

70 歳代・男性

4 発生の状況

- 患者に対し、平成 28 年及び令和 2 年にそれぞれ別のがんの治療を実施し、6 カ月ごとの経過観察を継続していた。
- 令和 6 年 3 月に経過観察目的で C T 検査を実施し、読影結果に基づき再発なしとして説明を行い、引き続き経過観察とした。
- 令和 7 年 6 月に、体調の変化や腫瘍マーカーの上昇を認めたため、翌 7 月に C T 検査を行ったところ、再発が確認された。
- 令和 6 年 3 月の C T 検査画像を改めて見直した結果、多発肺内結節が認められ、当時の読影で見落としがあったことが判明した。
- 患者には、当時再発を示唆する所見が存在していたにもかかわらず、指摘できなかったこと及びその結果として治療開始時期が遅れたことについて説明し、謝罪した。
- 患者は現在、当センターにて治療を継続している。

< C T 検査の予約から結果説明までの流れ >

- ① 診療科医師が次の診療時に C T 検査の結果を確認できるように検査を予約。
- ② C T 撮影後、放射線診断医師が C T 検査画像を読影し、報告書を作成。
- ③ 診療科医師が診察時に当該報告書と C T 検査画像を確認し、患者へ検査結果

を説明。

5 原因

- 放射線診断医は再発なしと読影したため、画像所見を報告書に記載しておらず、診療科の医師も多発肺内結節に気づくことができなかった。

6 再発防止に向けた対応

- 放射線診断医・画像診断支援ツール（A I）・検査依頼医によるトリプルチェックの強化を図る。
- 画像診断業務全体を見直し、診断の質の向上を図る。

※ 「神奈川県立病院機構医療安全推進規程」に定められた医療事故等の区分のレベル3 bを指します（参考資料参照）。

（問合せ先）

地方独立行政法人神奈川県立病院機構

神奈川県立がんセンター

事務局長 石井 幸介

電話：045-520-2222（代表）



令和 5 年 5 月に発生した医療事故について

令和 5 年 5 月、当センターにおいて発生し、令和 6 年 8 月 2 日に事故の発生について公表した医療事故について、外部の専門家を含む院内医療事故調査委員会（以下「委員会」という。）を設置し、原因究明及び再発防止の検討を行いました。

このたび、委員会による医療事故調査報告書（以下「報告書」という。）がまとまりましたので、ご遺族代理人から報告書についての申入書とともにご遺族にご了解いただいた範囲で公表します。

当センターとしては、この事実を重く受け止め、再発防止に向けて職員一体となって取り組んでいきます。

1 概要

(1) 事故発生の状況

腹痛を訴えていた慢性便秘症の患者（40歳代・男性）が嘔吐の後、心肺停止となり、死亡した。

- 患者は、精神疾患により令和 4 年春から継続して入院中で、令和 5 年 5 月 17 日から事故日までは隔離対応中であった。
- 令和 5 年 5 月 31 日午前 9 時頃、環境整備のため病室を訪問した看護師が、患者が心肺停止状態であることを発見した。医師による胸骨圧迫等の心肺蘇生法を行うとともに、他院へ搬送したが、搬送先の病院で同日午前 10 時頃に死亡した。
- 死体検案書から、直接死因がイレウス*であることが判明した。

※ イレウス

腸管の動きが鈍くなり、便が停滞する状態のことをイレウスという。向精神薬を内服すると便秘になりやすく、イレウスを引き起こしやすくなる。

(2) 院内事故調査委員会での検証

ア 医学的検証

- イレウスが起点となり死亡に至ったという前提で医学的検証を行った。
- 便秘症に対して、薬物治療は行われていたが、便秘症対策について院内のルールや指標がなく、医師による腹部の診察はほとんど行われていなかった。
- エックス線撮影により、便塊の停滞を確認した際には、緩下剤を追加したが、効果を確認するための医師による腹部の診察や検査などが行われていなかった。また、その間、医療者間で患者情報の共有や評価、対策の検討がなされていなかった。
- 死亡前日の患者の訴えや状態についても、患者の甘えや精神症状によるものと捉え、医師と看護師の間で情報を共有することができておらず、医師による腹部の診察や検査などの身体評価につながらなかった。
- 死亡当日に嘔吐を発見したものの、身体急変のサインと捉えず、医師への報告が遅れた。
- 最大の問題は、解剖結果を見るまでイレウスに起因した死亡であることが分からなかったほど、医療者がイレウスを意識していなかったことである。精神科単科病院において、身体科疾患のスクリーニングや診療体制をどのように構築するかが大きな課題である。

イ 再発防止策

(7) 予防的観点

a 便秘症の治療・ケアの標準化

病院全体でシステマティックに取り組めるよう、「便通管理マニュアル」を作成する。

入院患者を一定の指標で評価し、「排便が困難な患者」をスクリーニングし、「排便が困難な患者」については、便通管理に着目した計画的な診察・ケアを行う。



＜診察の標準化＞

- 「排便が困難な患者」については、医師は定期的に腹部の診察を行うとともに、診察の結果、必要に応じて腹部エックス線撮影を行い、客観的に評価する。
- 便秘症治療薬の選択は、原因となる向精神薬の種類・特徴を踏まえ、「便通異常症診療ガイドライン」を参考に便秘症治療薬の種類・用法等を整理する。

＜ケアの標準化＞

- 「排便が困難な患者」については、便通管理・ケアに着目した標準看護計画を策定し、腹部、排便状況、食事量、水分摂取量等の観察項目を標準化する。また、排便状況については、排便回数に加え便の量や性状を客観的に評価するスケールをトイレに掲示したり、検温時にも活用したりして、患者と共有し、患者が申告しやすくする。

b 医療者間のコミュニケーションの充実

主治医が不在時にも迅速に診察できるよう、主治医と病棟医がカンファレンスに参加し、患者の情報を共有したり、看護師が病棟医に相談したりできる仕組みを構築する。

c 診療記録の確実な実施

医師、看護師とも、患者情報を誰もが共有できるよう、患者を診察したり、ケアしたりした際に、その都度、診療記録を記載することを徹底する。また、診療記録が適切に行われているか、定期的に監査を行うこととし、監査の際には、「排便が困難な患者」について、適切な内科的な診察が行われているかを確認し、行われていない場合には主治医にフィードバックを行う。

歯科を受診した時の診療の概要や患者の状態については、歯科医師から主治医に伝達することとし、電子カルテの更新時などに歯科カルテの電子化を検討する。

(4) 事後的な対処の観点

a 身体疾患に対する感度、技術の向上

- 患者の身体的な異変を早期に発見するスキル、身体疾患を観察するスキルを身に付けるために、医師や看護師などの医療者に対して研修を行う。
- 医師や看護師は、患者や家族の声に耳を傾け、患者の行動の変化に気を配ることにより、症状の把握に努める。特に、精神疾患のため正確に言語的表出が難しい患者については、言語的表出のほか、表情、行動などから異変を覚知するよう努める。
- 患者に異変があった場合には、体感幻覚のような訴えがあったときでも精神疾患によるものと思わず、まずは身体疾患を疑う。また、看護師は、原因不明の嘔吐を発見した場合は、緊急性を適切に判断した上で医師に報告する。
- 身体疾患が疑われる場合には、内科医の診察につなげるルートを確立する。どのような場合に内科医へ相談するかを整理するとともに、内科医への相談については、主治医だけでなく、看護師が直接相談できる仕組みを構築する。内科医が病棟をラウンドする時に看護師からのコンサルトを受け付けることも有用である（例えば、入院患者チェックリスト（便秘、腹痛、発熱等の内科症状のある患者の一覧）を作成し、内科医が病棟をラウンドする時に提示するなどの仕組みを整える）。

b 身体科病院との連携

- 精神科単科病院が対応できる身体疾患には限界があるため、患者を搬送できる身体科病院との連携体制を構築するなど、外部資源を活用する方策を検討する。
- 精神科患者の場合、身体科病院で受けてもらうことが難しく、搬送先病院が見つからないという課題がある。県及び政令市が運営している「身体合併症対応システム」も平日昼間だけの対応となっていることから、夜間・休日の身体合併症対策を、県及び政令市に要望することも必要である。



地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立精神医療センター

2 ご遺族代理人からの申入について

報告書の記載内容につきましては、ご遺族代理人からご意見がありますので、医療事故・調査支援センターに対しては、報告書と併せてご遺族代理人からの申入書を提出しました。

(添付資料)

- ・神奈川県立精神医療センター院内医療事故調査委員会による院内医療事故調査報告書
- ・ご遺族代理人からの報告書についての申入書
- ・医療事故等のレベル区分
- ・院内死亡事案発生時の基本フローチャート

参考 神奈川県立精神医療センター院内医療事故調査委員会の概要

1 委員

氏名	所属等	委員種別
安田 宏	聖マリアンナ医科大学消化器内科 教授	委員長・外部委員
坂井 喜郎	秦野厚生病院理事長・院長	外部委員
田中 君枝	常盤台病院看護部長	外部委員
内嶋 順一	みなと横浜法律事務所弁護士	外部委員
小澤 篤嗣	副院長（医師）	副委員長・内部委員
森脇 久視	医療安全推進室長（医師）	内部委員
中満 千夏	医療安全推進室室長補佐（看護師）	内部委員

(所属等については、令和7年3月現在)

2 経過

年月日	内容
令和5年5月31日	医療事故発生
令和6年5月17日	医療事故調査・支援センター報告
令和6年5～7月	医療事故調査等支援団体に外部委員の推薦依頼
令和6年9月20日	院内医療事故調査委員会の開催
令和7年3月21日	報告書を策定
令和7年5月9日	ご遺族への報告書説明
令和7年10月16日	ご遺族から報告書についての申入書を受領
令和7年11月5日	医療事故・調査支援センターへ報告書及び申入書提出

(問い合わせ先)
地方独立行政法人 神奈川県立病院機構
神奈川県立精神医療センター
事務局長 遠藤
電話：045-822-0241（代表）