

(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
尼 崎 総 合 医 療 センター	・令和8年5月、白内障手術前に、執刀医は器械出し担当の看護師とともに当該患者に使用するレンズ箱を確認した。 ・執刀医は、当該患者のレンズ箱を机上に置いたまま、引き続き別患者のレンズ箱の確認を単独で行い、同じ机上に置いた。その後、他案件対応の過程で当該患者のレンズ箱を移動させ、その上に医療用スマートフォンを置き、術前の手洗いのため離席した。 ・執刀医の離席後、レンズ箱の開封を担当する別の看護師が机上中央付近に残っていたレンズ箱を取り、器械出し看護師に執刀医と器械出し担当の看護師が確認を完了した患者のレンズ箱であると伝えて、レンズ箱を開封し手術室内の清潔エリアに展開した。 ・執刀医は清潔エリア上の眼内レンズを挿入し手術を終了。術後、執刀医が電子カルテ記載時に、使用したレンズが別患者のものであると気付いた。 ・同日、患者及び家族に説明、謝罪のうえレンズ交換手術を施行した。	・確認済の眼内レンズと他症例の眼内レンズを同一の机上に置いたため、誤ったレンズを選択しうる状況にあった。 ・眼内レンズの確認手順において、執刀医が単独で確認したことや、開封して手術で使用する際に患者氏名および眼内レンズ度数が確認しなかったことなど、明確な手順がなかったために、誤ったレンズに気付くことができなかった。	・手術対象患者の眼内レンズのみを手術室内へ持ち込むこと、手術前にレンズの種類・度数・規格を確認することを、マニュアルに明文化して院内に周知した

病院名	概 要	原 因	対 応 策
はりま 姫 路 総 合 医 療 センター	・令和4年1月、旧姫路循環器病センターにて腹部大動脈瘤の手術時のCT所見に「1cm大の肺結節」と記載があったが、患者への説明は行われなかった。 ・令和4年3月、胸部大動脈瘤手術のため入院し、術後CT検査で放射線診断科医が「結節増大、肺がん疑い、呼吸器内科へのコンサルト要」と記載した。しかし、入院主治医の確認不足により精査は行われず、同年4月に退院した。外来主治医も入院中に対応済と認識していたため、追加対応を行わなかった。 ・令和5年5月、閉塞性肺炎疑いではりま姫路総合医療センターへ緊急入院となり、肺がん疑いに対する未対応が判明。肺がんStageⅢA期と診断された。 ・令和5年6月より、放射線治療と化学療法の併用療法を開始したが、令和6年8月に病状悪化し、患者は自宅にて肺がんにより死亡した。	・CT検査報告書の既読確認システムは構築していたものの、重要なCT所見に対する対応状況までを確認するシステムは構築できていなかった。 ・重要な診断情報について、診療科内での情報共有体制が十分に機能していなかった。	・既読管理システムに、放射線診断科医が重要と判断した所見にチェックを入れる「重要」欄を作成し、主治医および医療安全部へ重要所見があることを通知するシステムに変更した。 ・重要な診断情報について、診療科内で確実に共有するために、カンファレンス等での確認および所見に対する対応記録の徹底を関係職員への周知・教育を図った。

病院名	概 要	原 因	対 応 策	(参 考) 患者の現状
はりま 姫 路 総 合 医 療 センター	・令和7年2月、側溝に転落し、右股関節脱臼骨折※のため緊急入院となった。手術は1週間後に人工股関節全置換術を行う方針とした。 ・手術まで下肢安静とし、血栓予防としてフットポンプと弾性ストッキングを使用した。入院3日目にせん妄が出現したため、フットポンプを中止し、以降は弾性ストッキングのみとした。 ・1週間後、予定していた手術の実施中に肺血栓塞栓症を発症して心停止を引き起こしたため、開胸による肺血栓除去術を緊急実施。 ・手術により患者は蘇生したが、術後に脳梗塞が判明し、言語障害や歩行障害などの身体障害を発症。その後、リハビリにより身体障害は改善し、同年8月に退院。	・せん妄等の症状によりフットポンプなどの機械的血栓予防が実施できない場合には、代替予防策としての抗血栓薬投与や、術前検査（血液検査等による血栓の有無確認）を行う必要があったが、いずれも実施されていなかった。	・骨盤骨折等により入院から手術まで一定期間（3日以上）を要し、せん妄等により十分な血栓予防策ができない患者に対して、必要な血栓予防策及び術前検査の実施を明確に定めた院内マニュアルを策定した。 ・上記マニュアルを、関係診療科や職員に周知・徹底した。	・退院後、はりま姫路総合医療センターへの通院はない。

※右股関節脱臼骨折：股関節が外れ、骨盤も折れている状態

病院名	概 要	原 因	対 応 策	(参 考) 患者の現状
淡 路 医 療 センター	・令和8年1月、右卵巣腫瘍に対し腹腔鏡下両側付属器摘出術を施行した。 ・術中、医療機器(バイポーラ鉗子※)の動作不良を認めため機器を交換し、手術は予定どおり終了した。麻酔覚醒前に医師3名でレントゲン画像確認を行い、患者は麻酔覚醒後に手術室を退室した。 ・その後、機器洗浄時に看護師が鉗子電極部のネジ脱落を発見し、レントゲン画像を再確認したところ、腹腔内にネジ様異物を認めた。CT検査により腹腔内へのネジ遺残が判明したため、主治医が患者・家族へ説明し同意を得た上で、同日、腹腔鏡下異物除去術を施行した。 ・術後の経過は良好で、当初の予定どおり自宅退院となった。	・麻酔覚醒前にレントゲン撮影は実施したものの、画像確認が不十分であり、異物を検出できなかった。 ・術中に違和感を認めた器械について、使用後の点検が不十分であった。	・術後レントゲン画像は、医師以外に、多職種複数名で確認する。 ・使用前・中・後における機器点検を強化し、異常を認めた場合は速やかに使用を中止・確認する。	・術後の経過は良好

※バイポーラ鉗子：電気メスの一種で高周波電流を流し、組織を「凝固（焼いて止血）」するために使われます。

医療事故公表事案一覧

公表年月	病院名	概 要	原 因	対 応 策
令和 8年 3月	はりま 姫路 総合 医療 センター	・令和7年7月、患者が左鎖骨骨折の手術を目的とした他院からの紹介により入院。紹介元からの「看護情報提供書」には、食事形態について「全粥・軟菜きざみ食」などの記載があったにも関わらず、『パン・エネルギー調整食(常食形態)』を選択したため、朝食にパンが提供され、患者はパンを誤嚥し窒息を起こした。心肺停止状態となっていた患者を発見し、救命処置を行ったが低酸素脳症による重度の意識障害が残った。 ・患者は令和7年1月にも左大腿骨頸部骨折のためはりま姫路総合医療センターに入院し、手術治療を受けた後、元々入院していた病院へ転院し治療を継続されていた。令和7年1月の入院時は嚥下機能評価の結果に基づきパンは提供していなかったが、今回、当時の記録について確認が行われていなかった。 ・患者には高次脳機能障害の既往歴があり、入院当日の昼食と夕食は摂取状況を見守りし、問題がないと判断した。 ・本来であれば、入院前に外来に併設した患者支援センターにおいて聞き取りを行い、食事形態等について検討を行うが、今回は転院であったため患者支援センターでの聞き取りが行われていなかった。	・前回入院時の食事形態や、紹介元からの看護情報提供書の確認が不十分であり、患者に合った食事形態ではなかった。	・患者支援センターによる事前の介入がない患者については、栄養管理課にリストを共有し、一般患者においても入院翌日の朝食はパンを提供しないよう変更した。 ・食事形態が軟菜食形態の場合、朝食はパンから全粥に4月1日より変更する。 ・入院時に本人又は家族に作成いただく「入院情報シート」に、嚥下に関する問題や食事形態を確認する項目を追加し、記載内容に基づいて看護計画を立案する。 ・前回入院時の食事形態を確認できるボタンが目立たなかったので目立つデザインに変更し、確認の徹底を院内に改めて周知した。 ・転院時は「看護情報提供書」を看護師2名で確認することとし、2名が協力して必要な看護ケアを考える体制を徹底する。

公表 年月	病院名	概 要	原 因	対 応 策	(参 考) 患者の現状
令和 8 年 3 月	西 宮 病 院	・令和7年9月上旬、右眼の緑内障の治療のため、眼の中を流れる房水（角膜と水晶体の間の液体）の排出を改善し、眼圧を安定させるため、2本のアイステント※¹を角膜の内側に留置する手術を実施した。 ・1本目のアイステントは問題なく留置できたが、2本目は上手く留置できず、眼内に軽度の出血を認めた。このため、粘弾性物質（止血・血液の拡散防止等に用いるゼリー状の薬剤）を注入して術野を確保し、マイクロ鉗子等の手術器具でアイステントの再留置を数回実施したが上手くいかず、眼内の出血量は多くなった。 ・その後も再留置を継続したが術野が更に悪化したため、手術を中断しようとして眼外に鉗子を引き抜いた際、鉗子が虹彩※²に接触していることに気付かず、虹彩を欠損（離脱）してしまった。	・眼内出血により、術野が悪化していたにもかかわらず、眼内洗浄や粘弾性物質を十分に注入せず、手術時の視認性（術野）や安全性を十分に確保していない状況で手術を継続した。	・眼科診療科内でカンファレンス等を開催し、今後の再発防止に向け、手術時の術野の十分な確保と、術野が確保できない場合には手術を中断することについて周知徹底した。	・虹彩欠損（離脱）により、患者は少しの光でも眩しく感じたり（羞明）、ピントが合わせにくい状態。 ・このため、日常生活では症状緩和のために特殊なコンタクトレンズの着用や色付き眼鏡を装着している。

※1 アイステント：緑内障手術で使用する極めて小さなインプラント。房水の出口に細いチューブ状のバイパスを作り、房水を流れやすくして眼圧を下げる。

※2 虹彩：眼球の瞳孔（黒目）の周囲にあるドーナツ状の膜。目に入る光の量を調節する。

公表 年月	病院名	概 要	原 因	対 応 策	(参 考) 患者の現状
令和 8 年 2 月	尼 崎 総 合 医 療 センター	- 令和 7 年 10 月上旬、抗がん剤投与時に使用する点滴針を CV ポートに固定(穿刺)するため、本来、マニュアルに沿った粘着力が強く穿刺部を目視できる透明テープを準備すべきところ、看護師 A は粘着範囲の狭いガーゼ付きテープを取り違えて用意し、医師に渡した。 - 医師による穿刺終了後、看護師 A および看護師 B が抗がん剤投与する際、本来使用すべきでないガーゼ付きテープを使用していることを認めたが、針は CV ポートに固定されており、投与に支障がないと判断したため、テープの貼替えは行わず、そのまま薬剤投与を開始した。 - 抗がん剤投与終了(4 時間)後、看護師 C が利尿剤を投与する際、テープの粘着部の一部剥離を認めたが、針は引き続き固定されている状態であり、テープを貼替えることにより針が CV ポートから抜け落ちる可能性を危惧したため、テープの貼替え等は行わなかった。 - その 1 時間後、薬剤が漏れていることを患者家族が発見。看護師 D が確認すると、CV ポートから針が外れ、皮下内に薬剤が漏出しており、壊死が生じた。	- 透明テープとガーゼ付きテープは似通った袋で包装されており、かつ、同じ場所(棚)に隣接して保管されていたため、看護師 A はテープを取り違えて用意したことに直ちに気付くことができなかった。 - 看護師 A と看護師 B、看護師 C は、マニュアルに沿ったテープが利用されていないことを認めた際、直ちに透明テープへの貼替えや針の固定補強等を行うべきところ、行わなかった。	- 似通った袋で包装されている透明テープとガーゼ付きテープの保管場所を引き離し、保管場所に使用用途(CV ポート使用時に使用)と明示した表示を行った。 - 抗がん剤投与時に誤ったテープを使用していることが判明した場合の対応(テープの貼替えや補強等)について、看護師の研修会を通じて周知を行った。	手術により壊死した皮下組織を除去し、創部は順調に改善したため、患者は 10 月下旬に退院。

※1 CVポート： 皮膚の下に埋め込む医療機器（抗がん剤投与の入口に値するもの）。この機器は血管に挿入したカテーテルと接続しており、長期的な抗がん剤投与に使用する。

公表 年月	病院名	概 要	原 因	対 応 策	(参 考) 患者の現状
令和 8 年 2 月	尼 崎 総 合 医 療 センター	・令和 7 年 10 月下旬、他院で出生後呼吸障害を呈した患児が、尼崎総合医療センターに緊急搬送。患児の呼吸が不安定なため、入院当日より気管挿管し、人工呼吸器管理を開始した。 ・入院 4 日目の昼過ぎから、患児の呼吸状態が不安定となり、夕刻以降も嘔吐が続いたためレントゲン検査を実施。その結果、胃内に空気の貯留を認めたため、当直医が応急処置として胃管による空気排出の処置を行い、症状が改善した。 ・翌朝、主治医らによる患児の今後の治療方針に関するカンファレンスの結果、治療目的で気管挿管チューブの交換を行うこととなり、喉頭展開したところ、患児の嘔吐等の際に、気管挿管チューブを固定していた顔のテープが緩んだことで、チューブ先端が食道内に留置してしまったことが判明した。 ・気管内へチューブを再挿入したことにより患児の症状は改善したが、その後の検査により、胃内へ空気が送気されたことに伴い、胃穿孔および腹膜炎を発症していたことが判明した。	・レントゲン検査により胃内に空気の貯留を認めた時点で、挿管チューブの位置確認をレントゲン画像のみで判断しており、食道挿管を確認するための呼気 CO2 モニターの装着や、喉頭展開による直接的な目視確認を行わなかった。	・気管挿管下で呼吸管理を行っている患児の症状が悪化した際には、学会等のガイドラインに基づき、レントゲン検査だけでなく、呼気 CO2 モニターの装着や喉頭展開による目視確認など、食道挿管の有無を確実に実施する。 ・上記について、医師・看護師を対象にした院内勉強会を実施し、周知・徹底を図った。	・手術により胃壁は修復し、呼吸状態も安定したため、患児は 11 月下旬に退院。

公表年月	病院名	概 要	原 因	対 応 策	(参 考) 患者の現状
令和 7年 7月	こども 病 院	・令和7年2月、他院で出生後、先天性食道閉鎖症(せんてんせいしょくどうへいさしょう)^{※1}の手術のためこども病院へ転院し、転院当日、手術を実施。 ・患者は食道と胃が接続しておらず、食道と気管が分岐結合していたことから、この手術ではまず、この結合部を一旦切り離すため、口から気管内にカテーテルを挿入し、切り離し施術後に気管から空気漏れが生じないように、分岐部でバルーンを膨らませた。 ・次に、患者の食道と気管を切り離す等の施術のため、胸部を開胸したが、その際、バルーンを膨らませるべき位置が、食道と気管の分岐部の正しい位置ではなく、気管支内で膨らんでいたことにより、気管支を亀裂損傷させていることが判明。 ・このため、手術を一旦中断し、気管支の治癒を待つため、後日再手術することとなった。(R7.5 再手術実施)	・医師は事前に口からカメラを挿入し、バルーンを膨らませる位置を確認していたが、その際、気管支の分岐部を食道と気管の分岐部と誤認した。 ・カメラによる正確な位置確認や食道と気管の内部構造（表面の模様）など、複数の視点からバルーンを膨らませる位置を慎重に確認するための手順が定められていなかった。	・カメラで施術部を確認する際、気管と食道の分岐部の位置だけでなく、気管支の分岐部など全体的な位置把握や、気管や食道の内部構造（表面の模様）を観察するなど施術前の確認手順マニュアルを作成し、再発防止を徹底する。	・損傷した気管支が治癒したR7.5に再手術 ・患児はミルクを経口摂取でき、R7.6に退院

※1 先天性食道閉鎖症：生まれつき食道が途中で途切れており、胃と接続していない疾患。
(※なお、当該患者は食道と気管が分岐結合（結合部）していた。)

公表年月	病院名	概 要	原 因	対 応 策	(参 考) 患者の現状
令和 7年 7月	尼 崎 総 合 医 療 センター	・令和7年4月、子宮体がん術後の再発防止を目的とした抗がん剤治療のため、CVポート^{※1}設置手術を実施。 ・CVポート設置手術の際、医師はカテーテル内の逆血確認^{※2}やレントゲン撮影を行い、カテーテルが血管内に正しく設置できたと判断し、手術を終了して患者は退院。 ・数日後、外来で抗がん剤投与する際、看護師がカテーテル内の逆血を確認できなかったため、看護師は医師にその旨を報告したが、医師はCVポート設置手術時に、カテーテルを正しく血管内に挿入できたと判断していたため、そのまま看護師に抗がん剤投与を指示。 ・抗がん剤投与後、患者は一旦帰宅したが、その夜、胸痛が出現したため救急外来を再受診。CT撮影したところ、血管内からカテーテルの先端が逸脱しており、胸腔内に抗がん剤が漏出していたことが判明。患者は胸腔内に重度の炎症があるため、同日緊急入院した。	・CVポート設置手術の際、逆血確認等が不十分であり、カテーテルがしっかりと血管内に設置されていなかった。 ・抗がん剤投与前の逆血確認の際、逆血が無かった場合等の対応方法が定められていなかった。	・CVポート設置手術の際、逆血確認を施術中に複数回行うとともに、レントゲン撮影についても、状況に応じて複数方向から撮影することをマニュアルに明記する。 ・抗がん剤投与の際、その都度、逆血確認を行い、逆血が無かった場合等の異常時の対応方針（確認手順）を作成する。 ・上記について、院内の関係職員に周知し、再発防止を徹底する。	・患者はR7.6に退院 ・軽度の胸痛が残存し、通院治療を継続中

※1 CVポート： 皮膚の下に埋め込む医療機器（抗がん剤投与の入口に値するもの）。この機器は血管に挿入したカテーテルと接続しており、長期的な抗がん剤投与に使用する。

※2 逆血確認： 血管内に正しくカテーテルが挿入されているかを確認する手法。カテーテル内に血液の逆流があれば、血管内に正しくカテーテルが挿入されていることを証明する。

公表 年月	病院名	概 要	原 因	対 応 策	(参考) 患者の現状
令和 7年 3月	尼 崎 総 合 医 療 センター	・ 令和7年1月、救急外来を受診。肺炎治療のため入院。せん妄を発症し独り歩きの行動がみられるため、転倒防止目的に離床センサーを夜間のみ設置。 ・ 入院16日目、20時30分からセンサーを設定し、翌3時頃までの間、計11回センサーが作動し看護師が病室を訪問していた。 ・ 4時18分に離床センサーが作動し、訪問した際は、患者がベッドに腰掛けていたため、話をして寝かせた上で退室。 ・ 5時5分、離床センサーが再度作動し、訪問すると患者がベッドに腰掛けており、そのまま座っておくと返事があったため、何かあればナースコールするよう説明し退室。 ・ 5時11分、離床センサーが再々度作動したが、直近2回のセンサー作動でも特に患者に問題はなかったため、手元業務が一区切りついでから様子を見に行こうと考え訪問しなかった。 ・ 5時15分、廊下で物音がしたため看護師が駆けつけると廊下で倒れている患者を発見。 ・ レントゲン撮影、CT撮影の結果、右大腿骨頸部骨折が判明、翌日人工骨頭置換手術を実施。	・ 5時11分の離床センサーが作動した際、看護師は病室から戻ってからあまり時間が経過しておらず、直近2回のセンサー作動時も患者がベッドに腰かけて過ごしていたため、今回も患者はベッドに腰かけていると推測し、すぐに訪問する必要はないと判断を誤り、速やかに病室訪問しなかった。 ・ 離床センサー作動時、同じスタッフステーションにいた別の看護師も離床センサーが作動したことに気付いたが、速やかな訪問を促さなかった。 ・ 離床センサーが作動した際の緊急性と患者の容態に応じた適切な離床センサーの設定について、看護師の認識が不足していた。	・ 離床センサーが作動した際の緊急性を正しく理解し、センサー作動時は速やかに患者対応するよう全看護職員に対して再度徹底する。 ・ 離床センサーの重要性を正しく理解し、患者の容態に応じた適切な離床センサーの設定と作動時の適切な対応が確実に行えるようマニュアルを改定し、周知徹底を図る。	・ 転院先でリハビリを継続中