



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）



地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立こども医療センター

令和 5 年 9 月 7 日

記者発表資料

医療事故の調査結果と再発防止策について

I 医療事故について

1 概要

患者は手術を受けるため令和 3 年 9 月 28 日（火）に入院、10 月 6 日（水）、手術は終了。術後 3 日目朝から 39℃台の発熱、その後、繰り返す水様性下痢を認め、術後 4 日目は 40℃を超える発熱、脈拍 140 回/分を超える頻脈を認めた。術後 5 日目未明に急変、心肺蘇生を行ったが自己心拍の再開なく、死亡した。

2 患者に関する基本情報

小児（他院にて治療を受けた後、手術の目的でこども医療センターに紹介された患者）

3 経過

令和 3 年 9 月 28 日（火）	入院。
令和 3 年 10 月 6 日（水）	手術。
令和 3 年 10 月 8 日（金） （術後 2 日目）	人工呼吸器を離脱し、人工鼻に酸素投与。
令和 3 年 10 月 9 日（土） （術後 3 日目）	体温 37.6～41.2℃。 胸部 X-P にて無気肺、肺炎がないこと、経管栄養が胃内に滞留していないことを確認。手術創に汚染はなくその他明らかな感染巣を認めず。全身状態は安定していたため、担当科医師と救急・集中治療科医師との協議のうえ、一般病棟への転棟は可能と判断。 14：30 一般病棟へ転棟。 夕方以降から水様性の排便が見られ始めた。体温は 19：30 頃 41℃台に上昇。
令和 3 年 10 月 10 日（日） （術後 4 日目）	体温 39.7～41.8℃、脈拍 130～170 回/分、血圧 90～120/50～60mmHg 台。 ウトウトするが寝付けず。朝、看護師から、下痢回数が多いため、担当科当直医師に相談。経腸栄養剤の変更が行われた。
令和 3 年 10 月 11 日（月） （術後 5 日目）	1：15 発熱が続いていることについて、看護師から病棟当直医師に相談。担当科医師より術後熱と判断されているので、当直医師は翌日担当科医師に相談するように指示。 4：00 体温 39.5℃、脈拍 170 回/分。 4：15 パルスオキシメーター上、脈拍 140 回/分に低下。 4：27 酸素飽和度：68%、脈拍 60 回/分まで一気に低下した。 4：31 内科病棟当直医師到着。患者の状態から、敗血症性ショックを考え、輸液などを実施。テレメータ送信機の画面で心電図波形を確認するが、波形が表示されなかった。 5：20 一般病棟から HCU 1 病棟へ移送。 5：23 HCU 1 棟到着。心電図波形が確認できず。胸骨圧迫開始。 7：00 死亡を確認した。

II 事故調査

1 調査の方法

医療法の規定による医療事故調査制度に則り、外部の専門家を加えた事故調査委員会を設置した調査により原因究明及び再発防止の検討を行った。

2 神奈川県立こども医療センター院内医療事故調査委員会の委員

氏名	所属・職名	職種	委員種別
菊地 龍明	横浜市立大学 学術院 医学群 安全管理指導者 准教授	医師	外部委員
宮入 烈	国立大学法人 浜松医科大学 小児科学講座 教授	医師	外部委員
川崎 達也	地方独立行政法人 静岡県立こども病院 小児集中治療科 科長	医師	外部委員
杠 俊介	信州大学 医学部 医学科 形成再建外科学 教授	医師	外部委員
平岩 敬一	関内法律事務所 所長（神奈川県医師会 医事紛争特別委員会）	弁護士	外部委員
後藤 裕明	病院長	医師	内部委員
石川 浩史	副院長	医師	内部委員
上田 秀明	副院長兼医療安全推進室長	医師	内部委員
西角 一恵	副院長兼看護局長	看護師	内部委員
永淵 弘之	医療局 救急・集中治療科部長	医師	内部委員
今川 智之	医療局 感染免疫科部長	医師	内部委員
佐藤 裕季子	看護局 副看護局長	看護師	内部委員
秦 裕美	医療安全推進室 室長補佐	看護師	内部委員
八尋 有造	事務局 事務局長	事務	内部委員
剣持 道子	事務局 副事務局長兼総務課長	事務	内部委員

3 経過

年月日	内 容
令和3年10月11日（月）	医療安全推進室に報告
令和3年10月12（火）～14日（木）	院内判定会議前 関係者へのヒアリング
令和3年10月15日（金）	院内判定会議開催 医療事故と判断
令和3年10月21（木）～11月10日（水）	関係者聞き取り調査
令和3年11月29日（月）	第1回院内医療事故調査委員会開催
令和4年1月14日（金）	一般財団法人 Ai 情報センターに AiCT を業務委託
令和4年1月18日（火）	外部委員による現地視察
令和4年2月22日（火）	AiCT 結果受領
令和4年3月4日（金）	第2回院内医療事故調査委員会開催
令和4年5月16日（月）	第3回院内医療事故調査委員会開催
令和4年7月4日（月）	第4回院内医療事故調査委員会開催
令和4年9月12日（月）	第5回院内医療事故調査委員会開催
令和4年9月22日（木）～10月11日（火）	委員会書面会議開催
令和4年11月11日（金）	第6回院内医療事故調査委員会開催
令和4年12月12日（月）	第7回院内医療事故調査委員会開催

令和5年2月20日（月）	第8回院内医療事故調査委員会開催
令和5年3月24日（金）	報告書（案）院内関係者報告会開催
令和5年3月27日（月）	内部委員報告書承認
令和5年4月7日（金）	外部委員報告書承認
令和5年4月13日（木）	ご遺族への報告書等送付
令和5年4月21日（金）	（ご遺族）家族意見書受領
令和5年5月16日（火）	医療事故・調査支援センターへ報告書提出

4 調査結果

本事例は、手術を受けた患児が、術後の発熱および嘔吐下痢の後に、術後5日目に死亡した事例である。心肺停止の原因としては、敗血症の可能性、下痢症に伴う脱水症、低カリウム血症による全身状態の悪化、非代償性ショックが関与した可能性がある。

手術の適応、術前のリスク評価、手術手技については適切であった。術後のHCU1病棟での管理もおおむね一般的になされていたが、一般病棟移床の前後の術後3日目から発症していた発熱、頻脈および下痢嘔吐に対して原因検索や状態評価のための検査が実施されておらず、また頻脈や水分バランスからみて脱水症を考慮して輸液療法が必要であったところが行われていなかった。術後5日目の急変時には適切な評価やモニタリングが行われず心肺蘇生開始のタイミングを逸していた。術後患者の管理が経験の乏しい医師任せとなっており、担当診療科および病院全体としての相談体制の不備、心肺蘇生法に習熟した医師が直ちに対応できる体制になっていなかったことが背景として考えられた。

5 医療事故調査委員会から示された再発防止策

（1）RRS（Rapid Response System＝院内迅速対応システム）の夜間休日への拡充

当院では本事例を受けて、令和4年9月よりRRS（発熱やバイタルサインの異常ライン＝METコール基準を定め、基準を逸脱した場合や不安を感じる場合には職種を問わず、小児の全身管理に習熟した医師にすみやかに報告し対応するシステム）を稼働しているが、現時点では平日昼間のみの稼働となっている。夜間休日においても稼働可能となるよう、早急に取り組むこと。

（2）全身管理担当部門の整備

上記RRSの拡充のため、救急・集中治療科の医師を増員すること。

救急・集中治療科とともに全身管理を担当する総合診療科の医師についても増員を検討し、病院全体の術後患者の相談を受けられる体制を整備すること。

（3）術後の医師コール基準項目の標準化

術後患児における医師コール基準において、基準に掲載すべきバイタルサイン等の項目を院内で決定し標準化すること。

（4）術後管理標準手順書の作成と審議

本事例手術の術後管理標準手順書および次項（5）の改善状況の報告書を担当診療科において作成し、病院管理者に提出すること。病院管理者はこの手順書と報告書を審議し、適切と認められた場合には、現在中止している本手術の再開を検討することが望ましい。

（5）本事例担当診療科における術後管理責任体制の整備

科長および科員全員が参加した術後患者の回診および術後カンファレンスを実施し、術後患者の管理方針や問題点について科全体で議論し共有すること。

Ⅲ 神奈川県立こども医療センターにおける再発防止策の実施状況

当院では、上記報告書において示された診療に対する課題、問題点及び患者・家族の意見を真摯に受け止め、再発防止に職員一体となって取り組んでいます。

1 既に実施したもの

- ・ 全職員対象事故説明会（患者・家族目線での医療安全を全職員に改めて総長から徹底）
- ・ 急変時に医療者を呼び出す緊急放送（ドクターコール）をためらわずに行うよう徹底
- ・ RRS（Rapid Response System＝院内迅速対応システム）の運用開始
- ・ 外科系診療科と総合診療科が連携して術後患者を管理する体制の強化
- ・ コロナ禍で中断していた内科系当直医による全館回診の再開
- ・ 本事例担当診療科員が全員参加する術後カンファレンスの開催と術後患者の情報共有の推進
- ・ 急変時対応を行う救急・集中治療科に医師1名を増員

2 今後取り組むもの

- ・ 患者満足度調査に医療安全や患者・目線の内容を加える
- ・ RRS の夜間への拡充
- ・ 本事例担当診療科における術後管理体制の整備（手順書の作成など）
- ・ 全身管理担当部門の整備
 - RRS の拡充ために救急・集中治療科の体制を強化
 - 術後患者の全身管理を充実強化するため総合診療科の体制を強化
- ・ 医療安全管理責任者の配置（新たに専従医師（管理職）を医療安全管理責任者として任命）

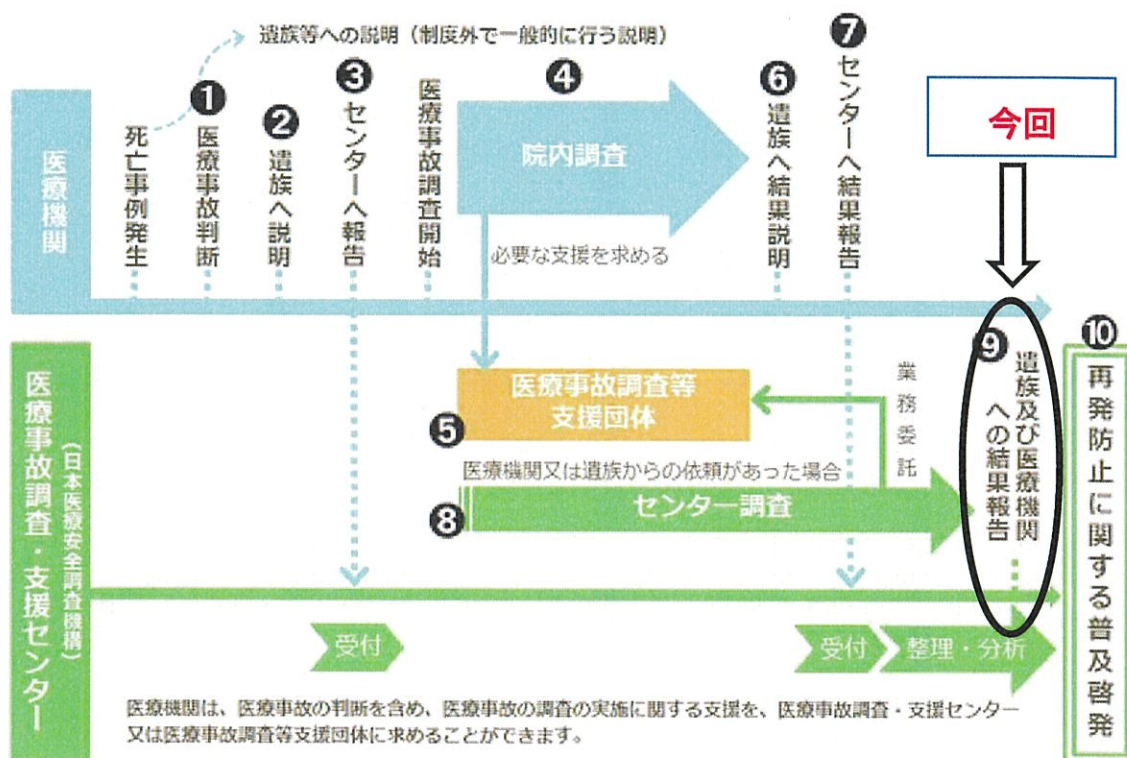
問合せ先

神奈川県立こども医療センター
事務局長 八尋 有造
電話 045-711-2351（代表）

医療事故調査について

1 医療事故調査の流れ

(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を加工)



2 医療法（関係する条文を抜粋）

- 第六条の十 病院、診療所又は助産所(以下この章において「病院等」という。)の管理者は、医療事故(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つて、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかつたものとして厚生労働省令で定めるものをいう。以下この章において同じ。)が発生した場合には、厚生労働省令で定めるところにより、遅滞なく、当該医療事故の日時、場所及び状況その他厚生労働省令で定める事項を第六条の十五第一項の医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。
- 第六条の十七 医療事故調査・支援センターは、医療事故が発生した病院等の管理者又は遺族から、当該医療事故について調査の依頼があつたときは、必要な調査を行うことができる。

<略>

- 5 医療事故調査・支援センターは、第一項の調査を終了したときは、その調査の結果を同項の管理者及び遺族に報告しなければならない。

院内死亡事案発生時の基本フローチャート

参考資料 3

(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2025Ver1.0)

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)

家族

センター

目安
週

→ 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。

