



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。



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）

	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

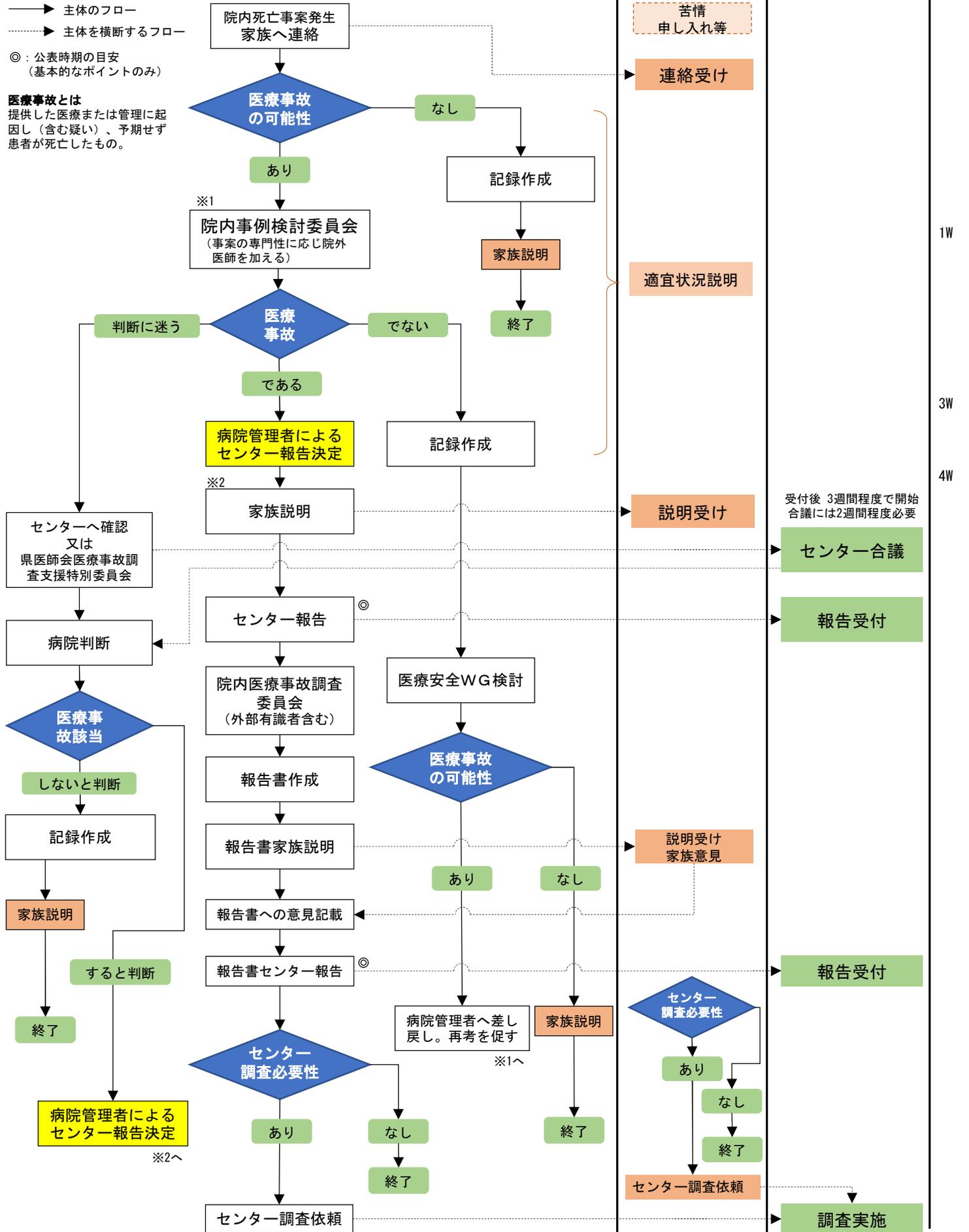
(令和7年5月14日 地方独立行政法人神奈川県立病院機構2025Ver1.1)

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の。



目安
週
1W
3W
4W

受付後 3週間程度で開始
合議には2週間程度必要

センター合議

報告受付

家族

苦情
申し入れ等

連絡受け

適宜状況説明

説明受け

説明受け
家族意見

センター調査依頼

センター調査必要性

あり

なし

終了