

神奈川県立精神医療センター
院内医療事故調査報告書

神奈川県立精神医療センター院内医療事故調査委員会

令和7年11月5日

目 次

I	はじめに	2
II	事例概要	2
III	医療事故調査の方法	3
IV	調査分析の経緯	3
V	臨床経過	4
VI	原因を明らかにするための調査結果	8
VII	総括（まとめ）	12
VIII	再発防止策について	12
参考1	患者の状況等	15
参考2	精神医療センターにおける「便秘症対策」（令和6年2月策定）	20
	神奈川県立精神医療センター院内医療事故調査委員会名簿	23

I はじめに

この報告書は、令和5年5月31日に神奈川県立精神医療センターで発生した医療事故について、医療法第6条の10等の関係規定に則り、精神医療センターで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であって、精神医療センター所長（管理者）が当該死亡を予期しなかったものとして医療法施行規則第1条の10の2第1項に該当しないと認めた事案の事実関係の整理及び医療的検証や補完的な調査により、医療事故の原因を明らかにし、再発防止を図ることで医療の質の向上に資することを目的とした「医療事故調査制度」に基づいて行った調査結果を取りまとめたものである。

この報告書の中で、関係した医療スタッフの行動や判断の適否について言及しているが、医療事故調査制度は、医療の質の向上に資することを目的としており、医療事故に関係した個人の責任追及を目的としたものではないことを、改めて明確にしておきたい。

加えて、この報告書では再発防止に向けて、精神医療センターに対していくつかの提言を行っている。センターにおいては、この提言を真摯に受け止め、対応策を速やかに取りまとめ、実現することを要望する。

II 事例概要

- 患者は、精神疾患により令和4年3月から██████████中で、令和5年5月17日から事故日までは隔離対応中。向精神薬等を複数投与されており、その副作用として令和4年11月頃から慢性的な便秘状態にあり、事後の検証により令和5年3月頃から便秘症が悪化していたと考えられた。
- 令和5年5月31日の午前6時頃、患者が嘔吐した痕跡を看護師が発見したが、その時点で緊急とは判断せず、医師による診察や検査等の対応はされなかった。同日午前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5月31日午前10時08分に死亡した。
- 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。

1 患者に関する基本情報

- 病名 ██████████
※既往症：██████████（██████年██月診断）、██████████（██████年██月診断）、██████████（██████年██月診断）、██████████（██████年██月診断）、██████████（██████年██月診断）、██████████（██████年██月診断）
- 年齢 40歳代██████
- 性別 男性
- 身長 ████████cm
- 体重 ██████kg（令和5年5月2日時点）

2 医療機関、関係医療者に関する情報

(1) 医療機関

- 病床数 323床 ※事故発生時の該当病棟の在患者数は37床/40床
- 診療科 精神科

- 当直体制 病棟当直医 1 名（主に専攻医が担当）
外来当直医 1 名（月水金は 22 時まで勤務。火木土日は 24 時間勤務。精神保健指定医）
- 看護体制 看護師配置 15 : 1
※事故が発生した病棟は、日勤（8:30～17:15）7 名、ロング日勤（8 : 30～20 : 30）3 名、夜勤（19:00～9:15）3 名の変則 2 交替制

(2) 関係医療者

- 医師 A（主治医） 精神科医 経験 20 年未満 【精神保健指定医】
- 看護師 A 看護科長 経験 20 年以上
- 看護師 B 30 日・31 日の日勤担当 経験 15 年未満
- 看護師 C 30 日夜勤担当 経験 15 年未満
- 看護師 D 30 日夜勤担当 経験 20 年以上

Ⅲ 医療事故調査の方法

本報告書では、以下の資料などより得られた情報に基づいて調査を行った。

- ① 診療記録
- ② 検査結果
- ③ 聞き取り調査

Ⅳ 調査分析の経緯

1 院内医療事故調査委員会での検討以前

- 令和 5 年 6 月 5 日 院内医療安全対策会議・判定会議（第 1 回）開催
- 令和 5 年 6 月 7 日 遺族及び後見人に病状等説明
- 令和 5 年 10 月 3 日 院内医療安全対策会議・判定会議（第 2 回）開催
- 令和 5 年 10 月 13 日 本件が医療事故に当たるかについて、医療事故調査・支援センターに相談
- 令和 5 年 10 月 30 日 医療事故調査・支援センターから回答（本件は医療事故に該当する）
- 令和 5 年 11 月 6 日 院内医療安全対策会議・判定会議（第 3 回）開催
- 令和 6 年 1 月 30 日 院内医療安全対策会議・判定会議（第 4 回）開催
- 令和 6 年 3 月 27 日 院内医療安全対策会議・判定会議（第 5 回）開催
- 令和 6 年 5 月 10 日 遺族及び代理人に本件が医療事故であり、原因究明等の調査を行う旨を説明
- 令和 6 年 5 月 16 日 院内医療安全対策会議・判定会議（第 6 回）開催
- 令和 6 年 5 月 17 日 医療事故調査・支援センターへ医療事故報告
- 令和 6 年 8 月 2 日 記者発表

2 院内医療事故調査委員会での検討

- 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 8 月 外部委員に事故概要等を個別に説明
- 令和 6 年 9 月 20 日 院内医療事故調査委員会の開催

- 令和6年10月18日 搬送先病院に対して、医療事故調査への協力を依頼
(令和6年12月3日 搬送先病院から回答書を受領)
- 令和7年1月16日～3月19日 報告書(案)について各委員と調整
- 令和7年3月21日 報告書を策定

V 臨床経過

*聞き取り調査によって得られた情報は、下線を付記している。

1 医療事故が発生した入院期間前の経過

- 患者は、平成8年11月初診(入院1回目:平成8年11月18日～平成9年3月21日)、外来通院を継続。易怒性が高まり、令和2年11月から令和3年2月まで■■■■(入院2回目)。
- その後、グループホーム入所を契機に情緒不安定となり、令和4年2月から3月まで任意入院(入院3回目)。向精神薬服用による便秘症に対しては酸化マグネシウム1,000mgを服用。刺激剤を追加しても腹痛を理由に服用されなかった。
- 退院後、気分変動が続き、多飲水も目立っていたため、令和4年3月23日から■■■■(入院4回目。医療事故に係る入院)。

2 医療事故に係る入院中の経過

(1) 令和4年8月19日～30日

COVID-19感染症に罹患。粗暴行為が激化したため、令和4年8月28日から30日まで身体的拘束。COVID19罹患後は、これまでに見られなかった幻聴、妄想気分、体感幻覚などが出現し、持続した。

(2) 令和5年4月13日

- 排便は4月5日から認められなかった。医師Aは便秘症が続くため身体評価のためエックス線撮影を指示した。読影の結果、「結腸に便塊の停滞が目立つ。小腸の拡張はみられない。肝臓腫大は指摘できない。大腰筋のコントラストは指摘可能。」「宿便傾向」と診断された。

※エックス線撮影の読影は外部委託により、放射線専門医が読影している。

※本委員会においてエックス線撮影の結果を確認したところ、腸閉塞を示す液面形成(ニボー像)は、確認できなかった。この段階で腸閉塞にはなっていなかった。

※医師Aは、抗パーキンソン薬(ビペリデン塩酸塩錠)は抗コリン作用があり便秘症を悪化させることから、見直しを検討したが、振戦が著明であり、併用せざるを得なかったと述べている。

- 看護師が排便を試みたが、便塊に触れなかった。そこで、医師Aは、14日からアミティーザカプセル24 μ gの定期内服(1日2回昼夕食後)を追加処方。便秘時の対応として、ピコスルファートナトリウムの頓服に加え、レシカルボン座薬やグリセリン浣腸の頓用を指示した。

(3) 4月18日～5月4日

- 4月18日にグリセリン浣腸を実施。患者から排便が多量にあったとの報告あり。なお、患者は浣腸を嫌がり、限られた看護師しか浣腸ができなかった。

- 4月24日から隔離は、24時間開放観察となり、便秘症対策として、病棟内での体操と廊下の散歩を毎日午後実施することを計画した。4月29日は廊下のウォーキング、5月2日には小ホールでの体操などが記録されている。5月4日には、生活範囲が小ホールから大ホールまでに拡大された。
- 4月25日に下腹部の張りの訴えがあり、浣腸を実施、反応便あり。
- 4月29日に腹痛の訴えがあり浣腸を実施。反応便なし。症状は消失、廊下をウォーキング。
- 5月4日に浣腸、その後腹部マッサージを行い、2、3日分の排便があった。
- 4月29日を除き、排便を確認したが、便性、量の記録はない。食事摂取量の低下はない。
- 医師の追加指示の際、診療記録に腹部症状に係る医師の所見はなく、その後の経過においても医師による腹部の診察は行われていない。

(4) 令和5年5月8日～12日

- 退院に向けた取組の一環として、5月8日から12日まで、千葉県のグループホームに体験入所（外泊）。
- 向精神薬や下剤を外泊先のグループホームで内服できるよう患者に渡した。
- 患者の自己申告によると、外泊期間中、排便はなかった。
- 当センターに帰棟した12日には、看護師が観察を行い、腹部膨満感が著明で、腸蠕動音（ちょうぜんどうおん）が微弱、横行結腸から下行結腸に便が貯留していることを認めた。排便を実施するが、便が触れず、グリセリン浣腸を実施（鶏卵大2個程度の排便あり）。
- 排便後は、下剤の定期内服はあったが、腹部の診察や観察は行われていない。

(5) 令和5年5月17日

- 患者は、外泊帰棟時より、躁状態が目立ったが、行動制限せずに経過観察。外泊による刺激もあり、帰棟後から暴言が目立っていた。
- 患者がフローアを水浸しにし、職員への暴力に及んだ。興奮が顕著で一般の病室では対応困難のため、同日に隔離を開始した。
- 隔離後は、看護師が1時間に2回保護室を巡視し、患者の状態を観察。

(6) 令和5年5月18日～5月29日

- 5月18日に患者から腹部膨満感の訴えがあり、グリセリン浣腸を実施。
- 排便の記録は18日、23日、28日及び29日。
- 患者は5月27日に「何かもぞもぞしますよ」、28日に「グルグルがくるんですよ」「体の中で動いているんですよ」と訴えていたが、看護師は患者の訴えを精神症状からくる体感幻覚と捉えた。
- 隔離の継続は、医師が毎日診察を行い判断することに加え、5月22日に多職種による行動制限カンファレンスを開催し、隔離が継続となった。
- 便秘症対策として、病棟内での体操と廊下の散歩を計画していたが、隔離中は実施できなかった。

3 死亡前日（5月30日）の経過

(1) 歯科受診（13時～）

- 歯科受診は腹痛のため途中で中止となった。

- 歯科医師は、顔面蒼白でとても具合が悪そうと感じて、歯科治療を中断した。歯科医師の紙カルテには「本人、痛くても頑張ろうとしていたが、顔面蒼白で難しい」と記録されている。診療介助の外来看護師も患者の顔色不良を認識したが、会話や行動から血圧測定等の必要性は感じなかった。
- 患者は受診の合間にトイレに行き、看護師Bは鶏卵大1個の排便を確認した。
- 患者は1階の廊下で寝そべり「おなか痛いんだもん」と述べ、全身の脱力があつたため、病棟看護師2名（看護師B他1名）が歯科診察室に迎えに行った。
- 看護師Bは13時43分に腹部の聴診、触診を行っており、翌日も腹痛が続くようであれば診察・検査を依頼することとし、医師への報告は行わなかった。看護師Bは、腹部膨満が続いており、不快感からセルフケアも退行していると判断した。介助を要する状態も患者の甘えによるものと捉えた。

(2) 警察による説諭（14時15分～）

- 患者の妹及び補佐人が同席のもと、17日の職員に対する暴力について、警察官の説諭がカンファレンスルームで行われた。
 ※警察による説諭は、被害職員が警察に相談したところ、警察から患者を説諭する旨の提案があつたものであり、主治医などが患者の病状を診て、説諭に耐えられると判断し、実施されたものである。
- 患者は、病室からカンファレンスルームまで看護師によりかかりながら歩いていた。説諭終了後に帰室する際は、自ら歩けず、看護師2名（A、B）に介助されていた。
- 患者を介助する様子を見た当該病棟外の看護師は、患者は疎通性があつたが顔面蒼白であり具合が悪そうだと捉え、その旨を看護師Bに伝えていた。

(3) 夕方以降

- 医師Aによると、夕方に看護師Bと患者について話をしたが、歯科受診時の状況は共有せず、患者の診察は行っていないとのことであつた。
- 日勤の看護師Bから夜勤の看護師C、Dに日中の患者の状態について引継ぎを行った。看護師Cによると、「看護師Bから、『歯科受診の際に腹痛を訴え、床に転がり看護師2名が迎えに行った。警察官との面談もあり、本人にとって刺激が大きかつた。夜間が心配である』との情報を得たが、自分は精神的な側面への影響を心配した。」とのことであつた。
- 患者は、18:30に提供した夕食を3割程度摂取。
- 看護師Cは与薬のため20:45に訪室。21時消灯。それ以降6:00の訪室まで、患者への刺激を避けるため、1時間に2回程度、小窓から、あるいはモニターにより患者の状態を確認した。
 ※後日、モニターの画像で確認したところ、20時45分に座位でマットレスと壁の間に嘔吐をしていた（嘔吐について、看護師C、Dは巡視時には気付かなかつた）。
- 消灯後は、患者が床をゴロゴロする様子を確認しているが、これまでも見られる様子であつた。
- 看護師Cは、夜間の記録を翌日の10時37分にまとめて記載しており、その間、他の医療者と診療記録による情報共有ができなかつた。

4 死亡当日（5月31日）の経過

(1) 心肺停止状態の患者の発見

時刻	経過
6時	<p>看護師Cが訪室、飲水の希望があり、飲水ボトルに1ℓの水を持参した。マットレス横に赤褐色吐物を発見。腹部膨満感あり、顔面蒼白。脈拍測定。看護師Cの声かけに、患者は「はい。大丈夫です」と応答した。<u>患者と疎通がとれる状態だったため、「緊急性はない」と考え、主治医が来る9時に報告すればよいと判断した。</u></p> <p><u>※夜勤看護師2名（C、D）は、ヒアリングにおいて、記録にある赤褐色吐物の性状を「嘔吐物は発見時に乾燥していたことから、消灯後に嘔吐したものと思った。赤褐色ではなく、トマトのような赤いものと食物残渣が混じっていた。」「血生臭さはなく、褐色の物と米粒のような白いものが混在しており、患者の様子も併せて当直医への報告の必要性や緊急性はないと思った。」と述べている。</u></p>
6時27分	看護師Cが内服のため訪室。食前薬を促すが、漢方のみ服薬。患者は他の薬を「飲めません」と述べていた。
6時32分	看護師Cは、 <u>患者の状態がいつもと違うと感じ、</u> 血圧と脈拍を測定。3回目の測定で血圧110/85mmHg、脈拍60回/分。体温は37.0度であった。
7時20分	看護師Cが食事配膳のため訪室。患者は「はい食べたいです」と述べたが、小刻みに震えており疎通不良のため、延食し、経過観察とした。
8時	看護師Cが訪室。食事や内服ができないか確認。本人は、体を起こすことをしなかったため、食事は延食すること、内服は後にすることを伝えた。
<p><以下は、監視カメラで確認した患者の状態></p> <ul style="list-style-type: none"> ・8時00分 腹部をさすりゴロゴロする ・8時6分 同上 ・8時10分 窓側へ移動 ・8時21分 体動あり 床をゴロゴロ ・8時22分 左側臥位（入口には背中を向けている） <p>以後体動なし</p>	
9時7分	看護師Bが環境整備のため訪室。患者の異変を感じ、応援要請（ドクターコール）。頸動脈が触れなかったため、心臓マッサージを開始。心肺蘇生法の中でアドレナリンを3回院内で使用。救急車を要請。

(2) 蘇生

時刻	経過
9時10分	CPR（心肺蘇生法）開始
9時12分	AED（自動体外式除細動器）装着、ショック適応なし。CPR再開。酸素マスク10L送気開始
9時16分	右手背22Gの点滴針を挿入し、ラクテック500mlを全開で補液。側管よりアドレナリン1ml、静脈注射実施
9時18分	心電図装着、ショック適応なし。CPR再開。側管よりアドレナリン1ml、静脈注射（2回目）実施。SP02（酸素飽和度）=94%

時刻	経過
9時20分	心拍再開。モニター波形洞調律。鼠径動脈触知可
9時21分	救急隊到着。頸動脈触知可能。血圧測定不能
9時26分	ラクテック1本目終了、ラクテック2本目に更新。アドレナリン1ml、静脈注射（3回目）実施。経鼻吸引にて白色のものが引ける。

(3) 転送搬送中・搬送後

時刻	経過
9時27分	ストレッチャーにて救急外来へ搬送
9時34分	救急車内に移動。転院搬送開始。CPR継続。心電図装着（心静止）。アドレナリン1ml、静脈注射（4回目）、以降、4分おきに7回まで実施。
9時48分	搬送先病院に到着。救急外来にてCPR継続
10時8分	搬送先病院にて死亡確認

VI 原因を明らかにするための調査結果

以下の医学的検証は、医療行為を実施した時点における情報を事前的視点で検証・分析したものである。

1 死因の検証

(1) 解剖結果（令和5年6月1日付け死体検案書）

ア 直接死因

イレウス

イ 主要所見

S状結腸完全に閉塞、心臓に肉眼的に病変はなし。S状結腸に直接8cm大の硬い便、同部周辺に炎症所見

(2) 死因に関する考察

- 主治医はヒアリングにおいて、「隔離が続き、前日に警察の説諭もあったことから、循環器系の疾患を疑った。そのため、当初解剖結果は受け入れがたかった。」と述べている。
- 本委員会においても、イレウスが直接死因であることは考えにくいという意見があり、搬送先の病院に意見を求めたところ、次のような意見だった（搬送先病院では、Ai（死亡時画像診断）は行われていない）。

<搬送先病院の意見>

- ・ 剖検結果では明らかな直接死因となりそうな腸管穿孔や誤嚥・窒息の記載はなかった。心肺蘇生にて気管内挿管を行った際に、気管内の食物残渣を吸引しており、これも剖検所見に何らかの影響を与えている可能性はある。
- ・ 血液検査では肝逸脱酵素の著明な上昇、高K血症、腎機能障害などを認めたが、この血液検査結果から死因を特定することは困難。
- ・ 警察では、当院での診療内容も聴取しているため、それと剖検結果を踏まえたうえで死亡診断書の記載を行っている。その点から考えると、イレウスという死亡病名は直接死因としては違和感を覚えるが、イレウスが起点となり死亡に至ったという判断なのではないかと思われ、尊重してよいものではないかと思われる。

- 本委員会において、死亡に至る機序を検討したところ、次の意見があったが、死亡前に血液検査等を行っていなかったため、いずれとも確定できなかった。
 - ・ 病態としては腸閉塞であるが、腸管の圧迫による虚血があり、敗血症に近い状態になったのではないか、この場合、直接の死因は「宿便による閉塞性大腸炎」となる（慢性便秘→大腸に蓄便→閉塞性大腸炎・虚血性の変化→敗血症性ショック→死亡）。しかし、この機序を前提にすると、敗血症を起こした時に感染兆候（発熱、炎症など）が見られたはずだが、身体診察、血液検査や血液培養などが行われていなかったため、感染症の診断は困難だった。なお、発熱は見られなかった（5月29日10時の検温で36.8℃、30日10時の検温で36.8℃、31日の6時37分の検温で37.0℃）。
 - ・ 向精神薬を多く服用していたことから、不整脈を起こしたのではないか。
 - ・ 既往症として██████、██████があったことから、脳梗塞等を起こしたのではないか。
- 本委員会においては、イレウスが起点となり死亡に至ったとして、以下の検証を行った。

2 臨床経過に関する医学的検証

(1) 日常的な便通管理

ア 便秘症の判断

- 一般的に、便秘症は「本来出すべき便が快適に十分量出せない状態」とされ、排便が3日以上なければ医師に相談することが推奨されている。また、便秘症の原因となりうる基礎疾患として精神疾患などが、便秘を起こす薬剤として向精神薬などが挙げられている。
- 「便秘異常症診療ガイドライン」では慢性便秘症への治療として、食事・運動・睡眠などの生活習慣の改善、薬物治療が挙げられている。また、薬物治療は緩下剤の定期服薬、刺激性下剤の頓用使用が基本とされている。
- 患者は精神疾患を患い、向精神薬を多く服薬しており、11月以降の排便の回数は週3回未満となっており、慢性便秘症の状態にあったと考えられる。
 - ※患者の生活習慣については、食事や水分を適切に摂取しており、不眠時には睡眠薬を服用するなど、概ね適切な生活習慣が保たれていた。
- 患者の便秘症対策として、散歩や運動をしていたが、外泊以降は、継続されていなかった。患者の便秘の状態に応じた食事療法の検討や運動療法の継続がなされていなかったことには改善の余地がある。

イ 診察・検査・治療

- 便秘症に対して、薬物治療が行われていた。患者は、緩下剤として酸化マグネシウム、グーフイスを定期服用し、刺激性下剤としてピコスルファートナトリウムを頓用使用していることから、薬物治療は標準的なものであった。
- しかしながら、便秘症に関する診療マニュアルがなく、対応は個々の医師の判断に任されていた。精神科単科病院のすべてに便秘症に関するマニュアルが整備されている訳ではないが、医師が便秘症に関する診療をほとんど行っていないこと、診療記録に十分な記載をしなかったことは、精神科単科病院であっても一般的とは言えないため、これらのことは適切ではなかった。
- また、医師の間での情報共有や補完の仕組みも整えられておらず、こうした診療体制については改善の余地がある。

(2) エックス線診断への対応

ア エックス線診断直後の対応

- 便秘症の治療として、一般的に、アミティーザなどの緩下剤の定期服薬、ピコスルファートナトリウムなどの刺激性下剤の頓用に加え、座薬や浣腸などの外用薬の使用や摘便が行われている。
- 看護師は摘便を試み、医師 A は、アミティーザカプセルを追加処方するなど、便秘症の治療として一般的な治療を行っており、その対応は適切だった。

イ 追加処方後のモニタリング

- 患者から腹痛や腹満の訴えがあった時には看護師はグリセリン浣腸を実施し、ほとんどの場合に反応便があったが、その性状や量は記録されていなかった。便の性状や量の記録については改善の余地がある。また、4月29日の浣腸後に反応便がなかったが、このことは医師に報告してもよかった。排便の観察や処理については個々の看護師の判断に任されており、こうした体制には改善の余地がある。
- 患者からの腹痛や腹満の訴えに看護師が真摯に耳を傾けることによって、身体症状の異変を早期に捉える姿勢を持つことが望まれる。
- アミティーザカプセルの追加処方後の効果については、看護師が腹部の状態を観察し、マッサージや体操を実施したが、診療記録上は排便回数が半月に2回程度であり、明らかに改善したとは言えない。医師に診察を依頼するなどの記録がないことから医師との連携は定かではないが、医師 A は十分な腹部の診察や検査を行ったとは言えない。
- 仮に、診察等のモニタリングを行っていれば、その結果によって内科医へのコンサルテーション、身体科の受診などを検討する機会となった。また、処方薬の選択は医師に任されていたが、患者には向精神薬が複数投与されていたため、症状が改善しない場合は向精神薬の変更や減量を、また、オンデマンド治療（刺激性下剤、外用薬、摘便）が頻回になる場合は便秘薬の変更を検討することも考えられた。特に抗パーキンソン病薬（ジペリデン塩酸塩錠）については、抗コリン作用があり便秘症を悪化させるため、患者の状態を観察しながら適時に見直すことも選択肢の一つだった。

(3) 外泊に係る対応

ア 外泊前の排便管理

- 外泊前に、医師は腹部の診察を行っておらず、外泊に当たっての便秘症リスクの評価や対策の立案も行っていなかった。このことは十分とは言えない。

イ 外泊後の対応

- 帰棟後に、看護師が患者の状態を観察し、摘便・浣腸を行ったことは、一般的な対応であり、適切であった。
- 一方、帰棟後、医師による腹部の診察は行われていなかった。このことは十分とは言えない。

(4) 隔離に係る対応

ア 隔離について

- 患者は興奮が顕著で一般の病室では対応困難なため医師の指示により隔離が開始された。隔離の継続も医師の診察に加えて、多職種によるカンファレンスでも検討されており、精神保健福祉法や院内マニュアルに照らして、適切な対応だった。

イ 隔離後の排便管理

- 隔離は、患者の活動量が低下するため、便秘症の悪化が懸念される。そのため、隔離中はそうしたリスクを考慮した便通管理が求められる。隔離中でも患者が体を動かすことができる運動療法の継続などを考慮してもよかった。
- 患者から「もぞもぞする」などの訴えがあった。患者の訴えが身体症状によるものか判断することは難しいが、その疑いを持ち、診察や検査、身体科の受診につなげられなかったことには、改善の余地がある。

(5) 死亡前日の腹痛の訴え

- 歯科医師は、紙カルテに「本人、痛くても頑張ろうとしていたが、顔面蒼白で難しい」と記録していたが、この記録は院内の電子カルテに反映されず、他の医療者との情報共有がなかった。歯科受診時の患者情報の共有について院内のルールがなかったことは、十分な体制とは言えない。
- 患者は歯科受診時に腹痛を訴え、全身が脱力している状態であった。看護師Bは移動のため介助される状態は患者の甘えによるものであり、患者の訴え等の言動は精神症状によるものと判断した。一方で他の看護師からは具合が悪そうとの指摘があった。患者の身体的苦痛の訴えについては、まず身体的な異変を疑い、その疑いが払しょくされた後に精神症状を疑うべきであることから、患者が歩行できないことを腹痛と関連付けて評価しなかったことは、適切でなかった。

(6) 死亡前日の夜間の巡視

- 夜勤看護師は、日中の様子から精神症状の悪化を危惧していた。そのため、消灯後は、1時間に2回程度、刺激を避けるため、小窓やモニターを通じて観察を行っていた。この対応は、院内マニュアルに沿った対応であり、適切であった。
- 一方で、入室しての観察や声掛けを行っていれば、早期に嘔吐を発見したり、患者の身体症状を把握したりすることができたかもしれない。患者の状態に応じた観察方法の選択について、改善の余地がある。
- 看護師Cは、夜間の患者の状態について、変化がなかったことから、後でまとめて診療記録に記載しようと考え、翌日の10時37分に診療記録を記載していた。
- そのため、夜間の患者の状態について、医療者間で共有できず、また、看護師によるヒアリングの内容と診療記録の記載に食い違いが生じている。看護師は優先順位をつけながら業務を実施することから、夜間の患者の状態を観察したごとに記録をすることが困難な場合も考えられるが、可能な限り観察したごとに記録すべきであるため、この対応は十分ではなかった。

(7) 嘔吐発見時の対応

- 一般的に、嘔吐を発見したときは、食事を止め、原因が分からないときは、診察や検査を行う。
- これに対して、看護師C・Dは、6時に訪室した際に嘔吐を発見したが、患者の状態から緊急性を感じず、主治医が来棟する9時に報告すればよいと判断した。原因不明の嘔吐を身体急変のサインと捉えず、医師に報告しなかったことは、十分な判断ではなかった。
- 30日には腹痛の訴えがあった。慢性便秘症に加え、本人が望んでいた歯科治療を中断するほどの腹痛や腹部膨満があれば麻痺性イレウスを疑い、医師に相談すべきである。医療者間における患者情報の共有と身体症状の評価、それを踏まえた観察と報告体制が適切でなかった。

(8) 心肺停止時の対応

- 患者の異変を発見してから、蘇生のための措置、転院搬送まで迅速に行われていた。また、CPR（心肺蘇生法）の開始、AEDの装着、心電図解析、アドレナリン静脈注射など、標準的な救命措置が実施されており、救命措置は適切だった。

VII 総括（まとめ）

- 本事例は、腹痛を訴えていた慢性便秘症の患者が嘔吐の後、心肺停止となり、死亡した事例である。死体検案書では直接死因がイレウスとなっていた。イレウスが直接死因であることは不自然であるが、死亡直前の血液検査等のデータがなく、死因の特定は困難であったため、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。
- 本事例の最大の問題は、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。
- 精神医療センターは、以上を認識した上で、再発防止に向けて、次項に掲げる改善策を実施する必要がある。

VIII 再発防止策について

以下の再発防止策は、患者の死亡という結果を知った上で経過を振り返り、どうすれば同じような医療事故を防止し得るかという事後的視点で検討したものである。

便秘症の患者がイレウスを起こさないための予防的観点、予防策を講じてもイレウスを起こしてしまった場合の事後的な対処の観点という二つの観点から再発防止策を整理した。

1 予防的観点

(1) 便秘症の治療・ケアの標準化

病院全体でシステムティックに取り組めるよう、以下の内容を取り入れた「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。

ア 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。

イ 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。

【精神医療センターでの対応状況】

- 本件医療事故発生後、医療安全マニュアルの中に「便秘症対策」の項を設け、便秘症対策を実施している（参考2参照）。

(2) 医療者間のコミュニケーションの充実

- 主治医が不在の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。

(3) 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。

2 事後的な対処の観点

(1) 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)。

【精神医療センターでの対応状況】

- 令和6年度に、院内の家庭医療専門医・在宅医療専門医が講師となって、以下の研修を実施。
 - ・排便管理の基本を学ぼう ～見くびるな便秘～ (令和6年9月4日、13日)
 - ・身体急変を未然に防ごう ～RRS Rapid Response System～ (令和6年9月12日、20日)
- 令和6年度から、新採用の看護師は県看護協会が実施する「新人フォローアップ研修 自信をもってフィジカルアセスメントできていますか～根拠のある看護のために～」を受講。
- 令和5年以降、医療危機管理支援機構が主催する「INARS (心停止回避コース)」を毎年度3名の看護師が受講。

(2) 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。

【精神医療センターでの対応状況】

- 令和7年4月から、「連携サポートセンター」を「患者サポートセンター」に改編し、地域連携に特化した「地域連携科」を設置する。地域連携科において、医療機関訪問を積極的に行い、病病連携を進めていく。

参考 1 患者の状況等

1 便通の状況

- 排便回数は自己申告であり、回数等は次のとおり。
 - ・ 入院当初から令和4年7月までは月に11回から18回、平均すると1日から3日に1回の排便
 - ・ COVID-19罹患後の令和4年8月から10月までは3日に1回の排便
 - ・ 令和4年11月から令和5年2月までは週に1回から2回の排便
 - ・ 令和5年3月からは週に1回程度の排便
 - ・ 病室内の便器は排便後すぐに自動で流れる構造のため、看護師が便の性状や量を確認できなかった。
- 浣腸については、令和5年4月と5月にそれぞれ3回ずつ実施したが、排便を認めないときもあった。

※浣腸など痛みを伴う処置は本人の拒否が強く、限られた職員しかできなかった。
- 腹部膨満等の記録は、令和5年3月1日から4月12日までに5回。4月13日から5月30日に8回。4月以降には患者から「おなかが痛い」（4月29日、5月30日）、「モゾモゾする」（5月27日）、「体の中で動いている」（5月28日）との訴えがあった。
- 生活習慣
 - ・ 食事は1日3回、常食をほぼ全量摂取。当センターにおける常食の食物繊維量は平均して17.1gで平成28年の国民健康・栄養調査の平均値12.16g（30歳から49歳男性）と比べ十分な提供量であった。
 - ・ 水分は多飲水傾向にあるため1日2,000mlを上限に提供し摂取。間食は自身のおこづかいの範囲内で購入。ポテトチップやカップラーメンを好んで摂取されていたが詳細は把握していない。
 - ・ 開放観察時は、日中、患者はロビーで過ごしたり、院内散歩（令和4年5月1回、6月5回、7月2回）をしたり、作業療法に参加（令和4年7月2回、8月1回、9月1回、11月3回、12月3回、令和5年2月2回、3月3回、4月2回）したりしていた。ただし、病状により開放時間が制限されたため、運動量に一定の制約があった。
 - ・ 不眠時には睡眠薬としてジプレキサを頓服していた。

【排便回数等】

	排便回数	ピコスルファートナトリウム総量 (滴)	浣腸実施回数	備考
2022年3月	3	35		3/23入院 (2/9 エックス線撮影)
4月	17	50		
5月	11	207		
6月	13	40		
7月	18	15		
8月	7	50		コロナ罹患 (8/19 胸腹部CT線撮影)
9月	12	100		
10月	10	65		

	排便回数	ピコスルファートナトリウム総量 (滴)	浣腸実施回数	備考
11月	8	250		(11/9 胸腹部エックス線撮影)
12月	7	280		
2023年1月	4	390		
2月	8	240		
3月	5	410		
4月	3	420	3	(4/13 腹部エックス線撮影)
5月	7	240	3	試験外泊

2 診察・検査・治療の状況

- 便秘時に頓服するピコスルファートナトリウムの服用は、11月から急増し、平均して2日に1回程度を内服、また1月からはほぼ毎日のように内服していた。
※ なお、慢性便秘症で使用されるモビコールを指示していないのは、外来通院中にモビコールとセンノシドを処方した際、腹痛を理由に内服しなかったためである。
- 便秘症に着目した看護計画はなく、医療者による計画的な観察、評価、対策の実施、また、それらの情報共有はなされていなかった。
- 医師による腹部の診察は令和4年5月7日に行っており、その際は触診で明らかな便塊を認めなかった。それ以降、医師による腹部の診察はない。
- 医師によると入院期間中は週2回から3回程度患者と会っていたとのことだが、診察記録への記載は週1回程度である。
- 腹部のレントゲン撮影は入院前の令和4年2月9日、同年11月9日に行っており、いずれも腸管ガスは正常範囲内という所見だった。

3 隔離期間

入院期間 435 日のうち 322 日間

- ・ 令和4年3月23日から5月9日 (47日間)
- ・ 7月12日から19日 (7日間)
- ・ 8月5日から8日 (3日間)
- ・ 8月16日から10月24日 (69日間) (8月28日から8月30日は身体的拘束)
- ・ 10月26日から12月14日 (49日間)
- ・ 12月26日から令和5年3月9日 (73日間)
- ・ 3月9日から5月8日 (60日間)
- ・ 5月17日から31日 (14日間)

4 カンファレンスの開催状況

- 行動制限マニュアルに、隔離に関するカンファレンスは、精神救急病棟以外は1週間以内に開催するとされており、医師と看護師によるカンファレンスを毎日行うことはしていなかった。

5 死亡時の処方薬

薬剤名	1日量	用法	備考
ビペリデン塩酸塩錠 2mg「サワイ」 (朝 1 / 昼 0 / 夕 0 / 寝 2)	3 錠	1日2回 朝食後・寝前	パーキンソン症候群治療剤
アミティーザカプセル 24 μ g	2 Cap	1日2回 朝夕食後	慢性便秘症 (器質的疾患による便秘を除く)
ゲーフィス錠 5mg	1 錠	1日1回 朝食前	慢性便秘症 (器質的疾患による便秘を除く)
ツムラ抑肝散エキス顆粒 2.5g/包	3 包	1日3回 朝夕食後・寝前	虚弱な体質で神経がたかぶるものの次の諸症 神経症、不眠症、小児夜泣き、小児疳症
テグレトール錠 200mg (朝 1 / 昼 0 / 夕 0 / 寝 2)	3 錠	1日2回 朝食後・寝前	向精神作用性てんかん治療剤, 躁状態治療剤
バルプロ酸ナトリウム徐放錠A 200mg「トーワ」 (朝 2 / 昼 0 / 夕 4 / 寝 0)	6 錠	1日2回 朝夕食後	抗てんかん剤, 躁病・躁状態治療剤, 片頭痛治療剤
フェキソフェナジン塩酸塩錠 60mg「サワイ」	2 錠	1日2回 朝食後・寝前	アレルギー性疾患治療剤
プラバスタチンNa錠 10mg「サワイ」	2 錠	1日1回 朝食後	HMG-CoA 還元酵素阻害剤, 高脂血症治療剤
ベルソムラ錠 20mg(シート)	1 錠	1日1回 寝前	オレキシン受容体拮抗薬, 不眠症治療薬
リスペリドン錠 2mg「ヨシトミ」 (朝 1 / 昼 0 / 夕 1 / 寝 4)	6 錠	1日3回 朝夕食後・寝前	抗精神病剤
リボトリール錠 0.5mg	2 錠	1日2回 昼夕食後	抗てんかん剤
ロドピン錠 50mg(朝 0 / 昼 2 / 夕 3 / 寝 3)	8 錠	1日3回 昼夕食後・寝前	統合失調症治療剤
酸化マグネシウム錠 250mg	4 錠	1日2回 朝食後・寝前	制酸剤, 緩下剤
ジプレキサ錠 2.5mg	1 錠	不穏時	
オランザピンOD錠 5mg「アメル」	1 錠	不穏時	
ピコスルファートナトリウム内用液 0.75% 「イワキ」 10mL/本	1 本	便秘時	
グリセリン浣腸「オヲタ」 120 50% 120mL/個	1 個	浣腸	

6 血液検査の結果（令和5年4月6日）

検査項目	結果	基準値	単位	*
総蛋白（TP）	7	6.5 ～ 8.2	G/DL	
尿素窒素（BUN）	14.9	8.0 ～ 20.0	MG/DL	
クレアチニン	0.88	0.65 ～ 1.09	MG/DL	
総コレステロール（T-CHO）	274	150 ～ 219	MG/DL	↑
中性脂肪（TG）	103	50 ～ 149	MG/DL	
AST[GOT]アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ	44	10 ～ 40	U/L	↑
ALT[GPT]アラニンアミノトランスフェラーゼ	52	5 ～ 45	U/L	↑
乳酸脱水素酵素（LD）	204	120 ～ 245	U/L	
（γ-GT）γ-グルタミルトランスぺプチダーゼ	121	LT 79	U/L	↑
（CK）クレアチンキナーゼ	146	50 ～ 230	U/L	
カリウム（K）	4.3	3.5 ～ 5.0	MEQ/L	
アルブミン	4.4	3.8 ～ 5.2	g/dL	
アンモニア（NH ₃ ）	37	30 ～ 86	MCG/DL	
（CRP定量）C反応性蛋白定量	0.04	LT 0.30	MG/DL	
ナトリウム（Na）	142	135 ～ 145	MEQ/L	
クロール（Cl）	104	98 ～ 108	MEQ/L	
好塩基球（Baso）	0.8	0.0 ～ 2.0	%	
好酸球（Eos）	4	0.0 ～ 7.0	%	
好中球（Neut）	44.6	42.0 ～ 74.0	%	
桿状核球（stab）		0.0 ～ 19.0	%	
分葉核球（seg）		27.0 ～ 72.0	%	
リンパ球（lym）	44	18.0 ～ 50.0	%	
単球（Mono）	6.6	1.0 ～ 8.0	%	
D-ダイマー	1	LT 1.0	MCG/ML	
白血球数（WBC）	5930	3500 ～ 9700	/MCL	
赤血球数（RBC）	414	438 ～ 577	マ/ML	↓
ヘモグロビン（Hb）	12.9	13.6 ～ 18.3	G/DL	↓
ヘマトクリット（Ht）	42	40.4 ～ 51.9	%	
血小板数（PLT）	27.6	14.0 ～ 37.9	マ/ML	
MCV（平均赤血球容積）	101	83 ～ 101	FL	
MCH（平均赤血球血色素量）	31.2	28.2 ～ 34.7	PG	
MCHC（平均赤血球血色素濃度）	30.7	31.8 ～ 36.4	%	↓
HbA1c（NGSP）	5	4.6 ～ 6.2	%	
甲状腺刺激ホルモン（TSH）	6.71	0.500 ～ 5.000	MCIU/ML	↑
プロラクチン（PRL）	99.3	3.6 ～ 12.8	NG/ML	↑

検査項目	結果	基準値	単位	*
カルバマゼピン	8.6	4.0 ~ 12.0	MCG/ML	
バルプロ酸	81	50 ~ 100	MCG/ML	
遊離サイロキシシン (F-T4)	0.7	0.90 ~ 1.70	NG/DL	↓
遊離トリヨードサイロニン (F-T3)	2.36	2.30 ~ 4.00	PG/ML	
ALB	3.9	3.8 ~ 5.2	G/DL	

参考2 精神医療センターにおける「便秘症対策」（令和6年2月策定）

精神科治療の1つである薬物療法においては、抗精神病薬や抗パーキンソン薬は抗コリン作用によって腸の蠕動運動を抑制し、便秘症を引き起こしやすい。便秘症が慢性化すると腸管神経の麻痺が起これば巨大結腸からイレウスに移行しやすく、死に至ることもある。日々の排便状況を把握し、患者が安全に治療を受けられる事を目的に当センターの便秘症対策についてとりまとめた。便秘症対策の手順については「排便が困難な人のケアフロー」参照

1 排便状況の把握

(1) スクリーニングシート「便秘症評価表」を用いる

電子カルテ：書類→入院→「便秘症評価表」

①入院時に過去2週間程度の排便状況を確認する

便性の評価は「Bristol 便性状態スケール」を用いて評価する

②基礎疾患・治療薬の項目については医師が記入する

③排便状況・日常生活に関する事項は看護師が記入する

④評価表の項目に含まれない、診察・聴診結果についてはカルテ記載する

(2) 便秘症リスクがある患者の抽出

①基礎疾患・治療薬の項目に該当し、日常生活・排便状況の項目が5点以上のケースでは看護計画を立案する。 *看護計画立案の詳細は、看護基準・看護手順参照

日常生活・排便状況から便秘症対策が必要な事例は看護計画を立案しケアする。

②便秘症対策フローに基づいて、運動療法・栄養科への食事指導を取り入れる

運動療法に関するパンフレットを活用する。

パンフレットは、臥位・座位・立位とADLに合った内容を選択する。

電子カルテ：コメディックス→文書管理→07 治療関連→1 便秘症対策に格納。

③栄養指導は栄養指導の「イレウス 便秘症」該当する項目をチェックし、指導依頼をする。便秘症対策のパンフレットを活用

④排便状況と薬物療法から便秘症予防に適した緩下剤については、便秘薬作用機序、便通異常診療ガイドラインを参考に選択する。

パンフレット類：電子カルテコメディックス→文書管理→07 治療関連→便秘対策

便秘症対策：1 ブリストールスケール 2 排便チェック表

3 便秘症タイプとおくすり 4 当センター便秘症対応の採用薬一覧

5 便秘症治療薬フロー 6 栄養管理科「便秘と食事」

7 便秘症タイプ別対策 8 便秘症セルフマッサージ

9 運動①臥位 10 運動②座位 11 運動③立位

(便秘症評価表の点数化については使用開始後、一定期間使用し再評価する。)

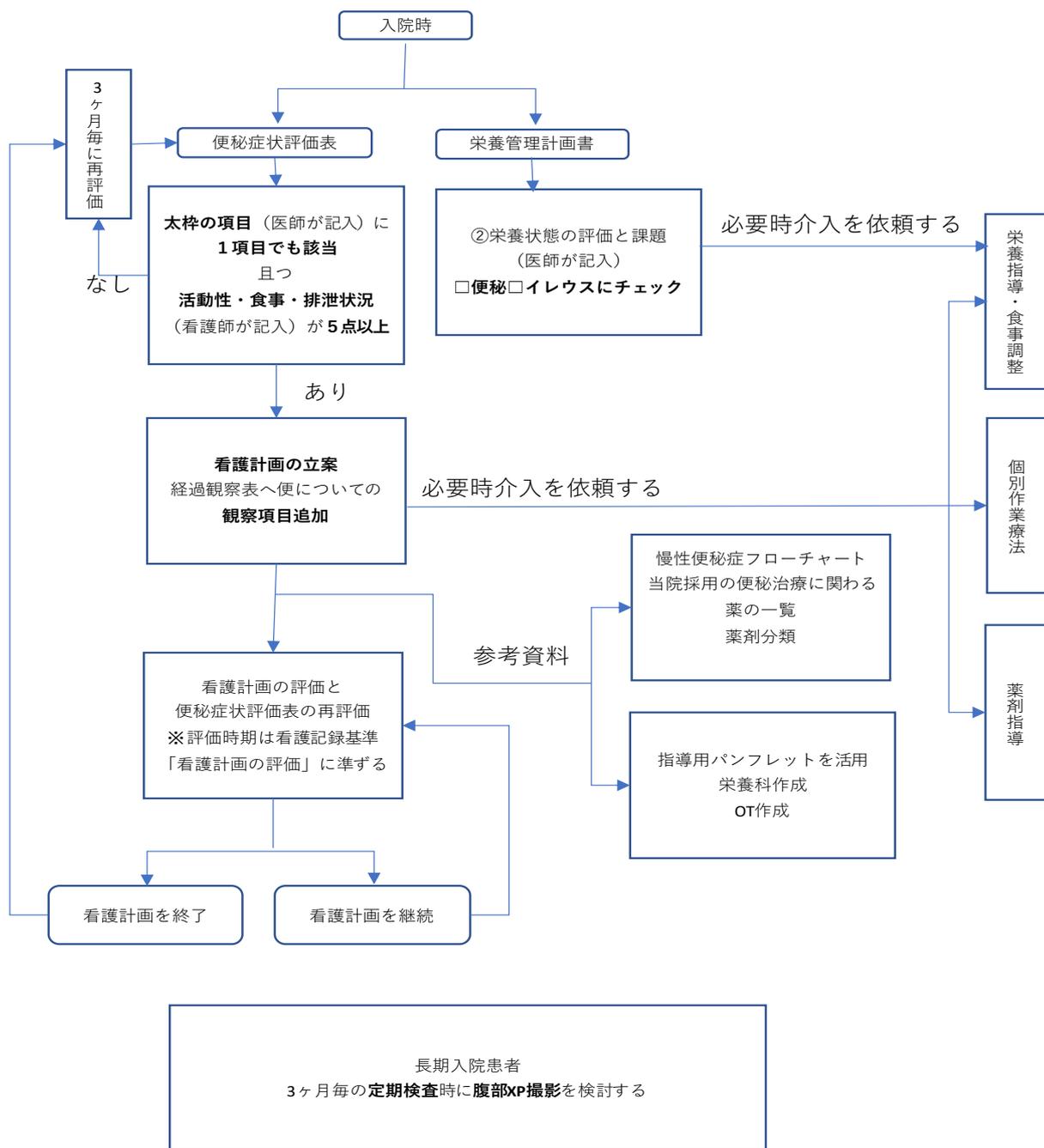
(3) 便秘症対策の実際 *詳細は看護手順・看護基準・看護計画参照

①運動療法・食事・水分摂取状況・薬物療法から排便状況の経過を観察する。

②看護計画を立案し経過表で経時的に排便状況を把握する。

③便秘症評価表は、治療開始3週間を目安に再度評価する。

排便が困難な人のケアフロー



便秘症状評価表

項目(担当)	小項目	選択肢	患者氏名				
			年月日 <評価日>	年月日① <評価日>	年月日 <評価日>	年月日 <評価日>	年月日 <評価日>
1 疾患・基礎疾患 (医師)	1) イレウス歴あり 消化管術後	0: 該当なし 1: 消化管手術歴あり 2: イレウス歴あり 3: 消化管手術+イレウス歴あり					
	2) 消化管活動性の低下	0: なし 1: あり					
2 薬物療法 (医師)	1) オランザピン・クエチア ピン・クロザピン服用	0: なし 1: あり					
	2) 抗精神病薬のCP換算量	0: なし 1: CP1500mg未満 2: CP1500mg以上					
	3) 抗バ剤などの抗コリン薬 の使用	0: なし 1: あり					
	4) 抗精神病薬の10年以上 の長期服用	0: なし 1: あり					
3 活動性 (看護師)	1) ADL	0: 自立 1: 車椅子 2: 臥床					
	2) 運動	0: 歩行500m以上またはOT参加 1: 歩行500m以下またはOT不参加					
	4) 隔離・拘束	0: 該当なし 1: 隔離 2: 隔離+拘束					
4 食事 (看護師)	1) 食事量(経口摂取)	0: 全量+間食 1: 全量~半分 2: 半分以下					
	2) 食事形態	0: 常食・軟食・分粥・きざみ食 1: 上記以外					
	3) 水分量(1日摂取量) * 注入を含む	0: 1500ml以上 1: 1500~1000ml以下 2: 1000ml以下					
5 排泄 (看護師)	1) 便性 (Bristol スケール : BL)*	1: ①コロコロ便 1: ②硬い便 0: ③やや硬い便 0: ④普通便 0: ⑤やや軟らかい便 1: ⑥泥状便 1: ⑦水様便 1: 判定不明					
	2) 回数	0: 3回以上/週、 1: 2回/週 2: 1回/週 3: 1回未満/週 4: 判定不明					
	3) 排便困難	0: 全くない					
	4) 残便感	1: とどき					
	5) 腹痛	2: 判定不能					
	6) 排便の補助の有無	0: なし 1: 刺激性下剤の連続使用 (定期内服を含む) 2: 浣腸・坐薬・摘便					
1・2合計							
3・4・5合計			0	0	0	0	0
サイン							

constipation scoring system(CSS)改変 2023年11月

注1 Bristolスケール: BL

便性1・2・6・7は便性異常1点、3~5は普通便のため0点。便性を選択すると0または1が表示される

便秘対策における便秘症評価表の使用手順

1. 判定: 項目太枠の項目に1項目でも該当があり、かつ、活動性・食事・排泄状況で5点以上を目安に便秘対策を立案する
2. 便秘対策には運動療法・食事療法を行い、便性・腹部症状を経時的に観察し薬物療法・ケアを評価する。
運動療法には便秘対策運動を取り入れる。また、作業療法科へ相談する。
食事療法では栄養管理科作成のパンフレットを活用する。また栄養指導を依頼する。
3. 看護計画立案初期は1~2週間で「便秘症評価表」で再評価する。計画・治療を変更した時は1~2週間後に評価検討する。
4. 薬物療法の追加変更の際は慢性便秘症フローチャートをもとに選択する。
5. 排便量・腹部診察所見は診療録・経過表へ記載する。
6. 長期入院患者においては3ヶ月毎もしくは必要時、腹部レントゲン撮影を行い治療・ケアの効果を客観的に評価する事を検討する。

神奈川県立精神医療センター院内医療事故調査委員会名簿

氏 名	所 属	
委員長 (外部委員)	安 田 宏	聖マリアンナ医科大学 消化器内科 教授
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
副委員長 (内部委員)	小 澤 篤 嗣	神奈川県立精神医療センター 副院長 (医師)
内部委員	森 脇 久 視	神奈川県立精神医療センター 医療安全推進室長 (医師)
内部委員	中 満 千 夏	神奈川県立精神医療センター 医療安全推進室室長補佐 (看護師)