

### 【委員会としての再発防止に向けた提言】

一般的に、非自発入院事例に関しては、入院前の精神症状の悪化から摂食や睡眠状況にも問題が生じており、その結果として身体的なリスクも増大しているとされる。入院後に身体上の容態急変に陥るケースも少なくないことから考えると、入院患者の身体上の容態急変に際して、患者の情報を治療チーム全体で共有し、評価する体制を整えることが必要と考える。加えて、現在センターで整備している総合病院等の身体科医師との連携体制を利用して患者の全身状態が悪化した場合に身体科医師に早期に相談できる環境を整えることも重要である。

### 【ヒアリング項目】

- |                              |
|------------------------------|
| ⑧ 救急搬送の判断・時期                 |
| ⑨ 緊急時における院内連絡体制（指導医への連絡を含む。） |

【ヒアリング対象】 当直医、病棟看護師、当直看護科長

### 【ヒアリング要旨】

#### ＜当直医＞

- ・ 主治医から特に申し送りは無かった。
- ・ 初めてコールを受けた時間ははっきりしないが（診療録では8月9日 午前1時30分）、SpO<sub>2</sub>が下がり気味の人がいるということだった。そのときは、当直室にいて、この人はSAS（sleep apnea syndrome:睡眠時無呼吸症候群）があって、主治医の指示でSpO<sub>2</sub>が落ちてきた場合には酸素を投与して対応するようがあるので、その通り対応する指示した。（酸素吸入2L→5Lに変更）
- ・ 次にコールが来た段階（診療録では同日 午前3時）でSpO<sub>2</sub>が70とか60とかで、明らかに良くないと報告があり、病棟に行った。
- ・ 病室では、本人はいびきが著しくSpO<sub>2</sub>も明らかに落ちていたので、意識レベルの確認（診療録には「JCS300」の記載あり。Japan Coma Scaleの略。「JCS300」は痛み刺激に反応しない状態。）、痛み刺激を行って、瞳孔をチェックしたところ完全に縮瞳していたため、当直看護科長を呼んだ。
- ・ セレネースの呼吸抑制もあったと振り返ってみれば思うが、むしろその瞬間は、可能性として、呼吸抑制じゃなく肺塞栓とか、脳梗塞、脳卒中をむしろ疑っていた。
- ・ この状態は、この病院では無理と判断して救急車の手配を頼んだ。この時の状況は、SpO<sub>2</sub>は下がっていたがC P A（cardiopulmonary arrest:心肺機能停止）ではなかった。
- ・ 当直医としては、抗精神病薬による影響ではなく、身体的な問題だと認識していた。救急隊を呼んだ判断は間違っていなかった。

#### ＜病棟看護師＞

- ・ 1時過ぎの巡回時に、呼吸が荒い感じがするのとSpO<sub>2</sub>値が80台くらいまで下がることが増え、体位変換でSpO<sub>2</sub>値が90台まで回復したが、念のため1時30分

に当直医師に報告した。医師からは、現状指示で経過を見てくださいということだった。

- ・ 3時の巡回の時にSpO<sub>2</sub>アラームが鳴り、二人で訪室したら患者はいびきをかいて寝ている状態だった。見ると口に黒色の泡沫上の分泌物が出ていたため、医師を呼んで、看護科長にも報告して、吸引準備を慌てながらも行った。
- ・ 処置室にあった吸引機の準備に手間取りながらも、看護師が吸引した。
- ・ 顔面も白くなりかけている感じがして、良くない状況と判断した。
- ・ 当直医が来て当直看護科長に（家族への）連絡の指示あり、他の看護師に依頼している間に、当直医が、意識と呼吸の確認を行っていた。
- ・ 当直看護科長が来てから救急搬送の相談をし、救急隊を要請した。
- ・ 救急隊が来て、一緒にストレッチャーに患者を乗せて救急車まで行った。救急隊が司令部と連絡を取っていた。先生を呼んでくださいと救急隊に言われたため、当直医に来てもらった。

#### <当直看護科長>

- ・ （患者をみてすぐに当直医に）救急を要請することを伝え、（ステーションに戻って）病棟スタッフのIDを借りてカルテを開く前に救急に先に電話した。
- ・ 救急に患者の状態を伝え、電話対応の人から心臓が止まったらマッサージするように言われた。
- ・ 家族には、誰も連絡していなかったなので、私が電話し、搬送先が決まったら連絡するので、出られる用意をしておくように依頼した。
- ・ 病棟当直医に救急車に同乗するよう伝えた。

#### 【委員会としての検討】

ヒアリングの結果及び診療録の記載から見ると、1時30分に当直医への連絡し5L/分の酸素吸入を開始した時点から3時の当直医への連絡までの間に、医師、看護師、当直看護科長が直接話し合い、身体的なリスクの評価を行うこと、場合によっては外来当直医の応援を仰ぐことが必要であったと考えられる。

ただ、当日の時間帯は、外来当直医は急患対応にあたっており、実際の応援は困難な状況にあった。また、この時点では、酸素吸入や体位調整によりSpO<sub>2</sub>は70台から90台を推移しており、仮に評価を行っても、SpO<sub>2</sub>を上げることに重点を置いた処置を行っている状況では救急要請の判断に至らなかったと判断されるが、この時点で、患者本人がどのような状態になれば当直医に連絡するのか確認するべきであったと考えられる。

また、3時の連絡の段階では、当直医は、直ちに病棟に行き患者を診察、速やかに救急車要請の依頼を当直看護科長にしており、当直看護科長も救急隊の要請と家族への連絡を行っていることから、適切な対応が図られたものと判断される。

入院患者の容態急変に伴う院内体制は、当直医、当直看護科長、病棟夜勤看護師が連携協力して当たることになっており、指導医やセンター幹部に連絡する仕組みとはなっていないことから、当直医が患者の身体的要因による容態急変等に伴う対応を行うには限界があると考えられる。

### 【委員会としての再発防止に向けた提言】

当直帯においてどのような場合に医師を呼ぶのかを確認することや、看護師が疑問に思ったことを当直医に確認することを看護基準や看護手順に決めておくとともに、救急要請を行うか否かの判断を行う上でも、入院患者の身体上の容態急変に際して、センター内の経験豊富な医療スタッフに随時に相談、連絡できる体制の整備や、特に当直帯において病棟スタッフ全員で患者の評価を実施できる体制、組織として総合病院等との連携体制を整備する必要があると考える。

なお、当センターの「病棟当直勤務マニュアル」には、事故等のある場合には医局の安全マニュアルを参照の上、当直看護科長と対応すること、必要に応じて上席医や幹部に連絡することの記載はあるが、外来当直医に応援を要請することについては定めがない。患者も容態急変に迅速に対応する観点から、医師間の協力についても追記しておくことが望まれる。

### 【ヒアリング項目】

#### ⑩ 緊急時における救急隊・院外連絡体制

【ヒアリング対象】 当直看護科長、病棟看護師

### 【ヒアリング要旨】

#### ＜当直看護科長＞

- ・ 救急車が出発し、同乗看護師から搬送先の連絡があり、私からご家族へお伝えして向かってもらった。
- ・ 後からCPAの場合やそれ以外の場合の連絡対応、緊急時の搬送体制はしっかりしなければだめだということが分かった。

#### ＜病棟看護師＞

- ・ 搬送される時の手順がわからなくて手順書を探した。もっとスムーズにできるようなと思った。

### 【委員会としての検討】

当センターが定めた看護手順及び「転院・搬送依頼と転院の手続き」、横浜市の「横浜市転院搬送ガイドライン」に基づき緊急搬送の手順を整理すると、次のとおりとなる。

- ①搬送先医療機関への受入れ確認
- ②「転院搬送依頼書」を119番fax又は隊員に手渡し
- ③医師又は看護師が同乗

今回の救急搬送がこの通りに行われたかどうかは、ヒアリングの中で十分確認が取れなかったが、ヒアリングでは、①に関しては救急隊が搬送先を決定し、②に関しては119番に電話連絡のみとなっている。③については、医師と看護師が同乗している。

救急搬送自体は、今回の事案の直接の原因とは考えられないが、①の搬送先病院と

の調整が事前に医師により行われていれば、より搬送時間を短縮（救急隊の到着時刻 3時35分、救急隊から搬送先決定の連絡 4時23分、搬送先に到着 4時31分で、救急要請から搬送先到着まで要した時間56分）できた可能性がある。

実際には、当時の状況を関係者からのヒアリングでは、救急隊は口から分泌物があったことから消化器系疾患を疑い、それに対応する搬送先を探していたため、搬送が遅れたという要因もあったと考えられるが、上記対応あるいは心肺停止（CPA）の判断をしていれば、搬送が早まったとも考えられる。

### 【委員会としての再発防止に向けた提言】

患者の容態急変に応じて、迅速な救急搬送が可能となるよう、当直対応にあたる医療スタッフに、改めて手順等の徹底が望まれる。

### ＜参考＞ 横浜市転院搬送ガイドライン（抜粋）

#### － 緊急性がある場合 －

- ① あらかじめ搬送元医療機関は、搬送先医療機関に受入れを確認してください。
- ② 転院搬送依頼書に必要事項を記入の上、Faxにより消防局司令室に送信した後、119番通報を行ってください。依頼書を送付するいとまがない場合は現場到着した救急隊に、当該依頼書を手交してください。なお、Fax番号は119です。
- ③ 消防局司令室が転院搬送依頼書を受信し、当該転院搬送要請が救急業務に該当することを確認しましたら、搬送元医療機関直近の救急隊に出場指令を出します。
- ④ 速やかな転院のための事前準備（ベッドから移動しておく、搬入口付近で待機しておく等）をお願いします。
- ⑤ 救急車が搬送元医療機関に到着しましたら、Fax送信後の転院搬送依頼書を搬送救急隊員に手交してください。
- ⑥ 患者とともに医師が同乗し、搬送中の患者の医療の継続と容態管理をお願いします。やむを得ぬ事情があり医師等の同乗ができない場合は処置等の必要な申送りをお願いします。
- ⑦ 医師が救急車に同乗した場合は、地域救急医療体制確保の観点から、救急車に同乗し帰院することができるものとします。この場合、帰途途上に出場指令があった場合は、救急現場まで同乗するか、その場で降車することや、病院までは通常走行とすることなどのほか、搬送医療機関での引継ぎを速やかに行うなど、円滑な救急業務の実施に御協力ください。

#### 【転院搬送の要件】

- ① 当該医療機関において治療能力を欠き
- ② かつ他の専門病院に緊急に搬送する必要がある
- ③ 他に適当な搬送手段がない場合には
- ④ 転院搬送依頼書により要請する
- ⑤ 医師等が同乗すること

## 3 救急車内

### 【ヒアリング項目】

- ① 救急車内での状況の確認（容態確認、医療行為の有無・主体）

【ヒアリング対象】 当直医、病棟看護師

## 【ヒアリング要旨】

### ＜当直医＞

- ・ 救急車には、自分と看護師の他救急隊員3名が乗車した。
- ・ 救急車に運び入れた直後は、血圧は100くらいあり、SpO<sub>2</sub>は覚えていない。
- ・ 救急隊員が搬送先を探して、断られて、自分も一言いえばよかったが、救急隊の仕事とってしまった。
- ・ そうしているうちに血圧も少し落ちてきて、搬送先が決まってそっちに向かっているときに心肺停止状態になった。そこで、救急隊員が搬送先の救急医に連絡して、ショックプロトコールについて話をしていた。
- ・ 心臓マッサージをしながら、数分で到着し、挿管する時間もなく救急病棟に入っていった。
- ・ 搬送後は、搬送先の救急医と患者の状況をCTとかを見ながら話をしていたが搬送先でも検査をしたが原因は分からない状況だった。

### ＜病棟看護師＞

- ・ 患者は、酸素と点滴をしていたが、対応は救急隊に任せていた。
- ・ (生体) モニターでSpO<sub>2</sub>と心電図の波形が出ていた。点滴は、ハロペリドールを混注していたものが継続したままだったので、救急隊に説明したが、特に何かすることはなかった。
- ・ 点滴のポンプは、病棟から移動した際に外した。滴下が大きく変化した印象はないが、点滴の速度が速まると良くないと思い、医師と相談した。医師からも救急隊に言ってくれたと思うが、継続して大丈夫かなと思いながら、搬送まで待っていた状況だった。
- ・ 搬送先が決まって、センターから出発しても車内での患者対応は救急隊員が行っていた。
- ・ 搬送先に着く前に心停止になったが、救急隊員が心臓マッサージをしていて、代わってやっていいか分からなかったが、到着ちょっと前(2分くらい前)に医師が交替してマッサージを始めた。
- ・ 搬送先到着後、救急処置室に入り、挿管、点滴の切り替え、CT撮影を行った。
- ・ 点滴切り替え時点でハロペリドールの点滴はかなり少なくなっていたと思う。(8時交換予定で、ゆっくり落としていた。)

## 【委員会としての検討】

まず、緊急搬送先の決定については、院内の取り決めである「転院・搬送依頼と転院の手続き」及び横浜市の「横浜市転院搬送ガイドライン」では、搬送元病院が搬送先病院と調整して搬送先を決定しておくべきところ(医師の役割)、これが行われず、救急隊員が搬送先を探すことになっていることから、今後も、当センター入院患者の緊急搬送が行われることを想定し、改めて救急搬送に関わる医療従事者に対して、「転院・搬送依頼と転院の手続き」及び横浜市の「横浜市転院搬送ガイドライン」を周知徹底するとともに、速やかに業務が進むように、業務中に訓練等を行う必要がある。

次に、救急車内の患者対応であるが、当センターは精神科単科の病院であり、精神

科医師のみが常駐し、身体的要因による容態急変に対応できる医師がいないことから、患者の内科的、外科的な症状には十分な対応ができず、かつ常駐している医師では対応できるスキルに乏しいため、身体症状への対応が必要な患者は地域の総合病院等に一時的に転院させているのが実態である。こうした観点から、同乗した医師、看護師が救急隊員に患者対応を任せただけは、当センターの特殊性からやむを得ない事態であったと判断される。しかし、今後は、救急所管部署に当センターの医師の特殊性を十分に説明して、緊急搬送時の患者への医療提供を救急司令部の医師の指示に任せる旨、理解を得る必要があると考えられる。

最後に、救急車内でも入院中に行われていた抗精神病薬（ハロペリドール）の点滴が継続された点については、患者が救急車に乗車する際には、SpO<sub>2</sub>が60以上になっていたものの、JCS300と深いこん睡状態であったことを考えると、鎮静目的による投与を中止することもできたと考えられるが、救急車に同乗した医師、看護師は患者対応を救急隊に任せただけの状況であったこと、加えて同乗した医師はヒアリングのとおり「呼吸抑制ではなく肺塞栓とか、脳梗塞、脳卒中をむしろ疑っていた」ことから、この判断を行うことは困難であったと考えられる。

#### 4 院内体制

##### 【ヒアリング項目】

① 当直帯の医師及び看護師の人員配置
--------------------

##### 【委員会としての検討】

患者が入院していた病棟は、精神科救急入院料1及び看護職員夜間配置加算を算定している病棟であるが、事案が発生した当日の夜勤帯は、3名の看護師が勤務しており、施設基準上の人員配置が行われていたことから、適切であったと判断される。

#### 第4 まとめ

関係者へのヒアリング、およびその内容の検討を踏まえ、委員会として次の7点を指摘する。

- ① 慢性期統合失調症の残遺状態にあった患者が症状再燃し、非自発的入院に至っている。入院後に急激に症状増悪し、隔離、および、身体拘束を要する状態となったが、検証の結果、医療保護入院による入院手続き、および、行動制限に関しては重大な瑕疵は見当たらなかった。また、身体拘束時に、血栓症のリスクの判定、および血栓症予防の対策も行われており、本患者に対する身体拘束が直接的な死因に結び付いたとは考えにくい。
- ② 今回の事案は、可能性の一つとして抗精神病薬の投与により鎮静が進んだところに、患者本人の睡眠時無呼吸、および肥満などの身体リスクがあり、さらに呼吸状態の改善目的による高濃度酸素吸入により、CO<sub>2</sub>ナルコーシスから呼吸不全に至り、その後救急車内でもSpO<sub>2</sub>改善目的により酸素吸入を継続した結果、さらなる呼吸不全を惹起し心機能に影響を与えたことが考えられる。しかし、患者の状態がCO<sub>2</sub>ナルコーシスかどうかの診断と治療は、呼吸器内科医でないと困難なことも少なくないことを指摘しておく。
- ③ 患者に対し身体拘束後、比較的高用量の抗精神病薬、鎮静薬が使用され、救急搬送時にはJCS300と深いこん睡状態であったことを考えると、高濃度の酸素吸入によってもSpO<sub>2</sub>の上昇がみられなかった時点に於いて、より厳重な呼吸管理等を行うことのできる医療機関への転院等の適切な処置が必要であったと考えられる。
- ④ 薬物療法への過度の依存を避けることを原則としつつ、著しい不穏状態に対して抗精神病薬を大量投与する場合には、身体的なリスクがあることを事前（入院時）に当事者、または家族等に十分に説明を行い、理解を得ていくことを検討する必要がある。
- ⑤ 身体的にハイリスクな患者の受け入れ、および受け入れ後の身体管理の在り方については、身体管理を十分に行える複数の医療機関との連携など、身体的要因で容態が悪化した患者の搬送体制の更なる充実等を検討する必要がある。
- ⑥ 院内マニュアル等の医療スタッフへの周知徹底、マニュアルに則った行動（診療録記載を含む）の徹底、関係する医療スタッフ全員での患者評価や他の医療スタッフへの相談、連絡の体制整備など、今回の事案を教訓として、改めて院内体制を見直す必要がある。
- ⑦ 院内では、日ごろから行動制限最小化への取組みが行われている。しかし、「自傷他害のリスクや苦しい状態を考慮すると、隔離身体拘束下で薬物を投与することが、患者と医療者双方に安全で良い結果をもたらす」といった従来から存在する一般的な精神科医療における慣習から脱却できないことも事実である。精神科救急ガイドラインでは、「強制的治療手段は、治療自体がトラウマ/再トラウマ体験になる危険性が高く、それは当事者のみならず治療スタッフにとっても同様である。トラウマ・インフォームド・ケアの概念を取り入れることで、当事者と医療者の治療関係や予後の改善の効果が期待される」とされており、今後、行動制限最小化を進める観点か

ら、組織全体で治療やケアのあり方について、この概念を浸透させていく必要がある。