

鳥取県立総合療育センター

医療事故調査報告書

令和8年3月

鳥取県立総合療育センター

医療事故調査委員会

目 次

第1章 検証の目的及び方法等

はじめに	2
1 調査の目的	2
2 調査の方法等	3
3 その他	4

第2章 本件事故の概要や死因等

1 本件事故の概要	6
2 本児童の概況	12
3 本児童の死因	14

第3章 転落事故に係る検証

1 担当看護師の勤務状況や事故当時使用していた設備機器の検証結果	15
2 事故の遠因となる環境要因の検証結果	16
3 検証を踏まえた再発防止策の提言（転落事故部分）	23

第4章 施設内療養時に係る検証

1 転落直後の治療の検証結果	26
2 施設内療養時の治療の検証結果	27
3 心肺停止後の救命救急処置の検証結果	33
4 検証を踏まえた再発防止策の提言（施設内療養時部分）	34

第5章 最後に

最後に	37
-----	----

《参考資料》

1 鳥取県立総合療育センター医療事故調査委員会設置要綱	38
2 医療安全マニュアル「転倒・転落部分」の抜粋	40

第 1 章 検証の目的及び方法等

はじめに

この調査報告書は、令和 7 年 3 月に鳥取県立総合療育センター（病院・医療型障害児入所施設。以下「センター」という。）において発生した入所児童の死亡事故（以下「本件事故」という。）について、事故原因の調査結果や当該調査結果に基づく再発防止策の提言をまとめたものである。

本件事故は、医療法第 6 条の 10 の規定に基づく「医療事故」に該当するものであり、同法の「医療事故調査制度」の規定に則って調査を実施した。本調査は、病院の管理者が行う院内調査であるが、その実施に当たっては、調査の客観性や中立性に最大限配慮することが必要であり、外部有識者の参画を得て、医療事故調査委員会（以下「委員会」という。）をセンターに設置した。

なお、本調査は、現存する関連記録、看護師や医師などの関係者に対するヒアリングやアンケート調査等を基に実施したが、本件事故では、警察当局により、司法解剖などの死因の科学的・客観的調査が実施されたことから、死因については、当該調査結果を援用することとし、委員会による調査の対象外とした。

1 調査の目的

令和 7 年 3 月 25 日、センターに入所していた児童（以下「本児童」という。）が、センターの浴室で入浴後、病室に移動するためストレッチャー間で移乗する際、ストレッチャーから転落するという事故が発生した。その後、センター内でグラスファイバーギプスを装着し、施設内療養を継続していたが、翌日未明、容態が急変し、搬送先の病院で死亡が確認された。

本調査では、本件事故について、当時の入浴介助や転落後の医療の提供状況に関する調査結果を踏まえ、センターの組織や人員体制、入所児童が急変した場合の対応体制などに問題がなかったのか、再発防止を図る観点から詳細に検討を行った。

また、本調査は、職員個人の責任追及のために実施したものではなく、本児童の死亡という結果を踏まえ、事後的視点に立って経過を振り返り、センターに求められる再発防止策を提言するために実施したものであることを付言する。

2 調査の方法等

本調査は、委員会において行うこととし、調査すべき課題を下表のとおりとした。

調査に当たっては、当時の記録の確認だけでなく、必要に応じて、医師や看護師など、関係者のヒアリングやアンケート調査により事実関係を確認した。

【本件事故における調査すべき課題】

区分	検証する局面	検証すべき課題
児童 対応	○午前 11 時頃 ストレッチャーからの転落事故	・入浴マニュアルの内容は適切であったか。 ・入浴介助に係る人員体制は十分であったか。 ・日頃の職員への入浴方法の指導は適切であったか。 ・マニュアルは職員に周知されていたか。(研修会等の開催状況) ・職員の勤務ローテーションを踏まえ、職員の疲労の蓄積度はどうであったか。
	○午前 11 時頃から午後 5 時頃まで 施設内療養の状況 (骨折判明まで)	・事故直後に提供された治療行為や検査は「標準的医療」として適切であったか。 ・本児童に救急搬送要請を必要とする重大な兆候変化の見逃しはなかったか。 ・心肺停止後の救命救急措置は適切であったか。
	○午後 5 時頃から午前 3 時頃まで 施設内療養の状況 (骨折判明後)	

【医療事故調査委員会の構成】

区分	氏 名	所属団体等
委員長	大澤 晋	岡山大学病院医療安全管理部准教授
委員	松岡 真弓	鳥取県看護協会教育部次長
	浜田 真樹	弁護士（日弁連子どもの権利委員会事務局長）
	佐竹 隆宏	鳥取県立総合療育センター医務部部长
	足立 裕季子	鳥取県立総合療育センター看護部部长
県 (事務局)	藤田 博美	鳥取県子ども家庭部部长
	小枝 達也	鳥取県立総合療育センター院長
	住友 正人	鳥取県立総合療育センター事務部部长
	柴田 智幸	鳥取県子ども家庭部子ども発達支援課長

【医療事故調査委員会の開催実績】

開催回	開催日	議 事
第1回	令和7年 7月 4日	・ 本件事故の概要について ・ 本件事故における調査すべき課題について
第2回	令和7年 8月 13日	・ 看護師を対象にしたヒアリング調査及びアンケート調査の結果について ・ ストレッチャーからの転落に係る論点整理について
第3回	令和7年10月 8日	・ 医師を対象にしたヒアリング調査について
第4回	令和7年12月 2日	・ 施設内療養時の治療等に係る論点整理について
第5回	令和8年 2月 3日	・ 報告書案について
第6回	令和8年 2月 24日	・ 報告書案について

【ヒアリング・アンケート調査の実施実績】

区分		実施日	対象者数
転落事故に係る 事実関係等を把握 するための調査	アンケート	令和7年 7月 15日 ～8月 4日	看護部職員 41名 ※介助員1名を含む 社会参加部職員 9名
	ヒアリング	令和7年 7月 15日 7月 17日 7月 18日 8月 4日	看護部職員 14名 ※うち指名者13名 ※うち希望者 1名
転落後の施設内 療養時の事実関係 等を把握する ための調査	アンケート	令和7年 8月 20日 ～8月 29日	看護部職員 40名
	ヒアリング	令和7年 9月 19日	看護部職員 2名 ※うち希望者 2名
	ヒアリング (対面)	令和7年10月 8日	医師（小児科） 4名 ※うち指名者 4名
	ヒアリング (書面)	令和7年10月 16日	医師（リハビリテーション科） 1名 ※うち指名者 1名

3 その他

（1）医療機関に関する情報

- ・ 医療機関名：鳥取県立総合療育センター（病院・医療型障害児入所施設）
住 所：鳥取県米子市上福原7丁目13-3
- ・ 病棟の定員：50名（すこやか棟25名、きらきら棟25名）
- ・ 短期入所定員：6名（すこやか棟6名）
- ・ 関係診療科：小児科
- ・ 関係病棟：きらきら棟
- ・ 入所児童数：19名（すこやか棟3名、きらきら棟16名）（令和7年3月25日現在）

- ・短期入所児者数：日勤帯 7 名、準夜帯 4 名、翌深夜帯 4 名（令和 7 年 3 月 25 日現在）
- ・重症度：超重症と準超重症に該当する入所児の割合は 74%（※）（短期入所を除く）

（※）他施設（138 施設）の令和 6 年平均は約 34%（公益社団法人日本重症心身障害福祉協会調べ）

（2）看護体制（3月25日～26日）

	日勤 (管理職)	日勤 9:00- 17:45	遅出 12:30- 21:15	準夜勤 16:30- 翌 1:15	深夜勤 0:45- 9:30	合計
きらきら棟	1 人 (1 人)	7 人 (5 人)	1 人 (1 人)	2 人 (2 人)	2 人 (2 人)	13 人 (11 人)
すこやか棟	1 人 (0 人)	8 人 (5 人)	1 人 (0 人)	2 人 (0 人)	2 人 (2 人)	14 人 (7 人)

※（ ）の人数は、本児童の看護に関わった看護師の人数

（3）関係する医療従事者

- ・小児科医師 A：通算経験 40 年以上 45 年未満（主担当医）
- ・リハビリテーション科医師 B：通算経験 35 年以上 40 年未満（整形担当医）
- ・小児科医師 C：通算経験 40 年以上 45 年未満（管理職員）
- ・小児科医師 D：通算経験 40 年以上 45 年未満（当直医）
- ・小児科医師 E：通算経験 10 年以上 15 年未満（病棟当番医）
- ・看護師 A：通算経験 5 年未満（入浴介助担当）
- ・看護師 B：通算経験 15 年以上 20 年未満（入浴介助担当）

第2章 本件事故の概要や死因等

1 本件事故の概要

(1) ストレッチャーからの転落事故の発生

令和7年3月25日、午前10時30分ごろ、センターの浴室において、すこやか棟の自立棟個室に入所している本児童を入浴させた。本児童はこれまできらきら棟に長く入所しており、自立を一層促進するために自立棟個室に転棟していたが、所属はきらきら棟から変更せず、看護や介助は、きらきら棟の看護師が担当していた。この入浴の介助は、2名の看護師（きらきら棟所属看護師A、すこやか棟所属看護師B）が担当しており、当日における本児童の入浴順は、2番目であった。看護師Bは、きらきら棟の入浴介助の応援として入浴介助に従事しており、本児童の特性を踏まえた入浴介助方法やスライディングボードなどの設備機器の使用方法を必ずしも十分に習熟しておらず、看護師Aから教示を受ける必要があった。

本児童の入浴が終わった後、本児童の病室に戻るため、入浴用ストレッチャー(①)から移動用ストレッチャー(②)に本児童を移乗させる必要があった。その準備のため、看護師Aは、移動用ストレッチャーを入浴用ストレッチャーの横に並べ、移動用ストレッチャーのストッパーを操作し、移動用ストレッチャーをその場所に固定した。

看護師Aは、移動用ストレッチャーの高さが入浴用ストレッチャーの高さよりも高く、このままでは安全に本児童を移動用ストレッチャーに移乗させることが困難であることに気が付き、移動用ストレッチャーのストッパーを一旦解除し、移動用ストレッチャーを少し移動させ、両ストレッチャーの高さを移乗に支障がない程度に合わせる操作を行った(図4)。

看護師Aは、改めて移動用ストレッチャーを入浴用ストレッチャーの横に並べたが、このとき、移動用ストレッチャーのストッパーの操作がなされておらず、移動用ストレッチャーは固定されていない状態であった(図1)。

午前10時55分ごろ、この状態のまま、看護師Aが看護師Bに介助方法を教示する状況の下で、両看護師が協力して、入浴用ストレッチャーに横になっている児童の下にスライディングボード(A)を挿入し、入浴用ストレッチャーの側に2名の看護師が立ち、本児童を押す方法により、移動用ストレッチャーに移乗させようとした(図2)。このとき、移動用ストレッチャーがストッパーにより固定されていなかったことから、当該ストレッチャーが本児童に押される形で不安定となり、本児童は、両ストレッチャーの間にできた空間にスライディングボードごと転落した(図3)。

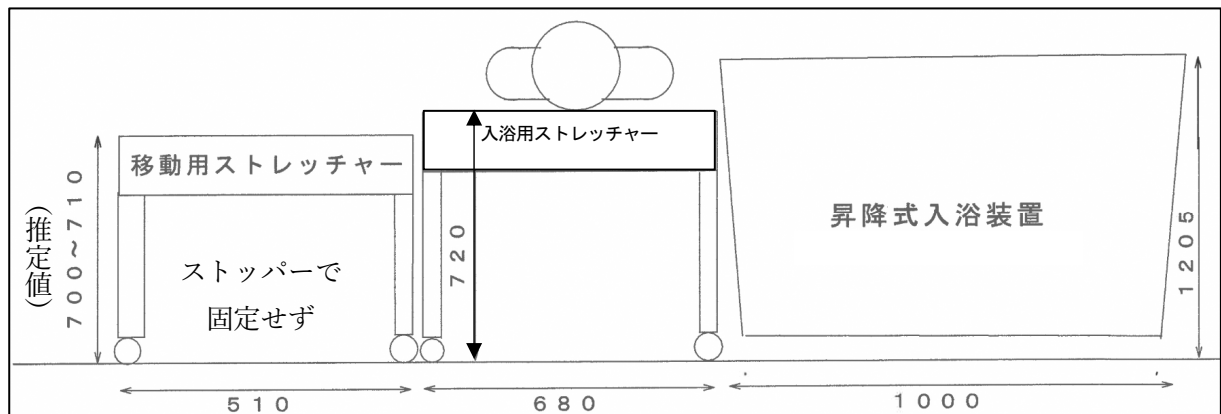
この際、移動用ストレッチャーの側に看護師は立っておらず、移動用ストレッチャーの不安定化を抑制することはできなかった。

(転落状況図)



(図4) 転落直前における設備機器の高さ等の状況

(単位：mm)



(2) 転落事故後に開始された治療行為

転落後、直ちに、医師、他の看護師への緊急招集がかかり、必要な救援措置とともに、観察室に移動し、本児童に対する治療が開始された。本児童は、股関節と左膝の痛みを訴えていたことから、主担当医である小児科医師A及びリハビリテーション科医師Bは、転落による骨折を疑い、両股関節及び左膝のレントゲン、胸部から骨盤までのコンピューター断層撮影（CT）による検査を行った。頭部については、本児童が「頭を打っていない。」との説明があったことから検査しなかった。これらの検査では、明らかな骨折所見は発見されなかったが、より詳細な状態確認を行うため、CT画像を3D画像に変換する作業に着手した。

この時点では、明確な骨折は確認されなかったが、リハビリテーション科医師Bは、レントゲンでは診断が難しい場合がある左膝の骨端線損傷等のリスクがあることを考慮し、左大腿から下腿までをグラスファイバーギプスを装着して様子を見ることとし、センターの理学療法士等と共に処置を実施したが、ギプス装着後の対応に関する指示はなかった。

事故直後に求められる一連の対応が終了した後、小児科医師Aの判断により、施設内で療養を続けることになったが、本児童のバイタルサインに係るモニタリング項目は、脈拍（P R）、経皮的動脈血酸素飽和度（S p O 2）及び血圧（B P）に限られており、心電図の測定や血液検査を含む他の検査は実施されなかった。転落後、就寝時に限っていたB i P A P（二相性陽圧呼吸補助装置）を装着したが、転落事故後の施設内療養期間中のS p O 2は90前後、P Rは110を上回る状態であり、いずれも事故前の平時におけるそれぞれの数値よりも状態は変化していた。センター内に整備されていた「転倒・転落マニュアル」では、転落・受傷後、24時間は当該児童の観察を強化することが規定されていたが、転倒・転落事故発生時における具体的な人員体制の強化手法は決められていなかった。

午後0時30分ごろと午後2時半ごろ、小児科医師Aは、肺の痛みを訴える児童の様子やバイタルサインが不安定であることの報告を看護師から受け、肺気胸や肋骨骨折の疑いを持ち、児童の診察のほか、レントゲン画像及びC T画像の再確認を行ったが、異常は見当たらなかったことから、看護師に対して、経過観察を指示した。

小児科医師Aは、レントゲンやC T画像に異常を示す所見がなかったことから、バイタルサインの不安定をもたらしている主原因は、外傷ストレスによる末梢循環不全や自律神経の異常であって、時間経過によって改善する可能性があり、少なくとも明日までは様子を見ても大丈夫であると考えていた。小児科医師Aは、その推測の下、バイタルサインが不安定であることの原因として、最初は測定機器の故障も含めて疑っており、経過観察と併せて、測定モニターの貼り替えを看護師に指示した。

午後3時30分ごろ、測定モニターの貼り替えによっても、測定機器の示す数値に改善は見られないことから、バイタルサインが安定しないことに不安を抱いた看護師は、病棟当番医の小児科医師Eに相談した。小児科医師Eは、試験的に酸素投与を1分当たり10リットルに増量して、測定機器の故障の有無を自ら確認した。その結果、S p O 2は100に改善したことから、小児科医師Eは、測定機器が故障している可能性は低いものと評価し、小児科医師Aにその旨を伝達するとともに、バイタルサインが不安定である原因が不明であることから、頭部のC T検査を提案したが、小児科医師Aは現時点では当該検査は不要と判断している旨を回答した。

午後4時ごろには、小児科医師Aは、本児童が意識を消失しかけたとの報告を看護師から受け、再度診察し、瞳孔や対光反射の状況、心雑音の有無等を確認したが、異常は見られず、意識レベルにも問題がなかったことから、引き続き、看護師に対して経過観察を指示した。

その一方で、肺の痛みの訴えが継続していることを看護師から報告を受けた小児科医師Aは、午後5時ごろ、再度、胸部レントゲンを撮影し、肋骨骨折等の所見がないことを確認し

た。また、同時刻ごろ、C T画像を3 D画像に変換する作業が完了したので、小児科医師A及びリハビリテーション科医師Bによる骨折の再評価がなされ、左大腿骨頭頸部に骨折が疑われる所見を発見した。

リハビリテーション科医師Bは、鳥取大学医学部附属病院整形外科医師に今後の対応について電話で相談をしたが、手術適応ではなく、保存的対応でよいとの助言を受けた。また、骨折が原因でバイタルサインが悪化することは考えにくいことから、更に悪化するようであれば、同病院救命救急センターへ相談するよう助言を受けた。小児科医師Aは、リハビリテーション科医師Bと相談し、施設内療養を継続することを決定した。

骨折が判明したこと及び鳥取大学医学部附属病院への相談結果は、リハビリテーション科医師Bから小児科医師C（管理職員）及び小児科医師D（当直医）にも報告された。

（3）夜間における施設内療養の状況

午後5時15分以降、本児童の担当は、主担当医である小児科医師Aから当直小児科医師Dに引き継がれ、引き続き施設内療養を続ける方針が両者間で共有された。この際、小児科医師Aから当直小児科医師Dに対して、バイタルサインが不安定であることを前提とした具体的な対応の必要性について、伝達されなかった。

午後5時40分ごろ、小児科医師Aの指示により、本児童のモニターアラームの鳴動基準を緩和（SpO₂を94%から92%へ引き下げ、PRの上限を120から150に引き上げた。PRの下限は50で変更なし）する措置が行われた。

小児科医師Aは、当直小児科医師Dとともに、本児童が夕食を食べたり、親族と話をするなどしている様子を最終的に確認した上で、退勤した。また、当直小児科医師Dを除く各医師も、勤務時間終了後、順次退勤した。

当直小児科医師Dは、午後7時から午後8時まではオンライン会議に参加し、26日午前1時過ぎから45分程度は外来を受診していた児童の保護者からの電話に対応するなどしていたが、病棟から連絡があれば直ちに対応できる状況であり、当該時間帯を含め、基本的に当直業務に専従できる状態であった。本児童の様子については、複数回（午後9時ごろ、午後9時30分ごろ、午後11時ごろ）にわたって、看護師から報告を受けていた。

バイタルサインが不安定であるとの報告を受けた午後9時30分ごろ、当直小児科医師Dは、本児童を診察したが、鳥取大学医学部附属病院等の急性期病院へ搬送する必要性は認められず、引き続き施設内療養を継続することが適切であると判断した。このとき、当直小児科医師Dは、「入眠すれば脈拍も下がるかもしれない。酸素も鼻から入っているから、すぐには上がらないかも知れない。」旨を発言し、看護師に経過観察を指示した。

午後11時ごろには、看護師は、酸素を1分当たり3リットルから4リットルに増量したこと、バイタルサインが不安定であることなどを含め、普段の様子と明らかに異なることを電話で当直小児科医師Dに報告した。当直小児科医師Dは、PRが100前後であることを確認し、PRが落ち着いていること及び本児が就寝していることを踏まえ、看護師に経過観察を指示した。

事故翌日の午前0時過ぎ、本児の痛みの訴えや希望を踏まえて、看護師が本児にアセトアミノフェンを投与したが、その後、頻繁にナースコールボタンが押され、「ギプスの中が痒くて眠れない。(0:30)」、「眠れないのが一番辛い(1:15)」、「どうして落ちてしまったんだろう。足が痛い。ここも痒い。(泣いて訴え)(1:15)」、「足が痛い、向きを変えてみる。(1:15~20)」、「やっぱりもどる。(1:15~20)」、「枕入れて(1:15~20)」、「息が苦しい、なんかえらい(1:15~20)」など、体調悪化を看護師に訴えるようになった。

午前1時20分には、PRが60台に低下することがあり、口呼吸が続き、呼吸数(RR)は1分当たり30~35回程度に増加した。このとき「やっぱり痛い。横を向きたい。」との希望があり、右側を向いたところ、PRは上昇傾向となるが、その5分後、希望により仰向けに戻った。その後も5~10分ほどの間隔でナースコールがあり、その都度、看護師が対応し、「電気を点けようか」と声をかけたところ、「眩しいからやめて」と答え、「顔が見たいから」と重ねて伝えても「点けないで」というやりとりがあった。

午前2時15分には、「ギプス巻いていない方の足が痛い。両足出したいから布団をめくって。クッションの位置をずらして。」との訴えがあった。その際、看護師は、本児の顔色が悪く、浮腫があり、口呼吸状態であることを確認した。また、「痛いよ。苦しい。」と涙ぐむ状況も見られた。看護師は、本児に「傍にしようか」と声をかけたところ、「大丈夫、またすぐに呼ぶね。」と回答があった。

この後、午前2時25分ごろ、心肺停止状態で発見されたため、直ちに心肺蘇生に移った。最後に看護師が当直小児科医師Dに対して状況報告を行った午後11時ごろから心肺停止状態の発見に至るまでの間、看護師は、当直小児科医師Dを呼び出すことはなかった。

(4) 心肺停止状態の確認及び救命救急措置の実施

午前2時25分ごろ、モニターアラームの鳴動により病室を訪問した担当看護師は、心肺停止状態の児を発見した。看護師は、直ちに当直小児科医師Dを呼び出すとともに、看護師2名により交代で胸骨圧迫による心肺蘇生処置を開始した。

当直室から病室に駆け付けた当直小児科医師Dの指示により、看護師は、心電図モニター

を装着し、自動体外式除細動器（AED）を動作させる準備を行うとともに、血圧測定を行ったが、AEDによる状態測定の結果は、一貫して心静止（a s y s t o l e）であり、AEDによる除細動の適応ではなかった。

当直小児科医師Dは、呼吸状況を管理するため、直ちにマッキントッシュ型喉頭鏡を用いて気管挿管に着手したが、気管チューブだけではうまく挿管できず、途中からスタイレットも使用したが、AEDからの指示で挿管を中断したこともあり、挿管に手間取った。3回目のトライで挿管できたが、その後のチェックで肺に空気が送られている音を十分聴取できず、また胸郭の上がり方も不十分であったことから、気管へ挿管できていないと判断し、挿管をやり直した。やり直しでは、気管挿管できた手応えがあり、肺への空気音も十分聴取できたが、胸郭の上がり方は依然として不十分であったため、気管挿管できているという確信は持てなかった。

この間、看護師は、挿管作業に並行して、バッグバルブマスク（BVM）の準備を行っていたが、当直小児科医師Dはその所在を認識しないまま、挿管を試みており、BVMが使用されることはなかった。また、センターにあったビデオ喉頭鏡も使用されなかった。

この救命救急処置に並行して、看護師は、西部消防局に救急車の派遣を要請するとともに、小児科医師A、待機当番医の小児科医師E、管理職員の小児科医師C、看護部管理職員に連絡を行った。

午前2時35分、看護師は、左腕の正中部に点滴ルートを確認し、生理食塩液（500ml）の投与を開始したが、同45分、西部消防局救急隊のストレッチャーに移乗する際、当該点滴ルートは抜けてしまった。看護師により再度、点滴ルートの確保が試みられたが、四肢冷感顕著のため、ルートを確認することはできなかった。

午前2時47分ごろ、小児科医師Eが呼び出しによりセンターに到着した。当直小児科医師Dは、小児科医師Eに気管挿管できていない可能性があることを伝え、小児科医師Eが改めて挿管を行った。その後、肺への空気音をチェックしたが、先ほどと同等であったことから、当直小児科医師Dは、前回の挿管も適切に挿管されていた可能性が高いと判断した。

当直小児科医師Dは、鳥取大学医学部附属病院救命救急センターに電話で事情を説明し、搬送の承諾を取り付け、本児童は、午前3時頃、駆け付けた西部消防局救急隊員により同病院救命救急センターへ搬送された。救急車には、小児科医師Eと看護部管理職員が同乗し、車中においても、同救急隊員と交代しながら、胸骨圧迫による心肺蘇生措置が継続された。

その後、搬送された附属病院において、アドレナリン投与など、必要な救命救急措置が施されたが、午前3時43分、死亡が確認された。なお、同病院において、気管チューブが気道に入っていなかったことが確認されたが、小児科医師E及び看護部管理職員は、救急車内

で確認した呼気終末二酸化炭素濃度（E t C O 2）により、適切に挿管されている可能性が高いと判断していた。

（５）保護者への対応

事故発生から鳥取大学医学部附属病院で死亡が確認されるまでの間、センターと本児童の保護者との間で、合計４回、電話によりやりとりが行われた。

１回目は、事故当日、正午ごろの母親への電話であり、本児童の主担当医である小児科医師Ａから母親に対して、事故が発生したこと、必要な検査を行ったが、骨折等は確認されなかったこと、引き続き、グラスファイバーギプスを装着して経過観察を行っていくことなどを報告した。母親からは「骨折していなくてよかったです。」との返答があった。

２回目は、事故当日、午後６時ごろの母親への電話であり、本児童の主治医である小児科医師Ａから母親に対して、痛みに伴う頻脈が続いていること、左大腿骨頭頸部に骨折と思われる所見を発見したこと、治療は、安静にして経過を観察することに変わらないことなどを報告した。母親からは、状況を了解した旨の返答があった。

３回目は、事故当日、午後９時ごろの父親からの電話であり、父親から当直小児科医師Ｄに対して、「母親ではなく、私に連絡するように何度も言っていたのに、どうして母親に電話するのか。」と苦言を呈された。当直小児科医師Ｄは、父親に報告が遅れたこと、今回の骨折について謝罪した。

４回目は、事故翌日、午前２時４５分ごろの父親及び母親への電話であり、きらきら棟の看護師長から保護者に対して、本児童が現在心停止状態であり、鳥取大学医学部附属病院に救急搬送することを報告し、同病院へ来院することを依頼した。

２ 本児童の概況

（１）センターでの生活状況

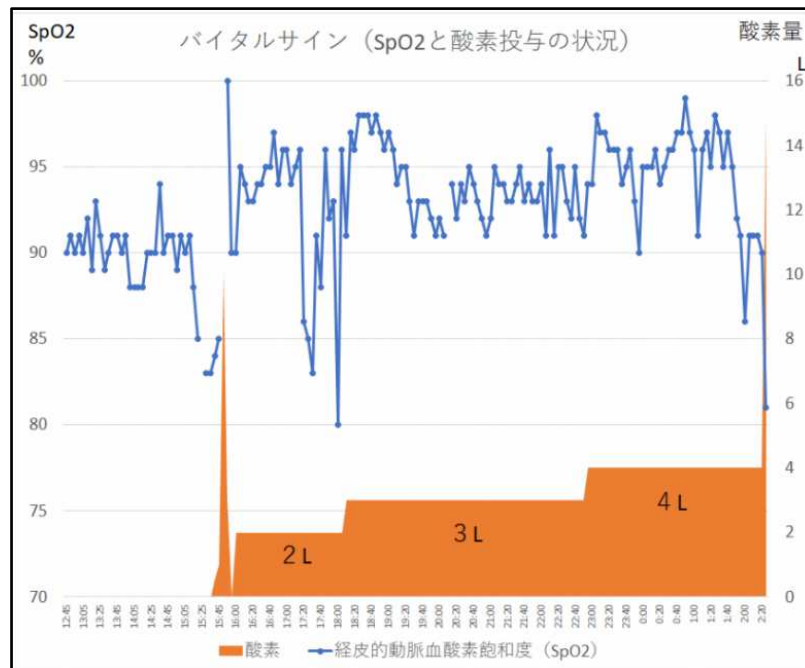
本児童は、進行性遺伝性筋変性疾患と診断され、センターに入所していた。事故当時１４歳で、日常的に電動車いすを使用しており、床上での自力移動は困難であった。身長は約１３８センチ、体重は約４９キログラムであり、成長による体重増加に伴い、ベッドからの移動は、リフト、スライディングボードなどの器具を使用することが必要な状態であった。また、就寝時には、換気補助のため、ＢｉＰＡＰを装着していた。

また、令和７年１月には、骨粗しょう症により、胸椎等を圧迫骨折し、鳥取大学医学部附属病院に入院して治療を受けるなど、現病の進行が認められていた。

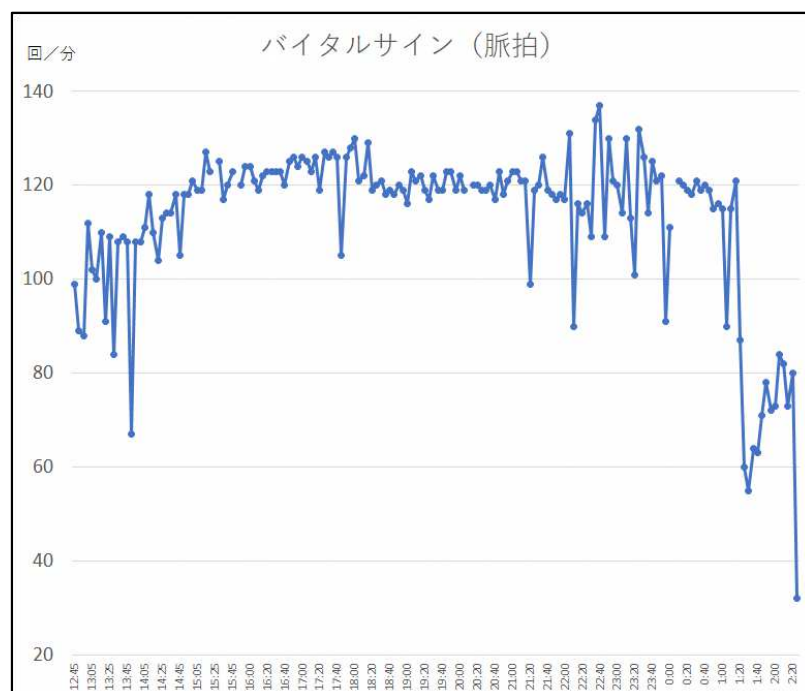
(2) バイタルサインの定時変化

本児童の平時におけるバイタルサインは、概ね、SpO₂は95～100、PRは80～100の間で安定的に推移していた。事故後は、酸素を投与しても、SpO₂は、85～95の間で安定せず、PRも120前後に上昇するなど、事故翌日未明、心肺停止状態で発見されるまでの間、不安定な状態が継続していた（下表参照）。

【事故当日の本児童のSpO₂と酸素投与量】



【事故当日の本児童のPR】



【事故当日の本児童の血圧と呼吸数】

3/25	11:10	12:33	15:35	3/25	15:18	15:35	21:11	翌 1:20
血圧	94/59	70/41	62/37	呼吸数	19	19	26	30～35

【平時における本児童のバイタルサイン】

	3/1(土)	3/8(土)	3/15(土)	3/21(金)	3/22(土)	3/23(日)	3/24(月)
	午前	午前	午前	午後	午後	午後	午後
血圧	116/72	96/64	83/55	－	87/52	－	－
呼吸数	19	18	15	24	24	30	22
SpO2	100	99	99	100	－	－	－
脈拍	96	92	84	91	88	90	85

3 本児童の死因

本児童の死因は、事故直後に警察当局の委託を受けた島根大学医学部において、解剖などによる科学的・客観的な調査が行われ、令和7年3月28日、調査結果は「死因不詳」であったことが保護者に情報提供された。

その後、引き続き、詳細な死因に関する調査が同大学において実施され、令和7年8月中旬、死因は「肺脂肪塞栓症」であることが疑われるとの調査結果が、同大学から保護者に対して情報提供された。

第3章 転落事故に係る検証

本件事故は、センター看護部きらきら棟及び同すこやか棟の看護師各1名が本児童の入浴介助を実施する過程において、入浴用ストレッチャーから移動用ストレッチャーへ本児童を移乗させる際の機器の操作エラー等によって発生したものであるが、本委員会では、担当看護師の2名の勤務状況や事故当時使用していた設備機器の状況のほか、センターにおける入浴介助の実態を把握するため、入浴事故に関わる看護部職員及び社会参加部職員（以下「看護職員等」という。）を対象にしたアンケート調査（悉皆調査）及びヒアリング調査（抽出調査）を実施し、事故の遠因となりうるセンターの環境要因も含め、検証を行った。

1 担当看護師の勤務状況や事故当時使用していた設備機器の検証結果

（1）入浴介助を担当した看護師2名の勤務状況

センターにおいて、社会通念上相当と認められる範囲を超えて、両看護師に対して加重的な勤務を強いている状況がなかったのか、職員の勤務による疲労蓄積度を確認するため、令和7年3月の勤務の状況を調査したところ、下表のとおりであった。

特に、疲労が身体に蓄積しやすい夜勤は、事故当日までに、きらきら棟看護師Aは4回、すこやか棟看護師Bは6回にわたって従事していたが、時間外勤務を命令した実績は、いずれも認められなかった。

【本児童の入浴介助担当看護師の勤務状況（3月1日から同月25日まで）】

	日勤 9:00- 17:45	遅出 12:30- 21:15	準夜勤 16:30- 翌1:15	深夜勤 0:45-9:30	勤務なし の日	合計
きらきら棟 看護師A	9回	1回	2回	2回	11回	25回
すこやか棟 看護師B	8回	1回	4回	2回	10回	25回

※割り振られた勤務時間以外の時間帯における勤務実績（超過勤務）は、認められなかった。

公益社団法人日本看護協会が実施した全国調査結果では、全国の病院における平均夜勤回数／月は、7.4回であり、両看護師の夜勤回数は、全国平均並み以下であることから、特

に加重な勤務を強いる状況があったとは認められなかった。また、両看護師とも、事故前日の3月24日は、非番であり、両看護師に対して、負担が大きくなるような連続勤務を求めているような状況も認められなかった。

【全国の病院における夜勤状況】

■全国の月平均夜勤回数 7.4回（2024年病院看護実態調査（日本看護協会））

＜センターの夜勤実績＞ 令和6年度平均：7.5回 令和7年3月平均：7.5回

■月の夜勤回数（全国の病院平均）（令和6年厚労省委託調査 n=1781）

- ・ 9回以上（33.6%） ・ 5～8回（46.6%） ・ 3～4回（11.8%）
- ・ 1～2回（8.0%）

（2）事故当時使用していた設備機器の状況

移動用ストレッチャーなど、本件事故発生時に使用していた設備機器の動作状況を確認したが、移動用ストレッチャーのストッパーは、操作により正常にブレーキ機能が動作することが確認でき、ストッパーの故障により事故が発生したという状況は認められなかった。

また、移動用ストレッチャー以外の設備機器にも、転落事故につながるような問題は認められなかった。

2 事故の遠因となる環境要因の検証結果

上記のとおり、センターが、看護師2名に対して、社会通念上相当と認められる範囲を超えた加重な勤務を強いた状況はなく、また、設備機器の故障など外因的要素により事故が発生しうる状況も認められなかった。

このことから、移動用ストレッチャーにストッパーが設定されていることの確認が不十分であったエラーが発生した原因に関し、看護職員等を対象にしたヒアリング調査やアンケート調査により、センターにおける環境要因を次のとおり分析した。

（1）入浴介助に係る看護職員等への身体的・心理的負担

看護職員等が行う入浴介助業務は、居室のベッドから移動用ストレッチャー、移動用ストレッチャーから入浴用ストレッチャーへの移動など、看護職員等の身体的負担が大きく、乗降の際の転落など一定のリスクを包含している業務である。そのため、一般的には入浴介助に関する業務マニュアルが整備され、職員研修により看護職員等に定期的に周知されるほか、

最新の状況を踏まえた安全性を担保するため、定期的な見直しが重要とされている。

また、入浴介助を担当する看護職員等は、入浴介助業務以外の業務を並行して担当することなく、入浴介助業務に特化し、当該業務に専念できる環境が整っていることが、入浴時の安全性を確保する上で望ましい。

本件事故においては、当日、皆生養護学校が春休み期間となったことにより、いつもと異なる午前の時間帯の入浴となったこともあり、入浴介助の応援を他病棟の看護師に依頼していた。また、入浴介助を担当した看護師2名は、本児童の入浴介助を含め、合計2～4人の入浴介助を担当する予定となっていたほか、その後は、自分の受け持ち児童の担当業務にも対応する必要があった。

看護職員等は、入所児童が皆生養護学校を下校し、センターに帰ってきてから、短期入所（ショートステイ）利用者を含めて、入浴介助を実施しているが、入浴中の介助やケアは、夕食等の次の予定を意識しながら、限られた時間の中で実施している。また、入浴介助を専任とする看護職員等の配置がないことから、看護職員等は、入浴介助だけでなく、自分の受け持ち児童の担当業務も意識しながら、入浴介助の業務に従事しており、看護職員等の身体的・心理的負担が大きい状況が続いていた。

【看護職員等のヒアリング・アンケート結果】

・勤務時間がバラバラで疲労もある中、たくさんの人を入浴させないといけないうえ、時間への焦りや注意不足が一番事故に関係するのではないか、また他の業務が重なっていると、入浴介助に集中できないことから、入浴介助専任の担当者を求めたいとする複数の意見があった。

入浴介助業務は、高い転落のリスクを包含しており、看護職員等にとって、身体的・心理的負担が大きい業務であるにもかかわらず、看護職員等は、受け持ち児童の担当業務等を意識しながら、入浴介助業務に従事しており、入浴介助業務に集中し、専念できる体制が構造的に確保されていなかった。

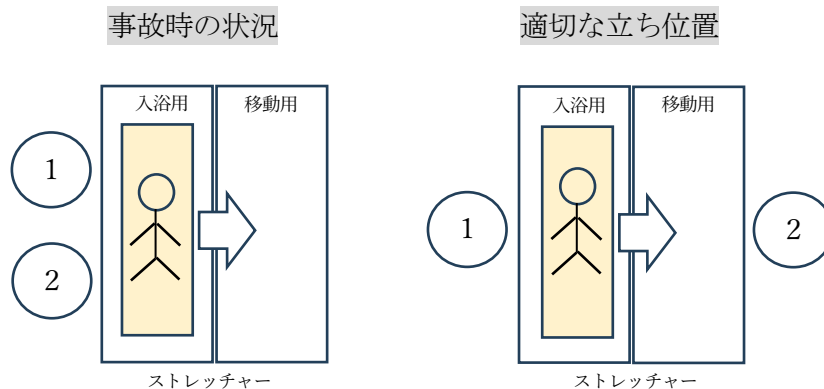
本件は、看護職員等の注意不足だけに帰責するものではなく、注意を向け続けることが困難な業務構造の下で生じたものであり、より安全に入浴介助を実施できる環境整備に向けて、人員体制の強化・拡充も含めた取組を可及的速やかに進めることが望ましく、組織的な対応が必要である。

(2) 設備機器の使用方法や適切な介助手技の習得

安全・安心な入浴介助を実現するためには、看護職員等は、入浴介助に使用する設備機器の操作方法等をマニュアルの整備や研修などで習熟するとともに、ストレッチャーの移乗の際には、看護職員は、安全確保に必要な「立ち位置」を遵守し、ストレッチャーが不安定になった場合においても、ストレッチャーの動揺を抑えるなど、適切な対応を直ちに講じることができる体制を確保しておくことが一般的である。

本件事故においては、すこやか棟看護師Bは、きらきら棟の入浴介助の応援として入浴介助に従事していた。同看護師は、入浴を行う直前までリフトで入浴介助を行うものと認識しており、本児童の特性を踏まえた入浴介助方法やスライディングボードなどの設備機器の使用法の教示を受ける必要があった。教示するきらきら棟看護師Aの側も、入浴方法の説明等により、必ずしも十分にストッパー操作などを含む移乗の安全確保に集中できる状況ではなかった。また、きらきら棟看護師Aは、ストレッチャーの両サイドに立つことの必要性を認識しながらも、本児童の体重の重さからそれを断念し、やむを得ず片方側から2名で本児童を押すことを選択していた。すこやか棟看護師Bも、それに一定の疑問を抱きつつも、本児童の体重を考慮すると、やむを得ないと判断していた（下図参照）。

【看護職員等の立ち位置】



本児童は、スライディングボードを利用して入浴時の移乗を行っていたが、本機器を利用する児童は限られており、その使用方法を全ての看護職員等が習得しているという状況ではなかった。また、児童の特性を踏まえた入浴介助方法の職員に対する周知も十分ではなく、当日、入浴介助を行うペアとなった看護職員等から教示を受けながら入浴介助を行うことは日常化していた。また、ストレッチャーへの移乗時における看護職員等の「立ち位置」に関

しては、ストレッチャーの両サイドに看護職員等が立つことが必要であることを一部の職員は承知していなかった。両サイドに立たないまま、移乗介助を行った経験のある看護職員等も一定数存在していた。

【看護職員等のヒアリング・アンケート結果】

・アンケートにおいて、46名中17名は、ストレッチャーの両サイドに看護職員等が立っていないことが「あった」と回答していた。また、初めての入浴介助の場合に、予め入浴方法を知らされていないことがあり、その場で聞きながら対応するなど、手技に不慣れな状況で入浴介助が行われることがあった、入所児の個性が高いので、2名で片側から押す方法で実施していると言われれば、そういうものだと思っていた、という意見があった。

安全・安心な入浴介助を実現するためには、入浴介助に従事する全ての看護職員等が、当該児童の個別的特性や、設備機器の操作方法を習熟した上で、入浴介助に従事できる体制を構築することが必要である。

ストレッチャー移乗時における看護職員等の立ち位置や操作方法は、転落防止の観点から遵守される基本的安全行動である。本件では、その重要性が十分に共有・徹底されておらず、安全確保の前提条件が組織として担保されていなかった状況が認められる。

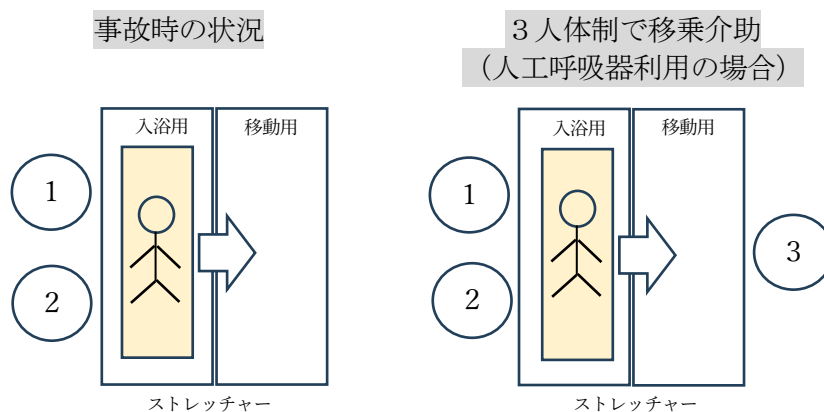
(3) 入浴介助を担当する看護職員等の配置人数

入浴介助の実施体制に関しては、児童の体重や障がいの特性等に応じた適切なアセスメントに基づいて、看護職員等の配置人数を決定するほか、適時適切なタイミングで見直しを行うことが一般的である。また、そのアセスメントは、施設に設置されている医療安全委員会のような組織的な機関決定を経て、その内容の適正性が担保されることが重要である。

センターでは、入浴介助は2名で対応することを基本としつつ、気管切開により人工呼吸器による補助換気が必要な児童に限って、対応人数を3人に増やす対応（下図参照）を講じていたが、原則的に入浴介助の対応人数の検討・決定は、看護部に委ねられており、定期的に見直しを行う仕組みだけでなく、センターにおける医療安全委員会のような機関決定の仕組みも制度化されていなかった。

その結果、看護職員等は、本児童の体重の増加に伴い、2名で入浴介助を対応することに不安と限界を感じていたが、その現場の声が、組織的に共有・検討され、入浴介助人数の見直しなど、必要な対応につながることはなかった。

【職員配置のイメージ図】



児童の体重や当該児童の障がい特性などに関する定期的なアセスメントや、当該アセスメントに基づいて、入浴介助人数を組織的に決定する仕組みがセンターに整備されていないため、入浴介助業務が看護職員等に与える身体的・心理的負担や、本業務が包含している転落等のリスクが正しくセンター内で認識されていなかった。その結果、気管切開による人工呼吸器を使用している児童だけでなく、児童の体重や障がい特性によっては、入浴介助人数を増員することが必要な状況があるにもかかわらず、その対応の必要性が見逃される結果となった。

【看護職員等のヒアリング・アンケート結果】

- ・児童の状態に応じて、入浴介助に係る人員体制を充実させる必要がある、緊張が強かったり体重が重い子の移乗の際には人数を増やすことが必要である、本児童は体重が重く、負担が大きいと感じており、2人での対応は難しかったのではないかと、といった意見があった。

本児童は、成長による体重増加に伴い、看護職員等によっては、1名でスライディングボードが押せない状態であった。定期的なアセスメントの見直しによって、3名以上の入浴介助人数が確保されていれば、移動用ストレッチャーの側にもう1名の看護職員等を配置し、ストレッチャーにストッパーが設定されていなくても、当該看護職員等によってストレッチ

ヤーの不安定化を防ぐことができた可能性があり、適切なアセスメントに基づいて入浴介助人数を決定するなどの組織的に再評価・決定する仕組の整備に向けて、更なる改善が求められる。

（４）両病棟間の入浴介助に関する連携

児童の安全・安心確保の観点から、入所児童の入浴介助などの生活介助は、日頃、当該児童の病状や障がいの状況を把握している担当看護職員等が中心となって対応することが重要であり、他病棟の看護師の応援を受けて入浴介助を実施する場合には、事前に当該児童の特性や個別性を踏まえた入浴介助方法を担当職員間で十分に情報共有を図り、共通認識を持って入浴介助を実施することが一般的である。

センターの看護部きらきら棟は、児童福祉法に基づく障害児入所給付費の支給決定を受けた児童のみを受け入れている一方で、すこやか棟は、同児童の受け入れも一部あるが、基本的には、障害者総合支援法に基づく短期入所（ショートステイ）の支給決定を受けた児童や医療保険制度に基づく入院児童を中心に受け入れを行っていた。センターにおける短期入所（ショートステイ）は空床型であり、日ごとの利用者数に変動があり、また、日帰り利用もあることから、すこやか棟の利用児童数は、日中・夜間も含め、一定しないという特徴がある。

【事故当時の入所児童の状況】

◇きらきら棟	16名
◇すこやか棟	3名（別途、7名の短期入所等を受入れ）

このように、両病棟間には、各病棟の運用方針の違いに基づく入所児童の数に違いがあったことから、きらきら棟の入所児童の入浴介助は、すこやか棟の看護師が応援として従事することで人員を確保する体制（病棟横断型）を基軸として対応していたが、両病棟間における当該児童の個別性を踏まえた介助方法の情報共有は必ずしも十分ではなかった。

また、入浴には、看護部だけでなく、看護師資格を有しない保育士等が中心である社会参加部の職員も関わっていたが、上記と同様、児童の個別性を踏まえた介助方法の情報共有は必ずしも十分ではなかったほか、当該職員が、気管切開などにより医療的ケアが必要な児童

の入浴介助をすることに関して、看護職員等は不安に感じていた。

【看護職員等のヒアリング・アンケート結果】

・入浴介助は、その入所児をよく知っている病棟スタッフが行うべきで、違う病棟からの応援ではリスクが高くなる、看護職員以外（社会参加部の福祉職員）が、気管切開している医療的ケア児の入浴介助に入ることに不安を感じる、といった意見があった。

両病棟における入浴介助については、コロナ禍以前は両病棟の看護職員が協力して実施する「病棟横断型」の入浴介助体制で実施していたが、新型コロナウイルス感染症のセンター流入対策として実施した病棟単位のゾーニングにより、病棟ごとに入浴介助を実施する「病棟完結型」の入浴介助体制に一時的に移行した。

新型コロナウイルス感染症への対応体制の変更に伴い、令和7年3月から、コロナ禍以前の「病棟横断型」の入浴介助体制に戻ったが、「病棟横断型」に移行して間もなかったこともあり、本件事故発生時、児童の個別性を踏まえた介助方法の情報共有を適切に行う仕組みや組織土壌が十分に整っていなかった。

「病棟横断型」で入浴介助を行う場合、柔軟に入浴介助の人員体制を確保できるメリットがある一方で、協力する側の看護職員等は、日頃、関わっていない児童の入浴介助に従事することになることから、当該児童の個別性を踏まえた介助方法の情報共有が重要となる。他病棟の看護師や社会参加部の保育士等も含め、入浴介助に関わる看護職員等の全てが共通認識を持って入浴介助を実施することできる体制整備に向けて、組織的な再設計が必要である。

（５）心理的安全性の観点からの職場環境

児童に対する安全・安心な看護・介助の提供や、インシデント予防と早期発見の観点からは、関係職員等が、業務上のエラーや懸念を上司へ率直に報告しても、否定や非難をされない環境を基本に、失敗、間違いを率直に共有でき、建設的な議論が活発に行われることが重要である。

これにより初めて、「恐れずに挑戦」、「互いに尊重」、「学び続ける」文化が職場に根付き、職員が安定的に成長することが可能となって、創造性や問題解決能力が高まり、組織全体のパフォーマンス向上に繋がるとされており、このような心理的安全性が担保されている職場

環境を目指すことの重要性が昨今注目されている。

看護職員等を対象にしたアンケートにおいて、病棟業務の不均衡に起因する不満、病棟間の人間関係にあつれきがある、病棟内においても自由に意見を発言できる心理的安全性が低いとの意見のほか、上司となる看護師に相談しやすい環境が整っていないとの意見が認められた。

知事部局において、看護師を配置できる所属は限定的であることから、センターの両病棟勤務の看護職員のうち、約半数は10年以上の長期間にわたってセンターに勤務しており、職員配置の固定化による病棟内の人間関係の閉塞化がセンター内における心理的安全性に影響している可能性がある。

【看護職員等のヒアリング・アンケート結果】

・病棟同士の関係性がよくないことや、同じ病棟内でも上司に業務に対する意見や問題点を言いにくい状況があるといった意見、看護師一人ひとりがいろいろな思いがあってもそれを話し合うことを嫌がったり本音を言えない職員が多いといった意見があった。

センターは、児童の命と健康を預かる施設であり、安定的な人間関係を基礎としながら、センター職員同士が緊密に連携して、安全・安心なサービス提供を行うことが必要である。本件事故の背景として、業務上の懸念や不安が十分に共有・検討されにくい職場環境が存在していた可能性は否定できず、インシデントの予防・早期是正という観点から、看過できない組織的課題である。

3 検証を踏まえた再発防止策の提言（転落事故部分）

以下の再発防止策の提言は、本件事故の検証結果を踏まえ、センターにおける安全管理体制上の課題に対し、組織として主体的に対応することが求められる事項を整理したものである。これらの再発防止策は、単なる手順の追加や注意喚起に留まるものではなく、センターの業務構造や組織文化を見直すことを通じて、入所児童の安全を確保するための取組として位置付けられるものである。

なお、これらの提言は、本件事故が発生した時点の状況を踏まえたものであり、センター

において、既に再発防止に向けて取り組んでいる事項であるかを問わないものであることを付言する。

(1) 入浴介助に係る看護職員等への身体的・心理的負担の軽減

入浴介助は、看護職員等に与える身体的・心理的負担が大きいことから、より安全に入浴介助を実施するため、当該業務に専念できる体制を組織として確保することが不可欠である。

具体的には、入浴介助を行う看護職員等に関しては、受け持ち児童の担当業務を軽減し、入浴介助に集中できる環境を整えることが必要である。また、入浴介助に専念できる職員の配置などにより、入浴介助業務の集中化と専任化を推進し、入浴介助を担当する看護職員等のうち、少なくとも1名は入浴介助専任者が配置される体制を構築することが望ましい。これらを実現するためには、人員配置を再考した業務フロー全体の見直しも選択肢の一つである。

(2) 設備機器の使用方法や適切な介助手技に係る研修

ストレッチャー移乗時の立ち位置や機器操作は、転落防止のための基本的安全行動であり、個々の経験や判断に委ねられるものではない。入浴介助の実施に関する研修は、センターの入職時に限られており、その後の定期的な研修は実施されていないが、看護職員等の入浴介助業務に係る一定の手技レベルを維持するため、今後は定期的に研修及び実技を伴う教育を必須化することが必要である。

また、設備機器の操作方法や、個別の児童の特性や成長等に応じた入浴介助の留意点の情報共有に関しては、マニュアルの見直しや、定期的な研修を実施するほか、実際に入浴介助に従事するに当たっては、当該留意点の共通認識の形成を図るため、ペアになった入浴介助担当職員と管理職員の間で事前ミーティングの開催を義務付けるなどの取組が必要がある。

(3) 適切なアセスメントに基づいた看護職員等の配置人数の決定

気管切開による人工呼吸器を使用している児童だけでなく、体重や児童の障がい特性によっては、入浴介助人数を増員することが必要であることから、気管切開等の状態に限らず、当該児童の障がいの特性や体重等の変化に応じて、時機に応じた適切なタイミングで児童の

入浴介助に係るアセスメントを再度実施し、センターの医療安全委員会などの組織的な機関決定により、入浴介助職員数を決定する仕組みやその後の定期的かつ組織的な再評価を行う仕組みが必要である。

(4) 病棟の組織体制の見直し

安全に入浴介助を実施するためには、日頃、当該児童の状況を正確に把握している看護職員等が中心となって担当することが重要であり、両病棟の業務量を平準化させ、一つの病棟の看護師を中心に入浴介助業務を完結できる体制が望ましい。両病棟の業務量の平準化に当たっては、両病棟も統合も含めたセンター全体の組織体制の見直しを行い、効率的な病棟運営を可能とする体制のあり方を検討する必要がある。

また、「病棟横断型」で入浴介助を実施する場合には、応援に入る職員を含め、当該児童の特性や介助方法に関する情報が事前に十分共有されていることが前提となる。そのため、入浴介助前の情報共有手順を明確化し、「誰が・何を・どの時点で共有するのか」を標準化することが必要である。医療的ケアが必要な児童の入浴介助方法の共有など、看護部と社会参加部の職員同士で日頃から情報共有を密にし、連携強化を図ることが必要である。

(5) 風通しがよく働きやすい職場環境の確保

職員が業務上の不安や懸念を率直に共有できる職場環境は、インシデントの予防及び早期是正の観点から不可欠である。センターにおいては、管理職を含めた職員間の対話の機会を意図的に設けるとともに、意見表明が不利益につながらないという認識を組織として明確にし、心理的安全性の確保に向けた取組を継続的に行う必要がある。

【補足的提言】 職場環境の改善に向けたその他の取組

センター内の人間関係の閉塞化が存在している可能性が高く、他病院（鳥取県立中央病院等）への一定期間の研修派遣など、職員配置の柔軟性確保に向けた取組や、柔軟な勤務形態を可能とする制度の導入に向けた検討が県として必要である。

第4章 施設内療養時に係る検証

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後的視点で検証・分析したものである。判断を行っていく上で、便宜上一般的に医療が提供される場面で使用されている「ガイドライン」等を「標準医療」とし、その基準に照らし合わせて、「標準の医療の範囲内である」か、「標準の範囲内であるが、改善の余地がある」か、また「標準の医療から逸脱している」かの3つの基準で検証を行った。なお、使用したガイドライン等は当時のものを使用している。

1 転落直後の治療の検証結果

転落後の本児童の対応は、①初期評価、②継続観察、③記録と共有、④原因分析と再発防止に整理されるが、転落後の本児童に対する初期評価として、意識状態、呼吸・循環器の状況、頭部外傷の有無、疼痛部位、骨折による変形や関節等の可動領域、出血、神経徴候などを迅速に確認し、必要に応じてレントゲン等による画像診断や、疼痛部位の固定などの処置を講じることとされている。

転落直後の本児童は、転落による脚部の痛みを主訴としており、意識レベルは良好な状態であり、このような状態にある本児童に対して、レントゲンやCTによる検査により、脚部や胸部の骨折のほか、肺気胸の明らかな所見がないことを確認した上で、痛みを訴えていた左足の安静を保つため、左大腿から下腿までグラスファイバーギプスを装着して経過観察を行った。頭部に関しては、本児童から「頭を打っていない。」との説明があったことからCT検査は見送られた。呼吸に関しては平時から使用されていたBiPAPが装着されていた。

初期評価において、疼痛部位や外傷の有無、意識変化などの評価は実施されたが、頭部に関しては、CT検査を見送るなど、体系的な評価が限定的であったことは否定できないが、下肢や胸部のレントゲンやCTによる画像診断を実施し、明らかな骨折や肺気胸の所見がないことを確認した上で、疼痛部位である左大腿から下腿までグラスファイバーギプスを装着して経過観察を行ったことは、転落直後に求められる治療として、標準医療の範囲内である。

頭部に関しては、CT検査を積極的に実施することも一つの方法ではあったが、本児童の「頭は打っていない」という説明のほか、本児童の意識レベルの高さも含めて総合的に勘案した結果であり、標準医療の範囲内である。

2 施設内療養時の治療の検証結果

(1) バイタルサインの異常と児童の観察体制の強化

バイタルサインの異常に対する臨床対応においては、①早期認識、②状況評価、③初期対応、④再評価の手順を踏むことが基本的な対応となる。具体的には、循環動態は心拍(HR)、PR、BP、呼吸状態はSpO₂、RRなどのバイタルサインの基準値からの逸脱やトレンド変化を速やかに察知し、本児童の特性や個別性を踏まえた異常値の意味を早期に判断するとともに、ABCDEアセスメント(A:Airway 気道、B:Breathing 呼吸、C:Circulation 循環、D:Dysfunction of CNS 中枢神経障害、E:Exposure & Enviromental control 環境管理・体温)の手法により迅速な状況評価を行い、原因を推定した上で、酸素投与や輸液などの初期治療を開始するほか、介入後は、定期的に必ず再評価を行い、改善が乏しい場合には、急性期病院への転院など、次の手段を検討することになる。

本児童の平時におけるバイタルサインと比較して、事故後のバイタルサインには異常が確認されており、その原因の分析・評価と、その結果を踏まえた必要な治療の検討が必要な状態になっていた可能性が高いが、センターは、急性期病院への搬送の必要はなく、センターで経過観察できるとの判断に至っており、バイタルサインが不安定であることに対する治療として、本児童に対して酸素は投与されたものの、SpO₂、PR及びBPの測定や、事故直後に検査したレントゲンやCTの再評価以外の検査が実施されることはなかった。

転落事故が発生した場合には、転落・転倒マニュアルにより、児童の観察体制が強化されることになっていたため、すこやか棟の個室に入所していた本児童をきらきら棟の看護ステーションに最も近い2人部屋に移動させ、個室として看護する体制に移行した。事故当日の夕方には、バイタルサインが不安定であることの原因特定が不十分であるにもかかわらず、モニターアラームの鳴動基準が緩和(SpO₂を94%から92%へ引き下げ、PRの上限を120から150に引き上げ)された。RRについてはBiPAP機器の記録を参考に看護記録並びにバイタル表への記載のみ認められた。また、診療録や看護記録に発生時の状況、患者の状態、医師の診療時間、指示内容、診療内容、患者家族への説明内容等が記載されるが、実際の診療録には、医師から看護師への指示内容や講じられた治療の記録に不十分な部分(医師から看護師に対する測定モニターの貼り替えの指示や、医師から看護師に対する酸素投与の指示)があった。

主担当医は、バイタルサインの異常に関して、時間経過により改善が見込まれる外傷ストレスや転落による疼痛による末梢循環不全や自律神経の異常と評価しており、本児童が急変する可能性は低く、少なくとも翌日まで様子を見ても大丈夫だと認識していたことから、急性期病院への搬送ではなく、センター内での経過観察が適当と判断していた。また、同様の理由からモニターアラームの鳴動基準も緩和された。なお、センター内に整備されていた転倒・転落マニュアルには、転落によって、意識レベルの低下や頭部外傷等の異常がない場合であったとしても、転落・受傷後24時間は、当該児童の観察体制を強化しなければならないことが規定されていたが、転倒・転落事故発生時における具体的な人員体制の強化手法は決められていなかったため、看護ステーションに最も近い部屋に移動させた。また、当該マニュアルには、診療録に詳細な記録を残すことが規定されていたが、マニュアルに関する認識が不十分であり、治療経過の記録に一部不十分な部分が生じる結果となった。

センターは、長期療養の提供や発達障がいの療育支援等に特化した病院であり、肺脂肪塞栓症のような急性期の合併症リスクに対応できる検査や診療体制は整備されていない。センターにおいて、施設内療養を継続するのではなく、バイタルサインが不安定となっている原因究明のため、積極的に急性期病院に対する相談・搬送を検討することも一つの選択肢であった。

また、転落後の観察強化について一定の方針は示されていたものの、SpO₂やPRだけでなく、より早期の警告指標として機能するRRなど、本児童の状態をより詳細に把握するために必要な具体的な観察項目や人員配置の強化方法が明確化されておらず、組織としての対応水準が十分に定義されていなかった。バイタルサインの異常に係る原因が不明であるにもかかわらず、本児童の状態変化を速やかに察知するために必要なモニターアラームの鳴動基準の設定を緩和することは、治療の機会を逸する可能性が高まる行為である。モニターアラームの鳴動基準の適切な設定など、マニュアルに従って、本児童の観察体制の強化がより適切であれば、より早期の急性期病院への搬送に繋がった可能性は否定できず、診療録が十分に記載されていなかったことも含め、マニュアルに従った対応が不十分であったことは、標準医療から逸脱する。

【医師のヒアリング結果】

- ・大きな骨折ではなかったので、大学に搬送依頼をしても受けてもらえないと思っていたという意見のほか、早めに心電図や血液検査などの他の検査を実施すべきだった、モニターアラームの鳴動基準を下げたことは問題点の一つといった意見があった。

(2) 判明した骨折に対する対応及び急性期病院との連携

骨折が判明した場合、対応の基本は、①全身評価、②疼痛管理、③安静と患部固定、④合併症予防、⑤早期専門医介入、⑥転院を含む急性期病院との連携の6段階に整理される。

まず、外傷が起こった状況を整理し、全身状態を含む外傷の初期評価を行い、出血性ショックや脂肪塞栓症などの急性期の合併症リスクを把握する。疼痛管理は、本児童の体動制限の緩和と循環安定化に重要であり、鎮痛剤の投与と患部固定を迅速に行って、骨折部位の形態や転位度等を総合的に勘案して手術適応を判断し、必要に応じて急性期病院へ転院を行うことが原則的な対応となる。

CT画像を3Dに変換した画像の再評価により、左大腿骨頭頸部に不全骨折の所見があることが判明したが、医師らは、肺脂肪塞栓症は、通常転位が大きい長管骨骨折や骨盤骨折等で起きると認識しており、そのリスクは低いと判断していた。疼痛管理に関しては、転落直後から左足の痛みを訴えていたことから、左大腿から下腿までグラスファイバーギプスを装着済みであったが、鎮痛剤の投与は、事故後、翌日午前0時ごろまで実施されなかった。骨折対応に関しては、鳥取大学医学部附属病院整形外科に、接合手術など、外科的対応の要否を相談し、同病院からは、本児童は、手術適応の状態ではなく、保存的治療の継続でよいとの助言を受けたことから、センターは、引き続き、施設内療養により対応することを決定した。また、同病院から、バイタルサインが更に悪化するようであれば、同病院救命救急センターへ相談するよう助言を受けていたが、この助言はセンター内で十分共有されておらず、同病院救命救急センターや、本児童の平時における治療に関与していた同病院脳神経小児科に対して、本児童の転落事故後の状況が共有されることはなかった。

主担当医は、バイタルサインの異常に関して、時間経過により改善が見込まれる外傷ストレスによる末梢循環不全や自律神経の異常と評価しており、本児童が急変する可能性は低く、少なくとも翌日まで様子を見ても大丈夫だと認識していたことから、鳥取大学医学部附属病院救命救急センターと事前に情報共有することの必要性を認めていなかった。

CT画像を3Dに変換した画像の再評価により、左大腿骨頭頸部に不全骨折の所見があることが判明したが、一般的に肺脂肪塞栓症の原因となるような転位の大きい骨折所見ではなく、肺脂肪塞栓症のような合併症リスクを考慮するには至らなかったが、施設内療養を継続する判断自体は、当時得られていた情報に基づく医学的判断として一定の合理性を有してい

たとえられ、標準医療の範囲内である。

一方で、当該判断に至る過程や前提条件がセンター内で十分に共有・再評価される仕組みが明確であったとは言い難く、複数の視点による検討が行われる体制は十分に整備されていなかった。また、鳥取大学医学部附属病院整形外科から、本児童は、手術適応の状態ではなく、保存的治療の継続でよいとの助言を受けたことから、センターは、引き続き、施設内療養により対応することを決定しており、骨折判明時に他医療機関の助言を求めたことは、標準医療の範囲内であるが、本児童のバイタルサインの状況など、本児童の状況が同病院救命救急センターや、本児童の平時における治療に関与していた同病院脳神経小児科に事前に共有できていれば、救急搬送時のより円滑な治療に繋がった可能性は否定できず、改善の余地がある。

【医師のヒアリング結果】

・バイタルが落ち着かなかったときに、あらかじめ普段診ている鳥取大学医学部附属病院に情報提供しておけば、より円滑な救急搬送に繋がった可能性があったとの意見があった。

(3) 多面的な治療の提供体制の構築

主要な急性期病院においては、チーム医療による救命率の向上を目指す仕組みとして、RRS（院内迅速対応システム）が整備されており、症例の緊急度に応じて、主担当医だけでなく、他の医師等による専門チームが早期介入し、多面的な治療を提供する仕組みがある。

長期療養期に対応する病院であるセンターにおいて、RRSの整備は現実的ではないが、転落事故などリスクのある症例に関しては、管理職員の指揮・指導のもと、複数医師による多面的な病態の検証を行う体制整備を検討することとなる。

日勤帯における本児童のバイタルサインが不安定であることに関する治療方針の決定は、原則的に主担当医に委ねられていたが、午後3時30分ごろ、測定モニターの貼り替えによっても、測定機器の示すバイタルサインの数値に改善が見られないことに不安を抱いた看護師は、病棟当番医に相談した。当該医師が、測定機器に故障はないことを確認し、本児童の状態を踏まえた追加の検査の必要性を主担当医に意見を具申したことで、本児童の治療の方針をめぐり、医師の間に意見の相違があることが顕在化したが、この医師の間の治療方針を

めぐる意見の相違はセンター内で組織的に共有されることはなかった。

センターの管理職員は、転落事故後、本児童のバイタルサインが安定せず、その原因の十分な特定に至っていないことを把握していたが、医師の間で治療方針をめぐって意見の相違があることは承知しておらず、急性期病院への搬送を含む本児童の治療方針を複数医師で検討する体制を構築することはなかった。

センター内に整備されていた転倒・転落マニュアルには、転落によって、意識レベルの低下や頭部外傷等の異常がない場合であったとしても、転落・受傷後24時間は、当該児童の観察体制を強化しなければならないことが規定されていたが、マニュアルに関する認識が不十分であり、マニュアルに従って、複数医師による治療提供体制などを含む本児童の観察体制が見直しされることはなく、平時における通常の治療体制が継続されていた。

酸素を投与しても、バイタルサインが安定しない状態は、平時における本児童の状況を勘案すると明らかに異常であり、治療方針を巡り、医師同士の意見が一致しないのであれば、それを治療方針を見直す一つの契機として活用できる可能性があった。

本児童に対する治療の提供体制のあり方に関しては、センターの裁量に委ねられているが、本児童の治療方針をめぐり、医師間で意見の相違があることが顕在化したにもかかわらず、センター管理職員の指揮や指導の下、他の医師を交えた検証作業など、本児童の病態の更なる分析や、本児童の状況を多面的に検証する体制の構築に繋がらなかったことは、組織的な対応を含め、改善の余地がある。

また、夜間帯において、本児童の状態変化を示唆する所見が複数認められていたにもかかわらず、これらを急変兆候として再評価し、医師による再診や対応強化につなげる判断基準が組織として明確に示されていなかった。その結果、看護師が医師への再要請を躊躇し得る状況が生じていた可能性は否定できない。

【医師のヒアリング結果】

- ・ドクターにはそれぞれ専門分野があるので、ドクター同士のカンファレンスがあればよかった、みんなで集まってディスカッションすればよかったとの意見があった。

(4) 看護職員等が感じていた「不安」への対応

チーム医療の促進の観点から、看護職員等が医師に児童の状態を報告・相談するに当たっ

ては、S B A R（S：Situation 状況、B：Background 背景、A：Assessment 評価、R：Recommendation 提案）の手法を意識し、過不足なく明確に状況を報告・相談することが望ましいとされている。また、担当の看護職員等で対応が困難な場合には、次の手段として、上司である看護師長等に対応を引き継ぐ（エスカレーション）などにより、看護部全体として意見を集約し、医師に伝える組織的な対応を検討することになる。

本児童の看護に関わった看護職員等は、一定の時間経過によっても、バイタルサインが改善せず、また、バイタルサインが不安定であることに対する対処として、センサーの巻き直し以外でることがないことから、焦燥感に近い不安を感じていた。この不安感は、上司や同僚の看護師だけでなく医師にも情報共有された。夜間帯はバイタルサインが改善しないものの当直医を呼び出すことはなかった。

医師への相談により、酸素投与量を増やして、モニターの正確性を確認するなどの対応に繋がった場面もあったが、複数医師により多面的に症例検討を行う体制構築や、急性期病院への搬送を含む治療方針の再検討などに活用されることはなかった。

患者の異常に気が付きやすい看護師から医師へのコミュニケーションが不十分であった。その背景として、施設内において「心理的安全性」が十分確保できていなかったこと、また、報告手法についても「S B A R」を知識としては知っていたが、平時より実際使用する場面が少なかったことが挙げられる。

医師が行う治療の選択に関して、看護職員等など他職種から様々な意見が表出されることは、チーム医療の推進の上では自然なことであり、医師はこれらの意見に耳を傾け、総合的に勘案した上で、治療の方針を決定する必要がある。また、深夜帯に看護師が当直医を呼び出すことがなかったことは、看護師が判断を怠ったというよりも、どの時点で医師を再要請すべきかという判断基準が組織として明確でなかったことが影響した可能性がある。

本件事故における看護職員等のこれらの意見は、「S：状況」の伝達を主とするもので、「A：評価」や「R：提案」の要素が不十分であったこともあり、看護師単独の意見として主担当医に受け止められ、主担当医との意見交換などに活用されることはなかった。看護師が感じていた違和感を看護師単独の意見として医師に受け止められ、医師との意見交換などに発展しなかったことは、双方のコミュニケーションにおけるS B A Rに基づく明確な情報共有やエスカレーションの推進に向けて、改善の余地がある。

【医師のヒアリング結果】

- ・看護師の意見に十分に対応できていなかった、看護師は、最も近くで入所児童に接しており、普段との違いに関する感受性が高いことから、その意見を重視して、もう少し突き詰めることが必要だったとの意見があった。

3 心肺停止後の救命救急処置の検証結果

心肺停止状態にあることが判明した場合、対応の基本は、①胸骨圧迫による心肺蘇生、②除細動器モニターの装着と波形確認、③点滴ルートの確保とアドレナリン投与、④バックバルブマスク又は挿管による気道確保の4項目に整理される。心肺蘇生は、時間との勝負であり、医師及び看護師は一致団結し、医療機関に用意されている各種機器を最大限活用して、救命救急処置に全力を尽くすことが必要とされている。

当直医は、心肺停止状態にある本児童の救命のため、看護師に対して心電図モニターを装着や、自動体外式除細動器（AED）を動作させる準備を指示するとともに、呼吸管理のため、直ちに気管挿管に着手したが、挿管完了まで約17分を要した。

その一方で、看護師は、胸骨圧迫による心肺蘇生に着手するほか、点滴ルートを確保したが、アドレナリンは投与に至らなかった。救命救急処置の間、看護師は、挿管作業に並行して、バッグバルブマスク（BVM）の準備を行っていたが、BVMが使用されることはなく、また、センターにあったビデオ喉頭鏡も使用されなかった。また、センターにおける医師の心肺停止及び挿管訓練は、定期的には実施されていなかった。

入所児童の急変時に適切に対応するため、各職員は、BLS（一次救命処置）や専門的な医療機器や薬剤を用いて行うACLS（二次救命処置）などの手法に関して、平時からシミュレーショントレーニングを積んでおく必要があるが、これらの救命講習を定期的には実施していなかった。また、医師や看護師のチームにおいても、誰がどのような役割を担い、どのように動くのか、トレーニングされていなかった。

当直医は、心肺停止状態にある本児童の救命のため、心電図モニターの装着や自動体外式除細動器（AED）の準備のほか、呼吸管理のため、直ちに気管挿管に着手したが、これは、心肺機能を回復させ、生命維持を図るために必要な一般的処置であり、標準治療であった。

その一方で、結果として、挿管着手から完了までに約17分を要しており、救命救急処置

として、必ずしも十分な効果を得る結果には至らなかった。また、点滴ルートが確保されたにもかかわらず、生理食塩液の投与にとどまり、心肺停止時の第一選択薬であるアドレナリンが投与されなかったことや、救命救急処置の間、看護師は、挿管作業に並行して、バグバルブマスク（BVM）の準備を行っていたが、BVMが使用されることはなく、センターにあったビデオ喉頭鏡も使用されなかったことは、救命救急の実施手順の明確化や看護職員等の挿管介助の手技向上に向けて、平時からBLSやACLSなどの研修導入などの組織的な対応を含め、改善の余地がある。

【医師のヒアリング結果】

・挿管が基本的にはいいと思うが、時間を要するようであれば、心臓マッサージをしながら、用手での陽圧換気を酸素全開でやりながらというのも選択肢としてはあったとの意見があった。

4 検証を踏まえた再発防止策の提言（施設内療養時部分）

以下の再発防止策の提言は、結果を知った上で、本件事故の経過を振り返り、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整理したものである。

なお、以下の再発防止策は、本件事故が発生した時点の状況を踏まえた提言であり、センターにおいて、既に再発防止に向けて取り組んでいる事項であるかを問わないものであることを付言する。

（１）転倒・転落事故時における児童の観察体制の強化

本児童は、転落後からバイタルサインが不安定な状況が継続しており、転倒・転落マニュアルに規定されているとおり、診療録への適切な記録を含む「観察体制の強化」が必要な状況であったが、本件事故では、モニターアラームの鳴動基準が緩和されるなど、「観察強化」に逆行する対応がとられた。センター管理職員を含め、マニュアル遵守の必要性に関する意識醸成を日頃から図って、転倒・転落等の事故後においては、SpO₂やPRだけでなく、より早期の警告指標として機能するRRなどの観察項目、観察頻度、報告基準及び対応レベル

を明確化し、夜間帯を含め、誰が対応しても一定水準の対応が確保される体制を構築することが必要である。発生した事故の個別性によっては、マニュアルに則らない対応が必要な場面もありえるが、その場合であっても、その判断根拠や検討経過等を書面化し、記録として残すことが必要であるほか、マニュアルの失念を防ぐため、マニュアルの統廃合を含む定期的な再整理により、分かりやすいマニュアル体系の構築を図ることも重要である。

また、鳥取大学医学部附属病院へ搬送しない判断を含む施設内療養時の経過に関して、センター内での医師の判断・その根拠等の記載が診療録に乏しく、記載方法などのルール化が望まれる。

(2) バイタルサインの悪化を認める入所児童に係る急性期病院との連携

センターは、急性期の症例に十分対応できる病院ではなく、入所児童に急変等が起きた場合には、センターから鳥取大学医学部附属病院に円滑に引き継ぐことが重要となる。

本児童は、転落直後からバイタルサインが不安定であったが、医師は、レントゲンやCT画像に異常を示す所見がないにもかかわらず、バイタルサインの不安定が継続している原因を十分把握できていなかった。そのような状況において、施設内療養を継続することには一定のリスクがあり、入所児童の急変等に備えて、事前に同病院救命救急センターなどと症例の情報共有を図り、救急搬送時の円滑な対応に繋げる体制の構築が必要である。

(3) ハイリスク事案に対する多面的な治療の提供

レントゲンやCT画像に異常を示す所見がないにもかかわらず、バイタルサインの不安定が継続している原因分析に当たっては、初期治療（酸素投与、点滴など）を実施しながら、出血性ショック、心原性ショックなど様々な原因を鑑別診断に挙げて評価し、原因に応じた適切な治療を行う必要があるが、センターは、急性期の症例に十分対応できる病院ではなく、実施できる検査も含め、対応には一定の限界がある。

そのため、転落事故等が発生した場合の当該児童に対する治療方針の検討に当たっては、急性期病院への搬送も含め、施設の診療能力の限界を踏まえた慎重な判断が求められるが、その検討を一人の医師に全てを委ねることには、治療遅延を招来しかねないリスクを含んでいる。判断根拠やリスク評価を複数職種で共有し、必要に応じて再評価できる仕組みを整備す

ることが必要である。

転倒・転落事故に起因する治療など、一定の基準に該当する症例に関しては、センター管理職員の指揮や指導の下、他の医師を交えて、治療方針を多面的に検討する体制を構築するなど、重症心身障がい児の入所が多い施設の特性も踏まえ、ハイリスク事案に対するマニュアル整備や急変時のシミュレーションなど、治療提供体制のあり方を検討することが必要である。

(4) 看護部における組織的な意見集約機能の強化とS B A Rの組織的定着

主担当医を中心とした一貫した治療の提供を保障しつつ、最も近い場所で、児童の微細な変化を含めて、詳細を観察している看護師の意見を治療に反映するためには、看護師を始めとするセンター内の様々な意見を集約し、看護部などの組織単位で医師に伝達し、医師との意見交換に繋げられる「心理的安全性」を意識した組織に変化することが必要であるとともに、急変兆候については、看護師が躊躇なく医師へ相談・要請できるよう、具体的なエスカレーション基準を明確にし、職員間で共通理解を形成する必要がある。

また、S B A Rの手法による医師への報告が適切に実施されるよう、医師への報告に関する看護職員等を対象にした研修の実施など、S B A Rの組織的定着を目指した取組を進める必要がある。

(5) 救命救急処置のスキル維持及び医師と看護師の連携強化

挿管着手から完了まで約17分を要しており、その間、本児童の呼吸管理が不十分となったことは、救命救急処置として必ずしも十分な対応であったとはいえない。センターは、急性期医療に十分対応できる病院ではないが、医師は、最低限必要な救命救急スキルを維持し続けることができるよう、各種学会等の団体が主催する救急救命研修の受講などの取組を進めることが必要である。また、挿管着手から一定時間が経過した場合には、BVMの使用に切り替えることを医師に義務付けるなど、センターにおける救命救急処置の実施手順の策定も必要である。

また、診療経過の中で、看護師が抱えている懸念を医師側に伝える環境が希薄であり、他職種間のコミュニケーション環境を改善することが望ましい。

第5章 最後に

本件事故における診療及び対応については、当時の医学的知見及びセンターの体制のもとでは、医学的・専門的観点から標準医療の範囲内であったと評価される部分があります。しかし、この評価は、当時得られていた情報や体制の制約下での専門的判断を示すものであり、結果として安全側に倒れる判断が十分であったかという問いを免ずるものではありません。また、「標準であった」との評価は、本児童及びご家族に生じた重大な結果や苦痛を軽減するものではありません。本委員会としては、「標準であった」という結論のみをもって、本事例を終わらせることは、本児童・ご家族と同じ立ち位置に立つことにはならないと考えます。

本件事故を通じて、センターは、医療行為そのものの適否だけでなく、①事前にどこまでリスクを共有できていたのか、②異変の兆候をどのように捉え、どの段階で組織として立ち止まったのか、立ち止まる判断を支える基準・相談経路・体制は十分だったのか、③結果が生じた後、本児童・ご家族にとっては「なぜもっと早く搬送判断にならなかったのか?」「(振り返る中で、)どの時点で搬送判断が可能であったのか?」「なぜ、もっと医療者間で相談できなかったのか?」など、何が「十分でなかった」と受け止められ得るのか、という点について、深く省察する必要があると認識しています。

本報告書は、過去の医療的判断を正当化することを目的とするものではなく、同様の状況に置かれた将来の入所児を一人でも確実に守るために、センターがどの前提を見直し、どの仕組みを改めるのかを明確にするためのものでもあります。本委員会としては、センターは本件事故において生じた結果を重く受け止め、医学的評価にとどまらず倫理的省察を併せて行い、次に同様の状況が生じた際には、より早い段階で安全側に判断を倒すことができる組織的な基準及び相談体制の構築・運用を継続していく責務があると考えます。

鳥取県立総合療育センター医療事故調査委員会

委員長 大澤 晋

【参考資料】

鳥取県立総合療育センター医療事故調査委員会設置要綱

鳥取県立総合療育センター

1 趣旨

- (1) 2025 年 3 月 26 日に発生した死亡案件を受けて、医療事故が発生した医療機関が自ら調査を行い、原因を究明し、再発防止を図って医療の安全の確保と質の向上を期するために、医療安全管理委員会内に医療事故調査委員会（以下「委員会」といいます。）を設置します。
- (2) 委員会の委員は医療安全管理委員会の委員のうちから院長が指名し、そのほか院長が必要と認めた者を指名することができるものとします。

2 委員会の目的と役割

- (1) 本委員会は、遺族への説明、医療事故調査・支援センターへの報告、医療事故調査の実施など、医療法第三章の規定に基づき県立総合療育センター（以下「センター」といいます。）が実施する各種事務について、適切に対応することを目的として設置します。
- (2) 委員会は、医療事故調査を実施して報告書をまとめ、院長に提出します。

3 医療事故調査委員会の構成

- (1) 委員会の構成は、次のとおりとします。

委員 ①大澤 晋	岡山大学病院 医療安全管理部 准教授、医師 GRM
②松岡真弓	公益社団法人鳥取県看護協会 教育部次長
③浜田真樹	弁護士（日本弁護士連合会子ども権利委員会事務局長）
④佐竹隆宏	総合療育センター医務部部长
⑤足立裕季子	総合療育センター看護部部长

- (2) 委員長は、第 1 回委員会において、委員の互選により決定します。

4 独立性の保障

委員会は、センターのいかなる部門、委員会又は役職などから独立し、その影響を受けないも

のとします。

5 委員会の招集

- (1) 委員長は、委員会を招集し、議長となります。
- (2) 第1回委員会は、鳥取県立総合療育センター事務部長が招集し、委員長が選出されるまで鳥取県立総合療育センター事務部長が議長となります。
- (3) 委員会は、委員の過半数の出席がなければ、会議を開くことができないものとします。

6 委員以外の者の出席

委員長が必要と認めたときは、委員以外の者の出席を求め、議題に関する情報、意見等を求めることができるものとします。

7 秘密の保持

委員会の委員として知り得た事項に関しては、他に漏らしてはならないものとします。

8 外部委員への報酬

委嘱した外部委員に対しては、規定に基づき報酬及び旅費を支払うものとします。

9 事務局業務

委員会の事務局業務は、センターの事務部、県子ども家庭部子ども発達支援課及び県総務部人事企画課において処理します。

10 その他

その他、必要な事項については、委員長が定めます。

附 則

この要綱は、令和7年6月5日から施行します。

転 倒 ・ 転 落

○ 要 点

1. 施設設備・環境を適切に整え、転倒・転落しやすい要因を除く。
2. 訓練器具や補装具を適切に使用し、点検や修繕などの管理を行う。
3. 姿勢介助、移動介助、移乗介助は、各利用者に適切な方法や器具を検討し、環境整備を行って安全に実施する。多職種が関わる場合は、その方法を職員間で共有する。

2023 年改訂

転倒・転落

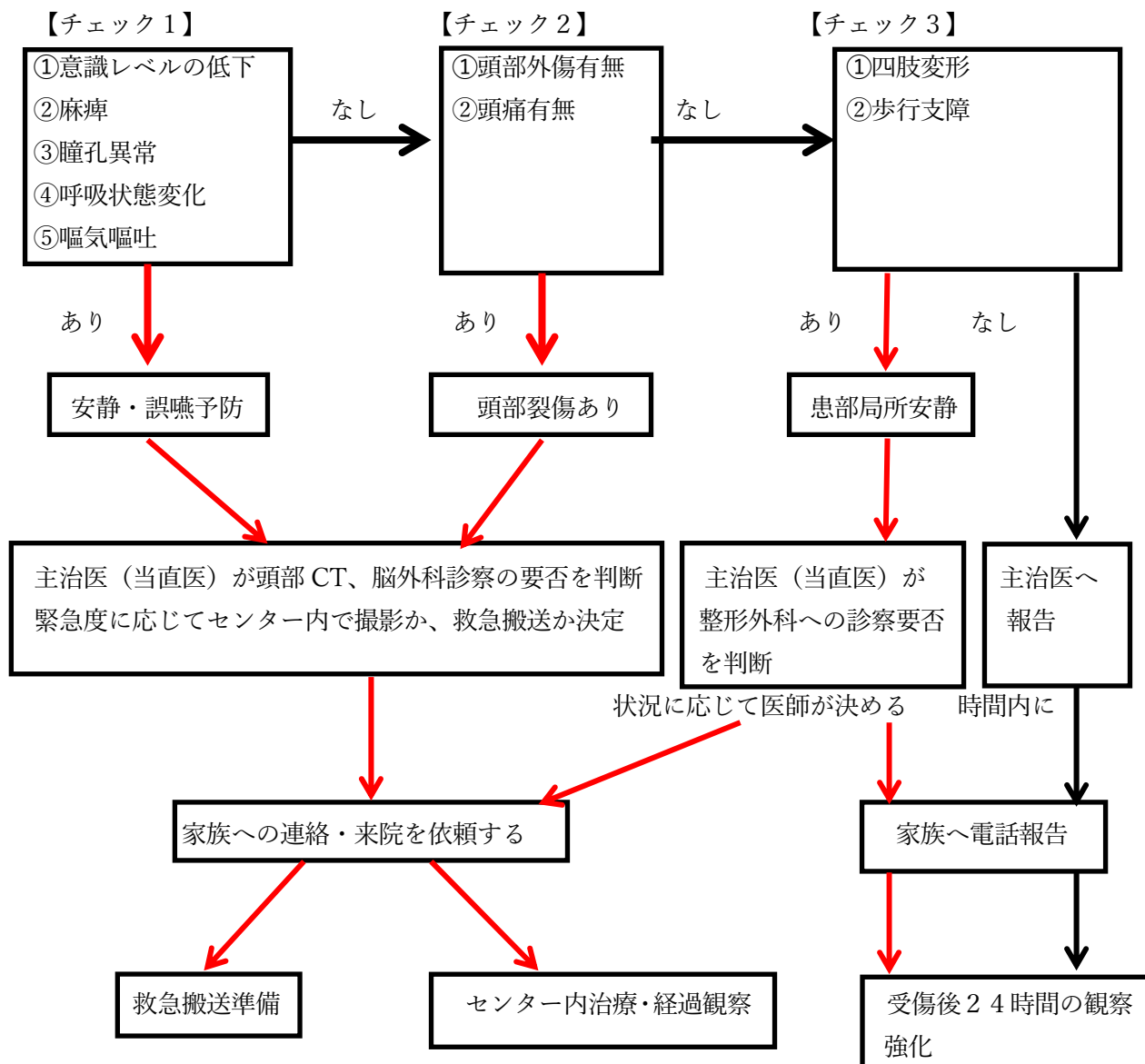
エラー発生要因	事故防止対策	留意点
1 施設設備・環境の不備	①廊下や床を濡れたまま放置しない。 ②カーペットやマット類は端のめくれやズレなどが発生しないようにする。 ③物品の適性配置（ロック、固定を含む）と、整理整頓を行う。 ④職員不在時は訓練室等部屋のドアを閉め、必要により鍵をかけ、不必要な人の出入りを避ける。	・涎、尿漏れ、クーラーの水滴、呼吸器周りの水滴に留意。 ・入浴後のストレッチャー、車椅子、バギーの車輪の水の拭き取り。 ・エレベーター、玄関周囲のマットの固定。 ・浴室の滑り止めマット、デイルームのマット類も使用時には留意。 ・食堂テーブル、トイレ手摺のストッパーの固定。 ・ベッド周り、倉庫、廊下の整理整頓。 ・ベッド柵は外したら所定の場所に必ず設定する。 ・コード類（コンセント、ルート、蛇管など）をベッド昇降時に挟まないように確認する。 ・車椅子やストレッチャーなど大型機器の操作扱い（向きを換えるときなどに）に注意する。 ・昼休憩、カンファレンス、回診、ミーティングなど。
2 器具・補装具の取り扱いの不適切	①使用方法やその特性について利用者本人・介助者と共通認識を図った上で、その使用方法に即した使用をする。 ②利用者の運動レベルや適合について常に確認・調整し、原則職員管理のもとで使用する。 ③定期的に点検し、破損箇所は速やか	・ベルトやテーブルは確実に脱着する。 ・固定が必要な器具は必ず固定されているかを確認し、使用する。 ・歩行器や車椅子など開閉する器具・補装具は必ず開閉を確認した上で使用する。 ・移動介助を行う際に用いる補

	に修理する。 ④使用方法に即さない方法で使用する場合には、そのリスクを十分に検討する。	装具(杖・歩行器・車椅子等)は、使用方法について把握し、適切な補装具を選択する。 ・部品の磨耗に留意する。(ベルト、ブレーキ、杖先ゴム等) ・十分に検討出来るまでは使用時に傍を離れない。
3 姿勢介助、移動介助時の対応の不適切	①姿勢介助、移動介助を行う際は、児童にあった介助方法や介助におけるリスクを理解したうえで実施する。 ②介助を行う場所(周辺の物品も含む)の環境整備・安全確認を行う。 ③介助を行う者は、原則その場から離れない。意図的に介助量を少なくする際は、環境整備・安全確認を行う。	・各利用者の介助におけるリスクや介助方法を関係者間で共有する。 ・利用者の手が届く(体が接触する)範囲に危険物がないか確認し、あれば取り除く。 ・不慮の転倒に備えて環境整備を行う(ロール、マットを周辺に敷く等)。 ・介助量を少なくしていることを周囲の職員に注意喚起しておく。 ・他利用者への対応等でやむを得ず担当児童の側を離れる場合は、周囲の職員に声かけする等の環境を整えてから離れる。 ・利用者の身体機能・状況及び通常と異なる点(ギプス装着や体調等の身体的条件によって、監視量・介助量が増える等)についての把握。 ・自力で移乗可能な対象者であっても近位監視する。 ・夜間の移乗動作は特に注意が必要。(介助者の人数の制約・利用者の覚醒レベルに伴う身体機能低下) ・利用者の身体に装着されている機器類を確認する。
4 移乗介助時の対応の不適切	①移乗前の状態を確認する ②移乗スペースの確保	・動線となりうるスペースを環境整備し、十分なスペースを確保

		保する。 ・床の状態や足元部分の凹凸を確認し、除去可能な物は除去する。 ・移乗物（車椅子等）のブレーキが掛かっているかを確認する。 ・アームサポートやフットプレート等が可動するものであれば移乗しやすいようにしておく。 ・座位保持装置にティルト機構が備わっている場合はティルトを安全な角度に傾けておく。
	③移乗先の確認	
	④必要に応じた介助者の人数を確保する	・動線や役割を共有しておく（特に複数の介助者で実施する場合は重要）。
	⑤介助者は移乗動作時の動線をシミュレーションする	・対象者の身体に機器類が装着されている場合、コード類（EDチューブ、点滴ルート含む）の取り扱いも確認しておく。

転倒転落発生時の対応フロー

転倒事例が発生したらバイタルサイン測定、転倒転落の状況確認をおこなう
下記チェック1～3を行い、主治医（当直医）へ報告する



- ・診療録、看護記録へ発生時の状況、患者の状態、医師の診察時間、指示内容、治療内容、患者家族への説明内容とその反応を記録する。
- ・転倒転落発生後の経過記録は観察で得た情報、対応を記録しておく。
- ・転倒転落に関する危険をアセスメントし看護計画を立案する。

平成28年6月作成