

転落事故及び死亡事案に関する利用者説明会での質疑応答

※説明会に参加されていない方にもよりわかりやすくお伝えするため、会話のやりとりだけでなく（ ）の記載を付け加えていますので、ご了承ください。
また、公表していない内容を含む質疑応答については掲載していませんので、併せてご承知ください。

	質 問	回 答
①	4/3のお手紙の中に『詳細について現在調査中ですのでお伝えすることができません』とありましたが、調査は今も継続中なんですか。	ご指摘のとおり（死因）調査はまだ継続中で、警察において調査が進められています。私共は警察の方から求められた資料を提出、聞き取りなどに対応をしています。
②	同じ事故がまた起きた場合は、対処方法が変わるのでしょうか？ 報道で見た感じでは、夜遅くになってから心肺停止して救急車を呼んだとありました。また同じようなことがあった時、早めに救急車を呼ぶとか対応されるのでしょうか。	起きた事故の程度とご本人の状態を見ながら医師団で判断していきます。今後も同じように（医師団の判断をふまえた）対応を続けていきたいと思います。 （補足：医療事故調査委員会にて調査していただき、医療過誤の有無、原因の究明、予防策に関する報告書を頂くことになっています。その報告書に従って改善を図ります。）
③	今回の対応は問題なかったということでしょうか。	それは（死因）調査の結果を待って、私共のところで医療過誤があるとか瑕疵（かし：過ち）があるとか、具体的にご指摘いただくようなことになれば、その指摘内容に対して改善を図っていくことになると思っています。
④	具体的な対応、改善のお話がありましたが、そもそも何が起こったのか説明をしてほしいです。	何が起きたかというのは、ニュース等で報道されたり、県議会の方にも報告しています。 入浴介助の時にストレッチャーのストッパーをかけ忘れていたため、（入所児童を移動介助する際、ストレッチャーが）動いて転落してしまいました。
⑤	滑って落ちてしまったのか、抱っこしていて落ちてしまったのか、原因は何だったのでしょうか。 ブレーキがかかっていなかったことが問題ですか？具体的にわからないので教えてください。	移乗の時にスライディングボードを利用していました。お風呂（機械浴槽）から上がった後、体を拭いてスライディングボードの上に乗っていただいて、2人でストレッチャーの方に押したときに、（ストッパーをかけ忘れていたため）ストレッチャーが動いて落ちてしまいました。抱っこはしていません。1人ではなく2人で対応していました。

⑥	問題点は、ストレッチャーのストッパーをかけていなかったことという認識でいいですか？	それと、押す側と受ける側にスタッフが1人ずつスライディングボードを挟むようにいるのが基本ですが、移乗の時の利用者さんの状態で押す側に2人いないと難しかったため片側に2人で対応していました。
⑦	具体的な問題点については職員の中で共通認識されていますか？	はい。それを踏まえ、マニュアルに写真もつけて、より明確化しました。
⑧	ストレッチャーのストッパーがかかってなかったことが一つの原因として考えられるのですが、なぜかかってなかったのでしょうか。物理的にかかりづらい状況だったのでしょうか。もしストッパー自体に問題なく、単にかけ忘れていたということであれば、それはヒューマンエラーに該当すると考えられます。 つきましては、まず、これがヒューマンエラーであったのかどうかという点を確認させていただけますでしょうか。そして、もしヒューマンエラーであった場合、現場のスタッフの業務量が過多であると、そうしたエラーが発生しやすくなる可能性もございます。その点に関して、業務負担の軽減など、何らかの対策が検討されているのであれば教えていただけますでしょうか。	お風呂に入ってスライディングボードに利用者さんを乗せて、ストレッチャーへ移動させる時にストレッチャーの方が少し高く、一旦ストッパーを外して、ストレッチャーを少し動かし、高さの調整をしました。そして元の位置にストレッチャーを戻したときにストッパーを再度かけるのを忘れてしまいました。 高さの調整ということがワンクッション入ったために、ヒューマンエラーが起きました。ご指摘のとおり、ヒューマンエラーがないように一生懸命やっていかないとはいませんが、その一つとして指差し確認をするように（全職員に）周知しました。
⑨	確認作業が増えると、現場としてはより時間がかかってしまうことになります。安全を確保する上では、確認作業は必要になってくると思いますが、実際、今の人員体制でその確認作業も含めての対策ができるのかどうか、疑問に思うところがあります。募集をかけていてもなかなか人が入らないことや、介護用具に関しても使いづらい部分が出てきて、それが使いこなせる人的リソースの補完にはなるかと思いますが、どうしても利用者さんの状態によって使いづらかったり、うまく機能しなかったりすることもありうるので、その点に関しても不安に思うところがあります。現行の人員で（体制が）整っていると小枝院長はお考えでしょうか。	現時点で看護体制を充足させるために、他部署から応援を出しています。それによって特に日勤帯に入浴、移乗、排泄のサービスのところに人員を配置しています。それを他からの応援をなくしてでも、全体で業務がうまくいくように、県庁に依頼して、スタッフの募集を開始するところです。スタッフの補充ができれば元のサービスを提供できていると考えています。

⑩	実際、夜間とか人手が少なくなるところについては、今までの体制でしょうか？	夜間、深夜帯に関しては早番遅番職員を配置し、明け方、寝入りばなの対応を行っています。寝てしまった後は業務が多いわけではないので、今までの職員配置です。ただ看護師は夜間もずっと業務を行っています。作業の多いところに人員を配置して対応しています。日勤をした後に深夜業務をすることもあり、そういったところを緩和できるのかなと思っています。看護基準というのがあり、県の施設であっても（人員配置）基準を大幅に緩めて、スタッフを配置できるものではないので、県庁と交渉を重ねながらスタッフ配置の検討を続けていきたいと考えています。
⑪	お風呂はきらきら、すこやかそれぞれにありますか？	入浴室は1つです。すこやか棟奥に家族用お風呂がありますが基本的には使っていません。1人で入浴する人など部分的な介助が必要な方に使うことはあります。
⑫	ショートステイの人と入所されている方は入り混じって入浴していますか？	コロナ禍の時は入所とショートステイの場所をゾーニングしていました。その時ショートステイの方は家族用お風呂で狭いですが、トロリーバスを入れて入浴していました。今は浴室で入所の方もショートステイの方もトロリーバスを使って入浴しています。
⑬	事故が起きたときに対応されていた方はどうされていますか？ その方のケアをきちんとしていただけたらと思います。	ありがとうございます。しっかりと対応します。
⑭	事故があったのが、3/25だったかと思いますが、その日ちょうど利用していました。 そのことを知ったのがニュースでした。何も音沙汰ないままその次の週も利用だった ので、前日の電話でどのようになっているんですか？と聞きました。そのあと4/3付でお手紙をいただきました。事故が起こってから10日くらい経っていました。 こちらからアクセスしないと情報がわからない。情報が出ているところも、ニュースサイトみたいなのではなかったです。不安なまま子どもをどうしたらいいんだらうと思っていました。もう少し早く教えてもらうことはできなかったのでしょうか？	ご意見ごもっともだと思います。私共にとりましては、思いもしなかった転帰になってしまったこと、ご遺族様への対応、警察対応、看護スタッフの対応、そういったことに終始してまいりました。入所しているお子さんたち、ショートステイを利用してくださっている方への安全をどう確保するか、どのようにするかを検討しておりました。皆様へのお知らせが遅くなってしまい深くお詫び申し上げます。今ようやくマニュアルの見直しや介護機器の点検も終わって、具体的なお話がようやく1か月過ぎてできるようになりました。遅いと言われれば、一生懸命やってきましたが、おっしゃる通りもっと迅速にできていればよかったかなと反省しております。申し訳ございません。 (補足：説明会当日は手元に資料がなかったため、詳細をお伝えできませんでしたが、事案発生からお手紙をお渡しするまで8日間経過していました。)

⑮	今回は入浴のことが主になっていますが、入浴以外でも転倒とか事故、ベッドからの転落、動かない子で落ちたりすることもあると考えてもらわないといけないと思っています。被介護者のリスク評価と対応のことを言われていましたが、1人1人があるということです。家族へも具体的に教えてもらったりできますか？ あと、職員のスキルチェックは順番があって1人でできるとありましたが、どういったところで1人でできると判断しているのでしょうか、基準がありますか？家族に1人1人教えてほしいなと思います。 事故にあってしまう前にヒヤリハットの段階で、関わった人が危なかったといえるような現場であってほしいです。対策をしてほしいと思います。	(補足:リスク評価として、通常リスクとハイリスクの2つとして、ハイリスクでは3人体制での介助としています。) ヒヤリハットについては0~5段階あります。それをスタッフ自ら報告するようにしています。毎月医療安全管理委員会を開いて集計をし、委員会のメンバーみんなで振り返って、報告をフィードバックし、スタッフ全員に周知しています。これに関しては今後も継続していきます。入浴以外の介助の場面でも、入所している子の点滴、呼吸器の管理、投薬、チューブの管理など、転落だけではないヒヤリハット全て収集し、スタッフ全員に周知して、気を付けていきたいと考えています。 マニュアルの中で、一緒にやればできるという段階と、そのマニュアルにある手順、注意事項などを含めて、私は自信を持ってできるということを他者が見て点検し『これだったらできるね』という評価をして進めています。
⑯	2人介助でしないといけない場合は2人介助ですか？	2人介助がいいとか3人介助がいいとかは、普段現場をよく見ている者2人で評価をして、それを医療安全管理委員会で検討しています。どのような理由でAさんは2人で介助した方がいいと判断したのか協議して、最終的に委員会で承認します。 利用者さんが2人介助か3人介助かなどは、個別にご家族にもお伝えできます。
⑰	トロリーバスがわからない。	お風呂の写真を見ていただくことはできます。 大きい浴槽がストレッチャーの上に載っているイメージです。 実際にお見せすることもできます。
⑱	普段看護師さんにお任せしていて、実際に看護師さんが対応しているところを常に見ているわけではないですが、でも何年も見ていただいているのでちゃんとしていただいていると思います。「こういったところに気を付けながらしている」ということなので、実際にみてみたいと思う時に対応してもらえますか？	是非立ち会っていただきたいです。どのように入浴介助等しているかを見ていただきたい。ご希望があれば日程を組んで実際に見ていただきたいと思います。 普段お家に入っておられる方なども、お家で安心して入浴できる方法がありましたら、逆に教えていただいて情報を共有できたらと思います。

①9	落ちてしまった後の医大に運ばれる前のケアはどのようにされていたのでしょうか	個人情報が含まれてしまうので伝えられることは限られていますが、報道で出ていることを申し上げます。鳥大医学部附属病院に行くまでは主治医、リハビリ医等で必要な検査、CTやX線写真など、当センターでできる検査をし、それを見て判断し治療を行いました。その際、予後が悪くなるようなものは把握できませんでした。我々のところも医療機関であるので、保存的治療を行っていました。骨折で動く痛い訴えもあったので、固定やその対応を中心に行っていました。
②0	通常の形に戻ったらアナウンスがありますか？	通常の形に戻りましたら利用者様に個別にお知らせをいたします。 また医療機関、関係機関へも通常の業務に戻りましたとお知らせしようと思います。