

## 患児の死亡事案について

令和7年12月17日

国立成育医療研究センター

病院長 笠原群生

令和2年6月、国立成育医療研究センターに検査目的で入院した患児が、お亡くなりになりました。外部委員を含む医療事故調査委員会の報告を踏まえ、事案の概要および発生の原因を報告させていただくとともに、今後徹底すべき事項について、本日、ご遺族の承諾を得て、公表いたします。

### 【事案の概要】

お亡くなりになった患児は、当センターにおいて在胎29週未満で出生し、痙性四肢麻痺および症候性てんかんを伴う重度の障害があった幼児です。胃食道逆流症の検査を目的として当センターに入院されましたが、検査後に嘔吐を原因とする誤嚥性肺炎を発症し、呼吸状態が悪化しました。

呼吸状態の悪化に伴い、酸素飽和度が低下したことを示す経皮的動脈血酸素飽和度測定器（以下、「パルスオキシメーター」といいます。）の警報が確認されました。その対応として（パルスオキシメーターの数値が表示されない状態が続いたことから）、センサーの巻替え、機器本体の交換を行い、併せて脈拍数を触診で測定を行うほか、様々な蘇生術を行いましたが、奏功せず、患児はお亡くなりになりました。

### 【外部委員を含む医療事故調査委員会の報告を踏まえた事案の検証】

#### 1 死因の検証

臨床の経過、パルスオキシメーターの解析結果、画像検査所見からは、急変に至った明らかな要因と死因については特定できませんでした。

#### 2 臨床経過に関する検証

##### 1) 前提となる患児の状態

患児は在胎29週未満で出生し、咽頭軟化症があり、潜在的に急変する可能性があったと考えられます。入院前の外来受診の際には、努力呼吸、鎖骨上窓陥没呼吸を認め、上気道狭窄音を聴取しており呼吸状態が良好に保たれていたとはいえない状態でした。

##### 2) モニタリング対応の問題点

問題点として検討された内容は、以下のとおりです。

- ① 病棟において、院内で定めたRRS<sup>1</sup>コール基準を逸脱し、RRSコール基準に沿った適正な対応が実施されなかった。そのため、RRSを起動しておらず、医

<sup>1</sup> RRSとは、コードブルーに至る前に、バイタルサインなどから異常を察知して、早期の介入を可能にするシステム。

- 師への報告は実施されず、医師の診察は行われなかった。
- ②病棟看護師は SpO<sub>2</sub> と PR の値を見間違えた可能性が高い。
- ③パルスオキシメーターの不具合を疑ったとはいえ、視診や触診、聴診等による末梢循環状態の確認をしていなかった。
- ④該当の病棟においては、SpO<sub>2</sub> 低下時の一時的な対応として、指示流量を逸脱して酸素投与を実施することが常態化していた。

#### 【今後徹底すべき事項】

今回の事案をもとに、改めて次の 3 項目を徹底してまいります。

- 1) 機器の警報を覚知した際は、バイタルサインの測定と身体診察を実施して、急変の把握に努める。職員の対応力を上げるために、急変時のシミュレーション教育を実施する (RRS の定期的な評価、酸素吸入療法に関する現場教育の実施を含む。)。
- 2) 急変の基準の重要性を認識し、漫然とした酸素投与のみにならないようする。使用するモニターの警報値は急変の基準に合致した値が設定されていることを再確認する (モニタリング機器の設定の評価)。看護師が記録する共通のテンプレートを作成し、記入結果をもとに定期的に実態調査を行い、現場にフィードバックする。
- 3) 潜在的に急変リスクが高い患者様に関しては、そのことを患者様やご家族へ十分に説明し、共通の理解が得られるようにする。それとともに、患者様一人一人の疾患や病態に関して、医療職間での情報共有を徹底する。

以上のとおり、公表いたします。

患者様のご冥福を心よりお祈りいたします。

また、ご遺族の皆様に多大なるご心痛をお掛けしましたこと、病院関係者一同、大変心苦しく思っております。

上記の事項を徹底し、医療の安全確保に最善の努力を重ね、今後の医療安全の向上に取り組んでまいる所存です。