

# 医療的ケアに関する ヒヤリハット事例集

高知県教育委員会

令和8年3月

## はじめに

特別支援学校における日々の教育活動の中で、安全に関わる「ヒヤリハット」事例は、重大な事故を未然に防ぐための貴重な情報源です。ヒヤリハットとは、実際には事故やけがに至らなかったものの、「もしも」の状況があったできごとを指し、その共有と検証によって組織全体の安全意識を高めることができます。

特に医療的ケア児をはじめとする多様なニーズをもつ児童生徒が増えるなかで、より一層の細心の注意と確実な対応が求められています。医療的ケアは生命に関わる重要なケアであるため、教職員が正確な知識と迅速な判断力を持ち、日常のなかで起こりうるヒヤリハットに対して敏感になることが欠かせません。

本事例集は、教職員のみならず、学校看護師や保護者の皆さまにも安全への意識を高め、ご家庭と学校が連携してよりよい環境づくりを進める一助となることを目的としています。実際の事例を通して、日常の安全管理の向上や再発防止策の検討に活用していただければ幸いです。

これらの事例は、児童生徒の安心安全な環境を築き上げるための重要な資源です。教職員、看護師、保護者が互いに情報を共有し合いながら、安全で安心な教育環境の実現を目指していきましょう。

本事例集が、皆さまの日々の活動と連携を支え、教育の質の向上に少しでも寄与できることを心より願っております。

令和8年3月

高知県教育委員会事務局  
特別支援教育課

# 目次

医療的ケアに関するヒヤリハット事例	ページ
1 経管栄養関係	
① 胃ろう抜去	1
② 胃内容物の漏出(接続チューブ)	2
③ 胃内容物の漏出(胃ろうボタン部)	3
④ 使用物品の混同①	4
⑤ 使用物品の混同②	5
2 吸引関係	
⑥ 吸引器の破損	6
3 酸素療法関係	
⑦ 酸素ボンベとチューブの接続	7
4 人工呼吸器関係	
⑧ 回路の結露除去	8
5 その他	
⑨ 服薬注入	9

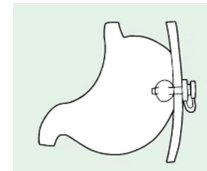
# 1 経管栄養関係(胃ろう) ～胃ろう抜去～

## 【発生時の状況及び経過】

- ・食堂で昼食注入前（昼食形態はペースト食、経口摂取+注入）。
- ・車椅子に座位で、ボタン型胃ろうから注入用シリンジで内服薬を注入し、ペースト食の経口摂取のため、接続チューブを外し胃ろうボタン部のふたを閉めた。
- ・車椅子用のテーブルをつけ、教員が児童に経口摂取を実施。
- ・経口摂取後、教員が注入用の食事を準備する。その間、看護師は、筋緊張が強い本児に付き添い、胃ろう部が車椅子のテーブルに当たらないように気を付けていた。
- ・吸引が必要な呼吸音となったため、食事を準備していた教員は手を止め、吸引の介助に入る。看護師が吸引を実施。吸引中には車椅子上で身体を突っ張る様子が見られた。
- ・吸引終了後、筋緊張が強いため抱っこで注入をすることにした。児童を抱っこするためテーブルを外した際に衣服が濡れていることに気づき、腹部を確認するとボタン型胃ろうが抜去していた。

## 【対応】

- ・医師の指示書どおり緊急時の対応を看護師が実施。  
(ネラトンカテーテル挿入+ガーゼ保護+テープ固定)
- ・校内での情報共有と保護者への連絡をした。
- ・保護者の迎えを待ち、教員が対象児の見守りのため同行し、病院へ受診した。



〈胃と胃ろう〉



〈ボタン型胃ろう〉

## 【原因】

- ・筋緊張時に胃ろう部とテーブルが当たっていた。
- ・吸引時の胃ろう部の確認不足。

## 【再発防止策】

- ・状態や状況に応じて、テーブルを着脱する。
- ・胃ろうボタン部とテーブルが当たらないように工夫する。
- ・緊張の状態に応じて車いすから降ろす。
- ・緊張が強い場合は胃ろうボタン部に異常がないかを確認する。

## 学びのポイント

- それぞれに合わせた対応、対策を教員とともに考えておく。
- 個々のタイミングを見極めて対応する。
- 胃ろうボタン部は衣服に隠れているため、見えないので特に注意する。
- 胃ろうなど、体に装着されているものは抜去してしまう可能性があるため、常に状態を確認する。
- このような事例は多くの人で共有し、再発防止に努める。

## 医師からのコメント

胃ろう抜去は一瞬の不注意や周囲環境により生じやすく、学校現場では多職種が関わるため役割分担と情報共有が不可欠です。吸引や食事準備など複数の作業が同時進行する場面では、ダブルチェック体制をとり、筋緊張時の偶発的な接触や腹圧による抜去を予防します。

# 1 経管栄養関係(胃ろう) ～胃内容物の漏出(接続チューブ)～

## 【発生時の状況及び経過】

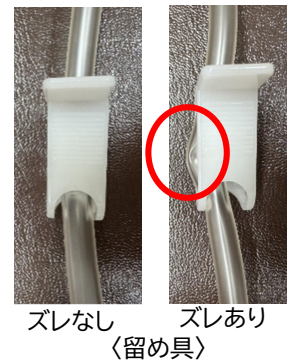
- ・14時にボタン型胃ろうから注入用シリンジにて水分を注入する児童。
- ・ボタン型胃ろうと接続チューブを接続した際に、留め具を閉じていたと思っていたチューブ内の隙間から胃内容物が逆流し漏れ出てきた。直ぐに接続チューブ本体を折り曲げ胃内容物が漏れ出ないようにして一度留め具を開け、正確に閉め直した。その時にはすでに教員のズボンを胃内容物で汚してしまっていた。

## 【対応】

- ・胃内容物が漏れ出さないように、接続チューブを一時的に折り曲げ、再度留め具を正確に閉じた。

## 【原因】

- ・接続チューブをボタン型胃ろうに接続する前に接続チューブの留め具を正確に閉じていたつもりが、チューブを押しきれておらず、チューブ内に隙間ができていた。



## 【再発防止策】

- ・注入前に、留め具が確実に閉じているかを確認する。
- ・ケア内容を声に出し、指差し確認をする。

### 学びのポイント

- 個々に応じた手順書を作成し、確認しながら行う。
- 確実に行うために、声出し・指差し確認及びダブルチェックを徹底する。
- 手順を覚えて慣れてきたときほど確認作業をしっかりとする。

### 医師からのコメント

接続チューブ操作は単純に見えても誤操作のリスクが高く、わずかな隙間や閉め不足が漏出につながります。手順の確認に加え、声出しや指差し確認も有効です。また保護者に定期的な器具点検や劣化の早期交換をしてもらえるよう体制を整えることが重要です。

# 1 経管栄養関係 ～胃内容物の漏出（胃ろうボタン部）～

## 【発生時の状況及び経過】

- ・食堂で昼食注入中（昼食はペースト食）。
- ・児童の右横から看護師がペースト食の注入を実施。左側から教員が児童の対応（体に力が入りやすいので姿勢を整えるなど）、及び手が胃ろう部に届かないように支援。
- ・児童は布団上仰臥位で、ボタン型胃ろうに接続チューブを付け注入用シリンジで胃内容物確認後、内服薬及びペースト食を注入。
- ・注入が終了した為、胃ろうボタン部から接続チューブを外そうとすると、すでに接続チューブが外れていた為、お腹や衣服を確認すると、ペースト食が漏れていた。



〈注入用シリンジ〉

## 【対応】

- ・校内での情報共有と保護者への連絡をした。
- ・汚れた体の清拭、更衣を実施する際に、漏れ出た量が多いことがわかり、保護者と相談しながら、再注入量を決定し、腹部の張り具合を見ながら追加注入を実施した。



〈ボタン型胃ろうと接続チューブ〉

## 【原因】

- ・ペースト食注入中にボタン型胃ろうと接続チューブの接続確認を2回行った時点では異常はなかった。それ以後の確認ができていなかった。
- ・体の力を抜くための支援に意識が向き、胃ろう部の確認ができていなかった。

## 【再発防止策】

- ・注入開始前、胃ろうボタン部と接続チューブの接続部のダブルチェック。
- ・注入開始後、接続部分の確認を注入用シリンジ交換ごとにする。
- ・体に力が入りやすい児童の時は、姿勢などに気を付け、落ち着くのを待ってからの注入を開始する。

## 学びのポイント

- 教員と看護師で連携し、コミュニケーションを図りながら対応する。
- 胃ろうなど、体に装着されているものは抜去してしまう可能性や、接続部が外れる可能性があるため、常に状態を確認する。

## 医師からのコメント

胃ろうボタン部からの漏出は、接続の確認不足だけでなく、児童生徒の体動や介助者の姿勢調整時に生じやすいです。また接続部材の摩耗や個体差でも起こり得るため、日頃から、定期的な器具点検や予防的交換について保護者に行ってもらうことが安全確保に直結します。

# 1 経管栄養関係 ～使用物品の混同①～

## 【発生時の状況及び経過】

- ・対象の学校では複数名分の注入物品を預かり、消毒している。
- ・経管栄養に使う栄養ボトルと栄養チューブを外し、複数名分を一緒に消毒し、個人の栄養チューブが判別できなくなった。



〈栄養ボトル〉



〈栄養チューブ〉

## 【対応】

- ・判別できなくなった栄養チューブを破棄し、予備の新規栄養チューブに交換した。

## 【原因】

- ・栄養ボトルには名前を記入していたが、栄養チューブには名前を記入していなかった。
- ・消毒方法（栄養ボトルと栄養チューブを外さない）の情報共有ができていなかった。
- ・学校での消毒を始めた頃は、経管栄養が必要な児童生徒が少人数であったが、複数名に増えてきたため個人の使用物品が混同してしまう可能性が高まっていた。

## 【再発防止策】

- ・私用の物品には名前を記入する。
- ・カラーテープなどで物品を色分けし、個別化する。
- ・消毒方法の確認と徹底。
- ・消毒後の物品が正しくセットされているかをダブルチェックする。

## 学びのポイント

- 思い込みはミスに繋がるので、物品をダブルチェックしながら実施する。
- 使用物品を個別に色分けするなど、誰の物かを判別しやすいように工夫する。

## 医師からのコメント

学校現場での物品混同は感染リスクや誤投与につながります。単なる名前や色分けだけでなく、個別の保管容器の使用など物理的に混在を防ぐことが有効です。児童数の増加に応じて管理体制を定期的に見直し、物品管理手順を理解できるようマニュアル化を行い、ダブルチェック体制で、思い込みによる事故を防ぐと実効性が高まります。

## 1 経管栄養関係 ～使用物品の混同②～

### 【発生時の状況及び経過】

- ・経鼻経管栄養の児童生徒が複数在籍。
- ・水分注入中、使用物品（注入用シリンジ）に対象児以外の名前が記入されていることに気が付いた。
- ・注入物は間違いなく、本人の水分であった。



〈注入用シリンジ〉

### 【対応】

- ・すぐに注入を中止し、対象児本人の物品に変更して注入を再開した。
- ・他者の物品を使用して注入したことを養護教諭に報告した。

### 【原因】

- ・準備時に名前の確認が抜かっていた。
- ・正しく準備されていると思い込んでおり、注入時も名前の確認をせずそのまま使用してしまった。

### 【再発防止策】

- ・私用の物品には名前を記入する。
- ・カラーテープなどで物品を色分けし、個別化する。
- ・使用する物品は、準備時及び実施時に名前のダブルチェックや声出し確認をする。
- ・準備する人と実施する人を分けず、同じ人が準備から注入までを実施する。

## 学びのポイント

- 準備する人と実施する人を分けず、同じ人が準備から注入までを実施する。
- 思い込みがミスにつながる可能性があるため、準備時、実施時、両方のタイミングで必ず物品と名前に相違がないかを声出し確認をしながらダブルチェックする。

## 医師からのコメント

学校における物品混同は、たとえ注入物が正しくても感染のリスクがあるので注意が必要です。忙しい場面や人員交代時こそ誤使用が起こりやすいため、準備から実施までを1人が一貫して行う「責任制」が有効ですが、やむを得ず交代する場合は必ず申し送りを徹底する仕組みづくりが再発防止につながります。

## 2 吸引関係 ～吸引器の破損～

### 【発生時の状況及び経過】

- ・ワゴンに吸引器を置き、吸引器に背を向けて吸引していた。
- ・看護師が体の向きを変えると、吸引器がワゴンから落下した。
- ・吸引器の動作確認をすると、正常に動かなくなっていた。

### 【対応】

- ・学校の子備器を使い吸引した。
- ・保護者へ連絡し、状況を報告した。

### 【原因】

- ・吸引器に背を向けていたため、目視できなかった。
- ・対象児と吸引器の置き場が離れていた。

### 【再発防止策】

- ・吸引器に背を向けず、吸引圧を確認できる位置に吸引器を置く。
- ・吸引器の置き場所を（滑り止めマットを敷く、安定した場所や低位置に置くなど）工夫する。
- ・吸引チューブの長さに注意（吸引器が引っ張られて落下しないように）する。

## 学びのポイント

- 吸引器が落下しないように、置き場所を日頃から工夫し、安定した場所での吸引を心がける。
- このような事例は多くの人で共有し、再発防止に努める。

## 医師からのコメント

吸引器の落下・破損は置き方の工夫を行うとともに、専用台の使用や落下防止ストラップを用いると安全性が高まります。また、学校に予備器がある場合は定期点検スケジュールの仕組み化も検討課題です。保護者とも共有することで、学校と家庭双方で機器管理の重要性を共通認識として持つことが再発防止につながります。

### 3 酸素療法関係 ～酸素ボンベとチューブの接続～

#### 【発生時の状況及び経過】

- ・教員が酸素ボンベとネーザルカニューレの接続部や折れの確認後、トイレに行き教室に戻る。
- ・6時限目授業開始直後に生徒のSpO<sub>2</sub>低下にて保健室に電話連絡があり看護師が教室に呼ばれた。
- ・訪室時、車いすに乗った状態。SpO<sub>2</sub> 88%、脈拍 138 回。呼吸荒く苦悶様表情、筋緊張強い。
- ・看護師が酸素ボンベ設定確認、ネーザルカニューレの接続部や折れの確認をすると接続部が外れている事に気づき、すぐにつなぎ直す。その後、肺音聴取時には痰がからんだような音あり。自己排痰を促しながら、口腔内の吸引を実施すると、SpO<sub>2</sub> 97%以上に改善が見られた。



〈ネーザルカニューレ〉

#### 【対応】

- ・SpO<sub>2</sub> の測定、呼吸状態の観察。
- ・酸素ボンベ設定とボンベとネーザルカニューレの接続部を確認し、外れていたのにつなぎ直した。
- ・ボンベとネーザルカニューレをつないだ後の生徒の状態に応じて排痰の促し、口腔内の吸引を実施した。
- ・保護者には電話連絡し、経緯を伝えた。

#### 【原因】

- ・トイレ支援前に酸素ボンベとネーザルカニューレ接続部確認はしていたものの、その後の確認をしていなかった。

#### 【再発防止策】

- ・登校時に、酸素ボンベとネーザルカニューレの接続状態や折れがないかをダブルチェックする。
- ・移動、移乗時には、ネーザルカニューレが体に巻き付いたり、引っ張ったり折れていないかを確認する。
- ・本人の訴えや SpO<sub>2</sub> が低い場合には、酸素ボンベとネーザルカニューレの接続部の確認、本人の状態を観察し対応する。

#### 学びのポイント

- 移動・移乗時には、酸素ボンベやネーザルカニューレが外れないようにその都度注意・確認する。
- 体調の変化に気付けるように、日頃の状態をよく観察し把握しておく。
- 本人の状態を日頃から観察し、異常があればすぐに伝達・協力できる体制を整えておく。

#### 医師からのコメント

酸素療法中の接続外れは SpO<sub>2</sub> 低下に直結するので、単なる確認不足にとどまらず「動線と環境調整」の課題と捉える必要があります。授業や移動など動きの多い学校環境では、チューブが引っ張られやすい場面を事前に想定し、延長チューブで緩衝を設けるなど物理的対策が有効です。訴えが難しい児童生徒の場合、表情や顔色、体動の変化など観察ポイントを共有しておくことも重要です。

## 4 人工呼吸器関係 ～回路の結露除去～

### 【発生時の状況及び経過】

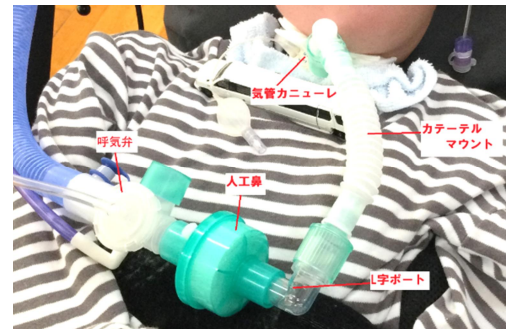
- ・本児は学校にベッド用と車椅子用それぞれに1台ずつ人工呼吸器を設置している。
- ・ベッド上での授業中（14時頃）、ベッド用呼吸器回路の結露除去のため、気管カニューレとカテーテルマウント接続部を外した。
- ・カテーテルマウントとL字ポート内に少量の水分が確認されたため除去しようとしたが、水分が呼気弁に流れてしまった。
- ・一時的に、車椅子をベッドの近くに移動させ、車椅子用の呼吸器に繋ぎ直した。
- ・SpO<sub>2</sub>と脈拍に異常はなく、呼吸苦の訴え、顔色・意識レベルの変化もないことを確認し、不安軽減を図った。

### 【対応】

- ・車椅子の呼吸器で安全性は確保できており、下校時間が近づいていたため、保護者の来校を待った。

### 【原因】

- ・カテーテルマウントとL字ポートを繋いだまま水分を除こうとしたため、水分が呼気弁に流れてしまった。



〈車椅子用の呼吸器回路〉  
ベッド用の呼吸器回路には人工鼻は無い

### 【再発防止策】

- ・安全に結露除去できるように、呼吸器の仕組みや結露除去の方法を確認しておく。

## 学びのポイント

- 回路の結露除去は回路を引っ張ることもあるので慎重にする。
- 緊急時の対応について、しっかりと確認しておく（医師の指示書どおりを徹底）。
- 学校では取り扱っていないが、緊急時に備えて、機器の仕組み等を理解してケア実施ができるように知識・技術の習得に努める。

## 医師からのコメント

人工呼吸器回路の結露除去は一見単純に見えても、呼気弁や回路全体に影響します。安全確保には、排水が本人と呼気弁へ流れ込まないように外す順序や位置を確認して実施する体制が望まれます。また、作業前後に本人の状態確認を必ず行うようにすることが重要です。

## 5 その他 ～服薬注入～

### 【発生時の状況及び経過】

- ・(登校時) 昼食時の内服薬3包を担任と保護者で確認し、個別の薬専用箱に保管した。
- ・(昼食前) 看護師Aが、薬専用箱から内服薬を取り出し、溶解したものを経鼻経管チューブより注入用シリンジで注入した。続けて、栄養ボトルを使用し栄養剤の注入を開始した。
- ・(栄養剤注入中) 看護師Bが、薬専用箱に内服薬1包が残っていることに気付いた。
- ・養護教諭に報告・相談し、栄養注入後に残りの1包を注入用シリンジで注入した。

### 【対応】

- ・養護教諭に報告・相談し、栄養注入後に残りの1包を注入用シリンジで注入した。
- ・校内で情報共有し、保護者へ連絡した。

### 【原因】

- ・内服薬の準備をする際は、看護師が1人で実施していたため誤りに気付ける仕組みがなかった。

### 【再発防止策】

- ・登校時、内服薬の確認を看護師を含めて行う。
- ・内服薬の準備時や注入時のダブルチェックを徹底する。
- ・薬に記入されている氏名や薬の内容などを声出し確認する。
- ・薬専用箱を透明化するなど、飲み残しに気づきやすいように工夫する。

## 学びのポイント

- ダブルチェックの徹底をする。
- 空の薬袋も確認し、服薬抜かりを防ぐ。
- 引継ぎは言葉だけでなく、物品の現状を確認しながら行う。
- 思い込みは多くの場合ミスに繋がるので注意する。
- 1包残っていてもすぐに注入せず、服薬抜かりなのか服薬させないものなのか等を確認する。

## 医師からのコメント

学校での服薬管理では、薬が1回でも抜けてしまうと健康に影響が出る可能性があるため注意が必要です。ダブルチェックに加え、薬専用箱を透明容器にするなど視覚的に残薬を確認しやすくする工夫が有効です。また、注入後は必ず空袋を確認し「処理済み」を見える形で残すと誤解を防げます。確認時には必ず「声に出す」「手で指差す」といった行動確認が効果的です。急な体調変化や医師からの指示変更で投薬がスキップされる可能性もあるため、その場合の判断や記録方法を明文化し、全職員で共通理解しておくことが安全管理の質を高めます。

※本事例集の作成にあたり、令和7年度県立学校における医療的ケア運営協議会ワーキンググループ委員である松本 務医師より、専門的な見地から「医師からのコメント」を寄稿していただきました。貴重なご協力をいただきましたことに、心より感謝申し上げます。

医療的ケアに関するヒヤリハット事例集

令和8年3月作成

高知県教育委員会事務局 特別支援教育課