

三木市立三木特別支援学校における生徒事故事案
に関する調査報告書

令和4年5月2日

目次

1	調査報告書の位置づけ	1
2	事故の概要と評価	1
(1)	事故経過の概要	1
①	本件生徒について	1
②	三木特別支援学校について(本件事故時点)	1
③	経過の概要(当日)	2
(2)	事故原因に関する考察	4
(3)	事故の背景に関する考察	5
①	重度障がい児に対する教育の重要性、学校という限界	5
②	医師の指示のあり方と遵守	6
③	医療的ケアに関する研修の重要性とその充実の必要性	6
④	職員配置(人事)	6
⑤	保護者との連携等	7
(4)	再発防止に向けて(結論)	7
①	推測された事故原因から	7
②	再発防止のための考慮要素	7
③	まとめ	8
3	諸提言	9
(1)	再発防止への提言	9
(2)	その他の提案	9

別紙

三木市立学校における事故調査委員会設置要綱	10
三木市立学校における事故調査委員会名簿	11
委員会開催日時・内容	11

資 格 等：特別支援学校教諭免許状を有する教員 10 名

養護教諭も含めた教員数の約 48%

担 任 等：本件生徒は教員（主担任）と看護師それぞれ 1 名が受け持つ。

ただ、本件生徒を含む生徒 4 名につき本件主担任を含む 3 名の教員が共同して担当する体制がとられていた。

すまいる教室においては本件生徒 1 名のみが在室。

③ 経過の概要（当日）

学校看護記録、学校保健記録、救急出動報告書、加古川中央市民病院入院診療録、本事故調査委員会による関係者聞き取り（本件生徒の保護者、主担任、関係学校看護師 2 名、養護教諭、加古川中央市民病院での事件当時主治医、本件学校校長・教頭及び教育委員会人事担当者・特別支援教育担当者）に基づいて認定した経過は下記のとおりである。なお、時刻については基本的に確実性の高いものだけを記載している。

記

本件生徒は、令和 2 年 12 月 7 日頃から痰が少し固めであり、保護者と相談のうえ翌 8 日から登校中も加温加湿器使用時間を 30 分から 1 時間ほどに延長した。

主担任と看護師 2 名は、当日 9 時 5 分に本件生徒と付き添った母親を迎えた。看護師 A はバイタルチェックの過程で聴診し肺全体に呼吸音（空気流入）を認めていた。その後、本件生徒は朝の会に出席し、帰室後の 9 時 20 分頃にカフアシストの前処置として加温加湿器の使用を開始した。その後の体ほぐし・マッサージ、ブラッシング、絵本の読み聞かせなどの際には、本件生徒に特に異常はみられなかった。

看護師 A によると教室の時計で 10 時 40 分に、看護師 A と主担任の 2 人でプレーリーを本件生徒から外す作業をしていた際、看護師 A は本件生徒の咽頭部にブルブルという音や、クックッという音など普段と異なる音を確認した。そこで、看護師 A は加温加湿器を外し、気管カニューレの接続部から本件生徒について痰の吸引処置を開始した。看護師 A は、口腔部、鼻腔部からも吸引処置を試みている。しかし、気管カニューレから気管内吸引物はほとんど引けなかった。さらに、看護師 A は吸引チューブを 10 cm あるいはそれ以上の長さまで挿入して吸引を試みたがやはり痰の吸引はできなかった。この頃、本件生徒の目の周囲において顔色不良となったため、看護師 A は主担任に対し応援に看護師 B を呼びに行くよう求めた。主担任が教室を離れた後も看護師 A はそのまま痰の吸引やタッピングを継続した。この時点では看護師 A は本件生徒の頸動脈で脈を触知し確認していた。看護師 B が応援のため到着し〔この時点で、本件生徒の SpO₂（酸素飽和度）は 70% 台か 80% 台であった。〕、看護師 B は A と交替してさらに吸引処置やタッピングを継続した。

この間、異常を感じた隣室の教員が養護教諭に連絡し、養護教諭は 10 時 42 分に現場のすまいる教室に到着した。養護教諭は、この時点で本件生徒の下唇は腫れ上

がって顔全体が黒っぽい紫色であることを確認した。また、養護教諭の到着時に本件生徒の足指に装着していたパルスオキシメーターが SpO_2 66%・脈拍数 130/分台を示していたがその後に値を示さなくなり、養護教諭は本件生徒の瞳孔固定、及び鼠径部において脈を触知しないことを確認したため、本件生徒は心肺停止の状態であると判断し、看護師Bに人工換気のためバッグバブルマスクを用意するように指示した。看護師Bはバッグバブルマスクによる人工換気を開始し、養護教諭は胸骨圧迫や下肢を挙上し体幹に向かってマッサージする等の処置を行った。並行して養護教諭は本件生徒に対しAEDを使用した。ショック指示は表示されなかった。バッグバブルマスクによる人工換気を交替で行っている間、看護師Aが本件生徒の胸部を聴診器で聴診したところ、中・下部に空気は入っていなかった。

本件生徒の顔色は黒っぽい紫のまま手が徐々に冷たくなる状態となり、養護教諭は10時46分に自らの携帯電話から119番通報を行った。看護師兩名と養護教諭は本件生徒に対する心肺蘇生処置を続けながら、救急隊の到着を待った。

救急隊は11時00分に到着し、本件生徒を11時5分に収容、さらに同27分にはドクターヘリに収容し、同38分に加古川中央市民病院へ搬送した。学校で収容された際の本件生徒はPEAの状態であったがドクターヘリの中で心拍再開(ROSC)した(なお、PEAとは、心停止の状態、心電図上は波形を認めるが有効な心拍動がなく脈拍を触知できない状態のこと。AEDが有効である心室細動や心室頻拍と異なり、AEDの適応はない。)

本件生徒は加古川中央市民病院に収容された時点ではバイタルサインは安定し、心拍再開(ROSC)が確認されていた。病院到着の際、窒息を考慮してカニューレが交換されたが粘ちゅうな分泌物の付着が少しある程度でカニューレ内腔は保たれており、明らかな閉塞は認めなかった。入院時に撮影された胸部X線上では明らかな痰の詰まりは見取れなかった。また、入院翌日の12日に行われた頭部CT検査の結果は「明らかな頭蓋内出血を疑う所見なし」とされている。

入院1週間後の12月18日に左無気肺、同19日にこれが改善した画像がそれぞれカルテで確認できる。同21日には「体位変換を契機とした急な SpO_2 低下(85%)」、「胸部X線で左下肺野に再度無気肺形成」の記載とともに、「吸引チューブ12cmまで挿入し吸引すると多量にねんちゅう痰引ける。」、「吸引にていつもより多めの痰引けた。吸引チューブ13cmとやや深めに入れた。」との記載が確認できる。翌年1月14日、1月18日には痰によるカニューレ閉塞の記載が確認できる。

本件生徒は、加古川中央市民病院に入院時から瞳孔散大など脳幹反射を喪失しており、ICU入室時と転棟後の頭部CTでは、脳溝の消失と脳幹の低吸収域、低酸素脳症の所見は変わらなかった。脳液も平坦脳液であり、基礎疾患もあることから脳死に近い状態と判断されている。

本件生徒は、3月16日に加古川中央市民病院を退院し、現在は医療福祉センター

きずなに入所し治療を受けている。

(2) 事故原因に関する考察

上記(1)③の事実経過は事件当時に作成された書類や聞き取り等により確認できたものである。しかし、本件事故発生時点における本件生徒の循環や呼吸の状態については継続的なバイタルサインの観察や胸部X線などの画像が存在しないため、病態は必ずしも明らかとは言えない。ただ、本件生徒が少なくとも「高度な低酸素血症」に陥っていたことは明らかである。その原因としては、次の①から⑦の可能性が考えられる。

すなわち、①気道の深い位置での痰の詰まり、②過度な吸引処置あるいは水滴の垂れ込みによる気道の攣縮、③加温加湿器の操作の誤り、④胃食道逆流による胃内容物誤嚥による窒息、⑤てんかん発作(けいれん)、⑥不整脈等の心疾患、⑦脳血管障害、である。

まず、③加温加湿器の操作の誤りとは、加温加湿器と人工鼻フィルターとを誤って併用したため人工鼻フィルターが過度に湿潤化して空気の流れが滞った結果、呼吸不全になったという可能性である。もしそうであれば、事実経過によると1時間以上にわたって誤った併用状態が続いており、この間に呼吸不全が起きているはずである。しかし、読み聞かせの際にも本件生徒に異常は生じていない。また、吸引処置を開始した際にフィルターは外され、空気の流れは改善したにもかかわらず症状の改善がなかった事実からこの可能性は低い。次に、④誤嚥による窒息であるが、本件事故当時、本件生徒に嘔吐症状は観察されておらず、また、胃内容物の吸引も確認されていないので、この可能性も低い。⑤てんかん発作(けいれん)の可能性について検討すると、確かに本件生徒カルテによれば平成28年12月、平成30年7月にてんかん発作の既往がある。しかし、本件事故当時の本件生徒の様子にてんかん発作の症状は報告されておらず、また、事故前2年半及び入院中の経過に鑑み主治医もこれに否定的であり可能性は低い。⑥不整脈等の心疾患の可能性も、本件生徒の従前の治療経過や加古川中央市民病院入院中の経過に特に不整脈を含めた心疾患はなく、本件事故当時におけるAED装着時の機器の反応からも否定できる。当時の主治医の判断も心疾患の可能性には否定的である。⑦脳血管障害の可能性については、加古川中央市民病院への入院翌日のCT結果にこれを示す画像はなく、否定できる。

残る①気道の深い位置での痰の詰まり、及び②気管の攣縮については、どちらの可能性も排除はできない。加古川中央市民病院入院時の胸部X線上では無気肺もしくは痰の詰まりは必ずしも読み取れないため、②痰の吸引処置や水滴の垂れ込みにより気管の攣縮が発生したという可能性は排除できない。ただ、この可能性を支える他の事実もみとれない。

他方、①気道の深い位置での痰の詰まりについて検討すると、本件事故直前に看護師Aが本件生徒咽頭部での異音を覚知したこと、当日9時5分の時点で異常はなかったものの本件事故時10時45分頃の胸部聴診では空気の入り方が胸部上部のみで胸部の中・下

部には聴診できなかったこと、カニューレの長さより深く吸引を試みたが不奏功だったことという各事実は、気道の深い所に痰の詰まりがあった可能性と整合的である。

確かに本件生徒救急搬送直後のカニューレ交換の際カニューレの詰まりの所見は無く、胸部X線でも痰の詰まりによる無気肺は明らかに確認されていない。ただ、入院1週間後の12月18日に左無気肺が発生し同19日にはその改善を示す画像があり、痰の詰まりによる無気肺が示唆される。また、12月21日に体位変換をきっかけに無気肺が再発した際に吸引チューブを12あるいは13cmと深めに入れたところ多量の粘ちゅう痰が引けたとの記載がある。また、翌年1月14日、18日には痰によるカニューレ閉塞の記載もある。

このように、入院後にも本件生徒の体位変換直後に気道の深い所で痰が詰まり肺に空気が届かないという経緯が確認されており、これは本件事故当時と同様の事象とみることができるとする。したがって、本件事故時においても吸引チューブが届かない気道の深い所に痰の詰まりがあって、これが呼吸不全を引き起こした可能性については、これを支える事実が多い。

ゆえに、事故調査委員会としては、本件事故の原因は、主として気道の深い所にあった痰の詰まりにより呼吸不全が発生した可能性が高いものと判断するが、気管の攣縮による呼吸不全の可能性を排除するものではなく、いずれの病態においても肺内への空気の入りの悪い状況である肺泡低換気の状態であり、体内の炭酸ガスが貯留し低酸素血症に陥ったものと推察される。

(3) 事故の背景に関する考察

本件生徒に対する事故原因が上記のとおり推察されるとして、本件生徒が現在ほぼ脳死の状態にあるという重大な結果を避けることができなかつたのかを判断するためには、さらに本件事故の背景についても考察を加える必要がある。

① 重度障がい児に対する教育の重要性、学校という限界

兵庫県公立学校（幼稚部・園～高等部・高校）において医療的ケアを要する通学児童・生徒は令和3年5月時点で409名である（文部科学省「特別支援教育に関する調査」）。三木市においては、小・中学校、特別支援学校小・中学部併せて医療的ケアを要する児童・生徒の数は、令和2年度から3年度でそれぞれ5名、令和4年度で4名である。平成25年度からの統計によっても3名から5名の間で推移し、経年的に増加傾向はない。ただ、近時の少子化傾向に鑑みれば増加とも評価でき、また、医療技術等の進歩により三木市においても学校における医療的ケアそのものは重要性を増していくと推測される。

学校は、児童・生徒が集い、人と人との触れ合いによる人格形成がなされる場である。医療的ケアを必要とする児童・生徒にとって学校へ通学し、担任等教職員と交流することは教育面で大きな意義をもつ（この観点から、障害者基本法第16条は、「年

齢及び能力に応じ、かつ、その特性を踏まえた十分な教育」を行い、「可能な限り…障がい者でない児童及び生徒と共に教育」することを求めている。)

ただ、そのためには児童・生徒の安全の確保が保障されることが前提であり、学校における適切な医療的ケアの実施は不可欠である。学校の現場においては病院と同様の設備と人材は望めないという本質的限界はあるものの、医療面での安全の確保のため十全の措置を講じる必要がある。

② 医師の指示のあり方と遵守

学校には医師が常駐しているわけではないから、学校で医療的ケアを行うためには、看護師及び認定特定行為業務従事者（たる教員）（以後「看護員等」という。）に対して、医師（主治医）から指示書があらかじめ学校又は教育委員会あてに作成されている必要がある。指示書の作成にあたっては、医療的ケアを必要とする児童・生徒について学校での状況、家庭での状況が主治医に対し十分に情報提供され、主治医からは分かり易いかたちで看護員等に指示がされる必要がある。また、医療的ケアを必要とする児童・生徒の状況が変化すれば、これに応じて医師の指示も遅滞なく変更される必要がある。さらに、保護者、看護員等及び主治医という関係者によって、指示書の作成や内容の確認について定期的な協議を行う工夫も必要である。

このようにして作成された医師の指示書は、学校の医療的ケアの現場で遵守されるべきは当然であり、遵守されているか否かをチェックする仕組みの構築も必要となる。

③ 医療的ケアに関する研修の重要性とその充実の必要性

学校での医療的ケアの現場の実際は、医療設備としては保護者が用意するものしかなく、また、人材面でも医師が常駐しているわけではない。したがって、学校での医療的ケアの質は、ひとえに医師の指示書をもとに対応にあたる看護員等の資質と能力にかかるとなる。そうであるならば、これらの者に対して適切で十分な内容の研修を行うことが極めて重要である。また、その研修内容も、看護員等の行う医療的ケアに応じた最新で実践的なものとする必要がある。

さらに、医療的ケアについて、学校全体で組織的な体制を整える観点から、看護員等のほかに、担任その他教員、養護教諭、及び校長・教頭等の管理職に対しても必要な研修を行う必要がある。

④ 職員配置（人事）

学校における医療的ケアの重要性に鑑みると、教育委員会は、医療的ケアを必要とする児童・生徒が在籍する学校に看護師や教員の配置を行う際には、その適性・能力等も十分考慮して人事を行う必要がある。

まず、看護師を配置する場合には、少なくとも医療的ケア（口腔内、鼻腔内及び気管カニューレ内の喀痰吸引、胃瘻や経鼻による経管栄養）の研修を十分に積んだ看護師を採用し、配置すべきである。可能であれば、該当児童・生徒に必要な医療的ケアの臨床経験のある看護師を採用して配置することが望ましい。

また、医療的ケアと直接の関係はないものの、医療的ケアを要する児童・生徒の個別のニーズに応じたカリキュラムを策定するという観点から、教員の人事にあたっては医療的ケアを要する児童・生徒が在籍する学級は特別支援学校教諭免許状を有する教員を中心に配置することが望ましい。

⑤ 保護者との連携等

学校における医療的ケアについては、保護者、看護員等、担任、及び養護教諭らの間で、医療的ケアを要する児童・生徒の日々の状況について密に情報共有がされる必要がある。また、担当する看護員等が複数となる場合には、看護員等の間で看護記録等の公式記録によって情報共有がされる必要がある。看護記録については、学校で生じた出来事が保護者と共有されることを担保するため、必ず保護者にも交付されるものとすべきである。

(4) 再発防止に向けて（結論）

① 推測された事故原因から

本件事故の原因として、本委員会は、主として①気道の深い所での痰の詰まりによる呼吸不全と判断し、また、②過度な吸引処置あるいは水滴の垂れ込みによる気道の攣縮による呼吸不全の可能性も排除できない、と推測した。

この事故原因の推測を前提とすると、本件事故時において看護員が痰の詰まりを除去して気道を確保しようとした処置は、医学的にみて基本に沿った救急法と評価できる。また、痰の詰まりを除去するために痰の吸引処置を行うことそれ自体も基本に沿った処置であることは間違いない。

ただ、認定した経過によると、本件事案では複数の看護員が交替で痰の吸引処置を継続しており、後から振り返ってみれば、もう少し早い段階でバッグバルブマスクによる人工換気を開始することが可能であった事案といえる。仮に人工換気が早期に開始されておれば、断言はできないものの、本件生徒の低酸素状態は、回避あるいはより短時間であった可能性もある。

そうすると、再発防止のためには、現場で対応する看護員等が早期に人工換気を開始することを妨げた事情を分析し、いかにしてこのような事情を取り除くことができるかを考察することが求められる。

② 再発防止のための考慮要素

医療的ケアにおいては、医師の指示書の遵守が重要となる。しかしながら、本件事案においては、吸引カテーテルを挿入する深さ、SpO₂低下時の人工呼吸器使用等、必ずしも医師の指示書に記載されている指示が学校の日常の中で遵守されていない。学校の作成する医療的ケア実施通知書においても吸引カテーテルを挿入する深さにつき、医師の指示書と異なる記載が見受けられる。緊急事態はともかく、日常的な医療的ケアにおいても医師の指示書の遵守が徹底されていなかったところ

があると評価せざるを得ない。そして、この点が、吸引カテーテルを深く挿入しての痰の吸引処置を続けることに繋がり人工換気への転換が遅れた一つの要素と指摘できる。

次に、医療的ケアを担当する看護員に対しては、本来、十分な研修が必要となる。しかしながら、本件事案では、看護員は事件発生年度には救急法に関する研修を受講していなかった。もちろん、看護師資格を有する者はもともと救急法の知識を有する専門職ゆえ研修は不要とする判断は不合理とはいえない。ただ、看護員として採用される看護師の経験や背景は様々であるし、継続的に実践的な研修を受け最新の知識を常に有することは、医療的ケアが看護員等の能力にかかっていることから、必要不可欠といえる。仮に、看護員に対し十分な実践的研修を行う体制があったのなら、本件事案でも、速やかに人工換気への方針転換ができた可能性があったという点は第二の要素として指摘できる（なお、看護員に対する救急法の研修に関しては、本件事故後に改善されたとのことである。）。

最後に、保護者、看護員及び学校関係者の間で、医療的ケアを必要とする児童・生徒の状況について密に連絡が取れていなくてはならない。例えば、本件では事故半年前にカフアシストを受けた本件生徒のSpO₂が70%台まで急落し苦痛様顔貌を呈したというインシデントがあったが、学校の看護記録に記載はなく、数日後に開催された医療的ケア委員会（保護者も参加）でも報告されていない。このような学校での児童・生徒の状況が保護者・看護員等及び学校関係者において共有されることで、緊急事態に対する対処法が検討されるきっかけとなり、また、医師指示書の記載内容の変更についても確認や議論がされた可能性もある（なお、本件事故に関しては、主治医と看護員との間で本件事前日に面談相談の機運もあったが、コロナ禍による来院制限のため実現に至らなかったことは残念である。）。仮に関係者の間で本件生徒に関する十分な情報共有があったならば、「高度な低酸素血症」という緊急事態についてもあらかじめ主治医、保護者、看護員及び学校関係者で対応策の準備ができていた可能性が無いとはいえないことは、第三の要素として指摘できる。

③ まとめ

医療施設ではない学校において、本件生徒が「高度な低酸素血症」に陥ってしまった本件事故については、本件事故当時の様々な状況から判断して、関係者の行為につき水準から逸脱した行為があったとはいえない。

ただ、本件生徒が現に置かれている結果を回避できなかったかについて後から振り返って考察した場合に、医師指示書の作成方法や遵守確保の点、看護員等の研修の点、そして保護者・看護員・担任等学校関係者らの間における情報共有の点という3点において、今後、改善すべき諸点を指摘できる。

3 諸提言

(1) 再発防止への提言

- ① 医療的ケアの内容を記す「医師指示書」について、主治医、保護者、看護師、担任、養護教諭及び学校管理職の全関係者が関与のうえ、医療的ケアを要する児童・生徒の状況を前提に作成するものとし、また、学校管理職はそれが遵守される仕組みを構築すること。
- ② 教育委員会及び学校管理職は、看護師が、医療的ケア及び救急法に関して最新の実践的な研修を継続的に受講できる体制を構築すること。また、教育委員会には、看護師を指導しその相談に応じるため、医療的ケアについて臨床経験豊富な看護師を常勤職員として採用することを検討するように推奨する。
- ③ 医療的ケアを要する児童・生徒の状況について、保護者、学校側（看護師、担任、養護教諭及び管理職）、主治医で共有するための仕組み（例えば、看護記録を保護者にも開示する、各学期の前に医師指示書作成のため全関係者参加のうえ会議を開催する、等。）を構築すること。

(2) その他の提案

- ① 教育委員会は、看護師の採用にあたって、医療的ケアその他必要な臨床経験を有するという事情を重視すること。
- ② 教育委員会は、医療的ケアを要する児童・生徒が在籍する学校に対し、できるだけ特別支援学校教諭免許状を有する教員を配置すること。
- ③ 教育委員会は、医療的ケアを要する児童・生徒が在籍する学校について、養護教諭を含む教員及び管理職に対して、医療的ケアに関するいわゆる第3号研修（社会福祉士及び介護福祉士法）のうち基本研修部分（9時間）の受講を可能とするような研修体制を構築すること。

以上

三木市立学校における事故調査委員会設置要綱

三木市教育委員会

(目的)

第1条 三木市教育委員会（以下「教育委員会」という。）は、令和2年12月11日に三木市立学校で発生した生徒心肺停止事案の原因を究明するため、第三者委員会として、三木市立学校における事故調査委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(構成)

第2条 委員会は、弁護士、医師、教育関係者の3名の委員をもって構成する。ただし、教育委員会が必要と認める場合は、その他の者を委員として加えることができる。

2 当該事案に関する利害関係者は、委員となることはできない。

(委員の任期)

第3条 委員の任期は、令和3年8月1日から令和4年3月31日までとする。ただし、令和4年3月31日までに事案の原因についての調査が終了しないときは、任期を延長することができる。

(委員長)

第4条 委員会には、委員長をおく。

2 委員長は、委員の互選により定める。

3 委員長は、会務を総理し、委員会を代表する。

(委員会の会議等)

第5条 委員会の会議（以下「会議」という。）は、委員長が招集し、その議長となる。

2 会議は、委員全員が出席しなければ開くことができない。

3 委員長は、必要があると認めるときは、委員以外の者を会議に出席させ、意見若しくは説明を聴き、又は委員以外の者に対し、資料の提出を求めることができる。

4 会議は、非公開とする。

5 委員は、職務上知り得た秘密を漏らしてはならない。その職を退いた後も同様とする。

(事務局)

第6条 委員会の事務局は、教育振興部学校教育課に置く。

(その他)

第7条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関して必要な事項は、教育委員会が定める。

附則

1 この要綱は、令和3年8月1日から施行する。

2 この要綱の施行の日以降の最初に招集される委員会は、第5条第1項の規定にかかわらず教育長が招集する。

三木市立学校における事故調査委員会名簿

区分	名前	備考
弁護士	永井光弘	くすのき法律事務所 (兵庫県弁護士会会長推薦)
医師	西村善博 ○	神戸大学医学部附属病院呼吸器内科教授 (神戸大学医学部附属病院院長推薦) 令和3年10月1日より 北播磨総合医療センター 病院長 神戸大学客員教授
教育関係者 医師	高野美由紀	兵庫教育大学大学院学校教育研究科 特別支援教育専攻障害科学コース教授 (兵庫教育大学学長推薦)

○委員長

委員会開催日時・内容

- 第1回 (1) 日時 令和3年8月4日(水) 13:00~14:20
(2) 内容 事故概要の確認、今後の調査内容・方法の検討
※ 場所は特に断らない限り、三木市立教育センターで開催
- 第2回 (1) 日時 令和3年8月24日(火) 13:00~16:30
(2) 内容 関係者からの聞き取り ①本件生徒の保護者(父、母)、②本件生徒の主任任、③養護教諭、④看護員A
- 第3回 (1) 日時 令和3年9月14日(火) 13:00~14:30
(2) 内容 加古川中央市民病院のカルテについて検討
- 第4回 (1) 日時 令和3年10月13日(水) 12:50~14:50
(2) 内容 看護員Bからの聞き取り
- 第5回 (1) 日時 令和3年10月28日(木) 16:00~17:30
(2) 場所 三木市立三木特別支援学校
(3) 内容 現場での調査(事故当時の関係者の動き、医療機器配置の確認等) 学校長・看護員A・看護員Bの説明。本件生徒の保護者(母)同席。
- 第6回 (1) 日時 令和3年11月30日(火) 10:00~11:30
(2) 内容 医療的ケア実施に関する改善策につき、三木市教育委員会からの聞き取り

- 第7回 (1) 日時 令和3年12月14日(火) 10:00~12:00
(2) 内容 養護教諭からの聞き取り(事故経過以外の部分)
- 第8回 (1) 日時 令和4年1月19日(水) 18:00~20:00
(2) 場所 加古川中央市民病院 3階会議室2
(3) 内容 本件生徒の元主治医からの聞き取り
- 第9回 (1) 日時 令和4年2月8日(火) 13:00~15:00
(2) 内容 事故調査委員会報告書について検討
- 第10回 (1) 日時 令和4年2月22日(火) 13:00~15:00
(2) 内容 事故調査委員会報告書について検討
- 第11回 (1) 日時 令和4年3月10日(木) 18:00~20:00
(2) 内容 ①学校長、教頭(いずれも当時)からの聞き取り
②三木市教育委員会から教員等人事配置等に関する聞き取り
- 第12回 (1) 日時 令和4年3月16日(水) 9:30~11:30
(2) 内容 事故調査委員会報告書について検討
- 第13回 (1) 日時 令和4年3月25日(金) 16:00~17:30
(2) 内容 事故調査委員会報告書について検討
- 第14回 (1) 日時 令和4年4月12日(火) 16:00~17:30
(2) 内容 事故調査委員会報告書について検討
- 第15回 (1) 日時 令和4年4月19日(火) 10:30~11:30
(2) 内容 事故調査委員会報告書・概要版について検討

以上