

平成二十九年事故防止委員会活動報告

中澤 勝義

二十九年度（今年度）の事故防止委員会は、事故報告の検証を中心に、ヒヤリハットレポートも引き続き検証しています。総括すると事故の報告は、昨年度を上回る数ありました。今年度も薬関係が多く、排便が滞って三日目に下剤服用が二日目に与薬したり、四日目になってしまったり、その時間に服用できず時間が過ぎて服用した等の、情報の共有不足が原因も多くありました。骨折の原因は転倒が主です。思わぬ行動から転倒事故が数件発生し、歩行された方が、転倒後に車椅子生活になったケースは今までもあり、事故報告は減りませんでした。

今年度の取り組みとしては、指導監査から「事故の対策について翌月に再度検証しなさい」との指導で、年度途中からですが再検証をしてきました。報告月の時の状況は、分かり難い情報であっても翌月に振り返える事で、情報量も多くなり原因が更に特定できたり、その事故が他の事故にも影響するのでは？という検討もできました。一例ですが「フロアからAさんを居室まで送る途中、Bさんの所在が気になり、Aさんに廊下で待つてもらっていた間に、Cさんが、Aさんの車椅子につまずき転倒した」という事故報告で、「入居者、利用者さんの他にも、業務で使うカート等も他の用事で廊下に置く事が有るのではないか」と同様の事故が起きる可能性がある、その対策について検討できました。また、ヒヤリ・ハットレポートの検証をしています。二十八年度と比べて少なくなりました。昨年報告しましたが、「皮下出血を繰り返す」や、「転倒繰り返す」事が減った結果でした。度々の対策とその方の状態の変化が主な要因だと分析しています。

また、必須の勉強会を二回行いました。虐待防止と事故防止は一見違うようですが、情報の共有不足や個人の判断で行われがちな、「不適切なケア」から事故が起こる場合もあり、昨年度同様に外部講師を招いて事故防止と拘束・虐待予防の勉強会を開催しました。第二回目も昨年同様に事故報告、ヒヤリハットレポートの傾向として危険予知が出来ていれば防げたケースも多く、実際に起きたヒヤリレポートをグループワークで再検証をしました。普段はヒヤリがあつたユニットやセクションで今後の対策を検討しています。アンケートでは、「他職種や他セクションと検証する事で視点が広がった。今後も当事者の生活をよく見てケアしたい」「常に「

かも知れない」と思う気持ちを持つ」「大勢で検証すると原因が一つではないと思った」などの意見が多くありました。普段の勉強会では、施設内研修の為、職員同士は知っている前提で、早速グループワークから始まりましたりますが、今回は『アイスブレイク法』を用いた事でリラックスした雰囲気の中でグループワークも楽しく取り組めたと報告がありました。

起こってしまった事故やヒヤリは、当事者にとつて切ない気持ちで報告書作成から対策も考えます。それを支える同僚や上司も一緒に、更には他職種も対策の検討が出来れば広い視野から対策や原因が分かると思えます。今後も事故が減り入居者・利用者の方々が安心して暮らし、利用できる施設を目指していきたいと思えます。