

利用者の安心と安全を目指して

事故の無い安心・安全な
施設をつくるには。。
あかなすの里

取り組んだ課題

ここ数年、事故の発生件数が横ばいまたは、増加傾向にあり事故のたびに行う再発防止策が活かされていない。

そこで、施設全体の事故防止への取り組み方を改善し事故の減少への取り組みを行った。

具体的な取り組み

- 事故報告書の書式の変更。
- カテゴリーにより事故の損害の大きさをランク付けする。
- 報告書を統計化し事故の多い時間帯、事故の発生種別の割り出しの実施。
- 職員手薄時の対応のため、変則勤務の導入。
- 勉強会により職員の事故に対する意識の改革。

カテゴリーについて

1. 致命的
死亡、および重大な後遺症があり、社会的な信頼を失墜させるもの。
2. 危機的
骨折など入院の必要があり完治までに相当の日数が見込まれるもの。
3. 重度
入院などの必要はないが、病院の医師の受診、処置の必要があるもの。

4. 中度

病院受診の必要はないが、施設内の看護師による処置が必要なもの。

5. 軽度

処置の必要もなく自然に完治がみられ日常生活の中で防ぐことのできないもの。

6. その他

ショートステイの荷物の忘れ物など人員には損害がないが防がなければならないもの。

アクシデント状況一覧表

被害者名	発生日	発生時刻	発見者	区分	発生場所	区分	事後処置
横田 美子	4月1日	13:30	鈴木	Ⅲ	ホール食事室	B	転落
秋山 文夫	4月7日	16:30	青木	Ⅳ	事務室	C	打撲
伊藤 謙夫	4月8日	19:00	渡辺	Ⅲ	脱履中	A'	転倒
野中 理子	4月9日	14:30	出口	Ⅲ	入浴中	Z	経管チューブ引っ張り
土屋 とめ	4月9日	20:00	鈴木	Ⅲ	脱履中	B	転落
土屋 とめ	4月14日	4:30	渡邊	Ⅲ	脱履中	B	転落
土屋 とめ	4月15日	6:30	田中	Ⅲ	脱履中	B	転落
三浦 幸吉	4月21日	7:30	他野	Ⅱ	食事室	G'	配管未確認
野中 マチ子	5月4日	9:00	西家	V	廊下、休憩	D	倒産
藤原 富紀子	5月4日	17:00	村松	Ⅲ	ホール食事室	B	転落
杉本 とよ	5月13日	4:00	他野	V	廊下、休憩	D	倒産
野中 理子	5月13日	17:30	守野	V	脱履中	Z	チューブ
高田 マチ子	5月25日	19:30	青木	Ⅲ	脱履中	D'	倒産
岡野 なみ	5月26日	12:00	長田	Ⅱ	食事室	G'	配管間違い
土屋 とめ	5月30日	11:30	渡邊	V	脱履中	B	転落
横田 レイ子	5月31日	17:30	出口	Ⅲ	爪切り中	C'	深爪出血

(プライバシー保護のため、一部記載内容に変更を加えています)

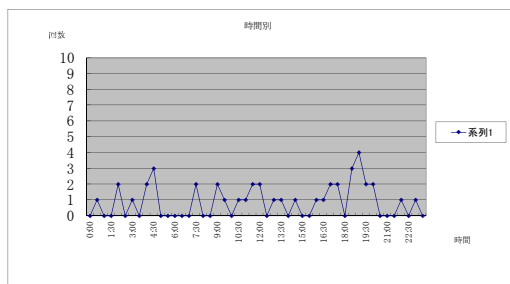
発生場面・累計について

<発生場面>		<事故類型>	
I	歩行・移動中	A	A' 転倒 受動
II	食事中	B	B' 転落・落下
III	入浴中	C	C' 打ち付け・挟み込み等
IV	排泄中	D	D' 刺創
V	臥床中	E	E' 溺死
VI	移乗中	F	F' 誤飲・誤食等
VII	就寝中	G	G' 配薬関連
VIII	離床中	H	H' すり落ち
IX	整容中	I	I' やけど
X	その他	J	J' 利用者他害・器物破損
		K	K' 行方不明
		L	L' 入浴時溺水
		M	M' 送迎車での転倒等
		N	N' 感染症
		Z	Z' その他

発生場面集計

<発生場面>		回数	
I	歩行・移動中	2	7%
II	食事中	2	7%
III	入浴中	1	4%
IV	排泄中	2	7%
V	臥床中	5	18%
VI	移乗中	1	4%
VII	就寝中	10	36%
VIII	離床中	3	11%
IX	整容中	2	7%
X	その他	0	0%
合計		28	100%

アクシデント状況統計



変則勤務について

・集計により事故の多い時間帯の割り出しを行うと、上記の表より18時から21時と夕食後から就寝まで、もしくは就寝後に多いことがわかる。

今までの勤務は、夜勤者3名、遅番3名の6名勤務だが、トイレ介助、就寝介助、など常に職員が動いている状態でホールでの利用者の見守りが不十分であった。

・変則勤務では、ホール見守りを専門に1名の増員を図り、同時間帯の事故を翌月より半分以下の件数に抑えることができた

変則勤務者時間割

- ・夜勤者3名
16:45 ~ 19:00 ~ 19:30 ~ 深夜
勤務開始 休憩 勤務再開
- ・遅番3名
日中 ~ ~ 19:30
勤務 勤務終了
- ・変則勤務者1名
日中 ~ ~ ~ ~ ~ 21:00
勤務 (ホール対応・見守り) 勤務終了

勉強会について

・職員の意識改革 (年2回実施)

リスクについて考えてもらうためのような例題を考える。

例題1 ・本線を進み5人が轢かれてしまう
・待避線に入り1人が轢かれるが5人が助ける

例題2 ・5人が轢かれるのを黙ってみている
・隣の大男を線路に突き落とし5人が助ける

リスクの大きさについて

上記の例題は、どちらも5人対1人ですがどうして答えに違いがでるのか・・・？

リスクの大きさは、どうやって判断するの・・・。

残された課題

以上、上記の取り組みを行ってきましたが、結果として事故の件数の減少には、なかなか繋がっていませんでした。

問題点として

- ・職員の入れ替わりが多い中でリスクの認識の共有ができていない。
- ・インシデントの件数が少なく、また、有効な活用ができていない。
- ・利用者さんの状態変化に合わせた変則勤務が必要だが人員の関係で対応しきれっていない。

まとめ

事故の無い施設をつくるには・・・。

利用者さんとの気持ちを理解し、利用者さんの意向を事前に把握し最善の対応をすることに尽きると思います。