



ヒヤリハット・事故・緊急時

結果的に事故には至らなかったが、適切な処理が行われないと事故になる可能性がある事象。

日常の指導や行為の中で「ヒヤリ」としたり、「ハッ」とした経験の事を指し、その行為や状態が見過ごされたり、気付かずに実行されたりした時に、何らかの事故に繋がる恐れがあるものの事。

○ ヒヤリハットの意義

ヒヤリハットについての情報を把握・分析する為の報告書がヒヤリハット報告書となります。

施設の管理者は、緊急時対応マニュアルを作成し、事故を未然に防ぐよう努めなければなりません。

ですが、どれほど安全対策を講じても事故の可能性が0%になる事はありません。即ち、事故が起こる可能性は必ず存在するものとして、その発生を防ぐため、最大限の努力が必要です。

事故発生防止のデータベースとなるのがヒヤリハット報告書です。

ヒヤリハットと事故は紙一重のもの。

実際に「次、同じことが起こったら」はたして何事も起こらないでしょうか？また事故を回避できるのでしょうか？

結局は事故が起こってから考えるのと、起こる前に考えること。
事故になる前に準備しておく、チャンスを得たと捉えましょう。

ヒヤリハットの記入、対応策の策定が事故リスクを低める一番の薬になります。

ヒヤリハット
事象

準備

事故



☆どんな時に記載するのか。～ヒヤリハット～

- ① 利用者様に直接影響は及ばなかったが、ヒヤリまたはハツとする事が起こった場合。
- ② どんなに小さなミスやトラブルでも、自分が原因で起こしたと考えた場合。
- ③ 直接的には関与していないが、発生したミスや事故がわかった場合
- ④ 直接的には関与していないが、今後問題として浮上してくる可能性があると考える場合。



☆事故報告書の記載方法

① 記載の基本的な心構え

- ・ 当事者が記載する事を原則とします。
- ・ 事実に基づいて記載します。
- ・ 速やかに記載し、提出を行います。
- ・ 「今後の対策」、「防止策」については、必要と考えられるもの等を記載します。

② 記載方法

事故等に関連する事実を正確に、また、時系列で詳しく記載します。

- ・ 事故の発生と経過
- ・ 事故発生後の報告と対応
- ・ ご家族・ケアマネジャーへの連絡時間と内容
- ・ ご家族・ケアマネジャーへの説明内容と反応



事例①

ベッドに寝ている所を起こし、食前薬を飲まそうとして薬と水を飲ませ、その間数秒同室で当該利用者の荷物整理をしていた。



誤嚥を起こし、薬や水がつまり、背中を叩き再度飲水すると解消した。

事例②

トイレ誘導後、本人が玄関のドアを開け外へ出て行っていた



玄関先に立っているところをスタッフが事業所内から確認し連れ戻した。



事例①

原因：起きて直ぐに薬を急いで飲んだ事と、姿勢を確保して飲まなかったことが原因として考えられる。

- ・姿勢の確保→必ずイスやベッドに座って頂く。
- ・服薬時は手に取り、飲み込み終わるまで目視確認する。

事例②

原因：トイレ誘導後に確認を怠ったため。

- ・トイレのドア開閉時に音(鈴)などで知覚できる様にする。
- ・玄関の施錠(事業所の方針にも依る)



事例③

フロア内の座席にて傾眠中



左傾きが急にひどくなり、上半身がイスの手すりよりずり落ちそうになる。

事例④

静養室にて1時間程休まれてた利用者に夕食の誘導のため声掛けに行った。



既にベッドから車いすにご自身で移乗し、不完全な座位のまま車椅子を操作し自走にて方向転換し出口へ向かおうとされていた。



事例③

原因：傾きに気づかず、声掛けが行われなかった

- ・傾眠時に傾きが見られる方はクッションや折りたたんだバスタオル等をイスと身体の間に入れさせて頂く。
- ・傾眠がひどい場合はソファやベッドへ誘導し静養、声掛けを行う。

ヒヤリハット事例④

原因：ナースコールの認識をしっかりと頂けて無かった。

- ・ナースコールの位置が目線に入る場所に変更する。
- ・他の利用者にお願ひし、視認性の取れるスペースで休んで頂く。



一番大切な部分は事業所内での「**共有**」になります。

折角の事例ももったいないです！！

- ① 検討結果をまとめます。
- ② 検討結果を共有し、職員間で共通理解をします。
- ③ 改善策が明確になった部分からマニュアル化し、出来る所から速やかに実行します。
- ④ 改善策が適切であったかを見直し、評価をします。
- ⑤ 上記のサイクルをヒヤリハット・事故報告書を用いて行う事により、危機管理意識の向上や危機管理体制を高めていきます。



スタッフミーティングでのケースワーク

・・・毎月の事案(枚数によりケースは選別)を再度、対応策の確認と進捗・現況を確認し共有する。

具体的施策を取ることが何より大事であるが「何のために」を忘れてしまうといつか自然消滅してしまいます。

事故を避けるには、対応策を生み出すには、結局はスタッフの危機意識がなければそもそもヒヤリハットの重要性の理解や「これはヒヤリハットだ」とそもそも気づきません。結局はケースワークを通してスタッフ教育を行うことは避けて通れないことになり、利用者への「気付き、関心」の向上はサービスの向上にも繋がります。