

《主な重大事故の事例》

【事例①】 異食による窒息死亡事故**《事故の概要》**

尿取りパッド内の吸水ポリマーを口に詰まらせ、窒息死した。

《原因》

- 入所後間もない利用者に対して、十分なアセスメントが出来ていなかった。
- 以前にも異食したケースがあったが、施設内で十分な再発防止策が講じられていなかった。
- キャリアの浅い職員が増え、従来のやり方が機能しなくなっていた。

《再発防止策》

- 新規入所者に対して、毎月アセスメントシートの見直しを半年間実施する。
- 毎月のリスクマネジメント会議でヒヤリハットを報告し、職員間で情報共有を徹底する。
- OJT として、毎週水曜日に職場内研修会を実施し、支援力向上に努める。

【事例②】 誤薬による事故**《事故の概要》**

服薬介助時の名前の確認が不十分で、別の利用者の薬を飲ませてしまった。

《原因》

- 服薬の手順に関するマニュアルが作成されていなかった。
- Wチェックのルールが守られていなかった。
- 同じ姓の利用者の薬袋が同じケースに入っていた。

《再発防止策》

- 写真入りで分かりやすいマニュアルを作成し共有した。
- 勤務時間と職員配置を見直し服薬時に必ず複数対応できるようにするとともに、服薬時は、担当者が専念するよう徹底した。
- 同じ姓の利用者は名前を目立たせるよう表示の記載や色を見直した。

【事例③】 窒息による死亡事故**《事故の概要》**

ベッド上でうつ伏せになり顔が埋もれた状態になったことにより、窒息死してしまった。

《原因》

- 新人職員のポジショニングに関する知識が不足していた。
- 介助業務に不安を感じていた新人職員に対するフォローができていなかった。
- 個々の利用者のポジショニングに関する情報共有が適切になされていなかった。

《再発防止策》

- 各利用者のポジショニングマニュアルを作成し、専門職による定期的な見直しも行った。
- 新人職員に対する声掛けや注意事項の作成等、新人職員に対するフォローアップを強化した。
- 利用者ごとのケース記録、連絡帳等の情報を整理し運用方法を見直した。