|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |
| **１　施設種別** |
| 障がい者支援施設　（旧　身体障がい者療護施設） |
| **２　ねらい**取組みテーマ（７）危機管理報告書に基づく再発防止策への取組み～誤薬防止の取組みを中心として～ |
| **○アクシデント防止及び再発防止を目指す**施設生活において様々なアクシデントが起きうる日常の中、発生時には日誌に記載して申し送り、まずは職員全員への周知を速やかに行う。同時に危機管理報告書も提出し事故防止委員を主として対応策を分析し、出来る限り迅速に対応出来るよう努める。それにより利用者の日常生活を安全かつ快適に改善出来るよう創意工夫し、対応する事を職員の共通理解とする。**○個別支援計画への反映**　　転倒等の再発を繰り返す利用者には必要に応じ、グループで個別ニーズに対する解決策を導き出し、個別支援計画へ反映する事で、より利用者個人に応じた支援が出来るよう取り組む。 |
| **３　取組みの内容** |
| **【アクシデント防止の取組み内容】**・アクシデント発生時、速やかに報告し、状況に応じ看護師へ連絡・処置を行う。・介護日誌への記載や申し送りにより職員全員への周知徹底を行う。・アクシデント発見者もしくは発生者は報告書にて詳細を記載し、速やかに提出する。・報告書は罰則的提出物では無く、再発防止のツールであることから、提出しやすい雰囲気作りを目指す。・事故防止委員は会議を開き、報告書を基に発生状況を分析して解決策を導き出し、出来る限り迅速に全職員へ伝えて統一した支援を行う。**・**再発の繰り返しや新たな問題が生じたり、解決策に何らかの問題が認められた際には再検討を行う。○誤薬防止の取組みを通じてアクシデント防止について振り返る。 |
| **４　取組み経過** |
| **改善策を講じる事により改善した事例（誤薬）**以前より服薬に関するミスがあり、その都度何らかの改善を講じてきたが、それでも繰り返されるため、再度問題を分析し、改善策を検討して取り組むこととした。利用者の特徴　　ほとんどの利用者に服薬管理が必要。　　薬を口に入れるだけでは服薬せず吐き出すこともあり、最後まで飲み込んだかの確認が必要。これまでの誤薬ミス　　　 ⇒ 　 改善策　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者間の名前間違い　　 →　　薬袋へフルネームでの記載　　　　　 用法間違い　　→　　服薬時間毎（朝食後・昼食後等）に薬袋の色分け　　　　 服薬忘れ　　　→　　できる限りの1包化（簡素化）　　　　　　　改善を図ったが、誤薬が発生する　　・同じような名前の利用者の食事を配膳し間違え、そのまま服薬した。　　・同姓の利用者の食事を間違えて配膳し、服薬介助した（同様の誤薬が2回続いた）。　　　　→　　昼・夕食配膳方法の見直しが必要と判断再度見直す取組み・薬を個々の配膳トレーに無造作に置いていた。↓　毎食事の薬の有無を記した食札を作成し、それに薬を添え、統一して置く。　　　　成果 確認ができ、取り忘れや服薬介助忘れを未然に防ぐ事が出来ている。食札・配膳車からの取り間違いがあった↓　改善策① 同姓やよく似た名前の配膳トレーの位置を離した。　　　　　　　　　 　 ↓　改善策② 扉にわかりやすく同姓者には印を入れた。　成果 配り間違いを未然に防ぐ事が出来ている・服薬までの行程・注意事項の確認と徹底看護師による薬のセッティング　（食札に添える）↓　配膳前の声掛け　‘薬の確認お願いします’↓　配膳時必ず名前を呼びながら配る　　‘○○さん、食事です‘↓　食札は下膳するまで配膳トレーの上に置いておく。↓　摂食時再度名前を復唱し服薬介助を行う。‘○○さん、薬を飲みますね’　成果 配り間違いを未然に防ぐ事が出来ている　　　　 万が一配り間違えても、声出し確認で気づく事が出来る 薬を入れる【服薬の用法】朝　昼　夕●印は薬のある時薬がある時に●現状現在も継続して取組み、再発は防げている。手順の見直しはもとより、基本の声出し確認を実行する事で、職員同士互いに気づき合い指摘しあうことで再発防止に結びついている。　　　　 |
| **６　施設の振り返り・感想** |
| 職員起因によるアクシデントは問題を分析することで対応策を講じ易く、改善への道のりや結果がある程度スピードを持って明確化される。そして検討すべき項目も速やかに修正することが出来る。解決、改善の糸口となるのは職員の支援統一である。問題発生時、対応策を検討し、利用者の日常生活が安全かつ快適なものになるよう創意工夫することが私達職員の果たすべき役目であると考える。又、迅速な伝達や情報共有、報告書の提出の積み重ねにより、個々の利用者の状況を理解することができ、それにより改善・支援方法を見いだすことが可能となる。　アクシデント対策のキーワードは支援統一。職員間で決められた事は職員全員が忠実に守り、慣れ合いにならないということ、問題発生時には全員で協力し合い取り組む姿勢を持つことで、施設としては今後も状況の変化に対応しながら、変わらず継続して再発防止に取り組んでいこうと思う。＊職員に介護事故防止の流れを把握してもらうため、作成中のフローチャート2通添付 |

**![説明: C:\Users\KodamaR\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\ZUUHU4T3\MC900405972[1].wmf]()　ポイント**

・事故の防止にあたっては、まず、事故発生の状況をできるだけ詳細かつ具体的に把握することが重要となる。具体的な状況から原因分析、改善策の検討、全職員への周知、改善策の実施、見直しを繰り返すことで、事故の防止に近づく。

・原因分析、改善策の検討には第三者の意見を得ることも有効である。

介護事故の防止の仕組み

目的：「再発防止」「ヒヤリハットからの事故への発展防止」に向けて、すべての現場職員が積極的にかかわり周知徹底できるようにする

●現場から報告への流れ

課題を分析・評価し再発防止に努める

●現場から報告への対処

発見者は状況確認し、その場を離れない