

ヒヤリハットについて

介護現場でのヒヤリハットとは「重大事故につながらなくても、事故になっていた可能性のある体験・事例」を指します。ハインリッヒの法則を介護現場に当てはめると「骨折などの重大事故1件の裏には、転倒などによる29回のかすり傷や打ち身、300件もの事故には至らないヒヤリハットの状況が存在している」と言えます。そうした事故を未然に防ぐためにヒヤリハットの確認が必要です。普段からヒヤリハットについて考えておくことで、日常で起きてしまったヒヤリハットの原因を放置せずに改善することができ、重大事故を未然に防止することができます。当施設では、ヒヤリハットを共有し、活用することで、より安全な環境になるよう考えています。

以下の内容をヒヤリハットとして報告しています。

転倒	転んだ
追突	他者にぶつかった
尻もち	お尻から転んだ、座り込んだ
立ち上がり	見ていないうちに立ち上がった
歩行	見ていないうちに歩き出した
足折れ	歩行時や立位時に、膝から崩れた
むせ込み	飲食の時などにむせた
誤嚥	飲食の時に気管支に入った
誤食・誤飲	食物・飲物でないものを飲食した
他者食事の飲食	ほかの利用者の食事や飲み物を飲食した
誤薬	間違った薬を服薬した
落薬・失薬	服用すべき薬を落とした・無くした
火傷	やけどをした
溺水	おぼれた
脱走	施設から外に逃げ出した
走行	施設内を走った
不明	事故につながりかねないもの

この中には誤薬・火傷・溺水などの事故に分類されるものもありますが、その程度により、ヒヤリハットに分類することもあるので入れています。

そのヒヤリハットで起きた症状を所見として下記の通り記載します。

打撲	打ち身
打撲痕	打ち身の痕がある
内出血	内出血している
骨折	骨が折れている

切り傷	皮膚に切った傷がある
擦り傷	皮膚に擦った傷がある
熱傷	火傷をしている
疲弊	疲れている
特別な所見なし	特別なことはない

その起きた場所と状況、要因を下記の通り記載します。

利用者の判断ミス	利用者は可能と思ったができなかった
職員の判断ミス	職員は不可能と思っていたがやっていた
利用者の体力の過信	利用者は体力的に可能だろうと思ったができなかった
職員の体力の過信	職員は体力的に可能だろうと思ったができなかった
建物の欠陥	建物の欠陥のため起こった
用具の欠陥	用具の欠陥のため起こった
利用者の体力の低下	以前はできていたものが急にできなくなった
利用者の持病	利用者の持病により起こった
その他	その他の原因で起こった

報告書は管理者に報告し、判断・指示を仰ぎます。複数名の職員、看護師により通院の必要性を判断します。

通院し事故となったものについては市役所へ報告します。

ヒヤリハット報告はミスをした報告者を責めるためのものではなく、重大な事故を防ぐことが目的です。そのため、報告書には再発防止策について記入する項目もあります。会議の場で同じことが起こらないように原因を探り、対策について話し合っています。