令和４年度　事故等に関する包括的公表

№.	発生年月	発生場所	種　別	概　　要	再発防止策
1	R04.04	不　明	骨　折	デイルームにおいて座位で過ごしていた利用者様の右足背部に、腫脹と紫斑の発生をスタッフが確認。レントゲン検査により、右第５趾基節骨折と診断され、シーネによる固定・安静を行いました。	ずり這い等での移動が可能な利用者様で、骨粗しょう症がある場合、日常的な生活動作の中に骨折リスクが潜んでいることについて職員に改めて注意喚起しました。特に、車いす移乗では2 人介助を徹底するとともに、デイルームでの座位保持でクッションチェアを使用するなど、リスク回避の取り組みを進めました。
2	R04.05	居　室	誤　薬	胃ろう部より経管栄養と与薬を行った際、他の利用者様に使用すべきものを誤って注入し、抗生剤、整腸薬を誤投与しました。利用者様にその後の体調異常は認められませんでした。	薬、栄養剤の確認手順を定めたマニュアル類を再整備し、利用しやすくするとともに、声出し、指差し確認により本人と投与物の一致確認を行うよう徹底しました。また、全病棟職員に対し、当該事例を用いた注意喚起と原則の徹底について周知を行いました。

№.	発生年月	発生場所	種　別	概　　要	再発防止策
3	R04.06	居　室	誤　薬	胃ろう部より経管栄養と与薬を行った際、他の利用者様に使用すべきものを誤って注入し、去痰剤、整腸剤、胃潰瘍薬、抗てんかん剤を誤投与しました。利用者様にその後の体調異常は認められませんでした。	各部署の職員が参加し、インシデントの真因(根本的な原因)についての分析を実施。薬剤と本人との取り違えを防止するため、薬剤持出用のボトルへの氏名表示を大きく見やすい仕様に改め、間違えやすい氏名の方についても表記に工夫を加えました。 併せて、服薬時の確認手順について朝礼、病棟会議を通じ徹底を継続的に行っております。
4	R04.07	居　室	誤　薬	処置不要の利用者様に対し、浣腸液が誤って準備されていましたが、別のスタッフ(実施担当)が正しく記載された対象者一覧を確認し不要と認識しました。しかしながら、最終段階で本人確認のみで誤注入し、多量の排便に至りました。	浣腸液の準備段階で、排泄について「情報用紙」に記載してある利用者様氏名と浣腸液のセットを「声出し」、「指差し」で行うことを徹底、準備後のダブルチェックを行うこととしました。 実施段階では、排便処置一覧、排泄表の照合を徹底することとしました。
5	R04.07	居　室	骨　折	更衣と上肢運動を行った際、左肩関節の外転時に異音を確認。他院の整形外科を受診しレントゲン所見で左上腕骨近位端骨折と診断されました。	リハビリ・スタッフが定期的に行う関節可動域や筋力評価の情報を、メディカルスタッフ間で共有し、看護計画や個別支援計画に反映することにより、日常的ケアにおいて「ねじり」や「大きな力」を加えないことを徹底しました。

№.	発生年月	発生場所	種　別	概　　要	再発防止策
6	R04.07	居　室	転　落	ベッドからストレッチャーに移乗するための介助をスタッフ１名で実施中、一旦外したベッド柵を持って利用者様に背を向けた際、長座位をとっていた利用者様がベッドから床に転落しました。意識レベルの低下、外傷、体調異常は認められませんでした。	移乗介助については２名体制で実施することを原則とし、ベッド柵を外す動作の際等には、利用者様から目を離さない姿勢をとるよう徹底しました。
7	R04.07	居　室	骨　折	おむつ交換時に左大腿部の腫脹に気付き、その後、腫脹の増強とともに左そけい部に内出血が確認されたことから、他院の整形外科受診、レントゲン所見で左大腿骨転子部骨折と診断されました。おむつ交換時、関節を動かした際に発生した可能性が指摘されました。	病棟スタッフとリハビリ・スタッフとの間で、関節可動域などに関する定期的な情報共有を綿密に行い、ケアの仕方について徹底した注意喚起を行うこととしました。 特に、自身で筋肉に力を入れることができない利用者様には、他動で関節を動かす場合、手を添えて腕や脚から離さず、可動域以上に関節が動かないようケアを行うことを全病棟職員に周知徹底しました。

No.	発生年月	発生場所	種　別	概　　要	再発防止策
8	R04.08	居　室	骨　折	発熱後、左膝の熱感と膝から大腿にかけての腫脹が現れていたため整形外科医の診察を受け、レントゲン検査により左大腿骨遠位端骨折と診断されました。明らかなインシデントは確認できませんが、捻転外力により発生したものと考えられます。	重症心身障害児者のケアでは、骨折が起こりやすいことを職員が改めて十分理解し、移乗時やおむつ交換時の動作には細心の注意を払うことを周知徹底しました。 また、骨粗しょう症に関する専門分野からの意見を聴く機会を増やし、病棟スタッフと整形外科医、リハビリ・スタッフとの定期的な情報交換を緊密に行い、過去事例に基づいた危険予知トレーニングを重ねることとしました。
9	R04.08	居　室	誤　薬	超音波ネブライザーによる薬の吸入を行っている利用者様に、別のスタッフが準備した他の利用者様用の吸入液を誤使用しました。薬液の容器には氏名、薬品名の表示がされていませんでした。利用者様のその後の体調異常は認められませんでした。	吸入の準備から実施にいたる過程で、薬液の容器への利用者様の氏名や薬品名の表示を正確かつ確実に行い、本人と薬品の一致確認を徹底することとしました。加えて、医師の吸入指示書を縮小印刷し一連の業務で携帯し、逐次確認しながら業務に当たることとしました。

№.	発生年月	発生場所	種　別	概　　要	再発防止策
10	R04.10	トイレ	不適切な行為	スタッフ 2 名がトイレでの排泄介助の際、利用者様に便座に移動していただく場面で、唾を１名のスタッフに吐き出そうとする仕草があったため、とっさに「だめよ」と言いながら利用者様の鼻をつまむ行為に至りました。 利用者様に外傷や発赤等は認められませんでした。なお、職員の当該行為は日常的なものではないことを確認しました。	保護者の方の同意を得たうえで、介助場面でマスクを利用者様に装着していただくことや、支援者側のフェイスシールド等による飛沫防護策を適切に講じることで、心理的警戒感の軽減を図ることとしました。 また、利用者様個々の行動特性に対する理解を深める取り組みを職場全体で継続しております。
11	R04.10	居　室	誤　飲 誤　食	昼の食事介助において、胃ろうから投与する利用者様に、誤って注入食の経口摂取を行いました。8 割ほど摂取した段階で、他のスタッフの指摘で誤りを認識しました。利用者様に誤嚥その他体調の異常は認められませんでした。担当したスタッフに、無理のない範囲で経口摂取を行い、残った注入食を胃ろうから注入するものとの誤認があったものです。	当施設での経験が浅いスタッフによる事案であったことに鑑み、初めての支援場面においては指導スタッフによる口頭での指示確認にとどまらず、必ず見届けを行い支援評価することを徹底しました。 また、利用者様に関する情報や医師指示内容について、だれがみても正確に把握できるよう表記、表示方法を見直しました。

№.	発生年月	発生場所	種　別	概　　要	再発防止策
12	R04.11	不　明	骨　折	入浴時の更衣の際、右胸部から右肩にかけての腫脹と右上腕に皮下出血を確認、他院を受診しレントゲン所見で右上腕骨頸部骨折と診断されました。更衣の際の外力による骨折の疑いが指摘されました。	重症心身障害児者が抱える骨折のリスクについてスタッフに周知徹底するとともに、骨折しやすい部位や骨折に至りやすい動作場面の具体的理解が進む取り組みを徹底しました。 理学療法士による関節可動域や筋力の評価を、医師、看護師を含めスタッフ間で共有し、更衣の方法やポジショニング方法を定期的に確認することとしました。
13	R04.12	居　室	骨　折	おむつ交換の際、左そけい部から大腿部にかけて腫脹と熱感を確認、他院を受診し、レントゲン所見で左大腿骨頸部骨折と診断、受傷経緯については特定できません。	重症心身障害児者が抱える骨折のリスク(重度の運動麻痺と筋緊張による骨の変形拘縮、栄養障害や薬剤の影響、重度の骨粗しょう症など)をスタッフに対し、より具体的に周知徹底を行ってくこととしました。また、骨折しやすい部位や骨折に至りやすい動作場面の具体的理解が進む取り組みを継続・深化させることとしました。

№.	発生年月	発生場所	種　別	概　　要	再発防止策
14	R05.02	居　室	転　落	おむつ交換及び更衣を行った際、頭の左右両側と足部片側の計３か所に設置しているベット柵のうち、外していた左頭側の柵を、退室の際、元に戻していませんでした。 その後、利用者様がベッド下の床でうつぶせになっている所を発見、右前腕伸側と肋骨下部左側の打撲が窺われましたが、レントゲン検査で骨折は確認されませんでした。	ベッド柵を外してケアや車いすへの移乗などを行った際、外した柵を元に戻したことを「指差し呼称」により確認するとともに、退室時に振り返って目視再確認することを徹底しました。 ３月を強化月間として位置付け、確認動作の徹底を図るとともに、自己体動が少ない=転落しないという誤った認識を持つことがないよう、転落防止への病棟全体の意識を高めていきます。