

#### 4. ヒヤリハット・アクシデント発生の報告

##### ①目的

各施設の基準に基づき、ヒヤリハット及びアクシデント発生の報告状況により実態を把握するとともに、その内容の精査に基づき、モデル事業における安全性を評価する。

##### ②方法

モデル事業実施期間中、ヒヤリハット、アクシデントの発生に気がついたときに、それぞれ介護職員、指導看護師に所定の様式に記入してもらった。

各施設の基準に基づき、ヒヤリハット様式は関係した介護職員のみが記入し、また、アクシデント様式は指導看護師のみが記入している。

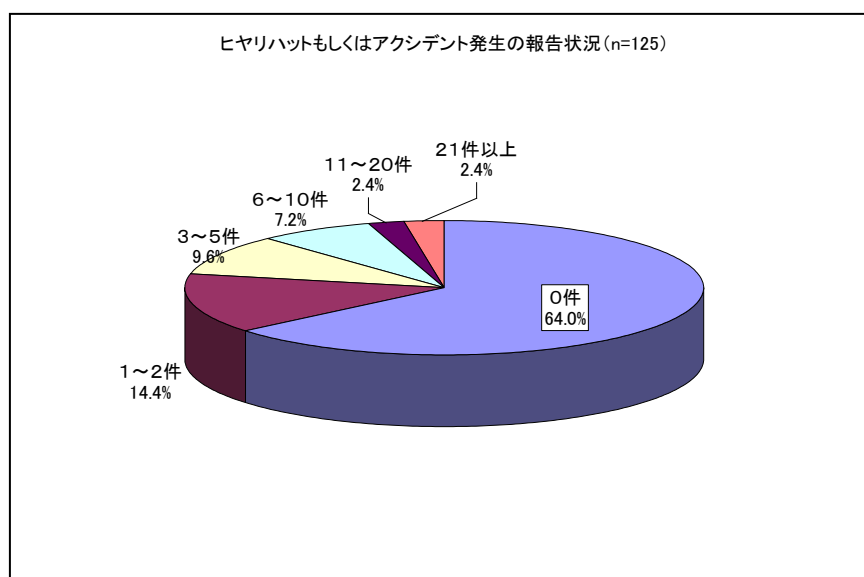
##### ③報告施設

ヒヤリハット発生の報告があったのは全部で 43 施設、アクシデント発生の報告があった施設が 3 施設あり、いずれも報告があったのは 1 施設である。

ヒヤリハットもしくはアクシデント発生の報告があった 45 施設は、参加した 125 施設の 36.0%を占める。逆に 80 施設 (64.0%)、約 3 分の 2 の施設では報告が皆無であった。

発生を報告した施設の中で報告件数が 5 件以内であったのが 30 施設(発生施設の 67%)である。一方、21 件以上報告があったのは 3 施設 (同 7%) であるが、この中にはもつとも多かった施設 (45 件) があり、報告状況に大きな幅がある。

図表 5 1 ヒヤリハット、アクシデントの発生の報告施設



④ヒヤリハット発生の報告状況

i. ヒヤリハット発生の報告月

月次での発生の報告状況で見ると、参加した施設での内部研修が終わり、試行が本格的に実施された辺りの10月に発生の報告のピークがあり、その後減少している。

図表5.2 月次でのヒヤリハットの発生の報告状況

【全体】

【発生の報告が多い7施設（10件以上）】

	発生の報告件数	構成比(%)
9月	88	33.6
10月	96	36.6
11月	61	23.3
12月	17	6.5
合計	262	100.0

	発生の報告件数	構成比(%)
9月	40	27.8
10月	70	48.6
11月	24	16.7
12月	10	6.9
合計	144	100.0

ii. ヒヤリハットの内容

実際に発生の報告があったヒヤリハットの状況を見てみる。「口腔内吸引」で124件、「胃ろうによる経管栄養」で143件が報告されている。

a. 口腔内吸引での発生の報告状況

口腔内吸引のヒヤリハットは、「ベッド上」での発生の報告が78.2%と最も多く、その第一の原因は実施内容の「忘れ」(38.7%)であり、以下、「技術不足」(29.8%)、「知識不足」(22.6%)と続いている。

図表5.3. 口腔内吸引での発生の報告状況

※表の中の破線枠は、多い原因を3位までを示す

1. 口腔内吸引 (n=124)						(%)		
発生場所	1. ベッド上	2. 車椅子	3. その他	無回答	合計			
	78.2	8.9	12.9	0.0	100.0			
原因(複数回答)	忘れ	技術不足	知識不足	確認漏れ	観察不十分	マニュアル以外の行為	勘違い	その他
	38.7	29.8	22.6	20.2	16.1	12.9	5.6	9.7

※四捨五入の関係で、合計が100%にならない場合があります

b. 胃ろうによる経管栄養での発生の報告状況

胃ろうによる経管栄養のヒヤリハットも「ベッド上」での発生の報告が46.2%と多く、これに次いで「車椅子」(28.7%)での報告が多い。

第一の原因は、口腔内吸引と同様に実施内容の「忘れ」(42.7%)であるが、これに続くのは「確認漏れ」(31.5%)である。

図表 5 4. 胃ろうによる経管栄養での発生の報告状況

※表の中の破線枠は、多い原因を3位までを示す

2. 胃ろうによる経管栄養		(n=143)						
発生場所	1. ベッド上	2. 車椅子	3. その他	無回答	合計			
		46.2	28.7	24.5	0.7	100.0		
原因(複数回答)	忘れ	確認漏れ	知識不足	観察不十分	技術不足	マニュアル以外の行為	勘違い	その他
	42.7	31.5	21.0	16.1	13.3	8.4	8.4	19.6

※四捨五入の関係で、合計が100%にならない場合があります

以下に具体的な事例を示す。

痰があがったときに、吸引出来なかった。準備に時間が、かかってしまった。
利用者の口の中(見える所)に痰が上がってこなく、吸引ができなかった。観察する項目を忘れてしまった。どこまで口の中に入れていいの不安だった。
痰がらみありサクション施行。サクション中、看護師が手技を確認。吸引時間が長めであった(約30秒)と指摘される。
〇〇様の胃ろうチューブに接続管をつなぐ時に名前確認が不十分だったため、△△様の胃ろうチューブに接続してしまうが、すぐに気がつき直おす
E-7300mlとE-7400mlの栄養を使用している指示量を確認し、6名分準備したが、1名の入居者の栄養量の量を間違えて準備し看護師が確認の際気がついた。(E-7400mlだったがE-7300mlで準備した。)
準備時チューブを間違えて装着し、本人へ通す時気がつき、すぐに本人の物を準備し注入した。
注入開始した時には、体位保持できていたが、徐々に傾いていった。傾く方にクッションを挟むのを忘れてしまった。先の事を予測できていなかったため。8:10居室に訪室すると、ベッド上で右に大きく傾き、少量嘔吐している所を発見する。
昼食時、流動物を注入した際、10分程で、100ccが流れ込んでしまい、胃に負担がかかり、嘔吐、嘔気などがあるのではないかとヒヤリとした。滴下数を観察できていなかった。
食堂にて胃ろうを行う為、対象者の利用者様を食堂に誘導。胃ろうを実施する他の利用者様を対象者の利用者のとなりに配置し、スタンドに2人分のイリゲータを吊り下げて胃ろうを実施しようとした。対象者の利用者様に連結するチューブと他利用者様のチューブを間違えてつなげようとしてしまい、ヒヤリとした。
必要物品を揃える時点で、白湯を準備しなければいけないのに水を準備してしまう。
対象者に吸引の説明を行わず吸引。本人ビックリされる。吸引器に気をとられ、説明できなかった。
吸引チューブを口の中に挿入する際、圧がかかった状態のまま、挿入してしまった。
口腔内吸引をおこなう際、チューブがうまく口腔内に入らず、強引に入れようとした。技術不足の為、冷静に対応することができなかった。
昼の流動食後の白湯を流している時にちょっと目を離していたところ胃ろうチューブを抜去されていた。右手をよく動かされ、チューブが手の届く範囲にあるのにも関わらず観察が不十分だった。
口腔内吸引を行なっている際チューブが奥に入ってしまう嘔吐反射見られる。→NSに報告。その後、おわかりなし。
1回の吸引時間を長く吸引してしまった。知識・技術不足であった。
痰が多く1回の吸引時間を長く吸引してしまった。1回の吸引時間が5~10秒程度と解っていたが痰が多くついつい長く吸引してしまった。
経管栄養の対象者を間違えそうになった。緊張してしまった。
夕食分の胃ろう準備をしている際、300kcalと400kcalの2種類があるのに全て300kcalで準備してしまった。準備中にNSより教えて頂き気付く。
16時夕食の経管食開始前に痰がらみある為吸痰施行。吸引すると同時に昼の経管食のものを多量に嘔吐。すぐに看護師に報告しバイタルサイン測定し、一般状態の観察行う。嘔吐・嘔気すぐに良くなり、夜の経管食中止とし、内服と白湯のみ胃糞より流す。(11/12の夕方にも、口腔ケアを行った際に嘔吐反射あり。その後経管食多量に嘔吐しており、口腔内の吸引には注意が必要である事を、看護師、介護職員の認識不足であった。)
18時頃から叫び声が大きくなり、痰がらみも頻回。吸痰を何度か行っても叫び声大きくなる。18時30分屯服のウィンタミン1包注入。それ以降も叫んだ事により痰がらみあり。19時頃口腔内の痰を吸引した際多量に痰を吸引。嘔気(+)。すぐに運番の看護師に報告。利用者の状態確認しバイタルサイン、SPO2を測定。嘔気(-)となり様子観察を行う。(頻回の痰がらみと叫び声が大きくなる事により痰の量も多くなり、口腔内の見える範囲の吸引のはずが、のどの奥までチューブが入ってしまった。又、再三の痰がらみにより吸痰する時間も長くなり刺激してしまつた。いつもより痰がらみひどく叫び声も大きくなるようであれば早目に看護師に報告すべきであった。)

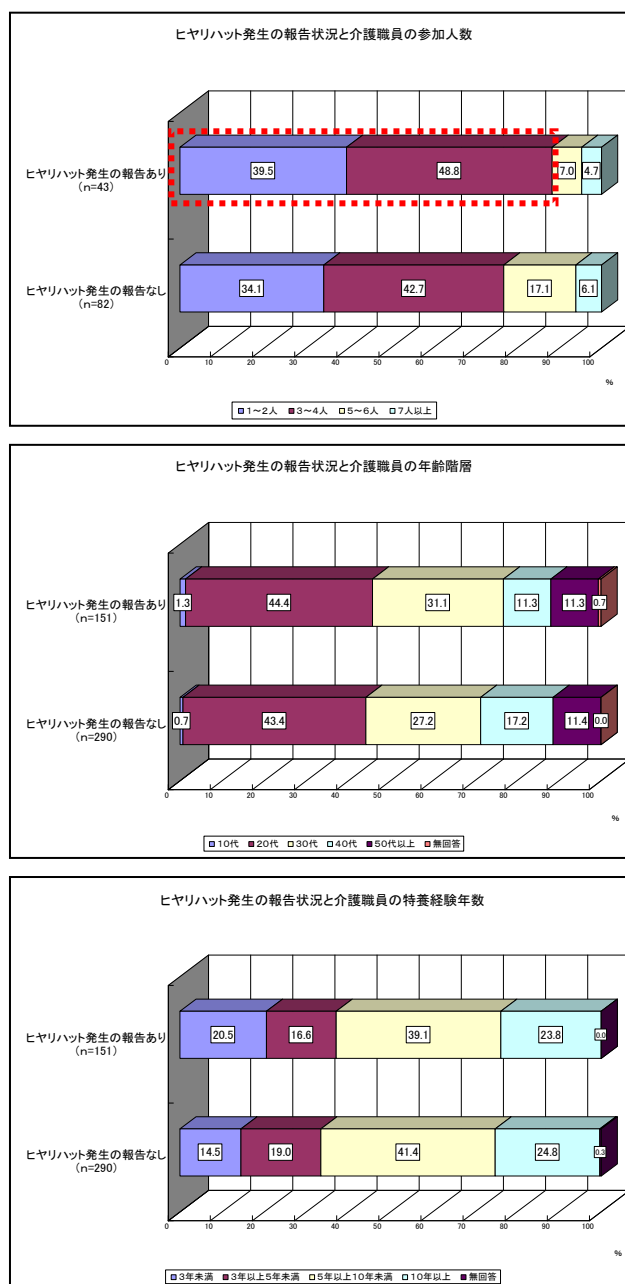
⑤ヒヤリハットの発生の報告状況と施設、職員との関係

i. 施設の特徴

ヒヤリハットの発生の報告状況を詳しく見ると、報告があった施設では参加した介護職員の数が「4人以下」の割合が88%であるのに対して、報告がなかった施設では77%となっており、報告があった施設は当事業に参加した介護職員がやや少人数の体制である。

※図の中の破線枠は、割合が多い属性を示す

図表5-5 ヒヤリハット発生の報告状況と各施設の特性

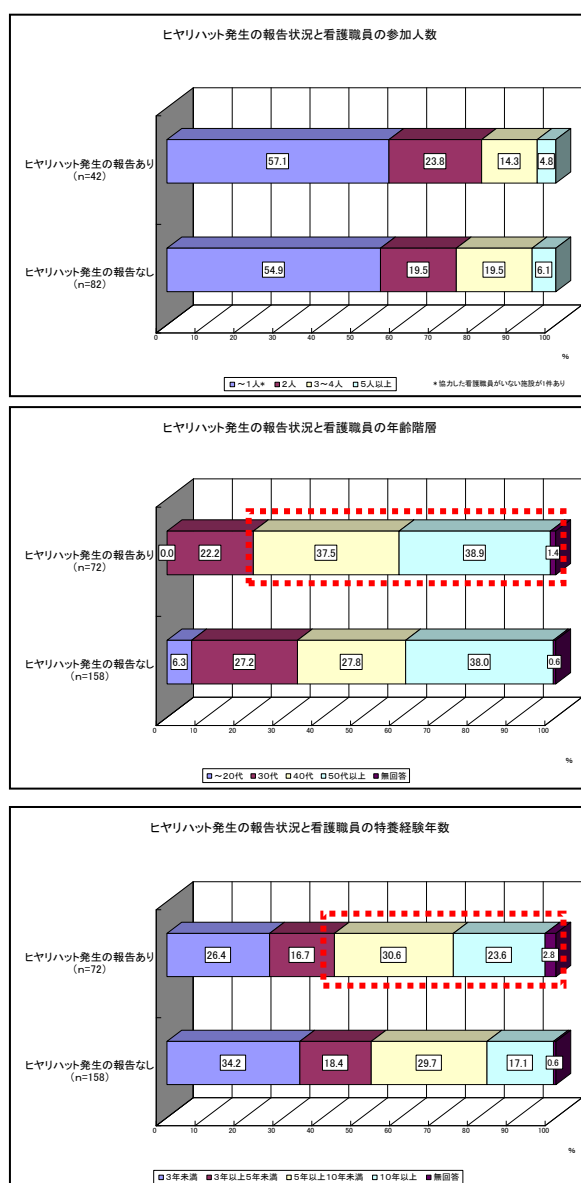


ii. 看護職員の特性

ヒヤリハット発生の報告があった施設では、参加している看護職員の年代は「40代以上」が76.4%を占め、また経験年数では「5年以上」の看護職員が64.4%となっていて、いずれも報告がなかった施設に比べて割合が多くなっている。当事業ではヒヤリハット発生は介護職員から報告されており、報告があった施設では、経験のある看護職員が介護職員と関わっている様子がうかがえる。

図表56 ヒヤリハット発生の報告状況と看護職員との関係

※図の中の破線枠は、割合が多い属性を示す



注：1施設は看護職員が指導看護師のみ

⑥ヒヤリハット発生の報告状況と各職員の意識との関係性

各職員の質問票の中で、介護職員、看護職員、指導看護師に対して事故発生時の対応について尋ねており、こうした事故発生への対応方法の理解とヒヤリハット発生の報告との関係性について整理した。

介護職員、看護職員、指導看護師のいずれも、ヒヤリハット発生の報告がある施設に比べて、報告がない施設で「そう思う」という割合が3ポイント～8ポイントと小幅ではあるが、やや高くなっている。

以上をみると、差は小さいものの、ヒヤリハット発生の報告をしている施設では、

- ・介護職員自身、「事故の対応がまだ十分ではない」と認識している
- ・看護職員は、「介護職員への事故の対応の指導が十分ではない」と認識している
- ・指導看護師は、「介護職員はまだ事故の対応がきちんとできない」と認識している

というように、各職員が事故対応力を認識している様子がうかがえる。

図表57 ヒヤリハット発生の報告状況と各職種の事故対応の認識

【介護職員質問票】

		介護職員自身は事故発生への対応方法を理解している(人)					介護職員自身の対応方法の理解(割合)				
介護職員ごとのヒヤリハット発生	介護職員数	そう思う	どちらともいえない	そう思わない	無回答	合計(n=424)	そう思う	どちらともいえない	そう思わない	無回答	
報告がなかった	n=332	273	52	1	6	332	82%	16%	0%	2%	100%
報告があった	n=92	73	12	1	6	92	79%	13%	1%	7%	100%

【看護職員質問票】

		看護職員自身は事故発生への対応方法を指導できた(人)					看護職員自身の対応方法の指導(割合)				
施設ごとのヒヤリハットの発生	施設数	そう思う	どちらともいえない	そう思わない	無回答	合計(n=227)	そう思う	どちらともいえない	そう思わない	無回答	
報告がなかった	n=81	111	23	1	20	155	72%	15%	1%	13%	100%
報告があった	n=43	49	9	4	10	72	68%	13%	6%	14%	100%

【指導看護師質問票】

		指導看護師からみて介護職員は事故発生への対応方法を理解している(人)						指導看護師から見た介護職員の対応方法の理解(割合)					
施設ごとのヒヤリハットの発生	施設数	そう思う	どちらともいえない	そう思わない	確認できず	無回答	合計(n=125)	そう思う	どちらともいえない	そう思わない	確認できず	無回答	
報告がなかった	n=82	66	8	1	6	1	82	80%	10%	1%	7%	1%	100%
報告があった	n=43	31	3	0	8	1	43	72%	7%	0%	19%	2%	100%

⑦ヒヤリハット発生の報告状況と事例検討会との関係性

事例検討会の開催回数でみると、3回以上開催しているのは「発生の報告がない」施設で14件（17%）、「発生の報告がある」施設で14件（33%）となっており、報告している施設では3分の1が概ね月1回以上で検討会を実施していた様子である。

図表58 ヒヤリハットの発生状況と事例検討会の開催

【検討会回数(施設訪問ヒヤリング結果)】		事例検討会回数(施設数)									事例検討会回数(割合)						
施設ごとのヒヤリハットの発生	施設数	0回	1回	2回	3回	4回	5回	無回答	合計 (n=125)	0回	1回	2回	3回	4回	5回	無回答	
報告がなかった	n=82	32	11	19	10	3	1	6	82	39%	13%	23%	12%	4%	1%	7%	100%
報告があった	n=43	13	9	4	6	5	3	3	43	30%	21%	9%	14%	12%	7%	7%	100%

⑧アクシデントの内容

アクシデント発生の報告の報告は3施設であった。

アクシデント内容は口腔内吸引で1件、胃ろうによる経管栄養でも6件の発生の報告があり、胃ろうによる経管栄養のアクシデントは「ベッド上」での発生の報告が4件であった。第一発見者は「介護職員」である。

アクシデント状況を見ると、「救命救急の実施」をした事例はなかった。具体的な事故の種類と事故後の対応の内容は以下のとおりである。

◆チューブ挿入部より漏れが発生。車イス上での胃ろうのため、腹圧によるものと思われるが、他の原因として、チューブの太さが少し細いためか？あるいは、自分でチューブをいじってしまうことがあるためか。チューブの折れ曲りによるものとも考えられる。
◆ 同様の状態でもう1件発生
◆誤作動（チューブ接続）にすぐに気が付いて、接続しなおした。
◆胃ろうチューブ内の空気抜き忘れたが、すぐに気が付いて、胃ろうチューブ内のエア抜きを行った。
◆胃ろうより逆流があり、嘔気（はきけ）もみられるので、すぐに中止した。医師の指示があるまで中止を継続します。
◆チューブからの漏れ（PEG周囲）が続く。看取り期のため栄養状態が悪く、なかなか周囲の肉が盛り上がらない。そこでPEGチューブを垂直にして、ガーゼで保護。発赤がひどくならないようにフィルムで保護する。
◆吸痰中に本人が咳きこんだ。よく口の中をみるとだ液が残っており、これが咳き込んだ原因と思われる。