

■利用者 H さんの事例について

利用者の中でもヒヤリハット対象となる回数が最も多く皆様も周知の通り、とてもリスクの高い方です。今回報告に上がったものと別に実際あった事例を含めて作成しました。一読いただいた上で、「何が原因」で「どうしたら防げるか」を1人1つ案を出していただきます。

事例 2 状況・経緯	利用者 H さんがフロア椅子から椅子へ移動しているところを発見。
事例 4 状況・経緯	利用者 H さんが自ら自席から立ち上がり、歩行器で移動しようとしているところを発見した。
事例 1 0 状況・経緯	口腔ケアを終え、利用者 H さんが椅子から立ち上がり歩行器へ移る際に転倒しかけた。
事例 1 2 状況・経緯	利用者 H さんが、フロアの椅子から歩行器を使わずフロア内ソファーまで歩いて移動し横になっていたところを発見した。

■利用者 H さんの特徴

1. 立ち上がり動作が頻回で、移動移乗等の初動が不安定。
2. 認知は年齢相応にあり、指示は時折入りにくいがある程度理解できる。
3. 立位はある程度保持可能。
4. 物事に集中している間は立ち上がり動作あるも動きは少ない。
5. 左にやや傾斜あり。
6. トイレは頻回な方ではない（2～3 hに1回）
7. 気圧の変化で体調が変化する。

発生した要因

そもそも多動の原因（本質）が不明。
長時間同じ姿勢で座っているため、多動ゆえに言葉での抑止をしてしまっていた。
スタッフが固まって談話していて見守りができていない。
いつも同じ介護（ルーティン）をしており、体調への配慮を怠っていた。
トイレの定時誘導を完全にはできていない。
個々の介護への認識の低さ。注意力不足。いわゆる気づきが足りていない。

再発防止に向けた取り組み

スタッフが離れる際は他スタッフに必ず声をかける。
変化等があればスタッフ間で逐一共有し柔軟な対応ができるようにする。
本人が興味を持つコンテンツを探す。（レク等）
長時間同じ座位をなくすレクや体操等の実施。
不必要な抑止がないように心掛けた声かけや見守り対応。

検討会参加へのコメント

自身の介護を振り返るきっかけとなった。
ヒヤリハットを書いたことがないし、そもそも書くことが大変。
ヒヤリと事故報の明確な定義がわからなかった。
マイナスのイメージがあったが実際に書いてみて考えが変わった。
スタッフが同じ勤務時間ではないので、自身の勤務時間外の事象の共有が大事。
リスクは常に発生する可能性があるとの再認識。