

重症心身障害児者が利用する
施設の危機管理

障害のある人の医療と生活

アクシデント・ヒヤリハット集

危ない！ こんなところ

～ 事故を未然に防ぐ こんな対応 ～



神奈川県重症心身障害児者協議会

障害のある人の医療と生活
アクセシブル・ヒヤリハット集
『危ない、こんなところ』 発行にあたって

神奈川県重症心身障害児者協議会
会長 江川文誠

私たちは神奈川県内で重度の障害のある人が利用される福祉施設の集まりで、日ごろそれぞれの施設で体験しているヒヤリハットの情報を共有しようということで、今回事例を集めこの冊子を発行することとしました。

重い障害のある方が福祉施設を利用する機会は、近年増加してきています。生活、介護にとどまらず医療的ケアと呼ばれる行為も福祉の現場では普通に目にするようになってきました。ただ、対象者がそれでも少数であるため、その方たちに対するケアの経験を一つの施設の中だけで蓄積することには限度があります。

このような冊子が県内に限らず、全国で活用されることで、さらに情報の輪が広がり、重い障害のある人の地域生活の糧になることを願っています。

今後は当協議会のホームページにも同内容を載せてゆきたいと考えています。皆様からのご意見などを積極的に取り入れながら、さらにバージョンアップを図ってゆきたいと思えます。

目 次

重症心身障害児者協議会加盟施設での危機管理に対する取り組み	1
インシデント・アクシデント発生時の基本的対応	4
【主に医療・看護系】	
1 注入・チューブトラブル関係	5
2 酸素・吸引関係	9
3 点滴・注射関係	11
4 薬関係	13
5 医療機器関係	19
【主に生活・介護系】	
6 食事・配膳関係	22
7 異食関係	27
8 歯磨き関係	29
9 転倒・転落関係	31
10 外傷関係	35
11 入浴関係	38
12 着脱衣関係	40
13 トランスファー関係	42
14 介護機器関係	43
15 送迎関係	45
16 自傷行為関係	47
17 情報伝達関係	48
18 その他	51
■レポート提出を促進するための取り組み	54
■レポート活用法	55
■自由意見	55
■インシデント・アクシデントの主な分析手法	57
(参考) 研修のためのワークシート	59
■研修(グループワーク)の進め方の例	61
■神奈川県重症心身障害児者協議会の紹介	62

事故を未然に防ぐために、各施設ではヒヤリハット報告やインシデント・アクシデントレポートを基に検討し、原因を明らかにする中で、その対策や工夫をしているところでもあります。その対応策は、それぞれの施設の状況に応じた特色があり、当然、どこの施設でも、そのまま使えるものではありませんが、ヒントを与えてくれる対応もあろうかと思えます。

そこで、各施設が事故等の予防のためにどのような取り組みを行っているのかを、平成27年7月～8月にかけて、神奈川県重症心身障害児者協議会加盟施設に対し、調査したものを取りまとめました。職員研修などで事故防止のために活用していただきたいと思えます。

なお、この事例集の中では「インシデント」と「ヒヤリハット」の表現が混在しておりますが、事故には至らなかったが適切に行われないと事故になる可能性がある「インシデント」と日本語として分かりやすい「ヒヤリ」としたり「ハッ」とした経験の事を指して、見過ごしたり気付かずにいると事故になることがある「ヒヤリハット」は同義語としてお読みくださいますようお願いいたします。

＜重症心身障害児者協議会加盟施設での危機管理に対する取り組み＞

○ヒヤリハット・事故報告を出しやすい環境作り

ヒヤリハット報告については、つい、罰則的なイメージになりがちなため、報告書の提出にあたっては、「よく気が付きましたね」や「積極的に報告してくれて、ありがとうございます。」と言葉がけを心がけ、提出しやすい雰囲気作りをしています。

○リスクマネジメント委員会の組織化を図る

ある施設では、利用者の骨折事故時に家族から管理体制の不備を指摘され、その改善に向け取り組む中、リスクマネジメント委員会を立ち上げました。そこでは、①事故等の再発防止に向けての具体的な対策検討や事故防止検討会議の開催及び進行管理②リ

スクマネジメントシステムの進行管理③労働環境の安全衛生向上のための行動計画の作成・実施及び進行管理を主な事務分掌とし、具体的には職員アンケートを実施し、リスクの抽出を行い、年度の重点的な取り組みを基本計画書として作成し、取り組むことにしました。

例えば、転倒転落のリスクに対し、移乗の際は必ず2人以上で行うことや床面素材の改修。また、誤嚥防止のための食形態の把握、備品の不備、接遇などに対しても改善策を検討し取り組んでおります。

実際に意識の向上が図られ、2人でのトランスファー導入後は事故件数が3分の1に減少しました。

危機に対しては、管理していてもエラーは起きますが、場当たりの対応の管理では事故を招く可能性があるということを戒め、組織として危機管理をしていくことが大切です。

危機管理に関しては年間のスケジュールを立て、計画的に進行管理していくことにより、様々な場面で想定されるリスクを軽減していくことができると考えます。

○情報処理と対応のスピード感

また、当日に、リスクマネジメント委員や主任が中心になり、ショートミーティングを行い、ヒヤリハットの検証を行っています。

単なる報告や、「今後、気をつけましょう。」とのスローガンでは終わらず、この報告から、「次のリスクとして何が考えられるか。」や具体的な対応を話し合っています。

○インシデント報告書の活用を考える

インシデント報告は、事故に至らなかったヒヤリとした事例を報告し、その対策を検討し事故を起こさないためのものと考えます。いろいろな事例を報告、共有して、危険予知に役立たせるものとも言えます。

その意味ではたくさんの報告書が提出されることは意味のあることですし、対策として取り組んでいるチェック等が功を奏し、事故に至らずヒヤリで収まることも多々あります。

しかし、何度も同じような報告が提出されるのも事実です。効果的な手立てがないということなのかもしれませんが、原因は一つではないので、考えられる原因がいくつも現れる報告書の様式が欲しいところでもあります。

更に、より大切なのは報告を検討する際の重要な資料の一つとしての位置づけであり、研修等に活用し効果的に事故防止に役立つ報告書になるとよいと思います。

提出された報告を数だけ整理する単純集計やクロス集計をするだけでは、未然に事故を防ぐことは出来ません。具体的に検討された対応策には環境面での対応など、予算上の配慮や構造上の配慮等が必要なこともあろうかと思っておりますので、そうした対応を検討

できるシステムも必要と考えます。

また、報告がペナルティーと感じさせるような体制では、報告件数も伸びず、事故防止に役立ちません。職員が利用者にどれだけ意識が向いているかという点では、「ニコリホット」のような、「〇〇した時に〇〇さんの笑顔が増えた」という取り組みを行い、利用者への関心を高め、インシデントの減少に役立てることも参考になります。

○職員の意識を高めるために

研修として年に10回程度、危険予知訓練（KYT）を実施し、職員が年に2回出席できるようにしています。研修内容としては、利用者支援の日常の写真を診て、ヒヤリハットや事故につながりかねない事象を参加職員が一つ一つ指摘し、隠れているリスクを発見するという“気づき”を促しています。

このため、ゲーム感覚で進行して、どんな発言も認めているため、発言することで、リスク発見の気づき感覚を高めることを目的としています。

○研修計画を立てる

施設では、事故防止に対する研修に取り組んでいるところも多くあります。例えば、パーソナリティーに起因する事故対策として、保険会社が行っているような「自己診断ウイークポイントチェック」を実施し、自らのウイークポイントを自覚する機会を設けていたり、直近1週間で職員が体験したヒヤリについて、「どんな事故になるところだったか」「その時の体調は？考え事はしていたか？」「どうしたらヒヤリ体験をせずにすんだか」等職員自らが考え直す機会を与える研修を企画しているものもあります。

河野龍太郎氏が「安易な対策三点セット」と評している「ヒューマンエラーが関係したトラブルが発生すると…（略）…①『十分に注意して作業するように』という通達を出す。②『安全第一』というスローガンを壁に張り出す。③安全の専門家による講演会を開催する。」という三点セットがあまり効果がないのは分かるはず^(※)と記しており、施設でも良くやっていることだと反省します。

ただ、やらないよりはどのようなことでも行って注意喚起していくことは重要ですので、視点を変えた研修を行なうなど計画的に実施する工夫が求められます。

今回、取りまとめた事例には、物理的に絶対起こりえないという対応策を示すことは出来ませんでした。これらの事例を踏まえて、各施設で検討を重ねていただき、マニュアルの変更、システムの変更、研修の取り組み等を考え、事故の軽減を図っていただきたいと思います。

(※) 「医療におけるヒューマンエラー」第2版 河野龍太郎著 医学書院発行

◎インシデント・アクシデント発生時の基本的対応◎

◆利用児者の安全確保・安全確認

ヒヤリや事故が発生した時は、速やかに『利用児者の安全を確保』するとともに、他の職員や医師への報告を行い、『受傷状況の有無の確認』をし、『何らかの影響があると判断した場合は最善の処置』をとる。

施設内で対応困難と判断される場合は、『迅速な救急対応』を図る。

◆迅速な報告・組織的な対応

報告は推察や自分勝手な判断等をせず、事実のみを伝える。第一報は直接口頭で行い、『状況が把握された段階で直ちに報告書を作成』する。日にちをおくと記憶が不確かになるので、報告書の作成も状況が落ち着き次第行う。記載にあたっては、「いつ」「どこで」「誰が」「何を」「どうしたか」について簡潔に記載する。ヒヤリや事故に対しては、『組織として対応することが基本』であり、情報の共有をしっかりと行うことと、事案の内容によって、最も安心できる説明体制や謝罪・連絡を行う体制を整えること。

◆家族等への丁寧な連絡

家族や後見人への連絡は、できるだけ早い段階で行い、利用者、家族、後見人に対しては『謝罪や説明にあたっての十分な配慮を行うこと』。利用児者への影響が考えられる場合は、経過についてできるだけ頻回に連絡を行うこと。なお、説明の際の家族や後見人の様子や指示等についても情報共有する。

◆対応策の検討

当面の対応策と今後の検討方向について施設内で検討し、家族や後見人に十分な了解が得られるよう説明していく。

◆リスクマネジメント会議

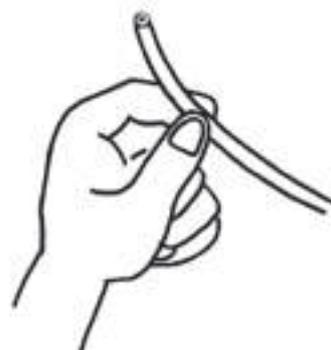
同じことが繰り返されないように、施設内で事案を分析し、対応策を検討していく。その際、職員の意識高揚だけではなく、具体的に何をどう改善していくのかを検討すること。大きなアクシデント等については、第三者を入れたり、第三者による事故検証委員会を立ち上げたりしていく。

※この冊子では、事象の発生したもの、処置が必要となったもの、薬に関係する対応については、全てアクシデントとして整理させていただきました。

1 注入・チューブトラブル関係

◆事例1

手が動く利用者が、注入中に自分でチューブを抜いてしまった。[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- ・バイタルサインを測定。特に発熱に注意し、医師等に報告しました。
- ・接続してから5分ほどして、様子を見に行き早期発見につながりました。
- ・鼻腔チューブが抜けかかったため、チューブの先端の位置を確認し、音が確認できないことからチューブ交換を行いました。
- ・手の可動範囲にチューブ類を置かないようにしました。
- ・チューブを背部に固定し、手が届かないようにしました。
- ・チューブを枕の下を通すなど、手の届かないところにしました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- ・注入中に手が触れる範囲をタオルやクッション等でカバーしました。
- ・行動制限の同意を得て、注入時はミトンや抑制帯を使用しました。
- ・テープでの固定方法の見直しを行うとともに、注入後の継続的な観察をしました。
- ・手の動きが激しい為、胃瘻への変更をしました。
- ・動きの盛んな利用者には、袋注入→ピストンで分割注入に変更しました。
- ・カンファレンスを行い、情報を共有しました。
- ・手の動く範囲が広く、チューブの抜去等の危険がある場合には、注入をショットでの対応か確認したり、抜き差しで対応するようにしました。

<残る課題>

点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように四肢を固定することは身体拘束になります。

また、ミトン型手袋の使用により、手指の機能を制限することは行動制限になります。施設の判断で身体拘束や行動制限を行わなければならないという状況が認められた場合は、単独で判断することなく組織として、他に代替する方法がないかを検討するとともに一時的に利用することを明確にした上で、後見人や家族等に、必要性、時間、期間、場面、実施方法等を説明し同意を得て行うことが望ましいです。

◆事例2

気が付くと注入液がこぼれており、確認すると、接続部が外れて漏れていた。【アクシデント】



<こんな対応をしました>

- 更衣をした上でこぼれた注入物を量り、補水を行いました。
- 接続部を見えるようにするとともに、接続部をテープで留めました。
- 医師へ報告し、漏れた量と同じ量の注入液を補給しました。
- どの程度栄養剤が漏れてしまったのかを確認し、状況によっては、再度不足分の注入を実施しました。また、なぜ外れたのかを確認し、外れやすい状況であればテープで外れにくくしました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 接続部の確認を適宜行う他、職員2名でダブルチェックを行うようにしました。
- 接続時に緩みがないか確認するようにしました。また、接続部外れが多い利用者に対してはテープ固定を確実にするようにしました。

◆事例3

なかなか注入が進まないのを確認すると、留置してある注入チューブにつまりがあった。【アクシデント】



<こんな対応をしました>

- 詰まり防止に酢を使用しました。（※参考例）
- 注入前に白湯でフラッシュ。後押し白湯量 30ml 以上など指定する。湯温でつまりを解消させる。つまりがなくても抵抗感がある時は申し送るなどをしました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- つまりの原因について検討し、エルカルチン錠は溶解しにくく、つまりやすいため、医師に相談し、水薬へ変更してもらい、つまり防止に努めました。
- 薬の種類によっては、細かくつぶしたりして対応しました。

(※酢の利用参考例)

「酢の使用法」

方法・・・10倍に希釈した食酢をチューブ内に充填しクランプする。

◆事例4

利用者が集まっているところで注入準備をしていたところ、利用者が注入スタンドを触って、倒してしまった。[アクシデント]



<こんな対応をしました>

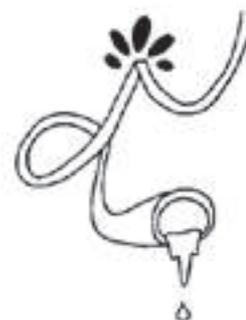
- 注入スタンドの位置を利用者の手の届かない場所に変更しました。また、胃脘部からボトルへのチューブの位置を変更しました。
- スタンドを砂嚢で固定するようにしました。
- 利用者の近くにはおかないようにしました。
- 動いたり手が出てくる利用者の周りは、十分なスペースをあけるようにしました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 注入をする際は本人が届かない位置にスタンドを設置することを周知徹底しました。
- 車いすにスタンドを固定するようにしました。

◆事例5

流れが悪いので確認すると、チューブのルートが折れ曲がっていた。[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- 接続部を見えるようにするほか、接続部をテープで留める、ルートのチェックを行いスムーズな流れになっているかを確認しました。
- 開始前に屈曲や閉塞がないか確認しました。
- こまめに滴下状況の確認を行いました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 折れ曲がりやすい場合、切込みを入れたスポンジにチューブをはさみ、折れ曲がらないようにしました。

◆事例6

なかなか（減らない又は注入が早い）と思って確認したら、注入速度を間違えていた。

【アクシデント】



<こんな対応をしました>

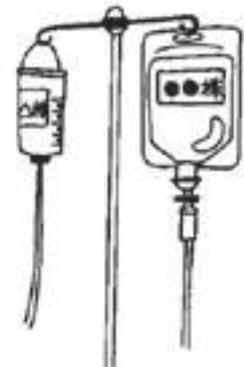
- 注入速度を適正な速さに修正して対応しました。
- バイタルサインの変動や腹部症状の観察を行い、医師へ状況報告しました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 目安となる時間をボトルに記入するなど、可視化を図りました。
- 注入ポンプに速度をテープで表示しました。
- 注入を開始した後も頻繁にラウンドしながらチェックするようにしました。

◆事例7

点滴スタンドに掛けられていた2つの注入ボトルを取り違えて、別の利用者の注入液を注入してしまった。【アクシデント】



<こんな対応をしました>

- すぐに気付いたため、医師に報告し、様子観察となり、定量の注入を開始しました。
- 注入が必要であった利用者の状態を確認し、医師の指示を仰ぎ対応しました。
- アレルギーがないか確認の上、医師へ報告し指示を受けました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 名前をよく確認してからチューブをつなぐようにしました。
- 注入札のテープの色分けをし、間違えないように注意を払うようにしました。スタンドに掛けてある所から持ち出す時、また、本人の所に行っても必ず氏名と札を確認するようにしました。同姓などは、名前を大きく表示し、札の両面に氏名を表示しました。
- 点滴スタンドは一人で一つの注入ボトルを掛けて使うようにしました。
- 間違えないように指差し、名前の確認を徹底しました。
- 注入直前にリストバンドか、ベッドネームでバーコードを読み取り、利用者の確認をしました。
- 指差し確認や声だし確認の徹底と一緒に2つは持たないこととしました。

◆事例8

ボタンへの接続チューブを取り違い、他の利用者の物を使用してしまった。[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- 注入が必要であった利用者の状態を確認し、医師の指示を仰ぎ対応しました。
- 間違えて使用してしまったチューブは破棄し、新しいチューブを使用しました。

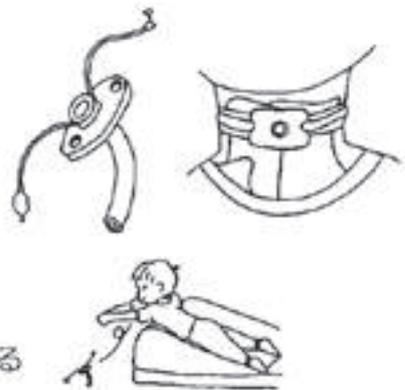
<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 接続チューブにテプラを貼り、名前を分かりやすくするとともに、接続前の名前の確認をしっかり行うようにしました。
- 間違えないように指差し、名前の確認を徹底しました。
- 胃ろうチューブをベッドサイド以外で使用する際は、使用前にダブルチェックをするようにしました。胃ろうチューブをベッドサイドに置く前にもダブルチェックを行いました。
- テープに名前をフルネームで、一目でわかるような大きさに記入しました。
- 同姓だったため、ネームプレートの色を変え、名字をやめて名前の表示に変えました。

2 酸素・吸引関係

◆事例9

気管カニューレが抜けてしまったり、抜けかかっていた。[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- すぐに再挿入する対応を取りました。
- 家族に連絡をし、報告と謝罪をしました。
- 利用者の当日の活動内容を振り返り、どの場面で起こりうるか原因の究明に努めました。
- カニューレが抜けやすい利用者には、カニューレバンドとたすき掛けを使用しました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 抜けにくい方向で「張り」がかかるようにテープを固定するようにしました。
- もともと抜けやすい利用者があり、たすき掛けのベルト使用を試してみたが役に立たなかった。着替えや移動の際に十分注意して対応することにしました。

- 利用者ごとにカニューレの予備を床頭台で保管し、抜去時にはすぐに対応できるよう準備しました。
- カニューレバンドの長さの調整と固定方法の工夫をしました。自分で動かしてしまう利用者には、カニューレの種類を変更し抜けにくい物にしました。
- 痰が多い時は、その可能性も考えて、いつもより頻回にラウンドし未然に防ぐようにしました。
- 移乗後、衣服の着脱後、日中活動中、吸引実施時、姿勢交換時等は特にカニューレ抜去がないか確認しています。
- カニューレバンド装着時には、必ず職員2名で実施するようにしました。
- ケアの前後のカニューレバンドの確認の徹底と利用者個々に使用しているカニューレバンドの見直しを行いました。
- カニューレバンドの状態を確認し、新しい物に交換しました。
- カニューレバンドのマジックテープの粘着が弱くなったら早めに新しい物に交換しました。
- 正しいカニューレバンドの装着を、共通知識として持てるよう勉強会をしました。
- 変形が強い利用者にはカニューレバンドのゆるみが均等になっているか、体位交換毎に確認することになりました。
- 気管切開している利用者が腹臥位をする時は、頭側に2人の看護師、足側に支援員を配置し、腹臥位をする前にカニューレベルトのゆるみチェックをしっかりと行い、反転させる側の看護師は、カフなしカニューレの場合はカニューレを押さえながら行うこととしました。また、その手技のレクチャーも行い確実なものとなりました。
- 呼吸器装着者の場合、回路を持ちながら行うか、外せる利用者なら回路を一旦外して行いました。

◆事例 10

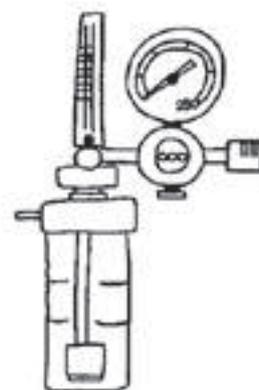
設定を見ると、酸素の流量違いがあった。
[アクシデント]

<こんな対応をしました>

- 担当者や状況が分かる職員に確認し、間違いであれば速やかに正しい設定にしました。
- 設定ミス状況については、職員に周知し注意を促しました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 各勤務帯での確認、及び移動後は設定表を見ながら確認することになりました。



3 点滴・注射関係

◆事例 11

点滴チューブを自分で抜いてしまった。
[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- ・チューブを裾に通すなど、手が届かないように対応しました。
- ・利用者の可動域や利き手などをしっかり把握しておくようにしました。さらに、固定方法を工夫しました。
- ・自分で点滴を抜いてしまう利用者には、抑制帯の使用や点滴ルートが本人に見えないような工夫（バスタオルでルート部分を覆う等）をしました。
- ・紙コップやペットボトルを切ってカバーを作ってみました。（※参考例）

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- ・行動制限の同意を得て、点滴時はミトンや抑制帯を使用しました。

<残る課題>

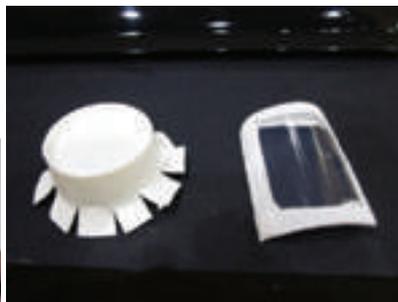
点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように四肢を固定することは身体拘束になります。

また、ミトン型手袋の使用により、手指の機能を制限することは行動制限になります。施設の判断で身体拘束や行動制限を行わなければならないという状況が認められた場合は、単独で判断することなく組織として、他に代替する方法がないかを検討するとともに一時的に利用することを明確にした上で、後見人や家族等に、必要性、時間、期間、場面、実施方法等を説明し同意を得て行うことが望ましい。

(※紙コップ・ペットボトルカバー参考例)

ペットボトルを切り、ケガをしないよう周りをガーゼのテープで保護。

使用にあたっては、点滴チューブなどを丸めてカバーの中にまとめて、余分なチューブを少なくする。



◆事例 12

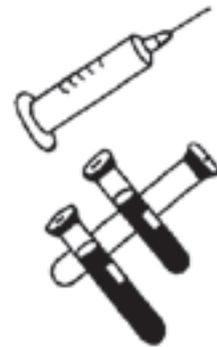
採血スピッツの選択を間違えて、必要な検査が一度の採血でできなかった。【アクシデント】

<こんな対応をしました>

- 採血前に必ずスピッツ、量を確認し、分からない時は検査室に連絡しました。事後の場合は、医師に報告し指示を仰ぎました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- よく実施する検査項目と実際のスピッツを貼りつけた採血スピッツ表を作成し、それを見ながら用意するようにしました。



◆事例 13

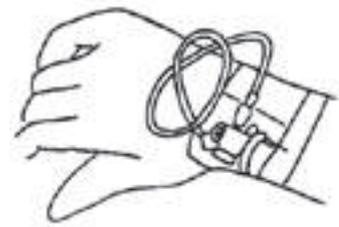
ヘパロック中の利用者への抗生剤の点滴が漏れているのに気が付いた。【アクシデント】

<こんな対応をしました>

- 速やかに針を抜き、改めてルートを確認するとともに、針を抜いた部分の状態を観察しました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 点滴時のチェック表を作成しました。
- 抗生剤の点滴開始前、開始後 15 分毎に速度と刺入部の確認をしました。



◆事例 14

点滴の流量入力間違いをしてしまった。【アクシデント】

<こんな対応をしました>

- 本人の様子を観察するが、変化なく過ごしました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- ポンプ設定後は声出し、指さし確認を徹底することにしました。
- 指示書を手元に持ち、声を出して確認するようにしました。
- 点滴開始時や流量変更があった際には、ダブルチェックすることを徹底しました。
- 点滴チェックは 1 時間に 1 回実施することをルール化しました。それ以外でも訪室時には気にかけて確認するようにしました。



<残る課題>

河野龍太郎は、その著書で「医療機器にはエラーを引き起こす可能性が非常に高いものがたくさんあり、種類や形式、表示や操作方法がそれぞれ異なっている。例えば、シリンジポンプや輸液ポンプには、流量、積算量、総量などのモードがあります。(略)『モード』と聞いた瞬間、『エラーがそこで起こるぞ』と頭に浮かべて欲しい」と記し、エラーを誘発しやすい環境への注意を促しています。^(※)

(※) 「医療におけるヒューマンエラー」第2版 河野龍太郎著 医学書院発行

4 薬関係

◆事例 15

薬のチェックをしている時に、処方箋の薬名表記と実際の薬の袋の表記が違っていることに気付いた。



<こんな対応をしました>

・ダブルチェックの効果があり、事前に発見することができ、未然に事故が防げました。

<更に再発防止の為に(取り組んだ又は考えられる)対策>

- ・薬のチェックは2人で、声出ししながら行うようにしました。
- ・持参された薬の内容、用量、投薬時間について、しっかりと確認するようにしました。
- ・配薬セットをする際には、ダブルチェックをすることを基本としました。
- ・短期入所者の場合、入所時に家族から処方箋の内容を全て確認することになりました。

◆事例 16

ホクナリンテープを貼る利用者に、貼り忘れていないことに気付いた。[アクシデント]

<こんな対応をしました>

- ・剥がし忘れがあり、前日分を剥がして本人の状態に変化がないか様子観察しました。
- ・呼吸状態の変化がないか確認し、医師へ報告しました。



<更に再発防止の為に(取り組んだ又は考えられる)対策>

- ・新しいものを貼る時に剥がすことを徹底し、処方箋にどこに貼ったか部位を記入することとしました。

- ・貼付する時間帯の配薬ケースに入れることにしました。
- ・テープ類については、日時を記入して管理することにしました。
- ・貼付する際には、古い物を剥がし、新しい物に日付・時間を記載し、処方箋にサインをすることにしました。

◆事例 17

臨時薬が出ていたのに気付かず、投与されていないことを後で気付いた。[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- ・家族に状況の説明と謝罪をしました。同時に医師に報告し、再投与の時間を確認しました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- ・各セクションにホワイトボードを設置し、そこに記入し、全体化を図りました。
- ・臨時薬の所定の場所を設置するとともに、臨時薬がある場合の引き継ぎの方法の再確認と徹底を行いました。
- ・臨時薬のセット時はダブルチェックをすることにしました。また、薬袋の向きを変えるなど視覚的にもダブルチェックの効果を出せるように工夫しました。（※参考例）
- ・処方箋の臨時薬の切れる日にマーカーを付け、さらに薬袋一つ一つに日付を記入し、定期薬との差別化を図るようにしました。

（※薬袋の向き変え参考例）

臨時薬のケースに入れた薬については、一人目がチェックしたものは、縦型の薬は横に向きを変える。2人目のチェックの際に再確認したものは、元の向きに戻す。又は、印字の向きを変更するなどしてチェックを確実なものにしました。



◆事例 18

緩下剤の滴下数に誤りがあったことに後で気が付いた。[アクシデント]

<こんな対応をしました>

- ・排便状況や腹部症状の観察をしました。
- ・内服薬のダブルチェックはしているが、緩下剤のチェック体制が出来ていないので検討が必要です。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 緩下剤については、小さな薬杯に滴下して個人毎にセットし、飲んだ空容器をチェックすることで確認するようにしました。
- 与薬の際に、毎回、滴下数とその日の排便状況を確認してから与薬するようにしました。

◆事例 19

排便があったのに浣腸又は下剤を飲ませてしまった。[アクシデント]

<こんな対応をしました>

- 看護師・ドクターに報告し、本人の腹部状態を確認しました。
- 排便状況や腹部症状の観察をしました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 処置直前の排泄チェック表の確認を再徹底しました。
- 排泄チェック表の記載漏れがないように確認をするようにしました。

◆事例 20

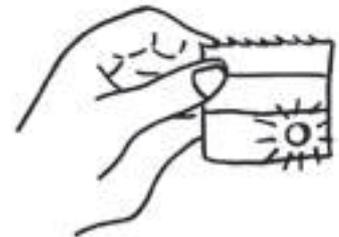
服用後の薬袋に錠剤が残っていることに後で気付いた。[アクシデント]

<こんな対応をしました>

- その錠剤を把握し、医師に報告・相談しました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

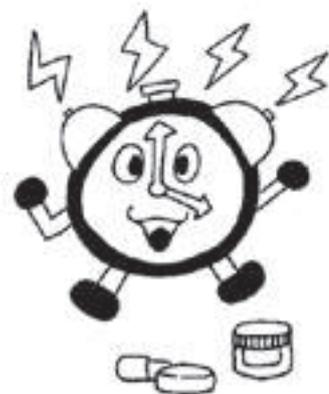
- リーダーが食事時間終了後、すみやかに空袋のチェックを行うようにしました。
- 色がついて中が見えない薬袋は、飲み残しが無いよう開いておき、確認しやすくしました。
- 投薬後、薬袋一つ一つに実施者のサインを入れながら、空であることをチェックするようにしました。さらに、リーダーが一つ一つの薬袋をチェックして、空であることを確認することにしました。
- 与薬の際に、どんな薬がいくつあるのか処方箋で確認して与薬するようにしました。
- 何種類もの薬を飲んでいる場合、途中で錠剤があると気づきにくいいため、錠剤は一番上にくるようにセットしました。



- ・臨時の薬が出た場合は、バラバラにしないで一番上にホッチキスで留めるようにしました。
- ・錠剤シートも誰のかわかるように、空の薬袋を入れるBOXに入れて最終チェックするようにしました。
- ・与薬後は、必ずその場で空袋の中身を確認するようにしました。
- ・一人KYT（危険予知トレーニング）を実施するようにしました。例えば、手順として、①名前…ヨシ！②時間…ヨシ！③薬名…ヨシ！という内容で、一袋ずつ「指差し確認」を行っています。

◆事例 21

薬を飲ませる時間を間違えてしまった。
[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- ・医師へ報告し、指示を仰ぎました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- ・タイマーなどを使い、全体で把握することになりました。ただ、誰の何のためのタイマーだったのか、わかりにくくなることもありますので、工夫も必要になるかもしれません。
- ・薬袋に内服時間を記入する、もしくは薬局で印字してもらいました。
- ・読み合わせをする時に必ず時間も伝えるようにしました。
- ・指示簿・処方箋を必ず確認しながら予薬するようにしました。
- ・定時（朝・昼・夕）以外の薬は、専用の箱に入れて置くという決まりを作りました。
- ・服薬時間により、薬を入れるBOX（個別）の色を変えるようにしました。（例えば、12:00 は緑、14:30 は赤というように。）

◆事例 22

浣腸をするのを忘れてしまった。
[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- ・排便状況を確認し、処置が必要であればすぐ行うとともに、必ず排便状況が分かるように記録を確認することになりました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 職員の目につく、所定の場所に浣腸を用意し、施行前後にサインをすることにしました。
- 浣腸をする時間を基本的に朝の時間に設定し、個別に時間の変更がある場合は、その日の申し送り等で確認するようにしました。
- 担当利用者のタイムスケジュールを把握し、時間ごとに行うケアを書きとめ確認し、忘れないようにしました。
- 準備の段階でたくさんの目で確認するようにしました。
- 医師に指示書を出してもらい、それで確実にチェックするようにしました。
- 浣腸を行う場合、申し送り用紙に○印を書く欄を作って、職員全員が業務前に確認するようにしました。
- 転記を止め、温度板（版）からパソコンで反映する用紙を使用し、不明な時や短期利用者の確認はカードックスで確認するようにしました。

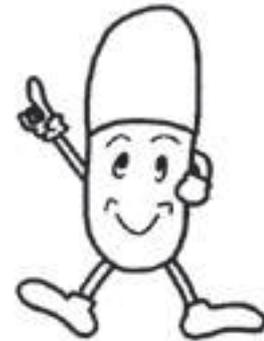
<残る課題>

気を付けたいところは、本人の状態（腹部）や活動内容により対応を考えていくことが大切であり、例えば、すべて朝に実施するというのは、本人視点というよりは、スタッフの都合が優先しているのかもしれませんが、より細やかな視点にたって、対応策も検討しましょう。

◆事例 23

誤与薬・薬の飲ませ忘れがあった。

[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- 医師へ報告し、指示を仰ぎました。
- 時間遅れで内服を実施し、その後も時間の調整を行いました。
- 通所の場合は、看護師、家族への連絡を行い、判断を仰ぎました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- トリプルチェック（①職員による薬のチェック→②看護師によるチェック）→③服用直前の最終チェック）を行うようにしました。さらに、与薬時に名前と内容の確認をダブルチェック（看護師と、看護師または支援員）をしました。
- 配膳車内の配膳トレイに配薬する時は、薬名の読み上げと現物の確認を2名でチェックし、食事介助者が介助前に、再度、一人で処方箋と現物を確認することにしました。更に与薬介助後、与薬者名を記載しシングルチェックすることにしました。
- ホワイトボードに記入し、全体化を図ることにしました。

- 薬をセットする場所に曖昧さがあったので、明確にして与薬のタイミングも再確認しました。
- 人員の関係でダブルチェックが難しい時は、一人KYT（危険予知トレーニング）を徹底しました。
- 朝、声出しして、みんなで気をつけるようにしました。
- トレイ内に薬BOX（個別）を入れ、BOXごとに利用者のベッドサイドに持って行き、服薬したら、BOXを再びトレイに戻さずトレイから下げることにし、服薬していないものはトレイに残るのでみんなが分かるようにするとともに、リーダーが声かけするようにしました。

◆事例 24

点眼薬が出ていたのに、点眼するのを忘れてしまいました。[アクシデント]

<こんな対応をしました>

- 医師へ報告し、指示を仰ぎました。



<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 薬の服用については、健康チェックボードを作りチェックしているところですが、新たに目薬（点眼）のチェック欄を設けることにしました。
- 電子カルテ上に点眼の実施を入力する項目を設けました。
- 忙しい時間帯などは、タイマーをセットし、忘れないようにしました。ただ、誰の何のためのタイマーだったのか、わかりにくくなることもありますので、工夫も必要になるかもしれません。
- 仕事前に指示簿を確認することを徹底しました。
- 皮膚処置表（棟でオリジナルの記録用紙を作成し、公文書扱いで使用している）を活用するようにしました。
- 実施した時に必ずチェック表に記載し、点眼忘れがないか複数人で確認できるようにしました。
- 1回ごとの点眼薬も出ているので、日付・時間を記入し、点眼忘れ確認ができるようにしました。
- 薬と同じように点眼薬もBOX（青色）に入れて、トレイにセットするようにしました。
- 個人の（記名入り）小さなBOXを用意して、職員の目につくカウンターに時間外薬の置き場を作り、そこに置いて気に掛けるようにしました。
- 点眼したらチェック表（薬・排泄などいろいろチェックできる表を使用）に必ずサインすることを徹底しました。

5 医療機器関係

◆事例 25

注入ポンプの異常で、注入が止まってしまっていた。
[アクシデント]

<こんな対応をしました>

- ポンプの作動を再確認し、故障時には交換して注入を再開しました。異常のポンプは修理を依頼しました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 注入スタート後、ラウンドして状態を再チェックするようにしました。
- 機器による異常の場合は原因まで明確にもらうか、代替品との交換をお願いしました。



◆事例 26

モニターのアラーム設定変更を忘れてしまっていた。又は設定ミスをしていた。[アクシデント]

<こんな対応をしました>

- 医師の指示を必ず確認するようにしました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- モニターにテプラで設定値を記入して添付しました。
- 各勤務でモニターの作動状況の確認を行いました。
- 利用者のいつもと異なる反応を感じた時点で、機器の故障を含め確認することとしました。
- 各勤務帯の始めに、モニターアラーム設定が正しい状態にあるか確認するよう徹底しました。



◆事例 27

反応がないと思ったところ、モニタースイッチをオフにしていたことに気付いた。又はコードが抜けていた。[アクシデント]



＜こんな対応をしました＞

- 気が付いた段階ですぐ確認し対応しました。

＜更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策＞

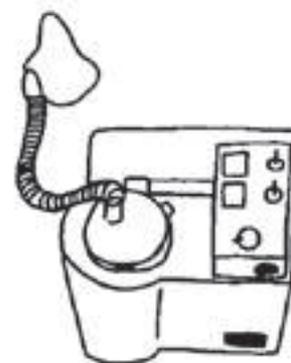
- モニターの上部にコードを掛けるフックを設置し、ベッドやモニターを移動した際に、そこに掛けてコードが抜かれていることに気づきやすいようにしました。（※参考例）
- 各勤務でモニターの作動状況の確認を行うようにしました。
- 利用者から離れる時は、必ず SPO₂ 値を確認してから離れることにしました。

（※モニター上部のフック参考例）モニター上のフックです。



◆事例 28

ネブライザーのかけ忘れに気が付いた。又はネブライザーの薬剤の過少・過大投与に気が付いた。[アクシデント]



＜こんな対応をしました＞

- 利用者の状況（注入スケジュールなど）を確認し、かけ忘れで、可能であれば実施しました。過少・過大の場合は、速やかに医師へ報告しました。

＜更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策＞

- ネブライザー（薬液吸入）の実施を忘れないよう、ホワイトボードに記載し、全体化を図りました。
- 実施の時間、量、順番を記載するチェック表を作成して、実施者がサインするようにしました。
- 勤務開始時に読み上げている安全標語の中に組み入れて、勤務開始時と終了時に薬剤の本数などを確認しました。
- その日、ネブライザーを担当する職員以外の職員は厚意であっても準備をしない。他の職員に依頼する時は二重の作成を防ぐためにも、確実に渡して依頼する。全て終了したらリーダーに実施したことを報告し、ネブライザーの指示書にサインを行うことにしました。

◆事例 29

呼吸器、加湿器の電源が入っていなかった。又は空焚きになっていた。[アクシデント]



＜こんな対応をしました＞

- アラームが鳴ったら、速やかに対応しました。また、空焚きにならないよう早めに補充交換しました。
- 呼吸器の設定確認表の修正を行いました。各勤務帯に1回はダブルチェックをして、設定表にそって確認しました。

＜更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策＞

- 時間ごとにチェック表に記入し、確認するようにしました。
- 各勤務で呼吸器の作動状況の確認を行いました。
- 空焚きにならないよう、手動で水を入れていたものから、自動注水に替え、定時の確認を行いました。

◆事例 30

エアマットレスの設定が変わっていることに気が付いた。[アクシデント]



＜こんな対応をしました＞

- 気が付いた時点ですぐに設定変更を行いました。
- 設定の変更の原因も検討し、設定ミスでない場合は状況に応じた対応策を検討しました。

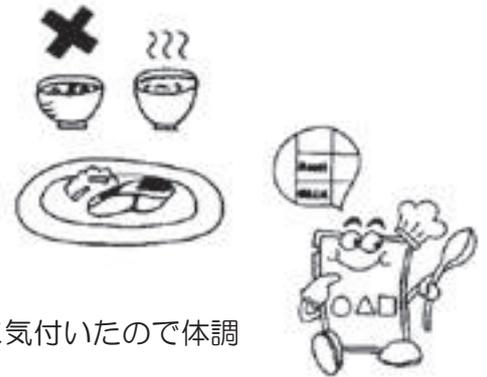
<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 勤務交代時に必ず確認するようにしました。
- 勤務開始時に読み上げている安全標語の中に組み入れて、勤務開始時と終了時に確認するようにしました。
- オムツ交換時に設定を確認するようにしました。
- エアマットを使用する必要性の研修を行いました。

6 食事・配膳関係

◆事例 31

通常、味噌汁がつかない利用者に味噌汁がついていたり、アレルギー対応食の食事の中に、禁止食材が入っていた事に気付いた。【アクシデント】



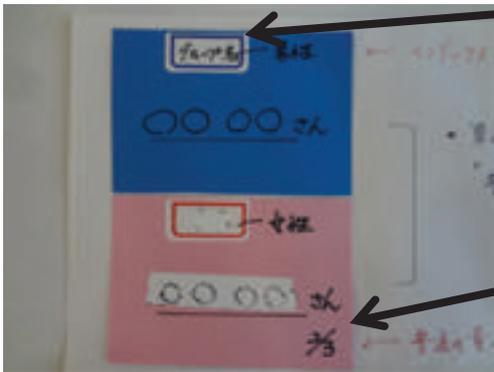
<こんな対応をしました>

- 栄養士に連絡を入れて確認してもらいました。
- 外注した誕生日ケーキに禁止食材を発見したが、食べる前に気付いたので体調には影響がなかった。
- アレルギー食材を食べてしまった時は、医師の判断を仰ぎ、必要な処置と様子観察をし、家族等への連絡を行いました。
- アレルギー症状の有無を観察し、速やかに全スタッフへ情報提供を行い、利用者の変化に注意を向け、異常の早期発見に努めました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

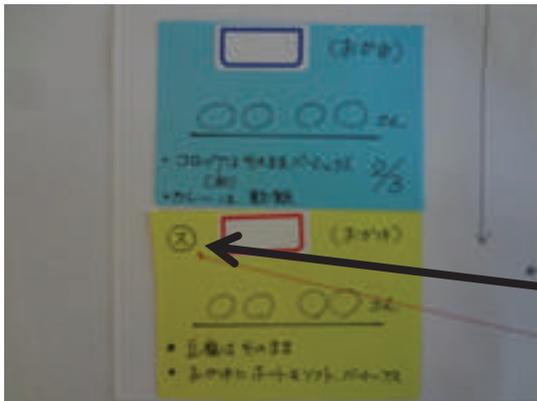
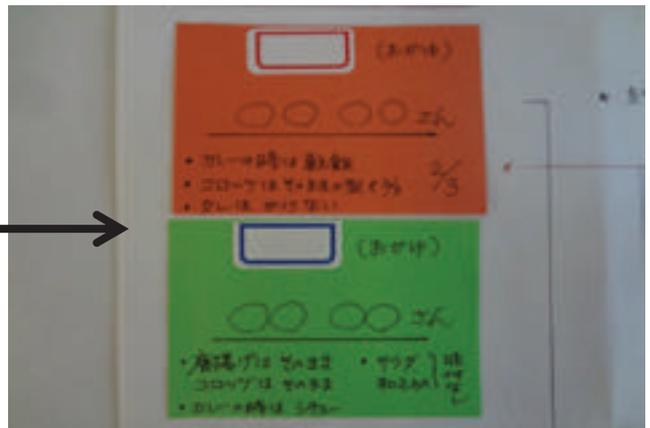
- 食事伝票や食札と照らし合わせて、ダブルチェックをすることにしました。
- 利用者のネームプレートに食形態、量、禁食等の記載をし、更に、色分けを行い、だれが見ても分かるようにしました。（※参考例）
- 食事が始まる際に、メニューを読み上げ確認するようにしました。
- 利用者へメニューの発表を行っている際に、通常提供していない食物がないか注意を払うようにしました。
- 配膳車に個々の利用者の禁止食材を一覧にして貼り出し、確認できるようにしました。
- 食札に食事形態やアレルギー食材等を表示し、食事前に確認するようにしました。
- 配膳の際に、お盆の色を変えてもらい、アレルギーのある人のお盆がどれかすぐわかるようにしてもらいました。おやつなどには、アレルギーが複数ある場合は見て分かるように、おやつにシールを貼りつけてもらいました。（※参考例）
- 「なぜ、みそ汁がつかないのか」という理由を理解するための、情報の共有により全体的な意識の高まりにつながる取り組みをおこないました。

(※ネームプレート参考例)



インデックス青は男性、赤は女性。用紙も男性女性で色分け。普通食の人の例
各自の名札立てに入れる。
普通量の 2/3 量の意味

きざみ食、おかゆの例
下段に個人の細かい情報を記入。
変更時はその都度書きかえる。



ペースト食の例
左上の○囲みのスの表示は、
汁物は具を別にした、汁（ス
ープ）のみの略。

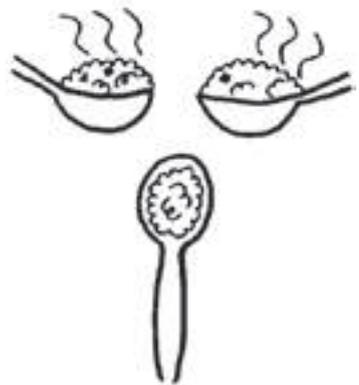
(※トレーの色変更参考例)



◆事例 32

食事を味わってもらうため、経口摂取一口は可の
ところ、数口食べさせてしまった。

[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- ・医師、看護師により状態観察を行い、経過観察しました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- ・家族等が食事介助して「もっと食べたそうだったから」という気持ちで食べさせてしまうこともあります。その際もなぜそれをするのかということや、なぜそうしてしまうと危険なのか、結果としてどうなってしまうのかということを丁寧に伝えています。
- ・食事摂取一覧表を作成し、その都度、確認するようにしました。
- ・利用者の特性について、その必要性や危険性をスタッフ間で話し合いをしました。
- ・食事シートを利用者毎に作成し、シートを見ながら介助するようにしました。
- ・器に盛りつけるのは一口分にしました。

◆事例 33

水分表を見誤り、水分摂取可能な利用者にゼリー
で対応した。又は、その逆の対応をした。

[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- ・気づいた時点で口腔内を確認し、看護師に報告し呼吸状態を診てもらいました。
- ・誤嚥兆候や呼吸状態の観察を行い、確認ミスの原因について職員間で振り返りを行いました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

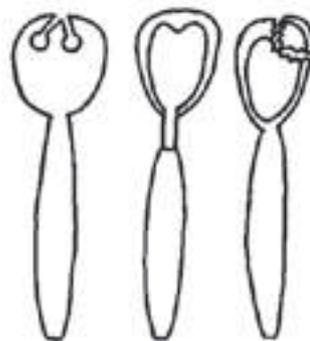
- ・水分表や情報を確実にチェックしてから介助に移るようにしました。
- ・医師の指示を確認し、かつ、食事介助シートや水分表を確認して介助するようにしました。
- ・介助前には、職員同士で声かけをし、間違えないよう食事シートを確認してから介助に入ることを再度徹底しました。
- ・新たに入った職員が分かるように、顔写真付きで水分表を作成しました。

<残る課題>

水分表に限らず、適時、情報の更新を行わなければ、新たなリスクを招きます。
水分表を見誤った原因について、リスクマネジメントする必要があります。

◆事例 34

シリコンスプーンを噛んで破損させたが、破片は回収できた。[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- すぐに開口し、破片を取り出しました。
- 破片が見当たらなかったため、すぐに受診し、数日、様子観察となった。本人と家族に謝罪し、受診結果を伝達し、今後の対策を検討する旨伝えました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- シリコンスプーン以外の素材のスプーンの検討をするとともに、介助方法の見直しを行いました。
- 木製の箸で同様のケースがありましたが、使用前に自助具の状態を確認するとともに、経口摂取の注意点の確認や何故その自助具を使用するのか、介助の際に気を付ける事を確認するようにしました。
- 口腔への取り込むタイミングが不明瞭であったので、改めて、少量を載せて介助するなど援助方法の確認を行いました。
- 薄かったり劣化しているスプーンは使用しないことにしました。
- 洗浄機を使うと劣化が進んでしまうので、器具の状態把握を厨房と介助の現場でダブルチェックすることにしました。

◆事例 35

経口での飲食禁止の利用者におやつを与えてしまった。[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- 家族が食べさせてあげたいとこっそり食べさせたのを見たので、経口摂取による体への負担等について、改めて説明しました。
その上で、基本的には職員が食事対応するので、勝手に食べさせないことと、嚥下機能の再評価を行い、経口摂取の可能性についても検討していくこととしました。
- 家族の利用者に対する思いを傾聴し、摂取することによる身体的影響を説明しました。
その後、誤嚥兆候や呼吸状態の変化について観察を行いました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 医師の指示を確認し、かつ、食事介助シートや水分表を確認して介助するようにしました。
- 職員以外の家族等が行ってしまうことがあるので、本人の状態について十分な理解が得られるよう情報を共有していくようにしました。
- 利用者が三食とおやつの中で、どれが経口でどれが経管なのかを最初に申し送りを受け、さらにデータベース等で常に確認できるようにしました。
- その時の状況についてカルテに残し、全職員で情報共有し、気に掛けるようにしました。

◆事例 36

他の利用者の食事を配膳してしまった。
[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- 食事内容を確認の上、医師等に報告しました。カンファレンスを開き、情報を共有しました。
- 配膳後の摂取状況の確認を行い、医師へ報告をしました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 家族が配膳車から取り出したものが違ってたということがあったので、その際は必ず職員が食事を取り出し、食札と薬をダブルチェックした後、渡すことにしました。
- 食札と配膳表をチェックしてから、配膳車からお膳を出し、利用者の前では食札とネームバンドを確認し、食札を読み上げダブルチェックをして配膳するようにしました。
- 食事箋と利用者のベッドネーム又はリストバンドによる確認を徹底しました。
- 食事を配膳する際には、持ち出す前に声を出して名前の確認をするようにしました。
- 食事介助時には、食札と名前、利用者本人であるかネームバンドで確認し、メニューを発表することを徹底しました。

◆事例 37

飾材の笹葉を食べてしまった。[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- 食べられない物（飾材等）が添えられている時は、調理から事前に伝えてもらっています。その上で、理解できる利用者には、食前に食べられない物が添えられている事を伝えるようにしました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- ・誤食があったり、その可能性のある利用者には、原則として食べられない物は添えないことにしました。
- ・飾材は使用しないことにしました。

7 異食関係

◆事例 38

目を離した時に、おもちゃを噛み、中に入っていた物を口に入れてしまった。

[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- ・すぐに口腔内の物を取り出し、飲み込んでいないのか再確認をしました。その後も体調に変化がないか継続して観察しました。
- ・目が届かない時には、手が届く場所に物を置かないようにしました。利用者に渡す前におもちゃに破損がないか確認するようにしました。その後、同様のおもちゃは使用しないようにしました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- ・利用者の特性を把握し、噛んでしまう人には、危険なものはそばに置かないようにしました。
- ・口に入れてしまうと予測される物を所持している際は、目を離さず、必ず見守りをするようにしました。
- ・他のおもちゃや遊びを考えて、工夫するようにしました。
- ・本人専用のおもちゃを準備し、おもちゃを渡す前に他の職員とダブルチェックして渡すようにしました。おもちゃを渡す職員は、片づけまでを責任を持ち、必要に応じて次の勤務者に申し送るようにしました。

◆事例 39

ベッド柵の保護スポンジを口に入れてしまった。

[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- ・口腔内にスポンジがないことを確認して、柵の保護をスポンジではない緩衝材（プチプチ）で保護しました。

- ・ スポンジの欠けた部分の状況に応じた処置の判断を行いました。

＜更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策＞

- ・ スポンジにカバーをつけたり、スポンジ以外の厚手のカバーで保護しました。
- ・ 異食がある場合は、保護マット等で対応するようにしました。

◆事例 40

ベッド内で靴下を口に入れていた。

【アクシデント】



＜こんな対応をしました＞

- ・ すぐに靴下を取り出し、もう一方も脱がせました。また、医師に報告し診察しました。

＜更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策＞

- ・ 全てのベッド柵に靴下を下げられる洗濯バサミが付けられており、脱いだ時にはそこに管理するようにしました。
- ・ ベッド上での靴下の利用について、全利用者に対して検討し、動ける利用者で異食のある利用者は、ベッドでは靴下をはかせないことにしました。

◆事例 41

異食により、服を食べてしてしまった。

【アクシデント】



＜こんな対応をしました＞

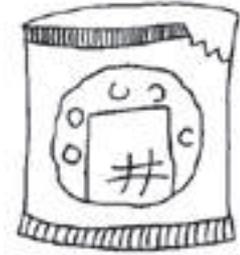
- ・ 破けた部分の大きさを把握し、破損状況に応じた処置の対応を判断しました。

＜更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策＞

- ・ 異食のある利用者には、ボタンなどの付属品のない衣類を準備しました。
- ・ 医療用のスモックで布が非常に丈夫なものをリサイクルして、衣類の上に着てもらいました。

◆事例 42

せんべいのパッケージ破片が便に混ざっていて
異食に気づいた。[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- パッケージが残っていれば、どの程度の異食状況かを確認し、
全て排便されているかを確認しました。
- パッケージが不明の場合は、本人の様子を観察するとともに排便時の確認を行いました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 自力摂取できる利用者だったので、手の届く範囲には物は置かず、パッケージから食べ物を出した場合は置きっぱなしにしないようにしました。

<残る課題>

利用児者が誤って飲み込むことの無いよう十分な配慮が必要です。配薬時や飲み終えた後の錠剤シート等は、飲み込むと内臓に穴が開くなど大きな事故につながります。利用児者の特性に応じた環境整備や対応の検討を行いましょう。

8 歯磨き関係

◆事例 43

歯ブラシコップに他の利用者の歯ブラシも入っ
ていた。[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- 間違っ立ててあっただけなので、本人用のコップに歯ブラシを戻し、間違えて入れられたコップと歯ブラシはよく洗いました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 使用前には「〇〇さんの歯を磨きます」と声をかけ、歯ブラシ、コップに書いてある名前を複数で確認します。使ったコップは洗浄後、歯ブラシと共に保管場所に戻すようにしました。
- 歯ブラシセットは、感染面からも間隔をあけて保管するようにしました。
- 持ち出す前、使用直前、使用後には声を出して、間違えていないか確認を徹底するようにしました。
- 個人ごとに決められた位置に歯ブラシを保管するようにしました。

◆事例 44

他利用者の歯ブラシを使ってしまった。
[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- 誤って使用した歯ブラシは破棄し、新しい物と交換しました。
利用者や家族への報告と謝罪をしました。感染等の兆候に注意して観察しました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 歯ブラシやコップの名前がしっかり書かれているかを確認することにしました。
- 複数の利用者の歯ブラシやコップは、同じワゴンに置かないようにしました。
- 歯磨きの際は、「〇〇さんの歯を磨きます」と声をかけ、歯ブラシ、コップの名前を複数で確認しています。ただ声かけだけの確認にならないよう、しっかりと目視することになりました。
- 口腔ケア前に、もう一度、利用者と歯ブラシ、コップの名前が一致しているか確認することにしました。
- 歯ブラシをベッドサイドや本人のところへ持って行き、使用する時にベッドネームあるいは車いすの名前と歯ブラシの名前を突合しました。

◆事例 45

緊張が強い利用者が歯磨きの際に歯ブラシを噛み砕いてしまった。[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- 口腔内を確認し、破損した歯ブラシの欠片を取り除き、歯ブラシ本体との欠損状況を確認し、飲み込んだ欠片が無いことを確認しました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 歯科医の歯ブラシ指導を受け、「気持ちの良い歯ブラシ」対応を行うようにしました。
- 歯科医の研修で、口をあけてくれるような方法の実地研修を行うようにしました。
- 歯科医と相談し、歯の表面だけ磨くことにしました。
- 歯磨きの方法は歯科衛生士の指導を定期的、またはトラブル時などに受けました。
- 歯磨き方法についての注意点をシートにまとめ、情報共有することになりました。
- 指ガードを用いたり、バインドブロックを用いるなどしました。
- 歯磨き前に、口腔内をマッサージし、脱感作を行い緊張緩和に努めました。

9 転倒・転落関係

◆事例 46

動きのある利用者のベッド柵が下がったままだった事に気が付いて、ベッド柵を上げ、事なきを得た。

【アクシデント】



<こんな対応をしました>

- 上げ忘れから30分して隣室にいた職員が気づいて柵を上げました。
- 関係職員をすぐに集め、ベッド柵昇降についてのミーティングを実施しました。
- トイレ内のユニバーサルシートから転落し、顎を切って出血した利用者があり、看護師による止血、SPO2測定、全身観察。家族への連絡、外来受診を行いました。
- 医師の診察を受け、必要な処置を行いました。また、カンファレンスを開き、改善策を検討して周知徹底を図りました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 利用者のベッド内での位置にも気を付け、行動を予測し、端には位置しないように心がけました。
- ベッド柵の上げ忘れを防止することを目標として定め、指差し確認することを1日1回復唱することにしました。
- 離れる際に指差し確認を徹底しました。カーテンは必要時以外開けておくことにしました。
- トイレ内でもユニバーサルシート使用時は、側から離れないこと、緊急時は大声で人を呼ぶ、呼び出しボタンを押すことにしました。
- ベッド柵は半柵にせず全部上げることを基本にしました。
- 昇降時の声だし確認をルール化しました。併せて、ベッド柵がしっかり固定されているかを確認することにしました。
- サイドレールと挿入口に同一色を塗ったり、ベッド柵とベッド本体に高さを示すカラーテープを貼るなど、色でのマッチングを行い視覚に訴えるようにしました。

<残る課題>

転落を心配しての高柵ベッドの活用は、利用児者にストレスを与えることにもなります。必要性の検討や低床ベッド等他に代替できる方策がないか検討が必要です。

◆事例 47

車いすに移乗した際、ベルトを締めるのを忘れ、車いすからすり落ちた。【アクシデント】



<こんな対応をしました>

- すり落ちた際に怪我がなかったかどうか確認しました。
- 医師の診察を受け、必要な処置を行い、家族に連絡しました。
また、カンファレンスを開き、改善策を検討して周知徹底を図りました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 移乗の際に、複数で声出し確認を実施するようにしました。
- 胸ベルトのみであったため、股ベルトもするようにしました。
- 予測される場合には、居室内で目が届くように対応しました。
- 特に、次にすることが控えている時など、最後まで動作が確認されないまま、次の行動に移ってしまうことがあるので、複数職員対応で行っている移乗の場面では声を出しあって確認することが必要です。
- ミーティングで数日間、同じ話をしました。
- 車いす乗車時の「確認シート」を作成しました。
- バギーのベルトをしっかりと装着（特に股ベルト）しました。利用者がバギー乗車時は職員が必ず見守りできるように配慮しました。
- 車いすの後ろにベルト位置（胸・腰・股）を明記したカードを付け、乗車時にカードを見て確認することにしました。

<残る課題>

補装具として装備されたベルト以外に胸・腰ベルト、Y字型抑制帯、紐等で車いすに体幹や手足を固定することは、身体拘束になります。また、車いすテーブル等の使用は行動制限にもなります。施設内で身体拘束や行動制限をできるだけしない取り組みを検討し、車いすに長時間座らせていることなく、車いすやマット・ベッド等利用児者の状態にあった対応をとり、リラクゼーションを図ってください。

なお、やむを得ず身体拘束や行動制限をしなければならない時の取扱いについても各施設で整理しておく必要があります。

◆事例 48

車いすを他の利用者が掴んで転倒させてしまった。
[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- 利用者に怪我がないかチェックを行いました。
- 怪我があった場合は、医師の診察を受け処置をするとともに、家族に状況を伝え、対応策についても連絡を行いました。また、動きのある利用者との距離を離したり、職員の見守りが可能な場所に移動するなど安全を確保しました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 情報の共有を図り、動きのある利用者から人や物を離すことにしました。
- 距離を取ることで、広いスペースの確保を行うこと、見守りができる位置への誘導、関心を他に移すプログラムの提示などで対応することにしました。
- 情報の共有を行い、車いすの自走が可能な利用者に対しては、職員の目が少なくなる際には、車いすから降りて過ごせる環境を提供することにしました。

<残る課題>

利用児者の意思に反して、車いす等移動手段の使用を禁止したり、居室の出入り口をふさぎ、自由に出入りできないようにすること等は行動の自由を制限することになります。できるだけ安全に動けるようなスペースを確保するなど、利用児者にあった環境を工夫してください。

◆事例 49

不安定ながらも独歩可能な利用者が、一人でポーチを取りに行って、しりもちをついてしまった。
[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- すぐにボディーチェックを実施しました。
- 処置が必要な時は、看護師及び医師に報告し、受診。その後の歩行状態に変化がないか様子観察し、家族に報告と謝罪を行いました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- ポーチの置き場所の工夫をしてみました。
- 歩行が不安定な利用者には、職員が腕を組んで介助をしたり、取りたいものや欲しい物を職員が運んであげるようにしました。基本的には、利用者一人ひとりの体の動きを考慮し、職員が利用者との距離を縮めた対応を心がけるようにしました。

<残る課題>

動ける人の運動量を確保して満足してもらうことも大切なことです。利用児者が可能な運動をプログラムの中に組み込んでいくことも検討してください。

◆事例50

利用者が車いす乗車時に前方に臀部をずらしてしまい、ゆっくりステップ間に降りてしまった。

[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- すぐにボディチェックを実施しました。
- 処置が必要な時は、看護師及び医師に報告し、受診。その後の状態に変化がないか様子観察し、家族に報告と謝罪を行いました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- PT と検討し、トランスの方法を再確認しました。
- 車いすは全て個人の物を使用しており、ベルトを装着することを決まり事としています。
- 乗車時には、ベルトがきちんと装着されているかの確認を行うようにしました。
- 車いす乗車時は、必ず転落防止用のベルトを着用するようにしました。
- できるだけ多くの職員の目が届くところに居てもらうようにしました。
- トランスの方法をルール化するとともに、車いすの座面に滑り止めマットを敷くようにしました。
- トランス時や乗車中の注意点についてまとめ、個人ファイルにはさみ、介助方法の統一を図るようにしました。
- 緊張等で足のつっぱりがある利用者の場合、車いすへの移乗の際には、最初に腰ベルトをすることをルールづけ、腰ベルトをするところまでは2人介助で行うようにしました。

<残る課題>

利用児者が意識的に降りようとしているのか、機能的にそうした事態になるのか、どのような背景があるのかを見極めることが大切です。

なお、ベルト等の使用については、身体拘束や行動制限にならないよう、他に代替する方法の検討や一時的な利用に限定するなどの検討が必要です。

併せて、人の目が多くあるという安心感は、逆に誰も気を配ってないという危険性をはらんでいますので注意してください。

◆事例 51

トイレ移送時に職員が敷物に足を引っ掛けて、共に転倒してしまった。

[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- トイレのアームに背中が乗ってしまったので、看護師に報告し状態を確認しました。
- 転倒した場合は、すぐにボディーチェックを実施し、看護師及び医師に報告し、受診。その後の状態に変化がないか様子観察しました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

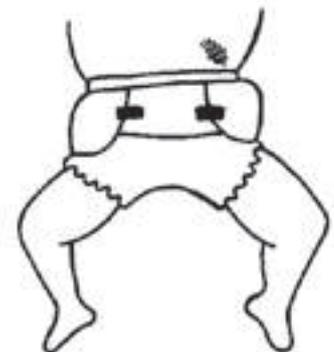
- 敷物が厚かったので、そのあり方を検討しました。
- 敷物について点検を行い、危険性の高いところは敷物を取り除いたり、両面テープで固定したりしてみました。

10 外傷関係

◆事例 52

紙オムツのテープで皮膚に擦過傷ができた。

[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- 看護師に報告、状況により医師に報告。対応状況を家族に連絡しました。
- 医師へ報告し、皮膚の診察をしてもらい、必要時は医師又は看護師長より、家族へ状況を報告しました。その後も経過を追って観察し記録しました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- その利用者に合ったオムツサイズに変更しました。また、あて方の再確認と全体への周知を図りました。
- 直接皮膚へあたらない側にテープ部分を折り込んで、さらにオムツを無理に引っ張らないようにオムツ交換するようにしました。（※参考例）
- オムツのあて方の勉強会や業者からの説明会をとおり、技術を高めたり利用者にあったサイズや素材、あて方等の研修を行いました。
- オムツのテープのあて方（擦過傷が起きないために）を周知、実践しました。
- オムツのテープ部分の切り口が鋭利になって危険であることから、メーカーのお客様相談室にお知らせしたところ、生産過程でのカットについて丁寧な説明があるととも

に、実際の擦過傷の写真やテープの危険な部分の写真を添えて資料送付したところ、生産・開発も含めた関係各部署で資料を回覧して今後の対応を検討していくとの返事をいただきました。

(※テープを内側に織り込む参考例)

メーカーによって、オムツのテープ部分が粘着型タイプの物とマジックテープ型タイプの物があります。マジックテープ型タイプの物でしたら、特にザラザラ面で肌を傷つけることがないように、ザラザラ面の先端部分を二つに折り返すようにして皮膚にあたらないようにしました。

◆事例 53

足がベッド柵にはさまっていた。
[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- ベッド柵へのクッション等の設置をしました。
- ベッド柵をカバーで保護しました。
- ベッド柵をスポンジや丸めたバスタオル、パネルなどで保護しました。
- ベッド柵より足が出ないようにクッション、マット、ビニール等で工夫しました。
- ベッド内にロールクッション等で保護し、巡回や観察をこまめに行うようにしました。
- 看護師に報告、状況により医師に報告。対応状況を家族に連絡しました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 部屋を巡回する時間や方法、体制の検討を行いました。
- 動きのある利用者は、床布団で対応し、利用者の側を離れる時は、安全確認を実施することを徹底しました。
- ベッドサイズの検討とベッド柵への保護板やクッション素材の設置をしました。

<残る課題>

動きのある利用児者は、ベッド柵に手・足・首などを挟む可能性があることを意識した対応が必要です。

また、利用児者を乗せたままのベッド移動や電動ベッドの操作時なども十分気を付けた慎重な対応と事故を未然に防ぐ予防策の検討が必要です。

併せて、柵に手・足・頭等をぶつけて受傷することも念頭に置いた配慮が必要です。

◆事例 54

気が付くと、いつどのようにできたか分からない原因不明の外傷があった。

[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- 傷ができる可能性について職員で検討して、原因と思われる箇所について改善しました。
- 時系列で考えられる要因を検討し、介助方法の変更や対応を行いました。
- 数日の動きを追って、原因の究明に努めました。その後、本人の様子観察も行いました。
- 傷は写真で変化を共有できるように取り組みました。
- 看護師に報告、状況により医師に報告。対応状況を家族に連絡しました。
- 医師に報告し、写真を撮り、出来事報告書として挙げ、状況を職員全員で共有しました。状況によっては、速やかにカンファレンスを実施し、予防策を検討しました。また、その後の患部の経過を記録に残して追って行きました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 採血時の内出血なども可能性としてあり得ますので、採血した場合は場所も確認するようにしました。
- 通所の人たちは、来所時や帰宅前に全身をチェックするようにしました。施設によっては、排泄時、洗面、着替え時に確認して、いつ頃できた傷かを把握しやすくしています。
- 本人の動きの可能性が高い場合は、身体拘束の問題も検討しながら考えられる予防策を挙げ、職員の介助による場合は安全な環境を確認し、丁寧に実施することを周知徹底しました。
- 手足の動きがある利用者の移動時は、エレベーター、部屋の出入り、送迎車の乗降の際には、職員が手でガードしています。

11 入浴関係

◆事例 55

洗身中に椅子から滑り落ちた。[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- ・看護師や他職員で全身状態を観察し、家族への報告を行いました。
- ・入浴は全てストレッチャーで対応しています。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- ・安全ベルトを使用することにしました。
- ・入浴用車いすの座面が動くことを想定して、少しの段差もバックでの移動に変更しました。

<残る課題>

利用児者にとって、どのような入浴形態が適しているのかアセスメントをしっかりと行う必要があります。特に入浴場面は非常に危険度が高いため、入浴設備に付いている安全ベルト等は、確実に使用する事が大切です。

◆事例 56

浴槽内で気切部位から、お湯が入ってしまった。
[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- ・急いで浴槽内から出し、吸引を行いました。他の職員は医師に連絡するとともに、バイタルサイン等をチェックするなど状態を確認し、医師の判断のもとに必要な検査や処置等を行いました。また、家族にも連絡し、対応策等を検討しました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- ・フェイスタオルで保護し、お湯が入らないように支えながら介助しました。永久孔の場合は、クロスガーゼで保護しました。
- ・入浴前に気切部位をタオルやガーゼで保護しているか確認するようにしました。
- ・気切している利用者が浴槽に入る時は、バブラーを止めて入るようにしました。

◆事例 57

ストレッチャー上で急な体動から転落してしまった。
[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- すぐに意識、外傷の確認を行い、医師に報告、診察するとともに家族に状況について報告しました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 転落防止のため体をバスタオルで包んで抑制して移動しました。
- ストレッチャー上での介助は、2人介助で行い、その場を離れる時は、必ず一人は見守っていることにしました。
- 体動が活発にあることや、急な体動があることを予測して、できるだけ二人介助に心がけました。

◆事例 58

床が濡れており、職員が移送中に滑って転んでしまった。[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- 履物を履くようにし、足ふきマットも使用しました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 「魚サン」という漁業関係者が使っているサンダルを使用するようにしました。（※参考例）
- 浴室で使用するサンダルを滑りにくい物に変えて、洗身台のそばまでストレッチャーで移動し、職員2人で洗身台に移動介助するようにしました。
- 移動中に爪を割ってしまうことがあったので、脱衣場にサンダルを置いて履くことにしました。

（※魚サンサンダル参考例）

濡れた足場の悪い場所でも滑りにくく、安全で耐久性に優れています。



12 着脱衣関係

◆事例 59

更衣中にチューブを抜去してしまった。
[アクシデント]



<こんな対応をしました>

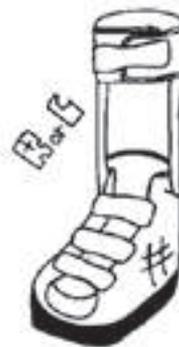
- チューブの位置や固定状況を確認しながら着脱しました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- チューブ類やモニターを装着している利用者の介助は、常に意識して対応するようにしました。
- チューブの位置が衣類で隠れないよう、常に見える位置に配置するようにしました。
- チューブはクリップやゴムでまとめるようにしました。
- 更衣の前に小さくまとめ、引っかからないよう介助するように心がけました。

◆事例 60

補装具の装着の際、左右を間違えて装着してしまった。
[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- 皮膚トラブルの有無を観察しました。
- 正しく補装具を装着した状態を写真にして、介助する職員がすぐ見える場所に置きました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- ダブルチェックをして間違いのないようにしました。
- 装具に上下左右等の表示をしました。

◆事例 61

更衣の際、脱臼や骨折の危険性があった。
[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- 服のサイズ、形について検討して、新しい物を用意しました。
- 関節音が聞かれた場合は、その旨を看護師に報告し、その後の様子を観察しました。

- 医師への報告後、状態によってはレントゲン撮影を実施しました。併せて部位の確認とバイタルサインの確認をしました。

＜更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策＞

- 脱臼や骨折の危険性のある利用者は、2人介助で対応することにしました。
- 前開きの衣類、大きく、伸縮性に富む衣類を探しました。
- 骨折予防に関する委員会を設置して検討することにしました。
- PTを講師として、骨折予防や着脱衣など介助時の注意点について研修を行いました。
- 裁縫ボランティアに頼み、脇の下に布を継ぎ足し、着脱しやすい服を作ってもらいました。（※参考例）
- 骨密度検査を実施し、骨折のリスクの高い人を把握するようにしました。
- PTと更衣方法の手順を確認し、図を描いて方法を周知しました。
- 服が縮みややすい物は避けてもらうようにしました。他の利用者もサイズや形の点検を行いました。

（※着脱しやすい服参考例）



←脇下に布を足して、腕を通しやすくしたものです。

Tシャツを前開きにリフォームしたものです。



リフォームを下されたのは、社会福祉協議会のボランティアセンターに登録している裁縫のボランティアさんです。

13 トランスファー関係

◆事例 62

車いすへの移乗時や入浴時のトランスファー時に、チューブが引っ掛かり抜けてしまった。
[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- すぐに医師に報告し、診察・再挿入しました。
- 抜けるまではいかなくても、チューブの位置はしっかりと目視できるよう、見えやすい場所に置きました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策

- チューブが引っ掛からないよう、まとめておいて移動しました。
- 移動時にはチューブの位置を確認し、保護しながら移動しました。
- 2人以上で行うなど、移乗方法を見直しました。
- チューブやモニターの位置を必ず確認してから移動するようにしました。
- 移動時、チューブ類が引っ張られないように固定を工夫しました。尿道バルーンであれば、チューブ類が利用者より先に移動するようにしました。
- チューブを小さくまとめて、移動時は二人で声を掛け合い、チューブの位置を確認しながら移動しました。



◆事例 63

1人で移乗中に支えきれなくなって崩れ落ちてしまった。
[アクシデント]

<こんな対応をしました>

- 移乗時に職員が足元のクッションにつまづき、利用者を抱えたまま転倒しましたが、けがはありませんでした。継続して様子観察を行いました。
- 看護師による利用者の意識、外傷の確認を行い、医師に報告。併せて、利用者や家族に謝罪及び報告を行いました。更に、事故報告書を作成し、全体周知と再発防止に取り組みました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 事故防止のため、移乗は必ず2人以上で行うことにしました。
- 移乗の際の移動距離を短くするようにしました。
- 送迎時などで、ベッドからの移乗を求められることも多い為、状況に応じ、対応する職員をある程度限定しました。

- 一定の体重以上の利用者は、リフターを使用することにしました。
- 移乗時の抱きかかえ方の確認や移乗時の足元は広く、つまづくものがないよう気を付けるようにしました。
- PTにトランスファーの研修をしてもらいました。

14 介護機器関係

◆事例 64

リフターを使用していたところ、充電が切れて途中で止まってしまった。[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- 手動に切り替え、落ち着いて移乗を終わらせました。
- 動かなくなったリフターから安全に降ろす作業を人力で行いました。
- 利用者が安全なことを確認し、職員を確保して人力で移動しました。その後、速やかにその状況を報告し、見てもらいました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 使用したリフターは、必ず充電場所に戻す（充電を毎日行う）ことを徹底しました。
- リフトに使用手順を吊り下げ、手順の中にバッテリーの充電状況の確認も入れることにしました。
- 手動での昇降動作の実践勉強会を行いました。

◆事例 65

リフター使用時、金具が揺れてしまって、顔に当たってしまった。[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- 当たった箇所を確認し、状況に応じた処置をしました。
- リフター使用時には、急がずに揺れをしっかりと止め、体を支えて安定するようにしました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- リフター使用時は、なるべく2人で行うようにしました。特に体重の重い利用者を使用する時は、1人では行わないことにしました。
- 低反発素材を使用してカバーを作成しました。（※参考例）

(※天井走行リフター・アームカバー参考例)



◆事例 66

リフター使用時、体への支持が不十分で利用者の足腰への負担が大きくなりそうになった。

[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- 利用に不安がある時は、1人で行わないようにしました。
- すぐに体を支え、降ろしました。骨折等の心配があったので診察を依頼しました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- リフター導入時には、PTにその人に合った適切なシートや使用方法を事前評価してもらうようにしました。
- 毎年、リフターの勉強会を行うようにしました。

<残る課題>

スリングシートは用途によって多種多様なものがあります。安易に使いやすい形態だからと選択すると利用児者によっては、股関節を痛めるといったことが起こります。リフターの使用にあたっては、PTとも協議し、適切な対応を心掛けるためにアセスメントを重要視してください。

◆事例 67

リフター使用時、過緊張からシートから転落しそうになった。[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- すぐに体を支え、抱きかかえるように降ろしました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- リフター操作時の注意や考えられるいろいろな場面を想定して、リフター操作方法についてリハ担当職員による研修を行いました。
- 声かけをしてリラックスしてもらいながら使用するようにしました。
- 体が大きかったり、体動があったりする利用者は、なるべく職員 2 人でリフター使用するようにしました。
- 二人介助を徹底し、1 人が支え、もう一人がリフターを操作するようにしています。

<残る課題>

リフターの使用にあたっては、安全に使用することが可能なのかを見極めるためにもアセスメントを重要視してください。

15 送迎関係

◆事例 68

送迎車乗降時に手を挟んでしまった。
[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- リフターの鋭利な部分に手を挟み出血することがあり、その日のうちにタオルで応急的に挟まれないように保護するとともに、業者にカバーの確認を行いました。（※参考例）

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 乗り降りの際には複数で声を出しながら、確実に行うことにしました。

<残る課題>

誰が使っても安全に行えるように根本的な解決を行うためには、物理的な改善を検討しましょう。

(※送迎車両のリフトカバー参考例)

今までは、ハードタイプのカバーで、カバーの角が丸みがない状態でした。
写真のカバーはソフトタイプで、カバー全体が柔らかい素材となっていますので、多少、利用者の手があたっていても、傷や痛みがない状態です。



◆事例 69

送迎中の車内で、隣の利用者の髪を引っ張ってしまっ
た。[アクシデント]

<こんな対応をしました>

- その場は職員が間に入ることで対応しましたが、席の位置を変更しました。



<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 送迎コースを確認の際、メンバーの配置や特性などに配慮するようにしました。

◆事例 70

送迎が必要な利用者の送迎が、忘れられていた。
[アクシデント]

<こんな対応をしました>

- 家族からの連絡で送迎車が迎えに行っていないことに気付いたので、戻ってきた送迎車にて、急いで迎えに行きました。



<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 朝のミーティングで送迎コースを全体に周知しました。
- 出席者ボードと送迎者ボードを作成し、当日の出欠者状況と送迎者状況をボードを照合しながらチェックすることにしました。

- 家族からの変更、急な依頼等は、カレンダー、ボード、送迎表への記入を行うようにしました。
- 送迎車輛全てに携帯電話を配備して、迅速に連絡が取れるようにしました。

◆事例 71

週末に使用している防犯用のハンドルロックが、利用者の足元に落下し、指先に当たってしまった。
[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- あたった箇所を確認しました。特に治療を必要とする状態ではありませんでしたが、様子観察しました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- ハンドルロックは車内に置かないよう、別の置き場所を設けました。

16 自傷行為関係

◆事例 72

手指を口に持って行って、しゃぶったり、かじってしまったりして、爪が欠けたり、皮膚の損傷がみられた。
[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- 看護師に報告し、状況によっては医師に報告。対応状況について家族に連絡しました。
- 行動制限の同意を得て、ミトンや個人のカバー等を使用しました。
- 体位交換やベッド内の工夫では対応できない場合は、ケガの状況を見ながらベルトなどを使用し抑制させてもらいました。
- 好みそうなグッズを持たせたり、興味のあることを探して提供をするなど、そちらに関心が行くようにしました。
- 目が届かない時は、ミトンを装着し皮膚保護に努めました。また、おもちゃや療育など関心をそらすなど環境を整えました。手指を口に入れてしまうため、軟膏や絆創膏が使えず、適宜皮膚状態の観察を行いました。
- カンファレンスを行い、指の部分の保護具又はミトンを使用しました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- ・利用者へのかかわり方や注意点等支援方法を確認しました。
- ・皮膚科にて薬の処方をしてもらうが、口に入れてしまうため、夜間就寝中に塗布し、タオル、包帯等で保護し清潔を心がけました。

<残る課題>

ミトン型手袋の使用やベルト等での抑制は行動制限になります。代替する方法がないかを検討するとともに利用する場合も一時的に利用することを明確にした上で、後見人や家族等に、必要性、時間、期間、場面、実施方法等を説明し同意を得て行うことが望ましいです。

◆事例 73

入眠中に顔をタオルにこすり、びらんになってしまった。[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- ・看護師に報告し、状況によっては医師に報告。対応状況について、家族に連絡しました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- ・リース業者に相談して、柔らかい素材のタオルに変更できないか交渉して変えてもらいました。
- ・皮膚への刺激を避けるため、タオルは使用せず摩擦の少ない枕カバーに変更しました。掻痒感を抑えるため、冷たい枕も提供してみました。
- ・入眠用に敷くタオルは、きめの細かい、柔らかな素材の物を使用しました。
- ・ベッドの頭側の部分をバスタオルからシーツに変更しました。

17 情報伝達関係

◆事例 74

土日や夜間帯の事故が家族に報告されていなかった。[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- ・医師、師長へ報告して、対応方法について確認しました。
- ・連絡が遅くなったことも含めて、状況を家族に報告しました。報告が遅くなるほど、第一報では済まなくなりますので、当面の対応策等までをしっかりと伝えました。

- その後、家族への報告や説明状況について確認し、カルテに残し、情報を共有しました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 当日勤務の医師又はリーダー看護師から連絡するようにしました。
- 当直対応、または当直から連絡をした上で主治医対応としました。

<残る課題>

土日や夜間に限らず事故が起きた時の対応等に関しては、施設としてのリスクマネジメント体制、管理をしっかりと整え、組織として迅速な対応ができるように整備しておくことが大切です。

◆事例 75

重要な情報が職員に周知されていなかった。
[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- 改めて情報を伝達して周知を図りました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 申し送りノートを活用し、出勤時に必ず職員が読むというルールを徹底しました。
- 朝のミーティングの活用の他、各セクション情報整理シートを作成し、情報を全体化するようになりました。
- 各部署の申し送り時に、重要な情報は1週間、毎日伝達することにしました。
- 各種連絡ノートに関しては、忙しい時などにすぐ記入することができず、結果としてそのまま忘れてしまう事などがある。すぐに口頭で全体化し、すぐ記入できない場合は、他者に依頼するなどしてすぐ記入するようにしています。情報は読みやすい文字、分かりやすい表記を心がけています。
- 申し送りノートへの記載（リーダーより勤務開始時に読み上げられる）、毎週設けているカンファレンスの時間や、緊急性のある時には臨時のカンファレンスを実施し、周知徹底を図りました。

◆事例 76

食事の形態や注意点の情報が共有されていなかった。
[アクシデント]



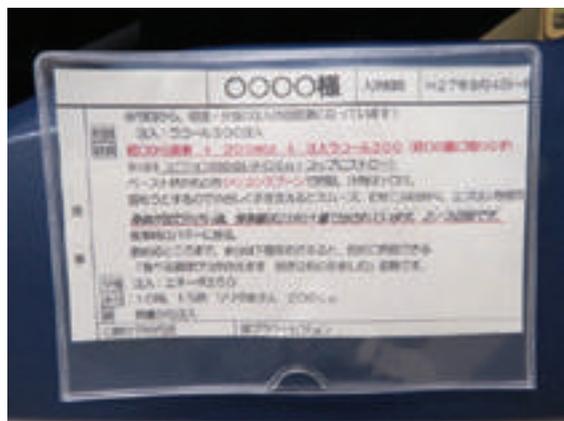
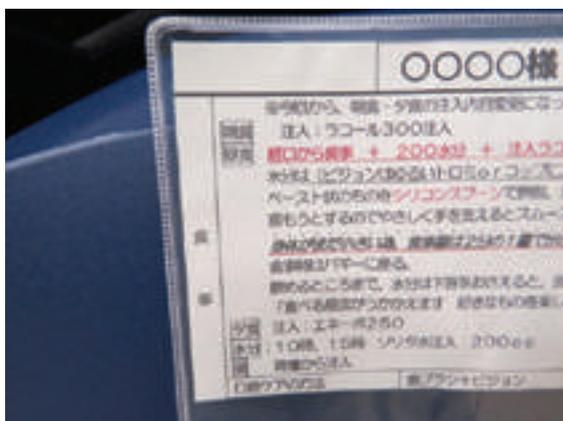
<こんな対応をしました>

- 家族からの依頼により食形態が変更になっており、ミーティング等で伝達、確認を行っていたが、情報が全員に共有されず、食事中に気付くこととなりました。
- 個人ファイルにて食事伝票を共有し、変更時は情報を流して申し送りでも伝えていきました。
- 毎月の栄養カンファレンスでの変更は、議事録の記載、速やかな食事介助シートの更新、メッセージ欄への記載等により周知徹底に努めました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 食事の形態や変更・注意点等が分かるように、利用者毎の写真付きの食札を作りました。（※参考例）
- 短期入所の利用者は、食事の注意点をまとめたカードを作り、食事介助時にカードを確認して食事介助を行うようにしました。（※参考例）
- 連絡帳に最新の情報を記載することとし、勤務に入った時に自分で必ず確認することになりました。

（※食事の注意をまとめたカード参考例）



食事カードです。A6サイズのクリアケース（11cm×16cm）です。
これを携帯して食事介助に入ります。

(※写真付きの食札参考例) ※A4 の用紙をパウチしています。



藤沢 A子 さん

服薬あい

牛乳：普通牛乳 70cc

お茶：150cc (夏季180cc)

主食：やわらか炊きごはん 60g

パンの時パンがゆ 60g

食事形態：流ソフト食 普通量



使用食器：大スプーン、ストロー、アイスクリームスプーン、キッチンバサミ、マドラー2本、スカイスルー×2本、ネオハイトコミーラ×1本

特記事項：だし汁用意、炊き込みご飯時は具なしごはん、麺の時は代替え

18 その他

◆事例 77

短期入所利用者が退所する際に、本人の持ち物で渡し忘れた物があった。[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- わかった時点ですぐに連絡、謝罪をして郵送するなどの対応をしました。
- 家族へ連絡し、次回利用時まで預かり、返却することになりました。
- 出来事報告書で申し送りました。
- いつも使用しているものを持ってきていることが多いので、渡し忘れた物を発見した時は、すぐに連絡して、届けました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 入所時に持ち物のリストを作成し、退所時はそれとのチェックで退所準備をしました。
- 通所の利用者の持ち帰り物品を布袋に入れるようにして、渡し忘れがないようにしました。
- 利用時に持参した物品を写真に撮り、退所準備時に役立てるようにしました。
- 持ち物リストは利用児者家族に記入して持参願ひ、職員が入所時確認し、退所時も家族にチェック願うことにしました。

◆事例 78

短期入所利用者が退所する際に、紛失した持ち物があった。[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- 退所時に謝罪、説明し、見つかった場合は後日返却すること、見つからなかった場合は弁償する旨伝えました。
- 家族ともう一度確認し、謝罪し、その後の対応は師長にも入ってもらい対応しました。
- 紛失した物に対して、関連個所、部署を探し、それでも見つからない場合は謝罪しました。
- 洗濯物の仕分けの段階で、同姓の利用者のところに紛れ込んだことがありましたが、すぐ気が付き、連絡して届けました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 入退所時、チェックリストで私物を確認し、管理または返却するようにしました。
- 入所時に写真を撮って持ち物を確認することにしました。
- 私物には必ず名前を明記し、取扱いに注意が必要な物品は情報を流し周知を図りました。必要以上の物品は預からないようにしました。

◆事例 79

駐車区画のラインが不明瞭で分かりにくく、車両同士の接触のリスクがあった。



<こんな対応をしました>

- 駐車ゾーンのラインを整理し、新たに引き直しをしました。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 砂利や土の駐車区画は、黄色と黒のロープにより駐車スペースが明確になるようにしました。

◆事例 80

施設内に裁縫針が落ちていた。
縫ってもらったクッションに、まち針が残っていた。[アクシデント]



<こんな対応をしました>

- 裁縫箱内の針数チェックを行うとともに、整理整頓を行い針の戻し忘れがすぐわかるようにしました。
- 決められた作業スペースでのみ作業し、各自で責任を持って物品管理をしてもらっています。

<更に再発防止の為に（取り組んだ又は考えられる）対策>

- 縫製の出来上がりの品物を受けた段階で、改めて、チェックするようにしました。

■ インシデント（ヒヤリハット）・アクシデントレポートの提出を促進するための取り組み

- どんなに小さな報告もするように話しております。
- 事象を起こした当事者だけではなく、発見者も提出しております。
- ヒヤリとした場面を発見した際に、職員同士でレポート提出について意識を持てるように声かけしています。
- 提出者の氏名は記載しないようにしています。
- アンケートを実施したところ、レポートを提出するということは、ペナルティと捉えられているようで、書くことに対して消極的であったり、いけないと思いつつも記入をしないという意見が集まりました。そこで、こういったレポートで【断罪】するようなことはなく、同じミスを繰り返さないようにするためのものという認識で、レポートに対して抱く、後ろめたい気持ちを解消するようイメージアップの取り組みをしました。
- ヒヤリハットについては、職員・家族に「褒められるべき事」と常に言っています。また、ヒヤリハットは、施設内の掲示板に掲示し、報告者を褒めてくださいと常日頃から伝達をしています。
- ヒヤリとした場面を起こさない対策を優先させることが重要であり、報告書は無記名、職種程度の記載で他の記載を省略することにより提出件数は増えました。
- 誰がやったとか、まただ！といったマイナスの意見を言わず、絶対に責めたりもせず、みんなで提出しやすい雰囲気にしていきましょと声かけをしていきました。
- 書くのが面倒くさいとか、ミスを隠したいという気持ちの職員もいますが、自ら率先して書くようにしています。
- 書くことは気軽に、内容はしっかり受け止める雰囲気づくりに心がけています。
- 職員間で注意喚起を促すために積極的に提出するように情報を流しているが、件数が増えてくると逆にどうしてそんなに出てくるのか、減らしていきましょと矛盾することを言われたりする。隠べいするようなことにならないように積極的な提出と増えてきたときの対応策に難しさを感じています。

- 様式を見直し、提出しやすいように配慮しました。

■ インシデント（ヒヤリハット）・アクシデントレポートの活用法

- 記載済みレポートは、月 1 回リスクマネジメント委員会で議題として上げ、事故の起こりやすい時間や職員年齢層など統計的に分析し始めています。データを年でまとめどのように活かしていくかが今後の課題です。
- 印象的な事例を一部改訂して、権利擁護の研修の事例として職員全体研修に使用しました。どのような点が問題点で、どういった対応が好ましかったか等意見交換ができました。
- イラスト入りで書くと状況が想像しやすいです。
- 事例検討や個人情報を除いて研修資料で用います。
- 月ごとの集計結果をフィードバックする事で再発防止に努めています。

■ 自由意見

- レポートを書くことは今後同じ間違いをしないために重要ですが、当事者が誰か分かり、かつ、記載に時間もかかるため、記載に対して前向きになれない職員も多いと思います。
以前、家族より、悪いことばかりではなく、良いことをレポートする“ニコリホッと”レポートを書いてみては？との意見をいただいたことがあり、家族にとっても関心のある内容だと感じています。
- 本来であれば、事例を掘り下げて、何故そうなったのかという原因究明を行いたいところですが、それが出来ずに結果として「次回からは気を付ける」というところで落ち着いてしまうことが多く、改善がされにくいです。
事例を見ていくと、人手が足りないというところに行きついてしまうことも多いですが、さらに深めていくと利用者に対するそれぞれの理解がまだ十分でないということに気付くことも多いです。そのためにも、各セクションごとの話し合いや振り返りを活性化させたいと思います。
- 事故とヒヤリの境界線が管理職で違うことがあります。また、自分が考える事例がヒヤリでも、事故扱いになることが多く、事故報告は職員のモチベーションを下げる傾向にあります。
今後、当協議会でもそうですが、ヒヤリと事故の基準を統一し、また、報告書もヒヤリ

と事故を分けるのではなく、同一で良いと考えます。書式や基準に関して、検討が出来たらと思います。

- 「小さいことを書き出したらキリがない」と言われ、提出しづらいです。
- 今は、発見者がレポートを書くこととしているが、理想は当事者が自ら積極的に「書きます！」と言う環境、雰囲気を作ることが大事と考えています。
- 管理者から、インシデント・アクシデント・クレームレポートの数が多い＝事故が多いとみなされているところを感じます。
- 当事者に書いてもらいたい時も反省させるようなかたちにしない配慮が大切で、提出しやすく、みんなで気を付けていきましょうという環境づくりだと思っています。
- 同じような内容のインシデント（注入力など）が多く出る傾向があるので、部署内・施設内で改善できる取り組みについて知りたい。現在は委員会でポイントになるインシデントについては、会議録に記載されるが、他部署のインシデントレポートは共有されていない状況です。
- どこからどこまでをインシデントレポートとして記入・提出するべきか悩む時がある。基本的には利用者に不利益が生じた時（生じる可能性があった時）や業務ルールから著しく外れる場合が基準か。
- ヒヤリハット、インシデントレポートを書くことを忘れてしまう。小さい出来事なら尚のこと、日常業務に追われて記入する機会をなくしてしまう。アクシデントが発生した時には、報告が密になり、再発防止策を考えることができる。
- 意識として、医療職（特に看護）は、ヒヤリハットやインシデントレポートの提出が徹底されているが、福祉職は提出が少ない。そのため、療育活動や行事において予定した状況と異なる出来事が起きた場合は、報告するようにしています。
- レポートの積み重ねが、サービスの向上につながることを意識付けを図っています。
- ヒヤリハット用紙、インシデントレポートを一本化した様式を作成し、レポートに対し、より共通理解を深めるよう講習会も開催しました。

■ インシデント・アクシデントの主な分析手法

●なぜなぜ分析 (why why analysis)

インシデント・アクシデントに対し、「なぜ」を数回繰り返し、根本的な原因を追跡していく手法。

●RCA分析

出来事流れ図を作成して、出来事の背後について、「なぜ、なぜ」と繰り返して原因を掘り下げ、対策をたて、同様の出来事を予防していく手法。

●Medical Safer分析 Im Safer分析

河野龍太郎氏が提案した手法。「時系列事象関連図」(インシデント・アクシデントが起きるまでの行動や事象を、横軸に関わった人物、機器、設備等を記し、縦軸に時間を記したもの)を作成し、何がどのように起こったのかを時間を追って一覧にしている。

7つの手順 ①時系列事象関連図の作成②問題点の抽出③問題点の背後要因の探索④考えられる改善案の列挙⑤実行可能な改善策の決定⑥改善策の実施⑦実施した改善策の評価をしていく。

●4M4E分析

4つの要因に対しての対策を検討する手法。

4M (インシデント・アクシデントの具体的要因)

Man (人間) …当事者の身体状況、心理精神状況、技量、知識等

Machine (機械) …強度、機能、配置、品質等

Media (環境) …施設、設備、マニュアル、チェックリスト、労働条件・時間等

Management (管理) …組織、教育、訓練方法等

4E (要因の対策)

Education (教育) …知識、実技、意識等

Engineering (技術) …機器の改善、表示、警報等

Enforcement (徹底) …注意喚起、手順等

Example (模範) …規範、事例紹介等

●SHEL (SHELL) 分析

人間の行動は4つの要因 (L を分ける場合は5要因) から決定されると考え、起こり得る問題を分析する手法。

S: Software (ソフトウェア) …カルテ、記録、マニュアル、習慣等形にならないもの

H: Hardware（ハードウェア）…器具、設備等形のあるもの

E: Environment（環境）…労働条件、業務内容、職場環境等個人に影響を及ぼすもの

L: Liveware（当事者）…当事者の疲労、心身の状態、スキル、経験等の状況

L: Liveware（当事者以外の人）…当事者以外の人々の疲労、心身の状況、スキル、経験の状況

●背景要因分析

インシデント・アクシデントが何故発生したのか、その背景を「人的要因」、「設備的要因」、「環境的要因」、「管理的要因」と分けて考え、更に「人的要因」を分析し、他の3つに振り分けて、対策を立てていく手法。

<参考文献>

「介護現場におけるリスクマネジメント・ワークブック」

柴尾慶次編著 中央法規出版発行

研修のためのワークシート

事例	
状況	本人の状態確認・情報収集
初期対応	すぐやるべき事
	伝えるべき内容とタイミング
課題の整理 (個人の視点から) (集団の視点から) (環境の視点から)	
防止の為の対応策 (すぐできること) (計画化が必要なこと) (予算化が必要なこと)	
残る課題・新たなリスク要因	

研修のためのワークシート（記載例）

事例	
事例集又は実際のインシデント・アクシデント事例から研修に使いたい事例を選びます。	
状況	本人の状態確認・情報収集 どのような状況で何が起こって、その時に関わっていた人や環境がどうであったかなどをイメージ又は事実に基づき簡明に記します。
	すぐやるべき事 インシデントやアクシデントが発生した時にまず何を行うかなどを検討します。特に本人や周りに対する対応についてしなければならない動き等を考えます。
初期対応	伝えるべき内容とタイミング インシデントやアクシデントのレベルに応じた迅速な情報伝達や判断を求める相手等について事例に対して考えます。
	課題の整理 （個人の視点から） 利用児者や職員等の個人のレベルでの課題を整理します。 （集団の視点から） チームワークや組織、他職種間との連携等の課題を整理します。 （環境の視点から） 時間や空間、施設設備や各種用具等の課題を整理します。
防止の為に実施策 （すぐできること） 現場が考え判断し、実行できるレベルを考えます。 （計画化が必要なこと） みんなで話し合い、周知した上で実行できるレベルを考えます。 （予算化が必要なこと） 予算を必要とし、計画的配置や購入のレベルを考えます。	
残る課題・新たなリスク要因 防止の対応策の中には、直ぐには実現が困難なものや新たな対応策により、別のリスクが高くなる場合もあります。それらを整理することや、施設内での新たなシステム作りにつなげること等を検討します。	

研修（グループワーク）の進め方の例

研修の流れ

- ① 事前に全体に事例を報告する報告者を決め、事例について細かい設定も含めて整理したものを参加者に報告します。
 - ・報告者は事実をありのままに簡潔に回答します。
 - ・報告者は推測や個人の意見を言わないことを原則とします。
- ② 参加者が報告者に質問をし、問題解決に関係があると思われる事実を集めます。
- ③ 集められた情報に基づき、初動対応の仕方や何処に問題があるかなどをそれぞれの人が考えます。
- ④ それぞれの人が整理した問題点について、参加者もしくはグループでインシデント又はアクシデントにつながったと思われる事象や背後要因等の問題点を抽出します。
- ⑤ 次に問題点に対する対応策を検討します。この際、先ず背後要因を取り除くための対応策を検討し、その上で最終的な改善策を考えます。

対応策は物理的に起こりえないという具体策を検討することが望ましいですが、非常に難しいことでもありますので、具体的に誰が何をどうするのかということが分かるような対応策を検討します。
- ⑥ 更に新たな対応策により、他のリスクが高くなる場合もありますので、それらについて検討をしたり、新たなシステム作りを検討し危機管理意識を高めます。
- ⑦ グループ内で検討した対策案を発表します。
- ⑧ 事例全体を振り返って、この事例から、また参加者相互から何を学びあえたかを考えます。

グループの役割分担

- ① グループ内で参加者の中から、司会者、記録者、発表者を決めます。
- ② 司会者はグループ全体で事例についての問題点を参加者に自由に、自分ならこういう対応をするという具体的な内容や、なぜそうするのかという理由や根拠について発言してもらいます。
- ③ 参加者は事例の全体像を明確にして、自分ならこうするという具体的な意見を必ず発表します。
- ④ 司会者は内容を分類し、要点の整理をします。
- ⑤ 記録者は発言内容を記録し、整理された要点をワークシートに記載します。
- ⑥ 発表者はまとめられたワークシートをもとに、具体案の内容と理由を発表します。

神奈川県重症心身障害児者協議会の紹介

昭和52年に神奈川県内の重症心身障害児施設4か所（こども医療センター・神奈川県立こども医療センター・小さき花の園・七沢療育園）によって「神奈川県重症心身障害児協議会」が発足しました。その後、通所施設の「朋」の入会を契機にして入所施設と通所施設が加盟する協議会として拡大したことで「者」の領域についても対象となってきたことを受けて、「神奈川県重症心身障害児者協議会」と改め、平成28年度現在では以下の22施設が加盟しています。

入所施設

- ①神奈川県立こども医療センター
- ②小さき花の園
- ③神奈川県立こども医療センター
- ④七沢療育園
- ⑤横浜療育医療センター
- ⑥横浜医療福祉センター港南
- ⑦相模原療育園
- ⑧太陽の門福祉医療センター
- ⑨重症児・者福祉医療施設 ソレイユ川崎
- ⑩重症心身障害児（者）施設 サルビア
- ⑪ワゲン療育病院 長竹
- ⑫ライフゆう

通所施設

- ⑬朋
- ⑭湘南マロニエ
- ⑮ほうあん第二しおん
- ⑯こぶし園
- ⑰横浜らいず
- ⑱ゆう
- ⑲若草
- ⑳みどりの家
- ㉑水平線
- ㉒松が丘園

神奈川県重症心身障害児者協議会ホームページ
<http://www.kanagawa-jyushin.com/council/>

<編 集>

地域生活支援部会（五十音順 ◎は部会長）

- | | | |
|---|--------|--------------|
| | 上岡 庸二 | （ソレイユ川崎） |
| | 小野 美千代 | （神奈川病院） |
| | 門倉 孝文 | （相模原療育園） |
| | 河口 和子 | （ソレイユ川崎） |
| | 楠本 なぎさ | （七沢療育園） |
| | 小林 直人 | （こども医療センター） |
| ◎ | 齊藤 祐二 | （湘南マロニエ） |
| | 佐藤 洋克 | （小さき花の園） |
| | 鈴木 明子 | （ゆう） |
| | 牧野 澄子 | （サルビア） |
| | 本山 範子 | （横浜療育医療センター） |

イラスト 坂口 英樹 （小さき花の園）

2016（平成28）年10月 発行

