

特別支援学校の医療的ケアヒヤリハット・事故に関する調査Ⅱ

ーヒヤリハット・事故の発生件数と内容についてー

○ 由谷るみ子

(神奈川県立座間養護学校)

KEY WORDS: 医療的ケア、ヒヤリハット・事故、リスクレベル

I. 目的

特別支援学校では認定担当教員(「認定特定行為業務従事者認定証」を有する教員)が医療的ケアを実施し、事故防止のためヒヤリハット・事故の情報を校内や都道府県単位で集計して共有することで防止に努めている。しかし同じような事例が繰り返され、取り組みは十分に機能していない。その理由は事例の経過報告に留まり、分析が不十分なためと考えられる。そこで、特別支援学校1校の了解を得て1年間のヒヤリハット・事故事例を集計分析し実態を明らかにした。また、事故防止のためチームの教員同士でお互いに配慮していることについてアンケート調査を行った。

II. 方法

1. ヒヤリハット・事故の発生件数と時刻

校内で作成した県教育委員会書式報告書から集計をした。

2. ヒヤリハット・事故の種類と発生件数、リスクレベル

件数と内容を県教育委員会が設定したリスクレベルによって分類した。マニュアルにない行為を実施しそうなことが実施前に危険に気づき直接影響がなかったがものをリスクレベルA、マニュアル通りに実施しなかったが児童生徒への影響は少なく校内対応のみだったものをリスクレベルB、事故はマニュアルにない行為を実施した又は突発的な出来事により校内対応のみでは困難が生じたため保護者・医療対応となったものをリスクレベルCとした。

3. 対象者ごとのヒヤリハット・事故の件数と内容、リスクレベル

事例を対象者ごとに分類し発生件数と内容、リスクレベルをまとめた。

4. 教員ごとのヒヤリハット・事故の件数と内容、リスクレベル

認定担当教員ごとに分類し、発生件数と内容、リスクレベルをまとめた。

5. チームの教員間で配慮していること

肢体不自由教育部門の教員全員に対し、医療的ケア実施中に配慮していること、さらに認定担当教員に実施中に配慮してほしいことをアンケート調査した。

III. 結果

1. ヒヤリハット・事故の発生件数と時刻

A 特別支援学校は知肢併置校で20XX年度の全校児童生徒数259名、肢体不自由教育部門111名であった。医療的ケアを受けるのは、肢体不自由教育部門105名中の23名で、22%であった。注入ケア対象者が21名、呼吸ケア対象者が延べ31名、排泄ケア対象者が2名で、排泄ケア対象者は導尿で他のケアとの重複はなかった。他は全員注入ケアを受け、呼吸ケアを合わせ有する児童生徒が多かった。認定担当教員は32名で肢体不自由教育部門教員69名中44%、対象者1名に対し3~4名の教員が資格を有していた。看護師は4名で1名当たりの対象者数は5.8名であった。学校担当医師は毎月1回来校して助言・指示を行った。ヒヤリハット報告件数は31件、事故件数は1件であった。ヒヤリハット31件のうち注入ケア(経鼻経管、胃ろうなど)が28件、呼吸ケア(口腔・鼻腔内吸引、気管カニューレ内

吸引、酸素療法など)が4件であった。事故の1件は呼吸ケアの気管カニューレの抜去であった。排泄ケア(導尿)の報告はなかった。発生時刻は、給食中が最も多く22件(注入ケア21件、呼吸ケア1件)、午前の授業中6件(注入ケア4件、呼吸ケア2件)、午後の授業中4件(注入ケア3件、呼吸ケア1件)であった。

2. ヒヤリハット・事故の種類と発生件数、リスクレベル

「手技の確認不足」13件、「マニュアル手順確認不足」6件、「手技中の対象者の動き」4件、「器具の不具合」5件、「日常生活の動き」4件に分けることができた。「手技の確認不足」13件は4項目に分けることができた。シリンジ注入時に圧力をかけることで接続部分から漏れた事例5件、シリンジから少量漏れた事例3件、容器を倒し胃残や薬をこぼした事例4件、注入ケア滴下中にチューブの閉めが不十分だった事例1件であった。事故1件の呼吸ケアの気管カニューレ抜去は対象者の日常的な動きで抜去した。

3. 対象者ごとのヒヤリハット・事故の件数と内容、リスクレベル

16名のうち対象者1名に対し最も多かったのが6件で、3件が1名、2件が6名、1件が8名であった。同一対象者に同じ確認不足が2回あったのは1件で他は繰り返されることはなかった。呼吸ケアのみの事例は1件で、他の対象者は注入ケアの事例あるいは呼吸ケアと両方の事例であった。

4. 教員ごとのヒヤリハット・事故の件数と内容、リスクレベル

認定担当教員18名のうち、1名に対し最も多かったのは4件で1名、次いで3件が3名、2件が5名、1件が9名であった。同じ対象者に3件のヒヤリハットを報告した認定担当教員は1名、2件のヒヤリハットを報告したのは5名であった。同じ対象者に同じ内容の2件の報告をしたのは1名であった。認定担当教員3名は器具の不備を実施前に気づき事故を未然に防いだ。

5. チームの教員間で配慮していること

安全のため、看護師だけでなくチームの教員も理解し配慮している。最も多かった意見が「不用意に話しかけない」13名、「他の児童生徒が近づかないようにする」10名、「スペースを確保し動線に入らない」6名、「様子を見守り必要な場合には声をかける」5名、「声出し確認を一緒に行う」4名、「給食配膳片付け器具の洗いや物の手伝い」3名、「物の位置を調整する」3名、「集中できるように」、「時間の余裕を持てるよう配慮する」各2名であった。

IV. 考察

教員は直接関係するチーム内で起こったことには注意し、同じ確認不足は繰り返しにくい、関係の薄い事例から事故防止の注意ポイントをうまく受け取りにくい傾向がある。看護師と認定担当教員が中心となって実施しているが、周りの教員の支援によって安全が確保されている。事例と同じようなケア内容の教員チームに、分析された事故防止のポイントの情報が的確に伝わる校内体制作りが、事故防止に有効であると考えられる。(YUTANI Rumiko)