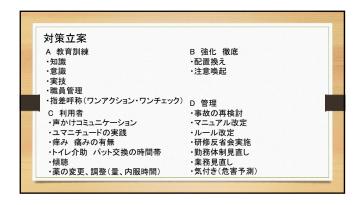


## 事故要因分析 A 事故当事者 ·身体的状況 B 環境 ・施設 設備・動線・部屋 配置・食席 ベッド トイレの配置 ·心理的、精神的状況 •知識 ·技量 ·事故発生時刻 D 管理 C 利用者 ・声かけコミュニケーション ・職場の慣習 ・教育訓練(新人含む) ・ユマニチュードの実践 ・痒み 痛みの有無 ・ルール ・マニュアル ・過去の事故報告書 ・トイレ介助 パット交換の時間帯 •傾聴 •外部研修 ·薬の変更、調整(量、内服時間) 勤務体制



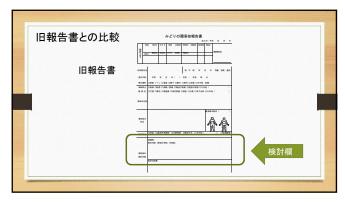


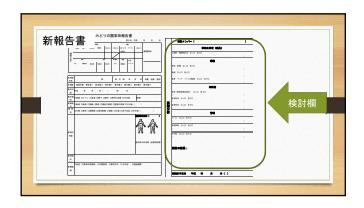


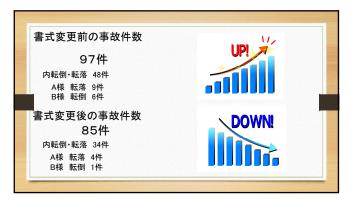












## まとめ

- ① あらゆる視点から事故を分析できるようになった
- ② 前向きかつ建設的な意見が出るようになった
- ③ 以前より多くの職員から意見が聞かれるようになった
- ④ 事故に対する意識が変わった(事故防止を意識した業務の遂行、介護スキルの向上)
- ⑤ 振り返りを行う際の有益な情報源となった
- ⑥ 事故件数が減った

## 今後の課題

- ①部署ごとに特性が分かれるため要因分析の9つの小項
- 目に細かい改変が必要
- ②事故後の検討時間の確保
- ③検討結果の周知方法
- ④看取り対象者の介護中にできる内出血等、職員がどんなに丁寧な対応をしても本人の体調が原因で避けられないことの取り扱い
- ⑤ 様々な対策を講じても同じような事故を繰り返してしまう (事故を防ぐことができない)

## ご清聴ありがとうございました

