

どうして～！事故は減らないの？

事故報告書から読み取る
事故減少への取り組み

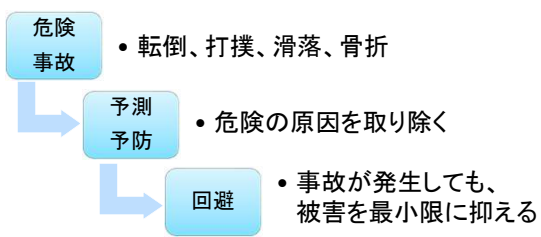
社会福祉法人 遠淡海会
特別養護老人ホーム 神久呂の園



社会福祉法人 遠淡海会 特別養護老人ホーム 神久呂の園
浜松市西区神ヶ谷町 定員80名 ショートステイ5名 多床室 平成元年9月創立

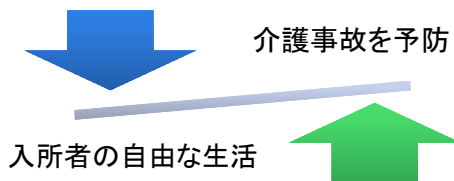
特養における リスクマネジメントの考え方

一般的なリスクマネジメントとは...



しかしながら...

- 特養は、入所者の生活の場である
- 個人の尊厳を大切にし、一人一人の生活に応じた自立生活を送っていただくのが理想である



介護事故ゼロを最優先にすることは、
入所者の自由な行動を制限してしまう可能性が高い

自由な生活を送ってもらいつつ、 事故ゼロに近づけるにはどうしたらよいのか？

- 迅速な対応
- 再発防止への対策

そこで

- 平成27年度の事故報告書より
 - 事故の種別
 - 発生場所別
 - 介護度別
 - 発生時刻別
- 月別に集計・分析

平成27年度の事故報告書

事故の種別 (月別)

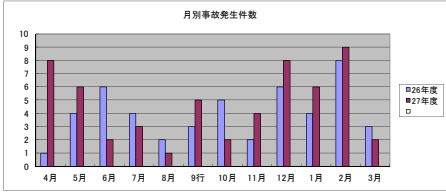
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
転倒	5	1	1	2		3	2	2	3	2	5	1	27
転落	1	1											3
裂傷	1	2				1			2		3		9
骨折						1			1				2
打撲	6	2	1	2		3		1	3	1	2		21
誤薬		1		1						3	1	2	8
滑落	1	1				2	1	1	3		1		10
その他		1	1						1	1			5
誤嚥					1								1
ヒヤリ/ハット	44	33	35	21	38	26	29	34	23	30	35	34	382
計	58	42	38	26	39	36	32	39	36	37	48	37	488

※1事故につき複数の原因あり(例:転倒して打撲の場合転倒と打撲のそれぞれに計上)

一番多かったのは...**転倒の27件!!!**
次いで多かったのは**打撲の21件!!!**

月別事故発生件数

	26年度	27年度
4月	1	8
5月	4	6
6月	6	2
7月	4	3
8月	2	1
9月	3	5
10月	5	2
11月	2	4
12月	6	8
1月	4	6
2月	8	9
3月	3	2
計	48	56



月別では

- ・2月の9件が最も多い
- ・次いで12月1月2月が多い



寒い時期・季節の変わり目に
多く発生している

発生場所状況(月別)

月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	計
1F西	居室								1			1	3
1F西	廊下・ホール		2										4
1F西	トイレ		1										1
1F西	計	0	3	0	0	0	1	0	1	0	2	1	8
1F東	居室	1	1			1			2				5
1F東	廊下・ホール												0
1F東	トイレ												0
1F東	計	1	1	0	0	1	0	0	2	0	0	0	5
2F西	居室	3			2			1	1	2	2	2	13
2F西	廊下・ホール	1	2				1		1		3	2	11
2F西	トイレ												1
2F西	計	4	2	0	3	0	1	1	2	2	5	5	25
2F東	居室			1			3		1	2			7
2F東	廊下・ホール	1							1	1		1	5
2F東	トイレ	2						1			1		4
2F東	計	3	0	1	0	0	3	1	2	3	1	1	16
2F東	浴室												1
2F東	その他			1							1		2
2F東	計	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	3

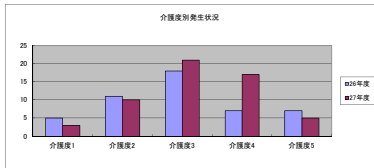
定員80名 (1F西20名 1F東9名 2F西31名 2F東20名)

居室が多い

介護度別発生状況(月別)

介護度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
1		3											3
2			1	1	1		1		1		3	1	10
3		3	1	1			2	1	2	6	1	3	21
4	1	2		1	1	2	1	1	1	4	3		17
5	1	2		1						1			5
計	8	6	2	3	1	5	2	4	8	6	9	2	56

	26年度	27年度
介護度1	5	3
介護度2	11	10
介護度3	18	21
介護度4	7	17
介護度5	7	5
計	48	56



要介護3が多い

昔に比べて
体が思うように動かない

認識不足?

動けなくなった
事を忘れた
まだまだ動ける
と思って行動

転倒

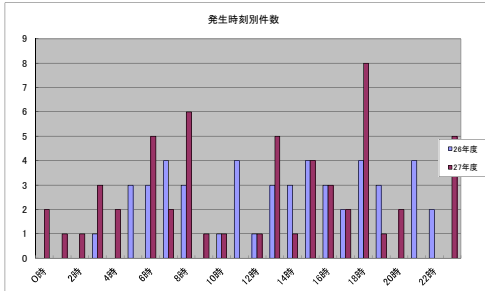
今後増加傾向
注意が必要!

H27年4月～特養の入所基準が
原則「要介護3」以上へ
平均要介護度⇒H26年度「3.58」
⇒H27年度「3.79」

発生時刻別状況

時刻	26年度	27年度
0時		2
1時		1
2時		1
3時	1	3
4時		2
5時	3	0
6時	3	5
7時	4	2
8時	3	6
9時		1
10時	1	1
11時	4	0
12時	1	1
13時	3	5
14時	3	1
15時	4	4
16時	3	3
17時	2	2
18時	4	8
19時	3	1
20時	4	2
21時	4	0
22時	2	0
23時		5
計	48	56

発生時刻	0時	1時	2時	3時	4時	5時	6時	7時	8時	9時	10時	11時
件数	2	1	1	3	2	0	5	2	6	1	1	0
発生時刻	12時	13時	14時	15時	16時	17時	18時	19時	20時	21時	22時	23時
件数	1	5	1	4	3	2	8	1	2	0	0	5



事故が起きやすい時間帯は

- ①18時から19時帯
- ②8時～9時の時間帯

夕食や朝食後の時間帯
排泄・整容の為に移動

人の動きが多く、職員が目が行き
届かない

事故につながる

事故発生の原因

<介護側に原因が考えられる事項>

- ・ 車椅子・いす等へ座っている状態の把握が不十分(座り方、ブレーキのかけ忘れ)
- ・ 排尿・排便の確認が出来ていない
- ・ 不穩状態だった利用者について職員間で情報の共有がされていなかった
- ・ ベッドのギャッジアップを下げずにその場を離れてしまった
- ・ 職員の作業手順不良等(誤薬、裂傷等)
- ・ 職員の声掛け不足
- ・ 見守りが必要な利用者から離れ、利用者だけにしてしまった
- ・ 利用者の所在確認がおろそかになってしまった
- ・ 利用者の体調不良時や夜間覚醒時の行動に対し、注意不足
- ・ 所持品の有無の確認が不十分(衣類洗濯時のポケットの中身の確認不足)
- ・ 同室にて2名同時にセンサー反応があったため、1名に対応してもう1名に気づけなかった
- ・ 浴室でリフトの操作を慌ててしまい内出血してしまった

事故発生の原因

<利用者側に原因が考えられる事項>

- ・ 車椅子のブレーキをかけていなかった
- ・ 車椅子、いす等の不安定な座り方
- ・ 脚力が弱り、介助を必要とする方が、自力で移乗しようとした
- ・ 落ち着かず身体が激しく動いてしまう
- ・ トイレに行こうとして立ち上がる
- ・ 便が出たくなり自力で移動しようとする
- ・ 不穩状態が続いていた(帰宅願望や物盗られ妄想)
- ・ 自分の居場所が分からないので探してしまう
- ・ 自分で動いてしまいどこかに当たり裂傷した
- ・ 靴をしっかりと履かずに、立ち上がりや歩行をする
- ・ 認知症による、危険認知能力の低下(急な立ち上がりや歩行)

事故発生の原因

<業務・環境に原因が考えられる事項>

- ・ 職員が忙しそうで、利用者が声を掛けづらい
- ・ コールを押したがすぐに職員が来てくれない
- ・ 二人で対応すべきところを一人で行ってしまった

排泄に関わる事故が多いな

職員の目が届かない時があるな

皮膚が弱く、傷になりやすいな

職員間で情報にバラつきがあるな

気づき! ?

事例

- ・ トイレに行きたくて立ち上がった利用者様に気付かず転倒
 - ⇒ 臨時で排便の坐薬や下剤を使用していた事の申し送りが不十分で、気付くことが出来なかった。
 - ⇒ 下剤服用者の名前をメモして目に付くところに貼ることで職員が思い出す頻度を上げた。
 - ⇒ 短期記憶が欠如してしまったり、ナースコールの使用方法が記憶できない利用者に対しては、センサーマットを使用。
- ・ 見守りが必要な利用者様から離れ、一人にしてしまった。
 - ⇒ 慌てて同時に二人の利用者様をトイレ誘導したところ、片方の利用者様を介助中にもう一人が床へしりもちをついてしまっていた。
 - ⇒ 焦らず、一人ずつ確実に誘導し、二人同時に介助が重なってしまった場合は、他の職員にも声をかけ連携した。

具体的な取り組み

排泄に関わる事故が多いな

職員の目が行き届かない時があるな

- ・ 各利用者の排泄パターンを把握しトイレへ早めに誘導する
- ・ 排泄表のチェックを行う
- ・ 排尿・排便の確認をしっかりと行う(職員間で下剤使用者の情報共有)
- ・ 夜間はポータブルトイレを使用する
- ・ 終日トイレ誘導者はトイレ近くの居室を提供

- ・ 業務内容の見直し⇒介助動作・業務手順などのソフト面と建物・設備、用具道具の安全点検などのハード面から行った
- ・ 事故の起こりやすいホールに見守りの職員を配置し分業した
- ・ 職員の体調不良や急な休みのときなど他部署に連絡し協力を得た
- ・ 興奮した利用者へは少し時間をおいてから再度声掛けしたり、対応を別の職員に替えて行った

具体的な取り組み

皮膚が弱く、傷になりやすいな

職員間で情報にバラつきがあるな

- ☆少し当たるだけでも内出血
 - ↓
 - ・ 利用者は『皮膚が弱い』事を認識して介助にあたる
 - ・ 皮膚の露出を避けるため、アームカバー・レッグウォーマーを使用する
- ☆褥瘡予防
 - ↓
 - ・ ビーズマットなどを使用し皮膚の圧力を分散

- ・ 他部署を交えた事故防止委員会や介護職員によるヒヤリ・ハット検討会の定期的な開催
 - ⇒ 新人職員も含めた施設全体で情報の共有を行う
- ・ 普段と様子が異なる利用者様や不穩な利用者様は職員間で情報の引き継ぎをして共有し、注意深く様子観察を行った

取り組んだ結果

事故の起こりやすい時間帯は、人の動きが多く職員の目が行き届きにくかったので、見守り強化の為職員配置を一人増やした

車椅子からの立ち上がりは頻回で転倒の危険性が高い利用者は、職員と共に行動してもらいながら見守った

他部署の職員も統一した対応を取ることで、

利用者様が混乱せず、安心して生活が送れるようになってきた

事故を未然に防いだ

今後の課題

- ・平成27年4月から、特別養護老人ホームへの入所基準が原則『要介護3』以上の方と変更になった。
- ・事故の分析より『要介護3』は事故の発生が多いことを考慮すると、今後ますます増加傾向にあるので注意が必要である。
- ・介護技術の質の向上
 - ・今後を予測する想像力(利用者の容態の変化に早く気付けるか?)
 - ・介護者の身体を傷めない介護方法
- ・職員の確保
 - ・どんなに有能な職員でも、疲れていれば能力は半減してしまう
- ・職員間の情報の共有
 - ・新人職員にも理解が出来る情報の伝達方法