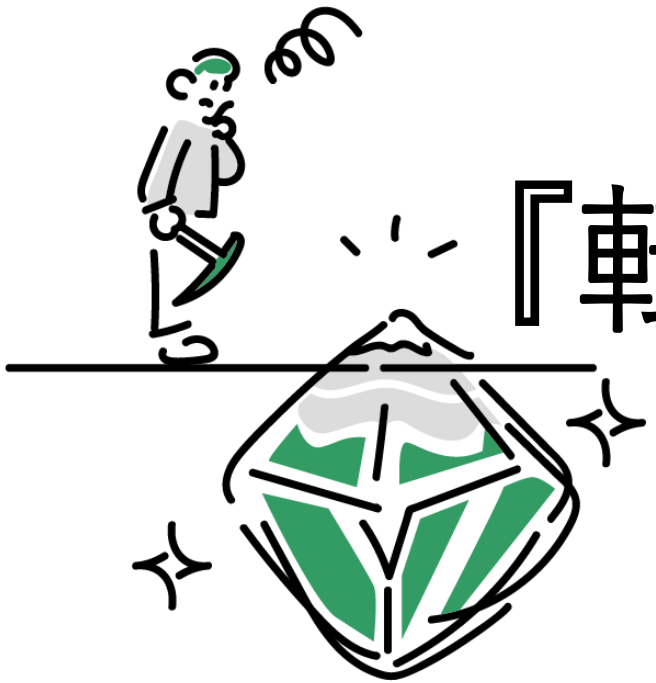


『転倒・転落』

見えるリスク・見えない本質

・社会福祉法人　恩賜財団　済生会支部　静岡県済生会

小鹿なでしこ苑

1ユニット　12名
準ユニット型

長期入所
96名

短期入所
12名+1名

「あなたがあなたらしく私が私らしく」

はじめに

内出血

骨折

誤薬

皮膚剥離

事故・・・？

誤嚥

アンケート結果

1位 **転倒・転落**

発生件数

9．15%

27/277件

9．83%

18/183件

10%に満たないのに

結果は1位・・・

出血・骨折

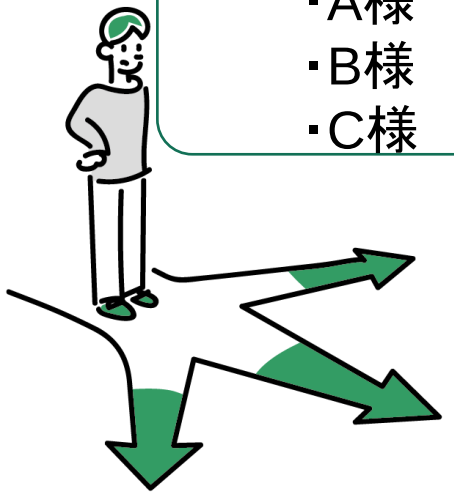
看取りや死亡事故など

最悪なケースに繋がることも

カテゴリー分け

大きく分けて
4つのカテゴリーに
分けられる

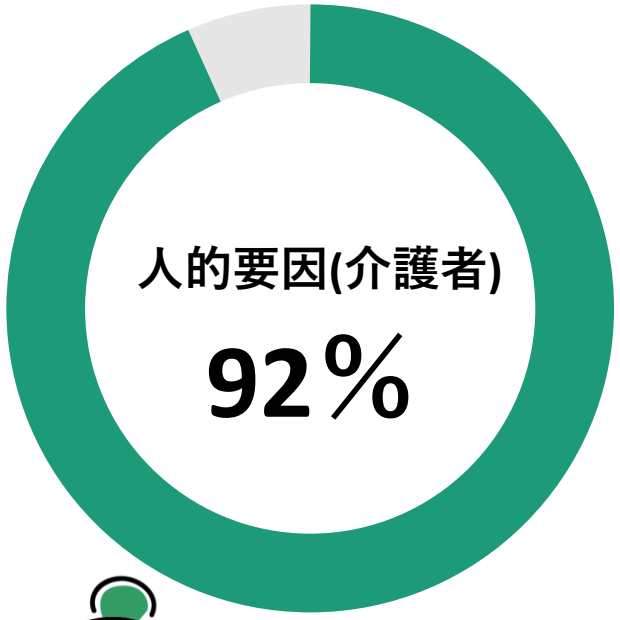
人的要因	環境	認知機能の低下	身体機能の低下
・A様 ・B様 ・C様	・A様 ・B様	・D様 ・E様	・A様 ・F様

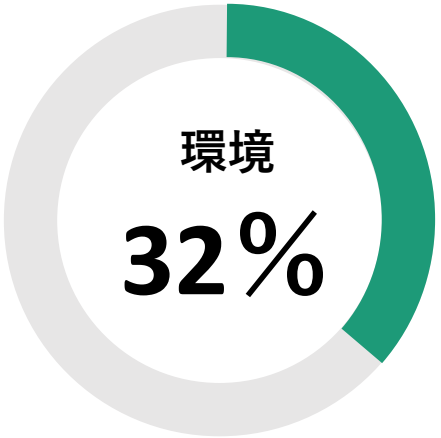


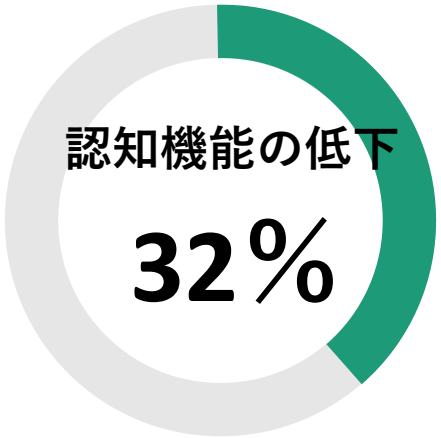
該当数が多いほど
リスクが高い

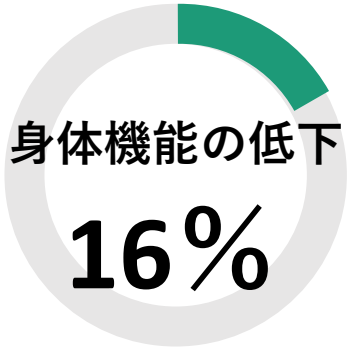
該当数3個の
A様が1番リスクが高い

アンケート　1回目









(入居者から見た)
外的要因

(入居者から見た)
内的要因

何故、転倒・転落事故が
発生すると思いますか？

人的要因(介護者)
「**ルールが明確化されていない**」
→問題解決への取り組みへ

注意リスト

○○○○様	○○○○だから	○○○○する

当たり前

慣れ

寝たきりなどリスクが限りなくゼロに近い方も
あらゆる可能性を絞り出した

事故が絶対に起きないという
保証はない

→いざ、施行。その時に…

「人員不足」
耳の痛くなるワード

5月～6月　2Fフロアにて

事故多発

紙面での
注意喚起

緊急会議
(2F職員全員参加)

注意リストの
配布

骨折から看取りへのケースも･･･

施行後：アンケート　2回目

○

- 意識が高まった
- 安心
- 声かけがしやすくなった

×

- 把握が難しい
- 人数不足やヘルプによって対策が薄れる

不安度　56. 07%

リスト頼りでなく
リストをもとに
声をかけていくことが大切

日々の状態変化に
対応していない

常に最新のアンテナが
立っている証拠

直近の事故に左右

リスクの高い入居者は？

→1回目と2回目で変わっている

なぜ事故は起きるのか

リスクヘッジ

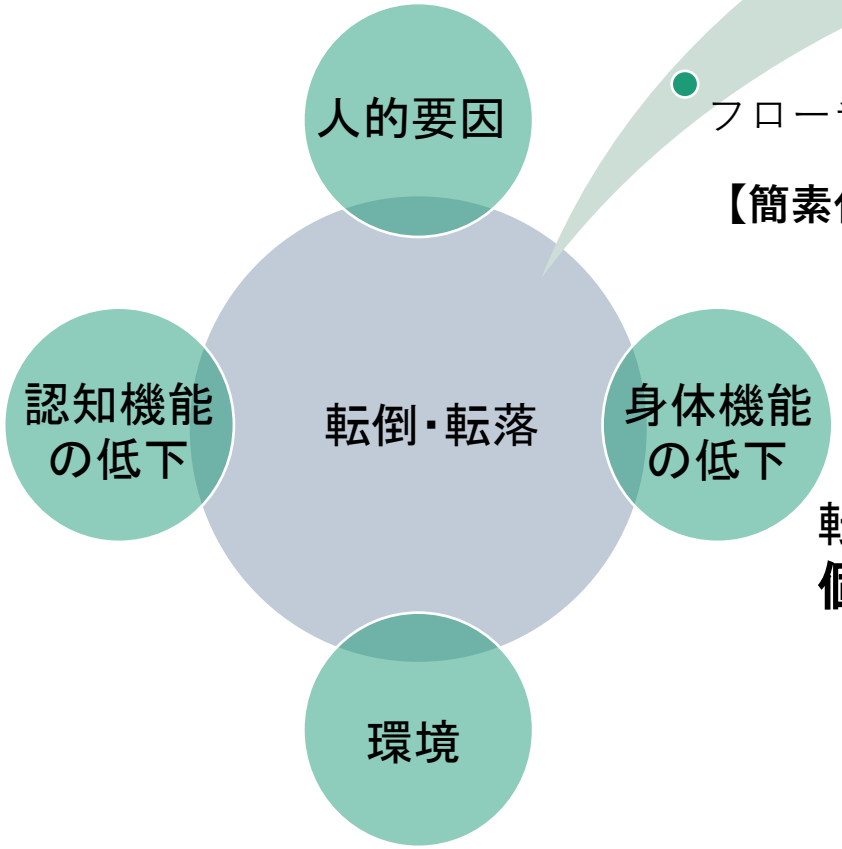
事故の減少

注意リスト

【明確化】

フローチャート

【簡素化】



転倒、転落事故は**4つの区分に分けられ(簡素化)**
個々の対応(明確化)＝個別ケアを行うことで予防できる

次のステップへ

⇔原点回帰

なぜ事故を起こしたらいけないのか

人生を
変えてしまう

（他職員からの）
信頼を
失ってしまう

もし〇〇しなければ…と
家族に思わせてしまう

肩書や立場
ミスができない

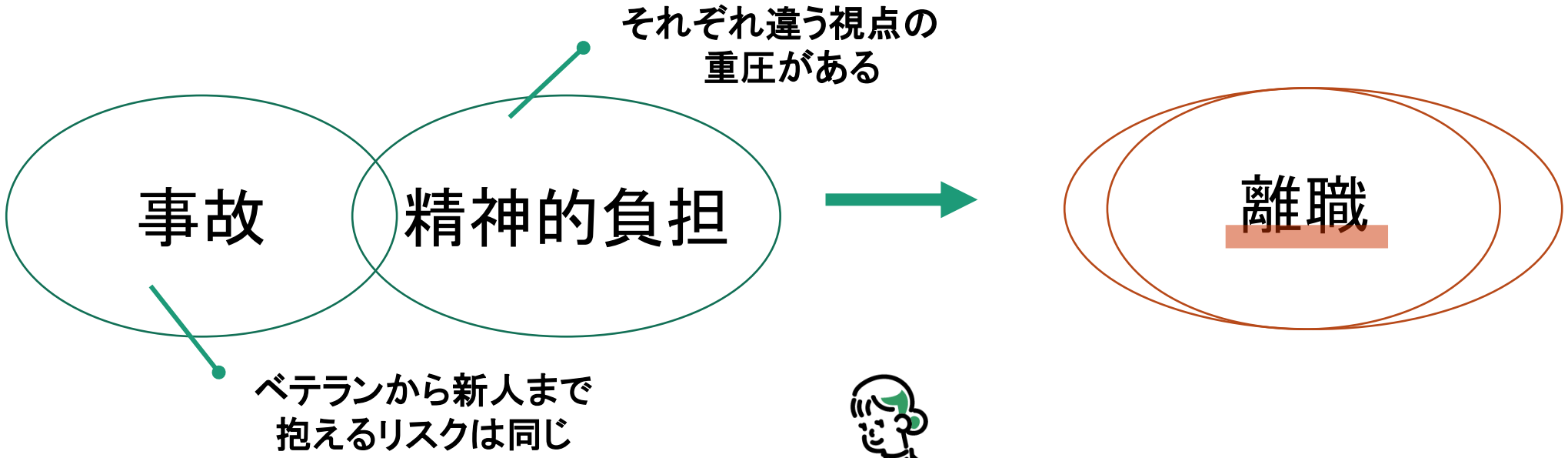
自然な老いに
反してしまう

介護に対する
恐怖心

痛くてつらい思いを
させてしまう

自分には向いて
いないのかも

なぜ事故ゼロを目指すのか



入居者様が
安心して生活できる場所

職員が
安心して働ける場所

まとめ

なでしこ苑

「誰もが安心して過ごせる 施設づくり」

全ての事故の軽減
ゼロを目指していく

見えるリスク

入居者様・職員の
心と身体を守る

見えない本質

御清聴
ありがとうございました