

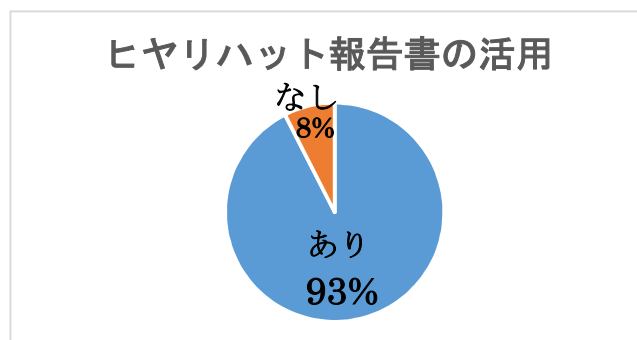
事故防止の取組及び事故報告に対する議論用紙の集計（全体）

1. 事業所における事故防止策の取り組みについて

（１）ヒヤリハット報告書の活用

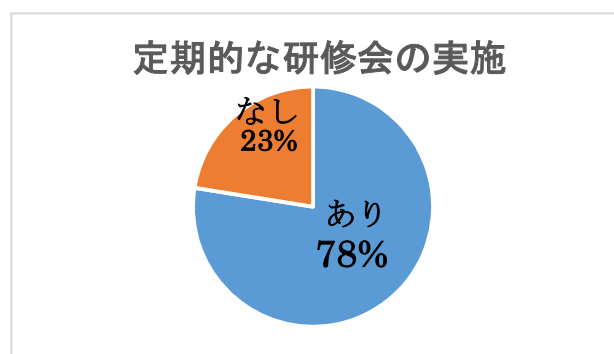
	事業所数	%
あり	37	93%
なし	3	8%

ほとんどの事業所が実施していることが分かります。



（２）定期的な研修会の実施

	事業所数	%
あり	31	78%
なし	9	23%



●実施頻度

	事業所数
年1回	10
年2回	5
年3回	2
年4回	1
月1回	13

8割程度の事業所が、定期的に研修会を実施しています。実施頻度は、月1回が一番多く、月1回以上と答える事業所もありました。次いで、年に1回が多いです。

●研修会の内容

リスクマネジメントについて	7
年間の中で取り上げる項目	
ヒヤリハット発生時の報告、発生を防ぐための対策	2
倫理、介護技術、虐待、接遇等	
事故発生時・緊急時の対応、予防またはその再発防止	3
認知症の理解、口腔ケアなど	
リスクのある方について話し合う	
疾患別ケアやリスク、法令等について	
各ユニット会議・スタッフ会議にて事故事例の検討や勉強会・ケアについて、認知症、感染、虐待、身体拘束、接遇、事例検討等	
6月・1月身体拘束介助の取組・高齢者虐待、11月リスクマネジメント及び事故防止	
4月福祉用具の活用、4月・3月介護ロボット見守りセンサーの活用と1年後導入しての振り返り	
事故防止マニュアルの確認、研修会等	
自己の未然防止と対策	
事故発生時、緊急時の対応、事故分析と再発防止策	

●研修会実施頻度の詳細

事業所内研修または事故発生時
事故報告会(事業所会議にて)毎事故発生時に事故検証会
会社全体会議(項目に入っている)
会議月1回または都度周知
ユニット職員の定期会議

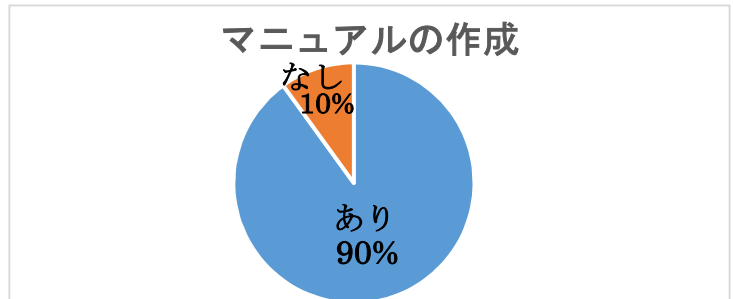
研修会の内容は表のとおりで、リスクマネジメントに関する内容の実施が1番多くなっています。また、事故報告やリスクマネジメントに関するものに加え、認知症や虐待、介護技術等、日々の業務に必要となる項目の研修を実施していることが分かります。

研修会の実施頻度の詳細については、会社全体会議や、ユニットごとの定期会議など、定期的に研修会や勉強会を開催している事業所や、事故発生時にその都度研修会を開催している事業所もあることが分かりました。

(3) マニュアルの作成について

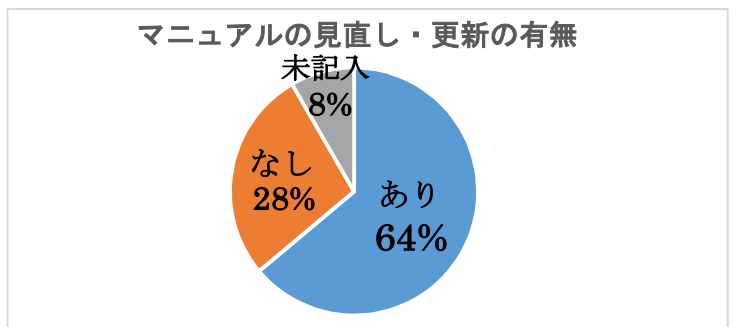
●マニュアル作成の有無

	事業所数	%
あり	36	90%
なし	4	10%



●マニュアルの見直し・更新の有無

	事業所数	%
あり	23	64%
なし	10	28%
未記入	3	8%



マニュアルの作成については、90%とほとんどの事業所が作成していることが分かります。しかし、マニュアルの見直しや更新をしている事業所は64%でした。

マニュアルの作成はしていても、見直し、更新ができていない事業所もあることから、マニュアル作成に加え、定期的なマニュアルの見直し、更新を実施するようお願いいたします。

●マニュアルの内容

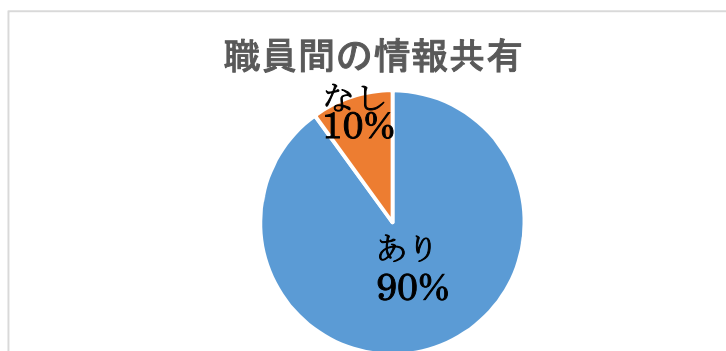
三股町介護保険指定事業所における事故報告ガイドライン参考に作成。
事故発生時マニュアル・事故防止再発防止マニュアル (13事業所が類似回答)
相談苦情対応マニュアル
苦情、事故、感染症、虐待
ケアマニュアル、医療処置マニュアル、訪問看護マニュアル
針刺し、結核、かいせん、虐待、盗難、情報漏洩等
事故発生時の対応、非常災害時、入浴・食事ケア、排泄介助、送迎等の各マニュアル
事故発生時の対応方法内容: 転倒・転落・誤薬・誤飲・異食・ヒートショック等
事故・病状急変時及び急病時発生時の連絡先一覧表

指針の策定、介護の仕方、他事業所の例
事故防止対応の具体的な内容…生命、身体の保護、職員の役割など
緊急時対応マニュアル
状況確認方法、連絡先、対応方法
転倒、転落、窒息、誤薬、離設等
相談苦情事故対応、福祉用具安全利用推進
異常(事故)の発見及び確認、誤薬の対応、急変/危篤の対応、誤嚥・異食等への対応、行方不明者への対応、事故報告と今後の対応
指針の作成、介護の仕方や他施設の事故例
事故・病状急変時及び急病時等発生連絡 体制

(4) 職員間の情報共有について

●職員間の情報共有の有無

	事業所数	%
あり	36	90%
なし	4	10%



職員間の情報共有について、なしと答えた事業所はいずれも、1人対応の居宅介護支援事業所であるため、2人以上の事業所では、全ての事業所において職員間の情報共有は確実に実施されていることが分かります。

●情報共有の方法

	事業所数
ミーティング	19
LINE グループ	9
報告書の回覧	6
アプリ、ソフト、システムの活用	4
連絡帳	3
朝礼や終礼	2
カンファレンス	2
適宜報告	2

	事業所数
申し送り	2
無線	1
勉強会	1
ケース検討会	1
記録に残す	1
昼休みに共有	1
ラインワークスの利用	1

情報共有の方法は、ミーティングでの共有が多く、次いで、LINE グループでの共有や、報告書の回覧による共有が多いことが分かりました。口頭や文書での共有も多いですが、アプリやソフト、システムなどを使用した共有も主流となってきたことが考えられます。

(5) その他の事故防止の取組について

居宅ケアマネとしては、毎月のモニタリングにおいて心身の状態を把握し、危険予測等も行いながらそれに応じた対策を行っています。
1人居宅であり事業所での利用者の事故は現状ないです。
1人ケアマネ事業所です。今のところヒヤリハット報告書へ記載するようなケースがありませんが、発生時は記載し法人代表者へ報告したいと考えております。

ヒヤリハット、インシデント等の事例があった時にカンファレンスを行い、再発防止のための情報共有を行う。要因の分析を行う。リスクマネジメント等外部研修の受講をしている。
ヒヤリハット報告書の分析を各部署で行い、原因を明らかにし、対応策を考える。
<ul style="list-style-type: none"> ・内服薬の持参するチェックを互いに持っている。 ・朝の申し送り(注意事項や情報共有してほしいことなどタブレットにて共有している) ・事故時の対応(管理者にすぐ報告する)
<ul style="list-style-type: none"> ・毎朝近位見守り者、遠位見守り者の氏名確認と行動面注意の方の氏名確認を行っている。転倒リスクの高い方の歩行状態や行動(杖を持たずに歩く、歩行器を使わない)を職員相互に確認する。 ・無断での屋外への離席や離設に対し、入り口にセンサーを設置 ・毎昼食前に15分間の口腔体操を実施し食事開始から10分間食事見守りを増員し異常の早期発見対策としている。 ・食事の誤配膳を防ぐため、食札に各食事形態を記載
朝礼や夕礼でのその日の反省会
月例会議での個別ケースについての対策等の協議
<ul style="list-style-type: none"> ・認知症利用者への対応 ・身体的機能が低下した利用者への対応 ・利用者の心身状態の把握など本人(利用者)を知ること等ミーティング、カンファレンスによる危険回避
職員から希望がある場合等にミーティングを開催する。
リハビリマネジメント会議やサービス向上ミーティングでの話し合い。
自施設における事故の特性を分析している
<ul style="list-style-type: none"> ・定期的なメンテナンス実施徹底 ・使用上の動作確認実施
モニタリング等にて利用者様に福祉用具の利用状況や自宅内外で転倒等の内容を聞き出しております。
<ul style="list-style-type: none"> ・事務所内に「安全対策委員会」を設置して活動している →事故の起こしやすい状況や場所、時間の収集をし、統計を取る →職員間で検証し、把握して共有している。
介護事故やヒヤリハットが発生したらすぐに、上長に報告し対応策を検討し早急に全職員に情報共有し再発防止を行う。
その他、スタッフ会議やユニット会議にて、再度情報共有を行い是正策の再検討を行う。
約1か月後にその事故に対して再評価を行い、再発防止が行えているかを検証する。
必要時はマニュアルの見直しを行う。
安全対策委員会(毎月)、身体拘束・高齢者虐待委員会(3か月に1回)、事故ヒヤリハットについては毎月集計を行い、対応・対策後の確認や毎月安全対策委員会で目標を立てて周知徹底を図っている。
安全対策委員会の設置、事故防止に向けた会議
月例会議での個別ケースにおいて検討
<ul style="list-style-type: none"> ・誤薬の予防方法 ・転倒・転落時の対応 ・災害発生時の対応 ・誤嚥、異食等の対応 ・送迎時の注意事項
毎朝の朝礼で事故発生についての件数報告を行い、それについてどのように対応していくかを周知しています。

2.転倒防止策について

令和3年度・令和4年度事故報告集計を見ると、転倒による骨折が1番多い事故だったため、転倒防止策として、事業所内で取り組んでいることや事故防止策の提案を教えてくださいました。

【居室がある事業所の回答】

<ul style="list-style-type: none">・利用開始前に定期的に、セラピストによるアセスメントを行い、転倒リスクについての周知や適切な移動手段で対応しています。・事故発生につながりやすい状況としては、認知機能(理解・判断)の低下している方のトイレでの転倒リスクが高いです。(例:コールを押さずに車いすへ移乗しようとされたり等)そのため、現在の対応としては常時付き添いをしたり、頻回に様子を見に行くようにしています。
<p>転倒リスクのある方に対しては居室の検討、ベッドの高さを調整することやセンサーマット等を活用し、ベッド上から動き出した際にすぐ対応できるようにしている。またふらつきのある利用者についてはナースコールを使用するように説明し、スタッフ間でも情報共有して利用者がトイレ等に動かれるときはすぐに見守り、付き添い対応するようにしている。事故発生につながってしまう現状として、限られた資源で対応していけないことがあると感じている。</p>
<ul style="list-style-type: none">・利用者の歩行移動の動線上に物を置かない。・杖歩行の方は、ちょっとした移動の際、杖をもっていかなかったり忘れてしまうので配慮する。(声掛けや杖を持っていく)・下肢機能低下がある利用者は、立って歩き始め時が不安定なため必ず付き添う。・認知症高齢者の場合は行動に想定外の動きがある。介護者は危険予知の察知力を高める必要がある。・ベッドにセンサーマットを装置して、ベッドからの転落や転倒を予知する。・全床(リビング、居室、トイレ等)にクッションフロア床材を使用
<p>ベッドセンサー(離床センサー)や赤外線センサーなどで離床の検知を行い速やかに職員が対応できるようにしている。</p> <p>居室内での転倒事故は、夜間帯が特に多いと感じている。見守りを行う職員が夜間帯に手薄になってしまうことや様々な利用者の対応で駆けつけることが間に合わない際に起こっていると考えられる。</p> <p>日中の居室での転倒は資格になってしまっていたり、センサー等が鳴ったにも関わらず対応が遅れてしまい発生していると考えられる。</p>
<p>見守り介護ロボットを活用しつつ、早期対応や環境整備、行動導線の把握、認知行動やストレスフリーの状態での行動を観察し早期対応・再検討を行っている。</p>
<ul style="list-style-type: none">・居室整備、居室家具配置の工夫・おひとりでトイレに行かれようとして転倒が一番多くみられている。
<p>居室内の配置の検討</p> <p>例)ベッドの位置やポータブルトイレの位置が現状のままでよいのか、入居者様それぞれの行動パターン・癖を考慮した配置になっているか等</p>
<ul style="list-style-type: none">・利用者様の昼間の状態把握・平時との変化の把握・転倒リスクがある行動等ヒヤリハット記入にて情報共有・居室、共同スペースにおける環境整備
<ul style="list-style-type: none">・転倒事故防止のため、背部センサーや足元マットセンサーを使用している。・ホールには必ず1人スタッフがいる・転倒リスクがある方はスタッフが近くにいる。トイレ等も必ず見守り実施

- ・スタッフがバタバタせずに落ち着いてゆったりとした雰囲気を作っています
- ・ベッドからの転倒・落ちる可能性がある方は低床ベッド対応
- ・誤薬防止のために声出し確認、ダブルチェック実施している。

有料老人ホームは完全個室ですので、扉を少し開けて巡視の徹底をするだけでは、対策につながりません。眠りスキャンを導入しており、眠りの状況とベッド上での覚醒状況が把握できます。センサーマットではないため、動きのタイムラグは発生しますが、頻回に巡視を行わなくても、利用者様のベッド上での状態確認が容易にできるようになりました。

手すりの設置と床センサーマットでの対応

【居室がない事業所の回答】

【事業所内で取り組んでいる提案】

- ・移動、移乗時、または、排せつの際は必ずコールするか介助者とともに行う。
- ・床にマットなど置かない。
- ・事業所からの報告を受けての防止策の提案
- ・センサーマットなどの必要物品などの検討

【事故発生につながってしまう現状】

- ・居室は目が届きにくいので細目に巡回をする(夜間帯を含む)
- ・認知症の進行と下肢筋力の低下
- ・履いている靴が合わない等
- ・歩行器や車いすのブレーキのかけ忘れ

・居宅介護支援事業所としては直接利用者様に支援を行う機会はないので、事故防止としては、アセスメントに基づき、転倒転落などのリスクを把握したうえで、必要に応じた福祉用具の提案や導入を行ったり、各事業所に対してモニタリング等によるリスクの明確や、それに応じた対応策等をお願いしています。

事故防止策の提案

転倒・躓きの原因を取り除く(滑り止めマットを敷く、家具の配置を変える)

運動する時間を増やす(筋力向上やバランス感覚を鍛える)

照明を明るくする

適切な靴を選びきちんと履く

- ・利用者居宅訪問時は、環境アセスメントを行い、整備や注意を呼び掛けています。
- ・また機能に応じて用具の活用や住宅改修の提案を行っています。
- ・活動参加の機会が増えるように促しています。
- ・食事や貧血等主治医に助言をいただくケースもあります。

・利用者様の生活環境の中で転倒の危険のある個所(カーペットやマット等)をご本人、家族の方と相談し未然に防ぐ。歩行の難しい方の声掛け見守りを必ず行う。

・ご高齢になられると拘りがあられマットを2~3枚重ねて敷かれたり硬い綿のこたつ布団をかけられたりヘルパーの助言を聞かれない方が何名かいらっしゃる。

訪問時歩行不安定なご利用者宅ではいつも手を添え介助ができるように各ヘルパーに周知している。

訪問看護の場合は、在宅で生活されている方がほとんどで、生活されている時間の中で、私たちが介入している時間はわずかな時間です。訪問中はもちろん、常に見守りの中支援しているので転倒事故なく支援できていますが、それ以外の時間をいかに安全に生活してもらうようにするかが問題です。ご本人様のADLや生活スタイル、環境等ここに合わせた取り組みが必要とされており、転倒リスクを拾い出して他事業所スタッフと連携を図りなが

<p>ら必要な支援や福祉用具、指導等を行えるように努力しています。訪問時間以外での情報が得られるよう他事業所スタッフの方と小忠実に連絡を取るようになっています。</p>
<p>家族や本人への指導、環境整備、リハビリの実施(転倒予防) PT/OT へ環境や ADL 評価を依頼する。 福祉用具業者、ケアマネとの連携を行う。</p>
<p>・まずは環境面の見直しについて行い、転倒につながる要因を排除する。転倒した利用者の身体機能や服薬との関係性、精神面についてアセスメントし必要であれば主治医と連携を図り、薬剤の調整を行う。</p>
<p>・当事業所では骨折につながる事故はないが、軽度認知症の夫婦 2 人暮らし車いす利用者が 1 人で車椅子移乗時に足が滑り捻挫された。 ・対策は 1 人では車いすに移乗しないよう説明を徹底する。 ・滑り止めのついたスリッパを利用する。また滑り止めマットを使用する。</p>
<p>①上記の記載の見守り者の確認と行動面での注意を全体で把握し、移動の際の杖忘れ、歩行器忘れや車いすの方との接触事故、車いすのバック移動時の停止、歩行訓練者と車椅子移動者への注意を行っている。早期発見と近位の職員への対応をインカムで行い、早期の対応で事故を未然に防ぐ努力をしています。 ②トイレの中での移乗失敗、ズボンの上げ下げ動作時の転倒は自立されている人の場合トイレの中からの声で気づくことがあり未然に防げないことが多い。 ③職員の目が届くところは配慮できるが死角になる場面、場所(トイレ等)一層の注意が必要と思われ、トイレドア前で職員待機もあります。</p>
<p>以前、帰りの送迎時に各車両(3台)にそれぞれ送迎担当の職員の誘導で利用者に乗せていた際乗せることに気を取られたことで、車両の方に職員が集まりすぎ、施設内の見守り職員が手薄になってしまった。そのことで施設内で転倒が発生した。その後は1台ずつ車両を玄関に着けて、乗せていく体制をとっている。その都度声掛けをするが、待つことのできない、理解のできにくい利用者については先に誘導をしていく体制をとっている。</p>
<p>・介護技術の向上のための研修 ・環境整備</p>
<p>・職員同士の情報共有をし、その日の利用者様の動きにより、見守りを強化する。 ・全体を見渡せる位置での職員の見守り ・利用者様に背を向けて記録入力などをしない ・ホールが不在になる場合や、休憩時間等は必ず別の職員に声掛けをする ・転倒リスクが高い方は、排泄時等もプライバシーに配慮したうえで、近くで見守りする ・立ち上がり等が頻回になる場合は、気分転換に散歩をしたり、興味のあることへ取り組む ・誤薬防止のために、声出し確認、ダブルチェックを行っている。 ・送迎時、車に乗る順番に配慮する。(転倒リスクが高い方は先に乗る)</p>
<p>機能訓練、下肢の体操による予防。見守りの徹底。</p>
<p>・利用者の心身状態を正しく把握すること。日々状態の変化があるので定期的にフェイスシート等の見直しが必要。状態の共有を行うことが事故防止につながると考える。 ・事故発生につながる現状としては、注意散漫、知識不足(知らなかった、わからなかった)など</p>
<p>・見守り不足によるものが多いのではないかと。 ・職員数</p>
<p>・利用者様の平時の状態行動の変化の把握と相互確認。 ・夜間における利用者様の状態・行動の変化の把握と情報共有 ・連絡帳・ラインにて全職員への周知</p>

<ul style="list-style-type: none"> ・環境チェック、危険が予測される箇所の確認 ・車いすからの転倒防止の構築
<p>転倒をしないように歩行器を使用している方には、必ず使用するよう移動の際には声掛けを行っている。また、一瞬のすきで転倒は起きてしまい骨折につながるため、転ばないようにリハビリを行い、筋力維持をしている。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・当所では、歩行に不安がある利用者には、必ずスタッフが付き添う ・事故発生については認知症のある利用者が(入浴時等)突然立ち上がったりに起りやすい
<ul style="list-style-type: none"> ・転倒防止策 <p>利用者様の移動能力について自立・見守り・介助をPT/OTがアセスメントし話し合いで共有している。</p>
<p>同線の確保、リスクゾーンの共有、リスクのある利用者様の共有。</p>
<p>上記の利用者様より聞き出した内容をもとにスタッフ間で話し合いを実施し、訪問時利用者様に注意を行います。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・送迎車の乗降時のふらつき、転倒のない様に常に声掛けと必要な横・後方から支援を行う。 ・特殊車両(リフト車)へのリフト乗降時は転落等がないように細心の注意をはらう。また、車内では、車いす固定部分の十分な確認(ゆるみ等)。シートベルトの着用確認。 ・車いす座位時確認→滑り落ちにつながらないように、正しい座位の確認と支援。 ・テーブル椅子に着座しているとき、急な立ち上がりがあるので目配りは常に行う。 ・利用者の行動範囲に障害物や滑りやすい環境がないか注意する。 ・利用者の歩行移動時、常に転倒やふらつきがあるのではないかと、との予測をし、兆しがある時はすぐに対応できるようにする。 ・とにかく、十分な目配りである。利用者の居場所の確認も常に把握する。→グループホーム職員に求められる技術の1つである。

3.事故防止のために町で実施してほしいこと

<ul style="list-style-type: none"> ・町として再発防止のための研修会の開催や実際に事故が発生した場合の対応方法や、過去の事故による対応等あれば研修会など開催して、各事業所に教えてほしいです。
<p>転倒による骨折が一番多く発生している。 高齢者の転倒、原因の予防策について勉強会を開催してほしい。</p>
<p>①要介護状態になる前からの教育</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スポーツジムのようなところで運動する(費用町負担) (ジム利用回数に応じてクーポンを出す) ・バランスの良い食事、カロリー等がわかるような食事 <p>②体操会場までの送迎</p>
<p>クレーム対応、対策などについて</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護(移動時のトラブル 例:交通事故など) <p>職員教育用のビデオ・DVD等ありましたらどういうものがどこにありといった情報を発信していただけたらと思います。(あるのかもしれませんが当方が知らないだけかもしれません)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・他の施設での取り組みを知りたいです。
<ul style="list-style-type: none"> ・事故防止等町全体での研修会 ・人員不足な介護施設への職業斡旋 ・介護職、看護職の潜在資格者への勉強会
<p>転倒リスクのある事業所内の改善費用等の補助金があればよい。</p>

他施設の情報・対策等参考になります。定期的な情報提供をいただけるとありがたいです。
施設内で事故が発生した場合の対応について、医師等からの講習を行ってほしい。(転倒での骨折時や入浴後気分が悪くなった場合等)
勉強会や研修等を開催してほしい
事業者向けの研修会等を実施してほしいです。
・事故防止の取組は、設備ハード面、職員の技術向上・教育、さらには過去のデータや経験値で未然防止を図っている。しかし、様々な事故があるが、事故が「皆無」にできないことも、その「資料」どこかにか表現、記してほしい。
研修会・勉強会の実施。様々な施設との交流会
事故再発防止に向けての対応の中で、理解力の悪い方に対する対策や福祉用具の活用など。
事故防止というか、100%防ぐのは困難と思われれます。もちろん最大限事故防止には取り組む必要がありますが、例えば転倒したときにけがをしないために当施設が一度購入を検討したもののなかで、床に敷くタイプのやわらかい素材のマットのようなものがありますが、(転倒してもけがしない)それを購入しようとしたのですが、費用面で断念せざるを得ませんでした。そういった助成のようなものがあるとありがたいです。あと、センサーマットも介護保険で導入したいが、ケアマネによると導入のハードルが高いと複数のケアマネから断られたため、導入しやすいようにしてほしいです。
今回のように他施設の情報を参考に自施設での対策に活かしたいです
他施設がどのように事故防止を行っているか知りたいです。
事故再発防止に向けて、他事業所の成功事例や取り組みなどを掲載してほしいです。
吸引器やセンサーなどの助成

4.事故防止に関しての疑問点や他事業所に聞きたいこと

施設内(居室)での転倒を防ぐための巡回等の回数等、プライバシーを保つことを考えての居室訪問に対しての考え、頻回の訪室を求めない利用者様への対応。
・事故に関しては、施設の過失の有無が問われると思いますが、その線引きをどのようにされているのか？またご家族様への対応などどのようにされているのか、他事業所によって違いがあると思うが聞いてみたい。
拘りのある方への対応、声掛けを各事業所のご意見をご参考にしたいと思います。
軽度で転倒、しりもち、肩ひじをついた、本人から痛みはないといった事案について事業所の対応はどうされているのかと思うことがあります。必ず病院へ連れていきレントゲン等で異常がないことを確認されているのでしょうか。ケースバイケースではあると思いますが、
・日中ホール内のスタッフ人数。 ・夜間の様子 ・記録・カンファレンスの実施、情報伝達方法
まずは通路の確保。道路上のコードや障害物等の整理
救急車を利用する場合や家族に連絡する場合の基準について
他事業所での事故の事例やどのような対策を立てて対応したのか、カンファレンスの内容等も聞きたい。家族への説明等で難しかった事例等を聞きたい。
・立位、歩行、移動時の転倒リスクある利用者で、自立心や自尊心が高い方への声掛けの仕方(トイレでの見守りの声かけや方法)
利用者の居場所で、確認が十分にできないところでの状況把握をどうされているか。(トイレ、夜間の自室)
ほかの施設がどのような対策、対応をされているのか共有できるものがあれば教えていただきたい。

当施設では要支援、要介護1の入居者の方が多いので、転倒事故は多いです。居室内またはベッドサイドでの転倒・転落事故が多い。アームス(見守りセンサー)、センサーマット、床にマットレスを敷くなど工夫していますが、ほかの施設ではどのように対応されていますか。

5.その他の意見

感染症(コロナ渦)で外部(家族やケアマネ)などが居室へ立ち入れないため、施設の中の状況が分からなくなっている。また、受け入れ先(住宅型)の職員配置も様々違うのであまりにも大規模な施設は見守りや介助がちゃんとなっているか心配である。コロナ渦で働く介護職の負担が大きくなりすぎている部分もあり、人手も少ない人数の中見守りをするため事故も起きやすくなっている。(職員の自由がなくなっている)

事故の傾向や内容についてお知らせいただきありがとうございました。参考にさせていただき防止に努めたいと思います。

同封していただいている資料をもとに事故防止(再発防止)に向けた職員教育や体制の見直し等も行っていきます。

例:本人はトイレで排泄したいがリスク大。排泄中(10~20分)にずっと見守りできないためやむを得ずオムツ介助に変更する際、リスク回避か本人の意思を尊重させるのか判断が難しい。介護現場での永遠の課題である。トイレに限らず福祉用具等でも同様である。

集計・分析ありがとうございます。事故防止のために大変参考になります。今後ともよろしく願いいたします。

三股町でも事故に関する勉強会を開催していただき、施設間での意見交換などあるとよいと思います。

事故防止のための改修工事等の助成(高額な場合)をしていただけるとありがたいです。

対応に関する研修会など実施してほしい。

多くのご意見ありがとうございました。今後、協議し実施可能なものは取り組んでまいります。研修会や勉強会、交流会の実施について最も多くのご意見をいただきました。これまで介護サービス事業所における事故に関する研修会の実施はなかったため、令和6年度に三股町内全介護サービス事業所を対象にした研修会及び交流会を実施するよう計画立案中です。実施する際は文書にご連絡いたしますので、ご参加くださいますようお願いいたします。