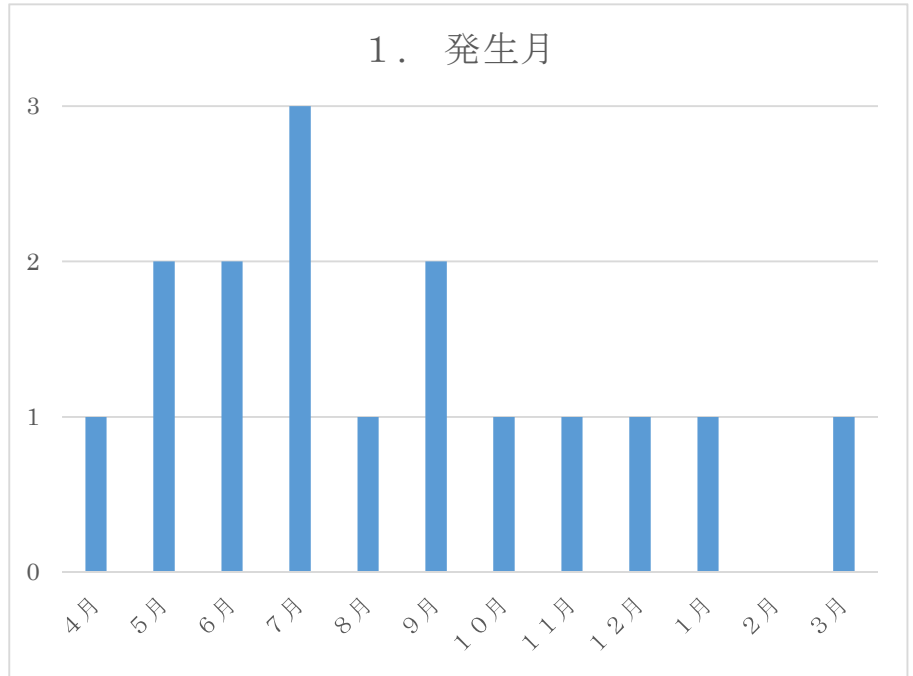


# 令和3年度 介護保険指定事業者における事故報告（集計・分析結果）について

令和3年4月1日から令和4年3月31日までの期間に、三股町に報告のあった介護サービス事業所、老人福祉施設等における事故報告の集計結果を報告します。今後の事業運営及び介護事故防止にご活用ください。

## 1. 発生月

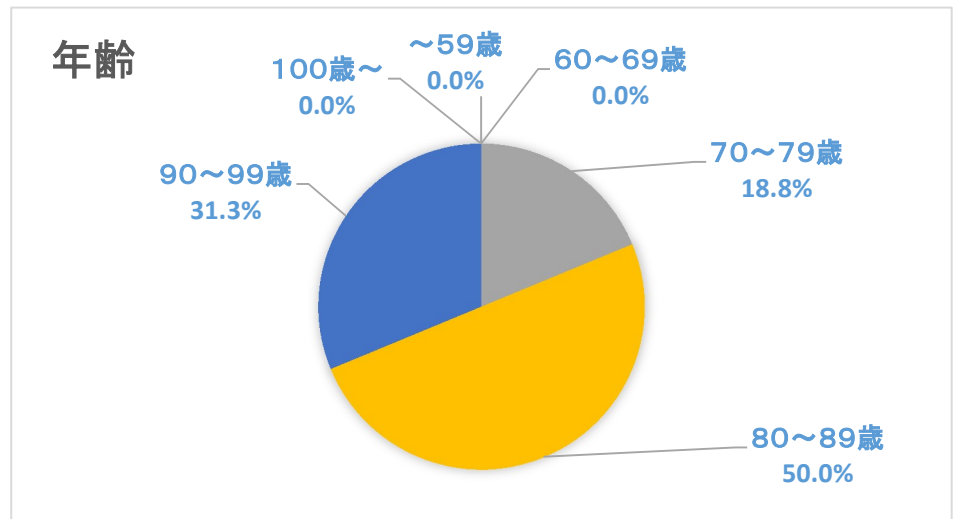
| 月   | 件数 |
|-----|----|
| 4月  | 1  |
| 5月  | 2  |
| 6月  | 2  |
| 7月  | 3  |
| 8月  | 1  |
| 9月  | 2  |
| 10月 | 1  |
| 11月 | 1  |
| 12月 | 1  |
| 1月  | 1  |
| 2月  | 0  |
| 3月  | 1  |
| 合計  | 16 |



発生月別では、7月が3件と最も多くなっています。

## 2. 年齢

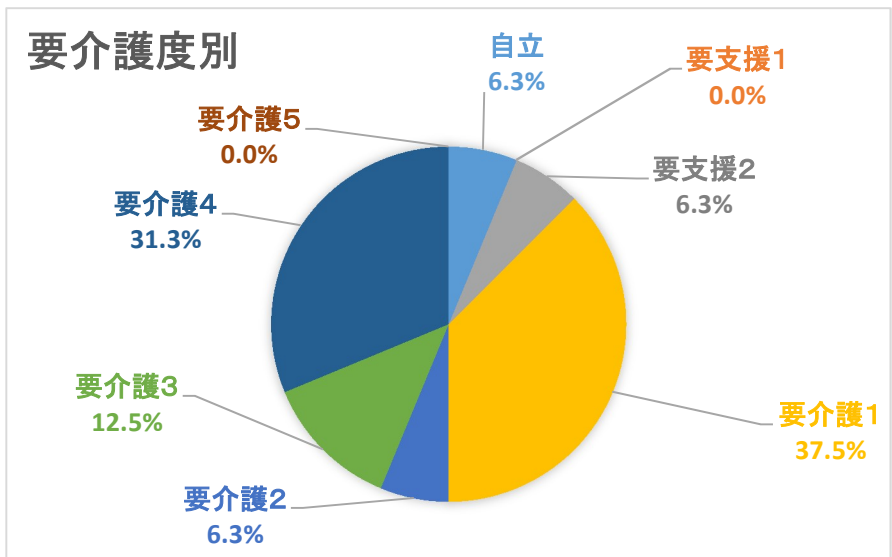
| 年齢     | 件数 |
|--------|----|
| ～59歳   | 0  |
| 60～69歳 | 0  |
| 70～79歳 | 3  |
| 80～89歳 | 8  |
| 90～99歳 | 5  |
| 100歳～  | 0  |
| 合計     | 16 |



80歳代の利用者の事故が最も多くなっています。70歳代より若い年齢層の事故はありません。

### 3. 要介護度

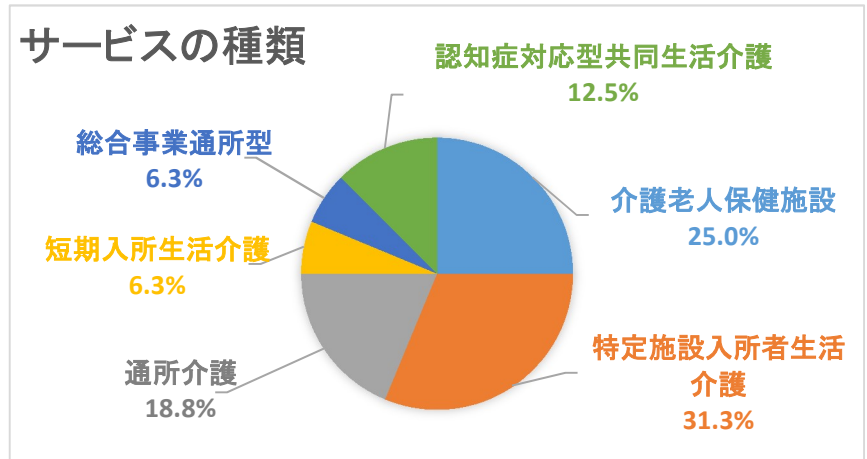
| 要介護度 | 件数 |
|------|----|
| 自立   | 1  |
| 要支援1 | 0  |
| 要支援2 | 1  |
| 要介護1 | 6  |
| 要介護2 | 1  |
| 要介護3 | 2  |
| 要介護4 | 5  |
| 要介護5 | 0  |
| 合計   | 16 |



要介護1が最も多く（37.5%）、次いで要介護4（31.3%）の順で多くなっています。要介護度に関わらず事故が発生しているためどの介護度においても危機管理を徹底する必要があります。

### 4. サービスの種類

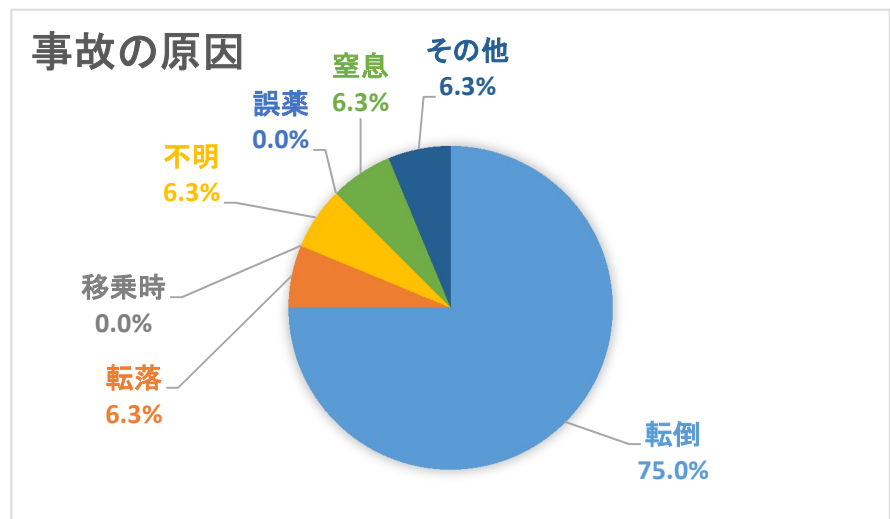
| サービス種別       | 件数 |
|--------------|----|
| 介護老人保健施設     | 4  |
| 特定施設入所者生活介護  | 5  |
| 通所介護         | 3  |
| 短期入所生活介護     | 1  |
| 総合事業通所型      | 1  |
| 認知症対応型共同生活介護 | 2  |
| 合計           | 16 |



サービスの種類ごとの件数は、特定施設入所者生活介護が最も多くなっています（31.3%）。また、入所系サービスと通所系サービスに分けてみると、入所系サービスでの事故が13件（約80.0%）、通所系サービスが3件（約20%）と圧倒的に入所系サービスでの事故が多くなっています。

### 5. 事故の原因

| 種類  | 件数 |
|-----|----|
| 転倒  | 12 |
| 転落  | 1  |
| 移乗時 | 0  |
| 不明  | 1  |
| 誤薬  | 0  |
| 窒息  | 1  |
| その他 | 1  |
| 合計  | 16 |



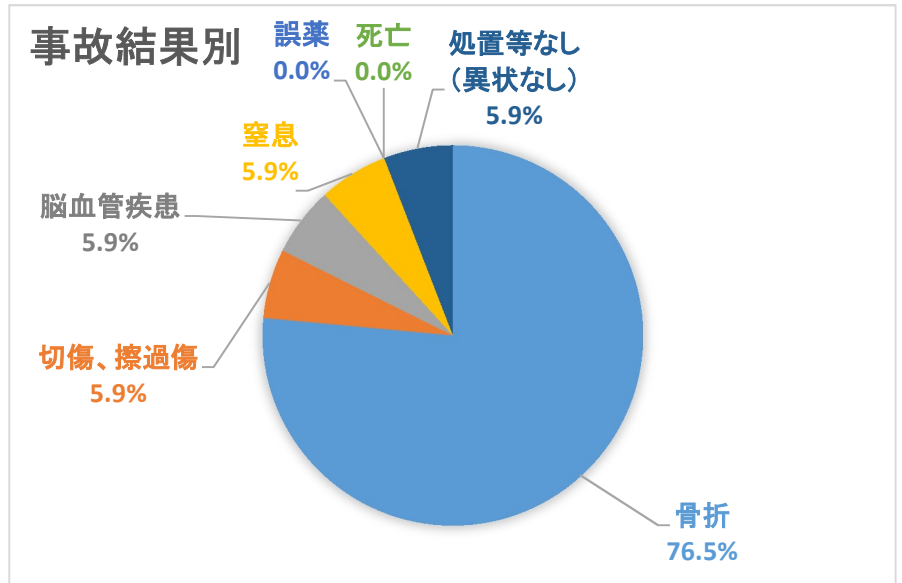
事故の原因としては、転倒が12件と最も多く発生しています（75.0%）。

これらの多くは職員の付き添いが無い時に発生していますが、付き添い時に職員が少し離れた際に発生した事案も見られます。再発防止策として、福祉用具の変更、支援方法の変更、職員が離れる時はベルを渡す等の対応がとられています。

## 6. 事故結果別件数

| 種類          | 件数 |
|-------------|----|
| 骨折          | 13 |
| 切傷、擦過傷      | 1  |
| 脳血管疾患       | 1  |
| 窒息          | 1  |
| 誤薬          | 0  |
| 死亡          | 0  |
| 処置等なし(異状なし) | 1  |
| 合計          | 17 |

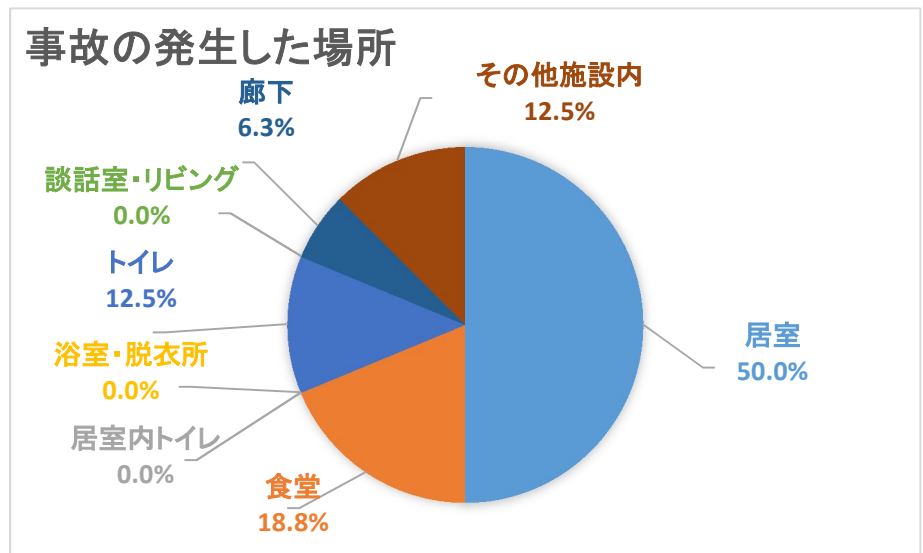
※複数回答有



事故による結果は、「骨折」が76.5%、次いで「切傷、擦過傷」及び「脳血管疾患」の順となります。また、「処置等なし(異状なし)」とは、転落等が発生したものの結果的に外傷等がなかった事案となります。

## 7. 事故の発生場所

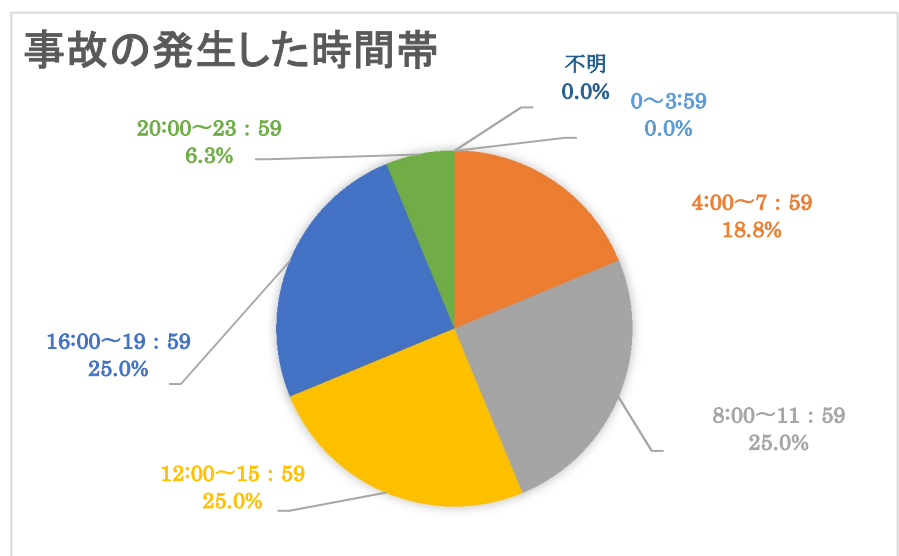
| 場所       | 件数 |
|----------|----|
| 居室       | 8  |
| 食堂       | 3  |
| 居室内トイレ   | 0  |
| 浴室・脱衣所   | 0  |
| トイレ      | 2  |
| 談話室・リビング | 0  |
| 廊下       | 1  |
| その他施設内   | 2  |
| 合計       | 16 |



事故の発生した場所は、居室内が一番多くみられました。利用者が自ら行動しようとした結果、事故が発生するケースが多いようです。

## 8. 事故の発生した時間帯

| 時間帯         | 件数 |
|-------------|----|
| 0~3:59      | 0  |
| 4:00~7:59   | 3  |
| 8:00~11:59  | 4  |
| 12:00~15:59 | 4  |
| 16:00~19:59 | 4  |
| 20:00~23:59 | 1  |
| 不明          | 0  |
| 合計          | 16 |



事故の発生した時間帯としては利用者が活動する日中が多くなっています。多くが介護職員の付き添いのない場面で発生しており、事業所等は、見守り強化、人員配置や座席配置の変更等を検討し再発防止に努めています。

## 9. 事故が起きた状況及び今後の対策について（事故結果別のまとめ）

### （1）転倒・転落

|   | 事故の結果                   | 発生場所  | 状況   | 原因分析  | 今後の対策  |
|---|-------------------------|-------|--|---|--|
| 1 | 右大腿転子部骨折<br>(外来受診・入院手術) | 居室    | 対象者が朝食に出てこないため訪室すると居室内で膝をついていた。「ふらついて転倒した」と対象者の主張があった。   | ・対象者にふらつき症状があった。  | ・手術後歩行器を使用した歩行となるため歩行のサポートをしていく。<br>・対象者には心臓の疾患もあるためふらつきがある時は職員に知らせてもらい、移動を付き添う。 |
| 2 | 右大腿骨頸部骨折<br>(外来受診・入院)   | 機能訓練室 | テレビ体操時にテレビの前を横切ったため、横切らないよう対象者へ声かけをした。対象者が方向転換時に体勢を崩し転倒した。   | ・対象者の後方から声かけをしまい、注意力を欠いてしまった。<br>・歩行が自立しているため転倒の可能性を予測できていなかった。<br>・知的障害があり、障害物等の理解が困難であったが、近くでの見守りや声かけができていなかった。 | ・対象者の前方より声かけを行い、障害物がある時は誘導する。<br>・安全に歩行できる環境をつくる<br>・自立歩行であるが、歩行時は見守る。           |
| 3 | 右急性硬膜下血腫<br>(救急搬送・入院)   | 居室    | 訪室すると対象者がベッド臥床していた。「朝着替えるときにこけてしまった」と対象者より主張があった。訪室する30分ほど前に、センサーマットが反応したが他の入居者の対応で対象者の対応をすることができなかった。本人は転倒後、自力で起き上がり発見時はベッド臥床されていた。 | ・自立度が高いため、他の方を優先し対応しておりセンサーマットにすぐに対応しなかった。  | ・センサーマットの配置場所の検討。<br>・センサーマットの対応の検討。   |
| 4 | 骨折等の異常なし<br>(外来受診)      | 中庭    | 中庭の散歩後、対象者が室内に入ろうとした際、歩行器と一緒に転倒した。   | ・1cmほどの段差に歩行器が引っ掛かり転倒した。  | ・転倒した場所については、段差のないように改修する。   |

|   |                                |        |   |  |  |
|---|--------------------------------|--------|---|--|--|
| 5 | 左大腿骨頸部骨折<br>(外来受診・入院手術)        | 居室     | 巡視の際、対象者の部屋より声がしたため訪室すると、ポータブルトイレとセンサーマットの間で転倒していた。センサーマットの電源がオフになっていた。本人より、椅子の上にあるタオルケットをとった際足が引っ掛かり転倒したと主張があった。 | ・センサーマットを使用しているが、対象者が電源コードを引っ張ったり電源を切ったりしていた。今回も対象者が電源を切った可能性がある。居室の環境について検討が必要。 | ・退院時の状況で支援内容を検討する。<br>・ケアコールの設置を検討。  |
| 6 | 左肋骨骨折、気胸、低ナトリウム血症<br>(救急搬送・入院) | 居室     | トイレの水を流し、ふたを閉めたときにバランスを崩したためスタッフが駆け寄るもしりもちをつくように転倒した。<br>転倒して7日後、病院受診中に状態が悪くなり救急搬送された。                            | ・骨粗鬆症や抗凝固剤の内服、糖尿病もあり転倒による外傷性の骨折と遅発性の気胸が発生した。                                     | ・転倒後離床センサーを使用した。<br>・退院時に 情報収集し今後の支援方法を決めていく。  |
| 7 | 多発顔面骨折、鼻出血症、脱水症<br>(救急搬送・入院手術) | 食堂等共用部 | 口腔ケアのため、食堂から洗面台へ車椅子移送中。職員が車椅子誘導中に前方へ倒れそうになり、後方より抱えようとするも間に合わずそのまま床に転倒した。  | ・以前より車椅子使用中に体の傾きや前傾姿勢になることがあった。座面前方にずり落ち、前傾姿勢にならないよう移動中の配慮が足りなかった。               | ・介助を行う際、利用者の危険動作を事前に察知できるように職員同士でも情報共有し今後も危険予知トレーニング等の勉強会やカンファレンスで危機管理能力を高めていく。<br>・今後の状況次第では対象者にあった車椅子の選定を検討していく。 |
| 8 | 左大腿骨頸部骨折<br>(外来受診・入院手術)        | 居室     | 居室からホールにくる対象者が左足をかばうようにして歩行していたため、声をかけると靴を履き替えようとしたら左に倒れたと話された。   | ・移動は独歩で自立している。居室入口の手すりのない方でシューズの履き替えをした。手に夕食で食べるタッパーを持っていたことからバランスを崩し転倒した。       | ・退院後歩行が可能となときはベッドサイドでシューズを脱いでもらうよう対象者へ伝える。   |

|    |                          |        |  |  |  |
|----|--------------------------|--------|--|--|--|
| 9  | 左大腿部骨折<br>(外来受診・入院)      | 居室     | 対象者がタンスのものを取ろうと1人でベッドから離床したところ、歩行器ごと転倒した。大きな物音がしたため職員が訪室すると転倒していた。               | ・自らベッド柵を外していた。   | ・用事のあるときには音の鳴るものを鳴らして呼んでもらうよう声かけ対応する。  |
| 10 | 左大腿骨転子部骨折<br>(外来受診・入院手術) | 食堂等共用部 | 対象者が荷物を棚のバックに入れようと椅子から立ち上がり歩こうとした際、椅子にかけてあった腰ベルトに引っかかり転倒した。職員は大きな物音で対象者の転倒に気づいた。 | ・ADL 状況はほぼ自立。歩行状態も良好であったため転倒するという職員の認識が薄かった。<br>・腰痛の訴えが有り腰ベルトをしていたが、痛みの有無に関わらず自分で外して椅子にかけていた。                  | 記入なし   |
| 11 | 右大腿骨転子部骨折<br>(外来受診・入院)   | トイレ    | 声が聞こえたため訪室するとトイレの左側に設置してある洗面台下の壁にもたれかかるように両膝を曲げ座っていた。本人は「トイレで滑った」と話した。           | ・転倒歴があるため1日を通して可能な限り見守り対象としてきたが今回は入眠していると思い込み、ステーションを離れたことや、どの場所でも転倒が起こりうることについての危機意識が不足していた。(センサーを設置していなかった。) | ・人感センサーの利用者選定と、利用者の状況に応じて背部センサーを使用していく。<br>・ステーションの職員不在時間を減少させるか、タイムスケジュールの見直しと対応策の実施、確認していく。対策をミーティング、スタッフ会議で協議し、情報提供をしていく。 |
| 12 | 右大腿骨折<br>(外来受診)          | 廊下     | 他者介助中に自力で離床し廊下を徘徊。職員の顔が見えたため、職員の方へ歩いたところ、バランスを崩し転倒した。                            | 徘徊がある。不安感があるのか他者の部屋に入室する。5錠睡眠剤服用するも効果ない。   | ・専門医へ服薬の相談<br>・自室での就寝は困難。居間で就寝。覚醒時はスタッフと同行。  |
| 13 | 右腓骨骨折<br>(外来受診)          | 居室     | 職員が訪室するとセンサーマット上に両足を伸ばした状態で座っており、「自分で下りたのよ」と主張があっ                                | センサーマットが反応しなかった。本人が職員を呼ぼうとしてコードを引っ張ったのではないかと考えられる。   | コードを引っ張っても抜けないう養生テープでコードを固定する。訪室時や廊下を通るときはセン   |

|  |  |  |   |   |   |
|--|--|--|---|---|---|
|  |  |  | た。足が床に着いた時点で反応するセンサーマットを使用していたが、コードを引っ張ったのかコンセントから抜けておりセンサー感知しなかった。 | 職員を呼ぶが訪室しなかったため、自らベッドを降りたため今回の事故につながった。 | サーのコンセントが抜けていないか確認する。センサーだけに頼るのではなく巡回や見守りを多くして再発防止に努める。 |
|--|--|--|---|---|---|

## (2) 窒息

|   | 事故の結果        | 発生場所   | 状況   | 原因分析   | 今後の対策   |
|---|--------------|--------|--|--|---|
| 1 | 窒息<br>(救急搬送) | 食堂等共用部 | 昼食を食べているとき喉に物を引っかけた。職員が座位のタッピング、義歯を外す、指を入れるも窒息物は出ず、チアノーゼ状態となった。消防署に連絡し、心臓マッサージとAEDを使用するも脈が触れなかった。救急隊到着後、窒息物がとれ挿管できた。 | 左麻痺があったが、食事は自立していた。配食後2~3分には喉に詰まらせていた。食事のスピードが早い方であった。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・食事前の口腔体操を実施しているため、必ず全員実施するよう促す。</li> <li>・食事の内容と嚥下能力に問題はないか再考する。</li> <li>・緊急時の手順を再確認する。</li> </ul> |

## (3) その他

|   | 事故の結果                  | 発生場所 | 状況  | 原因分析   | 今後の対策   |
|---|------------------------|------|---|--|---|
| 1 | 胸腰椎圧迫骨折<br>(外来受診)      | 居室   | おむつ交換時に対象者より乳下部と背中疼痛の訴えあり。病院受診後骨折が判明した。特に転倒など外傷はなかった。                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・骨粗鬆症があり骨折しやすい状態であった。</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・苦痛の有無を確認しながら無理のないケアを実施する</li> <li>・活動の程度により福祉用具活用を検討する。</li> </ul>  |
| 2 | 左大腿頸部骨折<br>(外来受診・入院手術) | トイレ  | トイレから出る際、扉をつかまえて後ろ向きに倒れそうになったため、職員が後ろから支える。職員が支えたが、本人は扉から手を離さず腰と左下肢をひねる形になっていた。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・いつも使用していたトイレに人が入っていたため別な場所に誘導した。</li> <li>・衣類をあげたときにふらついた可能性がある。</li> <li>・排泄が済んだかの確認を職員がしていなかった。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・使い慣れているところが開いていないときは本人に待てるか確認し待てる場合には待つて使い慣れたところを使用する。</li> <li>・本人に排泄済んだ時にはブザーを鳴らして職員に知らせるよう伝える。</li> <li>・移動時に見守る。</li> </ul> |

