

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

サービス種別	診断名(事故の)	発生場所	状況	原因分析	今後の対策
1 通所介護	切傷・擦過傷	食堂等共有部	16:35頃スタッフの呼びかけにより、帰りの送迎車に乗ろうとホールの自席から立ち上がられた。その際、ポケットティッシュが床に落ちた。近くにスタッフがおり、そのティッシュを拾うことができなかったため本人が自ら落ちたティッシュを拾おうと前方にかがめた際に、テーブルで顔面を強打しそのはずみで大の字に転倒した。テーブルに顔面を強打した際に付けていたメガネの鼻パッドで右目の下を1.5cmほど切り、皮膚が剥離した。	・脊柱管狭窄症、坐骨神経痛より腰部痛や左膝変形に伴い、歩行器なしでの歩行は不安定である。人目がなくなると動き出し、収集癖見られる。乗車の順番、人数が通常と違いがあった。スタッフがほかの利用者に対応が重なり本人の近くにいなかった。座席近くの引き戸が開いていた。	当利用者を一番に乗車してもらい、見守り体制が分散しないようにする。見守りスタッフと乗車対応スタッフの配置分けの再確認。乗車待ちは玄関内ではなく、ホールの畳、テレビ前のソファで待ってもらう。引き戸は開けたら閉め、中が見えないようにする。
2 住宅型	骨折	居室(多床室)	夜勤介護職が巡回のため訪室すると転倒し、鼻出血しているご本人様を発見した。	・施設側の原因として入居者の身体機能低下に基づく事故の可能性と事故防止策について検討が不十分であった。 ・特に夜間帯の巡回を多めにする事故が防げたのではないかと。	・ミーティング、朝礼、職員会議を通じて事故に通じるケースを話し合う。 ・事故の早期発見、また未然に防げるように、夜間巡回を多々行う。 ・今回の事故概要や今後の対象利用者の対応について職員に周知を図る。
3 有料老人ホーム	骨折	居室	自室内にて転倒。バイタル、ポディーチェック、異常なし。歩行状態も安定していた様子観察する。本人より痛みの訴えあり、施設長へ報告し病院受診する。	・入居者に確認したところ、うまくベッドに座れず転倒したとのこと。 ・施設側の原因として、入居者の身体機能の低下に基づく事故の可能性と事故防止策について検討が不十分であった。 ・ポディーチェックの際に触診が不十分であった。 ・夜間帯の巡回が不十分であった。	・トイレに座る際にはコールしていただくように都度声掛けする。 ・ミーティング、朝礼、職員会議を通じて事故につながるケースを話し合い検討を十分に行っていく。 ・事故の早期発見、また未然に防げるように夜間帯の巡回を多く行う ・今回の事故概要や今後の対象利用者の対応について職員に周知を図る。
4 有料老人ホーム	骨折	居室	自室内にてベッド上で腰を痛がっている様子を見。本人は「転んだ」と話される。バイタルに異常はないが、痛みの訴えあり。施設長へ報告し病院受診する。	・入居者に確認した所自ら私物を揺ろうとした際、ふらつき転倒したとのこと。 ・施設側の原因として入居者の身体機能の低下に基づく事故の可能性と事故防止策について検討が不十分であった。 ・日勤帯(明け方)の巡回が不十分であった。	・ミーティング、朝礼、職員会議を通じて事故につながるケースを話し合い検討を十分に行っていく。 ・事故の早期発見、また未然に防げるよう日中帯(明け方)に関しても巡回を多く行う ・今回の事故概要や今後の対象利用者の対応について職員に周知を図る。
5 通所リハビリテーション	打撲・捻挫・脱臼	機能訓練室	本人が「平行棒で歩きたい」と言われたため、平行棒に誘導して歩行訓練をされていた。平行棒で歩いているときに、スタッフが「大丈夫ですか」と声掛けを行うと「大丈夫です」と言われたため、その場をスタッフが離れた。歩行を終えて車いすに腰掛けようとしたところ、足の力が抜け右側方へ車いすと一緒に転倒した。	本人要因: 普段は歩く意欲が低く一人で歩くことはできないが、今回は運動への意欲が高く平行棒への誘導を依頼して歩いてしまった。 職員要因: ご本人は認知面がしっかりしているために、誘導したスタッフが一人で歩いて大丈夫だと勘違いしてしまっただけ。	認知面がしっかりされている方でも、ご本人が思った通りに体を動かすことが困難であるため、担当のリハビリスタッフに確認する必要がある。平行棒内歩行を自立レベルで実施してよい利用者の一覧表を作成してリストアップされていない方は平行棒内での自主トレーニングを行わない。
6 デイサービス	なし	食堂等共有部	食堂・リビング東側の窓のカーテンを本人が空けていた時、リビングの大型テレビの電気コードに足が引っかかって転倒。右ひざと左手をフロア床につく。併せてテレビ台で左顔面頬当たりも打つ。	・本人要因: 家事活動を普段から自ら積極的に実施される利用者です。この時も自己判断・自己決定で自信過剰に行動された。 ・職員要因: 食堂リビングや庭、畑での行動は見守り(遠監視)はするが、今まで転倒等は一度もなかったため近付き添いはしていなかった。本人の行動動作は安全だと過信して、職員の見守りが疎かになっていた。 ・環境要因: テレビの背部には電気コード等はあるのは一般的。本人のちょっとした見過ごしで、電気コードへの注意がなかった。	①本人の行動、動作に対しては、介護職員は十分にを行い、必要に応じて声掛け、見守り、そして必要に応じては近監視、付き添いを行う。 ②テレビの後ろのコードの整理整頓 ③テレビの後ろには利用者が入らないようにする ④テレビの後ろのカーテン開閉は職員がする。
7 認知症対応型共同生活介護	第一腰椎圧迫骨折	居室(個室)	AM5時、居室センサーが鳴ったため訪室すると、ベッド横の畳にしゃがみこんでおられる。本人に確認すると「倒れて腰に来た」とのこと。横になりたいとのこと、立位介助しながらベッドへ歩行介助する。バイタルチェック、身体チェック異常なし。6時50分ごろトイレの歩行介助も実施した。8時ごろ右大腿部付近の痛みの訴えがあり起き上がれない状況となった。8時半ごろ救急搬送。	・本人要因: 普段より独歩であるも、ふらつきが見られるため見守りをしてきた。物探しをされる時はホームにある引き出しをあさられることあり。昼夜の感覚があまり見られない。 ・職員要因: 事故発生時? おむつ交換及び離床介助中であった。5時にセンサーがなったため訪室してみたらすでに畳に座り込んでいた。また、6時50分のセンサーがなった時もすでにベッドに端座位になっていた。 ・環境要因: 個室の扉は、入床中(夜間～明け方)のため締め切ったままである。対象者の事故の要因や対策を個々レベルで考えるのではなく一般化し、他利用者の事故防止対策に向けての取り組みが不十分であった。	骨粗鬆症や転倒骨折歴の方の事故事例等をもとに勉強会を実施。 このケースについて今後ケア会議で勉強会を実施する。
8 介護老人保健施設	右大腿骨頭骨骨折	居室(多床室)	居室にてAM9:20、同室者よりナースコールあり。訪室したところ本人が床に倒れているところを発見。本人は横に横たわっている状態。車いすは本人の背部後方にあり、ブレーキはされていない状況だった。また、入浴予定日であり入浴用の寝衣がベッド上に準備してある状況であった。本人へ疼痛状況など確認。臀部、腹部、右大腿部周辺に疼痛訴えられる。意識は正常であり、バイタルサイン異常なし。頭部打撲などについても本人より「ぶつけていない」と問いただされる等、聞き取り可能な状態であった。臀部、腹部、大腿部周辺に疼痛があるとの訴えがあるため、スタッフ4人でバスタオルを使い、ベッド移乗し臥床させる。臀部、腰部、大腿部周囲の疼痛訴え継続しているため、施設長より整形外科受診指示有。整形外科受診依頼行い、施設車両にて搬送。家族へも転倒、受診となることを連絡した。検査の結果→大腿骨頭骨骨折の診断にて入院となった。	本人要因: 車いすブレーキのかけ忘れ。 職員要因: パーキンソン病があり、不定期に動作不安定がみられていたが、普段から身の回りのことは自分で行われる等自立度が高い状態であり、事故発生当日も普段の状態と変わりがなかったため、注意、配慮を行わなかった。	本人に対する車いす捜査上の安全確認の案内をわかりやすく表示する。 自立度が高く身の回りのことを自分で行われるため、生活空間で、転倒がおこりえる状況の推測、確認等を実施し、環境整備も検討していく。

サービス種別	診断名(事故の)	発生場所	状況	原因分析	今後の対策
9 介護老人保健施設	左大腿骨転子部骨折	食堂等共有部	食堂に設置してあるソファ前で座り込んでいたところを発見。本人へ座り込んだ経緯について確認する。本人は「転んだ」と話された。看護師へ報告し、外傷、疼痛、バイタルサイン確認を行う。外傷疼痛見られず、介助にて立ち上がり車いすへ乗車され、普段通り自分で排泄や移動を行っていた。両大腿部、足全体と疼痛を訴えられ、湿布や介助を説明するが拒否される。看護師により打撲周囲確認するが、皮下出血、変形、腫脹ない状況。1月4日中、疼痛があるが、車いす使用され移乗、移動、排泄は自分で行っていた。同日18:10、左大腿を押さえず苦痛表情あり、左大腿部付け根に痛みを訴えられたため、疼痛部位確認を行い、腫脹熱感確認。施設長へ報告を行い、支持薬処方。翌日整形外科受診指示を受ける。1月5日10時整形外科受診し、左大腿骨内側に骨折判明、早期の手術適応とのことで入院となった。	本人要因: 面筋変形しており、日頃より疼痛出現の波があり、短距離は独歩で移動することもあり、不安定な状況になった可能性がある。また、直前まではソファに腰かけていたことを把握していたことから、立ち上がり直後に膝痛などでバランスを崩した事で座り込んでしまったのではないかと推測。 職員要因: 2名の見守りがいたものの、膝痛、歩行状態等から転倒などへつながる予測が行えていなかった。 環境要因: 膝にかけていた膝掛毛布に足が引っ掛かる等で座り込んでしまったのではないかと推測する。	日頃よりカーテンを閉めることを役割として取り組まれていたため、作業を共にこなう等、安全確保を行いながら、役割を継続できる体制を検討する。また、日常生活における自立度は高い状態であるが、膝痛の程度も日により差があるため、膝痛等により移動動作が不安定になることを予測し、本人の行動に対して危険性が高い場面を予測し付き添い、見守りなどの対応を行えるように日常生活における所在確認及び行動パターンも把握していく。
10 認知症対応型共同生活介護	切傷・擦過傷	施設敷地内の建物外	10:40頃スタッフ1名が入居者2名を連れて散歩へ行きました。 10:50散歩からの帰門扉内へ入られた際、左へ向きを変え歩きだし、段差に躓かれ前のめりに転倒されました。		入居者1人を連れていき、本人が先に行かれないよう声掛けをする。
11 介護老人保健施設	右人工骨骨頭後ステム周囲の骨折	居室(多少室)	ベットポトル回収のため訪室すると、声がかかるので本人のベッドの方へ行く窓を右側にして車いすのフットレストの間に挟まるように体育座りをしていところを発見する。二人介助で車椅子への移乗をする。その際痛みの訴えはなし。定位置に設置していたポータブルトイレが定位置からベッド横に動いていた。	・「カーテンを開けようとして」と本人言われているため、居室から窓側カーテンを開けた際に転倒したと思われるが認知機能の低下があり記憶もあいまいである。 ・ベッド向かい合わせに設置していたポータブルトイレも定位置からベッド横に動かしている。 ・車いす上にティッシュの箱、コップ、歯ブラシ、時計などいろいろなものを乗せており、車いすに座る座面も狭くなっていた。	手術後、再入所されるときは居室環境を整え、居室場所の検討を行い再発防止に努めていく。
12 認知症対応型共同生活介護	右大腿骨転子部骨折	居室(個室)	AM4時半頃、居室センサーが鳴ったため訪室すると、ベッド横の置に倒れこんでいる状況が発見。声掛けし座らせようとするも左足を痛がる様子あり。その後ベッド移乗し安政保持。時間経過とともに腰等の痛みの訴え聞かれる。 8時、右大腿部位の痛み聞かれ、休日当番医へ搬送。	・本人要因: 普段より独歩であるも、ふらつきみられるためセンサーで見守り注意していた。指示が入りにくく、昼夜の感覚もあまり見られない。 ・職員要因: 事故発生時、他利用者のおむつ交換及び介助中だった。4時半にセンサーが鳴ったため訪室してみたらすでに倒れこんでいた。 ・環境要因: 個室の扉は、入床中(夜間～明け方)のため締め切ったままである。対象者の事故の要因や対策を個々レベルで考えるのではなく一般化し、他利用者の事故防止対策に向けての取組が不十分であった。	・骨粗鬆症や転倒骨折歴の方の事故事例等をもとに勉強会を実施。 ※上記の内容を今後ケア会議で勉強会を実施する。
13 介護老人保健施設	腰椎2圧迫骨折	個室(多少室)	同室者のセンサーコールにて訪室すると、本人がベッドの頭側にあるタンスの横に長座位になっているところを発見した。また、ポータブルトイレの位置も定位置よりずれており居室のドアに靴が置かれていた。本人「しりもちをついて、助けて」と言われた。	・本人「しりもちをついた」といわれる。トイレに行かれた後、居室の出入り口付近で靴を脱ぎ、広い歩きでタンス横まで動かれ後方に転倒したのではないかとと思われる。以前も転倒の経緯があったため、本人が使用しやすいようにポータブルトイレをベッドサイドに設置し環境を整えていたが、所定の位置からポータブルトイレを動かしていた。 ・普段からベッドの周囲を広い歩きすることがあった。 ・年相応の物忘れがある。	・再入所される際は、ADLの状況に合わせ居室環境を整え、居室場所の検討を行い再発防止に努めていく。
14 総合事業通所型	異常なし	食堂等共有部	記載なし	記載なし	記載なし

(2) 転落

サービス種別	診断名(事故の)	発生場所	状況	原因分析	今後の対策
1 介護老人福祉施設	右頭部打撲	トイレ	かかりつけ医往診のため車椅子(多機能式)で待機中に、右側臥位状態で床に転落されたのを発見。	①本人要因: 車椅子上で体の動きがあり壁側の手すりを自らつかみ転落された。靴を履かず杖も持たず靴下のままホール隣接トイレへ向かわれたこと。 ②職員要因: 往診のため整列された他の入居者様(10名程度)に対して見守りをする職員が不足していたこと。 ③環境要因: 多機能式車いすのクッションが滑りやすい素材だったこと	再発防止策として、上記事故発生要因よりご本人様の使用している車いすクッションの変更(滑り止め有)。車いす使用時の姿勢見直しを行います。また、施設での往診待機時における職員見守り配置体制を見直し感染対策にて玄関での往診を食堂ホールにて実施を検討し事故のないようにする。
2 通所介護	異常なし	駐車場	記載なし	記載なし	記載なし

(3) 誤薬、与薬漏れ等

サービス種別	診断名(事故の)	発生場所	状況	原因分析	今後の対策
1 有料老人ホーム	なし	食堂等共有部	夕食摂食後、職員により内服薬の準備を行う。準備後他職員とのダブルチェック、分包紙の氏名の確認を怠り、職員の思い込みで別室の入所者の定期薬を内服させたことに気づいた。誤薬した薬の種類を確認。(降圧剤2種、緩下剤1種)緩下剤は本人の定期薬にも入っているが、降圧剤は入っていないため、血圧変動に注意し、バイタルチェックを行った。状態に変動なし。主治医へ報告を行った。	本人要因: なし 職員要因: ・別室入居者の口腔ケアが終了していたため、職員は内服を終了したと思い込み、薬箱から氏名の確認を行わなかった。 ・服薬前の他職員とのダブルチェックと分包紙の氏名の確認を怠った。 環境要因: 前月までのミーティングにてヒヤリハット・事故報告書による再確認、注意喚起や再発防止マニュアル等の周知が久しく行われていなかった。	・情報共有を行い、服薬介助・誤薬防止マニュアルの再確認を職員へ周知する。 ・介助者本人と他職員による2重チェック体制の強化を行う。 ・薬を取り出すとき、利用者のそばに行ったとき、服薬を口に入れて入れる前に氏名と顔の一致を確認する。 ・薬が似ていて紛らわしい場合は、区別して目印をつける等工夫する。 ・事業所ミーティングにて直近のヒヤリハット・事故報告書の内容を参加者で共有し再発防止に努める。 ・初動ミスのないよう、報告・連絡・相談を密に行う。
2 特定施設入所者生活介護	なし	居室(個室)	介護員と防水シートを交換しているとベッドサイド足元側(降口側)に薬が1錠落ちていたのを発見する。文字は消えていたが、内服薬を確認するとフロセミド20mg1錠であった。	居室で食事を摂取したのは、2月8日夕から11日の間と2月21日、朝にフロセミド20mgが2条処方されています。口に直接入れる等と手のひらにおいて服用している場合と職員によってばらつきがあった。現在は介助が必要なこと増えたので、直接口に入れている。どちらにしても1錠こぼれた可能性が高い。	今後は、手のひらにおかず、口に直接入れるようにするが、量も多いので、その際も確実に飲み込みができたか確認を行い、飲み残しや床等にこぼれがないようにする。

(4) 感染症

サービス種別	診断名(事故の)	発生場所	状況	原因分析	今後の対策
1 介護老人福祉施設	A型インフルエンザ	記載なし	1月16日入所者陽性5名(うち1名みなし陽性) 1月17日入所者陽性2名(うち1名みなし陽性) 1月18日入所者陽性5名(うち1名みなし陽性) 1月19日入所者陽性4名(うち1名みなし陽性) 1月20日4名 1月21日1名 合計25名の感染者	・最初の陽性者は、面会や外部との接触なし。1月16日定期受診後に発熱あり、抗原検査でインフルエンザ陽性。 ・職員についても家族本人の発熱やインフルエンザ罹患患者なし。 ・可能性として、無症状のインフルエンザ陽性者がいて、媒介したのではないかと。	・マスクの着用、換気等感染対策の再徹底。 ・入所者、職員の健康チェックの再徹底
2 介護老人福祉施設	新型コロナウイルス感染症	居室(個室)	3月5日…入所者陽性3名 3月6日…入所者1名、職員2名陽性 3月7日…入所者6名、職員2名陽性	・最初の陽性者は2月27日家族面会がある。特変なく経過し、3月4日に発熱、コロナ抗原検査行うも陰性。3月5日解熱せず再度抗原検査実施し、コロナ陽性を確認。 ・面会時、家族への健康チェックを実施している。その際も発熱者や罹患患者等無し。 ・無症状のコロナウイルス陽性者がいて、媒介した可能性もある。	・マスク着用、寒気等感染対策の再徹底 ・入所者、職員の健康チェックの再徹底

(5) 移乗時

サービス種別	診断名(事故の)	発生場所	状況	原因分析	今後の対策
1 介護老人福祉施設	骨折	トイレ	トイレ誘導時、2人介助にて職員1人が対象者の体を両脇から抱えて便座に移乗する間にもう1人がズボンを下げてオムツを外していたところ、抱えていた職員が右肩周辺からバキッと音がしたので確認する。車いす移乗後、看護師に報告し、身体観察を行い、腫脹や内出血、発赤等を認めないも、本人より体動時に痛みの訴えある。	・対象者は下肢筋力の低下にて立位保持が困難なため、職員が体を両脇から抱えて車いすから便座への移乗介助を行っている。その際、小柄な対象者の下肢は地についておらず、ぶら下がりが状態にて本人の方に体重がかかり負担となってしまうと考えられる。	・移乗介助の際は、本人の体格や現病など心身の状態を考慮した個別的なケアを行い、本人に負担がかからないよう細心の注意を払い対応する。また、医師より「移乗時無理のないように」との指示あり。トイレ誘導を中止し、おむつ交換にて様子観察を行う。さらに、車椅子を普通型からテイル型に変更し、移乗時はタオル等を使用して2人介助で行い、安楽な姿勢が保てるよう対応する。

(6) 不明

サービス種別	診断名(事故の)	発生場所	状況	原因分析	今後の対策
1 住宅型有料老人ホーム	骨折	不明	R4年9月～11月入院中に発生した右大腿骨頸部骨折の経過観察のため病院受診したところ、新たに左大腿頭部骨折があると診断を受ける。車いす移動をしているため、居室におけるベッドからの滑落の可能性が高い。	・施設側の原因として入居者の身体機能の低下に基づく事故の可能性と事故防止策について検討が不十分であった。 ・立ち上がり、独歩が困難という状況に慣れてしまい事故は起きないだろうという過信があったことが考えられる。 ・特に夜間帯の巡回を多めにすることで事故が防げたのではないかと。	・ミーティング、朝礼、職員会議を通じて事故に通じるケースを話し合う。 ・事故の早期発見、また未然に防げるように、夜間巡回を多く行う。 ・今回の事故概要や今後の対象で利用者の対応について職員に周知を図る。
2 特別養護老人ホーム	骨折	居室(個室)	1/27 2:28 オムツ交換時左上腕から手背にかけて内出血がみられているのを発見する。肘の腫脹強くみられる。痛みなく、両腕動かされている。 体温36.1℃ 血圧101/70mm/hg 脈拍61回/分	【考えられる要因】 ①円背により臥位姿勢の保持困難ゆえに、ベッド上オムツ交換や体位変換時、姿勢が崩れベッド欄に腕が接触した可能性あり。	【対策】 ①臥位での姿勢保持難しく、体位変換は支援にて行っていく。臥位姿勢での保持は極力短くし、必ず支えながら左右側臥位へなって頂く。また、臥位姿勢時に誤って支えが外れ姿勢が崩れた際に手摺で打撲しないよう左右の手すりの横にクッションを置き予防していく。

(7) その他

サービス種別	診断名(事故の)	発生場所	状況	原因分析	今後の対策
1 指定短期入所生活介護	骨折	居室(多床室) 浴室・脱衣所	入浴介助時、左下肢から股関節にかけて痛みの訴えあり。着衣解除後にリクライニングへ、スラッシュボードを使用しベッドへ移乗した。身体観察を行うと、左大腿部付近の疼痛の訴えあり。明らかな打撲痕、腫脹も見られない。	・本人要因: 普段より車いす自立での生活である。転倒リスクが高いため、独歩で居室より出てくるが、ふらつきがある。体動は少ないが、ベッド上での起き上がりが必要。認知症もあり長い説明など理解力に欠ける面がある。 ・職員要因: 事故発生時(本人が滑り落ちたといわれたとき)、おむつの交換及び離床解除中で見守りできていなかった。朝5時にセンサーマットが鳴ったため訪室すると、すでに端座位の姿勢であったため、滑り落ちがあったと認識していなかった。 ・環境要因: 低床ベッドでの転落のリスクマネージメントができていながら、居室の奥に設定してあった。	・骨粗鬆症や転倒骨折を繰り返している方のヒヤリハット、事故事例等をもとに勉強会を実施。※上記の内容を今後ケア会議で勉強会を実施する。
2 通所介護	打撲・捻挫・脱臼	機能訓練室	車いすからベッドに移乗した際右足の捻り、痛みを訴えられる。その後、臥床して過ごされていたが、15時ころオムツ交換時に再度右足の痛み訴えあり。ベッドから車いすへ移乗の際にも激しい痛み有。	本人要因: 排泄時に立位保持をし、いつもより下肢に力が入らなかった可能性がある。 職員要因: 日ごろから痛みがある利用者だと思い込んでいた。ゆっくり丁寧に移乗介助を行わなかった。 環境要因: 車椅子の位置が悪かった。フットレストを外していなかった。	本人要因: 痛み軽減後は負担にならないように座位保持時間を設ける。 職員要因: 日ごろから痛みはあるが、その都度状態確認し丁寧に介助を行う。 環境要因: 移乗時は右足側を軸にしないように車椅子の配置をする。
3 通所介護	切傷・擦過傷	静養室	記載なし(接触による外傷)	記載なし	記載なし