



事故防止（リスクマネジメント） 防げる事故へのアプローチ

介護老人福祉施設 ジョイフル岐阜駅

発表者：太田 宏司

居室内は目が届かない場所だが、
防げる事故もあるのではないかな...

「防ぐべき事故」とは何か



「このほんまは
防げたんじゃ
なからうか...



この骨折事故は
仕方なかったが...



入った方が
いいかな？



ズッ
ズー



※イメージ図

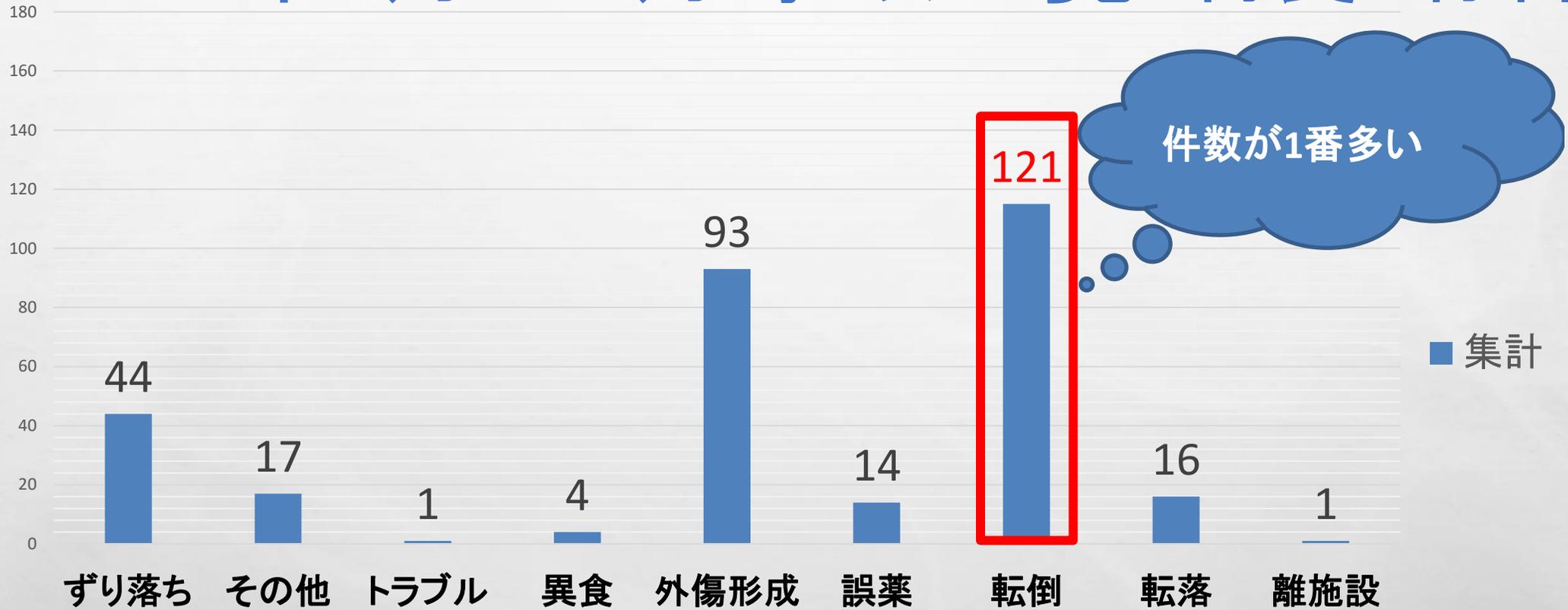
各事業所要介護度



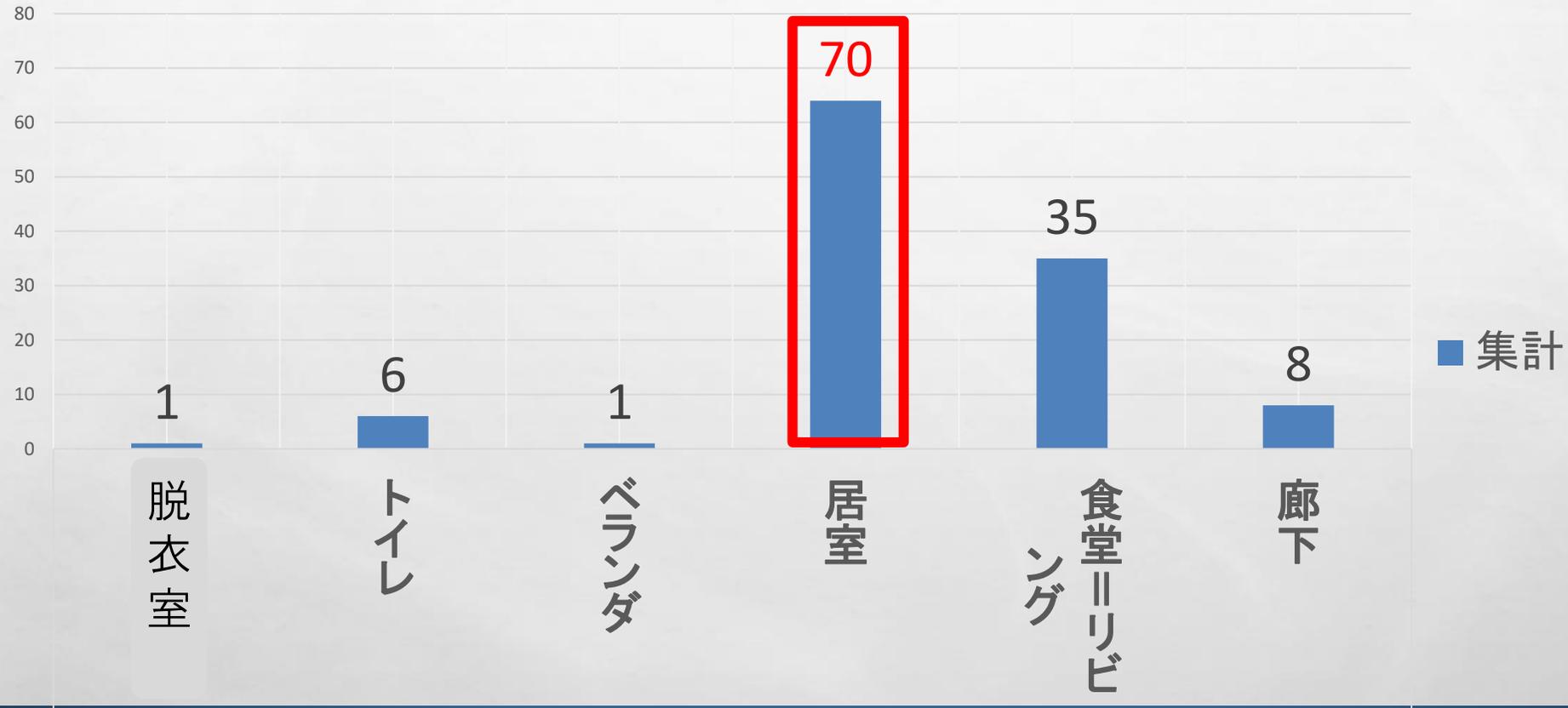
2020年
8月1日時点

特養・・・**3.63**
有料・・・**1.92**

2020年4月～8月 事故一覧【特養・有料】

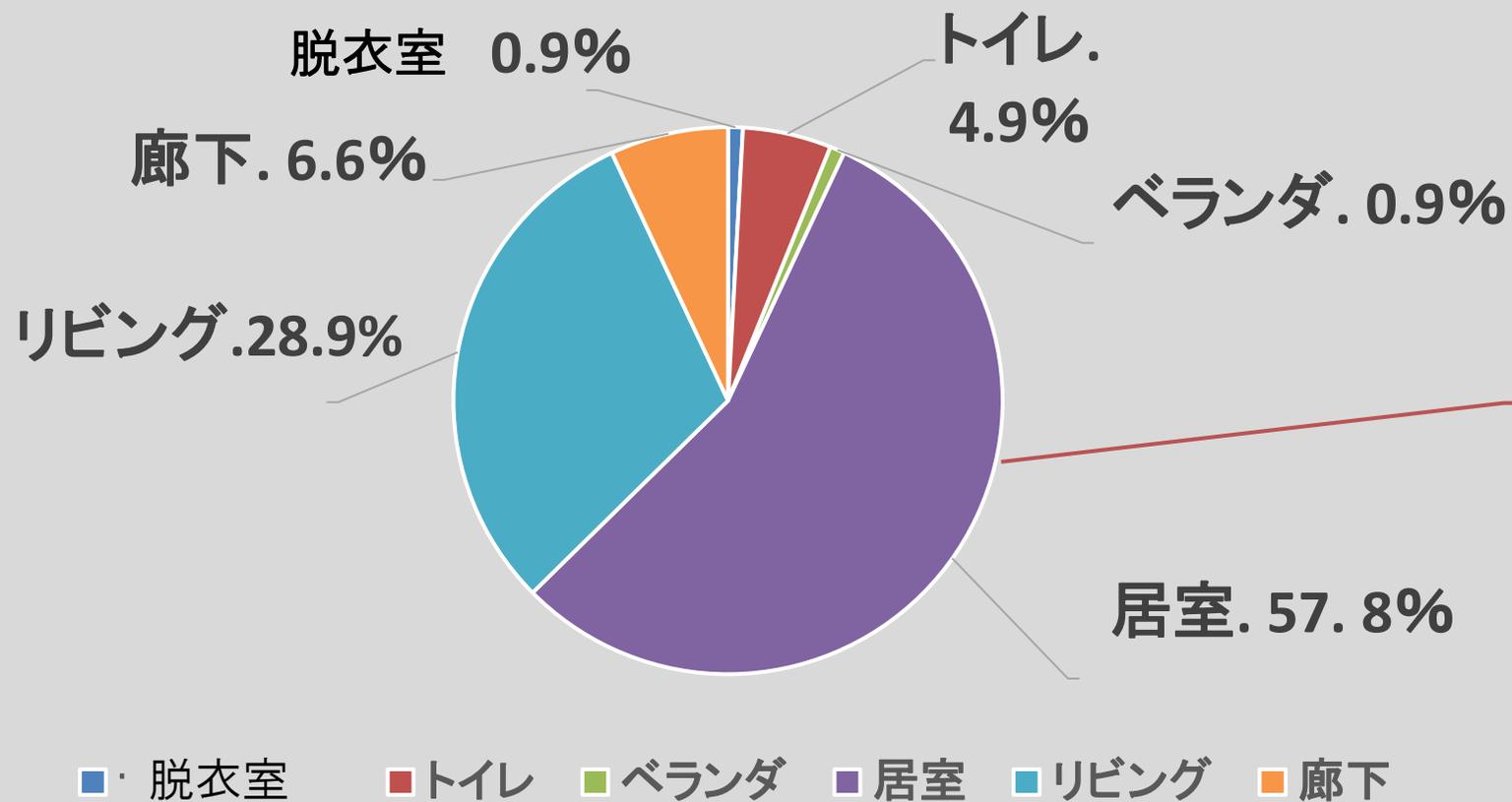


転倒事故 場所別発生一覧



場所別 転倒事故内訳

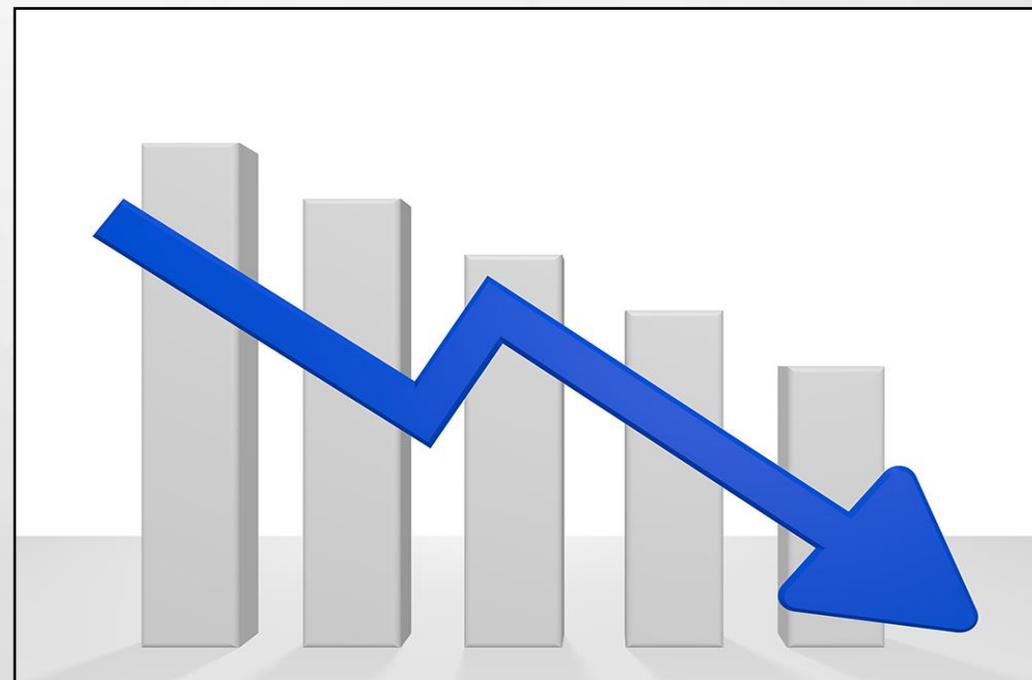
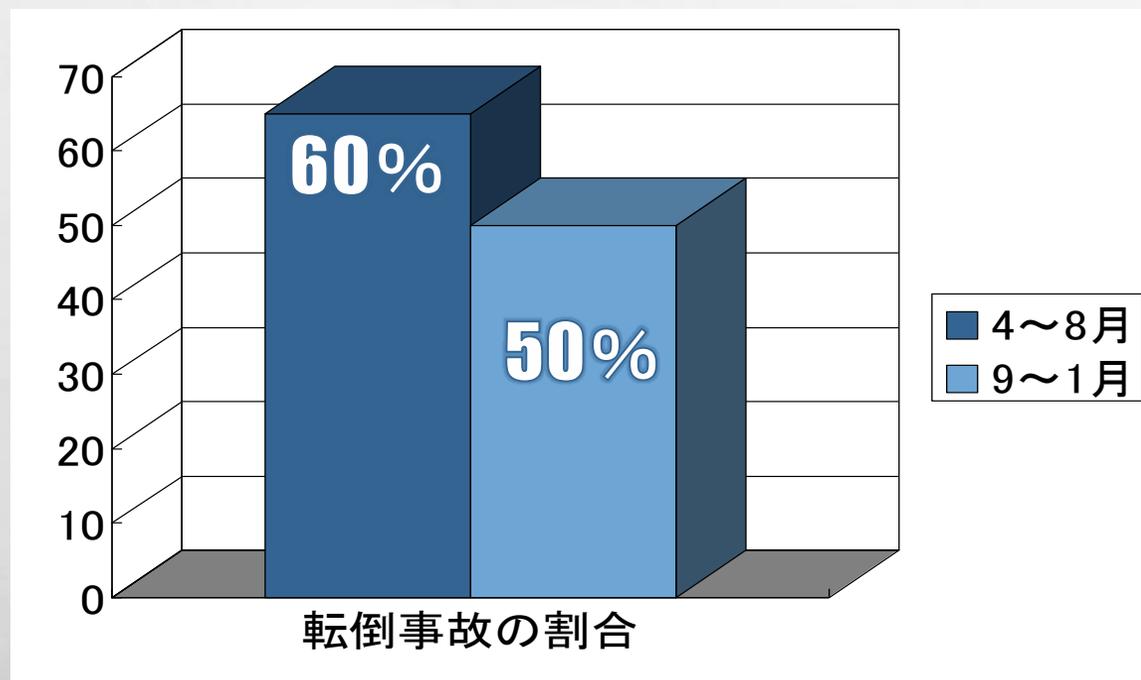
2020年4~8月
事故総数・・311件
転倒事故・・121件
居室内事故・・70件

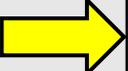
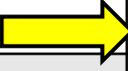


居室内
転倒事故 約**60%**

目標：居室内での転倒事故の割合を

約**60%** → **50%**へ削減



活動項目	担当者	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月
テーマ選定	山田・花岡 委員会メンバー									
現状把握	日比野・花岡 山田									
目標設定	日比野・花岡 山田 委員会メンバー									
要因解析	委員会メンバー									
対策立案 実施	委員会メンバー									
効果の確認	日比野・花岡 山田									
歯止め	日比野・花岡 山田									
反省・まとめ	委員会メンバー									

要因解析

事故に対しての意識不足

防げないと思ってしまう

事故＝
利用者様の生活に影響すること
への認識不足

事故報告書が作成者が中心となり
共有が不足している

事故防止について
学ぶ機会が少ない

環境の見直しが習慣にない

ヒヤリハットの活用
が十分でない

経験が少ない

ベッドの高さが利用者様に
合っていない

福祉用具の使用
ができていない

知識不足

環境整備が不十分

不足箇所の洗い出し



①ヒヤリハット報告書の活用・職員間での申し送りが不足している。

②事故防止に対する知識・共有不足。



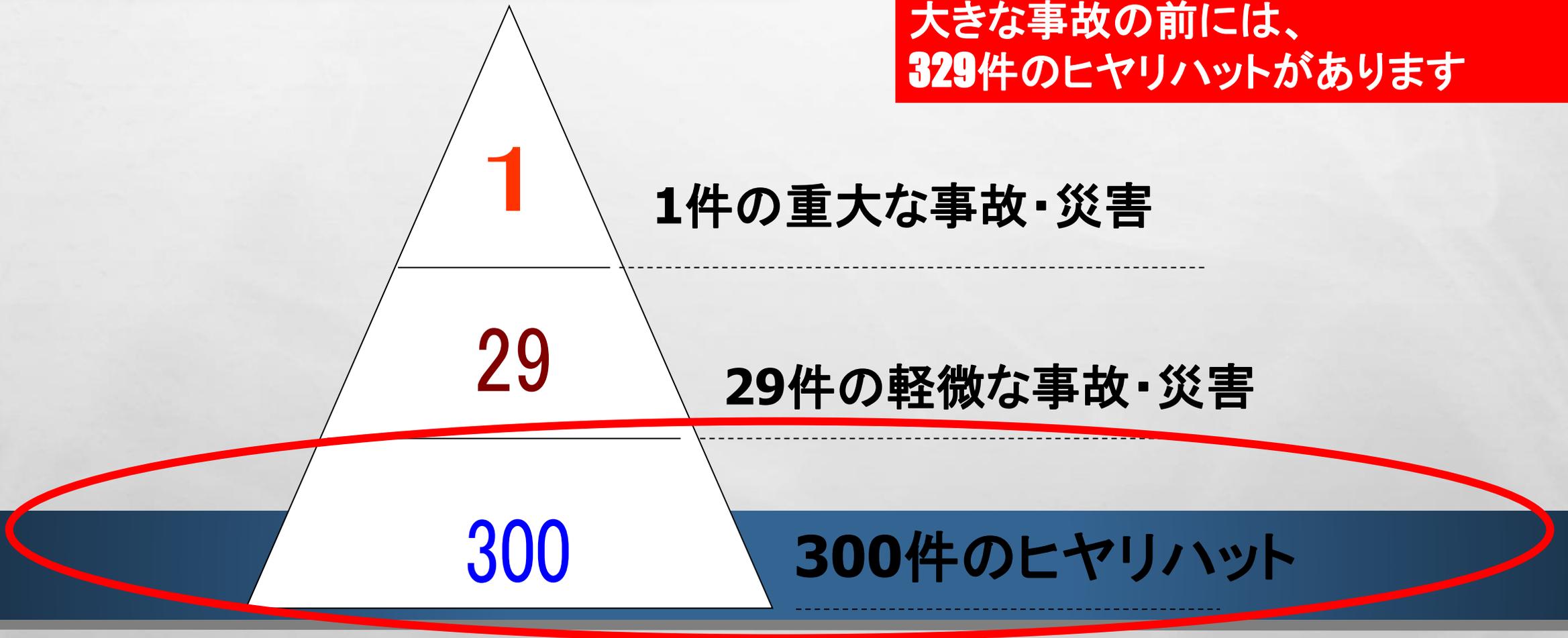
③居室の環境設定の見直しができている。



①ハインリッヒの法則

ヒヤリハットの収集が少ない

大きな事故の前には、
329件のヒヤリハットがあります

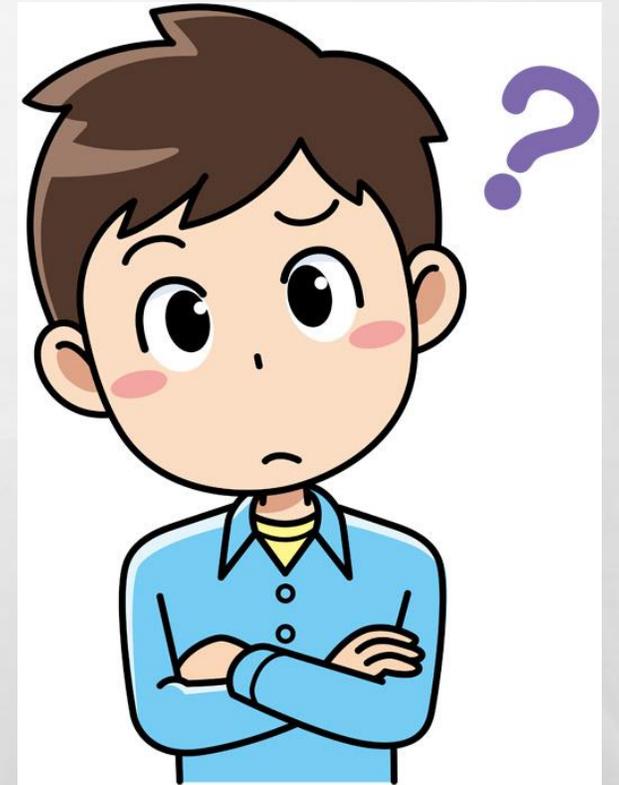


②事故防止に対する知識・共有不足

多層的視点での考えが定着していない

事故報告作成者しか検討できてない

事故に対する知識を養う場が少ない



③居室の環境整備

フロアでの環境設定の見直しが出来ていない



ベッドの高さ設定が
バラバラ。。。等



計画立案

ヒヤリハット報告書の活用・職員間で申し送り強化

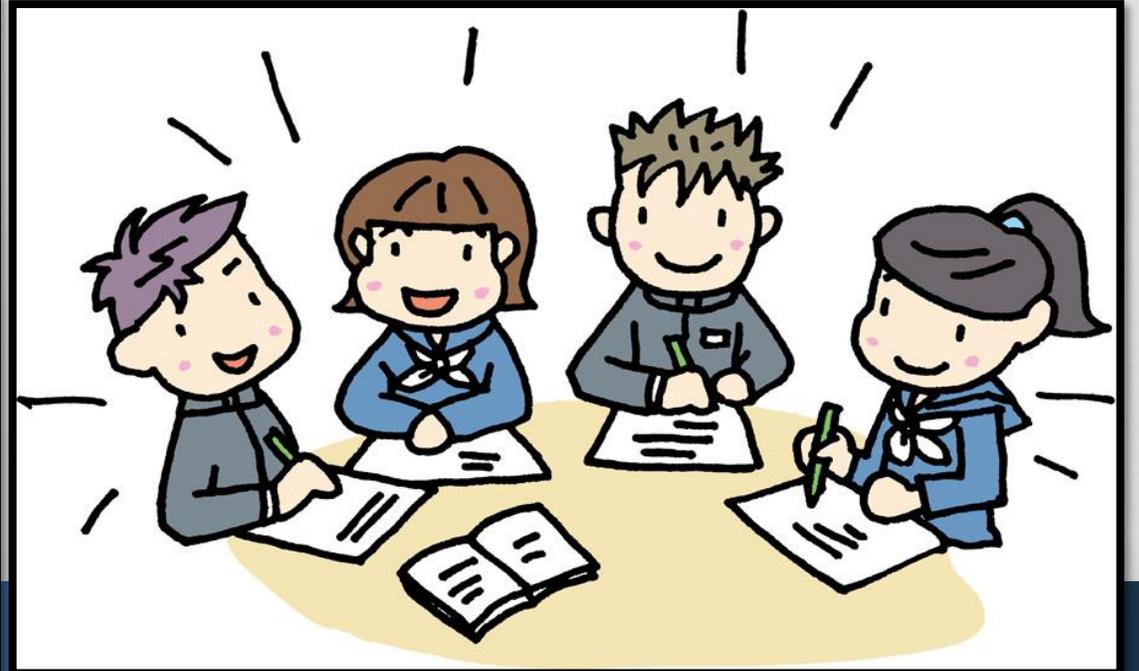
事故防止に対する知識の向上

居室の環境設定の見直し

②事故防止に対する知識の向上

実際の事例を元に、委員会にて話し合い行う。事例内容をフロアにも周知し、自フロアでのケアに活かす。

プロとして防ぐべきは
「**過失のある事故**」

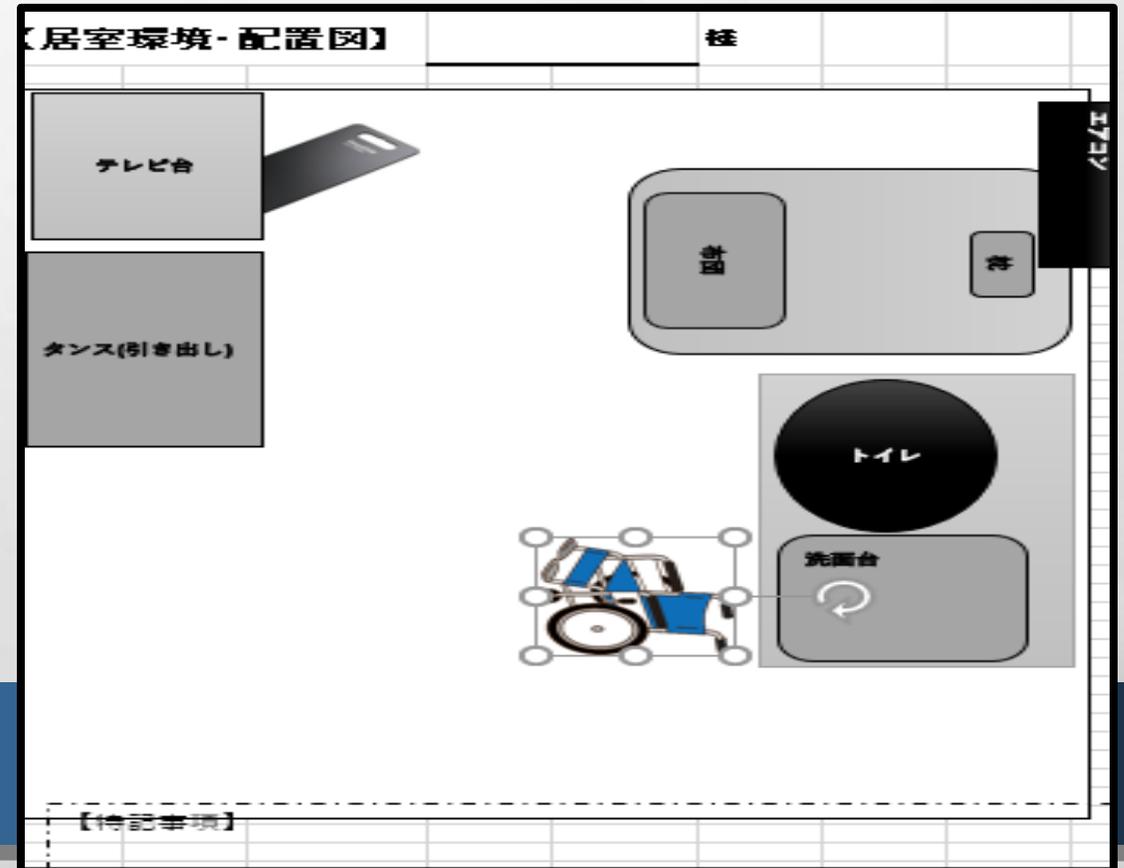


③居室の環境設定の見直し

居室環境を見直し、統一ができるよう
環境配置図を作成する。

例:

- ベッドの高さの調整
- 車椅子の位置
- ベッドとトイレの距離
- ナースコール使用喚起
ポスターの設置



各事業所要介護度



2021年
1月1日時点

特養・・・**3.63⇒3.70**
有料・・・**1.92⇒2.21**

①ヒヤリハット件数の推移

4月～8月 ヒヤリハット数

= **187件**

4～8月..
全介護職員の**3割**
が入力

9～1月..
全介護職員の**6割**
が入力

9月～1月 ヒヤリハット数

入力する職員の割合が
2倍に増加

= **196件**

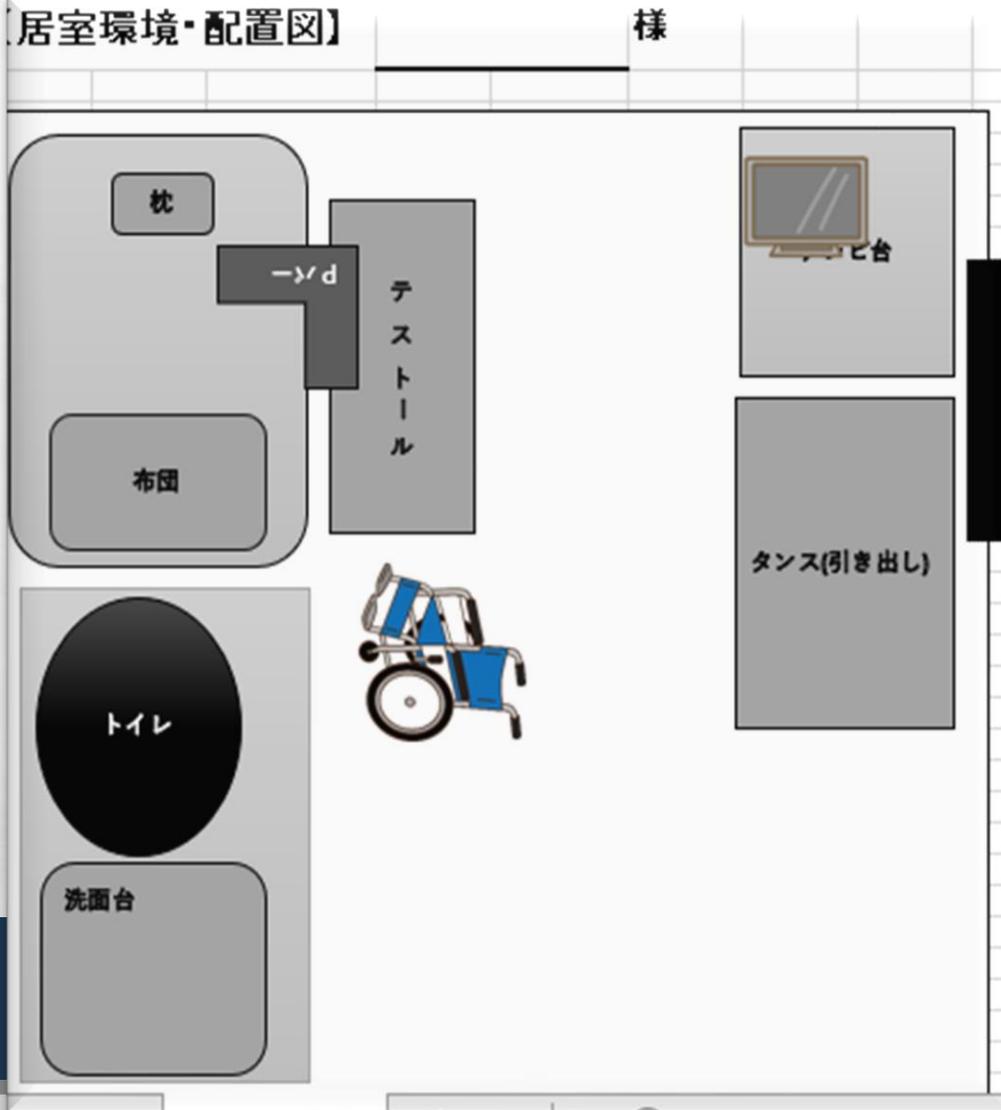
2020年度 事業計画
施設内でのヒヤリハットの周知

発信日	種類	事業所	分類・リスク	内容	原因	施設としての対応ルール
11月30日	ヒヤリハット	特養	誤嚥	入院前は、軟飯であった。退院後は粥を提供するはずであったが、軟飯を提供してしまっていた。入院前の食札を見て提供した為、誤嚥が数日続いた。	①違う形態の食札が2枚あった。(入院前の入院後のもの)退院された際に、相談受付簿の確認と、食札の交換が出来ていなかった。	①新しい食札が届いたら古い食札は捨てる。 ②相談受付簿を確認し、食事形態の確認を食札と見比べ最終確認する。
10月5日	ヒヤリハット				・利用者様の手・目の届かない場所であるキッチン上の棚の中に保管していた。しかし、空腹感が強く、詮索していた中でハサミと包丁を見つけ、食べ物と間違えて食べてしまった。 利用者様・独居者様・独居者様以前	・ハサミと包丁に関しては、キッチン流し場の鍵付き収納スペースにて保管。常時施錠対応し、持ち出し禁止。
10月						
10月2日	ヒヤリハット				・溺死のリスク ・ベルトを調整することが出来なかった。	
9月26日	ヒヤリハット	特養	誤嚥	が手を離すと右に傾いて、車椅子の肘掛けに右脇を掛けている状態であった。姿勢の悪い状態で食事を30分以上喫食されていた。食事はスプーンを使わず手を使い食べられている。スプーンを使われる様子が無かった為、フォークをお見せすると「んーんー」と発語され首を横に振られ拒否される為、引き続き手で食事を摂取して頂く。	以前ナーセントパットを使用しようとしたが本人様の拒否があり、外されてしまった。その為、何も挟まずに食事の喫食対応をしてしまっていた。 が日頃よりあるが、ナーセントパット以外での対応方法の検討が出来ていなかった。	・体の傾きがあれば、クッションを挟み座位保持を行う。もしご本人より拒否があった場合は、何故拒否されるのかを確認し、代替案・打開策を見出す。 ・体の傾きがある際は、何故傾いているのかを考察する(例：離床時間が長い→臥床時間を設ける) 又、都度記録に入れて周知・共有する。 ・介護長・PTに意見を伺い、対応方法を早期に定め、アセスメントをしていく。体の傾きが当たり前とならないように対応する。

カテゴリーごとに検索できるため、振り返りが簡単に行える。

各階でのヒヤリハット報告書を1つのシートにまとめ、施設としての共通対応を見出し、周知。

③居室の環境設定の見直し



①環境設定を見える化し、共有する事で、事故防止の視点での環境設定能力が向上した。

②環境設定を検討する上で、職員間の論議の機会が増えた。

ベッドの高さ調整



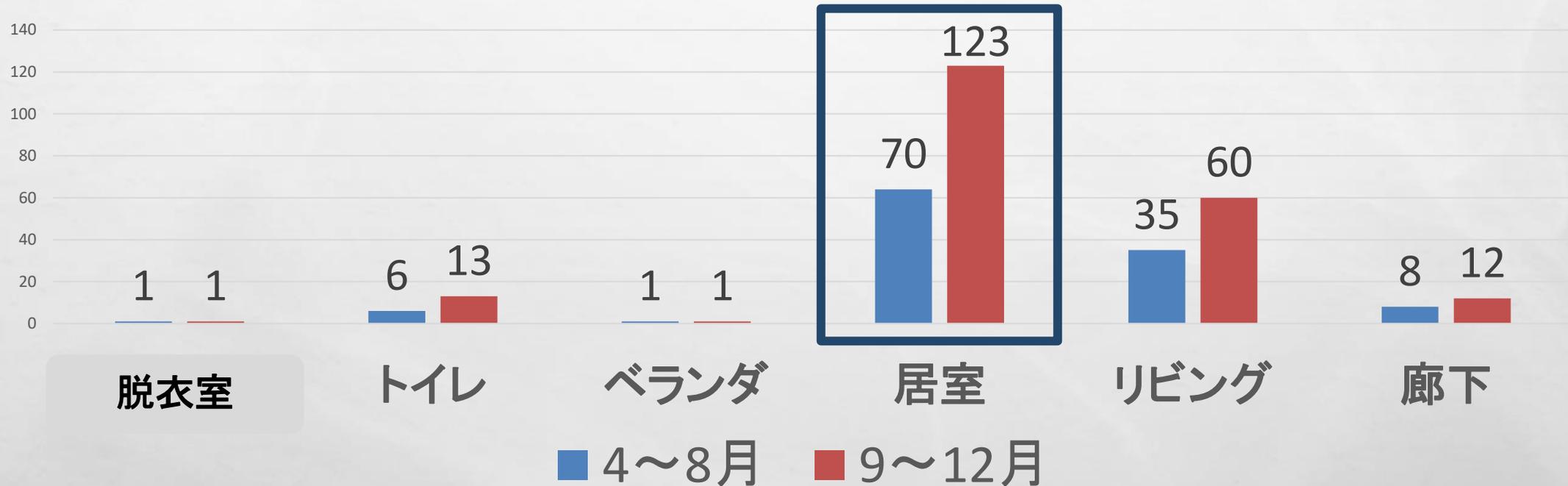
高さ設定

立ち上がりやすさアップ

立ち上がり・座りの際の
事故軽減

転倒事故 場所別発生件数比較

居室での転倒事故は2倍近くに増加



居室での転倒事故が増加した要因

①転倒リスクが高い方が増えた。

②職員の欠勤等により、見守りが不足する場面が増えた。

居室内でのブレーキのかけ忘れによる転倒事故

- **4月～8月 → 35 件**
- **9月～1月 → 19 件**

防げる事故である、
ブレーキのかけ忘れによる事故は減少



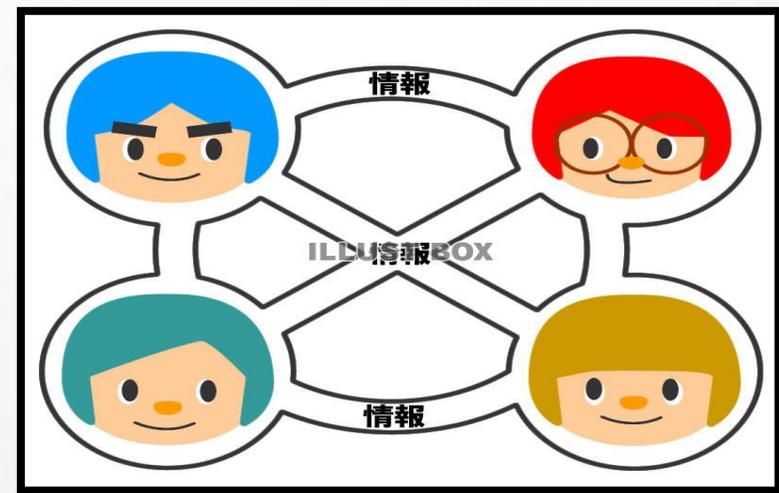
ブレーキ・扉のロックの
かけ忘れ防止ポスターを、
居室のトイレ・ベッド周りに掲示



視覚情報「見える化」→
利用者様自身に気付いて頂く



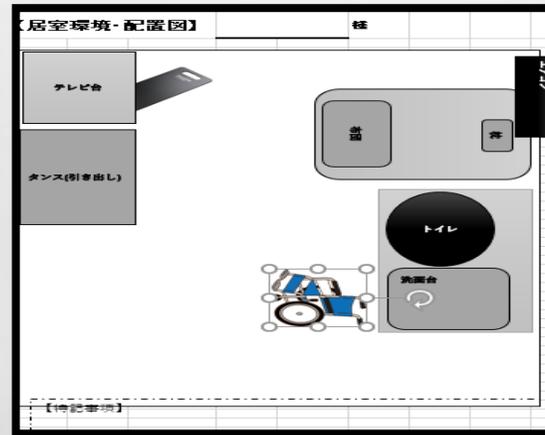
①ヒヤリハット報告書の水平展開



②事例検討ワークによるスキルアップ



③居室内環境整備表の 活用



新卒職員・中途職員にも継続し発信・実施している

防げる事故と、防ぐことができない事故があることを理解し、フロア全体で考え、再発防止の観点で学び、実施。その後の評価を行うことが重要である。職員の理解を深める場・ツールがあると、防ぐことができる事故の発生率は下がる。



ご清聴
ありがとうございます
ございました！