

【セミナーテキストの一部抜粋】

新年度に向けて

# 事故防止活動のバージョンアップ策

Safe Care 株式会社 安全な介護  
[www.anzen-kaigo.com](http://www.anzen-kaigo.com)

見本

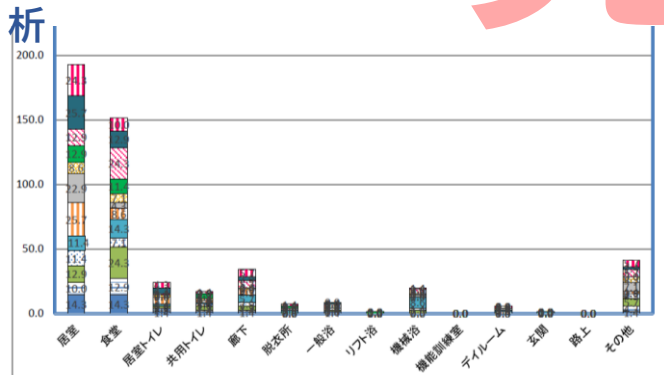
# 《1》リスクマネジメント委員会活動を変える

## 1.事故集計の方法を変える（防止責任の重い事故と軽い事故）

● こんな集計分析に意味は無い

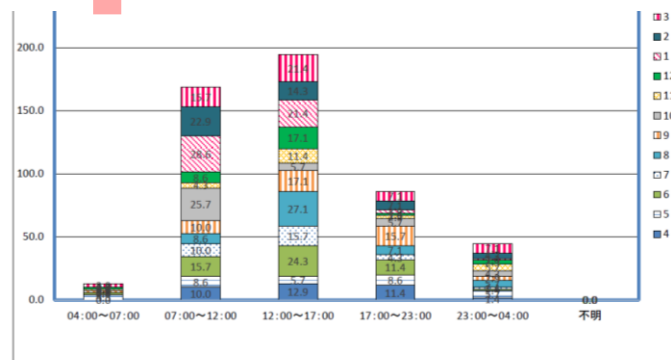
施設名	当年度	前年度	増減件数	増減率
A特養	285件	234件	+51件	+22%
B特養	123件	133件	-10件	-8%
C特養	172件	182件	-10件	-5%
合計	580件	549件	+51件	+8%

○事故発生場所別分析



総件数	居室	食堂	居室トイレ	共用トイレ	廊下	脱衣所	一般浴	リフト浴	機械浴	機能訓練室	デイルーム	玄関	路上	その他
集計	135	106	17	12	24	5	6	1	14	0	4	1	0	29

○事故時間帯別分析



総件数	04:00~07:00	07:00~12:00	12:00~17:00	17:00~23:00	23:00~04:00	不明
集計	9	118	136	60	31	0

## ㊦転倒事故は過失の大きさを3つに分けて集計する

転倒事故は介助状況によって過失がまったく異なる

### ○直接介助中（身体介護）の転倒

半身麻痺の利用者の歩行介助中に  
利用者がふらつき、支えようとした  
が転倒させてしまった



過失の大きさ

大

防止義務

100

### ○間接介助中の転倒

デイルームで見守りをしていたら、認知症  
の利用者が車椅子から立ち上がり、駆け  
寄ったが間に合わず転倒してしまった



過失の大きさ

中

防止義務

50

### ○介助中以外の転倒事故

歩行自立の認知症の利用者が、居室で  
ベッドから立ち上がり転倒してしまった



過失の大きさ

小

防止義務

1

事故の種類	<input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> 溺水 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 誤薬（自身の飲み間違い <input type="checkbox"/> 誤薬（職員の薬取り違い） <input type="checkbox"/> 誤薬（職員の利用者取り違い） <input type="checkbox"/> 医療処置関連 <input type="checkbox"/> その他（ ）
職員の関与	<input type="checkbox"/> 介助中→介助方法（ ） <input type="checkbox"/> 見守り中→見守り方法や距離（ ） <input type="checkbox"/> 自立動作中→自立動作のリスク（ ）

## 2.事故報告書と報告業務を変える –再発防止に役立つ事故報告書–

### ● 事故情報を職員が迅速に共有するには？



### 緊急事故速報

下記の利用者に事故が発生しました！  
職員は利用者に適切な対応を行ってください

各部署の責任者は「職員対応の留意点」を記入の上、スタッフルームに掲示したり回覧するなどして、職員に周知徹底を図ってください。

施設名	特別養護老人ホーム安全な介護		
報告者		受付者	

事故種類	転倒・転落		
利用者名		性別 男	年齢 89 才
利用者状況	要介護度 4	認知自立度	IV
発生日時	2022 年 1 月 10 日 午前6 時 # 分頃		
発生場所	居室 (個室)		

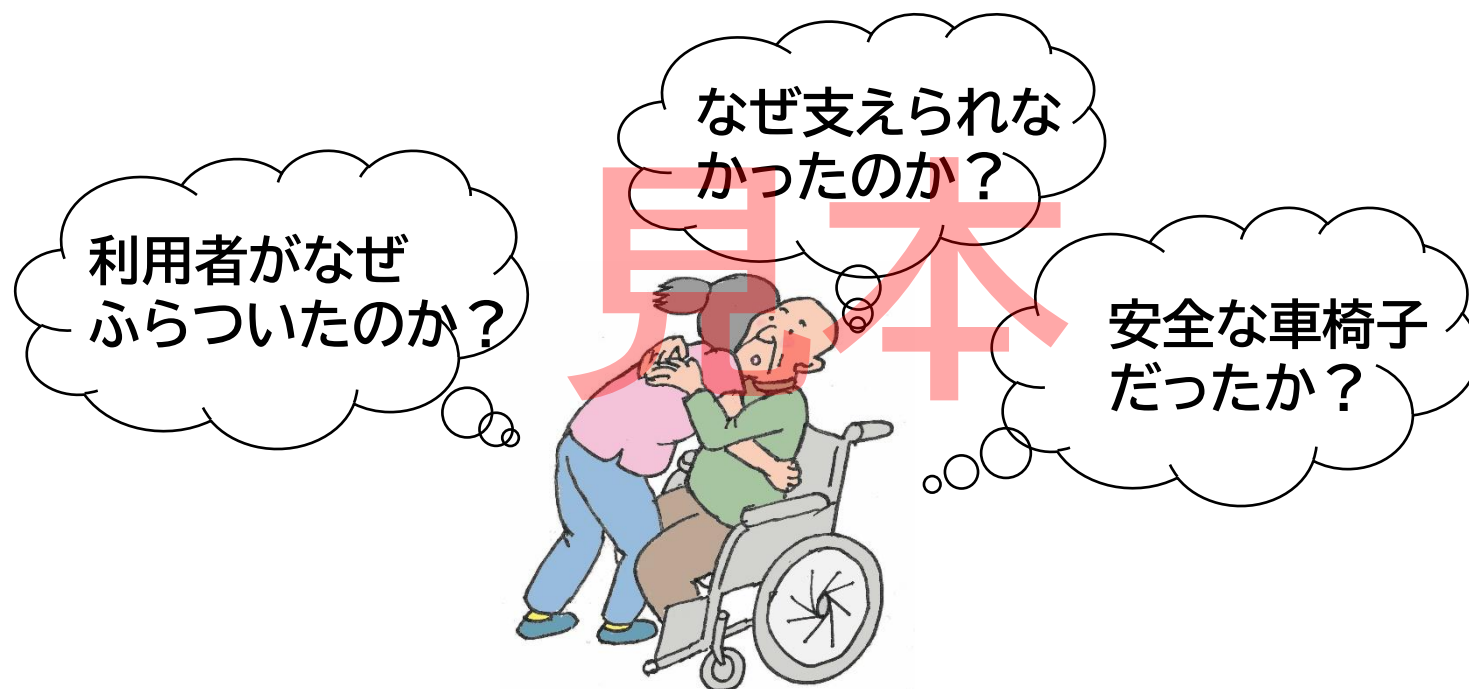
発生状況



- ・ 回覧する
- ・ 床頭台に貼る

### 3. 事故分析の方法を変える –原因分析チェック表による事故分析–

◎転倒した原因は職員の不注意と思い込んで他の原因を検討していない



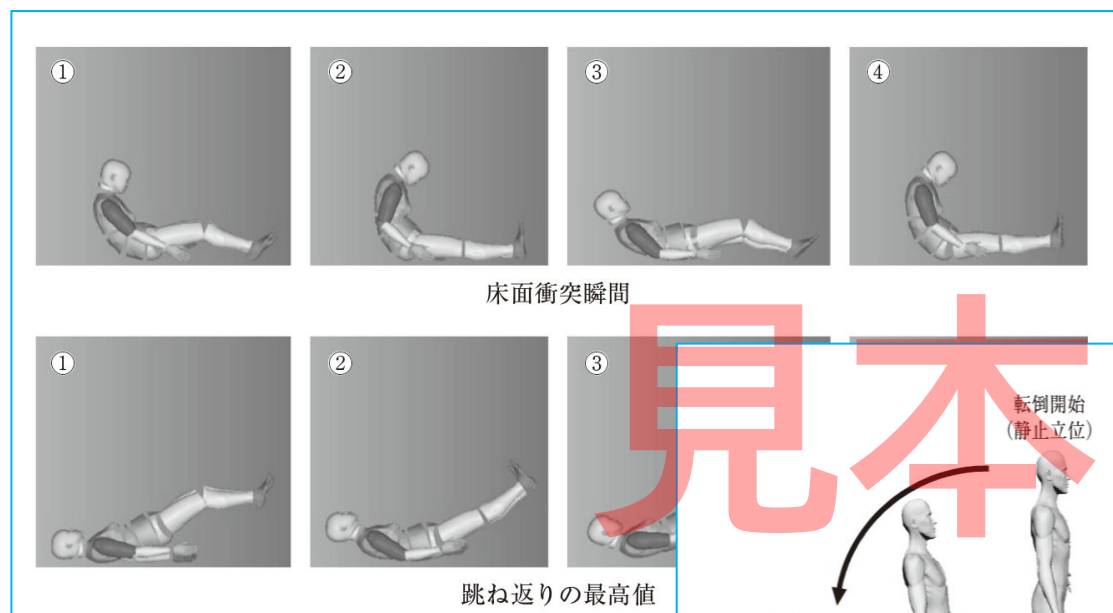
## 《2》 事故を区分し再発防止策の検討方法を変える

	事故の区分	再発防止検討方法
5	どんな対策を講じても防げない事故	●事故が起きてもケガをしない対策(損害軽減策) ●家族にリスクを受け入れてもらう取組
4	専門知識・技術がないと防げない事故	●多職種連携によって専門知識・技術を共有する ●資格取得や研修によって専門知識の習得を促す
3	基本的な防止対策で防げる事故	●危険箇所点検などの危険発見活動を行う ●標準的な事故防止対策をマニュアル化する
2	ミスが原因で起きる事故	●介助ミスの原因となる介助方法のリスクを改善する ●ミスの原因となる環境要因を改善する
1	ルール違反で起きる事故	●やってはいけない危険な介助方法を文書化する ●ルール違反による事故の罰則を周知徹底する



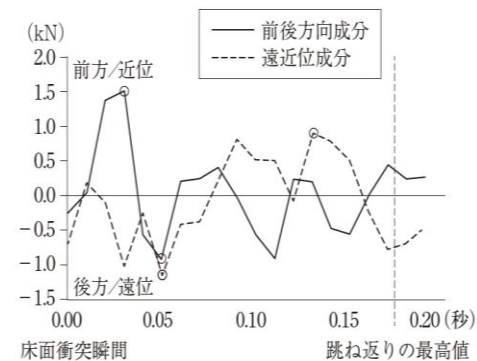
## 4.骨折防止マットの取り組み

なぜ転倒した時に大腿骨を骨折するのか？



床面衝突時に起こる臀部の跳ね返りによって、大腿骨頸部に破壊的な負荷がかかり骨折する。衝突時の臀部の跳ね返りを防ぐことで大腿骨骨折のリスクを軽減できる

図2 矢状面から見た後方転倒の動作



実線が前後方向成分（正が前方、負が後方）、破線が遠近位成分（正が近位、負が遠位）。丸印はピークを表す。

図3 推定した股関節の力学的負荷の波形

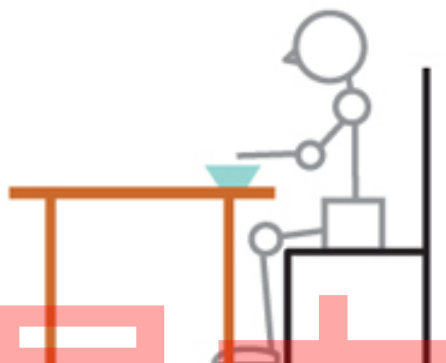


## 5.前かがみクッションによる誤嚥防止の取り組み

車椅子で前かがみ姿勢をとることで誤嚥が防げる



誤えんリスクの高い食事の姿勢



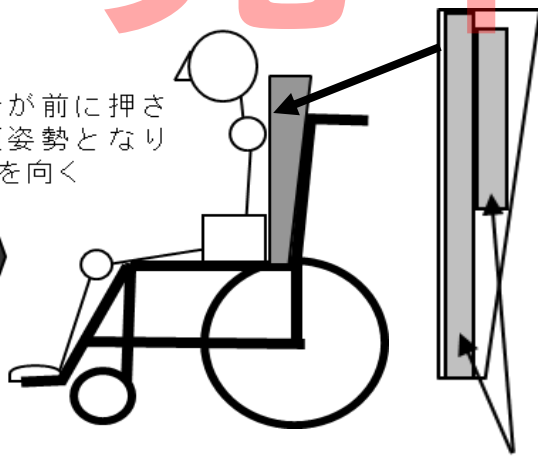
食事に適した前かがみ姿勢

見本



身体が上向き  
顔も上を向い  
てしまう

上半身が前に押さ  
れ前傾姿勢となり  
顔が下を向く



ラバーマット



# 《4》マニュアル活用で事故対応を変える

## 1. 家族対応マニュアルで事故クレームをゼロに

### 2. 事故直後の家族連絡

事故状況の説明、謝罪、家族のリアクションへの対応

#### ●家族連絡の方法

救命対応など事故直後の本人への対応が一段落したら家族連絡を入れます。この時点での家族連絡では、「事故状況」と「本人の容態」を伝え、他の不明確な事柄については言及を避けます。夜間など家族は施設からの突然の驚きまで言葉遣いに注意します。

#### ●家族連絡話法例



①「突然の電話で失礼いたします。お電話しているところを職員が発見しましたが、少し様子を見るようにとのあれば受診の手配をいたします。何とさせていただきます。ご心配をおかけしております。よろしくお願いいたします。」

②「突然の電話で失礼いたします。お電話に詰めてしまわれました。すぐに聴いたが、食べ物が入管に残っていることをご心配いただいていたのですが、ご了解

#### ●家族への説明

事故直後に家族に対応した時の説明は、事故の状況（もしくは事故発見の状況）、施設側の事故への対応状況のみを説明し、その他のことについては後日説明すると伝える。家族は驚きや興奮から不明なことをたくさん質問してくるが、事実と判明していること以外は返答を避けること。

#### ●病院での家族への説明話法例



##### ★事故状況の説明（転倒）

「午前11時頃〇〇様がベッド脇の床に倒れているところを職員が発見し、職員は足の痛みや頭部の打撲がないかなどを確認し医師に連絡しました。医師は意識がハッキリしているのであれば経過を観察するようにと指示をされましたが、腕に震えがみられたため頭部打撲の可能性があったので、万一のことを考えてご家族に連絡の上緊急受診とさせていただきます。」

##### ★事故状況説明（介助中の事故）

「介護事業者のヘルパーが訪問中、居室で〇〇様の車椅子への移乗を介助を行う時に、〇〇様を転倒させてしまったものです。転倒の原因はヘルパーが車椅子のブレーキを確認せずに移乗介助を行ったため、ブレーキがかかっていない車椅子が動いてしまったために起こった事故です。ヘルパーのミスが原因の事故ですので謝罪させていただきます。」

注：過失が明らかかな場合には説明の前に必ず謝罪する。

## 2. 過失チェックマニュアルで賠償トラブルをゼロに

**事故が起きたら必ずチェック！**

**【事故の未然防止の過失】**

**転倒事故（直接介助中）**

《ご注意》実際の事故の過失の判断では、もっと詳しい情報が必要であり、本事例は一般的な基準です。

**こんな事故が過失とみなされる**

- ▶ 介助時のウツカリミスが原因の事故
- ▶ 不適切な介助方法(力任せの介助など)が原因の事故
- ▶ 用具や設備の不具合など環境危険が原因の事故

<b>具体事例</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 車椅子からベッドへの移乗介助中に介護職が</li> <li>② 手引き歩行中に利用者がつまづいたが、介助</li> <li>③ 車椅子のブレーキが緩んでいて移乗しようとし</li> </ul>
-------------	---

**■ 過失とならない事故の例**

- 身体に障害がなく歩行も自立している利用者が
- 毎日施設内を歩いている利用者が、外的要因無く

**point** 直接介助中の事故は、たとえ防ぐこととみなされる可能性が高い

**事故が起きたら必ずチェック！**

**【事故の未然防止の過失】**

**感染症**

《ご注意》実際の事故の過失の判断では、もっと詳しい情報が必要であり、本事例は一般的な基準です。

**こんな事故が過失とみなされる**

- ▶ 施設が提供した食事が原因で発生した感染症や食中毒事故
- ▶ 施設外からの感染であっても、発症時の感染防止対策を怠ったことが原因の二次感染
- ▶ 免疫力低下者などへの重度化対策を怠ったことが原因で重度化した場合の重度化による損害

<b>具体事例</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 食材や調理器具の殺菌が不十分で、集団ノロ感染が起きた</li> <li>● 家族からノロに感染した利用者の発症時の吐物処理が不完全で他の利用者へ二次感染した</li> <li>● インフルエンザの罹患者が発生した時、重度化対策を怠り肺炎を併発して死亡した</li> </ul>
-------------	---

**■ 過失とならない事故の例**

- 家族の面会など感染経路が外部からの感染と考えられる感染症の発症。
- 感染経路の特定が不可能な外部からの感染(施設内の二次感染ではない)

**point** 裁判においては感染症の被害が生じて感染経路を特定することができないため、賠償責任を問われることは稀です

# 3.原因不明の傷・アザ・骨折対応マニュアルでトラブルゼロに

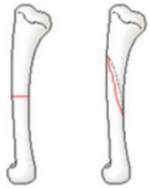
## [2] 受傷場面の推定と受傷原因の検証方法

●医師から骨折の種類（骨の折れ方）を教えてもらう  
 →骨折の種類によってどのような場面の骨折か推定できる

### 【骨折の種類（骨の折れ方）】

- ①圧迫による断裂 ②捻じれによる骨折 ③打撲による衝撃
- ・圧迫による断裂→介助中に介護職員が強く腕を押さえた
  - ・捻じれによる骨折→体位変換などで腕が体の下に巻き込まれた
  - ・打撲による衝撃の骨折→移乗介助時に腕が車椅子に強くぶつ

「圧迫による断裂」



【断裂骨折】

「ねじれによる骨折」



【螺旋骨折】

「打撲による



【粉碎骨

●受傷の際接触した他物を推定する  
 →「傷（アザ）と他物との接触推定表」に照らし合わせて他物を推定する

- ・自発動作が少ない利用者→介助中に接触する可能性がある物を中心に他物を探す
- ・自発動作が旺盛な利用者→自発動作中に接触する可能性のある身の回りの物を探す

傷やアザの処置を行う看護師は、長い経験の中で様々な形状の受傷状況を見ているので、必ず看護師を交えて意見を出し合う。

### 【傷の形状と他物との接触状況】

傷の形状	他物との接触の仕方
擦過傷(広く浅い)	ガラガラしたものに擦れたために、皮膚上に広く細かく傷付く。
擦過傷(線状に浅い)	先の尖ったものに軽く触れたため皮膚が細長く浅く傷付く。
裂傷(線状の深い傷)	尖ったもので強く引っ掻いたため皮膚がえぐれ、皮膚が剥離も起こる。
裂傷(裂け傷)	打撃・ねじれ・皮膚の引きつりなどにより皮膚が裂ける。皮膚の剥離も起こる。
切創(切り傷)	ナイフなどの鋭利な刃物で切ったために傷で創面が滑らか。
刺し傷	針などの尖ったもので刺されたために、皮膚に細い穿孔ができる。

内出血の形状	他物との接触の仕方
小さくくっきりしている	先の尖ったものに衝突してできた内出血、皮下の浅い部分が出血する。
広くぼんやりしている	丸みのあるものに衝突してできた内出血、皮下の深い部分が出血する。
細くくっきりしている	挟んだり、つねるなどしてできた内出血、皮下の浅い部分が出血する。