

<令和4年度下半期 介護サービス事業所事故報告の現状について>

出水市に事故報告書の提出があった事故（令和4年9月～令和5年2月）について、集計しましたのでご活用ください。事故報告書は、事業所内で事故が発生した際に医療機関への受診が必要だったもの等を介護サービス事業者から出水市へ報告するものであるため出水市内の介護サービス事業所において発生したすべてについて集計したものではないことをご理解ください。

また、令和4年10月13日までは新型コロナウイルス感染症発生についても事故報告の報告対象であったため令和4年10月13日まで分の新型コロナウイルス感染症発生分も含まれています。

1 令和4年度下半期事故報告受付件数 計 128件

（令和4年9月～令和5年2月報告分の5カ月間）

2 サービス種別ごとの事故報告受付件数

サービス種別	件数	割合
通所系サービス	21	16.4%
訪問系サービス	3	2.3%
小規模多機能型居宅介護	1	0.8%
短期入所生活介護・短期入所療養介護	5	4%
特定施設入居者生活介護	6	4.7%
介護老人保健施設	2	1.6%
介護老人福祉施設	53	41.4%
認知症対応型共同生活介護	29	22.7%
有料老人ホーム等	8	6.3%
合計	128	100%

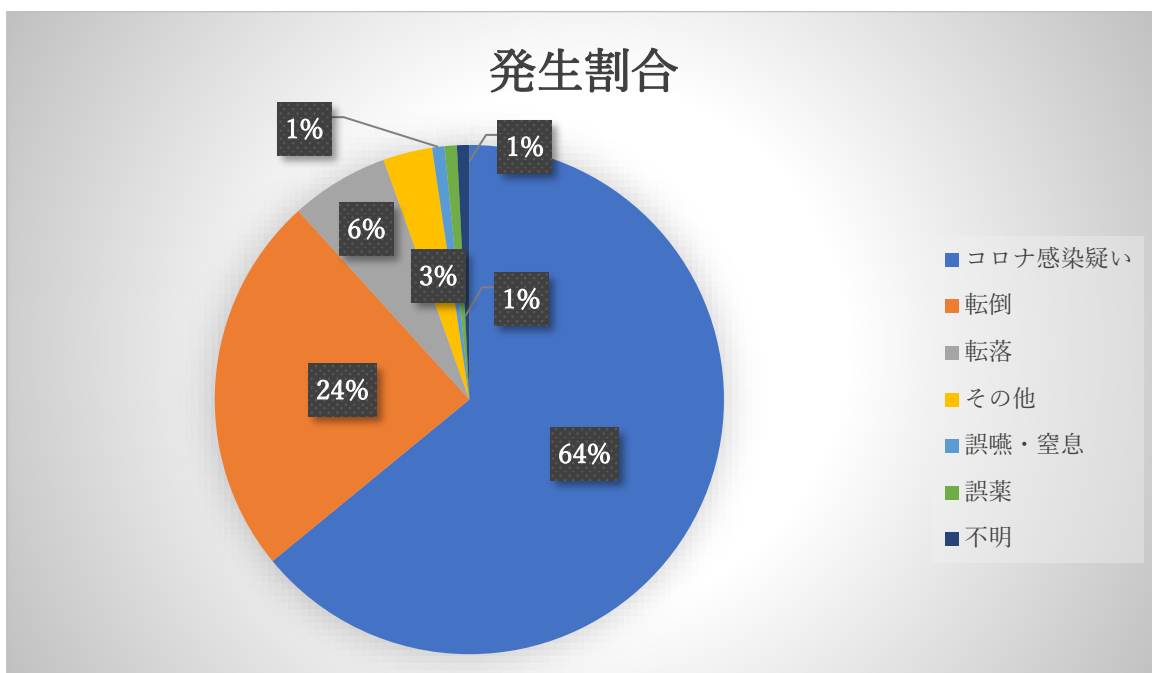
※居宅介護支援と福祉用具は発生が0だったため、件数からは除いています。

【分析と対策】

サービス種別ごとに見てみると、介護老人福祉施設が53件、全体に占める割合としては、41.4%と最も多くなっています。特定施設入居者生活介護・介護老人保健施設・介護老人福祉施設・認知症対応型共同生活介護・有料老人ホーム等の施設サービス事業所全体で98件、全体に占める割合が76.7%と7割超を占めています。今回は、新型コロナウイルス感染発生件数も含まれていますので24時間・365日多数の入所者が同じ屋根の下で生活している施設での感染者が多く出てしまったことが大きな要因と考えられますが、入所者の介護度も高く、介護の必要性が高い方々が生活されているため事故が起こりやすくなっていることも考えられます。また、職員の勤務の入れ代わりも多く、伝達ミスや情報共有不足も事故が起こってしまう要因の一つとなっています。

全事業所において、日頃から事故防止の意識を高く持ち、研修や介護技術への研鑽に努めていただくとともに、職員間でのミーティング等を定期的を実施し、情報共有を怠らないようにしてください。

3 事故の種別



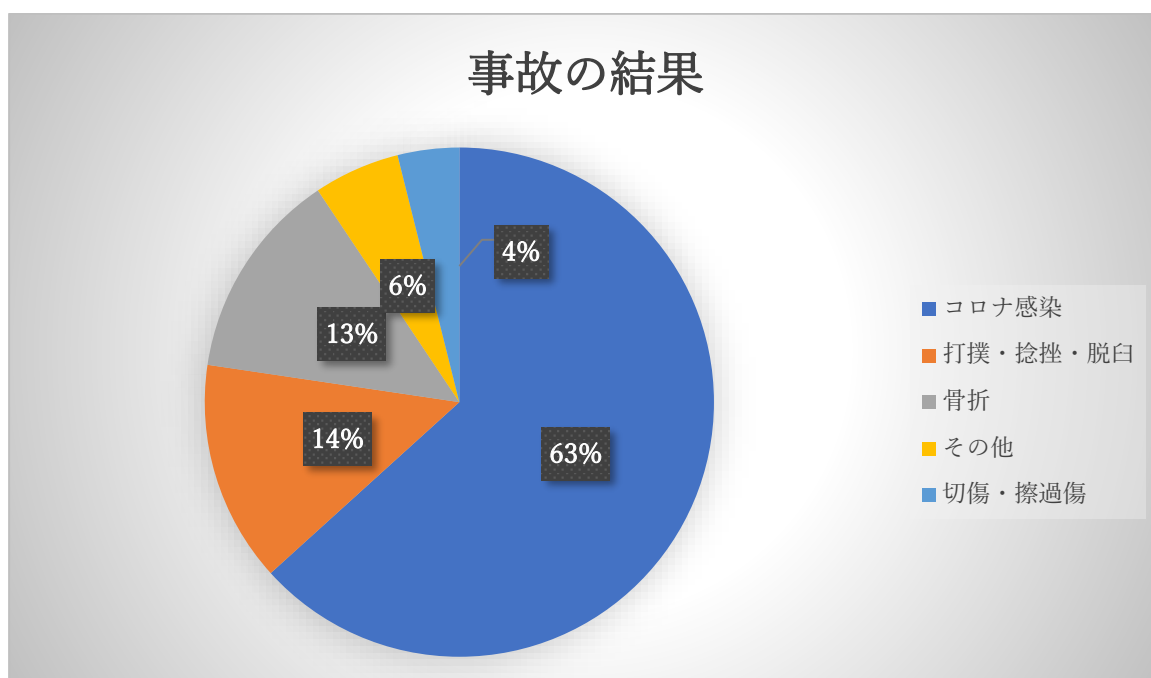
【分析と対策】

報告のあった事故報告の事故の種別としては、コロナ感染疑いが全体の64%を占めており、圧倒的に多くなっています。介護老人福祉施設と認知症対応型共同生活介護での感染が広がってしまい数十人の感染者が出てしまったことがこの結果になっていると考えられます。全事業所での感染防止対策が必須ですが、特に施設サービス事業所では感染者が出てしまうとあっという間に多くの感染者を出してしまう傾向があるため今後も徹底した感染防止対策が必要ということがこの結果からもわかります。

次に多いのが転倒、転落です。コロナ感染を除くと圧倒的にこの2つが多いと事故報告の受付をしていて感じているところです。要因として、職員が目を離したすきに立ち上がってしまいそのまま転倒してしまった、気づいたらベッドから転落していたというのがよく聞く内容です。ヒヤリハットや利用者の行動パターン・傾向を理解したうえで福祉用具や緩衝マット等を上手く活用したり、行動の予後予測をしたうえで転倒等を未然に防ぐ対策をしたりし、事故防止へ繋げていきましょう。

その他の内容としては、送迎車内でカーブ車線走行中に倒れ込んでしまった、直接的な原因は不明だが、気づかぬ内に皮膚剥離をしていたという事例でした。

4 事故の結果



【分析と対策】

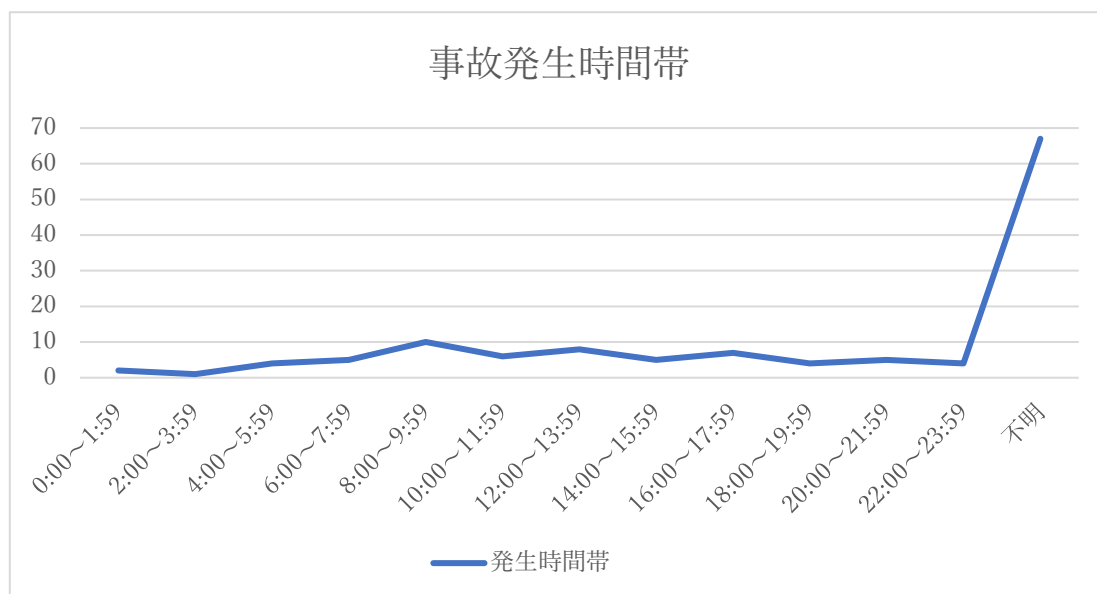
3の事故の種別の発生割合のコロナ感染疑いが64%に対し、上記の事故の結果のコロナ感染は63%と同割合ではありません。この要因としては、コロナ感染後結果として、死亡が確認されたためその他として計上しているためです。

また、転倒・転落をされた方のほとんどは、打撲・捻挫・脱臼や骨折という結果になっています。この結果に結びつくことを100%防ぐことは難しいことですが、利用者の方々の日頃の様子から適宜、機能訓練や生活機能訓練等を取り入れて身体機能向上を図ることの重要性を感じます。

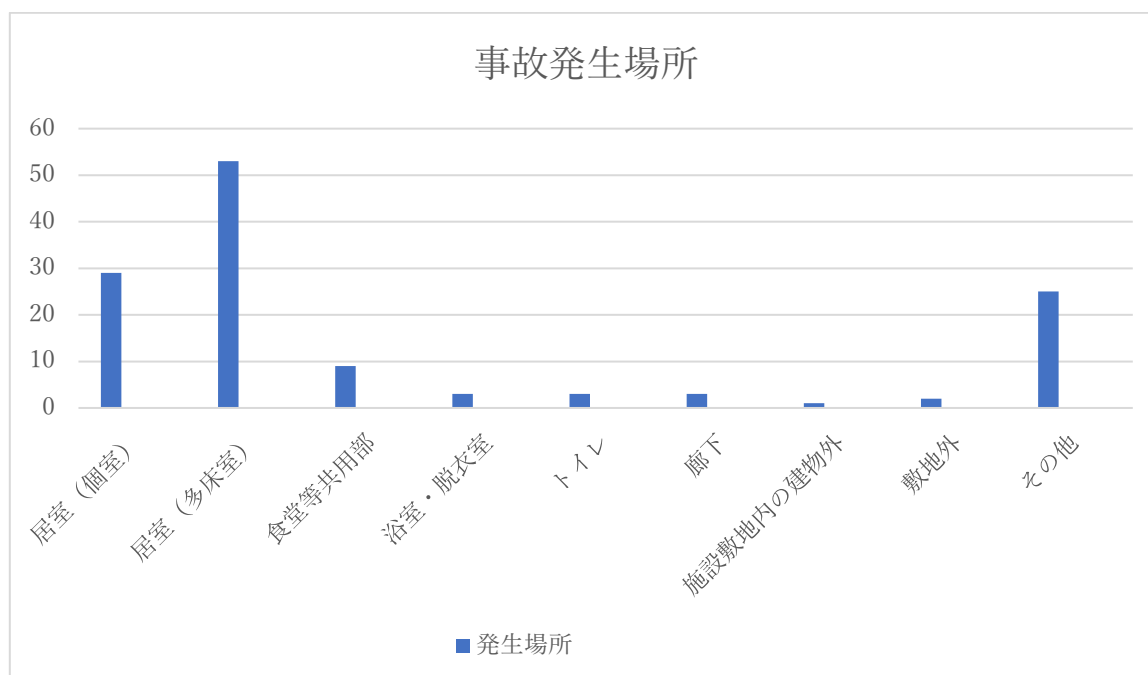
その他に関して、皮膚剥離、脳梗塞、脳挫傷、誤嚥・窒息による死亡、コロナ感染による死亡が挙げられました。この5ヶ月間の間に2件の死亡事故が起こるという残念な結果となりました。このことから、市内全事業所において、コロナ感染防止対策や事故防止対策に努めていただくとともにこれらに関連する研修会や講習会への積極的な参加と事業者は、職員が参加することへの配慮をお願いいたします。保険者としてもよりよいケアや感染症・事故の防止のために有益な情報共有等に努めていきます。

5 事故発生時間帯と事故発生場所

< 事故発生時間帯 >



< 事故発生場所 >



【分析と対策】

発生時間帯の不明や発生場所の居室（個室・多床室）が多くなっているのは、前述のとおり、介護老人福祉施設や認知症対応型共同生活介護でのコロナ感染のクラスターが起こったためです。発生場所について、その他については、クラスターの中には事業所職員が含まれていたこと（自宅や病院で検査の結果、感染が判明）や玄関、洗面所、送迎車内でした。

また、施設敷地内の建物外での事故は、外気浴中の車椅子からの転倒、敷地外での事故は、散歩中の転倒でした。

発生時間と発生場所の関連としては、朝方の事故は居室やトイレでの事故がほとんどであること、8:00～9:59の時間帯の事故が比較的多くなっているのは、施設サービス事業所だと睡眠していた状況から動き始める時間帯であり、移乗やトイレ・食堂へ行く際に身体が他の時間帯と比べると動きづらい状態で転倒や転落をしたり、在宅サービス事業所では、通所介護等迎えの時間帯であり、事業所に到着後の靴の脱着時や食堂等共用部での転倒、椅子への立ち座りの際に転倒・転落したりという事故が比較的多く見受けられます。他の時間帯や発生場所は、横ばいですが、夜の時間帯～早朝にかけては、施設サービスでは、夜勤者が1名や少人数で対応するケースが多く、利用者の対応中に他の利用者の声やセンサーが反応し、対応が遅れてしまった、センサーが反応しなかったことから事故に繋がってしまったという状況もよく見受けられます。

夜勤者が1人や少人数での対応となるとすぐ他の対応をするのは難しいですが、夜勤までの時間帯の利用者の状況等について職員間で伝達や情報共有をし、それらをもとに予後予測やより介護の必要性や気になる利用者に対しては定期的な声かけ等を行っていきましょう。センサーマットについても、定期的に点検や反応のチェックテストを実施しましょう。

【まとめ】

今回、令和4年度下半期の事故報告の集計となりましたが、10月まで新型コロナウイルス感染者の発生に関しても事故報告の必要性があったことから令和4年度は例年よりも報告書の件数が増大しました。その他の事故の発生状況としては、施設サービス事業所の利用者の居室内での転倒による打撲・捻挫・脱臼や骨折の事故が最も多く報告されました。報告書を確認する中で、原因分析や再発防止策等を各事業所において入念に協議し、作成していただき事業者の皆様が高い

意識を持って利用者の方々と向き合い、適切なケアをしていただいていることが分かります。

今後も事故防止のためにヒヤリハットの職員間での共有・事業所内やケアマネジャーとの情報共有・医療との連携、職員の介護技術の向上が重要です。

また、事故報告書は、事故が起こったことを責めるものではなくなぜ事故が起こってしまったか、防げる事故ではなかったか、再発防止策を検討し、今後の事故防止のための手立てや事業所内での介護技術等の検討・見直しをすることが目的と考えます。

事故発生防止への対策を今後とも継続して取り組んでいきましょう。

【再発防止の取り組み(例)】

事故種別	再発防止策
施設内での転倒	日中、歩行訓練・体操・レクリエーションへの参加を促し、下肢筋力向上を目指す。
食堂での転倒	利用者全体の転倒リスクの再把握を行い、移動時や介助時間のタイミングの変更を行うことで見守り対応を行う職員の確保をし、利用者の身体機能のレベルに合わせて介助・見守りを行う。
浴室での皮膚剥離	介護への抵抗が強いため、安定剤の量や入浴回数 の検討をしてもらうよう家族・担当ケアマネジャー・主治医に確認し、見直しを行う。
移乗介助時の裂傷	下肢の保護（レッグウォーマー等）を徹底し、移乗時の注意事項を職員全体へ喚起する。
誤薬	薬を利用者へ手渡しする際に利用者の顔を見て、名前を呼んだうえで薬を服用してもらう。

誤嚥・窒息

誤嚥時の対応方法の研修会を実施し、現在実施している食事提供・形態や誤嚥時の対応方法等について方法の確認と改善を行う。

年 1 回は、誤嚥対応の勉強会または研修会を実施する。