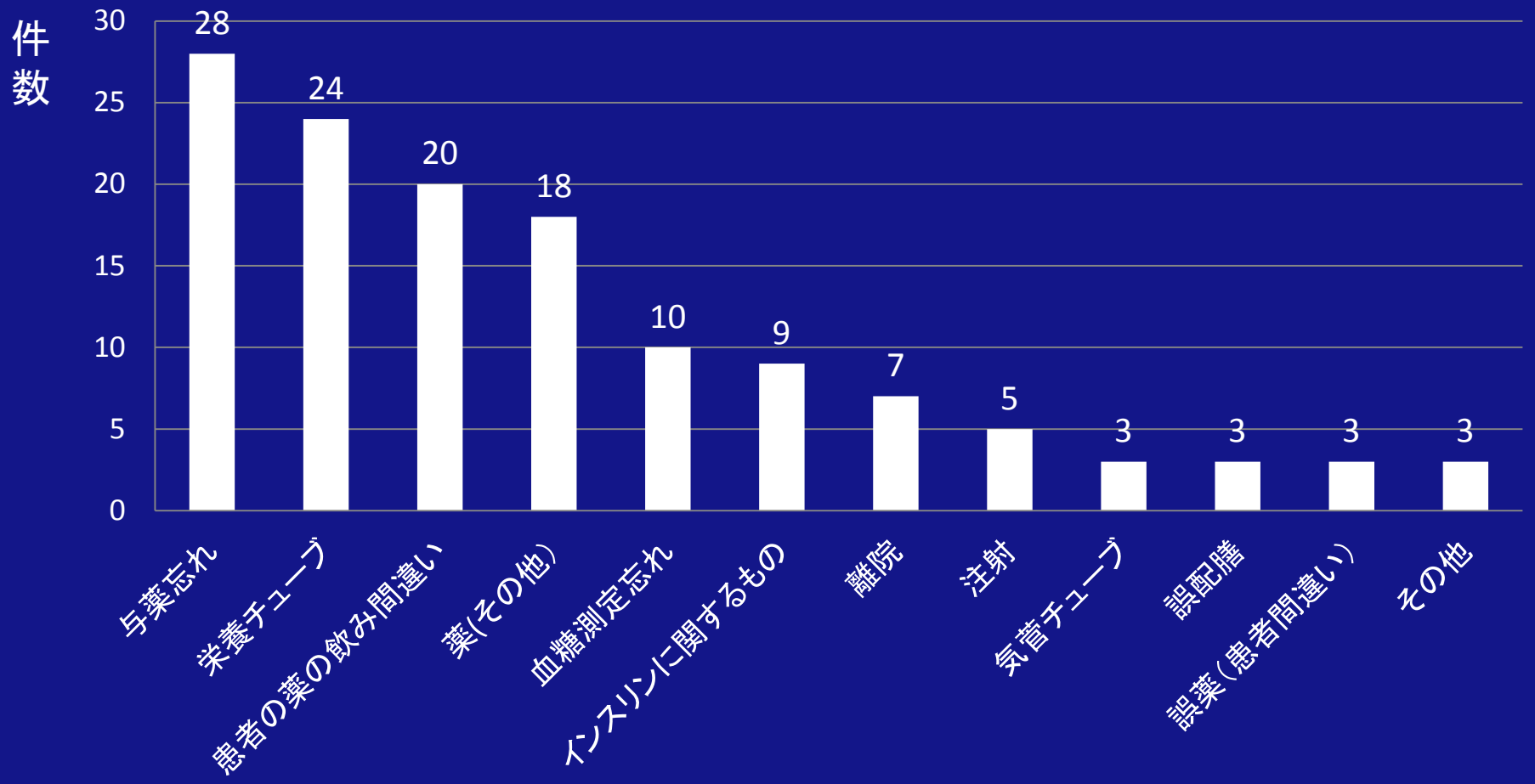
平成23年度第5回（通算36回）誠愛勉強会　事故対策委員会

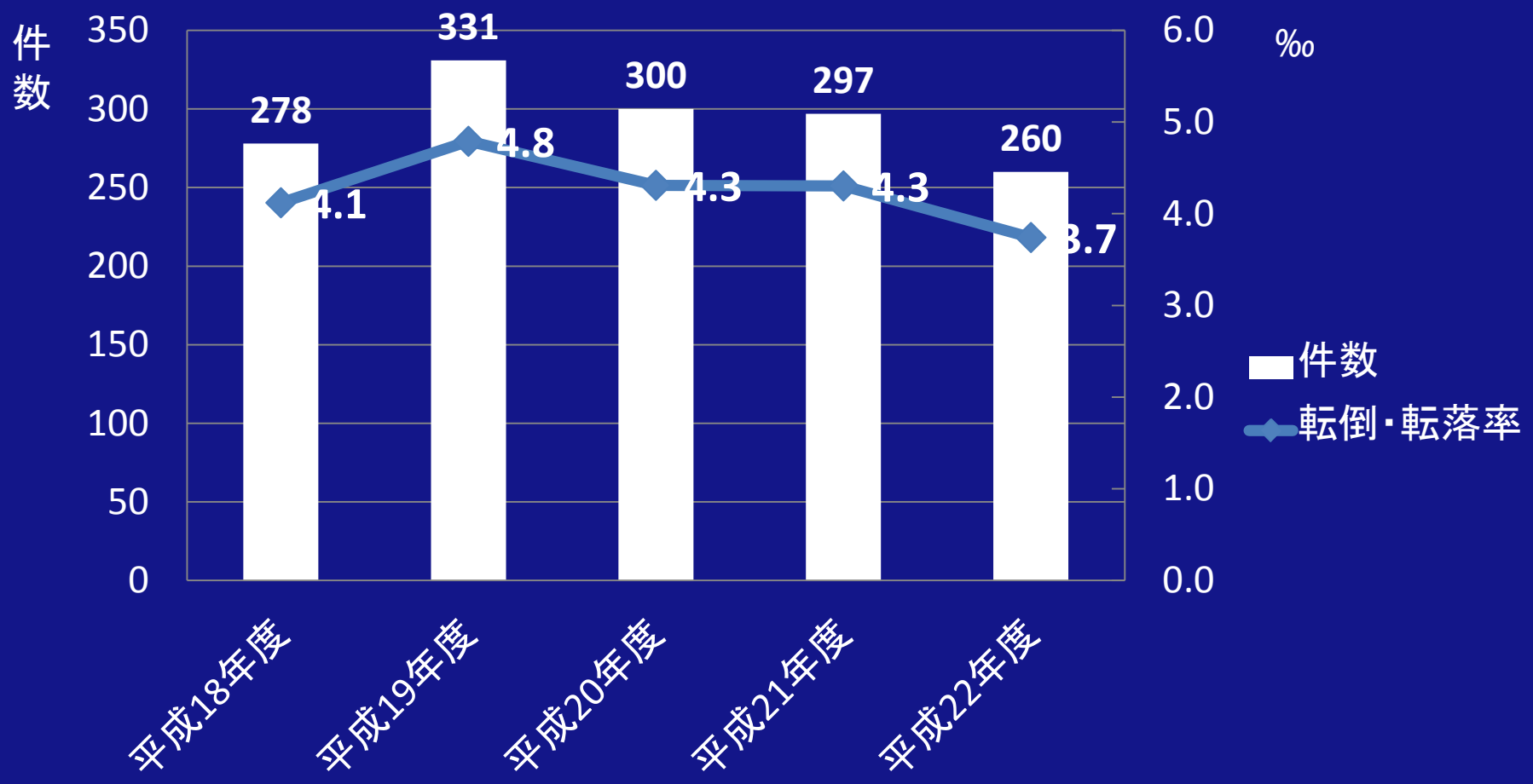
平成22年度　看護部事故報告のまとめ

看護部　　吉村綾子

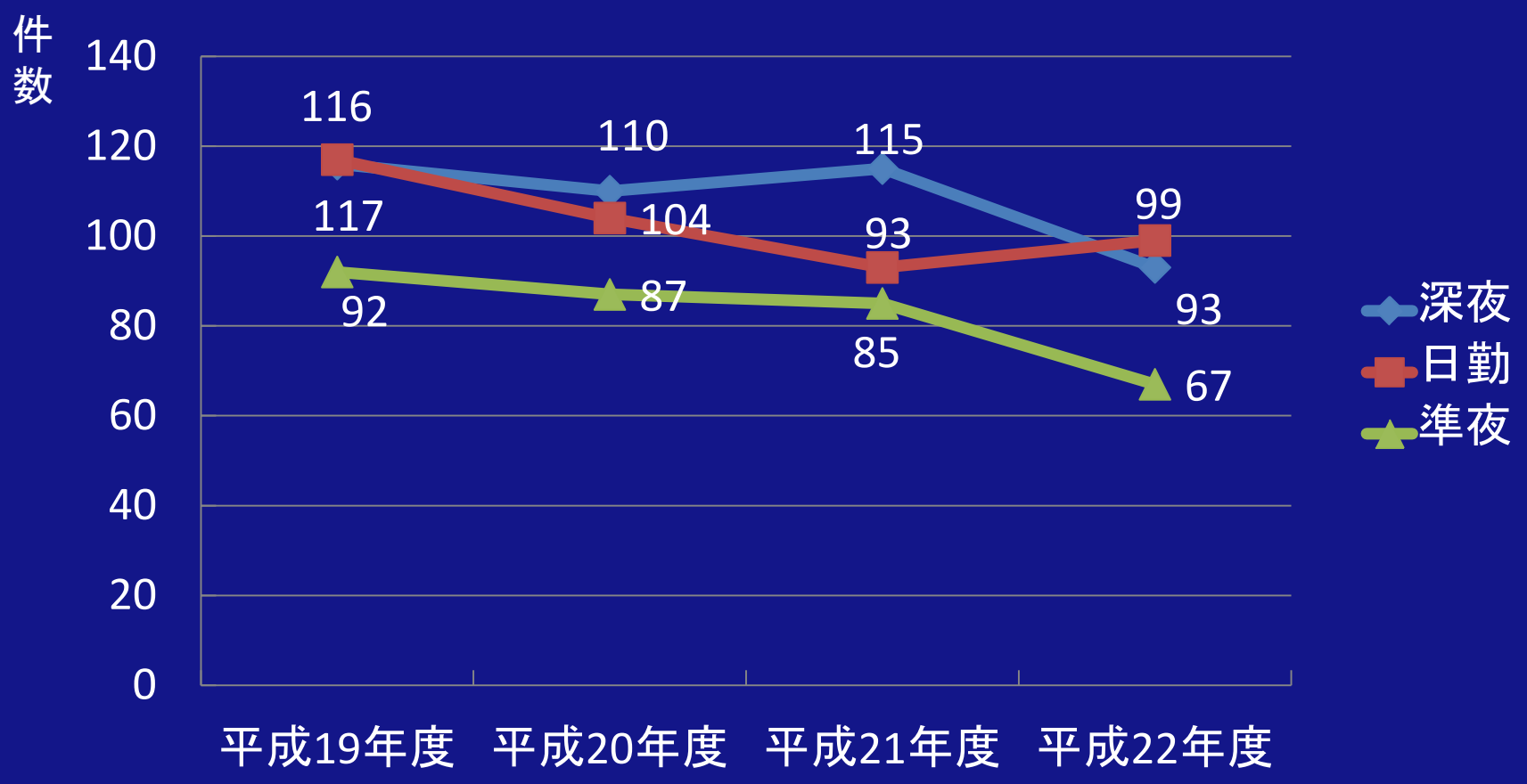
平成22年度　事故の種類と件数
（転倒・転落を除く）



年度別　転倒･転落事故件数と転倒率



年度別　各勤務帯の転倒件数



院内勉強会

メディカルフィットネス　あいあい倶楽部における事故・安全対策

メディカルフィツトネス　あいあい倶楽部
課長　久保　敦（健康運動指導士）

平成22年度　事故報告

- レベル　0　　1件

平成22年10月　　スタジオレッスン（ステップ）中に64歳女性が転倒！

１.運動に伴う変調・状態変化

・運動前後のバイタルチェックや運動中の顔色等をうかがうことで体調や状態変化を把握する。

・運動強度や頻度については、運動中脈拍やRPE（主観的運動強度）を指標に指導を行う。

基本は無理をさせない！

２.施設内、機器使用についての注意

・初回利用時のオリエンテーション（施設利用方法、正しい機器の使い方、プールサイド、シャワールームでの転倒注意）

・会員、利用者への積極的な声かけ（説明と同意）。

３.転倒予防

・障がいを有する方、高齢者への対応として、セラピストとトレーナーのダブル担当制で、身体状況把握、フィットネスメニューの提供を行っている。

あいあい倶楽部での事故・安全対策（まとめ）

- マニュアルの徹底（マニュアルに従って行動できるように！）
- ダブル担当制による身体状況把握とフィットネスメニューの作成、提供
- 危険の察知→スタッフの意識、利用者への説明
- 日ごろよりスタッフ間での報/連/相の徹底

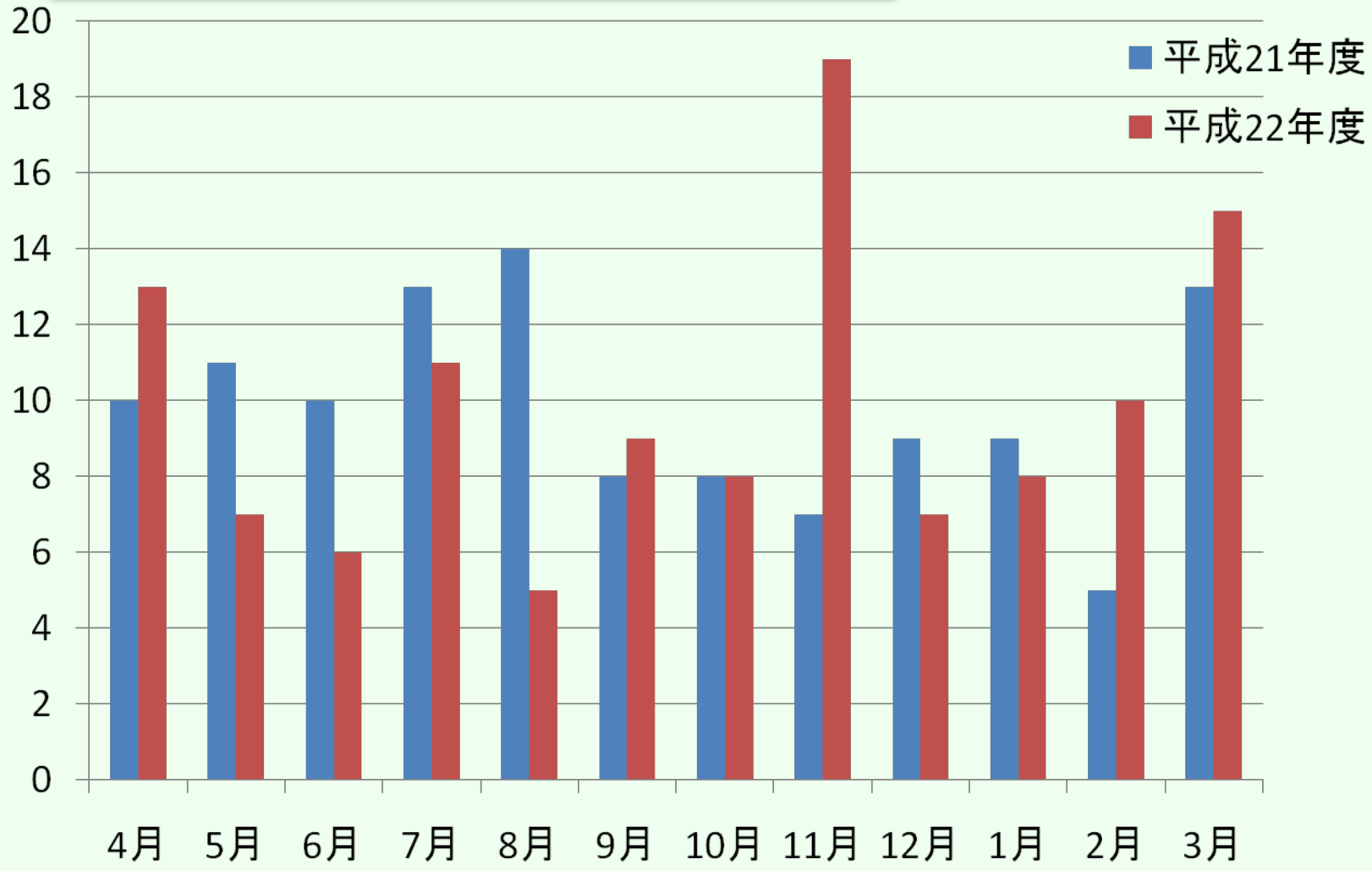
院内勉強会

カトレアにおける事故対策

～事故後のご家族の不安・不満をすみやかに解消するために～

介護老人保健施設カトレア
管理部　　古野　豊樹

カトレア事故件数


20
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
平成21年度
平成22年度
4月
5月
6月
7月
8月
9月
10月
11月
12月
1月
2月
3月

平成22年
誠愛リハビリテーション病院
事故報告書フォーム変更

↓

カトレア版事故報告書作成
これに伴い事後対応の変更

・迅速に正確な情報把握、共有を行う。

・事故後のご家族の不安や不満を速やかに解消する。

特　　徴

①事故発生時の職員配置状況の把握

②報告書提出のスピードアップ

③現場からの声の吸い上げ

④利用者・家族の反応の把握

□レベル４	事故による障害が一生続く場合。（障害残存の可能性あり。高い）	□外出・外泊中
□レベル５	事故が死因となる場合（死亡）	□その他（　　）

転倒歴　□入所前　□入所後　離床センサー　□有　□無

発生場所・事故時の職員配置　※発生場所にレ点。人数は事故が起こったフロアについて記載する。

□1階　□ホール（　名）□廊下（　名）□浴室（　名）□脱衣室（　名）
□トイレ（　名）□ボランティアルーム（　名）□その他（　　）

□2階　□居室（　名）□Dルーム（　名）□談話室（　名）□廊下（　名）
□トイレ（　名）□ステーション（　名）□その他（　　）

□3階　□居室（　名）□Dルーム（　名）□談話室（　名）□廊下（　名）
□トイレ（　名）□ステーション（　名）□その他（　　）

□エレベーター（　名）

□4階（　名）

□その他（　　）（　名）

発生原因

□確認を怠った　□観察を怠った　□判断を誤った　□知識が不足していた　□技術・手技が未熟だった

□報告が遅れた　□通常とは異なる心理的条件下にあった　□通常とは異なる身体的条件下にあった

特　　徴

①事故発生時の職員配置状況の把握

②報告書提出のスピードアップ

③現場からの声の吸い上げ

④利用者・家族の反応の把握

・所見

□骨折（　　）　□創傷（　　）　□熱傷（　　）

□打撲（　　）　□肺炎　　□脳挫傷・硬膜下血腫　　□死亡

□その他（　　）

事故レベル		発生状況
□ヒヤリハット	間違ったことが発生したが、利用者には実施されなかった	□介助中
□レベル1	事故により利用者への実害はなかったが、何らかの影響を与えた可能性がある。観察を強化し心身への配慮の必要性が生じた場合。（障害なし）	□処置中
□レベル2	事故により利用者への観察の強化の必要性とバイタルサインに変化が生じた。又は検査の必要性が出た場合。（障害残存の可能性なし）	□レクリエーション中
□レベル3	事故のために治療の必要性が生じた場合。（障害残存の可能性あり。低い）必要でなかった治療、処置の必要性や入院日数の増加など	□リハビリテーション中
□レベル4	事故による障害が一生続く場合。（障害残存の可能性あり。高い）	□外出・外泊中
□レベル5	事故が死因となる場合（死亡）	□その他（　　）

転倒暦　□入所前　□入所後　　離床センサー　□有　□無

発生場所・事故時の職員配置　※発生場所にレ点。人数は事故が起こったフロアについて記載する。

□1階　□ホール（　名）□廊下（　名）□浴室（　名）□脱衣室（　名）

□トイレ（　名）□ボランティアルーム（　名）□その他（　　）

特　　徴

①事故発生時の職員配置状況の把握

②報告書提出の迅速化

③現場からの声の吸い上げ

④利用者・家族の反応の確認

事故およびひやり・はっと報告書(No.3)　事故レベル2以下

利用者・家族への説明内容

説明日時　平成　年　月　日　AM／PM　：

誰が［　　］　誰に［　　］

□電話　□直接会話　□その他(　　)

・今後の対応について

□様子観察　□処置　□病院受診　□その他(　　)

・説明内容詳細

・利用者・家族の反応や意見

(　　)

現状の環境の中で行える対策　※事故発生時に当事者・発見者・同勤務帯職員等で検討し記入する。

今回の事故を受けて環境面で検討したほうが良いと思われること。

再発防止会議　日時: 平成　年　月　日　場所:

特　　徴

①事故発生時の職員配置状況の把握

②報告書提出の迅速化

③現場からの声の吸い上げ

④利用者・家族の反応の確認

事故およびひやり・はっと報告書(No.3)　事故レベル2以下

利用者・家族への説明内容

説明日時　平成　年　月　日　AM／PM　：

誰が［　　］　誰に［　　］

□電話　□直接会話　□その他(　　)

・今後の対応について

□様子観察　□処置　□病院受診　□その他(　　)

・説明内容詳細

・利用者・家族の反応や意見

(　　)

現状の環境の中で行える対策　※事故発生時に当事者・発見者・同勤務帯職員等で検討し記入する。

今回の事故を受けて環境面で検討したほうが良いと思われること。

再発防止会議　日時:平成　年　月　日　場所:

事後対応の変更

	改編前	改編後
①	事故発生	事故発生
②	家族への状況報告	家族への状況報告（１次）
③	報告書作成	報告書作成
④	再発防止会議の開催	再発防止会議の開催
⑤		昼ミーティングによる検討
⑥		家族への状況報告（２次）
⑦		再発防止策実施状況の確認（１カ月後）

24時間以内！

情　報

情けを　つたえる

院内勉強会

事故対策委員会報告
～通所リハビリテーション～

平成２３年8月１６日

通所リハビリテーション誠愛

小宮　盛人

２０１０年度　転倒事故報告

平成19(２００８)年→13件
平成20(２００９)年→11件
平成21(２０１０)年→８件

【レベル別】：2010年

レベル１：３件

レベル２：２件

レベル３：２件

レベル４：１件

状況別の発生内容（訓練中）

通所での歩行能力	事故場面【事故レベル】	事故内容（レベル）	スタッフの存在	発生理由	対策
T字杖歩行	グループ訓練中（立位）【1】	ﾊﾞﾗﾝｽ訓練を行っている際に左後方にバランスを崩しそのまま転倒。左半身を打撲。	有り	スタッフ2名で運営していたが、補助のスタッフが他の利用者の対応をしており、転倒時に対応できなかった。	利用者のレベルに応じ転倒の恐れがないプログラムを実施する。 状況に応じて他のスタッフに介助や監視の追加を行う。
T字杖、短下肢装具にて軽介助歩行	グループ訓練中（椅子坐位）【2】	右側（非麻痺側）に背伸びをした際にそのままバランスを崩し転倒。床で頭部を打撲。	有り	スタッフ2名で運営していたが、補助のスタッフは他の利用者の対応をしており、転倒時対応できなかった。	座位バランスが不良な利用者は車椅子のままとする。 監視スタッフの適切な配置を行う。
T字杖・短下肢装具歩行	自主訓練での歩行中【1】	１人で通所前の廊下を歩行練習中に左後方にバランスを崩して転倒。左殿部を床で打撲。	無し	トイレに行こうと少し焦っていたので、通常の歩行と違う状況にあった。	自主訓練の実施について十分に注意するように喚起を促す。
T字杖歩行	自主訓練での歩行中【4】	一人で廊下を歩行練習中、壁を支えにしようとして手が滑りそのまま転倒。床で左大腿部を打撲し大腿骨頸部骨折。	無し	通所リハで取り決めていた自主訓練範囲を超え、病棟デイルーム付近まで一人で行っていた。	自主訓練時間帯の移動範囲の取り決めを確実にする。

状況別の発生内容（送迎、受け入れ時）

通所での歩行能力	事故場面 **【事故レベル】**	事故内容	スタッフの存在	発生理由	対策
軽介助歩行	送迎バス乗降時 【2】	送迎バスより降りて自宅玄関前の階段を上っていた際にバランスを崩し麻痺側に転倒。	有り	後方より助手が介助していたがバランスを崩した際に対応しきれず転倒してしまった。	介助技術の向上。
T字杖・短下肢装具にて中等度介助歩行	送迎バス乗降時 【1】	送迎バスにて通所に到着し前方、後方より2名の介助でバスのステップを降りていた。麻痺側下肢の膝折れが起きた際に介助の２人がうまく支えることができず左膝をバスのドアで打撲。	有り	前方、後方より2名で介助していたが、不意な膝折れに対応し切れなかった。	介助技術の向上。 脳卒中など疾病と障害についての知識の向上
T字杖歩行	送迎バス乗降時 【3】	送迎バスのステップから降りて歩き出す際にバランスを崩し後方に転倒。腰を打撲。	有り	助手は利用者宅の玄関チャイムを押す為に利用者の傍を離れてしまった。	介助についている時は目を離さない。常に転倒リスクを頭に置いた行動をする。
T字杖見守り歩行	来所時 【3】	家族送迎にて来所、スタッフが通所内の椅子に座らせようと室内に誘導。スタッフが目を離した隙に椅子の無いその場で座ろうとして後方に転倒。床で殿部を打撲。	有り	利用者が安全に椅子に着座する最後まで監視介助を行わなかった。	転倒リスクの高い利用者の移動中は監視を外さない。

転倒における種々の特性、傾向

〇運動の特性（静→動）
　　：長時間坐位時からの立ち上がり～歩き始め　（送迎時の転倒）

〇脳卒中による片麻痺
　　：感覚障害、連合反応、バランス反応（姿勢反射）の低下

〇高次脳機能障害、認知症
　　：認知機能（空間関係、状況判断）

〇スタッフの経験、知識の不足
　　：疾患への理解、介助方法、安全配慮に対する注意配分のミス

〇通所リハ自主訓練時間中の転倒
　　：歩行練習中、移動中

まとめ　及び　対策

利用者一人で活動する時間や行動をどうマネジメントするか？

■利用者自身の自己身体や動作への認識の向上
（個別リハビリ、グループ訓練を通じて）
■活動範囲や活動内容への説明と同意
（利用者、家族との同意文書）

グループ訓練、送迎時などスタッフが介在している状況での事故防止

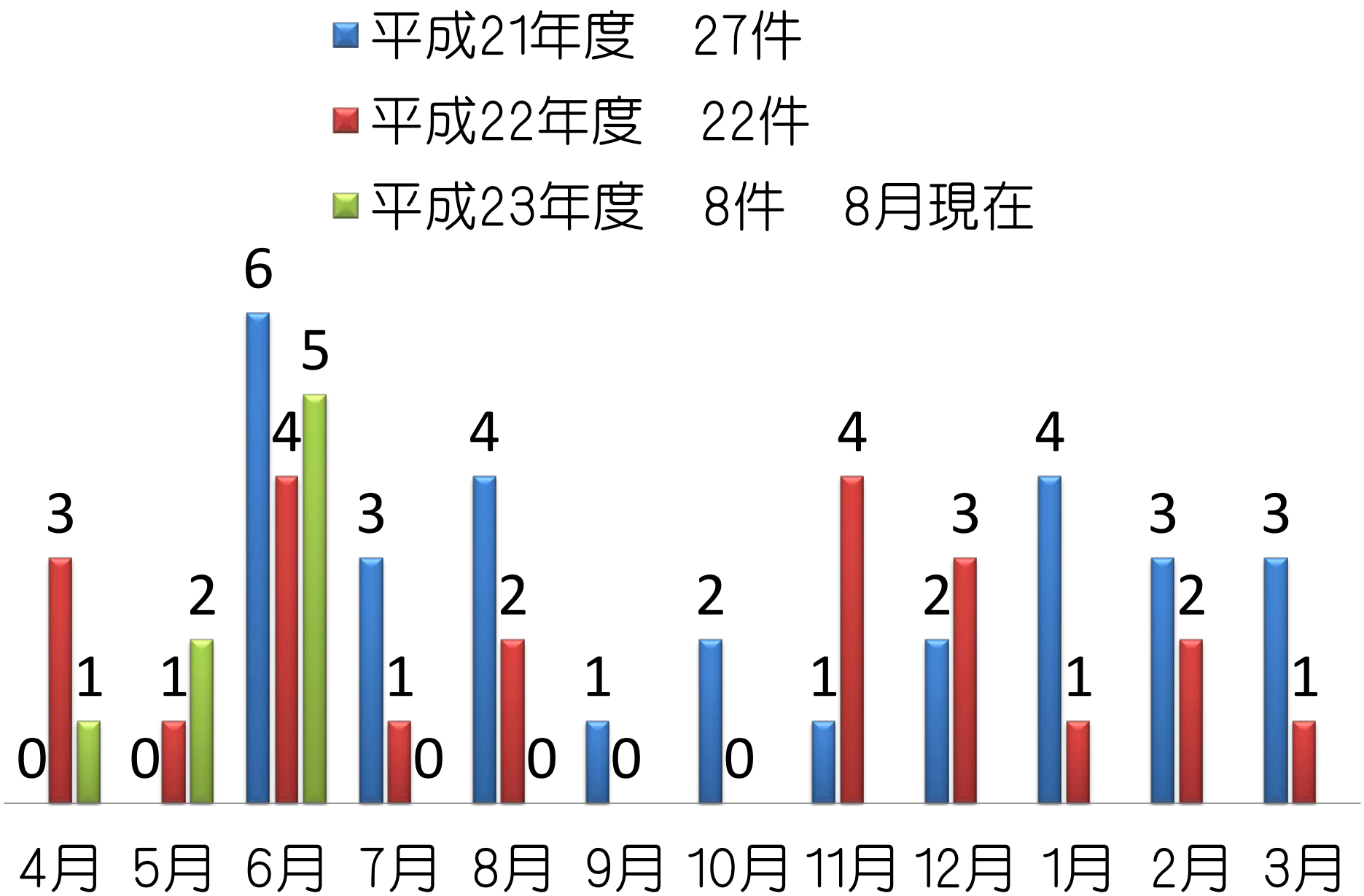
■スタッフの適切な配置(送迎前後・グループ訓練中)
■利用者情報の共有
（介助方法、リスク管理）
■継続性を持った事故分析と対策の徹底
（部署内勉強会、ミーティング、カンファレンス）

リハ部における事故対策

～過去2年間の特徴と傾向から今後の事故発生予防へ～

平成23年8月16日
リハビリテーション部
万庭　寛

月別転倒・事故の全体件数



リハ部の取り組み①

①事故発生当日事故発生者が事故報告書を作製する。

②事故発生内容に従い各診療の責任者が事故発生原因の確認と対策を検討する。

③事故件数が続く傾向を示した場合は、朝のリハ部内の朝礼で、事例をあげ再発予防の注意を促す。

④リハ部内で年間2回これまでの事故発生傾向、事例紹介や事故原因、対策、今後の注意点についてなど勉強会を開催し、事故に対して意識付けを行う。

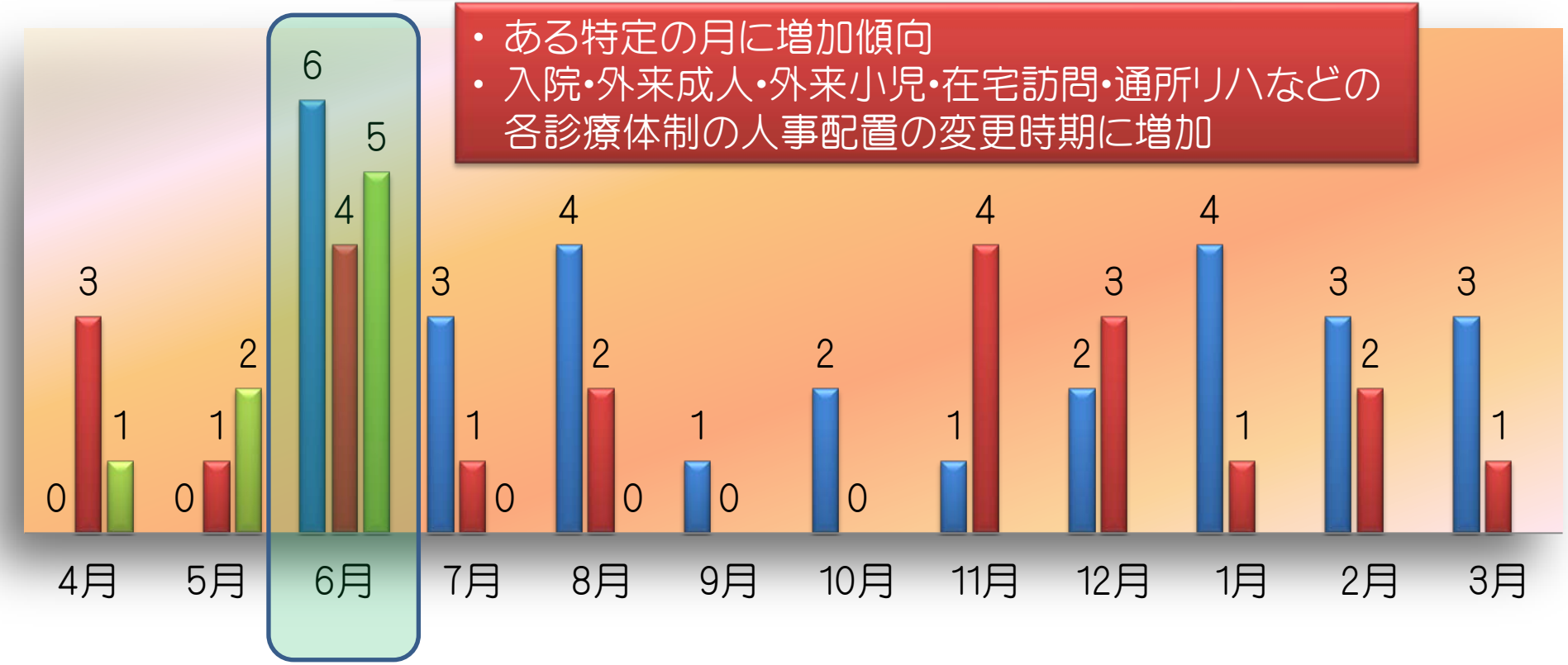
⑤各診療ごとにこれまで発生した事故の発生状況や主な事故の原因、これまでの対策や問題点などまとめて発表することで各診療ごとの事故の特徴を再認識する。

⑥レベル2以上に対して時系列にまとめた書類作成

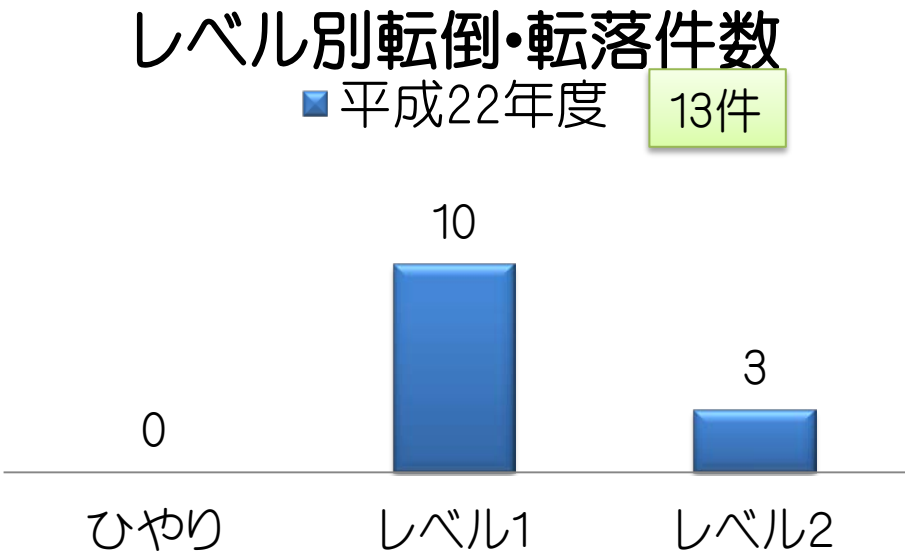
月別転倒・事故の全体件数

- 平成21年度　27件
- 平成22年度　22件
- 平成23年度　8件　8月現在

・ある特定の月に増加傾向
・入院・外来成人・外来小児・在宅訪問・通所リハなどの各診療体制の人事配置の変更時期に増加

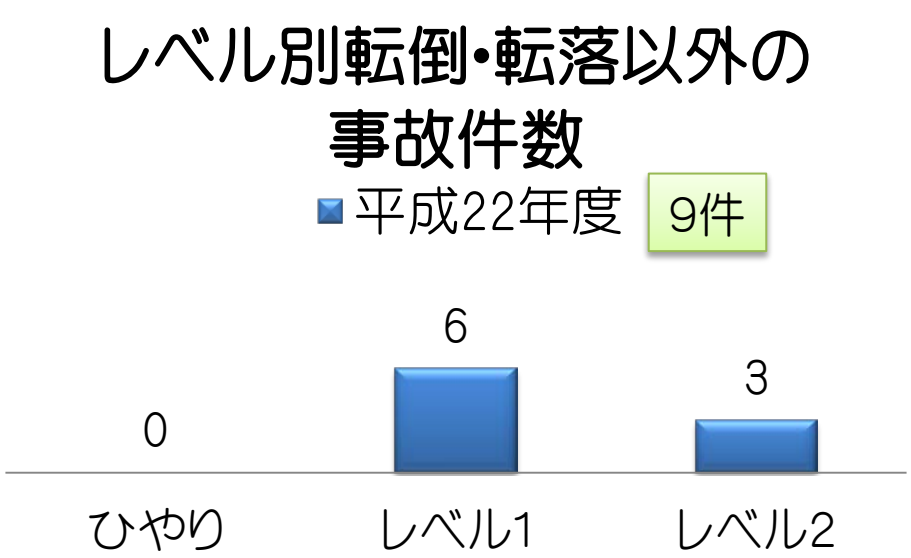


平成22年度の傾向



内容

- 入院: 技術
- 外来成人: 状態確認
- 外来小児: 突然・診療外
- 通所: 診療外

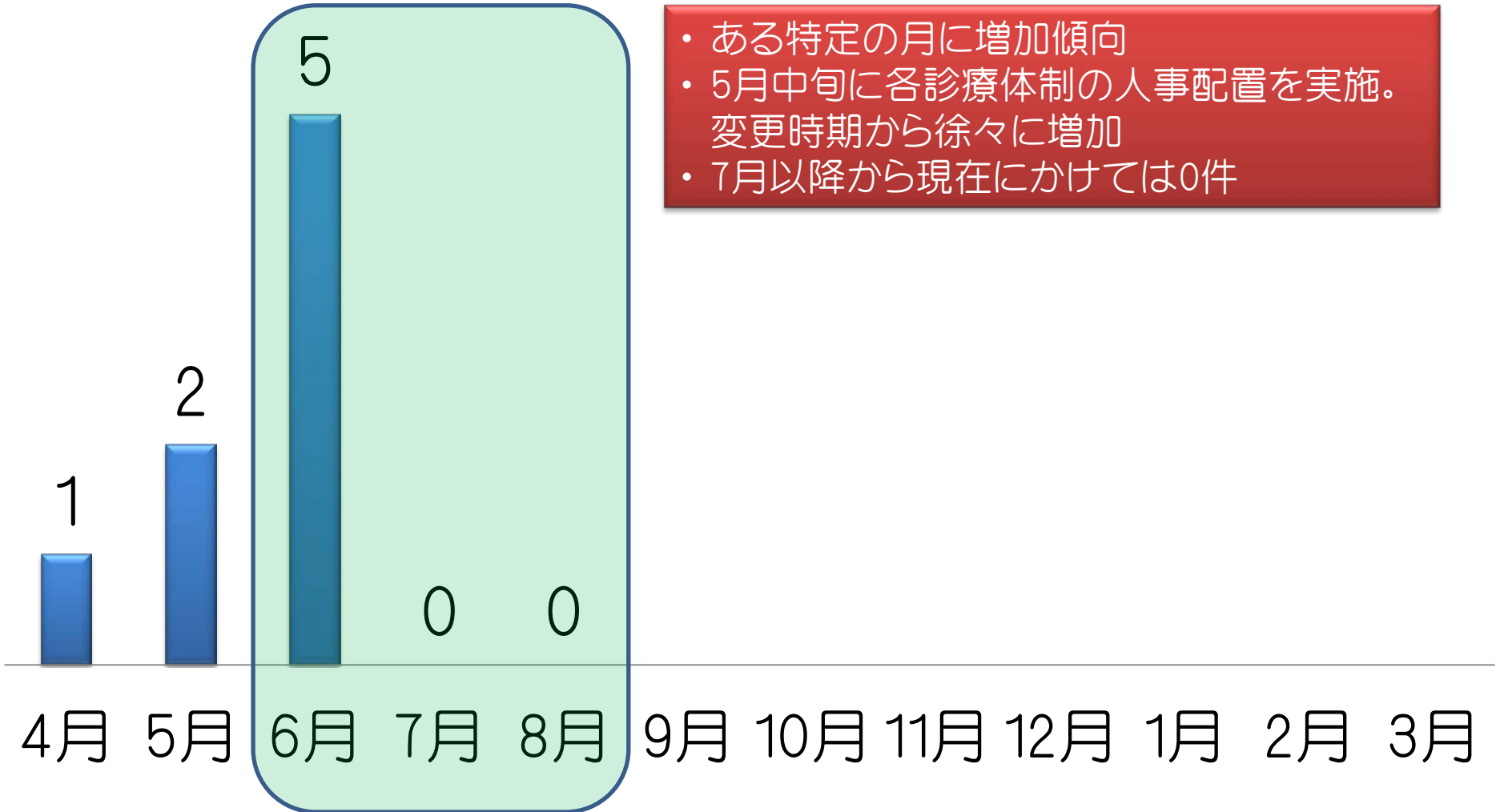


内容

- 入院: 環境因子・経管
- 外来成人: 確認
- 外来小児: 診療外

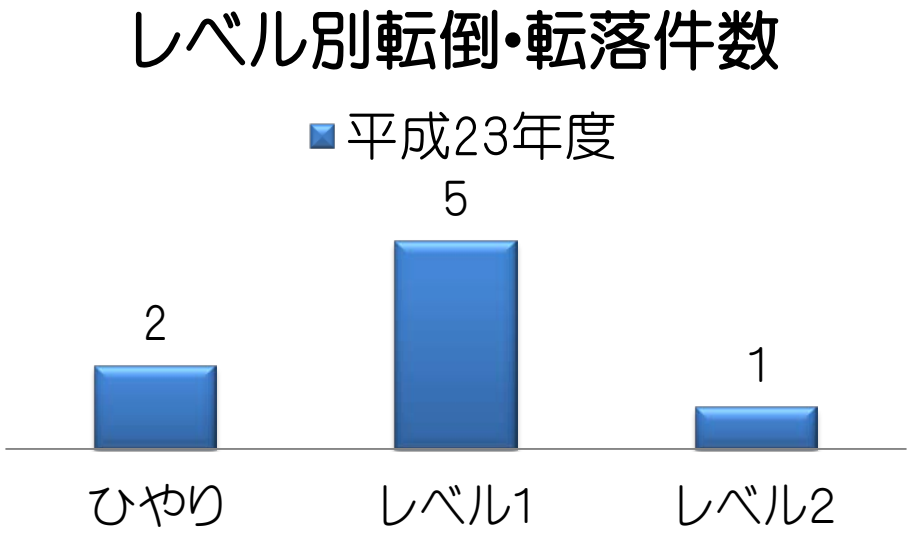
月別転倒・事故の全体件数

■ 平成23年度　8件　8月現在



- ある特定の月に増加傾向
- 5月中旬に各診療体制の人事配置を実施。変更時期から徐々に増加
- 7月以降から現在にかけては0件

平成23年度の傾向



内容

- 入院: 評価・技術
- 外来成人: 評価
- 外来小児: 突然
- 通所: 集団訓練

内容

- 入院: カニューレ伝達

まとめ

① 月ごとの比較では、ある特定の月に増加傾向が見られる

② 事故内容は、各診療別で特徴がある

③ 事故に対する予測する事の重要性（※資料1参考）

資料1
各年度における事故・転倒発生件数と技術レベルの関係

2008年

事故	3年未満	中堅者	役職者	計
レベル1	21	7	5	33
レベル2	5	4	1	10
計	26	11	6	43
クラーメルのV値				0.913

2009年

事故	3年未満	中堅者	役職者	計
レベル1	9	2	0	11
レベル2	4	0	0	4
計	13	2	0	15
クラーメルのV値				0.882

2010年

事故	3年未満	中堅者	役職者	計
レベル1	0	6	0	6
レベル2	0	3	0	3
計	0	9	0	9
クラーメルのV値				0.816

2008年

転倒	3年未満	中堅者	役職者	計
レベル1	25	6	3	34
レベル2	1	2	0	3
計	26	8	3	37
クラーメルのV値				1

2009年

転倒	3年未満	中堅者	役職者	計
レベル1	3	4	1	8
レベル2	4	1	0	5
計	7	5	1	13
クラーメルのV値				0.816

2010年

転倒	3年未満	中堅者	役職者	計
レベル1	6	3	1	10
レベル2	1	2	0	3
計	7	5	1	13
クラーメルのV値				0.913

経験の少ないセラピストは事故・転倒の発生件数が多い

統計処理:リハ部PT長田より