

事故発生・再発防止について

～みんなで協力して事故を防ごう～
リスク管理委員会



平成29年度

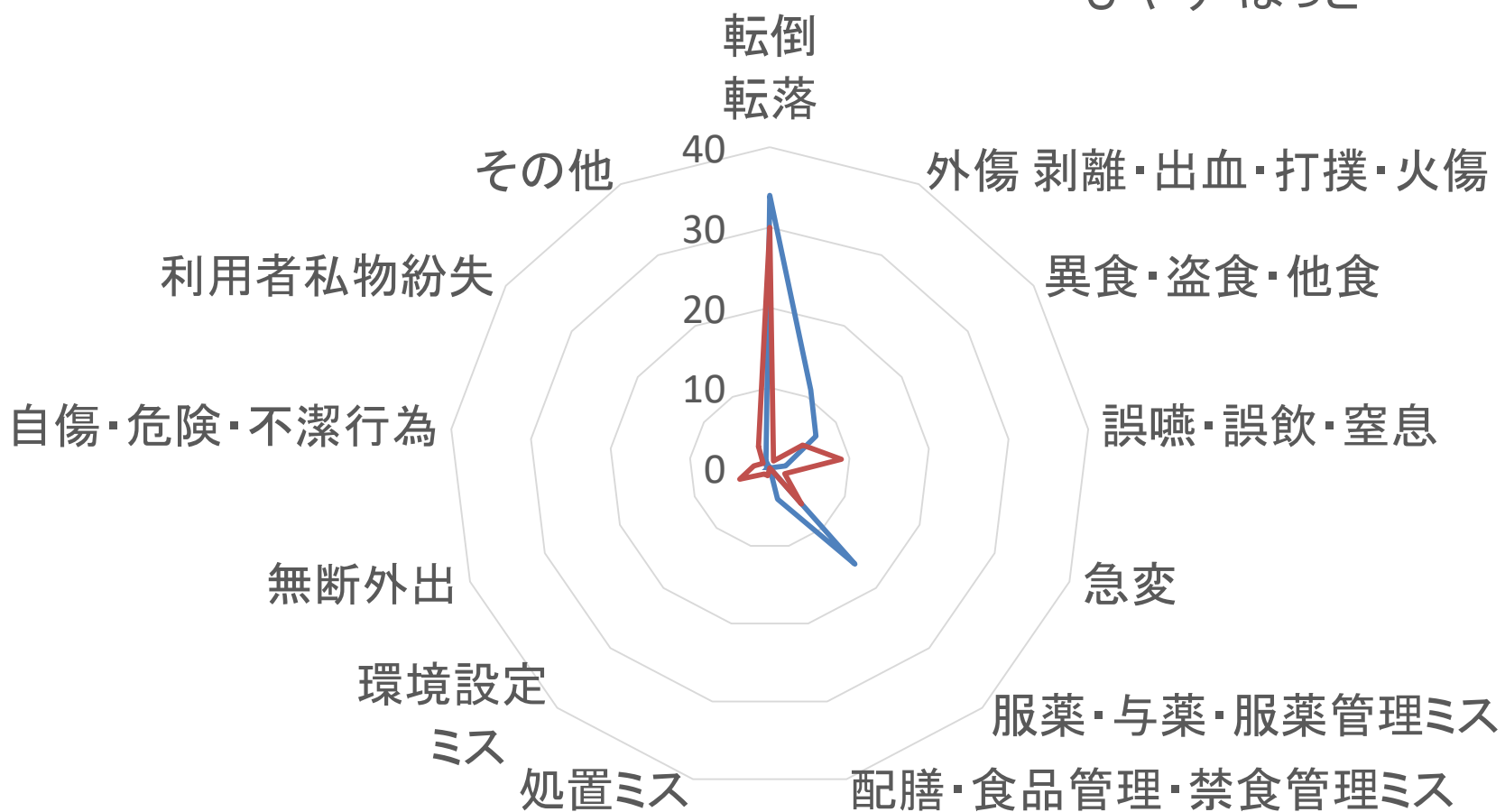
事故・ヒヤリハット 集計結果

方法：平成29年度（平成28年4月～平成29年3月）に
各施設（昴，とやの，樂いち，通りハ，リハセン，
訪看・訪問リハ）で提出された
事故報告書，ヒヤリハット報告書を
事故の種類ごとに件数を集計

昂

— 事故

— ひやり・はっと

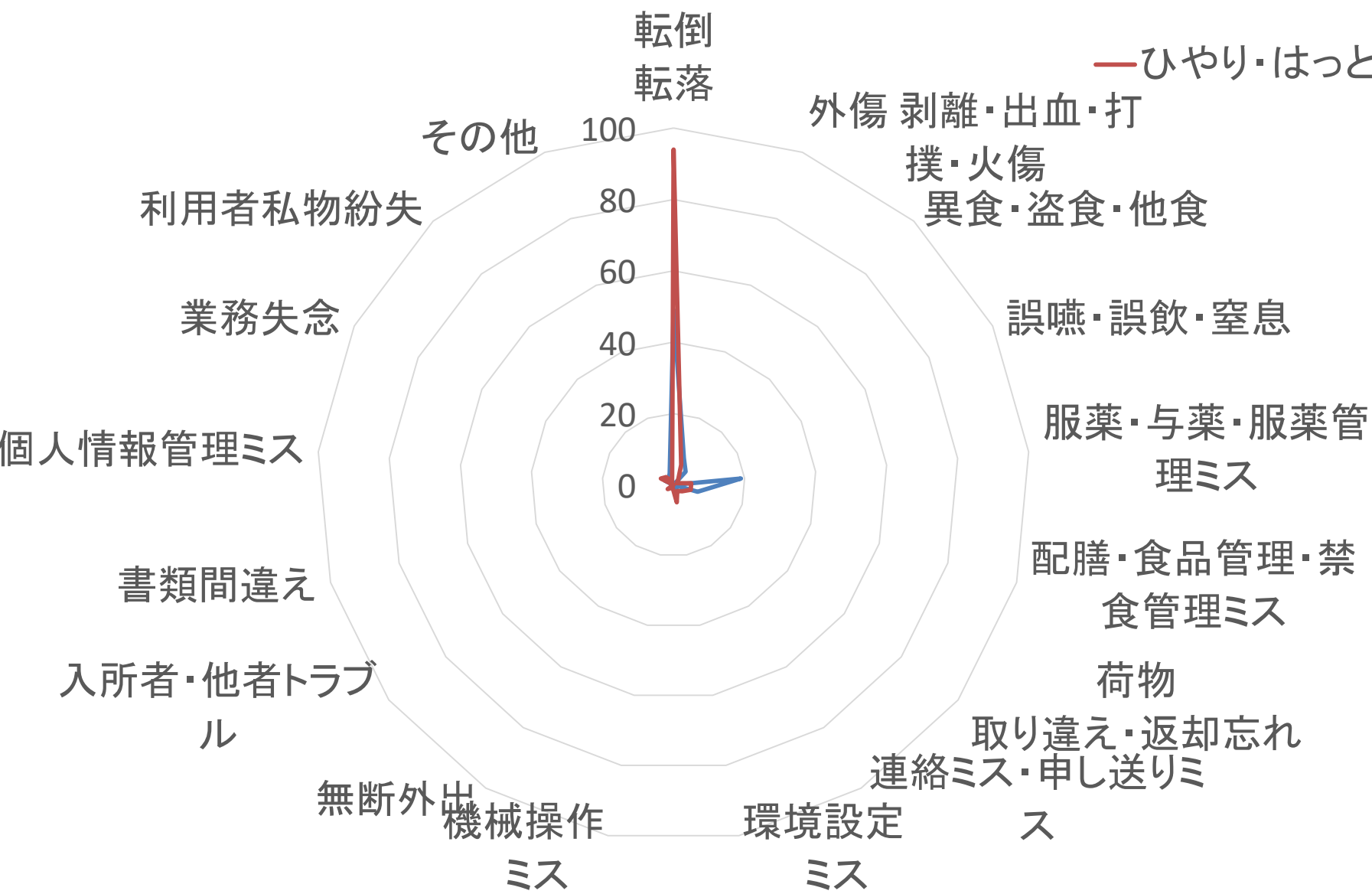


転倒・転落	■ 34件	■ 30件	↘
服薬・配薬ミス・ 忘れ・紛失	■ 16件	■ 6件	→
外傷・剥離・出血・ 打撲・火傷	■ 0件	■ 3件	↘

とやの

—事故

—ひやり・はっと



楽しいち

—事故

—ひやり・はっと

荷物間違え

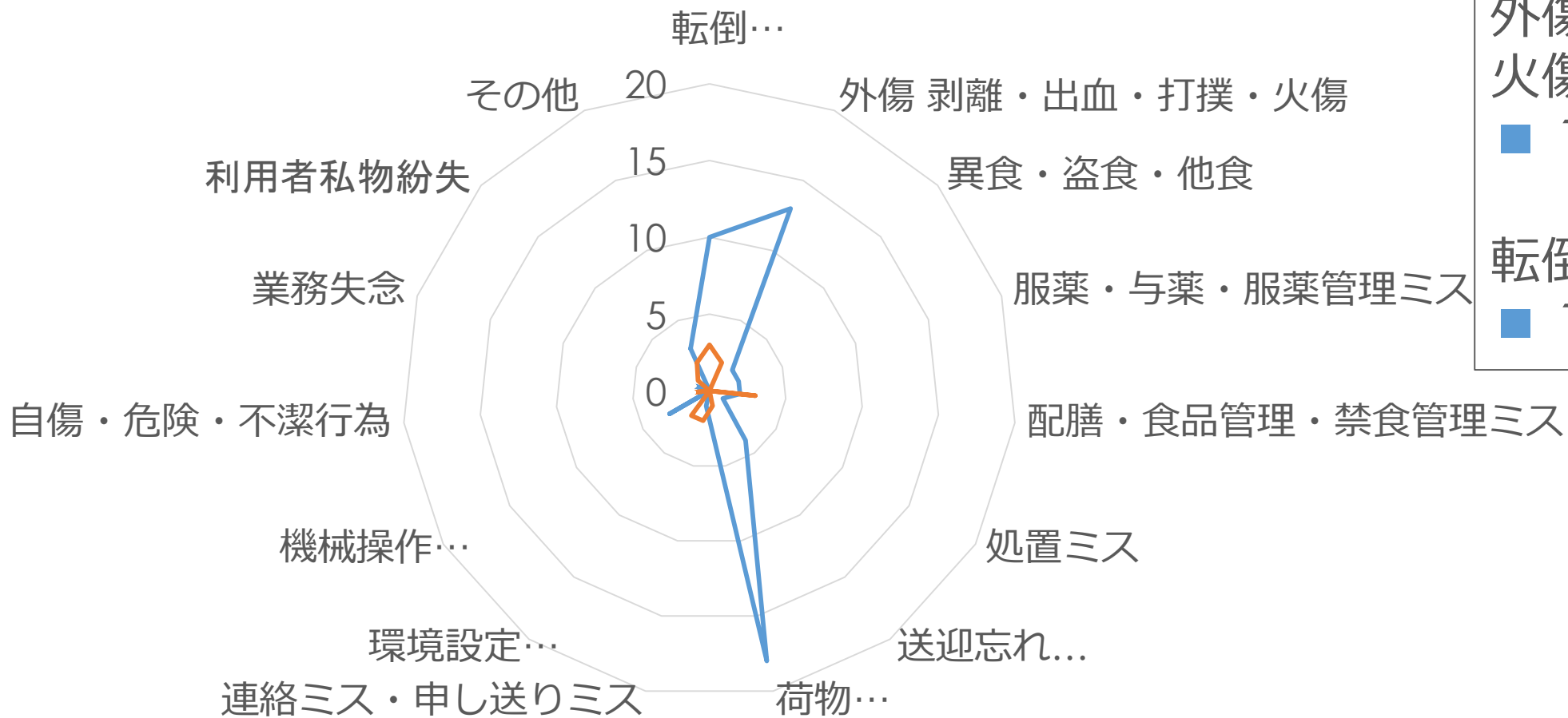
■ 18件 ■ 1件 ↗

外傷 剥離 出血 打撲
火傷

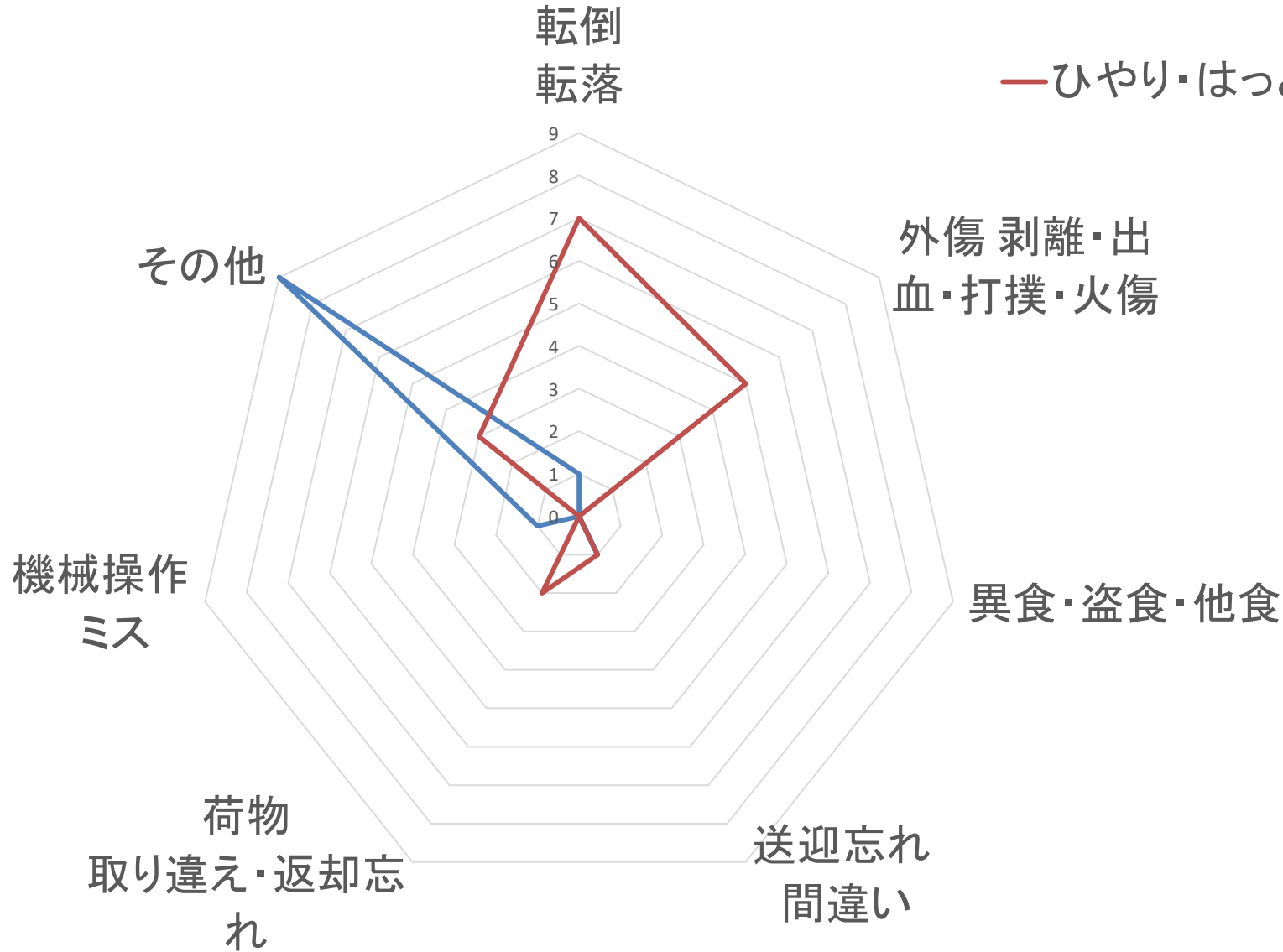
■ 13件 ■ 2件 ↗

転倒・転落

■ 10件 ■ 3件 ↘



通所



—事故

—ひやり・はっと

全て
車両事故

その他
■ 7件 ■ 3件 ↗

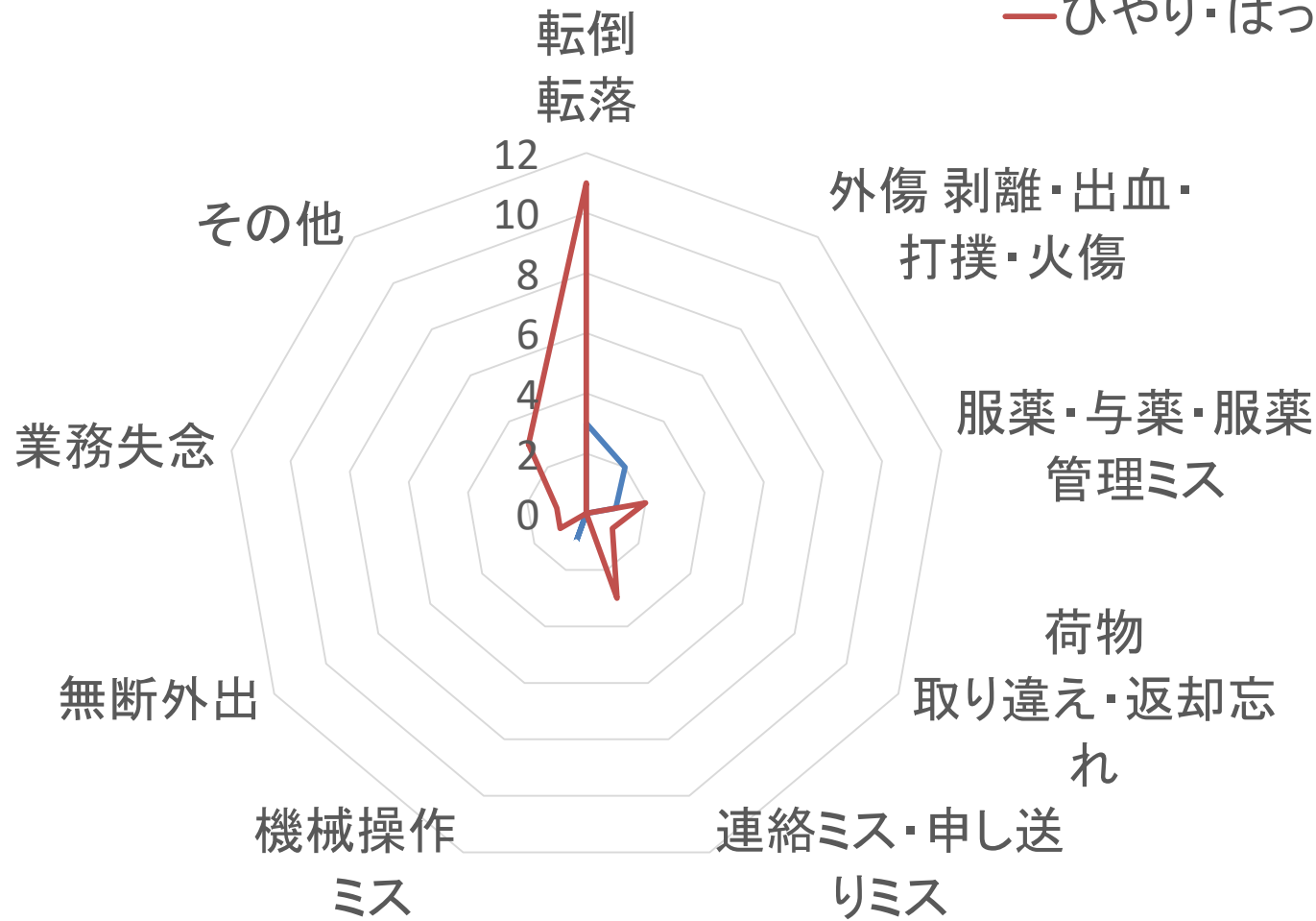
転倒・転落
■ 1件 ■ 7件 →

外傷・剥離・出血
・打撲・火傷
■ 1件 ■ 7件 ↘

リハセン

—事故

—ひやり・はっと



転倒・転落	■ 3件	■ 11件	↗
外傷・剥離・出血・打撲・火傷	■ 2件	■ 0件	↗
服薬・配薬ミス・忘れ・紛失	■ 1件	■ 2件	→

訪看・訪リハ

—事故

—ひやり・はっと



連絡・申し送りミス

■ 14件 ■ 3件

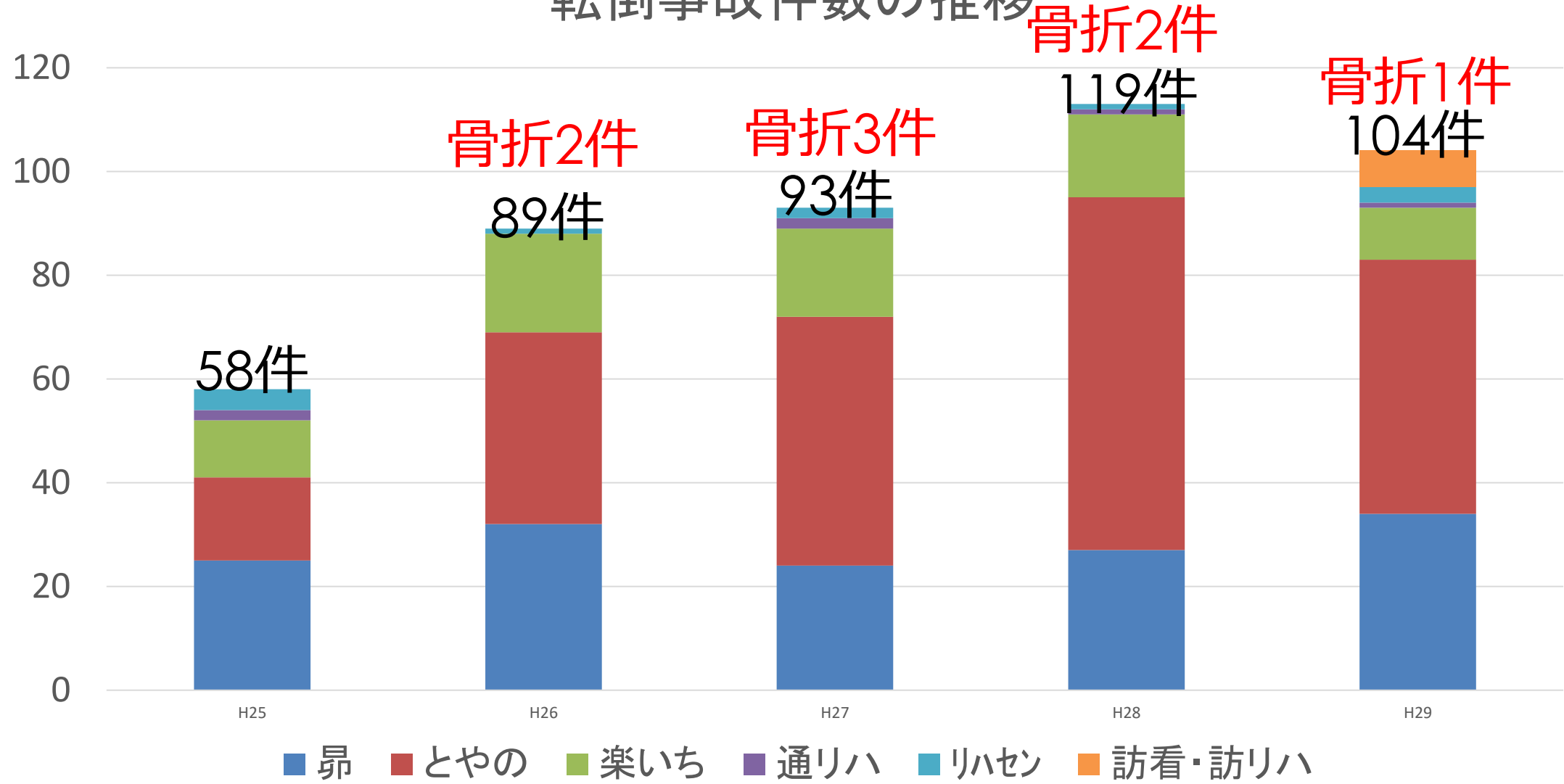
転倒・転落

■ 7件 ■ 3件

業務失念

■ 5件 ■ 1件

転倒事故件数の推移



事故発生・再発防止するためには

1 発生の防止

2 再発の防止

A yellow speech bubble with a white outline, pointing towards the left. It contains the text "2つの観点から見ていきましょう" in white.

2つの観点から
見ていきましょう

1 発生防止

組織の基盤づくり

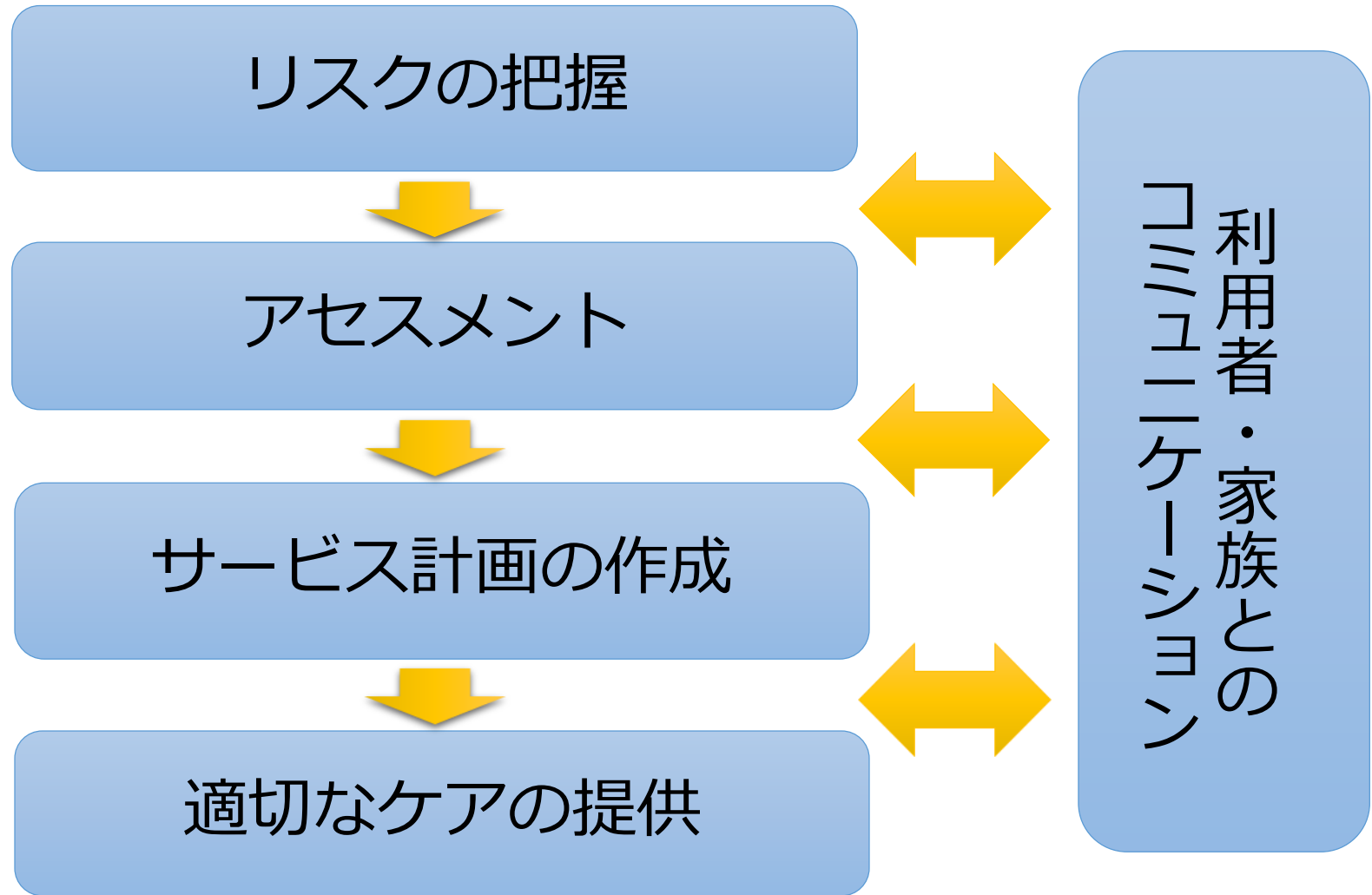
- ✓ 理念や方針を示す
- ✓ 業務マニュアルの作成・職員の教育

個々の対応

- ✓ 個々の利用者に対するアセスメント
- ✓ それに基づく適切なケアの提供

1 発生の防止

個々の対応



1 発生の防止

組織の基盤づくり

介護の基本理念

自立支援
尊厳の尊重
自己決定の尊重

より質の高いサービスを目指す

理念・指針策定

業務

職

ケア

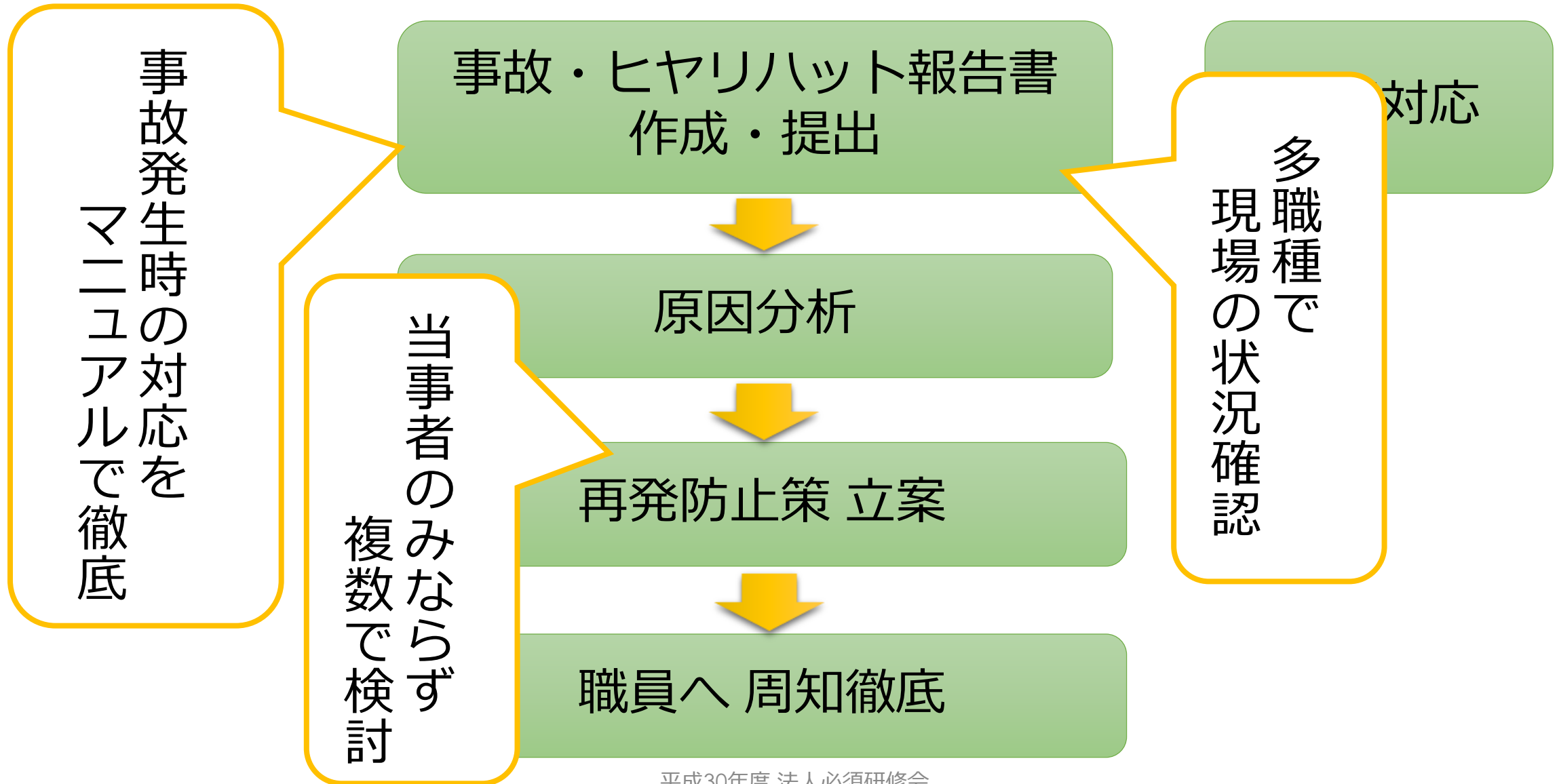
事故発生予防の取組み

ル

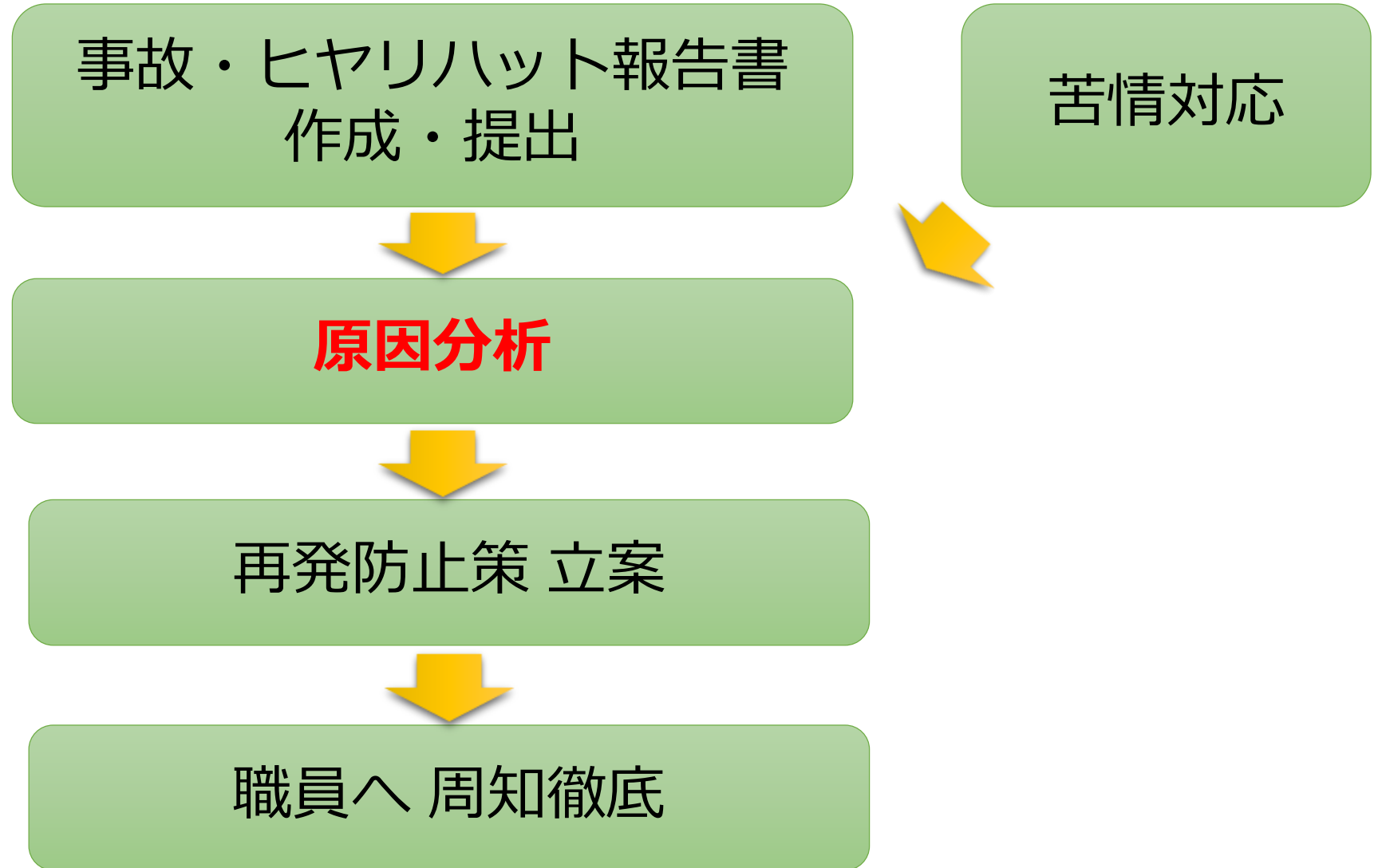
向上

施設設備の整備

2 再発の防止



2 再発の防止



原因分析の方法

SHELL分析

Software 規則・手順書の要因

Hardware 機器・器具・設備・施設の要因

Environment 間接的な環境の要因

Liveware 人的要因

なぜなぜ分析

「なぜそうなったか」という問いを繰り返して真の理由まで掘り下げる手法

RCA

Root Cause Analysis

根本原因分析

事象の因果関係を整理し，因果連鎖の検証を行う手法

原因分析の方法

SHELL分析

Software

規則・手順書の要因

Hardware

設備・備品・建物の要因

Environment

間接的な環境の要因

Liveware

人的要因

なぜなぜ分析

「なぜそうなったか」という問いを繰り返して真の理由まで掘り下げる手法

RCA

Root Cause Analysis

根本原因分析

事象の因果関係を整理し，因果連鎖の検証を行う手法

原因を分析してみましよう

SHELL分析

(例)

Sソフトウェア	マニュアル, 規定などシステムの運用に関わる形にならないもの	業務手順・規則・法律・習慣・暗黙の了解
Hハードウェア	機器・器具・設備・施設の構造	用具や道具（眼鏡・靴など）・ベッド・施設構造
E環境	照明、騒音、空調など間接的に個人の仕事や行動に影響を及ぼすもの	労働条件・勤務時間・業務状況・雰囲気・照明・騒音・空調
L1 人 当事者	事故・ヒヤリハットに関わった本人	心身状態・経験・知識・コミュニケーションスキル・協調性
L2 人 当事者以外	当事者以外の人々 (他のスタッフ・他職種利用者や家族)	他のスタッフ・利用者・家族の要因 (心身状態・ADL・年齢・疾患・薬剤)



S H E L L 分析 検討事例



基本情報

氏名：A様 80代 男性

病歴：脳出血

軽度右片麻痺

移動：T字杖自立

A様は施設来所時、職員Cが玄関にて少し躓く様子を確認していたが、いつも通り杖を使用し自立歩行し、過ごしていた。

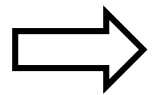
午後からのリハスタッフとのリハビリの際にも、足の動きが悪い様子が見られていた。

帰る前（15：50頃）にご自分でホール内のトイレに行かれた際、右足が滑り転倒された。

帰りに準備をしており、職員は忙しい時間帯。ホールを見守る職員Bがいたが、他の仕事を行っていた。

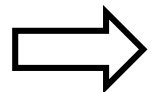
A様の今日の様子を、職員全員が知らなかった。

S : ソフトウェア



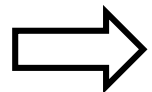
Empty rounded rectangular box for software-related content.

H : ハードウェア



Empty rounded rectangular box for hardware-related content.

E : 環境



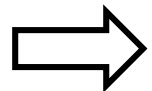
Empty rounded rectangular box for environment-related content.

L1 : 当事者



Empty rounded rectangular box for party-related content.

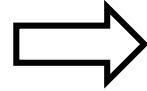
L2 : 当事者以外



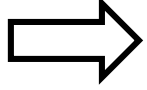
Empty rounded rectangular box for non-party-related content.

S H E L L 分析の例

S : ソフトウェア

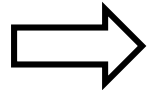


H : ハードウェア

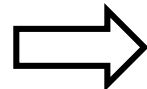


車椅子の使用の検討がされていなかった
カウンターからトイレが死角になっていた

E : 環境

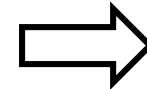


L 1 : 当事者



他の仕事をしていて、見守りをしていなかった
職員 B は歩行状況が悪いのを知らなかった

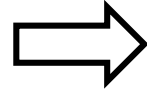
L 2 : 当事者以外



本人からの訴え（調子が悪いと言う）がない
職員 C が歩行状況の報告がなかった
歩行状況の確認を多職種間でできていなかった

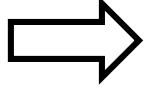
S H E L L 分析の例

S : ソフトウェア



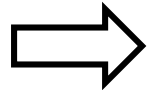
報告する手順が整っていなかった
職員間で情報共有が図れていなかった

H : ハードウェア



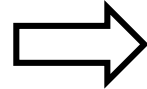
車椅子の使用の検討がされていなかった
カウンターからトイレが死角になっていた

E : 環境



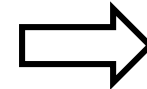
手薄な時間帯（見守る職員が少ない）
利用者が動き出す時間帯（トイレ、身支度）

L 1 : 当事者



他の仕事をしていて、見守りをしていなかった
職員 B は歩行状況が悪いのを知らなかった

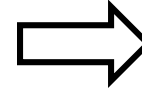
L 2 : 当事者以外



本人からの訴え（調子が悪いと言う）がない
職員 C が歩行状況の報告がなかった
歩行状況の確認を多職種間でできていなかった

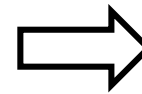
対策例

S：報告する手順が整っていなかった
職員間で情報共有が図れていなかった



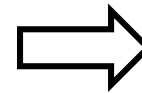
いつもと違う状況に気づいたら、
看護師・相談員に報告する
全員が見るホワイトボードに記入

H：車椅子の使用の検討がされていなかった
カウンターからトイレが死角になっていた



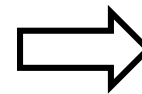
調子の悪い時は車椅子を検討
見守る位置はホールを見渡せる所

E：手薄な時間帯（見守る職員が少ない）
利用者が動き出す時間帯（トイレ、身支度）



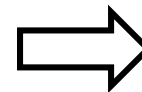
必ずホールを見守る職員を配置する

L1：他の仕事をしていて、見守りをしていなかった
職員Bは歩行状況が悪いのを知らなかった



決められた業務に専念する

L2：本人からの訴え（調子が悪いと言う）がない
職員Cが歩行状況の報告がなかった
歩行状況の確認を**多職種間**でできていなかった



A様の歩行状況のモニタリングを
多職種で行う

対策を立てた後...事故の防止のために

① 職員全員に**対策の周知**をしてください

例) 会議や申し送りで伝達
見える場所に掲示
マニュアルに記載

② 対策の**効果の検証**と**見直し**

実際に対策に取り組み、一定の期間（1ヶ月後、3ヶ月後）
対策が適切であったか、徹底されているか検証し、
もう一度職員へ周知！

