

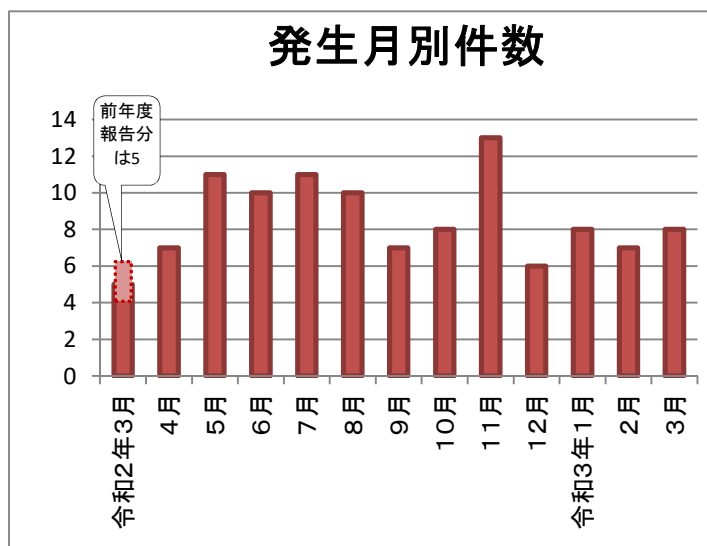
令和3年度 介護サービス事業者における事故報告(集計・分析結果)について

みやま市 保健福祉部 介護支援課 介護保険係

令和3年4月1日から令和4年3月31日までの期間に、みやま市に報告があった介護サービス事業所、老人福祉施設等における事故報告書の集計結果を公表します。今後の事業運営及び介護事故防止にご活用ください。

1.発生月

発生月	件数	構成比
令和2年3月	5	4.5%
4月	7	6.3%
5月	11	9.9%
6月	10	9.0%
7月	11	9.9%
8月	10	9.0%
9月	7	6.3%
10月	8	7.2%
11月	13	11.7%
12月	6	5.4%
令和3年1月	8	7.2%
2月	7	6.3%
3月	8	7.2%
計	111	

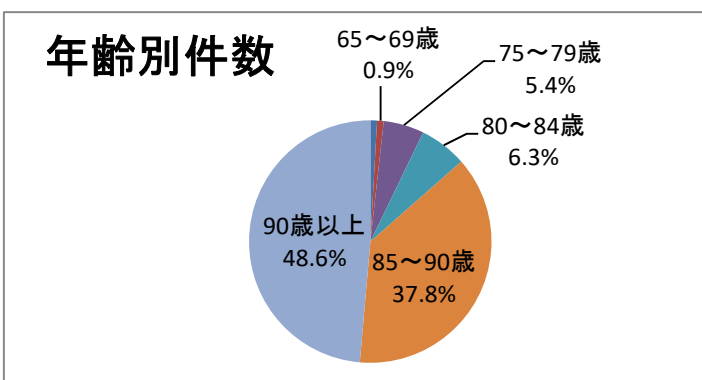


発生月別では、11月が最も多く13件、次いで5月と7月が11件となっています。なお、報告までの日数は、5日以内が53件(47.7%)となっています。

事故が発生した場合は、速やかにみやま市介護支援課介護保険係まで報告してください。

2.年齢別

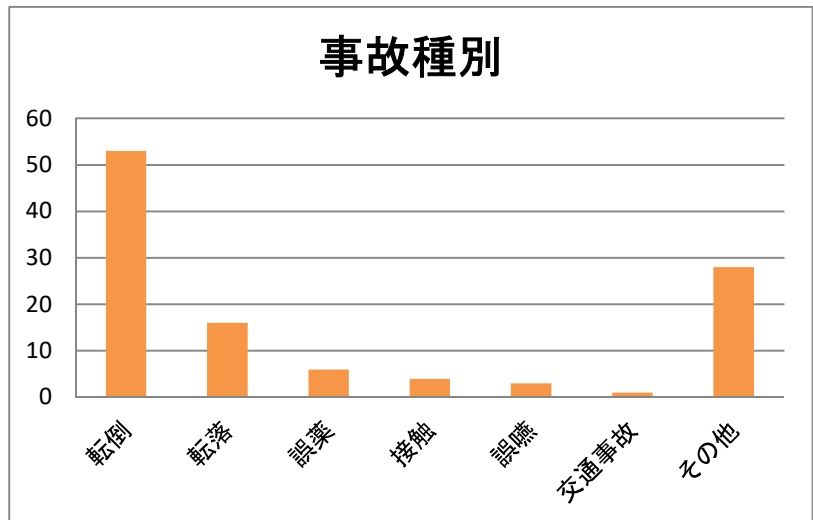
年齢	件数	構成比
～64歳	1	0.9%
65～69歳	1	0.9%
70～74歳	0	0.0%
75～79歳	6	5.4%
80～84歳	7	6.3%
85～90歳	42	37.8%
90歳以上	54	48.6%
計	111	



90歳以上が48.6%を占め、次いで85～90歳が37.8%となっています。認定者数の構成比は75～79歳7.4%、80～84歳17.9%、85～90歳27.3%、90歳以上37.4%のため、85歳以上で事故の確率がより高くなっています。

3.事故種別

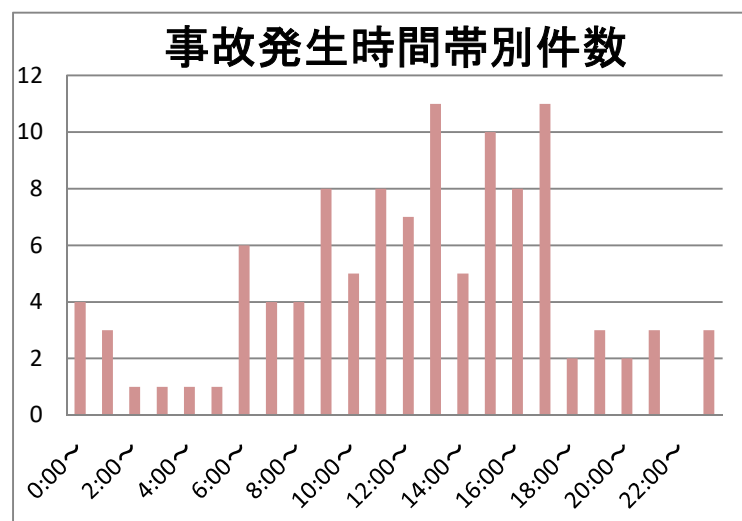
転倒	53	47.7%
転落	16	14.4%
誤薬	6	5.4%
接触	4	3.6%
誤嚥	3	2.7%
交通事故	1	0.9%
その他	28	25.2%
	111	



事故種別は転倒や転落など、身体的外傷のおそれのあるものが多くなっています。昨年度は107件でした。昨年度と比べると、誤薬は減りましたが、転倒・転落が増えています。

4.事故発生時間

0:00～	4	3.6%
1:00～	3	2.7%
2:00～	1	0.9%
3:00～	1	0.9%
4:00～	1	0.9%
5:00～	1	0.9%
6:00～	6	5.4%
7:00～	4	3.6%
8:00～	4	3.6%
9:00～	8	7.2%
10:00～	5	4.5%
11:00～	8	7.2%
12:00～	7	6.3%
13:00～	11	9.9%
14:00～	5	4.5%
15:00～	10	9.0%
16:00～	8	7.2%
17:00～	11	9.9%
18:00～	2	1.8%
19:00～	3	2.7%
20:00～	2	1.8%
21:00～	3	2.7%
22:00～	0	0.0%
23:00～	3	2.7%
	111	

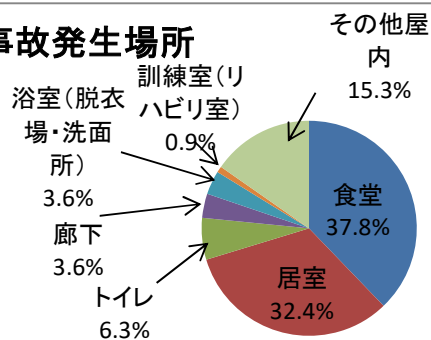


事故発生時間帯は13時台と17時台が最も多く、次いで15時台でした。利用者の活動する午後から夕方にかけて多くなっています。

5.事故発生場所

食堂	42	37.8%
居室	36	32.4%
トイレ	7	6.3%
廊下	4	3.6%
浴室(脱衣場・洗面所)	4	3.6%
訓練室(リハビリ室)	1	0.9%
屋外	0	0.0%
階段	0	0.0%
その他屋内	17	15.3%
	111	

事故発生場所

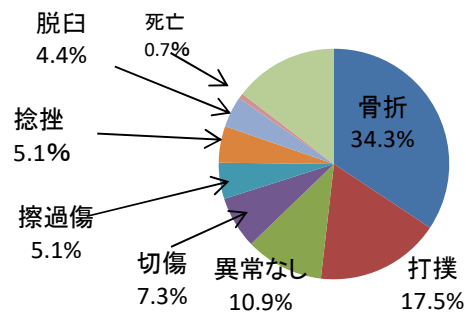


事故発生が最も多い場所は食堂の42件(37.8%)、続いて居室の36件(32.4%)でした。

6.事故結果(重複あり)

骨折	47	34.3%
打撲	24	17.5%
異常なし	15	10.9%
切傷	10	7.3%
擦過傷	7	5.1%
捻挫	7	5.1%
脱臼	6	4.4%
死亡	1	0.7%
その他	20	14.6%
	137	

事故結果(重複あり)



昨年度同様、事故結果で最も多かったものは「骨折」で47件(34.3%)、続いて「打撲」24件(17.5%)でした。

7.再発防止の方策

転倒	・用事があるときは声をかけるよう常に伝える。移動介助を行う。 ・見守り者は二人だが、一人は利用者につきっきりの状態の為、もう一人がその場を離れる際は職員を呼び対応できるようにする。 ・座り直しや姿勢を整えるときは、声掛けをもらう。見守り担当を決めておく。 ・夜間の見守りや巡回を増やす。負担にならないよう歩行訓練や運動の実施にて下肢筋力の強化に努める。 ・センサー反応時はすぐに訪問する。夜間の巡視の回数を増やし行動把握を行う。日中の活動量を増やし夜間の入眠に繋げる。
誤薬	・利用者全員分を入れる薬入れを廃止し、個人別に区切られた薬入れに変更することにより、気付かずに複数人分を同時に取り出すミスを防止する。 ・服薬前の確認、服薬できているか、吐き出し残薬ないか確認 ・薬袋を見て日に何回服用か必ず確認し、日付、名前、朝、昼、夕の記入をして、数量を必ず確認する。薬入れのカレンダーにセットするときもチェックを忘れない。
転落	・センサーマットを設置し、夜間トイレへ行かれる際、靴をきちんとはかせ立位介助を行う。 ・利用者の状態観察と見守り介助等の徹底を行う。 ・座面に滑り止めを使用し、滑り落ちを防ぐ。別室で過ごされる際の行動把握。
接触	・1人で動かれる際は行動把握、所在確認を行う。 ・決められた介助方法で介助する。痛み外傷の確認し看護師報告を行う。自己判断せずに報連相する。 ・移乗時フットレストに注意し、動作に配慮し場合によっては2名介助
誤嚥	・嚥下しやすい食事の形態を検討する。次の食べ物を運ぶ前に飲み込みの観察・確認を行う。少量をご本人のペースに合わせて介助を行う。

上記は、令和3年度中に報告のあった事故報告書の「再発防止の方策」から抜粋したものです。再発防止の方策は、「適切な介護を行う」等の漠然とした内容ではなく、事故原因を踏まえた具体的な内容を盛り込んでください。また、再発防止の方策は職員会議や研修等を通じて、必ず職員間で周知徹底してください。