

## 令和 7 年度上半期事故報告統計

### 【事故区分について】

- 転倒・転落に含まれる内容…歩行中の転倒、車椅子及びベッドなどからのずり落ち
- 身体損傷に含まれる内容…皮膚損傷、内出血
- 食事関連に含まれる事故…配膳間違い、異食、誤飲
- 薬剤関連に含まれる内容…飲み忘れ、落薬（吐出し等含む）、誤薬（他者の薬を誤って服用含む）

### 【事故レベル基準について】

インシデント＝間違ったことが実施される前に止めることが出来た。又は事故は発生したが比較的軽微な傷害（軟膏塗布、湿布の貼付、皮膚の縫合、打撲など）を及ぼした事象。

アクシデント＝事故により長期の治療（骨折による手術、入院など）や障害、死因となった事象。

インシデント	介護の気づき	間違ったことが実施される可能性のある環境に気付いた。
	ヒヤリハット	間違った事を実施する前に気付いた。事前に止める事が出来た。
	レベル 1	あってはならない事が起きたが入居者に影響がなかった、または軽微な処置で済んだ。
	レベル 2	間違った事が実施され、医療機関への受診、処置、検査を行った。
	レベル 3 a	間違ったことが実施され、一時的に治療や処置が必要になった。
アクシデント	レベル 3 b	長期的な治療が必要となった。
	レベル 4	事故により障害が残った。
	レベル 5	事故が死因となった。

（参考）独立行政法人地域医療機能推進機構 医療安全管理指針(改訂版)

### 【前年度上期件数比較】（別紙 1、1 ページ、事故報告件数表及び円グラフ参照）

前年度上期のアクシデント件数は 5 件、インシデント件数は 342 件でした。今年度上期のアクシデント件数は 4 件、ヒヤリハット件数は 366 件となっています。アクシデント件数は 1 件減少し、ヒヤリハット件数が 24 件増えています。前年度より始まった「介護の気づき」は職員の危険予測トレーニングになっており、「介護の気づき」報告数は今年度 1,726 件あります。介護の気づきを加えた報告件数の割合を見ると、「介護の気づき」は 82.3%、インシデントが 17.5%、アクシデントが 0.2%となっています。介護の気づきを除くと、インシデントは 98.9%、アクシデントは 1.1%となっており、ほとんどのアクシデントは防げている結果となっています。引き続き事故に繋がる原因を追求し周知する事で、事故を未然に防ぎ事故件数を減らせるよう安全対策委員が中心となり、各フロアの環境の中で事故に繋がる要因はないか点検し改善する活動や研修への参加をすすめてまいります。

### 【事故レベル】（別紙 1、1 ページ、事故レベル表及び円グラフ参照）

事故レベル件数は、「介護の気づき」は 1726 件、インシデントの内ヒヤリハットが 189 件、レベル 1 が 165 件、レベル 2 が 8 件、レベル 3a が 1 件発生しています。またアクシデントの内レベル 3b が 4 件の発生。レベル 4 とレベル 5 については発生していません。介護の気づきを除いた、事故レベルの割合を見ると、ヒヤリハットが 51.5%、レベル 1 が 45.0%、レベル 2 が 2.2%、レベル 3a が 0.3%、レベル 3b が 1.1%となっています。ヒヤリハットの時点で半数以上の事故発生を防げている結果となっています。今後も事故発生までに「気づける」環境を整えてまいります。

## 令和7年度上半期事故報告統計

### 【種類別事故報告】(別紙1、1ページ、種類別事故報告件数表及び円グラフ参照)

種類別事故報告件数は、「介護の気づき」では、身体損傷事故が発生する可能性のある環境の報告が323件で一番多く、次いで転倒転落事故が発生する可能性のある環境報告が246件、3番目に薬に関する事故が発生する可能性のある環境報告が15件あります。それら以外の気づきは、1142件の報告があり、その都度改善に努めております。インシデントでは、転倒転落事故が173件、次いで身体損傷事故が45件、食事の事故が38件、薬に関する事故が19件などあります。アクシデントでは、転倒転落事故が3件、身体損傷事故が1件発生しております。事故件数を割合でみると、転倒転落が48.0%と一番多く、次いで身体損傷が12.5%、食事の事故が10.4%、薬関連の事故が5.2%と続きます。

### 【転倒・転落】(別紙1、2ページ、転倒転落インシデント内訳件数グラフ参照)

転倒転落インシデントの内訳を見ると、事故になる前に止めることが出来たヒヤリハットとして、独歩が33件報告されています。しかし7件は転倒事故が発生しています。次いでずり落ちは18件がヒヤリハットの時点で防ぐことが出来ましたが、5件の転倒事故が発生しています。急な立ち上がりも12件防ぐことが出来ましたが、8件の転倒事故が発生しています。比較的、事故が防げていることもありますが、靴の履き忘れや何かを取ろうとされたり、つまづくなど、転倒事故を防げていない事例もあります。また、残念ながら間違った介助方法、介助ミスによる転倒も3件発生しています。

### 【アクシデント(Lv.3b以上)】(別紙1、2ページ、中段アクシデント(Lv.3b以上)内訳参照)

明らかな転倒によるアクシデント事故(Lv.3b以上)は3件発生しています。4件目については転倒の可能性は高いのですが、ご本人が転倒を否定され、職員も他3件とは違い転倒する場面を見てはいないので身体損傷事故として報告しております。この4件については重大事故として広島市に事故状況やその後の対応、事故原因(もしくは考えられる原因)などについて詳細を報告しております。

### 【転倒転落発生場所】(別紙1、2ページ、転倒転落インシデント発生場所レーダーチャート参照)

転倒転落インシデント事故発生場所としては、一人で動かれる居室での発生が最も多く74件、次いで食堂で50件、廊下では22件、トイレで18件発生しています。それ以外の場所ではヒヤリハットの時点で防ぐことが出来ています。インシデント事故発生場所をレーダーチャートで確認すると、青枠がヒヤリハット、赤枠が実際に発生した転倒事故になります。すべての事故発生場所件数はヒヤリハット内(青枠)で収まっていますが、それでも居室内での事故(赤枠)が多いことが分かるので、居室内を安全に配慮できた環境に整えることが出来れば防げられると思われれます。今後ご家族にもご協力いただきながら、ご本人が安全に落ち着いた生活が過ごせるように努めてまいります。

### 【身体損傷】(別紙1、2~3ページ、身体損傷インシデント内訳件数グラフ及び発生場所レーダーチャート参照)

身体損傷は毎日の更衣介助時やトイレ介助時、また入浴介助時に発見することが多く、ヒヤリハットの時点で防止する事は稀です。しかし、【種類別事故報告】(別紙1、1ページ、種類別事故報告件数表及び円グラフ参照)で見た通り「介護の気づき」においては、身体損傷事故が発生する可能性のある環境の報告が323件で一番多く報告が上がっています。それでもインシデント件数が45件、アクシデント件数が1件(上記)発生しました。インシデントの内訳を見てみると、介助ミスの可能性がある事故と打撲事故がどちらも1件事前に防ぐことが出来ましたが、実際に発生した事故は14件と最も多く、次いで擦り傷が6件、爪でのひっかき傷が4件、ベッド環境が2件発生しております。介助ミス

## 令和7年度上半期事故報告統計

とは、レッグウォーマーなどの着脱を含めた更衣時の摩擦や車いすへの移乗介助時の環境確認不足、身体を支える際に腕をつかんでしまった際などがあります。打撲の多い原因としては、寝ているときにベッド柵に当たってしまったたり、1人で行動できる方が移動時に手すりやテーブルなどに当たってしまったなどがあります。福祉用具の不具合、カイロ使用による低温やけど、鋭利なものを所持していたことについては事前に防ぐことが出来ました。インシデント事故発生場所をレーダーチャートで確認すると、居室やトイレ、浴室など介助が多い場所での発見が多いことが分かります。毎月あかり苑内で開催している生活支援技術勉強会等で自らの介護技術を振り返り、安全な介護技術が身につくように努め、打撲に至る環境を「介護の気づき」の時点で改善していきたいと思えます。

### 【食事】(別紙1、3ページ、食事インシデント内訳件数グラフ及び発生場所表参照)

食事の事故については、食事中こぼされることが一番多く5件発生しています。次に職員の誤配による事故が4件発生しています。基本的な配膳手順を守り、誤配がないように努めてまいります。続いて、他の方に食事をあげる事故及び他の方の食事を食べてしまう事故がいずれも3件発生していますが、前者は7件を、後者は5件を事前に防ぐことが出来ました。また、異食と誤嚥についてはどちらも1件の事故が発生していますがそれぞれ3件事前に防ぐことが出来ました。発生場所のほとんどは食堂で発生しています。しかし居室で1件のヒヤリハットが発生しており、ご家族が持ってこられていた飾りを食べようとした異食行為を事前に止めることが出来ました。食事は日常生活の中での楽しみの一つでもあります。誤嚥や窒息など重大な事故に繋がりにくいという意識をもって安全な食事環境を提供していきます。

### 【薬関連】(別紙1、3ページ、薬関連インシデント内訳件数グラフ及び発生場所表参照)

薬関連の事故は、薬のセット間違いが多く7件(うち6件はヒヤリハット)発生、落薬が5件(うち3件はヒヤリハット)の発生、確認不足はヒヤリハットが3件の発生、介助ミスが3件(うち2件はヒヤリハット)の発生、そして、外出時の渡し忘れの事故が1件発生していますが、マニュアルを徹底する事で、19件中14件が配薬までに気がつくことが出来ています。服薬マニュアルに基づき定期的(上期は6月)に服薬介助をする職員への指導そして研修を実施しています。セット間違いの他は、落薬等となっています。幸い重大な事故に繋がる事例は発生しませんでした。今後も十分に注意を払い対応していきます。

### 【その他】(別紙1、3ページ、その他インシデント内訳件数グラフ及び発生場所レーダーチャート参照)

その他とは種類別項目外の事故についてです。令和7年度上期は暴力23件(ヒヤリハット=13件)、暴言10件(ヒヤリハット=7件)と多く発生しております。職員への暴言暴力がほとんどで、他のご入居者への被害は事前に止めることが出来ています。発生場所をレーダーチャートで確認すると多くが、他の方の姿がない居室での暴言暴力事故が発生しています。ご家族の協力のもと、専門病院への受診など、医療との連携を行い、また職員の広島市認知症実践者研修の受講や、その受講した職員による毎月の認知症ケア勉強会により認知症ケアを学び、実践する事で認知症状のあるご入居者に落ち着いた、安心した生活環境が提供できるように努めてまいります。また、職員一人一人の「介護の気づき」の精度を高め、項目外の事故防止もしていきたいと思えます。

# 令和 7 年度上半期事故報告統計