

◀ 現場リーダー向け ▶

新・事故例から学ぶ原因分析と再発防止策

— — — なぜ同じような事故が何度も起きるのか？ — — —

Safe Care 株式会社 安全な介護
www.anzen-kaigo.com

こんな事故が起きた時事故報告書にこう書いていませんか？

ベッドから車椅子への移乗中利用者がふらつき、支えきれずに転倒させた

事故原因

職員の注意力が不足していたこと

防止対策

もっと注意深く介助する

◎転倒したのは職員のみス(不注意)と思い込んで他の原因を検討していない

本当の原因は？

介助方法は適切だったか？

利用者がなぜふらついたのか？

安全な車椅子だったか？



事故原因は1つではない、多角的に広い視点で原因を分析する

■ 3点分析法で事故原因の洗い出しを行う

「ベッドから車椅子への移乗中利用者がふらつき支えきれず転倒させた」という事故の場合

- 利用者側の要因：同じ転倒でも服薬や疾患の影響など利用者には内在する要因はないか？
- 介護者側の要因：介助方法や業務手順に無理はないか？確認行為は励行されているか？
- 環境の要因：ベッド回りの動作環境や福祉用具は利用者には身体機能に合っているか？

直接原因		
利用者側の原因	なぜ利用者に事故が起こったのか？	早朝に急激な低血糖を起こしていた
		前日眠前の睡眠剤が残っていた
		動作方法に無理があった
		ベッドにつかまるものがなかった
		ベッドが高すぎて滑り落ちた
		パジャマが滑りやすい素材だった
介護者側の原因	なぜ職員は事故を阻止できなかったのか？	介助方法が不適切だった
		声のかけ方が不十分だった
		利用者の動作のクセを知らなかった
		介護職の履物が適切でなかった
		介護職の体調が悪かった
		介護職の精神状態が不安定だった
施設側の原因	設備や用具などに不備はなかったか	車椅子のブレーキが緩んでいた
		マットレスが古く柔らかかった
		車椅子のフットレストが開閉しない
		ベッドが低床ベッドではなかった
		車椅子の肘掛が跳ね上げ式でなかった
		居室の床が滑りやすかった

※3点分析法：ヒューマンエラーの分析手法「SHELL分析」を簡略化したもの

こんな事故が起きた時事故報告書にこう書いていませんか？

排泄介助で便座に移乗後そばを離れた
隙に便座から転落した

事故原因

職員がそばを離れ
てしまったこと

防止対策

排泄介助中は
そばを離れない

事故の直接の原因だけにとらわれてその背後にある要因に気付いていない

本当の原因は？

なぜ介助中にそば
を離れたのか？



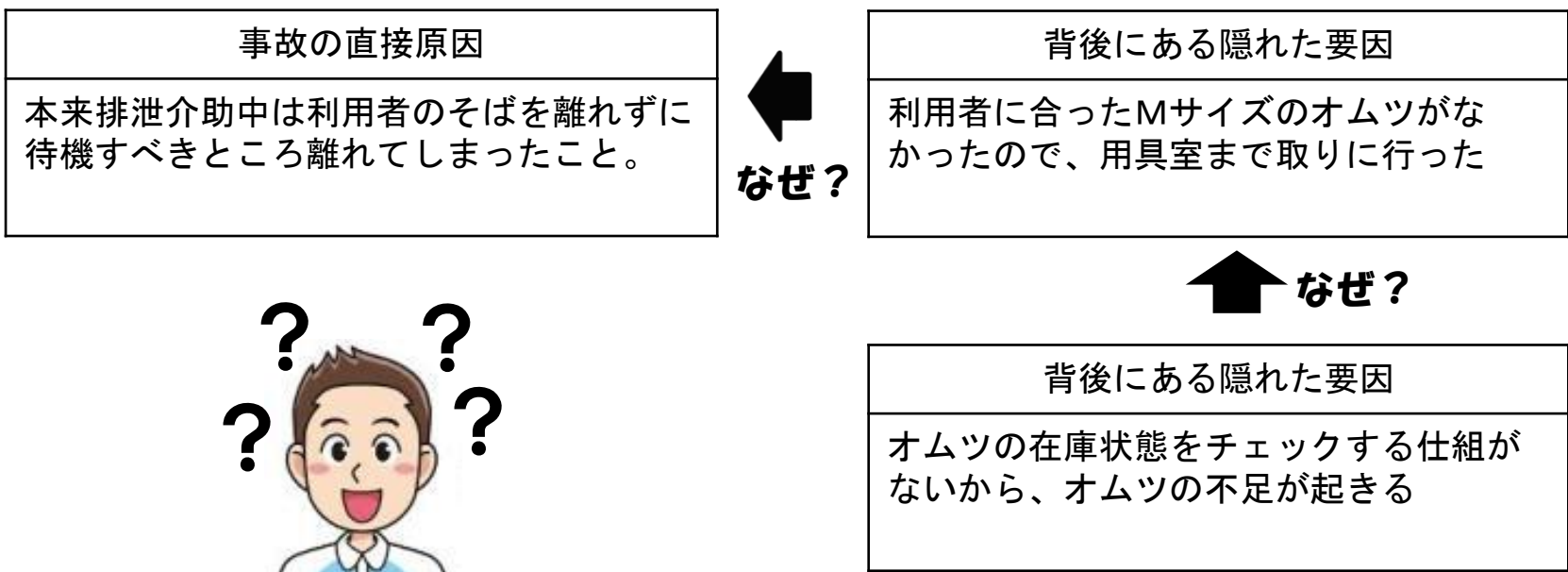
なぜ離れても安全
だと考えたのか？

職員のミスが直接原因でも、その背後に隠れた要因を見つけ改善する

■なぜなぜ分析の手法を使い、直接原因の背後に隠れた誘発要因を探す

「排泄介助で便座に移乗後そばを離れた隙に便座から転落した」という事故の場合

- 目に見える直接の原因にばかりとらわれていて、直接の原因を引き起こした誘発要因を発見していない。
- この誘発要因を改善しない限り、事故は再発する可能性が高い



排泄介助中にそばを離れてしまった、それはなぜ？

■ 未然防止策の検討例

■ 事故の根本原因を改善する対策

早朝離床時にベッド脇で転倒することが多い場合

服薬を見直すことで、転倒が防げる場合が多い。特に次のようなケースでは、有効である。

利用者に内在する根本原因

早朝の食事前だけふらついて転倒するのは、
血圧降下剤によって脱水が起きてふらつ
ているのかもしれない。血圧降下剤の見直
しを医師にお願いしよう



服薬の見直し

ループ利尿剤をカルシウム拮抗剤に変更
したら、早朝のふらつきがなくなり転倒
することがなくなった

○ループ型利尿剤
血中の水分を尿として排出することによ
り、血液量を減らして血圧を下げる作用
を持つ血圧降下剤。血液中の水分量が減
少するために、脱水症状を起こしやすく
早朝の転倒につながる



そうか！ふらつかなくなれば転倒は起きないんだ！

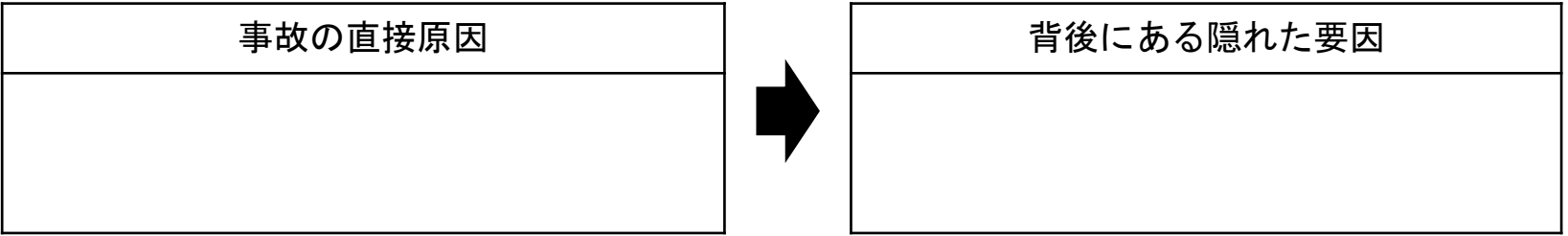
事例 1 : 排泄介助中に利用者を離れ便座から転落

介護職が排泄誘導のため、トイレにお連れして便座に移乗させたが、利用者に合うMサイズのオムツが無いことに気づき、その場を離れ、汚物室の収納ボックスに取りに行った。トイレに戻ると利用者が転落し大たい骨骨折となった。

■原因分析①多角的に検証

利用者側の原因	
介護職側の原因	
用具や環境の原因	

■原因分析②背後の隠れた要因



■再発防止策検討

未然防止策	直前防止策	損害軽減策