

老人施設等における事故事例集

1 骨折、打撲

(1) ベッドや車いすなどからの転落

	サービス種類	事故の概要	事故発生時間 ※1	事故発生場所	事故の原因	再発防止の取組
1	短期入所生活介護	コールが鳴り、職員が居室へ行ったところ、ベッドを背にして床に座り込んでいた。左足骨折。	早朝	居室内	トイレに行こうとしたが、ベッドから滑って落ちた。自宅では体の右方向からベッドを降りていたが、施設では左から降りなければならない環境であった。	自宅でのベッドの活用の有無や、ベッド柵使用の有無、降りる方向等を調査し、なるべく自宅の環境に合わせるなど居室環境を整える。
2	介護老人福祉施設	居室内から「ドン」という物音がしたため、職員が居室へ行ったところ、床の上で頭部をおさえていた。頭部打撲。	深夜	居室内	寝返りをうった際にベッドから落ちた。就寝後は、午前6時くらいまで熟睡する傾向にあり、ベッドから転落するほどの寝返りをする事がなかったため、転落の危険性を予見していなかった。	転落の可能性を考慮し、ベッド柵の取り付けを行う。入所者の身体機能や生活状況の把握をしっかり行い、環境整備、介助を行う。
3	介護老人福祉施設	ベッド脇に設置したセンサーマット(※2)が反応したため、職員が居室へ行ったところ、ベッドから転落して倒れていた。頭部打撲。	深夜	居室内	当日は精神的に不安定な状態であり、寝たり起きたりを繰り返していた。入所者の行動や精神状態を踏まえた配慮に欠けていた。	入所者の状態把握に努め、見守り、介助を行う。ベッド柵による行動抑制より、這って動ける環境が適していると考えられるため、ベッドから布団に変更する。
4	介護老人福祉施設	職員が居室を巡回中、ベッドから転落して床に倒れているところを発見した。左足骨折。	日中	居室内	不穩(※3)行動によるベッドからの転落防止のため、ベッド柵を設置していたが、柵を乗り越えて転落した。	ベッドを低床ベッドにするとともに、歩行時の転倒等を予防するため、ベッド脇にセンサーマット(※2)を設置する。
5	介護老人福祉施設	職員が居室を巡回中、車いすから転落して仰向けになっているところを発見した。右足骨折。	日中	居室内	ベッドへ戻る間に、床に落ちた物を拾おうとして、転落した。視力の低下が見られていた。	離床時でも必要なときはコールを押してもらおうよう説明する。ベッドへ戻るまでの誘導、見守りを徹底する。
6	介護老人保健施設	肘掛けいすに座っていたが、職員が他の入所者の排泄介助のため席を立った際、自ら肘掛けのないいすに移動して腰掛け、転倒した。左足骨折。	日中	食堂	自身の身体機能の理解が困難であり、介助なしで行動してしまうため、付き添い、行動の見守りが必要であるが、本人のそばを離れる際の職員間の連携ができていなかった。	そばを離れる際には、他の職員に伝えて見守りが途切れないよう徹底する。ヒッププロテクター(※4)を着用してもらう。
7	介護老人保健施設	浴室にて入浴介助を行っていたが、入浴いすごと後方へ転倒した。頭部打撲。	日中	浴室	しばらく体調を崩して、久しぶりの入浴であったため、入浴いすに座っていられなかった。ADL(※5)の状態から職員1人での入浴介助は不適当であった。	体調回復後間もない入所者や、ADL(※5)の低下が見られる入所者の入浴介助の方法、介助を行う職員の人数などの見直しを行う。

※1 事故発生時間：早朝 6:00～8:00、日中 8:00～18:00、夜間 18:00～22:00、深夜 22:00～6:00

※2 センサーマット：ベッド脇に設置し、踏むとコールが鳴って、ベッドから離れることなどを職員に知らせるマット。

※3 不穩：おだやかでないこと。状況が不安定で危機や危険をはらんでいること。

※4 ヒッププロテクター：転倒などによる衝撃をやわらげ、骨折を予防するために臀部に身につける用具。

※5 ADL：日常生活動作(Activities of Daily Living)の略で、食事、排泄、着脱衣、入浴、移動、など、日常の生活を送るために必要な基本動作のこと。

(2)車いすや便座などへの移乗時の接触や転倒

	サービス種類	事故の概要	事故発生時間 ※1	事故発生場所	事故の原因	再発防止の取組
1	短期入所生活介護	トイレの訴えがあったが、使用中であったため、少し待ってもらった。空いたため、トイレに行き、便座に移乗介助を行う際、座る前に尿が出てしまい、急いだところ拘縮(※6)のある右足に体重がかかってしまった。右足骨折。	日中	トイレ	便座に座る前に尿が出てしまい、急いだため、足の位置の確認ができていなかった。	衣類の汚染より、安全を優先し、慌てないように心がける。拘縮(※6)など本人の身体状況を的確に把握し、適切に介助を行う。
2	特定施設(養護老人ホーム)	トイレよりコールがあり、職員がかけつけるとトイレ内で座り込んでいた。左足骨折。	夜間	トイレ	普段、歩行器を使用し、一人で移動しているが、歩行器から手を離して便座に座ろうとしたときにバランスを崩して転倒した。	普段の移動が自立している方でも、移乗時などは転倒のリスクがあることを意識して見守りを行うとともに、普段から下肢筋力の維持・強化などの介護予防の取り組みを行う。
3	介護老人福祉施設	車いすからベッドへ移乗介助を行う際、右足に痛みを訴えた。右足骨折。	—	—	発生の状況は不明であるが、傷の状況から、移乗介助時にどこかにぶつけた可能性がある。	移乗介助は2名で行う。また、ぶつかる物などが無いか周りの状況を確認するとともに、本人に声がけをしながら介助を行う。
4	介護老人福祉施設	車いすからベッドへ移乗介助を行う際、ベッドに左肩が接触した。左腕骨折。	夜間	居室内	移乗介助は2名で行っていたが、移乗時のベッドの高さが少し高めに調節されていたために、左肩がベッドに接触した。	今後も2名での移乗介助を行うとともに、状況に応じ、移乗シート(※7)等を使用する。また、ベッドの高さを確認してから移乗介助を行う。
5	介護老人福祉施設	居室内で自力で車いすへ移乗しようとして転倒した。肋骨骨折。	深夜	居室内	普段から車いすへの移乗は自力で行っているが、事故時は、車いすへの座りが浅く、ブレーキをかけていなかった。	車いすへの移乗時は、ブレーキの確認を行ってから座ること、ゆっくりと深く腰掛けるよう説明する。また、自力での移乗が可能か、十分なアセスメント(※8)を行い、適切な支援を行う。
6	介護老人福祉施設	移動は手引き歩行対応を行っていたが、トイレ時は介護拒否があり、一人でトイレに入って鍵をかけた。その後、便座に座ろうとして転倒した。腰椎骨折。	深夜	トイレ	本人がトイレのドアに鍵をかけてしまったため、便座移乗時の見守りができなかった。	拒否があっても、転倒のリスクが高く、移乗時には見守りが必要であることを説明のうえ、見守り対応を行う。
7	介護老人福祉施設	家族と一緒に外出から帰園し、家族見守りのもと、歩行器から離れ、ホールのいすに座ろうとした際に転倒した。左足骨折。	日中	ホール	本人は外出からの帰園後であり、家族もいたため、身体的疲れや精神的な高揚があり、普段は行えることができなかった可能性がある。また、家族が見守っていたという安心感があり、十分に注意を払っていなかった。	身体状況や精神状態の把握を行い、適切に介助を行う。また、外出から戻った瞬間から介助は施設職員が責任を持って行うことを再度認識する。
8	介護老人保健施設	食堂のいすに座ってもらう際、職員がいすを引くために本人に背を向けた瞬間、バランスを崩して転倒した。左足骨折。	日中	食堂	職員がいすを引こうとしたのを見てすぐに座ろうとしたと考えられ、本人への声がけが不十分であった。また、職員の立ち位置が不適切であった。	本人の観察をしっかり行うとともに、適切な立ち位置で、声がけを行いながら介助を行う。

※6 拘縮：関節に関連をもつ軟部組織の収縮によって、関節の動きが制限された状態。

※7 移乗シート：移乗の際の安全確保や負担軽減のために使用する布や板状のもの。

※8 アセスメント：利用者の心身の状態や能力、本人・家族の希望等を把握すること。

(3) 歩行中や車いす走行中の転倒

	サービス種類	事故の概要	事故発生時間 ※1	事故発生場所	事故の原因	再発防止の取組
1	通所介護	他の利用者と一緒に浴室へ向かう途中で、扉止めにつまずいて転倒した。右足骨折。	日中	廊下	認知症により、事業所内で迷ってしまうことがあるため、移動の際は付き添い誘導をしていたが、他の利用者と一緒であったため、大丈夫と判断し、離れてしまった。浴室への誘導職員が1名のみであり、十分な見守りができなかった。	浴室への誘導職員を2名体制とし、付き添いが必要な利用者からは目を離さずに誘導する。また、誘導時は、廊下につまずくような物がないか確認するなど、歩行環境に配慮する。
2	通所介護	浴室にて、排水溝部分で足を滑らせ転倒し、右手を床についた。手首骨折。	日中	浴室	以前より排水溝部分が滑るため、声がけや見守りを行っていたが、改修等による対策を行っていなかった。	早急に改修を行い、滑らないような対策を行う。また、浴室内の利用者の移動時は声がけ、見守りを徹底する。
3	短期入所生活介護	夜間は自力でトイレに行こうとするため、センサーマットを設置していた。センサーの反応があり、その直後「ドン」という音がしたため、職員が居室へ行ったところ、右側を下に倒れていた。頭部裂傷。	早朝	居室内	すり足歩行のため、センサーマットにつまずいて転倒したと思われる。また、自宅では家具につかまって歩行しているが、居室内にある床頭台(※9)はタイヤがついていて動く物であったため、つかまった時に動いてしまった可能性もある。	センサーマットの上にシーツを敷き、テープで固定し、つまずきと滑りを防止する。また、床頭台(※9)のタイヤを外して動かないようにする。
4	特定施設(有料老人ホーム)	居室のドアをたたく音が聞こえたため、職員が居室へ行ったところ、入口付近で倒れていた。左足骨折。	深夜	居室内	トイレに行こうとしたが、何かに接触して転倒した。普段は一人でトイレに行っているが、真っ暗な居室で足元が見えづらかった。下肢筋力・バランス維持機能の低下が見られていた。	足元ライトをつけるなど、夜間、足元が見えやすいように工夫するとともに、巡回時に歩行の妨げになる物がないか確認する。また、リハビリを継続し、下肢筋力・バランス機能の向上に努める。
5	特定施設(有料老人ホーム)	面会に来た家族が帰った後、一人で歩行し、廊下で転倒した。右足骨折。	日中	廊下	普段は車いすを使用しているが、車いすを使用せずに歩いて廊下に出た。センサーマットを使用しているが、家族面会中はスイッチを切っており、そのまま家族が帰宅してしまった。	移動の際は車いすを使用するよう説明をする。また、家族の面会后、帰る際は職員に声をかけてもらうようにし、センサーマットのスイッチの確認を徹底する。
6	介護老人福祉施設	ベッドから立ち上がり、歩いたところ、滑って転倒した。右足骨折。	日中	居室内	日常的に、ベッドから離れる際は、靴を履き、歩行器を使用しているが、事故発生時は、靴を履かず、歩行器も使わずに歩き出してしまった。歩行器はベッドから離れたところに置いてあった。	歩行時は靴を履くよう声がけをする。また、就寝時、入所者の利用している歩行器や車いす等の福祉用具の位置の確認を行う。
7	介護老人福祉施設	入所者を車いすに乗せ、職員が車いすを押したところ、前方へ転倒し、頭部を床にぶつけた。頭部打撲。	日中	廊下	職員は車いすを押す旨声がけをしていたが、本人は難聴のため、理解していなかったと思われる。	移動介助をする際には、相手が理解したかどうか確実に確認する。また、安定した座り方か、両足がフットレスト(※10)に上がっているか確認を行う。
8	介護老人保健施設	居室内を歩いていたところ、バランスを崩して大腿部をひねった。左足骨折。	深夜	居室内	夜間の体動や徘徊が見られており、また、不眠のため、眠剤を服用していた。	生活リズムをしっかりとつくり、日中の活動量を上げることで夜間の安眠につなげる。また、巡回の頻度を増やすとともに、予測できない行動も考慮し、センサーマットを設置する。
9	介護老人保健施設	車いすで自走していたが、曲がろうとした際に転倒した。頭部打撲。	夜間	居室内	左半身麻痺の方で右手と右足で車いすを操作していたが、曲がろうとした際に車いすの左側がベッドにぶつかった。	本人に対し、曲がる際の車いすの操作指導を行うとともに、安全に走行できているか見守りを行う。

※9 床頭台：ベッドのそばに置いて使う、引き出しや戸棚の付いた台のこと。

※10 フットレスト：車いすを利用する人の足部を支える部分。足のせ台。

(4) 立ち上がり時の転倒

	サービス種類	事故の概要	事故発生時間 ※1	事故発生場所	事故の原因	再発防止の取組
1	介護老人福祉施設	食事介助中、職員が背を向けた際に、車いすから立ち上がり転倒した。右足骨折。	日中	食堂	背を向けており、立ち上がろうとした気配に気づかなかつた。転倒時、尿失禁していることから、トイレに行こうとした可能性がある。	食事介助が必要な方の座席配置や職員配置を見直し、職員が周囲の状況がわかるような位置で食事介助を行うことができるようにする。また、排泄リズムを把握し、適切にトイレ誘導を行う。
2	介護老人福祉施設	トイレ誘導をしていたところ、体がだるくなり、トイレに着く前に廊下のいすに座り込んだ。そのまま安静にしてもらい、他の入所者の介助を行っていたが、その間に、自分で立ち上がろうとして転倒した。右足骨折。	早朝	廊下	トイレ誘導の途中であったが、安静にしているよう説明をしたので、動かないだろうという過信があった。	歩行介助の際には、目的地まで対応するとともに、他の入所者の対応を行わなければならない時は、他の職員に依頼する。また、体のだるさ等を訴えた時は車いすを使用する。
3	介護老人福祉施設	トイレ誘導を行い便座へ移乗し、そのまま座っているように伝え、交換用のオムツを取りにその場を離れた。その後、自分で便座から立ち上がろうとして転倒した。右足骨折。	日中	トイレ	便座に座らせたまま、オムツを取りにその場を離れた。	トイレ誘導の際には、オムツなど必要な物品をあらかじめ用意してから介助を行う。また、その場を離れなければならない時は他の職員に依頼するなど、安全を確保する。
4	介護老人福祉施設	ベッドセンサー(※11)が鳴り、職員が居室へ行ったところ、床に座っていた。右手骨折。	深夜	居室内	自分でベッドから立とうとして転倒した。立ち上がりや移動には介助を必要とする方であるが、自立心が強く、介助を拒否することが多い。ナースコールを押すよう説得しているが、押さずに自力で立ち上がろうとした。	転倒のリスクが高く、立ち上がりや移動時には介助が必要なことを今後とも根気よく説明する。また、ベッドセンサー(※11)が鳴った際には即時に居室へ行く。
5	介護老人福祉施設	同室者から転倒しているとの連絡があり、職員が居室へ行ったところ、床に座っていた。頭部打撲。	深夜	居室内	自分でベッドから立とうとした際に滑って転び、床に頭をぶつけた。床にセーターが落ちており、それに足をとられて転倒したものと思われる。	居室の整理整頓を行うとともに、巡回時、入所者にとって障害物になってしまうおそれのある物を点検する。
6	介護老人保健施設	体操に参加するため、ホールの椅子に座っていたが、立ち上がろうとしてバランスを崩して転倒した。左腕骨折。	日中	ホール	体操を行う入所者の誘導のため、職員が居室等に行っており、ホールで見守りを行う職員が少なくなっていた。	ホールへ誘導を行う職員、ホールに集まってきた入所者の見守りを行う職員のバランスを考え、適切に見守りを行う。
7	介護老人保健施設	トイレ介助を行っていたが、他の入所者のコールがあり、その場を離れ、トイレに戻ると、床に座っていた。右足骨折。	深夜	トイレ	他の入所者のコール対応のため、その場を離れた。排泄が終わったらコールを押すように声がけを行っていたが、自力で便座から立ち上がろうとした。	トイレ見守り中はその場を離れず、他の入所者からのコールは他の職員に対応してもらおう。入所者との意思疎通を図り、立ち上がり時などに職員の介助が必要な際には、無理をせず、コールを押してもらうよう説明、理解してもらおう。
8	介護老人保健施設	起床介助のため職員が居室へ行ったところ、右足に痛みがあり、起き上がれない状況であった。右足骨折。	夜間	居室内	ベッドでは転落の可能性があるため、就寝は布団対応をしていた。立ち上がろうとし、転倒したものと考えられる。	居室を見守りしやすいところに変更する。また、巡回頻度を多くし、的確に状況を把握するとともに、不眠時は職員と一緒に過ごしてもらう。

※11 ベッドセンサー：肩から腰のあたりにセンサーパッドを敷き、起き上がるとコールが鳴って職員に知らせるセンサー。

(5)機能訓練(リハビリ)時の転倒

	サービス種類	事故の概要	事故発生時間 ※1	事故発生場所	事故の原因	再発防止の取組
1	通所介護	機能訓練を一旦終了し休憩に入る際、リハビリ訓練台に座ろうとしたところ、座り損ねて転倒した。肋骨骨折。	日中	機能訓練室	本人は疲れもあり、後方の確認が不足していた。また、職員が座る際の声かけをしていなかった。	座る際は、後方の確認を徹底するよう説明するとともに、見守り、声かけを行う。
2	介護老人福祉施設	機能訓練として、車いすの自走をしていた。職員がそばについていたが、数秒間、離れたすきに前のめりに倒れた。頭部裂傷。	日中	ユニット共有フロア	機能訓練中、数秒ではあるが、そばを離れた。	その場を離れなければならないときは、他の職員に声がけするなど、安全確保を徹底する。機能訓練のプランの再検討を行う。
3	介護老人保健施設	本人から自主訓練の申し出があり、職員見守りのもと、階段昇降の訓練を行っていたが、降りの訓練中にバランスを崩して転落した。腰部打撲。	日中	訓練スペース	機能訓練開始後しばらくして疲れが見られたため、同じく訓練を行っていた他の入所者の安全を確保した後、介助に入ろうとしていた。その矢先に転落してしまった。	自主訓練の申し出があっても、他の入所者の機能訓練のため、十分に見守りができない可能性がある場合は、時間帯を変更したり、メニューを安全性の高いものにする等の対応を行う。疲労などの身体状況を随時観察、判断し機能訓練を実施する。

(6)送迎中及び送迎前後の事故

	サービス種類	事故の概要	事故発生時間 ※1	事故発生場所	事故の原因	再発防止の取組
1	通所介護	送迎中、自宅付近の路地にて急ブレーキをかけたところ、利用者が左足をぶつけた。左足骨折。	日中	自宅付近の路地	突然の自転車の飛び出しに急ブレーキをかけた。また、乗車時はシートベルトをしていたが、自宅近くであったため自ら外していた。	路地等を走行するときは最徐行で安全運転を徹底する。シートベルトの装着について乗車時だけでなく、走行時に外さないように呼びかけ・確認を行う。
2	通所介護	送迎中、雪道の轍の段差により、車体がバウンドし、車内で車いすに座っていた利用者が左臀部を打撲した。	日中	路上	危険を予測し、十分に徐行をするなど雪道における適切な運転ができていなかった。	利用者の送迎の際の運転は、路面状況に配慮し、危険予測をしっかりと行う。また、車いすの利用者の負担が軽減されるような送迎ルートについて再検討を行う。
3	通所介護	自宅へ送る際、利用者と職員が車を降り、自宅前まで歩行介助を行い、玄関前の階段下に着いたところ、家族の姿が見え、利用者も「ここで良い」とのことであったため、本人から離れた時、突風にあおられて転倒した。頭部打撲。	日中	自宅前	家族の姿が見え、利用者が「ここで良い」と言ったため、玄関まで歩行介助を行わなかった。	送迎は「玄関から玄関まで」の基本に立ち返り、本人から介助しなくても良い旨の申し入れがあっても、身体状況等を考慮した対応を行う。送迎マニュアルに基づき、職員への教育、周知を徹底する。
4	通所介護	玄関から事業所内へ、介助により歩行が可能な利用者と車いすの利用者2名を誘導する際、歩行の利用者に少し待ってもらい、車いすの利用者を先に誘導した。車いすの利用者の誘導が終わり、戻ると歩行の利用者が倒れていた。右肩骨折。	日中	ホール	他の人の通行に邪魔にならないように一人で動いてしまった。床が車いすのタイヤ等で濡れていた可能性もある。	複数の利用者を順に誘導する際には、待ってもらう方の安全を確保し、リスクの高い順に誘導する。車いすのタイヤが濡れていた可能性もあるので、玄関でしっかり水分をとり、移動時に床が濡れていないか確認する。
5	通所リハビリ	迎えの際、自宅前で氷に足を滑らせた。職員が支えたが、左足首をひねった。	日中	自宅前	普段は職員が手引きで誘導しているが、一人で家から出てきてしまった。自宅前の路面が非常に滑りやすい状態であった。	玄関から車両までは職員が手引き誘導することを説明し、本人へしっかり声かけを行う。また、路面が凍結している場合は職員2人で誘導を行う。場合によっては、本人・家族の了解を得て、砂をまいて転倒予防を行う(車両に砂を積んでおく)。

(7)その他

	サービス種類	事故の概要	事故発生時間 ※1	事故発生場所	事故の原因	再発防止の取組
1	通所介護	サービス利用後、玄関で外靴を履こうとした際、バランスを崩して膝をぶつけた。右膝打撲。	日中	玄関	自力歩行ができ、通常は自分で靴を履くことができる方であったが、他のことに気を取られており、急いだことが原因と思われる。	靴を履く際は安全な場所に座ってもらうとともに、時間に余裕を持って行う。利用者の体調や精神状態に留意して声がけ、見守りを行う。
2	短期入所生活介護	入浴後、脱衣所のバスマットで足踏みをした際、バランスを崩して転倒した。右足骨折。	日中	脱衣所	バスマットに水分が多く含まれており、足踏みをした際にずれてしまった。身体状況の観察が不足し、安全確保ができていなかった。	バスマットの下にずれ防止シートを敷く。床の水滴に注意し、濡れているときはバスマットを交換する。また、座りやすいところにいすを置き、ふらつきが見られる際はすぐに座ってもらう。
3	介護老人福祉施設	着替えの介助の際、右肩から肘にかけての腫れに気づいた。右腕骨折。	—	—	移乗介助時もしくは衣服の着脱介助時に腕に負荷がかかり、骨折したと考えられる。	移乗介助は2人で行き、声がけをしながら体に負担がかからないように行う。衣服の着脱は、衣服のサイズの確認を行うとともに、関節の動く角度を考慮して慎重に行う。また、入所者の変化を見逃さず、適切に観察を行い、引き継ぎを行う。
4	介護老人福祉施設	職員がホールまで付き添い歩行をしたが、いつもの位置にいすがなかったため、手を離していすの準備をした。その間にふらついて転倒した。左足骨折。	日中	ホール	歩行が不安定な状態であるにもかかわらず、手を離した。手を離した直後はバランス良く立っていたため大丈夫だと思ってしまった。	介助前にいすの確認をするなど、不安定な状態にならないよう心がけるとともに、どうしても手を離さなければならない場合は、他の職員に声がけを行うなど安全確保の確認を徹底する。
5	介護老人保健施設	左足を車いすのフットレストに乗せようとしたところ、痛みの訴えがあった。左足骨折。	早朝	ホール	職員が入所者を乗せ、車いすを押していた際、角を曲がった時に、前輪が左足に当たった可能性が高い。	移乗直後だけでなく、移動を開始する前には、足の位置等を注意深く観察する。移乗及び移動の際の足の適切な位置について研修会を行う。

2 誤嚥(※12)

(1) 食事中、食べ物や飲み物を喉につまらせた

	サービス種類	事故の概要	事故発生時間	事故発生場所	事故の原因	再発防止の取組
1	通所介護	おやつに提供した白玉団子で、誤嚥を起こした。	おやつ時	食堂	ゼリーの中に白玉団子とみかんが入ったものを提供した。白玉団子は1.5cm径の球状であった。ゼリーと一緒にすると喉に入り、誤嚥したと思われる。	喉ごしの良い食材と球状の団子等を組み合わせないなど、誤嚥の可能性を考えておやつの形態に配慮する。また、食事の際の姿勢や一口の量、ペースに気を配りながら見守りを行う。
2	特定施設(有料老人ホーム)	朝食後、居室に戻る途中で2、3回咳き込んだ後、誤嚥を起こした。	朝食後	居室前	口腔内に食べ物が残ったまま移動し、むせ込み誤嚥を起こした。	食べ物を飲み込んでから移動するよう声かけを行う。食べ物を含んだまま移動している利用者を見つけた場合は、飲み込みが確認できるまで見守りを徹底する。
3	介護老人福祉施設	食事介助中、味噌汁を飲んだ際、誤嚥を起こした。	昼食時	居室内	ベッド上で食事を摂っていたが、嚥下しにくい姿勢であった可能性がある。摂取ペースが早く、飲み込みの確認が不足していた。	ベッドの角度、入所者の姿勢、頭の角度について確認した後、食事介助を始める。入所者の摂取ペースに合わせて介助を行うとともに、飲み込んだか口腔内を確認してから次の介助を行う。一度に飲み込まず、二度三度と飲み込みのある方に注意する。
4	介護老人福祉施設	朝食の介助中、二さじめを摂取した後、誤嚥を起こした。	朝食時	居室内	食事形態はプラン通りであり、介助も慎重に行っていたが、痰がらみがあり、飲み込みがいつもより悪かった。体力の衰弱による嚥下能力の低下が考えられる。	状態観察により、体調がいつもより悪化している時は、看護師や医師と連携しながら介助を行う。また、痰がらみのある方に対しては、食前に痰がらみの有無を確認し、痰を除去してから介助にあたる。
5	介護老人福祉施設	自力摂取の入所者が、夕食中、むせ込んでいるところを発見した。	夕食時	食堂	高齢でむせ込みやすいため、ミキサー食を提供しており、栄養剤はとろみ剤を加えていた。当日は、早くかきこんでいたことと、とろみの程度が弱かったことが考えられる。	入所者ごとに食事形態やとろみ度合いを再点検し、配膳及び介助の際にこれらの確認を行う。また、自力摂取の方を含め、摂取ペースと飲み込み等の見守りを行う。
6	介護老人福祉施設	昼食に出た蒸しパンを自力摂取していたが、いつもよりハイペースであり、注意を促しながら見守っていたが、まもなく誤嚥を起こした。	昼食時	食堂	注意を促しながら見守っていたが、パンを小さく切り、水分を取りながら食べてもらうなど、誤嚥を防ぐための対策が徹底されていなかった。	パン食の場合は特に水分を取りながら食べるよう働きかける。また、小さくカットして提供するとともに、摂取ペースが早い場合には、少しずつ皿に入れるなどの対応を行う。
7	介護老人保健施設	イベント食のお寿司を食べていたところ、誤嚥を起こした。	昼食時	食堂	通常の食事形態は、主食：全粥、副食：きざみで提供していたが、当日のイベント食は、本人の生寿司を食べたいとの希望を受けて、常食の酢飯にネタはスライスした状態で提供していた。	イベント食を含め、介護及び看護職員が食事形態の内容確認を的確に行う。また、通常の食形態と異なる場合は、個別に見守るなどの対応を行う。
8	介護老人保健施設	同じテーブルに座っていた他の入所者の食事を口に入れ、誤嚥を起こした。	昼食時	食堂	当該入所者の食事形態は一口大であったが、同じテーブルに座っていた他の入所者の形態は普通食であった。	配膳の順番を工夫したり、見守りを強化することにより、他の入所者の食事を食べてしまうことを未然に防ぐとともに、万が一口にに入れてしまった場合には、すぐに取り出す等の対応を行う。
9	介護老人保健施設	家族が面会に来ていた。居室より家族の叫ぶ声がしたため、職員が居室へ行ったらところ、誤嚥を起こしていた。	昼食時	居室内	家族が本人の嚥下状態を十分に理解せず、みかんを食べさせていた。面会中の状況把握が不十分であった。	面会時の差し入れについては必ず職員に申し出てもらう(誤嚥の危険性があるものは持ち帰ってもらい、差し入れの食品についてアドバイスを行う)。また、家族等の面会時の状況把握に努める。

※12 誤嚥：飲食物や唾液等が誤って気管に入ってしまうこと。

(2)その他

	サービス種類	事故の概要	事故発生時間 ※1	事故発生場所	事故の原因	再発防止の取組
1	介護老人福祉施設	睡眠前の服薬介助のため、職員が居室へ行ったところ、布団の上で左側を向いて嘔吐しており、嘔吐物が喉に詰まっていた。	夜間	居室内	体調急変による嘔吐物による誤嚥。事故発生時の対応として医療、介護の連携体制は整備されていたが、急激な体調変化までは見極められなかった。	状態観察により、体調や行動がいつもと違うと思われる時は、観察をこまめに行うとともに、医療職との連携を図り、早期の受診などの対応を行う。
2	介護老人福祉施設	昼食後、ベッド上にて口腔ケア(※13)を行った際に、うがいのための水によりむせ込んで誤嚥を起こした。	昼食後	居室内	口腔ケアをした際、うがいをした水が口腔内に残っており、気管へ入ったと思われる。口腔ケアの際のベッドを起こす角度が不十分であった。	口腔ケア後、食物の残りや水の有無を確認する。口腔ケア時の体勢が適切か確認する。

※13 口腔ケア：口腔清掃、歯石の除去、義歯の調整・修理・手入れなどにより、口腔の疾病予防・機能回復や健康の保持増進を目指す介護。

3 誤薬

	サービス種類	事故の概要	事故発生時間 ※1	事故発生場所	事故の原因	再発防止の取組
1	特定施設(有料老人ホーム)	夕食後、利用者が同じテーブルの他の利用者の薬をもらって服用してしまった。	夕食後	食堂	薬を配った後の服用の確認が確実に行われていなかった。他の利用者の薬をもらうという行為を想定していなかった。	薬を配った後、服用したかどうかの確認を行う。また、他の利用者から薬をもらうこと、他の利用者にあげることをしないよう伝えるとともに、見守りを行う。
2	介護老人福祉施設	認知症の入所者が、他の入所者の薬を服用してしまった。	日中	食堂	他人の食べ物を食べる傾向があり、薬がオブラートに包まれていたため、お菓子と思い込んだ可能性がある。	職員が一瞬食堂を離れた間に起こった誤薬事故であり、薬は配ってから服用するまで確実に確認を行う。
3	介護老人福祉施設	居室内に飲んでいない薬があるのを発見。職員が薬を渡し、自分で服用している方であるが、居室へ持ち帰って飲むのを忘れた。	-	-	服用確認が不十分であった。	自分で服用している入所者に対しては、服用したことを必ず確認することとする。

4 誤飲、誤食

	サービス種類	事故の概要	事故発生時間 ※1	事故発生場所	事故の原因	再発防止の取組
1	通所介護	利用者が洗面所で嘔吐しており、状況を確認すると、手洗い用液体石けんを飲んだことが判明した。	日中	洗面所	手洗い用液体石けんを飲料と間違えた。	手洗い用液体石けんの容器に「石けん液」「飲めません」とわかりやすく表示する。また、洗面所内の見守りを徹底する。
2	特定施設(養護老人ホーム)	本人の近くにいた利用者から何か食べていると報告があった。職員が確認すると、使い捨てカイロの袋を開け、中身を口に入れていた。	日中	ロビー	食べられないものを口に入れてしまう傾向があり、廊下のゴミ箱に捨ててあったカイロを取り出して、中身を口に入れた。	廊下のゴミ箱内のゴミを手の届かないようにするとともに、夜間は別の保管場所に置く。見守りを適切に行う。
3	介護老人福祉施設	枕カバーを破り、枕の中のビーズを口の中に入れていた。	日中	居室内	ベッドまわりの物を破く行為が見られ、枕にもカバーをつけていたが、カバーを破り中身のビーズを口に入れていた。	枕については、ビーズ枕は使用しないこととし、布カバーをつけ、さらにもう1枚カバーをして2重にする。誤食に気をつけて見守り、観察を行っていくとともに、寝具類や備品の状態にも注意を払う。

5 無断外出

	サービス種類	事故の概要	事故発生時間 ※1	事故発生場所	事故の原因	再発防止の取組
1	通所介護	事業所から自宅へ送る際、玄関にて靴を履き替えるまでは所在を確認できていたが、車両への誘導時に行方不明が判明した。事業所内を捜したが見つからず、事業所の周囲を捜索し、発見した。	日中	—	送迎時の混雑で所在確認が徹底されていなかった。普段から帰りの時間を気にしており、帰宅願望の強い利用者であったが、職員の見守りが適切にできていなかった。	送迎の時間帯の利用者の確認方法を見直す。また、利用者の行動把握に努め、適切に対応、見守りを行う。
2	短期入所生活介護	利用者宅の家族から電話があり、本人が自力にて自宅に帰ってきたとの連絡を受け、無断外出していたことに気づく。	日中	—	玄関を監視する日直者が、他の用務のため、席を外していた時間帯があった。その際、他の職員への声かけが行われていなかった。	日直者は緊急時以外、他の用務を行わないこととし、席を外す際は、必ず他の職員に声かけを行う。巡回、見守り対応を徹底する。
3	特定施設(養護老人ホーム)	巡回時に居室に不在であり、施設内を捜したが見つからなかった。職員が市内を捜索するとともに、警察署へ捜索依頼を行う。その後、消防署から発見の連絡があった。	夜間	—	エレベーターの故障により、玄関に配置されている警備員が持ち場を離れた時間帯があった。本人は帰宅願望が表れる傾向があった。	警備員が持ち場を離れる際は、玄関の施設を行う。帰宅願望など不安定な状態のときには、巡回の回数を増やすなど、見守り体制を強化する。また、SOSネットワークとの連携など、情報共有を図る。
4	介護老人福祉施設	近隣の住民から、入所者と思われる人が一人で歩いていたとの電話があった。職員が電話の情報により捜索したところ、入所者を発見した。散歩に出たらどこに行けば良いかわからなくなったと話していた。	夜間	—	玄関にチャイムがついていたが、帰宅する職員が多い時間帯であり、確認がおろそかになっていた。本人は散歩しようとして外に出たが、見当識障害(※14)のため、居場所がわからなくなってしまった。	職員等の出入りが多い時間帯であっても、玄関チャイムが鳴ったときは、誰が出入りしたのか確認を徹底する。居場所確認の頻度を上げる。介護職員が手を離せないときは、他職種の職員が協力するなど、連携を行う。
5	介護老人保健施設	施設外でイベントがあり、施設の車両に乗り、職員と入所者で出席した。イベントが終わり、車両へ乗り込む際、入所者の一人が車に乗らずに会場から離れてしまった。近隣を捜し、まもなく発見した。	夜間	—	認知症専門棟の入所者についてはマンツーマンの対応をしていたが、一般棟の入所者は担当を決めておらず、一人で会場を離れたのに気がつかなかった。全体を見る職員がいなかった。	入所者一人一人の担当者、全体を見渡す者等の役割を決めておく。事前にリスクや注意点、誘導の仕方、タイムスケジュールなどについて打ち合わせを行い、職員一人一人が安全に対する自覚を持つ。

※14 見当識障害：人や周囲の状況、時間、場所など自分自身が置かれている状況などが正しく認識できない状態。

6 その他

	サービス種類	事故の概要	事故発生時間 ※1	事故発生場所	事故の原因	再発防止の取組
1	通所リハビリ	入浴後、脱衣所へ移動し、体を拭いていると、利用者の目がうつろになり、声かけにも返答がなくなった。看護師へ報告し、体を横にして、冷たいタオルで頭を冷やし、水分補給を行うと、徐々に回復した。多発性脳梗塞(※15)。	日中	脱衣所	事業所到着時からの水分摂取量が不足していた。入浴中の体調観察が十分ではなかった。浴室内、脱衣所の温度が高かった。	入浴前の水分補給をしっかりと行うよう声かけや介助を行う。体調や表情をよく観察し、普段と違うようであれば看護師に相談する。浴室内、脱衣所の温度が高くなりすぎないように、換気等を行う。
2	介護老人保健施設	胃ろう(※16)の入所者へ栄養剤投与が終了した後、車いすからベッドへの移乗の際に、胃ろうカテーテルが抜けてしまった。	夜間	居室内	胃ろうカテーテルの位置をきちんと確認せずに移乗介助を行った。	栄養剤投与が終わったら、カテーテルを適切に収納する。移乗の際には、カテーテルの位置の確認を徹底する。
3	介護老人保健施設	職員がバイタル測定(※17)のため居室へ行ったところ、左足に5cm大の水疱を発見。悪寒のため保温目的に使用した湯たんぽによる低温火傷。	日中	居室内	麻痺側の足に湯たんぽが当たっており、本人が熱感を感じることができなかった。湯たんぽは専用カバーではなく、バスタオルを巻いていたが、体動によりずれてしまった。	保温は、湯たんぽではなく、電気毛布等に代替するとともに、他の入所者についても同様の対応を行う。

※15 多発性脳梗塞：脳の血管に複数の詰まった箇所があり、血液が細胞にいきとどかない状態。

※16 胃ろう：口から食事のとれない方や、食べてもむせ込んで肺炎などを起こしやすい方などに、直接胃に栄養を入れる栄養投与の方法。

※17 バイタル測定：体温、脈拍、血圧等の測定。