

わかりやすい!



現場実践講師

15の事例から学ぶ  
**介護事故の再発防止策検討（施設）**

■ ■ ■ 検討事例一覧 ■ ■ ■

**セミナー参加者は事例に目を通してからご参加下さい**

**Safe Care** 株式会社 安全な介護  
[www.anzen-kaigo.com](http://www.anzen-kaigo.com)

# 事故事例から原因と対策を考えよう

## 1. 転倒：ソファで居眠りをしていた利用者がいきなり立ち上がり転倒

ショートステイを利用しているMさん（88歳・女性）は、歩行は自立ですがバランスを崩すことが多く、見守りが必要な利用者です。家族に対して「近くに居ていただいて見守るようにしています」と説明しています。ある日の午後、Mさんはデイルームにある**大きくてフカフカのソファで居眠りをしていました**。職員のがMさんのそばで介護記録を記入しながら、Mさんを見守りをしていました。その時Mさんがいきなり立ち上がり一歩も足を踏み出さずに前方に頭から転倒しました。職員は視界の中でMさんが動いたことに気づきましたが、顔を上げてMさんのほうを見た時には、すでに転倒していました。Mさんが額を強く床に打ち付け救急搬送され、鼻骨にヒビが入り入院することになってしまいました。家族は「職員がそばに居たのだからきちんと見守っていれば転倒は防げたはずだ」と主張して、治療費などの賠償金を請求してきました。

事故原因分析

防止対策検討



# 事故事例から原因と対策を考えよう

## 2. 転倒：センサーマットを他の利用者に回したら転倒骨折

Mさんは重度の認知症がある老人保健施設の入所者です。入所時に相談員が「お父様が居室で転倒されると困りますから、転倒防止のためのセンサーマットを設置しましょう」と言って息子さんはお願いしました。ところが、半年後にMさんが居室のベッド脇で転倒して顔面に裂傷を負い救急搬送されました。息子さんは「センサーは間に合わなかったのでしょうか？」と言うと、「転倒の危険度の高い他の利用者に回しており、お父様には設置していませんでした」と言います。息子さんは「センサーマットを設置すると書いたのに約束が違うじゃないか？」と抗議しますが、施設は「誰に設置するかは、転倒の危険度の高い順に判断している」と主張します。Mさんが1か月後に病院で亡くなると、息子さんは「施設サービス計画書にセンサーマットを設置すると書いてある」として賠償請求しました。

事故原因分析

防止対策検討



# 事故事例から原因と対策を考えよう

## 3.転倒：二人介助に変更したのに再び介助中に転倒

介護職が少し体格の良い利用者を移乗しようとしてふらつき、転倒させてしまいました。幸いケガはありませんでしたが、家族に謝罪し「**体重が重く下肢筋力が低下しているの****で、今後は職員二人で介助する**」説明し、家族は再発防止策に納得しました。ところが1週間後に、二人介助で移乗しようとして再び利用者を転倒させ、重傷を負わせてしまいました。職員は「イッセイノセツ！」と言って、ベッドで仰向けの利用者を横から抱えて持ち上げようとしたのですが、息が合わずバランスを崩して床に落としてしまったのです。家族は憤慨して「二人で介助するから安全だと言ったのに、抱えあげて床に落とすなんて考えられない」と言いました。。

事故原因分析

防止対策検討



# 事故事例から原因と対策を考えよう

## 4. 誤えん：認知症の利用者が肉団子を丸呑みして窒息死亡

93歳の認知症の重い利用者Hさんが、肉団子（ミートボール）を喉に詰まらせて窒息して死亡しました。Hさんはえん下機能の障害もなく普通食でしたので、気付いて吸引をしましたが効果が無く救急車を呼びましたが、救急搬送先の病院で亡くなりました。救急搬送先の病院で施設長が家族に対して、「**Hさんはえん下機能に障害も無く普通食とサービス計画書にも書いてありご家族も印鑑を押されています。この事故は不可抗力であり、施設の過失はありません**」と説明しました。家族は、「以前からたくさんの料理をいっぺんに口に詰め込むトラブルがあった。注意していれば防げたはずだ」と、すぐに訴訟を起こしました。

事故原因分析

防止対策検討



## 事故事例から原因と対策を考えよう

### 5. 誤えん： 誤えん発生救急搬送先で死亡、家族が「これは父ではない」

ショートステイの介護職Bさんは、認知症の山田さんを食卓へ誘導して食事介助をしました。ところが山田さんが急に苦しみ出し、看護師が吸引などの救命対応をしましたが回復せず、救急搬送されましたが病院で亡くなりました。連絡を受けて搬送先の病院に駆けつけてきた息子さんが、亡くなった利用者を見て「これは父ではない」と言いました。施設で調べると亡くなったのは山田さんではなく山野さんと分かり、すぐに家族に連絡しました。病院が警察に通報したことから、警察の事情聴取が行われ、**利用者を取り違えてソフト食の利用者に普通食を提供したことが誤えん事故の原因**とされました。その後介護職のBさんは業務上過失致死の疑いで警察の取り調べを受けました。

事故原因分析

防止対策検討



# 事故事例から原因と対策を考えよう

## 6. 誤えん： 誤えん発生時に万全の救命対応、それでも施設の過失？

ある施設の食事介助中に誤えん事故が起きました。利用者が急にムせて苦しみ始めたため、職員はタッピングに続いて背部叩打法を施行しました。それでも回復しないので介護職は看護師に吸引の施行を依頼しました。しばらく吸引を施した後、看護師は危険と判断して救急車を要請しましたが、職員の救命対応の努力にもかかわらず、利用者は救急搬送先の病院で亡くなりました。施設では偶発的な事故であり、事故発生時も万全の対応を行ったと家族に説明しましたが、**救急車要請が誤えん発生の15分後**だったことを知り、娘さんは救急搬送が遅れたのは施設の過失であるとして賠償請求してきました。

事故原因分析

防止対策検討



# 事故事例から原因と対策を考えよう

## 7.誤薬：一包化された薬袋の利用者名を読み間違えて2度誤薬

R障害者支援施設は、重度の知的障害者を受け入れている入所定員60名の知的障害者施設です。4か月前に法人のリスクマネジメント委員会の指示で、利用者のお薬カードを作成し、服薬の前には利用者の顔写真を使用して本人確認を行うようになりました。ところが、1か月の間に同じ利用者の薬を2回誤薬するという事故が起きました。**誤薬事故の原因は、利用者の薬袋をお薬ボックスから取り出す時に、利用者の氏名を見間違えた（読み間違えた）ことでした。**マニュアル通りに「職員2名で日付と利用者名を声に出して確認」していながら、2人とも間違いに気づかなかったのです。法人のリスクマネジメント委員会で再発防止策を議論しましたが、「確認ツールをここまで揃えているのに間違えるのではお手上げ。職員の個人的な責任だ。こんなボーっとしては困る」と、否定的な意見ばかりです。

事故原因分析

防止対策検討





# 事故事例から原因と対策を考えよう

## 8. 誤薬：誤薬発生後に看護師が経過観察、その後死亡で刑事責任

あるデイサービスの昼食時の服薬介助で、介護職員がAさんの薬をBさんに飲ませるという誤薬事故が起きました。誤薬した薬に血糖降下剤がありましたが、**看護師はBさんの身体には重大な影響はないと判断して経過観察としました**。ところが、2時間後にBさんが意識を喪失し看護師は病院に救急搬送しました。駆けつけて来た家族に対して医師は、「誤薬した血糖降下剤による重篤な低血糖が原因です。ご本人の服薬のワルファリンとの相互作用で血糖降下作用が強くなるのです」と説明しました。その後Bさんは意識が戻らず2週間後に病院で亡くなり、遺族は看護師を業務上過失致死罪で刑事告訴しました。

事故原因分析

防止対策検討



# 事故事例から原因と対策を考えよう

## 9.排泄：排泄介助中にセンサーコールに対応したら便座から転落

介護職S君はショートステイの副主任です。ある日夜勤に入るとBさんがトイレに行きたいというので、車椅子でトイレにお連れしました。Bさんを便座に移乗させると、突然認知症が重いMさんのセンサーコールが鳴り始めました。S君は「Bさんは座位が安定していて少しなら離れても大丈夫だろう」と考えて、センサーコールの鳴ったMさんの居室行きました。するとMさんがベッドから立ち上がり壁に向かって大声で何か言っています。S君は「Mさん、もう寝ましょう」と腕に触れると、更に大声を上げます。S君は一人では対応できないと判断し、PHSで他の夜勤者を呼び自分はトイレ介助中のBさんの所へ戻りました。しかし、Bさんはトイレで転倒していて、翌日大腿骨骨折と診断されました。家族は「トイレ介助中の利用者を放ったらかして持ち場を離れるとは言語道断、S君の処罰を求める」と強硬に施設長に迫りました。

事故原因分析

防止対策検討



# 事故事例から原因と対策を考えよう

## 10.排泄介助：トイレ自立の利用者が便座から転落して死亡

特養に措置時代から入所していたAさん（男性92歳）は、左半身麻痺がある要介護度3で認知症のない利用者です。以前は、車椅子から便座への移乗動作も安定していましたが、最近時々移乗に失敗することがあるので、職員が気付けば付き添って移乗を援助していました。



ある日、職員がトイレに行こうとするAさんに声を掛けましたが、手伝いは必要ないと言われ付き添いませんでした。ところが、Aさんは2時間後にトイレの便座から転落しているところを発見され、救急搬送されましたが病院で亡くなりました。死因は便座から転落して、前頭部を強打したことによる外傷性脳出血でした。施設側の不可抗力の事故と言う説明にいったん納得した家族でしたが、**実際にトイレを見て「こんなひどいトイレだと思わなかった」と施設に抗議しました。**

事故原因分析

防止対策検討



## 事件事例から原因と対策を考えよう

### 10.入浴介助：利用者が嫌がるのでリフト浴の安全ベルトをせずに溺水死亡

Mさんは比較的自立度の高い、半身麻痺のショートステイの利用者です。ある時、Mさんはリフト浴のチェアでバランスを崩して、顔がお湯に浸かり溺れそうになりひどくむせました。**リフト浴の安全ベルトの材質が硬くて冷たいため、利用者がみな装着を嫌がるのでMさんも他の利用者もほとんどベルトを着用していなかったのです。**職員はリフトを止めてすぐに助け、看護師が受診を勧めましたが本人が「大丈夫、大丈夫」と言うので居室で安静にしました。ところが、数時間経ってもむせが止まらず意識混濁を起こし救急搬送され、肺水腫で亡くなりました。救急から連絡を受けた警察が事情聴取をしましたが、事件性なしと判断されました。ところが、葬儀後に家族が**「事故を隠ぺいしようとして救命処置が遅れた」として、刑事告訴しました。**事故直後に家族連絡も無く受診もしなかったことを隠蔽と受け取られたのです。

事故原因分析

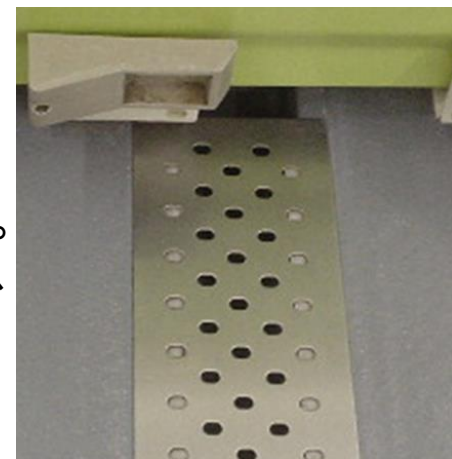
防止対策検討



# 事故事例から原因と対策を考えよう

## 11.入浴介助：ストレッチャー移乗時に職員が足を滑らせ転倒し利用者死亡

ある特別養護老人ホームで入浴介助中に重大事故が起きました。機械浴の利用者の入浴介助の時に、利用者をシャワーキャリーに移乗しようとして、職員が足を滑らせ転倒し転落した利用者が死亡したのです。事故原因は職員の足元の排水溝の蓋（グレーチング）で、ツルツルしたステンレス製のものでした。この施設は築20年と古い施設で、翌年には大改修工事を控え、様々な箇所に老朽化による不具合が目立っていたのです。**この事故が発生した時、他の職員は「あそこは以前から危ないと思っていた」と口を揃えて言いました。**



事故原因分析

防止対策検討



# 事故事例から原因と対策を考えよう

## 12.入浴介助：入浴介助中に職員が浴室離れ利用者が溺れて死亡

Hさん（71歳女性）は、脳梗塞による左半身麻痺があるデイサービスの利用者です。軽度の認知症がありますが、杖を使ってゆっくり自力歩行が可能です。ある日、スタッフがHさんの入浴介助をしている時に、**脱衣所に置いてきたスタッフの携帯電話が鳴りました。スタッフは、浴槽の中のHさんに「ちょっと待ってて下さい」と言って、脱衣所に行き携帯電話に出ました。**30秒ほどで浴室に戻るとHさんの頭が浴槽に浸かっています。スタッフは大声で看護師を呼び、救急搬送されましたがBさんは意識が戻らず、10日後に亡くなりました。デイサービスでは、事故後に何度も所長が居宅を訪問し、真摯に謝罪しました。ところが、スタッフが友達からの携帯電話に出るために浴室を離れたことが家族に分かり、これを知った家族は「許せない」と言ってスタッフを業務上過失致死で刑事告訴しました。

事故原因分析

防止対策検討



## 事故事例から原因と対策を考えよう

### 13.行方不明：セキュリティ万全の老健のショートから抜け出して凍死

Mさん（68歳男性）は身体に障害はありませんが認知症の重い利用で、老健のショートステイを利用しています。老健はセキュリティが万全であることが自慢でした。2月の初旬ショート利用の初日、夜1時に夜勤職員が巡回すると、居室にMさんの姿が見えません。夜勤職員は他の職員と協力して**朝まで施設内を探しましたが発見できず**、その後10時から職員総動員で周辺を探索しました。探索開始から1時間後に施設から200m離れた林で遺体で発見され、**死因は凍死**でした。

施設長は「見守りもセキュリティも万全でこんな事故は初めてです。どのように抜け出したのか原因は調査中です」と説明しましたが、数日後に警察の捜査で職員用通路から抜け出したことが分かりました。**職員用通路には4ケタの数字を入力するセキュリティがありました**が、**スリッパを挟んで閉まらないようにして**ありました。

事故原因分析

防止対策検討



## 事故事例から原因と対策を考えよう

### 14.異食事故：ショートで洗剤を異食、異食癖を申告しない家族の責任か？

老健のショートステイを利用した認知症のある利用者Kさんが異食事故を起こしました。脱衣所の棚に置いてあった、詰め替え用の浴槽洗剤を1本飲んでしまったのです。救急搬送されたKさんは命に別状はなかったものの、検査のために入院することになりました。相談員は駆けつけてきた息子さんに「お母様に異食癖があるとは聞いていませんでした。事前に話してもらわないと防げません」と言いました。すると息子さんは感情的になって、「認知症があるかと聞かれたから、“ある”と答えた。聞かれないことまで話さなくてはならないのか？」と憤慨しました。息子さんは「施設は自分たちの落ち度を棚に上げて家族のせいになっている」と市に苦情を申し立てました。

事故原因分析

防止対策検討





## 事故事例から原因と対策を考えよう

### 15.暴力事故：統合失調症の既往歴がある利用者が利用者を死亡させた

Hさん（75歳男性）は65歳で認知症を発症し、在宅で奥様が介護をしていましたが、暴力が激しくなり特養に入所しました。入所時から不穏な状態が続き暴言・暴力が激しく問題が絶えませんでした。Hさんはこちらの言うことが理解できない訳ではなく、職員が説得すると素直に反省する態度を見せます。ところが、職員の見ていないところで、他の利用者に暴力を振るい、同室のベッドから引き摺り下ろすこともあり、「虫がたくさん居て眠れない」と言い出し、幻覚症状が出始めました。ある日食堂で他の利用者の車椅子がぶつかったことに腹を立てて、相手の利用者を車椅子から転落させ、頭部を強打したために硬膜下出血で亡くなってしまいました。家族は「施設の安全管理が不十分であった」として、訴訟を検討しています。後日Hさんは若い頃アルコール中毒の治療歴と統合失調症の既往歴があることが分かりました。

事故原因分析

防止対策検討

