

高齢者福祉施設等における事故及び感染症報告

令和7年5月
福島県高齢福祉課

令和6年度 高齢者福祉施設等における事故の状況

令和6年度(R6年4月～R7年3月)事故等報告の件数について(R7.5.1 現在)

	死亡	左記の内訳			負傷	左記の内訳			感染症 感染者数	図案	暴行、虐待	職員の仕事 違反・不平等	行方不明	火災	天災	その他	合計
		誤嚥	転倒等	その他		誤嚥	骨折	その他									
特養	13	13	0	0	336	10	316	10	80	161	1	1	0	0	0	1	593
養護	2	2	0	0	30	1	29	0	5	13	0	0	1	0	0	0	51
老健	5	5	0	0	156	2	152	2	34	46	0	1	0	0	0	1	243
軽費	1	0	0	1	18	0	17	1	1	0	0	0	0	0	0	0	20
有料	2	1	1	0	42	0	41	1	10	14	0	0	0	0	0	2	70
サ高住	2	1	0	1	19	0	19	0	2	4	0	0	0	0	0	0	27
グループホーム	3	2	0	1	36	0	33	3	11	10	0	0	0	0	0	0	60
短期入所	1	1	0	0	34	0	32	2	0	42	0	0	0	0	0	1	78
通所介護	2	1	1	0	29	0	28	1	13	9	0	0	0	0	0	1	54
小多機能	0	0	0	0	5	0	5	0	5	6	0	0	0	0	0	0	16
介護医療院	0	0	0	0	4	0	4	0	1	6	0	0	0	0	0	0	11
通所リハビリ	0	0	0	0	3	0	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0	5
訪問介護	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
訪問看護	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
合計	31	26	2	3	713	13	680	20	163	313	1	2	1	0	0	6	1230

3 生福第 6 6 1 5 号

令和 4 年 3 月 3 0 日

各高齢者施設等の長 様

(福島市、郡山市及びいわき市所在の施設等を除く)

福島県保健福祉部長

(公 印 省 略)

高齢者施設等における事故等に係る報告様式の改正について (通知)

本県の高齢者保健福祉行政の推進につきましては、日頃から御協力いただき感謝申し上げます。

高齢者施設等における事故報告については、令和 2 年 4 月 1 日付け 2 生福第 1 0 1 号により報告いただいているところですが、この度、事故報告様式を改正しますのでお知らせします。今後は、改正後の報告様式により、下記のとおり提出していただくようお願いします。

なお、報告書様式については、高齢福祉課ホームページに掲載しております。

(URL : <https://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21025c/koureizikohoukoku.html>)

記

1 報告対象施設 (福島市、郡山市及びいわき市所在の施設等を除く)

特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、介護老人保健施設、軽費老人ホーム、老人デイサービス事業を行う事業所、老人デイサービスセンター、老人福祉センター、老人短期入所事業を行う事業所、老人短期入所施設、認知症グループホーム、生活支援ハウス、小規模多機能型居宅介護施設、複合型サービス事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、介護医療院

2 事故等の報告について

(1) 報告の対象とする事故等の内容

ア 入所者 (利用者を含む。以下同じ。) の事故による死亡

イ 入所者の誤嚥による死亡

ウ 入所者のその他の理由による死亡

エ 入所者の誤嚥による負傷

オ 入所者の骨折による負傷 (入院若しくは 1 箇月以上の通院が必要となるもの又は要介護度が変わるもの)

カ 入所者のその他の理由による負傷 (入院若しくは 1 箇月以上の通院が必要となるもの又は要介護度が変わるもの)

キ 入所者の誤薬 (医師の処方どおりでない薬の服用・投与が行われた場合)

- ク 職員の法令違反・不祥事等
- ケ 火災の発生
- コ 地震、津波、台風等の天災による被害
- サ 入所者の長時間の所在不明(概ね24時間経過しても発見できない場合等)
- シ 入所者間または職員の暴行等による入所者の死傷
- ス その他アからシまでに準ずる重要な事項(判断に迷う場合は所管の保健福祉事務所又は高齢福祉課へご相談ください。)

(2) 提出書類

別紙様式第1号「事故報告書」

(3) 留意事項

- ア 第1報は、事故発生後速やか(5日以内を目安)に、様式第1号の1から6の項目を可能な限り記載して報告すること。
- イ 最終報告は、事故の原因分析や再発防止策等を講じた上で、事故発生から1か月以内に様式第1号の7及び8の項目を追記して提出すること。
- ウ 報告書の提出に当たっては、押印不要とする。

3 感染症等の報告について

※感染症等が発生した時点で、所管の保健福祉事務所へご相談ください。

(1) 報告を対象とする内容

- ① 新型コロナウイルス以外の感染症で、次のいずれかに該当した場合
 - ア 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者が1週間に2名以上発生した場合
 - イ 同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が、ある時点において、10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合
 - ウ ア及びイに該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合
- ② 新型コロナウイルス感染症が発生した場合(1名以上発生した場合)

(2) 提出書類

- ア 別紙様式第2号による感染症等発生報告書
- イ 別紙様式第3号による感染症等終息報告書

4 提出先

所管の保健福祉事務所保健福祉課

(事務担当 高齢福祉課 主事 郡司 電話 024-521-7533)

様式第1号 事故報告書（事業者→福島県）

※第1報は、少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出すること

提出日：西暦 年 月 日
担当者：
施設連絡先：

☐ 第1報

☐ 第 報

☐ 最終報告

1事故状況	事故状況の程度	☐ 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 ☐ 入院 ☐ 死亡 ☐ その他（ ）											
	死亡に至った場合 死亡年月日	西暦		年		月		日					
2事業所の概要	法人名												
	事業所（施設）名								事業所番号				
	サービス種別												
	所在地												
3対象者	氏名・年齢・性別	氏名				年齢			性別：	☐ 男性 ☐ 女性			
	サービス提供開始日	西暦		年		月		日	保険者				
	住所	☐ 事業所所在地と同じ ☐ その他（ ）											
	身体状況	要介護度	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5 ☐ 自立										
		認知症高齢者 日常生活自立度	☐ I ☐ II a ☐ II b ☐ III a ☐ III b ☐ IV ☐ M										
4事故の概要	発生日時	西暦		年		月		日		時		分頃（24時間表記）	
	発生場所	☐ 居室（個室） ☐ 居室（多床室） ☐ トイレ ☐ 廊下											
		☐ 食堂等共用部 ☐ 浴室・脱衣室 ☐ 機能訓練室 ☐ 施設敷地内の建物外											
		☐ 敷地外 ☐ その他（ ）											
	事故の種別	☐ 転倒 ☐ 異食 ☐ 不明											
		☐ 転落 ☐ 誤薬、与薬もれ等 ☐ その他（ ）											
5事故発生時の対応	発生時状況、事故内容の詳細	☐ 誤嚥・窒息 ☐ 医療処置関連（チューブ抜去等）											
	発生時の対応												
	受診方法	☐ 施設内の医師(配置医含む)が対応 ☐ 受診(外来・往診) ☐ 救急搬送 ☐ その他（ ）											
5事故発生時の対応	受診先	医療機関名						連絡先（電話番号）					
	診断名												
	診断内容	☐ 切傷・擦過傷 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☐ 骨折(部位：)											
		☐ その他（ ）											
5事故発生時の対応	検査、処置等の概要												

6 事 故 発 生 後 の 状 況	利用者の状況										
	家族等への報告	報告した家族等の 続柄	☐ 配偶者 ☐ 子、子の配偶者 ☐ その他（ ）								
		報告年月日	西暦		年		月		日		
	連絡した関係機関 (連絡した場合のみ)	☐ 他の自治体 ☐ ☐ その他 自治体名（ ） 警察署名（ ） 名称（ ）									
	本人、家族、関係先等 への追加対応予定										
7 事故の原因分析 (本人要因、職員要因、環境要因の分析)		(できるだけ具体的に記載すること)									
8 再発防止策 (手順変更、環境変更、その他の対応、 再発防止策の評価時期および結果等)		(できるだけ具体的に記載すること)									
9 その他 特記すべき事項											

保健福祉事務所宛て FAX番号：

様式第2号

高齢者施設等における感染症等発生報告書

連絡者職・氏名		報告年月日	年	月	日 ()
法人名				電話	
施設名・施設種別				FAX	
施設住所					

概要（発生時の状況及び感染状況を時系列で記載してください。別紙でも可）

初発生日時	年	月	日	時	分頃
主な症状	☐ 嘔吐(人)	☐ 嘔気(人)	☐ 下痢(人)	☐ 腹痛(人)	
	☐ 発熱(人)	☐ 咳(人)	☐ 発疹(人)	☐ 皮膚の異常(人)	
	☐ その他()				(人)

患者発生状況	在籍者数	初発患者発生日から報告日までの毎日の患者数									
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
利用者											
職員											
調理従事者											
清掃作業員											
その他()											
有症者数合計											
有症者数 ____月____日 現在	有症者 人 （うち死亡： 人、入院： 人、通院： 人）										
	※死亡者については死亡者名、医療機関の名称、電話番号、担当医師の氏名										

受診状況	受診月日人数		受診月日人数	
	受診医療機関 ・医師名		受診医療機関 ・医師名	
	診断内容		診断内容	
	病原体検査状況		病原体検査状況	
喫食状況	☐ 給食 ⇒ ☐ 施設内調理 ☐ 施設外・関連施設		発生前(直近) の施設の行事 等	☐ 誕生会 月 日
	☐ 残食有 ☐ 検食有			☐ 運動会 月 日
				☐ 入浴 月 日
				☐ その他()
施設の 対応状況	☐ 消毒の実施状況(月 日～) ⇒ ☐ アルコール ☐ 次亜塩素酸		☐ 感染症予防対策委員会等 ⇒ 月 日	
	☐ 居室移動・隔離(月 日～)		☐ その他 ()	
	☐ 外部接触制限(月 日～)			

※本様式で報告する場合の要件

①新型コロナウイルス以外の感染症の場合

ア 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者が1週間に2名以上発生した場合

イ 同一の感染症などによる患者等が、ある時点において、10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合

ウ ア及びビに該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合

②新型コロナウイルス感染症(1名以上発生した場合)

※1 添付書類：施設の平面図、写真等（発生及び感染状況がわかるもの）、感染者名簿

【記載例】

〇〇保健福祉事務所宛て FAX番号：

様式第2号

高齢者施設等における感染症等発生報告書

連絡者職・氏名	施設長 ○ ○ ○ ○ ○	報告年月日	年 月 日 ()	
法人名	社会福祉法人 ○ ○ ○ 福祉会		電話	○○-○○-○○○○
施設名・施設種別	特別養護老人ホーム ○ ○ ○ ○ 荘		FAX	○○-○○-○○○○
施設住所	○○○郡○○○町○○○○○○○			

概要（発生時の状況及び感染状況を時系列で記載してください。別紙でも可）

○月○日に通所利用者○名が、食堂にて、嘔吐・下痢、それ以降、入所者、職員の嘔吐・下痢症状が見られる。

[illegible]

患者発生状況	在籍者数	初発患者発生日から報告日までの毎日の患者数									
		〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇
利用者	〇〇		2	3	4	8	8	5	3	1	1
職員	〇〇	3	3	3	3	3	3	2	1		
調理従事者	〇〇			2	2	2	2	2	2	1	
清掃作業員	〇〇										
その他()	〇										
有症者数合計	15	3	5	8	9	13	13	9	6	2	1
有症者数 〇月〇日 現在	有症者 15 人（うち死亡： 人、入院： 1 人、通院： 5 人）										
	※死亡者については死亡者名、医療機関の名称、電話番号、担当医師の氏名										

受診状況	受診月日人数	○月○日 利用者○名 職員○	受診月日人数	
	受診医療機関 ・医師名	○○○	受診医療機関 ・医師名	
	診断内容	ノロウイルス	診断内容	
	病原体検査状況		病原体検査状況	
喫食状況	☒ 給食 ⇒ ☒ 施設内調理 ☐ 施設外・関連施設		発生前(直近) の施設の行事 等	☐ 誕生会 月 日
	☒ 残食有			☐ 運動会 月 日
	☒ 検食有			☐ 入浴 月 日
				☐ その他()
施設の 対応状況	☒ 消毒の実施状況(月 日～) ⇒ ☒ アルコール ☐ 次亜塩素酸		☐ 感染症予防対策委員会等 ⇒ 月 日	
	☒ 居室移動・隔離(月 日～)		☐ その他	
	☒ 外部接触制限(月 日～)		()	

※本様式で報告する場合の要件

①新型コロナウイルス以外の感染症の場合

ア 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者が1週間に2名以上発生した場合

イ 同一の感染症などによる患者等が、ある時点において、10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合

ウ ア及びイに該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合

②新型コロナウイルス感染症(1名以上発生した場合)

※1 添付書類：施設の平面図、写真等(発生及び感染状況がわかるもの)、感染者名簿

高齢者施設等における感染症等終息報告書

連絡者職・氏名		報告年月日		年 月 日（ ）	
法人名				電話	
施設名・施設種別				FAX	
施設住所					
疾患名					
患者発生状況	入所者数等	定員 名（現員 名）		うち患者 名、死亡 名	
	職員数等	職員 名		うち患者 名、死亡 名	
発生年月日		年 月 日（ ）			
終息年月日		年 月 日（ ）			
発生（感染）原因		☐汚物処理 ☐職員による媒介 ☐共同空間での利用者による媒介 ☐消毒の不備 ☐有症者との接触 ☐不明 ☐その他（具体的な発生又は感染原因） 			
所管保健福祉事務所からの指示・指導事項及び日時		(記載しきれない場合は、別紙でも可。)			
患者の状態及び施設の対応状況		(患者の状態及び施設における対応の経過について、時系列で記載願います。別紙でも可。)			
改善策					
その他参考となる事項					
添付書類		※感染者名簿、職員会議録及び感染症対策マニュアル（見直しを行った場合）			

※ 上記終息年月日をもって終息と判断した根拠資料として、終息日(及びその前後)の感染者名簿を添付すること。

【記載例】

別紙様式第3号

高齢者施設等における感染症等終息報告書

連絡者職・氏名	施設長 ○ ○ ○ ○ ○	報告年月日	年 月 日 ()	
法人名	社会福祉法人 ○ ○ ○ 福祉会		電話	〇〇－〇〇－〇〇〇〇
施設名・施設種別	特別養護老人ホーム ○ ○ ○ ○ 荘		FAX	〇〇－〇〇－〇〇〇〇
施設住所	〇〇〇郡〇〇〇町〇〇〇〇〇〇			

疾患名	ノロウイルス			
患者発生状況	入所者数等	定員 30 名(現員 30 名) うち患者 10 名、死亡 0 名		
	職員数等	職員 10 名 うち患者 5 名、死亡 0 名		
発生年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (○)			
終息年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (○)			
発生(感染)原因	☐汚物処理 ☐職員による媒介 ☐共同空間での利用者による媒介 ☒消毒の不備 ☐有症者との接触 ☐不明 ☒その他(具体的な発生又は感染原因) 食堂で嘔吐された利用者に対し、感染症を疑う意識が低く、衣類や食堂の次亜塩素酸ナトリウムによる消毒を適切に行うことができなかった。			
所管保健福祉事務所からの指示・指導事項及び日時	(記載しきれない場合は、別紙でも可。)			
患者の状態及び施設の対応状況	・○月○日、〇〇保健福祉事務所による実地指導。 通常のアルコールによる消毒では、ノロウイルスに対するものとしては不十分である。消毒は、塩素系漂白剤の次亜塩素酸ナトリウムにより行うこと、清潔の保持、消毒の徹底を行うよう指導があった。			
	(患者の状態及び施設における対応の経過について、時系列で記載願います。別紙でも可。)			
改善策	・○月○日に、通所利用者が嘔吐・下痢症状がみられる。それ以降、複数の入所者及び職員の嘔吐・下痢症状がみられた。			
	・感染症を疑う利用者については、隔離対応を行った。			
その他参考となる事項	・○月○日、感染症対策委員会を実施、感染症対策を再度施設内職員で確認、消毒の徹底を図るとともに、通所受入れ制限及び面会制限を行い、拡大防止に努める。			
	・○月○日、〇〇ウイルスが原因により、○名が急性〇〇炎に罹患し死亡。			
※添付書類	・○月○日時点において、患者〇〇名、回復者〇〇名。			
	・○月○日より、通常の体制に戻る。			
	・感染症マニュアルの見直しを行い、周知徹底を図った。			
	・全職員に感染症対策の研修を行い、改訂版感染症マニュアルを配布した。			
	・職員及び同居家族の健康状態を確認した。			
	・日常的に施設内の消毒を次亜塩素酸ナトリウムにより行うことを徹底する。			
	・通所受入れ時の本人及び同居家族の感染症罹患確認を徹底する。			

※ 上記終息年月日をもって終息と判断した根拠資料として、終息日(及びその前後)の感染者名簿を添付すること。

5生福第789号

令和5年5月1日

各高齢者施設等の長 様

(福島市、郡山市及びいわき市所在の施設等を除く)

福島県保健福祉部長

(公 印 省 略)

高齢者施設等における新型コロナウイルス感染症発生に係る
報告方法の改正について(通知)

本県の高齢者保健福祉行政の推進につきましては、日頃から御協力いただき感謝申し上げます。

高齢者施設等における事故及び感染症の発生報告については、令和4年3月30日付け3生福第6615号により報告いただいているところですが、新型コロナウイルス感染症につきましては、令和5年5月8日から5類感染症法に位置づけられることから、高齢者施設等における当該感染症に係る発生報告につきましても取扱いを下記のとおり改正しますのでお知らせします。

記

1 報告対象施設(福島市、郡山市及びいわき市所在の施設等を除く)

特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、介護老人保健施設、軽費老人ホーム、老人デイサービス事業を行う事業所、老人デイサービスセンター、老人福祉センター、老人短期入所事業を行う事業所、老人短期入所施設、認知症グループホーム、生活支援ハウス、小規模多機能型居宅介護施設、複合型サービス事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、介護医療院

2 新型コロナウイルス感染症に係る報告方法

- (1) 次の基準を満たした(又は満たすおそれがある)場合、所管する各保健福祉事務所宛てに電話等で第一報を報告する。

ア 新型コロナウイルス感染症又はそれによると疑われる死亡者又は重篤患者が1週間以内に2名以上発生した場合

イ 新型コロナウイルス感染症患者又はそれが疑われる者が、ある時点において10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合

ウ ア及びイに該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合

- (2) 感染が終息した場合、所管する各保健福祉事務所宛てに「感染症発生報告書(様式第4号)」及び「感染者名簿」を作成し、提出する。

3 施行日

令和5年5月8日

4 提出先

所管の保健福祉事務所保健福祉課

5 留意事項

- (1) 上記2(1)の報告条件に満たない場合であっても、施設内における感染対策に不安等がある場合には、必要に応じて管轄する保健福祉事務所に御連絡ください。
- (2) 感染者が確認された施設においては、嘱託医や協力医療機関等と相談のうえ、感染対策の実施及び療養者の支援等をお願いいたします。
- (3) 保健福祉事務所による感染対策指導等が行われる場合、保健福祉事務所の指示に従い報告等を行ってください。
- (4) 新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、県内の施設・医療機関等に対して感染症拡大防止対策専門家（県立医科大学の医師・看護師、各地域の感染管理認定看護師）の派遣を行っています。派遣を受ける施設・医療機関等における自己負担はありません。専門家の派遣を希望する場合は、下記にお問い合わせください。
（問い合わせ先）
福島県新型コロナウイルス対策本部医療対策班医療機関支援チーム
電話 024-521-8635
- (5) 新型コロナウイルス感染症の発生報告以外の事故・感染症発生報告につきましては、従来の取扱いから変更ありません。引き続き、令和4年3月30日付け3生福第6615号通知に基づき報告願います。

（事務担当 高齢福祉課 電話 024-521-7164, 7533）

高齢者施設等における新型コロナウイルス感染症発生報告書

報告日 令和 年 月 日

(宛先) 保健福祉事務所

法人名
施設名
担当者職氏名
担当者連絡
先

この報告書は、職員・利用者に新型コロナウイルス感染症患者が確認され、次の基準を満たした場合に、感染終息後、所管する各保健福祉事務所に提出してください。

【報告基準】

① 新型コロナウイルス感染症又はそれによると思われる死亡者又は重篤患者が1週間に2名以上発生した場合

② 新型コロナウイルス感染症患者又はそれが疑われる者が、ある時点において10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合

③ ①及び②に該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合

施設	所在地							
	施設区分							
	TEL			FAX				
	MAIL							
発生 状況	利用者・職員数		陽性者数		うち施設内療養者数		死亡者数	
	利用者	(入所)	名	名	名	名		
		(通所)	名	名	名	名		
		(訪問)	名	名	名	名		
	職員		名	名	名	名		
	合計		0名	0名	0名	0名		
	発生経過	初発生日： 年 月 日		終息日： 年 月 日				
		発生原因	☐ 職員家族からの感染		☐ 利用者家族からの感染			
			☐ 外部業者からの感染		☐ その他・不明			
	※記載欄が不足する場合は別紙可(任意様式)		経緯					
施設対応状況	対応マニュアル	有 ・ 無						
医療機関との連携状況								
その他特記事項								

感染者名簿（職員）

[illegible]

感染者名簿（入所系施設：利用者）

事業所名：

[illegible]

感染者名簿（通所・訪問系施設：利用者）

事業所名：

[illegible]

平成 24 年度 厚生労働省
老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

特別養護老人ホームにおける 介護事故予防ガイドライン

平成 25(2013)年 3 月

株式会社 三菱総合研究所

目 次

はじめに.....	1
1 介護事故予防体制構築のための理念・考え方	3
1) 特別養護老人ホームにおける介護事故予防の取組の基本的な考え方	3
(1) 介護事故予防とケアの質向上.....	3
(2) 介護事故の特性と対応.....	4
(3) 「自ら学び改善する組織」を目指して	6
(4) 利用者の重度化に対応した介護事故予防.....	8
2) 介護事故予防の必要性	9
(1) 特別養護老人ホームの事故防止体制等の基準について	9
(2) 施設に求められる義務と責任.....	10
2 事故予防のための体制整備のあり方	11
1) 組織の基盤づくり	11
(1) 施設管理者主導のリスクマネジメント体制づくり	11
(2) 職員の自律性の向上.....	11
2) 指針・業務手順書の整備.....	13
(1) 指針・業務手順書の意義	13
(2) 指針・業務手順書の作成と運用上の工夫.....	13
3) 介護事故発生予防のための委員会の設置.....	15
(1) 委員会の意義	15
(2) 委員会運用上の工夫.....	15
4) 事故の報告と活用	17
(1) 事故の報告と活用の意義	17
(2) 報告制度運用上の工夫.....	17
(3) 報告と活用の仕組みの発達段階	21
5) 研修の実施	22
(1) 安全のための研修の意義	22
(2) 研修運用上の工夫	22
(3) 研修に関する発達段階.....	23
6) 関係者との連携	24
(1) 家族との連携	24
(2) 行政との連携	25
(3) 理事会との連携.....	26
7) 事故発生時の対応	27

（１）基本の対応手順.....	27
（２）利用者・家族への対応.....	28
（３）行政への連絡.....	28
（４）職員への対応.....	29
（５）医療機関との関係.....	29
８）その他の留意事項.....	30
（１）特別養護老人ホームに併設されているショートステイ利用者のリスク管理.....	30
（２）保険への加入.....	30

３ 事故予防のための対策・介護技術.....	31
１）転倒.....	31
２）転落.....	34
３）誤嚥.....	36
４）誤薬.....	38
５）内出血・皮膚はく離.....	40

付録１：「指定介護老人福祉施設の人員、施設及び運営に関する基準について」（平成 12 年老企第 43 号）（抜粋）

付録２：社会福祉法に記載された福祉サービスのありかたに関する記述

【はじめに】

特別養護老人ホームにおける利用者の生命・身体等に関する安全の問題が注目されています。これは、介護事故が増えているというより、施設が提供する介護サービスの内容や質について国民の関心が高まってきたことを反映していると思われます。

平成18年度には施設におけるサービスの質の向上を図る一環として、特別養護老人ホームの施設基準（「特別養護老人ホームの人員、設備および運営に関する基準」（平成11年3月31日厚生省令第46号））において、施設における体制整備により介護事故予防を図ることが義務づけられました。その根底には、介護事故予防体制を整備して事故を防止するだけでなく、介護事故予防を通じて特別養護老人ホームのサービスの「質の向上」を指向する体制をつくるべきという考え方があります。特別養護老人ホームにおいて介護事故が発生しないよう予防策を講じるべきであることは当然ですが、不幸にも事故が起きてしまった場合にはその原因を明らかにし、介護サービスの改善やサービスの質向上につなげることで、そして同時にその取組を利用者、家族にも理解いただくことが大切です。

特別養護老人ホームでは、介護サービス提供に関わる事故の防止を目的として、施設としての体制整備（委員会設置、事故報告制度の運用、研修の実施等）をはじめ、さまざまな対策が進められてきています。しかしながら、近年、利用者の重度化や認知症を有する利用者の増加などにより事故の傾向が変化しつつあり、変化への対応が課題として認識されています。また、事故防止の取組については施設間の差があることや、施設によってはこうした事故防止のための取組の実効性が確保されにくい等の課題が指摘されています。

こうした背景から、このたび、平成18年度に作成された「介護事故予防ガイドライン」の見直しを行いました¹。サービスの質の向上を目指した介護事故予防体制の構築という基本的な考え方はそのままに、利用者の重度化をはじめとする施設のケア環境の変化を鑑み、利用者を事故から守り QOL を向上させるケアの提供を促進することを目的としています。

このガイドラインを活用する施設、職員の方々がこれを参考にして介護事故予防の方策、取組をさらに進めていただき、利用者の生活の質の向上と介護技術の向上につなげていかれることを期待しています。本ガイドラインが、利用者が安心して特別養護老人ホームでの生活を継続し、職員がその専門性を発揮しながら、利用者の日々の生活の支援ができるようなサービスの質向上を指向した体制作りに役立てていただきたいと思います。

¹ 「介護事故予防ガイドライン（平成18年度）」をベースとして、「介護施設における介護サービスに関連する事故防止体制の整備に関する調査研究事業（平成23年度）」において作成された事例集からも一部、引用、転載しています。

【本ガイドラインが想定する読者】

本ガイドラインは、特別養護老人ホームにおける管理者ならびにリスクマネジメント担当者、さらには現場の職員の方々など、事故防止に携わるすべての方々に活用していただくことを想定しています。

【本ガイドラインの構成】

本ガイドラインは3部構成で、第1章に介護事故予防の基本的な考え方、第2章に介護事故予防のための施設内の仕組みの意義や運用上の留意点、第3章に介護事故予防の観点から推奨されるケアの具体的技術について解説しています。

章	内容
第1章	介護事故予防体制構築のための理念・考え方
第2章	事故予防のための体制整備のあり方
第3章	事故予防のための手順・介護技術

【本ガイドラインで使用する用語の定義】

介護事故²：施設内および職員が同行した外出時において、利用者の生命・身体等に実害があった、または実害がある可能性があつて観察を要した事例（施設側の責任の有無、過誤か否かは問わない）

※ 自傷、行方不明、チューブ抜去など利用者自身が起こした怪我や事故（自損事故）、利用者同士のトラブル、経済的・精神的被害の事故等を含みます。

※ 職員の被害（労災）は含みません。

ヒヤリ・ハット³：介護事故に至る危険性があつたが、利用者に実害はなかった事例。

事故の再発防止：発生した事故の要因を分析して対策を講じることにより、同様の事故が再発することを防ぐことを指します。

事故の予防：発生する可能性のある事故を未然に防ぐことを指します。あらゆる事故を予測することは困難ですが、本ガイドラインでは、利用者の安全、安心な生活を守るために施設として目指すべき「ケアの質の向上」と「事故の予防」を一体的な取組と位置づけています。

² ここでの「介護事故」の定義には、被害者本人に起因する自損事故や、防ぐことが困難な事故も含まれています。全ての「介護事故」について施設側に過誤・過失があるわけではありませんが、起きてしまったあるいは起こりえる介護事故情報に基づいてケアの質を向上させるという立場に立てば、施設としては、利用者が被る可能性のあるリスクについて事前に十分把握しておく必要があります。この観点から、本ガイドラインでは、施設側の過失の有無にかかわらず「利用者に被害があったかどうか」という視点で「介護事故」かどうかを判断する、利用者側に立った定義を用いることとしました。なお、本ガイドラインでは、施設内の報告制度においてもこのような定義を用いることを前提としています。

³ 施設における事故やヒヤリ・ハットは、必ずしも介護行為に伴って発生するものではなく、転倒、転落のように職員の目の届かない場所で発生することが多くあります。

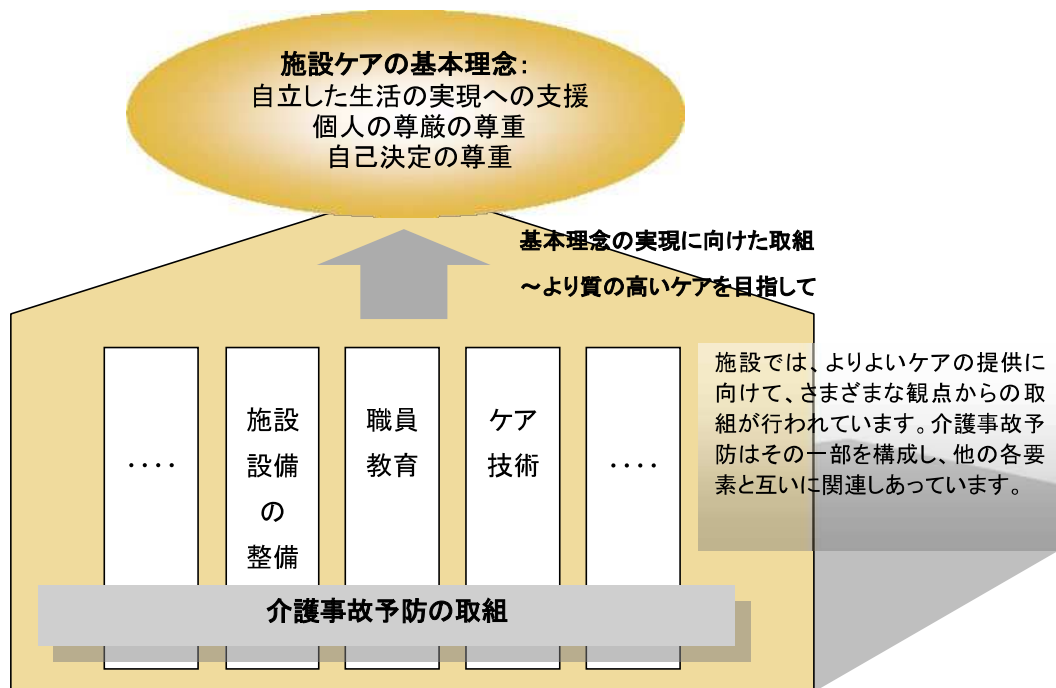
1 介護事故予防体制構築のための理念・考え方

1) 特別養護老人ホームにおける介護事故予防の取組の基本的な考え方

(1) 介護事故予防とケアの質向上

介護の基本理念は「自立支援」、「尊厳の尊重」、「自己決定の尊重」と言われます。施設ケアにおいても、利用者一人ひとりに対してこの基本理念を実現し、よりよいケアを提供するため、さまざまな取組が日々行われることが必要です。こうした目的で行われる「施設設備の整備」、「職員教育」、「ケア技術の向上」といった取組は、介護事故の予防のための取組とも共通しています。施設における介護事故予防の取組は、ケアの質の改善を実現するための仕組みとして位置づけることができます。

図表 1 介護事故予防とケアの質の向上



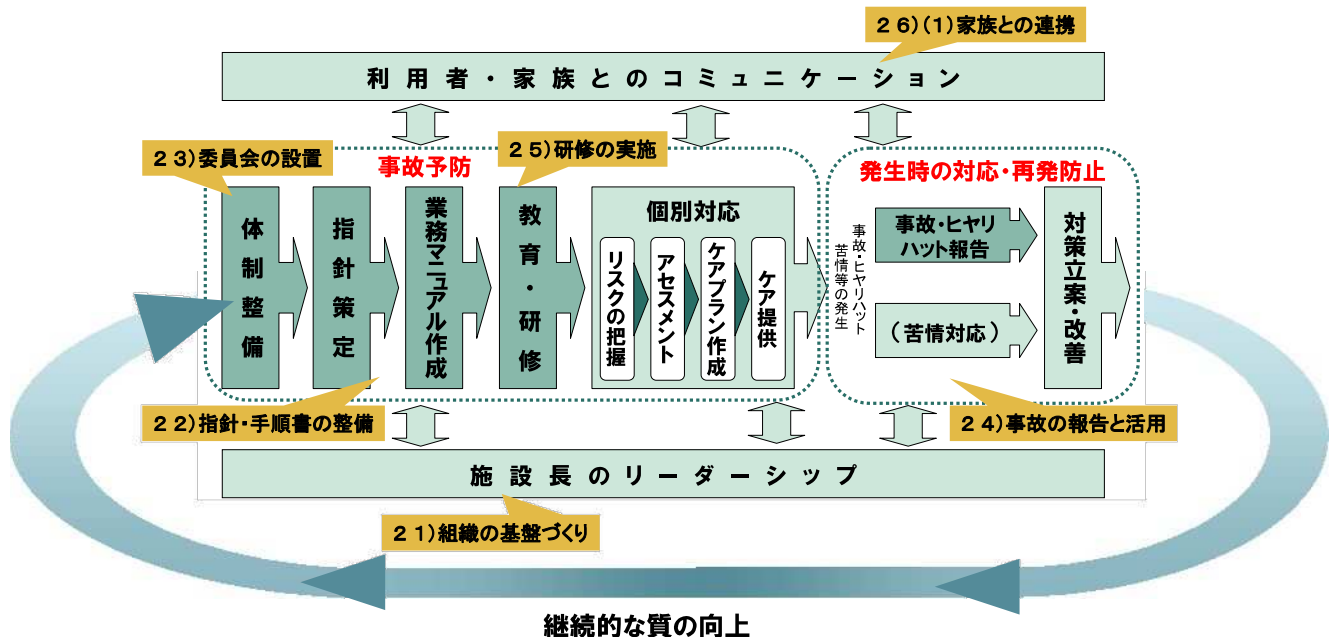
特別養護老人ホーム等施設における介護事故予防の取組は、施設全体のマネジメントの一要素として推進することが肝要です。介護事故予防に直接関連する体制整備ばかりではなく、体系的な職員教育、人事査定・評価、労務管理、設備投資などといったことも密接に関連するため、組織全体を意識したバランスの取れた視点が欠かせません。介護事故予防は、施設におけるリスクマネジメントの取組を通じて、利用者・家族への質の高いサービスを提供することを目指して実施します。

介護事故予防の取組を通じたケアの質向上のためには、日常的な「事故予防対策」とともに、「事故発生時の適切な対応」および「防止策の検討」が必要不可欠です。

日々の事故予防においては、職員の意識を高めるための体制整備やサービスの標準化、さらには個々の利用者に対するアセスメントおよびそれに基づく適切なケアの提供が求められます。また、事故発生時の対応として報告制度や苦情・相談体制を整備しておくこと、事故の要因分析手法や再発防止策の検討・周知方法を確立しておくことも重要です。

このガイドラインでは、介護事故予防のための体制整備、指針・マニュアルの策定、教育・研修、報告制度に関する具体的取組、および発生時の対応や各種の事故を防止するための方策を示します。

図表 2 介護事故予防の取組を通したケアの質向上のプロセス



※図中の吹出しは、対応する章・節番号を示しています。

（2）介護事故の特性と対応

特別養護老人ホームは、介護を必要とする高齢者が自分らしく毎日を過ごす「生活の場」です。高齢者の自立した生活を支えるという観点からは、事故防止を目的として日常の行動を過度に抑制したり制限したりすることは望ましくありません。同様に、身体拘束⁴も、個人の尊厳を尊重するという基本理念の観点から原則として禁止されています。

例えば、高齢者の多くは身体的機能および認知的機能の低下が進み、危機回避のための（反射）行動も低下するため、住み慣れた自宅における日常生活の中であっても、転倒等のリスクが高くなります。高齢者の生活の場である特別養護老人ホームにおける生活の場面で、事故が起こりうることを認識する必要があります。

⁴ 利用者の危険な行為や事故を防ぐことを目的として利用者の動作や行動を制限する行為であり、ベッドや椅子、車いすに身体を固定する、ベッドを柵で囲む、車いすや椅子から自力で立ち上がれないようにする、手指の機能を制限するミトン型の手袋をつける、介護服（つなぎ服）を着せる、自分で開けることのできない居室に隔離することなどが身体拘束禁止の対象となっています。例外的な緊急対応措置として行う場合には、「切迫性（本人または他の利用者の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い）」「非代替性（他に代替する介護方法がない）」「一時性」の3要件を満たす必要があり、1つでも満たさない場合には指定基準違反となります。

一方、職員によるケアの提供に伴う介護事故（過誤）は、ケアの専門家として発生させてはならない事故です。これらに対しては、施設・設備面の改善、手順の見直し、ケア技術の向上といった方策により、根絶を目指した努力が必要です。

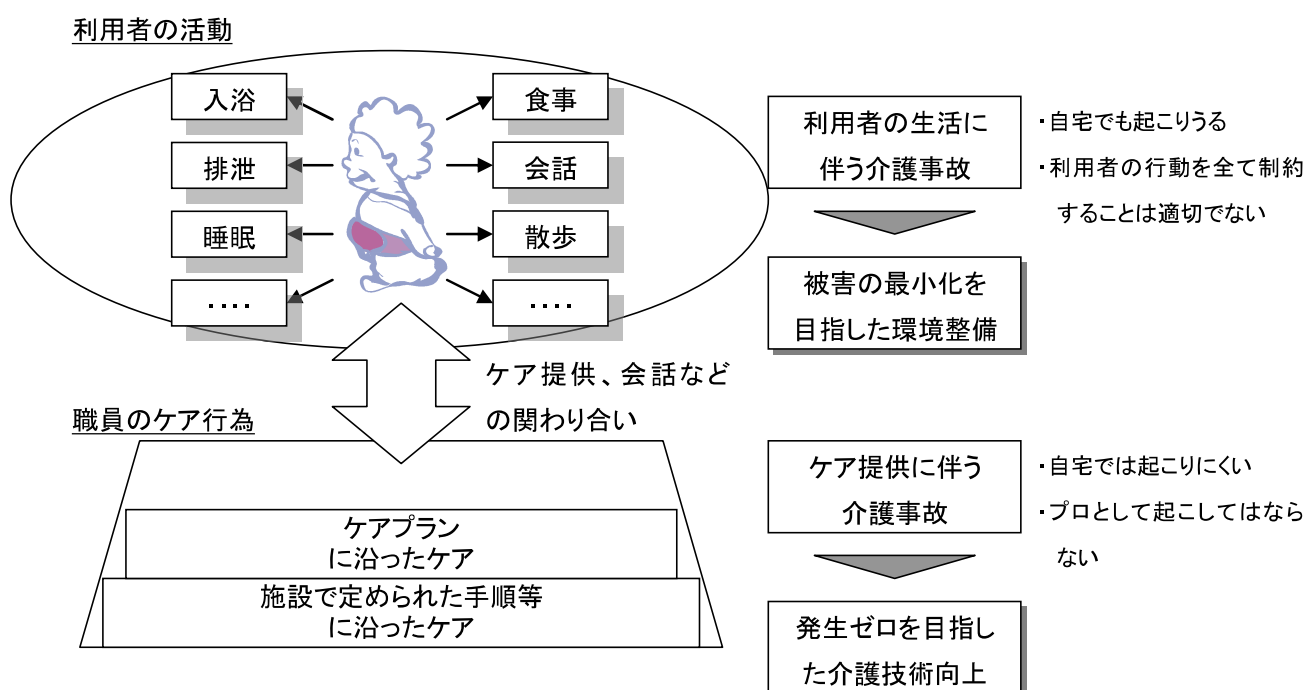
介護事故の発生をゼロにすることは困難であるとはいえ、職員は介護の専門職として、あらかじめ起こりうる事故を予想し、予想されるリスクに対して「備える」ことが可能です。この場合の「備え」とは、事故を起こさないようにする「事故発生防止」のための手立てに加え、万一事故が発生したとしても利用者の日常生活に支障をきたすような大きな怪我にならないようにする「被害の最小化」のための対策も含まれます。

施設は、高齢者への個別ケアや生活支援を行う際に、あらかじめその人が持つリスクを予見し必要な対策を講じ、それについて利用者・家族に対して十分な説明を行うことが必要です。利用者・家族はそのリスクと対策について理解・納得した上で、予想される範囲のリスクを受け入れて入所を決めるかどうかを選択します。

例えば、経管栄養を行っている利用者に対し、施設として経口摂取を再度試みるという方針を決定したら、そのことを本人・家族に説明しましょう。その際には、経口摂取を行うと誤嚥が発生する可能性があること、さらには肺炎などにつながるリスクもあることを事前に十分に説明します。このことは施設側の責任逃れを意味するものではありません。誤嚥が起これば迅速に吸引を行うことや、そのための教育訓練を定期的に職員が受けていることなども合わせて説明します。

なお、認知症などで適切な理解・判断が困難な利用者に対しては、説明しても分からないから何も説明しないというのではなく、ケアの専門家として、その方の権利や尊厳が尊重されるよう十分に配慮することが必要です。

図表 3 介護事故の特性



（３）「自ら学び改善する組織」を目指して

これからの特別養護老人ホームが介護事故の予防の観点で目指すべき、理想的でかつ実現性のある姿とはどのようなもののでしょうか。

本ガイドラインでは、よりよいサービスを継続的に提供するために、特別養護老人ホームが目指すべき理想像を「自ら学び改善する組織」としました。現在の状態で満足するのではなく、日々の業務においても個々の職員が改善のための気づきを得て学習・成長につなげていくという「自律性」や「継続性」を重視した考え方に基づいています。

自ら学び改善する組織を志向する施設の運営管理においては、計画（Plan）、実行（Do）、点検（Check）、見直し（Act）というPDCAの考え方に則ったサイクル⁵により、継続的に改善していく仕組みが有効です。このようなプロセスを施設内に構築し、このプロセスを繰り返すことが、施設における介護事故防止策、そしてケアの質の向上につながります。

特別養護老人ホームにおけるケアの改善プロセスは、施設全体のPDCAサイクルと利用者個人についてのPDCAサイクルが車の両輪のように並行して進み、それを通じて施設ケアの基本理念が実現されることになります。

＜施設レベルのPDCAサイクルの構築＞

エラーを防止するのは組織の責任です。事故の原因が施設面や職員の側にある場合は、同様の事故が再発する可能性があるため、組織として施設改修やケア手順の見直しなどの対策を講じる必要があります。この場合、前述のPDCAサイクルが有効です。

施設内のリスク情報を収集する仕組みとして、介護事故報告、ヒヤリ・ハット報告、職員からの業務提案、利用者・家族からの意見・クレームの受け付けといったものが代表的です。情報を集約することで、個別事例だけ見ていただければ分からない施設の特性やリスクが見えてきます。

組織的な介護事故予防の取組を推進するためには、施設が抱えるリスクに関する情報を一元的に集約して分析する必要があります。そのため、施設管理者には情報収集のための効果的な方法を整備することが求められます。職員は、自分が発見した事象を積極的に報告するよう心がけましょう。また、施設内の介護事故やヒヤリ・ハットだけでなく、他の施設で発生した事例を参考にして自分たちの施設の取組の改善を図る視点も重要といえます。

収集された施設全体の情報は、事故防止検討委員会（以下、「委員会」とする）などで集約、分析評価を行い、対応策や改善策を検討します。対応策や改善策は職員に周知徹底し、実践します。さらに対応策導入による改善の効果も把握し、対応策や改善策の妥当性について委員会において検証を行います。

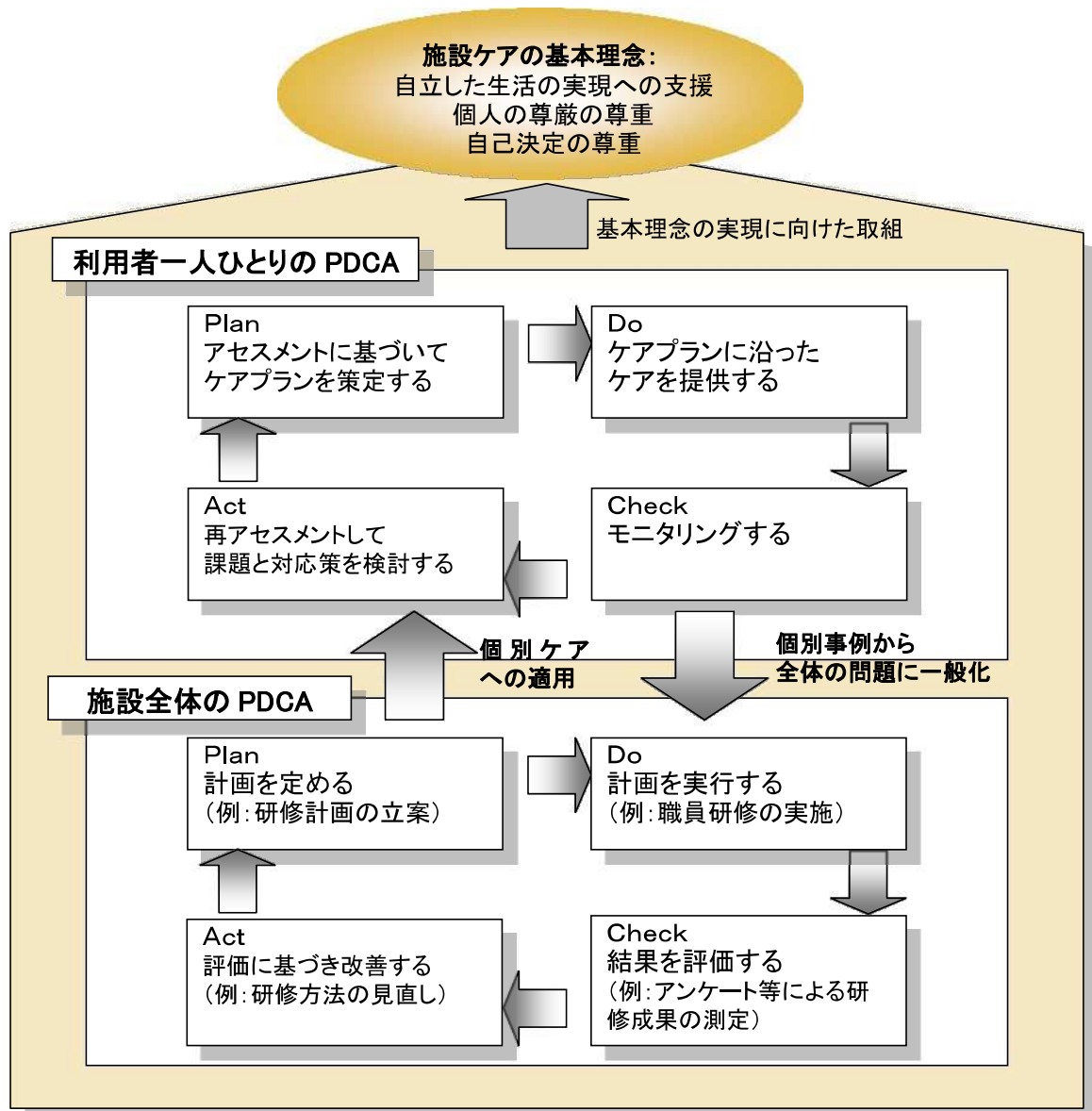
⁵PDCA とは、Plan（計画）－Do（実行）－Check（点検）－Act（見直し）の循環的改善プロセスを指し、ISO9000 などの品質管理の考え方にも広く取り入れられています。

<利用者個人レベルの PDCA サイクルの実施>

個々の利用者について予想されるリスクへの「備え」としての対応策は、ケアプランに反映させ、個別に日常のケアに盛り込む必要があります。プランに沿ったケアがうまくいかない場合や、利用者の生活に支障をきたしている場合、介護事故やヒヤリ・ハットの発生があれば、その原因を明らかにし、必要に応じて再アセスメントしプランを見直します。これが、利用者個人レベルの PDCA サイクルです。アセスメントに基づいてケアプランを策定する（計画）→ケアプランに沿ったケアを提供する（実行）→モニタリングする（点検）→再アセスメントして課題と対応策を検討する（見直し）の全プロセスにおいて、職種を問わず関係する職員全員が利用者の情報を共有しましょう。

リスク評価に関しては、アセスメントツールなどの様式を使用することも有効です。個々の利用者に対して個別のケアプランを作成し、リスク評価や再評価をすることにより、多数に共通するリスクが浮き彫りになることがあります。

図表 4 施設レベルおよび利用者レベルの PDCA サイクル



（４）利用者の重度化に対応した介護事故予防

＜利用者の重度化に伴う事故の傾向の変化＞

特別養護老人ホームでは、利用者の高齢化に伴い、寝たきりや骨粗しょう症など状態が重度化する利用者が増加しています。高齢者施設における事故として、以前は転倒や転落による骨折が大半を占めていましたが、近年、日常の活動やケアに伴う内出血や皮膚はく離の件数が増加しています。また、オムツ交換や体位交換の際の骨折などの事例も見られるようになりました。

施設として業務手順書の整備、研修、ケアの実技訓練など可能な限り事故を防ぐための対策を講じた上で、それでも事故が起きる可能性があることを認識する必要があります。また、本人や家族に対し、生活の中のリスクへの理解が得られるよう、十分な説明が必要です。

＜認知症の利用者への対応＞

認知症の利用者で歩行可能である場合、転倒や転落のリスクがより高いと考えられます。また誤飲や異食の可能性も高いため注意が必要となります。

利用者が自由に動き回ることによる事故のリスクは存在しますが、利用者の動きを抑制するようなケアは、身体拘束につながる可能性があるため望ましくありません。認知症の特徴を理解したアセスメントを行い、適切な対策を講じることが必要です。センサーマットを設置する場合は、夜間等の利用者の状況に関するアセスメント情報を収集することを目的として、期間を限定して使用すべきであり、転倒・転落の防止策として使用するべきではありません。

今後は、認知症の利用者がさらに増加していくことが予想されます。施設においては、職員が研修等により認知症の利用者に適切に対応するための専門的な知識や技術を修得し、認知症利用者のニーズに合わせた対応をすることが求められます。

＜身体拘束と介護事故予防＞

身体拘束は個人の尊厳を侵害する行為です。また、拘束することで精神的なストレスを助長し、無理な乗り越え、立ち上がりを誘発し、転倒・転落に結びつくとも言われます。利用者の尊厳の尊重や自立支援を基本理念とする特別養護老人ホームの介護においては、身体拘束を行うべきではありません。

時には、認知症介護の適切な対応を理解していない家族から、身体拘束をするように依頼されることもあります。こういった場合、施設側から十分な説明を行うとともに、介護に当たる専門職として家族にも正しい認知症理解を促すことが必要です。特に、日常の生活支援において認知症の方の不安や戸惑いに配慮し、家庭的な雰囲気やなじみの関係の中でその人のペースに合わせた接し方をすると、認知症の方でも落ちついた表情をみせ、いわゆる「BPSD⁶」は少なくなると言われます。

⁶ Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia の略。認知症に伴う徘徊や妄想・攻撃的行動・不潔行為・異食などの行動・心理症状であり「問題行動」あるいは「周辺症状」とも呼ばれます。

2) 介護事故予防の必要性

(1) 特別養護老人ホームの事故防止体制等の基準について

平成 18 年 4 月の介護保険制度改正によって、「指定介護老人福祉施設の人員、設備および運営に関する基準」（平成 11 年 3 月 31 日厚生省令第 39 号）において、施設における体制整備により介護事故予防を図ることが義務づけられました⁷。

- 指定介護老人福祉施設は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じなければならない。
 - ・ 事故が発生した場合の対応、次に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。
 - ・ 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を、従業者に周知徹底する体制を整備すること。
 - ・ 事故発生の防止のための委員会および職員に対する研修を定期的に行うこと。
- 入所者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。
- 事故の状況および事故に際して採った処置について記録しなければならない。
- 入所者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

（「指定介護老人福祉施設の人員、設備および運営に関する基準」より抜粋、一部改変）

また、上記の省令に対する解釈通知⁸においては、指針や報告書に盛り込むべき項目や委員会の役割、研修の内容などの規定が改正されました（付録参照）。これらの改正により、施設における体制を整備することで介護事故予防を図ることが義務付けられました。

この制度改正を通じ、事故が発生しないよう予防策を講じること、そして事故が起きてしまった場合はその原因を明らかにし、介護サービスの改善やケアの質向上につなげることの重要性が改めて示されました。介護事故予防の体制の整備を通じてケアの質の向上に取り組むことは社会福祉法においても求められているものです⁹。

⁷ 「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準」にも同様の規定があります。

⁸ 「指定介護老人福祉施設の人員、施設および運営に関する基準について」（平成 12 年老企第 43 号）

⁹ 社会福祉法第 24 条により、社会福祉法人は提供する福祉サービスの質向上を図る旨が規定されています。

（２）施設に求められる義務と責任

＜結果の予見可能性と結果の回避義務＞

法的には、介護事故が発生した場合の法的責任の有無は、「結果の予見可能性」と「結果の回避義務」を基に判断されます。介護サービス提供にあたっては、高齢者が生活する際にあらかじめ予想されるリスクの有無や程度等を利用者ごとに評価し、介護事故予防措置を講じておく必要があります。リスクを認識している場合（事故の発生が予想される場合）に、危険回避のための行動をとらなければ、施設管理者はその管理責任を問われることになります。¹⁰

なお、リスクの評価は、施設の設備面について行うだけでなく、利用者一人ひとりについて、身体機能や行動範囲、生活特性等を考慮して個別にアセスメントすることが必要です。そのためには、当該利用者の過去の生活歴・病歴や、入所前の介護の状況等についての情報を適切に収集する必要があります。

＜適切な介護サービスを提供する義務＞

介護サービス事業者には契約・ケアプランに盛り込まれた介護サービスについて「適切な介護サービスを提供する」義務があり、これを果たせなかった為に事故が起きた場合などは、事業者側の注意義務違反等により債務不履行責任が認められることもあります。この「適切な介護サービス」については法令に基づくものであり、契約書の記載にのみ基づくものとはいえません。介護保険という社会保障制度におけるサービス提供であることから、そこで提供されるサービスは、現在の一般的な介護サービスの水準を前提に妥当性が判断されることになります。事業者は、現在の我が国のサービスの質の水準を常に意識し、たえずレベルアップを図る必要があります。

また、介護事故発生予防のための人的・物的な体制整備を行って事故が起これないようにするとともに、万が一事故が起きても大きな事故とならないような事前および事後対策を十分に講じる必要があります。また、施設には、利用者が安心して過ごせるように配慮する「注意義務」があります。

＜説明責任＞

施設には、予想されるリスクについて事前に説明し理解してもらう「リスクの説明責任」、事故発生時に利用者本人または家族に対して迅速に事実を報告する「事故発生時の説明責任」なども求められます¹¹。説明と理解こそが、利用者と施設の信頼を高める要諦です。

施設側が決めた規定等を説明したり文書で示したりするだけでは、説明責任を果たしたことはありません。特に、施設側の自己防衛的な説明や、責任の所在を転嫁するような説明は適切ではありません。利用者・家族が自己判断・選択するのに必要な事実や情報を理解しやすい形で提供し、理解と納得を得られるよう努力することが重要です。

¹⁰ 予測不可能な事態が生じた際には、労働安全衛生法第24条および指定介護老人福祉施設の人員、設備および運営に関する基準に基づいて、施設の対応の適切さや責任の有無を判断されます。

¹¹ 付録「社会福祉法における福祉サービスにあり方に関する記述」を参照のこと。

2 事故予防のための体制整備のあり方

1) 組織の基盤づくり

(1) 施設管理者主導のリスクマネジメント体制づくり

社会福祉法第24条には「社会福祉法人は、社会福祉事業の主たる担い手としてふさわしい事業を確実、効果的かつ適正に行うため、自主的にその経営基盤の強化を図るとともに、その提供する福祉サービスの質の向上および事業経営の透明性の確保を図らなければならない。」とあり、その責務を担うのが法人の代表者である理事長とともに施設の代表者である施設管理者です。施設での生活において最も重要なことは、利用者が安全に、かつその人らしい生活を送れることであり、そのために介護事故予防の体制整備を行うことは施設管理者の責務です。

施設管理者は、組織の経営者としての役割だけではなく、福祉の専門家としての知識に基づいて、利用者の生命や権利を第一とする理念や現場でケアを行うスタッフを指導するための施設の方針や体制整備、施設の事故防止に関するビジョンを職員、利用者および家族に示すことが求められます。施設管理者の熱意やビジョンがなければサービスの改善が進まず、職員のモチベーションを維持することが難しくなります。

施設管理者は理念や方針を決め、体制を整備し、可能な範囲で必要な権限を現場に委譲します。また事故防止のための対策に必要な予算を確保します。小さなヒヤリ・ハット報告であってもそれが重大な事故に結びつくと考えられる場合には、施設管理者は職員全体に適切な指導を行う必要があります。また、要する費用と得られる効果を勘案して必要な対策を講じるなど適切な意思決定を行います。コストがかかるとしても建物を改修したり、利用者の要介護度や徘徊などの状況によっては夜間の人員を厚く配置するといった判断も必要になるでしょう。職員が安心して働くことができる環境を整備することは施設管理者としての責務でもあり、リスク感性やバランス感覚が問われるところです。

ただし、施設内におけるあらゆる場面で施設管理者がリーダーシップを発揮しなければならないというわけではありません。施設が設立された当初の段階では、組織の体制やシステムを確立するために、施設管理者がトップダウンで職員に指示を出す機会が多いですが、ある程度組織が安定した段階では、職員が主体的に行動できるようにするためにも、施設管理者は職員の行動・判断を支援し、ボトムアップで施設の運営に関する事項を決定する機会を持たせることも必要となります。

(2) 職員の自律性の向上

介護事故予防のための体制の整備や尊厳ある生活を支える意識の醸成には、施設管理者のリーダーシップだけでなく、現場でケアを提供する職員一人ひとりの意識が高まらなければ実効性は担保されません。

職員は、事故防止を考慮した手順を守ってケアを提供したり、ヒヤリ・ハット報告などの施設内の事故防止に関する仕組みに積極的に参加することが必要です。また、施設内の職員研修などで自らの知識・技術を高め、日々の業務を通じて気づいた改善すべき点等を積極的に提案するように心がけましょう。

施設における介護事故予防の組織体制づくりには、施設の成熟度が影響すると考えられます。取組の初期段階など体制づくりの土台がない場合は、一般にはトップダウンの方法が有効です。施設管理者や管理者層から施設の理念や方針を示す、手順書の策定や検収の実施など、事故防止のための体制を整備し取組を主導します。体制づくりの時期を経て介護事故予防のための仕組みが職員の中に根付いた段階では、利用者が安心して過ごせるよう職員一人ひとりが自らの役割を意識した行動を取ることができます。手順書改定の提案や研修の自主的な開催など現場からの改善提案をベースとしたボトムアップ型の質改善システムが機能するようになります。

いずれの場合でも、施設管理者や管理者層の方針や意向を適切に現場に周知したり、現場の意向やアイデアをうまく吸い上げて組織として活用したりするためには、管理者層と現場職員のパイプ役となるフロアリーダーやユニットリーダーなど中間層の果たす役割が非常に重要です¹²。

¹²現場の職員は交代制勤務のため、事故防止の取組や注意事項などを浸透させたり、全員で意見交換をする時間をとることが難しい面があるため、中間層であるフロアリーダーの役割の1つとして、効果的なミーティングを行うことが期待されます。具体的には、

- (1) 事前にリーダーが議題を紙面で提示し、当日参加できない職員は、リーダーに意見や話し合いたいことを事前に直接伝えるか、メモなどで提出する。
- (2) 決定事項は必ず回覧する。回覧しやすいようなファイルやノートを整備したり、必ず読むというルールを徹底させる。

などが考えられます。その他にもリーダーには、日頃からチーム全体のケアの内容、システム、環境などに課題がないかという視点を意識して業務にあたることや、自分やメンバーの問題意識を管理者層に正しく説明すること、管理者層の考えをメンバーに正しく伝達することなどが期待されます。

2) 指針・業務手順書の整備

(1) 指針・業務手順書の意義

指針とは：

施設の介護事故対策の基本方針を表すものです。施設における事故の予防やリスクマネジメントの考え方、事故予防のための体制、事故発生時の対応、事故の再発防止対策など、施設における介護事故予防の基本的なあり方を施設内外に示します。

特に施設内に対しては、自分たちの施設は利用者の生活の質向上や安全・安心の確保のためにどのように対応しようとしているのか、全体像や個別の取組の狙いなど、職員一人ひとりが事故予防の重要性や目的を理解するために、わかりやすく示すことが重要です。

業務手順書とは：

指針を現場レベルでどの職員にも判りやすく示したものが業務手順書です。ケアの方法を各施設で標準化し、職員全員が守るべき手順書として整備しておくことで、どの職員が担当しても同じ方法・手順で行い、ケアの目的を安全かつ確実に達成することができます。

業務内容の妥当性が示されることで、職員は根拠と自信を持って業務を行うことができ、同時にケアの質を標準化して利用者を守ります。そして、万が一事故が発生した場合にケアを実施した職員の行為を保証し、施設として職員を守ることにつながります。

ケアの標準化を行うことでケアの質が保たれますが、あくまでも標準化を行うのはケアの基本的部分であり、あわせて利用者一人ひとりの個別の事情に配慮をすることでその人らしい生活が実現します。個別の配慮として、関係者が共有すべきことは、ケアプランや個別ケア計画書の中に明記します。標準的なケア手順と個々の利用者に寄り添った配慮事項を共有することで、質の高いケアを実現することができます。

(2) 指針・業務手順書の作成と運用上の工夫

<指針の内容>

指定介護老人福祉施設が整備する「事故発生の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととされています（詳細は、付録「指定介護老人福祉施設の人員、施設および運営に関する基準について」（平成12年老企第43号）参照）。

—指針に含まれる項目—

- [1] 施設における介護事故の防止に関する基本的考え方
- [2] 介護事故の防止のための委員会その他施設内の組織に関する事項
- [3] 介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針
- [4] 施設内で発生した介護事故、ヒヤリ・ハット事例等の報告方法等の介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針
- [5] 介護事故等発生時の対応に関する基本方針 など

<手順書の内容>

手順書には、原則として必ず実施すべきこと、職員全員が守らなければならないことを、明瞭に記載します。基本的な知識や事故時の対応、各種のケアの実践方法まで手順書のテーマは多岐にわたるため、手順書全体の体系を整理し、知りたいことがいつでも容易に確認できるようにすることが大切です。

—手順書に含まれる内容の例—

- ・各種ケアの手順(移動・移乗介助、食事介助、排泄介助、入浴介助等)
- ・救急救命、認知症への対応など
- ・事故発生時の対応(対応の手順)

<業務手順書の周知と手順書に沿ったケアの徹底>

職員全員が、利用者の個別性を踏まえた上で業務手順書に従って業務を遂行することが重要です。業務手順書は各職員に配布する、現場のわかりやすい場所に置くなど、活用しやすくする工夫をします。また業務手順書の内容は、OJTや施設内研修、ミーティングなどの機会に繰り返し周知するとともに、日常の業務において確実に実践されているか、記載内容が実態と整合しているかを確認します。

—手順書にもとづく教育・研修のための方策—

- ・手順書を作成して配布するだけでなく、効果的な研修を行う
- ・研修の開催時間や回数等を工夫し、参加しやすいよう配慮する(入職時研修のテキストとして活用する、手順書改訂のタイミングなどにあわせて職員全体を対象とした研修会を開催する、定期的に研修会を開催する 等)
- ・必要に応じて実技を交え、より確実に習得できるように工夫する

<業務手順書の見直し、改善>

業務手順書に定めるケアの手順や方法が現場で実践されていない場合や、手順に沿って行ったケアが利用者や職員にとって不都合な場面があるには、業務手順書の見直しが必要です。業務手順書の改定のための手続きや責任者を明確化し、継続的に見直しを行います。ヒヤリ・ハットや事故報告があった場合には、手順書の内容に不足や改善を必要とする点がないかどうか検証しましょう。

さらに現場で使いやすく、役に立つものにするためには、内容を固定化せず、絶えず実態や最新のケアの知見、技術にあわせて見直しを続けることが重要です。

—見直しの観点—

- ・ 手順書が施設や利用者の実態、現場の環境に即した実行可能な内容になっているかを常に確認する
- ・ 記載内容が正しく遵守されているかどうかをチェックする
- ・ 手順書の実践においてやりにくさを感じた場面や、実行できない場面があった場合には、その都度、報告・提案をするか、記録しておく
- ・ 事故やヒヤリ・ハットの報告があった場合には、その発生の原因として、ケアの手順に問題はなかったか、手順書に不足がないかを検証する

3) 介護事故発生予防のための委員会の設置

(1) 委員会の意義

施設における安全・事故予防のための意思決定機関として設置される委員会は、報告制度等を通じて収集された事故や安全に関する情報を基に、施設のリスク状況を把握分析し、必要な対策について機関決定するための仕組みです。各施設において必ず整備されている必要があります。（付録の解釈通知を参照）

—委員会の果たすべき機能—

- ① 事故やヒヤリ・ハットの報告を集約し、分析する
- ② 収集した情報に基づいて組織として対策を検討・決定する
- ③ 対策を周知する
- ④ 対策の効果を検証する

(2) 委員会運用上の工夫

<委員会の目的・役割の明文化と周知>

委員会の目的と役割、構成メンバー等を定めて文書化し、全職員に明示します。このことにより、委員会の構成メンバーなど関係者のみならず、施設全体の職員一人ひとりの委員会の意義に対する理解が高まり、委員会への協力や委員会が主導する活動を促進することができます。

—文書化しておくべき項目—

- ・委員会の目的、役割と権限
- ・主な活動内容
- ・構成メンバー
- ・開催頻度 等

<権限、メンバー>

意思決定を迅速に行い、決定事項を施設内に周知徹底できるよう、委員会のメンバーには施設管理者をはじめとして各部門のリーダーが含まれていることが望ましいといえます。また、部門、職種、職位のバランスのよいメンバーで構成することにより、偏りがなく現場の実態に即した実効性のある対策の議論や実効性のある活動へとつなげることが重要です。

各メンバーが委員としての役割を果たし活動を円滑に遂行するため、メンバーの役割を明確にし、必要な決定権限を与えます。

—構成メンバーの役割(例)—

施設管理者	施設全体の管理責任を担う
事務長	事務関連、会計関連を担当
生活相談員・介護支援専門員	施設全体の状況のとりまとめや対策実践体制の検討を担当。事故発生時は、家族や外部との窓口を担当
介護職員	フロアやユニット、各サービス部門の代表。検討に際して現場の視点を提供し、委員会検討事項を現場に伝達
医師・看護職員	医療・看護面から対策立案、ケアプラン検討に参画
リハ専門職(PT・OT 等)	専門的見地から要因分析、対策立案に参画

<事故の分析と対策の検討>

委員会が施設内の事故予防に関する情報を一元的に収集し分析します。事故予防に関する情報としては、事故報告、ヒヤリ・ハット報告、利用者・家族からの意見・要望、職員からのその他の報告や改善提案などが考えられます。

個別の事故の発生した状況、背景、要因を把握し、組織としての対策を検討するとともに、事故やヒヤリ・ハット事例の統計を分析することで、客観的に事故の状況や傾向を知り、予防的な対策を検討することも可能です。

情報を分析して施設の抱えるリスクを適切に評価したら、リスク回避または低減のための対策を検討し、組織として決定します。分析や対策検討は、安全管理担当者のみが行うのではなく、委員会に参加している現場各部門の代表、専門性の異なる多職種・機関、決定の権限を有する管理者層が参加することが重要です。

—委員会での分析・検討事項—

- ・事故およびヒヤリ・ハット事例の概況報告
- ・事故報告に対する組織的観点からの分析
- ・対策の検討と決定
- ・利用者・家族の意見、職員提案等の確認と分析 等

<対策の周知>

決定された対策は施設全体に周知し、対策が必ず実行されるよう配慮します。施設全体に情報を伝達するという観点からも、委員会メンバーは各部門、フロアの代表者で構成されていることが望ましいと言えます。

<対策の効果の検証と見直し>

講じた再発防止策が有効に機能しているかどうか、一定期間経過後（1ヶ月後、3ヶ月後など）に評価します。事故報告書や対策計画書の様式に評価欄を設けておくことで経過を一元的に管理できます。効果が見られない場合や、計画したとおりに現場で対策が徹底されていない場合には、その理由も含めて再度検討し、より適切かつ実効性の高い対策を立案します。

4) 事故の報告と活用

(1) 事故の報告と活用の意義

<情報収集の一環としての報告の仕組み>

万が一事故が発生した場合には、事故から学んだ教訓を活かし、同じ事故が二度と起こらないよう対策を講じる必要があります。また、実際には事故に至らなかったヒヤリ・ハット事例も、事故予防のための貴重な情報です。これらの情報を報告し活用するための仕組みを整備する必要があります。情報を各フロアやユニット内から施設全体にむけて共有することが施設の成長とよりよいケアの実現につながります。

職員の間に事故報告への意識が高まると、利用者をよく観察する習慣が身につく、ケアの質向上にもつながります。例えば、移乗動作後の利用者の皮下出血や擦過傷の有無、日ごろの歩行動作の癖や特徴など、観察する視点が明確になるとともに、本質的な原因を考えたケア方法の工夫にもつながります。

<報告の範囲の考え方>

報告の仕組みを構築する目的は、介護事故予防のための情報を施設内で一元的に収集し、分析することで、起こりうる事故を未然に防ぎケアの質を高めることにあります。この観点から、起こってしまった事故だけでなく、起こる可能性のあった事象（いわゆるヒヤリ・ハット事例）についても同様に収集し分析することが必要です¹³。

施設におけるリスクを把握し評価するという観点から必要な情報を収集するための仕組みを検討すべきです。

(2) 報告制度運用上の工夫

<報告活性化のための工夫>

■ 報告の目的の意識付けと奨励

事故を報告すると叱責されるのではないかというおそれがある場合、重要な場面を発見しても報告を避ける意識が働きます。管理者は、介護事故の報告の目的は職員の責任追及ではなく利用者のケアの向上につなげることであり、そのためには客観的で正確な事実の記述が重要であることを職員に十分に理解してもらうことが重要です。さらに、報告を奨励し、報告したこと自体を評価します。

また、報告が実際にケアの改善に役に立ち、利用者の安全が高まったということを職員が実感できると、報告する意欲も高まります。管理者や安全管理担当者は、報告された内容の背景にあるリスク要因を分析し、根本的な解決策を提示、実行し、成果につなげる必要があります。

¹³一般的に、1つの事故の背景には、それまでに事故に至らずに回避された事例が多数あると言われ、事故に至らない事例を分析することで、大きな事故の未然防止につながるものとされています。

■ 報告様式

サービスの質向上や事故の防止につなげるためには、どのような状況で何が起きたのかという事実関係を正確に把握する必要があります。こうした情報を収集するためには、必要な情報が記入できる報告様式を整備し、推測を交えず事実を正確に報告することを促します。一方で、職員が報告書の作成に負担感を感じると、報告のモチベーションが低下します。そこで、負担が軽減されるような工夫も必要となります。

例えば、記入要領や記入例をわかりやすく充実させるとともに、「事故種類」「事故の発生場所」等定型的な分類が可能な項目をチェックボックス式にして効率的に情報収集します。ただし、事故発生時の利用者の状況（例：転落したベッドとの位置関係）など、言葉や図で表現したほうがよい項目は、様式内に文章や図の記入欄を設けます。

職員が報告書を書くことで、利用者のケアに関する様々なことを考える機会にもなります。ケアの方法が適切であったのか、利用者の行動パターンを職員が把握できていたのか、などの事柄に気づくことができるためです。

<事故報告の流れ>

事故が発生したら、まず利用者の救命や安全確保を行ったうえで、事故の発生を上司やリーダーに報告します。この時点では、口頭でもよいので迅速に報告することが重要です。また、現場において、他の利用者にも事故が発生する可能性がある危険な環境があれば速やかに処置をします。

次に、事故発生時の状況に関する記憶が鮮明なうちに（48時間以内が望ましいと考えられます）、事故の発見者を中心として、利用者を担当する介護職員、現場のリーダー、看護師、栄養士、PT、OT、ST、事務職員など参加可能な各職種が事故の現場を検証し、事故の発生状況に関する詳細な情報を収集した上で、要因分析を行います。分析および対策立案に多様な視点や専門性を取り入れるため、多くの職種が参加することが望ましいと考えられます。ここで情報収集、要因分析した内容を取りまとめて、事故の報告書を作成します。

委員会では、提出された報告書に基づいて組織全体の視点から、事故の傾向の把握や予算執行も含めた再発防止策の検討を行います。最終的な再発防止策について方針を決定したら、フロア会議、朝礼等職員が集まる場を通して、施設全体に周知し、同様の事故が起こらないようにします。さらに、再発防止策の妥当性について、継続的、定期的に委員会やリスクマネジャーが評価することにより対策の実効性を確認します。

—事故報告の流れ—

- ① 事故発生の第一報
- ② 即時的な事故への対応
- ③ 現場での状況確認・分析
- ④ 報告書の作成
- ⑤ 再発防止策の検討（施設全体またはフロア会議等 多くの視点から行う）
- ⑥ 再発防止策の施設全体への周知
- ⑦ 対策の実効性の確認、評価、見直し

<事故の分析と再発防止策の検討>

事故の分析や再発防止対策の検討は、事故の発見者や担当者などの役割ではありません。

改善策を組織全体で考えることにより、事故は個人の問題ではなく、また事故報告が担当者の責任追及を目的としたものではなく、再発防止策を施設全体で考えるための仕組みであるという意識の醸成につながります。また、分析・検討された事故の原因や再発防止策について、現場にしっかりフィードバックし、職員一人ひとりが利用者のケアについて注意するようになることが同様の事故の再発防止につながります。

さらに、再発防止対策を現場で実践して一定の期間が経過した後で、その効果の検証を行い、必要に応じて見直すことにより、より効果的な改善につなげることができます。

<根本的な原因理解と解決策>

ベッドからの転落事例に対して、「観察を頻回に行う」といった解決策では転落の不安は変わらず、限られた人員の制約の下では実効性が低いと考えられます。むしろ、より根本的な原因を理解し解決することが求められます。

根本原因を探る際は、①当事者の責任に帰着させるのではなく、建物の要因、設備・備品の要因、規則・手順書の要因などという観点からディスカッションする¹⁴、② 1つの事象について「なぜそうなったか」という問いを繰り返して真の理由まで掘り下げる、③事象の因果関係を整理し、因果連鎖の検証を行う¹⁵などの方法があります。

結果は概ね環境面の要因、職員全員に共通の要因、当該職員個人の要因等に分類され、これらはそれぞれ、施設の改修を行う、業務手順書へ反映する、教育を充実させるといった対策に反映することができます。

図表 5 根本的要因と改善の方策

根本的要因	改善の方策
環境面の要因	施設改修、備品の見直し等
職員全員に共通の要因	業務手順書の見直し等
職員個人の要因	スキルチェック、再教育等

事故の発生リスクは利用者の状況によって異なります。利用者の状態像に応じた対策を検討することが必要です。

以下に、転倒の要因を詳細に分析するために用いられるシートの例を紹介します。具体

¹⁴ 「SHEL モデル」や「4M4E」などの方法論があります。前者は Software/ Hardware/ Environment/ Liveware の観点から、分析や対策検討を行うものです。後者は Man/ Machine/ Media/ Management の観点で要因分析を行い、Education/Engineering/Enforcement/Example の観点で対策を検討します。

¹⁵ ②と③は類似した方法論であり、②は「なぜなぜ分析」③は根本原因分析、RCA (Root Cause Analysis)と呼ばれます。根本原因分析は、医療分野において推奨されている手法であり、現場での分析に適しています。

的な転倒事例の分析と施設における実証に基づいて作成された様式であり、施設における転倒事例を分析する際に必要となる情報を収集、整理することにより、事故の再発防止に向け、本質的な事故の要因を明らかにすることができます。

図表 6 転倒骨折事例の要因分析シート（例）

A. 事故時(発見時)の状況 1. 本人の状態 * 本人に転倒した時の様子などを質問する * 必要な情報 ・発見時の身体の位置や状況および福祉用具・備品設置状況 ↓ 図やイラスト(写真)で表現する ・健康状態 ・排泄の状況 ・活動との関係(いつもの活動をしている時か否か) ・履物やくつ下の状況 2. 環境状況 * 必要な情報 ・転倒した場所 ・転倒した場所の状況 3. 使用している福祉用具	B. 直近の情報(利用者の状態により判断) * 必要な情報 ・健康状態 ・落ち着かない状況の有無とその内容 ・排泄の状況 ・歩行状態 ・薬剤の使用内容とその変化
	C. 転倒の既往 * 必要な情報 ・過去の転倒の評価の有無、転倒の既往と比較
	D. 他施設からの入所 * 必要な情報 ・転倒の既往 ・身体拘束、おむつ使用などの不自由な生活 ・環境の変化と服薬の管理状況

↑

転倒を目撃した場合

- * A, B, C, Dに加えて必要な情報
 - ・他の利用者との関係
 - ・転倒時の環境
 - ・移動(どのような動作をしていた時か)

「高齢者施設における転倒による大腿骨頸部骨折予防検討に関する研究報告書」特定非営利活動法人メイアイヘルプユー（平成23年3月）より転載

このシートは「転倒」の事例を対象としたものですが、他の事例についても同様の考え方に沿って、発生時の利用者および環境、福祉用具等の状況、直近の利用者の状況、同種の事故の既往などの情報を収集し、客観的に事故の経緯を把握して要因を分析することができます。

（３）報告と活用の仕組みの発達段階

報告と活用の仕組みが整っていく過程には、いくつかの段階があります。たとえば「報告活性化の段階」、「効果的分析の段階」、「現場による自律的分析の段階」とします。

報告の仕組みができたばかりの時点では報告の件数が少なく、小さなヒヤリ・ハットやリスクに関する気付きなどに対する職員の意識を高め、積極的に報告してもらうことが課題となります。これが「報告活性化の段階」です。

報告件数が伸びてくると、有効な対策を検討しフィードバックを現場に返すために、どのような分析を行うべきかが課題となります。これが「効果的分析の段階」です。効果的な対策を提示して、報告制度が役に立つことが職員に理解されると、報告件数が増加するという側面があり、「活性化」と「効果的分析」は相まって進展すると考えられます。

小さなことも含めて有効な報告が挙げられ、それらに基づいて適切な対策を講じるというサイクルが回るようになると、日常の業務におけるリスクが管理されている状態といえます。施設全体として委員会などで一元的に対策を検討するだけでなく、フロアごとなどの各部門で自律的に分析が行われ必要な対策が講じられるようになると「自律的分析の段階」であり、「自ら学習し改善する組織」が実現されている段階となります。

5) 研修の実施

(1) 安全のための研修の意義

指針や業務手順書、報告の仕組み等を整備することは重要ですが、それらを職員に伝え、浸透させ、効果的に運用することはさらに重要です。研修はそのための重要な取組です。

また、介護事故予防に限らず、職員一人ひとりのケア技術の向上は、施設のケアの質向上に不可欠です。さらに職員が自主的に研修を企画することで、職員のモチベーションアップや、職員同士のケアに関する情報交換もできます。

(2) 研修運用上の工夫

研修は1回で完結するものではなく繰り返し伝えることが必要です。新人研修、職場全体の定期的な研修、フロア単位のテーマ別勉強会など、施設として年間の研修計画を立てます。一度の研修で内容を詰め込みすぎないようにテーマを絞り、計画的に研修を行いましょう。シフト勤務者の受講しやすさを考慮して、1回の開催時間は短くし多くの職員が参加できる時間帯を選ぶ、同一内容で複数回開催する、といった工夫も必要です。

外部研修を活用することも有効です。外部の情報に触れて知識やヒントを得るほか、外部とのネットワークを構築し、一般的水準に比較して自施設を評価することも可能となります。行政や地域の事業者団体とも連携し、合同で研修会を開催することも有意義です。

研修を意欲的に受講し、また受講後に確実に実践につなげるためには、研修の意義や必要性についても事前に十分に理解しておく必要があります。職員自らが、自分の年間の研修計画を立て、スキルアップのモチベーションを高める工夫を行っている施設や、研修後の行動計画を策定し研修した内容を業務に反映させている施設もあります。

<研修の種類>

研修は施設・法人全体で行う全体研修と部門等の単位で行う個別研修に分かれます。

施設・法人全体で行う研修の例としては、法人全体の新人研修や施設の全職員を対象とした全体研修などが考えられます。このような研修では、座学を中心としたリスクマネジメントの一般的な知識、施設における事故報告の流れ・仕組みなど施設における安全なケアのための必須事項を多くの職員に向けて伝えることができます。

部門（係やセクション等）の単位で行う研修の例としては、排泄、移乗、嚥下などの具体的なケアについて、そのとき多く発生している事故の傾向等にあわせて職員がテーマを企画・選定し、自分たちにとって現在必要な知識を学ぶといったことが考えられます。自分たちで研修を企画し、興味のあるテーマを学ぶことによって、職員の研修や自主的な学びについてのモチベーションが向上することが期待できます。

このほか、新人・若手職員が実際の業務の中で事故対応や事故報告に関わる中で知識・技術を体得するOJTや、新人・若手職員が先輩職員とペアになって指導を受けたり、業務について相談するチューター制度においても、介護事故を予防し、質の高いケアを実践す

るための知識やスキルを学ぶことができます。

＜研修の内容＞

介護事故予防のための研修内容としては、施設のリスクマネジメントの体制や報告の仕組みなどを職員全体で学ぶ研修や、特定のケアの分野・場面に特化した内容を少人数で学ぶ研修などがあります。導入時は座学などの一般的な内容からはじめ、職員の理解や興味が強まった段階で個別的な内容の研修を実施すると、より効果的な学習につながります。

ケアの質向上という観点からは、すべての職員の基本的なケアのレベルや意識を高めていくこと、また、日々の業務における記録の内容を充実させ、記録を徹底することが重要です。適切な記録を習慣づけることで、職員の観察力、ケアの内容、利用者満足などの向上につながります。また、万一トラブルが発生した場合も、適切な記録により、業務手順書に沿ったケアが行われていたことを示すことで、職員や施設を守ることにつながる人が多いといえます。記録の書式を整え、読み手に配慮したわかりやすい記録が書けるよう研修を行うことが有効です。

利用者の重度化に伴い、今後は、介護のプロとして重度化した利用者の特性を十分に踏まえたケアのスキルや、特に、認知症の介護に関する知識・技術を一層高める必要があります。

また、特別養護老人ホームにおいては、特に夜間やショートステイにおいて介護事故防止上の問題が指摘されており、これらのテーマについての研修も必要です。

さらに、事故発生時の迅速、的確な対応についても学ぶ必要があります。必要な手順を確認し、いざというとき適切に動けるようにするために、模擬訓練を行うことも有効です。

（３）研修に関する発達段階

研修に関する発達段階は、「基本の周知」、「意識変革」、「自律的取組」に区分することができます。

「基本の周知」の段階では、介護事故予防のための基本となる理念や知識・技術、施設内の体制や取組状況、事故やヒヤリ・ハット事例の報告書式および記入方法といった施設内の仕組みを習得します。これに加え、緊急時対応の方法など、必ず知っておくべき知識が全職員に周知される必要があります。

「意識変革」の段階では、業務手順書に定められた安全で正確なケアの手順等を習得します。業務手順書は継続的に改善されるため、全員が最新の業務手順書を習得するよう繰り返し実施する必要があります。また、事故やヒヤリ・ハット事例、それに基づいた対応策も周知します。この段階では、個々の手順や対応策を学ぶことを通じて、介護事故予防やケアの質向上に関する意識を醸成することが重要です。いわゆる「安全文化の醸成」がこの段階の大きな目標になります。

「意識変革」が進展すると、ユニットごと、フロアごとに自主的な勉強会が開かれるようになります。これが、「自律的取組」の段階です。トップダウン型からボトムアップ型に移行し、業務上の問題点や改善提案が現場から継続的に産み出される段階です。

6) 関係者との連携

(1) 家族との連携

利用者の家族との信頼関係構築は、施設運営にとって非常に重要な要素です。家族に利用者ケアの一端を担う「協力者・パートナー」となってもらい、リスクに関する情報は全て家族に開示・共有し、ケア方針の意思決定に参画してもらいます。また、ケア内容に対する利用者・家族の要望や施設や職員に対する不満を汲み取り、ケアの質の改善に活かすことも重要です。

入所時・契約時には、施設での生活やケアの内容をイメージできるよう十分な情報提供を行います。利用者の特性や利用者が望む生活を理解した上で、特別養護老人ホームにおいてどのように過ごしたいかを一緒に考え、決めましょう。また、利用者や家族にもケアプランの立案・見直しに参加し、ケアの選択・判断に参画してもらうとよいでしょう。

利用者・家族からの要望・意見・苦情はいつでも歓迎するという姿勢を示し、意向の把握に努めるとともに、普段から、利用者の状況を定期的に発信するなど情報を共有し、利用者・家族との関係を良好に保ち、信頼関係が構築されていること、職員と家族が顔を合わせて、施設のケア方針等について話し合う機会を作るなど、オープンなコミュニケーションが行われていることが重要です。

家族にとって、施設管理者をはじめとする施設職員は介護の「専門家」であり、家族は利用者の生命や生活そのものを施設に託しているといえます。その点をふまえ、施設は、事故防止のためにできるかぎりの万全の体制整備に努めることが運営の大前提です。そのような万全の努力によっても防ぎきれないリスクについては、家族に理解を求める必要があります。

家族の利用者への生活イメージと利用者本人が望むその人らしい生活イメージが異なる場合があります。その場合は施設側から利用者本位の生活を送ることの大切さを家族に伝え、同時に利用者が自由に活動することのリスクもあることについての理解を求めます。ケアプランについても、家族に対してきちんと説明することで、家族も本人の状態や施設での生活とケアの内容、そして事故のリスクについて理解することができます。

利用者・家族からの意見等を聞き取るために、家族会などを活用することは有効です。また、定款準則にも、評議員には家族の代表を入れることが規定されています。家族会では、利用者の生活をよりよくするために家族と施設が協働する体制をつくることが重要です。家族会を施設側から一方的に招集するような形で設置するのでは自由に発言しあえる場にはなりにくいため、家族の自主的な活動を施設側が支援する姿勢が必要です。

施設と家族との関係は「事後対応型」、「意見聴取型」、「家族参加型」の3つにとらえることができます。

「事後対応型」では、入所時に施設のケア方針やケア内容を理解してもらった上で、「何かあった場合に家族に連絡をする」という関係を指します。「意見聴取型」は、家族の声も

ケアの改善のための貴重な材料と考え、職員側から意見を聞く機会を積極的に設けているような関係を指します。「家族参加型」は、家族がケアの意思決定に参加し、ケアのパートナーとして協力しあう関係になっている状態を指します。

どの施設も、「事後対応型」から「意見聴取型」へ、「意見聴取型」から「家族参加型」へと進展していくことが望まれます。

仮に家族との関係にトラブルが発生した場合には、リスクについて理解していただくために根気強く説明していくことも必要となりますが、場合によっては行政や病院など第三者を交えて話し合いを行うということも考えられます。

（２）行政との連携

施設と行政は、それぞれの立場から利用者の安全、安心な生活の実現という共通の目的に向かって連携して取り組むという「協働」の姿勢が必要です。

行政には事業者の監査・指導という役割がありますが、必要に応じて施設の適正かつ円滑な運営に対する支援や協力を得ることができます。行政機関と日常的に連携し、信頼関係を構築することが望ましいでしょう。日ごろから施設の状況を伝えたり、相談をしたりして、施設の実態や事故防止、質の向上に向けた取組や課題についての理解を得て、利用者の生活支援という共通の目的に向かって理解と協力を得ることが重要です。万一事故等が発生し、トラブルに発展した場合などにも、必要に応じて行政が中立的な立場から利用者・家族との調整を行うことが可能となります。また、施設における現状の課題を解決し、ケアの質向上や介護事故の防止に向けた研修を企画、開催を支援することも行政の役割のひとつと考えられます。地域の事業者連絡会等とも協調して、施設単体ではなく他施設と合同での研修会の開催につなげることも有効です。

施設において事故が発生した場合、市区町村に報告することが義務付けられています。施設が報告した事故事例は、市町村や都道府県が集計分析を行い、その結果や対策・改善策などをホームページなどの媒体で発信している場合があります。こうした情報を活用することで、他の施設で発生した事故情報に基づく発生傾向や防止のためのノウハウを知り、共有することができます。介護事故の発生は望ましいことではありませんが、このように事故情報を有効活用することにより、他施設での事例を自施設での事故の未然防止につなげることができます。

こうした事故の統計情報を発信している都道府県、市町村などもあります。積極的に情報収集し、有効に活用しましょう。

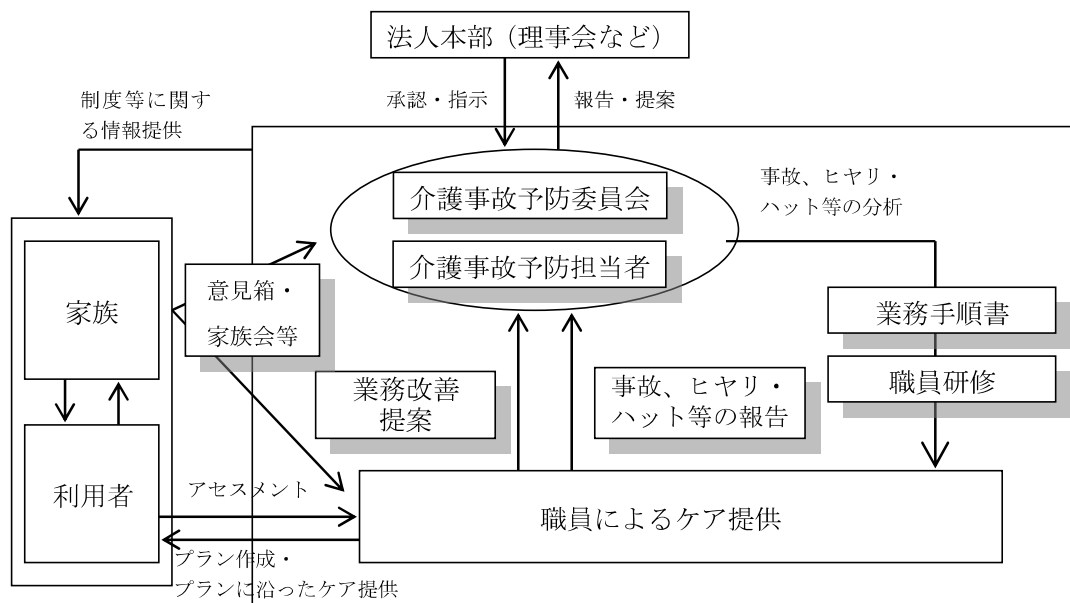
（３）理事会との連携

施設の属する法人には、通常、理事会などの意思決定のための組織があります。施設管理者は法人（理事会等）から施設の管理・運営を任されている（すなわち、一定の権限を委譲されている）ことになります。このため、事故等についても最終的な責任は法人にあります。

施設において介護事故等の好ましくないことがあった場合、法人（理事会等）への報告を躊躇しがちですが、事故が発生し被害が拡大してから報告しても、法人として対策を講じることはできません。施設にとって不利益なことほど早めに報告し、日常からリスクの状況について情報を共有しておくことが有効です。

理事会は、通常、法律や経営に関して経験を積んだ人がメンバーになっていることが多く、そのため理事会への報告により、施設内の判断よりも広い視野から対応策について助言を得ることや、リスクを未然に防止するための大きな予算を投入する意思決定が行われることなどが期待されます。

図表 7 特別養護老人ホームにおける介護事故防止体制のイメージ



7) 事故発生時の対応

(1) 基本の対応手順

万一、事故が発生した場合などの緊急時の対応手順を定めておきます。事故発生直後は、迅速かつ的確な対応が求められます。いざという時に迷わず適切な行動がとれるよう、わかりやすいマニュアルやフロー図を作成し、平常時からすべての職員に周知し訓練しておきます。

対応の手順は、個々の施設における日ごろのケアの体制等にあわせて作成します。「いつ」、「どのような場面で」、「誰が」、「どのように」、「何を」するべきか、その際の判断や確認のポイントは何かなどを、わかりやすく示すことが必要です。

図表 8 事故対応の手順に記載する事項（例）

視点	いつ（時間の流れ）	だれが（担当者）	何をするか （対応、報告先、内容など）
記載すべき内容 （例）	事故発生直後 数分以内 2～3 時間以内 当日中 翌日 2～3 日以内 1 週間以内 1 ヶ月後 3 ヶ月後 6 ヶ月後・・・	発見者 利用者の担当者 同じユニット、フロアの職員 リーダー、責任者 管理者 看護職員 医師 栄養士・管理栄養士 リハ専門職（OT,PT,ST） 介護支援専門員 生活相談員 事務職 ・・・	応急処置（利用者の救命と安全確保、環境整備） 医療機関への連絡、搬送 家族への報告、対応 行政への報告 施設内の報告 ⇒要因分析 ⇒対策立案 ⇒対策の効果の評価 ⇒対策の見直し 上記についての記録 ・・・

図表 8 は、対応手順に記載する事項の例を示したものです。これらのすべての項目を網羅しなければならないということではなく、全体の大きな流れをフロー図で示したり、事故の内容や発生後の時期（事故発生当日など）や関係者（現場職員など）の一定の範囲について詳細にわたって記述することも可能です。

例えば、ある施設の手順書は、1 枚の紙面上に「第一発見者」、「応援職員」、「医療スタッフ」など役割ごとに、また「転倒・転落等」、「誤嚥・異食等」といった場面ごとにとるべき対応をまとめています。別の施設のフロー図では、時間の余裕がない中でも確実に読み、実践できるよう、介護事故発生後の流れが A4 用紙 1 枚に簡潔にまとめ、時間の流れに沿って「救命」、「安全」、「通報」、「記録」の 4 ステップで対応すべき事項が示されています。また、別の施設では、事故や体調不良の利用者の発見に際して、利用者の状態・周囲の状況を確認し緊急時の場合の手順と、それ以外の場合に分けて、対応の流れを示しています。

各施設において、どのような場面でどのように活用するかを想定して、具体的に、関係者にとってわかりやすい形で手順を示すことが重要です。

（２）利用者・家族への対応

介護事故発生時には、利用者本人への救命と安全の確保がすべてに優先します。初動の対応が極めて重要です。いざと言うときに迷わず対応できるよう、とるべき対応方法、連絡先と連絡のタイミング等具体的に定めておくこと、さらには事故発生後の状況やその後対応、連絡や指示の内容について時系列に沿って正確に記録しておくことも重要です。

初動対応後は、できるだけ早い段階で、発生前後の事実関係を当事者の家族に正確に説明します。事故の内容や日頃の対応状況にもよりますが、事故への対応と説明が適切に行われたかどうかは家族からの信頼関係に影響します。その意味でも十分な説明を尽くす必要があります。

また、施設として事故予防のためにどのような対策を講じていたかについても正しく伝える必要があります。そのためには、日常から利用者についての業務記録を正確に作成する、リスクに気づいたら早急に対応するといったことが必要です。

利用者・家族に対しては、誠実な対応が重要です。求められた情報は可能な限り開示し、絶対に虚偽の説明は許されません。一度不信感が芽生えたと関係改善は極めて困難です。そのため、対応者や窓口を1つにして情報が混乱しないようにする配慮も必要です。

また、事故情報は職員にも情報開示し、正確な情報を伝えるとともに、各職員が当事者の家族から質問された場合に、個人的な判断や推測のもとに回答することのないよう徹底します。当事者以外の家族からの問い合わせがあった場合の対応については、誠実さとともに利用者のプライバシーへの配慮が求められます。

情報開示の際には、介護サービスに関する法令上の規定や契約にもあるように、当事者のプライバシーに十分配慮することが必要です。当事者家族に対してであっても、利用者本人の人権やプライバシーに配慮した情報開示を行いましょう。

（３）行政への連絡

介護事故が発生した場合には、施設から市区町村など行政へ報告することが求められます。行政への報告には、次の二つの側面があります。

- ① 行政との事故情報の共有を図る
- ② 同一の市区町村内にある施設間で事故情報の共有を図る

事故情報を市区町村などへ報告することで、行政が事故の事実を把握し、事故の状況や施設の対応などについて確認します。必要に応じて助言や指導により、家族とのトラブルを防いだり、第三者の立場で調整する場合もあります。

また、事故の情報を提供することにより、発生状況や利用者の状況などのリスクについて当該施設だけでなく、行政および他施設と共有することにつながります。事故から学び、行政および他施設も含めて、今後の事故予防対策の参考情報を蓄積していくための大事なプロセスとなります。

報告の基準や報告書の様式については、所管する市区町村などに確認し、適切な形で報告する必要があります。報告すべき時期も、市区町村などによりルールが異なり、事故直後の第一報、対応が完結した後の最終報告の2段階に分けている市区町村などもあります。報告の目的を踏まえて、適切な時期に適切な内容の報告をしましょう。

（４）職員への対応

事故発生後は、あらかじめ定めた手順に沿って、適切な対応をとることが求められます。しかし一方で、事故に関与した職員は動揺し、また事故を起こした責任から、職務が継続できなくなる場合があります。悪意を持って行ったことでなければ、共に働く同僚として、当事者となった職員を支えることに配慮することが求められます。必要に応じて、職場に戻る前に、再教育や研修などを実施することも検討します。

なお、同じミスを漫然と繰り返した場合は、施設はもちろん、当該職員も介護の専門家としてその責任を問われることがあります。そういったことがないよう、施設としては教育制度を充実させるとともに、職員一人ひとりが専門家として日頃からの自己研鑽に努めることも重要です。

<引継ぎについて>

ヒヤリ・ハット事例や転倒・転落、誤嚥、誤薬などの事例のうち、経過観察を必要とする事例については、引継ぎの際、次のシフトの職員に十分に情報伝達します。引継ぎに当たっては、経過観察の目的（医療を要するかどうかの判断のため、または再発防止策検討のため）に即して、どのような項目をいつまでの期間観察するかをあらかじめ明確にした上で引継ぐようにします。また、利用者本人の見守り、バイタルチェック、緊急時の医師への連絡方法などのチェックポイントについても再確認しておきます。

高齢の利用者の場合、状態によっては容態が急変することも稀ではないため、介護職員の判断や経験に頼ることなく、医師および看護職員との連携について特に配慮することが必要です。

（５）医療機関との関係

利用者本人の意思を確認することが困難でありかつ家族にも連絡がつかず、職員の判断で決めかねる事態が利用者に発生したとき、また、命にかかわる緊急事態が発生した場合は、直ちに看護職員や配置医師、医療機関に連絡し、必要に応じて搬送する必要があります。そして、その上で家族に状況を連絡します。医療機関へ搬送する職員と家族へ連絡する職員は担当を分担するなどして、直ちに医療機関での治療が行えるような対応・体制を講じることが重要です。

8) その他の留意事項

(1) 特別養護老人ホームに併設されているショートステイ利用者のリスク管理

ショートステイ利用者は、入所している利用者と異なり、施設利用によって環境が大きく変化することになります。認知症の利用者にとってはよく知っている人やなじみの部屋、使い慣れた家具といった、落ち着いて生活するための環境の整備が重要だといわれますが、ショートステイを利用する場合には突然なじみのない環境に置かれることになり、不安を感じたり落ち着かなかったりといった状況になりやすいと言えます。

事故予防の観点からショートステイ利用者に対して考慮すべきリスクとして、一般的には転倒・転落による創傷、骨折などが考えられます。これらのリスクの把握・軽減のためには、利用前訪問での情報収集が重要です。

利用前訪問にあたっては、例えば以下のような視点で利用者の生活をできるだけ把握するようにします。

- 1) 1日を自宅のどの場所でどのように過ごしているか、利用者本人が移動する際の動線やその際の介助の方法など詳細に把握する。
- 2) ベッドの高さや幅、ベッドの昇降は右からか左からか、ポータブル便器の位置（トイレの場合はトイレまでの動線）など福祉用具とその使い方を把握する。

また、転倒・転落に関するリスクをアセスメントするためのシートを活用することも有効な手段です。

(2) 保険への加入

損害賠償責任保険への加入については、厚生労働省の解釈通知「指定介護老人福祉施設の人員、設備および運営に関する基準について」（平成12年3月17日老企第43号）において「指定介護老人福祉施設は、賠償すべき事態となった場合には、速やかに賠償しなければならない。そのため、損害賠償保険に加入しておくか若しくは賠償資力を有することが望ましい。」とされています。

施設としての保険加入は、万が一のときに被害を被った利用者への補償を円滑に行うことができるだけでなく、職員が守られているという意識を持って安心して働くことにもつながります。また大きな事故が起こった際の損害賠償は、施設の存続にも関わるほどの経済的負担となることがあります。このような観点から、損害賠償保険に加入しておきましょう。

3 事故予防のための対策・介護技術

この章では、施設において実際に行われている効果的なリスク低減のための技術について紹介します。

これらの技術は現に実際にある施設において一定の効果を挙げている方法ですが、すべての施設に対してそのまま当てはまるとは限りません。それぞれの施設において、施設の実態に応じてよりよい方法を検討する際の参考にしてください。

1) 転倒

(1) 総論

高齢になると、身体的な活動能力やバランス感覚、注意力が衰え、転倒や転落を起こしやすくなります。そのため日頃から転倒・転落のリスクとなる要因がないか確認しておくことが必要です。例えば、以下のようなことがチェックのポイントとなります。

- ・ 靴は足にあっているか、靴底の素材は床材と合っているか、擦り減っていないか。
- ・ 靴を脱いで生活をする場合は、上履きを適切に使用しているか。
- ・ 杖や歩行器、シルバーカーなどは、身体寸法や身体能力にあったものを使用しているか、使い方は正しいか。
- ・ 床の段差がないか。
- ・ 自力で歩行できる利用者の場合、移動範囲に伝い歩きできるような家具や手すりなどの配置ができていないか。

また、転倒が発生しやすい環境をつくらないことも重要です。

具体的には、床が濡れていると滑りやすいので、浴室やキッチン周りなど、床が水で濡れやすい場所では利用者の移動時に特に注意すること、廊下や居室などの床が水で濡れたときはすぐにふき取ることを職員間で共通認識し徹底しておくことも必要です。

また、高齢者では視覚障害から足元がよく見えないことが思わぬ事故につながることもあるため、特に夜間トイレに移動する経路が暗すぎないか、常夜灯などの照明設備があるか、足元にコードや不要なものがないかなど確認しておきます。

認知症のある高齢者の場合、徘徊や不穏状態などのいわゆる問題行動によって、転倒・転落のリスクが高いため、行動制限や見守りの強化などで対応しがちです。しかし、目の前の状況に振り回され対処療法に追われるのではなく、何時ごろ徘徊や不穏な状況が起こりやすいのか、その前後どのような過ごし方やケアをしていたのか、食事・入浴・排泄など基本的なケアはその利用者にあった個別ケアが行えているのか、生活歴を把握した上でその人らしい生活を援助できているのかなど様々な視点から、現在提供しているケアを見直してみることも大切です。その利用者にとって良いケアが提供されるようになると利用者は精神的な落ち着きをとりもどし、転倒・転落のリスクも低くなります。

認知症の有無にかかわらず高齢者の場合、身体的・精神的状況の変化から行動や歩行動作に影響することが多くあるため、普段から利用者の様子を観察し「いつもと違うな」ということに早めに気づくことも大切です。体調不良がみられる、ふらつきがある、不眠が続いている、おちつきがないなど普段と違う様子がみられたときには特に注意します。

このようなポイントを押さえた観察を普段から心がけることで、転倒・転落のリスクの高い利用者をリストアップすることで、効果的な見守りや早めの対応をとることができます。

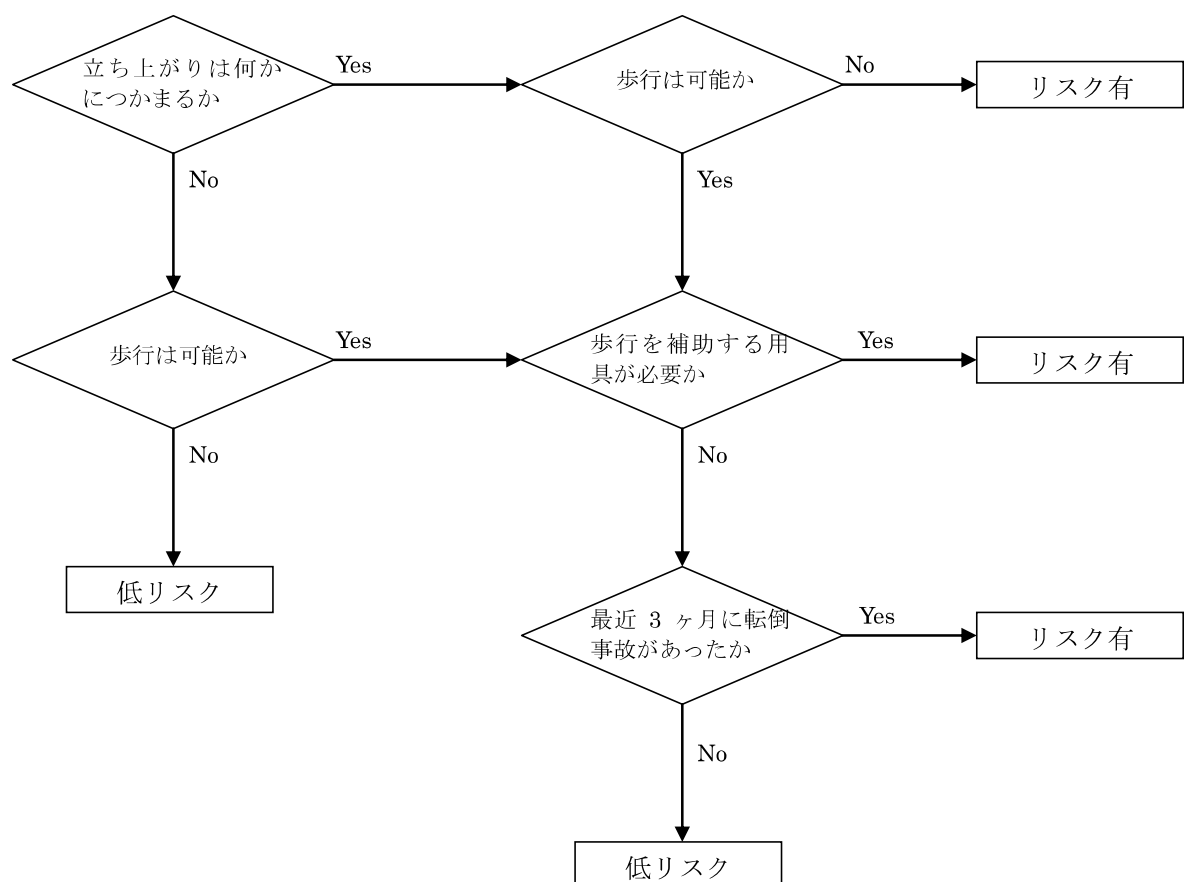
その他、身体状況にあわせた筋力増強・維持目的の運動やストレッチなどを、生活の中にとり入れることで転倒予防を行うこともできます。

(2) 対策の考え方

本人がつかまり立ち以上の身体能力を持っている場合に起こる転倒への対策

この場合、利用者には転倒のリスクがあることを認識し、施設側としては安全な転倒の実現を図る必要があります。

図表 9 転倒による大腿骨頸部骨折のリスク評価フローの例



上記フロー図は、ある施設において転倒による大腿骨頸部骨折のリスク判定に使用されているものです。ここで、「リスク有」と判定された利用者には、市販の大腿骨頸部骨折予防ベルトを使用します。「低リスク」の利用者は、転倒の際にも自由な手で身体を防御することができるため、転倒したとしても大腿骨頸部骨折のような生活障害をもたらす怪我には至らない可能性が高い方であると当該施設では判断しています。

職員が介助する中で起こる転倒への対策

職員が介助する中で転倒が発生した場合、通常は介護過誤¹⁶に当たり、組織として防止策を講じなければなりません。職員の介護技術の再教育、業務手順書の見直しなど、基本的な介助の手順や技術を確認し正しいケアを定着させることが必要です。

福祉用具を利用した対策

歩行が安定していないが自由に歩きたいという意欲がある利用者に対して、歩行器を正しく使用することは有効な方法といえます。専門職が選定に関わり、利用者の体格など状態に適した歩行器を選定することで、転倒の危険を低減することができます。

具体例：

認知症で歩行時ふらつきがあり入所前から頻繁に転倒していた利用者 A さんは、以前から転倒して頭に打撲、切り傷を負うことが多く、家族が準備した帽子をかぶっていた。A さんには自由に歩きたいという意思があり、歩行器を使ってもらおうようにしていたが、認知症のためすぐに忘れてしまう。忘れるたびにそっと歩行器をそばに持っていくということを根気よく続けたところ、歩行器を日常的に使うことができるようになった。

その後、家族の協力も得て、それまで使用していた施設の歩行器から本人専用の歩行器を購入することになった。歩行器の選定にあたっては、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）等のアドバイスも得ながら、実際にいくつかの歩行器を試し、A さんが使いやすいもの（気に入ったもの）を購入した。それまで使用していた施設の歩行器は体格に比べて大きめであったが、新しい歩行器は小回りが利き使いやすく、そのため転倒の危険も少なくなった。

¹⁶ 介護事故のうち、施設・職員側に過失がある（と考えられる）ものを言います。「介護事故」には過失がある事例と過失のない（避けることができなかった）事例とが含まれます。

2) 転落

(1) 総論

場面としては、ベッド、車いす、椅子からの転落などが想定されます。また、窓からの転落というケースもあります。

ベッドからの転落防止をベッド柵で対応するのではなく、低床の介護用ベッドを使用することや、身体を起こすときつかまりやすい位置に手すりや椅子などを準備する、ベッドの下にクッションとなるマットを敷くなどして、転落しにくくするとともに万一ベッドから転落した場合も、最小限の怪我ですむように周囲の環境を整えておきます。

車いすや椅子からの立ち上がりにおける転倒・転落事故の予防のためには、利用者の身体に適合した車いすや椅子を使用しているかを確認することが大切です。座面が高すぎて足底が床についていないため不安定である、背もたれや座面のサイズや角度が身体に合っていないなど、座位姿勢を正しく保持することができていない場合、転倒・転落のリスクが高くなります。なにより長時間同じ姿勢でいることは、誰でも苦痛になります。座らせきり、起こしっぱなしになっていないか、一日の過ごし方を考えることも必要です。苦痛な姿勢から逃れようとして動くことは人間の生理的な欲求であることを理解し、利用者の気持ちに沿ったケアを考えましょう。また、長時間座っても疲れない椅子かどうか、自分で実際に座って確認してみましょう。

また、窓からの転落は、窓際に踏み台になるような家具や台がある場合や、窓の位置に問題がある場合に発生しています。そういった視点で常に環境を見直しましょう。

(2) 対策の考え方

ベッドからの転落

万一転落しても怪我につながらない環境の実現を図ります。利用者の下腿長に合わせた高さの低床ベッドであれば、転落しても大きな事故になることは少ないでしょう。

寝返りの際の転落は、ベッドのマットレス幅に問題があると考えられます。十分なマットレス幅で寝返りの幅を確保するようにします。

- ・ マットレス幅 100cm 以上のベッドを用いる。
- ・ 就寝時に、ベッドのわきにベッドと同じ高さの背もたれのないベンチをつけることで、実質的にベッドの幅を広げる。
- ・ ベッドを 2 台並べて用いる。

万一転落した場合に備えて、ベッド横に衝撃緩和のマットレスを敷くことも考えられます。ただし、自分で立ち上がり歩行可能な利用者は、マットにつまずく可能性もあるため注意が必要です。特に複数人の居室では別の利用者の転倒原因になる可能性もあります。ベッド側を除くマットの 3 方向又は 2 方向をテープで固定し、つまずきにくくするなどの配慮が必要です。

具体例：

特別養護老人ホーム B 施設では、床からマット上までの高さが 30 センチ程度まで低くなる低床ベッドを使用している。見守りを頻繁に行っているが夜間などベッドから転落、もしくは自分でトイレに行こうとしてしりもちをつくケースは多くあるが、低床ベッドを使用することで、転落による骨折はなく、打ち身が無傷で済んでいる。

低床ベッドを使用し、頻繁に見守りをしているが、認知症がある C さんは、一人でベッドを降りようとして、ベッドの下にいるところを発見されることが多かった。職員が協力体制を組んで、いつベッドから降りようとするのか一定期間、観察したところ、トイレに行きたくなるとベッドを降りようとするのが判明した。そこで、時間を見計らい極力、前もって訪室するようにした。しかし、それでもちょっとした間にベッドから降りてしりもちをつくことがあったため、ベッドから立ち上がってもすぐ車いすに到達できるように、ベッドと L 字型のベッド柵と車いすを常に定位置に配置することを職員間で統一した。それ以降、自分で車いすに移乗するようになり、ベッドから転落する（しりもちをつく）ことが減少した。

特に人数の少ない夜勤帯では職員の精神的ストレスや緊張は非常に大きい。職員に注意を促すだけでなく、高齢者の身体寸法や移乗移動に適した福祉用具を使用することで、利用者の自立度が向上するとともに、職員の負担軽減につながる事例である。

車いすからの転落

車いすを移動手段として職員の介助により短時間使用する場合はあまり問題ありませんが、利用者自らの移動手段でありかつ椅子として使うという 2 つの機能を求める場合には、利用者の体型・障害に見合った車いすにすることが重要です。

利用者の体型・障害に見合った車いすを検討するためには、座面高・座幅・奥行きなどの視点が必要です。さらに、チルト機能、リクライニング機能、アームレスト機能、フットレスト機能については、これらの機能の必要性をアセスメントし適切に活用します。可能であれば、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）などの専門職が関与して用具を選定し調整しましょう。体格や身体機能に合わない車いすに座っていて、臀部に褥瘡ができることもあります。

具体例：

特別養護老人ホーム D 施設では、利用者の身体寸法や障害に応じて調整が可能な、シーティング機能のあるモジュラー型の車いす¹⁷を使用している。

利用者の身体に合うよう調整された車いすは、長時間座位をとっていても一般の車いすよりも身体への負担が少ない。ステップを低い位置にしたり、取り外しができるので立ち上がろうとして事故になることが少ない。足が床につき、少しずつでも蹴って自走できるため行動範囲が広がり、移動できずに同じ場所で座ったままになるストレスも軽減できる。

このようにモジュラー型の車いすは非常に有効であるが、使いこなすためには職員に一定の知識が求められる。また高齢者の体調や姿勢は変化が大きいので、それに対応できるメンテナンスの体制がとれるかを考慮して導入を検討する必要がある。

¹⁷モジュラー型車いすとは、駆動輪、座幅、フットレスト、アームレスト、背もたれ、ヘッドレストなどの各部品を利用者に合わせて交換できる車いすです。さらに座面角度やリクライニングなどの調整機構がついたタイプでは、より利用者の状態に合わせた調整が可能です

3) 誤嚥

(1) 総論

高齢者ケアの現場で、できるだけ最後まで「口から食べられる」ということは尊厳を支えるケアを行う上でも非常に重要です。しかし施設では摂食・嚥下に障害をもつ高齢者が多く生活しており、食事と誤嚥の危険性は切っても切れない関係にあります。誤嚥による窒息や誤嚥性肺炎により生命に危機を及ぼす可能性が高いため、極力誤嚥が起きにくいように配慮したケアを行うとともに、もし誤嚥が起きたとしても迅速に対処できるよう準備が必要です。

誤嚥を防ぐためのケアとしては、以下のようなことが重要です。

- ・ 個々の利用者の摂食・嚥下のどの部分に問題があるのか医療専門職の所見を踏まえながら把握しておくこと
- ・ 基本的な食事介助の方法を習得すること
- ・ 食事の際の利用者の姿勢を適切に保つこと
- ・ 摂食・嚥下障害の状況にあわせ食べやすい食事形態を提供すること
- ・ 個々の利用者にあった方法や道具で口腔内を清潔にすること
- ・ 咀嚼・嚥下などの口腔機能を維持・回復できるような口腔ケアを行うこと

万一誤嚥が起こったときには、直ちに吸引などの処置ができるように食堂やリビングには吸引器を準備し、いつでも使えるように使用方法や救命救急処置について習得しておく(習得の機会を定期的に設ける)ことも大切です。さらに、利用者の心身の状況をよく観察し、呼吸状態や血圧などのバイタルチェックを行い、容態に変化が生じたときは直ちに配置医師の診察を受ける、あるいは病院へ搬送することが必要です。利用者の生命・身体の危険についての判断は、医師や看護職員の手委ねることが大切です。

日頃から、誤嚥のリスクの高い利用者をリストアップし、介護職員、看護職員、栄養士、配置医師、歯科医師、歯科衛生士などの多職種チームで連携をとっておくことで誤嚥による重篤な症状を予防することができます。

(2) 対策の考え方

覚醒していること、適切な姿勢を保持できること、適切な食形態が検討されていることが食事摂取の条件となります。

食事の介助は職員1人で利用者2人までを限度とします。これは万が一誤嚥が起こった場合にも早く気づき対処するためです。

もともとかきこむように食事をする習慣がある利用者が、食事の時、咳き込みやむせが出てくるような状態になると誤嚥リスクが高くなったと判断します。この場合には、職員の目の届く範囲で食事してもらうようにします。ただし、嚥下力低下、開口障害、口を閉

じる反射低下（食物の取り込み、咀嚼、飲み込み）に障害が出てきている利用者は、職員が1人で介助しても食事に45分かかることがあります。いわばターミナル期ともいえ、こういった利用者の食事摂取へのリスクをどう考えるかは難しいため、関係者で十分話し合う必要があります。

利用者の生活や生命に深く関わるおそれがあるため、誤嚥を避けたいと感じることは介護者としては自然なことです。ただし、経管栄養であっても口腔内の不潔や、特に睡眠時に唾液の気管への流入などで起こる誤嚥性肺炎もあります。経管だから肺炎を起こさず、経口だから肺炎になると単純に言い切れるものではありません。一方で、食事を口から食べられる幸せについて考えてみましょう。単に誤嚥防止を追求するのではなく、経口で好きな食物を味わうことにどのような意味があるかを理解することが重要です。

具体例：

特別養護老人ホーム E 施設では、誤嚥防止のために、すべてをきざみ食やミキサー食にするのではなく、普通に食べることができる可能性を探ることを大切にしている。

過去には、普通食が食べられない場合は、きざみ食やみじん食に変更するケースが多かったが、単にきざむだけではばさばさしてさらに誤嚥の危険性が高まるため、とろみを加えて安全に食べてられるよう工夫を行っている。また、煮魚や里いもの煮物など、食材や調理法によっては普通食でもやわらかく食べられるものをメニューに取り入れるようにしている。

利用者がおいしいと思い食欲がわくと、口にただ流しこまれる食事とは異なり嚥下もしっかりすることがある。ソフト食や、ムース食など見た目もきれいで食欲がわき、食べやすい食事形態もあるので、栄養士や調理師と連携をとりながら食事形態を検討している。

また、食事介助は必ず椅子に座って行う。介助者が高い位置から食事介助をすると、食べ物が誤って気管に入りやすく誤嚥にもつながる。また、尊厳あるケアの観点からみても、楽しい食事の雰囲気を重視し、視線をあわせ、介助者も腰を落ち着かせ利用者の嚥下・咀嚼のペースに合わせて食事をすすめるために、椅子に座ることは食事介助の基本であると考えている。

4) 誤薬

(1) 総論

誤薬とは、利用者が誤った種類、量、時間または方法で薬を飲むことを指します。

誤薬は、薬の内容や量によっては生命に重大な危機を及ぼすことになり、決して起こってはならない事故です。しかし、「ついうっかり」「思い込み」などのヒューマンエラーが最もおこりやすい事故でもあります。そのため、薬を扱う際には複数回のチェックを行うことを習慣化することが重要です。

誤薬がおこる要因として、薬に対する意識が低いこと、食事時間はいくつかのケアが重なりあわただしい状況があること、確認不足、薬に関するシステムがチーム内で統一されていないなどがあげられます。

これらを解決するためには、まず「配薬ボックスから薬を取り出すとき」、「利用者のそばにいったとき」、「薬袋をあけて口に入れる前」の最低3回はその薬が本人のものであるか確認する」といった基本事項を職員全員で徹底します。

そのほかにも、以下のような点に留意します。

- ・ 薬についての基礎知識について学習の機会を持つ。
- ・ 介護職員にも利用者が使用している薬の内容がわかるように、個人ファイルに薬の処方箋を添付し確認できるようにする。
- ・ 薬は1回分ずつ分包し、氏名と飲む時間（朝食後など）を明記する。
- ・ 薬ケースを利用者個人ごとに用意する。
- ・ 食前薬・食後薬それぞれの薬ケースを用意し、薬の取り間違いや飲み忘れを防止できるようにする。
- ・ 薬の見た目が似ていて紛らわしいときには区別できるような印をつけるなど工夫する。
- ・ 入居者が隣の人の薬を間違えて内服してしまうことのないよう、配膳と一緒に薬を配るのでなく、内服する直前に配薬することや、口に入れるまで確認することを徹底する。

また、新しい薬の開始や中止、内服量の変更、注意すべき薬の副作用などの情報をチームで共有できるように、介護職員と看護職員や配置医師の連携を図ることも大切です。

生活の場である特別養護老人ホームで、本当に服用する必要がある薬であるかどうかを医療従事者が確認する必要があるでしょう。以前の施設や病院で服用していた薬も見直し、必要最低限にすることで、自己管理が可能になることもあります。

(2) 対策の考え方

誤薬は、「配薬トレーに薬を用意する段階」と、「利用者個人に薬を配り、飲ませる段階」とに分けることができます。

配薬トレーに薬を用意する段階：

基本的に看護職員が行います。作業を中断することはエラーの原因となりやすいため、配薬業務が終わるまで集中して一气に行うようにします。また、責任を明確化するためにも、この作業にあたった者の氏名をトレーの空きスペースに明示するとよいでしょう。

配薬トレーの個別ケースには、利用者 1 人 1 人のフルネームを貼り、トレーの色は朝・昼・夕で色分けします。薬は薬局に一包化してもらいましょう。またそこには利用者フルネームを記載し、配薬トレーの色と同じカラーラインをつけてもらいましょう。

利用者一人ひとりに薬を配る段階：

本人確認のため薬に印字された名前をフルネームで声に出して呼びます。この段階での誤薬は、新しい職員が入った時に、顔と名前が一致しないことなどによって起こりやすくなります（他の利用者の靴をはいている場合もあるため、靴の名前などでは確実な確認はできません）。必ず、他のスタッフに聞こえる声で呼称します。

なお、薬を食事トレーにおくと、他の利用者が飲んでしまうこともあるので注意が必要です。

5) 内出血・皮膚はく離

(1) 総論

以前は高齢者施設における事故として転倒や転落による骨折が大半を占めていましたが、近年、日常の活動やケアに伴う内出血や皮膚はく離の件数が急増しています。また、オムツ交換や体位交換の際の骨折などの事例が多く見られるようになりました。

内出血や皮膚はく離の件数が増加した背景には、報告が積極的に行われるようになったという理由も考えられます。また内出血や皮膚はく離などは、転倒による骨折、誤嚥等の事例にくらべると、利用者の生活に与える影響は大きくないため、単純に件数のみを比較して過度に重大視する必要はありませんが、利用者の安心で快適な生活を支えるためには、可能な限り避けるべき事故といえます。

ケアに伴う内出血や皮膚はく離を防ぐためには、ケアのスキルの向上が求められます。ケア場面以外の生活の中で発生する内出血や皮膚はく離については、観察による早期発見と迅速な処置が重要となります。

これらを実現するためには、施設として業務手順書の整備、研修、ケアの実技訓練な対策を講じることが必要となります。しかし、それでも事故が起きる可能性があることを認識しておくことや、本人や家族に対し、生活の中のリスクへの理解が得られるよう、十分な説明が必要です。

(2) 対策の考え方

内出血や皮膚はく離への対策としては、「ケアのスキルの向上」、「観察による早期発見」と「迅速な処置」が重要です。

ケアのスキルの向上

介護のプロフェッショナルとして、適切な手技により利用者に負荷のかかりにくく安全な方法でケアを行うことが求められます。特に、移動・移乗の場面などで利用者の身体を支えるときや抱えるときには、支えられた部分に力がかかることから、大きな力が一点に集中したり、支えられた部分の皮膚が強く押されたり引っ張られたりするなど無理な力がかからないよう、基本手順や確認事項、注意事項を忠実に守り、丁寧なケアを心がけます。利用者の状態や姿勢および周囲の環境にも十分注意を払います。

例えば、車いすのフットレストの位置を確認しないまま移乗して足を擦ったり、利用者の腕の位置を確認しないまま移乗して、手すりの下に手が巻き込まれて無理な力がかかり大きな皮膚はく離につながる事例も報告されています。こうした事故は、移乗を行う前に確実に周囲や車いすの状態、利用者の姿勢や腕の位置などを確認することで、防ぐべき事故であると言えます。

その他のケアにおいても、利用者の身体に触れるときは十分な注意を払う必要があります。

観察力の向上

職員が利用者と関わっている場面やケアの中で発生した場合を除いて、利用者の生活の中での活動に伴う内出血や皮膚はく離はいつ起きたかがわからない場合も多くあります。排泄や入浴、清拭等、ケアを行う時点で、利用者の身体の状態を確認し、皮膚はく離やない出血の有無をチェックしましょう。新しく皮膚はく離や内出血が見られたら、前回の確認時点以降に発生したものとして、時間帯をある程度まで絞り込むことができ、原因の推定や対策の検討につながります。

また、観察した結果は確実に記録に残します。記録をつけることで観察力や意識が向上し、ケアに活かすことができます。また蓄積された記録に基づいて、内出血や皮膚はく離の起こりやすい部位、利用者の状態像、時間帯、ケアや活動の場面などが把握され、対策の検討に結びつけることが可能となります。

迅速な応急対応

特に皮膚はく離については、発生直後に適切な処置をすることで、ダメージを最小化して回復を早めることができます。皮膚はく離が発生したら、またははく離した状態を発見したら、即時に看護職員に連絡します。看護職員は皮膚の状態に応じて、迅速に適切な対応を行います。そのためにも、ある程度の間隔で状態確認を行う仕組みを整えるとともに、職員の観察力を向上させ、少しでも早期に発見できる体制を整えることが重要です。

付録 1 :

「指定介護老人福祉施設の人員、施設及び運営に関する基準について」（平成 12 年老企第 43 号）（抜粋）

3 1 事故発生時の対応（基準省令第 3 5 条）

（1）事故発生の防止のための指針（第 1 項第 1 号）

指定介護老人福祉施設が整備する「事故発生の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととする。

- [1] 施設における介護事故の防止に関する基本的考え方
- [2] 介護事故の防止のための委員会その他施設内の組織に関する事項
- [3] 介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針
- [4] 施設内で発生した介護事故、介護事故には至らなかったが介護事故が発生しそうになった場合（ヒヤリ・ハット事例）および現状を放置しておくとなれば介護事故に結びつく可能性が高いもの（以下「介護事故等」という。）の報告方法等の介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針
- [5] 介護事故等発生時の対応に関する基本方針
- [6] 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
- [7] その他介護事故等の発生の防止の推進のために必要な基本方針

（2）事実の報告およびその分析を通じた改善策の従業者に対する周知徹底（第 1 項第 2 号）

指定介護老人福祉施設が、報告、改善のための方策を定め、周知徹底する目的は、介護事故等について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるためのものであり、決して従業者の懲罰を目的としたものではないことに留意することが必要である。

具体的には、次のようなことを想定している。

- [1] 介護事故等について報告するための様式を整備すること。
- [2] 介護職員その他の従業者は、介護事故との発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、[1]の様式に従い、介護事故等について報告すること。
- [3] （3）の事故発生の防止のための委員会において、[2]により報告された事例を集計し、分析すること。
- [4] 事例の分析に当たっては、介護事故等の発生時の状況等を分析し、介護事故等の発生原因、結果等を取りまとめ、防止策を検討すること。
- [5] 報告された事例および分析結果を従業者に周知徹底すること。
- [6] 防止策を講じた後に、その効果について評価すること。

（3）事故発生の防止のための委員会（第 1 項第 3 号）

指定介護老人福祉施設における「事故発生の防止のための検討委員会」（以下「事故防止検討委員会」という。）は、介護事故発生の防止および再発防止のための対策を検討する委員会であり、幅広い職種（例えば、施設管理者、事務長、医師、看護職員、介護職員、生活相談員）により構成する。構成メンバーの責務および役割分担を明確にするとともに、専任の安全対策を担当する者を決めておくことが必要である。

なお、事故防止検討委員会は、運営委員会など他の委員会と独立して設置・運営することが必要であるが、感染対策委員会については、関係する職種、取り扱う事項等が事故防止検討委員会と相互に関係が深いと認められることから、これと一体的に設置・運営することも差し支えない。事故防止対策委員会の責任者はケア全般の責任者であることが望ましい。

また、事故防止検討委員会に施設外の安全対策の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。

(4) 事故発生の防止のための従業者に対する研修（第1項第3号）

介護職員その他の従業者に対する事故発生の防止のための研修の内容としては、事故発生防止の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該指定介護老人福祉施設における指針に基づき、安全管理の徹底を行うものとする。

職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該指定介護老人福祉施設が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育（年2回以上）を開催するとともに、新規採用時には必ず事故発生の防止の研修を実施することが重要である。

また、研修の実施内容についても記録することが必要である。研修の実施は、職員研修施設内での研修で差し支えない。

(5) 損害賠償（第4項）

指定介護老人福祉施設は、賠償すべき事態となった場合には、速やかに賠償しなければならない。そのため、損害賠償保険に加入しておくか若しくは賠償資力を有することが望ましい。

付録 2 :

社会福祉法に記載された福祉サービスのありかたに関する記述

(目的)

第一条 この法律は、社会福祉を目的とする事業の全分野における共通的基本事項を定め、社会福祉を目的とする他の法律と相まって、福祉サービスの**利用者の利益の保護**および地域における社会福祉(以下「地域福祉」という。)の推進を図るとともに、社会福祉事業の公明かつ適正な実施の確保および社会福祉を目的とする事業の健全な発達を図り、もって社会福祉の増進に資することを目的とする。

(福祉サービスの基本的理念)

第三条 福祉サービスは、**個人の尊厳の保持**を旨とし、その内容は、福祉サービスの利用者が心身ともに健やかに育成され、又はその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援するものとして、**良質かつ適切なもの**でなければならない。

(福祉サービスの提供の原則)

第五条 社会福祉を目的とする事業を経営する者は、その提供する多様な福祉サービスについて、**利用者の意向を十分に尊重**し、かつ、保健医療サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図るよう創意工夫を行いつつ、これを総合的に提供することができるようにその事業の実施に努めなければならない。

(経営の原則)

第二十四条 社会福祉法人は、社会福祉事業の主たる担い手としてふさわしい事業を確実、効果的かつ適正に行うため、自主的にその経営基盤の強化を図るとともに、その提供する**福祉サービスの質の向上**および**事業経営の透明性の確保**を図らなければならない。

第八章 第一節 情報の提供等

(情報の提供)

第七十五条 社会福祉事業の経営者は、福祉サービス(社会福祉事業において提供されるものに限る。以下この節および次節において同じ。)を利用しようとする者が、適切かつ円滑にこれを利用することができるように、その経営する**社会福祉事業に関し情報の提供を行う**よう努めなければならない。

2 国および地方公共団体は、福祉サービスを利用しようとする者が**必要な情報を容易に得られる**ように、必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

(利用契約の申込み時の説明)

第七十六条 社会福祉事業の経営者は、その提供する福祉サービスの利用を希望する者からの申込みがあつた場合には、その者に対し、当該福祉サービスを利用するための契約の内容およびその履行に関する事項について**説明するよう努め**なければならない。

(利用契約の成立時の書面の交付)

第七十七条 社会福祉事業の経営者は、福祉サービスを利用するための契約(厚生労働省令で定めるものを除く。)が成立したときは、その利用者に対し、遅滞なく、次に掲げる事項を記載した**書面を交付**しなければならない。

- 一 当該社会福祉事業の経営者の名称および主たる事務所の所在地
- 二 当該社会福祉事業の経営者が提供する福祉サービスの内容
- 三 当該福祉サービスの提供につき利用者が支払うべき額に関する事項
- 四 その他厚生労働省令で定める事項

(福祉サービスの質の向上のための措置等)

第七十八条 社会福祉事業の経営者は、自らその提供する**福祉サービスの質の評価を行う**ことその他の措置を講ずることにより、**常に福祉サービスを受ける者の立場に立つて**良質かつ適切な福祉サービスを提供するよう努めなければならない。

2 国は、社会福祉事業の経営者が行う福祉サービスの質の向上のための措置を援助するために、福祉サービスの質の公正かつ適切な評価の実施に資するための措置を講ずるよう努めなければならない。

(社会福祉事業の経営者による苦情の解決)

第八十二条 社会福祉事業の経営者は、常に、その提供する福祉サービスについて、利用者等からの**苦情の適切な解決**に努めなければならない。

このガイドラインは、平成 24 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分） 介護施設の重度化に対応したケアのあり方に関する調査研究事業において作成されたものです。

<アドバイザー>（五十音順・敬称略）

高野 範城 弁護士

鳥海 房枝 NPO法人メイアイヘルプユー 理事・事務局長

村岡 裕 社会福祉法人依田窪福祉会 常務理事・本部事務局長

安永 もと子 世田谷区世田谷総合支所 保健福祉課長

<オブザーバー>

右田 周平 厚生労働省老健局高齢者支援課 老人介護専門官

<事務局>

株式会社 三菱総合研究所 人間・生活研究本部

平成24年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)
介護施設の重度化に対応したケアのあり方に関する研究事業

特別養護老人ホームにおける介護事故予防ガイドライン

平成25(2013)年3月

編集・印刷

株式会社 三菱総合研究所 人間・生活研究本部
〒100-8141 東京都千代田区永田町 2-10-3
電話 03-6705-6024 FAX 03-5157-2143
