

平成 23 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

報告書

平成 24 年 3 月

目次

1. 事業概要.....	1
1. 1 事業の目的	1
1. 2 実施概要	2
(1) 実施計画	2
(2) 実施フロー.....	3
1. 3 検討委員会	4
(1) 組織体制	4
(2) 開催日程および議題.....	4
2. 事故防止体制の実態調査 — アンケート調査.....	5
2. 1 アンケート調査の概要	5
(1) 目的.....	5
(2) 調査方法	5
(3) 回収状況	6
(4) 集計・分析方法	6
2. 2 アンケート調査の結果	7
(1) 回答者の属性.....	7
(2) 施設の概要（基本情報）	8
(3) 施設の概要（職員体制）	15
(4) 介護事故の発生状況	22
(5) 施設における介護事故予防の体制（報告制度）	25
(6) 施設における介護事故予防の体制（委員会の設置）	44
(7) 施設における介護事故予防の体制（介護事故防止のための指針）	53
(8) 施設における介護事故予防の体制（手順書の整備）	59
(9) 施設における介護事故予防の体制（研修）	63
(10) 施設における介護事故予防の体制（施設における取組み等）	70
(11) 市区町村・都道府県との連携（市区町村等との連携）	79
2. 3 アンケート結果のまとめ.....	87
(1) 施設概要	87
(2) 事故の発生状況	87
(3) 事故予防体制（事故報告の仕組み）	87
(4) 事故予防体制（委員会）	89
(5) 事故予防体制（指針・手順書）	89
(6) 事故予防体制（研修）	90
(7) その他の事故予防の取組み	91

(8) 介護事故防止の取り組みにおける現状の課題.....	91
(9) 市区町村との連携.....	91
3. 事故防止体制の実態調査 — ヒアリング調査.....	93
3.1 ヒアリング調査の概要.....	93
(1) 目的.....	93
(2) 調査方法.....	93
3.2 ヒアリング調査の結果.....	95
(1) ヒアリング調査結果のまとめ.....	95
(2) ヒアリング結果の要約.....	99
4. 事例集の作成.....	112
(1) 目的.....	112
(2) 事例集の構成.....	112
(3) 事例集の概要.....	113
5. まとめおよび今後の課題.....	115
5.1 施設長のリーダーシップおよび専門性の向上.....	115
5.2 利用者や家族の状況変化への対応.....	115
5.3 事故防止の体制整備の促進.....	116
5.4 行政との連携の促進.....	117
5.5 介護事故予防ガイドラインの見直し.....	119
参 考 資 料.....	121
1 アンケート調査票	
2 事例集	

1. 事業概要

1. 1 事業の目的

介護保険制度においては、利用者にとって安全かつ安心できる質の高いサービスの提供が求められている。特別養護老人ホームにおいては、これまでに介護事故、感染症の集団発生といった問題に直面しており、平成 18 年度制度改正では、こうした背景に即した指定基準の改正が行われるとともに、老人保健健康増進等事業により事故予防等のガイドライン等も作成された。特別養護老人ホーム等では、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、事故報告の仕組みの運用、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る。しかしながら、現状では、取り組みについて施設間の差があり、また、施設によってはこうした事故防止のための取り組みを実施することが職員への負荷となる等、実効性が確保されにくい等の課題が指摘されている。

そこで、本調査研究では、全国の特別養護老人ホームを対象として実態調査を行い、現場における取り組みの状況や実践する上での工夫や課題等を把握するとともに、先進的な施設へのヒアリング調査を行った。さらに調査結果に基づいて、各施設での取り組み推進の参考となりうる、事例集を作成した。

1. 2 実施概要

本事業の概要は以下のとおりである。

(1) 実施計画

① 委員会の設置・運営

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に関わる委員会を設置した。委員会は、先駆的な取り組みを行っている高齢者介護施設の管理者、行政担当者、弁護士等により構成（6名）し、3回開催した。

<検討テーマ>

第一回：調査計画の策定

第二回：調査結果の報告、事例集の構成

第三回：調査結果の報告、事例集のまとめ、報告書のまとめ

② 事故防止体制の実態調査の実施

高齢者介護施設における事故防止体制の実態を明らかにするため、特別養護老人ホームを対象とした調査を実施した。

また、介護事故防止対策に関して積極的な取り組みを行う施設に対してヒアリング調査を実施し、効果的な事故防止対策についての具体的な情報収集を行った。

<調査対象>

アンケート調査：特別養護老人ホーム（3,008 か所）

ヒアリング調査：特別養護老人ホーム（5 箇所）

③ 事例集の作成

②の調査結果を踏まえて、各施設における介護事故防止対策を実践する上での課題を整理し、課題を解決し取り組みを推進するためのヒントとなる事例集（組織体制整備および介護事故の予防・対策ヒント集）を取りまとめた。

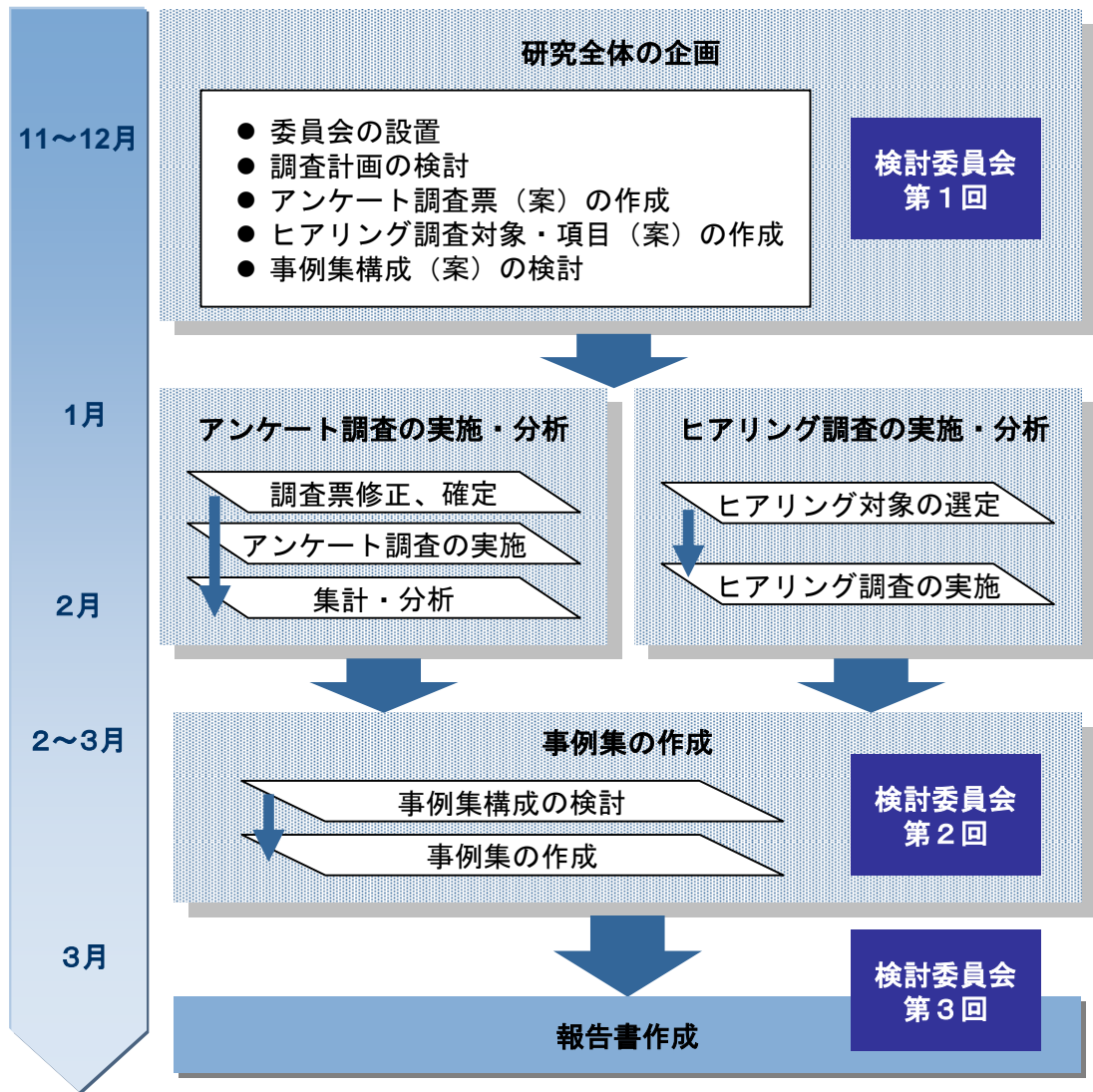
④ 報告書作成

①～③の結果に基づき報告書を取りまとめた。

(2) 実施フロー

実施フローを図表 1-1 に示す。

図表 1-1 実施フロー



1. 3 検討委員会

(1) 組織体制

本研究の実施に際し、介護におけるケアの質の向上という観点から、高齢者介護施設における事故防止のための体制整備の実態の把握および体制整備のあり方について検討するための委員会を設置し、調査研究の企画、事例収集と活用方法等の議論を行った。

委員会は、施設管理者、行政担当者、弁護士等により構成し、3回開催した。

図表 1-2 検討委員会の構成

氏名	所属
小川 弥仁	公益社団法人全国老人福祉施設協議会 大会・フォーラム企画委員会 幹事 特別養護老人ホーム愛寿苑 苑長
高野 範城	弁護士
鳥海 房枝	NPO 法人メイアイヘルプユウ 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 保健福祉部 指導担当課長
吉上 恵子	至誠特別養護老人ホーム 園長

(五十音順・敬称略、◎は委員長)

<オブザーバー>

厚生労働省老健局高齢者支援課

<事務局>

株式会社三菱総合研究所 人間・生活研究本部 主任研究員	江崎 郁子
株式会社三菱総合研究所 人間・生活研究本部 研究員	柿沼 美智留
株式会社三菱総合研究所 人間・生活研究本部	西脇 聡志

(2) 開催日程および議題

開催日程および議題は、図表 1-3 のとおり。

図表 1-3 開催日程および課題

時期		回	議題
平成 23 年	12 月	第 1 回	○ 研究計画 (案) について ○ アンケート調査項目案について ○ ヒアリング候補について ○ 事例集の構成について ○ その他
平成 24 年	2 月	第 2 回	○ アンケート調査結果について (中間報告) ○ ヒアリング調査結果について ○ 事例集について ○ 報告書構成案 ○ その他
	3 月	第 3 回	○ 調査結果の報告 (事例集) ○ 報告書案について ○ その他

2. 事故防止体制の実態調査 — アンケート調査

2. 1 アンケート調査の概要

(1) 目的

高齢者介護施設における事故防止体制の整備状況や現状の課題等を明らかにするため、特別養護老人ホームを対象としたアンケート調査を行った。

(2) 調査方法

① 調査対象

全国の特別養護老人ホーム（3,008 箇所）

※岩手県、宮城県、福島県を除き、WAM ネットに登録された事業者情報より 2 分の 1 を無作為抽出。

② 調査時期

平成 24 年 1 月 18 日（水）～平成 24 年 2 月 6 日（月）

③ 調査方法

調査対象の特別養護老人ホームに対し、郵送配布・回収によるアンケート調査を実施した。

④ 調査内容

介護事故防止のための体制整備の状況や体制整備をする上での工夫・課題等を把握するとともに、積極的な取組みに関する事例を収集するため、図表 2-1 の項目について調査した。

図表 2-1 アンケート調査項目

○施設概要	・ 所在地、法人種別、開設年、利用者数、ユニット型個室の有無、施設長の経験年数と保有する資格、職員体制
○介護事故予防のための体制整備の状況	・ 事故の発生状況、報告の仕組み、指針およびマニュアル、委員会、研修等の実施方法、実施状況 ・ 上記の実施上の重視すること、課題 等
○介護事故予防のためのその他の取り組みなど	・ 施設長の取り組み姿勢、リスクの評価の実施状況、第三者評価、家族とのコミュニケーション ・ 介護事故予防対策における工夫点、課題、必要な支援等
○行政（区市町村等）との連携	・ 事故発生時の行政への報告の状況、介護事故予防における行政との関わり、連携の状況および課題 ・ 介護事故予防において行政に期待すること 等

なお、2007 年および 2008 年にも、特別養護老人ホームを対象として、介護事故予防の体制整備の状況に関するアンケート調査を実施している¹。2007 年調査では主に体制整備状況を把握し、2008 年調査では、実施状況の自己評価や課題など質的な充実度を把握したものである。これらの調査結果と比較可能とするため、一部の質問項目は共通とした。

⑤ 調査票

参考資料 1 を参照。

(3) 回収状況

回収状況は以下のとおりであった。

回収数	1,150 件
回収率	38.2%

(4) 集計・分析方法

単純集計結果については、過去に実施した調査（2007 年、2008 年）における結果との比較を行った。なお、過去調査における調査対象および回収数は以下のとおりである。

調査年	調査対象	有効回収数（回収率）
2007 年	全国の特別養護老人ホーム全数（5,792 件）	2,691 件（46.5%）
2008 年	全国の特別養護老人ホームから 2 分の 1 を無作為抽出（3,003 件）	1,225 件（40.8%）

¹ 「特別養護老人ホームにおける施設サービスの質確保に関する検討報告書」（平成 18 年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金（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多職種協働体制の在り方に関する調査研究」（平成 19 年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金（老人保健健康増進等事業分））

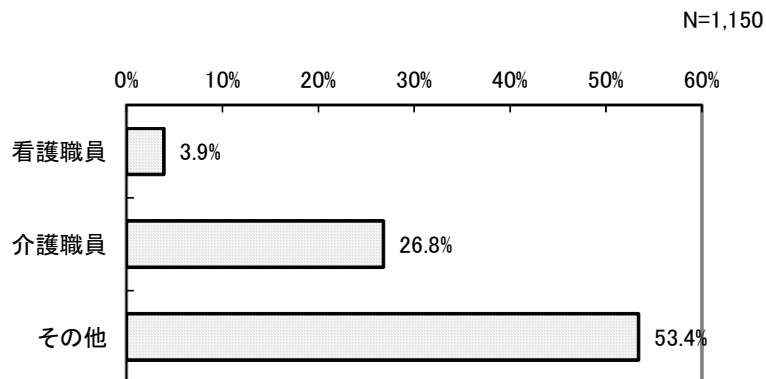
2. 2 アンケート調査の結果

(1) 回答者の属性

① 回答者の職種

回答者の職種は、「介護職員」が26.8%、「看護職員」が3.9%であった。なお、「その他」としては「生活相談員」「事務職員」「介護支援専門員」「施設長」等があった。

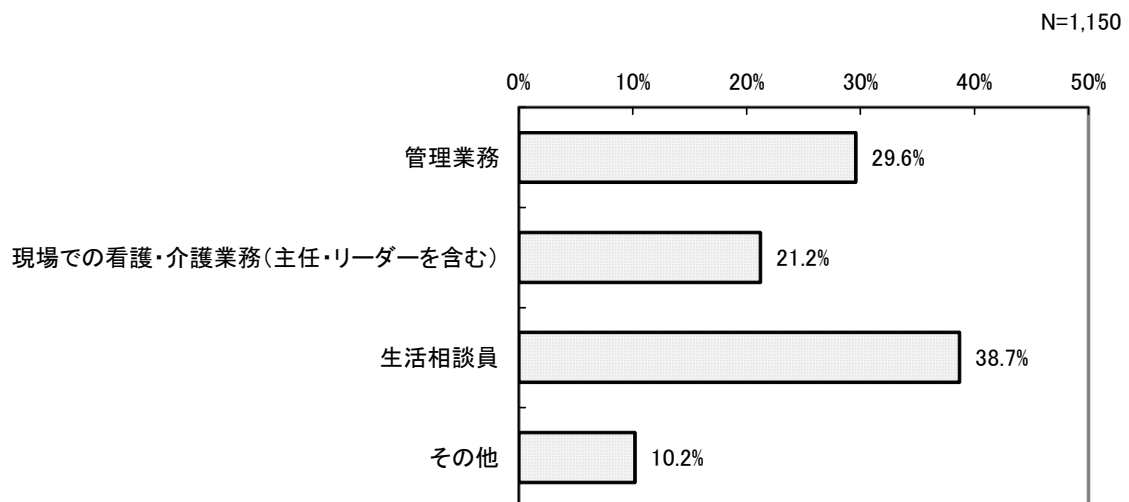
図表 2-2 回答者の職種（複数回答）



② 回答者の職責

回答者の職責については、「生活相談員」が38.7%と最も多く、次いで「管理業務」が29.6%、「現場での看護・介護業務（主任・リーダーを含む）」が21.2%であった。

図表 2-3 回答者の職責（複数回答）



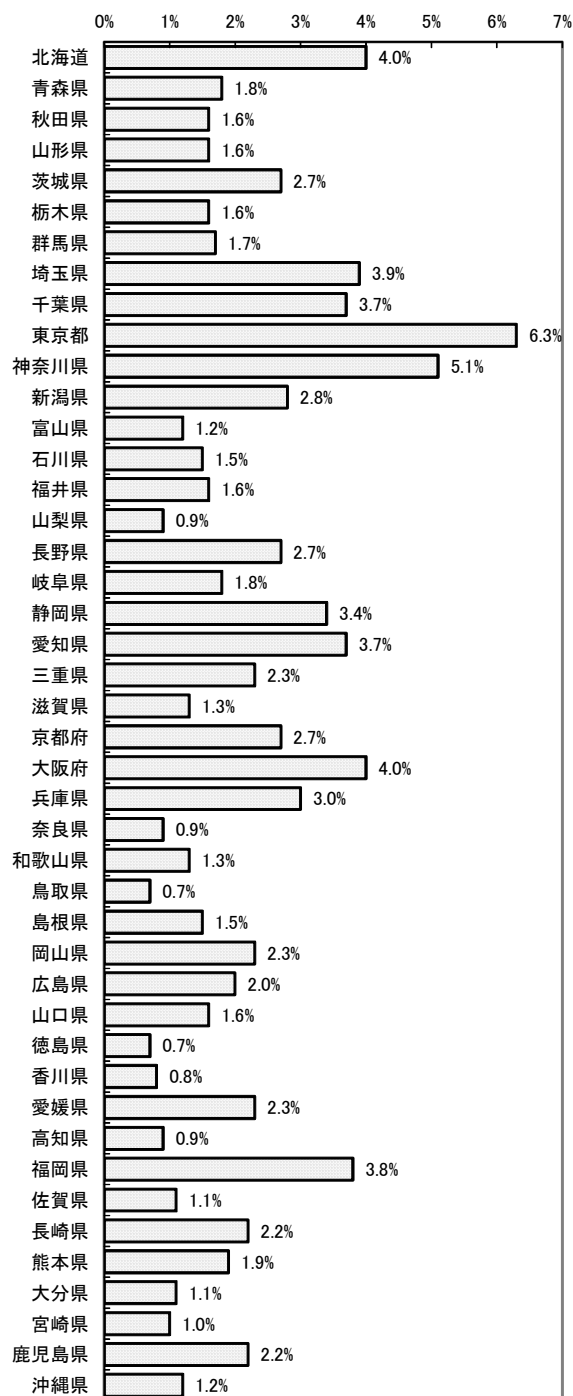
(2) 施設の概要 (基本情報)

① 所在地

施設の所在地を都道府県別にみると、図表 2-4 のとおりであった。なお、被災地 3 県 (岩手県・宮城県・福島県) は調査対象外とした。

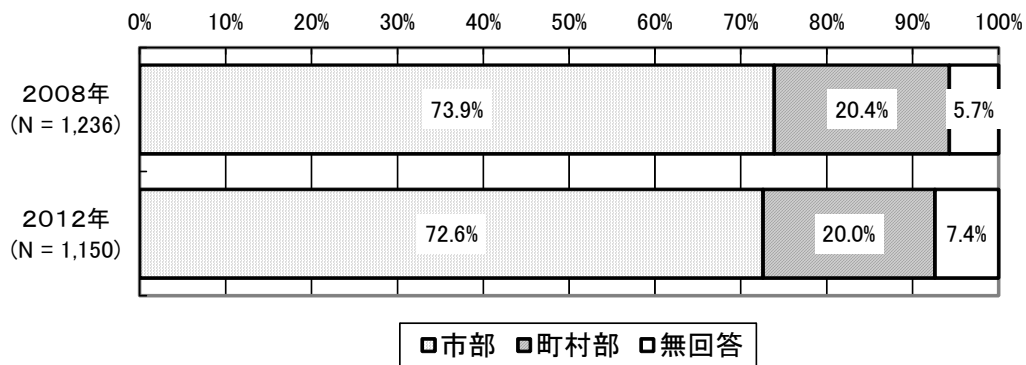
図表 2-4 所在地【都道府県別】

N=1,150



市部町村部別で見ると、市部が72.6%、町村部が20.0%であった。2008年と比べ、市部、町村部の割合に大きな変化は見られなかった。

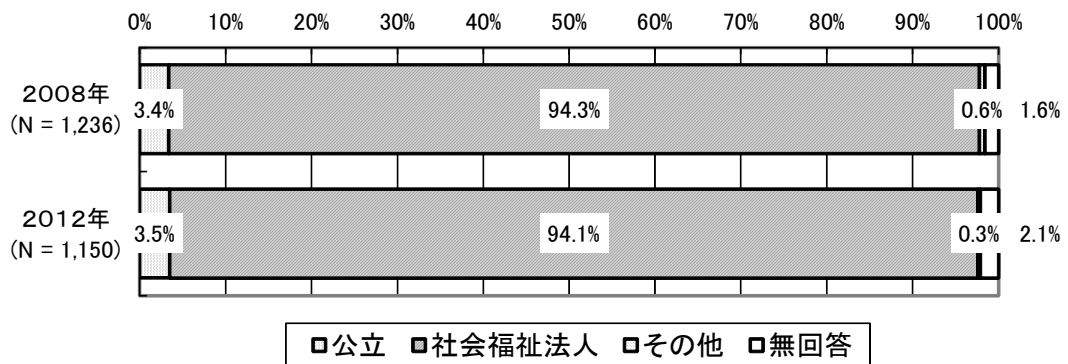
図表 2-5 所在地【市部町村部別】



② 運営主体

運営主体については、「社会福祉法人」が94.1%と最も多く、次いで「公立」が3.5%、「その他」が0.3%であった。2008年と比べ、運営主体の内訳に大きな変化は見られなかった。

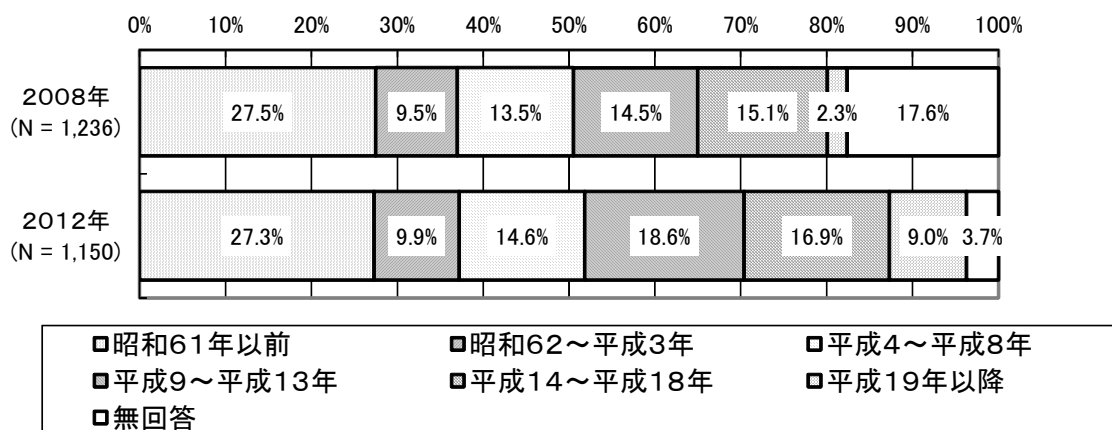
図表 2-6 運営主体



③ 開設年

開設年については、「昭和61年以前」が27.3%と最も多く、次いで「平成9～平成13年」が18.6%、「平成14～平成18年」が16.9%であった。

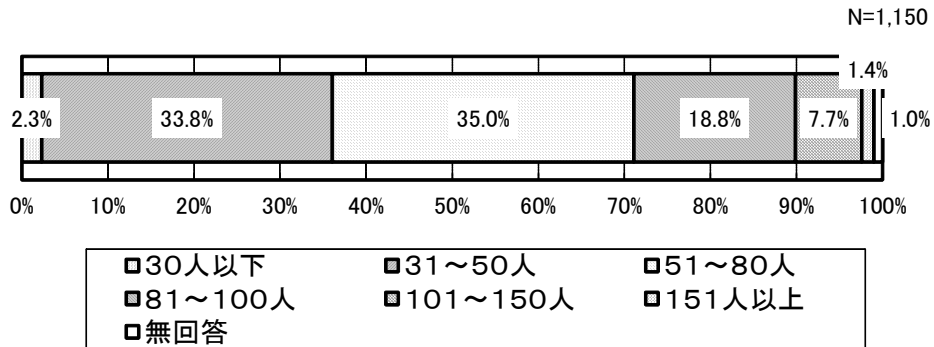
図表 2-7 開設年



④ 入所定員

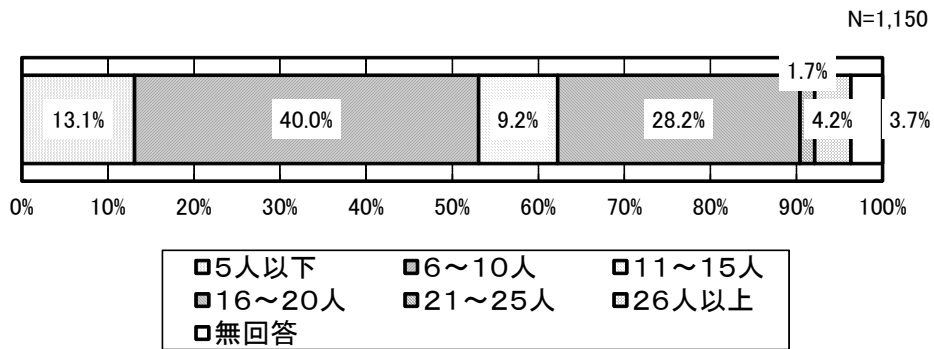
入所定員については、「51～80人」が35.0%と最も多く、次いで「31～50人」が33.8%、「81～100人」が18.8%であった。なお、入所定員の平均値は73.1人であった。

図表 2-8 入所定員



また、ショートステイ定員については、「6～10人」が40.0%と最も多く、次いで「16～20人」が28.2%、「5人以下」が13.1%であった。なお、ショートステイ定員の平均値は13.1人であった。

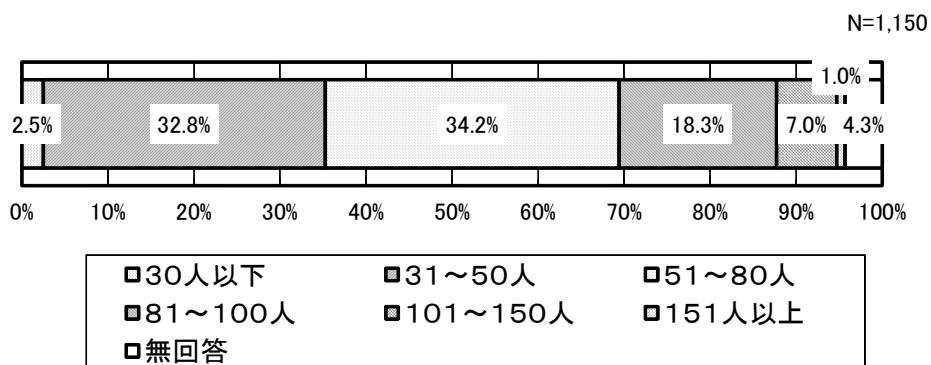
図表 2-9 ショートステイ定員



⑤ 入所者数

入所者数については、「51～80人」が34.2%と最も多く、次いで「31～50人」が32.8%、「81～100人」が18.3%であった。なお、入所者数の平均値は71.0人であった。

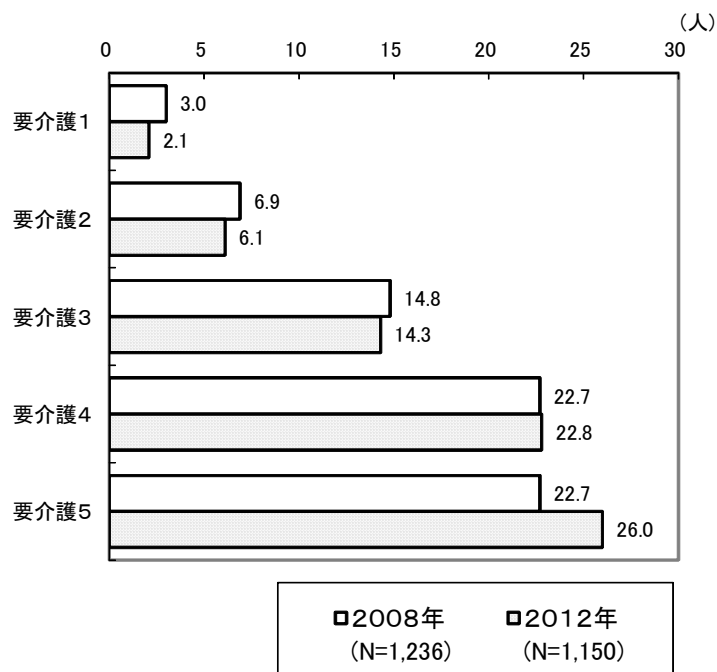
図表 2-10 入所者数



要介護度別でみた場合、平均入所者数は「要介護1」が2.1人、「要介護2」が6.1人、「要介護3」が14.3人、「要介護4」が22.8人、「要介護5」が26.0人であった（図表 2-11）。

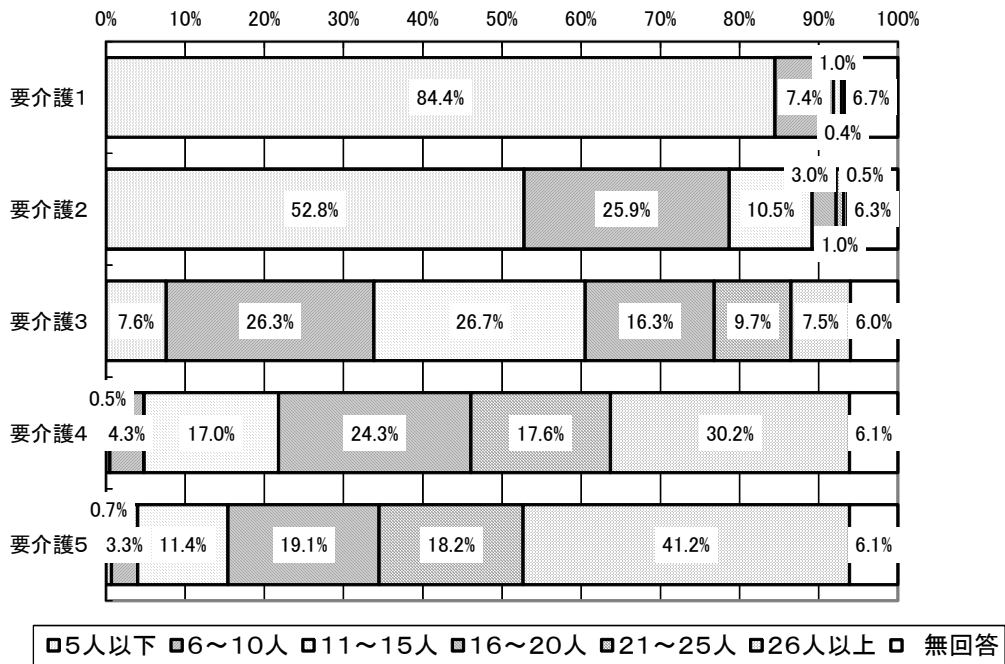
なお、2008年に比べ「要介護5」の平均入所者数が3.3人増加していた。

図表 2-11 平均入所者数【要介護度別】



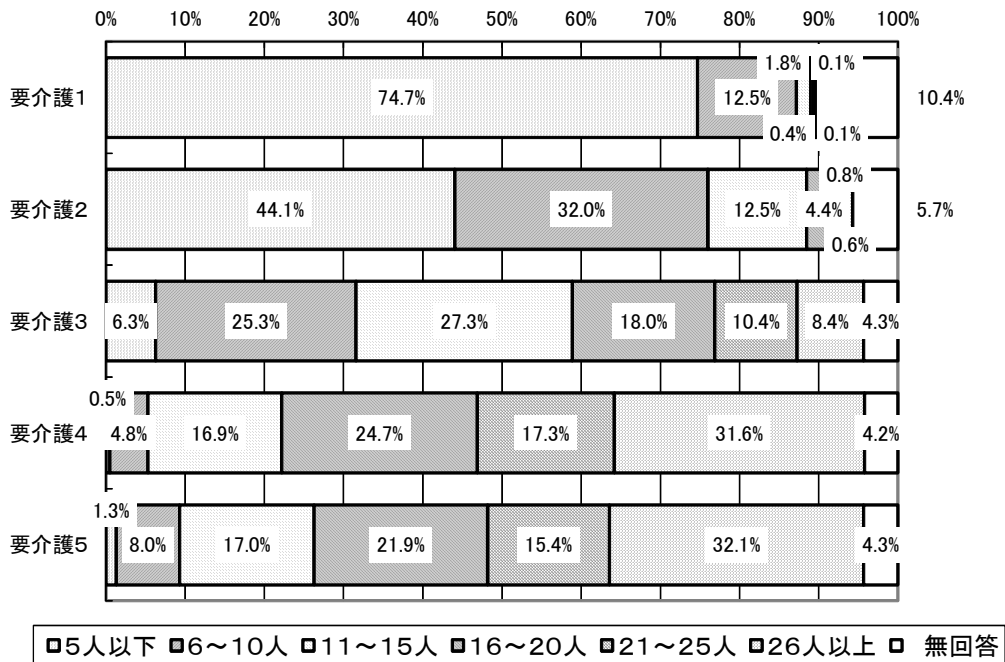
図表 2-12 入所者数【要介護度別（2012年）】

N=1,150



図表 2-13 入所者数【要介護度別（2008年）】

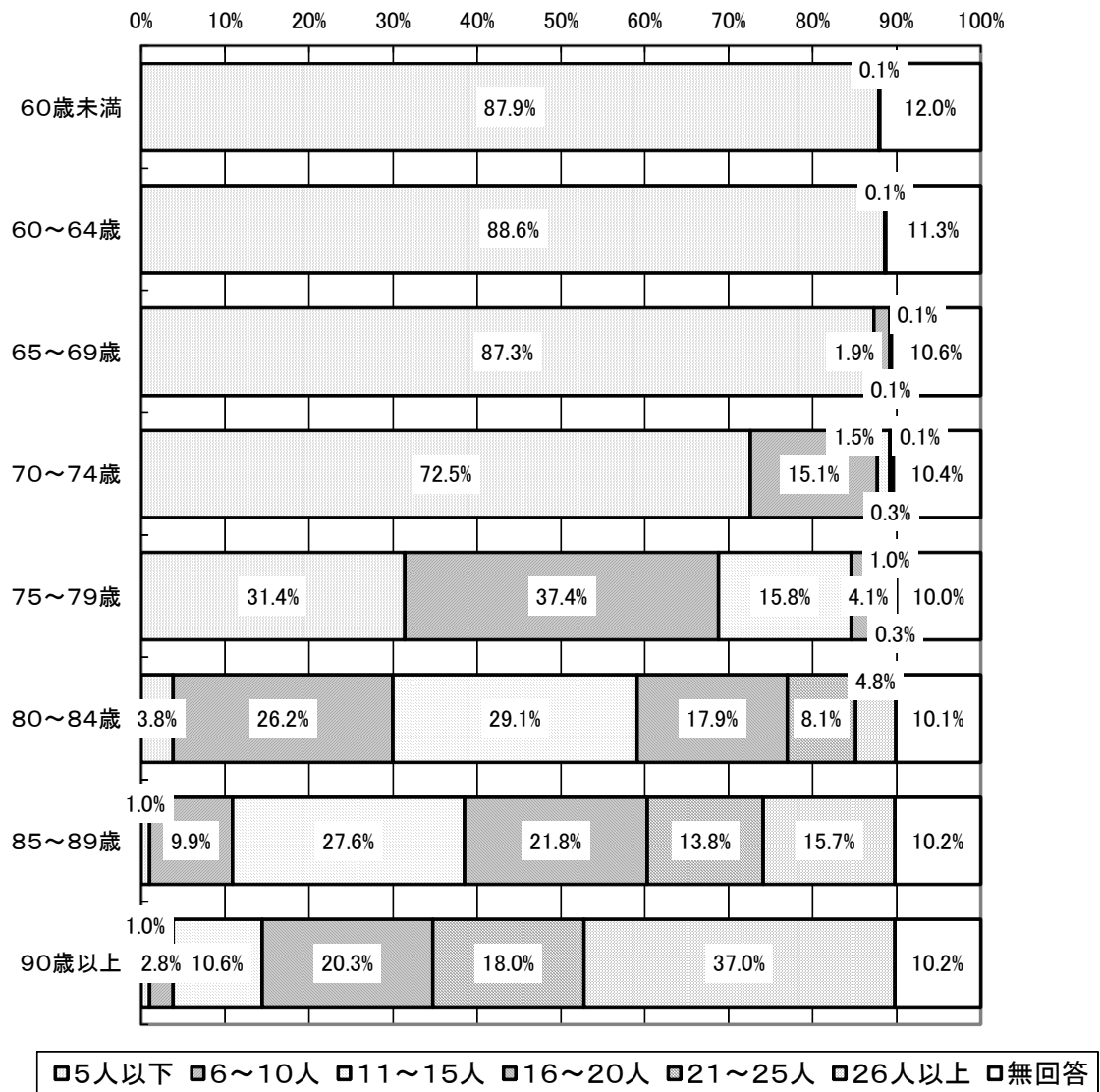
N=1,236



年齢階級別の平均入所者数は、「60歳未満」は0.3人、「60～64歳」は0.7人、「65～69歳」は1.4人、「70～74歳」は3.5人、「75～79歳」は7.8人、「80～84歳」は14.1人、「85～89歳」は18.5人、「90歳以上」は25.0人であった。

図表 2-14 年齢別入所者数

N=1,150



(3) 施設の概要（職員体制）

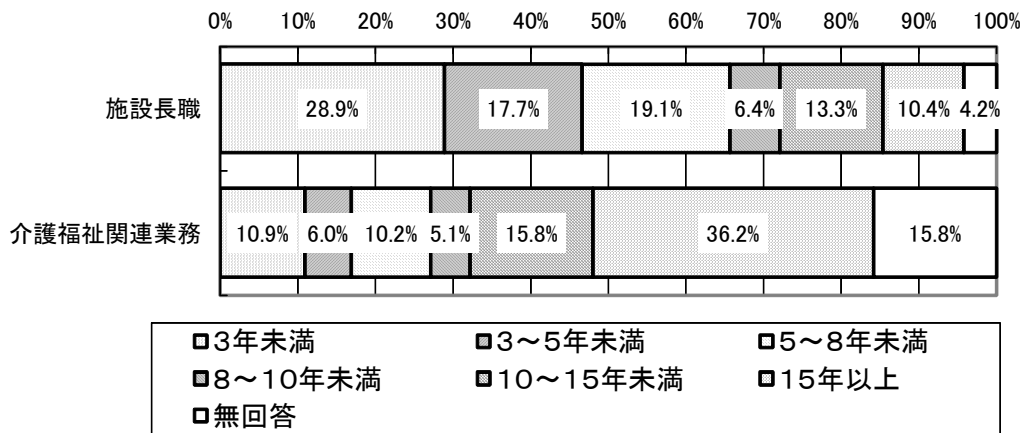
① 施設長の経験年数

施設長の経験年数については、施設長職では「3年未満」が28.9%と最も多く、次いで「5～8年未満」が19.1%、「3～5年未満」が17.7%であった。なお、平均では6.8年であった。

介護福祉関連業務の経験年数については、「15年以上」が36.2%と最も多く、次いで「10～15年未満」が15.8%、「3年未満」が10.9%であった。なお、平均では14.1年であった。

図表 2-15 施設長の経験年数

N=1,150



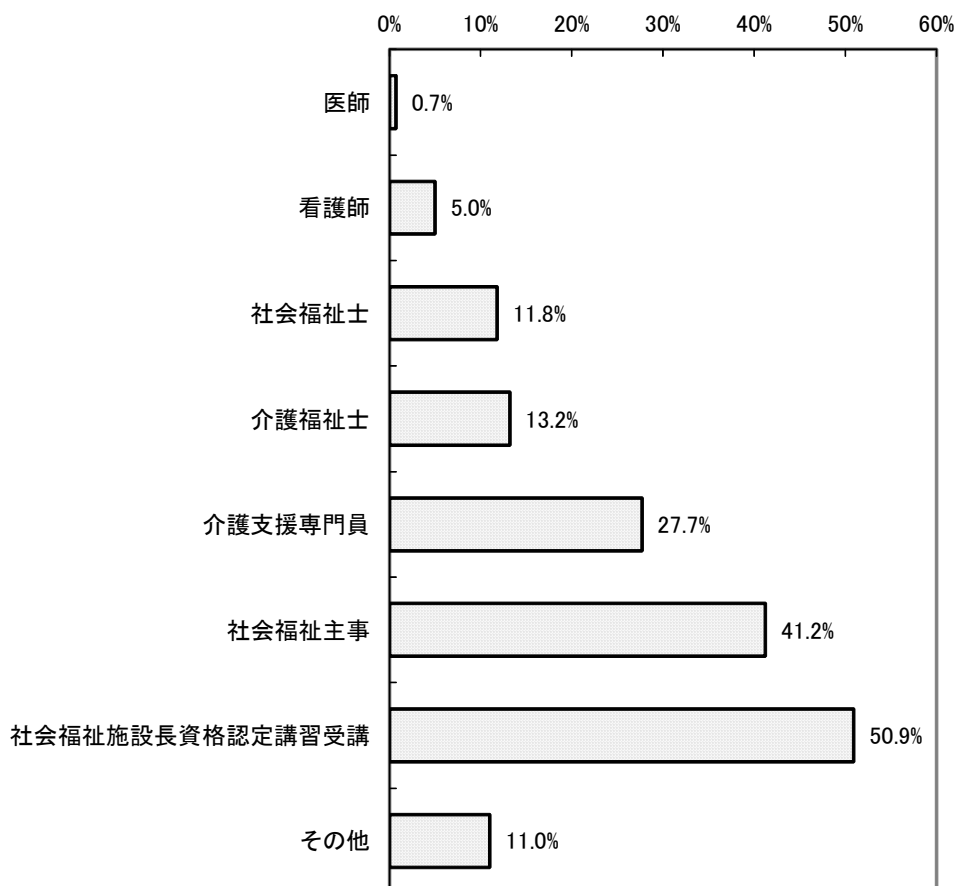
② 施設長の保有する資格等

施設長の保有する資格等については、「社会福祉施設長資格認定講習受講」が 50.9%と最も多く、次いで「社会福祉主事」が 41.2%、「介護支援専門員」が 27.7%であった。

「その他」としては、「福祉施設士」「栄養士」「薬剤師」「保育士」等があった。

図表 2-16 施設長の保有する資格等（複数回答）

N=1,150

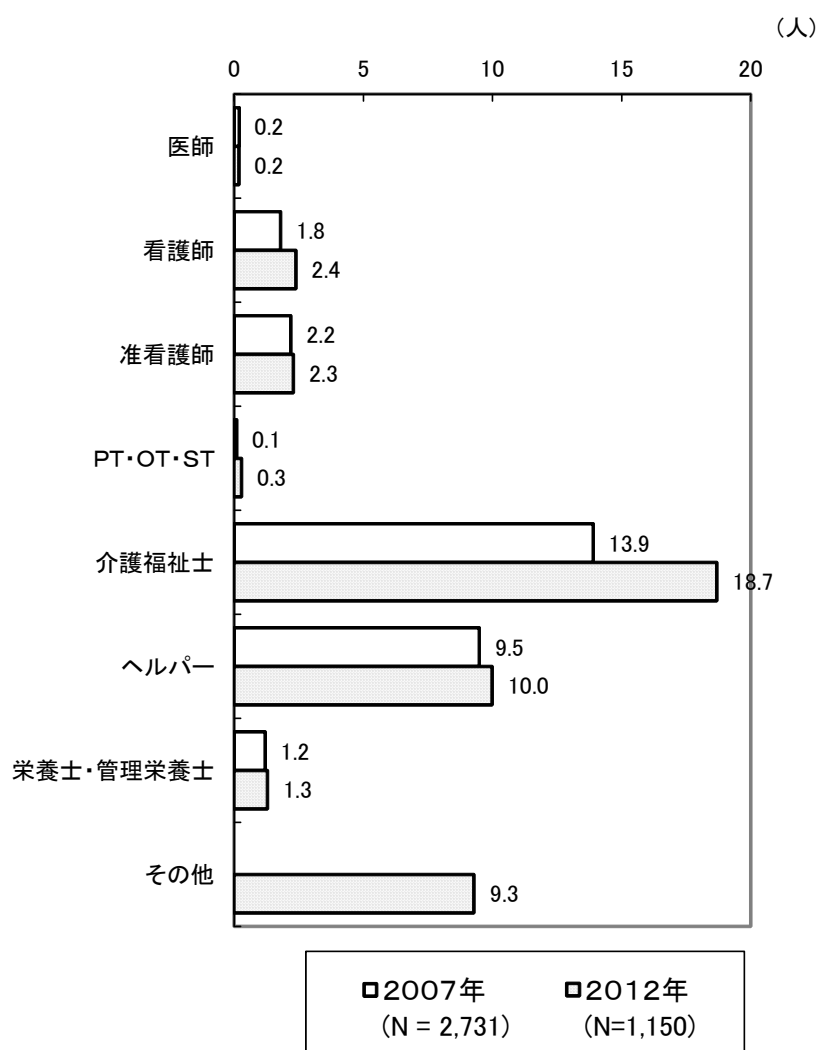


③ 職員の人数

職員の人数（常勤換算）の平均値をみると、「介護福祉士」が18.7人と最も多く、次いで「ヘルパー」が10.0人、「看護師」が2.4人であった。

なお、2007年に比べ「介護福祉士」が4.8人増加しているが、それ以外の職員数については大きな変化は見られなかった。なお、2007年調査では「その他」の選択肢がなかったため、図表 2-17には示していない。

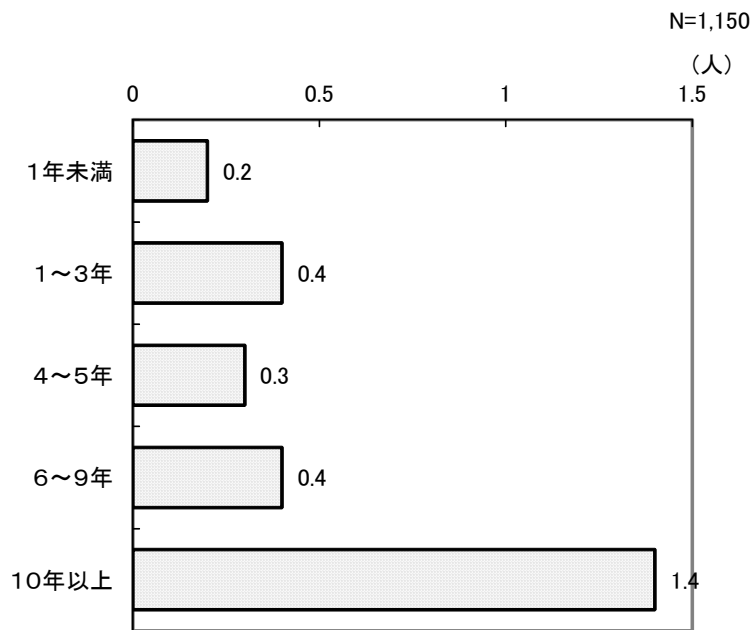
図表 2-17 職員の人数（常勤換算）



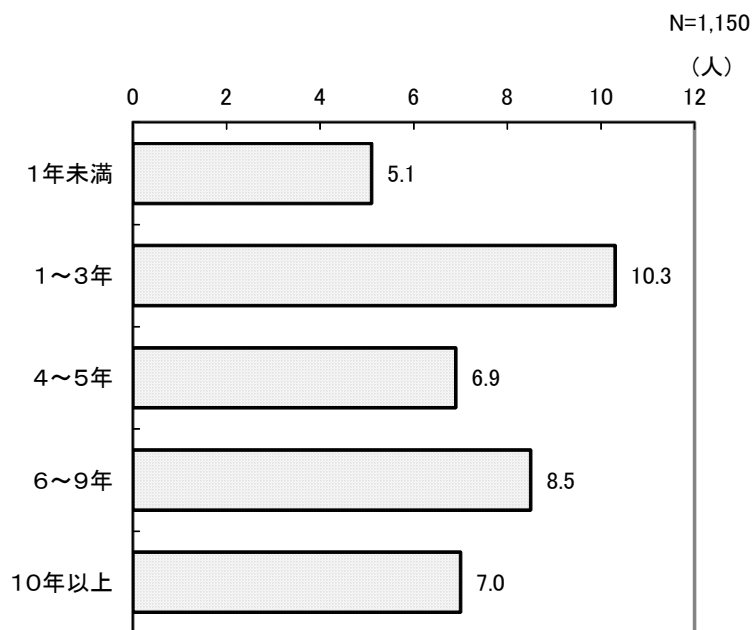
④ 職員の経験年数

経験年数別の職員数（実人員）の平均値をみると、「介護職員」では「1～3年」が10.3人と最も多かった。また、「医師」「介護支援専門員」「機能訓練指導員」「看護職員」「生活相談員」「栄養士・管理栄養士」では「10年以上」が最も多かった。

図表 2-18 職員の経験年数【医師】

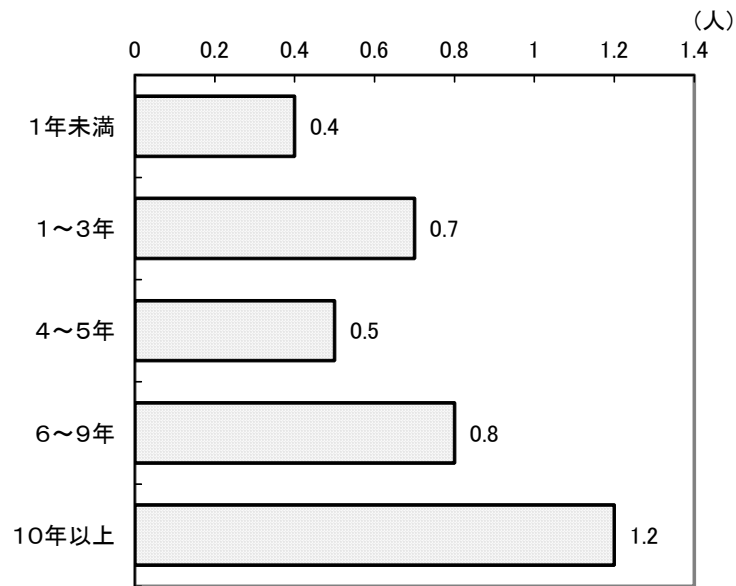


図表 2-19 職員の経験年数【介護職員】



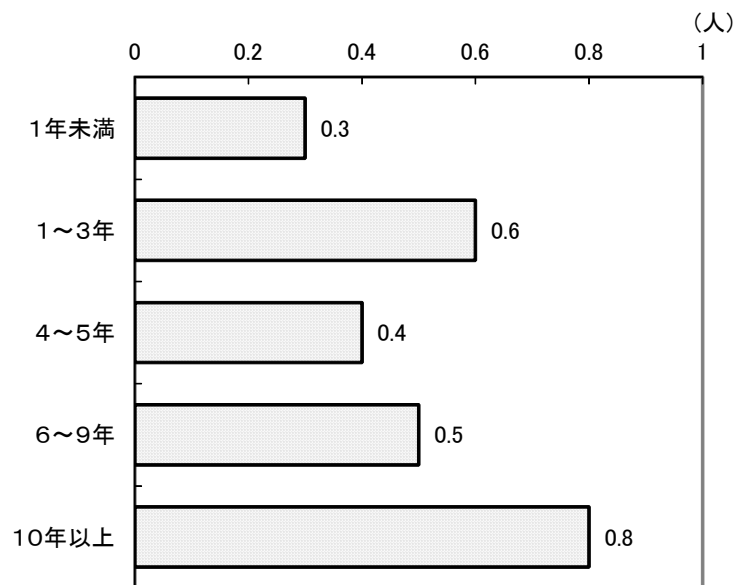
図表 2-20 職員の経験年数【介護支援専門員】

N=1,150

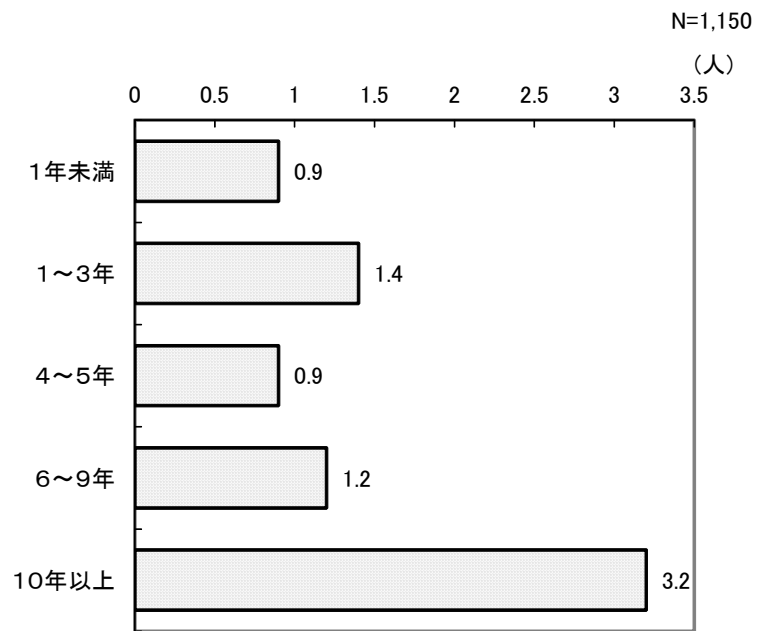


図表 2-21 職員の経験年数【機能訓練指導員】

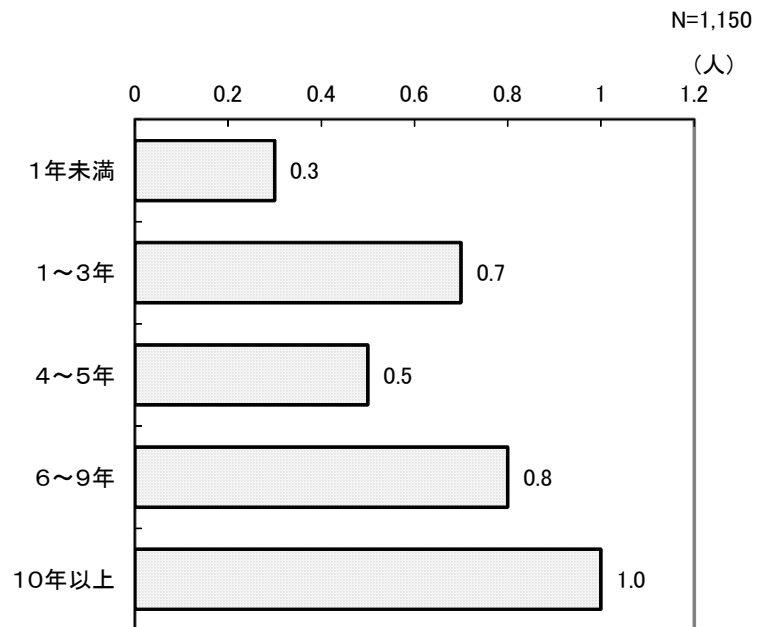
N=1,150



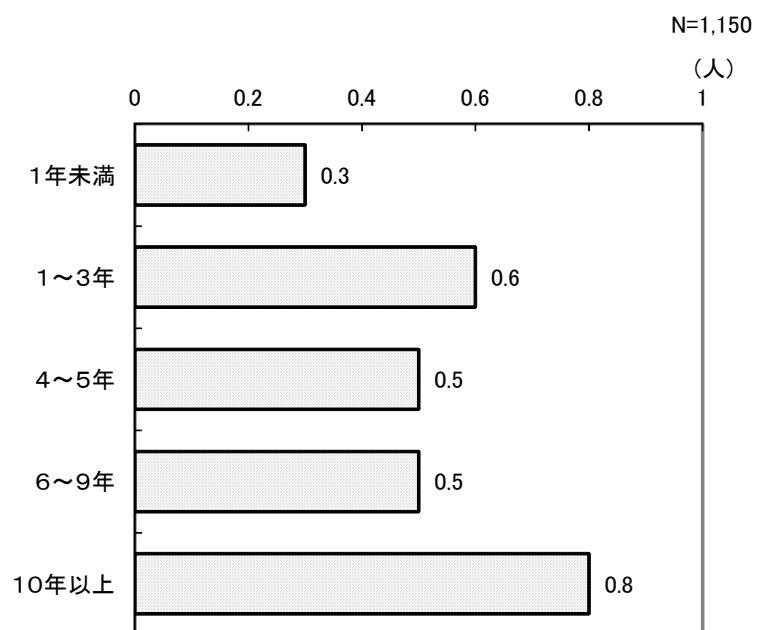
図表 2-22 職員の経験年数【看護職員】



図表 2-23 職員の経験年数【生活相談員】



図表 2-24 職員の経験年数【栄養士・管理栄養士】



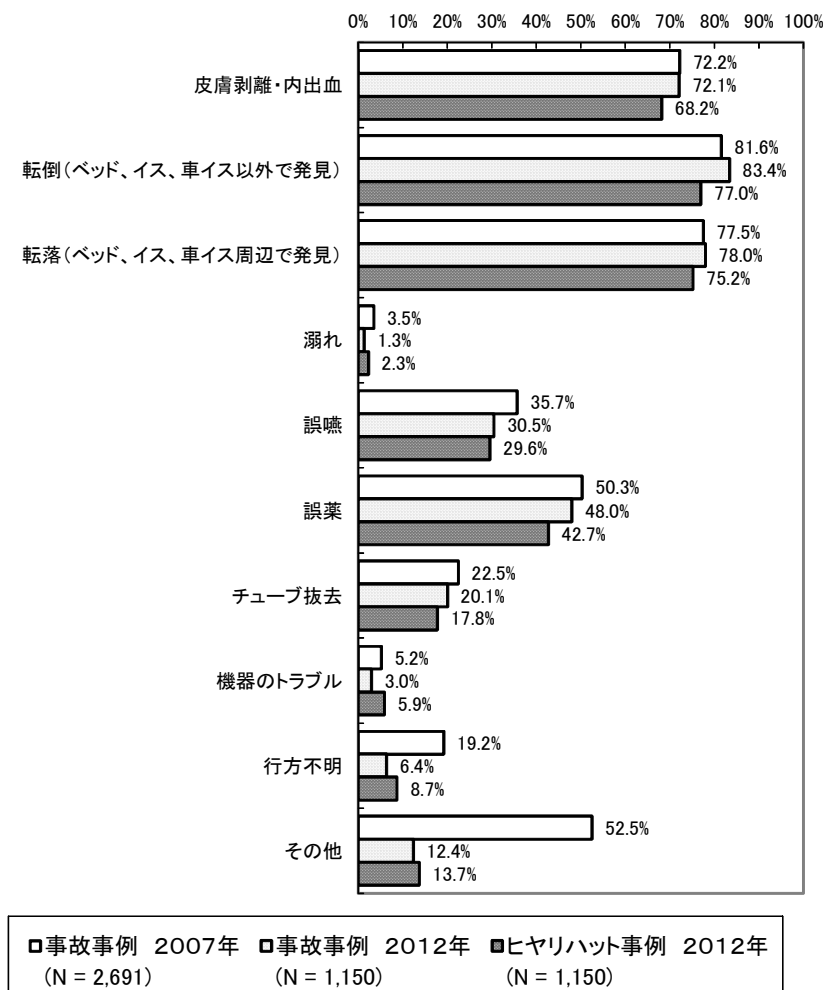
(4) 介護事故の発生状況

① 報告された介護事故

平成 23 年 7 月から 12 月の 6 ヶ月間に報告された事故・ヒヤリハットについて、事故の種類ごとに有無について尋ねたところ、事故事例では「転倒（ベッド、イス、車イス以外で発見）」があったと回答した施設が 83.4%と最も多く、次いで「転落（ベッド、イス、車イス周辺で発見）」が 78.0%、「皮膚剥離・内出血」が 72.1%であった。「その他」としては、「異食」「利用者間トラブル」等があった。なお、2007 年と比較すると「行方不明」の割合が減少していた。²

ヒヤリハット事例についても事故事例と同様の傾向にあり、「転倒（ベッド、イス、車イス以外で発見）」と回答した施設が 77.0%と最も多く、次いで「転落（ベッド、イス、車イス周辺で発見）」が 75.2%、「皮膚剥離・内出血」が 68.2%であった。「その他」としては「異食」「利用者間トラブル」「ベッド柵の付け忘れ」等があった。

図表 2-25 報告された介護事故（複数回答）

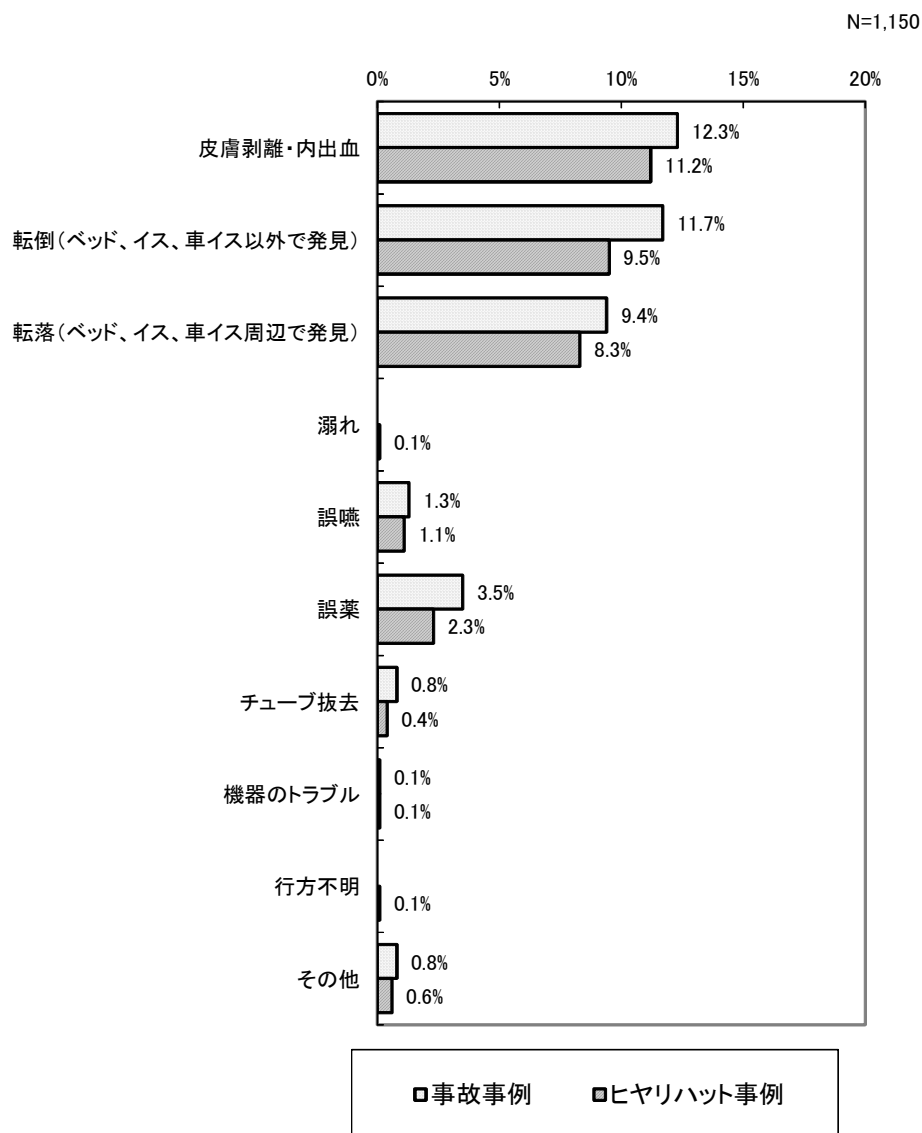


² 2007 年調査では、事故種類別に直近 6 ヶ月間の発生件数を記入する形の設定であったため、1 件以上の場合に「あり」として再集計した。

増加傾向にある事故事例については、「皮膚剥離・内出血」と回答した施設が 12.3%と最も多く、次いで「転倒（ベッド、イス、車イス以外で発見）」が 11.7%、「転落（ベッド、イス、車イス周辺で発見）」が 9.4%であった。

ヒヤリハット事例についても事故事例と同様の傾向にあり、「皮膚剥離・内出血」と回答した施設が 11.2%と最も多く、次いで「転倒（ベッド、イス、車イス以外で発見）」が 9.5%、「転落（ベッド、イス、車イス周辺で発見）」が 8.3%であった。

図表 2-26 増加傾向にある事例（複数回答）

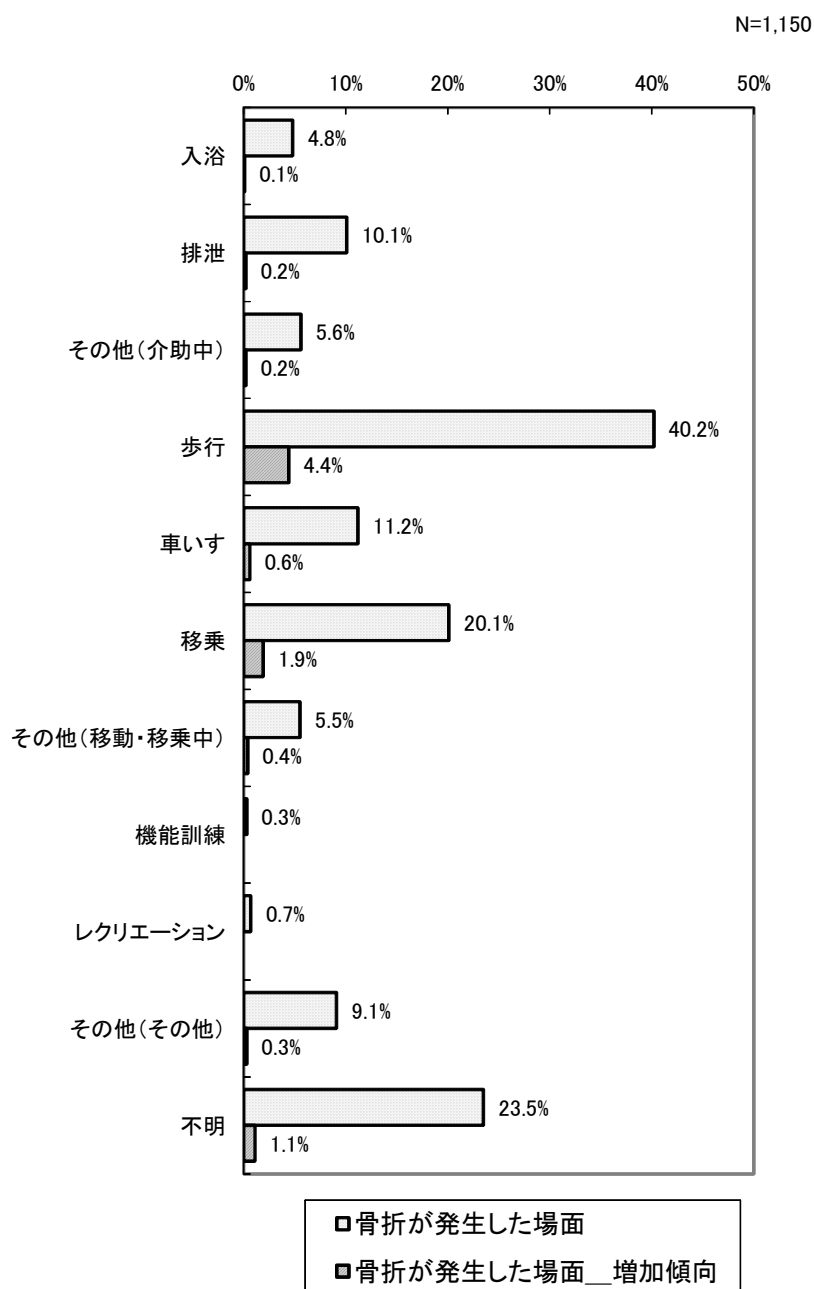


② 骨折が発生した場面

骨折が発生した場面について尋ねたところ、「歩行」と回答した施設が 40.2%と最も多く、次いで「不明」が 23.5%、「移乗」が 20.1%であった。「その他（介助中）」としては「食事中」「更衣時」「体位変換中」等が、「その他（移動・移乗中）」では「ベッド」「自己移動（立ち上がり）」「トイレ」等があった。また、「その他（その他）」としては「ベッド」「自己移動（立ち上がり）」「居室」等があった。

増加傾向にある『骨折が発生した場面』については、「歩行」と回答した施設が 4.4%と最も多く、次いで「移乗」が 1.9%、「不明」が 1.1%であった。

図表 2-27 骨折が発生した場面（複数回答）



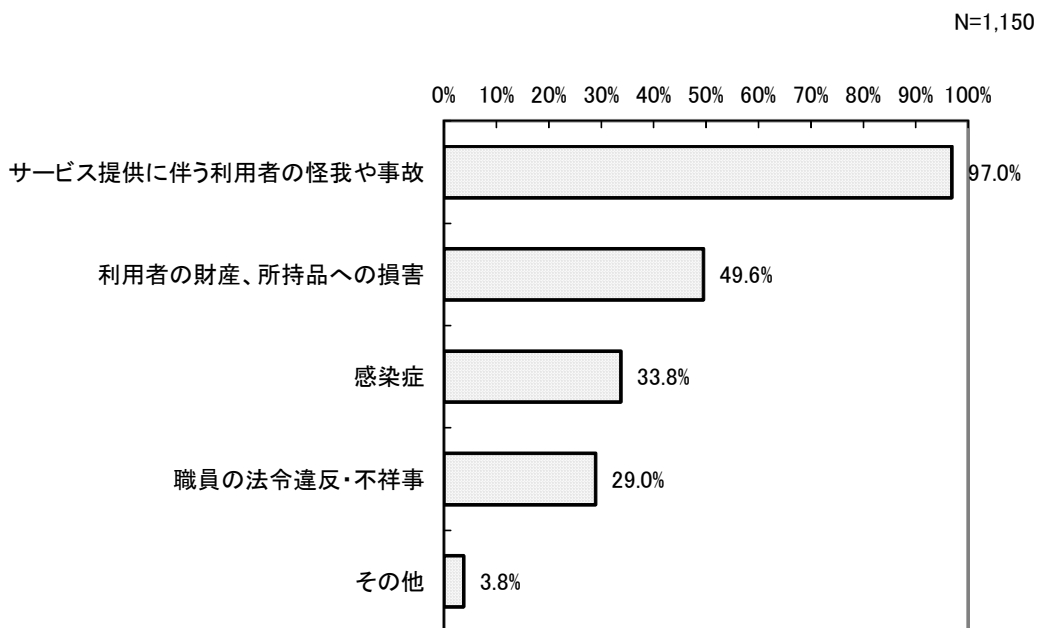
(5) 施設における介護事故予防の体制（報告制度）

① 報告対象とする事故の基準

1) 報告対象の範囲

報告対象の範囲については、「サービス提供に伴う利用者の怪我や事故」が 97.0%と最も多く、次いで「利用者の財産、所持品への損害」が 49.6%、「感染症」が 33.8%であった。なお、「その他」としては「交通事故・車両事故」等があった。

図表 2-28 報告対象の範囲（複数回答）

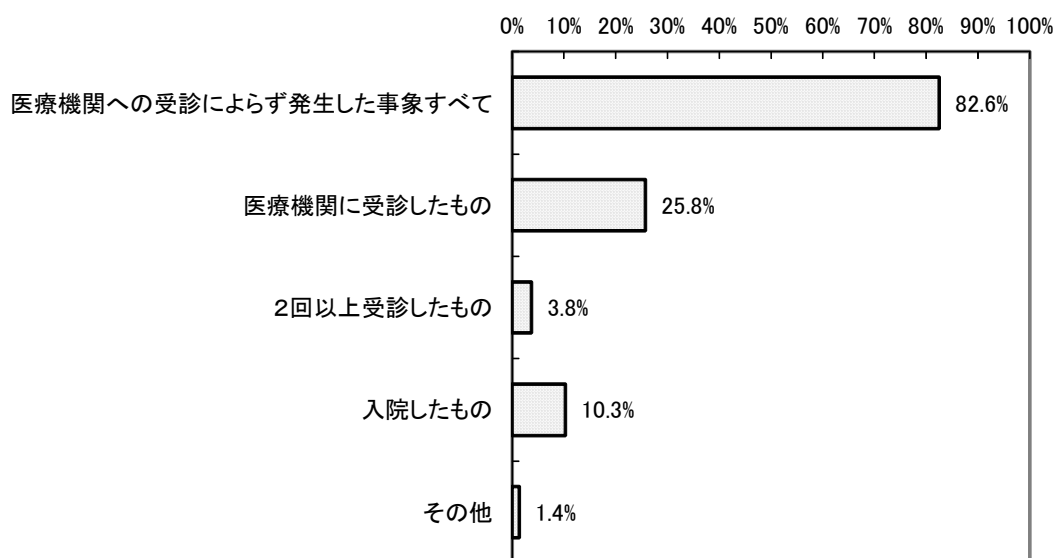


2) 怪我の場合の報告基準

怪我の場合の受診状況に関する報告基準については、「医療機関への受診によらず発生した事象すべて」が 82.6%と最も多く、次いで「医療機関に受診したもの」が 25.8%、「入院したもの」が 10.3%であった。

図表 2-29 怪我の場合の報告基準（受診状況）（複数回答）

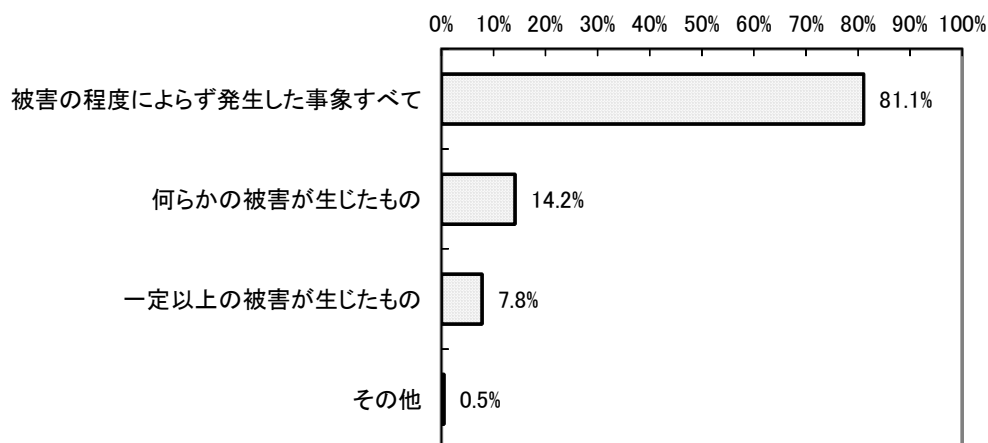
N=1,150



怪我の場合の被害程度に関する報告基準については、「被害の程度によらず発生した事象すべて」が 81.1%と最も多く、次いで「何らかの被害が生じたもの」が 14.2%、「一定以上の被害が生じたもの」が 7.8%であった。

図表 2-30 怪我の場合の報告基準（被害程度）（複数回答）

N=1,150

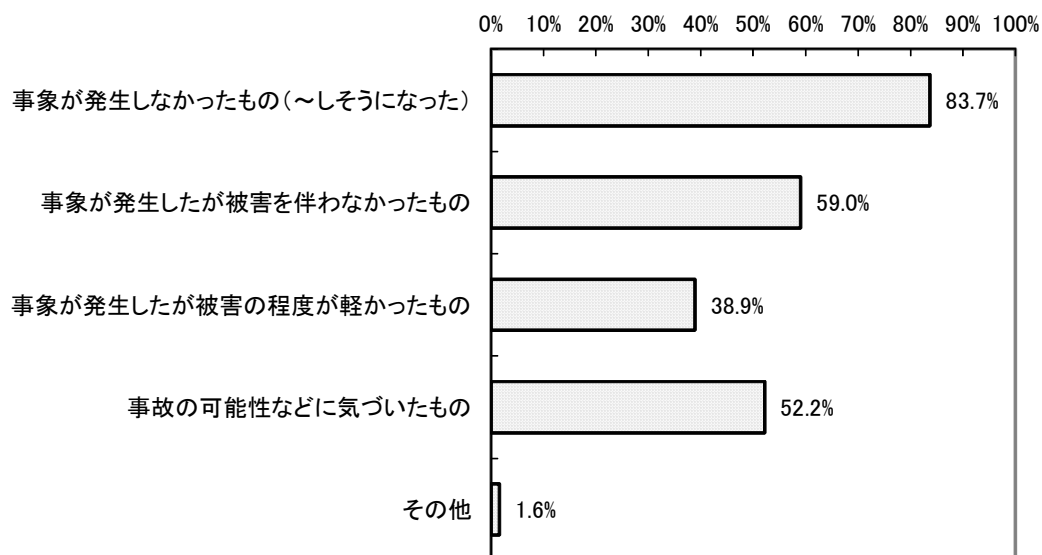


3) 報告対象とするヒヤリハットの基準

報告対象とするヒヤリハットの基準については、「事象が発生しなかったもの（～しそうになった）」が83.7%と最も多く、次いで「事象が発生したが被害を伴わなかったもの」が59.0%、「事故の可能性などに気づいたもの」が52.2%であった。

図表 2-31 報告対象とするヒヤリハットの基準（複数回答）

N=1,150



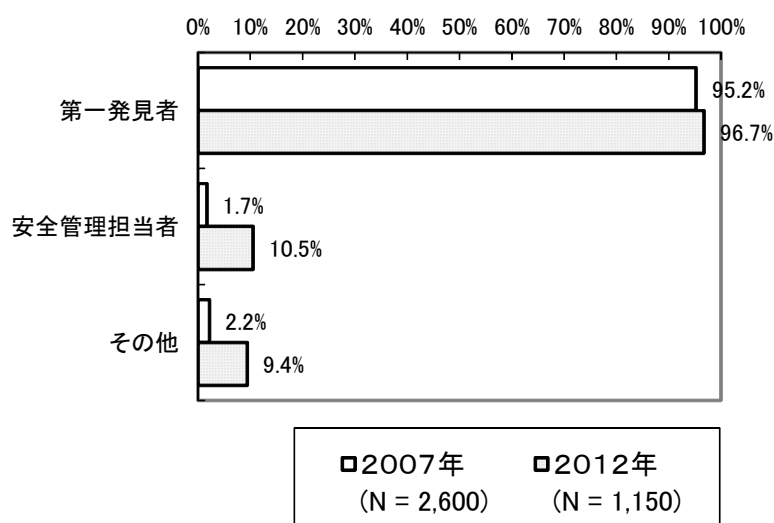
② 介護事故やヒヤリハット発生時の報告書作成・分析について

1) 報告書の記載者

報告書の記載者については、事故では「第一発見者」が96.7%と最も多く、次いで「安全管理担当者」が10.5%、「その他」が9.4%であった。2007年と比較すると、「安全管理担当者」の割合が8.8%増加していた。

なお、「その他」としては「関係者・周囲にいた者」「主任・リーダー」「看護職員」「生活相談員」等があった。

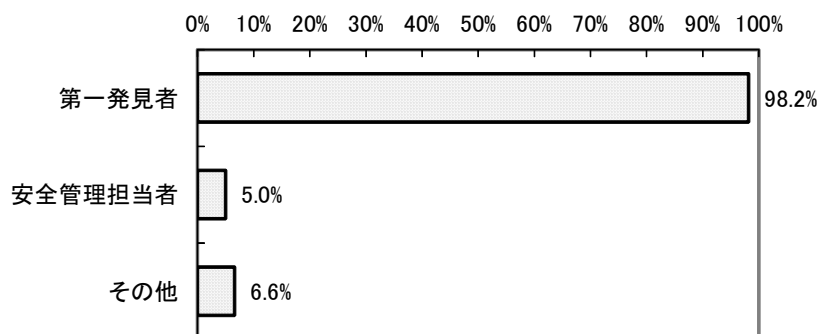
図表 2-32 報告書の記載者【事故】（複数回答）



ヒヤリハットでは、「第一発見者」が98.2%と最も多く、次いで「その他」が6.6%、「安全管理担当者」が5.0%であった。

図表 2-33 報告書の記載者【ヒヤリハット】（複数回答）

N=1,150

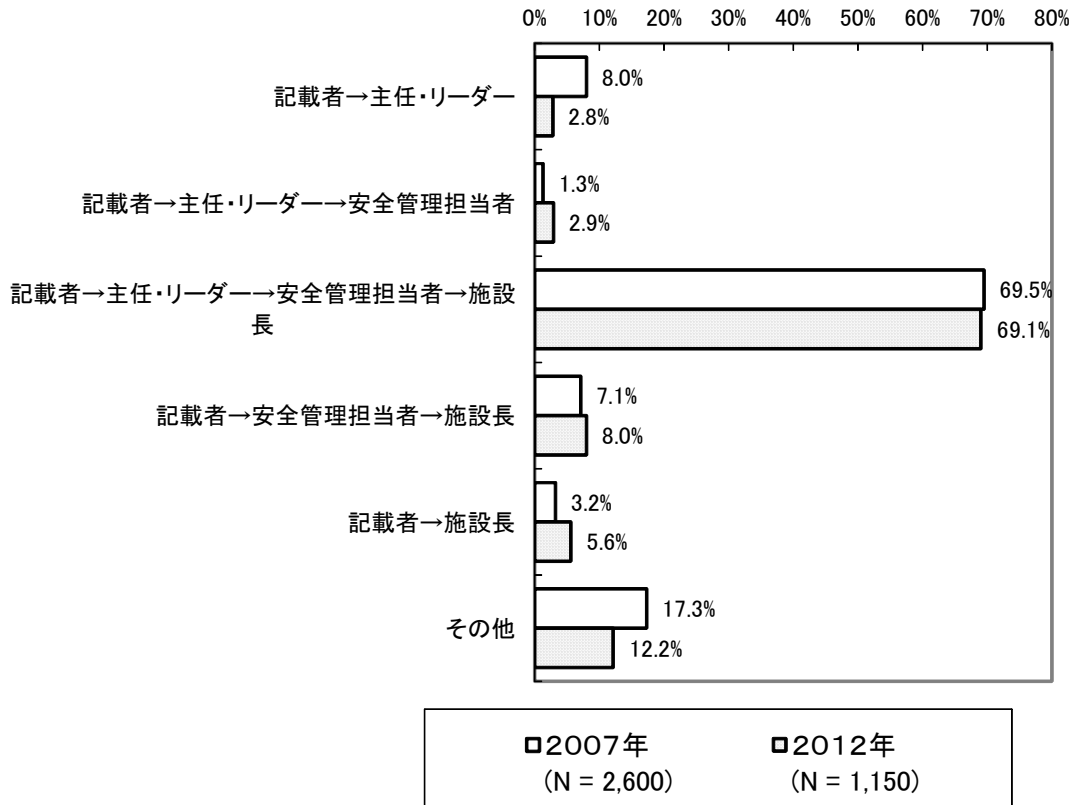


2) 報告書の施設内の提出経路

報告書の施設内の提出経路については、事故の場合「記載者→主任・リーダー→安全管理担当者→施設長」が69.1%と最も多かった。

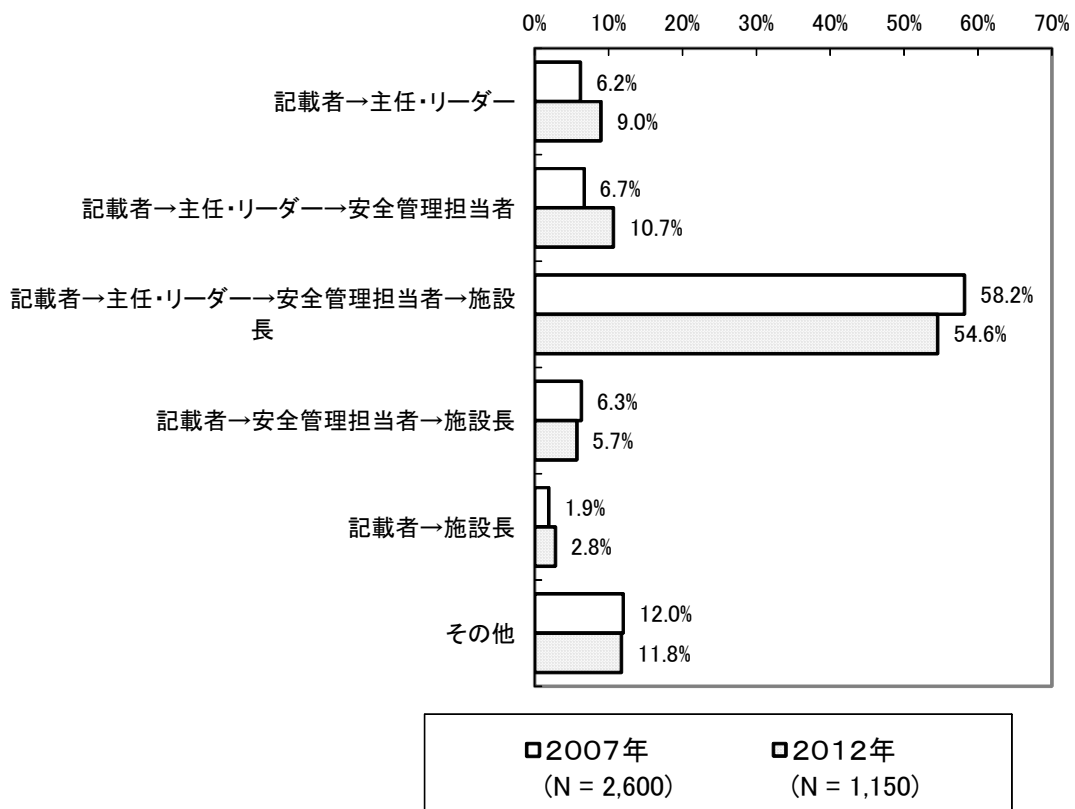
2007年と比べると、「記載者→主任・リーダー」の割合が5.2ポイント減少していた。

図表 2-34 報告書の施設内の提出経路【事故】（複数回答）



ヒヤリハットについても事故同様に「記載者→主任・リーダー→安全管理担当者→施設長」が54.6%と最も多かったが、事故に比べ「記載者→主任・リーダー」「記載者→主任・リーダー→安全管理担当者」の割合が高かった。

図表 2-35 報告書の施設内の提出経路【ヒヤリハット】（複数回答）

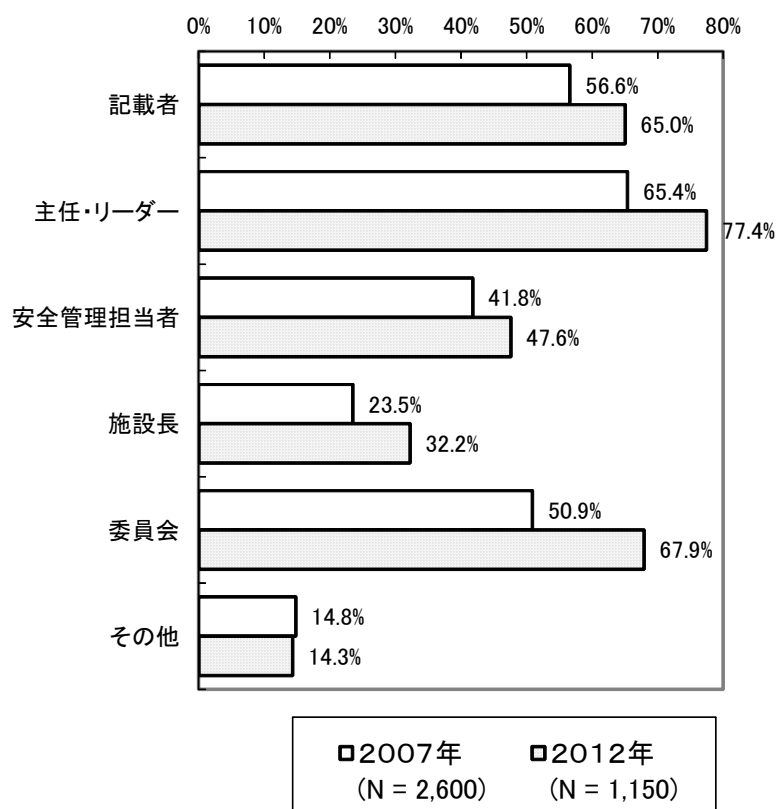


3) 報告に対する分析や改善策の立案者

報告に対する分析や改善策の立案者については、事故では「主任・リーダー」が77.4%と最も多く、次いで「委員会」が67.9%、「記載者」が65.0%であった。「その他」としては「生活相談員」「介護支援専門員」「フロア・ユニット会議」「フロア・ユニット職員」等があった。

なお、2007年に比べ「委員会」が17.0ポイント、「主任・リーダー」が12.0ポイント増加していた。

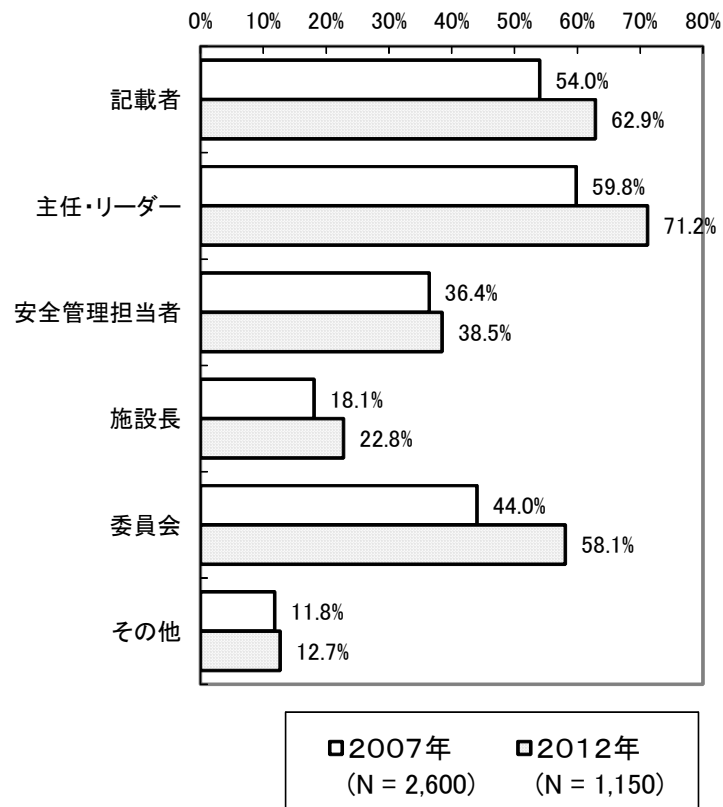
図表 2-36 報告に対する分析や改善策の立案者【事故】（複数回答）



ヒヤリハットについても事故と同様の傾向にあり、「主任・リーダー」が 71.2%と最も多く、次いで「記載者」が 62.9%、「委員会」が 58.1%であった。

2007年に比べ、「委員会」が 14.1%、「主任・リーダー」が 11.4ポイント増加していた。

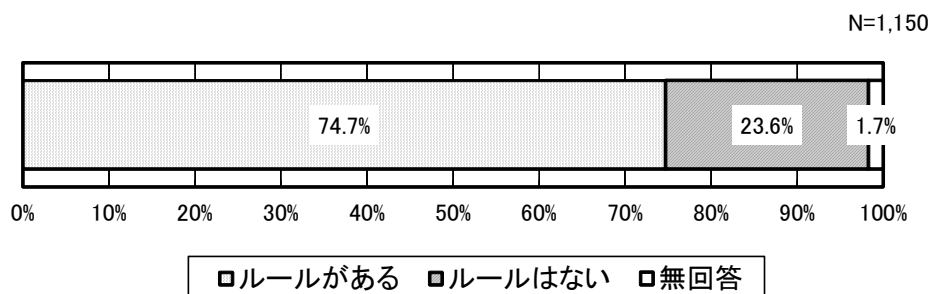
図表 2-37 報告に対する分析や改善策の立案者【ヒヤリハット】（複数回答）



4) 報告書作成までの期間に関するルール

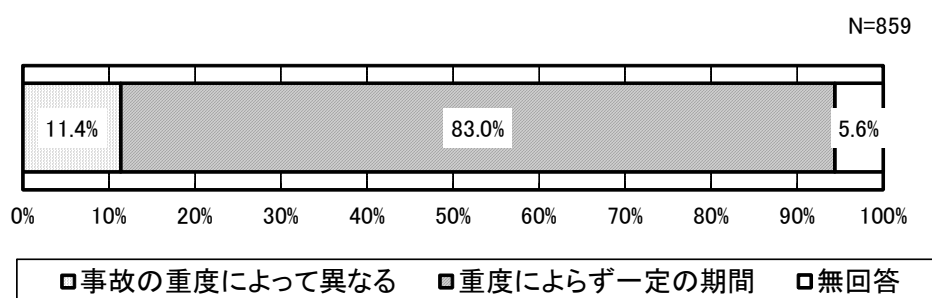
事故における報告書作成までの期間に関するルールの有無を尋ねたところ、「ルールがある」が74.7%、「ルールはない」が23.6%であった。

図表 2-38 報告書作成までの期間に関するルール『事故』



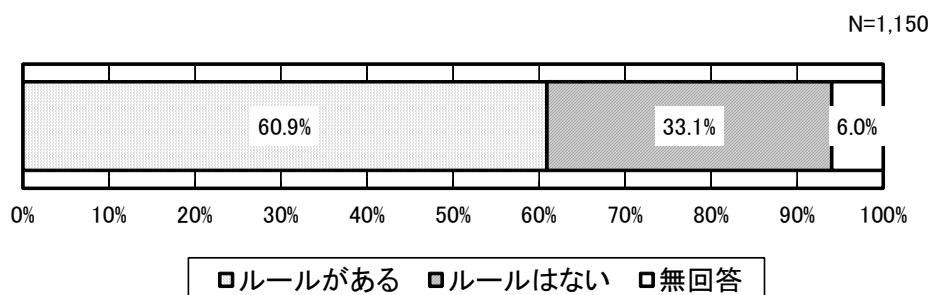
「ルールがある」と回答したうち、「重度によらず一定の期間」は83.0%、「事故の重度によって異なる」は11.4%であった。なお、「事故の重度によって異なる」と回答した施設では、具体的には「受診を伴う場合」「重度のものは即日」等を挙げていた。

図表 2-39 期間に関するルールがある場合『事故』



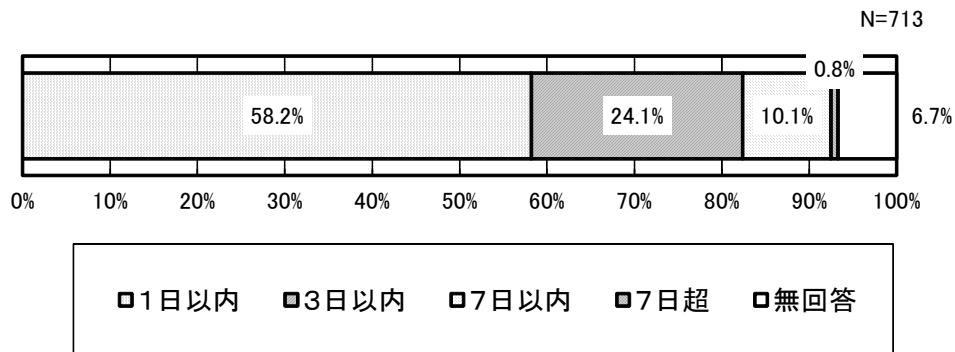
また、ヒヤリハットにおける報告書作成までの期間に関するルールの有無については、「ルールがある」が60.9%、「ルールはない」が33.1%であった。

図表 2-40 報告書作成までの期間に関するルール『ヒヤリハット』



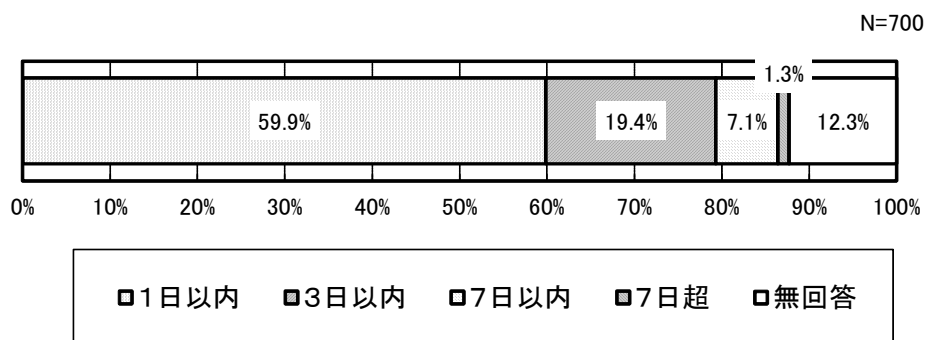
事故における期間に関するルールがある場合、報告書作成までの具体的な期間は「1日以内」が58.2%と最も多く、次いで「3日以内」が24.1%、「7日以内」が10.1%であった。

図表 2-41 期間に関するルールがある場合『事故』（期間）



ヒヤリハットにおける期間に関するルールがある場合、報告書作成までの具体的な期間は「1日以内」が59.9%と最も多く、次いで「3日以内」が19.4%、「7日以内」が7.1%であった。

図表 2-42 期間に関するルールがある場合『ヒヤリハット』（期間）

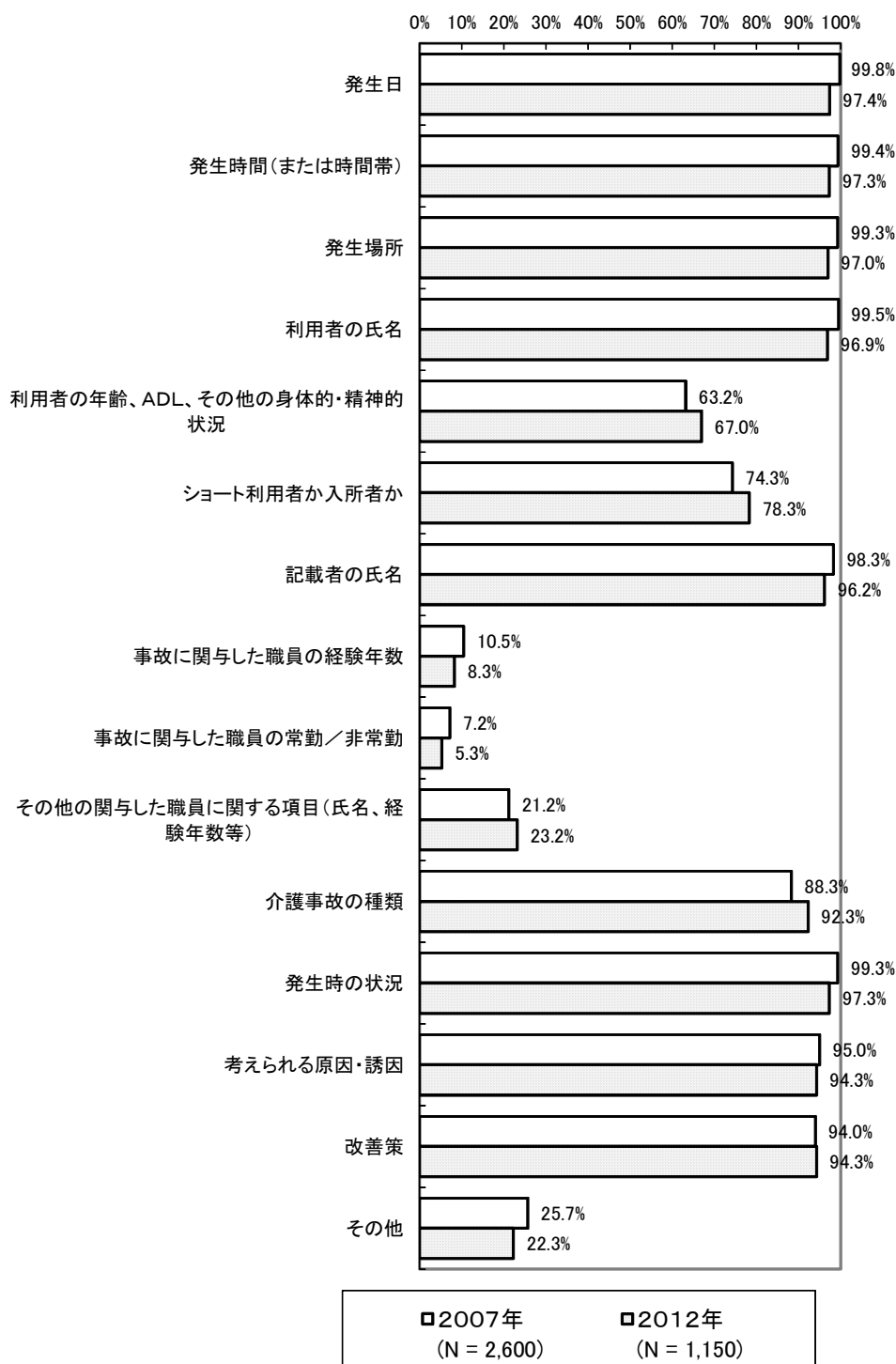


5) 報告する項目

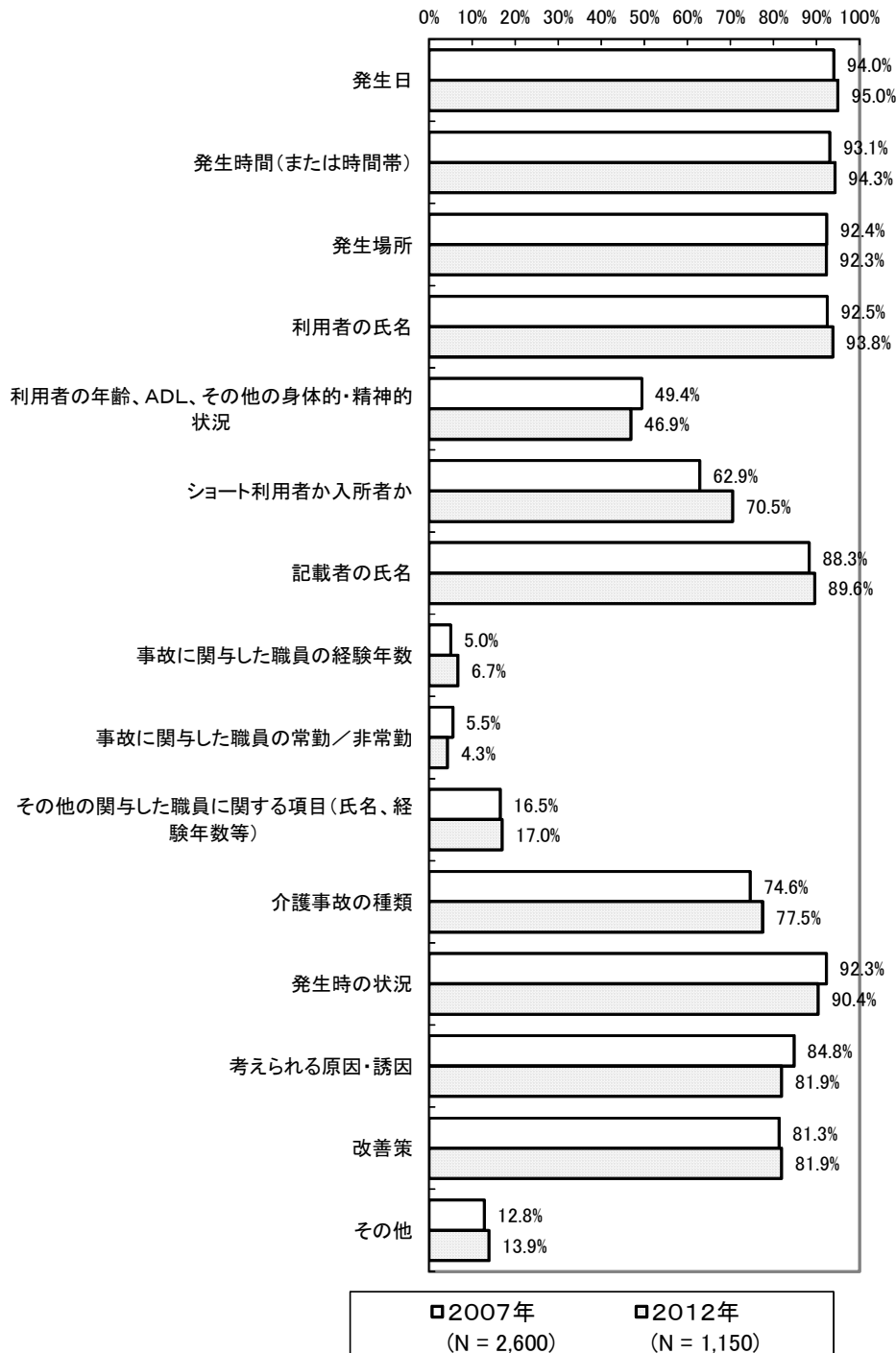
報告書書式に記入欄が用意されている項目について、事故は図表 2-43 に、ヒヤリハットは図表 2-44 に示した。事故、ヒヤリハットとも「事故に関与した職員の経験年数」「事故に関与した職員の常勤／非常勤」との回答は少数であった。

なお、事故、ヒヤリハットともに 2007 年から大きな変化は見られなかった。

図表 2-43 報告する項目【事故】(複数回答)



図表 2-44 報告する項目【ヒヤリハット】（複数回答）



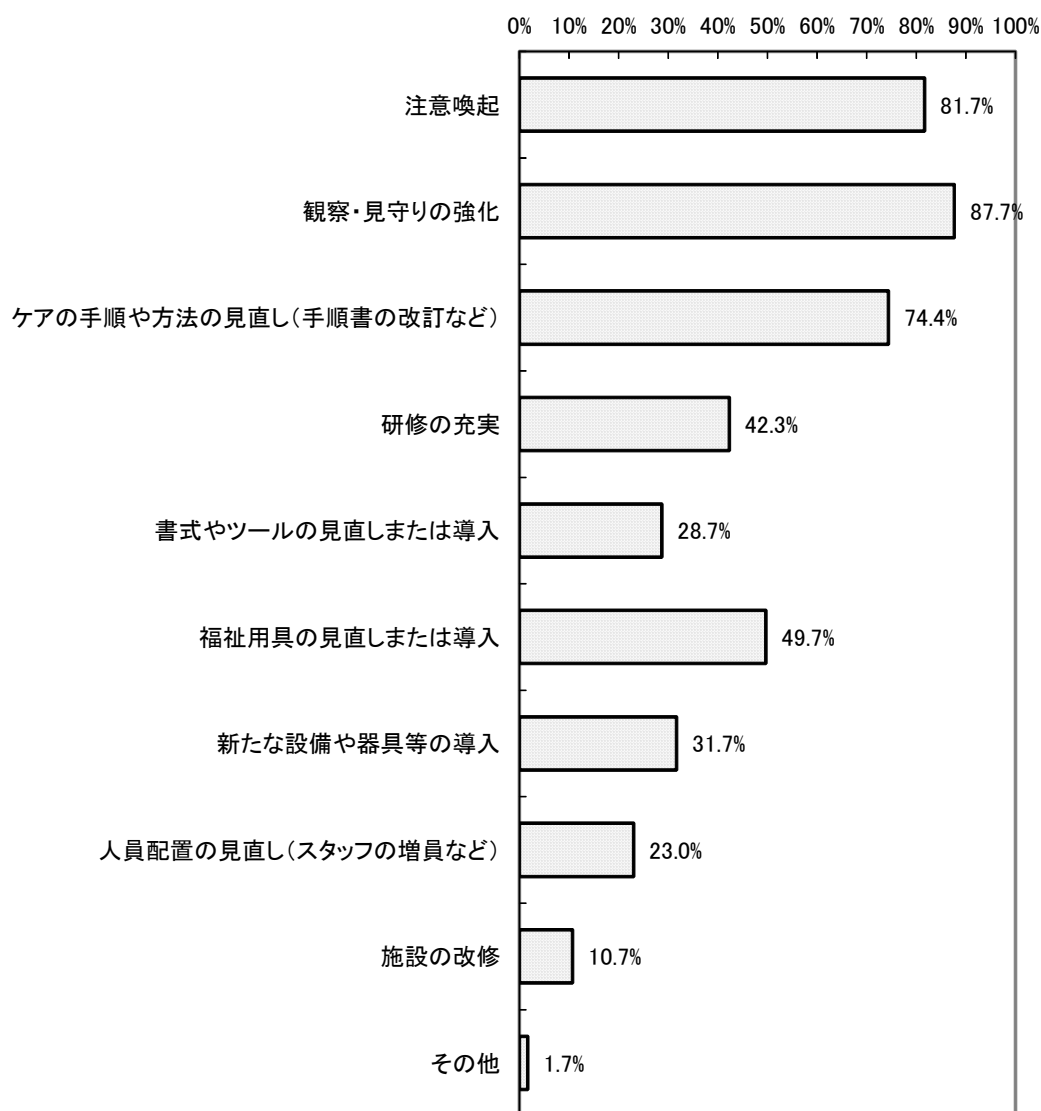
6) 対策の内容

報告書の分析に基づき、平成23年7月から12月の6ヶ月間に立案または実施した対策の内容について尋ねたところ、『立案したもの』では「観察・見守りの強化」が87.7%と最も多く、次いで「注意喚起」が81.7%、「ケアの手順や方法の見直し（手順書の改訂など）」が74.4%であった。『実施したもの』についても同様の傾向にあり、「観察・見守りの強化」が87.8%と最も多く、次いで「注意喚起」が82.6%、「ケアの手順や方法の見直し（手順書の改訂など）」が70.6%であった。

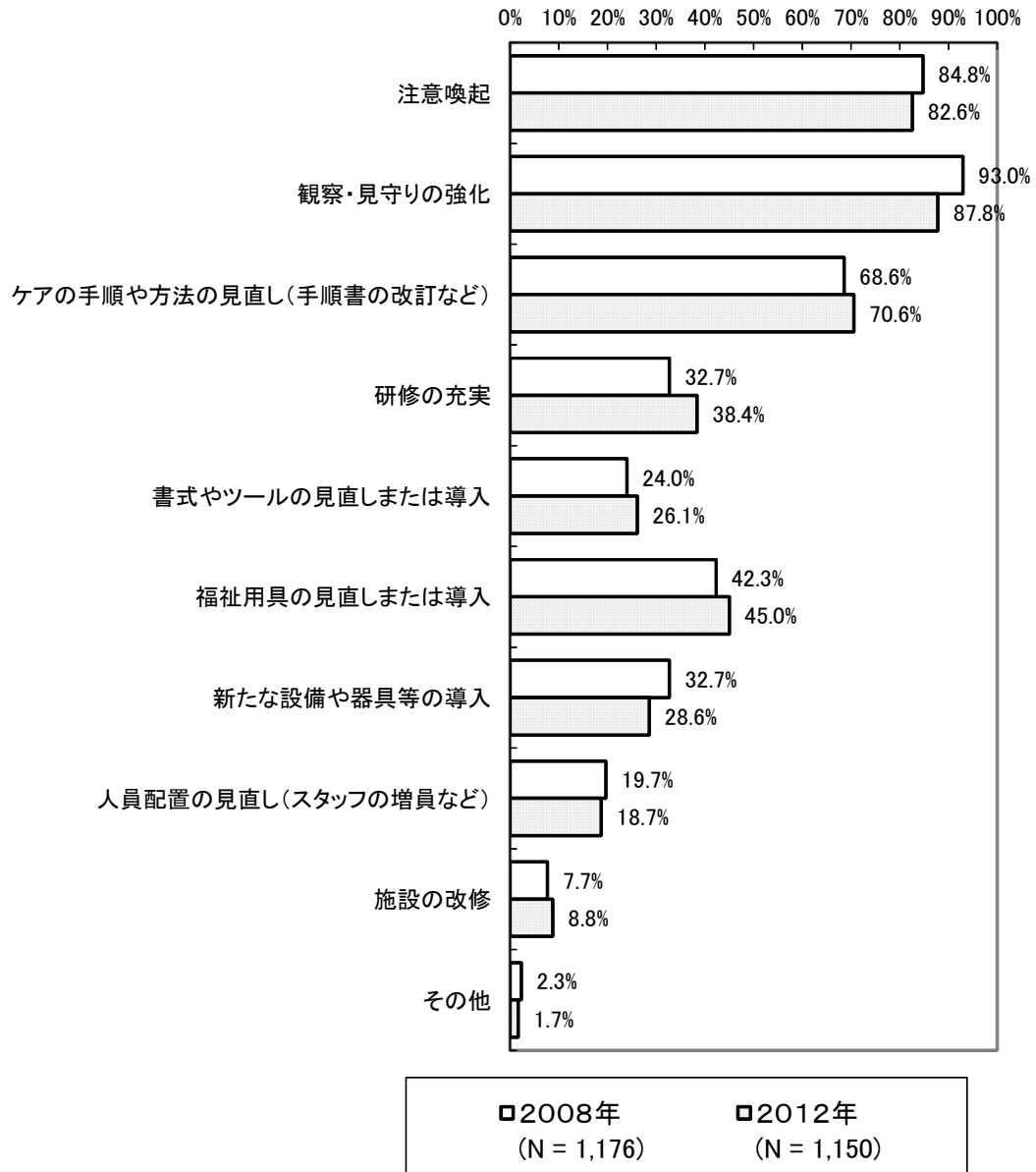
なお、『実施したもの』については、2008年に比べ「研修の充実」の割合が32.7%から38.4%と5.7ポイント増加していた。

図表 2-45 対策の内容【立案したもの】（複数回答）

N=1,150



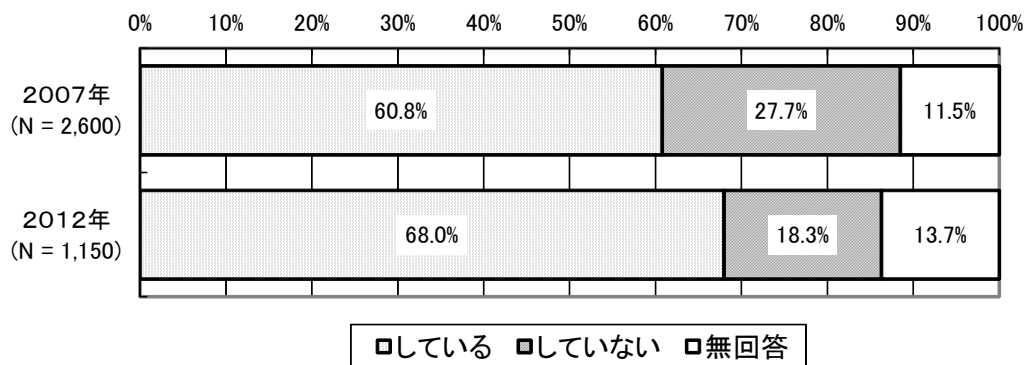
図表 2-46 対策の内容【実施したもの】（複数回答）



7) 実行した対策の効果の把握・検証

実行した対策の効果の把握・検証しているかを尋ねたところ、「している」が68.0%、「していない」が18.3%であった。2007年に比べると、「している」の割合が7.2ポイント増加していた。

図表 2-47 実行した対策の効果の把握・検証



なお、実行した対策の効果の把握・検証方法としては、以下のような具体例が挙げられた。

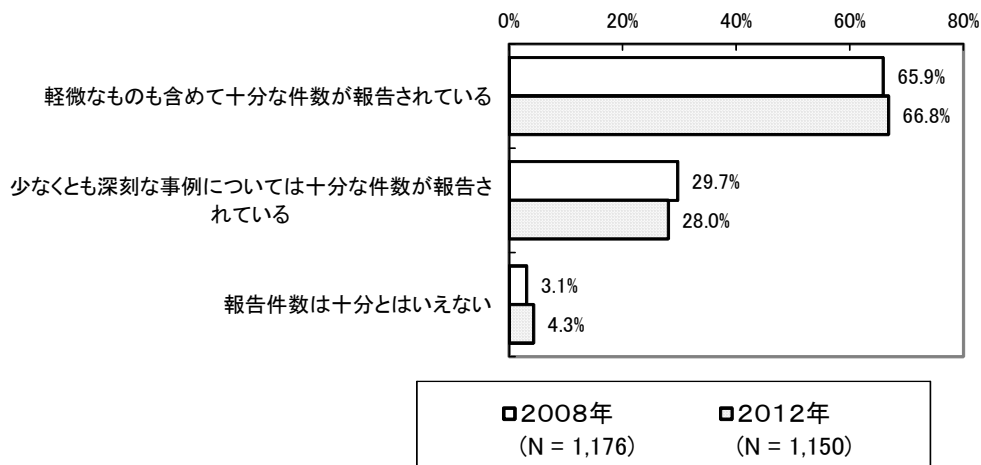
- ・ 委員会での検討・評価（1ヵ月後、3ヶ月後等）
 - ・ 職員会議・ミーティングでの検討・評価
 - ・ カンファレンスでの検討・評価
 - ・ 定期的、継続的なモニタリングによる検証
 - ・ 担当者（安全対策担当者等）による確認
 - ・ 統計データを用いた検証（同類事故の発生頻度の推移等）
 - ・ 報告書に評価欄を設けて記入
- 等

③ 報告制度に関する評価

1) 報告件数

報告件数については、「軽微なものも含めて十分な件数が報告されている」が 66.8%と最も多く、次いで「少なくとも深刻な事例については十分な件数が報告されている」が 28.0%、「報告件数は十分とはいえない」が 4.3%であった。なお、2008年と比較し大きな変化は見られなかった。

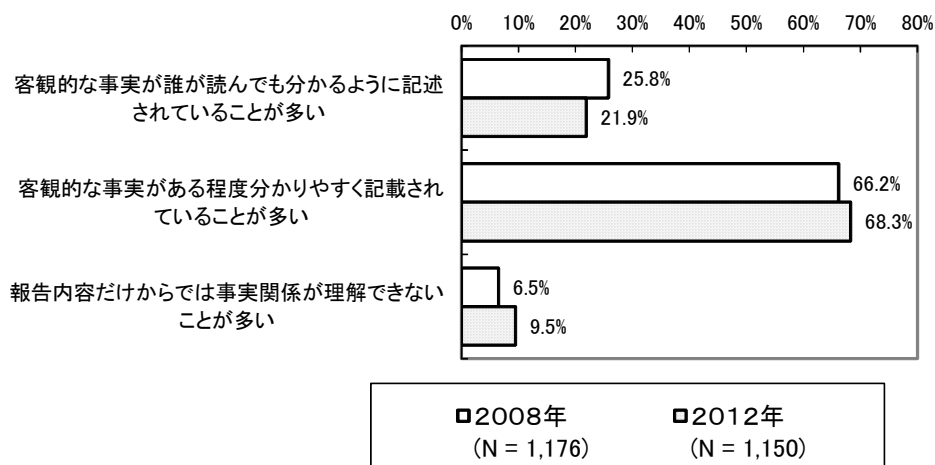
図表 2-48 報告件数



2) 報告内容

報告内容については、「客観的な事実がある程度分かりやすく記載されていることが多い」が 68.3%と最も多く、次いで「客観的な事実が誰が読んでも分かるように記述されていることが多い」が 21.9%、「報告内容だけからでは事実関係が理解できないことが多い」が 9.5%であった。

図表 2-49 報告内容

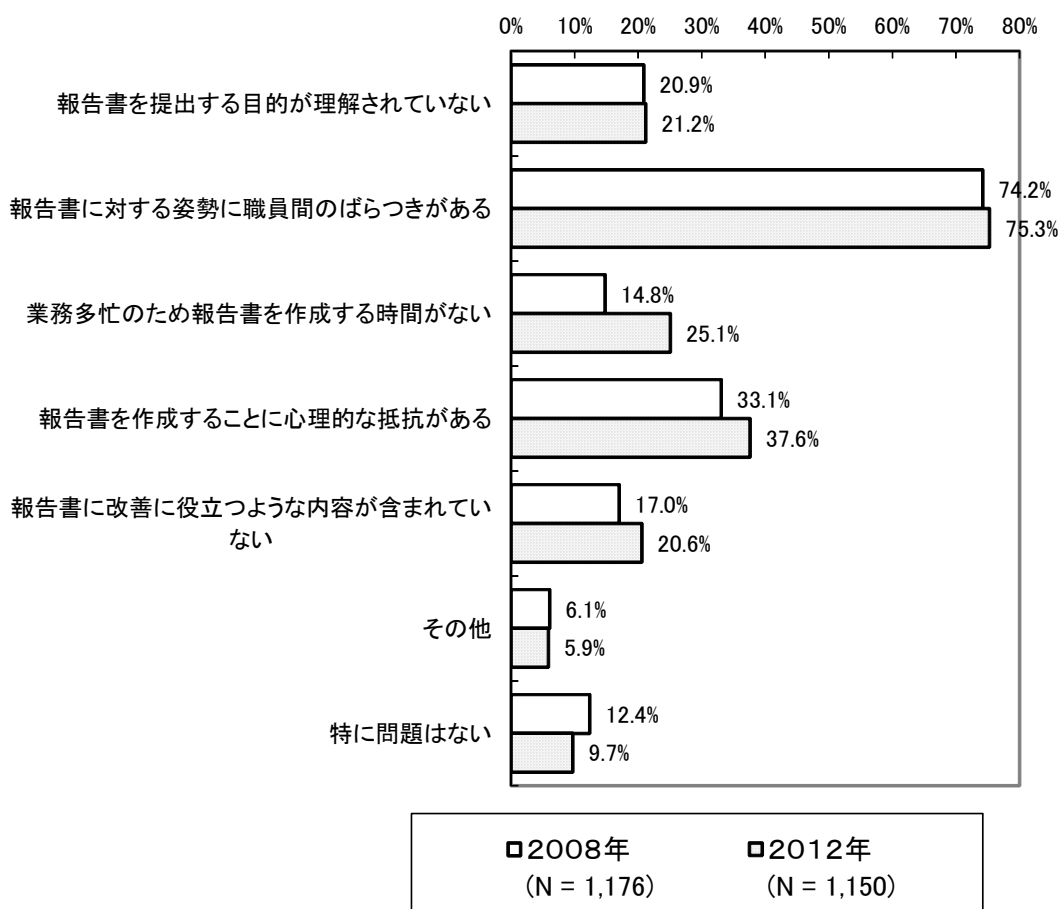


3) 報告書に関する課題

報告書に関する課題については、「報告書に対する姿勢に職員間のばらつきがある」が 75.3%と最も多く、次いで「報告書を作成することに心理的な抵抗がある」が 37.6%、「業務多忙のため報告書を作成する時間がない」が 25.1%であった。

2008年と比較すると、「業務多忙のため報告書を作成する時間がない」との回答が 10.3ポイント増加していた。

図表 2-50 報告書に関する課題（複数回答）

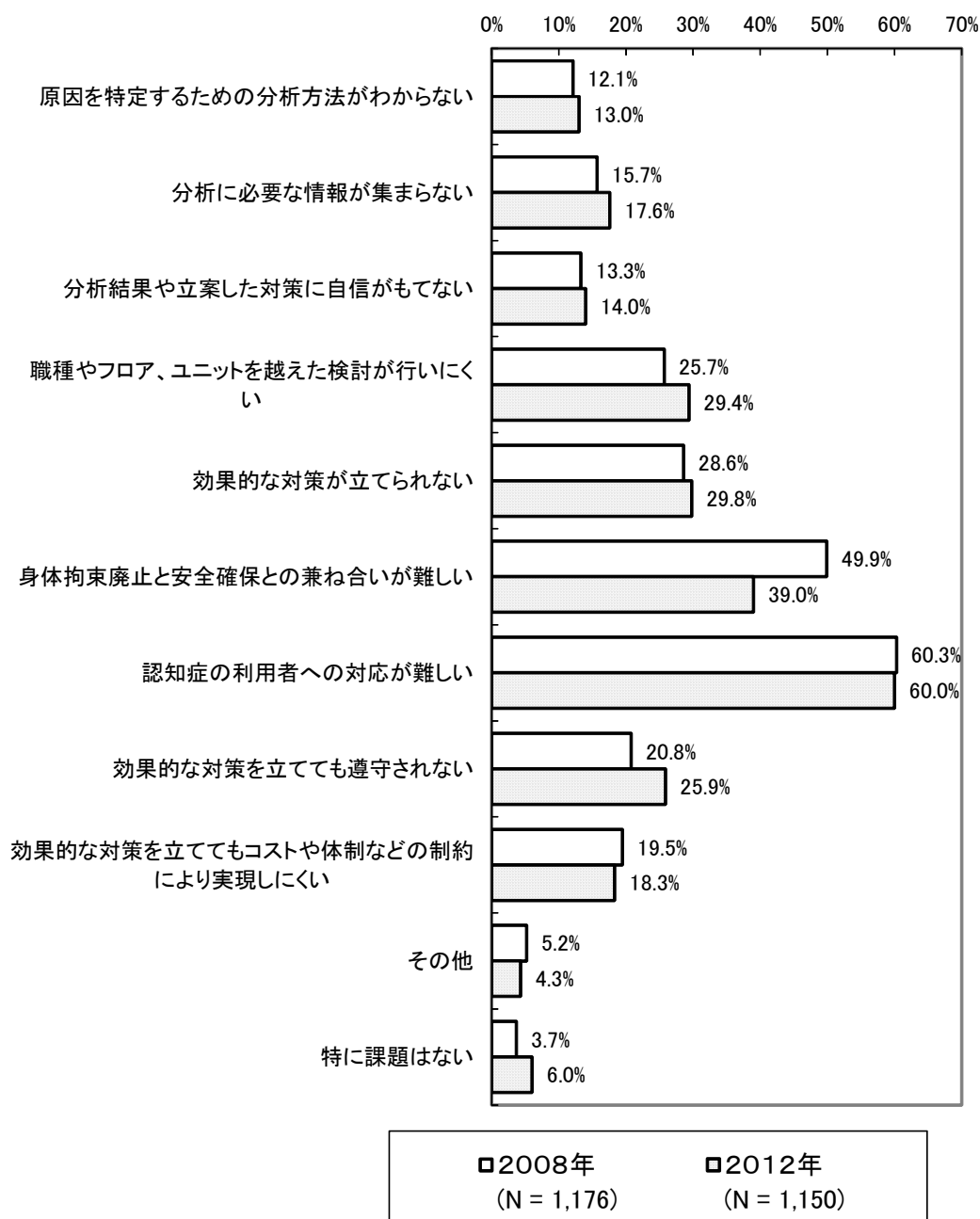


4) 分析に関する課題

分析に関する課題については、「認知症の利用者への対応が難しい」が 60.0%と最も多く、次いで「身体拘束廃止と安全確保との兼ね合いが難しい」が 39.0%、「効果的な対策が立てられない」が 29.8%であった。

2008年と比較すると、「身体拘束廃止と安全確保との兼ね合いが難しい」が 10.9ポイント減少し、「効果的な対策を立てても遵守されない」が 5.1ポイント増加していた。

図表 2-51 分析に関する課題（複数回答）



④ 報告内容を分析する際に重視していること（自由回答）

報告内容を分析する際に重視していることとして、以下のような回答が挙げられた。

- ・ 第三者が読んでも分かりやすいよう、事実を客観的かつ明確に記入すること（5W1Hで記入する等）
- ・ 多角的な視点から分析すること（SHELモデルの活用、多職種・他部署職員を交えた分析等）
- ・ 何故事故が起こったのか、原因の追求を重視すること
- ・ 事故後早期に分析すること
- ・ 利用者の心身の状況をきちんと把握し、分析すること（ADL、行動パターン、性格、精神状態等）
- ・ 利用者の気持ちになって考えること（何をしようとしていたのか、何がしたかったのか等）
- ・ 分析結果や改善策を職員に周知し、情報を共有すること
- ・ 同一人物や類似事故が発生していないか

等

⑤ 報告しやすい雰囲気にするために気をつけていること（自由回答）

報告しやすい雰囲気づくりのために気をつけていることとして、以下のような回答が挙げられた。

- ・ 責任の所在の明確化（責任は職員ではなく、施設長・施設にあることを伝える）
- ・ 責任追及ではなく原因追求の姿勢で分析すること
- ・ 事故報告の目的を普段から継続的に伝えること（事故報告は再発防止、サービスの質向上につながることを強調する）
- ・ 個人ではなく、施設全体の問題として考えること
- ・ 日ごろから職員間のコミュニケーションがとりやすい環境をつくる、些細なことでも報告し合える環境をつくること
- ・ 職員の負担を軽減し、報告しやすい工夫をすること（報告書様式の改善、ヒヤリハットについては報告書ではなくメモやノートを使用する等）

等

(6) 施設における介護事故予防の体制（委員会の設置）

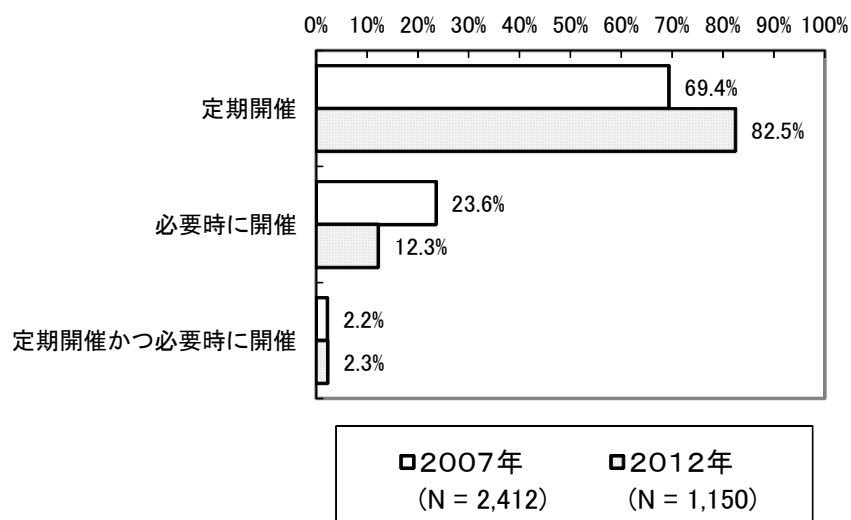
① 事故予防のための委員会設置状況

1) 委員会の開催状況

委員会の開催状況については、「定期開催」が 82.5%と最も多く、次いで「必要時に開催」が 12.3%、「定期開催かつ必要時に開催」が 2.3%であった。

なお、2007年と比較すると「定期開催」の割合が 13.1ポイント増加していた。

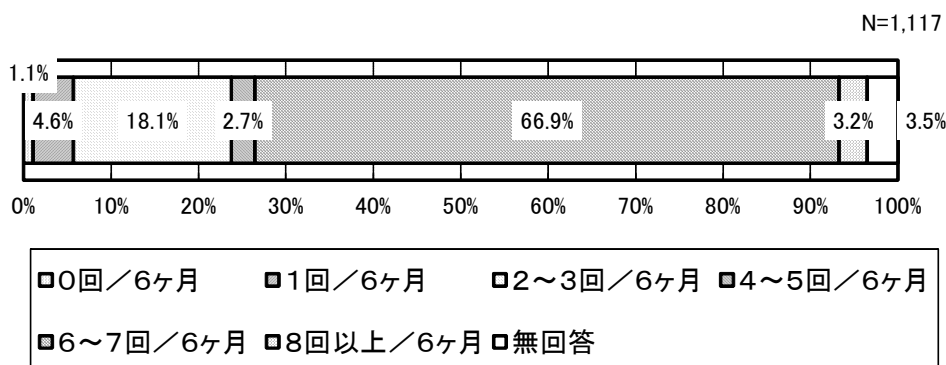
図表 2-52 委員会の開催状況



2) 委員会の開催頻度

委員会の開催頻度については、「6～7回／6ヶ月」が 66.9%と最も多く、次いで「2～3回／6ヶ月」が 18.1%、「1回／6ヶ月」が 4.6%であった。なお、平均では 5.3回／6ヶ月であった。

図表 2-53 委員会の開催頻度

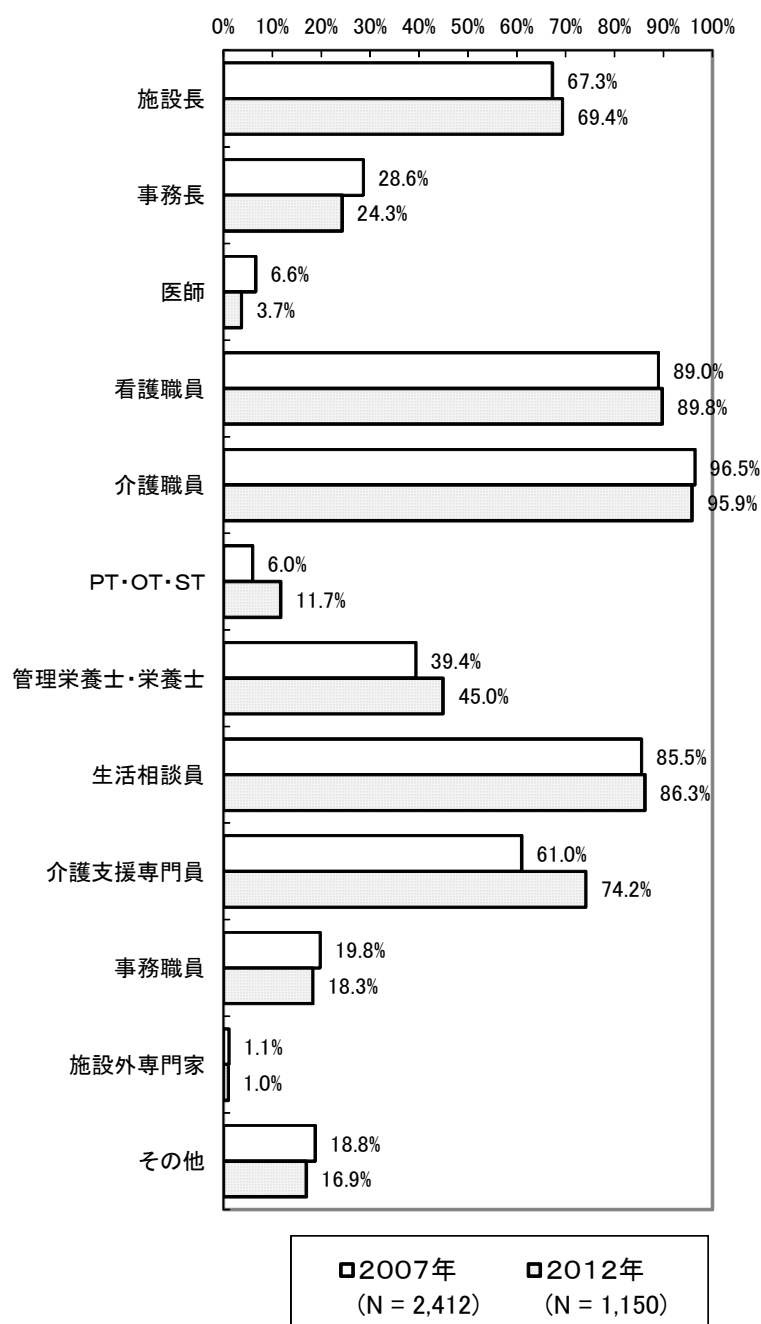


3) 構成メンバー

構成メンバーについては、「介護職員」が95.9%と最も多く、次いで「看護職員」が89.8%、「生活相談員」が86.3%であった。「その他」としては、「デイサービス職員」「調理員」「主任・リーダー」「管理職（部長、課長等）」等があった。

なお、2007年に比べ「介護支援専門員」「PT・OT・ST」「管理栄養士・栄養士」の割合が増加していた。

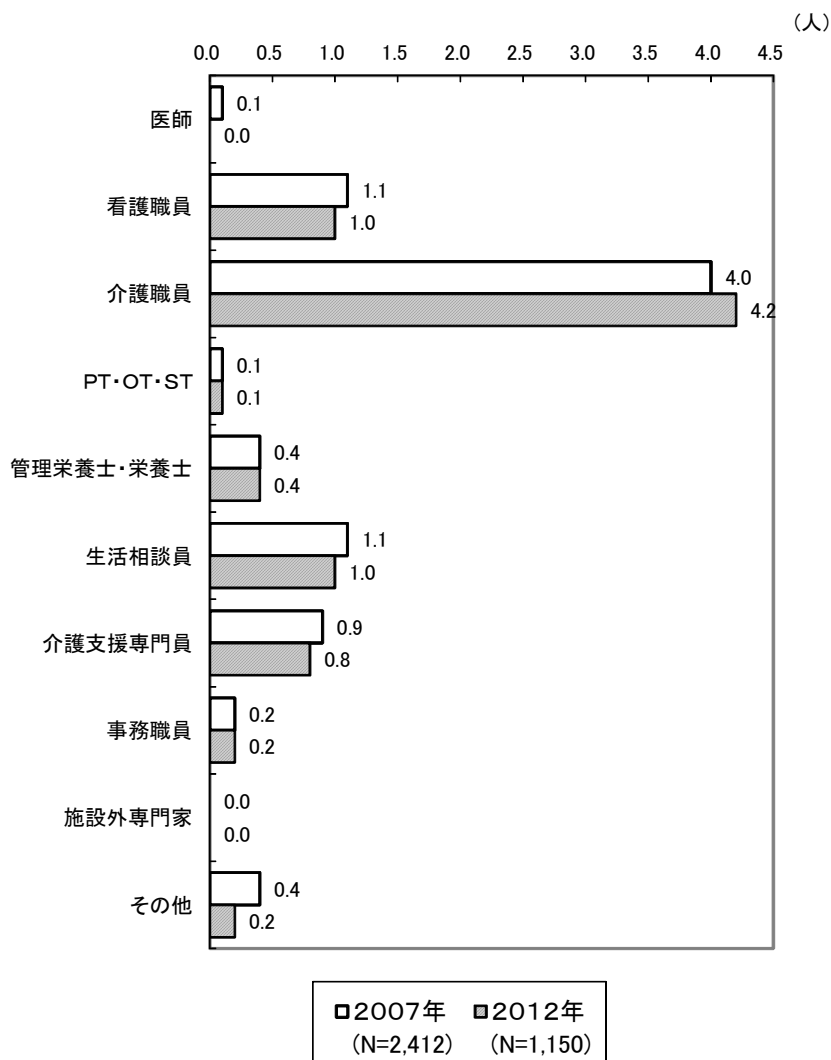
図表 2-54 構成メンバー（複数回答）



4) 参加人数

平均参加人数については、介護職員が4.2名である以外は各職種とも1名程度であった。なお、2007年も同様の傾向であった。

図表 2-55 参加人数

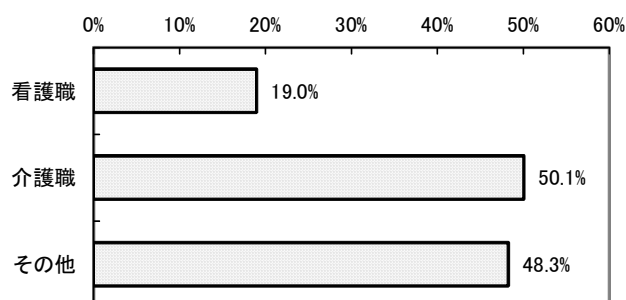


5) 委員会の責任者

委員会の責任者の職種について尋ねたところ、「看護職」が19.0%、「介護職」が50.1%であった。なお、「その他」としては「生活相談員」「施設長」「介護支援専門員」等があった。

図表 2-56 委員会の責任者（職種）（複数回答）

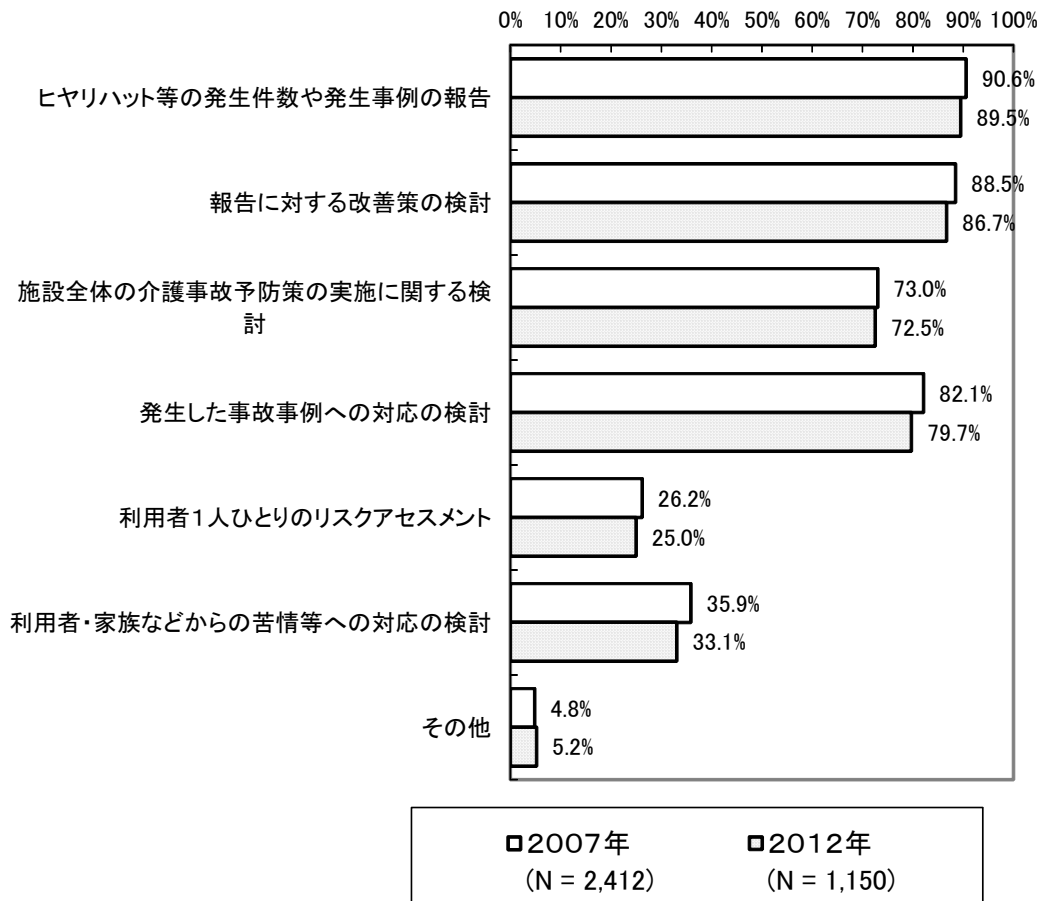
N=1,150



6) 委員会での検討事項

委員会での検討事項については、「ヒヤリハット等の発生件数や発生事例の報告」が 89.5%と最も多く、次いで「報告に対する改善策の検討」が 86.7%、「発生した事故事例への対応の検討」が 79.7%であった。「その他」としては「研修内容」等があった。

図表 2-57 委員会での検討事項（複数回答）

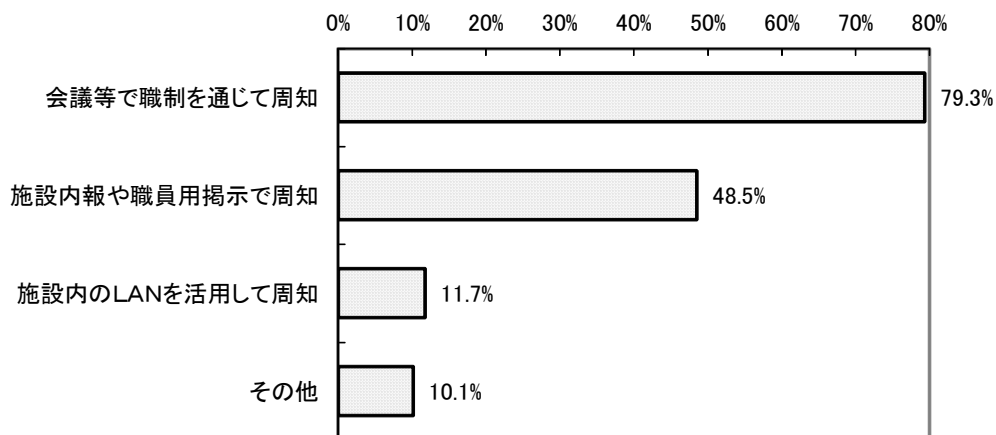


7) 委員会で決定した事項の職員への周知方法

委員会で決定した事項の職員への周知方法については、「会議等で職制を通じて周知」が79.3%と最も多く、次いで「施設内報や職員用掲示で周知」が48.5%、「施設内のLANを活用して周知」が11.7%であった。なお、「その他」としては「会議録の回覧・配布」「連絡ノートへの記入」「報告書の回覧」等があった。

図表 2-58 委員会で決定した事項の職員への周知方法（複数回答）

N=1,150

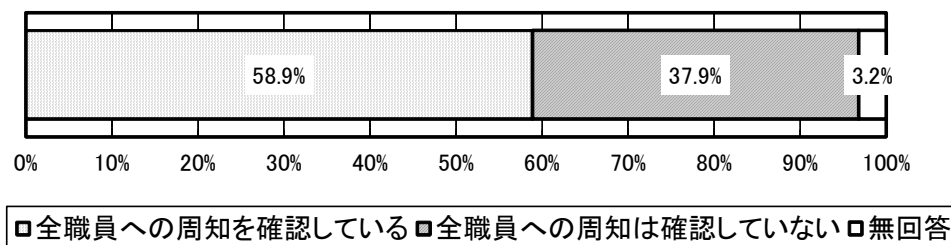


8) 委員会での決定事項の全職員への周知

委員会での決定事項の全職員への周知については、「全職員への周知を確認している」が58.9%、「全職員への周知は確認していない」が37.9%であった。

図表 2-59 委員会での決定事項の全職員への周知

N=1,150

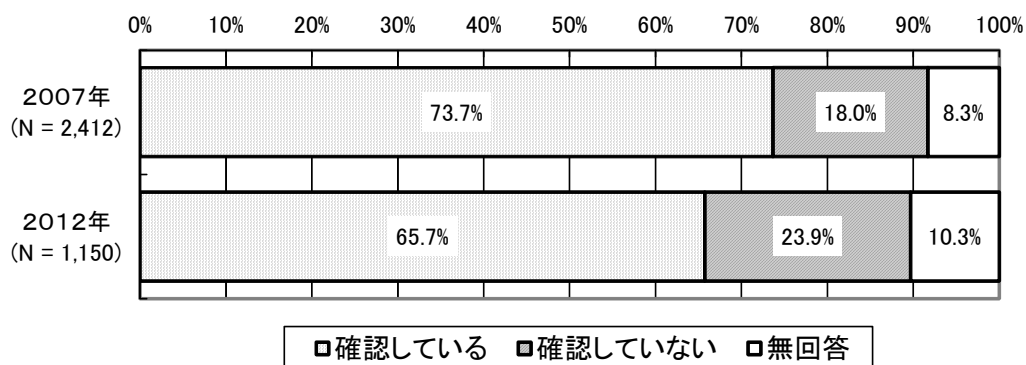


なお、全職員への周知方法としては、「会議録等の回覧時にサイン・チェック」「連絡ノートへのサイン・チェック」「全体会議・フロア会議等で確認」「申し送り時に確認」等の具体例が挙げられた。

9) 改善策の実施状況や再発等の確認

改善策の実施状況や再発等の確認については、「確認している」が65.7%、「確認していない」が23.9%であった。なお、2007年と比べ「確認している」の割合が8.0ポイント減少していた。

図表 2-60 改善策の実施状況や再発等の確認



なお、改善策の実施状況・再発等の確認方法としては、以下の具体例が挙げられた。

- ・ カンファレンスにおける確認
- ・ フロア・ユニット会議における確認
- ・ 委員会における確認
- ・ 事故報告書による確認
- ・ 申し送り時における確認
- ・ 主任・リーダーや担当者による確認
- ・ 事故発生現場での状況確認

等

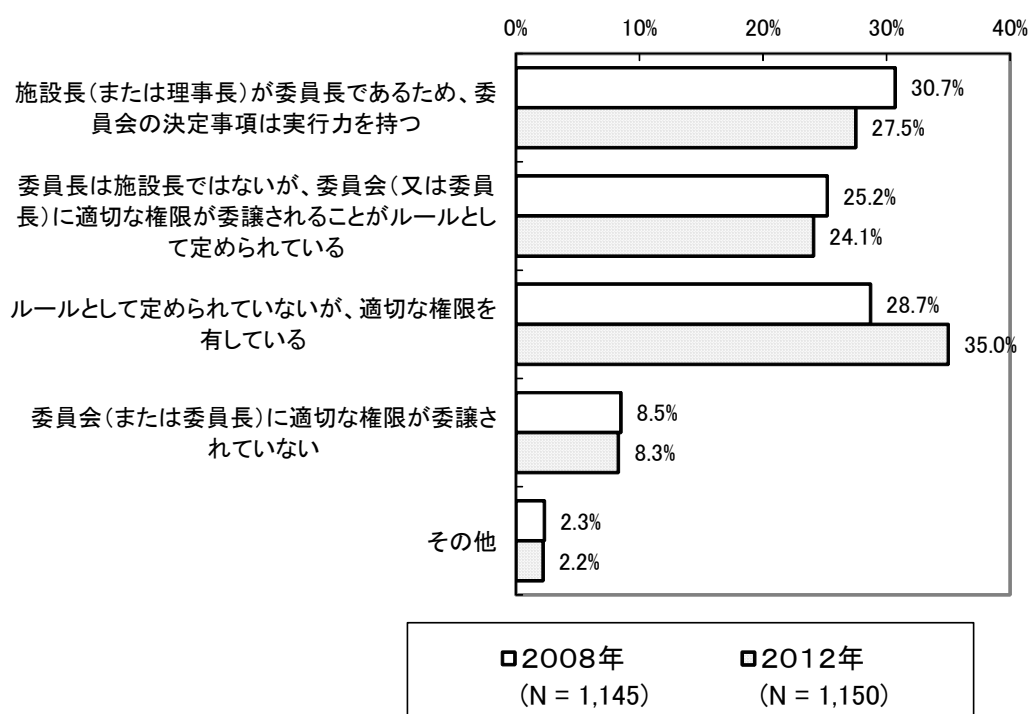
② 委員会に関する評価

1) 委員会の権限

委員会の権限については、「ルールとして定められていないが、適切な権限を有している」が35.0%と最も多く、次いで「施設長（または理事長）が委員長であるため、委員会の決定事項は実行力を持つ」が27.5%、「委員長は施設長ではないが、委員会（又は委員長）に適切な権限が委譲されることがルールとして定められている」が24.1%であった。

なお、2008年と比べ「ルールとして定められていないが、適切な権限を有している」の割合が6.3ポイント増加していた。

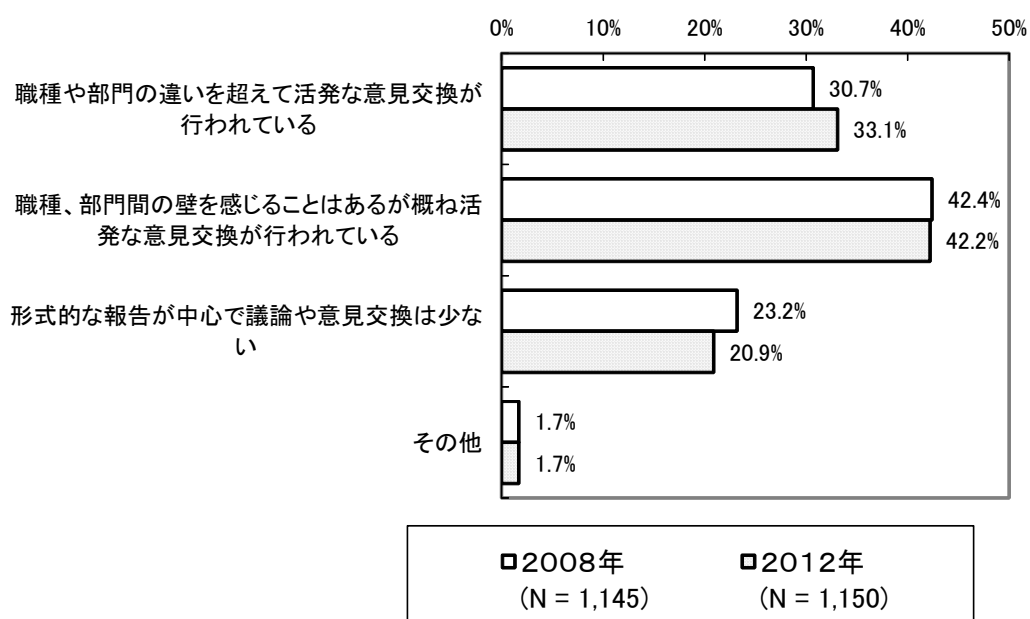
図表 2-61 委員会の権限



2) 委員会の議論の状況

委員会の議論の状況については、「職種、部門間の壁を感じることはあるが概ね活発な意見交換が行われている」が42.2%と最も多く、次いで「職種や部門の違いを超えて活発な意見交換が行われている」が33.1%、「形式的な報告が中心で議論や意見交換は少ない」が20.9%であった。

図表 2-62 委員会の議論の状況

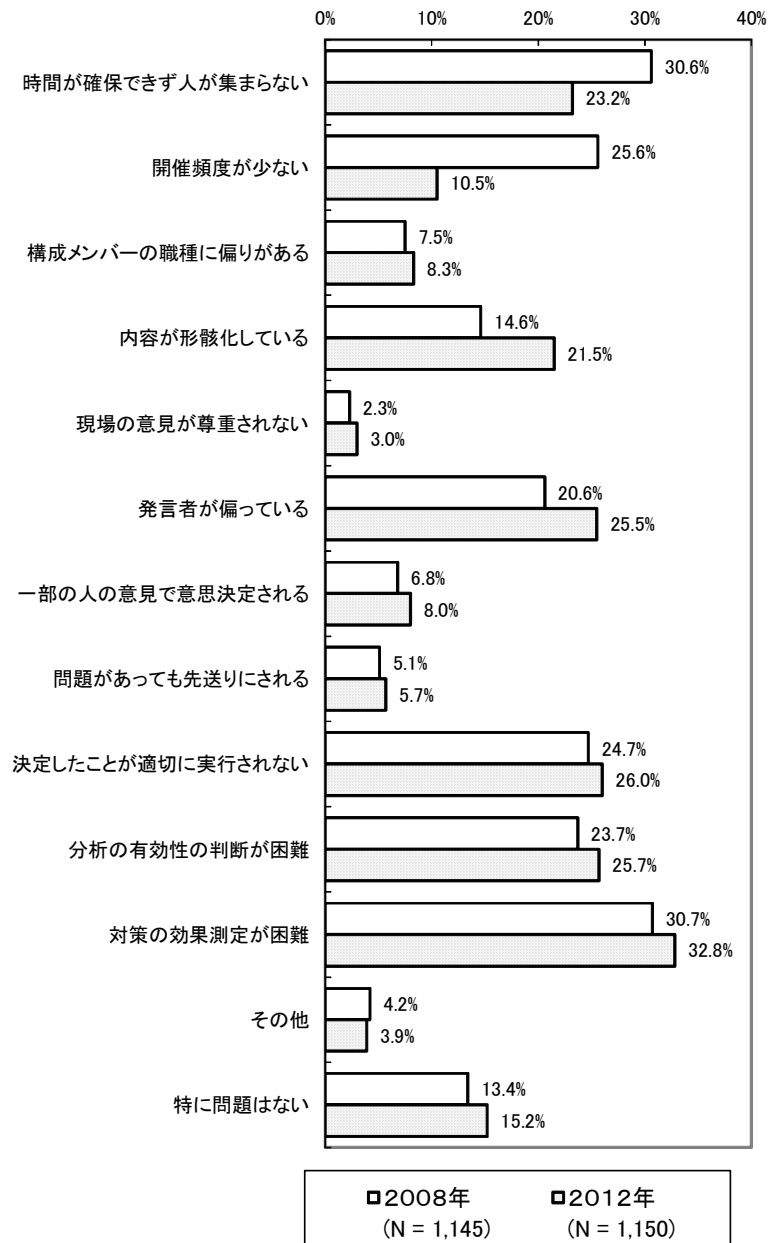


3) 委員会における課題

委員会における課題については、「対策の効果測定が困難」が 32.8%と最も多く、次いで「決定したことが適切に実行されない」が 26.0%、「分析の有効性の判断が困難」が 25.7%であった。

なお、2008年に比べ、「開催頻度が少ない」「時間が確保できず人が集まらない」との回答は減少した一方、「内容が形骸化している」「発言者が偏っている」との回答は増加していた。

図表 2-63 委員会における課題（複数回答）



(7) 施設における介護事故予防の体制（介護事故防止のための指針）

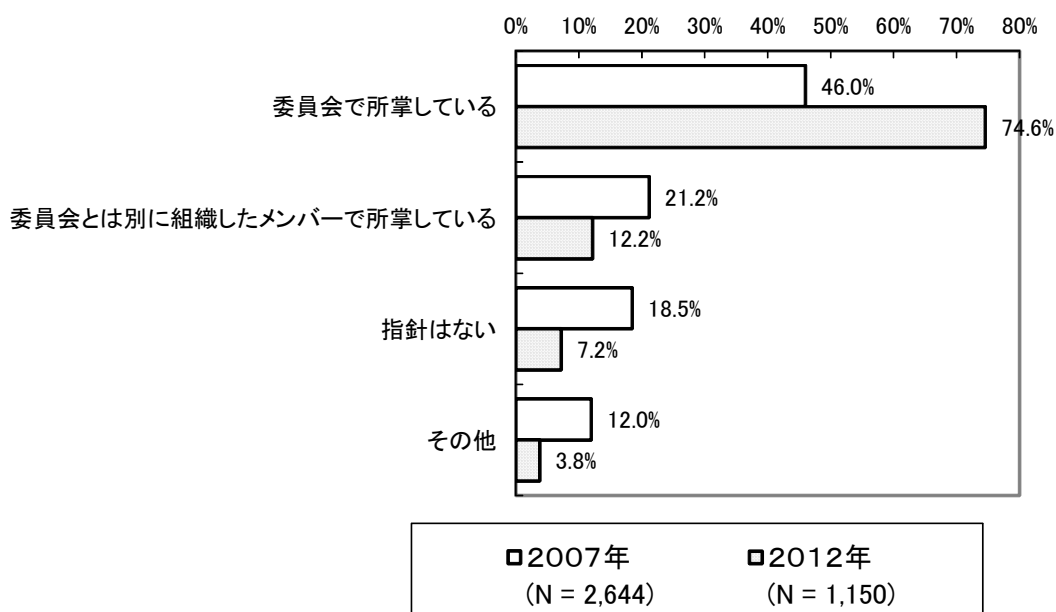
① 介護事故防止のための指針整備状況

1) 指針の位置づけ

指針の位置づけについては、「委員会で所掌している」が 74.6%と最も多く、次いで「委員会とは別に組織したメンバーで所掌している」が 12.2%、「指針はない」が 7.2%であった。

なお、2007年に比べると「委員会で掌握している」との回答割合が大幅に増加し、「指針はない」との回答は 11.3ポイント減少した。

図表 2-64 指針の位置づけ

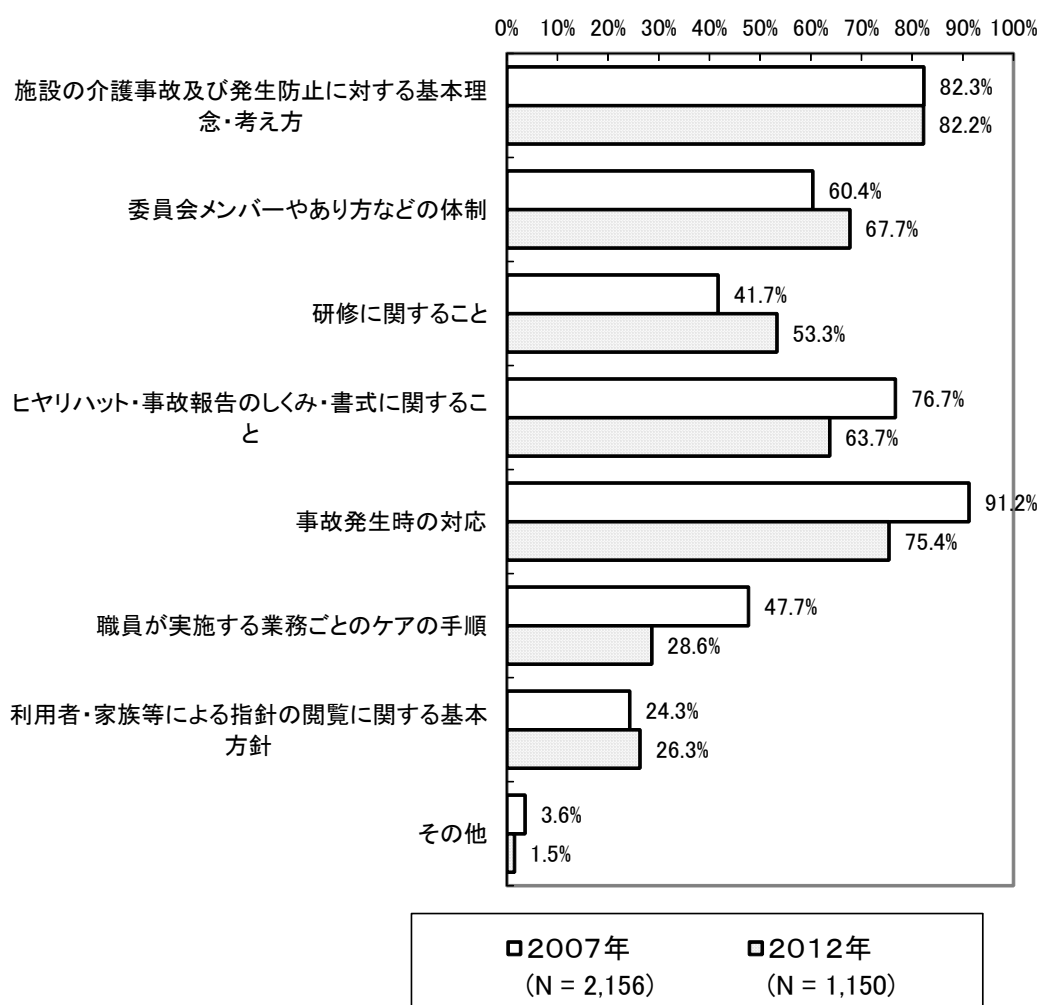


2) 指針に記載されている事項

指針に記載されている事項については、「施設の介護事故及び発生防止に対する基本理念・考え方」が82.2%と最も多く、次いで「事故発生時の対応」が75.4%、「委員会メンバーやあり方などの体制」が67.7%であった。

なお、2007年と比較すると、「委員会メンバーやあり方などの体制」「研修に関すること」は増加し、「ヒヤリハット・事故報告のしくみ・書式に関すること」「事故発生時の対応」「職員が実施する業務ごとのケアの手順」については減少していた。

図表 2-65 指針に記載されている事項（複数回答）

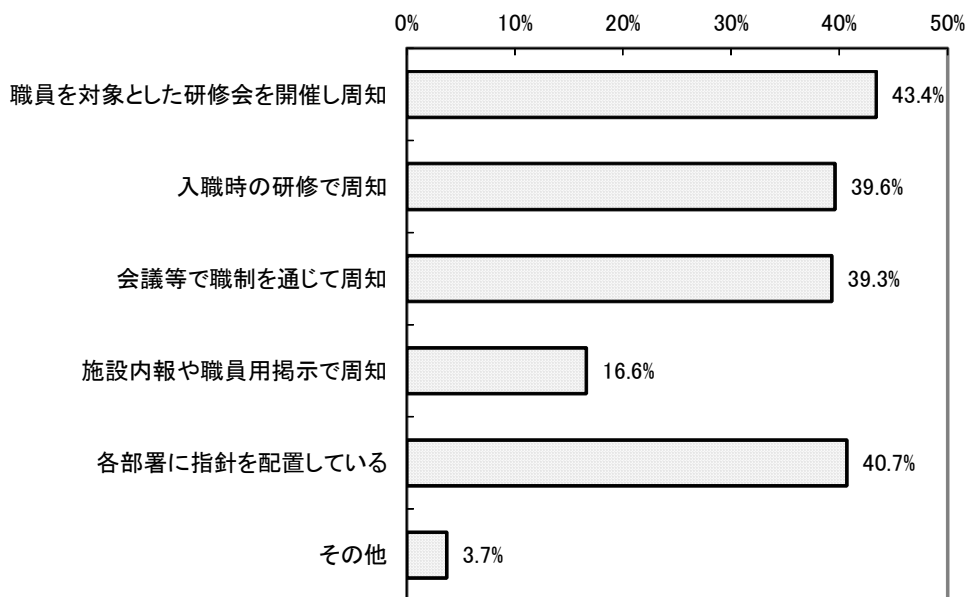


3) 指針の職員への周知の方法

指針の職員への周知の方法については、「職員を対象とした研修会を開催し周知」が 43.4%と最も多く、次いで「各部署に指針を配置している」が 40.7%、「入職時の研修で周知」が 39.6%であった。

図表 2-66 指針の職員への周知の方法（複数回答）

N=1,150

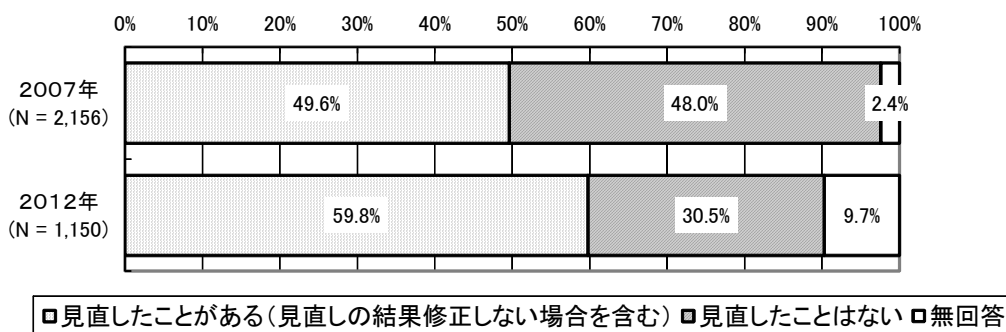


4) 指針の見直し

指針等の見直し状況については、「見直したことがある（見直しの結果修正しない場合を含む）」が59.8%、「見直したことはない」が30.5%であった。

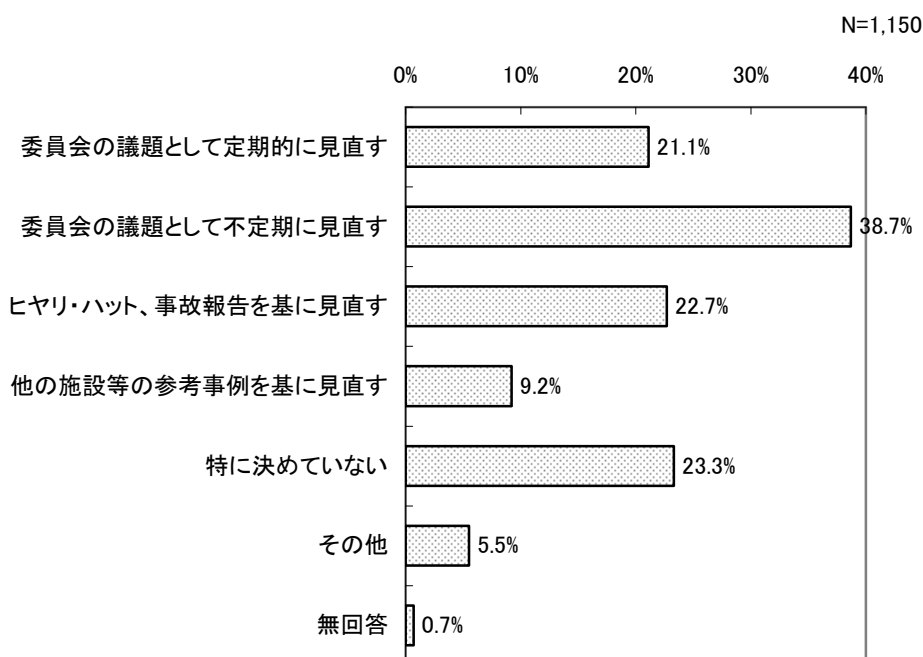
2007年に比べると「見直したことがある」との回答が10.2ポイント増加していた。

図表 2-67 指針の見直し（指針等の見直し状況）



指針の見直しの方法については、「委員会の議題として不定期に見直す」が38.7%と最も多く、次いで「特に決めていない」が23.3%、「ヒヤリハット、事故報告を基に見直す」が22.7%であった。「その他」としては「年度末・年度当初など、年1回見直す」等があった。

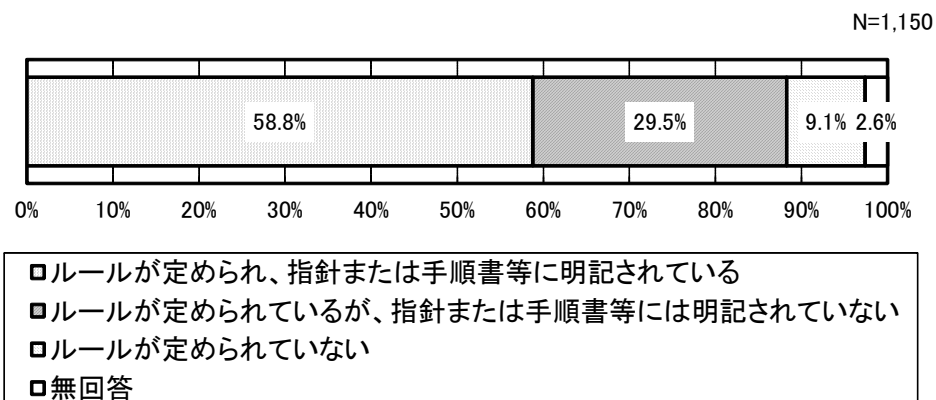
図表 2-68 指針の見直し（見直しの方法）（複数回答）



② 施設長不在時に事故が発生した場合の連絡・対応のルール

施設長不在時に事故が発生した場合の連絡・対応のルールについては、「ルールが定められ、指針または手順書等に明記されている」が 58.8%、「ルールが定められているが、指針または手順書等には明記されていない」が 29.5%、「ルールが定められていない」が 9.1%であった。

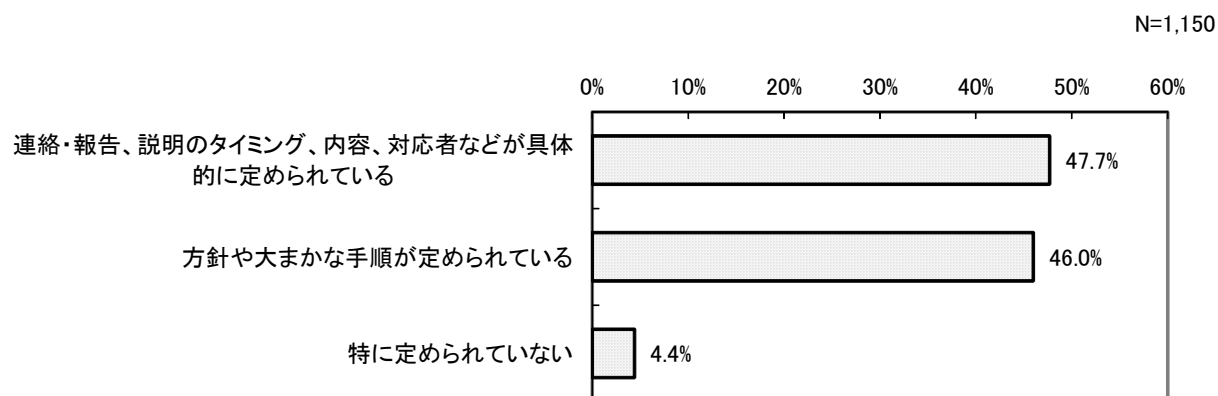
図表 2-69 施設長不在時に事故が発生した場合の連絡・対応のルール



③ 事故発生時の家族への連絡や報告、説明についての手順

事故発生時の家族への連絡や報告、説明についての手順については、「連絡・報告、説明のタイミング、内容、対応者などが具体的に定められている」が 47.7%、「方針や大まかな手順が定められている」が 46.0%、「特に定められていない」が 4.4%であった。

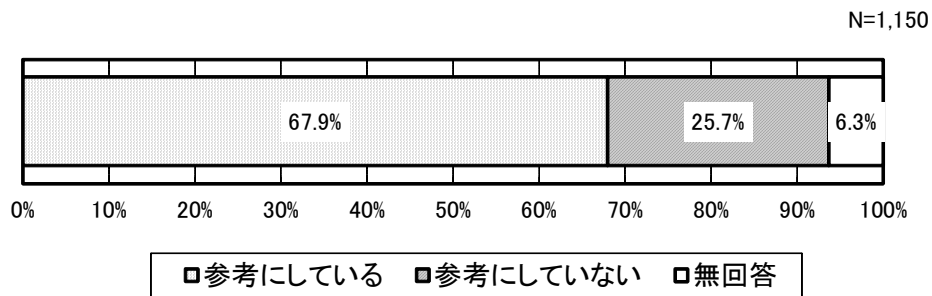
図表 2-70 事故発生時の家族への連絡や報告、説明についての手順



④ 一般的な介護事故防止のガイドラインやマニュアルの参考

一般的な介護事故防止のガイドラインやマニュアルの参考については、「参考にしている」が67.9%、「参考にしていない」が25.7%であった。

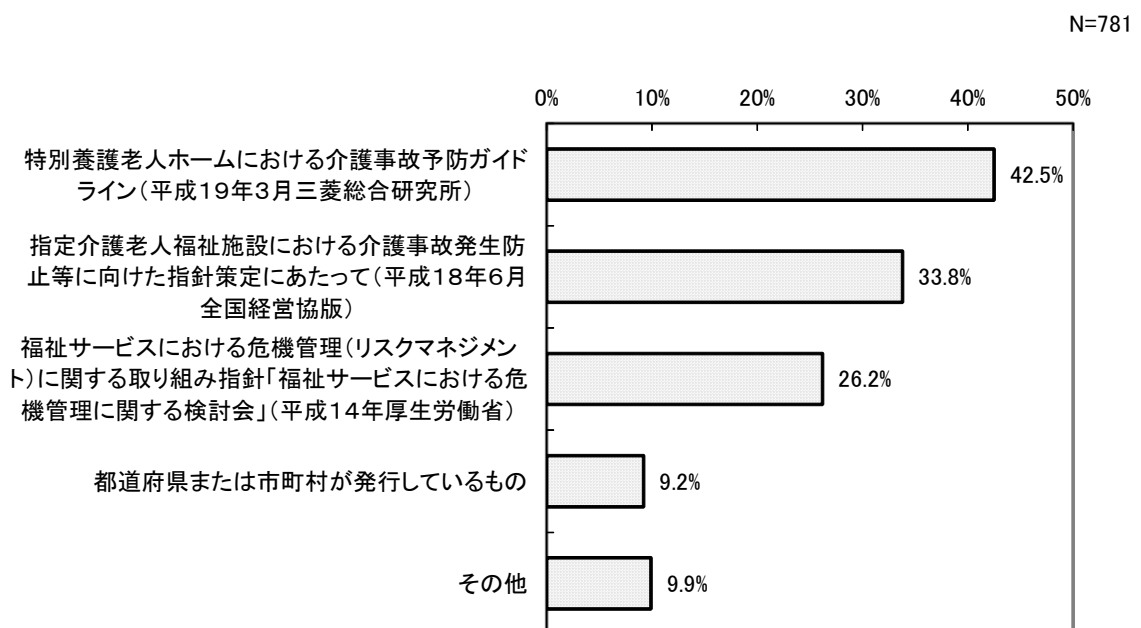
図表 2-71 一般的な介護事故防止のガイドラインやマニュアルの参考



⑤ 参考にしてている場合のガイドライン・マニュアル

参考にしてている場合のガイドライン・マニュアルについては、「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19年3月三菱総合研究所）」が42.5%と最も多く、次いで「指定介護老人福祉施設における介護事故発生防止等に向けた指針策定にあたって（平成18年6月全国経営協版）」が33.8%であった。なお、「その他」としては「一般書籍」「他施設のガイドライン・マニュアル等」「研修会資料」等があった。

図表 2-72 参考にしてている場合のガイドライン・マニュアル（複数回答）



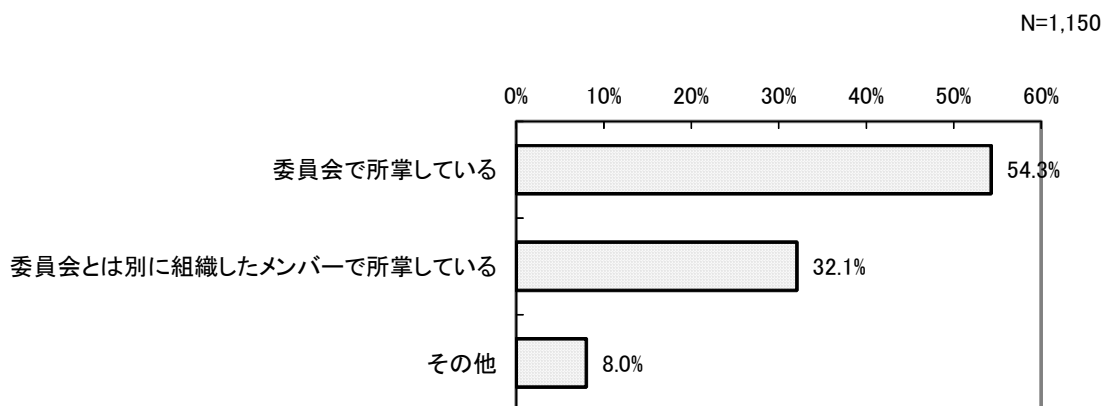
(8) 施設における介護事故予防の体制（手順書の整備）

① 手順書の整備状況

1) 手順書の位置づけ

手順書の位置づけについては、「委員会では所掌している」が54.3%、「委員会とは別に組織したメンバーで所掌している」が32.1%であった。「その他」としては「各部署で所掌」等があった。

図表 2-73 手順書の位置づけ

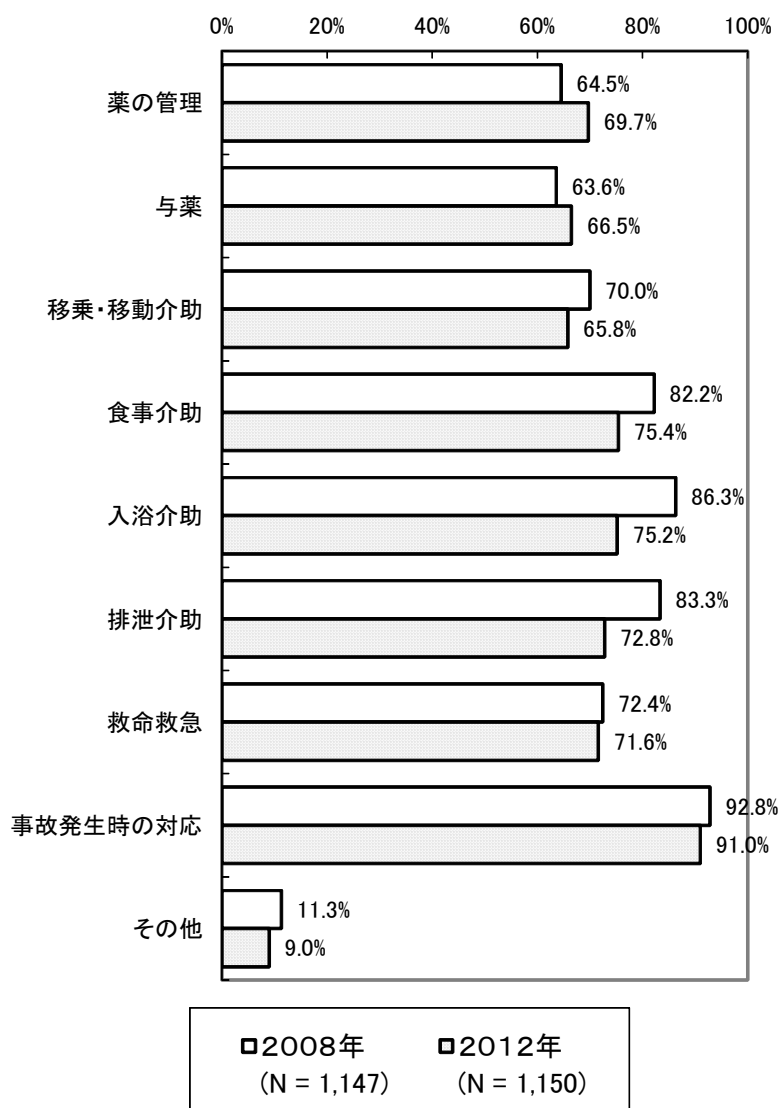


2) 整備している手順書の種類

整備している手順書の種類については、「事故発生時の対応」が91.0%と最も多く、次いで「食事介助」が75.4%、「入浴介助」が75.2%であった。なお、「その他」としては「感染症」「認知症」「口腔ケア」「送迎」「褥瘡」等があった。

2008年と比較すると、「薬の管理」との回答が若干増加していた。

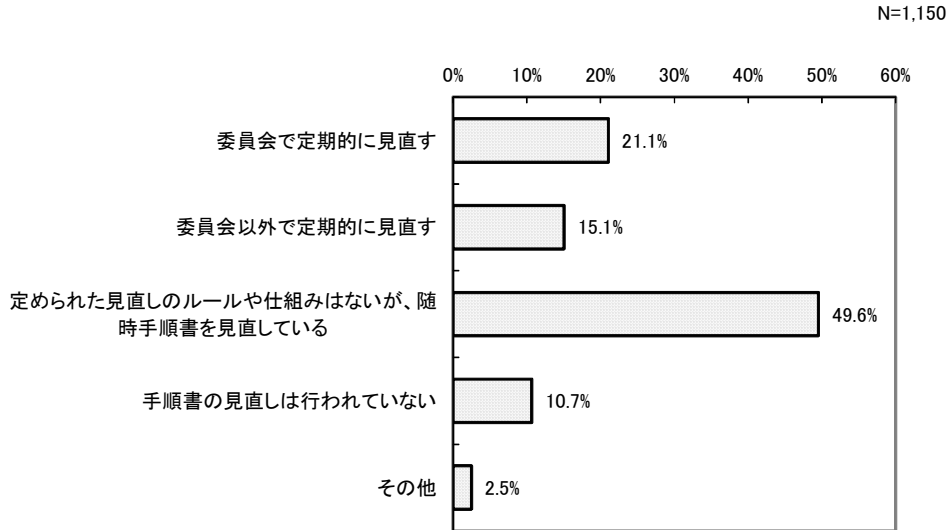
図表 2-74 整備している手順書の種類（複数回答）



3) 手順書の見直し

手順書の見直しについては、「定められた見直しのルールや仕組みはないが、随時手順書を見直している」が49.6%、「委員会で定期的に見直す」が21.1%、「委員会以外で定期的に見直す」が15.1%であった。

図表 2-75 手順書の見直し

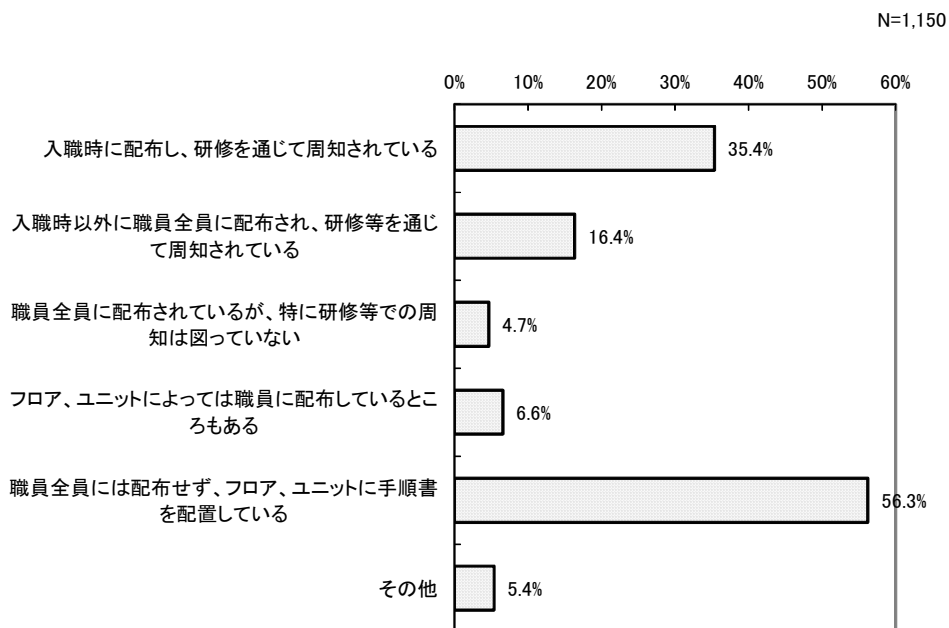


② 手順書に関する評価

1) 手順書の周知・共有状況

手順書の周知・共有状況については、「職員全員には配布せず、フロア、ユニットに手順書を配置している」が56.3%と最も多く、次いで「入職時に配布し、研修を通じて周知されている」が35.4%、「入職時以外に職員全員に配布され、研修等を通じて周知されている」が16.4%であった。

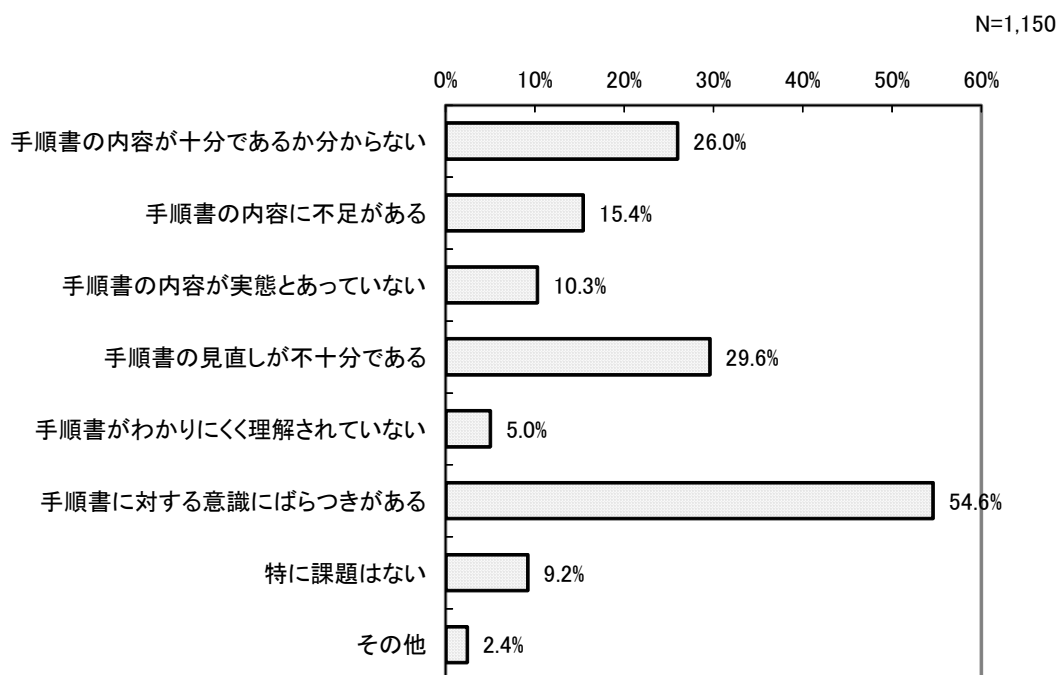
図表 2-76 手順書の周知・共有状況（複数回答）



2) 運用における課題

運用における課題については、「手順書に対する意識にばらつきがある」が 54.6%と最も多く、次いで「手順書の見直しが不十分である」が 29.6%、「手順書の内容が十分であるか分からない」が 26.0%であった。

図表 2-77 運用における課題（複数回答）



(9) 施設における介護事故予防の体制（研修）

① 介護事故防止のための職員研修

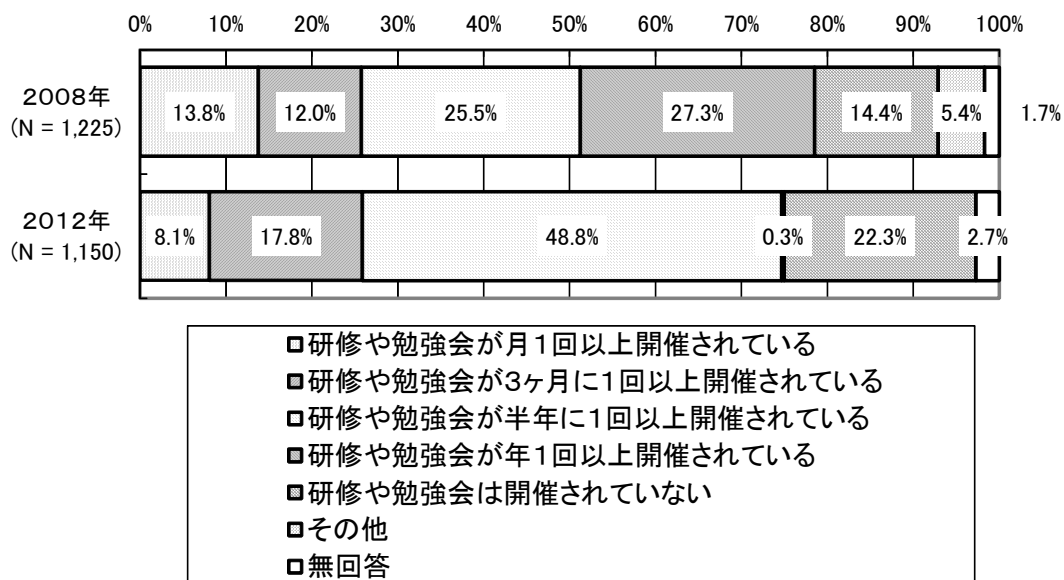
1) 平成 23 年 7～12 月（6 ヶ月間）の研修実施状況（職員全体の研修）

職員全体の研修の回数については、「研修や勉強会が半年に 1 回以上開催されている」が 48.8%と最も多く、次いで「研修や勉強会は開催されていない」が 22.3%、「研修や勉強会が 3 ヶ月に 1 回以上開催されている」が 17.8%であった。

2008 年と比較すると、「研修や勉強会が半年に 1 回以上開催されている」が増加し、「研修や勉強会が年 1 回以上開催されている」との回答が大幅に減少していた。さらに、「研修や勉強会は開催されていない」との回答も 7.9 ポイント増加していた。

図表 2-78 職員全体の研修の回数

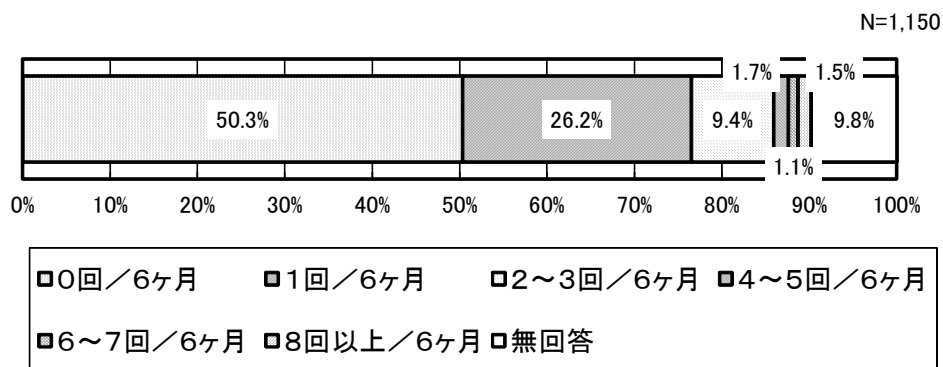
N=1,225



2) 平成 23 年 7～12 月（6 ヶ月間）の研修実施状況（外部研修）

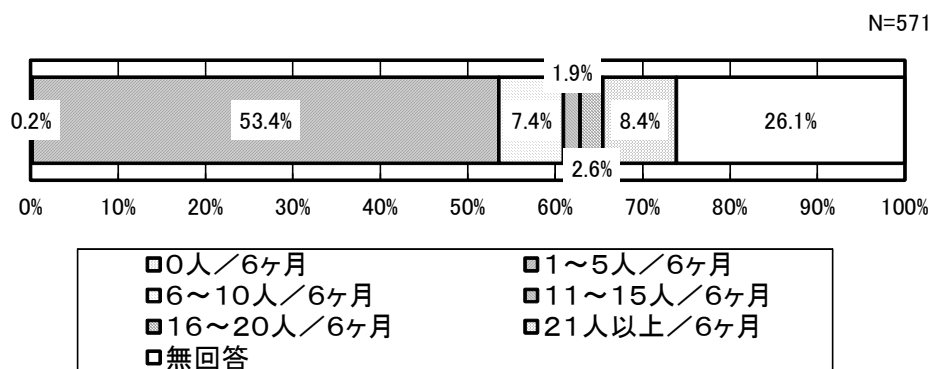
外部研修の受講の回数については、「0回／6ヶ月」が 50.3%と最も多く、次いで「1回／6ヶ月」が 26.2%、「2～3回／6ヶ月」が 9.4%であった。なお、平均では 1.1 回／6ヶ月であった。

図表 2-79 外部研修の受講の回数



外部研修の受講の受講者延べ人数については、「1～5人／6ヶ月」が 53.4%と最も多く、次いで「21人以上／6ヶ月」が 8.4%、「6～10人／6ヶ月」が 7.4%であった。なお、平均では 8.3人／6ヶ月であった。

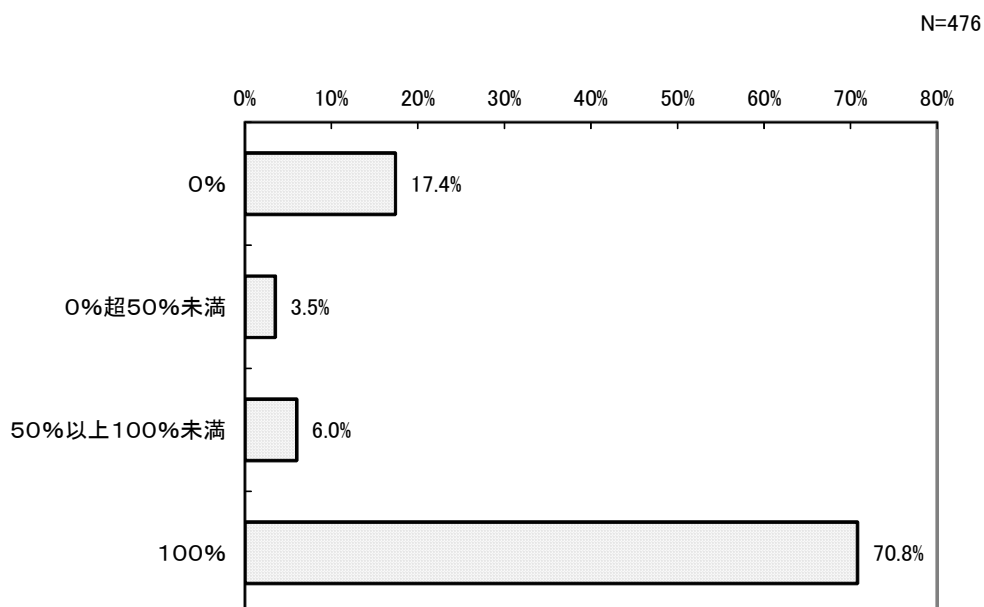
図表 2-80 外部研修の受講者延べ人数



3) 平成 23 年 7～12 月（6 ヶ月間）の研修実施状況（入職時研修の受講率）

入職時研修の受講率は、「100%」との回答が約 7 割を占めていた。一方、「0%」との回答も 17.4%あった。

図表 2-81 入職時研修の受講率

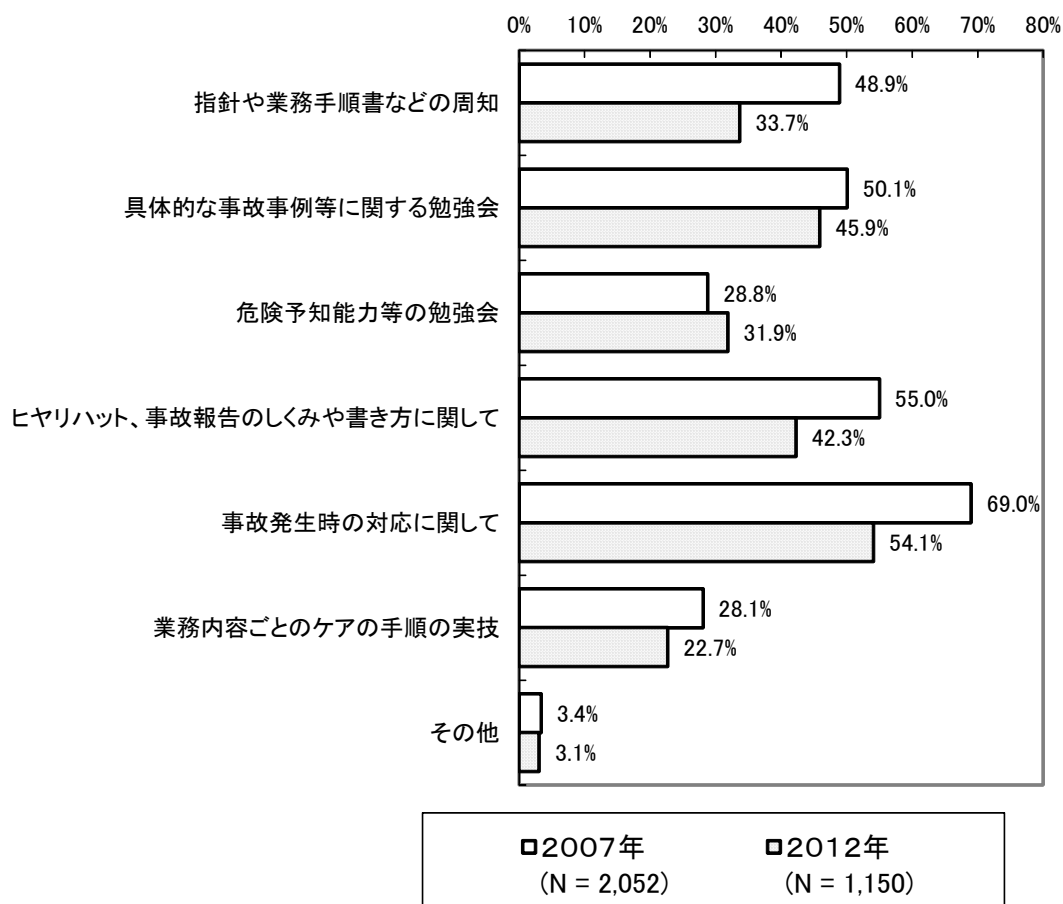


4) 研修内容（取り上げているテーマ）

研修で取り上げているテーマについては、「事故発生時の対応に関して」が 54.1%と最も多く、次いで「具体的な事故事例等に関する勉強会」が 45.9%、「ヒヤリハット、事故報告のしくみや書き方に関して」が 42.3%であった。

2007年に比べ、回答割合が少なくなった項目が多い。

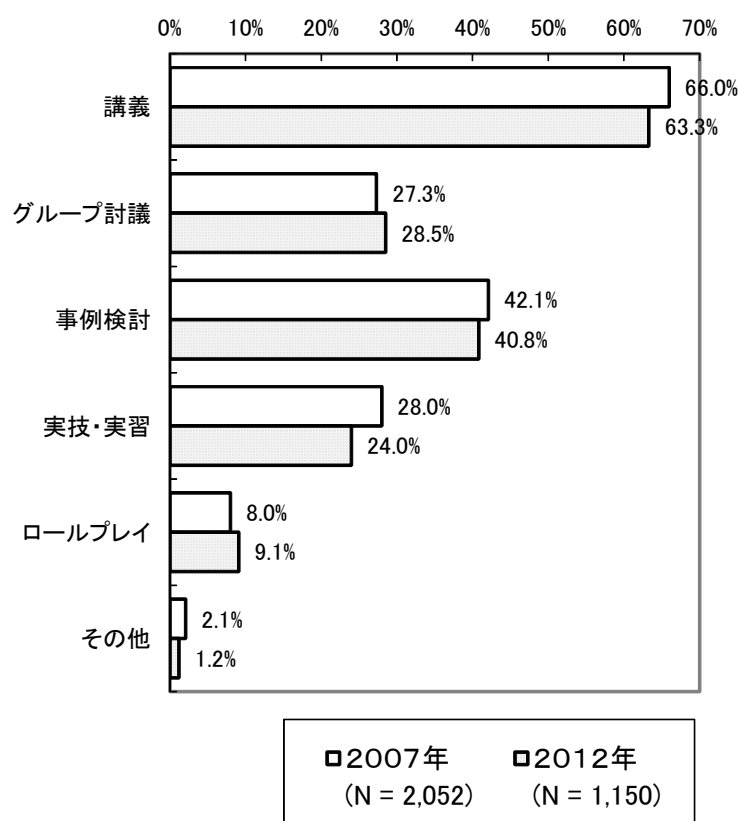
図表 2-82 研修内容（取り上げているテーマ）（複数回答）



5) 研修内容（手法）

研修の手法については、「講義」が63.3%と最も多く、次いで「事例検討」が40.8%、「グループ討議」が28.5%であった。2007年に比べて大きな変化は見られなかった。

図表 2-83 研修内容（手法）（複数回答）

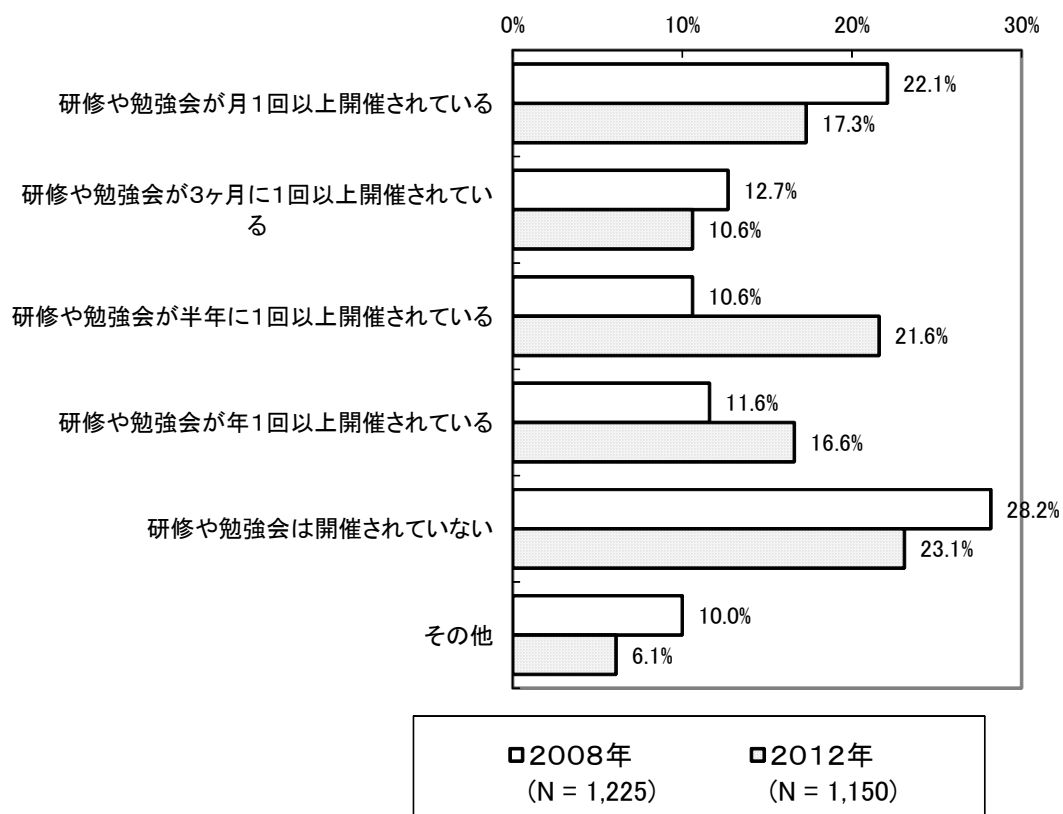


② 事故予防に関するフロア、ユニットごとの研修開催状況

事故予防に関するフロア、ユニットごとの研修開催状況については、「研修や勉強会は開催されていない」が 23.1%と最も多く、次いで「研修や勉強会が半年に1回以上開催されている」が 21.6%、「研修や勉強会が月1回以上開催されている」が 17.3%であった。

なお、2008年に比べると研修や勉強会は開催されていない」は 5.1ポイント減少し、「研修や勉強会が半年に1回以上開催されている」との回答が増加していた。

図表 2-84 事故予防に関するフロア、ユニットごとの研修開催状況

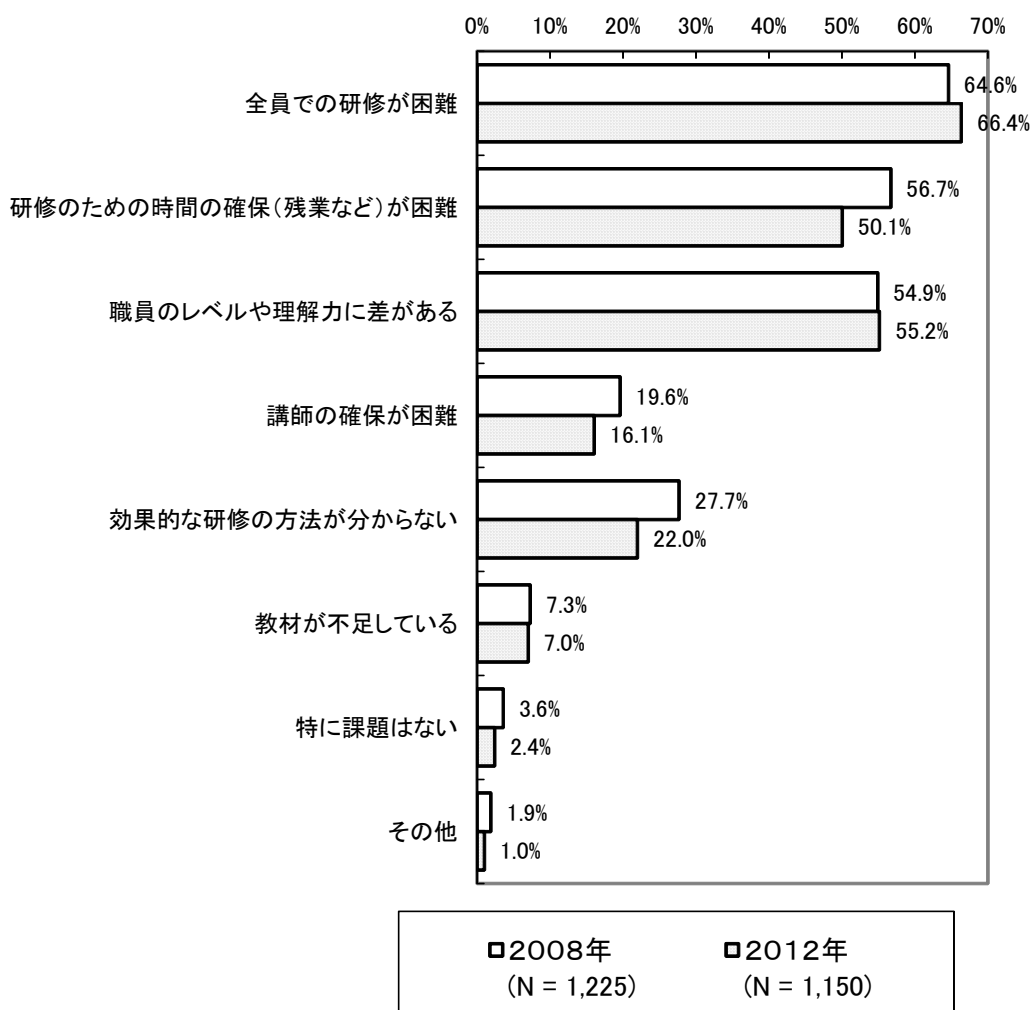


③ 研修における課題

研修における課題については、「全員での研修が困難」が 66.4%と最も多く、次いで「職員のレベルや理解力に差がある」が 55.2%、「研修のための時間の確保（残業など）が困難」が 50.1%であった。

なお、2008年と比べると、「研修のための時間の確保（残業など）が困難」「効果的な研修方法が分からない」との回答は若干減少していた。

図表 2-85 研修における課題（複数回答）



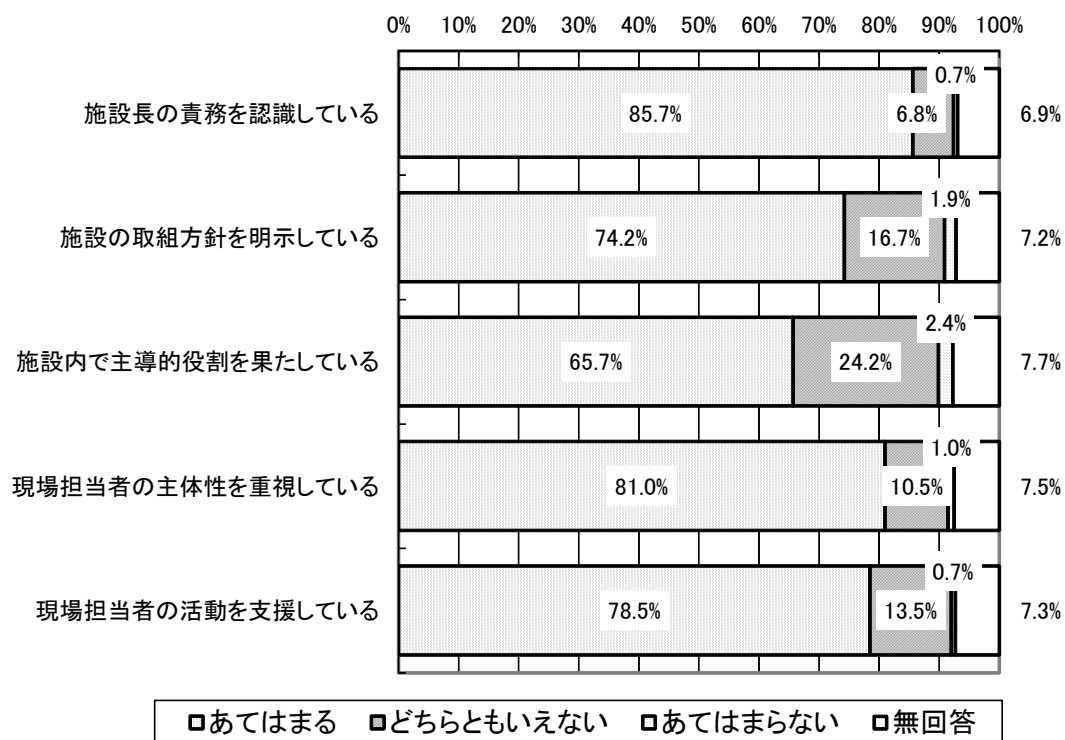
(10) 施設における介護事故予防の体制（施設における取組み等）

① 施設長の取組姿勢

施設長の取組姿勢については、図表 2-86 のとおり、「施設内で主導的役割を果たしている」に「あてはまる」と回答した割合 65.7%であり、他の項目は 7 割を超えていた。いずれの項目においても「あてはまらない」との回答はごく僅かであった。

図表 2-86 施設長の取組姿勢

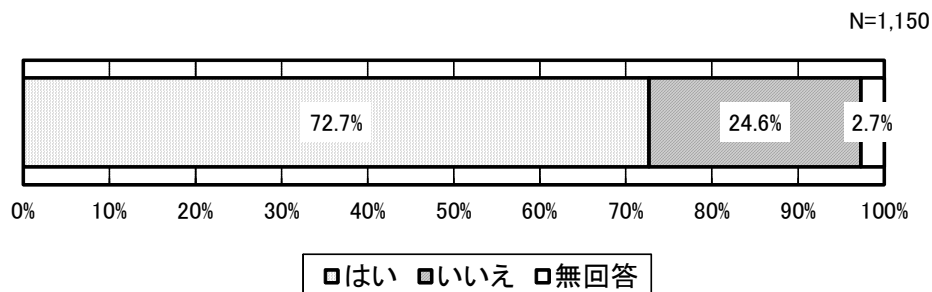
N=1,150



② 個別の利用者のリスク評価

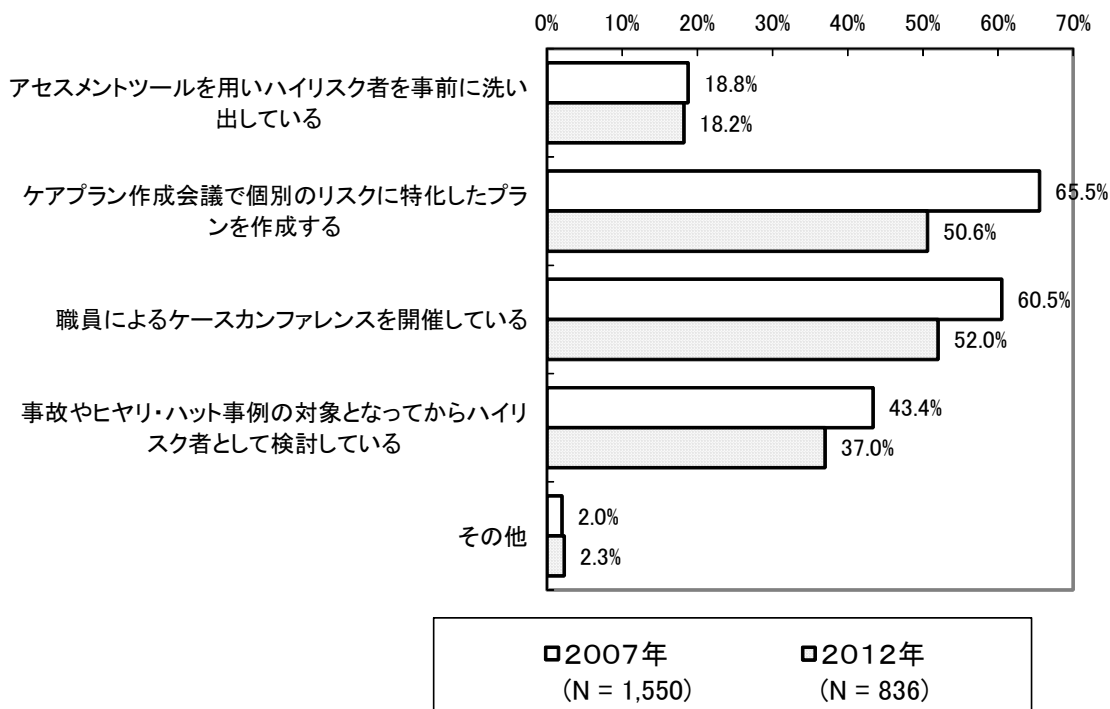
個別の利用者のリスク評価の実施については、「はい」が 72.7%、「いいえ」が 24.6%であった。

図表 2-87 個別の利用者のリスク評価の実施



個別の利用者のリスク評価の方法については、「職員によるケースカンファレンスを開催している」が 52.0%と最も多く、次いで「ケアプラン作成会議で個別のリスクに特化したプランを作成する」が 50.6%、「事故やヒヤリハット事例の対象となってからハイリスク者として検討している」が 37.0%であった。

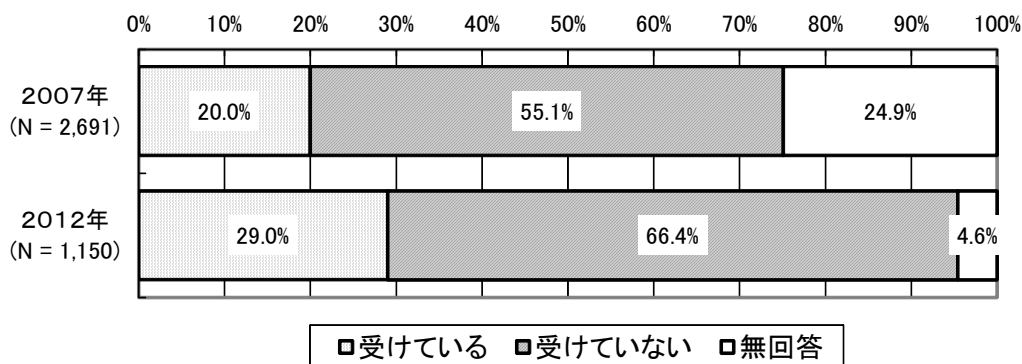
図表 2-88 個別の利用者のリスク評価の方法（複数回答）



③ 外部からの第三者評価

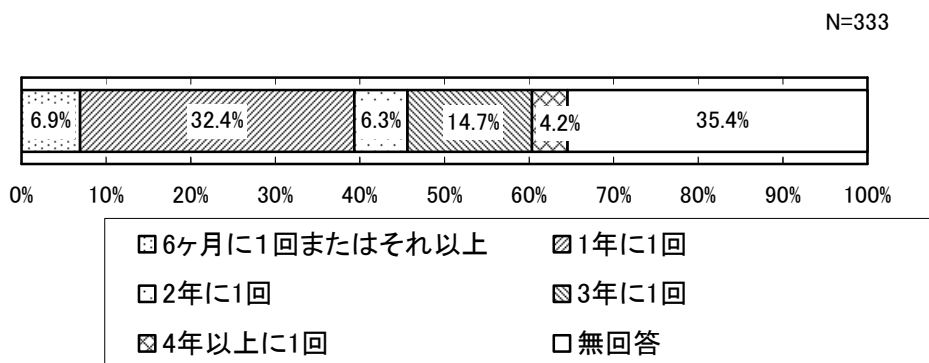
外部からの第三者評価の有無については、「受けていない」が66.4%、「受けている」が29.0%であった。なお、2007年に比べ無回答を除くと、「受けている」が増加し、「受けていない」が減少していた。

図表 2-89 外部からの第三者評価の有無



外部からの第三者評価の頻度については、「1年に1回」が32.4%と最も多く、次いで「3年に1回」が14.7%、「6ヶ月に1回またはそれ以上」が6.9%であった。

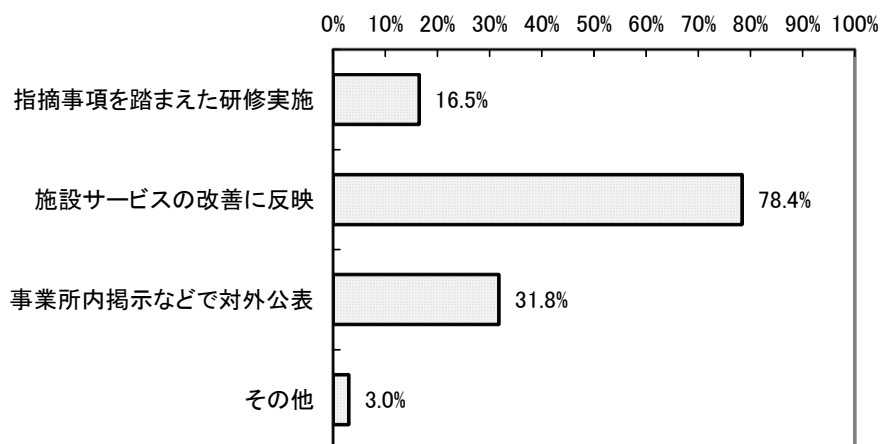
図表 2-90 外部からの第三者評価の頻度



外部からの第三者評価の活用の仕方については、「施設サービスの改善に反映」が 78.4%と最も多く、次いで「事業所内掲示などで对外公表」が 31.8%、「指摘事項を踏まえた研修実施」が 16.5%であった。

図表 2-91 外部からの第三者評価の活用の仕方（複数回答）

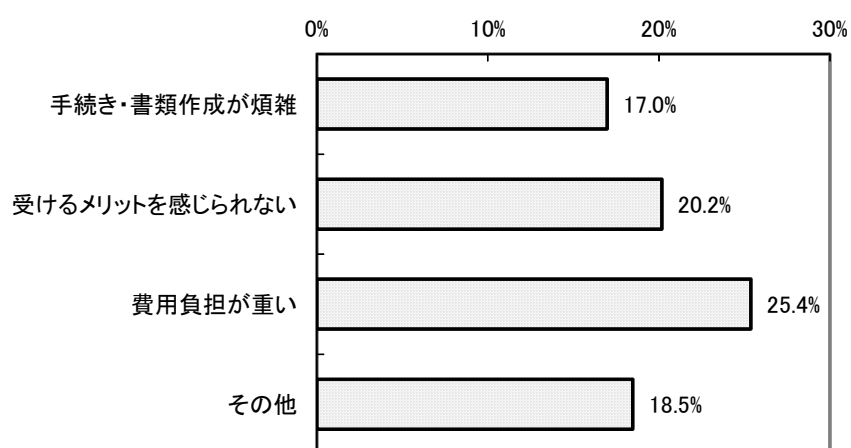
N=333



外部からの第三者評価を受けていない理由については、「費用負担が重い」が 25.4%と最も多く、次いで「受けるメリットを感じられない」が 20.2%、「その他」が 18.5%であった。なお、「その他」としては「開設して間もないため」「検討中・今後受ける予定」等があった。

図表 2-92 外部からの第三者評価を受けていない理由（複数回答）

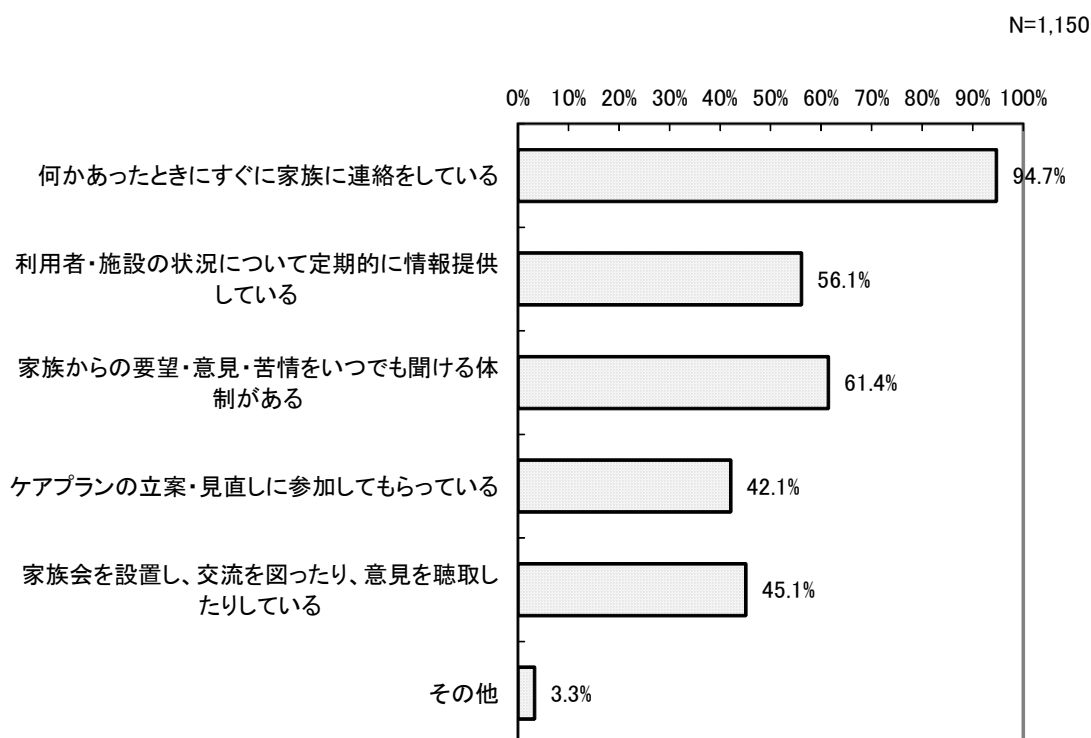
N=764



④ 家族との連携・コミュニケーションを円滑にする工夫

家族との連携・コミュニケーションを円滑にする工夫については、「何かあったときにすぐに家族に連絡をしている」が94.7%と最も多く、次いで「家族からの要望・意見・苦情をいつでも聞ける体制がある」が61.4%、「利用者・施設の状況について定期的に情報提供している」が56.1%であった。

図表 2-93 家族との連携・コミュニケーションを円滑にする工夫（複数回答）



なお、家族からの要望・意見・苦情への対応体制の具体例としては、「苦情受付窓口・相談窓口の設置」「意見箱の設置」「アンケートの実施」「家族会の実施」等が挙げられた。

⑤ 効果をあげた対策や取組（自由回答）

介護事故の防止に向けて検討・実施した結果、効果的であった対策・取組について尋ねたところ、以下のような具体例が挙げられた。

○ ハード面の改善

床材の変更（畳、ラバー付カーペット等）、福祉用具の見直し（車椅子のアームレストやフットレストにカバーをつける、ヒッププロテクターの使用等）、センサーの設置、低床ベッド、手すりの設置、写真入り配薬ケースの導入 等

○ ソフト面の改善

手順書の見直し、報告書様式の見直し、分析等の手法の導入、自己チェック表の導入、ヒヤリハット周知ファイルの作成 利用者個別のマニュアル作成 等

○ 人員配置の改善

見守り対応の職員を配置、共有スペースに必ず1名職員を配置、危険箇所の巡回 等

○ 利用者の把握、ハイリスク者の抽出

24時間シート作成、ハイリスク者に日別の担当者をつける、ケアプランの見直し頻度を短縮、転倒・転落アセスメントシートの活用、ショートステイ利用者のケアプランチェックリストの導入 等

○ 研修・勉強会・訓練等による職員の意識・スキルの向上

アンケートによる職員自身の振り返りの実施、介護技術統一化のためのビデオ作成、危険予知訓練の実施、介護技術別（テーマ別）競技会の開催、ヒヤリハットワーキンググループの立ちあげ、職員トイレやスタッフルームに誤薬防止の標語（毎月変更）を掲示、リスクに気が付くことに対する奨励金を出す、「ヒヤリハットキャンペーン月間」の設定・表彰 等

○ データベース化、データによる見える化

事故の予防率を算出、毎月の事故・ヒヤリハット件数をグラフ化、時間帯別事故発生状況をデータベース化し人員配置を変更、事故防止チームが作成したヒヤリハット報告書を回覧 等

○ その他

利用者向けの勉強会の開催 等

⑥ 介護事故予防で特に注意している点・工夫している点（自由回答）

介護事故予防で特に注意している点・工夫している点等について尋ねたところ、以下のような具体例が挙げられた。

- ・ 個々の職員のスキルアップや意識づけ
- ・ 利用者本位の視点で事故予防に努めること（利用者の望む生活の重視、身体拘束になっていないか等）
- ・ 事前予測・危険予知の目を養う（利用者の観察、研修・訓練の実施、入所・利用前の調査や評価の徹底）
- ・ 日ごろから家族とのコミュニケーションを図る
- ・ データによる事故・ヒヤリハット傾向の見える化、気づきの促し
- ・ 職員全員への周知（情報の透明化、他職種との情報共有等）

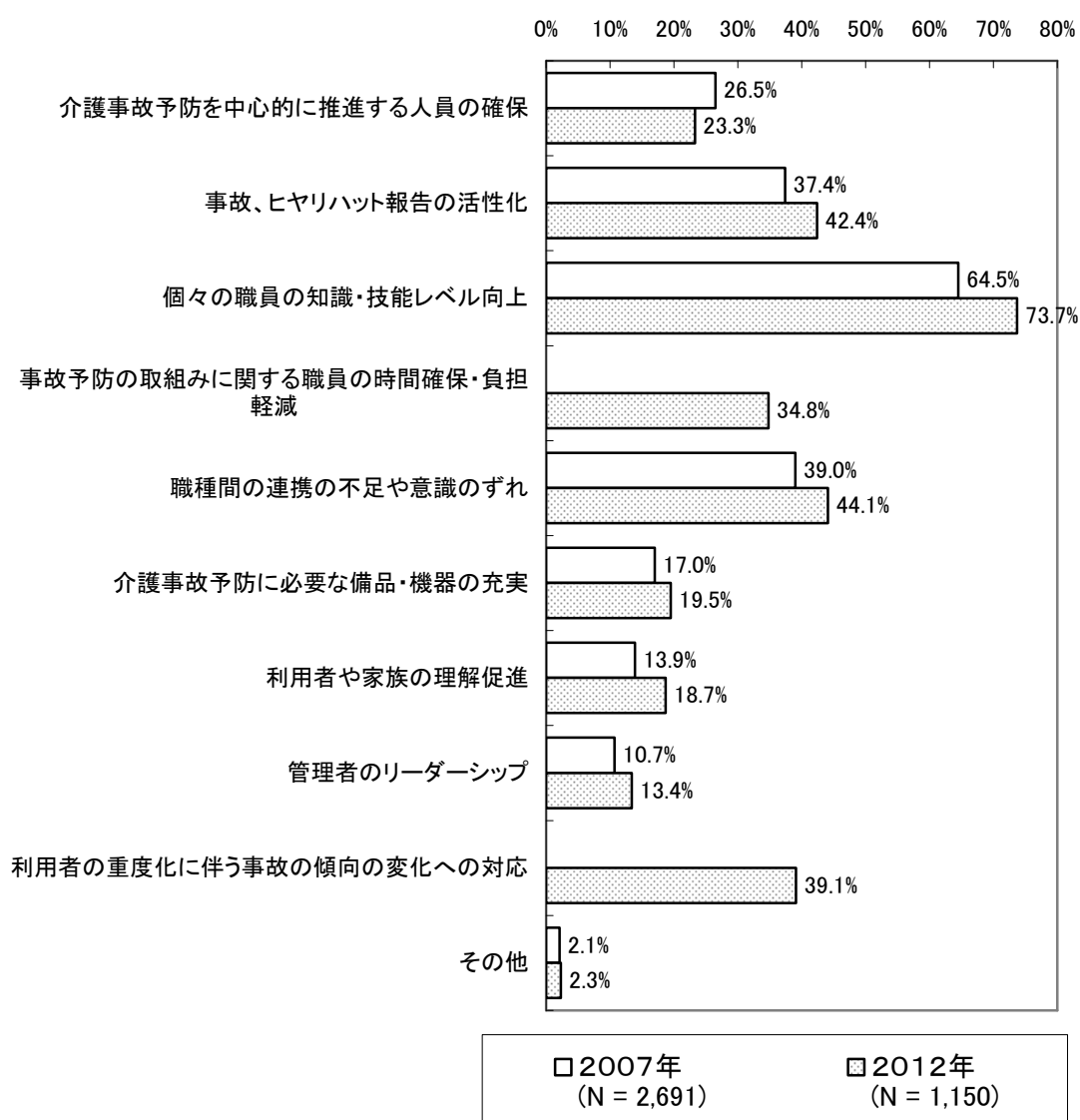
等

⑦ 介護事故防止のための課題や困っていること

介護事故防止のための課題や困っていることについては、「個々の職員の知識・技能レベル向上」が73.7%と最も多く、次いで「職種間の連携の不足や意識のずれ」が44.1%、「事故、ヒヤリハット報告の活性化」が42.4%であった。2007年に比べ、「個々の職員の知識・技能レベル向上」は9.2ポイント増加していた。

なお、2007年調査では、「事故予防の取組みに関する職員の時間確保・負担軽減」「利用者の重度化に伴う事故の変化への対応」という選択肢を設定していなかった。

図表 2-94 介護事故防止のための課題や困っていること（複数回答）

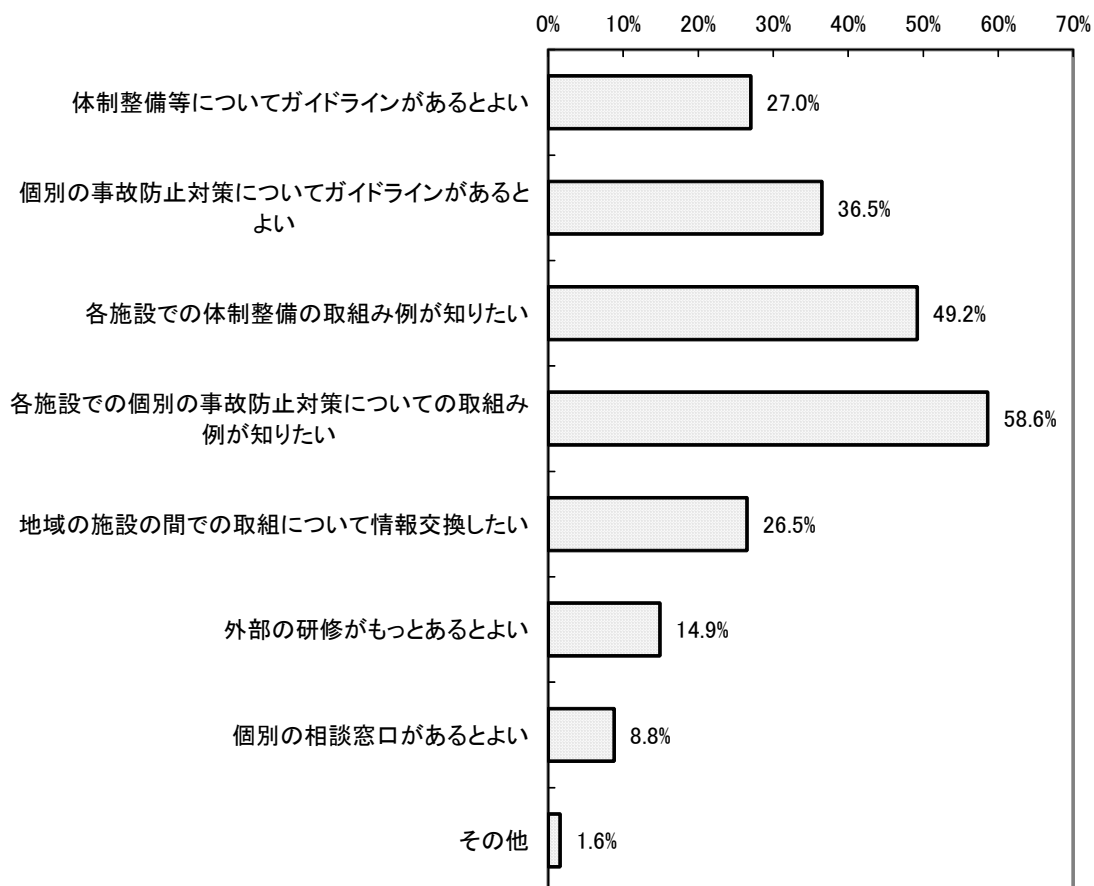


⑧ 介護事故防止に向けて必要な支援

介護事故防止に向けて必要な支援については、「各施設での個別の事故防止対策についての取組み例が知りたい」が 58.6%と最も多く、次いで「各施設での体制整備の取組み例が知りたい」が 49.2%、「個別の事故防止対策についてガイドラインがあるとよい」が 36.5%であった。

図表 2-95 介護事故防止に向けて必要な支援（複数回答）

N=1,150

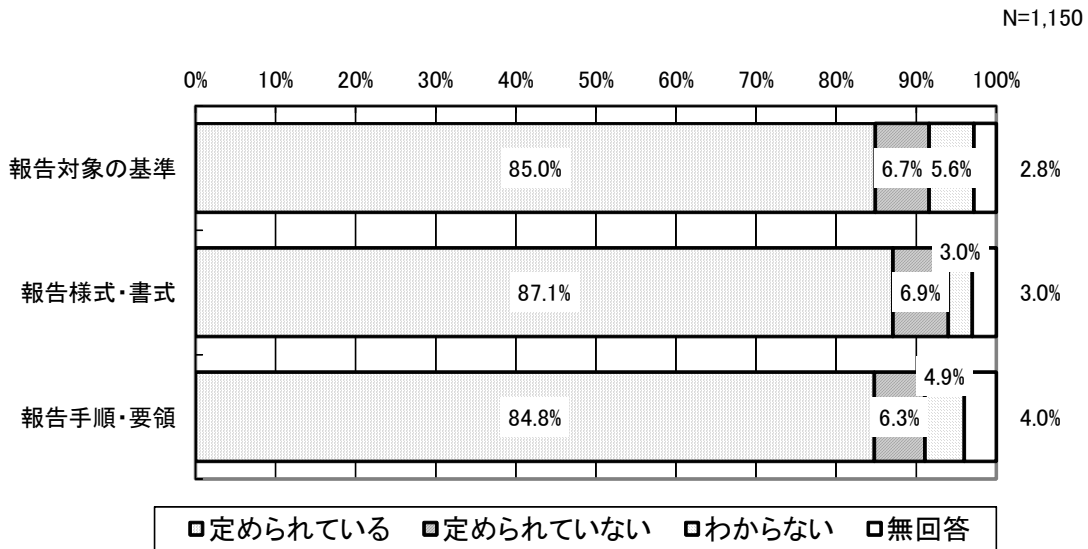


(11) 市区町村・都道府県との連携（市区町村等との連携）

① 市区町村等で定められている事項

市区町村等で定められている事項については、図表 2-96 のとおり。報告対象の基準、報告様式・書式、報告手順・要領とも 8 割以上が「定められている」と回答した。

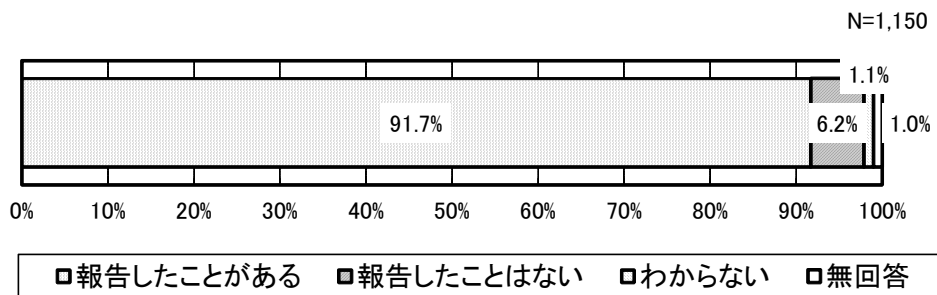
図表 2-96 市区町村等で定められている事項



② 市区町村等に対する介護事故報告の経験

市区町村等に対する介護事故報告の経験については、「報告したことがある」が 91.7%、「報告したことはない」が 6.2%、「わからない」が 1.1%であった。

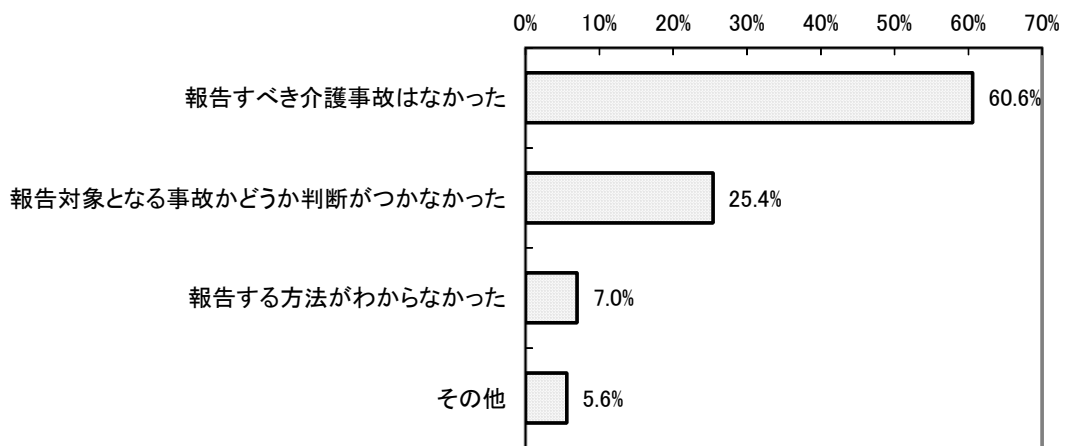
図表 2-97 市区町村等に対する介護事故報告の経験



報告したことがない理由については、「報告すべき介護事故はなかった」が 60.6%と最も多く、次いで「報告対象となる事故かどうか判断がつかなかった」が 25.4%、「報告する方法がわからなかった」が 7.0%であった。

図表 2-98 報告したことがない理由（複数回答）

N=71

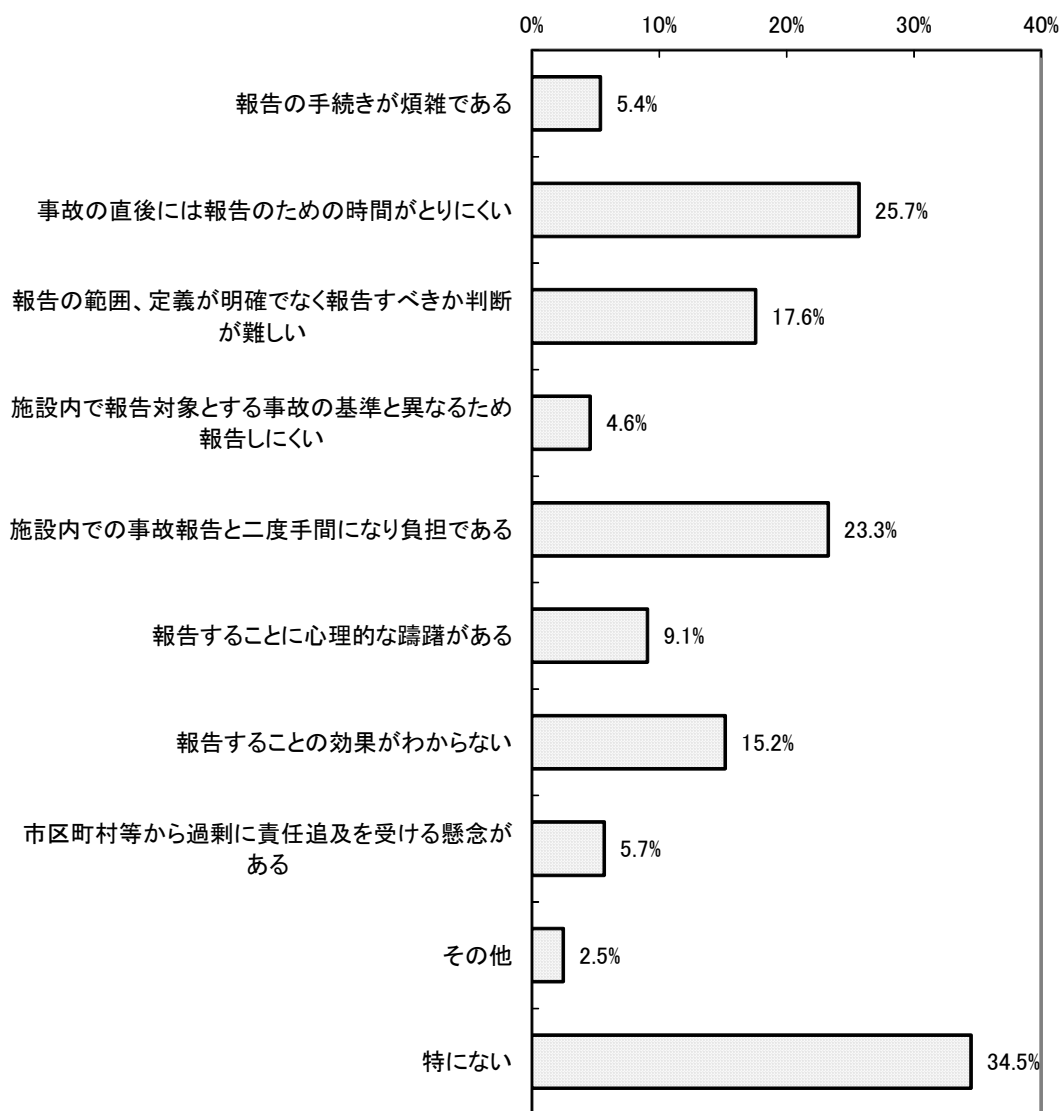


③ 市区町村等への報告に関する課題

市区町村等への報告に関する課題については、「特にない」が 34.5%と最も多く、次いで「事故の直後には報告のための時間がとりにくい」が 25.7%、「施設内での事故報告と二度手間になり負担である」が 23.3%であった。

図表 2-99 市区町村等への報告に関する課題（複数回答）

N=1,150



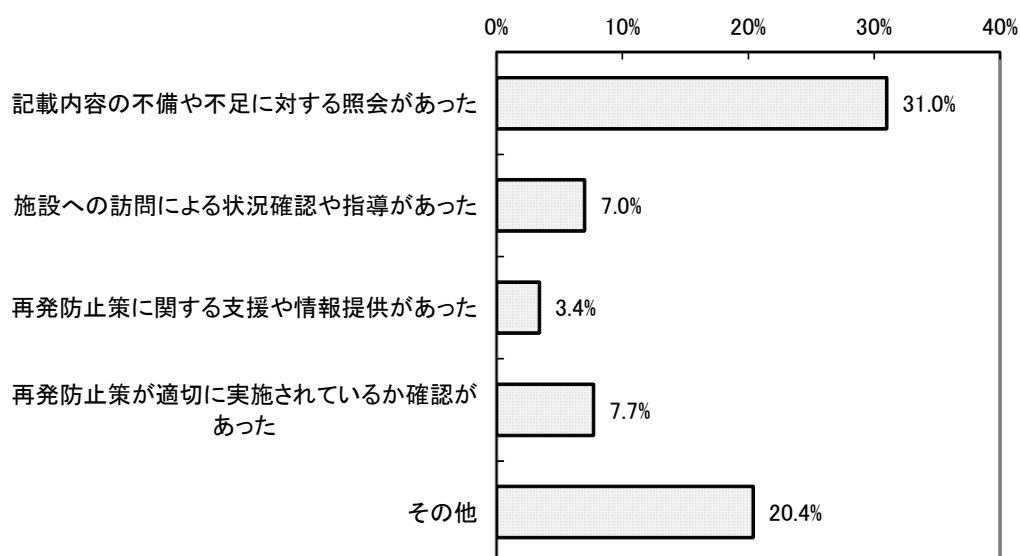
④ 市区町村等からの問合せや指導、支援等について

1) 市区町村等から問合せや指導、支援等を受けた経験

市区町村等へ報告した介護事故について、市区町村等から問合せや指導、支援等を受けた経験があるかを尋ねたところ、「記載内容の不備や不足に対する照会があった」が31.0%と最も多く、次いで「その他」が20.4%、「再発防止策が適切に実施されているか確認があった」が7.7%であった。

図表 2-100 市区町村等から問合せや指導、支援等を受けた経験（複数回答）

N=1,079



なお、「再発防止策に関する支援や情報提供があった」場合の具体的な内容については、以下のような事例が挙げられた。

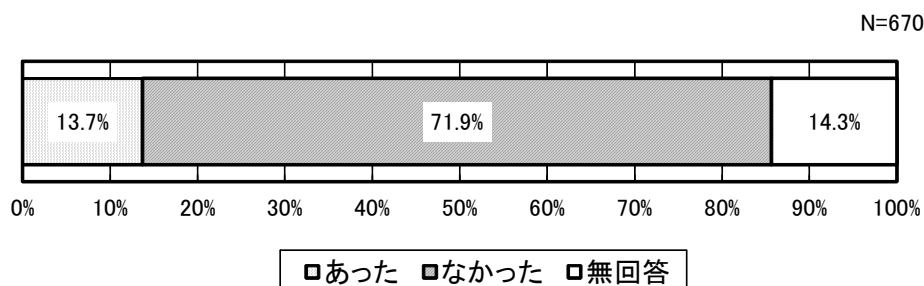
- ・ 今後の利用に対しての利用者、家族からの要望
- ・ 他施設での類似事例や取り組みの紹介
- ・ 研修情報
- ・ 家族対応についてのアドバイス
- ・ 再発防止策の検証方法

等

2) 問合せや指導、支援等で役に立ったこと

事故報告に対する市区町村からの問合せや指導、支援等で役に立ったことについては、「あった」が13.7%、「なかった」が71.9%であった。

図表 2-101 問合せや指導、支援等で役に立ったこと

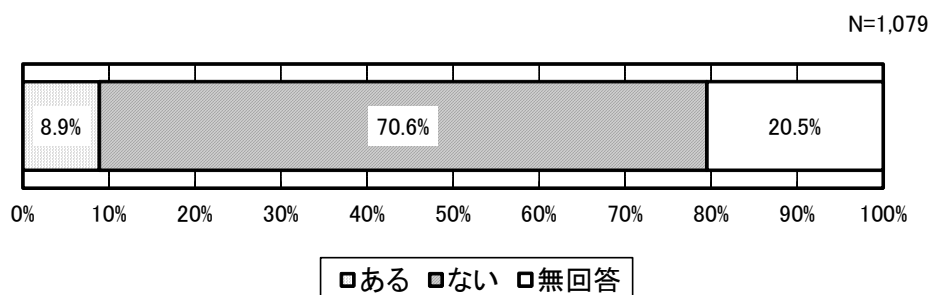


役に立ったことの内容としては、「家族への対応」「感染対策」「報告書の記載方法」「他施設での対応」等が挙げられた。

3) 事故報告に対する市区町村からの問合せや指導、支援等についての期待や要望

事故報告に対する市区町村からの問合せや指導、支援等についての期待や要望については、「ある」が8.9%、「ない」が70.6%であった。

図表 2-102 問合せや指導、支援等についての期待や要望



なお、期待や要望の具体的な内容としては、以下のような意見が挙げられた。

- ・ 具体的な対応策・再発防止策に関する支援や情報提供
- ・ 他施設での事例や取り組みについての情報提供
- ・ 家族とのトラブル発生時のアドバイスや支援
- ・ 事故発生件数等の統計データの提供

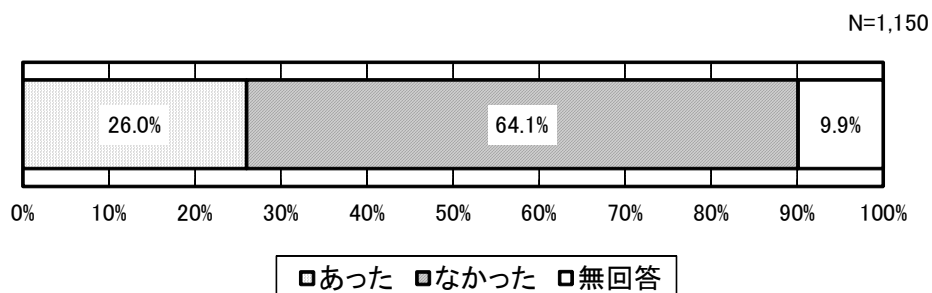
等

⑤ 市区町村等からの介護事故に関する情報提供

1) 情報提供の有無

市区町村等からの介護事故に関する情報提供の有無については「あった」が 26.0%、「なかった」が 64.1%であった。

図表 2-103 市区町村等からの介護事故に関する情報提供の有無

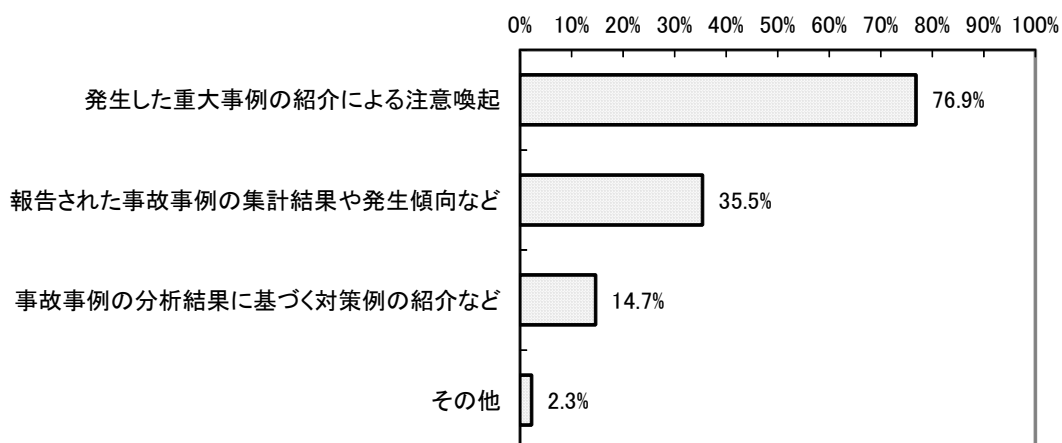


2) 情報提供の内容

情報提供の内容については、「発生した重大事例の紹介による注意喚起」が 76.9%と最も多く、次いで「報告された事故事例の集計結果や発生傾向など」が 35.5%、「事故事例の分析結果に基づく対策例の紹介など」が 14.7%であった。

図表 2-104 情報提供の内容（複数回答）

N=299

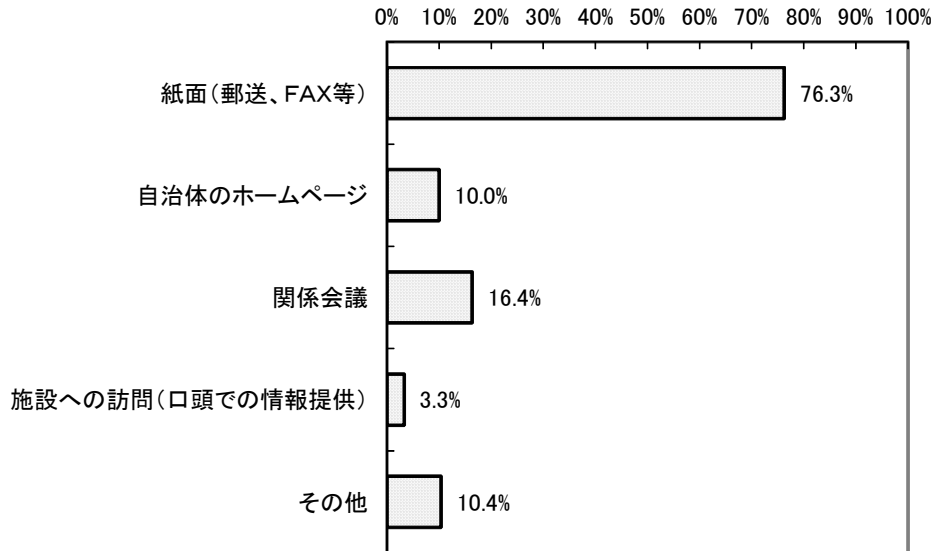


3) 情報提供の形

情報提供の形については、「紙面（郵送、FAX等）」が76.3%と最も多く、次いで「関係会議」が16.4%、「その他」が10.4%であった。

図表 2-105 情報提供の形（複数回答）

N=299

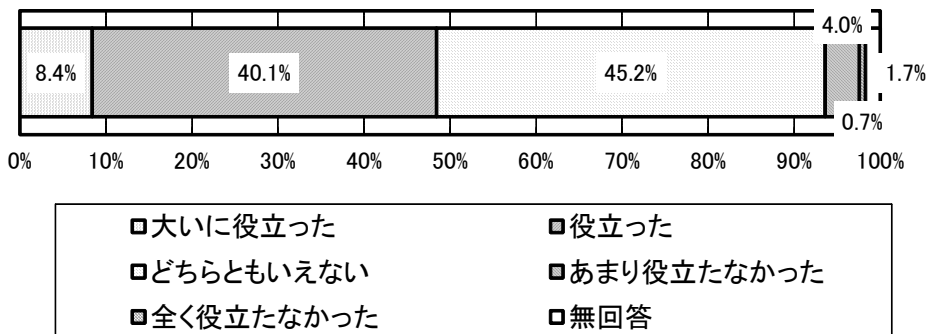


4) 情報の有用性

市区町村等から提供された情報が役に立ったかを尋ねたところ、「大いに役立った」(8.4%)、「役立った」(40.1%)を合わせると、約半数が役に立ったと評価していた。また、「どちらともいえない」が45.2%であった。

図表 2-106 情報は役に立ったか

N=299



なお、役立った情報の具体的な内容としては、以下のような意見が挙げられた。

- ・ 昇降ベッド柵への首挟みによる死亡事故事例に関する情報
- ・ 福祉用具のリコール情報
- ・ 地域の情報（感染症等）
- ・ 過去の事故事例や他施設の状況に関する情報
- ・ 事故件数等の集計データ
- ・ 家族への対応方法
- ・ 行方不明防止マニュアル

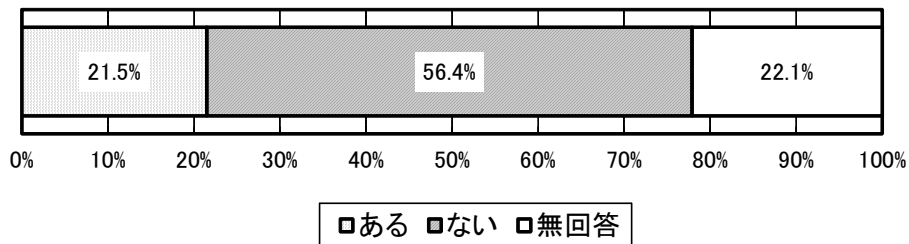
等

⑥ 市区町村等から受けてみたい支援や協力してほしいこと

市区町村等から受けてみたい支援や協力してほしいことについては、「ある」が21.5%、「ない」が56.4%であった。

図表 2-107 市区町村等から受けてみたい支援や協力してほしいこと

N=1,150



なお、受けてみたい支援や協力して欲しいことの具体的な内容としては、以下の具体例が挙げられた。

- ・ 研修の開催
- ・ 他施設での事故事例や予防策についての情報提供
- ・ 事故発生件数の集計結果や発生傾向等の情報提供
- ・ 介護事故予防のための助成・補助
- ・ 家族対応（苦情解決、トラブル等への対応）

等

2. 3 アンケート結果のまとめ

(1) 施設概要

アンケートに回答した施設(1,150施設)の運営主体は多くが社会福祉法人(94.1%)であり、昭和61年以前に開設された施設が27.3%と最も多く、入所定員の平均は73.1人であった。要介護度別入所者数をみると、回答のあった施設における利用者の要介護度は、2008年度調査時点に比べて、要介護5の利用者の人数が増加していた。個室ユニットケアがありと回答した施設は30.7%であり、2008年度調査時点27.7%よりもわずかに多かった。以上のことから、2007年度、2008年度の調査と比較すると、施設の属性の分布は大きく変化していないが、重度の利用者の割合が高い施設が多くなっていることが確認された。

また、今年度調査では、介護事故予防の体制整備における施設長の役割の重要性に着目し、施設長の経験年数および保有資格について調査したところ、施設長の経験年数は、施設長職としては平均6.8年、介護福祉関連業務では14.0年であった。ただし、施設長としての経験年数が5年未満という回答の割合は46.6%、介護福祉関連業務の経験年数が5年未満という回答の割合は、16.9%であった。

施設長の保有資格は、社会福祉主事が約4割、介護支援専門員が約3割であり、社会福祉士・介護福祉士はそれぞれ1割強であった。医師・看護師・社会福祉士・介護福祉士・介護支援専門員・社会福祉主事の資格を持たず、社会福祉施設長認定講習受講のみの割合は約3割であった。

(2) 事故の発生状況

発生する事故、ヒヤリハットの種類は、「転倒」「転落」「皮膚剥離・内出血」が多く、7~8割の施設で直近の6ヶ月間に1件以上発生していた。これら3種類については2007年調査と比較してもほとんど差がないかわずかに増加していたが、誤嚥、誤薬はわずかに減少し、行方不明は大幅に減少していた。

骨折が発生した場面は「歩行」が最も多く4割を占め、次いで「移乗」とともにどのような場面で事故が発生したか把握できていない「不明」が約2割程度であった。

また、増加傾向にあるという回答があった事項は「皮膚剥離・内出血」「転倒」「転落」であった。利用者の重度化に伴って骨粗鬆症が進むなどの理由により、日常的なケア場面での骨折や皮膚剥離・内出血などが発生しやすくなっているなど、事故の発生場面や発生傾向が変化しつつあることが伺える。今後は、事故の発生状況や場面について、事故が発生したプロセスに関するデータをより具体的に収集していく必要がある。

(3) 事故予防体制(事故報告の仕組み)

報告書の記載者は、ヒヤリハット、事故とも「第一発見者」が最も多く、それぞれ96.6%、98.1%であった。「安全管理担当者」と回答した割合は2007年1.7%であったが、2012年では10.5%となっていた。第一発見者と安全管理担当者が共同で記載する形や、第一発見者が記載した内容に対して安全管理担当者が確認、追記する形などが想定され、報告内容を充実させ再発防止に向けて事故情報を活用する体制の整備が進んでいると考えることができる。

事故・ヒヤリハット報告に対する分析や改善策の立案者については、2007年は、事故の場合「主任・リーダー」が65.4%、「記載者」56.6%、「委員会」50.9%の順であり、2012年では「主任・リーダー」が77.4%、「委員会」が67.9%、「記載者」が65.0%であった。その他、「安全管理担当者」、「施設長」を含めすべての選択肢について2012年度のほうが約10%程度高くなっていることから、より多くのメンバーが関わり、多面的・組織的な対応が進んでいるものと考えられる。

対策の内容については「観察・見守りの強化」「注意喚起」が8割以上と多かった。「観察・見守りの強化」「注意喚起」の内容については、事故の原因の分析やアセスメントに基づき観察のタイミングやポイントを具体的かつ明確にしたものから、実質的にはあまり効果が期待できない漠然としたものまで、多様であることが想定される。事故の原因を深く掘り下げ、事故の発生そのものを軽減させ、再発防止に結びつきやすい本質的な対策立案が望ましいが、十分な要因分析を行っていない場合や、事故の内容によっては要因を解明しても具体的な対策を立案することが難しい場合に「見守り」「注意喚起」を対策としてしまうことが多いという実態がある。

ここでは、「注意喚起」や「観察・見守りの強化」に加えて、「ケアの手順や方法の見直し」「研修の充実」「書式やツールの見直しまたは導入」等、業務の進め方や業務環境そのものに対する改善を含む割合が高ければ、要因分析や対策立案が形式的でなく適切に行われている可能性が高いと解釈し、2008年度調査結果と比較した。わずかではあるが、「注意喚起」「観察・見守りの強化」は減少し、「研修の充実」「人員配置の見直し」について検討、実施する施設が増加しており、報告された事故事例を分析し、再発防止につなげる体制がわずかではあるが推進されているのではないかと考えられる。

また、実行した対策の効果を把握・検証する施設も増加しており、約7割の施設が対策の効果の検証を行っていた。検証方法としては委員会や職員会議、カンファレンス等での検討・評価の他、定期的なモニタリングや統計データを用いた検証等も挙げられていた。今後は、こうした事例を収集・整理するとともに、系統的な効果の検証方法について検討していく必要がある。

報告書に関する課題としては、「報告書に対する姿勢に職員間のばらつきがある」が7割以上と最も多かった。報告制度自体は定着しているものの、それを運用する個々の職員の意識・スキルにばらつきがある点を課題と感じている施設が多いことが窺える。

また、報告しやすい雰囲気づくりのために工夫している点を尋ねたところ、「責任は施設長・施設にあることを明確にする」「責任追及ではなく原因追求の姿勢で臨む」「個人ではなく施設全体の問題として考える」等、事故に関与した職員のみが責任を負うのではないということを強調する工夫が見られた。その他、「普段から事故報告の目的（再発防止、サービスの質向上）を継続的に伝える」「日ごろから職員間のコミュニケーションがとりやすい環境をつくる」等、日常的な取組の重要性が指摘された。

分析に関する課題としては、「認知症の利用者への対応が難しい」が最も多く6割の施設が課題として挙げていた。また、分析する際の重視点としては、「(分析しやすいよう)報告書には事実を客観的に記入する」「多角的な視点から分析する」「原因追及の姿勢で分析する」といった回答の他、「利用者の心身の状況を把握・分析する」「利用者の立場・気持ちになって分析する」等の回答も多く挙げられていた。認知症をはじめ重度化した利用者が増加していることから、今後は事故分析についてもこうした利用者の変化への対応が求められる。

(4) 事故予防体制（委員会）

委員会については2007年度時点では、定期開催が約7割、必要時に開催が約2割であったが、2012年度調査では、定期開催が約8割、必要時に開催が約1割であった。定期開催かつ必要時に開催は2%にとどまった。「必要時に開催」は、柔軟で臨機応変に開催されることは難しく、実質的には開催されないことが懸念されるため、定期的に行われる仕組みを作ることが有効と考えられる。開催頻度は半数以上の施設では1か月に1回程度であった。

委員会の構成メンバーおよび人数については2007年度調査と同様、多職種が参加していた。大きな変化は見られないが、介護支援専門員、管理栄養士・栄養士、PT・OT・STといった専門職が参加する割合がやや高まっており、多職種がそれぞれ専門的な視点から意見を述べる場となりつつあると考えられる。

委員会の議論の状況については、75%程度の施設で活発な議論が行われているが、「対策の効果測定が困難（32.8%）」「決定したことが適切に実行されない（26.0）」「分析の有効性の判断が困難（25.7%）」という課題が多かった。一方、2008年度調査時点よりも、「時間が確保できず人が集まらない」「開催頻度が少ない」との回答は10%程度減少し、「内容が形骸化している」「発言者が偏っている」などがやや増加していることから、開催の仕組みとしてはすでに定着していることや、ある程度活発な議論が行われていること、その中で発言者が偏ったり内容が形骸化していることが課題として認識されるなど、委員会の内容や議論の質に対して意識が高まっていることが確認された。

(5) 事故予防体制（指針・手順書）

【指針について】

約75%の施設では、施設における事故防止のための指針を委員会で所掌していた。2007年度調査では半数程度であり、委員会で所掌している割合が増加した。指針に記載されている内容は、2007年度調査時点とはやや変化しており、ヒヤリハット・事故報告のしくみ・書式に関すること、事故発生時の対応、職員が実施する業務ごとのケア手順などの回答割合が減っている。指針とマニュアル（手順書）の位置付けが区別されているためと考えられる。

なお、研修に関することが指針に規定されている施設は約半数であった。事故防止対策に必要な知識・技術は実務だけではなく研修で習得する必要があると、指針に施設の研修に関する方針を規定する必要がある。委員会その他の体制整備に関する項目についても、さらに充実させていく必要がある。

施設長不在時に事故が発生した場合の連絡・対応のルールについては、約6割の施設では指針または手順書に明記されているが、手順書には記載されていない割合が一定程度あった。災害時の対応も含め、施設長不在時の緊急時の対応にも全ての職員が適切に対応できるようなルールを策定し、指針または手順を整備する必要がある。

【手順書について】

職員による技術のばらつきを低減し安全で確実なケアを提供するために、手順書の整備は必要不可欠である。また同様に、その内容が適切であるか、現場の実態と整合しているか常にチェック

クシ、必要に応じて見直しをすること、さらにその内容を研修等により職員に浸透させることが重要である。

整備している手順書の種類(複数回答)については、2008年度調査から大きな変化は見られず、事故発生時の対応については約9割、食事、排泄、入浴、移乗・移動といった基本的な介助場面および薬の管理、与薬、救命救急については7割程度の施設が整備していた。

「定められた見直しのルールや仕組みはないが、随時手順書を見直している」という施設は半数、委員会で定期的に見直ししている施設が約2割であった。定められたルールがない場合には、実際には見直しを実施されない可能性が生じるため、定期的な評価の時期を決めておくことが望ましい。

手順書の周知・共有状況としては、「職員全員には配布せず、フロア、ユニットに手順書を配置している」が半数以上であり、「入職時に配布し、研修を通じて周知されている」が35.4%、「入職時以外に全職員に配布され、研修等を通じて周知されている」が16.4%であった。また「手順書に対する意識にばらつきがある」という課題を挙げている施設が半数を超えていた。内容にもよるが、入職時のみならずすべての職員を対象として繰り返し研修を行い、周知徹底することが重要であり、今後、手順書の見直しと周知のための研修について、さらに促進を図る必要がある。

(6) 事故予防体制(研修)

職員全体の研修が半年に1回以上行われている施設の割合は、2008年調査では約半数であったのに対し、2012年調査では約75%に増加していた。入職時の研修については、入所者に対し100%実施している施設が7割、まったく実施していない施設が2割弱という結果であった。

取り上げているテーマは、「事故発生時の対応(54.1%)」「ヒヤリハット、事故報告のしくみや書き方(42.3%)」など、施設内での事故防止のための取組の理解を促す研修のほか、具体的な事件事例等に関する勉強会も約半数の施設で実施されていた。危険予知能力等の勉強会は約3割、業務内容ごとのケア手順の実技に関する研修を行っている施設は約2割であった。実技・実習については、特に、初任者に対する事故防止対策の研修において効果的に実施していく必要があると考えられる。

研修における課題としては、半数以上の施設が、「全員での研修が困難」「職員のレベルや理解力に差がある」「研修のための時間の確保が困難」等を指摘していた。「全員での研修が困難」「研修のための時間の確保が困難」といった課題については、例えば、同じ内容の研修を複数回開催することにより、各職員が業務の都合に応じていずれかの回に出席できるようにする、研修を勤務時間内で行う、あるいは時間外の場合には手当てを出すなど、全員が研修に出席する時間を確保できるようにするための工夫が可能である。こうした対応は現場や研修担当者の裁量を超えたものであり、施設の運営に関わる組織的な取り組みである。すなわち、業務そのものと同様に研修を重く位置づけ、事業計画や勤務体系の編成、予算等の検討に組み込むことが必要となり、施設長の適切な判断が望まれる。

多くの施設では、施設として開催する研修のほか、現場レベルでの自主的な勉強会などが行われている(行われていない、という回答は2割程度であった)。こうした勉強会、研究会は施設から開催や参加を義務付けられているものではなく、現場主体の自発的な取り組みであり、事故

の防止やケアの質向上に対する意識の高さを示すものである。

(7) その他の事故予防の取り組み

本調査では、前述のとおり施設長の役割の重要に着目しており、施設長の取り組み姿勢について調査したところ、「施設長の責務を認識している（あてはまるという回答が 85.7%）」「現場担当者の主体性を重視している（同 81.0%）」「現場担当者の活動を支援している（同 78.5%）」「施設の取り組み方針を明示している（同 74.2%）」「施設内で主導的役割を果たしている（同 65.7%）」であった。主観評価であるため解釈には留意が必要であるが、多くの施設では施設長の取り組み姿勢に対する評価が高い結果となった。

個別の利用者に対するリスク評価については、行っている施設が約 7 割、その方法としては、個別のリスクに特化したケアプランの作成やケースカンファレンスが半数程度であり、アセスメントツールを用いてハイリスク者を事前に洗い出している施設は 2 割弱であった。

家族との連携・コミュニケーションを円滑にする工夫としては、「何かあったときにすぐに家族に連絡している」という回答が 9 割を超えているのに対し、定期的な情報提供やいつでも要望を聞ける体制整備は 6 割程度、ケアプランの立案、見直しへの参加は 4 割程度であった。日ごろから信頼関係を構築しパートナーとしてケアに参加してもらえる関係づくりをさらに進めることが望まれる。

(8) 介護事故防止の取り組みにおける現状の課題

介護事故防止のための課題や困っていることとしては、7 割を超える施設が「個々の職員の知識・技能レベルの向上」を挙げており、「職種間の連携の不足やずれ」「事故・ヒヤリハット報告の活性化」「利用者の重度化に伴う事故の傾向の変化への対応」が約 4 割であった。2007 年調査結果と比較すると「介護予防を中心的に推進する人員の確保」を除く他の選択肢は、該当する施設の割合がやや高くなっており、課題が強く意識されるようになってきているとも言える。「利用者の重度化に伴う事故の傾向の変化への対応」については、2007 年時点では選択肢として設定されていなかったが、今回の調査では 4 割の施設が課題として挙げており、ヒアリング対象施設においても課題として認識されていた。

介護事故防止に向けて必要な支援としては、「各施設での個別の事故防止対策についての取り組み例が知りたい（58.6%）」「各施設での体制整備の取り組み例が知りたい（49.3%）」など、多くの施設では、他の施設における具体的な取り組み例を知り、自施設における取り組みの向上や改善のヒントを求めていることが把握された。

(9) 市区町村との連携

【事故の報告について】

市区町村等に介護事故について報告したことがある施設は 9 割を超えていた。報告していない施設では、報告したことがない理由として、報告対象となる事故かどうか判断がつかなかったという回答が 25.4%であった。

市町村への報告に関する課題としては、「特にない」が約3割であったが、「事故の直後には報告のための時間がとりにくい」「施設内での事故報告と二度手間となり負担である」「報告の範囲、定義が明確でなく報告すべきか判断が難しい」がそれぞれ2割程度であった。また、「報告することの効果が変わらない」という回答も15.2%あり、今後は報告の意義を周知するとともに施設が報告の効果を実感できるようフィードバックを充実させることが必要と考えられる。

【行政への期待】

アンケート結果より、施設から市区町村への事故報告に対して、市区町村側からは、「記載内容の不備や不足に対する照会はあるが(31.0%)、施設への訪問による情報確認や指導(7.0%)、再発防止策に関する支援や情報提供(3.4%)はあまりないことが把握された。また、個別の指導、支援ではなく、介護事故について市町村から共通的な情報提供があったという回答は26.0%であり、内容は「発生した重大事例の紹介による注意喚起」が76.9%と最も多かった。これらの情報については、大いに役立った、役立ったという回答を合計すると約半数となった。現状では、十分な情報提供を行っている市町村は少ないが、情報提供は施設にとってある程度役立っていることが確認された。

介護事故予防に関して市区町村から受けたい支援や協力してほしいこととしては、「研修を開催してほしい」「他施設での事故事例や予防策についての情報提供」「事故発生件数の集計結果や発生傾向等の情報提供」等の意見が挙げられた。いずれも個々の施設内だけでは対応が難しいものであり、今後市区町村等が担っていく役割として期待される。

3. 事故防止体制の実態調査 — ヒアリング調査

3. 1 ヒアリング調査の概要

(1) 目的

介護事故防止対策において積極的な取り組みを行う施設に対しヒアリング調査を行い、取り組みの具体的な内容や工夫点、実践上の課題等について詳細情報を収集し、4.における事例集作成のための基礎資料とした。

(2) 調査方法

① 調査対象

検討委員の推薦により、介護事故防止対策を積極的に進めている5箇所の施設（図表 3-1）を選定した。

図表 3-1 ヒアリング対象施設（五十音順）

施設	所在地
(1) 特別養護老人ホーム愛寿苑	福井県福井市
(2) 社会福祉法人 老後を幸せにする会 さつき荘	東京都世田谷区
(3) 至誠特別養護老人ホーム	東京都立川市
(4) 社会福祉法人南海福祉事業会 フィオーレ南海	大阪府泉南郡
(5) みずべの苑特別養護老人ホーム	東京都北区

② 調査方法

訪問調査による担当者への聞き取りにより行なった。

③ 調査時期

平成 24 年 1 月～2 月

④ 調査内容

図表 3-2 の項目について調査した。

事例集作成にあたっての基礎資料とするため、各項目について、経緯・背景、実施手順、工夫点および課題等を含めて詳細な情報の聞き取りを行なった。

図表 3-2 ヒアリング調査項目

○介護事故予防のための体制	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護事故予防への施設長の関わり方 ・ マニュアル、委員会、事故報告、研修等の実施状況および方法 ・ 上記の実施上の留意点、効果、課題 ・ 体制整備の方法および運用上の体制、施設および職員の負担、実効性を高めるための工夫、介護事故予防の効果、評価および見直しの方法 等
○行政（区市町村等）との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事故発生時の行政への報告の状況 ・ 介護事故予防対策における行政との連携の状況および課題 ・ 介護事故予防において行政に期待する役割 等
○その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護事故防止のための具体的な取組み ・ 上記取組みに至る経緯およびその効果 ・ 家族とのパートナーシップ 等

3. 2 ヒアリング調査の結果

(1) ヒアリング調査結果のまとめ

ヒアリング調査を行う中で、各施設が介護事故予防のために行っている取組みには様々な特徴や共通点があることが把握された。

施設の事故予防に対する方針については、施設長の認識によるところが大きく、事故予防のための仕組みや体制の整備を行い、現場職員が主体的に考え行動することを促進している。

マニュアルや報告書については、現場での職員の負担や緊急対応に配慮して様々な工夫が図られている。また委員会の構成メンバーについては、様々な視点を取り入れるために多職種・他部署からのメンバーが参加している。研修については、法人や施設全体でリスクマネジメントの一般的な研修を行うとともに、現場職員の興味や事故の傾向に応じて個別テーマによる勉強会を随時行っている施設が多い。

また、家族との信頼関係を構築するための取組みとして、随時利用者の情報を家族に提供・発信していることが把握された。

項目ごとの取組みのポイントは以下のとおりである。

【施設長の関わり】

●体制整備

⇒職員の主体的な行動や気づきを促進するためのシステム作り

- ・ ヒヤリハットの報告体制整備などの体制作り。【至誠特別養護老人ホーム】
- ・ 現場が主体的に考えるよう誘導したり、意識付けることが役割。【みずべの苑】

●トラブル対応

⇒事故における家族への対応等については、率先して施設長が対応（施設長の説明責任）

- ・ 委員会の最終的な責任者は施設長。事故については、家族および行政の対応等があり、施設長が最初から対応に関わる。【至誠特別養護老人ホーム】
- ・ 中堅職員から施設長に報告を上げるが、基本的には現場で完結。ただし、家族とのトラブルなど問題化したときは施設長が前面に立つ。【みずべの苑】

【指針・マニュアル】

●マニュアルの活用に向けた改善

⇒緊急時や必要時に職員がすぐに参照できるように工夫

- ・ 当初マニュアルは厚く詳細なものを作っていたが有事のときに活用しにくいので、使いやすいようにA4用紙1枚程度に見直している。【フィオーレ南海】
- ・ マニュアルは看護職員の意見を聞いて介護職員が作成。1～2枚の用紙に収まるようポイントを絞っている。【さつき荘】
- ・ 若手の職員が多いので、マニュアルは細かすぎないほうがよい。「〇〇したら利用者にとって危険である」と、シンプルな言葉で伝えるようにしたい。【みずべの苑】

【委員会の設置・運営】

●多職種・各部署からの参加

⇒幅広い視点、専門的な視点から検討可能とするため、部署・職種・職位をバランスよく構成

- ・ 法人内の他サービス部門からスタッフが参加し様々な視点から議論する【フィオーレ南海】
- ・ 施設長をトップとして、介護主任1名、副主任2名（各フロアから1名ずつ）、看護師1名、生活相談員1名、機能訓練指導員1名からなる。【さつき荘】
- ・ 施設長、ケアディレクター（統括責任者の補佐）、リスクマネジャー、介護支援専門員、生活相談員、機能訓練指導員、管理栄養士、フロア職員（リスクマネジメント推進担当）で構成される。【愛寿苑】

●検討事項と周知・フィードバック

⇒事故の再発予防策、事故報告の集計などを検討。対策やヒヤリハット・事故の傾向についてメンバーを介して各フロアに周知

- ・ 提出された報告書を月一回安全対策委員会で集計。集計結果は早いうちに各部署に配布し、各部署においても改善策を検討する。【フィオーレ南海】
- ・ 「対策の共有化」「ヒヤリハットの共有化」を目的とし、副主任が特に情報共有が必要と思われる重要事例についてテーマ出しをする。【さつき荘】
- ・ フロアごとに一ヶ月の統計（認知症、障害、発生場所、時間帯）を委員会に持ち寄る。大きな事故、増加傾向にある事故、共通で考えたいことが議題。【至誠特別養護老人ホーム】

●効果的な委員会運営

⇒施設全体が参加する取組促進、他の委員会との連携

- ・ 任期を短くし若手・中堅を中心として多くの職員が経験できるよう配慮【愛寿園、至誠特別養護老人ホーム】。
- ・ フロア内でのリスクマネジメント担当を配置し、リスクマネジメント委員と連携して日常的に現場主体でリスクマネジメントの活動を推進。【愛寿園】
- ・ テーマに応じて他の関連する委員会と合同でケアについての検討や、研修の計画を行う【至誠特別養護老人ホーム】。

【事故の報告と活用】

●事故原因の分析方法

⇒事故が起きた直後に事故の状況確認や原因分析、再発防止策を検討

- ・ 一報後、フロアで分析し報告書作成。報告書作成者と統括主任が検討する。改善策は検討後すぐに周知する。フロア内で類似の事故を防ぐためにフロア内分析も即日で行う。【至誠特別養護老人ホーム】
- ・ 状況分析はリーダーと相談しながら行う。「フロア会議」で、再発防止策を検討。（現場で状況分析まで行い、再発防止策は全員で考える）【みずべの苑】
- ・ 原因分析や再発防止策の検討を行い（検討の場は必要に応じて担当者会議やグループ会議など案件によって変える）、報告書を作成・提出。【愛寿苑】

●報告書の工夫

⇒分析や検討の視点を取り入れた様式

報告書作成を通じた指導（ディスカッション、チェックなどにより、安全やケアの質に対する職員の意識向上）

- ・ 客観的な視点から分析するためSHELモデルにそって要因を記載する書式としている。また、改善策の評価欄を設けている。【至誠特別養護老人ホーム】
- ・ 身体拘束の廃止の観点から、対策が拘束につながっていないかチェックする欄を設けている。【さつき荘】

⇒現場職員の記入負担への配慮

- ・ 報告の意義や、報告が事故防止やケアの質向上に有益であることを周知し、報告を前向きに捉えて積極的な報告を促進。【至誠特別養護老人ホーム】
- ・ 記入負担の軽減を図っている。（例：極力記述式ではなくチェックボックス形式とするなど）。【至誠特別養護老人ホーム】
- ・ 書きにくい項目を削るなど随時見直し施設独自の様式を作成。【愛寿苑】

【研修】

●施設が行う全員を対象とした研修

⇒全職員を対象とする一般的・基本的知識（リスクマネジメント体制や事故報告の仕組みなど）

- ・ 法人全体の新人研修としてリスクマネジメントの体制と報告システムについて1週間の座学を行う【至誠特別養護老人ホーム】
- ・ 法人全体研修においてリスクの理解をテーマとして実施。【みずべの苑】
- ・ 介護事故予防、身体拘束、緊急対応等のテーマで実施【愛寿苑】
- ・ 初級5時間、中級5時間、上級7時間の計17時間のコース。業務時間の合間に受講できるよう、1回あたり1時間、4名程度を対象【さつき荘】

●自主的な勉強会等の個別研修

⇒職員の興味のある分野や増加傾向にある事故に対応した勉強会など

- ・ 日中業務後に、施設内外の専門職を講師として救命講習、移乗、嚙下などの自主研修会が開催され、自由に参加できる【至誠特別養護老人ホーム】
- ・ 「排泄係」「移乗係」などケア単位の係があり、係ごとに興味のあるテーマで勉強会を行う。【みずべの苑】

【行政との連携】

●報告基準および様式

⇒報告する基準、内容、様式の統一への期待

- ・ 市町村のフォーマットに統一性がない。事故の定義・基準があいまいである。【フィオーレ南海】
- ・ 保険者ごとに様式が異なる場合は書きにくい。様式が統一されていれば報告のための時間が短縮される。行政から報告を求める範囲を提示していただければ、施設側の報告レベルには

らつきがなくなる。【至誠特別養護老人ホーム】

- ・ 施設によって状況が異なるため定義が明確でないと他施設との統計は有益でない。全国レベルで統計を行うならば、事故・ヒヤリハットの基準を明確にする必要がある。【みずべの苑】

●市町村からのフィードバック

⇒報告した事故等についてのフィードバックへの期待

- ・ 市町村からのフィードバックがあるとよい。【フィオーレ南海】
- ・ 市町村で対策や事故のデータをまとめて公表してほしい。【愛寿苑】

【家族とのパートナーシップ】

●家族への情報提供・情報発信

⇒日常的に家族と利用者の状況について情報を共有する機会を作り、家族との信頼関係を構築

- ・ 家族への情報発信が最大のリスクマネジメントと考えている。【さつき荘】
- ・ 統括リーダーだけでなく、職員全体が家族と会話することで、信頼感、連帯感が生まれる。
【みずべの苑】
- ・ 利用状況報告書で定期的に家族への情報提供を行っている。【愛寿苑】

(2) ヒアリング結果の要約

ヒアリング結果を要約し、以下に示す。

① 特別養護老人ホーム愛寿苑

1) 介護事故予防のための体制整備について

A) 介護事故予防への施設長の関わり方

- ・ 事故については必ず施設長に報告する。また重篤なヒヤリハットについても報告する。
- ・ 介護事故、身体拘束に関する統括責任者であり最終的な意思決定者となる。不在のときの事故については施設長の携帯に連絡が入る。ただし、事故に関して大筋のルールが決まっているので結果報告が多い。

B) 指針・マニュアル

- ・ 本格的なマニュアルを作成したのは平成 17 年から。その後随時改定を行っている。
- ・ 各フロアに 1 部ずつ配置し、新人教育時に各職員に 1 冊ずつ渡している。また小さく持ち歩きやすい簡略版も作成している。

C) 委員会

- ・ メンバーは、施設長、ケアディレクター（統括責任者の補佐）、リスクマネジャー、介護支援専門員、生活相談員、機能訓練指導員、管理栄養士、フロア職員（リスクマネジメント推進担当）で構成される。
- ・ 各フロアにリスクマネジメント推進担当がいる（1～2 名）。彼らが委員会での決定事項を各フロアに伝達し、また各フロアの問題を委員会にあげる。

D) 事故報告（報告書）

（事故報告の流れ）

- ・ ①発見者はフロア職員に一報を行い、その後「初期対応策」を検討する→発見者とフロア職員が事故直後に検討し改善を行い、「一時的に」様子を見る（スピード重視のため）。
- ・ ②その後再度、事故発生時の利用者の状態や職員の動き、環境等について分析を行い、あらためて原因分析や再発防止策の検討を行い（検討の場は必要に応じて担当者会議やグループ会議など案件によって変えている）、報告書を作成・提出する。→報告書は可能な限り一週間以内に提出する。
- ・ ③再発防止策については、主に各フロアでリスクマネジメント担当が、対策の妥当性について評価する。

（ヒヤリハット報告書を書く基準）

- ・ すべてのヒヤリハットについて報告書を書くわけではない。ヒヤリハットも大きいものから小さいものまであるので、リスクマネジャーが重要となるものを判断して報告書を書

作成するようにしている。

(報告書)

- ・ 様式内に「本人の性格 身体状況 精神状況等」「介護方法」「補助具設備の破損・不良等」「業務流れ時間等」「その他」の5つの分類があり、発生した事故等の要因について、5分類のどれにあてはまるかを起点に検討することができる。
- ・ 様式については書きにくい項目を削るなど随時見直しを行った。職員の負担が多かったので書きやすいように工夫し、現在は施設独自の様式となっている。

E) 研修

- ・ 年3回行う(介護事故予防、身体拘束、緊急対応の3テーマ)。
- ・ 最近増えている事故等を委員会で検討して、毎年内容を変えている。最近のテーマは「ヒューマンエラーの原因」について。資料も文字が多いと印象に残らないので絵や図を用いてわかりやすい資料づくりを心がけている。
- ・ 劇(ストーリー)形式で行う、など委員会でアイデアを出している。そのほかにもビデオ撮影をして映像のどこにリスクがあるか当ててもらおうKYT(危険予知トレーニング)を行うなど。

F) 組織の基盤づくり

- ・ リスクマネジャーは現在の制度にはないが、我々の施設では病院のリスクマネジャーを参考にして、専任で行ってもらっている(機能訓練指導員と生活相談員の2名)。
- ・ 本来、利用者の介護はケアプランを中心に行っており、リスクマネジメントに関してもケアマネジメントの一部となっている。そのため、利用者個人の状況が原因となり発生した事故に関しては、リスクマネジメント委員会として単独で検討せず、ケアマネジャーを含めたサービス担当者会議等を開き検討を行っている。
- ・ 現在専門職チームが主体的に動いているが、将来的には現場(フロア)で事故発生への対応策作成まで考えてもらいたい、という思いがある。そのため施設長も現場に細かい指示を出さないよう配慮しており、フロア単位でも会議を行っている。
- ・ 再発防止策を検討する際に、事故を発見した職員だけで考えることになると、その職員だけの情報だけで再発防止策が決定してしまう事になり、また、一人の職員の負担が大きくなるため、フロア職員等全員で検討を行う。

G) 家族とのパートナーシップ

- ・ 家族へは利用状況報告書で定期的に情報提供を行っている。当初は介護ソフトに入力された情報から主要なものをピックアップするだけだったが、現在は上記報告書を作成し、「日常生活状況」「健康状態」「食事・栄養」「機能訓練」など様々な要素を一枚の様式にまとめ、その中で事故についても報告している。

2) 行政（区市町村等）との連携について

A) 介護事故予防対策における行政との連携の状況および課題

- ・ 市町村で対策や事故件数についてデータをまとめて公表してもらえるとありがたい。

B) 介護事故予防において行政に期待する役割

- ・ もし行政から情報公表していただけるなら、例えばこういったケースはこう対応すれば抑制しないですむ、など具体的な内容であるとありがたい。また地域性があるので全国データよりも市町村単位のデータの方が参考になる。さらに施設規模によっても状況は異なる。

② 社会福祉法人 老後を幸せにする会 さつき荘

1) 介護事故予防のための体制整備について

A) 指針・マニュアル

- ・ マニュアルは看護職員の意見を聞いて介護職員が作成している。1～2枚の用紙に収まるようポイントを絞っている。
- ・ その他、職員全員が携帯する小冊子「クレド」にはビジョンや行動指針、ケア・サービスへの心構えが記載されている。

B) 委員会

- ・ 「リスクマネジメント」という言葉が定着したのは、介護保険制度が導入されてから数年経ってからであった。さつき荘ではまず「さつき荘のリスクマネジメント」とは「大切な人を守る力」と定め、職員に浸透させることから始めた。
- ・ リスクマネジメント委員会は施設長をトップとして、介護主任1名、副主任2名（各フロアから1名ずつ）、看護師1名、生活相談員1名、機能訓練指導員1名からなる。
- ・ 委員会では「対策の共有化」「ヒヤリハットの共有化」を目的とし、副主任が特に情報共有が必要と思われる重要事例についてテーマ出しをする。重要事例には繰り返し起こる事故や職員のケアレスミスによる事故等があげられる。

C) 事故報告（報告書）

（事故報告の流れ）

- ・ ①再発が予想される事故や全体化の必要性がある場合は、事故が起こったその日に報告することが義務づけられている。
- ・ ②事故原因の分析および改善策の検討は事故を起こした本人だけでなく、その日出勤している職員とディスカッションしながら記入する。
- ・ ③確認印を押すプロセスで、介護副主任、介護主任、看護主任、相談員それぞれが内容をチェックし、必要があれば加筆する。
- ・ ④1～2週間後に各フロアリーダーが実施確認を行い、ファイリングする。
- ・ ⑤改善策は掲示板に掲示するほか、メールで全員に配信する。

（報告書）

- ・ 報告書様式に「拘束廃止の観点」という項目を設けている。これにより事故予防策が利用者にとって嫌な思いをさせるものではないか、我慢を強いるものではないかといった視点で改善策を検討することができるようになった。

D) 研修

- ・ 技術研修の一環として、移送、体位転換、排泄ケアについて「スキルチェックシート」を独自に作成し、職級によらず職員全員に記入してもらった。特に排泄ケアは1対1で行うサービスであるため第三者によるチェックがなかった。スキルチェックシートの結果から、ベテランほど我流で行っていることが明らかとなった。

- ・ 新人にとっては、スキルチェックシートがやるべき項目、注意すべき項目のチェックリストにもなっている。
- ・ 研修は初級で5時間、中級で5時間、上級で7時間の計17時間のコースとなっている。業務時間の合間に受講してもらうため、1回あたり1時間、4名程度を対象として実施している（従って、月10回程度の開催となる）。

E) 組織の基盤づくり

- ・ 「仮説と検証」をリスクマネジメントのテーマとして掲げている。事故等を起こすことが少ない職員を観察したところ、日ごろの業務で無意識に仮説と検証を繰り返していることが分かった。
- ・ 事故予防の一環として、3年前から全職員が集まる朝夕の申し送りの際にリスクマネジメント目標を立て、次の担当者に引き継ぐということをしている。ここでも仮説と検証という観点に立つよう心がけている。毎日仮説と検証のプロセスを踏むことで、予測的な対応が可能となり、事故が起こった場合も素早く対応することが可能となった。
- ・ 朝の申し送りでは特に全体で共有すべき点（仮説）に絞って引き継ぎを行う。次の引き継ぎの際に実際にはどうだったか（検証）を申し送る。

F) 家族とのパートナーシップ

- ・ 家族への情報発信が最大のリスクマネジメントと考えている。高齢者にとって実はリスクの高い生活の方がより充実感やうるおいを感じることが出来る場合もあり、その点について家族に理解してもらい、信頼関係を築くことが重要である。

2) 行政（区市町村等）との連携について

A) 介護事故予防対策における行政との連携の状況および課題

- ・ 介護保険課等と顔の見える関係になっており、普段から連携をとっている。

B) 介護事故予防において行政に期待する役割

- ・ 現場の介護主任と行政とのディスカッションする機会があるとよい。現場の思いを伝えることも重要であると考えている。

③ 至誠特別養護老人ホーム

1) 介護事故予防のための体制整備について

A) 施設長の関わり方

- ・ 事故予防に関して、ヒヤリハットの報告体制整備などの体制作りを行ってきた。また事故原因がわからないとき、現場では客観視ができない場合もあるため、統括主任や相談員が現場検証的なことを行っている。施設長はそういった仕組みやシステム作りをしている。
- ・ 委員会の最終的な責任者は施設長。ただし委員会には各フロアからサブ（副主任）が参加しているので、ある程度はサブにまかせている。ヒヤリハットについては、現場での一連の改善までの過程について報告を受け、不足があると感じればアドバイスし、実践してもらっている。事故については、家族および行政の対応等があり、「迅速さが大切」という観点から、施設長が最初から対応に関わる。その際、関係する複数の職員・職種から聞き取りを行い、できるだけ事故の内容を明確にするようにしている。

B) 指針・マニュアル

- ・ 国の事故防止指針に基づいた施設指針、および夜間緊急対応マニュアル（転倒・誤嚥・誤薬など）、フローチャート、手順書等を作成し、各フロアに配置している。
- ・ マニュアル作成の経緯については、介護保険法で要求される場所もちろんあるが、それ以前から至誠ホームの蓄積により作成している部分が多い。特に夜間緊急対応マニュアルについてはかなり古くから作成していた。

C) 委員会

- ・ 委員会の主な活動
 - 1 か月分の報告事項の検討（→検討してフロアに戻す）。
 - 勉強会
 - 様式の見直し・フロアへの周知の方法の見直し。
- ・ 委員会は月に1回開催している。本当はタイムリーな時期に開催したいが、交代勤務があるので難しい。ただし、事故発生後にタイムリーに対応するため、フロアのリーダー（主任）、サブが支援して原因分析を行い、統括主任に報告書を提出する。
- ・ フロアごとに事故・ヒヤリハット事例の1ヶ月の統計（当該の利用者の認知症や障害の状況、発生場所、時間帯）を委員会に持ち寄る。全事例を検討することは難しいので、大きな事故、傾向として増えてきた事故、共通で考えたいことを中心に議題にする。

D) 事故報告（報告書）

（事故報告の流れ）

- ・ ①事故発生した場合、一報をすぐ行う（即日）。
- ・ ②一報後、フロアで分析し、報告書作成→報告書作成者と統括主任が検討する。報告書が提出されるのは早ければ翌日。遅ければ7～10日。

- ・ ③統括主任への報告後、再度フロアで検討を行う。改善策についても検討後すぐに周知する。
- ・ フロア内で類似の事故を防ぐためにフロア内分析も即日で行う。報告書はその後に作成するので提出のタイミングは少し遅れる。
- ・ ケースによっては改善策を考える際にセラピスト（PT・OT）が入る（その人の身体機能や状態を確認したいときなど）。
- ・ 原因分析・改善策検討により、個々の職員が注意して観察する意識が向上した。事故から得られた知見は、委員会で共有するほか、ファイリングして自由に閲覧できるようになっている。

（報告書）

- ・ 様式はなるべく簡単に書けるように改善し負担軽減を図っている。（例：極力記述式ではなくチェックボックス形式とするなど）。その分、チームでの改善策の検討に時間をかけている。

E) 研修

- ・ 法人全体の1週間の新人研修の中で、リスクマネジメントの体制と報告システムについての講義がある（3月、法人全体で十数名）。
- ・ 全体に対しては、日中業務後に自主研修会がある→テーマは救命講習、移乗、嚙下など。法人内の他施設の研修にも参加可能（法人内で呼びかけしている）。メンバーも固定的ではなく出たいときに出られる仕組み。
- ・ リスクマネジメントに関する外部研修を受講した場合、受講した職員から他職員へむけて伝達してもらう。

F) 組織の基盤づくり

- ・ 事故・ヒヤリハットには、職員に起因するものとそうではないものの両方がある。そうではない場合発見した職員が報告書を書くため、負担とを感じる場合があるかもしれない。ただし、報告により改善すれば次につながる、職員にとってもスキルアップにつながる。利用者のため、自分のためという思いが支えになっている。
- ・ 報告書は職員を責めるためではなく、利用者を支えるチーム（フロアの介護職員、看護職員、PT、OT等専門職も含む）で改善するためのものである、と意味を若手に伝えている。
- ・ 報告についてポジティブに捉えるため、あがってきた報告は必ずチームでとりあげ、改善策を全員で考えている。「チームとして」取り組む体制が組織風土の醸成につながる。

G) 家族とのパートナーシップ

- ・ 家族の思いが強すぎると信頼関係が結びにくく、施設側として伝えたいことが家族に受け止められにくい場合がある。そのような場合は、連絡や話し合いを密にし、家族へは主任が対応を行う。場合によっては行政・病院等、第三者が入って話し合いをすることも

ある。うまくいかないケースは対応が長期化することが多いが、根回ししながらゆっく
りと話し合う必要がある。

2) 行政（区市町村等）との連携について

A) 介護事故予防対策における行政との連携の状況および課題

- ・ 保険者ごとに様式が異なる場合は書きにくい。様式が統一されていれば報告のための時
間が短縮される。また、報告するレベルについても、行政から報告を求める範囲を提示
していただければ、施設側の報告レベルにばらつきがなくなるため、その範囲を提示し
ていただきたい。

B) 介護事故予防において行政に期待する役割

- ・ 都でも介護事故のガイドラインを出しているが、例えば自治体独自の勉強会を開催して
ほしい。施設長は部会など集まる機会が多いが職員レベルの情報交換の場が少ないので、
現場レベルの職員対象で実施してほしい。

④ 社会福祉法人南海福祉事業会 フィオーレ南海

1) 介護事故予防のための体制整備について

A) 施設長の関わり方

- ・ 事故は職員個人の責任ではなく法人全体の責任であることを施設長から伝えた。
- ・ 事故について統計を取り、時間・場所・利用者等の要素についてクロス集計をすることで、日中、居室・廊下での事故が多いことが客観的にわかり、職員の意識が変わった。
- ・ 施設長を務めるのに資格不問というのはおかしい。いくら職員の資格に対して加算がついても、施設長が天下りや同族のみでは職員のモチベーションアップにはつながらない（ガラスの天井で、職員から施設長になる道がないと思ってしまう）。施設長の資格について加算があってもよいと思う。

B) 指針・マニュアル

- ・ なぜマニュアルがあってもそれを守らないのかという問題があった。当初マニュアルは厚く詳細なものを作っていたが有事のときに活用しにくいので、使いやすいようにA4用紙1枚程度に見直している。マニュアルを見ないことが「リスク」であると考え。簡素化するとともにマニュアル内に「準備→実施→記録・評価→片付け」というPDCAを作り、流れをわかりやすくすることで職員の負担を減らした。

C) 委員会

- ・ 施設内に居宅介護、訪問介護、通所介護、特別養護老人ホーム、短期入所などの部署があり、委員会には各部署からスタッフが参加している。（委員会単位で4、5名）他の部署からの視点など様々な視点を入れている。
- ・ リスクマネジメントについては、①個別ケア、②組織作り、③環境の見直しを三本柱としている。事故が多発する事業所は、事故対策ばかりして組織作りやケアマネジメントがおろそかになっている。それらは一体であるので、事故を防止するためには業務、組織、環境も一体的に変えていかなければならない。
- ・ リスク委員会で集計をとる主なものは、①事故報告・インシデント報告→集計後、気づきや改善策を話し合う、②ラウンド表：事故報告・インシデント報告から作ったリスク表の2つ。

D) 事故報告（報告書）

- ・ 毎月報告書の集計を繰り返すことで見えてくることがある。
- ・ 以前は事故とヒヤリハットで同一の様式を使用していたが、職員の負担が大きかったため様式を分けるにあたって、その線引きをどうするかが問題となった。ヒヤリハットは本人の「主観」によって変わる。そこで職員の意識をかえるために、ヒヤリハットについては「インシデント」（事前情報：放置していると重大な事故につながる事象、未然情報：事故につながるかもしれないが未整備の状況）について書くこととした。（あくまでも主観ではなく事実のみを書く、と表現自体を見直した）

- ・ 様式を変えたときは報告件数が多くなるが、その後だんだんと遡減する（マンネリ化）。なぜ報告件数が減ったのか検討し、常に様式の見直しを図るようにしている。
- ・ 提出された報告書は月一回安全対策委員会で集計する（事故・インシデント・ラウンドなど）。集計結果は早いうちに各部署に配布し、各部署においても改善策を検討する。その後、各部署から出てきた「気づき」を集めてKYT（危険予知トレーニング）シートを作成し、全員でリスクについて検討する。

E) 研修

- ・ 施設長がリスクマネジメントの講座の講師を担当している。外部研修にも出している。

F) 組織の基盤づくり

- ・ 事故予防については、事故対策を現場に周知することが一番の対策。
- ・ 集計は安全対策委員が行うが報告書を書くのは現場。現場が書きやすい様式にしたい。報告が多く出れば、それが現場に反映される。フィードバックこそが大事で、報告をためないこと・現場に周知することが重要。

G) 家族とのパートナーシップ

- ・ 事故やヒヤリハットを家族に報告するときは辛い思いがあるので、それが改善への強い気持ちになる。改善策は家族にも伝えている。

2) 行政（区市町村等）との連携について

A) 介護事故予防対策における行政との連携の状況および課題

- ・ 市町村のフォーマットに統一性がないことが気になる。また事故の定義・基準についてもあいまいである。
- ・ 行政との連携は日常的にはできていない。特に報告しても市町村からのフィードバックがないことは課題。
- ・ 行政でどのような事故が起きたのか把握できていない。

B) 介護事故予防において行政に期待する役割

- ・ できれば事故の基準を定めてほしい。「介護事故」と一言で言うが、自損事故もあれば、在宅で起きるような生活事故もある。それ以外の「介護特有の」事故というのは統計がとれていなければ論じられない。

⑤ みずべの苑特別養護老人ホーム

1) 介護事故予防のための体制整備について

A) 施設長の関わり方

- ・ 介護の良否は利用者から教えていただくもの。現場主体で臨機応変に対応する必要がある。その中で施設長は現場が主体的に考えるよう誘導したり、意識付けすることが役割。
- ・ 中堅職員から施設長に報告を上げているが、基本的には現場で完結している。ただし、家族からのトラブルなどいろいろな要素から問題化したときは、施設長が前面に立つ。

B) 指針・マニュアル

- ・ 手順書や事故発生後の対応マニュアルはすでに整備されている。現在、「事故予防」のためのマニュアルを内部で作成している。
- ・ 今まで手順書やフロー図にそってケアを行っているが、それだけでは職員の「気づき」が不十分で、ケアの中でどのようなところに危険があるのかを検証している。今までの傾向や統計をみて、移乗・入浴・食事・排泄・感染症・コミュニケーション・認知症の7項目に分類。
- ・ 事故予防のマニュアルは、基盤を作成したあと現場で試行してフィードバックして改善するといったやりとりを三年近く行い、ようやく実際に使えるマニュアルになってきた。ツールを作る人（責任者）とツールを使う人（現場）は違うので何度もやりとりを行った。
- ・ 若手の職員が多いので、マニュアルは細かすぎないほうがよい。「〇〇したら利用者が危なくなる」「〇〇したら死亡につながる」と、シンプルな言葉で伝えるようにしたい。きれいな紙面でも漢字や文章が多すぎると頭に入らない。

C) 委員会

- ・ 「リスクマネジメント委員会」を設置しているが、現場には「ヒヤリハット委員会」が設置され、リスクマネジメント委員会（親）－ヒヤリハット委員会（子）という関係になっている。
- ・ ヒヤリハット委員会に若手職員が多いこともあり、重大案件は、フロア会議により全員で検討を行う。ヒヤリハット委員会は若手の教育の場でもあり、気づきを促すねらいがある。統括リーダーが入ることで、一緒に考える機会になり検討が行われ始めた。
- ・ 事故は必ずリスクマネジメント委員会に報告する。ヒヤリハットは重大な案件をリスクマネジメント委員会に報告する。（重大な案件には、気づきが足りないと思われる案件も含む。その場では重大でないとは判断された案件でも、しっかりと考えたほうがよいケースがある）

D) 事故報告（報告書）

- ・ （事故報告の流れ）
- ・ ①上長に一報を入れる（即日）。※緊急の場合は施設長にも早急に報告。

- ・ ②報告書の作成（即日）：記載者は第一発見者だが、チームリーダーが支援して記載することが多い（本当は当事者で考えられるのがベスト）。状況分析はリーダーと相談しながら行う。
- ・ ③「フロア会議」で、②で作成した現状分析について検討。再発防止対策を検討する。（現場で状況分析まで行い、再発防止策は全員で考える）
- ・ ④事故および重大なヒヤリハットはリスクマネジメント委員会にあげ、フロア会議で検討された対策について評価する。
- ・ ⑤リスクマネジメント委員会で2ヶ月に1回集計し、フロア会議を通して現場にフィードバックする。

E) 研修

- ・ 法人研修：法人職員全体に対して実施。テーマはリスクの理解。
- ・ 「排泄」「移乗」といった個別的なテーマについては、必要に応じて係ごとに勉強会を行う。係は「排泄係」「移乗係」などケア単位の係があり、係ごとに興味のあるテーマで勉強会を行う。
- ・ 以前の施設教育は「あるステップをマスターしない限り先のステージには進めない」という形式が多かったが、それでは若い職員はやる気がでない。まずは自分の興味のあるところからスタートしていく。
- ・ 事故予防の教育は、単純に研修を聞いただけでは本人のものにならない。現場で起きたことを当事者が考える必要がある。

F) 組織の基盤づくり

- ・ 2階フロアに「ヒヤリハットみつけ」というノートがあり、職員が気づいたことを書き足していく。正式な報告書ではないのでどの職員も気軽に書き込むことができる。3階フロアには夜勤職員のための「自由ノート」（コミュニケーションツール）をおいている。ノートに書くことで、管理者が職員の興味分野や夜勤の職員の動き、職員の生の声に気づくことがある。事故報告書という堅苦しい書式ではないからわかることもある。

G) 家族とのパートナーシップ

- ・ 家族には施設の方針などよく話をしている。家族が面会など訪れる機会が多い。当苑は地域密着を目指しているため、入所する利用者の家族に対して、ケア・カンファレンスに必ず参加すること、利用者を預けっぱなしにしないこと、という条件を課している。そうすることで家族と普段からよい関係を築くことができる。
- ・ 統括リーダーだけでなく、職員全体が家族と会話することで、信頼感、連帯感が生まれる。面会以外にメールでの連絡も行っているが、基本は対面のコミュニケーションを重視している。

2) 行政（区市町村等）との連携について

A) 介護事故予防対策における行政との連携の状況および課題

- ・ 転倒についても施設によって状況が異なる。定義が明確でないと他施設との統計は有益でない。仮に全国レベルで統計を行うならば、事故・ヒヤリハットの基準を明確にする必要がある。

B) 介護事故予防において行政に期待する役割

- ・ 研修を開催していただけるとありがたいが、タイミングによって出席できないことがあるので回数を多くするなどの工夫をしてほしい。

4. 事例集の作成

(1) 目的

「2. アンケート調査」、「3. ヒアリング調査」の結果を踏まえ、介護施設における事故予防対策の実態・課題および先進的取組みに関する情報を整理し、各施設における取組み促進の資する事例集を作成した。

事例集の内容については、「2. アンケート調査」、「3. ヒアリング調査」で調査した介護施設の課題やニーズに応えるよう、施設における介護事故予防のための体制整備の具体的な取組内容を紹介した。

(2) 事例集の構成

事例集の構成を、図表 4-1 に示す。

背景、目的に加えて、「2. 介護事故予防に関する総論」を示した上で、施設における具体的な取組みのヒントとなるよう、「3. 介護事故を防ぐための体制の整備」「4. よりよいケアを実現するために」では、ヒアリング調査結果を活用し、具体的な取組み事例を紹介した。

また、読みやすさに配慮し、全体で 40 ページ程度のコンパクトな構成とした。

図表 4-1 事例集の構成

1. 背景・目的
2. 介護事故予防に関する総論
・ 特別養護老人ホームの事故防止体制等の基準について
・ 介護事故予防の目的と基本的考え方
・ 介護事故予防の取組みを通じたケアの質向上
3. 介護事故を防ぐための体制の整備
・ 組織の基盤づくり
・ 指針・業務手順書の整備
・ 委員会の設置
・ 事故の報告と活用
・ 研修の実施
・ 事故の予測と予防
・ 行政との連携
4. よりよいケアを実現するために
・ 家族とのパートナーシップ
・ 特別養護老人ホームのケア環境の変化への対応
・ 利用者の人権の尊重

(3) 事例集の概要

1. 背景・目的

事例集作成の経緯・目的、事例集の想定する読者・活用方法について解説した。

2. 介護事故予防に関する総論

特別養護老人ホームの事故防止体制等の基準や、介護事故予防の目的と基本的考え方、介護事故予防の取り組みを通じたケアの質向上について概論的に解説した。

3. 介護事故を防ぐための体制の整備

(1) 組織の基盤づくり

介護事故予防において中心的役割を果たす施設長の役割について、また各施設の特徴に応じた組織の基盤づくりについて具体的な事例とともに紹介した。

(2) 指針・業務手順書の整備

施設の介護事故対策の基本方針を示す「指針」および介護事故防止に向けた「業務手順書」の整備について、その意義や内容を解説し、事例を紹介した。

(3) 委員会の設置

リスクマネジメントのための委員会について、意義、メンバー構成、検討する内容、対策の周知方法等の項目を解説し、事例を紹介した。

(4) 事故の報告と活用

起きてしまった事故から学び、事故の再発防止のために事故事例を報告し、分析結果や対策とともに共有する仕組みについて、事故報告の流れや様式、事故分析・再発防止策の検討等の項目について解説し、事例を紹介した。

(5) 研修の実施

指針や業務手順書、事故報告の仕組みを現場職員に浸透させるための取り組みである研修について、その意義や内容について具体例を挙げながら解説し、事例を紹介した。

(6) 事故の予測と予防

施設入所のケアプラン作成時等に利用者へのアセスメントを十分に行うことで、介護事故に対して事前に予測が立てられるようになる。利用者のリスクを事前に認識し、事故予防を図るための取り組みを紹介した。

(7) 行政との連携

「事故発生時の行政への報告義務」および「行政が発信する事故情報の有効活用」について、事故情報の共有や蓄積、活用といった視点から解説した。

4. よりよいケアを実現するために

(1) 家族とのパートナーシップ

介護事故の対応を含めた利用者の家族との信頼関係の構築について、「日頃からの情報共有」「対面により話す」「リスクについて理解を求める」等のポイントから解説した。

(2) 特別養護老人ホームのケア環境の変化への対応

利用者の入所期間の長期化からくる「重度化に伴う事故の傾向の変化」や今後件数が増えていくことが予想される「認知症の利用者への対応」について解説した。

(3) 利用者の人権の尊重

介護事故から利用者の生命・身体を守ることは利用者の権利擁護につながる。利用者や家族の苦情対応もふくめ、利用者がその人らしい生活を送ることの大切さといった視点から解説した。

なお、事例集については本報告書の巻末に掲載した。

5. まとめおよび今後の課題

本調査では、特別養護老人ホームを対象とするアンケート調査により、施設における介護事故防止のための体制の整備状況や現状の課題等を把握した。その際、2007年、2008年に行われた同様の調査と共通の質問により、約5年間の変化を確認した。また、事例集を作成するため、先進的な施設を対象としてヒアリング調査を行い、介護事故の防止やサービスの質向上のための考え方、方針や具体的な取り組みの内容について把握した。

調査結果から、介護事故を防止し利用者の安心な生活を継続するためには、今後はさらに以下の点について検討する必要があると考えられる。

5. 1 施設長のリーダーシップおよび専門性の向上

特別養護老人ホームにおいて、利用者が安全にその人らしい生活を送れるよう、介護事故を防ぎ、質の高いサービスを提供できる組織体制を整備し運営することが施設長の責務である。ヒアリング調査対象とした施設では、職員の主体的な行動や気づきを促進するためのシステム作りや、現場が主体的に考えるよう誘導したり、意識付けすることが施設長の役割であるという認識があり、充実した取り組みにつながっていた。

利用者の尊厳ある生活の支援、安全・安心の確保、そのためのサービスの質向上の観点から、事故の防止を施設運営における主要な目標の1つとして位置づけて、目標を実現するための制度や体制を整備することが施設長の大きな役割である。さらに、システムや体制など「形」をつくるだけではなく、それらがうまく機能するよう職員を方向付けることも重要な役割といえる。施設が掲げる目標をすべての職員が共有すること、目標の実現のための取り組みの意義や方法について一人ひとりの職員が十分に理解し、目標に向かって主体的に考え行動できることが望ましく、そのための働きかけが必要となる。施設長がリーダーシップを発揮し、職員のモチベーションや組織への参加意識を高め、現場が主体的に動けるような組織の基盤をつくることが重要である。

施設長の意識や取り組み姿勢、リーダーシップが施設における安全、安心のレベルやサービスの質に大きく影響する。事故防止のための組織体制や仕組みの整備と見直し、さらには職員のモチベーションの維持・向上も含めた組織基盤の構築について、積極的かつ適切に取り組まれるよう、施設長の意識啓発を進めることや、優れた施設長を養成することも必要と考えられる。

5. 2 利用者や家族の状況変化への対応

入所期間の長期化に伴い、利用者の重度化、認知症の重い利用者の増加といった傾向があり、介護事故予防の観点からも対応が求められている。

利用者の重度化への対応としては、個々の利用者のアセスメントにおいて、これまで以上に注意深く利用者の状態を把握し、日常的な動作やケアにおける骨折や皮膚剥離・内出血といった事故も想定したリスクの評価を行い、ケアの方針や内容に反映してケアプランを作成する必要がある。日常の関わりやケアにおいても、アセスメント結果やケアプランに基づき、十分な観察や配慮のもとで実施される必要がある。

また、認知症の利用者に対しては、施設長をはじめとする個々の職員が専門職としての対応力すなわち、認知症に関する知識や、認知症の利用者に対して状況に応じて適切に対応する能力を高め、専門性を向上させることが求められる。

権利擁護の重要性が高まる中、介護事故は利用者の権利の侵害にもつながるという認識のもと、利用者の尊厳を守り安全、安心な生活を支援することが求められる。また、必要に応じて成年後見制度を利用することも有効である。

こうしたことから、これまで以上に家族との信頼関係の構築が重要となる。家族とのコミュニケーションを密にして信頼関係を築くことに加えて、ケアプランの内容や入所者の状態およびリスクについて説明し理解を得るにとどまらず、利用者の生活の目標を共有しケアのパートナーとなってもらうことが重要である。

5. 3 事故防止の体制整備の促進

平成 18 年度の制度改正により、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てから約 6 年が経過し、事故防止のための取り組みについては一定程度定着してきており、組織的な対応を行っている施設が増えている一方で、整備が十分でない施設があることが確認された。

事故防止のための取り組みに関する課題の内容は、報告の仕組みの周知や委員会の設置・開催といった仕組みの導入や実施に関するものから、実施内容をより質的にレベルアップさせることに関するものへと変化している。今後は、体制が十分に整備されていない施設における取組を推進するとともに、一定程度の体制が整備されている施設において取り組みの実効性をさらに高めるための内容の充実が求められている。

特に、事故を防止し、サービスの質を向上させるためには属人的な経験則に基づくケアの提供ではなく、組織としての明確なシステム（サービス提供体制や仕組み、手順など）を確立して可視化し、そのシステムの中でケアを実施することが必要である。そのためには、手順書を整備することや、手順書を周知するための研修を行うこと、手順書の見直しを定期的に行うことが必要であり、それらを指針に明記して適切な運用を図ることが重要と考えられる。

以上の考察から、今後の課題としては以下のようなことがあげられる。

【指針、手順書】

- ・指針に明記し規定すべき内容の検討（例：研修実施について明確に規定し、研修の確実な実施や内容の充実を図るなど）
- ・手順書の有効性を高め、実践を促進するための検討（手順書の見直しを行う頻度やタイミングの規定、手順書の周知・遵守のための研修の実施など）
- ・その他、手順書を整備すべき事項の検討（例：施設長不在時の事故対応ルール of 明確化など）

【委員会】

- ・定期的な開催および継続的な活動を推進するため、定期開催を前提とし、必要に応じて随時

開催とするなど

- ・事故防止の観点からのサービスの質向上のための活動の中心としての委員会の機能、役割の高度化（事故・ヒヤリハットの報告、分析の場としてだけでなく、施設における課題の発見と対応計画の立案・推進、他の委員会と連携した研修の企画や手順書の作成、見直し等）

【事故の報告と活用】

- ・事故の発生場面、発生状況に関する実態の把握（例：歩行と移乗等の場面が切り分けにくい場合や、その中での事故の発生プロセスなど）
- ・事故分析に基づいて立案された対策の内容の詳細調査（例：注意の喚起や見守りの強化等の具体的な内容と妥当性の検証、その他の仕組みに関する具体的な対策例の収集と分析など）
- ・対策の効果の検証方法の実態把握と、系統的な検証方法の検討

【研修】

- ・施設内研修における実技・実習の充実（特に初任者には、実技の習得が重要）
- ・事故防止とサービスの質向上を目標とし、研修を重視した組織運営・事業計画の促進（「全員での研修困難」「職員のレベルの差」「時間の確保が困難」といった課題への対応）
- ・現場の勉強会の奨励、促進

5. 4 行政との連携の促進

2009年度、2010年度には、市区町村・都道府県を対象として、施設からの介護事故の報告の状況や収集した情報の活用の実態と課題を把握するための調査を実施した³。その中で、施設によって事故防止の取り組みに対する意識や報告の有無、報告内容にばらつきがあることなどが指摘されていた。

一方、本年度の調査では、行政が求める事故報告の基準が明確でないことや、基準や書式が統一されていないことによる報告しにくさ（判断の難しさ、非効率であることなど）が、施設側から指摘された。また、「報告することの効果かわからない」という回答もあり、市町村によっては施設からの報告が十分に活かされていない（と施設側が受け止めている）ことが把握された。事故報告に対して、行政からは記入内容の不備や不足に対する照会はあるが、再発防止策に関する支援や情報提供はほとんどなく、行政からの問い合わせや指導、支援等が役に立ったという回答は1割に満たなかった。

報告された事故情報を集約した統計や対策等、介護事故に関する行政からの情報提供があったという回答は、3割に満たず十分に行われているとはいえないが、情報提供があった場合に役立つ

³介護事故の把握分析及び対応策に関する検討のあり方に関する調査研究事業報告書（平成21年3月 株式会社三菱総合研究所）

介護施設における介護サービスに関連する事故の実態及び対応策のあり方に関する調査研究事業報告書（平成22年3月 株式会社三菱総合研究所）

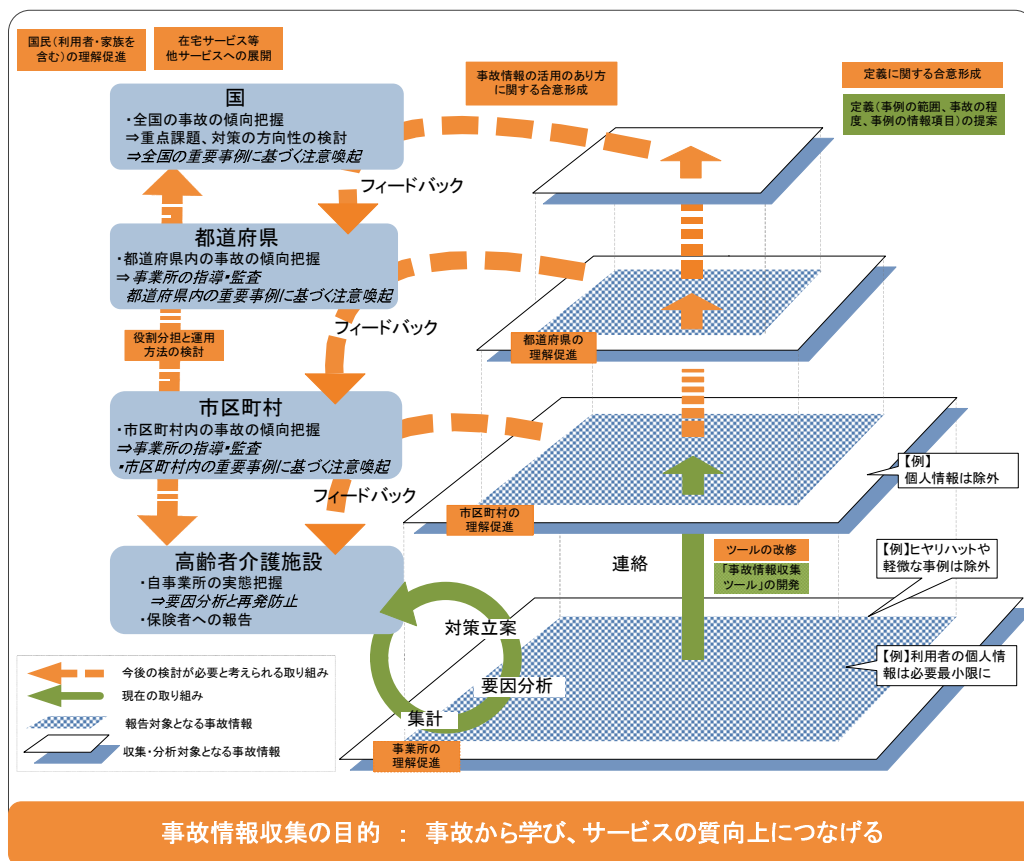
ったという回答が半数を超えており、施設にとって有益であることが確認された。アンケート、ヒアリングに共通して事故報告に対するフィードバックに対する期待は高く、市町村をはじめとする関係機関の今後の対応が望まれる。

また、ヒアリング対象施設では、日ごろから報告を密にして行政との信頼関係を構築し、理解の得にくい家族との話し合いに際して、行政に中立的な第三者として関わってもらうなどの例があり、必要な場合には行政に相談したり協力を求めたりできる関係を構築することも重要であると考えられる。

今後は、事故報告を通じた行政と施設との間の相互の役割や連携のあり方についても議論を深め、事故から学びサービスの質向上につなげるために、行政・施設の双方にとって有益な連携の促進、協力関係の構築が必要であると考えられる。

2009年度、2010年度に実施した調査研究事業においては、介護事故に関する情報収集と有効活用のための仕組みや関係者の役割、機能分担について、図表 5-1 および図表 5-2 のように整理した。今後は、これらの内容も参考としながら、施設や行政等の関係機関それぞれの実態を踏まえ、実現可能な連携のあり方やそのための仕組みの検討を進める必要がある。

図表 5-1 事故情報収集・活用の仕組みの有効活用に向けて必要とされる取組（イメージ）



出典：介護事故の把握分析及び対応策に関する検討のあり方に関する調査研究事業報告書（平成 21 年 3 月 株式会社三菱総合研究所）より転載

図表 5-2 介護事故情報の収集・活用における役割と機能分担の考え方

	役割	求められる機能
事業者	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の安全、安心な生活の支援 ・事故防止、ケアの質向上の組織的取組 ・職員ひとりひとりの安全に対する意識啓発 	<ul style="list-style-type: none"> ・適切なサービス提供 ・事故発生後の利用者・家族への適切な対応 ・事故原因の分析、防止対策検討・実施・評価 ・安全で確実なケアのための手順書の策定 ・利用者の状況に適したケアプラン見直し
市区町村	<ul style="list-style-type: none"> ・市区町村内の事業所の指導 ・利用者・家族とのトラブル発生時の対応 ・個別および全体の事業所のケアの質向上支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・事業者への助言（個別事例の実態把握・事故要因分析、効果的な対策の助言など）※1 ・市区町村内の事故の傾向把握とフィードバック ・重要事例の把握と注意喚起 ・集団指導、研修会等の開催
都道府県	<ul style="list-style-type: none"> ・都道府県下の介護事業所 ・事業者の指導・監査 ・事業所のサービスレベル向上 ・市区町村による取組の支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・事業者への指導・監査 ※2 ・都道府県内の事故の傾向把握 ・都道府県内の重要事例の把握と注意喚起 ・市区町村への上記に関する情報提供 ・集団指導、研修開催・市区町村研修の支援等
国	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険制度のあり方の検討 ・全般的な介護サービスの質向上 	<ul style="list-style-type: none"> ・国内の実態の把握 ・事故の傾向分析 ・重点課題の明確化と施策への反映 ・重要事例の注意喚起

出典：介護施設における介護サービスに関連する事故の実態及び対応策のあり方に関する調査研究事業報告書（平成 22 年 3 月 株式会社三菱総合研究所）より転載

5. 5 介護事故予防ガイドラインの見直し

本事業におけるアンケート調査の結果より、平成 18 年の制度改正により介護事故防止のための体制整備が義務付けられてから約 6 年が経過し、全体的に介護事故予防のための体制整備が一定程度進んでいること、一部の施設では今なお取組が十分でないこと、多くの施設では次の段階として取り組み内容の質の向上やより実効性を高めることが課題となっていることなどが確認された。また、入所している利用者の状況も変化しており、施設や職員が専門職として変化に対応するための取り組みが必要になっている。

これらのことから、特別養護老人ホームの利用者の状態、および事故防止の体制整備の実態や現状の課題を踏まえて、あらためて今後、施設に求められる機能、そのための組織体制や仕組みのあり方について、見直しを行う必要があると考えられる。

平成 18 年度には、「介護事故予防ガイドライン」が作成されているが、約 6 年間が経過し施設および利用者の状況が変化していることから、新たな状況やその中で施設が果たすべき機能に対応できるよう、ガイドラインを改定することが望まれる。施設における新たな状況や果たすべき役割に対応するために、施設として検討し整備すべき事項について再構成することや、それぞれの事項について取り組みを充実させ実効性を高めるための方法について、必要な情報を補足、あるいは詳細化・明確化することなどが必要である。

参 考 資 料

- 1 アンケート調査票
- 2 事例集

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

【ご回答者について】	職種	1. 看護職員 2. 介護職員 3. その他()
	職責	1. 管理業務 2. 現場での看護・介護業務(主任・リーダーを含む) 3. 生活相談員 4. その他()

1. 貴施設の概要

(1) 基本情報											
Q1 施設名	※この項目は任意で、必ずしも記入いただく必要はありません。ご記入いただいた施設には後日インタビュー調査へのご協力を打診させていただく場合があります。										
Q2 所在地	都道府県		市部町村部別	1. 市部	2. 町村部						
Q3 運営主体	1. 公立 2. 社会福祉法人 3. その他()										
Q4 開設年	昭和・平成()年										
Q5 入所定員数	()人	ショートステイ定員				()人					
Q6 入所者数	()人 ※ただし、ショート利用者は除く										
Q7 入所者数(ショート利用者は除く)	要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5		
	人		人		人		人		人		
Q8 年齢別入所者数(ショート利用者は除く)	60歳未満	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90歳以上			
	人	人	人	人	人	人	人	人	人		
Q9 ユニット型個室	1. なし 2. あり →()ユニット → うち、ショート用()ユニット										
(2) 職員体制											
施設長の経験年数(他の施設での勤務経験も含みます)	施設長職()年 介護福祉関連業務()年				施設長の保有する資格等		1. 医師 2. 看護師 3. 社会福祉士 4. 介護福祉士 5. 介護支援専門員 6. 社会福祉主事 7. 社会福祉施設長資格認定講習受講 8. その他()				
	常勤		非常勤		常勤		非常勤				
	実人員	常勤換算 ⁴	実人員	常勤換算		実人員	常勤換算	実人員	常勤換算		
医師	人	人	人	人	介護福祉士	人	人	人	人		
看護師	人	人	人	人	ヘルパー ⁵	人	人	人	人		
准看護師	人	人	人	人	栄養士 ・管理栄養士	人	人	人	人		
PT・OT・S T	人	人	人	人	その他 ⁶	人	人	人	人		
職員の経験年数(他の施設での勤務経験も含みます) ※実人員											
	1年未満	1～3年	4～5年	6～9年	10年以上		1年未満	1～3年	4～5年	6～9年	10年以上
医師	人	人	人	人	人	看護職員	人	人	人	人	人
介護職員	人	人	人	人	人	生活相談員	人	人	人	人	人
介護支援専門員	人	人	人	人	人	栄養士 ・管理栄養士	人	人	人	人	人
機能訓練指導員	人	人	人	人	人						

⁴ 常勤者の兼務・非常勤者については、以下の計算式により換算数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上して下さい。得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上して下さい。

[換算数] = [職員の1週間の勤務時間] ÷ [施設が定めている1週間の勤務時間]

※記入例: 特養とデイサービスを兼務する看護師で、1週間のうち特養に25時間、デイサービスに15時間勤務している場合 25時間

[特養での1週間の勤務時間] ÷ 40時間 [1週間の勤務時間] = 0.625 → 0.6人

⁵ ヘルパーには、介護福祉士資格を有さずヘルパー資格のみ有している人数を記載して下さい。

⁶ その他の職員には特養およびショートステイに関わるその他の職員の人数を記載して下さい。

2. 貴施設における介護事故予防の体制について

(1) 介護事故の発生状況			
Q1 平成23年7月～12月(6ヶ月間)に報告された介護事故に○をつけてください。そのうち、ここ数年、増加傾向にあるものには◎をつけてください。(複数回答可)	ヒヤリハット事例	1. 皮膚剥離・内出血 2. 転倒(ベッド、イス、車イス以外で発見) 3. 転落(ベッド、イス、車イス周辺で発見) 4. 溺れ 5. 誤嚥 6. 誤薬 7. チューブ抜去 8. 機器のトラブル 9. 行方不明 10. その他()	
	事故事例	1. 皮膚剥離・内出血 2. 転倒(ベッド、イス、車イス以外で発見) 3. 転落(ベッド、イス、車イス周辺で発見) 4. 溺れ 5. 誤嚥 6. 誤薬 7. チューブ抜去 8. 機器のトラブル 9. 行方不明 10. その他()	
Q2 平成23年7月～12月(6ヶ月間)において、骨折が発生した場面に○をつけてください。そのうち、ここ数年、増加傾向にあるものには◎をつけてください。(複数回答可)	介護中	1. 入浴 2. 排泄 3. その他()	
	移動・移乗中	4. 歩行 5. 車いす 6. 移乗 7. その他()	
	その他	8. 機能訓練 9. レクリエーション 10. その他()	
	不明	11. 不明	

(2) 報告制度(介護事故およびヒヤリハット事例を施設内で報告・活用する仕組み)			
Q3 報告対象とする事故の基準(複数回答可)	範囲(複数回答可)	怪我の場合の受診状況に関する基準	怪我の場合の被害程度に関する基準
	1. サービス提供に伴う利用者の怪我や事故 → 右の設問へ 2. 利用者の財産、所持品への損害 3. 感染症 4. 職員の法令違反・不祥事 5. その他()	1. 医療機関への受診によらず発生した事象すべて 2. 医療機関に受診したもの 3. 2回以上受診したもの 4. 入院したもの 5. その他()	1. 被害の程度によらず発生した事象すべて 2. 何らかの被害が生じたもの 3. 一定以上の被害が生じたもの 4. その他()
Q4 報告対象とするヒヤリハットの基準(複数回答可)	1. 事象が発生しなかったもの(～しそうになった) 2. 事象が発生したが被害を伴わなかったもの 3. 事象が発生したが被害の程度が軽かったもの 4. 事故の可能性などに気づいたもの 5. その他()		
Q5 介護事故やヒヤリハットが発生した場合の報告書作成・分析についてお伺いします			
a) 介護事故・ヒヤリハット報告書の記載者(複数回答可)	<事故>	1. 第一発見者 2. 安全管理担当者 3. その他()	
	<ヒヤリハット>	1. 第一発見者 2. 安全管理担当者 3. その他()	
b) 介護事故・ヒヤリハット報告書の施設内の提出経路(事故等の重度によって複数の規定がある場合には複数回答可。該当するもの全てに○をつけて下さい)		事故	ヒヤリハット
	1. 記載者→主任・リーダー		
	2. 記載者→主任・リーダー→安全管理担当者		
	3. 記載者→主任・リーダー→安全管理担当者→施設長		
	4. 記載者→安全管理担当者→施設長		
	5. 記載者→施設長		
c) 事故・ヒヤリハット報告に対する分析や改善策を立案する者(複数回答可)	<事故>	1. 記載者 2. 主任・リーダー(看護) 3. 主任・リーダー(介護) 4. 安全管理担当者 5. 施設長 6. 委員会 7. その他()	
	<ヒヤリハット>	1. 記載者 2. 主任・リーダー(看護) 3. 主任・リーダー(介護) 4. 安全管理担当者 5. 施設長 6. 委員会 7. その他()	
d) 介護事故・ヒヤリハット発生から報告書作成までの期間に関するルール(手順書含む)	<事故>	1 ルールがある → 1-1 事故の重度によって異なる(具体的に:) 1-2 重度によらず一定の期間 (日以内) 2 ルールはない	
	<ヒヤリハット>	1 ルールがある → (日以内) 2 ルールはない	
e) 報告する項目(報告書書式に記入欄が用意されている項目)(該当するもの全てに○をつけて)		事故	ヒヤリハット
	1. 発生日		
	2. 発生時間(または時間帯)		
	3. 発生場所		

下さい)	4.利用者の氏名			
	5.利用者の年齢、ADL、その他の身体的・精神的状況			
	6.ショート利用者か入所者か			
	7.記載者の氏名			
	8.事故に関与した職員の経験年数			
	9.事故に関与した職員の常勤／非常勤			
	10.その他の関与した職員に関する項目(氏名、経験年数等)			
	11 介護事故の種類			
	12 発生時の状況			
	13 考えられる原因・誘因			
	14 改善策			
	15 その他()			
	f)対策の内容 (平成 23 年 7～12 月の半年間に、事故やヒヤリハットの分析に基づいて立案したもの、実施したもの全てに○をつけて下さい)		立案したもの	実施したもの
		1. 注意喚起		
		2. 観察・見守りの強化		
3. ケアの手順や方法の見直し(手順書の改訂など)				
4. 研修の充実				
5. 書式やツールの見直しまたは導入				
6. 福祉用具の見直しまたは導入				
7. 新たな設備や器具等の導入				
8. 人員配置の見直し(スタッフの増員など)				
9. 施設の改修				
10. その他()				
g)実行した対策の効果を把握・検証	1. している →その方法()			
	2. していない			
Q6 あなたは貴施設全体の介護事故予防に関わる以下の項目について、それぞれどのように評価していますか				
a) 報告件数	1. 軽微なものも含めて十分な件数が報告されている 2. 少なくとも深刻な事例については十分な件数が報告されている 3. 報告件数は十分とはいえない			
b) 報告内容	1. 客観的な事実が誰が読んでも分かるように記述されていることが多い 2. 客観的な事実がある程度分かりやすく記載されていることが多い 3. 報告内容だけからでは事実関係が理解できないことが多い			
c) 報告書に関する課題 (複数回答)	1. 報告書を提出する目的が理解されていない 2. 報告書に対する姿勢に職員間のばらつきがある 3. 業務多忙のため報告書を作成する時間がない 4. 報告書を作成することに心理的な抵抗がある 5. 報告書に改善に役立つような内容が含まれていない 6. その他() 7. 特に問題はない			
d) 分析に関する課題 (複数回答)	1. 原因を特定するための分析方法がわからない 2. 分析に必要な情報が集まらない 3. 分析結果や立案した対策に自信がもてない 4. 職種やフロア、ユニットを越えた検討が行いにくい 5. 効果的な対策が立てられない 6. 身体拘束廃止と安全確保との兼ね合いが難しい 7. 認知症の利用者への対応が難しい 8. 効果的な対策を立てても遵守されない 9. 効果的な対策を立ててもコストや体制などの制約により実現しにくい 10. その他() 11. 特に課題はない			
Q7 報告内容を分析する際に重視していること(自由回答)				
Q8 報告しやすい雰囲気にするために気をつけていること(自由回答)				

(3) 委員会の設置

Q9 事故予防のための委員会の設置状況についてお聞かせください

a) 平成 23 年 7~12 月 (6 ヶ月間)の開催状 況及び頻度	1. 定期開催 2. 必要時に開催 →「1」または「2」と回答した方。 開催回数: ()回/6 ヶ月 →0 回の場合にはその理由()
b) 構成メンバー(参加 者全てを選択し、人 数をご記入ください)	1. 施設長 2. 事務長 3. 医師(人) 4. 看護職員(人) 5. 介護職員(人) 6. PT・OT・ST(人) 7. 管理栄養士・栄養士(人) 8. 生活相談員(人) 9. 介護支援専門員(人) 10. 事務職員(人) 11. 施設外専門家(人) 12. その他()(人)
c) 委員会の責任者(安 全対策担当者)の職 種・職位	1. 看護職:職位() 2. 介護職:職位() 3. その他:職種() 職位()
d) 委員会での検討事項 (複数回答可)	1. ヒヤリハット等の発生件数や発生事例の報告 2. 報告に対する改善策の検討 3. 施設全体の介護事故予防策の実施に関する検討 4. 発生した事故事例への対応の検討 5. 利用者 1 人ひとりのリスクアセスメント 6. 利用者・家族などからの苦情等への対応の検討 7. その他()
e) 委員会で決定した事 項の職員への周知 方法(複数回答可)	1. 会議等で職制を通じて周知 2. 施設内報で周知 3. 職員用掲示で周知 4. 施設内 LAN を活用して周知 5. その他()
f) 委員会での決定事項 の全職員への周知	1. 全職員への周知を確認している(方法:) 2. 全職員への周知は確認していない
g) 改善策の実施状況 や再発等の確認	1. 確認している→その方法() 2. 確認していない
Q10 あなたは貴施設全体の介護事故予防に関わる以下の項目について、それぞれどのように評価していますか	
a) 委員会の権限	1. 施設長(または理事長)が委員長であるため、委員会の決定事項は実行力を持つ 2. 委員長は施設長ではないが、委員会(又は委員長)に適切な権限が委譲されることがル ールとして定められている 3. ルールとして定められていないが、適切な権限を有している 4. 委員会(または委員長)に適切な権限が委譲されていない 5. その他()
b) 委員会の議論の状況	1. 職種や部門の違いを超えて活発な意見交換が行われている 2. 職種、部門間の壁を感じることはあるが概ね活発な意見交換が行われている 3. 形式的な報告が中心で議論や意見交換は少ない 4. その他()
c) 委員会における課題 (複数回答)	1. 時間が確保できず人が集まらない 2. 開催頻度が少ない 3. 構成メンバーの職種に偏りがある 4. 内容が形骸化している 5. 現場の意見が尊重されない 6. 発言者が偏っている 7. 一部の人の意見で意思決定される 8. 問題があっても先送りにされる 9. 決定したことが適切に実行されない 10. 分析の有効性の判断が困難 11. 対策の効果測定が困難 12. その他() 13. 特に問題はない

(4) 介護事故の防止のための指針の整備

Q11 介護事故防止のための指針の整備についてお伺いします

a) 指針の位置づけ	1. 委員会で所掌している 2. 委員会とは別に組織したメンバーで所掌している 3. 指針はない 4. その他()
------------	---

b) 指針に記載されている事項 (複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 施設の介護事故及び発生防止に対する基本理念・考え方 2. 委員会メンバーやあり方などの体制 3. 研修に関すること 4. ヒヤリハット・事故報告のしくみ・書式に関すること 5. 事故発生時の対応 6. 職員が実施する業務ごとのケアの手順 7. 利用者・家族等による指針の閲覧に関する基本方針 8. その他() 		
c) 指針の職員への周知の方法 (複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 職員を対象とした研修会を開催し周知 2. 入職時の研修で周知 3. 会議等で職制を通じて周知 4. 施設内報や職員用掲示で周知 5. 各部署に指針を配置している 6. その他() 		
d) 指針の見直し	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="507 600 724 674">指針等の見直し状況</td> <td data-bbox="724 600 1503 674"> <ol style="list-style-type: none"> 1. 見直したことがある(見直しの結果修正しない場合を含む) 2. 見直したことはない </td> </tr> </table>	指針等の見直し状況	<ol style="list-style-type: none"> 1. 見直したことがある(見直しの結果修正しない場合を含む) 2. 見直したことはない
	指針等の見直し状況	<ol style="list-style-type: none"> 1. 見直したことがある(見直しの結果修正しない場合を含む) 2. 見直したことはない 	
<p>【「1. 見直したことがある」と回答した方にお伺いします】</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="507 674 724 922">見直しの方法 (複数回答可)</td> <td data-bbox="724 674 1503 922"> <ol style="list-style-type: none"> 1. 委員会の議題として定期的に見直す 2. 委員会の議題として不定期に見直す 3. ヒヤリハット、事故報告を基に見直す 4. 他の施設等の参考事例を基に見直す 5. 特に決めていない 6. その他() </td> </tr> </table>	見直しの方法 (複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 委員会の議題として定期的に見直す 2. 委員会の議題として不定期に見直す 3. ヒヤリハット、事故報告を基に見直す 4. 他の施設等の参考事例を基に見直す 5. 特に決めていない 6. その他() 	
見直しの方法 (複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 委員会の議題として定期的に見直す 2. 委員会の議題として不定期に見直す 3. ヒヤリハット、事故報告を基に見直す 4. 他の施設等の参考事例を基に見直す 5. 特に決めていない 6. その他() 		
Q12 施設長不在時に事故が発生した場合の連絡・対応についてルールが定められていますか	<ol style="list-style-type: none"> 1. ルールが定められ、指針または手順書等に明記されている 2. ルールが定められているが、指針または手順書等には明記されていない 3. ルールが定められていない 		
Q13 事故発生時の、家族への連絡や報告、説明について、手順が定められていますか。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 連絡・報告、説明のタイミング、内容、対応者などが具体的に定められている 2. 方針や大まかな手順が定められている 3. 特に定められていない 		
Q14 一般的な介護事故防止のためのガイドラインやマニュアルを参考にしていますか	<ol style="list-style-type: none"> 1. 参考にしている 2. 参考にしていない 		
	<p>【「1. 参考にしている」と回答した方にお伺いします】</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="507 1256 724 1608">参考にしている場合のガイドライン・マニュアル (複数回答可)</td> <td data-bbox="724 1256 1503 1608"> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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19年3月三菱総合研究所) 2. 指定介護老人福祉施設における介護事故発生防止等に向けた指針策定にあたって(平成18年6月全国経営協版) 3. 福祉サービスにおける危機管理(リスクマネジメント)に関する取り組み指針「福祉サービスにおける危機管理に関する検討会」(平成14年厚生労働省) 4. 都道府県または市町村が発行しているもの(タイトル:) 5. その他() </td> </tr> </table>	参考にしている場合のガイドライン・マニュアル (複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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19年3月三菱総合研究所) 2. 指定介護老人福祉施設における介護事故発生防止等に向けた指針策定にあたって(平成18年6月全国経営協版) 3. 福祉サービスにおける危機管理(リスクマネジメント)に関する取り組み指針「福祉サービスにおける危機管理に関する検討会」(平成14年厚生労働省) 4. 都道府県または市町村が発行しているもの(タイトル:) 5. その他()
参考にしている場合のガイドライン・マニュアル (複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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19年3月三菱総合研究所) 2. 指定介護老人福祉施設における介護事故発生防止等に向けた指針策定にあたって(平成18年6月全国経営協版) 3. 福祉サービスにおける危機管理(リスクマネジメント)に関する取り組み指針「福祉サービスにおける危機管理に関する検討会」(平成14年厚生労働省) 4. 都道府県または市町村が発行しているもの(タイトル:) 5. その他() 		

(5) 手順書の整備

Q15 手順書の整備についてお伺いします

a) 手順書の位置づけ	<ol style="list-style-type: none"> 1. 委員会で所掌している 2. 委員会とは別に組織したメンバーで所掌している 3. その他()
b) 整備している手順書の種類(複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 薬の管理 2. 与薬 3. 移乗・移動介助 4. 食事介助 5. 入浴介助 6. 排泄介助 7. 救命救急 8. 事故発生時の対応 9. その他()
c) 手順書の見直し	<ol style="list-style-type: none"> 1. 委員会で定期的に見直す 2. 委員会以外で定期的に見直す 3. 定められた見直しのルールや仕組みはないが、随時手順書を見直している 4. 手順書の見直しは行われていない 5. その他()

Q16 あなたは貴施設全体の介護事故予防に関わる以下の項目について、それぞれどのように評価していますか	
a) 手順書の周知・共有状況(複数回答可)	1. 入職時に配布し、研修を通じて周知されている 2. 入職時以外に職員全員に配布され、研修等を通じて周知されている 3. 職員全員に配布されているが、特に研修等での周知は図っていない 4. フロア、ユニットによっては職員に配布しているところもある 5. 職員全員には配布せず、フロア、ユニットに手順書を配置している 6. その他()
b) 運用における課題(複数回答)	1. 手順書の内容が十分であるか分からない 2. 手順書の内容に不足がある 3. 手順書の内容が実態とあっていない 4. 手順書の見直しが不十分である 5. 手順書がわかりにくく理解されていない 6. 手順書に対する意識にばらつきがある 7. 特に課題はない 8. その他()

(6) 研修

Q17 介護事故発生防止のための職員研修についてお伺いします		
a) 平成23年7～12月(6ヶ月間)の研修実施状況	職員全体の研修(回数)	()回/6ヶ月 ※実施していない場合は「0」と記入してください
	外部研修の受講(回数及び人数)	()回/6ヶ月 受講者延べ()人/6ヶ月 ※受講していない場合は「0」と記入してください 研修の実施主体()
	入職時研修(人数)	()人/6ヶ月 6ヶ月間の入職者数()人 ※実施していない場合は「0」と記入してください
b) 研修内容	取り上げているテーマ(複数回答可)	1. 指針や業務手順書などの周知 2. 具体的な事故事例等に関する勉強会 3. 危険予知能力等の勉強会 4. ヒヤリハット、事故報告のしくみや書き方に関して 5. 事故発生時の対応に関して 6. 業務内容ごとのケアの手順の実技 7. その他()
	手法(複数回答可)	1. 講義 2. グループ討議 3. 事例検討 4. 実技・実習 5. ロールプレイ 6. その他()
Q18 事故予防に関するフロア、ユニットごとの研修の開催の有無(自主的な勉強会も含む)		1. 研修や勉強会が月1回以上開催されている 2. 研修や勉強会が3ヶ月に1回以上開催されている 3. 研修や勉強会が半年に1回以上開催されている 4. 研修や勉強会が年1回以上開催されている 5. 研修や勉強会は開催されていない 6. その他()
Q19 研修における課題(複数回答)		1. 全員での研修が困難 2. 研修のための時間の確保(残業など)が困難 3. 職員のレベルや理解力に差がある 4. 講師の確保が困難 5. 効果的な研修の方法が分からない 6. 教材が不足している 7. 特に課題はない 8. その他()

(7) 施設における取組み等

Q20 貴施設における介護事故予防に対する施設長の取組み姿勢についてお答え下さい。	施設長の責務を認識している	1. あてはまる 2. どちらともいえない 3. あてはまらない
	施設の取組方針を明示している	1. あてはまる 2. どちらともいえない 3. あてはまらない
	施設内で主導的役割を果たしている	1. あてはまる 2. どちらともいえない 3. あてはまらない
	現場担当者の主体性を重視している	1. あてはまる 2. どちらともいえない 3. あてはまらない
	現場担当者の活動を支援している	1. あてはまる 2. どちらともいえない 3. あてはまらない

3. 市区町村・都道府県（以下、「市区町村等」とします）との連携について

(1)市区町村等との連携について

Q28 市区町村等において事故報告について次の事項が定められていますか。	報告対象の基準 報告様式・書式 報告手順・要領	1.定められている 2.定められていない 3.わからない 1.定められている 2.定められていない 3.わからない 1.定められている 2.定められていない 3.わからない
Q29 これまでに、市区町村等に対して介護事故の報告を行ったことがありますか		1. 報告したことがある 2. 報告したことはない 3. わからない
【2. 報告したことはない】と回答された場合のみご回答下さい		
その理由としてあてはまるものをお答えください (複数回答)		1. 報告すべき介護事故はなかった 2. 報告対象となる事故かどうか判断がつかなかった 3. 報告する方法がわからなかった 4. その他()
Q30 市区町村等への報告に関する課題(複数回答)		1. 報告の手続きが煩雑である 2. 事故の直後には報告のための時間がとりにくい 3. 報告の範囲、定義が明確でなく報告すべきか判断が難しい 4. 施設内で報告対象とする事故の基準と異なるため報告しにくい 5. 施設内での事故報告と二度手間になり負担である 6. 報告することに心理的な躊躇がある 7. 報告することの効果がわからない 8. 市区町村等から過剰に責任追及を受ける懸念がある 9. その他() 10. 特にない
Q31 市区町村等に報告した介護事故について、市区町村から問い合わせや指導、支援等を受けたことがありますか(複数回答)		1. 記載内容の不備や不足に対する照会があった 2. 施設への訪問による状況確認や指導があった 3. 再発防止策に関する支援や情報提供があった 4. 再発防止策が適切に実施されているか確認があった 5. その他()
【3. 再発防止策に関する支援や情報提供があった】と回答された場合のみご回答下さい		
支援や方法提供の内容について、具体的内容をお書きください		
Q32 報告した事故に対する市区町村等からの問い合わせや支援、指導等で役に立ったことはありましたか		1. あった →(具体的に:) 2. なかった
Q33 報告した事故に対する市区町村等からの問い合わせや支援、指導等について、期待や要望があれば記入してください		1. ある →(具体的に:) 2. ない
Q34 これまで市区町村等から介護事故に関する情報提供はありましたか		1. あった 2. なかった
【「1. あった」と回答した方にお伺いします】		
a) どのような内容の情報提供がありましたか (複数回答)		1. 発生した重大事例の紹介による注意喚起 2. 報告された事故事例の集計結果や発生傾向など 3. 事故事例の分析結果に基づく対策例の紹介など 4. その他()
b) どのような形で情報提供されましたか (複数回答)		1. 紙面(郵送、FAX等) 2. 自治体のホームページ 3. 関係会議 4. 施設への訪問(口頭での情報提供) 5. その他()
c)上記の情報は役に立ちましたか		1. 大いに役立った } 2. 役立った } →役に立った内容について、具体的に記入してください。 3. どちらともいえない } 4. あまり役立たなかった } 5. 全く役立たなかった }
Q35 介護事故の予防に関して市区町村等から受けたい支援や協力してほしいことなどはありますか		1. ある } 2. ない } →「1. ある」の場合、具体的に記入してください。

【各施設様へのお願い】貴施設での事故予防のための指針、委員会規定、事故発生時の報告に関する規定、研修プログラム等について、差し支えない範囲でコピーを同封いただけますと幸いです。

～質問は以上です。ご協力ありがとうございました。～

平成 23 年度 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

事例集

特別養護老人ホームにおける介護サービスに関連する
事故防止体制の整備 事例集
～ 事故を防ぎ利用者の生活を守る ～

目次

1 背景・目的	1
(1) 事例集作成の経緯・目的	1
(2) 想定する読者および活用方法	1
2 介護事故予防に関する総論	2
(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	2
(2) 介護事故予防の目的と基本的考え方	4
(3) 介護事故予防の取り組みを通じたケアの質向上	5
3 介護事故を防ぐための体制の整備	6
(1) 組織の基盤づくり ～施設長主導のリスクマネジメント体制づくり～	6
(2) 指針・業務手順書の整備 ～業務システムの可視化～	9
(3) 委員会の設置 ～事故防止にチームで取り組む～	15
(4) 事故の報告と活用 ～事故の再発を防ぐ～	18
(5) 研修の実施 ～事故予防のための知識の獲得～	23
(6) 事故の予測と予防 ～利用者の心身のリスクに焦点を当てる～	26
(7) 行政との連携 ～原因分析と再発防止に向けた情報共有と連携～	29
4 よりよいケアを実現するために	30
(1) 家族とのパートナーシップ	30
(2) 特別養護老人ホームのケア環境の変化への対応	31
(3) 利用者の人権の尊重	32

1 背景・目的

(1) 事例集作成の経緯・目的

介護保険制度においては、利用者にとって安全かつ安心できる質の高いサービスの提供が求められています。特別養護老人ホームにおいては、これまでに介護事故、感染症の集団発生といった問題に直面しており、平成 18 年度制度改正では、こうした背景に即した指定基準の改正が行われるとともに、老人保健健康増進等事業により事故予防等のガイドライン等も作成されました。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、事故防止の取り組み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り組みを実施することが職員への負荷となる等、実効性が確保されにくい等の課題が指摘されています。

このたび、全国の特別養護老人ホームを対象として実態調査を行い、現場における取り組みの状況や実践する上での工夫や課題等を把握するとともに、先進的な施設へのヒアリング調査を行いました。これらの調査結果に基づいて、各施設における取組の参考としていただけるよう、事例集を作成しました¹。

(2) 想定する読者および活用方法

この事例集は、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や事故防止に携わる方々に活用していただくことを想定し、積極的・先進的な取組を行う 5 施設の事例を整理し、取り組みの内容ごとにご紹介したものです。

施設における事故防止を進める際に、これらの事例を役立てていただければ幸いです。

施設長・管理者として：

施設における事故の防止やケアの質向上のための方針の策定、基盤となる組織体制や仕組み作りの参考としてお読みください。

リスクマネジメント担当者・現場のリーダーとして：

利用者の安全を守り事故を防止するための様々な取組の意義を改めて確認し、現場で継続的な実践が可能な効果的な取組を計画・推進する際の参考としてお読みください。

一人ひとりの職員として：

日常の業務の中で、事故防止のための活動の意義を理解し、利用者の安心と満足のためにより効果的に実践するためのヒントとしてお読みください。

ただし、その地域や施設の事情は個々に異なります。施設の規模や利用者層、人員体制やサービスにもそれぞれ特徴があります。他の施設で効果をあげている取組の基本的な考え方を参考にし、施設の特性に応じてそれぞれの施設にふさわしい取組を推進することが重要であると考えられます。

¹ 調査の詳細は、「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 報告書平成 24 年 3 月 株式会社三菱総合研究所」をご参照ください。

2 介護事故予防に関する総論

(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、設備及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。

- 特別養護老人ホームは、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**事故発生防止のための指針を整備すること。**
 - ・ 事故が発生した時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について、職員に周知徹底を図る体制を整備すること。**
 - ・ **事故発生の防止のための委員会及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。
- 事故の状況及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。

また、上記の省令に対する解釈通知²についても、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。

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が、介護事故予防を通じてケアの質を向上するための体制をつくるべき³との考え方があります。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示されました。

《参考》解釈通知の内容

(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な場合（ヒヤリ・ハット事例）及び現状を放置しておく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

² 「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）

³ 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。

- [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) 事実の報告及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] 報告された事例及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及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、施設長（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及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。

(2) 介護事故予防の目的と基本的考え方

1) 福祉サービスの基本理念

○ 利用者が心身健やかに自立した日常生活を営めるよう支援する

社会福祉法第3条には、「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。」と明記されています。この理念に基づき、利用者の健康を脅かす介護事故を予防することが重要です。

2) 生活の場である高齢者介護施設における事故

○ 高齢者の生活の場で事故はいつでもどこでも起こる可能性がある

高齢者の生活の中では、さまざまな場面で事故が起こることが想定されます。事故を完全に防ぐことは難しく、例えば、転倒防止のために「歩く」ことを制限したり、誤嚥防止のために「食べる」ことをあきらめるのは本末転倒といえるでしょう。高齢者のその人らしい生活とその生活上でのリスクについて、ご利用者、ご家族を含めた関係者が共有することが重要です。

3) 事故から学ぶ

事故を防ぐためには、起きてしまった事故から学び、再発防止、未然防止につなぐことが重要です。以下のような基本的な考え方を前提とし、関係者の共通認識とします。

○ 事故から学び、再発の防止・サービスの質の向上につなげる

万一事故が起きてしまった場合、その事故の情報は事故の再発を防止するための貴重な情報となります。原因や対策、教訓を広く共有し、有効に活用しましょう。再発防止につなげるためには、客観的な事実に基づいて情報を収集し、事故に至った原因を分析することが大切です。事故から学ぶことで、再発の防止、さらにはサービスの質の向上に役立てることができます。また、事故後の適切・迅速な対応により、被害が最小限になり、更なるトラブルの発生を防ぎ、ご利用者・ご家族との良好な関係の維持・強化につなげることもできます。

○ 仕組みを見直す具体的な対応

事故の中でも、ケアの手順の誤りやスキル不足によって発生した事故は高齢者の生活を支えるサービス提供者として防ぐことができるものであり、特に有効な対策が求められます。「気を付ける」「見守りを強化する」という曖昧な対策ではなく本質的な対策を導くためには、背景にある要因を分析し、組織体制やケア手順の見直しなど、組織の仕組みとして事故を防止し、サービスの質を向上させる具体的な対策が必要です。

○ 関係者全体の目標の共有、理解の促進

事業者と行政は、それぞれの立場から高齢者の生活の支援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」の姿勢が重要です。事業所や職員の責任追及に矮小化して捉えるべきではありません。ご利用者・ご家族も、高齢者の「生活の場」における事故のリスクや、防止策の考え方に対する正しい理解のもとで、ともに利用者を支えるという意識を持つことが必要です。

(3) 介護事故予防の取り組みを通じたケアの質向上

施設における介護事故予防の取り組みは、それ単独で実施するのではなく、施設全体のリスクマネジメントの一要素として推進することが重要です。

全国社会福祉施設経営者協議会が作成した『指定介護老人福祉施設における介護事故発生防止等に向けた指針策定にあたって（全国経営協版）⁴』には、リスクマネジメントの組織的な取り組みにおける経営トップ・管理者の責任と取り組み姿勢の重要性について言及するとともに、リスクマネジメントの基本的事項として以下の4つのポイントを掲げています。

～リスクマネジメントの取り組みにあたっての基本～

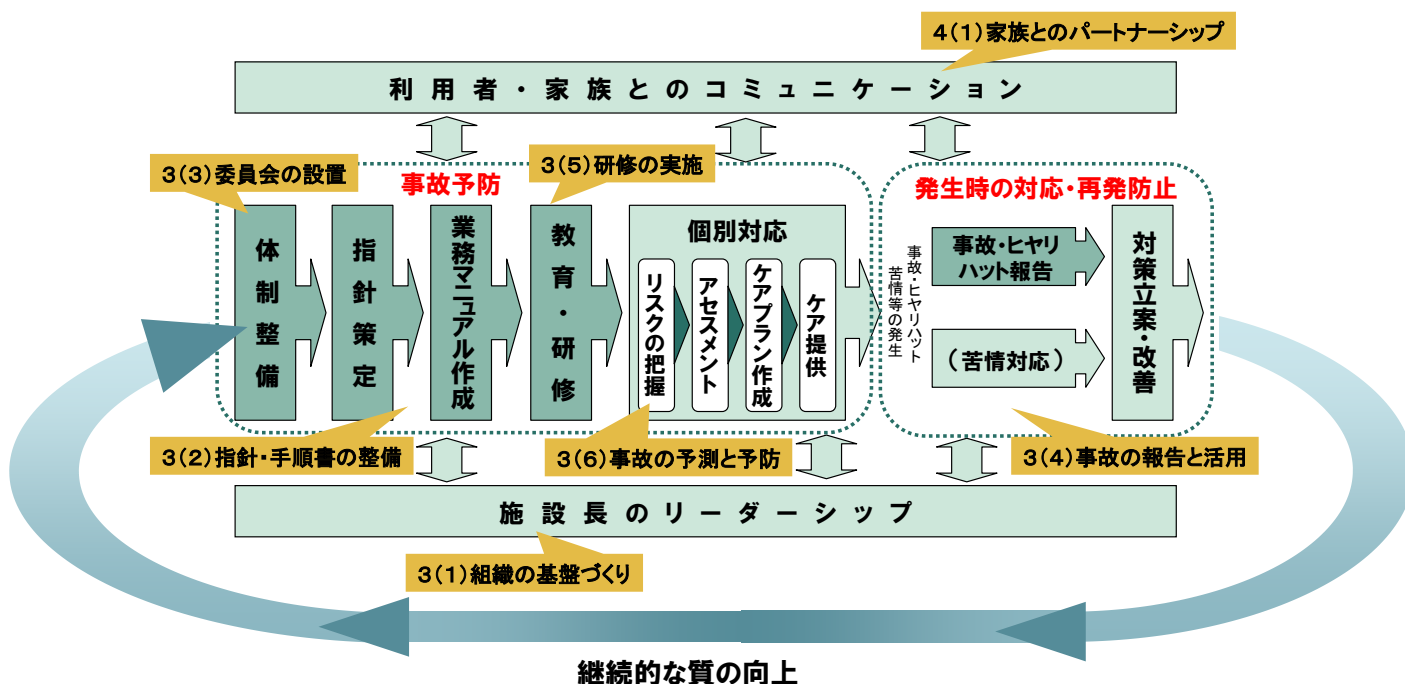
- 組織風土の改善および組織づくり
- 利用者像の的確な把握（アセスメント、個別援助計画）
- サービスの標準化
- 利用者・家族などとのコミュニケーション

介護事故予防の取り組み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再発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。

本事例集では、上記のリスクマネジメントの観点に基づき、特に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り組みを中心に紹介しています。

図表 介護事故予防の取り組みを通じたケアの質向上のプロセス



⁴ 「経営協関係資料 報告書、研究成果 その他法人経営」 http://www.keieikyo.gr.jp/data/pre_jikobousi_0606.pdf

3 介護事故を防ぐための体制の整備

(1) 組織の基盤づくり ～施設長主導のリスクマネジメント体制づくり～

施設長の関わり

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及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施設の代表者である施設長です。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長の責務です。

施設長は、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。施設長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。そして、施設長は周囲の職員を統率・牽引し、リーダーシップを発揮する必要があります。

ただし、施設内におけるあらゆる場面で施設長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、施設長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、施設長は職員の行動・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。

事例の紹介

施設長の役割

- 組織の方針を示し、職員に対して利用者本位の安全・安心のための施設の方針を意識付ける
形だけの取り組みでは、効果は期待できません。組織として何を目指すのか、なぜそれが重要なのか、基本的な意識を浸透させます。
- 事故予防の方針に沿って、体制整備や仕組みをつくる。
体制整備や仕組みづくりなど、施設運営の根幹に関しては、率先して施設長が決定します。
- 日常の事故予防の取り組みそのものは、現場主体で行う（適切なリーダーの配置・任命と権限委譲、個々の職員の主体的な参加）。
職員の主体的な行動や気づきを促すためにも、施設長が現場ですべてを指示するのではなく、日常的な事故予防の取組み等について、主任など中堅職員に権限を委譲し、それ以外の個々の現場職員たちも自発的に行動ができるようにしています。ただし、任せきりにするというのではなく、施設の中で起きているヒヤリハットや事故については常に把握する必要があります。
- 事故・トラブルが発生した場合には施設長の責任で対応
事故や家族とのトラブルの際には施設長が率先して対応する姿勢が重要になります。

施設の特徴に応じた基盤づくり

介護事故を予防するための体制や仕組みがしっかりと機能するためには、組織の基盤として職員が自ら動き、気づくことができるという組織風土を醸成することが重要です。

そのためには、以下のような取り組みが重要です。

- ① 「利用者本位」「その人らしさの尊重」「生活の重視」という基本理念を浸透・定着させる
- ② 事故防止・リスクマネジメントの考え方の理解を促進する
- ③ 職員の自主性、参加意識を向上させる
- ④ 職員のプロフェッショナルとしての意識、向上心、モチベーションを高める

①にあげた「利用者のその人らしい生活を支援する」という基本理念を職員の中に定着させることが重要であり、その上で②にあげたリスクマネジメントについての理解を深めます。

③の自主性、参加意識の向上については、施設長のトップダウンで職員が動くだけでなく、職員が自発的に考えて動くことで、職員の気づきに対する力の向上につながります。④については、職員が自らケアの技術の向上や業務への熱意の維持・向上を図ることでよりよいケアへとつなげることができます。

施設の特徴に応じて、さまざまな側面から基盤作りの工夫が可能です。以下にいくつかの施設の取り組みをご紹介します。

事例の紹介

施設Aの取り組み

- ・ 病院の医療安全の仕組みを参考にしてリスクマネジャーを2名配置している。事故発生時には現場の職員が中心となり、原因や対応策について検討を行い、リスクマネジャーは補佐的な立場で対応する。担当者のみの活動ではなく現場職員の全員が主体的に関わる仕組みとなっている。
- ・ フロアのリスクマネジメント担当を年度持ち回りで経験する。全員が知識の向上を図り、意識を高めることができる。

施設Bの取り組み

- ・ 「リスクマネジメント＝大切な人を守る力」と捉え、わかりやすい言葉でリスクマネジメントの考え方を職員に浸透させる。
- ・ 小冊子「クレド」には施設のビジョン、行動指針、ケア・サービスへの心構えが記載されている。「クレド」を全職員が携帯することで、施設方針を全員が共有することができる。
- ・ 日常活動の中で「仮説と検証」を繰り返すことで、リスクに対する意識・感受性を高めている。朝の申し送りで「特に全体で共有すべき点（仮説）」に絞って引き継ぎを行い、リスクマネジメントの目標を立てる。次の引継ぎの際に実際にはどうだったか（検証）を申し送る。

施設Cの取り組み

- ・ 事故報告について、個人を責めるのではなくポジティブにとらえる風土を作る。あがってきた報告は必ずチームで取り上げ、全員で改善策を考える。また報告について負担と考えるのではなく、「報告することが事故予防につながる」「対策を考えることが職員のスキルアップにつながる」というポジティブなとらえ方を実践している。
- ・ チームとして取り組む体制やフロアや主任会議で情報を共有し、施設の中を透明化する努力が「隠しごとをしない」組織風土につながっている。
- ・ 職員全員が主体的に関わる意識が重要。若手職員も自分が作成した報告書や提案がチームでの検討を経て改善策となってフィードバックされることでモチベーション向上につながる。そのようにして組織運営への参加意欲を引き出す。

施設Dの取り組み

- ・ 施設の開設当初は、組織の基盤固めのため施設長がトップダウンで職員に直接指示を与えていたが、その後ミドル（中堅職員）の育成のため、ミドルから職員に指示を出すように変えていった。最終的には現場職員が主体的に考え行動できるボトムアップの組織運営を目指すことで、組織に持続性を持たせるようにしている。
- ・ 事故データの統計をとり、それを根拠に職員の意識改革を図った。毎月の報告書の集計を繰り返すことで、事故が起りやすい時間帯・場所・傾向等を客観的に示すことができる。
- ・ リスクマネジメントは、「個別ケア」「組織づくり」「環境の見直し」を三本柱と位置づけている。3つの要素はお互いに影響を与えあうので、事故予防を図るためにケア、組織、環境は一体的に変えるようにしている。
- ・ 事故報告・インシデント（ヒヤリハット）報告から作成したリスク表を使って、他部署も含めて施設全体を見て回る（ラウンドする）。そのことにより施設の一体感の醸成や、職員のリスクへの気づきの促進につながる。

施設Eの取り組み

- ・ すでに手順書や事故発生後の対応マニュアルは整備されているので「事故予防」のためのマニュアルの作成を行っている。ケアの中でどのようなところに危険があるのか検証し、気づきを促すノウハウを整理・体系化する。なぜ増加する事故があるのか、なぜ再発防止策がうまく機能しなかったのかを分析し、現場とマニュアルの実効性・使い方についてやりとりを繰り返しながら作成している。
- ・ 施設にはリスクマネジメント委員会があるが、現場にも「ヒヤリハット委員会」を設置している。ヒヤリハット委員会は若手職員が多く参加することもあり、若手の教育の場となっている。職員の気づきを促すために案件について統括リーダーと一緒に考え、検討を行っている。
- ・ 「フロア会議」では重大なヒヤリハットの案件について全員で検討を行ったり、事故の再発防止対策、事故に関する周知を行い、フロア全体で事故についての認識の共有を行っている。
- ・ フロアに「ヒヤリハットみつけ」というノートがあり職員が気づいたことを書き足していく。正式な報告書ではないので、どの職員も気軽に書き込むことができる。自由に書いていく中で職員に気づきがあればよい。報告書という形式では「自分が悪い」という思いが先行して客観的に見えなくなってしまうところがある。またノートがあることで、管理者が職員の興味分野や夜勤の職員の動き、職員の生の声に気づくことがある。

(2) 指針・業務手順書の整備 ～業務システムの可視化～

介護事故予防の指針

Point 施設としての基本方針の明示

介護事故予防の指針とは、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、全体像や個別の取り組みの狙いなど、職員一人ひとりが事故予防の重要性やそれぞれの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。

事例の紹介

リスクマネジメント指針

施設Aにおけるリスクマネジメント指針は、「基本方針」から始まり、「リスクマネジメント実施要領」として「委員会の設置運営」「介護事故予防」「事故発生時」「身体拘束」などの要素について具体的に示しています。

「基本方針」には、右に示すように、施設Aにおけるリスクマネジメントの基本的な考え方や目標が示されています。

たとえば「リスクマネジメント委員会の設置運営」については、「設置の目的」「開催」「構成員」「各職種の役割」が示されています。

目次

1. 基本方針	1
2. リスクマネジメント実施要領	2
1. リスクマネジメント委員会の設置運営	2
2. 介護事故予防に関して	4
3. 事故発生時の対応	6
4. 身体拘束に関して	15

1. 基本方針

介護事故・身体拘束ゼロをめざし、職員一丸となって次のことに取り組む。

(1) みんなで議論し、共通の意識をもつ

職員が介護事故・身体拘束の内的・外的弊害をしっかり認識し、どうすれば介護事故・身体拘束をゼロにできるかを十分に議論し、みんなで問題意識を共有する。その際に「ご利用者様中心」という考え方を最も大切にする。保護者（代理人）に対しては、身体拘束に対する基本的な考え方や転倒等事故の防止策や対応方針を十分に説明し、理解と協力を得られるよう努める。

(2) 事故の起きない環境を整備する

事故の発生を防止するためにも、ご利用者様の心身の状態の把握を行い、適切な介護を行うことにより、また、ご利用者様が使用している機器・設備・環境の整備を行うことにより、事故がなくなる様努める。また、事故が発生した際には、対応策について検討を行い、周知することにより、同じ事故が再発しないよう努める。

(3) 身体拘束を必要としない状態の実現をめざす

ご利用者様について心身の状態を正確にアセスメントし、身体拘束を必要としない状態をつくり出す方向を追求する。問題行動がある場合も、その原因を探り、取り除けるよう努める。身体拘束せざるを得ない場合でも、本当に代替する方法はないのかを真剣に検討し、「しかたがない」「どうしようもない」とみなされて拘束されている人はいないか、拘束されている人については「なぜ拘束されているのか」を考え、拘束が解除されるよう検討を行う。

安全な介護を提供するための10カ条（指針）

施設Dでは、「抑制しないケア」に取り組み、サービスを評価するのは利用者の側にあるという考えから、左にあるような安全行動指針を掲げています。また、安全管理の面から、「安全な介護を提供するための10カ条」を作成し、リスクマネジメントの指針としています。その中にはヒヤリハットの共有や根拠の示せるケアの確立等があげられています。

安全な介護を提供するための10カ条

2001年11月11日

では、1999年6月より「抑制しないケア」に取組んできた。その取組からの気づきは、個別ケアの原点に立ち返ることであり、個別ケアの実践であり、個別ケアというゴールの再確認であった。

また、介護保険制度への移行は、利用者対事業者間に対等平等の関係を構築するための多くの課題を介護現場に投げかけている。従来の提供する側の論理を、180度転換し、利用者満足（CS）の確立、つまり、サービスの評価する軸は、事業者の側にあるのではなく、利用者の側にあるという再確認

そのためには、常に判断の基準を現場に近いところに置き、自らの判断で行動できる専門職の育成と、現場への権限の移譲が欠かせないであろう。

では、以下のような行動指針を掲げ、現場が行動の準拠すべき優先順位を示している。

安全行動指針

S (Safety) 安全
M (Manner) マナー、最低限の礼儀
C (Care) 最高のケア、専門性の高いケア
F (Function) 機能、専門性の高いチームケア機能

さらに、安全管理の面から、以下のような「安全な介護を提供するための10カ条」を掲げ、現場の危機管理、安全管理、リスクマネジメントに資するための指針とする。

安全な介護を提供するための10カ条

1. 安全は、ケアの技術の第一歩
2. 利用者主体の安全教育、事業所、施設との対話の重視
3. ヒヤリはっとの共有が、明日の事故を予防する
4. 指差し確認、手順確認、動作確認、まず自己確認
5. 情報は、的確、適切、適時にほうれんそう（報告、連絡、相談）
6. そこにあるリスクの予想、予知、予防
7. 最善の方法も、明日には旧くなる。常に見直し
8. 根拠の示せるケアの確立、速くて近い個別ケア
9. 生活と介護は地続き、日課中心の業務は生活が見えなくなる
10. 安全は、みんなの願い、整えよう良い環境（生活、介護、労働）

クレド（小冊子）

施設Bでは職員が携帯しやすい小冊子の大きさでクレド（信条）を作成し、施設のビジョン、行動指針、ケア・サービスの心構えを明記しています。

ケア・サービスの心構えの中にリスクマネジメントについても触れられています。

その中で、事故を未然に防ぐために利用者のケアについて「仮説」と「検証」を繰り返す、「大切な人を守る」という気持ちがリスクマネジメントに必要である、といった職員の心構えが記されています。

ケア・サービスへの

心構え

《リスクマネジメント》

- 1、リスクマネジメントに必要な予見能力や事故後の適切な対応は、「大切な人を守る力」です。私たちにあって、大切な利用者を守るために、今までの経験+自己学習による、心のこもったリスクマネジメントを行ないます。
- 2、事故を未然に防ぐために、仮説と検証を繰り返し行ない、長生きのサポート、安全をお約束します。
- 3、QI(クオリティインプルーブメント)の追求を基本ベースに、安易な事故防止だけでないマネジメントを行ないます。
- 4、事故や急変時にも、冷静に迅速かつ適切な対処をします。

事故対応マニュアル

Point 事故発生時の迅速・的確な対応

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くことも重要です。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ておくといよいでしょう。

事例の紹介

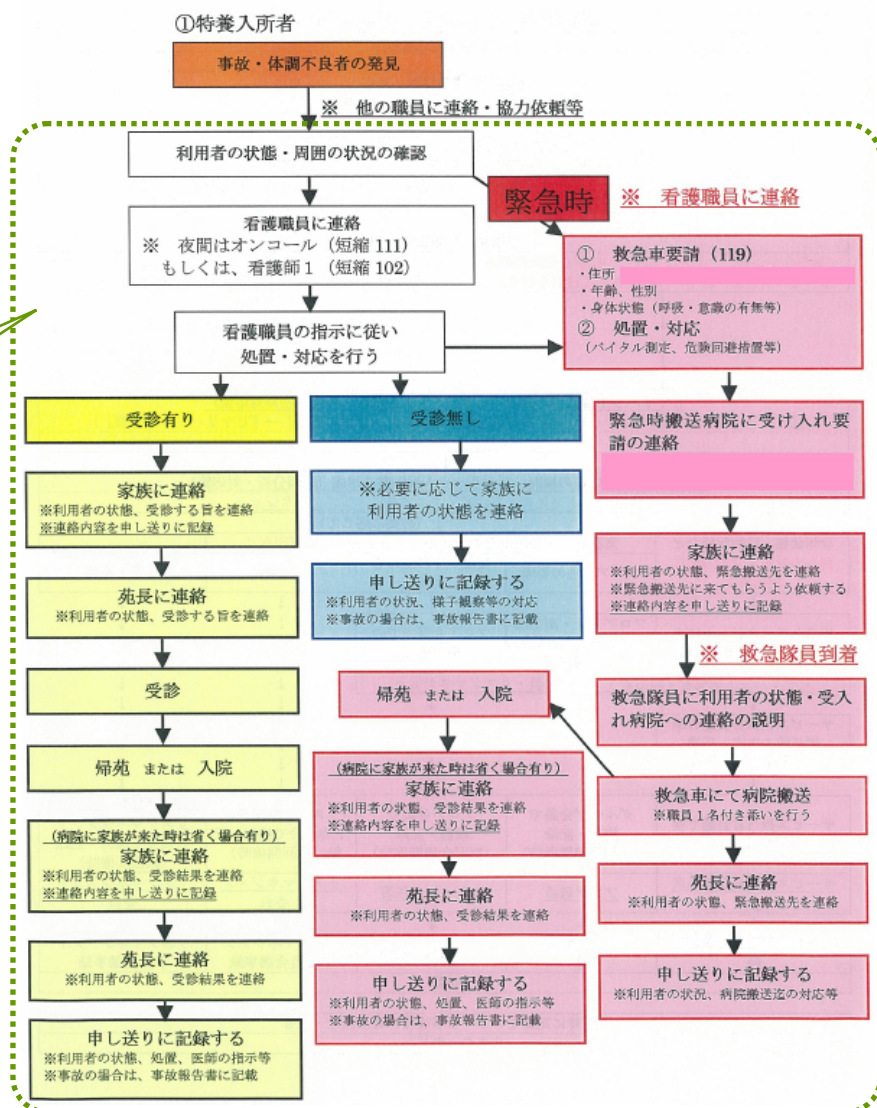
事故発生時の対応の流れ

施設Aにおいては、事故（体調不良）の発見に際して、「受診有り」「受診無し」「緊急時」の3つのパターンに分けて、事故発生時の対応の流れを示しています。3つのパターンによって、家族や施設長への連絡のタイミングが異なっています。

「受診有り」「受診無し」「緊急時」の3つのパターンで対応が異なる。

3. 【事故発生時の対応に関して】 (1) 事故発生時の対応

事故が発生した際の対応に関しては以下の流れに沿って、処置・緊急対応・家族連絡等の対応を速やかに実施する。



事故対応マニュアル（手順書）

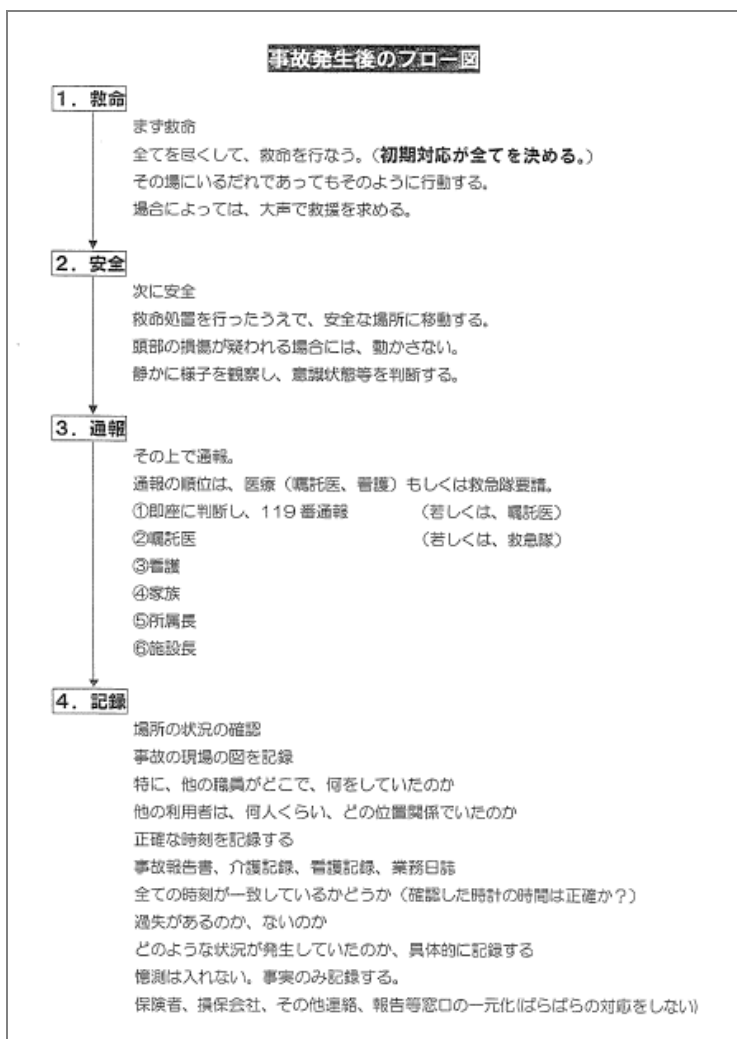
施設Cにおける手順書は、「第一発見者」「応援職員」「医療スタッフ」など役割ごとに、また「転倒・滑落等」「誤嚥・異食等」といった場面ごとにとるべき対応を1枚の紙面上にまとめています。あわせて「事故報告と今後の対策」についても同じ紙面上にまとめています。

事故対応マニュアル 1

※ 事故発見	転倒・滑落等			誤嚥・異食等		
	第一発見者	応援職員	医療スタッフ	第一発見者	応援職員	医療スタッフ
応急処置職員 協力依頼 ↓ N s、D r 連絡 ↓ 半日断 ↓ 生活支援室又は当日リーダーに連絡相談 ↓ HP 相談 ↓ ホーム内対応 ↓ 事故報告と今後の対策	<ul style="list-style-type: none"> 呼名、意識の有無、外傷 出血の有無の確認後、医療スタッフ要請 発見場所によっては応援職員と共に移動する 後援、血圧測定 	<ul style="list-style-type: none"> 体温計、血圧計の用意 事故についての情報収集を行なう(本人・同居者等) 	<ul style="list-style-type: none"> N s、D r到着 HP搬送か、ホーム内対応か判断する 	<ul style="list-style-type: none"> 誤嚥・異食をはずし、口腔内のものをかき出し、タッピング ベッド上→側臥位に座位→前傾姿勢にしタッピング 	<ul style="list-style-type: none"> N s、D rへ連絡 吸引器の準備 N s到着まで吸引し、N sに引継ぐ 何を誤嚥、異食したか情報収集 	<ul style="list-style-type: none"> D r、N s到着 吸引等必要な処置を行なう 何を誤嚥、異食したか確認、利用者の状態に応じ、HP搬送かホーム内対応か判断する HP搬送の場合、救急車の要請
	<ul style="list-style-type: none"> 原則的に付添者となる 他の職員に引き継ぐ時は家族連絡先を含め、情報を細かく伝える 病院からプロア、生活室支援室、必要により家族に連絡 帰寮後、生活支援室、家族に連絡 	<ul style="list-style-type: none"> 家族に連絡 受診・入院の準備、車の手配 保険証 ケース台帳 衣類 受付に救急車を要請したことを連絡(内線104 直通119) 	<ul style="list-style-type: none"> HP搬送が必要と判断された場合 骨折の疑い 出血多量 意識不明等 救急車の要請 	<ul style="list-style-type: none"> 誤嚥・異食をはずし、口腔内のものをかき出す 何を誤嚥したのか確認(本人、周囲の利用者等) 洗剤、薬品類で飲み込んだしまったものは、はきださせない 		
	<ul style="list-style-type: none"> D r、N s、生活支援室の指示を仰ぎながら観察等を行なう 移動者に様子観察についての引継ぎを行なう 		<ul style="list-style-type: none"> 比較的軽症でホーム対応となる場合 すり傷 打撲 等 必要な処置の実施 今後について指示 			
	<ul style="list-style-type: none"> 事故報告書を作成し、生活支援室に提出する 原因と対応、今後の対策をフロア内で話し合い、今後の対策を統一する 経過の観察、経過報告書の記入を行い、必要に応じて、随時家族に報告する D r、N sの指示があるまで継続し、完了後、最終的に家族に報告し、生活支援室へ最終報告書提出する 					

事故発生後のフロー図

施設Dが作成しているフロー図では、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枚に簡潔にまとめられています。また「まず救命」「次に安全」といったように時間の流れに沿って対応が書いてあるので、職員にとってわかりやすい流れになっています。



業務手順書

Point 1 業務手順書の意義

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になります。ケアの方法を各施設で標準化し、職員皆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、ケアの目的を確実に達成することができます。

—業務手順書の意義—

- ①手順書によりケアが標準化され、それを職員が実践することで施設全体のケアの質を保つことができる
- ②適切なケア方法・手順が示されることによってスムーズにケアを行うことができる
- ③これまでに蓄積されていたケア方法を明文化することで、誰もが同じ質でケアを行うことができる

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。利用者個別の配慮として、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より添った配慮事項を共有することで、質の高いケアが実現します。

Point 2 手順書の作成

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いけないことを、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（対応フロー）

Point 3 手順書の周知、手順書に沿ったケアの徹底

手順書に記載された内容が確実に適切なケアの実践に結びつくよう、周知し研修を実施します。その際、手順書に示された内容は単に知識として覚えるものではなく、日常のケアで実践的に活用することが重要であることを明確に伝えます。

—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

Point 4 手順書の見直し、改善

現場の環境や業務・ケアの実態と手順書の内容が整合するものでなければ手順書は活用されません。実際に手順書に沿った業務を行い、必要に応じて見直すための仕組みを整える必要があります。改訂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うよう心がけましょう。また、ヒヤリハットや事故報告があった場合には、手順書に不足がないかどうかの検証を行います。

さらに現場で使いやすく、役に立つものにするためには、内容が固定化せず、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

事例の紹介

介護手順書の例

施設Cの介護手順書は、右のような構成となっています。

手順の流れをフローで示し、それぞれのステップでのポイントおよび担当者が記載されています。また、ステップごとに実施する上での特記事項や注意することが示されています。さらに図や写真を掲載することで、具体的な手順や方法をわかりやすく伝えています。

介護手順書（食事介助）〔抜粋〕

手順	ポイント	担当者	特記および注意すること	記録類	図および写真
1 備品等準備	1-1 ・設備：テーブル、いす ・備品：エプロン、コップ、 補助具、おしぼり... ・材料：水分（お茶、牛乳、 ポカリスエット、コーヒー等）	介護職員	・利用者への自立・自律支援から、いすやテーブルの高さを考慮する。 ・利用者で、準備等の手伝いが可能な方は職員等と一緒にを行う。		
2 衛生	2-1 ・職員等：介助を行う前に手洗いをし、食事介助用エプロンを着用する。		・実習生・ボランティア等が介助を行う場合は、前もって説明を行う。		
	2-2 ・利用者：認知症および体の弱いお年寄りに手拭用のおしぼりを渡す。 ・介助を必要とするものは.....		・洗面所で手洗いのできる方は、洗面所で前もって行っていただく。		
3 環境調整	3-1 ・食堂の明るさ、BGM、植物、テーブルクロスの色彩等、環境と雰囲気食事をしやすいよう調整する。		・利用者の座る場所や席順にも考慮し、家庭的な雰囲気を作るようにする。	献立表	
.....

(3) 委員会の設置 ～事故防止にチームで取り組む～

Point 1 委員会の意義

安全管理のための委員会（リスク管理委員会等と呼ばれることもあります）は、施設における事故予防や安全の確保を担う意思決定機関であり、報告制度等を通じて収集された情報をもとに施設のリスク状況を分析し、必要な対策について機関決定するためのしくみです。

—委員会の果たすべき機能—

- ① 情報を集約し、分析する
- ② 収集した情報に基づいて対策を検討・決定する
- ③ 対策を周知する
- ④ 対策の効果を検証する

Point 1 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

Point 2 構成メンバーの選定と適切な権限委譲

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長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です。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—

- 施設長・・・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するとともに、委員会検討事項を現場に伝達
- 医師・看護師・・・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

Point 3 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、要因を明らかにし、対策を検討する視点とともに、事故やヒヤリハットの統計をとることで、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。

事例の分析や対策検討は、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・ヒヤリハットの概況報告
 - ・ 事例に基づく分析
 - ・ 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

Point 4 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

Point 5 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は、一定期間経過後（1ヶ月後、3ヶ月後など）に必ず評価します。事故報告書や対策計画書の様式に評価欄を設けておくと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の実施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。

Point 6 その他の検討事項

委員会では、様式や研修など介護事故に関わること全般について、施設全体の視点から検討したり、フロアや部署を超えて共有する機会となります。

- ・ 対策の共有化・ヒヤリハットの共有化
- ・ 様式などツールの見直し
- ・ 委員会決定事項のフロアへの周知方法など見直し
- ・ 人材育成・研修のテーマについての検討

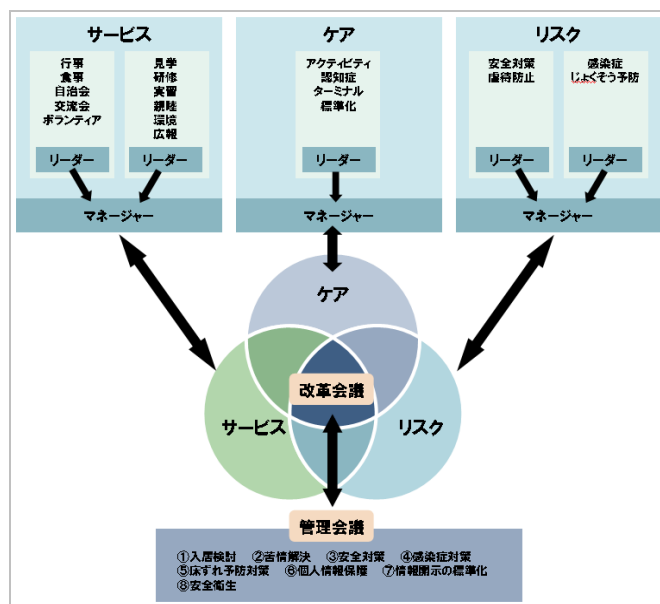
事例の紹介

委員会の設置

施設Dでは、経営管理の観点から「サービスマネジメント」「オペレーション（図中ではケア）マネジメント」「リスクマネジメント」についてバランスよく取り組むことを方針として掲げており、それぞれに対応するマネジャーを配置し委員会を設けています。

委員会の構成

施設Dではリスクマネジメント関連の委員会には安全対策・虐待防止・感染症・じょく創予防の4つがあり、それぞれについてリーダーが配置されています。さらに、4つの委員会を統括する立場としてリスクマネジャーがいます。なお、介護事故については安全対策委員会が担当します。



委員会のメンバー構成

【施設A】 施設長、ケアディレクター（統括責任者の補佐）、リスクマネジャー、介護支援専門員、生活相談員、PT、管理栄養士、フロア職員（リスクマネジメント推進担当）

【施設B】 施設長をトップとして、介護主任1名、副主任2名（各フロアから1名ずつ）、看護師1名、生活相談員1名、機能訓練指導員1名

【施設D】 委員会には各部署からスタッフが参加。個々の部署の実態を踏まえて、様々な視点からの情報交換、意見交換をする。

ヒヤリハット委員会の設置と連携

施設Eでは、リスクマネジメント委員会のほか、現場に「ヒヤリハット委員会」が設置され、リスクマネジメント委員会（親）－ヒヤリハット委員会（子）という関係になっています。

「ヒヤリハット委員会」のメンバーは統括リーダー、チームリーダー2人（中堅職員）、特養の各フロアから4人（一般職員）が参加します。ヒヤリハット委員会がヒヤリハットを検討する場であると同時に、若手の教育の場になっており、統括リーダーが若手職員に対してケアにおける気づきや主体的に考えることをうながしています。

検討事項のフィードバック

施設Dでは委員会で検討した内容（毎月の事故・ヒヤリハットの集計結果、事故報告の分析結果、改善アイデアなど）についてリスクマネジャーを通して現場に伝えます。朝の申し送りのタイミングなどを活用して周知しています。

事故予防のためには、事故報告書に基づき検討した対策・改善策を現場に周知することが一番の対策と考えています。そのためには、なるべく迅速に現場にフィードバックすることも重要です。

(4) 事故の報告と活用 ～事故の再発を防ぐ～

Point 1 事故報告の意義

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」も、事故予防のための貴重な情報と考えることができます。事故やヒヤリハットの報告は、施設のケアの質向上を目的とした、施設内の貴重な教訓を収集するための方法と位置づけることが重要です。

職員の間には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。

介護事故やヒヤリハットは再発防止や改善のための貴重な機会であり、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。

—事故報告制度の意義—

- ① 事故・ヒヤリハットの情報収集
- ② 再発防止のための分析・検討につなげるためのステップ
- ③ 報告および再発防止策が職員に周知され、利用者をよく観察するようになりケアの質が担保される

Point 2 事故報告の流れ

事故が発生した場合、まず事故の発生を上司もしくは同じフロアの職員に報告します。この時点では、書面等の形式にはとらわれず口頭でもよいので迅速に報告することが重要です。その後事故対応を行うとともに、同じ場所で同様の事故が起こらないように、その場にいる職員たちで状況の分析と即時的な再発防止策を施します。これはあくまでも正式な対策ではなく一時的な処置になります。

現場での対応が完了したら、事故の記憶が鮮明なうちに報告書を作成します。作成者は現場の状況をよくわかっている者（事故発見者等）が担当します。その後、報告書をもとに事故の再発防止のための正式な分析・検討を行います。再発防止対策は課題の共有やより多くの視点を入れるためにも、フロアや施設全体など多くの職員による検討が望ましいです。

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委員会やリスクマネージャーが評価することにより対策の実効性を確認することができます。

—事故報告の流れ—

- ① 事故発生の一報
- ② 即時的な事故への対応・分析
- ③ 報告書の作成
- ④ 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）
- ⑤ 再発防止策の施設全体への周知・対策の実効性の確認

Point 3 事故報告書様式

事故等の報告書の作成は、事故を発見した職員が担当することが多くなります。そのことにより職員が事故報告を負担に感じ、報告のモチベーションが低下しないよう、様式には工夫が必要です。

例えば、自由記述欄が多くあると、慣れていない職員にとっては何を書いてよいのかわからず悩んでしまいます。そのような場合は、記入例、記入要領を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）などは、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。なぜ事故が起こってしまったのかを分析することで、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。

ある施設では報告書様式に「身体拘束廃止の観点」という項目を設け、事故予防策が利用者にとって嫌な思いや我慢を強いるものではないか、といった視点から事故の再発防止策を考えられるよう設計しています。

—報告書様式のポイント—

- ・ 発見者が報告書を書くことの心理的負担感の低減
- ・ 自由記述よりもチェックボックスの方が効率的な部分と、文章や図など手書きで描いたほうがわかりやすい部分を検討する
- ・ 報告書の作成により職員の気づきを促す

Point 4 事故の分析・再発防止策の検討

事故の原因分析・対策検討は、介護事故が起きた「直後」に行うことが効果的です。委員会等で詳細な分析を行うことも必要ですが、それとは別に事故直後にその場にいる職員で可能な範囲の分析と再発防止対策を行うことにより、同様の事故の再発を防ぐことができます。また、時間の経過によって現場の状況も変わり、関係する職員の記憶も薄れてしまうため、正確な状況確認ができなくなることを防ぐことができます。

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だけ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、職員の負担軽減や事故報告が担当者を責めるものではなく事故について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、決定した事故の原因分析および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こそが同様の事故の再発防止につながります。

さらに、再発防止対策を実際に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。

—事故の再発防止策検討のポイント—

- ・ 発見者・担当者のみが対策を考えるのではなく施設全体で対策を考えるという姿勢
- ・ 現場へのフィードバックの徹底
- ・ 原因分析・改善策検討により個々の職員が注意して観察するようになる
- ・ 再発防止策の評価・効果の検証
- ・ 事故発生「直後」に可能な範囲で原因分析・対策検討して同様の事故の再発を防止

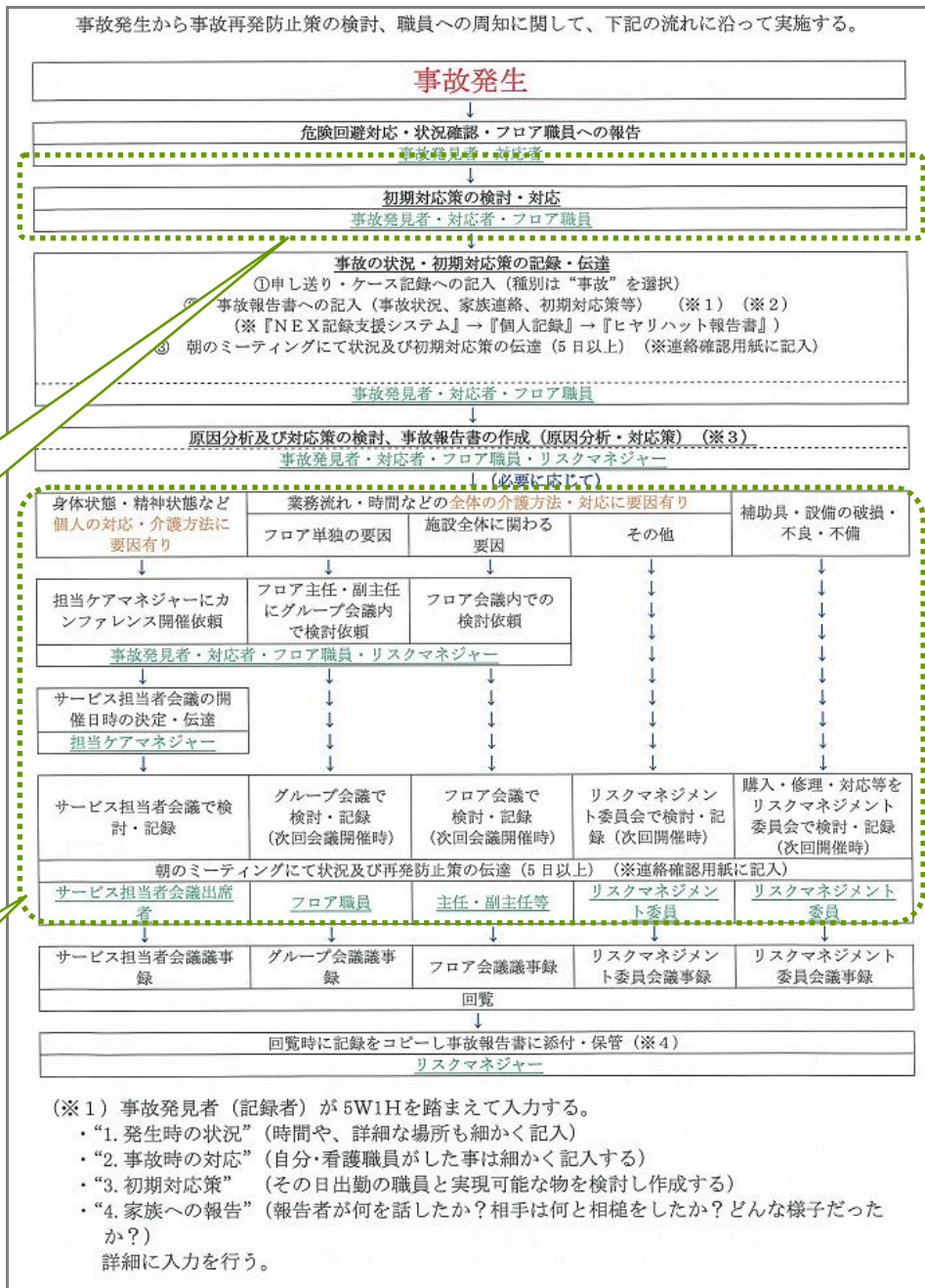
事例の紹介

事故発生から事故再発防止策の検討、周知までの流れの例

施設Aでは、事故の発生後→「初期対応策の検討・対応」→その記録・伝達→フロア会議等における「原因分析・対応策の検討」、報告書の作成→朝のミーティングによる伝達、といった流れで、事故の発生から再発防止策の検討、周知までの流れを作成しています。

事故発生直後に、「初期対応策」検討し、素早い対応を行っている。

利用者の状況、ケアの方法などの事故の要因に応じて、対応策を検討する場を変えている。



報告様式の例

報告書例 1

施設Bにおいては、手書きで「状況図」が書き込めるようになっているほか、「拘束廃止の観点」という欄を設けることで、再発防止対策について利用者の権利擁護の観点から検証するなどの工夫を行っています。

手書きで事故の「状況図」を書き込めるようになっている。

「拘束防止の観点」という欄を作り、利用者の権利擁護の視点を設けている

事故・ひやりハット 報告書 報告記録者()		確認印
利用者氏名	様(歳)男性・女性	居室 号室
発生(発見)日時	平成 年 月 日() 時 分	
発生(発見)場所		
事故内容	・転倒 ・内服ミス(誤薬・未服薬) ・青ろう抜去 ・転落 ・ずり落ち ・異食 ・その他 ●発見時の状況 軽傷であっても、怪我をすれば 事故に○をつける ●状況図 出来るだけ詳細に。 事故の原因になっている可能性のある物 (靴、車椅子、シルバーカーなど)発見した時 に何処にあったかなども記載する。 報告者は、当然自分の印を最初に押す。→	
発見した時の状況を記入。その時、職員のとった 対応や原因と思われることなどは、ここに書かない		
時刻	●ナース記載 ・ナースによる処置(有・無)	
事故発見直後の対応と、その後の経過観察まで 時系列で記録する。		
事故直後にバイタルが平常値でなければ、数分 後、再計測の記録も残す。	・病院受診(有・無)	
	・入院(有・無)	
●事故原因	●今後の改善案	
介護上のミスによる事故か、予測できな かったことが原因か、明確にする。	改善案の意味を理解して記載。改めて善い案を提起する ということ。 安易な身体拘束になったり、利用者の意に反する対応は 改善案とはいわない。 報告者一人が考えて提起するということではない。他の 職員に相談して、皆で考えて案を出すことも必要。	
事故に繋がった利用者の行動を分かる 範囲で明確にする。 推測は推測と明記し、記載することは可		
●拘束廃止の観点	確認印	
この欄は、改善案を実行するにあたって利用者の心理面への影響などを考慮し、 身体拘束にあたる可能性も含めて全体への注意喚起をする。		
●施設長コメント	施設長印	
施設長の印は、各部署に印をもらった最後にいただく。		
●事故後、改善案の実施確認	確認印	
この欄は、各フロアリーダーが改善案提起後、1~2週間の経過をみて、確実に実施 されているか確認後に記載。		

報告書例 2

施設Cにおいては、職員の負担軽減のためにヒヤリハット報告書について、自由記述の欄を少なくしてチェックボックスにより、記入ができるように工夫しています。

事故の内容や状態等について、チェックボックス式にして簡略化している。

「SHELモデル」の4つの視点から、客観的に要因を分析できるようにしている。

改善後の評価欄を設けて、改善策の実効性を検証している。

ヒヤリ・ハット報告書（新）		SMG等	主任	報告者	
報告日	平成 年 月 日				
発生日時	平成 年 月 日 () AM・PM 時 分頃				
利用者氏名	殿 男・女 才 階				
内容					
<input type="checkbox"/> 転倒（の疑い）【歩行時・排泄時・入浴時・その他（ ）】 <input type="checkbox"/> 転落（の疑い）【いす座位時・車いす座位時・車いす移動時・車いす移乗時・ベッド臥床時・排泄時・入浴時・その他】 <input type="checkbox"/> 誤嚥・誤飲 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 喫（ ） <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 徘徊【施設内・施設外】 <input type="checkbox"/> 自虐行為 <input type="checkbox"/> 利用者同士のトラブル <input type="checkbox"/> 器物破損 <input type="checkbox"/> 私物金品の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 移送中の事故 <input type="checkbox"/> 職員の不適切な言動・接遇 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
発生場所（ 階） <input type="checkbox"/> 居室（号室） <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室／脱衣所 <input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> エレベーター内 <input type="checkbox"/> デイルーム <input type="checkbox"/> ベランダ <input type="checkbox"/> 屋外【敷地内 敷地外】 <input type="checkbox"/> 利用者自宅 <input type="checkbox"/> 車内 <input type="checkbox"/> その他					
状態					
<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 剥離 <input type="checkbox"/> アザ <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 気分不快 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 痛みなどの訴え <input type="checkbox"/> その他のけが（ ） <input type="checkbox"/> 非該当					
対処 <input type="checkbox"/> 処置をしていない <input type="checkbox"/> 何らかの処置をした（ ） <input type="checkbox"/> 念のため（家族希望）受診した（ 病院） 受診結果：					
ヒヤリハット発生状況					
<input type="checkbox"/> S：ソフトウェア（マニュアル・スタッフ側の要因） <input type="checkbox"/> H：ハードウェア（道具や設備機器等） <input type="checkbox"/> E：環境（環境面等） <input type="checkbox"/> L：個人的要素（利用者側の要因）					
改善策検討日： 月 日					
改善策内容：					
家族への連絡：連絡した 連絡しない ● 月 日 職員より 様へ					
改善後の評価日：平成 年 月 日（ ）				SMG等	主任
評価内容：					

(5) 研修の実施 ～事故予防のための知識の獲得～

Point 1 研修の意義

指針や業務手順書、報告書を整備した後は、それらを確実に運用する必要があります。手順書を作成することよりも、職員に手順書どおりのケアの実践してもらい、そのことを職員全体にいか浸透させるかという点がより重要です。研修は施設のリスクマネジメントに対する指針やケアの手順をそれぞれの職員に伝え、浸透させるために必要な取組みのひとつです。

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を図ることもできます。

—研修の意義—

- ① 施設のリスクマネジメントの指針、業務手順書について、職員への浸透を図る
- ② 職員のケア技術の向上
- ③ (自主的な研修会の企画により) 職員のモチベーションアップ、主体的な学習意欲の向上

Point 2 研修の種類

研修を行う機会については大きく分けると施設・法人全体で行う全体研修と係やセクション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的全職員を対象とした全体研修などが考えられます。このような研修の場においては、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ケア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。

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、職員がそのとき多く発生している事故の傾向等にあわせてテーマを企画・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。

また、それら以外にも新人・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研修や、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施設の介護事故予防対策について学ぶことができます。

—研修の種類例—

- ・ 施設・法人全体を対象とする研修 (例：新人研修、全体研修)
- ・ 係単位等の個別研修 (例：排泄、移乗、嚥下などテーマごとの研修)
- ・ OJT・チューター制度 等

Point 3 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システムなどの一般的な内容を職員全体で学ぶ研修や、職員の興味があるもしくは傾向として増加しているケアの分野・場面に特化した内容を少人数で学ぶ研修など、様々な研修内容があります。職員のリスクマネジメントへの知識が多くない場合には、導入として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。

研修時間については、夜勤等のシフト勤務の関係で多くの職員が長時間集まることは難しいと考えられますので、1回の開催時間は短く、多くの職員が参加できる時間帯を選ぶ必要があります。

研修の内容についても、例えば資料が文字ばかりでは難しいイメージができ印象に残りづらいところがあります。ある施設では施設の日常的な場面を描いた絵や映像の中にどのような介護事故リスクがあるのか職員にあててもらおうKYT（危険予知トレーニング）を取り入れるなどの工夫をおこなっています。

—研修内容のポイント—

- ・ リスクマネジメントの一般的知識／個別のケア場面に応じた知識の使い分け
- ・ 多くの職員が参加できるような時間設定
- ・ わかりやすく興味をもちやすい資料などの工夫（KYTなど）

Point 4 職員による自主的な研修

施設・法人で企画した研修が職員の興味とあわず出席率が悪い、もしくは参加しても内容が頭に入らずに職員が寝てしまう、という経験がある方もいらっしゃると思います。研修の意義はリスクマネジメントに対する施設としての指針や手順の職員への浸透であることから、職員が研修内容に興味を持っていないといった事態は望ましくありません。そのような場合には、現場の職員に主体的に活動してもらい研修を企画してもらうということも考えられます。

職員にとっても自分たちの興味がある分野を学べることはメリットになり、興味がある分野に対しての知識習得の意欲も高まります。また最近増加傾向にある事故について、研修テーマとしてタイムリーに取上げることができれば、自然と他の職員の関心も高くなります。

このような職員の自主的な検収については、時期や回数について細かく規定せず、現場の必要性に応じて随時行うことが研修のマンネリ化を防ぎます。職員の参加についても必ずしも全員が参加をする必要はなく、各自職員が自分にとって必要だと感じる研修テーマに参加するほうが、職員の学習意欲に働きかけることができます。

また、自分たちで研修を企画し、自分たちの興味のあるテーマを学ぶことができることによって、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増加します。まず自分たちの興味のある分野から知識を習得することで、それを足がかりに他の分野への興味に発展させることが可能です。

—職員による自主的な研修のメリット—

- ・ 自分たちの興味のあるテーマを設定できる
- ・ 最近の介護事故の傾向にあわせてタイムリーに行うことができる
- ・ 自分たちで企画することによるモチベーションの増加

事例の紹介

	全体研修	個別研修	その他
施設A	<ul style="list-style-type: none"> 年3回行う。 介護事故予防、身体拘束、緊急対応の3テーマを扱っている。 最近増えている事故等を委員会で検討し、毎年内容を変える。 資料も文字が多いと印象に残らないので絵や図を用いてわかりやすい資料づくりを心がけている。 		<ul style="list-style-type: none"> 劇(ストーリー)形式で行う、など委員会でアイデアを出している。 そのほかにもビデオ撮影をして映像のどこにリスクがあるか当ててもらったKYT(危険予知トレーニング)を行う、日常的な場所でリスクマネージャーが危険に感じたところを写真に撮影し、朝の会議で報告をするなど。
施設C	法人全体の新人研修 <ul style="list-style-type: none"> リスクマネジメントの体制と報告についての座学。 あわせて移乗の実習も行う。 	自主研修会 <ul style="list-style-type: none"> 日中業務後に行う。 テーマは救命講習、移乗、嚙下など。 法人内の他施設の研修にも参加可能(法人内で呼びかけしている)。 メンバーも固定的ではなく出たいときに出る。 	<ul style="list-style-type: none"> リスクマネジメントに関する外部研修を受講した場合、受講した職員から他の職員に研修内容を伝達する。 研修計画は、主に現場が自主的に行う。テーマは、医療、リスクマネジメント、倫理など大きく分けて5つ。
施設E	法人研修 <ul style="list-style-type: none"> 法人職員全体に対して実施。 テーマはリスクの理解など。 	個別的なテーマ <ul style="list-style-type: none"> 「排泄」「移乗」といった個別的なテーマについては、必要に応じて係ごとに勉強会を行う。 係は「排泄係」「移乗係」などケア単位の係があり、係ごとに興味のあるテーマで勉強会を行う。 興味があるテーマからはじめて、できるところを増やしていく、その分野ができるようになったら他の分野に手を出してみる、というステップで成長を促す。 	<ul style="list-style-type: none"> 1回あたり1時間。 2・3階の全員が出席できるように短時間で設定している。 講師選定などのコーディネートは現場で行う。 以前はリーダーが企画する勉強会を行っていたが、出席率が悪かった。必要なときに必要な係が企画したほうがよい。

(6) 事故の予測と予防 ～利用者の心身のリスクに焦点を当てる～

Point リスクの認識の意義

施設入所のケアプラン作成時に利用者の心身のリスクに焦点をあてたアセスメントをしっかり行うことで、入所前においても利用者の事故に対して、ある程度リスクを把握することができます。例えば入所前のアセスメントで歩行能力の低下による転倒のリスクが確認された場合、その情報をフロア全体で共有して、現場の各職員がその利用者に対して注意して観察する必要があります。このように、未然に事故が起きる可能性を把握し予測することで、事故が発生する可能性を低減させることができます。

また、日常のケアの中で職員が気づいた事故リスクについては、フロア会議や申し送りを通じて、ケアを行うチーム全体で共有する仕組みを作ることで、施設全体で事故を防ぐことができます。

日常的な業務の中で、リスクへのアンテナを立て事故を予測する取り組みを継続することで、職員の事故に対する気づきの力が強まり、施設全体のリスクマネジメント力のレベルアップにつながります。

事例の紹介

リスクマネジメント目標の現状評価と課題（指針から）

施設Bでは朝夕の申し送りの報告事項に基づいて、その日のリスクマネジメント目標を設定し、目標を意識しながら、一日のケアにあたる取り組みをしています。

リスクマネジメントの目標設定について、「考えられるリスクを明らかにする」「リスクに対する策を練る」「5W1Hを明確に」など具体的な例を挙げることで、実効性のある目標設定につなげています。

リスクマネジメント目標の現状評価と課題

【実効性のある目標設定ができているのか？】

例えば・・・「〇〇さんは昨晚浅眠だったので様子観察をする」という目標は、リスクマネジメントの目標というよりも、申し受けたことを繰り返しているだけのよう思う。「様子観察」という表現は具体性が無く、協同しようにもどの様に・どの程度行なえばよいのか分かり辛い。また、「様子観察」が目標なのか？とも受け取れてしまう。

この現状を踏まえて↓

《提案》目標を設定する時の視点

1. 考えられるリスクを明らかにする・・・浅眠→昼夜逆転、食欲不振、体調の変化
転倒、転落、行動パターンの変化など
2. リスクに対する策を練る・・・安静、活動、バイタルサインのチェック、付き添い、水分・栄養の補給、行動把握と迅速な対応など
3. 必要かつ1日単位で実現可能な方法を選ぶ・・・5W1Hを明確に
「浅眠の為、歩行時にフラついて転倒する可能性が考えられるので、必ずフロア職員が付き添います。手が離せない状況では、他のスタッフに声を掛けてサポートをお願いします。また、行動パターンの変化に対応する為に1時間に一度は部屋を訪れて、所在把握と行動の予測に努めて、フロア職員間で情報を伝達し合います。」
4. 協同実施・・・都度の注意喚起、号令は日勤リーダーが主導して欲しい
その他、目標設定のポイントとして、
「忘れた頃にやってくる、胃ろう抜去と誤業事故」という風に、日々の出来事ばかりに目を向けるのではなく、過去に起きた事故を繰り返さないための目標も時には必要ではないかと思う。

(7) 行政との連携 ～原因分析と再発防止に向けた情報共有と連携～

<事故発生時の行政への報告義務>

万が一介護事故が発生してしまった場合には、市区町村など行政へ報告する必要があります。その理由として、

- 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

という二つの側面があります。事故情報を適切に市区町村へ報告することで、事故の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。起きてしまった事故から学び、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、所管する市区町村および保険者に確認し、適切な形で報告する必要があります。

—行政への事故報告のポイント—

- ・ 事故報告は事故情報の共有のために必要
- ・ 事故を報告することにより事故予防対策の情報が蓄積される
- ・ 報告基準および報告書様式は所管する市区町村に確認する

<行政が発信する事故情報の有効活用>

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は、都道府県、市町村などで発信されています。積極的に情報収集し、有効に活用しましょう。

—事故情報活用のポイント—

- ・ 市町村や都道府県からの情報を活用する
- ・ 他施設の事故情報を、自分の施設事故予防に活かすことができる
- ・ 都道府県や市区町村内の統計情報により、事故の傾向を知ることができる

4 よりよいケアを実現するために

(1) 家族とのパートナーシップ

介護事故への対応を含めた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」となってもらうことでより円滑なパートナーシップを築く必要があります。

利用者の家族とよりよい信頼関係を築くためには、介護事故が発生したときだけではなく、利用者の状況を定期的に発信するなど日頃からの情報共有が重要です。それ以外の場面でも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ようにしましょう。

家族にとって、施設長をはじめとする施設職員は介護の「専門家」にはほかなりません。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のです。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。

家族会を交えて整形外科医を講師として骨折についての勉強会を開催したところ、家族の骨折リスクへの理解が変わってきた、という施設の例もあります。

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。

仮に家族との関係にトラブルが起こってしまった場合には、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。

—家族に「協力者・パートナー」になってもらうために—

- ・ 日頃からの情報共有を行う
- ・ 家族と対面で話す機会を作る
- ・ 利用者本位の生活を重視するとともにそれに伴うリスクについて家族に伝えていく

（２）特別養護老人ホームのケア環境の変化への対応

＜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、利用者の入所期間の長期化に伴い、寝たきりや骨粗しょう症など状態が重度化する利用者も増加しています。以前から、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すが、最近では転倒・転落などの明確な事象がないにもかかわらず、いつの間にか体が痛くなり、診察をしたら骨折していたことが判明した、といった事例やオムツ交換や体位交換の際に骨折してしまうなどの事例が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しなければなりません。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、十分に説明することが重要です。

＜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考えられます。また誤飲や異食の可能性もあり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場合望ましくありません。センサーマットを配置するような場合には、ただマットを配置するだけではなく、センサーが作動したときに職員がすぐに気づいて駆けつけられるような仕組みづくりを行う必要があります。

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ています。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。

—変化への対応のポイント—

- ・ 利用者の重度化への対応
 - 事故そのものへの対応と同時に、家族にも事故のリスクがあることについて十分に説明することが重要
- ・ 認知症の利用者への対応
 - 利用者の自由な活動をなるべく妨げないケアを心がける
 - 認知症に対応するための専門的な知識や技術の修得

(3) 利用者の人権の尊重

平成12年の介護保険制度の施行に伴って、福祉分野において利用者の権利擁護が強調されるようになりました。これは措置から契約への転換により、利用者の意思が最大限尊重されるべきとの考えによります。利用者の意思の尊重については、社会福祉法第3条において「福祉サービスは個人の尊厳の保持を旨とし」と定められ、さらに同法第5条では「利用者の意向を十分に尊重し」とされています。これらの理念は、施設利用者の生活や介護においても重視される必要があります。

利用者や家族は、施設には福祉の専門家がいたので安心・安全であると考えています。施設職員はこうした利用者や家族の期待に「専門家」として応える責務があります。そのためには、利用者の権利擁護と職員の専門性が重要となります。

利用者の権利擁護とは、「利用者の生命・身体等の安全の確保」と「その人らしく生きることの保障」の2つを指します。特に後者について施設職員は専門家として対応することが求められています。個々の職員はもちろん職員全体がチームワークを発揮し、利用者の心身の状況・医師の診断結果等をふまえ、利用者の安全に最大限配慮するとともに、利用者の意思がサービスの提供に活かされる必要があります。

施設職員は、利用者によりよいケアを提供するために本人や家族等からよく話を聞き、その人らしい生き方を保障しながら生活の質（QOL）を維持する努力が求められています。認知症の利用者の場合は、本人が望む生活や介護のあり方（本人が日課にしていたことや好み、どのようなサービスを望んでいるか等）について本人、家族、成年後見人と十分協議しながら、サービスを提供する必要があります。

また、利用者の安全への配慮から、利用者の行動が事故につながる恐れがあると考えて一方的に活動を抑制する身体拘束は、人権侵害であり許されないことです。

近年、利用者の高齢者、重度化が進んでいることや、認知症の利用者が増加していることから施設における事故の可能性が増しています。こうした変化は、利用者に対する施設や職員の安全配慮義務が強くなっていることを意味します。施設や職員には、利用者の自己決定権を尊重しつつ、安全配慮義務を果たすことが求められます。そのためには、ケアマネジャーによる適切なケアプラン作成とケアカンファレンスの実施が重要です。職員全員が利用者の状況把握に努め、重度および認知症の利用者に対するケアに習熟する必要があります。

施設が最善を尽くしてケアにあたっても、事故が発生する場合や、本人や家族がケア内容について苦情を申し立てる場合があります。誤解に基づく苦情もありますが、施設側の利用者への接し方、ケアのあり方について看過できない状況があるからこそ、苦情という形で施設に意見を申し立てていると考えるべきです。苦情の申立ては、契約に基づく権利行使という側面があり、施設は真摯に利用者・家族の話を聞き、状況を的確に判断した上で適切に対応する責任があります。施設長は、苦情を受けることは施設の問題を理解する機会と考え、誠実に対応することが重要です。

—利用者の権利を守るために—

- ・ 介護事故は、利用者の権利の侵害にもつながることを認識する
- ・ その人らしい生活が送れるように、十分に本人・家族等と協議する
- ・ 苦情に対しては、真摯に家族・利用者の話を聞き誠意をもって対応する

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
委員名簿（敬称略・五十音順）

小川 弥仁	公益社団法人全国老人福祉施設協議会 大会・フォーラム企画委員会 幹事 特別養護老人ホーム愛寿苑 苑長
高野 範城	弁護士
鳥海 房枝	NPO法人メイアイヘルプユウ 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 保健福祉部 指導担当課長
吉上 恵子	至誠特別養護老人ホーム 園長

調査協力施設

特別養護老人ホーム愛寿苑（福井県）
社会福祉法人 老後を幸せにする会 さつき荘（東京都）
至誠特別養護老人ホーム（東京都）
社会福祉法人南海福祉事業会 フィオーレ南海（大阪府）
みずべの苑特別養護老人ホーム（東京都）

平成 23 年度 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
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 事例集
～事故を防ぎ利用者の生活を守る～

この事業は、平成 23 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）により実施したものです。

平成 24 年 3 月発行
発行 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二丁目 10 番 3 号
TEL:03-6705-6024 FAX: 03-5157-2143

この事業は、平成 23 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）により実施したものです。

平成 24 年 3 月発行

発行 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

TEL : 03 (6705) 6023 FAX : 03 (5157) 2143

不許複製