

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) 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こと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。

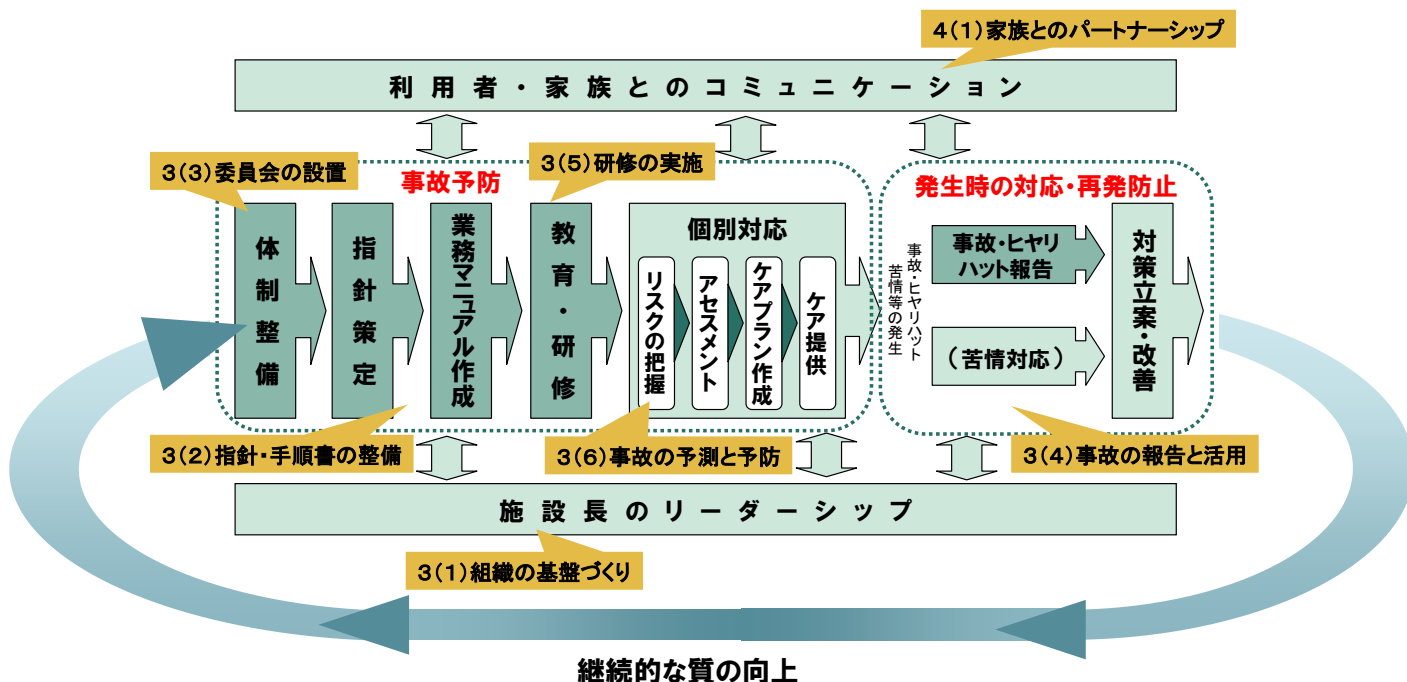
- ～リスクマネジメントの取り組みにあたっての基本～
- 組織風土の改善および組織づくり
 - 利用者像の的確な把握（アセスメント、個別援助計画）
 - サービスの標準化
 - 利用者・家族などとのコミュニケーション

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「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と認識し、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。

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

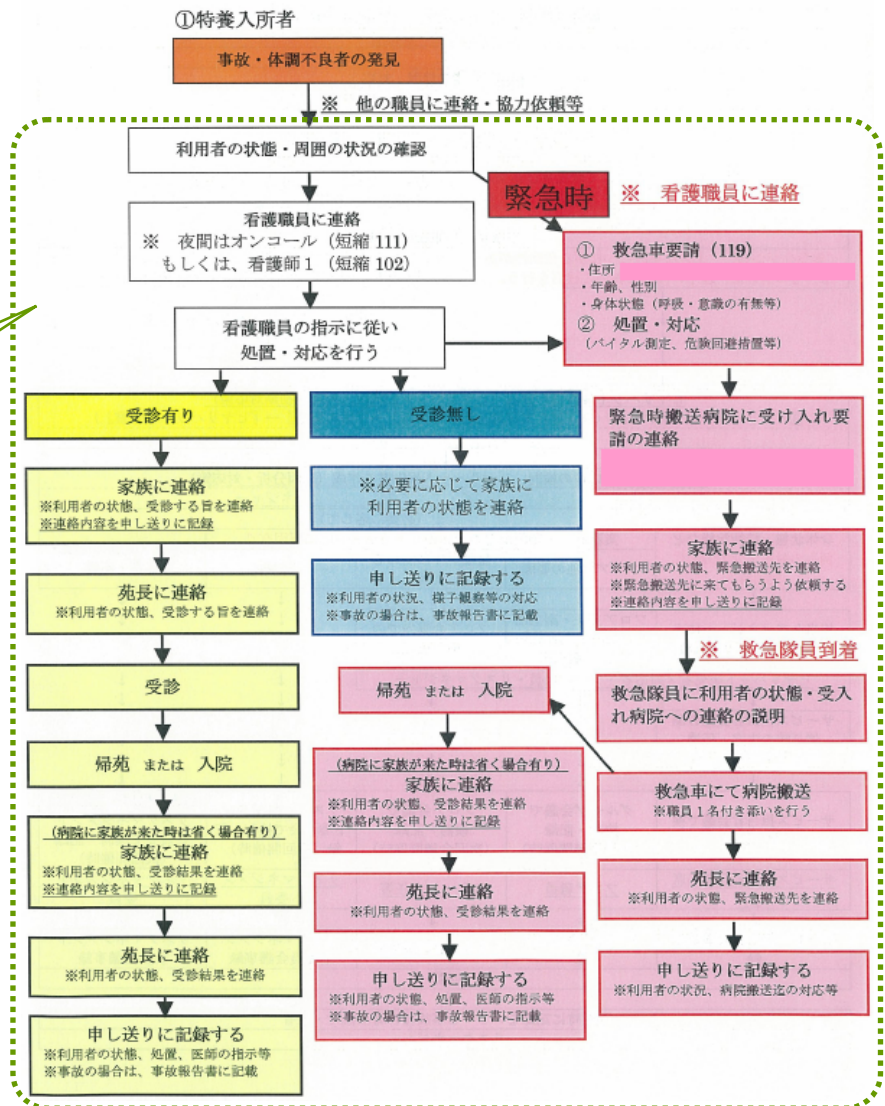
事故発生時の対応の流れ

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。

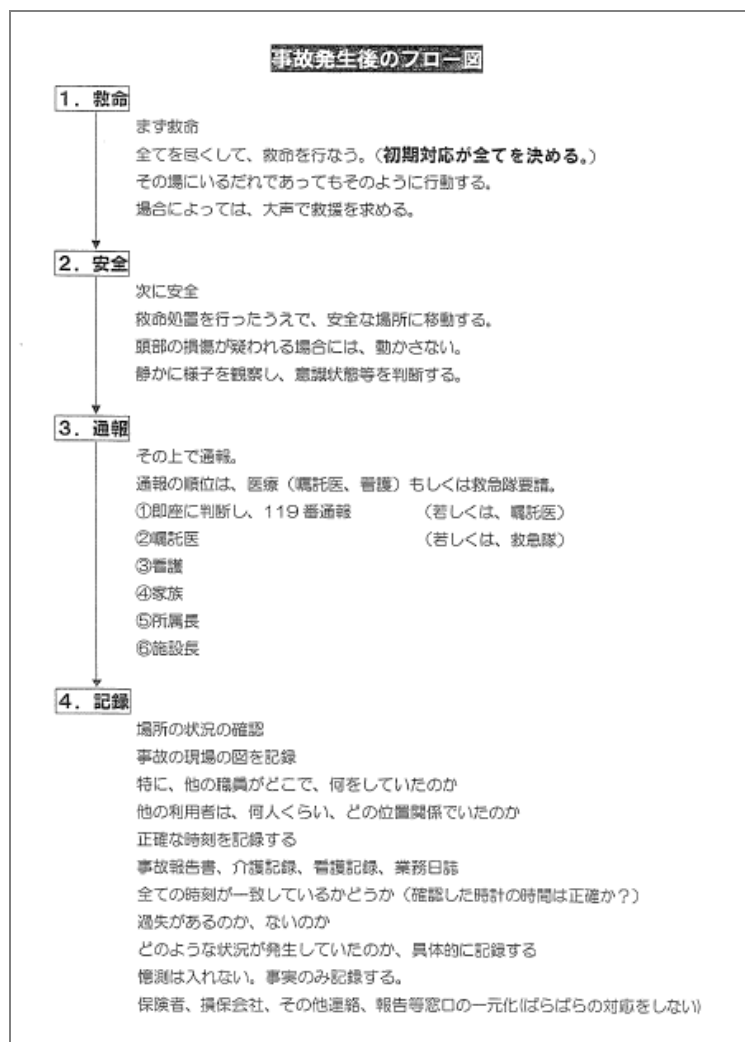
事故対応マニュアル 1

※ 事故発見

応援職員 協力依頼	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
<p>↓</p> <p>Ns, Dr 連絡</p> <p>↓</p> <p>生活支援室又は当日リーダーに連絡相談</p> <p>↓</p> <p>HP搬送</p> <p>↓</p> <p>ホーム内対応</p> <p>↓</p> <p>事故報告と今後の対策</p>	<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 検査、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"> Ns, Dr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"> Ns, Drへ連絡 吸引器の準備 Ns到着まで吸引し、Nsに引継ぐ 何を誤嚥、異食したか情報収集 	<ul style="list-style-type: none"> Dr, Ns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 夜間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 何を異食したのか確認（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"> Dr, Ns、生活支援室の指示を仰ぎながら観察等を行なう 変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 Dr, Ns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

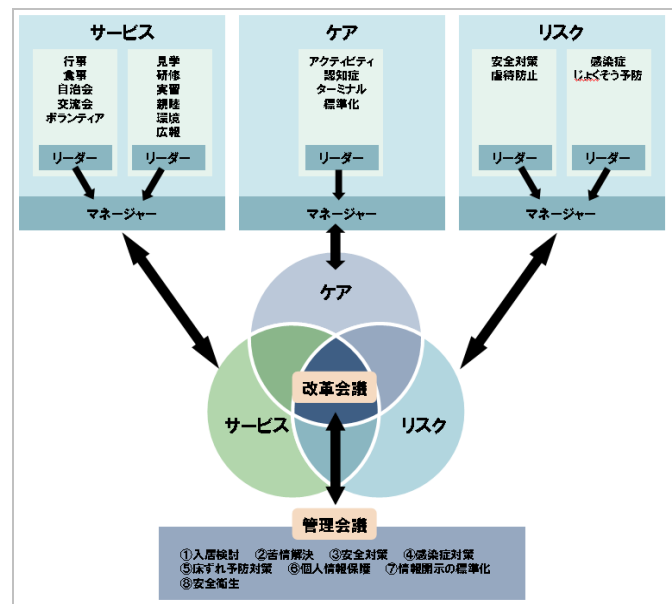
事例の紹介

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

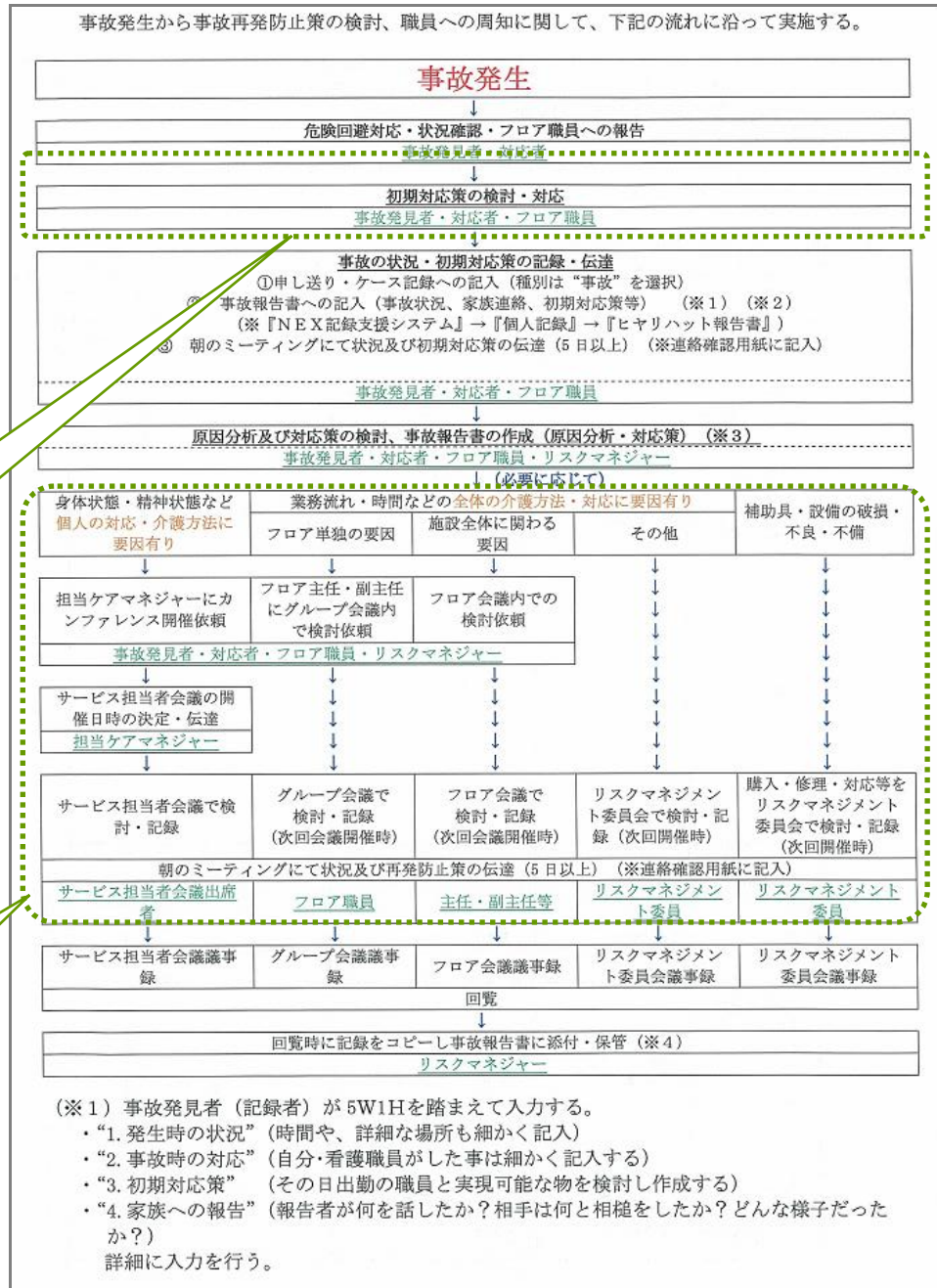
事例の紹介

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)	看護主任
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。		介護主任
	●病院受診(有・無)	介護副主任
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。		報告者
	●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。

ー研修内容のポイントー

- ・ 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。

ー職員による自主的な研修のメリットー

- ・ 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と行うことで、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がっています。

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。

事故防止のためのラウンド表

施設Dでは事故を予防するためには業務、組織、環境についても一体的にマネジメントする必要があるとの考えから、①個別ケア、②組織づくり、③環境の見直しをリスクマネジメントの3本柱として取り組んでいます。

リスクマネジメント委員会では、事故報告やヒヤリハット報告の集計結果について気づきや改善策を話し合うほか、これらの集計結果に基づきラウンド表と呼ばれる事故・ヒヤリハット現場の一覧表を作成します。

(ラウンド表：施設の全職員が意識を共有できるように、それぞれの部署の職員が1日1回事故・ヒヤリハット現場を見て回り、気が付いたことを記入する表です)

ラウンド表（危険予知訓練） 1日1回点検後 提出				
※利用者の活動時間になるべくまわってください。				2011.4.1
年	月	日	()	施設長
時	分	～	時	分
				事務長
				主任
				点検者
玄関				事務所
食堂				庭
浴室				洗濯室 機械室
娯楽室 当直室				利用者 トイレ
応接				居宅
包括				訪問
通所				喫煙所
階段				EV
	環境・危険箇所		ケア・言葉遣い・危険行為	その他・気づき
	担当者への提言			
特養 2階	臭気(無・有)詳細 デイルーム 温度 湿度	臭気(無・有)詳細 山側居室 温度 湿度	臭気(無・有)詳細 海側居室 温度 湿度	
特養 3階	臭気(無・有)詳細 デイルーム 温度 湿度	臭気(無・有)詳細 山側居室 温度 湿度	臭気(無・有)詳細 海側居室 温度 湿度	
通所 介護	臭気(無・有)詳細 温度 湿度			
備考	修理依頼・物品購入伺い 含む			

(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