

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

介護施設の重度化に対応した ケアのあり方に関する調査研究事業

報告書

平成 25 (2013) 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	5
2 介護施設の重度化に対応したケアのあり方に関する調査 — アンケート調査	6
2.1 アンケート調査の概要	6
(1) 目的	6
(2) 調査方法	6
(3) 回収状況	7
(4) 集計・分析方法	7
2.2 施設調査票の集計結果	8
(1) 施設概要	8
(2) 職員体制	16
2.3 感染管理調査票の集計結果	21
(1) 感染症の発生状況	21
(2) 感染管理体制	22
(3) 感染対策の実施状況	32
(4) マニュアルの活用状況	68
2.4 介護事故予防調査票の集計結果	72
(1) 介護事故予防の体制	72
(2) 介護事故が発生した場合の施設内の報告の仕組み	82
(3) 過去6カ月間（2012年4～9月）の介護事故の発生状況	87
(4) 事故発生後の対応	92
(5) 介護事故予防のための取組	97
(6) 「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」について	100
2.5 アンケート結果のまとめ	102
(1) 施設概要	102
(2) 感染管理の状況	102
(3) 介護事故予防の状況	104

3 事故防止体制の実態調査 — ヒアリング調査	107
3.1 ヒアリング調査の概要	107
(1) 目的	107
(2) 調査方法	107
3.2 ヒアリング調査の結果	109
(1) ヒアリング調査結果のまとめ	109
(2) その他の意見	112
4 マニュアル・ガイドラインの改訂	114
4.1 目的	114
4.2 マニュアル（「高齢者介護施設における感染対策マニュアル（平成 25 年 3 月）」）の改訂の概要	115
4.3 ガイドライン（「特別養護老人ホームにおける介護事故予防ガイドライン（平成 25 年 3 月）」）の改訂の概要	116
4.4 マニュアル・ガイドラインの構成	117
5 まとめおよび今後の課題	119
5.1 高齢者介護施設における感染対策について	119
5.2 高齢者介護施設における介護事故の防止について	120
参 考 資 料	123
1 アンケート調査票	
2 高齢者介護施設における感染対策マニュアル	
3 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	

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。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等により感染対策マニュアル、事故予防のガイドライン等も作成された。事故防止のための取組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、また、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、対応が課題となっていることが把握された。

そこで本事業では、特別養護老人ホームの利用者の状態、介護事故や感染症の発生状況、および感染対策や事故防止の体制整備の実態や課題を踏まえて、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、見直しを行った。

また、高齢者介護施設（特別養護老人ホーム）における利用者の重度化をはじめとする施設のケア環境の変化を鑑み、利用者感染や事故から守り QOL の向上につながるケアの提供を促進することを目的とし、最新の動向や知見を踏まえて「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」、「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」の改訂を行った。

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

介護施設の重度化に対応したケアのあり方に関する調査研究に関わる委員会を設置した。委員会は、感染管理を専門とする医師、看護師、施設管理者等により構成（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、「感染対策マニュアル」の構成

第三回：調査結果の報告、「感染対策マニュアル」のまとめ

2) 施設における感染対策理および介護事故防止対策に関する実態調査の実施

全国の特別養護老人ホーム 約 3000 施設（2分の1抽出）を対象として、特別養護老人ホームにおける感染対策の実態や平成 16 年度の感染対策マニュアル策定時からの変化、現状の課題等について、アンケート調査を行った。また、介護事故についても、事故の発生状況、防止体制整備における課題等を把握した。

3) 「感染対策マニュアル」の改訂

「感染対策マニュアル」の改訂案を作成し、委員等の協力を得て検証した。医学的観点からの妥当性および、施設の現場の実態を踏まえた実用性等を確認した。

4) 介護事故予防有識者ヒアリング

高齢者施設における介護事故防止に関する有識者にヒアリングを行った。

5) 事故予防ガイドラインの改訂

調査の結果を踏まえて事故予防ガイドラインを改訂した。ガイドライン案を検証し、妥当性、実効性の高いガイドラインとした。

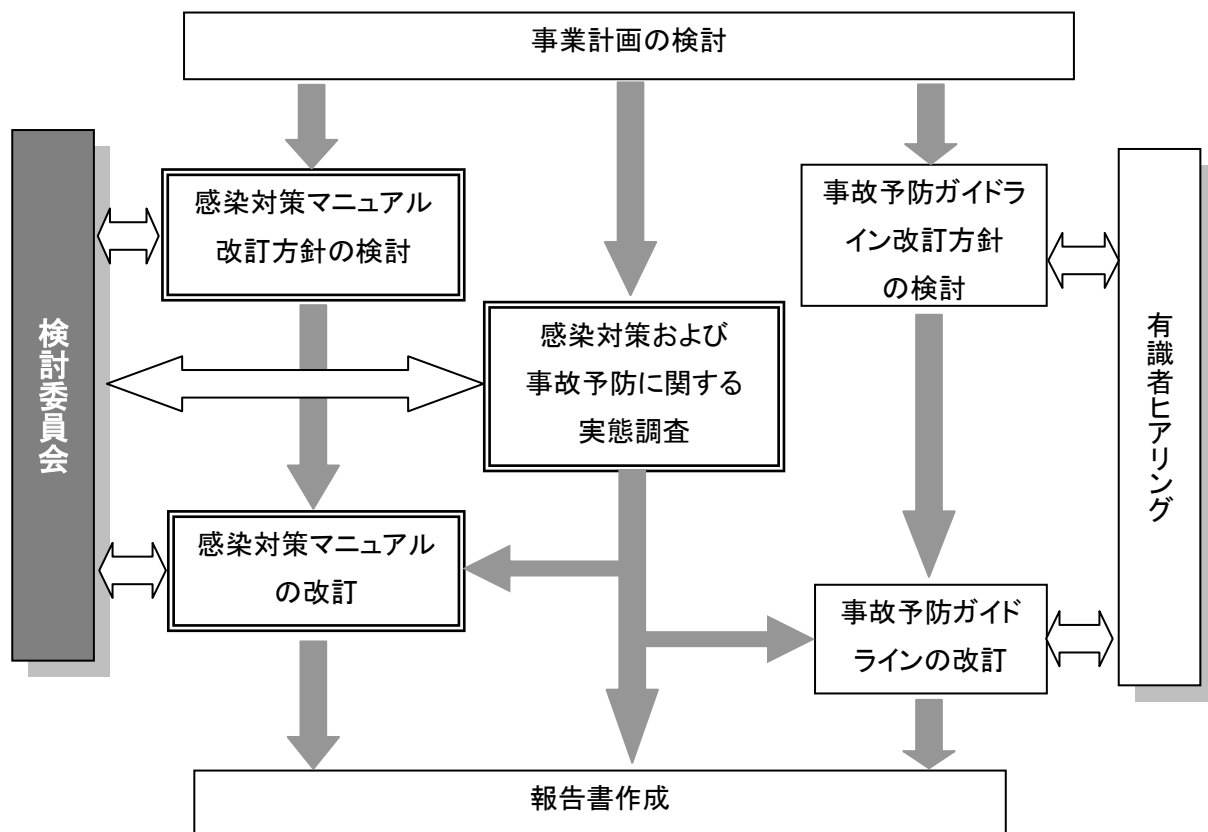
6) 報告書作成

1)～5)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感染対策のあり方等について検討するための委員会を設置し、調査研究、調査の計画、マニュアル改訂の方針および内容に関する議論を行った。

委員会は、平成16年「感染対策マニュアル」平成18年「感染対策ガイドライン」作成時の委員構成を参考とし、感染管理を専門とする医師、看護師、施設管理者等により構成し、3回開催した。

図表 1-2 検討委員会の構成

氏名	所属
田中 涼子	高齢者福祉総合施設ももやま 園長
◎辻 明良	東邦大学名誉教授 ・ 東邦大学医療センター佐倉病院客員教授
福島 智子	公益社団法人全国老人福祉施設協議会 老施協総研幹事 特別養護老人ホームもみじ苑 施設長
松井 ひろみ	群馬県中央児童相談所
松本 哲哉	東京医科大学 感染制御部部長・微生物学教室教授
村岡 裕	社会福祉法人依田窪福祉会 常務理事

(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 老人介護専門官

右田 周平

<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

中尾 杏子

株式会社三菱総合研究所 情報通信政策研究本部 研究員

高野 侑子

(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 24 年	9 月	第 1 回	○調査計画の説明 ○感染対策マニュアル改訂方針について ○実態調査アンケート項目案について
	10 月	第 2 回	○感染対策マニュアル改訂内容について ○改訂版感染対策マニュアル確定までの手順
	12 月	第 3 回	○実態調査結果の報告 ○改訂版感染対策マニュアルの確認

2 介護施設の重度化に対応したケアのあり方に関する調査 — 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感染症の発生状況、感染管理体制の整備状況および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等を対象としたアンケート調査を行った。特に、感染症発生状況や感染対策の実施状況、課題については、平成 16 年度、18 年度に実施した実態調査結果との比較により、近年の状況を把握し、マニュアル改訂の際に考慮した。

(2) 調査方法

1) 調査対象

全国の特別養護老人ホーム（3,000 箇所）

- ・ 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。
 - ・ 東京電力福島第一原子力発電所の事故に伴い設定された警戒区域等（※）を除いた地域に発送
- ※ 警戒区域、計画的避難区域、帰還困難区域、居住制限区域、避難指示解除準備区域

2) 調査時期

平成 24 年 10 月 9 日（火）～平成 24 年 10 月 26 日（金）

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

特別養護老人ホームにおける感染管理の実態や平成 16 年度の感染対策マニュアル策定時からの変化、現状の課題等の把握、また、介護事故の発生状況、防止体制整備における課題等を把握するため、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

施設属性	<ul style="list-style-type: none">・ 施設属性（開設主体、併設施設、開設年、規模、人員体制等）・ 利用者属性（要介護度別人数、年齢層等）
感染対策について	<ul style="list-style-type: none">・ 主要な感染症の発生状況（種別、罹患の状況、重症化の状況）・ 感染症の既往のある入所希望者への対応状況・ 感染管理の体制の整備状況、取組の実施状況、実施上の課題・ マニュアル、ガイドライン等の活用状況、要望事項 等
事故予防について	<ul style="list-style-type: none">・ 介護事故の発生状況（事故種類、発生場面、件数、事故の程度）・ 事故防止の体制整備状況（概況）および課題・ 事故予防ガイドラインの活用状況、要望事項等

なお、平成 16 年度及び、平成 18 年度にも特別老人ホームを対象としたアンケート調査を実施している。

平成 16 年度には、「高齢者介護施設における感染管理のあり方に関する研究」として、主に施設における感染管理体制及び、施設職員による感染対策の実施状況について調査を実施した。また、平成 18 年度には、感染管理に関する指定基準の改正及び、介護事故予防に関する指定基準の改定を受けて「特別養護老人ホームにおける体制整備の実態調査」を実施した。平成 18 年度調査では、主に制度改正を受けて、感染管理や介護事故予防に関する体制整備の実態に関して調査を実施した。これらの調査との比較を可能にするため、一部の質問は共通とした。

5) 調査票

調査票は、「施設調査票」「感染管理調査票」「介護事故予防調査票」の 3 種類から構成されている。詳細は、参考資料 1 に示す。

(3) 回収状況

回収状況は以下のとおりであった。

回収数	1,323 件
回収率	44.1%

各調査票の回答者

- 「感染管理調査票」の回答者の職種は、「看護職員」が 80.6%と最も多く、次いで「その他」が 12.9%、「介護職員」が 4.8%であった。また、回答者の役割では、「主に現場での看護・介護業務に従事」が 67.6%と最も多く、次いで「主に管理業務に従事」が 24.0%、「その他」が 4.2%であった。
- 「介護事故予防調査票」の回答者の職種は、「介護職員」が 38.7%、「看護職員」が 4.8%、「その他」が 52.2%であった。また、回答者の役割に関しては、「主に管理業務に従事」が 44.7%と最も多く、次いで「主に現場での看護・介護業務に従事」が 26.3%、「その他」が 19.6%であった。

(4) 集計・分析方法

単純集計結果については、過去の調査（平成 16 年度、平成 18 年度）との比較を行った。なお、過去調査の対象及び回収数は以下の通りである。

調査年	調査対象	調査項目	有効回収数（回収率）
平成 16 年度	全国の介護老人福祉施設（5,419 件）	感染管理	1,904 件（35.1%）
平成 18 年度	全国の特別養護老人ホーム（5,792 件）	感染管理	2,737 件（47.3%）
		介護事故予防	2,691 件（46.5%）

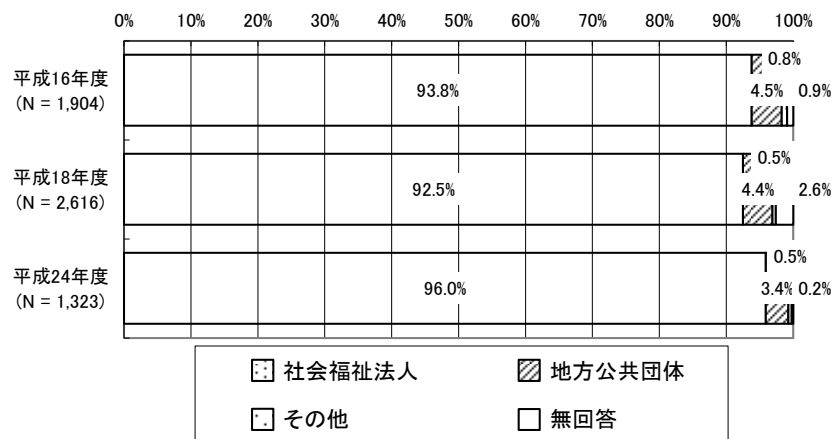
2.2 施設調査票の集計結果

(1) 施設概要

1) 運営主体

運営主体は、平成24年度では「社会福祉法人」が96.0%と最も多く、次いで「地方公共団体」が3.4%であった。平成16年度、平成18年度も同様の傾向がみられた。

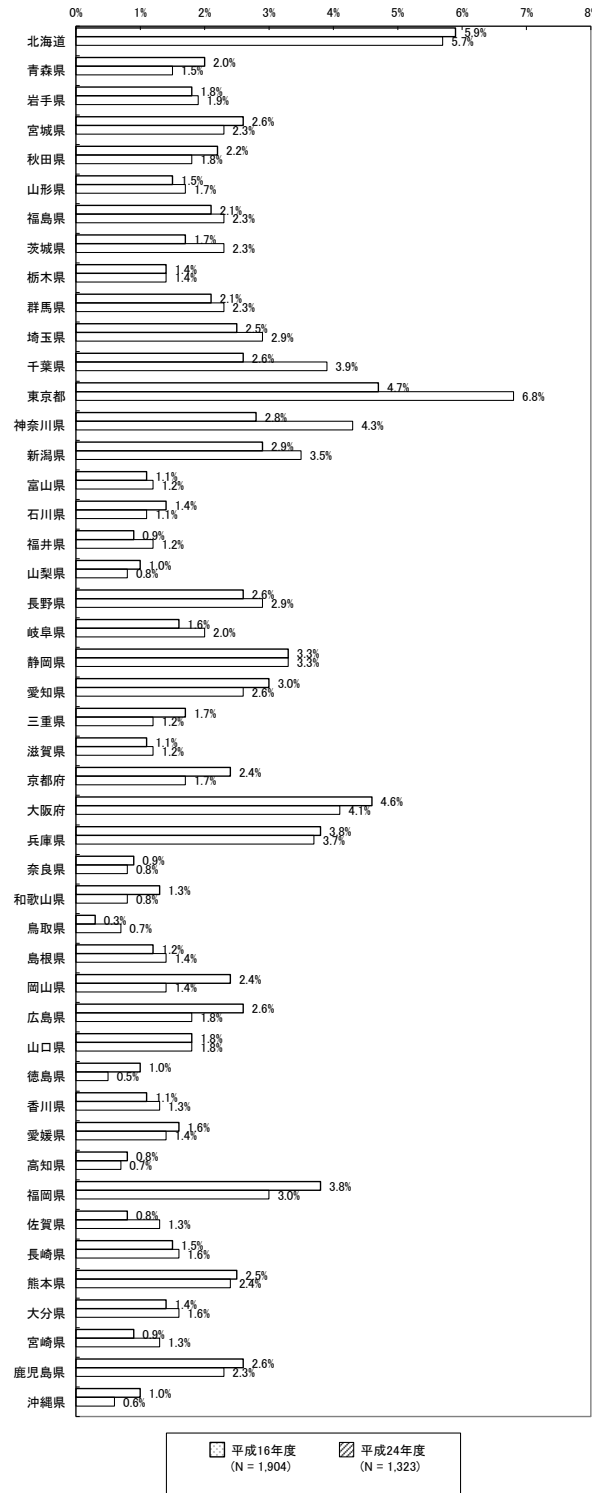
図表 2-2 運営主体



2) 所在地

所在地は、平成 24 年度では「東京都」が 6.8%と最も多く、次いで「北海道」が 5.7%、「神奈川県」が 4.3%であった。平成 16 年度と比較して、所在地を「東京都」とする施設からの回答割合が増加している。

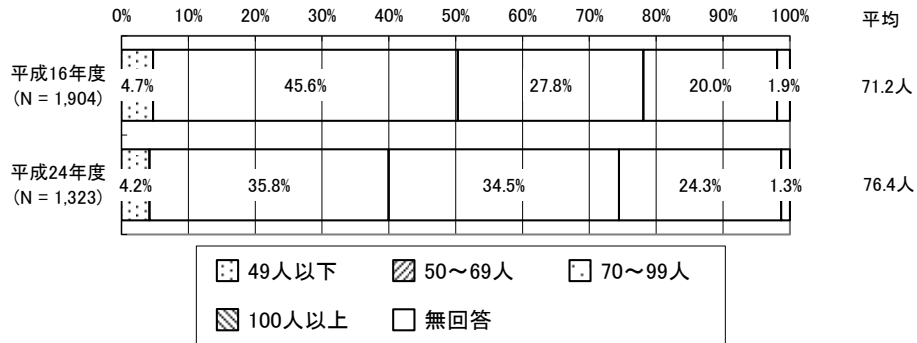
図表 2-3 所在地



3) 定員数

定員数は、平成 24 年度では「50～69 人」が 35.8%と最も多く、次いで「70～99 人」が 34.5%、「100 人以上」が 24.3%であった。平成 16 年度と比較して、定員数の多い施設の割合が増加している。

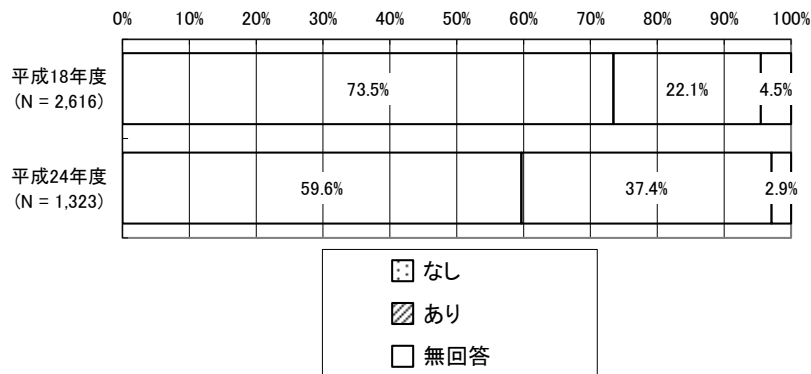
図表 2-4 定員数



4) ユニット型個室

ユニット型個室は、平成 24 年度では「あり」が 37.4%であり、平成 18 年度と比較してユニット型個室がある施設の割合が増加している。

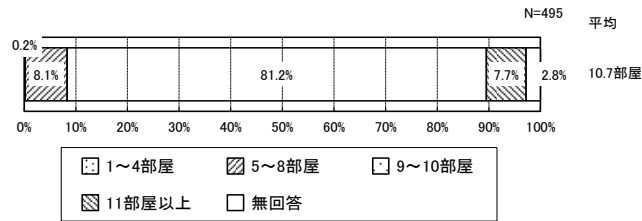
図表 2-5 ユニット型個室



5) ユニット型個室の1ユニットあたり室数

ユニット型個室の1ユニットあたり室数は、「9～10部屋」が81.2%と最も多く、平均は10.7部屋であった。

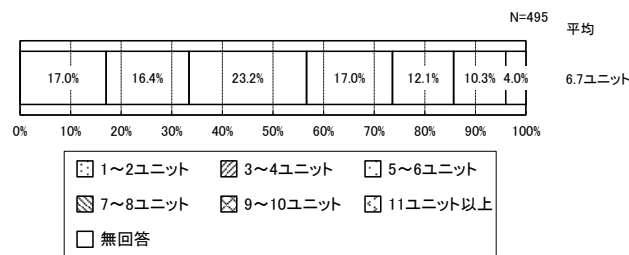
図表 2-6 ユニット型個室の1ユニットあたり室数



6) ユニット型個室のユニット数

ユニット型個室のユニット数は、「5～6ユニット」が23.2%と最も多く、平均は6.7ユニットであった。

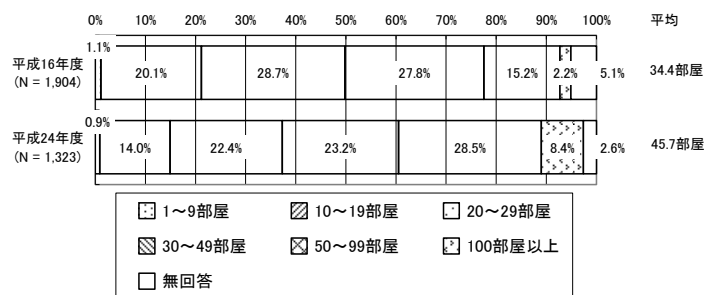
図表 2-7 ユニット型個室のユニット数



7) 部屋数計

部屋数計は、平成24年度では「50～99部屋」が28.5%と最も多く、次いで「30～49部屋」が23.2%、「20～29部屋」が22.4%であった。平成16年度と比較して、50室以上ある施設の割合が増加している。

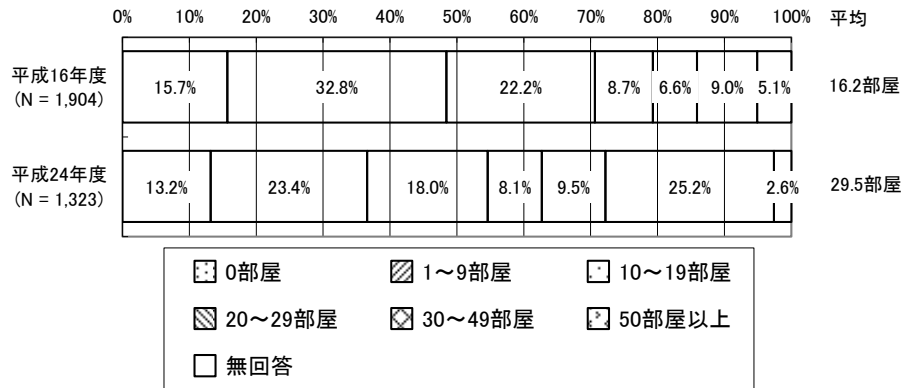
図表 2-8 部屋数計



8) 個室部屋数

個室部屋数は、平成 24 年度では「50 部屋以上」が 25.2%と最も多く、次いで「1～9 部屋」が 23.4%、「10～19 部屋」が 18.0%であった。平成 16 年度と比較して、個室が 50 室以上ある施設の割合が増加している。

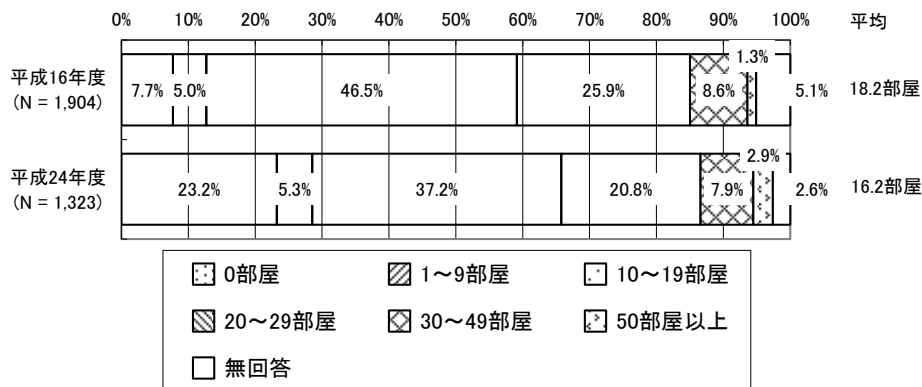
図表 2-9 個室部屋数



9) 多床室部屋数

多床室部屋数は、平成 24 年度では「10～19 部屋」が 37.2%と最も多く、次いで「0 部屋」が 23.2%、「20～29 部屋」が 20.8%であった。平成 16 年度と比較して、多床室部屋を持たない施設が増加している。

図表 2-10 多床室部屋数

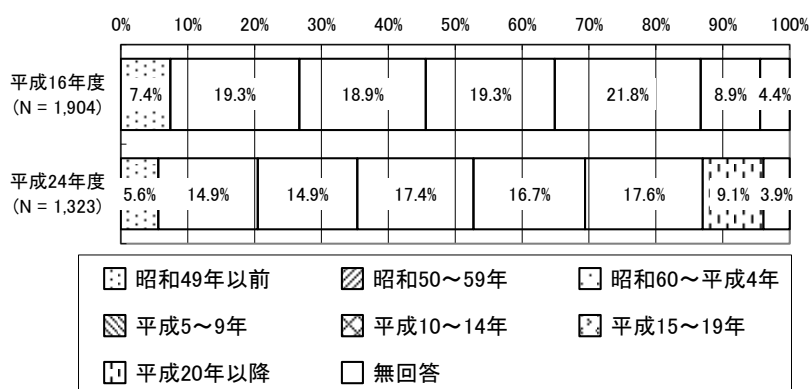


10) 開設年

開設年は、平成 24 年度では「平成 15～19 年」が 17.6%と最も多く、次いで「平成 5～9 年」が 17.4%、「平成 10～14 年」が 16.7%であった。平成 16 年度と比較して、平成 15 年以降に開設した新しい施設の割合が増加している。

建設年は、平成 24 年度では「平成 10～14 年」が 17.2%と最も多く、次いで「平成 5～9 年」が 16.2%、「平成 15～19 年」が 15.2%であった。平成 16 年度と比較して、平成 15 年以降に建設された施設の割合が増加している。

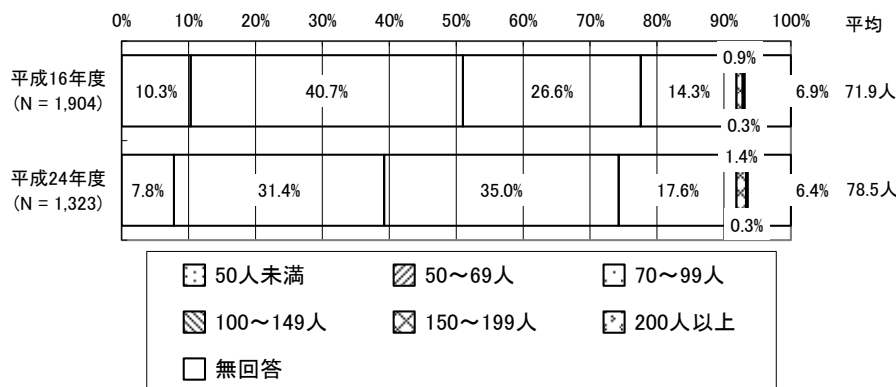
図表 2-11 開設年



11) 現在入居者数（ショートステイ含む）

2012 年 9 月末日現在の入居者数（ショートステイ含む）は、平成 24 年度では「70～99 人」が 35.0%と最も多く、次いで「50～69 人」が 31.4%、「100～149 人」が 17.6%であった。平成 16 年度（2005 年 1 月末日）と比較して、入居者数の多い施設が増加している。

図表 2-12 現在入居者数（ショートステイ含む）

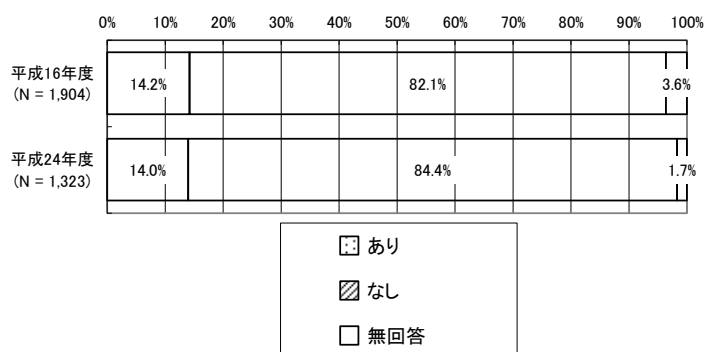


12) 同一敷地内医療機関

同一敷地内医療機関は、平成 24 年度では「なし」が 84.4%であり、平成 16 年度も同様の傾向がみられた。

併設サービスは、平成 24 年度では「デイサービス」が 73.2%と最も多く、次いで「訪問看護」が 28.9%、「訪問入浴」が 3.3%であった。

図表 2-13 同一敷地内医療機関

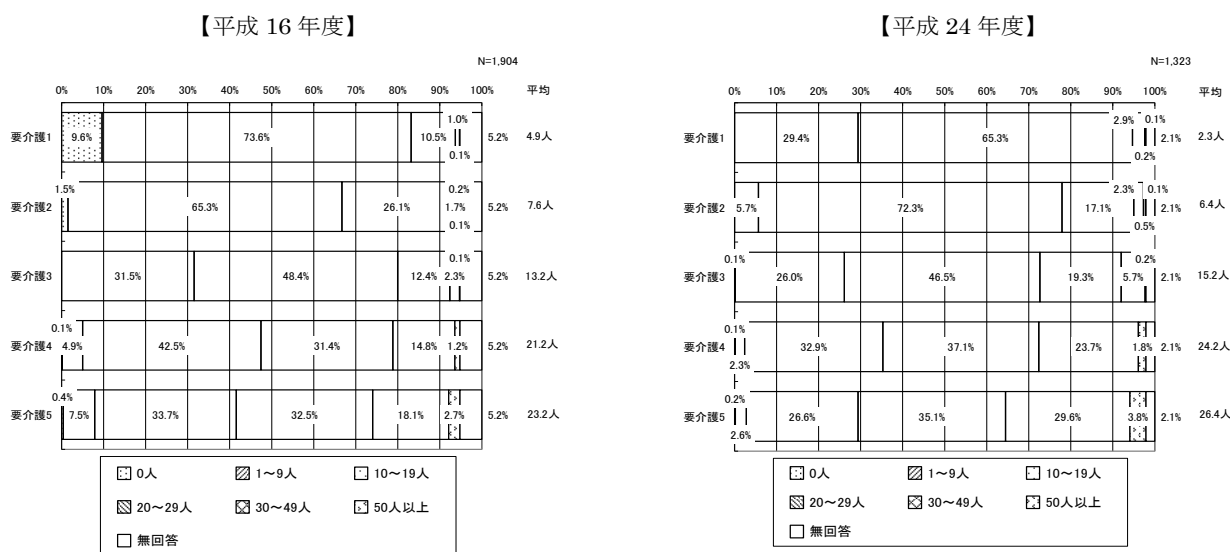


13) 要介護度別入所者数

要介護度別入所者数は、平成 24 年度では要介護度別の最も多い割合は、要介護 1 では「1～9 人」が 65.3%、要介護 2 では「1～9 人」が 72.3%、要介護 3 では「10～19 人」が 46.5%、要介護 4 では「20～29 人」が 37.1%、要介護 5 では「20～29 人」が 35.1%となっており、要介護度別に平均人数をみると、要介護度が上がるほど、平均人数が増えている。

平成 16 年度と比較して、要介護 1 および要介護 2 では平均人数が減少しているのに対し、要介護 3 以上では平均人数が増加している。

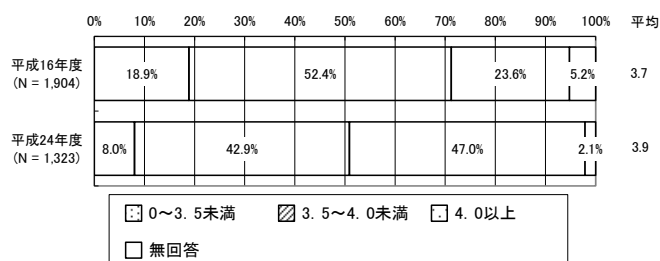
図表 2-14 要介護度別入所者数



14) 平均要介護度

平均要介護度別にみると、平成24年度では「4.0以上」の施設が47.0%と約半数を占めており、平均は3.9となっている。平成16年度と比較して、平均要介護度が高い施設が増加している。

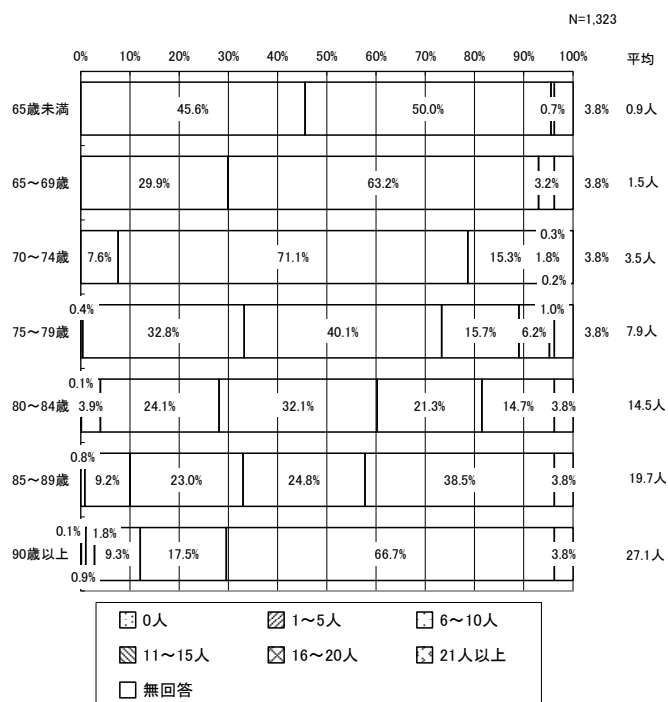
図表 2-15 平均要介護度



15) 年齢別入所者数

年齢別に入所者数をみると、年齢が上がるほど年齢別の入所者数が増加する。

図表 2-16 年齢別入所者数

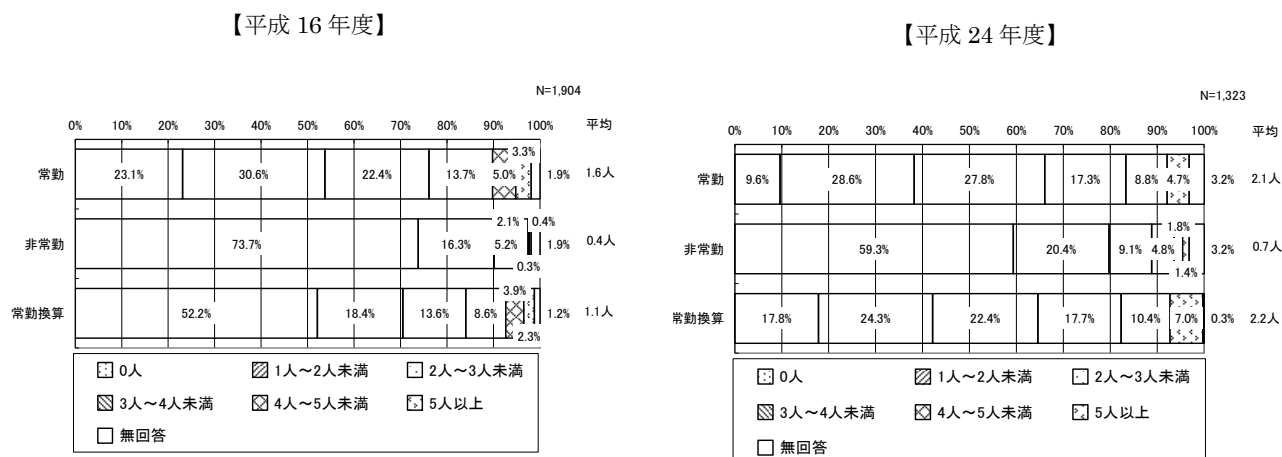


(2) 職員体制

1) 看護師

看護師は、平成 24 年度の常勤の平均人数が 2.1 人、非常勤は 0.7 人、常勤換算では 2.2 人となっており、平成 16 年度と比較して、常勤・非常勤ともに増加している。

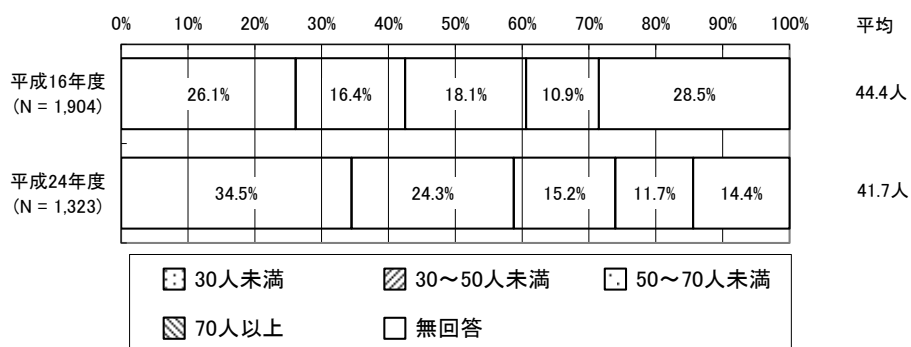
図表 2-17 看護師



2) 常勤看護師 1 人あたりの入所者数

常勤看護師 1 人あたりの入所者数は、平成 24 年度では「30 人未満」が 34.5%と最も多く、次いで「30~50 人未満」が 24.3%、「50~70 人未満」が 15.2%であった。平成 16 年度と比較して、常勤看護師 1 人あたりの平均入所者数は減少している。

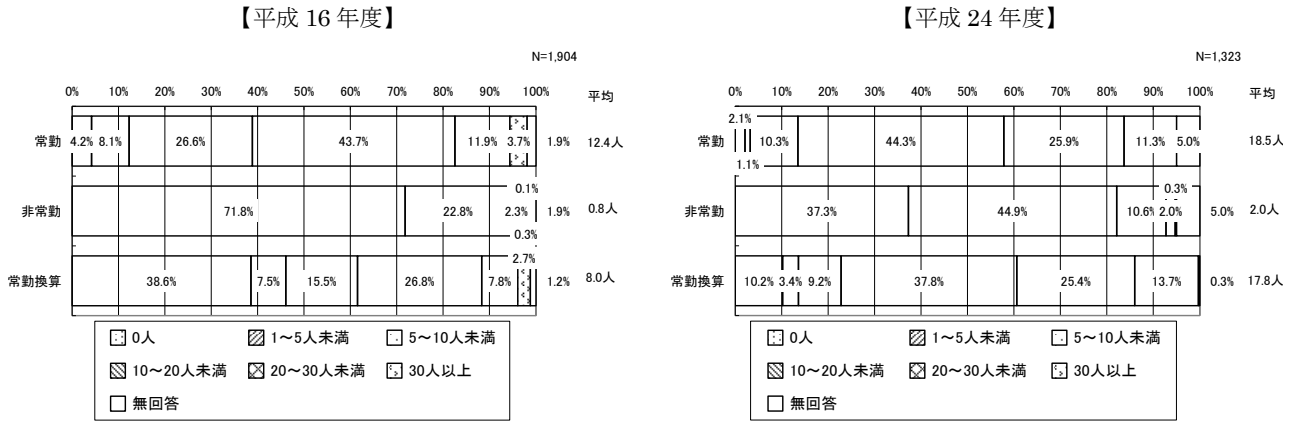
図表 2-18 常勤看護師 1 人あたりの入所者数



3) 介護福祉士

介護福祉士は、平成 24 年度の常勤の平均人数が 18.5 人、非常勤は 2.0 人、常勤換算では 17.8 人となっており、平成 16 年度と比較して、常勤・非常勤ともに増加している。

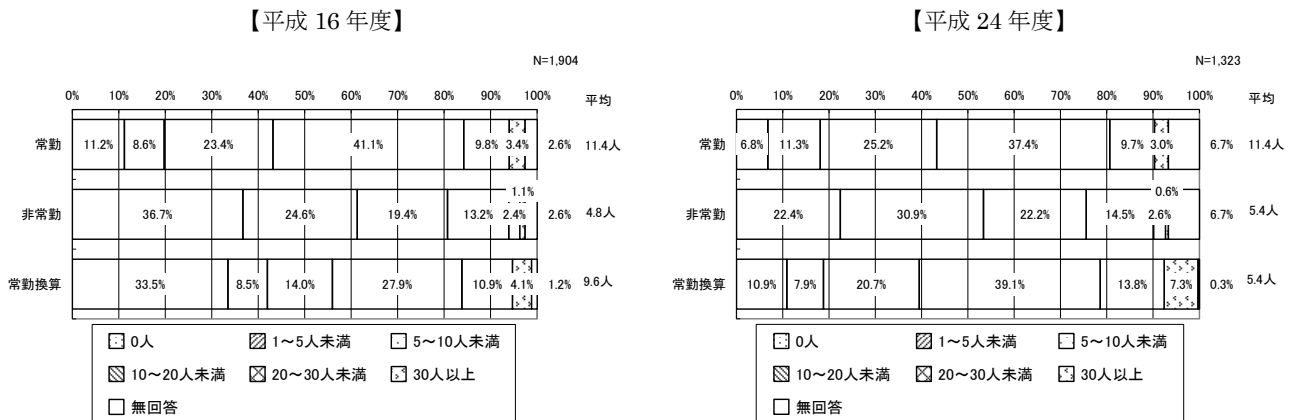
図表 2-19 介護福祉士



4) 介護職員その他

介護職員その他は、平成 24 年度では職員体制別の最も大きい割合は、常勤の平均人数が 11.4 人、非常勤は 5.4 人、常勤換算では 5.4 人となっており、平成 16 年度と比較して、常勤の平均人数は変わらないが、非常勤の平均人数が増加している。

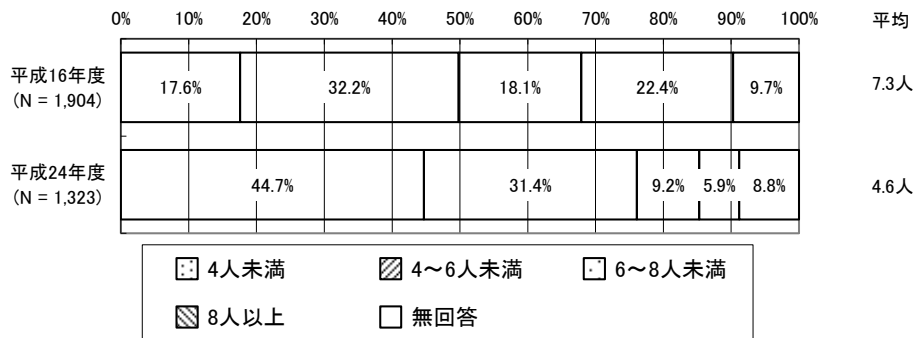
図表 2-20 介護職員その他



5) 常勤介護福祉士 1人あたりの入所者数

常勤介護福祉士 1人あたりの入所者数は、平成 24 年度では「4 人未満」が 44.7%と最も多く、次いで「4～6 人未満」が 31.4%、「6～8 人未満」が 9.2%であり、平均 4.6 人であった。平成 16 年度と比較して、1 人あたりの入所者数が減少している。

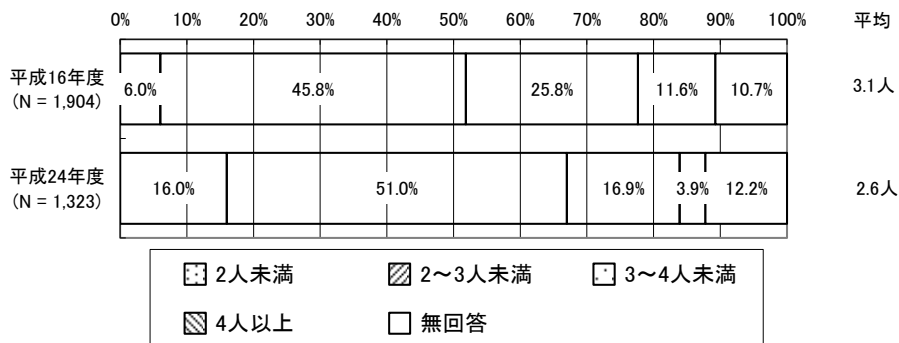
図表 2-21 常勤介護福祉士 1人あたりの入所者数



6) 介護職員 1人あたりの入所者数

介護職員 1人あたりの入所者数は、平成 24 年度では「2～3 人未満」が 51.0%と最も多く、次いで「3～4 人未満」が 16.9%、「2 人未満」が 16.0%であり、平均 2.6 人であった。平成 16 年度と比較して、1 人あたりの入所者数が減少している。

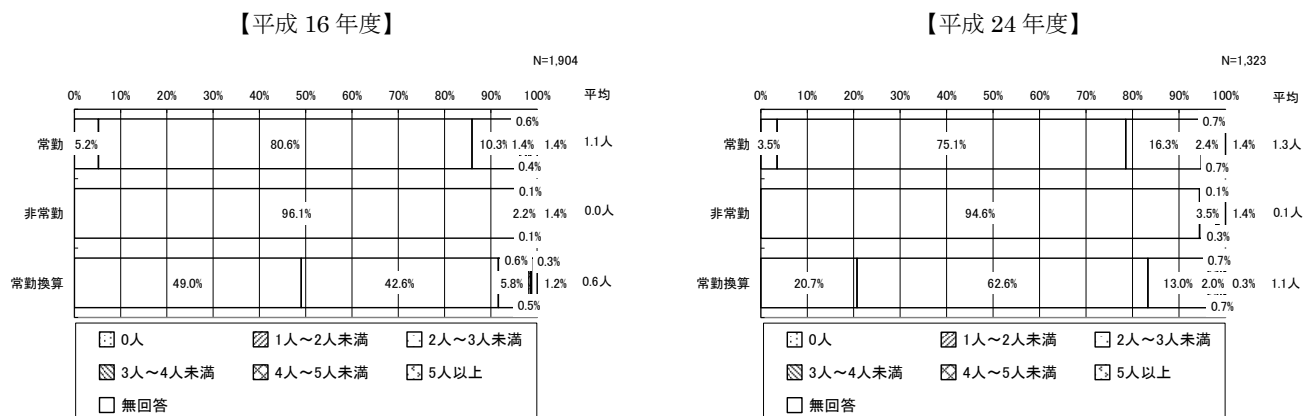
図表 2-22 介護職員 1人あたりの入所者数



7) 管理栄養士または栄養士

管理栄養士または栄養士は、平成 24 年度では、常勤は 1.3 人、非常勤は 0.1 人、常勤換算では 1.1 人となっており、平成 16 年度と比較して、増加している。

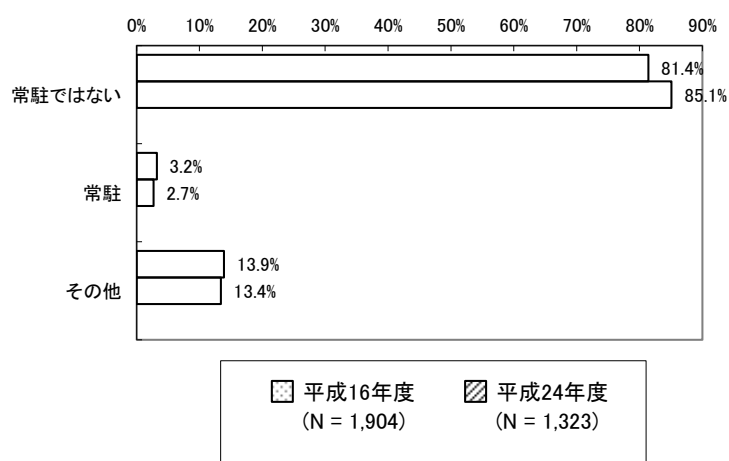
図表 2-23 管理栄養士または栄養士



8) 医師の勤務体制

医師の勤務体制は、平成 24 年度では「常駐ではない」が 85.1%、「常駐」が 2.7%であった。平成 16 年度と比較して、「常駐ではない」の割合が増加している。

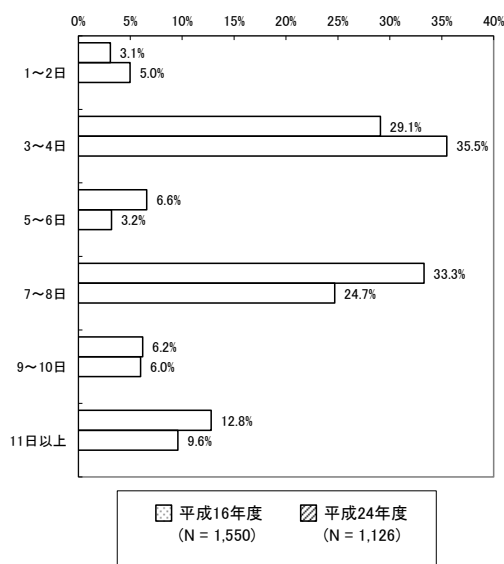
図表 2-24 医師の勤務体制 (MA)



9) 常駐ではない場合の勤務日数（1月当たり）

常駐ではない場合の勤務日数（1月当たり）は、平成24年度では「3～4日」が35.5%と最も多く、次いで「7～8日」が24.7%、「11日以上」が9.6%であった。平成16年度と比較して、1月あたりの勤務日数が多い施設の割合が減少している。

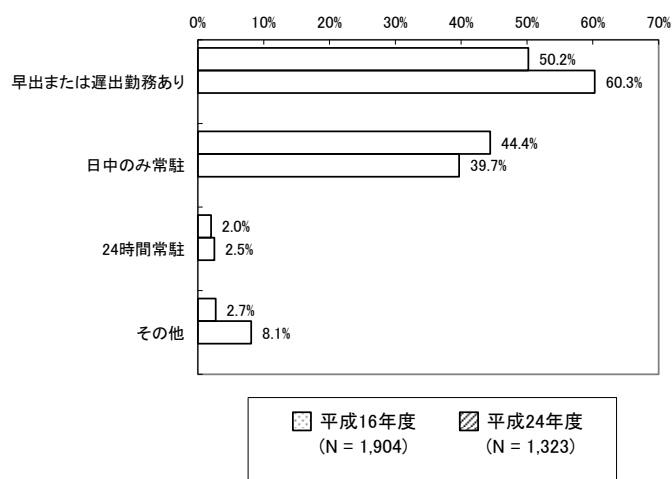
図表 2-25 常駐ではない場合の勤務日数（1月当たり）（MA）



10) 看護師の勤務体制

看護師の勤務体制は、平成24年度では「早出または遅出勤あり」が60.3%と最も多く、次いで「日中のみ常駐」が39.7%であった。平成16年度と比較して、「日中のみ常駐」の割合が減少し、「早出または遅出勤あり」や「24時間常駐」の割合が増加している。

図表 2-26 看護師の勤務体制（MA）



2.3 感染管理調査票の集計結果

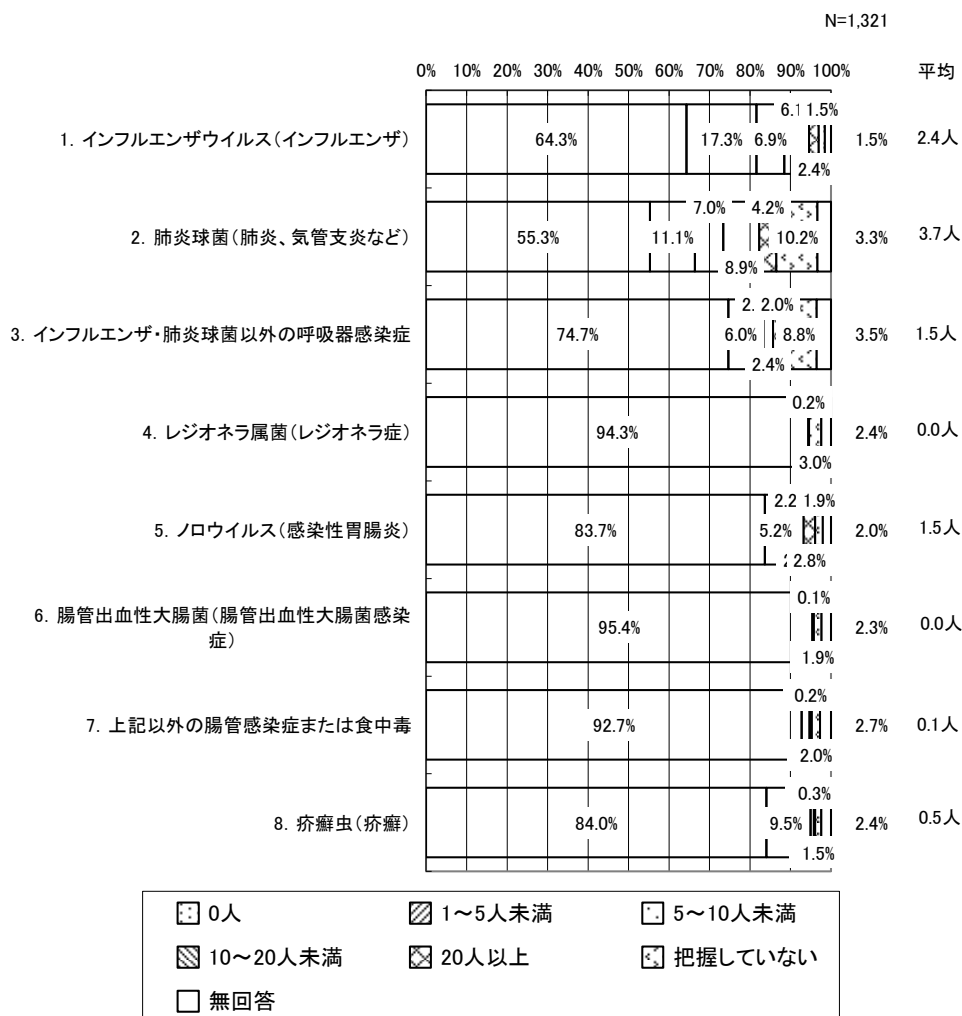
(1) 感染症の発生状況

1) 入所者の感染症の発生状況

施設における入所者の過去1年間(2011年10月～2012年9月)の各感染症の発生状況は、「肺炎球菌(肺炎、気管支炎など)」の罹患者数の平均が3.7人と最も多く、次いで「インフルエンザウイルス(インフルエンザ)」が2.4人、「インフルエンザ・肺炎球菌以外の呼吸器感染症」と「ノロウイルス(感染性胃腸炎)」が1.5人となっている。

「インフルエンザウイルス(インフルエンザ)」と「肺炎球菌(肺炎、気管支炎など)」は、それぞれ約3～4割の施設で罹患者が出ている。

図表 2-27 入所者の感染症の発生状況

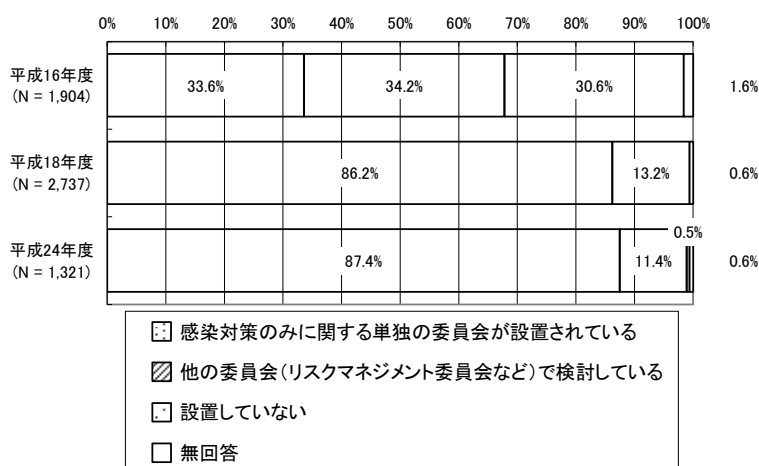


(2) 感染管理体制

1) 感染管理に関する施設内の検討する委員会の設置

感染対策に関する施設内の検討する委員会の設置は、平成 24 年度では「感染対策のみに関する単独の委員会が設置されている」が 87.4%と最も多く、次いで「他の委員会（リスクマネジメント委員会など）で検討している」が 11.4%、「設置していない」が 0.5%であった。平成 16 年度、平成 18 年度と比較して、委員会を設置していない割合が減少している。

図表 2-28 感染対策に関する施設内の検討する委員会の設置

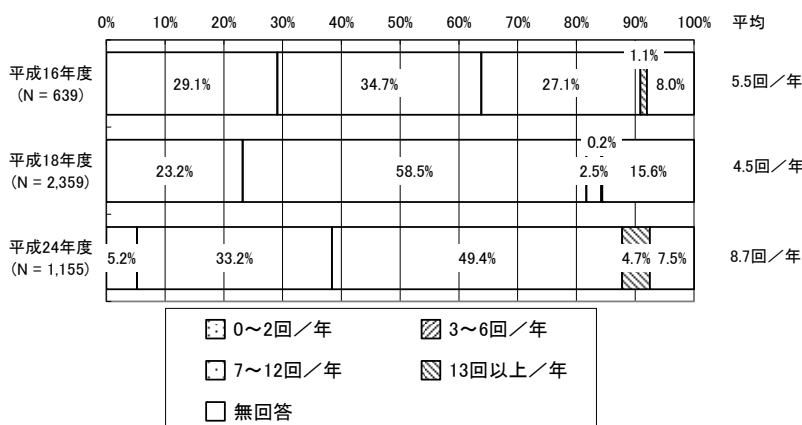


※「他の委員会（リスクマネジメント委員会など）で検討している」は平成 18 年度のみ回答項目なし

2) 単独の委員会を設置している場合の 1 年間の開催回数

単独の委員会を設置している場合の、この 1 年間の開催回数は、平成 24 年度では「7～12 回／年」が 49.4%と最も多く、次いで「3～6 回／年」が 33.2%、「0～2 回／年」が 5.2%であり、平均開催回数は 8.7 回であった。平成 16 年度、平成 18 年度と比較して、開催回数が増加している。

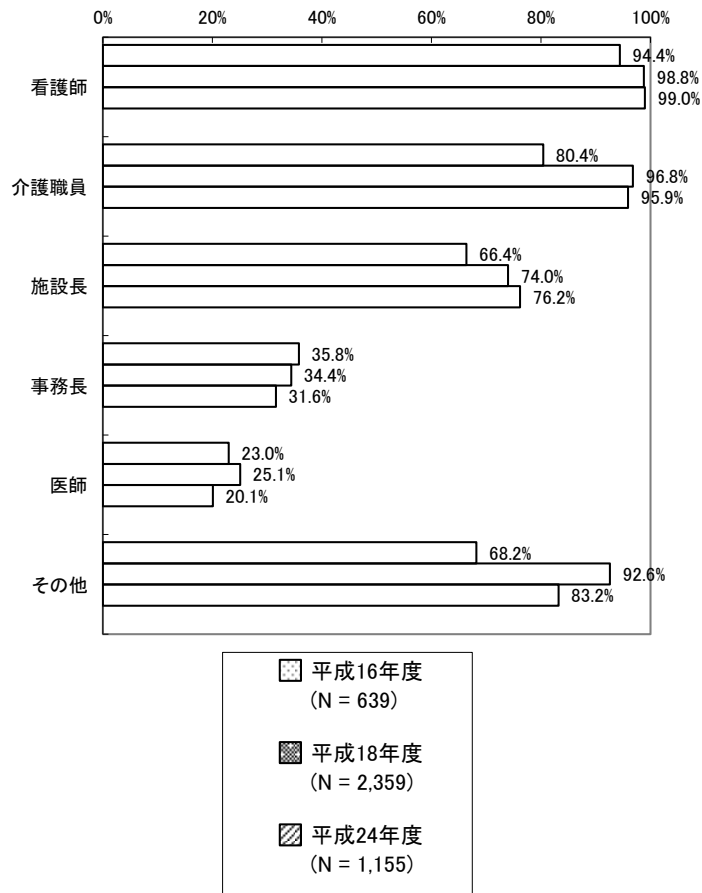
図表 2-29 この 1 年間の開催回数



3) 委員会構成メンバーの職種

委員会構成メンバーの職種は、平成 24 年度では「看護師」は 99.0%、「介護職員」95.9%であった。平成 16 年度、平成 18 年度と比較して、「施設長」を構成メンバーに含む施設が増加している。

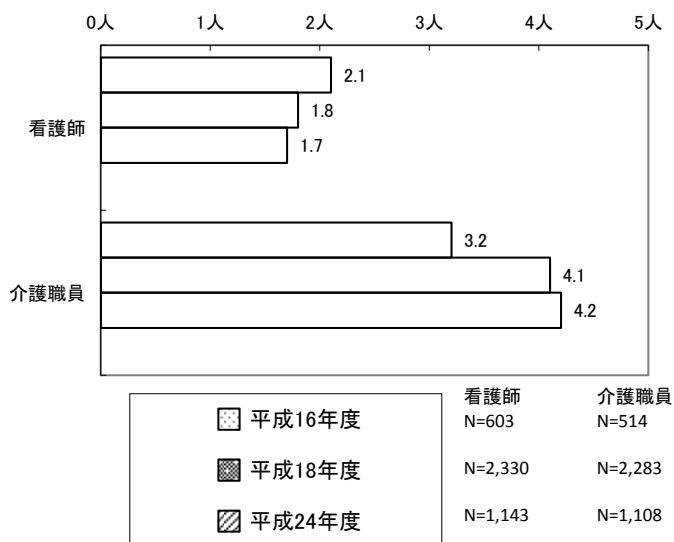
図表 2-30 委員会構成メンバーの職種 (MA)



4) 委員会構成メンバーの職種別人数

委員会構成メンバーの職種別平均人数は、看護師は 1.7 人、介護職員は 4.2 人であった。平成 16 年度、平成 18 年度と比較して、看護師は減少しており、介護職員は増加している。

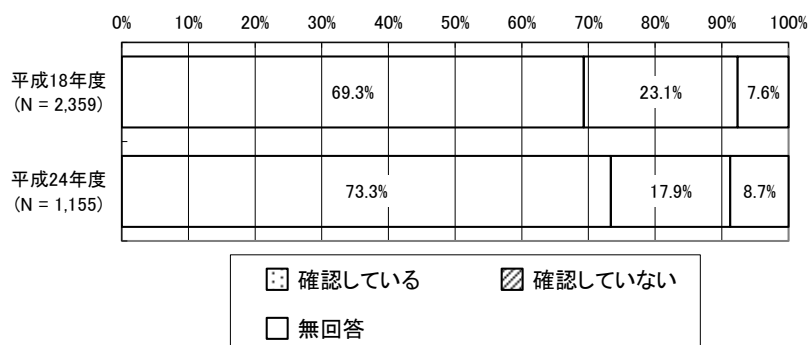
図表 2-31 委員会構成メンバーの職種別人数



5) 感染対策の実施状況や効果の確認の有無

感染対策の実施状況や効果の確認の有無は、平成 24 年度では「確認している」が 73.3%、「確認していない」が 17.9%であった。平成 18 年度と比較して、「確認している」の割合が増加している。

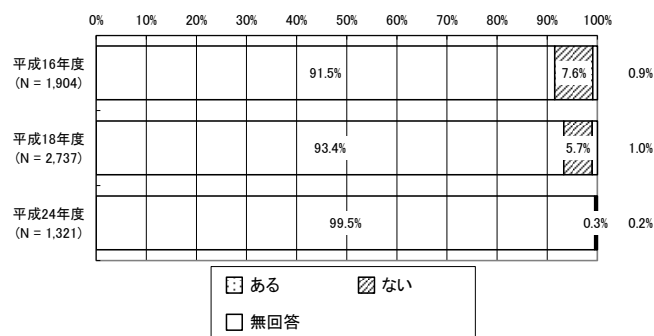
図表 2-32 感染対策の実施状況や効果の確認の有無



6) 感染対策に関するマニュアルの有無

感染対策に関するマニュアルの有無は、平成 24 年度では「ある」が 99.5%を占めており、ほぼ全ての施設がマニュアルを有していた。

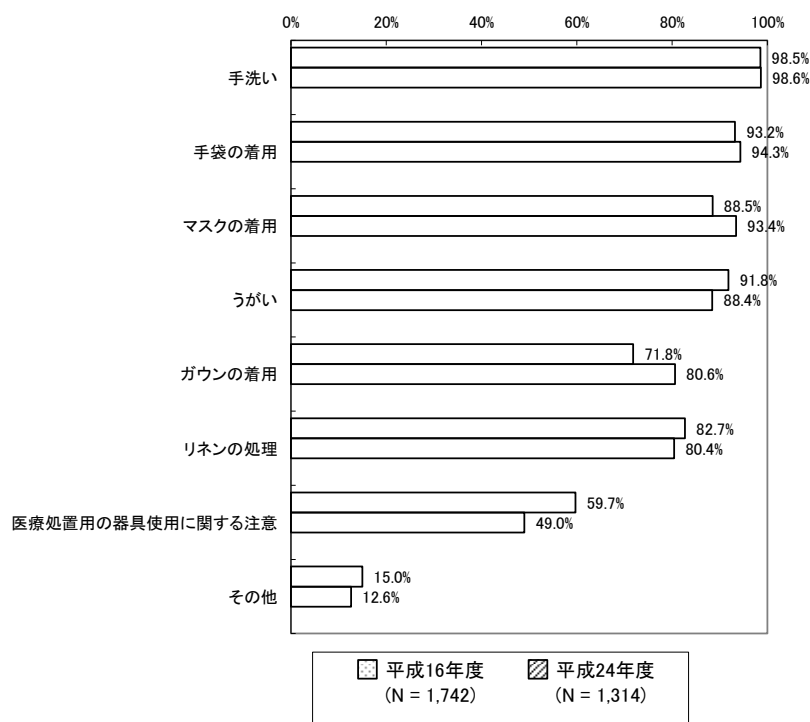
図表 2-33 感染対策に関するマニュアルの有無



7) マニュアル内に記載のある感染対策事項

マニュアル内に記載のある感染対策事項は、平成 24 年度では「手洗い」が 98.6%と最も多く、次いで「手袋の着用」が 94.3%、「マスクの着用」が 93.4%であった。平成 16 年度と比較して、「ガウンの着用」の割合が増加しており、「医療処置用の器具使用に関する注意」の割合が減少している。

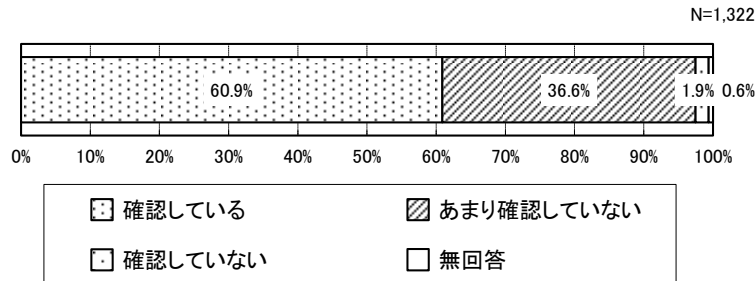
図表 2-34 マニュアル内に記載のある感染対策事項 (MA)



8) マニュアルの遵守の確認

マニュアルの遵守の確認は、平成 24 年度では「確認している」が 60.9%と最も多く、次いで「あまり確認していない」が 36.6%、「確認していない」が 1.9%であった。

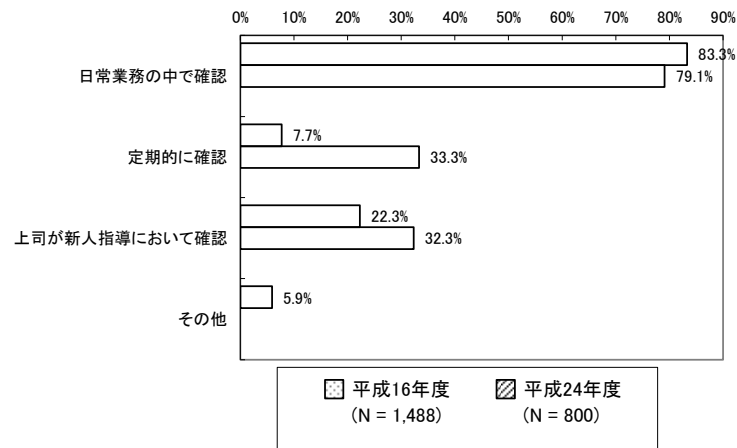
図表 2-35 マニュアルの遵守の確認



9) マニュアル遵守の確認方法

マニュアル遵守の確認方法は、平成 24 年度では「日常業務の中で確認」が 79.1%と最も多く、次いで「定期的に確認」が 33.3%、「上司が新人指導において確認」が 32.3%であった。平成 16 年度と比較して、日常業務以外で確認する割合が増加している。

図表 2-36 マニュアル遵守の確認方法 (MA)

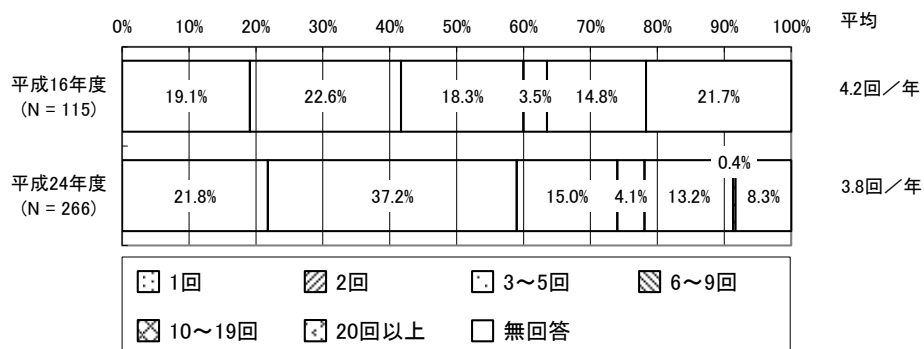


※「その他」は平成 16 年度のみ回答項目あり

10) マニュアル遵守の確認回数

マニュアルの遵守を定期的に確認している場合の年間の確認回数は、平成 24 年度では「2 回」が 37.2%と最も多く、次いで「1 回」が 21.8%、「3～5 回」が 15.0%であった。平成 16 年度と比較して、「2 回」の割合が増加しており、年間平均回数は 3.8 回であった。

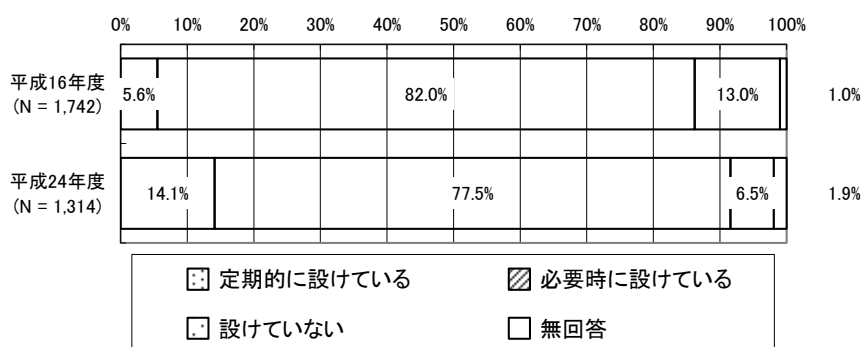
図表 2-37 年間の定期確認回数



11) マニュアルを更新・検討する機会

マニュアルを更新・検討する機会は、平成 24 年度では「必要時に設けている」が 77.5%と最も多く、次いで「定期的に設けている」が 14.1%、「設けていない」が 6.5%であった。平成 16 年度と比較して「定期的に設けている」の割合が増加している。

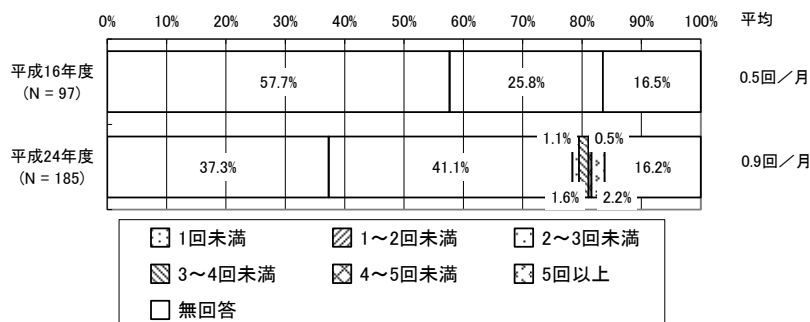
図表 2-38 マニュアルを更新・検討する機会の設置



12) 1月あたりのマニュアル更新・検討の頻度

マニュアルを更新・検討する機会を定期的に設けている場合の、1月あたりのマニュアル更新・検討の頻度は、平成24年度では「1～2回未満」が41.1%と最も多く、次いで「1回未満」が37.3%、「5回以上」が2.2%であった。平成16年度と比較して、更新頻度は増加しており、およそ平均で1月に1回更新されている。

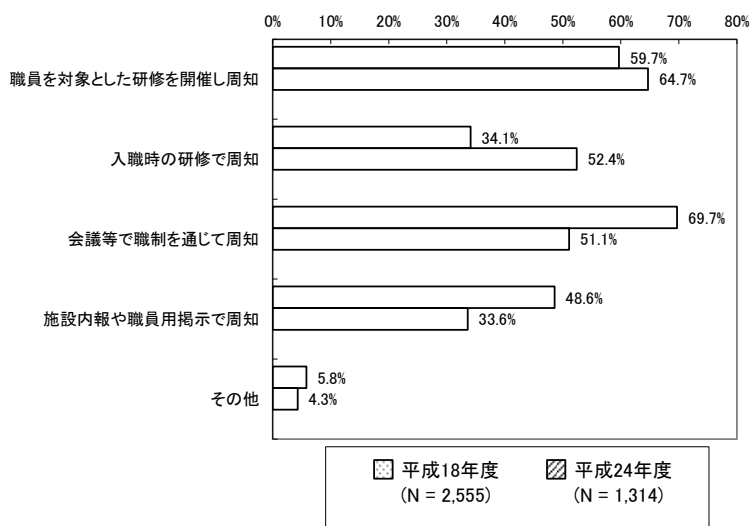
図表 2-39 1月あたりのマニュアル更新・検討の頻度



13) マニュアルの周知方法

マニュアルの周知方法は、平成24年度では「職員を対象とした研修を開催し周知」が64.7%と最も多く、次いで「入職時の研修で周知」が52.4%、「会議等で職制を通じて周知」が51.1%であった。平成18年度と比較して、「入職時の研修で周知」の割合が増加している。

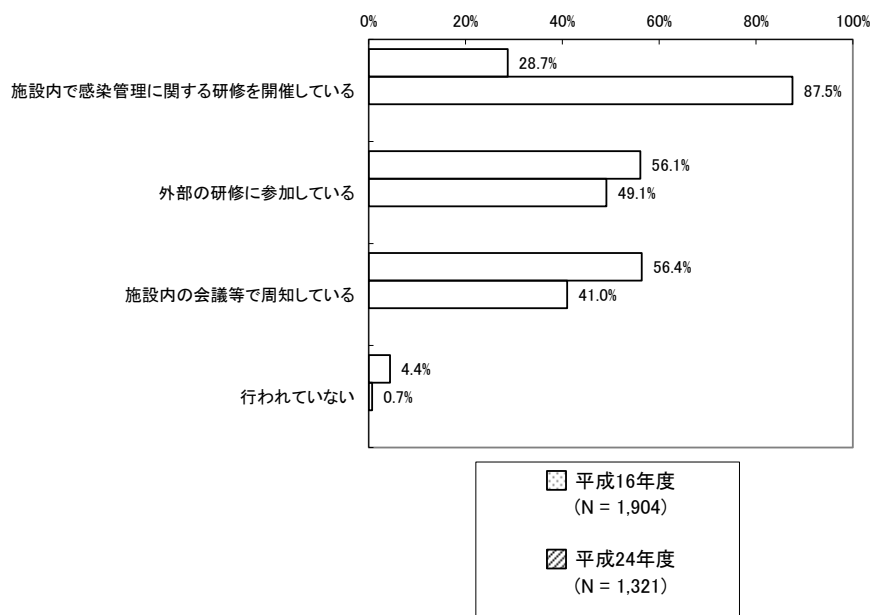
図表 2-40 マニュアルの周知方法 (MA)



14) 感染対策に関する研修の有無

感染対策に関する研修の有無は、平成24年度では「施設内で感染管理に関する研修を開催している」は87.5%であり、「外部の研修に参加している」49.1%、「施設内の会議等で周知している」41.0%であった。平成16年度と比較して、施設内で研修を実施している割合が増加している。

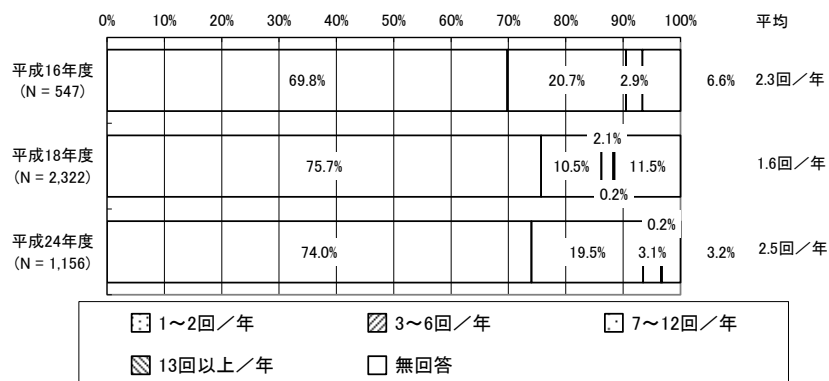
図表 2-41 感染対策に関する研修の有無 (MA)



15) 研修実施頻度

施設内で感染管理に関する研修を開催している頻度は、平成24年度では「1~2回/年」が74.0%と最も多く、次いで「3~6回/年」が19.5%、「7~12回/年」が3.1%であった。平成16年度、平成18年度と比較して、平均開催回数は増加している。

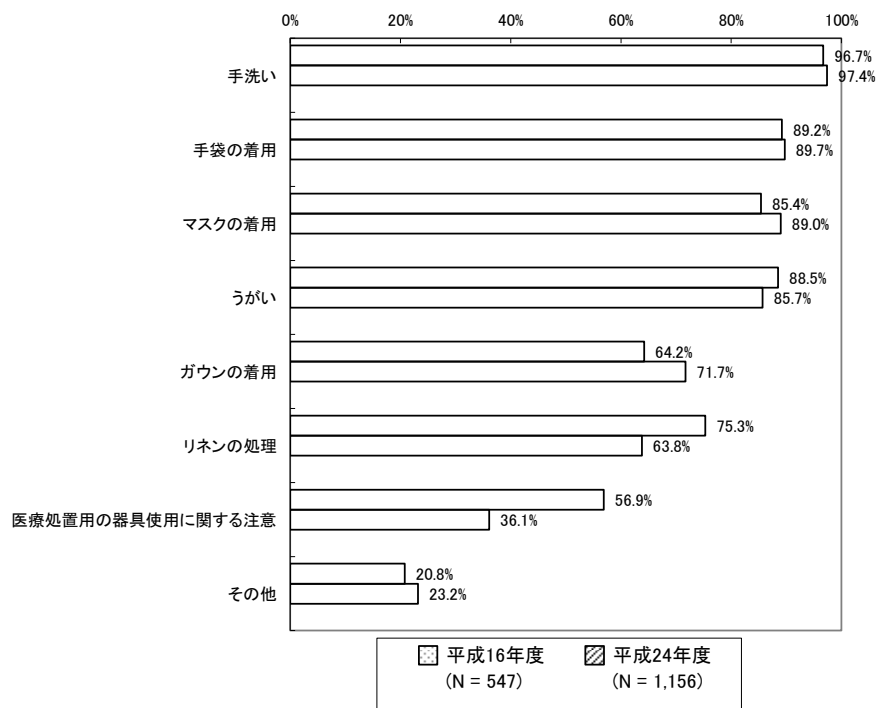
図表 2-42 研修実施頻度



16) 研修内で触れている感染対策

施設内で感染管理に関する研修を開催している場合の研修で触れている感染対策は、平成 24 年度では「手洗い」が 97.4%と最も多く、次いで「手袋の着用」が 89.7%、「マスクの着用」が 89.0%であった。平成 16 年度と比較して、「医療処置用の器具使用に関する注意」の割合が減少している。

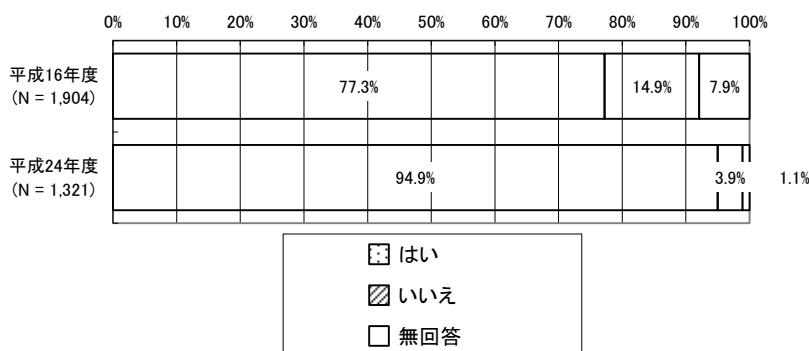
図表 2-43 研修内で触れている感染対策事項 (MA)



17) 施設内の感染対策を担当する職員

施設内の感染対策を担当する職員が決められているかとの問いに対しては、平成 24 年度では「はい」が 94.9%、「いいえ」が 3.9%であった。平成 16 年度と比較して、「決められている」割合が増加している。

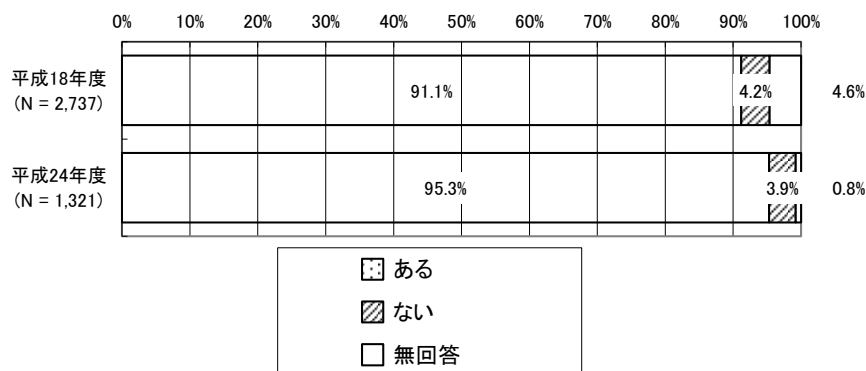
図表 2-44 施設内の感染対策を担当する職員



18) 施設の感染管理や衛生管理の方法などの相談先

施設の感染管理や衛生管理の方法などについて相談する先の有無は、平成24年度では「ある」が95.3%になっており、平成18年度と比較して、相談先がある施設が増加している。

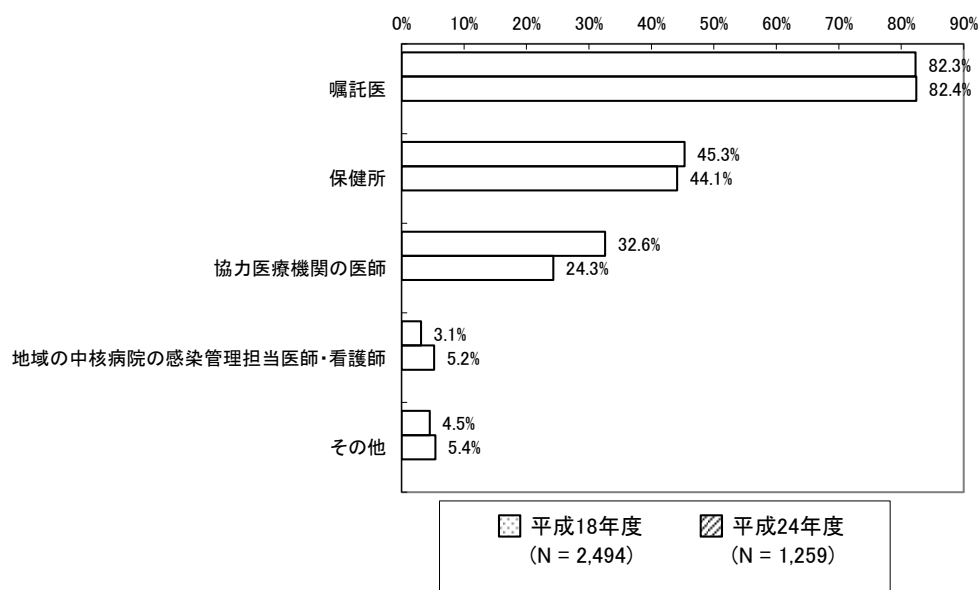
図表 2-45 施設の感染管理や衛生管理方法の相談先の有無



19) 相談先の立場

「相談先がある」と回答した施設の相談先の立場は、平成24年度では「嘱託医」が82.4%と最も多く、次いで「保健所」が44.1%、「協力医療機関の医師」が24.3%であった。平成18年度も同様の傾向がみられた。

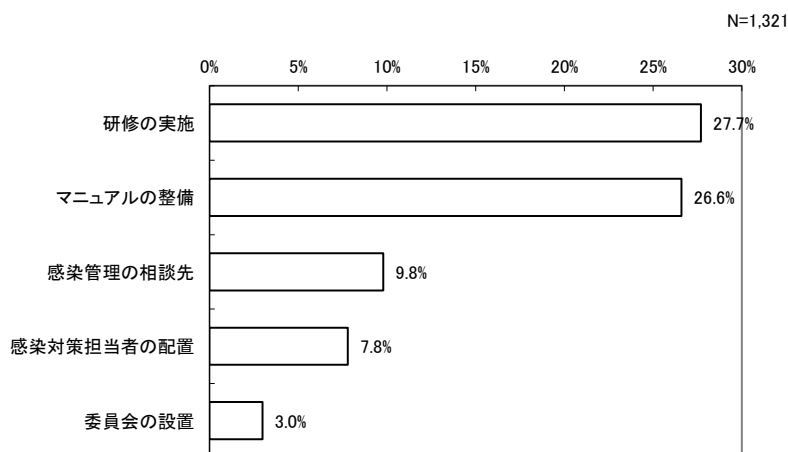
図表 2-46 相談先の立場 (MA)



20) 施設内の感染管理体制において困っていることや課題等

施設内の感染管理体制において困っていることや課題等は、「研修の実施」が 27.7%と最も多く、次いで「マニュアルの整備」が 26.6%、「感染管理の相談先」が 9.8%であった。

図表 2-47 施設内の感染管理体制において困っていることや課題等 (MA)



(3) 感染対策の実施状況

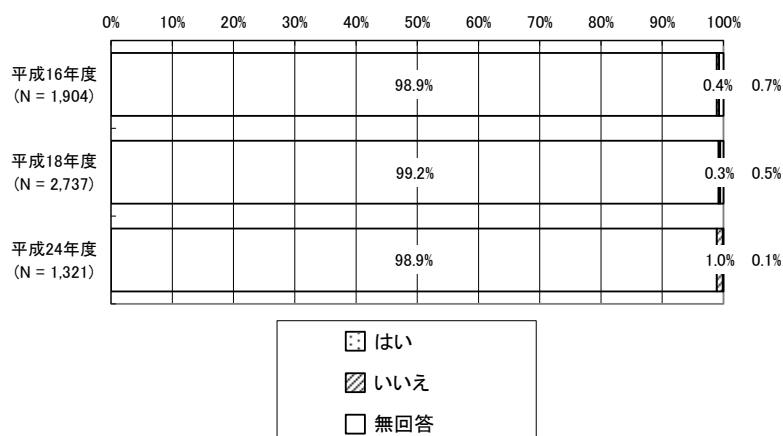
1) 入所の場面での感染管理

① 入所時の入所者の健康状態の確認の有無

入所する際に、入所者の健康状態の確認を行っているかという問いに対しては、平成 24 年度では「はい」が 98.9%、「いいえ」が 1.0%であった。平成 16 年度、平成 18 年度と同様に多くの施設で確認している。

入所時の健康状態の確認方法は、平成 24 年度では「検診・健康診断 (入所時健診)」が 79.0%と最も多く、次いで「ケアマネジャーなどから情報を得る」が 77.1%、「自己申告 (家族や本人からの申告)」が 66.9%であった。

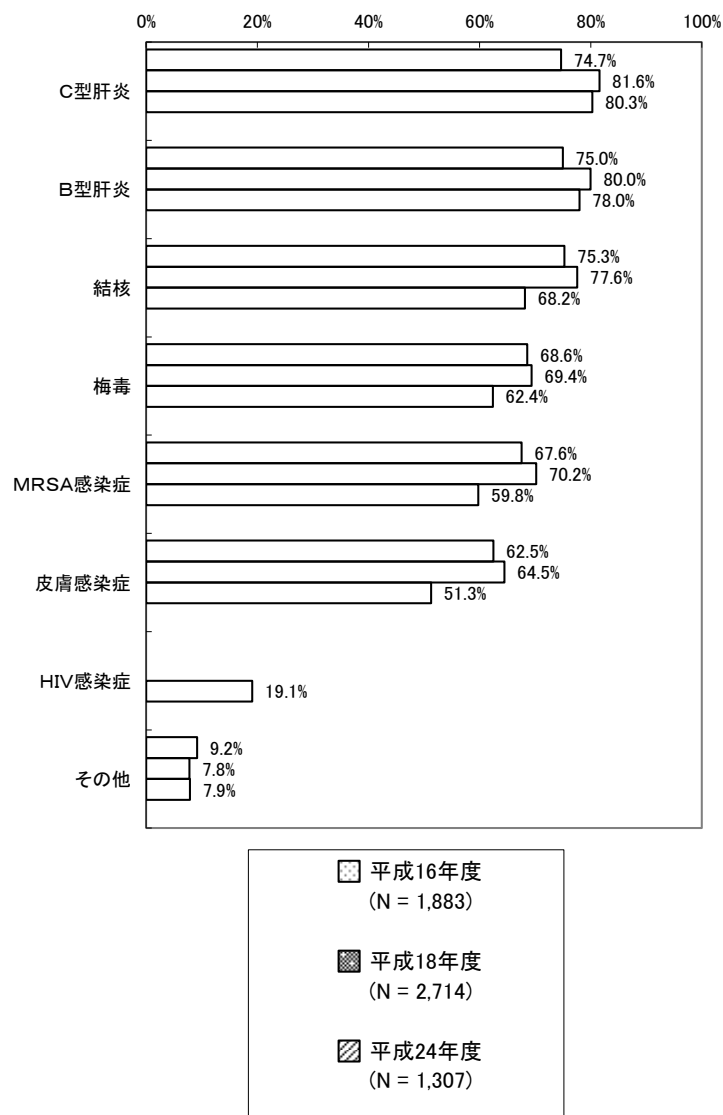
図表 2-48 入所時の入所者の健康状態の確認の有無



② 入所時に確認する感染症

入所時に確認する感染症は、平成 24 年度では「C型肝炎」が 80.3%と最も多く、次いで「B型肝炎」が 78.0%、「結核」が 68.2%であった。平成 16 年度、平成 18 年度も同様の傾向がみられた。

図表 2-49 入所時に確認する感染症（MA）

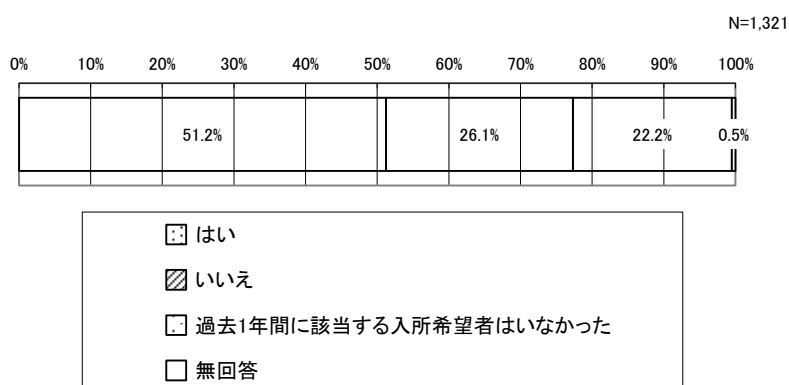


※「H I V感染症」は平成 24 年度のみ回答項目あり

③ 過去1年間（2011年10月～2012年9月）に、感染症及び既往のある入所希望者の受け入れの有無

過去1年間（2011年10月～2012年9月）に、図表 2-49 のような感染症及び既往のある入所希望者の受け入れたことがあるかについて、平成 24 年度では「はい」が 51.2%と最も多く、次いで「いいえ」が 26.1%、「過去1年間に該当する入所希望者はいなかった」が 22.2%であった。

図表 2-50 過去1年間（2011年10月～2012年9月）の感染症及び既往のある入所希望者の受け入れ

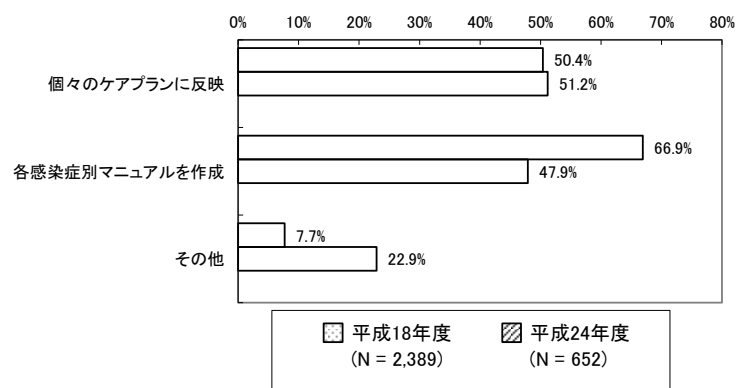


④ 過去1年間（2011年10月～2012年9月）の感染症に関する知識や対応方法の関係職員への周知

過去1年間（2011年10月～2012年9月）に図表 2-49 のような感染症及び既往のある入所希望者の受け入れたことがある施設における、感染症に関する知識や対応方法に関する関係職員への周知は、平成 24 年度では「周知している」が 96.4%、「周知していない」が 2.8%であった。

「周知している」場合の周知方法は、平成 24 年度では「個々のケアプランに反映」が 51.2%と最も多く、次いで「各感染症別マニュアルを作成」が 47.9%であった。平成 18 年度と比較して、「各感染症別マニュアルを作成」の割合が減少している。

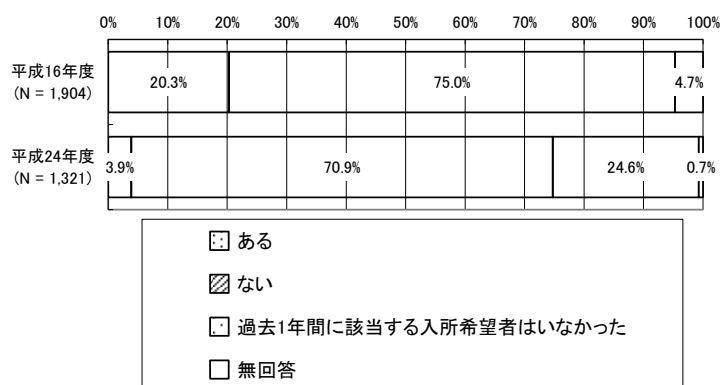
図表 2-51 関係職員への周知方法（MA）



⑤ 過去1年間（2011年10月～2012年9月）に感染症の既往者に対し入所を断ったこと

過去1年間（2011年10月～2012年9月）に感染症の既往者に対し、入所を断ったことがあるかは、平成24年度では「ある」が3.9%、「ない」が70.9%、「過去1年間に該当する入所希望者はいなかった」が24.6%であり、平成16年度と比較して、「ある」の割合が減少している。

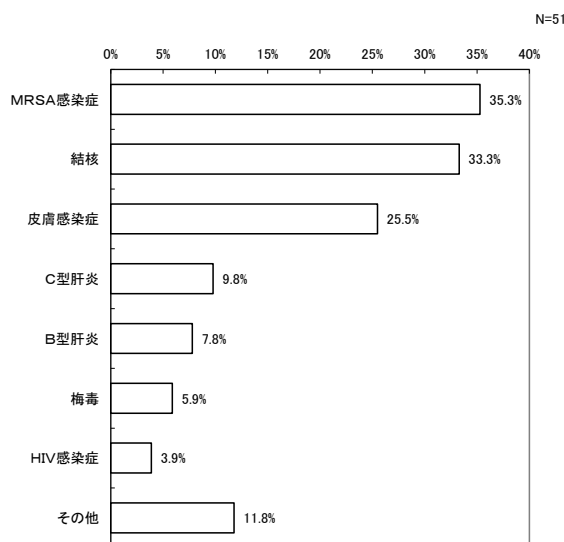
図表 2-52 過去1年間（2011年10月～2012年9月）に感染症既往者に対して入所を断ったこと



⑥ 過去1年間（2011年10月～2012年9月）に入所を断らざるを得なかった感染症

過去1年間（2011年10月～2012年9月）に入所を断ったことがある施設が、断らざるを得なかった感染症は、「MRSA感染症」が35.3%と最も多く、次いで「結核」が33.3%、「皮膚感染症」が25.5%であった。

図表 2-53 過去1年間（2011年10月～2012年9月）に入所を断らざるを得なかった感染症 (MA)



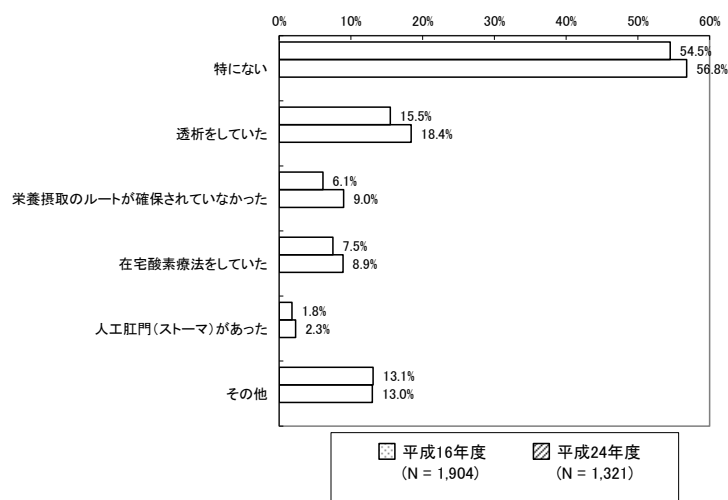
入所を断らざるを得なかった事例として、下記のような具体例が挙げられた。

- 疥癬が増悪しており専門医による治療をすすめた。
- 感染症の利用者を介護するだけの知識が不十分で、他の利用者や入所希望者自身に迷惑がかかると判断した。
- 肝硬変による食道静脈瘤破裂の既往があり、自覚症状の訴えが不可能であったため。
- 入所希望者自身は雇っていなかったが、入院されている病棟内で疥癬の方が数名居たため、すぐの入所は断わり、2ヶ月後に入所されたケースがある。
- HBs 抗原陽性にて、HBV 量が多く感染力が強いため、医師の指示にて入所中止となる。

⑦ 介護上の理由で入所希望者の受け入れができなかったこと

介護上の理由で入所希望者の受け入れられができなかったことは、平成 24 年度では「特にない」が 56.8%と最も多く、次いで「透析をしていた」が 18.4%であった。平成 16 年度も同様の傾向がみられた。

図表 2-54 介護上の理由で入所希望者を受け入れられなかったこと (MA)

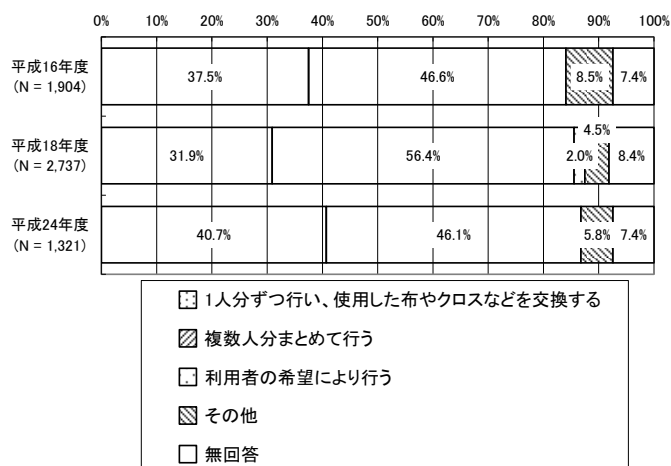


2) 生活の場面での感染対策実施状況

① ベッド周辺の清掃方法

ベッド周辺の清掃方法は、平成 24 年度では「複数人分まとめて行う」が 46.1%と最も多く、次いで「1人分ずつ行い、使用した布やクロスなどを交換する」が 40.7%であった。平成 16 年度、平成 18 年度も同様の傾向がみられた。

図表 2-55 ベッド周辺の清掃方法



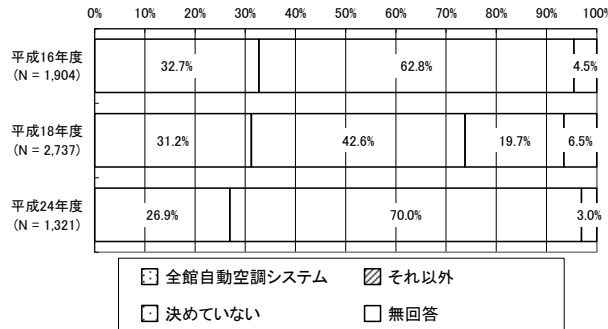
※「利用者の希望により行う」は平成 18 年度のみ回答項目あり

② 換気方法

換気方法は、平成 24 年度では「全館自動空調システム」が 26.9%であった。平成 16 年度、平成 18 年度と比較して、「全館自動空調システム」の割合はやや低下した。

手動で換気を行っている場合の 1 日あたりの換気頻度は、平成 24 年度では「2 回」が 44.9%と最も多く、次いで「3 回」が 22.9%、「1 回」が 16.0%であった。平成 16 年度、平成 18 年度も平均回数において同様の傾向がみられた。

図表 2-56 換気方法



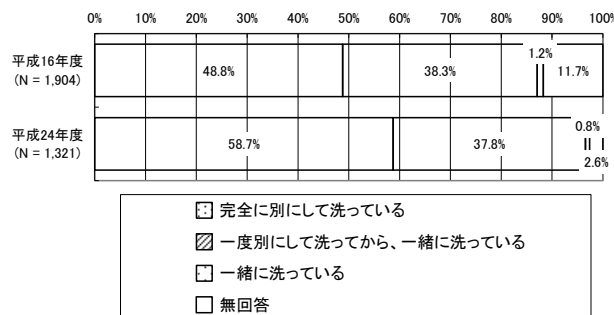
※「決めていない」は平成 18 年度のみ回答項目あり

③ 血液等で汚染されたシーツ類・衣類と汚染されていないものとの分別洗濯

血液・体液・汚物等で汚染されたシーツ類・衣類と汚染されていないものと別にして洗濯しているかどうかについては、平成 24 年度では「完全に別にして洗っている」が 58.7%と最も多く、次いで「一度別にして洗ってから、一緒に洗っている」が 37.8%、「一緒に洗っている」が 0.8%であった。平成 16 年度も同様の傾向がみられた。

血液・体液・汚物等で汚染されたシーツ類・衣類の洗濯方法 (MA) は、平成 24 年度では「塩素系洗濯剤を使用」が 85.8%と最も多く、次いで「熱水洗濯 (80℃以上)」が 28.0%、「水による洗濯」が 15.2%であった。平成 16 年度と比較して、「塩素系洗濯剤を使用」の割合が増加している。

図表 2-57 血液等で汚染されたシーツ類・衣類と汚染されていないものとの分別洗濯

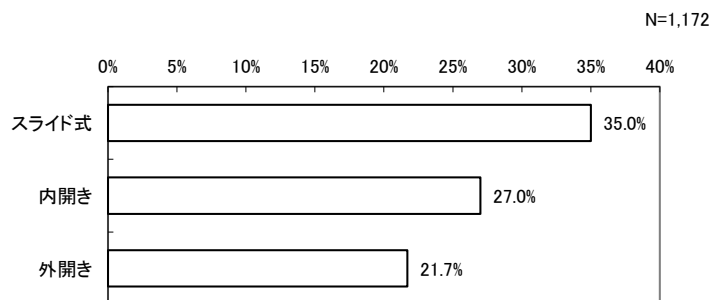


④ 共用トイレの出入口ドアの有無とドアの種類

共用トイレの出入口ドアの有無は、「ある」が 88.7%、「ない」が 12.1%であった。

また、共用トイレの出入り口ドアがある場合、そのドアの種類は、「スライド式」が 35.0%と最も多く、次いで「内開き」が 27.0%、「外開き」が 21.7%であった。

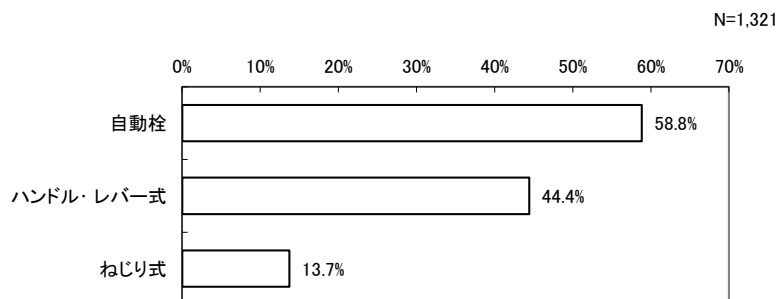
図表 2-58 共用トイレの出入り口ドアの種類 (MA)



⑤ 共用トイレの手洗い場水道の種類

共用トイレの手洗い場の水道の種類は、「自動栓」が 58.8%と最も多く、次いで「ハンドル・レバー式」が 44.4%、「ねじり式」が 13.7%であった。

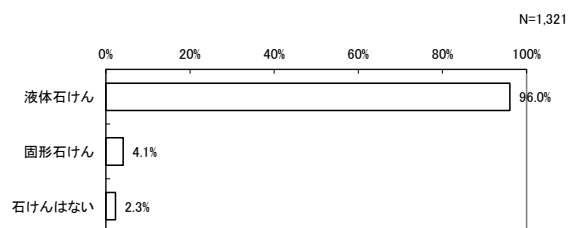
図表 2-59 共用トイレの手洗い場水道の種類 (MA)



⑥ 共用トイレの手洗い場にある石けんの種類

共用トイレの手洗い場にある石けんの種類は、「液体石けん」が 96.0%と最も多く、次いで「固形石けん」が 4.1%、「石けんはない」が 2.3%であった。

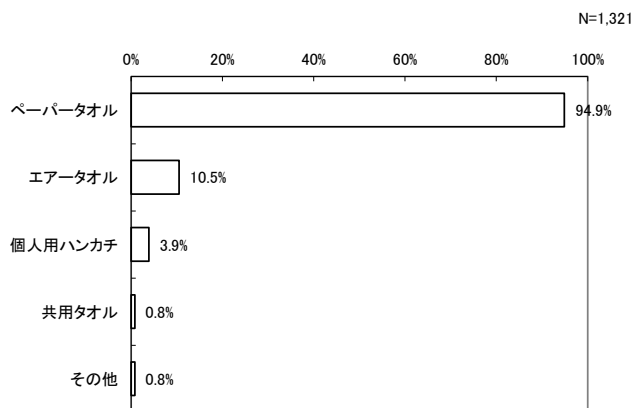
図表 2-60 共用トイレの手洗い場にある石けんの種類 (MA)



⑦ 共用トイレの手洗い後に使用するもの

共用トイレの手洗い後に使用するものは、「ペーパータオル」が 94.9%と最も多く、次いで「エアータオル」が 10.5%、「個人用ハンカチ」が 3.9%であった。

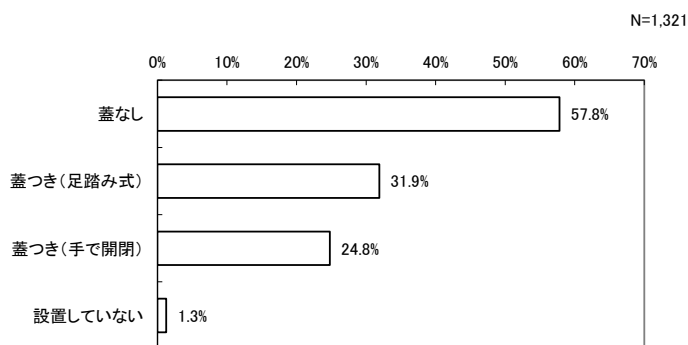
図表 2-61 共用トイレの手洗い後に使用するもの (MA)



⑧ 共用トイレのゴミ箱の種類

共用トイレのゴミ箱の種類は、「蓋なし」が 57.8%と最も多く、次いで「蓋つき (足踏み式)」が 31.9%、「蓋つき (手で開閉)」が 24.8%であった。

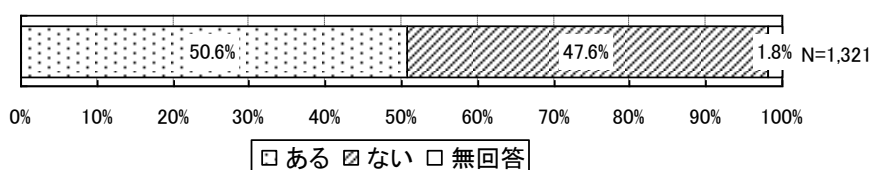
図表 2-62 共用トイレのゴミ箱の種類 (MA)



⑨ 循環型浴槽の有無

循環型浴槽の有無は、平成 24 年度では「ある」が 50.6%、「ない」が 47.6%であった。

図表 2-63 循環型浴槽の有無



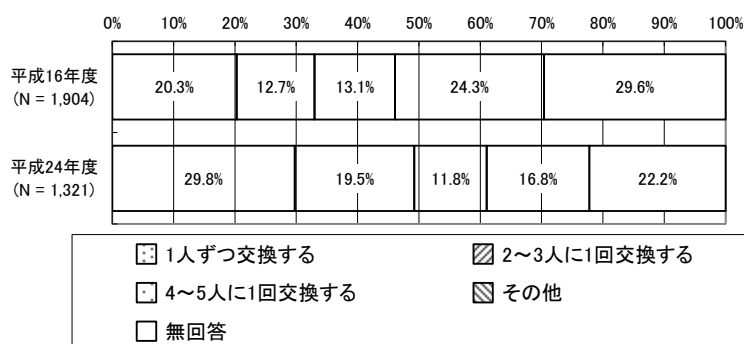
⑩ お湯の交換頻度と清掃状況

循環型浴槽のお湯の交換頻度は、平成 24 年度では平均して 7 日に 1 回となっており、平成 16 年度も同様の傾向がみられた。非循環型浴槽のお湯の交換頻度は、平成 24 年度では平均して 4.3 日に 1 回となっており、平成 16 年度と比較して、交換頻度が低くなっている。

また、個浴の場合のお湯の交換頻度は、平成 24 年度では「1 人ずつ交換する」が 29.8%と最も多く、次いで「2～3 人に 1 回交換する」が 19.5%であった。平成 16 年度と比較して、交換頻度が高くなっている傾向がみられる。

お湯の交換時の浴槽の清掃状況は、平成 24 年度では「交換のたびに洗っている」が 64.3%と最も多く、次いで「1 日に 1 度洗っている」が 28.1%であった。

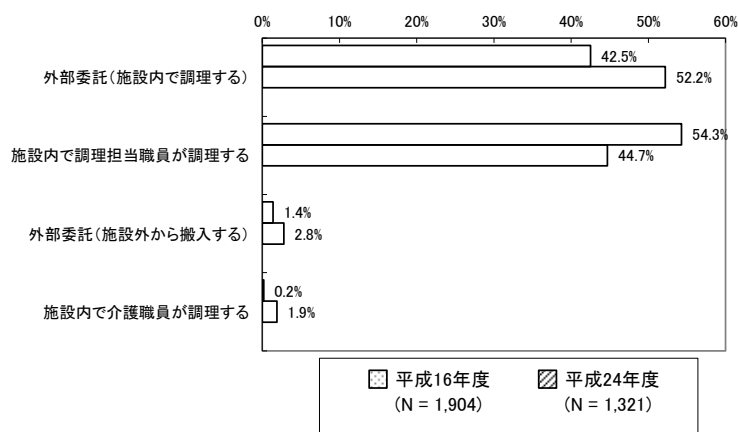
図表 2-64 個浴の場合のお湯の交換頻度



⑪ 給食の実施方法

給食の実施方法は、平成 24 年度では「外部委託（施設内で調理する）」が 52.2%と最も多く、次いで「施設内で調理担当職員が調理する」が 44.7%であった。平成 16 年度と比較して、「外部委託（施設内で調理する）」の割合が増加し、「施設内で調理担当職員が調理する」の割合が減少している。

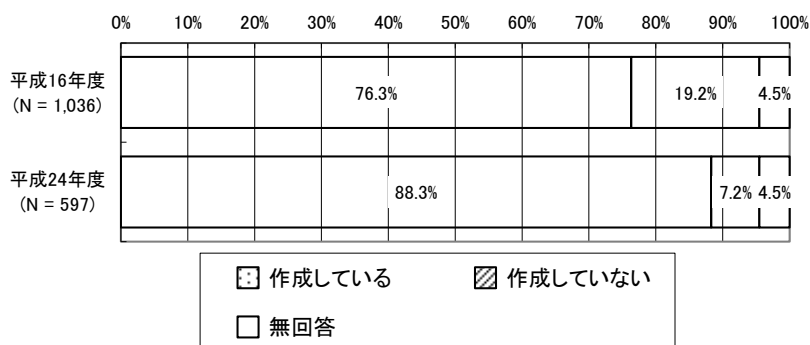
図表 2-65 給食の実施方法（MA）



⑫ 職員による給食の調理・提供に関する衛生管理マニュアルの作成

「施設内で調理担当職員が調理する」または「施設内で介護職員が調理する」と回答した施設のうち、給食の調理・提供に関する衛生管理マニュアルの作成は、平成 24 年度では「作成している」が 88.3%、「作成していない」が 7.2%であった。平成 16 年度と比較して、「作成している」の割合が増加している。

図表 2-66 給食の調理・提供に関する衛生管理マニュアルの作成

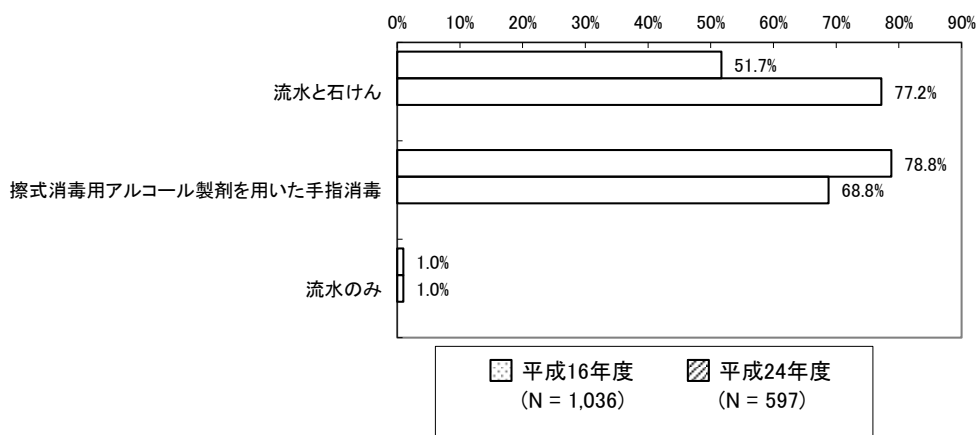


⑬ 調理従事者の手洗い方法

「施設内で調理担当職員が調理する」または「施設内で介護職員が調理する」と回答した施設における調理従事者の手洗い方法は、平成 24 年度では「流水と石けん」が 77.2%と最も多く、次いで「擦式消毒用アルコール製剤を用いた手指消毒」が 68.8%、「流水のみ」が 1.0%であった。平成 16 年度と比較して、「流水と石けん」の割合が増加している。

「流水と石けん」で手洗いを行っている場合の石けん種類は、「液体」が 82.4%、「固形」が 0.7%であった。

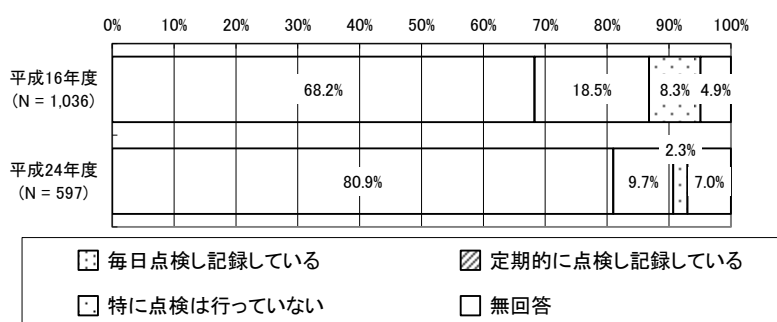
図表 2-67 調理従事者の手洗い方法 (MA)



⑭ 調理従事者の個人衛生点検

「施設内で調理担当職員が調理する」または「施設内で介護職員が調理する」と回答した施設における調理従事者の個人衛生点検は、平成 24 年度では「毎日点検し記録している」が 80.9%と最も多く、次いで「定期的に点検し記録している」が 9.7%、「特に点検は行っていない」が 2.3%であった。平成 16 年度と比較して、点検を行っていない施設の割合が減少するとともに、「毎日点検し記録している」の割合が増加している。

図表 2-68 調理従事者の個人衛生点検

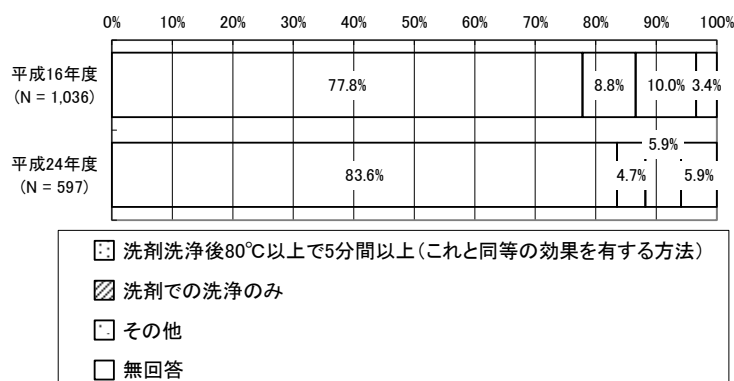


⑮ 調理器具、ふきんの消毒方法

「施設内で調理担当職員が調理する」または「施設内で介護職員が調理する」と回答した施設における調理器具の消毒方法は、平成 24 年度では「洗剤洗浄後 80℃以上で 5 分間以上（これと同等の効果を有する方法）」が 83.6%であった。

また、ふきんの消毒方法は、平成 24 年度では「その他」が 43.4%と最も多く、次いで「洗剤での洗浄のみ」が 31.7%、「洗剤での洗浄のみ」が 17.8%であった。

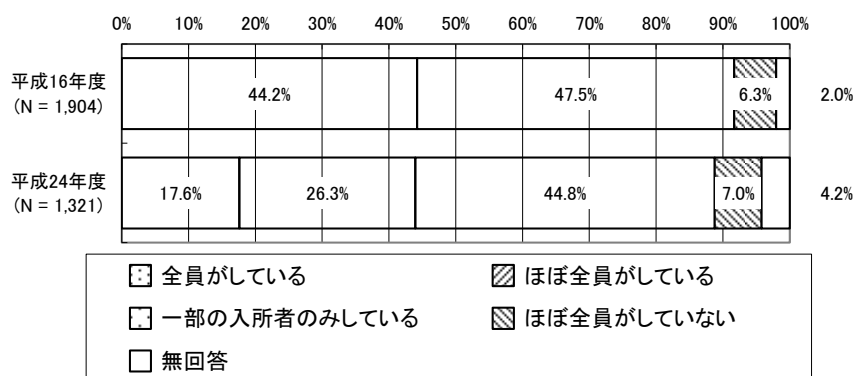
図表 2-69 調理器具の消毒方法



⑩ 入所者の食事前の手洗い

入所者の食事前の手洗いは、平成 24 年度では「一部の入所者のみしている」が 44.8%と最も多く、次いで「ほぼ全員がしている」が 26.3%、「全員がしている」が 17.6%であった。平成 16 年度も同様の傾向がみられた。

図表 2-70 入所者の食事前の手洗い



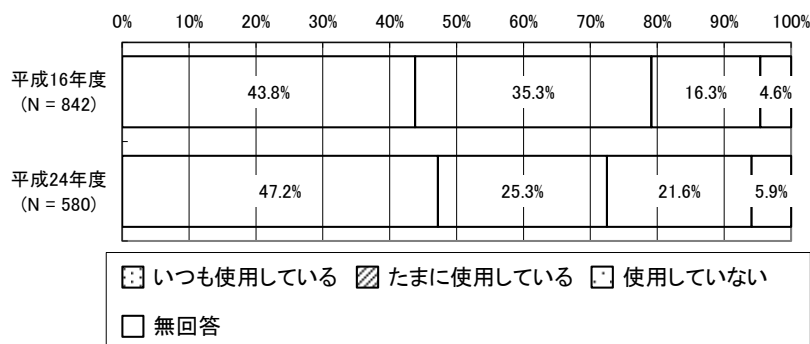
※「全員がしている」は平成 24 年度のみ回答項目あり

⑪ 手洗いの際の石けんの使用

前の設問で、「全員がしている」または「ほぼ全員がしている」と回答した施設における手洗いの際の石けんの使用は、平成 24 年度では「いつも使用している」が 47.2%になっており、平成 16 年度と比較して、「いつも使用している」の割合が増加している。

手洗いの際の石けんの種類は、「液体」が 84.6%、「固形」が 1.4%であった。

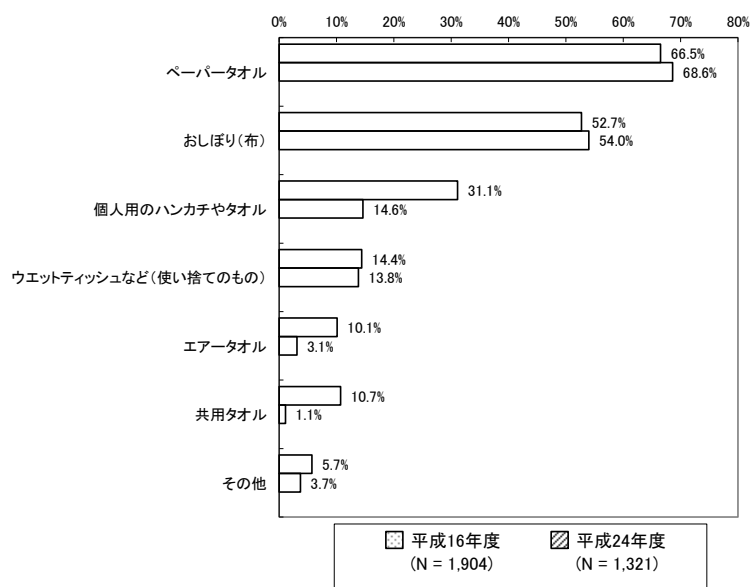
図表 2-71 手洗いの際の石けんの使用



⑱ 入所者が手洗い後、手をふくために使うもの

入所者が手洗い後、手をふくために使うものは、平成 24 年度では「ペーパータオル」が 68.6%と最も多く、次いで「おしぼり（布）」が 54.0%、「個人用のハンカチやタオル」が 14.6%であった。平成 16 年度と比較して、「個人用のハンカチやタオル」、「エアータオル」、「共用タオル」の割合が減少している。

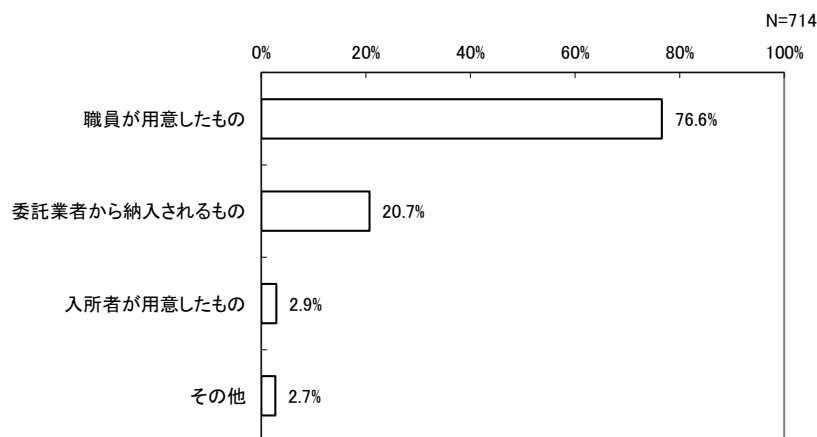
図表 2-72 入所者が手洗い後、手をふくために使うもの（MA）



⑲ おしぼりを用意する方法

手洗い後におしぼり（布）を使用していると回答した施設において、おしぼりを用意する方法は、平成 24 年度では「職員が用意したもの」が 76.6%と最も多く、次いで「委託業者から納入されるもの」が 20.7%、「入所者が用意したもの」が 2.9%であった。

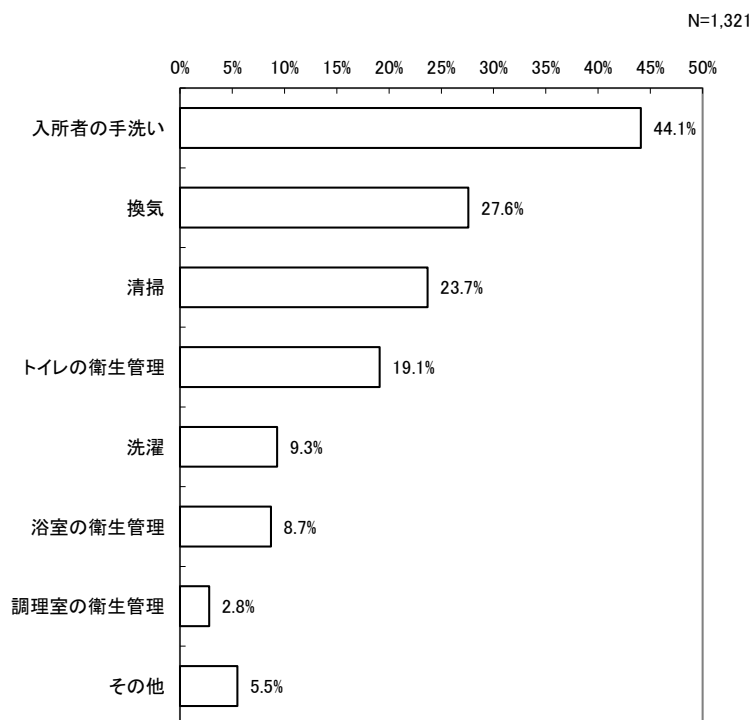
図表 2-73 おしぼりを用意する方法（MA）



⑳ 生活場面での感染対策において困っていることや課題等

生活場面での感染対策において、困っていることや課題等は、「入所者の手洗い」が 44.1%と最も多く、次いで「換気」が 27.6%、「清掃」が 23.7%であった。

図表 2-74 生活場面での感染対策において困っていることや課題等 (MA)



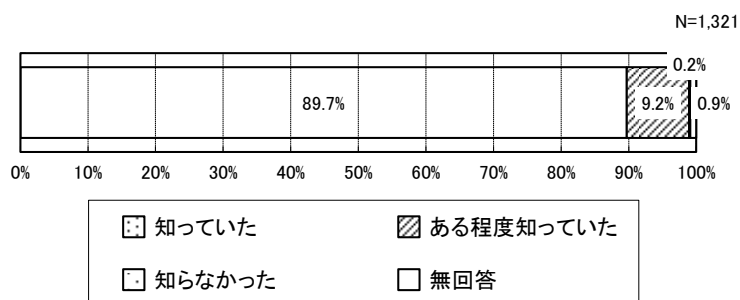
3) 介護・看護ケア場面での感染対策実施状況

① 正しい手洗い方法の認知度

正しい手洗い方法の認知度は、「知っていた」が 89.7%と最も多く、次いで「ある程度知っていた」が 9.2%、「知らなかった」が 0.2%であった。

正しい手洗いの実践状況は、「ある程度実践されている」が 54.5%と最も多く、次いで「実践されている」が 35.0%、「あまり実践されていない」が 5.3%であった。

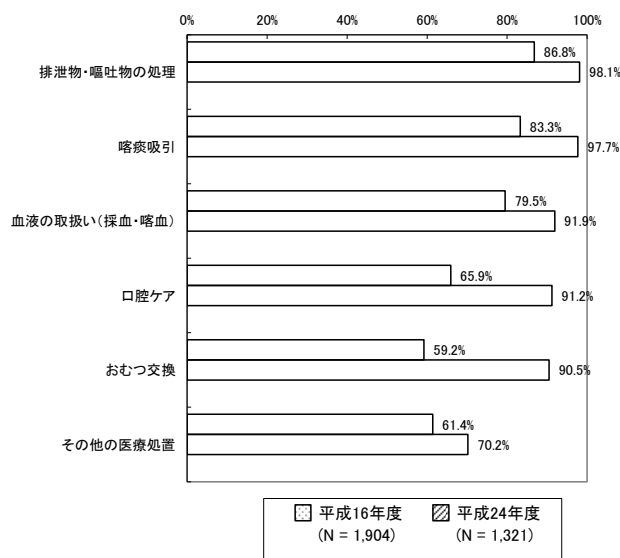
図表 2-75 正しい手洗い方法の認知度



② 利用者ごとに手袋を交換するよう定められている介護・看護ケア

利用者ごとに手袋を交換するよう定められている介護・看護ケアは、平成 24 年度では「排泄物・嘔吐物の処理」が 98.1%と最も多く、次いで「喀痰吸引」が 97.7%、「血液の取扱い（採血・喀血）」が 91.9%であった。平成 16 年度と比較して、すべてのケアにおいて割合が増加している。

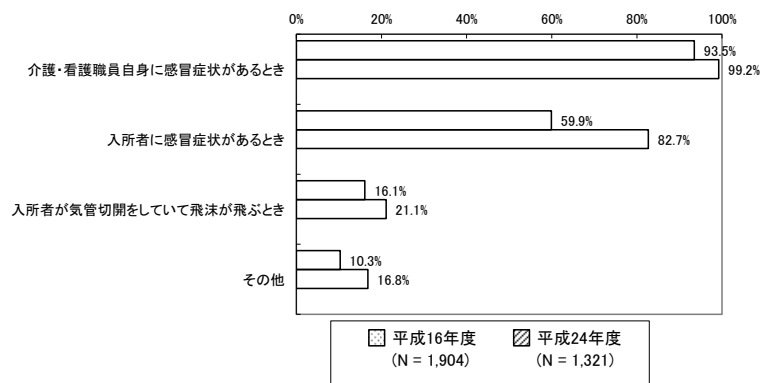
図表 2-76 利用者ごとに手袋を交換するよう定められている介護・看護ケア（MA）



③ 職員のマスク着用が定められている場面

職員のマスク着用が定められている場面は、平成 24 年度では「介護・看護職員自身に感冒症状があるとき」が 99.2%と最も多く、次いで「入所者に感冒症状があるとき」が 82.7%、「入所者が気管切開をしていて飛沫が飛ぶとき」が 21.1%であった。平成 16 年度と比較して、「入所者に感冒症状があるとき」の割合が増加している。

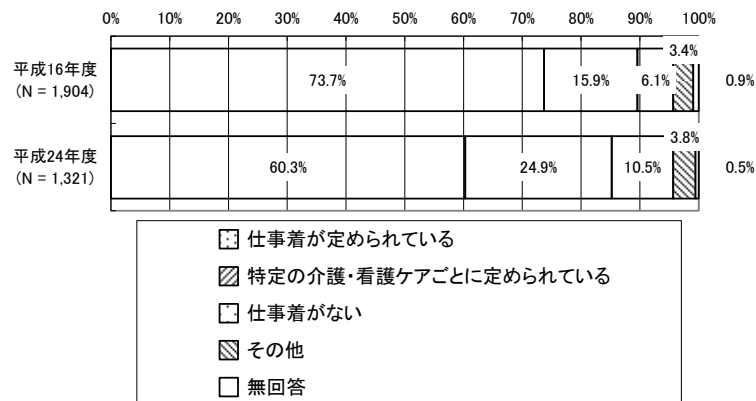
図表 2-77 職員のマスク着用が定められている場面（MA）



④ 職員の仕事着（ユニホーム、エプロン、ガウン等）の着用

職員の仕事着（ユニホーム、エプロン、ガウン等）の着用は、平成24年度では「仕事着が定められている」が60.3%と最も多く、次いで「特定の介護・看護ケアごとに定められている」が24.9%、「仕事着がない」が10.5%であった。平成16年度と比較して、全体的な仕事着が定められている割合は減少しているが、「特定の介護・看護ケアごとに定められている」の割合が増加している。

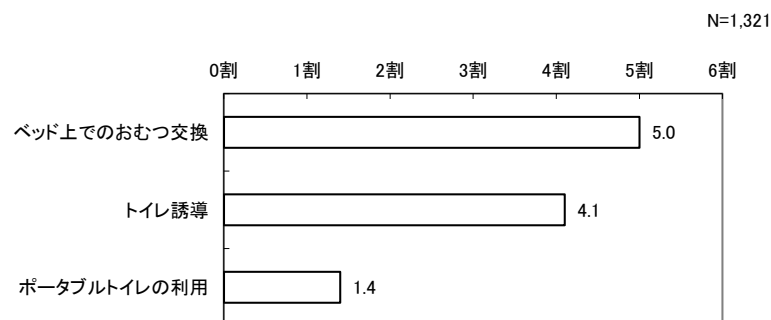
図表 2-78 職員の仕事着（ユニホーム、エプロン、ガウン等）の着用



⑤ 入所者への排泄介助の方法

入所者への排泄介助について、介助方法ごとに入所者全体に対する実施割合を平均すると、「ベッド上でのおむつ交換」が5割、「トイレ誘導」が4.1割、「ポータブルトイレの利用」が1.4割となっている。

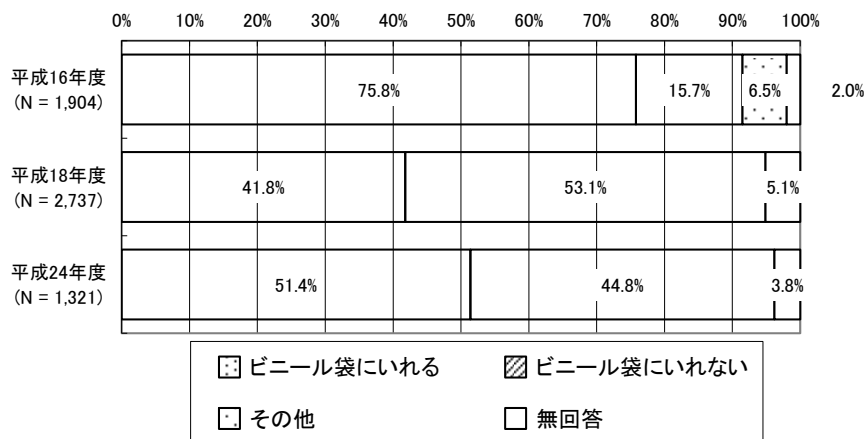
図表 2-79 入所者全体に対する排泄介助の実施割合



⑥ 交換したおむつの処理

交換したおむつの処理は、平成 24 年度では「個別にビニール袋に入れる」が 51.4%、「個別にビニール袋にいれない」が 44.8%であった。「個別にビニール袋に入れる」の割合は、平成 16 年度からは減少しているが、平成 18 年度よりはやや増加した。

図表 2-80 交換したおむつの処理

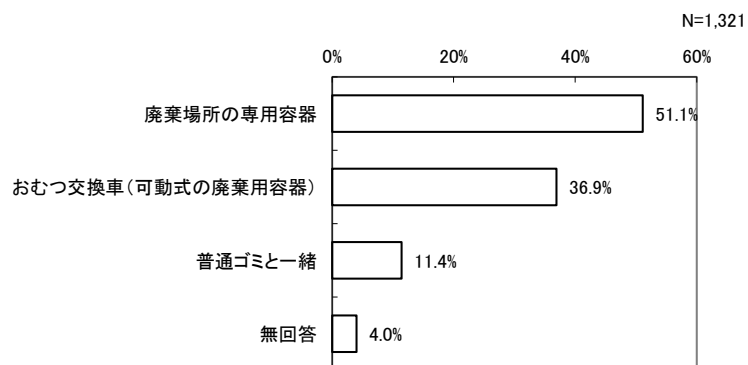


※「その他」は平成 16 年度のみ回答項目あり

⑦ 交換したおむつの廃棄場所

交換したおむつの廃棄場所は、平成 24 年度では「廃棄場所の専用容器」が 51.1%と最も多く、次いで「おむつ交換車(可動式の廃棄用容器)」が 36.9%、「普通ゴミと一緒に」が 11.4%であった。

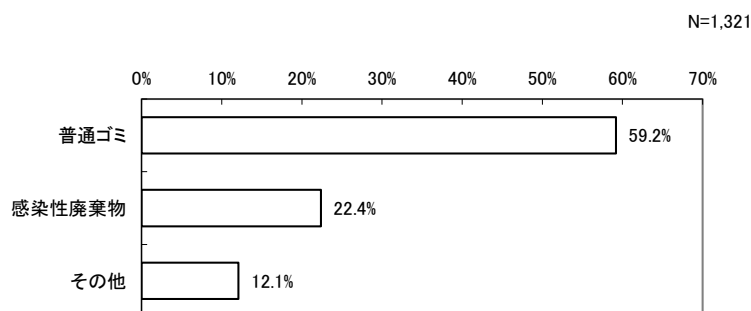
図表 2-81 交換したおむつの廃棄場所 (MA)



⑧ 交換したおむつの回収方法

交換したおむつの回収方法は、「普通ゴミ」が 59.2%と最も多く、次いで「感染性廃棄物」が 22.4%、「その他」が 12.1%であった。

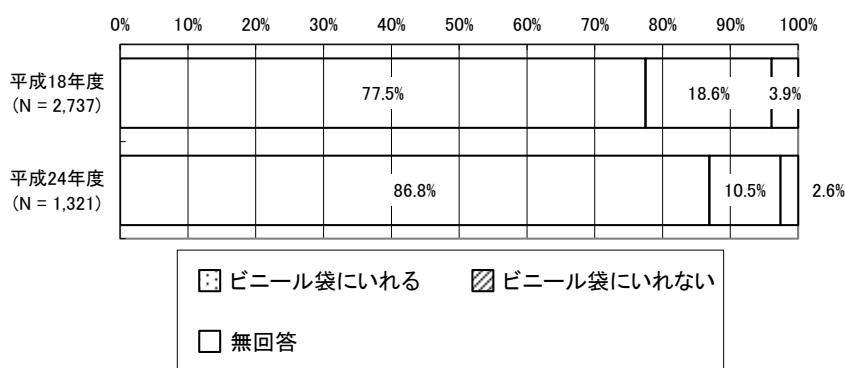
図表 2-82 交換したおむつの回収方法 (MA)



⑨ 血液等で汚染された廃棄物（おむつ以外）の処理

血液・体液・汚物等で汚染された廃棄物（おむつ以外）の処理は、平成 24 年度では「個別にビニール袋にいれる」が 86.8%、「個別にビニール袋にいれない」が 10.5%であった。平成 18 年度と比較して、「個別にビニール袋にいれる」の割合が増加している。

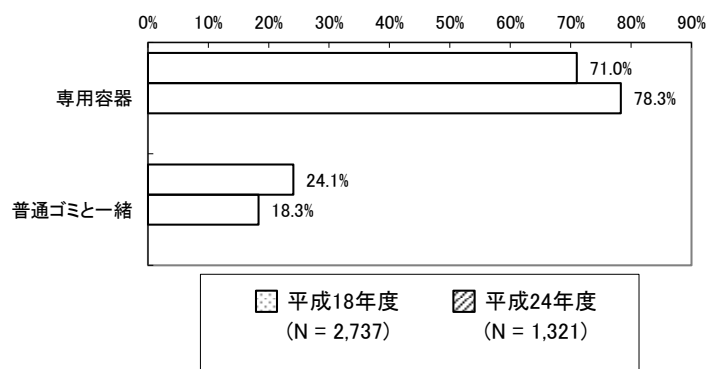
図表 2-83 血液等で汚染された廃棄物（おむつ以外）の処理



⑩ 血液等で汚染された廃棄物（おむつ以外）の廃棄場所

血液・体液・汚物等で汚染された廃棄物（おむつ以外）の廃棄場所は、平成 24 年度では「専用容器」が 78.3%、「普通ゴミと一緒に」が 18.3%であった。平成 18 年度と比較して、「専用容器」を使用する割合が増加している。

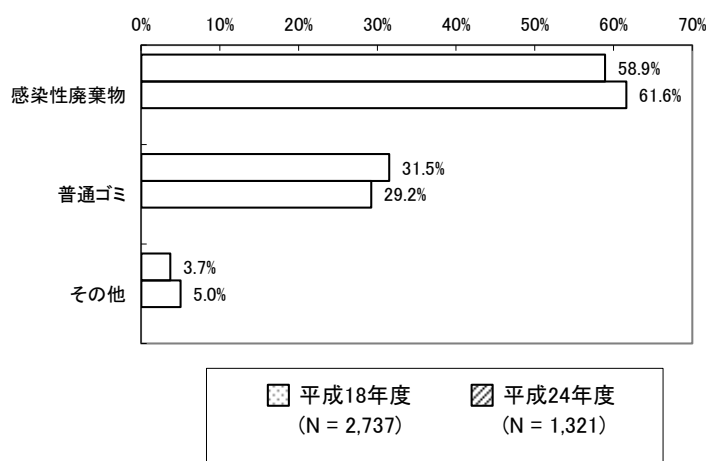
図表 2-84 血液等で汚染された廃棄物（おむつ以外）の廃棄場所（MA）



⑪ 血液等で汚染された廃棄物（おむつ以外）の回収方法

血液・体液・汚物等で汚染された廃棄物（おむつ以外）の回収方法は、平成 24 年度では「感染性廃棄物」が 61.6%と最も多く、次いで「普通ゴミ」が 29.2%、「その他」が 5.0%であった。平成 18 年度と比較して、「感染性廃棄物」とする割合がやや増加している。

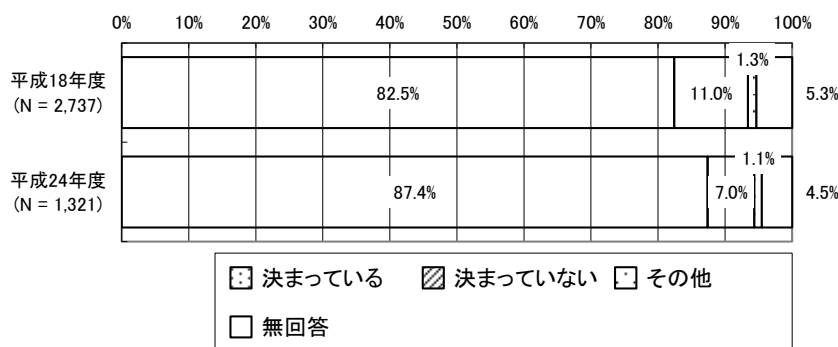
図表 2-85 血液等で汚染された廃棄物（おむつ以外）の回収方法（MA）



⑫ 血液・体液・汚物等の処理手順

血液・体液・汚物等の処理手順は、平成 24 年度では「決まっている」が 87.4%、「決まっていない」が 7.0%であった。平成 18 年度と比較して、「決まっている」の割合が増加している。

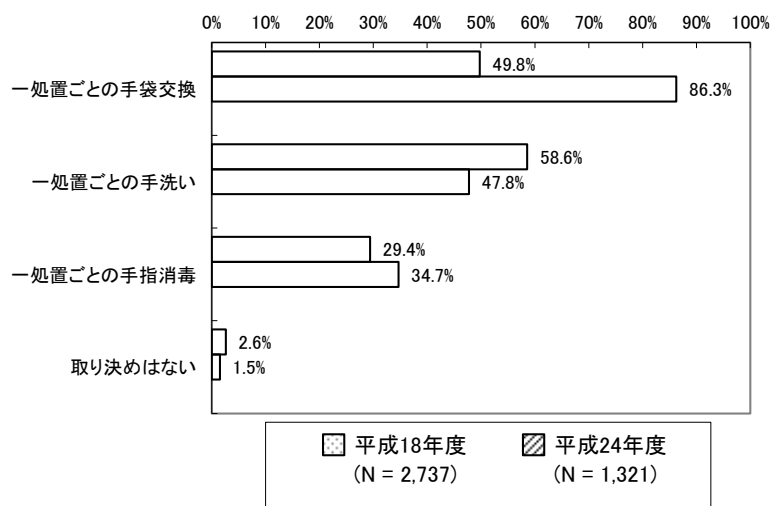
図表 2-86 血液・体液・汚物等の処理手順



⑬ 血液・体液・汚物等の処理時の手洗いに関する取り決め

血液・体液・汚物等の処理時の手洗いに関する取り決めは、平成 24 年度では「一処置ごとの手袋交換」が 86.3%と最も多く、次いで「一処置ごとの手洗い」が 47.8%、「一処置ごとの手指消毒」が 34.7%であった。平成 18 年度と比較して、「一処置ごとの手袋交換」の割合が大幅に増加している。

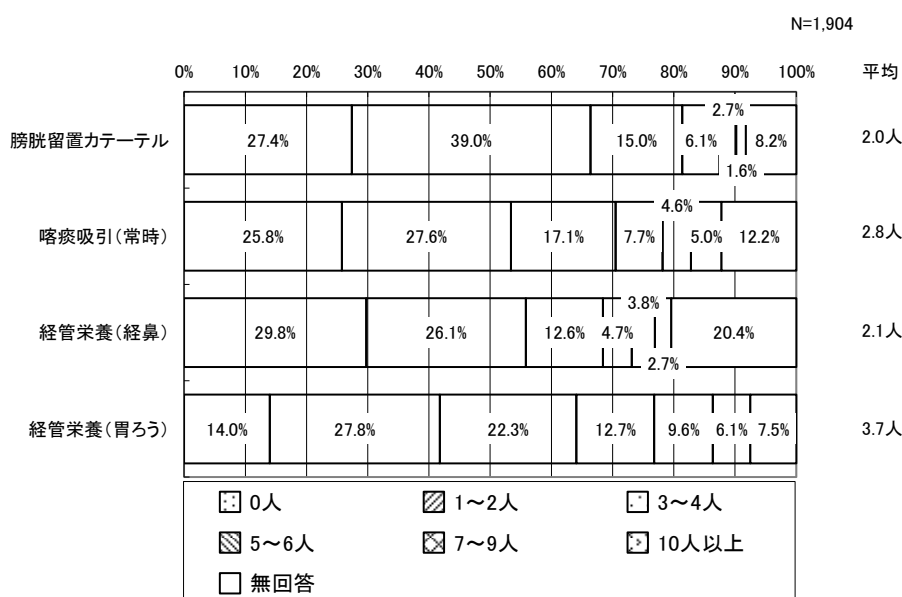
図表 2-87 血液・体液・汚物等の処理時の手洗いに関する取り決め (MA)



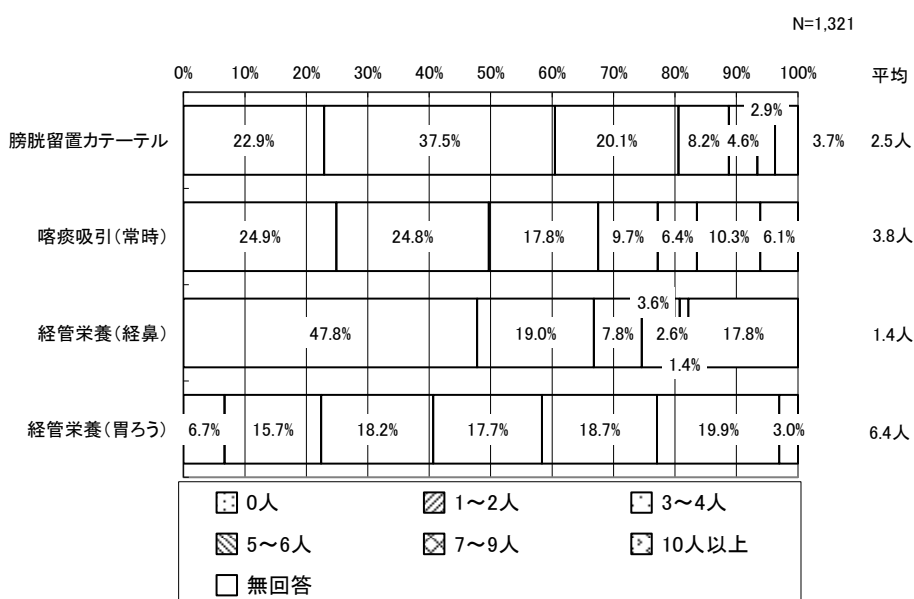
⑭ 医療処置が必要な入所者

医療処置が必要な入所者数の平均を処置別に見ると、平成 24 年度では、膀胱留置カテーテルが 2.5 人、喀痰吸引（常時）が 3.8 人、経管栄養（経鼻）が 1.4 人、経管栄養（胃ろう）が 6.4 人となっており、経管栄養（胃ろう）については、10 人以上と回答した施設の割合が最も多く 19.9% であった。平成 16 年度と比較して、経管栄養（経鼻）の医療処置以外で、各医療処置が必要な入所者数が増加している。

図表 2-88 医療処置が必要な入所者
【平成 16 年度】



【平成 24 年度】



⑮ 経管栄養のボトルの管理方法

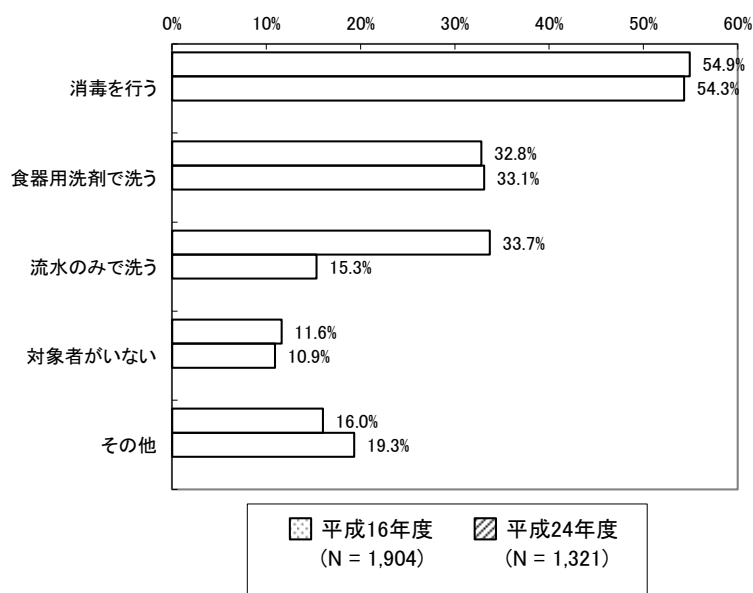
経管栄養のボトルの管理方法は、平成 24 年度では「消毒を行う」が 54.3%と最も多く、次いで「食器用洗剤で洗う」が 33.1%、「その他」が 19.3%であった。平成 16 年度と比較して、「流水のみで洗う」の割合が大幅に減少している。

経管栄養のボトルを食器用洗剤で洗う場合の乾燥については、十分な乾燥を「している」が 75.5%、「していない」が 13.0%であった。洗浄頻度については、平成 24 年度では「1 日に 3 回」が 57.0%と最も多く、次いで「1 日に 2 回」が 17.2%、「1 日に 1 回」が 12.6%であった。平成 16 年度と比較して、洗浄頻度が高くなっている。

経管栄養のボトルの消毒を行う場合の十分な乾燥については、「している」が 72.0%、「していない」が 15.6%であった。洗浄頻度については、平成 24 年度では「1 日に 1 回」が 36.4%と最も多く、次いで「1 日に 3 回」が 30.3%、「3 日に 1 回以下」が 14.5%であった。平成 16 年度と比較して、洗浄頻度が高くなっている。

経管栄養ボトルを流水のみで洗う場合の十分な乾燥については、「している」が 59.4%、「していない」が 19.8%であった。洗浄頻度については、平成 24 年度では「1 日に 3 回」が 58.4%と最も多く、次いで「1 日に 2 回」が 15.3%、「1 日に 1 回」が 9.9%であった。平成 16 年度と比較して、洗浄頻度が高くなっている。

図表 2-89 経管栄養のボトルの管理方法 (MA)



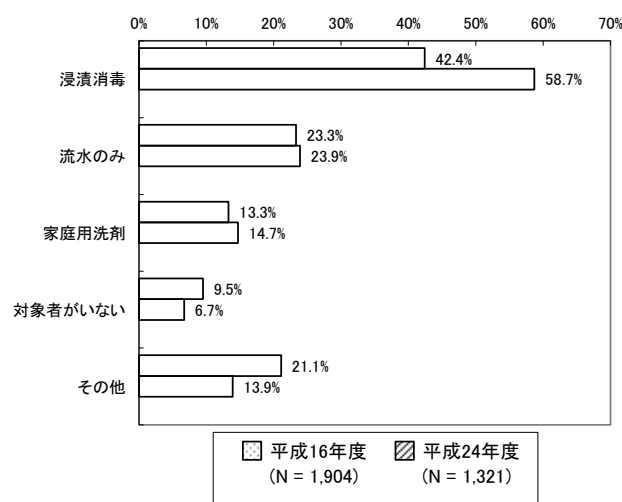
⑩ 経管栄養のチューブの洗浄方法

経管栄養のチューブの洗浄方法は、平成 24 年度では「浸漬消毒」が 58.7%と最も多く、次いで「流水のみ」が 23.9%、「家庭用洗剤」が 14.7%であった。平成 16 年度と比較して、「浸漬消毒」の割合が増加している。

経管栄養のチューブの交換頻度は、平成 24 年度では「定期的に交換している」が 62.5%と最も多く、次いで「不定期に交換している」が 16.8%、「毎日交換している」が 8.3%であった。

経管栄養チューブを定期的に交換している場合における交換頻度は、平成 24 年度では「16～10 日に 1 回」が 29.9%と最も多く、次いで「11～20 日に 1 回」が 23.3%、「21～30 日に 1 回」が 20.2%であった。平成 16 年度と比較して、「毎日交換している」の割合が増加している。

図表 2-90 経管栄養のチューブの洗浄方法 (MA)

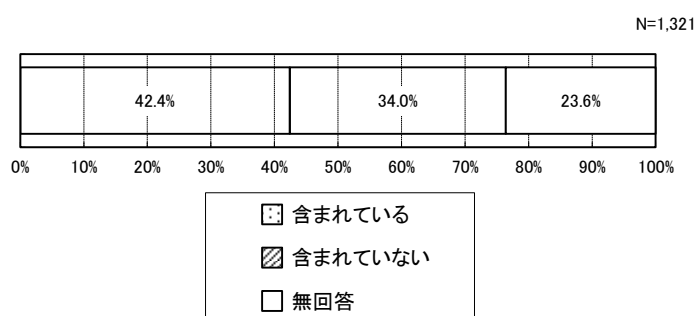


⑪ 膀胱留置カテーテル利用者についてケアプランの感染対策

膀胱留置カテーテル利用者について、ケアプランへの感染対策は、「含まれている」が 42.4%、「含まれていない」が 34.0%であった。

膀胱留置カテーテル利用者のケアプランに感染対策が含まれている割合は、対象者の「10 割」が 40.7%と最も多く、平均は 7.2 割であった。

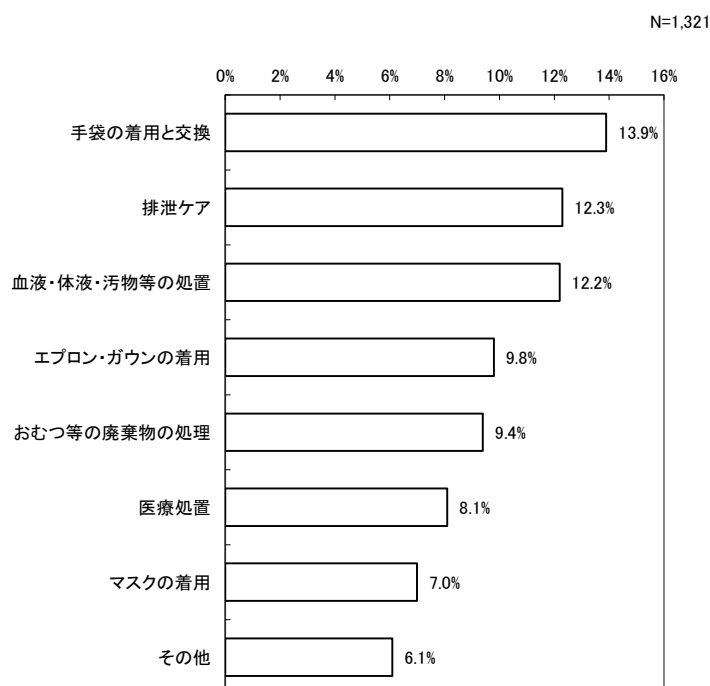
図表 2-91 膀胱留置カテーテル利用者についてケアプランの感染対策



⑩ 介護・看護ケア場面での感染対策において困っていることや課題等

介護・看護ケア場面での感染対策において困っていることや課題等は、「手袋の着用と交換」が13.9%と最も多く、次いで「排泄ケア」が12.3%、「血液・体液・汚物等の処置」が12.2%であった。

図表 2-92 介護・看護ケア場面での感染対策において困っていることや課題等 (MA)



また、介護・看護ケア場面での感染対策において、困っていること、課題について、以下のよう具体的な事例が挙げられた。

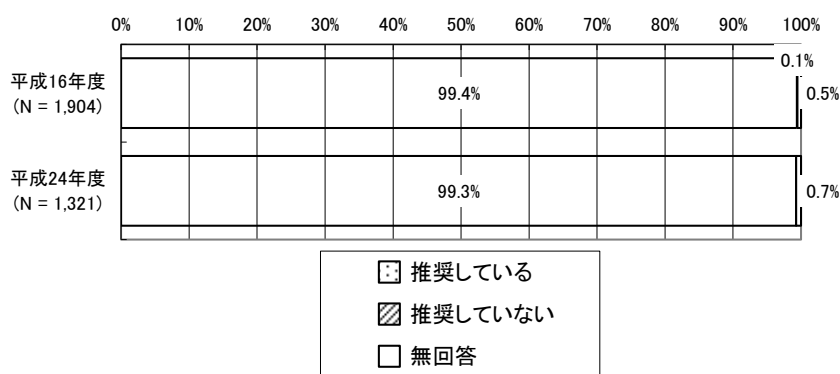
- 介護、看護の連携やタイムリーな情報共有、共通認識が難しい。現状は感染者や対応方法等を詳細に記載した書類を作って共有を図っているが、感染対応に追われる中、その時間捻出が厳しい状況。感染者と非感染者の判断が難しく、疑わしい場合は感染対応を取るため、結果的に不必要なケアや対応を行ってしまうことがある。
- 経験者が少ないため、感染対策意識が薄い。手袋着用の徹底、使用後のオムツ、パッドの処理方法が徹底されていない。
- 日常生活の場で感染防止用のエプロン・ガウン等をしているのは利用者に不安を与えてしまうこともある。感染防止に努めつつ日常生活が安定していくための方法を検討している。
- 認知症疾患の方々にマスクの着用や、個室対応（隔離）は難しく、徘徊もあり、感染拡大の可能性が高まるが、対策が難しい。
- 一ケア一手洗いが基本であるが手袋を使用していると、手洗いをしなくても良いと思っているスタッフの指導がうまくいかない。

4) 予防接種の実施状況

① インフルエンザの予防接種の推奨

インフルエンザの予防接種については、平成 24 年度では「推奨している」が 99.3%であった。平成 16 年度も同様の傾向がみられた。

図表 2-93 インフルエンザの予防接種の推奨

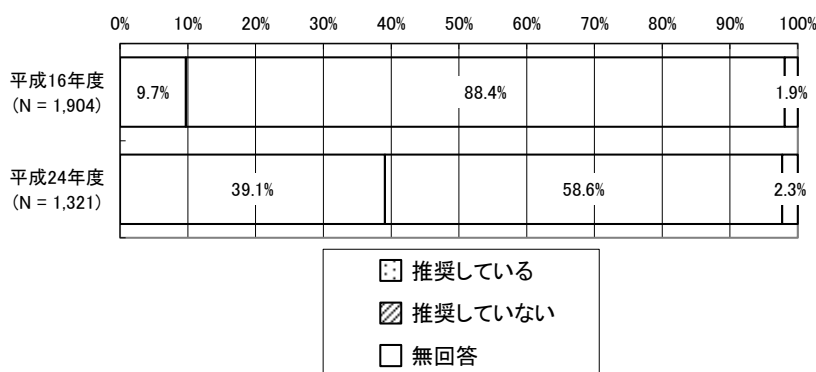


② 肺炎球菌の予防接種の推奨

肺炎球菌の予防接種については、平成 24 年度では「推奨していない」が 58.6%、「推奨している」が 39.1%であった。平成 16 年度と比較して、「推奨している」が大幅に増加している。

この 1 年、肺炎球菌の予防接種を受けた入所者数は、平成 24 年度では「0 人」が 34.9%と最も多く、次いで「1~9 人」が 18.3%、「50 人以上」が 5.9%であった。平成 16 年度と比較して、「0 人」が大幅に減少しており、平成 16 年度は平均 2.4 人に対し、平成 24 年度は平均 10.7 人と増加している。

図表 2-94 肺炎球菌の予防接種の推奨

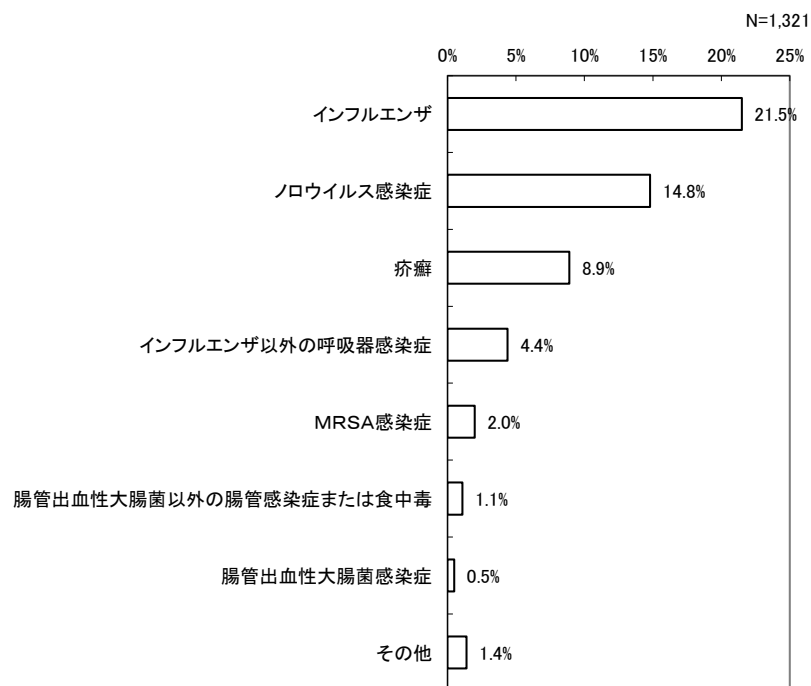


5) 感染症の発生時の対策実施状況

① 過去2年以内に集団発生した経験のある感染症

過去2年以内に集団発生した経験のある感染症は、平成24年度では「インフルエンザ」が21.5%と最も多く、次いで「ノロウイルス感染症」が14.8%、「疥癬」が8.9%であった。

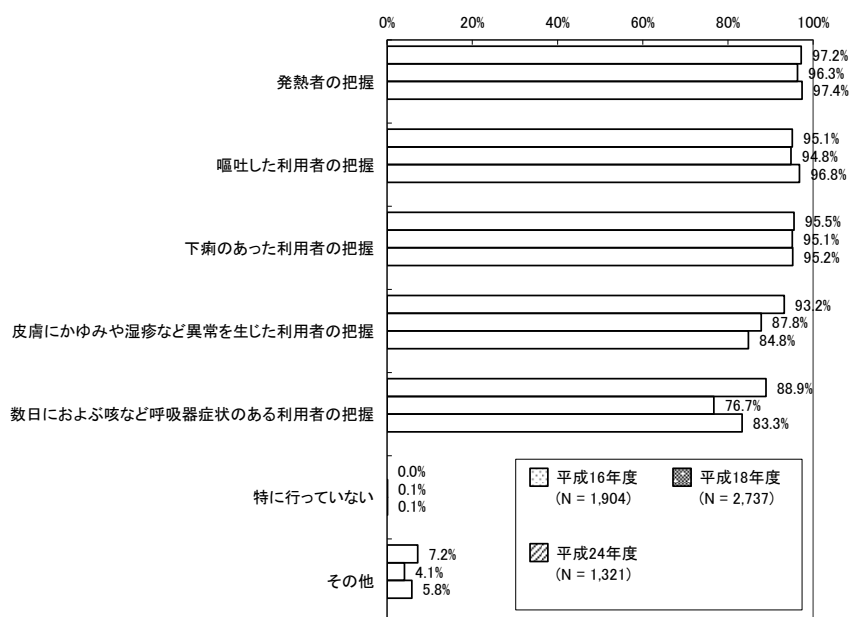
図表 2-95 過去2年以内に集団発生した経験のある感染症（MA）



② 感染症等の早期発見のために行っていること

感染症等の早期発見のために行っていることは、平成 24 年度では「発熱者の把握」が 97.4%と最も多く、次いで「嘔吐した利用者の把握」が 96.8%、「下痢のあった利用者の把握」が 95.2%であった。平成 16 年度、平成 18 年度と同様の傾向がみられる。

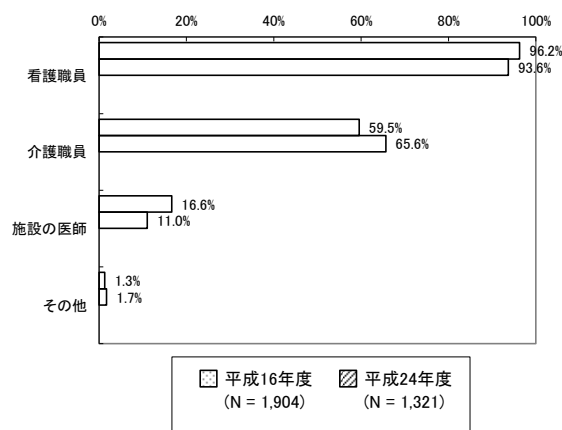
図表 2-96 感染症等の早期発見のために行っていること (MA)



③ 入所者の症状把握を主に行なう職員

入所者の症状把握を主に行なう職員は、平成 24 年度では「看護職員」が 93.6%と最も多く、次いで「介護職員」が 65.6%、「施設の医師」が 11.0%であった。平成 16 年度と比較して、「介護職員」の割合が増加している。

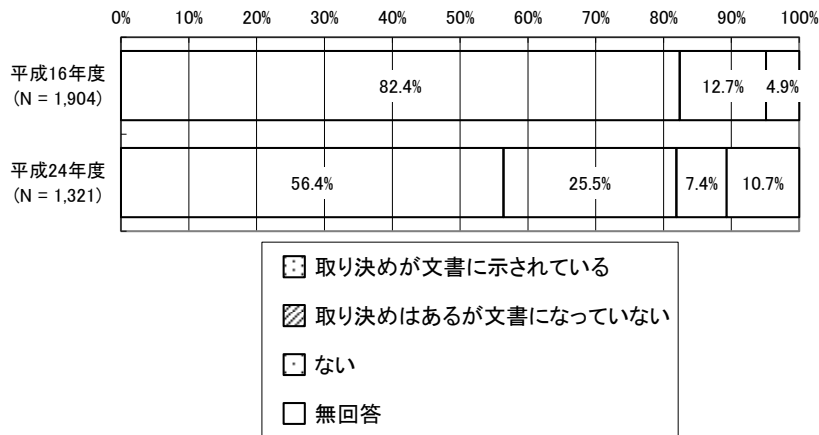
図表 2-97 入所者の症状把握を主に行なう職員 (MA)



④ 感染症等の疑いがある時の施設内における報告の取り決め

感染症等の疑いがある時の施設内における報告の取り決めについては、平成 24 年度では「取り決めが文書に示されている」が 56.4%と最も多く、次いで「取り決めはあるが文書になっていない」が 25.5%、「ない」が 7.4%であった。平成 16 年度と比較して、取り決めがない施設の割合が減少している。

図表 2-98 感染症等の疑いがある時の施設内における報告の取り決め



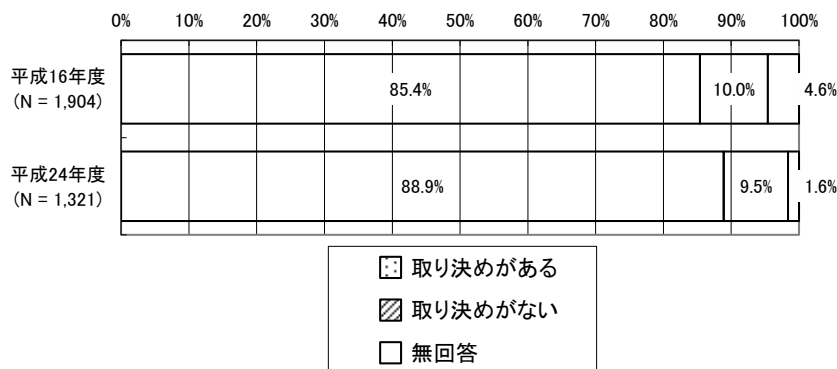
※「取り決めはあるが文書になっていない」は平成 24 年度のみ回答項目あり

⑤ 感染症等の疑いがある時の外部への相談の取り決め

感染症等の疑いがある時の外部への相談の取り決めは、平成 24 年度では「取り決めがある」が 88.9%となっており、平成 16 年度と比較して、「取り決めがある」の割合がやや増加している。

「取り決めがある」場合における外部の相談先は、平成 24 年度では「嘱託医」が 86.6%と最も多く、次いで「保健所」が 41.1%、「協力医療機関の医師」が 25.8%であった。平成 16 年度も同様の傾向がみられた。

図表 2-99 感染症等の疑いがある時の外部への相談の取り決め



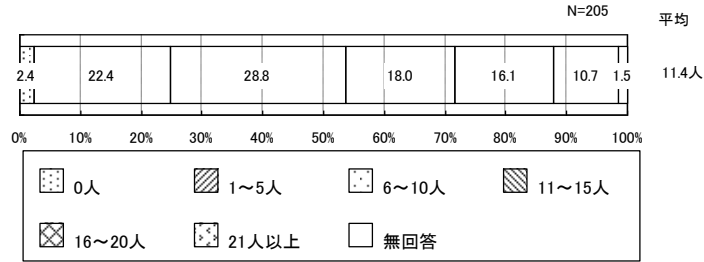
⑥ 過去2年以内に集団発生した感染症事例

過去2年以内に発生した感染症の集団発生事例について、各施設、主なもの1例について具体的な回答を求めたところ、インフルエンザ（205件）、ノロウイルス感染症（139件）、疥癬（51件）の事例が多く挙げられた。回答内容の概要を以下に示す。

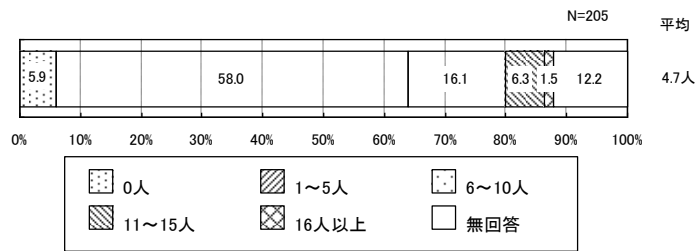
インフルエンザについては、罹患者（利用者）は6～10人が最も多く、罹患者（職員）は1～5人が58.0%を占めた。収束までの期間は、11日～15日が27.3%で最も多かった。

図表 2-100 過去2年以内に発生した感染症の集団発生事例（インフルエンザ）

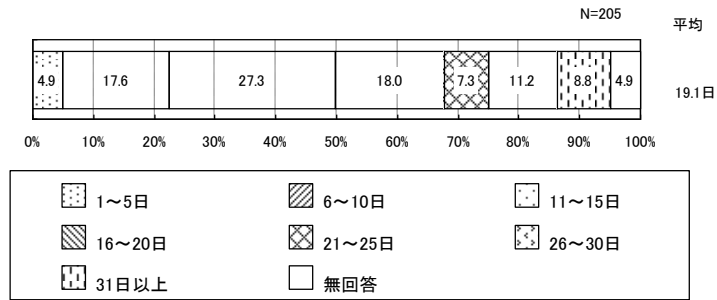
【罹患者数(利用者)(人)】



【罹患者数(職員)(人)】



【収束までの期間(日)】

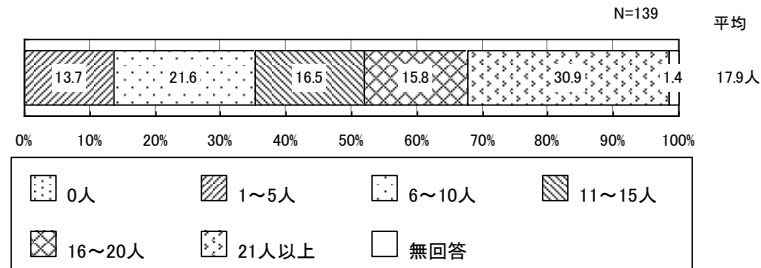


施設内の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個室対応。 ・ マスク着用、手洗い、うがいの徹底、外部との面会停止。 ・ 職員の出勤停止。職員の手洗い、うがいの徹底。
外部への報告	<ul style="list-style-type: none"> ・ 感染の最初の症例が確認された段階で、利用者のご家族に状況報告の連絡。同時に保健所に報告。 ・ その後居宅介護支援事業者と各介護保険施設に対し、発症のお知らせをFAXした。
保健所等からの指導内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「積極的疫学調査票」の初回の提出と現在施設で取っている感染対応の確認があった。 ・ 対応に関しては大きな問題はなく、対応継続の指導と変化があった場合の保健所への報告の指示があった。 ・ 二次感染への配慮、介護者が媒介にならないよう手洗い、うがいの徹底など。
再発防止の対策	<ul style="list-style-type: none"> ・ 職員及び利用者の手洗いを徹底する。 ・ 職員の体調管理を行い、毎日職員の検温を行い異常があれば、上司や看護師の指示に従う。 ・ 加湿器等による加湿とチェック表による湿度管理を行い50～60%に保った。 ・ 定期的な換気。 ・ 利用者や職員の予防接種を実施、地域における流行状況の把握、マニュアル作成、

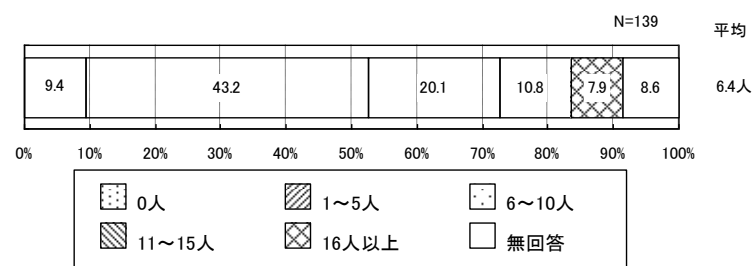
ノロウイルス感染症については、罹患者（利用者）は 21 人以上が最も多く 30.9%であり、職員は 1～5 人が 43.2%を占めた。収束までの期間は、11 日～15 日が 23.0%で最も多かった。

図表 2-101 過去 2 年以内に発生した感染症の集団発生事例（ノロウイルス感染症）

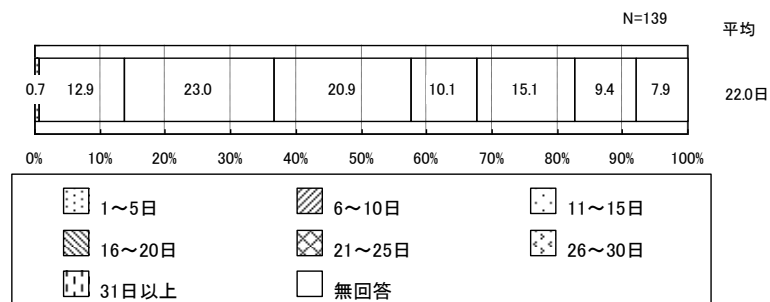
【罹患者数(利用者)(人)】



【罹患者数(職員)(人)】



【収束までの期間(日)】

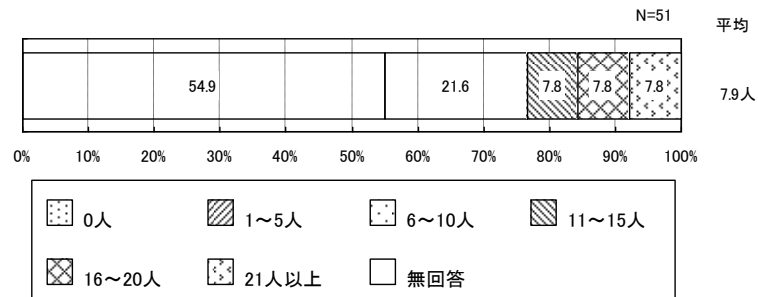


施設内の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・ ショートステイからの持ち込み感染だったため、直ちにショートステイ閉鎖 ・ 症状がみられる利用者は個室対応。 ・ フロア間、居室移動禁止とした。 ・ 手洗いの徹底、使い捨て食器を利用し、おしぼりは禁止とした。 ・ 嘔吐・下痢発生時、個室対応行い、消毒に努める。毎日の清掃に努める。
外部への報告	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保健所・市役所・県へ報告 ・ ショートステイ利用中・利用後の家族、ケアマネジャー、各事業所への連絡。 ・ 感染症の病名確定前に同症状の入居者・職員が4名出た時点で報告した。 ・ 市役所の担当部署に連絡。翌日から、保健所へ定期報告を実施。 ・ 最初の発症者が出た時点で配置医師に報告し指示を受ける
保健所等からの指導内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 毎日 FAX で罹患者数等を報告。重篤者・死亡者が出た場合は直ぐ報告。 ・ 拡大防止のための対策。 ・ スタンダードプレコーション、感染対策マニュアル遵守、手洗い、嘔吐物の処理方法、食器の扱い、おむつ交換の対応、次亜塩素酸ナトリウムの濃度の確認、清掃方法の確認、医療機関との連携の仕方、職員健康チェックなど。
再発防止の対策	<ul style="list-style-type: none"> ・ マニュアルの見直し、スタンダードプレコーションの徹底、嘔吐物処理のトレーニングなど。 ・ ショートステイ・デイサービスを含めた受け入れ時の健康状態の確認の徹底。 ・ 職員の感染症に対する研修会の実施。 ・ 疑いの段階から感染症同様に吐物・排泄処理を行い個室、又は居室ごとの対応を行う。

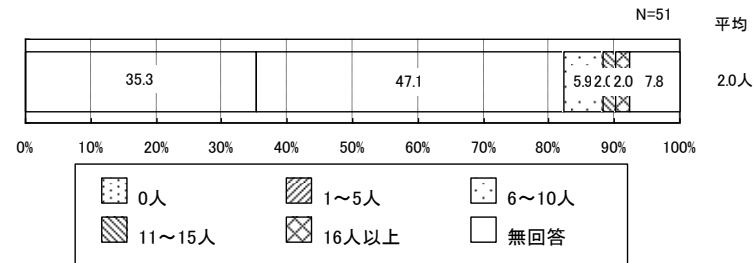
疥癬については、罹患者（利用者）は1～5人が最も多く54.9%であり、罹患者（職員）は1～5人が47.1%を占めた。収束までの期間は、31日以上が45.1%で最も多かった。

図表 2-102 過去2年以内に発生した感染症の集団発生事例（疥癬）

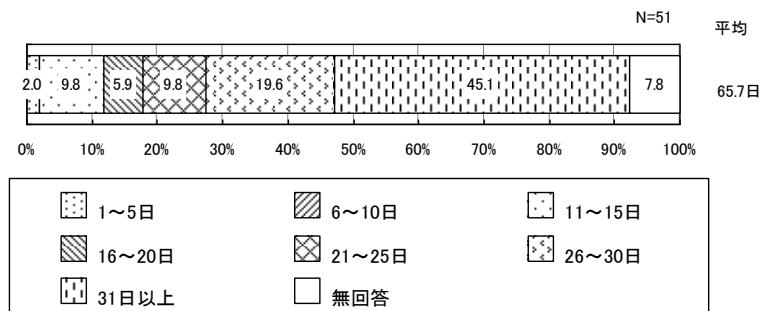
【罹患者数(利用者)(人)】



【罹患者数(職員)(人)】



【収束までの期間(日)】

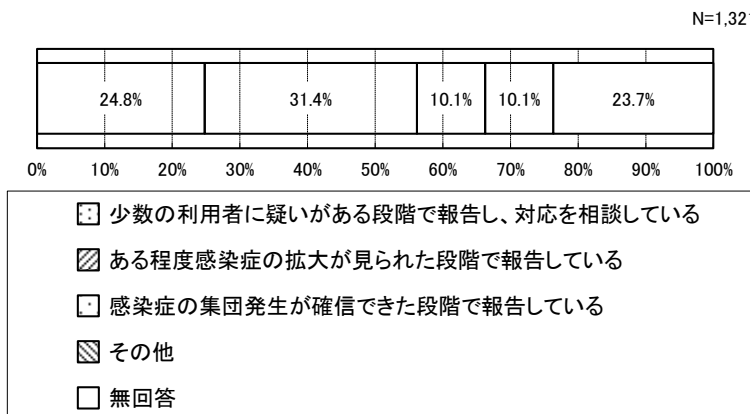


施設内の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個室対応。 ・ 毎日のリネン交換および衣服の消毒。 ・ ふき掃除を毎日実施。 ・ 入浴は毎日シャワー浴とし、順番を考慮。 ・ 皮膚科受診、薬の塗布。
外部への報告	<ul style="list-style-type: none"> ・ 発見後すぐに嘱託医、協力医療機関への報告。 ・ 2人目の発生時に市役所の担当部署に報告。
保健所等からの指導内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 組織全体での感染仮の取り組みの徹底。 ・ 有症者の早期受診。 ・ マニュアルに沿った対応。
再発防止の対策	<ul style="list-style-type: none"> ・ マニュアルの整備。 ・ 入浴時等の皮膚症状の観察、スキンケア。 ・ ショートステイ、他施設からの入所者及び在宅からの入所者の入所時の皮膚チェックの徹底。 ・ 発見の早急な看護への報告、早期の皮膚科受診。 ・ 手洗いの徹底。

⑦ 感染症等の疑いがある時の保健所への相談

感染症等の疑いがある時の保健所への相談は、「ある程度感染症の拡大が見られた段階で報告している」が31.4%と最も多く、次いで「少数の利用者に疑いがある段階で報告し、対応を相談している」が24.8%、「感染症の集団発生が確信できた段階で報告している」が10.1%であった。

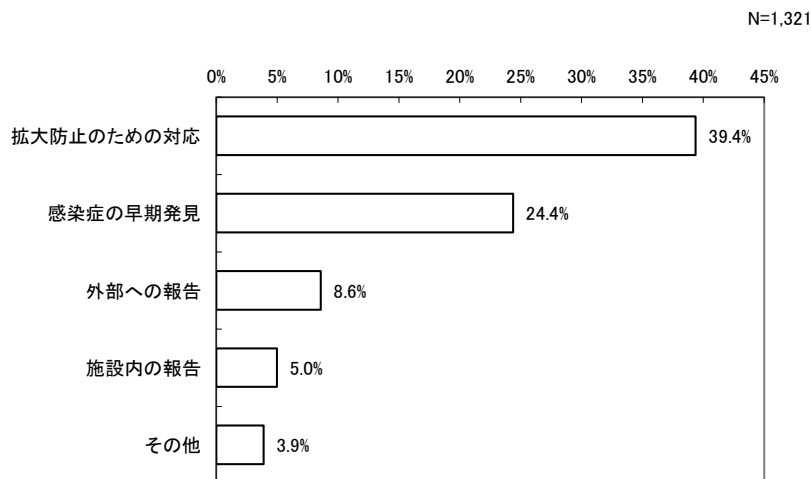
図表 2-103 感染症等の疑いがある時の保健所への相談



⑧ 感染症発生時の対応において困っていることや課題等

感染症発生時の対応において困っていることや課題等は、「拡大防止のための対応」が39.4%と最も多く、次いで「感染症の早期発見」が24.4%、「外部への報告」が8.6%であった。

図表 2-104 感染症発生時の対応において困っていることや課題等 (MA)



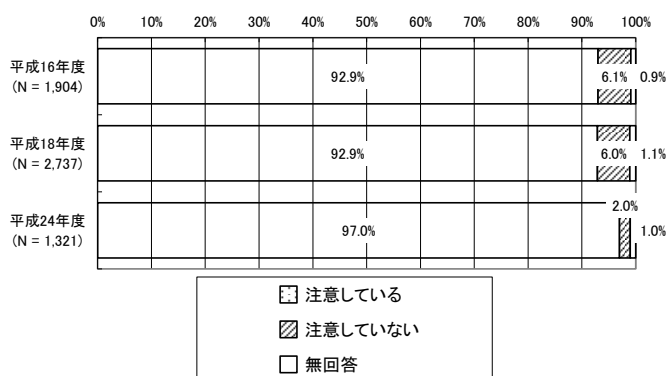
6) 外部者（面会者、ボランティア、外部委託業者など）への対策実施状況

① 風邪等の症状のある外部者への対応

風邪や下痢などの症状のある外部者に対して面会を控えるように注意をしているかについては、平成 24 年度では「注意している」が 97.0%、「注意していない」が 2.0%であった。平成 16 年度、平成 18 年度と比較して、「注意している」の割合が増加している。

外部者への注意方法は、平成 24 年度では「掲示による注意」が 94.0%と最も多く、次いで「直接口頭による指導」が 44.8%であった。

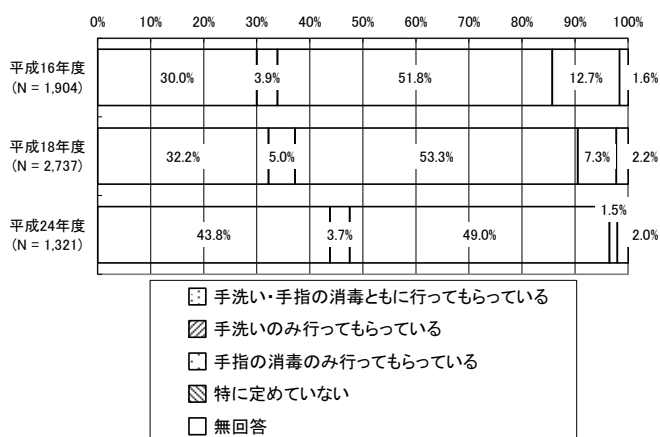
図表 2-105 風邪等の症状のある外部者に対して面会を控えるように注意をしているか



② 外部者の来所時や入室時の手洗い等の実施状況

外部者の来所時や入室時における手洗いや手指の消毒等の実施状況については、平成 24 年度では「手指の消毒のみ行ってもらっている」が 49.0%と最も多く、次いで「手洗い・手指の消毒ともに行ってもらっている」が 43.8%、「手洗いのみ行ってもらっている」が 3.7%であった。平成 16 年度、平成 18 年度と比較して、「特に定めていない」の割合が減少し、「手洗い・手指の消毒ともに行ってもらっている」の割合が増加している。

図表 2-106 外部者の来所時や入室時の手洗い等の実施状況



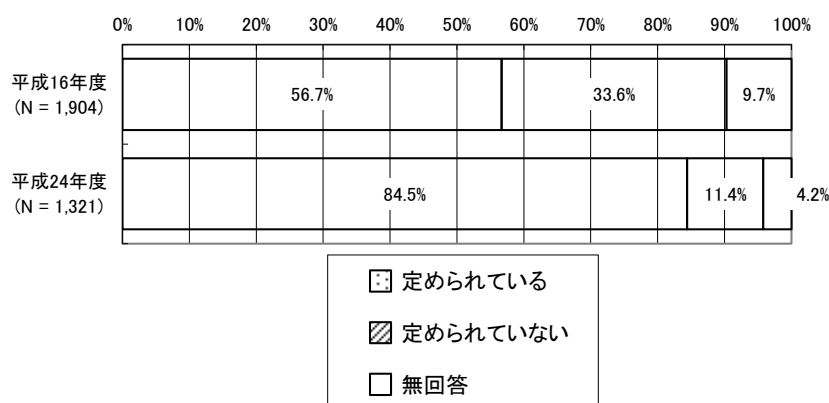
7) 職員（実習生も含む）の健康管理

① 職員から入所者への感染防止のための就業上の基準

職員から入所者への感染防止のための日常の就業上の基準の有無については、平成 24 年度では「定められている」が 84.5%、「定められていない」が 11.4%であった。平成 16 年度と比較して、「定められている」の割合が増加している。

風邪や下痢などの症状がある時の就業については、平成 24 年度では相談するように「定められている」が 90.2%、「定められていない」が 7.6%であった。

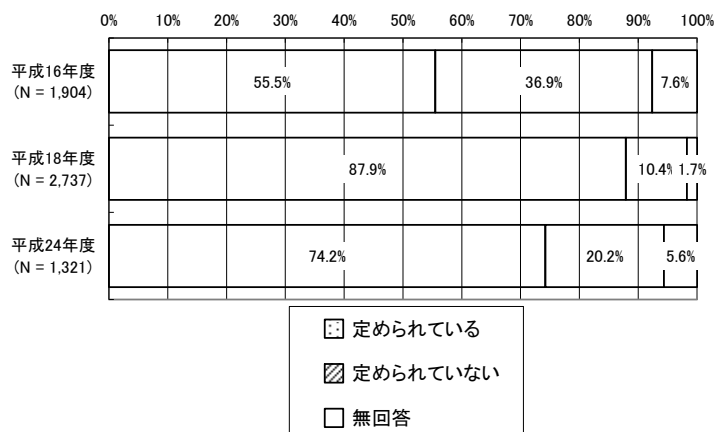
図表 2-107 職員から入所者への感染防止のための就業上の基準



② 職員の感染防止のための予防接種の実施マニュアル

職員の感染防止のための予防接種の実施については、平成 24 年度ではマニュアルで「定められている」が 74.2%、「定められていない」が 20.2%であった。平成 16 年度と比較して、「定められている」の割合が増加しているが、平成 18 年度と比較すると、その割合は減少している。

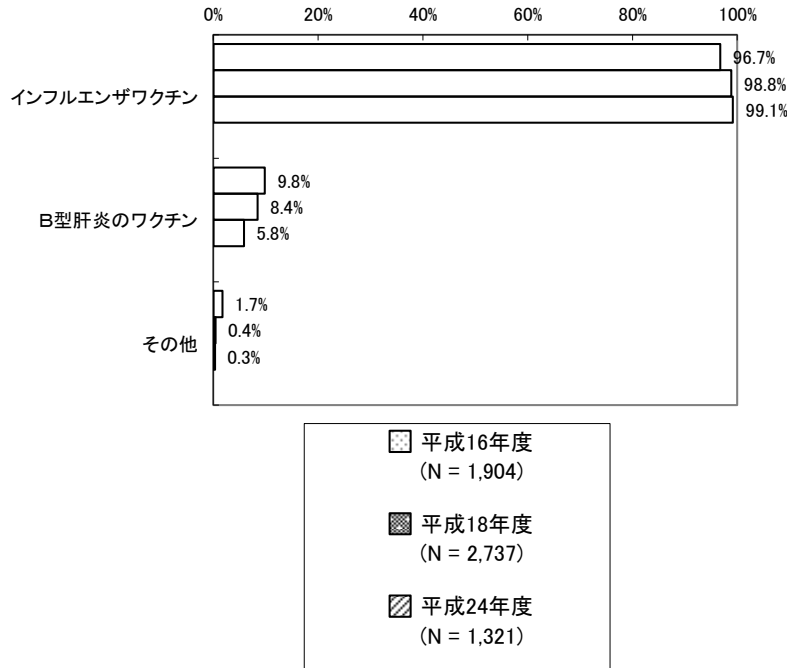
図表 2-108 職員の感染防止のための予防接種の実施マニュアル



③ 職員に対して推奨している予防接種

職員に対して推奨している予防接種は、平成 24 年度では「インフルエンザワクチン」が 99.1%、「B型肝炎のワクチン」が 5.8%であった。平成 16 年度、平成 18 年度と比較して、「インフルエンザワクチン」がやや増加しており、「B型肝炎のワクチン」が減少している。

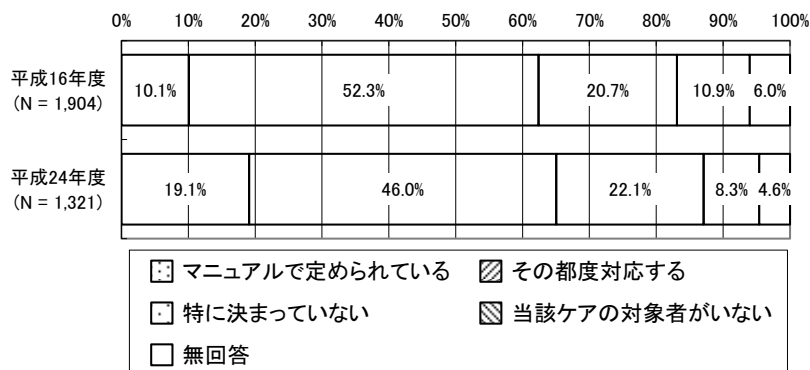
図表 2-109 職員に対して推奨している予防接種 (MA)



④ 針刺し等が発生した際の医療機関との連絡体制

針刺し等が発生した際の医療機関との連絡体制については、平成 24 年度では「その都度対応する」が 46.0%と最も多く、次いで「特に決まっていない」が 22.1%、「マニュアルで定められている」は 19.1%であった。平成 16 年度と比較すると、「マニュアルで定められている」の割合が増加している。

図表 2-110 針刺し等が発生した際の医療機関との連絡体制

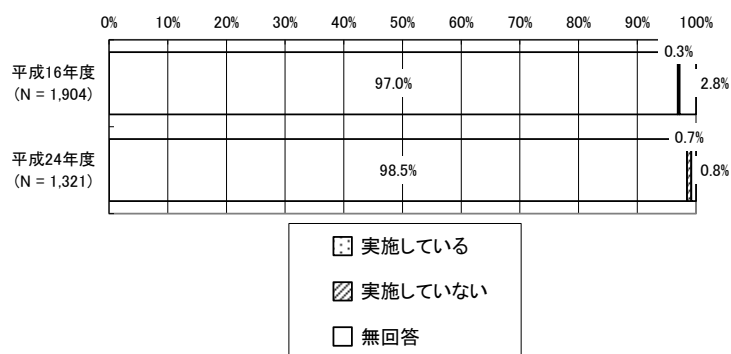


⑤ 年1回の胸部X線撮影の実施

1年に1回の胸部X線撮影の実施有無については、平成24年度では「実施している」が98.5%、「実施していない」が0.7%であった。平成16年度も同様の傾向がみられた。

年1回の胸部X線撮影の受診率は、平成24年度では「ほぼ全員」が93.3%と最も多く、次いで「6割以上」が0.9%、「5割以上」が0.4%、「4割以下」が0.4%であった。平成16年度も同様の傾向がみられた。

図表 2-111 年1回の胸部X線撮影の実施

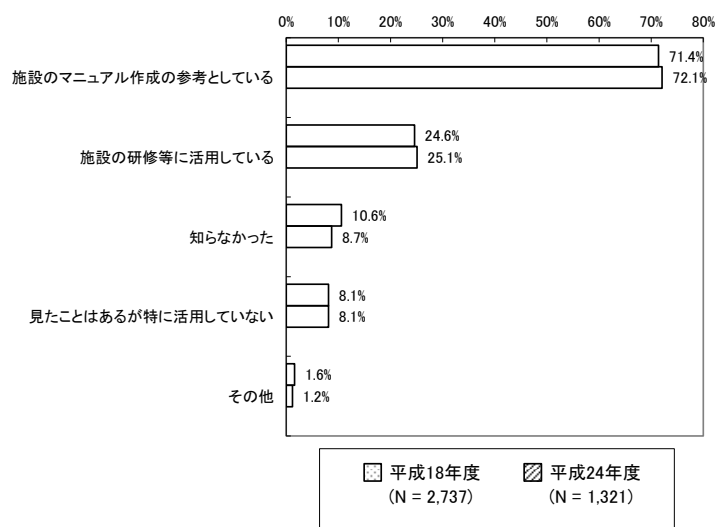


(4) マニュアルの活用状況

1) 「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」の活用状況

「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」の活用状況は、平成24年度では「施設のマニュアル作成の参考としている」が72.1%と最も多く、次いで「施設の研修等に活用している」が25.1%、「知らなかった」が8.7%であった。平成18年度も同様の傾向がみられた。

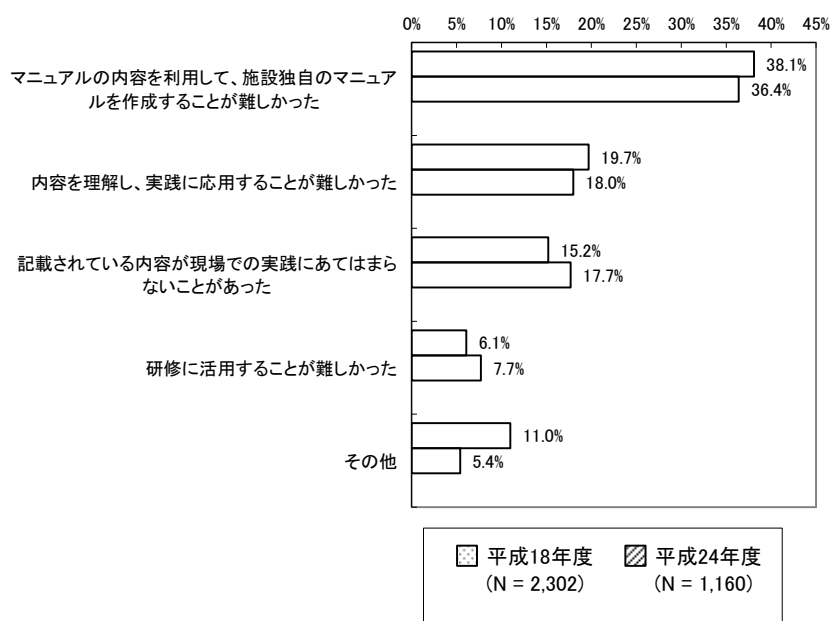
図表 2-112 「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」の活用状況 (MA)



2) マニュアルを活用する上での問題点

前問で「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」の存在を「知らなかった」と回答した施設以外の施設におけるマニュアルを活用する上での問題点は、平成24年度では「マニュアルの内容を利用して、施設独自のマニュアルを作成することが難しかった」が36.4%と最も多く、次いで「内容を理解し、実践に応用することが難しかった」が18.0%、「記載されている内容が現場での実践にあてはまらないことがあった」が17.7%であった。

図表 2-113 マニュアルを活用する上での問題点 (MA)



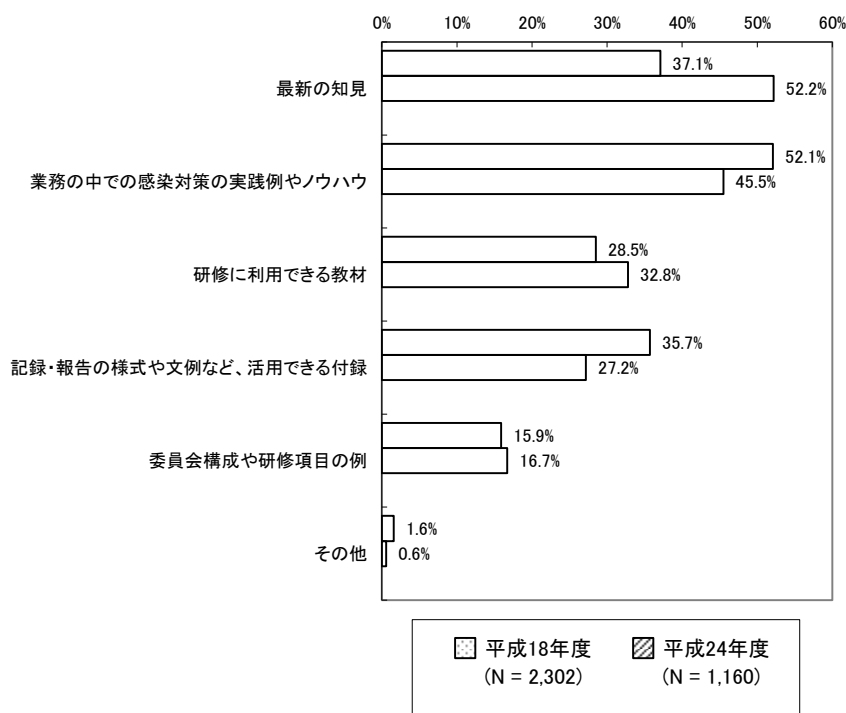
また、マニュアルのわかりにくい部分や改善すべき点として、下記が挙げられた。

- 感染症が発生した時の対応について、より具体的な手法が記述されているとマニュアルを施設で作成する時に役立つと思う。
- 医療行為について記載があるが、どこまで施設内でやってよいかかわからない。
- 文書、スライドではなく実際の施設現場を使用している対応 DVD がほしい。
- マニュアルの記載について書式（きめられた）があればよい。

3) マニュアルに追加して欲しい情報

「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」の存在を「知らなかった」と回答した施設以外の施設におけるマニュアルに追加して欲しい情報は、平成24年度では「最新の知見」が52.2%と最も多く、次いで「業務の中での感染対策の実践例やノウハウ」が45.5%、「研修に利用できる教材」が32.8%であった。平成18年度と比較して、「最新の知見」の割合が増加している。

図表 2-114 マニュアルに追加して欲しい情報（MA）



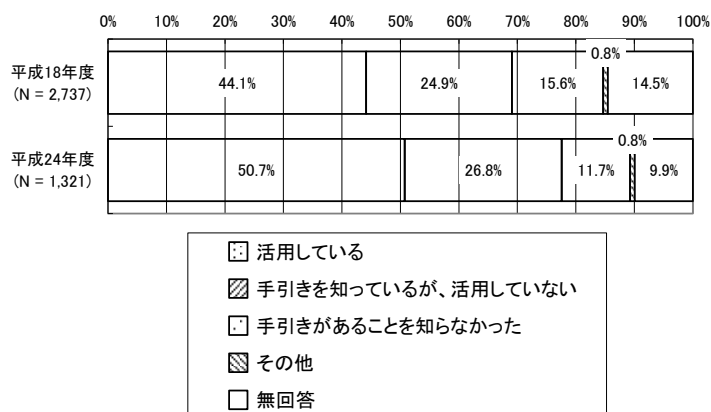
また、マニュアルについてその他気づいた点として、具体的に下記のコメントが挙げられた。

- 職員全員がマニュアルに書かれている内容が理解できているか心配。
- 利用者や家族向けにも説明文があれば良い。
- 感染症に対して理解不足があり危機感が薄い。誰でも分かりやすいマニュアルが必要だと思う。
- マニュアルに基づいて、施設マニュアルを見直しても、最新の情報をマニュアルに反映できない。
- 絵などがあり視覚からわかり、介護職員でもわかりやすい言葉で書かれているとよい。DVDもあればよい。

4) 「高齢者介護施設における新型インフルエンザ対策等の手引き」の活用状況

「高齢者介護施設における新型インフルエンザ対策等の手引き」の活用状況は、平成24年度では「活用している」が50.7%と最も多く、次いで「手引きを知っているが、活用していない」が26.8%、「手引きがあることを知らなかった」が11.7%であった。平成18年度も同様の傾向がみられた。

図表 2-115 「高齢者介護施設における新型インフルエンザ対策等の手引き」の活用状況



また、近年の利用者の重度化等を踏まえ、感染症の発生状況や対策について、気づいたことや特に留意していることとして、具体的に下記のコメントが挙げられた。

- 感染症発生時、蔓延には至ってはいないが、重度化する利用者、認知症利用者においては、感染拡大が懸念される。また、死亡というリスクも大変高い。如何にして防いでいくか最大の課題である。
- ウイルス感染に限らず、風邪等感染性が高い事案については、マニュアルを作成し、感染拡大を防止している。
- 近年、年間を通していつ何が流行するかわからなくなっているため、個別ケアというよりも普段からのスタンダードプリコーションの実施、換気など基本的なことを日常から当たり前に行えるようになると良いと思う。
- ノロウイルス等、面会の家族から持ち込まれ、感染が拡大した。家族懇談会などでノロウイルス等の予防、蔓延防止の啓発をしている。
- 認知症により徘徊する利用者がある場合、嘔吐物といった感染源に接触してしまう可能性が考えられるため、対策が必要である。
- 職員に風邪症状などあった場合、医療機関への受診も含め、早めの対応を心掛けているが、症状に自覚があっても、勤務交替の要員が確保できず、他勤務職員が時間外で延長して働くなどで対応しているのが現状である。

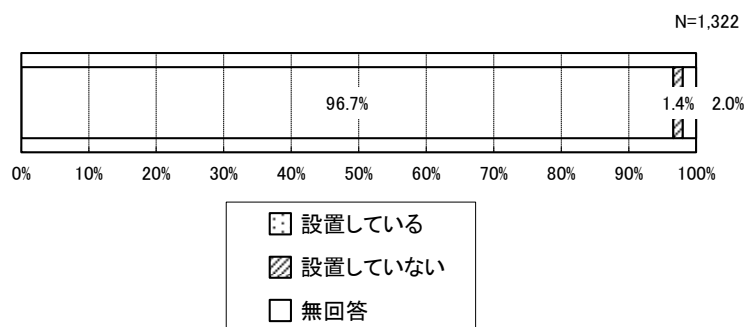
2.4 介護事故予防調査票の集計結果

(1) 介護事故予防の体制

1) 介護事故発生防止のための委員会設置

介護事故発生防止のための委員会設置は「設置している」が96.7%、「設置していない」が1.4%であった。

図表 2-116 介護事故発生防止のための委員会設置

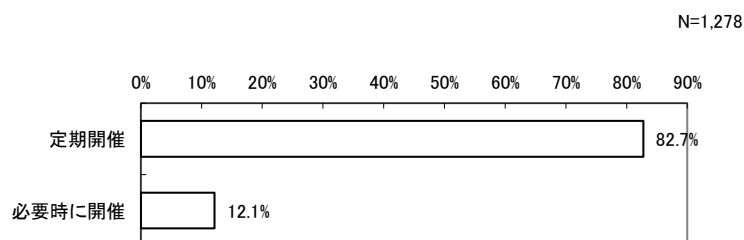


2) 過去6ヶ月間（2012年4～9月）の委員会開催状況

過去6ヶ月間（2012年4～9月）の委員会開催状況は「定期開催」が82.7%、「必要時に開催」が12.1%であった。

委員会開催頻度は「6回」と回答した施設が51.3%と最も多く、平均で5.3回であった。

図表 2-117 過去6ヶ月間（2012年4～9月）の委員会開催状況（MA）

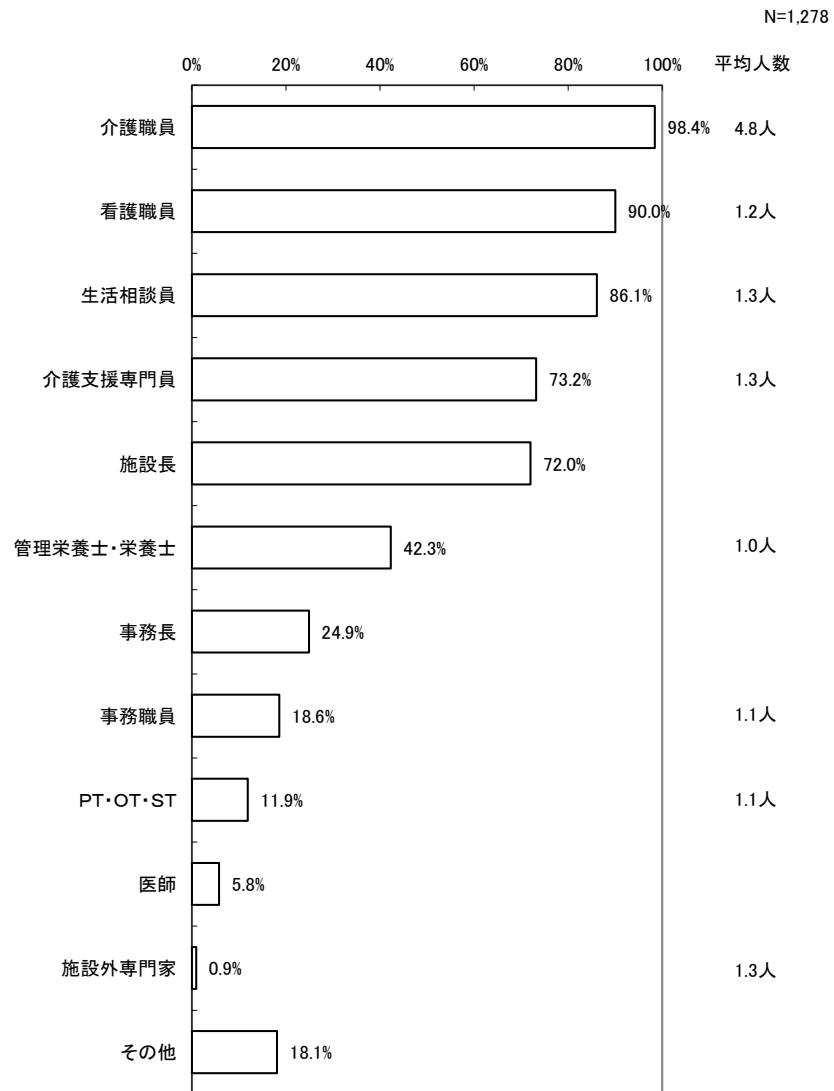


3) 委員会構成メンバーの職種

委員会構成メンバーの職種は「介護職員」が98.4%と最も多く、次いで「看護職員」が90.0%、「生活相談員」が86.1%であった。

委員会構成メンバーの職種別人数は介護職員では「6人以上」が30.5%と最も多く、平均で4.8人であった。他のすべての職種では「1人」が最も多く、70%以上を占めている。

図表 2-118 委員会構成メンバーの職種 (MA)

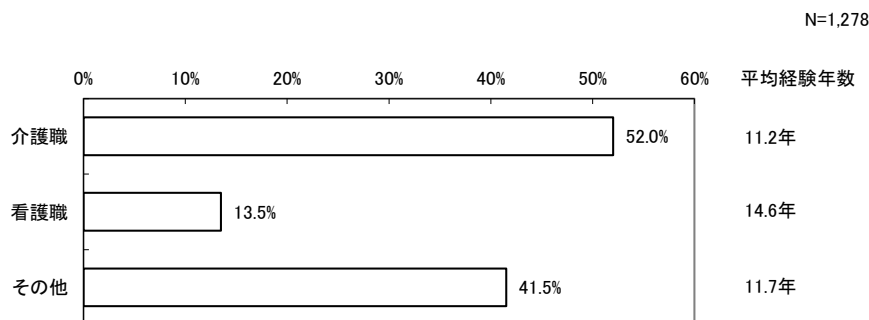


4) 委員会責任者の職種

委員会責任者の職種は「介護職」が52.0%と最も多く、次いで「その他」が41.5%、「看護職」が13.5%であった。

委員会責任者の経験年数は看護職では「15年以上」が37.2%と最も多く、平均は14.6年であった。介護職では「10～15年未満」が26.5%と最も多く、平均は11.2年であった。

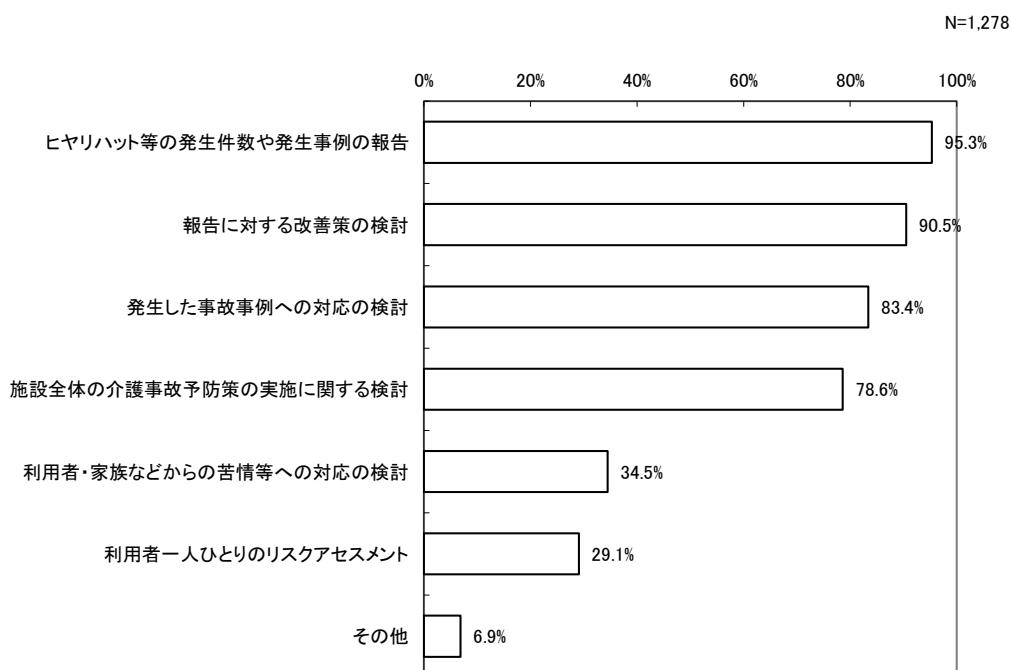
図表 2-119 委員会責任者の職種 (MA)



5) 委員会での検討事項

委員会での検討事項は「ヒヤリハット等の発生件数や発生事例の報告」が95.3%と最も多く、次いで「報告に対する改善策の検討」が90.5%、「発生した事故事例への対応の検討」が83.4%であった。

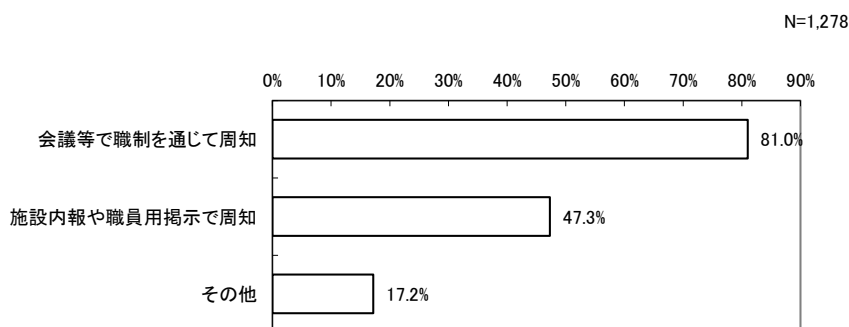
図表 2-120 委員会での検討事項 (MA)



6) 委員会で検討された事項の職員への周知方法

委員会で検討された事項の職員への周知方法は「会議等で職制を通じて周知」が81.0%と最も多く、次いで「施設内報や職員用掲示で周知」が47.3%、「その他」が17.2%であった。

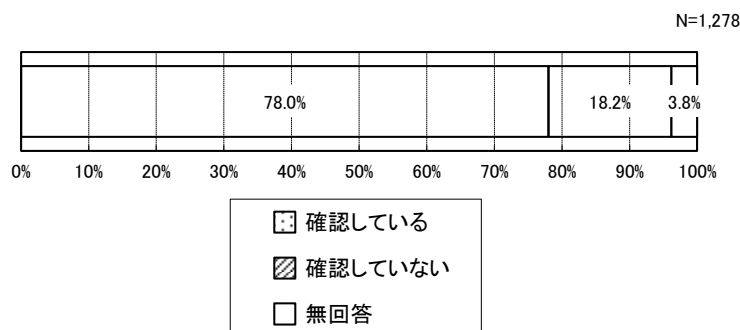
図表 2-121 委員会で検討された事項の職員への周知方法 (MA)



7) 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は「確認している」が78.0%、「確認していない」が18.2%であった。

図表 2-122 改善策の実施状況や再発等の確認



なお、確認の方法は、以下の具体例が挙げられた。

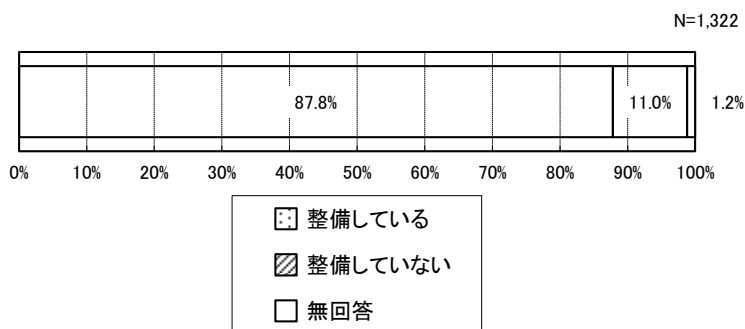
- 事故報告書にて、発生状況と改善策を検討し、1カ月後に、再発の有無を確認している。
- リーダー等指導的立場の職員が個別確認し、スタッフに周知している。
- ユニット内の会議で話し合い対応している。
- 前月分会議に上がったものを次の会議で話し合う。

8) 事故発生の防止に関する指針整備

事故発生の防止に関する指針整備は「整備している」が 87.8%、「整備していない」が 11.0%であった。

指針を整備した人は「委員会」が 61.8%と最も多く、次いで「委員会とは別に指針作成のために組織したメンバー」が 21.3%であった。

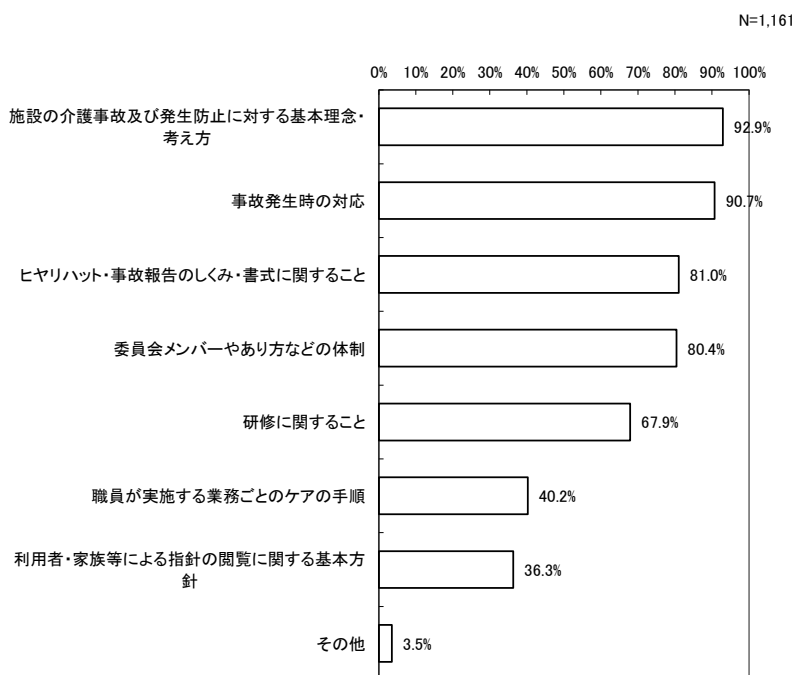
図表 2-123 事故発生の防止に関する指針整備



9) 指針に記載されている事項

指針に記載されている事項は「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 92.9%と最も多く、次いで「事故発生時の対応」が 90.7%、「ヒヤリハット・事故報告の仕組み・書式に関すること」が 81.0%であった。

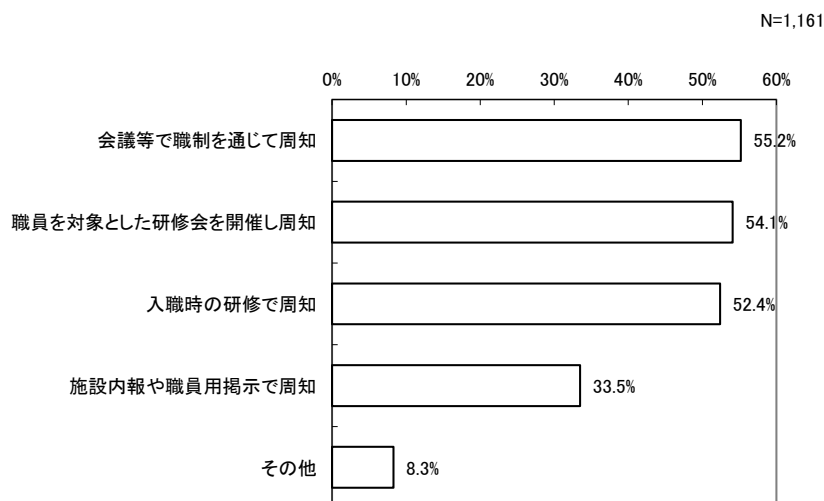
図表 2-124 指針に記載されている事項 (MA)



10) 指針の職員への周知方法

指針の職員への周知方法は「会議等で職制を通じて周知」が 55.2%と最も多く、次いで「職員を対象とした研修会を開催し周知」が 54.1%、「入職時の研修で周知」が 52.4%であった。

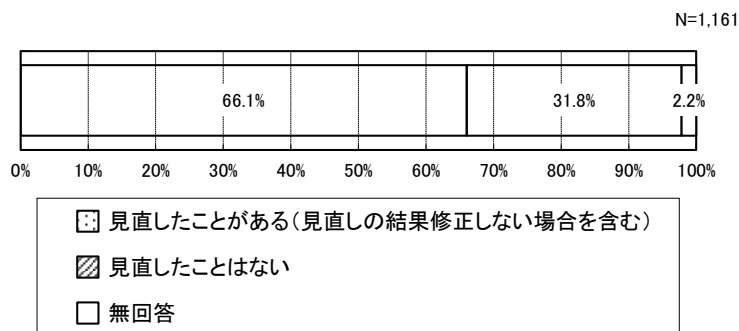
図表 2-125 指針の職員への周知方法 (MA)



11) 指針等の見直し状況

指針等の見直し状況は「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 66.1%、「見直したことはない」が 31.8%であった。

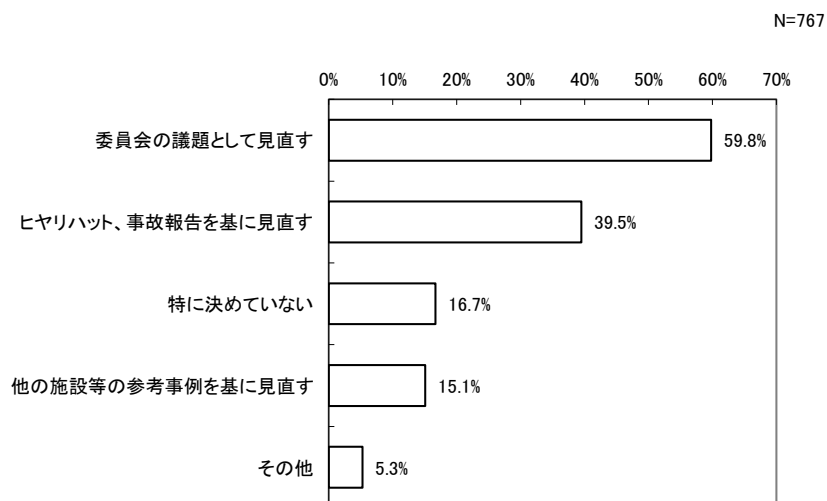
図表 2-126 指針等の見直し状況



12) 指針等の見直し方法

指針等の見直し方法は「委員会の議題として見直す」が59.8%と最も多く、次いで「ヒヤリハット、事故報告を基に見直す」が39.5%、「特に決めていない」が16.7%であった。

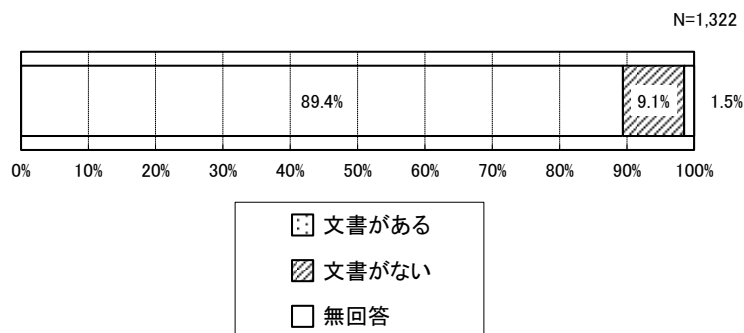
図表 2-127 指針等の見直し方法 (MA)



13) 介護事故防止マニュアル等の文書の有無

介護事故防止マニュアル等の文書の有無は「文書がある」が89.4%、「文書がない」が9.1%であった。

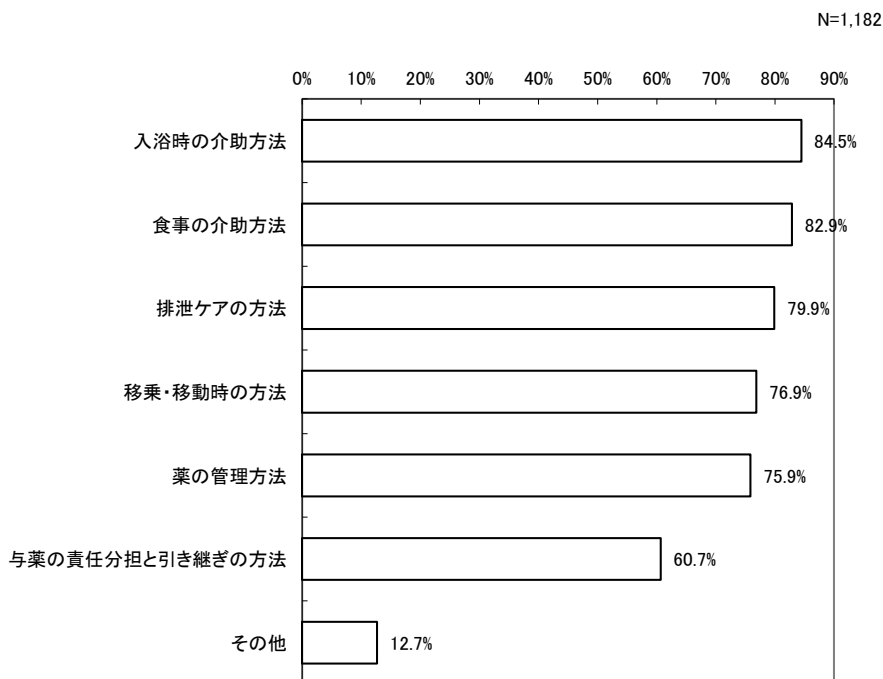
図表 2-128 介護事故防止マニュアル等の文書の有無



14) マニュアル等の文書に示されている事項

マニュアル等の文書に示されている事項は「入浴時の介助方法」が84.5%と最も多く、次いで「食事の介助方法」が82.9%、「排泄ケアの方法」が79.9%であった。

図表 2-129 マニュアル等の文書に示されている事項 (MA)



15) 介護事故発生防止のための職員研修の実施

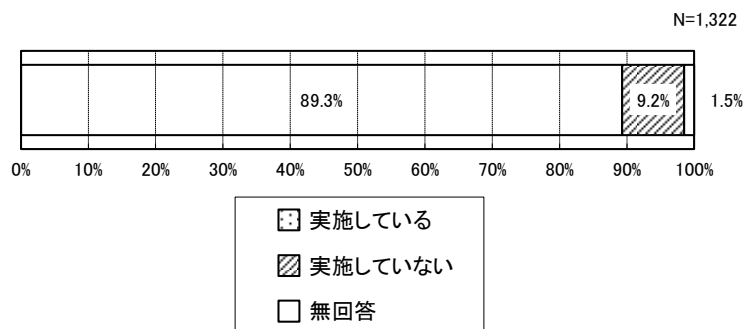
介護事故発生防止のための職員研修の実施は「実施している」が89.3%、「実施していない」が9.2%であった。

過去6ヶ月間(2012年4~9月)の研修回数は「1回」が57.7%と最も多く、平均は1.5回であった。

過去6ヶ月間(2012年4~9月)の外部研修の受講回数は平均で1.5回であった。

過去6ヶ月間(2012年4~9月)の外部研修の延べ受講者数は、平均で4.3人であった。

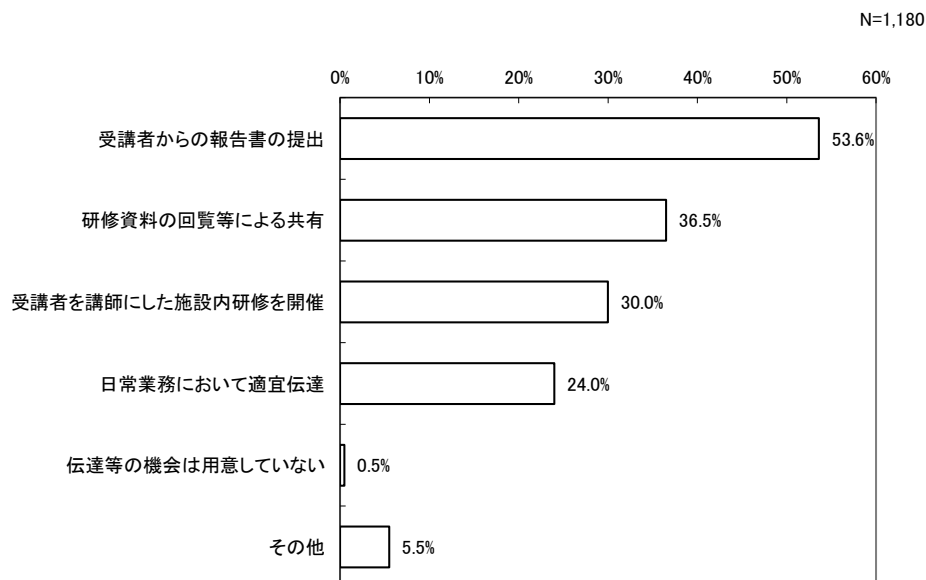
図表 2-130 介護事故発生防止のための職員研修の実施



16) 外部研修の内容・成果の施設内への伝達・共有方法

外部研修の内容・成果の伝達・共有方法は「受講者からの報告書の提出」が53.6%と最も多く、次いで「研修資料の回覧等による共有」が36.5%、「受講者を講師にした施設内研修を開催」が30.0%であった。

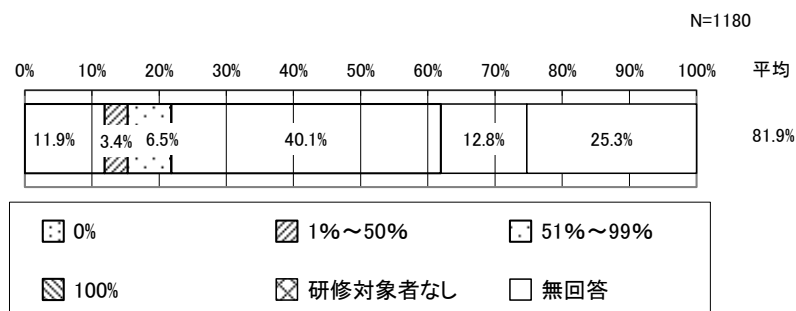
図表 2-131 外部研修の内容・成果の施設内への伝達・共有方法 (MA)



17) 過去6ヶ月間(2012年4~9月)の入職時研修の受講率

過去6ヶ月間(2012年4~9月)の入職時研修の受講率は、「100%」が40.1%と最も多く、平均は81.9%であった。

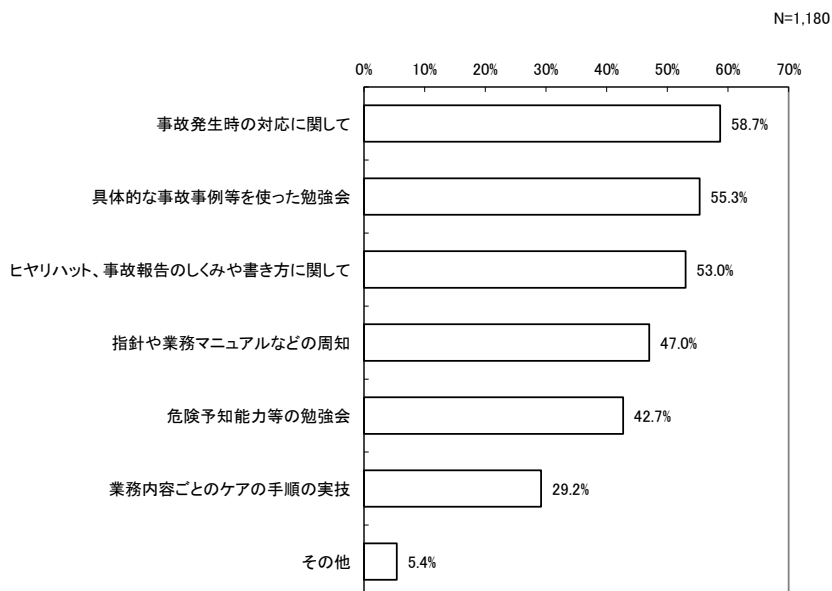
図表 2-132 過去6ヶ月間(2012年4~9月)の入職時研修の受講率



18) 研修内容で取り上げているテーマ

研修内容で取り上げているテーマは「事故発生時の対応に関して」が 58.7%と最も多く、次いで「具体的な事故事例等を使った勉強会」が 55.3%、「ヒヤリハット、事故報告の仕組みや書き方に関して」が 53.0%であった。

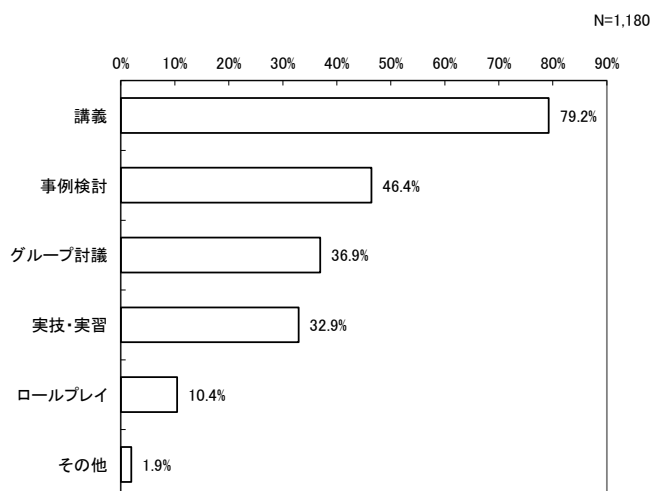
図表 2-133 研修内容で取り上げているテーマ (MA)



19) 研修内容の実施手法

研修内容の実施手法は「講義」が 79.2%と最も多く、次いで「事例検討」が 46.4%、「グループ討議」が 36.9%であった。

図表 2-134 研修内容の実施手法 (MA)



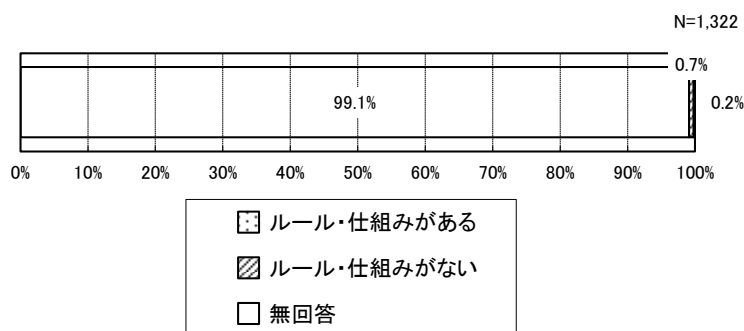
(2) 介護事故が発生した場合の施設内の報告の仕組み

1) 介護事故発生時の施設内の報告ルール・仕組みの有無

介護事故発生時の施設内の報告ルール・仕組みの有無は「ルール・仕組みがある」が 99.1%、「ない」が 0.7%であった。

報告対象とする範囲は「サービス提供に伴う利用者の怪我や事故」が 98.2%と最も多く、次いで「利用者の財産、所持品への損害」が 52.1%、「感染症」が 47.5%であった。

図表 2-135 介護事故発生時の施設内の報告ルール・仕組みの有無

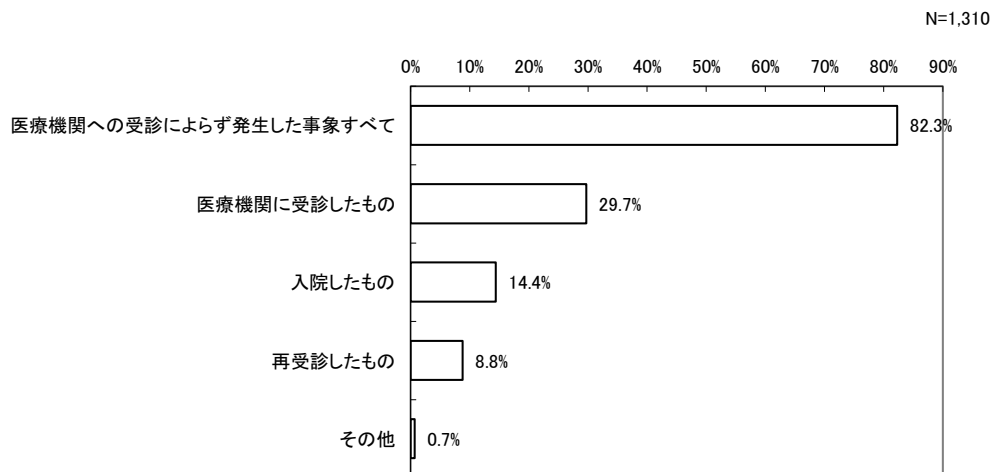


2) 報告対象とする介護事故の基準

報告対象とする介護事故であるかを判断する際に、怪我の場合の受診状況で判断する場合の基準は「医療機関への受診によらず発生した事象すべて」が 82.3%と最も多く、次いで「医療機関に受診したもの」が 29.7%、「入院したもの」が 14.4%であった。

怪我の場合の被害程度に関する基準では「被害の程度によらず発生した事象すべて」が 77.6%と最も多く、次いで「何らかの被害が生じたもの」が 18.7%、「一定以上の被害が生じたもの」が 12.6%であった。

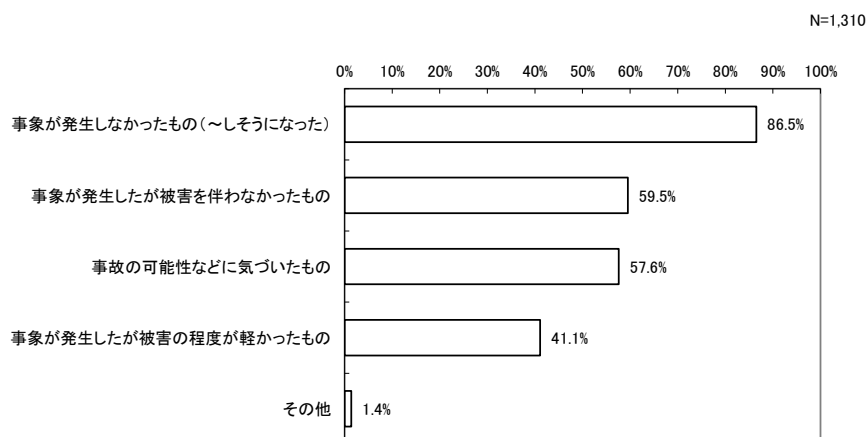
図表 2-136 怪我の場合の受診状況に関する基準 (MA)



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は「事象が発生しなかったもの（～しそうになった）」が86.5%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59.5%、「事故の可能性などに気づいたもの」が57.6%であった。

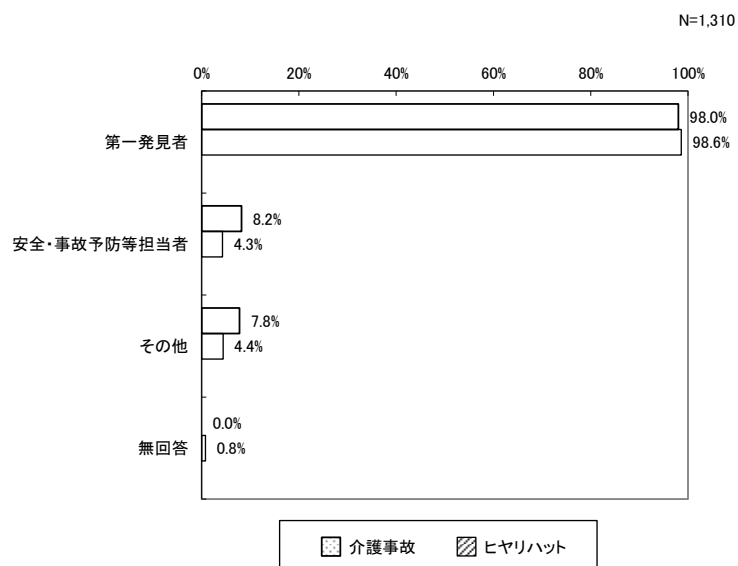
図表 2-137 報告対象とするヒヤリハットの基準（MA）



4) 報告書記載者

介護事故、ヒヤリハットともに、報告書の記載者は「第一発見者」という回答が98.8%を占めている。介護事故については、安全・事故予防等担当者が記載している施設が8.2%であった。

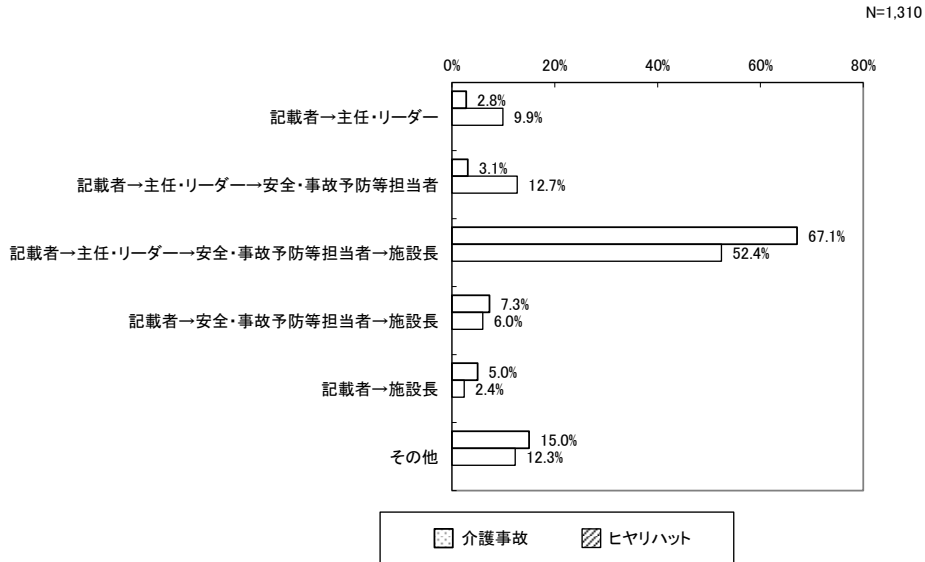
図表 2-138 報告書の記載者（MA）



5) 報告書の施設内の提出経路

介護事故、ヒヤリハットともに報告書の施設内の提出経路は「記載者→主任・リーダー→安全・事故予防等担当者→施設長」が最も大きい割合を占めている。

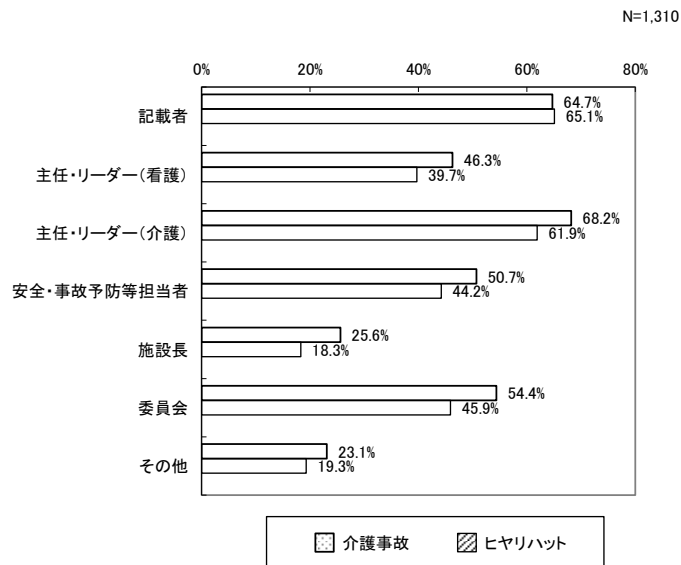
図表 2-139 報告書の施設内の提出経路 (MA)



6) 報告に対する分析や改善策を立案する人

介護事故の報告に対する分析や改善策を立案する人は「主任・リーダー (介護)」が 68.2%と最も多いのに対し、ヒヤリハットの報告に対する分析や改善策を立案する人は「記載者」が 65.1%と最も多くなっている。

図表 2-140 報告に対する分析や改善策を立案する人 (MA)



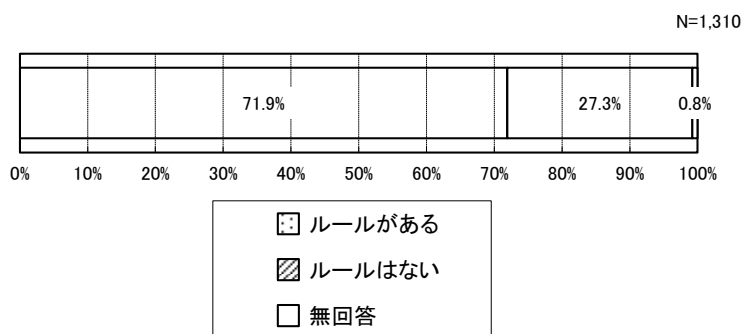
7) 介護事故報告書作成までの期間に関するルールの有無

介護事故報告書作成までの期間に関するルールの有無は「ルールがある」が 71.9%、「ルールはない」が 27.3%であった。

介護事故報告書作成までの期間に関するルールは「重度によらず一定の期間」が 73.5%、「事故の重度によって異なる」が 10.4%であった。

介護事故報告書作成までの期間は「1日」が 61.8%と最も多く、平均は 2.4 日であった。

図表 2-141 介護事故報告書作成までの期間に関するルールの有無

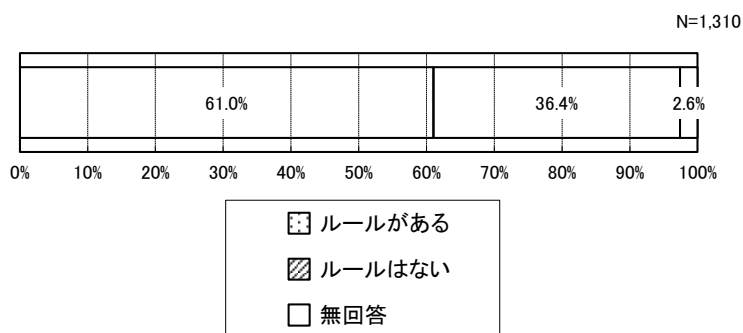


8) ヒヤリハット報告書作成までの期間に関するルールの有無

ヒヤリハット報告書作成までの期間に関するルールの有無は「ルールがある」が 61.0%、「ルールはない」が 36.4%であった。

ヒヤリハット報告書作成までの期間は「1日」が 60.3%と最も多く、平均は 2.3 日であった。

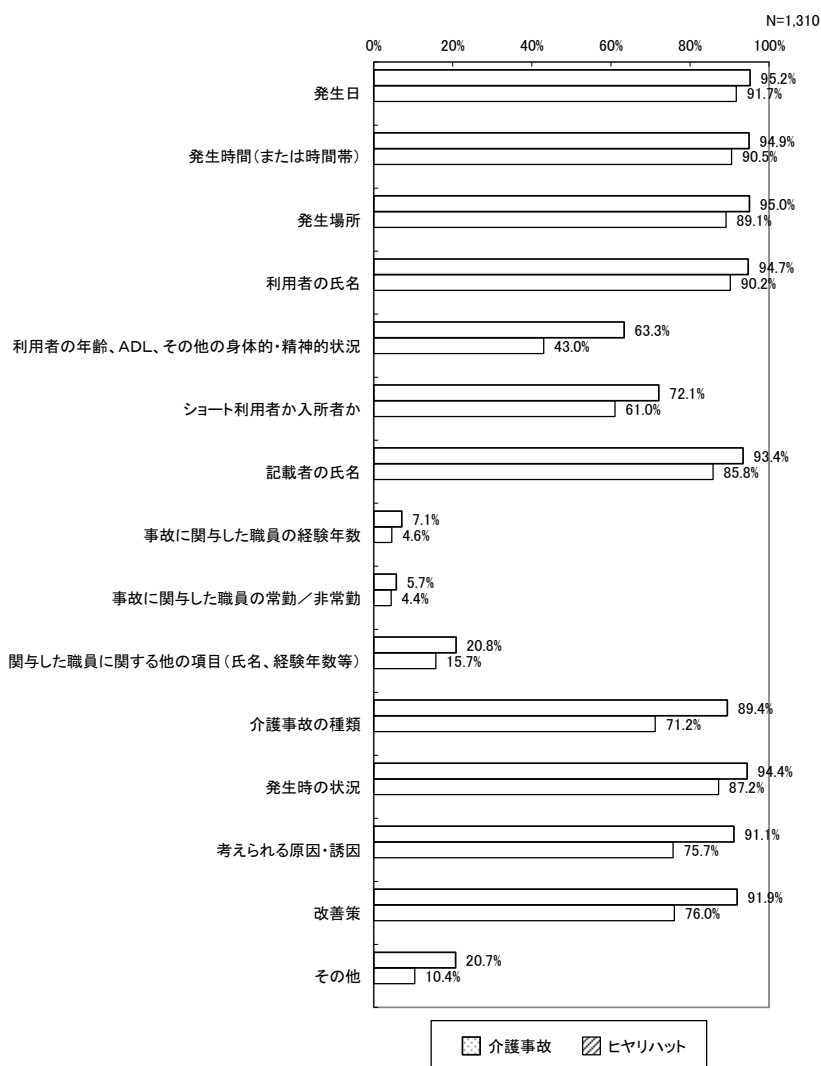
図表 2-142 ヒヤリハット報告書作成までの期間に関するルールの有無



9) 報告書書式に記入欄が用意されている項目

介護事故の報告書書式に記入欄が用意されている項目は「発生日」が95.2%と最も多く、次いで「発生場所」が95.0%、「発生時間（または時間帯）」が94.9%であった。

図表 2-143 報告書書式に記入欄が用意されている項目（MA）



報告しやすい雰囲気にするために気を付けていることとして、下記の具体例が挙げられた。

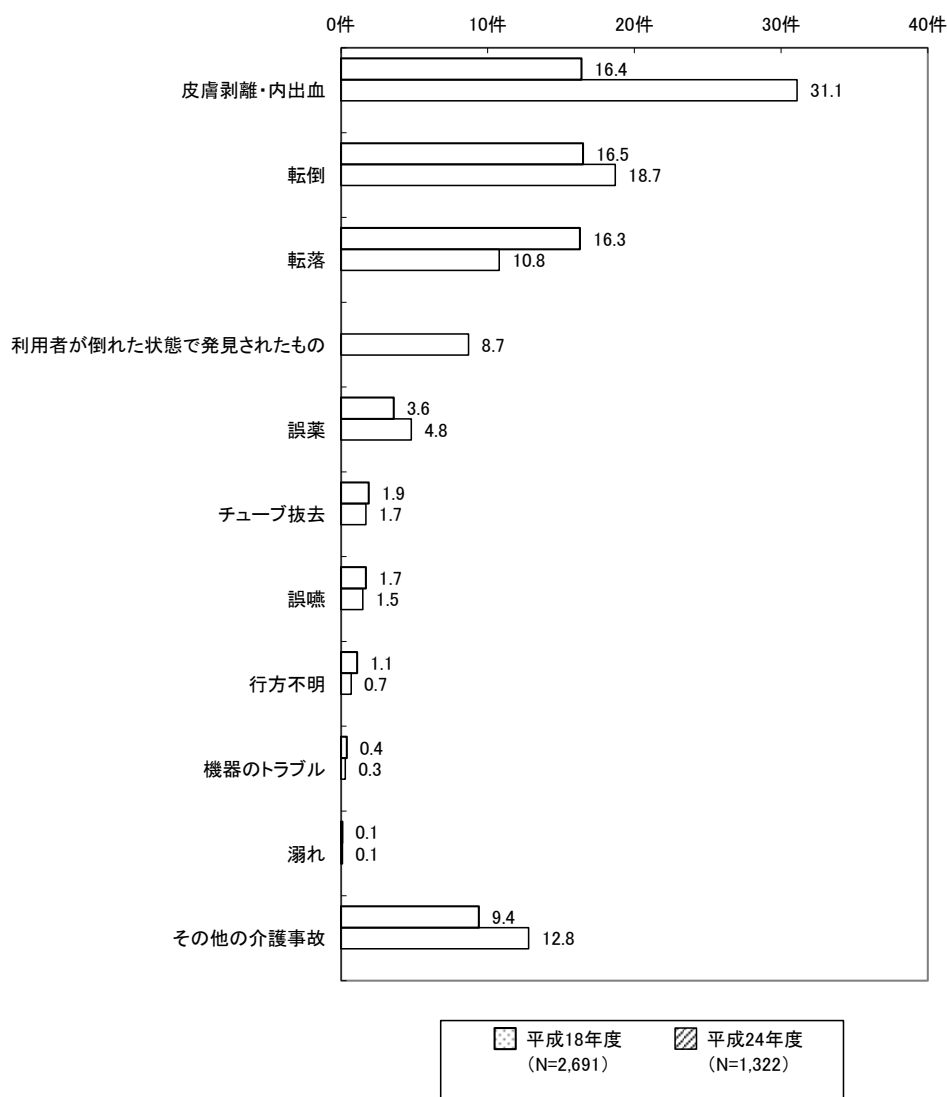
- 「責任は施設にあり」を、入職時研修で教育している。第1発見者（又は当時者）が報告書作成の義務を負うが、発見者・当時者の記名は不要としている。質疑の後、報告書に追加し、園長名で重大事故（骨折など）は、広域地方振興局、市役所福祉課へ報告する。
- 事故発生の原因等について客観的に判断し、基本的に個人の責任とせず、改善策を考えていくようにしている。
- ヒヤリハットは危険予測を見つけたということで良いことだという意識になるように声かけしている。用紙形式も書きやすく簡単なものに変更予定。

(3) 過去6カ月間（2012年4～9月）の介護事故の発生状況

1) 介護事故の報告件数

介護事故の種類別に事故の平均報告件数をみると、平成24年度では「皮膚剥離・内出血」が31.1件と最も多く、次いで「転倒」が18.7件、「転落」が10.8件であった。平成18年度と比較して、「皮膚剥離・内出血」「転倒」「誤薬」の報告件数が増加している。

図表 2-144 介護事故の報告件数

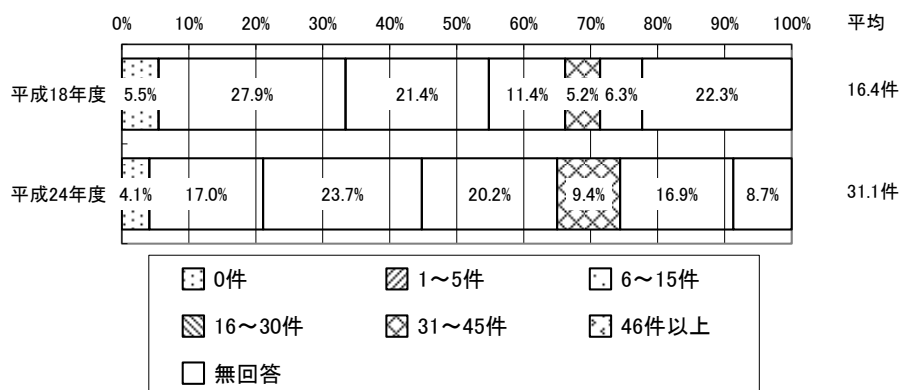


※「利用者が倒れた状態で発見されたもの」は平成24年度のみ回答項目あり

2) 皮膚剥離・内出血の報告件数

皮膚剥離・内出血の報告件数は、平成 24 年度では「6～15 件」が 23.7%と最も多く、次いで「16～30 件」が 20.2%、「1～5 件」が 17.0%であった。平成 18 年度と比較して、「16～30 件」以上が増加しており、平均件数が 14.7 件増加している。

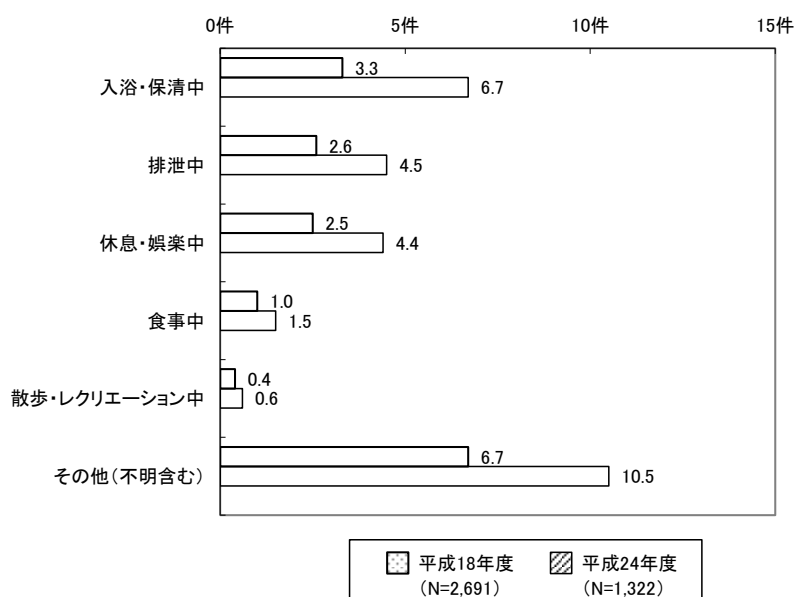
図表 2-145 皮膚剥離・内出血の報告件数



3) 発生または発見された場面別の皮膚剥離・内出血の報告件数

発生または発見された場面別の皮膚剥離・内出血の報告件数は、平成 24 年度では「入浴・保清中」が 6.7 件と最も多くなっており、平成 18 年度と比較して、どの場面においても皮膚剥離・内出血の報告件数は増加している。

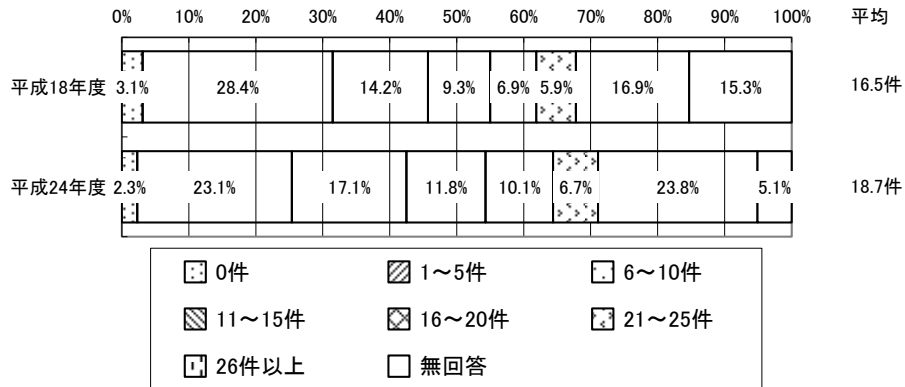
図表 2-146 発生または発見された場面別の皮膚剥離・内出血の報告件数



4) 転倒の報告件数

転倒の報告件数は、平成24年度では「26件以上」が23.8%と最も多く、次いで「1～5件」が23.1%、「6～10件」が17.1%であった。平成18年度と比較して、「6～10件」以上が増加しており、平均件数が2.2件増加している。

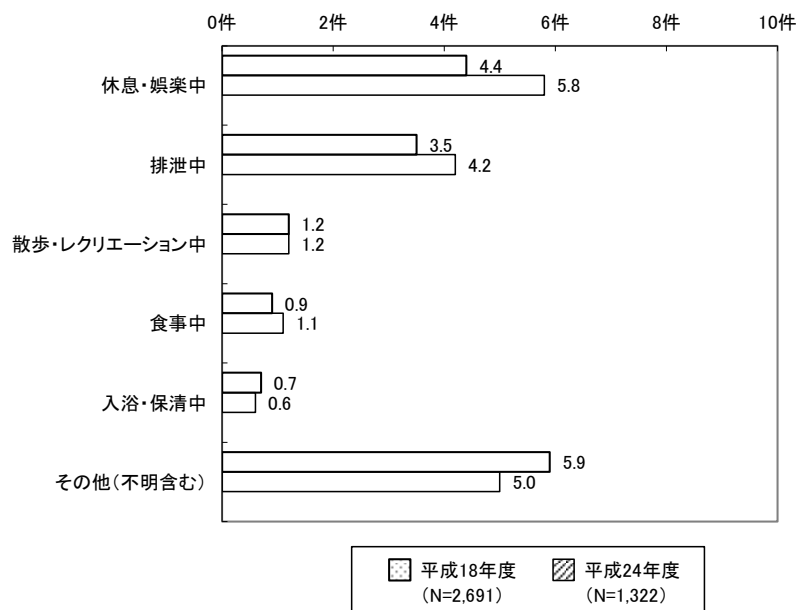
図表 2-147 転倒の報告件数



5) 発生または発見された場面別の転倒の報告件数

発生または発見された場面別の転倒の報告件数は、平成24年度では「休息・娛樂中」が5.8件と最も多くなっており、平成18年度と比較して、「休息・娛樂中」「排泄中」に転倒の報告件数が増加している。

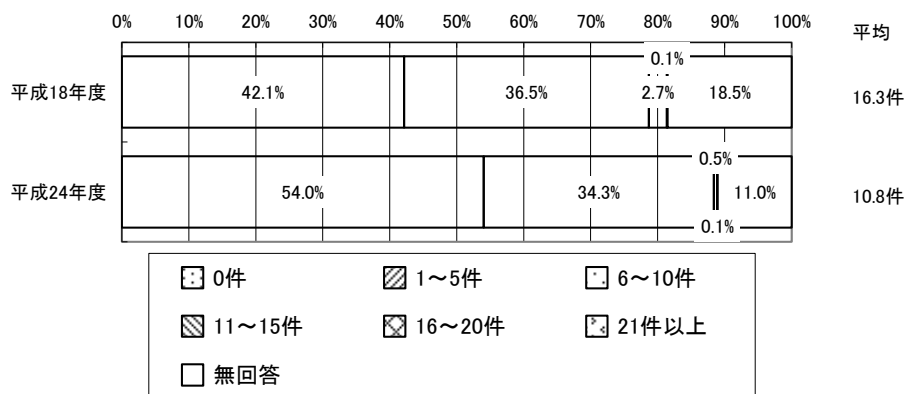
図表 2-148 発生または発見された場面別の転倒の報告件数



6) 転落の報告件

転落の報告件数は、平成24年度では「0件」が54.0%と最も多く、次いで「1～5件」が34.3%、「6～10件」が0.5%であった。平成18年度と比較して、「0件」が増加しており、平均件数が5.5件減少している。

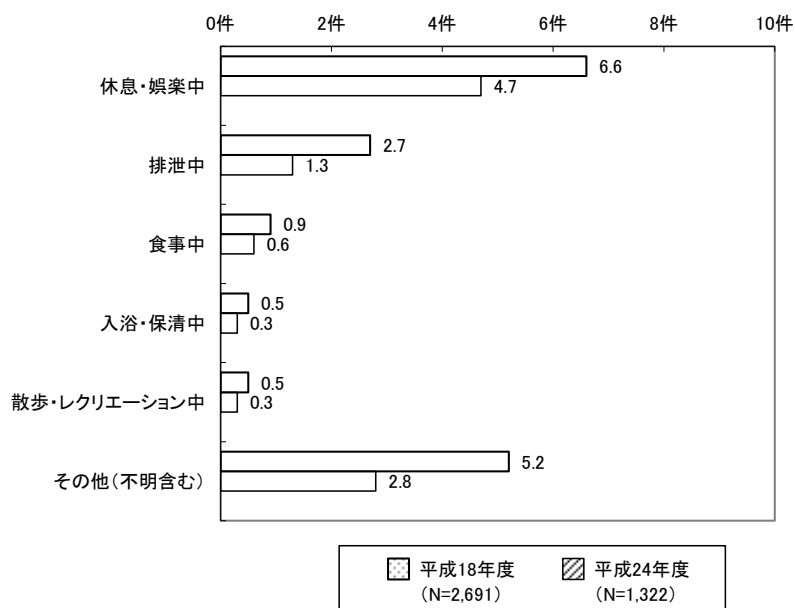
図表 2-149 転落の報告件数



7) 発生または発見された場面別の転落の報告件数

発生または発見された場面別の転落の報告件数は、平成24年度では「休息・娛樂中」が4.7件と最も多くなっており、平成18年度と比較して、どの場面においても転落の報告件数は減少している。

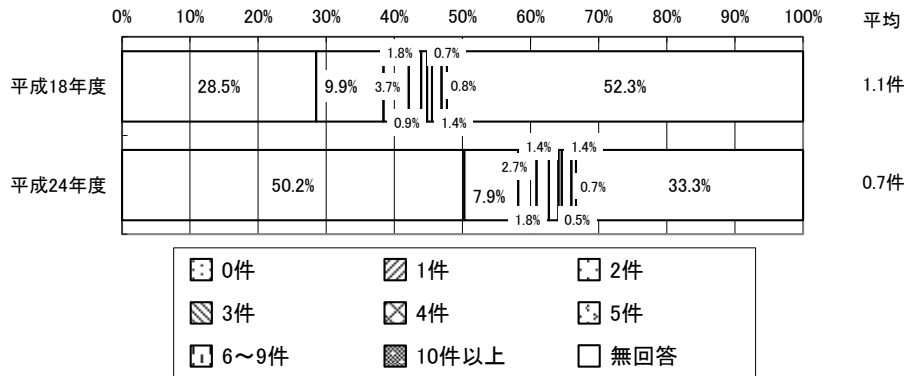
図表 2-150 発生または発見された場面別の転落の報告件数



8) 行方不明の報告件数

行方不明の報告件数は、平成 24 年度では「0 件」が 50.2%と最も多く、次いで「1 件」が 7.9%、「2 件」が 2.7%であった。平成 18 年度と比較して、「0 件」が増加しているが、平均件数は変化がない。

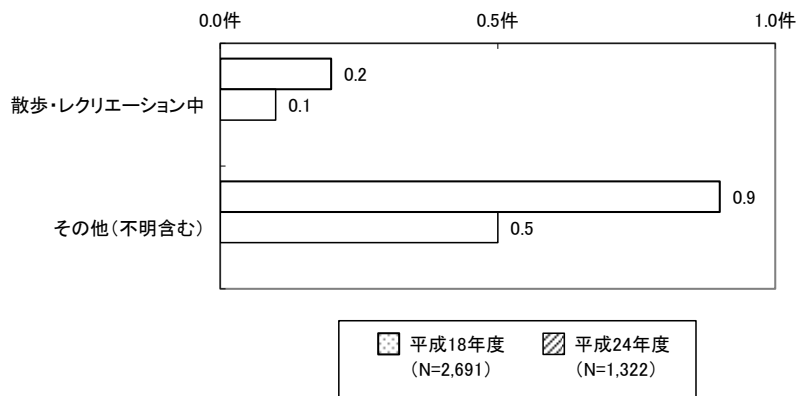
図表 2-151 行方不明の報告件数



9) 発生または発見された場面別の行方不明の報告件数

発生または発見された場面別の行方不明の報告件数は、平成 24 年度では「散歩・レクリエーション中」が 0.1 件となっており、平成 18 年度と比較して、報告件数が減少している。

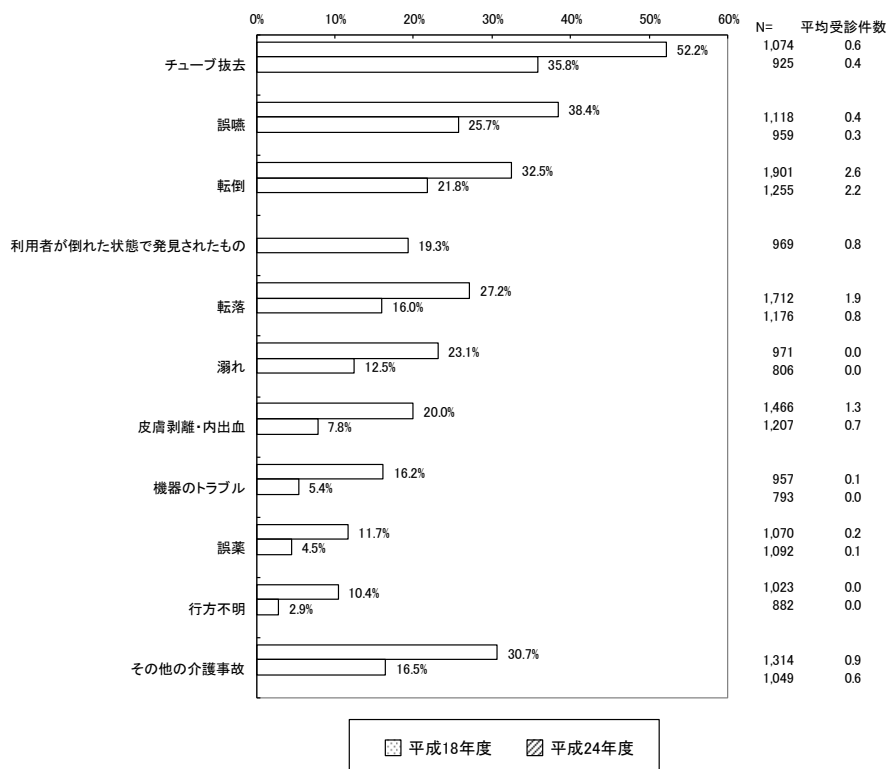
図表 2-152 発生または発見された場面別の行方不明の報告件数



10) 介護事故の受診率

介護事故の報告があった件数のうち受診した割合は、平成 24 年度は、「チューブ抜去」が最も高く、35.8%であった。平成 18 年度と比較して、全介護事故の受診率は減少している。

図表 2-153 介護事故の受診率



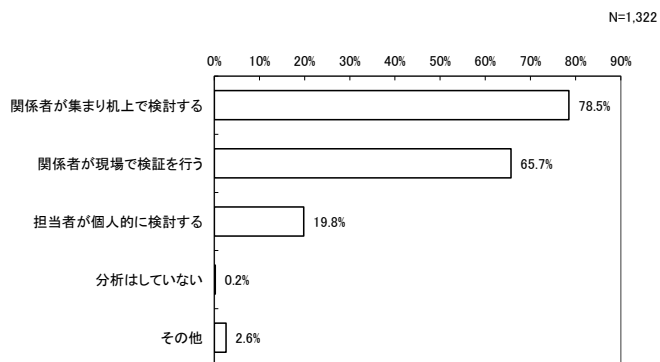
※「利用者が倒れた状態で発見されたもの」は平成 24 年度のみ回答項目あり

(4) 事故発生後の対応

1) 報告された事故の分析方法

報告された事故の分析方法は「関係者が集まり机上で検討する」が 78.5%と最も多く、次いで「関係者が現場で検証を行う」が 65.7%、「担当者が個人的に検討する」が 19.8%であった。

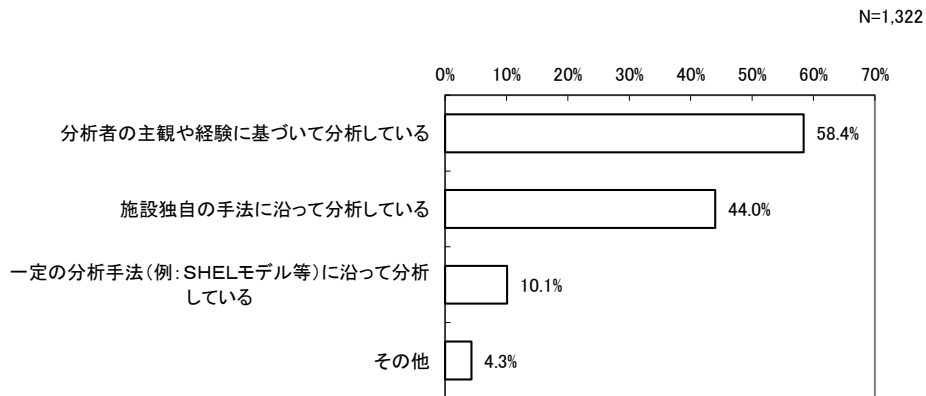
図表 2-154 報告された事故の分析方法 (MA)



2) 報告された事故の分析手法

報告された事故の分析手法は「分析者の主観や経験に基づいて分析している」が 58.4%と最も多く、次いで「施設独自の手法に沿って分析している」が 44.0%、「一定の分析手法（例：SHELモデル等）に沿って分析している」が 10.1%であった。

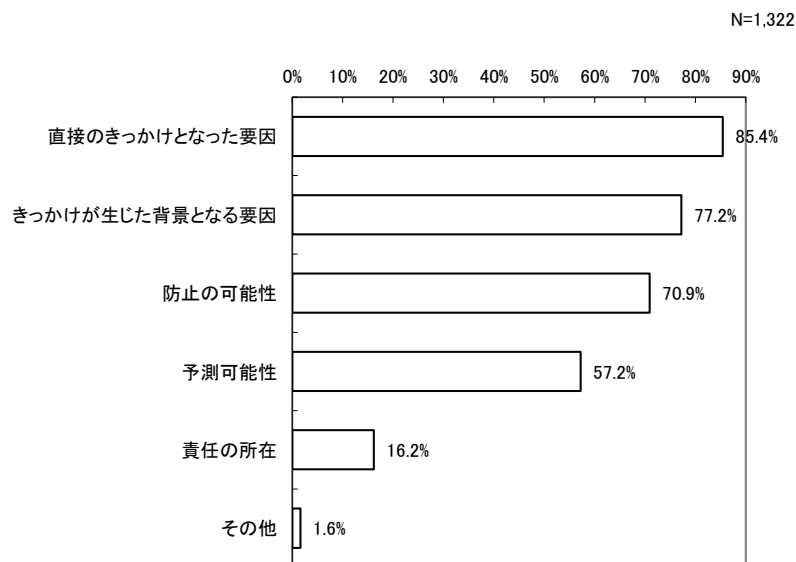
図表 2-155 報告された事故の分析手法（MA）



3) 要因分析により明らかにすること

要因分析により明らかにすることは「直接のきっかけとなった要因」が 85.4%と最も多く、次いで「きっかけが生じた背景となる要因」が 77.2%、「防止の可能性」が 70.9%であった。

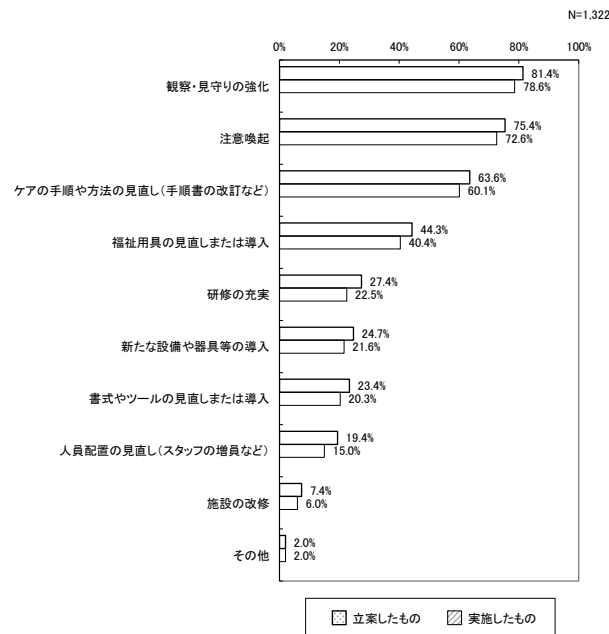
図表 2-156 要因分析により明らかにすること（MA）



4) 事故の分析結果を踏まえて立案・実施した対策の内容

事故の分析結果を踏まえて立案・実施した対策の内容は、立案したもの、実施したものとに「観察・見守りの強化」が最も多く、次いで「注意喚起」、「ケアの手順や方法の見直し（手順書の改訂など）」であった。

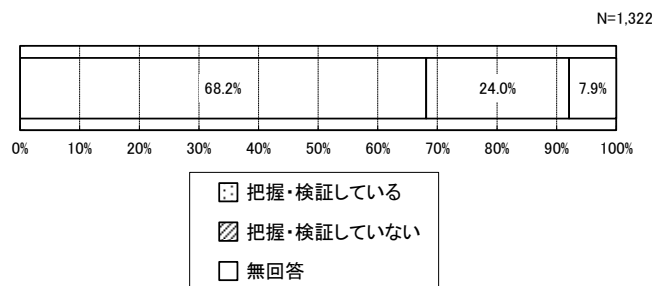
図表 2-157 事故の分析結果を踏まえて立案・実施した対策の内容（MA）



5) 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・検証は「把握・検証している」が 68.2%、「把握・検証していない」が 24.0%であった。

図表 2-158 実行した対策の効果の把握・検証



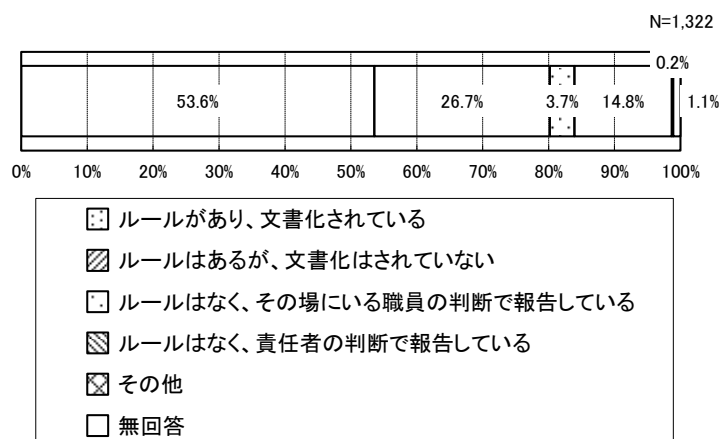
また、報告内容を分析する際に重視していることとして、下記の具体例が挙げられた。

- 入居者にとって何がベストだったのか。事故に至る前に防ぐことができなかったか。
- 誰が見ても状況がわかる記録を作ることや事前の利用者の様子、状況の詳細を聴きとる。
- 一人一人に合った決められた個別のケアが実践されていたか。その方の生活が充分理解できているか。

6) 介護事故発生時、利用者家族への連絡に関するルールの有無

介護事故発生時、利用者家族への連絡に関するルールの有無は「ルールがあり、文書化されている」が 53.6%と最も多く、次いで「ルールはあるが、文書化はされていない」が 26.7%、「ルールはなく、責任者の判断で報告している」が 14.8%であった。

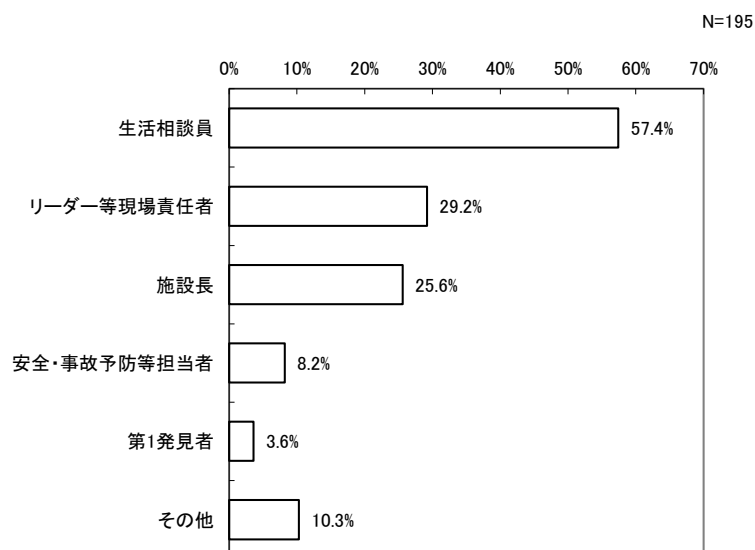
図表 2-159 介護事故発生時、利用者家族への連絡に関するルールの有無



7) 判断する責任者の立場

判断する責任者の立場は「生活相談員」が 57.4%と最も多く、次いで「リーダー等現場責任者」が 29.2%、「施設長」が 25.6%であった。

図表 2-160 判断する責任者の立場 (MA)

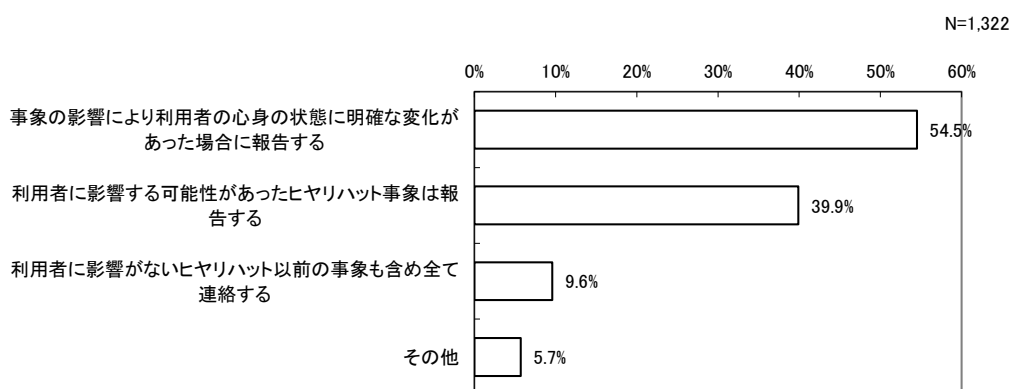


8) 介護事故やヒヤリハット発生時の利用者家族への連絡基準

介護事故やヒヤリハット発生時の利用者家族への連絡基準は「事象の影響により利用者の心身の状態に明確な変化があった場合に報告する」が54.5%と最も多く、次いで「利用者に影響する可能性があったヒヤリハット事象は報告する」が39.9%、「利用者に影響がないヒヤリハット以前の事象も含め全て連絡する」が9.6%であった。

家族への報告者は「生活相談員」が45.5%と最も多く、次いで「リーダー等現場責任者」が15.6%、「第1発見者」が9.2%であった。

図表 2-161 介護事故やヒヤリハット発生時の利用者家族への連絡基準 (MA)

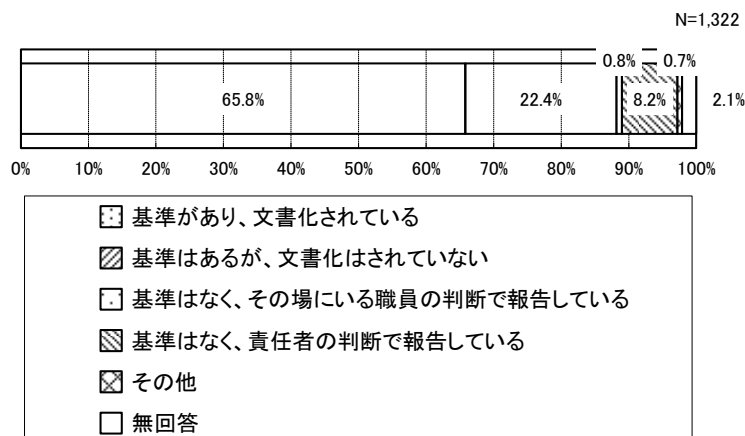


9) 介護事故発生時の市町村等への報告基準の有無

介護事故発生時の市町村等への報告基準の有無は「基準があり、文書化されている」が65.8%と最も多く、次いで「基準はあるが、文書化はされていない」が22.4%、「基準はなく、責任者の判断で報告している」が8.2%であった。

判断する責任者の立場は「施設長」が72.2%と最も多く、次いで「生活相談員」が22.2%、「安全・事故予防等担当者」「その他」が4.6%であった。

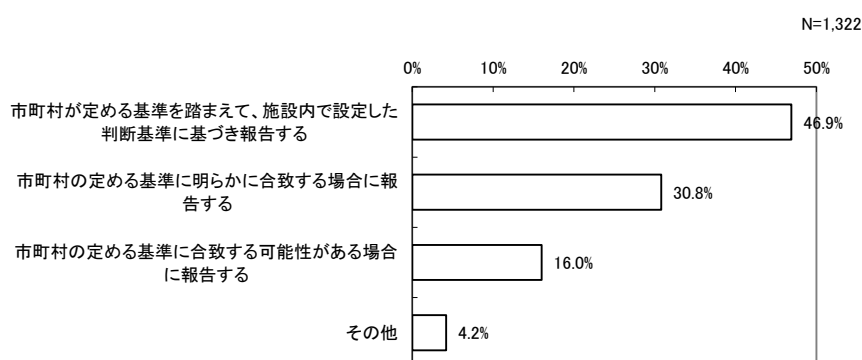
図表 2-162 介護事故発生時の市町村等への報告基準の有無



10) 介護事故等発生時の市町村等への報告基準

介護事故等発生時の市町村等への報告基準は「市町村が定める基準を踏まえて、施設内で設定した判断基準に基づき報告する」が46.9%と最も多く、次いで「市町村の定める基準に明らかに合致する場合に報告する」が30.8%、「市町村の定める基準に合致する可能性がある場合に報告する」が16.0%であった。

図表 2-163 介護事故等発生時の市町村等への報告基準 (MA)

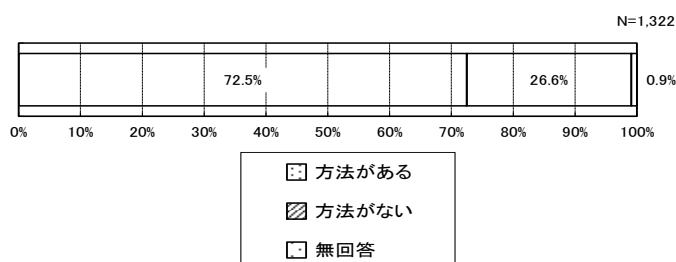


(5) 介護事故予防のための取組

1) 利用者1人ひとりのリスクをアセスメントする方法の有無

利用者1人ひとりのリスクをアセスメントする方法の有無は「方法がある」が72.5%、「方法がない」が26.6%であった。リスクアセスメントの方法は「ケアプラン作成会議で個別のリスクを考慮したプランを作成する」が55.1%と最も多く、次いで「職員によるケースカンファレンスの中で明らかにしている」が48.5%、「介護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35.5%であった。

図表 2-164 利用者1人ひとりのリスクをアセスメントする方法の有無



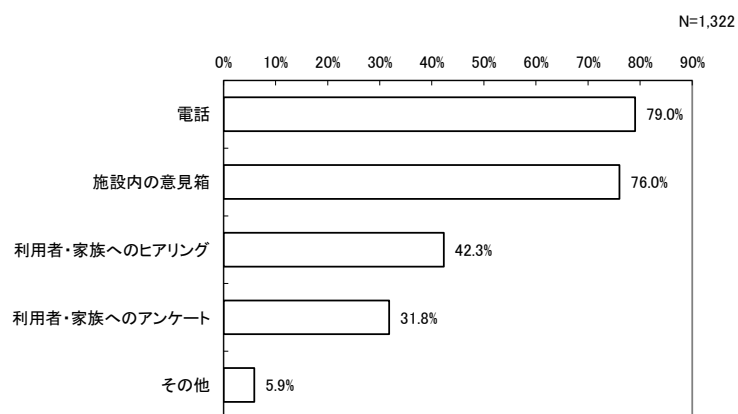
また、リスクアセスメント対策の具体例として挙げられた対策は、下記の通りである。

- 各利用者の24時間シートを作成し、行動の予測や心身の状態把握に努めている。
- 介護職が出勤したら必ず目を通す業務ノートを活用している。ノート内に利用者の状態変化や起きた事故、また利用者の対応の変更などを記入している。変更した対応より良い案があれば、提案できる体制となっている。

2) 利用者・家族からの意見の受付方法

利用者・家族からの意見の受付方法は「電話」が79.0%と最も多く、次いで「施設内の意見箱」が76.0%、「利用者・家族へのヒアリング」が42.3%であった。

図表 2-165 利用者・家族からの意見の受付方法 (MA)



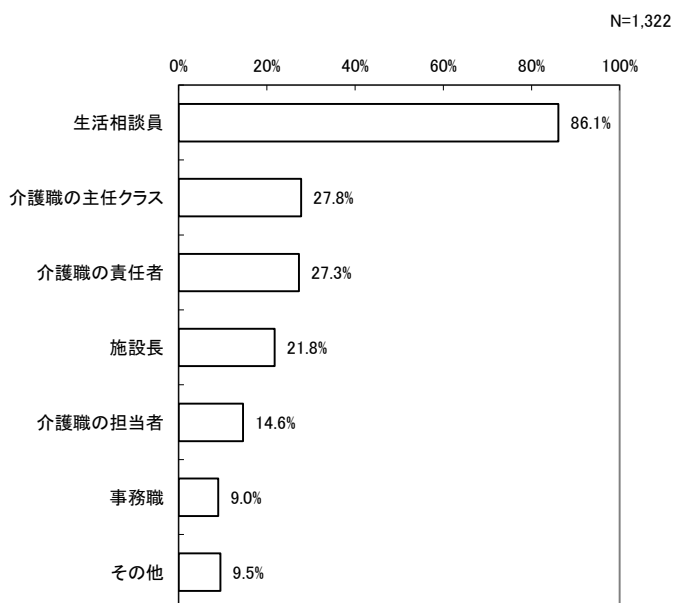
3) 意見、問い合わせに対応する職員

意見、問い合わせに対応する職員は「生活相談員」が86.1%と最も多く、次いで「介護職の主任クラス」が27.8%、「介護職の責任者」が27.3%であった。

意見、問い合わせ内容の解決のための組織は「外部委員を含む委員会」が38.7%と最も多く、次いで「施設職員のための委員会」が37.7%、「特に組織化していない」が12.6%であった。

また、過去6ヶ月間(2012年4~9月)に寄せられた意見、問い合わせ件数は、平均は2.9件であった。

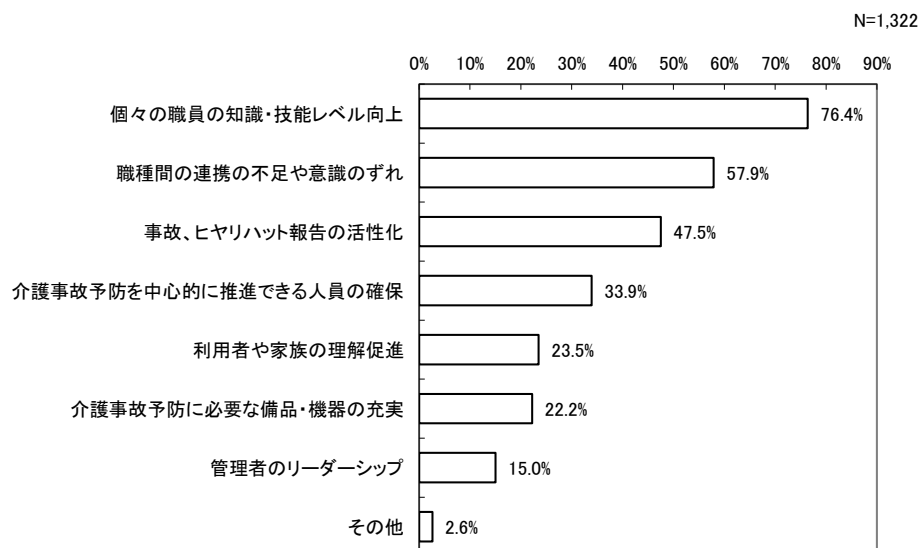
図表 2-166 意見、問い合わせに対応する職員 (MA)



4) 介護事故防止のために現在課題となっていることや困っていること

介護事故防止のために現在課題となっていることや困っていることは「個々の職員の知識・技能レベル向上」が76.4%と最も多く、次いで「職種間の連携の不足や意識のずれ」が57.9%、「事故、ヒヤリハット報告の活性化」が47.5%であった。

図表 2-167 介護事故防止の現在の課題や困っていること (MA)



また、介護事故防止のために現在課題となっていることや困っていることの詳細例として、下記の内容が挙げられた。

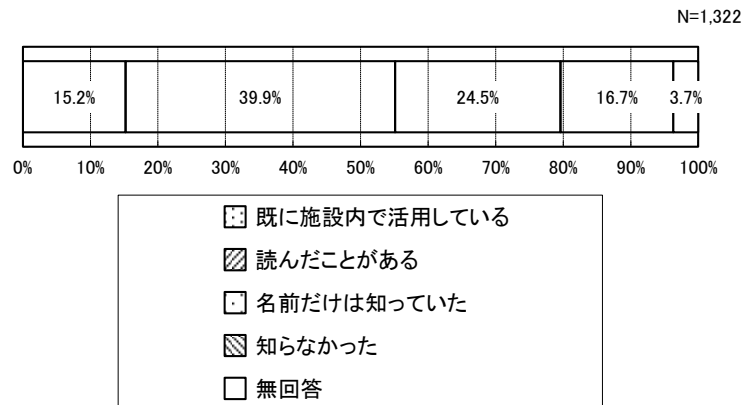
- 事故防止に向けた職員の意識レベルを向上する為の教育システムを模索中であるが、専門知識を持つ職員がいなかった。
- 内容を検討し対応を決めても徹底できない。対応策を考える時に事故を恐れるあまりに極端な対応になる。
- 根本的な問題解決のための提案が各職種間の押し付けになったり、いきさつ説明の情報収集が得られず説明不足から、職種間の調整、協力が不調に終わったりする場合もある。医療事故とみなされる「誤薬」は配薬を介護課が担当し、手段・工夫を替えても繰り返し起こる。
- 利用者が重度化すると共に立位などがなくなってきているので、見守りする意識が低くなってきている。
- 法的な配置人員が少なすぎ重度化する利用者に対して職員の負担が大きすぎる。その上、人材不足もあり根本的な解決が望まれる。
- リスクの高い利用者常に付いていられる職員がいれば、事故件数やリスクの低下になると思われる。

(6) 「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」について

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」の認知度

「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」の認知度は「読んだことがある」が39.9%と最も多く、次いで「名前だけは知っていた」が24.5%、「知らなかった」が16.7%であった。

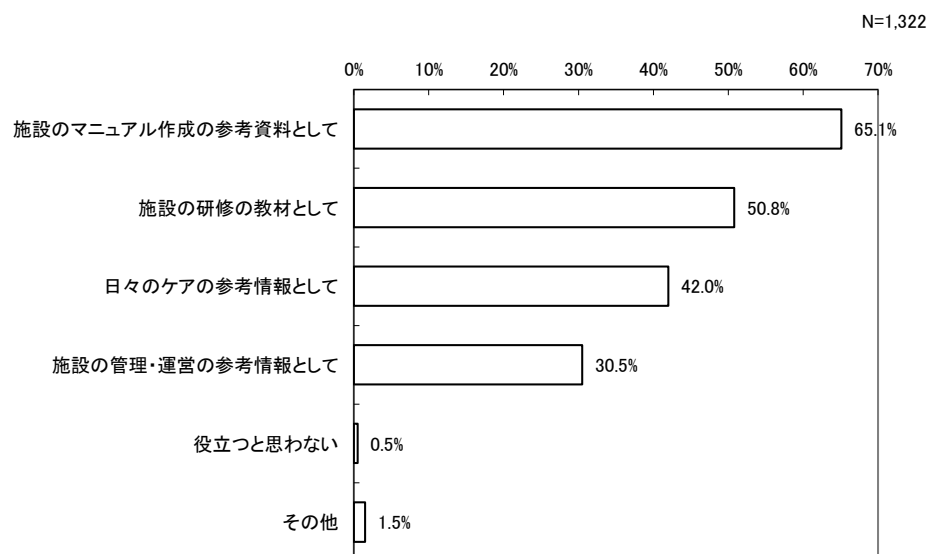
図表 2-168 「特別養護老人ホームにおける介護事故予防ガイドライン」の認知度



2) 「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」の活用方法

「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」の活用方法は「施設のマニュアル作成の参考資料として」が65.1%と最も多く、次いで「施設の研修の教材として」が50.8%、「日々のケアの参考情報として」が42.0%であった。

図表 2-169 「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」の活用方法 (MA)



また、ガイドラインに対する意見としては、下記のような意見が寄せられた。

- ガイドラインの存在を、このアンケートで知った。早速ダウンロードした。BRA 資格講座資料と合わせて、施設のシステムを構築したいと思った。
- 個別リスクツール、リスクアセスメントツール、リスク分析ツールの様式例や記入例を入れてほしい。自己評価の為にチェックリストも必要（統一の書式）である。
- 転倒事故防止の為に理論や方策については理解できるが、事故に対しての裁判の判例では事故当事者に対しての見守り不足を指摘され、他の利用者を含む全体の見守りに対しては触れられない。要は配置基準以上の見守り人数が必要とされている気がする。ガイドラインの意図するところと矛盾を感じる。
- 以前実際に誤薬事故が起きた時に参考資料として活用したがとても分かり易い資料であり、今後も今回の資料を情報源として期待している。
- 各施設で加筆出来るように PDF 形式以外で添付して頂きたい。
- 再発防止の事例をより多く拝見したい。
- 全体研修について毎年悩んでいる。具体的な方法があれば記載して欲しい。

近年の利用者の重度化を踏まえ、介護事故の発生状況や対策について、気づいたことや特に留意していることについて、具体的に下記の意見が寄せられた。

- 施設内は高齢化、重度化している為に、自主的に動ける方が少なくなり、骨折等の件数は減ってきている。今後は重度者の対応をリハビリを含め考慮していく必要があると思う。
- 年齢が高く重度化傾向にあり、特に皮膚剥離に関する事故が多くなっている。皮膚が弱く、外部からのちょっとした圧力によっても皮膚が剥離してしまう。
- 歩行や立位が不安定で認知症による状況認知が困難な利用者、転倒リスクの高い入所者が増えている。機械に頼らない、職員の危機管理能力や予測力が問われている。より、高いレベルを要求されている職員への教育も大きな課題ととらえている。
- 重度の認知症があっても、行動を制限せず、もしも転倒、ずり落ちした時も怪我をしないようにするにはどうしたら良いかを特に留意している。予想されるリスクについて、充分家族へ説明し、納得してもらう為にはただ言葉だけでなく、目で見えるもの（様々なツール）が必要だと感じる。
- 「少しぐらい」「ちょっと離れたぐらい」「たぶん、大丈夫だろう」という意識を持った職員が意外に多いことに気づかされる。そういう職員のために、事故に至った原因を探って、「ちょっとぐらい」や、「一瞬」で事故は起こるもの、という理解を深めるために要因分析に力を入れている。

2.5 アンケート結果のまとめ

(1) 施設概要

アンケートは、全国の特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）の 3,000 箇所に配布し、うち 1,323 箇所（44.1%）から回答を得るといふ、高い回答率であった。この回答施設の運営主体は「社会福祉法人」が 96.0%と最も多く、入所定員の平均は 76.4 人であった。また、平均要介護度は 3.9 であり、これらの値は、平成 23 年介護サービス施設・事業所調査結果における介護老人福祉施設の値（入所定員数平均：71.8 人、平均要介護度 3.8）に近い結果となっている。

入所者の要介護度は、平成 16 年度調査では平均要介護度「4.0 以上」の施設が 23.6%であったのに対し、平成 24 年度調査では 47.0%を占めるなど、重度の入所者の多い施設が増加していた。

また、平成 16 年度調査と比較すると、入所定員数や、ユニット型個室を有する施設数が増加していた。

職員数も、平成 16 年度と比較すると看護師および介護福祉士、管理栄養士・栄養士の人数が常勤・非常勤ともに増加しており、介護職員は非常勤職員数が増加していた。看護師の勤務形態については、「早出または遅出勤務あり」が 60.3%と最も多く、平成 16 年度と比較してもその割合は増加しているといった勤務形態の拡張が図られていることがわかる。

これらの結果から、全国の特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）では入所者が重度化し、施設側も各入所者への個別ケアに留意したユニット型個室や職員配置などの対応を講じていることが示唆される。

(2) 感染管理の状況

1) 感染症の発生状況

感染症の過去 1 年間の発生状況は「肺炎球菌（肺炎、気管支炎など）」が 1 施設あたり平均 3.7 人と最も多く、次いで「インフルエンザウイルス（インフルエンザ）」が 2.4 人、「インフルエンザ・肺炎球菌以外の呼吸器感染症」および「ノロウイルス（感染性胃腸炎）」が 1.5 人という状況であった。

特に「肺炎球菌（肺炎、気管支炎など）」や「インフルエンザウイルス（インフルエンザ）」は、1 人以上発生した施設がそれぞれ約 30～40%を占めるなど、比較的発生頻度の高い感染症であることが確認された。

2) 感染管理体制

感染対策に関する施設内の検討委員会は、介護老人福祉施設の運営基準として「感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会」の設置が定められたが、平成 16 年度と比較して設置が急激に普及し、87.4%の施設が感染対策単独の委員会を設置していた。この結果から、感染対策のための委員会設置はおおむね順調に進んでいることが確認された。

また、委員会の 1 年間の開催回数も 8.7 回／年と年々増加傾向であり、構成メンバーも施設長を含む施設が 76.2%を占めるなど、回数や構成メンバーなども充実させていることがわかる。

マニュアルについては、ほぼ全ての施設がマニュアルを有していたが、遵守状況の確認は「あまり確認していない」が 36.6%、「確認していない」が 1.9%であった。また、「確認している」と回答したケースの確認方法は、「定期的に確認」の割合や定期確認回数が増えていた。

感染対策に関する研修については「施設内で感染管理に関する研修を開催している」が 87.5%となっていた。マニュアルはほぼ全ての施設で整備されているが、日常的に確認するというよりは、研修などの機会を利用して定期的に確認することが多い可能性がある。

施設内の感染対策を担当する職員については、「決められている」という施設が 94.9%、施設の感染管理や衛生管理方法の「相談先がある」という施設も 95.3%を占めていた。感染対策における組織としての整備が進んでいるという結果となっている。

3) 感染対策の実施状況

入所者の入所時に健康状態や感染症の有無を確認するか否かは、平成 16 年度から特に傾向は変わらず、ほぼ全ての施設で健康状態を確認するとともに、80%近くの施設において、B 型・C 型肝炎について確認していた。HIV 感染症を確認している施設も 19.1%あった。

過去 1 年間に感染症既往者に対して入所を断ったことは、平成 24 年度では「断ったことがある」が 3.9%であり、平成 16 年度と比較して断る割合が大幅に減少していた。入所を断らざるを得なかった感染症は、「MRSA 感染症」が 35.3%と最も多く、次いで「結核」が 33.3%、「皮膚感染症」が 25.5%であった。

ベッド周辺の清掃方法や換気方法は平成 16 年度から特に変化は見られないが、血液・体液・汚物等で汚染された洗濯物の分別洗濯や塩素系洗濯剤の利用が増加するなど、洗濯方法には改善が見られた。また、手洗いに関しても、共用トイレの手洗い場の石けん種類は「液体石けん」利用の施設が 96.0%、手洗後は「ペーパータオル」を使用する施設が 94.9%と、ほとんどの施設に液体石けんとペーパータオルが普及しており、施設内の衛生管理面が整ってきたことが伺える。

食事面でも、給食の調理、提供に関する衛生管理マニュアルの作成や、手洗い、点検、消毒など平成 16 年度と比較して平成 24 年度は全体にわたって改善していた。

一方で、設備面においては、共用トイレの出入口のドアは「ある」が 88.7%、手洗い場の水道のタイプは「ハンドル・レバー式」が 44.4%、「ねじり式」が 13.7%の施設において設置ありとの回答があった。また、浴槽も循環型浴槽が「ある」という施設が依然として 50.6%を占めるなど、改善すべき課題は多い。特に循環型浴槽はレジオネラ症の発生にもつながるため、対策が必要である。

洗濯や手洗いなどのソフト面において全般的に改善傾向であることと比較すると、設備などのハード面は、改善が容易ではないことが示唆される。

ケア場面での感染対策については、手洗いの実施、おしぼりの使用を避けること、マスク着用

などは改善していた。しかし、交換したおむつについては、「おむつ交換車（可動式の廃棄用容器）」を使用する施設は 36.9%であった。また、その他汚染廃棄物の回収方法も平成 18 年度からさほど変化はなく、「普通ゴミ」として廃棄する施設が 29.2%あり、おむつや汚染廃棄物の処理に関する点は、今後も引き続き対策が講じられることが望まれる。

予防接種に関しては、肺炎球菌の予防接種を推奨する施設が増えており、感染症の集団発生も減少傾向であった。ただし、施設は集団生活の場であるため、一旦感染症が発生すると集団感染につながりやすい状況にある。そのため、感染症予防はもちろん、発生が認められた時に早急に感染拡大防止策を講じることが重要である。実際に、感染症発生時の対応において困っていること・課題という設問においても、「拡大防止のための対応」が 39.4%と最も多く挙げられていた。

入所者の生活に配慮しつつ拡大を防止する最良の方法を各施設内で話し合い、十分に検討しておくことが必要であると考えられる

4) マニュアルの活用状況と意見

マニュアルに追加して欲しい情報は、平成 24 年度では「最新の知見」が 52.2%と最も多く、次いで「業務の中での感染対策の実践例やノウハウ」が 45.5%であった。今年度の「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」の改訂においては、これらを踏まえ、最新の知見や法令、感染症の動向を取り入れた記載に改めるとともに、実際の業務に沿った実践的な記載を追加した。

(3) 介護事故予防の状況

1) 介護事故の予防の体制

介護事故発生防止のための委員会設置や事故発生の防止に対する指針の整備、介護防止マニュアル等の文書の作成、介護事故発生防止のための職員研修に関しては、約 9 割の施設で実施されており、多くの施設において介護事故の予防の体制が整えられていると言える。

委員会については、過去 6 ヶ月間に平均で 5.3 回開催されており、1 か月に 1 回程度開催されている状況が伺える。また、委員会構成メンバーに関しては介護職員や看護職員、生活相談員等は約 9 割の施設でメンバーに入っており、多様な職種で構成された委員会での検討が行われている様子が伺える。また、検討事項についても「ヒヤリハット等の発生件数や発生事例の報告」が 95.3%、「報告に対する改善策の検討」が 90.5%、「発生した事故事例への対応の検討」が 83.4%と事故後の再発防止に力を入れた取組が行われている。

また、改善策の実施状況の確認については「確認している」が 78.0%、指針等の見直し状況は「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 66.1%と、約半数以上の施設で改善策の効果を確認し、必要に応じて見直しが行われていた。

2) 介護事故が発生した場合の施設内の報告の仕組み

介護事故発生時の施設内の報告ルール・仕組みの有無は「ルール・仕組みがある」が 99.1%であり、ほぼすべての施設で仕組みが整えられている。報告対象とする事故の基準は、怪我の場合

の医療機関への受診状況・被害程度ともに、受診の有無や被害の程度によらず「発生した事象すべて」が最も多く、それぞれ 82.3%、77.6%であった。

介護事故、ヒヤリハットともに報告書記載者は「第一発見者」が最も大きく、それぞれ 98.0%、98.6%を占めている。一方、介護事故の報告に対する分析や改善策を立案する人は「主任・リーダー（介護）」がそれぞれ 68.2%、61.9%となっており、ヒヤリハットの報告に対する分析や改善策を立案する人は「記載者」が 64.7%、65.1%となっている。この結果から、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、追記していることが想定され、報告内容の充実や再発防止に向けた分析体制の整備が進んでいることが考えられる。

介護事故報告書・ヒヤリハット報告書作成までの期間に関するルールは、それぞれ「ルールがある」が 71.9%、61.0%であり、それぞれの作成期間は平均で 2.4 日、2.3 日と 3 日以内に早急に対応する体制が整えられている。また、報告書に記載する内容は、「発生日」「発生場所」「発生時間（または時間帯）」は約 95%で記載することが決められており、介護事故に関しては「発生時の状況」「考えられる原因・誘因」「改善策」などの分析に関する情報も 90%以上の施設で記載していた。

また、介護事故やヒヤリハットの報告の必要性を周知し、報告しやすい雰囲気を作るため、責任を個人に負わせないことを明示することや、事故の原因を客観的に分析すること、報告しやすいように報告書を書きやすい用紙に変更するなどの工夫をしている施設もあった。報告の重要性を鑑みると、このような取組が多く施設に広がることが望ましいと言える。

3) 介護事故の発生状況

平成 24 年 4 月～9 月の 6 ヶ月間の 1 施設あたりの介護事故の平均報告件数をみると、「皮膚剥離・内出血」が 31.1 件と最も多く、次いで「転倒」が 18.7 件、「転落」が 10.8 件であり、平成 18 年度と比較して、「皮膚剥離・内出血」「転倒」「誤薬」の報告件数が増加していた。これらの事故報告件数の増加の背景には、報告の必要性を周知徹底したことによる報告件数の増加と、入所者の重度化により、事故が発生しやすい状況が増えたことによる事故件数そのものの増加が考えられる。

特に、「皮膚剥離・内出血」は平成 18 年度の平均報告件数 16.4 件から約 2 倍に増加している。発生または発見された場面別でも、入浴・保清中や排泄中など日常的に衣服に隠れているところを確認できる場面での発生・発見件数が多いことから、利用者の身体の観察により、事故の発見件数が増えたことや、重度化により日常的なケアの場面での事故が増加していることが伺える。今後は、事故の発生状況や場面など事故が発生したプロセスに関するデータを収集し分析する必要がある。

4) 事故の発生後の対応

発生した事故の分析方法に関しては、「関係者が集まり机上で検討する」が 78.5%と最も多く、「関係者が現場で検証を行う」が 65.7%となっており、現場での検証と机上での検討の両方を実施し、対策が検討されている状況が伺える。一方、机上での検討のみ実施している施設があるこ

とや、報告された事故の分析手法に関して「分析者の主観や経験に基づいて分析している」が58.4%と最も多くなっていることから、今後の事故の要因分析や対策検討の質の向上のため、現場検証を踏まえたより客観的な分析方法について普及、啓発を進めることが望まれる。

事故の分析結果を踏まえて立案した対策、実施した対策は、ともに「観察・見守りの強化」が最も多く（81.4%、78.6%）、次いで「注意喚起」（75.4%、72.6%）となっている。また、実行した対策の効果の把握・検証は「把握・検証している」が68.2%となっており、より一層の本質的な対策検討および効果検証の徹底が望まれる。報告内容を分析する際に重視していることとして、「一人一人に合った個別のケアが実践されていたか、その方の生活が充分理解できているか」といった視点を持つことや、「誰が見ても状況がわかる記録を作る」ことが挙げられている。

事故が発生した際の市町村への報告については、報告の「基準があり、文書化されている」が65.8%であり、報告基準は「市町村が定める基準を踏まえて、施設内で設定した判断基準に基づき報告する」が46.9%となっていた。今後は、介護事故に関して市町村からも積極的な情報提供を行うことにより、施設と市町村の間で積極的な情報のやり取りを行う体制が整うことが望ましいと言える。

5) 介護事故予防のための取組

利用者一人一人のリスクをアセスメントする方法について、72.5%の施設が「方法がある」と回答した。また、リスクアセスメントの方法は「ケアプラン作成会議で個別のリスクを考慮したプランを作成する」が55.1%と最も多く、次いで「職員によるケースカンファレンスの中で明らかにしている」が48.5%となっており、ケアプラン作成会議やケースカンファレンスの中で取組が行われている。また、有効なリスクアセスメントの方策として、「各利用者の24時間シートを作成し、行動の予測や心身の状態把握に努める。」ということが挙げられた。利用者一人一人の一日の行動をよく観察し、行動の予測や心身の状態を把握することは重要であり、多くの施設で実施されることが望まれる。

6) ガイドラインに対する意見

「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」の活用方法は「施設のマニュアル作成の参考資料として」が65.1%と最も多く、次いで「施設の研修の教材として」が50.8%であった。また、近年の利用者の重度化を踏まえ、リハビリなどを含むケアの質の向上や、予想されるリスクに関する家族とのコミュニケーションの充実、職員の危機管理能力や予測力の向上といった課題が示された。

今年度のガイドラインの改訂においては、施設における活用を想定し、実際の業務に沿った実践的な記載を追加した。

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

高齢者施設における介護事故防止に関する有識者（施設長、弁護士、行政担当者等）にヒアリングし、以下の内容について把握し、ガイドライン作成のための基礎資料とした。

- ・ 介護事故防止体制の実態
- ・ ガイドライン改訂への意見、要望

(2) 調査方法

1) 調査対象

高齢者施設における介護事故防止に関する有識者（施設長、弁護士、行政担当者等）（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）

有識者	所属・役職
(1) 高野 範城	弁護士
(2) 鳥海 房枝	NPO法人メイアイヘルプユー 理事・事務局長
(3) 村岡 裕	社会福祉法人依田窪福社会 常務理事・本部事務局長
(4) 安永 もと子	世田谷区世田谷総合支所 保健福祉課長

2) 調査方法

訪問による聞き取り調査を行なった。

3) 調査時期

平成 24 年 3 月

4) 調査内容

図表 3-2 の項目について調査した。

図表 3-2 ヒアリング調査項目

背景	<ul style="list-style-type: none"> ・ 前回のガイドライン作成時からの環境の変化 ・ 事故の質の変化
介護事故予防のための体制整備について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護事故予防に対する基本的な考え方 ・ 施設長の関わり方 ・ 介護事故防止のための委員会 ・ 事故の報告と活用および事故発生時の対応 ・ 研修 ・ 組織の基盤づくり ・ 家族とのパートナーシップ
行政（市区町村等）との連携について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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

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

ヒアリング調査より、利用者の重度化に伴い事故が発生しやすくなっていること、こうした傾向を踏まえて施設として利用者一人ひとりに合わせたケアを提供していくことの重要性が指摘された。また、日常の記録や事故報告書をきちんと作成することが職員の気づきにつながることや、結果として家族への説明責任を果たすことにもつながることなど、記録や報告書等への記入の徹底が求められた。また、事故の予防や発生時における施設長の責任や、日常的な家族とのパートナーシップの重要性、研修のあり方や行政との信頼関係の構築についても言及された。

1. 背景

A) 前回のガイドライン作成時からの環境の変化

- 介護事故に伴う訴訟件数が増加している。「介護過誤」の場合は、100%責任追及が伴うことを施設は自覚する必要がある。(村岡氏)
- 利用者の重度化に伴い、利用者の自発的の行為よりも職員の提供するケアが相対的に多くなる傾向があるため、従来以上に家族から「過誤」の可能性を追求されるケースが増えている。(村岡氏)

B) 事故の質の変化

- 介護職の技術は相対的には上がってきているが、利用者の重度化による事故が増加している。(村岡氏)
- 発生している事故の質が変化している。転倒による骨折などのインパクトの大きなものから、皮膚剥離などに変わってきている。(鳥海氏)

2. 介護事故予防のための体制整備について

A) 介護事故予防に対する基本的な考え方

- 介護事故への対策が、利用者の自由な行動を制限することにつながるなど、事故を抑えこもうとする対策に終始することは問題である。利用者の機能や生活の質を低下させることなく事故対策を行う必要がある。(鳥海氏)
- 個別の利用者に対するアセスメント能力を高め、利用者の状態に合わせたケアを提供する必要がある。ケアの目的を明確にすることによって、万一事故が起きても説明責任を果たすことができる。(鳥海氏)
- 事故予防の一部として、再発防止の重要性を認識する必要がある。(村岡氏)

B) 施設長の関わり方

- 現場職員に判断を求めることが難しい場合もあり、事業主の責任を重く考えておく必要がある。(高野氏)
- 家族とのトラブルや訴訟に発展するおそれのある場合は、現場職員を矢面に立たせず施設長

が前面に立ち、職員を守る姿勢を示す必要がある。(鳥海氏)

- 施設の違いは施設長の意識の違いに現れる。権限を持つ立場にある施設長が目的を明確にして取り組むことが重要である。(鳥海氏)
- 施設長等が管理職としてしっかり対応する必要がある。事故の対応を、当事者である職員や中間管理職を任せるのではなく、施設長が積極的に責任を持って対応することが望ましい。(安永氏)

C) 介護事故防止のための委員会

- 委員会は、介護事故の1か月の発生状況の傾向のとりまとめを行うのには適しているが個別の事故の判断には適さないため、できるだけ早い時期に、多職種により現場検証し、詳細に事故の要因分析を行う必要がある。(鳥海氏)

D) 事故の報告と活用および事故発生時の対応

- 事故は気づきを得るための機会である。「事故を起こさないための対策」と「起きた時の対応」の2つに分けて考える必要がある。(鳥海氏)
- 皮膚剥離については観察の記録を作成ことによって、事故が起きやすい利用者や状況が特定され、介助者の気づきにつながり、対策を考えるようになるという良い循環が生まれる。(鳥海氏)
- 記録は記入者の負担にならないように、記入しやすいフォーマットにすることも重要である。(鳥海氏)
- 施設側には、事故報告書が裁判に使われるという懸念がある。しかし、しっかり記録することによって、対応の適切さを証明し職員や施設を守ることにつながる。もし、施設側に責任があった場合でも、個人の責任として処理するのではなく組織として対応することができる。(安永氏)
- 市区町村に事故報告をする場合に、事故報告書は最低でも2つの時点で出す必要がある。第一報では、事故の発生と直後の対応、短期的な対策を速やかに報告し、第二報では、確定してから長期的かつ具体的な対策を報告できるようにした方が良い。(安永氏)
- 報告書は事故の当事者ではなく、管理職が記入すべきである。主観は交えずに、客観的な事実を記録する。(安永氏)

E) 研修

- 研修は単に受講すればよいというものではなく、受講後はレポート作成を義務付け、施設長などが研修効果や職員の意識の変化チェックし、フィードバックする必要がある。(高野氏)
- 他施設と合同で研修し、各施設における取組内容を共有できる場を設けることで広がりが出てくる。特別養護老人ホームだけでなく、通所サービス事業所など介護保険に係るすべての事業者から参加できるようにすることが望ましい。施設外の研修で学んだことが有意義であれば、施設に戻ってすぐに実践できる。(安永氏)
- 具体的な事故事例を題材として事故対応の模擬演習を行い、事故時の対応について事前に考

えておき、一つ一つの動作を実施して確認することも効果的である。新任の職員の入職時などが特に有効である。(安永氏)

- 記録作成の教育も重要である。ケース記録に面会の有無や利用者の日常の詳細な記録を残し、日々のケアの適切性を示す必要がある。また、こうした記録は家族の思い出として残すことにも意味がある。職員がケース記録に書く内容を考えることがケアの質の向上にもつながる。(高野氏)

F) 組織の基盤づくり

- 介護の職場が社会的に意義のあるものだと伝えていくことが、職員のモチベーションを維持する上でも重要である。(高野氏)
- ケアの質の向上のためには、施設の姿勢として、利用者や家族に選ばれる施設になりたいと思う風土があることが重要である。(鳥海氏)

G) 家族とのパートナーシップ

- 日ごろから家族と連携し、医療機関に関しては専門性を考慮していざというときの搬送先等を確認しておく必要がある。(高野氏)
- 日常的な利用者の様子やリスク等を家族に伝え、家族との信頼関係が築かれている場合は、万が一事故が起こっても大きな問題に発展しない。家族との日常的なコミュニケーションが重要である。(鳥海氏)

3. 行政（市区町村等）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

- 行政として、指導するのではなく助言から入るようにしている。「行政も協力するスタンスでいるので施設側からも相談しましょう」という意識を持つことが重要である。(安永氏)

B) 介護事故予防において行政に期待する役割

- 行政としてできるのは、収集した報告書に基づいて有用な事例をフィードバックしていくことである。また、良い事例を共有して事故報告書の書き方・対応を学ぶ機会を提供することも有効と考えられる。著名な講師による研修を開催するだけでなく、収集した事例を分析して傾向を捉えて対応を考えることが効果的である。(安永氏)
- 行政は啓発活動にとどめ、事業者側の自主的な取組に対して、行政が会場の提供などのサポートを行うことが望ましい。(安永氏)

(2) その他の意見

1) 高野氏

- ・ 前回のガイドライン作成以降、改善した部分もあるが変わらない部分がある。介護報酬の単価が低いことなどから職員が定着せず専門性が向上しにくいこと、個人情報保護などの基本的な対応ができない施設職員や、ケース記録を適切に記入できない職員がいることである。
- ・ 結果が予測できていたにもかかわらず対応していなかったということは許されない。個々の職員が専門家集団として責任を果たせなければならない。
- ・ 事故だと判断したら、病院や家族に連絡することを契約書に記載されているが、事故かどうかの判断基準は曖昧である。職員ではなく医師が判断する必要がある。

2) 鳥海氏

- ・ 施設や職員が萎縮せず自信をもってケアを提供できるようにするためには、「暮らしは何でも起こりうる場だ」という認識を持つ必要がある。暮らしの場であるからこそ利用者本位の場である必要がある。
- ・ 施設によってケアの質は様々である。制度としては質の担保を進めているが、利用者や家族が施設を自由に選べるような段階ではない。
- ・ 施設の中に、介護事故予防策として身体拘束をしてきたことはよくないことだったという認識ができたことは大きな変化であるが、対策が小手先の対応になってしまっている。
- ・ 目的を明確にした上で、利用者にとって必要なことを実施する。ケアの目的を明確にしておくことによって、万一事故が起きても説明責任を果たすことができる。
- ・ 事故報告（報告書）に関しては、何を書くべきか、すなわち何を見ておくべきかということが徹底されていないことが問題である。再発防止策を強く求めると、見守り（監視）の強化という方向に行ってしまうがちである。
- ・ 内出血や皮膚剥離は発生時点が特定できないことが多いため、観察するタイミングを決めて記録し、発生した時間帯を特定できることが大切である。

3) 村岡氏

- ・ 「事故」と「過誤」の違いを認識する必要がある。「事故」の一部が「過誤」であり、「過誤」は事故の責任が職員側に帰属する問題である。
- ・ 事故予防の一部として、再発防止の重要性を認識する必要がある。
- ・ 介護職の技術は相対的には向上しているが、多くの介護施設では利用者の平均要介護度が介護保険制度開始時の3.5程度から、現在は高いところでは4.5程度まで大幅に上がっており、利用者の重度化による事故が増加している。

4) 安永氏

- ・ 市区町村に事故報告書を提出する必要があるという施設の意識は高まってはいるが、提出することによって、施設の評判が低下するのではないかという懸念は払拭されていない。

- 事故の報告書を出さない施設については、事故防止への対応が全くできていない施設と、対応できているという自負があり行政からの助言は不要と考える施設とに二極化している。
- 誤嚥や誤飲の事故は、利用者の摂食状況を把握していれば防げる問題が多いはずであり、皮膚剥離等については、施設内で情報共有できているかが重要である。
- 事故の増加自体ではなく、事故事例を施設の改善に結びつけられていないことが問題である。
- 事故報告がいかに大切かという意識を高める必要がある。事故報告の意義を理解し、報告書を提出する施設は、運営も良くできている。
- 実態としての記録が適切に書かれていれば家族の理解も得られやすく、改善に向けて対応していることが見えれば行政としてサポートをすることができる。

4 マニュアル・ガイドラインの改訂

4.1 目的

平成 16 年度には「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」、平成 18 年度には、「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」を作成したが、その後一定の期間が経過し、施設および施設入所者の状況、施設で発生する介護事故や感染症の傾向にも変化がみられている。また、インフルエンザ等の感染症のように、近年、新たな知見が得られたものもある。これらの状況を踏まえ、施設の実情や近年求められるようになった機能に対応した、マニュアルやガイドラインに改定することを目的とした。

感染対策については、本研究事業で実施した「介護施設の重度化に対応したケアのあり方に関する調査」の感染管理調査票において、マニュアルに追加して欲しい情報を尋ねた結果、「最新の知見」が 52.2%と最も多く、次いで「業務の中での感染対策の実践例やノウハウ」が 45.5%であった。

今回の「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」の改訂に際しては、これらの結果を踏まえ、最新の知見や法令、感染症の動向を取り入れた記載に改めるとともに、実際の業務に沿った実践的な記載を追加した。

介護事故予防については、平成 23 年度に実施した「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」より、以下の点が把握されている。

- ・ 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。
- ・ 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組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。
- ・ 利用者の状況が変化しており、施設や職員が変化に対応するための取組が必要になっている。

また、本調査研究で実施したアンケートの介護事故予防調査票の調査結果からは、介護事故防止において現在課題となっていることや困っていることについては、「個々の職員の知識・技能レベルの向上」と回答する施設が 76.4%であった。また「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」の認知度は「既に施設内で活用している」15.2%、「読んだことがある」が 39.9%であり、一定程度普及していることが確認された。またガイドラインの活用方法としては、施設のマニュアル作成の参考や研修教材、ケアの参考情報などであった。

これらを踏まえ、介護事故予防ガイドラインについては、近年の施設における介護事故の発生状況や体制整備における課題を踏まえた改訂を行うことで、さらに活用されるガイドラインとすることを意図した。

4.2 マニュアル（「高齢者介護施設における感染対策マニュアル（平成25年3月）」）の改訂の概要

「高齢者介護施設における感染対策マニュアル（平成25年3月）」の改訂の主なポイントは以下の通りである。

1. マニュアルとガイドラインの内容の統合と記述の充実

「高齢者介護施設における感染対策マニュアル（平成17年3月）」をもとに、「特別養護老人ホームにおける感染対策ガイドライン（平成19年3月）」の内容を統合した。また、近年の施設における感染症の動向や新たな知見を踏まえ、記述内容を全体的に見直し、現場で参考としやすくなるよう具体化・明確化した。

2. 入所者の人権の尊重と感染症に対する正しい理解の一層の促進

入所者の人権を尊重する観点から、入所時の健康状態の把握とサービス提供の可否の判断等についての記載を追加した。また、職員を対象とした研修については、従前から行われている感染症予防や感染拡大を防止する観点からの内容を充実させるとともに、感染症に対する正しい理解を促進し、特に慢性感染症（HIV感染症、肝炎等）罹患者等に対する偏見や差別をなくすよう、コラムに記述を追加した。

3. 職員の健康管理の内容の充実

感染媒介となりうる職員の健康管理に関する内容について、入職時の抗体価の確認やワクチンによる予防など具体的な記述を追加した。また、職員が入所者の血液等に直接触れる事例が発生した場合に備えた職業感染対策の内容を追加した。

4. 職種ごとに取り組むべきことの明示

「感染症発生時の対応」について、職種ごとに取り組むべきことを明示し、介護職員、看護職員と配置医師が連携して速やかに対応できるよう、内容を明確化した。

5. 個別の感染対策の内容の充実

① 感染経路別予防措置策の見直し

標準予防措置策（スタンダード・プリコーション）に加えて取り組むべき感染経路別予防策の内容見直しを行い、施設の環境整備のポイントや、具体的な清掃方法の記載を充実させた。

個別の感染症については、インフルエンザに関して、施設内の感染防止策をコラムとして追加した。

② 薬剤耐性菌についての内容を追加

メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）と緑膿菌の内容をまとめ、薬剤耐性菌として整理し、内容を追加した。

③ 肺炎マイコプラズマ、誤嚥性肺炎の追加

高齢者介護施設で問題となる可能性の高い疾患として、新たに「肺炎マイコプラズマ」と「誤嚥性肺炎」を追加した。

6. 掲載している法令、通知等の更新

付録等に掲載している法令や通知を最新のものに更新した。

また、「廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル」（平成 24 年 5 月）を付録部分に引用し、感染症廃棄物の処理方法に関する記載を追加した。

4.3 ガイドライン（「特別養護老人ホームにおける介護事故予防ガイドライン（平成 25 年 3 月）」）の改訂の概要

「特別養護老人ホームにおける介護事故予防ガイドライン（平成 25 年 3 月）」の改訂の主なポイントは以下の通りである。

1. 事故の予防とケアの質向上を一体的に捉える視点の再確認（補足・強調）

基本的な考え方として、高齢者介護施設の運営において介護事故の予防とケアの質向上を一体的に捉える視点を重視し、平成 18 年度の方針を継承し、さらに説明を補足して強調した。

2. 施設および施設長の役割・責務の強調

介護事故の防止が求められる根拠となる基準や社会福祉法等を紹介し、あらためて施設に求められる義務や責任について示した。また、施設長の役割の重要性についても追記した。

3. 事故およびヒヤリ・ハット事例の報告と活用の仕組みに関する記述の充実

事故およびヒヤリ・ハット事例の報告と活用の仕組みについて、報告の様式や報告から分析までの流れ、分析の視点などに関する具体的な内容や例を追加した。

4. 行政との連携の追記

行政と連携して介護事故防止、ケアの質向上に取り組む姿勢の重要性を示すため、通常時からの連携のあり方、事故時の報告の意味などについて追記した。

5. 内出血や皮膚剥離への対策に関する記述を追加

近年の利用者の重度化に伴い、報告件数が増加している内出血や皮膚剥離への対策に関する記述を追加した。

6. 全体の表現・文体の見直し

近年の介護事故防止に関する知識の普及や体制整備のレベル向上を踏まえて、平成 18 年度では導入的な表現であった文体を、全体に説明的な表現に改めた。

4.4 マニュアル・ガイドラインの構成

「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」目次構成

1. はじめに
2. 高齢者介護施設と感染対策
 - 1) 注意すべき主な感染症
 - 2) 感染対策の基礎知識
3. 高齢者介護施設における感染管理体制
 - 1) 感染対策委員会の設置
 - 2) 感染対策のための指針・マニュアルの整備
 - 3) 職員の健康管理
 - 4) 早期発見の方策
 - 5) 職員研修の実施
4. 平常時の対策
 - 1) 高齢者介護施設内の衛生管理
 - 2) 介護・看護ケアと感染対策
5. 感染症発生時の対応
 - 1) 感染症の発生状況の把握
 - 2) 感染拡大の防止
 - 3) 医療処置
 - 4) 行政への報告
 - 5) 関係機関との連携など
6. 個別の感染対策（特徴・感染予防・発生時の対応）
 - 1) 感染経路別予防措置策
 - 2) 個別の感染症の特徴・感染予防・発生時の対応

「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」目次構成

はじめに

- 1 介護事故予防体制構築のための理念・考え方
 - 1) 特別養護老人ホームにおける介護事故予防の取組みの基本的な考え方
 - 2) 介護事故予防の必要性
- 2 事故予防のための体制整備のあり方
 - 1) 組織の基盤づくり
 - 2) 指針・業務手順書の整備
 - 3) 介護事故発生予防のための委員会の設置
 - 4) 事故の報告と活用
 - 5) 研修の実施
 - 6) 関係者との連携
 - 7) 事故発生時の対応
 - 8) その他の留意事項
- 3 事故予防のための手順・介護技術
 - 1) 転倒
 - 2) 転落
 - 3) 誤嚥
 - 4) 誤薬
 - 5) 内出血・皮膚はく離

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、施設における感染症および介護事故の発生状況、感染対策や事故予防の体制整備状況や課題について把握した。感染対策については、平成16年度、18年度の調査結果と比較し、変化を確認した。介護事故については、事故の種類別の報告件数と施設における体制整備の詳細について把握することを主たる目的とした。

調査結果から、施設における利用者の重度化を踏まえて、感染症や介護事故を防ぎ、安心・安全な生活を支援するための課題として以下のことが考えられる。

5.1 高齢者介護施設における感染対策について

感染対策に関する委員会の設置、マニュアルの整備、研修の開催など、施設における感染対策のための体制整備は過去の調査時点と比較して、多くの施設で進んでいることが確認された。近年、特に冬季には、施設に限らず国内全体でインフルエンザやノロウイルス感染症の流行が見られ、これらの感染症やその予防策に対する国民の関心や意識が高まっていることから、マスクの着用や正しい手洗いの習慣も浸透している。施設においても、こうした日々のケアにおける基本的な感染対策は実践されている。

ただし、多くの施設には、トイレのドア、手洗い場の蛇口、循環型浴槽などハード面での整備・改修は容易ではないこと、オムツ交換車を使用している施設や適切でない方法で廃棄物を処理している施設も依然として一定数存在することなども明らかになっており、こうした対応については、引き続き正しいあり方の啓発に努める必要があると考えられる。

感染症の発生状況に関する調査結果からは、過去2年間に集団感染を経験している施設の割合は、インフルエンザが21.5%、ノロウイルス感染症14.8%、疥癬8.9%であった。また、報告された事例からは、ノロウイルス感染症は感染者数が多くなりやすいこと、疥癬は長期化しやすいことが確認された。これらの感染症の1年間の発生状況とあわせて考えると、感染症が発生した場合でも必ずしも集団感染に至るわけではない。高齢者介護施設においては、職員や面会者等による外部からの持込みなどを防ぎ感染症の発生を極力抑えることは当然であるが、感染症が発生した場合であっても拡大を防ぎ、影響を最小化することが重要である。

また、膀胱留置カテーテル、喀痰吸引（常時）、経管栄養（胃ろう）の医療処置を必要とする利用者は増加している。ボトルやチューブの洗浄方法については、半数以上の施設で消毒を行っているが、今後、利用者の重度化の進行により医療処置を必要とする利用者の増加が予想されることから、医療処置に関わる感染対策の徹底や介護職員への感染に関するより一層の教育が必要になると考えられる。また介護職員による喀痰吸引等一部の医療行為が制度化され、安全を確保するための体制整備の観点から医療行為におけるヒヤリ・ハット事例の報告が求められている。介護職員が行う一部の医療行為に関するヒヤリ・ハット事例に関しては、介護事故予防におけるヒヤリ・ハット事例の取り扱いとともに望ましいあり方について検討し、マニュアル等で情報提供

を行うことが必要と考えられる。

感染対策マニュアルについては、有識者からなる委員会を設置し、近年の高齢者介護施設における感染症の状況や新たな知見に基づき、情報の更新や追加を行った。今後、施設における活用の促進が望まれる。本マニュアルは、そのままの形で利用することを想定したものではなく、個々の施設において、実情に即した具体的なマニュアル作成の際の参考とされることや、研修の教材の一部としての利用を意図したものである。アンケート調査では、「感染管理体制において困っていることや課題」として、「研修の実施」が 27.7%と最も多く、次いで「マニュアルの整備」が 26.6%と多かったことから、こうした場面で参考とされるよう、具体的な活用方法などもあわせて紹介することも有用であると考えられる。また、今後も利用者の重度化が進むことが予想されるため、利用者の状況の変化や新たな医学的知見を踏まえて、一定期間ごとに見直しを行うことが必要である。

5.2 高齢者介護施設における介護事故の防止について

6ヶ月間の事故の報告件数は皮膚剥離・内出血が1施設あたりの平均で31.1件と最も多くなっていた。入浴・保清中が最も多く（発見される場合も含まれる）、排泄中、休憩・娯楽中、食事中、その他とあらゆる場面で増加していることが確認された。また、転倒と誤薬、その他の報告件数も増加しており、転落が減少していた。本調査研究の計画時点で想定されていた、利用者の重度化による事故の傾向の変化があらためて確認できた。

事故防止のための体制整備については、感染対策と同様、施設における介護事故防止のための委員会の設置、指針・マニュアルの作成、研修の実施等、多くの施設において取組がすすんでいる。また、委員会が一定の頻度で開催され、多様な職種により構成されたメンバーで事故防止に向けた検討がなされていること、対策の実施状況や効果の確認、手順書見直しを行う施設も多数を占める状況になっていることなど、形式的な面ばかりでなく実質的に内容が充実してきていることが把握された。

また、報告については、介護事故やヒヤリ・ハット事例の報告の必要性を周知し、報告しやすい雰囲気を作るため、責任を個人に負わせないことを明示することや、事故の原因を客観的に分析すること、報告しやすいように報告書を書きやすい用紙に変更するなどの工夫をしている施設もあった。報告の重要性を鑑みると、このような取組が多くの施設に広がることが望ましいと言える。

一方で、事故の分析方法については、現場検証を行っている施設は65.7%であった。ただし、「担当者が個人的に検討する」という施設が19.8%あり、多面的な視点から事故の要因分析や防止対策の検討について組織的に取り組む体制を普及させることが必要である。

分析の手法については「分析者の主観」が58.4%、「施設独自の手法に沿って分析」が44.0%であった。今回の調査では施設独自の手法の具体的な内容は把握できなかったが、簡易なものか

ら施設独自の視点で工夫がこらされたものまで多様であると考えられる。

事故の要因分析により明らかにすることについては、直接の要因のみならず背景となる要因にも目を向けている施設が多かった。事故の分析結果を踏まえた対策については、立案したもの、実施したものともに「観察・見守りの強化」が最も多く、次いで「注意喚起」、「ケアの手順や方法の見直し（手順書の改訂など）」であった。福祉用具の導入や見直しなども検討され、単に職員に努力を求めるものではなく、事故が起こらない（起こりにくい）仕組みを検討する視点もあった。

これらのことから、多くの施設では一定のレベルまで介護事故防止の取組が進んでおり、事故の情報を収集する仕組みや活用する仕組みは整いつつあると考えられる。ただし、収集した事故情報をどのように分析し、どのような対策につなげ、実践するかという部分において、先進的な施設とそうでない施設の間で幅があるように見受けられる。事故の報告、収集、分析、検討は多くの職員の貴重な時間を必要とするものであり、労力に見合った実効性のある取組であることが望まれる。形式的な取組ではなく実効性のある取組が進むよう、情報を提供する必要があると考えられる。本事業において改訂したガイドラインでは、報告された事例の分析について全体的な留意事項と基本的な考え方の説明にとどめたが、今後は、特に分析手法に焦点を当て、詳細な解説や具体的な事例を用いた分析方法の例示を行うことも有効と考えられる。また、分析や対策立案等に関する研修なども1つの方法である。さらには、行政が施設から報告された事例の詳細を把握して、客観的な視点から分析を行い、施設へとフィードバックする仕組みのあり方を検討することも考えられる。

このように施設間で意識や取組内容にレベルの差が見られる状況において、今後、施設全体の底上げをどのように図っていくかが課題である。施設全体の底上げは、個々の施設内でのレベルアップの努力のみではなく、施設間、あるいは行政との連携や情報共有によって実現しうると考えられ、こうした側面からの取組の促進を検討する必要がある。

また、本調査研究では、主に特別養護老人ホームを対象とした事故防止のためのガイドラインを作成したが、他の施設や通所サービスでの活用可能性を検討し、必要に応じて拡張していくことも有用であると考えられる。

参 考 資 料

1. アンケート調査票
 - ・ 施設調査票
 - ・ 感染管理調査票
 - ・ 介護事故予防調査票
2. 高齢者介護施設における感染対策マニュアル
3. 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

施設調査票

(1) 施設概要 (貴施設について、以下の項目にお答えください。)

運営主体	1. 社会福祉法人 2. 地方公共団体 3. その他()						
所在地	都・道・府・県	定員数		() 人			
ユニット型個室	1. なし 2. あり → 1ユニットあたり()室 × ()ユニット						
居室について	個室	多床室	計	開設年	昭和・平成 年		
	部屋数	()室	()室	()室	建設年	昭和・平成 年	
9月末日 現在の入所者数(ショートステイ含む)	()人		同一敷地内の医療機関	1. あり 2. なし	併設サービス	1. デイサービス 2. 訪問介護 3. 訪問入浴	
要介護度別入所者数	要介護1 人	要介護2 人	要介護3 人	要介護4 人	要介護5 人	その他 人	計 人
年齢別入所者数	65歳未満 人	65-69歳 人	70-74歳 人	75-79歳 人	80-84歳 人	85-89歳 人	90歳以上 人

(2) 職員体制 (貴施設の職員体制について以下の項目にお答えください。10月1日現在)

		常勤(人)	非常勤(人) ※実人数	常勤換算(人) ※常勤+非常勤
看護職員	看護師	人	人	人
	准看護師	人	人	人
介護職員	介護福祉士	人	人	人
	その他	人	人	人
管理栄養士または栄養士		人	人	人
★常勤職員には、併設施設の医師、看護師その他の職員数は含めないでください。 ★常勤換算は、下記の計算式に従って算出してください。 ・非常勤職員の1週間の勤務時間÷事業所が定めている1週間の常勤勤務時間 ・1ヶ月に数回の勤務の場合は以下の計算式で算出してください 非常勤職員の1ヶ月の勤務時間÷(事業所が定めている1週間の勤務時間×4)				
医師の勤務体制		1. 常駐 3. その他()	2. 常駐ではない⇒()日/月	
看護師の勤務体制		1. 日中のみ常駐 3. 24時間常駐	2. 早出または遅出勤務あり 4. その他()	

感染管理調査票

回答者	職種	1. 看護職員 2. 介護職員 3. その他(具体的に: _____)
	役割	1. 主に管理業務に従事 3. その他 2. 主に現場での看護・介護業務に従事 (具体的に: _____)

1. 感染症の発生状況

貴施設における入所者の感染症の発生状況についてお答えください

過去1年間(2011年10月～2012年9月)の状況	罹患者数	把握していない場合に○
1. インフルエンザウイルス(インフルエンザ)	()人	把握していない
2. 肺炎球菌(肺炎、気管支炎など)	()人	把握していない
3. インフルエンザ・肺炎球菌以外の呼吸器感染症 (具体的に: _____)	()人	把握していない
4. レジオネラ属菌(レジオネラ症)	()人	把握していない
5. ノロウイルス(感染性胃腸炎)	()人	把握していない
6. 腸管出血性大腸菌(腸管出血性大腸菌感染症)	()人	把握していない
7. 上記6. 以外の腸管感染症または食中毒 (具体的に: _____)	()人	把握していない
8. 疥癬虫(疥癬)	()人	把握していない

2. 感染管理体制

貴施設の感染対策について、以下の質問にお答えください

①感染対策に関して、施設内で検討する委員会が設置されていますか。	1. 感染対策のみに関する単独の委員会が設置されている 2. 他の委員会(リスクマネジメント委員会など)で検討している→(名称: _____) 3. いいえ
「1.感染対策のみに関する単独の委員会が設置されている」と回答した場合のみ、以下 a)～c)にご回答ください	
a) この一年間に何回開催されましたか。	()回
b) 委員会の構成メンバーの職種について、 あてはまる番号すべてに○印を付けてください。 また、()内に人数をご記入ください。	1. 施設長 4. 看護師()人 2. 事務長 5. 介護職員()人 3. 医師 6. その他() ... ()人
c) 委員会で決定された感染対策の実施状況や効果は確認されていますか。確認されている場合は、確認方法をお答えください。	1. 確認している(方法: _____) 2. 確認していない
②感染対策に関するマニュアルがありますか。	1. ある 2. ない
「1.ある」と回答した場合のみ、以下 a)～d)にご回答ください。	
a) マニュアルの中に、次のような感染対策についての記載がありますか。 あてはまる番号すべてに○印を付けてください。	1. 手洗い 5. ガウンの着用 7. リネンの処理 2. うがい 6. 医療処置用の 8. その他 3. 手袋の着用 器具使用に関 () 4. マスクの着用 する注意
b) マニュアルの内容が、日常の業務において遵守されているかどうかを確認していますか。	1. 確認している 2. あまり確認していない 3. 確認していない

b)で「1. 確認している」と回答した方にお伺いします。	
どのように確認していますか。あてはまる番号すべてに○印を付けてください。定期的に確認している場合は、回数をお答えください。	1. 上司が新人指導において確認 2. 定期的に確認 →()回/年 3. 日常業務の中で確認
c) マニュアルを更新・検討する機会を設けていますか。	1. 定期的に設けている 2. 必要時に設けている 3. 設けていない
c)でマニュアルを更新・検討する機会を「1.定期的に設けている」と回答した方にお伺いします。	
更新、検討の頻度はどの程度ですか。	()回/月
d)マニュアルの周知はどのように行っていますか。あてはまる番号すべてに○印を付けてください。	1. 職員を対象とした研修を開催し周知 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. その他()
③感染対策に関する研修を行っていますか。	1. 施設内で感染管理に関する研修を開催している 2. 施設内の会議等で周知している 3. 外部の研修に参加している 4. 行われていない
「1.施設内で感染管理に関する研修を開催している」と回答した場合のみ、以下 a)～b)にご回答ください。	
a) どれくらいの頻度で実施されていますか。	()回/年
b) 研修の中で、右にあげたような感染対策について触られていますか。あてはまる番号すべてに○印を付けてください。	1. 手洗い 2. うがい 3. 手袋の着用 4. マスクの着用 5. ガウンの着用 6. 医療処置用の器具使用に関する注意 7. リネンの処理 8. その他 (具体的に:)
④施設内の感染対策を担当する職員※は決められていますか。決まっている場合は、職種をお答えください。(※施設全体の感染対策を中心になって推進する職員。日常的な感染予防への助言および研修計画やマニュアル作成等を担当)	1. はい 2. いいえ (職種:)
⑤施設の感染管理や衛生管理の方法などについて、相談する先がありますか。	1. ある 2. ない
⑤で「1. ある」と回答された方にお伺いします。相談先はどのような立場の方ですか。	1. 嘱託医 2. 協力医療機関の医師 3. 地域の中核病院の感染管理担当医師・看護師 4. 保健所 5. その他(具体的に:)
⑥施設内の感染管理体制において、困っていること、課題はありますか。あてはまる番号すべてに○印を付け、具体的な内容をご記入ください。	1. 委員会の設置 2. マニュアルの整備 3. 研修の実施 4. 感染対策担当者の配置 5. 感染管理の相談先 具体的に:

3. 感染対策の実施状況

(1) 入所の場面での感染管理についてお答えください

①入所する際に、入所者の健康状態の確認を行っていますか。	1. はい 2. いいえ
「1.はい」と回答した場合のみ、以下 a)～b)にご回答ください。	
a) どのような方法で行っていますか。あてはまる番号すべてに○印を付けてください。	1. 主治医連絡(老人健康診査表を含む) 2. 検診・健康診断(入所時健診) 3. 自己申告(家族や本人からの申告) 4. ケアマネジャーなどから情報を得る 5. 地方自治体(保険者) 6. その他(具体的に:)

b) 確認項目に、次のような感染症に関するものがありますか。 あてはまる番号すべてに○印を付けてください。	1. 結核 2. B型肝炎 3. C型肝炎 4. MRSA感染症 5. 皮膚感染症 6. 梅毒 7. HIV感染症 8. その他(具体的に:)
②過去1年間(2011年10月～2012年9月)に、上記(b)のような感染症及び既往のある入所希望者を受け入れたことがありますか。	1. はい 2. いいえ 3. 過去1年間に該当する入所希望者はなかった
②で「1.はい」と回答した場合のみ、以下 a) にご回答ください。	
a) 感染管理担当者は、当該の感染症に関する知識や対応方法について、関係する職員に周知していますか。	1. 周知している 2. 周知していない
a)で「1.周知している」と回答した場合のみ、以下 b) にご回答ください。	
b)どのような周知方法をとりましたか。	1. 各感染症別マニュアルを作成 2. 個々のケアプランに反映 3. その他(具体的に:)
③過去1年間(2011年10月～2012年9月)に、感染症の既往者に対し、入所を断ったことがありますか。	1. ある 2. ない 3. 過去1年間に該当する入所希望者はなかった
③で「1.ある」と回答した場合のみ、以下 a) にご回答ください。	
a)入所を断らざるを得なかった感染症として あてはまる番号すべてに○印を付けてください。	1. 結核 2. B型肝炎 3. C型肝炎 4. MRSA感染症 5. 皮膚感染症 6. 梅毒 7. HIV感染症 8. その他(具体的に:)
b)入所を断らざるを得なかった事例とはどのようなものですか。差し支えない範囲で具体的に ご記入ください。	(自由記述)
④介護上の理由で、入所希望者の受け入れができなかったことがありますか。 どのような理由でしたか。	1. 特にない 2. 栄養摂取のルートが確保されていなかった 3. 在宅酸素療法をしていた 4. 透析をしていた 5. 人工肛門(ストーマ)があった 6. その他(具体的に:)
(2) 生活の場面での感染対策実施状況をお答えください	
①ベッド周囲の清掃をどのように行っていますか。 複数人分まとめて行う場合は、何人程度か ご回答ください。	1. 1人分ずつ行い、使用した布やクロスなどを交換する 2. 複数人分まとめて行う → ()人程度 3. その他(具体的に:)
②換気はどのように行っていますか。 手動で行っている場合は、一日に何回程度 行っているかもご回答ください。	1. 全館自動空調システム 2. それ以外 → ()回/日
③リネン類・衣類の洗濯についてお伺いします。	
a) 血液・体液・汚物等で汚染された シーツ類・衣類 は、汚染されていないものと別にして洗っていますか。	1. 完全に別にして洗っている 2. 一度別にして洗ってから、一緒に洗っている 3. 一緒に洗っている
b) 血液・体液・汚物等で汚染された シーツ類・衣類 の洗濯はどのように行っていますか。 あてはまる番号すべてに○印を付けてください。	1. 塩素系洗濯剤を使用 2. 熱水洗濯(80℃以上) 3. 水による洗濯
④共用トイレ(職員・来客用も含め、主なもの)についてお伺いします。	
a) 出入り口のドアはどのようなものですか。	1. ない 2. ある(スライド式・外開き・内開き) ※該当するものに○
b) 手洗い場の水道はどのようなものですか。	1. 自動栓 2. ねじり式 3. ハンドル・レバー式
c) 手洗い場に石けんはありますか。	1. 固形石けん 2. 液体石けん 3. 石けんはない
d) 手洗い後は何を使用しますか。	1. ペーパータオル 3. 個人用ハンカチ 5. その他 2. エアータオル 4. 共用タオル ()
e) ゴミ箱は設置してありますか。	1. 蓋つき(足踏み式) 3. 蓋なし 2. 蓋つき(手で開閉) 4. 設置していない

<p>⑨生活場面での感染対策において、困っていること、課題はありますか。あてはまる番号すべてに○印を付け、具体的な内容をご記入ください。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 清掃 2. 換気 3. 洗濯 4. トイレの衛生管理 5. 浴室の衛生管理 6. 調理室の衛生管理 7. 入所者の手洗い 8. その他 	<p>具体的に:</p>
---	---	--------------

(3) 介護・看護ケア場面での感染対策実施状況をお答えください

<p>①あなたは正しい手洗いの方法(同封した資料をご参照ください)を知っていましたか。また、職員の皆さんは日常のケア場面で実践されていますか。</p>	<p>知っていましたか</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 知っていた 2. ある程度知っていた 3. 知らなかった 	<p>実践されていますか</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 実践されている 2. ある程度実践されている 3. あまり実践されていない
<p>②介護・看護ケアで手袋を着用して実施するものうち、利用者ごとに手袋を交換するよう定められているものはどれですか。あてはまる番号すべてに○印を付けてください。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. おむつ交換 2. 喀痰吸引 3. 血液の取扱い(採血・喀血) 	<ol style="list-style-type: none"> 4. 排泄物・嘔吐物の処理 5. 口腔ケア 6. その他の医療処置
<p>③次のような場面で、介護職員・看護職員はマスクを着用するよう定められていますか。あてはまる番号すべてに○印を付けてください。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 介護・看護職員自身に感冒症状があるとき 2. 入所者に感冒症状があるとき 3. 入所者が気管切開をしていて飛沫が飛ぶとき 4. その他(具体的に:) 	
<p>④介護職員・看護職員は仕事着(ユニホーム、エプロン、ガウン等)を着用することが定められていますか。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 仕事着が定められている 2. 特定の介護・看護ケアごとに定められている 3. 仕事着がない 4. その他(具体的に:) 	
<p>⑤入所者の排泄介助はどのように行っていますか。介助の方法ごとに、入所者全体に対する割合を数字でご記入ください(複数の方法で行っている入居者は、それぞれに含める。0(ゼロ)の場合、空欄ではなく、必ず「0」とご記入下さい)</p>	<p>トイレ誘導 入所者全体の約()割</p> <p>ポータブルトイレの利用 入所者全体の約()割</p> <p>ベッド上でのおむつ交換 入所者全体の約()割</p>	

	個別にビニール袋に	→	廃棄場所	→	回収方法
<p>⑥交換したおむつはどのように処理されますか。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 入れる 2. 入れない 	→	<ol style="list-style-type: none"> 1. 廃棄場所の専用容器 2. おむつ交換車(可動式の廃棄用容器) 3. 普通ゴミと一緒に 	→	<ol style="list-style-type: none"> 1. 感染性廃棄物 2. 普通ゴミ 3. その他
<p>⑦血液・体液・汚物等で汚染された廃棄物(おむつ以外)の処理方法(それぞれ該当するもの1つに○)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 入れる 2. 入れない 	→	<ol style="list-style-type: none"> 1. 専用容器 2. 普通ゴミと一緒に 	→	<ol style="list-style-type: none"> 1. 感染性廃棄物 2. 普通ゴミ 3. その他
<p>⑧血液・体液・汚物等の処理の手順</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 決まっている 	<ol style="list-style-type: none"> 2. 決まっていない 	<ol style="list-style-type: none"> 3. その他 		
<p>⑨血液・体液・汚物等の処理時の手洗いに関する取り決め</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 一処置ごとの手袋交換 2. 一処置ごとの手指消毒 	<ol style="list-style-type: none"> 3. 一処置ごとの手洗い 4. 取り決めはない 			

⑩医療処置が必要な入所者数を記入してください。

膀胱留置カテーテル	()人	喀痰吸引(常時)	()人
経管栄養(経鼻、胃ろう)	経鼻()人	胃ろう()人	

<p>⑪経管栄養のボトルの管理方法についてお答えください。あてはまる番号すべてに○印を付けてください。管理方法ごとにどの程度行っているかをご回答ください。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食器用洗剤で洗う →十分乾燥(している・していない) ()日 に()回 2. 消毒を行う →十分乾燥(している・していない) ()日 に()回 3. 流水のみで洗う →十分乾燥(している・していない) ()日 に()回 4. その他 5. 対象者がいない
<p>⑫経管栄養のチューブはどのように洗っていますか。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 流水のみ 2. 家庭用洗剤 3. 浸漬消毒 4. その他(具体的に:) 5. 対象者がいない

⑬経管栄養のチューブの交換の頻度についてお答えください。定期的に交換している場合はおおよその回数をご回答ください。	1. 毎日交換している 2. 定期的に交換している → ()日 に()回 3. 不定期に交換している		
⑭膀胱留置カテーテルを挿入している利用者について、ケアプランに感染対策が含まれていますか。	1. 含まれている →対象者の()割程度 2. 含まれていない		
⑮介護・看護ケア場面での感染対策において、困っていること、課題はありますか。 <u>あてはまる番号すべてに○印を付け、具体的な内容をご記入ください。</u>	<table border="1"> <tr> <td>1. 手袋の着用と交換 2. マスクの着用 3. エプロン・ガウンの着用 4. 排泄ケア 5. おむつ等の廃棄物の処理 6. 血液・体液・汚物等の処置 7. 医療処置 8. その他</td> <td>具体的に:</td> </tr> </table>	1. 手袋の着用と交換 2. マスクの着用 3. エプロン・ガウンの着用 4. 排泄ケア 5. おむつ等の廃棄物の処理 6. 血液・体液・汚物等の処置 7. 医療処置 8. その他	具体的に:
1. 手袋の着用と交換 2. マスクの着用 3. エプロン・ガウンの着用 4. 排泄ケア 5. おむつ等の廃棄物の処理 6. 血液・体液・汚物等の処置 7. 医療処置 8. その他	具体的に:		

(4) 予防接種の実施状況をお答えください

インフルエンザについて

①入所者にインフルエンザの予防接種を推奨していますか。	1. はい 2. いいえ
②この一年に何名の入所者がインフルエンザの予防接種を受けましたか。	()名

肺炎について

③入所者に肺炎球菌の予防接種を推奨していますか。	1. はい 2. いいえ
④この一年に何名の入所者が肺炎球菌の予防接種を受けましたか。	()名

(5) 感染症等の発生時の対策実施状況をお答えください

①過去2年以内に右に示したような感染症が集団発生した経験がありますか。 <u>あてはまる番号すべてに○印を付けてください。</u>	1. インフルエンザ 2. インフルエンザ以外の呼吸器感染症(具体的に:) 3. ノロウイルス感染症 4. 腸管出血性大腸菌感染症 5. 腸管出血性大腸菌以外の腸管感染症または食中毒(具体的に:) 6. 疥癬 7. MRSA 感染症 8. その他(具体的に:)
②感染症等の早期発見のために、どのようなことを行っていますか。 <u>あてはまる番号すべてに○印を付けてください。</u>	1. 発熱者の把握 2. 下痢のあった利用者の把握 3. 嘔吐した利用者の把握 4. 皮膚にかゆみや湿疹など異常を生じた利用者の把握 5. 数日におよぶ咳など呼吸器症状のある利用者の把握 6. その他(具体的に:) 7. 特に行っていない
③入所者の上記②のような症状の把握は、主として誰が行っていますか。	1. 介護職員 3. 施設の医師 2. 看護職員 4. その他(具体的に:)
④感染症等の疑いがある時に、施設内における報告の取り決めはありますか。	1. 取り決めが文書に示されている } 誰が() 2. 取り決めはあるが文書になっていない } 誰に() 3. ない
⑤感染症等の疑いがある時に外部に相談する取り決めはありますか。	1. ある 2. ない
「1.ある」と回答した場合のみ、以下 a)にご回答ください。	
a) その場合に、誰に相談しますか。	1. 嘱託医 2. 協力医療機関の医師 3. 地域の中核病院の感染管理担当医師または看護師 4. 保健所 5. その他(具体的に:) 6. 特に定められていない

⑥貴施設において、過去2年以内に発生した感染症の集団発生の事例(主なもの1例)について、具体的にご記入ください。	事例概要	感染症の種別 (具体的に:) 罹患者数 利用者()人 職員()人 収束までの期間 約()日				
	施設内の対応(個室対応など)					
	外部への報告(報告先とタイミング)					
	保健所等からの指導内容					
	再発防止の対策					
⑦感染症の疑いがあるときに、保健所に相談していますか。	1. 少数の利用者に疑いがある段階で報告し、対応を相談している 2. ある程度感染症の拡大が見られた段階で報告している 3. 感染症の集団発生が確信できた段階で報告している 4. その他(具体的に:)					
⑧感染症発生時の対応において困っていること、課題はありますか。 <u>あてはまる番号すべてに○印を付け、具体的な内容をご記入ください。</u>	1. 感染症の早期発見 2. 施設内の報告 3. 外部への報告 4. 拡大防止のための対応 5. その他	具体的に:				
(6) 外部者(面会者、ボランティア、外部委託業者など)への対策実施状況をお答えください						
①外部者に対し、風邪や下痢などの症状がある場合に、面会を控えるような注意をしていますか。	1. している 2. していない					
「1.している」と回答した場合のみ、以下 a) にご回答ください。						
a)注意の方法	1. 掲示による注意 2. 直接口頭による指導 3. その他(具体的に:)					
②来所時や入室時に手洗いや手指の消毒※を行っていらっしゃいますか。 ※手指の消毒は流水手洗いせずに、擦式消毒用アルコール製剤を手指にすり込む方法	1. 手洗い・手指の消毒ともに行ってもらっている 2. 手洗いのみ行ってもらっている 3. 手指の消毒のみ行ってもらっている 4. 特に定めていない					
(7) 職員(実習生も含む)の健康管理についてお答えください						
①職員から入所者への感染防止のために、日常の就業上の基準は定められていますか。	1. 定められている 2. 定められていない					
②職員は風邪や下痢などの症状があるときの就業について、相談するように定められていますか。	1. 定められている 2. 定められていない					
③職員の感染防止のために、予防接種の実施などをマニュアルで定めていますか。	1. 定められている 2. 定められていない					
④職員に対して、どのような予防接種を推奨していますか。	1. インフルエンザワクチン 2. B型肝炎のワクチン 3. その他(具体的に:)					
⑤針刺し等が発生した際の医療機関との連絡体制について定めていますか。	1. マニュアルで定められている 2. その都度対応する 3. 特に決まっていない 4. 当該ケアの対象者がいない					
⑥胸部X線撮影が、1年に1回実施されていますか。実施されている場合、およその受診率はどのくらいですか。	1. <u>実施している</u> → 受診率 2. 実施していない <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>1. ほぼ全員</td> <td>3. 5割以上</td> </tr> <tr> <td>2. 6割以上</td> <td>4. 4割以下</td> </tr> </table>		1. ほぼ全員	3. 5割以上	2. 6割以上	4. 4割以下
1. ほぼ全員	3. 5割以上					
2. 6割以上	4. 4割以下					

4. マニュアルの活用状況とご意見

「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」についてお答えください

<p>①あなたの施設では「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」※1を活用していますか。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 施設のマニュアル作成の参考としている 2. 施設の研修等に活用している 3. 見たことはあるが特に活用していない 4. 知らなかった 5. その他(具体的に: _____)
<p>「1.」「2.」「3.」と回答した場合のみ、以下 a)～d)にご回答ください。</p>	
<p>a) マニュアルを活用する上での問題点</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. マニュアルの内容を利用して、施設独自のマニュアルを作成することが難しかった 2. 研修に活用することが難しかった 3. 内容を理解し、実践に応用することが難しかった 4. 記載されている内容が現場での実践にあてはまらないことがあった 5. その他(具体的に: _____)
<p>b) 追加してほしい情報</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 最新の知見 2. 業務の中での感染対策の実践例やノウハウ 3. 委員会構成や研修項目の例 4. 記録・報告の様式や文例など、活用できる付録 5. 研修に利用できる教材 6. その他(具体的に: _____)
<p>c) わかりにくい部分や改善すべき点がありましたら具体的にお答えください。</p>	<p>(自由記述)</p>
<p>d) マニュアルについてその他お気づきの点がありましたら、具体的にお答えください。</p>	<p>(自由記述)</p>
<p>②厚生労働省が発表した「高齢者介護施設における新型インフルエンザ対策等の手引き」※2を活用していますか。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 活用している 2. 手引きを知っているが、活用していない 3. 手引きがあることを知らなかった 4. その他(具体的に: _____)

参考 URL

※1 <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/tp0628-1/index.html>

※2 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/pdf/07.pdf>

5. 近年の利用者の重度化等を踏まえ、感染症の発生状況や対策について、気づいたことや特に留意していることがありましたらご記入ください。

ご協力誠に有難うございました。

介護事故予防調査票について

この調査は、利用者の重度化等、高齢者介護施設の近年の状況を踏まえて、これまでに作成された「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」¹を改訂することを目的として実施いたします。

全国の特別養護老人ホームにおける介護事故予防の現状と課題、ガイドラインに対するご意見等をお伺いします。

ご多忙のところ恐縮ではございますが、何卒ご協力賜りますようお願いいたします。

【ご記入にあたって】

- ・ この調査票は、**介護事故予防を担当している職員の方**がご記入下さい。提出の際には施設長の下承を得て提出して下さい。
- ・ 入所者数などに関しては、2012年10月1日時点での数値をご記入下さい。
- ・ 特に指定のない限り、選択肢があるものはその番号に○印をお付け下さい。「あてはまる番号すべてに○印を付けてください」などと指定がなければひとつだけ選択して下さい。
- ・ () の箇所には、具体的に言葉や数字をご記入下さい。
- ・ 数字を記入する欄が0（ゼロ）の場合、空欄のままではなく必ず「0」とご記入下さい。
- ・ 「その他 ()」を選択した場合には、() 内に具体的に記入して下さい。
- ・ 黒または青のボールペン、鉛筆でご記入下さい。
- ・ 質問項目のうち、(1) ①②④および(2) ①で参照している基準の内容は以下のとおりです。

特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準（厚生省令第46号）より抜粋

（事故発生の防止及び発生時の対応）

第31条 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、次の各号に定める措置を講じなければならない。

- (1) 事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。
- (2) 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策について、職員に周知徹底を図る体制を整備すること。
- (3) 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。

¹ http://www.mri.co.jp/SERVICE/project/chuou/rouken/HLUkouseih18_2.pdf

介護事故予防調査票

回答者	職種	1. 看護職員	2. 介護職員	3. その他(具体的に: _____)
	役割	1. 主に管理業務に従事		3. その他 (具体的に: _____)
		2. 主に現場での看護・介護業務に従事		

(1) 介護事故予防の体制についてお答えください

①介護事故発生防止のための委員会²を設置していますか。	1. ある →以下 a)～f)にご回答ください。 2. ない														
【「1. ある」と回答した方にお伺いします】 以下 a)～f)にご回答ください。															
a) 過去 6 ヶ月間(2012 年 4～9 月)の開催状況及び頻度をお答えください。	1. 定期開催 ()回/6 ヶ月 2. 必要時に開催														
b) 構成メンバーの職種について、 あてはまる番号すべてに○印を付けてください。 また、()内に人数をご記入ください。	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. 施設長</td> <td style="width: 50%;">8. 生活相談員()人</td> </tr> <tr> <td>2. 事務長</td> <td>9. 介護支援専門員()人</td> </tr> <tr> <td>3. 医師</td> <td>10. 事務職員()人</td> </tr> <tr> <td>4. 看護職員()人</td> <td>11. 施設外専門家()人</td> </tr> <tr> <td>5. 介護職員()人</td> <td>12. その他</td> </tr> <tr> <td>6. PT・OT・ST()人</td> <td>(具体的に: _____)</td> </tr> <tr> <td>7. 管理栄養士・栄養士()人</td> <td>()人</td> </tr> </table>	1. 施設長	8. 生活相談員()人	2. 事務長	9. 介護支援専門員()人	3. 医師	10. 事務職員()人	4. 看護職員()人	11. 施設外専門家()人	5. 介護職員()人	12. その他	6. PT・OT・ST()人	(具体的に: _____)	7. 管理栄養士・栄養士()人	()人
1. 施設長	8. 生活相談員()人														
2. 事務長	9. 介護支援専門員()人														
3. 医師	10. 事務職員()人														
4. 看護職員()人	11. 施設外専門家()人														
5. 介護職員()人	12. その他														
6. PT・OT・ST()人	(具体的に: _____)														
7. 管理栄養士・栄養士()人	()人														
c) 委員会の責任者(安全対策担当者)の職種・経験年数をお答えください。	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">1. 看護職 (経験年数: 年 月)</td> </tr> <tr> <td>2. 介護職 (経験年数: 年 月)</td> </tr> <tr> <td>3. その他 (経験年数: 年 月)</td> </tr> </table>	1. 看護職 (経験年数: 年 月)	2. 介護職 (経験年数: 年 月)	3. その他 (経験年数: 年 月)											
1. 看護職 (経験年数: 年 月)															
2. 介護職 (経験年数: 年 月)															
3. その他 (経験年数: 年 月)															
d) 委員会での検討事項をお答えください。 あてはまる番号すべてに○印を付けてください。	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td>1. ヒヤリハット等の発生件数や発生事例の報告</td></tr> <tr><td>2. 報告に対する改善策の検討</td></tr> <tr><td>3. 施設全体の介護事故予防策の実施に関する検討</td></tr> <tr><td>4. 発生した事故事例への対応の検討</td></tr> <tr><td>5. 利用者一人ひとりのリスクアセスメント</td></tr> <tr><td>6. 利用者・家族などからの苦情等への対応の検討</td></tr> <tr><td>7. その他(具体的に: _____)</td></tr> </table>	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. 利用者一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(具体的に: _____)							
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. 利用者一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(具体的に: _____)															
e) 委員会で検討された事項の職員への周知方法はどのようになっていますか。 あてはまる番号すべてに○印を付けてください。	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td>1. 会議等で職制を通じて周知</td></tr> <tr><td>2. 施設内報や職員用掲示で周知</td></tr> <tr><td>3. その他(具体的に: _____)</td></tr> </table>	1. 会議等で職制を通じて周知	2. 施設内報や職員用掲示で周知	3. その他(具体的に: _____)											
1. 会議等で職制を通じて周知															
2. 施設内報や職員用掲示で周知															
3. その他(具体的に: _____)															
f) 改善策の実施状況や再発等の確認を行っていますか。確認されている場合は、確認方法をお答えください。	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td>1. 確認している(方法: _____)</td></tr> <tr><td>2. 確認していない</td></tr> </table>	1. 確認している(方法: _____)	2. 確認していない												
1. 確認している(方法: _____)															
2. 確認していない															
②介護事故発生の防止に関する指針³を整備していますか。	1. ある →以下 a)～d)にご回答ください。 2. ない														
【「1. ある」と回答した方にお伺いします】 以下 a)～d)にご回答ください。															
a) 指針を整備した人はどなたですか。	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td>1. 委員会</td></tr> <tr><td>2. 委員会とは別に指針作成のために組織したメンバー</td></tr> <tr><td>3. その他(具体的に: _____)</td></tr> </table>	1. 委員会	2. 委員会とは別に指針作成のために組織したメンバー	3. その他(具体的に: _____)											
1. 委員会															
2. 委員会とは別に指針作成のために組織したメンバー															
3. その他(具体的に: _____)															
b) 指針に記載されている事項について、 あてはまる番号すべてに○印を付けてください。	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td>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</td></tr> <tr><td>2. 委員会メンバーやあり方などの体制</td></tr> <tr><td>3. 研修に関する事</td></tr> <tr><td>4. ヒヤリハット・事故報告のしくみ・書式に関する事</td></tr> <tr><td>5. 事故発生時の対応</td></tr> <tr><td>6. 職員が実施する業務ごとのケアの手順</td></tr> <tr><td>7. 利用者・家族等による指針の閲覧に関する基本方針</td></tr> <tr><td>8. その他(具体的に: _____)</td></tr> </table>	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. 研修に関する事	4. ヒヤリハット・事故報告のしくみ・書式に関する事	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(具体的に: _____)						
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. 研修に関する事															
4. ヒヤリハット・事故報告のしくみ・書式に関する事															
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(具体的に: _____)															

² 特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準(厚生省令第 46 号) 第 31 条第 1 項第三号に規定する「事故発生の防止のための委員会」を指します。

³ 同省令基準第 31 条第 1 項第一号に規定する「事故発生の防止のための指針」を指します。

c) 指針の職員への周知の方法はどのように行っていますか。あてはまる番号すべてに○印を付けてください。		<ol style="list-style-type: none"> 職員を対象とした研修会を開催し周知 入職時の研修で周知 会議等で職制を通じて周知 施設内報や職員用掲示で周知 その他(具体的に:)
d) 指針の見直しについてお答えください。	指針等の見直し状況についてお答えください。	<ol style="list-style-type: none"> 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) 見直したことはない
	見直しの方法はどのように実施していますか。あてはまる番号すべてに○印を付けてください。	【「1. 見直したことがある」と回答した方にお伺いします】 <ol style="list-style-type: none"> 委員会の議題として見直す ヒヤリハット、事故報告を基に見直す 他の施設等の参考事例を基に見直す 特に決めていない その他(具体的に:)
③介護事故防止マニュアル等、対策や具体的な方法・手順を記載した文書がありますか。		<ol style="list-style-type: none"> ある ない
【「1. ある」と回答した方にお伺いします】 以下 a)にご回答ください。		
a)マニュアル等の文書に示されているものを教えてください。あてはまる番号すべてに○印を付けてください。		<ol style="list-style-type: none"> 薬の管理方法 与薬の責任分担と引き継ぎの方法 移乗・移動時の方法 食事の介助方法 入浴時の介助方法 排泄ケアの方法 その他(具体的に:)
④介護事故発生防止のための職員研修 ⁴ を実施していますか(外部の研修の受講も含む)。		<ol style="list-style-type: none"> ある →以下 a)～c)にご回答ください。 ない
【「1. ある」と回答した方にお伺いします】 以下 a)～b)にご回答ください。		
a) 過去6か月間(2012年4～9月)の研修実施状況についてお答えください。	職員全体の研修(回数)についてお答えください。	()回/6ヶ月 ※実施していない場合は「0」と記入してください
	外部研修の受講についてお答えください(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
	【外部研修受講の場合】 研修内容・成果の施設内への伝達・共有の方法はどのように実施していますか。あてはまる番号すべてに○印を付けてください。	<ol style="list-style-type: none"> 受講者を講師にした施設内研修を開催 受講者からの報告書の提出 研修資料の回覧等による共有 日常業務において適宜伝達 その他(具体的に:) 伝達等の機会を用意していない
	入職時研修(人数)についてお答えください。	()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はどのような内容ですか。あてはまる番号すべてに○印を付けてください。	<ol style="list-style-type: none"> 指針や業務マニュアルなどの周知 具体的な事故事例等を使った勉強会 危険予知能力等の勉強会 ヒヤリハット、事故報告のしくみや書き方に関して 事故発生時の対応に関して 業務内容ごとのケアの手順の実技 その他(具体的に:)
	研修はどのような手法で実施していますか。あてはまる番号すべてに○印を付けてください。	<ol style="list-style-type: none"> 講義 グループ討議 事例検討 実技・実習 ロールプレイ その他(具体的に:)

⁴ 同省令基準第31条第1項第三号に規定する「職員に対する研修」を指します。

(2) 介護事故が発生した場合の施設内の報告の仕組みについてお答えください

①事故やそれに至る危険性がある事態が生じた場合の施設内の報告のルールまたは仕組み⁵がありますか。

1. ある →以下 a)～h)にご回答ください。
2. ない

【「1. ある」と回答した方にお伺いします】 以下 a)～h)にご回答ください。

a)報告対象とする事故の基準についてお答えください。 <u>あてはまる番号すべてに○印を付けてください。</u>	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(具体的に:)		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.再受診したもの 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()
b)報告対象とするヒヤリハットの基準についてお答えください。 <u>あてはまる番号すべてに○印を付けてください。</u>	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(具体的に:)			
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。				
c)介護事故・ヒヤリハット報告書の記載者はどなたが行っていますか。 <u>あてはまる番号すべてに○印を付けてください。</u>	事故	1. 第一発見者 2. 安全・事故予防等担当者* 3. その他()		
	ヒヤリハット	1. 第一発見者 2. 安全・事故予防等担当者* 3. その他()		
d) 介護事故・ヒヤリハット報告書の施設内の提出経路についてお答えください。事故等の重度によって複数の規定がある場合には <u>あてはまる欄すべてに○印を付けてください。</u>	介護事故とヒヤリハット、それぞれにあてはまる提出経路の欄に○印をつけてください			
		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・事故予防等担当者			
	3. 記載者→主任・リーダー→安全・事故予防等担当者→施設長			
	4. 記載者→安全・事故予防等担当者→施設長			
5. 記載者→施設長				
6. その他(具体的に:)				
e) 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人はどなたですか。 <u>あてはまる番号すべてに○印を付けてください。</u>	<事故>		<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・事故予防等担当者	5. 施設長 6. 委員会 7. その他(具体的に:)	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・事故予防等担当者	5. 施設長 6. 委員会 7. その他(具体的に:)
f) 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)はありますか。	<事故>		<ヒヤリハット>	
	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	1. ルールがある → (日以内)	2. ルールはない

⁵ 同省令基準第31条第1項第二号に規定する「報告体制」を指します。

		事故	ヒヤリハット
g) 介護事故・ヒヤリハット発生についての報告書書式に記入欄が用意されている項目に○を付けてください。あてはまる番号すべてに○印を付けてください。	1.発生日		
	2.発生時間(または時間帯)		
	3.発生場所		
	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.関与した職員に関する他の項目(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(具体的に:)		
h) 報告しやすい雰囲気にするために気をつけていることがあればお聞かせください。	(自由記述)		

※この調査では、リスクマネジャー等、施設内で安全や介護事故予防について主に担当している方を指します。

(3) 介護事故の発生状況についてお答えください

過去6ヶ月間(2012年4月～9月)に報告されたもの

介護事故区分	発生または発見場面	報告件数	うち受診した件数	重点的に対策を検討しているものに○
A 皮膚剥離 ・内出血	1) 食事(水分摂取含む)	()件	()件	
	2) 排泄(排泄のための移動含む)	()件	()件	
	3) 入浴・保清(入浴のための移動含む)	()件	()件	
	4) 休息・娯楽	()件	()件	
	5) 散歩・レクリエーション	()件	()件	
	6) その他(不明含む)	()件	()件	
	皮膚剥離・内出血の総数	()件	()件	
B 転倒	1) 食事(水分摂取含む)	()件	()件	
	2) 排泄(排泄のための移動含む)	()件	()件	
	3) 入浴・保清(入浴のための移動含む)	()件	()件	
	4) 休息・娯楽	()件	()件	
	5) 散歩・レクリエーション	()件	()件	
	6) その他(不明含む)	()件	()件	
	転倒の総数	()件	()件	
C 転落	1) 食事(水分摂取含む)	()件	()件	
	2) 排泄(排泄のための移動含む)	()件	()件	
	3) 入浴・保清(入浴のための移動含む)	()件	()件	
	4) 休息・娯楽	()件	()件	
	5) 散歩・レクリエーション	()件	()件	
	6) その他(不明含む)	()件	()件	
	転落の総数	()件	()件	

介護事故区分	発生または発見場面	報告件数	うち受診した件数	重点的に対策を検討しているものに○
D.利用者が倒れた状態で発見されたもの(転倒・転落の区別がつかないもの)		()件	()件	
E 溺れ		()件	()件	
F 誤嚥		()件	()件	
G 誤薬		()件	()件	
H チューブ抜去		()件	()件	
I 機器のトラブル		()件	()件	
J 行方不明	1) 散歩・レクリエーション	()件	()件	
	2) その他(不明含む)	()件	()件	
	行方不明の総数	()件	()件	
K その他の介護事故	1) 食事(水分摂取含む)	()件	()件	
	2) 排泄(排泄のための移動含む)	()件	()件	
	3) 入浴・保清(入浴のための移動含む)	()件	()件	
	4) 休息・娯楽	()件	()件	
	5) 散歩・レクリエーション	()件	()件	
	6) その他(不明含む)	()件	()件	
	その他の介護事故の総数	()件	()件	

※発生・発見場面が不明の場合は「その他」の欄に記載してください。

※発生・発見場面別の集計を行っていない場合は、「総数」欄に記載してください。

※発生場面と発見場面を区別して集計している場合は、「発生場面」について記載してください。

(4) 事故発生後の対応についてお答えください

① 報告された事故についての分析、対策立案についてお答えください。

a) 事故の分析の方法および手法について、 <u>あてはまる番号すべてに○印を付けてください。</u>	方法	1. 関係者が現場で検証を行う 2. 関係者が集まり机上で検討する 3. 担当者が個人的に検討する	4. 分析はしていない 5. その他(具体的に:)
	手法	1. 一定の分析手法(例:SHL モデル ⁶ 等)に沿って分析している →手法名(具体的に:) 2. 施設独自の手法に沿って分析している 3. 分析者の主観や経験に基づいて分析している 4. その他(具体的に:)	
b) 要因分析により明らかにすることはなんですか。		1. 直接のきっかけとなった要因 2. きっかけが生じた背景となる要因 3. 予測可能性	4. 防止の可能性 5. 責任の所在 6. その他(具体的に:)
c) 事故の分析結果を踏まえて立案・実施した対策の内容(過去6ヶ月間(2012年4月~9月)に、事故やヒヤリハットの分析に基づいて立案したもの、実施したものについて、○をつけてください。			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(具体的に:)			

⁶本人をS(ソフト)H(ハード)E(環境)L(他者)の4要素が取り巻き、その不整合によりエラーが起きるとするモデル。

d) 実行した対策の効果を把握・検証していますか。	1. している →その方法(具体的に:) 2. していない
e) 報告内容を分析する際に重視していることはどんなことですか。	(自由記述)
②介護事故等が発生した時、利用者の家族へ連絡するかどうかのルールがありますか。	1. ルールがあり、文書化されている 2. ルールはあるが、文書化はされていない 3. ルールはなく、その場にいる職員の判断で報告している 4. ルールはなく、責任者の判断で報告している →責任者は誰ですか。該当する番号に○をつけてください。 1. 第1発見者 4. 生活相談員 2. リーダー等現場責任者 5. 施設長 3. 安全・事故予防等担当者 6. その他() 5. その他
a)介護事故やヒヤリハット、それに類する事象が発生した際、利用者の家族へ連絡するかどうかのルールはどのようなものですか。	1. 利用者に影響がないヒヤリハット以前の事象も含め全て連絡する 2. 利用者に影響する可能性があったヒヤリハット事象は報告する 3. 事象の影響により利用者の心身の状態に明確な変化があった場合に報告する 4. その他(具体的に:)
b) 家族への報告者は誰ですか。該当する番号に○をつけてください。(主なものを1つだけ選択)	1. 第1発見者 4. 生活相談員 2. リーダー等現場責任者 5. 施設長 3. 安全・事故予防等担当者 6. その他()
③介護事故等が発生した時、市町村等へ報告するかどうかの基準がありますか。	1. 基準があり、文書化されている 2. 基準はあるが、文書化はされていない 3. 基準はなく、その場にいる職員の判断で報告している 4. 基準はなく、責任者の判断で報告している →責任者は誰ですか。該当する番号に○をつけてください。 1. 第1発見者 4. 生活相談員 2. リーダー等現場責任者 5. 施設長 3. 安全・事故予防等担当者 6. その他() 5. その他
a)介護事故等が発生した時、市町村等に報告するかどうかの基準はどのようなものですか。	1. 市町村が定める基準を踏まえて、施設内で設定した判断基準に基づき報告する 2. 市町村の定める基準に明らかに合致する場合に報告する 3. 市町村の定める基準に合致する可能性がある場合に報告する 4. その他(具体的に:)

(5) 介護事故予防のための取り組みについてお答えください

①利用者1人ひとりのリスクをアセスメントする方法がありますか。	1. ある 2. ない
【「1. ある」と回答した方にお伺いします】以下 a) b)にご回答ください。	
a) その方法はなんですか。 <u>あてはまる番号すべてに○印を付けてください。</u>	1. アセスメントツールを用いハイリスク者を事前に洗い出している 2. ケアプラン作成会議で個別のリスクを考慮したプランを作成する 3. 職員によるケースカンファレンスの中で明らかにしている 4. 介護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 5. その他(具体的に:)
b) 有効なリスクアセスメントや対策の例があればその内容を具体的にお書きください。	(自由記述) ※差し支えなければツールやマニュアルは実物を同封しお送りください

② 苦情に至らないような利用者・家族からの意見、問い合わせ、改善提案、相談等への対応はどのように行っていますか。	a) 利用者・家族からの意見の受付方法	1. 電話 2. 施設内の意見箱 3. 利用者・家族へのアンケート	4. 利用者・家族へのヒアリング 5. その他 (具体的に:)
	b) 対応する職員(主に担当する職員)	1. 介護職の担当者 2. 介護職の主任クラス 3. 介護職の責任者 4. 生活相談員	5. 事務職 6. 施設長 7. その他 (具体的に:)
	c) 解決のための組織	1. 施設職員のみ委員会 2. 外部委員を含む委員会	3. 特に組織化していない 4. その他 (具体的に:)
	d) 寄せられた件数	()件/過去6ヶ月間(2012年4月から9月まで)	
③ 介護事故防止のために現在課題となっていることや困っていることはありますか。 <u>あてはまる番号すべてに○印を付けてください。</u> また、具体的な内容を記入してください。		1. 介護事故予防を中心的に推進できる人員の確保 2. 事故、ヒヤリハット報告の活性化 3. 個々の職員の知識・技能レベル向上 4. 職種間の連携の不足や意識のずれ 5. 介護事故予防に必要な備品・機器の充実 6. 利用者や家族の理解促進 7. 管理者のリーダーシップ 8. その他(具体的に:)	
		(自由記述)	

(6) 「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」についてお答えください

① あなたは、「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」 ⁷ を知っていましたか。	1. 既に施設内で活用している 2. 読んだことがある 3. 名前だけは知っていた 4. 知らなかった
② 「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」はどのように役立つと思いますか。 <u>あてはまる番号すべてに○印を付けてください。</u>	1. 施設のマニュアル作成の参考資料として 2. 施設の研修の教材として 3. 日々のケアの参考情報として 4. 施設の管理・運営の参考情報として 5. その他(具体的に:) 6. 役立つと思わない
③ ガイドラインに対するご意見があればご自由にご記入下さい	(自由記述)

近年の利用者の重度化等を踏まえ、介護事故の発生状況や対策について、気づいたことや特に留意していることがありましたらご記入下さい。

ご協力ありがとうございました。

⁷ http://www.mri.co.jp/SERVICE/project/chuou/rouken/HLUkouseih18_2.pdf

この事業は、平成 24 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）により実施したものです。

平成 25（2013）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）6024 FAX : 03（5157）2143

不許複製