

介護職員等による喀痰吸引等の実施における  
安全管理体制等の確立に向けて

～ヒヤリハット報告制度構築とその活用～

株式会社 三菱総合研究所



# 目次

---

I	はじめに	1
1.	背景と目的	1
2.	想定する読者及び活用方法	2
II	安全管理体制の現状と課題	3
1.	介護職員等による喀痰吸引等の実施状況	3
2.	ヒヤリハットの発生状況	6
3.	ヒヤリハット報告制度等の運用状況	8
III	安全管理体制の構築について	9
1.	組織の体制づくり	9
2.	喀痰吸引等の業務手順書等の整備	10
3.	ヒヤリハット報告制度の構築	10
IV	安全管理体制構築の実際（事例紹介）	12
1.	組織の体制	12
2.	喀痰吸引等の業務手順書等	14
3.	ヒヤリハット報告制度	15
IV	おわりに	20





# I はじめに

---

## 1. 背景と目的

平成 24 年 4 月に社会福祉士及び介護福祉士法の改正により、介護福祉士の業務として喀痰吸引等（喀痰吸引及び経管栄養）が位置づけられました。介護職員等が都道府県等の研修を修了し、都道府県知事より認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けることで喀痰吸引等の実施が可能となるものです。ただし、介護職員が喀痰吸引等を実施するに当たっては、知識・技術の十分な習得を図るとともに、医師・看護師その他医療関係者との連携の下に安全管理体制を整備することが必要となります。

株式会社三菱総合研究所では、平成 24 年度老人保健健康増進等事業において、介護職員等による喀痰吸引等実施についての全国実態調査を実施し、喀痰吸引等の実施状況を把握しました。また平成 25 年度においては、全国の実施状況を再度把握するとともに、安全確保の体制の運用状況についての調査を実施しました。その結果、安全対策委員会の設置・運営やマニュアルの整備等については概ね実施されている一方、喀痰吸引等の手技・手順や機器・物品等に起因するヒヤリハットが発生している実態が把握されています。

利用者の安全を確保するためには、これらのヒヤリハット事例をさらに収集し、ヒヤリハット報告体制の構築、ヒヤリハットへの対応、ケア上の工夫点、報告の活用方法などを分析してとりまとめ、より安全な体制構築を検討するとともに、介護職員等に周知し普及を図ることが重要と考えられます。

そこで、本研究事業の一環として、介護職員が喀痰吸引等を行っている事業所（登録特定行為事業者）からヒヤリハット事例をアンケート調査や訪問調査によって収集し、各施設・事業所の取り組みを踏まえて喀痰吸引等を安全に行うための手引きを作成することとしました。

## 2. 想定する読者及び活用方法

この手引きは、認定特定行為等事業者の管理者、看護職員、介護職員等の喀痰吸引等にかかわる方々を読者と想定し、介護職員等が安全に喀痰吸引等を実施する際の留意点をとりまとめたものです。介護職員等による喀痰吸引等についての制度は、平成 24 年 4 月から施行されたため、全国の施設・事業所における取り組みも浅く、より安全に実施できる体制・仕組みを構築していくことが重要です。

手引きの中では、積極的・先進的な取り組みを行う 7 施設・事業所の取り組みを整理し、ご紹介しています。施設・事業所における事故防止の取り組みを進める際に、この事例集を役立てていただければ幸いです。

### **施設長・管理者として**

施設において介護職員等が喀痰吸引等を安全に実施するにあたり、施設・事業所として備えておくべき体制、連携方法、研修等を考える上での参考にして下さい。

### **看護職員として**

介護職員等が喀痰吸引等を実施するに際し、介護職員の手技・技術をより高め、安全に実施できるように、現場で実践が可能な取り組みを推進する際の参考にして下さい。

### **介護職員として**

喀痰吸引等を実施する上で、注意すべき点や工夫すべき点等について、利用者の安全を守るために、より効果的に実践するための参考にして下さい。

## II 安全管理体制の現状と課題

介護職員が喀痰吸引等を行っている事業所（登録特定行為事業者）へのアンケート調査により把握された、ヒヤリハット等報告制度を含めた安全管理体制の現状と課題について、以下にご紹介します<sup>1</sup>。

＜図表1 アンケート調査概要＞

調査対象	全国の登録特定行為事業者 2,839 事業所 ①介護老人福祉施設（地域密着型介護老人福祉施設含む）、②介護老人保健施設、③訪問介護・居宅介護（ホームヘルプ）・重度訪問介護、④障害者支援施設・障害児入所施設
調査方法	郵送による調査票配布・回収
調査期間	平成 26 年 10 月～11 月
有効回収率	①45.7%、②38.2%、③33.0%、④62.8%
調査項目	・介護職員による喀痰吸引等の実施状況 ・ヒヤリハット・アクシデント報告制度について（報告制度の整備状況、報告状況、制度定着・運用上の課題・工夫点） ・ヒヤリハット事例について（要因、対策）

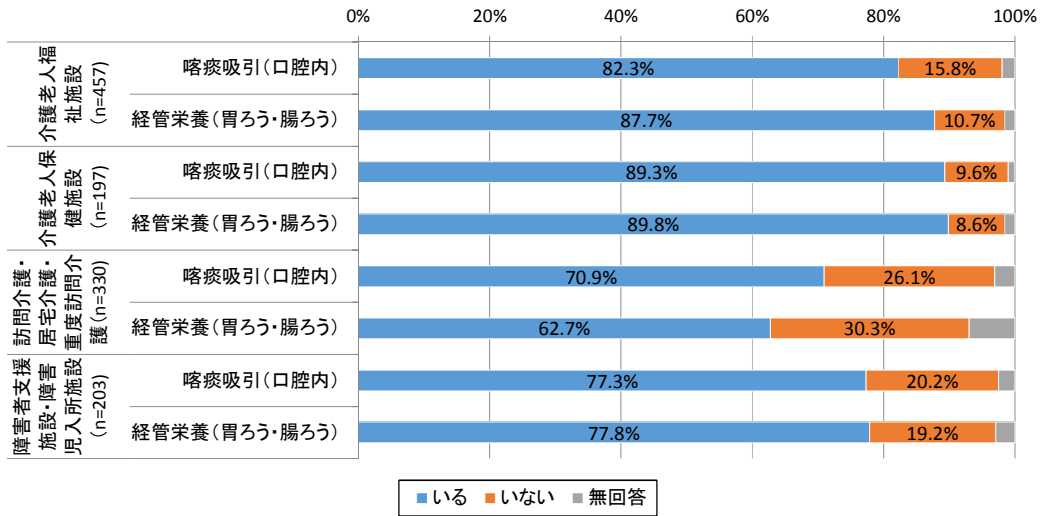
### 1. 介護職員等による喀痰吸引等の実施状況

喀痰吸引（口腔内）や経管栄養（胃ろう又は腸ろう）が必要な入所者・利用者がいる施設・事業所の割合は全体の6～9割を占め（図表2）、特に喀痰吸引（口腔内）については介護職員による実施割合が高いことがわかりました（図表3）。また、訪問介護・居宅介護（ホームヘルプ）・重度訪問介護事業所や障害者支援施設・障害児入所施設では、各行為とも介護職員による実施割合が高い傾向にありました。

一方、施設（事業所）管理者が介護職員による喀痰吸引等の実施について不安に感じている施設・事業所は全体の6割にのぼり、特に介護老人福祉施設と障害者支援施設・障害児入所施設ではその割合が約7割を占めていました（図表4）。以上のことから、多くの施設・事業所では不安を感じつつも介護職員が喀痰吸引等を実施しているという状況がうかがえます。

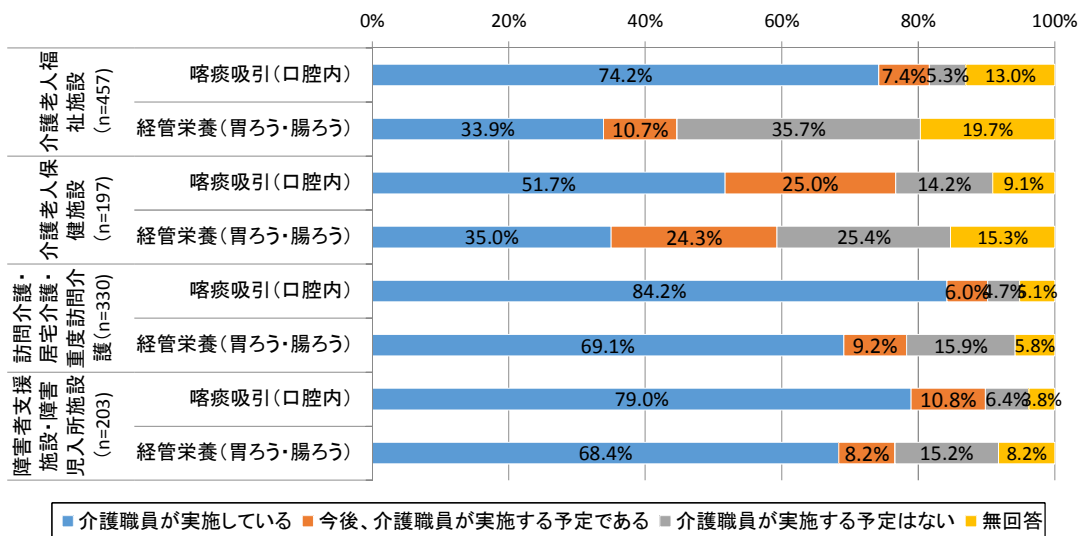
<sup>1</sup> 調査内容及び調査結果の詳細については「平成 26 年度 介護職員等喀痰吸引等制度の安全管理体制等の確立に関する調査研究事業」報告書をご参照ください。

<図表2 喀痰吸引等が必要な入所者・利用者の有無>



- 喀痰吸引（口腔内）、経管栄養（胃ろう・腸ろう）が必要な入所者・利用者の割合は6～9割。
- 特に介護老人福祉施設、介護老人保健施設では喀痰吸引（口腔内）、経管栄養（胃ろう・腸ろう）が必要な入所者・利用者の割合が8～9割と高い。

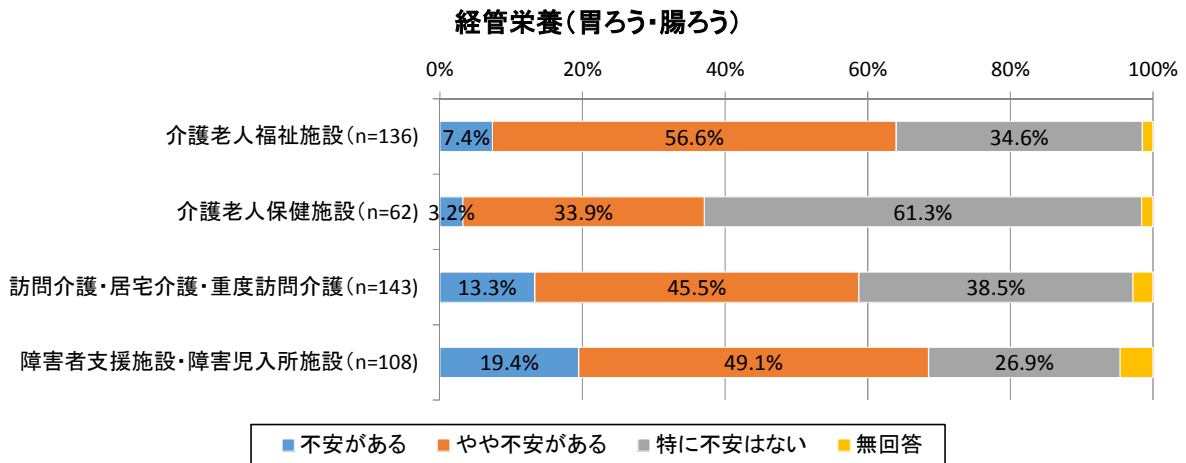
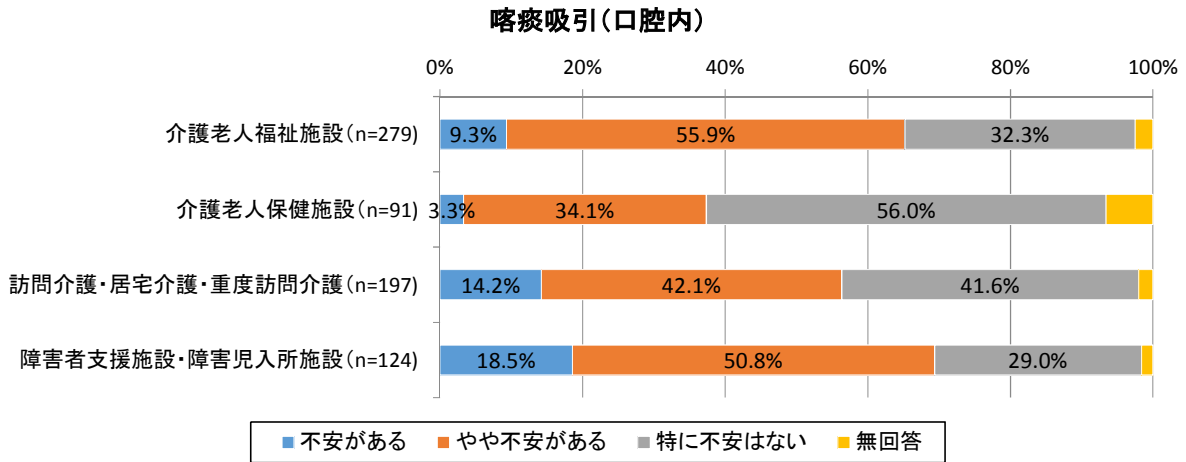
<図表3 介護職員による喀痰吸引等の実施状況>



- 喀痰吸引（口腔内）は特に介護職員による実施割合が高い。
- 訪問介護・居宅介護（ホームヘルプ）・重度訪問介護と障害者支援施設・障害児入所施設では、介護職員による経管栄養（胃ろう・腸ろう）の実施割合も高い。



<図表4 介護職員による喀痰吸引等の実施状況※>



- 介護老人保健施設を除き、約 6 割の施設・事業所では介護職員が喀痰吸引等を実施することに不安を感じている。
- 介護老人福祉施設、障害者支援施設、障害児入所施設では特に不安に感じている施設・事業所の割合が高い。

※介護職員が喀痰吸引（口腔内）または経管栄養（胃ろう・腸ろう）を実施している施設・事業所を集計対象とした。

介護職員が喀痰吸引等を実施することに「不安がある」と思う理由として、「実施機会が少なく、経験不足」「職員間で知識・技術にばらつきがある」「特に夜間など、容態の急変時や事故などトラブル発生時に適切に対応できるか不安」といった声がきかれました。また、訪問介護・居宅介護（ホームヘルプ）・重度訪問介護事業所からは「在宅の場合、時間帯によっては緊急時など医療機関との連携が取りにくい」との意見も挙げられました。

これらの不安の背景には、各サービス類型特有の制約条件や環境要因がある可能性があります。喀痰吸引等の実施にあたっては、こうした施設・事業所の特徴を踏まえたうえで、安全管理体制のあり方を検討する必要があります。

<図表 5 喀痰吸引等を行う上での施設・事業所の特徴>

サービス類型	喀痰吸引等を行う上での特徴
介護老人福祉施設	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 夜間に看護職員がいないことが多い</li> <li>・ 看取りの対象者が増えている</li> <li>・ 経過措置対象者による実施が多い など</li> </ul>
介護老人保健施設	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 喀痰吸引等については看護職員が実施することが多い</li> <li>・ 看護職員が夜間対応していることが多い など</li> </ul>
訪問介護・重度訪問介護・居宅介護	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 看護職員・医師との連携や家族との連携が求められる</li> <li>・ 在宅ではヘルパー 1 人で対応するケースが多い など</li> </ul>
障害者支援施設	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療的ケアを必要とする利用者が多い</li> <li>・ 第 3 号研修の修了者による実施が多い など</li> </ul>

## 2. ヒヤリハットの発生状況

喀痰吸引等の実施に伴うヒヤリハットのうち、特に重大な事故につながる可能性があるものとして、以下のような事例が挙げられました。重大なヒヤリハットの要因としては、喀痰吸引、経管栄養とも「手技や手順のミス」を挙げる施設・事業所が多く、それぞれ 5 割前後を占めていました（図表 6）。このことから、ヒヤリハットを防止するためには、介護職員等による喀痰吸引等のスキルを向上させる方策を講じるほか、手技・手順ミスの要因分析や再発防止策の検討を適切に行うための枠組みや、ミスの予兆をモニタリングする仕組みを構築することが有効と考えられます。また、図表 5 に示したような各施設・事業所の特徴を踏まえた仕組みとすることが重要です。

### ○ 喀痰吸引に伴うヒヤリハット事例（抜粋）

#### <手技や手順のミス>

- ・ 吸引する時間が長く、酸欠を起こしそうになった。
- ・ 吸引圧の確認をせず、最高の吸引圧で実施してしまった。
- ・ 人工呼吸器装着されている方の気管カニューレ吸引後に、とり外した呼吸器の再設置が遅れアラームが鳴った。

#### <機器や物品等の不備>

- ・ 吸引器接続ホース内腔部に変色（茶褐色様）した付着物を発見した。
- ・ 吸引を行う時に機器の電源が入らず、吸引圧が上がらなかった。
- ・ 吸引びんに多量の排液がたまっており、すぐ使用できず、利用者を待たせてしまった。

#### <安全管理体制の不備>

- ・ 落雷による停電があり、復旧までに 40 分程要したが、その間吸引器の使用ができなかった。

#### <利用者自身に起因するもの>

- ・ 気管チューブの自己抜去。
- ・ 吸引（口腔内）中、利用者がカテーテルを噛み切って飲み込んだ。

○ 経管栄養に伴うヒヤリハット事例（抜粋）

<手技や手順のミス>

- ・ 上半身挙上する角度が十分でなく、逆流性の肺炎を起こしかねないと思われる事例があった。
- ・ おう気があったにもかかわらず注入し嘔吐を助長させてしまった。
- ・ 接続が適切でなかったため注入剤がもれてしまい、PEG 刺入部が炎症を起こしてしまった。
- ・ 利用者専用のイリゲーターや連結チューブを他の利用者のもものと間違えて接続してしまった。

<機器や物品等の不備>

- ・ 胃ろう注入終了後、物品（シリンジ）の回収忘れがあり、棚に置きっぱなしになっていた。

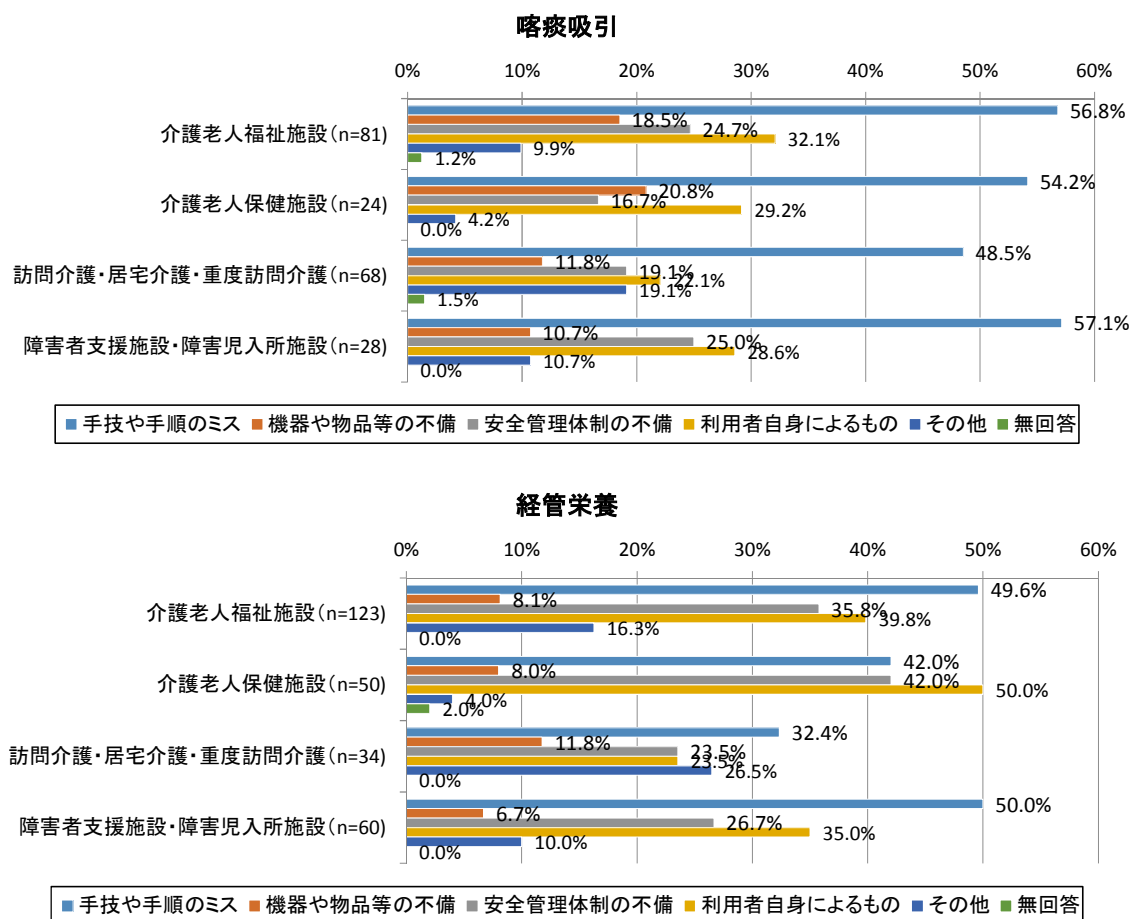
<安全管理体制の不備>

- ・ チェック表を用いて 30 分ごとに滴下中の巡視を行っているが、チェックの記入漏れが見られた。

<利用者自身に起因するもの>

- ・ 認知症の利用者による、胃ろう経管栄養注入時にカテーテルを自己抜去してしまった。
- ・ 利用者自身が触ったことにより、注入食施行中に接続部が外れ、布団の中に注入食が大量に流出していた。布団の中のため、発見が遅くなった。

<図表 6 重大なヒヤリハットの要因（複数回答）※>



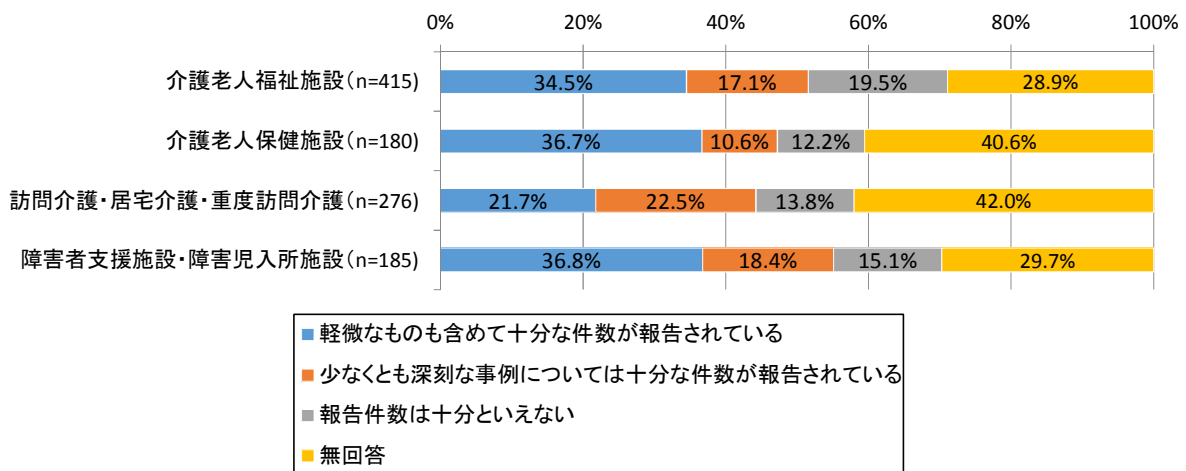
- 喀痰吸引では、重大なヒヤリハットの要因として「手技や手順のミス」を挙げるところが 5 割前後を占めていた。
- 経管栄養では「利用者自身によるもの」の割合も高かった。

※重大な事故につながる可能性が高いと考えられるヒヤリハット等の事例を挙げた施設・事業所を集計対象とした。

### 3. ヒヤリハット報告制度等の運用状況

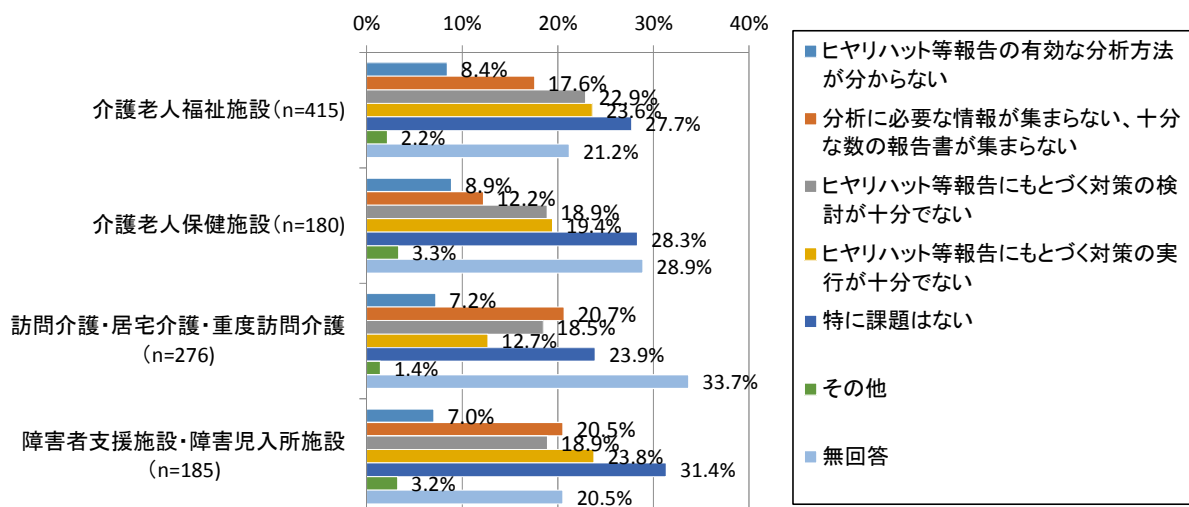
喀痰吸引等の実施に伴うヒヤリハット等の報告状況についてみると、ヒヤリハット等の報告体制・仕組みについては約9割の施設で整備されているものの、「報告件数が十分でない」と回答した施設・事業所も約1～2割あることがわかりました（図表7）。また、ヒヤリハット等報告を活用する上での課題として「分析に必要な情報が集まらない、十分な数の報告書が集まらない」「ヒヤリハット等報告に基づく対策の実行が十分でない」を挙げる施設がそれぞれ2割程度を占めており（図表8）、体制・仕組みは整備されているものの、運用の面では課題が残ることが示されました。

<図表7 ヒヤリハット等の報告状況※>



※ヒヤリハット等報告制度がある施設・事業所を集計対象とした。

<図表8 ヒヤリハット等報告を活用する上での課題（複数回答）※>



※ヒヤリハット等報告制度がある施設・事業所を集計対象とした。



## Ⅲ 安全管理体制の構築について

喀痰吸引等の行為は危険を伴う行為のため、事故を未然に防ぎ、安全に行うことが大変重要です。そのためには、介護施設等において喀痰吸引等に関する安全管理体制を構築し、

- ①事故を起こさないように予防策を講じること（予防対策）
  - ②事故に対する迅速で確実な対処が行えること（事故対策）
- ができるようにすることが大変重要です。

### 1. 組織の体制づくり

#### ●安全管理委員会等の設置

喀痰吸引等を安全に行うための体制・方法等を検討する安全管理委員会・会議を開催します。介護施設等内に既にある安全委員会・事例検討会等を活用する、あるいは単体の委員会を設置する方法でもよいでしょう。委員会のメンバーには、施設長（管理者）、医療職種をはじめとして各部門のリーダーが含まれ、部門、職種、職位が多様なメンバー構成にすることが重要です。また、訪問介護事業所など事業所内に安全管理委員会等を設置していない場合は、サービス担当者会議の場などで安全管理について話し合う機会を設けることが望まれます。

安全管理委員会では、喀痰吸引等を安全に行うため、以下のような内容について話し合います。

—安全管理委員会等での検討内容（例）—

- 委員会の規定
- 喀痰吸引等の実施手順・方法等
- 喀痰吸引等の実施状況等・課題・対策
- ヒヤリハット事例の報告、分析、対策
- 喀痰吸引等の研修

#### ●安全管理委員会等での決定事項の周知

安全管理委員会等で話し合い、決定した事項については、職員全体に周知を徹底します。会議等で職制を通じて周知するのが一般的ですが、その他、施設内報や掲示板で周知したり、社内 LAN 等を通じて周知する方法もあります。喀痰吸引等の実施手順・方法等を変更する場合には、実際に喀痰吸引等を担当している介護職員に変更点が伝わるように、口頭伝達だけでなく、手順書の改訂版を掲示・配布するなど工夫しましょう。

## 2. 喀痰吸引等の業務手順書等の整備

喀痰吸引等の実施手順については、各施設等で標準化し、担当する介護職員等に分かりやすい業務手順書等を整備します。業務手順書等には、喀痰吸引等のケアの実実施手順だけでなく、救急救命、ヒヤリハット・事故発生時の対応フローなども含めて準備するとよいでしょう。この業務手順書等は、現場の状況に合わせて継続的に見直し、改善していくことが重要です。

この業務手順書に記載された内容が確実に実施されるよう、日々のケアの中で確認・フォローすることも重要です。特に、喀痰吸引等を実施しない期間が長くなると、介護職員等自身が不安を抱えることも考えられますので、フォローアップ研修等を行うことも重要です。

また、利用者個別に異なる内容（吸引圧等）については、個々の利用者別に注意事項を作成し、利用者のベッドサイドに掲示するなどの工夫をするとよいでしょう。

## 3. 喀痰吸引等のヒヤリハット報告の仕組みづくり

### ●ヒヤリハット報告の意義

喀痰吸引等の行為は危険を伴う行為のため、決められた手順で喀痰吸引等を行うだけでなく、ヒヤリとしたこと、ハットとしたことなどについて、なぜそれが起きてしまったのか、どのような対策をたてればよいかなどを1つ1つ検討することが重要です。事故に至らなかったヒヤリハットも事故のための貴重な情報として捉え、対策を考えましょう。

ヒヤリハット報告を行うことの意義として、以下があげられます。

- ①施設内のヒヤリハット情報を集約できる
- ②再発防止のための分析・検討につながる
- ③報告及び再発防止策が職員に周知され、ケアの質が担保される

### ●ヒヤリハット報告の流れ

ヒヤリハットが発生した場合には、一時的な対応が完了した後に、ヒヤリハットが起きた状況についてヒヤリハット報告書を作成します。ヒヤリハット報告の主な流れは以下のとおりです。

—ヒヤリハット報告の流れ—

- ① ヒヤリハット発生の第一報
- ② 必要に応じて、即時的なヒヤリハットへの対応・分析
- ③ ヒヤリハット報告書の作成
- ④ 再発防止策の検討（施設全体またはフロア会議等 多くの視点から行う）
- ⑤ 再発防止策の施設全体への周知・対策の実効性の確認

## ●ヒヤリハット報告書

職員がヒヤリハット報告書を記載する際に、ヒヤリハットが起きた要因を考えることで、ケアの手順が適切だったのか、確認不十分な点はなかったかなど、様々なことに気づくことができます。ヒヤリハット報告書は様々な職員が記載することになるため、ヒヤリハット報告書の記載が過剰な負担にならないように、例えば、「行為の種類」「発生場所」「要因」などはチェックボックス式にして、効率的に情報収集します。

ヒヤリハット報告制度が十分に根付いていない段階では、職員自身が「恥ずかしい」「信用されなくなる」といった理由で、ヒヤリハット報告書を記載したがりません。そのような場合は、ヒヤリハット報告が事故を未然に防ぐ有効な手段であることを周知し、隠さずに報告があがってくるような雰囲気づくりをすることが重要です。

## ●ヒヤリハットの要因分析と対策の検討

ヒヤリハット報告書のうち、施設全体で再発防止策を検討・共有した方がよいものは、安全管理委員会等で詳細な分析を行います。施設全体で考えることにより、ヒヤリハットの報告者個人が責められるものではなく、施設等全体で事故を未然に防ぐための対策を検討する仕組みであるという意識を醸成します。

ヒヤリハット要因の分析にあたっては、個別事例の検討のほか、ヒヤリハットの統計をとることで事故の傾向をつかむことができ、予防的な対策を検討することも可能となります。また、たとえば SHEL モデルや 4 M 4 E 分析といった手法を用いるなど、客観的な分析を行なうことを心がけましょう。

要因分析を通して施設や事業所が抱えるリスクを評価したあとは、それらのリスクを回避、または低減するための対策を検討します。事例の分析や対策検討は、安全管理担当者のみが行うのではなく、現場各部門の代表、専門性の異なる多職種・機関、決定の権限を有する管理者層が参加することが重要です。

## ●ヒヤリハットへの対策の共有・有効性の検証

ヒヤリハット対策については、職員に周知・共有を徹底します。会議等で職制を通じて周知したり、掲示板等で周知します。ヒヤリハット報告を踏まえて、実際に喀痰吸引等の実施手順・方法等を変更する場合には、実際に喀痰吸引等を担当している介護職員に変更点が伝わるように、口頭伝達だけでなく、業務手順書の改訂版を掲示・配布するなど工夫しましょう。

ヒヤリハット対策は、周知・共有するだけでなく、一定期間後（1 ヶ月後、3 ヶ月後等）に、対策が有効に行われているかを評価します。効果がみられない場合や、計画したとおりに対策が実行されていない場合には、その理由を含めて改めて検討し、より実効性の高い対策を講じる必要があります。

## IV 安全管理体制構築の実際（事例紹介）

### 1. 組織の体制

介護職員等が安全に喀痰吸引等を実施するためには、まず組織としての体制を構築することが必要となります。

◎安全管理委員会等の設置

◎喀痰吸引等に関する研修や意識付けの方法

などの点から、実際に施設・事業所においてどのような取り組みがなされているのかを見ていきましょう。

#### ●安全管理委員会

安全管理委員会の設置は、体制づくりの上で最も基本的な取り組みです。施設・事業所の長、医療職、看護職等様々なメンバーが定期的に顔を合わせ、安全対策の検討、ヒヤリハット事例の共有・対策の検討などを行う場を設けています。

#### 施設 A（介護老人福祉施設）の取り組み

- ・ 毎月、施設内の部門会議の開催に合わせて、事故防止委員会を開催している。
- ・ 各課の責任者（施設長、看護課、相談員、ケアマネジャー、管理栄養士、機能訓練指導員、介護課の主任・副主任・課長）が出席している。
- ・ 事故防止委員会には、ヒヤリハットの分類（転倒、内出血、皮膚剥離など）ごとの件数報告と、どの利用者に内出血が多いのかなどを報告している。

#### 施設 B（介護老人福祉施設）の取り組み

- ・ 安全管理については、特定行為の施設内の委員会を設置している。またグループ内にも事故防止委員会があり、定期的に活動している。
- ・ ヒヤリハット報告等のシステムに蓄積されたデータは、委員会で分析を行い、職員に周知している。

#### 事業所 C（訪問介護・重度訪問介護・居宅介護）の取り組み

- ・ 誰でも参加できる「オープン会議」を始めた。この会議では発生したクレームやヒヤリハットを共有している。在宅の介護職員は皆で顔を合わせる機会が少ないので、こうした場があると良い。現場ではいつも一人、ということが不安につながっているようだ。



### 施設D（障害者支援施設）の取り組み

- 施設内のクオリティー委員会（人材育成のための委員会）の下部組織として、次の3つの委員会を設置している。
  - ①医療的委員会（安全管理委員会）
  - ②ケアの質向上委員会
  - ③パーソナル委員会医療的委員会は、医師、看護師、施設長、ケアスタッフ4人で構成。ケアの質向上委員会で喀痰吸引以外のヒヤリハットも含めて検討している。
- 急変・事故発生時の連絡体制連絡網を整備しており、喀痰吸引等も同じ連絡網を活用し、急変時にも適切に対応できる体制をとっている。

#### ● 喀痰吸引等に関する研修・意識付け

実際に喀痰吸引等を行う職員に向けた指導、研修、フォローアップの取り組みも見られます。

### 施設B（介護老人福祉施設）の取り組み

- 介護職員の喀痰吸引等スキルのフォローアップを行なっている。介護職員が吸引を行う際には看護師から逐次指導を受けるほか、スキルをアップさせるための所内研修もある。気軽に相談できる看護師がいることも重要である。看護師と介護職員の仲が良く相談もしやすい雰囲気ができている。
- 経験の浅い介護職員には、日ごろから「シミュレーションをするように」と指導している。そうすることで現場の職員の不安が軽減されている。

#### ● 医療職・介護職連携体制の構築

喀痰吸引等が医療職との適切な連携のもとで実施できるよう、いつでも看護職員に相談できる体制を構築している施設や、情報共有のためのツールを設けている事業所もありました。

### 施設A（介護老人福祉施設）の取り組み

- 介護職員が不安に思う場合には、日勤帯に看護職員と一緒に吸引等をする機会を設けるほか、介護職員が実施するところを看護職員が確認するようにしている。
- 介護職員が夜間に吸引をする場合でも、痰が多い場合などはオンコール体制で看護師に連絡ができる体制を整えている。

### 事業所E（訪問介護・重度訪問介護・居宅介護）の取り組み

- 現場に情報を共有するためのノートを一冊置いている。医療職や家族との連携のための大切なツールであり、円滑なコミュニケーションを実現するために使ってもらおうよう働きかけている。

## 2. 喀痰吸引等の業務手順書等

組織として体制を整えた後は、喀痰吸引等の業務プロセスを標準化し、介護職員がルールに従って安全に喀痰吸引等を行えるような仕組みづくりが必要となります。

◎施設独自の業務手順書等の作成

◎実施手順書遵守のための仕組みづくり

などの点から、実際に施設・事業所においてどのような取り組みがなされているのかを見ていきましょう。

### ●施設独自の業務手順書等の作成

先進的な施設では、施設独自の医療的ケアの手順書を取りまとめているところもあります。親委員会の下にサブグループを設置して、業務手順書等の内容を検討し、手順の標準化や共有・周知を図っています。

#### 施設D（障害者支援施設）の取り組み

- ・施設独自に「医療的ケア実施ファイル」を作成し、喀痰吸引の手順について詳細に記載。喀痰吸引等実施手順の標準化・周知・共有を積極的に進めている。

### ●実施手順書遵守のための仕組みづくり

実施手順書に定められた方法をきちんと実行するために、手順書を常に参照できるよう各フロアにわかりやすく掲示するなど、喀痰吸引等が安全に行えるよう工夫している施設もありました。

#### 施設A（介護老人福祉施設）の取り組み

- ・胃ろうについては介護職員により手順が異なる部分があったため、カンファレンスの中で手順を決めて統一化した。
- ・胃ろうの中身の取り違いを防ぐため、中身を置く場所を1か所に定め、利用者名と中身の写真を貼って分かりやすくした。

#### 施設D（障害者支援施設）の取り組み

- ・居室に医師の指示書と吸引手順書を個別に提示（壁に貼りつけ）してあり、吸引圧が人目で分かるようにしている。また、介護職員は吸引圧を調整してはいけないことをルール化している。

### 3. ヒヤリハット報告制度

ヒヤリハットの防止には、ヒヤリハット事例を収集し、事例に対する対策を立案して実行する一連の仕組みづくりが必要となります。

- ◎ヒヤリハット報告制度
- ◎ヒヤリハット報告書（様式）
- ◎ヒヤリハット報告後の対応

などの点から、実際に施設・事業所においてどのような取り組みがなされているのかを見ていきましょう。

#### ●ヒヤリハット報告制度

各施設・事業所において、ヒヤリハット報告制度と一連の流れについて定めています。報告の作成・共有・対策立案後のフォローを実施している施設や、ヒヤリハット記録システムで発生した都度入力し、情報を蓄積して分析を行っている施設もありました。

#### 施設A（介護老人福祉施設）の取り組み

- ・ ヒヤリハットの報告の流れは以下のとおりである。

- ①第1発見者がヒヤリハット報告（何が起きたのか）を施設長、相談員、看護課、各フロアの介護職員に配布する
- ②カンファレンスの必要性を事故防止委員が判断する（同じ利用者が内出血を繰り返す場合などは、毎回カンファレンスは開かない）
- ③ヒヤリハット後、3日連続でフロアーカンファレンスを開催する（※交替制勤務のため、参加メンバーがそれぞれ異なる）
- ④カンファレンス等で決めた対策を2週間継続して実施し、状況を記録する
- ⑤2週間後、対策が効果的であったかを振り返る

#### 施設B（介護老人福祉施設）の取り組み

- ・ 吸引に限らず、ヒヤリハットについては記録システムがあり、発生した都度概要および対策を簡潔に入力する（具体的な入力項目は「レベル」「事故の種類」「発生場所」「時間帯」「事故概要」「対策」）。システムは平成9年に構築し、平成10年から運用を開始した。入力画面は自分たちでカスタマイズ可能であり、院内専用のスマートフォンやタブレットPCを活用して入力できるように入力画面を作成した。項目は、国等のガイドラインを踏襲し、重大性によりレベルを定めている。Level 3 = 事故の場合は、さらに別途の様式で報告することになっている。

#### 施設D（障害者支援施設）の取り組み

- ・ ヒヤリハット・インシデントが起きると、発見者→リーダー→看護職→医師→幹部職員→施設長の順にまわして、スタッフルームにファイルリングし、スタッフ全員が見られるようにしている。
  - ①報告者がヒヤリハット報告書を記載
  - ②医療的ケアサブチーフ→ケアチーフ→リハ担当者→栄養マネジメント→メディカルチーフ→医師→施設長 の順に承認
  - ③ケアの質向上委員会で検討すべき事例を抽出し、検討
  - ④対応策については、ヒヤリハット報告書をスタッフルームにファイルリングして共有

#### 事業所E（訪問介護・重度訪問介護・居宅介護）の取り組み

- ・ ヘルパーから報告があると、それを聞いた人が事務所にある様式に沿って報告書を記入する。当事者からそのときの本人の状態、勤務の内容、ヒヤリハットの内容と対応を聞きとり、それを事業所の職員が文章としてまとめ、その後本人に出来上がった書類の内容を確認してもらう。必要があれば、それを皆に周知する。また、改善すべきと感じられる場合は、集まれる職員で話し合っって改善案をまとめ、それも周知する。

#### 事業所F（訪問介護・重度訪問介護・居宅介護）の取り組み

- ・ メール・電話（口頭）での報告で可としている。「～だった。怖かった。」といった感情が入った情報でも構わないことにしている。まずは報告を寄せてもらうようにしている。メールはチームメンバーに送る場合もあれば、管理者だけに送ることもある。管理者は取捨選択して、関係者と共有する。

#### ●ヒヤリハット報告様式

ヒヤリハット報告書は、国が提示している様式をベースに、施設独自に項目を選択したり、項目を定めたりなど、収集や対策立案・分析をしやすいような様式を作成していました。

#### 施設A（介護老人福祉施設）の取り組み

- ・ ヒヤリハット報告書には、第1発見者が発見時の状況を図で記入する欄がある。以前のヒヤリハット報告書は、状況を報告して終了していたが、PDCAをまわす書式に変更した（対策を考え、2週間フォローし、その結果を記録する）。
- ・ 内出血がしやすい利用者については、ヒヤリハットとは別の様式（人体図に内出血のできる箇所を図で示す）に継続的に記入し、対策が有効かを継続的に見られるようにしている。

## 施設D（障害者支援施設）の取り組み

- ・ 喀痰吸引等については、一般のヒヤリハット報告書とは異なるヒヤリハット報告書様式（国の様式ベース）を使用。
- ・ 発生日時・場所・対象者などの基本情報のほか、行為の種類、第1発見者、出来事の発生状況、医師報告、連携看護報告、出来事への対応、救急救命処置の実施、出来事が発生した背景・要因、出来事の影響度分類、医師・連携看護職員の助言等を記入するフォームにしている。

### <報告書様式（施設Aの事例）>

<input type="checkbox"/> 事故報告書 <input type="checkbox"/> ヒヤリハット報告書 施設長への報告（平成 年 月 日 報告者 氏名） 報告書提出日 平成 年 月 日 記入者所属 課 記入者 氏名 発見者 氏名		(8) カンファレンスの必要性 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし 平成 年 月 日 参加者（司会： 氏名） 平成 年 月 日 参加者（司会： 氏名） 平成 年 月 日 参加者（司会： 氏名）	
(1) ご利用者氏名 様（男・女）年齢 歳		事故の原因	
(2) 発生・発見日時 平成 年 月 日（ ）曜日 時 分 <input type="checkbox"/> 援助中だった（援助中氏名 氏名） <input type="checkbox"/> 援助中ではない		改善策及び今後の予防策	
(3) 発生・発見場所 <input type="checkbox"/> 居室（ ） <input type="checkbox"/> リビング（ヶ丘 丁目） <input type="checkbox"/> 廊下（前） <input type="checkbox"/> 浴室（浴） <input type="checkbox"/> 着脱室 <input type="checkbox"/> トイレ（ヶ丘 丁目） <input type="checkbox"/> その他（ ）		(9) ご家族への連絡 <input type="checkbox"/> 済（ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面会） <input type="checkbox"/> 未報告（月 日 時点） <input type="checkbox"/> 連絡しない 平成 年 月 日 時 分 誰が 誰に（続柄）（ ） ご家族の様子	
(4) 事故の詳細 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落（ ） <input type="checkbox"/> 誤嚥、誤飲 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 異食（ ） <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 誤薬・服薬忘れ（薬名、作用： ） <input type="checkbox"/> 内出血 <input type="checkbox"/> 皮膚剥離（部位： ） <input type="checkbox"/> ずり落ち <input type="checkbox"/> 尻もち（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）		(10) 改善策及び予防策の評価 平成 年 月 日	
(5) 発見時の状況 図		担当者（ ）	
(6) 発見時の状況、看護師への連絡、処置対応 図		改善策の実施確認	
連絡時間 月 日 時 分 連絡者（ ） 看護師（ ） （通院要否） <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する 記入者（ ）		① ② ③ ④ ⑤	
(7) 現場検証の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある（月 日 実施）		特記	
		ユニットリーダー 生活課副主任 生活課主任 生活課課長	

喀痰吸引、胃ろうの  
チェックボックス

計3回のカンファレンスでの  
検討内容を記載する欄

2週間対策の実施状況を  
フォロー

<報告書様式（施設Dの事例：国が提示する様式がベース）>

(2ページ目)

(1ページ目)

喀痰吸引等業務（特定行為業務）ヒヤリハット・アクシデント報告書

報告者状況	事業所名	
	介護職員氏名	
	管理責任者氏名	
被報告者状況	入居者氏名	
	連携看護職員氏名	

発生日時 平成 年 月 日 ( 曜日 ) 午前・午後 時 分頃

発生場所

対象者 氏名: (男・女) 当日の状況

出来事の情報(1連の行為につき1枚)

行為の種類	【喀痰吸引】 ①人工呼吸器の装着の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ②部位(□口腔 □鼻腔 □気管カニューレ内) 【経管栄養】(□胃ろう □腸ろう □経鼻経管)
第1発見者	<input type="checkbox"/> 記入者自身 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 記入者以外の介護職員 <input type="checkbox"/> 連携看護職員 <input type="checkbox"/> 家族や訪問者 <input type="checkbox"/> 連携看護職員以外の看護職員 <input type="checkbox"/> その他( )
出来事への発生状況	※誰が、何を行っている際、何を、どのようにしたため、対象者はどうなったか。
医師報告	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
連携看護報告	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
出来事への対応	※出来事が起きてから、誰が、どのように対応したか。

喀痰吸引等  
行為の種類

ヒヤリハット等の影  
響度による分類

救急救命処置の実施	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：具体的な処置
出来事が発生した背景・要因	※なぜ、どのような背景や要因により、
出来事の影響度分類	【人的要因】 <input type="checkbox"/> 判断誤り <input type="checkbox"/> 知識誤り <input type="checkbox"/> 確認不十分 <input type="checkbox"/> 観察不十分 <input type="checkbox"/> 知識不足 <input type="checkbox"/> 未熟な技術 <input type="checkbox"/> 技術間違い <input type="checkbox"/> 寝不足 <input type="checkbox"/> 体調不良 <input type="checkbox"/> 慌てていた <input type="checkbox"/> 緊張していた <input type="checkbox"/> 思いこみ <input type="checkbox"/> 忘れた <input type="checkbox"/> その他( ) 【環境要因】 <input type="checkbox"/> 不十分な照明 <input type="checkbox"/> 業務の中断 <input type="checkbox"/> 緊急時 <input type="checkbox"/> その他( ) 【管理・システムの要因】 <input type="checkbox"/> 連携(コミュニケーション)の不備 <input type="checkbox"/> 医療材料・医療機器の不具合 <input type="checkbox"/> 多忙 <input type="checkbox"/> その他( )
出来事の影響度分類(レベル0~5のうち一つ)	<input type="checkbox"/> 0 エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、対象者には実施されなかった <input type="checkbox"/> 1 対象者への実害はなかった(何らかの影響を与えた可能性は否定できない) <input type="checkbox"/> 2 処置や治療は行わなかった(対象者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた) <input type="checkbox"/> 3a 簡単な処置や治療を要した(消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など) <input type="checkbox"/> 3b 濃厚な処置や治療を要した(バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など) <input type="checkbox"/> 4a 永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害は伴わない <input type="checkbox"/> 4b 永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害の問題を伴う レベル4bをこえる影響を与えた

介護職員 報告書記入日 平成 年 月 日

要因分析(人的要因、  
環境要因、管理・シ  
ステム的要因)

(3ページ目)

医師・連携看護職員の助言等	①医師又は看護職員が出来事への対応として実施した医療処置等について
	②介護職員へ行った助言・指導内容等について
	③その他(今回実施した行為で介護職員の対応として評価できる点など)

医師・連携看護職員 報告書記入日 平成 年 月 日

医師・連携看護師記入欄(医療処置内容、介護職員への助言・指導内容、介護職員への対応として評価できる点など)

報告者		印	栄養マネジメント		印
医療的ケアSC		印	メディアルC		印
ケアC		印	医師		印
リハ担当者		印	施設長		印

## ●ヒヤリハット報告後の対応

ヒヤリハット報告後の流れとして、職員への周知と対策立案、およびその対策の実施が重要なポイントとなります。重大なヒヤリハットについては管理者がメールなどを活用して全職員に周知している事業所や、申し送り時のカンファレンスで対策を検討し、それらの対策がきちんと行なわれているかを2週間継続してフォローしている施設の事例もありました。その他、ヒヤリハット情報を月次で集計して分析を行なっているところもありました。

### 施設A（介護老人福祉施設）の取り組み

- ・ 原因が個人のスキルによるものは個人に指導する。環境を変えるべきものや手順を変えるべきものなどはカンファレンスで話し合いをして、改善している。
- ・ カンファレンスは、夜勤から日勤に申し送りをする朝に開催する。出席者は、看護師、機能訓練指導員、相談員、介護職員等。
- ・ ヒヤリハット報告は月30～40件で、そのうち、カンファレンスを開催するのは半数弱。カンファレンスを開催しない場合でも、2週間の対策フォローは全件実施する。

### 施設B（介護老人福祉施設）の取り組み

- ・ ヒヤリハットに携わった職員が情報を入力し、月次で集計して、共有できるようになっている。また、毎朝のカンファレンスで報告事項として共有している。

### 施設D（障害者支援施設）の取り組み

- ・ ヒヤリハットの内容については個別に検討するとともに、1ヵ月ごとにデータを集計して分析をしている。

### 事業所G（訪問介護・重度訪問介護・居宅介護）の取り組み

- ・ 重大なヒヤリハットについては現場で写真を撮って事業所に連絡をすることになっている。軽微なものについては所定の書式で報告があがってくる。それに基づいて、管理者が検討し、必要なことは全職員に周知する。それらの手順についてのマニュアルもある。
- ・ 報告は、逐次挙げられたものを管理者が検討する。報告の集約は本部でまとめる。

## V おわりに

---

本事例集でご紹介したとおり、介護職員等による喀痰吸引等の実施を安全に行うため、各施設・事業所では組織の安全管理体制を構築し、手順書の作成やフォローアップ研修を実施するほか、ヒヤリハット情報の収集、要因分析および再発防止策の検討を行うなど、重大事故発生防止に向けたさまざまな取り組みを行っていました。重大事故発生防止のためには、喀痰吸引等に特化した対策を行なうことだけが重要なのではなく、利用者が心身健やかに自立した日常生活を営めるよう支援するために、安全な喀痰吸引等の実施も含めた一連の介護行為の安全管理体制を構築していくことが重要であることは言うまでもありません。

また、介護職員が安心して喀痰吸引等を実施できる環境をつくることも、安全な喀痰吸引等の実施には必要不可欠です。そのためには、医師や看護職員との連携を強化し、緊急時の対応など医療的な知識や技術面で介護職員をサポートしていくことが重要です。特に、在宅の介護職員は医療職との連携が難しい状況にあるため、たとえばeメールやSNSといったIT技術を活用して、いつでも相談できるしくみを作るなどの対策が考えられます。

ここで取り上げた事例を参考に、早速みなさんの施設や事業所の実情に合わせたやり方を工夫しながら、安全な喀痰吸引等の実施に向けて取り組んでみましょう！！



平成 26 年度 介護職員等喀痰吸引等制度の安全管理体制等の確立  
に関する調査研究事業  
介護職員等による喀痰吸引等の実施における  
安全管理体制等の確立に向けて  
～ヒヤリハット報告制度構築とその活用～

この事業は、平成 26 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 27 年 3 月発行  
発行 株式会社 三菱総合研究所 人間・生活研究本部  
〒100-8141 東京都千代田区永田町二丁目 10 番 3 号  
TEL:03-6705-6024 FAX: 03-5157-2143

不許複製

