

平成 18 年度厚生労働省  
老人保健事業推進費等補助金  
(老人保健健康増進等事業分)

# 特別養護老人ホームにおける 介護事故予防ガイドライン

—特別養護老人ホームにおける施設サービスの質確保に関する検討報告書—  
別冊

2007 年 3 月

株式会社 三菱総合研究所

特別養護老人ホームにおける施設サービスの質確保に関する検討委員会  
介護事故予防ワーキンググループ

<委員長>

鳥海 房枝 特別養護老人ホーム清水坂あじさい荘 副施設長

<委員>

加賀谷 亜希子 特別養護老人ホームフィオーレ南海 介護主任

近藤 若人 特別養護老人ホームせんねん村 介護部係長

鈴木 千弘 特別養護老人ホーム至誠キートスホーム

高野 範城 弁護士

田中 智子 社会福祉法人尼崎老人福祉会 法人事務局次長

根本 敬子 千葉大学看護学部附属看護実践研究指導センター 講師

(五十音順・敬称略)

# 目次

1	介護事故予防体制構築のための理念・考え方	4
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考え方	4
(1)	質改善を志向した介護事故予防	4
(2)	介護事故の特性と対応	5
(3)	「自ら学び改善する組織」を目指して	7
(4)	認知症のある利用者と介護事故予防	9
(5)	身体拘束と介護事故予防	9
2)	施設全体の介護事故予防	10
(1)	施設レベルでの PDCA サイクルの構築	10
(2)	利用者個人レベルでの PDCA サイクルの実施	11
(3)	居心地の良さと環境整備	11
3)	特別養護老人ホームに求められる責任	12
(1)	結果の予見可能性と対策の適切性	12
(2)	説明責任	12
4)	利用者・家族の参加	13
(1)	家族をケアのパートナーに	13
2	事故予防のための体制整備のあり方	14
1)	施設管理者のリーダーシップと職員の自律性	14
2)	報告制度	16
(1)	報告制度の意義	16
(2)	報告制度運用上の工夫	17
3)	介護事故発生予防のための委員会	19
(1)	委員会の意義	19
(2)	委員会運用上の工夫	19
4)	指針・業務手順書の整備	21
(1)	指針・業務手順書の意義	21
(2)	指針・業務手順書の運用上の工夫	21
5)	研修	22
(1)	安全のための研修の意義	22
(2)	研修運用上の工夫	22
6)	介護事故発生時の家族への対応	24
(1)	介護事故発生時における留意点	24
(2)	事故を起こした職員への対応	24
(3)	医療機関との関係	24
7)	その他	26

(1) 入所時・契約時の対応と留意点 .....	26
(2) 十分な引継ぎ .....	26
(3) ショートステイ利用者のリスク管理 .....	27
(4) 家族会の設置 .....	27
(5) 保険への加入 .....	27
(6) 理事会との関係 .....	28
3 事故予防のための手順・介護技術 .....	29
(1) 転倒 .....	29
(2) 転落 .....	32
(3) 誤嚥 .....	35
(4) 誤薬 .....	37

## 【はじめに】

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

介護保険制度の導入により、特養への入所が措置によるものから、介護サービス契約によるものとなったことで、介護事故が起きたとき、それは法令や契約に照らして果たしてやむを得ないことであったのか、それとも介護サービスの提供方法に問題があったのか、ということを利用者やご家族が考えるようになっていきます。契約の時代にあつて、介護サービス事業者や施設においては、それぞれの介護方針や職員体制等により利用者に対して何ができて、何ができないかを明らかにすることが求められていると言えます。

平成18年度には施設におけるサービスの質の向上を図る一環として、特別養護老人ホームの施設基準（「特別養護老人ホームの人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年3月31日厚生省令第46号））において、施設における体制整備により介護事故予防を図ることが義務づけられました。その根底には、介護事故予防体制を整備して事故を防止するだけでなく、介護事故予防を通じて特養のサービスの「質の向上」を指向する体制をつくるべきという考え方があります。

特養において介護事故が発生しないよう予防策を講じるべきであることは当然ですが、不幸にも事故が起きてしまった場合にはその原因を明らかにし、介護サービスの改善やサービスの質向上につなげることで、そして同時にその取り組みを利用者、家族にも理解いただくことが大切です。事故が起きた時に家族が望むことは犯人探しや責任逃れではなく、事実の提示であり、誠実で真摯な対応と説明、責任の履行であり、また二度と同じことが起きないようにするための施設側の再発防止の努力です。

したがって、起きてしまった介護事故を「起きてはならなかったこと、責任を負わされること」として避けて通るのではなく、事故の事実にしかりと向き合い、その原因を冷静に分析して、その後のサービスの質向上に向けた取り組みを行うことが重要です。心身に障害のある方々が利用している施設等にあつては、事故の発生は避けられないものとしてあることを率直に認めることは介護事故予防の検討の出発点となると言えます。

本ガイドラインは、国の施設基準において義務化された体制整備のための手順書としてではなく、特養において施設サービスの質の向上を目指した介護事故予防体制をどのように構築していくかという視点から試案としてとりまとめました。この試案の作成に当たっては、全国の特養に対してアンケート調査を行った結果等に基づいて検討していますので、多くの施設においてある程度当てはまる標準的なものになったと考えています。しかしながら、介護事故予防や質向上の取り組みは、いまだ全国の施設において試行錯誤の段階にあります。その意味で、この試案さえ遵守していればよいという性格のものではなく、今後よりよいガイドラインを作成していくための第一歩と考えています。

このガイドラインを活用する施設、職員の方々がこれを参考にしてよりよい介護事故予防の方策、取り組みを進めていただき、利用者の生活の向上と介護技術の向上につなげていかれることを心より期待しています。本ガイドラインが、利用者、ご家族が安心して特養での生

活動を継続し、職員がその専門性を発揮しながら、利用者の日々の生活の支援ができるようなサービスの質向上を指向した体制作りに役立てていただければ大変うれしく思います。

介護事故予防の取組みはまだ発展途上であり、本ガイドラインも今後さらによりよいものにしていく必要があると考えていますので、ご意見・ご提案がありましたらお聞かせいただければ幸いです。

### 【本ガイドラインが想定する読者】

本ガイドラインは3部構成で、第1章に介護事故予防の基本的考え方、第2章に介護事故予防のための施設内のしくみの意義や運用上の留意点、第3章に介護事故予防の観点から推奨されるケアの具体的技術について解説しています。全編を通じて、施設ケアにかかわる全ての方に理解していただきたい内容を記載していますが、各章の内容から、特に読んでいただきたい方々を以下のように想定しています。

章	内容	想定読者
第1章	介護事故予防体制構築のための理念・考え方	施設管理者、部門やフロアの代表者
第2章	事故予防のための体制整備のあり方	部門やフロアの代表者
第3章	事故予防のための手順・介護技術	部門やフロアの代表者、全職員

### 【本ガイドラインで使用する用語の定義】

**介護事故<sup>1</sup>**：施設内及び職員が同行した外出時において、利用者の生命・身体等に実害があった、または実害がある可能性があつて観察を要した事例。ここには自傷、行方不明、チューブ抜去など利用者自身が起こした怪我や事故（自損事故）、経済的・精神的被害の事故を含み、職員の被害（労災）は含みません。

**ヒヤリ・ハット<sup>2</sup>**：介護事故に至る危険性があつたが、利用者には実害はなかつた事例。

**リスクマネジメント**：特養における利用者の尊厳ある生活を支えるためのサービスの質向上を目指す組織的取組み。特養のリスクを管理するという意味合いよりは、利用者のその人らしい生活を支えるための質の高いサービスを提供することが利用者の持つリスクを予測した対応につながり、適切な安全対策や利用者の満足を高めることにつながると考えています。

---

<sup>1</sup> 「介護事故」の定義には、被害者本人の不注意による自損事故や、防ぐことが困難な事故が含まれていることに注意が必要です。必ずしも全ての「介護事故」について施設側に過誤・過失があるわけではありませんが、起きてしまったあるいは起こりえる介護事故情報に基づいてケアの質を向上させていこうとする過程を重視する立場に立てば、各施設は、利用者が被る可能性のあるリスクについて事前に十分把握しておく必要があります。この観点から、本ガイドラインでは、施設側の過失の有無にかかわらず「利用者に被害があつたかどうか」という視点で「介護事故」かどうかを判断する、利用者側に立った定義を用いることとしました。なお、本ガイドラインでは、施設内の報告制度においてもこのような定義を用いることを前提としています。

<sup>2</sup> 施設における事故やヒヤリ・ハットは、必ずしも介護行為に伴って発生するものではなく、転倒、転落のように職員の目の届かない場所で発生することが多くあります。医療行為の過程で行方の主体が「ヒヤリ」としたり「ハット」としたりすることを報告する医療分野の「ヒヤリ・ハット」と、介護の「ヒヤリ・ハット」の異なる部分と言えます。

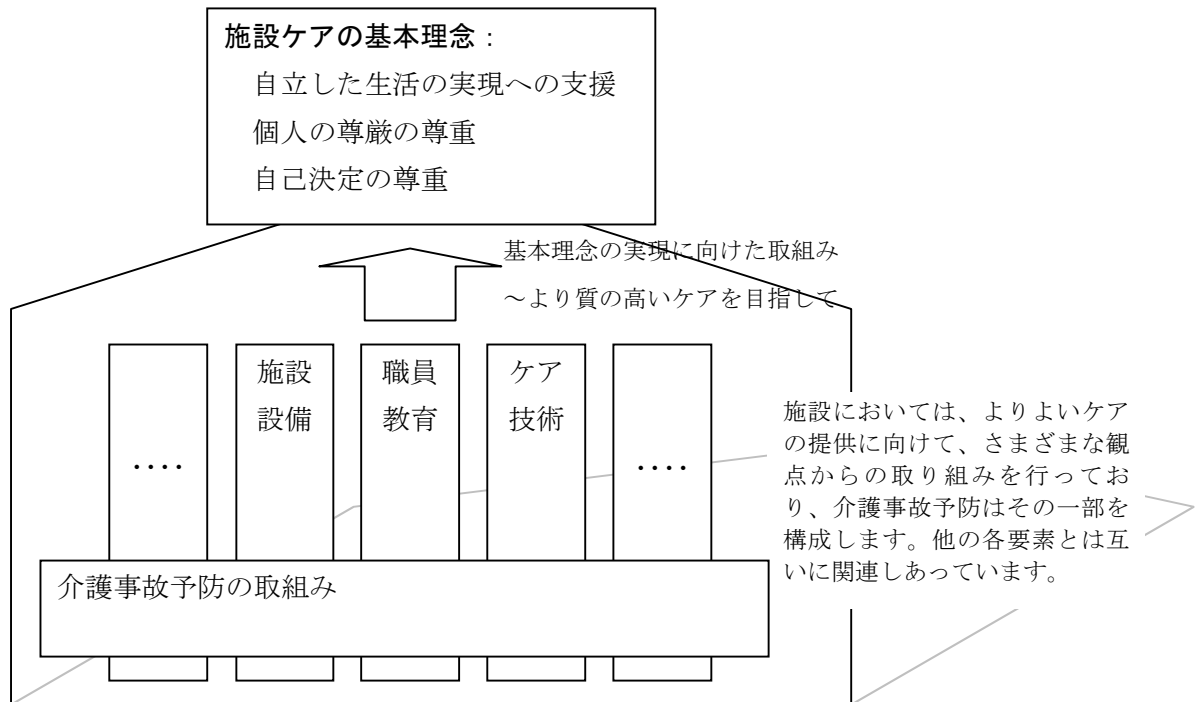
# 1 介護事故予防体制構築のための理念・考え方

## 1) 特別養護老人ホームにおける介護事故予防の取組みの基本的考え方

### (1) 質改善を志向した介護事故予防

介護の基本理念は「自立支援」「尊厳の尊重」「自己決定の尊重」と言われます。施設ケアにおいても、利用者一人ひとりに対して、この基本理念を実現し、よりよいケアを提供するため、さまざまな観点からの取り組みが日々行われることが望まれます。介護事故予防のためには、「施設設備」、「職員教育」、「具体的なケア技術」などの面でそれぞれ行うべきことがあり、同時にそれらを日々実施することはケアの質を担保するために必要な取り組みであると考えられます。すなわち、施設における介護事故予防の取組みは、ケアの質の改善を実現するためのしくみとして位置づけることができます。

図表 1 施設ケアにおける介護事故予防



特別養護老人ホーム等施設における介護事故予防の取組みは、それ単独で実施するのではなく、施設全体のマネジメントの一要素として推進することが肝要です。介護事故予防の取組みの中には報告のしくみづくりや委員会の開催といった介護事故予防に直接関連する体制づくりばかりでなく、体系的な職員教育、人事査定・評価、労務管理、設備投資などといったことも密接に関連するため、組織全体を意識したバランスの取れた視点が欠かせません。介護事故予防はそれ自体が目的ではなく、施設におけるリスクマネジメントの取組みを通じて、利用者・家族への質の高いサービスを提供することを目指したものとと言えます。

## (2) 介護事故の特性と対応

特別養護老人ホームは、介護を必要とする高齢者が1日1日を自分らしく過ごしている「生活の場」です。高齢者の自立した生活を支えるという観点からは、事故を防止するために日常の行動を過度に抑制したり制限したりするといったことは望ましいものではありません。身体拘束も同様に、個人の尊厳を尊重するという基本理念の観点から、行わないことが原則です。

例えば、高齢者の多くは身体的機能および認知的機能の低下が進み、危機回避のための（反射）行動も低下するため、住み慣れた自宅における日常生活の中であっても、転倒等のリスクが高くなります。高齢者の暮らしそのものが元来このようなリスクを有したものです。高齢者の生活の場である特養において、全ての事故発生ゼロを理念的な目標にすることは可能でしょうが、利用者の心身の状況に照らせば、生活に伴う事故まで含めてゼロとすることは現実的ではありません。

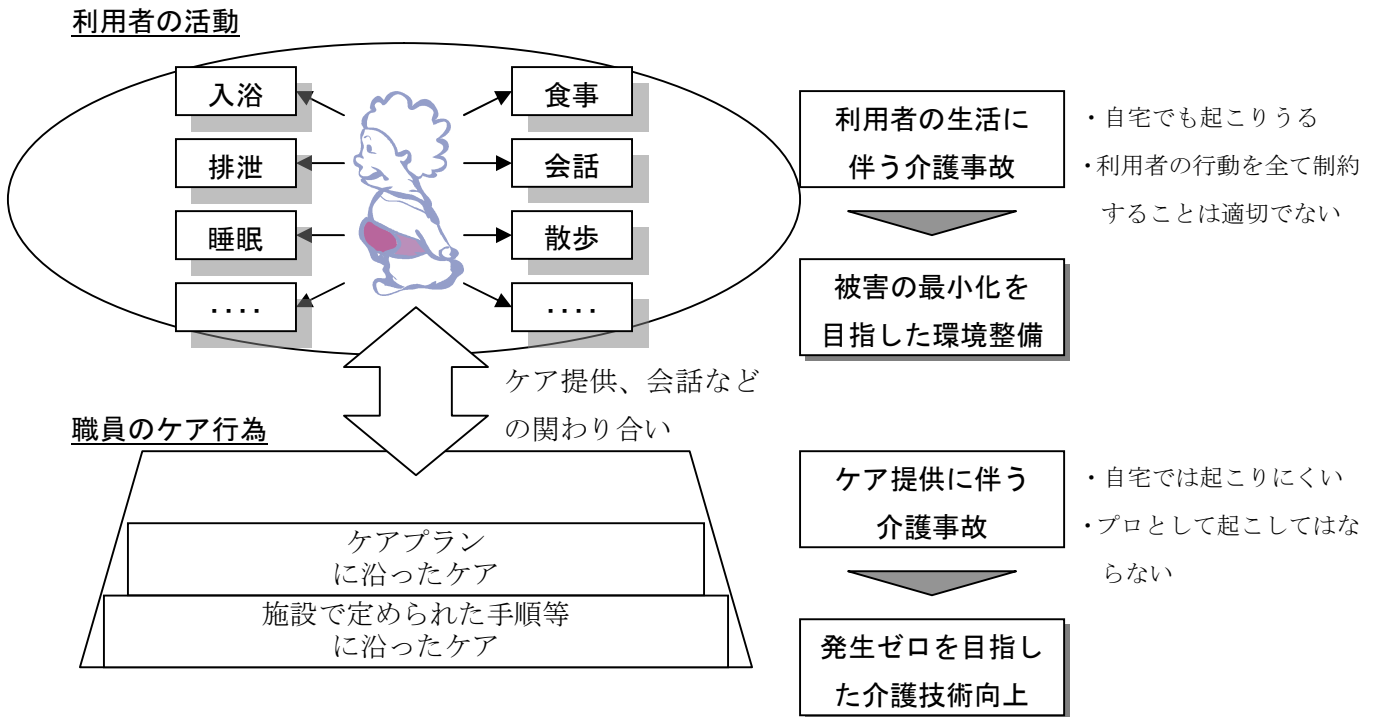
一方、職員によるケアの提供に伴う介護事故については、ケアの専門家として発生させてはならない事故であると言えます。これらに対しては、施設・設備面の改善、手順の見直し、ケア技術の向上といった方策により、根絶を目指した努力を続けていくべきでしょう。

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

施設側は、高齢者への個別ケアを実施したり生活支援をしたりする際に、あらかじめその人が持つリスクを予見し必要な対策を講じ、それについて利用者・家族に対して十分な説明を行うことが必要です。利用者・家族はそのリスクと対策について理解・納得した上で、予想される範囲のリスクを受け入れて入所を決めるかどうかの選択をすることになります。例えば、経管栄養用のチューブの自己抜去を予防するために身体拘束している高齢者に対し、施設として経口摂取を再度試みるという方針を決定したら、そのことを本人・家族に説明しましょう。その際には、経口摂取を行うと誤嚥が発生する可能性があること、さらには肺炎などにつながるリスクもあることを事前に十分に説明します。もちろん、このことは施設側の責任逃れを意味するものではありません。誤嚥が起こっても吸引を行うことや、そのための教育訓練を定期的に職員が受けていることなども合わせて説明することが必要でしょう。

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

図表 2 介護事故の特性



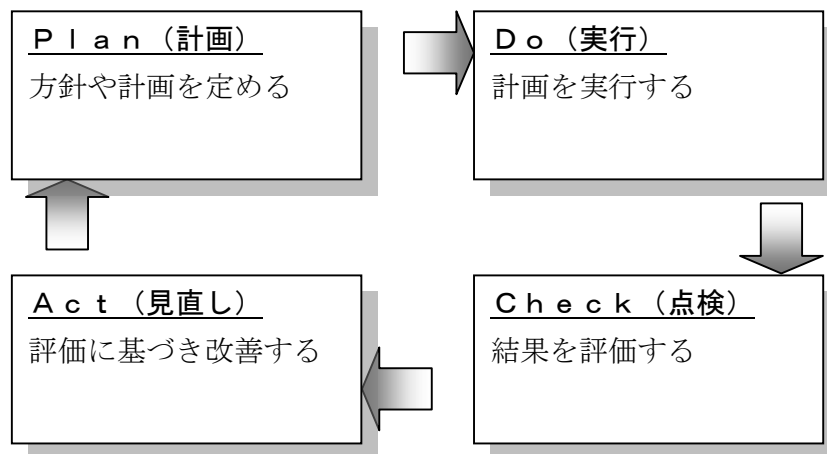
### (3)「自ら学び改善する組織」を目指して

以上のような基本的な考え方を前提とした場合、これからの特別養護老人ホームが介護事故の予防の観点で目指すべき、理想的でかつ実現性のある姿とはどのようなものでしょうか。

本ガイドラインでは、よりよいサービスを継続的に提供するための組織として構築するために特養が目指すべき理想像を、「自ら学び改善する組織」としました。現在ある状態で満足するのではなく、単調な繰り返しになりがちな日々の通常業務においても、個々の職員が学習のきっかけとなる事象を集約し、そこから改善のための気づきを得て学習・成長につなげていくという「自律性」や「継続性」を重視した考え方に基づいています。また、本来、学習するきっかけやヒントになる事象は、通常業務の中に豊富にあり、現場にこそ解決策のヒントが多数あるはずという考え方に基づいています。

自ら学び改善する組織を志向する施設の運営管理においては、計画（Plan）、実行（Do）、点検（Check）、見直し（Act）というPDCAの考え方に則ったサイクル<sup>3</sup>により、継続的に改善していく仕組みが有効です。このようなプロセスを施設内に構築し、このプロセスを繰り返すことが、施設における介護事故防止策、ひいてはケアの質の向上につながります。

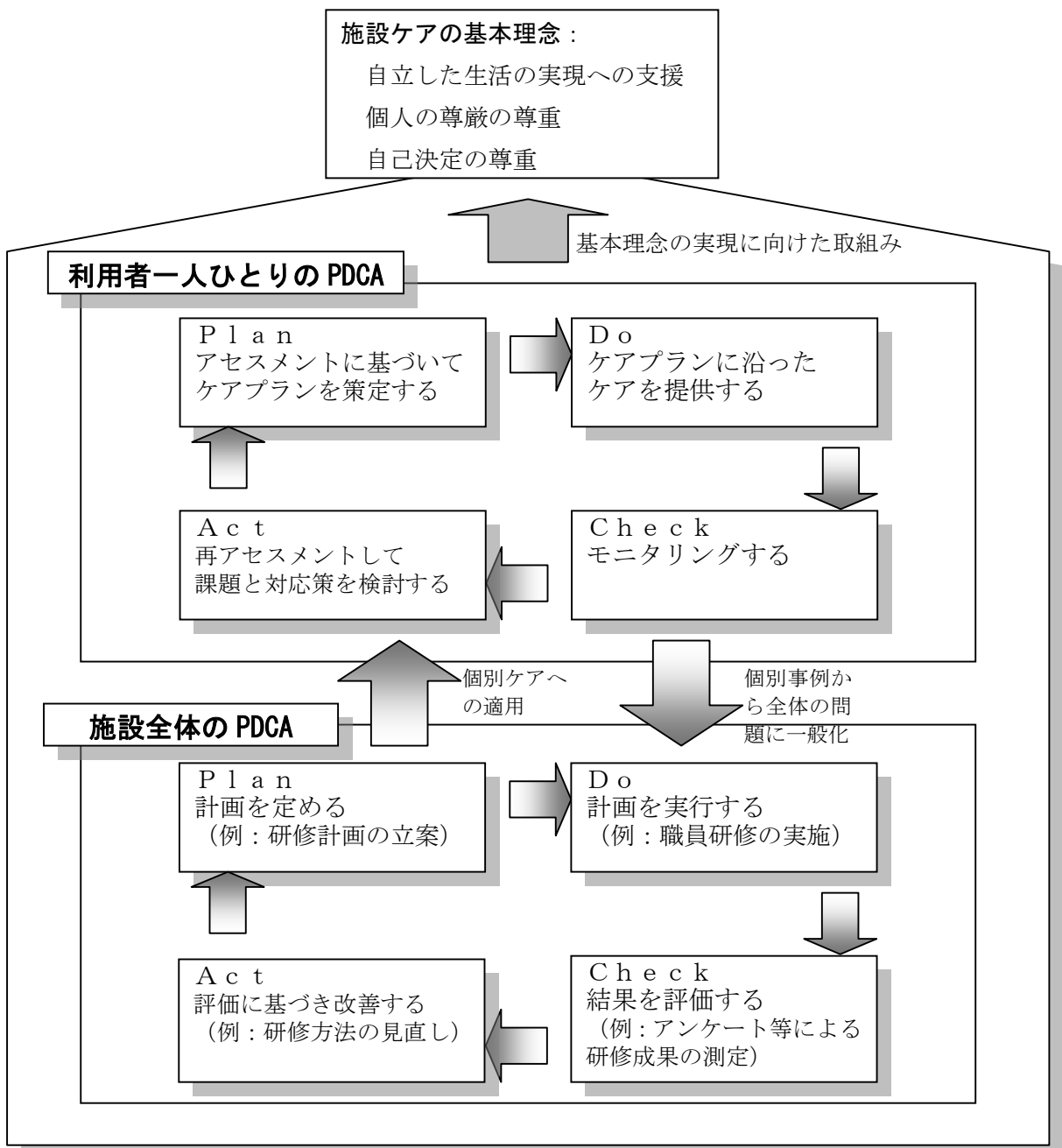
図表 3 PDCA概念図



<sup>3</sup>PDCAとは、Plan（計画）－Do（実行）－Check（点検）－Act（見直し）の循環的改善プロセスを指し、ISO9000などの品質管理の考え方にも広く取り入れられています。

特養におけるケアの改善プロセスは、施設全体のPDCAサイクルと利用者個人についてのPDCAサイクルが車の両輪のように並行して進み、それを通じて施設ケアの基本理念が実現されることとなります。本章の2)、3)では、施設レベルの取り組みと、利用者個人レベルの取り組みについて述べます。また、第2章では、「自ら学習し改善する組織」を実現するために、組織の発達段階と各段階に必要な事項・留意点について解説します。

図表 4 施設レベル及び利用者レベルのPDCA サイクル



#### (4) 認知症のある利用者と介護事故予防

特養に入所している高齢者の8割が認知症を有するとも言われますが、いまだに認知症があることを事故の原因や安全を脅かす要因としてとらえ、本人への説明や同意もなく、事故が起きないように日常的に身体拘束をしている施設も見うけられます。

認知能力や理解力が低下しているために、同じ行為による事故を繰り返したり、注意事項を守らずに事故を起こしたりしているからといって、認知症を事故の直接的な原因と考えるのは適切ではありません。認知症のある利用者は、その疾病の特性に伴うリスクを持っていることにはなりますが、そのリスクに対して、認知症の特徴を理解したアセスメントを行い、身体拘束以外の適切な対策を講じることがまずは必要でしょう。近年、認知症の方々への理解が少しずつ深まり、その対応策等も研究され、適切な介護に関する多くの取組みが報告されています。それゆえ、施設職員は、介護ケアの専門職として、認知症の特性を正しく理解し、適切な対応が行えるよう自己研鑽に努めることが望まれます。

また、施設職員は専門的な立場から助言・情報提供し、それを基に最終的には利用者自身あるいは家族が自分や身内の生活のあり方を決定する際の支援を行います。認知症の方に対しても、その人なりに理解できる手段や方法をみつけて説明する必要があります。さらに、成年後見人制度なども活用しながら、介護の専門職として利用者の権利や尊厳を守るよう十分配慮して業務に取り組みましょう。

#### (5) 身体拘束と介護事故予防

身体拘束は個人の尊厳を侵害する行為です。また、拘束することで精神的なストレスを助長し、無理な乗り越え、立ち上がりを誘発し、かえって転倒・転落に結びつくとも言われ、介護事故予防の根本的解決には結びつきません。そのため、利用者の尊厳の尊重や自立支援を基本理念とする特養の介護においては、身体拘束は行わないことが原則です。

また、時には、認知症介護の適切な対応を理解していない家族から、身体拘束をするように依頼されることもあります。家族は認知症に対する戸惑いや諦めと、一方で「お世話になっている」「これからも長く特養を利用する」という遠慮や「施設から退所をするようにいわれたら困ってしまう」という施設に対して弱い立場にあることから、問題を起こさないようにという考えを持っている場合があります。こういった場合、介護に当たる専門職として、家族にも正しい認知症理解を促すと共に、身体拘束をされている身内を見る家族の辛さを理解して、家族に対して施設側から十分な説明を行うことが必要です。特に、日常生活支援において認知症の方の不安や戸惑いに配慮し、家庭的な雰囲気やなじみの関係の中でその人のペースに合わせた接し方をすると、認知症の方でも落ちついた表情をみせ、いわゆる「問題行動」と呼ばれる行為は少なくなると言われます。認知症を理由にした身体拘束は、認知症の人が多く利用する施設の専門性にかかわるばかりでなく、職員の専門性の不十分さに起因する日常のケアに問題があると考えする必要があります。

## 2) 施設全体の介護事故予防

### (1) 施設レベルでの PDCA サイクルの構築

エラーはそれを起こした職員個人の責任ですが、それを防止するのは組織の責任です。事故の原因が施設面や職員の側にある場合は、他の利用者も同様の不都合を被る可能性があるため、組織として施設改修やケア手順の見直しなどの対策を講じる必要があります。この場合、前述のPDCAサイクルが有効です。

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

他方、組織的な介護事故予防の取組みを推進するために、現在の施設が抱えるリスクに関する情報を一元的に集約して分析する必要があります。そのため、施設管理者には情報収集のための効果的な方法を整備することが求められます。職員のみなさんは、積極的に自分が発見した事象(自分が起こした事象とは限りません)を報告するよう心がけましょう。また、施設内の介護事故やヒヤリ・ハットだけでなく、他の施設において発生した事例を参考に自分たちの施設の方法の改善を図る視点も重要といえます。

収集された施設全体の情報は、安全管理委員会や処遇委員会、標準化委員会といった場で集約、分析評価を行います。この際に検討される対応策・改善策は、誰がやっても同じようにできる方法でなければなりません。対応策、改善策は職員に周知徹底し、対応策導入による改善の効果についても委員会において検証を行うことが望ましいでしょう。

なお、報告制度や意見箱を形式的に整備するだけでは、十分に機能しないケースが多いようです。情報のルートをどのように設定すべきか、報告を活性化させるにはどのようにしたらよいかといった運用上の工夫については後述します。

## (2) 利用者個人レベルでのPDCAサイクルの実施

利用者が持つ個別のリスク評価を行ったら、その利用者のケアプランにリスク対策を反映させる必要があります。個別プランに沿って提供されるケアを実施することがうまくいかず、介護の手間を増やすだけであったり、利用者の生活の支障になったり、介護事故やヒヤリ・ハットの発生があれば、その原因を明らかにし、必要に応じて再アセスメントしプランを見直すこととなります。これが、利用者個人レベルでのPDCAサイクルです。

利用者個々に対して個別のケアプランを作成し、リスク評価や再評価をすることは、職員の負担と感ずるかもしれません。しかし、個を考えることにより、多数に共通するリスクが浮き彫りになることも多くあります。その意味で、リスク評価に関しては、アセスメントツールなど、問題が浮き彫りにできる様式を使用することも有効です。なお、予想されるリスクへの「備え」としての対応策は、個別に日常ケアに盛り込む必要があります。ケアプラン立案→周知→実行→評価・修正の全プロセスにおいて、職種を問わず関係する職員全員が利用者の情報を共有しておく必要があります。

## (3) 居心地の良さと環境整備

リスク予防策やリスク対策はケアの内容や手順に限ったことではありません。個人のリスクを評価していくことが、施設・設備などの普遍的なリスクを評価することにつながる場合があります。転倒を予防するための床材の見直しといった環境の整備についても十分考慮しましょう。なお、転倒予防のためだからといって、居室や廊下から危険なものを全て排除してしまうという考え方は適切ではありません。何もない廊下は学校などの施設を連想させ、特に認知症の入居者には生活の場ということを感じにくいものになります。生活の場である一般的な家庭は物があふれたり、季節に合わせた飾りがあったりするものです。施設内に物があることはリスクを高める面もありますが、気持ちや和んだり落ち着いたりする面もあるのです。

また、施設の改修などある程度の支出を要する場合には、予想されるリスク（対策を講じなかった場合に必要となると考えられる費用）と予防のために要する費用の費用対効果を検討し、最終的には管理者の責任において判断することとなります。

ただし、実際にはごく少額のコストで改修が可能なことも多くあります。最初からお金がかかるから無理だとあきらめるのではなく、利用者の特性に合わせた創意工夫ができる職員であってほしいものです。

### 3) 特別養護老人ホームに求められる責任

#### (1) 結果の予見可能性と対策の適切性

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

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

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

#### (2) 説明責任

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

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

なお、説明責任とは、施設側が決めた規定等を説明したり文書で示せばいい、というものではありません。特に、施設側の自己防衛的な説明や、責任の所在を転嫁するような説明は本人・家族が望む説明ではありません。重要なのは、利用者・家族が自己判断・選択するのに必要な事実や情報を理解しやすい形で提供し、理解と納得を得られるよう努力することでしょう。

## 4) 利用者・家族の参加

### (1) 家族をケアのパートナーに

利用者・家族からケア内容に対する要望や施設や職員に対する不満を汲み取り、ケアの質の改善に活かすためには、家族をケアのパートナーと位置づけ、リスクに関する情報は全て公開・共有し、ケア方針の意思決定に参画してもらうことが望ましいでしょう。

入所時・契約時には、施設で生活する際のケアの内容をよくイメージできるよう十分な情報提供を行いましょ。また、利用者や家族にもケアプランの立案・見直しに参加してもらうようにしましょ。

特養は、施設の都合に利用者を合わせる場所ではありません。ここでの説明・情報提供も、施設に合わせた生活をしてもらうために本人・家族に施設での決められた生活を送るよう説得するためのものではなく、利用者の特性や利用者が望む生活を理解した上で、特養においてどのように過ごしたいか、過ごさせたいかを一緒に考え、決めていくために行います。その際には、利用者だけでなく家族にもケアの選択・判断に参画してもらうとよいでしょう。

普段から、利用者・家族との関係を良好に保ち、信頼関係が構築されていること、オープンなコミュニケーションが行われていることが重要です。要望・意見・苦情はいつでも歓迎するという姿勢やメッセージを利用者・家族に明確に伝えるとともに、職員からも施設の状況や利用者の状況について情報提供する必要があります。

なお、中には施設からの連絡を負担に感じる家族もいるかもしれません。施設からの連絡方法等についても事前の説明と理解が必要でしょう。

施設と家族との関係はその密接さの度合いから見ると、大きくは「事後対応型」「意見聴取型」「家族参加型」の3つに区分できそうです。

「事後対応型」では、入所時に施設のケア方針やケア内容を理解してもらった上で、何かあった場合には家族に連絡をしているという関係を指します。「意見聴取型」は、家族の声もケアの改善のための貴重な材料と考え、職員側から意見を聞く機会を積極的に設けているような関係を、「家族参加型」は、家族と情報を十分に共有するだけでなく、家族がケアの意思決定に参加し、ケアのパートナーとして協力しあう関係になっている状態を指します。

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

## 2 事故予防のための体制整備のあり方

### 1) 施設管理者のリーダーシップと職員の自律性

介護事故予防のための体制の整備や尊厳ある生活を支える意識の醸成には、施設管理者のリーダーシップが不可欠です。一方、現場でケアを提供する職員一人ひとりの意識が高まらなければ計画や対策の実効性は担保されません。

施設管理者は理念や方針を決め、体制を整備し、可能な範囲で必要な権限を現場に委譲します。また必要な予算を確保します。小さなヒヤリ・ハット報告であってもそれが重大な事故に結びつくと考えられる場合には、管理者は職員全体に適切な指導を行う必要があります。また、要する費用と得られる効果を勘案して必要な対策を講じるなど適切な意思決定を行います。多少のコストをかけても建物を改修したり、利用者の要介護度や徘徊などの状況によっては夜間の人員を厚く配置するといった判断も必要になるでしょう。職員が安心して働くことができる環境を整備することは施設管理者としての責務でもあり、リスク感性やバランス感覚が問われるところです。職員からの工夫や提案がきちんと評価されたり、職員自身が尊重されているという感覚をもつことが、利用者の尊厳ある生活を支えるケアを実現することにつながります。

その上で、職員は、事故防止を考慮した手順を守ってケアを提供したり、ヒヤリ・ハット報告などの施設内の事故防止に関する仕組みに積極的に参加したりします。また、施設内の職員研修などで自らの知識・技術を高め、日々の業務を通じて気づいた改善すべき点等は積極的に提案します。

施設における介護事故予防の組織体制作りには、施設の成熟度が影響すると考えられます。取組みの初期段階など体制づくりの土台がない場合は、トップダウンの方法が有効な場合があります。一方、体制づくりの時期を経て介護事故予防のためのしくみが職員の中に根付いた段階では、利用者が安心して過ごせるよう職員一人ひとりが自らの役割を意識した行動を取り、現場からの改善提案をベースとしたボトムアップ型の質改善システムが機能するようになります。

いずれの場合でも、上層部の方針や意向を適切に現場に周知したり、現場の意向やアイデアをうまく吸い上げて組織として活用したりするためには、上層部と現場職員のパイプ役となるフロアリーダーやユニットリーダーなど中間層の果たす役割が非常に重要です<sup>4</sup>。

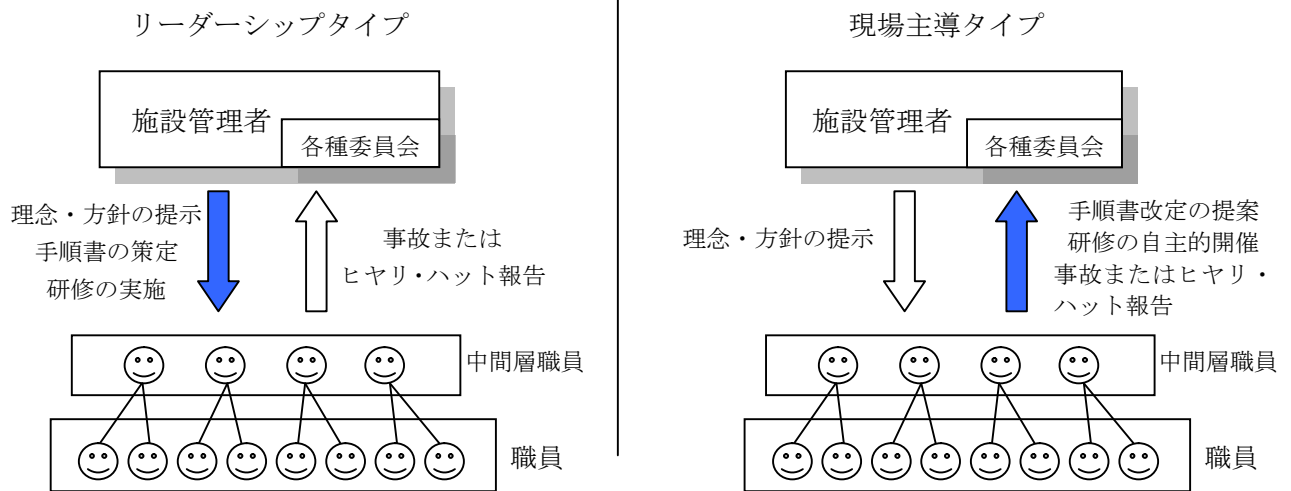
---

<sup>4</sup>現場の職員は交代制勤務のため、事故防止の取り組みや注意事項などを浸透させたり、全員で意見交換をする時間をとることが難しい面があるため、中間層であるフロアリーダーの役割の1つとして、効果的なミーティングを行うことが期待されます。具体的には、

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

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

図表 5 施設のタイプによるトップダウンとボトムアップの機能



## 2) 報告制度

### (1) 報告制度の意義

#### a) 情報収集の一環としての報告制度

不幸にして起きてしまった介護事故は、そこから学んだ教訓を活かし、同じことが二度と起こらないよう対策を講じるべきです。また、実際には事故に至らなかった「ヒヤリ・ハット」も、事故予防を実現するための貴重な情報として考えることができます。つまり、介護事故やヒヤリ・ハットの情報は、施設のケアの質向上を目的とした、施設内の貴重な教訓を情報収集するための方法と位置づけることが重要です。発生した事故の被害の大小は偶然によって決まる面もあります。小さな事故を大切にして、ヒヤリ・ハットを重視することは事故の再発防止に極めて重要であるといえます。

ヒヤリ・ハットや介護事故の情報を収集するには、施設内に監視カメラをつけて、すべての場面を見ていなければならないでしょうか。安全を提供する意味で監視カメラの設置をしているところもあるようですが、自分が利用者として入所した場合を考えてみてください。四六時中見られている感覚というのは落ち着かない生活です。監視カメラがあるからといって事故を予防できるというわけではありませんし、時には人権侵害の恐れさえあります。

介護事故等を把握し分析するためには、その場面に居合わせた職員からの情報提供が欠かせません。それは、事故を引き起こした職員とは限りません。例えば、利用者が転倒している状況を最初に発見した職員が報告する場合があります。重要なのは、どのような状況で何が起きたのかという事実関係をまず把握することです。そのため、報告制度において重要なことは、事実をありのままに報告してもらうことです。責任追及が目的ではないという基本原則を周知徹底し、嘘をつかず、推測を交えず事実を正確に報告してもらうことが大切です。このように、情報収集のための報告制度は、施設内で発生している事故や潜在的リスクの状況を把握するための主要な手段であり、各施設において必ず整備されている必要があります。

また、報告制度が浸透すると利用者をよく観察する習慣が職員に身につくことにつながり、ケアの質が担保されることにもなるでしょう。例えば、移乗動作後の利用者の皮下出血や擦過傷の有無、日ごろの歩行動作の癖や特徴など、観察する視点が明確になるとともに、本質的な原因を考えたケア方法の工夫にもつながっていくことでしょう。

介護事故やヒヤリ・ハットは再発防止や改善のための貴重な機会であり、情報を各フロアやユニット内で閉ざすのではなく、施設全体で共有することが施設の成長とよりよいケアの実現につながります。

#### b) 報告の範囲の考え方

施設内に報告制度を構築する主目的は、介護事故予防のための情報を収集し、一元的に分析することで、起こりうる事故を未然に防ぎケアの質を高めることにあると言えます。この観点からは、起こってしまった事故の報告だけでなく、起こる可能性のあった事象に

関する報告（いわゆる「ヒヤリ・ハット報告」）についても同様に収集し分析することが必要です<sup>5</sup>。

本研究で実施した全国の特別養護老人ホームを対象とした調査（平成18年12月実施、回収率46.5%）によると、全国の特別養護老人ホームにおける介護事故の定義（事故とヒヤリ・ハットの区別）は、1)出来事の発生の有無（「転倒の発生」など）、2)利用者にとっての不利益・損害の有無（「利用者に何らかの影響が生じたものは全て事故」など）、3)外傷の有無、4)受診・受療の有無、5)入院の有無、6)責任・過失の有無（「職員の責任が明確であると思われるもの」「同じ利用者の同じヒヤリ・ハットは2回目以降は事故」など）、7)その他に区分されました。ここで、事故＝「医療機関への受診を要した事例」という定義が多く挙げられた背景として、行政への事故報告の基準に合わせていることが推測されます。しかし、施設におけるリスクを把握し評価するという観点から考えれば、施設内の報告事項の基準は行政から求められる報告事項に合わせて作成するのではなく、まずは自分たちの事故予防の取組みに参考になるかどうかという観点から必要な情報を収集するためのしくみを検討するべきです<sup>6</sup>。

## （2）報告制度運用上の工夫

### a) 報告活性化のための工夫

職員が報告することで失敗をとがめられるのではないかと感じたり、書くことを負担に思うと、重要な場面の発見者となっても報告してもらえない可能性があります。そのようなことを避けるため管理者は報告を奨励し、どんなにささいなことでも内容にかかわらず報告したこと自体を評価する姿勢を見せる必要があります。自分たちの報告が実際にケアの改善に役に立ち、利用者の安全が高まったということを職員が実感できると、報告制度に協力する意欲も高まるでしょう。

介護事故の報告をしてもらうことは職員個人を責めるためのものではなく、利用者の今後のケアの向上につなげるためのものであることを職員によく理解してもらうことが重要です。そのためにも、管理者や安全管理担当者は、報告制度から抽出・把握されたリスク要因に対して、誰がやってもミスにつながらない根本的な解決策を提示し、実行する必要があります。

また、報告の負担を軽減するために報告書の書式を簡易なものに工夫したり、「ヒヤリ・ハット大賞」を創設して報告件数の多い職員を表彰するなどして報告を奨励したり、報告件数が多いことを人事考課の評価項目に含めたりしている施設もあります。

---

<sup>5</sup>一般的に、1つの事故の背景には、それまでに事故に至らずに回避された事例が多数あると言われ、事故に至らない事例を分析することで、大きな事故の未然防止につながるものとされています。

<sup>6</sup>例えばある施設では、「あらかじめ施設で定められた手順を守らなかったために発生したもの」を事故、「手順を守った上で発生したもの」はヒヤリ・ハットと区別しています。これは、「受診」や「被害があった」といった「結果」に基づく区分ではなく、どのように発生したかという「プロセス」に基づいた区分であり、プロセスとして誤った方法により発生したものは全て事故として扱い組織として再発予防策を講じるという施設の姿勢が反映されています。

## b) 効果的分析のための工夫

ベッドからの転落事例に対して「観察を頻回に行う」といった解決策ではいつ転倒するか分からない不安は変わらず、限られた人員の制約の下では実効性が低いと言えます。また、仮に人員の厚い配置が可能であったとしても、常に職員がそばにいて見ているという状況は「生活」とは言いにくいでしょう。むしろここでは、より根本的な原因を理解し解決する姿勢が求められています。

根本原因を探る際は、①当事者の責任のみに帰着させるのではなく、敢えて建物の要因、設備・備品の要因、規則・手順書の要因という観点からディスカッションする<sup>7</sup>、②1つの事象について「なぜそうなったか」という問いを繰り返して真の理由まで掘り下げる<sup>8</sup>、などの方法がありますので参考にしてみてください。

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

図表 6 分析された根本的要因と改善の方策

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

## c) 報告制度の発達段階

報告制度については、「報告活性化の段階」、「効果的分析の段階」、「現場による自律的分析の段階」と進んでいくものと言えます。

報告制度ができたばかりの時点では、報告の件数が少なく、担当者はいかに報告してもらうかに腐心します。これが「報告活性化の段階」です。

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

ほんの小さなこともふくめて有効な報告が挙げられ、それらを元に適切な対策を講じるというサイクルが回るようになると、普段の業務におけるリスクが管理されている状態と考えることができます。さらに、中央で一元的に対策を検討するだけでなく、フロアごとなど各部門で自律的に分析が行われ必要な対策が講じられるようになると「自立的分析の段階」であり、「自ら学習し改善する組織」が実現されていると考えることができます。

<sup>7</sup> SHELや4M4Eと言われる方法論も概ねこの考え方に近いものと言えます。

<sup>8</sup> 根本原因分析と言われる方法論も概ねこの考え方に近いものと言えます。

### 3) 介護事故発生予防のための委員会

#### (1) 委員会の意義

安全のための委員会は、施設における安全・事故予防のための意思決定機関であり、報告制度等を通じて収集された情報を基に、施設のリスク状況を把握分析し、必要な対策について機関決定するためのしくみです。そのため、各施設において必ず整備されている必要があります。

#### (2) 委員会運用上の工夫

##### a) 委員会の果たすべき機能

委員会が果たすべき機能としては以下のようなものが考えられます。これらは委員会設置規定として文書化しておくとし施設内で必要なときに必要な行動がとりやすくなるでしょう。

##### 1) 情報を集約し、分析する

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

##### 2) 収集した情報に基づいて対策を検討し決定する

情報を分析して施設の抱えるリスクを適切に評価したら、リスク回避または低減のための対策を検討し、組織として決定します（施設によっては、委員会から経営会議などの上部の組織へ提案し承認を受ける場合もあります）。

施設全体の横断的視点で対策を立案するために、委員会メンバーは施設内の各部門、フロアからの代表者で構成されていることが望ましいと言えます。また、機関決定のための権限を与えられていることが必要になります。

##### 3) 対策を周知する

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

##### 4) 対策の効果を検証する

講じた対策が有効に機能しているかどうかは、一定期間経過後に必ず評価します。対策を講じたにもかかわらず効果が見られない場合は、再度分析を行い、より適切な対策を検討します。なお、有効と思われる対策であっても現場の職員に徹底されない場合には、その対策の実効性についても再度検討した方がよいかもしれません。

##### b) 権限、メンバー

必要な意思決定が迅速に行えるよう、また決定事項を施設内に周知徹底できるよう、委員会のメンバーには施設長をはじめとして、各部門のリーダーが含まれていることが望ましいです。もしくは、経営会議のような施設全体の意思決定機関から権限委譲を受けて中

間管理職がメンバーとなる形でもよいでしょう。

また、必要な決定権限が委譲されている必要があります。

委員会の事務局機能の役割を果たす者として、「専任の安全対策を担当する者」を定めておく必要があります。この担当者には、ヒヤリ・ハット等のリスク情報を把握した後にケアの専門家としての観点から分析し、制約条件を踏まえて現実的な対応策を検討する能力や、専門家として利用者・家族へ状況を的確に伝達できる能力が求められます。

## 4) 指針・業務手順書の整備

### (1) 指針・業務手順書の意義

介護におけるケアの手順や方法は、これまで十分に標準化されてきたとは言えず、職員一人ひとりが経験を通じて獲得した貴重な知見は、文書など明確に次につながる形で蓄積されてきたわけではありませんでした。そのため、人によってケアの方法論が異なったり、自分の現在のやり方を確認したくてもそれが正しいかどうかを確認したりすることができない状況にあります。

施設において行われるケアの最低限必要な事項については、誰が行っても同じ内容・同じ方法で行われケアの目的が達成される必要があります。そのようなケアを実現するために、ケアの方法を各施設で標準化し、職員皆が守るべき手順書として整備しておくことが大変有効です。

介護サービスは個別性が強い面もありますが、「結果の予見性」と「対策の適切性」の観点から、手順書には、ケア実施の際に最低限守らなければならないことをまとめます。これは業務内容の妥当性を職員に示し自信を持って業務を行ってもらうことになり、同時に、ケアの質を標準化して利用者を守ることにもなります。そして、事故が発生した場合にケア実施をした職員の行為を保証し、施設として職員個人を守ることにもつながります。

業務手順書には原則として必ず全員が守らなければならないことが記載されている必要があります。その一方で、個別ケースごとに必要な事項や必須ではないが留意すべき事項は、ケア提供の上で重要なものではあっても標準化にはなじまない面もあり、これら全てを手順書に細かく書き込むことまでは必ずしも適切ではないでしょう。最低限必要なことは何か、について施設として判断することが求められます。

### (2) 指針・業務手順書の運用上の工夫

標準化された手順を基に、個別の利用者ごとに必要な事項についてはケアプランに反映し、職員間で共有します。そのような個別ケースごとに必要なケアの内容については職員の経験や感性によっても異なり、職員一人ひとりが業務において「気づき」を高められるよう取り組む必要があります。

なお、業務手順書は作成するだけでなく、全職員が手順書に従って業務を遂行し、適切に見直しを行うことが大変重要です。手順書の内容は、機会を見つけて繰り返し周知・確認しましょう。また、改定のための手続きや責任者を明確化し、継続的に見直しを行うよう心がけましょう。ヒヤリ・ハットや事故報告があった場合には、手順書に不足がないかどうかの検証を行うようにしましょう。

## 5) 研修

### (1) 安全のための研修の意義

業務手順書を整備したらそれを実際に運用してもらう必要があります。業務手順書を作成するよりも、手順書どおりにケアを行うことをいかに浸透させるかという点がより困難であり重要であります。研修はそのための効果的な取組みです。

また、介護事故予防に限らず、職員一人ひとりのケア技術の向上は、施設のケアの質向上に不可欠であり、職員の主体的な学習を動機付けるしくみも必要です。

### (2) 研修運用上の工夫

研修は1回で全員に全てを理解してもらえとは限りません。何度でも同じことを繰り返し伝えることが必要です。また、一度の研修であれもこれもと内容を詰め込みすぎると教育の効果は半減します。テーマを絞った研修を行うとよいでしょう。

研修受講のモチベーションや受講後のコンプライアンスを高めるために、手順書の意義や必要性についてもよく理解してもらう必要があります。

施設内の研究会など自分たちだけで改善しようとしてどうしても改善できない場合には、外部研修を活用することも有効です。施設外部の情報に触れたり、工夫を入手したりするというばかりでなく、外部とのネットワークを構築し、一般的水準に比較して自施設を評価することも可能となるからです。

職員自らが、自分の年間の研修計画を立て、スキルアップのモチベーションを高める工夫を行っている施設や、研修後の行動計画を策定し研修した内容を業務に反映させている施設もあります。

#### a) 特に求められる知識・技術

これからの特別養護老人ホーム職員は、認知症の介護に関する知識・技術を一層高める必要があります。介護のプロとして認知症に関するスキルを高めるよう心がけましょう。

また、特養においては夜間やショートステイについて特に介護事故予防上の課題が指摘されています。これらのテーマについての研修や勉強会を開催することを検討するとよいでしょう。

#### b) 研修に関する発達段階

研修に関しては、「基本の周知」、「意識変革」、「自立的取組み」と区分することができます。

施設において介護事故予防を行うために、最低限知っておかなければならない知識・技術があります。「基本の周知」の段階では、介護事故予防のための基本理念や、施設内の体制、現在までの取り組み状況、事故報告やヒヤリ・ハット報告の書式及び記入方法といった施設内のしくみを習得します。これに加え、緊急時対応の方法など必ず知っておくべき知識が全職員に周知される必要があります。

「意識変革」の段階では、業務手順書に定められた安全で正確なケアの手順等を習得します。業務手順書は継続的に改善されるため、それに合わせて全員が最新の業務手順書を習得するよう繰り返し実施する必要があります。また、事故またはヒヤリ・ハット報告で収集された事例の報告や、それに基づいた対応策についても周知します。この段階では、個々の手順や対応策を学ぶことはもちろんですが、重要なのはそれら手順の習得等を通じて、介護事故予防やケアの質向上に関する意識を醸成することです。いわゆる「安全文化の醸成」がこの段階の大きな目標になります。

ケアの手順やしくみの改善、安全文化の醸成といったテーマは、「これで完成」ということがなく、組織にとっての永遠の課題と言えます。その意味では「意識変革」の段階は終わりが無いとも言えますが、「意識変革」が進展すると、トップの決めた研修だけでなくユニットごと、フロアごとなどで自主的な勉強会が開かれるようになります。これが、「自律的取組み」の段階です。トップダウン型の研修から、ボトムアップ型の研修に移行したことになり、業務上の問題点や改善提案のアイデアが現場から継続的に産み出される組織ができていると言えるでしょう。

## 6) 介護事故発生時の家族への対応

### (1) 介護事故発生時における留意点

介護事故発生時には、まず発生前後の事実関係を当事者の家族に正確かつ迅速に説明することが重要です。事故の内容にもよりますが、事故対応そのものが適切に行われたかどうか家族からの信頼関係に大きく影響する面もあります。その意味でも十分な説明を尽くす必要があります。いざと言うときにすぐ対応できるよう、とるべき対応方法を明文化し、またどのような内容については、誰にどのようなタイミングで知らせるか、という取り決めも定めておくとい良いでしょう。

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

利用者・家族に対しては、なによりも誠実な対応が重要です。求められた情報は可能な限り開示し、絶対に嘘をついてはいけません。一度不信感が芽生えると関係改善は困難です。そのため、対応者や窓口を1つにして情報が混乱しないようにする配慮も必要です。

また、事故情報は職員にも情報開示します。当事者の家族から質問された場合に各職員が、推測でない正しい情報を説明できる必要があります。当事者以外の家族からの問い合わせもあるかもしれませんが、そのような場合の対応にあたっては、誠実さとともに利用者のプライバシーへの配慮が求められます。

情報開示の際には、介護サービスに関する法令上の規定や契約にもあるように、当事者のプライバシーに十分配慮することが必要です。当事者家族に対してであっても、開示すべきでない場合もあります。

### (2) 事故を起こした職員への対応

事故発生後は、事故原因を明らかにし、必要な対策をとり、職員は事故発生時に適切な対応をとることが求められます。しかし、一方で、事故に関与した職員は動揺し、また事故を起こした責任から、職務が継続できなくなる場合があります。悪意を持って行ったことでなければ、共に働く同僚として、好意と友情を持ち当事者となった職員を支えることにも配慮することが求められます。必要に応じて、職場に戻る前に、再教育や研修などを実施することも検討します。

なお、決して起こしてはならないミスを起こした場合には、施設はもちろん、当該職員も介護の専門家としてその責任を問われることがあります。そういったことがないよう、施設としては教育制度を充実させるとともに、職員一人ひとりが専門家として日ごろからの自己研鑽に努めることも重要です。

### (3) 医療機関との関係

利用者は心身が衰えていることが通例ですので、職員の判断で決めかねる事態が利用者に発生した時は直ちに看護師や医療機関に連絡し、搬送する責任が職員にはあります。そ

して、その上でその状況を家族へ連絡します。医療機関へ搬送する職員と家族へ連絡する職員は担当を分担するなどして、直ちに医療機関での治療が行えるような対応・体制を講じることが重要です。

## 7) その他

### (1) 入所時・契約時の対応と留意点

利用者及び家族は、施設には介護の専門家がいて絶対に安全で安心だと考えていたり、入所に至る過程で大変な苦勞をしてきたために預かってくれさえすれば何も望まないと考えていたり様々です。どのような経過をたどって現在があるのかを把握した上で、施設の提供するサービスの内容や職員体制、認知症の入所者が多い施設であることなどを踏まえ、事故はある意味では避けられないことを率直に話すことも必要です。もちろん、前述のとおりこのことが施設の責任逃れの方便として使われることがあってはなりません。施設としてリスクを予見し最大限の対策を講じておくことが前提となります。

契約時には、商品である施設サービスの内容をよく見て、サービスを受けることでどのような生活が実現するか十分理解してもらったうえで選択してもらうことが必要です。施設側は入所後の生活がイメージできるように利用者・家族に対して具体的に情報を提供します。入所希望者や家族には、施設のビデオやパンフレットはもちろん、施設の介護の様子などについて実地に見学してもらうことも必要と言えます。

ここでのポイントは、特養は本人の意思を尊重する場所であり、監視の場ではなく「生活の場」であることを家族に理解していただくことでしょうか。そして、入所後も日ごろから、利用者がどのように過ごされているのかを連絡し、職員が把握している利用者に関わるリスクを伝えることなどにより、職員とともに日々のケアに理解・参加してもらうことです。

### (2) 十分な引継ぎ

特養は24時間介護で職員の交代があるため、午前と午後、夕方から夜、明け方から午前などの引継ぎの際に、ヒヤリ・ハットの事例や前述した転倒・転落、誤嚥、誤薬などの事例のうち、経過観察を必要とする事例について、職員間で十分に引継ぎをしておきます。引継ぎに当たっては、経過観察の目的（医療を要するかどうかの判断のため、または再発防止策検討のため）に即して、どのような項目をいつまでの期間観察するかをあらかじめ明確にした上で引継ぐようにします。また、利用者本人の見守り、バイタルチェック、緊急時の医師への連絡方法などのチェックポイントについても再確認しておきましょう。

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

### (3) ショートステイ利用者のリスク管理

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

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

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

1) 1日を自宅のどの場所でどのように過ごしているか、利用者本人が移動する際の動線やその際の介助の方法など詳細に把握する。

2) ベッドの高さや幅、ベッドの昇降は右からか左からか、ポータブル便器の位置（トイレの場合はトイレまでの動線）など福祉用具とその使い方を把握する。

また、転倒・転落に関するリスクアセスメントシートを活用することも有効な手段です。

### (4) 家族会の設置

利用者・家族からの意見等を聞き取るために、家族会などを活用することは有効です。一人では言い出せないことも、集団になると言いやすくなる面があります。

家族会では、利用者の生活をよりよくするために家族と施設が協働する体制をつくるのが重要です。家族会を施設側から一方的に招集するような形で設置するのでは自由に発言しあえる場にはなりにくいため、家族の自主的な活動を施設側が支援する姿勢が必要です。

### (5) 保険への加入

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

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

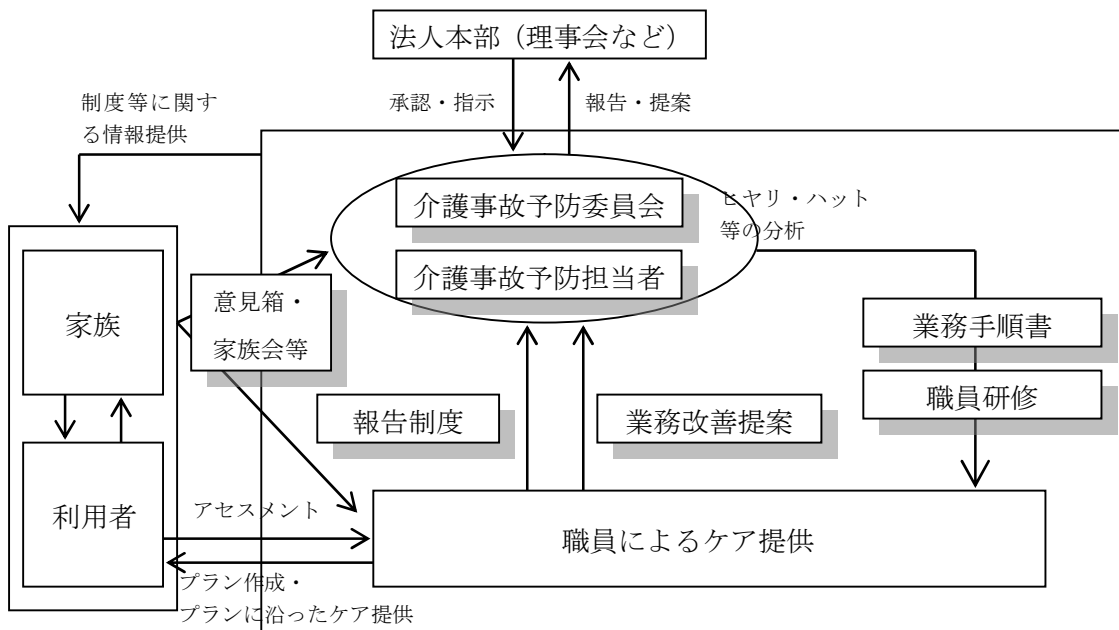
## (6) 理事会との関係

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

一方で、事故のような好ましくないことの報告の場合は特に、法人（理事会等）への報告を躊躇しがちです。事故が発生し被害が拡大してから報告しても、法人として対策を講じることはできません。施設にとって不利益なことほど早めに報告し、日常からリスクの状況について情報を共有しておくことが有効です。

理事会は、通常法律や経営に関して経験を積んだ人がメンバーになっていることが多く、そのため理事会への報告により、職員レベルの判断とは異なる観点からの対応策について助言してもらうことや、大きな予算を投入してリスクを未然に防止するという意思決定が行われることなどが期待されます。

図表 7 特別養護老人ホームにおける介護事故防止体制のイメージ



### 3 事故予防のための手順・介護技術

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

これらの技術は現に特定の施設において一定の効果を挙げている方法で、皆さんの施設においてもそのまま当てはまるとは限りませんが、施設においてよりよい方法を検討する際の参考にさせていただけるものと考えています。

#### (1) 転倒

##### a) 総論

高齢になると、身体的な活動能力、バランス感覚、注意力が衰え、転倒・転落しやすくなります。そのため日ごろから転倒・転落のリスクとなる要因がないか確認しておくことが必要です。まず、靴は足にあっているか、靴底の素材は床材との関係と合っているか、擦り減っていないか。フローリングなどで靴を脱いで生活をする場合は、滑り止めゴム付の靴下や上履きを適切に使用しているか。杖や歩行器、シルバーカーなど身体寸法や身体能力にあったものを使用しているか、使い方は正しいか。床の段差の有無。自力で歩行できる方の場合、移動範囲に伝い歩きできるような家具や手すりなどの配置ができていないかなどです。また、浴室やキッチン周りなど、床が水で濡れやすい場所では利用者の移動時に特に注意すること、廊下や居室などの床が水で濡れたときはすぐにふき取ることを職員間で共通認識し徹底しておくことも必要です。

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

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

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

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

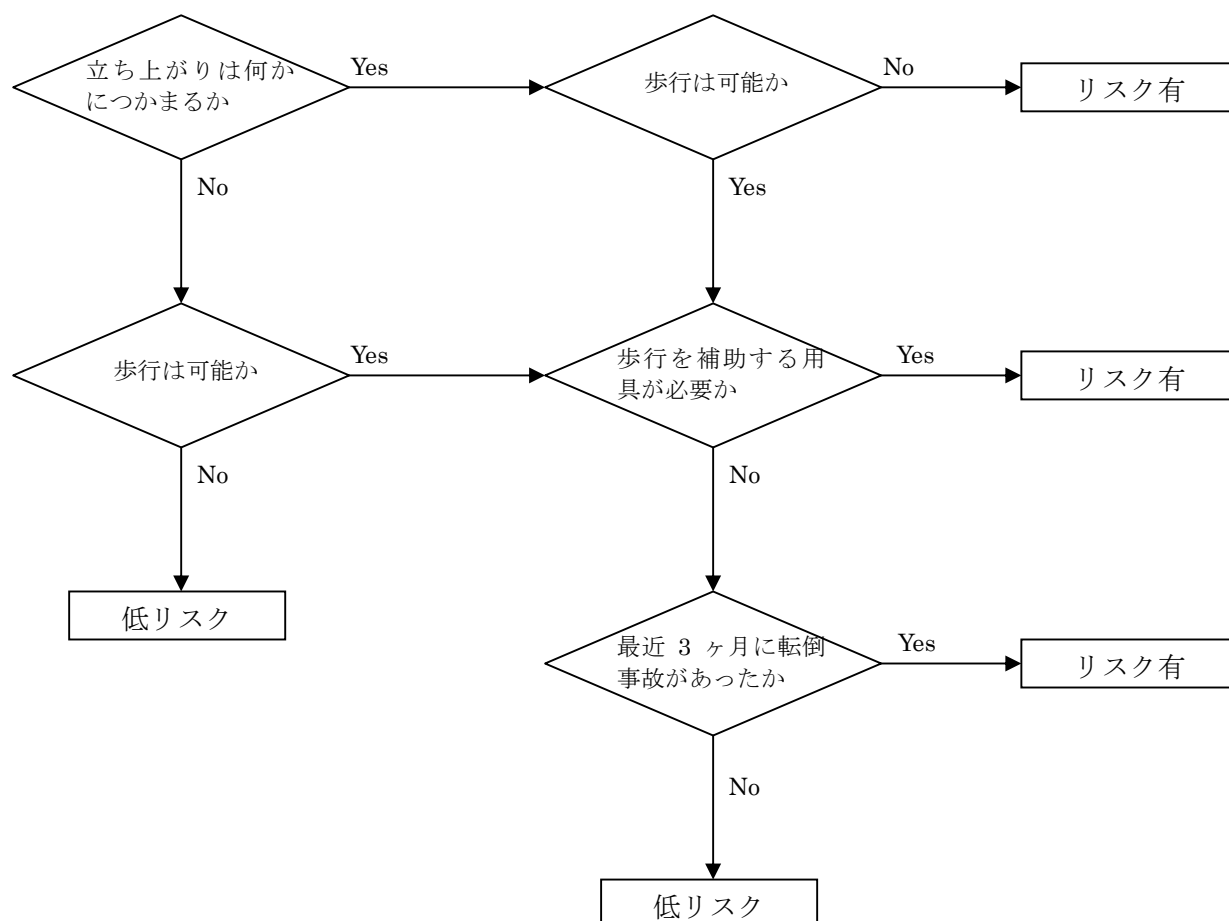
その他、身体状況にあわせた筋力増強・維持目的の運動やストレッチなどを、生活の中にとり入れることで転倒予防を行うこともできます。

## b) 転倒の種類ごとの対策の考え方

### ①本人がつかまり立ち以上の身体能力を持っている場合に起こる転倒

この場合、利用者本人が転倒のリスク保持者であり、施設側としては安全な転倒の実現を図る必要があります。

図表 8 転倒のリスク評価フローの例



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

## ②職員が介助する中で一緒に転倒してしまうケース

この場合は介護過誤<sup>9</sup>に当たり、組織として防止策を講じなければなりません。職員の介護技術の再教育、ケアマニュアルの見直しなどが必要です。

### 具体例：

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

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

---

<sup>9</sup> 介護事故のうち、施設・職員側に過失がある（と考えられる）ものを言います。「介護事故」には過失がある事例と過失のない（避けることができなかった）事例とが含まれます。

## (2) 転落

### a) 総論

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

ベッドからの転落防止のためには、ベッド柵だけで対応するのではなく、低床の介護用ベッドの使用や、ベッドの下に転落してもケガをしないようなクッションとなるマットを敷いておく、身体を起こすときつかまりやすい位置に手すりやイスなど準備するなどして、自力で動き、万一ベッドから落ちたとしても最小限の怪我ですむように周囲の環境を整えておきます。

車椅子やイスからの立ち上がりからの、転倒・転落事故の予防のためには、利用者の身体に合った車椅子やイスを使用しているのか確認することが大切です。座面が高すぎて足底が床についていないため不安定である、背もたれや座面のサイズや角度が体にあっていないなど、座位姿勢を正しく保持することができていないと転倒・転落のリスクが高くなります。なにより長時間同じ姿勢でいることは、誰でも苦痛なことです。座らせきり、起こしっぱなしになっていないか、一日の過ごし方を考えることも必要です。苦痛な姿勢から逃れようとして動くことは人間の生理的な欲求であり、利用者の気持ちに沿ったケアを考えましょう。また、日本は畳文化であるため、椅子の機能的な発展は西欧に比べ劣っているといえそうです。長時間座っても疲れな椅子かどうか、自分で実際に座って確認してみましょう。

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

### b) 転落の種類ごとの対策の考え方

#### ①ベッドからの転落

安全な転落の実現を図ります。

ベッドは本人の下腿長に合わせた高さの低床ベッドにすれば例え転落しても大きな事故にはなりにくいようです。

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

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

ベッド横に衝撃緩和のマットレスを敷ことも考えられます。ただし、自分で立ち上がり歩ける利用者では、このマットにつまずく可能性もあるため注意が必要です。特に複数人の居室では別の利用者の転倒原因にもなりかねません。そのためベッド側を除くマットの3方向又は2方向をテープで固定し、つまずきにくくするなどの配慮が必要でしょう。

## 具体例：

特養であるB施設では、ベッドは、床からマット上までの高さが30センチ程度まで低くなる低床ベッドを使用している。見守りを頻繁に行っても夜間などベッドから転落、もしくは自分でトイレに行こうとしてしりもちをついてしまうケースは多くあるが、このような低床のベッドを使用することで、転落による骨折はゼロ、打ち身か無傷で済んでいる。

低床ベッドを使用し、頻繁に見守りをしているも、認知症があるCさんは、一人でベッドを降りようとして、しょっちゅうベッドの下にいるところを発見されていた。いつベッドからおりようとするのか、職員同士協力体制を組んで一定期間、集中して観察してみたところ、トイレに行きたくなるとベッドを降りようとするのが判明した。そこで、できるだけ時間を見計らって前もって居室に訪室するようにした。しかし、それでもちょっとした間にベッドから降りてしりもちをつくことがあったため、ベッドから立ち上がってもすぐ車椅子に着地できるように、ベッドとL字型のベッド柵と車椅子をいつも定位置に配置することを職員間で統一した。それ以降、自分で車椅子に移乗するようになり、ベッドから転落する（しりもちをつく）ことが減少した。

事故を予防するための職員の負担は大きく、特に人数の少ない夜勤者の精神的ストレスや緊張は非常に大きい。職員にがんばれ、注意しろというだけでなく、高齢者の身体寸法や、移乗移動に適した福祉用具を使用することで、利用者にとっても自立度が向上するとともに、職員の負担軽減につながる事例である。

## ②車椅子からの転落

車椅子を運搬車として点から点へ移動する場合（5～10分程度の短時間使用する場合）は、職員が介助しているため問題はありません。

自らの移動用具でありかつ椅子としても使うという両方の機能を求める場合には、利用者の体型・障害に見合った車椅子にすることが重要です。

ここで、「利用者の体系・障害に見合った車椅子」を検討するためには、原則的に座面高・座幅・奥行きなどの視点が必要です。さらに、チルト機能、リクライニング機能、アームレスト機能、フットレスト機能については、これらの機能の必要性をアセスメントし適切に活用します。身体サイズや身体機能に合わない車椅子に座っていて、臀部に褥瘡ができることもあります。

## 具体例：

特養であるD施設では、利用者の身体寸法や障害に応じて調整が可能な、シーティング機能のあるモジュラー型の車椅子を使用している。

車椅子を利用者の体に合うよう調整するため、普通の車椅子より長時間座位をとっていても身体への負担が少ない。ステップを低い位置にしたり、取り外すこともできるので立ち上がろうとして事故になることも少ない。足が床につくので、少しずつでも蹴って自走できるため行動範囲が広がり、移動できずに同じ場所で座ったままになるストレスも軽減できる。

なお、このようにモジュラー型の車椅子は非常に有効であるが、使いこなすためには職員に

一定の知識が求められる。また高齢者の体調や姿勢は変化が大きいため、それに対応できるメンテナンスの体制がとれるかどうかとも考慮して導入を検討する必要がある。

### (3) 誤嚥

#### a) 総論

高齢者ケアの現場で、できるだけ最後まで「口から食べられる」ということは尊厳を支えるケアを行う上でも非常に重要なことです。しかし施設では摂食・嚥下に障害をもつ高齢者が多く生活しており、食事と誤嚥の危険性は切っても切れない関係にあります。誤嚥すると窒息や誤嚥性肺炎により生命に危機を及ぼす可能性が高いため、できるだけ誤嚥しないようなケアを行うことと同時に、もし誤嚥したとしても迅速に対処できるような準備をしておく必要があります。

誤嚥しないためのケアとしては、基本的な食事介助の方法を習得すること、その利用者の摂食・嚥下のどの部分に問題があるのか医療専門職の所見を踏まえながら把握しておくこと、摂食・嚥下障害の状況にあわせ食べやすい食事形態を提供すること、その人にあった方法や道具で口腔内を清潔にすること、咀嚼・嚥下などの口腔機能を維持・回復できるような口腔ケアを行うことが重要です。また、食事の際の姿勢も重要です。

万一誤嚥がおこったときには、すぐ吸引などの処置ができるように食堂やリビングには吸引器を準備し、いつでも使えるように使用方法や救命救急処置についても習得できるような場を定期的に設けることも大切です。さらに、利用者の心身の状況をよく観察し、呼吸状態や血圧などのバイタルチェックを行い、容態に変化が生じたときは直ちに医師に診てもらいか、病院へ搬送することです。介護職員は医療職ではないため、利用者の生命・身体の危険についての判断は、専門家の手に委ねることが大切です。

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

#### b) 誤嚥の種類ごとの対策の考え方

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

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

もともとかきこむように食事をする習慣がある方が、食事の時、咳き込みやむせが出てくるような状態になると誤嚥リスクが高くなったと判断します。この場合には、職員の目の届く視野範囲で食事してもらうようにします。

ただし、嚥下力低下、開口障害、口を閉じる反射低下（食物の取り込み、咀嚼、飲み込み）に障害が出てきている方は職員がたとえば1人で介助しても食事に45分かかることがあります。いわばターミナル期ともいえ、こういった方々の食事摂取へのリスクをどう考えるかは難しいため、関係者で十分話し合う必要があるでしょう。

誤嚥を恐れることは介護者としては当然です。例えば、誤嚥性肺炎に及んでしまったら、その方の生活に苦痛を与えてしまうことにもなりかねません。ただし、経管栄養であっても口腔内の不潔や、特に睡眠時に唾液の気管への流入などで起こる誤嚥性肺炎もあります。経

管だから肺炎を起こさず、経口だから肺炎になると単純に言い切れるものではありません。

一方で、食事を口から食べられる幸せについてどこまで理解できているのでしょうか。介護職として必要なことは、誤嚥防止をめざすよりは、その人にとって経口で好きな食物を味わうことにどのような意味があるかを理解することにあると思います。

#### 具体例：

特養E施設では、誤嚥防止だからと何でもきざんでしまったり、ミキサー食にしてしまうのではなく、普通に食べられる可能性を探ることも大切にしている。

過去には、普通食が食べられない場合、きざみ食、みじん食に変更するケースが多かったが、ただきざむだけではばさばさしてよけいに誤嚥の危険性が高くなってしまうため、あんかけのようなとろみを加えて安全に食べてもらう工夫を行っている。また、煮魚や里いもの煮物など、食材や調理法によっては普通食でもやわらかく食べられるものもあるため、そういったものをメニューに取り入れるようにしている。

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

また、食事介助は必ずいすに座るようにしている。これは、立ったまま食事介助をしないということである。介助者が高い位置から食事介助をすると、食べ物が誤って器官に入りやすく誤嚥にもつながる。また、尊厳あるケアの観点からみても、あわただしく小鳥にえさをわたすように上から食事介助するのでは楽しい食事の雰囲気にもなりにくく問題がある。視線をあわせ、介助者も腰を落ち着かせ利用者の嚥下・咀嚼のペースに合わせて食事をすすめるに、いすに座ることは食事介助の基本であると考えている。

## (4) 誤薬

### a) 総論

誤薬とは、利用者の方が誤った種類、量、時間または方法で薬を飲むことを指します。

誤薬は、薬の内容や量によっては生命に重大な危機を及ぼすことになり、決しておこってはならない医療ミスです。しかし、「ついうっかり」「思い込み」などのヒューマンエラーが最もおこりやすい事故でもあります。そのため、薬を扱う際には2重、3重のチェックを行うことを習慣化することが重要です。

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

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

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

また、新しい薬の開始や中止、内服量の変更、注意すべき薬の副作用などの情報をチームで共有できるように、介護と医療の連携を図ることも大切です。

生活の場である特養で飲まなくてはならない薬であるかどうか、ということは医療従事者が確認する必要があるでしょう。以前の施設や病院で服薬していた薬も見直し、必要最低限にすることで、自己管理が可能になることもあります。

### b) 誤薬の種類ごとの対策の考え方

誤薬は、配薬トレーに配る段階と、利用者個人に薬を飲ませる段階とに分けることができます。

配薬トレーに薬を配る段階では、基本的に医務室内で看護職が行います。この時、配薬業務にあたる者は、その業務が終わるまで集中して一気に行うようにします。また、責任を明確化するためにも、この作業にあたった者の氏名をトレーのあきスペースに明示するとよいでしょう。配薬トレーの個別ケースには、利用者1人1人のフルネームを貼り、トレーの色は朝・昼・夕で色分けします。薬は薬局に一包化してもらいましょう。またそこにはフルネームを記載してもらうとともに、配薬トレーの色と同じカラーラインをつけてもらうようにします。

配薬トレーがフロアに配られたら、利用者一人ひとりに薬を配る段階です。この際、本人

確認のため薬に印字された名前をフルネームで声に出して呼ぶようにします。この段階での誤薬は、新しい職員が入った時に、顔と名前が一致しないことなどによって起こりやすくなります（人の靴をはいている利用者もいるので靴の名前と一致しているからと安心してはいけません。）。必ず、他のスタッフに聞こえる声で呼称します。

なお、薬を食事トレイにおくと、他の利用者が取って飲んでしまうこともあるので注意が必要です。

高齢者が日常的に飲む薬には例えば、血圧管理のためのラシックスやアダラートがあります。その薬包に明記された名前と異なる人に内服させてしまった場合、利用者に対する実害はありませんが、そのような体制が今後招く大きな事故のことを考えると、現時点で適切な対応策を講じる必要があります。

この事業は、平成 18 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 19 年 3 月発行

発行 株式会社 三菱総合研究所 ヒューマン・ケア研究グループ

〒100-8141 東京都千代田区大手町 2-3-6

TEL : 03 (3277) 0569 FAX : 03 (3277) 3460

不許複製