

平成29年度老人保健事業推進費等補助金

老人保健健康増進等事業

「介護サービスの利用に係る  
事故の防止に関する調査研究事業」  
報告書

公益財団法人 介護労働安定センター

平成30年3月

## はじめに

公益財団法人介護労働安定センターは、「介護労働者の雇用管理の改善等に関する法律」(平成4年法律第63号)に基づく厚生労働大臣の指定法人として、介護労働者の確保と介護労働者の雇用の安定・福祉の増進と魅力ある職場づくりをめざして、介護労働者の職場環境の改善や能力開発等の雇用管理改善に関する事業を行っております。

我が国は、世界のどの国も経験したことのない超高齢社会を迎え、介護需要が拡大を続け介護人材不足が喫緊の課題となっており、ニッポン一億総活躍プラン(平成28年6月2日閣議決定)ロードマップにおいて「介護離職ゼロ」を2020年代初頭までに達成に向けて「介護職員が現場に定着し、安心して働き続けられるよう、雇用管理改善のための支援の強化を図る。」ことが掲げられています。

このことから、介護労働者の福祉の向上の一環として当センターが運営している介護事業者向けの賠償責任補償及び傷害補償等で得た知見を活かして、厚生労働省老健局 平成29年度老人保健健康増進等事業において「介護サービスの利用に係る事故の防止に関する調査研究事業」を実施いたしました。

介護人材の不足が与える介護現場への影響は大きく、人材が不足する状況で介護業務を行うことを原因とする介護事故は少なくありません。また、介護人材確保が急がれる中、介護経験の浅い人材や、他産業からの未経験の人材が介護業務を行うこととなり、加えて、介護業務は提供するサービス内容や利用者の状態、そして、サービス提供場所も介護施設や利用者宅であったり、様々な状況下で行います。このため、経験豊富な介護職員であっても、介護事故の発生を予測することは困難となります。ましてや介護経験の少ない職員となると、介護事故の危険性は高まります。

介護事故には、利用者にケガをさせてしまう人身事故や利用者の財物を紛失・破損させてしまう物損事故の他、介護者自身がケガを負ってしまう傷害事故があります。

事故が発生すると介護事業所の経営だけでなく、介護事故に関係した介護職員の心身への影響が大きく、離職の原因となります。

本調査研究事業では、介護事故のデータを分析するとともに、実際に発生した介護事故をマンガやイラストでまとめたパンフレットを作成して紹介することで、忙しい介護職の方でもひと目で介護事故の発生状況を理解し、記憶に留め、類似した状況に遭遇した際に注意を喚起し、介護事故の未然防止に繋がればと考えました。

本事業の成果が、良質で安定した介護事業の展開と「魅力ある職場づくり」の一助となり、介護人材が集まり、そして定着するための雇用管理改善へのヒントとなれば幸いです。

# 目 次

I	調査概要（センター執筆）	1
1	目的・背景	1
2	調査内容	1
3	調査方法	1
II	介護労働安定センターの福祉共済制度について	1
1	介護事業者賠償責任補償	1
2	介護事業者傷害補償制度・感染症見舞金制度	2
3	個人情報漏えい保険	2
III	事故状況分析	2
1	消費者庁より厚生労働省老健局に報告された 276 事例の介護事故の傾向と分析 について	2
2	福祉共済制度（賠償責任補償）における事故の傾向と分析について	5
3	訪問サービスによる事故分析	6
4	通所サービスによる 245 事例の事故分類	8
5	入所サービスによる事故分析	12
6	居宅介護支援サービスによる事故報告分析	17
7	転倒・転落における事業形態別分類	18
8	介護職員の傷害賠償事案	19
9	介護事故報告からの事故低減に向けて	22
IV	介護事業所における事故について	23
1	介護事故の発生場所や状況について	23
2	介護事故の発生につながる「行為・動作」について	31
V	介護事業所の賠償事故の防止のための取組み	32
1	人身事故	32
2	物損事故	35
3	介護職員の傷害事故	36
VI	介護事業所におけるリスクマネジメント	38
1	介護事業所の事故防止のための組織づくり	38
2	介護事業所におけるリスクマネジメントの手順	39

VII	介護事業所における個人情報漏えい事故について .....	40
1	介護事業所における個人情報取扱いの現状 .....	40
2	介護事業者に必要なと思われる対策・対応 .....	40
3	介護事業者における情報漏えい事故の傾向 .....	41
4	事故が発生した際に必要な対応 .....	41
5	事故発生時の初動対応は重要であり、特に被害者へは次の対応が必要である。 ...	42
VIII	介護事業所の賠償補償の範囲と事例について .....	43
IX	事故発生後の関係行政の機関への報告 .....	46
X	介護サービス利用に係る事故防止に関するヒアリング調査について .....	48

## I 調査概要（センター執筆）

### 1 目的・背景

介護サービス提供中の事故については、サービスの種類、サービス提供場所、介護の内容や行為・動作、そして、利用者の要介護度によって事故のケースは多岐に渡り、事故防止に関する対策や環境整備の内容についても、各事業所により様々となっており、多くの事業所において事故防止体制が整っているとはいえない状況である。

これらのことから、介護事業所における事故発生の状況を把握し、事故発生場所や内容等により整理し、事故防止に繋がる方策を検証し、介護サービス事業所へ周知することで、介護サービス事業所の適正な運営に資することを目的とする。

### 2 調査内容

本調査では、当該事業に係る検討委員会を設置し、厚生労働省保有の事故報告や、介護労働安定センターが実施している介護事業者傷害補償及び介護事業者賠償責任補償についての集計・分析について検討を行った。

また、検討委員及び事務局が介護事業所を直接訪問し、個別にヒアリングを行った。

### 3 調査方法

検討委員が推薦する事業所、介護労働安定センターが実施している補償制度への加入事業所等の中から訪問ヒアリングについて趣旨を説明し、了承をいただいた事業所へ訪問し、実際に介護事業所で発生した事故事例やヒヤリハット事例について聴取した。

また、事故発生の対応や事業所内での情報共有方法など再発防止策等についてヒアリングを行った。

## II 介護労働安定センターの福祉共済制度について

### 1 介護事業者賠償責任補償

介護現場での突発的な事故は、各事業所において事故防止について検討し、対策を講じていても未然に発生を防止することは困難であり、全ての介護事業所で発生する可能性があり、介護事業所の安定した事業経営と介護職員が安心して業務を行うためには賠償責任補償は必要となる。また、介護保険の指定事業を遂行するうえで、賠償資力の確保は義務付けられていることから、介護事業所にとって賠償責任補償は必要不可欠なものである。

#### 【補償内容】

- ・利用者を介護中に転倒させ、ケガをさせてしまった。
- ・利用者から一時的に預かった補聴器を紛失してしまった。
- ・ケア・マネジャーの申請手続きが遅延し、利用者に経済的損失が生じてしまった。

## 2 介護事業者傷害補償制度・感染症見舞金制度

他産業と比較して介護分野の人材不足の傾向が強く、人材確保・定着が喫緊の課題となっている。人材確保・定着には、介護職員が安心して働ける環境づくりが必要であることから、傷害補償では介護業務中の怪我について労災の上乗せで補償し、介護職員が安心して働けるよう、介護事業所の福利厚生の一環として、介護事業者に推奨しているものである。

### 【補償内容】

- ・訪問介護サービス中の事故
- ・介護施設内での事故
- ・介護先に向かう途中の事故

## 3 個人情報漏えい保険

介護事業所が介護サービスを提供する中で、利用者の極めて守秘性の高いセンシティブな情報を保有しており、万全な情報管理が求められているところである。

マイナンバーの運用も開始され、介護事業所が取扱う個人情報は様々であり、情報は紙媒体の他、パソコンやインターネットサーバーに保管されるなど多岐にわたるなど、社会環境の変化とともに情報漏えいのリスクは高まる中、介護事業所の危機管理対策に必要な不可欠な保険となっている。

# Ⅲ 事故状況分析

## 1 消費者庁より厚生労働省老健局に報告された 276 事例の介護事故の傾向と分析について

今回の研究事業では、消費者庁へ報告された 276 事例について、重大事例（概ね 30 日以上入院を伴う事例）が対象となっており、その傾向と分析について報告する。

### （1）介護事故報告日の対象期間

平成 26 年 8 月 25 日～平成 29 年 10 月 28 日

### （2）介護事故発生日の対象期間

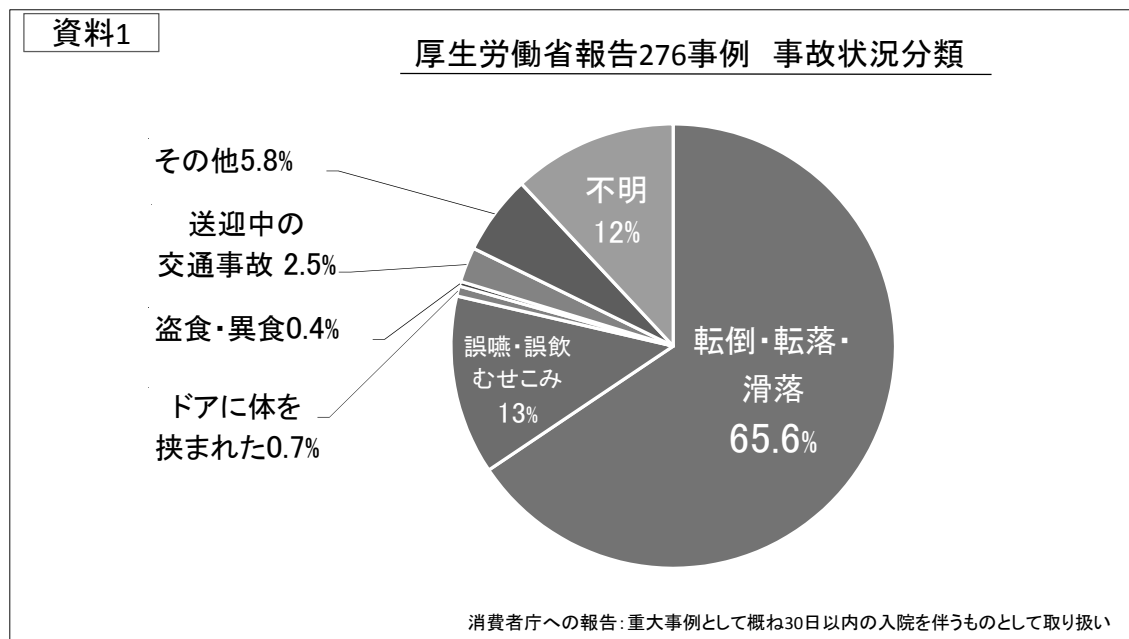
平成 26 年 8 月 15 日～平成 29 年 2 月 27 日

（注）介護事故報告日の対象期間と介護事後発生日の対象期間は、概ね 1 か月～3 か月を要しているが、1 年以上かかった事故報告もあり、事故発生日から報告までのタイムラグがあるため同一でないことを申し添える。

### (3) 276 事例に関する事故状況の分類

事故状況の分類については、資料 1 に示す通り、介護施設内で最も多い事故は、転倒・転落・滑落が 181 件で 65.6%を占めており、次いで誤嚥・誤飲・むせこみが 36 件で 13%、ドアに体を挟まれたが 2 件で 0.7%、盗食・異食は 1 件で 0.4%、施設と利用者の送迎中の交通事故（接触・追突）によるものが 7 件で 2.5%、その他 16 件 5.8%、不明が 33 件 12%であった。

なお、事故発生の介護サービスの分類では、通所サービスが 20 件で全体の 7.2% 入所サービスが 254 件で 92%、居宅介護支援サービスが 2 件で 0.8%であった。

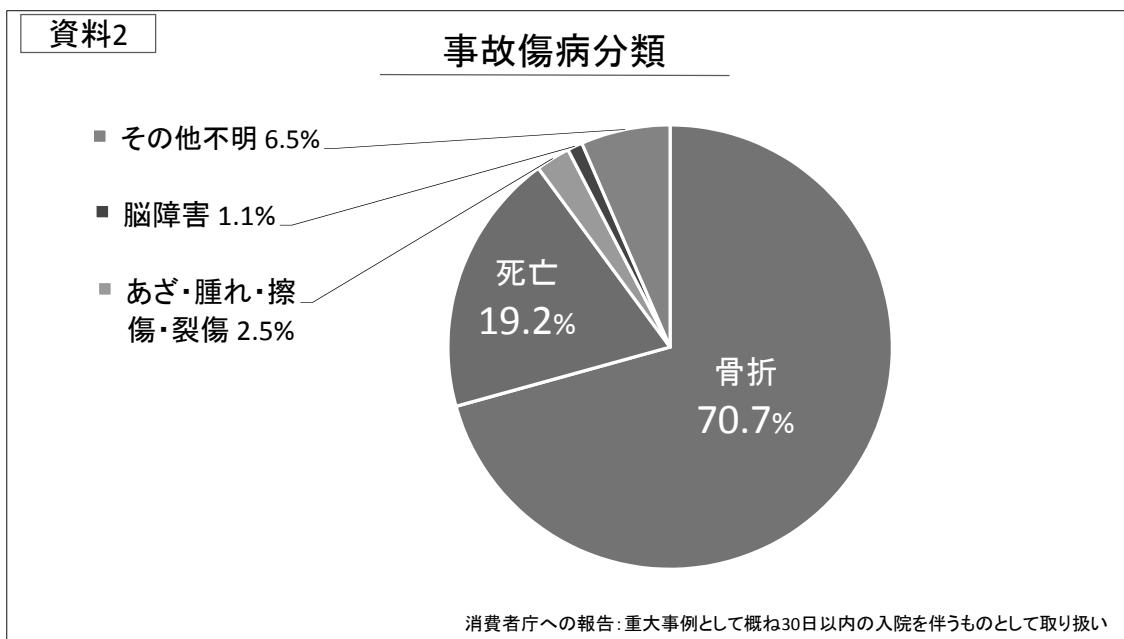


#### (4) 276 事例に関する介護事故の傷病分類

本件報告は重大事故の取扱い報告という特性から、本件報告は人身事故に限定されており、前述(3)の事故状況分類から傷病の分類を見ると、資料2に示す通り、全体の傷病状況の内訳は、実に全体の70.7%が骨折、死亡が19.2%、あざ・腫れ・擦傷・裂傷が2.5%、脳障害が1.1%、その他不明が6.5%であった。

これは、重大事例報告としてあげられるために、転倒・転落事故を例にとると全件が骨折と転記されている。後方病院へ搬送後、合併症で死亡されるケースもあった。

また、誤嚥、誤飲、むせ込み事例では、施設内で意識消失し、後方病院へ搬送された後、不幸にも死亡と転記されるケースがあった。特に誤嚥、誤飲、むせ込み事例では、施設内で医療スタッフによる救急回避措置(タッピング・ハイムリック法・吸引等)を実施するも、回避が困難なケースが多く見られた。



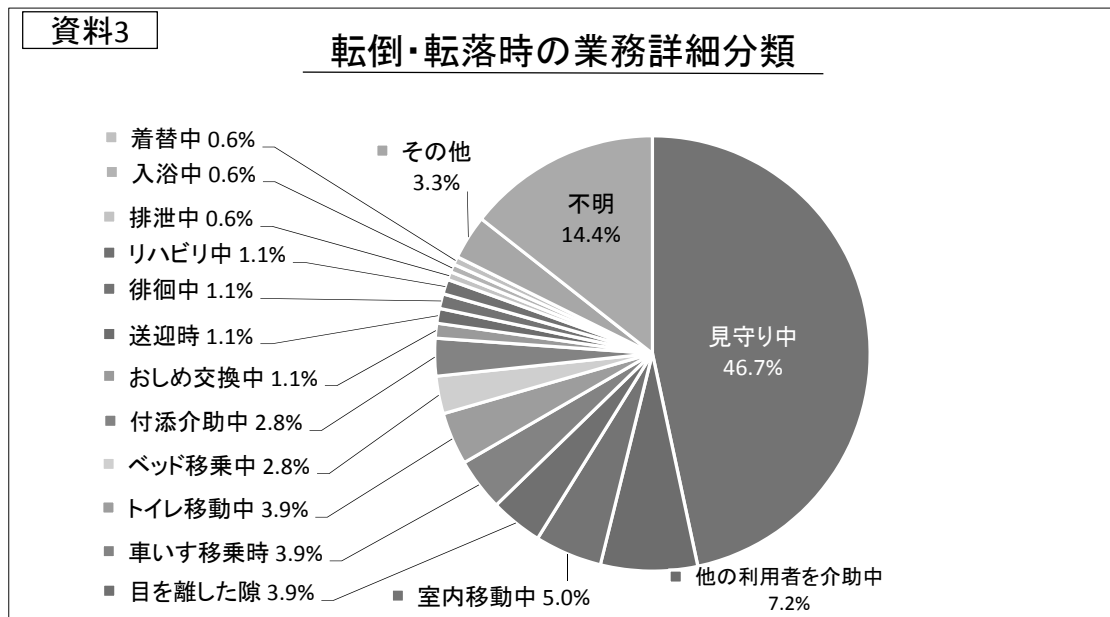
#### (5) 入所サービスの事故分析

入所サービスからの報告事例は276事例中254事例報告されている。276事例からの比較をしてみたが、通所サービス(20件)、居宅介護支援サービス(2件)の事故事例である骨折が全体事例から除算されたのみで有意差は見られなかった。



## (6) 181 事例の転倒・転落事例が発生した際の業務詳細分類

資料3に示したが、転倒・転落時に発生した181事例はすべて骨折であるが前記(3)のとおり、この事故発生時の業務詳細をみると、見守り中(全体の46.7%)や他の利用者を介助中(7.2%)、目を離した隙(3.9%)で介護者の観察が手薄になったときに、利用者の歩行時やバランスを崩す、ベッドから転落する等で、実に全体の58%を占めている。逆に介助者が直接介助して発生する事故は少ない状況にある。生活の場における利用者の行動によるものが多くを占めている。



転倒・転落の結果、搬送先の後方病院でのレントゲンによる診断結果では、上腕骨骨折も報告されているが、その殆どが、大腿骨頸部骨折・大腿骨転子部骨折であり、余儀なく手術するケースが多くを占めている。高齢者では入院が長期化すると、QOLが低下することから、長期入院による2次的な合併症を発生し、不幸にも死亡されるケースも報告されている。

## 2 福祉共済制度（賠償責任補償）における事故の傾向と分析について

福祉共済制度（賠償責任補償）における事故事例の傾向と分析について

### (1) 介護事故報告日の対象期間

平成27年11月26日～平成28年8月31日

### (2) 介護事故発生日の対象期間

平成27年11月19日～平成28年6月22日

(注) 介護事故報告日の対象期間と介護事後発生日の対象期間は、概ね1か月～3か月を要しているが、1年以上かかった事故報告もあり、厚生労働省へ報告された報告書と同様にタイムラグが生じていることを申し添える。

### (3) サービス事業形態分類

サービス事業形態分類による件数と割合（表1）

	サービス事業形態	件数	割合
1	訪問サービス	142件	21.0%
2	通所サービス	245件	36.2%
3	入所サービス	258件	38.2%
4	居宅介護支援サービス	31件	4.6%
	全事例計	676件	100%

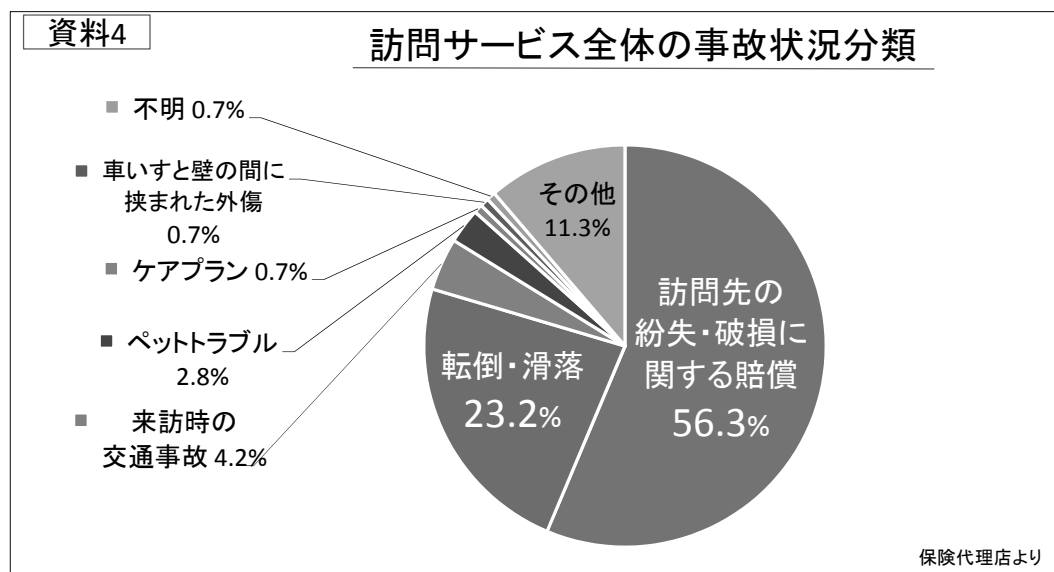
調査項目については、下記の項目で分析を実施した。

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. 事業形態  | 6. 業務分類   |
| 2. 歩行器具  | 7. 業務詳細   |
| 3. 介護の有無 | 8. 事故状況   |
| 4. 事故場所  | 9. 事故傷病分類 |
| 5. 場所の詳細 |           |

### 3 訪問サービスによる事故分析

#### (1) 訪問サービスによる事故の分類

訪問サービスでは、全件で142事例の報告があった。訪問サービスでは、資料4に示すように、他のサービス形態と異なる大きな特徴が見られる。訪問先の紛失・破損に関する賠償が80件で56.3%を占めている。次に転倒・転倒・滑落が33件で23.2%、来訪時の交通事故に関する接触・追突が6件で4.2%、特徴的なものとして、ペットトラブルが2.8%（これは、訪問先のペットに噛まれた事例として報告されている。）、その他、ケアプランに関するトラブルが1件、車いすと壁の間に挟まれた外傷が1件、不明1件で、それぞれ0.7%を占める。その他16件で11.3%であった。



## (2) 紛失・破損の80事例の内訳分類

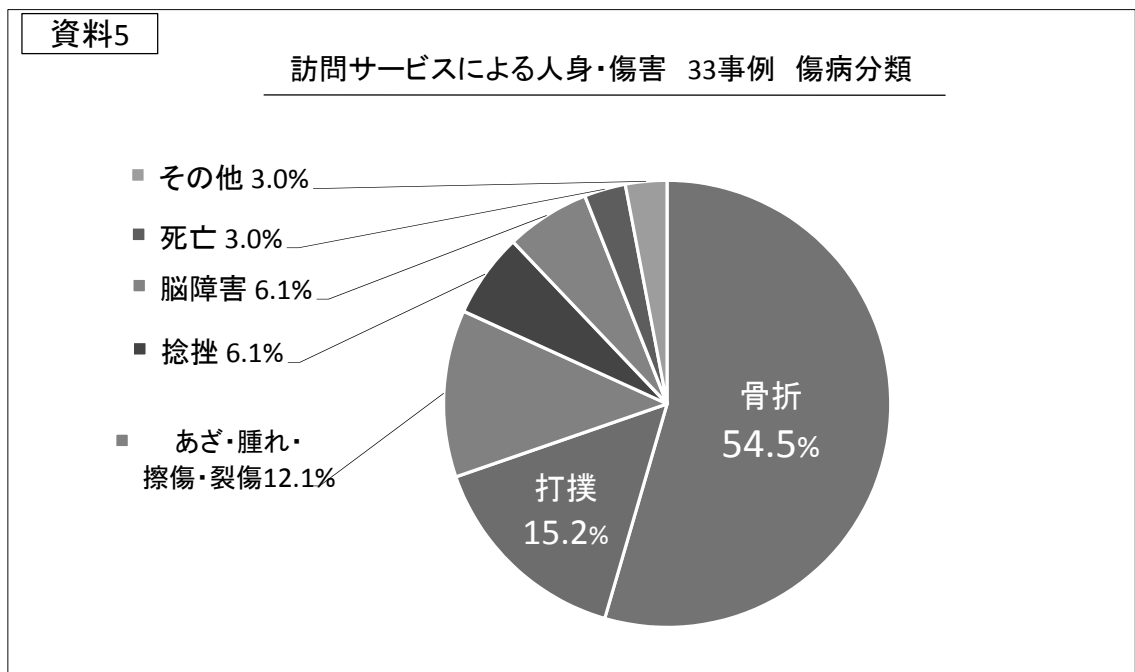
訪問サービスでは、サービス提供における居宅への建物・家財への損害・破損が著しく多い。事例として

- 車いすで壁にぶつけた・ガラスドアを割った。
- 風呂の蛇口が外れ、床を水漏れさせた。
- 駐車する際に、車庫にあった家具にぶつけ、その家具が倒れて駐車してあったタクシーに直撃し損壊した。
- 足浴中にパルスオキシメーターを水没させ破損させた。
- クイックルワイパーでTV画面を拭いたら傷がついた等々が報告されている。

## (3) 訪問サービスでの人身傷害事故分析

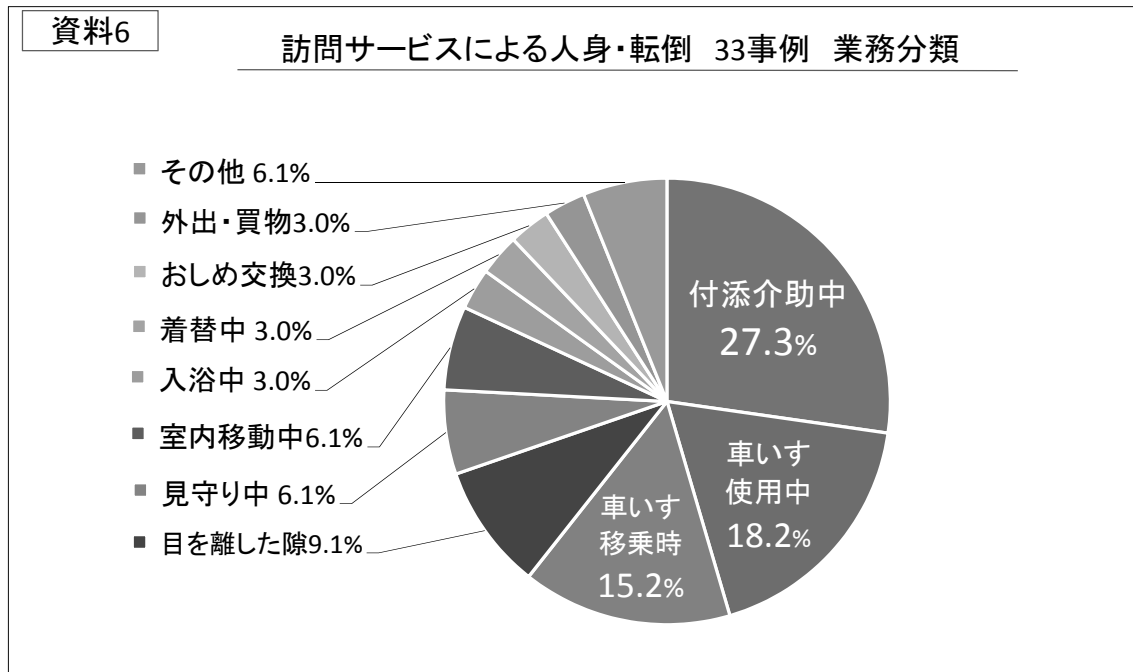
訪問サービスでは、33件の転倒・転落・滑落事故が発生し、訪問サービス全体の23.2%を占めている。

資料5で示す通り、傷病状況分類では、骨折が54.5%、打撲15.2%、あざ・腫れ・擦傷・裂傷が12.1%、捻挫が6.1%、脳障害が6.1%、死亡が3.0%、その他3.0%の報告があった。



#### (4) 転倒・転落時の業務詳細分類

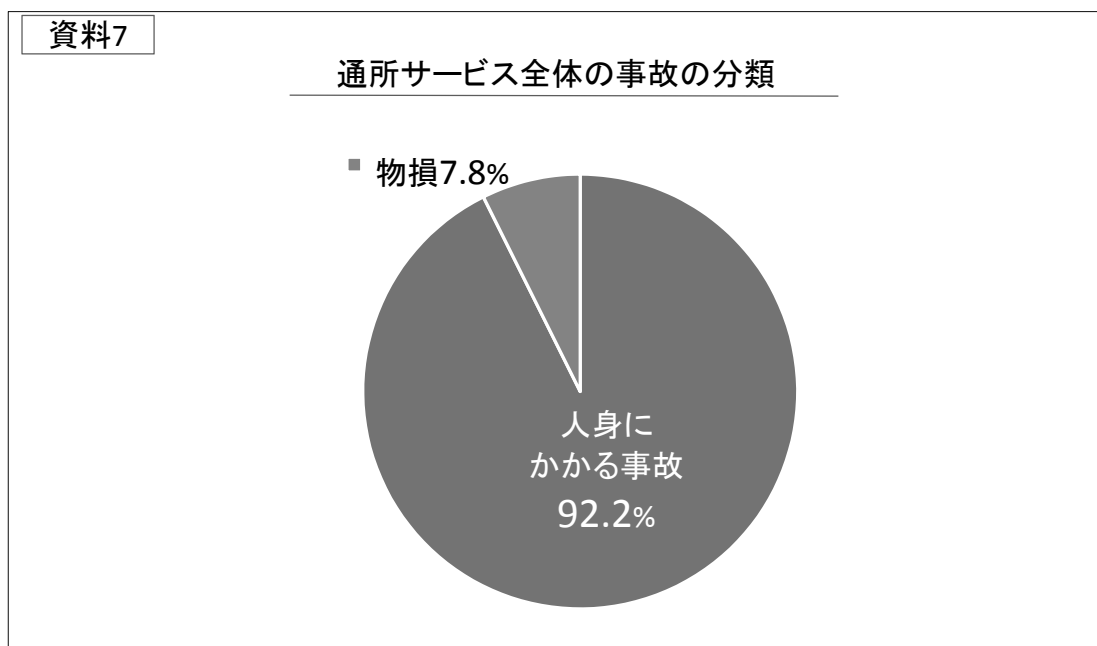
資料6で示す通り、介助中に発生した事故については、付添介助中が27.3%、車いす使用中が18.2%、車いす移乗時が15.2%と発生する割合が全体の6割を占めており、利用者に対する介助者の介助スキルが問われるケースが多かった。



#### 4 通所サービスによる245事例の事故分類

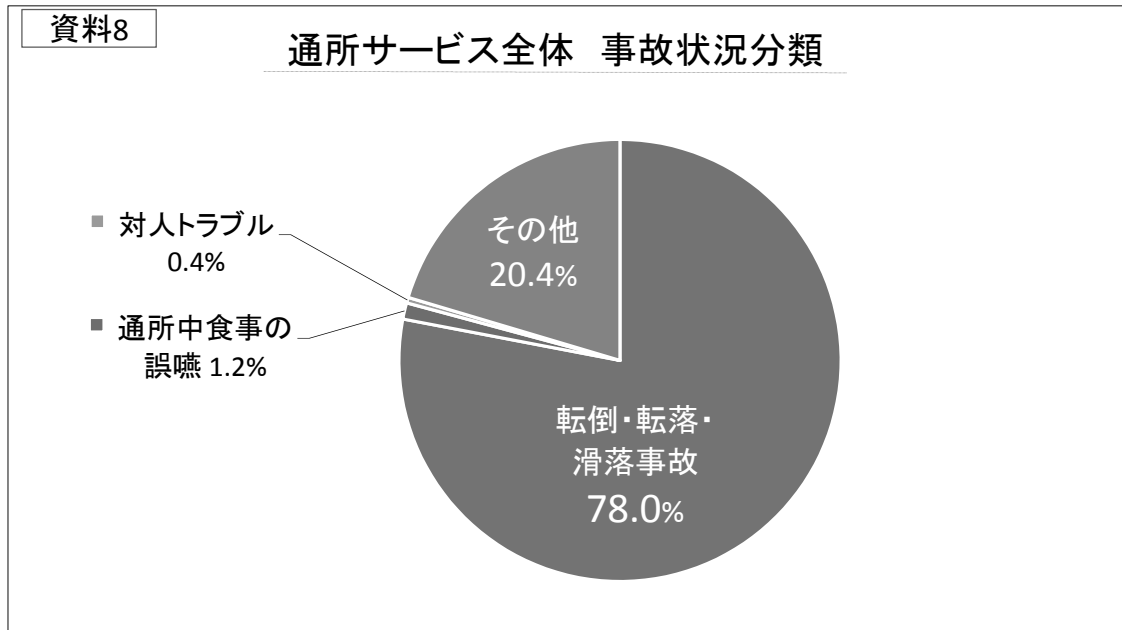
##### (1) 転倒・転落時の業務詳細分類

資料7で示す通り、全体245件の報告に対し、人身にかかる事故が227件で92.2%、物損が18件で7.8%であった。



## (2) 通所サービス事故状況分類

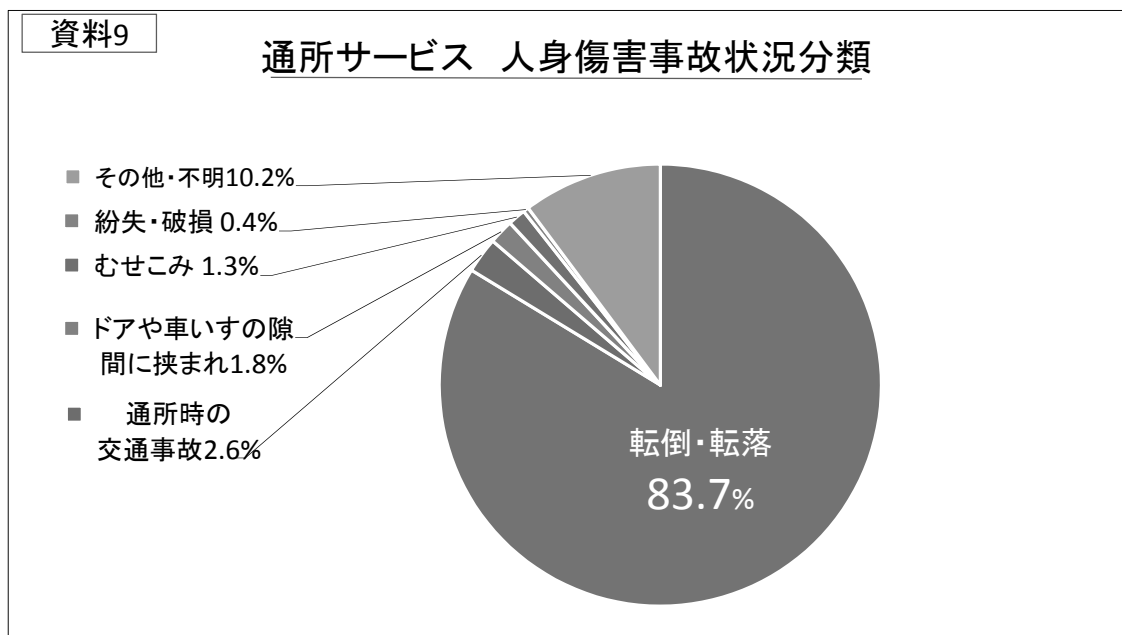
通所サービスでは、資料 8 に示すように、圧倒的に転倒・転落・滑落事故が報告され、全体の 78.0%を占めている。また、通所中に提供された食事による誤嚥等の事故が 1.2%、通所中に補聴器の紛失等、通所時の利用者の持ち物の紛失・破損も報告されている。



## (3) 通所サービスによる 227 事例の人身傷病状況分類

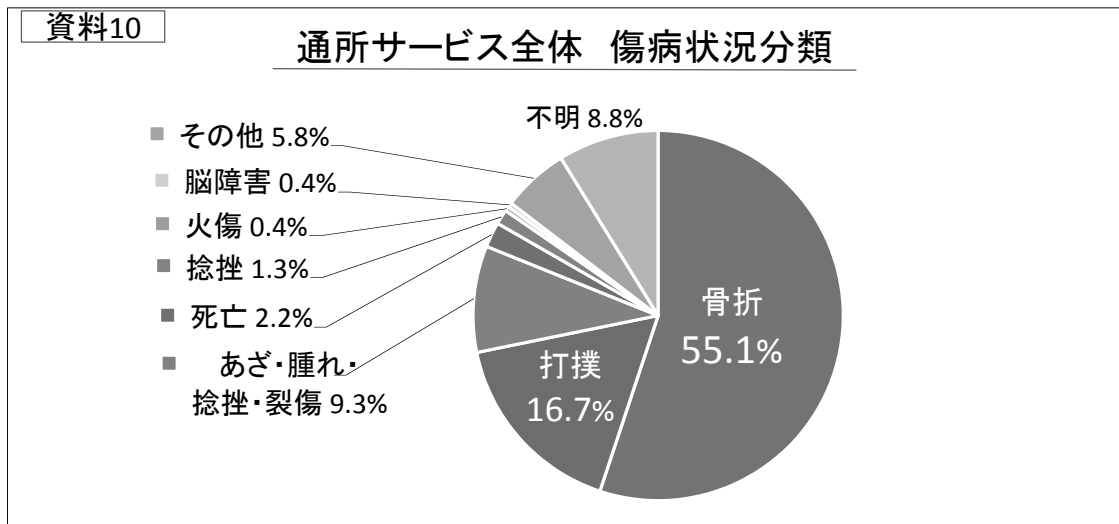
通所サービスの傷病発生事故は、通所サービスの事故全体の 245 件に対し、実に 227 事例を数える。

資料 9 に示す通り、その中でも、転倒・転落で 83.7%、通所時の接触・追突（交通事故）が 2.6%、ドアや車いすの隙間に挟まれる事故が 1.8%、その他・不明が 10.2%を占めている。



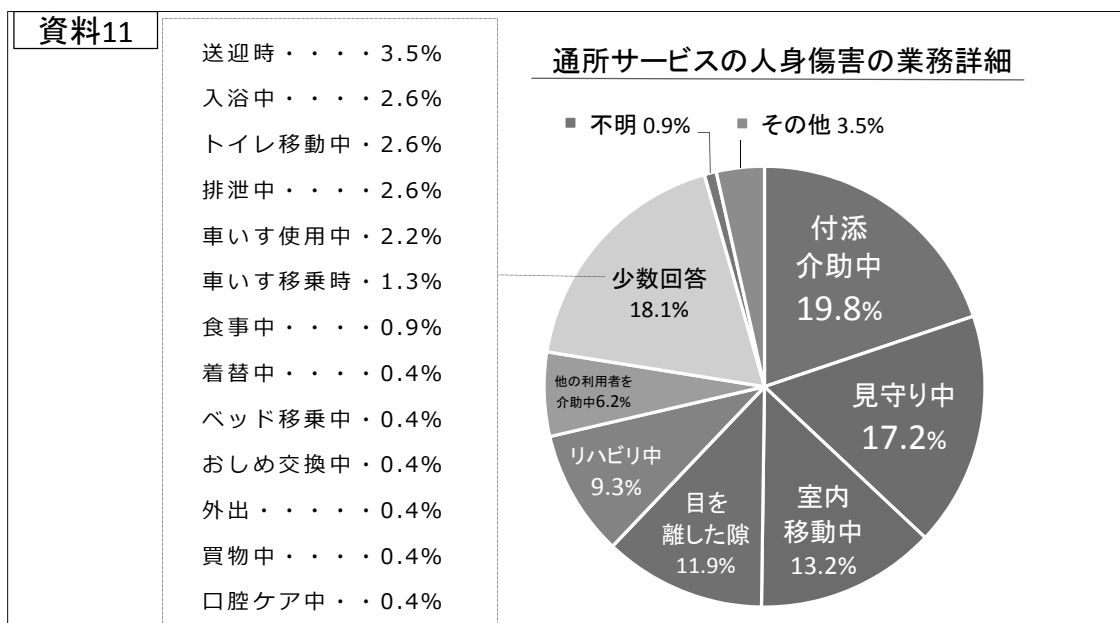
#### (4) 通所サービス全体に占める傷病状況分類

資料 10 で示す通り、通所サービス全体の傷病状況分類では、骨折事故が 55.1% で全体の過半数を占める。軽度なあざや腫れ・打撲、捻挫を含めると全体の 82.4% を占める。また、頭部打撲による脳障害（0.4%）や誤嚥（2.2%）による事故も報告されている。食事の際に提供された熱い飲み物が転倒した際膝にかかり、熱傷する事例もあった。（0.4%）



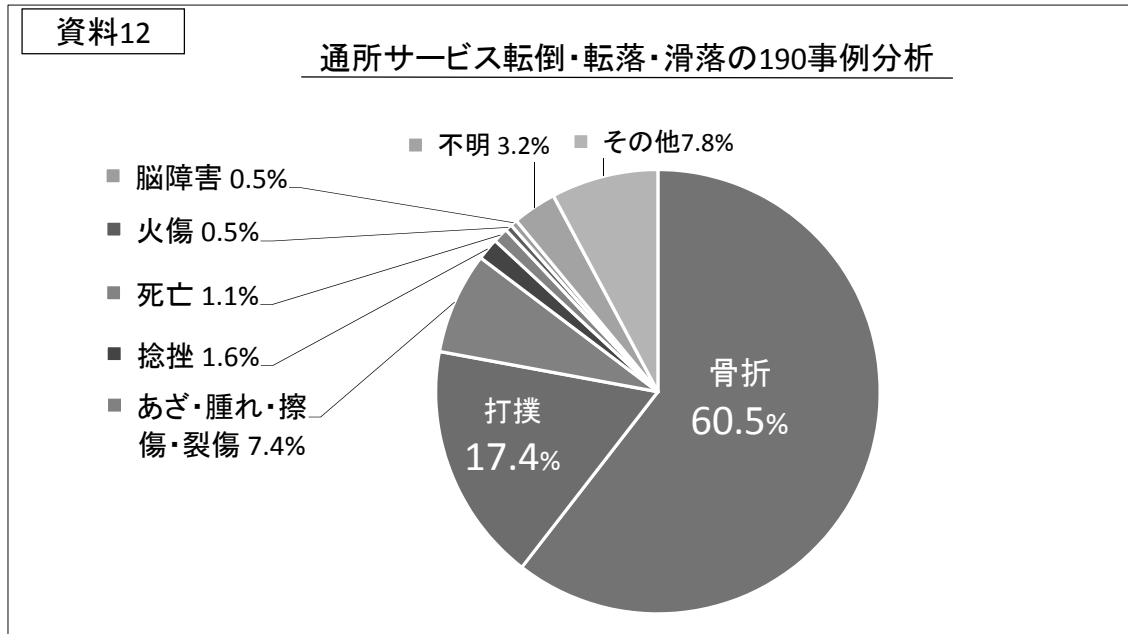
#### (5) 通所サービス 227 事例に関する業務詳細分類

資料 11 は、通所サービス傷病発生状況の業務詳細の分類について示している。事故発生の業務状況では、他の利用者を介助中（6.2%）、見守り中（17.2%）、目を離した隙（11.9%）で、介助者の極短時間不在の間に、利用者が移動し転倒・転落されるケースが全体の 35.3% を占めている。通所サービスの特性から、リハビリ中の転倒（9.3%）、付添介助中（19.8%）の介助中に発生した転倒・転落が 29.1% を占める。また、通所サービス時の療養のお世話に発生する事故報告がわずかながら、広範囲なサービスの中で発生している。



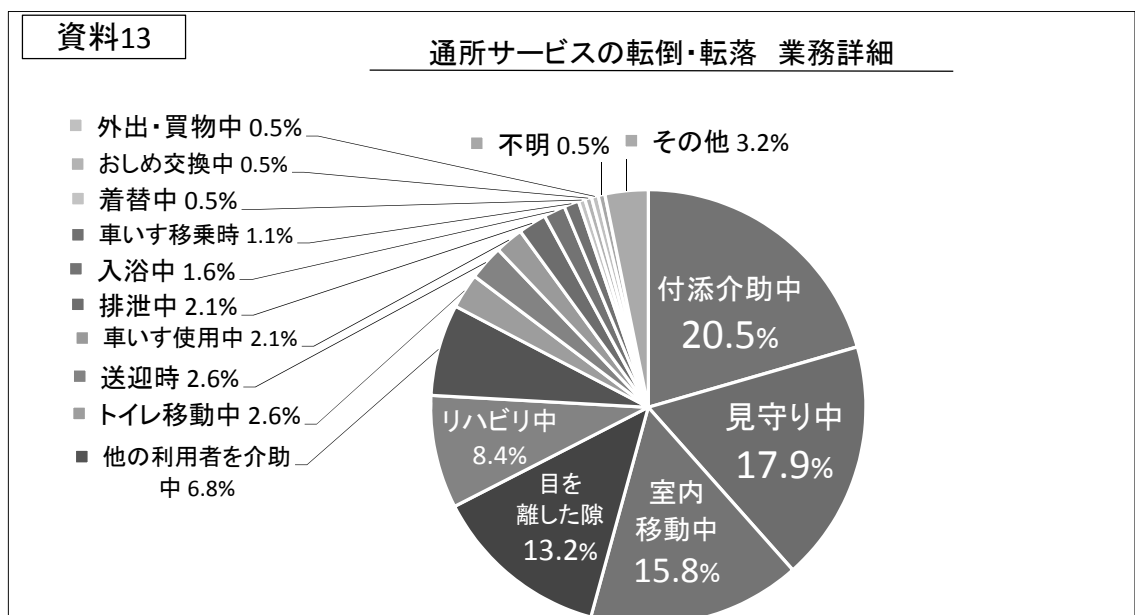
### (6) 通所サービスの転倒・転落・滑落の190事例分析

通所サービスでは、190事例の転倒・転落等の事故報告があった。資料12に示す通り、実に骨折が60.5%を占めている。あざや腫れ・裂傷が7.4%、打撲が17.4%、捻挫が1.6%、障害や死亡事例も件数は少ないが発生している。



### (7) 通所サービスの転倒・転落190事例の業務詳細分類

資料13で示す通り、190事例の中で他の利用者を介助中(6.8%)、見守り中(17.9%)、目を離した隙(13.2%)で介助者の短時間不在時に実に37.9%発生している。前記(5)のとおり、リハビリ中(8.4%)や付添介助中(20.5%)で28.9%を数え、介助中の一瞬の介助不足で転倒・転落に至り外傷を負うケースがある。その場を離れたり、複数の利用者を同時に見守る際のバックアップ体制などを見直す必要があるように思われる。



## (8) 通所サービスの物損 18 事例分析

資料 14 は、物損で損害が発生した事例を列挙する。これは利用者からお預かりした個人の持ち物を主に取扱いを誤り紛失や破損をさせたものである。

資料 14

補聴器の紛失・破損	7 件
メガネの紛失・破損	5 件
携帯電話の水没	1 件
時計の破損	2 件
ゲーム機の紛失	1 件
鍵の紛失	1 件
駐車中の車に衝突し損害	1 件

## 5 入所サービスによる事故分析

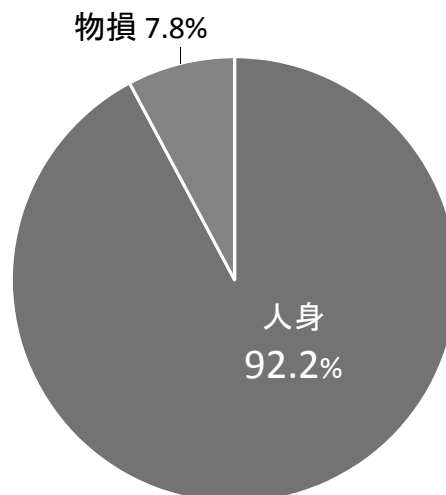
### (1) 入所サービス全体 258 事例の事故分類

資料 15 は人身・物損比率を示している。258 事例のうち、入所サービスと同傾向の人身（238 件、92.2%）・物損（20 件、7.8%）比率であった。

通所サービスは、居宅から介護施設に通所し、夜間の就寝を伴わないことが特徴であるが、基本的に入所サービスと変わらないサービスを提供しているために、入所サービスと通所サービスの施設内で発生する事故は極めて類似している。

資料15

入所サービス全体 258事例事故分類

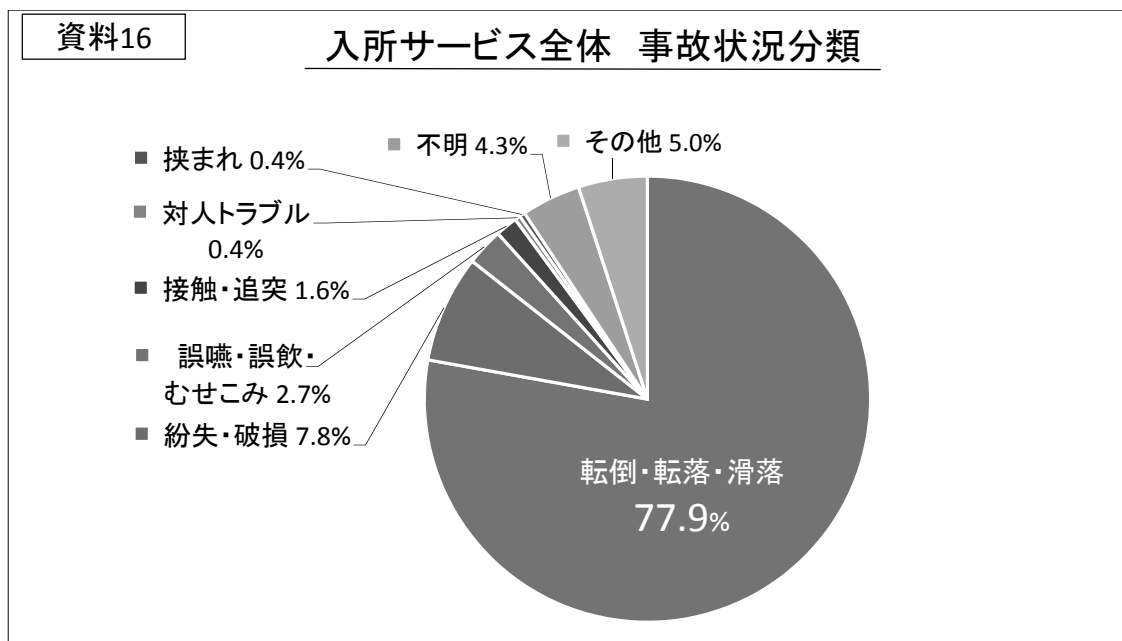




## (2) 入所サービス全体 258 事例の事故状況分類

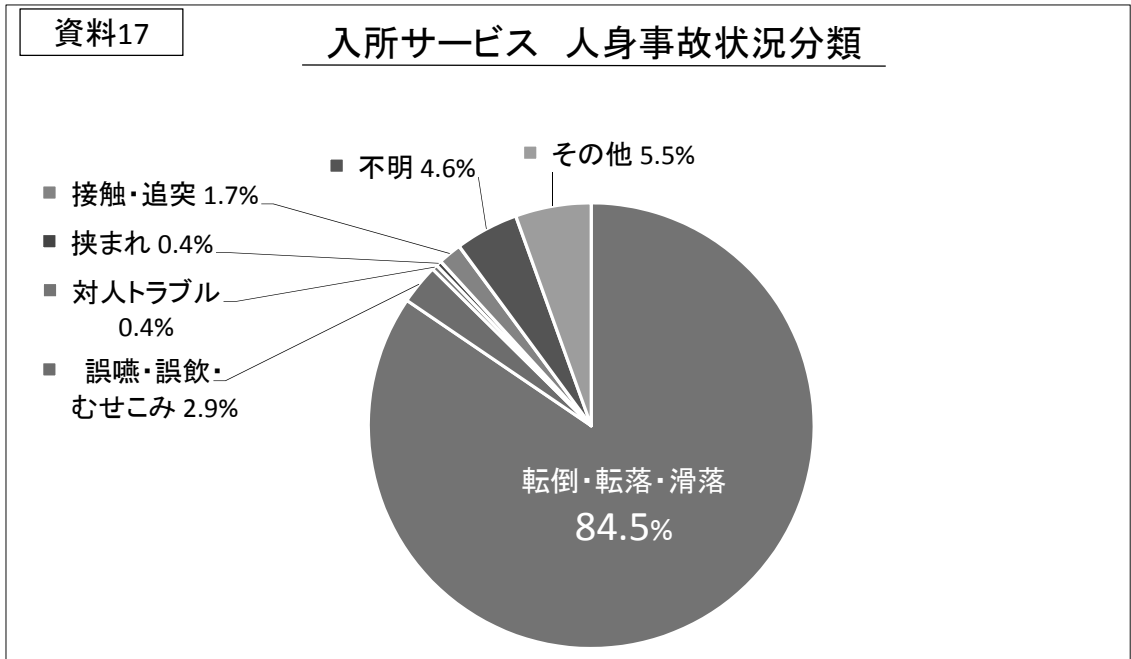
資料 16 では、入所サービスで発生した 258 事例の報告について分析したものである。サービスの事業形態が変わっても、転倒・転落・滑落についての事故報告が、圧倒的に多く、全体事故報告の 77.9%を占めている。また、通所サービスと同様に利用者個人の持ち物の紛失・破損事例が 20 件 (7.8%) 発生している。次に多いものは食事提供時に発生する誤嚥・誤飲等が全体の 2.7%であるが、誤嚥・誤飲等の事故は一旦発生すると重大な結果を招くおそれがあることから、厳重な見守りと注意、発生時の救急措置体制が求められる。また、入所中の利用者同士の喧嘩 (0.4%) がわずかではあるが、報告されている。入所による生活環境の変化から、ストレスのはけ口が喧嘩に結びつくことも注意する必要がある。

受診するために主治医を訪問する際に発生する交通事故 (接触・追突 1.6%) が報告されており、その他・不明では疼痛を訴える利用者の身体アセスメントを実施したところ、骨折していた等の報告があがっており、また介護者が不在中の原因が特定できない外傷等も報告されている。



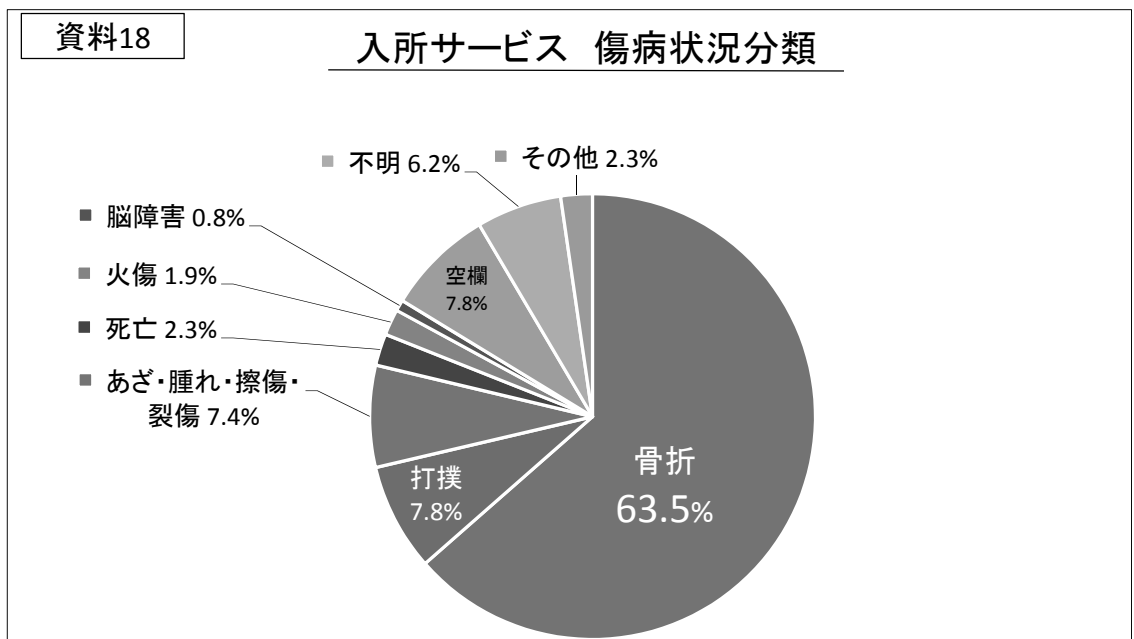
### (3) 入所サービスによる 238 事例の人身事故状況分類

資料 17 は人身事故状況分類を示しており、転倒・転落・滑落事故が 84.5%と全体の大半を占めている。次いで、誤嚥・誤飲等の事故 2.9%、対人トラブル、ドアに挟まれるが各 0.4%、その他・不明が 10.1%を数えた。



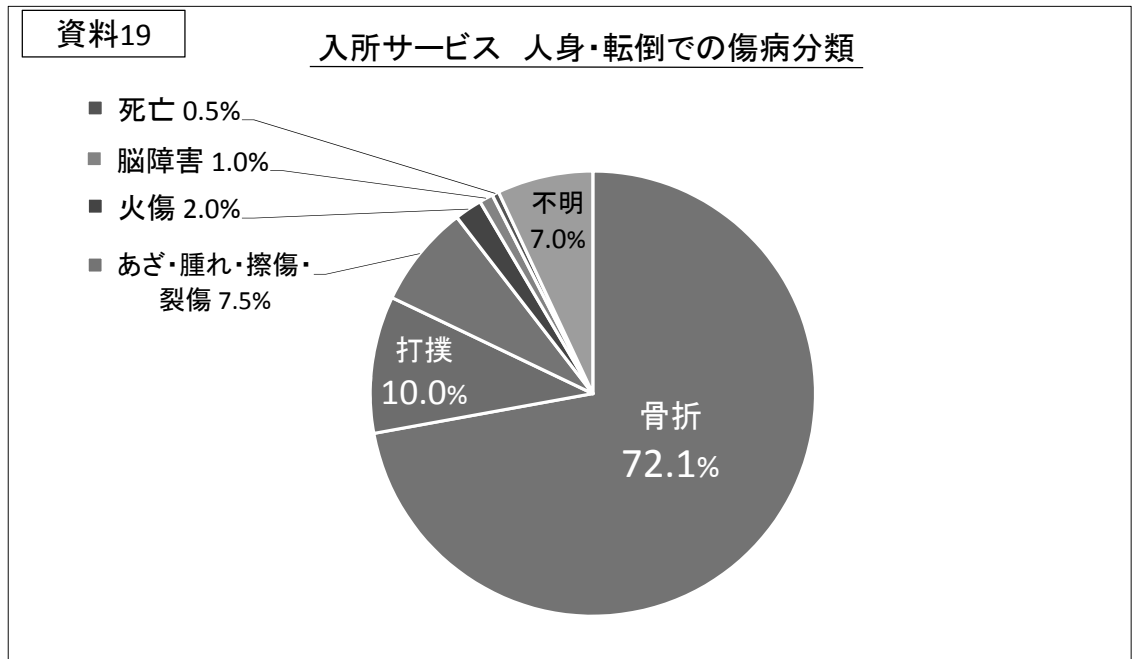
### (4) 入所サービスによる 238 事例の傷病状況分類

人身事故の報告比率は全体の 238 件 92.2%が報告された。資料 18 は、238 事例の人身事故報告に対する傷病状況に分類である。圧倒的に多いのが、骨折で 63.5%、あざ・腫れ・裂傷等が 7.4%、打撲が 7.8%、火傷 1.9%、転倒・転落に伴う脳障害や、誤嚥等による致命的な結末がわずかであるが報告されている。



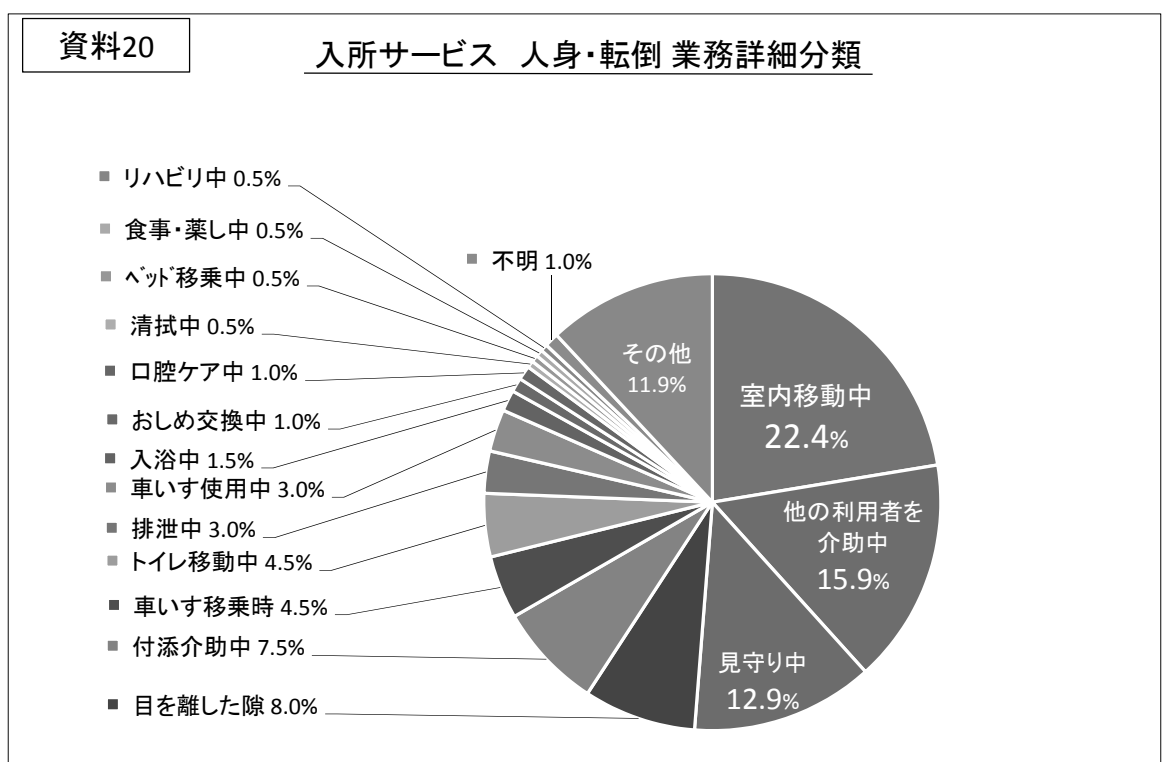
(5) 入所サービスによる転倒・転落事故 201 事例傷病分類

資料 19 は、前述 238 事例のうち、201 事例が転倒・転落事故に起因するものである。当然に骨折が 72.1%、あざ・腫れ・裂傷等、打撲を加え 17.5%、転倒・転落による頭部打撲による脳障害が 1%、後方病院へ入院後死亡となったものが 0.5%であった。



### (6) 転倒・転落事故 201 事例における業務詳細分類

資料 20 は、転倒・転落事故が発生した際の業務詳細分類である。介助者の短時間不在にあたる、他の利用者を介助中、見守り中、目を離した隙によるものが、合計で 36.8%を占める。歩行に関する介助の必要性があるにも関わらず、利用者が先に行動されるためにバランスを崩したり、介助者に対する遠慮から独自で行動することで発生するものが多数報告された。転倒・転落は確実に防止することは大変困難なことであるが、これは、見守り体制、施設の要員体制、利用者とのコミュニケーションを緊密にすることなどから、少しでも転倒・転落を減少させ、しいては骨折を防ぐことにつなげることになる。また、入所中のすべての生活の場面で介助中もしくは目を離した隙に転倒・転落事故が発生している。



## 6 居宅介護支援サービスによる事故報告分析

### (1) 居宅介護支援サービスによる事故報告分析

資料 21 は、居宅介護支援サービスで発生した損害賠償に至った報告分析である。居宅介護支援サービスでは、直接、生活や療養のお世話を提供するものはないので、発生する事故の内容は他の事業形態と大きく異なる。

下記が報告された事例である。

●ケアプラン間違いによる経済損害賠償	29 件 (93.5%)
・ケアプラン作成ミス (リハビリ回数制限・住所間違い・給付制限等)	
・ケアプラン時間単位間違い	
・ケア認定期間の間違い	
・介護レベル判定のギャップ	
・福祉用具・福祉機器の申請トラブル	
・ケアプランの申請忘れ	
●人身傷害 骨折	2 件

ケアプラン作成に起因する経済的損害 (93.5%) がその理由として報告されている。ここで注意しなければならないことは、ケアプラン作成時に、利用者の歩行アセスメントを実施する際、利用者の体重を支えるためにケアマネジャー自身が腰を痛めたり、利用者の居宅訪問時に足を滑べらせて転倒した報告が上がっている。

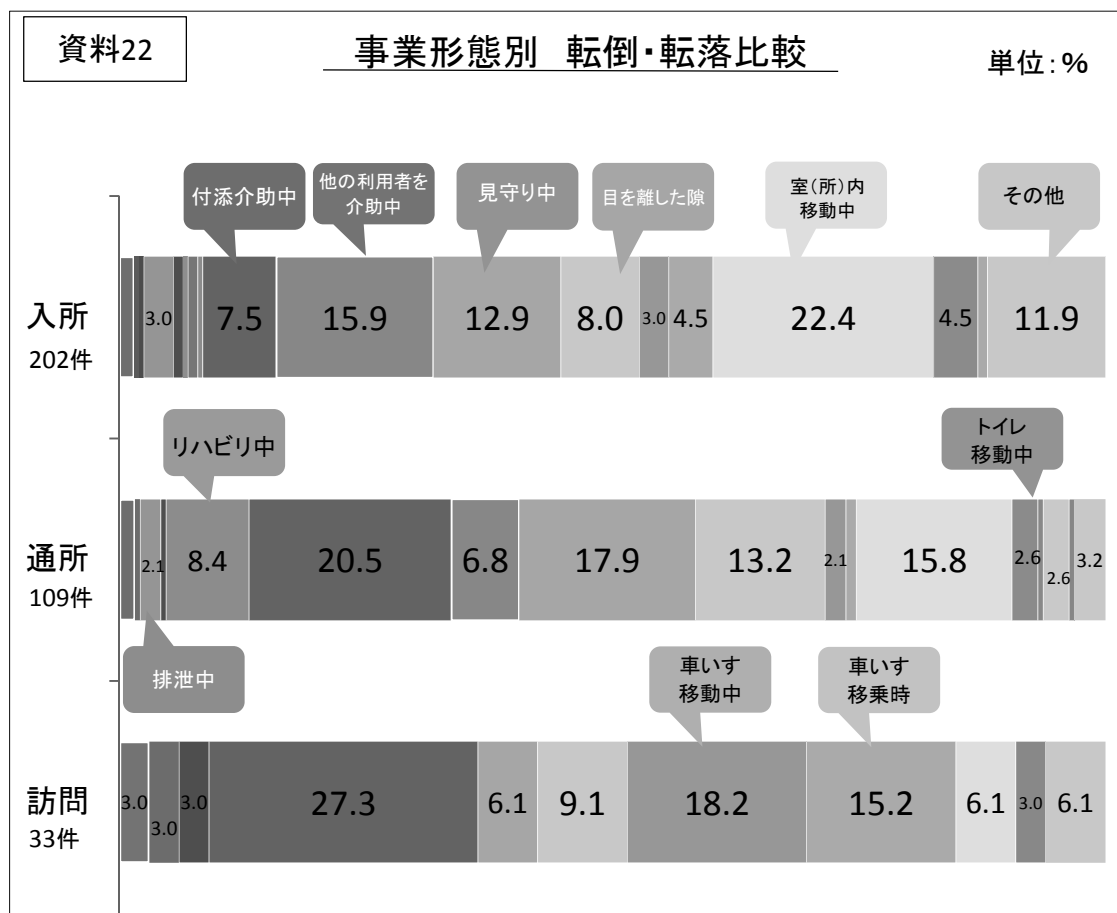
## 7 転倒・転落における事業形態別分類

### (1) 転倒・転落における事業形態別比較からわかってきたもの

資料 22 は、これまで分析してきた転倒・転落事故報告の数値を事業形態別に比較したものである。サービスの形態内容が異なる居宅介護支援サービスを除き、入所サービス・通所サービス・訪問サービスで比較した。ベッド移乗中・他の利用者を介助中、見守り中、目を離した際、室内移動、車いす移乗中の項目で比較した。付添介助中の事故報告が訪問サービスが 27.3%と有意差をもって示している。

また、訪問では車いす使用中、移乗中の事故発生割合が高かった。通所サービスでは、リハビリ中、見守り中の事故発生が大きい。同じく通所では目を離した際に発生する割合が高い。

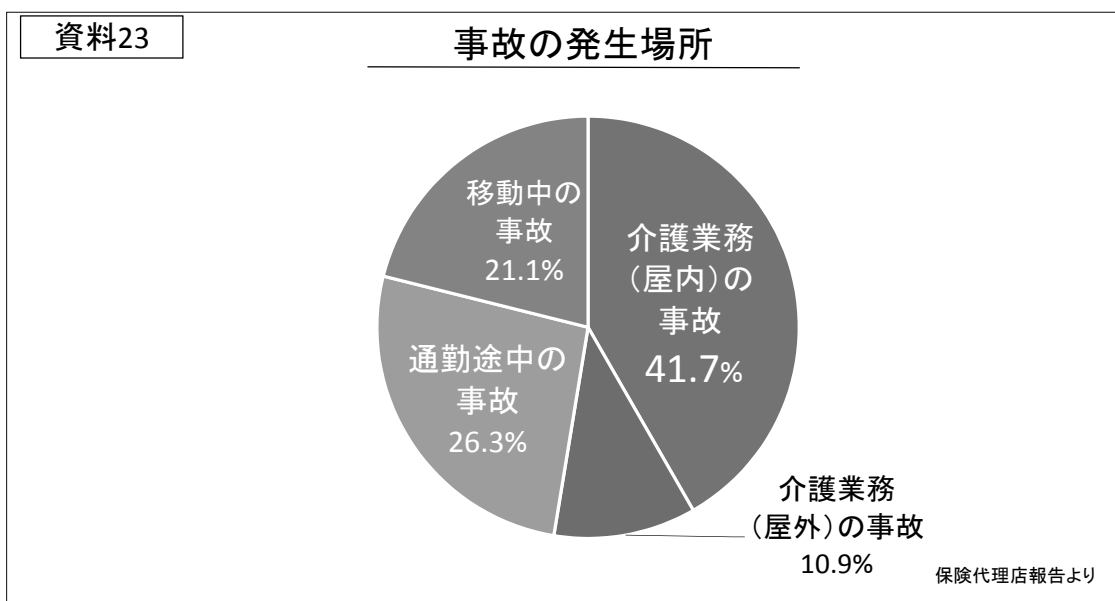
入所サービスでは、室内（所内）移動の際に有意差をもって発生割合が高い。利用者の活動・行動が多く、室内（所内）の行動範囲の中で発生していることが伺える。通所サービスでは、リハビリ中、ベッドに移乗中、見守り中、目を離した際に発生割合が高く、入所でないことから、慣れない施設環境の中で発生していることが推測される。訪問サービスでは、居宅という狭い環境の中で、ベッドの移乗、車いす使用中、移乗中に発生しているものと推測され、療養や生活支援時の、安全な環境を整備しておくことも事故の発生を抑制することができると思われる。



## 8 介護職員の傷害事案

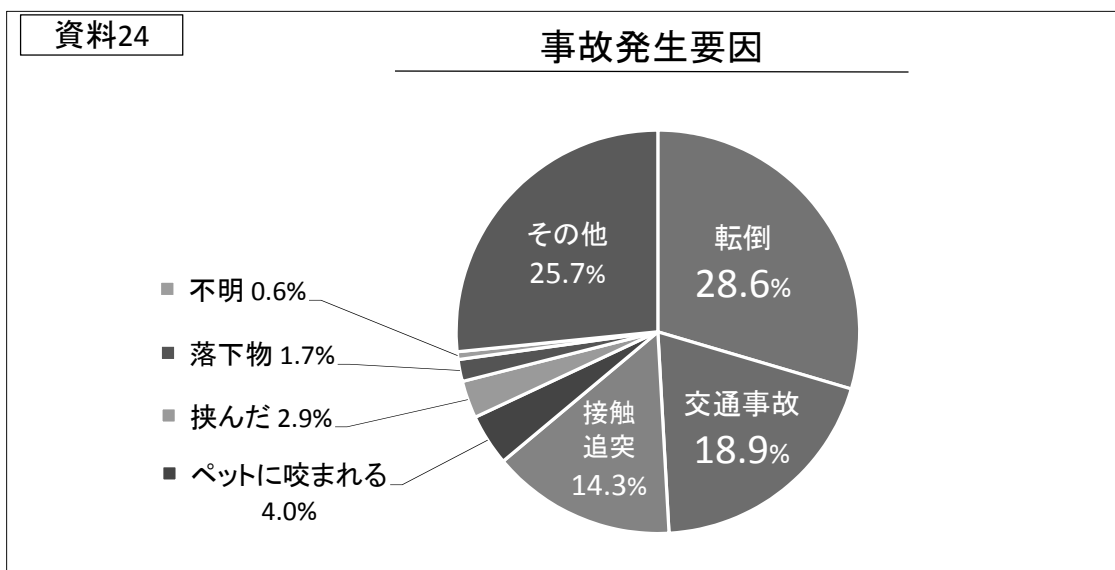
### (1) 介護職員に関する 175 件の傷害事案

利用者の安全を守ることはもとより、職員への安全も同様に守らなければならない。福祉共済制度の傷害賠償による介護職員に関する 175 事例が報告されている。資料 23 は事故発生場所の分類である。屋内（施設内）で介護業務を行っているときに発生したものが、41.7%、屋外（施設外）が 10.9%、通勤途上の事故が 26.3%、移動中の事故が 21.1%となっている。



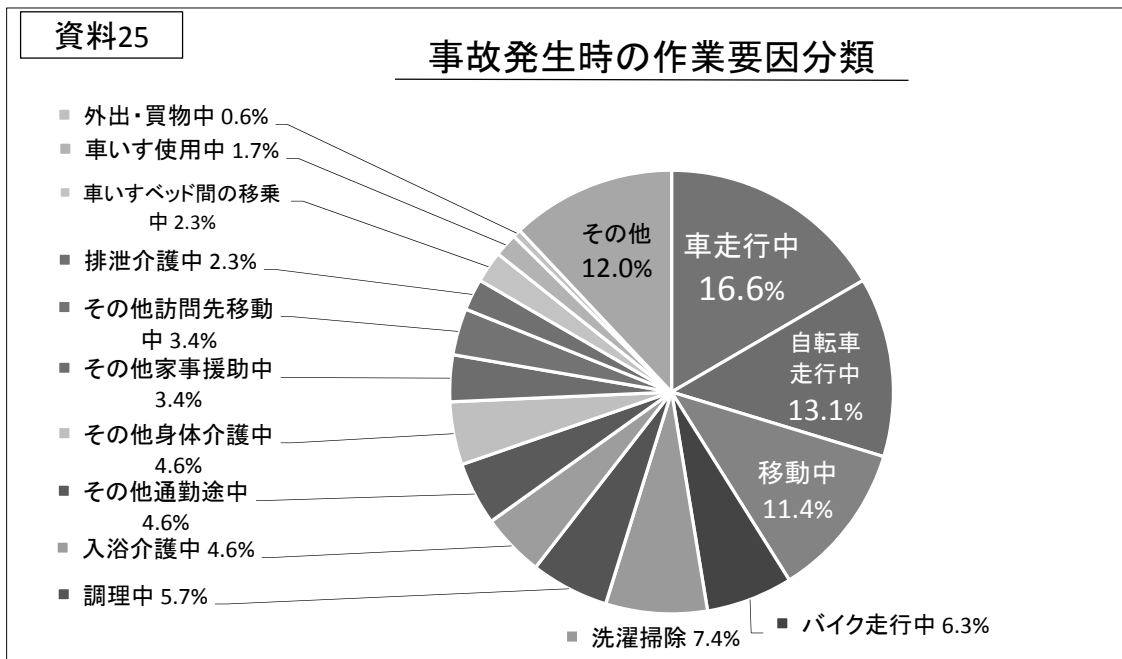
### (2) 傷害事故報告 175 事例に関する事故発生要因

傷害事故報告 175 件の事故発生要因内訳を資料 24 に示しているが、交通事故によるものが 18.9%、接触・追突によるものが 14.3%、介助中に利用者を支えようとして転倒したものが 28.6%、落下物によるケガが 1.7%、居宅訪問時にペットに噛まれる事故 4.0%、ドアや車のドアに挟まれたものが 2.9%報告されている。



### (3) 傷害事故報告 175 事例に関する事故発生時の作業要因分類

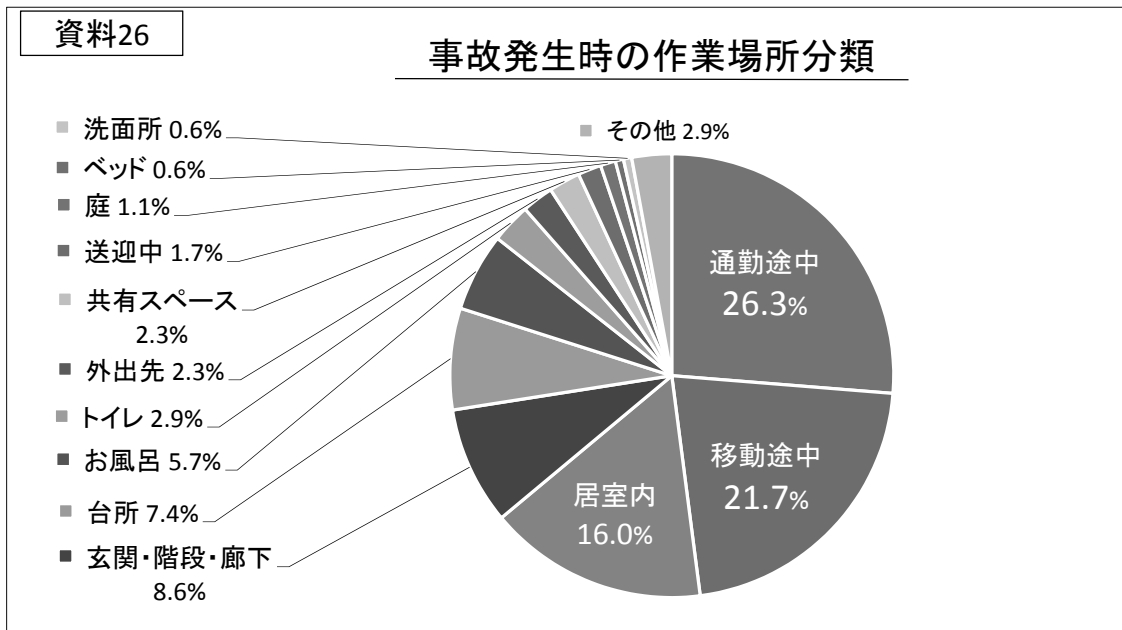
資料 25 では、傷害事故発生時の作業要因分類を示している。実に約 44%が乗物による事故が発生要因として報告されている。車走行中 16.6%、バイク走行中 6.3%、自転車走行中 13.1%、通勤途中 4.6%、訪問先移動中 3.4%を占める。当然ではあるが、利用者介助中による様々な療養支援の場面で、職員も利用者の安全を優先確保するために、職員自身が同時にバランスを崩し転倒したり、腰を痛めたりする報告が目立った。このため移動・移乗介助に関する利用者・職員の双方向での安全なスキル向上のための教育研修を取り入れることが求められる。





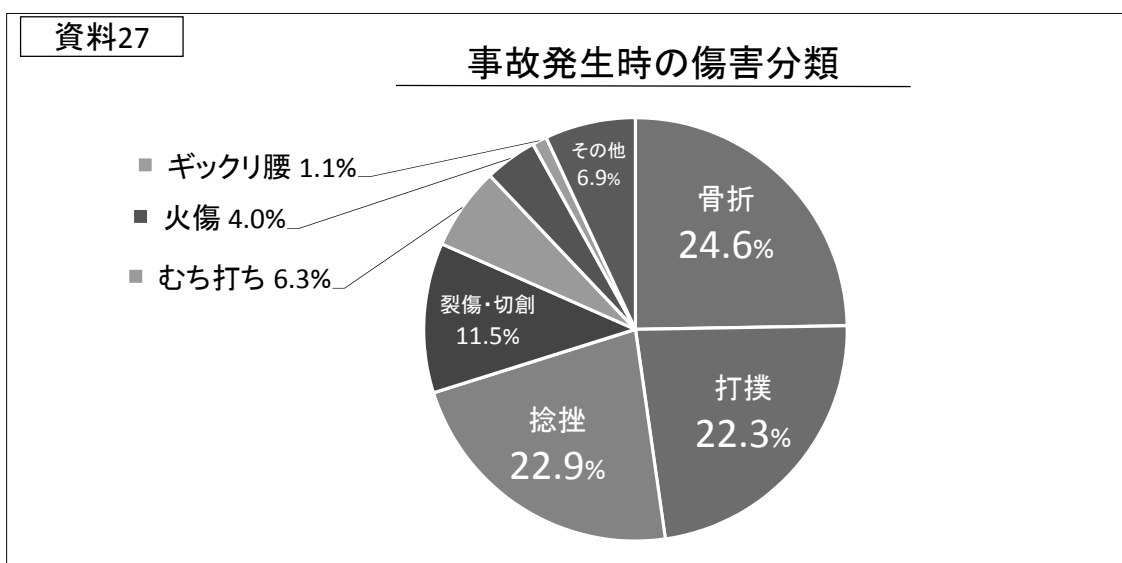
#### (4) 傷害事故報告 175 事例に関する事故発生時の作業場所分類

資料 26 は傷害事故発生時の作業発生場所を分類したものである。これも、送迎中 1.7%、外出先 2.3%、移動途中 21.7%、通勤途中 26.3%と施設外で発生するのが 52%を占める。作業要因に沿って、発生する作業場所は、トイレ、風呂、ベッド、居室、洗面所といった利用者の生活の場を援助する場面で発生している。利用者には直接関りがないが、利用者の食事の調理の際に、職員が台所で包丁での切傷や調理中の火傷などの報告があった。



#### (5) 傷害事故報告 175 事例に関する事故発生時の傷害分類

資料 27 は、事故発生時の傷害分類を示しているが、交通事故に起因する傷害が目立ち、当然外傷程度も大きいものである。骨折が 24.6%、捻挫 22.9%、打撲 22.3%、むち打ち 6.3%である。また、利用者の車いすやベッドの移乗時に利用者のバランスを崩し、咄嗟に支えようとして、腰を痛めたケースや、調理中の火傷や切創が報告された。



## 9 介護事故報告からの事故低減に向けて

これまで述べてきた事故分析から、介護サービス事業形態にかかる利用者の事故の特徴と傾向が明らかに把握できる。

訪問サービスでは、居宅に訪問し、サービス提供時に利用者の持ち物や建物に損害を加えるケースが過半数を超えている。報告書から全容を把握することができないが、発生事故の状況から、狭いスペース環境の中で作業を行う際に建物や家財に損害を加えていると推測できる。そのためサービスの提供をする前に、サービスの動線に支障になるようなものは事前に整理整頓してから作業を開始することが望まれる。これは、居宅内で利用者の移動を行う場合の、転倒・転落の防止に繋がるものである。また慣れない環境での居宅内作業となるために、訪問サービス前には、居宅の環境についてリスクアセスメントを実施し、不明点は事前に家族、利用者と綿密にコミュニケーションをとることをお勧めする。

通所・入所サービスでは、人身事故が施設によっても若干の差があるものの転倒・転落が70～80%と高い割合で発生している。転倒・転落の事故防止ができれば、介護事故の多くが回避できることになる。自立支援を目指す介護施設としては、転倒・転落が発生する要因の中で、見守り中、他の利用者へ介助中、目を離した隙に発生する事が多く見られるため、管理体制の見直し、他の利用者へ介助が必要になった時の連絡体制、監視が強く求められる。そのため利用者の介助体制の見直しを実施して、メリハリのついた管理体制についてチームで話し合い、また利用者とも十分に話し合いを行い、転倒・転落防止に向けた理解を深めていただきたい。以下は、転倒・転落・滑落事故防止のための基本的考え方を紹介し、事故低減に向けて、参考にさせていただきたい。

- (1) 転落・転倒・滑落の予測・評価：継続的にアセスメントツールを利用しながら介護計画に転倒・転倒の取組みを盛り込む。（特に初入所やレスパイト入所で生活環境が変化する場面では転倒・転倒が発生しやすいことを知っておく。）
- (2) 利用者から日常生活のヒヤリングと職員間への情報共有。
- (3) 対策：転倒・転倒事故発生時の対応マニュアル教育と周知徹底。
- (4) 記録：介護時の記録観察、記録方法「転倒・転倒」記載についての教育と周知徹底。
- (5) 予防：転倒・転倒予防活動と本人・家族とのコミュニケーション施設で取組んでいる転倒防止資料や取組み活動（転倒・転倒アセスメント等）についてしっかりと共有する。
- (6) 教育：全体研修・職員研修、転倒・転倒ワークショップ等の実施を年間計画に盛り込むことで職員への転倒・転倒事故防止に繋げてほしい。通所サービスでは、通所時の居宅を出るとき、施設の到着した際の車の乗り降りに関する転倒・転倒が発生しているので、利用者の搬送に関する安全教育を受けた運転手と添乗員の共同作業で、確実に利用者の搬送スキルを実施する教育が必要である。また、送り出し時の家族との連携、施設到着時の施設職員との連携は、いうまでもなく確実なコミュニケーションによって実施していただきたい。

送迎時の車の運転については、確実に交通法規に従い、睡眠不足や普段から身体管理については十分に留意する必要がある。居宅介護支援サービスでは、損害のほとんどがケアプランを作成する際のエラーが利用者に経済損害を与える結果となっている。可能な限り、ケアプラン作成にあたっては、作成者と他のケアマネジャーによって、複数での確認作業を実施し、利用者情報、サービス範囲、単位、回数、給付制限の有無、判定基準、申請書の行程管理等を明確に作業マニュアルに盛り込む等の対策が求められる。昨今は IT 化が進み、コンピュータ入力による、間違い防止の仕組みが取り入れられており、今後の普及を期待したい。

## IV 介護事業所における事故について

### 1 介護事故の発生場所や状況について

#### (1) 居室（寝室）

##### ア ベッドからの転落事故

ベッドからの転落には大きく 2 種類ある。「利用者自らの行為によって起こる転落」と、「介護者の介助ミス等によって起こる転落」である。前者においては、特に認知症者に多く、ベッド柵を高くするなどの対策が取られる場合があるが、さらにそれをも乗り越えて、ベッド柵が低い状況での転落よりも、より重度な受傷となることがある。また、ベッド柵を高くする行為自体が「拘束」ととらえられることもあり、有効策を打てないことが多々ある。

後者では、介護職員側の業務に対する多忙感が基本にあり、十分な安全チェックを行わず、流れ作業としてベッド上等での介助を行った時などに起こりやすい。さらに、最近においては、介護職員の不足が根底にあり、十分なトレーニングを行わない状態で介助を行ったことでも、起こりやすい。

##### イ 車いすでの転落・転倒事故

この事故においても上記「ベッドからの転落事故」同様、「利用者自らの行為によって起こる転落・転倒」と、「介護者の介助ミス等によって起こる転落・転倒」がある。前者においては、基本的に、車いすがそれを使用する本人の身体的状況に合っていないことで、ずり落ちるように転落するという事故が見られる。また、認知症においては、足載せ台（フットサポート）に足を乗せたまま立ち上がろうとして転倒することもある。さらに、車いすのブレーキをかけ忘れた状態で立ち上がり、車いすが後方にずれてしまったところに再び座り、尻餅をつくように転倒するという事故もある。

一方、後者では、上記「ベッドからの転落事故」同様の理由で、主に移乗時の転倒が起こりやすい。

##### ウ リフト等からの転落

事故が起こりやすいリフトは主に「車いす用段差解消機」と「吊り具を装着し

て吊り上げる機器」の2つで事故が起こりやすい。前者では、車いすを載せる位置が不適切であったり、車いす側のブレーキのかけ忘れなどで転落することがある。

後者では、吊り具の誤った装着によって吊り具が外れ、転落することがある。この場合、高い地点まで吊り上げた状況で転落事故が起こるために、死亡事故や重篤な怪我になることが多い。

#### エ 嘔吐等による窒息事故

就寝中等に、背臥位の状態で嘔吐することによって、その嘔吐物が気管に詰まる事故である。誤嚥性肺炎となりやすく、死につながるが多々ある。必ず兆候があるので、それら兆候を見逃さずに、体位変換器等を用いて側臥位とすることが肝心である。

#### オ 誤薬事故

介護事故の中で最も単純ミスによる部類の事故である。与薬マニュアルを作成し、その内容を与薬の職員に徹底させることが、事故予防にまずは重要となる。与薬職員はこの服薬介助の時間は与薬業務に専念し、他の業務は行わないようにする。さらに処方薬を配る前の二重、三重のチェック体制と、居室における個人の薬置き場（カレンダー風の薬入れなど）を工夫することが重要となる。

#### カ 認知症者の異食事故

異食行為は、居室のありとあらゆる場所で起こる。ティッシュや紙などは喉に詰まらせる場合があり、ビニールなどは窒息の恐れがある。口に入れると危険なものは、手の届く場所や目につく場所に置かないよう環境を整え、花などを飾る場合においても、なるべく手の届きにくい場所を選ぶのが良い。

お菓子や薬も、包装紙ごと口に入れてしまう場合もある。トイレの個室など、介護職員等の目が届かない場所で起きることも多いことから注意が必要となる。

#### キ 歯磨き介助による口腔内受傷

歯磨きは利用者の誤嚥性肺炎予防の観点から、非常に重要である。介護職員等が介助にて歯磨きをする場合、車いすの利用者に対しては、斜め後ろから行うことが多い。その場合、口腔内がよく見えず、利用者の口腔内を傷つけることがある。このような場合には、車いすでの介助にこだわらず、ベッド上での介助に切り替えてもよい。ベッド上の歯磨き介助においては、ベッドの上半身部分を45度から60度に挙上した肢位（ファーラー位）で行うことを勧める。

#### ク その他の事故

ベッドの周りにおいては、介助中に、介護職員もしくは利用者の腕などが床頭台に当たり、その上に載っている写真立てなどを床に落とすなどが起こるので、落とさないような位置に置くなど、利用者の私物の整理整頓も含め、普段からの

工夫が必要である。

また、上記、車いすの利用者に対する歯磨き介助においては、介護職員が中腰姿勢となることから、腰痛を引き起こすことがある。

さらに、介助時も含めた「更衣動作」に関しては、服と皮膚との擦れによって、発赤などができることがある。

## (2) 廊下

### ア 歩行時の転倒事故

廊下での転倒には、本来杖を使って歩行している利用者が、杖を居室に置いたまま、手すり等につかまって廊下を歩行し、手すりが途切れた場所で転倒する場合や、廊下を歩行しているときに、後方から声をかけられ、振り向くと同時に転倒することなどがある。したがって、介護職員は、特に利用者には決して後方から声をかけず、利用者を追い越してから、利用者の前方より声をかけなければならない。

また、他の利用者等が水などを廊下の床にこぼし、それに滑って転倒する例や、スリッパなどの簡易な履物が原因となって転倒する場合がある。履物はかかとのついたものを履くように繰り返し促す必要がある

### イ 車いすからの転落事故

上記「居室（寝室）」における事故と同様、基本的に車いすがそれを使用する本人の身体的状況に合っていないことで、ずり落ちるように転落するという事故が見られる。また、認知症においては、足載せ台（フットサポート）に足を乗せたまま立ち上がろうとして転倒することもある。さらに、車いすのブレーキをかけ忘れた状態で立ち上がり、車いすが後方にずれてしまったところに再び座り、尻餅をつくように転倒するという事故もある。

### ウ 他者との接触事故

接触事故は、居室などの出入り口周辺や、廊下などの曲がり角部分で起きやすい。また、真後ろ直近に他者がいることに気づかずに振り向きざまに歩き出し、接触転倒することもある。

さらに、脳卒中などの脳にダメージを受ける疾患の利用者の中には、高次脳機能障害の一症状として、「半側空間無視」が出る場合がある。これは、主に左側が見えているにもかかわらず、左側が認知できない症状であり、左側にいる他者に接触転倒する（させる）ことがあることから、注意が必要である。

### エ その他の事故

利用者が廊下を歩行中に、居室からコールがあり、急いでコール先に向かう介護職員を目で追ってしまい、振り向くような形となって転倒する場合や、リハビリや歩行介助中に、介助者が他の利用者に数秒気を取られているうちに、転倒するなどの例がある。

### (3) トイレ

#### ア 移乗介助時の転落事故

車いす等に座った利用者への移乗介助を「狭い空間」で行うために、トイレでの移乗介助では、介助をする介護職員も利用者も、移乗に良好な態勢を取れない状況となることがあり、互いの無理な姿勢からの移乗介助において、転倒事故が起こることがある。また、介護職員が目を離したときに、利用者が一人で便座から立ち上がり、転倒事故となる。

#### イ 方向転換時の転倒事故

ある程度安定した歩行が可能である者も、方向転換時にバランスを崩し、転倒することある。パーキンソン病もしくはそれに類似した症状のある者や、脳卒中などの脳にダメージを受ける疾患に多い。特に、脳卒中の利用者が方向転換をする場合、右片麻痺者は「時計回り」に、左片麻痺者は「反時計回り」に回ることから、方向転換の動作が安定することから、この動作を繰り返す、身に付けてもらう必要がある。この逆の方向へ方向転換が行われた場合、転倒事故が起きやすくなる。

トイレ内では、転倒によって便器等に頭部を打ち付けるなど、重篤なけがになることもあり、適切な場所への手すりの設置を行って環境を整えるなどの対策が必要である。

#### ウ 座位時の尻餅事故

下肢筋力が弱かったり、バランスが悪い場合に尻餅事故は起きやすくなる。加えて、骨粗しょう症がある場合には、その重症程度にもよるが、単なる尻餅事故が、腰椎などの「圧迫骨折」と言う重篤な状況になることもある。また、便座は椅子等の座面と比較して狭いことから、臀部が便座からずれ、床での尻餅事故となることもある。この場合はより重篤な事故となる。

#### エ 認知症者の異食事故

介護施設内で起こる異食行為の対象は、ティッシュペーパーやトイレットペーパー、紙、新聞紙、オムツ、花(生花・造花)、空袋を含む菓子のシート、土、ペットボトルの蓋、ハンドソープを含む石鹸、ジェルタイプの手指消毒のアルコール、たばこ、バターやジャムなどの空容器、床に落ちているゴミ、埃、消しゴム、鍵、墨汁、便など多様である。とりわけトイレで起こる異食行為とは、トイレットペーパーや便を食べることである。異食行為を行う利用者それぞれで、異食の対象物が違うので、よく観察をし、それぞれに関連する異食対象物を遠ざけたり、異食をしないように声掛けなどをする必要がある。

#### オ その他の事故

共同利用のトイレ内は、すれ違うための通路の幅が、廊下と比較して狭いこと

から、接触事故なども起こりやすい。

また、認知症者では、配管や水洗レバーなどに固執することがあり、それらを動かし続けて破損すると同時に、自らも手に怪我を負うことがある。

#### **(4) 洗面所**

##### **ア 転倒**

床に飛び散った水によって滑りやすくなっており、転倒事故が多い場所である。濡れても滑りづらい床材への変更や、こぼれた水をこまめにふき取ることが転倒の防止につながる。洗面所での転倒は、洗面所の陶器等に頭部などを強打する可能性があり、重篤な怪我につながることから注意が必要である。

また、立位バランスが悪い利用者においては、顔を洗う際に目をつぶることによって、一層バランスが悪くなり、転倒へとつながることもあることから、椅子を用意し、それに座った状態で洗面行為をさせるようにする。

##### **イ 歯磨き行為による口腔内受傷**

認知症者において、身体的には立位で洗面行為などが可能なものの自らは実行できずに、介護職員による介助が必要な場合が多い。そのようなとき、立位のままで行くと口腔内が見えづらく、受傷させてしまうことがある。

介助する側、される側の双方が、椅子に座り向き合って行うことで、かなり口腔内が見えやすくなり、受傷が減る。

##### **ウ 顔面等の擦り傷・発赤**

小脳に関連する疾患では、力加減をコントロールできない場合があり、強くふき取り過ぎることで擦り傷や発赤などが見られることがある。見守りをしたり、タオル地が柔らかいものに変更する必要がある。

##### **エ その他の事故**

歯磨き行為に関する介助を立位で行う場合、介護職員は口腔内を覗き込むために「中腰」にならざるを得ない。それが腰痛につながることから、上記同様に、介助する側される側の双方が、椅子に座り向き合って行う。

#### **(5) 食堂**

##### **ア 食堂ホールでの転倒事故**

認知症の利用者によく見られるが、利用者を一度着座させた後に介護職員が配膳などで目を離し、利用者がその間に他の席に移ろうとして転倒したり、勝手に居室等に帰ろうとして転倒することがある。また、椅子からずり落ちるなどの事故も見受けられる。

また、車いすの利用者では、介護職員が目を離したときに、車いすの足載せに足を載せたまま立ち上がり、転倒することもある。

## イ 誤嚥・誤飲

食堂での最も多い事故が「誤嚥」である。通常の食事提供では、それぞれに合った形態の食事が出すことなどの予防対策が行われているが、施設内のイベントなどで通常とは違う食事提供を受けたときに起こりやすい。また、隣の利用者の食事を食べて起こすこともある。

誤飲は、菓のシートの空袋やデザートのお菓子を包んでいるビニール袋や紙袋などを、誤って飲み込むことが多い。

## ウ 食事形態（刻み食、ミキサー食など）の誤提供

介護職側のうっかりミスであり、チェック機能を強化することで、防げる事故である。

## エ 誤薬事故

誤薬事故には2種類ある。一つは、服薬管理ができない利用者に対して、看護職員等から他の人の薬を提供される場合である。服薬管理ができない利用者が増えれば増えるほど、当然、誤薬事故が多くなる。

もう一つは介護職員等が目を離した間に、他の人の薬を飲むと言う場合である。そのような傾向がある利用者に対しては、本人および左右の利用者が飲み終えるまで見守り、確認することが必要となる。

## オ 認知症者の異食事故

食堂では、ティッシュペーパーや紙、空袋を含む菓のシート、バターやジャムなどの空容器、床に落ちているゴミなどを異食することがある。トイレ内での異食時同様、異食行為を行う利用者それぞれで、異食の対象物が違うので、よく観察をし、それぞれに関連する異食対象物を遠ざけたり、異食をしないように声掛けなどをする必要はある。

## カ その他の事故

通常は「ひじ掛けのある椅子」に座っている利用者を、一時的に「ひじ掛けのない椅子」に座らせ、目を離したときに椅子から転倒する例などがある。

## (6) 浴室・脱衣室

### ア 脱衣所での転倒事故

脱衣所では、下半身の衣類等を着脱させるときに、立ち上がって立位になった状態で行うことから、この時に転倒事故が発生しやすい。特に、片足状態となるときには、しっかりと手すり等につかまらせるなどしなければならない。

また、脱衣所内は濡れて滑りやすくなっている上に、通常の歩行時は装着している「補装具」などを外しての歩行となるために不安定となり、介助する介護職員も緊張することから、脱衣所内の移動時は転倒事故が起こりやすい。



## イ 浴室内移動時の転倒事故

脱衣所以上に濡れており滑りやすい。脱衣所同様、通常の歩行時は装着している「補装具」などを外しての歩行となるために不安定となり、転倒事故が起きやすい状況となっている。

## ウ シャワー椅子からの転落事故

シャワー椅子での立ち座り時や、座った状態での洗体時にバランスを崩し転倒することがある。そのような傾向が強い利用者には、背もたれとひじ掛けが付いたシャワー椅子の使用を検討する。

また、ある程度長い年月が経過しているシャワー椅子では、脚の高さ調節部分が錆びて、脆くなっている場合があり、利用者が座った時に椅子ごと転倒することがある。このことに関しては、日頃の点検を欠かさないようにする。

## エ シャワー椅子ごとの後方への転倒事故

臀部等を洗うために臀部が軽く浮く程度に立ち上がった状態から勢いよく座ってしまい、シャワー椅子ごと後方に転倒する事故も起こる。

## オ 沈溺（ちんでき）事故

浴槽内でお湯に浸かっているときは、浮力等が働き、身体が不安定になる。個浴の場合は、浴槽につかまることができることから、大型の浴槽と比較して安定するが、沈溺事故は起こり得る。利用者が浴槽に入ってお湯に浸かっている間は、目を離さない。

## カ 脱水関連事故

60代半ばを過ぎたころから、体重に対する体内の水分量は減ることから、非常に脱水になりやすい。こまめな水分補給をすることで防止することができる。

## キ その他の事故

脱衣所内は濡れて滑りやすくなっているため、介護職員の転倒事故も発生しやすい。

## (7) 玄関

### ア 玄関内及び外出時の転倒事故

靴の着脱時に転倒事故が多いことから、靴の着脱は基本、椅子に座って行う。

また、靴をきちんと履かないままに歩き出して、転倒することもある。

外は、建物内部と違い、路面に微妙な凹凸や段差が多々あることから、躓いて転倒することが多い。建物内では杖などを使って問題なく歩行している利用者であっても、外においては介護職員が見守る必要がある。

## イ 立ち座り時の転倒・尻餅事故

靴の着脱などで、玄関に設置してあるベンチタイプの椅子で立ち座りを行うときに、適切な位置に手すりがついていないことなどで、転倒および尻餅事故が起きやすい。据え置き式の手すりを多用することで、防止が可能である。

## ウ 徘徊行為

認知症では、通常危険であると判断し、それを回避するように行動するということができない場合が多く、玄関に比較的大きな段差がある施設においては、徘徊時に転落し、骨折などの怪我をすることがある。玄関の段差が比較的小さい所においても躓きやすいことから、玄関内部については、段差解消を行う。

## エ その他の事故

視力低下がある利用者では、玄関のガラスの扉が視認できず、衝突して転倒する場合がある。ガラス面に模様を付けるなどをして、視認しやすくする必要がある。

## (8) その他の場所での事故

### ア 上記以外の場所での歩行時の転倒事故

ホールにおいても、歩行時の転倒が見られる。また、普段歩いて移動している利用者が、廊下に置いてあった車いすに座って休もうとしたところ、車いすにブレーキがかかっていなかったことで転倒するなど、介護職員側の少しの不注意での転倒も起こる。

### イ ケアステーション等でのゴミ箱のごみの異食

ケアステーションが無人の時に入り、ゴミ箱の中のごみを異食することがある。そのような異食傾向のある利用者があり、かつ、ケアステーションが無人となる場合には、必ず、施錠などをする必要がある。

### ウ リハビリ中の転倒等の事故

セラピスト等が1対1でリハビリテーションを行っているときには、転倒や転落事故はほぼ起こらないが、セラピストが一人の利用者にかかりっきりになっているときに、順番待ちをして座っている利用者が立ち上がったり、歩行したりすることで、転倒事故が起こることがある。

セラピスト等が利用者の関節を過剰に動かすことにより起こる関節痛や関節損傷の可能性もある。

### エ その他の事故

厨房や職員のロッカールーム、施設長室など、至る所に入り込み、その場で転倒や転落、手足の挟み込み、やけどなど、さまざまな怪我をする可能性がある。特に、認知症の利用者の多い施設においては、これら部屋への侵入を防ぐ工夫が

必要である。

インフルエンザやノロウイルス等に関する利用者同士の感染症の感染事故や、利用者から介護職員への感染事故、その逆の介護職員から利用者への感染事故なども防止のための対策が必要となる。

## 2 介護事故の発生につながる「行為・動作」について

### (1) 移乗・移動

- ア リフト利用等を含む移乗介助時の転落事故（居室）
- イ 移動介助時の転倒事故（トイレ）
- ウ 移動介助時の転倒事故（廊下）
- エ 玄関内及び外出時の転倒事故
- オ 立ち座り時の転倒・尻餅事故
- カ 徘徊行為など

### (2) 食事

- ア 食堂ホールでの転倒事故
- イ 誤嚥および誤飲
- ウ 食事形態（刻み食、ミキサー食など）の誤提供
- エ 口腔内火傷、食堂椅子での立ち座り時の事故
- オ 誤薬事故
- カ 他者の薬を飲む誤薬事故など

### (3) 整容

- ア 転倒
- イ 歯磨き行為による口腔内受傷
- ウ 顔面等の擦り傷・発赤など

### (4) トイレ（排泄）

- ア 方向転換時の転倒事故
- イ 座位時の尻餅事故
- ウ 認知症者の異食事故など

### (5) 更衣

- ア 転倒・転落事故
- イ 過他動による関節痛および関節損傷
- ウ 衣服による擦り傷（発赤・表皮剥離等）など

### (6) 入浴

- ア 脱衣所での転倒事故
- イ 浴室内移動時の転倒事故

- ウ 浴室内移動時の転倒事故
- エ シャワー椅子ごとの後方への転倒事故
- オ 沈溺（ちんでき）事故
- カ 洗体時の擦り傷などの受傷（発赤・表皮剥離等）など

**(7) その他（リハビリ時、感染症など）**

- ア 転倒・転落事故
- イ 過他動による関節痛および関節損傷
- ウ 利用者同士の感染症の感染事故（インフルエンザ、ノロウイルス等）
- エ 利用者から介護職員への感染事故
- オ 介護職員から利用者への感染事故など

**V 介護事業所の賠償事故の防止のための取組み**

**1 人身事故**

**(1) 見守り中の事故（訪問）**

**【事件事例】**

食後に利用者のテーブルにコーヒーを提供したが、利用者が誤って膝にこぼし火傷を負い皮膚剥離となった。

**【事故原因】**

利用者の身体状況（握力低下）があったが、重量のあるものでもなく、食事も自立介助であったため、介助者は見守りとしていた。また、提供されたコーヒーは高温でカップ自体もかなり高温になっており、利用者が持ちあげた際に、握力低下加えカップの熱さで保持することが困難だったことが考えられる。

**【防止対策】**

- ア 利用者の身体アセスメントは体調変化があっただけでも変化が大きいので、サービス開始時には、利用者と十分にコミュニケーションをとり、記録を残しておく。
- イ 提供する飲み物等の温度について、利用者の許可をいただき少し冷ました飲み物を提供する。
- ウ カップの形態については、両取手付きのカップの利用を考慮する。

**(2) 移乗・移動介助中の事故**

**【事件事例】**

ベッドから車いすに移乗介助中、車いすへの座り方が浅かったため、前のめりに転倒し、疼痛を訴えられたため、受診したところ大腿骨頸部骨折が判明した。

**【事故原因】**

体格の大きい利用者への介助で、介助者は小柄であったこと。車いすへの移乗に無理があった。移乗時のポジショニング不良。  
ベッドと車いすの位置関係の利用者の認知不足。

#### 【防止対策】

- ア 利用者の身体把握。要介助の把握
- イ 大柄な利用者や身体状況（患側部位の把握）に対する介助体制。他の介助者の援助要請を事前に連携しておく。複数介助者での移乗確保。
- ウ 車いすとベッドのポジショニング確保。利用者にも声かけを行い、どのように移乗するか移乗前に誘導する。

### （３）食事介助に関連する事故

#### 【事件事例】

昼食の食事介助中、一口大のかぼちやの食事を介助し、飲み込みを確認し、他の利用者の介助のため一瞬離れたところ、むせ込み、意識を消失し、声がけしても反応しなくなった。救急連絡と同時に救急処置を試みたが、搬送先の後方病院で死亡が確認された。

#### 【事故原因】

嚥下機能が低下されている利用者であった。食事形態の考慮が充分でなかった。他の利用者へ介助を余儀なくされたため、一瞬目を離した。

#### 【防止対策】

- ア 介護施設チームによる嚥下アセスメント。体調把握を毎日確認する。
- イ 嚥下アセスメントにより食事形態が適切であるか普段から確認する。栄養課との連携。
- ウ 誤嚥防止のために、嚥下低下の場合は、開始食はとろみ食等の嚥下アセスメントを確実に実施する。
- エ 介助レベルが高い利用者の場合は、複数の利用者を同時に介助しないよう、食事時間の時間差を再考する。
- オ 介助体制と他のスタッフへの連携を強化する。

### （４）衣介助中の事故

#### 【事件事例】

入浴のため脱衣所でタイツを履こうとして立ち上がったところ、バランスを崩し、とっさに利用者を支えようとしたが、受け止められずそのまま転倒した。疼痛を訴えられたため、受診したところ大腿骨頸部骨折が判明した。

#### 【事故原因】

要介助の利用者であったが、利用者自身が自立を求める性格であった。

下着の形態が要介助者の着衣に困難な状況があった。下着を脱衣する場合と着衣する場合では、着衣の場合に片足を上げる動作が加わるために、バランスを崩し易かった。利用者を支える手すり等が側になかった。介助者は複数の利用者の介助を同時に行っていた。

#### 【防止対策】

- ア 身体アセスメント・転倒アセスメントの普段からの確認。サービス当日の身体管理。

- イ 立ち上がる際には、手すり等の設置がある場所を実施する。介助者だけに依存しない。
- ウ 利用者の自尊心を尊重するも、介助の必要性について「安全をキーワード」に、普段から十分に話しておく。
- エ 可能であれば、タイトな下着についての再考をお願いする。

## (5) 入浴介助中の事故

### 【事件事例】

入浴介助中、シャワーチェアに座った状態で大腿部を洗おうとし、太ももをあげてもらったところ、バランスを崩しそのまま後方へ転倒し、疼痛を訴えられたために、受診したところ大腿骨頸部骨折が判明した。

### 【事故原因】

シャワーチェアは背もたれのあるものではなかった。利用者が手すり等の設備がない状態で、介助者の体を支えにしていたが、太ももをあげた際に支えがなくなった。入浴室床はタイルで、石鹸やシャワーのお湯で、体が滑りやすい状態であった。

### 【防止対策】

- ア バランスを崩しやすい利用者への使用には、背もたれのあるチェアを考慮。
- イ 手すり等で利用者が確実に体の保持が出来るよう利用環境を整備する。
- ウ バランスを崩しやすい姿勢になる時は、利用者への声かけを事前に充分行い、転落防止のためのコミュニケーションを図る。
- エ 見守りは複数の介助者で実施し、時間の焦り等、入浴介助に対して余裕をもった体制を考慮する。
- オ 滑りやすい入浴室の床の環境整備

## (6) 排泄介助中の事故

### 【事故原因】

排泄介助のために、車いすでトイレへ移動し、車いすから便座へ移乗しドアを閉めて、介助者は外で待機していたが、突然声がしたのでドアを開けると便座から転落していた。

### 【事故原因】

普段から歩行介助が必要とされる利用者で、車いすでの活動時間が長い。腰痛があった利用者であった。便座へ移乗した際のポジショニングが不要であった。利用者自身で体動を調整する身体機能が低下していた。便座へ移乗した時の、疼痛アセスメントの声かけができていなかった。手すり等の体を保持するための誘導がなかった。

### 【防止対策】

- ア 普段から身体アセスメント・疼痛アセスメントの実施

- イ ポジショニングの確認
- ウ 便座移乗した際の、疼痛に対するアセスメントと声かけ
- エ 安全確保のかけ言葉・手すりへの誘導

## (7) 送迎中の事故

### 【事件事例】

送迎車から降りようとした際に利用者がバランスを崩し、そのまま転倒した。疼痛を訴えられたために、受診をしたところ大腿骨転子部骨折が判明した。

### 【事故原因】

一部介助を要するも、自立した利用者であった。添乗員が一瞬目を離した隙に、利用者自ら行動された。複数台の送迎車がほぼ同時に施設に到着し、介護職員が送迎に多忙であった。運転手・添乗員の安全確保のかけ言葉の欠如。車に取り残される利用者の心理状況の配慮が欠如。

### 【防止対策】

- ア 安全配慮の視点から、送迎車の乗り降りに関する運転手・添乗員の言葉かけ、誘導を明確にする。どの時点で昇降するのかの案内を明確にする（車内待機を必要であることを明確に伝える）。
- イ 一時の送迎車の到着時間を考慮し、送迎の介護職員の要員が十分に確保できる体制を確立する。お迎え時の受け入れ体制（車いすの事前準備等）
- ウ 運転手・添乗員への安全教育。利用者の身体機能の把握を明確にする。
- エ 車内待機する利用者の心理状況を把握し、次のアクションについて明確な案内をしておく。

## (8) その他の破損・紛失事故

### 【事件事例】

利用者の義歯を預かり洗浄したが、ケースに入れず手で保持しながら義歯を運んでいる際に誤って落下させ、義歯を破損させてしまった。

### 【事故原因】

義歯の洗浄後、簡単に拭いてそのまま安易に手で持って運んだ。

### 【防止対策】

- ア 義歯の洗浄時は、流し台にスポンジマットを敷いて落下衝撃の防止に努める。
- イ 義歯の落下衝撃では、必ず義歯のアライメントが変化し使用に耐えられないことを認識し、義歯ケースがなければ落下衝撃に耐えられる袋等を事前に準備する。
- ウ むき出しのまま義歯は搬送しない。

## 2 物損事故

### (1) 利用者の持ち物の破損紛失事故

#### 【事件事例】

通所サービスの利用者の補聴器が、帰宅時にないと申告されたため、サービス提供の該当部署を全て探したが出てこなかった。利用者の家人へも連絡を取ったが、居宅から持ち出しているということで発見できなかった。

**【事故原因】**

受入れ施設側では、通所サービスでは、持ち込まれる個人の持ち物についての把握をしていなかった。併せて帰宅時の利用者の持ち物の確認をしていない。

**【防止対策】**

- ア 受入れ時の際の持ち物チェックリストを作成し、利用者と相互確認する（持参薬等施設内で実施するものもあり、療養介助に影響する項目もリスト化する）。
- イ チェックリストを利用し、帰宅時に忘れ物がないか利用者と確認する。
- ウ 運転手・添乗員にも協力を依頼し、普段との違いがないかどうか利用者と確認する。
- エ 車内の忘れ物がないか、運転手・添乗員へマニュアル化し、毎回実施する。

**（２）訪問介護時の利用者の居宅での破損事故**

**【事故事例】**

居宅サービスにおいて、循環器動態の変化の大きい利用者に足浴を実施するために、テープ固定せずにパルスオキシメーターを指にはめて測定中、外れて浴槽へ落ち、破損させてしまった。

**【事故原因】**

訪問マニュアルでは固定することとなっていたが、テープの固定を忘れた。基本的に入浴時に使用対象としていない医療機器であった。酸素飽和状態を確認しているが、入浴前後の身体アセスメントを重要視していない。

**【防止対策】**

- ア マニュアルの遵守。提供するサービスの計画を明確にする。
- イ 提供するサービスのフレームワークを訪問前に確実にしておく。
- ウ 医療機器の使用に関する注意事項の確認（防水や漏電はしないのか。）
- エ 循環器疾患やその他疾患のある利用者への身体アセスメントの質の向上と実践

**3 介護職員の傷害事故**

**（１）介護中の介護職員の怪我**

**【事故事例】**

利用者を車いすからベッドへ移乗介助する際に、利用者の身体をかかえ持ちあげようとしたところ腰を痛めた。

**【事故原因】**

無理な姿勢で抱え上げた。腰痛防止のためのリフトが実践されていない。全身の身体の力を利用していない。

**【防止対策】**



- ア ノーリフトの実践。足を前後に広げて、腰を落とした状態で重心を動かすことで無理なく全身の力を利用する。
- イ 基本的なノーリフト概念を取り入れ腰痛防止のために身体の使い方を工夫する。
- ウ 移乗スキルの向上・腰痛防止のための教育を取り入れる。
- エ 利用者との移乗の際のコミュニケーションを移乗前に説明し、声かけ連携する。

## (2) 介護中の介護職員の怪我

### 【事件事例】

送迎中、道路渋滞で施設到着が遅れることになり、焦って経路を変更しようとハンドルを切った際に、他の車と接触し救急病院へ搬送されたところ、頸部を強く打ったことによるむち打ち症と診断された。

### 【事故原因】

渋滞により施設到着が大幅に遅れることに対する焦りがあった。焦りから急ぐことで普段実施している安全確認が欠如してしまった。

### 【防止対策】

- ア 交通ルールの遵守。安全ですぐに停車できるスピードを維持する。
- イ 渋滞や利用者の事情等で遅れる場合の施設への連絡をいれておき、おおよその時間を伝えておく。この場合は、急がない、焦らないと心得る。
- ウ いつも利用するルート変更の場合はかえって到着を遅らせると心得て、通常ルートを確保する。
- エ 信号の指差し確認、交差点内の前後左右の確認、進路変更の際の安全目視を励行する。

## (3) 訪問介護の移動中の介護職員の怪我

### 【事件事例】

自転車利用による、居宅訪問時に交差点内で他の自転車と衝突し転倒し、お互いに負傷を負った。

### 【事故原因】

交差する道路で一旦停止をせず、そのまま自転車で進入した。自転車のカゴが利用者介護のための道具で重く、自転車の操作性が悪かった。

### 【防止対策】

- ア 交通ルールの遵守。交差する道路での一旦停止する習慣を身につける。
- イ 訪問時の交通事故で利用者のサービス提供が困難になった場合の連絡とサービスのバックアップ体制を事前に構築しておく。マニュアルへの盛り込みが必要。
- ウ いつも利用するルートで訪問先まで不案内にならないように時間の余裕を持つ。信号の確認、交差点内の前後左右の確認、反対車線を走行しない等、基本的な交通安全の習慣を身につける。

## VI 介護事業所におけるリスクマネジメント

### 1 介護事業所の事故防止のための組織づくり

ここで言う「リスク」とは、介護事故によって、利用者やその家族などに与える損害や損失の大きさである。したがって、リスクマネジメントとは、そのようなリスクをマネジメントする一連の活動である。介護事故は、介護サービスを提供する中で、利用者の生命や身体、精神、プライバシー、財産等への侵害が発生した場合をいい、転倒、転落、誤嚥、異食、薬の誤配、無断外出、入所者同士のトラブルなどがある。さらに虐待や不審者の侵入、地震、火災、感染症、食中毒などがある（おおさか介護サービス相談センター専門相談員 弁護士 久岡英樹氏による。）

事故防止のための組織作りには、施設が設立されてどれぐらいの経験値が蓄積されているかが、大きく関係する。設立して間もなく、一般職員のみならず、中堅職員に関しても組織作りの経験が少ない場合は、施設管理者側からのトップダウンで、事故防止の理念や方針、手順書などを示し、事故防止のための取り組み自体を主導する。そして、ある程度経験値が上がり、事故防止のための仕組みや取り組みが、一般職員や中堅職員に根付き始めたときに、ボトムアップ的に手順書の改定や研修会の開催なども含めた改善提案を行うようになることが、より理想的である。いずれにせよ、フロアやユニットの責任者が、施設管理者側とのパイプ役として、また、交代勤務でなかなか勢揃いできないことで、意見交換が難しい現場の職員に対する伝達者としても、最も重要なポジションとなる。

#### (1) 手順書づくり

手順書はどの職員に対しても理解しやすくするように作成ことで、各ケアの目的を明確にし、根拠を持った介護サービスが実践できるようになることで事故を減らし、自信をもって業務が遂行可能となる。標準化された介護サービスを行ったにもかかわらず、もし、事故が起こったとしても、その介護職員が行った介護サービスを業務手順書が保証することで、介護職員を施設として守ることに直結する。

手順書に盛り込まれるべき大まかな内容は、「移動・移乗介助や食事介助、排泄介助など、各種介護サービスの手順」や、「救急救命時の対応方法」、「認知症者への対応方法」、「介護事故発生時の対応手順」などである。手順書は、すべての介護職員に配布されるとともに、フロアやユニットの責任者が中心となって、OJTや施設内研修、ミーティングなどを繰り返し行って、周知することが重要である。

#### (2) 介護事故発生予防委員会の設置

介護事故発生予防委員会は、ヒヤリハットも含めた介護事故を収集・分析し、それに基づいて今後の対策について決定する委員会である。したがって最も重要なことは、事故に関する情報が集まりやすい環境づくりである。

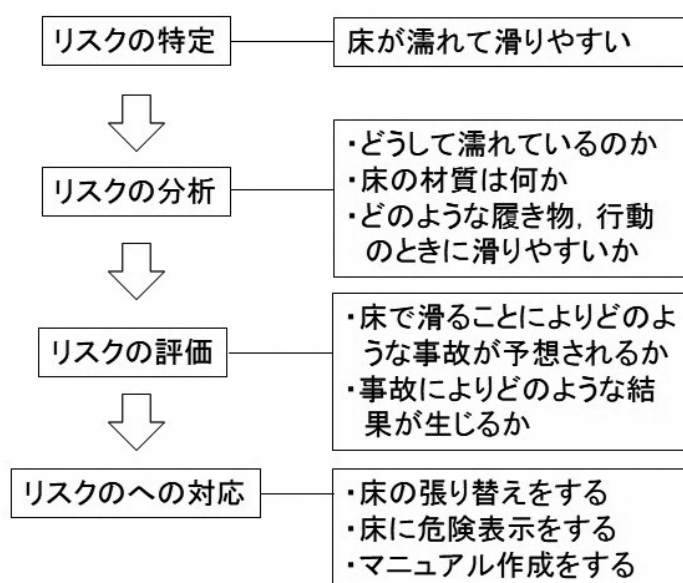
介護事故発生予防委員会では介護職員に対して、「委員会の設置目的」や「委員会の施設内での役割と権限」、「予定も含めた活動内容」、「構成メンバー」、「開催予定日時」などである。

介護事故発生予防委員会の構成メンバーとしては、部門や職種、職位がバランスよくなっていることが重要であり、具体的には、施設管理者や事務長、生活相談員または介護支援専門員、フロアやユニットの責任者（介護職員）、看護師、セラピストなどであろう。

## 2 介護事業所におけるリスクマネジメントの手順

リスクマネジメントの目的は、それを行うことで、これまで起きたさまざまなヒヤリハットや介護事故をもとに、「ある出来事」からどのような重大な事故等が生じるかを想像し、事故の防止につなげることである。

リスクマネジメントの手順としては、「リスクの特定」に始まり、「リスクの分析」「リスクの評価」、そして「リスクへの対応」となる（図）。



（おおさか介護サービス相談センター専門相談員 弁護士 久岡英樹氏による）

これら手順を実行するためには、上記「介護事故発生予防委員会」にて、ヒヤリハット事例を集める目的で、「ヒヤリハット報告書」が必要となる。ヒヤリハットの重要性は、1つの大きな事故の背景には29件の軽微な事故があり、その背景には300件のヒヤリハットがあると言う「ハインリッヒの法則」に基づき、ヒヤリハットの段階で重大事故の予測をし、その発生を防止する可能性がある。

ヒヤリハット報告書を介護職員に提出してもらうときに重要なことは、報告書に書いてあることについての責任は、決して問わないということである。責任を問われることになるとヒヤリハット報告の提出が減り、リスクの情報を得にくくなるおそれがあるからである。

また、ヒヤリハット報告書に必要な項目としては、最低、「いつ」「作業内容」「どこで」「何をしたときに」「どうなったか、もしくはどうなりそうだったか」「原因」「対応策」などが必要であろう。

## **VII 介護事業所における個人情報漏えい事故について**

個人情報については、個人情報保護法または、医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドラインに従い適正に取り扱う必要がある。

また、平成29年5月30日より全面施行された「改正個人情報保護法」では、保有する個人情報の数が5,000以下の小規模事業者についても、個人情報保護法の対象となったところである。

介護事業所にとって、利用者の情報は事業運営するうえで必要不可欠であり、極めて守秘性の高いセンシティブ情報となっている。マイナンバーの運用が開始され、介護事業者が取り扱う情報は多岐に渡り、他の事業者以上に慎重な対応や日常的対策が必要であるといえる。

- (1) 利用者本人のセンシティブな情報（身体的情報や家庭内事情など）が多い。
- (2) 利用者の家族に関する情報、職員等に関する情報など含め、情報が広範囲に亘る。
- (3) 事業所内で継続的蓄積や共有を求められる内容が多く、一定期間の保管・使用が必要である。

なお、本調査事業においても、訪問ヒアリング調査の際、個人情報の取扱いについてヒアリングを行ったところである。

### **1 介護事業所における個人情報取扱いの現状**

各事業所の個人情報取扱いに係るデータ管理の方法、紙媒体の管理方法についてヒアリングをした結果、介護事業所においてもICT化が進んでおり、特に介護保険請求に関しては、インターネット上のクラウドに利用者情報がデータ管理され、レセプト業務は、ID・PWを入力することでどのPCからでも行うことができるようになっている。また、ソフトとは別にPC上で管理している利用者や従業員の情報については、PCへのアクセス権限を特定の者に限定し、パスワードを設定のうえ管理はしている事業所もあったが、社内全員が閲覧することも可能にしている事業所もあった。

また、ほとんどの事業所においてデータ管理しているPCへのUSB接続が可能となっており、また、USBによるデータの持ち出しについても十分な管理がされていない状況が多かった。

介護事業所においては、紙媒体で管理しなければならない書類が多く、紙媒体書類を持ち出す機会も多かった。中でも訪問介護では1日に複数の利用者宅を訪問する職員が、各利用者の紙媒体の情報ファイルを持ち歩く事が多く、他の利用者のファイルを置き忘れてしまった事例もあった。

介護事業所における個人情報の取扱いについては、改善が必要な点がある。

### **2 介護事業者が必要と思われる対策・対応**

情報漏えい事故の未然防止に向けて、主に次の対策が必要であると思われる。

- (1) 情報の取扱いに係る社内規定の整備と徹底（特に情報持出しルールの作成と徹底）
- (2) 情報が保管された箇所の施錠徹底、社外持ち出しの際の専用収納バッグ使用など
- (3) 外部に接続する端末を限定する他、不要なソフトのインストール禁止、ウィルス対策徹底など
- (4) 同一番号2回入力時のみ送信されるFAX機の導入、送信先への確認連絡徹底
- (5) 最近では、データベースにアクセスできるID・PWの管理の徹底など
- (6) 万が一、事故が発生した際の対応費用として、損害賠償義務が発生した場合の賠償金などに備え、個人情報漏えい事故に対応する損害保険などに加入しておくことも有効な対応の一つと考えられる。

### 3 介護事業者における情報漏えい事故の傾向

介護事業所で発生している情報漏えい事故は主に次の内容となる。

- (1) USBメモリーや携帯電話などの紛失による事故  
（例）入所者および以前の利用者の名前、生年月日、必要な介助、家族情報、ケアプランなどの情報が保存されたUSBメモリーを自宅に持ち帰る途中で紛失した。
- (2) 書類の紛失による事故  
（例）キャビネットに保管していた入居者情報の記載されたファイルが盗難にあった。
- (3) インターネット上の漏えい事故  
（例）地図検索機能で送迎する利用者の情報を登録したところ、操作を誤り、情報が一般公開されてしまった
- (4) システムへの外部からの攻撃・侵入による事故  
（例）パソコンがウイルスに感染し、利用者の情報がインターネット上に流出した。
- (5) FAX誤送信による事故  
（例）サービス提供票をFAX送信する際に番号を読み間違え、まったくの他人に送信してしまった。

重要な個人情報を広範囲・長期間にわたって取扱う介護事業所は、個人情報取扱事業者としての義務に加え、関係法令（介護保険法、社会福祉法、身体障害者福祉法など）における個人情報保護に係る規定遵守が厳しく求められる。また、実際に事故が発生した際には内容によって民事責任が問われることとなる。

### 4 事故が発生した際に必要な対応

事故が発生した場、介護事業者としては主に以下ようが対応を講ずる必要がある。

**【各方面への連絡・報告など】**

事故が発生した場合、介護事業所としては主に次の対応が必要となる。

(1) 各方面への連絡・報告など

利用者・家族への連絡、市町村への報告、警察への届出等

(2) 謝罪・見舞など

利用者・家族への謝罪や見舞、お詫び広告等の実施、必要に応じて損害賠償対応等

(3) 原因究明・再発防止

発生原因の究明と再発防止策の実行、それらの関係者への報告等

**5 事故発生時の初動対応は重要であり、特に被害者へは次の対応が必要である。**

**【被害者・当事者等への対応】**

(1) 利用者・家族への連絡、市町村への報告、警察への届出などを可及的速やかに実施する。

(2) 迅速・丁寧に被害者や当事者との接点を持ち、お見舞いの言葉をかけるとともに話を親身に傾聴する。

(3) その時点で判明している事実を慎重かつ誠実に説明し、不明確な点は後日説明することを伝える。

全ての事実関係が不明な段階で責任の所在や対応方法について確定的な話しをすることは、後々のトラブルになるケースが多くいため避ける。

**【情報収集と共有、事実確認】**

(1) 被害者・当事者と話した内容、関係者から集めた情報を社内で共有する。

(2) 特に次のような観点で情報を整理し、必要に応じて資料を用意する。

- ・ 事故の内容や状況の詳細
- ・ 事故の原因
- ・ 被害者の怪我などの概要と状況
- ・ 被害者や家族の見解、要望

(3) その時点で判明している事実を慎重かつ誠実に説明し、不明確な点は後日説明することを伝える。

**【事実の説明と対応協議】**

(1) 事業者内で対外的対応の担当者を確定し、その後の対応窓口として一本化する。

(2) 判明した事実や整理した見解を被害者等へ丁寧・具体的に説明する。

(3) 後日の食い違いやトラブルを防ぐため、関係者了解のもとで対応に係るやりとりは記録に残し、可能な限り共有する。

#### 【対応策の提示・実施】

- (1) 十分に事実確認・説明、対応に関する協議が進んだ段階で、対応策（損害賠償有無・金額などを含め）について検討する。
- (2) 状況や対応内容によって弁護士や保険会社と十分に協議する。
- (3) 対応策について被害者等へ提示し、調整を行う。

#### 【原因究明・再発防止】

- 必要に応じて外部の業者も利用しつつ、発生原因について十分な検証を行う。
- 判明した原因に応じて再発防止策を講ずる。
- 原因・再発防止策について関係者に説明を行う。
- 再発防止策を実行するとともに、事業者内で内容や運用方法を共有・徹底する。

## Ⅷ 介護事業所の賠償補償の範囲と事例について

(法律事務所おかげさま 弁護士 外岡潤)

介護現場で最も多い事故形態は転倒である。問題は、ご利用者の転倒事故は24時間いかなる場所でも起こり得るところ、どのような態様の事故であれば事業所が免責されるという判断基準がはっきり確立されていない点にある。

例えば次のような事例では、多くの事業所の方は賠償責任を負わないと思われる。

### (ケース1 居室内での転倒)

要介護度3、アルツハイマー型認知症のご利用者(80代女性)。住宅型有料老人ホームに入居。午後の時間帯に居室内で一人で歩行器にて移動中、バランスを崩し転倒し、左大腿骨を骨折。事故前にナースコール等、ご利用者が助けを求めることはなかった。

### (ケース2 近くに居たときの転倒)

要介護度1、軽度認知症のご利用者(90代女性)。自宅2階にて、ヘルパーと一緒に洗濯したシーツを干そうとベランダに出たところ転倒、頭部を4針縫う裂傷と腰を強く打撲。ご利用者は歩行は自立だったが、ベランダに出る際敷居に足をかけてしまいバランスを崩し転んだ。その瞬間、ヘルパーは1メートルほど離れた場所で床にこぼれた水滴を拭き取っていた。

一般的な感覚からすれば、施設での居室内での単独転倒であれば「家に居ても起きる事故」として片づけられ、施設側に責任が生じることは一切ないと思われる方もいることであろう。

或いはケース2のように、自宅で自立生活しているご利用者が一人で転んだのであれば、ヘルパーは感謝こそされ、責められる筋合いはないというのが通常の間感と思われる。偶々ヘルパーが近くにいたからむしろすぐ発見・救急対応できてよかったようなものの、もし誰もいないときに転んだのであれば助けを求めることもできず、ど

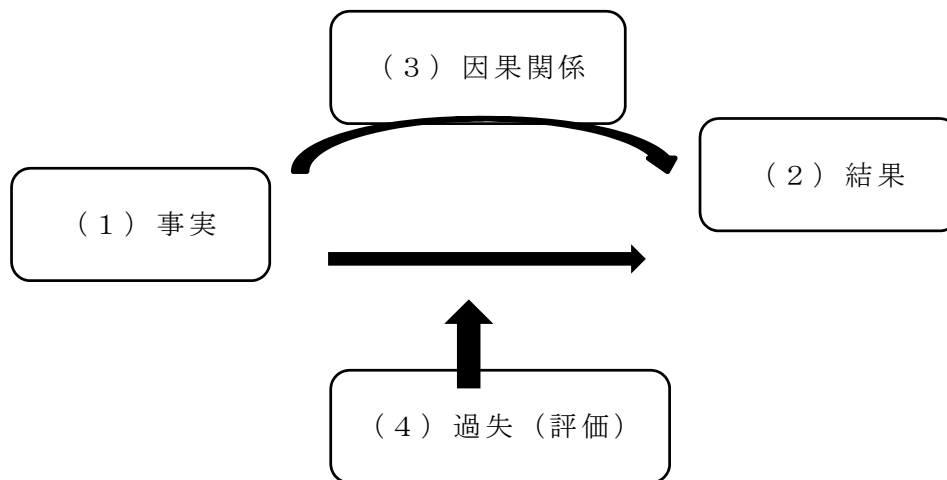
うなっていたか分からないのである。

ところが、「法的な考え方」は違うのである。上記 2 件はいずれも、筆者が事業所側の弁護士としてご利用者家族側との交渉を経験したケースであるが、家族側は転倒につき事業所に法的責任があると主張し、事故の結果生じた治療費、入院費等の出費の他、慰謝料等を事業所に対して実際に請求してきたのである。

偶々ヘルパーがそばに居て事故を防ぎきれなかったというだけで糾弾されてしまうとは、何とも世知辛い話であるが、一体法律というものはどのような考え方をするものかを見ていこう。

一般に、損害賠償請求が民事の裁判所で認められるか否かは、次の公式に当てはめて判断される。これは物損、人損（利用者の転倒・骨折等）含め全て共通である。

### 責任認定のメカニズム



単純に言えば、裁判所から弁護士、損害保険会社まであらゆる関係者は、皆この図の (1) から (4) までを順番に検討して判断する。

(1) から (4) のどれか一つでも欠ければ賠償額はゼロ、請求は認められないこととなり、非常にシビアに、ドライに割り切っていくのが特徴である。

- (1) 「事実」：損害発生の原因となる事実が認められるか否か
- (2) 「結果」：損害の具体的中身が認められるか否か
- (3) 「因果関係」：「事実」と「結果」との間に、「その事実があったからこの結果に結びついた」といえるか否か
- (4) 「過失」：(1) から (3) の要素が認められるとして、全体をみてその損害を引き起こした当事者（加害者）に「落ち度」があったといえるか否か

この中でも、実務上最も争われやすい要件が (4) の「過失」である。

過失は、①当該事故を予見できたか否かという予見可能性の有無と、予見可能であ



ったとしても②当該事故を回避する手立てが当時存在したといえるか否かという結果回避可能性の有無という、二つの要素で構成されている。

その中で最も重要な要素は①の予見可能性であり、裁判では、発生した当該事故が現場において事前に「具体的に起こることが予見（＝予想）できたか」否かで判断される。

この「具体的予見可能性」という言葉が最重要キーワードになる。

先の4要件の図の中で、過失の横に「評価」とあるが、これは過失の有無を最終的に裁判官が自分の主観（評価）で判断し、賠償責任の有無や額を決めているという意味である。

すなわち、同じ事故であっても、担当する裁判官の見方や考え方によって結論は左右される。

もとより介護現場での事故、特に転倒は、不可抗力か否かの線引きが極めて難しいケースが多く、そもそもいつ転倒骨折したものか幾ら調べても不明であることもあり、判断が微妙であることが大半である。

この判定の困難さと、最終的には裁判官が評価を下しているという裁判のシステムから、多くの人の常識を裏切る「まさか」という結論が導かれるのである。

例えばケース1では、ご利用者が普段から歩行器を用いての移動にふらつきがあり転倒のリスクが明らかであったような場合には、それだけ居室内での転倒が具体的に予見され、その分施設側の責任水準も上がるという関係にある。さりとて、施設としてはご利用者を車いすに縛り付ける訳にもいかず、ご利用者の自由やプライバシーと身体の安全を両立できない以上、不可能を強いられているといえるであろう。

ケース2では、もしサービス手順書に「二階のベランダは危ないのでご利用者が一人で出て行かないようにする」等と書いてあれば、それだけ転倒等の危険が予見できたといえ、その防止に努めなかったヘルパーに責任がある、とされることになる。

このように一つの事件で賠償責任があるか否かの判定は、どれだけその態様での事故が事前に予測できたか否かで判断され、その根拠となる資料はサービス計画書や手順書によることになるのである。

なお、4つの各要件が真実として認められるか否かは、全て「証拠」、すなわち当時のやり取りの記録や関係者の証言等、あらゆるものが検討の対象となり総合的に判断される。

先の2つのケースでは、基本的には第一発見者である職員やヘルパーの証言が中心となるため、事業所としては事故前後の状況をできるだけ詳しく聞き取り、記録しておく必要がある。更に工夫するのであれば、ご利用者が転倒した直後の様子や、歩行器との位置関係等が分かる状況を再現した「写真」を撮影しておくことも効果的である。

交通事故が起きると警察が事故現場に臨場し実況見分を行うが、ちょうどそのイメージで事業所が自主的に調査を行うのである。その結果をご家族や行政への説明の際に補資料として提出すれば、ご家族からすれば「それだけ真剣に事故と向き合っ

れた」と感じられ、誠意があると評価されることもあるであろう。

どのようなときも、ご利用者・ご家族との関係を修復しピンチを切り抜けるためのキーワードは「誠意」である。そして誠意は、必ずしも高額な賠償金を支払うことや、泣いて謝るといったパフォーマンスではない。事故が起きた直後から迅速に対応し、まずご家族への報告と謝罪、その後の事実経緯と原因究明を真摯に行い、包み隠さずお伝えする努力を積み重ねることで、裁判に至るほどの深刻な対立は大抵回避できるのである。

## Ⅸ 事故発生後の関係行政の機関への報告

居宅介護事業者や介護保険施設は、介護サービスの提供により事故があったときは保険者である市町村に連絡（報告）をしなければならない（介護保険法第23条、「指定居宅サービス等の事業の人員、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37号他））。市町村と情報を共有し、必要な助言や指導を市町村から受けるためである。報告すべき事故の詳細は市町村ごとに違いはあるが、一般的に以下の4つに分類されている。なお、(2)の場合は、保健所への報告も必要となる。

### 【報告すべき事故】

- (1) サービス提供中に発生した死亡事故や重大な事故  
(誤嚥・誤飲や転倒・滑落による死亡事故や骨折事故など)
- (2) 食中毒、感染症の発生（O157 やノロウイルスによる食中毒、インフルエンザによる集団感染など）
- (3) 職員の法令違反や不祥事  
(職員による利用者への虐待や窃盗、飲酒運転など)
- (4) その他、報告が必要と認められる事故  
(地震、火災、風水害等による設備の破損によりサービス提供に影響が出る事故など)

### 【連絡・報告方法等】

事故の第一報の連絡は速やかに行い、連絡手段としては電話が最も早く確実である。事故発生が日中であれば当日中に、夜間であれば翌日にするのが通常は望ましい。

なお、ファックスで報告する場合は誤送信によるミスも考えられるので利用者の氏名などの個人情報には消しておくようにする。

第一報の後には、事故処理状況の経過報告を適宜行い、最終的には再発防止策を盛り込んだ事故報告書を提出することになる。報告書の様式は市町村によって異なるので指定の様式に従って記入する。

### 【その他】

また、介護事業者、介護施設は「事故の状況」と「事故に際して採った処置」を記録しておかなければならない。再発防止の視点に立ち、さらに複数の職員で検討

してまとめた事故防止策も記録に必ず残すべきである。写真や動画などの視覚資料も残しておくことで後日の職員研修での活用が可能となる。事故報告書を含めた記録の保存期間は国の基準では2年（上記「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」などの厚生労働省令で規定）とされている。しかし、平成23年法律第37号（「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」）により全国一律の施設基準をもとに地方自治体の条例で独自の基準を設けることも認められ、保存期間を5年と定める例が少なくない。この点にも留意して5年間は保存しておくようにしたほうが無難であろう。

なお、厚生労働省や都道府県から、実際に発生した誤嚥・誤飲、福祉用具などの事故についての情報が事業所や施設に提供されることがある。これらの事故情報も職員に周知して注意喚起を促すことが大切である。

## X 介護サービス利用に係る事故防止に関するヒアリング調査について

当センターが運営する補償制度の加入事業所や検討委員会で推薦された事業所を訪問し、事故発生状況や対策など、他の事業所が参考となる事項についてヒアリング調査を行った。

### 【ヒアリング事業所一覧】

	法人格	介護サービスの種類	都道府県	職員数	定員数
A	社会福祉法人	介護老人福祉施設	青森	34名	60名
B	社会福祉法人	デイサービス	大阪	32名	11名
C	株式会社	特定施設 入居者生活介護	熊本	21名	15名
D	株式会社	デイサービス	熊本	40名	56名
E	株式会社	デイサービス	高知	20名	30名
F	株式会社	デイサービス	高知	11名	19名
G	株式会社	小規模多機能型 居宅介護	東京	27名	29名
H	医療法人社団	介護老人保健施設	石川	31名	80名
I	社会福祉法人	介護老人福祉施設	石川	27名	97名
J	株式会社	訪問介護	東京	43名	152名
K	社会福祉法人	介護老人福祉施設	東京	115名	130名
L	社会福祉法人	介護老人保健施設	大阪	59名	100名
M	医療法人	介護老人保健施設	山口	58名	80名
N	社会福祉法人	介護老人福祉施設	山口	210名	229名

## ● A事業所

(社会福祉法人 介護老人福祉施設 青森県 34名(職員) 60名(利用定員))

### 1 実際に生じた事故例と分析・対策等

#### 【人身事故】

- (1) 利用者が施設内の廊下を1人で歩いている際、職員が後ろから利用者に声を掛けた。その呼び掛けに振り向いた利用者がはずみで後ろ向きに転倒した。利用者に声を掛ける場合は、前に回って声を掛けるべきであった。後頭部を強打した可能性のある負傷者は、直ぐに抱き起さず、30秒程度はそのまま様子を見るか、そのままにして医療機関に連絡する。
- (2) 公共スペースにおいてダイニングテーブルの椅子に腰を掛けていた利用者が立ち上がろうとした。立ち上がる途中でバランスを崩し、転倒した。利用者の状況をアセスメントして、立ち上がりや歩行が困難となってきたりなど利用者の状況を常に把握し、転倒の可能性のある利用者については、見守りする職員を増やすなどの対応が必要である。
- (3) 利用者Aが座っている利用者Bの頭を不意に叩き、利用者Bが叩くという喧嘩が起こった。状況が分からないまま、職員が喧嘩両成敗のような型で仲裁をすると、最初に叩かれた利用者は納得できず、かえって利用者同士の関係が悪くなり、次の喧嘩につながる可能性がある。映像が残っていることで、正しい判断が可能となる。

### 2 リスクの把握等

#### 【利用者のリスク】

公共スペースと居室に高解像度のビデオカメラを設置している。なお、居室には利用者のプライバシーに配慮した上、赤外線カメラを設置し、転落・転倒の見守りを行っている。

#### 【介護者のリスク】

経験不足の職員や新入職員は利用者のケアに対して課題が多い。

### 3 事故が発生した際の報告、対応等

#### 【検討・対応】

- (1) 玄関に感染症予防のため、手洗い・うがいの来客者専用のシンクを設置している。
- (2) 施設の天井に直接移動用リフトを設置して、職員が利用者を抱き起こさないようにしている。固定式のリフトは利用者と職員共に安心感があり、心身共に負担の軽減となっている。

(3) リフト導入に際して研修室に居室と同様のリフトを設置して、徹底した訓練を行っている。

#### 4 その他

今後、外国人労働者が介護現場に入って来ることが想定される。特に東南アジア系の方は体が小さい場合が多く、そうした者に対してもリフトの導入は効果的である。

### ● B 事業所

(社会福祉法人 デイサービス 大阪府 32名(職員) 11名(利用定員))

#### 1 実際に生じた事故例と分析・対策等

##### 【人身事故】

トイレ介助時に、精神的に不安定な利用者で興奮状態にあった利用者が、介助中バタバタと動き始めてしまい、転倒してしまった。トイレについては定例の時間にお声かけをし、排泄を促すようにしているが、事故時には、精神的に不安定な時間で、行きたくない時に声をかけてしまい、結果無理やり排泄を促されたような状況になってしまったのが良くなかった。トイレは必ずしもこちらが声をかけたときに行きたいとは限らないため、定例の時間にお声かけはするが、気分がのらないような場合は、利用者の気持ちを優先し、少し時間をおいてもう1度声をかけるようにしている。精神的に不安定な利用者へは、介助する際の職員体制も、1人のところを2人で付き添うなど、その時々に応じて臨機応変に対応するようにしている。

##### 【物損事故】

日頃から補聴器を付けたたり付けなかったりする利用者が、帰宅後補聴器がないと申出があった。補聴器を外す可能性があるのは入浴時が一番高いので、浴室を中心に、職員全員でデイサービスの建物内をゴミ箱まで全て探したが、見つからず、弁償した。そもそも、自宅から補聴器が付けられていたか確認が取れていなかったため、事業所内で紛失したかは分からなかったが、こちらの確認も漏れていたため、弁償する形になった。通常利用者一人一人に連絡帳を付けていて、利用者のご家族とやり取りをしているが、それに加えて、利用者の持ち物チェックシートを連絡帳とセットにし、利用者を迎えに行った際、車に乗る前に、入れ歯、メガネ、補聴器、時計など、一般的に身に付けているものを視覚的に分かりやすく絵で表示し、それにチェックを入れて持ち物の確認を行うこととした。

#### 2 リスクの把握

##### 【利用者のリスク】

(1) 利用者が一般的に身につけてくる物については、チェックシートで確認し

ている。

- (2) 送迎時は事故が起きやすい。特に乗降時は危険性が増すため、より注意を払っている。長い方で30分程度送迎車に乗っているため、最初に乗車した利用者は、降りる時にも気が急いでいたり、長い間同じ体制で座っているなど、突然立ちあがるとふらついたり、体が柔軟に動かない場合があるため、注意をするようにしている。車内の温度調整も、個人によって温度感覚が違うので一人一人お声かけして調整するようにしている。
- (3) 必ず毎日午後に、レクリエーションで水分補給をしていただくが、飲み込みについて一人一人を観察するようにしている。咳き込んでいたり、飲み込みが悪かった利用者へは、看護師にバイタルチェックをしてもらい、体調が思わしくないようであれば、利用者家族に連絡し受診を促すようにしている。

#### 【介護者のリスク】

管理者や先輩職員が、困っていたり落ち込んでいたりする職員へ声をかけ、時間がある限り一人一人直接話をするようにしている。

### 3 事故が発生した際の報告、対応等

#### 【報告】

事業所内での事故やヒヤリハットの事例が出た場合は、事故発生時に担当の職員が報告書をあげて、全員で事故内容について検討する。検討し、どうすれば防げたか、今後はどのように対応したら良いか、防止策案を出し、事務長へ提出する。必ずその問題について社内研修を行っている。

#### 【検討・対応】

- (1) 常勤、非常勤、パートなど問わず全員が研修を受けている。研修を受けられない場合、受けた職員が受けられなかった人へどのような研修であったか、伝えている。
- (2) 利用者だけではなく、利用者の家族と良く話すようにしている。連絡帳だけのやり取りではなく、きちんと伝えないといけない事は、送迎時対面したときに伝え、対面できない場合は、電話で伝えるようにしている。

## ● C 事業所

(株式会社 特定施設入居者生活介護 熊本県 21名(職員) 15名(利用定員))

### 1 実際に生じた事故例と分析・対策等

#### 【人身事故】

- (1) トイレの引き戸を引く際に転倒してしまった。(対策) 家具を置いて壁代

- わりにし、転倒しない工夫をした。
- (2) トイレをするとき歩行器を置いたところ、自ら方向転換しようとして転倒した。
  - (3) ベッドから立ち上がろうとして手すりからズリ落ちてしまい、立ち損ねて転倒した。
  - (4) タンスから物品を取ろうとしてバランスを崩して転倒した。  
(対策) タンスの下に物品を入れるようにし、タンスの引き出しを引っ張る際に転倒しにくいようにした。
  - (5) ナースコールに手が届かない。

## 2 リスクの把握

### 【利用者のリスク】

- (1) アセスメントシートにより把握している。その中に利用者様個々人の方の注意事項を記載する「特記事項」欄があり、より詳細な情報把握に努めている。また、アセスメントシートを有効期間ごと（通常は3か月に1度）に見直し、更新している。
- (2) 職員間の情報共有については、アセスメントシートを紙媒体にして綴り、職員が常に閲覧できる場所に保管することにより対応している。また、朝の申し送りやアクシデント報告（アセスメントシートとは別の報告）によっても情報共有を行っており、共有の徹底を図っている。
- (3) 利用者の事故について分析を行っている。

### 【介護者のリスク】

『「聞き取り」をして「ケア」を行い「フォローアップ」する』という方針のもと、職員の個人面接を半年に一度行っている。まず、主任や課長が面接を行い、それでも対処が難しい場合（直接の上司に言えない等）、施設長が面接を行う。また、日常の様子（元気のない人、表情が暗い人等）から、施設長自らの声かけ、リーダーレベル者の声かけも行っている。

### 【環境のリスク】

- (1) 各居室における家具等の配置（ベッドやポータブルトイレの位置等）を検討している。部分的に配置設定を変えながらその方にとって事故リスクが減少するような配置設定を試みている。また、居室内を写真に撮り、見える化をすることにより職員間で居室内の様子の情報共有を図っている。
- (2) 具体例としては「ベッドの位置を居室の真ん中にする」「歩行器のある場



所にすぐ行けるようにベッドを配置する」「床にテープを貼ることにより利用者様の居室内移動をスムーズにする（誘導）」「歩行器の置く場所に赤いテープを貼る」「ナースコールを別途結ぶ」等が挙げられ、様々な工夫を行っている。また、ナースコールに関するトラブル・課題については「巡回を頻回行うようにする」等の対策を講じている。なお、トラブル・課題に対する対策の効果の検証を行っている（後述参照）。

### 3 事故が発生した際の報告、対応等

#### 【報告】

- (1) 事故を発見した当事者が情報収集の窓口になり、報告書も作成する。
- (2) 想定される事故ごとに細かくまとめたマニュアル等を用意してある。
- (3) 日中は「看護師」から「ご家族」「施設長」へ連絡する。夜間は「夜勤者」から「待機看護師」へ連絡し、まず状況・症状を報告してから指示を受ける運用に実際にはなっている。（「看護師」から「ご家族」や「ケアマネ」へ報告している。）

#### 【検討・対応】

- (1) 報告様式中に「事故防止策」欄があり、どうしたら再発を防げるかについて考えて記載する。この策の有効性について2週間後に「日勤者」「ナース」「ケアマネ」により再評価を行う（押印する）ことにより、事故防止策の検証、フィードバックを行っている。なお、職員間の情報共有については、アセスメントシートを紙媒体にして綴り、職員がつねに閲覧できる場所に保管することにより対応している。
- (2) 「当事者」「看護師」「介護職員」「ケアマネ」「施設長」を介した検討会を二週間に一回程度行っている。開催日当日、ホワイトボード（職員の情報共有のためのもの）に「本日検討会開催」旨の書き込みをしておく。開催のタイミングは当事者が日勤のときや夕方、もしくは時間が空いたときに行っている。なお、ホワイトボードへの記載に関し、利用者に関することは「赤」、事務連絡的なことは「黒」と、色分けをすることにより、情報把握を分かり易くする工夫を施している。
- (3) 研修については、法人内部で行っている。テーマごとに委員会を設け（たとえば「事故防止身体拘束委員会」等）、委員会構成メンバーが研修内容の検討や資料作成等を担当する。
- (4) 研修については年度当初に計画を立てた上、原則的には「全体」「新人のみ」「中堅のみ」と階層に分けて行っている。一部外部研修も取り入れて

いるが、基本的には法人内部で行っている。なかでも「人間関係作りの研修」を行っている点が特徴的である（施設長自ら講師となり、2年前より実施）。Off-JT研修は勤務時間外で行っており、研修による代替人員が不要なようにしている。

#### 4 その他

##### 【個人情報】

- (1) アクセスは全職員が可能。夜中や人員が少ないときなどは施錠することによりリスク管理を行っている。また、資料の持ち出しは行っていない。
- (2) PCにはロックをかけている。USBは各担当でパスワードを付した上、保管している。
- (3) PCは4台あり、LANで接続されている。外部に情報漏えいがないようにし、セキュリティ対策をしている。

#### ●D事業所

(株式会社 デイサービス 熊本県 40名(職員) 56名(利用定員))

#### 1 実際に生じた事故例と分析・対策等

##### 【人身事故】

- (1) 入浴時は何もなかったが、2日後にアザができていた。職員へ確認したら、何もなかったとのことであった。さらに調査したところ、利用者がお風呂でぶつけていたということだった。
- (2) お迎えに行ったときにアザがあった。帰宅後、ご家族からアザがあると電話が入った。まずは謝罪に行った。後日ご家族が来訪し、デイサービスの送迎が来るまでの短時間の間に、利用者さんが何らかのアザをつけたものであった可能性が高いことがわかった。

#### 2 リスクの把握

##### 【利用者のリスク】

- (1) 残存機能のチェックを主としたアセスメントを行っている。特に「隠れた問題点」を把握に力点を置き、利用者情報のケアマネ経由での入手、感染の有無等確認のための「診断書」の入手も行っている。
- (2) 入居に際して職員、ケアマネ、家族と十分話し合いをするようにしている。
- (3) サービス開始後は、チェック表（バイタルチェック等）を欠かさず記入するようにする。また、熱中症にならないよう、水分補給のチェックも行う。「このようなチェックをしたらよいのではないか」等職員からの提案については、必ず起案書を作成してもらい、職場内でのあらゆる側面からのチェックが可能なようにし、同時に職員間共有を図っている。

- (4) 利用者の経過情報については、PC 上で閲覧できるようにしている。その際、ID、パスワードにより情報管理を行っている。
- (5) 当初のアセスメント等に変更がある場合、モニタリングにて更新しており、更新情報については職員が随時閲覧可能としている。

**【介護者のリスク】**

- (1) 定期健康診断を一つの目安にしている。
- (2) 聞き取りや認知症対応等の外部研修に参加させている。その後報告をさせて、内部研修へつなげている。

3 事故が発生した際の報告、対応等

**【報告】**

- (1) ケアマネやご家族へは「緊急連絡表」に基づき、同時に連絡をしている。
- (2) 日々のチェック表に基づき、身体上の問題があれば主治医へ、その他についてはケアマネへ第一次的な報告を行っている。
- (3) 事故報告やヒヤリハット報告の様式を準備しており、事故が生じた際、必ず提出させている。

**【検討・対応】**

- (1) 検討会は毎日行っている。家族同席の「カンファレンス」で行うこともある。
- (2) 検討会のメンバーは「ナース」「相談員」「職員」から成り、そこに「パート」全員も加わる。その場にはいない方は記録を読むことにより情報共有を徹底するようにしている。
- (3) 情報の共有は、毎朝の申し送りの際にも行っている。
- (4) リーダーが中心となり事故原因を分析し、再発防止対策を立て、他の職員へ周知する。

● E 事業所

(株式会社 デイサービス 高知県 20名(職員) 30名(利用定員))

1 実際に生じた事故例と分析・対策等

**【人身事故】**

- (1) 昼食時、利用者が熱い鍋を持ってテーブルに運ぼうとした時に、足を滑らせて鍋をひっくり返して、手と足に汁がかかり、火傷をしてしまった。職員が目を離さないように心掛ける。特に食前・食後は、席への移動や食後のトイレなど利用者の動きが多くなり事故が多くなるので、注意している。

- (2) 利用者が送迎車に乗り込む際、片足を車に乗せて「よいしょ」と足に力を入れるが、足の力が弱く体が上がらずに、そのまま後方にバランスを崩す。職員はそのことも想定して、介助するようにしている。
- (3) 椅子、ソファへ座り損ねて転倒する、立ち上がる時にバランスを崩して転倒する。

## 2 リスクの把握

### 【利用者のリスク】

ヒヤリ・ハットの段階で職員内での情報共有に努めている。

## ● F 事業所

(株式会社 デイサービス 高知県 11名(職員) 19名(利用定員))

## 1 実際に生じた事故例と分析・対策等

### 【人身事故】

- (1) 送迎車から乗降する際、踏台の端に足を掛けて転倒した。利用者は足元を良く見ていない場合があり、介護者は踏み外しを予測してサポートできる場所での介助を心掛けている。
- (2) ベットへの移乗介助の際、上履きを脱がせ、臥床させようとしたところ、利用者の足を踏んでしまった。
- (3) 利用者が車いすのステップに足を乗せたまま立ち上がってしまい、重心が崩れて前のめりに転倒してしまった。
- (4) 送迎車に乗る際に少し傾斜した駐車スペースに車いすを停めるが、その際に車いすのストッパーがしっかりと掛かっていない場合があり、車いすが動いてしまった。
- (5) 食事介助で「むせ込んだ」場合の対応は、背中を撫ぜるのではなく、パンパンと叩くようにしている。しばらく様子を見てから食事を再開する。状況に応じて医療関係者に相談して対応している。

## 2 リスクの把握

### 【介護者のリスク】

1対1の面談を定期的に行っている。

## 3 事故が発生した際の報告、対応等

### 【報告】

- (1) 「事故発生時の緊急対応」により対応している。
- (2) 「事故・ヒヤリハット報告書」様式を定めて、スタッフ全員で供覧している。

#### 【検討・対応】

「緊急時の対応」「感染症の対応」などをテーマとした、事故防止のための内部研修を年に2回開催している。

#### 4 その他

##### 【個人情報】

- (1) 利用者のフェイスシートについては、紙媒体でファイルした上、金庫に入れ、業務終了後に管理者が鍵を掛けて管理している。
- (2) デジタルデータの個人情報については、クラウド上のサイトにIDとPWによりログインする形式となっており、セキュリティは保持された状態となっている。

##### 【その他】

介護保険改正前のように公園への散歩など利用者が外出するとなると、施設には倍の人員が必要となるが、現実的にはそのような人員配置はできないため、散歩は施設の敷地内で行うこととしている。

#### ● G事業所

(株式会社 小規模多機能型居宅介護 東京都 27名(職員) 29名(利用定員))

#### 1 実際に生じた事故例と分析・対策等

##### 【人身事故】

転倒による骨折事故、誤嚥事故が多い。

##### 【物損事故】

認知症の方が、他人の物を取ってしまう。特に利用者同士が自分の入れ歯以外のものを持って帰ってしまうことが多い。貴重品など、必要のないものは極力、持ち込まないようお願いしている。

#### 2 リスクの把握

##### 【利用者のリスク】

- (1) 利用者、利用者家族とコミュニケーションを取ることを重ねている。家族との面談は主担当が月1回、他の担当者も時間を見ては利用者宅へ訪問し、職員が利用者家族と話す機会をたくさん作る事を心掛けている。
- (2) 物損事故や人身事故のリスクについて、入所時に利用者家族に理解してもらおうよう説明をする。同時に、転倒してケガをした場合、病院の付添などケアでしっかりとフォローすることもしっかりと説明している。入所の段階で十分な説明を行い利用者、利用者家族との信頼関係を構築することが職員を守る事にもつながる。

(3) 利用者の情報は毎日の活動報告の中に入っている。

**【介護者のリスク】**

- (1) 申請された休暇は、必ず取らせるようにしている。休みのリズムを考えシフトを組むようにしている。
- (2) 職員の自転車について、1ヶ月に1度自転車屋さんに出している。

**【環境のリスク】**

お風呂は事故が発生しやすい場所であるので、使いやすいように今後改修予定である。

3 事故が発生した際の報告、対応等

**【報告】**

- (1) 緊急時のマニュアルは、重要な事を簡潔にA4の用紙1枚にまとめる。職員の精神的な負担にならないよう、施設長かナースにすぐ指示を仰ぐようにしている。
- (2) 利用者の情報は毎日の活動報告の中に入っている。
- (3) ヒヤリハットは、朝礼と終礼の際に申し送りとして報告する。
- (4) 緊急時の対応等含んだ全体的なマニュアル冊子（施設オリジナル）を、職員1人に1冊配布している。

**【検討・対応】**

- (1) 年に1回研修計画を立てて、緊急時の対応を含む研修をしている。
- (2) 腰を痛める職員が多い。ベテラン職員がケアの方法について指導等行っている。

4 その他

**【個人情報】**

- (1) 利用者の情報等はインターネットクラウド上で管理している。
- (2) 住所などの利用者情報は施設長等限られた者のみアクセスできるようになっている。他のケア記録などは他の職員もログインして閲覧できるようにしている。
- (3) 1年に1回、教育訓練目的で個人情報漏えいに関するテストを行っている。

**【その他】**

「小規模多機能居宅介護」より、併設の「訪問介護」は、利用者家族とコミュニケーションをとる時間が限られるため、「訪問介護」の方が利用者家族との良

好な関係構築が難しい場合がある。

●H事業所

(医療法人社団 介護老人保健施設 石川県 31名(職員) 80名(利用定員))

1 実際に生じた事故例と分析・対策等

【人身事故】

転倒、転落、続いて外傷内出血、服薬ミス(飲ませ忘れなど)、離棟、離設などがある。

【物損事故】

認知症の方が他の利用者の物を持ってきてしまう。施設内なので見つかることが多い。利用者の持ち物については、持ち物リストを作成し、申し送り時に情報共有している。持ち込みは最低限の物にしてもらっている。

2 リスクの把握

【利用者のリスク】

- (1) アセスメントシートにより、利用者の状況を把握している。
- (2) 入所前のリスク説明が重要であるという観点のもと、利用者家族との面談を複数回行っている。

【介護者のリスク】

多数の送迎車が稼働しているので、安全運転の研修を行っている。また、送迎車には全台ドライブレコーダーを設置している。

【環境のリスク】

- (1) ベッド、手すり等が改良可能な場合は、利用者に応じて改良している。
- (2) 各々の利用者の動線を意識している。
- (3) ソファは深く沈んで座るため、起き上がる際の転倒事故が多いので、ソファは撤去している。
- (4) 椅子の高さは利用者の身体状況にあわせて、椅子の足を切るなどして、立ち上がり時の転倒リスクを回避している。また、利用者が座っている際、クッションなどで補正して身体が傾かないよう工夫をしている。

3 事故が発生した際の報告、対応等

【報告】

- (1) 緊急時のマニュアルを作成し、職員に配布している。また、研修時にも伝

えている。

(2) 報告は部署ごとに行っている。担当者から部署長へ報告している。

#### 【検討・対応】

(1) 各部署で起こった事故は、まず各部署においてミクロな分析を含めて、事例から対策までを検討している。

(2) 各部署から上がってきた対策について、リスクマネジメント委員会において全体の分析を行い、各部署にフィードバックするようにしている。

### 4 その他

#### 【個人情報】

(1) 住所が掲載されているデータは、アクセス権限を設定している。

(2) 個人情報の研修を年1回行っている。

#### 【その他】

人材不足により、職員1人に対しての介護の業務量が増えていて、事故が発生する可能性が高まっている。介護職の処遇改善により人材を確保することによって、介護事故も減少するのではないかと思う。

## ● I 事業所

(社会福祉法人 介護老人福祉施設 石川県 27名(職員) 97名(利用定員))

### 1 実際に生じた事故例と分析・対策等

#### 【人身事故】

(1) 転倒、転落、誤嚥、誤薬の事故がある。

(2) 誤薬は、朝飲む薬と昼飲む薬を入れ違えたなどがあるが、クレームに繋がるような大きな事故は起きていない。

#### 【物損事故】

(1) 認知症の方が物を取り違える。

(2) 補聴器は入浴の際になくなりやすい。そのため、取り外す際、保管場所を1か所に決めて保管するようにしている。

### 2 リスクの把握

#### 【利用者のリスク】

(1) 入所前、相談員が「入居希望者状態表」と実際の聞き取りをもとに、「聞き取りアセスメントシート」を作成し、各フロアーに配布し情報の共有を



図っている。

- (2) 入所当日の朝会において、入所される方の状態に関し「聞き取りアセスメントシート」をもとに、口頭で説明をする。
- (3) 入所後は、「転倒転落アセスメントシート」「褥瘡アセスメントシート」を記入し、状況を把握する。危険が多い利用者に関しては、利用者家族へその旨を伝える。
- (4) 入所時の暫定プランから、原則2週間目にケース会議を行い、今後のサービス内容を確認し計画を作成する。
- (5) 3か月毎にケア会議を開催し、見直し、更新を行い常に新しい状態の把握をしている。

#### 【介護者のリスク】

- (1) 年2回の健康診断、ストレスチェックの実施、インフルエンザの予防接種、乳がん検診を実施している。
- (2) 月1回の介護長会議で職員の状況を把握している。
- (3) 相談窓口を設置し、介護長、介護部長が対応している。
- (4) 安全衛生委員会にて腰痛のアンケートを実施している。また、安全衛生委員会で取り決めたラジオ体操を日課としており、体をほぐしてから仕事に入るようにしている。主に新人や中途採用の方を対象としたOJT教育を実施している。
- (5) 入社して1年くらい（慣れた頃）に事故が発生しているケースが多いことに鑑み、入社後1年目の振り返りの研修を行っている。2年目からは、自分の担当している利用者さんに対し、ケアプラン以外の独自プランを立てる研修を介護過程で行っている。これにより、利用者さんの想いに気づき、利用者さんと向き合えるようになる。

#### 【環境のリスク】

- (1) 感染症対策委員会において、施設内をラウンドし環境の調整を実施している。それを各フロアへの配布と職員会議で報告し共有している。
- (2) 建物自体が原因のアクシデントが発生した際は、環境の要因分析を行い、必要に応じて改修を行っている。
- (3) 新規採用者には車いすの扱い等について、機能訓練指導員（PT）による研修を行っている。また、新しい福祉用具購入の際は、必ず業者からの説明を依頼している。
- (4) 福祉車両の運転について、男性の介護職（中堅職員を対象）に年1回車両

操作について確認している。

(5) 誤食をするような物を置かない。

(6) 廊下でぶつからないよう、床に歩行シールを貼ることにより、通行の方向などを示している。

### 3 事故が発生した際の報告、対応等

#### 【報告】

緊急時の連絡網をA4の用紙1枚にフロー図で示している。事故の第一報は介護部長に入り、介護部長が情報を集約し、施設長、嘱託医、家族へ連絡をする仕組みになっている。

#### 【検討・対応】

ヒヤリハットについては、各フロア単位で必ず「なぜなぜ分析（多層的原因分析）」「SHELL分析（多角的原因分析）」を実施する。

※SHELL分析課題が生じた場合、中心にいる当事者「Liveware(介護者本人)」と周辺の4要因「Software(ソフトウェア)」「Hardware(ハードウェア)」「Environment(環境)」「Liveware(介護者本人以外(上司等))」に分けた上、それらの相互関係を分析する手法。

(1) 骨折などの大きな事故については、各フロアでカンファレンスを実施する。

(2) 各フロアで実施された対策や、分析を含めた事例については、月1回の介護事故検討委員会にて報告される。

(3) 月1回事故防止検討委員会を実施する。検討内容が決定した場合は、朝会や職員会議で検討内容を説明する。

(4) 介護事故対策委員会情報について、職員会議でフィードバックする。また半年に1度集計を行い、分析している。

(5) 「介護事故とは」「危機意識の訓練」「分析の実施」等のテーマで講義、グループワークを社内研修として実施している。また、リスクについて、社会福祉協議会、介護労働安定センター、損害保険会社等が行っている外部研修も受講してもらっている。

### 4 その他

#### 【個人情報】

(1) 介護保険に関するデータについては、相談員・事務員1名・栄養士1名で

管理をしている。

- (2) 紙ベースでの記録（カルテなど）は、1年に1回、356日分揃っているか、全チェックしている。
- (3) 個人情報が含まれないデータは、各PCからアクセス可能となっている。ただし、すべてのPCにパスワードが設定されているわけではない。また、ウイルスチェック機能がついているUSBでのデータ持ち帰りは了承している。

## ● J 事業所

(株式会社 訪問介護 東京都 43名(職員) 152名(利用定員))

### 1 実際に生じた事故例と分析・対策等

#### 【人身事故】

転倒事例や骨折事例が多い。

#### 【物損事故】

- (1) 大小さまざまな物品があるので、件数としては人身事故よりも一番多い。ただし、もともと古くて壊れやすかった、ということがあるが、保険請求する。たわし等軽微なものについては、そのまま費用弁償している。
- (2) 利用者宅において「〇〇がなくなった」等のケースは、認知症の方の場合にもよくある。「利用者様の精神状況を安定させる」「一緒に探す」「カバンを開けっ放しにしない」「宝飾品等に対して「ステキですね」等言わない。それらに対して触れない(話題、物理的)」「利用者様の見える範囲で作業等を行う」というような対応をしている。

#### 【傷害事故】

「自転車での移動中」が多い。特に夜間や雨天時は危険である。

### 2 リスクの把握

#### 【利用者のリスク】

- (1) アセスメントをした後、書類として保存し共有している。利用者の状態像に変化があった場合、情報を更新する。更新情報も会議等で共有する。
- (2) 生じうるリスクについて担当者が事前に説明する。状態の変化については、メールにてヘルパーへ伝える。変化が大きい場合は、責任者が同行して確認する。
- (3) ご利用者様のお宅に「利用者様」「ヘルパー」間の意志疎通のための「連絡ノート」を置かせていただいている。これにより利用者様と当社のヘル

パーとのコミュニケーションを図っている。

- (4) ケアマネジャーが作成する「ケアプラン」を「訪問計画書（サービス計画書）」に落とし込み、実際のケアは「訪問計画書」を基に作成した「手順書」にしたがって行う。「訪問計画書（サービス計画書）」はケアプランが変わった際には更新するが、変わらない場合も原則1年ごとに更新している。
- (5) 利用者様のリスク等は「ケアプラン」には記載せず、「訪問計画書（サービス計画書）」にかなり細かく記載する。状態の変化等が頻繁な場合には、「訪問計画書（サービス計画書）」をその都度更新している。また、手順書修正レベルで済むような軽微な修正については「手順書」該当箇所を手直しで修正し、メール配信等で情報共有を行っている。
- (6) 利用者様と契約書を交わす際、介護保険制度の中でできること・できないことについて、書面で説明している。

#### 【介護者のリスク】

- (1) ヘルパーの集うステーション内の共有スペースにて、さまざまな情報を共有している。また、適宜ミーティングを行い、ヘルパーの本音を聞くようにしている。
- (2) 「サービス記録」（3枚複写式）の書き方等について、「何を書くのか、何を書かないのか」等について、ヘルパーへの教育を行う必要があると考えており、現にヘルパーへのミーティング等で指導している。
- (3) （訪問介護は利用者宅でケアを行うので、管理者等がヘルパーの技術を見る機会がなく、サービスの品質管理が難しいのでは、という質問に対して）ヘルパーをよく見て、そのお宅で問題があるかどうかを把握する。問題がありうると判断したときは、（一度）他のヘルパーや責任者にそのお宅へ入るようにしていただく。その後、当該ヘルパーがそのお宅にてケアをした際、利用者さんから「他の人はこうだった」等言われることにより、その方の問題点が露見し、改善を促す効果が期待できる。
- (4) 研修は多岐に渡って行っている（21項目）。まずは講師になるための研修を受けてもらい、それをステーションへフィードバックしてもらい、という形をとっている。
- (5) 喀痰吸引や胃ろうの研修も行っている。

#### 【環境のリスク】

ステーションの職員みなで話し合いながらケアマネへ提案することはある。そ

の後ご家族へ説明する。福祉用具関係の提案が多い。たとえば「手すりを付けた方がよいですよ」「滑りやすいからすべり止めを付けた方がよいですよ」等。

### 3 事故が発生した際の報告、対応等

#### 【報告】

- (1) 「緊急事態に遭遇したら」というマニュアルがある。事故発生時には自己判断せず、まずはステーションへ連絡することとしている。万が一、ヘルパーが携帯を持っていない等連絡手段を保有していない場合には、利用者様宅の電話等を借りる。
- (2) アクシデントが発生したら、持参している「緊急連絡表」に記してあるキーパーソンへ連絡をする。

#### 【検討・対応】

- (1) 「ヒヤリハット報告書」がある。各ステーションから上がってきたものを本部で統合し、各ステーションへ同じものを配布し、フィードバックしている。
- (2) ケース検討会という名称ではないが、毎月1回ミーティングを開いており、そこで情報共有するようにしている。

### 4 その他

#### 【個人情報】

利用者様のお宅へ書類を置き忘れる事例や、ファックス誤送信の事例があった。複数人でダブルチェックをする等対処することにより、件数としてはかなり減ってきている。

#### 【その他】

- (1) 「介護事業者のBYOD原則禁止」により、ヘルパーへのメールによる情報共有は難しくなった。この事態を受け、来年2月よりスマホアプリによる、情報共有に関する新制度（IDでログインすることにより、情報共有するシステム）を導入する予定である。

※BYODとは、従業員が個人の端末を業務で使用する。Bring Your Own Deviceの略。

- (2) ペーパーレス化は進んでいない。「サインをもらう必要がある」、「自治体への提出は紙」、「ケアマネとのやりとりは紙」等の理由による。但し、できる限りPDF化したいと考えている。

## ● K事業所

(社会福祉法人 介護老人福祉施設 東京都 115名(職員) 130名(利用定員))

### 1 実際に生じた事故例と分析・対策等

#### 【人身事故】

- (1) 自ら立ち上がって転倒した。「利用者にはふらつきが出ているのに、自立のプランのまま更新していない場合」と「ふらつきが出てきたから見守りが必要なプランに更新しているにもかかわらず、見守りが不十分であった場合」とがある。
- (2) 職員が介助中に転倒させてしまった。「片方の足を左側に倒したら、もう片方の足も自然について来る」というように、人の体の動きには流れがある。その流れに沿うだけで介助すると、たとえば骨粗しょう症の方の場合、股関節が弱くなっているため、反対側の股関節がこの段階で骨折していることがある。

#### 【物損事故】

物がなくなる。原則金品の持ち込みを禁止している。金品以外で持ち込んだ物品については、チェックリストへの記載後、持ち込んだ物品の写真と一緒に保管し、退所する際、全て照らし合わせができるようにしている。例外的に持ち込んだ財布については、中身は確認できないため、金庫に保管している。※併設のデイサービスでの事例である。

### 2 リスクの把握

#### 【利用者のリスク】

- (1) 転倒防止目的でセンサーマットを使用しているが、センサーが鳴ってからかけつけてもあまり意味がない場合が多い。歩けるようにする事、落ち着きがない人は落ち着けるにはどうしたら良いか考える事が重要である。夜の転倒事故については、昼間健全に動いてもらって、夜ぐっすり眠ってもらう事が大切である。
- (2) 誤嚥については、食べる時の姿勢、食事の形態、口の中に食べ物が残っているか等を必ず確認するようにしている。また、利用者本人のペースで食べてもらう事が大切である。
- (3) 全体的に大切なことは、利用者1人1人の覚醒状態をあげることである。人間は水を飲むと覚醒するため、当施設では利用者1人に1日1.5Lの水を飲んでもらうようにしている。

#### 【介護者のリスク】

- (1) 同期同志で相談したり意見を聞いたりできる機会を確保するため、入社1

年目、2年目は月1回外部講師による研修に参加させるようにしている。そこで必ず月に1回は同期が集まる機会があり相談する場ができ、仲間意識が強くなる。2年目以降、後輩ができることもあいまって、意識の違いが芽生える。

- (2) 2か月に1回リーダー面接がある。リーダー面接でモチベーションダウンしている職員に対しては、最初のリーダー面接からの面談表を上層部（係長、部長、施設長、室長）全員で共有し、必要に応じて上層部が順に対応している。面接していない上層部も、施設をラウンドした時に、モチベーションが下がっている職員に声かけをするようにしている。
- (3) 勤務シフトは早番、遅番、夜勤の3交代であるが、それぞれ定時で帰るようにしている。やりきれなかった業務については、後続者が引き継ぎ、結果夜勤の間に帳尻が合うようになっている。引き継ぎ者同士の間人関係によって残業が発生したりする事もあるが、そのフォローは施設をラウンドして対象の職員に声かけをするようにしている。

### 3 事故が発生した際の報告、対応等

#### 【報告】

- (1) マニュアルは全施設共有のもの、サービス毎のもの両方ある。
- (2) 事故発生時は初動の対応がとても大切である。転倒したが痛みを訴えておらず、翌日までとりあえず様子を見るという場合でも、必ず利用者の家族へ報告するようにしている。

#### 【検討・対応】

報告された事故は事故検討委員会で対策等を検討する。

### 4 その他

#### 【個人情報】

- (1) PC上のデータは、階層的に管理している。原則USBの使用は禁止しているが、使用できない状態ではない。
- (2) FAXは自動送信の場合、1回で送信できないよう確認してから送信されるようになっている。手動送信の場合、2人態勢で確認をして送信をするほか、FAX自体が、1回送信先を入力し確認するような仕組みになっている。

#### 【その他】

- (1) 事故による利用者家族とのトラブル回避という観点から、日頃から利用者

- 家族とコミュニケーションを密にとることが重要である。
- (2) 介護職員には原則直接介護のみ行ってもらい、シーツ交換等非直接介護は、デイサービスの送迎の運転手などに行ってもらっている。

## ● L 事業所

(社会福祉法人 介護老人保健施設 大阪 59名(職員) 100名(利用定員))

### 1 実際に生じた事故例と分析・対策等

#### 【人身事故】

ソファから自力で立ち上がろうとし、「ひざ折れ」して転倒した。「ひざ折れ」の原因が「眩暈」なのか「ふらつき」なのかを分析した上、食生活から見直しを行った。

#### 【傷害事故】

給茶機周辺の水滴や濡れにより、職員が滑って転倒した。床の材質を滑らないものにするなどの検討を行った。

### 2 リスクの把握

#### 【利用者のリスク】

- (1) 利用者のアセスメントに関し、従来の MDS 方式からインターライ方式へと転換した。これにより、利用者の転倒リスクを予知するだけでなく、利用者の ADL を高めるケアプランの作成が可能となり、事故の未然防止に役立っている。

#### ※インターライ方式

介護や支援を必要とする高齢者のアセスメント手法の一つ。インターライ方式のアセスメント表とケア指針に基づいて、検討すべき課題とその要因を整理し、解決を導く根拠のあるケアプラン作成へ結び付けることが可能となる。日本で当初「MDS(Minimum Data Set の頭文字)方式」と呼称されていたアセスメント表の改称版。

- (2) インターライ方式によるアセスメントは、タブレット端末により行われて情報共有が可能であり、ケアマネ、看護師、栄養士の専門家が検討を行い、ADL の向上に繋がるケアプランを作成している。
- (3) プライベートスペース(利用者の居室等)における事故防止目的で、離床センサーを導入した。ただし、センサーが感知してアラームが鳴るのは転倒後なので、事故を未然に防止することはできない。
- (4) 事故の未然、直前防止のためには、各利用者をアセスメントして、ADL の状況や食生活、行動パターンなど全てにおいて把握する必要がある。



- (5) 居室内での転倒リスク軽減には、照明等の生活環境の工夫も重要である。さらに、家具の配置を工夫し、転倒したとしても大事に至らないようにすることも重要である。
- (6) リハビリ用 HAL を利用して歩行訓練を行っている。操作は理学療法士に限り、1人の利用者に対して2人の理学療法士が前後でサポートして、事故リスクに対応している。
- (7) 重篤な事故に繋がる誤嚥等について、インターライ方式によるアセスメントにより、危険を予知できるように取組んでいる。
- (8) むせ込みの場合、状況は様々のため、リスク判断は難しい。経験の浅い職員で判断ができない場合は、ベテランの職員に確認してもらい、それでも難しい場合は看護師が対応する。むせ込みの状況に応じて職員でもタッピングを行う。

#### 【介護者のリスク】

- (1) 職員の腰痛に対する対応として、スライディングボードや腰に負担の掛からない介助方法の研修を実施している。
- (2) サイバーダインの腰用 HAL を導入しているが、利用者を持ち上げる等の行為サポート時よりも、入浴時の着脱介助など、立ったり、座ったりを繰り返す作業や前かがみの姿勢が続く作業時の身体負担の軽減に効果がある。
- (3) 事故防止への取組は、介護経験の有無を問わず、入職後、3か月間の試用期間内に研修を実施する。危険を予知する力を養う訓練として、施設内の日常写真から、何処に危険が潜んでいるかを見つける、ということを行っている。
- (4) 入職者は経験の有無に関わらず、施設が実施する介護方法や介護に対する考え方を研修で学ぶ。管理者による面談を毎週実施し、到達度を図り研修の実施期間やカリキュラムを変更する。

#### 【環境のリスク】

柔らかく、座面が低く長いソファは、楽な姿勢で腰かけることができる反面、利用者の立ち上がりを妨げかねず、身体拘束と同じになってしまうため、そのようなソファは使わないようにしている。

### 3 事故が発生した際の報告、対応等

#### 【報告】

- (1) 施設独自の事故発生報告書の様式が定められている。記述式ではなく、

チェック式で簡便に報告できるようにしている。

- (2) 事故が発生すると施設長が受付窓口となり、直ぐに家族へ連絡をする。事故に至らない「ヒヤリ・ハット」でも家族への連絡は行う。

#### 【検討・対応】

- (1) 事故発生後に事故を報告した介護職員の他、ケアマネ、看護師、栄養士等の専門職が加わり、事故の検証を行う。また、インターライ方式のアセスメントを行い、ケアプランの見直しを直ちに行い、事故の再発を防止している。
- (2) 事故検討委員会を2か月に1回開催して、職員間での課題の抽出と対応策を検討して情報共有を行うなどのフィードバックを行っている。

## 4 その他

#### 【個人情報】

- (1) 紙媒体については、各フロアごとに、鍵の掛かる書棚に保管している。
- (2) 電子媒体については、インターネットクラウド上で管理しており、IDとPWの他、個人認証を行っている。

## ●M事業所

(医療法人 介護老人保健施設 山口県 58名(職員) 80名(利用定員))

### 1 実際に生じた事故例と分析・対策等

#### 【人身事故】

29年度事故発生はインシデント転倒の1件のみであった。

※発生した事故を「薬剤」「チューブ」「転倒」「その他」「バルーン」と5つに分類して管理している。また、事故の内容・程度により、「インシデント」「アクシデント」に大別した上、インシデントを3段階(0、1、2)、アクシデントを4段階(3a、3b、4、5)に分類している。なお、アクシデント3b以上は県に報告している。

### 2 リスクの把握

#### 【利用者のリスク】

- (1) アセスメントシート、ADLチェックにより、利用者の状況は把握する。
- (2) 認知症の利用者が多いので入所希望者も認知症の方が多い。認知症のレベルを測るツールとして「長谷川式簡易知識評価スケール(HDS-R)」を用いている。30点満点で20点未満は軽度を含め認知症といえる。

- (3) 認知症の方だけのフロアーを設けている。入所者の精神的負担が少なくなり、見守りもしやすくなった。

**【介護者のリスク】**

- (1) 専門家（カウンセラー）の健康相談を実施している。また「何でも相談室」を設置している。ストレスチェックも定期的実施している。
- (2) 技能向上のため、グループ合同または施設個別にテーマ別の勉強会を定期的に実施している。
- (3) 安全衛生委員会で問題点を取り上げ、それを検討し改善策を合議している。

**【環境のリスク】**

クッション性の高い床を導入している。

3 事故が発生した際の報告、対応等

**【報告】**

- (1) 緊急時のマニュアルを作成している。
- (2) 事故発生時は、自宅待機看護師にも連絡するようにしている。また、当該利用者のケガ、負傷、病状などは入所の際に提出のあった身元引受人に一報を入れるようにしている。
- (3) 入所申込書には緊急連絡先を3名記載してもらっている。
- (4) ヒヤリハットについては、専用のノートに記載している。

**【検討・対応】**

- (1) ヒヤリハット報告内容は、翌日の朝礼時に発表している。発表のスタイルは次のとおり。「黒板に内容を記載し内容報告」⇒「問題点の深掘と対策について論議」。
- (2) 再発防止に向けて、原因究明と未然の防止策を職員全員に周知している。

4 その他

**【個人情報】**

個人情報は基本的に紙ベースであり、キャビネットに施錠した上、保管している。鍵は特定の管理者のみが管理している。

**【その他】**

働きやすい職場環境づくりが介護事故回避にもつながると考えており、それを実践するようにしている。

## ●N事業所

(社会福祉法人 介護老人福祉施設 山口県 210名(職員) 229名(利用定員))

### 1 実際に生じた事故例と分析・対策等

#### 【人身事故】

転倒、誤嚥事例が、少人数で対応しているユニットケアで時々発生している。

### 2 リスクの把握

#### 【利用者のリスク】

(1) アセスメントシートにより、利用者の状況を把握している。

(2) 入所前のリスク説明が重要という観点から、利用者家族とも面談を複数回重ねて説明に努めている。また、信頼関係構築のため、ご家族には施設によく顔を出してもらうようお願いしている。

#### 【介護者のリスク】

(1) 体調が悪いのに無理して出勤することの無いように平素より指導している。また、家族で風邪などひいているときはいくら本人(介護職)が元気でも出勤させないようにしている。

(2) 外部研修に月1回は行かせている。

#### 【環境のリスク】

バリアフリーにして転倒リスクは無いようにしている。

### 3 事故が発生した際の報告、対応等

#### 【報告】

(1) 緊急時のマニュアルを作成し、職員に配布している。

(2) 報告は施設ごとに行っている。

#### 【検討・対応】

原因究明、対応策は法人内で共有している。プロ意識の欠如が原因であるとの意見が多く、やはり人材育成に力を入れるべきであると認識している。