

事故発生防止に関する指針

いの町立特別養護老人ホーム
偕楽荘

2024.2 月改訂

2024.4 月改訂

2024.6 月改訂

第 1 章 事故予防体制構築のための理念・考え方

1. 偕楽荘における医療安全管理と事故防止の基本的な考え方

偕楽荘は、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、利用者が可能な限りその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、利用

者の心身機能の維持・向上を図ります。

事故予防は偕楽荘におけるリスクマネジメントの取り組みを通じて、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て実施します。

2. 特養の事故防止体制等の基準について【指定介護老人福祉施設の人員、設備および運営に関する基準】

○指定介護老人福祉施設は事故の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じなければならない。

- ・事故が発生した場合の対応、次に規定する報告の方法などが記載された**事故発生の防止のための指針を整備すること。**
- ・事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告されその分析を通じた改善策に従事者に周知徹底する体制を整備すること。
- ・事故発生の防止のための委員会および職員に対する研修会を定期的に行うこと。

○入所者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じなければならない。

○事故の状況および事故に際してとった処置について記録しなければならない。

○入所者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行わなければならない

3. 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自分らしく毎日を過ごす「生活の場」である。事故防止を目的として利用者の行動を過度に抑制、制限することは望ましくない。

高齢者の多くは身体的機能及び認知的機能の低下から危険回避のための（反射）行動も低下するため事故のリスクは高まる。

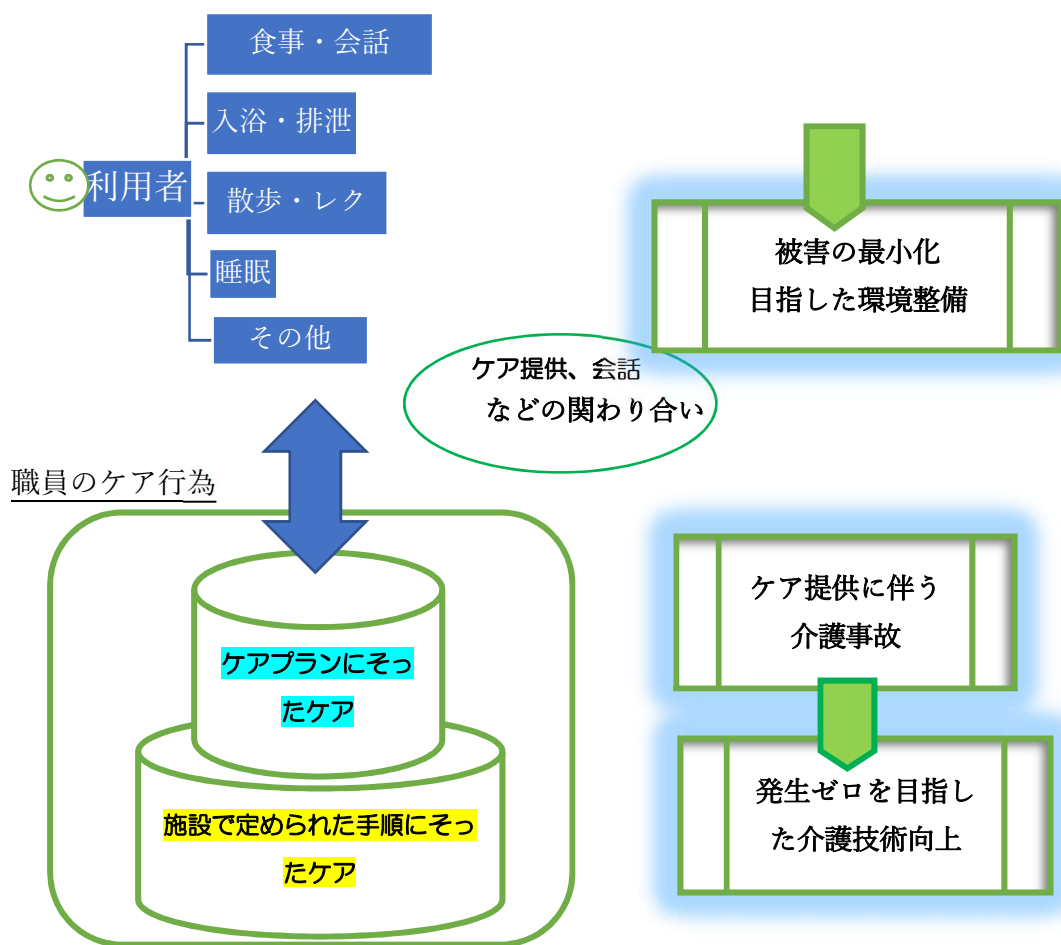
一方職員によるケアの提供に伴う介護事故（過誤）は専門職として発生させてはならない事故である。職員はあらかじめ起こりうる事故を予想し、事故を起こさないようにする「事故防止対策」に加え、万一事故が発生しても利用者の日常生活に支障をきたすような大きな怪我にならないように「被害の最小化」のための対策が必要である。

施設は、利用者の個別ケアや生活支援を行う際に、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わなければならない。なお認知症などで適切な理解・判断が困難な利用者に対してはケアの専門家としてそのかたの権利や尊厳が尊重されるよう十分配慮する必要がある。（図1）

図1 介護事故の特性

利用者の活動

利用者の生活に伴う介護事故



4.施設に求められる義務と責任

(1) 結果の予見の可能性と結果の回避義務

法的には介護事故が発生した場合の法的責任の有無は、「結果の予見可能性」と「結果の回避義務」を基に判断される。介護サービス提供にあつたては、高齢者が生活する際にあらかじめ予測されるリスクの有無や程度等を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る。

リスクの評価は、施設の設備面について行うだけでなく利用者個々の身体機能や行動範囲、生活特性等を考慮してアセスメントする。

* 本指針及び事故防止に関わる各種マニュアルは各部署に設置し職員に周知するとともに、入所者、家族等訪問者が自由に閲覧できるものとする。

(2) 適切な介護サービスを提供する義務

特養には契約・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ため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がある。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り、契約書の記載にのみ基づくものとはいえない。

介護保険という社会保険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。事業者は日本の介護サービスの水準を常に意識し、レベルアップを図る必要がある。また施設には利用者が安心して過ごせるように配慮する「**注意義務**」がある。

(3) 説明責任

施設には、予測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または家族に対し、迅速に事実を報告する「**事故発生時の説明責任**」が求められる。施設の自己防衛や責任の所在を転嫁するような説明は適切でない。

利用者・家族が自己判断・選択に必要な事実や情報を理解しやすい形で提供し、理解と納得が得られるよう努力することが重要である。

第2章 医療安全管理・事故防止のための体制整備の在り方

1. 組織の基盤作り

(1) 施設管理者主導のリスクマネジメント体制づくり

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する。また職員全体に適切な指導を行い、要する費用と得られる効果を勘案して事故防止対策に必要な意思決定を行う。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管理者の責務である。

(2) 職員の自律性の向上

管理者のリーダーシップだけでなく、職員一人一人の意識が高まらなければ実効性がない。

職員は手順を守ってケアを提供したり、ヒヤリハット報告など、事故防止に関する仕組みに積極的に参加する。また、施設内外の研修で自らの知識・技術を高め、日々の業務で気づいた改善すべき点を積極的に提案する。

管理者の方針や意向を適切に、現場に周知したり、現場の意見・アイデアを吸い上げ組織として活用するパイプ役となる中間層の果たす役割が重要である。

(3) 事故対策委員会の設置

【偕楽荘事故対策検討委員会運営規程：平成30年11月14日制定】

運営規程内に定める事項

- ・ 目的
- ・ 委員会の設置 構成メンバーと役割
- ・ 委員会の所掌事務
- ・ リスクマネージャーの所掌事務

委員会の意義

(4) 事故の分析と対策の検討

委員会が情報を一元的に収集・分析する。

個別の事故の「発生した状況」「背景」「要因」を把握し、組織としての対策を検討するとともに、集計、分析することで、客観的に事故の状況や傾向を知り「予防的な対策」（リスク回避又は低減）を検討する。対策を検討するにあたり、専門性の異なる多職種で協議し、決定の権限を有する所長が参加することが重要である。

なお早急に対策する必要がある場合は、メンバーを参集し事故検証、対策立案する。

(5) 対策の周知

決定された対策は施設全体に周知（議事録と個人記録）し、対策が確実に実行されるよう配慮する。また、講じた再発防止策が有効に機能しているかどうか、一定期間経過後に評価する。効果が見られない場合や、対策が徹底されていない場合はその理由も含めて再検討より実効性の高い対策に変更する。

(6) 報告の流れ

【偕楽荘におけるヒヤリハット及び事故の分類基準】

【偕楽荘における事故等の発生時の報取り扱い基準】

事故が発生したら、まず利用者の救命や安全確保を行った上で、事故の発生を上司や看護師に報告する。（状況により看護師から医師に報告、指示を仰ぐ）

次に、事故に関する記憶が鮮明なうちに多職種で事故検証を行い、原因分析、対策立案をする。発見者は所定の様式にて事故報告を行う。事故対担当者は、行政と賠償保険会社に報告書を提出する。

2. 研修の実施

施設内研修：2回/年（現任研修）

施設外研修：リスクマネジメント研修を受講し伝達講習を実施する。3～4名/年1回。

新採用・異動時：随時対象者に実施する。

3. 関係者との連携

(1) 家族との連携

入所契約時には施設での生活やケアの内容をイメージできるような説明を行う。

利用者や家族にケアプランの立案、見直し時に意見を求める。

利用者・家族からの要望、意見、苦情はいつでも歓迎するという姿勢を示し、意向の把握に努めるとともに、普段から利用者の状況を定期的に発信し情報共有し、利用者・家族との関係を良好に保ち信頼関係が構築されることが重要となる。

万全の努力によっても防ぎきれないリスクについては家族に根気強く理解を求める必要がある。

事故発生時は速やかに家族に連絡をし、事故検証、再発防止策について詳しく説明し理解を求める。状況により面談の場を設定し、管理者・担当者より謝罪を行う。

(2) 行政との連携

行政には事業所に対し、監査・指導という役割があり、必要に応じて施設の適正かつ円滑な運営に対する支援、協力を求める。

万一事故によりトラブルが生じた場合、行政が中立的な利用者・家族と施設間の調整を行う。

施設で事故が発生した場合、市町村に報告する義務がある。市町村と県が集計・分析を行い、その結果や対策を公表するので、施設は積極的に情報収集し有効活用する。

(3) 賠償保険会社との連携

損害賠償責任保険への加入については、厚労省の解釈通知「指定介護老人福祉施設の人員、設備およ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もしくは賠償資力を有することが望ましい。」とされている。

施設としての保険加入は、万一の時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もって安心して働くことにつながる。

4. 事故発生時の対応

(1) 基本の対応手順

【事故発生時の行動・留意点】

利用者本人への救命と安全の確保がすべてに優先し、初動の対応が重要である。

事故の状況とその後の対応、連絡や指示の内容について時系列で記録する。家族には事故の対応と説明が適切に行われたかどうか信頼関係に影響する。求められた情報は可能な限り開示するとともに職員にも、正確な情報を伝える。開示や伝達時にはプライバシー保護に留意する。

（２）行政への連絡

行政への報告には「行政との情報共有」「同一市町村内の施設間の情報共有」の２つの側面がある。

行政は必要に応じて助言や指導を行い、第三者の立場で施設と家族間の調整を行う。事故直後の第１報、対応が完結した後の最終報告の２段階を分けている市町村もあり、報告の目的を踏まえ、適切な時期に適切な内容を報告する。

（３）職員への対応

事故を起こした職員は動揺し、責任を感じている。

ともに働く職員として、当事者となった職員を支える。同じミスを漫然と繰り返した場合は施設も当該職員も責任を問われることになる。教育を充実させるとともに、専門職としての自己研鑽に努める。

<引継ぎについて>

転倒、誤嚥、誤薬などの事故で経過観察を必要とする事例については、引継ぎの際、次のシフトの職員に情報伝達する。

引継ぎにあたっては、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うえで引き継ぐ。

容態の急変を予測し、看護師、医師との連携についても確認しておく。

（４）医療機関との関係

事故発生時は看護師から医師に報告、医師の判断で受診が必要となった場合は、家族に連絡し受診先医療機関に同行していただくことが望ましい。

救急搬送が必要な場合は【救急対応について：令和１年３月２０日作成】にそって対応する。

利用者が直ちに医療機関での治療が行えるような、体制をとることが重要。

第３章 事故予防のための対策・介護技術

○偕楽荘では以下の事故防止マニュアルを整備している。

【転倒・転落事故防止マニュアル】

【誤嚥・誤飲・窒息事故防止マニュアル】

【誤薬事故防止マニュアル】及び【薬剤管理指針】

【褥瘡対策のための指針】

○偕楽荘では以下の介護技術マニュアルを整備している。

【移動介助マニュアル】

【緊急時対応マニュアル】

【入浴介助・清拭マニュアル】

【排泄介助マニュアル】

【食事介助マニュアル】

マニュアルは職員の教育（手技・手順のルール化）に活用するとともに、事故発生時に振り返り、必要時修正を行う。

1. 特養で発生しやすい事故と予防のポイント

以下に高齢者に多い事故と背景、対策のポイントをあげる。これは【総論】であり、すべての利用者に当てはまるものではないため、利用者ごとにアセスメントを行い、リスクを把握し個別の対策を講じることが重要である。

（１）転倒・転落 【転倒・転落事故防止マニュアル】

・転倒

高齢になると身体的な活動能力やバランス感覚、注意力が衰え、転倒・転落を起こしやすくなる。

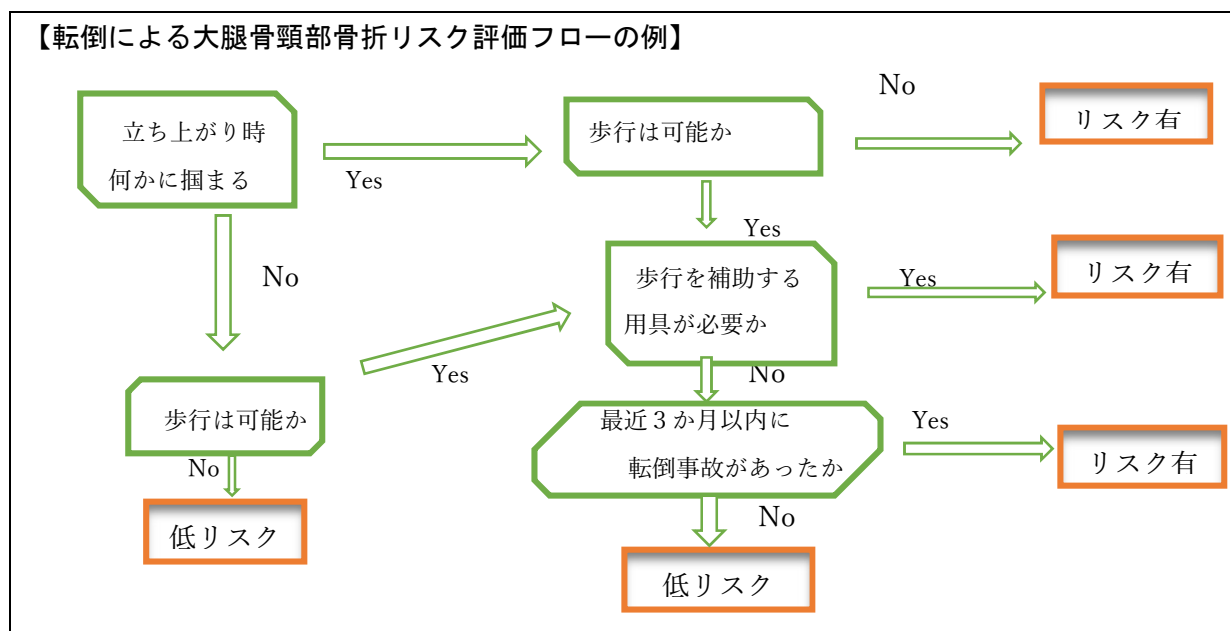
日頃から転倒・転落のリスクとなる要因がないか確認しておくことが必要である。

また職員は転倒が発生しやすい環境をつくらないことが重要で、高齢者は視覚障害から足元が

見えていないことがあるので、床が水に濡れやすい場所は移動時に注意すること、十分な照明があるか、足元にコード類などの不要なものがないか確認する。

認知症高齢者の場合、不穏や徘徊により転倒リスクが高まる。行動制限や見守りの強化などで対応しがちだが、いつどのような状況で不穏や徘徊が起こるか、その前後に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合った個別ケアになっているか、生活歴を把握した上でその人らしい生活援助ができているかなど、様々な視点から現状の見直しをする。

【転倒による大腿骨頸部骨折リスク評価フローの例】



・転落

ベッドからの転落防止をベッド柵で対応するのではなく、低床ベッドの使用や身体を起こす時掴まりやすい位置に手すりや椅子を準備する、ベッドの下にクッションとなるマットを敷くなど転落した場合でも最小限の怪我で済むように周囲の環境を整えておく。

車椅子や椅子からの立ち上がりにおける事故には、利用者の身体に適合した車椅子や椅子を使用しているかを確認する。また長時間同じ姿勢でいることは、誰しも苦痛である。苦痛な姿勢から逃れようと動くのは生理的な欲求であることを理解し、一日の過ごし方を考えることも重要。

(2) 誤嚥 【誤嚥・誤飲・窒息事故防止マニュアル】参照

できるだけ最後まで「口から食べる」ということは尊厳を支えるケアを行う上で重要である。個々の利用者の摂食・嚥下のどの部分に障害があるのかを知り、食事介助技術を習得し、利用者の姿勢を適切に保ち、適した形態を提供すること、口腔内の保清をし口腔機能を維持・回復するよう努める。食事の際咳きこみやむせこみが出てくる状態となると誤嚥リスクが高まったと判断する。

万一誤嚥が起こった時は、直ちに吸引などの処置ができるように吸引器を準備しておく。日頃から誤嚥のリスクの高い利用者を把握し、多職種で連携を取っていることが事故予防につながる。

(3) 誤薬【誤薬事故防止マニュアル】参照

誤薬とは、利用者が誤った種類・量・時間または方法で薬を飲むことを指す。

誤薬は薬の内容や量によって生命重大な危険を及ぼすことになり、起こしてはならない事故だがヒューマンエラーが最も起こりやすい事故でもある。

要因としては、薬に対する意識が薄いこと、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こと、確認不足、薬に関するシステムが統一されていないなどがあげられる。

生活の場である特養で本当に服用する必要がある薬なのか、在宅や前施設で服用していた薬も見直しを行う。

(4) 内出血・表皮剥離

高齢者施設における重大事故は転倒・転落による骨折が大半を占めていたが、近年おむつ交換や移乗介助での骨折や、日常活動やケアに伴う内出血や表皮剥離が急増している。

内出血や表皮剥離を防ぐためには、ケアのスキル向上が求められる。業務手順の整備、研修、ケアの実技訓練などの対策を講じるとともに、利用者や家族に対し生活の中のリスクへの理解が得られるよう十分な説明を行う。

・ケアのスキル向上

専門職として適切な手技により利用者に負荷のかかりにくく安全な方法でケアを行うことが求められる。

特に移動、移乗の場面では利用者の身体を支える時や抱える時には、支えられた部分に力が一点に集中したり、支えられた部分の皮膚が強く押されたり引っ張られたりするなど、無理な力がかからないよう、基本手順や注意事項を守り丁寧なケアを心がける。

利用者の状態や周囲の環境に十分注意を払う。手すりや車椅子のフットレスト利用者の手足が巻き込まれないよう、姿勢や位置を確認することで防ぐことができる。

・観察力の向上

いつ発生したのかわからない事故も多くある。排泄や入浴介助の場面で、全身の観察を行い確認した内容を記録に残す。記録に基づいて時間帯をある程度まで絞り込み、原因の推定ができる。記録をすることで観察力と意識が向上し、外傷を起こしやすい部位、利用者の状態像、時間帯、ケアや活動場面の様子が把握でき対策の検討に結び付く。

・迅速な対応

表皮剥離は発生直後に適切な処置をすることでダメージを最小化し回復を早めることができる。剥離を発見したら速やかに報告、看護師により処置を実施する、仕組みを整える。

第4章 事故報告

1. 趣旨

指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号第35号

に基づき、各サービスの提供により事故が発生した場合の報告を適切に行うものとする。

2. 報告の範囲

- (1)直接介護を提供していた時に起こったもの。
- (2)利用者が施設内にいる時に起こったもの。
- (3)利用者の送迎中に起こったもの。
- (4)その他サービスの提供に密接な関連のあるもの。

3. 報告すべき事故の種類

- (1)報告すべき事故の種類は次の内容とする。

転倒・転落・接触・異食・誤嚥・誤薬・食中毒・感染症・交通事故・徘徊（利用者の離脱・行方不明）・職員の違法行為・不祥事・その他。

＊「員の違法行為・不祥事」サービス提供に関連して発生したものであって、利用者に損害を与えたもの。例えば利用者の個人情報の紛失、預かり金の紛失・横領、送迎時の家屋損壊、交通違反などを言う。

＊「その他」は災害被災などを言う。

- (2)報告すべき事故における留意点

- ①死亡については、死亡診断書で老衰・病死等主に加齢を原因とするもの以外の死因が記載されたものを報告すること。
- ②怪我については医療機関の受診を要したものを報告すること。
- ③食中毒・感染症のうち、次の要件に該当する場合は、保険者への報告と併せて管轄の保健所に報告し、指導を受けること。

＜報告要件＞

イ 同一の感染症若しくは食中毒による、またはそれらによると疑われる死亡者又は重篤な患者が1週間以内に2人以上発症した場合。

ロ 同一の有症者等が10人以上または全利用者の半数以上発症した場合。

ハ イ及びロに掲げる場合の他、通常の発生動向を上回る感染症の発生が疑われ、特に管理者等が必要と認めた場合。

- ④従業者の直接行為が原因で生じた事故及び従業者の介助中に生じた事故のうち、利用者の生命または身体に重大な被害が生じたもの（自殺、行方不明、及び事件性の疑いがあるものを含む）については、管轄の警察署に連絡すること。

4. 報告の時期等

所要の措置（医師への連絡、家族への連絡等）が終了した後、速やかに保険者に対して報告を行うこと。報告にあたっては次の点に留意すること。

- (1)利用者の事故について、事業所所在地の保険者と、当該利用者の保険者双方に報告すること。

(2)報告後に当該利用者の容態が急変して死亡した場合等は、再度報告を行うこと。

5. 報告すべき内容

- (1)事業所の名称、事業所番号、連絡先、提供サービスの種類
- (2)利用者の氏名、住所、被保険者番号、年齢、要介護度及び心身の状況
- (3)事故発生・発見の日時及び場所
- (4)事故の概要（事故の種別、事故の結果、事故の原因など）
- (5)事故の対応（家族や関係機関等への連絡）
- (6)その他（再発防止の方策など）

【様式】（別紙添付あり）

事故報告書（偕楽荘版）：発見者または当事者が記載する。

事故報告書（全国版）：事故対策担当者が、行政機関に提出する。

事故報告書（保険会社版）：事故対策担当者が損害賠償責任保険会社に提出する。

【関係機関の連絡先】

保険者

保険者の名称	電話番号	FAX 番号	備考
いの町ほけん福祉課	893-3810	893-3811	
日高村役場健康福祉課	0889-24-5197	0889-24-7900	
高知市健康福祉部介護保険課	823-9931	824-8390	
土佐市役所長寿政策課	852-1124		
仁淀川町役場保健福祉課	0889-35-0888	0889-35-0228	

保健所

高知県健康政策部 中央西福祉保健所（母子・感染症）

電話：0889-22-1249

FAX：0889-22-9031

警察署

土佐警察署 いの警察庁舎

電話：893-1234