

#### （４）利用者の重度化に対応した介護事故予防

##### ＜利用者の重度化に伴う事故の傾向の変化＞

特別養護老人ホームでは、利用者の高齢化に伴い、寝たきりや骨粗しょう症など状態が重度化する利用者が増加しています。高齢者施設における事故として、以前は転倒や転落による骨折が大半を占めていましたが、近年、日常の活動やケアに伴う内出血や皮膚はく離の件数が増加しています。また、オムツ交換や体位交換の際の骨折などの事例も見られるようになりました。

施設として業務手順書の整備、研修、ケアの実技訓練など可能な限り事故を防ぐための対策を講じた上で、それでも事故が起きる可能性があることを認識する必要があります。また、本人や家族に対し、生活の中のリスクへの理解が得られるよう、十分な説明が必要です。

##### ＜認知症の利用者への対応＞

認知症の利用者で歩行可能である場合、転倒や転落のリスクがより高いと考えられます。また誤飲や異食の可能性も高いため注意が必要となります。

利用者が自由に動き回ることによる事故のリスクは存在しますが、利用者の動きを抑制するようなケアは、身体拘束につながる可能性があるため望ましくありません。認知症の特徴を理解したアセスメントを行い、適切な対策を講じることが必要です。センサーマットを設置する場合は、夜間等の利用者の状況に関するアセスメント情報を収集することを目的として、期間を限定して使用すべきであり、転倒・転落の防止策として使用するべきではありません。

今後は、認知症の利用者がさらに増加していくことが予想されます。施設においては、職員が研修等により認知症の利用者に適切に対応するための専門的な知識や技術を修得し、認知症利用者のニーズに合わせた対応をすることが求められます。

##### ＜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、転倒・転落に結びつくとも言われます。利用者の尊厳の尊重や自立支援を基本理念とする特別養護老人ホームの介護においては、身体拘束を行うべきではありません。

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。こういった場合、施設側から十分な説明を行うとともに、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ことが必要です。特に、日常の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「BPSD<sup>6</sup>」は少なくなると言われます。

---

<sup>6</sup> Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia の略。認知症に伴う徘徊や妄想・攻撃的行動・不潔行為・異食などの行動・心理症状であり「問題行動」あるいは「周辺症状」とも呼ばれます。

## 2) 介護事故予防の必要性

### (1) 特別養護老人ホームの事故防止体制等の基準について

平成 18 年 4 月の介護保険制度改正によって、「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」（平成 11 年 3 月 31 日厚生省令第 39 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<sup>7</sup>。

- 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等が記載された**事故発生の防止のための指針を整備すること**。
  - ・ 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を、従業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採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。

（「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」より抜粋、一部改変）

また、上記の省令に対する解釈通知<sup>8</sup>においては、指針や報告書に盛り込むべき項目や委員会の役割、研修の内容などの規定が改正されました（付録参照）。これらの改正により、施設における体制を整備することで介護事故予防を図ることが義務付けられました。

この制度改正を通じ、事故が発生しないよう予防策を講じること、そして事故が起きてしまった場合はその原因を明らかにし、介護サービスの改善やケアの質向上につなげることの重要性が改めて示されました。介護事故予防の体制の整備を通じてケアの質の向上に取り組むことは社会福祉法においても求められているものです<sup>9</sup>。

<sup>7</sup> 「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準」にも同様の規定があります。

<sup>8</sup> 「指定介護老人福祉施設の人員、施設および運営に関する基準について」（平成 12 年老企第 43 号）

<sup>9</sup> 社会福祉法第 24 条により、社会福祉法人は提供する福祉サービスの質向上を図る旨が規定されています。

## (2) 施設に求められる義務と責任

### <結果の予見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となります。<sup>10</sup>

なお、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、入所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。

### <適切な介護サービスを提供する義務>

介護サービス事業者には契約・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り、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となります。事業者は、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る必要があります。

また、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れ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および事後対策を十分に講じる必要があります。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」があります。

### <説明責任>

施設には、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<sup>11</sup>。説明と理解こそが、利用者との信頼を高める要諦です。

施設側が決めた規定等を説明したり文書で示したりするだけでは、説明責任を果たしたことになりません。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適切ではありません。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が重要です。

---

<sup>10</sup> 予測不可能な事態が生じた際には、労働安全衛生法第24条および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基づいて、施設の対応の適切さや責任の有無を判断されます。

<sup>11</sup> 付録「社会福祉法における福祉サービスにあり方に関する記述」を参照のこと。

## 2 事故予防のための体制整備のあり方

### 1) 組織の基盤づくり

#### (1) 施設管理者主導のリスクマネジメント体制づくり

社会福祉法第24条には「社会福祉法人は、社会福祉事業の主たる担い手としてふさわしい事業を確実、効果的かつ適正に行うため、自主的にその経営基盤の強化を図るとともに、その提供する福祉サービスの質の向上および事業経営の透明性の確保を図らなければならない。」とあり、その責務を担うのが法人の代表者である理事長とともに施設の代表者である施設管理者です。施設での生活において最も重要なことは、利用者が安全に、かつその人らしい生活を送れることであり、そのために介護事故予防の体制整備を行うことは施設管理者の責務です。

施設管理者は、組織の経営者としての役割だけではなく、福祉の専門家としての知識に基づいて、利用者の生命や権利を第一とする理念や現場でケアを行うスタッフを指導するための施設の方針や体制整備、施設の事故防止に関するビジョンを職員、利用者および家族に示すことが求められます。施設管理者の熱意やビジョンがなければサービスの改善が進まず、職員のモチベーションを維持することが難しくなります。

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。また事故防止のための対策に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、施設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。コストがかかるとし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。

ただし、施設内におけるあらゆる場面で施設管理者がリーダーシップを発揮しなければならないというわけではありません。施設が設立された当初の段階では、組織の体制やシステムを確立するために、施設管理者がトップダウンで職員に指示を出す機会が多いですが、ある程度組織が安定した段階では、職員が主体的に行動できるようにするためにも、施設管理者は職員の行動・判断を支援し、ボトムアップで施設の運営に関する事項を決定する機会を持たせることも必要となります。

#### (2) 職員の自律性の向上

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だけでなく、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実効性は担保されません。

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することが必要です。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を積極的に提案するように心がけましょう。

施設における介護事故予防の組織体制づくりには、施設の成熟度が影響すると考えられます。取組の初期段階など体制づくりの土台がない場合は、一般にはトップダウンの方法が有効です。施設管理者や管理者層から施設の理念や方針を示す、手順書の策定や検収の実施など、事故防止のための体制を整備し取組を主導します。体制づくりの時期を経て介護事故予防のための仕組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ることができます。手順書改定の提案や研修の自主的な開催など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、施設管理者や管理者層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、管理者層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>12</sup>。

---

<sup>12</sup>現場の職員は交代制勤務のため、事故防止の取組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合い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。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管理者層に正しく説明すること、管理者層の考えをメンバーに正しく伝達することなどが期待されます。

## 2) 指針・業務手順書の整備

### (1) 指針・業務手順書の意義

#### 指針とは:

施設の介護事故対策の基本方針を表すものです。施設における事故の予防やリスクマネジメントの考え方、事故予防のための体制、事故発生時の対応、事故の再発防止対策など、施設における介護事故予防の基本的なあり方を施設内外に示します。

特に施設内に対しては、自分たちの施設は利用者の生活の質向上や安全・安心の確保のためにどのように対応しようとしているのか、全体像や個別の取組の狙いなど、職員一人ひとりが事故予防の重要性や目的を理解するために、わかりやすく示すことが重要です。

#### 業務手順書とは:

指針を現場レベルでどの職員にも判りやすく示したものが業務手順書です。ケアの方法を各施設で標準化し、職員全員が守るべき手順書として整備しておくことで、どの職員が担当しても同じ方法・手順で行い、ケアの目的を安全かつ確実に達成することができます。

業務内容の妥当性が示されることで、職員は根拠と自信を持って業務を行うことができ、同時にケアの質を標準化して利用者を守ります。そして、万が一事故が発生した場合にケアを実施した職員の行為を保証し、施設として職員を守ることにつながります。

ケアの標準化を行うことでケアの質が保たれますが、あくまでも標準化を行うのはケアの基本的部分であり、あわせて利用者一人ひとりの個別の事情に配慮をすることでその人らしい生活が実現します。個別の配慮として、関係者が共有すべきことは、ケアプランや個別ケア計画書の中に明記します。標準的なケア手順と個々の利用者に寄り添った配慮事項を共有することで、質の高いケアを実現することができます。

### (2) 指針・業務手順書の作成と運用上の工夫

#### <指針の内容>

指定介護老人福祉施設が整備する「事故発生の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととされています（詳細は、付録「指定介護老人福祉施設の人員、施設および運営に関する基準について」（平成12年老企第43号）参照）。

#### —指針に含まれる項目—

- [1] 施設における介護事故の防止に関する基本的考え方
- [2] 介護事故の防止のための委員会その他施設内の組織に関する事項
- [3] 介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針
- [4] 施設内で発生した介護事故、ヒヤリ・ハット事例等の報告方法等の介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針
- [5] 介護事故等発生時の対応に関する基本方針 など

### <手順書の内容>

手順書には、原則として必ず実施すべきこと、職員全員が守らなければいけないことを、明瞭に記載します。基本的な知識や事故時の対応、各種のケアの実践方法まで手順書のテーマは多岐にわたるため、手順書全体の体系を整理し、知りたいことがいつでも容易に確認できるようにすることが大切です。

#### —手順書に含まれる内容の例—

- ・各種ケアの手順(移動・移乗介助、食事介助、排泄介助、入浴介助等)
- ・救急救命、認知症への対応など
- ・事故発生時の対応(対応の手順)

### <業務手順書の周知と手順書に沿ったケアの徹底>

職員全員が、利用者の個別性を踏まえた上で業務手順書に従って業務を遂行することが重要です。業務手順書は各職員に配布する、現場のわかりやすい場所に置くなど、活用しやすくする工夫をします。また業務手順書の内容は、OJTや施設内研修、ミーティングなどの機会に繰り返し周知するとともに、日常の業務において確実に実践されているか、記載内容が実態と整合しているかを確認します。

#### —手順書にもとづく教育・研修のための方策—

- ・手順書を作成して配布するだけでなく、効果的な研修を行う
- ・研修の開催時間や回数等を工夫し、参加しやすいよう配慮する(入職時研修のテキストとして活用する、手順書改訂のタイミングなどにあわせて職員全体を対象とした研修会を開催する、定期的に研修会を開催する 等)
- ・必要に応じて実技を交え、より確実に習得できるように工夫する

### <業務手順書の見直し、改善>

業務手順書に定めるケアの手順や方法が現場で実践されていない場合や、手順に沿って行ったケアが利用者や職員にとって不都合な場面があるには、業務手順書の見直しが必要です。業務手順書の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います。ヒヤリ・ハットや事故報告があった場合には、手順書の内容に不足や改善を必要とする点がないかどうか検証しましょう。

さらに現場で使いやすく、役に立つものにするためには、内容を固定化せず、絶えず実態や最新のケアの知見、技術にあわせて見直しを続けることが重要です。

#### —見直しの観点—

- ・手順書が施設や利用者の実態、現場の環境に即した実行可能な内容になっているかを常に確認する
- ・記載内容が正しく遵守されているかどうかをチェックする
- ・手順書の実践においてやりにくさを感じた場面や、実行できない場面があった場合には、その都度、報告・提案をするか、記録しておく
- ・事故やヒヤリ・ハットの報告があった場合には、その発生の原因として、ケアの手順に問題はなかったか、手順書に不足がないかを検証する

### 3) 介護事故発生予防のための委員会の設置

#### (1) 委員会の意義

施設における安全・事故予防のための意思決定機関として設置される委員会は、報告制度等を通じて収集された事故や安全に関する情報を基に、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仕組みです。各施設において必ず整備されている必要があります。（付録の解釈通知を参照）

##### —委員会の果たすべき機能—

- ① 事故やヒヤリ・ハットの報告を集約し、分析する
- ② 収集した情報に基づいて組織として対策を検討・決定する
- ③ 対策を周知する
- ④ 対策の効果を検証する

#### (2) 委員会運用上の工夫

##### <委員会の目的・役割の明文化と周知>

委員会の目的と役割、構成メンバー等を定めて文書化し、全職員に明示します。このことにより、委員会の構成メンバーなど関係者のみならず、施設全体の職員一人ひとりの委員会の意義に対する理解が高まり、委員会への協力や委員会が主導する活動を促進することができます。

##### —文書化しておくべき項目—

- ・委員会の目的、役割と権限
- ・主な活動内容
- ・構成メンバー
- ・開催頻度                      等

##### <権限、メンバー>

意思決定を迅速に行い、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管理者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といえます。また、部門、職種、職位のバランスのよいメンバーで構成することにより、偏りがなく現場の実態に即した実効性のある対策の議論や実効性のある活動へつなげることが重要です。

各メンバーが委員としての役割を果たし活動を円滑に遂行するため、メンバーの役割を明確にし、必要な決定権限を与えます。

—構成メンバーの役割(例)—

施設管理者	施設全体の管理責任を担う
事務長	事務関連、会計関連を担当
生活相談員・介護支援専門員	施設全体の状況のとりまとめや対策実践体制の検討を担当。事故発生時は、家族や外部との窓口を担当
介護職員	フロアやユニット、各サービス部門の代表。検討に際して現場の視点を提供し、委員会検討事項を現場に伝達
医師・看護職員	医療・看護面から対策立案、ケアプラン検討に参画
リハ専門職(PT・OT等)	専門的見地から要因分析、対策立案に参画

### <事故の分析と対策の検討>

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。

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、事故やヒヤリ・ハット事例の統計を分析することで、客観的に事故の状況や傾向を知り、予防的な対策を検討することも可能です。

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。分析や対策検討は、安全管理担当者のみが行うのではなく、委員会に参加している現場各部門の代表、専門性の異なる多職種・機関、決定の権限を有する管理者層が参加することが重要です。

—委員会での分析・検討事項—

- ・事故およびヒヤリ・ハット事例の概況報告
  - ・事故報告に対する組織的観点からの分析
  - ・対策の検討と決定
  - ・利用者・家族の意見、職員提案等の確認と分析
- 等

### <対策の周知>

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。

### <対策の効果の検証と見直し>

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（1ヶ月後、3ヶ月後など）に評価します。事故報告書や対策計画書の様式に評価欄を設けておくと経過を一元的に管理できます。効果が見られない場合や、計画したとおりに現場で対策が徹底されていない場合には、その理由も含めて再度検討し、より適切かつ実効性の高い対策を立案します。

## 4) 事故の報告と活用

### (1) 事故の報告と活用の意義

#### <情報収集の一環としての報告の仕組み>

万が一事故が発生した場合には、事故から学んだ教訓を活かし、同じ事故が二度と起こらないよう対策を講じる必要があります。また、実際には事故に至らなかったヒヤリ・ハット事例も、事故予防のための貴重な情報です。これらの情報を報告し活用するための仕組みを整備する必要があります。情報を各フロアやユニット内から施設全体にむけて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。

職員の間で事故報告への意識が高まると、利用者をよく観察する習慣が身につくにつれ、ケアの質向上にもつながります。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ります。

#### <報告の範囲の考え方>

報告の仕組みを構築する目的は、介護事故予防のための情報を施設内で一元的に収集し、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ります。この観点から、起こってしまった事故だけでなく、起こる可能性のあった事象（いわゆるヒヤリ・ハット事例）についても同様に収集し分析することが必要です<sup>13</sup>。

施設におけるリスクを把握し評価するという観点から必要な情報を収集するための仕組みを検討すべきです。

### (2) 報告制度運用上の工夫

#### <報告活性化のための工夫>

##### ■報告の目的の意識付けと奨励

事故を報告すると叱責されるのではないかというおそれがある場合、重要な場面を発見しても報告を避ける意識が働きます。管理者は、介護事故の報告の目的は職員の責任追及ではなく利用者のケアの向上につなげることであり、そのためには客観的で正確な事実の記述が重要であることを職員に十分に理解してもらうことが重要です。さらに、報告を奨励し、報告したこと自体を評価します。

また、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、報告する意欲も高まります。管理者や安全管理担当者は、報告された内容の背景にあるリスク要因を分析し、根本的な解決策を提示、実行し、成果につなげる必要があります。

---

<sup>13</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。

## ■報告様式

サービスの質向上や事故の防止につなげるためには、どのような状況で何が起きたのかという事実関係を正確に把握する必要があります。こうした情報を収集するためには、必要な情報が記入できる報告様式を整備し、推測を交えず事実を正確に報告することを促します。一方で、職員が報告書の作成に負担感を感じると、報告のモチベーションが低下します。そこで、負担が軽減されるような工夫も必要となります。

例えば、記入要領や記入例をわかりやすく充実させるとともに、「事故種類」「事故の発生場所」等定型的な分類が可能な項目をチェックボックス式にして効率的に情報収集します。ただし、事故発生時の利用者の状況（例：転落したベッドとの位置関係）など、言葉や図で表現したほうがよい項目は、様式内に文章や図の記入欄を設けます。

職員が報告書を書くことで、利用者のケアに関する様々なことを考える機会にもなります。ケアの方法が適切であったのか、利用者の行動パターンを職員が把握できていたのか、などの事柄に気づくことができるためです。

## <事故報告の流れ>

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うえで、事故の発生を上司やリーダーに報告します。この時点では、口頭でもよいので迅速に報告することが重要です。また、現場において、他の利用者にも事故が発生する可能性がある危険な環境があれば速やかに処置をします。

次に、事故発生時の状況に関する記憶が鮮明なうちに（48時間以内が望ましいと考えられます）、事故の発見者を中心として、利用者を担当する介護職員、現場のリーダー、看護師、栄養士、PT、OT、ST、事務職員など参加可能な各職種が事故の現場を検証し、事故の発生状況に関する詳細な情報を収集した上で、要因分析を行います。分析および対策立案に多様な視点や専門性を取り入れるため、多くの職種が参加することが望ましいと考えられます。ここで情報収集、要因分析した内容を取りまとめて、事故の報告書を作成します。

委員会では、提出された報告書に基づいて組織全体の視点から、事故の傾向の把握や予算執行も含めた再発防止策の検討を行います。最終的な再発防止策について方針を決定したら、フロア会議、朝礼等職員が集まる場を通して、施設全体に周知し、同様の事故が起こらないようにします。さらに、再発防止策の妥当性について、継続的、定期的に委員会やリスクマネージャーが評価することにより対策の実効性を確認します。

### —事故報告の流れ—

- ① 事故発生第一報
- ② 即時的な事故への対応
- ③ 現場での状況確認・分析
- ④ 報告書の作成
- ⑤ 再発防止策の検討（施設全体またはフロア会議等 多くの視点から行う）
- ⑥ 再発防止策の施設全体への周知
- ⑦ 対策の実効性の確認、評価、見直し

## <事故の分析と再発防止策の検討>

事故の分析や再発防止対策の検討は、事故の発見者や担当者だけの役割ではありません。改善策を組織全体で考えることにより、事故は個人の問題ではなく、また事故報告が担当者の責任追及を目的としたものではなく、再発防止策を施設全体で考えるための仕組みであるという意識の醸成につながります。また、分析・検討された事故の原因や再発防止策について、現場にしっかりフィードバックし、職員一人ひとりが利用者のケアについて注意するようになることが同様の事故の再発防止につながります。

さらに、再発防止対策を現場で実践して一定の期間が経過した後で、その効果の検証を行い、必要に応じて見直すことにより、より効果的な改善につなげることができます。

## <根本的な原因理解と解決策>

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転落の不安は変わらず、限られた人員の制約の下では実効性が低いと考えられます。むしろ、より根本的な原因を理解し解決することが求められます。

根本原因を探る際は、①当事者の責任に帰着させるのではなく、建物の要因、設備・備品の要因、規則・手順書の要因などという観点からディスカッションする<sup>14</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、③事象の因果関係を整理し、因果連鎖の検証を行う<sup>15</sup>などの方法があります。

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 5 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

事故の発生リスクは利用者の状況によって異なります。利用者の状態像に応じた対策を検討することが必要です。

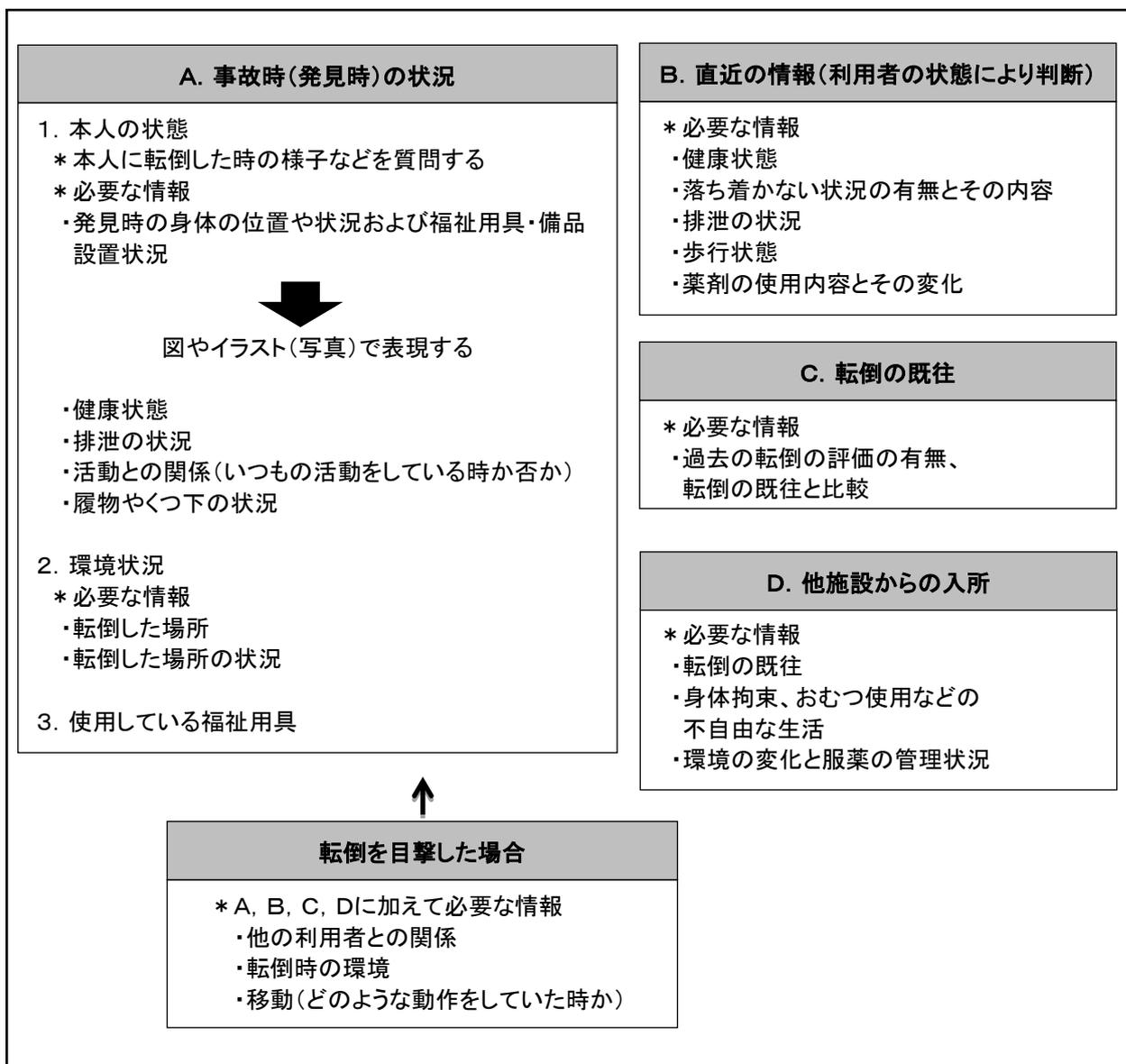
以下に、転倒の要因を詳細に分析するために用いられるシートの例を紹介します。具体

<sup>14</sup> 「SHEL モデル」や「4M4E」などの方法論があります。前者は Software/ Hardware/ Environment/ Liveware の観点から、分析や対策検討を行うものです。後者は Man/ Machine/ Media/ Management の観点で要因分析を行い、Education/Engineering/Enforcement/Example の観点で対策を検討します。

<sup>15</sup> ②と③は類似した方法論であり、②は「なぜなぜ分析」③は根本原因分析、RCA (Root Cause Analysis) と呼ばれます。根本原因分析は、医療分野において推奨されている手法であり、現場での分析に適しています。

的な転倒事例の分析と施設における実証に基づいて作成された様式であり、施設における転倒事例を分析する際に必要となる情報を収集、整理することにより、事故の再発防止に向け、本質的な事故の要因を明らかにすることができます。

図表 6 転倒骨折事例の要因分析シート（例）



「高齢者施設における転倒による大腿骨頸部骨折予防検討に関する研究報告書」特定非営利活動法人メイアイヘルプユウ（平成23年3月）より転載

このシートは「転倒」の事例を対象としたものですが、他の事例についても同様の考え方に沿って、発生時の利用者および環境、福祉用具等の状況、直近の利用者の状況、同種の事故の既往などの情報を収集し、客観的に事故の経緯を把握して要因を分析することができます。

### (3) 報告と活用の仕組みの発達段階

報告と活用の仕組みが整っていく過程には、いくつかの段階があります。たとえば「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」とします。

報告の仕組みができたばかりの時点では報告の件数が少なく、小さなヒヤリ・ハットやリスクに関する気付きなどに対する職員の意識を高め、積極的に報告してもらうことが課題となります。これが「報告活性化の段階」です。

報告件数が伸びてくると、有効な対策を検討し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られます。

小さなことも含めて有効な報告が挙げられ、それらに基づいて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、日常の業務におけるリスクが管理されている状態といえます。施設全体として委員会などで一元的に対策を検討するだけでなく、フロアごとなどの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「自律的分析の段階」であり、「自ら学習し改善する組織」が実現されている段階となります。

## 5) 研修の実施

### (1) 安全のための研修の意義

指針や業務手順書、報告の仕組み等を整備することは重要ですが、それらを職員に伝え、浸透させ、効果的に運用することはさらに重要です。研修はそのための重要な取組です。

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す。さらに職員が自主的に研修を企画することで、職員のモチベーションアップや、職員同士のケアに関する情報交換もできます。

### (2) 研修運用上の工夫

研修は1回で完結するものではなく繰り返し伝えることが必要です。新人研修、職場全体の定期的な研修、フロア単位のテーマ別勉強会など、施設として年間の研修計画を立てます。一度の研修で内容を詰め込みすぎないようテーマを絞り、計画的に研修を行いましょう。シフト勤務者の受講しやすさを考慮して、1回の開催時間は短くし多くの職員が参加できる時間帯を選ぶ、同一内容で複数回開催する、といった工夫も必要です。

外部研修を活用することも有効です。外部の情報に触れて知識やヒントを得るほか、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ります。行政や地域の事業者団体とも連携し、合同で研修会を開催することも有意義です。

研修を意欲的に受講し、また受講後に確実に実践につなげるためには、研修の意義や必要性についても事前に十分に理解しておく必要があります。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。

### <研修の種類>

研修は施設・法人全体で行う全体研修と部門等の単位で行う個別研修に分かれます。

施設・法人全体で行う研修の例としては、法人全体の新人研修や施設の全職員を対象とした全体研修などが考えられます。このような研修では、座学を中心としたリスクマネジメントの一般的な知識、施設における事故報告の流れ・仕組みなど施設における安全なケアのための必須事項を多くの職員に向けて伝えることができます。

部門（係やセクション等）の単位で行う研修の例としては、排泄、移乗、嚥下などの具体的なケアについて、そのとき多く発生している事故の傾向等にあわせて職員がテーマを企画・選定し、自分たちにとって現在必要な知識を学ぶといったことが考えられます。自分たちで研修を企画し、興味のあるテーマを学ぶことによって、職員の研修や自主的な学びについてのモチベーションが向上することが期待できます。

このほか、新人・若手職員が実際の業務の中で事故対応や事故報告に関わる中で知識・技術を体得するOJTや、新人・若手職員が先輩職員とペアになって指導を受けたり、業務について相談するチューター制度においても、介護事故を予防し、質の高いケアを実践す

るための知識やスキルを学ぶことができます。

### <研修の内容>

介護事故予防のための研修内容としては、施設のリスクマネジメントの体制や報告の仕組みなどを職員全体で学ぶ研修や、特定のケアの分野・場面に特化した内容を少人数で学ぶ研修などがあります。導入時は座学などの一般的な内容からはじめ、職員の理解や興味が強まった段階で個別的な内容の研修を実施すると、より効果的な学習につながります。

ケアの質向上という観点からは、すべての職員の基本的なケアのレベルや意識を高めていくこと、また、日々の業務における記録の内容を充実させ、記録を徹底することが重要です。適切な記録を習慣づけることで、職員の観察力、ケアの内容、利用者満足などの向上につながります。また、万一トラブルが発生した場合も、適切な記録により、業務手順書に沿ったケアが行われていたことを示すことで、職員や施設を守ることに繋がることが多いといえます。記録の書式を整え、読み手に配慮したわかりやすい記録が書けるよう研修を行うことが有効です。

利用者の重度化に伴い、今後は、介護のプロとして重度化した利用者の特性を十分に踏まえたケアのスキルや、特に、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。

また、特別養護老人ホームにおいては、特に夜間やショートステイにおいて介護事故防止上の問題が指摘されており、これらのテーマについての研修も必要です。

さらに、事故発生時の迅速、的確な対応についても学ぶ必要があります。必要な手順を確認し、いざというとき適切に動けるようにするために、模擬訓練を行うことも有効です。

### (3) 研修に関する発達段階

研修に関する発達段階は、「基本の周知」、「意識変革」、「自律的取組」に区分することができます。

「基本の周知」の段階では、介護事故予防のための基本となる理念や知識・技術、施設内の体制や取組状況、事故やヒヤリ・ハット事例の報告書式および記入方法といった施設内の仕組みを習得します。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、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、事故やヒヤリ・ハット事例、それに基づいた対応策も周知します。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が重要です。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。

「意識変革」が進展すると、ユニットごと、フロアごとに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」の段階です。トップダウン型からボトムアップ型に移行し、業務上の問題点や改善提案が現場から継続的に産み出される段階です。