

6) 関係者との連携

(1) 家族との連携

利用者の家族との信頼関係構築は、施設運営にとって非常に重要な要素です。家族に利用者ケアの一端を担う「協力者・パートナー」となってもらい、リスクに関する情報は全て家族に開示・共有し、ケア方針の意思決定に参画してもらいます。また、ケア内容に対する利用者・家族の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ことも重要です。

入所時・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十分な情報提供を行います。利用者の特性や利用者が望む生活を理解した上で、特別養護老人ホームにおいてどのように過ごしたいかを一緒に考え、決めましょう。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、ケアの選択・判断に参画してもらおうとよいでしょう。

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するなど情報を共有し、利用者・家族との関係を良好に保ち、信頼関係が構築されていること、職員と家族が顔を合わせて、施設のケア方針等について話し合う機会を作るなど、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。

家族にとって、施設管理者をはじめとする施設職員は介護の「専門家」であり、家族は利用者の生命や生活そのものを施設に託しているといえます。その点をふまえ、施設は、事故防止のためにできるかぎりの万全の体制整備に努めることが運営の大前提です。そのような万全の努力によっても防ぎきれないリスクについては、家族に理解を求める必要があります。

家族の利用者への生活イメージと利用者本人が望むその人らしい生活イメージが異なる場合があります。その場合は施設側から利用者本位の生活を送ることの大切さを家族に伝え、同時に利用者が自由に活動することのリスクもあることについての理解を求めます。ケアプランについても、家族に対してきちんと説明することで、家族も本人の状態や施設での生活とケアの内容、そして事故のリスクについて理解することができます。

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。また、定款準則にも、評議員には家族の代表を入れることが規定されています。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ことが重要です。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。

施設と家族との関係は「事後対応型」、「意見聴取型」、「家族参加型」の3つにとらえることができます。

「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、「何かあった場合に家族に連絡をする」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指します。「家族参加型」は、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。

仮に家族との関係にトラブルが発生した場合には、リスクについて理解していただくために根気強く説明していくことも必要となりますが、場合によっては行政や病院など第三者を交えて話し合いを行うということも考えられます。

(2) 行政との連携

施設と行政は、それぞれの立場から利用者の安全、安心な生活の実現という共通の目的に向かって連携して取り組むという「協働」の姿勢が必要です。

行政には事業者の監査・指導という役割がありますが、必要に応じて施設の適正かつ円滑な運営に対する支援や協力を得ることができます。行政機関と日常的に連携し、信頼関係を構築することが望ましいでしょう。日ごろから施設の状況を伝えたり、相談をしたりして、施設の実態や事故防止、質の向上に向けた取組や課題についての理解を得て、利用者の生活支援という共通の目的に向かって理解と協力を得ることが重要です。万一事故等が発生し、トラブルに発展した場合などにも、必要に応じて行政が中立的な立場から利用者・家族との調整を行うことが可能となります。また、施設における現状の課題を解決し、ケアの質向上や介護事故の防止に向けた研修を企画、開催を支援することも行政の役割のひとつと考えられます。地域の事業者連絡会等とも協調して、施設単体ではなく他施設と合同での研修会の開催につなげることも有効です。

施設において事故が発生した場合、市区町村に報告することが義務付けられています。施設が報告した事故事例は、市町村や都道府県が集計分析を行い、その結果や対策・改善策などをホームページなどの媒体で発信している場合があります。こうした情報を活用することで、他の施設で発生した事故情報に基づく発生傾向や防止のためのノウハウを知り、共有することができます。介護事故の発生は望ましいことではありませんが、このように事故情報を有効活用することにより、他施設での事例を自施設での事故の未然防止につなげることができます。

こうした事故の統計情報を発信している都道府県、市町村などもあります。積極的に情報収集し、有効に活用しましょう。

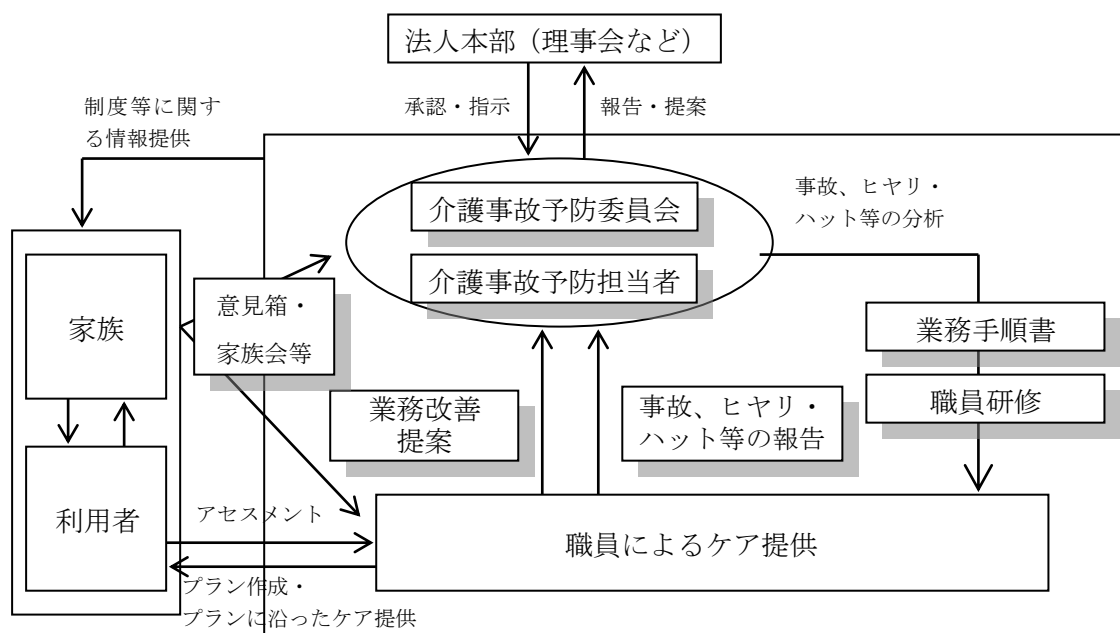
(3) 理事会との連携

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。

施設において介護事故等の好ましくないことがあった場合、法人（理事会等）への報告を躊躇しがちですが、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、施設内の判断よりも広い視野から対応策について助言を得ることや、リスクを未然に防止するための大きな予算を投入する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



7) 事故発生時の対応

(1) 基本の対応手順

万一、事故が発生した場合などの緊急時の対応手順を定めておきます。事故発生直後は、迅速かつ的確な対応が求められます。いざという時に迷わず適切な行動がとれるよう、わかりやすいマニュアルやフロー図を作成し、平常時からすべての職員に周知し訓練しておきます。

対応の手順は、個々の施設における日ごろのケアの体制等にあわせて作成します。「いつ」、「どのような場面で」、「誰が」、「どのように」、「何を」するべきか、その際の判断や確認のポイントは何かなどを、わかりやすく示すことが必要です。

図表 8 事故対応の手順に記載する事項 (例)

視点	いつ (時間の流れ)	だれが (担当者)	何をするか (対応、報告先、内容など)
記載すべき内容 (例)	事故発生直後	発見者	応急処置(利用者の救命と安全確保、環境整備) 医療機関への連絡、搬送 家族への報告、対応 行政への報告 施設内の報告 ⇒要因分析 ⇒対策立案 ⇒対策の効果の評価 ⇒対策の見直し 上記についての記録
	数分以内	利用者の担当者	
	2~3時間以内	同じユニット、フロアの職員	
	当日中	リーダー、責任者	
	翌日	管理者	
	2~3日以内	看護職員	
	1週間以内	医師	
	1ヵ月後	栄養士・管理栄養士	
	3ヵ月後	リハ専門職 (OT,PT,ST)	
	6ヵ月後・・・	介護支援専門員 生活相談員 事務職	

図表 8 は、対応手順に記載する事項の例を示したものです。これらのすべての項目を網羅しなければならないということだけでなく、全体の大きな流れをフロー図で示したり、事故の内容や発生後の時期 (事故発生当日など) や関係者 (現場職員など) の一定の範囲について詳細にわたって記述することも可能です。

例えば、ある施設の手順書は、1 枚の紙面上に「第一発見者」、「応援職員」、「医療スタッフ」など役割ごとに、また「転倒・転落等」、「誤嚥・異食等」といった場面ごとにとるべき対応をまとめています。別の施設のフロー図では、時間の余裕がない中でも確実に読み、実践できるよう、介護事故発生後の流れが A4 用紙 1 枚に簡潔にまとめ、時間の流れに沿って「救命」、「安全」、「通報」、「記録」の 4 ステップで対応すべき事項が示されています。また、別の施設では、事故や体調不良の利用者の発見に際して、利用者の状態・周囲の状況を確認し緊急時の場合の手順と、それ以外の場合に分けて、対応の流れを示しています。

各施設において、どのような場面でどのように活用するかを想定して、具体的に、関係者にとってわかりやすい形で手順を示すことが重要です。

(2) 利用者・家族への対応

介護事故発生時には、利用者本人への救命と安全の確保がすべてに優先します。初動の対応が極めて重要です。いざと言うときに迷わず対応できるよう、とるべき対応方法、連絡先と連絡のタイミング等具体的に定めておくこと、さらには事故発生後の状況やその後対応、連絡や指示の内容について時系列に沿って正確に記録しておくことも重要です。

初動対応後は、できるだけ早い段階で、発生前後の事実関係を当事者の家族に正確に説明します。事故の内容や日頃の対応状況にもよりますが、事故への対応と説明が適切に行われたかどうかは家族からの信頼関係に影響します。その意味でも十分な説明を尽くす必要があります。

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作成する、リスク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、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、絶対に虚偽の説明は許されません。一度不信感が芽生えると関係改善は極めて困難です。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、正確な情報を伝えるとともに、各職員が当事者の家族から質問された場合に、個人的な判断や推測のもとに回答することのないよう徹底します。当事者以外の家族からの問い合わせがあった場合の対応については、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、利用者本人の人権やプライバシーに配慮した情報開示を行いましょう。

(3) 行政への連絡

介護事故が発生した場合には、施設から市区町村など行政へ報告することが求められます。行政への報告には、次の二つの側面があります。

- ① 行政との事故情報の共有を図る
- ② 同一の市区町村内にある施設間で事故情報の共有を図る

事故情報を市区町村などへ報告することで、行政が事故の事実を把握し、事故の状況や施設の対応などについて確認します。必要に応じて助言や指導により、家族とのトラブルを防いだり、第三者の立場で調整する場合があります。

また、事故の情報を提供することにより、発生状況や利用者の状況などのリスクについて当該施設だけでなく、行政および他施設と共有することにつながります。事故から学び、行政および他施設も含めて、今後の事故予防対策の参考情報を蓄積していくための大事なプロセスとなります。

報告の基準や報告書の様式については、所管する市区町村などに確認し、適切な形で報告する必要があります。報告すべき時期も、市区町村などによりルールが異なり、事故直後の第一報、対応が完了した後の最終報告の2段階に分けている市区町村などもあります。報告の目的を踏まえて、適切な時期に適切な内容の報告をしましょう。

(4) 職員への対応

事故発生後は、あらかじめ定めた手順に沿って、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、当事者となった職員を支えることに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、同じミスを漫然と繰り返した場合は、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頃からの自己研鑽に努めることも重要です。

<引継ぎについて>

ヒヤリ・ハット事例や転倒・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は、引継ぎの際、次のシフトの職員に十分に情報伝達します。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す。

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、介護職員の判断や経験に頼ることなく、医師および看護職員との連携について特に配慮することが必要です。

(5) 医療機関との関係

利用者本人の意思を確認することが困難でありかつ家族にも連絡がつかず、職員の判断で決めかねる事態が利用者に発生したとき、また、命にかかわる緊急事態が発生した場合は、直ちに看護職員や配置医師、医療機関に連絡し、必要に応じて搬送する必要があります。そして、その上で家族に状況を連絡します。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。

8) その他の留意事項

(1) 特別養護老人ホームに併設されている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、入所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つ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をアセスメントするためのシートを活用することも有効な手段です。

(2) 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きましょう。

3 事故予防のための対策・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実際にある施設において一定の効果を挙げている方法ですが、すべての施設に対してそのまま当てはまるとは限りません。それぞれの施設において、施設の実態に応じてよりよい方法を検討する際の参考にしてください。

1) 転倒

(1) 総論

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、転倒や転落を起こしやすくなります。そのため日頃から転倒・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す。例えば、以下のようなことがチェックのポイントとなります。

- ・ 靴は足にあっているか、靴底の素材は床材と合っているか、擦り減っていないか。
- ・ 靴を脱いで生活をする場合は、上履きを適切に使用しているか。
- ・ 杖や歩行者、シルバーカーなどは、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。
- ・ 床の段差がないか。
- ・ 自力で歩行できる利用者の場合、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。

また、転倒が発生しやすい環境をつくらないことも重要です。

具体的には、床が濡れていると滑りやすいので、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足元がよく見えないことが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・転落のリスクが高いため、行動制限や見守りの強化などで対応しがちです。しかし、目の前の状況に振り回され対処療法に追われるのではなく、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、生活歴を把握した上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、現在提供している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様子がみられたときには特に注意します。

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。

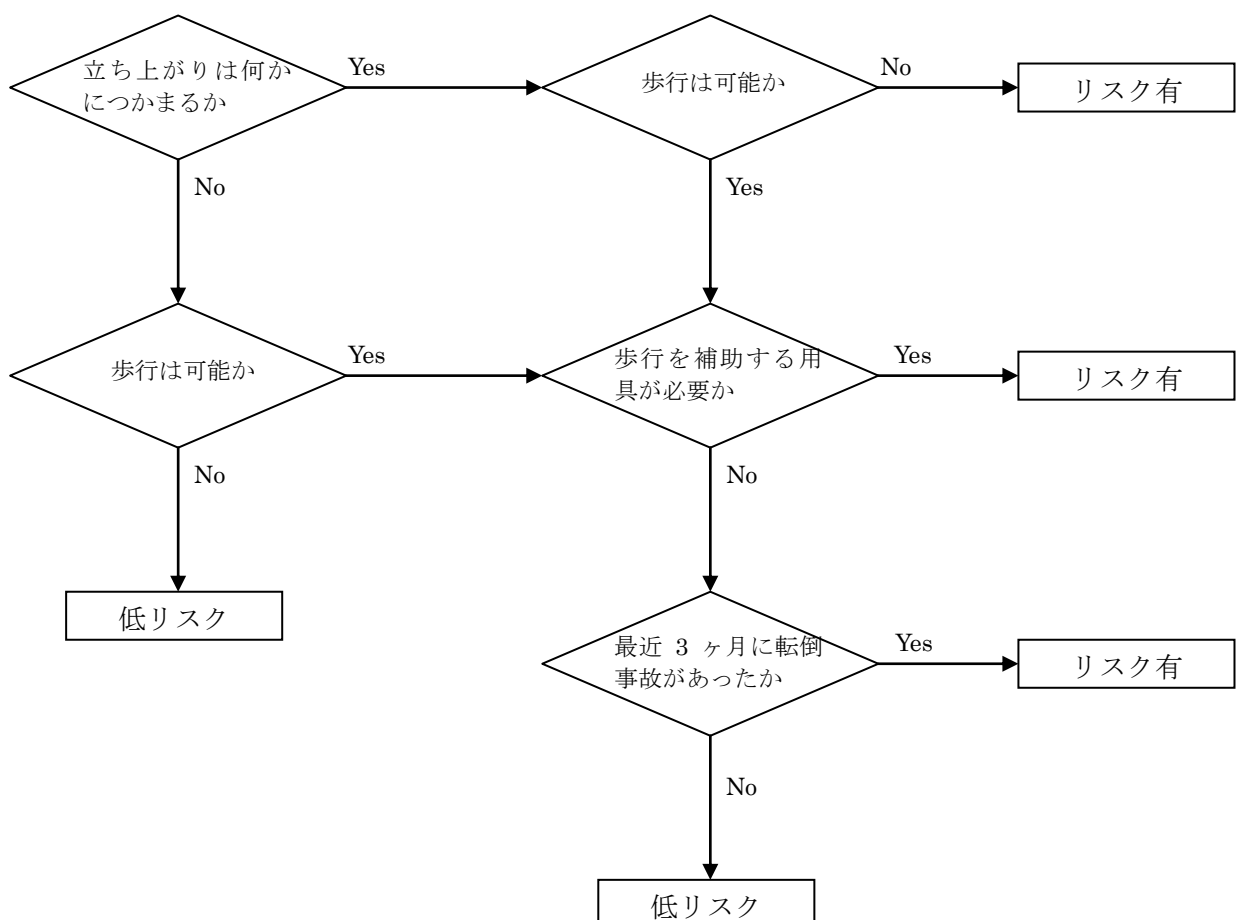
その他、身体状況にあわせた筋力増強・維持目的の運動やストレッチなどを、生活の中にとりいれることで転倒予防を行うこともできます。

(2) 対策の考え方

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への対策

この場合、利用者には転倒のリスクがあることを認識し、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 9 転倒による大腿骨頸部骨折のリスク評価フローの例



上記フロー図は、ある施設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怪我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。

職員が介助する中で起こる転倒への対策

職員が介助する中で転倒が発生した場合、通常は介護過誤¹⁶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、業務手順書の見直しなど、基本的な介助の手順や技術を確認し正しいケアを定着させることが必要です。

福祉用具を利用した対策

歩行が安定していないが自由に歩きたいという意欲がある利用者に対して、歩行器を正しく使用することは有効な方法といえます。専門職が選定に関わり、利用者の体格など状態に適した歩行器を選定することで、転倒の危険を低減することができます。

具体例：

認知症で歩行時ふらつきがあり入所前から頻繁に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く、家族が準備した帽子をかぶっていた。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お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、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）等のアドバイスも得ながら、実際にいくつかの歩行器を試し、A さんが使いやすいもの（気に入ったもの）を購入した。それまで使用していた施設の歩行器は体格に比べて大きめであったが、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。

¹⁶ 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

(1) 総論

場面としては、ベッド、車いす、椅子からの転落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をベッド柵で対応するのではなく、低床の介護用ベッドを使用することや、身体を起こすときつかまりやすい位置に手すりや椅子などを準備する、ベッドの下にクッションとなるマットを敷くなどして、転落しにくくするとともに万一ベッドから転落した場合も、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。

車いすや椅子からの立ち上がりにおける転倒・転落事故の予防のためには、利用者の身体に適合した車いすや椅子を使用しているかを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身体に合っていないなど、座位姿勢を正しく保持することができていない場合、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、誰でも苦痛になります。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ることを理解し、利用者の気持ちに沿ったケアを考えましょう。また、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る場合や、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しましょう。

(2) 対策の考え方

ベッドからの転落

万一転落しても怪我につながらない環境の実現を図ります。利用者の下腿長に合わせた高さの低床ベッドであれば、転落しても大きな事故になることは少ないでしょう。

寝返りの際の転落は、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 以上のベッドを用いる。
- ・ 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台並べて用いる。

万一転落した場合に備えて、ベッド横に衝撃緩和のマットレスを敷くことも考えられます。ただし、自分で立ち上がり歩行可能な利用者は、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なる可能性もあります。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す。

具体例：

特別養護老人ホーム B 施設では、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くケースは多くあるが、低床ベッドを使用することで、転落による骨折はなく、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が、認知症がある C さんは、一人でベッドを降りようとして、ベッドの下にいるところを発見されることが多かった。職員が協力体制を組んで、いつベッドから降りようとするのか一定期間、観察したところ、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、時間を見計らい極力、前もって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いすに到達できるように、ベッドと L 字型のベッド柵と車いすを常に定位置に配置することを職員間で統一した。それ以降、自分で車いす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。

特に人数の少ない夜勤帯では職員の精神的ストレスや緊張は非常に大きい。職員に注意を促すだけでなく、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、利用者の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。

車いすからの転落

車いすを移動手段として職員の介助により短時間使用する場合はあまり問題ありませんが、利用者自らの移動手段でありかつ椅子として使うという 2 つの機能を求める場合には、利用者の体型・障害に見合った車いすにすることが重要です。

利用者の体型・障害に見合った車いすを検討するためには、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。可能であれば、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）などの専門職が関与して用具を選定し調整しましょう。体格や身体機能に合わない車いすに座っていて、臀部に褥瘡ができることもあります。

具体例：

特別養護老人ホーム 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いす¹⁷を使用している。

利用者の身体に合うよう調整された車いすは、長時間座位をとっていても一般の車いすよりも身体への負担が少ない。ステップを低い位置にしたり、取り外しができるので立ち上がろうとして事故になることが少ない。足が床につき、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。

このようにモジュラー型の車いす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ので、それに対応できるメンテナンスの体制がとれるかを考慮して導入を検討する必要がある。

¹⁷モジュラー型車いすとは、駆動輪、座幅、フットレスト、アームレスト、背もたれ、ヘッドレストなどの各部品を利用者に合わせて交換できる車いすです。さらに座面角度やリクライニングなどの調整機構がついたタイプでは、より利用者の状態に合わせた調整が可能です。

3) 誤嚥

(1) 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。誤嚥による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、極力誤嚥が起りにくいように配慮したケアを行うとともに、もし誤嚥が起きたとしても迅速に対処できるよう準備が必要です。

誤嚥を防ぐためのケアとしては、以下のようなことが重要です。

- ・ 個々の利用者の摂食・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
- ・ 基本的な食事介助の方法を習得すること
- ・ 食事の際の利用者の姿勢を適切に保つこと
- ・ 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
- ・ 個々の利用者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

万一誤嚥が起こったときには、直ちに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習得しておく(習得の機会を定期的に設ける)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配置医師の診察を受ける、あるいは病院へ搬送することが必要です。利用者の生命・身体の危険についての判断は、医師や看護職員の手委ねることが大切です。

日頃から、誤嚥のリスクの高い利用者をリストアップし、介護職員、看護職員、栄養士、配置医師、歯科医師、歯科衛生士などの多職種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。

(2) 対策の考え方

覚醒していること、適切な姿勢を保持できること、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。

食事の介助は職員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利用者が、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利用者は、職員が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、こういった利用者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ります。

利用者の生活や生命に深く関わるおそれがあるため、誤嚥を避けたいと感じることは介護者としては自然なことです。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考えてみましょう。単に誤嚥防止を追求するのではなく、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が重要です。

具体例：

特別養護老人ホーム E 施設では、誤嚥防止のために、すべてをきざみ食やミキサー食にするのではなく、普通に食べることができる可能性を探ることを大切にしている。

過去には、普通食が食べられない場合は、きざみ食やみじん食に変更するケースが多かったが、単にきざむだけではばさばさしてさらに誤嚥の危険性が高まるため、とろみを加えて安全に食べてられるよ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つ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がわき、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、食事介助は必ず椅子に座って行う。介助者が高い位置から食事介助をすると、食べ物が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、楽しい食事の雰囲気重視し、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ために、椅子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

(1) 総論

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、決して起こってはならない事故です。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、薬を扱う際には複数回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、薬に対する意識が低いこと、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「配薬ボックスから薬を取り出すとき」、「利用者のそばにいったとき」、「薬袋をあけて口に入れる前」の最低 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、以下のような点に留意します。

- ・ 薬についての基礎知識について学習の機会を持つ。
- ・ 介護職員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。
- ・ 薬ケースを利用者個人ごとに用意する。
- ・ 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印をつけるなど工夫する。
- ・ 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はなく、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。

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、介護職員と看護職員や配置医師の連携を図ることも大切です。

生活の場である特別養護老人ホームで、本当に服用する必要がある薬であるかどうかを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用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。

(2) 対策の考え方

誤薬は、「配薬トレーに薬を用意する段階」と、「利用者個人に薬を配り、飲ませる段階」とに分けることができます。

配薬トレーに薬を用意する段階：

基本的に看護職員が行います。作業を中断することはエラーの原因となりやすいため、配薬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空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。またそこには利用者フルネームを記載し、配薬トレーの色と同じカラーラインをつけてもらいましょう。

利用者一人ひとりに薬を配る段階：

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びます。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（他の利用者の靴をはいている場合もあるため、靴の名前などでは確実な確認はできません）。必ず、他のスタッフに聞こえる声で呼称します。

なお、薬を食事トレーにおくと、他の利用者が飲んでしまうこともあるので注意が必要です。

5) 内出血・皮膚はく離

(1) 総論

以前は高齢者施設における事故として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急増しています。また、オムツ交換や体位交換の際の骨折などの事例が多く見られるようになりました。

内出血や皮膚はく離の件数が増加した背景には、報告が積極的に行われるようになったという理由も考えられます。また内出血や皮膚はく離などは、転倒による骨折、誤嚥等の事例にくらべると、利用者の生活に与える影響は大きくないため、単純に件数のみを比較して過度に重大視する必要はありませんが、利用者の安心で快適な生活を支えるためには、可能な限り避けるべき事故といえます。

ケアに伴う内出血や皮膚はく離を防ぐためには、ケアのスキルの向上が求められます。ケア場面以外の生活の中で発生する内出血や皮膚はく離については、観察による早期発見と迅速な処置が重要となります。

これらを実現するためには、施設として業務手順書の整備、研修、ケアの実技訓練な対策を講じることが必要となります。しかし、それでも事故が起きる可能性があることを認識しておくことや、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。

(2) 対策の考え方

内出血や皮膚はく離への対策としては、「ケアのスキルの向上」、「観察による早期発見」と「迅速な処置」が重要です。

ケアのスキルの向上

介護のプロフェッショナルとして、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ます。特に、移動・移乗の場面などで利用者の身体を支えるときや抱えるときには、支えられた部分に力がかかることから、大きな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、基本手順や確認事項、注意事項を忠実に守り、丁寧なケアを心がけます。利用者の状態や姿勢および周囲の環境にも十分注意を払います。

例えば、車いすのフットレストの位置を確認しないまま移乗して足を擦ったり、利用者の腕の位置を確認しないまま移乗して、手すりの下に手が巻き込まれて無理な力がかかり大きな皮膚はく離につながる事例も報告されています。こうした事故は、移乗を行う前に確実に周囲や車いすの状態、利用者の姿勢や腕の位置などを確認することで、防ぐべき事故であると言えます。

その他のケアにおいても、利用者の身体に触れるときは十分な注意を払う必要があります。

観察力の向上

職員が利用者に関わっている場面やケアの中で発生した場合を除いて、利用者の生活の中の活動に伴う内出血や皮膚はく離はいつ起きたかがわからない場合も多くあります。排泄や入浴、清拭等、ケアを行う時点で、利用者の身体の状態を確認し、皮膚はく離やない出血の有無をチェックしましょう。新しく皮膚はく離や内出血が見られたら、前回の確認時点以降に発生したものとして、時間帯をある程度まで絞り込むことができ、原因の推定や対策の検討につながります。

また、観察した結果は確実に記録に残します。記録をつけることで観察力や意識が向上し、ケアに活かすことができます。また蓄積された記録に基づいて、内出血や皮膚はく離の起こりやすい部位、利用者の状態像、時間帯、ケアや活動の場面などが把握され、対策の検討に結びつけることが可能となります。

迅速な応急対応

特に皮膚はく離については、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て回復を早めることができます。皮膚はく離が発生したら、またははく離した状態を発見したら、即時に看護職員に連絡します、看護職員は皮膚の状態に応じて、迅速に適切な対応を行います。そのためにも、ある程度の間隔で状態確認を行う仕組みを整えるとともに、職員の観察力を向上させ、少しでも早期に発見できる体制を整えることが重要です。

付録 1 :

「指定介護老人福祉施設の人員、施設及び運営に関する基準について」(平成 12 年老企第 43 号)(抜粋)

3 1 事故発生時の対応(基準省令第 3 5 条)

(1) 事故発生の防止のための指針(第 1 項第 1 号)

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する。

- [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、介護事故には至らなかったが介護事故が発生しそうな場合(ヒヤリ・ハット事例)および現状を放置しておくこと介護事故に結びつく可能性が高いもの(以下「介護事故等」という。)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
- [6] 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
- [7] その他介護事故等の発生の防止の推進のために必要な基本方針

(2) 事実の報告およびその分析を通じた改善策の従業者に対する周知徹底(第 1 項第 2 号)

指定介護老人福祉施設が、報告、改善のための方策を定め、周知徹底する目的は、介護事故等について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるためのものであり、決して従業者の懲罰を目的としたものではないことに留意することが必要である。

具体的には、次のようなことを想定している。

- [1] 介護事故等について報告するための様式を整備すること。
- [2] 介護職員その他の従業者は、介護事故との発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、[1]の様式に従い、介護事故等について報告すること。
- [3] (3)の事故発生の防止のための委員会において、[2]により報告された事例を集計し、分析すること。
- [4] 事例の分析に当たっては、介護事故等の発生時の状況等を分析し、介護事故等の発生原因、結果等を取りまとめ、防止策を検討すること。
- [5] 報告された事例および分析結果を従業者に周知徹底すること。
- [6] 防止策を講じた後に、その効果について評価すること。

(3) 事故発生の防止のための委員会(第 1 項第 3 号)

指定介護老人福祉施設における「事故発生の防止のための検討委員会」(以下「事故防止検討委員会」という。)は、介護事故発生の防止および再発防止のための対策を検討する委員会であり、幅広い職種(例えば、施設管理者、事務長、医師、看護職員、介護職員、生活相談員)により構成する。構成メンバーの責務および役割分担を明確にするとともに、専任の安全対策を担当する者を決めておくことが必要である。

なお、事故防止検討委員会は、運営委員会など他の委員会と独立して設置・運営することが必要であるが、感染対策委員会については、関係する職種、取り扱う事項等が事故防止検討委員会と相互に関係が深いと認められることから、これと一体的に設置・運営することも差し支えない。事故防止対策委員会の責任者はケア全般の責任者であることが望ましい。

また、事故防止検討委員会に施設外の安全対策の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。

(4) 事故発生の防止のための従業者に対する研修（第1項第3号）

介護職員その他の従業者に対する事故発生の防止のための研修の内容としては、事故発生防止の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該指定介護老人福祉施設における指針に基づき、安全管理の徹底を行うものとする。

職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該指定介護老人福祉施設が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育（年2回以上）を開催するとともに、新規採用時には必ず事故発生の防止の研修を実施することが重要である。

また、研修の実施内容についても記録することが必要である。研修の実施は、職員研修施設内での研修で差し支えない。

(5) 損害賠償（第4項）

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。

付録 2 :

社会福祉法に記載された福祉サービスのありかたに関する記述

(目的)

第一条 この法律は、社会福祉を目的とする事業の全分野における共通的基本事項を定め、社会福祉を目的とする他の法律と相まって、福祉サービスの**利用者の利益の保護**および地域における社会福祉(以下「地域福祉」という。)の推進を図るとともに、社会福祉事業の公明かつ適正な実施の確保および社会福祉を目的とする事業の健全な発達を図り、もって社会福祉の増進に資することを目的とする。

(福祉サービスの基本的理念)

第三条 福祉サービスは、**個人の尊厳の保持**を旨とし、その内容は、福祉サービスの利用者が心身ともに健やかに育成され、又はその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援するものとして、**良質かつ適切なもの**でなければならない。

(福祉サービスの提供の原則)

第五条 社会福祉を目的とする事業を経営する者は、その提供する多様な福祉サービスについて、**利用者の意向を十分に尊重**し、かつ、保健医療サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図るよう創意工夫を行いつつ、これを総合的に提供することができるようにその事業の実施に努めなければならない。

(経営の原則)

第二十四条 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。

第八章 第一節 情報の提供等

(情報の提供)

第七十五条 社会福祉事業の経営者は、福祉サービス(社会福祉事業において提供されるものに限る。以下この節および次節において同じ。)を利用しようとする者が、適切かつ円滑にこれを利用することができるように、その経営する**社会福祉事業に関し情報の提供を行う**よう努めなければならない。

2 国および地方公共団体は、福祉サービスを利用しようとする者が**必要な情報を容易に得られる**ように、必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

(利用契約の申込み時の説明)

第七十六条 社会福祉事業の経営者は、その提供する福祉サービスの利用を希望する者からの申込みがあつた場合には、その者に対し、当該福祉サービスを利用するための契約の内容およびその履行に関する事項について**説明するよう努め**なければならない。

(利用契約の成立時の書面の交付)

第七十七条 社会福祉事業の経営者は、福祉サービスを利用するための契約(厚生労働省令で定めるものを除く。)が成立したときは、その利用者に対し、遅滞なく、次に掲げる事項を記載した**書面を交付**しなければならない。

- 一 当該社会福祉事業の経営者の名称および主たる事務所の所在地
- 二 当該社会福祉事業の経営者が提供する福祉サービスの内容
- 三 当該福祉サービスの提供につき利用者が支払うべき額に関する事項
- 四 その他厚生労働省令で定める事項

(福祉サービスの質の向上のための措置等)

第七十八条 社会福祉事業の経営者は、自らその提供する**福祉サービスの質の評価を行う**ことその他の措置を講ずることにより、**常に福祉サービスを受ける者の立場に立つて良質かつ適切な福祉サービスを提供**するよう努めなければならない。

2 国は、社会福祉事業の経営者が行う福祉サービスの質の向上のための措置を援助するために、福祉サービスの質の公正かつ適切な評価の実施に資するための措置を講ずるよう努めなければならない。

(社会福祉事業の経営者による苦情の解決)

第八十二条 社会福祉事業の経営者は、常に、その提供する福祉サービスについて、利用者等からの**苦情の適切な解決**に努めなければならない。

このガイドラインは、平成24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分）介護施設の重度化に対応したケアのあり方に関する調査研究事業において作成されたものです。

<アドバイザー>（五十音順・敬称略）

高野 範城 弁護士
鳥海 房枝 NPO法人メイアイヘルプユー 理事・事務局長
村岡 裕 社会福祉法人依田窪福祉会 常務理事・本部事務局長
安永 もと子 世田谷区世田谷総合支所 保健福祉課長

<オブザーバー>

右田 周平 厚生労働省老健局高齢者支援課 老人介護専門官

<事務局>

株式会社 三菱総合研究所 人間・生活研究本部

平成24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)
介護施設の重度化に対応したケアのあり方に関する研究事業

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

平成25(2013)年3月

編集・印刷

株式会社 三菱総合研究所 人間・生活研究本部
〒100-8141 東京都千代田区永田町 2-10-3
電話 03-6705-6024 FAX 03-5157-2143
