

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)

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

株式会社 三菱総合研究所

目次

はじめに.....	1
1 介護事故予防体制構築のための理念・考え方	3
1) 特別養護老人ホームにおける介護事故予防の取組の基本的な考え方	3
(1) 介護事故予防とケアの質向上	3
(2) 介護事故の特性と対応	4
(3) 「自ら学び改善する組織」を目指して	6
(4) 利用者の重度化に対応した介護事故予防	8
2) 介護事故予防の必要性	9
(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	9
(2) 施設に求められる義務と責任	10
2 事故予防のための体制整備のあり方	11
1) 組織の基盤づくり	11
(1) 施設管理者主導のリスクマネジメント体制づくり	11
(2) 職員の自律性の向上	11
2) 指針・業務手順書の整備	13
(1) 指針・業務手順書の意義	13
(2) 指針・業務手順書の作成と運用上の工夫	13
3) 介護事故発生予防のための委員会の設置	15
(1) 委員会の意義	15
(2) 委員会運用上の工夫	15
4) 事故の報告と活用	17
(1) 事故の報告と活用の意義	17
(2) 報告制度運用上の工夫	17
(3) 報告と活用の仕組みの発達段階	21
5) 研修の実施	22
(1) 安全のための研修の意義	22
(2) 研修運用上の工夫	22
(3) 研修に関する発達段階	23
6) 関係者との連携	24
(1) 家族との連携	24
(2) 行政との連携	25
(3) 理事会との連携	26
7) 事故発生時の対応	27

(1) 基本の対応手順.....	27
(2) 利用者・家族への対応.....	28
(3) 行政への連絡.....	28
(4) 職員への対応.....	29
(5) 医療機関との関係.....	29
8) その他の留意事項.....	30
(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.....	30
(2) 保険への加入.....	30
3 事故予防のための対策・介護技術.....	31
1) 転倒.....	31
2) 転落.....	34
3) 誤嚥.....	36
4) 誤薬.....	38
5) 内出血・皮膚はく離.....	40

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）

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

【はじめに】

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

平成18年度には施設におけるサービスの質の向上を図る一環として、特別養護老人ホームの施設基準（「特別養護老人ホームの人員、設備および運営に関する基準」（平成11年3月31日厚生省令第46号））において、施設における体制整備により介護事故予防を図ることが義務づけられました。その根底には、介護事故予防体制を整備して事故を防止するだけでなく、介護事故予防を通じて特別養護老人ホームのサービスの「質の向上」を指向する体制をつくるべきという考え方があります。特別養護老人ホームにおいて介護事故が発生しないよう予防策を講じるべきであることは当然ですが、不幸にも事故が起きてしまった場合にはその原因を明らかにし、介護サービスの改善やサービスの質向上につなげることで、そして同時にその取組を利用者、家族にも理解いただくことが大切です。

特別養護老人ホームでは、介護サービス提供に関わる事故の防止を目的として、施設としての体制整備（委員会設置、事故報告制度の運用、研修の実施等）をはじめ、さまざまな対策が進められてきています。しかしながら、近年、利用者の重度化や認知症を有する利用者の増加などにより事故の傾向が変化しつつあり、変化への対応が課題として認識されています。また、事故防止の取組については施設間の差があることや、施設によってはこうした事故防止のための取組の実効性が確保されにくい等の課題が指摘されています。

こうした背景から、このたび、平成18年度に作成された「介護事故予防ガイドライン」の見直しを行いました¹。サービスの質の向上を目指した介護事故予防体制の構築という基本的な考え方はそのままに、利用者の重度化をはじめとする施設のケア環境の変化を鑑み、利用者を事故から守り QOL を向上させるケアの提供を促進することを目的としています。

このガイドラインを活用する施設、職員の方々がこれを参考にして介護事故予防の方策、取組をさらに進めていただき、利用者の生活の質の向上と介護技術の向上につなげていかれることを期待しています。本ガイドラインが、利用者が安心して特別養護老人ホームでの生活を継続し、職員がその専門性を発揮しながら、利用者の日々の生活の支援ができるようなサービスの質向上を指向した体制作りに役立てていただきたいと思います。

¹「介護事故予防ガイドライン（平成18年度）」をベースとして、「介護施設における介護サービスに関連する事故防止体制の整備に関する調査研究事業（平成23年度）」において作成された事例集からも一部、引用、転載しています。

【本ガイドラインが想定する読者】

本ガイドラインは、特別養護老人ホームにおける管理者ならびにリスクマネジメント担当者、さらには現場の職員の方々など、事故防止に携わるすべての方々にご利用していただくことを想定しています。

【本ガイドラインの構成】

本ガイドラインは3部構成で、第1章に介護事故予防の基本的な考え方、第2章に介護事故予防のための施設内の仕組みの意義や運用上の留意点、第3章に介護事故予防の観点から推奨されるケアの具体的技術について解説しています。

章	内容
第1章	介護事故予防体制構築のための理念・考え方
第2章	事故予防のための体制整備のあり方
第3章	事故予防のための手順・介護技術

【本ガイドラインで使用する用語の定義】

介護事故²：施設内および職員が同行した外出時において、利用者の生命・身体等に実害があった、または実害がある可能性があつて観察を要した事例（施設側の責任の有無、過誤か否かは問わない）

- ※ 自傷、行方不明、チューブ抜去など利用者自身が起こした怪我や事故（自損事故）、利用者同士のトラブル、経済的・精神的被害の事故等を含みます。
- ※ 職員の被害（労災）は含みません。

ヒヤリ・ハット³：介護事故に至る危険性があつたが、利用者に実害はなかつた事例。

事故の再発防止：発生した事故の要因を分析して対策を講じることにより、同様の事故が再発することを防ぐことを指します。

事故の予防：発生する可能性のある事故を未然に防ぐことを指します。あらゆる事故を予測することは困難ですが、本ガイドラインでは、利用者の安全、安心な生活を守るために施設として目指すべき「ケアの質の向上」と「事故の予防」を一体的な取組と位置づけています。

² ここでの「介護事故」の定義には、被害者本人に起因する自損事故や、防ぐことが困難な事故も含まれています。全ての「介護事故」について施設側に過誤・過失があるわけではありませんが、起きてしまったあるいは起こりえる介護事故情報に基づいてケアの質を向上させるという立場に立てば、施設としては、利用者が被る可能性のあるリスクについて事前に十分把握しておく必要があります。この観点から、本ガイドラインでは、施設側の過失の有無にかかわらず「利用者に被害があつたかどうか」という視点で「介護事故」かどうかを判断する、利用者側に立った定義を用いることとしました。なお、本ガイドラインでは、施設内の報告制度においてもこのような定義を用いることを前提としています。

³ 施設における事故やヒヤリ・ハットは、必ずしも介護行為に伴って発生するものではなく、転倒、転落のように職員の目の届かない場所で発生することが多くあります。

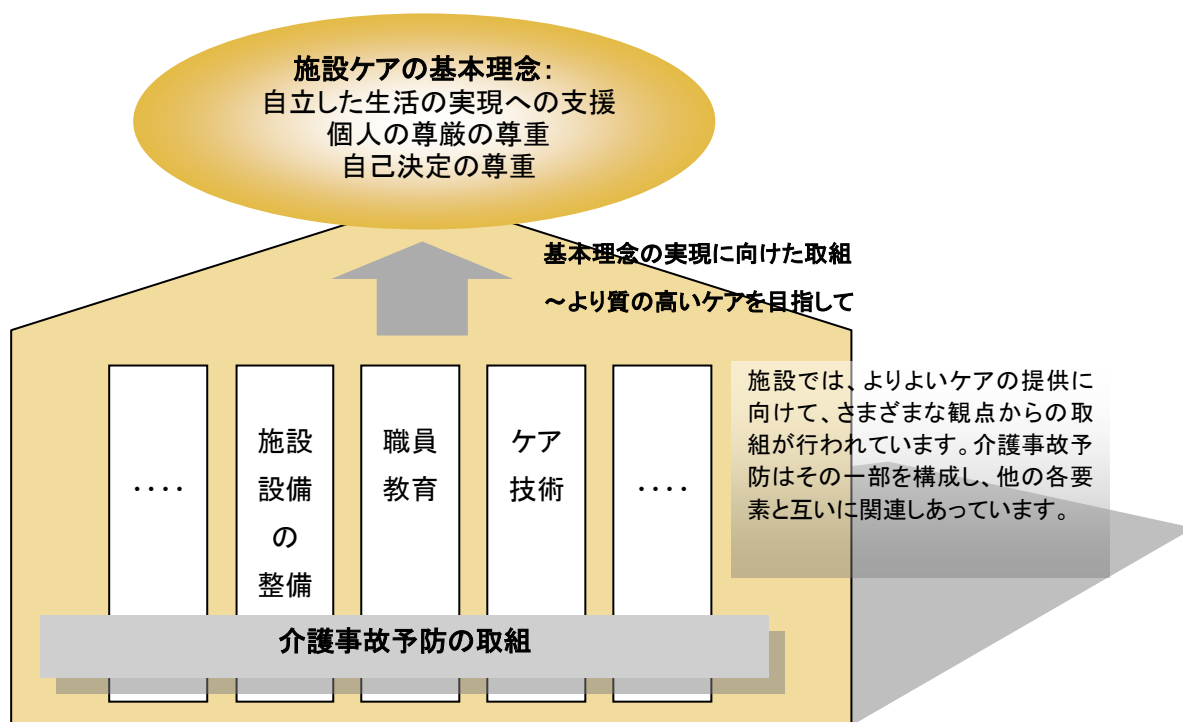
1 介護事故予防体制構築のための理念・考え方

1) 特別養護老人ホームにおける介護事故予防の取組の基本的な考え方

(1) 介護事故予防とケアの質向上

介護の基本理念は「自立支援」、「尊厳の尊重」、「自己決定の尊重」と言われます。施設ケアにおいても、利用者一人ひとりに対してこの基本理念を実現し、よりよいケアを提供するため、さまざまな取組が日々行われることが必要です。こうした目的で行われる「施設設備の整備」、「職員教育」、「ケア技術の向上」といった取組は、介護事故の予防のための取組とも共通しています。施設における介護事故予防の取組は、ケアの質の改善を実現するための仕組みとして位置づけることができます。

図表 1 介護事故予防とケアの質の向上



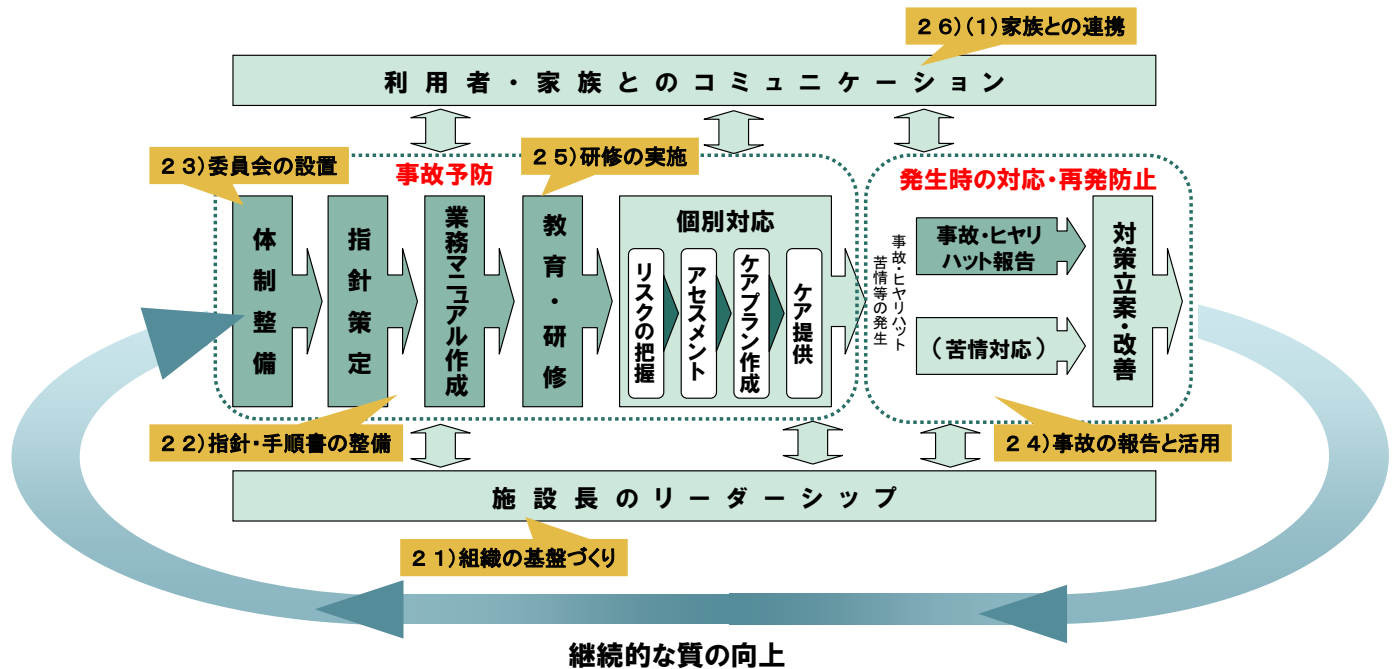
特別養護老人ホーム等施設における介護事故予防の取組は、施設全体のマネジメントの一要素として推進することが肝要です。介護事故予防に直接関連する体制整備ばかりではなく、体系的な職員教育、人事査定・評価、労務管理、設備投資などといったことも密接に関連するため、組織全体を意識したバランスの取れた視点が欠かせません。介護事故予防は、施設におけるリスクマネジメントの取組を通じて、利用者・家族への質の高いサービスを提供することを目指して実施します。

介護事故予防の取組を通じたケアの質向上のためには、日常的な「事故予防対策」とともに、「事故発生時の適切な対応」および「防止策の検討」が必要不可欠です。

日々の事故予防においては、職員の意識を高めるための体制整備やサービスの標準化、さらには個々の利用者に対するアセスメントおよびそれに基づく適切なケアの提供が求められます。また、事故発生時の対応として報告制度や苦情・相談体制を整備しておくこと、事故の要因分析手法や再発防止策の検討・周知方法を確立しておくことも重要です。

このガイドラインでは、介護事故予防のための体制整備、指針・マニュアルの策定、教育・研修、報告制度に関する具体的取組、および発生時の対応や各種の事故を防止するための方策を示します。

図表 2 介護事故予防の取組を通じたケアの質向上のプロセス



※図中の吹出しは、対応する章・節番号を示しています。

(2) 介護事故の特性と対応

特別養護老人ホームは、介護を必要とする高齢者が自分らしく毎日を過ごす「生活の場」です。高齢者の自立した生活を支えるという観点からは、事故防止を目的として日常の行動を過度に抑制したり制限したりすることは望ましくありません。同様に、身体拘束⁴も、個人の尊厳を尊重するという基本理念の観点から原則として禁止されています。

例えば、高齢者の多くは身体的機能および認知的機能の低下が進み、危機回避のための（反射）行動も低下するため、住み慣れた自宅における日常生活の中であっても、転倒等のリスクが高くなります。高齢者の生活の場である特別養護老人ホームにおける生活の場面で、事故が起こりうることを認識する必要があります。

⁴ 利用者の危険な行為や事故を防ぐことを目的として利用者の動作や行動を制限する行為であり、ベッドや椅子、車いすに身体を固定する、ベッドを柵で囲む、車いすや椅子から自力で立ち上がれないようにする、手指の機能を制限するミトン型の手袋をつける、介護服（つなぎ服）を着せる、自分で開けることのできない居室に隔離することなどが身体拘束禁止の対象となっています。例外的な緊急対応措置として行う場合には、「切迫性（本人または他の利用者の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い）」「非代替性（他に代替する介護方法がない）」「一時性」の3要件を満たす必要があり、1つでも満たさない場合には指定基準違反となります。

一方、職員によるケアの提供に伴う介護事故（過誤）は、ケアの専門家として発生させてはならない事故です。これらに対しては、施設・設備面の改善、手順の見直し、ケア技術の向上といった方策により、根絶を目指した努力が必要です。

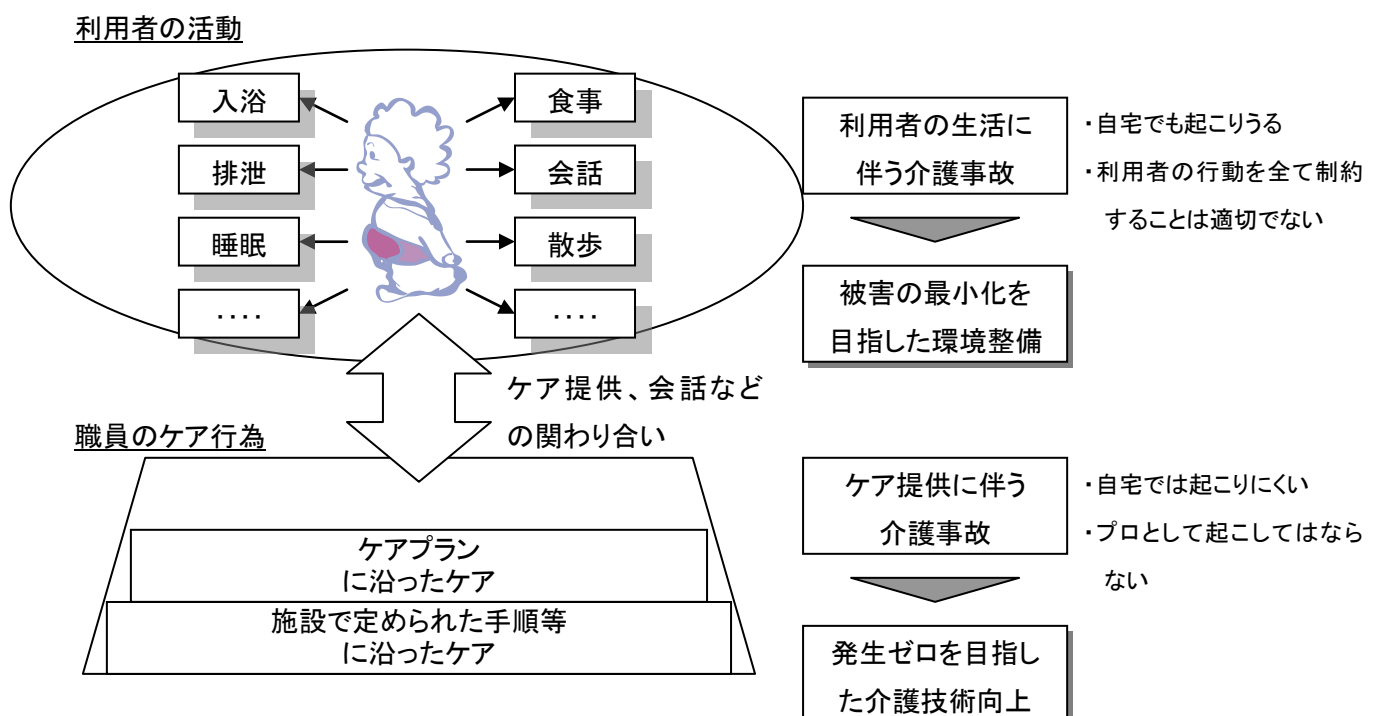
介護事故の発生をゼロにすることは困難であるとはいえ、職員は介護の専門職として、あらかじめ起こりうる事故を予想し、予想されるリスクに対して「備える」ことが可能です。この場合の「備え」とは、事故を起こさないようにする「事故発生防止」のための手立てに加え、万一事故が発生したとしても利用者の日常生活に支障をきたすような大きな怪我にならないようにする「被害の最小化」のための対策も含まれます。

施設は、高齢者へ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うことが必要です。利用者・家族はそのリスクと対策について理解・納得した上で、予想される範囲のリスクを受け入れて入所を決めるかどうかを選択します。

例えば、経管栄養を行っている利用者に対し、施設として経口摂取を再度試みるという方針を決定したら、そのことを本人・家族に説明しましょう。その際には、経口摂取を行うと誤嚥が発生する可能性があること、さらには肺炎などにつながるリスクもあることを事前に十分に説明します。このことは施設側の責任逃れを意味するものではありません。誤嚥が起こったら迅速に吸引を行うことや、そのための教育訓練を定期的に職員が受けていることなども合わせて説明します。

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、説明しても分からないから何も説明しないというのではなく、ケアの専門家として、その方の権利や尊厳が尊重されるよう十分に配慮することが必要です。

図表 3 介護事故の特性



(3)「自ら学び改善する組織」を目指して

これからの特別養護老人ホームが介護事故の予防の観点で目指すべき、理想的でかつ実現性のある姿とはどのようなものでしょうか。

本ガイドラインでは、よりよいサービスを継続的に提供するために、特別養護老人ホームが目指すべき理想像を「自ら学び改善する組織」としました。現在の状態で満足するのではなく、日々の業務においても個々の職員が改善のための気づきを得て学習・成長につなげていくという「自律性」や「継続性」を重視した考え方に基づいています。

自ら学び改善する組織を志向する施設の運営管理においては、計画(Plan)、実行(Do)、点検(Check)、見直し(Act)というPDCAの考え方に則ったサイクル⁵により、継続的に改善していく仕組みが有効です。このようなプロセスを施設内に構築し、このプロセスを繰り返すことが、施設における介護事故防止策、そしてケアの質の向上につながります。

特別養護老人ホームにおけるケアの改善プロセスは、施設全体のPDCAサイクルと利用者個人についてのPDCAサイクルが車の両輪のように並行して進み、それを通じて施設ケアの基本理念が実現されることとなります。

<施設レベルのPDCAサイクルの構築>

エラーを防止するのは組織の責任です。事故の原因が施設面や職員の側にある場合は、同様の事故が再発する可能性があるため、組織として施設改修やケア手順の見直しなどの対策を講じる必要があります。この場合、前述のPDCAサイクルが有効です。

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

組織的な介護事故予防の取組を推進するためには、施設が抱えるリスクに関する情報を一元的に集約して分析する必要があります。そのため、施設管理者には情報収集のための効果的な方法を整備することが求められます。職員は、自分が発見した事象を積極的に報告するよう心がけましょう。また、施設内の介護事故やヒヤリ・ハットだけでなく、他の施設で発生した事例を参考にして自分たちの施設の取組の改善を図る視点も重要といえます。

収集された施設全体の情報は、事故防止検討委員会(以下、「委員会」とする)などで集約、分析評価を行い、対応策や改善策を検討します。対応策や改善策は職員に周知徹底し、実践します。さらに対応策導入による改善の効果も把握し、対応策や改善策の妥当性について委員会において検証を行います。

⁵PDCAとは、Plan(計画)－Do(実行)－Check(点検)－Act(見直し)の循環的改善プロセスを指し、ISO9000などの品質管理の考え方にも広く取り入れられています。

<利用者個人レベルの PDCA サイクルの実施>

個々の利用者について予想されるリスクへの「備え」としての対応策は、ケアプランに反映させ、個別に日常のケアに盛り込む必要があります。プランに沿ったケアがうまくいかない場合や、利用者の生活に支障をきたしている場合、介護事故やヒヤリ・ハットの発生があれば、その原因を明らかにし、必要に応じて再アセスメントしプランを見直します。これが、利用者個人レベルの PDCA サイクルです。アセスメントに基づいてケアプランを策定する（計画）→ケアプランに沿ったケアを提供する（実行）→モニタリングする（点検）→再アセスメントして課題と対応策を検討する（見直し）の全プロセスにおいて、職種を問わず関係する職員全員が利用者の情報を共有しましょう。

リスク評価に関しては、アセスメントツールなどの様式を使用することも有効です。個々の利用者に対して個別のケアプランを作成し、リスク評価や再評価をすることにより、多数に共通するリスクが浮き彫りになることがあります。

図表 4 施設レベルおよび利用者レベルの PDCA サイクル

