

高齢者介護施設等における
事故発生の防止及び発生時の対応
～事例別対応集～

平成26年3月

香川県健康福祉部長寿社会対策課

はじめに

高齢者介護施設等は、入所者が転倒をはじめとした様々な事故の発生リスクが高く、こうした事故によって、生活能力が著しく低下し、要介護度が重度化する事例が多くみられていることから、高齢者介護施設等においては、積極的な介護事故の防止への取り組みが強く求められています。

また、介護保険施設等の人員、設備、運営の基準においても、高齢者介護施設等において、体制整備による事故発生の防止及び発生時の対応が義務付けられているところです。

このため、香川県では、介護保険施設等は介護保険法等に基づき、介護事故発生時に事故の内容や対応の状況を各市町に報告するとともに、「指定介護サービス事業者における事故発生時の報告マニュアル（平成20年1月15日策定）」に基づき、市町から県へ報告を求めており、県が市町と連携して、事故に対する適切な対応や再発防止策に対して、事業者への指導及び助言を実施しているところです。

今回作成した「高齢者介護施設等における事故発生の防止及び発生時の対応～事例別対応集～」は、香川県介護老人福祉施設協議会の御協力をいただき、各施設等から、介護現場における効果的な事故防止対策の取り組みについて事例の提供を受け、そのうち発生するリスクの高い事故について事故発生後の対策等において効果的な取り組みを行っている4事例と事故防止の取り組みを行っている1事例について、高齢者介護施設等における事故発生の防止及び発生時の対応や、サービス向上や自立支援の観点からの介護事故防止体制の構築やあり方について、事例別に取りまとめたものです。

介護の現場においては、利用者の心身の状況や利用者を取り巻く状況は様々であり、また、施設・設備等の状況も異なるものですが、事故発生防止に向けた取り組みを進めるに当たっての事故の原因分析、再発防止策等について、今回、事例別の基本的な対応を取りまとめることにより、基本的な対応に至った検討の過程を参考にさせていただきたいと考えています。

こうした事例別対応が、高齢者介護保険施設等の現場での介護事故防止対策やそのための体制整備、事故発生時の対応の参考となり、各施設等において、さらに様々な角度からの検討がなされ、それぞれの施設や利用者の状況に応じた効果的な事故防止の取り組みが進み、そのような取り組みを通じて、入所者の生活環境の改善や介護サービスの質の向上が図られるよう取り組みをお願いします。

平成26年3月

香川県健康福祉部長寿社会対策課

目次

はじめに

1. 介護事故防止体制構築の理念・考え方

- 1) 介護事故の特性..... 1
- 2) 施設に求められる義務と責任..... 1

2. 介護事故防止のための体制整備

- 1) 事故防止体制の基盤づくり..... 2
- 2) 指針・業務手順書（マニュアル）の整備..... 3
- 3) 介護事故発生防止のための委員会..... 4
- 4) 事故の報告と活用の意義..... 5
- 5) 研修の実施..... 6

3. 事例別対応例

- 1) 事例1：ポータブルトイレ使用時の転倒（利用者単独時）..... 7
- 2) 事例2：センサーマット使用者の転倒（利用者単独時）..... 10
- 3) 事例3：居室での転倒（利用者単独時）..... 14
- 4) 事例4：窒息事故（食事介助中）..... 16
- 5) 事例5：自立支援を目指した取組み、研修実施での事故防止..... 18

4. 指定介護サービス事業者における事故発生時の報告マニュアルについて

- 1) 指定介護サービス事業者における事故発生時の報告マニュアル..... 19
- 2) 指定介護サービス事業者事故報告書、様式記載例..... 26

1. 介護事故防止体制構築のための考え方

1) 介護事故の特性

高齢者施設等は、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」でもあります。高齢者の多くは、身体機能の低下および認知機能の低下が進み、危険回避のための（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もある高齢者施設等で、事故が起こりうることを認識する必要があります。

一方、職員によるケアの提供に伴う介護事故は、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。

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。

リスクの評価は、施設の設定面について行うだけではなく、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。

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もあります。

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または家族に対して迅速に報告する「事故発生時の説明責任」なども求められます。説明と理解こそが、利用者との信頼を高める重要な点です。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。

記録の重要性

適切な介護サービスを提供する義務や家族への説明責任の観点から、事故発生への対応や事前に予想されるリスクについては、家族や第三者にも事実が明確に分かるように、時系列に詳細な記録の作成が大変重要となります。

2. 介護事故防止のための体制整備

1) 事故防止体制の基盤づくり (事例 P. 18 参照)

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が不可欠です。

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。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、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、職員は、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します。

施設における介護事故防止の組織づくりには、施設の成熟度が影響すると考えられます。取り組みの初期段階など体制づくりの土台が無い場合は、トップダウンの方法が有効な場合があります。一方体制づくりの時期を経て、介護事故予防のためのしく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り、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、フロアリーダーやユニットリーダーなどの中間層の職員が、管理者層と現場職員のパイプ役としての役割を果たす事が非常に重要です。

2) 指針・業務手順書 (マニュアル) の整備 (事例 P. 10 参照)

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の向上や安全・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繋がります。

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。併せて、実施したケア内容を適切に記録に残すことが重要ですので、記録方法・内容等についても明記します。

— 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）
- ・ 救命救急、認知症への対応など
- ・ 事故発生時の対応（対応の手順）
- ・ 記録方法・内容

業務手順書の見直し、改善について：

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場合には、業務手順書の見直しが必要です。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) 介護事故発生防止のための委員会 (事例 P. 7、P. 10 参照)

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。委員会が果たすべき機能は以下のようなものです。

(1) 事故やヒヤリ・ハットの報告を集約し、分析する

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。

(2) 収集した情報に基づいて組織として対策を検討し決定する

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、リスク回避または提言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、事故防止検討委員会の構成メンバー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。

(3) 対策を周知する

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ことが重要です。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重要です。

(4) 対策の効果を検証する

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か月後、3か月後など）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することが重要です。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する必要があります。

4) 事故の報告と活用の意義 (事例 P. 14 参照)

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。

事故の分析と再発防止策の検討

事故の分析や再発防止策の検討は、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が重要です。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必要です。

根本原因を探る際は、①当事者の責任のみにするのではなく、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、②1つの事象について「なぜそうなったのか」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などの方法でおこないます。

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します。

根本的要因	改善の方策
本人の要因	行動把握、環境整備等
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
環境面の要因	施設改修、備品の見直し等

5) 研修の実施 (事例 P. 16、P. 18 参照)

施設において介護事故防止を行うために、最低限知っておかなければならない知識・技術があります。介護事故予防のための基本理念や、施設内の体制、現在までの取り組み状況、事故報告やヒヤリ・ハット報告の書式及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。

次の段階として、業務手順書に定められた安全で正確なケアの手順等を職員全員が習得できるよう繰り返し実施します。また、事故又はヒヤリ・ハット報告で収集された事例の報告や、それに基づいた対応策についても周知を行います。

さらに、トップが決めた研修だけではなくユニットごと、フロアごとなどで自主的な勉強会が開かれるようになり、トップダウン型の研修から、ボトムアップ型の研修に移行したことにより、業務上の問題点や改善提案のアイデアが現場から継続的に産み出される組織となります。

<研修の主な種類>

施設・法人全体で行う 全体研修	<ul style="list-style-type: none">・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。・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。
部門等の単位で行う個 別研修	<ul style="list-style-type: none">・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。・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の向上が期待できる。

<参考> 研修に関する相談先

公益財団法人かがわ健康福祉機構 研修部

〒760-0017 高松市番町一丁目 10 番 35 号 香川県社会福祉総合センター内
TEL : 087-835-3807 / FAX : 087-835-4777

社会福祉法人 香川県社会福祉協議会

〒760-0017 高松市番町一丁目 10 番 35 号 香川県社会福祉総合センター5F
TEL : 087-861-5611 / FAX : 087-861-2664

香川県老人福祉施設協議会

〒760-0017 高松市番町一丁目 10 番 35 号 香川県社会福祉協議会内
TEL : 087-861-5611 / FAX : 087-861-2664

3. 事例別対応例

事例 1 ポータブルトイレ使用時の転倒（利用者単独時）

参考事項:2)指針・業務手順書の整備(本文 p.2)、3)介護事故発生防止のための委員会(本文 p.4)

(1) 対象者の状況（年齢、性別、診断名、介護度、認知症高齢者自立度、事故前の利用者の状況）

92歳、女性。診断名：両変形性股関節症・両変形性膝関節症

要介護2、認知症高齢者自立度Ⅱa

不安定であるが、老人車で歩行可能。歩行や移乗時には、見守り・一部介助実施。

(2) 事故の内容

夜間自室でのポータブルトイレ使用の排泄介助中に、他入所者からナースコールで呼ばれ、介助者が少しの時間その場を離れた。その間、ポータブルトイレ使用中の入所者が転倒した。

(3) 事故の原因

○本人要因

- ・夜間股関節・膝関節痛が増強していた。
- ・本人が遠慮してナースコールを押さなかった。

○職員要因

- ・ナースコールが重なり、優先順位が把握できていなかった。

○環境要因

- ・ベッド柵が通常の平行柵であり、移乗しやすいようにL字バーに変更されていなかった。

(4) 再発防止策

○利用者本人への対応

- ・本人が遠慮せずに一人で排泄することができ、同時に、転倒リスクが少ない環境を整えることで、自尊心を守りつつ事故の再発防止を図る。
- ・対応方法を職員間で統一するため、写真付きの対応マニュアルを作成、配布する。

○事業所全体での対応

- ・ナースコールが重なった時は、リスクの優先順位を考慮し、他の職員を内線で呼ぶ等のシミュレーションを実施。

(5) 取組みの良い点

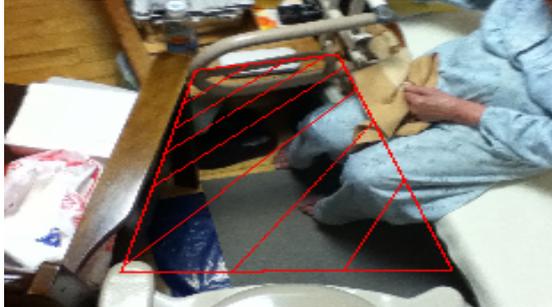
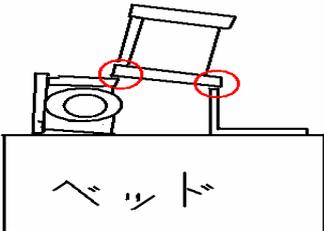
2) 指針・業務手順書の整備（本文 P. 2 参照）

この施設では、事故発生時の報告マニュアルを作成し、対応を確認、職員間で共有できるようにしている。（別紙2参照）

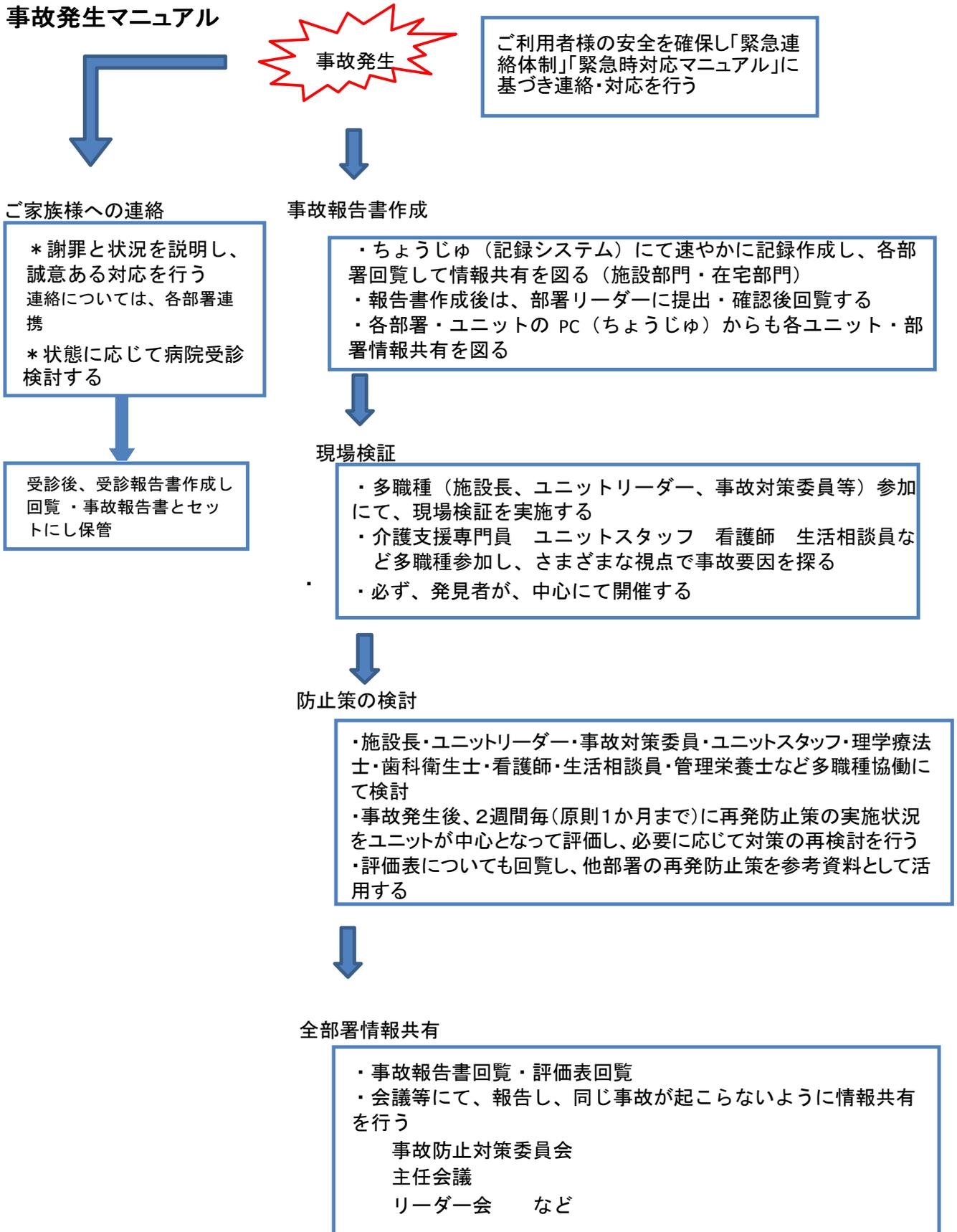
3) 介護事故発生防止のための委員会（本文 P. 4 参照）

決定された対策を施設全体に周知し、対策が必ず実行されるよう工夫している。対応方法を写真で掲示することで、他の職員が対応方法を統一できるような方法となっている。（別紙1参照）

別紙 1

<p>○ベッドにL字バーを設置し、ベッドで端座位になった時、右手に L 字バー、正面に木製椅子の手すり、左手にPトイレを設置する。 ベッド高はPトイレ座面と同レベルで固定。</p>	
<p>○本人様は円背が有り、移乗時に P トイレの右側手すりに臀部が当たるため外す。 靴を履かずに行かれるため、滑り止めマットとその上に毛足の短いじゅうたんを敷く。</p>	
<p>○立ち上がり、腰をまわす動作、下着の上げ下ろし、それぞれの動作を観察し、広さを決める。 (赤の斜線部分)</p>	
<p>○手の届く椅子の上にはオムツパット、ちり紙、ゴミ箱を用意しておく。</p>	
<p>○赤丸部分に注意。ベッド、端座位の状態から正面の椅子の手すりを両手で持ち、手前を引くようにして身体を持ち上げる為、椅子が手前に動かないように、L 字バー・P トイレの手すりに掛かるように設置する。</p>	 <p>ベッド</p>

事故発生マニュアル



事例 2 センサーマット使用者の転倒（利用者単独時）

参考事項：2)指針・業務手順書の整備(本文P.2)、3)介護事故発生防止のための委員会(本文P.4)

(1) 対象者の状況（年齢、性別、診断名、介護度、認知症高齢者自立度、事故前の利用者の状況）

74歳、男性。診断名：特になし
要介護3、認知症高齢者自立度Ⅲa
夜間入眠時間が遅く、尿意あり。テレビを見たい等で自力でベッド上で動くことあり。

(2) 事故の内容

入所以前はショートステイの利用があり、夜間覚醒して立位の際不安定で転倒のリスクが高いことからセンサーマットを使用していた。しかし、22時上下衣類が濡れた状態でベッド柵を乗り越えて床下に座っていたところを発見する。

(3) 事故の原因

○本人要因

- ・尿意がありトイレに行きたい。 ・時折家の事、家族の事を思い出す。
- ・特定のお気に入りの職員を見ると会いに行きたい。
- ・TVを消す時コールを使用せず自分で消そうとされる（21時までは必ずみる）

○職員要因

- ・臥床後センサーマットを使用するため、それに頼りすぎてしまった。
- ・臥床時の状態を見てリスク予測が不十分だった。

○環境要因

- ・本人がベッドから降りないようにと車椅子をベッドから離して置いていた。
- ・センサーマットの電源は入っていたが、本人の動きに作動していなかった。

(4) 再発防止策

○利用者本人への対応

- ・19時、20時に必ず排尿を済ませる。 ・本人に21時に消灯に来ることを説明

○事業所全体での対応

- ・ベッドの配置を頭側・足側逆にする。 ・20～21時までの巡回強化。
- ・車椅子のブレーキをかけて本人の近くに置く。
- ・センサーマットを本人の動きを観察し位置を再検討。
- ・リハビリによる下肢筋力の維持。 ・ユニット独自の対応シートの活用

(5) 取組みの良い点

2)指針・業務手順書の整備（本文P.2参照）

各利用者の特性と注意点を一覧（ユニット独自の対応シート）にまとめることにより、各利用者へのサービス提供時の注意点を統一し、職員間で提供するケアの質を標準化している。また介護サービスは、「結果の予見性」と「対策の適切性」の観点から、手順書にケアの実施の際に留意すべきことをまとめ、そのリスクについて対応している。（別紙3参照）

3)介護事故発生防止のための委員会（本文P.4参照）

定期的な事故防止対策委員会の開催とは別にリスクマネジメント・チームとして、毎月1回、介護事故防止について再検討を実施している。（別紙4参照）

再検討を実施することにより、P（計画）D（実施）C（確認）A（評価）の業務改善のサイクルを実施し、サービスの改善と標準化につなげることが出来る。

分析や対策検討は、各ユニットより職員が参加し、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している。

利用者ごとの特性と対応の注意点

氏名	キーワード	対応について
A 氏	糖尿病	インシュリン確認。低血糖・高血糖にならないよう注意 普段は砂糖控え目に。本人持ちの砂糖使う。
	膝の痛み	膝の痛み。本人もちのサポーター・湿布あり
	足の位置	ベッドより外へ出ていることがあるので、柵に挟まれたりしないよう、未然に防ぐ
	歩行	調子のよい時は歩行器にて移動していただく
	自立支援	現在の状態を維持する為に、歩行器歩行など出来る事は行ってもらう
	ブレーキかけ忘れ	転倒の危険があるので声かけしブレーキをとめてもらう。 職員のいない時に立位をとらない様声かけする
	ベッドからの転倒防止	夜間臥床後、自分でベッドよりおりる事ある為センサーマット使用 電源確認。マット位置確認。居室配置確認。 臥床前に必ずトイレでの排泄を済ませる。 入眠するまでは 30 分に 1 回は巡回。
B 氏	不随意運動	緊張強いため怪我のないよう、声かけ、周囲に気を配る
	白内障	目が見えにくいので介助時気に掛ける
	下剤服用時	体調不良になりやすいので観察
	皮膚トラブル	皮膚弱い為、剥離等の皮膚状態に注意
	水分	1 日 1800ml
	しゃっくり	しゃっくり時は誤嚥・肺炎の疑いあり。早めに医務と相談して対応する。
	生活リハ	体調が良い日に離床
C 氏	腹帯	胃ろうチューブを抜いてしまう時がある為、正しい当て方を知り、きちんと当たっているか確認する。手の位置にも配慮。
	HOT の確認	HOT の動作確認。携帯酸素付け替え、入浴後などは特に注意 カニューラ確認、SpO2 計測、喀痰吸引。サーチ低い時は Ns に連絡
	離床	短時間で（15 分～30 分で）。離床の際は Ns と相談。
	口腔ケア（誤嚥）	食物残渣が口腔内に残っていると誤嚥の可能性があるため口腔ケア
D 氏	殿部	褥瘡が発生しやすいため清潔に保つ
	便秘	下剤時ヤクルト牛乳を飲んでもらう
	水分	1 日 1800ml
	認知症	…の薬を服用しているため、大声での独語、眼振など、何か気にかかることがあれば個人ノートに記録
	転落	離床時自力で降りることがあるので転落、転倒注意
D 氏	水虫（足指）	再発しやすいので、入浴時牛乳石鹸で洗浄する

別紙 4

(介護事故防止安全対策委員会リスクマネジメント・チーム運営要領)

(目的)

第1条 この運営要領は、介護事故防止対策要領第6条の規定により設置し、チームの円滑な運営を図るため必要な事項を定める。

(チームリーダー)

第2条 チームにチームリーダー（以下「リーダー」という。）を置き、介護事故防止安全対策委員会の、委員長が指名する。

2 チームはリーダーが召集し、検討すべき事項等はメンバーにあらかじめ通知する。

3 チームは介護事故防止に係る検討を行うために毎月1回開催する。

(チームの活動)

第3条 チームは、委員会の委員長の求めに応じて、次の事項について調査研究、検討及び企画、立案を行う。

- (1) ヒヤリハット事例の原因の分析ならびに事故防止策の検討及び提言に関する事
- (2) 介護事故の原因の分析ならびに再発防止策の検討及び提言に関する事
- (3) 介護事故に関する諸記録に関する事
- (4) 介護事故防止のための啓発・広報に関する事
- (5) その他介護事故防止に係る事項に関する事

(職員の責務)

第4条 職員は、チームの運営に積極的に協力しなければならない。

(参考人等)

第5条 リーダーは、必要と認めるときは、関係職員の出席を求め、意見を聴取することができる。

2 リーダーは、必要と認めるときは、関係者の出席を求め、意見を求めることができる。

リスクマネジメントチーム活動要領

1、チームの活動内容について

①チームメンバー：特養生活相談員

看護師 1名

介護員 7名（各ユニットより 1名選出）

②チーム会議：毎月 1回

③会議内容：☆その月に起こった事故内容について再検討し、

ユニットよりその後の経過報告。

☆事故報告書の再確認。

☆事故に対する対策の再検討。

☆対策後の効果について報告。

④会議記録：マネジメント活動内容をノートに記録する。

⑤周知：各ユニットメンバーがそれぞれのユニット連絡帳に記載。月に一度の特養全体会においても周知。

⑥ユニットごと：一週間ごとの事故の見直しをおこなう。ユニット内での検討会の開催。

2、記録

①事故報告書（別紙参照）

②事故種別・事故件数・発生場所などについて集計（一月ごと）

③3か月に一度の統計。

事例 3

居室での転倒（利用者単独時）

参考事項:4)事故の報告と活用の意義(本文 P.5)

(1) 対象者の状況（年齢、性別、診断名、介護度、認知症高齢者自立度、事故前の利用者の状況）

92歳、女性。認知症の診断あり、既往に脳梗塞後遺症にて軽度の右麻痺あり
要介護3、認知症高齢者自立度Ⅲa
老人車を使用し自力歩行可能であるが、方向転換時にふらつくことや老人車を使用せず歩行することがあった。

(2) 事故の内容

朝の巡回時に訪室すると、ベッド横で右側を下にして転倒していた。その際、右側頭部に裂傷と腫れ、出血があった。本人は「枕元に衣類を置いていたら転んだ」と言われた。

(3) 事故の原因

○本人要因

- ・右麻痺があり、歩行時ふらつくことがあった。
- ・認知症により、本人の身体能力に対する理解が乏しく、老人車を使いやすい場所に置いていても使用されないことがあった。
- ・居室で、タンスの整理やトイレに行く等多動なことがあった。

○職員要因

- ・1時間に1回以上の巡回を行っていたが、巡回の度に記録をしていなかったので行動把握が不十分であった。
- ・夜勤者が他利用者の離床介助などを行う時間帯であった為、見守り不足であった。

○環境要因

- ・ベッドからタンスまでの距離を老人車を使用せずに歩行される事があり、数歩は歩かないといけない。
- ・職員が頻繁に行き来し、見守りのしやすい居室ではなかった。

(4) 再発防止策

○利用者本人への対応

- ・終日1時間ごとに巡回記録を付けることで、行動把握を行っていく。
- ・本人の動線を再確認し、老人車やポータブルトイレを設置したり、本人の手が届きやすい所にタンスを置くことで衣類の整理をしやすくする。

○事業所全体での対応

- ・事故発生のリスクの高い危険場所や死角となりそうな場所をチェック（職員が施設内を歩く、高齢者疑似体験セットの装着や車椅子での移動で隅々まで見守りが行えているか検討する）し、職員に対する事故防止の貼り紙で危機管理意識を持つようにする。
- ・入所者の居室や共有スペースに、注意事項やお願いなどの貼り紙をし、入所者自身にも気をつけてもらうように注意喚起を行う。

(5) 取組みの良い点

4)事故の報告と活用の意義（本文 P. 5 参照）

認知能力や理解力が低下しているために、同じ行動を繰り返すことを、事故の直接的な原因と捉えず、その疾病の特性を理解したアセスメントを行い、設備・備品の要因、職員の要因等の観点からディスカッションを行い、終日1時間ごとに巡回記録を付けることや事故発生のリスクの高い危険場所や死角となりそうな場所をチェックし、貼り紙をする等具体的な改善策を検討している。（別紙5参照）

別紙5

【利用者居室】



【日常業務】



事例 4

窒息事故（食事介助中）

参考事項:5)研修の実施(本文 P.6)

(1) 対象者の状況（年齢、性別、診断名、介護度、認知症高齢者自立度、事故前の利用者の状況）

92歳 女性。診断名：認知症
要介護5、認知症高齢者自立度IV
嚥下状態は悪く、ミキサー食、水分はとろみ剤使用。介護面はすべての面において全介助を要する。食事時活気みられず時に傾眠傾向がみられるときがある。

(2) 事故の内容

車椅子に離床介助するが、身体が前屈みになったり体制が崩れてくるので、体制を整え、声かけしながら一さじ入れては飲み込みを確認し、次の食物を摂取してもらっていた。やや飲み込みに時間がかかるようになり、傾眠傾向ではあったが、身体を揺さぶったり、常に声をかけながら介助していた。急に顔が青ざめ、一瞬詰まったような感じになり、しばらくして咽せがひどく誤嚥してしまう。

(3) 事故の原因

○本人要因

- ・首が安定せず前屈みになるので、通常車椅子に独自に背もたれを取り付けて移乗していた。リクライニングの車椅子での食事介助は寝た姿勢とよく似ており角度をつけても嚥下は良くなったとは言えず誤嚥傾向ではあった。
- ・口腔体操やケアがきちんとできていないときがあった

○職員要因

- ・本人に対しては1対1で対応していたが、職員は介助者が多く何人も掛け持ちで介助しなければいけない傾向にあった。

○環境要因

- ・リクライニング車椅子対象者が多く、普通車椅子で対応しなければいけない状態であったため、本人用に独自の背もたれを取り付けていた。
- ・ホールに吸引器を設置していなかった。吸引器やAEDの使い方の研修を1年前に実施し、継続して研修を実施できていなかった。

(4) 再発防止策

○利用者本人への対応

- ・その日の口腔ケア担当職員を決定し、食前の口腔体操、食後の口腔ケアを徹底する。
- ・口腔ケアを行ったら必ず実施記録に残るように改善。
- ・ティルト式の車椅子の導入し、上半身が反り返らないように、クッション等で補整。
- ・食事に利用するスプーンを小さくし、1口で食べられる量を減らす。

○事業所全体での対応

- ・誤嚥のリスクが高い入所者について把握し、再検討を行い、リスクを予見する。
- ・各部署の協力を得、食事介助の必要な部署へ職員が応援に行き、見守りの目を増やすことや、食事時は看護師も介助に加わりホールにいてもらい、急変時すぐに対応ができるようにした。
- ・誤嚥・むせへの対応として、ホールに吸引器を設置した。
- ・緊急時の対応マニュアルの再確認と研修を実施（別紙6参照）。また、口腔ケアの研修、吸引器の正しい使い方の研修、AEDの使い方を全職員が再度研修受講。

(5) 取組みの良い点

5) 研修の実施（本文 P. 6 参照）

施設において介護事故予防を行うために、知っておかなければならない知識・技術についての研修、緊急時対応の方法（吸引器、AEDの使用法）、必ず知っておくべき内容を職員全員が習得できるよう繰り返し実施している。

食物窒息時緊急対応マニュアル

窒息させない環境での食事

意識・呼吸状態確認 人を呼ぶ

意識あり

意識なし

呼吸あり

咳の促し

背部叩打法

呼吸なし

声なし

ハイムリック法

背部叩打法

救急車
手配

異物が口腔内に見えている場合以外は無理に取り除かない。

心肺蘇生法実施

医師 TEL ()

家族へ連絡

事例 5 自立支援を目指した取組み、研修実施での事故防止

参考事項:1) 事故防止体制の基盤づくり(本文 P.2)、5)研修の実施(本文 P.6)

(1) 事故防止に向けての取組み

- ・自立支援を目指した取組み（主に水分・食事、排泄、運動）や食事時の正しい姿勢の保持、口腔ケアを積極的に行うことにより、誤嚥が減少した。また、日中覚醒することにより、認知症状が緩和され、徘徊による転倒事故が減少した。
- ・椅子や車椅子でのシーティング研修、介護力向上講習会等に積極的に参加し、介護技術の向上を図り、事故を未然に防いでいる。

(2) 自立支援を目指した取組み（水分・食事、排泄、運動）の具体例

○水分・食事

- ・1日に1500ml 飲水できるようにする。多くの水分を摂取するために・・・
→入所者の好きな物を提供する(飲み物の種類を12品目から33品目へと増やす)。
嚥下が悪い方には、水分ゼリーを提供する。
起床後、レクリエーション後等、適時適切な水分摂取
- ・常食の摂取を目指す。
→足が床につくように、食事時には車椅子から普通の椅子へ座りかえる。

○排泄

- ・朝食後すぐにトイレ誘導できるように、業務を見直す。
→朝の申し送り時間を変更。
- ・おむつから布パンツ (+パット) へ変更する。
→スキントラブルがなくなり、掻痒感もないので夜間良眠され、日中の覚醒水準が上がり、誤嚥が減少。おむついじり等がないため、夜間の業務負担が軽減された。

○運動

- ・歩行器歩行の積極的な実施。
→支えてあげれば、つかまり立ちが少しでもできる方は歩行器歩行が可能である。
- ・車椅子座りつきりをなくすようにする。
→廊下やホール等あちこちに椅子やソファを置いて利用してもらう。
- ・口腔体操、車椅子の人でもできるリハビリ体操の実施。
→咀嚼・嚥下力が高まる。
- ・ポータブルトイレに座ってもらう。
→リクライニング車椅子から普通型車椅子で座位をとる訓練をすることにより、30分以上座位がとれるようになる。そうなると、ポータブルトイレに座れるようになる。
→寝たきりの方が座位をとることにより、全身の拘縮が減少。日中の排便が多くなり、夜間のおむつ交換の時間が短縮する。

(3) 取組みの良い点

- 自立支援を目指した取組み（主に水分・食事、排泄、運動）や口腔ケアを積極的に行うことにより、利用者の事故発生のリスクを軽減している。
- 介護技術の向上を図り、事故を未然に防ぐようにしている。

1) 事故防止体制の基盤づくり (本文 P. 2 参照)

研修については、看護主任、介護主任等の中間層の職員が外部研修に参加する。その後、施設で講師となり、管理者層と現場のパイプ役としての役割を担っている。

5) 研修の実施 (本文 P. 6 参照)

具体的なケアについて、必要な知識を学び安全で正確なケアを職員全員が習得できるようにしている。

4. 指定介護サービス事業者における事故発生時の報告マニュアル

指定介護老人福祉施設等は、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、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と義務づけられています。(介護保険法に基づく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年厚生省令第37号)等)

県では、報告を行う範囲・手順等を明確にするため、「指定介護サービス事業者における事故発生時の報告マニュアル」(平成20年1月15日付け)を制定しましたが、報告が遅滞している事例や再発防止策の検討が具体的に行えていない事例等がみられたことから、今回、マニュアルと事故報告様式についてを改正を行いました。事故報告を行う範囲を明確にするとともに、速やかに報告できるよう第1報と第2報に分けて報告することとしたほか、報告様式について、必要な事項を詳細に記載できるようにするなどしています。

【主な変更点】

- ・報告の範囲について、利用者が事業所内にいる間は「サービス提供中」に含まれ、原因不明の事故も含まれると明記。
- ・重大性の高い事故については、第1報を電話で保険者(市町)に行う。
- ・速やかに、具体的な報告がされるよう、報告書は第1報と第2報に分けて記載する。
- ・「速やかに」の日数を明確にする。(第1報3日以内、第2報2週間以内)
- ・再発防止策の検討が具体的となるように、事故原因を「本人要因」「職員要因」「環境要因」の観点から分析を行い、また、利用者個人だけでなく事業所全体での再発防止策についても検討をえるよう、様式に欄を追加。
- ・事故発生後の状態の変化に応じて、ケアプランが適切に変更されているか記載する欄を追加。

など

指定介護サービス事業者における事故発生時の報告マニュアル

香川県健康福祉部長寿社会対策課

(平成20年1月15日制定)

(平成23年4月7日改正)

(平成25年9月4日改正)

1 目的

指定介護サービス事業者（以下「事業者」という）は、サービス提供時に発生した事故について、介護保険法に基づく運営基準及び同解釈通知により、その内容や対応状況を市町に報告することにより、その報告を受けた市町及び県が、事故に対する適切な対応や再発防止策に対して、事業者への指導及び助言を実施することにより、事業者、市町及び県が連携して、介護サービスの安全と質の向上を図ることを目的とする。

2 事業者が事故報告を行う範囲

事業者は、次の事由に該当する場合に市町に対して報告を行うこととする。なお、事業者の住所地と利用者の保険者である市町が異なる場合には双方の市町に報告を行うこととする。

(1) サービスの提供による利用者のけが等又は死亡事故の発生

(注1) 「サービスの提供による」とは、送迎・通院等の間の事故も含む。

また、在宅の通所・入所サービス及び施設サービスにおいては、利用者が事業所内にいる間は、「サービスの提供中」に含まれる。

(注2) けが等とは、発生の原因に関わらず、骨折、打撲、出血、火傷、誤嚥、異食及び薬の誤投薬等で医療機関を受診し、治療または入院したものを原則とする（原因不明のものも含む）。

(注3) 事業者側の過失の有無は問わない。

(注4) 利用者が病気等により死亡した場合であっても、死因等に疑義が生じる可能性のあるときは報告すること。

(2) 職員（従業者）の法令違反・不祥事等の発生

(注5) 利用者の処遇に関連するものに限る。（例：利用者からの預り金の横領、送迎時の交通事故など）

(3) その他、報告が必要と認められる事故の発生

3 報告の手順

(1) 事故後、各事業者は第一報を、3日以内に市町へ様式1により報告する。

(注1) 次の①～④の事由による、重大性の高い事故については第一報を電話で行い、その後報告様式1を提出する。

①事故により利用者が死亡したもの

②利用者への身体拘束や虐待が事故の原因となっていると思われるもの

③重大な指定基準違反があると思われるもの

④職員の不祥事

(2) 事故発生後の処理等が終了後、様式2により原則2週間以内に報告する。報告が遅れる場合は、その旨を市町に連絡すること。

(注2) 事故報告書は、報告様式1、2を標準とするが、市町により別に様式が定められている場合や、報告様式1、2の報告事項が明記されている書式であれば代替して差し支えない。

4 報告を受けた市町の対応の留意点

- (1) 事故に係る状況を把握するとともに、事業者による事故への対応が終了していないか、又は、明らかに不十分である場合等、当該事業者の対応状況に応じて、保険者として必要な対応（事実確認、指導等）を行うものとする。
- (2) 事業者から文書による報告内容が不十分である場合は、再報告等を求める。
- (3) 報告内容をもとに下記5の事由に該当する場合は、県へ報告を行うものとする。
- (4) 事故の再発防止策を検討するにあたって、事業者から市町に協力依頼があった場合には、可能な限り対応をする。

5 市町から県への報告について

(1) 各市町は、事業者から受けた事故報告の内容が、次の事由による場合は、事業所からの報告書の写しを5日以内に県に提出するものとする。（重大性の高い事故については、事業者から報告があり次第、電話で報告）なお、市町に指定権限のある事業者（中核市に住所を有する事業者及び地域密着型サービス事業者）に係るものについては、原則、死亡事故のみとする。

- ① 事故により利用者が医療機関で入院治療を要したものの又は死亡したものの
- ② 利用者への身体拘束や虐待が事故の原因となっていると思われるもの
- ③ 重大な指定基準違反があると思われるもの
- ④ 職員の不祥事
- ⑤ その他、他の事業者に事例として情報提供することによって、同様な事故の発生防止に寄与すると思われるもの

(2) 各市町は、事業者から受けた当該年度の事故報告について、別紙様式により、翌4月末日までにメールにて、県に報告するものとする。（(1)の報告を含む。）

6 報告の活用等について

県において報告内容を取りまとめ、介護サービスの安全の確保と質の向上を行うための基礎資料として活用する。

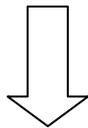
なお、当該報告は事業者の事故に対する過失の有無を判断するためのものではない。

(附則)

このマニュアルは、平成25年9月4日から施行し、平成25年10月1日以降に発生した事故から適用する。

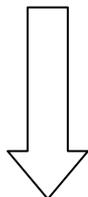
【事故報告のフロー図】

サービス提供時に事故発生



- ・利用者の家族等への連絡
- ・利用者に係る居宅介護支援事業者へ連絡

事業者から市町（保険者）へ電話又は報告様式1による報告



- ・文書による第一報は、3日以内に行うこと。
重大性の高い事故については第一報を電話で行い、その後様式1を提出する。
- ・事故発生後の経過については、適宜連絡を行うこと。
- ・必要に応じ関係機関へ遅滞なく連絡を行うこと。

事業者から市町（保険者）へ報告様式2による報告



- ・事故発生後の処理等が終了後（2週間以内）、報告様式2により事故報告を行うこと。

市町から県への報告

次の事由による事故の場合は、5日以内に県に報告を行う。なお、重大性の高い事故については、事業者から報告があり次第、電話で報告すること。

- ・医療機関への入院又は死亡
- ・身体拘束や虐待が事故の原因と思われるもの
- ・重大な指定基準違反があると思われるもの 等

毎年4月末日までに、各年度の状況報告をメールにて行う。（上記の報告を含む。）

【事業者、市町、県の役割について】

(1) 事業者の役割

「香川県社会福祉施設等の人員、設備、運営等の基準等に関する条例（平成 24 年香川県条例 52 号）」により、利用者等に対する介護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と義務づけられている。

《報告の根拠》

- * 介護保険法に基づく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 年厚生省令第 37 号）
- * 指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 35 号）
- * 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 38 号）
- * 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）
- * 介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 40 号）
- * 指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 41 号）
- * 指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 34 号）
- * 指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 36 号）
- * 指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 37 号）

(2) 市町の役割

介護保険法により、「文書の提出等」「報告徴収・立入検査」「勧告・公表・改善命令」「指定取消・指定の効力停止」等の権限が以下のように規定されており、事業者から報告のあった介護サービス提供時に発生した事故について、事業者に対して、適切な対応や再発防止策に関して、指導及び助言等を行う。

《介護保険法》

（文書の提出等）

- * 居宅サービス等を行う者に対する文書その他の物件の提出・提示、当該職員への質問・照会（第 23 条）

（報告徴収・立入検査等）

- * 指定居宅サービス事業者等（事業者であった者、従業者であった者等）に対する報告徴収・立入調査等（第 76 条）

- * 指定地域密着型サービス事業者等（事業者であった者、従業者であった者等）に対する報告徴収・立入調査等（第 78 条の 7）
 - * 指定居宅介護支援事業者等（事業者であった者、従業者であった者等）に対する報告徴収・立入調査等（第 83 条）
 - * 指定介護老人福祉施設開設者等（施設の長、従業者であった者等）に対する報告徴収・立入調査等（第 90 条）
 - * 介護老人保健施設の開設者等に対する報告徴収・立入調査等（第 100 条）
 - * 指定介護療養型医療施設の開設者等に対する報告徴収・立入調査等（第 112 条(旧法)）
 - * 指定介護予防サービス事業者等（事業者であった者、従業者であった者等）に対する報告徴収・立入調査等（第 115 条の 7）
 - * 指定地域密着型介護予防サービス事業者等（事業者であった者、従業者であった者等）に対する報告徴収・立入調査等（第 115 条の 17）
 - * 指定介護予防支援事業者等（事業者であった者、従業者であった者等）に対する報告徴収・立入調査等（第 115 条の 27）
- （勧告・公表・改善命令）
- * 指定地域密着型サービス事業者に対する勧告・公表・措置命令（第 78 条の 9）
 - * 指定地域密着型介護予防サービス事業者に対する勧告・公表・措置命令（第 115 条の 18）
 - * 指定介護予防支援事業者に対する勧告・公表・措置命令（第 115 条の 28）
- （指定取消・指定の効力停止）
- * 指定地域密着型サービス事業者の指定取消・指定の効力停止（第 78 条の 10）
 - * 指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定取消・指定の効力停止（第 115 条の 19）
 - * 指定介護予防支援事業者の指定取消・指定の効力停止（第 115 条の 29）

(3) 県の役割

介護保険法及び老人福祉法により、「文書の提出等」「報告徴収・立入検査」「勧告・公表・改善命令」「指定取消・指定の効力停止」等の権限が以下のように規定されており、事業者に対して、適切な対応や再発防止策に関して、指導及び助言等を行う。（指定地域密着型サービス事業者を除く）

《介護保険法》

（文書の提出等）

* 居宅サービス等を行った者又はこれを使用する者に対する、その行った居宅サービス等についての報告、当該居宅サービス等の提供記録、帳簿書類その他の物件の提示、当該職員への質問（第 24 条）

（報告徴収・立入検査等）

* 指定居宅サービス事業者等（事業者であった者、従業者であった者等）に対する報告徴収・立入調査等（第 76 条）

* 指定居宅介護支援事業者等（事業者であった者、従業者であった者等）に対する報告徴収・立入調査等（第 83 条）

* 指定介護老人福祉施設開設者等（施設の長、従業者であった者等）に対する報告徴収・立入調査等（第 90 条）

* 介護老人保健施設の開設者等に対する報告徴収・立入調査等（第 100 条）

* 指定介護療養型医療施設の開設者等に対する報告徴収・立入調査等（第 112 条(旧法)）

* 指定介護予防サービス事業者等（事業者であった者、従業者であった者等）に対する報告徴収・立入調査等（第 115 条の 7）

（勧告・公表・改善命令）

* 指定居宅サービス事業者に対する勧告・公表・措置命令（第 76 条の 2）

* 指定居宅介護支援事業者に対する勧告・公表・措置命令（第 83 条の 2）

* 指定介護老人福祉施設の開設者に対する勧告・公表・措置命令（第 91 条の 2）

* 介護老人保健施設の開設者に対する勧告・公表・措置命令（第 103 条）

* 指定介護療養型医療施設の開設者に対する勧告・公表・措置命令（第 113 条の 2(旧法)）

* 指定介護予防サービス事業者に対する勧告・公表・措置命令（第 115 条の 8）

（指定取消・指定の効力停止）

* 指定居宅サービス事業者の指定取消・指定の効力停止（第 77 条）

* 指定居宅介護支援事業者の指定取消・指定の効力停止（第 84 条）

* 指定介護老人福祉施設の指定取消・指定の効力停止（第 92 条）

* 介護老人保健施設の許可取消・許可の効力停止（第 104 条）

* 指定介護療養型医療施設の指定取消・指定の効力停止（第 114 条(旧法)）

* 指定介護予防サービス事業者の指定取消・指定の効力停止（第 115 条の 9）

《老人福祉法》

（報告徴収・立入検査等）

* 老人居宅生活支援事業者、老人デイサービスセンター、老人短期入所施設、老人介護支援センター設置者、養護老人ホーム・特別養護老人ホームの施設長等に対する報告徴収・立入検査等（第 18 条）

（指定取消・指定の効力停止）

* 養護老人ホーム・特別養護老人ホーム設置者に対する事業停止命令・廃止命令・認可取消（第 19 条）

様式記載例

様式1

指定介護サービス事業者 事故報告書（事業者→市町）

第1報

平成 25年 10月 2日
(発生後3日以内に報告)

香川 市町 あて

法人名 社会福祉法人 長寿社会

事業所(施設)名 長寿社会

責任者名 長寿 一郎

印

1 事業所	サービス種類	介護老人福祉施設		記載者職・氏名	生活相談員 香川 太郎								
	所在地	高松市番町4丁目1番10号		電話番号	(087)832-3268	事業所番号 12345							
2 対象者	氏名・年齢・性別	香川 花子		年齢: 88	性別: 女								
	日常生活自立度等	障害高齢者の日常生活自立度 A		認知症高齢者の日常生活自立度 III	要介護度	2							
	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	サービス提供開始日	22年 3月 12日
	住所	高松市番町4丁目1番10号		保険者名	香川市								
3 事故の概要	発生日時	25年 10月 1日 (火)		4時 30分 頃									
	発生場所	<input checked="" type="checkbox"/> 居室	<input type="checkbox"/> 廊下	<input type="checkbox"/> 食堂等ホール	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> その他()							
	事故の原因	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒	<input type="checkbox"/> 転落	<input type="checkbox"/> 感染	<input type="checkbox"/> 介護中の負荷	<input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事							
	事故の種別	<input checked="" type="checkbox"/> 骨折(大腿骨)	<input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼	<input type="checkbox"/> 外傷()	<input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事	<input type="checkbox"/> 死亡(死亡年月日:平成 年 月 日)							
	発生状況	<input type="checkbox"/> 介護中	<input checked="" type="checkbox"/> 利用者単独時	<input type="checkbox"/> 職員の目視可能	<input type="checkbox"/> その他()								
事故前の利用者の状況	状況	歩行器使用し歩行していた。ADLは自立していたが、最近歩行時のフラツキがみられていた。既往症に、高血圧、糖尿病、骨粗鬆症があり、円背がみられていた。											
	対応内容	歩行時のフラツキがみられ始めたため、歩行時の見守りと夜間はナースコールを押してもらいトイレへ付き添っていた。											
事故の内容	2時 巡回時眠っていた。 4時 居室より物音が聞こえ、訪室。ベッド横で尻もちをついたような体位で転倒しているのを発見。本人が「歩行器を使わずトイレへ行こうとして転んだ。」と言われる。												
4 事故発生時の対応	対処の仕方	4時 発見後すぐに他の職員に連絡し、ベッドに移動。バイタル測定実施(熱36.8℃、脈72、血圧138/70、Spo2 97%)。右大腿部～股関節にかけて痛みの訴え軽度あり。 4時10分 看護職員に電話連絡。患部の安静保持とクーリングの指示あり。 4時40分 看護職員が出動し状態確認、右股関節の腫脹がみられ、骨折の可能性も大きい。 4時45分 看護職員が医師に連絡し、朝に受診するように指示あり 8時 ○○病院受診する											
	緊急搬送の有無・時間	<input type="checkbox"/> 有(連絡時間 時 分) (搬送時間 時 分) <input checked="" type="checkbox"/> 無											
	治療した医療機関名、住所等	○○病院											
	診断・治療の概要	<input type="checkbox"/> 受診 <input checked="" type="checkbox"/> 入院 レントゲン検査の結果、右大腿骨頸部骨折の診断あり。10月4日手術予定											
連絡済の関係機関	香川市介護保険課												
家族への説明	説明の状況、内容	7時 看護師から長男へ連絡。4時にベッド横で尻もちをついたような体位で転倒しており、骨折の可能性もあるため病院受診する旨伝える。											
	家族の意見、指摘等	ナースコールを押すことを遠慮したのかも知れませんが。											

様式2

指定介護サービス事業者 事故報告書 (事業者→市町)

第2報

平成 25 年 10 月 6 日
(発生後2週間以内に報告)

香川 市町 あて

法人名	長寿社会	
事業所(施設)名	長寿社会	
サービス種別	介護老人福祉施設	
責任者名	長寿 一郎	印
連絡先	(087)832-3268	所在市町名 香川 市町
記載者職・氏名	生活相談員	香川 太郎

1 対象者	対象者氏名・年齢	香川 花子	年齢: 88	
	事故発生日・報告日	発生日: 25 年 10 月 1 日	第1報報告日: 25 年 10 月 2 日	
2 事故発生後の対応	利用者の状況 (病状・経過、その他状況)	右大腿骨頸部骨折のため、10月4日骨接合術施行。術後の経過は良好であるが、入院により認知症状が悪化している。		
	家族等の反応	夜間自分でトイレへ行こうとして転倒したようですが、認知症状も悪化していて、転倒さえしなければと悔やまれます。		
	損害賠償等の状況	<input type="checkbox"/> 有→(対応内容を具体的に) () <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 未交渉		
3 再発防止策	検日日時	25 年 10 月 5 日		
	検討会参加の職種・人数	7 人	職種 施設長、介護支援専門員、生活相談員、栄養士、看護職員、介護職員、機能訓練指導員	
	原因分析	利用者の行動 (本人要因)	歩行器使用し歩行は自立していたが、最近歩行時のフラツキがみられていた。歩行器を使用していなかった。夜間ナースコールを押してもらい、トイレへ付き添っていたが、職員に遠慮してコールを押さなかったようである。	
		職員の対応 (職員要因)	「トイレへ行く時はコールを押してくれるだろう。」というリスクに対する意識の薄れがあった。	
		設備等 (環境要因)	居室は電気を点けておらず、暗かった。歩行器がベッドから少し離れたところに置いてあった。また、居室からトイレまで、距離があった。	
	利用者個人への対応	対応済みの内容	入院中のため、退院後に対応を実施する。	
		今後対応予定の内容 (実施予定年月日)	トイレに近い居室に変更。 本人の状態を考慮し、夜間ポータブルトイレの設置やセンサーマット設置を検討する。 排泄パターンを把握し、早めにトイレ誘導の声かけを行う。 機能訓練の実施。 (退院後に実施予定)	
ケアプランの変更		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> その他(退院後に変更予定)		
事業所全体での対応	対応済みの内容	職員が危険予測ができるように、研修の実施。 居室での歩行器の設置場所の確認。		
	今後対応予定の内容 (実施予定年月日)	見守りが必要な入所者の排泄パターンの把握。 歩行器歩行されている方の、居室の見直しや環境整備。 遠慮なく、職員に声をかけてもらえる環境作りに努める。 (平成25年10月30日までに実施予定)		

- 1 介護サービス提供中に事故が発生した場合に、様式1については、事故後発生後3日以内に保険者に提出してください。
- 2 様式2については、詳細な経過及び再発防止への対応改善策等を記載して事故発生後2週間以内に保険者に提出してください。
- 3 記載しきれない場合は、記載欄の幅の変更や任意の別紙に記載し、資料があれば添付してください。

御協力をいただいた香川県老人福祉施設協議会

介護事故の防止対策に関する検討ワーキングチームメンバー（敬称略・五十音順）

シオンの丘ホーム	小川 望
ケアハウス屋島	木村 敏夫
一宮の里	田中 元
大寿苑	谷本 敬之
逅里苑	野上 貴史
玉藻荘	林田 有希子
さわやかホーム	福光 優
珠光園	藤井 満美
さぬき	三好 晃弘
香色苑	森岡 幸彦
マイルドハート 21	森末 夕紀

参考資料

1. 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 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）
（平成 25 年 3 月 三菱総合研究所）
2. 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
ー特別養護老人ホームにおける施設サービスの質確保に関する報告書ー別冊
平成 18 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）
（2007 年 3 月 三菱総合研究所）
3. 事例集
特別養護老人ホームにおける介護サービスに関連する事故防止体制の整備 事例集
ー事故を防ぎ利用者の生活を守るー
平成 23 年度 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 三菱総合研究所

【問い合わせ先】

香川県健康福祉部長寿社会対策課

施設サービスグループ

電話 087-832-3268

FAX 087-806-0206