介護保険施設等における
事故予防及び事故発生時の対応に関するガイドライン

令和７年11月

厚生労働省　老健局

はじめに

近年、日本の高齢化の進展に伴い、要介護度の高い高齢者や、認知症等を有する高齢者が増える中、介護現場における事故の予防や、未然防止の重要性が一層高まっています。本ガイドラインは、介護保険施設等におけるリスクマネジメント強化、事故予防および事故発生時の適切な対応を支援するために作成しました。

介護サービス事業所が利用者に対して提供するサービスは、介護の基本理念である高齢者本人の自立支援、尊厳の保持、自己決定の尊重を実現し、利用者のQOLの向上を目指すために実施されます。しかし、その過程で事故のリスクはどうしても伴います。そこで重要となるのが、リスクマネジメントの取組です。つまり、事故を未然に防ぐための予防策を講じること、そして、事故が発生した際には、その原因を明らかにし、迅速かつ適切に対応して高齢者が安心して介護サービスを利用できる環境を整備することが必要です。
また、これらの取組を利用者本人、家族にも理解いただくことが重要です。

各介護サービスにおいては、サービス提供に関わる事故の未然防止や再発防止を目的に、委員会設置や事故報告制度の運用、研修の実施等、様々な取組が進められてきています。しかしながら、利用者の要介護度の高まりや認知症を有する利用者の増加、介護テクノロジーの進歩等、介護現場を取り巻く環境は日々変化しており、各事業所は変化への対応が求められています。事故の未然防止や再発防止の取組の実施状況は、事業所間で差があり、事業所によっては実現性・継続性の高い取組が検討・実施できていない等の課題が指摘されています。

こうした背景から、平成24年度に作成された「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」のアップデートを行いました。リスクマネジメントの基本理念、事故予防のための体制整備のあり方、事故発生時の対応のポイントを踏襲しつつ、具体的な取組事例を追記し、また各事故種別における具体的な対策や発生した事故の原因分析、再発防止策の検討事例を掲載しています。

本ガイドラインは、介護保険施設サービスを主な対象としていますが、居宅系サービス、高齢者住まい等の居住系サービスの安全管理に関する内容も含んでいます。また、自治体にとっても介護サービスの安全管理の実施内容の把握、指導に役立つ情報を含んでいます。本ガイドラインを、リスクマネジメント強化や事故予防及び事故発生時の対応に役立てていただければ幸いです。

リスクマネジメント強化に向けた取組の全体像

リスクマネジメント強化に向けた取組は、組織の理念浸透や指針をもとに、PDCAの仕組み、未然防止の取組、事故発生時の対応や再発防止の取組に落とし込まれ、それを支える土台がつくられることで、理念の浸透や組織文化の醸成が達成されます（各章から主要な項目を抜粋してお示ししています）。

介護現場におけるリスクマネジメントの基本理念

リスクマネジメント強化に向けた考え方と組織文化の醸成

リスクマネジメントに関する組織文化を醸成し、組織全体が一丸となってリスクマネジメントに取り組むことが重要

介護現場における事故の特性と対応

対策を取り得る事故と防ぐことが難しい事故を仕分けし、「対策を取り得る事故」を徹底的に防ぐ

本編Ⅰを参照

文化・指針を組織に展開し、実態を踏まえてアップデート

事故予防のための体制整備のあり方

リスクマネジメント強化に向けた組織の基盤づくり

リスクマネジメント強化は施設管理者の責務
取組が根付くとボトムアップ型の改善提案が機能し、組織体制の強化につながる

指針・業務手順書の整備

指針・業務手順書には、事故予防の重要性や目的を組織に浸透させる役割がある

委員会の設置と運営

事故発生防止のための委員会は、委員会の目的や役割を明示し、多職種で連携しながら活動を進めることが重要

事故の未然防止のためのアセスメント

サービス利用開始直後は事故の発生リスクが高く、利用者一人一人のリスクを把握することが重要

ヒヤリ・ハット/事故の管理と活用

ヒヤリ・ハット、インシデント、アクシデントをレベル別・類型別に管理し、原因分析/再発防止が推進できる仕組みを構築

利用者・家族との連携、多職種連携

利用者やその家族、医療機関、行政と日々コミュニケーションを取ることがケアの質向上や事故の未然防止/再発防止につながる

本編Ⅱを参照

発生した事故の原因分析・再発防止の検討を踏まえて、仕組みをアップデート

事故発生時の対応におけるポイント・原因分析・再発防止、未然防止策の検討

事故発生時の全体像

事故発生時は速やかに報告し、内部で共有。事実と推論を明確に分け、多職種で多面的に原因分析・再発防止策を検討。

原因分析・再発防止、未然防止策の検討

転倒、転落、誤嚥・窒息等の事例毎に原因分析・再発防止策の例を掲示。

本編Ⅲ・Ⅳを参照

事業者に求められる義務と責任

事業者が負う安全配慮義務・説明責任

介護サービス事業者には、利用者の生命・身体・財産の安全に配慮してサービスを行わなければならない義務（安全配慮義務）が課されており、「リスクの説明責任」や「事故発生時の説明責任」などが求められている

本編Ⅴを参照

目次

Ⅰ．介護現場におけるリスクマネジメントの基本理念		**5**
1	リスクマネジメント強化に向けた考え方と組織文化の醸成	6
2	介護現場における事故の特性と対応	8
3	利用者の状態に応じた事故予防	9
4	PDCAサイクルを通じた改善活動	10
Ⅱ．事故予防のための体制整備のあり方		**11**
1	リスクマネジメント強化に向けた組織の基盤づくり	12
2	事故発生の防止のための指針・業務手順書の整備	13
3	事故発生の防止のための委員会の設置と運営	14
4	リスクマネジメント強化に向けた教育・研修	15
5	事故の未然防止のためのアセスメント	16
6	ヒヤリ・ハット/事故の管理と活用	17
7	利用者・家族との連携、多職種連携	18
8	介護テクノロジーの活用	19
9	その他留意事項	20
Ⅲ．事故発生時の対応におけるポイント		**21**
1	事故発生時の全体像	23
2	事故発生時の対応（初動対応）	25
3	事故発生時の対応（事故報告）	26
4	原因分析・再発防止策の検討	27
Ⅳ．原因分析・再発防止、未然防止策の検討		**29**
1	転倒	30
2	転落	32
3	誤嚥・窒息	34
4	異食	36
5	誤薬・与薬漏れ	38
6	内出血・皮膚剥離	40
7	医療処置における事故	42
8	外出・送迎時の事故	44
9	サービス種別ごとの特性に応じた留意点	46

Ⅴ．事業者に求められる義務と責任 48
1　事業者の事故防止体制等の基準 49
2　事業者が負う安全配慮義務 50
3　適切な介護サービスのあり方 51
4　事業者の説明責任 52
5　損害賠償への備え 53
巻末資料 54
参考資料1　関係法規及び基準 55
参考資料2　事故発生時の対応 56
参考資料3　安全対策体制加算・減算 57
参考資料4　本ガイドラインにおける引用・参考文献 58
有識者検討委員会 委員一覧 60

Ⅰ 介護現場における リスクマネジメントの基本理念

1　リスクマネジメント強化に向けた考え方と組織文化の醸成
2　介護現場における事故の特性と対応
3　利用者の状態に応じた事故予防
4　PDCAサイクルを通じた改善活動

1. リスクマネジメント強化に向けた考え方と組織文化の醸成

Point

- 介護現場におけるリスクマネジメントは、自立支援を実現するための取組の一つです。
- リスクマネジメント強化は、組織全体で取り組む文化とすることが重要です。

リスクマネジメントとケアの質向上

リスクマネジメントは介護の基本理念実現に向けた取組

- 介護の基本理念は、尊厳の保持を基本に据えた自立支援と自己決定の尊重です。高齢者の尊厳を支えるケアとは、高齢者がたとえ介護を必要とする状態になっても、自分の意思でその人らしい生活を送ることを可能とすることです（「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～ 」）
- 高齢者の尊厳を支えるケアを行うために、介護現場で働く職員の皆さんは、高齢者個々に応じたケアの実践、ケア技術の向上に向けた自己研鑽、職員教育、各種委員会の開催・実践など、さまざまな取組を行っていると思います。これらの取組は、リスクマネジメントの取組とも共通しています。
- つまり、介護現場におけるリスクマネジメントとは、事故防止のみを目的としたものではなく、高齢者の尊厳を支えるケアを行うために必要不可欠な取組なのです。

介護の基本理念（尊厳の保持を基本に据えた自立支援と自己決定の尊重）

高齢者の尊厳を支えるケア

たとえ介護を必要とする状態になっても、その人らしい生活を自分の意思で送ることを可能とすること

高齢者個々に応じたケアの実践	ケア技術の向上に向けた自己研鑽	職員教育	各種委員会の開催・実践	その他の取組

リスクマネジメントの取組

施設運営の取組としてのリスクマネジメント

- 高齢者の尊厳を支えるケアを行うためのリスクマネジメントは、事故防止に直結する取組だけではなく、組織運営の取組の一つとして推進することが肝要です。
- つまり、職員教育、人事評価、労務管理、テクノロジー活用など、あらゆる組織運営の取組を行う中で、リスクマネジメントの観点を含めて考える必要があるのです。

リスクマネジメント強化を組織文化として醸成する

- リスクマネジメントは、個々の職員が単独で取り組んでも上手くいきません。リスクマネジメントに関する組織文化を醸成し、組織全体が一丸となってリスクマネジメントに取り組むことが重要です。
- 組織分野の醸成のためには、まずは事故予防の体制整備に向けた理念や方針をトップが示し、具体的対応方針を業務指針書や研修を通して実践に落とし込むプロセスが必要となります。

1. リスクマネジメント強化に向けた考え方と組織文化の醸成

Point

- 介護施設等は、あくまで生活の場です。生活の場では事故が起きうることを、本人・家族に事前に説明することが重要です。

生活の場としての介護施設等

介護施設等はあくまで生活の場であり、事故は起きうる

- 特別養護老人ホームをはじめとする介護施設等は、あくまで生活の場です。事故を防ぐためといって、日常の行動を制限することは、高齢者の自立を支えることにつながりません。
- 多くの高齢者は身体機能や認知機能が低下しているため、自宅でも転倒などのリスクが高くなります。そのため、高齢者の生活の場である介護施設等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。
- 特に転倒に関しては、予防策の有無に関わらず個人のリスクに応じて一定の頻度で発生するものと考えられています。一般社団法人日本老年医学会と公益社団法人全国老人保健施設協会が2021年に発表した「介護施設内での転倒に関するステートメント」でも、転倒すべてが過失による事故ではないということが明言されています。

本人・家族との認識共有の重要性

- このように、生活の場である介護施設等では、個別の対策を講じたとしても事故が起こる可能性が低くありません。重要なのは、介護施設等では事故が起きうるという事実を、高齢者本人や家族に伝え、認識を共有することです。そのためには、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。
- 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。

高齢者住まいにおけるリスクマネジメントのあり方

高齢者住まいにおける対応方針

- サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームのような高齢者住まいは、一般的な不動産賃貸に近い位置づけとなっています。そのため、利用者のリスク管理について、介護施設等に比べ責任の線引きが難しくなっています。
- 発生した事故に関する事業所としての対応方針についてあらかじめ検討しておき、契約時等に利用者や家族に対して説明する必要があります。

高齢者本人や家族に対する説明

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場合、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説明する必要があります。

2．介護現場における事故の特性と対応

Point

- 事故には、「対策を取り得る事故」と「防ぐことが難しい事故」があります。
- 適切なリスク評価とアセスメントに基づき両者を仕分けし、前者は起こさない、という意識で事故の未然防止と再発防止に取り組みましょう。

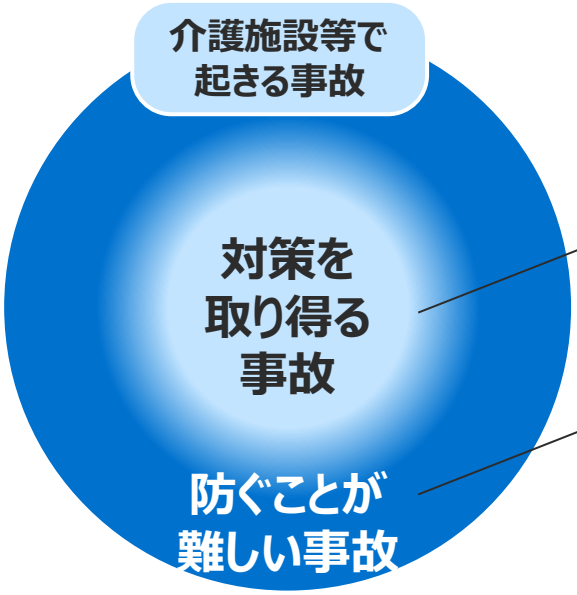
対策を取り得る事故と防ぐことが難しい事故

「対策を取り得る事故」と「防ぐことが難しい事故」がある

- 厚生労働省の調査（※）によると、介護施設等でよく起きる事故は、転倒・転落、誤嚥・窒息、異食、誤薬・与薬漏れ、医療処置における事故、外出・送迎時の事故などがあげられています。
- これらには、対策を取り得る事故と、防ぐことが難しい事故があります。職員のケア行為に伴う事故と、利用者の活動に伴う事故や加齢に伴う機能低下による事故がある、と言ってもよいかもしれません。利用者の活動に伴う事故や加齢に伴う機能低下による事故は、自宅でも介護施設等でも起こりうるものであり、防ぐことが難しい場合がほとんどです。
- 例えば、過去の裁判例でも示されているとおり、介護施設等で発生するすべての転倒や誤嚥等が、介護施設等の過失による事故であるとは限りません。契約時には、本人および家族に対して「防ぐことが難しい事故」があり、そういった事故が発生しうることを十分に説明し、理解を求めることが非常に重要です。

「対策を取り得る事故」を徹底的に防ぐ取組を行う

- 施設に過失のある事故は、やるべきことをきちんとやれば防ぐことができる可能性が高まります。そのため、職員のケアの提供に伴う事故（過失）なのか、そうではないのかを仕分けする必要があります。
- 適切なリスク評価とアセスメントに基づいて、「対策を取り得る事故」と「防ぐことが難しい事故」に仕分けした上で、「対策を取り得る事故」は起こさない、という視点に立って事故の未然防止と再発防止に取り組みましょう。また、防ぐことが難しい事故であっても、高齢者のリスク評価とアセスメントを丁寧に行う必要があることは言うまでもありません。



リスクマネジメントの取組を通して徹底的に防ぐ

対策を取り得る事故

やるべきことをやれば防ぐことができる事故。対策を取り得る事故は起こさない、という視点に立ち、事故の未然防止と再発防止に取り組む必要がある。

防ぐことが難しい事故

利用者の活動に伴う事故や加齢に伴う機能低下による事故。自宅でも介護施設等でも起こりうるものであり、防ぐことが難しい場合がほとんど。

（※）平成30年介護報酬改定検証「介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業」
令和３年度介護報酬改定検証「介護保険施設のリスクマネジメントに関する調査研究事業」

3．利用者の状態に応じた事故予防

Point

- 高齢化に伴い、介護度の高い利用者や認知症の高齢者が増えています。
- 状態像に応じた個別のアセスメントを行うことが、事故予防につながります。

介護度の高い高齢者に発生しうるリスクの情報共有を行う

- 近年では、介護度の高い高齢者が介護施設等で暮らすケースが増えています。これまでは、転倒や転落による骨折が事故の大半を占めていましたが、高齢者の特性から、ケアにともなう内出血や皮膚剥離、体位交換に伴う骨折なども見られるようになってきました。
- 介護度の高い高齢者に対する対応について、施設の中で整理する必要があります。また、高齢者本人や家族に対し、生活の中にもリスクが潜んでいることへの理解が得られるよう、コミュニケーションを図ることが必要です。

介護度の高い高齢者に発生しうるリスクの例

- 骨粗しょう症の高齢者の移乗介助に伴う圧迫骨折
- ケアにともなう内出血
- 移乗介助動作時に伴う皮膚剥離
- オムツ交換や体位交換に伴う骨折

認知症の高齢者の特徴を理解したアセスメントを行う

- 高齢化の進展に伴い、認知症を持つ高齢者が増えています。歩行できる高齢者は、転倒・転落リスクのみならず、離施設、誤飲、異食といったリスクがあることを認識する必要があります。
- 認知症の方には様々な行動・心理症状が現れます。認知症の特徴を理解したアセスメントを行い、認知症の高齢者の個々のニーズに応じた最適な対策を講じることが必要です。アセスメントのポイントは、認知症の高齢者がなぜ右図のような行動をとるのか、高齢者本人の要因や環境要因等を考慮に入れながら考えることです。

認知症の主な行動・心理症状

【行動症状】
- 暴力
- 暴言
- 徘徊
- 拒絶
- 不潔行為

【心理症状】
- 抑うつ
- 不安
- 幻覚
- 妄想
- 睡眠障害

等

身体拘束の適正化

「身体的拘束等」とは、「本人の行動の自由を制限すること」であり、介護保険法に基づいた運営基準上、「身体的拘束その他入所者（利用者）の行動を 制限する行為」であり、入所者（利用者）の「生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き」行ってはならず、原則として禁止されています（※）。

（※）「介護施設・事業所等で働く方々への身体拘束廃止・防止の手引き」
https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/001484658.pdf

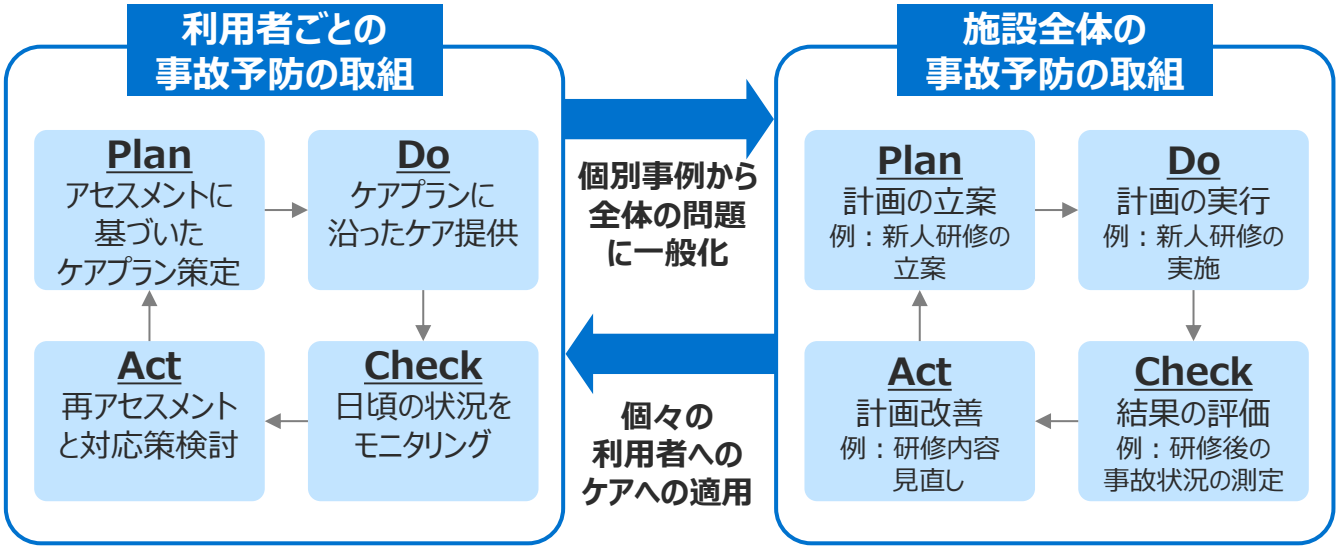
4．PDCAサイクルを通じた改善活動

Point

- 個々の利用者ごとの事故予防の取組と、 施設全体で事故予防の取組をサイクルで回すこと、重大事故が起きる前の「ヒヤリ・ハット」を活用することが、継続的なリスクマネジメントの向上につながります。

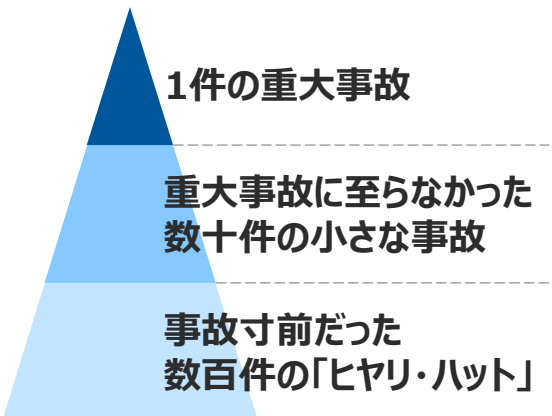
リスクマネジメント強化のための改善活動

- リスクマネジメントの取組は、まず個々の利用者ごとの事故予防の取組が必要です。それらの取組を通して、施設全体で事故予防の取組を行う必要があります。
  - ✓ 例えば、体調不良をきっかけに歩行時のふらつきが出てきた利用者Aさんに対し、新たに歩行介助を行う、というのは、個々の利用者に対する取組です。
  - ✓ その取組を通して、他の利用者の歩行時のふらつきをアセスメントし、歩行介助が必要となる利用者を洗い出し、転倒予防に向けた適切な対応を取ることが、施設全体での取組です。
- 好事例となる施設は、個々の利用者ごとの事故予防の取組と、 施設全体で事故予防の取組をそれぞれPDCAサイクルで回していく仕組みが徹底されています。



ヒヤリ・ハット活用の重要性

- 「ハインリッヒの法則」をご存じでしょうか。これは、1件の重大事故の背後には、重大事故に至らなかった数十件の小さな事故が隠れており、さらにその背後には、事故寸前だった数百件の「ヒヤリ・ハット」する出来事がある、という考え方です。
- 介護の現場では、大きな事故を防ぐために、「ヒヤリ」とする問題や、「ハット」危ないと感じたことを、蓄積し、施設全体で振り返り活動を行うことが重要です。
- どんな小さな「ヒヤリ・ハット」でも見逃さずに対応することで、利用者や職員の安全を守ることができます。



Ⅱ 事故予防のための体制整備のあり方

1　リスクマネジメント強化に向けた組織の基盤づくり
2　事故発生の防止のための指針・業務手順書の整備
3　事故発生の防止のための委員会の設置と運営
4　リスクマネジメント強化に向けた教育・研修
5　事故の未然防止のためのアセスメント
6　ヒヤリ・ハット/事故の管理と活用
7　利用者・家族との連携・多職種連携
8　介護テクノロジーの活用
9　その他留意事項

1. リスクマネジメント強化に向けた組織の基盤づくり

Point

- リスクマネジメント体制の強化は施設管理者の責務です。
- 取組が職員に根付くとボトムアップ型の改善提案も機能し、組織体制の強化につながります。

管理者としての理念・方針の明示

事故予防の体制整備に向けた理念や方針を示す

- 介護サービスの提供にあたって、利用者が安全に、かつ、その人らしい生活を送れるよう事故予防の体制整備を行うことは施設管理者としての責務です。
- 施設管理者は福祉の専門家として、職員・利用者とその家族に対して、組織理念や施設方針、それらの理念や方針に基づくケアを実現するためのビジョン・体制を示すことが求められます。

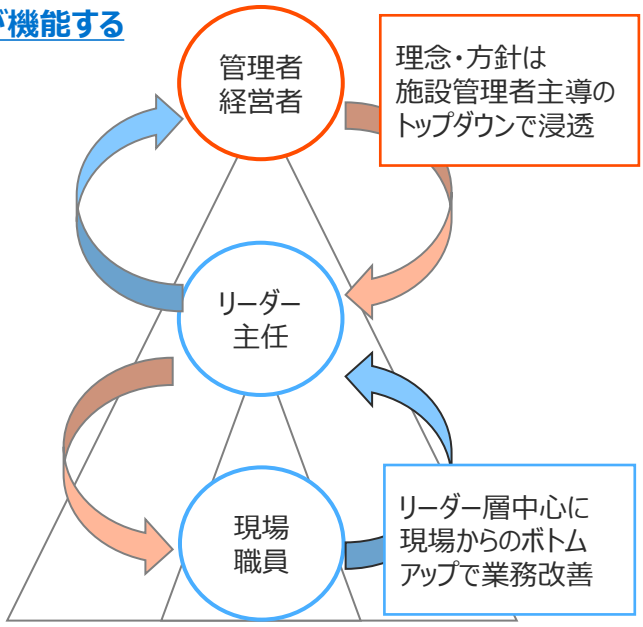
リスクマネジメント体制の強化に向けた施設管理者の役割

- 事故予防の体制整備に向けては、施設管理者が中心となってリーダーシップを発揮し、理念・施設方針の決定や適切な意思決定等を行います。施設管理者にビジョンや熱意がなければ体制整備が進まず、職員のモチベーションを維持することも難しくなります。
- 体制整備に向けた取組を進めていくことは、職員が安心して働くことができる職場作りや安全なケアを行うための職員教育にも通ずる部分があり、組織としてのリスクマネジメント体制の強化へとつながります。
- なお、介護サービスを提供する目的は、要介護高齢者の尊厳の保持と、その方の能力に応じた自立した生活や自己決定の尊重にあり、事故防止の徹底がそれらの目的に反したものとならないよう留意する必要があります。

職員の役割に応じた改善活動・体制づくり

取組が職員に根付くとボトムアップ型の改善提案が機能する

- 事故予防の体制整備に向けた取組を進めるにあたって、まずは施設管理者を中心とするトップダウンでの組織作りが有効です。
- その後、取組が職員の中に根付きはじめた段階からは、現場からのボトムアップによる改善提案を仕組みとして取り入れましょう。
- トップダウンによる体制整備、ボトムアップによる改善提案のいずれにも、管理者層と現場職員のパイプ役となるリーダーや主任といった中間層の果たす役割が重要です。
- リーダー・主任などの中間層には、チーム全体の日々のケアや環境への気配り、現場の課題を管理者層に正しく伝える役割等が求められます。



2. 事故発生の防止のための指針・業務手順書の整備

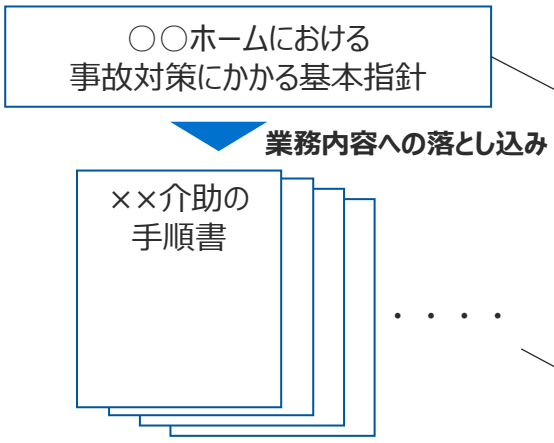
Point

- 指針・業務手順書には、事故予防の重要性や目的を組織に浸透させる役割があります。
- 業務手順書の内容は継続的な見直しにより整備していきましょう。

指針・業務手順書の意義

指針・業務手順書の整備を通じて事故予防の重要性や目的を組織に浸透させる

- 事故予防の取組を組織に浸透させていくため、指針や業務手順書の整備をすることが重要です。
- 指針を通じて施設の事故予防やリスクマネジメントに対する考え方・体制など事故予防に関する基本的なあり方を施設内に浸透させ、業務手順書の整備によりどの職員が担当しても標準的な方法・手順による実施を担保し、ケアの目的を安全かつ確実に達成することができるようになります。



指針

- 施設の事故対策の基本方針を施設内外に示すもの。
- 特に施設内に対して、職員一人ひとりが事業所の目指している取組を理解できるよう全体像や個別の取組の必要性・目的をわかりやすく示すことが重要。

業務手順書

- 指針を現場の業務内容に落とし込みわかりやすく示したもの。
- ケアの標準化に向けて整備することで、どの職員でも標準的な方法・手順で安全なケアが行えるよう分かりやすく示すことが重要。

業務手順書に沿ったケアを行うための工夫

業務手順書が活用しやすくなるような工夫が大切

- 業務手順書には、原則として、必ず実施するべきことと、職員全員が守らなければいけないことを明瞭に記載することが重要です。内容・テーマは、基本的な知識や事故発生時の対応、各種ケアの実践方法まで多岐にわたります。
- 知りたいことがいつでも容易に確認できるよう、例えば、業務手順書を職員全員に配布する、指針を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が求められます。

業務手順書の内容は継続的な見直しにより整備

- 業務手順書の内容は、日常の業務で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絶えず確認することが重要です。また、業務手順書に沿ったケアが現場で行われていない場合には、見直しや検証が必要です。
- 業務手順書を現場で使いやすく、役立つものにするため、絶えず実態や最新のケアの知見・技術に合わせて見直しを続けることが求められます。

3. 事故発生防止のための委員会の設置と運営

Point

- 事故発生防止のための委員会を運営する上では、委員会の目的や役割を明示し、多職種で連携しながら活動を進めることが重要です。
- 平時の安全対策・事故防止だけでなく、即時的な対応も求められます。

事故発生防止のための委員会が果たすべき機能

事故発生防止のための委員会の役割

- 令和3年度の介護報酬改定により、施設系サービスにおいて、安全対策の担当者を設置することが義務付けられました。
- 事故発生防止のための委員会は、施設内の安全確保・事故予防のための意思決定機関として設置されます。委員会では、施設のリスク状況を把握・分析し、安全確保・事故予防に必要な対策について意思決定を行います。
- 事故発生防止のための委員会は、①施設内で発生した事故やヒヤリ・ハットの事例収集、発生傾向の分析、②事故分析、予防・再発防止策の検討・決定、③事故予防・再発防止策の周知、④対策の効果検証を行い、組織として事故予防・再発防止に取り組む際の中心となること等が求められています。

事故発生防止のための委員会の運営のポイント

委員会の目的や役割の明文化

- 委員会の目的と役割、構成メンバーを明文化し職員に示すことで、施設全体で委員会の意義に対する理解が深まり、委員会への協力の促進や委員会主導の活動の活性化につながります。
- 会議録を施設内で公開する、事故が発生した際には委員会メンバー以外の職員にも議論に参加してもらう等、委員会の取組を職員全体に知ってもらう工夫をしている施設もあります。また、スタッフに対してアンケートを実施する等、職員の声を委員会の活動に活かす取組も行われています。

バランスの取れたメンバー構成

- 介護施設等には管理者、医師、看護職員、介護支援専門員、機能訓練指導員、生活相談員、介護職員等の多様な職員が勤務しています。施設管理者だけでなく、部門、職種、職位のバランスの取れたメンバー構成にすることで、偏りのない視点で、現場の実態にあった安全・事故予防の取組を検討することができます。
- 管理職以外の職員も発言しやすい雰囲気や仕組みをつくることで、施設内の取組がトップダウン型のものだけにならないよう工夫している施設もあります。

適切なタイミングでの開催

- 平時に定期的に行う委員会だけでなく、事故が発生した際に迅速な対応を行うため、臨時で委員会を開催することも必要です。事故発生時には、委員会のメンバーがすぐに事故状況の把握や要因分析を行うことで、即時的な対応が可能になります。
- 定期的な委員会では、直近で事故が発生していなくても事故につながる可能性のあるケアについて取り上げる等、事故予防の取組につなげている施設もあります。

4. リスクマネジメント強化に向けた教育・研修

Point

- 職員が無理なく参加できるよう、研修の時間や回数等を工夫しましょう。
- 職員のニーズに合ったテーマ設定や、現場の実態を反映した研修の立案等、研修が形骸化しないような取組が必要です。

研修実施の意義

研修の意義・目的

- 施設内で研修を実施することは、施設の指針や業務手順、施設内での情報連携の方法を職員間で周知し、浸透させる上で重要です。
- ケアに関する研修を行い、職員一人ひとりの介護技術を向上させることで、事故防止だけでなく、施設全体でのケアの質の向上にもつながります。

研修運用上の工夫

職員が参加しやすい研修計画づくり

- 研修を有用なものにするためには、受講者に研修の意義や必要性を理解してもらい、研修が形骸化しないようにする必要があります。
- 職員が無理なく参加できるよう、計画的に研修を実施しましょう。研修時間を調節する、研修を複数回実施する等、職員が参加しやすい工夫を行うと良いでしょう。

研修における地域資源の活用

- 施設内のリソースに限りがある場合は、地域の社会福祉協議会等が実施している外部研修や、行政、地域の事業者団体と連携した合同研修の実施も有用です。他機関とともに研修を実施することで多職種の学び合いの機会になり、また日頃からの地域内の連携を深めることができます。
- 法人内の医療機関と一緒に勉強会を行っている施設や、地域の消防署と連携して窒息事故時の対応を学んでいる施設等、連携先の特長を生かして学びの機会を設けている施設もあります。

研修テーマの設定

現場に役立つ研修内容の検討

- 基本的な知識を学ぶ全体研修に加えて、部門や職種ごとの個別研修を行うことも有用です。職員のニーズに合ったテーマを選定することが望ましいでしょう。また、講義形式の研修だけでなく、ワークショップ等の職員参加型の研修を行うことも有用です。施設内の実事例を用いることで、自施設に合ったリスク予測や対策を自分事として考えることができます。
- 施設内の見守り機器で撮影した写真を使ってリスク予測のワークショップを行ったり、事例を用いて事故の原因分析や対策を考える演習を行ったりしている施設もあります。

職員の研修の実施・運営への参画

- 職員自身が研修を企画することで、職員のモチベーションの向上にもつながります。

5. 事故の未然防止のためのアセスメント

Point

- 各種サービス利用開始直後は事故の発生リスクが高く、利用者一人一人のリスクを把握することが重要です。
- 十分なリスクアセスメントを行い、事故の未然防止につなげましょう。

サービス利用開始直後は特に注意が必要

サービス利用開始直後は事故のリスクが高い

- 介護保険施設や高齢者住まい等への入居直後や、通所系サービスの利用開始直後等、各種介護サービスの利用開始直後は事故の発生リスクが高い時期と言えます。
- その要因として、職員が利用者の行動パターンを把握できていないことや、利用者の生活が変化し、これまで過ごしていたような動き方ができないこと、慣れ親しんだ環境や人間関係が変わり、生活の意欲が低下すること等があげられます。
- 事故の未然防止のためには、サービス利用前後で利用者一人一人のリスクを十分に把握することが重要です。

十分なリスクアセスメントを行い事故の未然防止につなげる

サービス利用開始前の情報収集

- まず、サービス利用の開始に当たって、利用者の情報収集に努めましょう。ケアマネジャーとの連携や、利用者本人・家族との面談等を通じて事前に情報収集を行い、想定されるリスクについて予め検討しましょう。
- サービス利用時に提供される診療情報提供書や、健康診断書等の書類もリスクを把握する上での重要な情報となります。

多職種による居室環境も含めたアセスメントを行う

- 心身の状態や口腔機能等、専門職とも連携して多職種でアセスメントを行い、利用者個々の事故発生リスクについて把握します。利用者本人だけでなく、元々どのような住環境で生活をしていたのか、家具の配置、動線等も含めて、居室環境のアセスメントを行うことも重要です。
- 居室環境を調整するためのチェックシートを作成し、利用者一人一人についてベッド柵の設置場所やベッド周囲の環境、移乗介助の際の車いすの位置等をまとめ、どの職員でも間違えずに居室環境を整備できるよう、メモを床やベッド柵等に貼って居室環境の条件を確認できるよう工夫している事例もあります。

利用者の行動パターンを把握する

- 初日は家族にも協力してもらう、可能な限り利用者に付き添う等、実際の生活における行動パターンを把握しましょう。
- 1週間程度は行動パターンのメモを続け、複数の職員の目線で注意すべきポイントを洗い出し、居室に掲示するなどして、他の職員がすぐに確認できるよう情報共有を行います。

<リスクアセスメントのポイント>

事前の情報収集

- **ケアマネジャーからの事前情報や利用者本人・家族との面談、健康状況などから想定されるリスクを検討する**

アセスメントの実施

- **専門職と連携し多職種でアセスメントを行う**
- **居室環境も含めてアセスメントを行う**

行動パターンの把握

- **1週間程度利用者に付き添い、実際の生活における行動パターンを把握する**
- **家族にも協力してもらう**

6. ヒヤリ・ハット/事故の管理と活用

Point

- ヒヤリ・ハット/事故事例はケアの質を確認する貴重な情報源であり、一元的に収集・管理する仕組みの整備が重要です。
- 職員からのヒヤリ・ハット報告が活性化する仕組みを構築しましょう。

ヒヤリ・ハット/事故事例はケアの質を確認する情報源

施設内の事故情報とヒヤリ・ハット事例を一元的に収集・管理する仕組みの整備が重要

- 事故が発生した場合には、そこから学んだ教訓を活かし、次の事故につながらないよう再発防止策を講じることが求められます。
- また、事故には至らなかった、「少し気になる」程度の些細なものも含んだヒヤリ・ハット事例も、起こりうる事故を未然に防ぎ、ケアの質を高めるための貴重な情報となります。
- 発生した事故に限らず、ヒヤリ・ハット事例も同様に施設内で一元的に収集し、管理・分析して、数値データや事例として発生状況を把握する仕組みを整備することは、ケアの質向上や事故の未然防止/再発防止策を検討する上で重要です。

ヒヤリ・ハット/事故情報の一元的な収集・管理のための運用上の工夫

ヒヤリ・ハット/事故情報の職員からの報告の仕組みを構築することが必要

- 発生したヒヤリ・ハット/事故事例を施設全体で収集・管理するために、職員からの報告の仕組みを構築しましょう。
- ヒヤリ・ハット/事故の報告を行うことで、職員が実際の事例に基づき、利用者の生活・心身の状態、発生時の状況など一連の情報を整理・認識することができ、事故の発生しやすい状況等に関する知識・事故防止の実践力が身につくことも期待できます。

報告を活性化するための動機づけや様式整備を行う

- ヒヤリ・ハット/事故報告の目的は、職員の責任追及ではなく利用者に対するケアの改善であり、仕組みを構築する際には、報告を活性化するための工夫が重要です。
- また、報告をケアの質向上やその後の事故防止につなげるために、報告様式の整備が重要です。発生状況をわかりやすく、時系列に沿って記載できることに加え、原因分析においては事実と推測を明確にわけ、本人・職員・環境、それぞれの要因別に検討できるようにするなどが効果的です。

報告を活性化させるためのチェックポイント

☑職員に報告の重要性が理解されているか？
報告が事故防止にとって重要であると職員に理解されるよう、まずは理念・指針として示すことで、報告の重要性を伝えていきましょう。

☑職員への責任追及が行われていないか？
叱責される恐れがある場合、報告を避ける意識が働きます。事故は職員個人ではなく施設全体の課題と捉え、職員が萎縮しない環境作りを意識しましょう。

☑職員が書きやすい様式を使っているか？
記入要領や記入例を用意する、分類可能な項目をチェックボックス式にするなど、様式を工夫することで職員の報告書作成の負担を減らしましょう。

☑報告へのフィードバックを行っているか？
報告が実際のケアの改善に役立ち、利用者の安全が高まることを実感すると職員が報告する意欲が高まります。報告内容の分析や再発防止策の検討を、現場にしっかりフィードバックする仕組みをつくりましょう。

7. 利用者・家族との連携、多職種連携

Point

- 事業所内においては、多職種連携と、密な情報連携が重要です。
- 利用者やその家族、医療機関、行政と日々コミュニケーションを取ることがケアの質向上や事故の未然防止/再発防止につながります。

利用者本人・家族との連携

家族との信頼関係構築はケアの質向上やリスクに対する理解につながる

- 利用者の家族にはケアの一端を担うパートナーとなってもらい、リスクに関する情報はすべて開示・共有し、ケア方針の意思決定に参画してもらうことが重要です。入所時からの家族との信頼関係構築が施設運営の重要な要素となります。入所時には利用者自身も含めて施設での生活やケアの内容、発生しうるリスクについて十分な情報提供を行い、理解を得ることが大切です。
- 入所後も、オープンなコミュニケーションを日常的に行って要望を汲み取り、「対策を取り得る事故」と「防ぐことが難しい事故」に対する理解を求め、事故発生時には本人・家族に対して十分な説明を行いましょう。

職員間の連携

多職種連携と密な情報連携が重要

- 施設内での事故の未然防止策、事故が発生した際の対応策や再発防止策の検討においては、多職種で連携することによって、利用者のアセスメントや事故の要因分析を多角的に行えるようになり、事故の未然防止、再発防止の効果を高めることができます。
- 事故の未然防止や、事故発生時の早期の対応においては、施設内で周知・徹底するための密な情報連携が必要です。職員間の情報連携ツールを活用し、通話や一斉連絡、テキストでの周知等を通じて人的ミスの防止や即時対応につなげている施設もあります。

医療機関との連携

日々の取組から医療機関と連携する

- 事故予防の体制整備に取り組む上では医学的知見が不可欠であり、事故発生時だけに限らず、地域の医療機関と密に連携を取ることでより効果的な取組を行うことができます。
- 例えば、歯科医療機関と連携してより正確な口腔アセスメントを行い、より効果的な誤嚥防止策を行う、転倒防止策検討時に外部のリハビリテーション専門職に環境整備の助言を受ける、薬局に協力を依頼して薬を一包化してもらい、誤薬防止につなげる、といった連携が考えられます。

行政との連携

事業所運営に対する理解と協力を得る

- 行政には事業者の指導・監査を行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向けた支援や協力も受けられるため、日頃から施設状況の共有や相談などを行い、利用者の生活支援という共通の目的に向かって運営していくことへの理解と協力を得ることが重要です。
- ケアの質向上や事故防止に向けた研修会の開催、情報提供をすることも行政に期待されており、こうして得た情報を有効活用することで自施設での事故の未然防止につなげることもできます。

8. 介護テクノロジーの活用

Point

- 介護テクノロジーは、介護現場における事故の防止や早期発見等においても有効なツールです。
- 頼り切りにならないよう注意しながら、目的を明確にして活用しましょう。

介護テクノロジーとリスクマネジメントの関係性

介護テクノロジーとは

- 介護テクノロジーとは、介護サービスの質向上、職員の負担軽減、高齢者等の自立支援の推進等を目的とした介護ロボットやICT等のテクノロジーを指します。
- 例えば、利用者の状態把握を行う見守り機器や記録作成を音声入力等で補助する介護記録ソフト、職員による移乗動作を支援する移乗支援機器が該当します。

介護テクノロジーのリスクマネジメントへの活用

- 介護テクノロジーは主に介護現場における業務改善効果を期待して導入されていますが、介護現場における事故の早期発見や未然防止にも活用することができます。
- ただし、介護テクノロジーはあくまでもツールであり、リスクマネジメントは職員の経験や知見、改善活動がベースとしてあることが大前提のため、活用目的を明確にし、介護テクノロジーに頼りきりにならないよう注意しましょう。

介護テクノロジーにより期待できる効果

見守り機器による個別リスクに応じた転倒対策

- 離床検知機能を有する見守り機器を用いることで、巡視等の時間以外でも利用者の状況を把握することができます。加えて、利用者の状態に応じてアラートを設定することで、転倒・転落につながる起き上がりや離床の早期発見が期待できます。
- また、睡眠状況を把握できる見守り機器を用いることで、利用者ごとに睡眠状況を把握し、個別に起床介助を行うことができます。こうした機器の活用により、一斉起床による職員の稼働ひっ迫を防ぎ、結果として起床時間帯の転倒防止につながっている事例もあります。

介護記録ソフトによる事故情報の集計・管理

- 介護記録ソフトによってはヒヤリ・ハットや、発生した事故の集計・管理を行うことができ、施設全体の傾向をとらえることで対応策の検討に役立つものもあります。

リフト及び移乗支援機器による皮膚剥離・内出血・拘縮予防

- リフト及び移乗支援機器を用いることで、利用者にも無理な姿勢や過剰な力をかけることなく移乗が行えるため、皮膚剥離や内出血、拘縮予防や職員の腰痛予防が期待できます。

インカムによる早期応援要請による事故の早期対応

- インカムによって職員間でタイムリーに情報共有ができ、トラブル発生時に早期に応援要請が可能になるため、事故の早期対応が期待できます。

9. その他留意事項

Point

- ショートステイ（短期入所生活介護）における利用者のリスク把握・軽減のためには利用前訪問での情報収集が重要です。
- 業務委託や介護助手の雇用も有効な未然防止/再発防止策です。

ショートステイ（短期入所生活介護）における利用者のリスク管理

ショートステイ（短期入所生活介護）において考慮すべきリスク

- 主に自宅で過ごしている高齢者が利用できるショートステイ（短期入所生活介護）では、短期間ではありますが、利用者は突然なじみのない環境に置かれることとなるため、不安を感じたり、落ち着かないといった状況になりやすいと言えます。
- ショートステイ（短期入所生活介護）利用者に対して考慮すべきリスクとしては、利用者は慣れない環境で過ごすことになるため、一般的には転倒・転落があげられます。また、スポット的に利用するケースもあるため、誤薬・与薬漏れにも一層注意が必要です。

利用前訪問での情報収集が重要

- 特に転倒・転落リスクの把握・軽減のためには、利用前訪問での情報収集が重要であり、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。また、情報収集にあたっては利用者のアセスメントシートを活用することも有効な手段です

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方法などを詳細に把握する。

② ベッドの高さや幅、電動ベッドの動く範囲や角度、ポータブルトイレの位置（トイレの場合はトイレまでの動線）など、利用している福祉用具とその使い方を把握する。

業務委託や介護助手の雇用も有効な安全対策のひとつ

人的リソース不足により十分な対策を打てないこともある

- 介護現場における事故が発生しやすい時間帯としては、配膳・下膳時や、一斉起床介助時など、職員の業務がひっ迫している時間帯があげられます。
- 上記のようなシーンにおいて事故の未然防止/再発防止策を検討しようとしても、人的リソースが不足しており、十分な予防や再発防止策を打てないこともあります。

業務を外出しすることも有効

- 人的リソースが不足するような場合には、介護助手の活用や、外部機関への業務委託など、業務のアウトソーシングを検討することも一案です。
- 例えば、給食会社に下膳を委託することで、稼働がひっ迫する業務そのものをなくしてしまう、薬局に利用者ごとの薬の一包化を依頼して配薬をなくす、という対応をしている事例もあります。

アウトソーシングの事例

配膳・下膳の例

配膳・下膳時に職員の稼働ひっ迫	**給食会社に下膳業務を委託**

配薬の例

施設で配薬する際に間違いが多く発生	**薬局に利用者ごとの一包化を依頼**

Ⅲ 事故発生時の対応におけるポイント

1　事故発生時の全体像
2　事故発生時の対応（初動対応）
3　事故発生時の対応（事故報告）
4　原因分析･再発防止策の検討

事故発生前後のプロセス

	プロセス	内容およびポイント
事前	リスクアセスメント 未然防止の対応	• 事故対応の前提として、利用者ごとにアセスメントを行い、個々のリスクを把握する。
	事故発生	
初動対応	事故発生の 報告・連絡	• 利用者の救命や安全確保をした上で、迅速に上司やリーダー、管理者に報告し、被害の拡大防止を図る。 • 事故の発生を家族に対してできる限り早く連絡する。
	即時的な事故対応	• 看護職員と連携し、利用者の状況をできる限り早く、正確に把握し、応急処置等を行う。 • 事故報告や原因分析に備え、可能な限り記録を取る。
原因分析・再発防止検討	現場での状況確認 原因分析	• 事故の発見者を中心に、多職種・多部門で事故の現場を検証し、できる限り事実に基づき原因分析を行う。 • 根本原因分析（RCA）のための手法も活用する。
	再発防止策検討	• 多職種・他部門で収集した情報や原因分析をとりまとめ、現場のリソースやコストも踏まえ再発防止策を検討する。 • 職員個人ではなく、事業所全体で検討を行う。
	利用者本人 家族への説明	• 利用者本人や家族に対し、管理者等が正確に説明する。 • 事故情報は職員に対しても開示し、職員が個人的な判断や推測のもとに回答することがないよう徹底する。
再発防止対応	報告書作成	• 検討された原因分析や再発防止策が妥当なものかを検証し、事故報告書を作成する。 • 適切なタイミングで行政への報告も行う。
	再発防止策 周知・徹底	• 再発防止策を事業所内で周知し、マニュアル作成やルール化等を通じて徹底する。
	有効性確認・見直し	• 実行した再発防止策の有効性を確認し、改善を繰り返して常にアップデートを行う。 • 事故情報を集計・分析し、有効性の評価に活用する。

※事故の状況や各事業所内でのルールは様々であるため、必ずしもこのプロセスの限りではない

1．事故発生時の全体像

Point

- 事故報告の目的と意義を職員に浸透させ、報告の流れを定めることで、積極的な報告を促しましょう。
- 検討した再発防止策は、有効性を確認し常にアップデートしましょう。

事故発生時の対応プロセス

事故報告の目的と意義

- 事故報告の目的は、職員の責任追及ではなく、原因分析や再発防止策の検討を通じて利用者のケアの向上につなげることです。
- そのためには、客観的で正確な事実の記述が重要である、ということを職員に十分に理解してもらう必要があり、事故を報告することで叱責されるのではないか、という意識が働き報告を避けるようなことになってはいけません。
- 報告を奨励し、報告したこと自体を評価すること、さらには実際にケアの改善や利用者の安全向上に役立ったことを職員が実感できると、報告に対する意欲も高まるでしょう。

事故報告の流れの典型例

- あらかじめ、利用者のリスクアセスメントを行い、利用者ごとのリスクを把握することが重要です。
- 事故が発生したら、利用者の救命や安全確保をした上で迅速に上司やリーダーに報告することで、被害の拡大防止を図ります。また、事故発生時には利用者の状態をできるだけ正確に把握しましょう。
- 次に、事故発生時の状況に関する記憶が鮮明なうちに、事故の発見者を中心に、利用者の担当職員やリーダー、看護職員やリハビリテーション専門職等の多職種で事故の現場を検証し、できる限り事実に基づき原因分析を行います。
- 多職種で収集した情報や原因分析の内容をとりまとめ、現場のリソースやコストも踏まえ再発防止策を検討し、事故報告書を作成します。
- 委員会では、提出された事故報告書を基に原因分析や再発防止策が妥当であり、実現可能なものかを確認し、必要に応じて修正を加えます。
- 事故の原因分析と再発防止策を基に、利用者本人や家族に対しても十分な説明を行い、事故報告書を活用して事業所全体に再発防止策を周知します。

再発防止策は常にアップデートする

再発防止策の有効性は実行してみないと分からない

- 再発防止策が本当に有効なものなのか、継続的に実施できるものなのかは、実際に実行してみないと判断がつきません。また、常にアップデートしていくことも重要であり、早急に対応する必要がある事故などは「まずやってみる」という意識を持つことも必要です。

事故情報を集計・分析して有効性の評価に活用する

- 再発防止策の有効性を確認するという観点では、事故情報を管理・集計しておくことで、定期的に分析して定量的に発生している事故の傾向の変化を確認することもできます。

PDCAサイクルとOODAループ

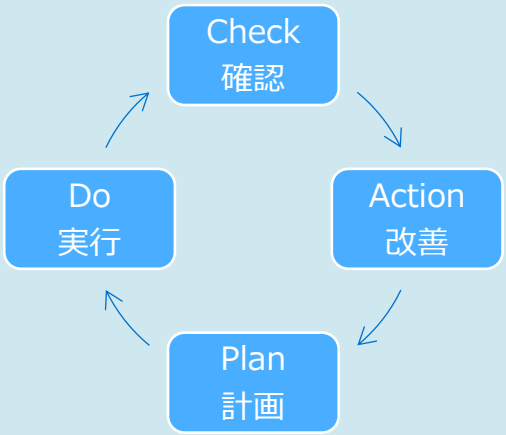
業務改善のための手法はいくつかありますが、PDCAサイクルは介護現場のリスクマネジメントにおいても定着している手法の一つと言えます。PDCAサイクルは「Plan（計画）→Do（実行）→Check（検証）→Action（改善）」というプロセスを繰り返し行い、業務改善や効率化を図る手法であり、事故やヒヤリ・ハットの未然防止/再発防止策の立案に用いられています。

一方で、PDCAサイクルは状況や前提が変わらない中で、最適解を見つけ出すことに適しており、近年はCheck（検証）からスタートすることが推奨されているため、これまで弱点とされていたスピードが出にくいというデメリットは小さくなっていますが、これまで対面したことのない、不確定な要素が多い状況では、目標設定がしにくくPDCAサイクルでは対応がしづらいという弱点もあります。

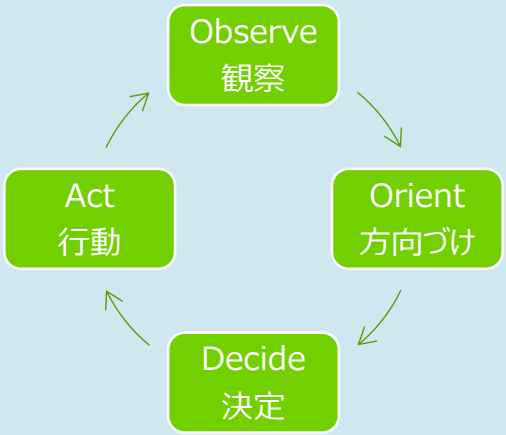
昨今は急速な技術発展、SNSの広がり等があり、市場環境変化が生じやすい状況にあります。そのような予測不可能な状況に対応して、よりスピード感をもって意思決定を行うための手法として「Observe（観察）→Orient（方向づけ）→Decide（決定）→Act（行動）」というプロセスを回していくOODAループが注目されています。事故への対応においても、不測の事態に対して早急に対応することが求められる場合もあり、OODAループを活用することも一案です。

PDCAサイクルとOODAループはそれぞれに特徴があり、メリットとデメリットがあるため、特徴を踏まえてこれらの手法を使い分けることができると、よりよい未然防止/再発防止策の立案につながります。

PDCAサイクル



OODAループ



*近年はCheck（確認）を起点とすることが推奨されている

以下のサイクルを回し、ノウハウを蓄積しながら改善を繰り返していく手法。 • Plan（計画）：目標の設定とそのための計画づくりを行う • Do（実行）：計画を実行する • Check（評価）：実行した結果を評価・分析する • Action（改善）：評価結果から改善や対策を行い、次の計画につなげる	**概要**	観察を起点に「まずやってみる」、その結果を基にループを回して改善を行う手法。 • Observe（観察）：状況を観察してデータを集める • Orient（方向づけ）：集めたデータから状況を判断する • Decide（決定）：状況判断に基づき、やることを決定する。 • Act（行動）：決定に基づき行動する
• 目標が明確になり、ぶれずに取り組みやすい。	**メリット**	• 変化が早い状況やスピードを求められる場合に対応しやすい。
• 不確定な要素が多い状況では目標が描きづらい。	**デメリット**	• 個人判断が重要となり、組織内での目標や意識のずれがあると成果が出にくい。

2．事故発生時の対応（初動対応）

Point

- 迅速な初動対応のためには、事故発生時の状況確認や職員連携の方法をルール化するとよいでしょう。
- 看護職員と連携して、できる限り正確な状況把握に努めましょう。

利用者の救命や安全確保を行い迅速に初期報告

利用者の救命・安全確保を第一に行う

- 事故が発生したら、まずは利用者の救命や安全確保を第一に行動します。
- この際の状況確認はルール化をしておくとよいでしょう。「事故かもしれない」という、判断がつきにくい場合の事実確認もルール化しておくと判断に迷いがなくなります。
- 例えば、転倒・転落事故の際は本人に状況を聞く他、目撃者がいた場合はその人からも話を聞く、頭を打っている場合は即受診する、といったことをルールで定めておくとよいでしょう。

事実確認を行うべき例

ベッド脇に利用者がうずくまっていた	**“転落”**が発生したか確認
食事中に動きが止まっている	**“誤嚥”**が発生したか確認

確認方法のルールの例

転倒転落

- 本人に状況を聞く
- 目撃者がいた場合は状況を聞く
- 頭を打っている場合は即受診　等

誤嚥

比較的早期

- 声掛け、肩を揺らし意識確認
- 意識があればタッピングをする
- 意識がなければ即吸引、救急車要請

発見が遅れたとき

- 唇の色を確認（紫色であれば発見の遅れ）
- 吸引、心肺蘇生を行い救急車要請

現場リーダーや上司へ迅速に報告する

- この時点では口頭でもよいので現場のリーダーや上司に迅速に報告を行い、他の利用者にも発生しうる可能性がある危険な環境については速やかに対処をします。

状況把握を正確に行う

看護職員と連携して利用者の状態を正確に把握する

- 事故が発生した際の利用者の状態が、今後の対応の判断材料になるため、利用者の状態はできる限り正確に把握しましょう。
- 正確な状態把握には医学的知見が不可欠なため、看護職員が場合は看護職員を呼び、不在の場合は電話連絡等で指示を仰ぎましょう。いる事業所の
- この際、確認すべき項目や基準を定めておくと看護職員の状態把握がスムーズになります。意識や呼吸の有無、血圧・脈拍・体温・酸素飽和度などのバイタルサインが該当します。

事故の損害を最小限に抑える早期発見対策

事故は発見が遅れると、詳しい状況や何が原因かがわかりにくくなり、手当てが遅れる、発見したときには重篤な状態に陥っているなど、発見が遅れれば遅れるだけ被害が深刻化するケースもあります。

事故を「早期発見」できれば、万が一事故が起こっても事故の被害を最小限に抑えることができる可能性があります。「早期発見」のためにも、『徘徊や転倒の可能性の高い利用者に対する1時間に1回の所在確認』、『フロア全体を見渡せる位置への常時職員の配置』といったマニュアルを取り入れることも効果的です。

3．事故発生時の対応（事故報告）

Point

- 事故発生時に職員が適切な行動がとれるよう、基本的な対応手順はあらかじめマニュアル等で示しておくことが重要です。
- 利用者家族に対しては、できるだけ早い段階で報告を行いましょう。

事故発生時の対応手順はあらかじめ定めておく

基本的な対応手順をマニュアルやフロー図で作成し平時から職員に周知・訓練を行う

- いざというときに職員が迷わず適切な行動がとれるよう、施設内での報告ルートや、医療機関との連携方法、利用者家族・行政への報告タイミングなど、基本的な対応手順をわかりやすいマニュアルやフロー図で作成し、平時から職員に周知し、訓練しておくことが大切です。
- 対応手順は個々の施設に合わせた内容とすることが必要で、施設ごとに作成すると良いでしょう。また、「いつ」、「どこで」、「誰が」、「どのように」、「何を」するべきか、その際の判断基準や確認ポイントは何かなど、具体的にわかりやすく示しましょう。

利用者・家族に対しては誠実な対応が重要

- 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しょう。事故への迅速な対応に加え、適切な説明の有無も家族からの信頼関係に影響するので、管理者層の適切な関与も必要です。
- 当事者家族に対しては、虚偽の説明をすることなく、求められた情報は可能な限り開示しましょう。一方、当事者家族に対して情報開示を行う際にも、プライバシーの保護には十分配慮することが大切であり、本人の人権を最大限尊重するという姿勢が求められます。
- また、事故情報は職員に対しても開示し、正確な情報を伝えるとともに、各職員が当事者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がないよう徹底しましょう。家族対応の窓口となる職員（管理者等）を決めておくことも効果的です。

行政には適切なタイミングで報告を行う

- 通常、死亡事故や医師（施設の勤務医、配置医を含む。）の診断を受け投薬、処置等何らかの治療が必要となった事故が発生した場合には、施設から市区町村など行政への報告が求められています。
- 行政への報告により、行政は事故の事実や発生時の状況、施設の対応などを把握でき、必要に応じた助言や指導により家族とのトラブルを防ぐことにつながります。

職員への情報共有で繰り返しの事故発生を防ぐ

同じ原因の事故が繰り返し発生した場合、施設あるいは職員が介護の専門家としてその責任を問われることがあり得ます。そうしたことがないよう、事故発生時には、家族や行政への報告に加えて、職員への事故情報の共有を速やかに行うことも大切です。

繰り返しの事故発生を防ぐためにも、職員全体に迅速に情報共有ができる環境整備や、臨時のカンファレンスなどの実施で適時適切に情報共有を行う取組が求められます。こうした取組は、ヒヤリ・ハット事例の発生時など含め、日常的に行っていくことで根付きます。日ごろから職員間で積極的に情報共有する文化を醸成していき、組織体制の強化を図りましょう。

4．原因分析･再発防止策の検討

Point

- 原因分析･再発防止策の検討には施設全体の多職種で取り組みましょう。
- 妥当性の高い再発防止策の実施のためには、根本的な原因理解が重要です。

原因分析･再発防止策の検討は組織全体で多職種･多部門の職員により行う

原因分析･再発防止策の検討を施設全体で行う

- 事故の原因分析や再発防止策の検討は、事故発見者や当事者だけでなく、施設管理者や委員会メンバーを中心に、組織全体で行いましょう。組織全体で検討を進めることにより、事故は職員個人の問題ではなく、組織で再発防止に取り組むものといった文化の醸成につながります。

分析･検討にあたっては多職種･部門のメンバーの専門性を活用

- 組織全体で行う原因分析や再発防止策の検討は、多職種･多部門のメンバーで行うことが重要です。専門性の異なる多職種･多部門が協力して分析･検討を行うことで、根本的な発生原因の深堀りや、本質的な解決策の検討を行いやすくなります。
- また、分析･検討の結果は現場職員にもフィードバックを行いましょう。フィードバックを通じて職員一人ひとりが安全なケアの実施に意識を向けていくことが、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には、その効果の検証を行いましょう。必要に応じて対策を見直すことにより、より効果的な改善へとつなげることができます。

根本的な原因理解と再発防止策

根本的な原因理解は妥当性の高い再発防止策の検討につながる

- 妥当性の高い再発防止策を実施するためには、根本的な原因を理解し解決することが求められます。例えば、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、人員に限りがある中での実効性も低いと考えられます。
- 根本原因を探るにあたっては様々な手法（※P28 コラム：RCA（根本要因分析）を行うための手法に詳述）があり、その結果は概ね「利用者本人の要因」、「環境面の要因」、「職員全員に共通の要因」、「職員個人の要因」に大別されます。
- また、事故の発生リスクは利用者の状態によっても異なるため、アセスメントを行い、リスクに応じた対策に取り組んでいくと良いでしょう。

分析した根本要因		再発防止策の方法例
利用者本人にあるとき	⇒	･アセスメント実施 ･ケア内容見直し　等
環境面にあるとき	⇒	･家具配置の変更 ･備品の点検 ･設備改修　等
職員全員に共通するとき	⇒	･業務手順書の見直し ･研修の実施　等
職員個人にあるとき	⇒	･スキルチェック ･再教育　等

RCA（根本原因分析）を行うための手法

真に必要な再発防止策の検討や重大事故の未然防止には、ヒヤリ・ハット/事故発生後にRCA（Root-Cause-Analysis:根本原因分析）を行った上で対策をとることが重要です。

RCAによる再発防止策の検討は、医療機関ではポピュラーな分析方法として定着しており、介護現場においても参考となる手法です。最後にActionを加えて、RCA^{2}とし、実際に改善するまでを加えて表現する場合もあります。原因分析や再発防止策の検討にあたって活用していきましょう。

RCAを実施するべき事案の検討

RCAは必ずしもすべてのヒヤリ・ハット/事故事案に対して実施する必要はありません。RCAの目的は、根本原因を分析して再発を防止することにあります。したがって、原因がはっきりしている事案や、利用者個人の要因によるものや特殊な状況下によるものなど防ぐことが難しい事案よりも、

- ■繰り返し発生しているような**発生頻度の高い事案**
- ■重大事故につながりかねない**影響度の高い事案**　に対して実施するようにしましょう。

RCAを行うための分析手法

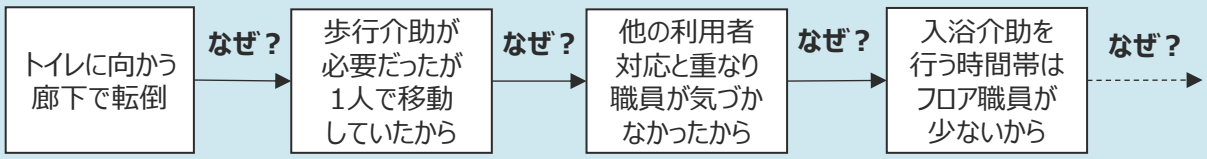
RCAの実施にあたっては様々なフレームワークが存在しますが、ここでは介護現場におけるRCAで有効だと考えられている**「なぜなぜ分析」**と**「SHELL分析」**を紹介します。まずは時系列順に起こった事象を整理しつつ、それらの事象の原因をより掘り下げていくために、これらの手法を活用しましょう。

なぜなぜ分析

なぜなぜ分析とは、発生した事案に対して、「なぜそうなったのか？」という問いを繰り返して、少しずつ原因を掘り下げ、根本原因までたどり着くためのフレームワークです。

現場の担当職員の報告に対して施設管理者が「なぜ？」を問いかけるなど、第三者視点での役割として実施するようにしましょう。「なぜ？」を繰り返すことで職員が自発的に根本原因にたどり着けることから、職員への教育効果も期待できます。

発生した事象　　**ポイント：なぜ？の問いかけを繰り返し行う**



SHELL分析

事故発生時には、当事者個人の問題に注目してしまう傾向がありますが、 実際には設備や職員体制などの当事者以外の要因も影響を与えており、 SHELL分析とは、そうした様々な視点から根本原因を探るフレームワークです。

当事者個人以外の要因を可視化しながら整理できるため、真に必要な再発防止策の検討につながります。施設内での報告書に観点別の分析を取り入れるなど有効に活用しましょう。

発生した事象：利用者に対する服薬漏れが頻繁に発生　　**ポイント：観点ごとに要因を分析**

要因分析の観点	分析内容（例）
Software（ソフトウェア）	服薬に関する手順書が整備されていない
Hardware（ハードウェア）	仕分け袋が目立ちにくい色・大きさのため、紛失の発覚が遅れる
Environment（環境）	照明がついていないことが多く、薬の落下に気付きにくい
Liveware（当事者）	他の業務を並行して行うことが多く、ミスが生じやすい
Liveware（他者）	服薬介助中の職員に対して他の対応を依頼することがある

Ⅳ 原因分析・再発防止、未然防止策の検討

1　転倒
2　転落
3　誤嚥・窒息
4　異食
5　誤薬・与薬漏れ
6　内出血・皮膚剥離
7　医療処置における事故
8　外出・送迎時の事故
9　サービス種別ごとの特性に応じた留意点

1. 転倒：再発防止/未然防止の具体策

Point

- 生活の場である以上、「防ぐことが難しい転倒」があることを本人や家族にも理解してもらいましょう。
- 個別に転倒リスクを把握し、それに応じた環境整備を行うことが重要です。

転倒事故の考え方

転倒の原因は様々であり「防ぐことが難しい転倒」の場合もある

- 転倒は多くの介護施設等で発生しており、各施設が最も意識して未然防止や再発防止に取り組んでいる事故の一つですが、転倒の原因は身体要因から精神要因、環境要因に至るまで、非常に多様でそれぞれが複雑に絡み合っており、「防ぐことが難しい転倒」であるケースも数多く存在します。

過度な転倒防止策は身体拘束につながるリスクがある

- 利用者を寝たきりにさせてベッドから動かないようにすれば転倒は発生しませんが、これは行動の自由そのものを奪う「身体的拘束等」に該当する可能性があり、身体拘束は介護施設等において原則禁止されています。

転倒は発生しうることを本人・家族にも理解してもらう

- 介護施設等は利用者にとって「生活の場」であり、利用者が自由に生活している以上は、「防ぐことが難しい転倒」が発生することがありえます。
- 施設としては「対策を取り得る転倒」の予防にフォーカスするためにも、個別の転倒リスクの把握に努め、「防ぐことが難しい転倒」があることを、本人・家族に対して十分に説明し、理解してもらうことが重要です。

利用者の個別リスクに応じた転倒防止策

生活環境も含めて利用者のアセスメントを行う

- 利用者の転倒リスクを把握し、転倒防止策を講じる上では、先に述べた通り、転倒の原因は多様かつ複合的であるため、画一的な対策は適しません。
- 利用者の身体機能、認知機能、行動パターンなどのアセスメントに限らず、元々の生活環境についても詳細に聞き取りを行い、ベッドの位置や、個室であれば家具の配置なども含めて環境整備を行うことが重要です。
- 生活の場である以上転倒は発生しうるものと考え、転倒したとしても大きなけがにつながらないように注力している、という施設もあります。具体的には、転倒しやすそうな場所にはあえてソファを配置し、転倒したとしてもクッションの役割を果たすようにする、といった環境調整を行っています。

見守り機器などの介護テクノロジーを活用する

- 転倒は夜間に職員の目が届かないところで発生することが多くありますが、ベッドセンサー等の見守り機器はベッド上や居室内の状況把握に役立ち、転倒の早期発見に貢献します。
- ただし、すべての利用者で同様の使い方をするとアラートがひっきりなしに鳴って逆に対応に苦慮する、といったこともありえるため、見守り機器を活用する上でも、利用者ごとにリスクを把握し、それぞれに適した機器の運用を検討することが重要です。

1. 転倒：ケーススタディ

利用者の行動パターン分析と環境調整により転倒防止を講じた実践事例

施設名	認知症グループホームA	規模	25床
事例概要	• 職員の稼働がひっ迫する食事準備時に転倒が発生。 • 利用者ごとの行動パターンを把握し、注意して見守るべき利用者を抽出して重点的に見守りを行うことで再発防止を行った。		
Point	• 利用者個々の行動パターンに目を向け、注意すべき利用者を特定した。 • 注意すべき利用者に対して見守りを行うだけでなく、環境調整を行うことでリスクの低減を行った。		

事故状況：食事準備中での転倒

発生時刻	17:40	発生場所	共用部	利用者の状態	転子部のひび

- 職員が夕食準備を行っている際に、 Aさん（要介護3、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲbの80代女性）が椅子から立ち上がって移動しようとしたところ、机の脚に引っかかり転倒した。
- 左臀部を床に打ち付けたことを確認し、同部位に発赤を認めた。痛みの訴えが強かったことから即時に整形外科を受診すると、左大腿骨転子部のひびと診断され、手術となった。

原因分析：稼働ひっ迫により職員が目を離したことによって発生

食事準備時の稼働のひっ迫
- Aさんが日によって椅子から立ち上がってしまう傾向があることは把握していたが、夕食の準備中に発生しており、職員の稼働がひっ迫していたためAさんの動きを確認している職員がいなかった。

歩き出してしまった際の動線確保が不十分
- Aさんの座っていた位置が机と壁の距離が短く、幅が狭い通路となっていたため、歩き出してしまった場合に安全を確保しにくい環境になっていた。

再発防止策：行動パターン分析による注意すべき利用者の抽出と環境調整を実施

行動パターンを分析し、より注意すべき利用者を抽出
- これまでの介護記録やヒヤリ・ハットの情報を分析すると、Aさんは夕方にそわそわとして立ち上がろうとする傾向があることがわかり、利用者の行動パターンを分析して時間帯ごとに注意すべき利用者を抽出し、その利用者を中心に見守りを行うこととした。

歩き出してしまった際のリスクを低減
- 注意すべき利用者は通路幅が広い位置に座ってもらうようにして、急に歩き出してしまったとしてもリスクの低い場所を歩けるようにした。

2. 転落：再発防止/未然防止の具体策

Point

- 利用者個々のアセスメントに基づいて、最適なベッド周辺の環境を整備しましょう。
- せん妄やBPSDの有無、排泄・睡眠状態にも注目しましょう。

ベッド周辺の環境整備は転落対策の基本

転落事故のうちベッドからの転落が多い

- 転落事故は身体状況や居室環境等、利用者個々のアセスメントが重要であり、特にベッドからの転落が多いため、ベッド周りの環境整備が重要です。
- ベッドからの転落は、高低差があることから大きなけがにつながりやすい事故です。利用者の身体状況やこれまで生活してきた環境を踏まえて、適切な位置にベッド柵、ナースコールを配置し、必要に応じてベッドセンサー等の機器も活用しましょう。

リハビリテーション専門職と連携して原因分析・再発防止策を検討

- ベッドからの転落は夜間に発生することが多く、ほとんどの場合、利用者が転落した後に発見することとなります。見守りカメラを設置していない場合は、発生の場面を見ることができないため、事実確認をすることが難しく、推測を基に原因分析を行うこととなります。
- 事業所内にリハビリテーション専門職がいる場合は、リハビリテーション専門職と連携して、転倒時の利用者の身体の向きやベッド周囲の環境等を踏まえて原因分析を行い、再発防止策を検討することが有効です。

発生原因はベッド周囲の環境だけとは限らない

せん妄やBPSDが原因の場合がある

- その方の普段の様子とは異なる行動により転落が発生する場合もあり、その原因がせん妄である場合もあります。せん妄は何らかの原因で脳機能に異常が起こり、幻覚や錯乱を引き起こすものです。
- せん妄の原因は不安などの精神的なものから体調不良といった身体的なものがありますが、脱水や便秘、薬も原因となり得ます。意外なものとしては入れ歯があり、総入れ歯の方が入れ歯を外して寝ることで舌根沈下が起こり、低酸素状態に陥ってせん妄を引き起こす場合があります。
- 認知症の方の場合は、BPSDによる行動によってベッドから転落してしまう場合もあり、認知症ケアが結果として転落の未然防止につながることもあります。

排泄ケアや生活リズムを整えることも未然防止策となりうる

- 排泄が自立している利用者の場合は、夜間に自身でトイレに行こうとすることそのものが転倒や転落リスクを高めることとなります。また、オムツを利用している利用者が転落するケースもありますが、オムツが汚れていることの不快感が原因であることが多いです。
- このような原因への対策としては、利用者個々の排泄パターンに応じて適切に排泄誘導し、必要に応じて排泄誘導を増やす、オムツ交換の回数を増やすというのもベーシックな対策となります。
- 一方で、夜間に起きずにしっかりと睡眠をとってもらう、という対策もあり得ます。夜間に寝られていない利用者は、日中の昼寝が多い、活動量が足りておらず寝られていない傾向にありますので、日中の活動を増やし、生活リズムを整えるという対策を取ることも一案です。

2. 転落：ケーススタディ

ベッド周囲の環境以外にも目を向け転落の再発防止策を立案した実践事例

施設名	介護老人保健施設B	規模	60床
事例概要	・薬の変更は思わぬ副作用やせん妄などの意識障害をもたらし、転落につながる可能性がある。 ・ベッドの高さなど、ベッド環境が転落発生時の損害の大きさに影響することもある。		
Point	✓ 原因分析では、薬の追加や変更など、ベッド環境以外の要因についても検討する。 ✓ 再発防止策の検討にあたっては、薬の追加・変更などの変化にも着目して対策を打っているか、転落が起きてしまったとしても重大事故にならないような工夫をしているか。		

事故状況：巡回時にベッド付近に仰向けで倒れている利用者を発見

発生時刻	夜間	発生場所	居室	利用者の状態	上腕骨ひび

- 夜間の定期巡回で職員が居室を訪室すると、ベッドの横にうつ伏せで倒れているBさん（要介護２、80代男性）を発見した。
- バイタルが正常であることを確認し、本人に聞き取りを行うと「トイレに行こうとベッドから降りようとしたが、落ちたことは覚えていない」と話した。
- 全身状態を確認すると、右上腕に内出血があり、痛みがあったため、整形外科を受診すると右上腕骨にひびが入っていた。

原因分析：薬の変更による副作用やせん妄による意識障害によって発生

薬の変更が意識障害をもたらした可能性

- 利用者は軽度の左片麻痺があるが日常生活はほぼ自立しており、普段は夜間にトイレに行く際にナースコールを鳴らしてもらっていたが、事故発生時はコールがなかった。
- 事故発生日には降圧剤の変更があり、本人が転落時のことを覚えていないことから、起き上がり時に起立性低血圧などの副作用や、せん妄が生じて転落した可能性がある。

高さ調整不可のベッドの利用

- また、日常生活が自立していることから高さ調節のできない施設内の古いベッドを利用しており、転落時の衝撃が大きかったと考えられる。

再発防止策：薬の追加や変更後数日の巡回数増加をルール化

薬の追加・変更があった利用者に対する巡回の強化

- 薬の追加や変更があった利用者は、これまでになかった副作用やせん妄などが発生する可能性があるため、薬の追加や変更後3日間は夜間の定期巡回の回数を4回から6回とするようにルール化した。

高さ調整ができるベッドの導入とベッドで過ごす際の低床のルール化

- 転落してしまったとしても大きなけがとならないように、全床高さを調整できるベッドに入れ替え、利用者がベッド上で過ごす場合は低床状態とすることをルール化した。
  (※対象者によっては、低床化することで身体拘束に該当する可能性があるため留意が必要)

3. 誤嚥・窒息：再発防止/未然防止の具体策

Point

- 多職種による口腔機能・嚥下機能のアセスメントを行いましょう。
- 一律ではなく、利用者個々の状態に合わせた食事提供を心がけましょう。

多職種連携による口腔機能・嚥下機能アセスメント

専門職による口腔機能・嚥下機能アセスメントの結果を職員間で情報共有することが重要

- 個人差はあるものの、加齢に伴い口腔機能・嚥下機能は低下します。利用者の口腔機能・嚥下機能は、日々接している介護職員のみで判断することは困難であるため、医師・歯科医師などの専門職による評価が重要になります。
- また、施設内においても、看護職員や管理栄養士、リハビリテーション専門職、歯科衛生士などの多職種が連携し、むせや口腔乾燥等の口腔機能及び嚥下機能スクリーニングを実施するなど、個々の利用者の状態を把握しておくことも重要となります。
- アセスメント結果を定期的に多職種による会議等で共有し、食事形態やケアをする際の注意事項を検討することも誤嚥・窒息の未然防止策として有効となります。
- 「口から食べられる」を支えるケアは、利用者の自立支援、尊厳の保持につながるため、利用者の状態に合わせた食事の提供のほか、食事を摂る際の姿勢や食事前の口腔体操（パタカラ体操など）、唾液腺マッサージ、食後や就寝前の口腔ケアなどを取り入れましょう。

【参考：パタカラ体操】

発音	方法（コツ）	期待される効果
パ	唇をはじくように	唇やほほ、お口まわりや舌の筋力をアップすることで、お口の機能が高まり、唾液が良く出るようになり、舌が滑らかに動いて食べ物を飲み込みやすくなります。 ※公益社団法人　日本歯科医師会　口腔体操パンフレット
タ	舌先を前歯の裏につける	
カ	舌の奥を上あごの奥につける	
ラ	舌を丸める	

個々の利用者に合わせた食事管理（食材のサイズ、形状、切り方等）

利用者の嚥下機能に合わせた適切な食事提供が重要

- 食事の際は誤嚥や窒息が発生しやすいため、利用者の噛む力や嚥下機能に合わせた食事の提供が重要となります。
- 利用者の噛む機能や嚥下機能によっては、基本食のほか、ソフト食やペースト食等の使い分けも重要となり、基本食においても、食材の切り方にバラつきが生じると誤嚥・窒息の発生要因となりうるため、統一化を図るためのマニュアル作成も有効となります。
- 水分が少ない食材を提供する場合は、水やお茶を一緒に摂りながら食べることを促しましょう。また、食べるペースが早い利用者には、一度に全ての食事を渡すのではなく、少量ずつ提供することを心がけましょう。
- なお、きざみ食は口の中や喉の奥でばらけやすく、気管にも入りやすいため、利用者の状態に合わせて細かくし過ぎないような配慮も必要となります。（誤嚥事例の多さから、きざみ食の提供を廃止している事業所もあります）

3. 誤嚥・窒息：ケーススタディ

専門職の助言および職員間での定期的な情報共有により誤嚥発生ゼロとした事例

施設名	特別養護老人ホームC	規模	80床
事例概要	• 食事時における誤嚥・窒息は、不適切な姿勢や利用者個々人の嚥下機能の低下によって発生リスクが高まる。 • 専門職による助言（アセスメント）および、職員間での情報共有により適切な食事環境を提供することが重要。		
Point	• 原因分析では、正しい姿勢や個々人に合わせた食事内容の把握ができているか。 • 再発防止策の実施にあたっては、専門職の助言および職員間で個別事象についての情報が共有され、多職種で改善に向けて取り組めているか。		

事故状況：嚥下機能が低下した利用者にきざみ食を提供し、誤嚥が発生

発生時刻	夕方	発生場所	食堂	利用者の状態	-

- Cさん（要介護４、80代女性）は、加齢により噛む力や唾液の分泌量、嚥下機能が低下し、他の利用者と比べ食事時間が長い傾向があった。
- 当日は、他の利用者同様にきざみ食を提供したところ、誤嚥が発生し激しく咳き込んだ。

原因分析：誤嚥メカニズムの知見欠如によって発生

不適切な姿勢による食事提供
- 利用者の体が前かがみになりすぎた状態で食事を提供しており、首やのどの筋肉が圧迫され、飲み込みにくい状態となっていた。

利用者個々の嚥下機能の認識不足
- 嚥下機能は利用者個々人で異なるが、定期的なアセスメントを行っておらず、適切な食事内容を提供できていなかった。また、当該施設で誤嚥事例の多いきざみ食の提供も行っていた。

再発防止策：専門職による助言および職員間での定期的な情報共有の場の設定

専門職による助言
- リハビリテーション専門職から姿勢・食事のアセスメント、食事での留意点について助言を受けるほか、誤嚥リスクの高い人については、専門職と連携し、嚥下機能や口腔ケアの方法について助言を受けた。

職員間での定期的な情報共有の場の設定
- 予防の観点から、食事会議・口腔会議を月１回開催し、食形態やとろみ使用の検討を実施。食形態を一口大の基本食、ソフト食、ペースト食の3段階とし、誤嚥事例の多かったきざみ食を廃止した。

4. 異食：再発防止/未然防止の具体策

Point

- 異食をすべて防ぐことは難しく、過度な対策は生活の制限につながります。
- 異食すると生命に関わる危険な物品を明確にして、利用者が触れないよう管理しましょう。

異食により生命に関わる物品を明確にして管理する

生命に関わる物品は利用者が触れないようにする

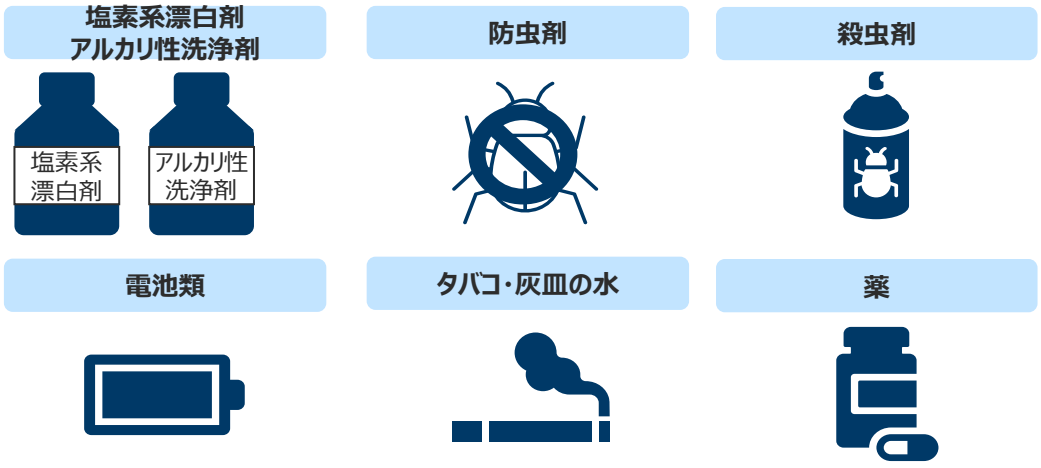
- 異食は認知症のBPSDにより引き起こされる症状の一つですが、どれだけ見守りを強化して、周囲にものを置かない等の対応をしても防ぐことは難しい事故です。また、異食をゼロにしようとすると、利用者の生活を制限してしまうことにもつながります。
- 異食事故は、生命に関わる物品の異食の防止に取り組むことが重要であり、第一に入所時に異食の有無を確認し、異食すると危険な物品を明確にして、利用者の身の回りに置かない、目の届かないところに置く、等の管理を行うことが必要です。

何が危険なのか、正しい知識を持って対応する

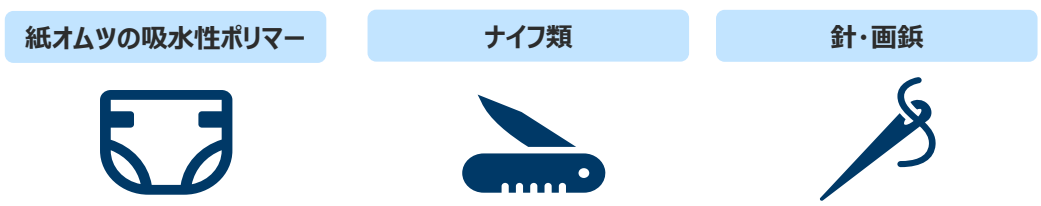
異食すると危険なものを徹底管理する

- 異食すると即生命に関わる毒性の高い物品としては、塩素系漂白剤やアルカリ性洗浄剤、防虫剤、殺虫剤、電池類、たばこ・灰皿の水などがあげられます。また、紙オムツの吸水性ポリマーやナイフ類、針、画鋲は異食するとけがや窒息の恐れがあります。
- こういった物品については、絶対に異食しないよう管理して対策を行いましょう。液体系の物品についてはセーフティキャップ付きのボトルに詰め替えるといった対策もあり得ます。

異食・誤飲すると生命に関わる毒性の強い物品の例



異食するとけがや窒息する恐れのある物品の例



4. 異食：ケーススタディ

保管場所・方法の見直しにより危険な物品の異食の再発防止を講じた実践事例

施設名	介護老人保健施設D	規模	70床
事例概要	・入浴の準備待ちの際に利用者が詰め替え用洗剤を飲み込んでしまう異食の発生。 ・少量では異食しても問題ない物品も大量に異食すると危険性は高まるため、利用者の手の届かないところに置く必要がある。		
Point	✓ 原因分析では、普段からの異食の有無や物品の管理方法に問題がなかったかを確認。 ✓ 再発防止策の実施にあたっては、物品管理方法や保管方法の再検討を行う。		

事故状況：脱衣所にて入浴待ちの際に浴槽洗剤を異食

発生時刻	11:00	発生場所	脱衣所	利用者の状態	入院

- 利用者のDさん（要介護3、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲaの70代男性）は自立歩行が可能であり、入浴の時間になったため、脱衣所にて職員が衣服等の準備するのを待っていた。
- 職員が利用者から目を離しているうちに、脱衣所のキャビネットを開き、脱衣所にある詰め替え用の浴槽洗剤をすべて飲んでしまった。
- 看護職員の判断ですぐに病院搬送となり、胃洗浄を行って経過観察のため入院となった。

原因分析：詰め替え用の浴槽洗剤の管理不足によって発生

詰め替え用浴槽洗剤の管理不足

- 利用者に認知症があることは入居時に把握しており、異食があることも把握していた。
- 塩素系洗剤など、危険なものはキャビネットの高い位置に保管しており、かつ鍵をかけていたが、普段から使用頻度の高い浴槽洗剤を保管している扉には鍵がついておらず、誰でも手が届く位置に保管していた。
- また、詰め替え用の浴槽洗剤の容器は誰でも開けられるような容器に入れて保管していた。

再発防止策：詰め替え用の物品の管理強化を実施

詰め替え用の物品の置き場所、保管容器を変更

- 浴槽洗剤は、詰め替え用のように大量に異食してしまった場合、危険な状態になる可能性があるため、浴槽洗剤等などの詰め替え容器の保管場所も鍵を付け、利用者の手が届かない位置に保管する。
- 詰め替え用の洗剤などを、セーフティキャップ付きのボトルに詰め替えて保管し、簡単に開けられないようにした。

5. 誤薬・与薬漏れ：再発防止/未然防止の具体策

Point

- 服薬事故は重大事故につながる恐れがあります。
- 配薬準備と配薬時でそれぞれ対策を講じることでヒューマンエラーの発生をなるべく防ぎましょう。

服薬事故は重大事故につながりかねないため、多段階チェックが基本

誤薬・与薬漏れは重大事故につながりかねない

- 誤薬や与薬漏れ（利用者が内服薬を落としたことによるものも含む。）は、利用者の生命・身体に直結影響を与えるもので、思い込み等のヒューマンエラーによって起こりやすい事故であるため、対策の検討と徹底が重要です。
- 誤薬・与薬漏れが起こる要因として、確認不足、服薬業務とその他の対応が重なり慌ただしい状況で行われていること、服薬業務に関するシステムがチーム内で統一されていないことなどがあげられます。

多段階確認など基本的な事項の徹底でヒューマンエラーが起こりにくい環境整備が重要

- 誤薬・与薬漏れを防ぐためには、多段階での確認作業や、服薬業務中はその他のケアにはあたらず専念するといった基本的事項を徹底することが重要です。
- リスク管理者を中心に、ヒューマンエラーがなるべく発生しないよう業務手順書の作成や服薬業務に専念できるような職員体制などの環境整備を行いましょう。

配薬準備と配薬前のそれぞれで対策を講じる

配薬準備と配薬時それぞれでヒューマンエラー発生の構造が異なる

- 誤薬・与薬漏れを防ぐためには、「薬を配薬トレーに用意する段階（配薬準備）」と「利用者に配薬し、飲ませる段階（配薬時）」でそれぞれ対策を講じるようにしましょう。
- 配薬準備や服薬介助の業務については、作業を中断することがミスの原因になるため、業務中断をしない環境整備を行いましょう。
- 配薬時の段階では、新しい職員などで配薬された薬に印字された名前と利用者の顔が一致していない場合にミスが起こりやすくなります。複数の職員で確認する、印字された名前を他のスタッフに聞こえるように読み上げるなど、多段階での確認を行いましょう。
- また適切に配薬を行えても、服薬されていなければ与薬漏れとなるため、飲み込んだかどうかまで確認することをマニュアルに定め、徹底することも大切です。

ICT活用や薬局との連携でヒューマンエラーを防止

服薬業務は、配薬準備・配薬・服薬介助と複数の工程を経ることから、ヒューマンエラーが発生しやすい業務といえます。そのため、ミスが起こりにくいような工夫をすることが有効です。

事例①：服薬管理システムの導入
特養Aでは、服薬業務をモバイル端末上で一元管理できる服薬管理システムを導入。薬の種類やタイミングが違うとアラートが鳴り、ミスに気付けるようになっている。

事例②：薬局との連携
特養Bでは、薬局と連携し、分包紙への印字内容の工夫、用法ごとに色線を付すなどによる識別性の向上や、薬剤の保管・管理に関する相談などを通じて、ミス防止につながっている。

5. 誤薬・与薬漏れ：ケーススタディ

食事後の配薬ミスの再発防止を講じた実践事例

施設名	特別養護老人ホームE	規模	90床
事例概要	・食事の下膳などの業務を並行して行ったことにより配薬ミスがおこり、誤薬が発生。 ・誤薬・与薬漏れはヒューマンエラーで発生するため、「ながら業務」とならないような仕組み作り・体制整備を実施。		
Point	✓ 原因分析では、ミスが発生した原因が業務手順や環境面によるものであったか確認。 ✓ 再発防止策の実施にあたっては、ルールやマニュアル作りにより、ヒューマンエラーの発生リスクがなるべく抑えられるような環境整備・工夫が重要。		

事故状況：朝食後に異なる薬を利用者に配薬、誤薬が発生

発生時刻	朝食	発生場所	食堂	利用者の状態	経過観察

- 利用者のEさん（要介護４、90代男性）は、医師の指示により持病の薬を毎食後に服薬することとなっていた。
- 朝食後に利用者ごとに服薬する薬を配薬するところ、看護職員が誤った薬を渡してしまった。
- 看護職員が配薬袋に印字された名前と利用者の顔を確認してから服薬してもらうようにしているが、当該職員が他の利用者の対応をしている間に、利用者が誤った薬を飲んでしまった。

原因分析：配薬を食事の下膳と並行して行っており、配薬ミスが発生

他の業務を並行して行っていたことによりミスの発生リスクが高い状況であった

- 配薬と食事の下膳を同じ職員が並行して行っており、ヒューマンエラーが発生しやすい状況であった。
- 服薬を確認する看護職員は他の利用者対応を優先しており、配薬済みの薬から目を離していた。

服薬業務の専任職員が決められていなかった

- 職員が夜勤と日勤で入れ替わるタイミングで、服薬業務の担当者が決められておらず、引継ぎもきちんとされていなかった。

再発防止策：服薬業務中は他の業務を行わないことをチーム内で徹底

ルールの徹底とマニュアル作成で発生リスクの低減

- 食事の下膳や利用者対応などと並行して服薬業務を行うとミスが起こりやすいため、服薬業務は専任で担当する看護職員を決めておき、服薬業務中は他の業務を行わないというルールを作った。
- 配薬と服薬確認を別の職員が行っていたが、配薬済みの薬から目を離す時間を作らないよう、配薬と服薬確認を同時に行うよう手順を変更し、マニュアルとして徹底した。

6. 内出血・皮膚剥離：再発防止/未然防止の具体策

Point

- 利用者の皮膚状態を把握して内出血・皮膚剥離のリスク管理をしましょう。
- リフトや移乗支援機器は移乗における内出血・皮膚剥離の防止にもつながります。

利用者個々の皮膚状態の理解

内出血・皮膚剥離は最も頻発するけが

- 内出血や皮膚剥離は、介護現場において最も頻発するけがであり、ヒヤリ・ハットにて内出血・皮膚剥離の報告を行っている事業所においては、最も報告されている種別になります。
- 内出血・皮膚剥離の多くは「いつの間にかできた」ものであり、原因の特定が難しい場合がほとんどですが、職員が介助を行う中で内出血や皮膚剥離をさせてしまうケースもあります。

利用者個々の皮膚状態を確認しリスクを把握する

- 一般的に高齢者の皮膚は若年者よりも弱く、内出血や皮膚剥離が起こりやすい状態にあり、要介護状態である高齢者ではその傾向がより顕著になります。
- 皮膚状態を確認することで、内出血や皮膚剥離をしやすい皮膚状態であるかは把握することはできます。
- また、内出血については血液を固まりにくくする薬（抗凝固薬、抗血小板薬等）を服薬していると発生しやすい傾向もあるため、利用者の服薬状況についても確認が必要です。
- このような利用者には粘着性の高いテープ類を使わない、車いすのシーティングにより臀部に局所的な圧がかからないようにするなど、対応を行います。

高齢者の皮膚の特徴

柔軟性が低下し
硬く脆い

水分量が少なく
乾燥しやすい

代謝が低下し
薄くなる

**内出血や皮膚剥離
がしやすい**

リフトや移乗支援機器の活用

無理な移乗介助が内出血や皮膚剥離を引き起こすこともある

- 移乗介助が内出血や皮膚剥離の原因となるケースもあります。移乗介助のスキル不足などで人力により無理な力を加えることは、職員に身体的負担がかかるだけでなく、利用者に対しても局所的に力がかかり、内出血や皮膚剥離を引き起こす場合もあります。

リフトや移乗支援機器は利用者にとってもやさしい

- リフトや移乗支援機器は、職員の身体的負担を軽減することを目的に導入されているケースが多いですが、人力と比較して力のかかり方が均等であるため利用者にとっても無理な力がかからず、移乗介助における内出血や皮膚剥離の防止につながります。
- ある特養においては、天井走行リフトを施設内の移乗介助が必要な場所すべてに導入することで、職員の腰痛ゼロにつながっただけでなく、移乗を要因とする利用者の内出血や皮膚剥離ゼロにつながったという事例もあります。

6. 内出血・皮膚剥離：ケーススタディ

臥床誘導の工夫とシーティングの強化で皮膚剥離・褥瘡防止を行った実践事例

施設名	特別養護老人ホームF	規模	60床
事例概要	・長時間の車いす座位により臀部の皮膚剥離を繰り返し、褥瘡が発生。 ・皮膚剥離や褥瘡予防には、除圧のための臥床への誘導方法の工夫の他、適切な座位保持のためのシーティングも重要。		
Point	✓ 原因分析では、除圧の誘導方法や、座位姿勢にも問題がなかったか確認。 ✓ 再発防止策の実施にあたっては、声掛けなど除圧の誘導方法を工夫するだけでなく、座位姿勢に問題があるのであればシーティングを組織的に強化することも検討したい。		

事故状況：繰り返していた臀部の皮膚剥離が褥瘡化

発生時刻	－	発生場所	－	利用者の状態	臀部の褥瘡

- Fさん（要介護２、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱaの90代女性）は共用部にて過ごすことが多く、車いすでの座位時間が長く、以前から臀部の皮膚剥離と治癒を繰り返していた。
- 皮膚薬とガーゼ保護で対応していたが、皮膚状態の改善が見られず、皮膚科往診の結果、褥瘡と診断された。

原因分析：長時間の車いす座位によって発生

長時間の車いす座位と除圧不足により皮膚剥離が常態化
- 利用者は痩せ型であり、皮膚剥離と治癒を繰り返していることからも皮膚が脆弱であることは把握していた。
- 車いすの座位時間が長く、除圧が不足していたが、臥床を促しても本人が嫌がり、臥床による除圧が進められなかった。

適切な車いす座位姿勢のためのアセスメントや対応の不足
- 車いすのシーティングが不十分であり、局所的に圧がかかりやすい状況にあった。

再発防止策：臥床誘導の声掛けの工夫とシーティングの強化を実施

除圧誘導に向けた声掛けの工夫
- 車いすの座位時間が長い利用者に対しては、日中に居室で過ごす時間を設定し、「お部屋でゆっくりしましょう」というような声掛けを行い、臥床を促すようにした。

施設全体でのシーティングの強化
- 車いすのシーティング研修を受け、シーティングを強化し、車いす利用の利用者に対して局所的な圧のかかりにくい座位姿勢保持を促した。

7. 医療処置における事故：再発防止/未然防止の具体策

Point

- 介護施設での医療処置でも事故は発生する可能性があります。
- チューブ抜去に対しては、なぜチューブを抜くのか、その原因のアセスメントが重要となります。

介護施設で行われる医療処置

介護施設での医療処置でも事故は発生しうる

- 介護施設では、看護職員等により、さまざまな医療処置が行われています。例えば、摘便、創傷の処置、カテーテルの管理、ストーマの管理、注射、経鼻経管栄養の管理などがあげられます。
- 医療機関で発生しうる事故と同様に、介護施設で行われる医療処置による事故が起こる可能性があります。

介護施設で行われている医療処置の例

- 摘便
- 浣腸
- 褥瘡・創傷の処置
- 膀胱留置カテーテルの管理
- 血糖測定
- ストーマ（人口膀胱・人工肛門）の管理
- 導尿
- ネブライザー（吸入器）の管理
- インスリンの注射（自己注射できる場合を除く）
- 酸素療法
- 胃ろう・腸ろうの管理
- 喀痰吸引
- 疼痛の管理
- 抗生物質の点滴
- 静脈点滴の管理
- 経鼻経管栄養の管理
- 皮下点滴の管理
- 医療用麻薬の点滴以外での投与
- 透析が必要な入居者の日常的な観察・送迎
- モニター測定
- 気管切開の管理
- 医療用麻薬の点滴
- 中心静脈カテーテルの管理（CVport含む）
- レスピレータ(人工呼吸器)の管理

出典：令和３年度 老人保健健康増進等事業「特別養護老人ホームにおける医療ニーズに関する調査研究事業」に基づき日本総研作成

チューブ抜去への対応

カテーテルや経鼻経管栄養のチューブ抜去が起きるケースが少なくない

- 介護現場でよくある事故は、カテーテルや経鼻経管栄養等のチューブ抜去です。特に、認知症の人が、チューブ類を抜いてしまうことが少なくありません。

なぜチューブを抜くのか、その原因のアセスメントが重要

- この場合、なぜその人がチューブを抜くのか、その原因をアセスメントし、その原因を除去することが重要となります。例えば、チューブが視界に入るため気になっている、チューブが当たっている部分がかゆい、といった原因がありえます。そのような場合、入浴や清拭・保湿により清潔を保つことが有用である場合があります。

経鼻経管栄養の継続に関する検討も必要

- また、経鼻経管栄養は、ストレスや誤嚥リスクも伴うため、経鼻経管栄養の継続について検討を行うことも重要です（※）。

（※）日本静脈経腸栄養学会による「静脈経腸栄養ガイドライン 第３版」によると、経鼻経管栄養（経鼻胃管）を施行する期間として4週間未満が推奨されている。

7. 医療処置における事故：ケーススタディ

チューブ自己抜去の原因分析により再発防止に取り組んだ実践事例

施設名	特別養護老人ホームG	規模	80名
事例概要	• 経鼻経管栄養チューブや膀胱留置カテーテルの自己抜去が頻発。 • なぜチューブを抜くのか、その原因のアセスメントを行い、自己抜去の原因となる事象を除去することが重要。		
Point	• チューブの自己抜去が発生する原因のアセスメントを多職種で行った。 • 本人にとって不快な要因を除くことにより、自己抜去の再発を予防できた。		

事故状況：経鼻経管栄養チューブの自己抜去

発生時刻	13：00	発生場所	自室	利用者の状態	―

- Gさん（要介護５、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅳの90代男性）は、経鼻経管栄養チューブを留置した状態で退院して、施設に戻った。
- 栄養注入中にチューブを自分で抜いてしまうことが複数回起こった。

原因分析：チューブが当たっている部分のかゆみによって発生

アセスメントによりチューブ接触部のかゆみが原因であることを特定

- 生活相談員、看護主任、介護職員、医師からなる事故防止委員会にて、自分でチューブを抜いてしまう原因をアセスメントする必要があることを確認。
- 毎日の生活記録や１日２回の申し送りで情報共有を行い、介護職員、看護職員等本人にかかわる職員が連携してアセスメントした。
- アセスメントの結果、チューブが当たっている部分のかゆみにより、手で顔をかくときにチューブを抜くことが多いことが分かった。

再発防止策：清潔を保つケア等を実施

かゆみ防止のため入浴、清拭・保湿を増やし清潔保持

- チューブが当たっている部分のかゆみを防ぐため、定期的な入浴、毎日の清拭・保湿により清潔を保つことができるようケアを行った。

チューブ抜去時の対応・情報共有の周知徹底

- 職員が、自分が担当したときに、チューブを抜いてほしくない等、不安や責任を感じていたため、チューブを抜いてしまった場合の連絡体制や対応方法について周知した。
- ケア内容が数日単位で変わることもあるため、休みや夜勤の職員に対して、変更内容の伝え漏れが無いよう、書面と口頭でのコミュニケーションがとれるようにした。

8. 外出・送迎時の事故：再発防止/未然防止の具体策

Point

- 外出・送迎時には様々な事故が発生しうるので、対応のルール化が重要
- マニュアル等を整備して、どの職員も同じ対応がとれるようにする

外出・送迎時の事故は対応のルール化が重要

外出・送迎時には様々な事故が発生しうる

- 外出や送迎時には、様々な事故が発生する可能性があります。例として、送迎車両の乗降時における転倒、送迎車両の交通事故（もらい事故も含む）、車内への利用者の置き去り、送迎直後の玄関先での転倒などがあげられます。
- 外出や送迎時に発生する事故は、施設・事業所内とは異なり、対応が難しい場合が多いです。また、介護職員よりも介護に関する知識が薄いドライバーが事故発生後に適切な措置を行えず、結果として事業所の過失として判断されたケースも存在します。

細かなマニュアルを作成しルール化する

- 外出や送迎時の事故の再発防止/未然防止のためには、細かなマニュアルの作成によるルール化が有効です。例えば、乗降時に車のドアを閉める際には抽象的なマニュアルではなく、「大きな声で『ドアを閉めます！』と声掛けをして利用者に注意を促す」といった細部までマニュアルに落とし込むことが必要です。

責任範囲があいまいな自宅内におけるリスク管理

自宅へは最後まで送り届ける

- 自宅に送り届ける際には、家族に引き渡すことになりますが、安全対策がなされていない玄関や玄関の入り口付近で家族に引き渡した直後に利用者が転倒してしまったケースがあります。
- この場合、どこまでが介護サービスの安全管理責任の範囲であるかはあいまいではありますが、責任の境界で発生した事故の場合は、過去の判例から事業所の責任になることがほとんどです。
- こういった事故を避けるためにも、安全なところまで介助をして送り届けるようにしましょう。

事故類型	原因（例）	対策の方向性（例）
交通事故	利用者の様子に気を取られた	後部座席の職員同乗をルール化
乗降時の転倒	不安定な足場	段差などがなく、安全に乗降ができる場所での停車をルール化
ドア開閉時の挟み込み	ドア開閉時の確認不足	ドア開閉時の声掛け実施を徹底
車内への置き去り	施錠時の確認不足	施錠の際、送迎者への声掛け・確認を徹底
玄関等での事故	責任範囲の取り決め不足	送迎時の責任範囲（どこまで見届けるか）を契約時に確認することを実施

8. 外出・送迎時の事故：ケーススタディ

送迎時の声掛け方法を具体的に示したマニュアルを作成した実践事例

施設名	デイサービスH（特別養護老人ホーム併設）	規模	定員30名
事例概要	• 送迎車両乗車時に利用者がスライドドアに指を挟んでしまう事故が発生。 • どのような声掛けが必要だったかを分析して、マニュアルに落とし込んでいくことが重要。		
Point	• 事故発生時の声掛けの方法の問題点を細かく分析し、声掛けの内容から声のかけ方まで、具体的に記したマニュアルを作成した。 • より安全に送迎が行えるよう、車両の買い替えにも踏み切った。		

事故状況：送迎車両のスライドドアでの指の挟み

発生時刻	8:40	発生場所	送迎車両内	利用者の状態	手指の打撲

- 特別養護老人ホーム併設のデイサービスを利用するHさん（要支援２、認知症はないが軽度の難聴あり）を自宅に迎えにいった。
- Hさんを車両の後部座席に誘導後、スライドドアを閉める際にHさんがドア付近に左手を出し、指を挟んでしまった。
- 手指の内出血が確認されたため、施設にて冷却処置を行い整形外科を受診したところ、骨折はなく左手の中指と人差し指の打撲と診断された。

原因分析：利用者には伝わっていない一方的な声掛けによって発生

ドアを閉める声掛けは行っていたがHさんの反応は未確認
- 車両への誘導をしていた職員はドアを閉めることをHさんに声掛けしていたものの、Hさんは難聴であるため声が聞こえておらず、声掛けがあったことを認識していなかった。
- また、職員はHさんの顔を見ての声掛けはおこなっておらず、反応を確認していなかった。

自動開閉機能のない送迎車両の利用
- 送迎車両は年式が古く、自動開閉を行えるスライドドアでなく、ドアを閉じる際に力が必要であり、勢いよくドアを閉めることが常態化していた。

再発防止策：声掛けの方法を具体的に示したマニュアル作成を実施

送迎時の声掛けに関するマニュアルを作成
- 車両への誘導時の声掛けの内容、声のかけ方に関するマニュアルを作成して、ドアの開閉時は、「ドアを閉めるので気を付けてください」と利用者に声をかけ、利用者の反応があったことを確認してから、ドアを閉めることをルール化した。

自動開閉機能付きの送迎車両への入替
- 送迎車両を、後部座席のスライドドアの自動開閉機能付きの車両に買い替えた。

9. サービス種別ごとの特性に応じた留意点

Point

- 通所系サービスでは、環境の違いがリスクとなるため、家族等との情報共有が重要になります。
- 訪問系サービスでは、他のサービス提供事業者との連携が必須です。

通所系サービスにおける事故の特徴と対策

環境の違いがリスクとなる

- 通所系サービスの利用者は、自宅と施設を行き来します。
- 施設の中では、他の利用者との交流や機能訓練・レクリエーションの実施など、自宅では行っていない活動に取り組むため、その環境変化に戸惑い、転倒等の事故が発生する可能性が高まります。

家族との情報共有が最も重要

- 通所系サービスにおけるリスクマネジメントにおいては、事故に関連するかもしれない情報を、事前に家族等から教えてもらうことが重要です。
- 例えば、前日の体調不良、薬の変更、福祉用具の変更等は、事故につながりやすいような環境変化です。そのような情報を家族等から伝えてもらい、事前に対策を練っておく必要があります。
- そのためには、事故につながりそうな情報を家族等から伝えてもらいやすいよう、日頃からコミュニケーションをとることが重要です。

訪問系サービスにおける事故の特徴と対策

1人でサービス提供することによるリスク

- 訪問系サービスは他のサービスとは異なり、基本的に看護職員、ヘルパー等が一人でサービスを提供することが特徴です。1人でケアを行っているときに誤嚥・転倒等の事故が発生した際、焦ってしまい適切な対応ができないケースがあります。起きうるリスクに対する対応方針を事業所で定め、職員が事故発生時の対応方法を身に付けておくことが重要です。
- また、一人で仕事を行うことにより、ヘルパーの介護技術が高まりにくい場合もあります。事業所内での教育体制の整備が求められます。

他のサービス提供事業者との連携が重要

- 自宅で暮らす高齢者は、訪問系サービスのみならず、通所系サービスや短期入所系サービスなど、他の事業者が提供するサービスを受けている場合もあります。
- 他の事業者の受けているサービス時に発生したリスク要因を把握していないと、事故につながる恐れがあります。例えば、デイサービスでは食形態を変更することになったにも関わらず、それが訪問介護事業所に伝わっておらず、誤嚥につながるようなケースです。
- 積極的にケアマネジャーや他の事業所との連携を行い、情報を把握する姿勢が望まれます。

介護施設内での転倒に関するステートメント

転倒（転落を含む）は、老年症候群の代表的な症候であり、原因が非常に多様かつ複合的であるため、予防策の有無に関わらず個人のリスクに応じて一定の頻度で発生するものと考えられています。転倒は骨折や頭蓋内出血などの生活機能低下や死亡につながりうるものであるため、転倒リスクが高い高齢者には、リハビリテーションや機能訓練を行って積極介入することが推奨されています。

一方で、介護施設において転倒が発生した場合は、老年症候群のイベントではなく、施設の過失を問う事故として扱われることが多くあります。このような状況に対して、老年症候群としての転倒について、科学的エビデンスに基づいて一般社団法人日本老年医学会と、公益社団法人全国老人保健施設協会が2021年に「介護施設内での転倒に関するステートメント（宣言）」を表明しました。

ステートメントは4点あげられており、詳細は下記に抜粋していますが、【転倒すべてが過失による事故ではない】ということが明言されています。さらに、【転倒についてあらかじめ入所者・家族の理解を得る】ことが宣言されており、【ケアやリハビリテーションは原則として継続する】こと、【転倒予防策と発生時対策を講じ、その定期的な見直しを図る】ことも示され、職員の介入により高齢者の転倒リスクを低減し、防ぐことができる転倒については予防のための最大限の努力を行うことが示されています。

このステートメントは介護施設の医療・介護従事者や管理者、関連する行政が主な対象となりますが、広く国民にも理解を求める目的で簡易版も作成されています。老年症候群としての転倒が科学的根拠に基づき解説されており、転倒に関する評価や説明例、転倒発生時の対応手順例も掲載されているため、自施設での「対策を取り得る転倒」の範囲とその防止策、本人や家族への説明材料として活用することができます。

「介護施設内での転倒に関するステートメント」より抜粋
（一般社団法人日本老年医学会、公益社団法人全国老人保健施設協会）

- **ステートメント１ 【転倒すべてが過失による事故ではない】**
  転倒リスクが高い入所者については、転倒予防策を実施していても、一定の確率で転倒が発生する。転倒の結果として骨折や外傷が生じたとしても、必ずしも医療・介護現場の過失による事故と位置付けられない。

- **ステートメント２ 【ケアやリハビリテーションは原則として継続する】**
  入所者の生活機能を維持・改善するためのケアやリハビリテーションは、それに伴って活動性が高まることで転倒リスクを高める可能性もある。しかし、多くの場合は生活機能維持・改善によって生活の質の維持・向上が期待されることから原則として継続する必要がある。

- **ステートメント３ 【転倒についてあらかじめ入所者・家族の理解を得る】**
  転倒は老年症候群の一つであるということを、あらかじめ施設の職員と入所者やその家族などの関係者の間で共有することが望ましい。

- **ステートメント ４ 【転倒予防策と発生時対策を講じ、その定期的な見直しを図る】**
  施設は、転倒予防策に加えて転倒発生時の適切な対応手順を整備し職員に周知するとともに、入所者やその家族などの関係者にあらかじめ説明するべきである。また、現段階で介護施設において推奨される対策として標準的なものはないが、科学的エビデンス（医学・医療に関する信頼性の高い研究成果に基づく科学的事実）や技術は進歩を続けており、施設における対策や手順を定期的に見直し、転倒防止に努める必要がある。

V 事業者に求められる義務と責任

1　事業者の事故防止体制等の基準
2　事業者が負う安全配慮義務
3　適切な介護サービスのあり方
4　事業者の説明責任
5　損害賠償への備え

1. 事業者の事故防止体制等の基準

Point

- 事故防止体制等を整備することは、省令により義務付けられており、安全対策に関わる加算や減算も設定されています。

事故防止体制等の基準やそれに関わる加算・減算

事故防止体制等の基準

- 介護施設等については、「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日厚労省令第39号）をはじめとする各施設の施設基準において、施設における体制整備により事故の発生又はその再発の防止を図ることが義務付けられています。
- また、上記省令に対する解釈通知「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）においては、指針に盛り込むべき項目や委員会の役割等が記載されています。（参考資料１参照）

事故防止体制等に関わる加算・減算

- 令和3年度介護報酬改定では、運営基準における事故発生の防止又はその再発防止のための措置が講じられていない場合の基本報酬の減算と、安全対策部門を設置するとともに、外部の安全対策に係る研修を受講した安全対策の担当者を配置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていることを評価する加算が新設されています。（参考資料４参照）
- これらの省令や改正により、事故が発生しないように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、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示されています。介護現場における事故の予防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ます。（参考資料２参照）

「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

- 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、その分析を通した改善策を、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**職員に対する研修を定期的に行うこと。**
  - ➢ 事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための**担当者を置くこと。**
- 入所者に対するサービス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。

[ ] 内は、施設系サービスのみ

2. 事業者が負う安全配慮義務

Point

- 事故発生時の法的責任の有無は安全配慮義務違反が認められるか否かによって判断されます。
- 適切なリスク評価と事故予防措置を講じることが必要です。

安全配慮義務違反とは

安全配慮義務の意義

- 介護サービス事業者は、介護サービス契約の明示的な規定に基づき、又は介護サービス契約に付随する義務として、利用者の生命・身体・財産の安全に配慮してサービスを行わなければならない義務（安全配慮義務）が課されています。

事故発生時の法的責任の有無の判断材料

- 介護サービス事業者が利用者に対して安全配慮義務を負っているからといって、利用者が負傷した場合に直ちに法的責任（損害賠償責任）を負うことになるわけでなく、安全配慮義務に違反したときに法的責任を負うことになります。
- 安全配慮義務の内容は一律に定められるものではなく、個々の事案ごとに「結果予見義務」（危険な出来事が発生するかもしれないということを予見しなければならない義務）の違反があるか否か、さらに「結果回避義務」（予見できた危険な出来事の発生を回避すべき義務）の違反があるか否かによって判断されます。
- 介護現場においては、事故に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ら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及び事後対策を十分に講じる必要があります。

利用者ごとのリスク評価

個別のリスク評価は利用者情報の収集が重要

- 予見可能性の高い事故の発生を防ぐためには、利用者ごとのリスク評価を適切に行うことが重要です。リスクの評価は、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できると良いでしょう。

情報収集と逐次の見直しで適切なリスク評価

利用者ごとの事故発生リスクを適切に評価するためには、サービス利用開始時の情報収集と逐次の見直しが重要です。サービス利用開始時には、利用者の状態像や病歴を確認するだけでなく、可能であれば家族から家庭での生活状況を聞き取るなど、情報収集に努めましょう。

また、利用者の状態が変化した場合、リスク評価も変わるため、適切なリスク評価には逐次の見直しが不可欠です。施設内での定期的なモニタリングでの評価に加え、利用者の入院時に医療機関と連携したアセスメントを実施するなど、施設内外とも連携した取組も有効です。施設の内外で活用できるリソースをうまく使いつつ、適切なリスク評価を行うようにしましょう。

3. 適切な介護サービスのあり方

Point

- 介護サービス事業者には、安全配慮義務を果たしながら、「適切な介護サービスを提供する」義務があります。

「適切な介護サービス」とは

- 介護サービス事業者は、法令及び介護サービス契約に基づき、利用者に対する安全配慮義務に配慮しつつ、適切な介護サービスを行わなければなりません。
- この「適切な介護サービス」が提供されたか否かについては、介護サービス契約書の記載のみに基づいて判断されるものではなく、介護サービスが介護保険という社会保障制度に基づいて提供されるサービスであることから、法令の主旨に則って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になります。
- 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、絶えず提供する介護サービスについてレベルアップを図る必要があります。

4. 事業者の説明責任

Point

- 介護サービス事業者には、「リスクの説明責任」や「事故発生時の説明責任」などが求められます。
- 利用者や家族が理解しやすい形での説明を心がけましょう。

事業者に求められる説明責任

「リスクの説明責任」と「事故発生時の説明責任」

- 介護サービス事業者には、予想されるリスクについて、利用者本人やその家族に事前に説明して理解してもらう「リスクの説明責任」や、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。
- 説明と理解こそが、利用者やその家族と事業者の信頼を高める重要なポイントとなります。

理解と納得を得られるような努力を行う

- 事業者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はなりません。特に、事業者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。
- 利用者本人や家族が自己判断・選択を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をすることが重要であり、それが信頼関係の構築につながります。
- 本ガイドラインのⅠ－２「介護現場における事故の特性と対応」にも記載しているとおり、介護現場においては対策を取り得る事故と防ぐことが難しい事故があります。防ぐことが難しい事故が発生した場合はそれを明確に説明し、理解と納得を得ることが必要です。（ただし、防ぐことが難しい事故においても、介護サービス事業者の通常期待される対策により被害を軽減できた場合等、個別事案の内容によっては、事業者の責任が認められる可能性があることに留意が必要です。）

5. 損害賠償への備え

Point

- 万が一に備え、利用者への補償、職員の安心のために損害賠償保険には加入しましょう。

事業者の賠償責任

損害賠償への備え

- 損害賠償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。（その他の施設系サービス及び居宅サービスにおいても、基準上、同様の規定が定められています。）
- 事業者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。平成30年介護報酬改定検証である「介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業」ならびに「介護老人保健施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業」によれば、アンケートに回答した特養の98.0%、老健の96.4%が損害賠償保険に加入しており、ほとんどの施設が損害賠償保険に加入していると言えます。
- ただし、損害賠償責任保険では通常、示談代行は行われないため、補償の際の対応についても施設内で定めておく必要があります。

「防ぐことが難しい事故」への賠償に対する考え方

- 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るため、損害賠償保険へは加入しておきましょう。ただし、損害賠償保険に加入していても、保険金を上回る損害を求められる場合があります。また、損害が発生し以後の保険料が上がることは、事業所経営にも大きく影響します。
- 特に本ガイドラインのⅠ－2「介護現場における事故の特性と対応」に記載している「防ぐことが難しい事故」の場合においても、常に介護サービス事業者の責任が否定されるわけではなく、予見可能性と結果回避義務の観点から個別に検討が必要です。なお、利用者から責任を求められた場合は、損害賠償保険に加入しているからといって安易に過失を認めるのではなく、利用者本人や家族に対して安全配慮義務に配慮してどのような措置を講じたのか丁寧な説明を行うと共に、それでも本人や家族から納得が得られず事業者の責任が追及された場合には、上記の検討結果を前提に適切な対応をすることが必要です。

巻末資料

参考資料1. 関係法規及び基準

福祉サービスの基本的理念

- 社会福祉法第三条では、福祉サービスの基本的理念を「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。」と定めています。

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）

- この省令では、指定介護老人福祉施設について、事故の発生や再発を防止するため、事故発生の防止及び発生時の対応について下記を実施するよう定めています。

（事故発生の防止及び発生時の対応）

第三十五条　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、次の各号に定める措置を講じなければならない。

一　事故が発生した場合の対応、次号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。**

二　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。**

三　事故発生の防止のための**委員会**（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）**及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。**

四　前三号に掲げる措置を適切に実施するための**担当者を置くこと。**

2　指定介護老人福祉施設は、入所者に対する指定介護福祉施設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。

3　指定介護老人福祉施設は、前項の事故の状況及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。

4　指定介護老人福祉施設は、入所者に対する指定介護福祉施設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。**

- 介護老人福祉施設以外の施設種別においても、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）、健康保険法等の一部を改正する法律附則第百三十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた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）、介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成30年厚生労働省令第5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）において事故の予防や発生時の対応について定められています。
- 局宅サービス、介護予防サービス、地域密着型サービス、介護予防支援においても、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）において事故発生時の対応について定められています。

参考資料2. 事故発生時の対応

事故発生時の介護保険サービス事業者の対応

- 介護保険サービス事業者については、サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずることが義務付けられています。
- 自治体に対しては、事故発生後5日以内に事故概要を報告し、状況の変化に応じた追加の報告が必要です。ただし、事故発生の原因の特定には時間がかかるため、事故の原因分析や対応策については作成次第の報告でも問題ありません。
- 介護事故のうち、①死亡に至った事故、②医師（施設の勤務医、配置医を含む）の診断を受け投薬、処置等何らかの治療が必要となった事故は全件自治体への報告が求められます。上記に加えて、自治体独自に報告対象となる事故の要件を定めている場合もあります。

事故報告様式の標準化

- 「令和３年度介護報酬改定に関する審議報告」（令和２年12月23日社会保障審議会介護給付費分科会）において、市町村によって事故報告の基準が様々であることを踏まえ、将来的な事故報告の標準化による情報蓄積と有効活用等の検討に資するため、標準的な事故報告様式を作成し、令和3年3月に周知されています。（介護保険施設等における事故の報告様式等について（令和3年3月19日付関係課長通知　老高発0319第1号　老認発0319第1号　老老発0319第1号））
- また、令和５年度老人保健健康増進等事業において事故報告受付のオンライン化に向けた課題整理・分析、標準様式の修正に向けた検討・課題の整理等を行った結果を踏まえ、令和6年11月29日に電子的な報告及び受付を想定した標準様式について周知されています。（介護保険施設等における事故の報告様式等について（令和6年11月29日付関係課長通知　老高発1129第1号　老認発1129第1号　老老発1129第1号））
- 事故報告書の様式を標準化することによって、全国の自治体で報告された介護事故の情報を収集・分析し、広く安全対策に有用な情報を共有することが目指されます。このことにより、全国的な介護事故予防・再発防止、介護サービスの改善やサービスの質向上に資すると考えられます。
- なお、標準的な事故報告様式は介護保険施設を想定し作成されたものですが、認知症対応型共同生活介護事業者、特定施設入居者生活介護事業者、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム及び軽費老人ホーム、その他の居宅等の介護サービスにおける事故報告においても積極的な活用が期待されています。

参考資料3. 安全対策体制加算・減算

安全対策体制加算

令和3年度介護報酬改定における安全管理体制未実施減算の新設

- 令和３年度介護報酬改定では、介護保険施設における事故発生の防止と発生時の適切な対応を推進する観点から、基準の見直し等が行われました。介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院が基準の見直しの対象となっています。
- 介護施設の運営基準では、事故の発生又は再発を防止するために講じなければならない措置として、従来は下記の３つが提示されていました。

① 事故発生防止のための指針の整備

② 事故が発生した場合等における報告と、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制の整備

③ 事故発生防止のための委員会及び従業者に対する研修の定期的な研修の実施

- 上記に加え、令和３年度介護報酬改定では①～③の措置を適切に実施するための担当者の設置が運営基準に追加されました。これらの基準は安全対策体制加算を取得しない施設においても遵守する必要があり、介護保険施設においてこれらの基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数が減算されます。

令和3年度介護報酬改定における安全対策体制加算の新設

- 令和３年度介護報酬改定では、下記の算定要件を満たす場合に基本報酬が加算（安全対策体制加算）されるようになりました。

①外部の研修を受けた担当者の配置	担当者が施設における安全対策についての専門知識等を身につけて自施設での事故防止検討委員会等で共有を行い、施設における安全管理体制をより一層高めることが目指されます。 研修には介護現場における事故の内容、発生防止の取組、発生時の対応、施設のマネジメント等の内容を含むものと、関係団体（公益社団法人全国老人福祉施設協議会、公益社団法人全国老人保健施設協会、一般社団法人日本慢性期医療協会等）等が開催する研修が想定されています。
②施設内における安全対策部門の設置	介護事故やヒヤリ・ハット等の集計・分析、施設内での介護事故の予防・再発防止策の検討等を担い、組織の安全対策の中心となる部門の設置が求められます。
③組織的に安全対策を実施する体制の整備	職員が個々に安全対策を行うのではなく、研修の実施や施設内での事故の傾向分析等、組織全体で安全対策を実施し、事故の防止に係る指示や事故が生じた場合の対応について、適切に従業者全員に行き渡るような体制を設けることが求められます。

- ただし、安全対策体制加算は算定要件を満たしている状態で新たに入所者を受け入れる場合に、入所時に限り算定することができるものです。

参考資料4-1．本ガイドラインにおける引用・参考文献

参考資料	概要	二次元ﾊﾞｰｺｰﾄﾞ
「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年3月 株式会社三菱総合研究所	特別養護老人ホームを対象とした、介護現場における事故予防体制の構築に向けた理念や考え方、体制整備のあり方、事故予防のための手順・介護技術を示したガイドライン。	
「介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業」報告書　厚生労働省 平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成30年度調査）	介護老人福祉施設における安全管理体制、事故報告件数や報告方法等、自治体における介護老人福祉施設で発生した事故等の情報収集や活用状況等を把握するため、介護老人福祉施設および自治体にアンケート調査を実施。	
「介護老人保健施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業」報告書　厚生労働省 平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成30年度調査）	介護老人保健施設において行われている医療処置等の実態を踏まえ、事故、衛生管理、身体拘束廃止、災害対策、家族等からのクレームへの対応状況を明らかにするため、全国の介護老人保健施設に対してアンケート調査を実施。	
「介護保険施設等における安全管理体制等のあり方に関する調査研究事業」報告書 令和2年度老人保健健康増進等事業 株式会社日本総合研究所	介護老人福祉施設や有料老人ホーム等における安全管理体制や報告の統一的なルール、国や自治体の関与のあり方等についての調査を行うとともに、有料老人ホーム等から行政への報告様式を検討。	
「特別養護老人ホームにおける医療ニーズに関する調査研究事業」報告書 令和3年度老人保健健康増進等事業 株式会社日本総合研究所	特別養護老人ホームにおける医療職の役割、医療と介護の連携のあり方、外部医療サービスの利用状況、感染症対策の状況等について、入居者の特性や地域により、どのような実態やニーズ、課題があるか調査を実施。	
「介護保険施設のリスクマネジメントに関する調査研究事業」報告書 厚生労働省 令和3年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和4年度調査）	令和3年度介護報酬改定においては安全対策に係る体制評価と標準的な事故報告様式について周知が行われ、その効果検証として標準的な事故様式の活用状況、事故情報の分析や活用のあり方について調査を実施。	
「介護保険施設等における事故報告に関する調査研究事業」報告書 令和5年度老人保健健康増進等事業 株式会社日本総合研究所	自治体および介護事業者に対して、事故報告の受付、収集・分析、活用における課題や、介護保険施設等における事故の再発防止や未然防止の強化に向けて国・自治体に求められる役割について調査を実施。	

参考資料4-2. 本ガイドラインにおける引用・参考文献

参考資料	概要	二次元ﾊﾞｰｺｰﾄﾞ
「介護施設内での転倒に関するステートメント」2021年6月11日 一般社団法人日本老年医学会 公益社団法人全国老人保健施設協会	転倒やそれに伴う傷害に関して、防止しようとする介護施設の姿勢や取り組みと、発生した事故を状況に応じて受容する入所者、家族等の心象とのバランスのありようを、把握しうる範囲で科学的に検討して示したステートメント。	
山田滋 著「完全図解 介護リスクマネジメント 事故防止編」2018年2月14日 株式会社講談社	介護現場における事故防止の取組に向け、事故防止活動の考え方や進め方、事故発生時の対処法等を、具体的な事例を交えて解説。	
「介護施設・事業所等で働く方々への身体拘束廃止・防止の手引き」 令和７年３月 厚生労働省老健局	平成13年に発行された「身体拘束ゼロへの手引き」に在宅サービス等における身体拘束廃止・防止のあり方や事例等を補足・追記したもの。	
佐藤丈宜 著「介護事故による損害賠償請求訴訟の裁判例概観」2016年6月 判例タイムズNo.1423 P78~P111	平成28年1月初旬まで公刊物及び裁判例データベースに判決文全文が掲載又は登載された介護事故訴訟の裁判例98件を収集し、事故類型ごとに判断を整理したほか、慰謝料額やその他の争点に関する判断を取りまとめている。	
三坂歩ほか 著「医療・介護施設における高齢者の事故についての損害賠償請求に係る諸問題」2016年8月 判例タイムズNo.1425 P69~P115	介護施設等における高齢者の事故が問題となっている裁判例を取り上げ、過失ないし注意義務違反についてどのような判断がされているか、損害論において高齢者であることがどのように考慮されているか等を検討。	

「介護保険施設等における事故予防及び事故発生時の対応に関するガイドライン」は、平成24年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金により作成された「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」を令和６年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業により見直し（案）を作成したものです。この案に基づき、厚生労働省老健局において内容の追補を行っています。

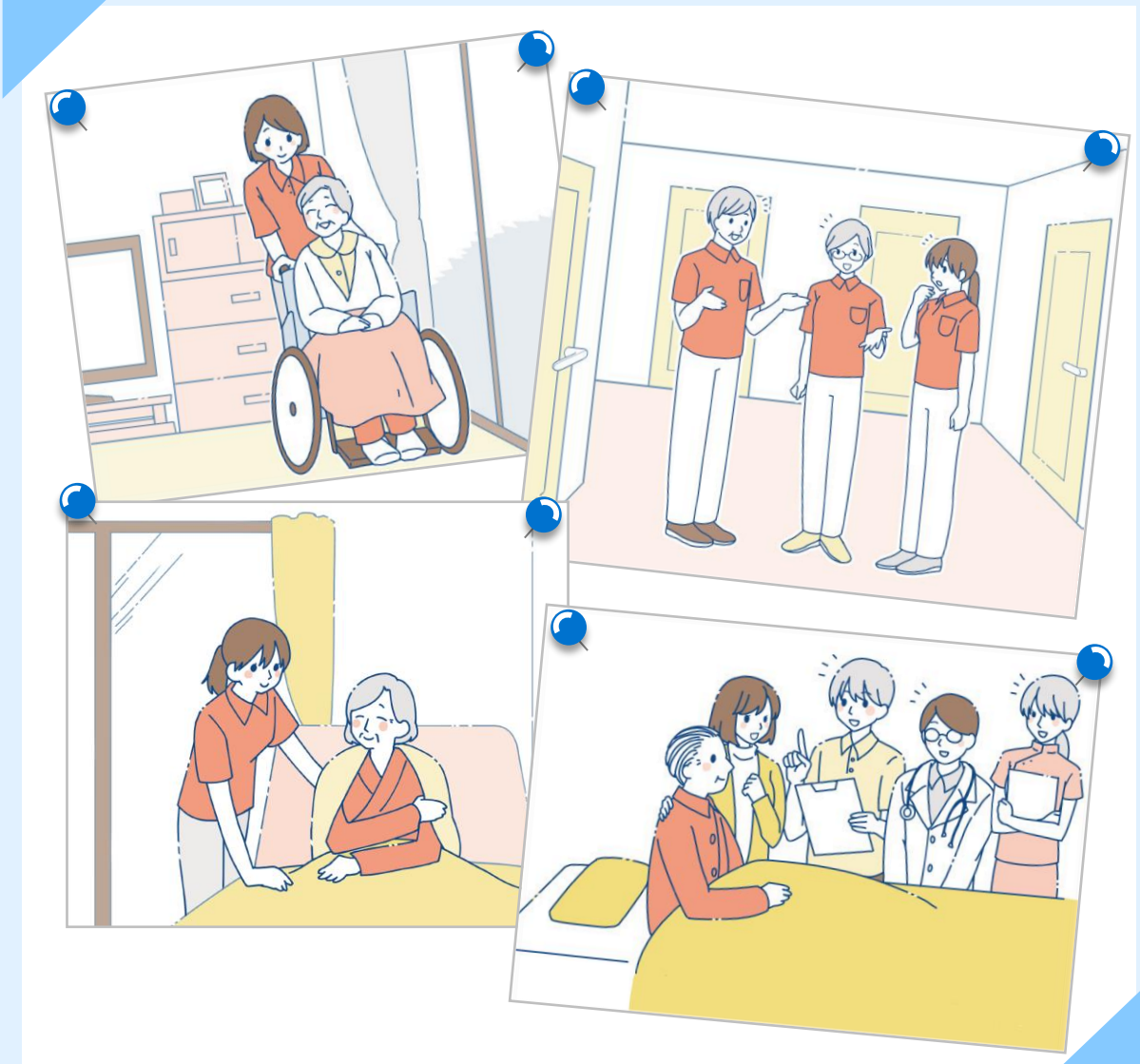
検討委員会委員

◎：委員長

氏名	所属
木村 伸裕	公益社団法人 全国老人福祉施設協議会 介護保険事業等経営委員会 特別養護老人ホーム部会 副部会長
佐原 博之	公益社団法人 日本医師会　常任理事
種田 憲一郎	国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 上席主任研究官
田母神 裕美	公益社団法人 日本看護協会 常任理事
◎福井 小紀子	東京科学大学大学院 保健衛生学研究科 在宅・緩和ケア看護学分野 教授
松尾 徳哉	一般社団法人 全国介護付きホーム協会 事務局長
山野 雅弘	公益社団法人 全国老人保健施設協会 理事

オブザーバー

氏名	所属
豊留 則子	神戸市福祉局監査指導部　指導監査担当（虐待防止）
村上 英一	川崎市健康福祉局長寿社会部　高齢者事業推進課

事務局

株式会社日本総合研究所