

事故防止及び事故発生時対応指針

～利用者の笑顔と満足を求めて～

社会福祉法人愛知育児院

1. 基本的な考え方

当施設では、「人間としての尊厳を冒し、安全や安心を阻害しており、提供するサービスの質に悪い影響を与えるもの」をリスクとして捉え、より質の高いサービスを提供することを目標に介護事故の防止に努めます。そのために、必要な体制を整備するとともに、一人ひとりに着目した個別的なサービス提供を徹底し、組織全体で介護事故の防止に努めます。

私たちの介護サービスを必要としている方々は概して事故・緊急事態に対して自ら対応するという能力の点で弱い立場にあり、一旦ことが起これば生命の問題に直結します。普段から「どのような事故、緊急事態が起こりうるのか」を想定し、その原因を考えることによって「事故防止」につなげることが重要です。なお、万が一の場合「どう対応するのか」を前もって計画しておかなければ実際に事故緊急事態が発生した時に動けるものではありません。また頭で知っているだけでなく、行動が出来るように定期的な訓練も必要となります。

その際、忘れてはならないポイントとしては

- ◇ 「利用者の安心や安全を最大の眼目としたサービスの質の向上と利用者満足度の向上を目指す」こと
- ◇ より良いサービスを提供すればサービスの提供の場面における事故の発生を防ぐことが可能となること

2. 事故防止に関する組織的な取り組み

事故防止の取り組みにあたって、体制の整備ないし構築を進める上の基本的な考え方として、以下のポイントがあります。

○ 組織風土の改善及び組織づくり

職員一人ひとりが「安全」に関して認識し、何かあればいつでも気軽に言い合える風通しの良い組織風土が必要です。

また、事故防止の取り組みには、すべての職員の参画が求められ、それには職員と施設との連携が重要になります。

さらに、事故の再発防止、適切な対応の観点から、「事故やリスクに関する情報」と「利用者情報」を収集・管理し、組織内で情報を共有化していくことは必要不可欠です。また、そのための情報共有化の仕組みを構築した上で、今後の取り組みに活用していく。事故要因分析や再発防止策を検討しマニュアル等に反映したとしても、その内容が直接サービス提供にあたる職員に周知・徹底がなされなければ、継続的な事故予防への取り組みにはつながらない。

なお、継続的なサービスの質の向上に取り組むため、利用者の笑顔と満足を提供するという目的に照らし、日頃から職員のリスクに対する「気づき」が重要となり

ます。いくら体制が整備されていたとしても、個々のサービス提供者が、危険や改善点に気づかなくては、事故予防や再発防止策に結びつかない。

その意味からは、職員に対する教育体制の強化によるリスクへの気づきを高める取り組みが、事故防止体制を下支えする重要な要因となるのです。

○利用者像の的確な把握（アセスメント、個別援助計画）

利用者一人ひとりに対して、適切かつ安全なサービスを提供するにはそれに基づく個別援助計画作成が重要となります。

利用者の身体・精神状況、生活環境、家族環境等から、その特性を捉えることで固有のリスクを把握するためのアセスメントを実施し、どのような事故発生が想定されるのかを事前に把握しておく必要があります。つまり、事故予防の観点からのリスクアセスメントを実施しその結果にもとづいて、個別支援計画やマニュアルへ個別のリスク要因を反映し適切なサービス提供に結びつけることが重要になります。また、適切な介護計画の立案・見直しをするためには介護記録の正確な記載（ケアプランに沿った介護経過の記録）も重要となります。

その際、大切なことは他職種協働によるアセスメントを実施し、介護事故予防の状況が事故につながらないように、定期的なカンファレンスを開催します。

○サービスの標準化

提供するサービスの質にばらつきが出ないように、サービス提供プロセスを業務フローなどで明確にし、サービスの標準化を図り、その質を一定レベル維持することは重要です。すなわちどの職員が実施しても同一のサービスが提供できるように業務や作業の標準化を図ることで、サービスの質の一定の確保やリスクの見落とし防止を高める、「リスクコントロール」の可能性が強化できてきます。

また、サービスを標準化することは、事故要因分析と再発防止策の観点から、サービス提供プロセスのどこに問題があったのかを明確にすることが可能となります。そして、その問題箇所の顕在化により、その後の改善につなげるという一連のシステムが構築されこととなります。

なお、サービスの標準化＝サービスの画一化ではなく、基本となる標準化された定型的なサービスをより効率的かつ安全に提供し、継続的な見直しと改善を図っていくことが、利用者の個別性に配慮した個別支援をより充実させるという認識が重要です。

○利用者・家族などとのコミュニケーション

契約時における利用者・家族等への十分な情報提供と同意は、介護保険事業等における指定基準上でも明確に義務づけられています。これは、事業所側からの一方的な説明で終わらすのではなく、双方向のコミュニケーションの場としてとらえるべきです。同様に利用者・家族等からの苦情についても、単なる「苦情」として処理するのではなく、サービスの質改善・向上のための貴重な情報源として業務改善

につなげていくことが重要です。

そして何より、利用者・家族との信頼関係の構築がサービスの質の重要な要素であり、この観点からの取り組みが不可欠です。

3. 事故防止の取り組みを支える仕組み

● 事故防止のPDCAサイクル

① 事故防止基本方針の策定

- ・ 事故防止に関する基本方針を定めるとともに、事故防止に関する役割、責任及び権限を文書によって定め、関連する部門及び部署に伝達します。



② 事故防止の計画策定

- ・ 発生する可能性のあるリスクを抽出し、具体的な対応方法を策定



③ 事故防止の実施

- ・ 立案した計画に沿って事故防止を実施



④ 事故防止の評価

- ・ 事故防止やそのシステムが目的やねらいに対してうまく機能しているかどうかの評価



⑤ 事故防止の評価結果を踏まえた改善

- ・ ④の評価結果を受けて、必要に応じた改善策の構築



⑥ 管理者による見直し

- ・ 管理者がシステムの見直しを実施
- ◇ 対策や情報の共有を図るとともに、事故防止対策を講じるための仕組み・システムをつくる。その過程で、業務改善提案等、職員の悩み・工夫をくみ上げる仕組みを構築すると共に、自らの創意工夫によりサービスの質を改善していくという意識の高揚を図ることが大切となります。

● マニュアル等各種ツールの整備・開発

- サービスと業務の標準化に向け、必要となる各種ツールを開発し、その運用（メンテナンス含む）を図ります。
- 記録の様式と記載方法・表現は統一化します。
- 個人情報保護に配慮します。
- 記録保管等に関するルールを明確化します。
- 記録様式については、定期的に点検・見直しを行い改善に努めます。

＜必要になるツールの種類と内容等＞

種 類	内 容 等
◆事故報告書（様式 1）	<p>○発生した事故を適切に記録し、その後の対応に活用します。</p> <p>＜活用事例＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 職員教育や研修における資料 ・ 訴訟対応などを含めたトラブル発生後の記録資料 <p>＜記載上の留意点＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 記載内容としては、「日時」「場所」「状況」「事故後の対応」「想定される原因」等の事故発生時の事実関係をはじめ、併せて「再発防止策」「利用者側の反応」など。
<p>◆ヒヤリハット報告書（様式 2）</p> <p>※様式説明は別紙 1 参照</p>	<p>○現状を放置しておくこと事故に結びつく可能性が高い事項を記録し、その要因分析等による改善策を講じることを目的とします。</p> <p>＜留意点＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 事故まで至らないケースを扱うため、職員によって「ヒヤリ」「ハット」であるかどうかには気づかないことがないように、具体事例や気づきのポイントを含め、該当するケースの基準を明確にしておく。 ・ 発生した場所など、事実確認・原因の特定及び分析を行うための情報を盛り込む。 ・ 「ヒヤリ」「ハット」にも危険度に違いがあるので、その区別を示す指標を設けておくことも望ましい。
◆事故防止・対策における業務マニュアル	<p>○リスクマネジメントの観点から、事故防止、事故対応についての各介護場面における業務マニュアルを整備しておくことにより、全職員が「安全」に関する意識付けと情報の共通化を図ります。</p> <p>○マニュアルの有無は、リスクマネジメントに向けた取り組みを十分に行っていたかどうかの指標にもなります。</p> <p>＜留意点＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ マニュアルは、仕組みだけでなく、職員レベルの作業、具体的な対応場面を作成する事がポイント ・ 作成したマニュアルは定期的に見直し、必要に応じて改訂します。

<ヒヤリハット報告書（インシデントレポート）・事故報告書の区分>

<p>ヒヤリハット報告の事故内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 介護者が、利用者介護場面において何らかの事故を起こしそうになったが、未然に防ぐ事が出来て被害がでなかった場合、又は被害がでても軽微な場合。 <input type="checkbox"/> 被害が軽微なものであり、医療機関受診の必要性がない場合。 <input type="checkbox"/> 利用者が単独で、又は利用者同士で、何らかの事故を起こしそうになったが未然に防ぐ事が出来て被害が出なかった、又は被害がでても軽微な場合。 <u>（軽微な被害とは、医療機関受診の必要性がない程度とする。）</u>
<p>対 応</p>	<ul style="list-style-type: none"> ① 事故関係職員は、「ヒヤリハット報告書」に記載し、当日の日誌に添付する。 ② 各現場責任者・相談員等は、「ヒヤリハット報告書」の事例を集約し、事故発生の要因分析を行い、再発防止の手立てをとる。
<p>事故報告書の事故内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 介護者が、利用者介護場面において何らかの事故を起こし、重大な損害を与えた場合。 <input type="checkbox"/> 利用者が単独で、又は利用者同士で、何らかの事故を起こし、重大な損害が発生した場合。 <u>（重大な損害とは、医療機関への受診、搬送が必要な程度と判断する。）</u>
<p>対 応</p>	<ul style="list-style-type: none"> ① 各現場責任者・相談員等は、「事故報告書」を集約し、事故発生要因分析を行い、記録等の整備状況を確認しておく。 ② 再発防止のための事故防止委員会を開催。

● 研修・教育の取り組み

- サービスと業務の標準化に基づいた事故防止体制が実施されるよう、定期的に、体系的に教育・研修を実施します（年2回以上）。
- 「事故報告書」、「ヒヤリ・ハット報告書」の内容を職員全員に周知し、職員間で情報の共有化を図ります。
- 経験年数によるリスクマネジメントに関する習得度を考慮したキャリア別研修や新人職員等を対象にしたフォローアップ研修などを企画・実施します。

● 委員会の設置

施設内での介護事故を未然に防止し、安全かつ適切な質の高い継続性にあるケアを提供する体制を整備します。万が一事故が発生した場合には、最善の処置、対応を行い施設全体で取り組むことを目的としています。

- リスクマネジメントに関するすべての業務を統括する役割の担当責任者（以下、リスクマネジャー）を設置します（委員会の担当者）。
- リスクマネジャーは、組織全体として適正なリスクマネジメントに取り組むための継続的改善を行います。
- リスクマネジャーをリーダーとし、リスクマネジメントに関する専門委員会を設置します。
- 委員会は、2か月ごとに定期的開催し、介護事故の未然防止、再発防止などの検討を行います。また事故発生時等は必要な際は、迅速に対応できるよう、随時委員会を開催します（事故発生時速やかに）。

4. 事故を起こさないための取り組み

4—1 事故防止検討委員会の設置及び役割

①事故防止検討委員会（以下「委員会」と呼ぶ）は

- ・施設長（管理者）
- ・介護支援専門員（＝リスクマネジャー）
- ・生活相談員（＝リスクマネジャー）
- ・介護職員
- ・看護職員
- ・理学療法士（機能訓練指導員） で原則は構成

②委員会の役割は次のとおりとする。

ア 介護事故の未然防止・再発防止のための方策立案

○情報収集

介護現場におけるリスク情報（インシデント・アクシデントレポート「事故報告書」等）について、普段から広く具体的な情報を収集します。また、施設内のみならず他の介護施設で起こった情報についても広く情報収集します。

○分析・評価

収集された情報は、「委員会」で問題点の分析・評価を行います。分析するに当たっては、ハード面、ソフト面、環境面、人的面などから要因分析を行い、再発防止に関する方策に生かします。その際には、業務改善の為の情報分析も合わせて行います。

○職員への周知

情報収集されたインシデントやアクシデントの事例など、リスクを排除するために必要と思われる事項について、各部署会議を通して職員全体に定期的に周知徹底します。

また、周知の際は、利用者のプライバシーや事故当事者への配慮が必要です。

○情報の集積、活用

他の介護施設で起こったインシデントやアクシデントなども含め、集積された事例は、介護事故の再発防止に活用できるよう、データとして集積しておき、また、職員相互間で情報を共有させます。

○対策の標準化

イ 介護事故が発生した場合の役割

既存の安全管理体制（マニュアル等各種ツールの整備・開発・更新含む）の見直し、改善策の検討収集された介護事故の事例を分析・評価し、介護事故再発防止の為の職員への指導や原因の究明、施設内の管理システムの見直し、改善策を検討します。

ウ 介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針

○安全で安心なサービス提供を行うにあたって必要になる職員の業務範囲と質を明確化します。

○リスクへの気づきを高める職員教育を実施します。

事故発生時の対応に関するシミュレーション、採用時研修やフォローアップ研修など、事故対応等に関する技術向上の研修を実施します。

4-2 職員（委員）等の役割

（施設長（管理者））

① 事故発生予防及び事故発生後の対応の統括管理

（医師）

① 診断、処置方法の提示

② 各協力病院との連携を図る

（看護職員）

① 医師、協力病院との連携を図る

② 施設における医療行為についての整備

③ 介護事故対応マニュアルの作成と周知徹底

④ 処置への対応

- ⑤ 事故及びヒヤリハット事例の収集、分析、再発防止の検討
(生活相談員・介護支援相談員)
 - ① 緊急時連絡体制の準備(施設、家族、行政)
 - ② 報告システムの確立
 - ③ 事故及びヒヤリハット事例の収集、分析、再発防止の検討
 - ④ 介護事故対応マニュアルの作成と周知徹底
 - ⑤ 家族、医療、行政機関、その他関係機関への対応
(介護職員)
 - ① 食事・入浴・排泄・移動等介助における基本的知識を身につける
 - ② 利用者の意向に添った対応を行い、無理な介護は行わない。
 - ③ 利用者の疾病、障害等による行動特性を知る。
 - ④ 利用者個々の心身の状態を把握し、アセスメントの沿ったケアを行う。
 - ⑤ 他職種協働のケアを行う。
 - ⑥ 事故及びヒヤリハット事例の収集、分析、再発防止の検討
(栄養士)
 - ① 食品管理、衛生管理の体制整備と管理指導
 - ② 食中毒予防の教育と指導の徹底
 - ③ 緊急時連絡体制の整備(保健所、各関係機関、施設、家族)
 - ④ 利用者の状態に合わせた食事形態の工夫
(管理・事務)
 - ① 施設内の環境整備
 - ② 備品の整備
 - ③ 職員の安全運転の徹底

4-3 介護事故報告制度のについて

- ① インシデント・アクシデント報告制度の導入

インシデント・アクシデントレポートである「事故報告書」等の事例について、現場から多くの情報を収集し、「委員会」へ報告する介護事故報告制度を導入します。なお、「事故報告書」等については、職員への説明として報告事実に対して報告者個人の責任を問うためのものではなく、介護事故の事前及び再発防止のための重要な情報であることに留意が必要です。
- ② 報告ルート

報告は、生活相談員・介護支援専門員又は委員を通じて各部門ごとにスムーズに施設長(管理者)・委員会に届くようにします。
- ③ 報告の方法

職員は、インシデントやアクシデントの経験をした場合に、利用者への処置後、すみやかにその内容・情報を介護支援専門員に伝え、事故当事者又は発見者がインシデント・アクシデントレポート「事故報告書」を作成し委員会へ提出します。なお報告にあたっては、報告の是非を当事者のみで判断するのではな

く、生活相談員、各部署責任者と相談し、また、報告内容はささいなものでも報告することとします。

④報告の活用

「事故報告書」の提出があれば、委員会で真摯に検討し、業務の改善、介護機器等の点検や設備の見直しなどを行います。そして、これら報告書の内容は、職員に広く周知します。施設内で他人の経験したインシデントなどの事例を職員相互で情報を共有することにより、事故発生全体の全体像が把握でき、それによって職員の介護事故に対する意識改革が進み、以後の事故防止に役立つものと考えられます。

5. 「万が一」に備えるために

5-1 連絡体制を確立する。

緊急時連絡体制表による。

代表的な連絡先を以下にあげる。

種 類	電話番号
救急車	119
警察	110
看護職員携帯電話	080-3509-1408 080-3509-1405
嘱託医 塚田外科	733-5321 090-3930-8733
協力病院 かなな病院	761-3225
稲熊病院	841-3772
救急病院 聖霊病院	832-1181
名古屋第二赤十字病院	832-1121
吉田病院	741-4187

5-2 介護事故発生時の対応

1) 介護保険制度における介護事故への対応義務

介護保険制度では、介護事業者は、介護事故への対応に関して以下の義務を課せられています。

① 報告義務	事故の発生状況及びその対応について保険者(市町村)、利用者家族、ケアマネジャーへ報告すること
② 記録義務	事故の内容、被害の状況、対応経過などについて記録し、保管すること
③ 損害賠償責任義務(損害賠償責任保険加入義務)	事業賠償責任保険に加入し、事故が発生した際、被害者の損害について速やかに賠償すること

当然、利用者が被害者となる介護事故について、③の損害賠償責任は、原則的に施設の責任（事業者責任）において負うこととなります。しかし、①の報告や②の記録については事故の当事者となった職員がその大部分の責任を負うこととなります。

損害賠償責任は、あくまで事故に関する明確な検証が行われてはじめて確定する責任であり、その前に施設には、事故状況の把握、事故原因の究明、関係者に対する情報開示など、事故を発生させたことに対する事業者責任を果たさなければなりません。施設が迅速かつ適切に発生した事故に対処するためには、事故の直接的な当事者である現場職員からの正確な情報提供が重要な鍵となります。

2) 事故連絡・報告における留意点

事故に遭遇した職員（介護職員だけでなく、すべての職種・職員）は、次のことに留意して事故報告を行ってください。

- 事故の大小や自分の過失の有無に関わらず全ての介護事故について報告する
- 関係機関や施設への事故連絡は事故が起こった現場から行う
- 施設の指示なく勝手に事故現場を離れない
- むやみに現状を変えない（現状保存）
- 私見ではなく、事故の状況をそのまま伝える
- 自分の過失の有無に関わらず事故の被害者に対しては誠意をもって対応する
- 何よりも人命を第一に優先する
- 事故の被害者と勝手に口約束、念書の取り交わし、金銭のやり取りをしない
- 事故処理については全て施設の方針や指示に従う
- このマニュアルを日頃から熟読し、事故報告上の必要事項について熟知しておくこと

職員が当然払うべき業務上の注意義務を怠るなどにより、利用者に損害を及ぼし、場合によっては利用者を死に至らしめることがあります。重大事故の発生直後は、冷静かつ誠実に利用者への対応をすばやく行うことが重要です。

(1) 利用者及び家族への対応

①最善の処置

介護事故が発生した場合、まず利用者に対して可能な限りの安全確保と緊急処置を最優先に行います。引き続き、看護職員を呼び、最善の処置を施していきます。

関係部署及び家族等に速やかに連絡し、必要な措置を講じます。

状況により、医療機関への受診が必要な場合には、迅速にその手続きを行います。

②責任者への報告

すみやかに施設長（管理者）へ報告し、囑託医等に対応できない場合には、

協力医療機関へ移送し担当医師の指示を得なければなりません。

- ③利用者及び家族への説明等処置が一段落すれば、できるだけ速やかに利用者や家族等に誠意を持って説明し、家族の申し出についても誠実に対応します。

委員会の審議の結果、施設側の過誤が明らかな場合、施設長（管理者）が率直に謝罪します。しかし、過誤の有無、利用者への影響などは発生時には不明確なことが多いので、事故発生の状況下における説明は慎重かつ誠実に行うようにします。

- ④利用者及び家族への損害賠償

介護事故により施設が賠償責任を負った場合は、損害保険により利用者及び家族に補償します。

- ⑤事故記録と報告

利用者への処置が一通り完了した後、できるだけはやく「事故報告書」を作成します。

事故当事者は、事故の概要、利用者の状況、現在の治療、今後の見通し及び利用者等への説明した内容などを診療録に必ず記載しておきます。

- (2) 関係者への連絡・報告

関係職員からの報告等に基づき、担当ケアマネジャーに必要な応じて行政機関（保険者等）に事故の状況等について報告（「事故報告書（様式3）」）します。報告は、生活相談員若しくは介護支援専門員が報告します。

- (3) 関係者への情報の閲覧・開示

事故発生後の状況説明や対応策の説明・検討のために、関係者の求めに応じ関係書類の閲覧及び開示を行う。ただし、原則的には説明における場面では閲覧及び開示を原則とする。

〔取り組み全体の関連事項〕

- ① 利用者の声を積極的に取り入れます。

- 苦情・相談体制を活用し、利用者の声をサービスの改善に生かします。
- 日常的に利用者・家族とのコミュニケーションに努めます。

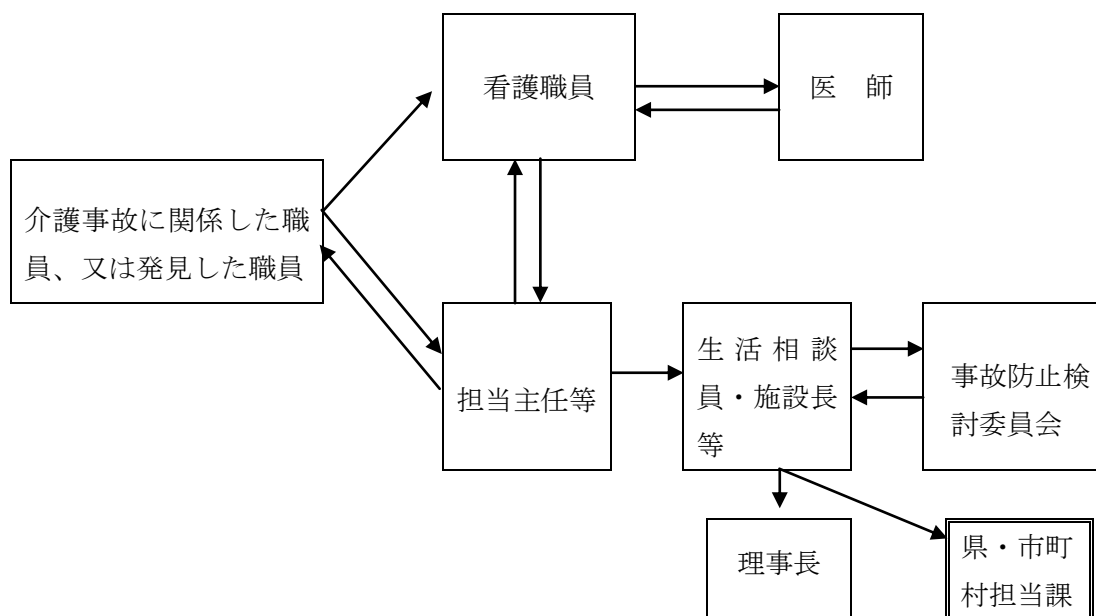
- ② 利用者の心身の状態を把握します。

- リスクアセスメントなどを実施し、利用者の心身の状況把握に努めます。

- ③ 十分な情報提供と利用者の理解

- 事故防止の指針等、すべての情報が利用者・家族に提供され、その内容について正しく理解されるための努力を行います。

介護事故発生時の対応フロー



※ 介護事故を起こした場合又は発見した場合

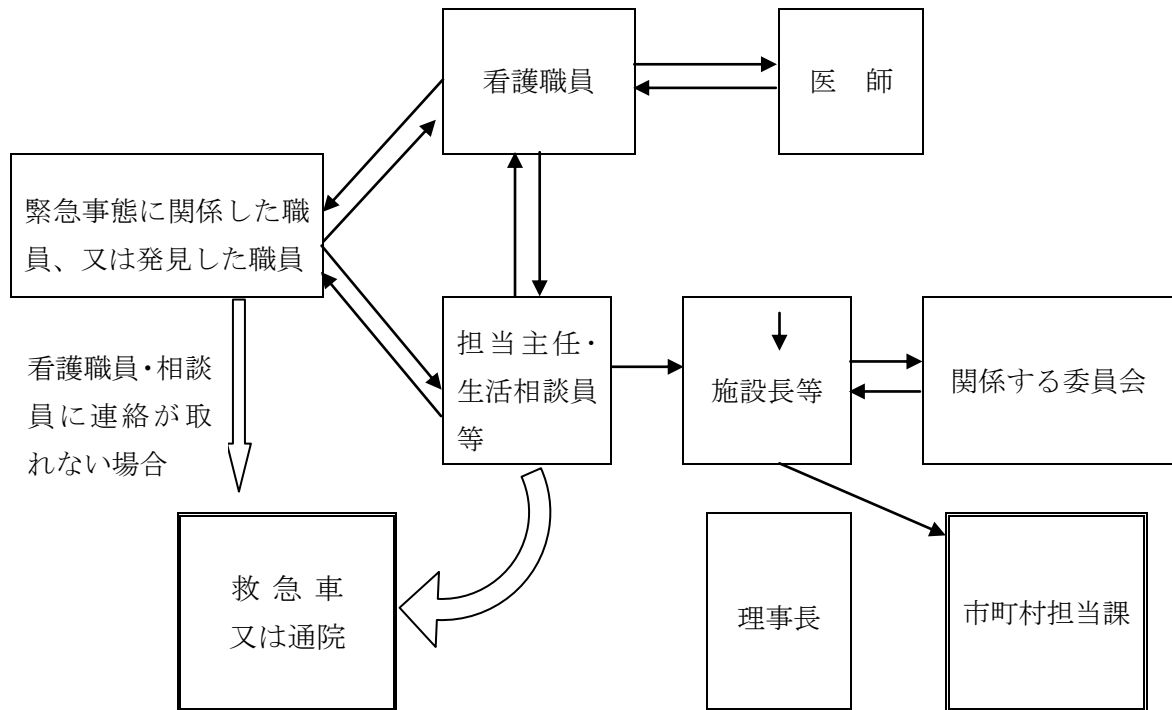
- ① 看護職員に連絡し、同時に担当主任等に報告する。
- ② 看護職員は、医師の指示を仰ぎ、迅速に対応すると共に担当主任等に連絡する。
- ③ 担当主任等は関係職員に対応の指示をすると共に生活相談員・施設長等に連絡する。
- ④ 生活相談員は、家族に連絡し、看護職員・担当主任等と連携しながら経過を家族と施設長に報告する。
- ⑤ 施設長は、理事長に報告し、事故の内容によっては名古屋市を担当課に報告し、相談する。
- ⑥ 施設長は、事故防止検討委員会を招集し、善後策について協議し、事故の原因の究明と再発防止策を検討する。
- ⑦ 直接担当した職員は、事故・ヒヤリハット報告書を提出する。また、通院等治療となった場合は、介護保険事業者事故報告書も併せて提出する。
- ⑧ 施設長は、介護保険事業者事故報告書を名古屋市を担当課に提出する。
- ⑨ 事故防止検討委員会の委員長及び施設長等は、朝夕のミーティングその他の関係する会議等において、周知徹底を図り、再発防止に努める。

※ 介護事故とは、転倒骨折、誤薬、外傷、打撲、食中毒、集団感染症等により通院又は入院、死亡した場合をいう。

※ 担当主任等とは、介護・看護に直接又は間接にかかわる職種のフロアーリーダー、主任、副主任、管理者、責任者をいう。

※ 施設長等とは、施設長、副施設長、事業所の管理者をいう。

介護緊急事態対応フロー



※ 緊急状態に関係した場合又は緊急状態を発見した場合

- ① 応急手当をすると共に看護職印に連絡し、同時に担当主任・生活相談員等にも連絡。
看護職員・生活相談員等に連絡が取れないときは救急車の要請又は通院をする。
- ② 看護職印は、医師の指示を仰ぎ、迅速に対応すると共に生活相談員又は担当主任等に連絡し、必要がある場合は救急車の手配を指示する。
- ③ 生活相談員等は、関係職員に対応の指示をすると共に施設長等に連絡する。
- ④ 生活相談員等は、家族に連絡し、看護職員・担当職員と連携しながら経過を家族と施設長等に報告する。
- ⑤ 施設長等は、理事長に報告し、顛末の内容によっては名古屋市担当課に報告し、相談する。
- ⑥ 施設長等は、関係する委員会を招集し、善後策について協議する。
- ⑦ 直接担当した職員は、関係報告書を提出する。
- ⑧ 施設長等は、関係報告書を名古屋市担当課に提出する。
- ⑨ 施設長等は、朝夕のミーティングその他の関係する会議等において、情報の周知を図り、事故の場合は再発防止に、感染症の場合は予防に努める。

- ※ 介護の緊急状態とは、バイタルサインの異常、転倒骨折、誤薬、外傷、打撲、誤飲・誤嚥、食中毒、集団感染症等をいう。
- ※ 担当主任等とは、介護・看護に直接又は間接にかかわる職種のフロアーリーダー、主任、副主任、管理者、責任者をいう。
- ※ 生活相談員等とは、生活相談員、介護支援専門員、生活相談員補助者をいう。
- ※ 施設長等とは、施設長、副施設長、事業所の管理者をいう。

資料 主な事故と対応のポイント

6. 事故、緊急事態として考えられる事柄

- ①異食、誤飲
- ②誤嚥
- ③誤薬
- ④転倒転落・捻挫・脱臼・骨折
- ⑤溺水
- ⑥体調急変や持病の発作（発熱・胸痛含む）
- ⑦出血
- ⑧嘔吐 など

7. 対 応

7-1 異食、誤飲

（発 見）

これらのご利用者に対しては、事前にそのような行為があるかどうか情報を得ておくことが大切です。また、食事以外の時間に利用者が何か口に入れている様子であれば、必ず何を口に入れているのか確認することが必要です。誤飲・異食事故は飲み込んでしまってからでは大変で、容易に確認できないため、素早く察知し「水ぎわ」で防ぐことが大切となります。

（対 応）

誤飲や異食は口の中であればこれを吐き出させるが、飲み込んでしまったら確認は難しい。ご本人の様子がいつもと違うとか、腹やのどに痛みを訴えるようであれば、周りの状況を調べて誤飲や異食の可能性も疑うべきです。自覚症状があるときは処置を行い、緊急な場合はすぐに医師に連絡して受診させるか救急搬送を要請します。

また、消毒液や洗剤などの液体を飲んでしまったときは、医師に連絡して指示をあおいで対処する余裕はないので、最低限の処置をするとともに、必要であれば医師に連絡して受診させるか救急搬送を要請します。

7-2 誤嚥

（防 止）

まず、介護者はメカニズムとして嚥下機能を理解する必要があります。そのことにより、食事介助や自己摂取の際の対応が理解できます。

① 口腔ケアの重要性

歯の状態と嚥下機能とは密接な関係にあります。嚥下機能を維持するために

も、口腔ケアは重要です。

② 調理の工夫

嚥下機能は食物の状態にも影響されます。一般に、加齢に伴い嚥下機能が低下しがちなので、嚥下状況を把握し、食物の加工にも配慮が必要となります。また、誤嚥を起こしやすい食品もあるので、これらの知識を持つことが必要となります。

③ 食事環境の工夫

食事にふさわしい環境を、利用者ごとに整えます。座位保持の姿勢や、食器の工夫、配膳の工夫に留意します。例えば、体幹の角度によって嚥下のしやすさも変化し、スプーンなどの自助具の大きさも、嚥下機能に影響を及ぼします。介助をする場合には、咀嚼や嚥下のリズムに合わせる必要があります。時間に追われて介助を行うと、つついペースが速くなったり、最後の一口に残りを全て入れてしまうなど、介助者中心になり、誤嚥に対するリスクが大きくなるため十分に注意をする必要があります。

(発見)

誤嚥事故は早期に発見しなくてはならない。「すべてのご利用者に誤嚥の危険がある」と認識しておく必要があります。そして、食事中に異常を感知したらすぐに食事を中止し、「苦しくないですか？」と問いかけをします。答えがなかったり、うなずいたりするようであれば、誤嚥が発生したと判断します。その際、嘔気・咳き込み・呼吸困難、チアノーゼはないか確認します。

(対応)

誤嚥事故には2種類の事故があります。食べ物が食道内に詰まり気管を圧迫して、窒息状態になる事故と、気管に直接食べ物が侵入し窒息する事故です。対処の仕方が異なるので注意が必要です。

・食道内に食べ物が詰まった場合

まず入れ歯を外し、口の中の食物を掻き出し、食道内の異物除去のために頭部を肩より下にして、前屈姿勢をとらせ、タッピング（背中を叩く）や吸引を行う。あるいは利用者を抱えこみ、上腹部を急激に押し、圧迫で吐かせます。

また、これらの処置が効果を上げない時のために、できる限り迅速に救急車を手配することが必要です。

・気管に直接食物が侵入した場合

気管に入ってしまった細かい食物を出すには「むせる」ことが一番です。「おおきくエッヘンをしてください」と言って、むせると小さな異物は出てきます。むせることができなければ、すぐ救急車を手配します。気管に直接食物が侵入すると、無事に排出できても誤嚥性肺炎になる可能性があるため、必ず受診することが必要です。

気管内異物除去の方法とポイント

1) 基本的な方法

①自分の咳で出す

自分の咳で異物を吐き出させます。これが一番有効な方法であるため、本人を励まして咳を続けさせます。

②指でかき出す（指拭法）

口の開き方

親指で上の歯を、人差し指で下の歯を押さえて口を開けさせます（指交差法）人差し指に布を巻き、下になった頬の内側に滑らせ、異物が指にひっかかったらかき出すようにして出す。

③背部叩打法

立位の場合

片手の手の平で相手の胸を支え、もう一方の手の平（付け根に近い部分）で相手の肩胛骨の間をすばやく4～5回力強く連続して叩く。このとき必ず相手の頭を胸より下に向けます。

仰臥位の場合

ひざをついて、相手を自分の方へ向けて側臥位にします。このとき自分の膝を相手の胸骨に押し付けて固定します。掌で肩胛骨の間を4～5回力強く連続して叩く。

7—3 誤薬

（防 止）

① 服薬管理の工夫

薬の処方内容を介助者も十分把握する必要があります。特に服薬数が多くなった場合や、頓服薬の管理には、分包を工夫します。例えば、一部自己管理の方も含め「ピルボックス」などを作り、一週間分、朝・昼・夕・就寝時に区切り、日付と時間を書いた小袋に入れ管理します。飲んだ後、小袋を戻すことにしておけば、どの薬を飲んだかを確認できます。

② 連携の重要性

服薬に関する情報を記録に残し、ご利用者はもちろん、家族や他の介助者との間で連携（申し送り）することが重要です。薬の分配を間違えると大変なことになるため、看護職員の協力を得るようにし、処方内容に疑問などがあれば必ず医師に相談します。

（発 見）

ご利用者が飲み忘れや飲み違いをしたときこれを素早く察知するには、食事の前後などに飲むことになっている薬にある程度配慮して、できる限り確認の

声をかけてあげると良い。とくに、高血圧、糖尿病、低血糖などの既往症の薬を飲んでいるご利用者には注意が必要です。

(対 応)

薬の飲み忘れや飲み間違いが判明したときは、すぐに嘱託医若しくはかかりつけ医に連絡をして指示を仰ぐようにします。「このくらいの薬なら飲み忘れても大丈夫だろう」と安易に判断せずに必ず医師の指示を仰ぐようにします。また、飲み忘れたものを後から決められた時間以外に飲むことは、適切ではないので、これも、医師の指示を仰いでからにします。

7—4 転倒転落・捻挫・脱臼・骨折

(防 止)

① 利用者個人の原因の改善

転倒の原因の根本は、ご利用者の身体状況にあります。支援を行う者は、身体状況からくるリスクを分析（アセスメント）し対応します。また、予測される身体状況の変化にも対応する視点が重要となります。具体的には、ケアプランの目標設定と連動させて行うなどです。

② 住宅改修による環境の改善

主に介護支援専門員が住環境上のリスクを発見して、改修業者に依頼することが多いと思われるが、このとき介護支援専門員や改修業者がどこまでご利用者の生活習慣を詳細に把握し、本当のリスクを発見しているかが重要です。

転倒事故は、普段の何気ない行動の中でも発生するため、ご利用者の生活習慣を把握した上で、その動線上のリスクを取り除く必要があります。

③ その他の要因の改善

家族などの人的環境も考慮します。例えば、「歩くことは良いこと」と、歩かせる生活を勧めている場合と、なるべく動かさない生活をさせている場合とでは、「転倒」というリスクの度合いは違ってきます。介護の理念からどちらが良いということとは別に、リスクを把握する上で、家族の「意向」も考慮する必要がありますがあり、その状況に応じて対策も異なります。

また、ご利用者の衣服などの環境も重要です。動きにくい服装や、滑りやすい靴下、スリッパなどもリスク要因となります。改善できる点を、ご利用者や家族の同意を得ながら対応することが必要です。

(発 見)

ご利用者をずっと見守っていることはできないので、ご利用者の転倒等をすべて防ぐことは不可能であるが、長時間利用者から目を離すことは、転倒したときの対処が遅れるので、できる限り頻繁に様子を確認することが必要です。

(対 応)

転倒・転落事故でもっとも危険なのは頭部打撲です。腕や足の骨折など他の部位では、多少処置が遅れても生命の危険に直結しないが、頭部打撲だけは利用者の状態を見誤って受診が遅れると命取りになることがあります。転倒・転落事故が起きたときは、すぐに名前を呼びかけて意識の確認を行う。返答がなかったり、意識に不安があったりすると思われるときは、すぐに救急車の手配を行います。また捻挫・脱臼・骨折が疑われる時には部位、程度の確認をします。簡単な打撲であれば湿布、消毒などをして様子を見るが、捻挫、脱臼、骨折が疑われる時には医師の診断を受けます。

また、意識に問題がなくても明らかに頭部を打撲しているときには、看護職員に報告し、医師や家族に連絡をとり、迅速に受診できるよう手配をします。頭部打撲が明らかなきには、転倒した場所の観察が欠かせない。狭い場所では壁がクッションになって直接床に頭部を打ち付ける可能性は低いため打撲のショックも和らぐが、広い場所では床に直接頭を打ち付けることがあります。

意識がはっきりしている場合は、痛み・吐き気・めまいの有無を問いかけます。「大丈夫？痛くない？」というような漠然とした聞き方でなく、「痛むところはどこですか？気持ち悪くありませんか？フラフラしませんか？」と具体的に聞くようにします。

痛みなどもなく緊急性がないと判断したときでも、ご本人（又は家族）に受診を勧めることが必要です。施設サービスであればその後の経過を観察することが必要です。

（注 意）

頭部～腰部の打撲、外傷の疑いがある場合

- ・ 体位の管理 本人の希望する、もっとも楽な体位を取らせます。適した体位は大事だが体位を強制してはならない。体位を変える場合は不安や痛みを与えないようにして行います。
- ・ 身体に楽になる程度に、衣服をゆるめます
- ・ 体温が逃げないように毛布などで保温します（血圧が下がれば体温が下がる）
- ・ ショックに注意、バイタルサインをチェックします。顔面蒼白、冷や汗、無気力の状態になり、血圧が下がります。意識異常、呼吸異常、脈が速く、弱くなり、触れなくなると死亡に至ります。
- ・ 長い苦痛、乱暴な取り扱い、不適切な運搬、多量の出血、傷を目撃するなどの行為で悪化します。応急手段としては衣服をゆるめ、保温を行い、両足を30cmぐらい高く上げ（頭に傷がない場合に限る）本人を励まします。

7—5 溺水

（発 見）

入浴中の溺水事故は浴槽内でのスリップが原因で、ご利用者の顔が水中に没することによって起こります。浴槽台を使っているスリップの可能性があるので利用者が浴槽内にいるときには決して目を離してはいけません。スリップしてもすぐに手を貸せば溺れることなく救出できます。

(対応)

溺水事故では、いかに素早く水中から頭を上げさせて、呼吸を確保できるかが生死の境となります。体重の重い人を無理やり引っ張り上げようとするとなかなかうまくいかない。慌てることなく利用者の「頭を起こす」ことを最優先で対応します。前のめりに水中に没したのであれば頭を後ろへ、仰向けに没したのであれば頭を前に押して、からだを起こすことが必要です。

次にお風呂の栓を抜いてお湯が抜けるのであればすぐに抜くようにします。お湯が入っていたほうが浮力があって、ご利用者を浴槽から出しやすいことは事実だが、引き上げようとした途端再度滑って溺れることがあるので、お湯は抜いたほうが安全です。お湯の水位が下がって溺れる心配がなくなったところで、救急車を呼ぶ。家族や他の人の手が借りられれば利用者を浴槽から出し、側臥位にして水を吐かせるようにします。

7—6 体調急変や持病の発作（発熱・胸痛含む）

(発見)

体調急変や持病の発作などは、迅速な対処が何よりも大切であり、ご利用者の様子の変化から敏感に察知しなければならない。そのためには、既往症や慢性疾患などの情報や過去の体調急変の情報をあらかじめ入手しておき、どのような症状が起こるのか具体的に知っておくと素早い対処が可能になります。

ただし、ご利用者の様子や病状から医療処置の必要性を判断することはできないので、万一のことを考えた慎重な対処が必要です。

発熱があるときには体温を測定し、他の症状がないか確認します。

(対応)

体調の急変や持病の発作を未然に防ぐことは困難だが、これらの緊急事態が発生したときには、介護のプロとして適切に対処しなければならない。

発熱時には水分の補給を行い、頭部を冷やす。38℃以上あれば医師の診断を受けることが必要です。胸痛がある場合は救急隊に連絡します。

「軽いから医者に見せなくても良いだろう」などと軽率な判断はしない。

「異変を素早く察知して、医師等専門家のアドバイスにより適切に必要な医療処置を受けてもらう」ことを心がけることが必要です。判断に迷ったときは必ず看護職員または嘱託医に連絡を入れて指示をあおぐことが良い。

7-7 出血

①出血の種類

- 外出血 → 体表面に現れるもの
- 内出血 → 皮下組織、臓器内に現れるもの
- 動脈血の出血 → 勢い良く飛び出す
- 静脈血の出血 → 持続的にジワジワと

②出血の危険度

- 全血液の「三分の一」以上出血で生命の危険
- 全血液の「二分の一」以上出血で死亡
- 種類 動脈 > 静脈（動脈の出血は短時間で大量出血のおそれあり。）

③出血時の危険な症状

- 顔面蒼白、耳鳴り、めまい
- 吐き気、嘔吐、あくび
- 呼吸がはやくなる
- けいれん

④止血法

- 血液に直接触れないよう、注意すること。ビニール袋などを使って行います。
- ・直接圧迫法 → きれいな布を傷の上に強く押し当てて圧迫することによって止血する方法。（静脈の出血に効果的）
- ・指圧法 → 出血部より心臓に近い血管を圧迫することにより出血量を減少させ止血する。動脈の出血に効果的。
- ・止血帯法 → 布を巻いて血液循環をとめる方法。手足の切断など、生命の危険が迫った場合の最終手段として用いられます

⑤安静をはかる

- 頭を低くする（少ない血液を脳に集める）
- 出血部位を心臓より高く上げる
- （顔、頭の出血は動かさない）

⑥保温をする → 毛布などで全身を保温

- 精神的な安静を心掛ける
- 安心させること → 言動注意、傷を見せない、丁寧に扱うなど。

7-8 嘔吐

（発見）

吐物の様子（性状・匂い・量）はどうか観察します。また利用者の顔色を確認し、どこかに痛みを感じているかどうか聞き取ります。

(対 応)

食べ物を摂取させない。頭部及び腹部を冷やす。緊張を和らげる。側臥位をとらせ、膝を深く曲げさせます。

医師の診断を仰ぐ。

7—9 熱傷

(発 見)

やけどの部位の確認を行い、範囲・深度を確認します。

(対 応)

その部分の衣服を脱がせる、又ははさみなどで切ります。(火傷にあたらぬようにします)

水、氷で冷やします。赤くなる程度の火傷であれば消毒し、軟膏をつけます。火傷により、水泡ができたり、皮がむけたりした場合は、軟膏など何もつけず、清潔なガーゼなど当てて、冷やしながらか病院へ連れて行きます。

【 関係通知 】

「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準」

(平成11 年厚生省令第46 号)

(改正：平成18 年厚生労働省令第38 号)

(事故発生の防止及び発生時の対応)

第31条

特別養護老人ホームは、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について、職員に周知徹底を図る体制を整備すること。
- 三 事故発生防止のための委員会及び職員に対する研修を定期的に行うこと。

[解釈通知]

「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について」

(平成12 年3 月17 日老発第214 号)

(改正：平成18 年3 月31 日老発第0331022 号)

17 事故発生防止及び発生時の対応

(1) 事故発生防止のための指針(第一項第一号)

特別養護老人ホームが整備する「事故発生防止のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととする。

- ① 施設における介護事故の防止に関する基本的考え方
- ② 介護事故の防止のための委員会その他施設内の組織に関する事項
- ③ 介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針
- ④ 施設内で発生した介護事故、介護事故には至らなかったが介護事故が発生しそうになった場合(ヒヤリハット事例)及び現状を放置しておくこと介護事故に結びつく可能性が高いもの(以下「介護事故等」という。)の報告方法等の介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針
- ⑤ 介護事故等発生時の対応に関する基本方針
- ⑥ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
- ⑦ その他介護事故等の発生の防止の推進のために必要な基本方針

(2) 事実の報告及びその分析を通じた改善策の職員に対する周知徹底(第一項第二号)

特別養護老人ホームが、報告、改善のための方策を定め、周知徹底する目的

は、介護事故について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるためのものであり、決して職員の懲罰を目的としたものではないことに留意することが必要である。

具体的には、次のようなことを想定している。

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

(3) 事故発生の防止のための委員会（第一項第三号）

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

なお、事故防止検討委員会は、運営委員会など他の委員会と独立して設置・運営することが必要であり、責任者はケア全般の責任者であることが望ましい。

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

(4) 事故発生の防止のための職員に対する研修（第一項第三号）

介護職員その他の職員に対する事故発生の防止のための研修の内容としては、事故発生防止の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該特別養護老人ホームにおける指針に基づき、安全管理の徹底を行うものとする。職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該特別養護老人ホームが指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育（年2回以上）を開催するとともに、新規採用時には必ず事故発生防止の研修を実施することが重要である。

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

(5) 損害賠償（第四項）

特別養護老人ホームは、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。

《緊急時対応マニュアル①》

慌てずに、看護職員・周りの職員を呼びましょう。

バイタルのチェック・意識状態の確認・無理に動かさない・入れ歯をはずす・衣服を緩める

誤 嚥

①観察

- ・嘔気・咳き込み・呼吸困難
- ・チアノーゼはないか



②処置

- いずれかの方法で異物を取る。
- ・入れ歯を外し、異物を掻き出す。
- ・頭部を肩より下にして、前屈姿勢をとらせ、背部を叩いて吐き出させる。
- ・利用者を抱えこみ、上腹部を急激に押し、圧迫で吐かせる。
- ・必要に応じて吸引器(吸引ノズル付掃除機)を使用します。

嘔 吐

①観察

- ・痛みはないか・顔色はどうか
- ・吐物の様子かどうか
(性状・匂い・量)



②処置

- ・食べ物を摂取させない
- ・頭部及び腹部を冷やす
- ・緊張を和らげる
- ・側臥位をとらせ、膝を深く曲げさせる。

熱 傷

①観察

- やけどの部位の確認
(範囲・深度)

②処置

- ・衣服を脱がせる
(火傷にあたらないようにする)
- ・水、氷で冷やす。
- ・赤くなる程度の火傷であれば消毒し、軟膏をつける。
- ・火傷により、水泡ができたり、皮がむけたりした場合は、軟膏など何もつけず、清潔なガーゼなど当てて、冷やしながらか病院へ連れて行く。

《緊急時対応マニュアル②》

慌てずに、看護職員・周りの職員を呼びましょう。

バイタルのチェック・意識状態の確認・無理に動かさない・入れ歯をはずす・衣服を緩める

転倒・捻挫・脱臼・骨折

①観察

- ・どこが痛いか、その程度を確認
- ・転倒部位の確認をする。



②処置

- ・湿布を貼る
- ・すり傷などあれば、消毒する。



病院へ

発熱

①観察

- ・体温測定
- ・それ以外の症状はないか
- ・水分の補給は大丈夫か



②処置

- ・脱水状態見られる時は水分補給
 - ・頭部を冷やす
 - ・37℃であれば、様子観察
 - ・38℃以上であれば、病院へ
- <あつい>
発汗多量の場合は衣服を軽くする
- <さむい>
毛布など掛け、温かい飲み物を補給する。

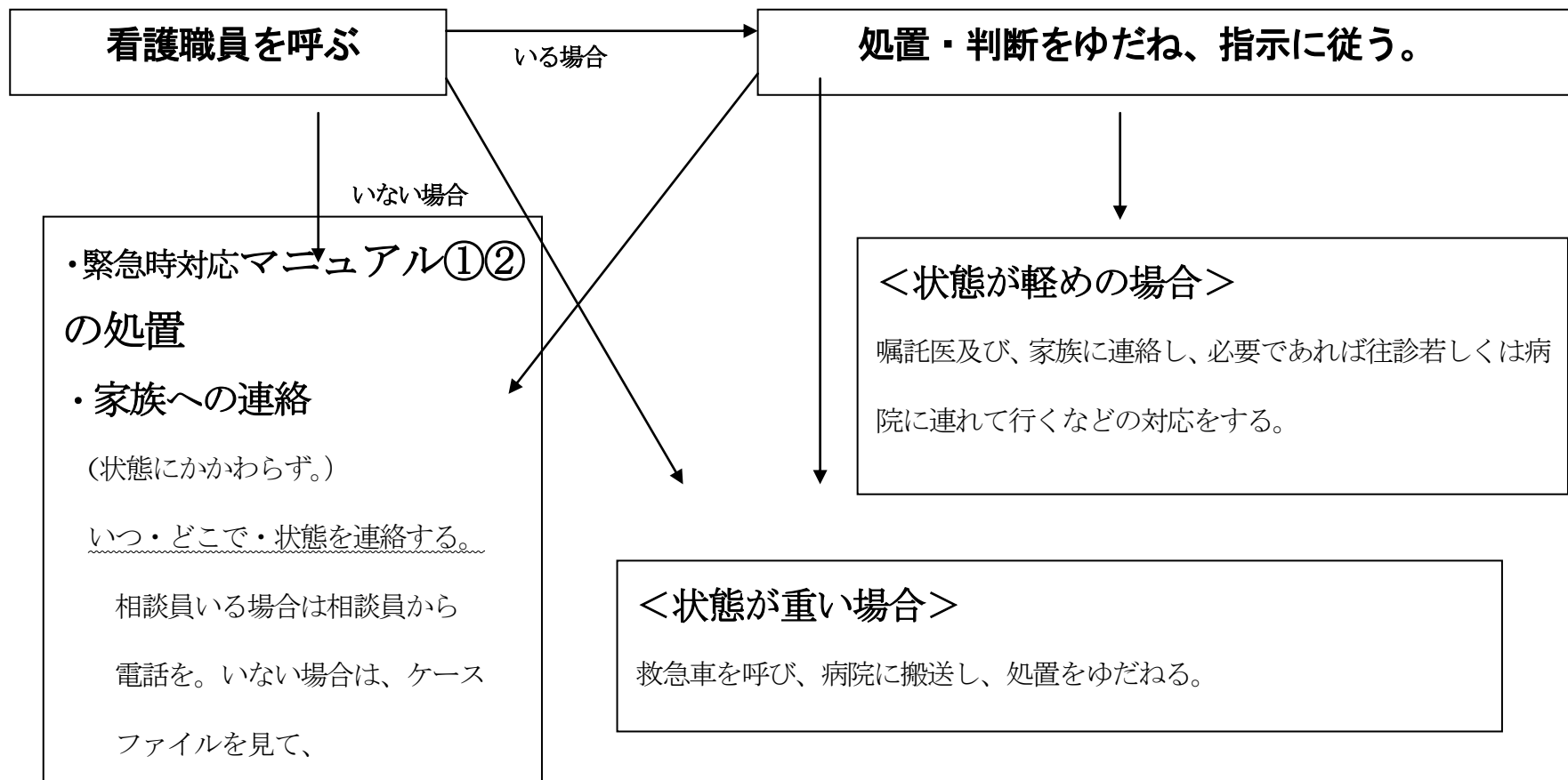
胸痛（緊急！！）

①観察

- ・痛みの程度を確認
- 「胸が痛い」
「呼吸が苦しい」
などの訴えがあれば、痛みの程度にかかわらず、直ちに病院へ。

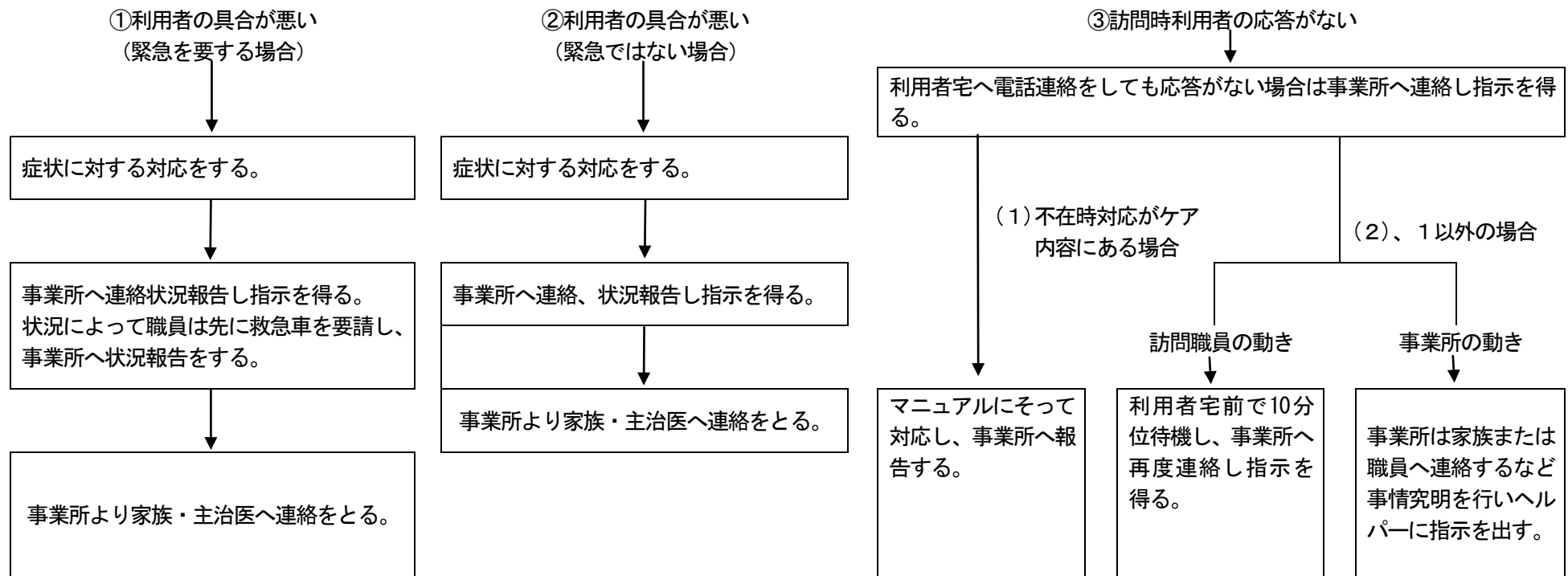
《緊急時連絡体制（施設編）》

まずは状態把握を！！意識・バイタル・顔色・嘔吐・発汗・痙攣・自覚症状等の確認。



※ 必要に応じて、見舞い・状況確認を行う。事故報告の作成・原因追求・対策・報告も忘れずに。

《緊急時連絡体制（在宅編）》



※『利用者急変時対応マニュアル』にそって、基本的に対応する。いずれの場合も判断に迷う場合は、事業所へ連絡をする。

※事業所内での判断は管理者若しくは生活相談員が行う。

※事業所は医療的な判断が必要なときは、速やかに関連医療機関へ連絡する。また、事業所の判断により必要に応じて応援職員がかけつける。

※休日・時間外の連絡について

緊急の場合…管理者若しくは生活相談員の携帯電話に直接連絡し指示を得る。

緊急でない場合…事業所へ連絡し、出勤職員と相談の上対応する。

出勤していない場合は管理者若しくは生活相談員の携帯電話へ連絡し、指示を得る。

※必要に応じて、見舞い・状況確認を行う。事故報告の作成・原因追求・対策・報告も忘れずに。