

令和6年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

介護保険施設等における
リスクマネジメントの推進に資する
調査研究事業

報告書

令和7年3月

株式会社 日本総合研究所

目次

1. 本調査研究の概要	1
1.1. 本調査研究の背景・目的	1
1.2. 本調査研究の進め方・実施事項	3
(1) 検討委員会の設置・運営	4
(2) 先行調査研究等の整理	5
(3) 調査設計	5
(4) 事業所ヒアリング調査の実施	5
(5) 事故対応プロセスの詳細調査の実施	5
(6) 事故予防及び事故発生時の対応に関するガイドライン（案）の作成	6
(7) 事故報告標準様式の改定の方向性に関する検討	6
(8) 事業成果の取りまとめ	6
2. 先行調査研究等の整理	7
2.1. 介護保険施設等におけるリスクマネジメントに関する先行調査研究	7
2.2. 介護保険施設等におけるリスクマネジメント推進の変遷の整理	8
3. 調査設計	11
3.1. 先行研究等を基にした本調査の研究課題の整理	11
3.2. 調査設計の全体像	12
4. 事業所ヒアリング調査結果	13
4.1. 事業所ヒアリング調査設計	13
(1) 調査目的・方法	13
(2) 調査対象・抽出方法	13
(3) ヒアリング項目	13
4.2. 事業所ヒアリング調査結果	14
(1) ヒアリング調査実施事業所	14
(2) ヒアリング調査結果	15
5. 事故対応プロセスの詳細調査の実施	22
5.1. 事故対応プロセスの詳細調査の調査設計	22
(1) 調査目的・方法	22
(2) 調査対象・抽出方法	22
(3) 調査項目	22
5.2. 事故対応プロセスの詳細調査の結果	23
(1) 調査実施事業所	23
(2) 事故対応プロセスの詳細調査結果	23
(3) 事故対応プロセスの詳細調査結果から得られた示唆	25
6. 調査結果を踏まえた考察	27
6.1. 事業所ヒアリング調査および事故対応プロセスの詳細調査から得られた示唆	27

6.2.	介護保険施設等におけるリスクマネジメント強化に向けた取組の全体像	28
7.	事故予防及び事故発生時の対応に関するガイドライン（案）の作成	29
7.1.	ガイドライン（案）に入れ込むべき要件および作成プロセスの整理	29
7.2.	ガイドライン（案）の骨子の検討	29
7.3.	ガイドライン（案）の作成	31
8.	事故報告標準様式の改定の方向性の検討	40
8.1.	事故報告標準様式の課題とその対策の整理	40
(1)	事故の発生状況、原因分析・再発防止策の自由記述の記載欄について	41
(2)	事故報告の目的・役割について	42
(3)	全サービスを対象とした標準様式の見直し	43
8.2.	事故報告標準様式の改定の方向性（案）	43
9.	本調査のまとめ	45
9.1.	本調査の結論	45
(1)	事業所ヒアリング調査結果について	45
(2)	事故対応プロセスの詳細調査について	46
(3)	ガイドライン（案）について	46
(4)	事故報告標準様式の改定の方向性について	46
9.2.	今後の課題	47
10.	参考資料：事業所ヒアリング結果個票	48
10.1.	リスクマネジメント強化に向けた取組についての個票	48

1. 本調査研究の概要

1.1. 本調査研究の背景・目的

本調査研究の背景

介護保険施設等については、今後、入所者の重度化や医療ニーズへの対応に伴うリスクの増大が考えられる。平成30年度介護報酬改定に関する審議報告書においても、「施設でどのようなリスクが発生しており、そのリスクにどのように対応しているかなど、その実態を把握した上で、介護事故予防のガイドライン等も参考に、運営基準や介護報酬上どのような対応を図ることが適切なのかを検討すべきである。」と指摘されている。

こうした背景を踏まえ、「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日付厚生労働省老健局高齢者支援課長・認知症施策・地域介護推進課長・老人保健課長通知）において、介護保険施設等における新たな事故報告様式（以下、「事故報告標準様式」）が示され、令和3年度介護報酬改定では、安全対策に係る体制評価として、「介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化」が新設され、事故発生の防止と発生時の適切な対応（リスクマネジメント）を推進するための事故報告様式の作成・周知、安全対策担当者配置の義務付けなどが評価されることとなった。

令和4年度に実施された介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査「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」においては、事故の発生予防・再発防止のために有用な施設体制・取組、現行の事故報告制度の実態・課題、自治体による事故情報の分析・活用実態、報告様式の活用状況等の実態把握を行った。調査結果において、安全対策体制加算の算定は、特養で69.9%、老健で73.9%、介護医療院で50.2%であり、一定割合の介護保険施設において、安全管理体制の整備が進みつつある結果となっている。

一方で、リスクマネジメントに関する課題もあげられており、前述の調査においては、事故防止のための施設の課題として「業務多忙のため組織的な対策を検討する時間が確保できない」という回答が特養で36.9%、老健で44.6%、介護医療院で36.8%であり、介護事故防止のための研修の実施に対する課題として「研修時間を確保することや日時の調整が困難」という回答が特養で61.7%、老健で59.1%、介護医療院で55.7%であった。リスクマネジメント強化を行う上では、時間的な負担が課題となることが想定される。また、令和5年度老人保健健康増進等事業において弊社が実施した「介護保険施設等における事故報告に関する調査研究」では、事故報告における課題を調査し、事業所に対するヒアリングの結果、原因分析や再発防止策の立案過程においてノウハウや知見が不足しており、継続性・実現可能性の高い再発防止策が検討できていない、といった課題があげられた。

このように、特に介護保険施設等のリスクマネジメント強化に当たっては、組織的な対策検討や研修等の開催における時間的な負担の大きさ、原因分析や再発防止策検討にあたってのノウハウや知見不足が課題として考えられ、効率的に継続性・実現可能性の高いリスクマネジメント対策を検討するための以下の支援が必要である。

① 介護事故予防ガイドラインの見直し

リスクマネジメント対策に関するガイドラインを示すことは有効な手段の一つであり、平成24年度老人保健健康増進等事業「介護施設の重度化に対応したケアのあり方に関する研究事業」において「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」（株式会社三菱総合研究所）が示されているものの、介護業界におけるケアのあり方の変化や介護テクノロジーなどの技術的進歩もあり、ガイドラインのアップデートが必要と考えられる。また、前述のガイドラインは特養に限定されているため、その他の介護サービス種別に関してもリスクマネジメント対策の現状を把握し、好事例をとりまとめ、全介護事業所に向けたリスクマネジメントのガイドラインとしてアップデートをすることが求められる。

② 事故対応プロセスの在り方検討

事故の原因分析や再発防止策については、リスクマネジメント対策の好事例となるような介護事業所の事故対応プロセスの実態は明らかになっていない。好事例となる介護サービス事業所から原因分析や再発防止策の検討を含めた事故対応プロセスについて詳細に分析を行うことで、効果的かつ実行性の高い原因分析・再発防止策検討の手法を把握することができると考えられる。

本事業の実施目的

そこで本調査においては、介護事業所に対して事故発生時の対応と再発防止策の体制整備等リスクマネジメント強化に関するヒアリング調査を行う。また、事故対応プロセスの好事例となる介護事業所に対して、事故情報の管理方法、事故発生時の対応、原因分析・再発防止策検討の方法や再発防止策の実施状況等を詳細に分析する。これらの調査により、介護現場におけるリスクマネジメント強化に資する基礎的情報の把握、全介護事業所に向けたリスクマネジメント強化のガイドラインの見直し案を作成する。

1.2. 本調査研究の進め方・実施事項

前述の背景・目的を踏まえ、本研究は図表 1 の内容にて検討・整理を進めた。

図表 1 本調査研究の進め方・実施事項



(1) 検討委員会の設置・運営

本調査研究を効果的に推進するため、有識者からなる検討委員会を設置・運営した。委員・自治体オブザーバー構成は図表 2 および図表 3 に示すとおりである。委員会は計 4 回実施し、各回の主な議題については図表 4 に示すとおり。

図表 2 委員構成(50 音順・敬称略)

氏名	所属先・役職名
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 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

※ ◎印：委員長

図表 3 自治体オブザーバー構成(敬称略)

氏名	所属先・役職名
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

<オブザーバー>

- ・ 厚生労働省老健局高齢者支援課

図表 4 委員会各回における主な議題

回	実施日	主な議題
第1回	令和6年 9月12日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業実施概要のご説明 ・ 調査設計の検討
第2回	令和6年 12月10日	<ul style="list-style-type: none"> ・ ヒアリング調査結果のご報告 ・ ガイドライン骨子の検討 ・ 事故の原因分析・再発防止のあり方の検討
第3回	令和7年 2月4日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事故対応プロセスの詳細調査の結果報告 ・ ガイドライン案に関する議論 ・ 事故報告書の様式改定の方向性に関する議論
第4回	令和7年 3月13日	<ul style="list-style-type: none"> ・ ガイドライン案に関する議論 ・ 事故報告書の様式改定の方向性に関する議論

(2) 先行調査研究等の整理

本事業の論点である介護保険施設等におけるリスクマネジメントについて仮説を整理するため、先行調査研究を調査した。

また、介護保険施設等におけるリスクマネジメントの推進の変遷について、介護事故報告に関する法令、厚生労働省から介護保険施設等へ発出された通知、調査事業等における介護事故報告のあり方に関する議論などの公開情報を基に整理した。

(3) 調査設計

(2) で整理した仮説を検証するため、事業所に対するヒアリング調査および事故対応プロセスの詳細調査の調査設計を行った。

(4) 事業所ヒアリング調査の実施

リスクマネジメントにおける組織的な取組や、事故類型別の原因分析や再発防止策・未然防止策検討における好事例を収集することを目的に、施設系事業所に対するヒアリング調査を実施した。

(5) 事故対応プロセスの詳細調査の実施

効果的かつ実行性の高い原因分析・再発防止策検討の手法を把握することを目的に、事業所ヒアリング対象のうち、事故対応プロセスにおいて優れた取組を有する事業所に対して、事故情報の管理方法、事故発生時の対応、原因分析・再発防止策検討の方法や再発防止策の実施状

況等を詳細に分析した。

(6) 事故予防及び事故発生時の対応に関するガイドライン（案）の作成

事業所ヒアリング調査および事故対応プロセスの詳細調査から得られた結果を基に、平成 24 年度「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」の見直し案を作成した。

(7) 事故報告標準様式の改定の方向性に関する検討

国による事故報告の電子申請化を見据え、事業所ヒアリング調査および事故対応プロセスの詳細調査から得られた結果を基に、事故報告標準様式の改定の方向性について検討委員会について議論を行い、取りまとめを行った。

(8) 事業成果の取りまとめ

一連の調査研究の内容・結果について、本報告書に取りまとめた。

2. 先行調査研究等の整理

2.1. 介護保険施設等におけるリスクマネジメントに関する先行調査研究

本事業の論点である①介護保険施設等のリスクマネジメント強化に重要な事項の抽出、②効果的かつ実効性の高い事故の原因分析・再発防止策の検討、③事故報告標準様式の活用促進に向けた方向性について仮説を整理するため、先行調査研究を整理した。調査対象とした先行調査研究およびその概要は図表 5 に示すとおり。

図表 5 関連する先行調査研究

先行調査研究	調査研究概要
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 (厚生労働省・平成 30 年)	<ul style="list-style-type: none"> 施設における安全管理体制、施設から自治体への介護事故報告状況、自治体における介護事故情報の取り扱い状況に関する調査を実施。 施設を対象とした調査では、事故発生の防止のための指針の見直しは「見直していない」が 21.3%であった。また、指針に基づくマニュアルの活用状況は「事故発生時に、対応方法等を確認している」が 62.0%、「家族への説明時に使用している」が 19.0%であった。マニュアルの見直しは「見直していない」が 13.5%であった。 同調査では、介護事故については、「分析している」が 95.8%で、そのうち、「事故発生の防止のための委員会で分析している」が 78.1%であった。
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 (三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社・令和元年)	<ul style="list-style-type: none"> 施設から自治体への事故報告のあり方、および自治体における報告された情報の活用のあり方等について検討し、それを踏まえ事故報告書様式案を作成。 施設を対象とした調査では、「入居者の事故」について「分析している」のは、介護付有料老人ホームでは 97.0%、住宅型有料老人ホームでは 92.4%、サ高住（特定施設）では 94.2%、サ高住（非特定施設）では 88.6%であった。
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 (株式会社日本総合研究所・令和 2 年)	<ul style="list-style-type: none"> 介護老人福祉施設の安全管理体制や報告の統一的ルール、および国や自治体の関与のあり方等について検討し、前年度事業にて作成された報告様式案を基に介護老人福祉施設向けの事故報告様式案を作成。 介護事故の集計・分析を行い、事故事例をケーススタディ化することが施設側から国・自治体への要望としてあげられていた。

<p>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 (厚生労働省・令和4年)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 自治体・介護保険施設を対象に、介護現場における標準的な事故報告様式の活用状況、報告されている事故情報の内容等に関する調査を実施。 安全対策体制加算の算定は、特養で69.9%、老健で73.9%、介護医療院で50.2%であった。 事故防止のための施設の課題として「業務多忙のため組織的な対策を検討する時間が確保できない」という回答が特養で36.9%、老健で44.6%、介護医療院で36.8%であった。 介護事故防止のための研究実施に対する課題として「研修時間を確保することや日時の調整が困難」という回答が特養で61.7%、老健で59.1%、介護医療院で55.7%であった。
<p>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 (株式会社日本総合研究所・令和5年)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 自治体・介護保険施設を対象に、事故報告の受付や事故情報の収集・分析・活用における課題、介護事業所のリスクマネジメント強化に向けた国や自治体に求められる役割等に関する調査を実施。 事業所に対するヒアリングにより、原因分析や対策立案において、ノウハウや知見が不足しており、継続性・実現可能性の高い再発防止策が検討できていない、といった課題があげられた。

2.2. 介護保険施設等におけるリスクマネジメント推進の変遷の整理

本事業の目的である介護事故予防ガイドラインの見直しにあたり、これまで介護現場で活用されてきた「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」が作成された背景を含む介護保険施設等におけるリスクマネジメント推進の変遷について、介護事故報告に関する関係法令や厚生労働省から自治体等に発出された通知、過去の各種調査研究事業等の公開情報を基に以下のとおり整理した。

図表 6 介護保険施設等におけるリスクマネジメント推進の変遷

取組内容	背景となる議論・調査等
<p>介護保険施設の施設基準において事故発生の防止に関する取組(指針の整備、委員会の開催等)の実施を義務付け(平成18年4月)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 「福祉サービスにおける危機管理(リスクマネジメント)に関する取り組み指針 ～利用者の笑顔と満足を求めて～」の策定(平成14年4月厚生労働省社会・援護局福祉基盤課「福祉サービスにおける危機管理に関する検討会」) ➤ 介護保険制度の創設に伴い福祉サービスの利用が行政による措置から利用者本位の契約へと移行したことを

	<p>背景に、福祉サービス利用者の安心・安全を確保することを目的に、事故防止対策を中心とした福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する取組の検討が行われ、指針としてまとめられた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「平成 18 年度介護報酬改定に関する審議報告」(平成 17 年 12 月社会保障審議会介護給付費分科会) <ul style="list-style-type: none"> ➤ 介護保険施設のサービスの質の確保の観点から、「感染症管理体制の強化」、「介護事故に対する安全管理体制の強化」および「身体拘束廃止に向けた取組みの強化」に関して、施設基準への位置付け・見直しを諮問。
<p>「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」の作成 (平成 18 年度)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「専門職の活用による特別養護老人ホームのケアの質向上に関する調査研究」(平成 18 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業) <ul style="list-style-type: none"> ➤ 特別養護老人ホームの施設基準に事故発生の防止に関する取組の実施が位置付けられたことに伴い、介護サービス提供に関わる事故の防止を目的に、施設に求められる体制整備や取組のポイントを整理するとともに、現場で活用できるようなガイドラインとしてまとめられた。
<p>「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」の改訂 (平成 24 年度)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「介護施設の重度化に対応したケアのあり方に関する調査研究事業」(平成 24 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業) <ul style="list-style-type: none"> ➤ 「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」の作成後、入所者の重度化や認知症を有する入所者の増加等を背景に、施設における事故の傾向が変化しつつある中で、それらに対応したガイドラインの見直しを実施。
<p>センサー等のテクノロジー導入が進む中でのリスクマネジメントのあり方に関する検討を進める方針の提示 (平成 30 年度)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告」(平成 29 年 12 月社会保障審議会介護給付費分科会) <ul style="list-style-type: none"> ➤ 介護保険施設においてテクノロジー導入が進んできたことを踏まえ、「今後、リスクを関知するセンサー等の導入が進むことも考えられることから、施設でどのようなリスクが発生しており、そのリスクにどのように対応しているのかなど、その実態を把握したうえで、介護事故予防ガイドライン等も参考に、運営基準や介護報酬上どのような対応を図ることが適当なのかを検討すべき

	である」と指摘。
介護保険施設での安全対策の担当者の設置に関する関係規定を施設基準に位置づけ、リスクマネジメントに関する介護報酬の加減算の新設（令和3年4月）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「令和3年度介護報酬改定に関する審議報告」(令和2年12月社会保障審議会介護給付費分科会) ➤ 介護保険施設における安全対策を恒常的なものとするべく、「施設系サービスの事業者を対象に、事故発生の防止のための安全対策の担当者を定めておくことを義務づける」こと、「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は、基本報酬を減算する」こと、および「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新たな加算を設ける」ことを諮問。
介護事故防止の全国的なPDCAサイクルの構築に向けた方針の提示（令和6年度）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「令和6年度介護報酬改定に関する審議報告」(令和5年12月社会保障審議会介護給付費分科会) ➤ 介護事業所における介護事故発生の防止をさらに推進すべく、「国における事故情報の収集・分析・活用による全国的な事故防止のPDCAサイクルを構築することを見据え、事故情報を一元的に収集し、国・都道府県・市町村がそれぞれアクセスできるデータベースの整備を検討していくべきである」と指摘。

3. 調査設計

3.1. 先行研究等を基にした本調査の研究課題の整理

介護現場における事故発生の防止に関する法令、厚生労働省から自治体等へ発出された通知、過去実施された調査事業や社会保障審議会介護給付費分科会における議論等においても、介護現場におけるリスクの変化にあわせた介護施設等のリスクマネジメント強化が求められており、その過程で介護保険施設等の施設基準における事故発生の防止の取組の実施の義務付けや介護事故予防のための考え方や具体的な取組が記載された「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」の作成等が行われてきた。また、令和3年からは介護報酬上でリスクマネジメントに関する加減算が設定されており、令和6年には、国における事故情報の一元的な収集・分析・活用の必要性に関する意見が示されている。

しかしながら、「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」においては、リスクマネジメント強化を行ううえでは、多くの介護事業所において時間的な負担が課題となることが明らかとなった。また、令和5年度老人保健健康等増進等事業において弊社が実施した「介護保険施設等における事故報告に関する調査研究」では、事故報告における課題を調査し、事業所に対するヒアリングにより、原因分析や再発防止策の検討過程においてノウハウや知見が不足しており、継続性・実現可能性の高い再発防止策が検討できていない、といった課題があげられた。

本調査においては、介護業界におけるケアのあり方の変化や介護テクノロジーなどの技術的進歩を踏まえた「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」の全介護事業所に向けた改定版の作成に向けて、以下を把握すべく調査設計を行った。

- ・ リスクマネジメント強化における基本理念のあり方
- ・ 事故予防のための体制整備のあり方
- ・ 原因分析・再発防止策検討を含む事故発生時の対応プロセス
- ・ 各事故種別における原因分析・再発防止、未然防止策のケース

3.2. 調査設計の全体像

先行研究調査結果を基に、事業所ヒアリング調査、事故対応プロセスの調査詳細の設計を行った。図表 7 に調査設計の全体像を示す。

図表 7 調査設計の全体像

	事業所ヒアリング調査	事故対応プロセスの詳細調査
目的	施設系事業所に対してヒアリング調査を実施し、リスクマネジメントにおける組織的な取組や、事故類型別の原因分析・再発防止策、未然防止策検討の好事例収集を行う。	事故対応プロセスにおいて優れた取組を有する事業所に対して、効果的かつ実行性の高い原因分析・再発防止策検討の手法を把握することを目的に、事故情報の管理方法、事故発生時の対応、原因分析・再発防止策検討の方法や再発防止策の実施状況等を詳細に調査する。
調査対象	過年度調査事業や改定検証事業、各種団体の研修大会・学会抄録等をもとに、リスクマネジメントにおける好事例を有していると想定される施設系事業所を選定	事業所ヒアリング対象のうち、事故対応プロセスにおいて優れた取組を有する事業所
主な調査内容	<p><リスクマネジメント強化に向けた組織体制></p> <ul style="list-style-type: none"> ・リスクマネジメント強化体制 ・事故発生防止のための委員会/研修・教育の実施状況 ・ヒヤリ・ハット/事故情報の管理状況等 <p><個別の事故に対する対応></p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別の事故に対する対応方法 ・原因分析の方法 ・未然防止/再発防止策の検討方法 ・未然防止/再発防止につながった事故種別ごとの好事例 等 	<p><事故対応の流れ></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所内での報告対象となる事故の程度 ・原因分析の検討方法 ・再発防止策の実行状況 ・事故対応における職員・管理者・委員会の役割 <p><事業所内様式における工夫></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所内で用いているリスクマネジメント関連の様式 ・事業所内の様式におけるポイント等

4. 事業所ヒアリング調査結果

4.1. 事業所ヒアリング調査設計

(1) 調査目的・方法

リスクマネジメント強化に向けた組織体制、個別の事故に対する対応の2つの観点で、図表 8 のとおり事業所ヒアリング調査を実施した。

図表 8 介護事業所向けヒアリング調査設計

調査目的	<ul style="list-style-type: none">・ リスクマネジメントにおける組織的な取組や、事故類型別の原因分析や再発防止策・未然防止策検討における好事例を収集すること・ 事故対応プロセスの詳細分析に向け、事故対応プロセスの優れた取組を有する施設を抽出すること
調査実施日	2024年8月26日～2024年11月14日
調査方法	Web会議システムを用いたオンラインでのヒアリングおよび対面でのヒアリング
主な調査内容	<ul style="list-style-type: none">・ 施設におけるリスクマネジメント強化の体制について・ リスクマネジメント委員会の実施方法/アジェンダ/体制・ 個別の事故に対する対応方法について・ 重大事故が発生した場合の対応方法について・ 原因分析方法について（活用しているフレームワークなど）・ 未然防止/再発防止策の検討方法について

(2) 調査対象・抽出方法

ヒアリング調査の対象事業所は、過年度調査事業や改定検証事業、各種団体の研修大会・学会抄録等をもとに、好事例を有していると思われる事業所を選定し、ヒアリング調査への協力について承諾を得られた事業所とした。

(3) ヒアリング項目

リスクマネジメント強化に向けた組織体制、個別の事故に対する対応の2つの観点で、それぞれヒアリング項目を設定した。ヒアリング項目を図表 9 に示す。

図表 9 事故報告の分析・活用状況に関するヒアリング項目

<p>リスクマネジメント強化に向けた組織体制について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設におけるリスクマネジメント強化の体制について ・ 事故発生防止のための委員会の実施方法、開催頻度、アジェンダおよび職員体制 ・ 事故発生防止のための研修の実施方法、開催頻度および内容 ・ 事故情報およびヒヤリ・ハットの管理方法、項目および集計状況 ・ リスクマネジメント強化にあたって使用しているツール ・ リスクマネジメント強化にあたって参考にしている情報 ・ 法人内の医療機関との連携状況 ※同一法人内に医療機関を有する場合
<p>個別の事故に対する対応</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自治体への報告/原因分析/再発防止策の検討等の対応を行う事故の基準 ・ 個別の事故に対する対応方法（施設内での共有方法/自治体への報告/家族への説明等） ・ 重大事故が発生した場合の対応方法（対応時の体制/自治体・医療機関との連携/家族への説明等） ・ 原因分析の実施方法（活用しているフレームワークなど） ・ 未然防止/再発防止の検討方法 ・ 原因分析によって効果的な再発防止策の実施につながった好事例
<p>その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設におけるリスクマネジメントに関する自治体や国への要望事項

4.2. 事業所ヒアリング調査結果

(1) ヒアリング調査実施事業所

調査を実施した事業所は図表 10 に示すとおりである。全 12 事業所に対してヒアリング調査を実施した。

図表 10 ヒアリング調査実施事業所一覧

	施設種別	職員数	定員数
A	特別養護老人ホーム（従来型）	32名	60名
B	特別養護老人ホーム（従来型）	92名	100名
C	特別養護老人ホーム（ユニット型）	46名	50名
D	特別養護老人ホーム（ユニット型）	81名	90名
E	介護老人保健施設	91名	100名
F	介護老人保健施設	61名	80名
G	介護老人保健施設	62名	78名
H	認知症グループホーム	18名	18名
I	認知症グループホーム	25名	27名
J	認知症グループホーム	9名	9名
K	運営法人 （特別養護老人ホーム、特定施設入居者生活介護等）	-	-
L	運営法人 （特別養護老人ホーム、通所介護等）	-	-

(2) ヒアリング調査結果

事業所に対するヒアリング調査の結果、リスクマネジメント強化に向けた組織的な取組として得られた意見は以下のとおり。なお、各事業所のヒアリング個票は 10.参考資料：事業所ヒアリング結果個票を参照のこと。

① リスクマネジメント強化に向けた組織的な取組

リスクマネジメント対策は組織的に行うことが重要であり、組織体制や基本方針・事故に対する考え方を明確化したうえで委員会・研修等の取組を実施することが組織のリスクマネジメント強化につながるという意見を得た。また、原因分析にあたっては、現場職員と管理部門の役割分担を明確にし、なるべく迅速に行うことが重要であり、再発防止策の検討・実施にあたっては、重大事故やリスクの高い事案に注力することで、効果的な取組を継続させることにつながるという意見を得た。さらに、介護テクノロジーについても事故防止にあたって有効なツールとして活用できることや、組織的なリスクマネジメント強化に向けた取組が現場職員の安心感や資質の向上にもつながり得るという示唆も得られた。

図表 11 事業所ヒアリング結果(リスクマネジメント強化に向けた組織的な取組)

取組の観点	ヒアリング結果
法人・施設の基本方針	<p><u>リスクマネジメントは現場だけでなく法人・施設全体の取組として行うことで、効果的な対策につながる</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 事故は個人ではなく、仕組み・体制に問題があるものという考えで対策を行っている。(特養、定員 60 名) ▶ 各施設の取組を法人本部がバックアップし、事故の原因分析、再発防止の状況を確認している。(運営法人)
	<p><u>トップダウンでの組織作りや重点的に取組む事故を明確にすることを通じて職員に組織方針が浸透し、リスクマネジメント強化につながる</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 重大事故や施設に責任問題が問われる事故をゼロにすることが目標。(特養、定員 90 名) ▶ 重大事故の発生防止と事故発生時の適切な対処を行えるチーム・組織作りを意識。(特養、定員 100 名)
委員会・研修など組織全体の取組に関する工夫	<p><u>法人・エリア単位や多職種を含めた委員会を実施し、第三者視点で対策を検討することや、より広範囲での情報共有することが組織全体の体制強化につながる</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 委員会は法人内の事業所が横並びで参加し、事案の報告・共有・対策の検討を行っている。(特養、定員 100 名) ▶ 法人本部職員、法人内各施設・事業所の代表者、各職種の代表者が参加する法人としての委員会を設置している。(運営法人) ▶ 法人・エリア・サービス単位でそれぞれ委員会があり、必要な情報共有を行っている。(グループホーム、定員 27 名)
	<p><u>研修は組織方針を浸透するための内容やケースワークを行うことが効果的であり、e-learning や外部研修も有効活用することが重要</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 職員のリスク予測力向上のため、写真から把握できるリスクや事故を検討するケースワークを行っている。(特養、定員 60 名) ▶ 緊急時の対応や過失を問われやすい服薬事故等への

	<p>対応を中心に研修を行っているほか、団体主催などの外部研修を活用している。(特養、定員 90 名)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 消防署と連携した窒息事故発生時の研修を全職員に実施しており、座学研修は e-learning を活用し受講しやすくしている。(特養、定員 100 名) <p><u>協力医療機関との連携や法人全体でのケアの標準化など、ケアの質向上のための取組が結果としてリスクマネジメント強化につながる</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 協力医療機関の専門職と積極的に連携し、ケアの仕方や福祉用具の使い方などの助言を受けている。(グループホーム、定員 27 名) ➤ 医療機関と情報連携しており、共通する課題については共同で勉強会を行っている。(老健、定員 80 名) ➤ 法人として介護技術・ケア手法を統一しており、定期的に点検を行っている。(運営法人)
原因分析の取組・工夫	<p><u>原因分析は現場職員の対応力強化につながり、基本は現場職員で行い、管理部門は現場の分析結果を深める働きかけをするなど、現場と管理部門の役割分担が大切</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 重大事案については多職種含め施設全体で原因分析を行い、それ以外の事案は現場の専門性を培うため現場職員主導で行っている。(特養、定員 100 名) ➤ 事故分析は現場で行い、管理者からは質問を投げかける形で不十分な箇所について職員が分析を深められるよう働きかけている。(グループホーム、定員 27 名) <p><u>原因分析は、さらなる事故につなげないために、臨時のカンファレンスなどを通じて迅速に行うことが重要</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 即時対応の観点から、毎日行うミニカンファレンスで可能な限り事故の原因分析を行っている。(老健、定員 80 名) ➤ 事故やリスクが高い事案は、臨時のカンファレンスを開催して対策を行っている。(特養、定員 90 名)
再発防止/未然防止策の検討・工夫	<p><u>再発・未然防止への取組は、重大事故やリスクの高い事案に注力することが重要</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 事故のレベルに関わらず、ルール違反が原因の事案など重大事故や過失につながりかねないものは重大

	<p>事案と捉え取り組んでいる。(運営法人)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 転倒などの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ゼロにすることが難しい。(老健、定員 80 名) <p><u>ヒューマンエラーによる事故については、マニュアルや手順書の作成による業務プロセスの見直し・標準化が効果的</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ヒューマンエラーをゼロにすることは難しいが、作業のマニュアル化などによりなるべく起こらないような仕組みづくりをしている。(グループホーム、定員 9 名) <p><u>専門職によるアセスメントや効果をモニタリングすること等を通じて、継続的に再発防止策に取り組んでいくことが必要</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 実施された再発防止策は、数か月間その効果をモニタリングしている。(特養、定員 60 名) ➤ 協力病院の医療職に利用者状態のアセスメントを行ってもらい、ケアに活用している。(特養、定員 90 名)
<p>事故情報/ヒヤリ・ハット事例の管理方法</p>	<p><u>事故情報/ヒヤリ・ハット事例は、組織として管理すべき重要事案と、現場レベルで必要となる情報に分けて管理することで、効果的な分析・対策の実施につながる</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 事故をレベル分けし、重大事故や全体への共有が必要と判断した事案は法人のリスク管理部門で管理・分析している。(運営法人) ➤ ヒヤリ・ハットの定義は厳密に定めておらず、些細なことからヒヤリ・ハットとして報告・管理している。(グループホーム、定員 9 名) <p><u>記録は一元的に管理することで、発生傾向の分析や効果的な対策の検討につなげられる</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 介護記録ソフトで一括管理し、発生場所・時間・事故種別等に分けて集計している。(特養、定員 90 名) ➤ 発生期間のほか、事業所やエリア単位等で集計し、発生傾向の分析・共有を行っている。(グループホーム、定員 27 名)
<p>介護事故防止に活用しているツール</p>	<p><u>介護テクノロジーはリスクマネジメント強化の観点からも有効なツールとして活用可能</u></p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▶ リフト・スライドボードを活用し、持ち上げない介護を行っている。(特養、定員 60 名) ▶ 転倒・転落対策として、フットセンサーや着座センサーを活用している。(特養、定員 90 名) ▶ センサー等の使用は利用者ごとのリスクアセスメントに基づき、設置の有無や設置場所の検討をしている。(老健、定員 80 名)
	<p><u>施設の考え・実情に応じて、業界内外のツールや知見を活用することが有効</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ ISO の考え方をを用いた業務マニュアルが法人で作成されている。(特養、定員 60 名) ▶ 介護施設系の業界団体が示す評価手法によるリスクアセスメントを行っている。(老健、定員 80 名)
<p>組織的にリスクマネジメント強化に取り組む効果</p>	<p><u>リスクマネジメント強化に組織的に取り組むことは、現場職員の安心感につながるほか、施設経営の安定化にも効果が表れる。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 法人全体でリスクマネジメントに取り組み始めてから、法人としてのサポートや第三者的な確認・評価を得られることが現場の安心につながっている。(運営法人) ▶ 受診が必要な事故が減少し、施設の稼働が安定した。(グループホーム、定員 9 名)
	<p><u>事故防止に取り組む過程は職員の資質向上にも効果的</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 原因分析、対策の検討の過程が職員の新たな気づき・学びになっている。(運営法人) ▶ 職員にリスクを予見する力がついてきたと感じている。(グループホーム、定員 9 名)

② 個別の事故/ヒヤリ・ハット事例に対する取組

転倒・転落については、利用者のリスクや特性に応じた設備面の工夫やセンサー等の ICT 機器を活用した見守りの強化が再発防止・早期発見に有効であり、転倒しても大きなケガにつながらないような環境整備が重要であるとの意見を得た。誤嚥・窒息や皮膚剥離等の外傷については、利用者の特性に応じた予防の取組とともに、ケア方法の標準化やマニュアル・手順書の整備など施設全体でケアの安全性や質を向上させる取組が重要であるとの意見を得た。誤薬・与薬漏れについては、ヒューマンエラーが主な発生原因であることから、役割分担の明確化や

服薬業務に集中できるような環境作り、視覚的に薬剤を区別できるようにするための工夫等が有効であるとの意見を得た。

図表 12 事業所ヒアリング結果(個別の事故/ヒヤリ・ハット事例に対する取組)

事故類型	ヒアリング結果
転倒・転落	<p><u>利用者のリスクアセスメントを行い、個々の転倒リスクや特性に基づいて転倒が発生しづらい居室環境を整備することが未然防止につながる</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 介護施設系の業界団体が示す評価手法により利用者のリスクアセスメントを実施し、居室環境を整備している。(老健、定員 80 名) ▶ 利用者の転倒のパターンや行動の傾向を分析し、転倒が起こりにくい居室環境を整備している。(グループホーム、27 名)
	<p><u>見守りシステム等のテクノロジーを活用し、夜間帯における転倒につながりやすい起床・離床等の動きを検知することで早期発見につなげる</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 全室に見守りシステムを導入し、利用者の起床を検知できるようにしている。(特養、定員 100 名)
	<p><u>転倒を完全に防止することは難しく、転倒しても大きなケガにつながらないよう重大事故防止に向けた環境整備が重要</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 低床ベッドやマットレスを用い、転倒に至っても大きなケガに繋がらないような環境を整えている。(特養、定員 60 名)
誤嚥・窒息	<p><u>食材の切り方を施設内で統一・マニュアル化するなど、施設全体で安全性の向上・均質化に取り組むことが重要</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 食材のサイズ、形状等、カットの仕方に職員ごとにばらつきがあったため、誤嚥・窒息事故防止に向けて食材の切り方をマニュアル化した。(老健、定員 80 名) ▶ 誤嚥事例の多いきざみ食は廃止した。(老健、定員 80 名) ▶ 入所時に嚥下テストを実施し、食形態を決定している。(老健、定員 80 名)
誤薬・与薬漏れ	<p><u>職員の役割の明確化や業務分担の工夫により、担当職員が服薬業務に集中できるようにすることが重要</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 看護職員の業務がひっ迫しており、薬剤セット時の確認が不十分であったことから誤薬・与薬漏れが発生していた。(老健、定員 80 名)

	<p>➤ 服薬業務を行う際は、他の業務を並行して行わないようルール化している。(老健、定員 80 名)</p> <p><u>職員のヒューマンエラーを防止するために、視覚的に薬剤を区別できるようにするなどの工夫が大切</u></p> <p>➤ 与薬カートを入居者分購入し、薬剤のチェックの負担を軽減できるようにしている。(老健、定員 80 名)</p> <p>➤ 臨時の投薬時にミスが起こりやすく、臨時薬については担当者のみが行うなどルールを決めている。(グループホーム、27 名)</p> <p>➤</p> <p><u>ICT 活用等もヒューマンエラー防止に効果的</u></p> <p>➤ 配薬や与薬タイミングの誤りを検知してアラートを鳴らしてくれる配薬業務システムを導入している。(特養、定員 90 名)</p>
内出血・皮膚剥離	<p><u>内出血や皮膚剥離の起きやすい高齢者の特性を理解し、施設全体でケアの安全性の向上を図ることが重要</u></p> <p>➤ 高齢者は皮膚が薄く、皮下出血が起きやすいため、ユマニチュードメソッドによる掴まないケアの手法を周知している。(運営法人)</p> <p><u>高齢者の個々の行動等の特性を分析し予防策を講じることが効果的</u></p> <p>➤ 服薬の影響により皮下出血しやすい状態の利用者がいたため、日付と出血箇所を記録し、内出血に繋がる利用者の動きを明らかにし、職員に共有している。(運営法人)</p>

5. 事故対応プロセスの詳細調査の実施

5.1. 事故対応プロセスの詳細調査の調査設計

(1) 調査目的・方法

効果的かつ実行性の高い原因分析・再発防止策検討の手法を把握することを目的に、事業所ヒアリング対象のうち、事故対応プロセスにおいて優れた取組を有する事業所に対して、事故情報の管理方法、事故発生時の対応、原因分析・再発防止策検討の方法や再発防止策の実施状況等を詳細に調査した。調査内容は図表 13 に示す。

図表 13 事故対応プロセスの詳細調査設計

調査目的	事故対応プロセスにおいて優れた取組を有する事業所を対象に、効果的かつ実行性の高い原因分析・再発防止策検討の手法を把握すること
調査実施日	2024年11月14日～2025年2月21日
調査方法	<ul style="list-style-type: none">Web 会議システムを用いたオンラインでのヒアリングまたは対面でのヒアリング調査対象事業所において用いている事故報告様式等のリスクマネジメント関連資料の確認・分析
主な調査内容	<p><事故対応の流れ></p> <ul style="list-style-type: none">事業所内での報告対象となる事故の程度原因分析の検討方法再発防止策の実施状況事故対応における職員、管理者および委員会の役割 <p><事業所内様式における工夫></p> <ul style="list-style-type: none">事業所内で用いているリスクマネジメント関連の様式事業所内の様式におけるポイント 等

(2) 調査対象・抽出方法

ヒアリング対象の事業所は、事業所ヒアリングの対象となった事業所のうち、特に事故対応プロセスにおいて特に優れた取組を実施していると想定される事業所を選定し、承諾を得られた2施設にヒアリングを行った。

(3) 調査項目

事故対応の流れについてのヒアリングや、リスクマネジメント関連資料の分析を行った。調査項目を図表 14 に示す。

図表 14 事故対応プロセスの詳細調査項目

<p>事故対応の流れ についてのヒアリング</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業所内での報告対象となる事故の程度 ・ 事故の程度を踏まえた事故対応のプロセス ・ 原因分析の検討方法 ・ 再発防止策の実施状況（周知方法、実施状況の確認方法等） ・ 事故対応における職員、管理者および委員会の役割 ・ 事故報告を活性化させるための工夫 ・ 事故情報の収集・分析・活用状況
<p>リスクマネジメント 関連資料の分析</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業所内で用いているリスクマネジメント関連の様式 ・ 事業所内で用いている事故報告様式における工夫

5.2. 事故対応プロセスの詳細調査の結果

(1) 調査実施事業所

調査を実施した事業所は図表 15 に示すとおり、事業所ヒアリング調査対象でもあった特別養護老人ホーム A および運営法人 L とした。

図表 15 事故対応プロセスの詳細調査実施事業所

	施設種別	職員数	定員数
A	特別養護老人ホーム（従来型）	32 名	60 名
L	運営法人 （特別養護老人ホーム、通所介護等）	-	-

(2) 事故対応プロセスの詳細調査結果

特別養護老人ホーム A および運営法人 L について、事故対応プロセスの詳細調査結果を示す。

① 特別養護老人ホーム A

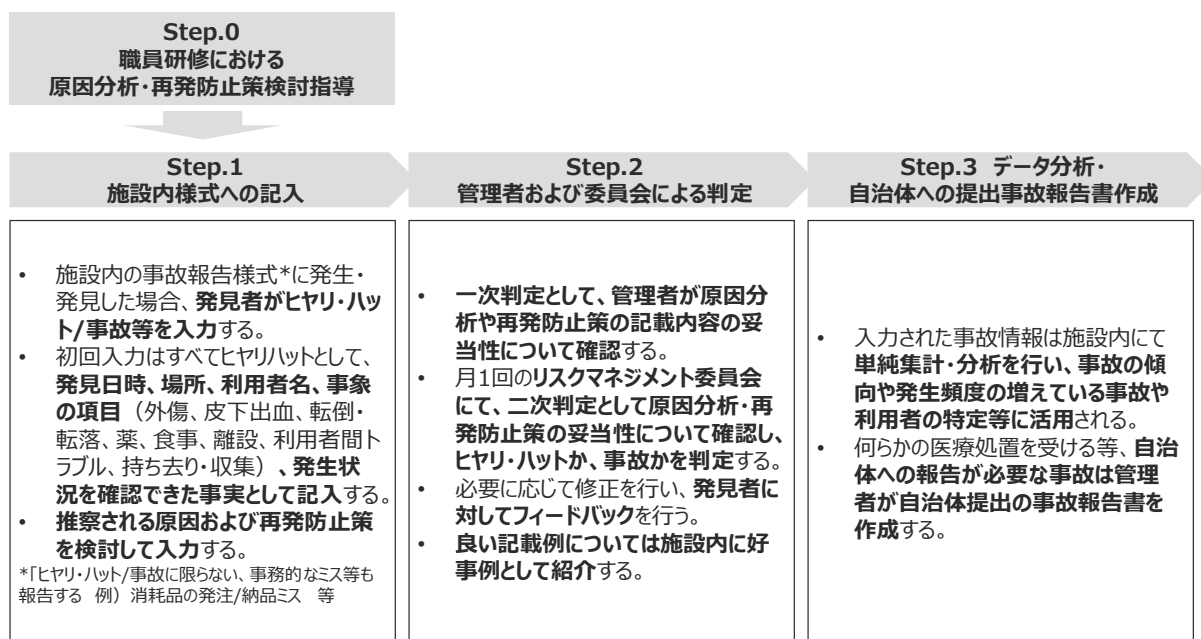
特別養護老人ホーム A における事故対応プロセスの概要を図表 16 に示す。前提として、職員に対する研修での原因分析・再発防止策検討時の指導があり、各職員が施設内様式に積極的にヒヤリ・ハット/事故情報を記入し、管理者による一次判定、委員会による二次判定がなされていた。事故報告の良い記載例については、施設内に好事例として紹介する等、事故報告が賞賛される仕組みが取り入れられていた。入力された事故情報は単純集計・分析され、何らかの医療処置を受ける等、自治体への報告が必要な事故は管理者が自治体提出の事故報告書作成し、

提出していた。

また、施設内の事故報告様式においては、次のような工夫がなされていた。

- ・ 様式はエクセルシートで作成され、施設内サーバーにおいて共有されており、発見者が即時的に記入しやすい。
- ・ 「発生状況」には事実を記載するよう指定があり、「推測される原因」が別途設けられ、事実と推測を明確に切り分けて記載ができる。

図表 16 特別養護老人ホーム A における事故対応プロセス



② 運営法人L

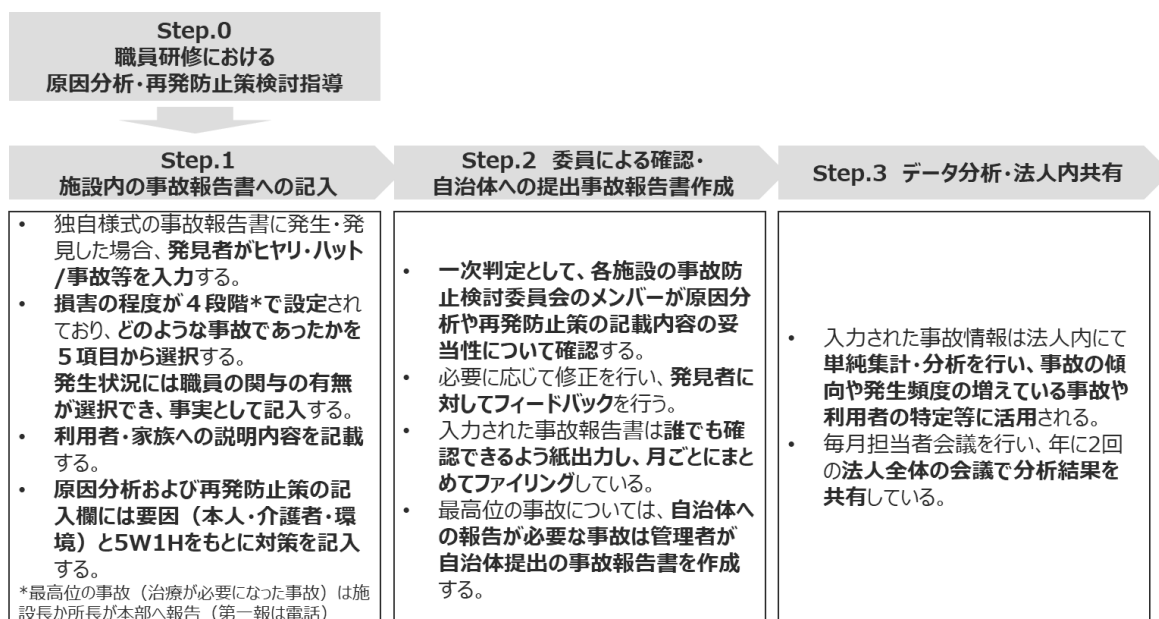
運営法人Lにおける事故対応プロセスの概要を図表 17 に示す。前提として、職員に対する研修での原因分析・再発防止策検討時の指導があり、各職員が独自の報告様式に積極的にヒヤリ・ハット/事故情報を記入し、その場での多職種による確認・検証のうえで、施設内共有がなされていた。書式は明確に定義された損害の程度が4段階で設定されており、入力された事故情報は集計・分析され、法人全体で共有されていた。治療が必要になった事故については管理者が自治体への事故報告書提出を行っていた。

また、施設内の事故報告様式においては、次のような工夫がなされていた。

- ・ 介護記録ソフト上に事故報告入力フォーマットがあり、発見者が即時的に記入しやすい。
- ・ 損害の程度が明確な定義でレベル分けされており、どのような事故であったかの所見や、職員の関与の有無を選択でき、利用者・家族への説明内容記載欄がある。

（「防げない事故」であったことの明示も可能）

図表 17 運営法人Lにおける事故対応プロセス



(3) 事故対応プロセスの詳細調査結果から得られた示唆

事故対応プロセスの詳細調査結果から得られた示唆について、①事故報告のプロセス、②施設内の独自様式、③収集した事故情報の活用、の3つ観点から以下に示す。

① 事故報告のプロセスについて

好事例施設においては、事務的な懸念点や物品の不具合等も含んだヒヤリ・ハットについても報告対象としており、職員が躊躇することなくあらゆる報告を上げ、周知・徹底していることが明らかになった。また、報告書に対して管理者やリスクマネジメント委員によるフィードバックや賞賛があり、原因分析や再発防止策の検討に関するスキルおよびモチベーションの向上にも寄与していた。

このことから、報告対象を明示することや、報告に対するフィードバック、報告することを賞賛する仕組みが事故報告の活性化、文化の醸成につながっていると考えられる。

② 施設内の独自様式について

特別養護老人ホーム A においては施設内に共有されているエクセルシートへの記載、運営法人Lにおいては介護記録ソフトへの記載と、いずれも職員が即時的に記載しやすい形式となっていた。また、自由記載欄については、事実を書く箇所、推論を記載する箇所、要因や対策を検討する観点など、記載すべき内容が明示されていた。

このことから、記載しやすい形式で、記載すべき内容が明確な様式であることが原因分析や再発防止策の検討のしやすさ、事故報告の活性化につながっていると考えられる。

③ 収集した事故情報の活用について

記載された事故やヒヤリ・ハットの情報は、誰でも確認できるようになっており、再発防止策を実施することの職員への周知は徹底されていた。また、委員会等の会議体で分析結果を報告・共有する場があった。一方で、事故情報の分析は、発生時間、発生場所、事故種別等でのクロス集計といった分析はなされておらず、各項目の単純集計に留まっていた。

このことから、事故情報の管理方法も再発防止に取り組むうえでの要素であり、誰でもアクセスできる状態にすることが重要であると考えられる。一方で、これらの好事例事業所であってもクロス集計等、踏み込んだ分析がなされていない点は、再発防止策を検討するうえでも課題と言える。

6. 調査結果を踏まえた考察

6.1. 事業所ヒアリング調査および事故対応プロセスの詳細調査から得られた示唆

事業所ヒアリング調査および事故対応プロセスの詳細調査の結果を踏まえて、介護保険施設等におけるリスクマネジメント強化に向けた取組に必要な事項を図表 18 事業所調査および詳細調査の結果から得られた示唆に整理した。

図表 18 事業所調査および詳細調査の結果から得られた示唆

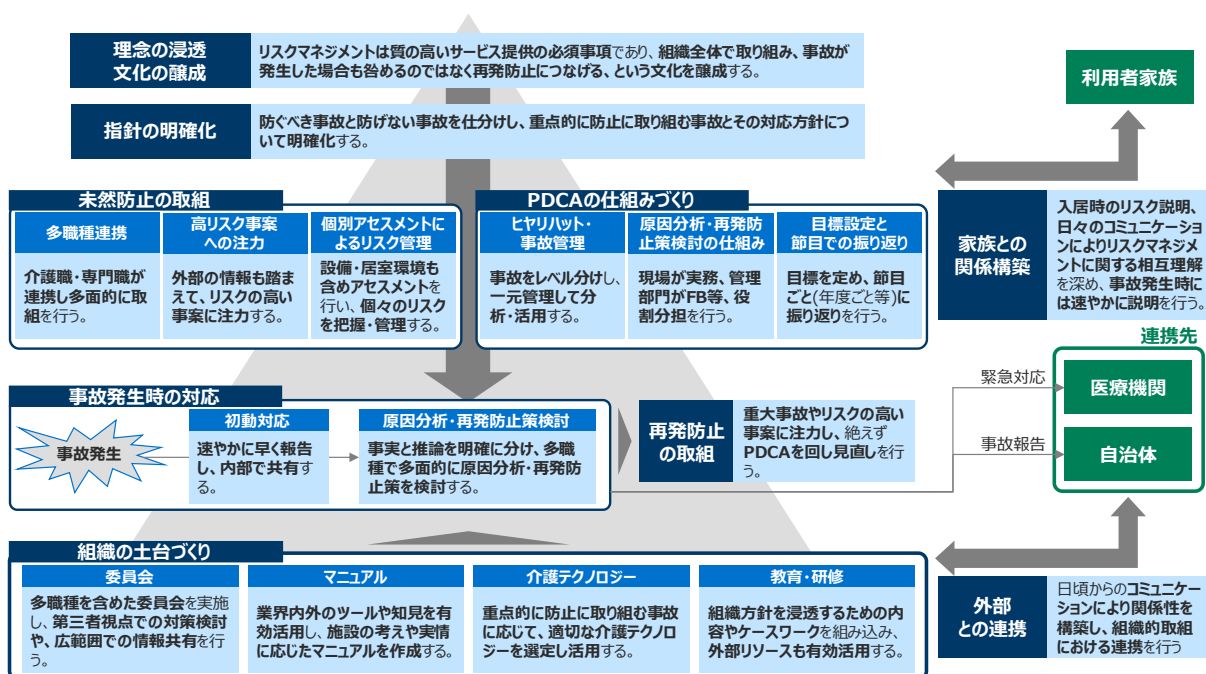
観点	リスクマネジメント強化に求められる事項
リスクマネジメント強化に向けた組織作り	<u>理念の浸透・組織文化の醸成</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 現場だけでなく、組織全体の取組として行うことで効果的な対策につながる。 ➤ トップダウンで行うことで組織に理念を浸透させ、未然防止/再発防止に取組む組織文化を醸成する。
	<u>指針の明確化</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 重点的に発生防止に取組む事故とその対応方針について現場に明確に示す。
	<u>組織の土台作り</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 委員会活動や施設内での教育・研修、マニュアル・手順書の整備等を通じてリスクマネジメント強化の土台作りを行う。 ➤ 重点的に取組む事故によっては介護テクノロジーの活用も効果的。
未然防止・再発防止に向けた取組	<u>未然防止の取組</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 重点的に取り組む事故や高リスクな事故に対して、多職種連携により未然防止に取り組む。 ➤ 設備や居室環境のアセスメントを行い、個々のリスクを把握・管理する。
	<u>再発防止の取組の実施</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 多職種で多面的に原因分析・再発防止策の検討を行い、同じ事故の繰り返しの発生を防ぐ。
	<u>組織的な PDCA の仕組み作り</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 発生した事故/ヒヤリ・ハット事例はレベル分けをしたうえで一元管理を行い、再発防止策の検討に向けた分析に活用する。 ➤ 期間ごとの組織目標を定め、節目で振り返りを行う。

事故発生時の対応力強化	迅速な初動対応
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 初動対応を速やかに行えるよう、あらかじめ事故発生時の対応をマニュアル化しておく。
	関係者との連携・関係構築
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 利用者やその家族との関係構築を日ごろから行うことで、リスクに関する相互理解を深める必要がある。 ▶ 医療機関や自治体等の外部の関係機関とは事故発生時に円滑な連携を行えるよう日頃からコミュニケーションを図る必要がある。

6.2. 介護保険施設等におけるリスクマネジメント強化に向けた取組の全体像

各調査結果を踏まえて作成した介護保険施設等におけるリスクマネジメント強化に向けた取組の全体像（案）を図表 19 に示す。リスクマネジメント強化に向けた取組は、組織理念の共有や周知にはじまり、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、それを支える土台づくりが行われることで、理念の浸透や文化醸成が達成されると整理した。

図表 19 介護保険施設等におけるリスクマネジメント強化に向けた取組の全体像（案）



7. 事故予防及び事故発生時の対応に関するガイドライン（案）の作成

7.1. ガイドライン（案）に入れ込むべき要件および作成プロセスの整理

先行調査研究等の整理や本調査における調査（事業所ヒアリング調査、事故対応プロセスの詳細調査）、検討委員会での議論を受け、ガイドライン見直し案の要件としては、平成24年度「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」見直し背景および「事故」に関する前提理解を入れ込み、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に関する組織的な取組、事故予防や再発防止の取組、ベースとなる教育・研修、関係機関等との連携、ツール活用等の各論およびそれらに該当する好事例、個別の事故における原因分析・再発防止策、未然防止策の検討の具体的な事例を盛り込むこととした。なお、ガイドライン（案）に入れ込むべき要素の検討にあたり、介護現場における事故防止対策の有識者である株式会社安全な介護の山田滋氏にヒアリング調査を行った。

図表 20 ガイドライン見直し案の要件の整理

先行調査研究/本調査における調査/検討委員会からのインプット	ガイドライン案の要件 (入れ込むべき要素)	作成にあたっての実施事項
検討委員会 <ul style="list-style-type: none"> 「事故」と称されている事象は家でも、施設でも十分に起こりうるものであり、防ぐことが難しいこともあるため、リスクマネジメント強化によって事故が防げるという誤解を生まないよう配慮すべき。 	1 <ul style="list-style-type: none"> ガイドライン見直し案作成の背景および「事故」に関する前提理解 	<ul style="list-style-type: none"> 平成24年度「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」の踏襲 検討委員会での議論
本調査 <ul style="list-style-type: none"> 好事例となる事業所においては、事故予防の取組と事故再発防止の取組をサイクルで回していく仕組みがあり、その土台として、教育・研修・職員連携がある。 具体例として、組織的な理念の浸透、事故の具体事例を基にした研修、専門職を中心とした組織体制の構築、各種ツール活用等が行われている。 	2 <ul style="list-style-type: none"> リスクマネジメント強化に向けた取組の全体像 事故予防の取組・再発防止の取組 ベースとなる教育・研修、連携、ツール活用等の各論 	<ul style="list-style-type: none"> 平成24年度「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」の踏襲 ヒアリング調査による好事例収集 好事例施設における事故対応プロセスの詳細調査
先行調査研究等 <ul style="list-style-type: none"> R4年度の改定検証調査ではリスクマネジメントの委員会や取組等を実施しているという回答が多くあった。 一方で、R5年度老健事業においては組織的な取組みや、原因分析・再発/未然防止策検討の具体的な実施方法がわからないという事業所の声が多くあった。 	3 <ul style="list-style-type: none"> リスクマネジメントに関する組織的な取組 個別の事故における原因分析・再発/未然防止策検討の具体的な事例の記載 	<ul style="list-style-type: none"> 先行文献・書籍の参照 ヒアリング調査による好事例収集

7.2. ガイドライン（案）の骨子の検討

ガイドラインの見直し案のタイトルを、「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（案）」とし、目次について、図表 21 に示す。5章立ての構成とし、平成24年度「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」の記載内容を踏襲して、本調査において収集した好事例を盛り込んだ。

図表 21 ガイドライン見直し案の目次および現行ガイドラインとの対応

ガイドライン見直し案「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（案）」目次	平成 24 年度「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」対応箇所
はじめに	はじめに
I. 介護現場におけるリスクマネジメントの基本理念	1 介護事故予防体制構築のための理念・考え方
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	1) 特別養護老人ホームにおける介護事故予防の取組の基本的な考え方
2. 介護現場における事故の特性と対応	2) 介護事故予防の必要性
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	
II. 事故予防のための体制整備のあり方	2 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	1) 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	2) 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	3) 介護事故発生予防のための委員会の設置
4. リスクマネジメント強化に向けた教育・研修	5) 研修の実施
5. 事故の未然防止のためのアセスメント	(新規要素として追加)
6. ヒヤリ・ハット/事故の管理と活用	4) 事故の報告と活用
7. 利用者・家族との連携、多職種連携	6) 関係者との連携
8. 介護テクノロジーの活用	(新規要素として追加)
9. その他留意事項	8) その他の留意事項
III. 事故発生時の対応におけるポイント	4) 事故の報告と活用
1. 事故発生時の全体像	7) 事故発生時の対応
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	
IV. 原因分析・再発防止、未然防止策の検討	3 事故予防のための対策・介護技術

1. 転倒	1) 転倒
2. 転落	2) 転落
3. 誤嚥・窒息	3) 誤嚥
4. 異食	(新規要素として追加)
5. 誤薬・与薬漏れ	4) 誤薬
6. 内出血・皮膚剥離	5) 内出血・皮膚はく離
7. 医療処置における事故	(新規要素として追加)
8. 外出・送迎時の事故	(新規要素として追加)
9. サービス種別ごとの特性に応じた留意点	(新規要素として追加)
V. 事業者に求められる義務と責任	1 介護事故予防体制構築のための理念・考え方 2) 介護事故予防の必要性 2 事故予防のための体制整備のあり方 8) その他の留意事項
1. 事業者の事故防止体制等の基準	
2. 結果の予見可能性と結果の回避義務	
3. 事業者が負う安全配慮義務	
4. 事業者の説明責任	
5. 損害賠償への備え	
巻末資料	付録
参考資料1 関係法規及び基準	付録1：「指定介護老人福祉施設の人員、施設及び運営に関する基準について」 付録2：社会福祉法に記載された福祉サービスのありかたに関する記述
参考資料2 自治体に対する事故報告制度	(新規要素として追加)
参考資料3 安全対策体制加算・減算	(新規要素として追加)
参考資料4 本ガイドラインにおける引用・参考文献	(新規要素として追加)

7.3. ガイドライン（案）の作成

先行調査研究等の整理や本調査における調査（事業所ヒアリング調査、事故対応プロセスの詳細調査）、検討委員会での議論を基に、ガイドライン見直し案を作成した。ガイドライン見直し案の概要を図表 22 に示す。ガイドライン見直し案の本編については、本調査報告書の別冊資料「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（案）」を参照すること。

図表 22 ガイドライン見直し案の概要

項目	小見出し	記載内容の概要
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	リスクマネジメントとケアの質の向上	<ul style="list-style-type: none"> ・ リスクマネジメントは介護の基本理念である尊厳の保持を基本に据えた自立支援と自己決定の尊重を実現するための1つの取組であり、高齢者の尊厳を支えるケアを行うために必須事項である。
	生活の場としての介護施設等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護施設等は生活の場であり、住み慣れた自宅と同様、転倒等の事故は起きうるもの、そのことを本人・家族にも認識してもらう必要がある。
	高齢者住まいにおけるリスクマネジメントのあり方	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者住まいは不動産賃貸に性質が近く、リスク管理における責任の線引きが難しい。 ・ 対応方針をあらかじめ検討し、利用者に対して十分な説明を行う。
2. 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護現場における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、すべてが施設の過誤による事故ではない。 ・ 施設に過誤のある事故は、やるべきことをきちんとやれば防ぐことができ、対策を取り得る事故と防ぐことが難しい事故を仕分けする。
3. 利用者の状態に応じた事故予防	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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護度の高い高齢者や、認知症の高齢者が増えていることから、利用者の状態像を踏まえ、知識・技術を習得し対応する必要がある。
	認知症の高齢者の特徴を理解したアセスメントを行う	
4. PDCA サイクルを通じた改善活動	リスクマネジメント強化のための改善活動	<ul style="list-style-type: none"> ・ リスクマネジメントの取組は利用者ごとの事故予防の取組が必要であり、それら取組を通して施設全体で事故予防の取組を行う。

		<ul style="list-style-type: none"> ・ 上記をPDCAサイクルで回していく必要があり、土台として組織づくりや教育・研修、職員連携、ツール活用等がある。
	ヒヤリ・ハット活用の重要性	<ul style="list-style-type: none"> ・ ハインリッヒの法則にもあるとおり、事故は氷山の一角であり、ヒヤリ・ハットを見逃さず蓄積し施設全体で振り返り活動を行うことが重要だ。
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	管理者としての理念・方針の明示	<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設管理者は利用者が安全に、その人らしい生活を送れるよう体制整備を行うとともに、職員、利用者、家族に対して理念や方針、ケアを実現するためのビジョン、体制を明示する。
	職員の役割に応じた改善活動・体制づくり	<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設管理者主導で理念・方針を浸透させるとともに、現場主導のボトムアップ型の改善提案を仕組みとして取り入れるのが良い。
2. 事故発生の防止のための指針・業務手順書の整備	指針・業務手順書の意義	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指針・業務手順書は標準的な方法・手順によるケアの実施を担保し、ケアの目的を安全かつ確実に達成するうえで重要となる。
	業務手順書に沿ったケアを行うための工夫	<ul style="list-style-type: none"> ・ 業務手順書は職員が活用しやすいような工夫が必要。また、現場の実態や最新の知見・技術に沿って見直しが求められる。
3. 事故発生の防止のための委員会の設置と運営	事故発生の防止のための委員会が果たすべき機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事故発生の防止のための委員会は施設のリスク状況を把握・分析し、必要な対策について決定を行う。
	事故発生の防止のための委員会の運営のポイント	<ul style="list-style-type: none"> ・ 委員会の目的や役割を明文化して周知し、管理者に限らず、部門、職種、職位のバランスの取れた構成とする。
4. リスクマネジメント強化に向けた教育・研修	研修実施の意義	<ul style="list-style-type: none"> ・ 研修は指針や業務手順、組織的な取組等を浸透させるために重要であり、ケアの質向上にもつながる。
	研修運用上の工夫	<ul style="list-style-type: none"> ・ 研修の意義や必要性について十分に説明し、職員の業務に配慮して参加しやすい

		<p>工夫を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> 外部機関や行政の合同研修等、地域資源も有効活用する。
	研修テーマの設定	<ul style="list-style-type: none"> 基本的な知識を学ぶだけでなく、部門や職種ごとに、職員のニーズに合った研修を企画する。ワークショップ型にする、職員のアイデアを活用する等、意欲を高めるための工夫を行う。
5. 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特に注意が必要	<ul style="list-style-type: none"> サービス利用開始直後は事故のリスクが高い時期であり、一人一人のリスクの把握が重要である。
	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	<ul style="list-style-type: none"> サービス利用開始前の情報収集、多職種による居室環境も含めたアセスメント、利用者の行動パターンの把握により事故の未然防止につなげる。
6. ヒヤリ・ハット/事故の管理と活用	ヒヤリ・ハット/事故事例はケアの質を確認する情報源	<ul style="list-style-type: none"> ヒヤリ・ハットなどの情報は事故の未然防止・再発防止につながるだけでなく、ケアの質の確認にもつながる。
	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	<ul style="list-style-type: none"> ヒヤリ・ハット/事故事例の報告をケアの質向上や事故予防に活用するには、報告を活性化する仕組みづくりや報告様式の整備が重要。
7. 利用者・家族との連携、多職種連携	利用者本人・家族との連携	<ul style="list-style-type: none"> リスクに関する情報を開示するとともに、要望を汲み取り、ケアの方針選択・決定に参画してもらう。 事故発生時には家族に対して丁寧なフォローを行う。
	職員間の連携	<ul style="list-style-type: none"> 職員間で未然防止・再発防止策を周知・徹底し、多職種連携により有用な原因分析・再発防止策立案につなげる。
	医療機関との連携	<ul style="list-style-type: none"> 原因分析や未然・再発防止策の検討にあたり、連携医療機関の専門職に助言を受けることも有効である。 事故発生時に限らず、日頃から連携体制を構築することが重要。

	行政との連携	<ul style="list-style-type: none"> 必要に応じて円滑な施設運営に対する支援や調整、家族対応を受け、自治体発信の研修や情報も有効活用する。
8. 介護テクノロジーの活用	介護テクノロジーとリスクマネジメントの関係性	<ul style="list-style-type: none"> 介護テクノロジーは主に介護現場の業務改善効果を期待するものだが、事故の早期発見、未然防止においても有効。ただし、職員の経験や知見、改善活動を基本に、活用目的を明確にして活用すべき。
	介護テクノロジーにより期待できる効果	<ul style="list-style-type: none"> 見守り機器：転倒・転落早期発見等、個別リスクに応じた対策 リフトや移乗支援機器：褥瘡や皮膚剥離・拘縮、転倒防止 等
9. その他留意事項	ショートステイにおける利用者のリスク管理	<ul style="list-style-type: none"> 利用者にとってなじみのない環境での生活となるため、利用前訪問等での事前の情報収集が重要。 転倒・転落に一層の注意が必要であり、誤薬・与薬漏れにも注意。
	業務委託や介護助手の雇用も有効な安全対策のひとつ	<ul style="list-style-type: none"> 現場のリソースだけでは未然防止や再発防止に十分に対応できない場合もあり、業務委託や介護助手を活用することも1つの手段。
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	事故発生時の対応プロセス	<ul style="list-style-type: none"> 事故発生→初期報告→即時的な事故対応→現場での状況確認・原因分析→報告書作成→利用者本人、家族への説明→再発防止策の周知・徹底→有効性確認・見直しのプロセスで対応。
	再発防止策は常にアップデートする	<ul style="list-style-type: none"> 再発防止策の有効性は実行してみないと判断できないため、実行して有効性を確認し、常にアップデートを行う。
2. 事故発生時の対応（初動対応）	利用者の救命や安全確保を行い迅速に初期報告	<ul style="list-style-type: none"> まずは利用者の救命や安全確保を行い、口頭でもよいので現場リーダーや上司に迅速に報告を行う。
	状況把握を正確に行う	<ul style="list-style-type: none"> 事故発生時の利用者の状態が今後の判断材料になるため、確認すべき項目を定め、

		看護職などの専門職に指示を仰ぐ。
3. 事故発生時の対応（事故報告）	事故発生時の対応手順はあらかじめ定めておく	<ul style="list-style-type: none"> 施設内での報告ルートや他機関との連携方法、利用者家族や行政への報告タイミング等の基本的な対応手順を定め、周知することが重要。 初動対応後は、事故への迅速な対応に加え、利用者や家族に対しては、本人の人権を最大限尊重しつつ情報を開示し、正確な説明を行う。
4. 原因分析・再発防止策の検討	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	<ul style="list-style-type: none"> 事故の再発防止は組織全体で取り組むべきもの。施設管理者や委員会のメンバーに加え、専門性の異なる多職種・多部門で検討を行うことで、発生原因の深掘りや本質的な解決策の検討につながる。 分析の結果は現場にフィードバックを行い、再発防止策は時間をおいて検証することが重要。
	根本的な原因理解と再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> 事故発生の根本原因を追究するうえでは各種分析手法（なぜなぜ分析、SHELL分析等）も参考となる。
IV. 原因分析・再発防止、未然防止策の検討		
1. 転倒	転倒事故の考え方	<ul style="list-style-type: none"> 転倒の原因は様々であり、対策をしても防げない可能性もある。
	利用者の個別リスクに応じた転倒防止策	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の居室環境も含めたアセスメントを行い、個別に対策を立てる。 個々の状態把握を行い、転倒事故を未然防止するうえで見守り機器等を活用することも有効。
2. 転落	ベッド周辺環境整備は転落対策の基本	<ul style="list-style-type: none"> 夜間のベッドからの転落が多く、原因分析・再発防止にリハビリ職の関与が重要。
	発生原因はベッド周囲の環境だけとは限らない	<ul style="list-style-type: none"> せん妄やBPSD等、ベッド周辺以外の発生要因も検討する。排泄ケアや生活リズムを整えることも有効。

3. 誤嚥・窒息	多職種連携による口腔機能・嚥下機能アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・ 嚥下機能は介護職のみでの判断は困難であり、歯科医師、看護職、管理栄養士等の多職種で連携する。
	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）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の嚥下機能に合わせた食形態を選択する。
4. 異食	異食により生命に関わる物品を明確にして管理する	<ul style="list-style-type: none"> ・ 異食を完全に防ぐために利用者の生活を制限することは望ましくなく、異食により生命にかかわる物品を明らかにして管理することが必要。
	何が危険なのか、正しい知識を持って対応する	<ul style="list-style-type: none"> ・ 異食により生命にかかわる毒性の強い物品や、ケガや窒息に繋がるおそれのある物品については徹底した管理が必要。
5. 誤薬・与薬漏れ	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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 誤薬・与薬漏れは利用者の生命に直結するが、ヒューマンエラーや多重課題への対応によって起こりやすい事故。 ・ 配薬・服薬時に多段階チェックを行うことが必要。
	配薬準備と配薬前のそれぞれで対策を講じる	<ul style="list-style-type: none"> ・ 配薬準備や服薬介助においては、作業が中断された時や利用者の名と顔が一致していない時に起こりやすく、環境整備や多段階での確認が必要。
6. 内出血・皮膚剥離	利用者個々の皮膚状態の理解	<ul style="list-style-type: none"> ・ 内出血や皮膚剥離の起こりやすい利用者の皮膚の特性を理解し、個々の皮膚状態に応じて対策に取り組む。
	リフトや移乗支援機器の活用	<ul style="list-style-type: none"> ・ リフトや移乗支援機器の活用は、人力による移乗介助と比較して利用者無理な力がかからないため、内出血・皮膚剥離防止にもつながる。
7. 医療処置における事故	介護施設で行われる医療処置	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護現場においては摘便、創傷処置、カテーテル管理、ストーマ管理、注射、経鼻経管栄養管理等の医療処置が行われており、それぞれで事故が発生しうる。

	チューブ抜去への対応	<ul style="list-style-type: none"> 特にチューブ抜去が多く、原因分析と未然防止/再発防止策の検討が必要。
8. 外出・送迎時の事故	外出・送迎時の事故は対応のルール化が重要	<ul style="list-style-type: none"> 外出・送迎時には乗車時の転落等の他、交通事故等があり、その対策に向けて細かなルール化が必要。
	責任範囲があいまいな自宅内におけるリスク管理	<ul style="list-style-type: none"> 自宅で利用者を家族に引き渡す際や引き渡し直後に転倒等の事故が発生するケースがあるため、居室内等の安全な場所に送り届けることをルール化する必要がある。
9. サービス種別ごとの特性に応じた留意点	通所系サービスにおける事故の特徴と対策	<ul style="list-style-type: none"> 通所系サービスの利用者は自宅と施設を行き来するため、環境の違いがリスクとなりうる。 事故に関連する可能性のある情報共有を家族から伝えてもらうことが重要。
	訪問系サービスにおける事故の特徴と対策	<ul style="list-style-type: none"> 訪問系サービスは基本的に職員が一人でサービス提供を行うため、事故発生時の適切な対応方針を定めておくことが重要。 利用者に対してサービスを提供する他の事業所と、積極的に連携を行う姿勢が求められる。
V. 事業者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	事故防止体制等の基準やそれに関わる加算・減算	<ul style="list-style-type: none"> 介護保険施設については、施設基準等において施設における体制整備や、指針に盛り込むべき事項、委員会の役割等が定められている。
2. 結果の予見可能性と結果の回避義務	結果の予見可能性と結果の回避義務	<ul style="list-style-type: none"> 介護現場において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」を基に判断される。 入所時に防ぐことが難しい事故に関する説明を行うことが必要。
	利用者ごとのリスク評価	<ul style="list-style-type: none"> 予見可能性の高い事故の発生を防ぐためには、身体機能、行動範囲、生活特性等に基づいて利用者個々のリスクを適切に評

		<p>価することが重要。</p>
<p>3. 事業者が負う安全配慮義務</p>	<p>介護サービス事業者における安全配慮義務</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護サービス事業者は、利用者の生命、身体、財産の安全に配慮し、事故発生予防に努めるとともに、事故が発生しても大きな事故とならないような事前・事後対策を行う必要がある。 ・ 「適切な介護サービス」は法令に基づくものであり、事業者の故意または過失によって事故が起きた場合などは、注意義務違反等により事業者が債務不履行責任が認められることもある。
<p>4. 事業者の説明責任</p>	<p>事業者に求められる説明責任</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者や家族に対して予想されるリスクの事前説明や、事故発生時の迅速な事実報告が求められる。 ・ 利用者や家族の判断・選択に必要な事実や情報を理解しやすい形で提供し、納得を得られるよう努力することが重要である。
<p>5. 損害賠償への備え</p>	<p>事業者の賠償責任</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 損害賠償への備えとしての保険加入は、万が一のときに被害にあった利用者への円滑な補償につながるだけでなく、職員にとっても守られているという意識につながる。 ・ 一方で、保険に加入していたとしても施設の存続にも関わるほどの経済負担を負う可能性があることには留意が必要。

8. 事故報告標準様式の改定の方向性の検討

事業所ヒアリング調査および事故対応プロセスの詳細調査の結果、法人・施設内での事故情報の管理とその分析・活用が重要であることが明らかになった一方で、図表 23 に示すとおり、国による事故情報の一元的な収集・分析・活用に向けた方向性が示されているところである。そこで本事業においては、国による事故情報の一元的な収集・分析・活用を見据え、現行の事故報告標準様式の課題を整理し、課題を踏まえた委員の意見を基に事故報告標準様式の改訂の方向性に関する検討を行った。

図表 23 令和6年度介護報酬改定に関する審議報告(令和5年 12 月 19 日介護給付費分科会)抄

【国による事故情報の一元的な収集・分析・活用】

- 介護事業所における事故発生の防止を推進する観点から、国における事故情報の収集・分析・活用による全国的な事故防止の PDCA サイクルを構築することを見据え、事故情報を一元的に収集し、国・都道府県・市町村がそれぞれアクセスできるデータベースの整備を検討していくべきである。
- 様式の統一化や電子的な報告に向けて、市町村に対して、事故情報の電子的な受付を実施するよう周知するほか、効率的な事故情報の収集、効果的な分析、事業所及び地方公共団体の負担軽減の観点から、以下の事項について検討していくべきである。
 - ・ 電子報告様式の統一化や報告を求める事項の見直し
 - ・ 事故報告の対象範囲の見直し
 - ・ 事故情報の収集・分析・活用に関する国・都道府県・市町村の役割分担等の在り方
 - ・ 事故情報に関するデータベースの設計

8.1. 事故報告標準様式の課題とその対策の整理

国による事故情報の一元的な収集・分析・活用を見据えたときの、現行の事故報告標準様式の課題を図表 24 に示す。

図表 24 事故報告標準様式における課題

項目	現行の様式	課題
事故の発生状況、原因分析・再発防止策	自由記述の記載欄	<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設により記載状況の濃淡が出やすい。 ・ 完全自由記述であるため集計・分析がしにくい。
事故報告の目的・役割	行政報告としての役割	<ul style="list-style-type: none"> ・ 記述式の項目が多く、集計や分析に適していない。
発生場所・事故の種別	施設・居住系サービスを対象とする選択肢	<ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅サービス特有の事故が選択肢になく、居宅サービス事業所で使用しにくい。

各課題に対する委員の意見や対応策を以下のとおり整理した。

(1) 事故の発生状況、原因分析・再発防止策の自由記述の記載欄について

<課題とその対応策>

事故の発生状況、原因分析・再発防止策の記載欄は現行の事故報告標準様式においては自由記述の記載欄となっている。各施設の検討過程に合わせて自由に記載ができるというメリットもある一方で、施設により記載状況の濃淡が出やすいという点や、今後の国による事故情報の一元的な収集・分析・活用を見据えたときには集計・分析がしにくいという課題があげられる。

したがって、今後のより効果的な分析・活用に向けて、

- ・ 原因分析・再発防止策については、選択式と記述式を組み合わせ、記載する観点を示した自由記述欄とする
- ・ 事故の発生時の状況については、事故発生前の利用者の状態やリスク評価、職員体制なども記載するようにする
- ・ 事故発生後の対応を記載する欄については、発生時からの対応を時系列順に記載できるようにする

といった見直しが望ましいと考えられる。

<課題を踏まえた委員の意見>

原因分析・再発防止策の記載欄について、委員からは主に以下の意見があった。

- ・ 事業所の過失責任を問うような形で使われることには懸念があるが、原因分析から再発防止に向けた好循環を作るためには事業所が防げたかどうかの判断を記載してもらう項目があると良いのではないかと。
- ・ 選択肢は事業所の過失認識を問うものとして扱われることが想定されることから、防げ

ない事故を「その他」の選択肢を設けて選択できるようにする必要がある。

- ・ 事業所にとってネガティブな表現を使うと記述しにくくなってしまうので避けた方が良い。
- ・ 原因分析の流れを自然と行えるような構成にできると良い。
- ・ アセスメントなどの観点を入れて記載の粒度を細かくすると多職種による検討が必要になるなど事業所側の作成負担が大きくなるおそれがある。事業所の記載負担を考慮しつつ、なるべく負担を軽減できるような形が望ましい。
- ・ 観点を示したとしても、介護テクノロジー導入の有無などで事業所によって記載の粒度に差が出てしまうこともあるのではないかと。

事故の発生状況の記載欄について、委員からは主に以下の意見があった。

- ・ 効果的な原因分析を行うという観点では、事故発生前の利用者の状態や職員体制等を記載できるような欄があると良い。
- ・ 既存の標準様式に記載にあたっての留意点を加えることでまずは対応できるのではないかと。
- ・ 発生前後で分けて項目を作るよりも、一連の流れとしてまとめて記載してもらう方がよいのではないかと。
- ・ 発生状況の時系列順の記載にあたっては、事業所の作成負担を踏まえ、すべてを記述式にするのではなく、選択式の項目を一部で取り入れたものとするべき。

(2) 事故報告の目的・役割について

<課題とその対応策>

事故報告の目的・役割について、現行の事故報告標準様式では行政への報告・情報共有のためのツールとして活用されているため、記述式の項目が多く、収集した情報の集計・分析には適していない。

今後の国による事故情報の一元的な収集・分析・活用を見据えたときには、行政への報告・情報共有だけでなく、事故情報の収集ツールとしての役割も求められることから、行政への情報共有として必要な項目以外を可能な限り選択式に見直し、集計・分析しやすい形式に見直ししていくことが望ましいと考えられる。

<課題を踏まえた委員の意見>

事故報告の目的・役割について、委員からは主に以下の意見があった。

- ・ データ活用を見据えた時に、選択式の項目を可能な限り活用していくという対応はもっともなことである。
- ・ 選択式の項目にすれば分析しやすくなるが、選択肢が増えると煩雑になってしまい、必ずしも適切な選択肢が選ばれない可能性もある。
- ・ 選択式の項目にしていく際には、事業所が判断を迷わないような、間違った選択がされ

にくい選択肢を検討する必要がある。

- ・ 選択式の項目は、集計はしやすいが、選択した回答以外のことはわからないというデメリットもある。記述式の分析には AI 活用も進んでおり、将来的には簡便な分析が可能になる可能性もあるため、すべてを選択式の項目とするのではなく、重要な部分には記述式の項目も残した方が良いと思う。

(3) 全サービスを対象とした標準様式の見直し

<課題とその対応策>

現行の事故報告標準様式は介護保険施設や居住系サービスを対象に作成されており、「発生場所」や「事故の種別」などに居宅サービス特有の事故が選択肢に入っておらず、居宅サービス事業所で使用しにくいものとなっている。

居宅サービス事業所においても事故発生時の行政への報告が義務付けられていることに加え、今後の国による事故情報の一元的な収集・分析・活用を見据えたときに、居宅サービス事業所における事故情報の収集・分析も重要であることから、居宅サービス事業所でも使いやすい標準様式とするために「発生場所」や「事故の種別」といった基本的な項目の見直しも行うことが望ましいと考えられる。

<課題を踏まえた委員の意見>

全サービスを対象とした標準様式の見直しについて、委員からは主に以下の意見があった。

- ・ 事故種別については、移乗介助中の事故の追加など、見直しを検討しても良いのではないかと。
- ・ 様式を施設・居住系サービスと別に作るのではなく、在宅系特有の選択肢を追加することで対応するといった方針は良いと思う。
- ・ 事故の種別についてはデイサービス等もあるので、「送迎中の事故」の追加は良いかと思う。
- ・ 「発生場所」については選択肢が増えすぎると事業所にとってわかりにくい場合もあるので、ある程度まとめた形で設定しても良いかもしれない。

8.2. 事故報告標準様式の改定の方向性（案）

事故報告様式の課題およびその対応策を基に、今後の国による事故情報の一元的な収集・分析・活用を見据えた事故報告標準様式の改定の方向性について検討を行った。検討結果は図表 25 のとおり。

図表 25 事故報告標準様式の改定の方向性(案)

見直しを検討すべき点	改定の方向性
原因分析・再発防止策の自由記載欄	<p><u>選択式の回答ができる欄を追加しつつ、完全フリーの記載欄を観点別の記載欄へと見直すことを検討</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 原因分析の観点に関する選択式の項目を追加し、その観点に対応した記述をするような項目を検討すべき
事故の発生状況の記載欄	<p><u>選択式の項目を組み合わせ、事故発生前の状況や時系列順での記載ができるよう見直すことを検討</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 事業所負担を踏まえ、選択式の項目を活用しつつ、事故発生前の状況（利用者の状態、リスク評価、職員体制等）や時系順の対応を記載できるような項目を検討すべき
上記以外の記述式の項目	<p><u>行政報告として重要な項目等を除き、可能な限り選択式の項目へと見直すことを検討</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 今後の国による事故情報の一元的な収集・分析・活用を見据え、行政への情報共有として必要な項目以外を可能な限り選択式に見直し、集計・分析しやすい形式に見直していくことが望ましい
「発生場所」および「事故の種別」の選択肢	<p><u>居宅サービス事業所でも使いやすいものとするため、居宅サービス特有の選択肢の追加を検討</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 「発生場所」には、「移乗中」や「利用者宅内」等の居宅サービス特有の発生場所の追加を検討するべき ➤ 「事故の種別」には、「送迎中の事故」や「直接介助時の衝突・激突」等の追加を検討するべき

9. 本調査のまとめ

9.1. 本調査の結論

本事業では、介護保険施設等におけるリスクマネジメントの取組や事故の再発防止/未然防止の強化に係る先行調査等の整理、事業所へのヒアリング調査および事故対応プロセスの詳細調査を行い、その結果を踏まえ、介護保険施設の事故の再発防止や未然防止の強化に向け「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」の見直し案の作成および事故報告書標準様式の改定の方向性の検討をするため、検討委員会における議論を実施した。本事業の結論として、下記の4点が挙げられる。

(1) 事業所ヒアリング調査結果について

事業所ヒアリング調査を通じて、主に以下の事項が把握できた。

- ・ リスクマネジメント強化に向けた組織的な取組としては、リスクマネジメント対策は組織的に行うことが重要である。そのため、組織体制や基本方針・事故に対する考え方を明確化したうえで委員会・研修等の取組を実施することが組織のリスクマネジメント強化につながる。
- ・ 原因分析にあたっては、現場職員と管理部門の役割分担を明確にし、なるべく迅速に行うことが重要である。再発防止策の検討・実施にあたっては、重大事故やリスクの高い事案に注力することで、効果的な取組を継続させることにつながる。
- ・ 介護テクノロジーについても事故防止にあたって有効なツールとして活用できることや、組織的なリスクマネジメント強化に向けた取組が現場職員の安心感や資質の向上にもつながり得る。
- ・ 個別の事故/ヒヤリ・ハット事例に対する取組に関して、転倒・転落については、利用者のリスクや特性に応じた設備面の工夫やセンサー等のICT機器を活用した見守りの強化が再発防止・早期発見に有効である。すなわち、転倒しても大きなケガにつながらないような環境整備が重要である。
- ・ 誤嚥・窒息や皮膚剥離等の外傷については、利用者の特性に応じた予防の取組とともに、ケア方法の標準化やマニュアル・手順書の整備など施設全体でケアの安全性や質を向上させる取り組みが重要である。
- ・ 誤薬・与薬漏れについては、ヒューマンエラーが主な発生原因であることから、看護職員や服薬業務に集中できるような環境作り、視覚的に薬剤を区別できるようにするための工夫等が有効である。

(2) 事故対応プロセスの詳細調査について

効果的かつ実行性の高い原因分析・再発防止策検討の手法を把握することを目的に、ヒアリング対象となった事業所のうち、事故対応プロセスにおいて優れた取組を有する事業所に対して、事故情報の管理方法、事故発生時の対応、原因分析・再発防止策検討の方法や再発防止策の実施状況等を詳細に調査した。

調査結果から、事故報告のプロセス、施設内の独自様式、収集した事故情報の活用という3つの観点における示唆が得られた（図表 26）。

図表 26 事故対応プロセスの詳細調査から得られた示唆

事故報告のプロセス	<ul style="list-style-type: none">・ 報告対象を明示することや、報告に対するフィードバック、報告することを賞賛する仕組みが事故報告の活性化、文化の醸成につながっている。
施設内の独自様式	<ul style="list-style-type: none">・ 記載しやすい形式で、記載すべき内容が明確な様式であることが原因分析や再発防止の検討のしやすさ、事故報告の活性化につながっている。
収集した事故情報の活用	<ul style="list-style-type: none">・ 事故情報の管理方法も再発防止に取組む上での要素であり、誰でもアクセスできる状態にすることが重要。・ 好事例施設であってもクロス集計等、踏み込んだ分析がなされていない点は、再発防止策を検討する上でも課題となる。

(3) ガイドライン（案）について

先行調査研究等の整理や本調査における調査（事業所ヒアリング調査、事故対応プロセスの詳細調査）、検討委員会での議論を基に、平成 24 年度「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」の見直し案を作成した。ガイドライン見直し案は以下の 5 章構成とし、既存ガイドラインの内容を踏襲しつつ、新たな要素や好事例の取組の具体例を加えた。ガイドライン見直し案の本編は別添資料「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（案）」を参照すること。

- I. 介護現場におけるリスクマネジメントの基本理念
- II. 事故予防のための体制整備のあり方
- III. 事故発生時の対応におけるポイント
- IV. 原因分析・再発防止、未然防止策の検討
- V. 事業者求められる義務と責任

(4) 事故報告標準様式の改定の方向性について

今後の国による事故情報の一元的な収集・分析・活用を見据えた現行の事故報告様式の課題およびその対応策の整理並びに検討会での議論を行い、事故報告標準様式の改定の方向性につ

いて整理した。

その結果、国による事故情報の一元的な収集・分析・活用を見据えたとき、事故報告標準様式の役割として、現在の行政報告としての役割に加え、効果的な再発防止策に活用するための情報収集ツールとしての役割を持つことから、原因分析・再発防止策の自由記述の記載欄、事故の発生状況の記載欄、それ以外の記述式の記載欄、「発生場所」および「事故の種別」の選択肢について見直しを検討する必要があるという結論を得た。具体的にはそれぞれ次のような結論を得た。

- ・ 原因分析・再発防止策の自由記述の記載欄については、選択式の回答ができる欄を追加しつつ、完全フリーの記載欄を観点別の記載欄に見直しを行うことが望ましい。
- ・ 事故の発生状況の記載欄については、選択式の項目を組み合わせ、事故発生前の状況や時系列順での記載ができるよう見直しを行うことが望ましい。
- ・ それ以外の記述式の記載欄については、行政報告として重要な項目等を除き、可能な限り選択式の項目へと見直しを行うことが望ましい。
- ・ 「発生場所」および「事故の種別」の選択肢については、居宅サービス事業所でも使いやすいものとするため、居宅サービス特有の選択肢の追加をすることが望ましい。

9.2. 今後の課題

本調査においては、施設系事業所を対象にヒアリング調査や事故対応プロセスの詳細調査を実施し、これらの調査の情報をインプットとしてガイドライン見直し案の作成や事故報告標準様式の改定の方角性についての検討を行った。ガイドライン見直し案は全介護サービス種別を対象としており、また今後事故報告についても全介護サービスを対象に事故情報の一元的な収集・分析・管理を行っていくことを見据えているが、過去の調査研究事業等においても通所系サービスや訪問系サービス等におけるリスクマネジメント強化に向けた取組の実施状況、事故発生状況等は明らかにされていない。したがって、通所系サービス、訪問系サービス等を対象としたリスクマネジメント強化に向けた取組や、事故発生状況等の実態把握のための調査が必要となる。

10. 参考資料：事業所ヒアリング結果個票

10.1. リスクマネジメント強化に向けた取組についての個票

参考図表 1 特別養護老人ホーム A(従来型、定員数 60 名)のヒアリング調査結果

リスクマネジメント強化に向けた組織的な取組	
リスクマネジメントにおける 法人・施設の基本方針	<ul style="list-style-type: none"> ・ ヒヤリ・ハットは悪いことではなく、どんどん報告すべきであるという考え方が根付いている。 ・ 事故は個人でなく仕組みに問題があるものと考え、対策を行っている。
組織全体の取組・工夫 (委員会・研修など)	<p>【委員会の実施方法等】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ リスクマネジメント会議を月 1 回開催している。 ・ 日常の業務の中で、不適合シート（ヒヤリハット事案など）を現場の職員が都度入力している。集計結果を月 2 回開催しているリーダー会議で確認している。 <p>【研修の実施方法等】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 施設内研修では、写真を用いて予測できる事故やリスクを検討するケースワークを行い、事故やリスクを察知できるような文化を醸成している。 ・ 法人として取り入れている ISO の考え方についても研修を受けている。
原因分析の取組・工夫	<ul style="list-style-type: none"> ・ リスクマネジメント会議で事故分析を行っており、会議録は全職員が確認できるようにしている。
再発防止/未然防止の取組・工夫	<ul style="list-style-type: none"> ・ 不適合シートに入力された再発防止策についてリーダー会議で一次判定、施設長による二次判定を行い、リスクマネジメント会議にてピックアップしたものについては一件ずつ対策を議論・検討している。 ・ 再発防止策の効果を数か月間モニタリングし、同じ事故の再発がなければ対策終了ということにしている。
ヒヤリ・ハット/事故情報における管理・分析方法 (類型・管理項目)	<ul style="list-style-type: none"> ・ ヒヤリ・ハットと事故の定義が曖昧になりやすいため、ヒヤリ・ハットの幅を広くとらえ、一律でヒヤリ・ハットとして取り扱っている。 ・ 報告はエクセルシートで一元的に管理している。まとめて管理しているため始末書のような印象を与えにくく、職員のプレッシャーに繋がりにくい。
活用しているツール (マニュアル・システム)	<ul style="list-style-type: none"> ・ ISO を土台とした法人としてのマニュアルがあるほか、施設内としては手順書/ケア要領を作成している。

等)		<ul style="list-style-type: none"> 介護機器の活用は基本的に事故防止に繋がる効果があるため、リフト、スライドボード等を使用して持ち上げない介護を強化している。 個別事象を基に利用者のアセスメントを行い、データ収集のためにセンサーを活用している。
取組前後の変化		<ul style="list-style-type: none"> ヒヤリ・ハットの報告数が増えるにしたがって、と事故発生件数が減少した。
個別の事故/ヒヤリ・ハットに対する取組		
転倒・ 転落	発生場所	居室、共用部
	発生時間	—
	発生状況	—
	原因分析の結果	—
	再発防止の取組	<ul style="list-style-type: none"> 画一的な対応ではなく、一人一人のアセスメント結果に即した対応策を講じている。 低床ベッドやマットレスを用いて、転倒しても大きなけがにつながらないような工夫をする場合がある。 車いすのブレーキをかける意識が低い方には自動ブレーキ付きの車いすを利用してもらっている。
誤嚥	発生場所	—
	発生時間	—
	発生状況	—
	原因分析の結果	—
	再発防止の取組	<ul style="list-style-type: none"> 事故予防の観点から食事担当食事会議・口腔担当口腔会議を月1回開催し、食形態やとろみの使用を検討している。 異食(他の方の食べ物をとってしまう)に関する情報も同会議で共有しているほか、職員間でも共有し再発防止に努めている。

参考図表 2 特別養護老人ホームB(従来型、定員数 100 名)のヒアリング調査結果

リスクマネジメント強化に向けた組織的な取組	
リスクマネジメントにおける法人・施設の基本方針	<ul style="list-style-type: none"> ・ 法人理念として質の高い介護の実現を目指しており、介護事故事案に限らず、現場で事案発生から解決策までを完結できるよう、介護の専門性を高めるための取組を実施してきた。 ・ 事故類型別の対策としては誤嚥・誤薬など重大事故につながる事故の防止に重きをおくとともに、事故発生時に適切な対処を行えたかどうかを過失判断のポイントになるとの考えから、発生時対応ができるチーム・組織作りを意識している。
組織全体の取組・工夫 (委員会・研修など)	<p>【法人内の事業所が横並びで行うリスクマネジメント委員会】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 法人本部のリスクマネジメント委員会を毎月 1 回開催し、法人内の事業所が横並びで事故事案の報告・共有・対策の検討を行っている。 ・ リスクマネジメント委員会は管理職、多職種で構成され、各施設各部署に持ち帰って法人全体で共有している。 ・ リスクマネジメント委員会含め法人内の会議体の議事録は職員の携帯端末でみることができるようになっている。 <p>【消防署と連携した事故発生時対応に関する研修】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 毎年 1 回、全職員を対象に窒息事故に関する研修を実施。 ・ 研修は座学と実技で構成され、実技研修においては、消防署と連携し、マネキンを使った窒息事故発生時の実際の対応を演習形式で学べるようにしている。 ・ それ以外にも、テーマ別の研修も実施。座学講義については e-learning での研修も活用している。
原因分析の取組・工夫	<p>【現場の専門性を高めるための原因分析】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 事故発生後の原因分析・再発防止策の検討は、現場の専門性を培うため、基本は現場職員が主導で行っている。 ・ 短期的な解決策の検討までを現場職員で行い、事案の内容に応じてリーダークラスでのディスカッションや上部組織への報告等を行っている。 ・ 重大事案に関しては発生した部署だけでなく、他部署・多職種を含めて全体で検討している。
再発防止/未然防止の取組・工夫	<p>【転倒・転落】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 全室に起き上がりを検知できる睡眠センサーを導入。起き上がりを検知することで職員が駆け付けることができ、転倒・転落事

	<p>故の件数が大きく減少した。</p> <p>【誤薬】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 誤薬防止ケース（朝昼夜の薬を色分けしたトレイで管理など）、チェックシートの活用によりヒューマンエラーリスクの低減を図っている。 ・ 介護職には多くのタスクを与えるのではなく、わかりやすく明確な指示・目標を設定するようにしている。
<p>ヒヤリ・ハット/事故情報における管理・分析方法 (類型・管理項目)</p>	<p>【現場職員と管理職等による役割分担】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 現場職員は法人内で使用している事故報告書の記入を行い、リーダー・主任級はその確認を行う。 ・ 作成された事故報告書は管理職にて介護記録ソフトに入力し、リスクマネジメント委員会で集計したデータを共有している。 ・ 行政への事故報告は医療機関を受診した事案について生活相談員が報告している。 <p>【ヒヤリ・ハット情報は見やすい形式で保存】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ヒヤリ・ハット情報は事故報告書とは別の簡易フォーマットを使い、部署ごとに管理している。 ・ 現場でみやすい場所に保存しており、現場レベルの入居者情報として活用しやすいようにしている。
<p>活用しているツール (マニュアル・システム等)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 法人内の情報共有は職員の携帯端末で使用しているアプリを活用し、委員会での共有を待たずに事故情報を共有している。
<p>取組前後の変化</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 見守りシステム導入後、転倒・転落の発生件数が大きく減少した。

参考図表 3 特別養護老人ホームC(ユニット型、定員数 50 名)のヒアリング調査結果

リスクマネジメント強化に向けた組織的な取組	
リスクマネジメントにおける法人・施設の基本方針	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入居者ごとの居住環境(ベッドや手すりの設置場所、家具の持ち込み、導線の確保など)の検討や、見守りセンサーの活用などにより重大事故の発生を予防している。 ・ 法人内施設や他の介護施設での事案の共有、法人内での研修を行い、類似の事故の再発防止に努めている。
組織全体の取組・工夫 (委員会・研修など)	<p>【委員会の実施方法等】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ユニットリーダーや外国人実習生も含めた多様な職員で構成する委員会を月1回で開催。他の法人で発生しニュースとなった事故を取り上げ、自施設で見直すべきところがないか等の検討を行っている。 <p>【施設内研修の実施方法等】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 研修は、起こりうる事案について模擬的な訓練を行うロールプレイング研修を行っている。 <p>【発生時の対応】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 職員とタイムリーに連携がとれるツールを導入しており、応援体制が築きやすい。 ・ 投薬事故が発生した場合は直ちに医師に相談できる体制を整えている。
原因分析の取組・工夫	<ul style="list-style-type: none"> ・ ユニット内で発生した事故であれば、まずユニットで事故報告書を書いてもらい、その内容を委員会で検証・分析している。 ・ 居室内での事故は映像による発生原因の分析を行っている。
再発防止/未然防止の取組・工夫	<ul style="list-style-type: none"> ・ 居住環境について、入居者の状態像だけでなく、在宅での生活環境や自宅のレイアウト、家族との打ち合わせを踏まえた検討を行い、重大事故の抑制を行っている。 ・ 職員間連携ツールの活用により、ヒューマンエラーの発生を抑制している。 ・ 実際の事故が起きた際の映像を検証・分析することにより、手すりや家具の位置の変更、トイレまでの導線確保等の個別の対策を講じることで、類似事故の未然防止・事故の重大化防止につなげている。 <p>【誤薬・与薬漏れ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 誤薬・与薬漏れは、看護職が薬剤をセットしてから服薬までに、5段階でチェックを行っている。

<p>ヒヤリ・ハット/事故 情報における管理・ 分析方法 (類型・管理項目)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事故報告事案は介護記録ソフトにより報告書の作成含め一括で管理している。
<p>活用しているツール (マニュアル・シス テム等)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 居室に設置しているカメラ付きナースコールに記録された映像を確認することにより事故状況の分析を行っている。
<p>取組前後の変化</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 見守りセンサーを活用した事故防止を進めて以降、処置が必要な事故はほとんど発生していない。

参考図表 4 特別養護老人ホームD(ユニット型、定員数 90 名)のヒアリング調査結果

リスクマネジメント強化に向けた組織的な取組	
リスクマネジメントにおける法人・施設の基本方針	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本的には各施設単位で対応している。 ・ 施設長をはじめ危機管理委員会がインシデント・アクシデント報告について組織的に毎月振り返りを行っている ・ 重大事故・施設の責任問題が問われる誤薬、無断外出（離設）、骨折、窒息、溺死、虐待事案の発生を 0 にすることを目標に掲げている。
組織全体の取組・工夫 (委員会・研修など)	<p>【委員会の実施方法等】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 委員会は毎月開催しており、施設長、介護、看護、ケアマネジャー（相談員）と多職種連携で実施している。ケースによっては栄養士が入ることもある。 ・ 事故発生時、または入所・退所時にユニットごとに多職種で情報共有に努めている。入院・退院、入所時に利用者の疾患や生活状況から考えられるリスクを検討し、情報共有している。 <p>【研修の実施方法等】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 施設のリスク委員会主催で、年に 1 度、危険予知トレーニングを行っており、常勤・非常勤に関わらず全職員が参加している。 ・ 別途、緊急対応、服薬に関する研修も行っている。 ・ 1 回の研修は 1 時間程度であり、個人ワークとグループワークを混ぜて行うワークショップ形式で、参加者層に合わせて内容をアレンジしている。 ・ グループ構成は職種を混ぜるかどうか、その時々によって変えている。ただし最終的に回答等は混ぜているので、一つの職種で完結することはない。 ・ 社会福祉協議会主催の研修にも参加している。法人内でのつながりも活用して情報収集・共有をしている。
原因分析の取組・工夫	<ul style="list-style-type: none"> ・ ヒヤリ・ハット（フロアの中で問題となっているもの、リスク度が高いもの）・事故が起きた場合はその日中に各担当者が集まってカンファレンスを行う。
再発防止/未然防止の取組・工夫	<ul style="list-style-type: none"> ・ 協力病院が 3 件あり、入院先の病院における医師、看護師、ST、OT 等の各種専門職から、退院前に誤嚥を防ぐための食事摂取状況や食べさせ方に関するレクチャーを受けている。 ・ 退院時の利用者の状況のサマリにリスクが高い項目が記載されており、参考にしている。

		<ul style="list-style-type: none"> ・ 機器使用時には指差し確認（ブレーキ等の確認）をルール化している。
ヒヤリ・ハット/事故情報における管理・分析方法 (類型・管理項目)		<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護記録ソフトにヒヤリ・ハット/インシデント/アクシデントを入力している。事故が起きた場所、時間、事故類型等を分類できるようになっており、期間を指定しての自動集計が可能となっている。 ・ 基本的には事故レベルは安全対策指針に則っており、何らかの処置が必要になったものをアクシデントとしている。是正処置等の重大な影響があるもの、施設全体で対策が必要なものについては緊急のカンファレンスを開催し、迅速な対応に努めている。また、自己判定基準も設けている。
活用しているツール (マニュアル・システム等)		<ul style="list-style-type: none"> ・ センサー等の ICT 機器の活用を進めている（転倒・転落対策としてのフットセンサー、着座センサー等）。
取組前後の変化		—
個別の事故/ヒヤリ・ハットに対する取組		
誤嚥・窒息	発生場所	食堂
	発生時間	—
	発生状況	高頻度で食事時の誤嚥が発生。
	原因分析の結果	入院者の分析を行った結果、いずれも誤嚥性肺炎がみられた
	再発防止の取組	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護職員、看護職員、管理栄養士が食形態を気にして都度考えるよう教育体制を整えている。加えて食事時間等、普段の観察も行っている。 ・ 入退院のカンファレンスの際に、全員に対し食形態や食事内容についてアセスメントを行い、安全な食事を提供している。 ・ 本人や家族の希望を叶えるため歯科医師の協力のもと VE 検査（内視鏡検査）を行い、根拠に基づいた食事内容を検討している。
誤薬・与薬漏れ	発生場所	—
	発生時間	—
	発生状況	異なる入所者への誤薬が年間 1 件程度発生
	原因分析の結果	他の業務と並行して業務を行うことによるミス
	再発防止の取組	<ul style="list-style-type: none"> ・ 服薬業務支援システムを導入し、薬の間違い、服薬タイミングの間違いがあるとアラートが鳴る。

		<ul style="list-style-type: none">・ 職員のダブルチェック体制も徹底。配薬から服薬までの間に6人がチェックしている。
--	--	---

参考図表 5 介護老人保健施設F(定員数 80 名)のヒアリング調査結果

リスクマネジメント強化に向けた組織的な取組	
リスクマネジメントにおける法人・施設の基本方針	<ul style="list-style-type: none"> 近年の介護保険サービスに求められる対応範囲の拡大（事故対策に限らず、感染症、災害、情報漏洩対策等）に伴い、全体を包括しての管理体制を整備するため、リスクマネジメント委員会をトップに据え、それぞれの事業所における事故防止委員会等、各種対策委員会が下につく体制としている。
組織全体の取組・工夫（委員会・研修など）	<p>【リスクマネジメントに関連する委員会の整備】</p> <ul style="list-style-type: none"> 平成 24 年より法人全体での「介護老人保健施設リスクマネジャー資格」¹を有する管理職（事務長、管理部長、入所担当、通所担当）4 名で構成されるリスクマネジメント委員会を設置（開催は不定期）し、重大事故だけでなく、災害、感染対応を管轄している。 法人には特養、老健、通所リハ、訪問リハ、ショートステイ、居宅介護支援があり、各事業所において多職種からなる事故防止対策委員会を設置し、小さな事故の対応を行っている。 <p>【事例を基にした内部研修の実施】</p> <ul style="list-style-type: none"> 事故防止対策委員会の中で年 2 回研修を実施しており、実事例を基にしたグループワーク等も実施している。 全職員が受講必須であり、事故防止に限らず、身体拘束廃止、虐待防止、感染予防や他の委員会も含めると月 1 回は施設内での勉強会を実施している。 重大な事故が発生した場合はその事業所内で臨時的勉強会を実施している。 <p>【法人内医療機関との連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> 法人内の病院が気管切開はしない方針としており、延命希望の有無を入所段階で家族に対して聴取し、法人内の病院での対応方針についても具体的に説明している。 法人内病院とは情報連携しており、感染対策の加算取得の観点から、感染症の勉強会は合同で行っている。 医療機関と介護施設の違いについての説明が難しく、チューブ

¹ 公益社団法人全国老人保健施設協会による認定資格。老健施設を取り巻くリスク(転倒・転落による事故、施設内感染、利用者のプライバシー保護、メンタルヘルス、不適切なケア、自然災害など)を包括的に把握し、事後対応だけでなく、事前リスクも視野に入れて現場の中心となってリスクマネジメントを行う人材を養成する制度。参考 URL : <https://www.risk-manager.jp/>

	<p>を自己抜去してしまう方などに介護事業所側ではミトンができない理由を身体拘束の点から説明しても家族理解が得にくいという課題がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 緊急時の場合は看護職が利用者の状態を確認し、医師へ報告し指示を受けた上で病院搬送を行っており、土日祝等、医師が不在の場合の対応についてもマニュアル化しており緊急時でも24時間対応できるようにしている。
原因分析の取組・工夫	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第一発見者がその事故対応の担当者となり、家族にも連絡を行う。 ・ 事故発生時は即時対応の観点から、毎日昼に実施している15分のミニカンファレンスで可能な限り事故の原因分析を行っている。 ・ 第一発見者が担当者となるが、担当者に任せきりにせず、不在の場合でもミニカンファレンス内で原因分析や対策を検討している。
再発防止/未然防止の取組・工夫	<p>【転倒・転落】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護施設系の業界団体が示す評価手法を用いて利用者のリスクアセスメントを行い、居室の環境設定やセンサーマット等の利用を検討している。 ・ リスクアセスメントの結果を基に、家族にも転倒をゼロにすることが難しいことを入所時の契約時に説明している。 <p>【誤嚥】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 多職種で嚥下のアセスメント（主に水飲みテスト）を行い、提供する食形態を検討している。 ・ 食事形態は、基本一口大（サイズはマニュアルで規定）を常食とし、やわらか食、ソフトゼリー食の3パターンとしており、きざみ食は誤嚥が多く発生することから提供していない。
ヒヤリ・ハット/事故情報における管理・分析方法 (類型・管理項目)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 管理集計は介護記録ソフトで行っている。
活用しているツール (マニュアル・システム等)	<ul style="list-style-type: none"> ・ センサーマット、赤外線センサーを利用しており、リスクアセスメントに基づいて設置の有無や設置場所を検討している。 ・ 今後、見守り機器を導入予定。
取組前後の変化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 年1-2回重大事故が発生していたがゼロとなった。

個別の事故/ヒヤリ・ハットに対する取組		
誤嚥・ 窒息	発生場所	食事中
	発生時間	食堂
	発生状況	食事中に誤嚥が発生（特に夕食時に多い傾向）
	原因分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> 「一口大」の大きさに切っているが、サイズ、形状等、切り方にばらつきがあり、特に新しい食材では切り方のばらつきが出やすかった。 職員が少ない時間帯で、利用者個々の食事状況をみられていなかった。
	再発防止の取組	<ul style="list-style-type: none"> 基本である「一口大」について、切り方のマニュアルを作成した。 食形態について、常食、やわらか食、ソフトゼリー食の3段階とし、誤嚥事例の多かったきざみ食を廃止した。 管理栄養士、作業療法士、看護職等の多職種で嚥下テスト（水飲みテスト）を入所時に行い、食形態を決定することとした。
誤薬・ 与薬 漏れ	発生場所	食事中
	発生時間	食堂
	発生状況	年10件程度、配薬ミスによる誤薬が発生
	原因分析の結果	<p>【看護職員の薬剤セット時】</p> <ul style="list-style-type: none"> 3段階確認を基本としているが、看護職の業務がひっ迫しており、現実的に2回までしか対応できていなかった。 夜勤看護職が薬をセットしており、日勤では別の看護職が対応するため人の入れ替わりによりセットのミスが発生していた。 また、別の作業を行いながら服薬業務をしているときにミスが発生していた。 <p>【看護職員の配薬時】</p> <ul style="list-style-type: none"> 配薬時に間違いが発生しており、別の作業を行いながら配薬業務をしていることが要因と考えられた。
	再発防止の取組	<ul style="list-style-type: none"> 薬関係の業務を行う際は、その業務だけに集中することを徹底するようにした。 与薬カートを入居者分購入し、カートごと管理することで人の入れ替わりによるミスをなくし、さらに薬をチェックする業務負担を軽減した。

参考図表 6 介護老人保健施設G(定員数 78 名)のヒアリング調査結果

リスクマネジメント強化に向けた組織的な取組	
リスクマネジメントにおける法人・施設の基本方針	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャー、介護福祉士、看護職、医師等の多職種で構成されたリスクマネジメント設置し、事故防止の取組、事故対策の検討等を実施している。
組織全体の取組・工夫 (委員会・研修など)	<p>【リスクマネジメントに関連する委員会の整備】</p> <ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャー、介護福祉士、看護職、医師等の多職種で構成されたリスクマネジメント委員会を設置し、毎月 1 回、ヒヤリ・ハット、事故を取り上げている。委員は事前に前月分の報告書をすべて確認し、議論が必要なものを選んでいる。 リスクマネジメント委員会では施設内の事故防止の取組、施設内で発生した事故の対策を現場で検討し、議論内容を施設全体に共有している。 <p>【内部研修の実施】</p> <ul style="list-style-type: none"> スタッフに対しては報告書の提出の仕方を研修で教えているほか、報告書の内容について一緒に考えてアドバイスをするようにしている。
原因分析の取組・工夫	<ul style="list-style-type: none"> 事故の発生時間、時期、発生場所、部署、職員側の観察不足や判断の遅れ等の事故の原因について介護記録ソフト上で集計し、分析している。 事故の原因等の分析は行っているが、予算の都合上、センサーマット、センサーベッドを導入する、というような具体的な取組に至っていない。
再発防止/未然防止の取組・工夫	<ul style="list-style-type: none"> 事故対応のフローチャートを作成し、施設内で確認するようにしている。 <p>【転倒・転落】</p> <ul style="list-style-type: none"> 理学療法士、作業療法士が利用者のベッド周辺の環境設定に関わるようにした。また、理学療法士、作業療法士が身体機能や動作時の特徴を評価し、介護士に申し送りをするようにした。 <p>【誤薬】</p> <ul style="list-style-type: none"> 誤飲、配薬誤りのヒヤリ・ハットが発生していたため、職員によるダブルチェック、利用者への氏名の確認を行っている。 <p>【誤嚥】</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者にパタカラ体操等の口の体操をしてもらっている。

	<ul style="list-style-type: none"> 職員に対しては、口を大きく開けることが難しいため少量ずつ提供する等、利用者ごとの特徴やケアの仕方を口頭で伝達するようにしている。 	
ヒヤリ・ハット/事故情報における管理・分析方法 (類型・管理項目)	<ul style="list-style-type: none"> 介護記録ソフト上で集計している。毎年4月に前年度の事故情報を集計し、リスクマネジメント委員会および施設全体に共有している。 	
活用しているツール (マニュアル・システム等)	<ul style="list-style-type: none"> 介護記録ソフト 	
取組前後の変化	<ul style="list-style-type: none"> 新規の入所者に対して特に取組を強化した結果、転倒の発生件数が若干減少した。 	
個別の事故/ヒヤリ・ハットに対する取組		
転倒	発生場所	—
	発生時間	—
	発生状況	入所後間もない利用者の転倒が多かった
	原因分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> 入所前に利用者が生活していた病院、施設から電話や書面で連携された情報と実際の身体機能、認知機能等に乖離があった。
	再発防止の取組	<ul style="list-style-type: none"> 理学療法士、作業療法士が利用者のベッド周辺の環境設定に関わるようにした。 理学療法士、作業療法士が身体機能や動作時の特徴を評価し、介護士に申し送りをするようにした。

参考図表 7 認知症グループホームH(定員数 18 名)のヒアリング調査結果

リスクマネジメント強化に向けた組織的な取組	
リスクマネジメントにおける法人・施設の基本方針	<ul style="list-style-type: none"> ・ トップダウン型の指導ではなく、スタッフによる問題提起や、事故発生時にはスタッフ全員で話し合いをする等、ボトムアップ型のリスクマネジメントを行っている。 ・ 防げない事故もあるという方針で、スタッフの心理的安全性を重視し、ケアの質や安全性を高める観点での事故防止の動機づけを行っている。
組織全体の取組・工夫 (委員会・研修など)	<p>【リスクマネジメントに関連する委員会の整備】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 委員会は 3 ヶ月に一度開催している。定期的な委員会に加え、事故発生時は委員会のメンバーが集まって事故の分析や原因追及を行っており、トップダウン型では対策が浸透しないと考えたため、管理職以外の職員も委員会のメンバーに含めている。 ・ 介助がうまくできない等の問題を抱えている職員がいれば、必要に応じてリスクマネジメント委員会に参加してもらい、事故防止策と一緒に考える機会を設けている。 <p>【スタッフによる問題提起の活性化】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「不適切ケアアンケート」を毎月実施し、スタッフが匿名で問題提起を行えるようにしている。アンケート回答を踏まえてリスクマネジメント委員会で適切なケアの実現に向けた議論を行っている。 <p>【事例を基にした内部研修の実施】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 月に 1 回のミーティングに合わせてスタッフが考案した伝達講習を行っている。 ・ リスクマネジメント委員会で議題に上がった内容を共有し、スタッフ全員での事例検討を行っている。
原因分析の取組・工夫	<ul style="list-style-type: none"> ・ トップダウン型の指導ではなく、スタッフ全員での話し合いを徹底している。 ・ 責任者と事故の当事者で面談を行う際は、事故に至るまでの原因を追究しつつ、職員の心理的安全性の確保に努めている。
再発防止/未然防止の取組・工夫	<p>【転倒・転落】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 市販の人感センサーを導入し、入居者が不快にならない場所に設置することで、利用者の動きをいち早く検知し職員がすぐに駆け付けられるようにしている。 <p>【誤薬】</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ・ お薬ケースで一日の薬剤を管理し、配薬時には複数のスタッフで確認している。 ・ 新人職員のうちから服薬管理の仕方を学び、服薬管理に慣れてもらえるようにしている。 <p>【誤嚥】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ リハビリ職から姿勢・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ている。 ・ 誤嚥リスクの高い利用者について、訪問歯科と連携し、嚥下機能や口腔ケアの方法について助言を受けている。 	
ヒヤリ・ハット/事故情報における管理・分析方法 (類型・管理項目)	—	
活用しているツール (マニュアル・システム等)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 市販の人感センサーを導入し、入居者が不快にならない場所に設置している。 	
取組前後の変化	—	
個別の事故/ヒヤリ・ハットに対する取組		
転倒	発生場所	居室
	発生時間	—
	発生状況	職員の目が届かない居室内での転倒が発生
	原因分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者に歩行機能が低下している認識が乏しく、歩いてしまうことが多かった。 ・ スタッフの声掛けが雑になったり、入居者の動きを発見できなかつたりすることがあった。
	再発防止の取組	<ul style="list-style-type: none"> ・ 市販の人感センサーを導入し、入居者が不快にならない場所に設置することで、利用者の動きをいち早く検知し職員がすぐに駆け付けられるようにした。
誤薬・与薬漏れ	発生場所	—
	発生時間	服薬時
	発生状況	—
	原因分析の結果	—
	再発防止の取組	<ul style="list-style-type: none"> ・ お薬ケースで一日の薬剤を管理し、配薬時には複数のスタッフで確認している。

参考図表 8 認知症グループホームI(定員数 27 名)のヒアリング調査結果

リスクマネジメント強化に向けた組織的な取組	
リスクマネジメントにおける法人・施設の基本方針	<ul style="list-style-type: none"> ・ 法人内の事故については法人のリスクマネジメント委員会で管理し、法人内、エリア内、事業所内で事故情報やヒヤリ・ハットの情報を共有している。 ・ 事故に繋がる予兆に気が付くことが重要と考え、グループホームとして積極的に気づきを出そうという方針を取っている。
組織全体の取組・工夫 (委員会・研修など)	<p>【リスクマネジメントに関連する委員会の整備】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 事業所レベルでは、各ユニットのリーダーと管理者でリーダー会を実施し、事故の再発防止策の妥当性の検討、1 か月間のモニタリングを通じた再発防止策の検証に加え、法人内の各施設の報告の取りまとめと周知を行っている。 ・ 法人全体だけでなく、エリアごと、施設ごとにリスクマネジメント委員会が設置されている。エリア単位では服薬事故、ノーリフトに取り組んでいるにもかかわらず発生した事故や、窒息事故等の大きな事故について情報が共有される。 <p>【内部研修の実施】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 状況に応じてどのような事故が起こる可能性があるかを検討する危険予知に関する研修を行っている。 <p>【医療機関との連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 法人内の医療機関の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の専門職と積極的に連携している。例えば、移乗介助の仕方や使用している福祉用具が適切かどうか、食形態がこれで良いのか等、職員の要望に応じて助言を受けている。
原因分析の取組・工夫	<ul style="list-style-type: none"> ・ 発見者が事故報告書を作成する際に事故原因を分析することが多く、システム、ヒューマンエラー、環境の観点から事故分析をするようにしている。 ・ 分析が不十分な箇所については管理者から「なぜこうなったの?」「どうしたらよいと思う?」と投げかけをし、分析を深められるような働きかけを行っている。
再発防止/未然防止の取組・工夫	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事故に繋がる予兆に気が付くことが重要というハインリッヒの法則を参考に、事故になる前に気づいた「ゼロレベル」(事故発生の予兆段階)での報告書を作成している。グループホームとして積極的に気づきを出そうという方針のため、ゼロレベル報告は多数あがっている。

	<p>【転倒・転落】</p> <ul style="list-style-type: none"> 職員が見ていない居室内での転倒については、居室の環境整備で対応している。 <p>【誤薬】</p> <ul style="list-style-type: none"> 朝・昼・夜で薬剤が混ざらないよう、薬剤を入れる袋に異なる色のマーカーで印をつけ、薬剤を保管するケースも分けている。また、定期薬と臨時薬の置き場所も分けている。これは IS09001 の服薬マニュアルに沿って事業所展開している。 <p>【誤嚥】</p> <ul style="list-style-type: none"> 事業所内に設置されている吸引器の場所や使い方の周知、食事形態の見直し、家族に対する食形態に合った差し入れの案内を行っている。 	
ヒヤリ・ハット/事故情報における管理・分析方法 (類型・管理項目)	<ul style="list-style-type: none"> 法人内で事故に0～5のレベルを設定している。3レベル以上の事故は市町村に報告することとしている。 施設内の事故報告書では、転倒・転落、異食、窒息等、事故の種別についても20以上の項目を設定している。 毎月、上半期、下半期、年度全体での事故の集計を行っている。事業所ごとだけでなく、エリア単位で前年度、当年度の集計結果が共有されている。 	
活用しているツール (マニュアル・システム等)	—	
取組前後の変化	—	
個別の事故/ヒヤリ・ハットに対する取組		
誤薬・ 与薬 漏れ	発生場所	—
	発生時間	服薬時
	発生状況	件数は多くないが、臨時薬のセットのし忘れが発生していた。
	原因分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤をセットする際に確認する個人記録、ボードの記載内容にずれが生じていることがあった。 ユニットごとにボードの書き方や排便をカウントするタイミング、薬剤のセットの仕方が異なっていた。 行事等で急がなければならない場合や、シフトの境目で服薬対応の途中で人が変わる場合、夜勤明けで疲れている場合にミスが起こりやすかった。
	再発防止の取組	<ul style="list-style-type: none"> 定期薬と臨時薬の置き場所を分け、臨時薬をセットする人

		<p>やタイミングを明確化した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 薬剤は薬局に一包化してもらうよう依頼するようにした。 ・ 薬剤を入れる袋に時間帯で異なる色のマーカーで印をつけ、薬剤を保管するケースも分けるようにした。 ・ 夜勤職員は服薬に関わらず、早番の職員で対応するようにした。
転倒	発生場所	居室
	発生時間	—
	発生状況	職員が目が行き届かず、転倒が発生することがあった。
	原因分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 居室内の行動に目が届かない場合が多い。
	再発防止の取組	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の転倒のパターンや行動傾向から、転倒が起こりにくいレイアウトにする等の環境整備を行った。

参考図表 9 認知症グループホームJ(定員数9名)のヒアリング調査結果

リスクマネジメント強化に向けた組織的な取組	
リスクマネジメントにおける法人・施設の基本方針	<ul style="list-style-type: none"> ・ 職員が理解しやすいよう、口頭での説明、指導を重視している。 ・ ヒヤリ・ハットを積極的に報告し、分析、再発防止に取り組むことで事故の未然防止に注力している。
組織全体の取組・工夫 (委員会・研修など)	<p>【リスクマネジメントに関連する委員会の整備】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 併設の事業所の代表が集まって月1回委員会を開催している。 ・ グループホーム内でも委員会は設置しているが、申し送り等を通じた日頃からのコミュニケーションを重視している。グループホームの職員は高齢の人が多く、介護ソフト等を用いるより口頭で説明した方が伝わりやすい。 ・ 法人内で大きな事故に繋がるものについて情報共有されているため、自施設で特に発生しそうなものについては施設内で情報を共有している。 <p>【ヒヤリ・ハットを報告する意識の醸成】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 内容は問わず、毎日1人1件ヒヤリ・ハットを報告するように職員に求めた。どのような内容であっても否定せず、報告を上げることは積極的に推奨した。 ・ ヒヤリ・ハットから事故状況を分析し対策を立て、対策が有効なものであるか評価するというサイクルに繋がるようにしている。ケアプランに事故対策を含めることで3ヶ月に1回のモニタリングに合わせて事故対策の評価を負担なくできるようにしている。
原因分析の取組・工夫	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者ごと、時間帯ごとに分析を行い、どの時間帯に、どの利用者に、どんなトラブルが多いのかを分析している。 ・ 重大事故の場合は、管理者や法人内の医療職等も交えて原因分析、再発防止策の検討を行っている。
再発防止/未然防止の取組・工夫	<p>【転倒・転落】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 身体機能、認知症の症状、行動パターン等を踏まえて複合的に転倒の要因を分析し、対策を行っている。転倒したらすぐに車椅子にする等、安易に行動を制限するのではなく、利用者がなぜ転倒に至る行動をしたのかを考えることが重要と考えている。 <p>【誤薬】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 法人で作成されているマニュアルに沿って対応しているが、介

	<p>護士だけで対応できるものではないため、服薬については医師、薬剤師に相談している。ヒューマンエラーは起こるものなので、完全に対策することは難しいと考えている。</p> <p>【誤嚥】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 口腔内の状態を半年に1回確認するようにしている。 ・ 食材や切り方には留意し、細かくしすぎないように指導している。自分たちも同じ食事を食べるため、硬すぎたり、柔らかすぎたりしないか職員が確認している。 	
ヒヤリ・ハット/事故情報における管理・分析方法 (類型・管理項目)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 何が事故の原因になるかわからないため、ヒヤリ・ハットの定義を厳密に定めず、些細なことでもヒヤリ・ハットとして報告してもらうようにしている。 ・ 介護ソフトで集計、管理しているが、介護ソフト上では対応できない細かな分析についてはエクセルシートに出力して行っている。 	
活用しているツール (マニュアル・システム等)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護記録ソフト 	
取組前後の変化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受診が必要な事故は直近の2年間で1件も発生しておらず、施設の稼働が安定した。 ・ ヒヤリ・ハットの数値データはないが、特に転倒は減っており、自立歩行の方が多い中でも直近の2年間で転倒による骨折事故は起きていない。 ・ 特にリスクの高い方に関して、職員がリスクを予見する力がついていると感じる。 	
個別の事故/ヒヤリ・ハットに対する取組		
転倒	発生場所	—
	発生時間	夕方～夜間帯
	発生状況	転倒が2ヶ月に1回程度の頻度で発生しており、中には骨折に至ったケースもあった
	原因分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 夕方は不穏になりやすい時間帯ではあるが、職員が食事準備、入浴介助等の業務をしていると利用者に目が届きにくくなっていた。 ・ 夜間は覚醒が不十分で転倒するケースもあった。
	再発防止の取組	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事故が起こりやすい時間帯を分析することで、利用者の行動を予測し事故に至りやすいパターンを把握している。

		<ul style="list-style-type: none">・ 特定の時間帯にトイレに行くことが多い、入浴を待っている時間にそわそわする等の利用者ごとの行動特性に応じて対策を講じている。
--	--	---

参考図表 10 運営法人Lのヒアリング調査結果

リスクマネジメント強化に向けた組織的な取組	
リスクマネジメントにおける法人・施設の基本方針	<ul style="list-style-type: none"> 各施設での取組を法人のリスクマネジメント委員会がバックアップし、事故の分析、再発防止の状況を確認している。
組織全体の取組・工夫 (委員会・研修など)	<p>【現場をバックアップする法人のリスクマネジメント委員会の体制】</p> <ul style="list-style-type: none"> 法人本部にサービス向上を担当する組織を設置し、当該組織の職員、法人内の各施設、各職種の代表者が法人全体のリスクマネジメント委員会に参画している。必要に応じて各施設からも本部に応援を呼ぶ場合もある。 法人のリスクマネジメント委員会では、事故防止の取組として業務のマニュアルや手順書の作成・共有、全職員に向けたリスクマネジメント委員会ニュースの展開等を行っている。事故対応では、第三者としての施設における事故状況の確認、対応策の確認・検証、各施設での事故防止検討委員会での事故報告や事故分析、事故報告の概要の取りまとめを行い、法人全体に事故情報を共有している。施設の自主性を尊重しながら、法人として伝えるべきポイントを絞って指導している。 施設内での事故防止検討委員会に法人のリスクマネジメント委員会のメンバーが参加している。 <p>【法人全体での研修】</p> <ul style="list-style-type: none"> 施設内での研修は施設ごとに行っている。 介護技術の点検については毎年度一人一人点検を行い、法人で定めたチェックポイントに沿って適切に介護できているかを確認している。
原因分析の取組・工夫	<ul style="list-style-type: none"> 対応策を検討する際は現場レベルで「なぜなぜ分析」を徹底することを基本としている。 人が足りなかったことが原因とされやすいが、人員配置をすぐに変えられるものではないため、現状の体制の中でどのような取組をすれば事故防止に繋がるかを考えるようにしている。
再発防止/未然防止の取組・工夫	<ul style="list-style-type: none"> 小さなルール違反の蓄積が大きな事故に繋がるため、事故の損害レベルにかかわらず、ルール違反によって生じた事故は重大な問題と捉えている。

		<ul style="list-style-type: none"> 法人への報告がないレベルの事故についてもリスクマネジメント委員会メンバーが各施設の事故報告書を定期的に確認し、分析の状況や、分析結果と対策の整合性、事故の発生要因を確認している。
ヒヤリ・ハット/事故情報における管理・分析方法 (類型・管理項目)		<ul style="list-style-type: none"> 行政への報告が必要な事故や、法人全体での共有が必要と判断したケースについては法人のリスクマネジメント部門が管理・分析に関与している。 上記以外の事故およびヒヤリ・ハットについても施設ごとで集計を行い、自施設で分析した内容を法人リスクマネジメント部門が管理・分析している。
活用しているツール (マニュアル・システム等)		—
取組前後の変化		<ul style="list-style-type: none"> 施設としての対応が法人の方針に合ったものであるか法人本部が確認できるようになり、第三者的な確認、評価が得られることが施設の安心感につながっている。 現場での事故分析の精度は職員の力量に依存するため、検証の過程で様々な職員の視点が加わることで新たな気づき、学びになっている。
個別の事故/ヒヤリ・ハットに対する取組		
転倒・ 転落	発生場所	居室
	発生時間	—
	発生状況	骨折には至らないような個室での転倒が多発していた。
	原因分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> 夜間や複数のナースコールが同時に鳴っている時等、対応が難しい場合があった。
	再発防止の取組	<ul style="list-style-type: none"> 車椅子やクッションの選定を行うことで発生防止に取り組んだ。 職員から転倒を防ぎたいという思いを伝え、室内の環境整備を法人としてもサポートしている。 転倒の際のダメージを小さくするためのマットの購入を進めた。マット等は施設の費用で購入したため、他の利用者にも転用している。
圧迫 骨折	発生場所	—
	発生時間	—
	発生状況	—

	原因分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 車椅子やベッド、トイレ等に勢いよく座った際に圧迫骨折に至っていた。
	再発防止の取組	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「ゆっくりお願いします」という声掛けを周知・徹底したところ、現在は圧迫骨折がほとんど発生しなくなった。
皮下出血	発生場所	—
	発生時間	—
	発生状況	—
	原因分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者は皮膚が薄くなり皮下出血が発生しやすいため、事故報告書の他にも、人体図の中に日付と出血箇所を記録し、内出血が集中している箇所や時間帯、利用者の動きから事故につながる要因を明らかにした。 ・ 薬剤の影響で出血しやすい状態になっている場合には、些細な接触で皮下出血に至りやすい。
再発防止の取組	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケアの際に注意を払う必要がある利用者进行特定し、個別に対応策を検討している。 ・ つかまない、握らない、支えるケアについてユマニチュードメソッドを通じて指導している。 	

※本調査研究は、令和6年度厚生労働省老人保健健康増進等事業として実施したものです。

令和6年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

介護保険施設等におけるリスクマネジメントの
推進に資する調査研究事業報告書

令和7年3月

株式会社日本総合研究所

〒141-0022 東京都品川区東五反田 2-18-1 大崎フォレストビルディング

TEL : 080-7938-4740 FAX : 03-6833-9480