

平成 28 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

**高齢者向け住まいにおける事故予防
及び虐待予防の対応方策に関する調査研究事業
報告書**

平成 29 年 3 月

株式会社 アルテップ

高齢者向け住まいにおける事故予防及び虐待予防の対応方策に関する調査研究事業 報 告 書

目 次

調査の概要	0-1
1. 調査の目的	0-1
2. 調査内容	0-1
3. 本調査で取り扱う高齢者向け住まいの種類、事故の対象	0-3
4. 検討体制	0-8
I 編 高齢者向け住まいにおける事故把握、事故防止策の検討の実態 （住まい事業者へのヒアリング調査・アンケート調査）	I ー 1
1. ヒアリング調査・アンケート調査の概要	I ー 3
2. 自社内の事故報告書の作成の実態分析	I ー 5
2ー1. 自社内の事故報告書の作成を求める事故の対象	I ー 5
2ー2. 自社内の事故報告書の作成件数の多い事故の種類・作成の実態	I ー 18
3. 自社内の事故対応・報告の取り組みの実態	I ー 22
3ー1. 自社内の事故対応・報告の一般的な流れ	I ー 22
3ー2. 自社内で事故対応・報告に関して定めている内容等	I ー 22
3ー3. 住まい毎に取り組んでいる事故対応・報告の工夫	I ー 25
3ー4. 自社内の事故報告書の様式の工夫	I ー 32
4. 住まいにおける事故予防・再発防止策の検討の実態	I ー 35
4ー1. 事故予防・再発防止策の検討のための取り組み実態	I ー 35
4ー2. 住まい毎に取り組んでいる事故予防・再発防止策	I ー 36
【参考資料】個別の事故への対応の工夫（事業者ワーキング等で得た知見の整理）	I ー 40
4ー3. 職員による虐待事案への対応	I ー 48
5. 検討のまとめ（課題の整理）	I ー 50

Ⅱ 編 自治体における高齢者向け住まいの事故把握の実態等 （自治体へのアンケート調査等）	Ⅱ－1
1. アンケート調査、指導指針分析の概要	Ⅱ－3
2. 自治体における事故把握の方法、報告内容	Ⅱ－4
2－1. 自治体における事故把握の方法.....	Ⅱ－4
2－2. 各指導指針に基づく事故報告を求める内容.....	Ⅱ－5
2－3. 自治体の事故把握の方法(タイプ)毎の特性.....	Ⅱ－8
2－4. 事例調査.....	Ⅱ－12
3. 指導等の実施状況等	Ⅱ－14
3－1. 指導等の実施状況.....	Ⅱ－14
3－2. 虐待事案の把握.....	Ⅱ－17
4. 課題の整理	Ⅱ－18
別添資料. 高齢者向け住まいにおける事故予防・事故発生時の対応(案)	別－1

調査の概要

1. 調査の目的

近年、高齢者向け住まい(以下、本文中は「住まい」という。)の供給が進み、入居者がニーズに応じた住まいを自由に選択できる環境整備が進んでいる。高齢者は心身機能の低下に伴い、住まいの中で事故が発生しやすくなること等から、これら住まいでの事故や虐待の予防方策の検討が求められている。

これまで特別養護老人ホームについては、事故把握の実態、予防方策に関する調査が行われているが、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホームを対象とした調査は必ずしも行われておらず、住まいで発生した事故の取扱い、住まい事業者の事故対応・報告のあり方、事故予防・取り組みの実態等について十分に整理・分析されていない。

また、住まいの指導監督権限を有する自治体は、住まい事業者に事故報告を求めるが、報告を求める事故の対象や報告の内容にはいくつかのパターンがみられる。

以上の認識のもと、住まい事業者における事故の把握実態、事故予防・再発防止策の取り組みの実態、住まい事業者が自治体への事故報告の実態を把握・分析し、問題・課題点を抽出するとともに、事故報告・事故予防・再発防止のあり方を整理することを目的とする。

2. 調査内容

本調査では、住まい事業者を対象とするヒアリング調査・アンケート調査、自治体へのアンケート調査等を行い、事故把握の実態等を整理・分析した。特に調査を行う上で、次の異なる「事故報告書」に着眼した。

●住まい事業者が、住まいの職員に対して作成を求める事故報告書(自社内の事故報告書)

- ・住まいで発生した事故の内、住まい事業者が把握を努め、事故予防・再発防止策を講じることを目的に作成する報告書(以下「自社内の事故報告書」という) [☞主にⅠ編で調査対象とする報告書]

●自治体が、住まい事業者に対して作成を求める事故報告書

- ・住まいで発生した事故の内、住まいの指導監督権限を有する自治体が把握を努め、住まい事業者を指導することを目的に作成する報告書 [☞主にⅡ編で調査対象とする報告書]

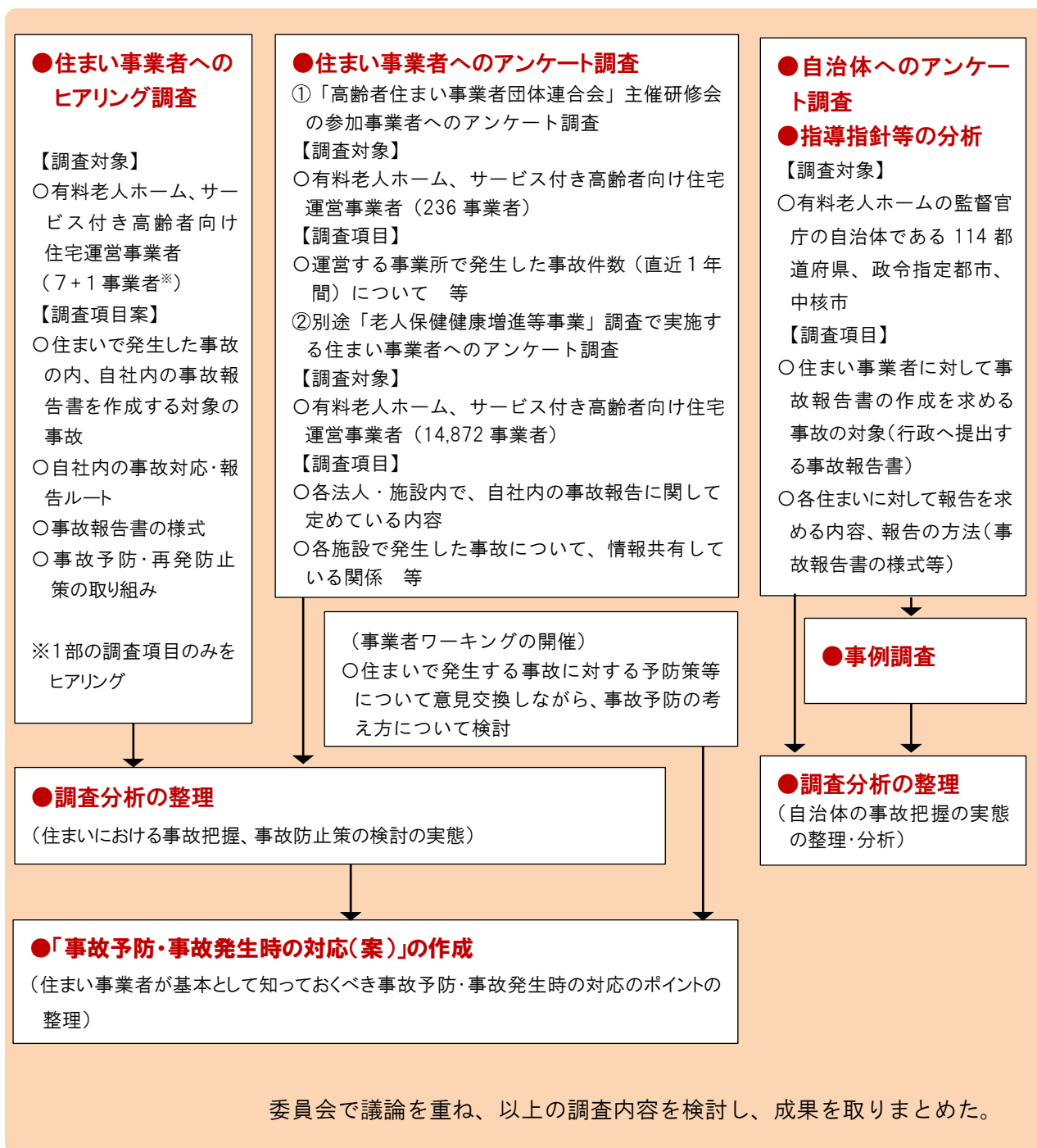
住まい事業者へのヒアリング調査・アンケート調査は、住まい事業者が職員に「自社内の事故報告書」の作成を求める事故の対象、事故が発生した際の事故対応・報告の仕方、予防・再発防止策の取組内容等を把握した。

住まいの指導監督権限を有する自治体へのアンケート調査等は、自治体が住まい事業者に「事故報告書」の作成を求める事故の対象、住まいの種類別に報告を求める内容や報告の方法(事故報告書の様式等)等を把握した。以上の調査結果を踏まえ、問題・課題等を整理した。

また本調査事業では、住まい事業者のワーキングを開催し、(特に介護サービスを提供する住まいを中心に)住まい事業者が共有すべき事故予防の取り組みについて検討・整理※するとともに、住まいの種類に関係なく、住まい事業者が基本として知っておくべき事故予防・事故発生時の対応のポイントについて整理し、「別添資料 事故予防・事故発生時の対応(案)」として取りまとめた。

※検討の成果は、I 編【参考資料】個別の事故への対応の工夫に整理している。

以上の調査内容については、本事業の委員会で議論を重ね、成果として取りまとめた。



3. 本調査で取り扱う高齢者向け住まいの種類、事故の対象

3-1. 本調査で取り扱う高齢者向け住まいの種類

本調査の対象とする住まいは、「有料老人ホーム」「サービス付き高齢者向け住宅」である。これら住まいの概要について整理した（概要は表0-1 参照）。

(1) 有料老人ホームについて

① 根拠法、設置の許可、サービス提供のあり方等

有料老人ホームは、老人福祉法 29 条 1 項の規定に基づき、「高齢者の入居者に、①食事、②介護、③家事、④健康管理の内、いずれかのサービスを提供する」住まいを指し、設置に際しては都道府県知事等への事前届出が義務付けられている。

住まいの指導監督権限を有する自治体は、「有料老人ホームの設置運営指導指針」を策定し、有料老人ホームの質の確保のため、指導指針の基準に基づき、有料老人ホーム運営事業者に対して指導・監督を実施している。

② サービスの提供（介護保険サービス）

有料老人ホームの内、介護保険法に基づく一定の基準を満たし、都道府県知事等から「特定施設入居者生活介護（以下「特定施設」という）」の指定を受けた有料老人ホームは「介護付き有料老人ホーム」に分類され、入居者は生活支援サービスから介護サービスまで、住まい事業者の職員から一体的なサービスを提供される（介護報酬は包括報酬である）。その他の有料老人ホームの分類は、「住宅型有料老人ホーム」「健康型有料老人ホーム」があり、「住宅型」は入居者自らが選択した地域の介護サービス事業所の職員からサービスの提供を受ける（介護報酬は出来高報酬である）。

③ 住まいの契約方式、居室面積等

有料老人ホームは、基本的に入居者と運営事業者が入居契約を行い、居住部分の権利形態は利用権である。居室面積等は「一般居室は原則個室、介護居室は個室で 13 平米以上」が標準指導指針で定められている。

④ 職員配置等

「介護付き」の職員配置は、管理者 1 名の他に、介護・看護職員が 3:1 以上で、24 時間職員が 1 人以上常駐しているが、「住宅型」の場合は、管理者 1 名の職員配置が定められているのみである。

(2) サービス付き高齢者向け住宅について

① 根拠法、設置の許可、サービス提供のあり方等

サービス付き高齢者向け住宅は、厚生労働省と国土交通省の共管により、平成 23 年 10 月に創設され、国が定める登録基準（高齢者の生活に適した居室面積・バリアフリー構造等と状況把握・生活相談サービスを義務化）

を満たした賃貸住宅について情報登録する制度であり、高齢者の居住の安定確保に関する法律(以下「高齢者住まい法」と略記する)5 条に規定されている。

②サービスの提供(介護保険サービス、特定施設の指定の有無による違い)

住まい事業者が提供するサービス内容は、状況把握・生活相談の提供は義務であるが、それ以外のサービスは事業者によって異なるため、状況把握・生活相談のみを提供する事業者から、食事サービス、家事サービス、健康管理サービス等を提供する事業者まで様々である。

有料老人ホームと同様に、特定施設の指定を受けたサービス付き高齢者向け住宅では、入居者は生活支援サービスから介護サービスまで、住まい事業者の職員から一体的なサービスが提供される(介護報酬は包括報酬である)。

特定施設の指定を受けていないサービス付き高齢者向け住宅では、入居者自らが選択した地域の介護サービス事業所の職員から介護サービスの提供を受ける(介護報酬は出来高報酬である)。

③住まいの契約方式、居室面積等

契約方式が賃貸借契約+生活支援サービス契約である。

建物のバリアフリー化(廊下幅・段差解消、手すり設置等)、及び居室は、1 戸当たりの住戸面積が 25 m²以上※、かつ居室設備の基準(居室内へのトイレ、洗面設備の必置、バリアフリー化)も定められており、基本的に住宅であることが保証されている住まいである。

※居間、食堂、台所等、高齢者が共同して利用して十分な面積を有する共用の設備ある場合は 18 m²以上でも可

④職員配置等

日中(概ね 9 時～17 時)に生活相談員が常駐することが義務化されている(夜間は緊急通報装置等の対応可)のみで、管理者等の設置は求められていない。

⑤有料老人ホーム設置運営指導指針におけるサービス付き高齢者向け住宅の取り扱いについて※

平成 27 年 3 月の厚生労働省作成「有料老人ホーム設置運営標準指導指針」の改正により、有料老人ホームの要件に該当するサービス(①食事、②介護、③家事、④健康管理のうちいずれかのサービス)を提供するサービス付き高齢者向け住宅は、有料老人ホームの標準指導指針の対象となっている(表 0-2 参照)。

※各都道府県、指定都市又は中核市(以下「都道府県等」という。)は、当該標準指導指針を参考として、地域の状況に応じて 指導指針(以下「指導指針」という。)を定め、これに基づき、有料老人ホームの設置前及び事業開始後において継続的な指導を実施している。

□表0-1 有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の概要

	有料老人ホーム		サービス付き高齢者向け住宅	
	介護付き有料老人ホーム (特定施設)	住宅型有料老人ホーム	サービス付き高齢者向け住宅 (特定施設)	サービス付き高齢者向け住宅 (特定施設以外)
根拠法	老人福祉法 29 条		高齢者の居住の安定確保に関する法律	
定義	高齢者を入居させ「①食事、②介護、③家事、④健康管理」のいずれかを供与することを目的とする施設		トイレ、洗面設備の必置、バリアフリー化がなされ、状況把握及び生活相談サービスの提供が義務化された住宅	
行政手続きの方法	都道府県、政令市、中核市への届出 (義務)		都道府県、政令市、中核市への登録	
介護保険法 8 条 11 項(特定施設の指定)	●	-	●	-
介護保険サービスの利用等	特定施設入居者生活介護を利用	地域の介護事業所による介護サービス(居宅サービス)を利用	特定施設入居者生活介護を利用	地域の介護事業所による介護サービス(居宅サービス)を利用
介護報酬	包括報酬 (限度額有)	出来高報酬 (限度額有)	包括報酬 (限度額有)	出来高報酬 (限度額有)
主な契約形態	入居契約		賃貸借契約+生活支援サービス契約	
居住部分の権利形態	利用権(一部、賃貸借も有)		賃貸借権・終身建物賃貸権 (一部、利用権もあり)	
居室面積等	一般居室は原則個室。介護居室は個室で 13 ㎡以上		1 戸あたりの床面積、原則 25 ㎡以上、居室内へのトイレ、洗面設備の必置、バリアフリー化 (居間、食堂、台所等、高齢者が共同して利用して十分な面積を有する共用の設備ある場合は 18 ㎡以上でも可) ・建物のバリアフリー化(廊下幅・段差解消、手すり設置等)	
職員配置等	管理者 1 名 介護・看護職員数 3:1 以上 24 時間 1 人以上	管理者 1 名 その他職員は必要数	管理者 1 名 介護・看護職員数 3:1 以上 24 時間 1 人以上	日中(概ね 9 時～17 時)に生活相談員が常駐 ※夜間は緊急通報装置等の対応有

※本調査の対象に含まない「健康型有料老人ホーム」は含めていない。

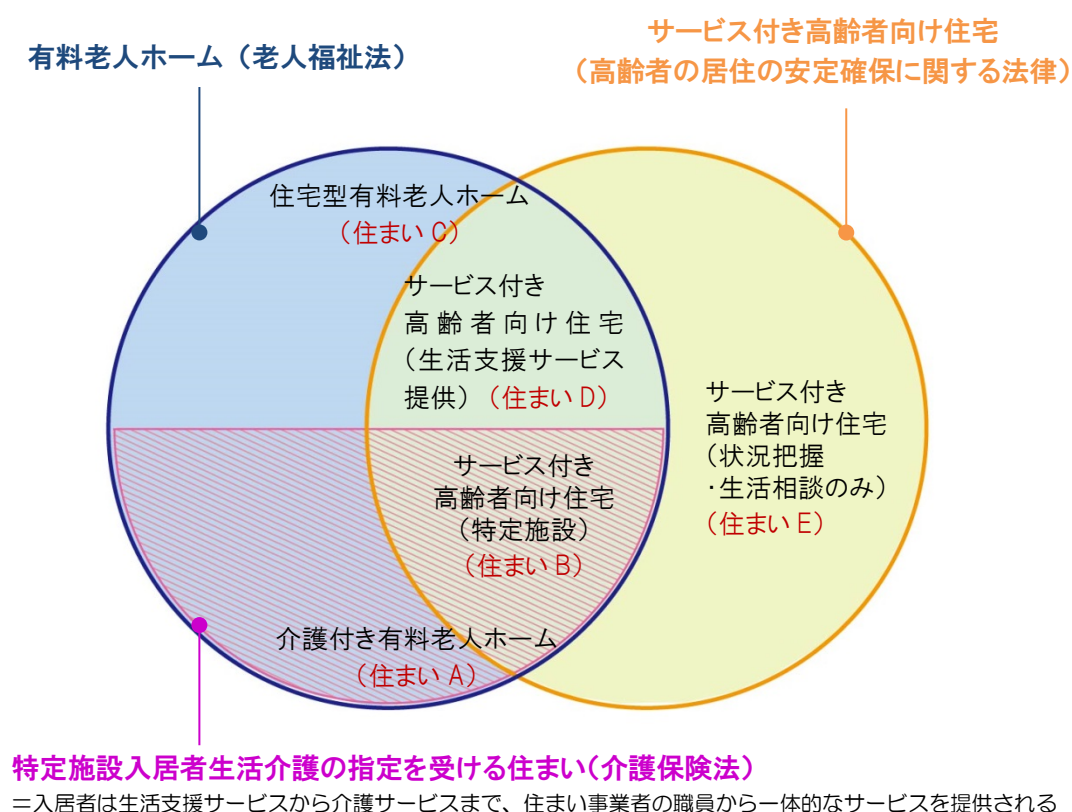
出所: 矢田尚子 国民生活 2015.12 月号、p14、「表 有料老人ホームとサ高住の比較」

□表0-2 有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の概要

	有料老人ホーム		サービス付き高齢者向け住宅	
	介護付き有料老人ホーム	住宅型有料老人ホーム	サービス付き高齢者向け住宅(特定施設)	サービス付き高齢者向け住宅(特定施設以外)
提供サービス	高齢者を入居させ「①食事、②介護、③家事、④健康管理」のいずれかを供与する			左記の①～④のサービスを提供しない
届け出・指導等	届出義務があり、指導監督(標準指導指針等)の適用対象		届出は義務でないが、指導監督(標準指導指針)等の適用対象	指導監督(標準指導指針)等の適用対象外

以上の住まいの概要に基づき、以下本調査で取り扱う住まいを整理した(図0-1参照)。

□図0-1 本調査で取り扱う高齢者向け住まいの種類



※上記図中の「住まいA～E」と本文中の住まいとの対応関係は、本文中の住まいの名称の後に注記を加えている。

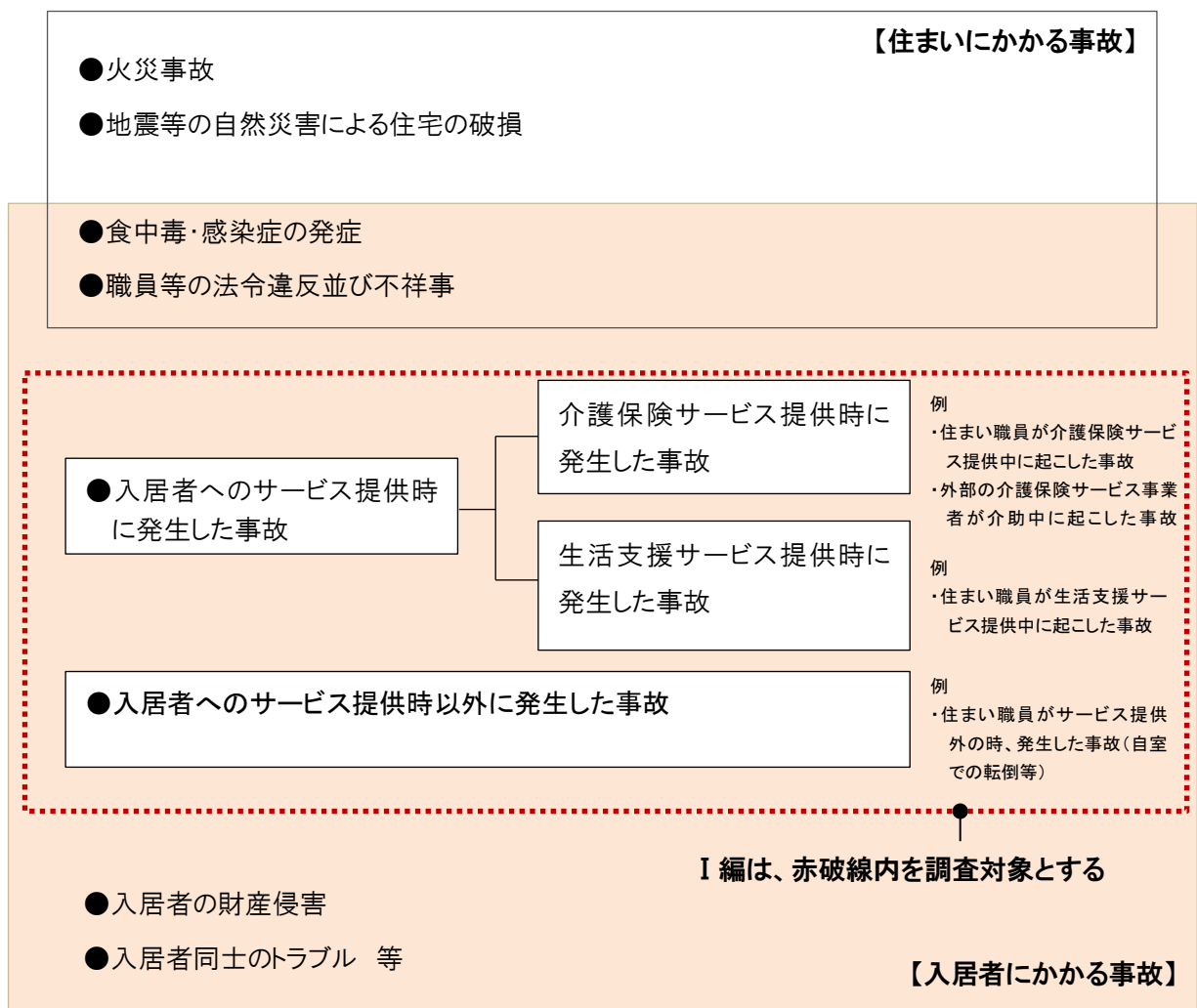
例) 必須サービス (状況把握・生活相談) のみを提供する住まい (住まいE)

3-2. 本調査で取り扱う高齢者向け住まいの事故

住まいで発生する事故は、下図のように「住まいにかかる事故」「入居者にかかる事故」がある(図0-2参照)。Ⅰ編の住まい事業者へのヒアリング・アンケート調査では、主に「入居者にかかる事故」の内、「入居者へのサービス提供時に発生した事故」「入居者へのサービス提供時以外に発生した事故」を対象とする。Ⅱ編の自治体の指導指針・アンケート調査は、住まい全般の事故を対象とする。

□図0-2 高齢者向け住まいで発生する事故の種類、本章で取り扱う事故

Ⅱ編では下図の全項目を調査対象とする



4. 検討体制

本調査事業を進めるにあたり、下記の体制で委員会、ワーキングを開催し、検討を進めた。

●検討体制リスト

(敬省略)◎:委員長

	氏名	所属
委員	◎加藤 伸司	東北福祉大学総合福祉学部福祉心理学科 教授 認知症介護研究・研修仙台センター センター長
	柴尾 慶次	社会医療法人慈薫会 介護老人保健施設 大阪緑ヶ丘 事務局長
	吉川 悠貴	認知症介護研究・研修仙台センター 主任研究員
	山口 健太郎	近畿大学建築学部 准教授
	高野 範城	弁護士
	山田 滋	株式会社安全な介護 代表取締役
	池田 正慶	独立行政法人 国民生活センター商品テスト部
	照山 充子	株式会社ケアレジデンス ケアレジデンス東京アネックス 施設長 公益社団法人 全国有料老人ホーム協会
	五郎丸 徹	株式会社学研ココファン 代表取締役 一般財団法人 サービス付き高齢者向け住宅協会 理事
	長田 洋	高齢者住まい事業者団体連合会 事務局長 一般社団法人全国特定施設事業者協議会 事務局長
オブザーバー	佐藤 貴彦	国土交通省住宅局安心居住推進課 課長補佐
	橋口 真依	厚生労働省老健局 高齢者支援課(併)振興課 課長補佐
	西 優花	厚生労働省老健局 高齢者支援課 高齢者居住支援係
		東京都福祉保健局 高齢社会対策部
		東京都都市整備局 住宅政策推進部
事務局	柳瀬 有志	(株)アルテップ プロジェクトマネージャー
	福本 佳世	(株)アルテップ
	小崎 晶子	(株)アルテップ

●委員会・ワーキングの開催日時

第1回委員会	平成28年 7月26日
第1回住まい事業者ワーキング	平成28年10月12日
第2回委員会	平成28年12月13日
第2回住まい事業者ワーキング	平成29年 2月 6日
第3回委員会	平成29年 3月 2日

**I 編 高齢者向け住まいにおける事故把握、
事故防止策の検討の実態
（住まい事業者へのヒアリング調査・アンケート調査）**

1. ヒアリング調査・アンケート調査の概要

住まい事業者へのヒアリング調査、アンケート調査の概要は次の通りである。

(1)ヒアリング調査 (以下「住まい事業者へのヒアリング調査」という)

●調査内容

住まい事業者へのヒアリング調査は、下記の項目について実施した。

- 住まいで発生した事故の内、住まいの職員に対して自社内の事故報告書を作成する事故の対象
- 自社内の事故対応・報告ルート
- 事故報告書の様式
- 事故予防・再発防止策の取り組み
- 対外的な事故報告の取り組み(他の入居者や家族への報告)
- その他(虐待事案への対応) 等

●調査対象

住まい事業者へのヒアリング調査の対象は、次の表の通りである(表Ⅰ-1参照)。グループ企業の場合、本社の住まいの事故担当部署、その他は住まい長、相談員等を対象とする。

□表Ⅰ-1 住まい事業者へのヒアリング調査対象事業者一覧

凡例 ○：ヒアリング対象事業者が運営する住まいの種類

事業者名		a 社	b 社	c 社	d 社	e 社	f 社	g 社
住まいの種類	特定施設の住まい (住まいA、B)	○	○	○	○	○		
	特定施設以外の住まい 生活支援サービスを提供 (住まいC、D)			○	○	○	○	
	必須サービスのみ提供 (住まいE)							○

上記事業者の他、「事故予防、再発防止」「事故当事者以外の入居者や家族との情報共有の状況」「職員による虐待事案への対応」については、h社にヒアリングを行っている。

(2) アンケート調査

○アンケート調査①:「高齢者住まい事業者団体連合会」主催のコンプライアンス研修会参加事業者へのアンケート調査（以下「住まい事業者へのアンケート調査①」という）

「高齢者住まい事業者団体連合会（以下、「高住連」と略記する）」主催の「高齢者向け住まいコンプライアンス研修」に参加した事業者に対し、以下の内容についてアンケート調査を実施した。

●調査内容

- 自社が運営する住まいで発生した事故件数（直近1年間）について（行政及び自社内の事故報告書作成件数）
- 住まいにおいて事故予防が最も必要と考える事故の種類について

●調査対象

研修参加事業者にアンケート票を配布し、236 票回収した。

*「高齢者向け住まいコンプライアンス研修」の開催日：2016 年 9/21（福岡）、11/7（大宮）、11/9（名古屋）

□高齢者住まいの種類

アンケート回答の高齢者住まいの内、特定施設が半数以上、サ高住が 1/4 程度、住宅型有料は 1 割弱である。

運営する主な高齢者住まい	事業者数	割合
特定施設	128	54.2%
住宅型有料	19	8.1%
サ高住	55	23.3%
その他	4	1.7%
無記入	30	12.7%
合計	236	100.0%

□高齢者住まいの定員数

21～40 名、41～60 名で約半数を占めているが、120 名以上の住まいも 1 割程度含まれている

定員数	事業者数	割合
1-20名	19	8.1%
21-40名	40	16.9%
41-60名	68	28.8%
61-80名	24	10.2%
81-120名	18	7.6%
121-200名	14	5.9%
200名-	8	3.4%
無記入	45	19.1%
合計	236	100.0%

□高齢者住まいの平均要介護度

平均要介護度は、2～3 未満が最も多く、4 割強で、次いで1～2未満が 2.5 割程度である。

平均要介護度	事業者数	割合
1未満	9	3.8%
1~2未満	58	24.6%
2~3未満	100	42.4%
3以上	34	14.4%
無記入	35	14.8%
合計	236	100.0%

○アンケート調査②:「老人保険健康増進等事業」における高齢者住まい運営事業者へのアンケート調査

(以下「住まい事業者へのアンケート調査②」という)

平成 28 年度、別途「老人保健健康増進等事業」で実施した住まい事業者へのアンケート調査※に本調査事業の調査項目を加え、住まいにおける事故報告及び事故予防・再発防止についての取り組み状況を把握した。

●調査内容

- 法人・施設内で、事故報告に関して定めている内容
- 施設で発生した事故について、情報共有している関係者
- 各法人・施設で取り組む事故再発防止のための取り組み内容

※株式会社 野村総合研究所「平成 28 年度老人保健事業推進費補助金 老人保健健康増進等事業 高齢者向け住まい及び住まい事業者の運営実態に関する調査研究事業」

2. 自社内の事故報告書の作成の実態分析

2-1. 自社内の事故報告書の作成を求める事故の対象

(「住まい事業者へのヒアリング調査」の結果)

ヒアリング調査の結果、住まいで発生する事故の内、自社内の事故報告書の作成対象の事故は、住まいの種類や住まい事業者によって異なることが把握できた。このことは、住まいによって、予防・再発防止策を講じる必要性があると考えた事故の対象が異なるためといえる。

以下、ヒアリング調査の結果より、住まいの種類、及び事業者の考え方による自社内の事故報告書の作成を求める対象が異なる実態と要因について考察・整理した。

※ヒアリング調査結果の概要は表 I-2 を参照。

□表 I-2 自社内の事故報告書の作成対象の事故内容

(ヒアリング調査結果概要)

ヒアリング対象の住まい事業者			a 社	b 社	c 社	d 社	e 社	f 社	g 社
ヒアリング対象の住まい事業者が運営する住まいの種類 (表 I-1 の情報を再掲)	特定施設の住まい(住まいA、B)		○	○	○	○	○		
	特定施設の住まい	生活支援サービスを提供 (住まいC、D)			○	○	○	○	
		必須サービスのみを提供 (住まいE)							○
住まいの事故内容	入居者へのサービス提供時に発生した事故	介護保険サービス提供者が起きた事故	●	●	●	●	●	●	—
			—	—	● ただし、外部事業者を利用する入居者は無	● ただし、外部事業者を利用する入居者は無	▲ 事故を把握しているが、住まいの事故とは別扱い	● ただし、外部事業者を利用する入居者は無	—
		生活支援サービス提供時に発生した事故	●	●	●	●	●	●	—
	入居者へのサービス提供時以外に発生した事故	居室で発生した事故	●	●	●	●	●	▲ 事故を把握しているが、住まいの事故とは別扱い	—
			●	●	●	●	●	●	—
	共用で発生した事故	入居者ひとりで起きた事故	●	●	●	●	●	▲ 事故を把握しているが、住まいの事故とは別扱い	—
		職員が可視可能な状況で発生した事故	●	●	●	●	●	●	—
	共用で発生した事故	入居者ひとりで起きた事故	●	●	●	●	●	●	—
		職員が可視可能な状況で発生した事故	●	●	●	●	●	●	—
	共用で発生した事故	入居者ひとりで起きた事故	●	●	●	●	●	●	—
		職員が可視可能な状況で発生した事故	●	●	●	●	●	●	—

凡例 ●：作成を求める事故 ▲：事故の状況により異なる —：作成を求めない事故

* ヒアリング対象の住まい事業者の内、複数の住まいを運営する事業者は、同じ事業者内の住まいは同じルールで事故報告書の作成対象としている。

2-1-1. 高齢者向け住まいの種類による相違

ヒアリング調査の結果、住まいの種類によって、住まい事業者が入居者と結ぶ契約内容や提供するサービス内容が異なるため、住まい事業者が予防・再発防止策を講じる必要がある事故の対象、自社内の報告書作成の対象の事故が異なるといえる（表Ⅰ-4参照）。

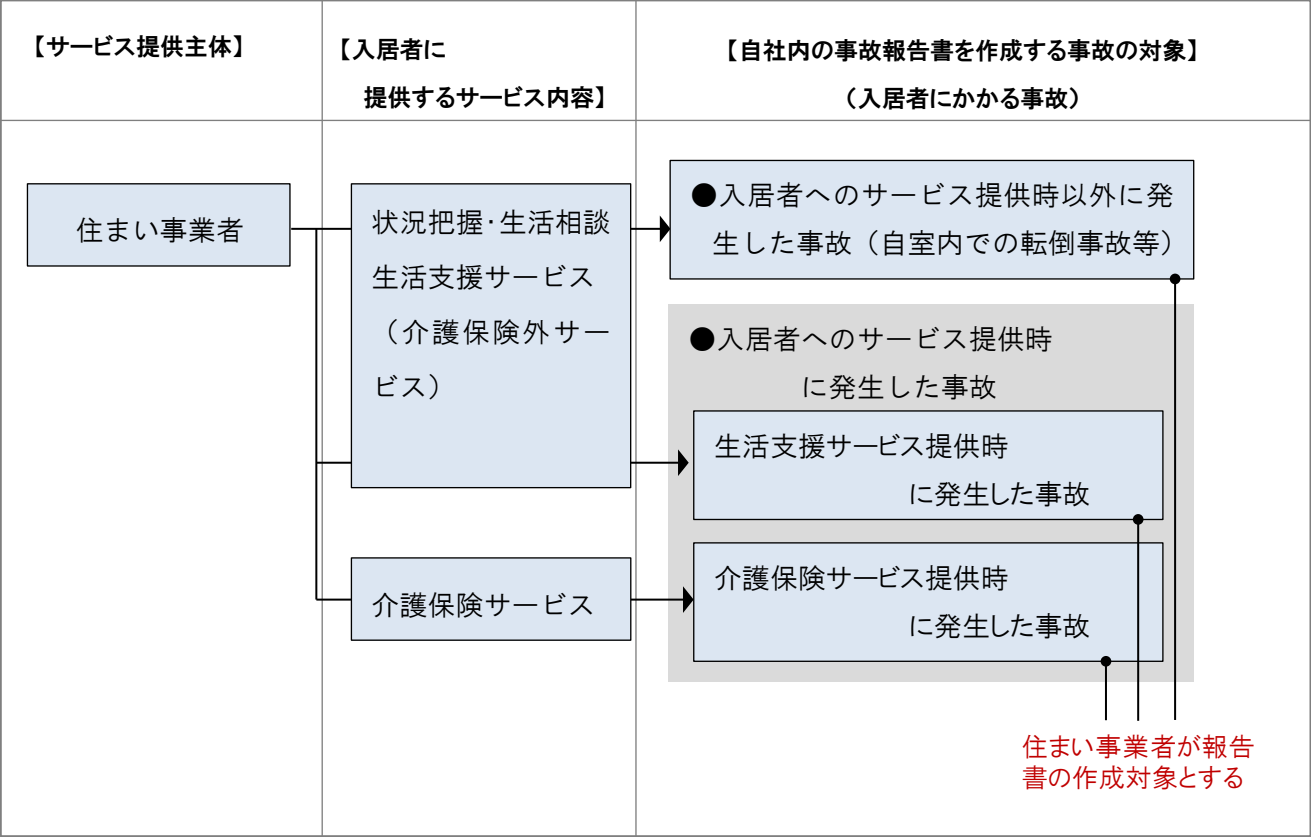
以下、ヒアリング調査を通じて把握した、各住まいを運営する事業者の考え方等について整理した。

(1) 特定施設の住まい^(住まいA・B)（ヒアリング事業者 a、b、c、d、e 社）

「特定施設の住まい^(住まいA・B)」では、住まいで発生した事故の内、「入居者へのサービス提供時に発生した事故」「入居者へのサービス提供時以外に発生した事故」の両方を自社内の事故報告書の作成対象にしている。

住まい事業者と入居者は、「住まいの居住・利用に関する契約」（賃貸借契約もしくは利用権契約）と「介護保険サービス及び介護保険外サービス（生活支援サービス）の提供に関する契約」で結ばれ、介護保険内外のサービスを提供している。そのため、すべての事故について、自社内の事故報告書の作成対象にしている（図Ⅰ-1参照）。

□図Ⅰ-1 住まいのサービス提供主体と発生した事故の自社内の報告書作成主体
(特定施設の住まい^(住まいA・B))



(2)特定施設以外の住まい

①生活支援サービスを提供する住まい（住まいC・D）（ヒアリング事業者 c・d・e・f 社）

「生活支援サービスを提供する住まい（住まいC・D）」は、住まい事業者と入居者は「住まいの居住・利用に関する契約」（賃貸借契約もしくは利用権契約）とは別に、「生活支援サービスの提供に関する契約」を結び、生活支援サービスを提供する（表 I-3 参照）。そのため、「入居者へのサービス提供時に発生した事故」の内、「生活支援サービス提供時に発生した事故」を自社内の事故報告書の作成対象にしている。

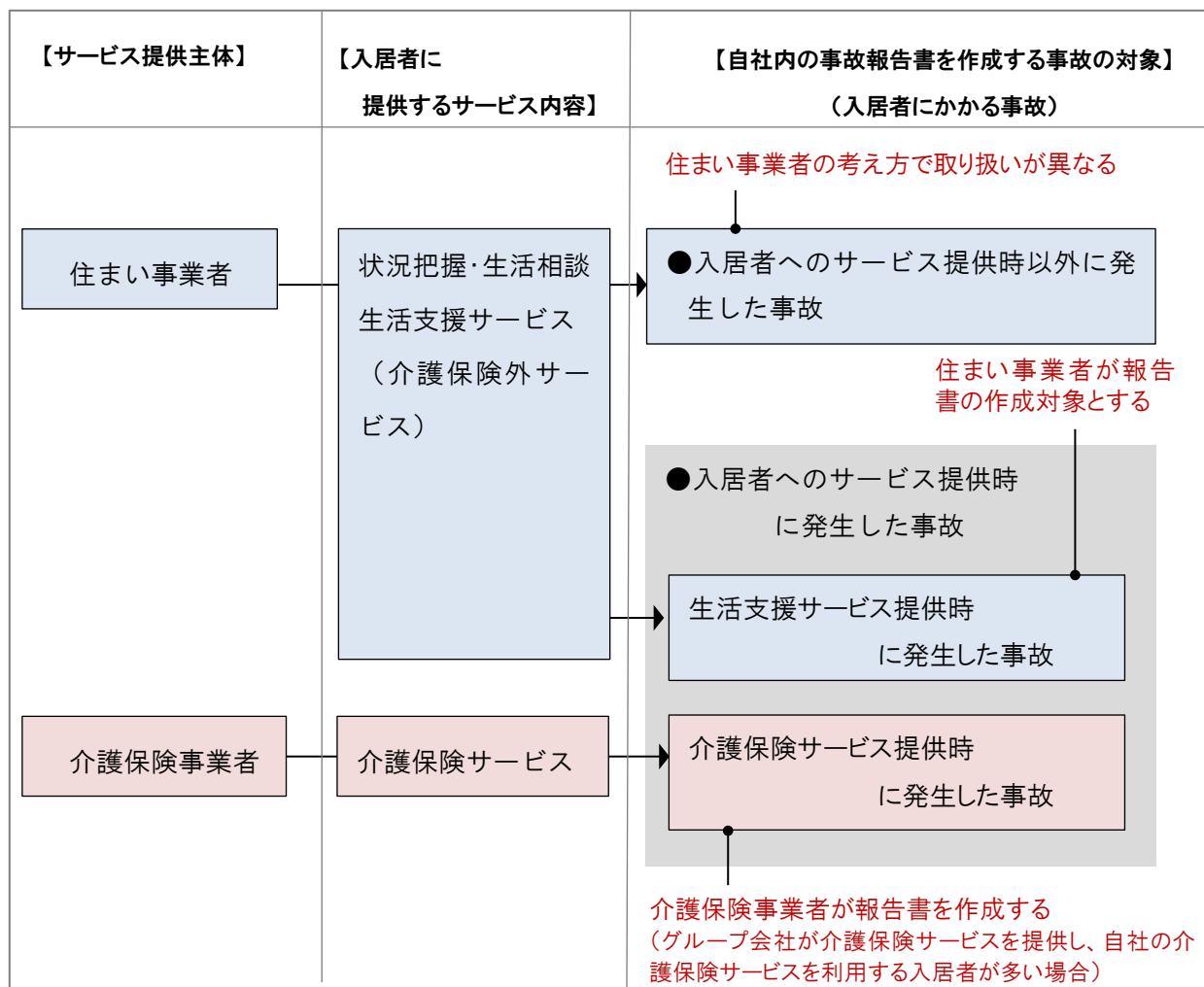
一方、「入居者へのサービス提供時に発生した事故」の内、「介護保険サービス提供時に発生した事故」は、入居者が契約を結ぶ外部の介護保険サービス事業者が事故報告書を作成する。しかし、「生活支援サービスを提供する住まい（住まいC・D）」の多くの場合、住まい事業者のグループ会社が運営する介護保険サービス事業所が住まいに併設し、入居者の多くが併設の事業所のサービスを利用している。そのため、これら住まいでは、「介護保険サービス提供時に発生した事故」も、自社内の事故報告書の作成の対象としていることが多い（図 I-2 参照）。

* 入居者が外部の介護保険サービス事業所を利用する場合の事故の取扱いについては、後述する（I-13 頁参照）。

また「入居者へのサービス提供時以外に発生した事故」については、事業者の考え方によって取り扱いが異なる（後述 I-12 頁参照）。

□図 I-2 住まいのサービス提供主体と発生した事故の自社内の報告書作成主体

（生活支援サービスを提供する住まい（住まいC・D））



②必須サービス(状況把握・生活相談)のみを提供する住まい(住まいE)(ヒアリング事業者g社)

「必須サービス(状況把握・生活相談)のみを提供する住まい(住まいE)」では、住まいで発生した事故の内、「入居者へのサービス提供時に発生した事故」「入居者へのサービス提供時以外に発生した事故」を自社内の事故報告書の作成対象にしていない。

「住まいE」では、住まい事業者と入居者は基本的に建物の賃貸借契約で結ばれ、通常の賃貸住宅と同様であると位置づけているためである※¹。

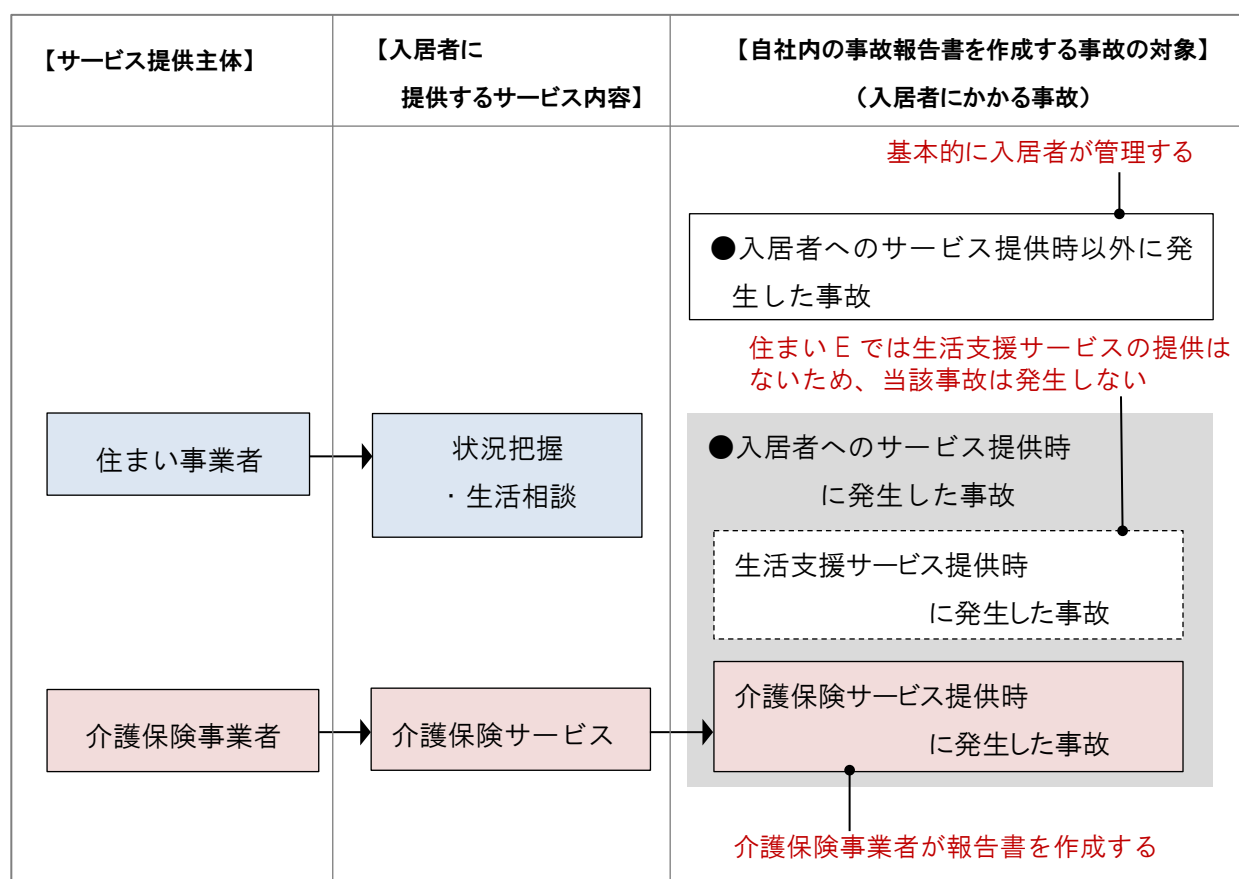
※1：状況把握・生活相談サービスについては、賃貸借契約に含まれている場合と別途これらサービスの契約を結ぶ場合等がある(g社の場合は別途契約を結ぶ形式をとる)。

「入居者へのサービス提供時に発生した事故」の内、「介護保険サービス提供時に発生した事故」は、入居者が契約を結ぶ外部の介護保険サービス事業者が事故報告書を作成し、住まいで発生したその他の入居者にかかる事故は、基本的に入居者が管理することとして整理している※²(図I-3参照)。

※2：ただし、住まいEは状況把握・生活相談の必須サービスを提供するため、1日1回の状況把握サービスの提供時に、重大事故を把握した場合は、事故対応や行政への事故報告を行うこととしている(これまでg社では重大事故が発生していないが、重大事故が発生した場合のg社の考え方をヒアリング調査で把握した)。

□図I-3 住まいのサービス提供主体と発生した事故の自社内の報告書作成主体

(必須サービスのみを提供する住まい(住まいE))



□表 I -3 サービス付き高齢者向け住宅の契約書の種類

(c～g 社が運営するサービス高齢者向け住宅の典型的な事例の契約書について整理)

		c 社	d 社	e 社	f 社	g 社
住まい事業者 が提供する サービス内容		生活相談 状況把握 緊急時対応	生活相談 状況把握 緊急時対応	生活相談 状況把握 緊急時対応	生活相談 安否確認、 随時訪問 緊急時対応	生活相談・ 安否確認サービス
住まい事業者が締結する契約書	住まい 関連	生活支援サービス 付き賃貸借契約書	賃貸借契約書	賃貸借契約書	賃貸借契約書	賃貸借契約書
	サービス 関連		生活支援サービス 契約書	生活支援サービス 契約書	サービス提供契約 書	生活支援サービス 契約書（状況把 握・生活相談）
				食事サービス契約 書		
				介護保険外自費サ ービスに関する契 約書		
重要事項説明 書		生活支援サービス 重要事項説明書	生活支援サービス 重要事項説明書	生活支援サービス 重要事項説明書	生活支援サービス 重要事項説明書	生活支援サービス 重要事項説明書
				介護保険外自費サ ービス重要事項説 明書		

□表 I -4 住まいの種類による自社内の事故報告書の作成を求める事故の考え方

	(1) 特定施設の住まい (住まいA・B)	(2) 特定施設以外の住まい	
		① 生活支援サービスを提供する住まい (住まいC・D)	② 必須サービスのみを提供する住まい(住まいE)
該当する住まいの種類	住まいとケアが一体 住まいとケアが分離		
	介護型有料老人ホーム サービス付き高齢者向け住宅(特定)	住宅型有料老人ホーム サービス付き高齢者向け住宅(非特定)	
入居者と事業者の契約関係	住まいの居住に係る契約 + 介護保険外サービス契約 + 介護保険サービス契約	住まいの居住に係る契約 + 介護保険外サービス契約	住まいの居住に係る契約
入居者に提供するサービス内容	○住まい事業者が介護保険内・外のサービスを提供 住まい事業者が提供するサービス 介護保険外サービス(生活支援サービス等) 介護保険サービス 入居者	○住まい事業者が介護保険外のサービスを提供 ○外部の介護保険サービス事業者が介護保険サービスを提供 提供するサービス内容は事業者によって異なる 住まい事業者が提供するサービス 介護保険外サービス(生活支援サービス等) 介護保険サービス 入居者 グループ会社及び外部の介護サービス事業者	
自社内の事故報告書の作成対象の事故	○住まい事業者が介護保険内外サービスの提供時に発生した事故は、事故報告書の作成の対象としている。	○住まい事業者が介護保険外(生活支援)サービスの提供時に発生した事故は、自社内の事故報告書の作成の対象としている。	○重大事故が発生した場合、住まい事業者が行政への報告を行うが、入居者の事故は基本的に自社内の事故報告書の作成対象にしていない。

2-1-2. 住まい事業者の考え方による相違

ヒアリング調査の結果、高齢者住まいの種類の違いだけでなく、住まい事業者の運営方針、事故に対する管理の考え方の違い（サービス提供に関係なく、住まいで発生した入居者の事故を何処まで事業者が管理するか等）によっても、自社内の事故報告書の作成対象となる事故の範囲は異なるといえる。

以下、ヒアリング調査の結果、住まい事業者毎に自社内の事故報告書の作成対象が異なる内容やその要因について考察・整理した。

(1)「事故」と判断する基準の相違(事故による入居者のケガ等の状態、事故対応内容等)

(「住まい事業者へのヒアリング調査」の結果)

住まい事業者によって、事故の当事者となる入居者のケガ等の状態、発生した事故に対する住まい職員の対応内容によって、自社内の事故報告書の作成対象は異なる。例えば、職員が事故処置（手当）を行った事故全てを自社内の報告書の作成対象とする事業者や、医療措置・受診等が必要になった事故を自社内の事故報告書の作成対象とする事業者、行政が事故報告を求める事故のみを自社内の事故報告書の作成対象とする事業者等がある（表 I-5 参照）。

□表 I-5 自社内の事故報告書の作成対象の事故(事故当事者の入居者のケガ等への対応状況別)

(g 社は行政報告のみのため、以降、調査結果の記載から外す)

	a 社	b 社	c 社	d 社	e 社	f 社	g 社
職員による事故処置（手当）が必要になった事故	●	●	●	●	×	●	×
医療措置、受診等が必要となった事故	●	●	●	●	●	●	×
行政報告の対象に陥った場合の事故（死亡事故等）	●	●	●	●	●	●	●

凡例 ●：報告書の作成を求めている ×：報告書の作成を求めているない

また、ヒアリング調査対象の住まい事業者の多くは、入居者が負傷等に至らなかった事故についても、「ヒヤリハット」として報告書の作成対象としている。「ヒヤリハット」は、一歩間違えると重大事故にも発展しかねない事故であり、住まい事業者としては事故要因等を分析し、予防・再発防止策を検討する上で重要な材料とするためである。

これら事業者は、「ヒヤリハット」「重大事故」「行政報告する事故」等に重大度別ランクを付け、職員に各事故報告書の作成を求めている（表 I-6、図 I-4 参照）。

(2)外部の介護保険サービス事業者が起こした事故の取り扱い(特定施設以外の住まいの場合)

(「住まい事業者へのアンケート調査②」「住まい事業者へのヒアリング調査」の結果)

特定施設以外の住まい(住まいC・D)では、住まい事業者とは別に入居者は外部の介護保険サービス事業者と契約を結び、介護保険サービスの提供を受けるが、特定施設以外の住まい(住まいC・D)事業者の中でも、外部の介護保険サービス事業者が起こした「**介護保険サービス提供時に発生した事故**」の取り扱いは異なる。以下、アンケート調査とヒアリング調査で把握した実態を考察・整理した。

住まい事業者へのアンケート調査②の結果、住まい事業者が「入居者が契約する介護サービス事業所(外部の介護保険サービス事業者)の介助中の事故」について、取扱い方法を定めている事業者は、特定施設以外の住まい(住まいC・D)の内、約半分を占める(グラフI-1参照)。特定施設以外の住まいでは、外部サービス事業者の事故についても、情報共有する事業者が多い結果が得られた。

＊しかし、これら住まいの内、介護保険事業所(居宅介護支援事業所、訪問介護事業所)を併設・隣接する住まいが占める割合が多く、住まい事業者のグループ会社が運営する介護保険サービス事業所との情報共有であることも想定される(グラフI-2参照)。

住まい事業者へのヒアリング調査では、外部事業者が介助中に起こした事故について把握を努める住まい事業者の考え方を把握できた。この場合、外部事業者に関連する事故は、住まい事業者が作成する自社内の事故報告書の対象とは別の扱いにして、これらの介護保険サービス事業者が作成する事故報告書を入手するように努めている。このように住まい事業者が介護保険サービス事業者の事故の把握に努める理由は、住まい事業者が住まいを管理する立場から事故情報を把握する必要があると認識しているため、また住まい事業者として入居者の状況を把握し、住まいでの事故予防・再発防止に役立てることを目的にしている(表I-7参照)。

(3)事故予防・再発防止策を講じる必要性のある事故の対象の相違

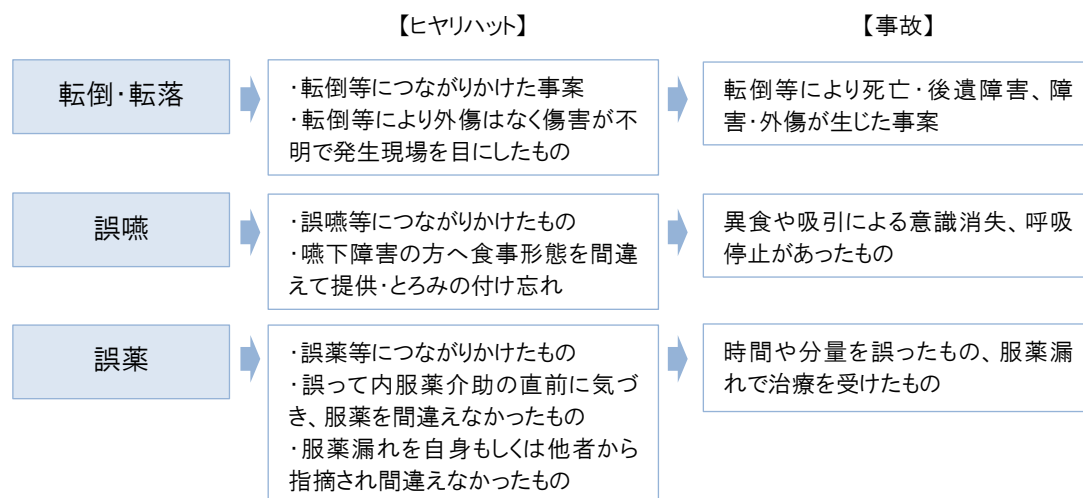
自社内の事故報告書の作成を求める事故の種類も、住まい事業者によって異なる。住まい事業者のヒアリング調査の結果、住まいで多く発生する「転倒」「転落」「薬関係」「食事関連」については、共通して事故報告を求める対象の事故としているが、事業者によって事故原因を分析できるように、事故の要因別に細かく分類して項目を設定する事業者もある。また「医療関連の事故」「利用者同士のトラブル」「外傷・皮下出血」等を報告対象とする事業者もある(表I-8参照)。

□表 I -6 住まい事業者別 事故の重大度別ランク付けの定義(住まい事業者へのヒアリング調査結果)

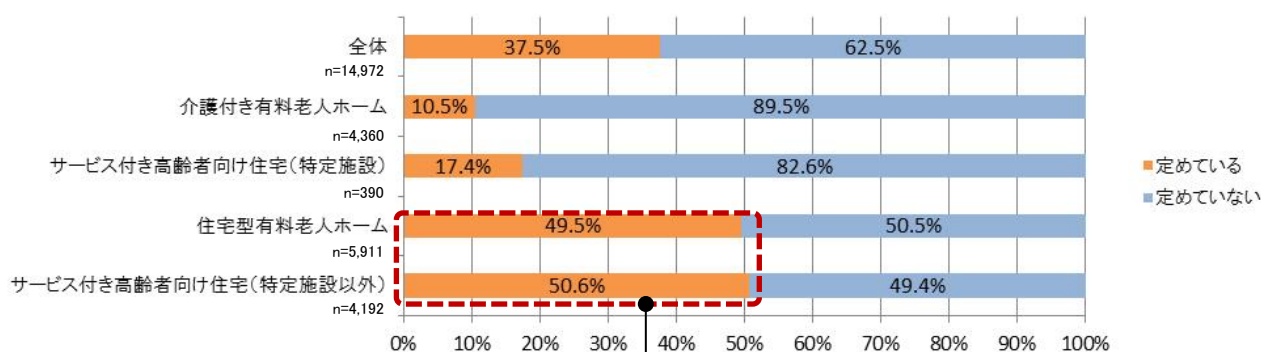
(本調査項目については、a 社は未調査)

	b 社	c 社	d 社	e 社	f 社
「ヒヤリハット」として扱う事故の定義	重大な事故や災害に至らなかったものの、直結してもおかしくない一歩手前の事例や直前に防ぎえた事例 / 外傷、皮下出血(ヒヤリハット扱い) / 誤薬(落薬)	基本的にヒヤリハットの定義はなく、自社の事故の定義に該当する案件はすべて事故報告書に記載	重大な事故や災害に至らなかったものの、直結してもおかしくない一歩手前の事例や直前に防ぎえた事故	事故には至らなかったけれども、危険を感じた場合 など	重大な事故や災害に至らなかったもの/事故に至る前に防げた事案
重大事故として扱う事故の定義	死亡/虐待/自殺・自殺未遂、医療機関で治療を受けた事故	死亡/失踪/感染症/食中毒・食事提供機能の停止/クレーム/災害等/その他(上記に準じて重要と判断される事項)	死亡/虐待/自殺・自殺未遂/溺水/転落/失踪/行方不明	死亡/虐待/無断外出(行方不明)/命に関わる緊急事故(自殺等)/救急搬送	119 番通報を要する事故/病気・ケガの原因が自社にあると考えられる場合/自殺、又は他殺・暴力行為等(その他疑惑)は、即時報告対象/ 重大事故の明確な定義づけはなく、本部の方で最終判断を実施/
行政報告する事故の対象	各行政の基準に準ずる				

□図 I -4 事故・ヒヤリハットの事故基準(個別事故)(d社の例)



□グラフⅠ-1 住まい内で「入居者が契約する介護サービス事業所(外部事業者)の介助中の事故の取扱い」について(住まい事業者へのアンケート調査②結果)



特定施設以外の住まいでは、概ね半数の事業者が「入居者が契約する介護サービス事業所の事故の取扱い」を定めている。

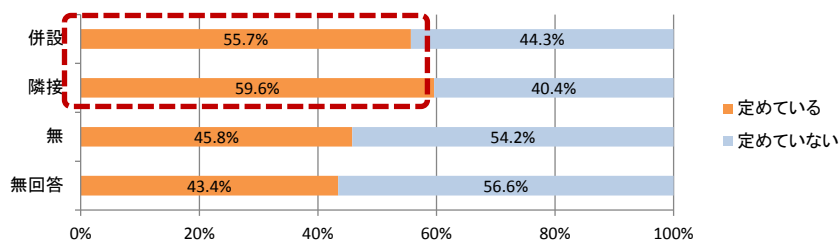
株式会社野村総合研究所「平成28年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 高齢者向け住まい及び住まい事業者の運営実態に関する調査研究事業」アンケート調査集計データからの引用

□グラフⅠ-2 住まい内で「入居者が契約する介護サービス事業所の介助中の事故の取扱い(住まいと介護保険事業所の関係)」について(住まい事業者へのアンケート調査②結果)

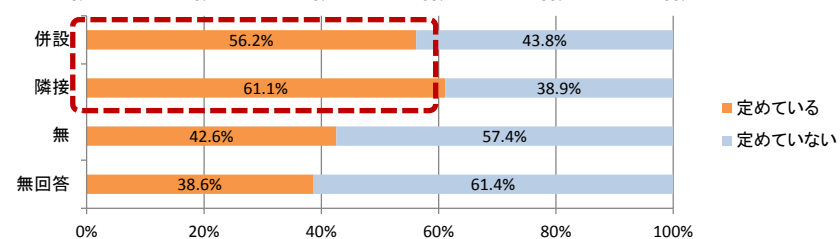
「居宅介護支援事業所」「訪問介護事業所」ともに、サービス付き高齢者向け住宅、住宅型有料老人ホームの内、介護事業所を併設・隣接する住まいの方が、併設・隣接していない住まいと比べ、1割程度多く「介護サービス事業所の介助中の事故の取扱い」について定めている。

○居宅介護支援事業所

【サービス付き高齢者向け住宅
(特定施設以外)】

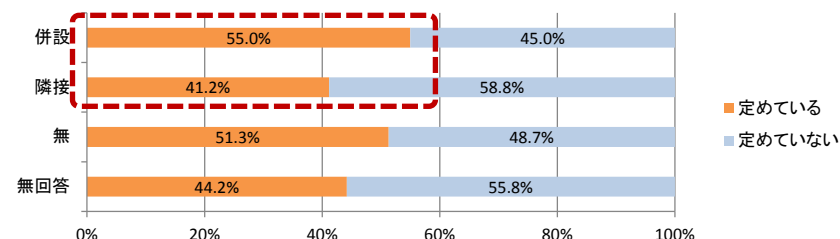


【住宅型有料老人ホーム】

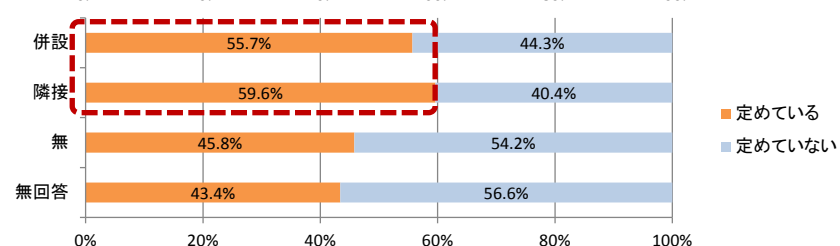


○訪問介護事業所

【サービス付き高齢者向け住宅
(特定施設以外)】



【住宅型有料老人ホーム】



株式会社野村総合研究所「平成28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 高齢者向け住まい及び住まい事業者の運営実態に関する調査研究事業」アンケート調査集計データからの引用

□表 I-7 外部事業者が起こした事故について、事業者には事故報告等を求めている住まい事業者の考え方（住まい事業者へのヒアリング調査結果）

ヒアリング調査対象事業者の内、特定施設以外の住まい（住まい C・D）で、外部サービス事業者が起こした事故について、d 社、e 社が外部サービス事業者には事故情報を求めている。

	事故情報を求める内容・理由	事故情報収集方法
d 社	○外部事業者が起こした事故も住まいで発生した事故件数として計上している。 ○外部事業者が作成した事故報告書や再発防止策の提供を依頼する住まいもある。 ○自社のケアマネジャーや職員が入居者と接触し、身体状態に異変を感じた場合、事業者には情報提供等を依頼し、事故予防・再発防止策に役立てている。	○サービス担当者会議で情報提供を依頼（医師、看護師、外部事業者、入居者・家族が参加）
e 社	○外部事業者が入居者介助中に起こした事故は住まいで発生した事故とは別に件数を把握している。 ○件数だけでなく、事故報告書の提供も依頼している（外部事業者の書式による報告書）。 ○事故情報の提供を依頼する理由は 2 点ある。 ・ひとつは外部事業者が起こした事故でも、住まい事業者として家族に説明する責任があること。 ・もうひとつは入居者の介助中の事故は、事業者が注意を払っている最中に発生した事故であり、利用者は事故リスクが高い状況にあることを意味する。住まい側の事故予防・再発防止策を含め、事業者からヒヤリハットを含め情報収集することで事故予防・再発防止策を講じることができるためである。	○外部事業者に個別に情報提供の依頼 ○サービス担当者会議で情報提供を依頼

□表 I -8 事業者毎の自社内の事故報告書の作成対象とする事故の種類(ヒアリング調査結果)

(本調査項目については、a 社は未調査)

	自社内の事故報告書の作成対象とする事故の種類					
	b 社	c 社		d 社	e 社	f 社
転倒 関連	転倒 ずりおち	転落	転倒 転落	転倒 ずりおち	転倒	転落
	挟み込み		落下	衝突		
転落 関連	転落		不明	つまづき 転落	転落	
薬関連	誤薬(誤配)	薬	人違い	誤配	誤薬	薬関係
			忘れ	誤用		
			時間間違い	飲み忘れ		
			飲みこぼし	紛失		
			落薬	落薬		
食事 関連	誤嚥	誤嚥		誤嚥	誤嚥	食事関係
	異食	異食		誤飲・異食	異食	
		食事	異物混入			
			誤配			
			提供忘れ			
医療 関連	医療 (注射ミス、針刺し事 故)	医療	在宅酸素			
			胃ろう			
			バルーン			
			点滴			
			注射			
その他	失踪・行方不明	行方 不明	敷地内	失踪・行方不明	無断外出(行方不 明)	
	入居者トラブル(暴 力)		敷地外	利用者トラブル		
	外傷、皮下出血 (ヒヤリハット報告書 作成対象)	その他 (理由不明のあざを含 む)			その他 (理由不明のあざを含 む)	
				溺水		
				疫病による急変		
		自傷行為				
	自殺、自殺未遂	自殺、自殺未遂		死亡、自殺、自殺未 遂	自殺	
						介護 事故
						損害保険対応内
						損害保険対応外

2-2. 自社内の事故報告書の作成件数の多い事故の種類・作成の実態

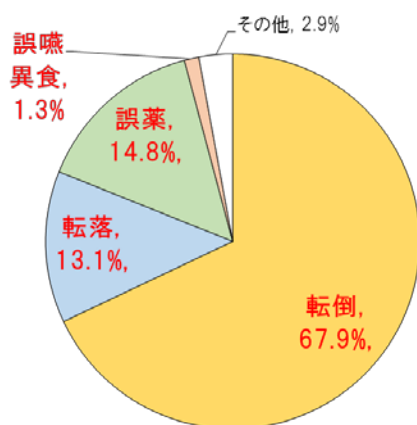
（「住まい事業者へのヒアリング調査」「住まい事業者へのアンケート調査①」の結果）

2-2-1. 自社内の事故報告書作成件数の多い事故の種類（「住まい事業者へのヒアリング調査」の結果）

ヒアリング調査対象である複数の住まい事業者から、住まいにおいて過去1年間に発生した事故の内、自社内の事故報告書を作成した事故情報のデータを入力し、事故の種類別に整理したところ、住まいで事故報告書を最も作成している事故は「転倒」「転落」で、次いで「誤薬」、「誤嚥・異食」である（グラフ I-3 参照）。

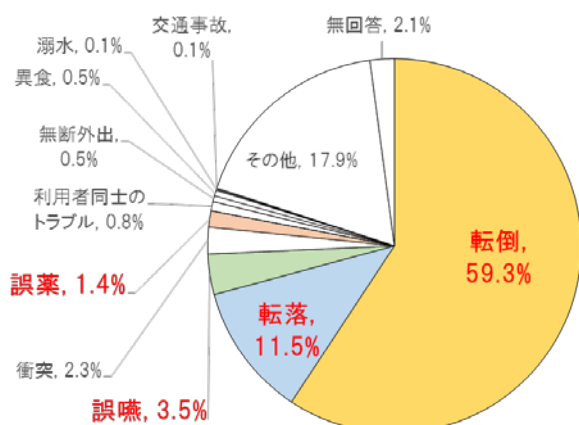
参考までに高齢者介護施設や自宅内（在宅）で発生する事故の種類をしてみると、これらの施設及び住宅でも同様の傾向がみられ、住まいや施設に関係なく、発生する事故の内、「転倒・転落」が占める割合が多いといえる（グラフ I-4、5 参照）。

□グラフ I-3 高齢者向け住まいで発生する事故の種類（自社内の事故報告書を作成した事故の種類）



高齢者向け住まい（計 311 施設）において過去 1 年間に作成した事故報告書の種類の割合（複数のヒアリング調査対象事業者より入手）

□グラフ I-4 高齢者介護施設※¹
で発生する事故の種類



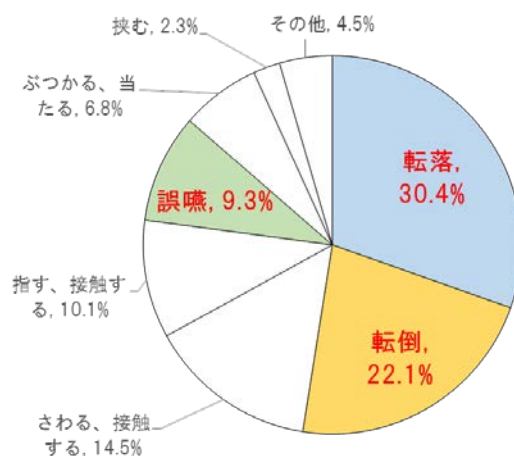
出所：老健事業「高齢者介護施設における介護事故に実態及び対応策のあり方に関する調査研究事業報告書」（平成 21 年 3 月）

※ 1 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設

※ 2 有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅は含まれていない

※ 3 転落事故の種類：睡眠中のペットからの転落、車いす利用時の転落、階段からの転落等

□グラフ I-5 自宅内（在宅）※²
で発生する事故の種類



出所：独立行政法人国民生活センター調査（13 医療機関による調査（2010 年から 2012 年））

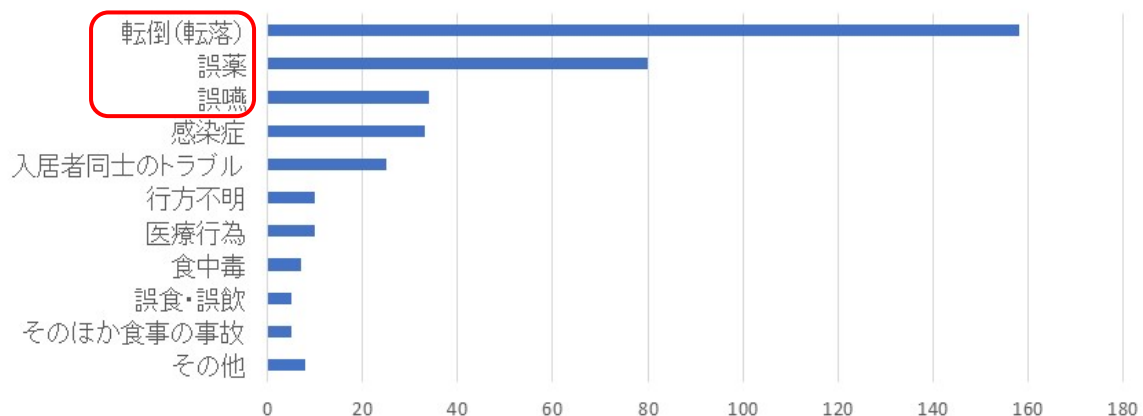
また、「住まい事業者へのアンケート調査①」において、住まい事業者(計 236 事業所)が事故予防対策を必要と考える事故の種類について把握したところ、住まいで予防対策を必要とする事故は「転倒・転落」「誤嚥」「誤薬」の順である(グラフ I-6 参照)。さらに、これらの事故について予防策が必要と考える理由(自由回答)を把握したところ、以下(表 I-9 参照)のような回答を得た。

「転倒・転落」は、居室内での事故が多く、防ぐことが難しいこと、元気な高齢者の外出時の事故の予防が難しいこと、認知症の高齢者の夜間歩行等による事故への対応に苦慮していること、入居してまもない時、本人の ADL の把握が十分できていない入居者への対応が難しいことなどが挙げられる。特に居室内や外出時など、住まいの職員が関わりにくい場所で発生する事故の予防が難しいことが指摘される。

これに対し、「誤薬」は、事業者のサービス提供に係る事故であり、かつ命に関わる可能性が高い事故であるため、サービスを提供する者として予防策の検討は必須であると認識している。一方で、生活全般の中に服薬に関わる問題が多数あり、薬の管理方法、各サービス事業との連携、情報共有が必要であるが、同じパターンの誤薬事故が減少せず、対策が難しい等が挙げられている。

また、「誤嚥」は、生命の危険にかかわる問題であるため、食事サービスを提供する事業者は予防策の検討が重要であると認識している。

□グラフ I-6 高齢者向け住まいで事故予防策を必要とする事故の種類
(住まい事業者へのアンケート調査①の結果)



□表 I-9 住まい事業者が特に事故予防策が必要と考える事故「転倒・転落」「誤嚥」「誤薬」の予防策が必要と考える主な理由(住まい事業者へのアンケート調査①の結果)

事故の種類	主な理由(例)
転倒・転落	居室内の転倒事故が多いが、居室内での転倒は防ぎようがない為難しい。
	居室内での転倒事後が多いが、サービス付き高齢者向け住宅なので入居者の自宅に許可なく入ることができず、また自宅内の環境整備進めることもなかなか難しい。
	認知症で歩行自立の方が、夜間にトイレ等の移動時に転倒、骨折する事故が発生している。
	入居者に元気な方が多く、1人で外出されるが、外での転倒が増えてきているが、本人の外出の制限はできず、対応が難しい。
	入居後まもない方の ADL の把握が十分でない時における転倒予防対策が難しい。
誤薬	サービス提供に係る事故であり、かつ命に関わる可能性が高い事故であるため予防策の検討は必須と認識。
	生活全般の中に服薬にかかわる問題が多数ある。薬の管理の方法や各サービス事業との連携、情報共有が必要。
	同じパターンの誤薬事故が減少せず、対策に苦慮している。
誤嚥	生命の危険にかかわる問題であるため予防策の検討が重要。

2-2-2. 住まい毎の自社内の事故報告書作成の実態（「住まい事業者へのアンケート調査①」の結果）

住まい事業者へのアンケート調査①で、過去１年間に各々の住まいで発生した事故の内、行政及び自社内の事故報告書を作成した件数を把握し、住まい毎の事故報告書の作成状況等の傾向を分析した。

(1) 行政へ提出する事故報告書の作成件数

住まいの種類や住まいの規模に係なく、年間５件程度が全体の８割を占める（表Ⅰ-10 参照）。

□表Ⅰ-10 行政へ提出する事故報告書の作成件数
（住まい事業者へのアンケート調査①結果）

行政報告した事故件数	事業者数	割合
0件	56	23.7%
1-5件	81	34.3%
6-10件	18	7.6%
11-15件	7	3.0%
16-20件	9	3.8%
21-30件	0	0.0%
31-40件	2	0.8%
41-50件	2	0.8%
51件-	1	0.4%
無記入	60	25.4%
合計	236	100.0%

(2) 自社内の事故報告書の作成件数

① 全体傾向分析

１年間で１件～40件が全体のボリュームゾーンだが、全体的にバラつきがみられる（表Ⅰ-11 参照）。

□表Ⅰ-11 自社内の事故報告書の作成件数
（住まい事業者へのアンケート調査①結果）

自社内事故報告書作成件数	事業者数	割合
0件	16	6.8%
1-10件	41	17.4%
11-40件	45	19.1%
41-70件	20	8.5%
71-100件	9	3.8%
101-150件	14	5.9%
151-200件	6	2.5%
201-300件	4	1.7%
301-500件	1	0.4%
501件-	1	0.4%
無記入	79	33.5%
合計	236	100.0%

② 住まいの種類別傾向分析

●「住まいの定員数」と「事故報告書の作成件数」の関係

（表Ⅰ-11 参照）

収集したサンプルについて、住まいの種類別に「住まいの定員数」と「自社内の事故報告書の作成件数」の関係を分析した。「住まいの定員数（平均）」は、特定施設の住まい（介護付き有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（特定施設））（住まいA・B）が72.1名、住宅型有料老人ホーム（住まいC）は95.8名、サービス付き高齢者向け住宅（特定施設以外）（住まいD・E）は36.2名だが、これに対する「事故報告書の作成件数（平均）」は、特定施設の住まい（介護付き有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（特

定施設)) (住まいA・B)は、67.6 件、住宅型有料老人ホーム(住まいC)は 49.9 件、サービス付き高齢者向け住宅(特定施設以外) (住まいD・E)は 19.3 件である。

サービス付き高齢者向け住宅(特定施設以外) (住まいD・E)は他の住まいと比べ、定員数が少ないため、自社内の事故報告書の作成件数が少ないといえるが、特定施設の住まい(住まいA・B) と住宅型有料老人ホーム(住まいC)では傾向が異なる。

●住まいの種類別「住まいの定員数」と「自社内の事故報告書の作成件数」の相関関係 (表I-12、グラフI-7 参照)

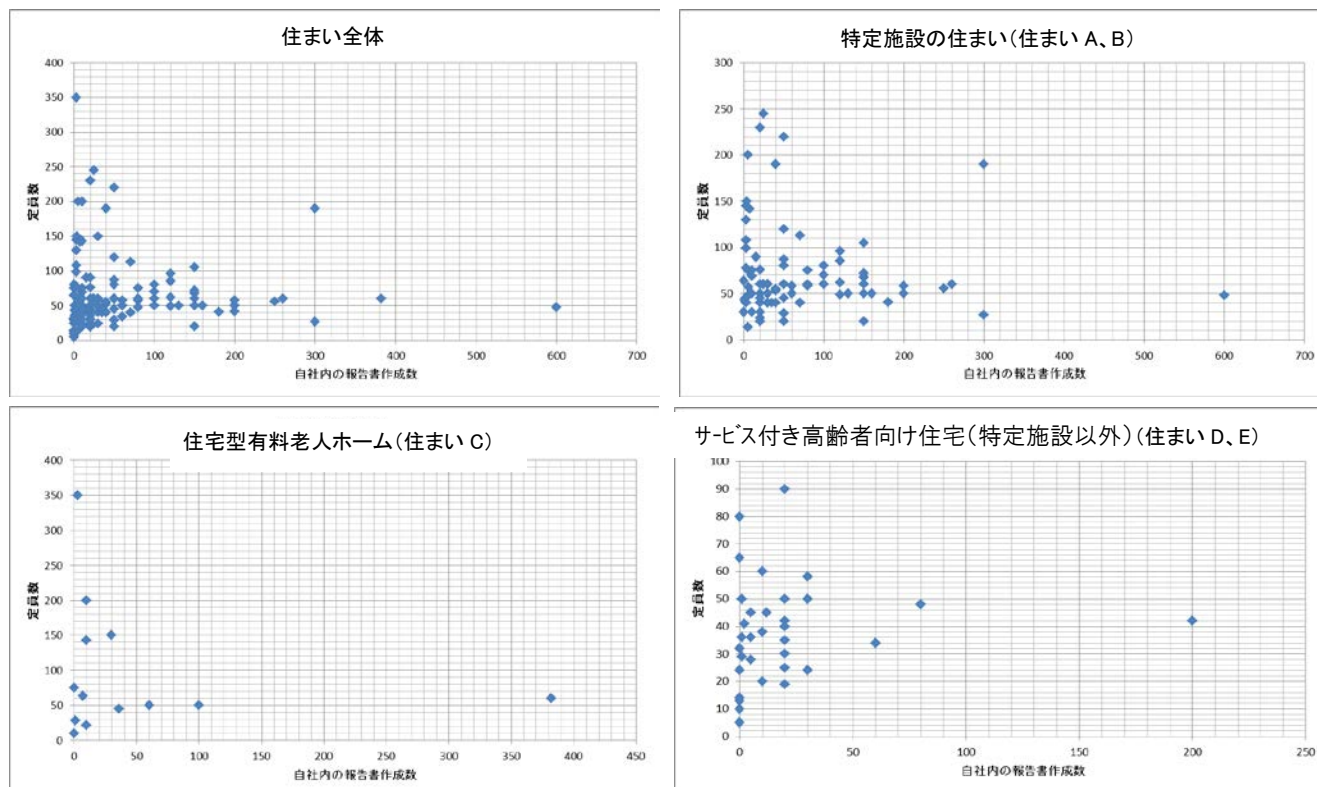
住まいの種類別に住まいの定員数と自社内の事故報告書の作成件数の相関関係を分析したが、いずれの住まいにおいても相関関係が見いだせない結果となった。

以上より、住まいの「定員数」と「自社内の事故報告書の作成件数」の関係は、同じ住まいの種類内でも相関性は見られない。今回の調査の結果は、前項で整理したように、住まいの種類によって提供するサービスが異なり、そのことで報告を作成する対象が異なること、また住まい事業者によって自社内の事故報告書の作成を求める事故の内容(事故による入居者のケガ等の状態、職員が行った事故対応の内容等)や、取り扱う事故の種類等が異なるため、住まい全体、さらには同じ住まいの種類で見ても、相互の関係性がみられないといえる。

□表I-12 住まいにおける事故報告書作成件数と定員数

住まいのタイプ	住まい全体	特定施設の住まい (住まいA、B)	住宅型有料老人ホーム (住まいC)	サービス付き高齢者向け住宅(特定施設以外) (住まいD、E)
サンプル数	145	94	13	38
平均事故報告書作成件数 (自社内の事故報告書)	53.4	67.6	49.9	19.3
平均定員数	64.78	72.1	95.8	36.2
相関係数	0.005	-0.067	-0.169	0.155

□グラフI-7 住まいにおける自社内の事故報告書作成件数と定員数の散布図



3. 自社内の事故対応・報告の取り組みの実態

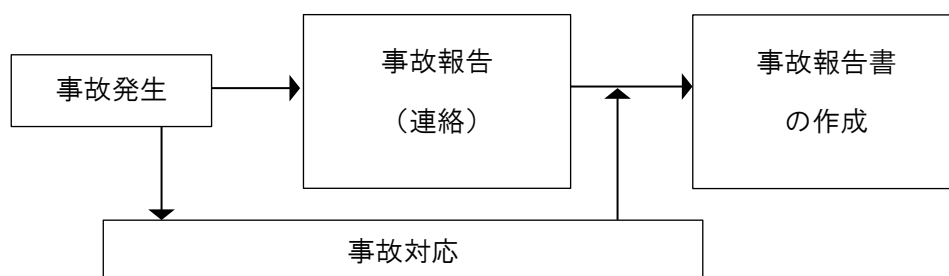
3-1. 自社内の事故対応・報告の一般的な流れ

住まいで入居者の事故が発生した際、住まいの職員は、一般的に次の流れで事故対応・報告を行う。

住まいで事故が発生した際、職員は事故の当事者である入居者の様態を確認、処置等を行い、職員間で情報を共有（連絡）する。その際、入居者の様態等に応じて医療機関や入居者の家族へ連絡、また必要に応じて行政への報告（一報）を行う。

事故発生後、あまり時間がたたない期間内に事故に関わった職員等で自社内の事故報告を作成し、情報を共有する。重大事故の場合は、行政への事故報告書を作成・提出する（図 I-5 参照）。

□図 I-5 事故が発生した際の一般的な事故対応・報告の流れ



3-2. 自社内で事故対応・報告に関して定めている内容等

（「住まい事業者へのアンケート調査②」の結果）

以上の事故対応・報告の仕方については、住まい事業者は任意で定めているが、事故対応・報告ルートが定められていることで、迅速な事故対応・報告ができるといえる。住まい事業者へのアンケート調査②の結果より、住まいでの事故対応・報告体制についての実態を把握した。

(1) 自社内で事故報告に関して定めている内容

アンケート調査では、住まい事業者内で、「①報告すべき事故の種類や範囲」「②事故報告の手順」「③事故報告書の様式や記載内容」「④入居者が契約する介護サービス事業所の介助中の事故の取扱い（再掲）」について定められているかを把握した。

特定施設の住まい（住まい A・B）は、9 割程度の住まい事業者が①②③について定められている。

一方、住宅型有料老人ホーム（住まい C）、サービス付き高齢者向け住宅（特定施設以外）（住まい D・E）は、①②③については7～8割の事業者が定めているが、逆に2～3割の事業者は定めていない。

また、特定施設以外の住まい（住まい C・D・E）では、住宅規模が大きくなるにつれ、①②③④の項目を定める住まい事業者が多い傾向がある（表 I-13 参照）。

□表 I-13 住まい別「報告すべき事故の種類範囲、事故報告の手順等を定めている状況
(住まい事業者へのアンケート調査結果)

	件数					割合				
	全体	介護付有料 老人ホーム	住宅型有料 老人ホーム	サービス付 (特)	サービス付 (非特)	全体 N=4,968	介護付有料 老人ホーム N=1,459	住宅型有料 老人ホーム N=1,963	サービス付 (特) N=132	サービス付 (非特) N=1,409
報告すべき事故の種類や範囲	3,957	1,364	1,452	116	1,020	79.6	93.5	74.0	87.9	72.4
事故報告の手順	4,401	1,410	1,697	121	1,168	88.6	96.6	86.4	91.7	82.9
事故報告書の様式や記載方法	4,448	1,418	1,703	127	1,195	89.5	97.2	86.8	96.2	84.8
入居者が契約する介護サービス事業所の介助中の事故の取り扱い	1,865	153	972	23	713	37.5	10.5	49.5	17.4	50.6
明確なルール等は定めていない	72	1	34	1	36	1.4	0.1	1.7	0.8	2.6
無回答	129	14	53	2	60	2.6	1.0	2.7	1.5	4.3
全 体	14,872	4,360	5,911	390	4,192	—	—	—	—	—
住まい A 住まい C 住まい B 住まい D、E						住まい A 住まい C 住まい B 住まい D、E				

株式会社野村総合研究所「平成 28 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 高齢者向け
住まい及び住まい事業者の運営実態に関する調査研究事業」アンケート調査集計データからの引用

(2) 住まいで発生した事故について情報共有する関係者

アンケート調査では、住まい内で発生した事故について情報共有する関係者について把握した。

「法人・施設内の職員」及び「事故当事者の入居者の家族」と情報共有する住まい事業者は、住まいの種類に関係なく、9 割以上が実施している（表 I-14 参照）。

事故当事者以外の入居者や家族との情報共有は、介護付き有料老人ホーム（住まい A）では全体の 5 割弱が実施しているが、その他の住まいでは全体の 2 割程度しか実施していない。

入居者が契約するケアマネージャーや介護サービス事業所との情報共有は、入居者が外部の介護保険サービス事業者を利用する特定施設以外の住まいでは、全体の 8.5 割が実施している。逆に 1.5 割の住まい事業者は外部の介護事業者と情報共有していない。

□表 I-14 住まい別「住まいで発生した事故について関係者と情報共有している状況
(住まい事業者へのアンケート調査結果)

	件数					割合				
	全体	介護付有料 老人ホーム	住宅型有料 老人ホーム	サービス付 (特)	サービス付 (非特)	全体 N=4,968	介護付有料 老人ホーム N=1,459	住宅型有料 老人ホーム N=1,963	サービス付 (特) N=132	サービス付 (非特) N=1,409
法人・施設内の職員	4,756	1,432	1,863	130	1,326	95.7	98.1	94.9	98.5	94.4
事故当事者の家族	4,681	1,423	1,828	128	1,297	94.2	97.5	93.1	97.0	92.1
事故当事者以外の入居者や家族	1,314	675	355	28	254	26.4	46.3	18.1	21.2	18.0
入居者が契約するケアマネージャーや介護サービス事業所	3,036	86	1,736	13	1,196	61.1	5.9	88.4	9.8	84.9
情報共有していない	3	0	1	0	2	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1
無回答	116	15	47	2	52	2.3	1.0	2.4	1.5	3.7
全 体	13,906	3,631	5,830	301	4,127	—	—	—	—	—
住まい A 住まい C 住まい B 住まい D、E						住まい A 住まい C 住まい B 住まい D、E				

株式会社野村総合研究所「平成 28 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 高齢者向け
住まい及び住まい事業者の運営実態に関する調査研究事業」アンケート調査集計データからの引用

(補足)事故当事者以外の入居者や家族との情報共有の状況（「住まい事業者へのヒアリング調査」の結果）

有料老人ホームでは他の入居者や家族を招いた運営懇談会が、住まいで発生した事故について報告の場となるが、サービス付き高齢者向け住宅ではこれまで運営懇談会が開催されてなかったため、事故報告の場がなかった。また入居者の事故について何処まで他の入居者や家族に報告できるか個人情報問題があり、慎重な側面がある（表Ⅰ-15 参照）。

□表Ⅰ-15 事故当事者以外の入居者や家族への事故報告状況(住まい事業者へのヒアリング調査結果)

（本調査項目については、a社は未調査。「事故予防、再発防止」「事故当事者以外の入居者や家族との情報共有の状況」「職員による虐待事案への対応」の項目のみ、h社にヒアリング実施）

	他の入居者や家族への事故報告・説明について
b 社	・入居者にかかる事故情報は個人情報に該当する。そのため他の入居者への事故情報を伝えておらず、運営懇談会の場でも事故について情報共有していない。 ・死亡等にかかる重大事故については、他の入居者や家族にも報告するように努めているが、ここ数年各住まいで発生していない。
c 社	・事故情報について、本社から各住まいに個人情報保護の観点に考慮しながら、運営懇談会を通じて報告するよう指示している。報告内容や報告方法は各住まいに委ねている。 ・重大事故が発生した際には、運営懇談会の開催を待たずに、即時に他の入居者や家族に報告している。
d 社	・特定施設の住まいでは運営懇談会を通じて、他の入居者や家族と情報共有しているが、サービス付き高齢者向け住宅では運営懇談会を開催する住まいは少ない。今後特定施設の住まいと同様に運営懇談会を開催していけば、事故情報を共有する場も増えると考ええる。 ・事故情報をどの程度情報共有すれば良いかは課題である。単に住まい内の事故件数を共有するのではなく、事故が発生した要因、事故再発防止のためどのようなことに注意すべきか等を情報共有し、意見をもらうようにしている。
e 社	・これまで事故情報を他の入居者や家族と情報共有する取り組みは行っていない。 ・有料老人ホームでは「運営懇談会」で事故情報を共有しており、今後サービス付き高齢者向け住宅で運営懇談会の開催が広がれば、サービス付き高齢者向け住宅全体に広がるといえる。ただし運営懇談会でも一般に事故件数程度の情報共有であり、何処までを情報共有することが他の入居者や家族に有益であるか検討が必要である。
f 社	・サービス付き高齢者向け住宅は賃貸借契約に基づく賃貸住宅であり、入居者に関する事故等は個人情報に該当する。そのため、何処まで他の入居者と情報共有すべきかは、取り扱いが難しい。 ・月1回、入居者同士が集まる場、3か月に1回入居者の家族が集まる場を住まい毎で開催しており、事故についても意見交換を行うことで、疑問点等への回答を行うよう心がけている。
h 社	・運営懇談会を年2回開催し、その場でヒヤリハットや事故の主な内容や件数、重大事故の内容について報告している。 ・発生が多い事故の種類や事故が発生した要因を報告すると同時に対応策や入居者に注意すべき内容についても説明している。

3-3. 住まい毎に取り組んでいる事故対応・報告の工夫

(「住まい事業者へのヒアリング調査」の結果)

住まい事業者へのヒアリング調査等を通じて、住まい事業者が取り組む事故対応・報告するための工夫について把握・整理した。

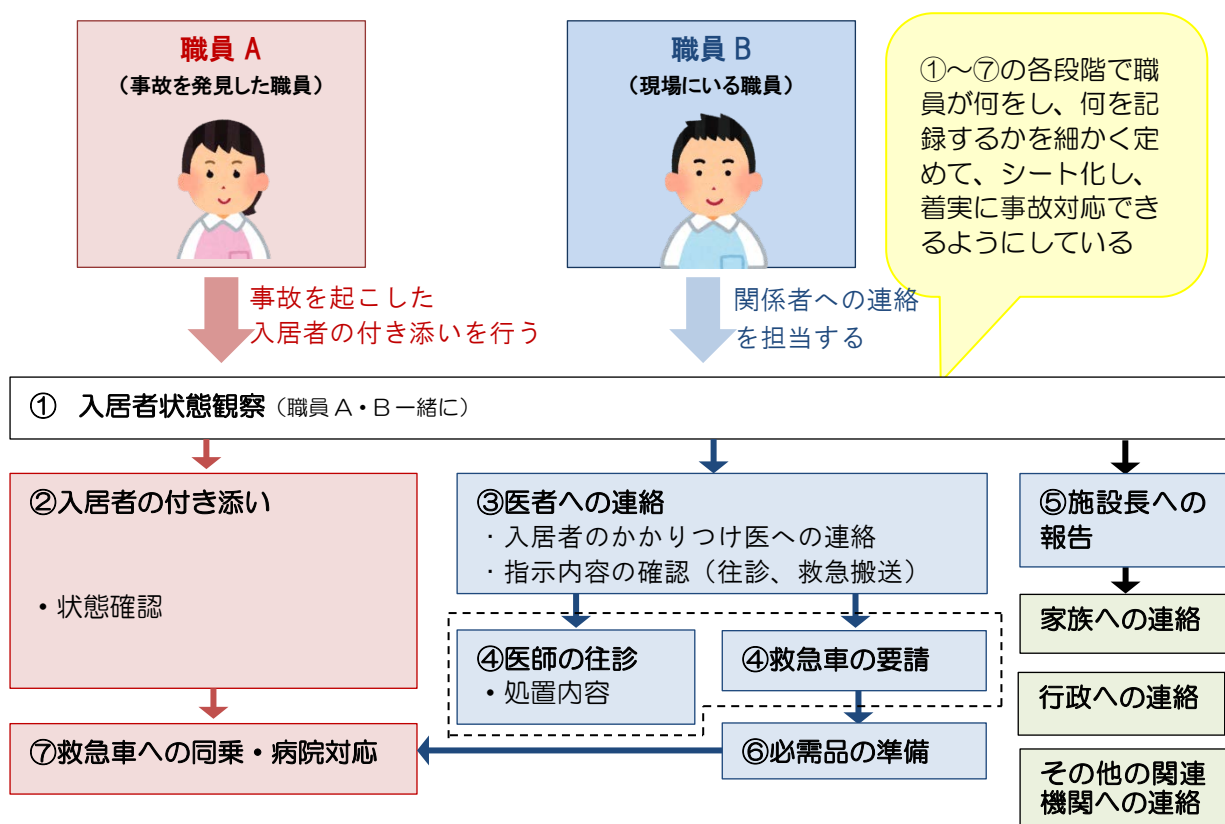
(1) 住まい内の事故対応・報告のための工夫

事故発生時、職員が慌てて連絡・対応ミスしないようにするため、多くの住まいで「事故対応・報告フロー」を定めている(図 I-5 参照)。

●事故対応・報告の参考事例(a 社の取り組み事例)

事故発生時、職員が慌てて連絡・対応ミスしないようにするため、事故対応・報告は、必ず職員2名体制で行う。また事故対応マニュアルには、ひとりの職員が「事故を起こした入居者への付き添い」、もうひとりの職員は「関係者への連絡」と役割を明確に分け、各職員の「事故対応・報告フロー」を定めている。

□図 I-5 住まい内の事故対応・報告体制の考え方(a 社の取り組み事例)



(2)グループ企業での事故対応・事故報告の工夫

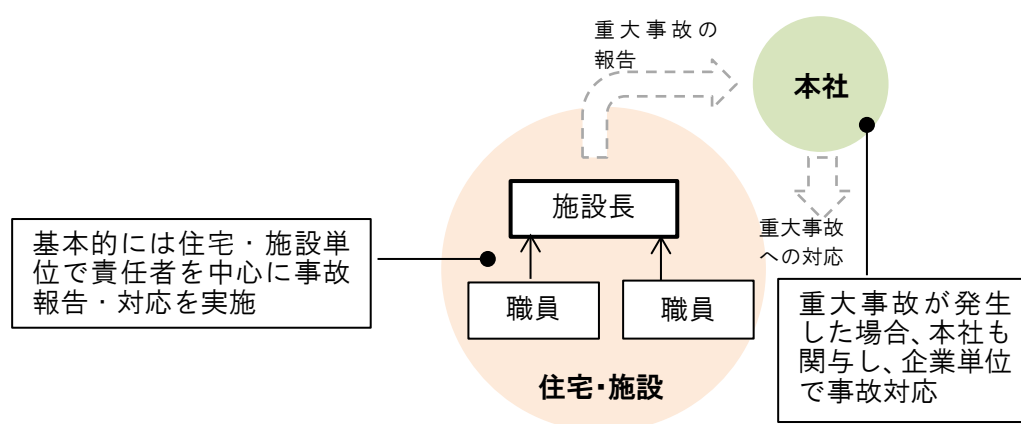
複数の住まいを運営する事業者では、事故報告は住まいの職員間だけでなく、事業者内で事故情報が共有できるように、住まいと企業内の両方で事故報告ルートを作成する場合が多い。ヒアリング調査より、次のような2タイプが見出せる（図Ⅰ-6 参照）。

□図Ⅰ-6 事故対応・報告のタイプ類型（事例）

●【タイプ1】 住宅・施設単位を中心に事故報告・事故対応は完結（重大事故発生時は、企業単位で対応）

各住宅・施設単位で、責任者（施設長・所長等）を中心に、職員間の事故報告ルートを確立させ、事故情報の共有、事故報告書の共有や事故予防・再発防止策の検討を行っている。

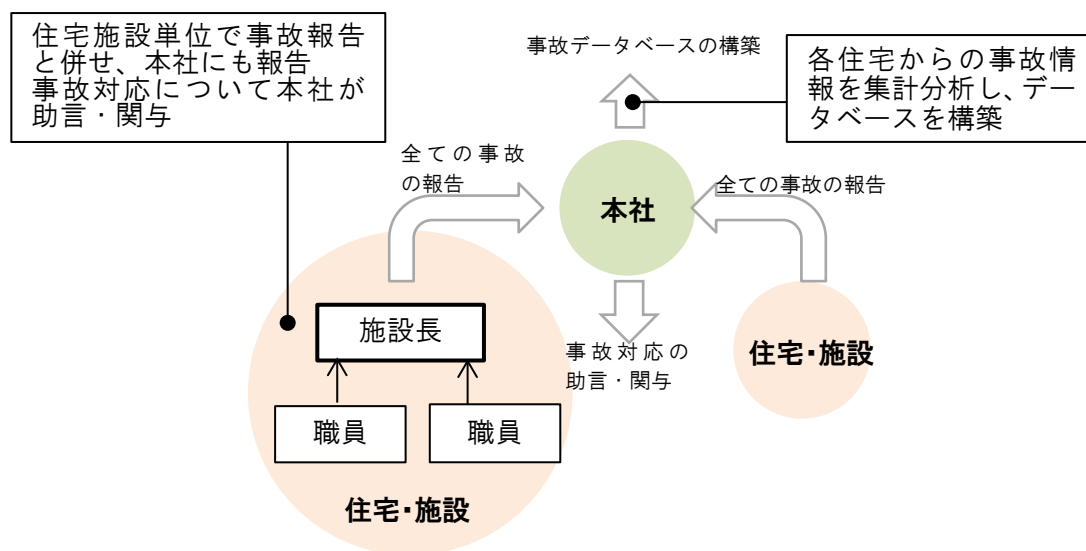
基本的に現場である住宅・施設で完結した事故報告・対応を行うが、重大事故が発生した場合、本社も事故対応に参画し、企業としてのノウハウを生かす。



●【タイプ2】 本社を中心に各住宅・施設の事故情報を集約化。各住宅・施設の事故対応も本社が関与

タイプ1同様に、各住宅・施設単位で責任者（施設長・所長等）を中心に、職員間の事故報告ルートを確立させているが、併せて各住宅・施設で発生した事故を本社に報告し、それを受けた本社が事故対応の助言・指示等を行う。

本社は報告された事故情報をもとに、企業内の事故をデータベース化し、事故発生状況分析や事故予防・再発防止策の検討を行う。



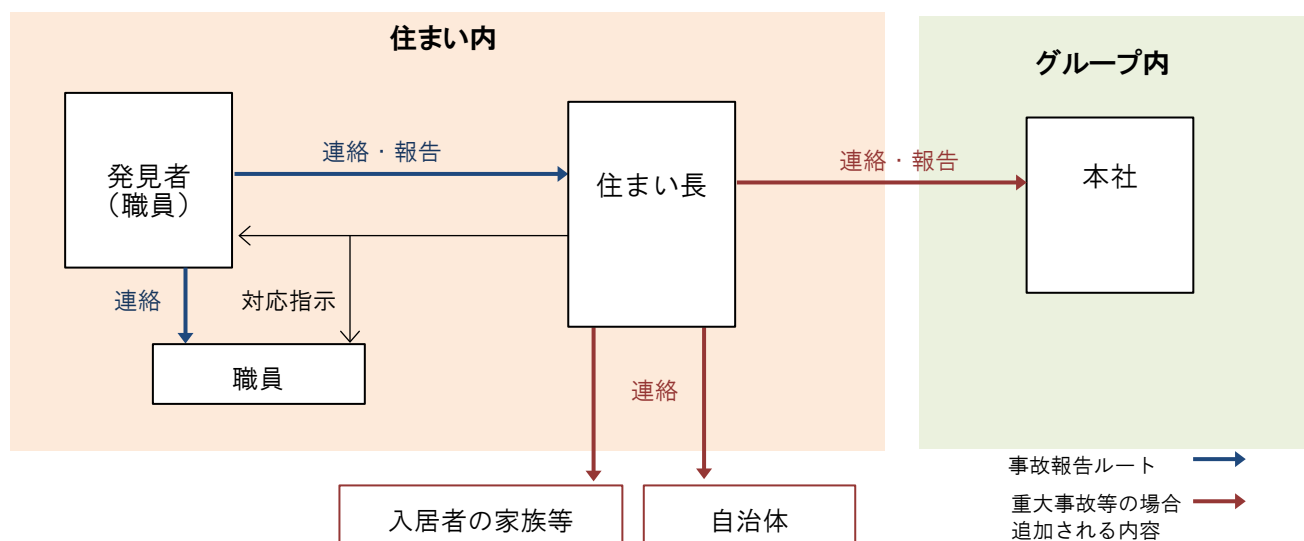
●参考事例 b 社(「タイプ1」に該当する事例)

【事故対応(連絡)】

- ・本社が「事故対応マニュアル」を作成し、グループ内の職員間で共有している。マニュアルに記されていない具体の運用は、住まい毎に「住まい長」の責任の元、現場毎の状況に合わせ、実施している。
- ・マニュアル内に「発見者⇒職員⇒住まい長^{※1}」の連絡(報告)ルートが定められ、対外的な連絡(家族への連絡、行政報告等)は施設長が必ず行うことにしている。
- ・医療機関に受診する場合、必ず職員が同行する(夜間の場合は、施設長が必ず同行する)。医療機関への受診の際、家族が同行できない場合、医療機関到着前と受診後に家族に報告する(図 I-7 参照)。

□図 I-7 事故連絡(b社)

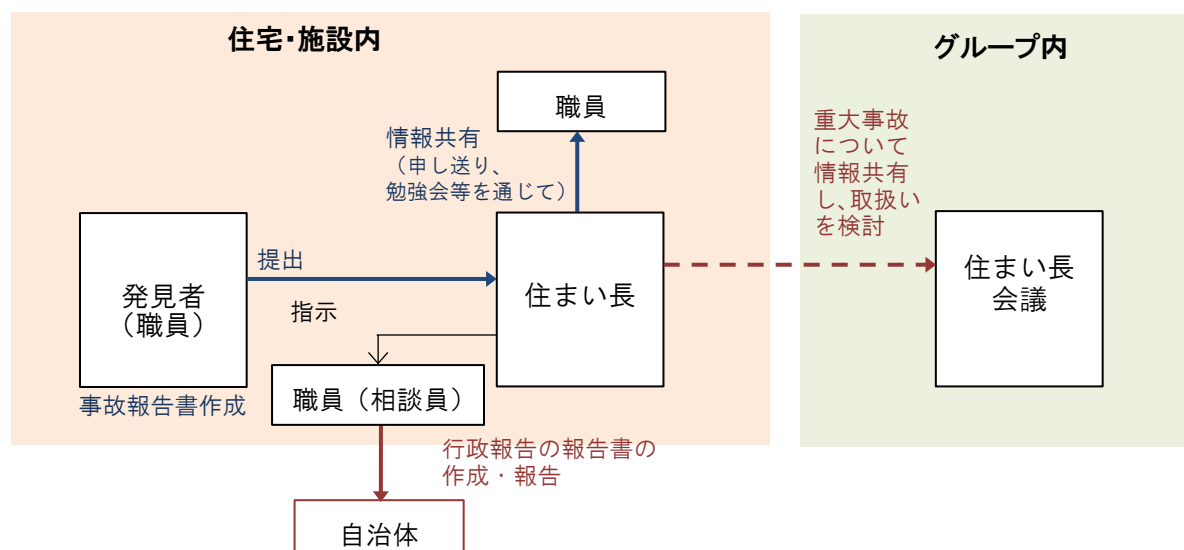
※1:事例毎に名称は異なるが「住まい長」で統一している



【事故報告(事故報告書)】

- ・上記の事故報告(連絡)を行った事故全てについて、発見者(職員)が事故報告書を作成し、施設長に提出する。事故報告書のフォーマットは、グループ全体で共通のものは作成しておらず、各住まいで作成している。
- ・事故発生後、3日以内に事故報告書を作成し、住まい長に報告する。
- ・事故報告書の内容は、住まい内の勉強会を通じて、職員全体で情報共有する。また重大事故については、グループ内の「住まい長会議」で情報共有し、グループ企業としての取扱い等について検討する(図 I-8 参照)。

□図 I-8 事故報告(b社)



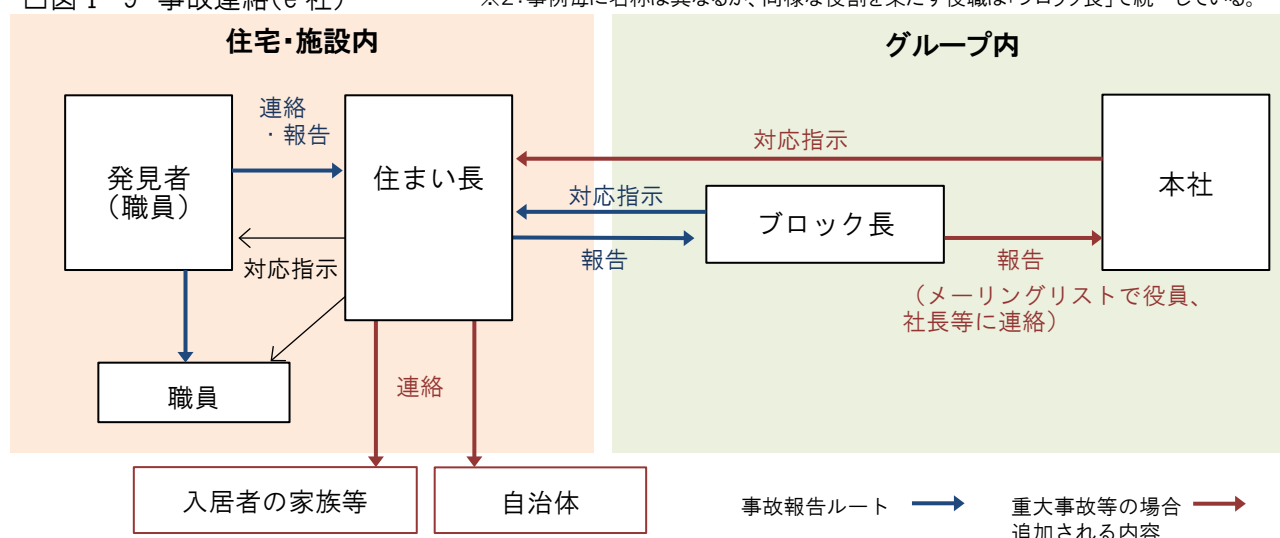
● 参考事例 e 社(「タイプ1」に該当する事例)

【事故対応(連絡)】

- ・本社が「事故対応マニュアル」を作成し、グループ内の職員間で共有している。マニュアルに記されていない具体の運用は、住まい毎に「住まい長」の責任の元、現場毎の状況に合わせ、実施している。重大事故については本社から指示がある。
- ・マニュアル内に「発見者⇒職員⇒住まい長」の連絡(報告)ルートが定められ、対外的な連絡(家族への連絡、行政報告等)は施設長が必ず行うことにしている。
- ・本社への事故の連絡は、いずれの事故も住まい長がブロック長※2(ブロック単位で複数の住宅・施設を統括)に連絡し、必要に応じてブロック長から対応指示をもらう。重大事故についてはブロック長から本社の役員等にメーリングリストで一括して連絡する(図 I-9 参照)。

□図 I-9 事故連絡(e 社)

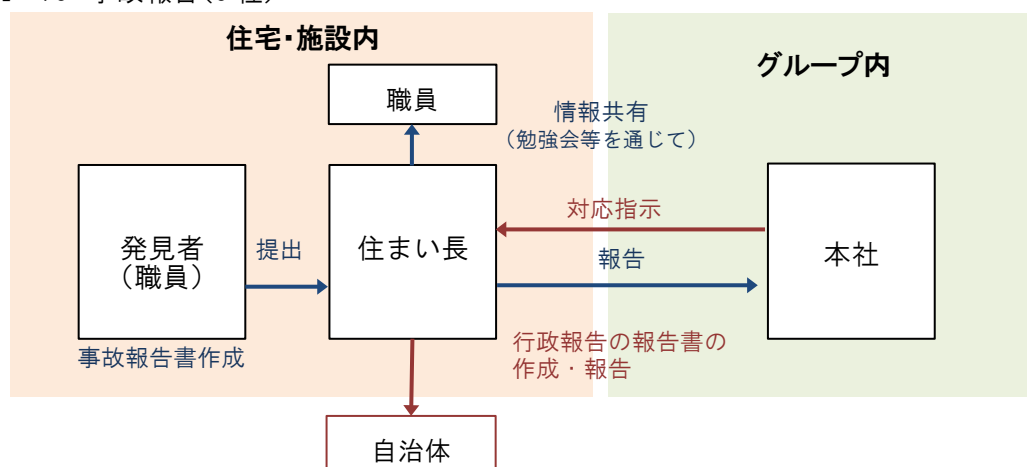
※2: 事例毎に名称は異なるが、同様な役割を果たす役職は「ブロック長」で統一している。



【事故報告(事故報告書)】

- ・上記の事故報告(連絡)を行った事故全てについて、発見者(職員)が事故報告書を作成する。事故対応に時間がかかる事故も、まずは事故状況のみを記載した事故報告書を作成・提出し、その後の追加対応については、「事故・苦情経過管理台帳」に記載する。事故対応の内容が、変わる場合、随時報告書を提出する。
- ・事故報告書の内容は、住まい内の勉強会を通じて、職員全体で情報共有する。
- ・事故報告書は、住まい長から本社に報告する(重大事故については本社より報告書内容を踏まえ、対応が指示される)。(図 I-10 参照)

□図 I-10 事故報告(e 社)

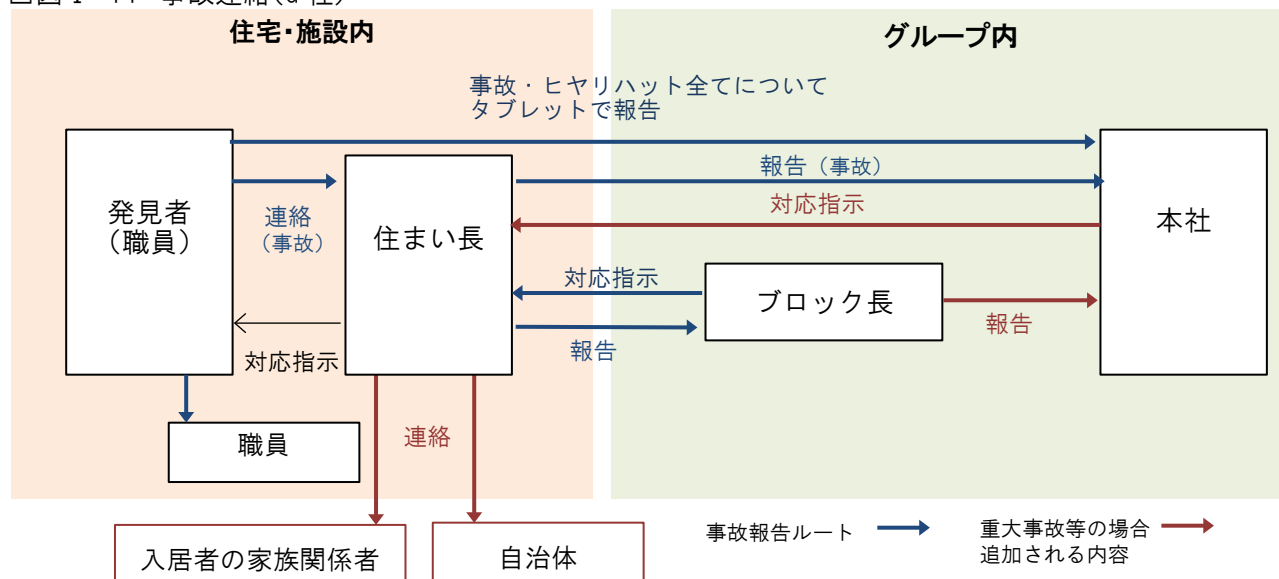


● 参考事例 d 社(「タイプ2」に該当する事例)

【事故対応(連絡)】

- ・住まいで発生した事故やヒヤリハットは、全てタブレットで入力し「発見者⇒本社」に報告する(事故のデータベースの作成を目的とする)。
- ・事故対応(連絡)については、本社が「事故対応マニュアル」を作成し、「発見者⇒住まい長⇒ブロック長(ブロック長はブロック単位で複数の住宅・施設を総括)」のルートが定められている(図 I-11 参照)。
- ・住まい毎で住まい長の責任の元で対応し、重大事故等は本社から指示に基づき対応する。

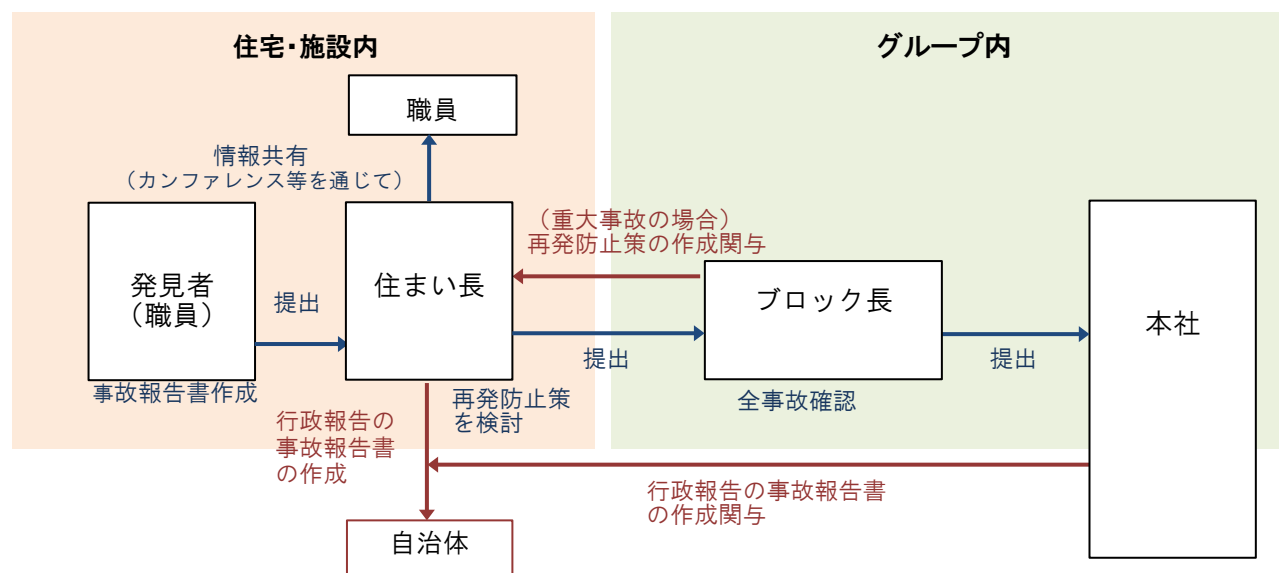
□図 I-11 事故連絡(d 社)



【事故報告(事故報告書)】

- ・タブレットで報告した事故(ヒヤリハットを含む)について、発見者(職員)が事故報告書を作成する。事故報告書の内、「事故の再発防止策」について、施設長が作成する。
- ・事故報告書は、施設長からブロック長に提出・確認し、重大事故の場合はブロック長も再発防止策を検討する。
- 行政報告対象の事故については、本社も行政報告書の作成に関与する。
- ・作成された事故報告書の内容は、住まい内のカンファレンス等を通じて、職員全体で情報共有する(図 I-12 参照)。

□図 I-12 事故報告(d 社)

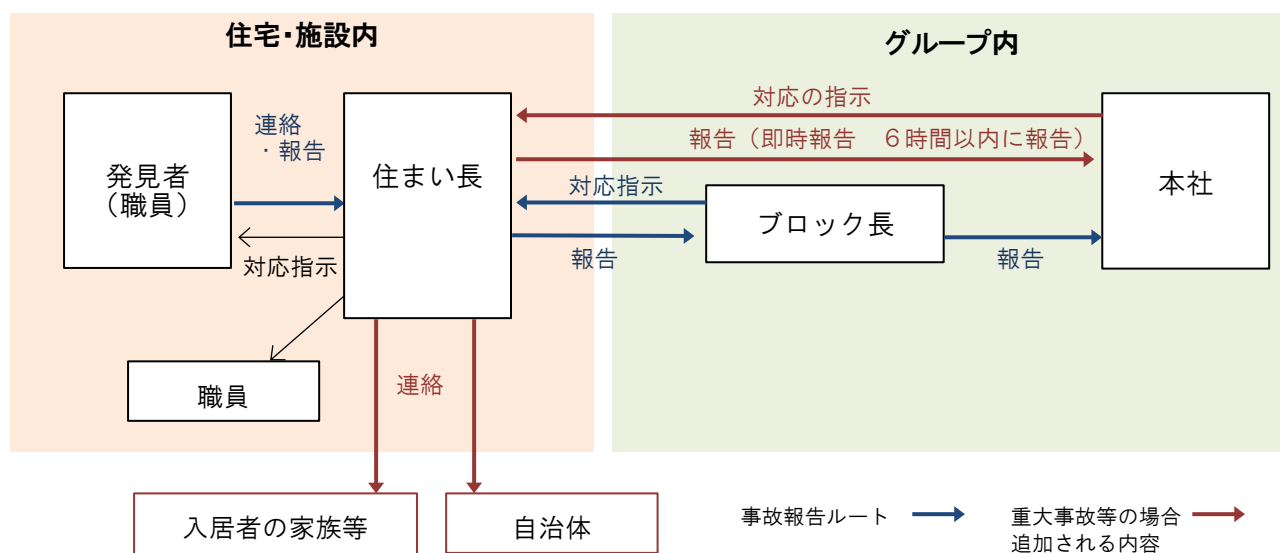


●参考事例 c 社(「タイプ2」に該当する事例)

【事故対応(連絡)】

- ・「発見者⇒住まい長⇒ブロック長」へのルートが定められ、住まい長が対外的な連絡を行う(本社、重大事故等の場合は、入居者の家族と自治体への連絡をする)。ブロック長の判断で本社に報告する。
- ・重大事故等の即時報告が必要な事故の場合、住まい長が直接に本社に連絡する(図 I-13 参照)。

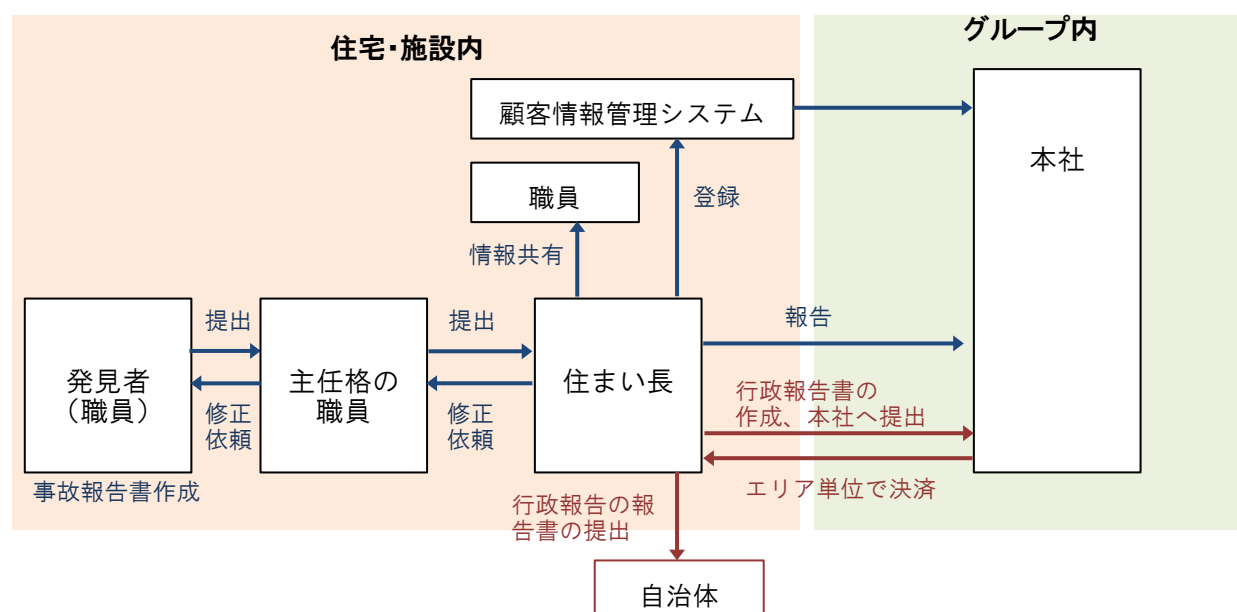
□図 I-13 事故連絡(c社)



【事故報告(事故報告書)】

- ・事故報告書は発見者、主任格の職員、住まい長が作成する。作成後、住まい長が本社に事故報告書を提出し、事故報告書の主要項目を登録し、それに基づく本社が事故データベースを作成する。
- ・事故報告書の内容は、住まい内の勉強会を通じて、職員全体で情報共有する。
- ・行政への報告書は、ブロック長と調整し、住まい長が自治体へ提出する(図 I-14 参照)。

□図 I-14 事故報告(c社)

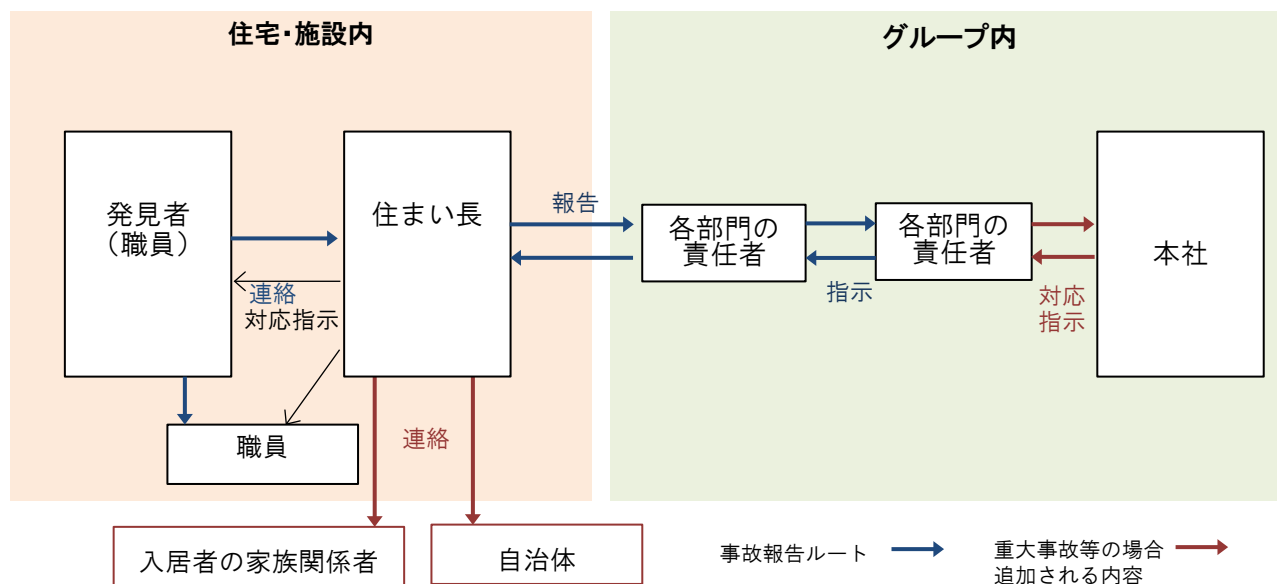


●参考事例 f 社(「タイプ2」に該当する事例)

【事故対応(連絡)】

・住まい毎で住まい長の責任の元で対応し、重大事故等は本社から指示に基づき対応する(図 I-15 参照)。

□図 I-15 事故連絡(f社)

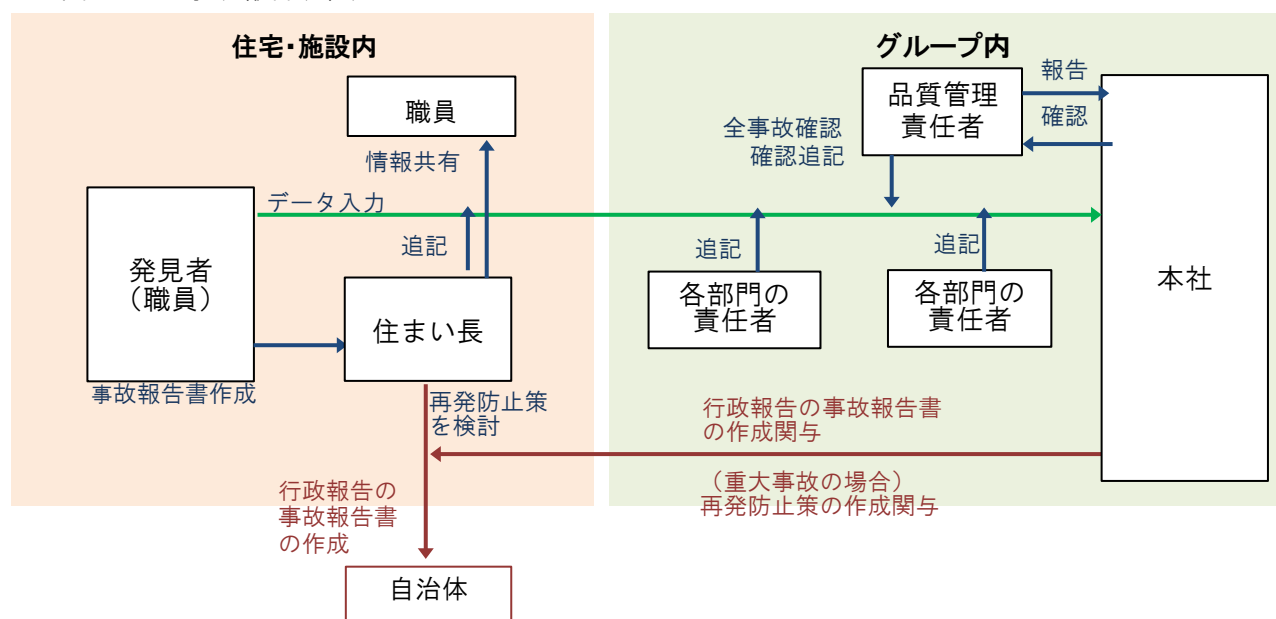


【事故報告(事故報告書)】

・発見者が事故報告書を記載した後、住まい長、各部門の責任者、品質管理者等が事故報告書の加筆や追記をしていき、全社的に情報を共有できる仕組みとなる。

・事故報告書の内容は、住まい内の勉強会を通じて、職員全体で情報共有する(図 I-16 参照)。

□図 I-16 事故報告(f社)



3-4. 自社内の事故報告書の様式の工夫（「住まい事業者へのヒアリング調査」の結果）

自社内の事故報告書は、住まい事業者によって異なるが、いずれの様式においても「発生場所」「事故情報」「対象者の受診状況」「家族への連絡状況」「原因分析」「調査結果」「今後の事故予防・再発防止策」等は含まれている（表 I-16 参照）。

自社内の事故報告書は、「紙媒体の様式に直筆で書かせる形式」と「電子情報媒体（タブレット等）に入力させる形式」の2種類ある。「電子情報媒体」のものは全ての報告項目を選択式にしているため、設問数が多くても職員の負担が少なく短時間で情報量の高い報告書作成ができる。またデータも集計しやすく、統計的に事故分析しやすい。しかし職員の中には電子情報媒体を使い慣れていない人も多いこと、記入しやすい等の理由から「紙媒体の様式」を採用する事業者が多い。「紙媒体の様式」のものは、事故状況を報告する箇所にはイラストで表現を求めたり、文章に慣れない職員も報告しやすい工夫がなされている。

自社内の事故報告書の作成は職員が行うが、記載に慣れていない職員が報告書を作成する場合、事故内容の記載と事故要因の検証等を区別して記載することが難しい場合がある。そのため幾つかの事業者では、現場にいる職員複数が事実を確認しながら報告書を作成するため、報告書の書式自体を工夫している場合がある。

□表 I -16 自社内の事故報告書の作成項目(ヒアリング調査を実施した住まい事業者)

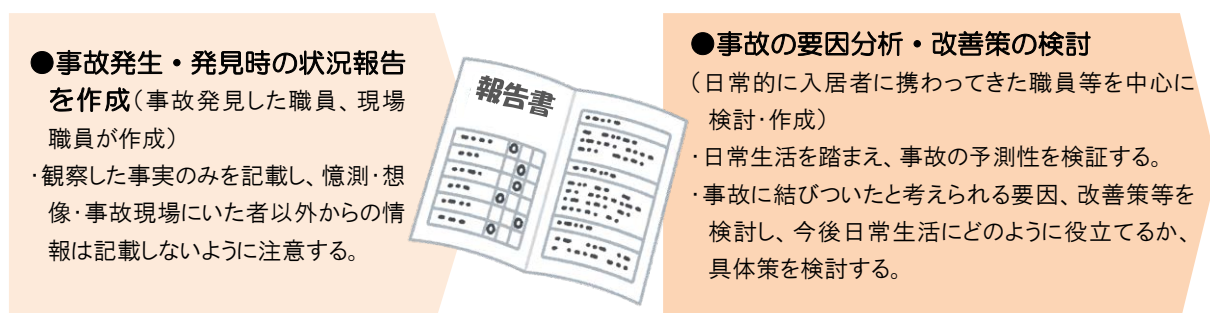
(本調査項目については、a 社は未調査)

		b 社	c 社	d 社	e 社		f 社
要介護度等		●要介護度 (自由記載)	●要介護度(自由記載)	●要介護度(自動設定)	●要介護度(選択式) ●移動状況(選択式)		無
発生場所	共用空間	選択項目の設定は無	(選択式) 他者居室、リビングダイニング、共用トイレ、廊下、風呂場、洗濯室、EV 内・周辺、玄関、屋外、(敷地内・外)、その他	(選択式) 食堂、共同トイレ、共同浴室、共同ベランダ、廊下、事務所、EV、室内階段、室外階段、談話室、エントランス、外出先、庭、送迎車内、その他	(選択式) 食堂・厨房・廊下、EV、浴室・洗濯室 SS フロア、DS フロア・事務室・事業所内トイレ・事業所外		選択項目の設定は無
	居室		(選択式) 洗面、トイレ、ベッド、居室入口、その他	(選択式) トイレ、浴室、洗面、ベッド、ベランダ、玄関	(選択式) 居室、居室内ベッド、居室内浴室、居室内トイレ、その他		
事故情報	事故種類	(選択式) 表 I -8 参照					
	身体状況 (外傷の度合い)	●発生時の状況(自由記載) ●発生後の経過(自由記載)	●発生状況と対応内容(自由記載) ・何が ・どのように起き ・どのような対処をした ●家族等への連絡(選択式) 連絡者、連絡日時、連絡した相手、家族等からの返事の内容(要望) ●外傷痛み(選択式) なし、あり、部位 ●応急処置(選択式) なし、あり、処置内容	●支援の状況(選択式) 介護中、見守り中、介護中以外 ●結果(選択式) 変化なし、内出血、出血、表皮剥離、噛み傷、擦り傷、切り傷、火傷、打撲、捻挫、脱臼、骨折、下痢、嘔吐、持病による急変、意識喪失、呼吸停止、その他	(選択式) 骨折、打撲、擦過傷、剥離、裂傷、火傷、皮下出血	(自由記載) ・誰が ・いつ ・どこで ・なにを ・どうした	(自由記載) ・いつ ・どこで ・誰が ・どのように ・どうなった
	部位		●外傷痛み(自由記載)	(選択式) すね、顔、胸、肩、股関節、後頭部、口、腰、骨盤、耳、手、首、足、踵、大腿骨、目、鼻、腹、腕等	(選択式) 頭部、顔面、頸部、腕、手、胸部、背部		
受診等の状況 家族への連絡等			(自由記載) 受診の有無、受診日、病院名、診断名、入院の有無	●問題点(自由記載) ●分析(自由記載)	(自由記載)		(自由記載)
原因分析 調査結果等		●原因分析 (自由記載)	●原因の分析(自由記載) ・何をしようとしていたか ・直近の健康状態 ・薬の変更の有無		●問題点 ●原因分析 ●原因調査結果 ●結果(自由記載)		●問題点 ●原因分析 ●原因調査結果 ●結果(自由記載)
今後の対応 予防策		●対処法(再発防止法) (自由記載)	●今後の対応予防策 ・生活プランの変更状況 ・振り返りの予定(月日) (自由記載)	●対策 (自由記載)	(自由記載) ・なぜそうなったのかの分析 ・具体的な正内容		(自由記載) ・なぜそうなったのかの分析 ・具体的な正内容

●自社内の事故報告書の参考事例(書式や作成プロセスの工夫) (a 社の取り組み事例)

事故発生・発見時の状況整理と事故の再発防止策の検討のプロセスや職員も明確に分けて、自社内の事故報告書を作成している。事故発生・発見時の状況については、事故発見者やその場にいた職員が確認しながら、誤認のないように事実関係を記載している。一方、事故再発防止策については、日常的に入居者に関わっている職員を中心に「日常生活の中から、事故に結びついたと考えられる要因」等を整理し、今後の対応について検討・記載している(図 I-17 参照)。

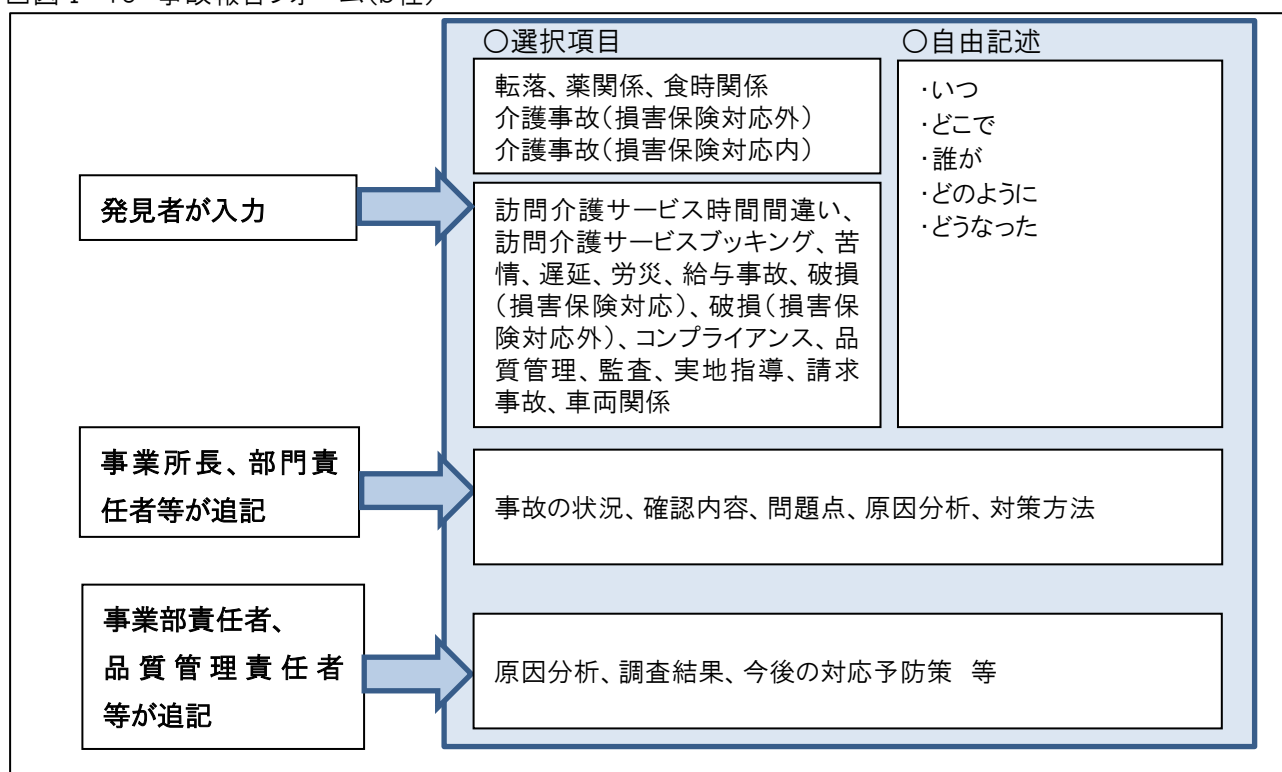
□図 I-17 自社内の事故報告書の書式や作成プロセスの工夫(a 社)



●自社内の事故報告書の参考事例 (電子情報媒体で、複数の職員が加筆できる様式)(b社の取り組み事例)

自社内の事故報告書を電子情報媒体で作成することで、今後の事故の対応等を複数の職員が加筆することができるようにしている(図 I-18 参照)。

□図 I-18 事故報告フォーム(b社)



4. 住まいにおける事故予防・再発防止策の検討の実態

4-1. 事故予防・再発防止策の検討のための取り組み実態

（「住まい事業者へのアンケート調査②」の結果）

住まいの種類に関係なく、事故予防・再発防止の取り組み内容には同様の傾向がみられる。最も多い取り組みは「関係職員で事故事例に関するカンファレンスの実施」であり、全体の8割の事業者が行っている。次いで「事故再発防止のためのマニュアルの作成」「職員の過誤による事故再発防止のための施設内研修の実施」を全体の6割の事業者が行っている。

「法人・施設内で、再発防止活動に取り組む専門組織の立ち上げ」は特定施設の住まい（住まいA、B）で多く全体の6割超だが、特定施設以外の住まい（住まいC、D、E）では全体の3割程度である。

また特定施設以外の住まい（住まいC、D、E）では「入居者が契約するケアマネジャーや介護サービス事業所との再発防止活動」は全体の4割弱の事業者が取り組んでいる。（表I-16参照）。

□表 I-16 住まい別「事故予防・再発防止策の検討のため取組内容」（住まい事業者へのアンケート調査②結果）

	件数					割合				
	全体	介護付有料 老人ホーム	住宅型有料 老人ホーム	サービス付 （特）	サービス付 （非特）	全体 N=4,968	介護付有料 老人ホーム N=1,459	住宅型有料 老人ホーム N=1,963	サービス付 （特） N=132	サービス付 （非特） N=1,409
法人・施設内で、再発防止活動に取り組む専門組織の立ち上げ	2,118	974	618	80	445	42.6	66.8	31.5	60.6	31.6
関係職員で事故事例に関するカンファレンスの実施	4,110	1,297	1,581	122	1,106	82.7	88.9	80.5	92.4	78.5
事故再発防止のためのマニュアルの作成	3,154	1,073	1,193	91	793	63.5	73.5	60.8	68.9	56.3
職員の過誤による事故再発防止のための施設内研修の実施	3,226	1,116	1,218	85	803	64.9	76.5	62.0	64.4	57.0
事故防止のため職員に外部の研修会等への参加を薦めている	2,573	880	986	67	636	51.8	60.3	50.2	50.8	45.1
入居者が契約するケアマネジャーや介護サービス事業所との再発防止活動	1,266	47	700	3	514	25.5	3.2	35.7	2.3	36.5
その他の取組みを行っている	601	231	169	17	184	12.1	15.8	8.6	12.9	13.1
特に取り組んでいない	30	1	11	0	18	0.6	0.1	0.6	0.0	1.3
無回答	241	116	58	2	65	4.9	8.0	3.0	1.5	4.6
全 体	17,319	5,735	6,534	467	4,564	—	—	—	—	—
	住まいA	住まいC	住まいB	住まいD、E		住まいA	住まいC	住まいB	住まいD、E	

株式会社野村総合研究所「平成28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 高齢者向け
住まい及び住まい事業者の運営実態に関する調査研究事業」アンケート調査集計データからの引用

4-2. 住まい毎に取り組んでいる事故予防・再発防止策

(「住まい事業者へのヒアリング調査」「住まい事業者へのアンケート調査①」の結果)

(1) 基本的な取り組み内容

住まい事業者へのヒアリング調査等を通じて、住まい事業者が取り組む事故予防・再発防止策について把握・整理した(表I-17参照)。

事故防止・再発防止の取り組み内容は、グループ企業の場合、「住まい単位で現場職員が中心となる取り組み」と「本社が中心となり、全住まいに対して実施する取り組み」を両輪で行っている住まいが多い。

住まい単位の取り組みは、事故情報や注意喚起の徹底、事故報告書を活用した事故予防・再発防止策の検討等である。本社が中心の取り組みは、各住まいから提出された事故報告書を分析し、特に注意すべき事故に対する注意喚起や対応策の情報共有(事故データベース化している住まいもある)、専門的な研修会の開催や各住まいでの取組内容の情報共有、さらに提出された事故報告書の内容を検証し、各住まいへの取り組みの改善等の提案を行っている。

□表I-17 住まい別事業者が取り組む事故予防・再発防止の取り組み内容(ヒアリング調査の結果)
(本調査項目については、a社は未調査。「事故予防、再発防止」「事故当事者以外の入居者や家族との情報共有の状況」「職員による虐待事案への対応」の項目のみ、h社にヒアリング実施)

	事故予防・再発防止の取り組み内容
b社	<各住まいでの取り組み内容> ○職員への申し送りの徹底 ・事故・ヒヤリハットを含めて住まいで発生した事故の周知、注意喚起を職員全員に徹底して行うことが重要である。そのため、同じ内容を3回(朝、昼、夕)職員全員に周知している。 <本社が主体的な取組内容> ・重大事故への対応について、住まい長を集めた会議で事故予防・再発防止策について協議検討し、各住まいに情報共有することに努めている。
c社	<各住まいでの取り組み内容> ・本社として統一的な取組はなく、各住宅施設の現場の創意工夫に委ねている。 (ある住まいの取り組みの例示) ○事故報告書の保管場所の工夫 ・事故報告書を事務室にファイルで閉じて置き、問題が生じた場合、過去の同様な事故の対応等を閲覧できるようにしておく。そのため、発生した事故について職員全員にきちんと情報共有するように気を付ける。 (再発防止策を含め、職員全員に早期に情報共有すべき場合、臨時に職員ミーティングを開催するように心がける。) ○過去の事故・ヒヤリハット報告書を活用したカンファレンスの開催 ・過去の事故・ヒヤリハット報告書を題材にして、毎月1度、職員同士の「ケース検討会」を開催する。 ・検討会では、過去の事故・ヒヤリハットの内、現在同様に住まいで発生する可能性のある事故案件を毎回1つ抽出し、入居者の内、同様な事故を起こす可能性のある者を想定される原因(入居者側の原因、介護者側の原因、設備、環境等原因)別に抽出し、各入居者が事故を起こさないためにどういうことに注意すべきかを職員同士で話し合い、事故予防・再発防止や入居者の状態の確認を行っている。

c 社	＜本社が主体的な取組内容＞ ○事故データベースを分析し、発生しやすい事故の周知 ・全住まいから提出された自社内の事故報告書を分析し、特に発生しやすく注意が必要な事故を抽出し、全住まいに情報共有する。発生しやすくまた防ぎにくい事故については、本社で対応策や予防・再発防止策を検討し、各住まいに情報共有する。 ・年間を通じて頻度高く発生する事故については、注意喚起や対応方策を確認できるようにガイドブックを作成し、全住まいに配布している。（「誤薬」、「トイレの介助時」、「車いす（椅子への移動介助）」、食事時のパン（のどのつまり）等） ○専門職員の派遣 ・要介護度が高い等、心身状態が悪い入居者が多い住まいに対して、介護技術や認知症対応のファシリテーターを各住まいに配置し、各住まいが立地する地域の作業療法士(OT)、理学療法士(PT)等と連携しながら事故予防・再発防止策等を講じている。
d 社	＜各住まいでの取り組み内容＞ 【定期的な情報共有の場を開催】 ○カンファレンスの場の設置 ・毎週職員同士が集まる会議を開催するが、隔週で事故やヒヤリハットを議題にして開催している。住まい長、常勤職員（介護職員・住まい職員）、本社のブロック長も参加している。住まいで発生する事故内容、再発防止策について議論する。 【職員が住まいの全入居者を把握しやすくするための工夫】 ・職員のシフトや介護援助スケジュールを工夫し、全介護職員が全入居者に関われるようにする。そのことで、職員間で全入居者の情報を共有化しやすくする。また職員が事故やヒヤリハットを隠ぺいすることの抑制にも役立てる。 ＜本社が主体的な取組内容＞ ○適切な再発防止策を講じているかの確認 ・自社内の事故報告書に記載されている再発防止策が適切に行われているか、本社の教育研修部が各住まいに訪問し、確認する（重大事故については、これとは別に、本社のブロック長が定期的に経過を確認しに訪問する）。 ○参考になる再発防止策の提示 ・再発防止が難しい事故については、本社が参考になる再発防止策を検討、提示し、住まい間で情報共有する。
e 社	＜各住まいでの取り組み内容＞ ・本社として統一的な取組はなく、各住宅施設の現場の創意工夫に委ねている。 （ある住まいの取り組みの例示） ・事故の発生を予防・再発防止するため、住まい職員が入居者の様態の変化等をきめ細かく把握するようにする。そのため職員間の「連絡ノート」「生活支援記録」を事故まで至らない入居者の変化（例えば、転びやすい等）を丁寧に記載し、要注意な入居者について職員間で情報共有する（住まい職員が把握した情報だけでなく、外部のヘルパーから情報を聞き、記録し、情報を共有している） ※事故発生時に家族に説明するためにも、重要な資料になる。

e 社	＜本社が主体的な取組内容＞ ・本社としては各住まいの工夫やノウハウを全住まいで共有する取り組みを行う。 ○「所長会議(月1回)」の開催 ・会議では、各住まいで発生した事故情報を共有化するとともに、本社に提出された事故報告書の内、良い事例(例えば、的確な再発防止策が講じられている内容、再発防止策の事後評価している内容等)を会議で情報共有し、各住まいの現場に役立てることに留意する。 ○「ケア質向上大会(年1回)」 ・事故対応、再発防止等の他住宅施設で参考になる取組事例を発表し、情報共有の場を設ける。
f 社	＜本社が主体的な取組内容＞ 【自社内の事故報告書を活用し、事故予防を促す取り組み】 ○自社内の事故報告書を電子データ化することで、現場職員が閲覧しやすくする ・自社内の事故報告書を電子データ化(個人情報の取扱いに配慮した上)することで、職員が事故報告書を閲覧しやすくし、住まいで発生した事故の問題点や検討された解決策を共有化しやすくしている。 ○自社内の事故報告書の内容を本社で検証し、現場にアドバイスをする ・「苦情事故管理委員会」(月1回)を開催(社長、役員、品質管理室、内部監査室、経営企画室、法務、顧問弁護士が出席)し、事故報告書に記載される内容(事故の状況及び対応方策、予防・再発防止策等)についての確認、議論を行い、結果を各事業所に伝える。 ○自社内の事故報告書の内容の検証し、住まい間で事故防止策を共有する ・本社の品質管理責任者が事故報告書(電子データ)よりグループ内の住まいで共有すべき防止策について検討し、共有化を促す。 【定期的な研修等の実施】 ○セミナーの開催 ・本社が主体となり、住まいで発生しやすい事故について定期的にセミナーを開催し、住まい間で事故の注意すべき内容や予防・再発防止策について共有化している。 ○訪問介護員更新時研修の実施 ・6 か月ごとに訪問介護員に対して教育研修を実施。サービス中の事故対応等については特に重点的に実施している(訪問介護員の多くが、住まいの職員を兼務するため) 【現場職員等への注意喚起】 ○発生しやすい事故防止策の検討、各住まいへ情報共有化 ・本社の品質管理責任者が事故報告書(電子データ)よりグループ内の住まいで共有すべき防止策について検討し、共有化を促す。
h 社	＜各住まいでの取り組み内容＞ ○職員への申し送りの徹底 ・事故・ヒヤリハットを含めて住まいで発生した事故の周知、注意喚起を職員全員に徹底している。 ○職員同士のカンファレンスの開催 ・毎月1回、住まい長、看護師、ケアマネージャー、生活相談員等が参加し、住まいで発生した事故内容の確認、事故発生の原因の分析、対応策について検討している。
	＜本社が主体的な取組内容＞ ・各住まいから提出された事故報告書に基づき、社長、役員、運営担当の職員、法務関係者等が参加した会議を開催し、事故状況や対応内容、予防・再発防止方策について確認・協議し、その結果を、報告書を提出した住まいに返している。

●自社内の事故報告書を活用した事故予防の取り組みの参考事例(a社の取り組み事例)

- ・過去の事故・ヒヤリハット報告書を題材にして、毎月1度、職員同士の「ケース検討会」を開催する。
- ・検討会では、過去の事故・ヒヤリハットのうち、現在同様に住まいで発生する可能性のある事故案件を毎回1つ抽出し、同様な事故を起こす可能性のある入居者を想定し、各入居者が事故を起こさないためにどういうことに注意すべきかを職員同士で話し合い、事故予防や入居者の状態の確認を行っている。



●自社内の事故報告書を活用した事故予防の取り組みの参考事例(c社の取り組み事例)

- ・事故予防や再発防止の取組は基本的に各住まいの主体性に委ねている。
- ・各住まいの施設長が集まる定例会議では、本社に報告された事故報告書のうち、住まい間で情報共有すべき事例(例えば、正確に事故発生の状況が整理されている報告書、明確な再発防止策が講じられている報告書等)について情報共有し、各住まいでの事故への取り組みの質の向上を図る取り組みを行っている。
- ・ほかの住まいで参考になる取り組み事例について、発表会を設ける等、情報共有の場を設けている。



【参考資料】個別の事故への対応の工夫(事業者ワーキング等で得た知見の整理)

本調査事業では、住まい事業者へのヒアリング調査、事業者ワーキングでの意見交換を踏まえ、住まいで発生する個別事故への対応方策について整理し、取りまとめた(特定施設の住まい事業者を主な対象とする)。

事故を防ぐための工夫と備え(事故防止策)

(特定施設の住まい事業者を主な対象とする事故防止策)

○「転倒・転落」「誤嚥」には、防ぐことができる事故と防ぐことが難しい事故があります。介助中の事故は住まい事業者の責任ですが、居室内でのこれら事故を防ぐことは極めて難しいです。

○一方、「誤薬」は、住まい側の介助に伴う事故があり、ルールを定め徹底し、事故を防止しなくてはなりません。

○いずれの事故も、その発生を防ぐためには、住まい職員は、日常的に生活実態を把握し、必要に応じて、家族に伝えるとともに、入居者のかかりつけ医師や、ケアマネジャー(入居者が介護保険サービスを利用する場合)、地域包括支援センター(入居者が介護保険サービスを利用しない場合)等に繋ぐことが必要です。



<凡例>

共通

高齢者向け住まいの多くで共通する工夫例

介護

介護度の高い入居者が多い高齢者向け住まいでの工夫例

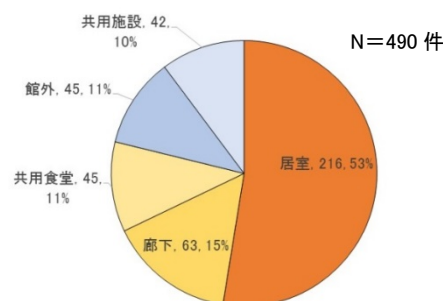
【転倒】

＜転倒の発生実態＞

- 「転倒」は、「居室」、次いで「廊下」「共用食堂」で、多く発生します。
- 住まい事業者が「転倒」事故を困りごとにする理由として次の内容があげられます。

- ・自室での入居者の転倒は職員の目が行き届かず、防ぐことが難しい。
出所：高齢者住まい事業団体連合会主催「高齢者向け住まいコンプライアンス研修」(2016 年実施)

□転倒の発生場所(上位5位)
(有料老人ホームへのアンケート調査)



出所：社団法人 全国有料老人ホーム協会「ケアリスクマネジメントハンドブック」(平成 14 年 3 月)

＜転倒を防ぐための工夫＞

●アセスメントにより、転倒リスクのある入居者を見極めましょう

共通

- 普段から、転倒の恐れがないか、入居者の足取り、歩き方を観察しましょう。
- 体調の変調、服薬の影響、持病や現症により、急にふらつき、転倒する場合があります。
ふらついた場合、大事に至らなくても、服薬情報や持病の有無等、入居者や家族から情報を把握し、転倒の原因を探りましょう。
- 服薬が転倒の原因かもしれない場合、薬の服用の見直し等、医師への相談を勧めましょう。

- ・体調の変調：脱水症状、低栄養、低ナトリウム血症等が転倒の原因になる。
- ・服薬の影響：睡眠剤、抗うつ剤、向精神薬などの神経に影響を与える薬剤によってふらつくことがある。
- ・持病や現症：白内障や緑内障等の高齢者が患いやすい目の病気で視野が狭くなり、転倒の原因になる。

出所：山田滋(2013 年)『介護の現場きけんまるわかり』、QOL サービス

●転倒リスクのある入居者が、歩行動作しやすく、転倒しない環境づくりをしましょう

共通

- 居室内の転倒をなくすことはできませんが、環境を整えることで、転倒を防ぐことができる場合があります。

例えば

- ・脱衣所やキッチン等の床が濡れやすい場所での確認や拭き取る習慣を徹底する
- ・足元のコードや床に置きっぱなしの物等、入居者の歩行を妨げる要因になっている箇所を確認し片づける。
- ・手すりの設置、家具のレイアウトで、歩行の際に手が付ける場所をつくる 等



●入居者の服装や履物、福祉用具等で、安全に歩行動作できるかを確認しましょう

介護

例えば

- ・本人が気に入っている履物や、長年使いなれた履物
(住まい職員は、住宅内の床材に合っているか、靴の底が擦り減っていないかを確認する)
*入居者の服装や履物は、入居者・家族に選んでもらいましょう
- ・入居者の状態にあった杖や歩行器
(必要に応じて、入居者のケアマネジャーや福祉用具専門相談員に入居者の状態にあっているかを確認する)等



＜転倒が起きた場合に備えた取り組み＞

共通

●転倒しても重篤なケガに至らないように、床の工夫等をしましょう

○居室内の転倒をゼロにすることはできません。入居者・家族の理解を得て、骨折のような重大な事故にならないよう、工夫しましょう。

例えば、

- ・フローリングで滑りやすい場所では、ウレタンを使ったマットを敷く
- ・転倒しやすい箇所に手すりを設置する
- ・その他、ヒッププロテクターを使用する 等

【転落】

＜転落の発生実態＞

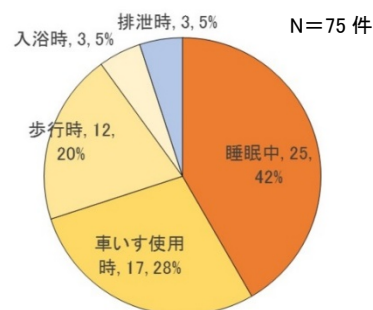
○「転落」は、「睡眠中のベットからの転落」、次いで「車いすからの転落」「歩行時」に多く発生します。

○住まい事業者が「転落」事故を困りごとにする理由として次の内容があげられます。

- ・自室での転落事故が多いが、職員が気づかない場合が多い。自室での転落に対する有効な防止策がない。

出所：高齢者住まい事業団体連合会主催「高齢者向け住まいコンプライアンス研修」(2016年)

□転落の発生時の状況(上位5位)
(有料老人ホームへのアンケート調査)



出所：社団法人 全国有料老人ホーム協会「ケアリスクマネジメントハンドブック」(平成14年3月)

＜転落を防ぐための工夫＞

●睡眠中に転落しにくい寝床空間を工夫しましょう

共通

例えば

- ・寝返り幅を確保したベットを使用する(同じサイズのベットを2台横に並べる等)。
- ・万が一転落した場合の怪我を防ぐため、低床ベットを導入する、ベットの脇に衝撃緩和のためのマットレスを敷く(マットの三方向又は二方向をテープで固定する等、つまづかないための工夫が必要である)。 等
- ・その他、(特定施設においては)夜間、トイレに行かずに済むように、就寝前にトイレ誘導を行う。

【誤嚥】

＜誤嚥の発生実態＞

- 誤嚥・窒息により、予期せぬ死亡事故になることがあるため、注意が必要です。
- 住まい事業者が「誤嚥」事故での困りごととする理由として次の内容があげられます。

- ・誤嚥にならないように、注意が必要だが、有効な防止策がない。
- ・職員が誤嚥に注意しても、入居者が注意してくれず、誤嚥に発展することがある。 等

出所：高齢者住まい事業団体連合会主催「高齢者向け住まいコンプライアンス研修」参加事業者へのアンケート調査結果（2016 年）

＜誤嚥を防ぐための工夫＞

●食べやすい安全な姿勢での食事を呼びかけましょう

共通

- 食事を自室でとる場合も、食堂の場合でも、身体にあった椅子、体格や椅子の高さにあったテーブルで食事をとることが基本です。入居者や家族にも注意を呼びかけましょう。

●アセスメントにより、誤嚥リスクのある入居者を見極めましょう

共通

（食事提供する住まいの場合）

- 住まい職員は、入居者の食事動作や表情を把握し、「むせる」「飲みにくい」「詰め込み過ぎ」等のサインを見逃さないことと、食事時の姿勢が保たれているかを確認することが大切です。
- 入居者の食事動作に問題を感じた場合、本人や家族に伝えるとともに、医師、歯科医師や言語聴覚士（ST）に相談してもらって、対応することが必要です。

●食事前の「嚥下体操」も有効です

共通

（食事提供する住まいの場合）

- 介護職員等がいる住まいでは、食事前の嚥下体操や口腔ケアも、誤嚥防止や誤嚥性肺炎の防止に有効です。



食事姿勢

- 座位姿勢を整える
- 車いすの場合は、足の裏全体を床に下ろす（姿勢の改善）
- 体幹と頸部を正中位に保ち、頸部の伸展を避ける

出所：社団法人全国老人保健施設協会
「家庭での誤嚥・誤飲を防ぐために」
パンフレット

●嚥下機能が低下している入居者には、多職種連携によるケアを実践しましょう

介護

○介護職、ケアマネージャー、医師、看護職、栄養士、歯科医師、言語聴覚士（ST）等の多職種連携により、嚥下機能の評価や、適切な食事形態の検討（「軟菜食」、「ソフト食」）などの食事支援を行うことが大切です。

＊家族が、嚥下機能が低下した入居者に、普通食の好きな食べ物を食べさせてしまう場合があります。こうした場合、入居者や家族に説明する際には、入居者や家族の気持ちを大切にしながら、医師や言語聴覚士等に同席してもらい、医療の専門の立場からアドバイスをもらうようにしましょう。

○嚥下機能を向上させる薬剤や誤嚥しにくい服薬方法等もあり、医師との連携による対応を講じる必要があります。

○逆に、薬によって覚醒していない状態で食事に至り、誤嚥に至るケースもあることから、服薬内容の見直しが必要な場合があります。



●認知症の入居者への誤嚥・異食の対応に気を付けましょう

介護

○食べ物でないものを口に入れてしまったり、普通食の料理を食べてしまったりという、「異食」が発生しやすいため、認知症で嚥下障害のある入居者が食事する際、職員全員で目配りするようにしましょう。

○認知症の進行により、誤嚥性肺炎になる場合が多いため、口腔内の清掃が必要です。

<誤嚥が起きた場合に備えた取り組み>

●慌てず、応急措置と緊急連絡を行う体制づくりをしましょう

共通

○介護職員がいる住まいでは、タッピング等の応急措置方法を習得しておきます。

○窒息発見時には、現場のスタッフの判断で、すぐに「119番通報」を行うことを徹底しておきます。

【誤薬】

＜「誤薬」の発生実態＞

○「誤薬」は、住まい事業者が責任を持って入居者の薬を預かり、服薬介助を行う場合に発生する事故のため、その事故の責任は住まい事業者にあり、すべて防がなければいけない事故です（住まい事業者が入居者の薬を預からない場合は、「誤薬」は発生しません）。

○薬の管理については、住まい事業者が薬を管理することができるか否かを検討した上で、預かる場合には管理方法、提供方法を入居者や家族に説明した上で同意を得ることが必要です。

○住まい事業者が「誤薬」を困りごとにする理由として次の内容があげられます。

- ・誤薬は日常的に発生しやすい事故だが、死亡事故につながる場合もある。また多くの場合、住まいの職員自体が事故の原因となる。
 - ・職員のチェックが重要であるが、忙しい職員同士の連携がうまく取れない場合、誤薬が発生しやすい。等
- 出所：高齢者住まい事業団体連合会主催「高齢者向け住まいコンプライアンス研修」参加事業者へのアンケート調査結果（2016 年）

＜誤薬を防ぐための工夫＞

●場面毎に職員同士で注意喚起・確認しましょう

介護

○薬の服用サポートの手順を書き出し、場面毎に発生しやすい誤りを書き出しましょう。

○職員同士の注意喚起・確認の方法を住まい毎にルール（マニュアル）化しましょう（次頁参照）。

＜誤薬が起きた場合に備えた取り組み＞

●薬の相談等、医師との連携できる体制づくりをしましょう

介護

○入居者に飲ませる薬でない薬を飲ませてしまった場合、影響の少ない薬であっても、勝手に経過観察と判断せず、必ず受診してもらいましょう。受診の際、家族へ連絡し、受診の了解を得ることが必要です（受信後、家族に診断内容の報告も必ず行いましょう）。

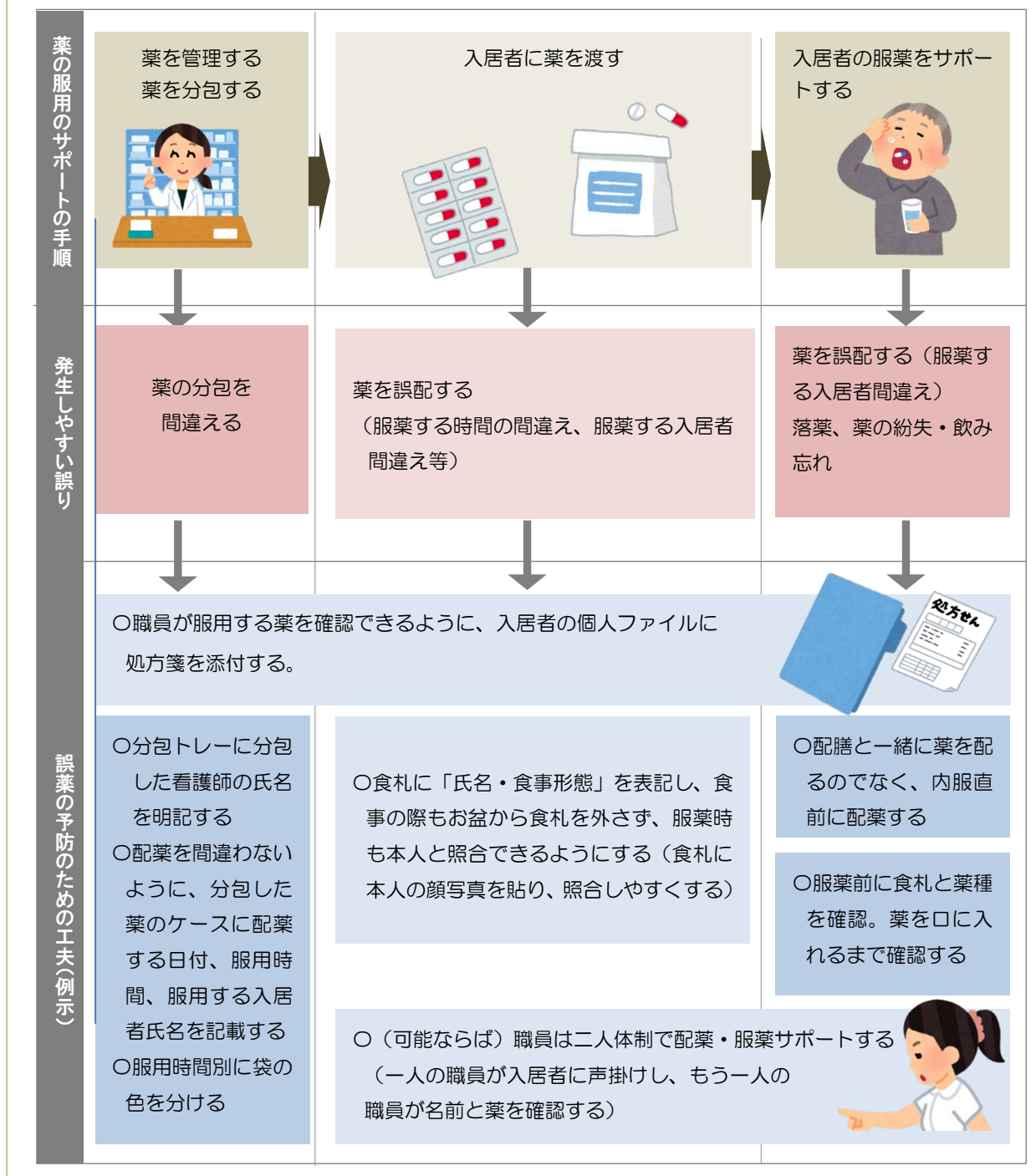
【誤薬を防ぐための工夫の例（介護付き有料老人ホーム）】

- ・日常的な業務の中で誤薬への注意が散漫にならないように、住まいで定期的なキャンペーン「誤薬のない週間」（3か月に1度）を職員に申し送りし、誤薬が起きないためのチェック作業を職員同士で再確認し、定期的に誤薬が起きないように注意喚起する機会を設けている。



【薬の服用サポートの手順と発生しやすいミス、誤薬予防のための工夫の例】

＊住まい事業者が薬を預かり、服薬介助を行う場合



＊薬は、薬局において、居宅療養管理指導料を算定し一包装していることが望ましい。

＊住まい事業者が入居者の薬を預からない場合でも、入居者の生活の質の向上のため、どのような薬を飲まれているか、きちんと服用されているかどうか(残薬が発生していないか)等を把握することが望まれます。

(2)事故を防ぐため、入居者に対して「注意」を促し、家族に対して「協力」が必要なことを認識してもらうための工夫

住まいの職員が事故に対して注意を払っても、住まいが入居者の生活の場であるため、生活を通じて発生する事故のリスクがある。そのため、入居者や家族に対して、事故に対する注意喚起を促し、住まい職員と一緒に事故を防ぐため「注意」「協力」を求める事業者もある。

●入居者や家族に事故について注意・協力が必要なことを認識してもらうための説明の工夫の例 (サービス付き高齢者向け住宅の場合)

・住まい事業者は、入居者への契約や説明の際、本物件が「住宅」である特徴を説明します。

本物件は「住宅」であるので、入居者を管理することなく、プライバシーや自由が守られることに留意します。



そのため、住まいの職員の目が届かない場所で起こるような事故もあります。事故に対して、職員も注意を払いますが、入居者自身も注意を払い、家族は事故が起こらないように見守り・付き添いを行うなど、住まい職員と一緒に事故が起こらないように協力しましょう。

4-3. 職員による虐待事案への対応

住まい事業者へのヒアリング調査等を通じて、住まい事業者の虐待事案への対応について把握・整理した（表Ⅰ-18 参照）。

- ・グループ企業の場合、虐待事案について、本社が対応していることが多い。
- ・虐待を未然に防ぐ（予防、早めに把握する）方法として、入居者の身体における外皮、皮下出血等の状況を詳細に把握、記録する取組を実施している事業者が多い。
- ・職員への対応では、各事業者共、職員同士が相談できる体制や、相談窓口を複数設け、職員が 1 人で抱え込まない体制づくりを実施している。
- ・不適切な職員等の状況について早めに把握し、対応するために、入居者に不適切な発言、行為等を行っている職員の有無について、全職員に対して無記名のアンケートを実施し、現場の状況把握を行う事業者もある。
- ・また、社内、社外における研修等への参加、職員によるセルフチェックの導入、ストレスチェックの実施等も併せ実施している事業者もある。

□表Ⅰ-18 住まい別事業者が取り組む職員による虐待事案への対応内容（ヒアリング調査の結果）

（「事故予防、再発防止」「事故当事者以外の入居者や家族との情報共有の状況」「職員による虐待事案への対応」の項目のみ、h社にヒアリング実施）

	職員による虐待事案への対応内容
a 社	・職員による虐待事案については疑いを含め、把握した時点で本社が対応している。 ・虐待事案は早期の発見が必要であるため、各住まいに対して入浴の脱衣時等に外傷、皮下出血等の状況を確認するよう呼びかけている。 ・虐待事案については行政報告を必要と判断した場合、本社が対応している。
b 社	・職員による虐待事案については疑いを含め、把握した時点で本社が対応している。 ・虐待事案は早期対応を必要とするため、外傷、皮下出血等がある場合、本社に情報報告を求めている。 ・虐待事案の発生を把握した段階で、行政への通報・報告義務が必要であるため、先ずは他の入居者にも情報を知らせている。 ・虐待事案を防ぐためには、特定の職員が抱えまない環境づくりが大切と認識する。そのため、職員同士が相談しあえ、風通しの良い職場環境を確保することが最も重要である。
c 社	・虐待事案を防ぐためには、風通しの良い職場の環境づくりが大切である。そのため、グループ内に相談窓口を設置している。住まいの上司に相談しにくい場合も相談窓口で秘密事項を守り相談に乗るようにしている。 ・虐待に対する研修を継続的に実施している。また業務が集中しストレスが高い場合、職員が虐待事案を発生してしまう場合が多いため、ストレスチェックを実施している。
d 社	・職員による虐待事案については疑いを含め、把握した時点で本社が対応している。 ・虐待事案を早期に発見するために外傷、皮下出血等の状況は状況報告として把握している。 ・全住まいに対して「虐待早期発見のためのセルフチェック表」を導入し、住まい毎で状況把握しやすくしている。

e 社	・虐待事案を早期に発見するため、外傷、皮下出血等の状況を専用の報告書を用いて把握している。 ・可能な限り、職員に外部の虐待関連の研修への参加を促し、その内容を生かし、内部研修の実施を呼びかけている。 ・住まい内に孤立している職員がいないか常に確認し、定期的なミーティングや面談を実施するように呼びかけている。
f 社	・本社主導で各住まいの職員に対して無記名のアンケート調査を行っている。設問は「入居者に対して、不適切な発言や行為を行ってる職員はいるか」等複数の項目を設定し、「該当者がいる」と回答した職員が複数いる場合、本社職員が住まい長に対してヒアリングを行い、問題のある職員の目星をつける。 ・該当者については別の住まいに配置換えする等本社で対応する。問題のある職員は職場の環境が変わることで、虐待事案が発生しなくなることもある。そのため、問題のある職員を別の住まいに配置替えをする等、本社が現場職員の意向を踏まえ対応している。
h 社	・職員による虐待事案については疑いを含め、把握した時点で本社が対応している。 ・職場の環境は職員の虐待を誘発している場合もあるため、虐待事案が発生していないか住まい毎の職場環境等を丁寧に確認することを注意している。

5. 検討のまとめ（課題の整理）

以上、住まいにおける事故予防、再発防止策の検討の実態を分析した結果、次の内容が課題としてあげられる。

●事故予防・再発防止は、各々の住まい事業者が取り組む必要があるが、同じ種類の住まい同士で事故予防・再発防止に取り組むことが課題

本調査の結果、住まいの種類によって、自社内の事故報告書の作成の対象が異なり、住まい事業者の事故予防・再発防止を講じる対象が異なることが把握できた。「住まい A」や「住まい B」は、複数の職員が配置され、介護保険内・外のサービスを提供するのに対し、「住まい C」や「住まい D」は介護保険外のサービスを提供し、「住まい E」では生活相談員が日中常駐し、状況把握・生活相談のみを提供する。「住まい C」「住まい D」「住まい E」では、入居者が介護保険サービスを必要になった際、入居者は個別に外部の介護保険サービス事業者と契約を結び、住まい外から介護保険サービスが提供される。

こうした住まいによって提供するサービス内容等が異なるため、住まい事業者が事故の予防を講じる対象が異なり、また職員配置の違いによって、講じる事故予防・再発防止の取り組みも住まいによって異なる。

以上の内容を踏まえると、住まいの種類に関係なく、住まい全体で共通した事故予防・再発防止の取り組みを講じることは難しいといえ、事故予防・再発防止の取り組みは、基本的に各々の住まい事業者が住まいの特徴に応じて、検討し、改善していくことが必要である。

しかし、同じ住まいの種類、同様なサービス内容を提供する住まい事業者の間では、サービス提供を通じて発生しやすい事故に対して留意すべき内容が共通するため、事故予防・再発防止の取り組みを共通認識しやすいといえる。そのため、これら事業者同士の連携・情報交換などにより、事故予防・再発防止を強化することが可能と思われる。

【同じ住まいの種類・同様なサービス内容を提供する住まいでの、

事故予防・再発防止のための取り組みの共通認識化(例示)】

○(主に住まい A・B を対象)住まいで発生しやすい事故の予防・再発防止策の共有化

・同様な職員配置で、同様なサービスを提供する住まいで、発生しやすい事故に対する予防・再発防止のための取り組みの共有化

☞ 例えば、本章の I-40 頁～で示した事業者ワーキング等で得た知見「個別の事故への対応の工夫」等の内容を住まい A・B の事業者の間で共有化し、事故予防・再発防止を強化していくことが考えられる。

○(住まい A・B・C・D を対象)住まい事業者が提供するサービス内容等について説明の仕方の工夫の共有化

・住まい事業者が提供するサービスの内容を入居者や家族にわかりやすく説明するとともに、職員がサービス提供していても住まいで発生しやすい事故内容や、事故を防ぐために住まい職員と入居者や家族が一緒に注意・協力していける環境づくりをするための工夫の共有化

○(住まい C・D・E を対象)入居者が契約する外部の介護サービス事業者との情報共有、事故予防として取り組む内容の共有化

●住まいの種類に関係なく、事業者が基本として知っておくべき事故予防・再発防止の考え方を共通認識化することが課題

本調査の結果、住まいの種類だけでなく、住まい事業者の運営方針や事故に対する管理の考え方によって、自社内の事故報告書の作成対象が異なり、住まい事業者が講じる事故予防・再発防止の取り組み内容が異なることが把握できた。しかし、近年、住まいの数が増加し、多様な事業者が住まい事業に参入している背景を考えると、事業者によって事故予防・再発防止に対する考え方は、さらに多様化してくることが考えられる。

事故予防・再発防止については、本来は各住まい事業者が、提供するサービスや住まいの運営方針などに応じて講じる必要があるが、住まいの種類に関係なく共通して、住まい事業者が最低限理解しておくべき事故予防・事故発生時への対応の姿勢や考え方について、共通認識化することが必要である。

本調査事業では、こうした住まい事業者が基本として知っておくべき事故予防・事故発生時の対応のポイントについて整理し、事業者の間で共通認識できるように冊子案としてまとめている（「別添資料」を参照）。

Ⅱ編 自治体における高齢者向け住まいの 事故把握の実態等(自治体へのアンケート調査等)

1. アンケート調査、指導指針分析の概要

住まいの指導監督権限を有する自治体(都道府県、政令指定都市、中核市)に対して、アンケート調査及び各自治体が策定する指導指針等の分析を実施した。調査概要は次の通りである。

※本編では、住まいの指導監督権限を有する自治体を「自治体」と表記し、特に介護保険事業所の設置自治体等と区別が必要な場合は、「住まいの指導監督権限を有する自治体」と表記する。

(1)アンケート調査

●アンケート調査対象・実施方法等

○アンケート対象

・都道府県……………47 政令指定都市……………20 中核市……………47 計 114自治体

○実施期間 平成28年9月5日～平成28年10月30日

○実施方法

- ・事業実施主体(株式会社アルテップ)からのメールによる配布・回収
- ・厚生労働省からメールにて調査協力を依頼

○回答状況

- ・114自治体から回答を得た(回収率100%)

※高齢者向け住まいの定義

- ・有料老人ホーム(介護付・住宅型・健康型)及びサービス付き高齢者向け住宅

※事故報告義務を求める対象事業者もしくは報告を受けた事業者について

- ・サービス付き高齢者向け住宅(非特定)と住宅型有料老人ホームについては、住まい事業者に対する内容を把握(外部サービス事業者による報告等は除く)

※事故の定義

- ・高齢者向け住まいの入居者に対する処遇に係る事故(例:転倒、ずりおち、転落、誤嚥、誤薬、その他虐待等)を対象。

●調査内容

調査内容		調査結果
1. 事故の把握について	・住まいにおける事故の把握方法 ・自治体が報告を求める事故の基準等 ・事故報告の手順及び事故報告の手順の具体的な内容	Ⅱ-4頁～Ⅱ-11頁参照 ※指導指針等の分析内容と併せて整理
2. 指導等の実施状況について (H27年度実績)	・指導等の具体的な内容について ・指導等の実施後の対応状況の確認等について	Ⅱ-14頁～Ⅱ-16頁参照
3. 虐待事案の把握について	・虐待事案の把握方法について ・事故報告の一環として虐待事案を含める自治体について	Ⅱ-17頁参照

(2)指導指針等の整理

自治体が策定する指導指針等(有料老人ホーム設置運営指導指針及び要綱、サービス付き高齢者向け住宅に関する指針及び要綱、自治体への提出を求める事故報告書の様式)の情報提供を入手(HP等で公表している資料)し、アンケート調査の分析と併せ、自治体の事故報告書等の取り扱い状況について整理分析した。

2. 自治体における事故把握の方法、報告内容

2-1. 自治体における事故把握の方法

自治体が、住まい事業者から事故報告を求める際は、次のいずれかの方法で把握している。

- ①有料老人ホーム設置運営指導指針等に基づいて把握
 - ②サービス付き高齢者向け住宅に関する要綱等に基づいて把握
 - ③自治体独自で介護保険サービス事業所等の事故報告に関する規定等を策定して把握

種類が異なる住まいの事故を把握するため、これら自治体は①～③の方法を組み合わせ、事故の内容を把握している。組み合わせの方法は、(1)～(4)のタイプに整理できる（表Ⅱ-1 参照）。

なお、本調査では、住まいの指導監督権限を有する自治体が事故把握する方法について整理しているが、介護保険法に基づいて、事業所の指定を行う自治体が事故について把握している方法は、本調査対象に含めていない（各自治体が独自に介護保険事業所等の事故報告に関する規定等を作成し、特定施設の住まい（住まいA・B）について事故把握を行っている場合を除く）。

□表Ⅱ-1 住まいの指導監督権限を有する自治体の事故把握の仕方（把握方法の組み合わせ）

住まいの指導監督権限を有する自治体の事故把握の方法（タイプ）		該当する自治体数
(1)	①有料老人ホーム 設置運営 指導指針等	27 件 都道府県 11 政令指定都市 3 中核市 13
(2)	①有料老人ホーム 設置運営 指導指針等 + ②サービス付き 高齢者向け住宅の 指針や要綱等	21 件 都道府県 13 政令指定都市 4 中核市 4
(3)	①有料老人ホーム 設置運営 指導指針等 + ③自治体独自の介 護保険サービス事 業所等の事故報告 に関する規定等	41 件 都道府県 13 政令指定都市 7 中核市 21
(4)	①有料老人ホーム 設置運営 指導指針等 + ②サービス付き 高齢者向け住宅の 指針や要綱等 + ③自治体独自の介 護保険サービス事 業所等の事故報告 に関する規定等	25 件 都道府県 10 政令指定都市 6 中核市 9

2-2. 各指導指針に基づく事故報告を求める内容

各指導指針で、これら自治体が住まい事業者にどのような内容を報告で求めているかを整理・分析した。

(1) 有料老人ホーム設置運営指導指針

厚生労働省作成「有料老人ホーム設置運営標準指導指針(平成27年3月30日改正)」の項目「12 契約内容等」「(9)事故発生時の対応」に、「入居者に対するサービスの提供により事故が発生した場合」、行政への連絡を行うことが記載されている(以下参照)。

12 契約内容等「(9)事故発生時の対応」	
有料老人ホームにおいて事故が発生した場合にあっては、次の措置を講じること。	
一	入居者に対するサービスの提供による事故が発生した場合は、速やかに都道府県、指定都市又は中核市及び入居者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じること。
二	前号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すること。
三	入居者に対しての損害賠償を速やかに行うものとする。

さらに自治体の指導指針には、次の①～③の方法を用いて、事業者から自治体への事故報告書の提出方法、事故報告の内容等の具体的な内容等を規定している。

① 指導指針に事故報告を求める事故内容を加筆

114 自治体のうち、13 自治体において、指導指針に事故報告を求める事故内容(報告基準)を具体的に加筆している。加筆内容は、主に「サービス提供中の事故等」、「食中毒・感染症」、「職員の法令違反・不祥事等」、「災害等」、「運営に関わる重大な事故」、「報告の方法」等があげられる。

また、「サービス提供中の事故等」で報告を求める内容(報告基準)については 13 自治体全てで加筆しており、その内容は「①死亡等重大な事故」、「②死亡又は医療機関での受診を要する場合」、「③発生した事故」の3種類に分類される(表Ⅱ-2 参照)。また、「①死亡等重大な事故」については、該当する場合を限定列挙する自治体もある。

□表Ⅱ-2 指導指針への「事故発生時の対応」等への加筆・編集内容(項目)

加筆・編集内容（事故報告を求める事故内容（報告基準））			自治体数	
○サービス提供中の事故等			13自治体	
内訳	①死亡等重大な事故*			4自治体
	②死亡又は医療機関での受診を要する場合			6自治体
	③発生した事故			3自治体
○食中毒・感染症			8自治体	
○法令違反、不祥事等			8自治体	
○災害等			5自治体	
○運営に関わる重大な事故			6自治体	
○報告が必要と認められる場合			1自治体	
○報告の方法			6自治体	

* 死亡等重大な事故について、具体的に例示している自治体もある。

②指導指針に加筆せず、事故報告に関する要綱等を策定

指導指針へは事故項目等は加筆せず、独自に要綱等を策定し、報告を求める事故内容(報告基準)を規定している自治体もある。要綱等を策定する自治体数は 36 自治体(都道府県 17、政令指定都市 4、中核市 15)である。

要綱等で報告を求める事故内容(報告基準)は、指針への加筆内容とほぼ同じで、「サービス提供中の事故等」、「食中毒・感染症」、「職員の法令違反・不祥事等」、「災害等」、「運営に関わる重大な事故」等である。

また「サービス提供中の事故等」の内容も、指針への加筆内容と同じで、「①死亡等重大な事故」、「②死亡または医療機関での受診を要する場合」、「③発生した事故」の3種類に分類される。

一方、指針への加筆と異なるのは、「③発生した事故」の類型において、報告すべき事故の具体の項目(種類)を詳細に規定している自治体(例 転倒、転落、接触、異食、誤嚥、誤薬、感染症、食中毒、交通事故、徘徊)がある。これらの自治体では、「①死亡等重大な事故」、「②死亡又は医療機関での受診を要する場合」のような死亡や重大な事故に加え、日常的に発生する事故についても行政報告することを事業者に求めている。

以上から、自治体によって、事業者に報告を求める事故内容(報告基準)は様々である。

③指導指針等に記載せず、独自の事故報告書の様式で報告を求める事故内容を記載

指導指針や要綱等に報告を求める事故内容は規定していないが、独自の事故報告書の様式に報告を求める事故内容(報告基準)を記載している自治体もある。

具体的に報告を求める内容(報告基準)は、指針への追記や要綱等の記載内容と同じで、「サービス提供中の事故等」、「食中毒・感染症」、「職員の法令違反・不祥事等」、「災害等」、「運営に関わる重大な事故」、「報告の方法」等である。

また、サービス提供中の事故で報告を求める内容(報告基準)も、指針への追記や要綱等の記載内容と変わらず、「①死亡等重大な事故」、「②死亡または医療機関での受診を要する場合」、「③発生した事故」の3種類に分類される。

さらに「③発生した事故」における報告すべき事故の具体の項目(種類)は、要綱等への記載の場合と同様に、報告すべき事故の具体の項目(種類)を、詳細に規定している自治体(例 転倒、転落、接触、異食、誤嚥、誤薬、窒息、自殺企図、行方不明、利用者間トラブル、交通事故)がみられ、これらでは、「①死亡等重大な事故」、「②死亡又は医療機関での受診を要する場合」のような死亡や重大な事故に加え、日常的に発生する事故についても行政報告することを事業者に求めている。

以上から、当該方法においても、自治体によって、事業者に報告を求める事故内容(報告基準)は様々である。

(2)サービス付き高齢者向け住宅に関する要綱等

有料老人ホーム設置運営指導指針とは別に、サービス付き高齢者向け住宅に関する要綱等を策定し、事故報告を求める自治体もある(45 自治体(都道府県 22、政令指定都市 10、中核市 13))。

当該要綱等は、有料老人ホーム設置運営指導指針に基づく事故報告の規定内容をサービス付き高齢者向け住宅にも適用することを目的に策定されている類型と、サービス付き高齢者向け住宅の登録時の設置要綱等に事故に関する内容を記載する類型に大きく大別される。

具体的に報告を求める事故内容(報告基準)は、有料老人ホーム設置運営指導指針・要綱等の記載内容と同じで、「サービス提供中の事故等」、「食中毒・感染症」、「職員の法令違反・不祥事等」、「災害等」、「運営に関わる重大な事故」、「報告の方法」等である。

また、サービス提供中の事故で報告を求める事故内容(報告基準)も、指針や要綱等の記載内容と変わらず、「①死亡等重大な事故」、「②死亡または医療機関での受診を要する場合」、「③発生した事故」の3種類に大別される。

2-3. 自治体の事故把握の方法(タイプ)毎の特性

自治体の事故把握の方法(タイプ)毎(表Ⅱ-1 参照)の特性を分析した。

□表Ⅱ-1 住まいにおける事故報告の把握方法(再掲)

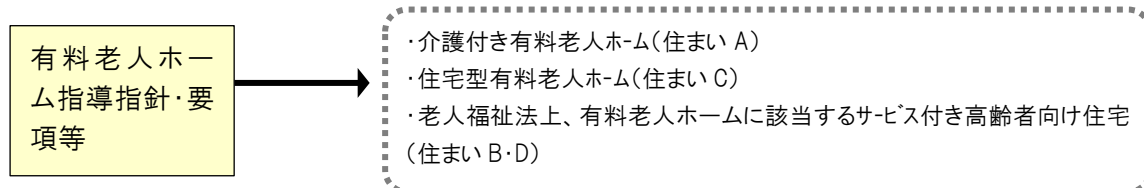
自治体の事故把握の方法(タイプ)			該当する自治体数
(1)	①有料老人ホーム 設置運営 指導指針等		27 件 都道府県 11 政令指定都市 3 中核市 13
(2)	①有料老人ホーム 設置運営 指導指針等	②サービス付き高 齢者向け住宅の指 針や要綱等	21 件 都道府県 13 政令指定都市 4 中核市 4
(3)	①有料老人ホーム 設置運営 指導指針等	③自治体独自の介 護保険サービス事 業所の事故報告に 関する規定等	41 件 都道府県 13 政令指定都市 7 中核市 21
(4)	①有料老人ホーム 設置運営 指導指針等	②サービス付き高 齢者向け住宅の指 針や要綱等	25 件 都道府県 10 政令指定都市 6 中核市 9

(1)「有料老人ホーム設置運営指導指針等」単独による事故把握する自治体の場合

「有料老人ホーム設置指導指針等」単独で事故把握する自治体の場合、有料老人ホームに該当する高齢者向け住まい(住まい A・B・C・D)は、事故報告の対象になるが、老人福祉法上、有料老人ホームに該当しないサービス付き高齢者向け住宅(住まい E)は、基本的に事故報告の対象に含まれていない(図Ⅱ-1 参照)。

ただし、当該自治体の中には、「有料老人ホーム設置指導指針等」の対象として、「高齢者居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項」の登録を受けている住宅を含めることとし、全ての高齢者向け住まいを事故報告の対象にしている場合もある。

□図Ⅱ-1 報告を求める高齢者向け住まいの概念図



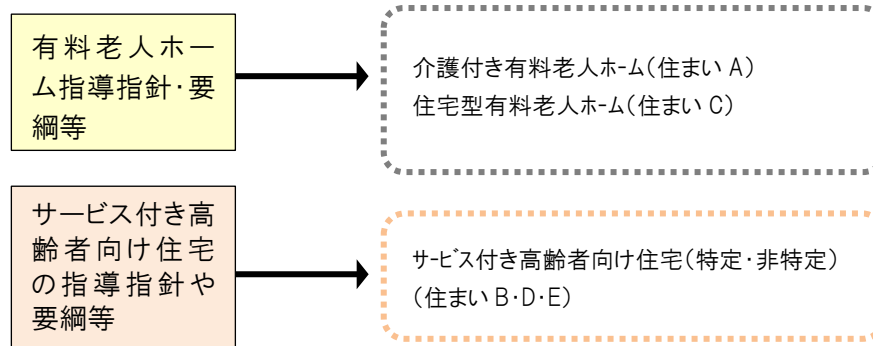
(事故報告の対象から外れる)

・老人福祉法上、有料老人ホームに該当しないサービス付き高齢者向け住宅(住まい E)

(2)「有料老人ホーム設置運営指導指針等」と「サービス付き高齢者向け住宅の指導指針・要綱等」の両方で事故把握する自治体の場合

当該タイプの自治体は「有料老人ホーム設置運営指導指針等」と「サービス付き高齢者向け住宅の指導指針・要綱等」の両者にに基づき、全ての住まい（住まい A・B・C・D・E）を事故報告の対象にしている（図Ⅱ-2 参照）が、これら二種類の指導指針等で求める事故報告の内容を「書き分けている自治体」と、「揃えている自治体」の両方のタイプがある（表Ⅱ-3 参照）。

□図Ⅱ-2 報告を求める高齢者向け住まいの概念図



□表Ⅱ-3 各指導指針等で報告を求める内容

各指導指針等で求める事故内容	本タイプに該当する自治体(例)
住まい毎に指導指針・要綱等を策定し、各住まいに応じた事故報告内容を求める自治体 (「住まい A、C」と「住まい B、D、E」で報告と求める内容を書き分けている)	18 自治体(都道府県 12、政令指定市 3、中核市 3)
住まい毎に指導指針・要綱等を策定するが、両住まいに対して同じ事故報告内容を求める自治体 (「住まい A・C」と「住まい B・D・E」で報告と求める内容を揃えている)	3 自治体(都道府県 1、政令指定市 1、中核市 1)

(3)「有料老人ホーム設置運営指導指針等」と「独自の介護保険サービス事業所等の事故報告に関する規定等」の両方で事故把握する自治体の場合

当該タイプの自治体は、「有料老人ホーム設置運営指導指針等」を補完する形で「独自の介護保険サービス事業所等の事故報告に関する規定等」を策定し、事故報告を求めている。このタイプの特徴は、「有料老人ホーム設置運営指導指針等」で有料老人ホームに該当する住まい(住まい A・B・C・D)を対象に、「独自の介護保険サービス事業所等の事故報告に関する規定等」の対象を特定施設の住まい(住まい A・B)に適用するもの(タイプⅠ)と、有料老人ホームに該当する高齢者向け住まい(住まい A・B・C・D)全てに提供するもの(タイプⅡ)に分類されることである。

※「有料老人ホーム設置運営指導指針等」に「高齢者居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項」の登録を受けている住宅(有料老人ホームに該当しないサービス付き高齢者向け住宅(住まい E))についても対象に含める自治体もある。

タイプⅠには、対象の住まいの種類に応じて異なる事故報告を求めるもの(タイプⅠ－①)、住まいの種類に関係なく、同じ事故報告を求めるもの(タイプⅠ－②)があり、またタイプⅡは、住まいの種類に関係なく、一律に同じ事故報告の内容を求めている(表Ⅱ-4 参照)。

□表Ⅱ-4 報告を求める高齢者向け住まいの概念整理

独自の介護保険サービス事業所等の事故報告に関する規定等の対象			
(タイプⅠ) 主に特定施設(介護付き有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅(特定施設))が対象		(タイプⅡ) 住まいの種類に関わらず、全ての住まいを対象	
事故報告の把握方法			
	該当する自治体数(27 自治体) 都道府県 9 政令指定都市 3、中核市 15		独自の介護保険サービス事業所等の事故報告の規定等に基づき、住まいの種類に関わらず、同じ内容の事故報告を求めている 該当する自治体数(14 自治体) 都道府県 4、政令指定都市 4、中核市 6
	(タイプⅠ－①) 各指導指針・規定に基づき、住まいの種類に応じた事故報告を求めている	(タイプⅠ－②) 住まいの種類に関わらず同じ内容の事故報告を求めている	
	22 自治体 都道府県 8 政令指定都市 3 中核市 11	5 自治体 都道府県 1 政令指定都市 0 中核市 4	

(4)「有料老人ホーム設置運営指導指針等」と「サービス付き高齢者向け住宅の指針・要綱等」及び「独自の介護保険サービス事業所等の事故報告に関する規定等」で事故把握する自治体の場合

当該タイプの自治体は、「有料老人ホーム設置運営指導指針等」で有料老人ホームに該当する住まい(住まい A・C)を対象に、「サービス付き高齢者向け住宅の指導指針・要綱等」でサービス付き高齢者向け住宅(住まい B・D・E)を対象に、さらにこれらを補完する形で「独自の介護保険サービス事業所等の事故報告に関する規定等」を策定し、事故報告を求めている。

「独自の介護保険サービス事業所等の事故報告に関する規定等」の対象については、(3)と同様で、特定施設の高齢者向け住まい(住まい A・B)に適用するもの(タイプⅠ)と、対象を全ての住まい(住まい A・B・C・D・E)(タイプⅡ)にするものと2つに分類される。

また、タイプⅠは、対象の住まいの種類に応じて異なる事故報告を求めるもの(タイプⅠ－①)、住まい種類に関係なく、同じ事故報告を求めるもの(タイプⅠ－②)がある。さらにタイプⅡは、住まいの種類に関係なく、一律に同じ事故報告の内容を求めている(表Ⅱ-5 参照)。

□表Ⅱ-5 報告を求める高齢者向け住まいの概念整理

事故報告の把握方法	独自の介護保険サービス事業所の事故報告に関する規定等の対象		
	(タイプⅠ)		(タイプⅡ)
	主に特定施設(介護付き有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅(特定施設))が対象		住まいの種類に関わらず、全ての住まいを対象
	住まいの指導指針・要綱等(有料老人ホーム指導指針・サ高住の要綱等) ●介護付き有料老人ホーム(住まい A) ●住宅型有料老人ホーム(住まい C) ●サービス付き高齢者向け住宅(特定)(住まい B) ●サービス付き高齢者向け住宅(住まい D、住まい E) 独自の介護保険サービス事業所等の事故報告等に関する規定等		住まいの指導指針・要綱等(有料老人ホーム指導指針・サ高住の要綱等) ●介護付き有料老人ホーム(住まい A) ●住宅型有料老人ホーム(住まい C) ●サービス付き高齢者向け住宅(特定)(住まい B) ●サービス付き高齢者向け住宅(住まい D、住まい E) 独自の介護保険サービス事業所等の事故報告等に関する規定等
	該当する自治体数(23 自治体) 都道府県 8 政令指定都市 6、中核市 9		独自の介護保険サービス事業所等の事故報告の規定等に基づき、住まいの種類に関わらず、同じ内容の事故報告を求めている
	(タイプⅠ－①) 各指導指針・規定に基づき、住まいの種類に応じた事故報告を求めている 18 自治体 都道府県 6 政令指定都市 5 中核市 6	(タイプⅠ－②) 住まいの種類に関わらず同じ内容の事故報告を求めている 6 自治体 都道府県 2 政令指定都市 1 中核市 3	該当する自治体数(2 自治体) 都道府県 2 政令指定都市 0、中核市 0

2-4. 事例調査

前項の自治体の事故把握方法(タイプ)の整理を踏まえ、「自治体が策定する指導指針等(指導指針等が対象とする住まいの種類)」「事故報告書の種類」「報告書の提出先」の違いに着目し、異なる4自治体(政令市2事例、都道府県2事例)を選出し、各事例の概要や取り組みの工夫内容(事故報告書の提出先の担当課が異なる場合、異なる住まいの事故情報を共有するための工夫、事業者の報告の負担の軽減のための工夫等)について把握分析した(一部の自治体へはヒアリング調査を実施している)(表Ⅱ-6 参照)。

□表Ⅱ-6 各事例における事故報告の内容(報告基準)及び報告書の報告先

※赤字:住まいの種類に応じて異なるケース 橙色:住まいの種類に関係なく同じケース

	事例の概要	各住まいに対する事故報告等の内容		
		策定する指導指針等	事故報告書の種類	報告書の提出先
事例1 政令市(A)	○政令市であるため、住まいの指導監督と介護保険事業所の指定自治体・保険者は同一だが、住まいの種類毎に事故の報告先・報告書が異なる自治体の事例 【取り組みの工夫内容(事故情報の共有の工夫等)】 ○住まいの種類毎に報告書の提出先の担当は異なるが、各担当が情報共有する機会を設け、住まい全体の事故情報を共有している。	住まいの種類に応じて、複数の指導指針等を策定 ※特定施設の住まい(住まいA、B)、有料老人ホーム(住まいC)、サービス付き高齢者向け住宅(住まいC、D、E)に対し、異なった指導指針等を策定し、事故報告を求めている。	住まいの種類に応じて報告書や報告内容を定めている ※特定施設(住まいA、B)の事故報告書は、住宅型有料老人ホーム(住まいC)やサービス付き高齢者向け住宅(住まいD、E)に比べ、報告を求める内容(報告基準)を細かく設定している。	【住まいに関する報告書の提出先】 住まい毎に提出担当が異なる
				【介護保険に関する報告書の提出先】 政令市であるため、同一自治体の介護保険の担当に提出
事例2 政令市(B)	○政令市であるため、住まいの指導監督と介護保険事業所の指定自治体・保険者が同一で、かつ全ての住まいに共通する報告書を同一の担当に提出する事例 【取り組みの工夫内容(事故情報の共有の工夫等)】 ○介護保険と住まいに関する事故報告、住まいの種類に関係なく、報告書の提出先を同じにすることで、事業者の負担を軽減するとともに、事故の情報を集約することができる	全ての住まいに共通する指導指針等を策定	全ての住まいに共通する報告書や報告内容を定めている ※全ての住まい(住まいA～E)に共通の報告内容(報告基準)を細かく設定している。	【住まいに関する報告書の提出先・介護保険に関する報告書の提出先】 住まい・介護保険に関する報告、住まいの種類に関係なく、全て同じ担当に提出

事例 3 都道府県 (A)	○都道府県であるため、住まいの指導監督と保険者の自治体異なる。また、住まいの種類毎に報告書の提出先が異なる自治体の事例 (報告書の様式は住まいの種類に関係なく同じである) 【取り組みの工夫内容(事故情報の共有の工夫等)】 ○保険者である自治体(市町村)に提出された事故報告書の情報を、都道府県でも報告を受ける仕組みをつくり、市町村と情報を共有している。 ○都道府県の庁内で介護保険担当と有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の担当間で、事故報告書の内容を共有する機会を設けている。	住まいの種類に応じて、複数の指導指針等を策定 ※特定施設の住まい(住まい A・B)、有料老人ホーム(住まい C)、サービス付き高齢者向け住宅(住まい C・D・E)に対し、異なった指導指針等を策定し、事故報告を求めている。	全ての住まいに共通する報告書や報告内容を定めている ※当該自治体の介護保険担当部局と、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の担当部局が連携し、全ての住まい(住まい A～E)に共通の報告内容(報告基準)を細かく設定している。	【住まいに関する報告書の提出先】 住まい毎に提出担当が異なる 【介護保険に関する報告書の提出先】 各市町村の担当課へ提出
事例 4 都道府県 (B)	○都道府県であるため、住まいの指導監督と保険者の自治体異なる。また、住まいの種類毎に報告書の提出先が異なる自治体の事例 (報告書の様式は住まいの種類によって異なる) 【取り組みの工夫内容(事故情報の共有の工夫等)】 ○特定施設の場合、事業者が保険者(市町村)に提出した報告書の写しを都道府県に提出することを可とし、市町村と情報を共有している(事業者の行政報告時の負担軽減にも配慮)。 ○有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の担当間で、連携している	住まいの種類に応じて、複数の指導指針等を策定 ※有料老人ホーム(住まい A・C)、サービス付き高齢者向け住宅(住まい B・D・E)に対し、異なった指導指針等を策定し、事故報告を求めている。	住まいの種類に応じて報告内容を定めている(報告書の様式は定めてない) ※有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の担当部局毎に報告内容(報告基準)を定めているが、共通して主に重大事故についての報告を求めている。	【住まいに関する報告書の提出先】 住まい毎に提出担当が異なる 【介護保険に関する報告書の提出先】 各市町村の担当へ提出

※取り組み内容は、調査時点(平成 28 年 10 月)の運用状況である。

3. 指導等の実施状況等

3-1. 指導等の実施状況

各自治体に報告された事故に対して、自治体の指導等の実施状況についてのアンケート調査結果は次の通りである。

(1) 事故報告を受けて、自治体が行った指導等の実施状況(平成 27 年度・1年間)

各自治体に報告された事故に対して、平成 27 年度に指導等を実施した自治体数は、全体の 38%(43 自治体)だった(表Ⅱ-7 参照)。

(2) 指導等の具体的な内容

指導等の具体的な内容は、「①口頭による行政指導が」最も多く、全自治体の 27%(31 自治体)が実施している。次に「④立ち入り調査の実施」が多く、全自治体の 11%(12 自治体)が実施している。

□表Ⅱ-7 指導等の実施状況(住まいの種類別)

指導等の 実施内容		設置主体の種類	指導等を 実施した数		対象となる高齢者向け住まいの種類							
					①		②		③		④	
					介護付有料老人 ホーム		住宅型／健康型 有料老人ホーム		サービス付き高齢 者向け住宅 （特定）		サービス付き高齢 者向け住宅 （非特定）	
①	口頭による 行政指導	合計	31	27%	23	20%	27	24%	9	8%	22	19%
		都道府県	11	23%	9	19%	9	19%	4	9%	8	17%
		政令指定都市	11	55%	8	40%	9	45%	3	15%	7	35%
		中核市	9	19%	6	13%	9	19%	2	4%	7	15%
②	書面による 行政指導	合計	4	4%	3	3%	4	4%	1	1%	1	1%
		都道府県	2	4%	1	2%	2	4%	1	2%	1	2%
		政令指定都市	0	0%	1	5%	1	5%	0	0%	0	0%
		中核市	2	4%	1	2%	1	2%	0	0%	0	0%
③	改善指示・改善 命令の実施	合計	2	2%	2	2%	3	3%	1	1%	2	2%
		都道府県	1	2%	0	0%	1	2%	0	0%	1	2%
		政令指定都市	1	5%	2	10%	2	10%	1	5%	1	5%
		中核市	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
④	立ち入り調査の 実施	合計	12	11%	8	7%	11	10%	3	3%	7	6%
		都道府県	6	13%	4	9%	5	11%	1	2%	4	9%
		政令指定都市	4	13%	3	9%	5	11%	2	2%	2	9%
		中核市	2	4%	1	2%	1	2%	0	0%	1	2%
⑤	上記①～④ 以外	合計	3	3%	3	3%	2	2%	2	2%	1	1%
		都道府県	2	4%	2	4%	1	2%	1	2%	0	0%
		政令指定都市	1	5%	1	5%	1	5%	1	5%	1	5%
		中核市	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

指導方法別の主な指導内容は以下の通りである（表Ⅱ-8 参照）。

「①口頭による行政指導」は、報告方法の改善、再発防止策の指導、報告遅延への対応、同じ事業所での事故多発への確認、指導、死亡事故等への指導が主に行われている。

「④立ち入り調査」では、重大事故と認識される事故が起きた場合において、事実確認等も踏まえ、立ち入り調査を行い、事実を確認し、改善、再発防止策の指導を行っている。

□表Ⅱ-8 指導等の具体的な内容

※以下、各自治体のアンケート調査の記載内容を転記している。

主な指導内容	
①口頭による行政指導	関係部門等との連携による指導
	内容報告の不備へ対応
	事故内容のヒアリング、再発防止施策の指導
	再発防止策の指導
	施設職員に対する改善策の周知徹底及び研修の実施、改善策の事後評価の実施を指導
	再発防止策及び事故の経過についての対応が不十分である場合
	報告遅延についての速やかな報告について
	同じ事業所で事故が多発した場合の確認、指導
	誤薬が特に多い有料老人ホームについて、ダブルチェックの徹底を指導
	誤薬、入居者行方不明等について、改善が見られない、報告漏れの場合等に実施
	事故の要因が事業者過失によるものと思われる事案についての詳細聞き取り
	入居者の適切な処遇を確保するために必要と判断し指導
	介護職員による入居者への虐待等
	死亡事故や誤嚥等が発生した場合
②書面による行政指導	関係部門等との連携による指導
	調査結果に基づき、適切な対応（特に職員研修の徹底）を指導
	報告が必要な事故報告がされていなかったことへの指導
	速やかな事故報告、記録作成の徹底
③改善指示・改善命令の実施	重大な事故と判断した事案について
	不適切な介護等が認められた事案について
④立ち入り調査の実施	関係部門等との連携による指導
	発生状況など個別に判断し、発生状況の聞き取り、不備事項の整備、改善と対応を実施
	消費者安全法に基づく重大事故等に該当するおそれがある場合、事故原因の確認、再発防止策の策定に向けた助言・指導
	施設設備の再確認、事業所の人員配置の確認（入居者の死亡や感染症の集団発生で、報告が遅いなど対応に疑義あるものについては、随時実施）
	事業者による入居者への不自然な処遇についての確認
	同じ入居者に同様の事故が連続している場合の確認
	死亡事故について、事故の状況確認と事故防止に関する指導を実施。また、事故防止策の実施状況についても立入検査により確認
⑤その他	定期的な実地指導の際に再発防止策の履行状況を確認。必要に応じて、定期的な実地指導を早めて状況確認することもある。
	死亡事故について、事実確認を行ったが、再発防止策等に問題がなかったため、指導には至っていない

(3)指導等の実施後の対応状況の確認等について

指導等の実施後の対応状況の確認については、以下に示すような方法で実施している。

※以下、各自治体のアンケート調査の記載内容を転記している。

☐ 報告書等の提出を求めて確認

・報告内容に不備が見られる場合は、口頭で指導し、その場で回答ができるのであれば回答してもらう。事故対応が中長期間を要する場合は、最終的な対応状況を後日報告してもらう。
・提出の漏れていた事故報告書の提出により確認してもらう。
・説明用資料を持参してもらう。
・再発防止策を持参してもらう。
・事故報告第1報の提出後には、事後の対応・経過及び事故の原因・再発防止に関する今後の対応・方針を記入した事故報告第2報を提出してもらう(要綱で定めている)。
・広域担当局が当該法人・施設から再発防止に向けての報告書を徴収し、改善内容を確認のうえ、本庁担当課に報告してもらう。
・介護保険事業者等事故報告書の提出を受けた後に、介護保険事業者等事故経過(終結)報告書を提出してもらう。
・事故等報告が完結、収束するまで定期的に報告してもらう。
・防止対策のミーティング記録を提出してもらう場合もある。
・改善報告を提出してもらう。等

☐ その後の実地指導・監査の中で確認

・その後の実地指導・監査の中で、事故の再発防止の徹底を指導している。
・定期的な立入検査の機会等を活用し、再発防止のための改善策の実施状況等を確認している。
・定期及び随時の実地指導の際に、その後の対応状況等について確認している。
・定期的に実施する立入調査等の中で担当者からのヒアリングや資料等で確認している。

☐ 改善状況、再発防止策の取り組み等について現地確認

・改善状況報告書の提出を求め、その後改善状況について現地確認を実施している。
・指導後一定期間(約3～6か月)を置いて立入検査を実施し、運営の実態や再発防止策の取り組みを確認している。
・立入検査を実施して改善状況の確認等を行っている。また、関係機関と連携を図り、情報の共有に努めている。

☐ 電話等で確認

・事例によるが電話等で確認を行っている。

☐ 死亡等、重大な過失がある場合

・死亡事故において重大な過失がある場合には、立ち入り調査を行っている。

☐ 虐待案件等の場合

・不正請求や虐待など、法令違反にあたる案件は、後日、現地での確認や当課に管理者などにヒアリングを実施している。
・虐待案件については、現状確認・原因分析・再発防止策等を含んだ報告書を提出してもらい、確認している。

3-2. 虐待事案の把握

虐待事案について、自治体へのアンケート調査結果は次の通りである。

(1) 虐待事案の把握方法について

自治体の虐待事案について把握する方法として、基本的に、高齢者虐待防止法(高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律)に基づく、住まい事業者から基礎自治体への報告の他、自治体におけるその他の規定・通知等に規定する方法での把握などがある。また、その他の方法としては、入居者や家族、職員、介護サービス事業者等の関係者からの通報や、市町からの情報提供(都道府県の場合)、立ち入り検査や実地指導・監査等による把握などがある(表Ⅱ-9 参照)。

□表Ⅱ-9 虐待事案について把握する方法

その他、虐待事案について把握する方法	(a) 高齢者虐待防止法(高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律)に基づく、高齢者向け住まい事業者から基礎自治体への報告で把握	(b) 自治体におけるその他の規定・通知等に規定する方法で把握	その他※
全自治体数	100(88%)	12(11%)	39(34%)
都道府県	43(91%)	3(6%)	12(26%)
政令指定都市	19(95%)	3(15%)	9(45%)
中核市	38(81%)	6(13%)	18(38%)

※その他の例

- ・介護相談員事業における派遣相談員からの報告。
- ・入居者、家族、職員等からの通報、相談。電話や相談窓口で受ける通報による情報提供。
- ・基礎自治体からの情報提供、報告(高齢者虐待防止法第22条第1項に基づく)※都道府県の場合
- ・定期的に行う通常立入検査及び随時行う特別立入検査。
- ・介護保険法及び老人福祉法に基づく実地指導・監査。

(2) 事故報告の一環として虐待事案を把握する自治体

自治体が報告を求める事故の基準等に虐待事案も対象に含めている自治体は、全自治体の66%(75自治体)であった。自治体の種類別にみると、政令指定都市では虐待事案も事故報告対象に含めているが85%(17自治体)と特に多く、都道府県でも64%(30自治体)、中核市でも60%(28自治体)と対象に含めている自治体が多い(表Ⅱ-10 参照)。

□表Ⅱ-10 報告を求める事故の基準等への虐待事案の取り扱い状況

報告を求める事故の基準等への虐待事案の対象の有無	(a) 報告を求める事故の基準等に虐待事案も対象に含めている	(b) 報告を求める事故の基準等に虐待事案は対象に含めていない	未回答
全自治体数	75(66%)	37(32%)	2(2%)
都道府県	30(64%)	17(36%)	0(0%)
政令指定都市	17(85%)	3(15%)	0(0%)
中核市	28(60%)	17(36%)	2(4%)

4. 課題の整理

以上の調査結果を踏まえ、住まいの指導監督権限を有する自治体への事故報告についての課題を整理した。

●事故報告時の「事故内容（報告基準）」についての課題

住まいの指導監督権限を有する自治体への事故報告時における「事故内容（報告基準）」のうち、サービス提供中の事故について、整理すると、「重大事故等（死亡等重大な事故）」、「死亡又は医療機関での受診を要する場合等」「発生した事故」等、自治体により多様であることが明らかになった（前述Ⅱ-5 参照）。また、「発生した事故」について、報告を求める日常的なサービス提供に伴う事故（例 転倒、転落、接触、異食、誤嚥、誤薬、落葉等）の種類も、自治体によって多様であることが明らかになった。

報告する住まい事業者の視点に立つと、報告先の自治体によって報告する事故内容が異なるため、事業者にとって負担が大きい。そのため自治体の間で、事故報告時の「事故内容（報告基準）」について、将来的にはある程度統一化することが課題にあげられる。

●住まい毎の事故報告書の「様式」及び「報告を求める事故項目」についての課題

自治体への事故報告についても住まいの種類によって異なることが明らかになったが、自治体によって事故報告書の「様式」や「報告を求める内容」は異なる。大きくは、住まいの種類に関係なく、事故報告書の「様式」や「報告を求める内容」を統一する自治体と、住まいの種類毎に「様式」や「報告を求める内容」が異なる自治体がある。

これら事故報告の把握方法については、自治体の考え方によって異なるといえるが、それぞれ次のようなメリット・デメリットが見出せる。特にデメリットについては各自治体で改善を図るため工夫が必要である。

○住まいの種類によって、異なる事故報告書で報告を求める自治体の場合

住まいの種類によって異なる事故報告書の作成を求めることで、住まいの種類毎の特性に応じた事故報告内容を求めることができる。しかし、一方で住まいの種類によって異なる事故報告書を作成することは、住まい事業者の報告書記入時に混乱を招き、そのことが事務負担につながることも指摘される。また自治体において、高齢者向け住まい全体で発生する事故の実態把握は難しくなる。

○住まいの種類に関係なく、統一した事故報告書で報告を求める自治体の場合

住まいの種類に関係なく、統一した様式や内容で事故報告書の作成を求める自治体は、住まいの種類に関係なく、高齢者向け住まい全体で発生する事故の実態を把握できる。また事業者にとっても、統一した事故報告書の様式を使用することで、記載時の混乱を防ぐことができる。

しかし、介護保険内外のサービスを一体的に提供する特定施設の住まい（住まい A・B）と、介護保険サービスを提供しない特定施設以外の住まい（住まい C・D・E）で、同じ報告項目を求めることは、特定施設以外の住まい（住まい C・D・E）事業者にとって記入する項目が大幅に増え、記入時の負担が大きくなる。

また、住まいの種類に関係なく、統一した様式を使用する場合、住まいの種類毎にどの項目を記載するか等の運用方法の検討も課題としてあげられる。

●住まいの種類毎の事故報告のあり方に関する課題

①特定施設の住まい^(住まい A, B)

特定施設の住まいが行政への事故報告を行う場合、複数の自治体に対して行う必要がある。具体的には、住まい事業者としての有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の「住まいの指導監督権限を有する自治体」(1カ所)と、介護保険事業の指定権を持つ「介護保険事業所の指定自治体」、「入居者の保険者である自治体」の2カ所の計3カ所に報告が必要となる。

こうした報告先の自治体が複数であることに加え、各自治体の事故報告書の様式や報告を求める内容が異なるため、事業者の負担は概して大きい(表Ⅱ-11 参照)。

このような場合、事例調査でも整理したが、「入居者の保健者である自治体」に提出された報告内容を、「住まいの指導監督権限を有する自治体」が情報共有する、または「住まいの指導監督権限を有する自治体」には、「入居者の保健者である自治体」に提出した事故報告書の複製を提出することで可とする等、事業者の負担を軽減する工夫等も求められる。

②生活支援サービスを提供する住まい^(住まい C, D)

生活支援サービスを提供する特定施設以外の住まい^(住まい C・D)では、サービス提供時に発生した事故については、介護保険内サービス提供時か、介護保険外サービス提供時かで事故報告の報告先が異なる。介護保険サービス提供時に発生した事故は、「介護保険事業所の指定自治体」及び「入居者の保険者の自治体」に事故報告を行い、介護保険外サービス(生活支援サービス)提供時に発生した事故は、住まい事業者の「自治体」に事故報告を行うことが基本である。しかし、介護保険サービスも住まい事業者の職員が兼務する住まいでは、これらサービス内容の切り分けが不明瞭になる場合、行政への事故報告についても、本来報告すべき主体に報告が行われていないことが懸念される。

そのため、自治体は、住まい事業者に対して、サービス提供方法の切り分け(介護保険サービス内外)の徹底を呼びかけ、住まい事業者自らが提供するサービス内容に基づいた事故報告が行われるようにすることが求められる(表Ⅱ-16 参照)。

③老人福祉法で有料老人ホームに該当しないサービス付き高齢者向け住宅^(住まい E)

老人福祉法で有料老人ホームに該当しないサービス付き高齢者向け住宅^(住まい E)は、住まい事業者と入居者が賃貸借契約を結び、住まい事業者は状況把握・生活相談のみを提供している。

「住まい E」を事故報告の対象に含めていない自治体は、調査対象の自治体の半分を占める。一方、残りの半分の自治体は、事故報告の対象に含めており、自治体により、これら住宅^(住まい E)の事故報告の取扱いが異なる。

「住まい E」に対して事故報告を求める自治体は、当該住まいを「有料老人ホーム設置指導指針等」の対象に含め、他の有料老人ホームと同様な取扱いをしているか、「サービス付き高齢者向け住宅の指導指針等」を設置し、他のサービス付き高齢者向け住宅と同様な取扱いをしている。一方、住まい E に対して、事故報告を求めない自治体は、通常の賃貸住宅と同様な扱いをしているため、事故報告を求めている。

サービス付き高齢者向け住宅以外にも、今後セーフティネットを目的とする高齢者が居住する賃貸住宅の確保が課題であるが、状況把握・生活相談等の最低限のサービスを提供する高齢者向け住まいにおいて、住まい事業者に対して、事故報告を求めるべきかの整理は今後の課題のひとつといえる。

□表Ⅱ-11 住まいで発生した事故報告書の報告先の類型

	【発生した事故の種類】	【行政報告する主体】	【事故報告書の報告先】
特定施設入居者生活介護の指定を受ける高齢者向け住まい 「住まいA」 「住まいB」	介護保険サービス提供時に発生した事故 入居者へのサービス提供時以外に発生した事故	介護サービス事業者 且つ 住まい事業者	介護保険事業所の指定自治体 入居者の保険者である自治体 住まいの指導監督権限を有する自治体
特定施設以外の高齢者向け住まい	生活支援サービス（介護サービス等）を提供する高齢者向け住まい 「住まいC」 「住まいD」	介護サービス事業者 住まい事業者	介護保険事業所の指定自治体 入居者の保険者である自治体 住まいの指導監督権限を有する自治体
	必須サービスのみを提供する高齢者向け住まい 「住まいE」	介護サービス事業者 住まい事業者	介護保険事業所の指定自治体 入居者の保険者である自治体 住まいの指導監督権限を有する自治体

別添資料. 高齢者向け住まいにおける

事故予防・事故発生時の対応（案）

高齢者向け住まいにおける 事故予防・事故発生時の対応（案） （住まい事業者向け）

はじめに

○近年、高齢者向け住まい（ここでは有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅を対象とし、以下「住まい」といいます）の供給が進み、入居者がニーズに応じた住まいを自由に選択できる環境整備が進んでいます。高齢者は心身機能の低下に伴い、住まいの中で事故が発生しやすくなることから、住まい業界全体で予防や再発防止に向けた取り組みが求められています。

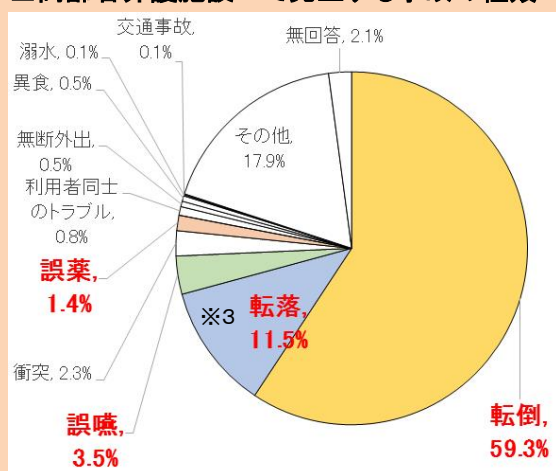
○住まいには、入居者がプライバシーを重視して自由に暮らせる「住宅」から、手厚い人員体制でサービスを提供する「高齢者介護施設」まで、様々な種類があります。また、サービス提供の方法も、入居者が個々に外部の介護サービス事業者と契約するものから、介護者が住まいに常駐しているものまであります（別-6頁を参照）。

○事故予防・事故発生時の対応策については、各住まい事業者が、提供するサービスや住まいの運営方針などに応じて講じる必要があります。ここでは住まい事業者が基本として知っておくべき事故予防、事故発生時の対応のポイントをまとめています。

自宅や高齢者介護施設で発生する事故の種類

○自宅内（在宅）でも、高齢者介護施設と同様に「転落」「転倒」「誤嚥」などの事故が多く発生しています。

□高齢者介護施設※¹で発生する事故の種類



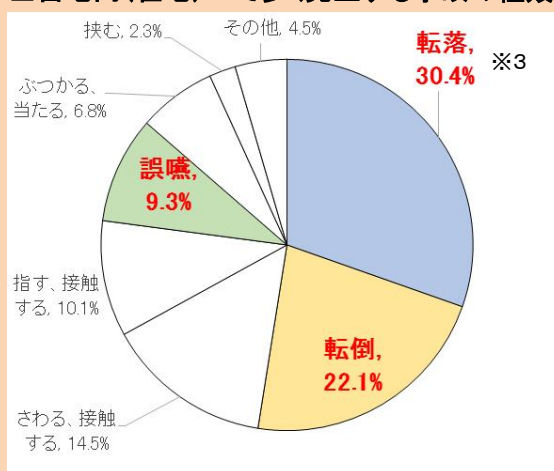
出所：老健事業「高齢者介護施設における介護事故に実態及び対応策のあり方に関する調査研究事業報告書」（平成21年3月）

※¹：特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設

※²：有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅は含まれていない

※³：睡眠中のベッドからの転落、車いすからの転落、階段からの転落等

□自宅内（在宅）※²で多く発生する事故の種類



出所：独立行政法人国民生活センター調査（13 医療機関による調査（2010年から2012年））

事故予防・事故発生時の対応

(1) 住まい毎に事故予防策を検討し、適宜見直しましょう

○住まいの類型や事業者毎の契約内容によって、住まい事業者が提供するサービスは異なります。住まい事業者は、自らが提供するサービスに応じて、事故予防策を検討し、対応を講じていくことが必要です。

○事故が発生した場合には、原因を分析し、再発防止のため、職員同士でマニュアルなどを再点検し、必要に応じて見直すことが必要です。

*ただし、事故予防の検討は、入居者の尊厳を保持し、自立を尊重した上で、安心・安全な対策を考えることが重要です。



(2) 事故を防ぐために、入居者や家族に対して、情報提供を行うとともに、事故防止対策を働きかけていきましょう

○住まいは、入居者の生活の場であり、生活を通じて発生する事故のリスクがあります。

○住まいの中での事故をできる限り防ぐために、入居者や家族に対して、起こりやすい事故の情報提供を行うとともに、家族から入居者に事故に気を付けてもらうようお願いする等、事故を未然に防ぐ対策をとってもらえるよう働きかけていきましょう。



<取り組みの工夫>

●入居前相談時や入居契約時にわかりやすく説明しましょう

- ・入居者や家族が、入居しようとする又は入居している住まいの特徴について正確に理解してもらうため、提供するサービス内容や職員体制などをわかりやすく説明しましょう。また、入居者や家族に対して誤解を招くような広告表示^{※1}はしてはいけません。
- ・住まいで発生する事故を防ぐために、住まい事業者がどのような取り組みを心掛けているかを説明し、入居者や家族に事故に対する認識を持ってもらいましょう。

※1 広告表示については次の内容を参照ください。

- ・「有料老人ホームに関する不当な表示」(平成16年公正取引委員会告示第3号)
- ・「国土交通省・厚生労働省関係高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則第22条第一号の国土交通大臣及び厚生労働大臣が定める表示についての方法」(平成23年厚生労働省・国土交通省告示第5号)

●入居者の家族と顔の見える関係をつくり、職員と一緒に事故に気を付けてもらいましょう

- ・職員は、入居者や家族と話し合う場を持って、顔の見える関係づくりを心掛けましょう。特に入居当初は、入居者は環境に慣れないため、事故のリスクが高くなります。入居者だけでなく、家族に対しても、職員と一緒に注意してもらうことを理解してもらいましょう。

●「運営懇談会」などを通じて、住まいの事故情報などを共有しましょう

- ・「運営懇談会^{※2}」などを通じて、入居者や家族に、発生した事故を報告し、事故への注意喚起、事故再発防止の考え方を説明し、関係者全員で事故予防の取り組みを進めましょう。

※2 「運営懇談会」については、「高齢者向け住まい事業者の運営懇談会の開催・運営のガイドブック(高住連)」を参照ください。
([http://www.shpo.or.jp/_uploads/news/298/attachments/運営懇談会ガイドブック\(高住連\)160802.pdf](http://www.shpo.or.jp/_uploads/news/298/attachments/運営懇談会ガイドブック(高住連)160802.pdf))

●賠償責任保険に加入しましょう

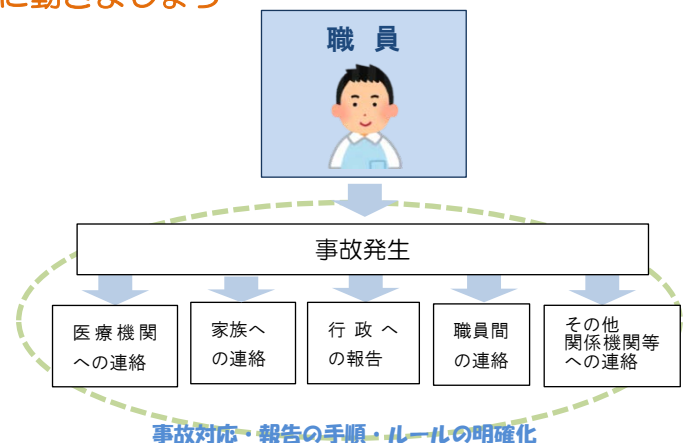
・万が一の事故に備え、賠償責任保険に加入し、入居者や家族にも説明しましょう。

＊特定施設は、指定申請時に「損害賠償保険に加入」することが推奨されています。

＊公益社団法人全国有料老人ホーム協会や一般財団法人サービス付き高齢者向け住宅協会では、施設賠償責任保険やサービス付き高齢者向け住宅向け賠償保険の団体保険を備えています。

(3) 事故発生に備え、住まいの事故対応・報告のルールを明確にしましょう 事故が発生した際、ルールに沿って迅速に動きましょう

○住まいで事故が発生した場合、事故当事者の処置、関係者への連絡・報告など、速やかな対応が求められます。そのため、各住まいにおいて職員配置に応じて、「事故対応・報告」の手順やルール・職員の役割分担を明確にしておきましょう。家族への連絡、行政への報告は、タイミングを含めて明確にしておきましょう。



○事故発生時には定められたルールに沿って速やかに対応しましょう。

○行政への報告は、監督官庁である自治体の規定などに基づき、きちんと行いましょう。

＊行政への報告は、基本的に住まいの監督官庁である自治体に対して、「事故発生時の報告」「事故後の対応の報告（事故報告書の作成・提出）」を行う必要があります。自治体によって報告を求める住まいの種類の対象、報告を求める事故内容（死亡に至る重大事故を報告対象にするのか、骨折も含めて報告対象とするのか）が異なるため、事前に確認しておきましょう。

＊特定施設入居者生活介護の指定を受ける住まいは、介護保険事業所の指定自治体などにも報告が必要になります。

(4) 自社内の事故報告書を作成する場合は、事故内容を正確に記録するため、報告書の様式などの工夫をしましょう 職員同士で報告書の内容を共有し、事故予防の検討に役立てましょう

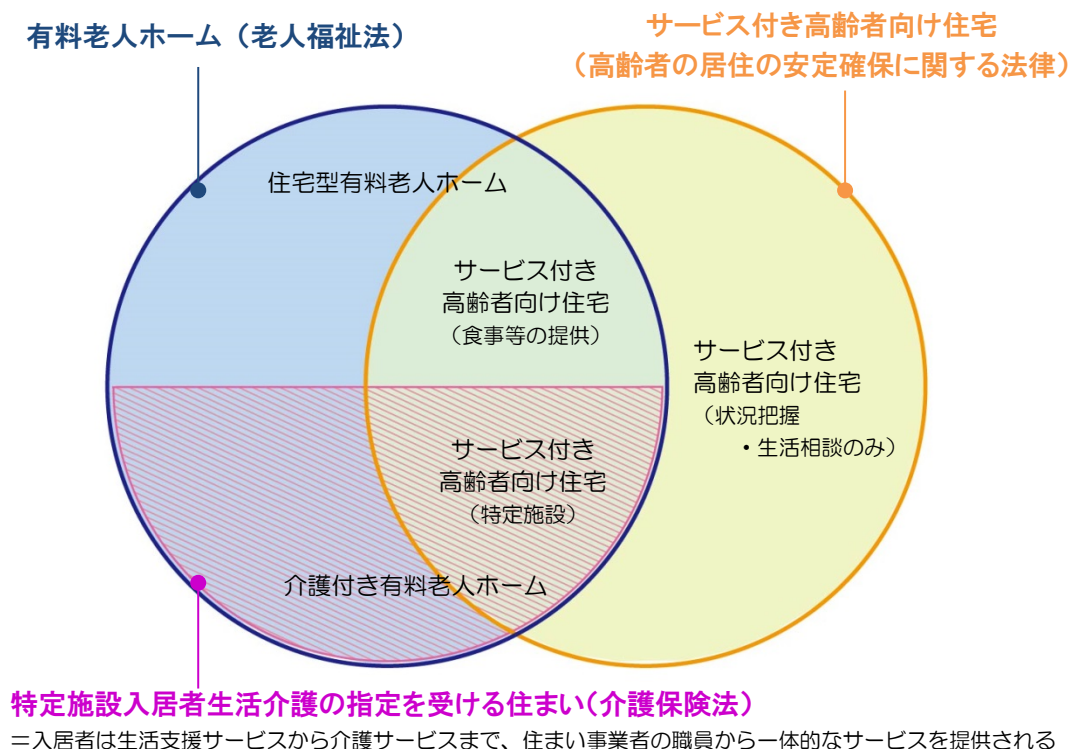
○自社内の事故報告書は、発生した事故について事実関係を正確に記録し、再発防止の検討、家族などへの説明の活用を目的としているため、職員が記録しやすい報告書の様式などの工夫が必要です。

○「事故報告書」の内容を職員同士でカンファレンスの場等で情報を共有し、個人の責任とせず、組織的な対応を取ることが大切です。



【参考】高齢者向け住まいの類型

	有料老人ホーム		サービス付き 高齢者向け住宅
	介護付き有料老人ホーム (特定施設入居者生活介護の指定)	住宅型有料老人ホーム	
根拠法	老人福祉法 介護保険法		高齢者の居住の安定確保 に関する法律
定義	高齢者を入居させ「①食事、②介護、③家事、④健康管理」 のいずれかを提供する施設		トイレ、洗面設備の必置、 バリアフリー化がなされ、 状況把握及び生活相談 サービスの提供が義務化 された住宅
行政手続き の方法	都道府県、政令市、中核市への届出 (義務)		都道府県、政令市、中核市 への登録
職員配置等	・管理者 1 名 ・介護・看護職員数 3 : 1 以上 ・24 時間 1 人以上	・管理者 1 名 ・その他職員は必要数	日中(概ね 9 時～17 時) に生活相談員が常駐
介護保険 サービスの 利用方法	特定施設入居者生活介護を 利用	地域の介護事業所による 介護サービス (居宅サービス)を利用	地域の介護事業所による 介護サービス (居宅サービス)を利用 注) サービス付き高齢者向け住宅でも 特定施設入居者生活介護の指定を 受けるものもあります。



**平成 28 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**

**高齢者向け住まいにおける事故予防
及び虐待予防の対応方策に関する調査研究事業
報告書**

平成 29 年 3 月

株式会社 アルテップ

東京都港区赤坂 8-10-39 赤坂 KSA ビル 2 階
<http://www.artep.co.jp/>