

介護事故発生ゼロをめざす——  
ケアリスクマネジメント  
ハンドブック

平成14年3月

社団法人 全国有料老人ホーム協会



## はじめに

有料老人ホーム事業は、高齢者が資産の売却やストックの切り崩し等により居住する権利を得、食事や介護などの生活にかかわるさまざまなサービスを受けながら生活をする場である。

サービスを受ける高齢者のなよりの特徴は身体的な機能の低下である。したがって、ホームの運営に伴うさまざまなリスクを認識し、安全な生活を確保することが要請される。有料老人ホーム事業においては、日々のサービス提供に伴うリスクが、ときとして利用者の生命や健康にかかわる問題となることがある。有料老人ホームにとって、とりわけ介護サービスにかかわるリスクマネジメントは必須である。

そこで、この事業では、介護保険上で特定施設入所者生活介護の指定を受けた有料老人ホームやケアハウス等における介護サービスにかかわるリスクマネジメントを検討し、そのマニュアルのモデルを作成した。

なお、このモデル作成にあたり、介護サービスに従事されている多数の方々のご協力を得た。感謝の意を表したい。

平成14年3月

社団法人 全国有料老人ホーム協会  
リスクマネジメント調査研究委員会  
委員長 前川 寛



<h1>INDEX</h1>		
----------------	--	--

A	総論	7
A-1	事業実施の背景・目的	7
(1)	近年にみる医療事故	7
(2)	介護保険制度におけるリスクマネジメントの観点	8
B	リスクマネジメントとは	11
B-1	リスクマネジメントの背景	11
B-2	リスクマネジメントの考え方	12
(1)	リスクの性格	12
(2)	リスクマネジメントの目的	14
(3)	意志決定過程としてのリスクマネジメント	15
(4)	リスクマネジメントの今後の課題	20
C	ケアリスクマネジメント(CRM)	23
C-1	CRMの概念	23
(1)	CRMとは	23
(2)	CRM実施の目的と期待される効果	24
(3)	ケアリスクマネジメントのスキーム	25
C-2	CRMの導入に当たって	26
C-3	組織の構築	28
(1)	組織体制の検討	28
(2)	CRM委員会の設置	30
C-4	ケアリスクの把握・分析	33
(1)	ケアリスクの把握	33
(2)	ケアリスクの分析	35
(3)	SHELL-MODELを用いた分析	37
(4)	事故防止策の検討	38
C-5	リスクコントロール	42
(1)	サービスの標準化	42
(2)	サービスの個別化	44
(3)	職員の意識改革	45

(4) 情報共有 .....	52
(5) 事故責任について .....	56
(6) 損害賠償について .....	60
(7) 苦情解決体制の整備 .....	63
(8) 事故発生時の対応 .....	71
C-6 CRMの見直しのポイント .....	78
(1) 事故報告書からのフィードバック .....	78
(2) ヒヤリ・ハット事例の活用 .....	78
D ホームにおけるCRMへの取り組み .....	80
E サービス提供事故の実際に学ぶ .....	86
E-1 ホームにおける介護事故の現状 .....	86
(1) 事故事例とヒヤリ・ハット事例の基礎分析 .....	86
(2) 事例の概要 .....	87
(3) 管理者からみた評価と対応 .....	94
(4) 事業所としての取り組み .....	97
E-2 事故事例等の詳細分析 .....	98
(1) 入居者の状態と事故の関係 .....	98
(2) 事例内容と発生の経緯 .....	99
(3) 職員の関わりと事故事例の関係 .....	110
(4) 管理者からみた事故の評価 .....	123
(6) 再発防止に向けた取り組み .....	130
(7) 施設の危機管理体制 .....	134
E-3 事故種類ごとの対応の実際 .....	135

---

# A 総論

---

## 事業実施の背景・目的

### (1) 近年にみる医療事故

1999年1月、某大学病院において、心疾患と呼吸器疾患の患者取り違えによる手術が施される、といった重大事故が発生した。これによって病院のみならず医療そのものへの社会的な不信感が高まり、以後は連日の新聞紙面に様々な医療機関での事故が取り上げられるようになった。元大阪府医師会事務局長・高岡正幸氏の調査では、この10年間で医療事故にかかる新聞報道件数が約7倍に増加したとしており、これが事故総数の増加によるものか事故数は変わらずマスコミの注目が集まったことによるものか、は類推するしかないが、いずれにせよ、医療事故の実態が情報開示されるようになったことは事実である。

事故の被害の大きさは一般的にエラーの多さに比例するが、医療事故の場合には、医療技術の高度化に伴うシステムエラーや、従事者の分業化などによる連携の問題、ヒューマンエラーが組み合わさったときに、被害をもたらす事故が発生している、という点で、他業種のそれと差はない。

厚生省（当時）は、当該事故発生により、元院長ら18人の書類送検、医療の安全神話が揺らいだこと、同種の事故が増加したことなどを受け、その対策について検討を重ね、平成12年8月に「リスクマネジメントマニュアル作成指針」をとりまとめて公表した。

この内容は、各医療機関に対し、医療事故防止体制の確立と安全な医療の提供を求めるもので、具体的には、組織的な事故防止体制の整備や事故発生時の対応などについて、医療機関が行うべきリスクマネジメントの詳細を示したもののとして一定の評価を得ている。

これを受け、1999年12月に長崎大学が「医療事故防止対策マニュアル」、2001年8月に東京都が「都立病院におけるリスクマネジメント」を公表するなど、リスクマネジメントに関する様々な取り組みが始まった。

ただし、2002年3月、朝日新聞社が厚生労働省に資料開示を求めた結果、全国の国立病院が2000年4月からの2年間で厚生労働省に報告した事故件数は14

7件あり、そのうち死亡事故が15件、リスクマネジメントマニュアルを策定していたにもかかわらず、手術具を体内に置き忘れたなどのヒューマンエラーによる事故が、依然として発生していることが明らかになった。

他方、医療事故に係る訴訟の状況として、最高裁の調べでは医療訴訟は年々増え続け、1990年では約360件の新受件数であったものが、1999年には約640件まで増加している。1998年に民事訴訟法が改正され訴訟手続が簡素化された影響もあるが、実際には訴訟に至らないケースがまだ圧倒的に多いと見られる。

## (2) 介護保険制度におけるリスクマネジメントの観点

「介護事故」は一般的に医療事故と比べ、直接生命に危険が及ぶケースが少ないとみられ、有料老人ホームのみならず、社会福祉施設全般においても医療機関のような事故防止体制を敷いたり、日常業務にリスクマネジメントのスキームを取り入れていたケースはあまり見られなかった。

平成12年、介護保険制度の施行に際し、国は、指定特定施設（介護保険における有料老人ホーム等の指定事業）に係るサービス基準の中で、要介護者に対する事故の防止等に関連する条項として次のように規定した。

### ＝ サービス基準 ＝

（他事業からの準用部分を含む抜粋／他指定事業に係る条項は読み替える）

#### 第184条（指定特定施設入所者生活介護の提供の取扱方針）

指定特定施設入所者生活介護は、利用者の要介護状態の軽減または悪化の防止に資するよう、痴呆の状況等利用者の心身の状況を踏まえて、日常生活に必要な援助を妥当適切に行わなければならない。

#### 第37条（事故発生時の対応）

指定訪問介護事業者は、利用者に対する指定訪問介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

2 指定訪問介護事業者は、利用者に対する指定訪問介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

#### 第51条（緊急時等の対応）



訪問入浴介護従業者は、現に指定訪問入浴介護の提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師又はあらかじめ当該指定訪問入浴介護事業者が定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じなければならない。

#### 第 103 条 (非常災害対策)

指定通所介護事業者は、非常災害に関する具体的計画を立てておくとともに、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行わなければならない。

#### 第 104 条 (衛生管理等)

指定通所介護事業者は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じなければならない。

2 指定通所介護事業者は、当該指定通所介護事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

#### 第 39 条 2 (記録の整備)

指定訪問介護事業者は、利用者に対する指定訪問介護の提供に関する諸記録を整備し、その完結の日から2年間保存しなければならない。

サービス基準では、リスクマネジメントそのものには直接触れていないものの、発生時の対応や損害賠償などについては、これまでの関係諸法令よりも一歩踏み込んだ規定をしている。他の介護保険指定事業にも同様の規定が係っており、これを受ける形で特に施設系の団体などにおいては、利用者に対するサービス提供上の事故防止のための取り組みが積極的に進められるようになったところである。

平成13年度、社団法人全国有料老人ホーム協会では、社会福祉・医療事業団の助成金を得て、介護保険指定事業である指定特定施設一有料老人ホームをフィールドとした、施設におけるリスクマネジメントの体系を構築すべく各種の事業を実施した。施設における事故は、個々の職員の資質やモチベーションなどに頼ることのみで防止できる問題ではない。組織を挙げて取り組む姿勢と、いわば一般企業のリスクマネジメントと同様のスキームが求められるのではないだろうか。

本書では、すべての高齢者向け施設において共通の問題ともいえるリスクマネジメントについて、組織がどのように実施をすることが、事故の防止、さらにはサービスの質向上につながるのか、といった具体的テーマについて検討を試みるものである。

### **(3) 各種調査結果の概要**

ケアリスクマネジメントを検討するに当たり、各種の基礎的調査を実施した。以下は、その概要である。各々の調査結果については後述する。

#### **有料老人ホームアンケート調査の実施**

介護施設における事故発生の実態、防止策への取り組み等について調査をおこなった。

調査対象：全国の有料老人ホーム 230法人・300施設

調査方法：調査票による郵送調査

回収：134ホーム

事例総数：1,397件

うち、事故事例1,089件、ヒヤリ・ハット事例308件

集計・解析：(財)日本総合研究所

#### **有料老人ホーム損害賠償責任保険の支払事例調査**

社団法人全国有料老人ホーム協会が行っている標記賠償責任保険について、過去数年間の保険事故事例について、調査を行った。

#### **介護事故に係る判例調査**

有料老人ホームを始めとする介護系施設における、サービス提供上の事故に係る過去の訴訟事例等について、調査を行った。

調査委託：吉田勸法律事務所

---

## B リスクマネジメントとは

---

### B-1 リスクマネジメントの背景

リスクマネジメントという用語がいつ頃から使われるようになったのかは定かではない。ただし、公式的には1955年とされている。そして、リスクマネジメントという用語が一般的に使われるようになり、その理論化が進んだのは1960年代であった。

経営の観点からリスクを問題とするに至った契機は、1920年代から1930年代にかけてのアメリカ合衆国の経済情勢にあった。1920年代のアメリカは深刻な不況に苦しんでおり、1929年には、ついに、ニューヨーク株式市場で株式の大暴落をきたし、それが世界的規模の不況の引き金となった。このような経済情勢を背景に、不況に耐えた企業はコストの見直しを必然とした。そのコスト見直しによって、当時相当な金額に達していた保険のコスト（保険料）が注視された。このことから、保険に関する様々な問題が取り上げられ、保険に対する管理の必要性に迫られた。

1930年、アメリカ経営者協会(AMA)財務部会が保険管理をテーマとする会議を開いた。その結果、翌31年に、AMAの部会のひとつとして保険部会が発足する運びとなった。そして1932年5月、AMAの賛助を得て、ニューヨークのメトロポリタン地区所在の企業を中心に、The Insurance Buyers of New York が組織された。この組織は発足後まもなく、The Risk Research Institute としてAMAから独立し、1950年の秋に全国的組織として法人化され、The National Insurance Buyers Association(N I B A)と名称を変更した。

N I B Aは、専門的リスクマネジャーの組織を目指し、教育事業と大学におけるリスクマネジメント講座の創設に努力を払った。また、N I B Aは会員の実態に即し、その名称をThe American Society of Insurance Management (A S I M) と変更した。

このA S I Mの活動に、当時、大学におけるビジネス・エデュケーション改

革の渦中にあったアメリカ保険学会 (The American Association of University Teachers of Insurance) が呼応した。学会は、保険の研究が狭く専門化されすぎていること、また、保険諸科目間の内容に重複が多いことを指摘し、経営管理論のリスク及び保険への応用を強調した。以降、大学でのリスクマネジメントの研究及び教育が活発化することとなった。

このように、1950年代中頃は、保険管理からリスクマネジメントへと、リスクに対する包括的な考え方が展開を見るという意味で、リスクマネジメントの考え方が形成される過程における重要な時期であったといえる。

なお、A S I Mは、1975年にその名称を The Risk and Insurance Management Society, Inc. と変更し、機関誌、“Risk Management”を発行している。また、

A A U T I もその名称を The American Risk and Insurance Association へと変更した。

## **B-2 リスクマネジメントの考え方**

### **(1) リスクの性格**

リスクマネジメントとは、最小のコストでリスクを処理する活動である。しかし、ここにいう『リスク』という言葉は様々な意味で使われている。そのため、リスクの意味についての議論が語議論に陥りやすく、これまでのところ、リスクは一般的な定義を得るには至っていない。したがって、恣意的ではあるが、ここではリスクを「損害の可能性」と定義しておく。

損害の可能性とは、「損害を被る恐れのある状況又は環境」をいう。この損害の恐れのある状況又は環境は、構造的に、損害の原因、損害の対象（客体）、損害の影響、それに制度的要因で構成される世界として理解することができる。

#### **ア. 損害の原因**

損害の原因は、その表面的な事故の背後にあって、事故の発生、したがってまた、損害の発生を促す要因である。いいかえれば、損害の原因は、事故の発生確率を高める条件であり、同時に、事故発生の結果である損害の強度を増大させる条件でもある。

損害の原因である条件は、物理的条件又は自然的条件と人為的条件又は道徳的条件に大別できる。なお、人為的又は道徳的条件は、さらに、損害の発生に対する態度が意識的であるか否かによって、道徳的条件と風紀的条件とに細分

類することができる。

#### イ. 損害の対象（客体）

損害は事故発生の結果である。損害は、通常、偶発事故による経済価値の低下ある喪失を意味する。つまり、損害という用語は、意識的に引き起こされたものでないことと、経済的な価値の低下又は喪失を内容としている。

このような損害を被る客体については様々な分類が可能であるが、リスクを処理するという観点から、次のような分類が有益であろう。

通常、企業は利益獲得を目的として活動しているとされている。企業は、その活動の過程で、資産、従業員、収益に対して損害を被る可能性がある。さらに、企業が社会との関わりの中で経営を行っている以上、賠償責任を負うことによって損害を被る可能性がある。

#### ウ. 損害の影響

損害の原因が具体化した場合、組織（家庭、企業、政府）に弊害をもたらす。その弊害がどの程度であるかがリスクを合理的に処理する際の判断基準となる。

損害が組織に与える影響は、絶対的なものではなく、相対的なものである。すなわち、損害の影響は、たとえ損害額が同じであったとしても、その影響は損害を被る組織によって異なる。たとえば、財務的に逼迫している組織にとっての 1,000 万円の損害と、財務的に潤沢な組織にあつての影響（強度）は異なる。したがって、損害の影響を示す客観的な尺度はない。そのため、組織はそれぞれが損害の影響の重要性を判断しなければならない。

なお、家庭は、消費単位として簡素化され、その経済目標は、通常、最小の手段をもって最大の効果を上げることである。このような家庭の経済行動は、正確には、個人の経済行動とは異なる。このような意味で、家庭も 1 つの組織である。

## (2) リスクマネジメントの目的

リスクマネジメントが組織にとって有益な活動であるためには、その活動は組織の目的に合致したものであり、その目的に貢献するものでなくてはならない。

一般的に、組織の目的は利潤の獲得であるが、非営利組織や政府機関においては、一定の目的を達成するための運営の効率化が目的となる。このような組織の目的に合致したリスクマネジメントの目的は、組織の利益を最大にするようなリスクマネジメント手段またはそれらの組み合わせを選択し、それを効果的に行使することであるといえる。

従来、リスクマネジメントは、組織の目的にてらして、積極的に利益に貢献する活動とは見られておらず、発生した損失を補填または最小化することによって、組織の維持を図るに過ぎないものと見られがちであった。しかし、近年、このような見方に対し、リスクマネジメントは組織の目的に積極的に貢献する活動であるとする見方が一般的になりつつある。

組織は、財務的に、経費を上回る総収入の超過分（利益）を求めて活動していると見ることができる。したがって、利益を増大させるには、他の事情を一定とすれば、収入を増大させるか、経費を減少させるかである。リスクマネジメントの新しい見方によれば、リスクマネジメントは経費を減少させることのみならず、収入の増大を促すことにより積極的に利益の獲得に貢献する活動である。経費に関していえば、損害のコストは事業運営のコストであり、この意味では原材料や労働のコストと同じである。したがって、損害のコストを最小化することは、原材料や労働のコストを最小化するのとまったく同様に、利益獲得に貢献する。収入に関していえば、リスクマネジメントは、もしリスクマネジメントがおこなわれなければ、遂行することができるきわめて危険であるような創造的な計画の遂行を促すチャンスを創り出すことによって利益獲得に貢献することができる。いいかえれば、もしリスクマネジメントがおこなわれなければ発生する機会費用を減少させることによって利益獲得に貢献することができる。

### **(3) 意志決定過程としてのリスクマネジメント**

このような意味で、リスクマネジメントは組織における経営機能であり、経営管理の一部である。したがって、リスクマネジメントも経営管理一般の性格を備えている。経営管理の性格の中でリスクマネジメントにとって特に重要なものは、目的を達成するために意志決定を行うという性格である。すなわち、それは科学的に意志決定を行うための手順である。

手順の第1段階は問題を認識することである。次に、第2段階は認識された問題を分析することである。そして、第3段階はその問題に対処する手段のうち最良の手段の組み合わせを選択することである。さらに、第4段階は選択された手段を行使することある。最後に、第5段階は行使した結果が目的に合致していたか否かを見直し、もし、結果が目的にそぐわなかった場合には修正を行う段階である。

リスクマネジメントもこのような意志決定過程にしたがって行われる。しかし、経営の一般的な意志決定過程とリスクマネジメントの意志決定過程との間にはもちろん相違がある。そのひとつは、問題が異なるという点である（第1段階及び第2段階）。そして、他のひとつは、問題の相違にしたがって、対処する方法が異なってくるという点である（第3段階）。

#### **①リスクの認識**

リスクの認識とは、どのような損害を被り、その損害の原因は何かを認識することである。特に適切な意志決定をおこなうためには、あらゆるリスクを認識する必要がある。しかし、リスクの認識は意志決定過程の中でもきわめて難しい過程である。その理由は、リスクの中には見落としされやすいものが多く、かつ、リスクの状況・環境は常に変化してやまないものだからである。したがって、リスクの認識は体系的かつ継続的に行われる必要がある。

リスクを体系的かつ継続的に認識するためには、まず、組織がどのような損害を被る可能性があるか、すなわち組織の被ることのある損害を類型化しておくことが有益である。これまでのリスクマネジメントでは、損害は、①財産的損害、②純収益損害、③賠償責任損害、及び④人的損害に類型化されてきている。

財産的損害は、財産に対する部分的損傷または財産の滅失という形での直接的損害と、そのような直接的損害を原因として他の財産に損害を与えるという形での間接的損害とに分けることができる。財産的損害の中でも間接的損害は見落とされやすく、その損害額は直接的損害よりもはるかに多額にのぼること

がある。

純収益は収入マイナス経費として示される。したがって、純収益損害は収入の減少によってか、または経費の増大によってもたらされる。そして、ほとんどの純収益損害は、しばしば、財産的損害と人的損害の結果として生じている。

賠償責任損害は、第三者の身体または財産に損害を与えた場合、法律上の責任を問われるが、この法律上の責任を果たすことによって生じる損害である。賠償責任は不法行為責任と債務不履行責任の二つに大別される。さらに、不法行為責任は、民法第 709 条の規定による一般不法行為責任と、これよりも責任の重い特殊不法行為責任とに分けられる。これら以外にも、自賠責や労災等に適用される無過失責任の法理に基づく賠償責任がある。

最後に、人的損害とは、死亡、傷病、老齢、そして失業による所得の喪失の損害である。

また、リスクの認識を体系的かつ継続的に行うために、次のようないくつかの方法がある。

そのひとつは質問票を用いる方法である。この方法は有益な方法であるが、特定のリスクに関して十分な情報を得ることができない。第2に、財務諸表を利用する方法がある。この方法は、貸借対照表、損益計算書、資金運用表等进行分析し、既存のリスクを認識する方法である。第3に、流れ図を描く方法がある。この方法は組織の活動を流れ図に書き、その活動の流れに則してリスクを認識する方法である。最後に、第4の方法として実地検査がある。これらは活動の現場を実際に訪ねてリスクを認識する方法である。これら様々な方法のうち、どの方法が優れているかは、組織の性格、その規模、及び管理者の有無等に依存する。

## ②リスクの分析

リスクマネジメントは起こることのあるリスクを認識し、それを処理する活動である。したがって、基本的には、事前的活動であることを特徴とする。リスクはそれの組織にとっての重要性に基づいて処理される。リスクの重要性は損害の性質に依存する。損害の性質は、リスクの重要性の判断基準としてのみならず、リスクにとって最適な手段の決定に際しても重要な情報を提供する。

損害の性質は、まず、①損害が何回程度発生するか、次に、②もし損害が発生するとすればどの程度の大きさの損害であるか、そして、③それら損害の発生頻度や損害額の予想がどの程度信頼できるか、といった要素によって示される。これら三つの要素は確率論の概念を用いて測定される。もちろん、確率論



によって損害を完全に予想することはできないが、予測の範囲を狭めることができる。

損害の予想に必要なデータは、詳細な経験的データと、不完全な経験的データとに大別できる。詳細な経験的データは、さらに、組織の内部データ、産業別データ、地域別データ、全国データ等に細分できる。これらデータの利用に際しては、内部データ以外のデータについては、程度の差こそあれ、それぞれ修正を要する。不完全なデータしか得られない場合には、それに数学的分析を加えなければならない。ある損害の発生頻度と損害に関するデータとの乖離を埋め合わせることによって理論的確率分析を見出し、その性格から損害の予想をおこなう。このような理論的確率分析には、正規分布を始め、二項分布、ポアソン分布、そして対数正規分布等が考えられている。

損害の予想は起こることのあるすべての結果とそれぞれの結果の確率を示す確率分布に基づいておこなわれる。確率分布は、歪度、中心傾向、散布度によって性格づけられる。歪度は、確率分布が中央でふくらみ、左右対称に均衡しているかどうか、またはふくらみが左右いずれか一方に片寄っているかどうかに関係している。中心傾向は、分布に現れるある意味でもっとも中心的かつ代表的な結果を示している。これらの値として（数学的）平均、中央値、そして最瀬値が使用される。散布度は確率分布の変動性を示している。したがって、散布度の一般的尺度としては標準偏差と変動係数が使用される。

一般に、リスクマネジメントで対象とされる損害は、期待損害数及び期待損害額よりかなり低く、左に歪曲しているといわれている。そして、損害の重要性は、損害の発生頻度とその強度の二つの局面の組み合わせで決定されるが、いずれかといえば、損害の発生頻度よりもむしろ組織に与える影響、すなわち強度が重視されるはずである。

また、損害は必ずしも確率論によって予想できるものばかりではない。そのような場合、確率論のような基数的評価に代えて、カントリー・リスク、銀行の与信、企業の格付け等のような序数的評価を行うことができる。

### ③リスクマネジメントの手段

リスクマネジメントの意志決定過程の第3段階は、リスクの性格に適合するリスクマネジメントの手段を検討し、選択する段階である。そのためには、それぞれの手段の性質を理解する必要がある。しかし、現在、リスクマネジメントの手段の名称、分類、さらに数については、一致した見方があるわけではない。

通常、リスクマネジメントの手段は、リスク制御法とリスク財務（資金調達）法に大別されている。リスク制御法とは、最小のコストで、リスクの状況・環境そのものを変えるための手法である。他方、リスク財務法とは、最小のコストで、リスクが具体化、いかえれば、事故が発生して損害が生じた場合に、その損害を復旧するために、資金を調達するための手法である。リスク制御法には、①リスクの回避、②損害の予防、③損害の防止、④リスクの分割、及び⑤保険以外の移転、がある。他方、リスク財務法としては、①保有と②保険、がある。

リスクの回避：リスクの回避は、損害が生じるとされる対象のリスク状況・環境を回避するという方法である。この方法は日常生活の中で無意識にとられていることが多く、簡単な方法ではあるが、積極的に採用しようと思う場合には制約が多い。

損害の予防：損害の予防は損害の発生頻度を下げる方法である。損害を予防するには事故の原因を追及し、それを除去する必要がある。事故原因の追及及びその対策には、これまで、3つの接近方法が考えられてきた。まず、ひとつは工学的な接近方法である。つぎは、人間関係的な接近方法である。そして、近年の接近方法としてハッドン（Williams Haddon）のエネルギー放出理論に基づく接近方法がある。そこで、損害要望に対するこれらの接近方法のいずれが最適であるかということが問題となるが、これまで論じられてきたところによれば、最適な方法はこれらのいずれかひとつに求めるのではなく、それらの組み合わせであると考えられている。そして、組み合わせのバランスはリスクマネジャーの考え方に依存することになる。

損害の予防は個別の組織においてのみならず、産業段階、政府段階においても実施される。産業段階においては教育やキャンペーンが有効な方策となり、政府段階においては立法が有効な方策となる。

損害の防止：損害の防止は損害が発生した場合にその強度を和らげる方法である。損害の防止には様々な手段がある。例えば、自動車事故に関していえば、シートベルトやチャイルドシート、エアバッグ等は物理的な損害拡大条件を制御する手段であるし、道路交通法によるスピード制御は人為的な損害拡大条件を制御する手段であろう。

損害の予防及び損害の防止は損害を処理するためのきわめて有効な手段であるが、この手段を選択するか否かはこれらの手段の採用に要するコストに依存

する。

リスクの分割：リスクの状況・環境を分割することによって、壊滅的な打撃を避ける方法である。分割には分離と重複がある。例えば、物流センター等は1か所に集中した方がコストパフォーマンスが良いといわれているが、地震等で物流センター近隣の交通網が寸断されたような場合、機能がマヒする可能性がある。このような場合、他の地域にもう1か所物流センターを設置する方法が考えられる。すなわち、物理的な分離である。

また、金融機関等のコンピュータ・システムが被害を被ったような場合に、即座に営業を継続できるようにもう1系統のシステムを準備することが考えられる。このような場合、重複してシステムを維持していることになる。

保険以外の移転：保険以外のリスクの移転は、売買契約や賃貸契約等の契約条項によっておこなわれる。これはリスク状況・環境それ自体を移転する方法であるが、実際には、きわめて限られた場合にしかおこなわれない。

保有：この手段は組織自らがリスクを負担する方法である。保有には積極的におこなわれる場合と消極的におこなわれる場合とがある。積極的か消極的かの相違は、リスクを負担する意志決定が意識的であるかどうかによっている。

積極的な保有が合理的であるかどうかは、リスクを保有する意志決定にかかわる環境に依存する。一方、消極的な保有は、たまたま、リスクの処理として最適な方法となることもあるが、あくまで合理的な行動とは異なる。

保険：保険は1つの機構として、リスクの移転、結合、保有の要素を併せ持つ制度と理解することができる。ただし、リスクマネジメントは保険購買者の立場であることから、当然、移転の要素を重視することになる。この観点で見れば、保険は、リスクの状況・環境を移転するというリスク制御法とは異なり、損害が発生した場合の結果としての経済的損失（損失）のみを移転する方法である。

これら手段を選択する問題の中で、実際に、とりわけ重要なのは、積極的な保有と保険のいずれを選択するかの問題であるといわれている。いいかえれば、あるリスクを処理する場合、それを自己負担するか保険を購買するかについての意志決定問題である。

#### (4) リスクマネジメントの今後の課題

まず、リスクマネジメントの今後の課題として、リスクマネジメントの範囲の問題がある。歴史的に、リスクマネジメントは保険管理の発展的形態である。従来、保険においては、保険制度成立の前提条件としてリスクの存在を認めてきたが、リスクそのものを直接問題とすることはなかった。リスクに対する保険の視座は保険経営のものであり、その対局にある保険購買者のものではなかった。したがってまた、リスクは保険料算出基礎としての確率計算の前提条件を満たす測定可能なリスク、すなわち保険可能なリスク、いわゆる純粹リスクであった。

一方、保険管理及びリスクマネジメントの視座は、保険経営のものではなく、それと対局に位置する保険購買者としての組織のコストの見直しに始まる財務的視座である。ここでは保険可能なリスクに限らず、すべてのリスクが対象となる。

しかし、現代社会における投機的リスクの重要性を考慮すれば、科学的な確固たる方法はないにしろ、論理的には、リスクマネジメントは投機的リスクもその対象とするのが当然である。

次に、例外的にしかおこなわれていない我が国の実状が問題となる。アメリカにおけるリスクマネジメントの契機は、大不況に遭遇した企業のコストの見直しにあったことは既に述べた。そのコスト見直しの中で、特に保険のコストが無視できないほど多額にのぼっていたことが問題の発端であった。この問題は、単に保険コストの抑制にとどまらず、合理的な保険購買行動に基づく保険問題全般の管理を促した。そしてさらに、管理の対象は保険からそれらをも含めたリスク全般に拡大され、リスクマネジメントとして、組織におけるひとつの経営管理機能としての位置づけを得るに至った。

このようなリスクマネジメントの発展過程の中に、いくつかの発展の要因を見出すことができる。そのひとつは組織の大規模化である。第2に、損害賠償意識の高まりがある。そして、第3には、組織の大規模化と損害賠償責任意識の高まりを背景として、損害が高額化したことがある。リスクマネジメントの直接的な必要性は、この第3の要因と大不況という特定の組み合わせが契機となった。そして最後に、こうした問題に対して合理的な解決を図ろうとした人間の積極的な行動を重要な要因の1つとしてあげなければならないであろう。

リスクマネジメントが現在の我が国の生活に必要なのか否かは、日常生活がこれら諸要因とどのような関係にあるかに依存すると思われる。まず、組織は

大規模であり、原子力発電所、ジャンボ・ジェット機、コンビナート等、巨大リスクまたは異常リスクが増加しつつある。したがって、事故が発生した場合、壊滅的な損害を被る可能性は大きい。また、損害賠償責任の追及がきわめて厳しさを増している。このような要因を見る限り、リスクマネジメントを行う素地は十分である。しかし、いまだ我が国にリスクマネジメントが定着したとは言い難い。それは、リスクマネジメントが組織に定着するかどうかは社会の制度的要因に大きな影響を受けるであろう。とりわけ重要なのは、合理的にリスクを処理しようとする人間の行動様式、ひいては意識にかかわってくる点である。



---

## C ケアリスクマネジメント(CRM)

---

### C-1 CRMの概念

#### (1) CRMとは

前章において、リスクマネジメントそのものの概念・仕組みについての整理を行った。本章以降では、有料老人ホームにおけるリスクマネジメントについて考察したい。

有料老人ホームは民間事業であり、費用の徴収方法や各種のサービスメニューはそれぞれに異なっている。基本的には高齢である入居者に対して、24時間体制で生活全般を支援するためのサービスを軸として商品構成がなされている。リスクマネジメントの観点では、日常において職員の係わりの有無を問わず、あらゆる場面で“事故発生のリスクを負担”している事業であるといえる。

さらに、発生する事故そのものは場所・場面・入居者の状況(ADLの状態、痴呆症の有無など)など個別的であり、ある意味において医療現場以上に事故発生の可能性が高いため、事故の予防や発生時の対応には、よりの確な取り組みが求められる。

このことは、国の社会福祉基礎構造改革の流れにも見てとれる。基礎構造改革においては、利用者と施設との対等な関係が示されており、これは、利用者が施設に対して様々な権利を主張できることを担保する意味を持つ。

有料老人ホームは戦後、事業が始まった当初よりホームと入居者の対等な契約関係を軸に展開されており、この点、従来の特別養護老人ホームなど公的施設で実施されてきた措置制度とは異なる。しかし、事故の防止や対応などの管理活動は、すべての高齢者向け施設において、消費者から信頼される施設の判断基準としても今後ますます重要とみなされることは必至である。そういった点でも有料老人ホームにおいて積極的なリスクマネジメントを検討することは、大きな意味を持つこととなる。

他方、事業全体で見ると、ホームの運営上で大きなリスクは経営主体の倒産であり、有料老人ホームのリスクマネジメントを考える上でもっとも重要なテ

ーマではあるが、これについては一般企業同様のリスクマネジメント体系の適用が考えられることから、本書ではこの視点でなく、あくまでもサービス提供に係るリスクマネジメントについての検討を行うこととする。

## （２）CRM実施の目的と期待される効果

有料老人ホームの現場においては、一人の入居者に対し、様々な職種の職員が関わることで日常生活が営まれている。しかし、専門分野の異なる職種が有機的に連携し、綿密な体制を組んでいたとしても、何らかの形で事故は発生する。医療機関における事故は、医療の高度化・業務の多様化などによるところが大きいですが、ヒューマンエラーによる事故が多いのは、やはり人間はどのように注意力を持続しても、必ずどこかで過ちを起こす、ということを象徴している。

サービス提供上における事故は、複数のエラー（要因）が重なったときに起こりやすい傾向があるが、「起こってしまった事故は仕方がない」という感覚では、職員への指導や研修をいくら重ねても、根本的な事故の防止にはつながらない。

ホームに求められるのは、職員自身の危機意識も高めることだけでなく、職員は不注意をおこすのだということを前提とした上で、組織的なリスクマネジメントの必要性を意識することである。そして、一人の職員が起こした事故を、個人レベルでの問題ではなく組織のシステムそのものが抱える問題である、との認識に立ち、運営管理の一環としてのリスクマネジメントを実施することであろう。

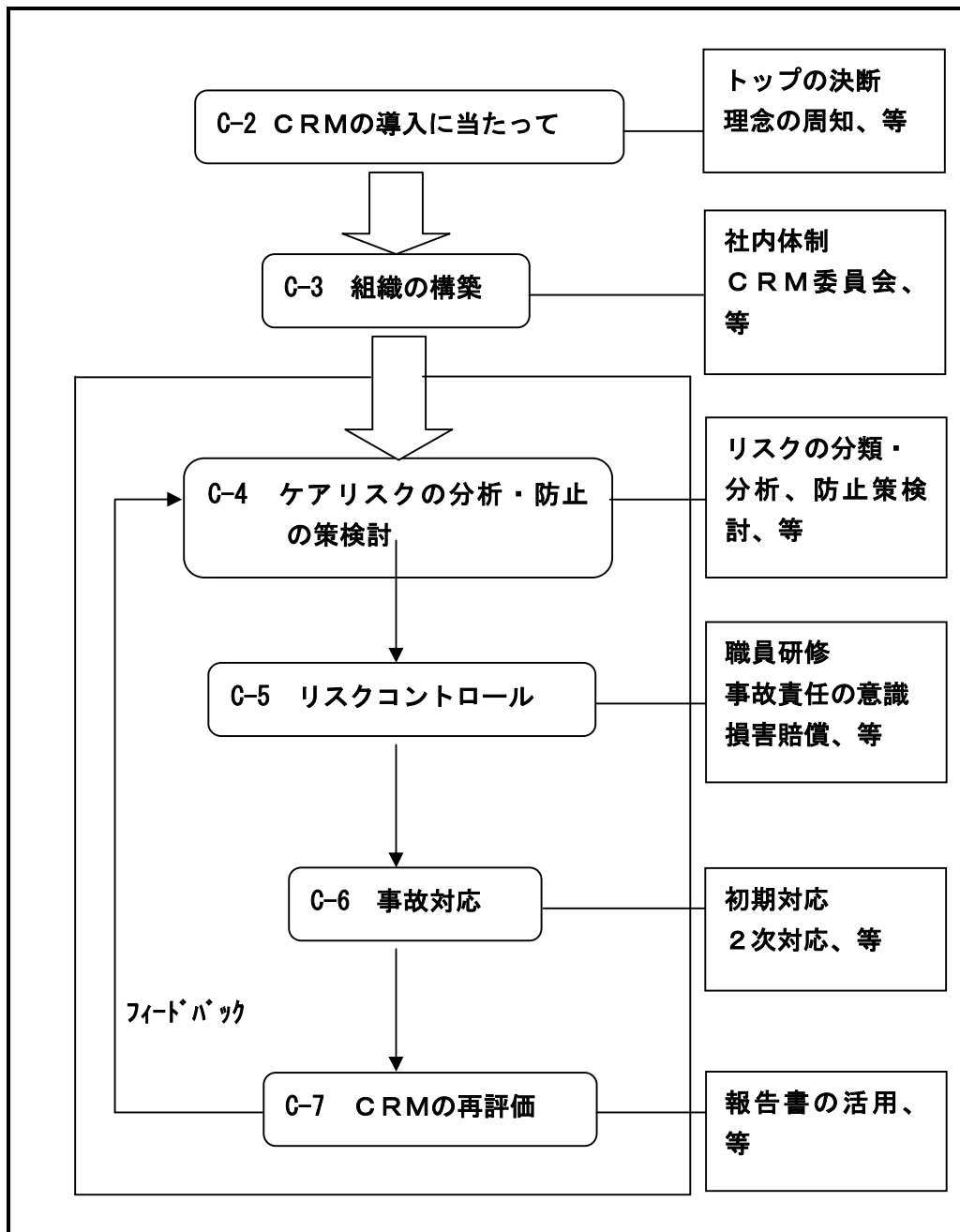
有料老人ホーム事業者には、高齢である長期居住者の安全を守り抜き、生活の質を向上させる義務がある。そのための活動の1つとして、ホームの様々な状況を把握・評価し、事故を防止するための、組織的なリスクマネジメントが求められる。この実施により、サービスの改善や職員のスキルアップ、ひいては利用者保護やサービスの質向上につながるものである。

なお、サービス提供に係る事故防止のためのリスクマネジメントを、本書では【ケアリスクマネジメント】（CRM）と称することとする。



### (3) ケアリスクマネジメントのスキーム

ケアリスクマネジメントにおける全体の流れを図示すると、以下のようになる。



これは、CRM導入からリスク管理、システムの見直しまでの、一連のサイクルである。以下、このスキームに従って検討を行いたい。

## C-2 CRMの導入に当たって

ホームがCRMに取り組む場合、まず、法人のトップの強い決断が必要となる。それには、なぜリスクを管理する必要があるのかを考えるとところから始めたい。

日常的に提供される諸種のサービスが安全性だけを意識したものになっていないか、事故が発生するたびに对症療法的な対応を行ってはいないか、個々の入居者に必要な取り組みとは何か、など、CRMを進める上での問題点を洗い出し、CRMがもたらす結果をイメージする。

商品やサービス管理の概念のひとつに「Q. A (Quality Assurance) = 品質保証」があり、これは法令の遵守や事業に係る諸規制への適応を求めるもので、いわば適性な水準を維持するための考え方である。

これに対し、近年では「Q. I (Quality Improvement) = 質の改善」が問われている。サービス提供をコンプライアンスの視点で捉えるだけでなく、組織自らがサービスの質を継続的に高め、利用者の満足と市場の評価を得ていくことが民間事業の役割である。組織全体が危機管理意識を持って、プロとしての取り組みを継続することで、結果的に良質のサービスを提供できる、という観点でCRMを捉え、取り組みの決断と職員への支援を表明する必要がある。

【提供:ベターライフ・ノア21】

## C-3 組織の構築

ここではCRMの柱となる組織的な取り組みについて、その中心となる考え方を検討したい。

先にも触れたが、CRMは、組織のトップから現場の職員までが決意を持って取り組まなければ成功しない。さらに、単に事故を予防できればそれでよい、とするのではなく、モチベーションを「事故を防止し、現状より質の高いサービスを提供することが、ひいては利用者の信頼や満足感をもたらし、さらに社会的評価を得る最良の方法である。」という点におく必要がある。

CRMの組織を構築する上で、現状の職員の意識がどこにあるかを十分に踏まえ、無理のない方法で役割分担を行い、職員のモチベーションを高めていくことがポイントとなる。

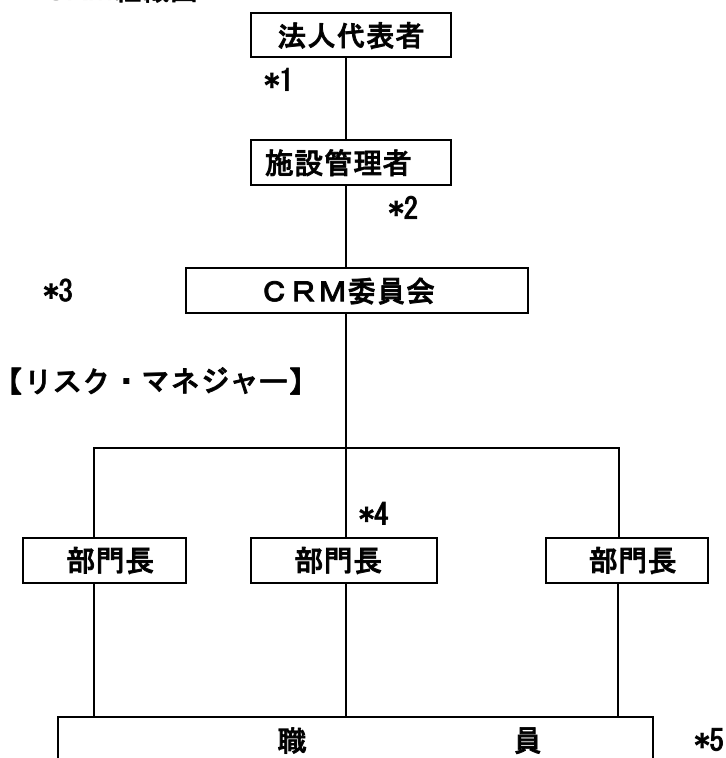
### (1) 組織体制の検討

ホームにおいて従前に発生した事故対応のあり方を評価するとき、どこに問題が所在しているのか。例えば、サービス提供部門ごとに事故対応を行い、その結果がすべての職員に共有されないまま同様の事故が発生するケースも見られたかもしれない。また、事故を回避した事例が教訓として活かされず、事故発生につながったケースがあるかもしれない。CRMでは事故防止に向けすべての部門や職種間の垣根を払って情報を共有し、連携を図ることが求められる。

特に、経営者に求められるのは、自らが率先して取り組む姿勢を表明し、必要な場合に手立てを講じるなど、組織全体のCRMをサポートする立場であることを明確に職員に示すことである。さらに、組織風土を醸成するために必要な手立てを図る必要がある。その上で、必要な組織を構築するところにある。

CRMの組織体制については、医療分野等ですでに組みが行われており、これを参考に検討すると次のようになる。

## CRM組織図



上図は、一般的な施設の組織体制にCRMの視点を加えたものである。経営者から一般職員までの組織体制の中に、CRMに特化した委員会的な部門を位置付け、ここですべてのコントロールを行うという考え方である。ここで見るそれぞれの立場、位置付けは次のようなイメージとなる。

### \*1 法人代表者

ホームの中には、法人代表者が施設長を兼務するケースも見られるが、ここでは代表者が別にいる場合を想定した。

代表者はCRMの目標・理念を自主行動基準としてすべての職員、利用者、及び関係者に周知する。事故発生時には法人を代表する者として、適切な指示・対応を図る。

### \*2 施設管理者

施設内のすべてのサービス提供を管理する立場として、CRM委員会に対し、

必要な業務を指示し、この活動を全面的に支援する。また、日常的に事故防止策について現場の声を聞きながら、よりよい手段を構築する。事故発生時には的確な情報を法人代表者に示した上で、代表者の指示を受け対応や処理等に当たる。

### **\*3 CRM委員会**

施設内の事故防止に係る一切の活動を行う(後述)。

### **\*4 部門長**

生活、食事、介護など、施設ごとにサービス提供部門が設けられているが、それぞれの部門を管理する職種においては、CRM委員会との連携を図り、情報を適切に管理、必要に応じた迅速な提供を行う。また、部門に所属する職員について必要な研修活動の提案や、業務手順の標準化を図り、業務マニュアルの作成について責任を負う。

### **\*5 職員**

日常のサービス提供を行う上で、常に事故の危険性に注意を払い、事故には至らなかったが危ないと感じた事柄については、必ず報告することで、職員間の情報共有を図る。また、個別事例について主観的な評価を極力避けるよう習慣づける。さらに業務手順等について積極的に改善提案を行う。

## **(2) CRM委員会の設置**

CRMに係る権限をある程度付与される組織である。

委員構成として注意が必要なのは、施設により介護の専門職の部門が上位にあるかのような位置付けがなされていることが考えられるが、すべての部門が有機的に連携するために組織横断的な委員構成にする必要がある。

委員会の、組織における位置付けは、事故発生時の対応の核となる役割から見ても、できるだけ各部門の上位とすることが望ましい。

CRM委員会では、

- ① 事故事例、ヒヤリ・ハット事例の分析及び事故防止策の検討
- ② 日常的なリスクコントロール
- ③ 事故発生時における社内外の一時対応窓口

など、CRMに必要な諸業務を行うものである。

基本的に、委員会の代表者をリスクマネージャーと兼務する形式で一元的な管

理を行いたい。リスクマネジャーの役割として、

- ① 事故防止にかかる各部門への指導・助言
- ② 事故発生時の窓口担当
- ③ 部門間の連携のサポート、

などがある。このため、現場経験が長く、判断力や調整能力の高い職員をリスクマネジャーとして配置することが望ましい。

法人の自主行動基準の一環として、事故防止にかかる組織の規定を定めることが望ましい。

#### 【CRM委員会運営規定 例】

(目的及び設置)

第1条 ○○○ホームは、サービス提供上の事故防止のため、ケアリスクマネジメント委員会（以下「委員会」という）を設置する。

(活動内容)

第2条 委員会は、前条の目的を達成するために、法人代表者の諮問を得て以下の活動を行う。

- (1) 事故防止対策の検討及び事例分析
- (2) 事故防止のために行う職員教育内容の検討
- (3) 事故防止のために行う法人代表者への提言
- (4) その他、事故防止に関する諸種の検討

(委員等)

第3条 委員会は、法人代表者の任命により、以下の委員をもって構成される。

リスクマネジャー	1名
生活サービス担当職員	1名
介護職員	1名
看護職員	1名
食事担当職員	1名
業務担当職員	1名
総務職員	1名

(委員会の開催)

第4条 委員会の開催は、委員長が召集し、概ね毎月1回開催する。ただし、必要に応じて臨時に開催できるものとする。

- 2 会議の記録を議事録としてまとめ、社内に公表する。
- 3 委員会の開催に当たり、委員長は関係部署に対して関係資料の提出を求

めることができる。

(事故発生時の役割)

第5条 ホーム内で事故が発生した場合、委員会は、委員長を外部対応の社内窓口として必要な業務を行う。

2 委員会は、事故原因の分析のため、関係部署に対して報告または資料の提出を求めることができる。

3 委員会は、事故に係る最終的な報告書をまとめ、法人代表者に提出する。

(事故防止マニュアルの作成)

第6条 委員会は、事故防止マニュアルを作成し、全職員に対して周知徹底を図るよう努めなければならない。

(守秘義務)

第7条 委員は、委員会の諸活動に係る情報について、委員会の承諾なく第三者に公開してはならない。



## C-4 ケアリスクの把握・分析

### (1) ケアリスクの把握

事故の防止策を検討する上で、CRM委員会がまず取り組むべきことは、ホームにおいて事故の発生原因となる可能性のあるケアリスクの把握である。

#### ①情報収集

ホーム内で発生した事故事例について、過去に遡って抽出する。その手段としては次のような方法が考えられる。

- 過去の事故報告書からの抽出
- 職員からのヒアリング
- 外部で公開されている事故事例集等と自社サービスとの比較からの抽出
- 入居者へのアンケート

さらに、事故には至らなかったが、職員から見て「危ない」と感じた事例など

についても、報告書や業務日誌等で確認すべきであろう。このように、可能な限り様々な手段を用いて、ケアリスクを洗い出すことが必要である。

ケアリスクを抽出する場合には、予測される事故を内容ごとにある程度分類することで、その後の作業がある程度簡易にできる。

#### ②事故内容の分類

##### ・大分類

1. 転倒	7. 薬の誤配・誤飲	13. 暴力行為
2. 転落	8. 徘徊・行方不明	14. 器物破損
3. ずり落ち	9. 溺れ・のぼせ	15. 交通事故
4. 誤嚥	10. 挟み込み・巻込み	16. 自傷
5. 異食	11. 閉じ込め	17. 盗難
6. 食中毒	12. 火災	17. 盗難

これは有料老人ホームや各種の福祉施設のサービス上で発生する可能性の高い事故内容を大きく分類したものである。もちろん、ホームごとに特色のある様々なサービスが提供されているため、これを加味して分類を行うこととなる。

## ・中分類

上記のような分類を行った上で、個別の場면을想定したリスクを考える。例えば上記 1. の『転倒』事故の場合、入居者のさまざまな生活場面において想定される事例が考えられる。

- －自力歩行で食堂へ向かう際、廊下で転倒した。
- －ベッドシートを整えていたとき、車椅子に座っていた利用者が突然立ち上がり転倒した。
- －トイレ介助時に、立位が不安定となり職員が支えようとしたが転倒した。
- －深夜巡回時に、居室のトイレ前でうずくまっていた。
- －共用施設に置いてあった備品の電気コードに足が掛かり転倒した。
- －散歩中に転倒した

など、1 種類の事故についてだけみても、利用者の、あらゆる生活場面に事故の危険性が存在することが分かる。

この段階での作業を確実にきめ細かく実施できるかどうかで、ケアリスクマネジメントの方向性が決まる。

【転 倒】	発生する場所	発生場面
	廊 下	歩行中
	車いす	立ち上がろうとして
	トイレ	立位が不安定となって
	居室内	機器・設備につまづいて
	館外	散歩中

こうして中分類した結果については、具体的な事故防止策を検討する際の柱となる。

## (2) ケアリスクの分析

ケアリスクをある程度系統立てて整理した後、次にそれぞれについて、「なぜそうなったのか」、の検討が必要となる。これがケアリスクの分析作業である。

ここでは、それぞれのリスクについてその背景を探ることで、発生原因を導き出す。背景となる事柄には、係わった職員の状況や利用者の状況、発生時の状況などの複雑な因果関係があるケースが多く、これらを分析するための様式を作成することから始める。

### 簡易アセスメントシート・様式例(カッコ内は記入例)

整理 No.0001 リスク種別【 転 倒 】 発生場所 【 居 室 】	⇒転倒、転落、ずり落ち、などの事故種類を記載 ⇒居室・食堂・浴室・共用 WC・廊下・階段・送迎車両、などを記載
当事者(職員)情報	職種【 介護職 】 経験年数【 3年 】 発生時の職員の関わり【 なし 】
利用者情報	性別【 男 】 年齢【 80 歳 】 入居年数【 3 年 】 要介護度【 II 】 痴呆の有無【 なし 】 身体状況【 日常はあまり活動的ではない。施設内歩行時には歩行器を使用している。 】
発生時の状況	発生時間【 20:00 頃 】 状況【 歩行時 】⇒例として、入浴時・歩行時・車イス使用時・食事時・水分補給時・排泄時・移乗時・就寝時・乗車時、などに分類して記載
事故内容	【 居室内で、トイレへ行こうとした際に、ストーブのコードに足が掛かり転倒した。ナースコールを受け訪室した。 】
発生時の対応	【 看護職員が初期処置を行った上で、病院へ搬送】
受傷程度	【 骨折 】
原因と思われる事柄	【 歩行困難な状況であるが、居室内の環境整備が十分に配慮されていなかったためではないか。】

上記は原因分析のための簡易アセスメントシートの作成例である。事故が発生したときの背景を、このような形で客観的にまとめると、原因や今後の防止策を検討する上で整理しやすい。

このケースでは、職員が関わっていない場面で発生した転倒事故を仮に示したが、一般的には職員が関わっていたケースの原因の方が、関わっていないケースよりも掘り下げやすいと考えられるかもしれない。しかし実際には、職員が関わっていたケースの方が、分析が進まないケースが多い。その障害となるのは、“責任の所在を職員に預け”てしまおうとする組織の体質や、事故に関与した職員のスキルの問題などにある。詳細は後述するが、ここでは、事故発生時点での職員の状況がどうであったか、について、できる限り正確にアセスメントをしておくことが重要である。具体的には、当事者（職員）情報欄に『職員の状況』として、事故発生時の職員の動作や思考を記入できるようにしておく、原因を探る際に有用だと思われる。

状況把握	よく見え(聞こえ)なかった・気づかなかった・見(聞き)間違いをした・見落とした、など
思考	忘れていた・知らなかった・記憶違いをした・深く考えなかった・大丈夫だと思った、など
作業動作	忙しかった・無意識に手が動いた・やりにくかった・スピードについていけなかった・身体のバランスを崩していた、など
感情	面倒になりついやった・他のことに気を取られていた・他の考え事をしていた・慌てていた・イライラしていた、など
身体状況	寝不足だった・体調が不良だった・眠くなる薬(風邪薬等)を飲んでいたら・当直だった・当直明けだった、など

このようにして、想定されるケアリスクを事故の種類や発生場所などを軸にしてまとめていくと、発生要因の傾向が見えてくる。

### (3) SHEL-MODELを用いた分析

ここで、検討の糸口として事故の発生要因分析を航空業界のリスクマネジメント形式(SHELモデル)に当てはめてみると、次のようになる。

【S:ソフトウェア】  
【H:ハードウェア】  
【E:環境】  
【L:他人】及び【L:当事者】

まず、ソフトウェア上の要因としては、業務マニュアルがあるか、又はあったとしても適切な内容か、職員のスキルが研修等で標準化されているか、等、システムとしての問題がある。

次にハードウェア上の要因としては、利用者にフィットした車いすや杖か、介護浴槽の故障はないか、など、主として使用する機器や福祉用具の問題がある。

環境要因としては、居室内の必要な箇所に手すりが設置されているか、共用部分の環境、職員の労働環境等の問題が考えられる。

さらに、職員に係る要因としては、スキルや心理状態などがあり、利用者に係る要因としては、身体的・肉体的状況や、身元引受人等の関係者との人間関係、生活様式、などが考えられる。このモデルを使用する場合には、前述のアセスメントシートの1項目として、仮に【 S 】、【 H 】などと記載しておくといよい。

以上のように、ケアリスクの抽出、分類、分析を終えたデータについて、最終的には個々の事故防止策を検討するわけだが、その前に必要な手順として優先順位付けを行っておきたい。これは、かなりのボリュームがある事故データについて、すべてを一時に検討することが困難なので、ある程度の順位を決めて取り組むためである。

優先順位を決める柱は、施設の事情によって決定する。事故の発生頻度が高い施設においては、頻発する種類の事故にまず着手し、訴訟事故の多い施設においてはその観点から、といった、施設ごとの必要に応じた順位付けを行う。この柱の例としては、

- ・ 『事故が発生しやすい場面に基づく』
- ・ 『職員の業務の流れに基づく』
- ・ 『最も事故が発生する時間帯に基づく』
- ・ 『受傷程度の高さに基づく』

など、ある指標を用いて作業を行う。

仮に、受傷程度から見ても生命に関わる危険の高いケアリスクとして『階段での転落』というリスクがある。これを高位のリスクとし、最優先事項として事故防止を検討する場合、次に、前述の SHEL モデルを当てはめた結果として、『E：手すりが敷設されていない』『L：利用者が手すりを使用してくれない』『L：職員の目が行き届かない』、といった原因が考えられるとする。こういった分析結果を表にまとめると次のようになる。

**分析結果表**

ケアリスク	危険度	S	H	E	L	L	CRM 優先順位
階段での転落	高い			手すりが ない	職員の目 が届かない	利用者の 理解が得 られない	A

これらの分析結果を活用して事故防止策を検討することとなる。

#### **(4) 事故防止策の検討**

##### **①事故防止策の検討**

###### **a. 前提条件**

事故防止策の詳細を検討する前提として、まず、法人代表者は方針を示す必要がある。その一つは、事故の発生要因をいたずらに職員個人へ向けない姿勢である。起こるはずのないことが起こるのが即ち事故であり、関与した職員の未熟さを責める事では次のステップへ進めない。

ヒューマンエラーをなくすことは不可能で、どれほど職員研修を行っても限界がある、という点を認識し、職員が起こす間違いを予測して、これを回避するための“仕掛け”をシステム（サービス内容や業務手順等）の中にかににして組み込めるか、が鍵となる。利用者の目にも分からないような仕掛け方こそが、民間のサービス事業としての商品価値にもつながるものである。

繰り返しになるが、『人は間違いを起こすもの』なのである。

さらに、事故防止策の検討に当たっては、ある防止策を採ることで、結果的に利用者の人権を侵害することにならないか、自立支援を阻害することにならないか、といった、福祉サービスの提供事業者としての社会的責任を遵守する

ことを全職員共通の認識とする必要がある。

## b. 事故防止策の検討

前章では、ケアリスクの分析に当たって航空業界のリスクマネジメントモデルである“SHEL”を使用した。この“SHEL”は、利用者に係る複数の要因による影響と利用者の状態をマッチングさせれば、最適な状態を保つことができる、という考え方に立っている。施設系サービスにおいても事故防止策を検討するためには非常に客観的に評価できると思われることから、これに沿った考え方を採りたい。

“SHEL-MODEL”でいう環境要因は、ソフトウェア(S)、ハードウェア(H)、環境(E)、当事者(L)、他人(L)、から成るが、施設のモデルとしては、(L)を、利用者(L1)、職員等(L2)と置き換える。

前章に示したケアリスクの分析結果表に基づく、具体的な事故防止策の検討様式のモデルを挙げたい。

### 事故防止策検討様式

ケアリスク	危険度	CRM 優先順位
浴室での転落	高い	A

事例	リスク種別【転落】 発生場所【介護浴室】	
	○月○日、午前10時頃、車いす用のリフトチェアで入浴介助。 洗身中に排便があったため、浴槽に入るのを中止し、シャワー浴に切り替えた。着衣のためベッドへ移乗し、バスタオルをかけ、落ち着かれている間にリフトチェアの汚れを拭いていると、利用者がベッドより転落した。看護職員を呼び、バイタルをチェック、意識レベルは正常だったが、大事を取って病院へ搬送した。骨折はないが腰の打撲。	
	SHEL	発生要因
S:ソフトウェア	<ul style="list-style-type: none"> <li>・業務手順書が整備されていない。</li> <li>・入浴介助後の設備の清掃についての取り決めがない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・失禁・排便による汚れを清掃する場合は、利用者への介助行為が完了した後に行う旨、業務手順を定める。</li> </ul>
H:ハードウェア	<ul style="list-style-type: none"> <li>・着衣をベッドで行うことで転落の危険性が生じる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・見守りが必要な利用者については、ベッドを使用しない。</li> </ul>

E:環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1名の職員による介助行為の是非の問題あり。</li> <li>・当直明けの業務だった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の状況に応じ、ケアプラン作成段階で適切な介助者の必要数を決定する。</li> <li>・当直明けの業務内容について見直しを図る。</li> </ul>
L1:利用者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中度痴呆の方であり、ご自分がベッドの上にいるということを判断できない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご本人が不穏な状態にならないような業務手順に示して留意する。</li> </ul>
L2:職員等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・大丈夫だろう、という思い込みがあった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員間で情報を共有し、研修活動にも反映させる。</li> </ul>

上記の事故事例では、複数の発生要因が一つの事故結果を生んでいる。具体的な事故防止策を検討するには、個々の発生要因を冷静かつ客観的に、『場面』として再構成しなければならない。

この場合は、ベッドからの転落事故に至った状況として、「1人の職員による介助」、「作業手順の誤り」、「利用者への思い込み」がキーワードとなっている。これらを“SHEL”に当てはめ、各々についてどのようにすれば事故を防止できるか、原因をを根気よく特定していく作業を行うものである。このとき、リスクを客観的に分析し、システムとしての事故防止策を意識しなければならない。

SHEL という各リスクについて、当該入居者の状態像に着目しつつ、まずそのリスクが受容できるものかどうかを確認し、できない場合には様々な角度からリスクを低減または消去するための具体策を講じることとなる。

ここでの留意点としては、その防止策が、

- ① 利用者の生活の障害とならないこと
- ② どの職員が業務を行っても同様の結果となること
- ③ 職員がミスをしてバックアップできるシステムになっていること、

などを意識して検討されているかどうかである。

必要な検討としては、例えば、【S：ソフトウェア】の検討では、業務の手順や段取りについて必要なマニュアルを定める、サービスの標準化を図る、な



どの検討が必要である。【H：ハードウェア】では、福祉用具の検討などがポイントとなる。平成13年に特別養護老人ホームで発生した、ベッドのサイドレールの隙間に利用者の首が挟まり死亡した事故を受け、大手ベッドメーカーが開発した介護用ベッドなど、最新の情報を入手し、検討を行う。【E：環境】では、入居者の生活環境、建物の改修や職員の労働環境等が考えられる。【L1：利用者】では、入居者のアセスメントを中心として検討が必要である。例えば、

- ① 本人の基本情報
- ② 本人のニーズ
- ③ 自立の状態
- ④ 投薬の状況
- ⑤ 生活習慣
- ⑥ ケアプラン上の問題、

など、入居者ごとに必要な事故防止策を検討する。さらに、【L2：職員】では、主として業務スキルの問題を検討する。

作成した事故防止策は、CRM委員会として施設長へ提起し、法人代表者を含め必要な改善に着手する。さらに、個別の事故防止策は入居者のケアプラン上で、リスクを記載し、リスクに留意したサービス提供方法の記載を確実にを行い、ケアカンファレンス等の機会での共有化を図る。個々の職員に対しては、部門長からミーティングや日常業務上で行業務手順の確認や注意喚起を行う。

## C-5 リスクコントロール

### (1) サービスの標準化

平成14年4月、厚生労働省より『福祉サービスにおける危機管理に関する取り組み指針』が示された。この中で、「サービスの標準化を図ることによって、提供するサービスのばらつきを押さえることができる。」、「万が一にもその業務中に事故が起こった場合、原因を特定しやすい」としている。

施設系サービスでは、業務マニュアルを定め、個々の業務手順を統一している施設と、提供内容だけを定め具体的な手順は個々の職員に委ねている施設とに大別される。サービス提供という観点からはどちらが適正かは言えないが、ことCRMの問題に限って考えると、一定の業務手順に従って提供されるサービス行為において事故が発生した場合、当該ルールに即したサービスであったかの判断がしやすく、事故防止策を立案しやすい。また、特に痴呆の利用者から見て、毎日提供されるサービスが、個々の職員によって異なる方法で行われることには不安を感じるのではないか、といった指摘もある。

参考までに、標記指針に示されている『食事に関する介護マニュアル』を再掲する。

食事に関する介護マニュアル(臥床状態で自力摂取ができない人の介助)の一例	
<p><b>介助のポイント</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の身体状況(咀嚼、消化機能など)や年齢、嗜好を配慮した献立、調理方法にする。</li> <li>・利用者の食べる(飲み込む)ペースに合わせて介助し、誤嚥をさせない。</li> <li>・利用者の意見を聞きながら介助する。</li> <li>・介助者のそぶり、言葉使いに注意する。</li> </ul>	<p><b>準備する物</b></p> <p>箸 スプーン フォーク ストロウ 利用者用エプロン(タオル) おしぼり 枕又はクッション 歯ブラシ ガーグルベース(看護師などの援助が得られる場合は、吸引器)</p>
介助手順	留意事項
<p>1. 食前の準備</p> <p>(1) 排泄又はトイレの有無を確認し、食事することを話し、了解を得る</p>	<p>①しっかり覚醒されていることを確認する。</p>

<p>(2) 姿勢を整える</p>	<p>①ギャッジベッドの場合、約 30° 起こし上半身を挙上する。  ②身体がずれないように膝関節の下に枕(クッション)を入れ下半身を安定させる。  ③頭部を前屈させ誤嚥しにくい姿勢にする。  ④片麻痺のある場合は、麻痺側の肩と上肢の下に枕を差し込み、やや挙上する。</p>
<p>(3) 手、口腔内を清潔にする</p>	<p>①含嗽できない利用者の場合、口腔内の粘りをとり咀嚼しやすくする。  ②義歯使用者は、きちんと装備してあるかどうか確認しておく。</p>
<p>(4)食事をセットする</p>	<p>①利用者から食事が見える位置にセットする。  ②エプロン(タオル)を使用し、食べこぼしなどによるシーツや衣類の汚染を防ぐ。なお、エプロンを嫌がられる場合もあるため意思を確認する。</p>
<p>2. 摂食の介助</p>	<p>①献立を説明し、食べたい物の希望を聞きながら介助する。判断ができない利用者の場合、一口ずつ嚥下を確かめ、適宜水分を交えながらすすめる。  ②水分、汁物はむせやすいので少しづつ介助する。  ③咀嚼しているときは、誤嚥の危険があるので、返事を求めるような話しかけをしてはならない。  ④のどがゴロゴロいうようであれば中断して様子を見る。  ※ゴロゴロがとれない場合は、誤嚥の危険があるため看護師等に報告する。  ⑤服薬があれば食事の最後に利用者が飲みやすい方法で(オブラートにくるむなど)介助する。  ⑥食事の摂取量を確認しておく。</p>
<p>3. 食後の介助</p> <p>(1)口腔内の清拭</p> <p>(2)安楽な体位にする</p>	<p>①義歯をはずせる場合は洗い、はずせない場合などは、利用者にあった方法で(含嗽、歯ブラシ等)口腔内をきれいにする。  ①利用者の楽な体位にして(身体の下に挿入した枕をはずす。ギャッジベッド等を元の高さに戻す等)休息ができるようにする。</p>

この業務手順例は、サービス提供中に発生する事故防止の観点と、利用者の自立支援の観点をミックスしており、使いやすい内容となっている。

また、業務手順を共通化する方法には、クリティカルパス、ケアマップ TM といったシステムなども検討の対象となる。クリティカルパスは、製造産業における作業の効率化及び生産性の向上を目指す手段として出発した手法で、医療機関において入院後の治療計画や介入する職種等をプランニングし、組織の合理的運営や入院期間の短縮などを目指したもので、米国では主としてクリニカルパス、と呼ばれる。ケアマップ TM も同義で、これらの導入により、最小のマンパワーで一定水準の医療サービスが提供できるという点で興味深く、有料老人ホームのような介護を主体とした施設で、どのようにアレンジできるか、は今後の課題の一つである。

## (2) サービスの個別化

次に、サービスの個別化についてだが、業務手順そのものは上記のような「標準化」へのアプローチを行うが、実際のサービス提供においては利用者一人ひとりに対し、その身体状況や生活状況、思考、その他の要因を踏まえた個別性の高い介護を実施する必要がある。

介護保険のサービス基準（省令 37 号）では、介護の実施について第 184 条第 2 項で「指定特定施設入所者生活介護は、特定施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行わなければならない。」と、利用者の個性に着目している。サービス提供に際し、アセスメントを実施し、利用者にあったケアプランを策定、利用者本人や家族等の同意を得るものである。

業務手順が標準化されることによって提供されるサービスが画一化するのを防止する観点でも、職員が利用者ごとのケアリスクを熟知することで、ある程度の事故発生をくい止められると考える。

また、アセスメントを実施する時には、特にその利用者に起こりうるケアリスクの検討も行い、事故予防のための具体的な留意事項などをケアプランに記載し、これについて各職員が熟知する必要がある。製造業におけるリスクマネジメントとはやや異なり、CRMにおいては同種の事故にあっても当該利用者の心身状況等によって発生要因が異なる場合があり、基本的な防止策はもとより、利用者ごとにアセスメント・ケアプラン上で特記するなどの個別対応を行う必要がある。

### (3) 職員の意識改革

CRMは組織に取り組むべきものであるが、現場の職員一人ひとりの自己努力なしには進まない。

まず、職員自身による健康管理が重要である。また、介護サービスには同じ動作を繰り返す場面が多いため、慣れが生じてしまう。しかし、サービスは同じでも利用者個々に心身状況が異なるため、画一的な作業と捉えると事故発生の危険性は高まることから、確実にサービスを実施するような注意力と判断力が求められる。

また、サービス提供中に事故の危険を感じた場合は、自力で何とかしなければ、といった焦りが生じるが、自力で処理することだけを考えず他の職員に協力を求める態度が必要である。

ここでは管理職及び職員の、事故に際しての意識を探ることで、どのような意識改革を図る必要があるかを検討したい。

#### 事故発生時の職員の係わり

	全 体		事故事例		ヒヤリ・ハット事例	
	件数	構成比(%)	件数	構成比(%)	件数	構成比(%)
職員が関わっていた	565	40.3	411	37.5	154	50.3
職員が関わっていなかった	732	52.3	614	56.1	118	38.6
不明	104	7.4	70	6.4	34	11.1
サンプル数 (%ベース)	1,401	100.0	1,095	100.0	306	100.0

全体から見ると職員が関わっていたときの事故が約 40%を占める。内訳としては事故事例で約 37%、ヒヤリ・ハット事例で約 50%となっているが、この「職員の係わりがない」場合の事故が、必要とされる場面に職員がいないために起こったものか、夜間等、入居者が居室に一人である場面での事故が多いのかは、別項にて検討したい。

次に、事故に係わった職員のフェイスについては以下のようになっている。

### 事故に係わった職員の職種

	全 体	
	件数	構成比(%)
介護職員	1,069	76.2
看護職員	127	9.1
事務職員	36	2.6
生活ヘルパー	31	2.2
業務職員	7	0.5
栄養士	7	0.5
調理員	14	1.0
PT・OT	4	0.3
施設管理者	8	0.6
運転手	7	0.5
その他	45	3.2
不明	46	3.3
サンプル数 (%ベース)	1,401	100.0

### 職種別の経験年数

	全 体	
	件数	構成比(%)
1年未満	231	16.5
1～4年	556	39.7
5年以上	471	33.6
不明	143	10.2
サンプル数 (%ベース)	1,401	100.0

圧倒的に介護職員の係わった事故が多く、次いで看護職員、以下、すべての職種が何らかの形で事故に係わっていることが分かる。また、係わった職員のホームでの勤務年数を見ると、予想に反し、比較的技能が高いであろうと思われる年数の職員のシェアが高い。

職員が係わっていたときに起こる事故で最も多いのは『転倒(32.8%)』、以下、『薬の誤配・誤飲(11.4%)』、『ずり落ち(11.2%)』、『誤嚥(8.5%)』、『挟み込み・巻き込み(7.3%)』となっている。

次に、職員が係わっていた事故において当事者である職員がどのような状況にあったのか、心理状況や身体状況、勤務状況別にデータを分析した結果を示す。

### 状況把握

	全 体	
	件数	構成比(%)
よく見えなかった	70	5.0
気が付かなかった	487	34.8
見間違いをした	30	2.1
見落とした	157	11.2
普通	320	22.8
その他	284	20.3
不明	98	7.0
サンプル数 (%ベース)	1,401	100.0

### 思 考

	全 体	
	件数	構成比(%)
忘れていた	37	2.6
知らなかった	118	8.4
記憶違いをした	16	1.1
深く考えなかった	150	10.7
大丈夫だと思った	520	37.1
普通	335	23.9
その他	149	10.6
不明	122	8.7
サンプル数 (%ベース)	1,401	100.0

### 作業動作

	全 体	
	件数	構成比(%)
忙しかった	232	16.6
無意識に手が動いた	81	5.8
やりにくかった	54	3.9
スピードについていけなかった	48	3.4
身体のバランスを崩していた	60	4.3
普通	691	49.3
その他	143	10.2
不明	125	8.9
サンプル数 (%ベース)	1,401	100.0

### 感 情

	全 体	
	件数	構成比(%)
面倒になりついやった	3	0.2
他のことに気を取られていた	209	14.9
他の考え事をしていた	9	0.6
慌てていた	91	6.5
イライラしていた	3	0.2
普通	882	63.0
その他	98	7.0
不明	131	9.4
サンプル数 (%ベース)	1,401	100.0



### 身体的状況

	全 体	
	件数	構成比(%)
寝不足だった	6	0.4
体調が不良だった	8	0.6
眠くなる薬を飲んでいた	0	0.0
当直だった	171	12.2
当直明けだった	68	4.9
普通	991	70.7
その他	44	3.1
不明	124	8.9
サンプル数 (%ベース)	1,401	100.0

事故発生時点での当事者（職員）の状態として、まず状況の把握について『気が付かなかった』という回答が最も多く、事故が発生する可能性についての認識が不足、あるいは1名で複数の入居者へのサービスを行っていたケースなどがあることが分かる。また、思考の部分でも同様に『大丈夫だと思った』の回答が多く、当該利用者に発生しうる各種の事故について、高齢者にはどのような事故が発生しうるのか、さらに入居者個別に起こりうる事故予測が事前に分析されておらず、サービス提供に反映されていないのではないか、といった疑問を感じ得ない。

また、作業動作と職員の感情面ではそれぞれ「忙しかった」「他のことに気を取られていた」などのシェアが高く、作業がルーチン化されてしまい、入居者不在とまではいかないものの注意力、判断力が散漫になっているような印象を受ける。

さらに、すべてのデータを通して顕著なのは、『普通』とする回答が非常に多いことである。当事者の勤務年数の長さにかかわらず、本人が『普通』と感じる状況でサービスを提供している時にこそ、事故が多く発生することが分かる。

職員にとっての『普通』の感じ方も、それぞれのスキルにより異なることから、サービス部門の管理職には、職員のスキルを個別に見極め、業務分担や研

修活動を行う必要がある。

このことは、事故に関する管理者（施設長等）の捉え方に見てとれる。個々の事故に対して管理者が原因と認識しているものには、当事者である職員の状態観察の不十分さや判断ミスなど、職員のスキルそのものを指摘する意見が多く、『普通』であったと感じる職員とは対照的である。

また、業務確認の不十分さを指摘する意見もあり、部門内、部門間の連携、コミュニケーションといった問題も内在していると思われる。

### 管理者から見た事故原因

	全 体	
	件数	構成比(%)
状態観察が不十分だった	719	51.3
判断に誤りがあった	345	24.6
業務確認が不十分だった	271	19.3
建物の構造・設備	134	9.6
職員が少なかった	119	8.5
知識不足だった	107	7.6
技術が未熟だった	103	7.4
同僚の引継に誤りがあった	25	1.8
上司の指示に誤りがあった	19	1.4
他の職員と協働時の技術差があった	15	1.1
その他	204	14.6
不明	115	8.2
サンプル数 (%ベース)	1,401	100.0

組織的に取り組むための重要な要素として、職員研修等の活動がある。具体的には、

- ・ OJTで、業務に際して危険と考えられるポイントを押さえる。
- ・ 危機管理意識の啓発やCRMの理念・目的・マネジメントのスキーム、ケアリスクについての講習会を実施する。
- ・ 実際に起こりうる事故について、例えば『転倒』事故について、杖を使用した歩行時の転倒、介護者が腕を支持して歩行する際の転倒、ホーム

内の段差のある場所での転倒、車椅子からの転倒など、様々な発生場面を想定しての演習を行う。

- ・ 一人の入居者について、ケアカンファレンスで具体的な対策を検討する。
- ・ 外部のリスクマネジメントに関する研修会への参加、外部講師の招聘などがあるが、いずれも職種を問わず全ての職員について行うことが望ましい。

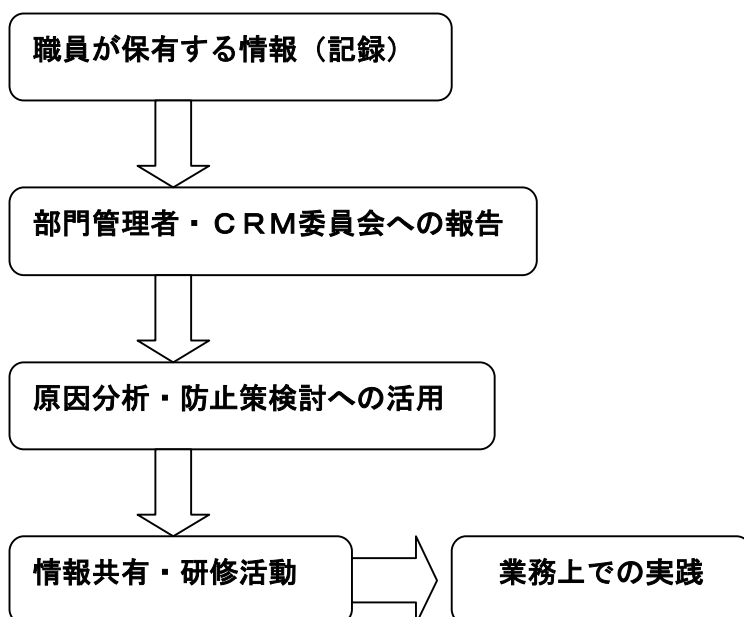
## (4) 情報共有

### ①記録・報告

事故の発生は、日常的な事例の積み上げと分析によっても抑えることができる。そのためには、各職員からの報告が不可欠である。

従来の施設系サービスでは、事故になりかけたような事例を報告する職員の意識が薄かった、という声も聞かれる。それは、このような類の報告を上司に行うことで、自分がマイナスの評価を受けるのではないかと、という不安、他方、管理者には、事故発生の原因を安易に当事者である職員に求め、事故の根本的な原因究明まで至らなかったことなどが作用していたのではないだろうか。管理者、職員ともに意識の統一が図られておらず、事故の防止策を検討する組織の風土が醸成されていなかった点に問題があったとも言える。

しかし、CRMにおいては、徹底した情報共有が求められる。よほどのことがない限り、当該事故はどの職員が担当していても発生し得た事故である。管理者が闇雲に職員の評価を上げ下げできるような人事システムの問題も含め、ケアリスクマネジメントの実施に伴い、積極的に職員からの報告を受け入れることで、組織としてのメリットにつながることを周知するなどして、報告を奨励すべきである。



事故報告書様式は各ホームで工夫していると考えられるが、CRMの主眼は、いかに効果的に事故を防止するシステムを作れるか、にかかっている。このために不可欠なのは、ホーム内のあらゆる事例が担当者から管理者、CRM委員会へ正確かつ客観的に報告されることである。特に、ヒヤリハット事例は、事故につながる可能性を持つ事柄であり、非常に貴重なデータとなる。

サービス業のクレーム報告と同様に、サービス提供上の報告物は、ともすれば記入者の主観が強く反映されやすい。様式を作成する際には、次の点に留意する必要がある。

- a. 多忙な業務の中でも単時間で記載できるチェック式にし、自由記述欄は必要な内容にとどめる。
- b. 前述の【SHEL】的な作業を行う場合は、原因分析を行いやすいように項目を整える。

このような考え方で作成した例が次のような様式である。

#### 事例報告書例(様式:A4両面)

		報告日:H . . .	報告者:
事例種別	事故・ヒヤリハット		
職員	職種	介護・看護・事務・業務・食事・〇〇	
	勤務年数	年	
利用者	フェイス	氏名:	年齢: 歳 男・女
	要介護度	自立・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5	
	痴呆による日常生活の自立度	O I II III IV V M 不明	
	障害による日常生活の自立度	J A B C 不明	
	身体状況		
事例	発生日時	平成 年 月 日 午前・午後 :	
	場所	居室・レストラン・共用浴室・共用WC・廊下・階段・エレベータ内・送迎車両内・( )	
	職員の係り	有・無	
	状況	入浴時・歩行時・車いす使用时・食事時・水分補給時・排泄時・移乗時・就寝時・乗車時・リハビリ時・( )	

	事例内容	転倒・転落・ずり落ち・誤嚥・異食・食中毒・ 薬の誤配・行方不明・溺れ・暴力行為・器物破損・ 交通事故・火傷
	具体的内容(事故対応経過)	(自由記述)
職員状況	状況把握	よく見え(聞こえ)なかった・気づかなかった・見(聞き)間違いをした・見落とした・普通・( )
	思考	忘れていた・知らなかった・記憶違いをした・深く考えなかった・大丈夫だと思った・普通・( )
	作業動作	忙しかった・無意識に手が動いた・やりにくかった・スピードについていけなかった・身体のバランスを崩していた・普通・( )
	感情	面倒になりついやった・他のことに気をとられていた・他の考え事をしていた・慌てていた・イライラしていた・普通・( )
	身体的状況	寝不足だった・体調が不良だった・眠くなる薬(風邪薬等)を飲んでいて・当直だった・当直明けだった・普通・( )
管理者	氏名	
	家族等への報告	行った・行わなかった
	原因と考えられるもの	業務確認が不十分・状態観察が不十分・判断の誤り・知識不足・技術が未熟・上司の指示の誤り・同僚お引継ぎの誤り・職員が少なかった・建物の構造や設備・( )
	当該事例の危険度	高・中・低
	業務改善の必要性	なし・あり( )

このような様式を使用して各部門及び部門管理者から報告された内容について

て、CRM委員会にて一括管理を行い、原因究明及び必要な防止策を検討、全部門にフィードバックする。

## ②情報伝達・職員間の連携

職員間の情報伝達や、コミュニケーション上で障害があることによって、様々な混乱が生じるケースが多い。これを防止するには、口頭でのやり取りを極力減らし、文書、ミーティングでの複数職員への伝達、チェック機能の設置など、情報伝達の手段をホームなりに工夫する必要がある。

職種間の連携には、CRM委員会の委員構成が各部門の職員からなることから、基本的な情報伝達は可能となる。しかし、こうした場だけでなく、日常業務において各職員が情報交換を行えるような環境づくりも組織的に進めるべきである。特に、介護及び看護部門間、介護及び事務部門間の連携などを積極的に進めたい。

コミュニケーション・ギャップからくる問題例として、仮に夕食の食事介助中、誤嚥を起こした入居者がいたとする。直接の原因としては、食材の刻み方に問題があったと特定された。しかしこの方がたまたま日中の館外行事へ参加をしていた方で、事務職員からはかなり身体的に疲労が見られており、この事実を介護職員に申し送りをしていれば、食事介助のペースをもう少し落とせ、事故には至らなかったかもしれない。個々の利用者の生活をサポートするための各種のサービスは多くの職種によって提供されていることから、利用者の状態像に着目し情報交換を行うことも事故防止策の一つとなる。また、サービスに当たる職員は、自分が担当する時間を断面として捉えるのではなく、利用者の生活そのものに留意すべきである。

## ③利用者・家族とのコミュニケーション

利用者や家族との間に、日常的なコミュニケーションが図られている場合、仮に事故が発生してもその後の対応においては、比較的円滑に協議等が進むと考えられる。

介護保険のサービス基準にも示されているが、利用者一人ひとりの状況、サービスに対する希望などを知るためにも、ホームから積極的にアプローチを行うことで、利用者や家族の思いを知ることができる。

ケアプランに記載された入浴介助を普段と同じ手順で実施する際でも、事前に利用者への内容確認を行い、仮に気分が優れない、何らかの痛みを訴える、などの申し出があれば、代替方法を用意するかサービスを中止するなどの速やかな判断が可能となる。このことは事故発生の要素をなくすだけでなく、利用

者本位のサービス提供につながるものとなる。

また、家族（身元引受人）とのコミュニケーションも重要である。ホームから家族への連絡方法は、緊急時連絡以外には月1回程度の通信物等による近況報告が多いと思われる。連絡が必要な事項をあらかじめ家族と決めておくべきで、また、自立者向けのホームの場合は、身内の中でキーマンとなる相手が分かりにくいことから、この対応も重要となる。要介護者の場合、家族から「お任せします。」と、具体的な意思表示がなされない場合も多い。さらには、連絡されることを嫌がる家族、亡くなるまで連絡しないでほしい、という家族さえある。

近年問題視される身体拘束においては、「必要に応じて拘束してくれないと事故が起きる。」と、むしろ家族から投げかけのある場合が少なくない。しかし、ホームとしては拘束してほしいと言われることを、逆説的にホームへの信頼感が欠如していると受け止め、代替方法の検討や家族の理解を得るための努力を積み上げていく必要がある。

これは、有料老人ホームならではの問題といえる。

## **(5) 事故責任について**

事故発生に伴って、利用者や家族から訴訟を起こされるケースも想定される。訴訟問題は、サービス提供に過失があると見られる場合だけでなく、結果として利用者や家族とのコミュニケーションに問題がある場合にも起こりうる。

### **①ホームの法的責任**

高齢者向けの施設における事故に係る訴訟は、過去において極めて少ない。ほとんどなかったと見てよいのではないか。そこには訴訟手続きの煩雑さも一つの理由ではあったが、やはり終身利用する施設への入居者の感情面、事後のホームとの関係への懸念があったり、ホーム側が当初より和解案を提示するなど、の理由もあったと推測される。

ここ数年では、いくつかの訴訟が起こされるようになってきた。

例えば、食事中に食べ物が喉に詰まったが、施設が緊急対応を行わなかった特別養護老人ホームでの過失責任による有罪判決、同様の事故だが発生後に職員による緊急対応が行われたことにより棄却されたケース、隔離された痴呆症の利用者が窓から転落死した老人保健施設の、管理責任に対する有罪判決など、ホームのサービス提供にかかる責任そのものを追求する裁判が微増しているものである。



上記の判例は民法第415条並びに同第715条に係るものだが、ホームと利用者の法的責任の関係は、おおむね次のような内容と考えられる。

○管理責任（安全配慮義務に基づく）

◎民事責任（債務不履行責任と不法行為責任など。被害者の金銭的救済を目的とする。）

◎刑事責任（業務上過失傷害罪など。刑事処罰を目的とする。）

ホームにおける具体的な民事責任としては、

a. 法人→利用者

－債務不履行責任（民法第415条）

入居契約上の義務の不履行または不完全履行によるもの。

－使用者責任（民法第715条1項）

職員が故意または過失（不法行為責任）により損害を与えた場合、使用者も同一の損害賠償責任を負うもの。

－土地工作物責任（民法第717条）

土地工作物の安全性の欠如により入居者に損害を与えた場合に負うもの。

b. ホーム管理者→利用者

－代理監督者責任（民法第715条2項）

職員の使用者である法人に代わって事業を監督する者（ホーム長等）も損害賠償責任を負うもの。

c. 職員→利用者

－不法行為責任（民法第709条）

故意または過失により違法に損害を与えたことによるもの。

－過失行為責任（民法第709条）

ホームが利用者の監護を怠ったなどの過失があることによるもの。

など、立場と関係によってその責任範囲が異なる。

先の訴訟例はいずれも民法に基づく判決だが、1998年の民事訴訟法改正により、従来は煩雑であった訴訟手続きが簡易になったこと、法人にとり訴訟に伴う文書提出義務の範囲が広がったこと、さらには社会福祉基礎構造改革における利用者とホームの対等な関係という位置付けなどをみても、今後、ホーム内の

事故に係る訴訟は当然増加していくと考えられる。事業者においては、CRMへの取り組みや、質の向上への取り組みについて、利用者や家族等へ周知し、理解を求めた上でサービスを提供することが望ましいと思える。その上で、毎日のサービス提供にあつては各種の記録を保全し、ある意味で訴訟に備えるための管理業務も必要となってくるのではないかと。

## ②安全配慮義務

法人の債務不履行ひこう責任には、職員の過失責任以外にも、ホームの設備などが、法令等に定められた基準を満たさないことによるものもある。

また、法人は、入居者が安全に生活することに配慮すべき義務を負っている。

事故に伴う事業者の責任範囲を考えると問題となるのは、この、ホームの入居者に対する「安全配慮義務」についてであろう。

明らかに職員の過失で利用者に損害を与える場合のみならず、例えば自立した入居者が夜間、居室で事故を起こすなど、直接職員が係わっていない場合、ホームとしてはどこまでの責任を負うのか、などといった問題である。

施設と入居者は、「入居契約」という契約を締結することで、法律上の契約関係となり、債権債務を負うものである。これによりホームは約したサービスを利用者に提供する義務を負い、利用者はそのサービスを受ける権利を持つものである。ただし、ホームには必ずしも契約書に規定がされていなくても、利用者を守るため、信義上の義務を負う責任をもつ。

昭和56年2月、最高裁判所は次のような判例を示している。

『ある法律関係に基づいて特別な社会的接触関係に入った当事者間においては、一方が他方にその生命及び健康を危険から保護するよう配慮する義務(筆者注:安全配慮義務)を信義則上負っていると解するべきである。』

契約書に規定されていなくても、当該契約の付随義務として、ホームは利用者の「生命」及び「健康」等を「危険」から保護する義務を負っているのである。実際の裁判では個々の事故内容に応じてホームの安全配慮がどこまでいきわたっていたか、が個別に問われることになる。

ホームが具体的に安全配慮を尽くしていたかどうか、という判断根拠については、一つは事故の「予見の可能性」、もう一つは「回避の可能性」がポイントとなる。ホームは当該事故の発生を予測することができていたか、事前にアセスメントが行われ、ケアプランが適切に作成されていたかなど、事故を回避するためにどのような手段を講じたかであり、これらを行わなかった場合、ホームの過失責任は重く問われることとなる。また、職員においても、プロとして相応の高度な注意力が求められる。そもそもホームには事故の危険があり、

そこへ入居する高齢者への介護提供者には専門的な知識や技術が求められているのである。「業務上過失」責任等の刑事責任でいう「業務上」は、ある一定の資格や能力を持つ者の行動を示している。つまり、ホーム及び職員には、入居者の生活上、発生し得る危険を予測し、事故に至らないための方策を積極的に実践することが求められているのである。

また、職員が事故を起こした場合の過失認定に際しては、同じ職業や社会的地位にある通常人と比較して、客観的にその水準を満たしたかどうかを問うのが一般的である。

他方、被害者である入居者の過失責任は上記の真逆で、「本人に危険を予見する可能性があったか」、「本人に事故を回避する能力があったか」、という点において過失を判断することとなる。

また、職員体制についても考える必要がある。前述の、損害賠償請求が棄却されたケースにおいては、入居者の誤飲事故の際に介護職員がタッピングすると同時に、そばにいた看護職員が指で異物を掻き出し、吸引機による吸引を行い、速やかに医療機関へ搬送したことが結果的にホームの過失を否定することとなったものである。このケースから考えなければならないのは、昨今問題になっている、介護職員がどこまで緊急対応に関与できるか、といった医療との関係性の問題と、3食の食事時間帯における看護職員の配置の問題である。

他方、今回の調査データの中にも、過去に、事故を防止するために拘束を行うことを防止策とした、とするケースが少なくない。このことはCRMとは別の問題として、入居者の人権を尊重し満足と信頼を得るためにホームが組織的に努力を重ねた結果、やむを得ず残った拘束行為なのか、事故の危険を回避するためだけに安易に行ったものなのか、ホーム自らが検証すべき課題である。

事故防止の議論においては、利用者を管理し、危険から遠ざけることによる「安全」を優先するのか、多少は事故の危険性があっても「自由」に生活していただくのか、といった検討が行われることが多い。事故を起こさないためには、当然に利用者の中から危険因子を除去することでリスクは軽減される。しかし、ホームが安全配慮を最大限行った結果として発生した事故については、事故責任は減じられる。このことから、ホームは利用者一人ひとりの生活に着目し、危険はあるがその人らしく生きていただくためにどのようなサポートできるか、家族も交えて検討を行い、「安全」か「自由」かの一元論だけではすまさない検討を行うことが重要となる。

## (6) 損害賠償について

事故の発生に伴う損害賠償については、まず、ホームと入居者の間で締結される入居契約における損害賠償を免除する規定を制限するため、消費者契約法では債務不履行に対する免除について次のように規定している。

(事業者の損害賠償の責任を免除する条項の無効)

第8条 次に掲げる消費者契約の条項は、無効とする。

- 一 事業者の債務不履行により消費者に生じた損害を賠償する責任の全部を免除する条項
- 二 事業者の債務不履行（当該事業者、その代表者又はその使用する者の故意又は重大な過失によるものに限る。）により消費者に生じた損害を賠償する責任の一部を免除する条項
- 三 消費者契約における事業者の債務の履行に際してされた当該事業者の不法行為により消費者に生じた損害を賠償する民法の規定による責任の全部を免除する条項
- 四 消費者契約における事業者の債務の履行に際してされた当該事業者の不法行為（当該事業者、その代表者又はその使用する者の故意又は重大な過失によるものに限る。）により消費者に生じた損害を賠償する民法の規定による責任の一部を免除する条項

また、介護保険法上の指定特定施設サービス基準では、第137条2項で損害賠償を速やかに行うこと、としている。

事故後の社会的・経済的損失などのリスクをヘッジする方法の一つに、保険への加入がある。保険には、大きく、

- ①賠償責任保険（被保険者であるホームが、利用者等に対して法的責任を負担したことによる（過失を認めたことによる）損害を補填するもの）
- ②傷害保険（被保険者である利用者が、傷害を負ったことによる損害を補填するもの）、

の2種類がある。

一例として、社団法人全国有料老人ホーム協会が行っている保険には、「有料老人ホーム賠償責任保険」がある。

これは、事業者が対象サービスの業務遂行または遂行後、その業務に起因した事故により、利用者に対して生命・身体に損害を与えたり、財物の損害を与えた場合、事業者が負担する法律上の損害賠償責任を補償対象としており、損害

賠償金・訴訟費用等を支払われる。また、利用者から預かった財物に損害が生じた場合の賠償や、介護保険サービス上の損害に対しても補償するものである。

○想定される主な賠償事故例

1. 施設や設備に起因する事故
  - ・ 職員が利用者を、ベッドから車いすへ移乗させる際、不注意で利用者が転落し、怪我をさせた。
  - ・ 居宅介護支援事業の訪問調査の為、利用者宅を訪問、誤って置物を破損してしまった。
2. 生産物に起因する事故
  - ・ ホームが提供した食事が原因で食中毒が発生した。
3. 受託物の事故
  - ・ ホームが管理するトランクルームで火災、盗難、漏水などが発生し、財物に損害が生じた。
4. 人格権侵害
  - ・ 利用者の個人情報や外部に漏洩し、プライバシー侵害で訴えられた。
5. 純粋経済損害
  - ・ ケアプランの作成ミスにより、本来必要なサービスが受けられず、過大な経済負担が発生し、利用者から損害賠償を請求された。

次に、事故発生時の保険会社への手続きについてだが、上記保険においては、ホームは最低限次のような対応を行わなければならない。

①保険会社への事故内容通知（即時）

- －ホーム名、住所、電話番号
- －事故発生の日時、場所、状況
- －被害者の氏名、年齢、性別
- －保険契約内容

②示談や訴訟に際して

- －被害者からの損害賠償請求に対して、その全部または一部を承認する場合には事前に保険会社へ連絡すること。

### ③保険金請求に要する書類

－保険金請求書(所定様式)

－損害賠償を証明する書類

- ・対人賠償 示談書、診断書、治療費明細書、死亡証明書、警察署や消防署の事故証明書、等
- ・対物賠償 示談書、修理見積書、写真、警察署や消防署などの事故証明書、等

次に、上記保険の過去数年間における保険支払事故を見ると、

歩行中、段差につまずき転倒し右大腿部を骨折した。
痴呆症の利用者がトイレから部屋に戻る際、介護職員が付き添わなかったため、同室者に押されて転倒した。
服のポケットに補聴器が入っていることに気づかず洗濯したため、破損した。
利用者を車いすからベッドに移乗させる際、転落させた。
利用者が食堂で椅子から立ち上がった際、椅子の足が折れたため転倒し、負傷した。
チューブで食事を経口摂取している利用者の更衣介助の際、チューブをつけたままで負傷させた。
利用者をガラス壁に誤って衝突させ、負傷した。

など、介護サービスを提供する際の事故や、ホームの安全配慮に係る損害賠償などが見られる。

介護保険の指定事業者には、賠償事故が発生した場合は、速やかに賠償することが求められている。また、消費者契約法では事業者の債務不履行により生じた利用者の損害の全部または一部を免除する契約条項は無効とされており、ホームには経済的損失を担保する意味合いからも、損害賠償保険に加入する必要がある。しかしながら、保険の加入により、安全配慮義務に対するホームの責任観念が希薄になることがないよう、注意が必要である。

他方、散見されるケースとして、事故発生後、家族等との話し合いにより和解金的な費用を支払うことでことを収めようとする動きがあるが、これは、ホームの責任の所在を不明確にするばかりでなく職員のモチベーションを下げるといった結果を招きかねないため、この点を十分に踏まえた上で、ホー

ムとしての対応を検討すべきである。

## (7) 苦情解決体制の整備

### ①ホームにおける取り組み

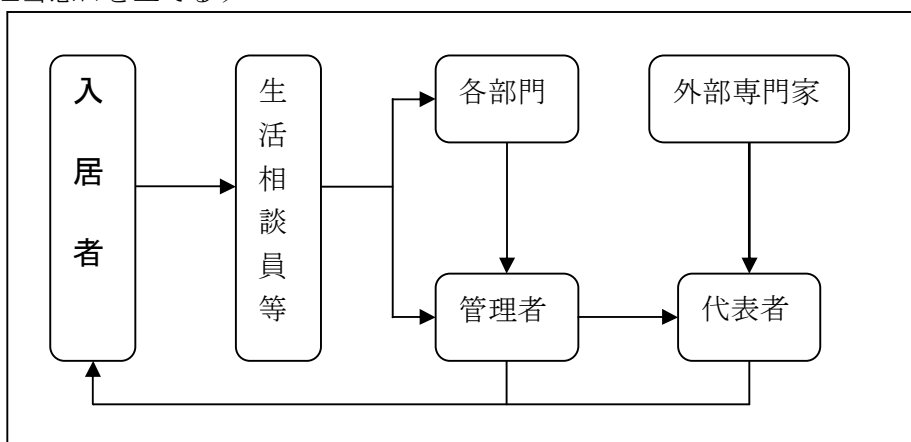
上記の訴訟問題に関連して、利用者や家族からの苦情に対する適切な対応も、訴訟等の紛争を回避できる余地があることに触れておきたい。

まず、利用者及び家族からの日常的な苦情・意見については、すぐ対応できること、時間をかけて対応すること、現状では対応が困難であることなど、問題を分析した上で、円滑な処理、円満に解決しようとする姿勢、真摯な態度で対応することが必要である。

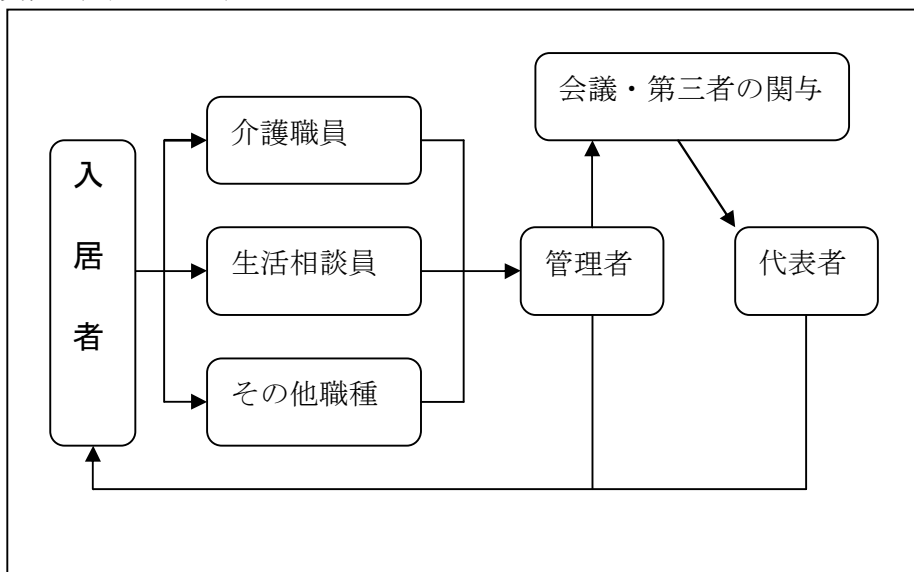
ホーム内で苦情解決が図られず、外部機関に持ち込まれる苦情の多くには、ホーム側の説明不足や苦情を受け付ける際の態度の問題等、ホーム内で適切な対応さえ行われていれば内部で解決できたであろうケースが散見される。

ホームでは、生活相談員等が苦情受付の一時的な窓口になると考えられる。苦情解決に関する責任者を決め、社内処理の方法を決め、これらを利用者及び家族に周知すること、また、苦情を受ける際の職員の態度など、コミュニケーションのための専門的な技術も必要となる。入居者や家族からの日常的な、生活環境やサービス提供にかかる苦情を、的確に処理することで、事故防止につながる例は多い。

#### a. 担当窓口を立てるケース



b. 複数の職種が担当するケース



平成 14 年 7 月に改正された国の「有料老人ホーム設置運営標準指導指針」では、苦情処理に関して次のように規定している。

『入居者の苦情に対し迅速かつ円滑な解決を図るため、設置主体において苦情処理体制を整備するとともに、外部の苦情処理機関について入居者に周知すること。』

また、介護保険指定事業者に係るサービス基準においても、苦情への迅速かつ適切な対応を求めており、自治体や国保連からの調査協力や指導、助言に従って所要の改善を行うこと、とされている。

組織的に苦情解決体制を設ける上で、CRM委員会などがその役割を兼ねることも一つの考えであろう。



## ②社団法人全国有料老人ホーム協会の取り組み

苦情解決に向けた社内組織を整備するに当たって、社団法人全国有料老人ホーム協会では、利用者からの苦情を解決するための外部機関を設けている。

平成13年度に入居者や家族から寄せられた苦情の一部を紹介する。

○騒音や水漏れへの対応で、ホーム側の誠意のなさに退去を決めた。

○ホームの責任者が交代し、以前に比べサービスの質において目に余ることが多い。

○介護サービスの説明があいまい。すべてにおいてアバウトすぎる。

○人手が不足していて、契約書どおりのサービスを受けていない。

○敷地内のマンホールにつまづき転倒、入院した。ホームの補償はどうなるのか。

○介護職員の態度や言葉遣いが悪すぎる。お世話してやっている、という態度である。

協会の苦情解決に向けての事業スキームは次のとおりであり、社内において苦情解決の仕組みを作成する上での参考とされたい。

### **(社) 全国有料老人ホーム協会苦情処理委員会設置及び運営要綱**

(設置)

第1条 社団法人全国有料老人ホーム協会（以下「協会」という。）加盟ホームの設備及び運営に関し、老人福祉法第31条の2第2項の規定に基づき、入居者等からの協会に対する苦情申立について、迅速かつ適切に対応するため、協会に苦情処理委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(所掌事項)

第2条 委員会は、次に掲げる事項について調査審議し、協会理事長（以下「理事長」という。）に報告し、意見を述べるものとする。

一 現地調査に関する事項

二 サービスに係る処遇の内容に関する事項

三 サービスの利用契約の締結に関する事項

四 前三号に掲げるもののほか、委員会が必要と認める事項

2 委員会は、苦情の申し立てに関し、関係当事者間の斡旋及び調停その他必要な措置を行うことが出来る。

(委員会における調査)

第3条 委員会は、前条の調査審議にあたり、協会事務局員に対して、補助をさせ

ることが出来る。

- 2 委員会が、前条各号に掲げる事項の調査を行うときは、調査内容を明記した書面により申立人、関係人または当該調査の相手方に通知するものとする。

#### (組織)

第4条 委員会は、理事長及び理事長が委嘱する別表に掲げる分野又は団体等の関係者による非常勤の委員9人以内をもって組織する。

- 2 委員会に委員長及び副委員長をおき、委員の互選によってこれを定める。
- 3 委員の任期は2年とし、再任を妨げない。
- 4 前項の規定にかかわらず、委員が欠けたときにおける補欠委員任期は、前任者の残存期間とする。
- 5 委員は、職務上知り得た秘密を漏らしてはならない。委員の職を退いた後も同様とする。

#### (委員長の職務)

第5条 委員長は会務を統括し、委員会の議長を務める。

- 2 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故あるときは、その職務を代理する。

#### (委員会の開催)

第6条 委員会の定例開催については、理事長が別に定める。ただし、委員長が必要と認めるときは、臨時に開催することができる。

#### (会議)

第7条 委員会の会議は、委員長が召集する。

- 2 委員会は、3人以上の委員から委員会開催の申し出がある場合は、委員長は委員会の開催を召集しなければならない。
- 3 委員会は、委員の二分の一以上の出席をもって、会議を開くことができる。
- 4 委員会の議事は、出席した委員の過半数をもって決し、可否同数のときは、委員長の決するところによる。

#### (資料提出等の協力)

第8条 委員会は、所掌事務を遂行するうえで必要があるときは、協会加盟ホーム又は、苦情申立者から意見もしくは説明を聴き、資料の提出等を求めることができる。この場合、協会加盟ホームは正当な理由がない限り、これを拒んではならない。

(庶務)

第9条 委員会の庶務は、協会事務局において処理する。

(委任)

第10条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に必要な事項は、「苦情処理委員会運営細則」で定める。

## **(社) 全国有料老人ホーム協会苦情処理委員会運営細則**

(趣旨)

第1条 この細則は、社団法人全国有料老人ホーム協会苦情処理委員会（以下「委員会」という。）設置及び運営要綱（以下「要綱」という。）の施行について、必要な事項を定めるものとする。

(苦情の受付)

第2条 社団法人全国有料老人ホーム協会（以下「協会」という。）加盟ホームの設置及び運営に関する入居者等からの協会に対する苦情の受付は、申立人の口頭又は書面による申し立てに基づいて行なう。

(口頭による申し立ての受付)

第3条 口頭による申し立てを受け付けた場合には、申立人の氏名・住所等並びに申し立ての趣旨及び内容を、協会事務局の担当者が書面（様式1）に記録するものとする。

2 申立人が、証拠その他の資料を持参した場合は、預り証（様式2）を申立人に交付してそれらを預かり、書面に添付するものとする。

3 第1項の書面には、記録した担当者の氏名を記録するものとする。

(書面による申し立ての受け付け)

第4条 申立人が郵送（ファクシミリによる場合を含む。以下同じ。）又は、直接持参して書面により申し立てをした場合には、受付担当者は、その書面を受け取り、第3条第1項に定める書面に記録するものとする。

2 前項の受付には、前条第2項及び第3項を準用する。

(受付時間)

第5条 口頭による苦情申し立ての受付時間は、協会の執務時間内とする。

(記録の取扱い)

第6条 協会が受け付けた苦情の申し立ては、申し立て書面簿に整理し保管するものとする。

(事実関係の確認)

第7条 協会が受付た苦情については、苦情内容の事実関係について、申立人その他の関係者から事情を聴取し、資料の提出を求める等により確認するものとする。

(委員会の審議)

第8条 前条の確認を行なった苦情については、委員会の審議に付するものとする。

(委員会の定例会)

第9条 委員会の定例会の回数は、年間4回の開催を原則とする。

(委員会の議事録)

第10条 委員会の議事は、協会事務局が記録し、保管するものとする。

(苦情処理の終了)

第11条 苦情処理は、次の各号の一に該当するときは終了するものとする。

- 一 申し立てた苦情について、その申立人が了解したとき
- 二 苦情解決の斡旋及び調停等に対して、当事者が合意したとき
- 三 苦情の申し立ての取り下げがあったとき
- 四 苦情申し立ての内容が事実と異なることが判明したとき
- 五 苦情申立人が、その苦情に関して訴訟を提起したとき

(申立人への意見書の送付)

第12条 協会の理事長は、要綱第2条の規定による委員会の意見を受けたときは、速やかに申立人に対し、協会による苦情処理の考え方を示した書面及び意見等の写しを送付しなければならない。

(事後処理)

第13条 協会は、苦情処理を終了した場合において、必要と認めるときは、関係行政機関又は関係事業者団体に対し、その苦情にかかわる事業者に対する指導等の措置又は関係業界全体にわたる改善の実施等の措置に関し、意見の申し入れ

又は要望を行なうものとする。

(苦情処理の基準)

第14条 苦情処理は、次の各号に定める基準に従って行なうものとする。

一 無差別平等

申立人の信条、社会的身分、職業、性別、所属する団体等によって差別することなく、平等に行なうこと。

二 公正な処理

苦情処理は、法令及び社会通念に準拠し、適正な手続きに従い、中立・公平な立場を守ること。斡旋を行なう場合は、苦情申立人及びその相手方に対し説明または問い合わせの機会を均等に与えることにも留意すること。

三 事実の確認

申立人の苦情については、可能なかぎり証拠に基づいて事実の確認を行なうこと。

四 懇切迅速

申立人に対しては、懇切な応接に努めるとともに、苦情処理を迅速に行なうよう努めること。

五 秘密保持

第12条の規定による場合その他公益上やむを得ない場合を除き、苦情処理によって知り得た秘密又はプライバシーに属することを第三者に漏らさないこと。

(苦情処理の状況の報告)

第15条 協会の理事長は、要綱及びこの細則による苦情申し立ての処理のうち、次に掲げる事項について理事会及び総会に報告するものとする。

一 苦情の申し立ての受け付け件数及び苦情解決の概要

二 苦情の申し立ての処理状況

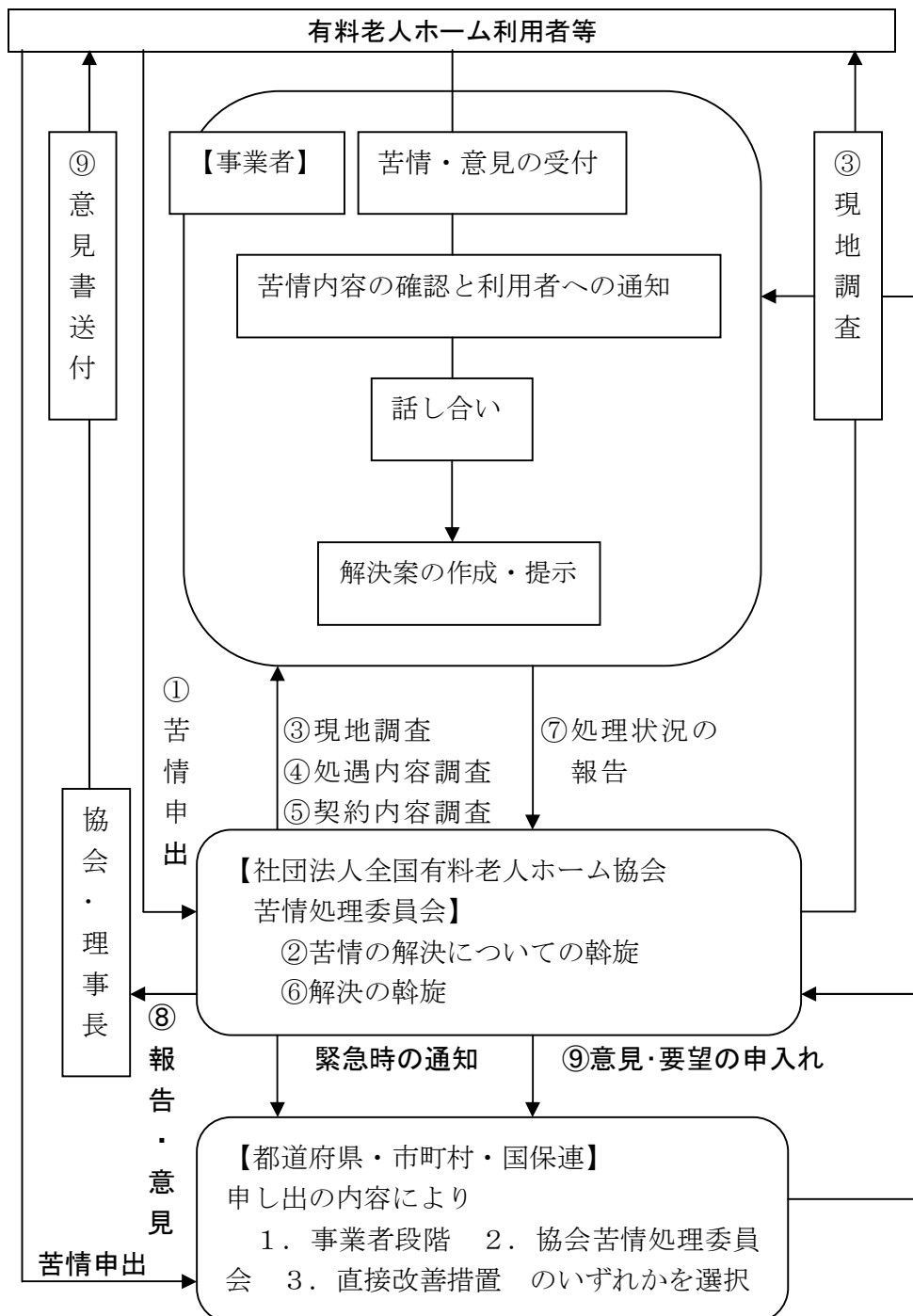
(協会非会員等からの苦情の受け付け)

第16条 協会非会員及びその入居者等からの苦情の申し立てについては、第2条から前条までの規定を準用する。

(委任)

第17条 この細則に定めるもののほか、必要な事項は協会の理事長が別に定める。

## 有料老人ホームに関する苦情解決の仕組みの概要図



## (8) 事故発生時の対応

CRM委員会では、事故発生を想定し、誰が、どのような役割を果たすのかなど、具体的方策を検討しておく必要がある。

### 【初期対応】

事故発生時には係わった職員がパニックに陥らないよう、冷静な状況判断を行う。初期処置を行い、必ず医師の指示を仰ぐ、または医療機関を受診するなど、見た目の受傷程度に左右されず医療に委ねる必要がある。

なお、医療機関へ付き添う場合には、当該利用者の身体状況などを記した健康管理台帳を持参できるようにしておいたほうが良い。

他方、ホームの管理者、リスクマネージャー等、緊急時連絡体制に従って連絡を行い、その後の指示を仰ぐ。家族等への連絡方法も、事前に検討しておく。緊急時の連絡体制については実態に即して作成、定期的に事故を想定した訓練も欠かせない。

#### この場面でのポイント

- 受傷した利用者の初期処置
- 医療機関への搬送・救急車の要請等
- 管理者・リスクマネージャー等への緊急連絡
- 家族等への連絡
- 事故発生源の管理、等

### 【2次対応】

リスクマネージャーは、事故の形態により保険会社や必要な行政機関への連絡・報告を行う。さらに、利用者につき添っている職員への連絡を行い、状況を把握し、家族等への報告を行う。

家族は不安に駆られホームへの不信感を持つケースが多いので、事実を正確に伝える。ただしこの段階では、ホーム側の事故責任についての言及は避けるべきである。この際に家族から各種支援の要請があった場合は、誠心誠意、できる限り対応する。

また、家族等への説明、協議内容については、双方の氏名を記載した記録文書を残し、後日、発言の行き違いがないようにする。

#### この場面でのポイント

- 保険会社・警察・行政機関への連絡及び報告
- リスクマネージャーによる情報管理
- 当該利用者の状況把握
- 家族等への適切な情報提供
- 行政機関への報告、等

### 【3次対応】

係わった職員による事故レポートの作成を行う。このレポートは、後からの訂正、追加、削除等を行わないよう留意する。並行して、CRM委員会ではどのようにして事故が発生したのか、ホームの利用者に対する過失等の法的責任はどうか、などの検討を、保険会社等を交えて行う。この結果(経過)については、利用者や家族等に対して報告し、今後についての協議を行う。

また、委員会では事故原因に基づく再発防止策を検討し、職員への周知、再発の可能性が高い事故の場合には研修活動の中で、事故状況の再現や代替方法、防止策等について職員に周知を行う。

家族等から損害賠償を求められることを想定し、各種の記録は常に開示できるよう整理しておく一方、顧問弁護士や保険会社等とも協議しておく必要がある。

当該利用者には、今後の対応についての説明を行い、安心して生活を継続していただけるようサポートを行う。

#### この場面でのポイント

- 事故に係わった職員による事故レポートの作成
- CRM委員会における事故原因の究明、及び責任の検討
- 保険会社との協議（方針の確認）
- 家族等への結果(経過)報告
- CRM委員会における再発防止策の検討、全職員への周知
- 利用者のサポート、等



※報道機関への対応について

一義的に、ホームはどのような軽微な事故であっても、関係者や社会に対する説明責任（アカウンタビリティ）を有している。社会に対する説明手段の一つが報道機関への対応だが、リスクマネジャーなど対応窓口を一本化し、入居者のプライバシーへの配慮を行った上で家族等と協議して公表する範囲を決め、当該時点での経過説明を行う。事故原因については、解明された時点で公表をし、原因が不明な時点で憶測で発言するようなことがないようにしたい。

【提供：ベターライフ・ノア21】

【提供：ベターライフ・ノア21】

【提供：ベターライフ・ノア21】

【提供：ベターライフ・ノア21】

## C-6 CRMの見直しのポイント

### (1) 事故報告書からのフィードバック

C-1で示したCRMのサイクルは、リスクを分析し、組織的にマネジメントを行うためのものである。このサイクルに沿ったCRMを実施しつつ、より完成度を高めるには、絶えずこれらの構成要素を見直す必要がある。

1つの視点としては、事故報告書の活用にある。ある事故事例について、組織的な対応がなされていたか、以後に発生した同一同種の事故と比較した場合の類似点はないか、またCRMの内容が利用者保護に立ったものになっているか、などリスクマネジャーを中心に見直しを図ることで、よりホームのリスクは低減し、質の高いサービス提供へとつながっていく。

また、事故が発生しなくても日々の業務からの業務改善提案も積極的に行う。

事故防止策を再検証する時には、事故に係わった職員にある程度期間をおいてからのヒアリングを行い、当該職員が作成した事故レポートの中身を確認しつつ、新たな気づきがないかをチェックすることも有効である。さらに、事故にあった利用者の再アセスメントを行うことで、今後のサービス提供に際しての留意点などをCRMに盛り込むことができる。

### (2) ヒヤリ・ハット事例の活用

かつて労災事故を分析したものの一つに「ハインリッヒの法則」がある。これは、重大な事故1件の背後には軽微な事故が29件存在し、その背後には約300件の受傷には至らない事故が、さらにその背後には無数の防止事例、いわゆるヒヤリ・ハット事例が存在する、というものである。

(1 : 29 : 300 : x)

ホームによっては報告事例がほとんど出ない場合もある。特にCRMを開始した当初の時期に報告が少ない場合には、職員の意識がリスクを顕在化することによる事故防止、といった観点に立っていないことが考えられる。この場合は指導、教育を重ね、モチベーションを持って積極的に報告書を提出するような取り組みを行う。他方、管理職には、報告した職員を人事考課上のマイナスとして評価せず、むしろ積極的に事故防止に寄与したものとして評価する考えを職員に周知し、ホーム全体でCRMの風土を醸成するような配慮が必要である。

ヒヤリ・ハット事例は、事故を未然に防止するという点で非常に重要なデータである。日常業務において職員が危険と感じた場面や状況を、細部にわたって報告する習慣を付けなければならない。ただし、この報告内容はあくまで個々の職員が主観的に「危険」と感じたという、心理的なバイアスがかかっており、CRM委員会では事故結果を過大・過小に判断しないよう慎重に検討する。

また、職員が日々提供するサービスが、個別のアセスメント及びケアプラン、業務マニュアルに基づいて確実に実施され、その結果が適切に記録されているかを確認する必要もある。事故防止策を検討する上では、トレーサビリティ、各過程が遡って調べられる状態で管理されているかどうかは、重要な要素となる。

---

## D ホームにおけるCRMへの取り組み

---

複数の有料老人ホームのご協力を得て、CRMの組織的な取り組み、事故発生時の記録や報告形態、職員教育、等の視点で調査を行った。

対象としたホームは、エスティームライフ学園前、ライフ・イン京都、ベターライフ・ノア21、の3ホームである。

### ①エスティームライフ学園前（奈良県・平成5年開設・介護専用型）

職員教育	過去2年間の取り組み ・高齢化による誤嚥事例の増加に対応した一連の取り組み（外部講師による研修など） ・介護記録の「特記事項」としての入力とその内容の再徹底 ・過去の事故事例の洗いだしとその情報の共有化（安全シートの作成） ・危険予知の視点でのパートスタッフ対象の事故の実際と適切な介助に関する研修（危険予知研修の実施） ・入社時の介護技術の基本研修テキスト作成とその実施 ・各フロア別の定期研修 ・各フロア別の事故事例対策のケアプランにおける立案
設備・機器の工夫など	・段差なし。畳みコーナーの高さ40cm、立ち上がりやすいように畳下収納スペースは引っ込んだ位置。手すりの高さ73cm。



	<ul style="list-style-type: none"> <li>・赤色の使用：玄関扉のライン、サポートコールのひも、階段滑り止め。</li> <li>・転倒防止目的の居室床の畳変更</li> <li>・トイレ座位時の転倒防止サークル</li> <li>・居室の手摺ポール設置</li> </ul>
マニュアル・報告書様式等	<p>平成13年4月より事故報告書提出開始。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事故発生1ヵ月後までに対策立案。</li> <li>・全館の意識統一をする為、休憩室に報告書を掲示。</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修教育及びリスクマネジメント担当の専任主任の新設</li> </ul>
CRMへの組織的な取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・基本は介護・看護の質の向上を目指すことがリスクマネジメントにつながる、という考え方に基づく。</li> </ul> <p>&lt;転倒防止&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・夜間不眠の解消目的で夜間入浴の実施</li> <li>・一時的な転倒可能性が高い入居者に対してのマンツーマン対応の実施</li> <li>・朝夕のミーティング所要時間の短縮</li> <li>・スタッフ交替時の引継ぎの工夫による現場スタッフ数減少の解消</li> <li>・攻撃的な行動や頻回コールの対応など、特異状態のスタッフ交替対応</li> <li>・特に夏季の水分補給の徹底</li> <li>・抗精神薬の投与の見直し 新任精神科嘱託医に依頼</li> </ul> <p>&lt;緊急時の対応&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急対応時の設備研修</li> <li>・避難訓練の入居者参加</li> </ul> <p>&lt;スタッフの定着率&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・パートスタッフ定着率のアップの施策 新人パートスタッフの研修期間の延長 パートスタッフの定期的な個人面談、座談会</li> </ul>

	<p>&lt;感染症対策&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 定期的な落下菌検査</li> <li>・ 床材及びカーペット更新</li> <li>・ 随時の家族への情報提供</li> </ul>
--	--

当該ホームでは、ホームが組織的にRMを実施する場合、最も難しいと思われる点として、次の項目を挙げている。

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事故の定義と対象 例：褥瘡、感染など</li> <li>・ 事故とヒヤリハット事例の線引きの基準</li> <li>・ 事故当事者、スタッフが悲観的になり、介護に対する姿勢が消極的になる事。</li> <li>・ 事故に対し対処療法的解決になり、真の原因を見失うこと。</li> <li>・ あくまで、ケアリスクマネジメントは、入居者の普通の生活と権利を侵害する「防止策」にならないように配慮し、サービスの質を向上させる視点で考えることを徹底する。</li> </ul>
--

## ②ライフ・イン京都（京都府・昭和61年開設・介護付終身利用型）

職員教育	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ リスクマネジメントの考え方とヒヤリハット速報の記入方法について研修会を設けた</li> </ul>
設備・機器の工夫など	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 車椅子利用者については、転倒防止の観点から、フィッティングに留意するようになった。</li> <li>・ 離床センサーやモニター等も積極的に活用した。</li> </ul>
マニュアル・報告書様式等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ヒヤリハット速報、苦情・相談内容記録用紙を作成。苦情処理については要綱を作成し入居者にも告知。事故対応マニュアルは作成中。</li> </ul>
CRMへの組織的な取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ RMについては、当面は要綱等作成と研修を通じた職員への周知徹底を目標としている。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・具体的な取り組みとしては、苦情・相談内容記録用紙とインシデント・アクシデントレポートの作成を促し、積み上げているところである。</li> </ul>
--	--

ホームが組織的にRMを実施する場合、最も難しいと思われる点としては、

<ul style="list-style-type: none"> <li>・末端の職員においては、事故の報告により自分が咎められるのではないかとの恐れから、無意識の内に「仕方がない」と事故を小さな問題として片付けてしまうことが日常化したり、逆に「安全の為に」と身体拘束が日常化したりする事が多い。</li> <li>・苦情処理についても同じで、些細な苦情が管理者の元に届かず、「臭い物にはフタ」をしてしまうような対応になりがちで、失いかけた利用者との信頼関係をもっと悪化させてしまうことにつながる。</li> <li>・管理者の意識が高まることはもちろんだが、末端の職員にもRMについての高い問題意識を喚起し、全社的に取り組む風土づくりが課題と考えている。</li> </ul>
---

### ③ベターライフ・ノア21（福岡県・平成4年開設・介護専用型）

職員教育	<ul style="list-style-type: none"> <li>・書籍および他施設（介護保険施設等）の取り組みのヒアリング</li> <li>・協力医療機関の医療事故委員会等の資料を活用</li> </ul>
設備・機器の工夫など	<ul style="list-style-type: none"> <li>・基本的に施設はバリアフリー</li> <li>・事故が頻発する入居者には、クッションマットなど保護材で対応</li> </ul>
マニュアル・報告書様式等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食事介助・入浴介助・与薬など事故が発生しやすいものはマニュアル化</li> <li>・事故発生から処置・業務改善まで手順、報告様式を書式化</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ユニットケアの取り組みを検討している。</li> <li>・マンパワーの配分を検討している。</li> </ul>

CRMへの組織的な取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故後業務改善を行うため「業務委員会」のメンバーを事故対策委員会に加え、業務の見直しを行っている。</li> <li>・事故が職員のスキルに反映させるため、「勉強会」とリンクしている。</li> <li>・最近「拘束廃止委員会」を発足させ、具体的な解決方法の検討、実施を行っている。</li> </ul>
---------------	--

このホームでは、組織的なCRMの実施において、次のような問題意識を持っている。

<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員が関わっていない事故（見ていない事故）の原因究明と対策の立案。</li> <li>・ルールの特明確化と報告・分析・対策・実施の平準化および職員の動機付け</li> <li>・事故体質の入居者（繰り返し事故発生する入居者）重度痴呆の入居者への対策⇒身体拘束をせずに対策を講じるための方策</li> </ul>
---

各ホームの具体的な取り組みには、ホームの特性に沿った様々な取り組みが見られる。

**【介護記録の作成】**

『ライブレコ』というシステムで介護記録を作成。特記事項の内容から、ヒヤリ・ハット事例を拾い出し、起票させるように働きかけ、ヒヤリ・ハット報告の定着化させることができた。

**【安全シート】**

過去に起きた事故やヒヤリ・ハット事例が起こる直前の様子を絵で示し、どの様な事故が起きるか予測(検討)させ、次ページで事故の内容を説明し、その原因及び対策を検討させる研修資料を作成。

**【設備・機器】**

『赤色』の使用。危険性の表示との意味合い。又、トイレはオレンジ等、色による認識・判断が出来るよう色の使い分けをしている。

**【職員のモチベーション喚起】**

職員にとり、報告することにより自分が悪い評価をされるのではとの危惧があるようなので、事故が起きる事は個人の責任ではなく、施設の責任、施設として対処しなくてはならないので報告するように働きかけている。報告する件数の多い職員を評価している。

また、ホームの組織的なCRMへの取り組みとしては、

- ① 事故防止に関する心構えとポイント
- ② 事故発生時の報告基準策定
- ③ 事故発生から処理までのフローチャート作成
- ④ 事故発生時の報告基準作成
- ⑤ その他の関係様式の作成
- ⑥ 勉強会形式の職員教育の実施
- ⑦ CRM委員会の設置、下部組織として「業務委員会」、「事故対策委員会」、「拘束廃止委員会」の設置

など、一連の流れとして組織を挙げて取り組んでいるケースも見られた。

---

## E サービス提供事故の実際に学ぶ

---

全国の有料老人ホームに対して実施したアンケート調査の結果、過去数年にわたる事故・ヒヤリハット事例として、延べ1,401事例が寄せられた。この諸データについて分析を行うことで、ホームがCRMを検討し、事故防止を検討する上での参考としたい。

本書でいう、【事故】と【ヒヤリハット】の定義

- |   |
|---|
| <p>◎事 故・・・職員の係わりの有無を問わず、利用者に発生した事故のすべてを指す。また、結果的に利用者の身体的損傷がなくても、発生した事実に着目とし、事故として取り扱う。</p> <p>◎ヒヤリ・ハット・・・事故には至らないが、職員がある場面で「危なかった」と感じた事例。「車いすの利用者の入浴介助中、目を離した間にずり落ちそうになった」「見守り入浴中、利用者が浴槽から出ようとして溺れそうになった」、など。</p> |
|---|

### E—1 ホームにおける介護事故の現状

#### (1) 事故事例とヒヤリ・ハット事例の基礎分析

回答のあった1,401事例のうち、事故となった事例は、回答事例全体の78.2%にあたる1,095件、事故には至らなかったもののヒヤリとした、ハットした事例は21.8%にあたる306件であった。

以下、事故となった事例（以下「事故事例」とよぶ）、ヒヤリ・ハット事例

ごとに内容を概観する。

#### A 事例種別

	全 体	
	件数	構成比 (%)
事故となった事例	1,095	78.2
ヒヤリ・ハット事例	306	21.8
不明	0	0.0
サンプル数 (%ベース)	1,401	100.0

## (2) 事例の概要

### ○職員の状況

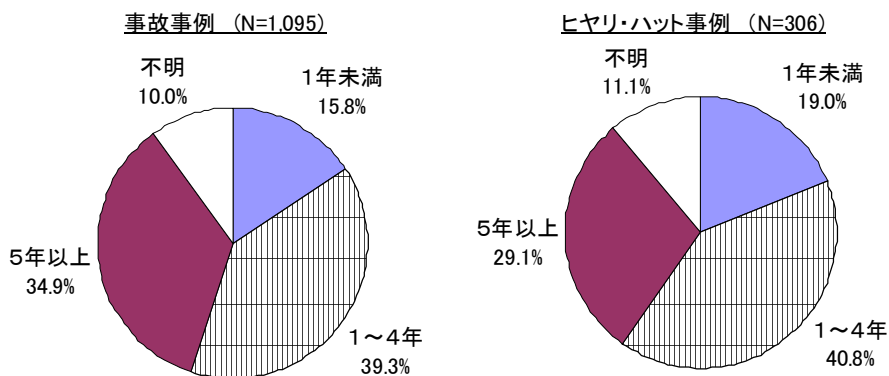
- ・**職種**……事故事例、ヒヤリ・ハット事例ともに、事例に関わりのあった職員としては、介護職員が圧倒的に多く、事故事例では約80%が、ヒヤリ・ハット事例では約70%が該当している。ヒヤリ・ハット事例の場合、事故事例に比べ、看護婦、生活ヘルパーなど介護職員以外の職種の割合も若干高くなっている。

#### B-1 職種

	事故事例			ヒヤリ・ハット事例		
	職種	件数	構成比 (%)	職種	件数	構成比 (%)
第1位	介護職員	868	79.2	介護職員	201	65.6
第2位	看護職員	93	8.5	看護職員	34	11.1
第3位	事務職員	25	2.3	生活ヘルパー	16	5.2
第4位	生活ヘルパー	15	1.4	事務職員	11	3.6
第5位	調理員	7	0.6	調理員	7	2.3
	サンプル数 (%ベース)	1,095	100.0	サンプル数 (%ベース)	306	100.0

- ・ 職員の経験年数……事故事例、ヒヤリ・ハット事例ともに、経験年数「1～4年」の職員の割合が約 40%と、最も多くなっている。わずかながら、事故事例の方が、経験年数「5年以上」割合が高くなっている。

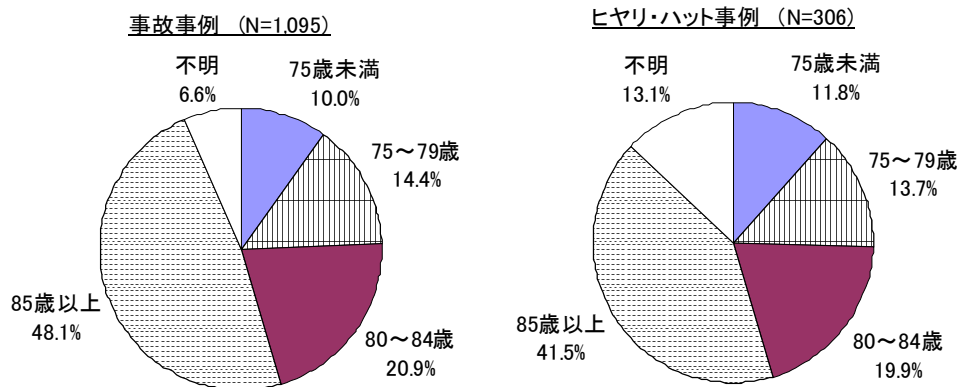
## B-2 職種経験年数



## ○入居者の状況

- ・ 年齢……事例の対象となった入居者の年齢をみると、事故事例、ヒヤリ・ハット事例いずれをみても 80 歳以上が 6～7 割を占めている。特に、事故事例の場合、85 歳以上がほぼ半数を占めており、年齢の上昇が日常の状態の重度化や入居者自身の事故の防止力、対応力の弱まりなどにつながりやすいことを示唆している。

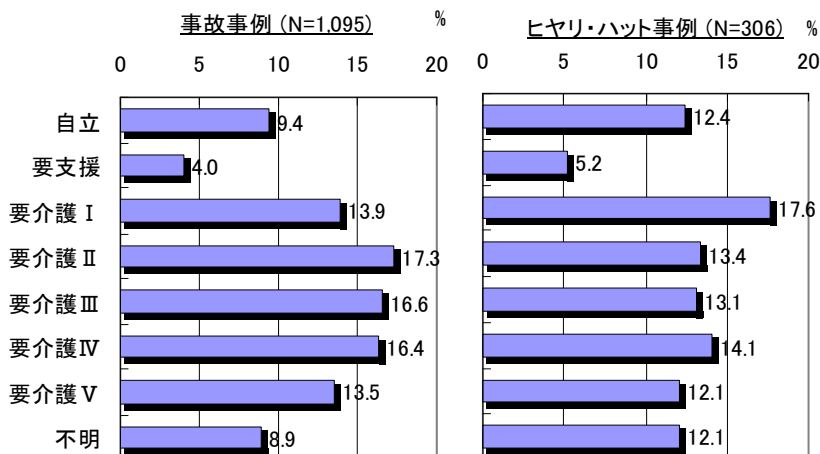
## C-2 年齢





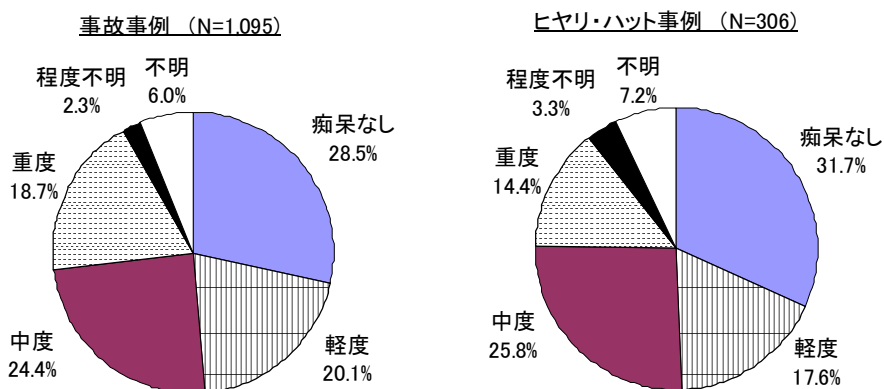
- ・要介護度……事件事例に比べ、ヒヤリ・ハット事例の対象者の方が、若干ながら「自立」「要支援1」の割合が高く、相対的に自立度が高い傾向にある。

#### C-4 要介護度



- ・痴呆の状況……事件事例とヒヤリ・ハット事例で、入居者の痴呆の有無・程度に大きな差はみられない。事件事例対象者では、重度の方の割合が 18.7%とヒヤリ・ハット事例に比べわずかに高くなっている。

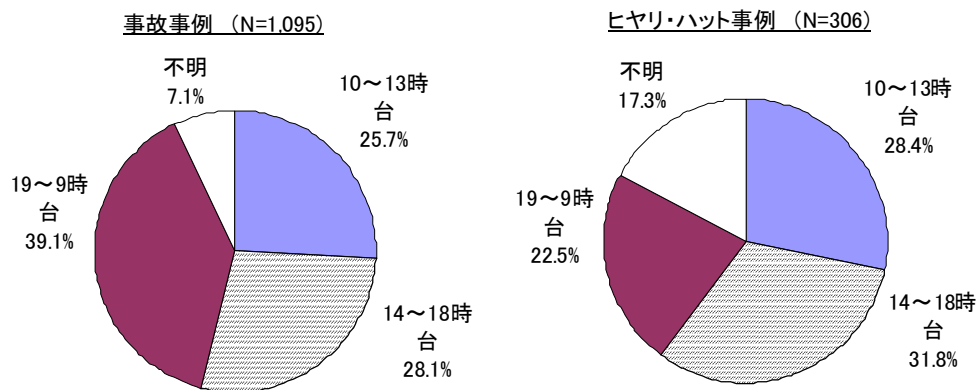
#### C-6, 7 痴呆の度合い



## ○発生時の状況

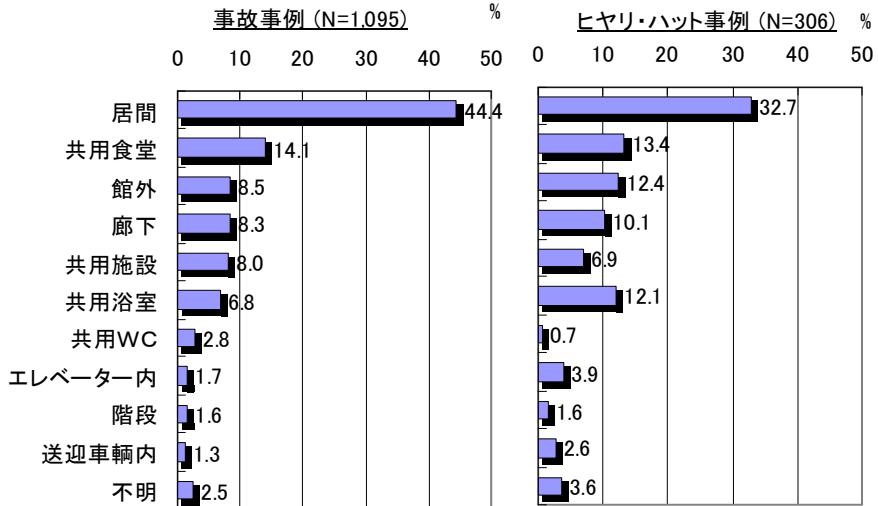
- ・発生時間帯……事例の発生時間帯を大きく3つに分けると、事故事例の場合、「19時～翌朝9時」までの時間帯が4割を占めている。一概にはいえないものの、就寝中を含め、入居者が居室で過ごす時間帯であり、職員の目が届かないなどの理由で、事故につながりやすいことが想定される。

### D-1 発生時間帯



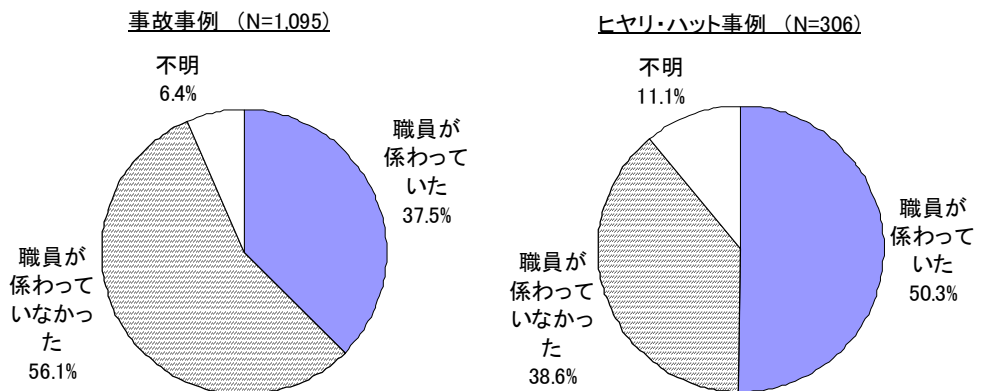
- ・発生場所……事例の発生場所としては、事故事例、ヒヤリ・ハット事例ともに、居室がもっとも多くなっている。ヒヤリ・ハット事例の場合、事故事例よりは居室以外の場所での発生も多くみられる。居室以外の場所では、職員や他の入居者の目も届きやすいことから、ヒヤリ・ハット事例に留まったと推測することもできる。

## D-2 発生場所



- ・職員に関わり……事故事例では、職員が係わっていなかったケースが 56.1% と過半数を占めている。一方、ヒヤリ・ハット事例では、職員が係わっていたケースが半数にのぼっており、発生場所とも合わせ、事故を未然に防ぐことにつながっていたと推測される。

## D-3 発生時の職員の係わり



- ・入居者の状況……事例発生時の入居者の状況をみると、事故事例、ヒヤリ・ハット事例ともに、歩行時の発生が最も多く 3 割弱を占めている。事故事例では、食事時、睡眠中などが続く。一方、ヒヤリ・ハット事例では、歩行時、車いす使用時、入浴時が続いている。

D-4 発生時の入居者の状況

	事故事例		ヒヤリ・ハット事例	
	件数	構成比(%)	件数	構成比(%)
歩行時	306	27.8	84	27.4
食事時	121	11.1	26	8.5
睡眠中	118	10.8	19	6.2
車いす使用時	96	8.8	37	12.1
移乗時	84	7.7	23	7.5
入浴時	70	6.4	34	11.1
排泄時	64	5.8	8	2.6
服薬時	18	1.6	4	1.3
乗降車時	15	1.4	11	3.6
水分補給時	13	1.2	2	0.7
起(離)床時	10	0.9	1	0.3
着脱衣時	5	0.5	0	0.0
口腔ケア時	1	0.1	0	0.0
その他	95	8.7	32	10.5
不明	79	7.2	25	8.2
サンプル数 (%ベース)	1,095	100.0	306	100.0

- ・事例内容……事故事例、ヒヤリ・ハット事例ともに、転倒が 4 割以上を占めている。以下、ずり落ち、転落が続き、3 大要素となっていることがわかる。ヒヤリ・ハット事例では、徘徊・行方不明も 1 割以上となっている。  
平成 12 年度に全国社会福祉協議会がまとめたデータでは、社会福祉施設における事故内容と発生傾向は似通っている。

D-5 事例内容—原因（複数回答）

	事件事例		ヒヤリ・ハット事例	
	件数	構成比(%)	件数	構成比(%)
転倒	490	44.7	126	41.2
ずり落ち	105	9.6	35	11.4
転落	75	6.8	27	8.8
誤嚥	71	6.5	3	1.0
薬の誤配・誤飲	62	5.7	11	3.6
徘徊・行方不明	48	4.4	35	11.4
挟み込み・巻き込み	45	4.1	13	4.2
異食	43	3.9	6	2.0
暴力行為(口論・セクハラ含む)	32	2.9	5	1.6
溺れ・のぼせ	19	1.7	6	2.0
器物破損	12	1.1	0	0.0
交通事故	8	0.7	6	2.0
自傷	5	0.5	4	1.3
閉じ込め	3	0.3	0	0.0
火災	3	0.3	6	2.0
盗難	2	0.2	0	0.0
食中毒	0	0.0	2	0.7
その他	59	5.4	16	5.2
不明	19	1.7	5	1.6
サンプル数 (%ベース)	1,095	100.0	306	100.0

※ 社会福祉施設等との比較（上位3種類）

施設	第1位	第2位	第3位
有料老人ホーム	転倒	ずり落ち	転落
特別養護老人ホーム	転倒	誤嚥	転落
知的障害者更生施設	転倒	転落	打ち付け
重症心身障害児施設	転倒	転落	利用者の行為
保育所	転倒	打ち付け	転落

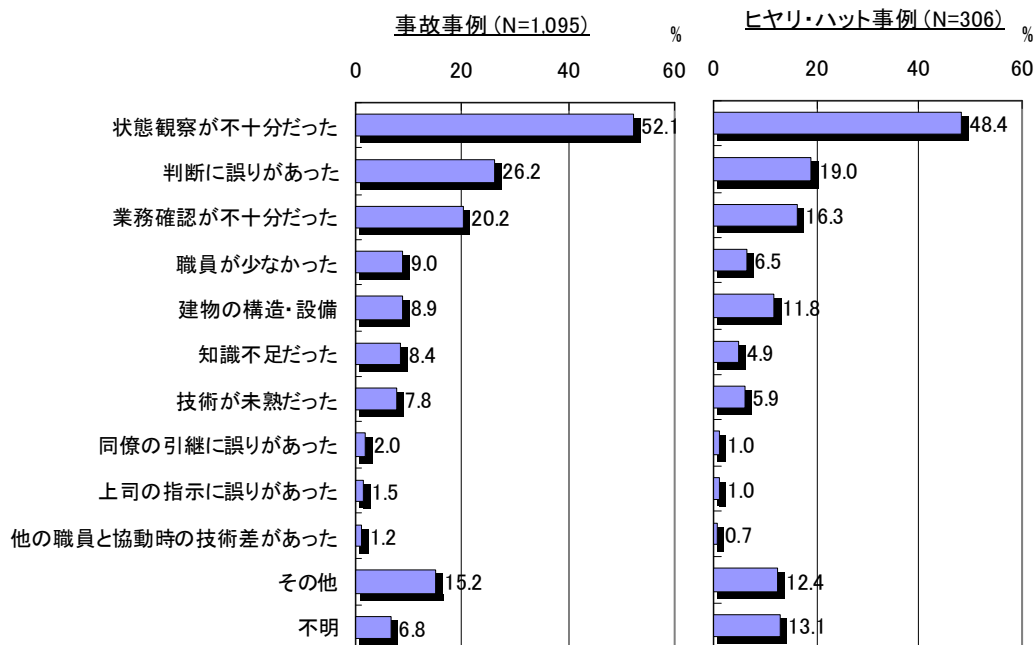
### (3) 管理者からみた評価と対応

#### ○事故の評価

管理者は各事例についてどう評価しているのか。事故原因、事故の重大性に対する認識、発生防止の可否、業務改善の必要性に対する認識などの点から尋ねた。

- ・ **事故原因**……事故原因に対する管理者の評価は、事故事例、ヒヤリ・ハット事例ともに、「状態観察が不十分だった」、「判断に誤りがあった」、「業務確認が不十分だった」との評価が上位にあげられており、いずれも職員の資質に係わる項目となっている。特に、「状態観察が不十分だった」については、半数前後が指摘している。ヒヤリ・ハット事例では、「建物の構造・設備」についても1割以上の管理者が指摘している。

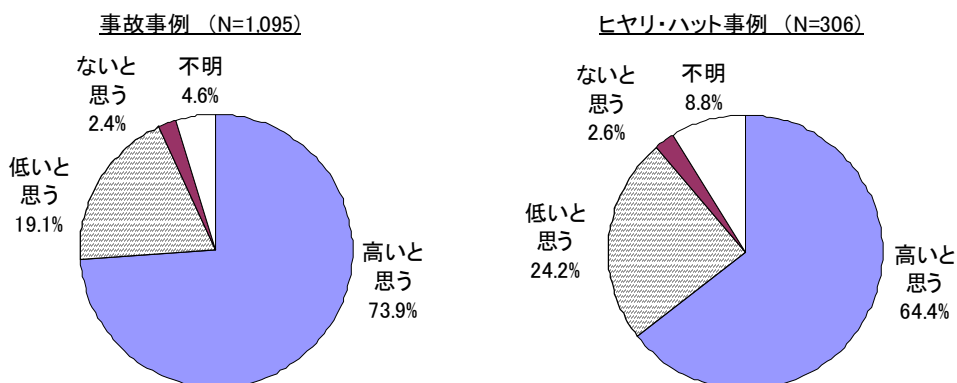
#### I 事故原因（複数回答）



・事故の重大性に対する認識……事例の重大性については、いずれの事例についても、約70%の管理者が、重大性を「高いと思う」としている。その一方で、「低いと思う」、「ないと思う」とする回答も各25%程度みられた。「低いと思う」とする回答は、事故事例19.1%に対してヒヤリ・ハット事例24.2%と、わずかながらヒヤリ・ハット事例で高い。

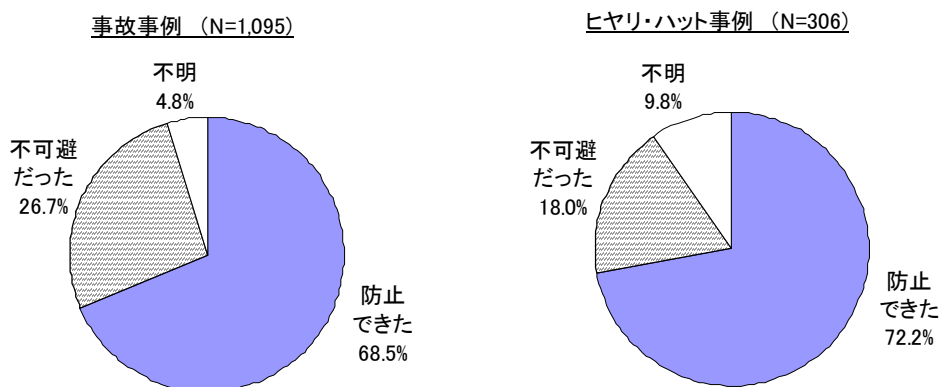
事故事例について「低い」と考える管理者の意識についても留意する必要がある。

#### K 当該事例の重大性



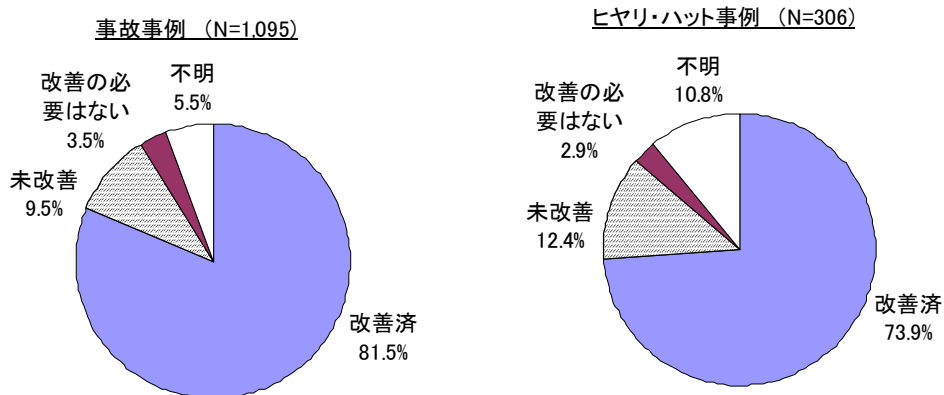
・発生防止の可否……その事例の発生が防止できたか否かについては、事故事例、ヒヤリ・ハット事例ともに、管理者の7割前後が「防止できた」としている。一方、事故事例では「不可避だった」とする回答も26.7%となり、ヒヤリ・ハット事例の回答を上回っている。発生時間帯、発生場所、職員の関わりの有無等からの判断と推測される。

#### L 事故発生防止



- ・業務改善の必要性に対する認識……事件事例、ヒヤリ・ハット事例ともに、大半は「改善済み」であるとしているが、一部、「未改善」の事例も残されている。また、少数ではあるものの、事件事例であるにも係わらず「改善の必要はない」とする回答もわずかだが見られた。

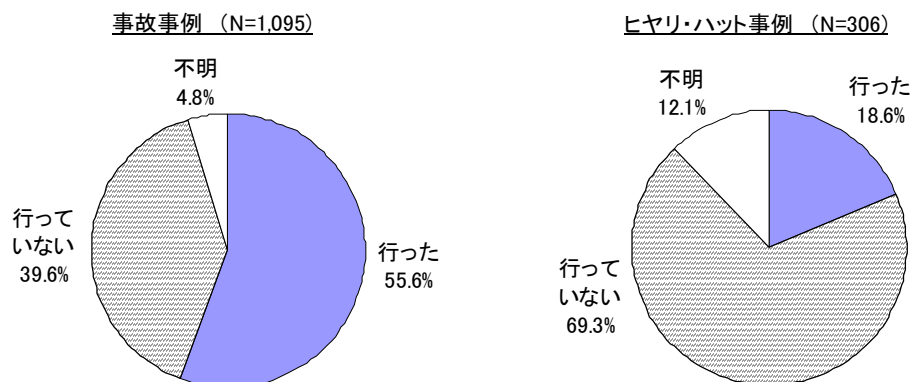
### M 業務改善の必要性への対応



### ○家族等への報告 (事例ごとに)

発生した事故の家族への報告状況をみると、事件事例でも 4 割は「行っていない」。ヒヤリ・ハット事例では、家族への報告を行った割合はさらに低くなり、ほぼ 7 割は「行っていない」としている。平素からの入居者本人と家族との関係、家族と施設との関係が示唆される結果となった。

### J 家族等への報告





#### (4) 事業所としての取り組み

調査票では、設問の最後に、施設としての危機管理への取り組みについて尋ねている。

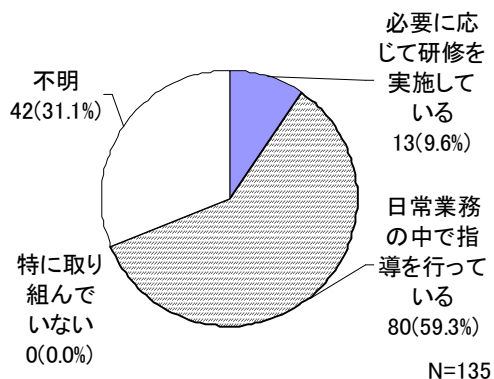
事故防止に係わる職員への指導は、80 施設 (59.3%) (無回答を含む比率。以下同様) で「日常業務の中で」OJTとして、取り組まれていることがわかった。「必要に応じて研修を実施している」施設は13 施設 (6.7%) であった。

「特に取り組んでいない」とする施設は0 施設であったが、42 施設については、回答が得られなかった。

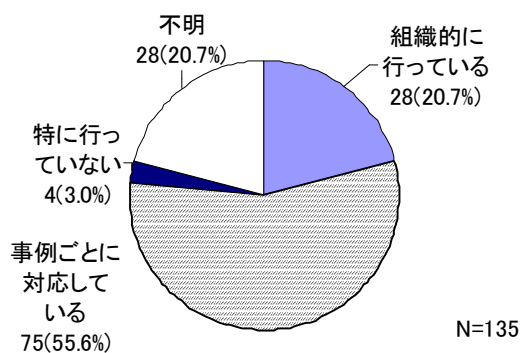
リスクマネジメントの実施については、過半数にあたる75 施設が「事例ごとに対応」している。「組織的に行っている」施設は、26 施設 (15.7%) であった。

「特に行っていない」とする施設は4 施設、回答のなかった施設は29 施設である。

事故防止に係る職員への指導 (135 施設)



リスクマネジメントの実施 (135 施設)



## E—2 事件事例等の詳細分析

前項における事件事例・ヒヤリ・ハット事例の概観を通じて、事件事例となった要因として、①発生時間帯として夜から朝にかけての時間帯が多いこと、②発生場所は入居者の居室が多いこと、③職員が関わっていたケースが少ないこと、④高齢の入居者が多いことなどとの関係があることが理解できたが、ここでは、事件事例に絞って、その内容を詳細にみることにする。

### (1) 入居者の状態と事故の関係

#### ①利用者の年齢と事故内容

事件事例の場合、ヒヤリ・ハット事例に比べ入居者の年齢が高い点は先に述べたとおりであるが、ここでは、まず、年齢と事故内容の関係について確認する。

いずれの年代をみても、事故の内容としては「転倒」が最も多く、とりわけ身体的に自立度の高い70歳代前半までは、事件事例の半数以上を「転倒」が占めている。続いて、70歳代までは「転落」が、80歳以上になると「ずり落ち」が第1位にあげられている。

「ずり落ち」は体のバランスを保ちにくい、固定しにくい、座位を保ちにくい、などの理由で高齢者ほど高くみられるようになる。「薬の誤配・誤飲」、「誤嚥」などは、年齢層に関わりなく、比較的上位にある。

利用者の年齢別にみた事件事例内容（上位7位）

（単位：件、％）

	70歳未満 N=26	70～74歳 N=83	75～79歳 N=158	80～84歳 N=229	85～89歳 N=280	90歳以上 N=247
第1位	転倒 15 57.7%	転倒 43 51.8%	転倒 69 43.7%	転倒 105 45.9%	転倒 122 43.6%	転倒 109 44.4%
第2位	転落 4 15.4%	転落 8 9.6%	転落 14 8.9%	ずり落ち 19 8.3%	ずり落ち 34 12.1%	ずり落ち 29 11.7%
第3位	ずり落ち 2 7.7%	薬の誤配・ 誤飲 6 7.2%	誤嚥 13 8.2%	薬の誤配・ 誤飲 18 7.9%	薬の誤配・ 誤飲 16 5.7%	誤嚥 22 8.9%
第4位	誤嚥 1 3.8%	挟み込み・ 巻き込み 5 6.0%	徘徊・行方 不明 12 7.6%	転落 15 6.6%	転落 16 5.7%	転落 16 6.5%
第5位	火災 1 3.8%	ずり落ち 5 6.0%	ずり落ち 11 7.0%	挟み込み・ 巻き込み 13 5.7%	誤嚥 13 4.6%	薬の誤配・ 誤飲 11 4.5%
第6位		徘徊・行方 不明 3 3.6%	異食 8 5.1%	徘徊・行方 不明 11 4.8%	挟み込み・ 巻き込み 11 3.9%	挟み込み・巻 き込み／異 食 8 3.2%
第7位		暴力行為 (口論・セク ハラ含む) 3 3.6%	薬の誤配・ 誤飲／挟み 込み・巻き 込み 5 3.2%	異食 11 4.8%	異食／暴力 行為(口論・ セクハラ含 む) 10 3.6%	暴力行為(口 論・セクハラ 含む)／徘徊 ・行方不明 3 1.2%

## ②利用者の痴呆状況（なし～重度）と事故内容

「転倒」、「ずり落ち」、「転落」、「誤嚥」「薬の誤配・誤飲」などの事例は、痴呆の有無に関わりなく、発生頻度の高い事故である。痴呆のみられる入居者の場合、発生頻度の高い事例として、上記事例に「徘徊・行方不明」、「異食」が加わり、痴呆のない入居者の場合、「巻き込み・挟み込み」「溺れ・のぼせ」などが上位に加わってくる。

次に、痴呆症状のある入居者について、痴呆の程度別に発生した事例内容の多寡をみると、「転倒」は痴呆の程度に関わりなく第1位にあげられている。第2位には、軽度・中度の痴呆では「ずり落ち」が、重度の方では「転落」が続く。「誤嚥」は軽度の方の方により頻度の高い事例となっている。「徘徊・行方不明」は中度の方で、「異食」、「暴力行為（口論・セクハラを含む）」は重度の方で頻度が高くみられる。

痴呆の状況別にみた事例内容（上位7位）

（単位：件、％）

	痴呆なし N=312	痴呆あり 小計 N=717	内)軽度 N=220	内)中度 N=267	内)重度 N=205
第1位	転倒 157 50.3%	転倒 303 42.3%	転倒 102 46.4%	転倒 122 45.7%	転倒 69 33.7%
第2位	ずり落ち 27 8.7%	ずり落ち 69 9.6%	ずり落ち 24 10.9%	ずり落ち 23 8.6%	転落 22 10.7%
第3位	転落 19 6.1%	転落 51 7.1%	誤嚥 16 7.3%	徘徊・行方 不明 20 7.5%	異食 21 10.2%
第4位	誤嚥 16 5.1%	誤嚥 49 6.8%	薬の誤配・ 誤飲 16 7.3%	誤嚥 16 6.0%	ずり落ち 18 8.8%
第5位	薬の誤配・ 誤飲 16 5.1%	徘徊・行方 不明 43 6.0%	転落 13 5.9%	挟み込み・ 巻き込み 16 6.0%	誤嚥 15 7.3%
第6位	挟み込み・ 巻き込み 14 4.5%	薬の誤配・ 誤飲 38 5.3%	徘徊・行方 不明 11 5.0%	転落 15 5.6%	暴力行為(口 論・セクハラ 含む) 12 5.9%
第7位	溺れ・のぼ せ 9 2.9%	異食 38 5.3%	挟み込み・ 巻き込み 7 3.2%	薬の誤配・ 誤飲/異食 12 4.5%	徘徊・行方 不明 9 4.4%

## （2）事例内容と発生の経緯

### ①事故の内容と、発生する時間帯

事例内容と発生する時間帯との関係を見るために、時間帯を、朝食後～昼食後（10時～13時台）、午後～夕方（14時～18時台）、夜間（19時～9時台）の3つに分けてみる。「ずり落ち」、「転落」、「転倒」、「異食」、「薬の

誤配・誤飲」、「徘徊・行方不明」については、ほぼ 4 割以上が夜間の時間帯に発生している。

「誤嚥」、「捲き込み・挟み込み」「暴力行為」などは、一日を通じてほぼまんべんなく発生している。薬の誤配・誤飲は、夜間とともに、服薬時に当たる朝の時間帯にも多くみられる。「溺れ・のぼせ」は、入浴の時間帯である午後～夕方の時短帯に約 6 割が集中している。

### 発生時間帯別にみた事例内容（上位 7 位）

（単位：人、％）

	10～13時台 N=281		14～18時台 N=308		19～9時台 N=428	
第1位	転倒	123 43.8%	転倒	133 43.2%	転倒	208 48.6%
第2位	誤嚥	21 7.5%	ずり落ち	30 9.7%	ずり落ち	52 12.1%
第3位	薬の誤配・誤飲	21 7.5%	誤嚥	26 8.4%	転落	36 8.4%
第4位	ずり落ち	18 6.4%	転落	20 6.5%	薬の誤配・誤飲	25 5.8%
第5位	転落	15 5.3%	徘徊・行方不明	16 5.2%	誤嚥	20 4.7%
第6位	挟み込み・巻き込み	14 5.0%	挟み込み・巻き込み	14 4.5%	異食	18 4.2%
第7位	暴力行為（口論・セクハラ含む）	8 2.8%	薬の誤配・誤飲	12 3.9%	徘徊・行方不明	18 4.2%

事例内容と発生時間帯（3区分）

（単位：件、％）

	合計	10～13 時台	14～18 時台	19～9 時台	不明
事件事例全体	1,095 100.0	281 25.7	308 28.1	428 39.1	78 7.1
転倒	490 100.0	123 25.1	133 27.1	208 42.5	26 5.3
ずり落ち	105 100.0	18 17.1	30 28.6	52 49.5	5 4.8
転落	75 100.0	15 20.0	20 26.7	36 48.0	4 5.3
誤嚥	71 100.0	21 29.6	26 36.6	20 28.2	4 5.6
薬の誤配・誤飲	62 100.0	21 33.9	12 19.4	25 40.2	4 6.5
徘徊・行方不明	48 100.0	7 14.6	16 33.3	18 37.5	7 14.6
挟み込み・巻き込み	45 100.0	14 31.1	14 31.1	14 31.1	3 6.7
異食	43 100.0	7 16.3	11 25.6	18 41.8	7 16.3
暴力行為（口論・セクハラ含む）	32 100.0	8 25.0	10 31.2	10 31.3	4 12.5
溺れ・のぼせ	19 100.0	3 15.8	11 57.9	2 10.5	3 15.8
器物破損	12 100.0	3 25.0	4 33.4	4 33.3	1 8.3
交通事故	8 100.0	2 25.0	1 12.5	2 25.0	3 37.5
自傷	5 100.0	- -	2 40.0	1 20.0	2 40.0
閉じ込め	3 100.0	1 33.4	1 33.3	1 33.3	- -
火災	3 100.0	- -	1 33.4	1 33.3	1 33.3
盗難	2 100.0	1 50.0	- -	- -	1 50.0
食中毒	- -	- -	- -	- -	- -
その他	59 100.0	27 45.8	12 20.3	12 20.3	8 13.6

事故が発生した時間帯ごとに、発生時の職員の係わりの状況をみると、「薬の誤配・誤飲」、「挟み込み・巻き込み」の場合、発生した時間帯に関わりなく職員が係わっていた割合が高い。一方、「徘徊・行方不明」、「異食」などは、時間帯によらず、職員が係わっていた割合は低くなっている。

時間帯によって係わりに差がみられるものとしては、「転倒」、「転落」、「ずり落ち」、「誤嚥」などである。「転倒」、「転落」は、午後から夜間の時間帯になるほど、職員の係わる割合が低くなっており、一方、「誤嚥」は、午前と夜間は職員の関わる率が高いものの、午後の時間帯はそれほどでもない。

### 発生時間帯（3区分）と職員の係わり別にみた事故内容

（単位：件、％）

	10～13時台			14～18時台			19～9時台					
	職員が係わっている	N=144	係わっていない	N=122	職員が係わっている	N=127	係わっていない	N=167	職員が係わっている	N=114	係わっていない	N=286
第1位	転倒	50 34.7%	転倒	68 55.7%	転倒	45 35.4%	転倒	82 49.1%	転倒	33 28.9%	転倒	164 57.3%
第2位	薬の誤配・誤飲	16 11.1%	転落	9 7.4%	ずり落ち	12 9.4%	ずり落ち	17 10.2%	ずり落ち	19 16.7%	ずり落ち	31 10.8%
第3位	ずり落ち	12 8.3%	誤嚥	6 4.9%	挟み込み・巻き込み	11 8.7%	誤嚥	16 9.6%	薬の誤配・誤飲	17 14.9%	転落	29 10.1%
第4位	誤嚥	12 8.3%	ずり落ち	5 4.1%	誤嚥	10 7.9%	転落	11 6.6%	誤嚥	11 9.6%	徘徊・行方不明	13 4.5%
第5位	挟み込み・巻き込み	10 6.9%	異食	5 4.1%	薬の誤配・誤飲	10 7.9%	徘徊・行方不明	11 6.6%	挟み込み・巻き込み	7 6.1%	異食	12 4.2%
第6位	転落	5 4.2%	挟み込み・巻き込み	4 3.3%	溺れ・のぼせ	9 7.1%	異食	8 4.8%	転落	5 4.4%	誤嚥	8 2.8%
第7位	暴力行為（口論・セクハラ含む）	5 3.5%	徘徊・行方不明	4 3.3%	転落	8 6.3%	暴力行為（口論・セクハラ含む）	6 3.6%	徘徊・行方不明／暴力行為	4 3.5%	挟み込み・巻き込み	6 2.1%

## 発生時間帯（3区分）と職員の係わり別にみた事故内容

（単位：件、％）

	■10～13時台				■14～18時台				■19～9時台			
	計	職員が係わっていた	職員が係わっていない	不明	計	職員が係わっていた	職員が係わっていない	不明	計	職員が係わっていた	職員が係わっていない	不明
事故事例全体	281	144	122	15	308	127	167	14	428	114	286	28
	100.0	51.3	43.4	5.3	100.0	41.2	54.3	4.5	100.0	26.6	66.9	6.5
転倒	123	50	68	5	133	45	82	6	208	33	164	11
	100.0	40.7	55.2	4.1	100.0	33.8	61.7	4.5	100.0	15.9	78.8	5.3
ずり落ち	18	12	5	1	30	12	17	1	52	19	31	2
	100.0	66.6	27.8	5.6	100.0	40.0	56.7	3.3	100.0	36.5	59.7	3.8
転落	15	6	9	-	20	8	11	1	36	5	29	2
	100.0	40.0	60.0	-	100.0	40.0	55.0	5.0	100.0	13.9	80.5	5.6
誤嚥	21	12	6	3	26	10	16	-	20	11	8	1
	100.0	57.1	28.6	14.3	100.0	38.5	61.5	-	100.0	55.0	40.0	5.0
薬の誤配・誤飲	21	16	3	2	12	10	1	1	25	17	4	4
	100.0	76.2	14.3	9.5	100.0	83.4	8.3	8.3	100.0	68.0	16.0	16.0
徘徊・行方不明	7	3	4	-	16	4	11	1	18	4	13	1
	100.0	42.9	57.1	-	100.0	25.0	68.7	6.3	100.0	22.2	72.2	5.6
挟み込み・巻き込み	14	10	4	-	14	11	3	-	14	7	6	1
	100.0	71.4	28.6	-	100.0	78.6	21.4	-	100.0	50.0	42.9	7.1
異食	7	2	5	-	11	3	8	-	18	3	12	3
	100.0	28.6	71.4	-	100.0	27.3	72.7	-	100.0	16.7	66.6	16.7
暴力行為（口論・セクハラ含む）	8	5	1	2	10	3	6	1	10	4	4	2
	100.0	62.5	12.5	25.0	100.0	30.0	60.0	10.0	100.0	40.0	40.0	20.0
溺れ・のぼせ	3	2	1	-	11	9	1	1	2	-	2	-
	100.0	66.7	33.3	-	100.0	81.8	9.1	9.1	100.0	-	100.0	-
器物破損	3	2	1	-	4	1	3	-	4	2	2	-
	100.0	66.7	33.3	-	100.0	25.0	75.0	-	100.0	50.0	50.0	-
交通事故	2	1	1	-	1	-	1	-	2	1	-	1
	100.0	50.0	50.0	-	100.0	-	100.0	-	100.0	50.0	-	50.0
自傷	-	-	-	-	2	-	2	-	1	-	1	-
	-	-	-	-	100.0	-	100.0	-	100.0	-	100.0	-
閉じ込め	1	-	1	-	1	1	-	-	1	-	1	-
	100.0	-	100.0	-	100.0	100.0	-	-	100.0	-	100.0	-
火災	-	-	-	-	1	-	1	-	1	-	1	-
	-	-	-	-	100.0	-	100.0	-	100.0	-	100.0	-
盗難	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	100.0	-	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
食中毒	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
その他	27	19	6	2	12	8	3	1	12	6	6	-
	100.0	70.4	22.2	7.4	100.0	66.7	25.0	8.3	100.0	50.0	50.0	-

### ②どのような場所で、どのような事故が発生しているか

事故事例の内容と発生場所をみると、①比較的発生場所が特定化できる事例、②一定の集中はみられるもののある程度分散している事例、③あまり集中することなく全体に分散傾向にある事例、に大別できる。

#### ○比較的発生場所が特定化できる事例

「誤嚥」、「薬の誤配・誤飲」、「徘徊・行方不明」については、発生場所は2～3ヶ所に特定できる。

「誤嚥」、「薬の誤配・誤飲」は、その8割以上が、居室と共用食堂で発生している。「誤嚥」の場合、66.2%が共用食堂で発生し、21.2%は居室での発生である。「薬の誤配・誤飲」になると、居室(43.6%)・共用食堂(41.9%)でそれぞれ4割強と、発生率はほぼ等しい。いずれも、日中は共用食堂での発生が、夜間の時間帯では居室での発生が多くなる。

一方、「徘徊・行方不明」は、「館外」での発生が6割(62.4%)、「居室」での発生が2割弱(18.8%)である(夜間に発生した事例の中で「居室」が選択されている)。

### ○発生場所に一定の集中はみられるもののある程度分散している事例

「転倒」、「ずり落ち」、「転落」は、4割から2/3が居室で発生しているものの、館内のそれ以外の場所での発生も少なくない。

例えば、「転倒」の場合、事故の44.4%は居室で発生しているが、廊下(12.9%)、共用食堂(9.2%)、館外(9.2%)、共用施設(8.6%)、共用浴室(6.1%)などでも一定程度の発生がみられる。「転落」についてもほぼ同様の傾向にあるが、居室以外の発生場所としては、廊下(13.3%)、階段(12.0%)などが多い。

また、「転倒」「転落」ともに、夜間の時間帯では居室での発生比率が高まる。

「ずり落ち」の場合、「転倒」や「転落」に比べ居室での発生割合が高く、その66.6%は居室で発生している。居室に次いで多いのが、共用浴室(8.9%)、共用施設(6.7%)、共用食堂(5.7%)などである。

また、「ずり落ち」の場合、「転倒」や「転落」と異なり、一日を通じて居室での発生割合が高い点も特徴的である。「転倒」や「転落」が比較的身体的自立度の高い人も多く含まれるのに対して、「ずり落ち」の対象となる入居者は、どちらかといえば虚弱、要介護、痴呆等で、日中も居室で過ごす比率が高いことなどが想定される。

### ○あまり集中することなく全体に分散傾向にある事例

「挟み込み・巻き込み」の場合、館内のさまざまな場所で発生している。最も発生割合の高い居室で3割(31.2%)、残りは、共用浴室(17.8%)、共用食堂(13.3%)、エレベーター内(11.1%)、共用施設(11.1%)、送迎車両内(8.9%)など、入居者の行動範囲に応じて至るところで発生している。



発生場所を時間帯別にみると、「転倒」や「転落」同様、夜間では居室での発生割合が高くなる。

事例内容別にみた発生場所（上位5位）

（単位：件、％）

	転倒	N=490	すり落ち	N=105	転落	N=75	誤嚥	N=71	薬の誤配・誤飲	N=62	徘徊・行方不明	N=48	挟み込み・巻き	N=45
第1位	居室	216 44.0%	居室	70 66.6%	居室	39 52.0%	共用食堂	47 66.2%	居室	27 43.6%	館外	30 62.4%	居室	14 31.2%
第2位	廊下	63 12.9%	共用浴室	9 8.6%	廊下	10 13.3%	居室	15 21.2%	共用食堂	26 41.9%	居室	9 18.8%	共用浴室	8 17.8%
第3位	共用食堂	45 9.2%	共用施設	7 6.7%	階段	9 12.0%	共用施設	6 8.5%	共用施設	2 3.2%	共用食堂	2 4.2%	共用食堂	6 13.3%
第4位	館外	45 9.2%	共用食堂	6 5.7%	共用浴室	5 6.7%	廊下	1 1.4%	共用WC	1 1.6%	共用施設	1 2.1%	エレベーター内	5 11.1%
第5位	共用施設	42 8.6%	廊下	3 2.9%	館外	5 6.7%			館外	1 1.6%			共用施設	5 11.1%

## 事例内容別と発生場所

(単位：件、%)

	合計	居室	共用 食堂	(館外)	廊下	(共用 施設)	共用 浴室	共用 WC	エレベ ーター内	階段	送迎 車輦内	不明
事故事例全体	1,095 100.0	487 44.4	154 14.1	93 8.5	91 8.3	88 8.0	74 6.8	31 2.8	19 1.7	17 1.6	14 1.3	27 2.5
■転倒 計	490 100.0	216 44.0	45 9.2	45 9.2	63 12.9	42 8.6	30 6.1	19 3.9	13 2.7	5 1.0	3 0.6	9 1.8
10～13時台	123 100.0	31 25.2	13 10.6	23 18.7	18 14.6	15 12.2	9 7.3	6 4.9	4 3.3	1 0.8	1 0.8	2 1.6
14～18時台	133 100.0	42 31.6	17 12.8	13 9.8	18 13.5	14 10.5	14 10.5	6 4.5	6 4.5	-	1 0.8	2 1.5
19～9時台	208 100.0	132 63.5	14 6.7	3 1.4	23 11.1	12 5.8	6 2.9	7 3.4	3 1.4	4 1.9	1 0.5	3 1.4
■ずり落ち 計	105 100.0	70 66.6	6 5.7	2 1.9	3 2.9	7 6.7	9 8.6	2 1.9	-	2 1.9	2 1.9	2 1.9
10～13時台	18 100.0	13 72.1	1 5.6	1 5.6	-	1 5.6	2 11.1	-	-	-	-	-
14～18時台	30 100.0	18 60.1	1 3.3	1 3.3	2 6.7	1 3.3	6 20.0	-	-	1 3.3	-	-
19～9時台	52 100.0	37 71.3	3 5.8	-	1 1.9	5 9.6	1 1.9	2 3.8	-	1 1.9	1 1.9	1 1.9
■転落 計	75 100.0	39 52.0	-	5 6.7	10 13.3	2 2.7	5 6.7	1 1.3	1 1.3	9 12.0	1 1.3	2 2.7
10～13時台	15 100.0	4 26.6	-	1 6.7	3 20.0	-	3 20.0	1 6.7	1 6.7	2 13.3	-	-
14～18時台	20 100.0	7 35.0	-	1 5.0	4 20.0	1 5.0	2 10.0	-	-	4 20.0	-	1 5.0
19～9時台	36 100.0	26 72.2	-	2 5.6	3 8.3	1 2.8	-	-	-	3 8.3	1 2.8	-
■誤嚥 計	71 100.0	15 21.1	47 66.2	-	1 1.4	6 8.5	-	-	-	-	-	2 2.8
10～13時台	21 100.0	3 14.3	17 80.9	-	-	1 4.8	-	-	-	-	-	-
14～18時台	26 100.0	5 19.2	17 65.5	-	1 3.8	3 11.5	-	-	-	-	-	-
19～9時台	20 100.0	7 35.0	10 50.0	-	-	2 10.0	-	-	-	-	-	1 5.0
■薬の誤配・誤飲 計	62 100.0	27 43.6	26 41.9	1 1.6	-	2 3.2	-	1 1.6	-	-	-	5 8.1
10～13時台	21 100.0	6 28.6	10 47.5	1 4.8	-	1 4.8	-	1 4.8	-	-	-	2 9.5
14～18時台	12 100.0	5 41.7	7 58.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19～9時台	25 100.0	14 56.0	9 36.0	-	-	1 4.0	-	-	-	-	-	1 4.0
■徘徊・行方不明 計	48 100.0	9 18.8	2 4.2	30 62.4	-	1 2.1	-	-	-	-	-	6 12.5
10～13時台	7 100.0	-	-	6 85.7	-	-	-	-	-	-	-	1 14.3
14～18時台	16 100.0	1 6.3	-	11 68.6	-	1 6.3	-	-	-	-	-	3 18.8
19～9時台	18 100.0	6 33.3	1 5.6	11 61.1	-	-	-	-	-	-	-	-
■挟み込み・巻き込み 計	45 100.0	14 31.2	6 13.3	-	-	5 11.1	8 17.8	2 4.4	5 11.1	-	4 8.9	1 2.2
10～13時台	14 100.0	2 14.3	2 14.3	-	-	1 7.1	3 21.5	1 7.1	3 21.4	-	2 14.3	-
14～18時台	14 100.0	5 35.8	2 14.3	-	-	1 7.1	4 28.6	1 7.1	-	-	1 7.1	-
19～9時台	14 100.0	7 50.2	1 7.1	-	-	3 21.4	1 7.1	-	1 7.1	-	1 7.1	-

### ③入居者がどのような状態の時に、どのような事故が発生しているか

事件事例の内容と発生状況をみると、①比較的発生状況が特定化できる事例、②一定の集中はみられるもののある程度分散している事例、③あまり集中することなく全体に分散傾向にある事例に大別できる。

#### ○比較的発生時の状態が特定化できる事例

「誤嚥」、「薬の誤配・誤飲」、「徘徊・行方不明」については、発生場所と同様、発生時の入居者の状況についても、ある程度特定化できる。「誤嚥」の場合、食事時（81.8%）、水分補給時（5.6%）で、そのほとんどを占める。

「薬の誤配・誤飲」では、食事時（40.4%）、服薬時（25.8%）で2/3を占めているが、睡眠中も1割以上みられる。

「徘徊・行方不明」の場合は、歩行時（64.5%）、睡眠中（10.4%）である。

#### ○一定の集中はみられるもののある程度分散している事例

「転倒」は、その半数が歩行時に起きているものの（47.4%）、排泄時（7.8%）、睡眠中（7.8%）、入浴時（5.9%）、車いす使用時（5.9%）、移乗時（5.7%）での発生も少なくない。睡眠中、排泄時の転倒は夜間に多くみられる。

「転落」の場合、睡眠中（33.3%）、車いす使用時（22.7%）、歩行時（16.0%）で、その発生がほぼ3分されている。

「挟み込み・巻き込み」の場合も、車いす使用時（35.7%）、移乗時（20.0%）などが過半数を占めるが、入浴時（11.1%）、歩行時（6.7%）などの発生もみられる。

#### ○あまり集中することなく全体に分散傾向にある事例

「ずり落ち」、「挟み込み・巻き込み」が該当する。

「ずり落ち」の場合、睡眠中（22.9%）、移乗時（22.9%）、車いす使用時（20.0%）にそれぞれ2割強ずつみられる。また、排泄時（8.6%）、入浴時（7.6%）の発生も1割弱みられ、さまざまな場所で発生の危険性があることが理解できる。

事例内容別にみた発生時の状況（上位5位）（単位：件、％）

	転倒	N=490	すり落ち	N=105	転落	N=75	誤嚥	N=71	薬の誤配・誤飲	N=62	徘徊・行方不明	N=48	挟み込み・巻き	N=45
第1位	歩行時	232 47.4%	睡眠中	24 22.9%	睡眠中	25 33.3%	食事時	58 81.8%	食事時	25 40.4%	歩行時	31 64.5%	車いす使用時	16 35.7%
第2位	睡眠中	38 7.8%	移乗時	24 22.9%	車いす使用時	17 22.7%	水分補給時	4 5.6%	服薬時	16 25.8%	睡眠中	5 10.4%	移乗時	9 20.0%
第3位	排泄時	38 7.8%	車いす使用時	21 20.0%	歩行時	12 16.0%	歩行時	2 2.8%	睡眠中	7 11.3%	移乗時	2 4.2%	入浴時	5 11.1%
第4位	車いす使用時	29 5.9%	排泄時	9 8.6%	入浴時	3 4.0%	睡眠中／車いす使用時／入浴時／排泄時	1 1.4%	排泄時	2 3.2%	食事時	1 2.1%	歩行時	3 6.7%
第5位	入浴時	29 5.9%	入浴時	8 7.6%	排泄時	3 4.0%	起(離)床時	2 3.2%					睡眠中／排泄時	2 4.4%

### 事例内容別にみた発生時の状況

(単位：件、%)

	合計	歩行時	食事時	睡眠中*	車いす使用時	移乗時	入浴時	排泄時	(服薬時)	乗降車時*	水分補給時	(起(離)床時)	(着脱衣時)	(口腔ケア時)	その他	不明
事件事例全体	1,095 100.0	306 27.8	121 11.1	118 10.8	96 8.8	84 7.7	70 6.4	64 5.8	18 1.6	15 1.4	13 1.2	10 0.9	5 0.5	1 0.1	95 8.7	79 7.2
■ 転倒 計	490 100.0	232 47.4	14 2.9	38 7.8	29 5.9	28 5.7	29 5.9	38 7.8	1 0.2	6 1.2	2 0.4	5 1.0	4 0.8	-	28 5.7	36 7.3
10～13時台	123 100.0	65 52.9	3 2.4	2 1.6	6 4.9	5 4.1	7 5.7	8 6.5	-	2 1.6	2 1.6	-	1 0.8	-	8 6.5	14 11.4
14～18時台	133 100.0	67 50.3	6 4.5	2 1.5	12 9.0	8 6.0	14 10.5	5 3.8	-	1 0.8	-	1 0.8	1 0.8	-	8 6.0	8 6.0
19～9時台	208 100.0	88 42.3	5 2.4	34 16.3	9 4.3	12 5.8	6 2.9	23 11.1	1 0.5	3 1.4	-	4 1.9	1 0.5	-	11 5.3	11 5.3
■ ざり落ち 計	105 100.0	3 2.9	6 5.7	24 22.9	21 20.0	24 22.7	8 7.6	9 8.6	-	2 1.9	-	-	-	-	5 4.8	3 2.9
10～13時台	18 100.0	1 5.6	1 5.6	1 5.6	5 27.8	7 38.7	2 11.1	2 11.1	-	-	-	-	-	-	-	1 5.6
14～18時台	30 100.0	1 3.3	2 6.7	2 6.7	9 30.0	7 23.3	5 16.7	1 3.3	-	-	-	-	-	-	3 10.0	-
19～9時台	52 100.0	-	3 5.8	21 40.4	7 13.5	9 17.3	1 1.9	7 13.5	-	1 1.9	-	-	-	-	2 3.8	1 1.9
■ 転落 計	75 100.0	12 16.0	-	25 33.3	17 22.7	2 2.7	3 4.0	3 4.0	-	2 2.7	-	1 1.3	-	-	4 5.3	6 8.0
10～13時台	15 100.0	3 20.0	-	2 13.3	6 40.0	-	2 13.3	1 6.7	-	-	-	-	-	-	-	1 6.7
14～18時台	20 100.0	6 30.0	-	3 15.0	6 30.0	1 5.0	1 5.0	-	-	1 5.0	-	-	-	-	1 5.0	1 5.0
19～9時台	36 100.0	3 8.3	-	18 50.0	5 13.9	1 2.8	-	2 5.6	-	1 2.8	-	-	-	-	3 8.3	3 8.3
■ 誤嚥 計	71 100.0	2 2.8	58 81.8	1 1.4	1 1.4	-	1 1.4	1 1.4	-	-	4 5.6	-	-	-	-	3 4.2
10～13時台	21 100.0	-	18 85.6	-	-	-	-	1 4.8	-	-	1 4.8	-	-	-	-	1 4.8
14～18時台	26 100.0	2 7.7	22 84.7	-	1 3.8	-	-	-	-	1 3.8	-	-	-	-	-	-
19～9時台	20 100.0	-	16 80.0	1 5.0	-	-	1 5.0	-	-	2 10.0	-	-	-	-	-	-
■ 薬の誤配・誤飲 計	62 100.0	-	25 40.4	7 11.3	-	1 1.6	-	2 3.2	16 25.8	-	-	2 3.2	-	-	2 3.2	7 11.3
10～13時台	21 100.0	-	7 33.3	-	-	1 4.8	-	2 9.5	6 28.6	-	-	-	-	-	1 4.8	4 19.0
14～18時台	12 100.0	-	7 58.4	-	-	-	-	-	3 25.0	-	-	-	-	-	1 8.3	1 8.3
19～9時台	25 100.0	-	11 44.0	6 24.0	-	-	-	-	6 24.0	-	-	2 8.0	-	-	-	-
■ 徘徊・行方不明 計	48 100.0	31 64.5	1 2.1	5 10.4	-	2 4.2	-	-	-	-	-	-	-	-	2 4.2	7 14.6
10～13時台	7 100.0	5 71.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 14.3	1 14.3
14～18時台	16 100.0	13 81.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3 18.8
19～9時台	18 100.0	9 49.9	1 5.6	4 22.2	-	1 5.6	-	-	-	-	-	-	-	-	1 5.6	2 11.1
■ 挟み込み・巻き込み 計	45 100.0	3 6.7	1 2.2	2 4.4	16 35.7	9 20.0	5 11.1	2 4.4	-	1 2.2	1 2.2	-	-	-	3 6.7	2 4.4
10～13時台	14 100.0	-	-	-	7 50.1	3 21.4	1 7.1	2 14.3	-	1 7.1	-	-	-	-	-	-
14～18時台	14 100.0	1 7.1	-	-	2 14.3	4 28.7	3 21.4	-	-	-	1 7.1	-	-	-	2 14.3	1 7.1
19～9時台	14 100.0	1 7.1	1 7.1	2 14.3	6 43.0	2 14.3	1 7.1	-	-	-	-	-	-	-	1 7.1	-

### (3) 職員の関わりと事故事例の関係

#### ①職員の係わりの有無と職員の経験年数

事故事例 1,095 件のうち、職員が係わっていた事例は 411 件（事故事例全体の 37.5%）、職員が係わっていなかった事例は 614 件（56.1%）である。

事例に対する職員の係わりの有無別に職員の経験年数をみると、職員が係わっていた事例では、経験「1 年未満」の職員の割合が高くなっている。（係わっていなかった事例 12.9%に対して、係わっていた事例 21.4%）

#### 痴呆の状況別にみた事例内容（上位7位）

（単位：人、%）

	合計	1年未満	1～4年	5年以上	不明
事故事例全体	1,095	173	431	382	109
	100.0	15.8	39.3	34.9	10.0
職員が係わっていた	411	88	178	124	21
	100.0	21.4	43.3	30.2	5.1
職員が係わっていなかった	614	79	232	232	71
	100.0	12.9	37.7	37.8	11.6

注）事故事例 1095 件のうち、70 件については職員の関わりが不明であった。

#### ②職員の係わりがある事故事例としてはどのような内容が多いか

「薬の誤配・誤飲」（75.8%）、「溺れ・のぼせ」（73.7%）、「挟み込み・巻き込み」（66.7%）については、事例発生時に職員が係わっていた割合が 2/3～3/4 と高く、職員が事例当事者（加害者）となっていたり、誘因となっていることがわかる。同様に、「器物破損」（ただし発生件数は少ない）、「誤嚥」（49.3%）、「ずり落ち」（43.8%）についても、事例の 4 割～半数で、職員が係わっている。

職員の経験年数ごとに、事例内容の中での関わり方の多寡をみると、経験 1 年未満の職員では、「器物破損」、「ずり落ち」、「転落」、「暴力行為」で 3 割以上が、経験 5 年以上の職員では、「異食」「巻き込み・挟み見込み」「暴力行為」「誤嚥」「転倒」で 3 割以上が係わっている。

## 事故事例と職員の関わり

(単位：％、人)

	事例に職員が関わっていた割合	1年未満の職員が関わる割合が高い事例	5年以上の職員が関わる割合が高い事例
第1位	薬の誤配誤飲 75.8(47)	器物破損 50.0(3)	異食 55.6(5)
第2位	溺れ・のぼせ 73.7(14)	ずり落ち 39.1(18)	巻き込み・挟み込み 36.7(11)
第3位	挟み込み・巻き込み 66.7(30)	転落 30.0(25)	暴力行為 35.7(5)
第4位	器物破損 50.0(6)	暴力行為 28.6(4)	誤嚥 34.3(12)
第5位	誤嚥 49.3(35)	巻き込み・挟み込み 26.7(8)	転倒 30.4(41)
第6位	ずり落ち 43.8(46)	薬の誤配・誤飲 1.3(10)	溺れ・のぼせ 28.6(4)

注) 事例の発生件数が少ないもの(2桁に満たないもの)を含むため、%はあくまで、参考値として掲載している。

「1年未満～」、「5年以上の職員が係わる割合の高い事例」の順位は、事故事例全体に対して「1年未満」「5年以上」の職員が係わった平均に比べ、割合が高かった順。

事例内容別にみた職員の係わりの状況

(単位：件、%)

	合計	職員が係わっていた割合	■職員が係わっていた計			
			1年未満	1～4年	5年以上	
事件事例全体	1,095	411 37.5	411 100.0	88 21.4	178 43.3	124 30.2
転倒	490	135 27.6	135 100.0	25 18.5	60 44.4	41 30.4
すり落ち	105	46 43.8	46 100.0	18 39.1	17 37.0	11 23.9
転落	75	20 26.7	20 100.0	6 30.0	7 35.0	5 25.0
誤嚥	71	35 49.3	35 100.0	3 8.6	15 42.9	12 34.3
薬の誤配・誤飲	62	47 75.8	47 100.0	10 21.3	23 48.9	13 27.7
徘徊・行方不明	48	12 25.0	12 100.0	1 8.3	8 66.7	3 25.0
挟み込み・巻き込み	45	30 66.7	30 100.0	8 26.7	11 36.7	11 36.7
異食	43	9 20.9	9 100.0	-	3 33.3	5 55.6
暴力行為(口論・セクハラ含む)	32	14 43.8	14 100.0	4 28.6	5 35.7	5 35.7
溺れ・のぼせ	19	14 73.7	14 100.0	3 21.4	6 42.9	4 28.6
器物破損	12	6 50.0	6 100.0	3 50.0	1 16.7	1 16.7
交通事故	8	2 25.0	2 100.0	-	1 50.0	1 50.0
自傷	5	1 20.0	1 100.0	-	-	1 100.0
閉じ込め	3	1 33.3	1 100.0	-	1 100.0	-
火災	3	-	-	-	-	-
盗難	2	-	-	-	-	-
食中毒	-	-	-	-	-	-
その他	59	36 61.0	36 100.0	7 19.4	13 36.1	15 41.7



### ③職員の関わりがあった事件事例にみる職員の状態

事故発生時に係わっていた職員の状態を、状況把握、思考、作業動作、感情、身体状況の5つの側面から尋ねた。

#### (状況把握)

事例全体では、「気がつかなかった」(29.2%)、「見落とした」(17.8%)ケースが多い。「普通」とする回答も24.1%みられた。

事故の中で、職員が関わっていた割合が最も高い、薬の誤配・誤飲の事例では、「気がつかなかった」「見間違いをした」「見落とした」など、職員の状況も分散している。

転落、挟み込み・巻き込み、溺れ・のぼせなどの事例では、「気がつかなかった」とする割合が高い。

#### (思考)

全般に、「大丈夫だと思った」とする回答が多く、半数弱(47.7%)を占めている。次に多いのが、「深く考えなかった」(17.3%)である。ここでも、「普通」とする回答が17.3%みられる。

いずれの事例の場合も、「大丈夫だと思った」とする回答が最も多くあげられている中で、薬の誤配・誤飲の場合、「深く考えなかった」とする回答が23.4%と最も多い。さらに、「大丈夫だと思った」(21.3%)、「記憶違いをした」(19.1%)、「忘れていた」(12.8%)も少なくなく、事故に至った職員の思考状態もさまざまであることがわかる。

#### (作業動作)

「普通」とする回答が44%で最も多くなっている。それ以外では、「忙しかった」、「やりにくかった」が2割、「無意識に手が動いた」、「スピードについていけなかった」、「体のバランスをくずしていた」等が1割弱となっている。

薬の誤配・誤飲、溺れ・のぼせ、誤嚥の事故では、「忙しかった」とする回答も多くみられる。

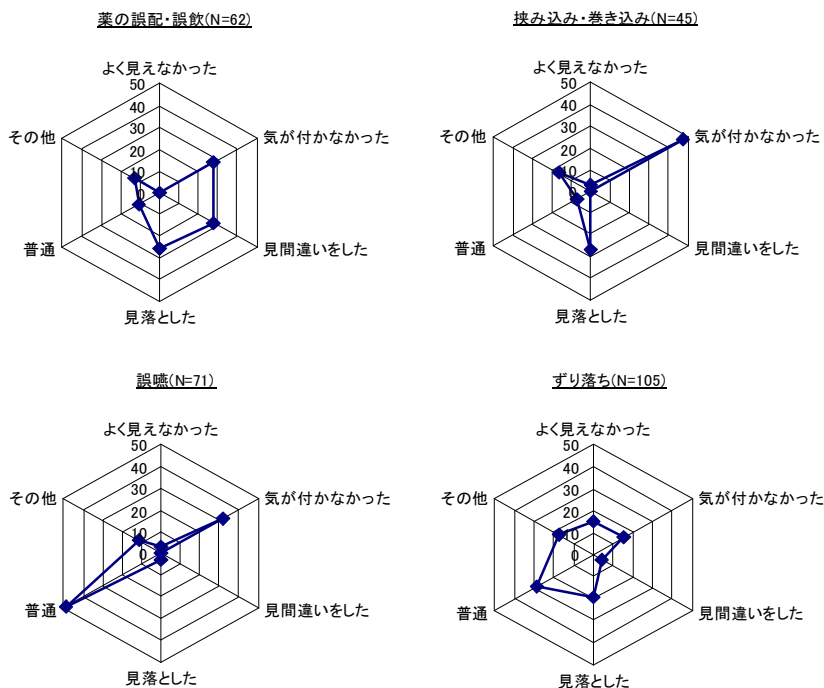
#### (感情)

作業動作同様、「普通」とする回答が多く、6割を超える。具体的な気持ちとしては、「他のことに気をとられていた」(21.2%)「慌てていた」(12.4%)も少なくない。

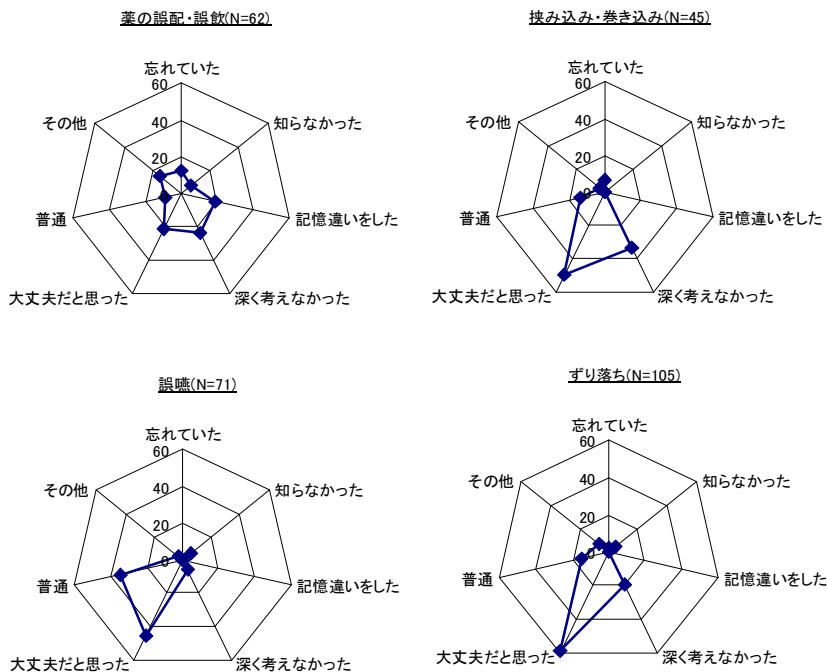
薬の誤配・誤飲事例では、「他のことに気をとられていた」、「慌てていた」

などの回答が目立つ。「他のことに気をとられていた」とする回答が高いのは、他には、溺れ・のぼせ。「慌てていた」とする回答が高いのは、挟み込み・巻き込みである。

職員が係わった比率が4割以上で、サンプル数30以上の事例内容について  
(状況把握)

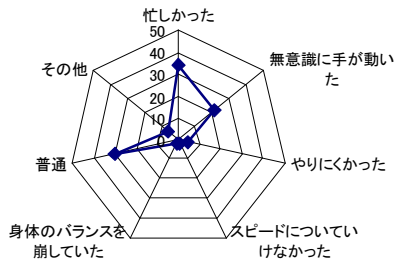


(思考)

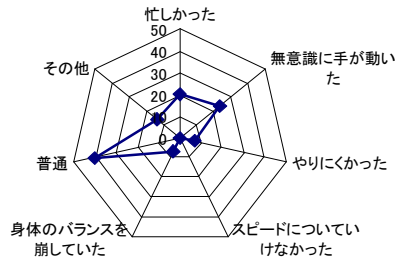


## (作業動作)

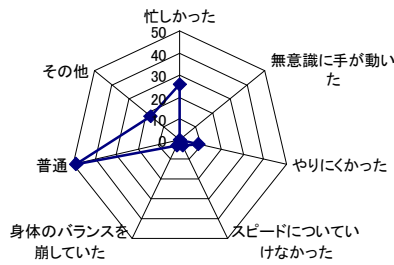
薬の誤配・誤飲(N=62)



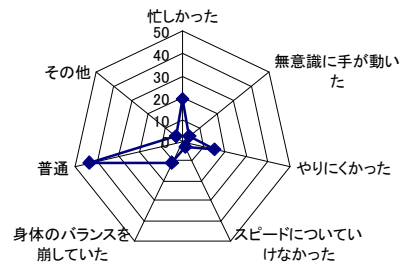
投み込み・巻き込み(N=45)



誤嚥(N=71)

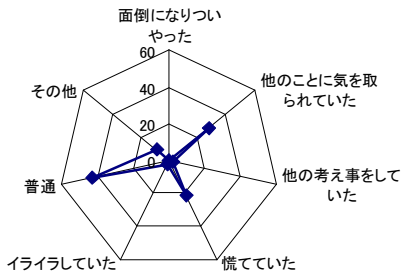


ずり落ち(N=105)

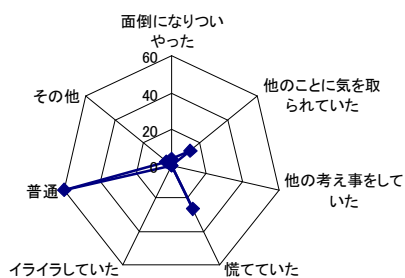


## (感情)

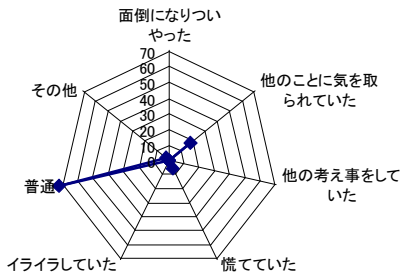
薬の誤配・誤飲(N=62)



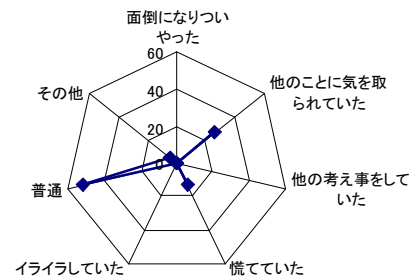
投み込み・巻き込み(N=45)



誤嚥(N=71)

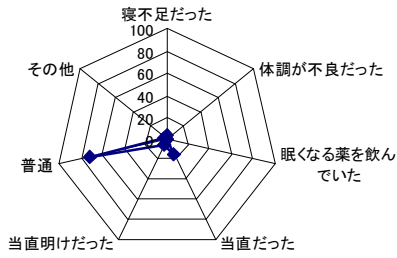


ずり落ち(N=105)

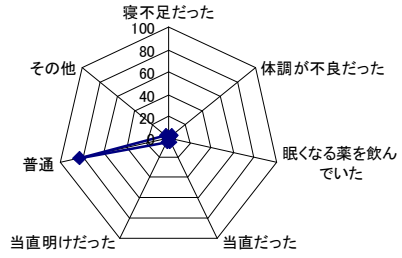


## (身体状況)

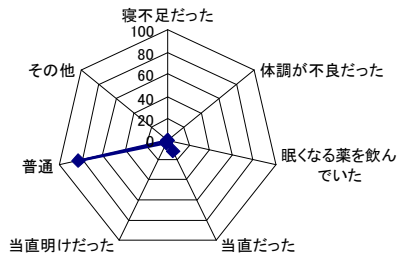
薬の誤配・誤飲(N=62)



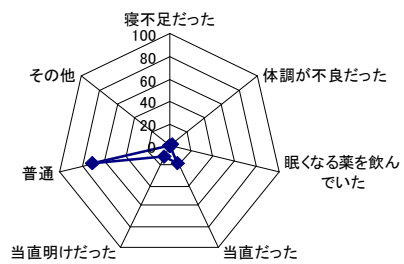
抜き込み・巻き込み(N=45)



誤嚥(N=71)



ずり落ち(N=105)



## (状態把握)

(単位：件、%)

	合計	■職員 が係 わって いた	よく見え なかつ た	気が付 かな かつた	見間違 いをし た	見落と した	普通	その他
事件事例全体	1,095	411 100.0	22 5.4	120 29.2	21 5.1	73 17.8	99 24.1	83 20.2
転倒	490	135 100.0	5 3.7	31 23.0	2 1.5	31 23.0	38 28.1	31 23.0
ずり落ち	105	46 100.0	7 15.2	7 15.2	2 4.3	9 19.6	13 28.3	8 17.4
転落	75	20 100.0	1 5.0	11 55.0	- -	1 5.0	3 15.0	1 5.0
誤嚥	71	35 100.0	1 2.9	11 31.4	- -	1 2.9	17 48.6	4 11.4
薬の誤配・誤飲	62	47 100.0	- -	13 27.7	13 27.7	12 25.5	5 10.6	6 12.8
徘徊・行方不明	48	12 100.0	- -	4 33.3	1 8.3	- -	1 8.3	5 41.7
挟み込み・巻き込み	45	30 100.0	1 3.3	14 46.7	- -	8 26.7	2 6.7	5 16.7
異食	43	9 100.0	1 11.1	1 11.1	1 11.1	- -	3 33.3	2 22.2
暴力行為(口論・セクハラ含む)	32	14 100.0	- -	1 7.1	- -	- -	7 50.0	7 50.0
溺れ・のぼせ	19	14 100.0	- -	6 42.9	1 7.1	1 7.1	2 14.3	4 28.6
器物破損	12	6 100.0	1 16.7	1 16.7	- -	1 16.7	1 16.7	2 33.3
交通事故	8	2 100.0	- -	1 50.0	1 50.0	- -	- -	- -
自傷	5	1 100.0	1 100.0	- -	- -	- -	- -	- -
閉じ込め	3	1 100.0	- -	1 100.0	- -	- -	- -	- -
火災	3	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
盗難	2	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
食中毒	-	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
その他	59	36 100.0	4 11.1	13 36.1	- -	6 16.7	6 16.7	7 19.4

## (思考)

(単位：件、%)

	合計	■職員 が係 わって いた	忘れて いた	知らな かった	記憶違 いをし た	深く考 えな かった	大丈夫 だと思 った	普通	その他
事件事例全体	1,095	411 100.0	19 4.6	19 4.6	10 2.4	71 17.3	196 47.7	71 17.3	32 7.8
転倒	490	135 100.0	2 1.5	1 0.7	-	17 12.6	80 59.3	22 16.3	10 7.4
ずり落ち	105	46 100.0	1 2.2	2 4.3	-	9 19.6	27 58.7	7 15.2	3 6.5
転落	75	20 100.0	1 5.0	2 10.0	-	5 25.0	11 55.0	1 5.0	-
誤嚥	71	35 100.0	-	2 5.7	-	2 5.7	16 45.7	12 34.3	1 2.9
薬の誤配・誤飲	62	47 100.0	6 12.8	3 6.4	9 19.1	11 23.4	10 21.3	4 8.5	7 14.9
徘徊・行方不明	48	12 100.0	-	1 8.3	-	-	6 50.0	1 8.3	2 16.7
挟み込み・巻き込み	45	30 100.0	2 6.7	-	-	10 33.3	15 50.0	4 13.3	1 3.3
異食	43	9 100.0	-	1 11.1	-	1 11.1	3 33.3	2 22.2	1 11.1
暴力行為(口論・セクハラ含む)	32	14 100.0	-	-	-	2 14.3	3 21.4	7 50.0	4 28.6
溺れ・のぼせ	19	14 100.0	-	-	-	2 14.3	9 64.3	1 7.1	1 7.1
器物破損	12	6 100.0	2 33.3	-	-	1 16.7	1 16.7	-	2 33.3
交通事故	8	2 100.0	-	-	-	-	1 50.0	-	-
自傷	5	1 100.0	-	-	-	-	1 100.0	-	-
閉じ込め	3	1 100.0	-	1 100.0	-	-	-	-	-
火災	3	-	-	-	-	-	-	-	-
盗難	2	-	-	-	-	-	-	-	-
食中毒	-	-	-	-	-	-	-	-	-
その他	59	36 100.0	5 13.9	2 5.6	1 2.8	9 25.0	10 27.8	9 25.0	-

## (作業動作)

(単位：件、%)

	合計	■職員 が係 わって いた	忙し かった	無意識 に手が 動いた	やりにく かった	スピード につい ていけ なかつ た	身体 のバ ラン スを 崩し てい た	普通	その他
事件事例全体	1,095	411 100.0	79 19.2	32 7.8	33 8.0	27 6.6	26 6.3	181 44.0	34 8.3
転倒	490	135 100.0	21 15.6	6 4.4	9 6.7	22 16.3	14 10.4	60 44.4	6 4.4
ずり落ち	105	46 100.0	9 19.6	2 4.3	7 15.2	1 2.2	5 10.9	20 43.5	2 4.3
転落	75	20 100.0	3 15.0	1 5.0	1 5.0	2 10.0	2 10.0	11 55.0	1 5.0
誤嚥	71	35 100.0	9 25.7	- -	3 8.6	1 2.9	1 2.9	17 48.6	6 17.1
薬の誤配・誤飲	62	47 100.0	16 34.0	10 21.3	2 4.3	1 2.1	1 2.1	14 29.8	3 6.4
徘徊・行方不明	48	12 100.0	3 25.0	1 8.3	1 8.3	1 8.3	1 8.3	6 50.0	1 8.3
挟み込み・巻き込み	45	30 100.0	6 20.0	7 23.3	2 6.7	- -	2 6.7	12 40.0	4 13.3
異食	43	9 100.0	1 11.1	- -	1 11.1	2 22.2	1 11.1	6 66.7	- -
暴力行為(口論・セクハラ含む)	32	14 100.0	- -	- -	2 14.3	3 21.4	- -	7 50.0	2 14.3
溺れ・のぼせ	19	14 100.0	4 28.6	2 14.3	- -	- -	1 7.1	3 21.4	4 28.6
器物破損	12	6 100.0	1 16.7	- -	2 33.3	- -	1 16.7	2 33.3	1 16.7
交通事故	8	2 100.0	- -	- -	- -	- -	- -	1 50.0	- -
自傷	5	1 100.0	- -	- -	- -	- -	1 100.0	- -	- -
閉じ込め	3	1 100.0	1 100.0	- -	- -	- -	- -	- -	- -
火災	3	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
盗難	2	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
食中毒	-	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
その他	59	36 100.0	3 8.3	2 5.6	7 19.4	- -	2 5.6	18 50.0	4 11.1



## (感情)

(単位：件、%)

	合計	■職員 が係 わって いた	面倒に なりつ いやっ た	他のこ とに気 を取ら れてい た	他の考 え事 をして いた	慌てて いた	イライ ラして いた	普通	その他
事事故例全体	1,095	411 100.0	2 0.5	87 21.2	2 0.5	51 12.4	1 0.2	252 61.3	18 4.4
転倒	490	135 100.0	- -	33 24.4	1 0.7	15 11.1	- -	86 63.7	5 3.7
ずり落ち	105	46 100.0	- -	12 26.1	- -	6 13.0	- -	24 52.2	2 4.3
転落	75	20 100.0	- -	4 20.0	- -	3 15.0	- -	11 55.0	1 5.0
誤嚥	71	35 100.0	- -	6 17.1	- -	2 5.7	- -	25 71.4	1 2.9
薬の誤配・誤飲	62	47 100.0	- -	13 27.7	1 2.1	10 21.3	1 2.1	20 42.6	4 8.5
徘徊・行方不明	48	12 100.0	- -	2 16.7	- -	2 16.7	- -	7 58.3	1 8.3
挟み込み・巻き込み	45	30 100.0	1 3.3	4 13.3	- -	8 26.7	- -	18 60.0	1 3.3
異食	43	9 100.0	- -	1 11.1	- -	- -	- -	8 88.9	- -
暴力行為(口論・セクハラ含む)	32	14 100.0	- -	- -	- -	1 7.1	- -	12 85.7	1 7.1
溺れ・のぼせ	19	14 100.0	- -	5 35.7	- -	- -	- -	8 57.1	- -
器物破損	12	6 100.0	- -	2 33.3	- -	1 16.7	- -	3 50.0	1 16.7
交通事故	8	2 100.0	- -	1 50.0	- -	- -	- -	1 50.0	- -
自傷	5	1 100.0	- -	- -	- -	- -	- -	1 100.0	- -
閉じ込め	3	1 100.0	- -	1 100.0	- -	- -	- -	- -	- -
火災	3	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
盗難	2	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
食中毒	-	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
その他	59	36 100.0	1 2.8	7 19.4	- -	3 8.3	- -	21 58.3	1 2.8

## (身体状況)

(単位：件、%)

	合計	■職員 が係 わって いた	寝不足 だった	体調が 不良 だった	眠くなる 薬を飲 んでい た	当直 だった	当直明 けだっ た	普通	その他
事事故例全体	1,095	411 100.0	3 0.7	4 1.0	- -	43 10.5	18 4.4	320 77.9	11 2.7
転倒	490	135 100.0	1 0.7	2 1.5	- -	13 9.6	5 3.7	106 78.5	4 3.0
ずり落ち	105	46 100.0	- -	1 2.2	- -	8 17.4	5 10.9	32 69.6	- -
転落	75	20 100.0	- -	- -	- -	2 10.0	1 5.0	14 70.0	2 10.0
誤嚥	71	35 100.0	- -	- -	- -	4 11.4	1 2.9	29 82.9	- -
薬の誤配・誤飲	62	47 100.0	2 4.3	- -	- -	7 14.9	3 6.4	33 70.2	1 2.1
徘徊・行方不明	48	12 100.0	- -	- -	- -	2 16.7	- -	10 83.3	- -
挟み込み・巻き込み	45	30 100.0	- -	1 3.3	- -	1 3.3	1 3.3	25 83.3	1 3.3
異食	43	9 100.0	- -	- -	- -	1 11.1	- -	8 88.9	- -
暴力行為(口論・セクハラ含む)	32	14 100.0	- -	- -	- -	2 14.3	1 7.1	10 71.4	1 7.1
溺れ・のぼせ	19	14 100.0	- -	- -	- -	- -	- -	14 100.0	- -
器物破損	12	6 100.0	- -	- -	- -	- -	1 16.7	4 66.7	1 16.7
交通事故	8	2 100.0	- -	- -	- -	- -	- -	1 50.0	- -
自傷	5	1 100.0	- -	- -	- -	- -	- -	1 100.0	- -
閉じ込め	3	1 100.0	- -	- -	- -	- -	- -	1 100.0	- -
火災	3	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
盗難	2	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
食中毒	-	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
その他	59	36 100.0	- -	- -	- -	3 8.3	- -	29 80.6	1 2.8

#### (4) 管理者からみた事故の評価

～事故発生防止、起こった事故への対応、改善策への対応の観点から～

##### ①管理者からみた事故原因（職員が関わっていた事故について）

職員が関わっていた事故事例 411 件について、管理者は、事故原因をどのように認識しているのだろうか。

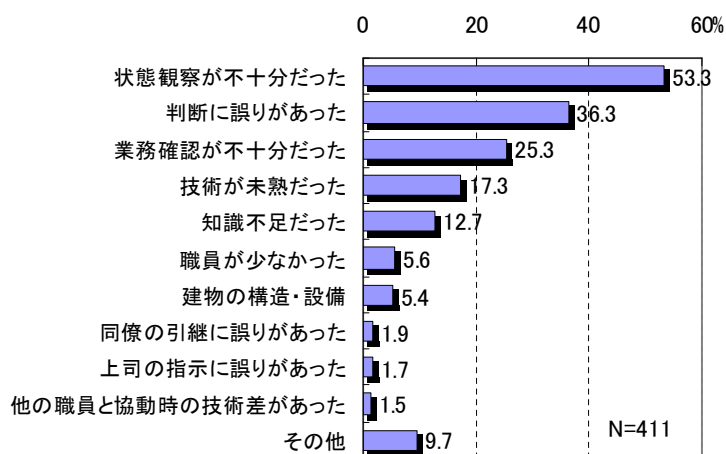
管理者の回答として最も多かったのは「状態観察が不十分だった」で、過半数（53.3%）を占める。続いて「判断に誤りがあった」（36.3%）、「業務確認が不十分だせった」（25.2%）、「技術が未熟だった」（17.3%）「知識不足だった」（12.7%）が続く。

上位項目にあげられているのは、職員の配置や勤務体制などの業務システムに係わることよりも、職員一人一人の資質に起因している事柄である。

先の職員の回答をみると、状況判断としては、「気がつかなかった」（29.2%）、「見落とした」（17.8%）などの回答率が高い点、判断面での誤りとしては、思考の中で、過半数が「大丈夫だと思った」をあげている点などと符号する。

職員が関わっていた事故と事故原因についての管理者の認識

(単位：%)



## ②管理者からみた、事故内容と危険度、予防の可能性

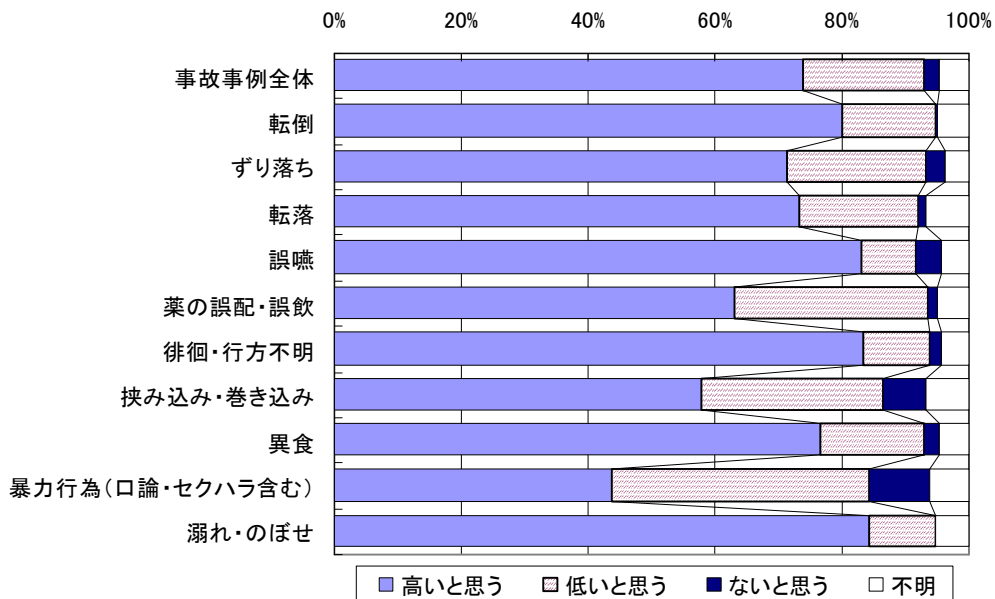
管理者の事例の危険度に対する認識では、事例の 73.9%について「危険度は高い」と認識していることが明らかになったが、それぞれの事例ごとの認識度はどうであろうか。

徘徊・行方不明、誤嚥、溺れ・のぼせ、転倒などについては、8割以上の管理者が「危険度は高い」と認識している。一方、暴力行為、挟み込み・巻き込み、薬の誤配・誤飲については、「危険度が高い」とする回答が4~6割で、管理者の危険度に対する認識の低い項目となっている。

薬の誤配・誤飲は、事例の中でも職員の係わる割合の高い項目であるだけに、管理者の「危険度」に対する認識の低さには、若干疑問が残る。本調査から断定することはできないが、「危険度」に対する認識の高低が、ややもすれば外傷に代表されるような「見た目（骨折など明らかにケガをしたことがわかる）」、「人目（大騒ぎになる）」に左右されていることはないか、検討が必要である。

事故内容と危険度に対する管理者の認識

(単位：%)



事故内容と危険度に対する管理者の認識

(単位：件、%)

	合計	高いと思う	低いと思う	ないと思う	不明
事件事例全体	1,095 100.0	810 73.9	209 19.1	26 2.4	50 4.6
転倒	490 100.0	392 80.0	73 14.9	1 0.2	24 4.9
ずり落ち	105 100.0	75 71.4	23 21.9	3 2.9	4 3.8
転落	75 100.0	55 73.3	14 18.7	1 1.3	5 6.7
誤嚥	71 100.0	59 83.1	6 8.5	3 4.2	3 4.2
薬の誤配・誤飲	62 100.0	39 63.0	19 30.6	1 1.6	3 4.8
徘徊・行方不明	48 100.0	40 83.3	5 10.4	1 2.1	2 4.2
挟み込み・巻き込み	45 100.0	26 57.7	13 28.9	3 6.7	3 6.7
異食	43 100.0	33 76.7	7 16.3	1 2.3	2 4.7
暴力行為(口論・セクハラ含む)	32 100.0	14 43.7	13 40.6	3 9.4	2 6.3
溺れ・のぼせ	19 100.0	16 84.2	2 10.5	- -	1 5.3
器物破損	12 100.0	3 25.0	8 66.7	1 8.3	- -
交通事故	8 100.0	6 75.0	2 25.0	- -	- -
自傷	5 100.0	3 60.0	- -	1 20.0	1 20.0
閉じ込め	3 100.0	2 66.7	1 33.3	- -	- -
火災	3 100.0	3 100.0	- -	- -	- -
盗難	2 100.0	1 50.0	- -	1 50.0	- -
食中毒	- -	- -	- -	- -	- -
その他	59 100.0	32 54.2	21 35.6	3 5.1	3 5.1

### ③管理者からみた事故の発生予測（防止）の可能性

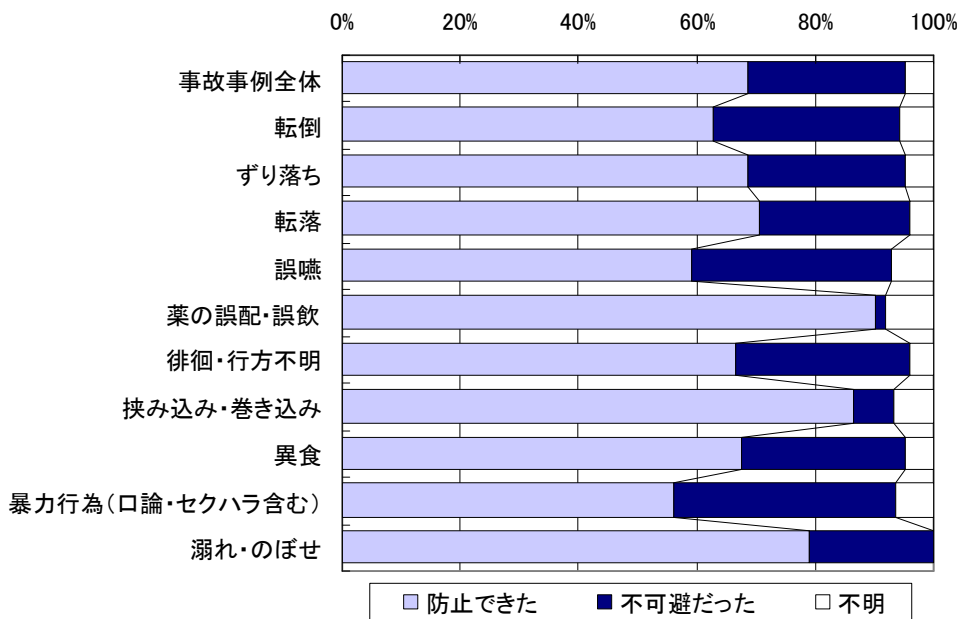
事例としてあげられた事故について、その事故が防止できたか、或いは不可避であったかを尋ねたところ、事例の約7割にあたる68.5%について、「防止できた」としている。

「防止できた」とする認識が高い項目は、薬の誤配・誤飲、挟み込み・巻き込み、溺れ・のぼせで、いずれも8割の管理者がそう認識している。薬の誤配・誤飲、挟み込み・巻き込みは、危険度に対する認識が低かった項目であるが、そうした背景には、これらの事例については、「防止策」さえ的確にとれば、発生を予防できるとする認識（自信）があるのだろうか。

一方、「不可避だった」とする事例は、誤嚥、暴力行為、転倒、徘徊・行方不明などである。

事例内容と発生予測

(単位：%)



事例内容と発生予測

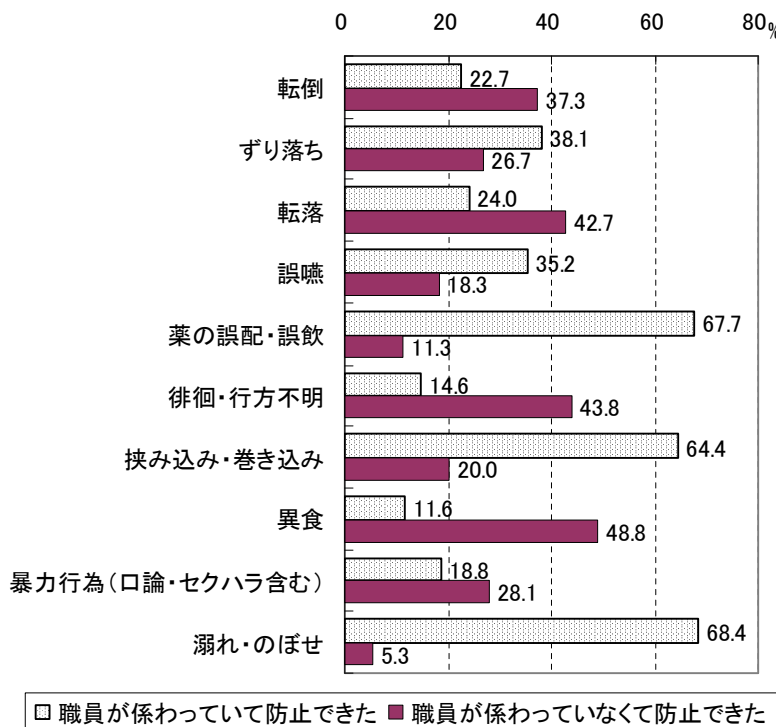
(単位：件、%)

	合計	防止できた	不可避だった	不明
事故事例全体	1,095 100.0	750 68.5	292 26.7	53 4.8
転倒	490 100.0	308 62.9	153 31.2	29 5.9
ずり落ち	105 100.0	72 68.5	28 26.7	5 4.8
転落	75 100.0	53 70.7	19 25.3	3 4.0
誤嚥	71 100.0	42 59.2	24 33.8	5 7.0
薬の誤配・誤飲	62 100.0	56 90.3	1 1.6	5 8.1
徘徊・行方不明	48 100.0	32 66.6	14 29.2	2 4.2
挟み込み・巻き込み	45 100.0	39 86.6	3 6.7	3 6.7
異食	43 100.0	29 67.4	12 27.9	2 4.7
暴力行為 (口論・セクハラ含む)	32 100.0	18 56.2	12 37.5	2 6.3
溺れ・のぼせ	19 100.0	15 78.9	4 21.1	- -
器物破損	12 100.0	7 58.3	5 41.7	- -
交通事故	8 100.0	6 75.0	2 25.0	- -
自傷	5 100.0	3 60.0	1 20.0	1 20.0
閉じ込め	3 100.0	3 100.0	- -	- -
火災	3 100.0	1 33.3	2 66.7	- -
盗難	2 100.0	2 100.0	- -	- -
食中毒	- -	- -	- -	- -
その他	59 100.0	48 81.4	10 16.9	1 1.7

職員の係わりの有無と事故防止の可能性についてみると、職員が係わっていて防止できたとするのは、溺れ・のぼせ、薬の誤配・誤飲、挟み込み・巻き込みで、7割弱が該当している。一方、職員が係わっていないで発生した事故で防止出来たとするのは、異食、徘徊・行方不明、転落などで、およそ4～5割が防止できた、としている。

職員の係わりの有無別にみた事故予測の可否

(単位：%)





職員の関わりの有無別にみた事故予測の可否

(単位：件、%)

	合計	■職員 が係 わって いた	防止で きた	不可避 だった	■職員 が係 わって い な か っ た	防止で きた	不可避 だった	不明
事件事例全体	1,095 100.0	411 37.5	345 31.5	51 4.7	614 56.1	356 32.5	223 20.4	70 6.4
転倒	490 100.0	135 27.6	111 22.7	22 4.5	331 67.6	183 37.3	123 25.1	24 4.9
ずり落ち	105 100.0	46 43.8	40 38.1	3 2.9	55 52.4	28 26.7	25 23.8	4 3.8
転落	75 100.0	20 26.7	18 24.0	- -	52 69.3	32 42.7	19 25.3	3 4.0
誤嚥	71 100.0	35 49.3	25 35.2	6 8.5	31 43.7	13 18.3	17 23.9	5 7.0
薬の誤配・誤飲	62 100.0	47 75.8	42 67.7	- -	8 12.9	7 11.3	1 1.6	7 11.3
徘徊・行方不明	48 100.0	12 25.0	7 14.6	4 8.3	31 64.6	21 43.8	9 18.8	5 10.4
挟み込み・巻き込み	45 100.0	30 66.7	29 64.4	- -	13 28.9	9 20.0	2 4.4	2 4.4
異食	43 100.0	9 20.9	5 11.6	3 7.0	30 69.8	21 48.8	8 18.6	4 9.3
暴力行為(口論・セクハラ含む)	32 100.0	14 43.8	6 18.8	7 21.9	12 37.5	9 28.1	3 9.4	6 18.8
溺れ・のぼせ	19 100.0	14 73.7	13 68.4	1 5.3	4 21.1	1 5.3	3 15.8	1 5.3
器物破損	12 100.0	6 50.0	4 33.3	2 16.7	6 50.0	3 25.0	3 25.0	- -
交通事故	8 100.0	2 25.0	2 25.0	- -	5 62.5	3 37.5	2 25.0	1 12.5
自傷	5 100.0	1 20.0	1 20.0	- -	3 60.0	2 40.0	- -	1 20.0
閉じ込め	3 100.0	1 33.3	1 33.3	- -	2 66.7	2 66.7	- -	- -
火災	3 100.0	- -	- -	- -	3 100.0	1 33.3	2 66.7	- -
盗難	2 100.0	- -	- -	- -	2 100.0	2 100.0	- -	- -
食中毒	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
その他	59 100.0	36 61.0	33 55.9	3 5.1	17 28.8	12 20.3	4 6.8	6 10.2

## (6) 再発防止に向けた取り組み

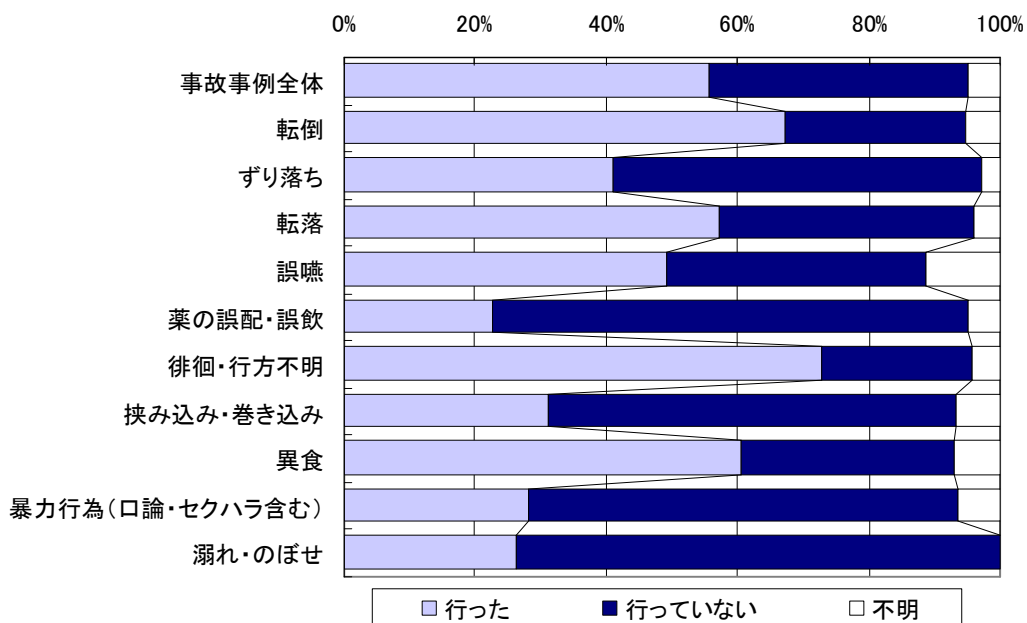
### ①事故原因と家族への報告の状況

事故事例の4割は、家族への報告を行っていないが、事例内容ごとの報告状況をみると、「報告を行った」とする回答が最も高い徘徊・行方不明でも、報告を行っているのは72.9%である。

一方、「報告を行っていない」とする回答が過半数を超えるのは、溺れ・のぼせ(73.7%)、薬の誤配・誤飲(72.9%)、暴力行為(65.6%)、挟み込み・巻き込み(62.2%)、ずり落ち(56.1%)などである。報告を行っていない事例のうち、薬の誤配・誤飲や挟み込み・巻き込みは、「危険度が低い」と認識されていた項目であるが、溺れ・のぼせのように、危険度が高いという認識にもかかわらず、報告を行っていない事例もみられた。

事例内容別にみた家族への報告の状況

(単位：%)



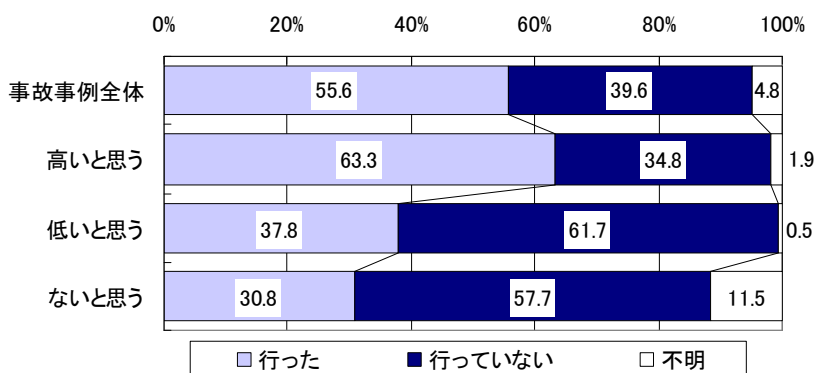
事例の危険度に対する認識と家族への報告状況を確認すると、全体では、危険度が低いと思事例の場合、危険度が高いと認識している事例に比べ、報告を行う割合が低くなっている。

参考までに、ヒヤリ・ハット事例についてみると、事故事例と異なり、危険度に対する認識如何に係わらず、7割は家族への報告を行っていない。

家族への報告の高低については、報告をする側の問題と併せ、受け止める家族の関心の低さ、家族がいない、などの背景についても考慮が必要なのであろうか。

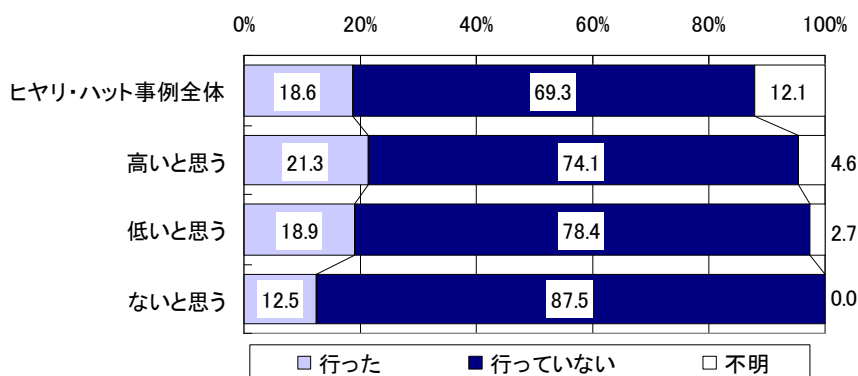
管理者の事例の危険度に対する認識と家族への報告の状況

(単位：%)



(参考) ヒヤリ・ハット事例の家族への報告状況

(単位：%)



事例内容別にみた家族への報告の状況（事故事例）

（単位：件、％）

	合計	行った	行っていない	不明
事故事例全体	1,095 100.0	608 55.6	434 39.6	53 4.8
転倒	490 100.0	330 67.3	135 27.6	25 5.1
ずり落ち	105 100.0	43 41.0	59 56.1	3 2.9
転落	75 100.0	43 57.3	29 38.7	3 4.0
誤嚥	71 100.0	35 49.3	28 39.4	8 11.3
薬の誤配・誤飲	62 100.0	14 22.6	45 72.6	3 4.8
徘徊・行方不明	48 100.0	35 72.9	11 22.9	2 4.2
挟み込み・巻き込み	45 100.0	14 31.1	28 62.2	3 6.7
異食	43 100.0	26 60.4	14 32.6	3 7.0
暴力行為（口論・セクハラ含む）	32 100.0	9 28.1	21 65.6	2 6.3
溺れ・のぼせ	19 100.0	5 26.3	14 73.7	- -
器物破損	12 100.0	6 50.0	6 50.0	- -
交通事故	8 100.0	5 62.5	1 12.5	2 25.0
自傷	5 100.0	3 60.0	1 20.0	1 20.0
閉じ込め	3 100.0	1 33.3	2 66.7	- -
火災	3 100.0	1 33.3	2 66.7	- -
盗難	2 100.0	1 50.0	1 50.0	- -
食中毒	- -	- -	- -	- -
その他	59 100.0	25 42.4	31 52.5	3 5.1

事例内容別にみた家族への報告の状況（ヒヤリ・ハット事例）

（単位：件、％）

	合計	行った	行っていない	不明
ヒヤリ・ハット事例全体	306 100.0	57 18.6	212 69.3	37 12.1
転倒	126 100.0	10 7.9	98 77.8	18 14.3
ずり落ち	35 100.0	5 14.3	29 82.8	1 2.9
徘徊・行方不明	35 100.0	15 42.9	18 51.4	2 5.7
転落	27 100.0	7 25.9	14 51.9	6 22.2
挟み込み・巻き込み	13 100.0	- -	11 84.6	2 15.4
薬の誤配・誤飲	11 100.0	2 18.2	9 81.8	- -
異食	6 100.0	- -	4 66.7	2 33.3
溺れ・のぼせ	6 100.0	2 33.3	4 66.7	- -
交通事故	6 100.0	3 50.0	3 50.0	- -
火災	6 100.0	3 50.0	2 33.3	1 16.7
暴力行為（口論・セクハラ含む）	5 100.0	2 40.0	3 60.0	- -
自傷	4 100.0	2 50.0	1 25.0	1 25.0
誤嚥	3 100.0	- -	2 66.7	1 33.3
食中毒	2 100.0	- -	2 100.0	- -
器物破損	- -	- -	- -	- -
盗難	- -	- -	- -	- -
閉じ込め	- -	- -	- -	- -
その他	16 100.0	5 31.3	9 56.2	2 12.5

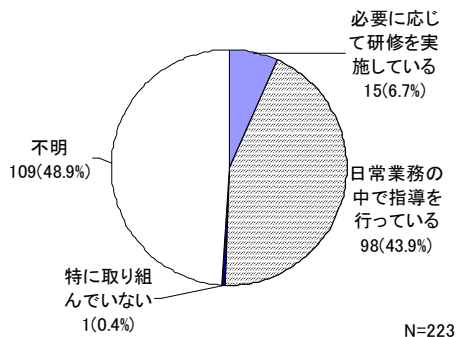
## (7) 施設の危機管理体制

調査票では、設問の最後に、施設としての危機管理への取り組みについて尋ねている。調査に回答のあった 223 施設のうち、本設問に対して回答のあった施設は 4~5 割と低く、無回答（図表中「不明」）が多くなっている。

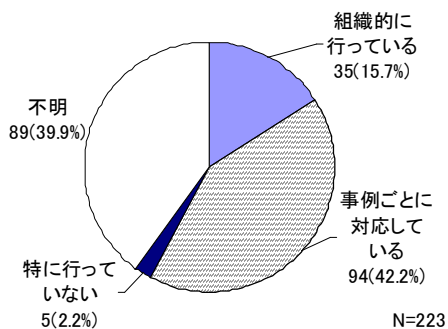
そうした中、事故防止に係わる職員への指導は、43.9%（無回答を含む比率。以下同様）の施設で「日常業務の中で」OJT として、取り組まれていることがわかった。「必要に応じて研修を実施している」施設は 6.7%であった。

リスクマネジメントの実施については、42.2%の施設が「事例ごとに対応」している。「組織的に行っている」施設は、15.7%であった。

事故防止に係る職員への指導（223 施設）



リスクマネジメントの実施（223 施設）



### E—3 事故種類ごとの対応の実際

ここでは、事例の具体的内容、対応、再発防止策の記載のあった事件事例について、事例内容ごとにほぼ原文のまま紹介し、その傾向を概観する。ただし、各事例ともホーム独自の判断による対応結果であるため、その再発防止策が普遍的なものとは限らないので留意が必要である。ホームにおいて使用する際は、具体的内容の発生傾向に着目し、その防止策をあらためて検討されたい。

### B—4 事故種類ごとの対応の実際

今回調査で回答のあった事件事例総数は 1,095 件である。調査票では、事例ごとに、①事例の具体的内容、②事例発生時の対応、③発生後に採られた再発防止策のそれぞれについて自由記述欄を設けた。

ここでは、事故種類ごとに、整理・分析することを目的として、上記①～③のすべてに記載のあった事例から、さらに 410 件を抽出している。事例種類毎の調査全体の回答数と抽出した事例数は下表のとおりである。

各事例は、入居者のプライバシーに係る部分等を変更した以外は、概ね記載された調査票の内容通りである。

本章の事例データは、介護保険施行前のもので事故防止のために身体拘束を行っていたケースや、再発防止策そのものを見たときに、対応の甘さが目立つケースが多く記載されている。

前節で述べてきたような、事故原因の分析手法を用いず、経験則などで判断し防止策をつくった事例については、データ内容をホームごとにケーススタディとして使用されたい。

なお、CRMと関係の深い身体拘束廃止の問題について、(社)全国有料老人ホーム協会では、平成 14 年度に「身体拘束廃止に向けたアクションプラン策定事業」に関する委員会を設置することとした。

調査全体の事例種類別回答数と本稿で取り上げる事例数

	今回調査における 事故事例全体		具体的対応状況の 記載から抽出した 事例数	
	件数	構成比(%)	件数	上位 10 位
転倒	490	44.7	142	①
ずり落ち	105	9.6	23	⑤
転落	75	6.8	35	②
誤嚥	71	6.5	21	⑦
薬の誤配・誤飲	62	5.7	29	④
徘徊・行方不明	48	4.4	23	⑤
挟み込み・巻き込み	45	4.1	15	⑨
異食	43	3.9	30	③
暴力行為（口論・セクハラ含 む）	32	2.9	19	⑧
溺れ・のぼせ	19	1.7	12	⑩
器物破損	12	1.1	8	
交通事故	8	0.7	1	
自傷	5	0.5	3	
閉じ込め	3	0.3	3	
火災	3	0.3	3	
盗難	2	0.2	0	
食中毒	0	0.0	0	
その他	69	6.3	43	
不明	19	1.7	-	-
サンプル数 (%ベース)	1,095	100.0	410	

注) 交通事故事例について、具体的な対応状況に関する記載のあった 1 件については、「その他」として掲載している。

なお、事例の中には身体拘束的な行為を行うことで再発を防止するなど、安易な取り組みも見られるが、当然このような方法は誤りであり、CRMとしての取り組みを求めたい。



## (1) 転倒

転倒は、ホームの事故の中でも最も発生件数の多い事故である。今回調査でも、他の内容を圧倒的に凌ぐ 142 ケースの報告があった。管理者からみて事故の発生が「不可避だった」と判断されたケースは、約 1/3 である。転倒の場合、職員が関わって発生した事故は 41 ケースと少なく、事故のおよそ 2/3 が、職員の関わりのない中で発生している。

転倒の場合、発生場所、状況もさまざまである。最も多いのは、居室で、歩行中或いは排泄中に起こった事故、廊下や館内を歩行中に起こった事故である。これらの事故については、入居者の心身の状態も自立～重度の介護を必要とする方までさまざまである。ただし、他の事例に比べると、自立度の高い方、痴呆のない方での事故も少なくない。身体の自立度の高い方の場合、散歩や買い物など、館外での事故の報告もみられる。

また、転倒による事故の特徴として、骨折、切り傷など、外傷をともなった事故が多い点も特徴である。

転倒の場合、多くの事故は、入居者が何かにつつかったり、よけ損ねたり、すべったり、バランスを崩したりして、入居者単独で起こしていることが多い。また、数としてはそれほど多くないものの、入居者同士がぶつかったり、よけ損ねたりして発生している事故もある。

再発防止策としても、個別対応、ケア体制などのソフト面での組織対応、ハード面の改善等の各側面から、多くの対応がとられている。個別のケア対応の改善に対する考え方では、安全の重視と利用者の尊厳・抑制防止等の狭間で揺れ動く施設の様子もうかがえた。

### 《ケア体制の見直し》

- ・見守りの強化
- ・本人の身体機能低下の観察の徹底
- ・ケア時の見守り優先の考え方
- ・複数介助
- ・振り向きざまの事故防止～後ろから声はかけない
- ・「自分でしよう」という気持ちを尊重しつつ、見守りの強化
- ・夜間巡回の強化
- ・転倒の原因となる多動防止のための家族を含めたカンファレンスの実施

### 《個別処遇の見直し、入居者の理解促進・徹底》

- ・入居者の両手を自由にしておく
- ・介助時の動作確認  
(立たせたままにしない、メリハリをつけて次の動作に誘導など)
- ・入眠剤の必要性の再確認
- ・ペンダント式ナースコールの使用徹底
- ・ナースコール利用の利用者への徹底
- ・就寝前の興奮、多動など注射内服の効果なし。抑制の必要性を検討
- ・安全ベルトなど、抑制につながるものは、なるべく行わない

#### 《施設設備、器機補助具等の環境整備》

床の滑り防止～こまめな床拭き、石けんの洗い流し

階段の全面への手すりの設置

天候による補助具の使い分け（歩行器か車いすかなど）

すべらない靴、歩きやすい靴への変更

夜間の照明の工夫（トイレの電気はつけておく）

痴呆のある入居者に対する徘徊センサーの設置

居室内の家具の配置の再点検（個々の入居者の動線に合わせた配置）

#### 《予防の強化》

筋力低下防止に向けたリハビリ訓練の強化

#### 《起きてしまった事故への迅速な対応》

添え木、三角巾等の準備



## (2) ずり落ち

ずり落ちの事例として報告されているのは 23 ケース。うち、15 ケースについては、「防止できた」と判断されている。ケースのうち、職員が係わっていたのは、約半数の 12 ケースである。職員の関わりの有無は、大きくは発生した時間帯による。

ずり落ちは、居室でもっとも多く発生しているが、共用食堂の椅子やソファの端から、共用浴室の浴槽の中で、などの事故も少なくない。

ずり落ちの場合、アンケートからは、転倒に比べ入居者が高齢であること、要介護度や痴呆の状態を有している割合が高いことなどの特徴がみられたが、ケース報告に置いても同様の傾向にある。

居室での事故時の入居者の状況としては、例えば、ベッドから車いすに移乗中に椅子からずり落ち、トイレの便器に腰掛けたつもりが座位を保てずにずり落ち、ベッドから起きあがろうとしてベッド下にずり落ち、など、居室のあちらこちらで事故の要因が生まれている。特に、寝覚めた直後、一つのことから他の動作に移ろうとした時の踏み出しの一步など、事故が発生しやすいように見受けられる。また、ご本人の心身の状態からみて、入眠時に安定剤等を服薬している入居者も少なからずいることが想定され、よけいにそうした危険を招きやすくなっているといえる。

また、高齢者独特の遠慮や心遣い、気遣いも無視できない。多くの事例で、職員が「じっとしててください」、「待っていてくださいね」と声かけをしているにも関わらず、先に自分で動いてしまう事例、「睡眠中は、何か用を足すときには必ずナースコールをお願いします」と言い含めても、決してナースコールを押そうとしない入居者など、痴呆症状が出ている人ほど、潜在的にその人が持っているこだわりが強いのか、動作の端々に見受けられる。

再発防止策の方向は、大きく 2 つに分けられる。ひとつは、どちらかと言えば動作全体を抑制していく対応、今ひとつはずり落ち等が起きないような周辺環境の整備工夫、或いは入居者本人の健康増進の促進、など予防・積極的対応である。こうした対応の違いは、ホームの事業形態、サービス提供方針によっても異なるであろうし、また、ケース中では、入居者の年齢や状態によっても異なるように、見受けられる。

## 主な施設の防止策

- ケア体制の強化
  - ・複数職員での対応、見守り強化
  - ・巡回の回数の増加
  - ・居室のドアを開けておく（中の状態がわかるように）
- ケース検討等の情報の伝達・共有化
  - ・当該入居者の身体状況の把握の徹底・情報の共有化
  - ・ケース会議の開催（記録の整理と情報の共有化）
  - ・申し送りの徹底
- ハード面での環境整備
  - ・入居者一人一人の仕様にあった、ベッド、椅子等の高さの調節、トイレガードの設置等
  - ・機械浴の機械の扱い、手順の確認
  - ・椅子のストッパー、機械浴の機械点検
  - ・こまめな清掃等の徹底  
（例えば浴室の水ぬれマット、滑りやすい石けんの泡）
- 入居者本人の理解促進
  - ・ナースコール利用についての周知・理解の徹底
- 予防的対応、メニュー開発
  - ・転倒防止のための歩行訓練の開始（若年、痴呆なし、要支援の方に）
- その他、どちらかといえば抑制の方向として
  - ・家族からの申し入れもあり、入居者が精神剤の服用を開始
  - ・ベッド柵の設置・強化
  - ・入浴時の安全ベルトの着用

### (3) 転落

転落の事例報告は 35 ケースである。うち、職員が関わって発生した事故は 9 ケース、管管理者が「防止できた」と判断している事例は 10 ケースである。転落事故の場合、職員が関わっていなかった事例については、大半が不可避だったと判断されている。

転落も、徘徊・行方不明、異食同様に、心身の自立度の低い方に多くみられる事故である。22 ケースのうち、痴呆のない方は 3 名、日常生活濃緑が自立の方は 2 名であった。

転落事故の半数は居室で発生している。ただし、居室で発生した事故の大半は、睡眠中の事故であり、したがって職員が関わっていない事故である。

居室以外では、日中の入居者の生活動線に沿って、共用食堂、共用浴室、共用トイレ、廊下、階段などさまざまな場所で発生している。

居室で発生した事故の具体例としては、車いすからベッドへの移乗中に転落、睡眠中に寝ぼけてベッド柵を乗り越えて転落、トイレに行こうと思って転落等の事例である。共用浴室ではリフトチェア使用後特浴ベッド転落、共用トイレでは便器から転落、廊下では入居者の重心が前に傾いた時に車いすのバランスが崩れ転落等々の事故が報告されている。

再発防止策としてとられている方策は、次のようである。取り組みの柱をみると、これまでの事故と大きな違いは見受けられない。予防策と得こった事故に対する適切な対応双方をみると、予防というよりもむしろ、起こった事故に対する適切な対応、事故を軽くするための工夫等に重点がおかれた取り組みといえる。ここでも、安全確保と抑制との関係が今後の課題として残りそうである。

#### ○ケア体制の強化

- ・複数ケア（連携プレー）の徹底
- ・利用者の子期せぬ動きにも対応出来るような体勢づくり
- ・見守りの強化
- ・業務体制の見直し（一人介助か二人介助か）

#### ○ケース検討等の情報の伝達・共有化

- ・学習会の開催
- ・入居者の自立度の再確認
- ・入居者の日中夜間の生活スタイルの見守り

- ・入居者一人一人の睡眠剤からの覚醒パターンの学習

○ハード面での環境整備

- ・初歩的事項のチェック～車いすのブレーキかけの確認等
- ・車いすの速度確認
- ・（転落に備えて）ベッド下にマットを補強
- ・マットセンサーの効果的な使用
- ・階段に昇降機を設置

○入居者本人の理解促進

- ・ナースコール指導
- ・エレベーターの使用を利用者に進める（指導）
- ・服装チェック（歩きやすい靴、動きやすい洋服など）

○その他、どちらかといえば抑制の方向として

- ・車いすの安全ベルトの着用検討
- ・ベッド柵の設置
- ・ベッド柵に変わるものを設置（ベッドマット等）

## (4) 誤嚥

誤嚥のケース報告は、21 ケース、うち、職員が関わって発生した事故は 15 ケースである。管理者の判断によれば、14 ケースについては、防止できたとしている。重い誤嚥は、すぐにチアノーゼに結びつきやすく、適切な処置の如何によって、一瞬のうちに死と直結してしまう事故内容である。

事故は、食事時、水分補給時に、居室や共用食堂で発生している。事故としてあがってきているものは、利用者の要介護度や痴呆の症状も重いものが多く、もともと飲み込みが困難な状況になっている方、ちょっとした飲み込み違いでも対応力が低下している事例がほとんどである。

事故は、常態として食事介助や見守り等注意が必要な方の誤嚥と、普段は自立食で職員の目が届かなかったケースとに分かれる。

食事介助や見守りが必要な方の事故の場合、食事の刻み方の粗密、利用者の食事の時の姿勢、介助者の介助のテンポ（利用者の食事のリズムと合わない）、利用者本人のあせり（早く飲み込もうとする気持ち）などが、事故の誘因となっている。中には、利用者が食事中に居眠りを始めたにもかかわらず、介助者が食事を介助し続けたことで発生した事故もみられた。

対応策として取られていることは、主に次のように整理できる。

### 《予防的な対応として》

- 食事内容、食材内容の点検
  - ・本人の体調に合わせたメニュー内容（刻み、嚥下しやすいメニュー）
  - ・水分補給を忘れずに
- 食事時間の調整（特に眠気のみられる時の食事は避ける）
- 食事介助の改善（嚥下を確認して次の一口を）
- 食事時の適切な姿勢の確保～ギャッジ・アップから車いすへ
- 食後の口腔内衛生の徹底
  
- 情報の共有化
  - ・介護職、レストラン等関係者への申し送りの徹底
  
- 家族の理解と協力依頼
  - ・家族との話し合い（どの段階で経管栄養）
  - ・夫婦入居の場合、配偶者への説明（介助を職員が代替）



○過去のデータの洗い出しによる事故時傾向把握  
(排便時の事故、下剤服用時の注意)

《起きてしまった事故への対応として》

○タッピング等の技術向上

## (5) 薬の誤配・誤飲

薬の誤配・誤飲に関する事例の記載件数は 29 ケースである。うち、26 ケースについて、管理者は「事故は防止できた」と判断している。この事例は、各事例の中でも、入居者自身が誤飲をするというよりも、職員が誤配をしてしまうことによって発生する割合が高く、そうした意味で「防止できた」と判断する割合が高くなっていると思われる。

事例から「誤配」のパターンをみると、まず、職員と入居者個人との関係では、①入居者への渡し忘れ、②人違い（渡しまちがい）、③回数間違いなどがあげられる。また、配布方法として、例えば、食間薬と食後薬を間違えて配布してしまうなど、入居者全体に係わる誤配事例も報告されている。

こうしたことが発生する要因としては、特に食後薬については、配布時と配膳時が重なる時間帯の作業で、どうしても配膳が優先され服薬のチェックが手薄になりがちであること、職員自体、一人一人の入居者が服薬している薬の内容について必ずしも承知している訳ではないこと、職員の思いこみ（確認を怠ること）等々が回間見える。

また、少数ながら、入居者自身が薬を飲み間違えてしまう、決められた摂取量以上に飲んでしまうなどのケースもみられる。こうした事例は、比較的入居者の自立度が高く、薬の管理をご本人がしているケースである。

多くの事例で、誤配した薬は、入居者も気づくことなく、誤飲されている。ごく少数の事例では、入居者からの指摘で事故が発覚しているが、ほとんどのケースは、誤飲後、職員によって発見されている。こうした背景には、入居者自身が、要介護度が高い、痴呆症状があるなど、自立した服薬管理が困難な状況にあることと、慢性疾患による服薬、精神疾患による服薬、睡眠剤服薬など、服用している薬の種類、服薬のタイミング等が煩雑になっていることなどが見受けられる。

再発防止策として実践されているのは、まず第一に、配布時の入居者の名前、薬の内容の確認強化である（複数回の確認、複数人による確認など）。

次に、薬の管理・配布方法の改善。例えば入居者一人一人向けの容器の改善、配布方法の改善などである。また、入居者一人一人の服薬状況の内容確認、職員の薬の知識に対する改善なども比較的取り組まれている事項である。

事例を通じて明らかになったことは、入居者の入居後の服薬管理を、自立～要介護の状態に応じて、誰の責任で、どのような方法で行うか、或いはその前提となる既往症、服薬歴などの個人情報の開示をどの段階で、どのように進めるのか等々ということへの取り組みについて、各施設での見直しや再検討が急務となっている点であろう。

## (6) 徘徊・行方不明

「異食」同様、報告されている 23 ケースのうち、ほとんどの入居者に痴呆がみられる。痴呆の中でも、比較的、中・軽度の方、或いは痴呆は重度でも身体状況の自立度の高い方でみられる。痴呆症状がみられない場合も、痴呆が疑われる、精神障害が疑われる状態といえる。

事故の大半は、職員が係わっていない中で（職員が気づかないうちに）発生しているが、全体の 7 割について、管理者側では「防止できた」と判断している。

報告によれば、徘徊は、昼夜を問わず発生している。居室や共用食堂から姿を消してしまう、通院、散歩など外出の途中で行方不明になってしまう、など、発覚後は、施設をあげて、家族を巻き込んでの捜索が行われる。実際に行方不明が発覚するまでに要する時間はさまざまである。夜半の徘徊や行方不明は巡回等の時間もあって、数時間以内には発覚しているが、日中の徘徊・行方不明の場合、特に外出時の徘徊・行方不明については、施設として事実を認識するまでに時間を要する。

また、徘徊や行方不明の場合、施設と家族との連携も重要となっている点は、他の事例と異なっている。

再発防止策としては、主に次のような取り組みがなされている。

まず、**徘徊・行方不明の発生を予防する、少なくするためのハード、ソフトの方策として、**

- 施錠、モニターチェック等出入りのチェック機能強化
  - ・ 出入り口施錠の確認
  - ・ 玄関、出入り口での監視カメラ（モニター）による監視、センサー設置
  - ・ 居室の外からの施錠
  - ・ 肉眼で出入りチェックや見守りができるよう、フロントの構造や人員配置を強化。
- ケアの体制を手厚くしていく
  - ・ 一対一のケア（複数処遇は避ける）
  - ・ 外出時には付き添いをつける
  - ・ 施設内危険場所の点検（徘徊時の転倒防止など）
  - ・ 入居に際しての混合配置の見直し（痴呆の有無によってフロアを分ける）

さらに、より積極的な予防策としては、

○予防策

- ・徘徊を抑制するための散歩など、体を使うメニューの工夫
- ・痴呆の早期発見～医療との連携

次に、起きてしまった事故への対応としては、

○対応力の強化

- ・マニュアル作成と職員への徹底
- 徘徊してしまっただけからの探索精度を高める
- ・ココセコム（位置情報提供サービス）との利用者ごとの個別契約の締結  
（家族の了解を得て）

などがあげられている。





## (7) 挟み込み・巻き込み

挟み込みや巻き込みの事故として報告されているのは 15 ケースである。その大半の 13 ケースについて、事故は防止できたと判断されている。15 ケースのうち、職員が関わっていて発生した事故は 10 ケースであるが、そのすべての事故が防止できたと判断されている。

挟み込み・巻き込みの事故の場合、他の事故と異なり、入居者の心身の状態も多様である。要介護度の高い方もみられる一方で、比較的自立度の高い、動きの活発な方も多い。

比較的心身の状態の重い方の挟み込みの場面としては、車いすのステップ、フットレスト、ベッド柵、機械浴のリフトと椅子の間などへの挟み込み・巻き込みが多くみられる。一方、比較的自立度が高い方になると、居室のドア、爪切り最中、エレベータードアなどでの事故が目立つようになる。

施設がとった再発防止策をみると、次のように整理できる。

### 《物理的な予防策》

- ・ 移乗時等の動作と定位置の再チェック
- ・ 個別の対応強化（体位、ベッドに対する大きさ、はまりやすさ等々）
- ・ 移動の前後の確認の徹底

### 《ケア体制の強化》

- ・ 個別注意の徹底
- ・ 情報の共用化、申し送りの徹底
- ・ 利用者家族との情報交換

### 《研修、資質向上》

- ・ 介護技術の向上

### 《設備施設での対応》

- ・ ベッド柵の交換
- ・ ベッド柵へのカバー付け（ぶつけてもけがをしないように）
- ・ エレベーター等の自動開閉装置の確認





## (8) 異食

ケースとしてあげられた 30 ケースのうち、職員が関わっていたケースは 5 ケースと少数で、大半が職員の関わりがない中で発生している。3 例を除き、入居者に痴呆がみられる点もこの事例の特徴といえる。それでも、管理者にとっては、30 ケースのうち 20 ケースについては「防止できた」と考えられている。

まず、痴呆のない入居者にみられる事例は、職員の不注意～例えば、昼間のヘルパーが食器を漂白し、その申し送りがされないまま入居者が水道水と勘違いして漂白水を飲んでしまった、或いは、コップの中に知らぬ間にムカデが入っていた等々～によって起きており、明らかに再発防止可能な事例である。

痴呆症状のある人の場合、その方の痴呆の状態や特徴によって、実にさまざまなものを口にしている。事故は、その大半が、居室や共用食堂で発生しているが、中には徘徊の途中で、事務室、ヘルパー室に入り込んで、紙や薬を食べる（飲む）という事例も散見された。

対応については、いずれの施設も、「あぐねている」状況のようだ。口に含みそうなものは見えないところにしまう、絶対に目を離さない、複数の職員で対応、例えばトイレの水などは飲めないように使わないようにする、等々対処療法としては各施設で対応がなされているが、病気に起因する事故は起こる、という前提でのご本人の尊厳の尊重を含めた痴呆高齢者の介護・介助のあり方について、さらなる検討が必要と思われる。



## (9) 暴力行為

口論、喧嘩、暴力。セクハラなどの暴力行為に関する報告は、19 ケース。うち、職員が関わっていたケースは7 ケースである。

暴力行為は、暴力の内容（口論なのか、喧嘩なのか、暴力か、セクハラか）と相手・対象とで特徴づけができる。

職員と入居者の間での事故の場合は、暴力やセクハラという形で現れる。入居者同士の事故の場合、口論や喧嘩となり、職員も関わっていないケースが多くなる。

いずれの場合も、他の事例同様、入居者に痴呆症状がみられる場合が圧倒的である。

入居者と職員の間での事故の場合、起床時、オムツ交換時、着脱時、排便時など、覚醒状態にある時や、「恥ずかしい」気持ちが残ることが想定される中での介助時に、そうした行為が発生しているようだ。一方、入居者間の場合は、発生時の状況は多様である。

再発防止策をみると、多くの場合、入居者の痴呆を想定した対応がとられていることがわかる。

### 《セクハラ、暴力に対して》

- ・覚醒状態の中での処遇は行わない
- ・オムツをはずしてトイレ誘導へ
- ・セクハラには毅然と対応
- ・痴呆があっても理解してもらうように話す

### 《喧嘩、口論に対して》

- ・ぶつかりそうな場面の回避  
(すこし手前での停止、声かけ)
- ・痴呆の入居者と一般の入居者の処遇のあり方の見直し  
(混在しないような方法に改め)
- ・共有スペースの拡張、レイアウト見直し

### 《共通》

- ・本人の行動パターン、対処方法などについて再確認
- ・夜間の巡回体制の強化

- ・ 日中の生活の見直し（少し疲れさせるように）
- ・ 入居者の行動見守り体制強化
- ・ 徘徊を楽しく歩いてもらえるようなチームによる見守り体制の強化

## (10) 溺れ・のぼせ

溺れやのぼせの事故として報告があがっているのは12ケース、3/4にあたる9ケースは、職員が関わっていて発生した事故である。管理者からみて、「防止できた」と判断されているのは9ケースにのぼる。

溺れやのぼせは、入浴時に限定して発生している事故であり、その大半は、共用浴室で発生している。居室で入浴時に発生している事故も2ケースほどみられ、それらが、職員が関わらずに発生した事故となっている。

居室浴室での事故の2ケースの場合、どちらも、入浴後浴槽から立ち上がれなくなってしまった事故である。片方の事例では入居者にリュウマチの持病がある。居室での入浴時の事故の場合、発見の早さ・遅さが致命傷になりかねない。今回の事例では、一方のケースの場合、もともと入浴前後に職員と電話確認をする仕組みになっていたことが幸いして、事故は1時間で発見されている。しかしながら、もう一方の場合は、入居者がナースコールをすることをためらったことから、発見までに3時間を要している。

他方、共用浴室での事故の場合、事故は、(捕まりが弱く)湯船に体が浮いてしまう、立ち上がりざまにのぼせてふらつく、機械浴で機械から体が浮いて離れてしまう、機械の故障で浴槽に沈みそうになるなどの状況で起きている。自力入浴では、多くの場合、1~2名の職員が入浴者全員の見守りとケアを担当していることが、「ちょっと目を離したすき」「他の方のケアに気をとられているすき」の事故につながっている。

再発防止策としてとられているのは、次のような事柄である。

《入浴中の浴槽内での身体の安定確保》

- ・手すりにつかまる
- ・介助の強化
- ・機械の点検、リフト、椅子の装着確認

《負担にならない入浴の奨励》

- ・一人一人に応じた入浴時間の配慮
- ・頻繁な声かけ

《居室での入浴への配慮》

- ・入浴介助の実施
- ・異常時のナースコールへの理解

## (11) 器物破損

器物破損については、8 ケース報告されている。うち、2 ケースについては、職員が入居者の私物を破損させてしまったケースである。残り 5 ケースについては、入居者が施設の設定備品を破損させてしまったケースである。したがって職員が関わっていたケースは、職員の不注意で起こった事故の 2 ケースである。7 ケースのうち、入居者が引き起こした事故を含め、4 ケースについて「防止可能であった」と判断している。

入居者が施設の設定備品を破損させてしまった 5 ケースの場合、一人の方を除き、入居者に痴呆がみられる点が特徴的である（痴呆のない 1 人の方も 90 歳代と高齢である）。

再発防止策としてとられているのは、職員のミスについては、チェック体制の強化である。

入居者への対応としては、痴呆のある方に対しては、居室、共用部分からの破損しやすい備品の撤去、居室への訪問回数の増加などである。痴呆のない方の場合、自立心の尊重と破損の危機回避双方を勘案した見守り強化などの対応などが図られている。





## (12) 自傷

自傷のケースとして報告があった 3 ケースは、痴呆症状のある入居者、精神疾患で治療中の入居者である。報告から断定することは困難だが、常習化していることも想定される事例である。

いずれも、主治医との密な連絡連携体制がとられている。



### (13) 閉じこめ

閉じこめの報告ケースは 3 ケースである。トイレへの閉じこめ、事務室、共用室への閉じこめである。入浴時の脱衣場のトイレへの閉じこめの場合は、入居者自らが内鍵をかけてしまった結果の事故である。3 ケースのうち、2 ケースは、入居者に痴呆がみられる。

今回の事故の場合、大事には至っていないが、閉じこめられた方に痴呆症状がある場合など、ご本人による適切な判断や対応は困難であることも想定されることから、そうした状態を想定した対応が期待される。



## (14) 火災

火災の報告は3ケースあげられている。うち1名の方には痴呆がみられるが、2名の方は心身共に自立の方である。男性入居者が引き起こした2ケースは、いずれもたばこが原因である。女性が起こした1ケースの場合は、仏壇の線香の火が飾り物に引火して発生している。

再発防止策としては、居室内の禁煙徹底、館内喫煙場所の設定と灰皿の設置、いざというときに備えた職員の消化器等の取り扱い訓練実施、消防訓練の実施など、対対象者に留まらない、館内全体を巻き込んだ仕組みの見直し、ルールづくりが行われている。



## おわりに

本書は、施設がケアリスクマネジメントに取り組むための基本的な考え方を示したものである。

いうまでもなく、高齢者が利用する施設におけるケアリスクマネジメントの意義は、入居者の安全確保・事故防止のための一連の作業を通じて、サービスそのものを検証し、結果としてサービスの質を向上するところにあると考えられる。組織全体が共通の理念に基づいてマネジメントを行う上で、本書がその一助になれば幸いである。

有料老人ホームにおけるリスクには、今回のサービス提供上の事故リスクのほかに、倒産リスク、自然災害リスクなどが考えられる。特に経営上のリスクは入居者保護の観点からも非常に重要な問題である。各事業者においては、ホームの長期安定的な経営の観点での取り組みを望みたい。

なお、ホームにおける自然災害リスクについては、平成7年に発生した阪神・淡路大震災後に、社団法人全国有料老人ホーム協会において作成した災害対策のチェックリストがあるので、参考までに添付する。



【参考：平成7年4月・社団法人全国有料老人ホーム協会作成】

## 災害対策チェックポイント

先般の阪神・淡路大震災を機に、各ホームにおいては入居者、職員間で日常的な災害対策の必要性を再認識したことと思われる。

本チェックリストは、被災ホームを含む全国の協会加盟ホームの取り組みの実状をもとに分類・整理を行ったものである。有料老人ホームは建築形態、運営内容等に違いがあるため、そのままマニュアル化できるものではないが、ホームが災害対策を検討する上での叩き台になれば幸いである。

(注．以下の関係諸法令は当時のものに基づいている。)

### I. 防災設備、機器の設置・保守管理の検討

－法定点検以外の自主的な点検・管理も検討する必要がある。

#### 1. 設置運営指導指針上の取扱い

「建物は、建築基準法に規定する耐火建築物とし、かつ、建築基準法、消防法等に定める非難設備、消火設備、その他地震、火災、ガス漏れ等の防止や事故・災害の際の設備を十分設けること。」

(注．H7年当時の規定。以下同じ)

－指導指針上の規定はないが、1981年以前の建築物については、建築士協会や防災協会等の専門団体による建物診断を検討するなど、建物自体の保守・修繕を計画的に検討する必要もあろう。

#### 2. 消防法施行令等関連

##### ① 消火設備・器具の保守、点検

－消火器、バケツ等簡易消火器具について(耐用年数、使用方法を含む)

－屋内消火栓設備、スプリンクラー、連結送水管、防火水槽、ハロゲン化物消火設備、屋外消火栓設備等。

－排水設備、連結散水管、非常コンセント設備、防火扉、無線通信補助設備、等

##### ② 警報設備の保守・点検

－自動火災警報器、ガス漏れ警報装置、煙感知器、漏電火災警報器、等

－消防機関への通報システム

－携帯用拡声器、非常警報装置、館内放送設備、等

－居室とフロント間の連絡方法

##### ③ 非難設備・器具(後掲)

### 3. 施設内の発火源対策

- ① 漏電時の緊急遮断弁等、設備の保守・点検
- ② 居室内に結露の可能性がある場所の、配線腐食等の漏電対策(ブレーカー、配線カバー付け等)
- ③ 居室のカーテンやカーペット等、または共用施設の設備・備品等の不燃化基準
- ④ 居室内で出火の可能性の高い調理器・仏壇の線香立て等の使用について、入居者に対して危険性を喚起しているか。
  - －職員の入居訪問時のチェックリスト作成。
  - －発火源となる一部電化製品の持ち込み制限、たこ足配線や埃等による発火の危険についての周知。
- ⑤ 施設内電化の検討

### 4. 喫煙制限

- ① 厨房などガスの配管場所や酸素ボンベ設置場所での喫煙制限
- ② 入居者が共用施設を使用した後の火気確認
- ③ 居室での喫煙の考え方

### 5. 停電対策

- ① 自家発電機の保守・点検
- ② 自家発電の供給先についての確認
  - －非常発電機による可動機器・可動時間の把握
  - －非常警報装置、消防用設備、緊急避難用機器、非常用電灯、非常放送設備等とのリンク
  - －PBX等のバックアップ
- ③ 非常館内放送設備の完備
  - －非常放送が居室で耳の遠い入居者でも聴取できるか、代替の通信方法をどうするか、などの検討
- ④ エレベーターの法定・自主点検と、入居者が閉じ込められた場合の連絡・救出方法の周知
- ⑤ 請求業務、検診等のコンピュータシステム導入施設でのデータ保守
- ⑥ 居室照明器具の確保
  - －居室内非常灯(充電式)の設置、懐中電灯の常備など。
- ⑦ そのほか、停電時に入居者の不安を除去するための方策の検討
  - －参考例としては、ナースコール受信盤に無停電装置または予備電源を設置する、各フロアごとに携帯ラジオと懐中電灯を設置する、など。

### 6. 災害時の事故防止

- ① 居室の家具・仏壇等の転落防止
  - －入居時の、家具の配置等への適切な助言
  - －ベッド周りの落下物の点検
- ② 転倒防止金具の取り付けやアンカーボルトによる家具の固定などの対策
- ③ 建物外壁タイルの剥離防止
- ④ 地震に伴う火災防止のための、火気設備、危険物施設等の転倒・落下・流出等の防止措置

## 7. 落雷対策

- ① 落雷の可能性のある建物、周囲施設についての検討
  - －避雷針の設置、テレビのアンテナ配線途中のブースター設置、等
- ② 落雷に伴う停電対策

## 8. 台風対策

- ① 多発地域における工夫
- ② 倒壊しやすい設備、樹木等の補強
- ③ 土砂流出対策
- ④ 窓ガラス等、備品破損への対策

## II. 防災体制

### 1. 設置運営指導指針上の取扱い

「事故・災害及び急病・負傷に迅速かつ適切に対応できるよう具体的な計画を立てるとともに、非難等必要な訓練を定期的に行うこと。」

－定期的な防災委員会等の開催

### 2. 防災・災害マニュアルの作成と職員への周知徹底

- ① 統括防火管理者、防火管理者、各階別の火元責任者等の選任や災害知識の啓発
- ② 被災時の職員出動体制
  - －災害時の緊急連絡体制、柔軟な出動体制づくり
- ③ 自衛消防組織の設置
  - －現状の自衛消防組織の限界を認識し、見直しを検討。
  - －入居者の参画についての慎重な検討
- ④ 消防署、警察署、行政機関等、関係機関との日常的な連携
- ⑤ 日中・夜間別の職員体制整備
- ⑥ 研修活動を含む、職員への消火設備や機器等に関する知識・使用方法の啓発
- ⑦ 現状に即した防災計画の見直し

－専門家や消防署との協議

- ⑧火報等に誤作動があった場合の、入居者への伝達  
－鳴動停止、報告、諸設備・機器の復旧方法の熟知

### 3. 訓練の実施

- ① 入居者を含む避難訓練、消火訓練、職員間の緊急連絡訓練等の定期的な実施
- ② 訓練実施前の消防署等との協議、及び終了後の評価・改善
- ③ 宿直者による夜間想定訓練を含む、現実的な訓練の検討
- ④ 付近住民との共同訓練など、地域との連携計画の策定

## III. 非難対策

### 1. 避難誘導設備の維持管理・点検

- ① バルコニー、避難梯子、緩降機、救助袋、非難タラップ、等
- ② 避難口誘導灯、通路誘導灯、誘導標識等

### 2. 避難マニュアルの作成

- ① 火災等、災害発生場所別のきめ細かい避難方法の、入居者への周知
- ② 要介護者の救援体制
- ③ 避難誘導體制づくり

### 3. 避難経路の確保

- ① 障害物撤去と定期検査の実施  
－居室バルコニーや廊下部分の私物撤去、館外避難場所への導線上の障害物撤去、等
- ② 屋外非常階段等の凍結防止、除雪実施
- ③ 屋上出入り口、非常口等の開錠方法の周知

## IV. 発生時の対応

### 1. 必需品の備蓄・緊急持ち出し品

- ① 生活必需品の備蓄（必要日数・人数分）  
－水、ポリタンク、ヘルメット、ホイッスル、携帯ガスボンベ、リネン類（毛布、シーツ、タオル等）、携帯ラジオ、電池、懐中電灯、バール、ハンマー、蝋燭、固形燃料、汚物処理用Gパック、使い捨て食器、等、ホームにより検討を行う。
- ② 食料品の備蓄
- ③ 厳冬地域での燃料・暖房器具の確保
- ④ その他

- －入居者に対する日常的な備蓄の勧め
- －安全で堅牢な場所での備蓄と、防災用品収納ロッカー等の設置
- －自家発電機の燃料備蓄や、ポータブル発電機等の検討

## 2. その他発生時の注意点

- ① 入居者への対応
  - －館内放送、巡回等による不安感の除去
- ② 居室が使用できなくなった場合の代替場所の確保
- ③ 居室内の配管・配線・機器故障に対する速やかな補修計画
- ④ 物資の搬送等
  - －必需品の供給、搬送手段等の検討
- ⑤ 生活用水の確保
  - －浴槽水の利用、河川等からのポンプアップ、等

## 2. 情報管理

- ① 職員の行動に関する指示命令系統の確立、入居者への情報提供
- ② 入居者の被災状況を迅速に把握する方法の検討
  - －人的・物的被害の掌握体制ができているか
  - －入居者の安全確認
  - －入居者の身元引受人、家族との連絡
- ③ 火災発生時の、消防隊に対する建物・入居者状況の情報提供
  - －外拍者、外出者等の管理など
- ④ 不在職員への連絡体制の整備
- ⑤ 行政機関との連絡体制
- ⑥ 入居者情報の一元管理

## 3. 諸サービス実施の検討

- ① ガス・水道等の切断、躯体の損傷により想定される障害への対応
  - 例：食事サービス
    - 販路の遮断、品薄による物価上昇、通常食や治療食等の代替調理体制の確保、配食要領、等
- ② 負傷者・罹病者・要介護者への対応マニュアルの策定
  - －医療器具・補助器具等の確保（滅菌・殺菌処理を含む）
  - －施設内での初期的処置、及び医療機関への搬送体制について
  - －医療機関との連携（受け入れ、搬送、入院等）
  - －施設内での介護が困難になった場合の対応方法

－被災後のメンタル・ケア、 等

#### 4. 外部との連携

- ① 外部との各種連携に係る検討
- ② 住居・サービスの相互補完に係る、同一地域内のホーム間の連携
- ③ 共用部分やサービスに関する、地域への開放
- ④ 他地域での災害発生に対応した協力支援体制の検討、等

介護事故発生ゼロを目指す  
ケアリスクマネジメントハンドブック

---

平成15年3月

発行：リスクマネジメント調査研究委員会  
委員長 前川 豊

社団法人 全国有料老人ホーム協会  
東京都中央区八重洲2-10-12  
国際興業第二ビル3F

TEL：03-3272-3781 FAX：03-3548-1078

Copyright 有老協 2002.

発行者の許可なく本書の内容を複製したり、出版物等に無断転載することを禁じます。