

介護事故の未然防止、対応・報告、再発防止 について

介護保険事業者等の事故発生時における報告取扱要領（標準例）、事故報告書の一部改正及びサービス提供による「事故発生の未然防止」、「事故発生時の迅速・適切な対応及び報告」、「再発防止に向けた取組」の徹底について（通知）
（令和3年5月20日長第05200001号）

厚生労働省において事故報告の様式を定めたことに伴い、県で定めていた報告取扱要領、事故報告書（標準様式）を別添のとおり改正しました。

つきましては、改正後の報告取扱要領、事故報告書を別添によりお送りしますので、令和3年6月1日以降提出いただく事故報告については、新様式により提出をお願いいたします。

また、今般、介護保険施設における事故発生の防止と発生時の適切な対応（リスクマネジメント）を推進する観点から、「指定介護老人福祉施設等の人員、設備及び運営に関する基準について」が別紙のとおり改正されたので、ご留意願います。

加えて、介護保険事業者におかれては、引き続き、**介護事故を未然に防ぐための研修等の取組を実施**していただくとともに、**事故が発生した場合の入所者等の家族等への速やかな連絡と適切丁寧な対応、関係機関への迅速な報告及び事故の再発防止に向けた取組の実施**について、改めて**職員に対して周知徹底**をお願いいたします。

○ 改正後の「介護保険事業者等の事故発生時における報告取扱要領(標準例)」

「事故報告様式（標準様式）」

「サービス提供による事故発生時における対応フロー（標準例）」は、

「きのくに介護de ネット」に掲載

<http://wave.pref.wakayama.lg.jp/kaigodenet/index.html>

「サービス提供による事故発生時における対応フロー（標準例）」

事故防止の取組、損害賠償保険の加入(※)



(※必要に応じて)

- ・事業所等内研修の実施

サービス提供中の事故発生



入所者等の生命・身体の保護、安全確保
(※ 医療機関の受診、救急車による搬送、関係機関（保健所・消防署・警察等）へ連絡)



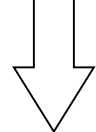
(※必要に応じて)

- ・管理者まで報告
- ・記録の整備

入所者等の家族等へ連絡
発生時の状況等説明



要因分析・再発防止策の検討



- ・ケース分析・検討
- ・事故防止委員会の開催
- ・再発防止策に時間を要する場合は、事故報告(第一報)を報告

市町村、県(※)へ報告



※入所者等の生命等に係る緊急性・重大性の高い事故については、市町村への報告と同時に県に報告すること。

再発防止策の実施・周知

- ・事業所等内研修の実施

＜基準省令より＞

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、家族等に連絡、必要な措置を講じなければならない。採った処置について記録する。事故発生防止のための指針を整備。改善策を従業者に周知徹底する。委員会・研修を定期的に行う。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う。

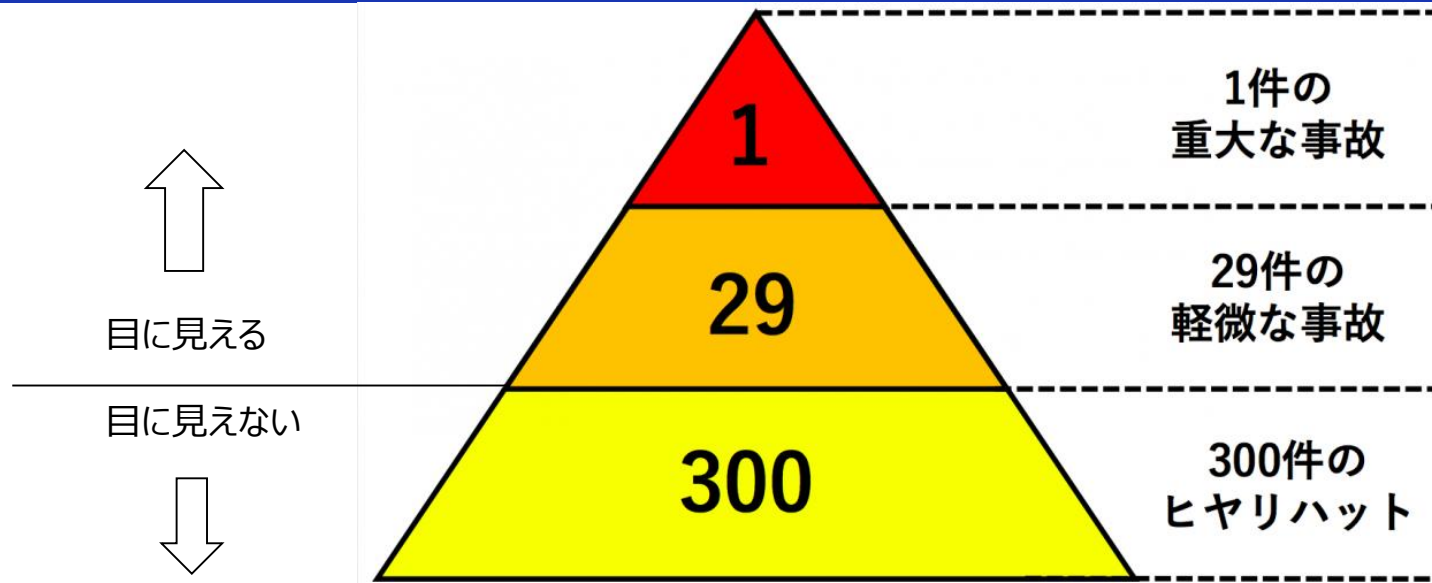
＜報告対象事業所等＞

- ・居宅サービス事業所
- ・介護予防サービス事業所
- ・介護老人福祉施設
- ・介護老人保健施設
- ・介護医療院
- ・介護療養型医療施設
- ・養護老人ホーム
- ・軽費老人ホーム
- ・有料老人ホーム
- ・サービス付き高齢者向け住宅
- ・老人福祉センター
- ・生活支援ハウス

＜報告対象事故＞

- ・死亡事故
- ・負傷等けが(医療機関への入院又は継続治療が必要なもの)
- ・食中毒、感染症、結核等
- ・職員の法令違反、不祥事等
- ・災害(※被災状況報告書による報告とする。)
- ・その他事業者が報告を必要と判断するもの、市町村が報告を求めるもの

ハインリッヒの法則（1:29:300の法則）



- アメリカの損害保険会社の安全技師であったハインリッヒが発表した法則です。「同じ人間が起こした330件の災害のうち、1件は重い災害（死亡や手足の切断等の大事故のみではない。）があったとすると、29回の軽傷（応急手当だけですむかすり傷）、傷害のない事故（傷害や物損の可能性のあるもの）を300回起こしている。」というもので、300回の無傷害事故の背後には数千の不安全行動や不安全状態があることも指摘しています。
- また、ハインリッヒは、この比率について、鉄骨の組立と事務員では自ずから異なっているとも言っていますが、比率の数字そのものではなく、事故と災害の関係を示す法則としては、現在も十分に活用できる考え方です。
- **これらの研究成果で重要なことは、比率の数字ではなく、災害という事象の背景には、危険有害要因が数多くあるということであり、ヒヤリハット等の情報をできるだけ把握し、迅速、的確にその対応策を講ずることが必要であるということです。**

（参考文献「新しい時代の安全管理のすべて」中災防発行）

（出典：厚生労働省ホームページ 職場の安全サイト）

介護事故につながるリスク要因と対応

1. 利用者本人に潜むリスク

身体状況、精神状況、生活背景など利用者本人のリスクにより引き起こされる事故
(誤嚥、誤飲、転倒、転落など)

<対応>

利用者の身体機能や生活特性などを丁寧にアセスメントする。利用者の状況は日々変化するため、よく観察する

2. 支援者側に潜むリスク

体調・技術・技能、心の状態、生活背景など支援者側（介護職員等）のリスクにより引き起こされる事故
(介護技術・技能が未熟、経験不足、知識不足など)

<対応>

経験と研修、職員の意識づけ、責任感を常に自覚する
ヒヤリハット事例の報告・分析と施設職員間で共有する

3. ケアが行われる環境に潜むリスク

居住環境、使用する福祉用具など生活環境のリスクにより引き起こされる事故
(部屋の間取り、ベッドや物の場所など)

<対応>

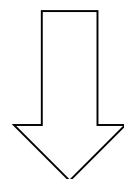
ベッド高、照明、スタッフの配置状況等様々な事柄に目を配る
昼と夜でのリスクの相違やケアの慣れによる環境変化に気をつける、利用者の環境変化へ目を配る
見取り図等での事前チェック、ヒヤリハット報告などで同じ場所での同じ事故を防ぐ

介護事故の法的責任

介護事故が発生した場合の**法的責任の有無**は、**「結果の予見可能性」**と**「結果の回避義務」**を基に**判断**されます。

＜結果の予見可能性＞

・高齢者が生活する際にあらかじめ予想されるリスクの有無や程度等を利用者ごとに評価する。



＜結果の回避義務＞

・介護事故予防措置を講じておく必要がある。

＜管理責任＞

・リスクを認識している場合（事故の発生が予想される場合）に、危険回避のための行動をとらなければ、施設管理者はその管理責任をとられることになる。

（予測不可能な事態が生じた際には、労働安全衛生法第24条および指定介護老人福祉施設の人員、設備および運営に関する基準に基づいて、施設の対応の適切さや責任の有無を判断されます。）

＜適切な介護サービスを提供する義務＞

・介護事故発生予防のための人的・物的な体制整備を行って事故が起こらないようにするとともに、万が一事故が起きても大きな事故とならないような事前および事後対策を十分に講じる必要があります。施設には、利用者が安心して過ごせるように配慮する「注意義務」があります。

＜説明責任＞

・施設には、予想されるリスクについて事前に説明し理解してもらう「**リスクの説明責任**」、事故発生時に利用者本人または家族に対して迅速に事実を報告する「**事故発生時の説明責任**」なども求められます。

介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化

- 介護保険施設における事故発生の防止と発生時の適切な対応（リスクマネジメント）を推進する観点から、事故報告様式を作成・周知する。施設系サービスにおいて、安全対策担当者を定めることを義務づける（※）。事故発生の防止等のための措置が講じられていない場合に基本報酬を減算する（※）。組織的な安全対策体制の整備を新たに評価する。（※6月の経過措置期間を設ける）

施設系サービス

【基準】【省令改正】

事故の発生又は再発を防止するため、以下の措置を講じなければならない。

<現行>

- イ 事故発生防止のための指針の整備
- ロ 事故が発生した場合等における報告と、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制の整備
- ハ 事故発生防止のための委員会及び従業者に対する研修の定期的な実施

<改定後>

イ～ハ（変更なし）

ニ イからハの措置を適切に実施するための担当者設置

（※6月の経過措置期間を設ける） **（追加）**

【報酬】【告示改正】

○ 安全管理体制未実施減算 5単位／日（新設）（※6月の経過措置期間を設ける）

〔算定要件〕 運営基準における事故の発生又は再発を防止するための措置が講じられていない場合。

○ 安全対策体制加算 20単位（新設） ※入所時に1回に限り算定可能

〔算定要件〕 外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること。

（※）将来的な事故報告の標準化による情報蓄積と有効活用等の検討に資するため、国で報告様式を作成し周知する。

- **特別養護老人ホームにおける介護事故予防ガイドライン**
(平成24年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金 (老人保健健康増進等事業分))
https://www.mri.co.jp/knowledge/pjt_related/roujinhoken/dia6ou00000204mw-att/h24_05c.pdf
- **岐阜県介護保険施設等における事故発生の防止及び発生時の対応マニュアル**
(平成30年10月 岐阜県健康福祉部高齢福祉課)
<https://www.pref.gifu.lg.jp/page/16954.html>
- **誤嚥に関する介護事故予防と事故発生時の対応の方針 (詳解)**
～介護事故をなるべく防ぎ、利用者の自立を高めるために～
(平成31年3月 公益社団法人全国老人福祉施設協議会)
<https://www.roushikyo.or.jp/index.html?p=we-page-menu-1-2&category=19325&key=19358&type=content&subkey=303371>
- **介護老人保健施設 安全推進マニュアル 転倒・転落等の事故を防止するために**
https://www.roken.co.jp/business/pdf/m_tentou2010.pdf
介護老人保健施設 安全推進マニュアル 誤嚥・誤飲を防止するために
https://www.roken.co.jp/business/pdf/m_goengoin2010.pdf
介護老人保健施設 安全推進マニュアル 入浴時の事故を防止するために
https://www.roken.co.jp/business/pdf/m_nyuuyoku2010.pdf
(平成22年11月 公益社団法人全国老人保健施設協会)
- **高齢者介護施設における雇入れ時の安全衛生教育マニュアル** (平成29年3月中央労働災害防止協会)
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11300000-Roudoukijunkyokuanzenseiseibu/kourei_manual_1.pdf

入浴介助時における入所者等の安全確保の徹底について

(令和2年7月29日、令和元年12月10日付け県通知)

- サービス提供中の事故防止については、これまでも集団指導や研修において、周知徹底をお願いするとともに、令和元年12月10日付け長第12100001号通知により、入浴介助における安全確保の徹底をお願いしたところですが、先般、県内の事業所において、機械浴による入浴サービス提供中に腰ベルトの接着部分が剥がれ、利用者が浴槽内に滑り、病院搬送後に亡くなる事故が発生しました。
- 他県においても、ストレッチャー移乗時の転倒ややけどによる死亡事例が報告されています。
- 各事業所・施設においては、**①利用者又は入所者**（以下「利用者等」という。）**の入浴介助の際には、常に事故の可能性がある、安全装置の利用漏れ・確認漏れ、利用者等から短時間目を離すなどの少しの不注意により、転倒、溺水、外傷などの重大な事故につながるおそれがあること、②機械浴を使用する利用者等は、自力で動けない場合が多いため、職員の技術や注意力がなお一層必要であることについて改めて全ての職員に周知徹底**をお願いします。
- 併せて、各管理者・施設長自らが、各事業所・施設における入浴介助方法に問題がないかなど、以下の点について改めて検証し、十分でない点があれば早急に改善するなど、事故の未然防止の徹底をお願いします。

1. 入浴機器を利用する時は、操作・使用説明書を再確認し、安全装置の利用漏れや点検漏れ、劣化による摩耗などがいないか確認し、適切な使用方法を職員に対して周知すること。
2. 1の使用方法を周知徹底させるためのマニュアルを整備し、職員研修を計画的に行うこと。
3. 利用者等の安全確認については、必ず複数の介護職員が連携して行うこと。
4. 介護職員は利用者等から短時間でも目を離さないこと。
5. サービス提供中の事故やヒヤリハットなどに関する報告を収集・分析し、抽出されたリスク要因に対して解決策を検討し、事業所又は施設全体で情報を共有すること。
6. 事故が発生した際に迅速な措置（頭部打撲・外傷等で重症が疑われる場合は、明らかな異常を認めなくてもすぐに医療機関を受診し検査を行うなど）を行うことができるように、緊急連絡網や関係マニュアルの整備・内容の再確認を行うこと。

※ なお、入浴時の事故防止に関するマニュアル及びサービス提供中に発生した転倒・転落による頭部外傷に関する情報については、以下の資料も参考にして下さい。

○「介護老人保健施設 安全推進マニュアル ー入浴時の事故を防止するためにー」

（公益社団法人全国老人保健施設協会監修） URL：[tps://www.roken.co.jp/business/](https://www.roken.co.jp/business/)

○「入院中に発生した転倒・転落による頭部外傷に係る死亡事例の分析」（医療事故調査・支援センター）

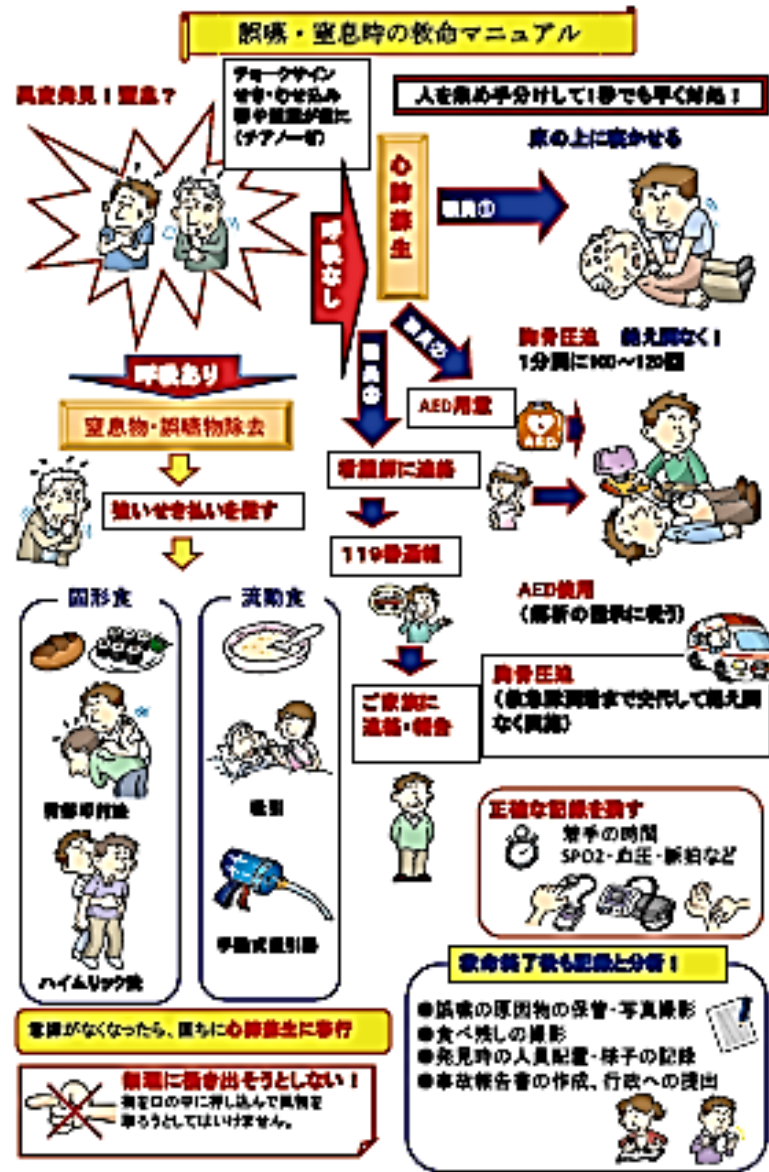
URL：https://www.medsafe.or.jp/modules/advocacy/index.php?content_id=1#teigen009

十二. 誤嚥リスクマネジメントのポイント整理

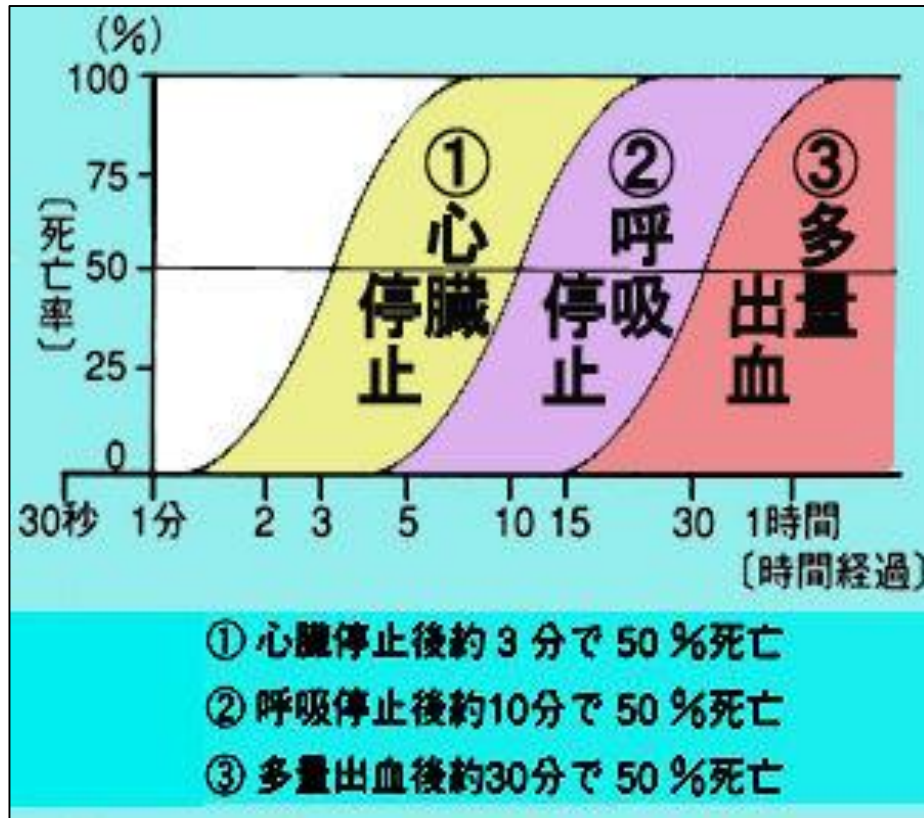
出典:「誤嚥に関する介護事故予防と事故発生時の対応の方針(詳解)」

(公益社団法人
全国老人福祉
施設協議会)

(参考図)

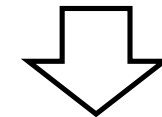


カーラーの救命曲線

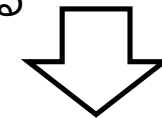


事故発生時の迅速な対応（誤嚥時など）

- ・「呼吸停止」の場合、呼吸停止後約10分で50%死亡するおそれがある
- ・救急車の現場到着までの平均時間は約8分と言われている



- ・応急処置を、誰が、何をするか、事前に決めておく（役割・対応手順を決める、訓練）
- ・看護師等による応急処置、救急車の要請を同時に行う必要がある



- ・利用者・家族への誠意ある丁寧な対応が必要
- ・できる限り早い段階で発生前後の事実関係を家族に正確に説明する（説明責任）