

# 介護現場における 事故等防止対策について

# 1. はじめに

## ・介護事故は**ゼロ**にできるか

身体機能の低下、認知症など持ち合わせた高齢者の生活はリスクと隣り合わせ

リスクを回避すると⇒行動抑制

外出をしない

歩かない

家(部屋)に閉じこもりがちになる



生活行為自体がリハビリや  
心身機能の維持となっている

高齢者の生活にはリスクがあるが、その人らしく自由に自立した生活を過ごすためには、回避できないリスクがある

⇒**ゼロを求めず、防げる事故は必ず防ぐことが大切**

## 2. 介護事故を分けて事故防止に取り組む

介護事故      施設に過失のある事故(介護過誤)  
                 施設に過失のない事故(介護事故)

医療事故      施設に過失のある事故(医療過誤)  
                 施設に過失のない事故(医療事故)

防がなければならない事故  
介護過誤・医療過誤

対策をすれば、防ぐことができる事故  
この事故を確実に防ぐことが大切

山田滋「介護リスクマネジメント（事故防止編）」より



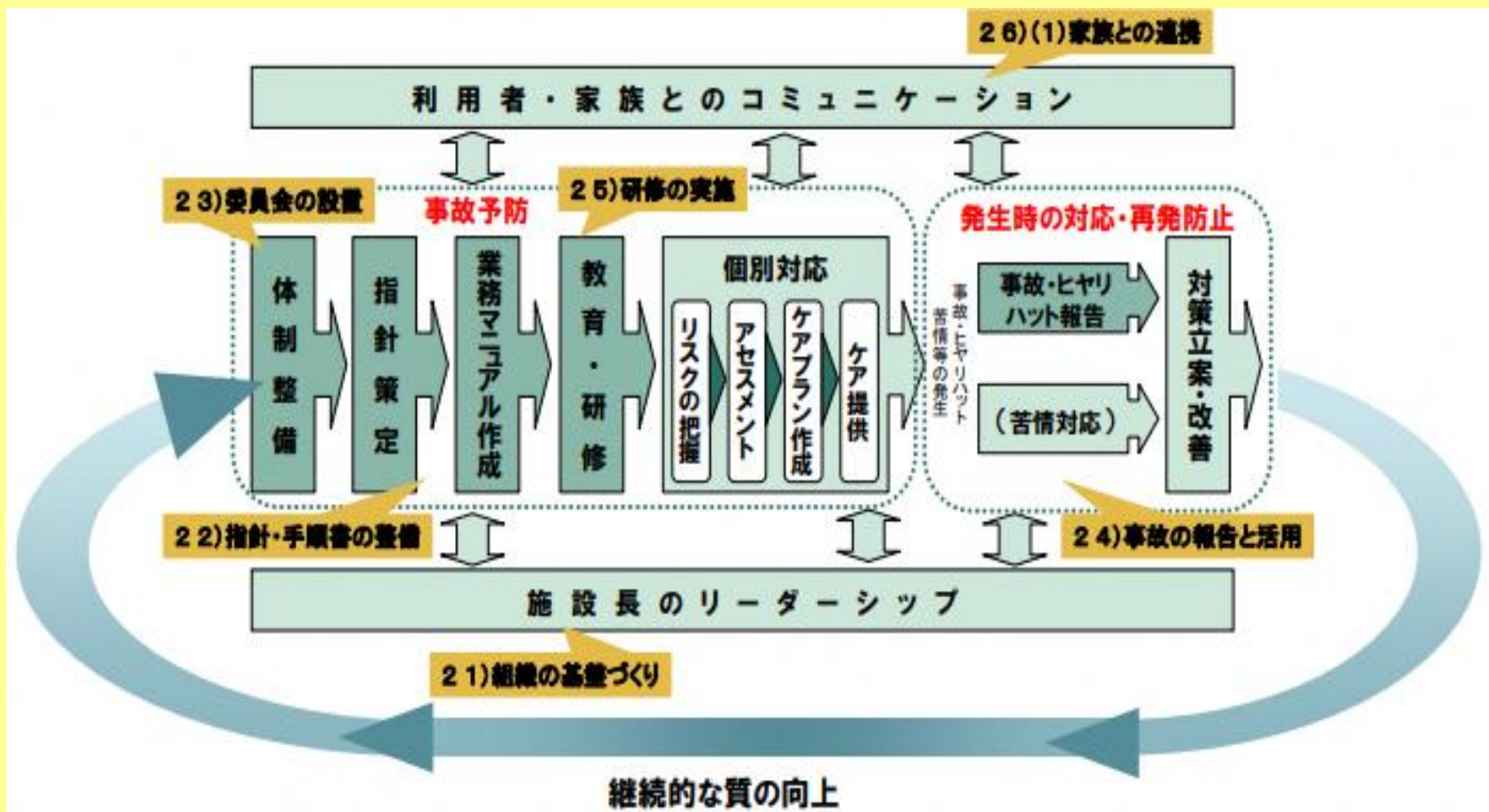
## 過失となる事故とは(介護過誤)

- ・以前にも同様の事故があつて、危険を予知していたが対策を立てていなかった
- ・危険を回避をするための対策が立てられていたが、それが実行されていなかった

## 過失とならない事故とは

- ・突発的な原因(日頃は問題がない、この日だけ)
- ・予知することができなかった

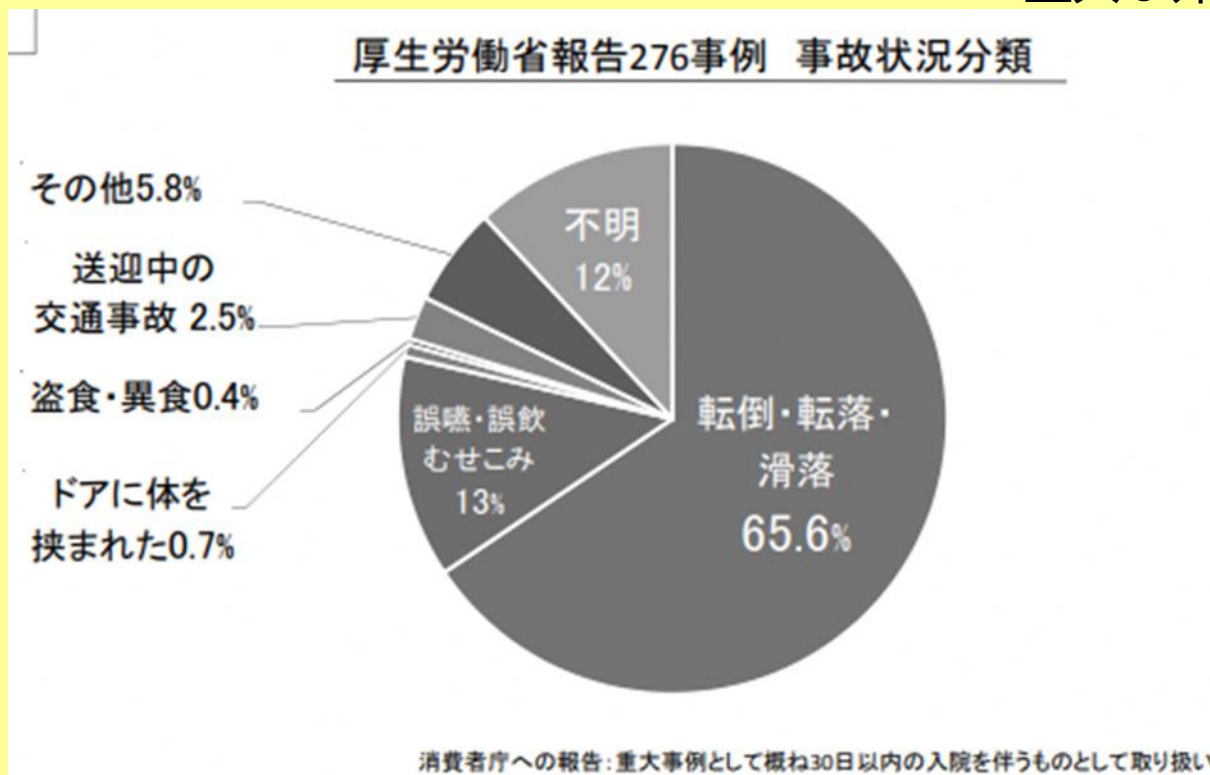
# 介護事故予防の取組を通じたケアの質の向上のプロセス



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（三菱総合研究所） H30

# 3. 高齢者の事故の状況

平成26年～平成29年の約3年間に厚生労働省 老健局に報告された  
重大な介護事故276件



公益財団法人 介護労働安定センター「介護サービスの利用に係る事故の防止に関する調査研究事業」報告書 H30

# 4. 介護事故防止対策①

リスクマネジメントの視点から考える

## 1. リスクを特定する

利用者に被害を及ぼす可能性のあるリスクについて特定

## 2. リスクアセスメント

特定されたリスクの、それぞれの規模や要因の分析・評価

## 3. リスクへの対応

事故発生時の対応内容や対応手順のマニュアルの作成

## 4. リスクのコントロール

事故防止や事故発生時の被害軽減のためのシステム作り

## 4. 介護事故防止対策②

### 1. リスクを特定する

リスクはどこにあるのか？

#### ①利用者本人

身体の状態

麻痺、視力、聴力、四肢の筋力低下など

認知症

BPSDの状態

精神状態

うつ状態

日常生活の習慣や意向

日頃から、利用者の状況を的確にとらえてアセスメント

⇒ リスクを情報共有してケアプランに反映させる





# 4. 介護事故防止対策③

## 1. リスクを特定する

### ②介護職員

体調は万全か

定期的な健康診断と体調不調時の対応

ストレスはないか

十分な休息、職場の人間関係

介護技術や知識は充分か

研修や自己研鑽をしているか

日頃から、体調や心の状態を整え

介護技術・知識を向上に努める

# 4. 介護事故防止対策④

## 1. リスクを特定する

### ③介護環境

それぞれの利用者にあった住環境

転倒の原因となる段差や階段

歩行の妨げとなる障害物の有無

照明、室温

ベッドや家具などの配置

利用者の変化を把握して環境を整える

日々変わる状況に応じた環境整備

利用者にあった福祉用具の活用

車いすや自助具

日々、変動する状況を認識し個々に合わせ環境を整える

# 4. 介護事故防止対策⑤

## 2. リスクアセスメント

特定されたリスクについて、要因の分析・評価をする

- ①人的要因
- ②設備的要因
- ③作業環境的要因
- ④管理的要因

### ① 人的要因

#### ・心理的要因

場面行動(他の事柄に気付かず、前後に見境もないまま行動する)  
忘却(ど忘れ)、考え事、(私的なこと)、無意識行動、危険感覚のずれ、  
省略行為、憶測判断、ヒューマンエラー

#### ・生理的要因

疲労、睡眠不足、アルコール、疾病、加齢

#### ・職場的要因

人間関係、リーダーシップ、チームワーク、コミュニケーション

# 4. 介護事故防止対策⑥

## 2. リスクアセスメント

### ② 設備的要因

- ・設備の欠陥や不良(水たまりができてしまうなど)
- ・危険防護不良(防護カバーなどの不備)
- ・人間工学的配慮不足(どうしても足が引っかかってしまう)
- ・点検整備不良(点検ができておらず、ブレーキ動作が効かない)

### ③ 作業環境的要因

- ・情報不適切(利用者の身体状況が申し送られていなかった)
- ・介護方法不適切(利用者に適した福祉用具ではなかった)
- ・作業空間や環境不良(狭い場所や暗い場所での介護)

### ④ 管理的要因

- ・規程・マニュアル不備
- ・教育訓練不十分
- ・適正配置不十分、健康管理不足

# 4. 介護事故防止対策⑦

## 3. リスクへの対応

### 事故発生時の対応内容や対応手順のマニュアルを作成・整備

- ・対応内容や対応手順は、事故の内容によって異なるため、起こり得る事故内容ごとに対応マニュアルを作成しておく必要がある
- ・事故発生時にマニュアルに沿って、速やかに対応できるように、定期的に職員研修を実施する

<各自治体より報告を求められている事故>

- ① 怪我・死亡事故
  - ② 食中毒・感染症
  - ③ 不祥事・コンプライアンス違反にかかる事故
  - ④ 災害事故
- ・介護マニュアルの作成  
食事、入浴、排せつ、福祉用具の利用等の介護マニュアルを作成し、安全な介護ができるように技術レベルの標準を定めておく

## 4. 介護事故防止対策⑧

### 4. リスクコントロール

事故の未然防止や事故発生時の被害軽減に向けて、リスク管理についてシステム化を行う

- ・実際の事故発生時の対応
- ・マニュアル整備
- ・事故防止委員会や安全委員会等の定期的な開催や事故発生時の臨時開催
- ・事故内容や対策の職場内での迅速な情報共有のシステム作り

マニュアルや体制については、定期的に見直しをする  
⇒ 実際の事故に基づく修正や対応の反省などを反映し、最新版にしておく

## 5. ヒューマンエラー①

### (1) ヒューマンエラーとは

人間の過誤(ミス)のこと。人為ミスとも呼ばれる。  
不本意な結果を生み出す行為や、不本意な結果を防ぐことに失敗すること。

### (2) 人間はエラーを起こす

錯覚 …… エラーとして最も多い。実在のものとは異なるものを誤って知覚すること。

#### ① ミューラー・リヤーの錯覚

同じ長さの線が、長さが異なって見える錯覚の一つ

#### ② フレーザーの錯覚

一見すると渦巻のように見えるが、線をたどると一つひとつそれぞれが円である

・人間の視覚、聴覚、臭覚、触覚などには  
正確な情報を把握できる限界がある。

## 5. ヒューマンエラー②

- 1-人間だから 間違える事がある
- 2-人間だから ツイっかりがある
- 3-人間だから 忘れることがある
- 4-人間だから 気が付かないことがある
- 5-人間だから 不注意の瞬間がある
- 6-人間だから 一つしか見えない考えられない
- 7-人間だから 先を急ぐことがある
- 8-人間だから 感情に走ることがある
- 9-人間だから 思い込みがある
- 10-人間だから 横着をする時がある
- 11-人間だから 人の見ていないとき違反をする
- 12-人間だから パニックになることがある

(web「安全の小窓」より) 「人間のエラー特性を考える」

- ◎介護サービスを提供するとき、人間の眼や耳、さらに記憶の不確かさなどについて、十分に認識することが重要
- ◎錯覚や記憶の誤りは、特別な人が起こすのではなく、誰にでもあり得る



## 5. ヒューマンエラー③

### <エラーの種類(ノーマン)>

#### ① スリップ(Slip)

認知の制御過程における実行段階でのエラー。やろうとした動作は、正しかったのに、ちゃんとできなかったミス。「無意識的」に発生するエラー。

例)エレベーターで5階に行こうとしたのにもかかわらず、4階のボタンを押していた。

#### ② ミステイク(Mistake)

計画を考える段階でのミス。やろうとしたことが、そもそも間違っていた。勘違い、早とちり。思い込み。認識や判断の段階でおかすミス。

例)エレベーターで6階に会社があると思い込んで、6階に着いたら、違う会社だった。

#### ③ 失念(Lapse:ラプス)

記憶の過程でのエラー。忘却、不正確な記憶、目標の見失い。物忘れ。

例)エレベーターにたくさんの人が乗り込んできて、最後に自分の行く階のボタンを押そうと思っていたが、思い出せずに、最上階まで行ってしまった。

## 5. ヒューマンエラー④

<スキルベース、ルールベース、ナレッジベース  
(SRKモデル)(ラスムッセン)>

人は、外界からの情報を認識し、それに対応する行動を計画して実行するが、各段階で用いられる注意の使用量はそのときの状況と実行者の習熟度によって異なってくる。各段階における注意容量(注意のリソース)の使用度によって、行動パターンはスキル(Skill)ベース、ルール(Rule)ベース、ナレッジ(Knowledge)ベースの3段階に分類される。

### ①K・ナレッジベース:

初めての事象に遭遇したとき、意識上で内外の知識を参照し、考えて対処する。

⇒ 初心者はすべてナレッジベースの行動といえる。  
この認識プロセスは時間がかかる。

## 5. ヒューマンエラー⑤

<スキルベース、ルールベース、ナレッジベース  
(SRKモデル)(ラスムッセン)>

### ②R・ルールベース:

日常よく経験する事象に関しては、対処方法があらかじめパターン化され、事象に対して適当な対処方法が当てはめられることにより対処される。マニュアル通りに実行すること。

### ③S・スキルベース:

繰り返し起こってくるようなことに関しては、行為が自動化され、無意識のうちに対処されることになる。

初心者はナレッジベースの対処、だんだん慣れるに従って  
ルールベース、スキルベースでの対処が多くなる

⇒ 継続的な研修やスキルの確認、マニュアルの見直しは  
重要なこと

# 6. 介護現場の事故対策（転倒）①

## 転倒の原因

### ① 内的原因

高齢者自身に何らかの転倒要因がある

- ・筋力の低下、麻痺
- ・心肺機能の低下
- ・歩行障害(疾患による)
- ・視力・聴力の低下
- ・薬の副作用

### ② 外的原因

転倒の原因が生活環境などにある場合

- ・段差、滑りやすい床
- ・歩行障害物
- ・照明がなく暗い場所

## 転倒・転落アセスメントシートの活用

⇒ 転倒のリスクを可視化し予見することができる

# 6. 介護現場の事故対策（転倒）②

## 転倒の対策

### ① 内的原因

転倒予防のための運動やリハビリ  
利用者の心身の状態を把握しておく  
(不安な様子やいつもよりふらつきが多い)

### ② 外的原因

環境整備を行い、転倒の原因となるものを取り除く  
転倒防止のため福祉用具の活用(手すりや杖など)

日々変化する利用者の状況を把握し、介護職員間で情報を共有しておく

⇒ 見守りの体制や連携を変化させて対応も必要

## 6. 介護現場の事故対策（離設）①

### 離設事故のリスク

- ・認知症の徘徊から行方不明になる高齢者（警察に届出）  
⇒ 年間17,000人超
- ・離設、徘徊は交通事故、ケガ、凍死、溺死など、様々な危険
- ・離設事故は施設側の過失割合が高くなる傾向

2020年中に認知症やその疑いで行方不明となり警察に届け出があったのは、前年より86人増の1万7565人だったことが24日、警察庁の集計で分かった。

12年の統計開始から毎年、過去最多を更新し8年で1.83倍になった。214人は20年中に所在が確認できなかった。都道府県別では大阪が最多の1990人  
(2021.6.24日本経済新聞)

離設事故は、生命にかかわる大きな事故となりやすい

# 6. 介護現場の事故対策（離設）②

## 離設事故の予防対策

### ① 人的要因

#### <利用者>

- ・認知症、帰宅願望、夜間不眠、歩き回り
- ・最近の入所

#### <介護職員>

- ・夜間の巡回をしなかった
- ・日中、他の介護で忙しかった
- ・新人職員で業務内容を把握していなかった

### 【対応策】

- ・利用者の状況の把握
- ・認知症ケアの確認、統一
- ・介護のマニュアルを守る
- ・新人職員の教育

# 6. 介護現場の事故対策（離設）③

## 離設事故の予防対策

### ② 設備的要因

- ・施設の入り口にセンサーが鳴らなかった
- ・離設玄関通過時に音が鳴るような仕組みがない
- ・夜間の施錠ができていなかった

### ③ 作業環境的要因

- ・見守りの職員がいなかった
- ・外出の帰りに外出の人数を把握していなかった
- ・イベントや行事で人の出入りが多く気が付かなかった
- ・他の介護が重なって、離設に気が付かなかった

### 【対応策】

- ・設備の点検や追加
- ・介護マニュアルの見直し



# 6. 介護現場の事故対策（離設）④

## 離設事故の予防対策

### ④ 管理的要因

- ・離設マニュアルの不備
- ・離設研修や訓練をしていない
- ・管理者が離設事故の重大性を認識していない

### 【対応策】

- ・離設マニュアルの整備
- ・離設時の対応の研修会や訓練

### 【その他対策】

- ・ICT機器の活用、利用の習熟
- ・センサーマット等の活用

# 6. 介護現場の事故対策（離設）⑤

## 離設事故の発生後の対策

### ① 施設内の搜索

- ・日中、夜間でどこを搜索するかなど決めておく
  - ・時間は20分程度とする
  - ・20分を超える場合
    - ⇒ 施設長に連絡、搜索職員の確保
    - ⇒ 家族に連絡し、了承を得て関連機関（警察等）に報告する
- 離設玄関通過時に音が鳴るような仕組みがない
- ・夜間の施錠ができていなかった

### 【ポイント】

- ・初動が大切、20分内であればまだ近くにいる可能性がある

# 6. 介護現場の事故対策（離設）⑥

## 離設事故の発生後の対策

### ② 施設外の搜索

- ・どこを搜索するかなど決めておく（範囲や分担）
- ・協力機関への連絡
  - 地域の協力機関へは誰が連絡するのか
- ・搜索のマニュアル
  - ⇒ 搜索時に持ち出すもの
    - 利用者情報、救急キット、携帯電話、懐中電灯
  - ⇒ 発見した場合どうするか
    - 怪我がある場合・報告の内容
    - どこに連絡するのか
  - ⇒ 搜索状況の共有どのようにするのか

【ポイント】マニュアルの整備と定期的な研修や訓練の実施



# 6. 介護現場の事故対策（離設）⑦

## 離設事故の発生後の対策

### ③ 事故の記録と分析

#### <記録>

- ・離設の時間や経緯、離設経路
- ・本人の状況（離設前と発見時）
- ・家族や関連機関への連絡の時間と内容

#### <分析>

- ・本人の状況
- ・施設介護状況
- ・施設設備
- ・マニュアルの活用ができたか

**【ポイント】** 事故の正確な記録（施設や職員を守る）  
分析結果を職員間で共有し再発を防ぐ

ご清聴ありがとうございました

