

令和3年度
介護事故・ヒヤリハットの発生状況調査の
集計・分析結果



青森県南部町

令和4年10月

令和3年度介護事故・ヒヤリハットの発生状況調査

調査の目的

- 事業所から報告された介護事故・ヒヤリハット情報を活用し、サービスの質の向上につなげる仕組みを有効に運営するうえでの現状の課題やニーズを把握する。
- 事業所における事故の概要や発生時の対応、原因分析、再発防止策などの情報を把握し、集計・分析等を行う。

対象事業所（67事業所）

居宅介護支援	居宅介護支援
地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、看護小規模多機能型居宅介護
居宅サービス	訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、福祉用具貸与
施設サービス	介護老人福祉施設、介護老人保健施設
高齢者向け住宅	有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅

結果を公表

事業所の研修会
や集団指導で情
報を共有化

事故やトラブル
の再発を防ぐ

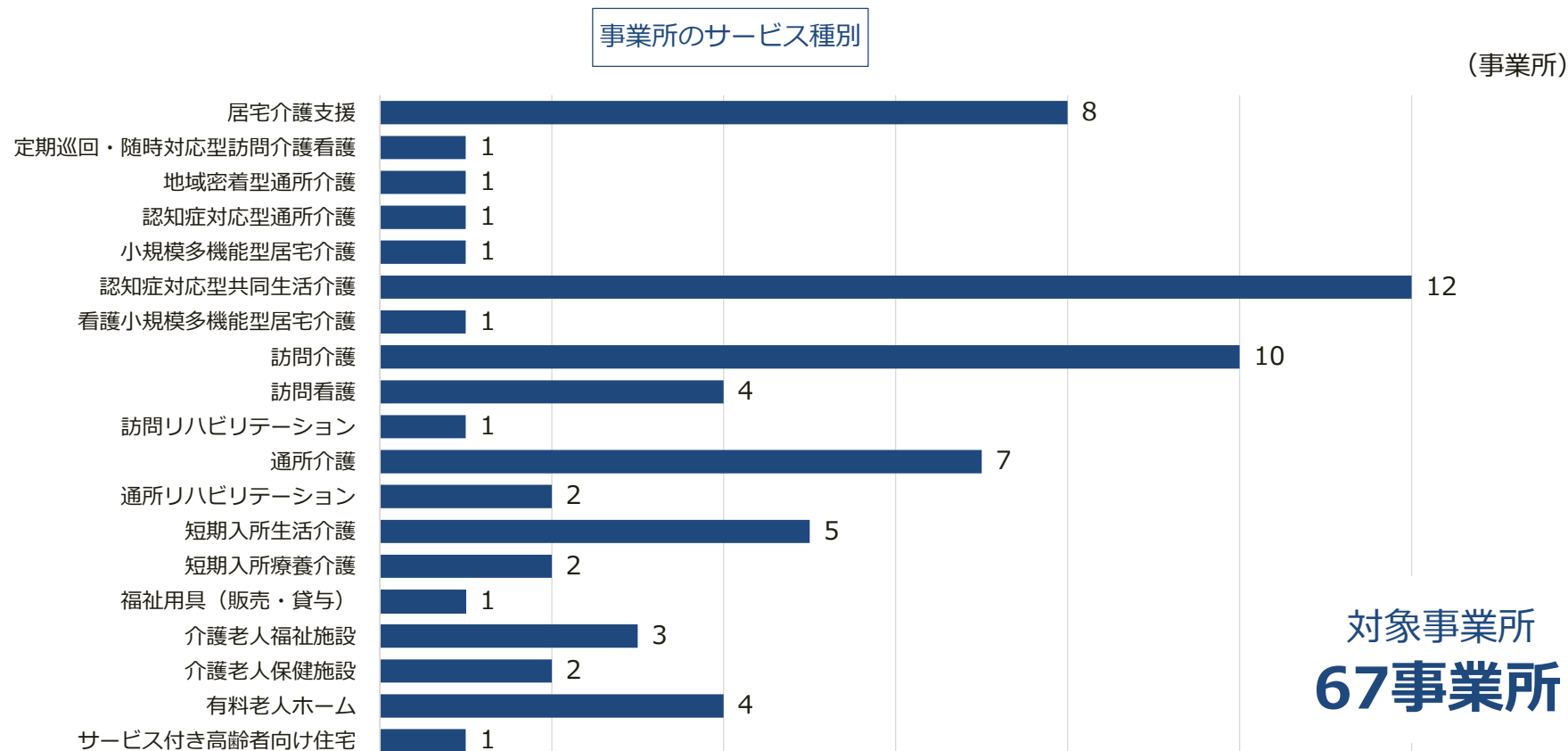
集計・分析結果

1

1-1 事業所のサービス種別

事業所のサービス種別は、「認知症対応型共同生活介護」（12事業所）が最も多く、次いで「訪問介護」（10事業所）、居宅介護支援（8事業所）である。

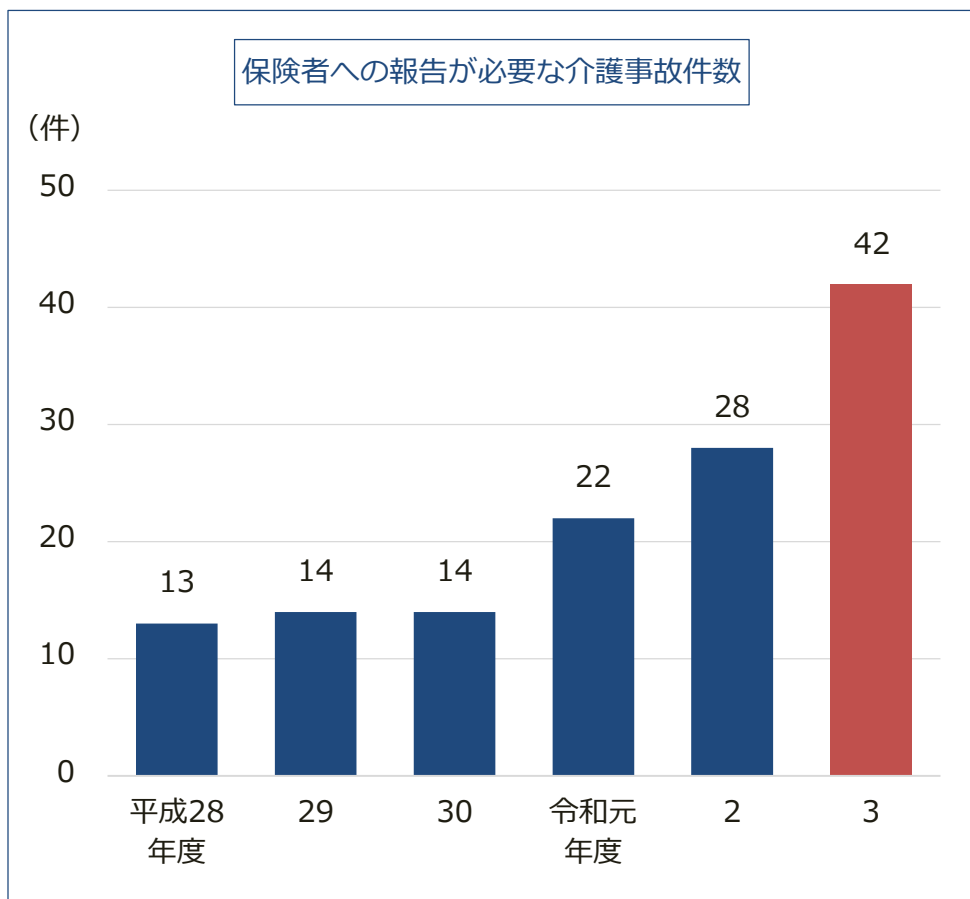
回答：すべての事業所【n=67】



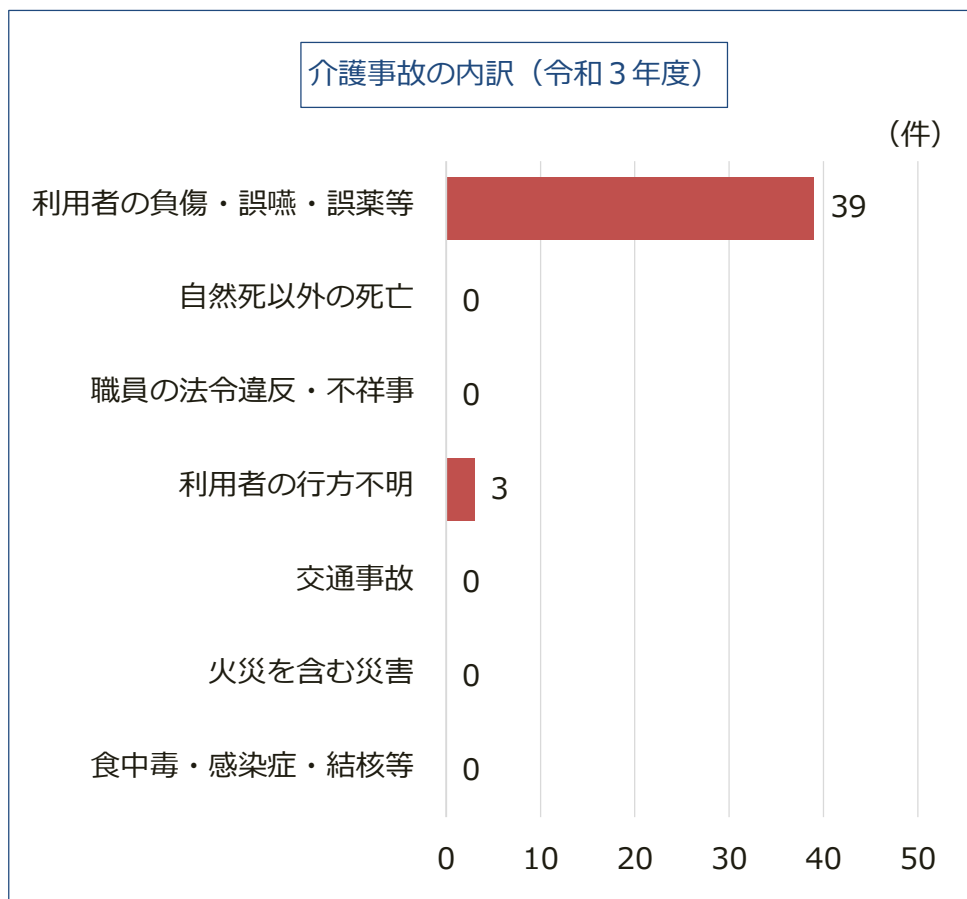
1-2 保険者への報告が必要な介護事故件数

保険者への報告が必要な介護事故件数は42件で、前年度（28件）より14件増加した。内訳は、「利用者の負傷、誤嚥、誤薬等」（39件）が最も多く、次いで「利用者の行方不明」（3件）である。

回答：すべての事業所【n=67】



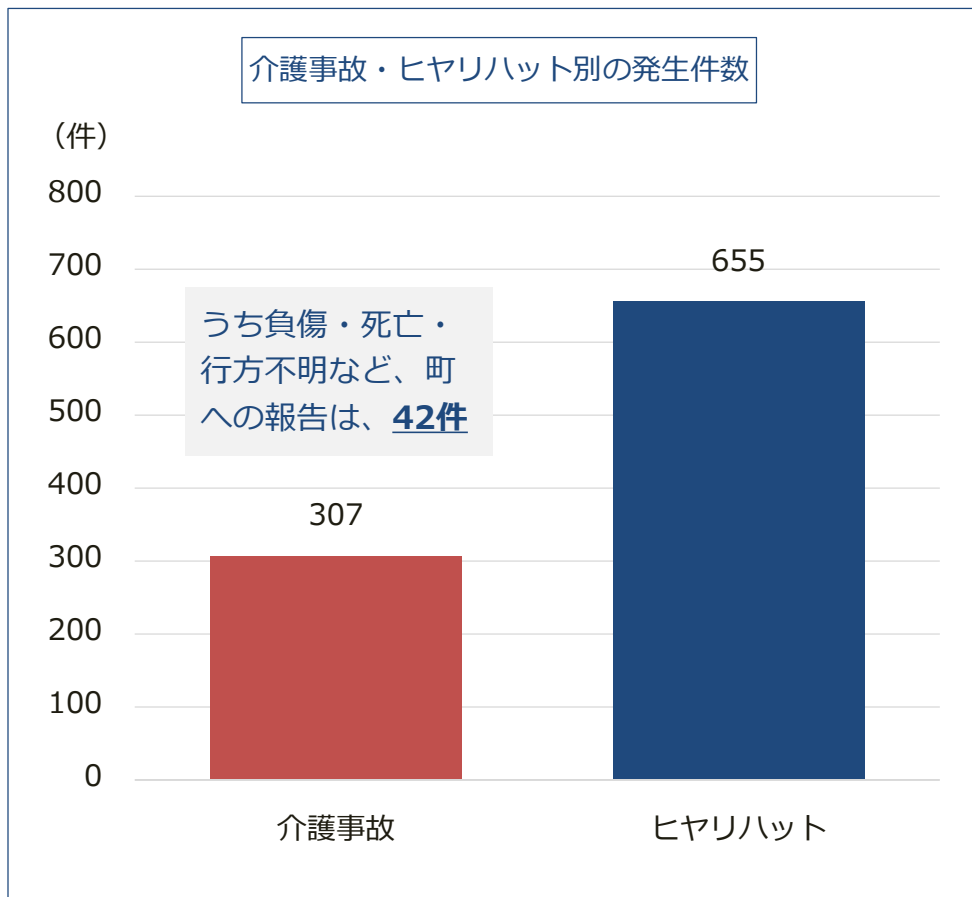
回答：すべての事業所【n=67】



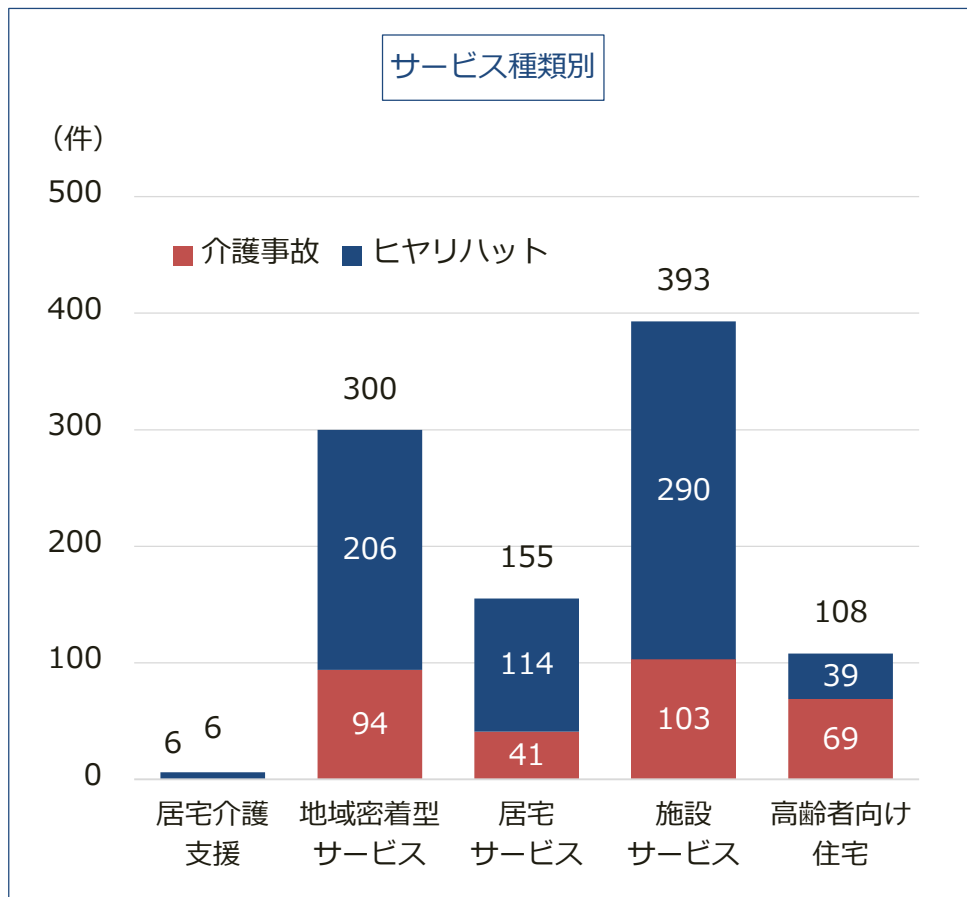
1-3 介護事故・ヒヤリハット別の発生件数

介護事故は307件で前年度（282件）より25件増加、ヒヤリハットは655件で前年度（608件）より47件増加した。サービス種類別では「施設サービス」が393件（うち介護事故103件）で最も多い。

回答：すべての事業所【n=67】



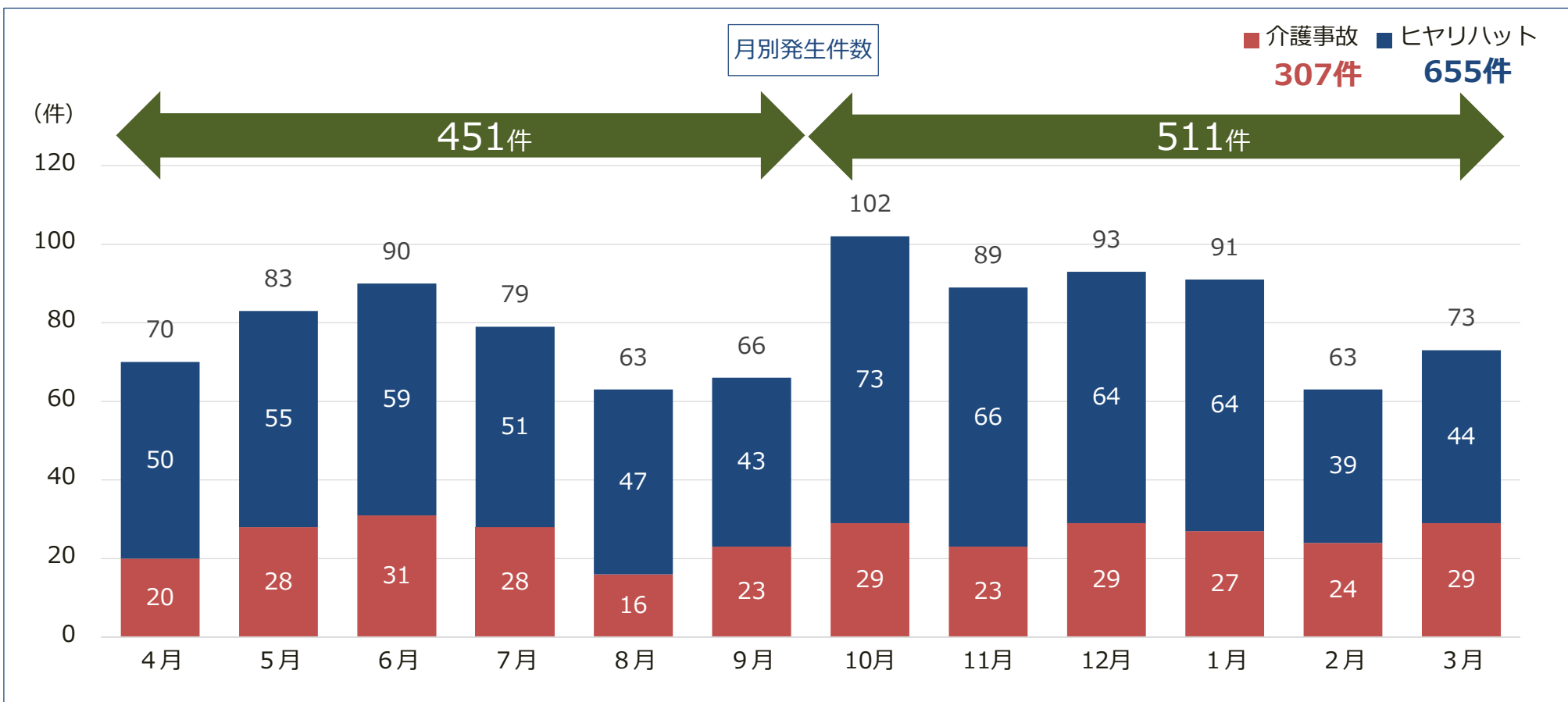
回答：すべての事業所【n=67】



1-4 月別発生件数

介護事故とヒヤリハットを合わせた月別発生件数は10月（102件）が最も多く、次いで12月（93件）、1月（91件）である。「4月～9月」（451件）より「10月～3月」（511件）の発生件数が多い。

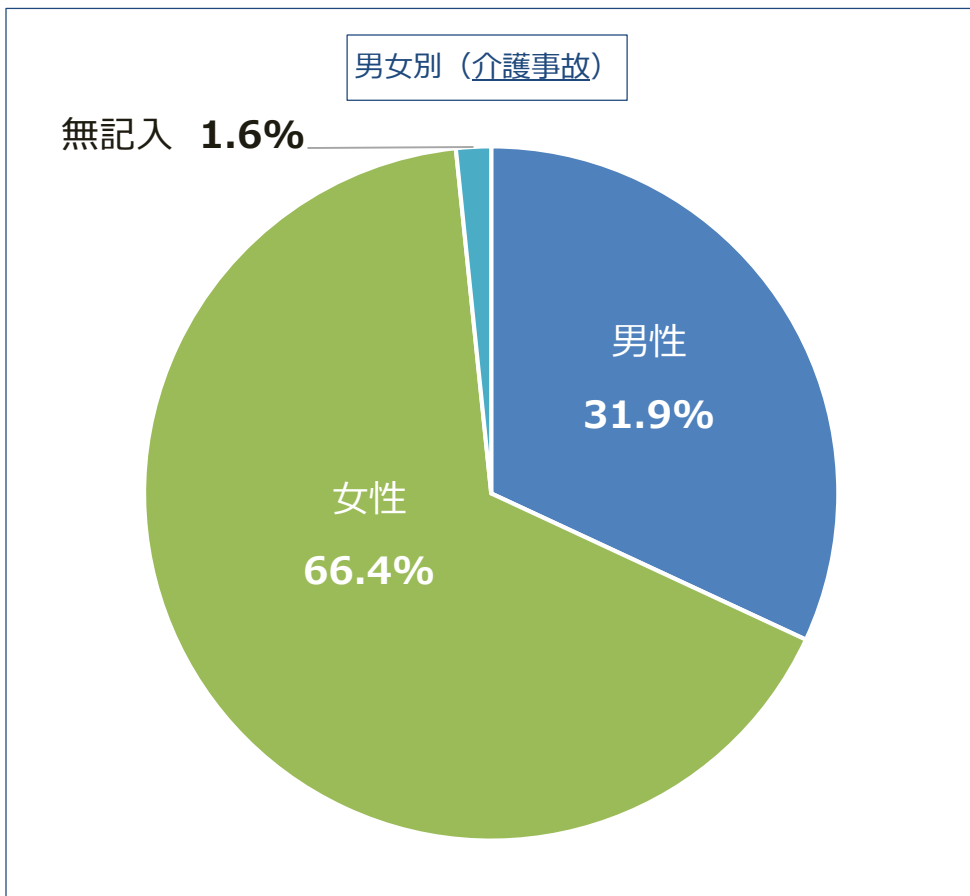
回答：すべての事業所【n=67】



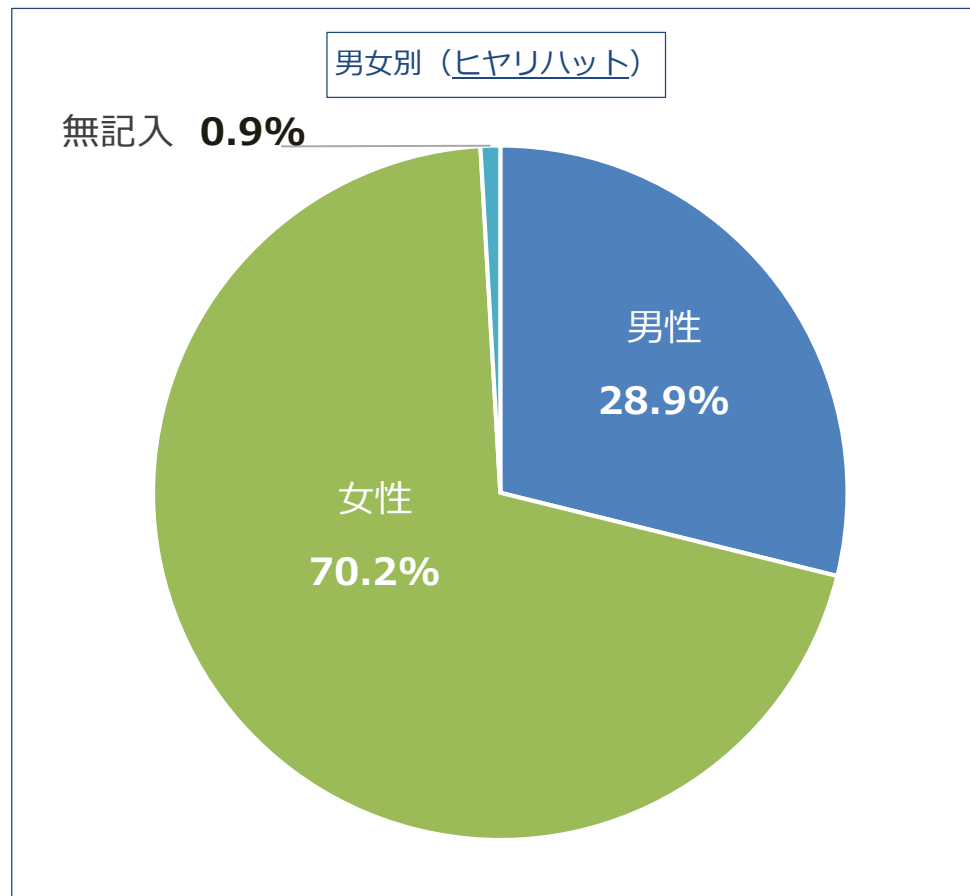
1-5 男女別

男女別では、介護事故は男性31.9%、女性66.4%、ヒヤリハットは男性28.9%、女性70.2%でいずれも女性の割合が高い。（参考：令和4年3月末時点の認定者数 男性318人、女性849人）

回答：介護事故【n=307】



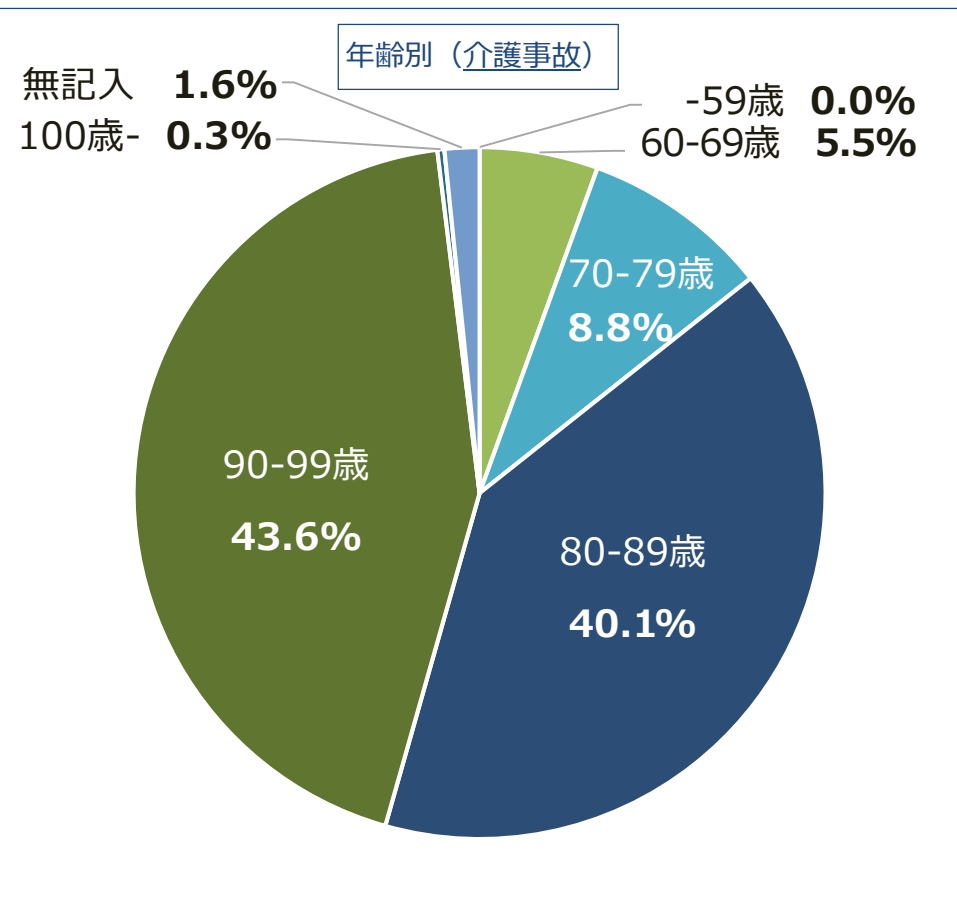
回答：ヒヤリハット【n=655】



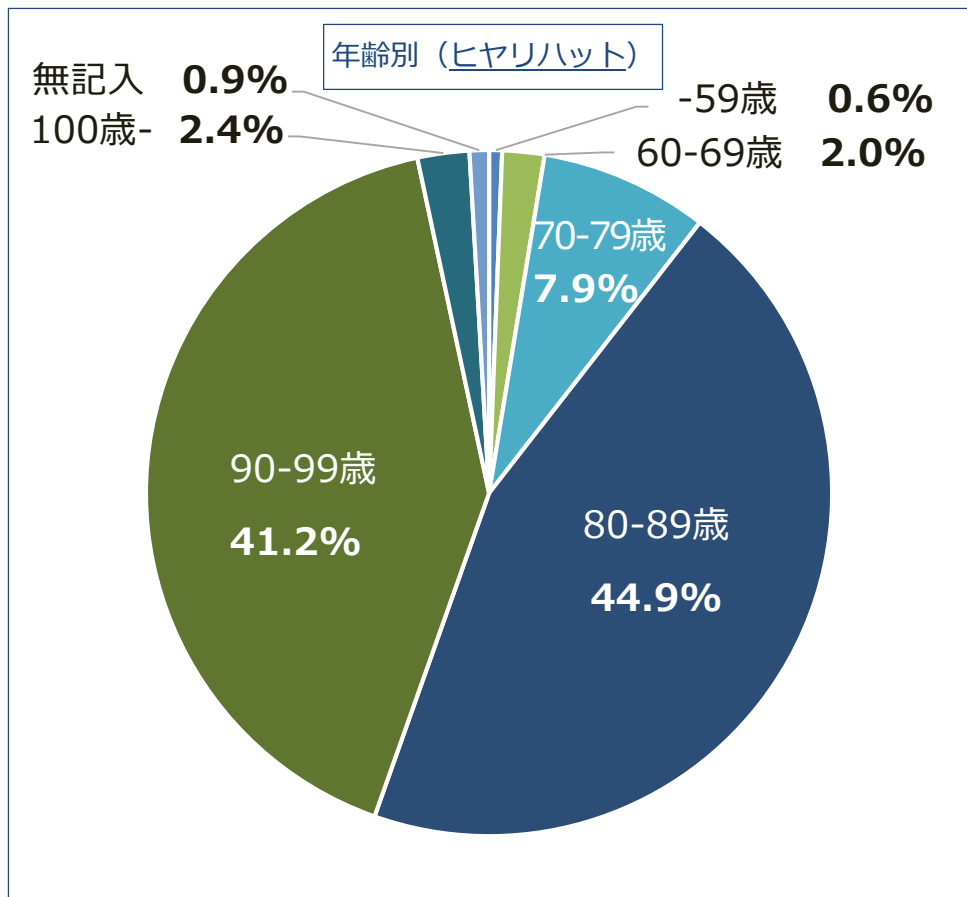
1-6 年齢別

介護事故は「90-99歳」（43.6%）が最も高く、次いで「80-89歳」（40.1%）である。
ヒヤリハットは「80-89歳」（44.9%）が最も高く、次いで「90-99歳」（41.2%）である。

回答：介護事故【n=307】



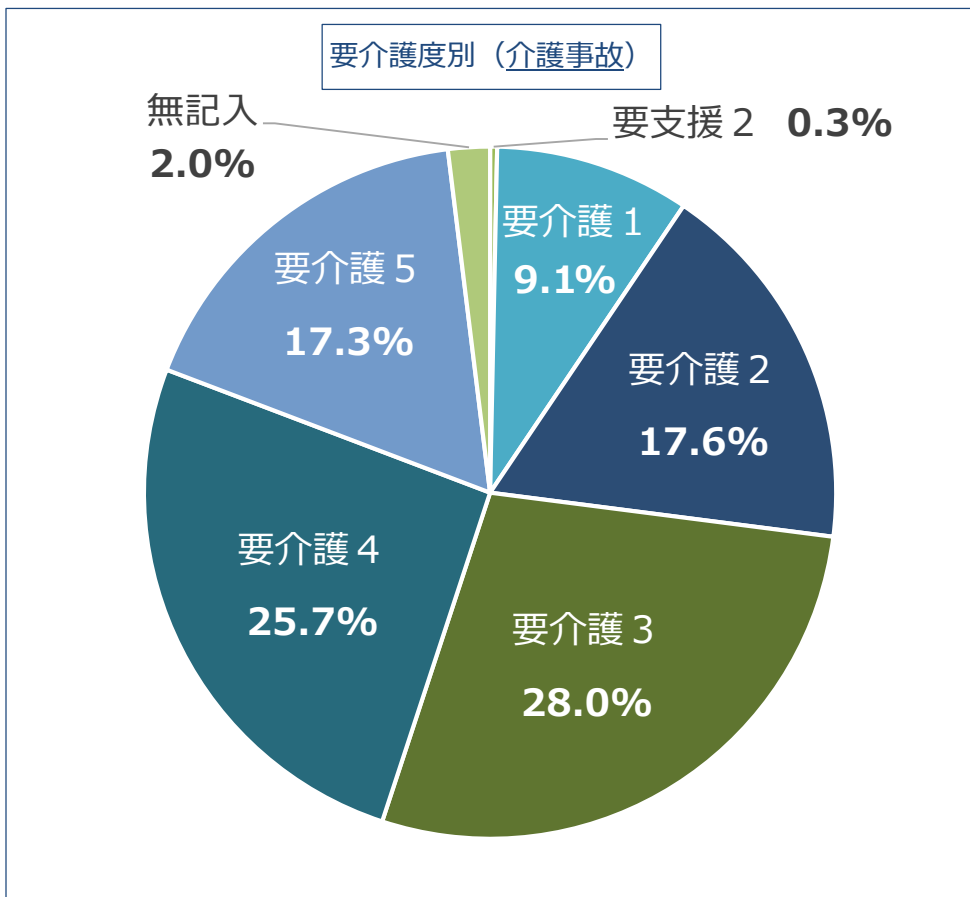
回答：ヒヤリハット【n=655】



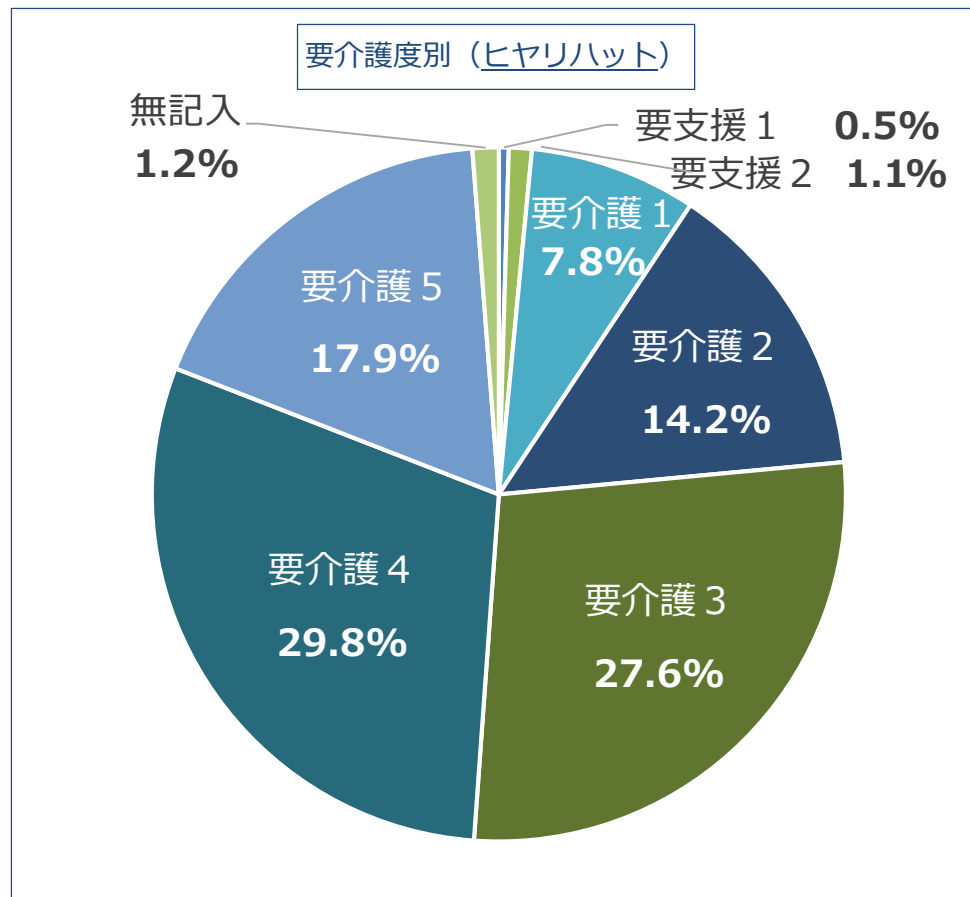
1-7 要介護度別

介護事故は「要介護3」（28.0%）が最も高く、次いで「要介護4」（25.7%）である。
ヒヤリハットは「要介護4」（29.8%）が最も高く、次いで「要介護3」（27.6%）である。

回答：介護事故【n=307】



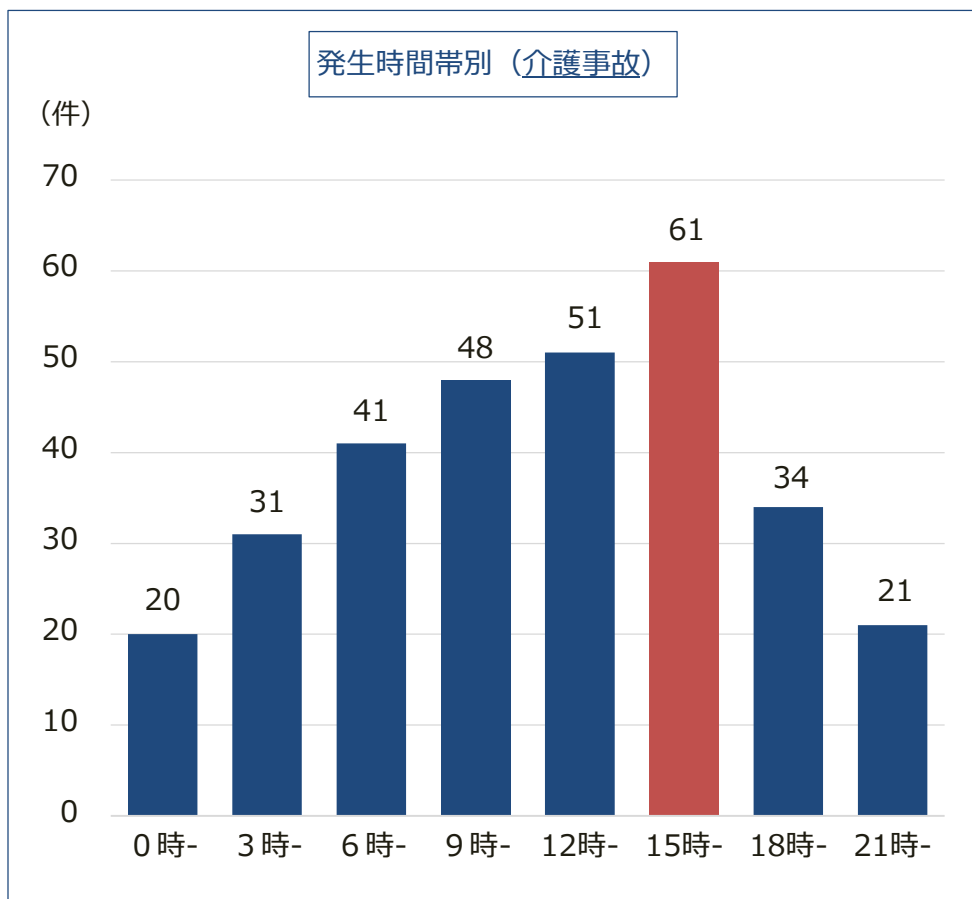
回答：ヒヤリハット【n=655】



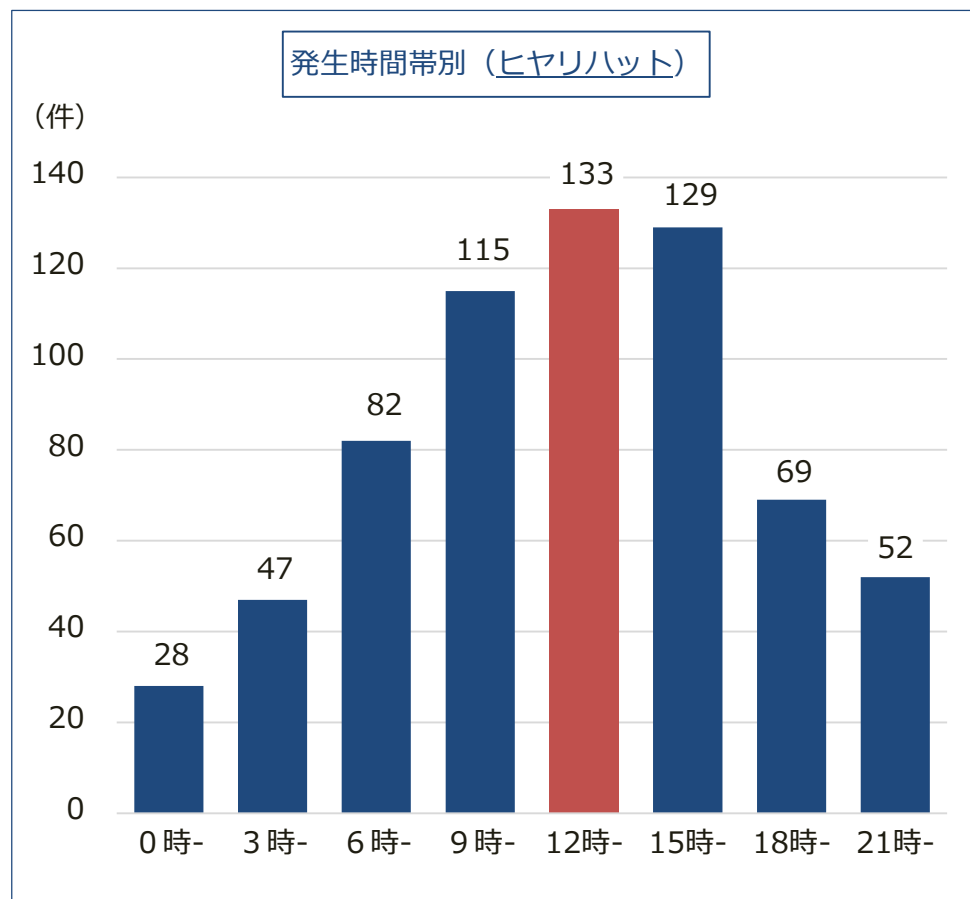
1-8 発生時間帯別

介護事故は「15-18時」（61件）が最も多く、次いで「12-15時」（51件）である。
ヒヤリハットは「12-15時」（134件）が最も多く、次いで「9-12時」（127件）である。

回答：介護事故【n=307】



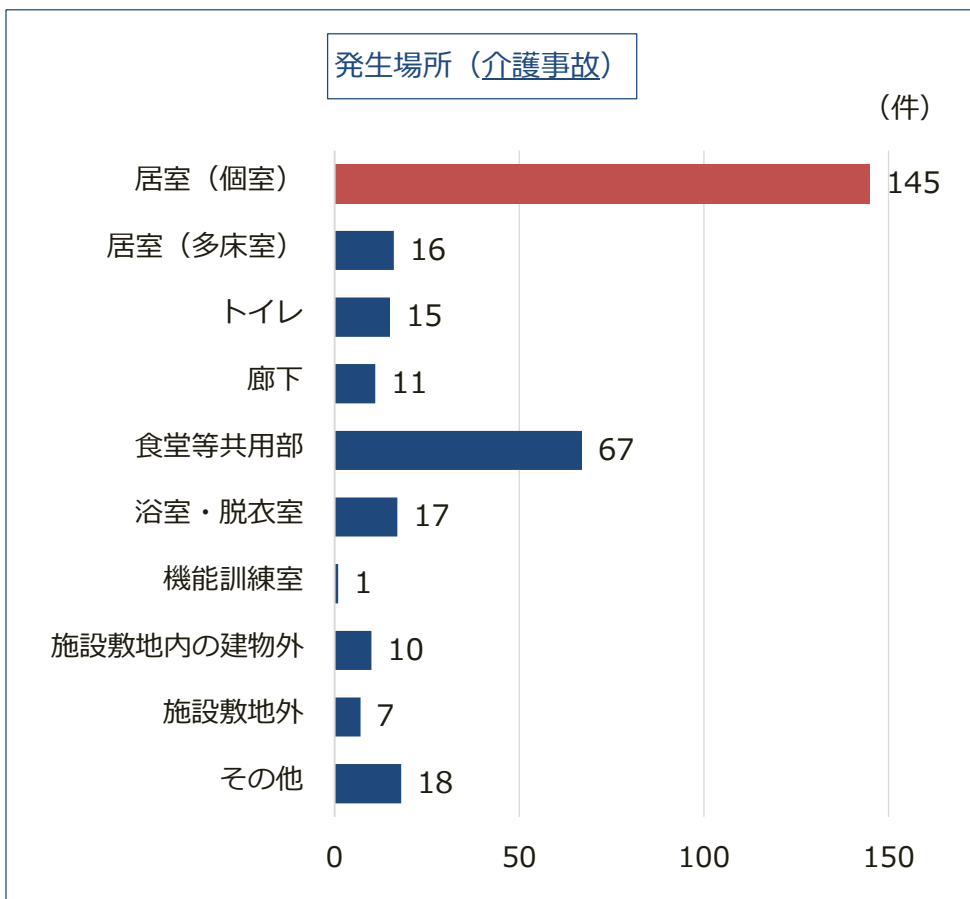
回答：ヒヤリハット【n=655】



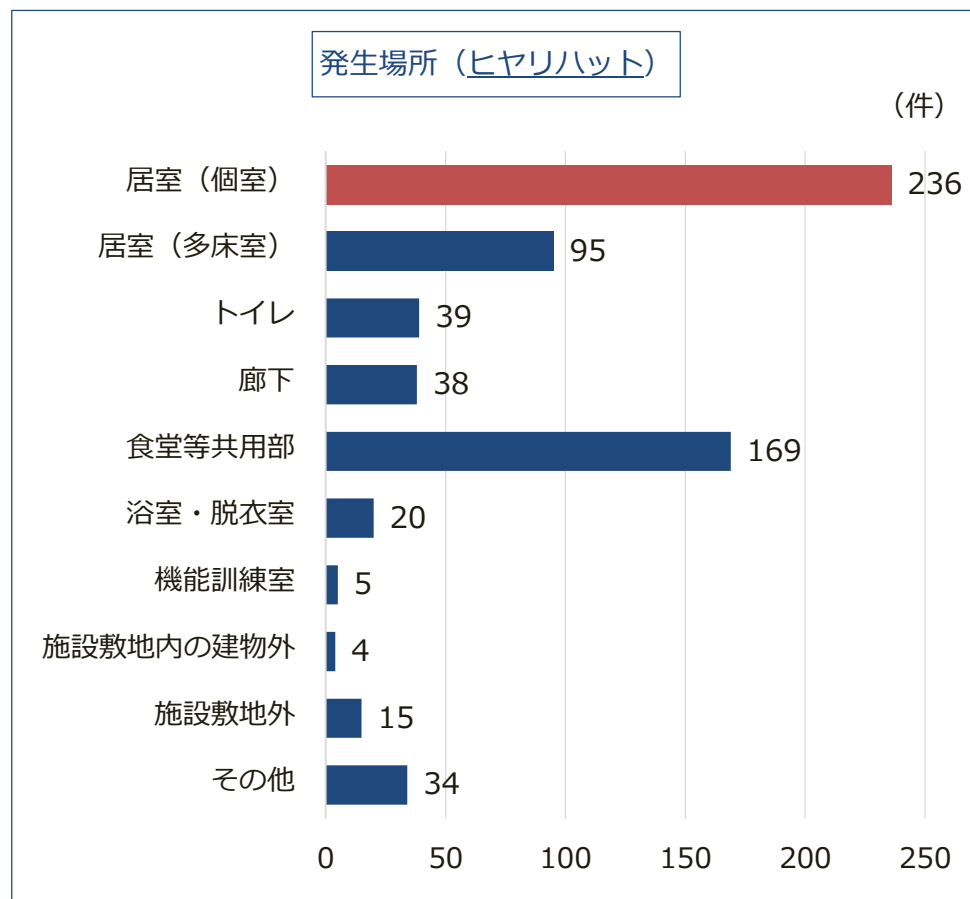
1-9 発生場所

介護事故は「居室（個室）」（145件）が最も多く、次いで「食堂等共用部」（67件）である。ヒヤリハットも同じく「居室（個室）」（236件）が最も多く、次いで「食堂等共用部」（169件）である。

回答：介護事故【n=307】



回答：ヒヤリハット【n=655】

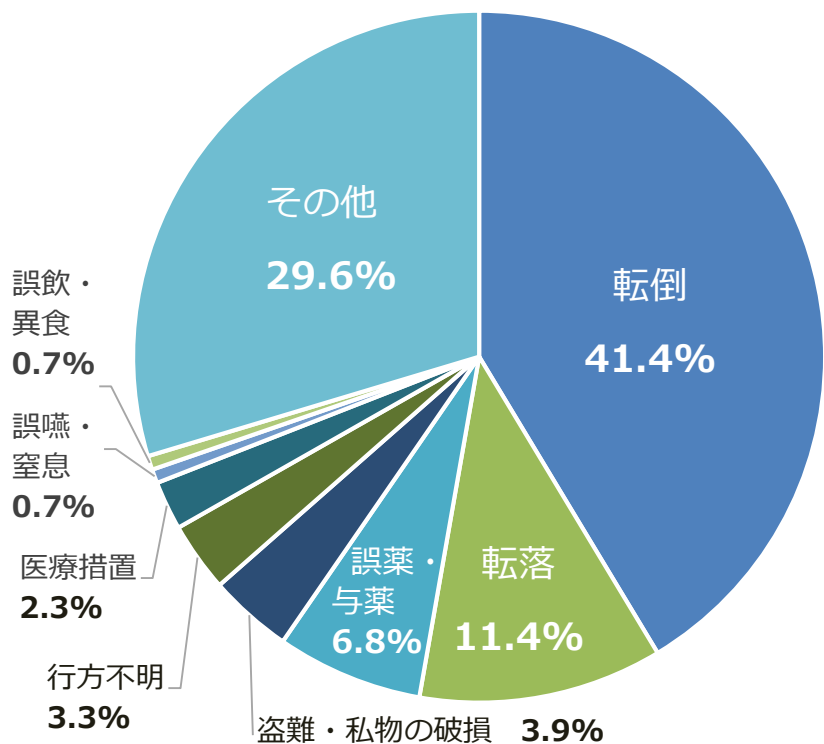


1-10 事故の種別

介護事故は「転倒」（41.4%）が最も高く、次いで「転倒」（11.4%）である。ヒヤリハットも同じく「転倒」（23.4%）が最も高く、次いで「転落」（15.4%）である。

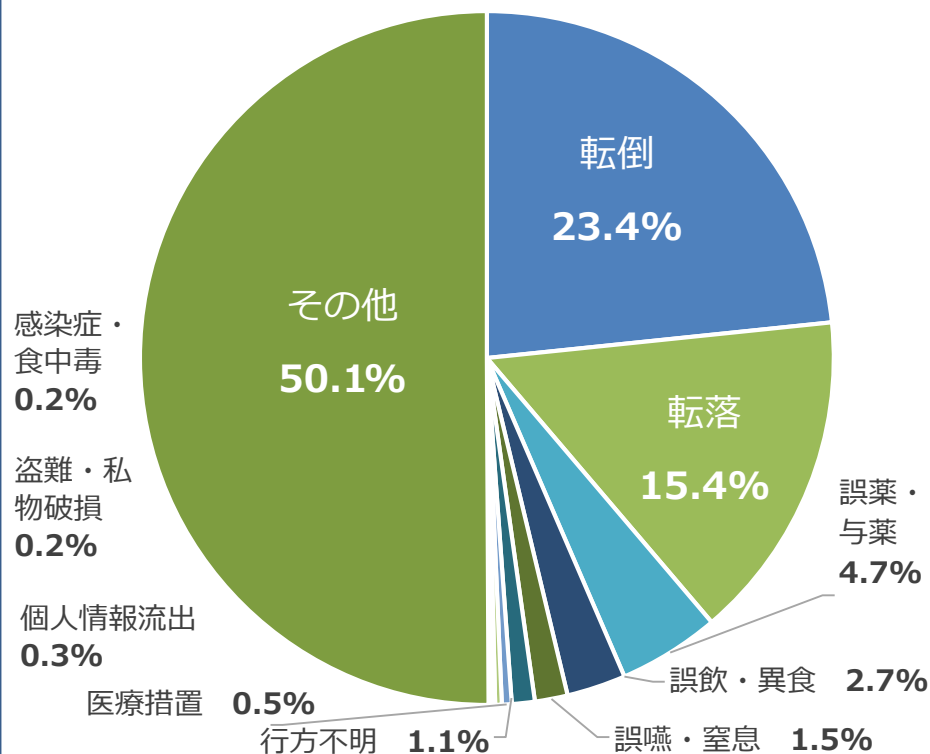
回答：介護事故【n=307】

事故の種別（介護事故）



回答：ヒヤリハット【n=655】

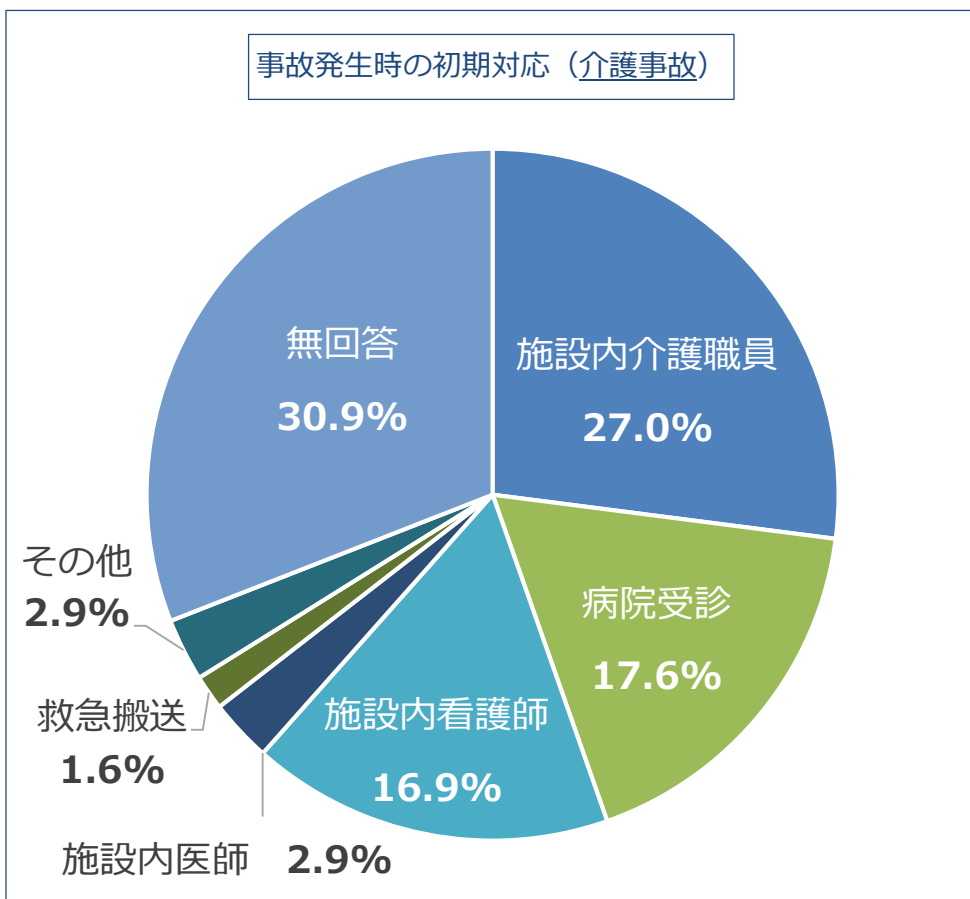
事故の種別（ヒヤリハット）



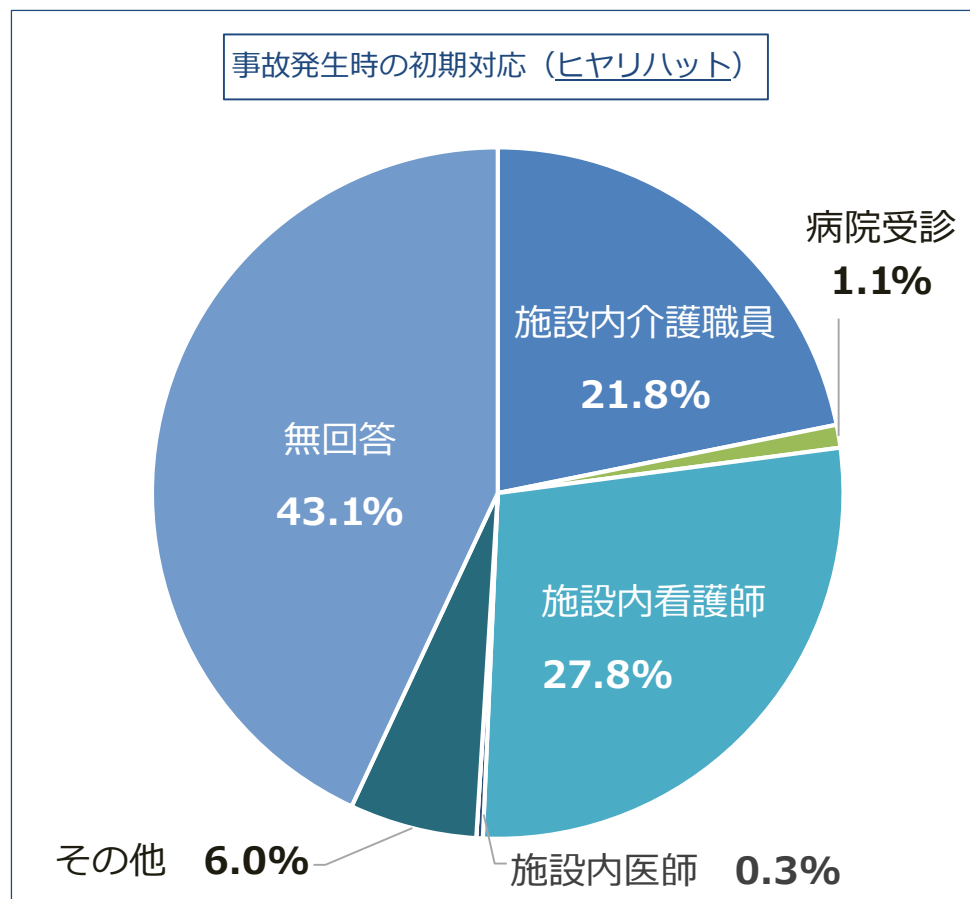
1-11 事故発生時の初期対応

介護事故は「施設内介護職員」（27.0%）が最も高く、次いで「病院受診」（17.6%）である。ヒヤリハットは「施設内看護師」（27.8%）が最も高く、次いで「施設内介護職員」（21.8%）である。

回答：介護事故【n=307】



回答：ヒヤリハット【n=655】

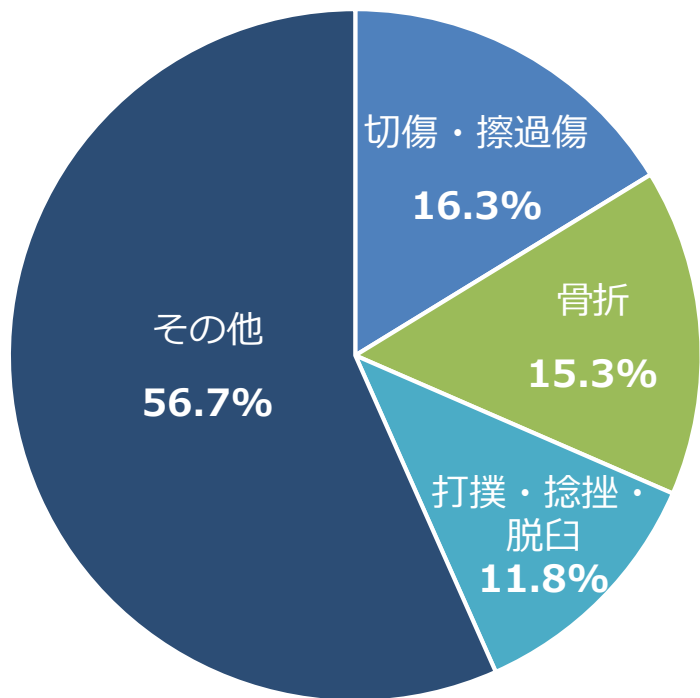


1-12 診断内容

介護事故は「切傷・擦過傷」（16.3%）が最も高く、次いで「骨折」（15.3%）である。ヒヤリハットは「切傷・擦過傷」（3.6%）が最も高く、次いで「打撲・捻挫・脱臼」（2.4%）である。

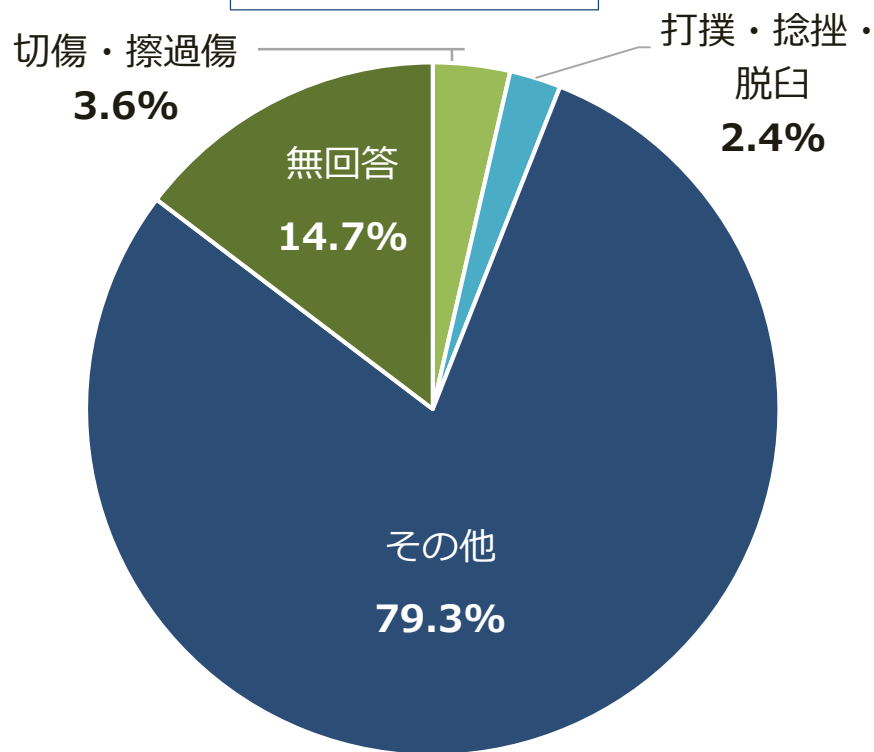
回答：医療機関・事業所等で医師、看護師が対応した件数【n=203】

診断内容（介護事故）



回答：事業所内の看護師、介護職員が対応した件数【n=334】

診断内容（ヒヤリハット）



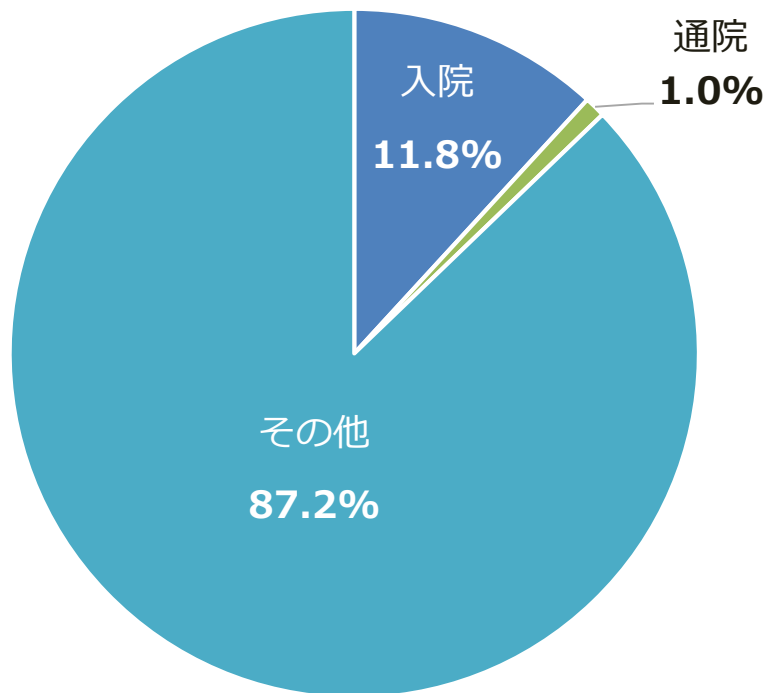
1-13 事故状況の程度

介護事故で「入院」した人は11.8%、「通院」した人は1.0%である。ヒヤリハットは「入院」「通院」した人はなく、施設や事業所の看護師や介護職員が応急措置で対応した。

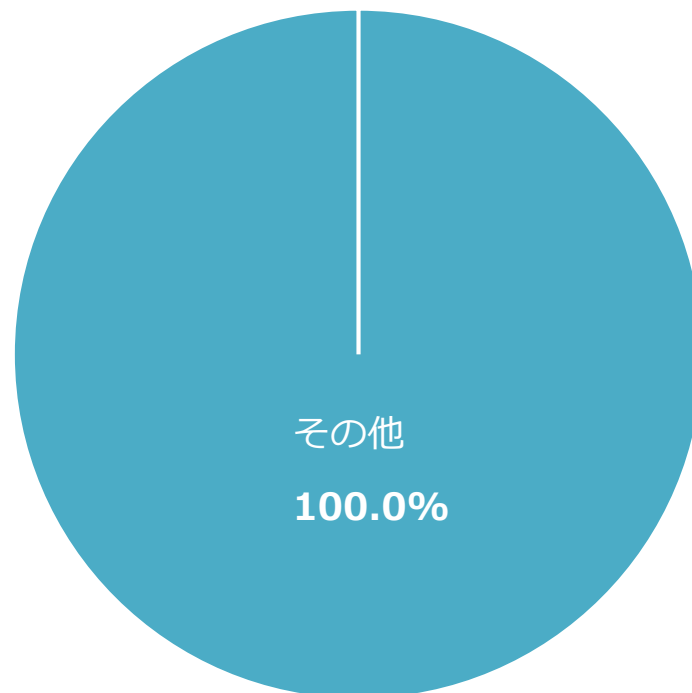
回答：医療機関・事業所等で医師、看護師が対応した件数【n=203】

回答：事業所内の看護師、介護職員が対応した件数【n=334】

事故状況の程度（介護事故）



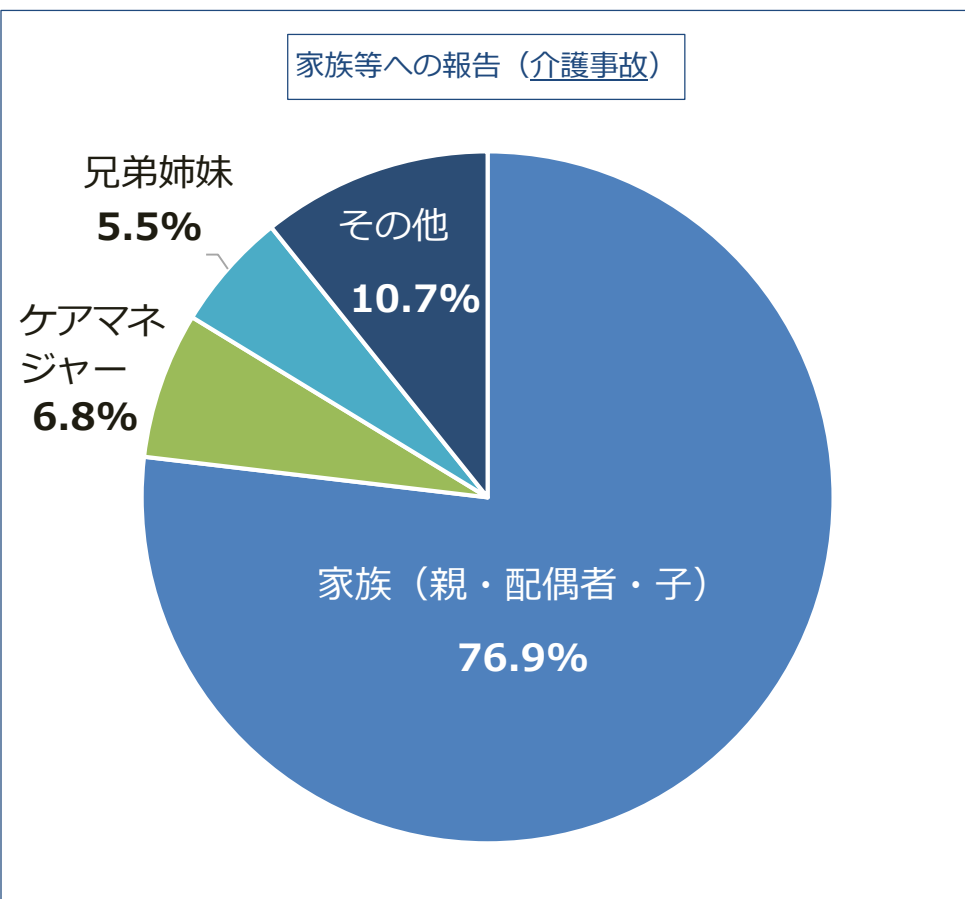
事故状況の程度（ヒヤリハット）



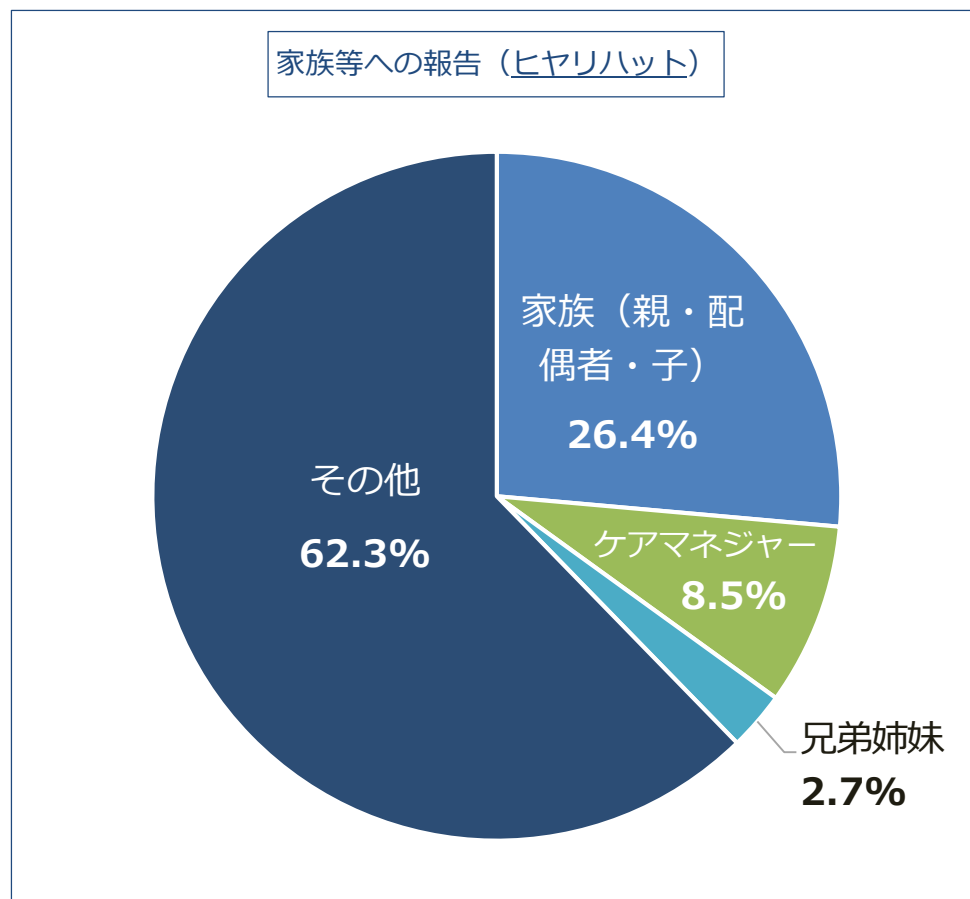
1-14 家族等への報告

介護事故は「家族（親・配偶者・子）」（76.9%）が最も高く、次いで「ケアマネジャー」（6.8%）である。ヒヤリハットも「家族（親・配偶者・子）」（26.4%）が最も高いが、報告していない割合も高い。

回答：介護事故【n=307】



回答：ヒヤリハット【n=655】

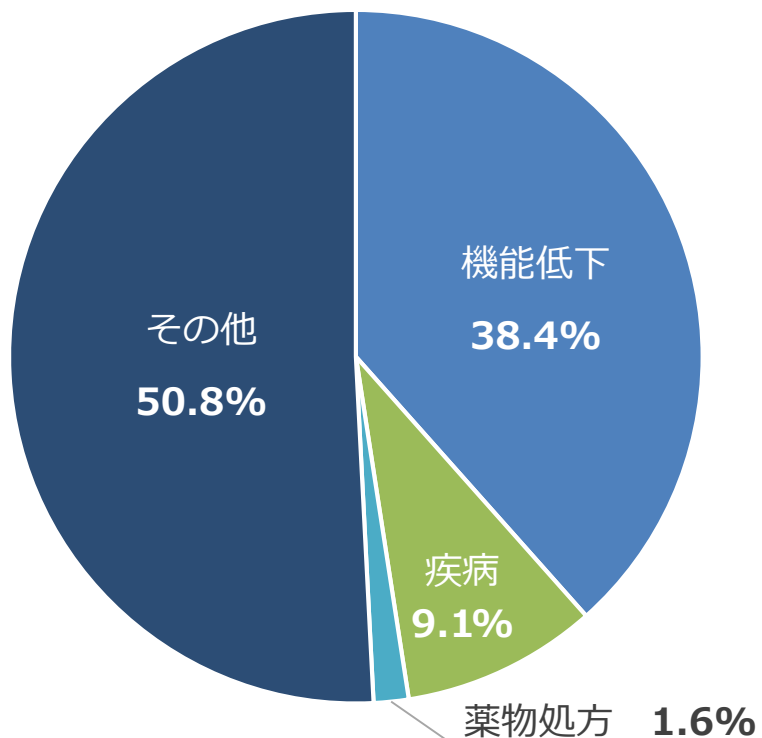


1-15 原因分析（本人要因）

介護事故は「機能低下」（38.4%）が最も高く、次いで「疾病」（9.1%）である。ヒヤリハットも同じく「機能低下」（28.7%）が最も高いが、介護事故と比較して割合は低い。

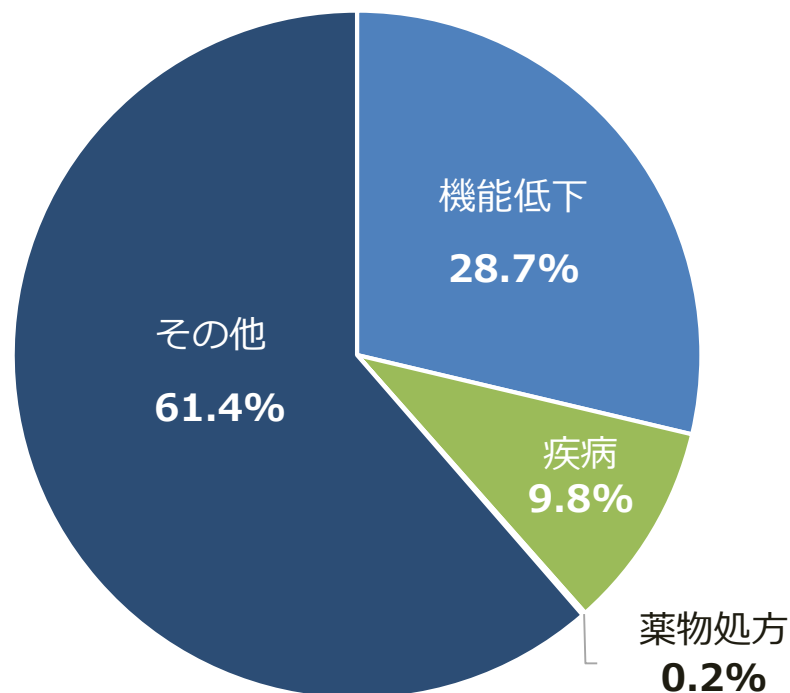
回答：介護事故【n=307】

原因分析（本人要因）（介護事故）



回答：ヒヤリハット【n=655】

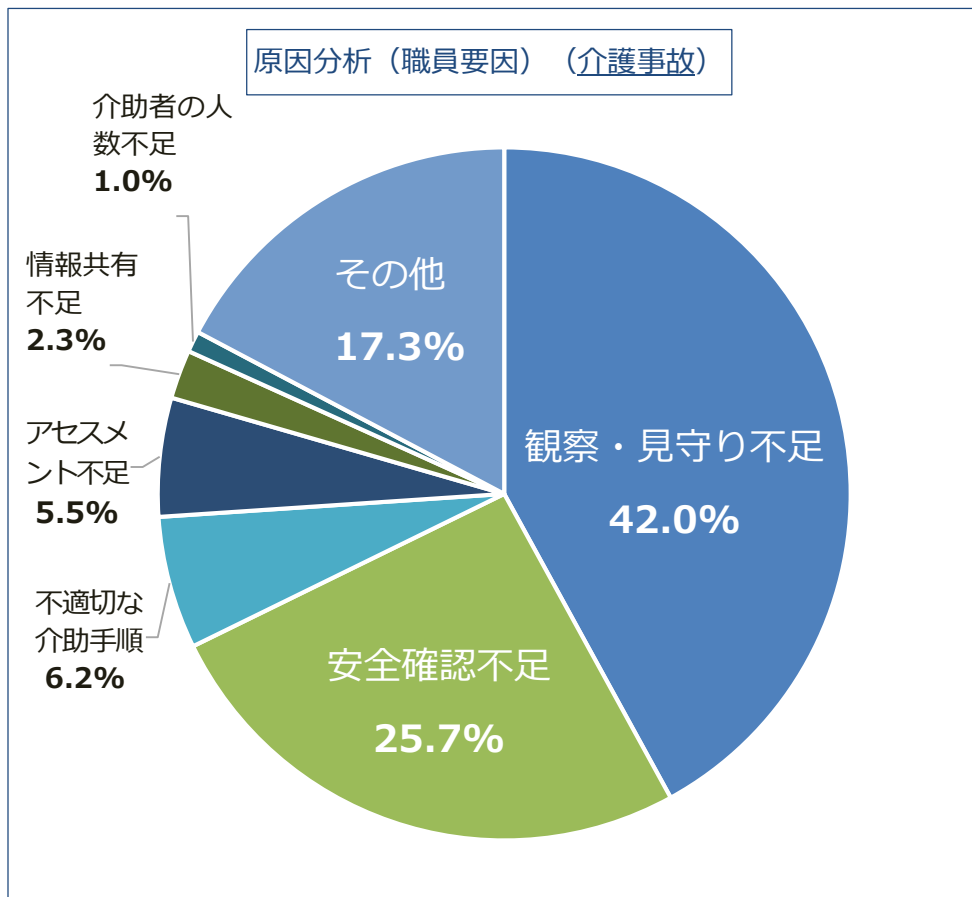
原因分析（本人要因）（ヒヤリハット）



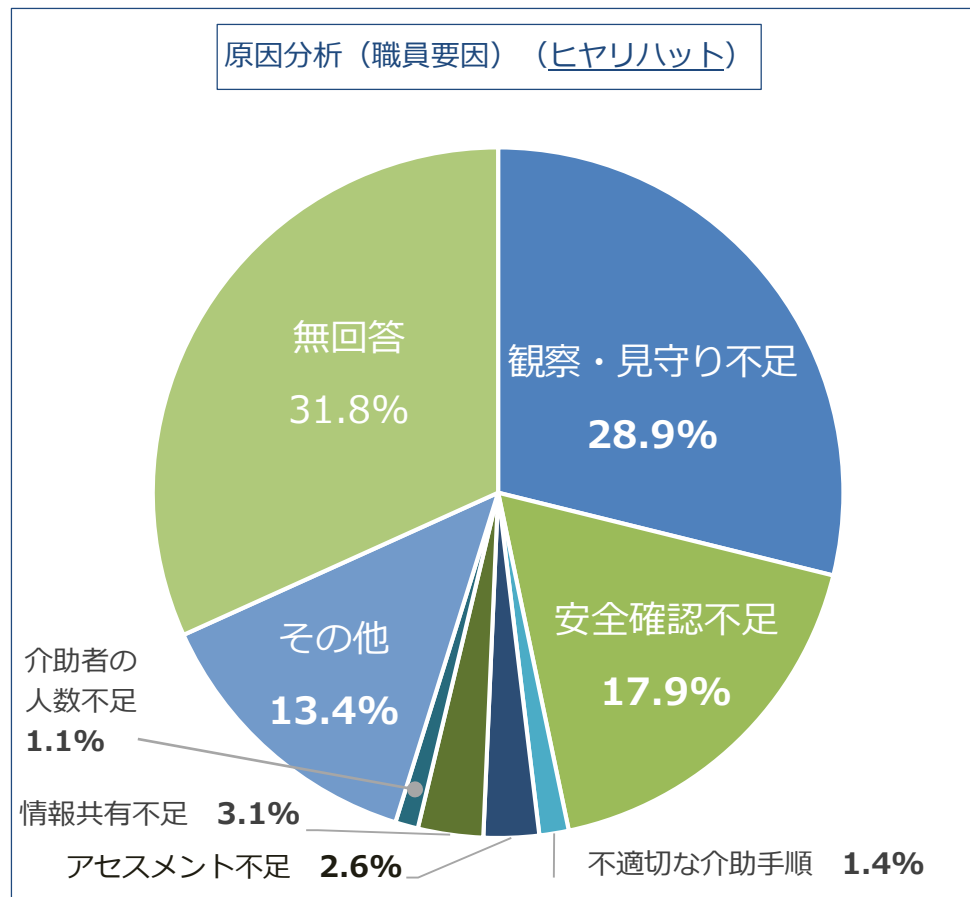
1-16 原因分析（職員要因）

介護事故は「観察・見守り不足」（42.0%）が最も高く、次いで「安全確認不足」（25.7%）である。
ヒヤリハットも同じく「観察・見守り不足」（28.9%）が最も高い。

回答：介護事故【n=307】



回答：ヒヤリハット【n=655】

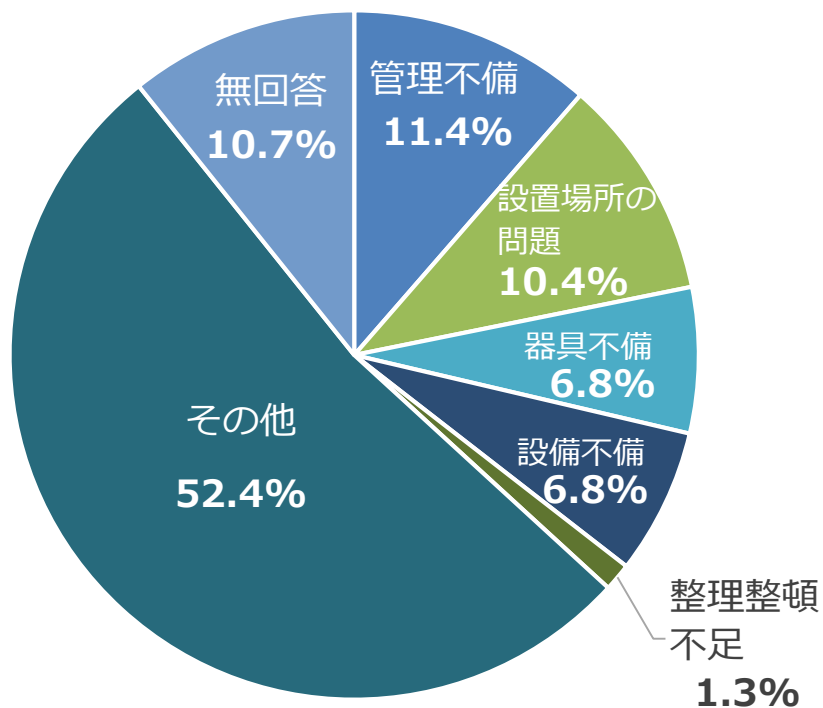


1-17 原因分析（環境要因）

介護事故は「管理不備」（11.4%）が最も高く、次いで「設置場所の問題」（10.4%）である。
ヒヤリハットも同じく「管理不備」（8.9%）が最も高い。

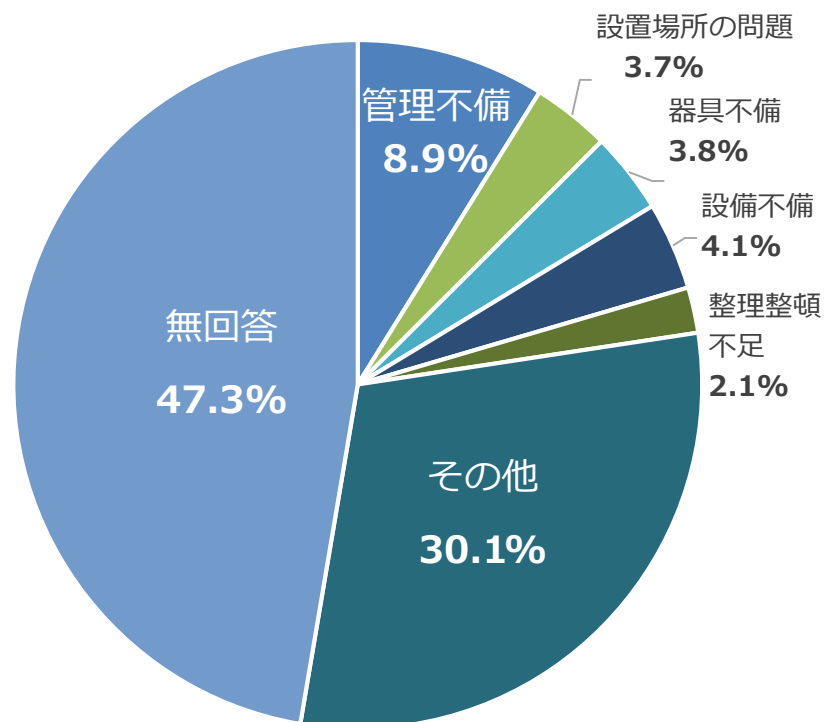
回答：介護事故【n=307】

原因分析（環境要因）（介護事故）



回答：ヒヤリハット【n=655】

原因分析（環境要因）（ヒヤリハット）

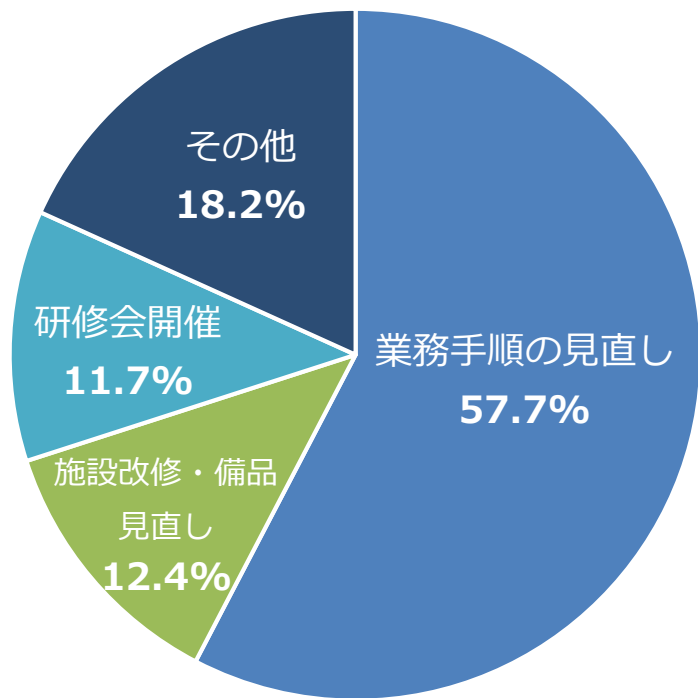


1-18 再発防止策

介護事故は「業務手順の見直し」(57.7%)が最も高く、次いで「施設改修・備品見直し」(12.4%)である。ヒヤリハットも同じく「業務手順の見直し」(31.6%)が最も高い。

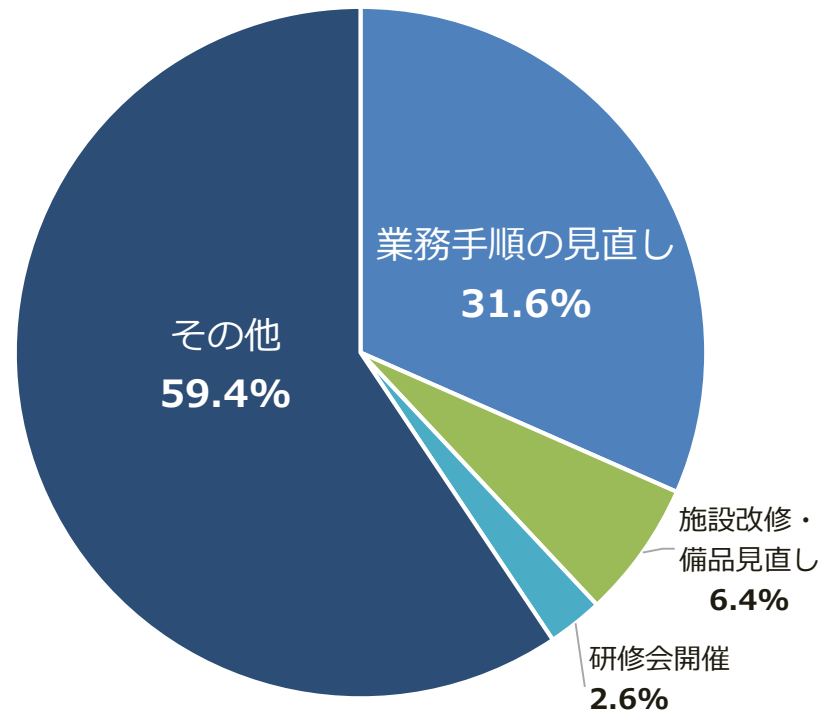
回答 : 介護事故【n=307】

再発防止策 (介護事故)



回答 : ヒヤリハット【n=655】

再発防止策 (ヒヤリハット)



ヒヤリハットと 介護事故

2

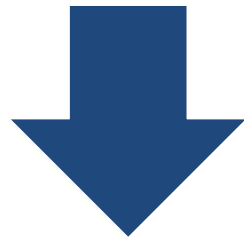
2-1 介護現場のヒヤリハット

介護現場のヒヤリハットとは

事故の一手手前にある「ヒヤリ」「ハツ」とするような状況のこと

●ヒヤリハット体験や事例を集めることで

事故が起こりやすいパターンや環境など、事故が起こる要因を見つけて対策を立てることができる



未然に防ぐためには

- 1 ヒヤリハット報告書を書く
- 2 ヒヤリハットの事例を検証する

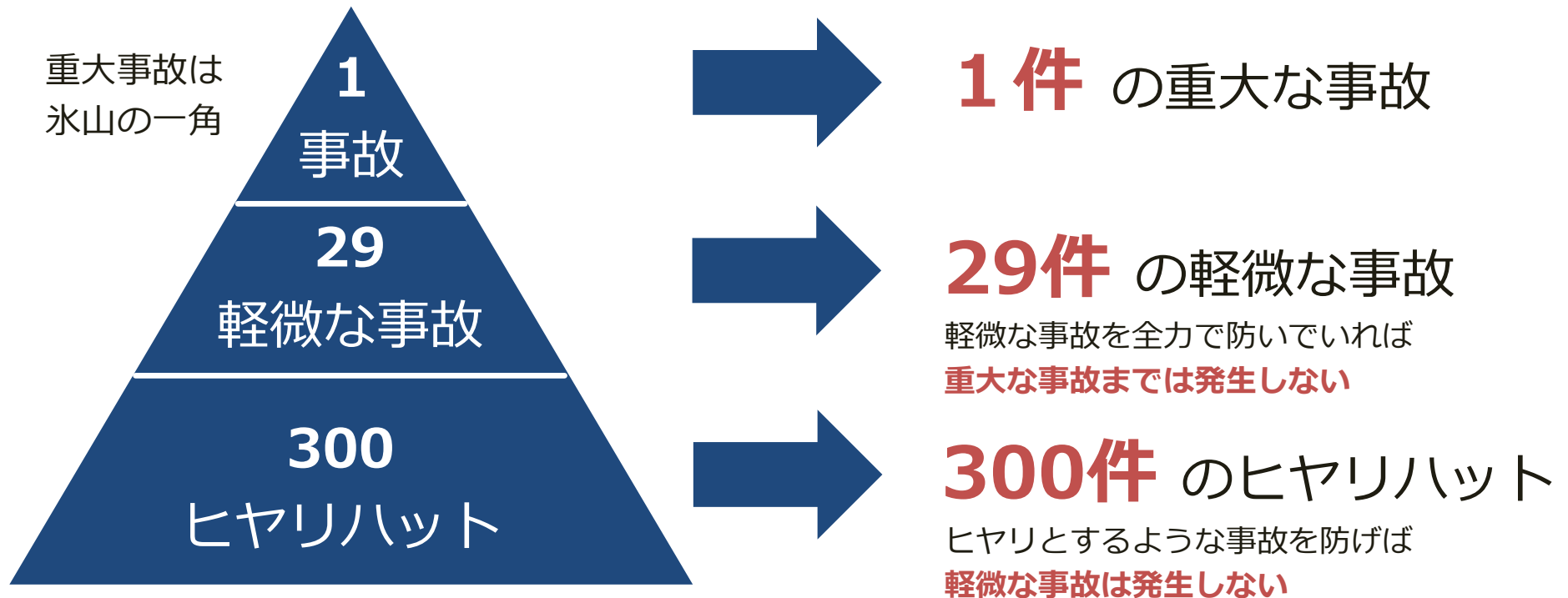
詳細 3-1

事例を報告書としてあげていくことで、**未然に事故を防げる**ようになる

ヒヤリハットの状況を減らすことで、**介護現場の事故を減らせる**可能性がある

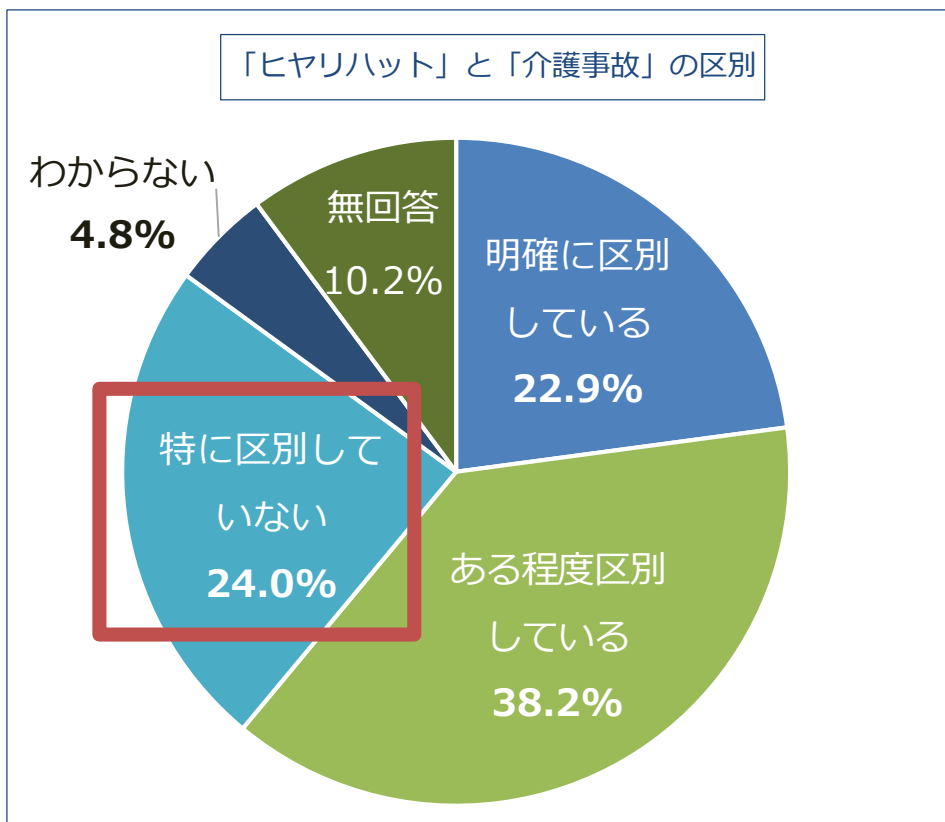
2-2 ハイน์リッツヒの法則

1 件の重大な事故・災害の背景には、29件の軽微な事故がある
さらにその裏には、300件のヒヤリハットがある



2-3 事業所で求められるリスクマネジメント

三菱UFJリサーチ&コンサルティングが行った調査結果によると、ヒヤリハットと介護事故の区別は、「明確に区別している」(22.9%)、「ある程度区別している」(38.2%)と約6割の事業所で区別されていた。一方「特に区別していない」事業所は24.0%であった。



約4分の3の事業所で

「明確に区別していない」



「ヒヤリハット」と「介護事故」を
明確に区別する必要

三菱UFJリサーチ&コンサルティング「喀痰吸引等の安全な実施の推進に関する調査研究事業報告書」(令和2年3月)

2-4 事故発生の防止のための指針・マニュアル

事業所の「事故の定義」を決める

- 介護事故とヒヤリハットとの間に、明確な区分はない
- 各事業所で独自に基準（ルール）を作る必要がある

【確認】指針・マニュアル等に記載されている事項

- 介護事故防止に関する基本理念や考え方
- 介護事故防止のための委員会や組織体制
- 介護事故防止における各職種役割
- 介護事故防止のための職員研修
- 事故発生直後の具体的な対応手順
- ヒヤリハット発生後の具体的な対応手順
- 発生した事故の原因研究や再発防止策の検討
- 発生したヒヤリハットの原因研究や再発防止策の検討
- 発生した介護事故やヒヤリハット等の全体の傾向の分析
- 自治体（保険者）への報告手順
- 事故報告書の記載方法

2-5 介護事故の分類 ①

事故の種類	基準・発生状況など
転倒・転落	「利用者自らの行為によって起こる転倒・転落」と「介護者の介助ミス等によって起こる転倒・転落」に分けられる。 転倒・転落したら、ケガがなくても「転倒・転落事故」として取り扱う。
誤嚥	食堂での最も多い事故が「誤嚥」である。食事が喉につまり呼吸困難となったら「誤嚥事故」として取り扱う。自力で飲み下すなど職員の処置が必要なかった場合は「ヒヤリハット」として取り扱う。
誤薬	介護事故の中で最も単純ミスによる事故である。与薬マニュアルを作成し、その内容を与薬の職員に徹底させることが、事故予防となる。処方薬を配る前の二重、三重のチェック体制と、薬の置き場を工夫することが重要である。
異食・誤飲	異食・誤飲行為は、居室のありとあらゆる場所で起こる。食用でないものを口に入れた時点で「異食・誤飲事故」として取り扱う。体に害がない物で、すぐに吹き出した場合は「ヒヤリハット」として取り扱う。
溺水	浴槽内でお湯に浸かっているときは、浮力等が働き、身体が不安定になる。お風呂で頭部まで沈んで溺れ、職員の処置が行われた場合は「溺水事故」として取り扱う。それ以前は「ヒヤリハット」として取り扱う。

2-5 介護事故の分類 ②

事故の類型	基準・発生状況など
やけど	ガスコンロの火やポットから出る熱湯は、高熱をもっていることから、一瞬触れるだけでもやけどに至る。職員の処置が行われた場合は「やけど事故」として取り扱う。
介護中の骨折・ あざ・外傷	介護中に利用者が骨折、あざ、外傷を負った場合、「事故」として取り扱う。高齢者は、骨や筋力、反射神経が衰えていることが多いため、移乗、寝返りなどの日常の動作や介助で骨折することもある。
原因不明の骨折・ あざ・外傷	原因がわからなくても、利用者に骨折、あざ、外傷があることが判明した時点で、「事故」として取り扱う。原因が明確に特定できない場合であっても、その事業所内で起こった以上、管理体制が問われることになる。
利用者同士の トラブル	利用者同士が蹴ったり殴ったり取っ組み合いをして、他者に対して物理的な暴力を振るった場合、「暴力事故」として取り扱う。利用者の精神的機能の低下により、感情のコントロールが困難になっていることが原因である。
徘徊・離設	認知症の「周辺症状」と呼ばれる症状の一つで、事業所から外に出てひとり歩きすること。利用者が本来過ごしている場所から職員が気付かない間に外出した場合、「徘徊・施設事故」として取り扱う。

2-5 介護事故の分類 ③

事故の種類	基準・発生状況など
感染症・食中毒	高齢者は加齢に伴い、免疫や代謝機能などの自浄作用が低下するほか、皮膚組織がしぼみ、感染しやすい状態になる。食中毒は命にかかわることもあるので、日常的にウイルスに意識を向けて、適切な対応を行う。
個人情報漏えい	個人情報保護法または、医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドラインに従い適正に取扱う必要がある。USBメモリーや書類の紛失、FAX誤送信は「個人情報漏えい事故」として取扱う。
利用者の所有物を紛失・破損	利用者の所有物を紛失・破損させてしまう物損事故も「介護事故」に含まれる。受入れ時の持ち物チェックリストを作成し、利用者や家族と相互確認することが重要である。
交通事故	利用者の送迎中に交通事故が起きた場合、事故自体は軽微であっても、中にいる利用者がケガをするおそれがある。シートベルトの着用状況や車いすの固定など、事業所側の対応や責任が問われる場合もある。
その他	ケアプラン間違いによる経済損害賠償、事業所職員の法令違反・不祥事、サービス提供に影響する重大事故、災害の発生（火災、震災、風水害）など

2-6 介護事故が発生しやすい場面 ①

1 移動・移乗

- ベッドから車いすへの移乗介助の転落
- トイレ、浴室までの移動介助時の転倒
- 玄関や外出先での転倒
- 立位や座位時の転倒・尻もち
- 徘徊による転倒・転落

2 食事

- 食堂での転倒
- 食事時の誤嚥、誤飲
- 食事の提供ミス
- 座位時の転倒・尻もち
- 誤薬

3 整容

- 転倒
- 歯磨きや口腔ケアによる受傷
- 顔、身体のすり傷や発赤

4 排せつ

- 方向転換時の転倒
- 座位時の転倒・尻もち
- 認知症者の排せつ物異食

2-6 介護事故が発生しやすい場面 ②

5 更衣

- 衣服着脱時の転倒・転落
- 関節痛、関節損傷
- 衣服による擦り傷

6 入浴

- 脱衣所での転倒
- 移動時の転倒
- 椅子ごと後方へ転倒
- 浴槽内での沈でき
- 洗体時の擦り傷

7 その他

- 利用者同士の感染症の感染事故
- 介護職員から利用者への感染事故
- 利用者所有物の紛失、破損、水没
- 利用者居宅内での家具、家電、物品などの破損

2-7 介護事故事例集



公益社団法人 介護労働安定センター イラストで見る介護事故事例集 知っていますか？介護現場の隠れたリスク

利用者の事故、財物の紛失・破損、介護職員の事故、賠償責任の仕組み、個人情報取り扱い、事故につながるリスク、事故が発生したときの対応方法などをわかりやすく説明したパンフレットです。

※事業所の職員会議や研修会で活用してください。



公益財団法人 介護労働安定センター
<http://www.kaigo-center.or.jp/>

〒116-0002 東京都荒川区荒川7-50-9 センターまちや5階
TEL 03-5901-3041 (代) FAX 03-5901-3042

ご利用者の後ろから声をかけたら 転倒してしまいました!



なぜ事故が起きてしまったのか?

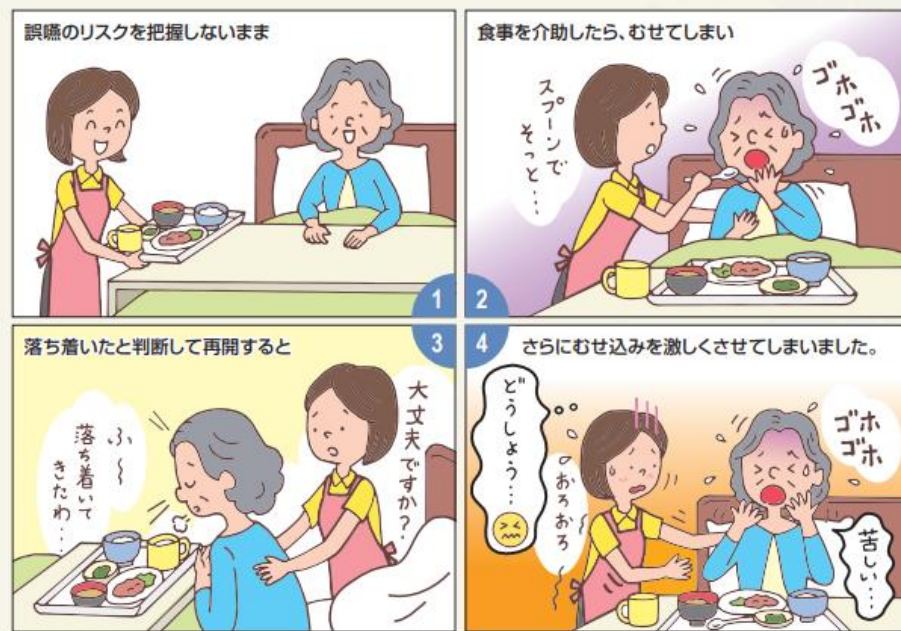
高齢者は通常と変わりなく見えても、足腰やバランス感覚は衰え、転倒しやすくなるという認識が不足していた。また、その可能性についての情報共有がなされていなかった。

事故防止に向けて

転倒アセスメントシートを作成して申し送り時に情報を共有、転倒リスクに配慮するようにしましょう。

**つねに転倒の危険があると意識。
注意して行動しましょう。**

食事介助中、一旦落ち着いた むせ込みが、激しくなった!



なぜ事故が起きてしまったのか?

誤嚥リスクに対する認識が足りなかったため、適切な対応が行えなかった。
高齢者の誤嚥は、命に係わる大きな事故につながります。

事故防止に向けて

一度むせ込むと、むせやすくなる場合があります。
むせ込んだときは、看護師に相談するなど慎重に対応しましょう。

**食事介助中は“むせ込み”注意。
誤嚥リスクを意識しましょう。**

事例

3

ご利用者の
事故

車いすが石にぶつかり ご利用者が転落!



事故防止に向けて

どんなときでも車いすのハンドクリップをしっかり持って、ゆっくり進むこと。ご利用者の様子と進行方向の状況にも注意しましょう。

MEMO

天候の変化や、ご利用者の様子など、突然の事態に慌ててしまいがちですが、つねに落ち着いた行動が大切です。

事例

5

ご利用者の
事故

タンスの引き出しを引いた はずみで転倒!



事故防止に向けて

部屋の中には転倒につながる危険がたくさんあります。タンスを背の低いものに変えるなど利用者にあつた環境にすることが大切です。

MEMO

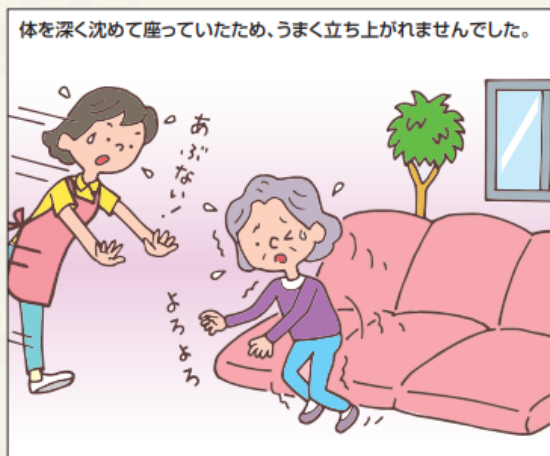
電気コードや床濡れなど行動範囲に障害となるものに注意しましょう。

事例

4

ご利用者の
事故

ご利用者がソファから 立ち上がる時に転倒!



事故防止に向けて

ご利用者の足腰の状態を把握して、立ち上がりにくくないかソファやイスの高さは適切かを確認しましょう。

MEMO

体が沈み込まないソファや、ご利用者に合った高さのイスにするなど環境を整えることも大切です。

事例

6

ご利用者の
事故

ご利用者が、送迎車のステップを 踏みはずし転倒!



事故防止に向けて

デイサービスでは、送迎車の乗降時の転倒事故が多く発生しています。乗降時は、必ずご利用者を見て、お声かけをしてから介助をしましょう。

MEMO

ご利用者が別のことに気を取られ、事故につながることも。安心感から気を取られがちな帰宅時は要注意。

ご利用者の 補聴器を紛失してしまった!

財物の紛失・破損



なぜ事故が起きてしまったのか?

事業所内で紛失したのか、もともと着けていなかったかわからないが、自宅を出る際に、家族やご利用者に確認しなかったため、クレームにつながった。

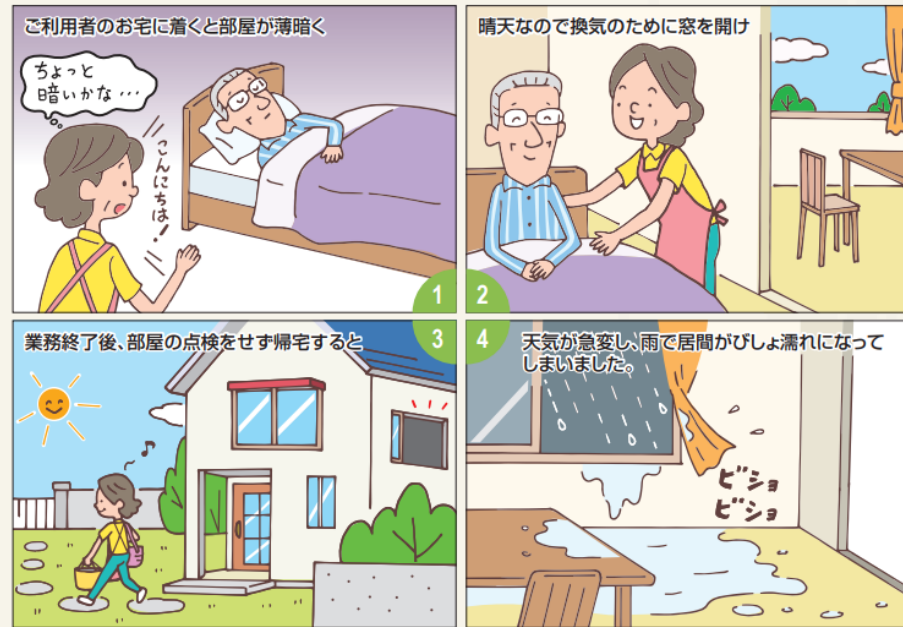
事故防止に向けて

持ち物チェックシートを作成し、お迎えの際に確認することにしましょう。

事前に持ち物をチェックするようにしましょう。

ご利用者宅の窓を閉め忘れ 雨で居間がびしょ濡れに!

財物の紛失・破損



なぜ事故が起きてしまったのか?

訪問先から帰るときに、訪問前の状態に戻っているか、点検をしなかった。
電気ストーブの消し忘れやガスの元栓のしめ忘れなど、重大な事故につながる場合があります。

事故防止に向けて

チェックシートを作成し、部屋の状態が元通りになっているか確認するようにしましょう。

退室するときは、もう一度立ち止まって確認。

事例

3

財物の
紛失・破損

ご利用者の補聴器を トイレに水没させてしまった!



事故防止に向けて

排せつ介助のようにご利用者の体が大きく動く場合は、身につけているもの(特に補聴器のような小さなもの)に注意しましょう。

MEMO

補聴器のほか、メガネや腕時計、入歯などの破損や水没の事故が多く発生しています。

事例

5

財物の
紛失・破損

壁に車いすをぶつけて 傷つけてしまった!



事故防止に向けて

車いすで室内を移動する場合は、急がず、慌てずに。曲がり角や方向転換をする際には、後ろや横をよく見ましょう。

MEMO

ご利用者の家では、家具やポータブルトイレなどで狭くなっていることもあります。

事例

4

財物の
紛失・破損

ご利用者の荷物を 置き忘れてしまった!



事故防止に向けて

ご利用者の持ち物は「すべて宝物」という意識を持って、肌身離さずに持ち歩きましょう。

MEMO

ご利用者から預かったお財布や鍵などの紛失は多く発生しています。

事例

6

財物の
紛失・破損

清拭中、ベッド脇にあった 花瓶を割ってしまった!



事故防止に向けて

業務前は、必ずご利用者の周りに何があるか確認し、危ないものは移動させておきましょう。

MEMO

介護サービスは、さまざまな場所で提供されます。まずは現場の状況をきちんと把握しましょう。

訪問先へ向かう途中 自動車をぶつけてしまった!



なぜ事故が起きてしまったのか?

ご利用者を待たせたくないという気持ちから、約束の訪問時間に間に合わせようと慌ててしまった。そのため、集中力や判断力が欠けてしまった。業務中の運転は、このような状況が多くあることを自覚しましょう。

事故防止に向けて

事業所全体で交通安全講習を行い、運転時には自身の心理状態を見つめ直すことを心がけるようにしましょう。

運転するときは、どんなときでも
「心のゆとり」が大切です!

力任せの移乗により 腰を痛めて動けなくなった!



なぜ事故が起きてしまったのか?

体力の過信や介助の経験不足から、力任せの移乗介助をしてしまった。忙しいときは、ベテラン職員でも力に頼った移乗介助をしてしまいがちなので注意しましょう。

事故防止に向けて

腰に負担がかからない、介護技術の習得や福祉機器を活用する持ち上げない介護(ノーリフティングケア)の取り組みが大切です

健康に働き続けることが大切。
腰に負担をかけない介護を実践。

事例
3

介護職員の
事故

ベッドから車いすへの移乗時 ご利用者と一緒に転倒!



事故防止に向けて

まずベッドと車いすの位置や高さ、物が落ちていないかを確認。ご利用者の身体能力を把握し、動作のたびに声をかけて移乗しましょう。

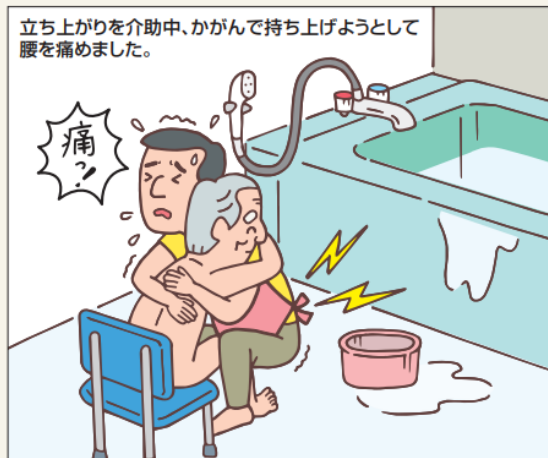
MEMO

ベッドから車いすへの移乗で起きる事故は多発しています。ご利用者のケガにもつながるので、注意しましょう。

事例
5

介護職員の
事故

介助に集中して無理な姿勢になり、 腰を痛めた!



事故防止に向けて

入浴介助は腰に負担がかかる動作がたくさんあるので、腰を落として安定した姿勢で行いましょう。

MEMO

入浴時は転倒のリスクも高いので、力任せにがんばろうとせず、入浴用の介助グッズを利用しましょう。

事例
4

介護職員の
事故

冬場の訪問先の玄関先で すべて転んでしまった!



事故防止に向けて

訪問介護は、訪問先、時間、天候など、異なる状況でサービスを提供します。外に出る際は転倒事故が多いことを意識しましょう。

MEMO

訪問介護に限らず、室内から外へ出る際は転倒事故に要注意。特に冬場は降雪や凍結で足元はすべりやすくなっています。

事例
6

介護職員の
事故

忘れ物に気を取られ お風呂場ですべて転倒!



事故防止に向けて

普段気をつけていることは違う、想定外のことが起きることが多々あります。慌てたときにこそ事故が起きるもの。いつもより慎重になるように心がけましょう。

MEMO

浴室、台所などすべりやすい場所とはとくに注意!階段や段差のあるところも気をつけましょう。

事故を未然に防ぐ
対応策

3

3-1 事故を未然に防ぐ方法・対応策

1 ヒヤリハット報告書を書く 詳細 3-2

- ヒヤリハットの事例を報告書としてあげていくことで、未然に事故を防げる
- ヒヤリハットの事例を報告書に残しておくことで、利用者も事業所も事前に危険である事例を確認することができ、ヒヤリハットを意識しやすい環境を整えられる

2 ヒヤリハットの事例（原因）を検証する 詳細 3-9

- ヒヤリハットの報告書などを使いながら、定期的にその事例について検証する
- 単にヒヤリハットの項目を眺めているだけでなく、実際に感じた事例をもとに検証していくことでさらに事故への意識が高まり、利用者と支援者側の間でも情報共有できる

3-2 ヒヤリハット報告書を書く

基本ルール

- 正確な情報を書く
- 全容が把握できる
- 誰が読んでも理解できる
- 事故発生後、すぐに書く

外部に開示することも意識

- 短い文章で簡潔に
(5W1Hを意識する)
- 客観的な視点を持つ
- 専門用語や難しい言葉を使わない

詳細 3-5

報告書へ記載すべき事項

- ① 事故報告日
 - ② 事業所名、所在地、管理者名、サービス種別
 - ③ 利用者の氏名、住所、電話番号、年齢、性別
 - ④ 事故発生日時、場所、事故の範囲、事故の概要や具体的な対応状況
 - ⑤ 受診した医療機関名、入院の有無、診断名、病状や治療の概要
 - ⑥ 事故に関する利用者家族への連絡状況
 - ⑦ 事故の原因や再発防止策への取組み
 - ⑧ その他、報告書に必要な事項 など
- ※ヒヤリハットと介護事故では、記載すべき事項は異なる

3-3 ヒヤリハット報告書と事故報告書 ②

■ヒヤリハット報告書の記載内容（一例）

ヒヤリハット報告書	
	報告年月日 △年○月○日
	報告者氏名 ○○ ○○
氏名	○○ ×× 男 年齢 80歳
発生日時	△年○月○日（○） ○時○分頃
発生場所	食堂
発生状況	ご飯を食べ終え、一人で食堂内を歩いているときに、滑ってバランスを崩し転びそうになったが、その場に居合わせた○○職員が体を支えたため、大事には至らなかった。体に変化はなく、痛がっている様子もなく、「大事に至らず」と管理者に報告。
事故原因	隣に座っていた利用者○○様が誤ってお茶を床にこぼし、その際十分に拭き取れず床が濡れていたため、滑ってバランスを崩した。
家族への連絡	管理者、主任と協議した結果、体に変化や問題はなかったため、家族への説明は必要なしと判断した。
今後の対策	床が濡れていたらしっかりと拭き取り、拭いた後は、職員数名で確認をする。

施設長、管理者のほか、全職員に回覧し情報共有する

■事故報告書の記載内容（一例）

事故報告書	
	報告年月日 △年○月○日
	報告者氏名 ○○ ○○
氏名	○○ ×× 女 年齢 92歳
発生日時	△年○月○日（○） ○時○分頃
発生場所	居室（個室）
事故の種類	転落（目撃していない）
発生状況	夜間、一人でトイレに行こうとしてベッドから転落。
発生直後の原因	「ドスン」という音がして、介護職員の○○が居室に入ると、利用者が転落しているのを発見した。痛みの有無を確認したところ、「右足首に少し痛みがある」と返答があった。○○看護師に連絡し、状況を説明。腫れやあざ、内出血のような痕などは見られないため、経過観察とした。
事故原因	居室が暗い中、一人で立ち上がろうとしたため。
家族への連絡	家族（長男の妻）に電話で状況を説明し、謝罪した。家族からは「迷惑をかけてすみませんでした。今後よろしくお願いします」との話があった。（○月○日○時○分）
今後の対策	手すりや家具が近い場所にベッドを移動し、一人で立ち上がる時に手すりなどをつかめるようにする。

施設長、管理者のほか、全職員に回覧し情報共有する

3-4 書きやすい！伝わりやすい！報告書の例

1 「事故」 または 「ヒヤリ・ハット」報告書

2 該当の箇所を
3 **○で囲む**

報告年月日：平成 年 月 日()
報告者：部署 氏名 XXXX 印

発生年月日 平成 29年 11月 6日(月) 発生時刻 7時 30分 (24時間表記)

ご利用者 ○○○○ 様(○歳) 男 女

発生場所 ①居室②居室外(浴室トイレは除く)③浴室④トイレ⑤その他()

要介護度 ①要支援1 ②要支援2 ③要介護1 ④要介護2 ⑤要介護3 ⑥要介護4 ⑦要介護5

寝たきり度 ①J1 ②J2 ③A1 ④A2 ⑤B1 ⑥B2 ⑦C1 ⑧C2

認知度 ①I ②II ③IIB ④IIIA ⑤IIIB ⑥IV ⑦M

利用状況 ①入所者 ②短期入所者 ③通所リハビリテーション利用者 ④その他()

事故(ヒヤリ・ハット)の種類 (○をつけてください)

①転倒・転落(ずり落ち・尻もち)	②外傷・やけど	③自傷	④誤嚥・誤飲・異食	⑤感染症	⑥食中毒
⑦汚染・誤薬・配薬	⑧処置・注射・点滴等	⑨施設・行方不明	⑩トラブル・暴力	⑪紛失・破損	⑫金銭
⑬設備	⑭保険・契約	⑮配膳遅れ・ミス(栄養・ケア)	⑯異物混入(栄養)	⑰送迎	⑱その他

ケガや傷の程度 (○をつけてください)

①レベル1 異常なし	②レベル2 バイタルサイン変化・ 観察強化)要検査	③レベル3 治療が必要な軽度の 傷害	④レベル4 入院加療が必要な 傷害	⑤レベル5 後遺障害が疑える 傷害、あるいは死亡
---------------	---------------------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------------

4 状況図

ナースコールが鳴ったため、居室へ行くと、○○様がベッド横で仰向けに倒れているのを発見する。そばに車いすがあり、移乗しようとして転落したのと思われる。

原因または未然に防げた理由

- ・車いすの位置が適切ではなかった。
- ・車いすのブレーキがロックされていなかった。

処置・発生時の対応

ベッドに移乗し、本人に痛みの有無を伺うと、
てん部付近が痛いとのこと確認。外傷はなかった。
しばらくすると痛みもなくなった。

6

今後の対策

車いすはベッドに横付けし、必ずロックを
かけておく。車いすやベッドへ移乗する際は、必ず
ナースコールをもらい、職員が見守るようにする。

家族への連絡
及び
その後の経緯

○月○日時に○○様のご家族(長女○○様)へ報告。
「しっかり見守ってほしい」というご注意と、
報告へのお礼の言葉をいただきました。

5

リーダー	所属長	管理医師	施設長	事務長

文章が苦手な人でも書きやすく、しかも伝わりやすい報告書のフォーマットの例です。

ヒヤリハット事例や事故の情報を集積し、データとして分析しやすくするには、フォーマットを整えることが大切です。

- 1 報告書の種類を限定しない
- 2 データが取得しやすい
- 3 ひと目で緊急度がわかる
- 4 イラストでわかりやすく
- 5 事故後の対応も重要
- 6 記述スペースはほどほどに

花王プロフェッショナル・サービス (<https://pro.kao.com/jp>) より引用

花王プロフェッショナル
業務改善ナビ
介護施設
介護の現場にソリューション

書く意味がわかる！ 教えて！高橋先生！
ヒヤリ・ハット&事故報告書

報告書を書く時
こんなふうに書いて
ごはかりませんか？

- 書き方がよくわからない
- 書く時間を利用者のケアの時間に当てたい
- 何のために書くかわからない
- 仕事の標準を下がないか心配

花王プロ

3-5 報告書を書くときの注意点

- 1 短い文章で簡潔に
- 2 客観的な事実を捉えたまま書く
- 3 専門用語・略語・施設独自の言葉は使わない

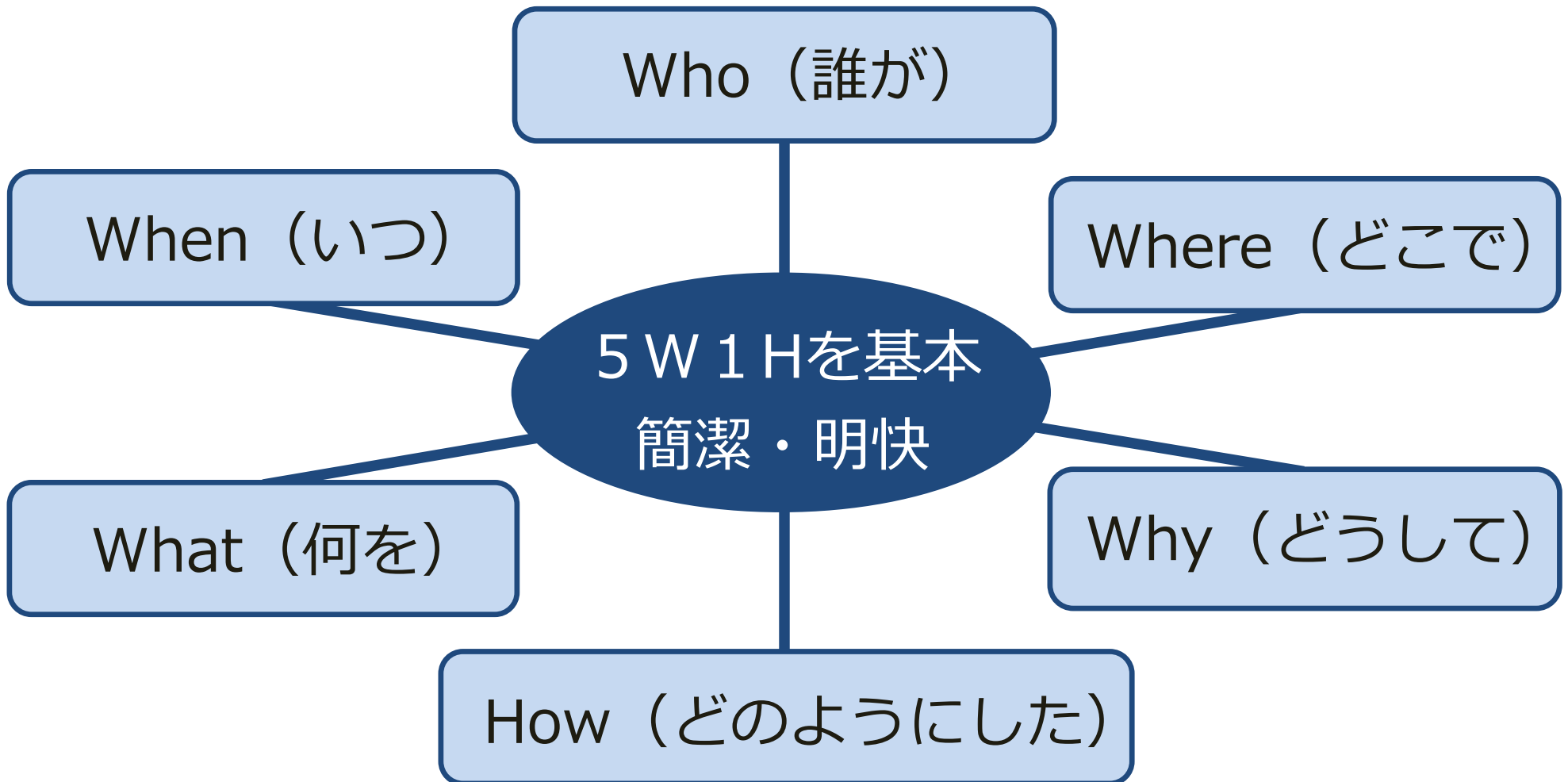
3-5 報告書を書くときの注意点 ①

1 短い文章で簡潔に

- 「5W1H」という6つの要素を意識して文章を組み立てることは、正しい記録を書くうえで大切
- 「いつ」「誰が」「どこで」「何を」「なぜ」「どのように」の順に内容を整理して、必要な情報と不要な情報とを見極めるためにも、内容を絞って短い文章で書くことを心掛ける

(例) ○月○日の午後2時に **(いつ : When)**
××グループホームの浴槽で **(どこで : Where)**
利用者Aが **(誰が : Who)**
ぐったりしているところを発見した **(何を : What)**
ほかの利用者に気を取られていた **(どうして : Why)**
血圧を測り、脱衣室で落ち着くまで横になって休んでもらった **(どのようにした : How)**

3-5 報告書を書くときの注意点 ①



3-5 報告書を書くときの注意点 ②

2 客観的な事実をとらえたまま書く

- 報告書への記録の場合、主観は交えず、見たままの内容、聞いたままの言葉をそのまま書き留める
- 推測を入れる場合は、文章の最後に入れるようにする
- 「これは書かなくてもいいかな？」と思った些細な内容でも、個人で判断せずに記録に残しておく
 - ・ 見たこと 利用者の行動や身体の状態をよく観察して書く
 - ・ 聞いたこと 利用者のことに耳を傾け、会話や発言などをそのまま書く
 - ・ したこと 介護者として、その場で判断して行ったことを書く

(例) 昼食前、利用者〇〇が居室にうつぶせて倒れていたのを見つけた **(見たままを書く)**
かたわらに車いすがあった **(見たままを書く)**
立ち上がろうとして車いすを取ろうと身を乗り出しすぎ、転落したと思われる **(推測)**

3-5 報告書を書くときの注意点 ③

3 専門用語・略語・施設独自の言葉は使わない

- 報告書は、職員だけではなく、利用者の家族などの人が見た場合でも理解できるように書かなければならない
- 難しい言葉や略語、施設内の職員にしかわからない言葉は使わないようにする
- 誰が読んででもわかりやすい表現で書くことを心掛ける

(例)	○ ナースコール	× Ns'c、NC
	○ 病院	× HP
	○ リハビリパンツ	× リハパン
	○ ポータブルトイレ	× PT
	○ ソーシャルワーカー	× SW
	○ 血圧	× BP

3-6 なぜ報告書を書くのか

- 1 “防げる事故”を防ぐため
- 2 介護の質や技術を上げるため
- 3 “もしもの時”に介護職員を守るため
- 4 家族とのトラブルを避けるため

3-6 なぜ報告書を書くのか ①

1 “防げる事故”を防ぐため

- 介護の現場では、利用者が自分らしく生活しようとする、転倒などの事故はある程度避けられないものですが、それでも「防げる事故」と「防げない事故」がある
- 防げる事故は介護中のミスによることが多く、ほかにも同じような事故が起きている可能性があるため、同様の事故であっても、その都度報告書を書くことが重要である
- 報告書を集計・分析して、データに基づいて対策を立てることが重要で、事故を防ぐことができる

3-6 なぜ報告書を書くのか ②

2 介護の質や技術を上げるため

- 報告書を分析したデータや事例・事故の内容を、事業所の職員全員で共有するのはとても意味のあること
- どうして起こったのか、どうすればよかったのか、そのためには何が必要かを考え、話し合うことは、介護職員自身の介護の見直しにもつながり、今後のケアの質を向上させる

3-6 なぜ報告書を書くのか ③

3 “もしもの時”に介護職員を守るため

- 報告書は保険者へ提出する「事故報告書」のベースとなり、事業所として適切な対応が行われたかの「証」となる **詳細 5-1**
- 事業所に責任がなくても、訴えられてしまうようなケース（訴訟問題）があった場合には、報告書が事実の証明に役立ち、介護職員や事業所を守る **詳細 3-11**
- そのためにも、報告書には起きたことや対応を正確に書くことはもちろん、日々のケース記録や介護記録にも、事実を客観的に記録しておくことが大切である

3-6 なぜ報告書を書くのか ④

4 家族とのトラブルを避けるため

- 報告書によって家族と事故の内容を共有し、信頼・協力関係を築く
- 軽微な事故（ヒヤリハット）をゼロにするのは不可能であることを日頃から家族に理解してもらう
 - 日常生活における事故の発生は、高齢になるほど高まる
 - 介護を必要とし、認知症を有するとなれば、そのリスクはさらに高まる

3-7 介護において記録を書くことは必須

介護記録は誰のために書くのか

- 介護記録は、家族に利用者の様子を報告するときの情報源となる
- 組織で介護を行うときに情報を共有するためのツールとなる

【再確認】 介護において記録を書くことは必須

- 1 職員間で情報の共有化を図り、利用者への介護を組織的・継続的に行うため
- 2 介護行為を証明するとともに、訴訟などが起きた場合の法的な証拠になるため
- 3 ケアプランに反映させるとともに利用者により良い介護サービスを提供するため
- 4 利用者・家族と事業所職員のコミュニケーションを深めるため
- 5 職員間で記載内容の検証や意見交換を行い、職員の意識や専門性を高めるため
- 6 職員の研修に役立てるため

3-8 家族が介護職に求めている記録の役割

利用者の状況について詳しく知らせてほしい

- 家族は、事業所内（訪問時）での様子や行動などをできるだけ詳しく知りたい

どのような介護を行っているのかを教えてほしい

- 利用者の状況に応じて「このような理由から、このような介護を実施した」ということを知りたい
- 家族の気持ちや考え、要望などを受け止め、できることをしっかり行ってくれているかどうかも気にかけている

家族が何を求めているかを共有しておいてほしい

- 家族の要望をしっかりと記録し、それにどのように対応したかを記録する
- 記録を積み重ねていくことで、その内容を分析して、介護の質や技術を向上させていくことに役立てることができる

3-9 ヒヤリハットが起こる原因

- 1 **利用者自身の原因**
- 2 **事業所の環境問題**
- 3 **支援する介護職員の原因**

3-9 ヒヤリハットが起こる原因 ①

1 利用者自身の原因

- 認知症や足が不自由であることで、利用者個人の状態による事故が起こる可能性が高まる
- 認知症や足が不自由との理由で起こる事故の多くは、「転倒・転落事故」である
- 特に認知症の方は肉体的な衰えというよりも平衡感覚に異常をきたしているおそれが高く、事故に繋がるケースとなっている



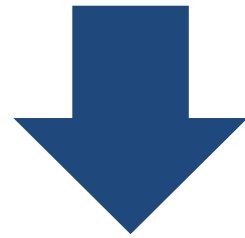
事故を防ぐためには

利用者の性質をしっかりと把握する必要がある

3-9 ヒヤリハットが起こる原因 ②

2 事業所の環境の原因

- 介護現場のヒヤリハットの中には、施設そのものであったり、福祉用具などといった物的要因による事故もある
- 例えば、「浴室の床が滑りやすく転倒事故を起こしかけた」「介護ベッドの高さが適切ではなかったために移乗する際に転落した」「玄関の出入口で転倒した」など



事故を防ぐためには

- ・ ヒヤリハットが起こりやすい場所を、利用者と一緒に確認する
- ・ 場合によっては、事業所内の生活環境や福祉用具を改善する

3-9 ヒヤリハットが起こる原因 ③

3 支援する介護職員の原因

- 介護職員も人間であるため、支援にあたる際の心身の状態によって、ヒヤリハットが起こる場合もある
- 例えば、「残業が多く、睡眠時間が不足している」「多忙なあまり、体調が優れない」「職場や家庭の問題で、イライラしている」などは、利用者の些細な変化を見逃しやすく、事故の発生リスクが高まる



事故を防ぐためには

介護職員の体調管理に注意して、ヒヤリハットを防ぐ

3-10 介護事故・トラブル対応の原則

- 万が一、事故やトラブルが起きてしまったら、その後の対応が大切である
- 対応を誤ると、訴訟問題に発展することもある **詳細 3-11**

事故対応後の流れ

詳細 4-1

- 1 事実の把握と利用者家族への説明
 - 事実確認を速やかに行い、事実に基づいた報告をする
 - 事故発生の第一報以外の報告は、原則書面で行う
 - 家族への報告は、必ず責任者が行う
- 2 改善策の検討と実践
 - 事故後、早いうちに職員間で情報を共有する
 - 検討した改善策は、家族に対してきちんと説明する
- 3 誠意ある対応
 - 事業所の法的責任の有無を問わず、利用者に誠意ある対応を行う

3-11 介護事故が訴訟問題になることもある

- 介護現場で利用者のケガや死亡事故が起きたら、利用者本人や家族から損害賠償請求をされる場合がある
- 示談で解決できない場合には、訴訟問題にまで発展してしまう可能性もある

損害賠償請求で重要となる点は

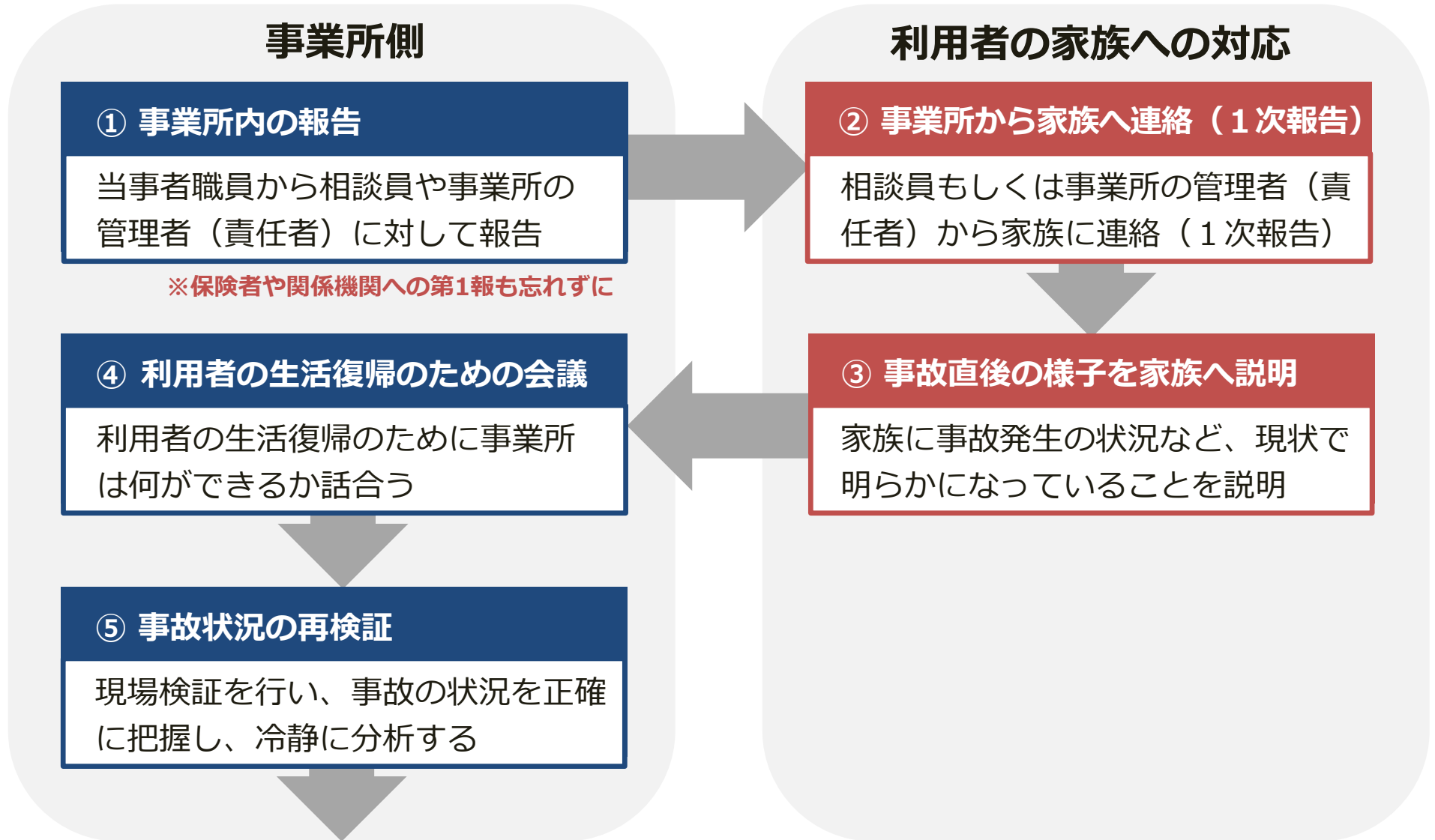
- 1 事故が発生した原因
- 2 事業所側に過失があるか
- 3 与えた被害 など

- ・ 検証したうえで事業所側に非があるとなれば、職員が罪に問われたり、事業所が営業停止となってしまうケースもある
- ・ 事故の状況確認には、介護事故報告書が重要な役割を果たすので、情報開示のためにもきっちりと記録を残すことが大切である

介護事故発生後の 対応

4

4-1 介護事故が発生したときにやるべきこと ①



4-1 介護事故が発生したときにやるべきこと ②

事業所側

⑥ 事故報告書の作成

事故の状況を正確に把握し、冷静に分析して報告書を作成する

⑦ 保険者等へ事故報告書の提出

保険者や関係機関に事故報告書を提出する

⑧ 保険会社への報告

事業所が契約している保険会社に連絡する

利用者の家族への対応

⑨ 家族へ説明（最終報告）

これまでの事故の経緯や利用者の容態、再発防止策、賠償などを説明

4-2 介護事故が発生した時の対応

- 1 利用者への対応
- 2 利用者の家族への対応
- 3 事業所の職員、関係各所への対応

4-2 介護事故が発生した時の対応 ①

1 利用者への対応

- 介護事故が起こった場合、真っ先にやるべきことは「**利用者の安全確保**」である
- 声かけをして状態を確認し、救命措置や病院、必要であれば警察への連絡などを速やかに行う
- 事故後、迅速かつ適切な対応をとることが、利用者の被害を最小限に抑えることに繋がる
- 事故の当事者、責任者は、状況を把握したうえで、利用者に誠意を持って謝罪しなければならない

4-2 介護事故が発生した時の対応 ②

2 利用者の家族への対応

- 事故の担当者窓口（担当者）を決め、利用者の家族へも速やかに連絡することが求められる
- 連絡が遅くなるほど不信感を与えてしまうため、できるだけ早く対応しなければならない
- 法的責任にかかわらず、丁寧な説明と事故が発生したことに対する謝罪をする
- まずは現状で明らかになっていることを整理して、一次報告を行うことが大切である
- 事故の経緯や利用者の容態、また賠償が必要となる場合には、その手続きに関する説明もする

4-2 介護事故が発生した時の対応 ③

3 事業所の職員、関係各所への対応

- 事故の当事者や発見者は、利用者の安全確認後、責任者への状況説明をしなければならない
- 責任者は、まず当事者から話を聞き、その後、事故の目撃者や関係者にも話を聞く
- 事故の状況を正確に把握し、冷静に分析したうえで事故報告書を作成する

4-3 介護事故が発生した時の間違った対応

- 1 事故が起こったことを報告しない
- 2 事故を隠蔽する

4-3 介護事故が発生した時の間違った対応 ①

1 事故が起こったことを報告しない

- 事故が起こった場合、大小を問わず、必ず報告することを徹底させる
- 「職員個人で解決し、報告しない」といったことが起きないようにする
- 事故を起こした（発見した）職員は、上長や管理者へ速やかに報告し、その後なるべく早く職場全体への共有も必要である



職場内の指示系統や連絡ルート、対応方法を明確にし、報告漏れが
起こらないようにする

4-3 介護事故が発生した時の間違った対応 ②

2 事故を隠蔽する

- 事故の責任から逃れるために、また利用者の安全、利用者の家族からの信頼を守るうえで、事故の隠蔽は許されることではない
- もしも隠蔽の事実が発覚した場合には、営業取消や営業停止などの重い行政処分が科せられる可能性もある



今後、同じような事故を起こさないためにも、起こった事象を正しく報告し、事故の隠蔽や虚偽報告は絶対にしない

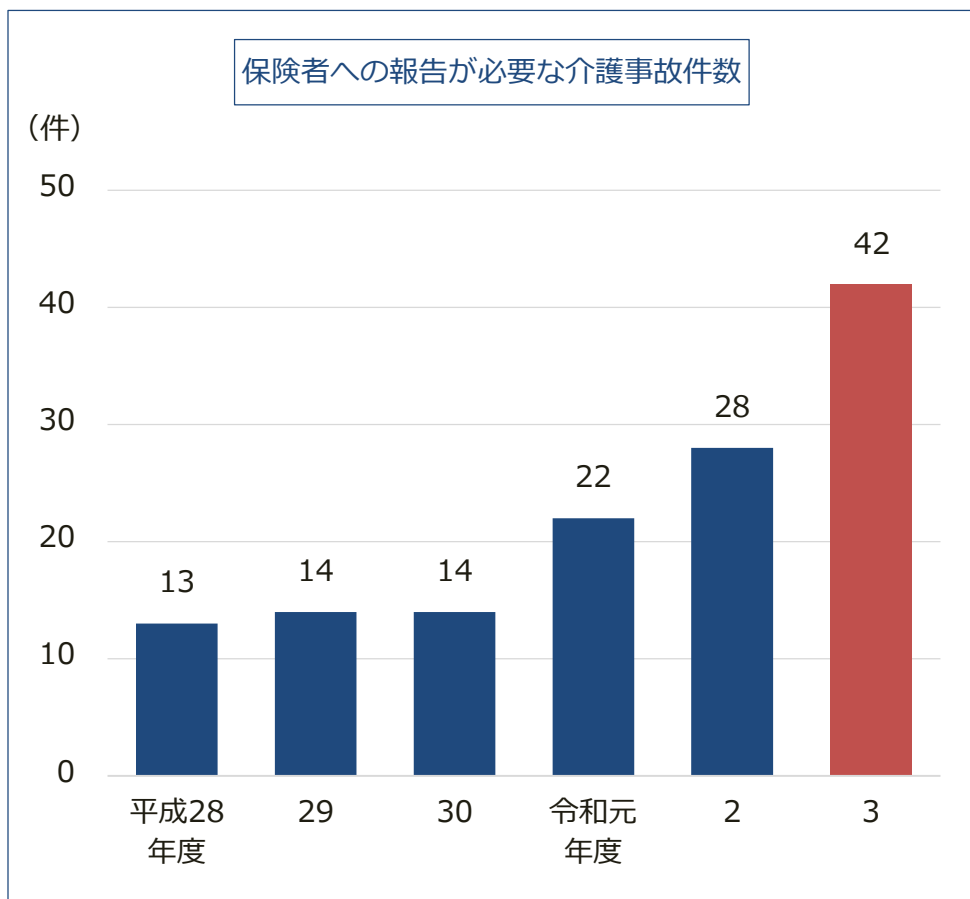
保険者への報告 義務

5

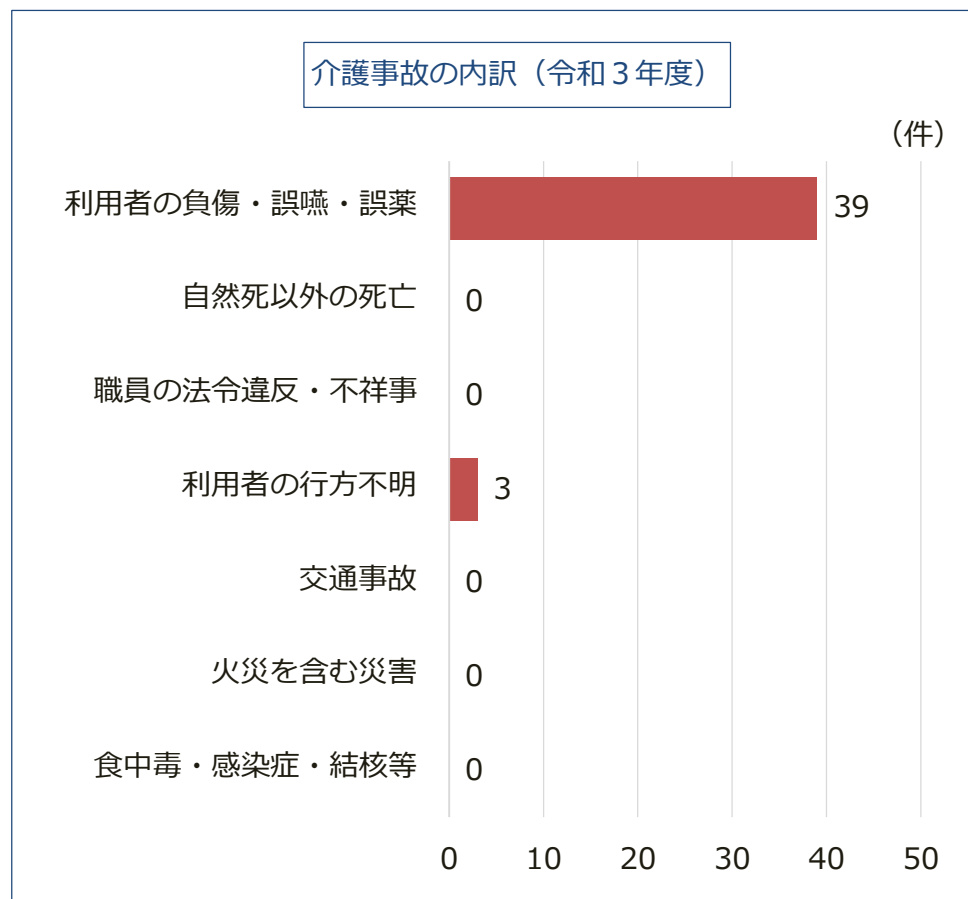
5-2 保険者への報告が必要な介護事故件数（再掲）

保険者への報告が必要な介護事故件数は42件で、前年度（28件）より14件増加した。内訳は、「利用者の負傷、誤嚥、誤投薬」（39件）が最も多く、次いで「利用者の行方不明」（3件）である。

回答：すべての事業所【n=67】



回答：すべての事業所【n=67】

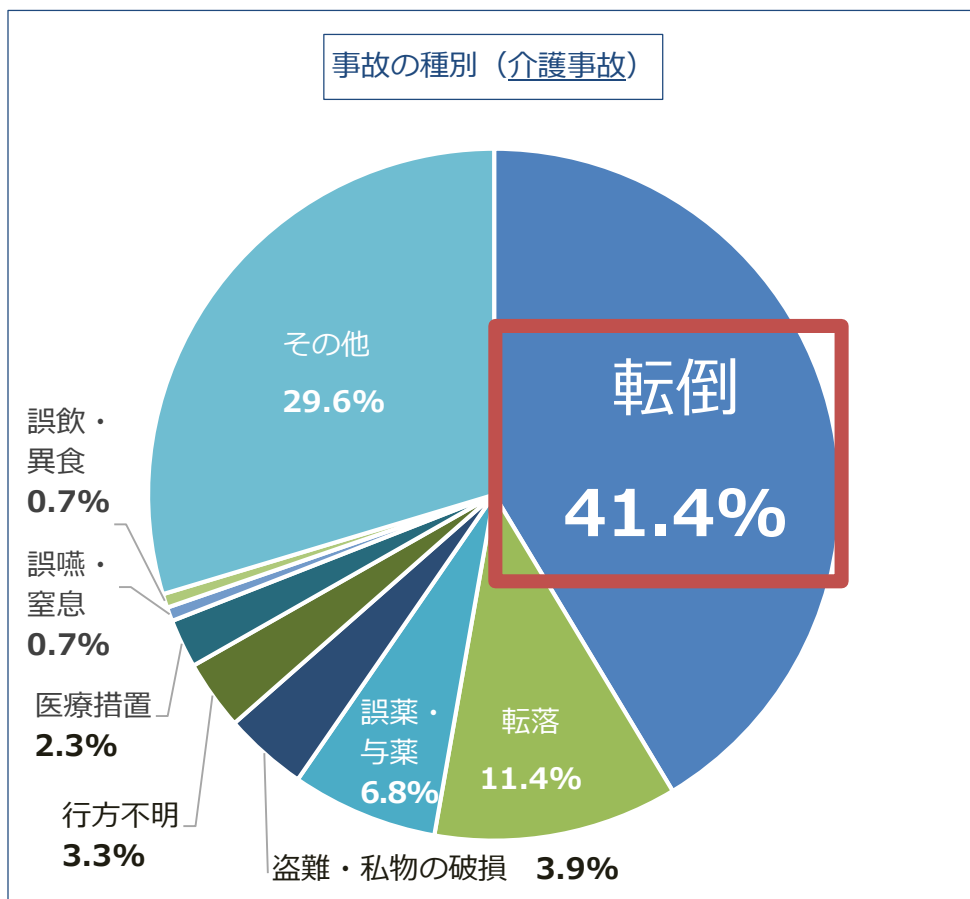


高齢者の転倒事故 6

6-1 介護事故で最も多い「転倒」

令和3年度に事業所内で最も多かった介護事故は「転倒」（41.4%・127件）である。内訳は、介護度別は「要介護3」（42人）、時間帯は「3-6時」（22人）、発生場所は「居室」（76人）が最も多い。

回答：介護事故【n=307】



介護事故「転倒」の内訳

●介護度別

要介護3	42人	要介護2	31人
要介護4	28人	要介護1	19人

●時間帯別

3-6時	22人	9-12時	20人
15-18時	19人	12-15時	19人

●発生場所

居室	76人	食堂	18人
トイレ	12人	廊下	10人

6-2 転倒の要因

転倒の原因は大きく分けて「内的要因」と「外的要因」の2つになる。内的要因は高齢者自身に原因があり、外的要因は生活環境によるものである。

内的要因（高齢者自身に原因）

●加齢による変化

筋力の低下、視野や視力の低下、
バランスが悪くなる、感覚が鈍くなる

●精神・心理面

焦りや不安、緊張や興奮

●病気や薬の影響

複数の薬の服用、内臓機能が低下して
いることによる副作用

外的要因（生活環境に原因）

- 階段を踏み外し転倒
- 暗闇で足元がよく見えず転倒
- 濡れた床で滑る
- 部屋と廊下の段差につまずく
- こたつのコードにつまずく
- ベッドから転落
- 玄関で靴を脱ぐ際に転倒
- スリッパをはいて滑って転倒
- 布団、カーペットにつまずく

6-3 高齢者の転倒を防ぐには

高齢者の転倒防止には、それぞれの原因に対して対策を立てる必要がある。転倒に関する因果関係を整理し、事故を防ぐ仕組みづくりが重要である。

急がせない・不安にさせない

高齢になると体力や筋力が低下し、動きがゆっくりになる。急がせたり、不安にさせたりすると心理的負担がかかり、より転倒しやすくなる。

トレーニングや体操を行う

下半身の筋力や体幹を強化するためのトレーニングや体操は、転倒防止に効果的である。無理のない範囲で楽しく運動を行う。

転倒しにくい環境を整える

転倒やバランスを崩しやすい場所には手すりをつける。床材は滑りにくく、衝撃吸収性の優れたものに変更したり、滑り止め加工のマットを敷く。

組織で事故を防ぐ

「防ぐべき事故」と「防げない事故」を明確に区分する。また福祉用具、介護機器、建物の安全点検や介助方法、動作の見直しを行う。

個人情報の取扱い

7

7-1 個人情報の漏えいは重大事故

介護現場における事故とは、対人・対物だけではなく、利用者の個人情報が外部に漏えいしてしまうことも重大な事故になる

情報漏えい
事例

ファックスを誤送信し 他人にご利用者の情報を漏えいしてしまった。

忙しかったので、送信前に送付状と送る内容を確認しないまま、直接ファックス番号を入力して送ったところ、違う宛先に送信してしまった。



事故防止に向けて

ファックス番号は必ず短縮番号に登録し、登録の際はダブルチェックが大切。直接送る場合も、別の人に確認してもらいましょう。また、送付状と送る内容が合っているか、**送信前の確認を徹底しましょう。**

7-2 事故を未然に防ぐ取り組み

事故を**未然**に防ぐことが重要

介護事業所には、ご利用者の身体的なことやご家庭の事情など、とても個人的な情報を扱っています。情報には継続的に蓄積するものや共有を求められる内容が多く、取り扱いには厳重な注意が必要です。

- ✓ **情報持出しルール**を決めて守る
- ✓ 情報保管箇所には**必ず施錠**する
- ✓ 外部接続可能な**端末は限定**する
- ✓ ファックス**送信先の確認**を徹底
- ✓ **ID、パスワード**による**管理の徹底**



事故から学ぶ

8

8-1 事故から学ぶということ

介護現場で発生した事故の情報を収集し有効に活用するにあたっては、以下のような基本的な考え方を前提とし、関係者の共通認識とすることが重要である。

- 1 高齢者の生活の場において、事故は何時でもどこでも起こりえる**
- 2 事故から学び、再発防止・サービスの質の向上に繋げる**
- 3 事故後は、組織体制・ケア手順に見直し等、具体的な対応が重要**
- 4 事故の防止に向けた関係者全体の目標の共有、理解の促進が必要**

8-1 事故から学ぶということ ①

1 高齢者の生活の場において、事故は何時でもどこでも起こりえる

高齢者の生活の中では、様々な場面で事故が起こることが想定される。事故を完全に防ぐことは難しく、例えば、転倒防止のために「歩く」ことを制限したり、誤嚥防止のために「食べる」ことを諦めるのは本末転倒といえる。

高齢者のその人らしい生活とその生活上でのリスクについて、利用者、家族を含めた関係者が共有することが重要である。

8-1 事故から学ぶということ ②

2 事故から学び、再発防止・サービスの質の向上に繋げる

万が一、事故が起きてしまった場合、その事故の情報は事故の再発を防止するための貴重な情報となる。原因や対策、教訓を広く共有し、有効に活用する。

事故の内容によって不可避なもの、当事者が責任を負うべきものもあるが、再発防止に繋げるためには、当事者や事業所等の過失の有無や責任の追及を目的とせず、客観的な事実に基づいて情報を収集し、事故に至った原因を分析することが大切である。事故から学ぶことで、再発防止、さらにはサービスの質の向上に役立てることができる。

また、事故後の適切・迅速な対応により、被害が最小限になったり、さらなるトラブルの発生を防ぎ、利用者・家族との良好な関係の維持・強化に繋げることもできる。

8-1 事故から学ぶということ ③

3 事故後は、組織体制・ケア手順の見直し等、具体的な対応が重要

事故の中でも、ケアの手順の誤りやスキル不足によって発生した事故は、高齢者の生活を支えるサービス提供者として防ぐことができるものであり、特に有効な対策が求められる。

「気を付ける」「見守りを強化する」という形式的な対策ではなく、本質的な対策を導くためには、表面だけではなく背景にある要因を分析し、組織体制やケア手順の見直しなど、組織の仕組みとして事故を防止し、サービスの質を向上させる具体的な対策が必要である。

8-1 事故から学ぶということ ④

4 事故の防止に向けた関係者全体の目標の共有、理解の促進が必要

行政と事業所は、それぞれの立場から高齢者の生活の支援という共通の目的に向かって連携して取り組むという「協働」の姿勢が重要である。

また、利用者・家族も、高齢者の「生活の場」における事故のリスクや、防止策の考え方に対する正しい理解のもとで、ともに利用者を支えるという意識を持つことが必要である。

まとめ

9

まとめ

介護事故が発生した場合には、適切に対応できるか否かは、日頃からの取組みがしっかり行われているかどうかにかかっています。日頃から、組織全体としてサービスの質の向上を基本的な視点に捉えたリスクマネジメントの取組みを実践している事業所では、介護事故が発生した場合でも的確に対応することが可能となります。

事業所におかれましては、

- ① 今回報告された事故・ヒヤリハットの情報を活用し
- ② 現状の課題やニーズ等を把握し
- ③ 利用者の生活環境の改善や介護サービスの質の向上

が図られる取組みをお願いします。