

事故発生防止のための指針

第1 施設における介護事故の防止に関する基本的な考え方

特別養護老人ホーム バプテスト・ホーム（以下「施設」という。）では、入所契約に基づきサービスを提供することから、入所者に対してその安全を配慮する義務が生じるものであり、そのためにはリスクマネジメントとしてこれをシステム化し、これにより入所者からの苦情をすみやかに解決すること並びに起こりうる介護事故または起こってしまった介護事故の再発防止に資するよう努めます。

第2 介護事故に対する考え方

1. 「介護事故」→入所者の介護・生活にかかわる場所（必ずしも施設内とは限らない。）で、その全過程において発生する人身事故とし、不安等の精神的被害が生じた場合を含むものとします。ただし、施設職員（業務従事者）の過誤、過失の有無を問いません。
2. 「介護過誤」→介護事故の発生原因に、施設、職員（業務従事者）に過失があるものをいいます。（過失の有無については、事例によっては必ずしも明確でない。）

3. インシデントとアクシデントの分類基準

分類	入所者への影響度	内容
インシデント	レベル0	・間違っことを入所者を実施する前に気付いた場合
	レベル1	・間違っことが実施されたが、入所者に変化がなかった場合
	レベル2 A	・事故により入所者に変化が生じ、一時的な観察が必要になったが、治療の必要がなかった場合
	レベル2 B	・事故により入所者に変化が生じ、継続的な観察や安全確認のための検査が必要となったが治療の必要がなかった場合
アクシデント	レベル3 A	・事故のため一時的に治療が必要となった場合
	レベル3 B	・事故のため継続的な治療が必要となった場合
	レベル4	・事故により長期にわたって障害が残った場合
	レベル5	・事故が死因となった場合

(注)

厚生労働省による医療事故の分類において、「インシデント（ヒヤリハット報告）」は、「日常診療の場で、誤った医療行為などが患者に実施される前に発見されたもの、あるいは誤った医療行為などが実施されたが、結果として患者に影響を及ぼすに至らなかったもの」と定義されている。これまでインシデントについては、一時的に入所者が障害を及ぼすことがなかったが、日ごろ現場でヒヤリとしたり、ハッとした経験（ヒヤリ・ハット事例）を指したが、現在、インシデントの取り扱いについては、まったく障害のなかったものから事故に至った事例までをレベルで分類するのが主流となっているため、この考え方に沿ってアクシデントとインシデントを分類した。

インシデント（ヒヤリハット）とアクシデント（事故）の分類は、提出のあった事故報告書から生活相談員が分類を行う。

第3 事故発生防止委員会の設置

1. 設置の目的

事故発生防止委員会（以下「委員会」という。）は、施設内での事故を未然に防止し、安全かつ適切で質の高いケアを提供するとともに、事故が発生した場合には、最善の処置、対応を行い、施設全体で取り組むものとしします。

2. 委員会の定数および構成員

- ① 定数 9名以内とします。
- ② 構成員

ア) 施設長（必要時）	イ) 管理マネジャー（必要時）	ウ) 生活相談員
エ) 介護支援専門員	オ) 看護職員	カ) 介護主任等
		キ) 栄養士

3. 委員会の開催

1か月に1回開催することとし、介護事故発生の未然防止、再発防止などの検討を行います。ただし、事故発生時には、随時これを開催します。

4. 委員会の役割

- ① マニュアル及びインシデント・アクシデント報告書の設備
- ② インシデント・アクシデント報告書の分析及び改善策の検討
- ③ 改善策の周知徹底
- ④ 他職種共同によるアセスメントの実施による事故予防

第4 事故防止に関する組織的な取り組み

事故防止の取り組みにあたって、体制の整備ないし構築を進める上の基本的な考え方として、以下のポイントがあります。

○組織風土の改善及び組織づくり

職員一人ひとりが「安全」に関して認識し、何かあればいつでも気軽に言い合える風通しの良い組織風土が必要です。 また、事故防止の取り組みには、すべての職員の参画が求められ、それには職員と施設との連携が重要になります。さらに、事故の再発防止、適切な対応の観点から、「事故やリスクに関する情報」と「利用者情報」を収集・管理し、組織内で情報を共有化していくことは必要不可欠です。また、そのための情報共有化の仕組みを構築した上で、今後の取り組みに活用していく。事故要因分析や再発防止策を検討しマニュアル等に反映したとしても、その内容が直接サービス提供にあたる職員に周知・徹底がなされなければ、継続的な事故予防への取り組みにはつながらない。なお、継続的なサービスの質の向上に取り組むため、利用者の笑顔と満足を提供するという目的に照らし、日頃から職員のリスクに対する「気づき」が重要となります。いくら体制が整備されていたとしても、個々のサービス提供者が、危険や改善点に気づかなくては、事故予防や再発防止策に結びつかない。その意味からは、職員に対する教育体制の強化によるリスクへの気づきを高める取り組みが、事故防止体制を下支えする重要な要因となるのです。

○利用者像の的確な把握（アセスメント、個別援助計画）

利用者一人ひとりに対して、適切かつ安全なサービスを提供するにはそれに基づく個別援助計画作成が重要となります。利用者の身体・精神状況、生活環境、家族環境等から、その特性を捉えることで固有のリスクを把握するためのアセスメントを実施し、どのような事故発生が想定されるのかを事前に把握しておく必要があります。つまり、事故予防の観点からのリスクアセスメントを実施しその結果にもとづいて、個別支援計画やマニュアルへ個別のリスク要因を反映し適切なサービス提供に結びつけることが重要になります。また、適切な介護計画の立案・見直しをするためには介護記録の正確な記載（ケアプランに沿った介護経過の記録）も重要となります。その際、大切なことは他職種協働によるアセスメントを実施し、介護事故予防の状況が事故につながらないように、定期的なカンファレンスを開催します。

○サービスの標準化

提供するサービスの質にばらつきが出ないように、サービス提供プロセスを業務フローなどで明確にし、サービスの標準化を図り、その質を一定レベル維持することは重要です。すなわちどの職員が実施しても同一のサービスが提供できるように業務や作業の標準化を図ることで、サービスの質の一定の確保やリスクの見落とし防止を高める、「リスクコントロール」の可能性が強化できてきます。

また、サービスを標準化することは、事故要因分析と再発防止策の観点から、サービス提供プロセスのどこに問題があったのかを明確にすることが可能となります。そして、その問題箇所の顕在化により、その後の改善につなげるという一連のシステムが構築されこととなります。なお、サービスの標準化＝サービスの画一化ではなく、基本となる標準化された定型的なサービスをより効率的かつ安全に提供し、継続的な見直しと改善を図っていくことが、利用者の個別性に配慮した個別支援をより充実させるという認識が重要です。

○利用者・家族などとのコミュニケーション

契約時における利用者・家族等への十分な情報提供と同意は、介護保険事業等における指定基準上でも明確に義務づけられています。これは、事業所側からの一方的な説明で終わらすのではなく、双方向のコミュニケーションの場としてとらえるべきです。同様に利用者・家族等からの苦情についても、単なる「苦情」として処理するのではなく、サービスの質改善・向上のための貴重な情報源として業務改善につなげていくことが重要です。

そして何より、利用者・家族との信頼関係の構築がサービスの質の重要な要素であり、この観点からの取り組みが不可欠です。

第 5 事故防止の取り組みを支える仕組み

5-1 事故防止検討委員会の設置及び役割

①事故防止検討委員会（以下「委員会」と呼ぶ）は

- ・施設長（管理者）
- ・介護支援専門員
- ・生活相談員
- ・介護職員 ・看護職員 等

で原則は構成

②委員会の役割は次のとおりとする。

ア 介護事故の未然防止・再発防止のための方策立案

○情報収集 介護現場におけるリスク情報（インシデント・アクシデントレポート「事故報告書」等）について、普段から広く具体的な情報を収集します。また、施設内のみならず他の介護施設で起こった情報についても広く情報収集します。

○分析・評価 収集された情報は、「委員会」で問題点の分析・評価を行います。分析するに当たっては、ハード面、ソフト面、環境面、人的面などから要因分析を行い、再発防止に関する方策に生かします。その際には、業務改善の為の情報分析も合わせて行います。

○職員への周知 情報収集されたインシデントやアクシデントの事例など、リスクを排除するために必要と思われる事項について、各部署会議を通して職員全体に定期的に周知徹底します。また、周知の際は、利用者のプライバシーや事故当事者への配慮が必要です。

○情報の集積、活用 他の介護施設で起こったインシデントやアクシデントなども含め、集積された事例は、介護事故の再発防止に活用できるよう、データとして集積しておき、また、職員相互間で情報を共有させます。

○対策の標準化

イ 介護事故が発生した場合の役割 既存の安全管理体制（マニュアル等各種ツールの整備・開発・更新含む）の見直し、改善策の検討収集された介護事故の事例を分析・評価し、介護事故再発防止の為の職員への指導や原因の究明、施設内の管理システムの見直し、改善策を検討します。

ウ 介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針

○安全で安心なサービス提供を行うにあたって必要になる職員の業務範囲と質を明確化します。

○リスクへの気づきを高める職員教育を実施します。

事故発生時の対応に関するシミュレーション、採用時研修やフォローアップ研修など、事故対応等に関する技術向上の研修を実施します。

5-2 職員（委員）等の役割

（施設長（管理者）及び施設管理マネジャー）

- ①事故発生防止のための総括責任者
- ②リスクマネジメント委員会総括責任者

（医師）

- ① 診断、処置方法の提示
- ② 各協力病院との連携を図る

（看護職員）

- ① 医師、協力病院との連携を図る
- ② 施設における医療行為についての整備
- ③ 介護事故対応マニュアルの作成と周知徹底
- ④ 処置への対応
- ⑤ 事故及びヒヤリハット事例の収集、分析、再発防止の検討

（生活相談員・介護支援相談員）

- ① 緊急時連絡体制の準備（施設、家族、行政）
- ② 報告システムの確立
- ③ 事故及びヒヤリハット事例の収集、分析、再発防止の検討
- ④ 介護事故対応マニュアルの作成と周知徹底
- ⑤ 家族、医療、行政機関、その他関係機関への対応
- ⑥ 職員の安全運転の徹底
- ⑦ 施設内の環境整備

（介護職員）

- ① 食事・入浴・排泄・移動等介助における基本的知識を身につける
- ② 利用者の意向に添った対応を行い、無理な介護は行わない。
- ③ 利用者の疾病、障害等による行動特性を知る。
- ④ 利用者個々の心身の状態を把握し、アセスメントの沿ったケアを行う。
- ⑤ 他職種協働のケアを行う。
- ⑥ 事故及びヒヤリハット事例の収集、分析、再発防止の検討
- ⑦ 施設内の環境整備

- ⑧ 備品の整備

（栄養士）

- ① 食品管理、衛生管理の体制整備と管理指導
- ② 食中毒予防の教育と指導の徹底

③ 緊急時連絡体制の整備（保健所、各関係機関、施設、家族）

④ 利用者の状態に合わせた食事形態の工夫

●事故防止のPDCAサイクル

①事故防止基本方針の策定 ・ 事故防止に関する基本方針を定めるとともに、事故防止に関する役割、責任 及び権限を文書によって定め、関連する部門及び部署に伝達します。



②事故防止の計画策定 ・ 発生する可能性のあるリスクを抽出し、具体的な対応方法を策定



③事故防止の実施 ・ 立案した計画に沿って事故防止を実施



④事故防止の評価 ・ 事故防止やそのシステムが目的やねらいに対してうまく機能しているかどうかの評価



⑤事故防止の評価結果を踏まえた改善 ・ ④の評価結果を受けて、必要に応じた改善策の構築



⑥管理者による見直し ・ 管理者がシステムの見直しを実施

◇対策や情報の共有を図るとともに、事故防止対策を講じるための仕組み・システムをつくる。その過程で、業務改善提案等、職員の悩み・工夫をくみ上げる 仕組みを構築すると共に、自らの創意工夫によりサービスの質を改善していく という意識の高揚を図ることが大切となります。

介護事故等の報告方法及び、介護に関わる安全確保を目的とした改善のための方策

(1) 報告システムの確立

- ①情報収集のため、ヒヤリハット報告書及び介護事故報告書を作成し、報告システムを確立します。
- ②収集された情報を施設内で共有することで、事故の再発防止（対策）に有効に活用していきます。また、改善結果をリスクマネジメント委員会に報告し必要な場合は取り組みの再改善を行います。 ※尚、この情報を報告者個人の責任追及のためには用いませ

(2) 事故要因の分析

- ①集められた情報を基に、「分析」⇒「要因の検証」⇒「改善策の立案」⇒「改善策の実践と結果の評価」⇒「必要に応じた取り組みの改善」といったP D C Aサイクルによって活用し、その過程において自施設における事例だけでなく、知り得る範囲で他施設での事例についても取り上げ、事故の回避、軽減に取り組みます。
- ②月に一度、記録された情報を基にリスクマネジメント委員会で分析し、その結果を全職員で共有します。
- ③事故の内容によってレベル分けを行います。(A～C)

(3) 改善策の周知徹底 分析によって導き出された改善策については、リスクマネジメント委員会を中心として全職員に周知徹底を図ります。

バプテスト・ホームにおける対応

- ①事故報告書にて報告
- ②事故発生後当日または翌日に事故発生後に棟にて事故分析（介護職、副主任、介護主任、相談員、看護師、ケアマネ）
- ③当月のリスク員会にて事故の分析検討。各棟の委員から事故の原因や再発防止策を各棟で行い、同様の事故の再発防止に努める。
- ④ホーム運営会議2のリスクマネジメント委員会にて施設長、管理マネジャー他の職員に事故報告と再発防止策を報告し、承認を得る。

●マニュアル等各種ツールの整備・開発

- サービスと業務の標準化に向け、必要となる各種ツールを開発し、その運用（メンテナンス含む）を図ります。
- 記録の様式と記載方法・表現は統一化します。
- 個人情報保護に配慮します。
- 記録保管等に関するルールを明確化します。
- 記録様式については、定期的に点検・見直しを行い改善に努めます。

<必要になるツールの種類と内容等>

<p>◆事故報告書</p>	<p>○発生した事故を適切に記録し、その後の対応に活用します。 <活用事例> ・職員教育や研修における資料 ・訴訟対応などを含めたトラブル発生後の記録資料 <記載上の留意点> ・記載内容としては、「日時」「場所」「状況」「事故後の対応」「想定される原因」等の事故発生時の事実関係をはじめ、併せて「再発防止策」「利用者側の反応」など。</p>
<p>◆ヒヤリハット報告書</p>	<p>○現状を放置しておくことと事故に結びつく可能性が高い事項を記録し、その要因分析等による改善策を講じることを目的とします。 <留意点> ・事故まで至らないケースを扱うため、職員によって「ヒヤリ」「ハット」であるかどうかに気づかないことがないように、具体事例や気づきのポイントを含め、該当するケースの基準を明確にしておく。 ・発生した場所など、事実確認・原因の特定及び分析を行うための情報を盛り込む。 ・「ヒヤリ」「ハット」にも危険度に違いがあるので、その区別を示す指標を設けておくことも望ましい。</p>
<p>◆事故防止・対策における業務マニュアル</p>	<p>○リスクマネジメントの観点から、事故防止、事故対応についての各介護場面における業務マニュアルを整備しておくことにより、全職員が「安全」に関する意識付けと情報の共通化を図ります。</p> <p>○マニュアルの有無は、リスクマネジメントに向けた取り組みを十分に行っていたかどうかの指標にもなります。 <留意点> ・マニュアルは、仕組みだけでなく、職員レベルの作業、具体的な対応場面を作成する事がポイント ・作成したマニュアルは定期的に見直し、必要に応じて改訂します。</p>

＜ヒヤリハット報告書（インシデントレポート）・事故報告書の区分＞

ヒヤリハット報告の事故内容	<p><input type="checkbox"/> 介護者が、利用者介護場面において何らかの事故を起こしそうになったが、未然に防ぐ事が出来て被害がでなかった場合、又は被害がでてでも軽微な場合。</p> <p><input type="checkbox"/> 被害が軽微なものであり、医療機関受診の必要性がない場合。</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者が単独で、又は利用者同士で、何らかの事故を起こしそうになったが未然に防ぐ事が出来て被害が出なかった、又は被害がでてでも軽微な場合。（軽微な被害とは、医療機関受診の必要性がない程度とする。）</p>
対応	<p>① 事故関係職員は、「ヒヤリハット報告書」に記載し、当日の日誌に添付する。</p> <p>② 各現場責任者・相談員等は、「ヒヤリハット報告書」の事例を集約し、事故発生要因分析を行い、再発防止の手立てをとる。</p>
事故報告書の事故内容	<p><input type="checkbox"/> 介護者が、利用者介護場面において何らかの事故を起こし、重大な損害を与えた場合。</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者が単独で、又は利用者同士で、何らかの事故を起こし、重大な損害が発生した場合。（重大な損害とは、医療機関への受診、搬送が必要な程度と判断する。）</p>
対応	<p>① 各現場責任者・相談員等は、「事故報告書」を集約し、事故発生要因分析を行い、記録等の整備状況を確認しておく。</p> <p>② 再発防止のための事故防止委員会を開催。</p>

第6 介護事故防止のための職員研修に関する基本方針

介護事故発生防止等に取り組みにあたっては、「事故発生防止委員会」を中心として、介護事故発生防止に関する職員への教育・研修を定期的かつ計画的に行います。

- ① 定期的な教育・研修（年1回以上）
- ② 新任職員に対する事故発生防止の研修
- ③ 「事故報告書」、「ヒヤリ・ハット報告書」の内容を職員全員に周知し、職員間で情報の共有を図ります。
- ④ その他事故発生防止に関する教育・研修を随時行う

第7 ヒヤリハット及び事故報告の報告体制

1. ヒヤリハット及び事故報告の目的

入所者の安全確保、介護事故防止の観点から、介護現場において発生した”望ましくない事態”をインシデント・アクシデント報告書で可能な限り幅広く収集し、介護事故防止のための改善及び具体的な対策を構築するものとします。

2. ヒヤリハット及び事故報告の対象

- ① 入所者に障害が発生した事態
- ② 入所者に障害が発生する可能性があった事態
※下記（事故例）参照
- ③ 入所者あるいはその家族からの苦情（介護にかかわるもの）
※下記（事故例）参照

（事故例）

- | | |
|----------------------|----------------|
| ・ 介護用具（介護機器等）の不具合 | ・ 転倒・転落 |
| ・ 自殺・自殺企図 | ・ 無断退所 |
| ・ 予期しない感染症 | ・ 発見・対処（処置）の遅れ |
| ・ 誤薬及び入所者の自己管理薬の服薬ミス | ・ 利用者同士のトラブル 等 |

3. 報告書の様式

①ヒヤリハット及び事故報告

②事故報告書 ※下記（京都市に報告が必要な場合）参照

（市に報告が必要な場合）

京都市 事故報告取扱要領

1 報告すべき事故の範囲

（1）事故の種類

ア 利用者の死亡

(7) 介護サービス等の提供により利用者が死亡した場合

(4) 利用者の死亡原因に疑義がある場合

イ 利用者の怪我等 怪我等とは、介護サービス等の提供により発生した骨折、火傷、創傷、誤嚥、異食、誤与薬等のうち、入院又は医療機関での治療を要するものをいう。（ただし、軽微な治療で済むため、管理者が報告の必要を認めないものは除く。）

ウ 利用者の保有する財物の損壊、滅失

エ 従業員の法令違反により利用者の処遇に影響を及ぼすもの

オ 利用者の感染症又は食中毒 感染症又は食中毒とは、発生を予防し、蔓延の防止を図る必要のある感染症、結核、疥癬、食中毒をいう。

カ その他、管理者が報告を必要と判断したもの

報告体制

迅速性と即応性

事故等の有事の際には、初期対応によって結果が大きく異なるため、次の通り報告します。

①レベル0～2Bに関しては、早期に報告する。

→特に、事前に防止できた事例に関してはリスクが高いことが予測され、原因・背景要因の分析のために調査を行う。

②入所者の障害発生事例（レベル3A以上）に関しては、迅速に報告しなければならない。

（“まず電話で一報”または直ちに事故発生報告書（速報）の提出）

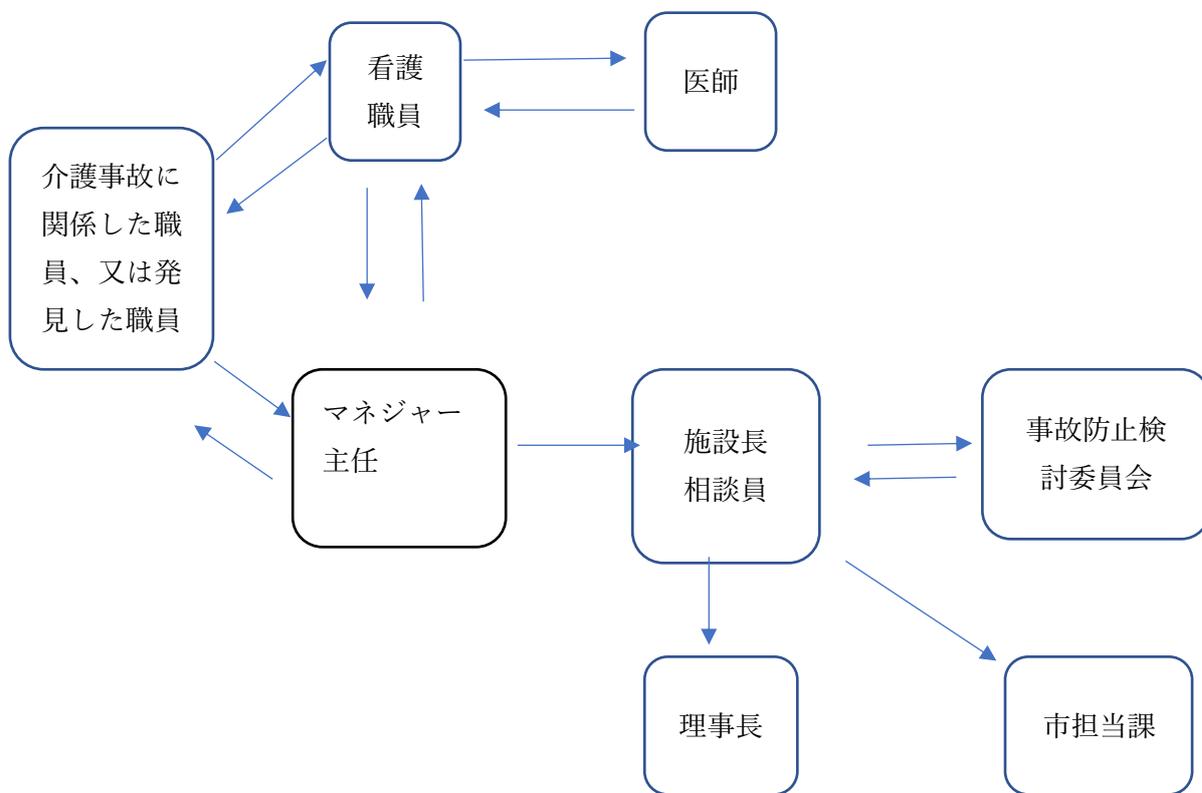
③緊急または重大事態発生時には、別紙のフローチャートに沿って、報告しなければならない。

第 6 事故発生防止のための指針の公表

この指針は、当施設内にいつでも自由に閲覧できるようにします。また、ホームページ上に公表するものとします。

附 則 本指針は、令和元年年 8 月 1 日から施行します。

介護事故発生時の対応フロー

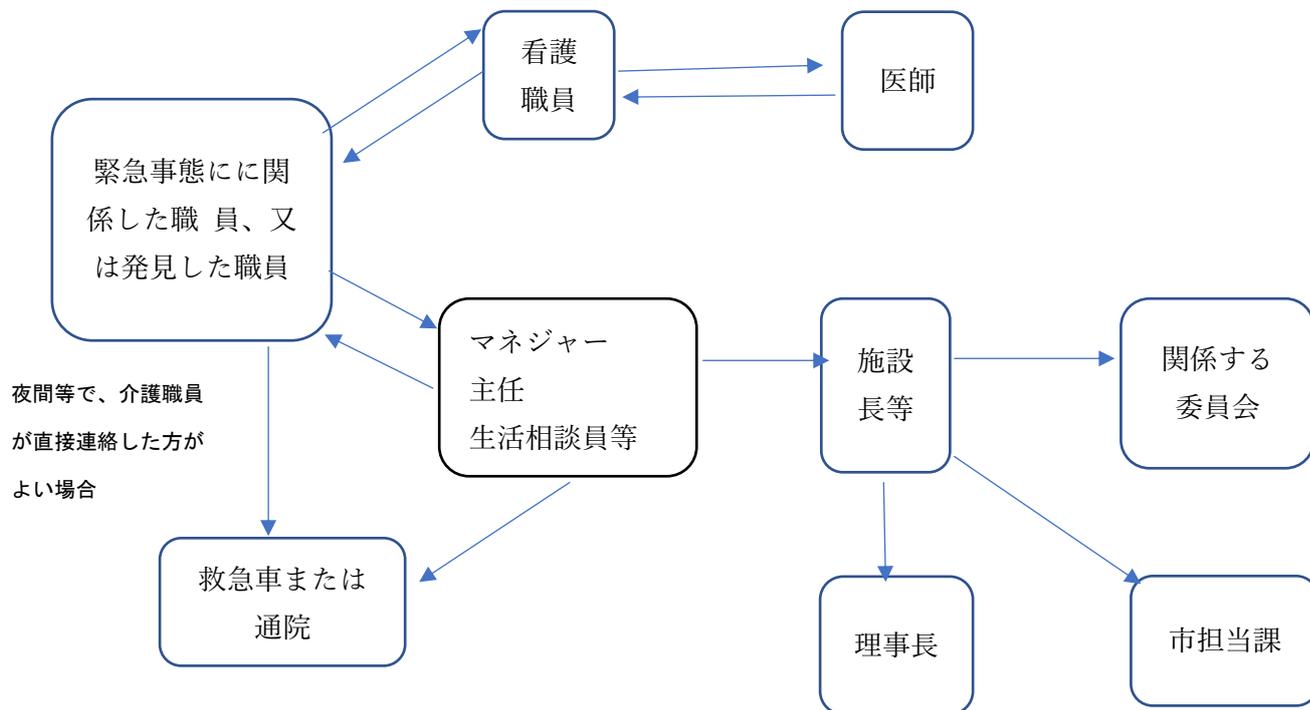


※ 介護事故を起こした場合又は発見した場合

- ① 看護職員に連絡し、同時に担当主任等に報告する。
- ② 看護職員は、医師の指示を仰ぎ、迅速に対応すると共に担当主任等に連絡する。
- ③ 担当主任等は関係職員に対応の指示をすると共に生活相談員・施設長等に連絡する。
- ④ 生活相談員は、家族に連絡し、看護職員・担当主任等と連携しながら経過を家族と施設長に報告する。
- ⑤ 施設長は、理事長に報告し、事故の内容によって市の担当課に報告し、相談する。
- ⑥ 施設長は、事故防止検討委員会を招集し、善後策について協議し、事故の原因の究明と再発防止策を検討する。
- ⑦ 直接担当した職員は、事故・ヒヤリハット報告書を提出する。また、通院等治療となった場合は、介護保険事業者事故報告書も併せて提出する。
- ⑧ 施設長は、介護保険事業者事故報告書を名古屋市の担当課に提出する。
- ⑨ 事故防止検討委員会の委員長及び施設長等は、朝夕のミーティングその他の関係する会議等において、周知徹底を図り、再発防止に努める。

※ 介護事故とは、転倒骨折、誤薬、外傷、打撲、食中毒、集団感染症等により通院又は入院、死亡した場合をいう。

介護緊急事態対応フロー



※ 緊急状態に関係した場合又は緊急状態を発見した場合

- ① 応急手当をすると共に看護職印に連絡し、同時に担当主任・生活相談員等にも連絡。看護職員・生活相談員等に連絡が取れないときは救急車の要請又は通院をする。
 - ② 看護職印は、医師の指示を仰ぎ、迅速に対応すると共に生活相談員又は担当主任等に連絡し、必要がある場合は救急車の手配を指示する。
 - ③ 生活相談員等は、関係職員に対応の指示をすると共に施設長等に連絡する。
 - ④ 生活相談員等は、家族に連絡し、看護職員・担当職員と連携しながら経過を家族と施設長等に報告する。
 - ⑤ 施設長等は、理事長に報告し、顛末の内容によっては名古屋市の担当課に報告し、相談する。
 - ⑥ 施設長等は、関係する委員会を招集し、善後策について協議する。 ⑦ 直接担当した職員は、関係報告書を提出する。
 - ⑧ 施設長等は、関係報告書を名古屋市の担当課に提出する。
 - ⑨ 施設長等は、朝夕のミーティングその他の関係する会議等において、情報の周知を図り、事故の場合は再発防止に、感染症の場合は予防に努める
- ※ 介護の緊急状態とは、バイタルサインの異常、転倒骨折、誤薬、外傷、打撲、誤飲・誤嚥、食中毒、集団感染症等をいう。 ※ 主任等とは、介護・看護に直接又は間接にかかわる職種のフロアーリーダー、主任、副主任、責任者をいう。
- ※ 生活相談員等とは、生活相談員、介護支援専門員、生活相談員補助者をいう。
- ※ 施設長等とは、施設長、マネジャー、事業所の管理者をいう。

介護事故防止・対応マニュアル

事故、緊急事態として考えられる事柄

- ①異食、誤飲
- ②誤嚥
- ③誤薬
- ④転倒転落・捻挫・脱臼・骨折
- ⑤溺水
- ⑥体調急変や持病の発作（発熱・胸痛含む）
- ⑦表皮剥離、出血
- ⑧嘔吐
- ⑨熱傷
- ⑩内出血・皮膚はく離
- ⑪落薬
- ⑫利用者同士のトラブル

1 異食、誤飲

(発見)

これらのご利用者に対しては、事前にそのような行為があるかどうか情報を得ておくことが大切です。また、食事以外の時間に利用者が何か口に入れている様子であれば、必ず何を口に入れているのか確認することが必要です。誤飲・異食事故は飲み込んでしまったからでは大変で、容易に確認できないため、素早く察知し「水ぎわ」で防ぐことが大切となります。

(対応)

誤飲や異食は口の中にあればこれを吐き出させるが、飲み込んでしまったら 確認は難しい。ご本人の様子がいつもと違うとか、腹やのどに痛みを訴えるようであれば、周りの状況を調べて誤飲や異食の可能性も疑うべきです。自覚症状があるときは処置を行い、緊急な場合はすぐに医師に連絡して受診させるか 救急搬送を要請します。また、消毒液や洗剤などの液体を飲んでしまったときは、医師に連絡して指示をあおいで対処する余裕はないので、最低限の処置をするとともに、必要であれば医師に連絡して受診させるか救急搬送を要請します。

2 誤嚥

(チェックポイント)

- ・ 個々の利用者の摂食・嚥下のどの部分に問題があるのか医療専門職の所見を踏まえながら把握しておくこと
- ・ 基本的な食事介助の方法を習得すること
- ・ 食事の際の利用者の姿勢を適切に保つこと
- ・ 摂食・嚥下障害の状況にあわせ食べやすい食事形態を提供すること
 - ・ 個々の利用者にあった方法や道具で口腔内を清潔にすること
- ・ 咀嚼・嚥下などの口腔機能を維持・回復できるような口腔ケアを行うこと

(防止)

まず、介護者はメカニズムとして嚥下機能を理解する必要があります。そのことにより、食事介助や自己摂取の際の対応が理解できます。

① 口腔ケアの重要性

歯の状態と嚥下機能とは密接な関係にあります。嚥下機能を維持するためにも、口腔ケアは重要です。

② 調理の工夫

嚥下機能は食物の状態にも影響されます。一般に、加齢に伴い嚥下機能が低下しがちなので、嚥下状況を把握し、食物の加工にも配慮が必要となります。また、誤嚥を起こしやすい食品もあるので、これらの知識を持つことが必要となります。

③ 食事環境の工夫

食事にふさわしい環境を、利用者ごとに整えます。座位保持の姿勢や、食器の工夫、配膳の工夫に留意します。例えば、体幹の角度によって嚥下のしやすさも変化し、スプーンなどの自助具の大きさも、嚥下機能に影響を及ぼします。介助をする場合には、咀嚼や嚥下のリズムに合わせる必要があります。時間に追われて介助を行うと、ついついペースが速くなったり、最後の一口に残りを全て入れてしまうなど、介助者中心になり、誤嚥に対するリスクが大きくなるため十分に注意をする必要があります。

(発見)

誤嚥事故は早期に発見しなくてはならない。「すべてのご利用者に誤嚥の危険がある」と認識しておく必要があります。そして、食事中に異常を感知したらすぐに食事を中止し、「苦しくないですか？」と問いかけをします。答えがなかったり、うなずいたりするようであれば、誤嚥が発生したと判断します。その際、嘔気・咳き込み・呼吸困難、チアノーゼはないか確認します。

(対応)

誤嚥事故には2種類の事故があります。食べ物が食道内に詰まり気管を圧迫して、窒息状態になる事故と、気管に直接食べ物が侵入し窒息する事故です。対処の仕方が異なるので注意が必要です。

・食道内に食べ物が詰まった場合

まず入れ歯を外し、口の中の食物を掻き出し、食道内の異物除去のために頭部を肩より下にして、前屈姿勢をとらせ、タッピング（背中を叩く）や吸引を行う。あるいは利用者を抱えこみ、上腹部を急激に押し、圧迫で吐かせます。また、これらの処置が効果を上げない時のために、できる限り迅速に救急車を手配することが必要です。

・気管に直接食物が侵入した場合

気管に入ってしまった細かい食物を出すには「むせる」ことが一番です。「お おきくエッヘンをしてください」と言って、むせると小さな異物は出てきます。むせることができないければ、すぐ救急車を手配します。気管に直接食物が侵入すると、無事に排出できても誤嚥性肺炎になる可能性があるため、必ず受診することが必要です。

気管内異物除去の方法とポイント

1) 基本的な方法

①自分の咳で出す

自分の咳で異物を吐き出させます。これが一番有効な方法であるため、本人を励まして咳を続けさせます。

②指でかき出す（指拭法）

口の開き方：親指で上の歯を、人差し指で下の歯を押さえて口を開けさせます（指交差法）人差し指に布を巻き、下になった頬の内側に滑らせ、異物が指にひっかかったら引き出すようにして出す。

③ハイムリッヒ法

異物が指でも取り出せない場合、あるいは流動物の場合は、ハイムリッヒ法を試します。方法は、背後から両腕を要介護者の腹部に回し、こぶしを作った片方の手にもう一方の掌を重ねます。そして、胸骨とおへその間を上向きに強く圧迫してください。立っていても座っていても構いません。詳しいやり方は、日本訪問歯科協会が公開している動画を見ていただくとわかりやすいでしょう。ただし反応がない場合には、危険ですのでハイムリッヒ法を行ってはいけません。

④背部叩打法 立位の場合 片手の手の平で相手の胸を支え、もう一方の手の平（付け根に近い部分）で相手の肩胛骨の間をすばやく4～5回力強く連続して叩く。このとき必ず相手の頭を胸より下に向けます。仰臥位の場合 ひざをついて、相手を自分の方へ向けて側臥位にします。このとき自分の膝を相手の胸骨に押し付けて固定します。掌で肩胛骨の間を4～5回力強く連続して叩く。

腹部突き上げ法

！ 妊婦や乳児には行えません

1. 患者の後ろに回り、ウエスト付近に手を回します。
2. 一方の手で「へそ」の位置を確認します。
3. もう一方の手で握りこぶしを作って、親指側を、患者の「へそ」の上方で、みぞおちより十分下方に当てます。
4. 「へそ」を確認した手で握りこぶしを握り、すばやく手前上方に向かって圧迫するように突き上げます。
5. 腹部突き上げ法を実施した場合は、腹部の内臓を傷める可能性があるため、救急隊にその旨を伝えるか、すみやかに医師の診察を受けさせてください。



背部叩打法（はいぶこうだほう）

- 患者の後ろから、手のひらの基部で、左右の肩甲骨の間当たりを力強く何度も叩きます。



3 誤薬

(防止)

① 服薬管理の工夫 薬の処方内容を介助者も十分把握する必要があります。特に服薬数が多くなった場合や、頓服薬の管理には、分包を工夫します。例えば、一部自己管理の方も含め「ピルボックス」などを作り、一週間分、朝・昼・夕・就寝時に区切り、日付と時間を書いた小袋に入れ管理します。飲んだ後、小袋を戻すことにしておけば、どの薬を飲んだかを確認できます。

② 連携の重要性 服薬に関する情報を記録に残し、ご利用者はもちろん、家族や他の介助者との間で連携（申し送り）することが重要です。薬の分配を間違えると大変なことになるため、看護職員の協力を得るようにし、処方内容に疑問などがあれば必ず医師に相談します。

(発見) ご利用者が飲み忘れや飲み違いをしたときこれを素早く察知するには、食事の前後などに飲むことになっている薬にある程度配慮して、できる限り確認の声をかけてあげると良い。とくに、高血圧、糖尿病、低血糖などの既往症の薬を飲んでいるご利用者には注意が必要です。

(対応) 薬の飲み忘れや飲み間違いが判明したときは、すぐに嘱託医若しくはかかりつけ医に連絡をして指示を仰ぐようにします。「このくらいの薬なら飲み忘れても大丈夫だろう」と安易に判断せず必ず医師の指示を仰ぐようにします。また、飲み忘れたものを後から決められた時間以外に飲むことは、適切ではないので、これも、医師の指示を仰いでからにします。

4 転倒転落・捻挫・脱臼・骨折

(転倒について)

高齢になると、身体的な活動能力やバランス感覚、注意力が衰え、転倒や転落を起こしやすくなります。そのため日頃から転倒・転落のリスクとなる要因がないか確認しておくことが必要です。例えば、以下のようなことがチェックのポイントとなります。

- ・ 靴は足にあっているか、靴底の素材は床材と合っているか、擦り減っていないか。
- ・ 靴を脱いで生活をする場合は、上履きを適切に使用しているか。
- ・ 杖や歩行器、シルバーカーなどは、身体寸法や身体能力にあったものを使用しているか、使い方は正しいか。
- ・ 床の段差がないか。

- ・ 自力で歩行できる利用者の場合、移動範囲に伝い歩きできるような家具や手すりなどの配置ができていますか。

認知症のある高齢者の場合、徘徊や不穏状態などのいわゆる問題行動によって、転倒・転落のリスクが高いため、行動制限や見守りの強化などで対応しがちです。しかし、目の前の状況に振り回され対処療法に追われるのではなく、何時ごろ徘徊や不穏な状況が起こりやすいのか、その前後どのような過ごし方やケアをしていたのか、食事・入浴・排泄など基本的なケアはその利用者にあった個別ケアが行えているのか、生活歴を把握した上で その人らしい生活を援助できているのかなど様々な視点から、現在提供しているケアを見直してみることも大切です。その利用者にとって良いケアが提供されるようになると利用者は精神的な落ち着きをとりもどし、転倒・転落のリスクも低くなります。

(転落について)

ベッドからの転落防止をベッド柵で対応するのではなく、低床の介護用ベッドを使用することや、身体を起こすときつかまりやすい位置に手すりや椅子などを準備する、ベッドの下にクッションとなるマットを敷くなどして、転落しにくくするとともに万一ベッドから転落した場合も、最小限の怪我ですむように周囲の環境を整えておきます。車いすや椅子からの立ち上がりにおける転倒・転落事故の予防のためには、利用者の身体に適合した車いすや椅子を使用しているかを確認することが大切です。座面が高すぎで足底が床についていないため不安定である、背もたれや座面のサイズや角度が身体に合っていないなど、座位姿勢を正しく保持することができていない場合、転倒・転落のリスクが高くなります。なにより長時間同じ姿勢でいることは、誰でも苦痛になります。座らせきり、起こしっぱなしになっていないか、一日の過ごし方を考えることも必要です。苦痛な姿勢から逃れようとして動くことは人間の生理的な欲求であることを理解し、利用者の気持ちに沿ったケアを考えましょう。また、長時間座っても疲れない椅子かどうか、自分で実際に座って確認してみましょう。

(防止)

① 利用者個人の原因の改善 転倒の原因の根本は、ご利用者の身体状況にあります。支援を行う者は、身体状況からくるリスクを分析（アセスメント）し対応します。また、予測される身体状況の変化にも対応する視点が重要となります。具体的には、ケアプランの目標設定と連動させて行うなどです。

②生活上のリスクについて。ご利用者の生活習慣を詳細に把握し、本当のリスクを発見しているかが重要です。転倒事故は、普段の何気ない行動の中でも発生するため、ご利用者の精神状態や生活習慣を把握した上で、その動線上のリスクを取り除く必要があります。

③ その他の要因の改善 家族などの人的環境も考慮します。例えば、「歩くことは良いこと」と、歩かせる生活を勧めている場合と、なるべく動かさない生活をさせている場合とでは、「転倒」というリスクの度合いは違ってきます。介護の理念からどちらが良いということとは別に、リスクを把握する上で、家族の「意向」も考慮する必要があります。その状況に応じて対策も異なります。また、ご利用者の衣服などの環境も重要です。動きにくい服装や、滑りやすい靴下、スリッパなどもリスク要因となります。改善できる点を、ご利用者や家族の同意を得ながら対応することが必要です。

(発見)

ご利用者をずっと見守っていることはできないので、ご利用者の転倒等をすべて防ぐことは不可能であるが、長時間利用者から目を離すことは、転倒したときの対処が遅れるので、できる限り頻繁に様子を確認することが必要です。

(対応)

転倒・転落事故でもっとも危険なのは頭部打撲です。腕や足の骨折など他の部位では、多少処置が遅れても生命の危険に直結しないが、頭部打撲だけは利用者の状態を見誤って受診が遅れると命取りになることがあります。転倒・転落事故が起きたときは、すぐに名前を呼びかけて意識の確認を行う。返答がなかったり、意識に不安があったりすると思われるときは、すぐに救急車の手配を行います。また捻挫・脱臼・骨折が疑われる時には部位、程度の確認をします。簡単な打撲であれば湿布、消毒などをして様子を見るが、捻挫、脱臼、骨折が疑われる時には医師の診断を受けます。また、意識に問題がなくても明らかに頭部を打撲しているときには、看護職員に報告し、医師や家族に連絡を取り、迅速に受診できるよう手配をします。頭部打撲が明らかなきには、転倒した場所の観察が欠かせない。狭い場所では壁がクッションになって直接床に頭部を打ち付ける可能性は低いいため打撲のショックも和らぐが、広い場所では床に直接頭を打ち付けることがあります。意識がはっきりしている場合は、痛み・吐き気・めまいの有無を問いかけます。「大丈夫？痛くない？」というような漠然とした聞き方でなく、「痛むところはどこですか？気持ち悪くありませんか？フラフラしませんか？」と具体的に聞くようにします。痛みなどもなく緊急性がないと判断したときでも、ご本人（又は家族）に受診を勧めることが必要です。施設サービスであればその後の経過を観察することが必要です。

(注意)

頭部～腰部の打撲、外傷の疑いがある場合

・体位の管理

本人の希望する、もっとも楽な体位を取らせませす。適した体位は大事だが体位を強制してはならない。体位を変える場合は不安や痛みを与えないようにして行います。

・身体に楽になる程度に、衣服をゆるめます

・体温が逃げないように毛布などで保温します（血圧が下がれば体温が下がる）

・ショックに注意、バイタルサインをチェックします。顔面蒼白、冷や汗、無気力の状態になり、血圧が下がります。意識異常、呼吸異常、脈が速く、弱くなり、触れなくなると死亡に至ります。・長い苦痛、乱暴な取り扱い、不適切な運搬、多量の出血、傷を目撃するなど の行為で悪化します。応急手段としては衣服をゆるめ、保温を行い、両足を 30cm ぐらい高く上げ（頭に傷がない場合に限る）本人を励まします。

5 溺水

（発見）

入浴中の溺水事故は浴槽内でのスリップが原因で、ご利用者の顔が水中に没することによって起こります。浴槽台を使ってもスリップの可能性はあるので利用者が浴槽内にいるときには決して目を離してはいけません。スリップしてもすぐに手を貸せば溺れることなく救出できます。

（対応）

溺水事故では、いかに素早く水中から頭を上げさせて、呼吸を確保できるかが生死の境となります。体重の重い人を無理やり引っ張り上げようとする、なかなかうまくいかない。慌てることなく利用者の「頭を起こす」ことを最優先で対応します。前のめりに水中に没したのであれば頭を後ろへ、仰向けに没したのであれば頭を前に押して、からだを起こすことが必要です。次にお風呂の栓を抜いてお湯が抜けるのであればすぐに抜くようにします。お湯が入っていたほうが浮力があって、ご利用者を浴槽から出しやすいことは事実だが、引き上げようとした途端再度滑って溺れることがあるので、お湯は抜いたほうが安全です。お湯の水位が下がって溺れる心配がなくなったところで、救急車を呼ぶ。家族や他の人の手が借りられれば利用者を浴槽から出し、側臥位にして水を吐かせるようにします。

6 体調急変や持病の発作（発熱・胸痛含む）

（発見）

体調急変や持病の発作などは、迅速な対処が何よりも大切であり、ご利用者の様子の変化から敏感に察知しなければならない。そのためには、既往症や慢性疾患などの情報や過去の体調急変の情報をあらかじめ入手しておき、どのような症状が起こるのか具体的に知っておくと素早い対処が可能になります。ただし、ご利用者の様子や病状から医療処置の必要性を判断することはできないので、万一のことを考えた慎重な対処が必要です。発熱があるときには体温を測定し、他の症状がないか確認します。

（対応）

体調の急変や持病の発作を未然に防ぐことは困難だが、これらの緊急事態が発生したときには、介護のプロとして適切に対処しなければならない。発熱時には水分の補給を行い、頭部を冷やす。38℃以上あれば医師の診断を受けることが必要です。胸痛がある場合は救急隊に連絡します。「軽いから医者に見せなくても良いだろう」などと軽率な判断はしない。「異変を素早く察知して、医師等専門家のアドバイスにより適切に必要な医療処置を受けてもらう」ことを心がけることが必要です。判断に迷ったときは必ず看護職員または嘱託医に連絡を入れて指示をあおぐことが良い。

7 表皮剥離、出血

表皮剥離は以下の場合に発生しやすい。

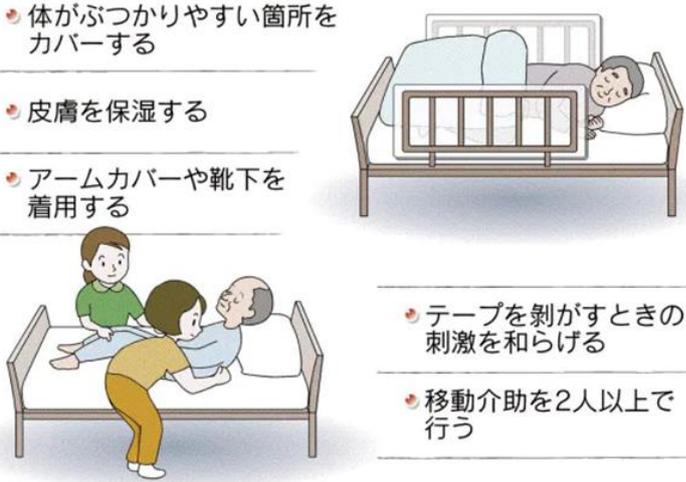
- ・移乗・移動介助時に起きやすい
- ・更衣介助時に強く引っ張る
- ・受傷部位は四肢に多い
- ・麻痺・拘縮などの障害部位
- ・同一部位に多い
- ・高齢で、より体重が重い人のほうが発生しやすい

したがって事故防止対策として以下の徹底を図ることが重要

- ・危険因子の正確な情報を共有する（皮膚が弱く、事故につながりやすい利用者や部位等）
- ・常に危機意識をもって確認する
- ・チームケアの徹底を図る

スキンテアを減らすための予防法

- ・体がぶつかりやすい箇所をカバーする
- ・皮膚を保湿する
- ・アームカバーや靴下を着用する



- ・テープを剥がすときの刺激を和らげる
- ・移動介助を2人以上で行う

(出血の種類)

外出血 → 体表面に現れるもの

内出血 → 皮下組織、臓器内に現れるもの

動脈血の出血 → 勢い良く飛び出す 静脈血の出血 → 持続的にジワジワと

(出血の危険度)

抗凝固剤服用の利用者は、小さな傷でも出血しやすく止血しにくいいため、出血を看取股場合には、医師、看護師にすぐに報告する。

(出血時の危険な症状)

顔面蒼白、耳鳴り、めまい 吐き気、嘔吐、あくび 呼吸がはやくなる けいれん

(止血法)

血液に直接触れないよう、注意すること。ビニール袋などを使って行います。

・直接圧迫法 → きれいな布を傷の上に強く押し当てて圧迫すること によって止血する方法。(静脈の出血に効果的)

・指圧法 → 出血部より心臓に近い血管を圧迫することにより 出血量を減少させ止血する。動脈の出血に効果的。

・止血帯法 → 布を巻いて血液循環をとめる方法。手足の切断など、 生命の危険が迫った場合の最終手段として用いられます

(安静をはかる 頭を低くする)

・ショック体位

・出血部位を心臓より高く上げる (顔、頭の出血は動かさない)

(保温をする)

・毛布などで全身を保温 精神的な安静を心掛ける 安心させること

・言動注意、傷を見せない、丁寧に扱うなど。

8 嘔吐

(発見)

吐物の様子 ((性状・匂い・量)) はどうか観察します。また利用者の顔色を確認し、どこかに痛みを感じているかどうか聞き取ります。

(対応)

食べ物を摂取させない。頭部及び腹部を冷やす。緊張を和らげる。側臥位をとらせ、膝を深く曲げさせます。 医師の診断を仰ぐ。

9 熱傷

(発見) やけどの部位の確認を行い、範囲・深度を確認します。

(対応) その部分の衣服を脱がせる、又ははさみなどで切ります。(火傷にあたらぬようにします) 水、氷で冷やします。赤くなる程度の火傷であれば消毒し、軟膏をつけます。火傷により、水泡ができたり、皮がむけたりした場合は、軟膏など何もつけず、清潔なガーゼなど当てて、冷やしながらか病院へ連れて行きます。

10 内出血・皮膚はく離

以前は高齢者施設における事故として転倒や転落による骨折が大半を占めていましたが、近年、日常の活動やケアに伴う内出血や皮膚はく離の件数が急増しています。また、オムツ交換や体位交換の際の骨折などの事例が多く見られるようになりました。

内出血や皮膚はく離の件数が増加した背景には、報告が積極的に行われるようになったという理由も考えられます。また内出血や皮膚はく離などは、転倒による骨折、誤嚥等の事例にくらべると、利用者の生活に与える影響は大きくないため、単純に件数のみを比較して過度に重大視する必要はありませんが、利用者の安心で快適な生活を支えるためには、可能な限り避けるべき事故といえます。

ケアに伴う内出血や皮膚はく離を防ぐためにはケアのスキルの向上が求められます。ケア場面以外の生活の中で発生する内出血や皮膚はく離については、観察による早期発見と迅速な処置が重要となります。これらを実現するためには、施設として業務手順書の整備、研修、ケアの実技訓練な対策を講じることが必要となります。しかし、それでも事故が起きる可能性があることを認識しておくことや、本人や家族に対し、生活の中のリスクへの理解が得られるよう、十分な説明が必要です。

対策の考え方

内出血や皮膚はく離への対策としては、「ケアのスキルの向上」、「観察による早期発見」と「迅速な処置」が重要です。ケアのスキルの向上 介護のプロフェッショナルとして、適切な手技により利用者に負荷のかかりにくく安全な方法でケアを行うことが求められます。特に、移動・移乗の場面などで利用者の身体を支えるときや抱えるときには、支えられた部分に力がかかることから、大きな力が一点に集中したり、支えられた部分の皮膚が強く押されたり引っ張られたりするなど無理な力がかからないよう、基本手順や確認事項、注意事項を忠実に守り、丁寧なケアを心がけます。利用者の状態や姿勢および周囲の環境にも十分注意を払います。例えば、車いすのフットレストの位置を確認しないまま移乗して足を擦ったり、利用者の腕の位置を確認しないまま移乗して、手すりの下に手が巻き込まれて無理な力がかかり大きな皮膚はく離につながる事例も報告されています。こうした事故は、移乗を行う前に確実に周囲や車いすの状態、利用者の姿勢や腕の位置などを確認することで、防ぐべき事故であると言えます。その他のケアにおいても、利用者の身体に触れるときは十分な注意を払う必要があります。41 観察力の向上 職員が利用者に関わっている場面やケアの中で発生した場合を除いて、利用者の生活の中で の活動に伴う内出血や皮膚はく離はいつ起きたかがわからない場合も多くあります。排泄や入浴、清拭等、ケアを行う時点で、利用者の身体の状態を確認し、皮

膚はく離やない出血の有無をチェックしましょう。新しく皮膚はく離や内出血が見られたら、前回の確認時点以降に発生したものとして、時間帯をある程度まで絞り込むことができ、原因の推定や対策の検討につながります。また、観察した結果は確実に記録に残します。記録をつけることで観察力や意識が向上し、ケアに活かすことができます。また蓄積された記録に基づいて、内出血や皮膚はく離の起こりやすい部位、利用者の状態像、時間帯、ケアや活動の場面などが把握され、対策の検討に結びつけることが可能となります。迅速な応急対応 特に皮膚はく離については、発生直後に適切な処置をすることで、ダメージを最小化して回復を早めることができます。皮膚はく離が発生したら、またははく離した状態を発見したら、即時に看護職員に連絡します、看護職員は皮膚の状態に応じて、迅速に適切な対応を行います。そのためにも、ある程度の間隔で状態確認を行う仕組みを整えるとともに、職員の観察力を向上させ、少しでも早期に発見できる体制を整えることが重要です。

10 落薬

誤薬とは、利用者が誤った種類、量、時間または方法で薬を飲むことを指します。誤薬は、薬の内容や量によっては生命に重大な危機を及ぼすことになり、決して起こってはならない事故です。しかし、「ついうっかり」「思い込み」などのヒューマンエラーが最もおこりやすい事故でもあります。そのため、薬を扱う際には複数回のチェックを行うことを習慣化することが重要です。誤薬がおこる要因として、薬に対する意識が低いこと、食事時間はいくつかのケアが重なりあわただしい状況があること、確認不足、薬に関するシステムがチーム内で統一されていないなどがあげられます。



これらを解決するためには、まず

「配薬ボックスから薬を取り出すとき」、

「利用者のそばにいったとき」、

「薬袋をあけて口に入れる前」の最低 3 回はその薬が本人のものであるか確認する」と

いった基本事項を職員全員で徹底します。

そのほかにも、以下のような点に留意します。

- ・ 薬についての基礎知識について学習の機会を持つ。
- ・ 介護職員にも利用者が使用している薬の内容がわかるように、個人ファイルに薬の処方箋を添付し確認できるようにする。
- ・ 薬は 1 回分ずつ分包し、氏名と飲む時間（朝食後など）を明記する。
- ・ 薬ケースを利用者個人ごとに用意する。

- ・ 食前薬・食後薬それぞれの薬ケースを用意し、薬の取り間違いや飲み忘れを防止できるようにする。
- ・ 薬の見た目が似ていて紛らわしいときには区別できるような印をつけるなど工夫する。
- ・ 入居者が隣の人を薬を間違えて内服してしまうことのないよう、配膳と一緒に薬を配るのでなく、内服する直前に配薬することや、口に入れるまで確認することを徹底する。
- ・ 新しい薬の開始や中止、内服量の変更、注意すべき薬の副作用などの情報をチームで共有できるように、介護職員と看護職員や配置医師の連携を図る。

対策の考え方

誤薬は、「配薬トレーに薬を用意する段階」と、「利用者個人に薬を配り、飲ませる段階」とに分けることができます。

(配薬トレーに薬を用意する段階)

看護職員が行います。作業を中断することはエラーの原因となりやすいため、配薬業務が終わるまで集中して一気に行うようにします。また、責任を明確化するためにも、この作業にあたった者の氏名をトレーの空きスペースに明示するとよいでしょう。配薬トレーの個別ケースには、利用者 1 人 1 人のフルネームを貼り、トレーの色は朝・昼・夕で色分けします。薬は薬局に一包化してもらいましょう。またそこには利用者フルネームを記載し、配薬トレーの色と同じカラーラインをつけてもらいましょう。

(利用者一人ひとりに薬を配る段階)

本人確認のため薬に印字された名前をフルネームで声に出して呼びます。この段階での誤薬は、新しい職員が入った時に、顔と名前が一致しないことなどによって起こりやすくなります(他の利用者の靴をはいている場合もあるため、靴の名前などでは確実な確認はできません)。必ず、他のスタッフに聞こえる声で呼称します。なお、薬を食事トレーにおくと、他の利用者が飲んでしまうこともあるので注意が必要です。

11 落薬について

落薬とは、誤薬や服薬ミスのひとつで、その字の通り「薬が落ちてしまうこと」です。つまり、薬が落ちてしまうことで利用者が服薬できない、又は、服薬できていなかった状態になってしまうことを指します。

落葉の原因や状況や対策

落葉の原因や状況は大きく分けて2つあります。

①介護職員のミス

落葉の原因の1つ目は、介護職員のミスで発生します。

例えば、

- 薬袋を破った際に薬がこぼれ落ちてしまう
- 服薬介助をしようとした際に手が滑ったり上手く口に入れることができず薬が落ちてしまう
- 薬を利用者の口に入れたものの飲み込みまで確認しておらず口から薬がこぼれ落ちてしまう

などの場合です。

薬袋は慎重に破り、利用者が薬を飲み込むまでその場を離れず、飲み込んだあとも薬が口の中に残っていないかをを確認することを徹底できれば介護職員による落葉ミスを減らしていきます。



②利用者の状態によるもの

落葉の原因の2つ目は、利用者の状態によって発生します。

例えば、

- 服薬介助をしようとした際に利用者が手で払いのけて薬が落ちてしまう
- 薬を利用者の口の中まで入れたものの利用者が吐き出してしまう

などの場合です。

この場合の特筆すべき共通点は、

1. 利用者に服薬拒否がある
2. 原因が利用者の状態によるものでも介護職員のミス、介護職員の責任になる

ということには留意が必要です。

介護職員だけの問題にせず、事業所全体で服薬拒否がある利用者だという情報共有をした上で対応を検討していく必要があります。

落葉が発生した場合の対処法

落葉が発生してしまった場合は、まずは看護師に報告が必要です。

看護師（及び主治医）の判断で、

- 休薬にする
- 新しい薬を出してもらい再度服薬介助を試みる

という対処法になります。

落薬をした旨の介護記録も必要。状況に応じて「ヒヤリハット」「事故報告」などのリスク報告書の作成や家族への連絡も必要となってきます。

介護職員の手元が狂って落薬してしまった場合は、新しい薬を準備して利用者が問題なく服薬できれば利用者は飲み忘れや誤薬をしたことにはなりません、「利用者の薬を落として飲めない状態になり捨てることになった」という意味ではリスク報告書が必要になる場合もあります。

ただ、服薬拒否のある利用者で頻繁に落薬が発生する場合は、その都度リスク報告書を書くよりもっと他にしなければならないことがあるはずです。

何故なら、再発防止も兼ねてのリスク報告書であるのに毎日のように落薬が発生しているのではリスク報告書の意味がないからです。

例えば、主治医とも相談をしながら「薬を飲みたくないことが利用者のニーズ」「服薬拒否をすることがその利用者の日常の一部」という捉え方をしていくことも必要ではないでしょうか。

何気なく床に落ちている薬を発見した時

上記の落薬の発生原因や発生以外に、もうひとつありがちなパターンがあります。

それが「誰の薬か、いつの薬かもわからない薬が何気なく床に落ちている」というパターンです。

目の前で落薬が発生すれば原因も状況もわかりますが、他の業務中に床に落ちている薬を発見した時、看護師に報告しいつの誰の薬かを特定していくことになるのですが、時間が経っているとなかなか特定が難しくなります。

錠剤の表面に書かれている文字も溶けていて見えなかつたりします。

落薬の第一発見者となった場合は、事故報告書を書くことにはなりますが、頻回に落薬する利用者の把握と対応策を検討するには必要な業務となります。

まずは「落薬」が発生しないように、服薬介助時や食後の利用者の様子を介護職員一人ひとりが注意していくことも必要です。

12 利用者同士のトラブル

1. 暴力に対する対応

介護サービスでは、同一の空間で多くの利用者が同時に利用することも多く、利用者間の暴力などトラブルが生じる場合があります。そのような場合に介護事業者は全配慮義務違反の他に、介護事業者が責任を負う可能性としては不法行為責任の一種である民法 714 条 2 項の監督義務者（代理監督者）責任です。

介護事業者は介護サービス契約上、代理監督者に該当する可能性があり、そのような場合は、責任能力のない利用者が第三者に与えた損害を賠償する責任が生じます。

トラブルの原因

- 「主導権争い」
- 「過去の出来事が原因」
- 「勘違い」
- 「性格の不一致」
- 「他人の事に口を挟む」
- 「認知症の影響」
- 「心のすれ違い」
- 「ストレス」
- 「嫉妬・ねたみ」
- 「人の好き嫌い」
- 「相手の事を理解できない」
- 「自己中心的な考え・行動」
- 「原因不明」があげられ、

トラブルが起きた時の対応策

- 「気分転換をはかる」
- 「コミュニケーションをとる」
- 「話題を換える」
- 「双方の話を聞く」
- 「なだめる」
- 「利用者同士を離す」

トラブルを未然に防ぐ方法

- 「物・職員・利用者の配置」
- 「トラブルが起こる前に間に入る」
- 「事前に注意を促す」

「異性による心のケア」

「職員が気をつける」

「気の合う人同士でグループになってもらう」

1) 暴力行為を発見した場合

①近くにいる職員に応援を求め、二人を引き離す。

②発見者は主任及び相談員へ連絡

所属の長は状況に応じて「医療事故報告体制」に基づき連絡する。

2) 被害者への対応

①外傷の有無および被害に至った経緯を確認する。

②家族への説明は状況により相談員又は主任等が行う。

③警察への被害届は、利用者家族が提出する。

3) 加害者への対応

①外傷の有無および暴力に至った経緯を確認する。

②家族への説明は状況により施設長等が行う。被害者の状況と共に、発生する治療費等について被害者家族と相談の旨、説明する。

版数	発行日	改定内容
不明	不明	不明
第1版	2019.10.1	落葉について 利用者同士のトラブル 追加
第2版	2020.4.1	事故指針 インシデントとアクシデントの分類基準 変更
第3版	2021.4.1	第五章 介護事故等の報告方法及び、介護に関わる安全確保を目的とした改善のための方策 追記