

● ● ● 第 4 章 ● ● ●

介護サービスと リスクマネジメント

care management
handbook



介護サービスに伴うリスクマネジメント

介護療養生活に伴う危険（リスク）

リスクとは、損害の発生頻度とその損害の重大性の二つの要素によって定義されますが、生活の中には様々なリスクが潜んでおり、「安全」とはリスクが許容範囲である状態といえます。要介護者は、生活の安全性が低下した状態であると捉え、常に内在する生活リスクを軽減することが介護計画に十二分に反映されなければなりません。

アクシデントとインシデント

アクシデントとは、利用者に損害をもたらした事故に相当する言葉として用いられます。インシデントとは、日常の介護現場で、誤った介護行為がなされたが、利用者に影響を及ぼすに至らなかった場合を意味します。同義語に「ヒヤリハットミス」があり、この方が一般的によく使われています。ヒヤリハットミスは、問題拡大にならなかったため、現場ではすぐに忘れ去られがちですが、この種のミスの積み重ねが重大事故（アクシデント）に繋がっていくことを認識しておきましょう。

リスクマネジメント

リスクマネジメントは、事故を未然に防止することや発生した事故を迅速に処理し、損害を最小限に抑えることがねらいです。医療の分野では、1970年代に導入され、事故の補償や損害賠償だけでなく、患者の安全確保に重点が置かれた取り組みとして定着してきました。

介護の現場においては、サービスを提供する側とサービスを受ける側双方が要介護状態の伴う生活リスクを相互理解することが必要です。さらには、病状が悪化した時や緊急時に対応する場合のかかりつけ医や近親者への連絡網などを事前に把握しておき、迅速な対応をとることが必要になります。介護計画は、まさに生活上に潜むリスクを軽減するためにあるのです。

さらには、介護サービス事業者としても、労働安全衛生法に基づく職員に対する安全配慮義務がありますので、事業所内のリスクマネジメントを総合的に考え、実行する部門を配置することが必要不可欠といえます。利用者は勿論、地域住民や地域ケアに関連する組織団体から信頼を得る意味からも、リスクマネジメント機能を高める努力を怠ってはいけません。

介護における安全への配慮

事故と過誤

介護事故とは、介護に関わる場で、介護過程において発生する人身事故の全般の事を言い、要介護高齢者が転倒したりすることは勿論、介護従事者が被害者となることも含まれます。

介護過誤とは、介護事故発生の原因に、介護従事者に過失が認められる者を意味しています。過失の有無を確認するために、リスクマネジャーとして介護支援専門員の役割も重要となります。

介護安全管理体制の確立

<全ての介護従事者に共通する介護事故防止の基本事項>

1. たえず「危機意識」を持ち、介護サービスに従事しましょう。
2. 利用者の介護ニーズの裏側には、介護リスクが存在する事を確認しましょう。
(歩行介助 → 転倒骨折)
(食事介助 → 誤えん)
(寝たきり介助 → 床ずれ・感染・発熱) 等など
3. 利用者の介護ニーズは時々刻々変化します。
介護サービス開始に当たり、その内容をたえず確認しましょう。
4. 利用者とのコミュニケーションを密接にしましょう。
(在宅訪問ノートの活用に勝る物なし)
5. 介護記録は正確かつ丁寧に記載し、内容点検を行いましょう
6. 職場のチームワークを強化し、事例ごとのリスクを共有しましょう。
7. 介護従事者自らの健康管理に留意しましょう。

<介護安全管理体制の整備>

1. 介護安全管理委員会の設置の検討

介護事業者としての規模を問わず、事業者、経営者は勿論参画し、居宅介護支援専門員が委員長に就任し、事情が許せば外部の専門家も配置します。

2. 介護安全管理委員会の役割とは

A: 情報収集を行います

介護現場におけるリスク情報（インシデント（ヒヤリハットミス）報告・介護事故報告書、他事業所での介護事故の事例なども含む）について、普段から幅広く具体的な情報の収集を行います。

B: 分析・評価をおこないます。

収集された情報を委員会で問題点の分析・評価を行う。

C: 職員への周知を行います

分析・評価されたインシデントや介護事故の事例など、リスクを排除するために必要と思われる事項について、職員全体に定期的に周知徹底をおこないます。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。

D: 収集情報の蓄積と活用を行います。

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に、データベースとして整理し、職員相互間で情報を共有し、適宜活用を行います

E: 既存の安全管理体制の見直しと業務改善策の検討を行います。

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ための職員への指導や原因の究明、事業所内の安全管理システムの見直し、業務改善策を検討します

介護事故防止への取組みの要点

- ① リスクマネジャー（居宅介護支援専門員が担う）を配置し、万一事故が発生した場合には、事故処理に最善を尽くし、類似の介護事故防止の取組みに繋げる体制を確立します。
- ② リスクマネジャー代行も配置しておき、リスクマネジャーを補佐し、リスクマネジャーが不在の時は、その職務を代行する体制にしておくことが必要です。
- ③ リスクマネジャーは、事例ごとの安全確保のために、ヘルパーなど介護従事者に対する指導及び助言を行います。
- ④ 介護安全管理委員会はインシデント（ヒヤリハットミス）報告や事故報告をもとに、事故原因を分析して対応策を立案します。業務の標準化を検討する中に介護事故予防のための要点を整理し、事故防止を兼ねた業務マニュアルを作成します。
- ⑤ この業務マニュアルを基に、定期的な安全研修を行い、認識を共有化します。

参 考

介護支援専門員自らの原因で経済的損失事故に繋がるケース

① ケアプランのミス

例) 計算、連絡ミスで区分支給限度額を超え全額自己負担分が出た。

② 個人情報漏洩による人権侵害に伴う損害賠償

③ 説明不足、契約の手続のミスなど

例) サービスの利用開始後に、「聞いてなかった」、「想定したサービスと違っていた」などの問題が発生する。

④ 利用者等への訪問及び面接時間の変更連絡ミス、約束忘れ

介護事故が起きたときの対応

介護従事者が当然行う業務上の注意義務を怠ったことから、利用者に被害を及ぼし、場合によっては利用者を死に至らしめることがあります。とくに、重大事故の発生直後は、冷静かつ誠実に、利用者および家族への対応を迅速に行うことが重要です。

1. 迅速な最善の処置

介護事故が発生した場合は、まず利用者に対して可能な限りの緊急処置を行います。引き続き、看護職員や医師、救急車など関係者に速やかに連絡を取り、最善の処置を行います。

→医師との連携が重要です

いざというときの対応を、あらかじめ確認しておくこと、その周知徹底を図ることをリスク・コミュニケーションといいます。まずは、かかりつけ医と顔見知りの関係になっておくことがポイントです。

2. 責任者への報告

すみやかに所属長へ報告し、事業所内で対応できない場合には、かかりつけ医などの協力医療機関へ移送し、担当医師の指示を仰がなければなりません。

3. 利用者および家族への説明等

緊急処置が一段落すれば、出来るだけ速やかに利用者や家族等に誠意を持って説明し、家族の申し出についても誠実に対応しましょう。

委員会の審査の結果、事業者側の過誤が明らかな場合、リスクマネージャーが率直に謝罪します。しかし、過誤の有無、利用者への影響などは発生時には不明確なことが多いので、事故発生の状況下における説明は慎重かつ誠実に行うようにしましょう。

4. 利用者及び家族への損害賠償

介護事故により施設が賠償責任を負った場合は、加入している損害保険により利用者及び家族に補償をするために直ちに手続を取ります。

5. 事故記録と報告

利用者への緊急処置が一段落した後、できるだけはやく介護事故報告書を作成します。介護事故当事者は、事故概要を「介護事故報告書」に記載します。

事故の概要、利用者の状況、現在の治療、今後の見通し及び利用者・家族への説明内容などを介護記録に必ず記載しておきます。

介護記録の保管に関しては利用が完結して2年が原則です（記録の整備・運営基準第29条）。また、介護記録の取り扱い方、管理責任など必ず事業所内で取り決め、利用者の情報の管理は慎重にしましょう。（秘密保持・運営基準第23条）

6. 行政機関への報告

重大な介護事故や利用者が死亡するなど重大な事態が発生した場合、速やかに久留米市健康福祉部介護保険課へ報告を行います。状況によっては、警察署への報告も欠かせません。

4-4

介護サービス事故に係る報告要領

(福岡県保健医療介護部介護保険課) ※報告様式については 様式記載例 4 6 をご覧ください。

1. 趣旨

指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、指定地域密着型サービス事業者、指定介護予防支援事業者及び介護保険施設が保険者に対して行う事故報告については、この要領に基づき、適切に取り扱うものとする。

2. サービスの種類

事業所又は施設のサービス種類については、次のとおりとする。(介護予防を含む。)

- | | |
|---------------|---|
| (1) 訪問系サービス | 訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、
訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導 |
| (2) 通所系サービス | 通所介護、通所リハビリテーション |
| (3) 居住系サービス | 特定施設入居者生活介護 |
| (4) 短期入所系サービス | 短期入所生活介護、短期入所療養介護 |
| (5) 施設サービス | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、
介護療養型医療施設 |
| (6) 地域密着型サービス | 夜間対応型訪問介護、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、
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、
地域密着型特定施設入居者生活介護 |
| (7) その他 | 居宅介護支援、福祉用具貸与、特定福祉用具販売 |

3. 報告の範囲

基準省令の「利用者に対する各サービスの提供により事故が発生した場合」については、直接介護を提供していた場合は当然として、下記の場合を含む。

- (1) 利用者が当該施設・事業所内にいる間に起こったもの
- (2) 送迎中に起こったもの
- (3) その他サービスの提供に、密接な関連があるもの

4. 報告すべき事故の種類

(1) 報告すべき事故の種別は、次の内容とする。

転倒、転落、接触、異食、誤嚥、誤薬、食中毒、感染症(インフルエンザ等)、

交通事故、徘徊(利用者の行方不明含む)、職員の違法行為・不祥事、その他

※職員の法令違反、不祥事は、サービス提供に関連して発生したものであり、利用者に損害を与えたもの。例えば、利用者の個人情報紛失、送迎時の利用者宅の家屋の損壊、飲酒運転、預かり金の紛失や横領などである。

※その他とは、事業所の災害被災など。

(2) 報告すべき事故における留意点

①死亡については、死亡診断書で、老衰、病死等、主に加齢を原因としない死因の記載がなされたものは、報告すること。

②けが等については、医療機関の受診(施設内における受診を含む。)を要したものを、原則とする。
なお、報告すべきか不明の場合は、保険者の意見を聴くこと。

③食中毒、感染症等のうち、次の要件に該当する場合は、保険者への報告と併せて管轄の保健所へ報告し、指示をもとめること。

＜報告要件＞

イ 同一の感染症若しくは食中毒による、又はそれらによるとと思われる死亡者、又は重篤な患者が1週間以内に2名以上発生した場合

ロ 同一の有症者等が10名以上、又は全利用者の半数以上発生した場合

ハ イ及びロに掲げる場合のほか、通常の発生動向を上回る感染症の発生が疑われ、特に管理者等が必要と認めた場合

④従業者の直接行為が原因で生じた事故、従業者の介助中に生じた事故のうち、利用者の生命、身体に重大な被害が生じたもの(自殺、行方不明等、事件性の疑いがあるものを含む。)については、管轄の警察署へ連絡すること。

注) 事故報告には該当しないが、これに準ずるもの(利用者が転倒するも、特に異常がみられず、サービス提供を再開した場合や、職員による送迎時の交通違反の場合等)については、個人記録や、事故に関する帳簿類等に記録するとともに、ヒヤリ・ハット事例として事業所内で検討して、再発防止を図ることが望ましい。

5. 報告の時期等

所要の措置（救急車を呼ぶ、医師への連絡、利用者の家族等への連絡等）が終了した後、速やかに保険者に対して報告を行うこと。また、事業所又は施設にあっては、併せて居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所に、報告を行うこと。

事故の事後処理状況にもよるが、概ね事故発生後、3日以内に所定の報告を行うものとする。ただし、事故の程度が大きいものについては、まず、電話等により、保険者に対し、事故の概要について報告すること。報告にあたり、以下の点は留意すること。

※利用者の関係する全ての保険者に、報告すること。

※施設入所者について、施設所在地の市町村と入所者の保険者が異なる場合は、報告書を双方へ提出すること。

※対象者が、報告後に容態が急変して死亡した場合等は、再度報告書を届け出ること。

6. 報告すべき内容

- (1) 事業所の名称、事業所番号、連絡先、提供しているサービスの種類
- (2) 利用者の氏名、住所、被保険者番号、年齢・要介護度・心身の状況
- (3) 事故発生・発見の日時、場所
- (4) 事故の概要（事故の種類別、事故の結果、事故の原因等）
- (5) 事後の対応（家族や関係機関等への連絡）
- (6) その他（再発防止の方策等）

7. 保険者に対する事故報告様式標準例

別に保険者が定める様式がある場合はそれによることとし、その他事業所における任意様式でも差し支えないが、基本的に上記6の項目を満たす必要がある。

標準例は、別紙のとおりとする。

また、基本的には利用者個人ごとに作成するが、感染症・食中毒等において、一つのケースで対象者が多数に上る際は、事故報告書を1通作成し、これに対象者のリスト（2「対象者」、4「事後の対応」、各人の病状の程度、搬送先等の内容を含むこと。）を添付してもよい。

8. 記録

事故の状況及び事故に際して採った処理は必ず記録し、少なくとも完結後2年間（できれば5年が望ましい）は保存すること。

9. 根拠法令

- ① 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第37条
- ② 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）第27条
- ③ 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）第35条
- ④ 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）第36条
- ⑤ 指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第41号。）第34条
- ⑥ 指定地域密着型サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）第38条
- ⑦ 指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第37号）第26条
- ⑧ 指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）第35条
- ⑨ 指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）第37条

10. その他

この要領は、平成21年6月1日から施行することとする。

チェックリスト

最低でもこれだけは必ずやっておこう！

<利用者との出会い>

- ☐ 訪問の際、身分証明者を提示しましたか？
- ☐ 介護保険について、利用者や家族は理解されましたか？
- ☐ 介護認定申請の提出の確認をしましたか？
- ☐ 利用者の主治医やかかりつけ医はどこか知っていますか？
- ☐ キーパーソンや緊急時の連絡方法などの把握は出来ていますか？
- ☐ 介護保険課に居宅作成届出書の提出は終わりましたか？
- ☐ 契約書・重要事項説明は終わりましたか？
- ☐ 守秘義務についての説明は出来ていますか？
- ☐ 個人情報の取り扱いについて、十分注意を払っていますか？（本人・家族に同意書は貰っていますか？）

<ケアプラン作成>

- ☐ アセスメントの標準項目について把握するように努めていますか？
- ☐ 利用者の困りごとや要望を聞き、その原因や背景を分析していますか？
- ☐ 利用者の生活のリズムが把握できていますか？
- ☐ 利用者のできること（能力）、していること（行為・実践）の把握はできていますか？
- ☐ 利用者の自立支援に向けての計画になっていますか？
- ☐ 利用者や家族の意見ばかり聞いた「言いなりプラン」になっていませんか？
- ☐ 地域の社会資源を有効に活用できるようなプランになっていますか？
- ☐ サービス事業所の選択に利用者や家族の意見を取り入れていますか？
- ☐ 介護保険外のフォーマル・インフォーマルサービスも検討していますか？
- ☐ サービス提供において、内容や時間は適切でしょうか？

<ケアプランは機能していますか？>

- ☐ ケアプランとサービス提供票・別表を利用者や家族に提示・説明しましたか？
- ☐ ケアプランとサービス提供票・別表を事業所に提示しましたか？
- ☐ サービス担当者会議の時には、関係者間での幅広い情報収集や意見交換はできていますか、情報共有できましたか？
- ☐ 利用者や家族を交えた上で、会議を開催しましたか？
- ☐ 会議に参加できない事業所に照会しましたか？
- ☐ サービス開始後、できるだけ早い内に利用者やサービス事業所へのモニタリングを行っていますか？
- ☐ 少なくとも月に1回は利用者宅を訪問し、利用票の提示・確認印をもらっていますか？
- ☐ 利用者や家族とのやりとり（訪問や電話等）を5表に記載していますか？
- ☐ 少なくとも1月に1回はモニタリングを施行していますか？
- ☐ 環境や状況が変化したときにはプランの見直しを行っていますか？

<リスクマネジメント>

- ☐ 事故が起こったときの対応方法は把握できていますか？
- ☐ 苦情・事故の内容や対応を記録に残していますか？
- ☐ 介護事故の再発防止のために職員相互の情報の共有はできていますか？