

# — 介護事故の削減に向けて —

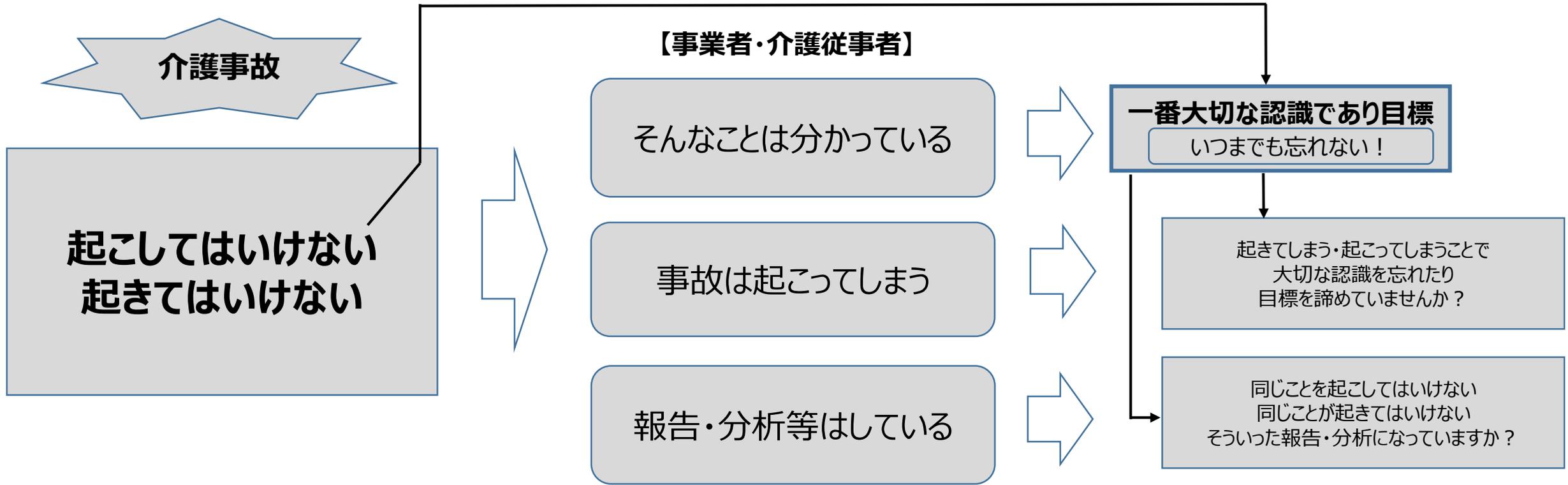
## 事業者と保険者の協力体制の整備

平成30年6月29日(金)  
高知市健康福祉部介護保険課事業係

# 目次

1. 介護事故への認識 1～6ページ
2. 協力体制の整備 7～9ページ

# 1 介護事故への認識①

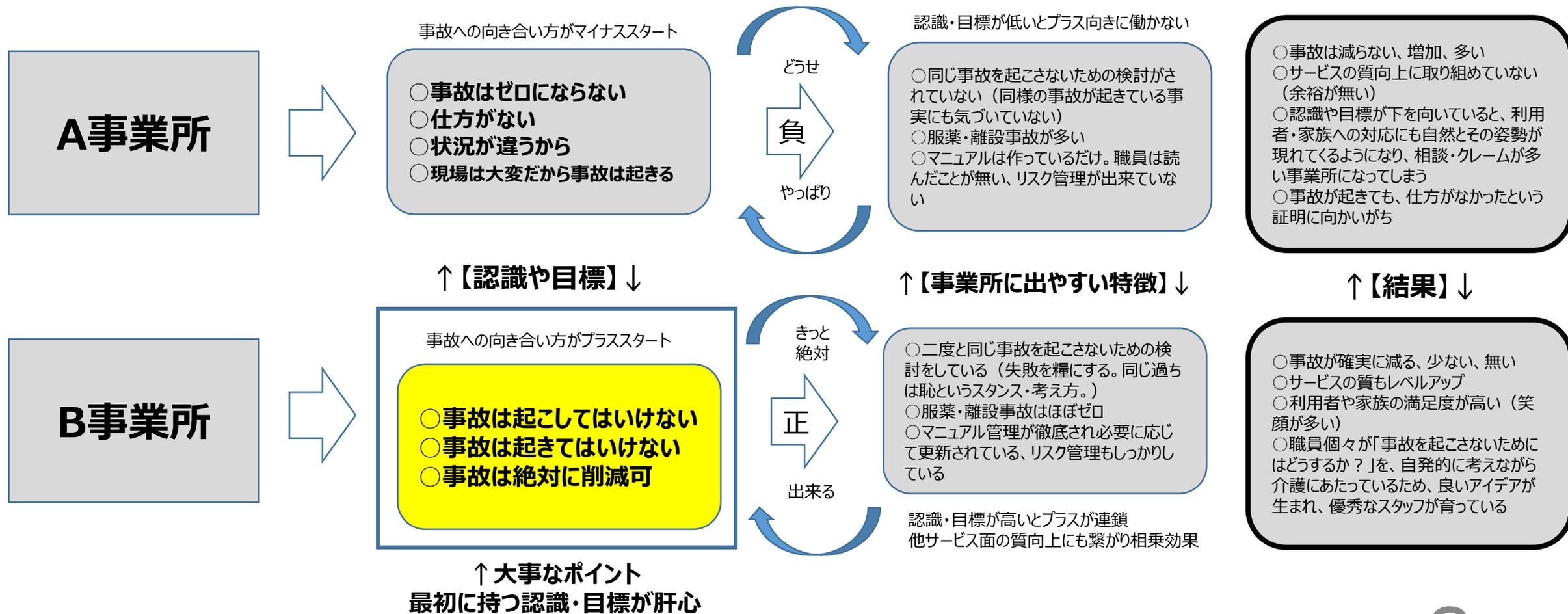


介護事故は、「起こしてはいけない」「起きてはいけない」ということを  
職員個々はもちろん組織的に認識し、目標を共有することで  
「介護事故削減の達成度」や「削減に向けたプロセス（検討会等）の質」が高まる

# 1 介護事故への認識②

認識や目標の違いで、これだけ違う、変わる！

「どうせ、やっぱり」から「きっと、絶対、出来る」へ！



# 1 介護事故への認識③

介護事故をなくすためには、「ほうれんそう」よりも「かくれんぼ」！？  
「報・連・相」 「確・連・報」

## 「かくれんぼ」

確 連 報  
認 絡 告

↑これが大事

- 事故は起こしてはいけない
- 事故は起きてはいけない
- 事故は絶対に削減可



事故防止は、「相談」より、まず  
「確認」をする職員 = 自主的にリスクを考える（考えられる）職員  
が居てこそ実現に近づくのではないか。

職員個々が正しい認識・目標を持たないと  
安心・安全を確保する組織的なリスクマネジメントが確立されない

職員個々の認識・目標がしっかりと



色々な場面・状況で「確認」が自発的に行われる



- ・薬は間違いが無いか？ 与薬忘れは無いか？
- ・転倒の可能性は無いか？
- ・利用者はいるか？
- ・この場所は死角があるため、上司に相談しよう



職員個々の事故が発生してしまうプロセスへの  
イメージ力（リスク管理能力）が培われていく



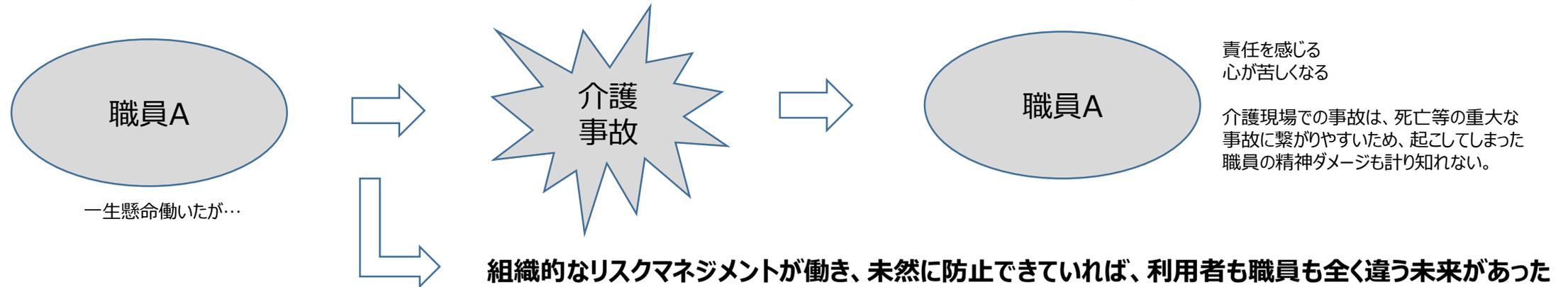
事故予防力の高い現場が（自然と）出来て行く

# 1 介護事故への認識④

## リスクマネジメントは

介護事故を防ぎ、利用者の安心・安全を確保しているだけでなく

**職員と組織も守っている！**



交通事故を起こしたいような人はいない。

介護事故を起こしたいような人もいない。

リスクマネジメントは面倒でなく、後の「苦」を防ぐ「楽」。

### <ハインリッヒの法則>

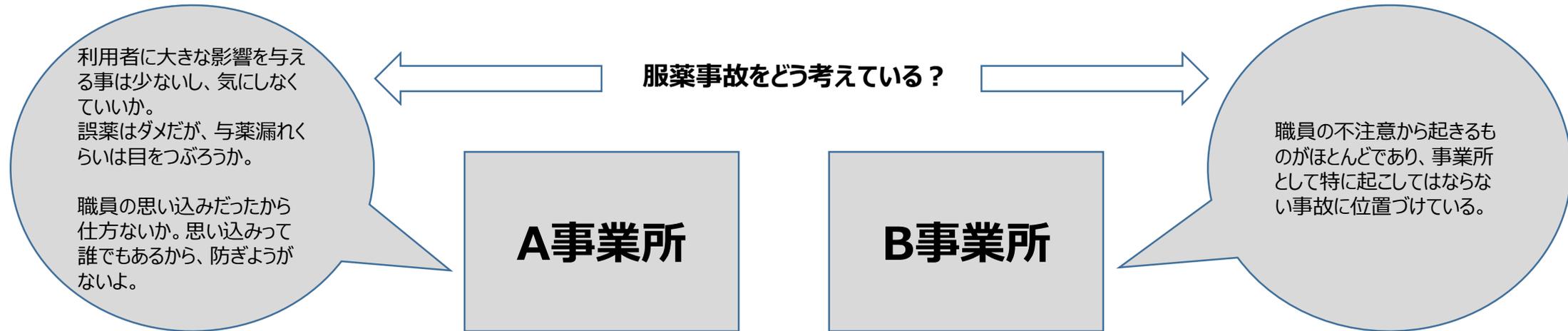
1930年代、アメリカのハインリッヒ氏が労災事故の発生確率を調査したもので、「1：29：300の法則」ともいわれる。これは、1件の重症事故の背景には、29件の軽傷の事故と、300件の傷害にいたらない事故（ニアミス）があるという経験則。またさらに、その背景には、数千、数万の危険な行為が潜んでいたともいう。つまり、事故の背景には必ず数多くの前触れがあるということ。メディアとネットワークが発達した現代においては、たった1件の事故やクレームなどでも、十分に企業の存続を脅かすこととなりうる。このようなリスクを回避することは、経営の重要課題となってきている。（引用：出典 コトバンク デジタル大辞泉）

知ってて損はない豆知識

1件の重症事故、29件の軽傷事故の背景には300件のヒヤリハットがある。事故を防ぐにはリスクマネジメントが必須！

# 1 介護事故への認識⑤

## 小さな事故とっているようであれば、 いつか重大な事故を起こす！



A事業所は、服薬事故を小さな(些細な)事故と考えている。

B事業所は、服薬事故こそ、当然無くすべき(無くせる)事故と考えている。

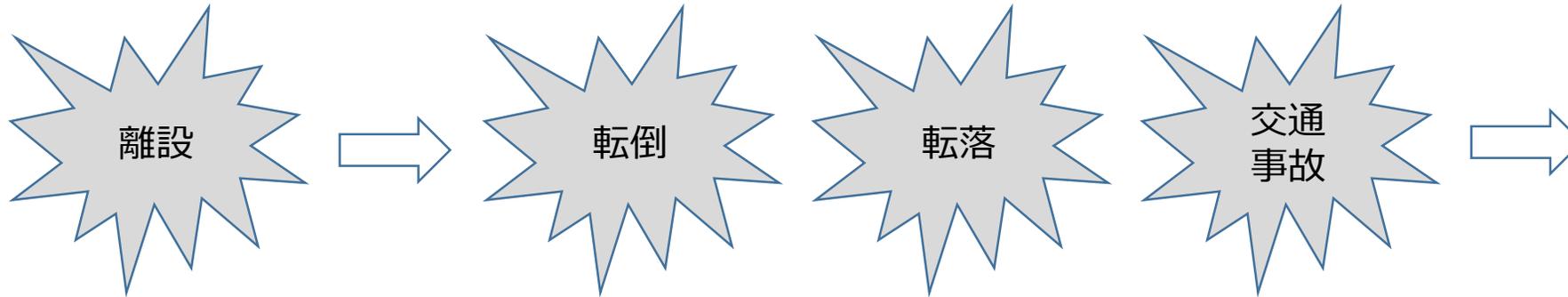
大きな事故を起こす確率が高いのは、どちらの事業所？

あなたは、どちらの事業所に、家族の介護をお願いしたいですか？

# 1 介護事故への認識⑥

## 離設事故は、重大な事故！

離設は、大変な事故に巻き込まれる可能性を孕んでいる。



離設事故は「まさか」と思っている  
**死亡 重傷**  
に繋がりがやすい

### 離設の事故事例①

徘徊癖があった認知症の女性が通所先のデイサービスセンターから抜け出し、そのまま死亡したのは施設側の責任として、女性の夫ら遺族3人が施設を運営する法人を相手取って計約2,964万円の損害賠償を求めた訴訟の判決で、裁判所は施設側の過失を認めて計約2,870万円の支払いを命じた。

### 離設の事故事例②

9月7日介護施設に入居していた女性が無断外出して行方不明となり、同月下旬に山中で亡くなっているのが見つかった。遺族が施設を運営する法人に計約3,080万円の損害賠償を求め、裁判所は施設の過失を認めて約2,450万円支払うよう命じた。裁判長は判決理由で、女性には認知症による徘徊癖や帰宅願望があり、施設側は女性が抜け出すことを「予見可能だった」と指摘。「利用者の無断外出を防止し、生命身体を安全に管理する体制を整えていなかった。」とした。

離設事故って、

○仕方がなかった○何もなくて良かったで済む事故ですか？

状況によっては、管理者や介護職員個人も責任が問われる大変な事故。

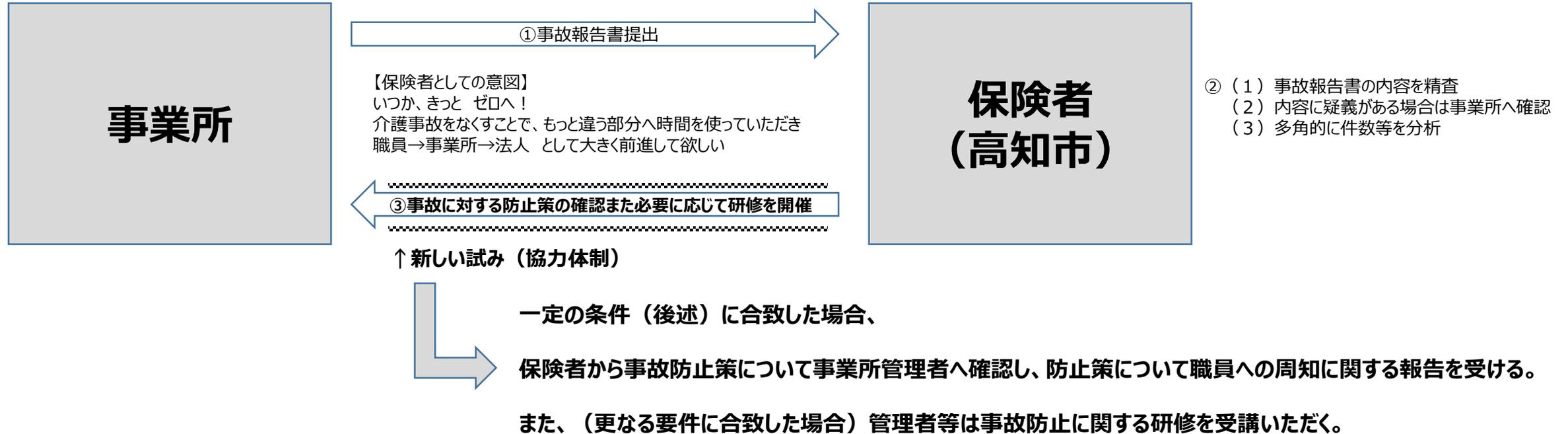
メディアやインターネットが発達した現代では想像もしていない社会的制裁を受けることも。

法人・事業所そして職員として、介護事故は、とても怖いことであると知ろう！

## 2 協力体制の整備①

# 目的: 介護事故ゼロの事業所作り推進

### 【概要】



## 2 協力体制の整備②

### 【高知市から事業所へ確認する際の条件】

	第一段階 管理者への確認及び職員周知報告	第二段階 管理者等の事故防止研修受講
条件	(3ヶ月毎に確認) ①高知市内での同一サービス平均事故件数より上の場合 ※①については前年度の転倒転落・与薬・離設・誤嚥誤飲のトータル平均 ②服薬事故または転倒転落事故が1月に2回以上 ③離設事故が発生した場合	( <u>第一段階に合致した後に</u> ) ①高知市内での同一サービス平均事故件数より上の場合 ※①については前年度の転倒転落・与薬・離設・誤嚥誤飲のトータル平均 ②服薬事故または転倒転落事故が1月に2回以上 ③離設事故が発生した場合  ↑ 第一段階を経ても改善結果が見られない場合、 高知市主導による研修を受講いただきます
方法	(原則) TEL確認 及び 職員周知の報告書（内部研修の実施など）提出受け	研修の形式は検討中（講義や他事業所での実地見学等）

### 【ご理解いただきたい点】

介護事故が起きたことを「悪」として関わるものではありません。

高知市としては、「他事業所と比べて介護事故が多い」や「同様の事故が繰り返されている」などの情報を事業所と共有し、事業所に気づいていただく機会を設けることで、サービスの質の向上を目指すものです。もちろん、結果（介護事故ゼロの実現）を求めることで、事業所や法人の更なる発展も期待できるものと考えていますので、当取り組みへのご理解とご協力をお願いします。

また介護事故が多い等の情報を公開するような取り組みではないため、当該事業所と高知市のみで情報を共有します。

## 2 協力体制の整備③

# 目標：介護事故（年間件数）の1割削減

	全件	与薬	誤嚥誤飲	離設	転倒転落
H28年度	708件	205件	5件	19件	322件
H29年度	723件	223件	14件	31件	323件



H30年度  
約650件

=

(目標)  
1割削減

### 削減可能な4大事故

- 与薬……職員個々の意識、事業所のスタンスで最も発生を抑えられる事故。削減可能度「大」
- 誤嚥誤飲…死亡リスクの高い事故。削減可能度「中」
- 離設……再発防止が絶対必要な事故。削減可能度「大」
- 転倒転落…事業所により発生件数に偏りのある事故。削減可能度「中」

「与薬」「離設」の再発が常態化している事業所は他の介護事故も多い傾向にある。

また、転倒転落は「介護現場では付き物」と言われることもあるが、実際に年間単位で発生件数がゼロに近い事業所を見ると、与薬や離設の事故もゼロに近い事実があり、一つの事業所で繰り返し発生している件数の中には、リスクマネジメントにより防止できた・できる事故も多く存在すると考えられる。

介護事故への認識や目標「起こしてはいけない、起きてはならない」を大事にすることで、介護事故は必ず減り、防止できるようになる。