

平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)
「在宅・介護施設等における医療的ケアに関連する事故予防のための研究」
ヒアリング結果まとめ(介護老人保健施設)

1) 介護老人保健施設(以下、老健) A

① 施設の概要

2005 年に関東地方に開設された老健である。ショートステイを含む入所サービスと通所リハビリテーションサービスを有しており、定員は入所サービス 150 人(うち、一般棟:100 人、認知症専門棟:50 人)、通所リハビリテーション 44 人の計 194 人である。早期在宅復帰に力をいれており、2018 年 7 月より、在宅強化型老健となっている。

② 質・安全に関する組織体制

施設長、看護部長、事務長が参加するリスクマネジメント委員会を隔月、リスクマネジメント小委員会を毎月開催している。発生した事故やヒヤリ・ハット事例の定義を定めており、ヒヤリ・ハットは 1 と 2 に分類される。ヒヤリ・ハット 1 は発生前に気づいた事例や一時的な処置を行った事例、ヒヤリ・ハット 2 は継続的な処置を必要とした事例、事故は医師による処置を必要とした事例や誤薬としている。

③ 事故発生件数

ヒヤリ・ハット 2 又は事故に該当する転倒転落は月 20-40 件程度発生している。転倒転落以外の報告は、皮下出血や表皮剥離が多い。また抑制が実施できないため、胃ろうからの経管栄養や点滴の実施対象者によるルート類の自己抜去も多い。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

入所時に、同意書と同じタイミングで事故のリスクについて家族へ説明を行っている。

骨折、死亡事例は行政に報告している。施設内の骨折が年 22 件に発生したことから発生防止に取り組み、その結果、年 6 件とすることができた。具体的な方策としては以下があがった。

- ・転倒転落のハイリスクな利用者にはスタッフステーション前にいてもらい、スタッフの目が届くようにする。
- ・見守りをする職員がその場を離れなくてよいようにスタッフを配置する(夜勤看護師 3 人体制)。
- ・離床センサー、人感センサーを設置し、離床や立ち歩きを早期に発見できるようにする。

⑤ 職員教育の状況

4月の新人入職時には新人オリエンテーションを行っているが、実務を覚える方が優先されがちであり、内容の定着は少ない。4月以外に入職した人の場合も、入職時にオリエンテーションを実施している。

教育研修委員会があり、年2回の定例勉強会を行っている。以前は危険予知トレーニング(KYT)も行っていたが、今はなぜなぜ分析のグループワークなどを行っている。定例勉強会について、教育研修委員会からフィードバックがある。

⑥ 課題と認識している点

職員が多いことで質が上がり、事故を防止でき、質・安全を確保することができる。しかし職員数が増えると、人件費がかさむ状況がある。看護師が夜勤で3人いると、看護師が配薬することができ、介護士が配薬する必要がなくなるため介護士の心理的負担が少なくなる。

利用者の状態変化などについて、相談員から家族に連絡ができるので家族とのコミュニケーションが密に保てる。病院では家族に連絡する立場の職員がおらず、看護師が連絡しなければならないため、連絡の頻度・密度が低くなる。家族とのコミュニケーションが密にできれば事故が起きた場合も問題になることを防ぐことができる。

薬剤処方が施設の持ち出しになるため、一部しか請求できず、高額な薬を使えず病状が悪化する場合がある。

⑦ 市区町村・他施設との連携、情報共有の状況

骨折、死亡事例は所在する区(所在区)に報告している。所在区から集計結果のフィードバックなどはない。他の施設との情報交換は所在区主導の形では行われていない。実地指導は隔年であり、医師が訪問する場合は衛生面や感染などの内容の確認がある。所在区が実施する研修は年に1度程度開催されている。

他施設との連携としては、先代の看護部長が自治体内の老健7施設の看護部長会を発足させ、各施設の看護部長が隔月程度の頻度で集まり情報交換を行っている。事故情報のほか、実地指導に関する情報なども共有している。年に1度は事務長も参加をしている。

自治体内の施設との情報共有の他、職員が自身の親が入所している他施設と情報交換をしたり、利用者の受け渡しをする関係で日頃から介護老人福祉施設(特養)と老健で情報を共有したりという交流がある。

⑧ 事故情報収集・分析・再発防止の仕組みに対する要望、ご意見

「利用者の状態を改善させたいという気持ちと、改善のために取り組む

ことで利用者の状態が不安定になるところのバランスの取り方について、他施設の好事例を目に付きやすく現場に届く方法で共有できるとよい。管理者層に届いたりや時間をとって読む必要があるものでは、現場には伝わらず活用することが難しい。」という意見があった。

⑨ その他

施設内には看護師長を委員長とする感染管理委員会が設置されている。以前インフルエンザのアウトブレイクを経験しており、それ以来冬場になると、職員はマスクと手洗いを徹底し、ウイルスを持ち込まないようにしている。職員の家族が発症した場合は職員も抗インフルエンザ薬を予防的に服用している。全職員・全利用者が毎朝検温を行い、37度以上ある職員は帰宅させる。家族が訪問した場合も検温を行っている。

嘔吐が発生した場合は鑑別診断前に当該フロアをすべて次亜塩素酸で床・手すり等を消毒し、感染予防に努めている。

【老健 A 基本データ】

所在地／関東地方

開設主体／医療法人

開設年／2005年

入所定員／150人

入所以外の提供サービス／通所リハビリテーション

職員数／135人

(うち、常勤換算で、医師 1.9 人、看護師 15.7 人、介護職員 66.0 人、理学療法士 7.6 人、作業療法士 3.0 人、言語聴覚士 1.0 人、栄養士・管理栄養士 9.0 人等)

2) 老健 B

① 施設の概要

中部地方に位置し、医療法人が開設主体の老健である。利用者は系列のクリニックより診断をうけ入居しており、それ以外の入居はほとんどない。在宅復帰支援に取り組んでおり、在宅復帰・在宅療養支援機能の評価では在宅強化型のうち「超強化型(Ⅱ)」に該当する。全 139 床のうち、8-9 割が長期療養、1-2 割がショートステイとして稼働している。

② 質・安全に関する組織体制

法人内でクリニックや関連施設を位置する地域で二分し、理事長（施設管理者）、リスクマネジャー、各職種責任者が参加するリスクマネジメント会議を毎月実施している。リスクマネジメント会議に理事が参加することで、対応策などの即時対応が可能となる。

法人全体でのヒヤリ・ハットと事故の定義を定めており、ヒヤリ・ハットは事故になる前に防ぐことができたもの、事故（アクシデント）は実際に発生したものとしている。

③ 事故発生件数

毎月 40-50 件の報告がある。事例発生時は事故かヒヤリ・ハットか区別せず、全てヒヤリ・ハットとして報告を行う。報告後に事故かヒヤリ・ハットか分類を行う。種別としては転倒転落が最も多く、次いで誤薬が多くなっている。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

発生した時点ですぐにリスクマネジャーと理事長に報告を行う。現場のみでの判断ではなく、理事長による判断も行う必要がある、いつでも報告できるような環境づくりを行っている。

必ず家族へ連絡するが、その際には理事長（医師）の判断を伝え、対応への理解や了承を得ている。医療機関の受診が必要となった事例は都道府県と市両方へ報告している。

転倒転落については、必要に応じてセンサーやマット、極稀に 4 点のベッド柵を設置する。危険な場合には部屋に畳を敷く場合もある。このような取り組みにより、重症な骨折事例は 2017 年で 3 件、2018 年 11 月時点では 1 件となっている。

入居時に初回評価を 30 分程度で実施しているが、昼夜で利用者の状況は大きく変わる。特に環境が変化した直後の夜の転倒が多いため、注意している。

薬剤性の転倒、低血糖などの経験により、医師が重要な薬剤と不要な薬

剤を判断し調整を行った。これにより薬剤性の低血糖の発生は著しく減少した。移動や移乗時には安全性が確保できるよう注意を払っている。

⑤ 職員教育の状況

10年ほど前にISOを取得しており、マニュアルに沿った教育も実施している。また、内部監査員を2人配置している。

中途採用の職員の場合、他施設の方法からなかなか変えづらい現状があるが、マニュアルを提示し、徹底するよう指導している。

法人内の施設間で職員の異動があるため、医療施設から介護施設へ異動となる場合がある。生活期への取り組みは急性期と異なるため、その点が理解できるような支援や教育が必要であると感じている。

⑥ 課題と認識している点

入居後、初回の転倒に関する評価に30分以上かけているが、昼と夜の状況は異なる。特に入居後の夜は転倒が多くなっている。環境の変化が要因と考えられ、入居後間もない利用者への転倒予防は課題の1つである。

また、安全の専任職員がいないため、発生したヒヤリ・ハット、事故事例の分析については十分にできていない可能性があること、週に1度のみの勤務の職員もいるため、服薬時に利用者の誤認などが発生してしまうことも課題である。服薬方法については、検討が必要だと感じている。

⑦ 市区町村・他施設との連携、情報共有の状況

市と都道府県の双方に事故報告を行っているが、どちらからもフィードバックはない。研修は、都道府県から委託され老健協会が開催している。

他の施設とは、現在特に連携は行っていない。

⑧ 事故情報収集・分析・再発防止の仕組みに対する要望、ご意見

「介護と医療では共通用語が異なる場合があるため配慮が必要である。再発予防策の実施による改善事例集などがあると嬉しい。事務的な手間があまりかからないとよい。現在、市と都道府県で様式が異なっており、さらに別の報告を提出することになると負担が大きくなる。」という意見があった。

⑨ 行政、自治体への要望

都道府県と市双方に事故報告の書類を提出しているが、両方で様式が異なっており、また類似する内容であっても別々で問合せがくるため対応に負担を感じていた。

【施設 B 基本データ】

所在地／中部地方

開設主体／医療法人

開設年／1994 年

入所定員／139 人

入所以外の提供サービス／ショートステイ、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション

職員数／96 人（常勤・非常勤問わず）

（うち、常勤換算で、医師 1.5 人、看護師 5.5 人、介護職員 37.5 人、理学療法士 3.0 人、作業療法士 1.8 人、言語聴覚士 1.8 人、栄養士・管理栄養士 2.0 人等）

3) 老健 C

① 施設概要

老健 C は医療法人が開設主体であり、同施設内に認知症高齢者グループホームが併設されている。入所定員 150 人、通所定員 40 人であり、従来型とユニット型の居室の両方を備えている。算定区分は、在宅復帰・療養支援加算（I）の加算型、処遇改善加算、排泄支援加算等を算定している。施設内での取り組みだけではなく、地域の祭りへの参加や、ホテルでのバイキング体験等のイベントも行っている。

② 質・安全に関する組織体制

施設サービスの質の向上や施設運営を目的として委員会・会議を設置しており、その中にリスクマネジメント委員会・身体抑制廃止委員会がある。月に 1 度、リスクマネジメント会議が開催され、施設長、看護職、リハビリ職、介護職のスタッフが参加する。会議では、報告書の内容について見直しをしたり、話し合ったりしている。

施設の看護師 2 人が全国老人保健施設協会（全老健）のリスクマネジャー資格を保有している。

ヒヤリ・ハットは患者影響度分類によりレベルわけを行っている。レベルわけは病院同様とし、レベル 0-2 はヒヤリ・ハット、レベル 3 以上を事故として取り扱っている。

③ 事故発生件数

ヒヤリ・ハットは毎月 30-40 件ほど報告がある。現在はレベル 0 の転倒転落が最も多く、3b 以上の骨折は上半期では 0 人であった。事故の種類としては、骨折（転倒転落）、スキンテア、薬剤関連の順で発生頻度が多い。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

ヒヤリ・ハット報告書は所定の様式があり、パソコンで入力するようになっている。PC の記録システムに報告書作成のシステムが組み込まれており、簡単な統計処理も可能である（写真 1）。

事故発生後は、保険者である市区町村に電話にて連絡を行っている。ただし老健 C の所在する区（所在区）は、区が保険者でない場合も報告すること定められているため、報告対象の全事例を報告

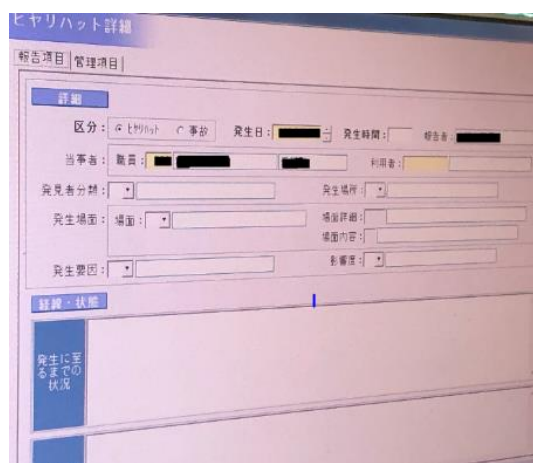


写真 1 記録システム画面

している。

作成した報告書は、ステーションに掲示し、周知を行っている。

病棟薬剤師経験のある薬剤師が週に5日午前中に出勤している。入所時に内服薬の確認を行うことで、減薬や正しい薬剤の使用に努めている。

移乗時の転倒や転倒転落予防のため、利用者の各居室にはどのように対応するか、介助の方法や使用するものなど細かく指定し、また内容がわかりやすいように工夫して掲示している（写真2）。

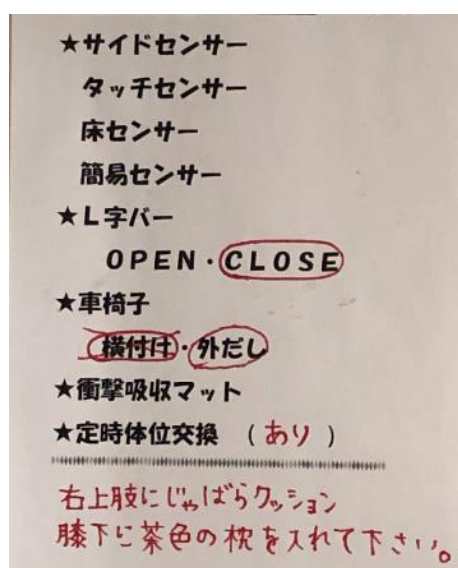


写真2 介助の工夫の掲示例

⑤ 職員教育の状況

新卒職員にはオリエンテーション時に、事故報告の制度も含めて教育を行っている。そのほかには、リスクマネジメント会議の内容を職員に周知したり、年に1度の研修で危険予測トレーニング（KYT）を実施したりしている。

⑥ 課題と認識している点

医療と介護は違いが大きいと感じる。老健においては、医療ではなく介護の視点での安全管理が必要である。介護職は利用者のペースに合わせており、合わせる中で事故発生がないように細かい点を決めてケアを行っている。医療者は前もって過剰に予防しようとするため、利用者のペースを崩してしまうことがある。生活を意識した支援を行うためには、介護を行う中でいかに安全を維持するか、を考えることが必要である。

雇用に関して、若い職員は回転がはやく退職してしまうため、現在は、配偶者が日本人である外国人を雇用しているが、今後は日本人配偶者がいない外国人労働者も雇用していきたいと考えている。

⑦ 市区町村・他施設との連携、情報共有の状況

事故に至った場合には、保険者（各市区町村）に報告をする。他の自治体が保険者である場合には、保険者の自治体と所在区と2か所へ報告を行っている。所在区への報告書は、他の自治体の様式であっても、必要な情報が記載してある場合には、その報告書を提出することが可能である。

書類提出の際に自治体から記載内容について聞かれることはあるが、その場合の対応は事務長が行うことになっている。

都道府県の保健局には、半期に一度事例の概要を報告している。事故の

他、感染なども含めて報告を行っているが、どのような基準で報告すればよいか明確でない現状がある。

事故の報告は行っているが、いずれの自治体からもフィードバックはない。自治体が全体の介護事業所を対象として指導を行うことはあるが、事故内容を反映しているものではない。

同自治体内の老健間での情報共有は行っていない。

⑧ 行政、自治体への要望

「市区町村と都とで、介護施設での事故、について考えが異なるように思う。介護施設での事故の基準や考え方について統一したものがあると助かる。」という要望があった。

【老健C 基本データ】

所在地／関東地方

開設主体／医療法人

開設年／2005年

入所定員／150人

入所以外の提供サービス／ショートステイ、通所リハビリテーション

職員数／118人（常勤・非常勤問わず）

（うち、常勤換算で、医師1.8人、看護師15.7人、介護職員64.2人、理学療法士2.0人、作業療法士3.0人、言語聴覚士1人、栄養士・管理栄養士2.0人、事務・運転手・薬剤師10.4人等）

4) 老健 D

① 施設概要

老健 D は近畿地方に所在し、医療法人が開設主体の老健である。定員は入所 81 人、通所リハビリテーションは 35 人となっており、ショートステイも受け入れ可能である。平均在所期間は 10-11 か月である。在宅復帰支援に注力しており、在宅強化型老人保健施設となっている。利用者の 8 割以上が認知症を有しており、認知症の生活自立度Ⅱa 以上である。利用者は 7:3~6:4 くらいの割合で女性が多いが、男性の数も増えてきている。

② 質・安全に関する組織体制

全老健のリスクマネジャーを保有する職員が 6 人在籍している。事故委員会は毎月 1 回、多職種で開催している。事故委員会は、集計や一般的な対策を検討する場であり、誤嚥があれば次の食事から形態の変更等の対応を取る等、日常的な対策は発生してすぐにその場で考えられている。

医療的ケアというより介護中や入所中の事故が多い。事故の種類としては、転倒が最多であり異食や窒息もみられる。

電子カルテを導入しているがヒヤリ・ハットは紙媒体で運用している。

③ 事故発生件数

ヒヤリ・ハットは月 90 件程度報告されている。転倒については「足の裏以外の部分が床についている、または、ついていないのを発見した場合にはけがの有無にかかわらず、事故として扱う。けがの有無を問わず全て事故とするのは、転倒に関する職員の意識を高めるためである。

事故は月 30 件程度報告があり、そのうち手術適応となる大腿骨頸部骨折は年 2-3 件である。腰椎圧迫骨折はいつ発生したか判断が難しいためカウントせず、経過観察としている。骨折が疑われる場合は併設のクリニックでレントゲンを撮影、あるいは系列の病院で CT 撮影を実施している。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

事故の報告書は出勤簿の横に置くようにしてあり、この方法で全職員に周知している。

事故発生時には施設長に連絡がいくが、事故の程度によって報告のスピードに差が生じる場合がある。骨折などを疑う場合は、施設長が外出中であっても連絡を行っている。

事故予防のため、移乗しやすいベッドの高さの設定を利用者ごとに定めており、低床ベッドはベッド枠の高さが最低 25cm まで下がるようになっている。「両足の裏が床に設置していると安全」という基本的な情報の共有を図っているが、いまだ徹底には至っていない。

家族への情報提供として、季節の行事のほか、在宅の介護のなかで気をつけること、看取りやリハビリの方法等の講座を家族会として月1回開催している。入所時にはケアの方針やリスクの説明をし、記録を残したり、事故のハイリスクな利用者家族には前もって役職者からリスクを説明したりしている。

⑤ 職員教育の状況

キャリア段位制度を導入し、アセッサー5人で各スタッフの技術の標準化をしている。On-The-Job Training(OJT)の中で、医療安全に限らず、介護の技術等をチェックリストで評価している。

認定介護福祉士の制度もあるが、都道府県の介護福祉士協会が認定しているため、実施できている都道府県はまだ少ない。

⑥ 課題と認識している点

全老健のセミナーやリスクマネジャーの取り組みはあるが、あくまでも「研修・セミナーに来た施設が対象」である。意識の高い施設、余裕のある施設は伸びる一方であるが、そうでない施設も含め、広く全体に情報を提供できているわけではない。多くの施設に情報を届ける方法についての検討は全老健としても課題である。

老健は医師が常駐しており、かつ多職種が中心に構成されているが、その他の介護施設は介護職中心に構成されている。介護施設によっては、感染症が発生してもアウトブレイクしない管理レベルが実施できるか差が生じてくるため、このような点も考慮する必要がある。

多職種、さまざまな人が働いているが、全員が同じレベルの知識を有しているとは限らない。施設内でのケアの質の統一を行うことも課題と感じている。

⑦ 市区町村・他施設との連携、情報共有の状況

施設としては所在市へ報告し、所在市以外の市区町村が保険者であれば利用者の保険者にも報告している。所在市への報告書はチェックリスト方式となっており、保険者にかかわらず報告義務がある。全件報告とはなっていないため、施設によって報告件数にばらつきがあると思われる。

実地指導の際に対策や記録を検証されることもある。老健Dは所在市が中核市になった際に実地指導を受けたが、以降、実地指導を受けていない。

集団指導は年に1回、施設長等を対象として開催されている。主に診療報酬等の改定のポイントや法律関係の説明が中心で、安全や事故防止等に関する情報がテーマとしてはほとんど扱われない。人権に関する内容の指導は行われる場合がある。

⑧ 行政、自治体への要望

「提出した事故報告へのフィードバックが欲しい。どのような状態の人でどのような事故が発生しているのか。発生した事故に対して、どのような対策・予防策が効果的なのか、という再発予防につながる情報を提供してくれると有用だと思う。」という意見があった。

⑨ 事故情報収集・分析・再発防止の仕組みに対する要望、ご意見

「フィードバックは有用だと思うが、負担がかからない方法がよい。」という意見があった。

【老健D 基本データ】

所在地／近畿地方

開設主体／医療法人

開設年／1995年

入所定員／116人

入所以外の提供サービス／通所リハビリテーション、ショートステイ

職員数／58人

(うち、常勤換算で、医師1.0人、薬剤師0.5人、看護師9.6人、介護職員25.0人、理学療法士3.0人、作業療法士2.0人、言語聴覚士0.4人、管理栄養士1.0人等)

5) 老健 E

① 施設概要

老健 E は近畿地方の病院内に併設されており、定員は 55 人、空室がある場合はショートステイの利用ができる。超強化型老健であり、平均入所日数はおよそ 90 日である。併設病院は脳神経外科と整形外科であり、内科の医師が常駐していないこと、また急性期治療中心であるため、介護施設との連携はほとんどない現状である。

② 質・安全に関する組織体制

医療安全に関しては、リスクマネージャー（看護師）が 1 人在籍している。医療安全に関する会議は毎月 1 度実施し、相談員を含め、多職種の役職者が出席している。感染対策に関する委員会は別途開催されており、いずれも病院とは別の組織として運営されている。

病院と介護施設間での人事異動は現在行われていないが、介護施設間（福祉部門）での異動はある。リハビリのスタッフについては、病院と介護の中で一体化に向けて試行錯誤を行っている段階である。

ヒヤリ・ハットと事故の違いとしては、インシデント及びアクシデントの分類基準（患者への影響度基準）をもとに、ヒヤリ・ハットは未然に防げたもの（レベル 0）、事故は実際に発生したもの（レベル 1 以上）としている。例として、転倒転落に関しては床に臀部やひざなど何らかのかたちがついてしまった場合は「事故」とし、独歩が難しい利用者が 1 人で立ち上がっているのを見つけた場合は「ヒヤリ・ハット」としている。

③ 事故発生件数

事故とヒヤリ・ハットはともに、毎月 20 件程度の報告があがる。ヒヤリ・ハットはあくまでも「未然に回避できたもの」であり治療の有無は問わない。報告された事例の大半は転倒転落であり、まれに誤配膳がある。誤薬は多くはない。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

事故発生時には、電話で保険者へ一報し、その後紙媒体で提出を行っている。カルテは電子化されているが、事故情報を記入する電子システム上の様式は使いづらいため、施設独自の様式を作成し使用している。複雑にすると記入しづらくなってしまいうため、工夫を行っている。

保険者に報告する際には、骨折・縫合以上の事例を報告するため、報告書の中から事例を抜粋して提出している。市に報告した事例は年に 1-2 件程度である。

10 人以上のアウトブレイクになった感染症は保健所に報告している。

⑤ 職員教育の状況

事故が発生した場合には、個人面談を行い、事故の振り返りを行うとともに、スタッフの精神面のフォローなどを行うようにしている。新規入職者に対しては、指導者をつけて教育を行っている。また毎月の研修を行っており、年間計画をもとに計画的に実施している。

⑥ 課題と認識している点

個々の利用者ごとに「申し送りノート」を作成し情報を共有しているが、徹底されていない部分があるため、情報連携エラーによる事故のリスクがある。事故対策に活用できるような他施設の好事例を知りたい。

事故の調査や分析をしたいが、時間や手間がかかってしまう。また、事故当事者である職員が懲罰と捉えられやすい。「見なかったらよかった」という声があがることもあり、その意識を変えていきたいと思っている。

⑦ 市区町村・他施設との連携、情報共有の状況

保険者へ事故報告を行っているが、集計や分析結果のフィードバックなどはない。都道府県へ事故に関する報告は行っていない。都道府県は身体拘束や虐待に関しての研修を行うことが多く、都道府県の老健協会が年に1度、事故情報に明るい人物による講義を開催している。

都道府県の老健協会のもと、地域で看護・介護部会といった職種毎の集まりで意見交換会を行っている。開催日程は各職種で異なるが、定期的で開催されている。「ブロック長」を持ち回りで務め、事故情報や感染症などの情報共有を行っている。

集団指導と実地指導は都道府県により行われる。集団指導は春と秋頃で開催される。医療事故に関する情報提供なども行われる。最近最も多い内容は、身体拘束や虐待である。実地指導は3-4年に1回程度実施される。実地指導の際にも情報提供が行われる。

⑧ 事故情報収集・分析・再発防止の仕組みに対する要望、ご意見

「可能な限り、書式が同じようなものであるとよい。」「事故予防に関する好事例を教えてもらえるとよい」「老健は利用者の幅が広いため、事故という定義にも幅があると思うのでそこも考慮しなければならない。」という意見があった。

⑨ 行政、自治体への要望

「身体拘束廃止といわれる中で、事故を防がなければならないというのに、現在の人員配置では無理がある。介護報酬のもと、1:1の介護が成立するのであればよいが、それは現実不可能であり、利用者と家族に現状を

理解してもらい必要があると思う。」「事故が生じたときに、家族の主張が強すぎると感じることもある。利用者家族に対する補償(無過失保障制度)があるといい。」「老健は中間施設だといい、そのつもりで在宅復帰に取り組んでいるが、その一方で「看取りも」と言われている。介護医療院との住み分けもわかりにくいと感じる。」という意見が聞かれた。

【老健 E 基本データ】

所在地／近畿地方

開設主体／医療法人

開設年／1996 年

入所定員／55 人

入所以外の提供サービス／ショートステイ、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション

職員数／58 人（常勤・非常勤問わず）

（うち、常勤換算で、医師 0.6 人、看護師 2.8 人、介護職員 19.2 人、理学療法士 1.1 人、作業療法士 0.8 人、管理栄養士 1.0 人等）

6) 老健 F

① 施設概要

介護系複合施設内に設置されており、同一建物内に他サービスとして特養や認知症高齢者グループホーム、障害者支援施設及び各種在宅サービスが展開されている。老健は 3-4 階に位置している。

入所サービスの定員は 100 人、通所リハビリテーションサービスの定員は 40 人である。入所サービスに空室がある場合は、ショートステイ利用が可能である。近隣の回復リハビリテーション病院からの転院による利用者が多い。

介護報酬上の届け出は在宅強化型であり、3 階は加算型（在宅復帰率：30-40%）、4 階は超強化型（在宅復帰率：40-50%）である。平均在所期間は 7-8 か月程度である。

② 医療・介護の質・安全に関する組織体制

スタッフのうち、看護職 1 人、介護職 1 人がリスクマネジャーの資格を保有している。リスクマネジメント委員会は月に 1 回実施している。

重大な事故、または事故ではなくとも検討が必要な場合には、ユニットを超えて「振り返り会」を実施している。施設長や管理職も参加し、事故要因や再発防止策について検討を行っている。

事故のレベルわけに関しては、安全マニュアルのもと、レベル 0 をヒヤリ・ハット、レベル 1 以上を事故としているが、病院で使用しているものを参考としているため、あまり馴染んでいないように感じている。

③ 事故発生件数

平成 26 年で、老健以外を含めて事故が 689 件、うち、転倒転落が 312 件、表皮剥離などの皮膚トラブルが 132 件、誤薬（落薬を含む）が 101 件であった。ほとんどはレベル 0-1 であった。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

事故報告は当事者、あるいは発見者、あるいは状況に詳しい者が行っている。電子システム上で事故報告書を作成できる仕組みとなっており、事故状況に詳しい職員が複数人いる場合、各々による入力も可能である。報告書は事故分類の項目など選択式となっている部分と自由記載となっている部分がある。

集計は、電子システム上では難しいため、他のソフトを使用して月に 1 回リスクマネジメント委員会が行っている。

事故発生時の家族への説明は、看護師が行っている。

施設内で誤薬が続いたため、施設内で配薬時のルールを作成した。配薬ルールを遵守しているか、年に2回程度確認を行い、必要であれば指導を行っている。また、薬剤師を雇用し減薬や薬剤業務を行ってもらうことで誤薬の件数が激減した。

⑤ 職員教育の状況

職員研修として、事故事例に関して事例検討や要因分析を行っている。参加者は可能な限り異なる施設や職種が混ざるようにグルーピングされ、グループワークに取り組むようにしている。

職員間で報告内容の質に差があるため、今後報告書の書き方についても研修を行うことを検討している。

⑥ 課題と認識している点

事故のレベルわけについては医療（病院）のものを参考にしており、介護の現場に馴染んでいないと感じている。

在宅の方が高度な医療を提供できる場合があり、病院と在宅の狭間でどのような立ち位置で運営していくかは今後の課題である。

⑦ 市区町村・他施設との連携または情報共有の状況

医療機関を受診した事例は所在区へ報告を行っている。保険者が所在区外の場合には、保険者である市区町村にも報告を行っている。保険者によって書式が様々であるため、その都度作成し郵送している。

都道府県へは、所在区に報告した事故を集計・表化したものをメールにて提出している。提出した情報について事務的な確認はあるが、結果に関するフィードバックはない。

都道府県の研修では、事故関連の研修は年に1度あるかどうかという程度である。実地指導は2年に1度程度実施されている。

他施設との連携は特にない。

⑧ 事故情報収集・分析・再発防止の仕組みに対するニーズ、要望

「施設の負担が増えないように、市区町村を通して収集するという方法もあると思う。」「医療安全情報のようなものは、現場で活用できると思う。」「介護施設は種類もレベルも様々であり、統計処理を行うには難しいかもしれない。事例を丁寧にみて、そこから学びを得ることは可能だと思う。」「提出内容に求めるレベルはよく検討する必要がある。」「事故とヒヤリ・ハットの境、事故のレベルわけについて基準を設けてもらったほうがよいと思う。」といった意見があった。

【老健F 基本データ】

所在地／関東地方

開設主体／その他

開設年／2012年

入所定員／110人

入所以外の提供サービス／ショートステイ、通所リハビリテーション

職員数／82人

(うち、常勤換算で、医師1.2人、薬剤師1.0人、看護師14.3人、介護職員47.9人、理学療法士3.8人、作業療法士2.6人、管理栄養士1.0人等)

7) 老健 G

① 施設概要

医療法人社団が開設主体の老健である。入所定員は 130 人であり、他ショートステイ、通所リハビリテーションサービスを提供している。平均在所期間は 9-10 か月程度であり、退所先は 5 割前後が在宅、あるいは有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅等である。

介護報酬上の届け出は加算型であり、在宅復帰・在宅療養支援機能加算（I）の届け出を行っている。

② 医療・介護の質・安全に関する組織体制

看護職 1 人、リハビリ職 1 人がリスクマネジャーの資格を保有している。事故対策委員会は月に 1 回実施している。

事故のレベルわけに関しては、法人で定められたインシデント・アクシデントのレベル区分のもと分類している。

③ 事故発生件数

平成 26 年度で、インシデント 365 件、アクシデント 314 件であった。最も多い事故は転倒転落であり、他あざや機器操作などがあがっている。

認知症の程度に応じてフロアわけを行っており、認知症の症状が重度であると異食などのように認知症に多くみられる事故もある。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

事故報告は発見者が行う。家族への報告も発見者が行う。

インシデント・アクシデントレポートは、事故の程度やレベル、要因等の選択式で記載する項目と状況など自由記載で記述する項目とで構成されている。報告内容について、レベル別や種類別、時間帯別などで集計を行っている。

利用者の家族とは普段からコミュニケーションをとることを心がけており、トラブルは少ない。

誤薬を防ぐために、可能な範囲で減薬に取り組んでいる。転倒転落については、個人の生活スタイルや趣向などの観察からアセスメントを行い、本人にあった対策を検討している。以下、対策例である。

- ・端坐位になった時点でナースコールがなるような仕組みを作り、ラウンドする度に動作の不具合がないか確認している。
- ・靴下で歩く傾向にある人のベッド横は滑りにくい素材を敷き、かつ自然とセンサーに足が向かうよう環境整備を行っている（写真 3）。



写真 3 椅子を用いた転倒予防の工夫(丸囲み)

⑤ 職員教育の状況

新入職員研修に、事故防止に関する研修が含まれている。また、現任研修は毎月開催されており（4月と8月を除く）、その中でリスクマネジメントに関する研修が2回開催されている。多くの職員が出席できるように勤務の調整を行っている。

⑥ 課題と認識している点

レベル0の報告が多くあがることが理想であるが、あまり増えていない。発見した内容をインシデントと判断するか、職員間で意識の差があると考えられる。報告書を提出する職員が限られていることから、レポートを書くことが悪いことであるという認識があるのではないかと考えており、職員のこのような意識の改革が必要である。

⑦ 市区町村・他施設との連携または情報共有の状況

中核市である所在市への報告を行っている。3b以上、または誤薬のケースを報告することとなっている。所在市の書式は施設の書式とは異なるため、書き直しを行い、郵送している。発生から2週間以内に到着するように報告を行う。

記載間違い時や訴訟に至ったケースに関しては問い合わせがあるが、市から集計結果などのフィードバックはない。所在市からの実地指導は2年に1度実施されるが、とくに質問などを受けたことはない。

都道府県への報告は行っていない。

市の老健協会が主催の8つの老健の役職責任者による情報交換会は開催されており、事故に限らず情報交換がされている。

法人内のリハビリスタッフで集まり、半年に1度インシデント・アクシデントの報告を行っている。法人内でリハビリ科のみ異動がある。

⑧ 事故情報収集・分析・再発防止の仕組みに対するニーズ、要望

「施設外の情報はなかなか入ってこないため、外から情報提供があると役立つと思う。そういった情報がほしいため、書類の負荷に関して書式が違うとなると大変だと思うが、問題はないと思う。」「事故情報を提供する側として、情報はあるため提供することは可能だと思う。」という意見があった。

⑨ 行政、自治体への要望

「市との関係性は良好だと思っており、困っている事例などを報告すると協力してくれるため、特に要望はない。」とのことであった。

【老健G 基本データ】

所在地／関東地方

開設主体／医療法人

開設年／1997

入所定員数／130人

入所以外の提供サービス／ショートステイ、通所リハビリテーション

職員数／110人

(うち、常勤換算で、医師1.4人、看護師10.3人、介護職員61.6人、理学療法士2.8人、作業療法士8.0人、管理栄養士1.0人等)

8) 老健 H

① 施設概要

医療法人が開設主体の老健である。入所定員は 150 人であり、ショートステイや通所リハビリテーションサービスを提供している。平均在所期間は半年から 1 年程度である。介護報酬上は、基本型、在宅復帰・在宅支援機能加算（I）の届け出を行っている。

② 医療・介護の質・安全に関する組織体制

各役職責任者が同席するリスクマネジメント会議が行われている全老健のリスクマネジャーに認定されている職員はいない。

事故のレベルわけに関しては、法人で定められたインシデント・アクシデントのレベル区分のもと、3b 以上をアクシデントとして報告している。

③ 事故発生件数

インシデント・アクシデントは毎月 40-50 件、年間 400-500 件程度発生している。うち、3b 以上は 5 件程度である。

転倒転落が最も多く、全体の 7 割程度を占めている。次いで、表皮剥離が多い。誤薬については昨年 1 年で 4-5 件程度であった。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

事故報告は発見者が行い、電子システム上で報告書を作成する。ただし、インシデントをすべて事故と同様の内容で書くことは難しいという職員からの要望があり、インシデントは紙媒体で作成し閲覧するという形式をとっている。

転倒転落に関しては、抑制ができないためセンサーマット等を使用し対策を行っている。リハビリを行い回復過程にあるときに、できると思っ
て移動するとできなかつたり、認知機能が低下して自分に介助が必要なことを理解できずによろけてしまつたりしたことが要因で膝をついたりという事故報告につながっている。

表皮剥離やあざなどについてインシデント・アクシデントとして報告を行い、家族にも説明を行っている。家族に不信感が生じてしまうとケアに支障をきたす可能性があるため、適切な対応を心掛けている。

インシデントは発生して 1 週間を目安に対策についての評価を行う。

⑤ 職員教育の状況

事故防止委員会が企画し、新入職員向けオリエンテーションや現任スタッフ向けの勉強会を実施している。センサーの不具合や操作不良については、機器メーカー職員による勉強会も開催している。

⑥ 課題と認識している点

インシデント・アクシデントに関する対策を連絡ノート、口頭でも伝えているが、対策の徹底、きちんとした伝達に至っていないことが課題である。誤薬は決められている確認事項の確認漏れの場合がほとんどであり、注意喚起されると確認できるようになるが、ある程度の期間が経ち慣れてしまうと確認漏れが生じてしまう。職員の危機管理の意識をつけていきたいと考えている。

また、リスクマネジャーが不在も課題であると感じている。

老健では、抑制の実施ができないため、代わりとしてセンサーマット等を使う傾向にある。ただ、センサーが感知しアラームが鳴っても対応できない場所となっている場合もある。ケアの工夫や声かけで防げる事故やインシデントやアクシデントもあるのではないかと考えている。

急性期病院で退院時まで抑制を実施していた利用者が転院してくる場合、施設では抑制が実施できないため事故発生のリスクが高くなってしまふ。急性期病院ではなかなか難しいこともあると思うが、転院前に少しでも抑制を外した状態で評価を行ってほしい。このことを病院側に伝えてはいるがかなわないこともある。

⑦ 市区町村・他施設との連携または情報共有の状況

医療機関を受診した場合や訴訟になりそうな場合、感染症が発生した場合には、保険者である市に報告を行う。まず電話で一報を行い、1週間以内に書類を提出している。書類は郵送か持参で提出する。所在市から提出した情報に関するフィードバックをうけたことはない。所在市主催の研修会はあるが、事故に限らない内容となっている。

都道府県には上下半期で報告を行っている。実地指導は2年に1回程度実施され、都道府県が主体となっている。所在市は都道府県と施設の橋渡しの存在である。

⑧ 事故情報収集・分析・再発防止の仕組みに対するニーズ、要望

「現場で発生した事例に対して対応を検討しても行き詰ってしまう場合がある。そのようなときに、他の施設の類似事例の対応などを知ることができると当施設でのヒントとなり、有用だと思う。」「事故情報を入力するのに時間がとられるとなると負担だが、その代わりにインシデントや事

故の発生予防につながるような情報が得られるのであれば、その負担は区ではないと思う。」というような意見があった。

⑨ 行政、自治体への要望

「事故報告書の様式が市区町村で異なっており、現状複数の報告書を作成しなければならず時間がかかるため、負担である。自治体によっては、所定の内容を網羅していれば別の様式でも構わないとしているが、網羅できないことも多い。内容の抜けなどで問合せや書き直しが必要となることを考えると、結果として、自治体ごとの様式に記入していくほうがよいと感じる。また、文字数の制限などがあると、制限に合わせて内容を調整する必要があり、この作業にも時間がかかってしまう。」という意見があった。

【老健H 基本データ】

所在地／関東地方

開設主体／医療法人

開設年／2012年

入所定員／150人

入所以外の提供サービス／ショートステイ、通所リハビリテーション

職員数／121人

(うち、常勤換算で、医師 1.5 人、看護師 12.8 人、介護職員 66.5 人、理学療法士 6.2 人、作業療法士 3.5 人、言語聴覚士 2.0 人、栄養士・管理栄養士 2.0 人等)

9) 老健 I

① 施設概要

医療法人が開設主体の老健である。入所サービス（定員 100 人）の他、ショートステイ、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションのサービスを提供している。平均在所期間は 9 か月程度である。介護報酬上は、基本型、在宅復帰・在宅療養支援機能加算（I）の届け出を行っている。

② 医療・介護の質・安全に関する組織体制

全老健のリスクマネジャーに認定されている職員はいない。医療安全の専従職員はいないが、各フロアリーダーをリスクマネジャーとして配置し、環境整備等を細かく確認するようにしている。

事故のレベルわけに関しては、法人で定められたインシデント・アクシデントのレベル区分のもと、3b 以上をアクシデントとして報告している。

③ 事故発生件数

3b 以上の報告は毎月 10 件前後であり、ほとんどは居室での転倒転落である。転倒転落の他は、誤薬や離設などの報告もある。報告件数が少ないときには、月 5 件未満のこともある。

骨折に至るケースは年に 7-8 件で、うち三分の二程度が手術、三分の一程度は保存的治療となっている。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

事故報告は、施設で作成したマニュアルに沿って報告するようになっている。家族への報告は怪我の程度に問わず、フロアリーダー、もしくは看護師が報告を行う。家族による納得が得られないと訴訟に発展してしまうケースもあるため、入所時に医師から説明を念入りに行った上で同意を得たり、日ごろから信頼関係を築いたりするように心がけている。

事件事例については、毎月集計・分析を実施している。ヒヤリ・ハットの報告は電子システムに移行したばかりで、集計に至っていない。

急性期から転院してきた利用者の初日の転倒リスクは高い。急性期では抑制を実施していても施設では抑制を実施できないため、初日が最もハイリスクと感じる。1 週間程度経過すると、利用者の行動パターンがわかるようになり、リスクを軽減することができるようになる。

認知機能が低下している利用者やハイリスクな人はセンサーを導入する許可をあらかじめ取得する。ただし、全室個室のためセンサーを導入し

すぎることで効果的に活用できなくなってしまう可能性があるため、設置に関してはアセスメントが重要である。

⑤ 職員教育の状況

介護職に関しては、教育委員会で作成した教育に関するチェックリストがあり、事故報告についてもチェックリストの評価項目に含まれている。事故発生時にはフロアリーダーがリスクマネージャーとして報告の内容や記載方法等について指導を行う。他の職種に関しては、職種の責任者が教育を行っている。

身体拘束や虐待などに関しては、施設内の研修を行っている。施設外での研修については、すべての職員が施設外での研修に参加することは難しいため、参加した職員による伝達講習会を開催している。

⑥ 課題と認識している点

老健に医療安全の概念が定着していないように思う。医療では、診療報酬の中で医療安全に関する項目が明確に設定されているが、介護報酬においては明確に設定されていない。医療安全の意識付けが重要である。

転倒・骨折をいかに減らすか、という点が課題であると思う。アイデアがなかなか出ず、センサーをつけたり、細かく介護士がみたりしているが防ぐことはできていない。

介護士のレベルの差もあると思う。長年勤めている人の回転はないが、若い人の回転がはやい。

⑦ 市区町村・他施設との連携または情報共有の状況

所在区への報告は3b以上ではなく、医療機関を受診した場合や誤薬が生じた場合というようになっている。報告する際は、所定の様式に記入し、電子メールあるいはFAXで提出している。

2年に1度、所在区による実地指導があるが、その際に報告するよう言われた内容について報告不要とされたことがあり、担当者によって報告する内容が異なっているというイメージがある。

事故情報を提出しているが、所在区から他の施設の取り組みや自施設の評価などのフィードバックをうけることはない。実地指導の際に、事故報告書について詳しく確認をしている印象がある。区が主催する研修はない。同区内の老健間での情報共有はほとんどない。

⑧ 事故情報収集・分析・再発防止の仕組みに対するニーズ、要望

「どういったレベルの事例を集まるのか。転倒転落に限定しても数が多いため、どういった情報がほしいのか明確にしめてほしい。」「自施設

の報告書に追加して新たに書類を作成するのは大変である。ほとんどが選択式であるとよい。」「病院と老健で、患者あるいは利用者の身体機能や認知機能の程度が異なると思う。利用者の状況をパターン化し、チェックリストを作成するのは難しいと思う。」という要望、意見があった。

⑨ 行政、自治体への要望

「所在区に報告している報告書は、ほとんど手入力で打ち直しているため時間がかかる。」「所在区に介護報酬のことなどを問合せしても「自分で調べてください」と解決策を教えてもらえないことがある。調べた上で問合せしているということを考慮し、きちんと対応してほしい。」「車イスの安全ベルトは抑制ではない、と家族からの要望があり、所在区、都道府県、厚生労働省に確認したが「施設で決めてください」と言われてしまった。様々な資料をみて記載がないため問い合わせたが、このような返答をうけ困った。」というような要望・意見があった。

【老健Ⅰ 基本データ】

所在地／関東地方

開設主体／医療法人

開設年／2005年

入所定員／100人

入所以外の提供サービス／ショートステイ、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション

職員数／81人

(うち、常勤換算で、医師1.1人、薬剤師0.3人、看護師9.8人、介護職員41.3人、理学療法士5.0人、作業療法士2.1人、言語聴覚士1.0人、栄養士・管理栄養士1.0人等)

10) 老健 J

① 施設概要

1989年4月に開設された。開設後、徐々に特養のように長期入所が多くなっていったが、平成20年に施設長が交代し在宅復帰を目指す方針となった。7-8年前までは700-800日であったが、現在の平均在所日数は330日程度と短くなっている。利用者には特養等の施設待機が含まれるが、在宅（自宅、特養、グループホーム等）への復帰を目指す利用者が増加している。退所先は在宅（自宅、特養、グループホーム等）となっている。

グループの他の施設からの入所というより、近隣の病院からの入所が多くなっている。所在市郊外の住民が市内の病院に入院し、退院後自宅（地元）へ帰る前に利用したり、または利用者の子どもの住居に近い施設として入所したりする場合がある。

病院の受診が必要な場合、グループ内の病院は施設からは遠方にあるため、元のかかりつけ等、近隣の医療機関を利用している。

② 医療・介護の質・安全に関する組織体制

事故対策委員会を月1回開催し、施設長（医師）、看護師、介護士、ケアマネジャー等多職種で構成されている。事故報告の再発防止策の検討として妥当性評価を行ったり、事故報告件数の集計、勉強・研修会の企画等を行ったりしている。事故報告はインシデント・アクシデントとして報告されている。

ISO9001を取得しており、事故防止・対策マニュアル、報告様式があるほか、立案した再発防止策を一定期間後に評価する仕組みが機能している。そのため、報告書には評価予定日や評価結果の記入欄を設けている。レベル3以上をアクシデントとして取り扱っている。

③ 事故発生件数

平成30年度の4-9月でインシデント・アクシデントが60件程度、うち骨折は4件であった。転倒・転落が多いが、尻もち程度のものが多い。

服薬漏れや薬のセット忘れなども全て報告することとなっているため、誤薬の報告件数は多く、レベル1は月10件程度発生している。実地指導で報告漏れを指摘されたため、下剤の飲ませ忘れであっても法人の公印を押した報告書を提出している。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

事故報告書は発見者が書くが、発見時点までの内容を記載し、原因分析や再発防止策の検討は多職種で行うことにしている。これは発見者の負担を減らし、報告件数を増やすための工夫である。

事故後、医療機関の受診は看護師が様子を確認し、医師の判断を仰ぐ流れとなっている。転んで頭を打ったことが明らかであれば基本的には受診している。

在宅強化型の老健であり、リハビリに力を入れ、在宅復帰を目指している。歩けるようになった認知症の利用者の事故や入所後2週間以内の利用者の事故が多い。これは施設に慣れていないため不穏状態であることや、スタッフが利用者の行動パターンに慣れておらず、利用者も施設の日常リズムに慣れていない時期であること等が理由と考えられる。対策として、多職種でのミーティング、アセスメント、部屋のレイアウトの工夫を行っている。ベッドやチェストの配置、枕の位置（壁側が頭がいいのか足がいいのか）、自宅の



写真4 部屋の名前表示の工夫(丸囲み)

状況に近いレイアウト、トイレに頻回に行く人はトイレに近い部屋にする、という工夫を行っている。転倒の危険度を赤・黄・青（赤：危険度大→青：危険度小）、トイレに頻回に行く人のマークを部屋の入り口の名前部分に表示している（写真4）。

トイレ内での転倒による負傷を防ぐために、トイレ向かい側の壁に貼り付けたウレタンフォームにより頭部を支えられるようにする工夫もされていた（写真5；写真は職員による再現）。

睡眠薬、降圧剤等を減らすことで服薬の事故や転倒事故を減らすよう試みている。日中は活動し夜は眠るという日常の生活リズムを作ることによって睡眠薬を減らすことが可能になっている。また、食事やリハビリの取り組みにより血糖降下薬も減薬でき



写真5 トイレ内転倒予防の工夫(丸囲み)

ている。服薬の事故が多い理由として、できるだけご本人に任せるようにしているところもある。

⑤ 職員教育の状況

事故対策委員会が研修を企画し、実施している。

⑥ 課題と認識している点

夜間は1フロアに利用者50人、介護スタッフ2人、2フロアで看護師1人の配置であり、スタッフが少ないため夜間の転倒対策が課題である。介護職1人が休憩・仮眠に入ると各フロア1人の利用者しか介助できないこととなり、事故のリスクが高まる。

⑦ 市区町村・他施設との連携または情報共有の状況

所在市に報告書を提出しているが、年1回の集団指導の中で事故報告の集計結果が伝えられているが、施設ごとのフィードバックはない。

所在市内には施設が多くあるが、近隣介護施設やグループ内の他の介護施設との連携はない。事故のマニュアルなども老健J独自のものとなっており、グループ内で共有されているわけではない。職員の異動も基本的にはない。

都道府県の老健協会が年に1回研究大会を開催している。大会内での発表で他の施設の取り組みを聞くことはある。

⑧ 事故情報収集・分析・再発防止の仕組みに対するニーズ、要望

「他の施設がどのような取り組み・工夫を行っているのかを知ることができるという点ではいいと思う。医療安全情報は、図・イラストもついておりスタッフにもわかりやすい。」「事故情報の入力については、新しく導入する際にスタッフから誰が入力するのか、時間外になった場合手当がでるのか、というような意見がでるかもしれない。有用だと考えているが、入力に関しては二度手間・三度手間にならないように行政と連携してもらえるとよい。」という意見があった。

⑨ 行政、自治体への要望

「誤薬について、報告対象はレベル3以上とする、というようなレベル分けをしてほしい。以前はそのようにしていたが、実地指導の際に全件報告するよう指導され、報告の頻度も多くなっている」「行政による教育研修は開催された方がよいが、人員不足のため、介護役職者レベルでも行きたくても研修に行けない状況がある。」という要望・意見があった。

⑩ その他

「施設によっては、人員が少ないなりに頑張っている施設もあるため、そういった状況を共有したり、その状況が報われたりするといいと思う。」という意見があった。

【老健J 基本データ】

所在地／北海道・東北地方

開設主体／社会福祉法人

開設年／1989年

入所定員／100人

入所以外の提供サービス／ショートステイ、通所リハビリテーション

職員数／96人

(うち、常勤換算で、医師1.0人、看護師9.8人、介護職員42.5人、理学療法士2.0人、作業療法士10.0人、言語聴覚士3.0人、栄養士・管理栄養士1.0人等)

11) 老健 K

① 施設概要

2000年に開設され、入所・通所サービスを提供している。入所サービスは一般療養棟と認知専門療養棟とがあり、後者には「認知症介護実践リーダー研修修了者等」を配置し、利用者参加型認知症ケアが行えるように多職種での支援を行っている。同じ法人の病院ではリハビリテーションに力をいれており、そのノウハウを活かした質の高いリハビリテーションの提供に取り組んでいる。

介護報酬上は在宅強化型の老健として届け出ている。利用者はほとんどが急性期病院から入所し、4割が自宅へ退所している。平均在所日数は280日程度である。

② 医療・介護の質・安全に関する組織体制

全老健のリスクマネジャーの資格を有している職員がリハビリ職に在籍している。

事故防止委員会とは別にリスクマネジメント委員会がある。リスクマネジメント委員会の方が事故防止委員会より上位の位置づけとなっている。役職者全員が参加し、セーフティマネジャーを含め13人で構成される。リスクマネジメント委員会では、事故報告件数のまとめ、内容の分析、マニュアルの改定等を行っている。事故関連以外では感染症や虐待、苦情への対応、介護報酬改定に伴う規定の見直しなどもリスクマネジメント委員会が掌握している。

組織で減薬にも取り組んでいる。医師、看護師が薬の増減を判断し、変更の場合は薬剤師も関与している。薬剤師は調剤薬局から非常勤として配置している。在宅復帰を目指すため、服薬についても自己管理期間を設けているが、その分飲み忘れや落薬のリスクが高くなる。これに対しては空の薬包を確認する等を行っている。

③ 事故発生件数

報告の集計は事故防止委員会が行っている。委員会は各部から一人ずつ、計5人程度で構成されている。年間の報告件数は150-300件程度であるが、濃厚な治療が必要な事例は年数件程度である。転倒・転落・ずり落ちが大半である。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

事故報告は規定のマニュアルに沿って行動するようになっている。

事故発生時は、まず上司に報告し指示をあおぐ。医師に報告後、必要に応じて受診や該当市区町村に報告を行う。事故の大小にかかわらず、利

利用者家族への連絡やケースカンファレンス実施、報告書の作成は実施する。

インシデントレポートとアクシデントレポートについては区別せず報告するようにしている。作成されたレポートは対象階のスタッフのみではなく、各階所属長、上層部へ回覧して共有している。

事案発生翌月には、対応策について評価・モニタリングを実施する。

同一の利用者が繰り返し転倒するケースが多い。「同一利用者で同一の事故が発生した場合を〈再発〉」と定義して分析したときは、再発率は49%であった。

転倒・転落・ずり落ちが大半であり、再発防止として、ベッドサイドや病室の入り口にナースコールと連動する自作の離床センサーを導入するなどの工夫をしている（写真6）。

入所すぐの利用者はハイリスクとなりやすいため、入所時のアセスメントは共通のものを利用しリハスタッフと介護職員で話し合っアセスメントを行っている。



写真6 自作の離床センサーの設置(丸囲み)：(左)病室入り口、(右)ベッドサイド

⑤ 職員研修の状況

年に2回勉強会を開催し、事故防止への取り組みや施設内の現状などを全職員に発信している。

⑥ 課題と認識している点

「事故に関して情報共有ができていない。施設全体で把握されていない。」「リスク意識にばらつきがある。KYTなどの研修は行っているがリスク感性を高めるのは難しい。」といった課題があがった。

⑦ 市区町村・他施設との連携または情報共有の状況

所在市には医療機関を受診した事例と内服薬に関する事例を報告している(飲ませ忘れ、落葉を含む)。施設内の事故報告の約1割が所在市への報告となる。報告書式は同一である市もあるが、書式が異なる市区町村もある。報告した内容に対して各市からのフィードバックはない。また、所在市とは別に都道府県へ報告することはない。実地指導は3年に1回となっているが、最近は間隔が空いている。

事故報告について、法人内の別の老健と共通の仕組みとはなっていない。4半期ごとの交流はあるが実務面での共有はされていない。他の施設との情報共有、連携はない。

都道府県の老健協会の部会があり、老健協会の主催する研修が職種ごとまたは地域(ブロック)ごとに行われている。職種(部会)によって開催頻度は異なっており、栄養は隔月、リハは年2回等開催されている。

再発防止策の評価について、全老健の大会で報告している。

⑧ 事故情報収集・分析・再発防止の仕組みに対するニーズ、要望

「共通フォーマットで他施設と比較できるのは良い。」「記録を書く手間が煩雑である。事故報告、日々の介護記録、医師・家族への連絡など、様々なことを行わなければならない。」といった意見が聞かれた。

⑨ 行政、自治体への要望

「提出した報告書へのフィードバックをしてほしい。」という要望があった。

⑩ その他

「看取りの委員会もあるが、看取りの件数は年1件程度である。」「自施設の取り組みは平均的なレベルだと思う。」という内容も聞かれた。

【老健 K 基本データ】

所在地／関東地方

開設主体／医療法人

開設年／2000年

入所定員／80人

入所以外の提供サービス／ショートステイ、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション

職員数／88人

(うち、常勤換算で、医師 1.0 人、看護師 8.2 人、介護職員 40.3 人、理学療法士 5.1 人、作業療法士 2.3 人、言語聴覚士 0.2 人、栄養士・管理栄養士 1.0 人等)

12) 老健L

① 施設概要

市街地中心部に位置している在宅強化型の老健である。平成6年に開設し、入所サービスの他、ショートステイや通所リハビリテーションサービスを提供している。平均在所日数は537日である。

有床のクリニックが併設されており、緊急時などの対応が可能である。老健周囲には併設クリニックの他、多くの病院が位置している。

② 医療・介護の質・安全に関する組織体制

看護職と介護職の職員の中で、専任の安全対策を担当する者をおいている。また、全老健のリスクマネジャーは看護職、介護職、介護支援専門員の計3人在籍している。

事故に関しては委員会を毎月開催し、インシデントレポートをもとに対策等を話し合っている。委員会は、施設長のほか、看護・介護・リハ・栄養・事務職員等多職種で構成されている。毎月の会議だけではなく、重大な事例が発生した場合には、その都度話し合いを行うこととしている。

影響度分類上3b以上を事故、レベル0はヒヤリ・ハットとして取り扱っている。

③ 事故発生件数

事故は年1-2件程度であり、発生件数0の年もある。事故の種別はほとんどが骨折である。ヒヤリ・ハットは月10件前後あり、半数は転倒、そのほかは表皮剥離、誤薬(内服忘れ、朝昼間違いなど)といった事例が発生している。誤嚥・窒息といった事例も数件あるが、年5件に満たない。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

事故発生時はまず看護師が事故状況と利用者の容態を確認する。その後医師に連携して、医療機関の受診または経過観察の判断がくだされる。夜間時の事故発生に対しては、クリニックの院長が対応している。

報告書については事故を発見した職員が書くこととしている。1件当たりの報告書の作成にはそれなりの時間がかかっており、5-10分程度では書き終わらない現状がある。

感染についても事故と同じような流れで施設内の報告システムがある。同一感染症が10人を超えたら保健所と市に報告している。

入所時にスクリーニングを行い、リスク対策を行っている。事故発生時に再度検討し、日中活動量を増やし夜間入眠を促す、環境整備を行う等の対策を追加している。

⑤ 職員研修の状況

全職員対象に安全に関する研修を年に2回実施している。新入職員についても、入職時オリエンテーションで指導を行っている。

⑥ 課題と認識している点

「同じ利用者が転倒を繰り返してしまう。利用者の行動を制限できず、特に認知症の利用者では転倒のリスクが高い。」「センサー等も使っているが、車椅子で居室を出てしまうとセンサーは効果を発揮しない。」という点が課題としてあがった。

⑦ 市区町村・他施設との連携または情報共有の状況

実地指導は所在市の担当者により原則として2年に1回行われるが、間が空くこともある。実地指導の際に事故報告書や件数を担当者に伝えているが、事例等への細かい助言はない。報告書は市へ報告しているが、集計や要因分析などのフィードバックはない。

重度な事故が発生した場合、都道府県から問合せがあることがある。数年前（平成25年度）に、都道府県内施設での事故に関する事例集が配布されたことは記憶にあるが、それ以降フィードバックは特にない。

都道府県の老健協会主催の勉強会が職種ごとに年1-2回開催されている。また、都道府県の老健協会の大会が年1回ある。

他の施設と連携や情報交換等を行っていない。

⑧ 事故情報収集・分析・再発防止の仕組みに対するニーズ、要望

「他の施設が同じことで苦労していたり、他の施設で行われている対策に関する情報を得られたりするの参考になる。」「事故報告書は手書きで記載しており、PC入力は手間(負荷)になる。」「職員によってはweb登録に抵抗があるかもしれない。」といった意見が聞かれた。

⑨ 行政、自治体への要望

「同じような調査の依頼が複数箇所からくることがある。各々に報告書を作成するのは負担になる。」「薬剤費や外部医療機関を受診した際(他科受診)の検査費用等は施設負担のため、経済的な負担となっている。」

「特に病院から入所される場合、退院時処方がなく持参薬がないため入所直後から薬を用意しなければならず負担である。」「減薬に努めているが、医師が内科のため点眼薬等専門外の薬の減薬が難しい。」といった要望、意見が聞かれた。

【老健L 基本データ】

所在地／中国・四国地方

開設主体／医療法人

開設年／1994年

入所定員／100人

入所以外の提供サービス／通所リハビリテーション、ショートステイ、居宅介護
支援事業所、訪問介護

職員数／78人

（うち、常勤換算で、医師1人、看護師5.6人、介護職員45.3人、理学療法士4.0人、作業療法士2.0人、栄養士・管理栄養士1.0人等）

13) 老健 M

① 施設概要

老健 M は 1997 年に医療法人により開設された。介護報酬上の届け出は在宅強化型（超強化型）とし、在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）を算定している。

老健内のサービスとして、入居サービスの他にショートステイや通所リハビリテーションを提供している。

入居定員数は 100 人であり、平均在所期間は 290 日前後であり、最長入所の利用者は 3-4 年ほどである。利用者の平均年齢は 80 歳を超えており、男女比は男：女=3：7 である。

職員については比較的若い職員も在籍しており、法人内での施設間異動も行われている。薬剤師は配置していない。

同施設内には法人が経営している特養やグループホーム、クリニックなどが所在している。

② 医療・介護の質・安全に関する組織体制

専任の安全対策を担当するものは置いていない。全老健の認定リスクマネージャーは 5 人在籍しており、看護職、介護職、介護支援専門員、事務職員が認定を受けている。

ヒヤリ・ハットの定義については平成 29 年度に見直しを行っており、Ⅰ.異常なし～Ⅴ.後遺症が残る、というようにレベルわけを行っている。ⅠあるいはⅡはヒヤリ・ハット、Ⅲ以上は事故とする。定義を見直したことにより事故報告が減少し、ヒヤリ・ハットの報告が増加した。

施設に関与している業者（清掃や調理等）とも顔を合わせた会議を行っている。調理による感染症以外は、発見者が業者の場合には報告書の作成は代筆を行っている。

③ 事故発生件数

事故報告については部署ごとに毎月集計を行っており、月に 10 件程度各階で事故報告がある。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

ヒヤリ・ハットや事故発生時、区別をせずに報告書を作成している。

事故発生時には委員会を開催し、法人で対策を検討する。対策を検討した際には予め評価日を設け、一定期間で評価を行う。またケアプランに反映させることで定期的な評価が行うことができるようにしている。

事故対策は多職種で話し合いを行うようにしている。特に業務開始前で各々が業務に移る前等を活用している。

事故現場がイメージしやすいようにイラストだけではなく再現写真を用いて表現している。

⑤ 職員研修の状況

新規入職者に対して5日間の研修を行っている。この研修の内容の1つにリスクマネジメントがある。

事故に関しての職員研修は年に2回行っている。事故集計結果の周知やKYTを実施している。定期の研修の他、職員に周知した方がよいと考えられる重大な事故が発生した場合には、臨時で研修を開催し法人全体で共有している。研修の方針は施設開設当初からあるものであり、ここ10年ほどは同じ質を担保できている

⑥ 課題と認識している点

事故に関して分析が十分でないと感じている。また勤務の長い職員ほど、振り返りの機会が少なく課題の1つと感じている。

⑦ 市区町村・他施設との連携または情報共有の状況

他の施設と情報共有等を行っていない。全老健の学会に出席し情報を収集する程度である。

指導の際に市から他の施設の成功事例などを聞いたりフィードバックを受けたりすることがある。

⑧ 事故情報収集・分析・再発防止の仕組みに対するニーズ、要望

「手間がかかって大変かもしれないが、現在は研修に参加したときに集計結果を知るだけであることが多く、内容について知ることができたりフィードバックを受け取ることができたりするのであれば有用と思う。また適応可能かどうかは書式や報告方法による。」「Webで報告をする仕組みには対応可能である。」「サービス付き高齢者住宅のような住居と老健のような施設では反応が異なるかもしれない。」「在宅復帰を目指しリハビリを行っていることが多いので、老健では転倒転落の事故が多い。特養は重度な方が多いため転倒転落というよりは他の皮下出血や創傷ができてしまったというような内容が多いように思う。」という意見・要望が聞かれた。

【老健 M 基本データ】

所在地／北海道・東北地方

開設主体／医療法人

開設年／1997 年

入所定員／100 人

入所以外の提供サービス／通所リハビリテーション、ショートステイ、訪問リハビリテーション

職員数／69 人

（うち、常勤換算で、医師 1.5 人、看護師 8 人、介護職員 24.2 人、理学療法士 0.7 人、作業療法士 5.0 人、言語聴覚士 1.0 人、栄養士・管理栄養士 2.0 人等）

14) 老健 N

① 施設概要

平成3年に病院の併設施設として開設された老健である。介護報酬上は基本型の施設として届け出を行っている。在宅復帰・在宅療養支援加算(I)を算定している。

利用者の平均年齢は90歳。平均入所日数は約3ヶ月である。少し前までは約10年間入所している利用者がいたが、現在の最長は2年あまりである。関連病院と老健での人事異動は基本的にはない。

② 医療・介護の質・安全に関する組織体制

全老健のリスクマネージャーは0人である。

安全対策については、専任ではないが、日本看護協会の医療安全研修を受講した師長が中心となって取り組んでいる。

事故の定義は救急搬送したもの、病院を受診した事例とし、それ以外はヒヤリ・ハットとしている。中核市である所在市へ報告する事故についても同じ定義で行なっている。

③ 事故発生件数

事故件数は年間5-6件程度となっている。最も多い事故は転倒・転落(車椅子からの転落を含む)である。要介護度が高くなってきており寝たきりの状態の利用者の増加から、転倒の件数は減ってきている。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

事故発生時には発見者が報告書を作成している。施設内の書式と所在市へ提出する書式は別であり、どちらも手書きでの作成となっている。

事故対策として、センサーマットの導入や見守り・見回りなどでできるだけ減らすようにはしているが、転倒は老化現象の一つでありゼロにはできないことをご家族にも説明して了解を得ている。2019年の都道府県の老健の大会でも同様の話がされていた。

入所から1-2週間経過して落ち着くまでの期間が事故発生のハイリスク期間である。家族にもその期間にはできるだけ毎日面会に来ていただくよう伝えている。

何かあったら家族にはすぐに連絡している。家族の性格に合わせて細かい説明をしたりもしている。誠意を持って対応することや隠さないこと、すぐに知らせることで信頼関係を構築している。

事故が起きた場合はすぐに多職種でカンファレンスを行って対応を検討したり検証したりしている。ヒヤリ・ハットの場合、発生直後にカンファレンスをできないことがあるが、対応を検討している。

⑤ 職員研修の状況

比較的若い職員も多いが、オリエンテーションやOJTを行うというよりは、1人専任の指導者をつけて教育を行っている。プリセプターとしてつけることは人力的に難しいが、一日の勤務で指導者を1人つけるという形をとっている。事故発生時の報告書の書き方や対応についても指導を行っている。

⑥ 課題と認識している点

職員の定着や確保等、人材不足への対応（求人倍率は2.7倍）が課題の1つである。職員の入れ替わりによって過去の事例や教訓が残らない、人材が不足しているので教育ができない、外部の研修にもなかなか行かせられないという事態である。介護職員として、今夏からインドネシアの職員2人を採用する予定である。

⑦ 市区町村・他施設との連携または情報共有の状況

所在市からの事故に関するフィードバックは受けていない。実地指導は5-6年前にあったがそれ以降は行われていない。

都道府県の老健協会で施設長会や事務長会など職種ごとの交流はあるが、事故の情報や対策について話し合うことはほとんどない。

市でフィードバックしてくれたらいいと思う。

⑧ 事故情報収集・分析・再発防止の仕組みに対するニーズ、要望

「無記名で、ペナルティを感じさせないようにしてほしい。」「第三者性も大事（国や自治体への報告だと懲罰を感じてしまう）。」「フィードバックがもらえるといい。」といった意見・要望がきかれた。

⑨ 行政、自治体への要望

「以前より利用者の医療必要度が上がっている。デイケアや診療もあるので、医師の配置（100対1）を増やしてほしい。きちんとしたケアをするためにも必要。」「医師の文書業務が多い：紹介状、リハ箋、等」「看護職の配置も増やしてほしい。」「報告書等が多すぎて利用者対応がおろそかになる。」「介護報酬を増やしてほしい。」という要望がきかれた。

⑩ その他

介護記録はPCを使っている。

廊下の手すりを利用して、毎日午前・午後計2回、太鼓に合わせて一斉に立ったり座ったりするような起立訓練を行っており、それによって転倒事故が減ったとの話が聞かれた。

月に2回、市から介護相談員が来訪し、利用者のヒアリングとその内容のフィードバックが施設にされている。

【老健N 基本データ】

所在地／九州・沖縄地方

開設／医療法人

開設年／1991年

定員数／80人

入所以外の提供サービス／通所リハビリテーション、ショートステイ

職員数／64人

(うち、常勤換算で、医師1.0人、看護師6.0人、介護職員33.5人、理学療法士2.3人、作業療法士1.3人、言語聴覚士0.3人、栄養士・管理栄養士1.0人等)

15) 老健 0

① 施設概要

平成3年に開設された老健である。介護報酬上の届け出は在宅超強化型であり、在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)を算定している。

施設利用者の平均年齢85歳であり、100歳以上も数人いる。平均入所日数は約2年間としているが、徐々に短くなっており現在は1年半程度になってきている。

② 医療・介護の質・安全に関する組織体制

全老健のリスクマネジャーは一人いる。看護師長であり、日本看護協会の医療安全講習も受講している。それ以外に「リスクマネジャー」という役職の者が3人いる。

事故の定義として、骨折や入院、救急搬送を「事故」としている。自治体へも同様の内容を報告している。施設内では、全老健の定義に則り転倒・転落は全て事故としている。

胃ろうの利用者が20人程度、喀痰吸引が必要な利用者もいる。夜間も看護師2人を配置している。緊急時の対応に不安はなく、幅広い利用者(医療度の高い人、看取りに近い人、在宅に帰れる人)をケアできる強みがあると考えている。併設の病院とは廊下でつながっており、緊急時には10分以内にストレッチャーまたはベッドでそのまま病院に搬送が可能である。

職員は定着しており、退職した職員が復職したり、定年退職した職員がパートとして続けたりしている。介護事業部内での異動はあるが、病院への異動は稀である。併設の病院から薬剤師がきて業務を行っている。

③ 事故発生件数

事故の発生件数は月6-8件であり、事故の種類別の件数で見ると、転倒が最も多く、次いで誤嚥、誤薬となっている。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

施設のフォーマットと自治体の報告書は別の書式であり、双方紙媒体である。施設の報告書は発見者が記載し、自治体の報告書は公式文書のため看護師長が記載している。

事故が発生した場合の利用者家族への連絡はリスクマネジャーまたは看護師が行い、ヒヤリ・ハットの場合は現場の役職者が行う。連絡をまめに行い、「隠さない」「時間をおかない」ことで信頼関係を築いている。

⑤ 職員研修の状況

施設での新入職員研修は、2-3ヶ月ごとにまとめて実施している。事故報告の流れなども研修で扱う。施設全体での研修は年2回開催しており、KYTなどを実施している。

⑥ 課題と認識している点

ヒヤリ・ハットの報告体制により情報は共有されているが、細かい内容の分析はできていない。

班活動を行っており、その中で月ごとに事故事例の振り返り（対策の評価）や現場へのフィードバックを行っている。

施設格差があると思う。分析も経験ベースであり、理論の裏付けがあるわけではない。理論や分析などの仕組みがあるといいと考えている。

⑦ 市区町村・他施設との連携または情報共有の状況

自治体からのフィードバックは施設には行われていない。福祉協議会の中では報告されている。以前、看取り事例を事故として報告するよう自治体から求められたが、施設状況を説明することで報告は不要となった。

都道府県の老健協会の連絡会は職種別に開催されている。事故報告の仕組みに関する話し合いはあるが、実際の事例に関する共有はない。また、老健協会でも年5回の研修があるが、座学（講座）中心であり事例共有はない。

実地指導は都道府県が行うが、10年ほど行われていない。集団指導は毎年1回行われている。

⑧ 事故情報収集・分析・再発防止の仕組みに対するニーズ、要望

「フィードバックなど、メリットがあればもう一つ別の書式で報告するのも構わない。」「事故（報告する範囲）の定義が欲しい」という意見・要望が聞かれた。

⑨ 行政、自治体への要望

「リハビリテーションでADLが上がった場合、「機能向上加算」のような形で評価される仕組みがあるといい（経済的インセンティブ、アウトカム評価）。」「病院から「看取り」と言われて入所した人も、口から食べられる、歩けるようになって帰れる。治療だけで考えると急性期病院にはいられないのかもしれないが、看取りではない場合も「看取り」と言われる事例もある。」「高額な薬（免疫抑制剤等）を使っている場合の施設負担が大きい。1ヶ月の利用料と同等、またはそれを上回るような薬剤費の利用者もいる。」といった内容がきかれた。

【老健0 基本データ】

所在地／九州・沖縄地方

開設主体／医療法人

開設年／1991年

入所定員／100人

入所以外の提供サービス／通所リハビリテーション、ショートステイ

職員数／75人

(うち、常勤換算で、医師1.0人、看護師8.0人、介護職員39.4人、理学療法士4.0人、作業療法士1.0人、言語聴覚士1.0人、栄養士・管理栄養士1.0人等)

16) 老健 P

① 施設概要

老健 P は医療法人の施設の 1 つである。介護報酬上は基本型で届け出ており、在宅復帰・在宅療養支援機能加算 (I) を算定している。

入所定員は 80 人、平均入所期間は 400 日弱である。以前の平均入所期間は 600 日程度であり、期間が短くなっている。最長の利用者は 4 年以上入所している。在宅支援だけではなく、看取りも行っている。

② 医療・介護の質・安全に関する組織体制

専任の安全対策担当者の役割を施設介護支援専門員が担っている。全老健のリスクマネージャーはいない。事故報告の書式や対応の流れは法人全体の委員会で決めており、共通の仕組みとなっている。

職員について、専門職には専門職の仕事を中心に取り組むことができるようにしている。

事故の定義を影響度レベル 3 以上とし、それ以外ヒヤリ・ハットとしている。同一書式を用いており、事故かヒヤリ・ハットか様式内のチェックボックスで分けている。

法人内の異動はあるが、事故報告の書式や対応の流れは法人全体の委員会で決めており、共通の仕組みとなっている。

③ 事故発生件数

ヒヤリ・ハットは年 100 件程度、事故は年 20-30 件程度発生している。所在市への報告は医療機関を受診した事例以上を対象としており、年間数件である。

自然骨折（拘縮の大きい利用者、骨粗鬆症等の場合）は施設長の判断で所在市へ報告するかを決めている。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

ヒヤリ・ハットは複数の職員ですぐに検討・対応する。対応した内容は安全担当の職員が毎日チェックを行い、対策等について必要があれば直接フィードバックしている。事故の場合は安全担当者を交えて対応を検討し、施設として対応している。事故が発生した場合の家族への連絡は、看護師や介護のリーダーが行っている。

事故の報告は所在市と利用者の保険者へ報告している。電話または FAX で第一報を入れ、ある程度落ち着いた段階で正式な報告書を提出している。

転倒やずり落ちが最も多い。ヒヤリ・ハット（独歩できない利用者が立ち上がっている、自力で移乗していた、等）が多いが、ヒヤリ・ハット

の発生頻度を減らすことで事故の発生も減少させられると考えている。「もっと注意する」や「見守りを増やす」は対策ではない」ということを職員に伝えている。

病院と違って入所前の状況について事前に情報を得ることができる。身体拘束の減算もあることから、事前対策に取り組んでいる。

⑤ 職員研修の状況

都道府県の老健協会での研修に参加しており、老健協会の補償制度がある。全老健のリスクマネージャー制度については、費用や日数等の点で参加が難しい。

入職者向けの研修と年間研修を行っている。基本編と応用編を隔年で実施するかたちとなっている。

人材不足であり、利用者の受け入れ制限（要介護度などでの制限）も行わざるを得ないことがある。外国人スタッフの雇用も検討している。

⑥ 課題と認識している点

医療職（医師、看護師）と介護職（リハビリ職員、介護福祉士等）との協働に課題がある（例：介護職が薬の管理や5Sなどを言い出しにくい）。特に看護職は「上席からの指示を受ける・それ以外の指示は受けない」が徹底されており、安全担当である介護職からの指示や注意があまり受け入れられない雰囲気がある。職種を越えた関係づくりが課題である。

全老健の賠償制度はあるが、都道府県内に代理店がないため、施設と当事者（家族）が直接対応せざるを得ない状況がある。医師会の顧問弁護士に相談したりしているが、直接のやりとりをする代理人がいると良い。老人ホーム等は一般の損害保険会社の保険を使っており、損保会社の代理店が都道府県内にあるため対応してもらうことが可能である。

感染症や食中毒は事故とは別の委員会がある（ただし、メンバーは安全対策委員会とかぶる）。また、在宅や小規模事業所では委員会等の取り組みが難しいところもあると聞いている。

事故などについて、「法人が責任をとって処理する」ということを職員に浸透させられていない。

⑦ 市区町村・他施設との連携または情報共有の状況

実地指導は都道府県の職員が行っている。昨年13年ぶりに実地指導があった。他の施設などと共同で何かをする余裕がない。都道府県の老健協会の連絡会はあるが出られないこともある。

⑧ 事故情報収集・分析・再発防止の仕組みに対するニーズ、要望

「入力が二度手間にならないといい。」「都道府県の老健協会では部会を持っており情報収集をしているので、そこと連携するとよいのではないか。」「アンケートも多い。一体化されると良い。」「インターネットへの抵抗はない。」「所在する都道府県では事故報告の様式が統一されているので、全体の集計はしやすいのではないか。」といった意見・要望が聞かれた。

⑨ 行政、自治体への要望

「行政には支援的な対応をしてもらっている。」「自衛隊に介護部隊を設けておき、介護（障害者・高齢者・子ども）の経験や研修をしておく災害時にその部隊が現場で指揮を取れるのではないか。国の役割としてやってほしい。」「都道府県からは「地域のケア体制について統計的な情報を踏まえた施設方針を立てる（ビジョンを持ってケア提供をする）こと」が求められている。」といった内容が聞かれた。

【老健P 基本データ】

所在地／九州・沖縄地方

開設主体／医療法人

開設年／1997年

入所定員／80人

入所以外の提供サービス／通所リハビリテーション、ショートステイ

職員数／63人

（うち、常勤換算で、医師1.0人、看護師4.0人、介護職員30.8人、理学療法士4.7人、作業療法士1.0人、言語聴覚士0.8人、栄養士・管理栄養士2.0人等）

17) 老健 Q

① 施設概要

平成3年に開設された医療法人が開設主体の老健施設である。入所定員は50人であり、平均年齢は85歳前後である。

介護報酬上は在宅強化型(超強化型)で届け出を行っている。在宅復帰・在宅療養支援機能加算(I)を算定している。超強化型だが、平均入所期間が90日くらいのグループと15年くらいの長いグループがある。長い方は緩和的なケア提供を行っている。

「看取り」と言われて入所した人もいる。ただし、昨年は13人が看取りと言われて入所したが、うち6人は回復した。

法人内で病院を含むどの施設よりも、従業員満足度は高く定着率もよい。在宅部門の取り組みの効果で好循環が生じていると感じている。

② 医療・介護の質・安全に関する組織体制

施設長、看護職、介護職が専任の安全対策を担当している。全老健のリスクマネジャーはいない。

法人内の介護・在宅系事業所で「在宅総合センター」を持っており、それぞれの安全管理体制や事故事例を共有している。事例の共有では「同じ事故がうちの施設でも起こるだろうか」「事故が起きた場合はどう対応するか」「どうしたら防げるか」を考えている。「我がごと丸ごと」をキーワードに事業所間・部署間で共有している。

職員は病院を含めて異動がある。病棟師長が訪問看護ステーションに異動になる例もある。また、研修ローテーションといった仕組みもある。影響度レベル0の内容から全て同一書式で報告することとしている。

③ 事故発生件数

月8-9件であり、多いのは転倒・ずれ落ちである。自治体へはレベル3b以上を報告している。年1-2件程度である。転倒、誤嚥・窒息があるが、死亡事例はない。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

事故やヒヤリ・ハットが起きたときは、施設長が当事者の職員に付き添って業務フローを書かせている。これにより、どのステップに問題があったのか、どこを改善すればいいかがすぐにわかるということであった。

以前は誤嚥が事故にあがっていたが、言語聴覚士と管理栄養士がラウンドして食形態のチェックを行うようになり誤嚥の発生がなくなった。

減薬にも取り組んでいる。多い人では70種類も飲んでいたり、血圧を上げる薬と下げる薬を両方飲んでいたりする人がいた。

病院に比べて付き添う職種が多いため、転倒事故は少ないのではないかと考えている。

事故発生時に利用者の家族への連絡は看護師から行う。物がなくなった、壊れた等の医療的でない場合の報告は、介護のリーダーから行う。

施設内で「ななめの関係」(A 部署の役職者と B 部署の一般職員の関係)ができるといいと考えている。直接の上司からではないが、廊下でリハビリに取り組んでいるときに別の部署の役職者が声をかけられる・かけやすい雰囲気ができていると、ちょっと危ないな、と思ったときに声をかけても角が立たなくなる。一般職員側からしても「怒られた」「注意された」ではなく「見守ってもらえている」「目をかけてもらえている」という安心感・信頼関係がうまれる。安全に関する取り組みも「自分たちのために言ってくれている」と思える環境を作るために、個々の職員の責任にしない仕組みを作ることを心がけている。

⑤ 職員研修の状況

年 2 回職員研修(勉強会)を行っており、よく起こる事例のシミュレーションや緊急対応を実際にやってもらって評価している。

外国人スタッフを導入したことで、介護の手順の中で絶対に外してはいけないポイントがどこなのか、要点を押さえた教育ができるようになった。同じ仕組みで障害者雇用や高齢者雇用も増やしている。

⑥ 課題と認識している点

施設内の事故報告を見ていくと、二人体制で介護を行なっているときに事故が発生しやすいことがわかった。分担とコミュニケーションに課題がある。

利用者は「痛い」等の訴えをできないことが多いが、介護者にその意識が薄いことがある。

防げない転倒もあるなかで、どこまでが施設の責任の範囲なのかかわからなくなることがある。家族に対しては契約時(入所時)にリスク説明を行うことで大きなクレームはなくなっている。

全老健の調査では、NNT(Number Need to Treat)は転倒の場合 75 (75 人のスタッフがいて転倒を 1 事例減らせる)と言われている。褥瘡の NNT スコアは 6-7、誤嚥は 5-6 と言われている中で、転倒を防ぐ努力は当然行っているが、どうしても防げない場合もある。

家族との信頼関係の構築も課題である。家族が面会に来ているときには介護の介入を遠慮していたことがあったが、「全然介護してもらっていない」という苦情が出てしまった。面会に来ている家族にも声かけをし、

「おむつ交換は少し後にしますね」などの情報共有ができるようにし、関係性の構築に取り組んでいる。

⑦ 市区町村・他施設との連携または情報共有の状況

市への報告に対し、市からのフィードバックは行われていない。市の関心は「苦情になるかどうか」にあるように感じる。

実地指導は都道府県からくるが、しばらく間隔があいている。間隔が10年近くなることもある。都道府県の集団研修は事故に関する内容はなく、虐待や身体拘束などについてであった。実地指導も主に類似の内容である。

都道府県の老健協会での連絡会があり、近隣の老健とは顔の見える関係ができています。お互いに施設を訪問しあって情報を共有する Peer Review の取り組みも行なっている。監査という雰囲気ではなく、お互いがどのように取り組んでいるかを学び合う場となっている。

【老健Q 基本データ】

所在地／九州・沖縄地方

開設主体／医療法人

開設年／1997年

入所定員／50人

入所以外の提供サービス／通所リハビリテーション、ショートステイ、訪問リハビリテーション

職員数／61人

(うち、常勤換算で、医師1.0人、看護師7.8人、介護職員34.6人、理学療法士2.0人、作業療法士2.0人、言語聴覚士1.0人、栄養士・管理栄養士1.0人等)

