

2021年9月15日（水）  
流山市主催 オンライン研修

# 介護事業所における リスクマネジメントの基本的理解

---

SOMPOリスクマネジメント株式会社  
医療・介護コンサルティング部

# 目次

---

**1. 介護事業所における法的責任とは**

**2. 事故発生時の初動対応の留意点**

**3. 事故報告書等、作成のポイント**

**4. ヒヤリ・ハット報告書の運用方法   ～事故防止のために～**

---

# 1. 介護事業所における法的責任とは

# 介護現場で事故が発生した際に問われる責任

## 安全配慮義務

介護事業者は、利用者の心身の状態を把握し、利用者が不慮の事故に巻き込まれないように配慮しなければならない

介護現場で起きた事故が紛争に発展する場合、安全配慮義務に違反した（過失があった）として、介護事業者が訴えられるケースが多い



# 安全配慮義務違反が認められる場合

---

＜前提条件＞ 事故によって何らかの障害（損害）が発生した

1. 今回の損害が発生することが、（**予見可能**）であった
2. 予見された損害に対して、（**結果を回避**）するための措置を講じていなかった

上記2点が認められた場合、  
事業者が安全配慮義務違反があったと認められます

# 介護事業者に**過失**があると判断される場合

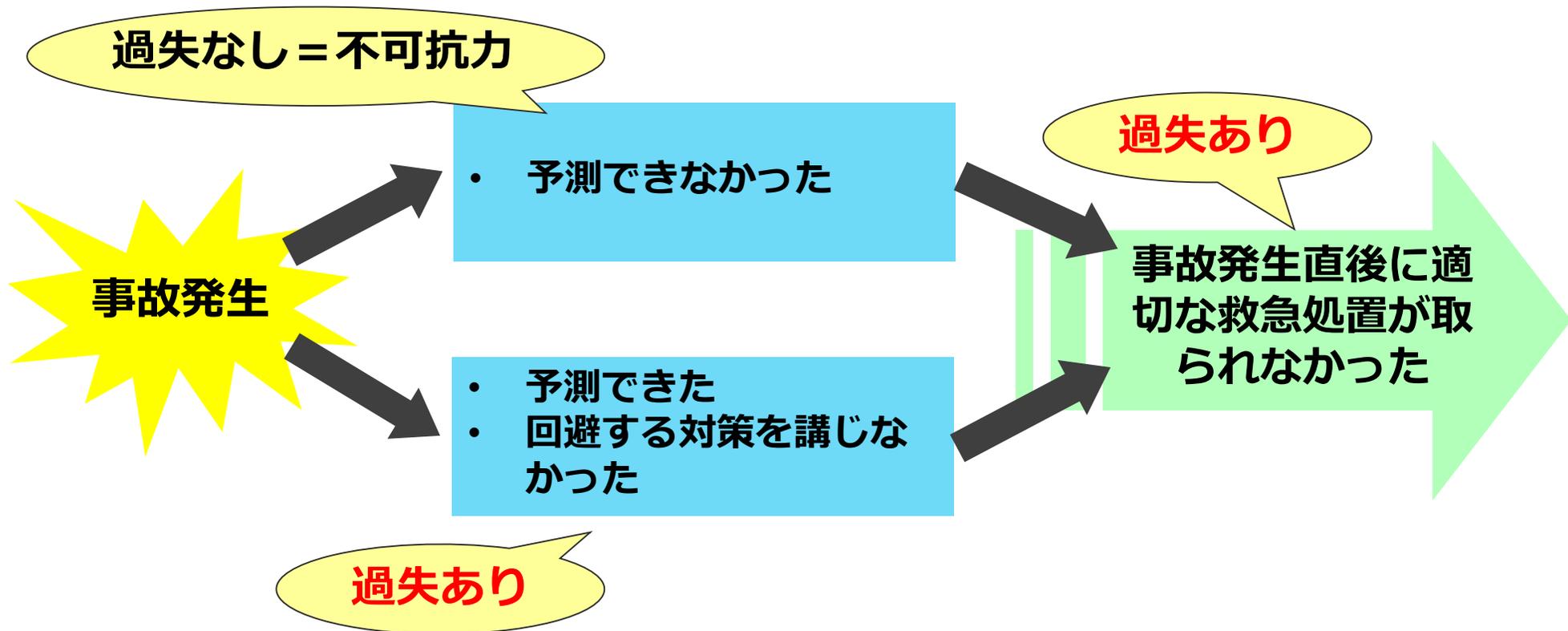
---

＜前提条件＞ 事故によって何らかの障害（損害）が発生した

1. 今回の損害が発生することが、**予見可能**であった
2. 予見された損害に対して、**結果を回避**するための措置を講じていなかった

- 事故発生後に、（**適切な対応**）が出来なかった

# 介護事業所における法的責任の考え方



# 事例でみる介護事故

---

当事者：72歳（女性）要介護1  
@介護老人保健施設

23時15分

- トイレ出入り口付近の廊下で転倒しているところを巡回中の職員が発見
- 「大腿骨頸部骨折」の診断を受け、大腿骨骨頭置換術を施行した



# 事故調査で判明した事実

---

## パターンA

- この利用者は、トイレに行こうとして歩行するが、**下肢筋力の低下により、途中の廊下で転倒した様子**
- 利用開始時のプランに「**トイレ歩行は可能であるが、ふらつきがあり、トイレ歩行時は見守りが必要**」という記録あり
- トイレ時にナースコールをするよう指導していたが、数回ナースコールを押さずにトイレ歩行していることがあった（それについては、対処せず）



# パターンAの過失の有無

	有無 (○・×)	判断の根拠
損害発生	○	大腿骨頸部骨折
予見可能性	○	ナースコールを押さずに自力歩行して転倒する危険性がある
結果回避義務	○	ナースコールを押すよう十分な指導に加え、独歩しないよう見守りの強化の措置が必要



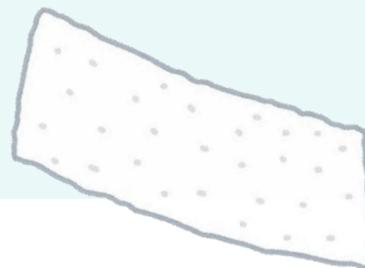
過失	あり・なし
----	-------

# 事故調査で判明した事実

---

## パターンB

- トイレに行く際に洗面器などを持参していたため、**前が見えないことにより転倒した様子**
- 日中歩行時の様子は、とくにふらつきなし。利用開始時のプランは「**トイレ歩行自立**」と記載



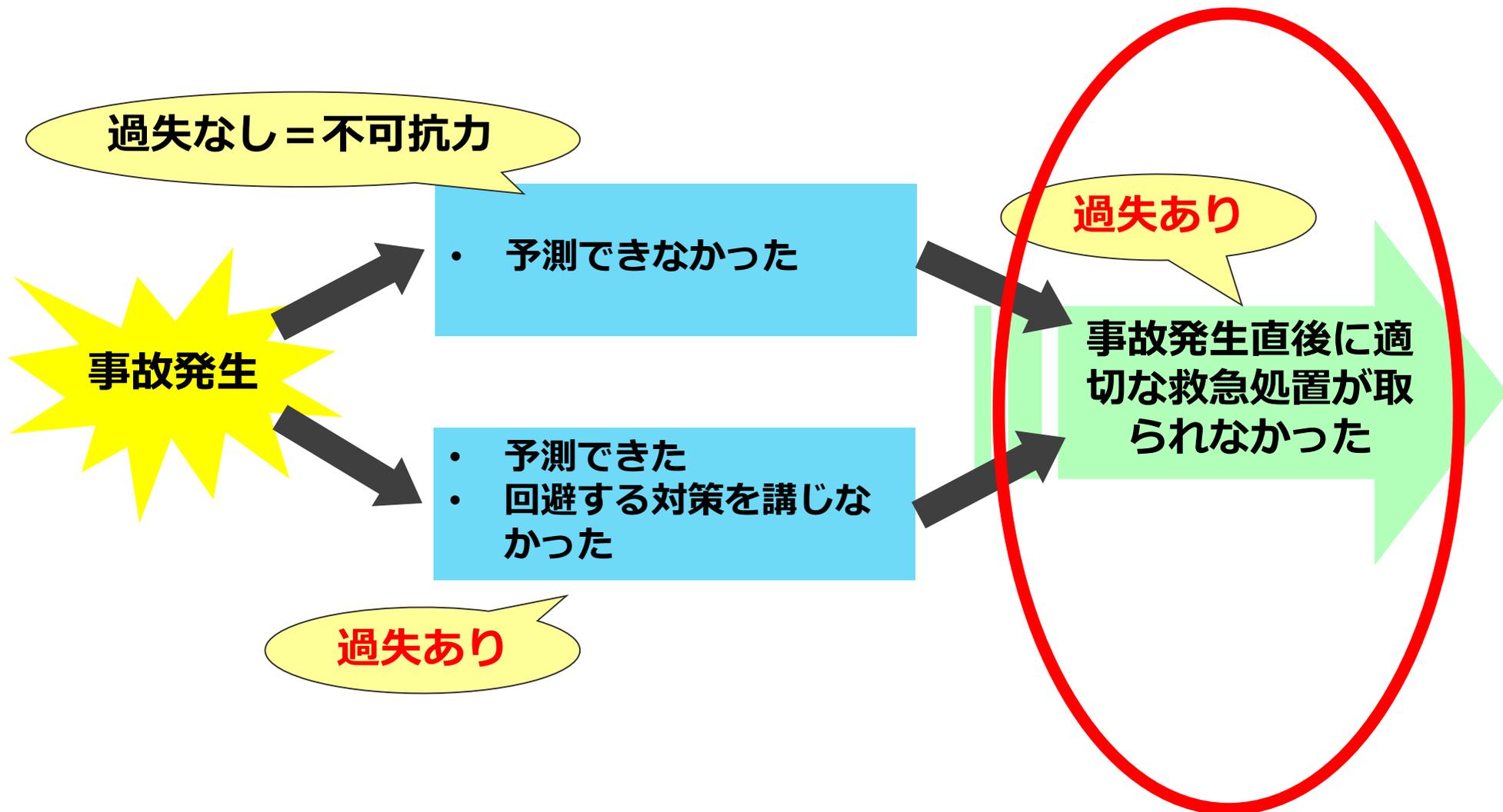
# パターンBの過失の有無

	有無 (○・×)	判断の根拠
損害発生	○	大腿骨頸部骨折
予見可能性	×	洗面器で前が見えなくなる危険性は予見できない
結果回避義務	×	転倒の予見ができない以上、その結果を回避する手段は講じることができない



過失	あり・なし
----	-------

# 介護事業所における法的責任の考え方



# 事故発生後の対応による差

## 誤嚥による死亡

- 朝食後、薬内服後に異変が発生し死亡
- 異変発見から救急車を呼ぶまでに15分の間、吸引器などは使用せず

過失あり

- 夕食のこんにやくを喉に詰まらせ死亡  
(アセスメントから献立上の過失はなしと判断)
- こんにやくを取り出すなどの応急処置後、早期に病院に搬送

過失なし

1,800万円の損害賠償支払い

---

## 2. 事故発生時の初動対応

# 事故対応体制に必要なポイント

## ➤ 平時から事故を予測した体制整備・教育等を実施する

施設のどこ、どの時間帯に、どのような事故が起こるかを予測し  
マニュアルや研修等で**対応すべき内容を標準化する**

- ① **発生時の応援体制**（参集基準と他の利用者の安全確保）
- ② **救急車の要請基準とそれまでの救急処置**
- ③ **責任者、家族、行政への連絡手順**（誰が、いつ、なにを、どのように連絡するか）
- ④ **事故報告書の記載方法**（事故発生時の事業所の対応を明確にするための記載方法）
- ⑤ **事実調査と再発防止策の方法**（事業所の過失を勘案する調査およびそれを基にした再発防止策を個人のケアプランと事業所のマニュアルにつなげる）
- ⑥ **マスコミ対応**

# 事故発生時の対応に関するポイント

---

- **職員が一人しかいないとき、なにをすべきか**
  - ・ 応援はどのように呼ぶのか
  - ・ 応援に来るものは何を持参するのか
- **事故発生時に、迅速に対応できるようにするには、どのような準備が必要か**
  - ・ 吸引器材の常備、その他救急薬品
  - ・ 医療機関への搬送手段の方法



# 救急車の要請に関する裁判事例

H23.10.4広島地方裁判所

## ➤ 飴玉を誤嚥し、死亡。救急車の要請遅れが安全配慮義務にあたりとされた事例

### (事故の経過)

午後0時15分～午後1時10分	昼食
午後1時10分	下膳
午後1時15分～20分	<ul style="list-style-type: none"><li>車椅子に乗ったまま、むせているところを発見された</li><li>職員らが車椅子に座らせたまま前屈させ、背中を叩いたり、口の中に指を入れて取り出そうとしたが上手くいかなかった</li><li>ハイムリック法や吸引器を使用したに取り出せないでいたところ、利用者の顔面が蒼白となる</li></ul>
午後1時30分	<ul style="list-style-type: none"><li>救急車を要請</li><li>引き続き吸引、心臓マッサージ、人工呼吸を施行</li></ul>
午後1時40分	<ul style="list-style-type: none"><li>救急車が到着、心臓マッサージを続行</li><li>救急隊が喉頭から飴を取り出し、病院へ搬送</li><li>ICUへ入院したが意識回復せず、人工呼吸器を装着</li></ul>
翌日午後	死亡

# 救急車の要請とそれまでの救急処置①

- ① 医療機関と異なり、医療を受けるまでには時間がかかることを認識する
- ② 治療のための機器・薬剤がない場合では、医療者であっても、事業所では対応できない  
→介護事業所における医療者は、早期に医療機関へ搬送するか否かを判断する者として機能
- ③ 法的にも、利用者に良好な医療（早期の対応）を受けさせることが要求されている

「**とりあえず看護師に  
又は医師に連絡**」  
という体制では、  
手遅れとなることが多い



## 救急車の要請とそれまでの救急処置②

---

( **救急車の要請** ) をためらわない環境づくり

- ・ 要請が遅れた場合、事業所の責任が問われる
- ・ 救急車が良く来る施設 = 悪い施設ではない
- ・ 救急搬送後、再び利用者が戻る良好な環境づくり

**早期対応で大事に至らなかったことを喜ぶ**

# 救急車の要請方針（例）

## 事故等発生後の対応

事故対応は、発生直後から時間経過とともに対応すべき事項が異なり、その時々に応じて、果たさなければならない責務が生じる。

人員確保が難しい、経験豊富な職員が不在という状況下に事故が発生しても、必要十分な事故対応ができるよう以下を定める。

なお、さらに詳細な対応の手順については、「事故発生時対応マニュアル」を別に定め、本指針の手順書とする。

### （1）発生直後の対応（利用者の安全確保）

介護事業所は、介護の場であり、事業所内で事故が発生した場合、利用者に必要な医療を受けさせるために、迅速に医療機関へ搬送をする責務を負っている。躊躇せず1秒でも早く搬送し、早期の対応ができるということを原点におき、救急搬送の重要性を認識する。

※利用者に生命の危機をもたらす可能性のある危険がある場合は、吸引・人工呼吸などの救急処置を実施できるよう日常的教育を実施する。ただし、医療者以外の医療処置の実施は、利用者の生命維持が必要な場面に限る。

# 事故発生時対応マニュアル（例）

- 要請判断の基準：初期対応職員の判断で要請する

- ①意識・呼吸・脈拍が無い
- ②バイタルサインチェック（血圧・脈拍）し異常がある
- ③大きな外傷・出血を認める
- ④平静に対し呼びかけの反応が鈍い
- ⑤痛みの訴えが強くなる
- ⑥事故発生時の状況が判明せず、かつ利用者状況が平静と異なる時

※上記状況があった場合は躊躇なく要請すること

- 救急隊到着時の対応

- ①救急隊員を現場に案内する
- ②第一発見者が救急隊員に経過報告を申し送る。かかりつけ病院がわかれば説明する
- ③救急車に同乗する場合は、携帯電話、利用者ケースファイル、保険証、薬手帳、薬、スタッフの財布を持参する

<その他、マニュアルに記載する事項>

- 家族への連絡
- 管理者への連絡
- 事故発生時の記録
- 現場保存
- 家族への説明対応

# 利用者家族への対応のポイント（事故発生時）①

## ➤ 家族へは速やかに連絡する

- 事故発生直後、可及的速やかに家族へ連絡することが重要
- 深夜であっても朝を待たずに連絡した方が良いケースもある
- 原因や詳しい経過は後日の説明で構わないので、事故発生  
の事実を第一報として伝えることが重要である。**この連絡が遅れることで**、「対応が悪い」、「隠蔽しようとしたのではないか？」という**不満・苦情が発生し**、話をこじらせる要因につながる場合がある



# 利用者家族への対応のポイント（事故発生時）②

---

## ①分かっている事実のみを伝える

「言った・言わない」の争いを避けるため、推測を交えず、分かっている事実のみを伝えるようにする

## ②最善を尽くしていることを伝える

利用者・家族に明確に伝えることで、少しでも安心感を持ってもらえるようにする

## ③状況が落ち着いたら改めて説明することを約束する

利用者の対応が最優先。事故発生当初は足りない情報も多いため、利用者の容態が落ち着いた後に詳しく説明することを約束して理解を得るようにする

## ④責任者を伝える

組織として一貫した対応をするため、質問や相談はすべて責任者が対応する。家族に対しても、対応窓口となるのは家族の中の誰になるのか決めてもらうよう依頼する

## ⑤プライバシーが確保された場所で伝える

## ⑥利用者や家族に過失があるような言い方はしない

仮に利用者側に過失の原因があるとしても、この段階で伝えることは問題をこじらせることにしかならない

## ⑦説明内容は記録しておく

# 事故対応体制に必要なポイント

- **平時から事故を予測した体制整備・教育等を実施する**  
施設のどこ、どの時間帯に、どのような事故が起こるかを予測しマニュアルや研修等で**対応すべき内容を標準化する**
- ① **発生時の応援体制**（参集基準と他の利用者の安全確保）
  - ② **救急車の要請基準とそれまでの救急処置**
  - ③ **責任者、家族、行政への連絡手順**（誰が、いつ、なにを、どのように連絡するか）
  - ④ **事故報告書の記載方法**（事故発生時の事業所の対応を明確にするための記載方法）
  - ⑤ **事実調査と再発防止策の方法**（事業所の過失を勘案する調査およびそれを基にした再発防止策を個人のケアプランと事業所のマニュアルにつなげる）
  - ⑥ **マスコミ対応**

- **冷静に、適切に、すべての職員が同じように対応できる（対応を標準化する）ことが重要**
- **そのために、必要事項はマニュアル化し、研修で周知徹底する**

---

### **3. 事故報告書等、作成のポイント**

# 事故報告書と経過報告書の運用について

## 事故報告書

The form is titled '事故報告書' and includes fields for:
 

- 報告者 (Reporter): Name, ID, and position.
- 被害者 (Victim): Name, ID, and position.
- 発生場所 (Location): Building and room number.
- 発生時刻 (Time): Date, time, and location.
- 発生状況 (Incident Description): A detailed text area for the accident details.
- 発生原因 (Cause): A section for identifying the cause of the accident.
- 関係者 (Related Parties): A list of names and positions involved.
- 報告内容 (Report Content): A section for the reporter's observations and actions.

- 基本は自治体への報告用
- 報告が主な用途で、再発防止を検討する情報としては使用しない
- ヒヤリハットや気づきは本報告には含めない

## 経過報告書

The table is titled '経過報告書(時間不明の場合は、最後時刻を記入)' and has columns for:
 

- 発生時刻 (Occurrence Time)
- 発生場所 (Location)
- 発生状況 (Incident Description)
- 発生原因 (Cause)
- 関係者 (Related Parties)
- 報告内容 (Report Content)

- 事故発生時に OnTime で記載
- 利用者対応が落ち着いてから清書、不足情報を追記
- 事故前の情報から記載するため、「予見可能性、結果回避性（責任の所在）」の判断にも活用可
- 詳細な経過情報に基づき、家族への説明に利用可
- 時系列分析による再発防止策の立案に利用可

# 経過報告書の作成方法

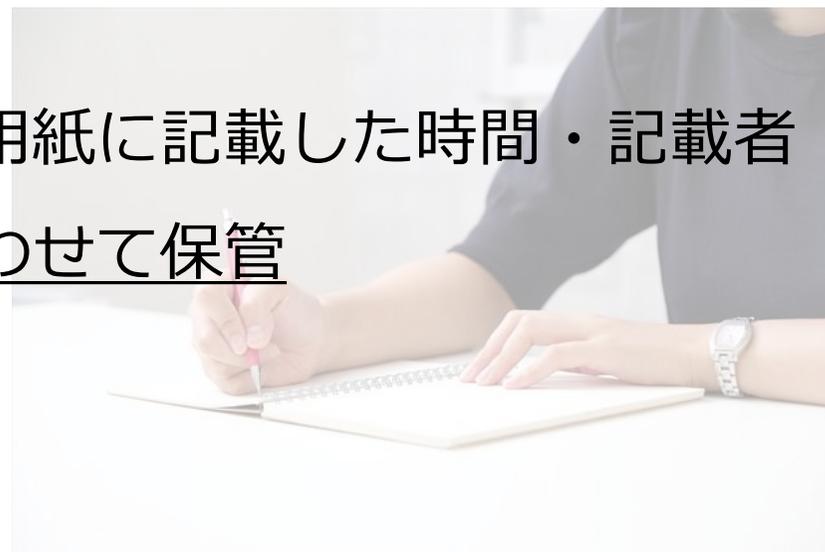
---

- **事故発生と同時に記載**

- 当初は殴り書きでよい。とにかく記録することを重視
- 事故発生前の時間帯から記載する

- **何度でも修正・追記可**

ただし、修正のつど、新しい用紙に記載した時間・記載者を明記し、修正前の用紙と合わせて保管



# 経過報告書の例①

## 経過把握用紙 (No.)

記載日：                      記載時間：                      提出日：                      記載者：

対象となる利用者：

記載を開始した時間

管理者に提出した時間

時刻	利用者の状態	行動	関係者	備考
		事故発生前の状態から記載	関係者の所属と氏名。複数いた場合はすべて記入	
		どのような対応が行われたのか、名称ではなく行動の内容を具体的に記入する。行動の当事者が判明している場合は、関係者欄に記入		

事故発生前の時間帯から記載。明確な時間が不明な場合は、出来る限り前後関係を把握しながら記載

### 【記載上の注意】

- ① いつ、どの時点の記憶で、誰が記載した記録かを明確にすることが重要
- ② 時刻の記載はなくとも、前後関係がわかるように時系列で記入する
- ③ 記入内容が事故に直接影響があるかどうか、責任の有無に関係するかどうかの判断はしない。知りえた事実のみを記載する
- ④ その時点でどのように考えて行動したかを、記憶に基づいて記載。記憶がなければ記載しない。「こうするべきであった、こう考えるべきであった」という記載は不要
- ⑤ あいまい、記憶が定かでない、「おそらく」というレベルの記載項目に関しては、項目の最後に「？」を記入する
- ⑥ 関係者欄は連絡をただけの相手でも氏名・所属を記載する

# 経過報告書の例②

経過報告書 (時間が明確でない場合は、前後関係を正しく記載してください)

発生日時 2024.3.10  
 記載者 利用者ID  
 記載日時 2024.3.10 11時00分  
 報告書No. 1

時刻	利用者状態	状況	利用者の対応	職員への対応	備考
13:00	13:00 食事	13:00 3/10	13:00 対応	13:00 対応	
13:20	13:20 食事	13:20 対応	13:20 対応	13:20 対応	
13:40	13:40 食事	13:40 対応	13:40 対応	13:40 対応	
14:00	14:00 食事	14:00 対応	14:00 対応	14:00 対応	
14:20	14:20 食事	14:20 対応	14:20 対応	14:20 対応	
14:40	14:40 食事	14:40 対応	14:40 対応	14:40 対応	
15:00	15:00 食事	15:00 対応	15:00 対応	15:00 対応	
15:20	15:20 食事	15:20 対応	15:20 対応	15:20 対応	
15:40	15:40 食事	15:40 対応	15:40 対応	15:40 対応	
16:00	16:00 食事	16:00 対応	16:00 対応	16:00 対応	

① 事故発生時のメモ用紙を貼付

経過報告書 (時間が明確でない場合は、前後関係を正しく記載してください)

発生日時 2024.3.10  
 記載者 利用者ID  
 記載日時 2024.3.10 11時00分  
 報告書No. 1

時刻	利用者状態	状況	利用者の対応	職員への対応	備考
17:00	17:00 食事	17:00 対応	17:00 対応	17:00 対応	
17:20	17:20 食事	17:20 対応	17:20 対応	17:20 対応	
17:40	17:40 食事	17:40 対応	17:40 対応	17:40 対応	
18:00	18:00 食事	18:00 対応	18:00 対応	18:00 対応	
18:20	18:20 食事	18:20 対応	18:20 対応	18:20 対応	
18:40	18:40 食事	18:40 対応	18:40 対応	18:40 対応	
19:00	19:00 食事	19:00 対応	19:00 対応	19:00 対応	
19:20	19:20 食事	19:20 対応	19:20 対応	19:20 対応	
19:40	19:40 食事	19:40 対応	19:40 対応	19:40 対応	
20:00	20:00 食事	20:00 対応	20:00 対応	20:00 対応	

② 利用者対応終わった時点で、報告書に転記

経過報告書 (時間が明確でない場合は、前後関係を正しく記載してください)

発生日時 2024.3.10  
 記載者 利用者ID  
 記載日時 2024.3.10 11時00分  
 報告書No. 1

時刻	利用者状態	状況	利用者の対応	職員への対応	備考
20:20	20:20 食事	20:20 対応	20:20 対応	20:20 対応	
20:40	20:40 食事	20:40 対応	20:40 対応	20:40 対応	
21:00	21:00 食事	21:00 対応	21:00 対応	21:00 対応	
21:20	21:20 食事	21:20 対応	21:20 対応	21:20 対応	
21:40	21:40 食事	21:40 対応	21:40 対応	21:40 対応	
22:00	22:00 食事	22:00 対応	22:00 対応	22:00 対応	
22:20	22:20 食事	22:20 対応	22:20 対応	22:20 対応	
22:40	22:40 食事	22:40 対応	22:40 対応	22:40 対応	
23:00	23:00 食事	23:00 対応	23:00 対応	23:00 対応	
23:20	23:20 食事	23:20 対応	23:20 対応	23:20 対応	
23:40	23:40 食事	23:40 対応	23:40 対応	23:40 対応	
24:00	24:00 食事	24:00 対応	24:00 対応	24:00 対応	

③ さらに落ち着いてから関係者が集まって再度情報を整理し記載

経過報告書 (時間が明確でない場合は、前後関係を正しく記載してください)

発生日時 平成26年1月18日  
 記載者 利用者ID  
 記載日時 平成26年1月18日 11時00分  
 報告書No. 1

時刻	利用者状態	状況	利用者の対応	職員への対応	備考
18:30	夕食を飲み飲み中止する。	夕食摂取量 主食4割副食4割	食事全介助していたが中止	看護師にてバイタル測定	
19:30	KT=38.5℃ BP=97/61 P=85 SP02=90%	肩呼吸しているのを確認する。	医師に連絡し指示を仰ぐ。経過観察の指示があれば施設で、病院受診なら指直員に連絡し病院受診へ(病院受診なら家族に連絡)	看護師にてバイタル測定	
20:30	パット内900cc組 排尿あり。	肩呼吸している。	介護職員にてオムツ交換	看護師にてバイタル測定	
22:00	KT=39.1℃ BP=67/52 P=136 SP02=90%	2箇所アイスノンを使用しクーリングを行う。	体温、血圧、脈、酸素などの値がどの位なら、医師に連絡・救急車決定する。判断値を決めておく。(病院受診なら家族に連絡)	看護師にてバイタル測定	
22:00	7ミナゲリー一口服用	吐き出す為、1口で中止する。	有熱の為、水分補給を勧める。	看護師にてバイタル測定	
22:50	状態変わりない	状態の改善はない。	医師に連絡状況を説明し、朝顔かみかみでバイタルを測定し自分の指示がある。その後様子観察を続ける。	看護師にてバイタル測定	
23:30	体位交換を行う。	肩呼吸している。	看護師にてバイタル測定	看護師にてバイタル測定	
1:00	KT=38.7℃ BP=72/53 P=129 SP02=95%	2箇所アイスノンを使用しクーリングを行う。	看護師にてバイタル測定	看護師にてバイタル測定	
1:30	7ミナゲリー一口服用	吐き出す為、1口で中止する。	有熱の為、水分補給を勧める。	看護師にてバイタル測定	
1:30	体位交換を行う。	肩呼吸している。	看護師にてバイタル測定	看護師にてバイタル測定	
2:30	話しかけるが反応なし 発熱もない。	肩呼吸している。	看護師にてバイタル測定	看護師にてバイタル測定	
3:30	7ミナゲリーの機内物を嘔吐、肩呼吸強くなっている。	肩呼吸している。	看護師にてバイタル測定	看護師にてバイタル測定	

④ ③を清書し、事故報告書を作成。その後、事故の再発防止策を考える



何が起きたかよく分かりますね

## 真実を解明するための 証拠物件

訴訟になれば、記載されていること、  
記載されていないことが、  
裁判所の判断に大きな影響を与える

---

## 事故対応のポイント

### ① 適切に対応する

→ 指針・マニュアルの整備、教育・訓練

### ② 適切に対応したことを証明できるようにする

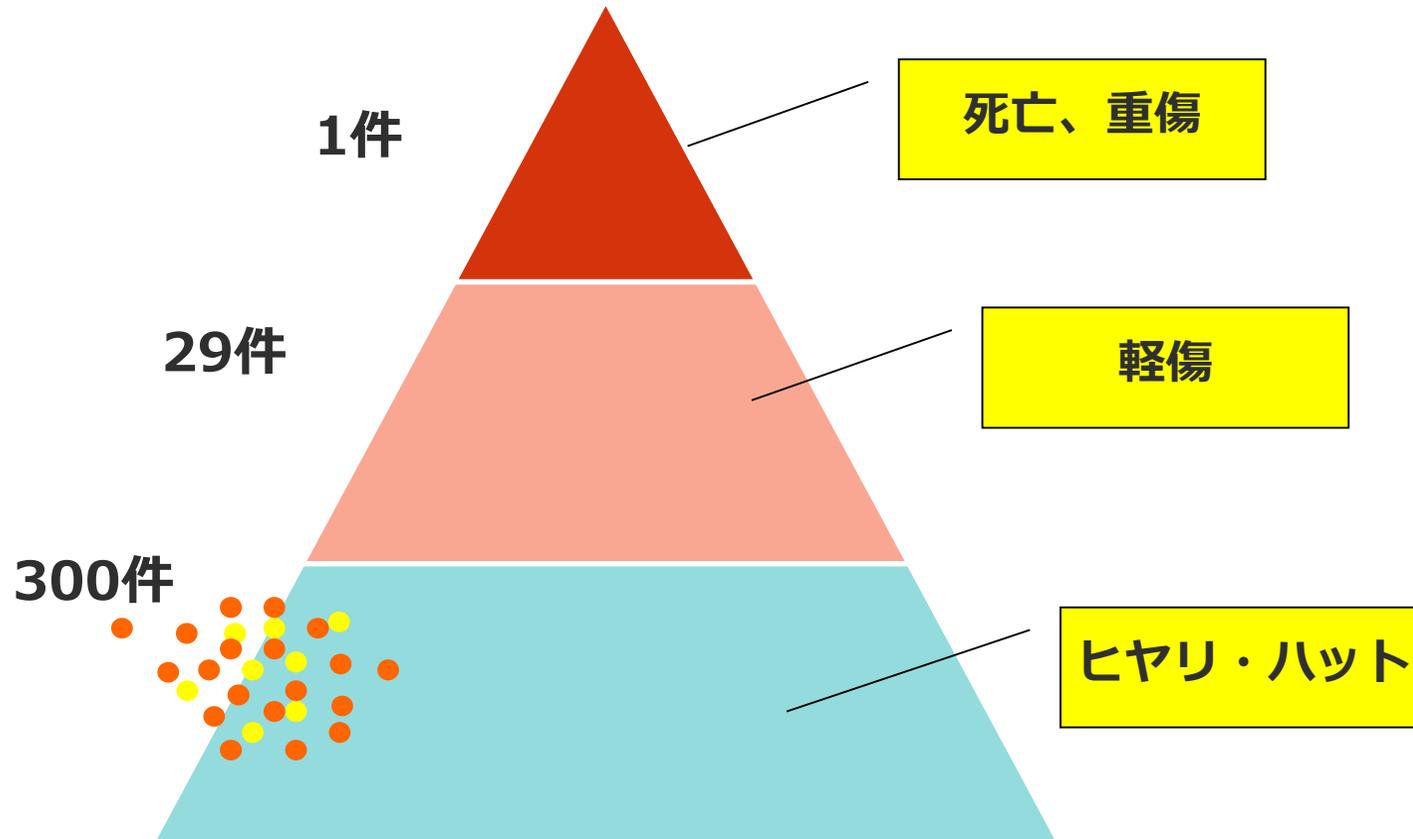
→ 記録



---

## 4. ヒヤリ・ハット報告書の運用 ～事故防止のために～

# ヒヤリ・ハット報告の意義



未然の状態です事故のリスクに気づき、対策に生かすことで  
事故防止に役立たせることができる

# ヒヤリ・ハット報告制度の正しい理解

1. 報告制度の目的は「組織の問題点を集める」こと
2. 報告者は事実を淡々と書く  
When、Where、Who、Whatを書く。Why、Howは不要
3. 背景要因は（重要情報だが）煩雑にならないように
4. 「エラーの種類」、「原因」、「再発防止策」は、分析者の仕事
  - 報告者には書かせるべきではない（→始末書になる）
5. 報告者の提案や意見を強制しない **決意表明も不要！**
6. 「振り返り」は報告制度の目的でない
  - 当事者の「教育」が必要なら別ルートで行う

【出典】相馬孝博（東京医科大学 医療安全管理学 主任教授），“医療安全管理概論”，全国自治体病院協議会医療安全管理者養成研修会，2010/12/06 をもとに作成

**ヒヤリ・ハット報告書の運用では、とにかく、  
「数を集めること」が大事**

# ヒヤリ・ハット報告書の運用の実際①

## ①ヒヤリ・ハット報告書の意義を全職員に対して教育する

- ◆ 事故報告書との違いの明確化
- ◆ すべての職員に提出を求める理由を説明
- ◆ 「提出=良いこと」の意識を浸透させる
- ◆ どんなに些細なことでも「気づき」は報告の対象になることを理解させる
- ◆ 管理職にはヒヤリ・ハット分析の手法（優先順位と要因分析）とフィードバックの例を教育

### point

提出者には、レポートを提出したことに対し、  
（ **感謝の意** ）を表す



報告書で反省を促したり指導したりすると…（報告書が嫌な気持ちになる使い方をすると）



ヒヤリ・ハットが報告されなくなる = 事故の予兆、潜在リスクが把握できず、**事故発生の確率が高くなる**

# ヒヤリ・ハット報告書の運用の実際②

---

## ②提出しやすい報告書の形式にする

### ➤ 簡単に書けることが大事

最小限の記載があればよい。

例：発生年月日、発生場所、利用者の性別・年齢・利用年数・報告者の経験年数・ヒヤリハット種別

※より詳細な情報が欲しい場合は、報告を受けたものが後ほど確認する

### ➤ 報告にポジティブな印象を与えるため、様式の名前を変えてもよい

ひまわりレポート、Good Jobレポート、気づきの報告書、など

### ➤ その他の事例と合わせて分析が困難な、個々の利用者の要素が大きい、転倒や苦情などは別の報告書にすることも考える

# (参考) ヒヤリ・ハット報告書の例

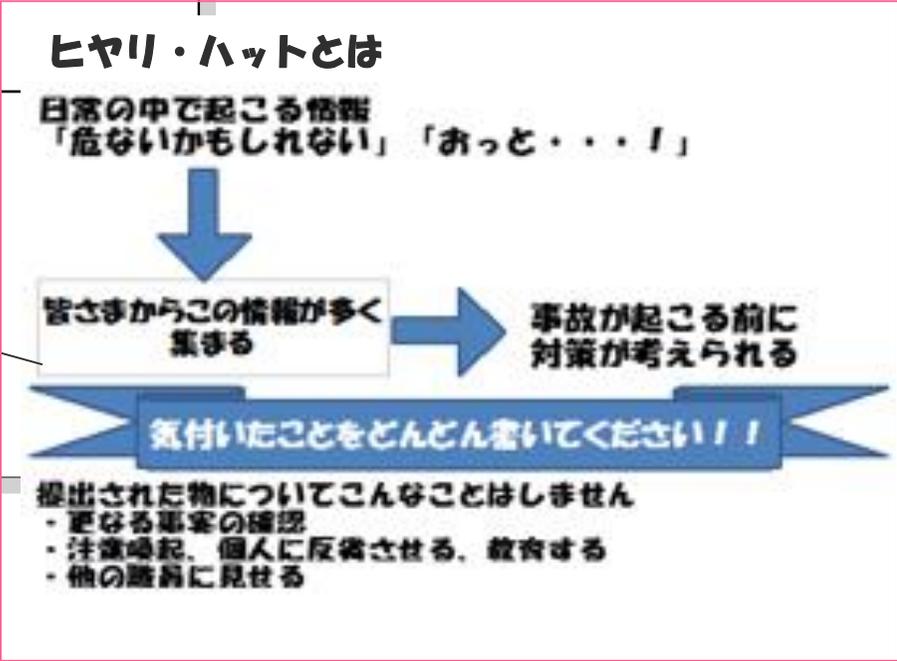
## ヒヤリハット報告書

入所  
 通所

発生年月日	平成 年 月 日	時間	AM・PM	時 分 頃
発生場所				
報告者	報告年月日	平成 年 月 日	経験年数	年
	職種		当該職場経験年数	年
利用者	性別	男性・女性	年齢	歳
	疾患・事例に係る既往症等			
種別	<input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 誤嚥・異食 <input type="checkbox"/> 離脱(離苑) <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 利用者同士のトラブル・暴力 <input type="checkbox"/> 金銭 <input type="checkbox"/> 紛失・破損 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 医療行為関連(内容: <input type="checkbox"/> 保険・契約関連 <input type="checkbox"/> その他( )			
	事案の状況・気づき			

様式の裏面には、

- ・ 記載例
- ・ 提出を促進させるためのメッセージ



# ヒヤリ・ハット報告書の運用の実際③

---

## ③事例をフィードバックする

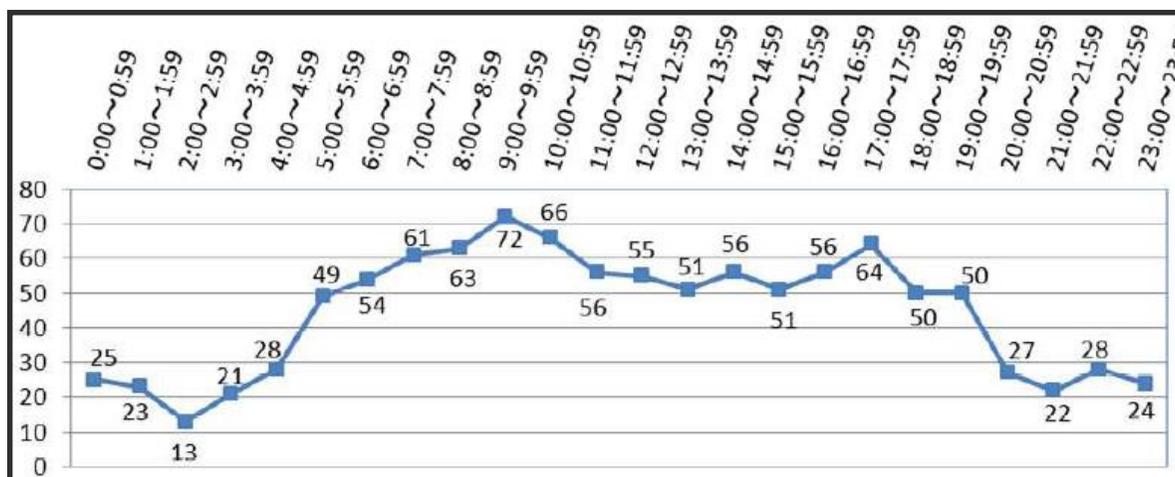
- 組織・事業所の改善の視点で、共有する報告書をピックアップする  
→同じような事例でも、重要と思われるものは何度でも取り上げる
- 職員に報告書の内容を共有する際は、事例だけではなく、コメントをつけてフィードバックする  
→フィードバックやコメントがあることで、提出意欲の向上につなげる
- 個々の利用者に関する問題は利用者情報に反映させる

## ④事例を分析する

- すべてのヒヤリ・ハットに都度対策を立てる必要はない（多くの報告は、対策を立てられるほど情報がないはず）
- 報告書はデータ化して、項目ごとに整理し、分析しやすい状態にしておく
- 分析結果はマニュアルの改訂や教育体制の見直しにつなげる

# ヒヤリ・ハット報告書分析の例

1. 定量分析・・・複数の報告書を項目ごとに分類しデータ化。集積されたものを分析し、部署、頻度、時間帯などで共通する傾向を見つける



2. 定性分析・・・報告書を精査し、要因を洗い出し対策立案する。組織として、早急に対策を取るべき報告書が対象

# ヒヤリ・ハット報告書 定性分析優先度表の活用

報告書 NO	レポート内容	生命への危険度 A高い B中等度 C低い		利用者・家族の信頼度 A大いに損なう B損なう C損なわない	システム改善の必要性 A組織として B部署のみ C 情報伝達のみ
		本事例	他事例		
1	スライドドアへの引き込まれ	B	A	B	A
2	デイルームでの誤薬	C	A	B	A
3	一人移乗介助時の転倒	B	A	B	A
4	認知症利用者の歯牙紛失	C	A	A	A
5	送迎バスの遅延	C	B	A	B
6	おむつ交換後の皮膚剥離	C			
7	泥除けマットでの転倒	C			
8	入浴介助時の着替えの紛失	C			
9	ベッド端座位からの転落	B			
10	認知症利用者のバルンカテ抜去	B	A	A	B

- 結果の深刻度ではなく、組織として解決すべきものを抽出
- 利用者の個別性が高く、個別に対策が必要なものは、ケアプランに反映させる

# ふり返り

---

1. 介護事業所における法的責任とは
2. 事故発生時の初動対応の留意点
3. 事故報告書等、作成のポイント
4. ヒヤリ・ハット報告書の運用方法 ～事故防止のために～

# まとめ

---

- 事故対応には事前対策が必須。適切な対応、標準化された対応が取れるようにマニュアルの整備、研修・教育に取り組む
- 事故発生時は、適切な対応を取るとともに記録を残しておくことが重要。いつ誰がどんな行動を取ったのか、どのような考えに基づきそのような対応を取ったのか、記録をする
- 何よりも事故を発生させないように、事故の潜在リスクを把握できるヒヤリ・ハットを活用していく





Innovation for Wellbeing

---

SOMPOリスクマネジメント