

事故予防・再発防止・緊急時の対応マニュアル

1. 基本的な考え方

当事業所では、「人間としての尊厳を冒し、安全や安心を阻害しており、提供するサービスの質に悪い影響を与えるもの」をリスクとして捉え、より質の高いサービスを提供することを目標に、介護事故の防止に努めます。そのために、必要な体制を整備するとともに、普段から「どのような事故や緊急事態がおこりうるのか」を想定し、利用者一人一人に着目した個別的なサービス提供の徹底に取り組みます。

2. 事故、緊急事態として考えられる事柄

- ① 窒息（異食、誤飲、誤嚥、痰）
- ② 誤薬、誤配
- ③ 転倒転落・捻挫・脱臼・骨折
- ④ 溺水
- ⑤ 体調急変や持病の発作（発熱・胸痛含む）
- ⑥ 出血
- ⑦ 嘔吐

3. 対応

3. 1 窒息（異食、誤飲、誤嚥、痰、溺水）

加齢とともに食べ物を咀嚼（噛み碎き、混ぜ合わせる）する機能は低下します。また、麻痺等による嚥下（飲み込みの）障害に認知症などの症が重なり、飲み込む際に気管に入ってしまう“誤嚥”や、通常より大きなものや食べもの以外のものを口にしたりする“異食、誤飲”が起こりやすくなります。事故が起こる状況としては、「食事等摂取時の誤嚥・誤飲」「異物の誤飲（異食等）」「痰による気道の閉塞」などがあります。

- ・咀嚼、嚥下障害を起こす麻痺等
- ・認知症の状況
- ・上部消化管の通過障害
- ・薬の副作用
- ・全身の衰弱や意識障害などの

病状や病態は、本人・家族・医師・看護師・言語聴覚士等から情報を収集し、現状や変化を把握しておくことが重要です。

（発見）

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します。誤飲・異食事故は、飲み込んでしまってからでは容易に確認できないため、素早く察知し「水ぎわ」で防ぐことが大切です。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を疑います。また、食事中に異常を感じたらすぐに食事を中止し、「苦しくないですか？」と問いかけます。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できます。

また、利用者の病状はもちろん、室温や湿度などの環境によって、喀痰も変化します。しっかりと観察し、現況を把握します。

嘔気・咳き込み・呼吸困難、チアノーゼの有無も確認します。

（対応）

自覚症状があるときは、すぐに医師に連絡して受診させる必要があります。窒息状態であれば、ただちに義歯を外し、口腔内を空にしてから異物を除去します。除去方法としては、指でかき出す、ハイムリッヒ法、背部叩打法、吸引などがあり、状況に応じて行います。

体位を側臥位にし、気道を確保します。異物が除去できても、気管への侵入の場合は、誤嚥性肺炎になる可能性があるので、必ず受診することが必要です。万一、心肺停止状態に陥ったら、救急車が到着するまで、人工呼吸を続けます。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、ただちに救急車を要請します。

(予防)

① 誤飲・誤嚥に関する症状を記録・確認できるようにする。

- ・以前、誤飲・誤嚥を起こしたことがあるか記録しておく。
- ・異食・多食行動をとる利用者はその行動や所在を確認する。

② 事故の要因となるものを利用者のまわりから除去する。

- ・行動範囲内に危険物になりそうな物がないかを点検し除去する。カプセル薬の包装パッケージ等に注意。

- ・食事の際はパンの袋など食物以外の物を置かない。

③ 口腔ケアを行う。

- ・毎日(できれば毎食後)歯のブラッシングを行い、口腔内を清潔に保つ。

- ・定期的な歯科受診や訪問歯科指導の利用により、必要なむし歯や歯肉の治療や、義歯の利用を勧める。

④ 調理の工夫をする

- ・利用者ごとに嚥下状況を把握し、食物の加工に配慮する。

- ・誤嚥を起こしやすい食品(餅、パン、こんにゃく等)の知識を持つ。

⑤ 食事環境の工夫

- ・ゆったりとした気持ちで、楽しく食事ができる環境を、利用者ごとに整える。

- ・座位保持の姿勢や、食器や自助具の工夫、配膳の工夫に留意する。

- ・介助をする場合、利用者の咀嚼や嚥下のリズムに合わせて行う。

⑥ 吸引器を、常にすぐ使えるように準備をしておく。

3. 2 誤薬、誤配

誤薬、誤配とは、

- 1) 他人の薬を謝って服用してしまった。
- 2) 飲むべき薬を飲まなかった。
- 3) 飲むべき薬の処方量を誤って飲んでしまった。
- 4) 職員が他の利用者の薬を誤って配ってしまった。

事故のことを指します。

(発見)

利用者が、いつもと違う種類や異なる数の薬を手にしている、見慣れない薬の包装パッケージが自室にあった、服薬後にいつもと違う様子である等の状況があったら、誤薬・誤配を疑います。利用者の薬に、正当残数に対して多少がないか、処方された薬であるのかを、カルテを参照しながら確認します。

(対応)

薬の飲み忘れや飲み間違いが判明したときは、飲んだ薬の名前や量がわかれれば記録し、すぐにかかりつけの医師に連絡をします。「このくらいなら大丈夫だろう」と安易に判断せずに、必ず医師の指示をあおぐようにします。また、飲み忘れた薬を、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、医師の指示に従います。

(防止)

① 指示内容の確認

- ・指示内容をカルテ・注射箋に、正確にわかりやすい文字で記入する。

- ・ 氏名、日付、注射薬名、用量、単位、本数、用法、日数などを確認する。(医師の処方の意図を理解する)
- ② 職員間の伝達
 - ・ 職員間の伝達は正確に行う。(転記は避ける)
- ③ 薬品の管理体制
 - 内服薬
 - ・ 薬袋の氏名、処方内容と薬剤が一致しているか確認する。
 - ・ 処方の意図と服用内容を確認した上で与薬しやすいように整理し、一包ずつ名前を記載し与薬トレイに準備する。
 - 注射薬
 - ・ 処方箋の内容と薬液が間違いないか確認してから受領する。
 - ・ 処方の意図と服用方法を確認して一人一トレイでセットする。
 - ・ 指示を確認しながら氏名、薬名、単位、用量を3回復唱(保管棚から出す、準備する、捨てるとき)する。
- ④ 対象者の確認
 - ・ 与薬、注射施行時は本人であることを、フルネームで声に出して確認する。
 - ・ 自己管理能力がない場合は、その場で服用させる。
 - ・ 自己管理能力がある場合も、正しく服用しているか確認する。
- ⑤ 在宅の場合の工夫
 - ・ 薬の処方内容を、家族や介助者も十分把握し、服薬の記録をとり、他の介護者との申し送りを確実に行う。
 - ・ 「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する。飲んだ後、小袋を戻すことにしておけば、確実な服薬の管理ができる。また、服薬数が多くなった場合や、頓服薬の管理には、分包を工夫する。
 - ・ ヘルパー等の介護職員は、ヒートのままの薬の服薬介助は禁止されている。利用者が希望し、医師から指示があれば薬の一包化ができることもある。一包化されている場合に限り、介護職員による服薬の介助が可能であるため、利用者から介助依頼があつたら提案してみる。
 - ・ 薬の内容や服用方法に不明な点があれば、必ず医師や看護師、処方した薬剤師に確認する。

3. 3 転倒転落・捻挫・脱臼・骨折

(原因と防止)

(1) 利用者側の原因と防止

①原因

- ・ 運動機能の低下(麻痺、筋力低下、バランス障害、関節可動域制限等)
- ・ 感覚機能の低下(視覚障害、聴覚障害、知覚障害等)
- ・ 判断力、適応力の低下(注意機能障害、記憶障害、認知障害、失行等)

②防止

- ・ 利用者が身に付ける物(衣服、眼鏡、履物、歩行補助具、装具、補聴器、車椅子等)が機能的で、形状等が、利用者の現在の状況に合ったものにする。
- ・ 自己管理能力がある場合
 1. 自分の身体状況、運動能力について説明し理解してもらったうえで、体力の維持・向上に努めてもらうようにする。
 2. 身の回りの状況確認をしてから行動する、無理な動作はしない等に気をつけてもらう。
- ・ 自己管理能力がない場合
 1. 規則正しい生活となるように、定期的な体操や散歩などを行ってもらう。

2. 精神的な安定のために、昼間、作業療法などの落ちついた時間を過ごす。
3. 睡眠剤等による薬の副作用がないか確認する。
4. 介護者の配慮や環境が大きく影響するため、利用者からなるべく目を離さず、危険につながると思われる状況の事前の把握が重要となる。

(2) 環境・状況の原因と防止

①原因

- ・床の状況（濡れ具合、滑り具合等）
- ・敷物、段差の状況
- ・手すりの不備
- ・通行時の障害物
- ・物の配置による死角
- ・設備や器機等の不完全固定
- ・車椅子、ベッドのストッパーの不完全
- ・床頭台、ポータブルトイレ等の設置の不完全
- ・照明の不適当 等

②防止

- ・浴室まわりや洗面所、トイレ、食堂等の床濡れはすぐに拭き取るようにする。
- ・滑ったり、つまずき易い敷物は取り外し、段差は解消する。
- ・歩行可能な場所や浴室・トイレ等には、手すりを設置する。
- ・どうしても解消できない段差や階段には、滑り止めやマーキングを設置する。
- ・障害物、死角となる物を除去する。
- ・車椅子やベッドは、移動中以外は必ずブレーキをする。
- ・ベッド周辺を適切な位置と高さに設置する。転落し易い人は、ベッドの下にマットを敷いたり、畳に変えるなどする。
- ・転落防止のため、窓の開き具合を制限する。
- ・明るい照明に変える。
- ・利用者に応じて、個々に対応を工夫する。
- ・在宅介護における住宅改修で、介護支援専門員が住環境上のリスクを発見して、改修業者に依頼する場合、改修には多額の費用を要する場合も少なくないため、利用者本人や家族、及び介護員から、十分に情報を収集し、適切な改修となるよう慎重に行う必要がある。

(3) ケア提供側、システムの原因と防止

①原因

- ・利用者の身体状況把握不足
- ・利用者のADL把握不足
- ・利用者の変化の把握不足
- ・PT、OT等との連携不足
- ・ケア体制の未熟
- ・転倒事故に関する知識不足

②防止

- ・利用者の運動、知覚、認知症等の機能を把握する。
- ・慢性疾患や内服薬等、健康状態を把握する。
- ・活動能力を把握する。
- ・痛みの出現、日内変化、体力低下等の変化を把握する。
- ・PT、OTと身体状況やADLに関する情報の連携をはかる。
- ・転倒の既往症がある場合は特に注意する。
- ・後方からの呼びかけは控える。
- ・常に見守りができるように人員を配置する。
- ・注意深い観察ができるように、介護者の疲労をためない配慮をする。

- ・身体状況からくるリスクを分析（アセスメント）し対応する。
- ・支援は、ケアプランの目標設定と連動させて行う。

（4）他の要因の改善

家族などの人的環境についても考慮する。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くる。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」も把握する必要があり、その状況に応じて対策も異なる。

（対応）

発見者はまず、名前を呼びかけて呼吸・意識状態の確認を行います。返答をしなかったり、意識がない、あるいは不安がある場合には、すぐに救急車の手配を行います。ショック状態に気をつけ、血圧低下による体温低下があらわれたら、毛布などで体を保温します。転倒・転落の瞬間を目撃した場合はもちろん、そうでない場合も、どのような状況で事故が起こったかを把握します。

バイタルサインのチェックとともに出血の有無や顔色等を観察し、意識がある場合は、本人が楽な体位をとらせ、疼痛の程度と部位を把握し、両肢位保持を行います。

利用者が不安にならないよう声をかけ、傷口や出血は、なるべく本人に見せないようにします。

深い外傷・内出血・捻挫・脱臼・骨折が疑われる場合は、医師の診察を受ける手配をします。簡単な打撲や擦傷であれば、湿布や消毒等をして、そのまま様子を見ます。

また、意識に問題がなくても、頭部を強打している場合には、サービス提供責任者と家族に連絡をとり、医療機関を受診します。また、痛み・めまい・嘔気等の有無についても確認します。確認の際、「痛いのはどこですか？ フラフラしますか？ 吐きそうですか？」等、具体的な答えを引き出すような問い合わせにします。

緊急性がないと判断したときでも、利用者又は家族に受診を勧めが必要です。施設サービスであればその後の経過を観察し、訪問サービスであればサービス終了後も、サービス提供責任者から利用者へ、確認の連絡をする必要です。

3. 4 溺水

（原因）

高齢者の溺水事故のほとんどは、浴槽内でおこっています。

高齢者の体は浴槽の中では浮きやすく、姿勢が崩れ、自分で修正することは困難です。また、広い浴槽内では、大量の湯の動きに足を取られて転倒したり、家庭内の浴槽でも、底が滑って起き上がれない場合があります。さらには、湯あたりや湯のぼせにより、浴槽内で意識状態が低下（ぼんやり）するために溺水することもあります。

（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問題となります。体重の重い人や長身の人を、浴槽から引っ張り上げることは容易ではありません。利用者に意識があればパニック状態となって暴れたり、意識が無ければ身体がとても重くなる場合もあります。

まず発見者は、慌てずに利用者の「頭を起こす」ことを最優先に行います。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上げて、上体を起こすことが必要です。つまり、最低限『顔面が水に浸かっている状態』からは脱するということです。

次に、家庭内の浴槽であれば、栓を抜いて湯をすぐに抜きます。湯が入っていたほうが浮力があって、利用者を浴槽から出しやすいですが、引き上げようとした途端、再度滑ってしまう危険性があるので、湯は抜いたほうが安全です。湯の水位が下がって溺れる心配

がなくなったところで、救急車を手配します。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ます。

施設内の浴槽では、まず利用者の顔を湯から上げさせます。栓は抜かずに、そのまま浴槽の縁から洗い場へ、まず上体を滑らせる様に出し、続いて下肢を出します。利用者を側臥位にして水を吐かせ、全身の上体を観察しつつ医師に連絡します。

窒息状態であれば、P 2 の「窒息」の対応をただちに行います。

(防止)

在宅・施設ともに、利用者が入浴中は、必ず常時見守ります。

浴槽台を使ってい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はないのです。

[環境を整える]

- 浴槽は、またぎやすい高さにする。
- 洗い場、浴槽の床を滑りにくくする。
- 浴槽内でつかまれる手すりがあるとよい。
- 出入口や浴槽付近にはL字型手すりがあるとよい。
- 在宅の浴槽の場合、底に、浮き上がらない材質の滑り止めを敷く。
- 浴室内の照明は明るくする。

[入浴時の注意点]

- 湯温は38°C～41°Cくらいで長湯を避ける。
- 入浴は20分以内にする。
- 「半身浴」や「掛け湯」の工夫をする。
- 浴槽にあまりたっぷり湯を張らない。
- 心疾患、高血圧、糖尿病を伴う患者や脳卒中の既往のある場合の入浴は、ぬるめの湯で時間を短めにする。
- 充分に人員配備をする（必ず1人以上は見守りを行う）。

3. 5 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、迅速な対処が求められ、利用者の様子の変化から敏感に察知しなければなりません。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、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、萬一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ですが、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な対応が求められます。救急車の要請が著しく遅れるなど、対処に不適切な点があれば、過失として事業者が責任を問われることがあります。

発熱時には水分の補給を行い、頭部を冷やします。38°C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車を要請します。

「医者に見せるほどのことはないだろう」等の、軽率な自己判断をしてはいけません。「異変を素早く察知して、医師や他の専門家のアドバイスにより、適切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、一人で判断せずに、必ず事業所又は指導員に連絡を入れて指示をあおぎます。

3. 6 出血

外傷などにより血管が傷つけられると「出血」が起こりますが、傷つけられた血管の種類

によって出血の状態も異なります。

大量の出血がみられたら、利用者の安静をはかり、頭を低くします（少ない血液を脳に集める）。出血部位を心臓より高く上げ（顔、頭の出血は動かさない）、毛布などで全身を保温します。精神的な安静（言動注意、傷を見せない、丁寧に扱う等）を心がけます。

出血時の危険な症状として、顔面蒼白、耳鳴り、めまい、吐き気、嘔吐、あくび、呼吸が速くなる、痙攣等があります。

出血には次の種類があります。

（1）動脈性出血 動脈性出血は動脈の破綻によるもので、拍動性で鮮紅色を呈し、大きな血管では瞬間に多量の血液を失って、失血死の恐れがあります。緊急に応急手当を必要とするのは、この動脈性出血です。

（2）静脈性出血 静脈性出血は滲出性で暗赤色を呈し、四肢損傷では静脈圧が低く、短時間に多量出血になることは少ないです。応急処置として創部をガーゼで圧迫することにより止血できます。

（3）毛細血管性出血 毛細血管性出血は動脈血と静脈血の中間色で、普通そのままにしておいても自然に止血します。

（4）実質性出血 肝・脾など実質臓器からの出血を、特に実質性出血といいます。

人間の体内には、通常、体重の1/13～1/14の血液があり、体重60kgの人の全血量は約5lと考えられます。健康成人では、一般に250mlでは特に障害が現われませんが、400～500mlになると低血圧が起り、軽度のショック状態となります。全血量の1/3（約1.6l）を失うと、生命が危険な状態になります。したがって多量出血、持続する出血があるときは、直ちに適切な「止血法」を行わなければなりません。主な止血法には「直接圧迫法」と「止血帯法」などがあります。

○ 直接圧迫法 まず最初に試みる方法で、清潔なガーゼやハンカチなどで傷口を強く圧迫します。片手で圧迫しても効果が無い場合は、両手で体重をかけながら圧迫します。手足の場合、圧迫と同時に傷口を心臓より高く保つと効果的です。また感染を防ぐためゴム手袋やビニール袋などを手にかぶせて直接「血液」に触れないよう注意します。

○ 止血帯法 直接圧迫法で十分に血が止まらない場合、傷口より心臓に近い部分を包帯又は帯状のもので強くしばって止血を図ります。

①縛る部分に当て布をあて止血帯をゆるく結んで棒を入れる。

②次に血が止まるまで棒を静かに回して行く。

③神経や皮下組織を傷つけるおそれがあるため、止血帯に針金や細いひもを用いない。ある程度幅の広いものを使うようにします。

④血が止まったら棒が戻らないように別の包帯などで固定します。

⑤最後に止血帯をかけた時刻を記録し誰が見ても分かる様にして置きます。

⑥もし30分以上止血帯をする場合は、30分に1回止血帯をゆるめ、血液が流れるようにします。

⑦ゆるめる場合は、しばってある部分の皮膚が赤みを帯び、傷口から血液がにじみ出る程度とします。

○ 特殊な場合の止血法

1. 鼻出血

鼻出血の大部分は鼻翼の内側、キーゼルバッハの血管脆弱部からの出血であり、この場合、両鼻翼を左右から強く圧迫しておくか、母指頭大に固めた綿花を詰めて圧迫しておくと止血されることが多い。ガーゼにアドレナリンを浸してタンポンすると、粘膜の毛細血管が収縮して止血効果は倍増する。これで止血のできない場合は、さらに奥の粘膜からの出血の可能性が高く、専門医によるベロックタンポンや直接止血などの止血法が

必要になる。

2. 吐 血

吐血の原因としては胃・十二指腸潰瘍からの出血や食道静脈瘤が多く、出血量が多ければ出血性ショックに陥る場合がある。直接止血する方法はないので一刻も早く病院へ搬送する。

3. 7 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ます。

吐き気、嘔吐があり、下痢や腹痛を伴っていれば胃腸の病気のことが多く、腸閉塞以外に胃炎や食中毒などの腸の感染症も多くみられます。吐き気や嘔吐が強く食事が摂れない場合や、腹痛が強い場合は、医師の診察を受けます。

朝方に吐き気を伴わずに嘔吐が起り頭痛を伴う場合には、脳神経系の異常によることが多く、脳出血や脳腫瘍のこともあるため、必ず医療機関を受診し頭部のCT検査などを受ける必要があります。

腎臓や肝臓の病気、糖尿病の一部の例では吐き気や嘔吐を起こしますが、この場合は吐き気以外に症状のないことも多いため、これらの症状が3~4日以上続いたら、必ず医療機関を受診し、検査を受けます。

(対応)

食べ物は控えますが、水分は摂取します。心臓や腎臓の持病等に支障が無ければ、電解質の入った飲み物にします。頭部及び腹部を冷やし、緊張を和らげます。側臥位をとらせ、膝を深く曲げさせます。速やかに、医師の診察を受けます。

3. 8 熱 傷

高齢者の熱傷原因の一位は火災ですが、他には灯明や調理中のコンロの火が着衣に燃え移ったり、高温の湯船やポットのお湯をかぶり受傷するケースが多く見られます。これらは普段の生活にもやけどの危険が多く潜んでいるということを示しています。

高齢者がやけどで入院すると、機能低下・社会復帰困難・合併症など、成人に比べて進行が早く回復が遅い現状があります。

高齢者の場合、特に気をつけなければならないのは低温熱傷です。低温熱傷の発症機序は褥瘡と極めて類似していて、寝たきり、知覚麻痺などがあると受傷しやすく、見た目は小さい傷でも深部まで損傷されていることが多いです。あんか、カイロ等の暖房器具の使用には十分な配慮が必要です。

(発見)

介護者が見ていても、皮膚に水泡形成や発赤、ただれなどがあったら熱傷を疑います。部位の確認を行い、範囲・深度を確認します。

(対応)

まず、一刻も早く患部を流水で10分間以上冷やします。皮膚に衣服がくっついている場合は、はがさずにそのまま冷やします。高齢者の場合、体温が下がり過ぎるため、氷は使用しないほうがよいでしょう。水泡が出来ている場合は破らないようにします。

熱傷が全身に及んでいるときは、冷やさずに、清潔なシーツなどでくるみ、救急隊の到着を待ちます。

アロエや味噌などの民間療法はやめ、市販薬の使用は控えます。高齢者は悪化しやすいため、患部が小さくても必ず専門医を受診します。