

高齢者福祉サービスにおける事故防止対策に関する一考察 — 苦情処理事例の分析を通して —

井田 圭亮・倉田 康路

(西九州大学健康福祉学研究科健康福祉学専攻)

(平成21年11月5日受理)

A Study of Accident Prevention Measures in Elderly Care Services — through case analysis of complaint processing —

Keisuke IDA and Yasumichi KURATA

Graduate School of Health and Social Welfare Science, Nishikyushu University

(Accepted: November 5, 2009)

Abstract

In this study, we analyzed accident cases during elderly care services using the analysis method for elderly care accidents to seek how the risk management in the elderly care services should be. The results revealed that (1) five cases out of nine were accidents which had been predictable beforehand but actually happened, and four out of nine were accidents which had been unpredictable; (2) two out of nine were accidents for which measures for the foreseen accidents had been taken, and in four cases in which no accidents had been predicted, accident prevention measures had not been taken in all cases. Based on these results, we presented an action model which those who perform these services should follow regarding accident prediction, countermeasures, cause finding, recurrence prevention measures and publicity.

キーワード：介護事故、事故防止対策、事例分析

Key words : Accident during elderly care services; accident prevention measures;
case analysis

1 問題の所在

2000年に介護保険制度が開始されたことで、介護事故が社会的に取り上げられる機会が増加してきた。

介護を行政処分（措置）として利用者に提供していた時代の介護事故は現代のように社会的な問題として取り上げられる機会は少なかった。たとえ事故が発生しても行政側が「一方的な対応をとっていたり、対応すらしないうままに終わってしまうことが一般的であった¹⁾」という歴史もある。

しかし、介護保険制度が創設されたことにより、介護サービス提供者とサービス利用者の契約による「サービスとしての介護」が提供されるようになった。契約を交わした事業者は対価を支払う利用者に良質・適切なサービスを提供する責務が課せられることになる。同時に事業者は、自らの能力で危険を回避できないサービス利用者の安全に配慮する義務も負うことになる（安全配慮義務²⁾）。

福祉施設でのサービス提供は、社会福祉法第3条に「福祉サービスは、個人の尊厳の保持を旨とし、その内容は、福祉サービスの利用者が心身ともに健やかに育成され、又はその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援するものとして、良質かつ適切なものでなければならない³⁾」と規定されている。このことから、一人ひとりの利用者の多様な価値観、自己決定を尊重し、尚且つ、利用者の安全にも配慮したサービスを提供することが福祉施設（職員）の役割として課されるものとなっている。

しかしながら、多様な価値観や自己決定を尊重し、残存能力の最大限の活用を目指した生活自体に介護事故のリスクが潜んでいるとも考えられる。つまり、自己決定の尊重や残存能力の最大限の活用にベクトルが向き過ぎると事故発生の確率が高まる。逆に事故防止にベクトルが向き過ぎると身体拘束・抑制の様な事態になりかねない。

したがって、価値観や自己決定の尊重に危険が伴わな

いサービス提供の実現のためには、効果的・継続的に事故を予見し、対策を講じることができるリスクマネジメント（以下：RM）の在り方の検討が急務の課題であると考えられる。

2 研究の目的

本研究では、介護事故に関する予見から事故後の対応までの一連の流れ（PDCA サイクル⁴⁾）のなかでの問題点を事例から取り上げ、その問題点を逆説的に考察し、介護事故の防止にはどのような方法や対応が必要であるかを検討する。

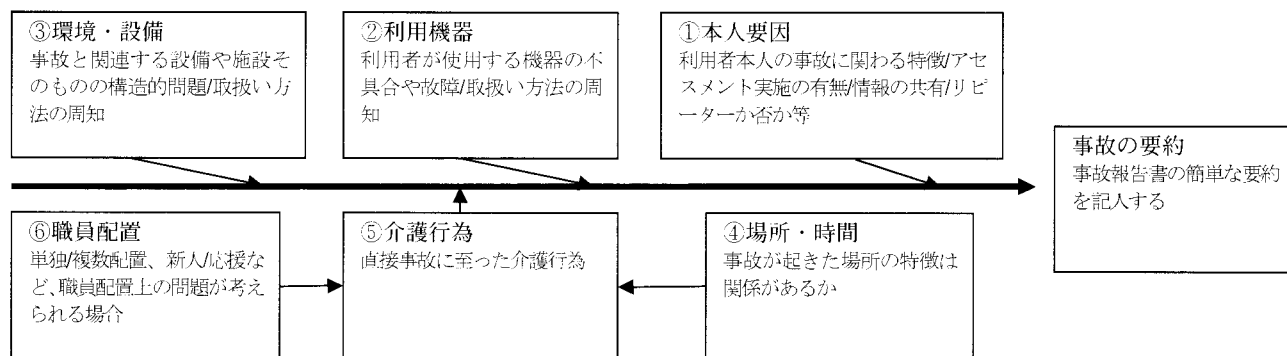
そこで得られた知見を踏まえて、より効果的・継続的なRMを実現させるためのRMの在り方を模索したい。

3 方法

まず、介護事故の実態及びPDCA サイクル過程での問題点を明らかにするための調査として、佐賀県国民健康保険団体連合会が処理した「事故（処理）への不満」に関する11の事例を小林（2004）⁵⁾の事故分析様式を用いて分析した。【図1参照】

さらに、小林（2004）の事故分析様式の「⑤介護行為」を細分化し、「介護行為（事故前）」、「介護行為（事故後）」、「事故に関する対処（原因説明・謝罪）」の3要因を加え、より詳細な分析を試みた。

分析の過程において報告内容が少ない事例が2件あり、事故分析様式を用いての分析が困難であると判断したため2件を除外した。また、分析要因である「利用機器」、「環境・設備」、「場所・時間」、「職員配置」の4要因については、事件事例での記載が少なく、分析を通して事故防止に必要な対応や方法等に関する知見を得られなかったため、以上の4要因を除き、9事例4要因（「本人要因」、「介護行為（事故前）」、「介護行為（事故後）」、「事故に関する対処（利用者側への謝罪、原因解



【図1】事故分析様式（事故要因チェックのためのボックス）

出典：小林良二（2004）「リスクマネジメントにおける個人責任とシステム責任」（『首都東京大学 人文学報 No. 350（社会福祉学20）』，2004年，p3.

明))で分析を行った。

以上の分析を通して、11事例における事故に繋がったと考えられる問題点を抜き出し、その問題点を逆説的に考察することで事故防止の為にRMの在り方を検討した。

4 結 果

4-1 分析要因の内容

小林の事故要因チェックのためのボックスを基に作成した介護事故事例包括的分析様式を【図2】に示す。

「本人要因」

本人要因とは、利用者本人の入所前又は入所中の状態変化、さらには介護事故経験(転倒など)の有無、認知症の有無などを記しているものである。

「介護行為(事故前)」

介護行為(事故前)とは、本人要因等から事故を予見し、その発生を回避するために行っていた介護行為(事故前)を記しているものである。また、情報が得られなかったことで介護事故を予見することが出来ず、対策を講じていなかった場合でも、日常の介護サービス提供過程のなかで、最大限の努力、配慮により介護事故発生を回避する行為(介護行為)も含まれる。

「介護行為(事故後)」

介護行為(事故後)とは、介護事故発生後の事業者側が行った行為のことであり、応急処置や救急車搬送、経過観察等の事故後に行った対応を指している。なお、介護行為(事故後)の考察は単独で行った。

「事故に関する対処(利用者側への謝罪、原因説明)」

事故原因の説明は、利用者側への事故についての説明や同じ類の事故を未然に防ぐために事故の経緯、怪我の程度、事故についての対応などについて事業者側が把握する行為である。

利用者側への対応は、怪我に対する賠償や保険による補償について説明などを指す。

4-2 分析結果

施設種別

本研究で分析した事例では、通所リハビリテーションが1事例(事例1)、短期入所者生活介護が2事例(事例2・3)、短期入所者療養介護が2事例(事例4・5)、認知症対応型共同生活介護が1事例(事例6)、介護老人福祉施設が2事例(事例7・8)、介護老人保健施設

が1事例(事例9)であった。

「本人要因」

本人要因から事故を予見していた事例は9件中5件(事例1・2・4・7・8)であった。9件中4件(事例3・5・6・9)については事故を予見できていなかった。

「介護行為(事故前)」

予見された事故への対策が講じられていた事例は9件中3件(事例1・4・8)であった。

「本人要因」から事故を予見できていない事例4件(事例3・5・6・9)では4件全ての事例で事故予防対策を講じていなかった。

「本人要因」から事故を予見していた事例5件(事例1・2・4・7・8)中2件(事例2・7)は事故予防対策を講じていなかった。

「介護行為(事故後)」

事故直後に応急処置を行っている事例は9件中5件(事例1・3・4・5・7)であった(残り4件は記載なし)

事故直後に医療機関の受診をしなかった事例は9件中4件(事例3・4・5・7)で、事故直後に医療機関を受診した事例は1件(事例1)のみであった。

「事故に関する対処(原因説明・謝罪など)」

事故後に原因説明を行った事例は9件中3件(事例1・4・7)であったが、事例1・4は利用者側からの納得が得られておらず、事例7は原因説明結果を事後対策に活用されていなかった。

原因説明が行われていない事例は9件中5件(事例2・5・6・8・9)であった。(残り1件は記載なし)

利用者側へ事故に関する説明を行わなかった事例9件中7件(事例1・2・3・5・7・8・9)であった。

利用者側へ事故に関する説明を行った事例は9件中2件(事例4・6)であったが、2件共に利用者側からの理解は得られていなかった。

「事故の発生パターン」

本研究で分析した11事例の事故発生までに至る過程は7パターンに分類することができた。

A→A1パターンの事故発生は3件であった。

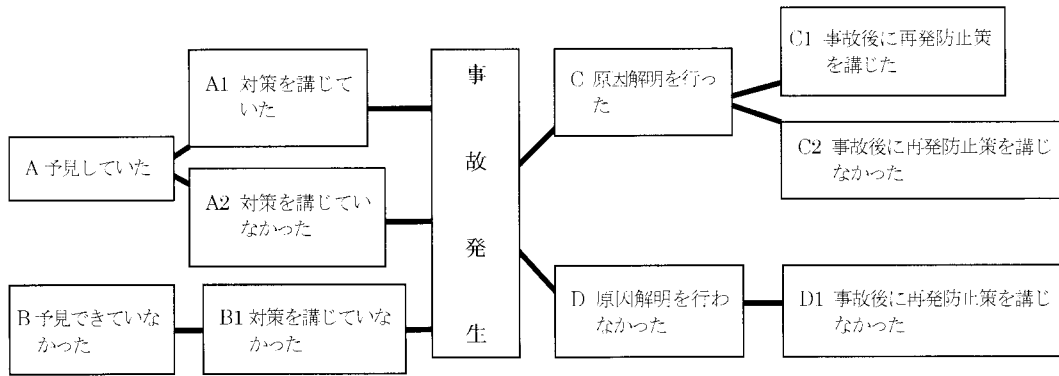
A→A2パターンの事故発生は2件であった。

「予見していない(B)」に当てはまった事例は4件であった。

事故発生後に「原因説明を行った(C)」は3件であった。

図2 介護事故事例包括的分析様式

本人要因	事例1	事例2	事例3	事例4	事例5	事例6	事例7	事例8	事例9	
本人要因	<ul style="list-style-type: none"> ・持病 ・事故を予測させる情報があった。(むせ) ・事故当時利用者に持病はなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・事故を予測させた情報があった。(体動) 	<ul style="list-style-type: none"> ・転倒経路はなかった。 ・当該利用者はリビニアで寝ていることがあった。(本人要因からは事故を予測させる情報を見逃された) ・事故後は足を引きすり、顔面蒼白の状態だった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・事故を予測させる情報があった。(転倒) ・事故防止策としてナースコールを押すことを当該利用者は認識していた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の状態等からは事故を予測させる情報はなかった。 ・ものど考えられる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症 ・要介護4 ・認知症の進行による他利用者への影響 ・「すり落ち傾向」はアセスメントされているかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・事故を予測させる情報があった。(転倒) ・事故等による状態の変化を認識していた。 ・認知症 ・徘徊・入浴を出すことがあった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・事故を予測させる情報があった。(付随運動) ・褥瘡の既往歴があった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・記載なし ・(本人要因からは事故を予測させる情報はなかった) ・のとして分析) 	
利用機器		・ベッド(サイドレール)	・床墊・ベッド			・ベッド	・長椅子(職員の日が置く籠西)			
環境・設備				・転倒事故に関してハード面からの対策は講じられていなかった。	・事故当時、消灯はしていたが、ナースステーションの明かりがあったため真の暗な状態ではなかった。					
場所・時間					・ホール					
介護行為(事故前)	<ul style="list-style-type: none"> ・予測される事故に対しての対策は講じられていなかった。 ・事故当時、声かけは行われていなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・予測される事故でできなかったため、対策は講じられていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本件事故は予測できなかったため、対策は講じられていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・転倒防止策としてナースコールを押してもらうこと徹底や利用の見回りか講じられていた。 ・転倒について看護ナース計画に反映されていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・当該利用者のすり落ち傾向はアセスメントされているが、ケニアプランにも上がっていない。 ・転倒防止策としてアセスメントされているが、ケニアプランにも上がっていない。 ・事前の心身状態も把握しており、事故まで認知症の進行を含めて得なかつたことを認識していた。 ・徘徊・問題行動に対する対応として、長椅子に座らせていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護ナース計画に事故への対策は講じられていない。 ・入浴前の心身状態も把握しており、事故まで認知症の進行を含めて得なかつたことを認識していた。 ・徘徊・問題行動に対する対応として、長椅子に座らせていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護ナース計画に事故への対策は講じられていない。 ・褥瘡を予防する観点から保護していた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・対策は講じていたが、危険から保護していた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・対策は講じていなかった。 	
介護行為(事故後・処置)	<ul style="list-style-type: none"> ・看護職が応急処置を行い、救命車にて搬送。 	<ul style="list-style-type: none"> ・当該利用者がベッド下に隠れていた(倒れていた)が転倒・転落の可能性は考えなかった。 ・腫脹があり、脚の状態から経過を観察し医師への受診はしていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・事故後、救急車の要請が遅れた。 ・事故後の対応は協力医職員の指示に従った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・転倒後に疼痛の訴えがあったが、けがの程度から医師の検問を受診は翌日になった。(看護職の判断) 	<ul style="list-style-type: none"> ・転倒後に疼痛の訴えがあったが、けがの程度から医師の検問を受診は翌日になった。(看護職の判断) 	<ul style="list-style-type: none"> ・当該利用者が必要を訴えていたが再診察は行われず、処置も満足であった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・当該利用者が必要を訴えていたが再診察は行われず、処置も満足であった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急搬送を依頼し、翌日まで経過観察した。 ・医師機関への受診は翌日 	<ul style="list-style-type: none"> ・経路確認を依頼し、翌日まで経過観察した。 ・医師機関への受診は翌日 	<ul style="list-style-type: none"> ・事故は利用者により責任があるとしていた。
事故に関する説明(原因・過程)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者家族への説明が近接 ・原因説明は行われていた。 ・説明を聞いた後は記載を聞きながら説明を行っていた ・その他の事についても説明不足があった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・事故の原因説明がなされていない。 ・利用者家族から様式に同じて指摘があるまで、説明・謝罪がなされていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・事故直後に家族への連絡が近接した。 ・原因説明は行われていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・事故直後に家族への連絡が近接した。 ・事故に同じて説明がなく、対応も遅かった。 ・事故の原因説明がなされていない。 ・事故後の転倒や看護費等についても説明不足があった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・事故直後に家族への連絡が近接した。 ・原因説明は行われていない。 ・事故後の経過は伝達のみ行われていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・事故直後に家族への連絡が近接した。 ・原因説明は行われていない。 ・事故後の経過は伝達のみ行われていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・事故直後に家族への連絡が近接した。 ・原因説明は行われていない。 ・事故後の経過は伝達のみ行われていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・経路確認を依頼し、翌日まで経過観察した。 ・医師機関への受診は翌日 	<ul style="list-style-type: none"> ・経路確認を依頼し、翌日まで経過観察した。 ・医師機関への受診は翌日 	<ul style="list-style-type: none"> ・経路確認を依頼し、翌日まで経過観察した。 ・医師機関への受診は翌日
職員配置	<ul style="list-style-type: none"> ・事故時の医師の勤務体制は適正であった。 									



【図3】 事故発生パターン図

	予見	対策	事故	原因説明	再発防止対策
事例1	A	→ A1	事故発生	→ C	→ ?
事例2	A	→ A2		→ D	→ D1
事例3	B	→ B1		→ ?	→ ?
事例4	A	→ A1		→ C	→ C1
事例5	B	→ B1		→ D	→ D1
事例6	B	→ B1		→ D	→ D1
事例7	A	→ A2		→ C	→ C2
事例8	A	→ A1		→ D	→ D1
事例9	B	→ B1		→ D	→ D1

図4 各事例の事故発生パターン

「原因説明を行った（C）」の3件の事例のうち、「再発防止策を講じた（C2）」のは1件であった。

ここで、分析により明らかになった事例における事故発生パターン図及び各事例の事故発生パターンを【図3】【図4】に示す。

5 考 察

各要因についての考察は原則として要因ごとに行うが、【本人要因】については、【介護行為】との関連性が深く、単独での考察によって介護事故との関連性を導き出すことに限界があるため、【介護行為】と関連させて考察を行う。

5-1 【本人要因】及び【介護行為】

「事故を予見できる情報が得られていた」5事例のうち、3件（事例1・4・8）は介護事故発生を回避するための対策を講じていた。

しかし、事例1・4に関しては介護事故防止対策として利用者をあらゆる危険から保護していたとは言いがたく、事故を未然に防ぐための介護行為としては不十分であった（問題点1）。

さらに、事例4については介護事故の可能性を予見

し、それについての対策を講じていたが、当該事故の発生を回避する要となるような事故防止対策を利用者の行為（ナースコールの徹底）に依存しており、事故防止対策として事業者側の対応が不十分であった（問題点2）。

事故防止対策を講じていたとしても、その対策が個々の利用者に最適か否かを日々の介護サービス提供過程において確認し、必要があれば利用者の状態に最も適していると考えられる対策を講じ、全職員に周知する体制作りが急務の課題である。事故防止に関する取り組みを進めるに当たって①リスクアセスメント（リスクの確認と特定）、②リスク対応の方針を決定、③リスクコントロール（実践）、④モニタリング・再アセスメントのリスクマネジメントの過程⁶の実施と継続して行える仕組み作りが必要である。

「事故を予見できる情報が得られていた」5事例のうち2件（事例2、7）が介護事故発生を回避するための対策を講じていなかった（問題点3）。介護事故が発生した場合には事業所側に法的な責任が発生する場合は考えられる。その責任には民事責任、刑事責任、行政責任などが想定される。このなかでも介護事故発生の際に主に適用される責任が民事責任（損害賠償責任）である⁷。民事責任の法的根拠は民法415条及び709条である。

民法415条（債務不履行による損害賠償）⁸

「債務者がその債務の本旨に従った履行をしないときは、債権者は、これによって生じた損害の賠償を請求することができる。債務者の責めに帰すべき事由によって履行をすることができなくなったときも、同様とする。」

民法709条（不法行為による損害賠償）⁹

「故意又は過失によって他人の権利又は法律上保護される利益を侵害した者は、これによって生じた損害を賠償する責任を負う。」

上記の民法415条及び民法709条などを根拠として、利用者側から損害賠償責任を追及された場合に損害賠償責任が発生する要件は、介護行為に過失があったこと、利用者に損害が発生していること、さらに、過失と損害の間に因果関係が認められることなどの要件を満たした場合に、損害賠償責任が発生することになる¹⁰。

この損害賠償責任の発生要件を「情報を得ていながら対策を講じていなかった事例2、7」に当てはめると、①事故を予見できる情報がありそれに対する防止策を講じていなかったという過失、②利用者に損害(打撲・転倒)が発生した事実、③①を行うことによって②の発生を防ぐことが出来た可能性が高かったことを踏まえると、①と②の因果関係が認められることから、損害賠償責任発生要件を満たしており、事業者側が提供した介護サービスに事故発生に至った主要因があると考えられる。そのため事業者側は損害賠償等、利用者側に賠償を行う必要があると考えられる。

次に、「事故を予見できる情報が得られていなかった」事例が4件(事例3、5、6、9)であった。情報を得られていない事例は当然、事故防止対策は講じられていなかった。先述したが、介護行為(事故前)について考察を行う場合には本人要因との関連性を無視することはできないため、事故を予見できる情報を得ていたか否か、さらには、情報によって予見した事故への対策が講じられていたかが重要となる。事例3、5、6、9のように事故を予見する情報がなければ、今後、発生する可能性がある事故への対策を講じることは難しくなり、事故発生を回避することは困難となる。

しかし、利用者との契約を交わした事業者は、自らの危険を自らの能力で回避できない利用者の安全に配慮する義務も契約と同時に負うことになる(安全配慮義務¹¹)。

したがって、危険を予見できない場合であっても、契約時に義務として負っている安全配慮がなされていたか否かを個別的、具体的にすべての状況を勘案して判断する。そのため、事業者側の不可抗力による免責は非常に難しい状況にある¹²。

これらのことから、介護事故を予見できる情報を得ら

れていない場合であっても日々の介護サービス提供過程において利用者の状態に配慮し、危険を予見し、防止策を講じることが必要であると考えられる。

各事例における「本人要因」及び「介護行為(事故前)」の問題点は①事故の要因、可能性が生じた際の介護サービス計画への反映がなされていなかった。②日々の介護サービス提供過程のなかで、利用者の変化を把握した場合やヒヤリハットした事例を対策に繋げることができる体制の整備が不徹底であった。③本人要因からだけでなく利用者家族等からの情報(コミュニケーション)を得られていなかった。④介護者が予見していない利用者のイレギュラーな行動に対応できるサービス及び体制の整備が整えられていなかった。⑤利用者の状況を的確に捉えた事故防止策が講じられていなかった。⑥事故防止策を効果的に行うための職員同士の連携が確立されていなかった。以上の6点が事例の問題点として考えられた。①から⑥のような問題点を逆説的に考察し、RMを効果的なものとする為に行うべき取り組みを示したものが【図5 事故が発生した際のリスクマネジメント過程】の「予見」、「対策」である。

5-2 【介護行為(事故後)】

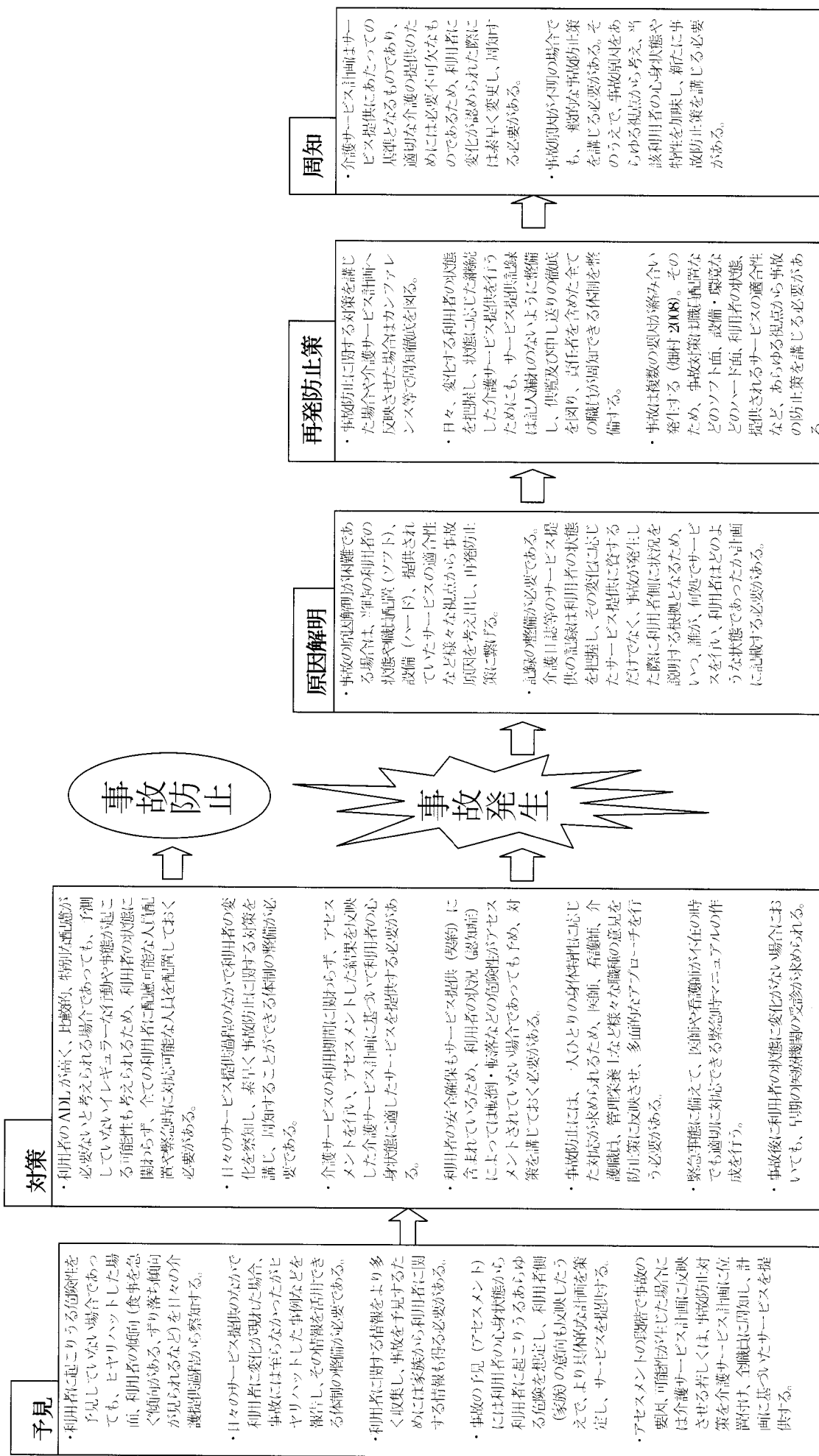
本研究で考察した9事例¹³では「事故直後(当日)に医療機関を受診していない」事例が4件(事例3、4、5、7)であった。医療機関へを受診は施設ごとで様々な判断基準があると考えられるが、4件の事例ではマニュアル等を用いて医療機関受診の判断を行った記載はなかった(問題点1)。事例での医療機関受診の判断は怪我の程度、看護師の判断等によって行われていたようであった。

介護老人保健施設や介護療養型医療施設など医師が常駐している施設は別として、医師以外の看護・介護職員が医療機関受診の判断を行うことは場合(怪我重症化など)によっては、事故後の対応として、後々、問題が指摘される可能性もあると考えられる。

したがって、マニュアルによる判断基準が必要であり、介護事故発生後の対応としても施設全体で決定したマニュアルにより医療機関受診の判断を行うことが必要であると考えられる。

しかし、事故が発生した場合には、やはり医療機関受診は不可欠であり、マニュアルや怪我の程度により、生命にかかわる程度の怪我ではないと判断した場合であっても、万が一に備えて、早期受診が必要である。介護事故を未然に防ぐため、リスクマネジメントを考えるうえ、または怪我の重大化を防ぐためには、「危険に気がつくこと¹⁴」や「万が一」という感覚が必要である。

事例6について。事例6では、事故後に当該利用者が痛みを訴えていたが、再診察が行われておらず、処置も



・ 日常のサービス提供のなかで利用者の状態変化を察知する（アセスメント）
 ・ 利用者、利用者家族とのコミュニケーション（サービスマネジメント）

図5 事故が発生した際のリスクマネジメント

ずさんであった（問題点2）。このような事故後の不適切な対応を行ったことで、利用者側からの信用を失い、苦情が重大化している。砂川（2006）が「事故発生直後の初動がその後の結果に大きく影響を及ぼしますので、迅速かつ細心の注意を払って対応する必要があります¹⁵⁾。」と述べるように、事故発生後の対応は、利用者の怪我や苦情の重大化を回避するために重要なものであると考えられる。

事例に分析により「介護行為（事故後）」の問題点として、①事故時の対応をマニュアルに沿って対応がなされていなかった。②医療機関の受診が遅れた事例や受診すらしていない場合があった。以上の2点を逆説的に考察したものが【図5 事故が発生した際のリスクマネジメント過程】の「対策」である。

介護事故が発生した場合には、迅速かつ的確な対応と連絡が求められ、次の①から③のような対応が必要であると考えられよう。

①マニュアルを用いての適切な事故後の対応

事故が発生した場合には緊急時対応マニュアルを活用する必要がある。マニュアルに沿った対応をすることで、後々、不適切であったといわれるような対応を防ぐことができる。マニュアルを用いた事故対応訓練は緊急時における職員の対応力の向上も期待できるため、マニュアルの作成・活用は重要であると考えられる。

また、事故種別毎に対応マニュアルを作成することで、より迅速に職員が行動できると考えられる。加えて、緊急時の各職員の役割を予め決めておくことも迅速な対応に繋がる。

②事故後の連絡

利用者に必要な応急処置を施すと同時に、施設の責任者・医療機関へ連絡する。医療機関への連絡は、夜間・休日の場合、医療機関の事情で受け入れが出来ない場合など様々な場合を想定して、複数の医療機関の連絡先をマニュアル等へ記載しておくなど、万全の準備が必要である。

また、事故発生時（緊急時）には、その事実・状況等が迅速・確実に責任者へ報告される必要がある。責任者を中心として、確実に連絡が取れるよう、連絡先を複数、緊急時連絡網等へ記載し、施設全体として事故対応に取り組める体制をつくる。

③責任者と責任の範囲

責任者へ連絡が取れなければ、救急車が呼ぶことができない場合も考えられる。その場合、誰を責任者とし、どれだけの権限を与えられているのかを明確にする必要がある。

事故が発生した場合には、①から③などを基本として対応する必要がある。以上の事故後の対応の他には、家族への連絡や原因説明などが求められるが、これについ

ては、【事故に関する対処（事故原因説明・利用者側への対応）】で述べる。

5-3 【事故に関する対処】

事故に関する対処（事故原因説明・利用者側への対応）とは、事故原因説明や利用者側への対応などの事故後に事業者側が行うべき対応のことである。

なお、事故に関する対処としての原因説明と利用者側への対応は同要因であり、関連性もあると考えられるが、要因内で区別して考察を行い、それぞれの共通点や事故との関連性を導くことで、改善すべき点が表わしやすいと考えられる。そのため、同要因内で区別して考察を行う。

原因説明

本研究で考察した9事例¹⁶⁾では「原因説明がなされていない」事例は5件（事例2、5、6、8、9）であった。

原因説明は、再発防止策を講じる上でも重要なものであり、事故について詳しく把握することで同類の事故に対して再発防止策を講じるためのツールにもなり得る。

事例分析により得られた問題点は①事故の原因を一つの要因に帰属させている傾向があり、利用者の状態、提供されていたサービス内容、設備、職員配置などあらゆる点からの原因説明が行われていなかった。②介護日誌等のサービス提供に関する記録の不徹底により、事故当時の状況が明らかにならないなどの2点が考えられた。

以上の2点を逆説的に考察したものが【図5 事故が発生した際のリスクマネジメント過程】の「原因説明」である。また、原因説明から再発防止策を講じ、職員に周知するために必要であると考えられる対応についても【図5】「再発防止策」、「周知」に示す。

リスクマネジメントのみでなくケアマネジメントなどの「マネジメントシステムでは、PDCAサイクルが重要である。すなわち、プラン（plan）、ドゥ（do）、チェック（check）、アクション（action）を計画して、実行して、その実行が計画通りになったかどうかチェックして、そして改善・アクションするという、このサイクルを作る。¹⁷⁾これが、リスクマネジメントを含むマネジメントシステムを効果的に機能させるために必要である。

事故への対策（plan）を講じる場合、利用者の状態やヒヤリハット報告または事故報告などから事故の可能性を予見し、事故防止に努めなければならない。

介護事故は利用者、事業者両者にとってネガティブな事象であり、できる限り避けたい経験である。

しかし、福祉施設の利用者の多くは身体機能や判断能力が衰えている場合が多く、「本人の障害特性に基づく

イレギュラーな行動をも前提とした柔軟なリスクマネジメントが必要となる¹⁸⁾」ことから事業者側には、より高度な危機管理能力が求められる。

また、人がサービスを提供している以上、ヒューマンエラーによる事故は避けられないことを前提に考える必要がある。そのうえで、発生してしまった事故を再発防止対策を講じるためのポジティブな情報として活用することが施設における事故防止対策を講じるうえで重要である。

事故を未然に防ぐためには、事故を予見させる情報を収集しなければならない。その方法としては、利用者の身体・精神面などアセスメントによる方法。または、ヒヤリハット報告や原因解明（事故報告）の情報から事故を予見し、対策を講じる方法が考えられる。なかでも、事故の未然防止において、重要視されているのがヒヤリハット報告であると考えられよう。

「1：29：300」の割合で重大事故が発生するというハイインリッヒの法則によると、ヒヤリハット報告で提出されるような状況は、この法則の「300」の部分に該当するもので、事故を予見させる重要な情報源となり得ると考えられている。また、畑村（2008）が「小さな失敗を不用意に避けることは、将来起こりうる大きな失敗の準備をしているようなものだ¹⁹⁾」と指摘しているように、やはり、福祉施設においても事故に至らなかった「300」の部分の情報（ヒヤリハット報告）はできる限り多く収集し、事故を予見し、事故防止に努めるべきであると考ええる。

しかし、「ある失敗を次の失敗の防止や成功の種に結びつけるには、失敗が起きるに至った原因や経過などを正しく分析した上で、知識化して、誰もが使える知識にしなくてはならない²⁰⁾」という畑村（2008）の指摘もある。

つまり、事故はひとつの要因だけでなく複雑に多様な要因が絡み合って現れるため、原因や経過など様々な情報が知識化を行うには必要であるということである。この見解を踏まえると、多くの情報を集めるために簡潔な書式（資料）で書かれてあるヒヤリハット報告については単独で事故防止対策を講じるには限界があるが、より多くヒヤリハット報告を収集できる体制・組織風土を造ることで、多様な事故要因を予見できると考えられる。

ヒヤリハット報告と事故報告（原因解明）は得られる情報量や頻度などが異なっているため、利用者に起こり得る危険を把握する情報であるか、危険を把握し、防止できる情報であるかを判断し、組織全体で最大限に活用できるシステムとマニュアルが情報の効果的な活用には求められよう。

利用者側への対応

本研究で考察した9事例²¹⁾では「利用者側への対応（家族への連絡・謝罪）が遅れた」事例は7件（事例1、2、3、4、5、7、8）であった。砂川（2006）が事故後の対応は「施設の力量が試されるといっても過言ではない²²⁾」と指摘しているように、事業者側にとってサービス利用を円滑・円満に進めるうえで「利用者側への対応」は重要な取り組みと言えよう。

事故に関する報告・連絡の遅れは、事業者に対する利用者側の信頼を著しく低下させている要因の一つである。事例のなかで、利用者側は報告・連絡の遅れに対して、「誠意が感じられない」と訴えていることから、利用者側は事業者側に対して誠心誠意の対応を求めていると考えられる。

利用者側へ事故に関しての説明を行う場合、ある程度の事故に関する情報を入手しておく必要があるが、介護職員がいない場面での事故は原因が正確に特定できない場合もあると考えられる。事例においても事故を目撃した者がいなかったために原因を特定していなかった事例があった（問題点1）。しかし、事故を目撃したものがいないため事故原因は不明のままでは、利用者側に納得してもらうことは困難である。

事故原因が不明な場合は当該利用者の身体・精神面の状態から考えられる事故のリスク、職員配置など、あらゆる視点から事故の原因を想定する必要があると考えられる。そして、想定された事故原因に対して事故防止策を講じることが必要である。

さらに、原因が不明の場合においても原因解明結果（想定）や事故再発防止に向けてどのような取組みを行うのか等、利用者側へ情報として提供し、説明することで、事業者側の誠意を感じてもらえるのではないかと考える。

また、利用者との信頼関係を築く為には日常からのコミュニケーションが非常に重要な要件である。考察した事例では、利用者側と事業者との間で交わされるべき連絡・説明などを含むコミュニケーションが不足していた。事例1、4では「介護計画についての説明不足」、事例2、6では「重要事項についての説明不足」など事故以前から利用者側とのコミュニケーションが交わされていなかった（問題点2）。

施設におけるリスクマネジメントを事業者が意識しはじめているなか、利用者とのコミュニケーションは、サービスに関しての説明責任を果たすだけでなく、利用者に関する情報を得る機会にもなりえると考えられる。新井（2007）は「リスクを軽減する手段として、コミュニケーションが有効であることは認められている²³⁾」と述べ、「利用者側のニーズと実現可能な介護内容のギャップを解消することを意識したコミュニケーションが有効である」ことを指摘している。

事故後の家族への報告・連絡・謝罪などの対応は勿論、日常からの利用者・利用者家族とのコミュニケーションはサービス提供者と利用者の関係性を良好なものとし、両者にとって良質なサービスを提供するための一手段としての効果も期待できると考えられよう。

6 課 題

本研究では、佐賀県国民保険団体連合会の処理結果事例を素材として分析を試み、介護事故防止について検討を行った。

今回、分析で用いた事例（事故報告）はサービス提供事業者が作成したものでなかった為、「事故の予見」や「事故防止対策」について詳細まで検討することが出来なかった。

しかしながら、佐賀県国民健康保険団体連合会の処理結果事例を分析したことにより、事故当事者(家族)が、介護事故に関してだけでなく、提供されているサービスなど日頃からのコミュニケーションを求めていることも明らかになった。コミュニケーションを通じた日頃からの関わりについてもRMの取り組みを考える上で重要な視点になるであろう。

〈付記〉

本論文は、西九州大学大学院で作成した修士論文の一部をまとめたものである。論文の作成にあたり、多大なご協力とご配慮をいただきました佐賀県国民健康保険団体連合会の皆様に深く感謝申し上げます。

注

- 1) 國光登志子「今、介護の現場では」『介護福祉 No.67』, 2007年, p23.
- 2) 安全配慮義務は契約の一方が、他方の力を借りない自己の安全を確保できないような契約関係の場合に、生じる義務であり、最高裁判所の昭和50年2月25日判決により定立された概念である。したがって、この義務には具体的な明文の根拠はない。
- 3) 野崎和義『ミネルヴァ社会福祉六法』ミネルヴァ書房, 2007年, p29.
- 4) PDCA サイクルとは plan, do, check, action の一連の流れのことであり、ケアマネジメントと同様にリスクマネジメントにおいても用いられる手法である。マネジメントシステムを効果的に機能させるために必要な手法である。
- 5) 小林良二「リスクマネジメントにおける個人責任とシステム責任」『首都東京大学 人文学報 No.350 (社会福祉学20)』, 2004年, p3.

- 6) 柴尾慶次『介護現場におけるリスクマネジメントワークブック』中央法規出版株式会社2005年, p15.
- 7) 前田正一『介護サービスのリスクマネジメント』財団法人介護労働安定センター, 2006年, pp28-34.
- 8) 野崎和義『ミネルヴァ社会福祉六法』ミネルヴァ書房, 2007年, p1324.
- 9) 野崎和義『ミネルヴァ社会福祉六法』ミネルヴァ書房, 2007年, p1347.
- 10) 前田正一『介護サービスのリスクマネジメント』財団法人介護労働安定センター, 2006年, pp28-34.
- 11) 最高裁判所の昭和50年2月25日判決により定立された概念である。したがって、この義務には具体的な明文の根拠はない
- 12) 多久島耕治「社会福祉法人による福祉施設経営上のリスクマネジメントとは」『月刊福祉』, 2001年, p 67.
- 13) 事故後の介護行為について記載があった事例は6件（事例1, 3, 4, 5, 6, 7）であった。
- 14) 全国社会福祉協議会『福祉施設におけるリスクマネジメントのあり方に関する検討委員会～検討状況報告～』, 2002年, p14.
- 15) 砂川直樹『かんたん！福祉施設のリスクマネジメント60のポイント』, 2006年, p94.
- 16) 「原因説明」について記載があったのは9事例中4件であり、他の事例については「原因説明」についての記載はなされていなかった。
- 17) 田口豊郁「社会福祉施設における福祉サービスおよび労働安全衛生のリスクマネジメント」, 科学研究費補助金, 研究課題番号:15530388, 2003年～2004年, p70.
- 18) 平田厚「施設におけるリスクマネジメントの現状と課題」『社会福祉研究』, 第85号, p52.
- 19) 畑村洋太郎『失敗学のすすめ』2008年, p27.
- 20) 畑村洋太郎『失敗学のすすめ』2008年, p78.
- 21) 「利用者側への対応」について記載があったのは9事例中8件であり、他の事例については「利用者側への対応」についての記載はなされていなかった。
- 22) 砂川直樹『かんたん！福祉施設のリスクマネジメント60のポイント』2006年, p102.
- 23) 新井康友, 福嶋正人, 宮口英樹, 石附智奈美「老人福祉施設におけるリスク・コミュニケーションの可能性」『羽衣国際大学人間生活学部研究紀要第2巻』2007年, p25.