

論 文

介護サービスにおける事故発生とリスクマネジメント —介護保険サービス苦情申立て事例の分析から—

倉田 康路

西九州大学健康福祉学部社会福祉学科

(平成26年11月18日受理)

**The occurrence of an accident and the risk management in the elderly-care service
— From the analysis of complaints on the elderly-care insurance service —**

Yasumichi KURATA

Department of Social Welfare Science, Faculty of Health and Social Welfare Science, Nishikyushu University

(Accepted: November 18, 2014)

Abstract

This paper deals with 11 accident cases among the complaints filed regarding the elderly-care service, and analyzes the situations in which those accidents occurred and led to the complaints, and studies the risk management development.

The main finding in this study is that there were four aspects that largely affected the accident cases which developed to complaints: they were “the service based on care management,” “the condition of the service providing system,” “the quality of staff and business operators” and “contacting and reporting to the users’ families.”

Also as to the risk management to prevent accidents, it is important that service providers should be well aware of accident-prone spots in their institution beforehand and reflect that information into their environmental arrangement, staff assignment, care planning, training and manuals.

Lastly, the risk management shall be developed based on the PDCA cycle in its process, and the involvement of users’ families in the discussions will help to make them realize the potential risks and understand the service provider’s risk management efforts.

キーワード：介護保険サービス、事故発生、リスクマネジメント、苦情申立て

Key words：elderly-care insurance service, occurrence of an accident, risk management, complaints

I. はじめに

介護保険サービス利用者の重度化がすすんでいる。重度化の進行は、同時にさまざまなリスクを高めるものとなって介護サービス提供上に作用している。とりわけ、事故の発生は介護保険サービスの実践現場に日常的に潜在し、利用者の心身や生活に大きな影響を及ぼすものとなる。

他方で、尊厳の確保、サービスの質の向上、自立など介護保険の目的や理念に照らして安全を守るという理由からの身体拘束・抑制は認められておらず、リスクマネジメント（リスクを予見し、リスクがもたらす損失を予防するための対策）の視点からのケアマネジメントによっての安全確保が運営基準上に要求されている。

介護保険サービスなど福祉サービスにおいては「サービスや利用者の行為自体にリスクがあるからといって（例えば自分の力で歩きたいなど）、中止したり（リスクの回避）、何かに代替したり（リスクの分散・転移）できないものが多いという点にある。つまり、リスクの予防・軽減を主とする、いわゆるセーフティマネジメントが福祉サービスのリスクマネジメントの中心となる」（村岡、2010年）¹⁾といえる。

筆者は苦情処理員としての業務経験などを通して、これまでに事故発生を理由とするものを含めて介護保険サービス提供上の苦情申立て事例を分析し、苦情申立てに作用する要因などについて明らかにしてきた（倉田、2013年、2014年）²⁾。同分析で得られた知見から、苦情申立てに作用した要因（サービス提供場面）としては、①契約（インフォームドコンセント）上の手続き、②職員間の情報共有、③ケアマネジメントに基づくサービスの提供、④事業者と利用者・家族間の意思疎通、⑤家族に対する連絡・報告、⑥サービス提供体制の整備、⑦記録の整備、⑧事業者・職員の資質、⑨苦情対応体制の整備の9つがあげられる。

これらの知見が得られた苦情申立て事例の分析の対象を含めて、苦情処理業務上に苦情申立てで最も多く受けがあったのが事故発生にともなうケースであり、苦情申立ての中心ともいえる。

そこで本稿では、筆者が苦情処理員として対応した苦情申立て事例のなかから事故発生にかかわるケースを取り上げ、当該サービス事業者においてどのような状況のなかで事故が発生し、かつ苦情申立てまでに至ったのか、分析するとともに、どのような視点から事故防止としてのリスクマネジメントを展開していけばよいのか、先行調査・研究などを参考にしながらまとめてみたい。

II. 介護サービスにおける事故発生の要因

1. 事故発生の要因とメカニズム

1) 事故発生の必然性

どのような事故防止対策を講じていても事故を完全に防止することはできない。ハインリッヒは労災事故の発生を確率として法則化している（図1「ハインリッヒの法則」）。この法則によれば、発生した事故の多く（9割）は軽微な事故のレベルであるが、約1割は障害等が残らない程度のレベルでの事故、300件に1件の確率で死亡等の重大事故が発生するとされる。

一般の職場に比べて介護サービスを提供する職場においては、利用者の心身状況などから、この法則以上の割合で事故が発生することが予測されよう。必然的に発生する事故といえるが、事故防止対策が行われている場合と、行われていない場合の事故発生の割合には大きな差が生じる。また、事故が発生した場合においても防止対策が行われていた場合と、行われていない場合の被害者や家族の、加害者である事業者に対する受け止め方も大きく異なってくるだろう。

事故をゼロにすることはできなくとも、いかにしてその発生の割合を少なくするのか、軽微にするのか、被害者の理解が得られるようにするのかは、事故防止対策の取り組みしだいといえよう。

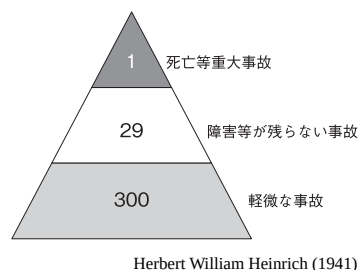


図1 ハインリッヒの法則

2) 事故発生の主な要因

介護サービスにおいて発生する事故の要因としては、大きく次の3つがあげられる（図2「事故発生の主な要因」）³⁾。

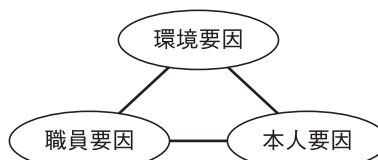


図2 事故発生の主な要因

①職員要因

職員のサービス提供にかかわる業務に起因するものであり、サービス提供にかんしての価値観、知識、技術、気づき、判断などがあげられる。

②本人要因

サービス利用者の ADL（日常生活動作能力）、精神状況、行動特性、疾患などに起因するものであり、その人が営んできた生活歴、価値観なども影響するものと考えられる。

③環境要因

職員の業務や利用者の行動など以外の人員配置や設備の条件などに起因するもので、「段差につまずいて転んだ」などがあげられる。

3) 事故発生のメカニズム

リーゼンは事故発生の軌道モデルとして、施設の構造、職員配置、時間帯、身体的状況、その他の要因のそれぞれの弱点が一例にかさなったときに事故が発生すると指摘している（図3「事故発生の軌道モデル」）。

すなわち、事故は単一の要因のみで発生するのではなく、さまざまな要因が重なって発生するものと考えられる。事故防止対策においては、事故発生につながる複数の要因を抽出したうえで、各要因の関連性を理解しながら一連的に講じていくことが必要となる。

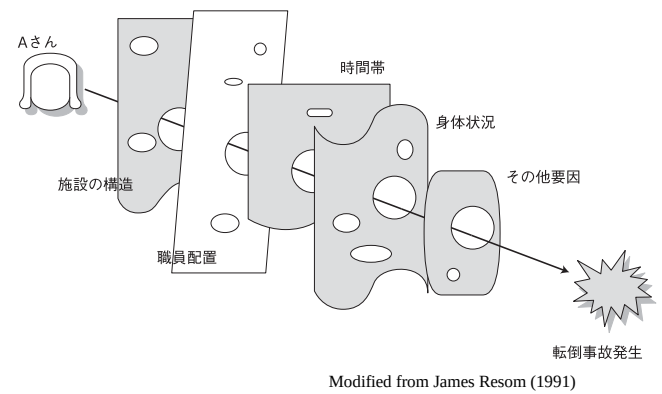


図3 事故発生の軌道モデル（リーゼン）

2. 苦情申立て事例の分析から

先行研究で得られた知見にあげられる苦情に作用する9つの要因（サービス提供場面）のなかで、特に事故発生およびその後の苦情申立てに強く作用していると考えられる場面として、「ケアマネジメントに基づくサービス」、「サービス提供体制の整備」、「職員・事業者の資質」、「家族への連絡・報告」の4つがあげられる（図4「苦情申立てに至った事故の要因」）。

ここでは事故を理由として申し立てられた苦情の事例（11件）を分析の対象として⁴⁾、4つの場面ごとに共通した特徴（事故発生やその後の苦情申立てに影響を及ぼしたと考えられる問題点）をまとめてみたい。

1) ケアマネジメントに基づくサービス

[事故前]

- ・事故が予見されていなかった。
- ・事故は予見されていたものの、防止する対策が講じられていなかった。
- ・事故防止対策としての計画は立てられていたが、実行されていなかった。

[事故発生後]

- ・組織内での連絡・報告が部分的にしか行われていなかった。
- ・市町村（介護保険者）への報告が行われていなかった。

[事故分析]

- ・原因が解明されていなかった。
- ・原因分析が漠然としており、具体的なものとはなっていない。
- ・原因分析が一面的(部分的)にしか行われていなかった。
- ・原因分析が組織的に行われていなかった。

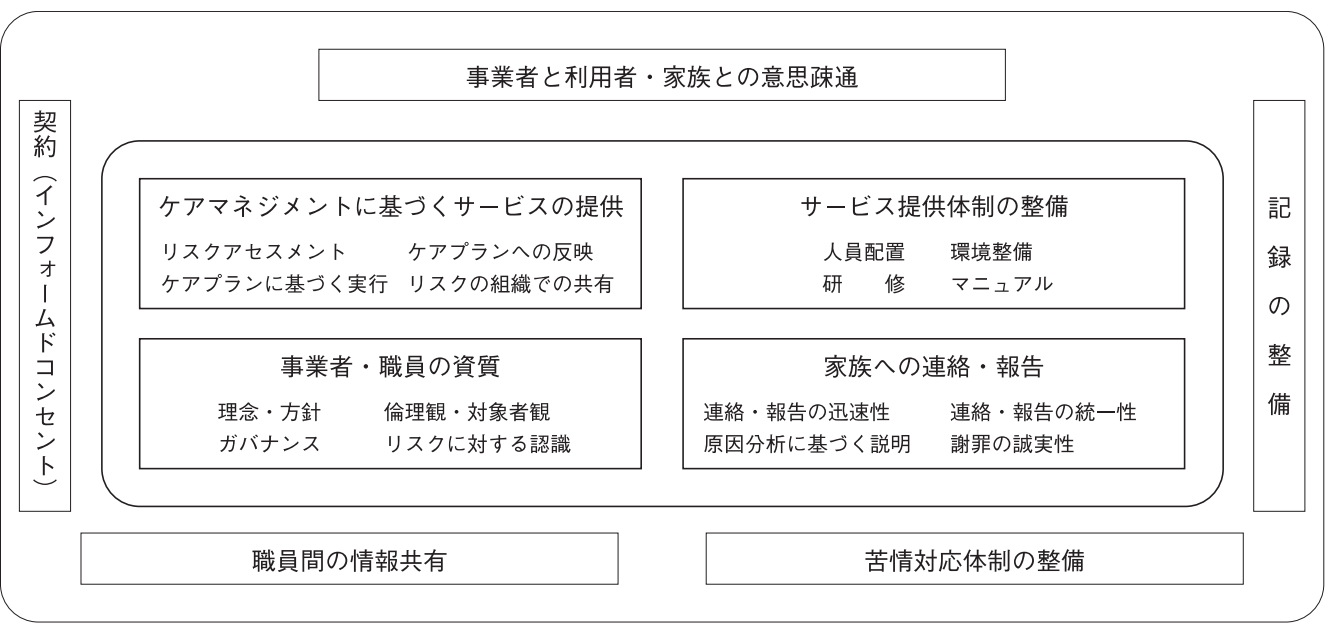


図4 苦情申立てに至った事故の要因

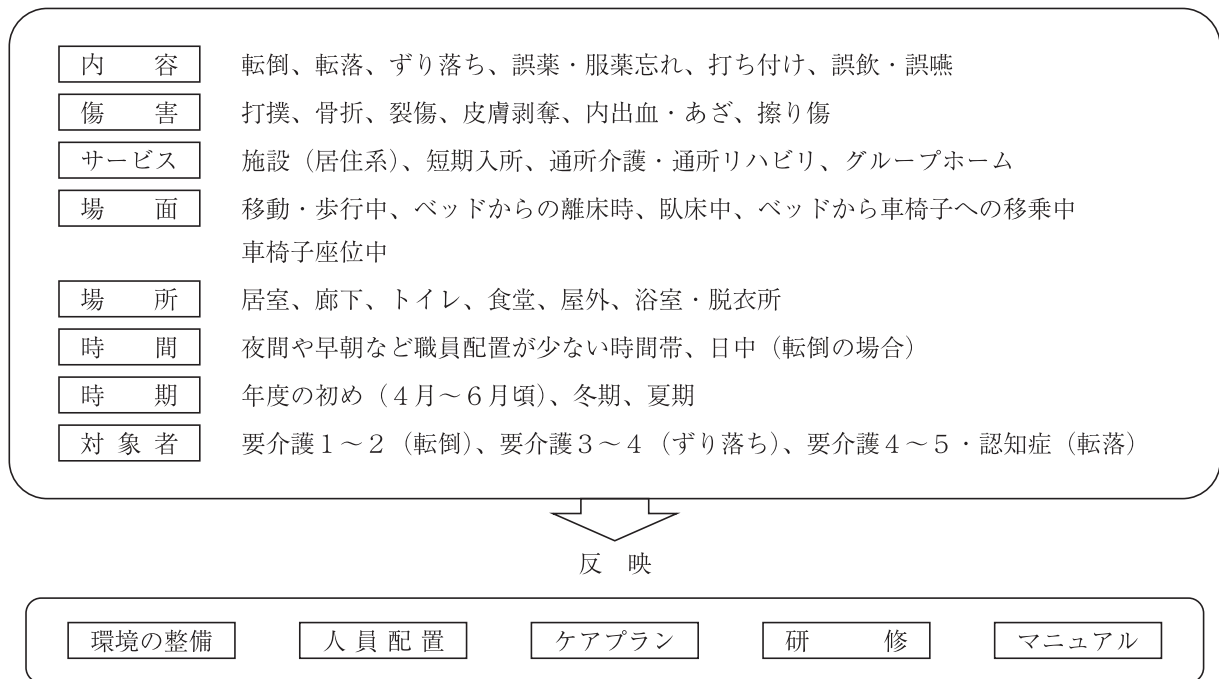


図5 発生頻度の高い事故

・原因分析の結果が組織全体で共有されていなかった。

2) サービス提供体制の整備

[人員体制の整備]

- ・リスクの高い場面や時間帯への人員配置の配慮や工夫がなされていなかった。
- ・職員の入れ替わりがあり、固定化されていなかった。

[環境整備]

- ・サービス提供にかかわるマニュアルが整備されていなかった。
- ・サービス提供にかかわる研修が行われていなかった。
- ・リスクに配慮された生活環境が確保されていなかった。
- ・福祉機器・設備の使用・活用方法が適切ではなかった。

3) 職員・事業者の資質

- ・事業者として提供するサービスの「理念」についての認識が希薄であった。
- ・事業者における組織としてのガバナンスが低下している傾向がうかがわれた。
- ・事業者や職員の事故発生にかんする意識が希薄であった。
- ・職員の技術的な未成熟性がうかがわれた。
- ・職員のサービス提供に対する慣れやマンネリ性がうかがわれた。

4) 家族への連絡・報告

- ・事故発生時、家族への連絡・報告が遅かった。
- ・事故発生時、家族への連絡・報告が行われていなかった。
- ・事故の状況や原因分析についての家族への説明が漠然としており、曖昧であった。
- ・事故原因分析の結果が家族に報告されていなかった。
- ・事故再発防止にむけての改善計画などの説明が家族にされていなかった。
- ・家族への連絡・報告に統一性がなく、バラバラなものとなっていた。
- ・家族への謝罪がなかった。
- ・家族への謝罪に誠意が感じられなかった。

Ⅲ．リスクマネジメントの視点と展開

1. 事故発生頻度の高い場면을想定して

介護保険制度では、事故が生じた場合に保険者への速やかな報告義務と、過失があった場合の賠償責任を事業者に課しているが、遵守されているとはいえない状況が指摘される。したがって、介護サービスにかかわる事故の実態について全国レベルで正式に報告されているものではなく、限定的な調査報告などでしか明らかにされていない。

介護サービスにかんするいくつかの先行調査・研究^⑤を参考にして、特に頻度の高いものについて、事故の内容、事故で生じた傷害、事故の多いサービスの種類、場面、場所、時間、時期、対象者などについてまとめてみ

ると図5（「発生頻度の高い事故」）のとおりとなる。

介護サービスを提供する事業者においては、このような事故発生の頻度が高い場面などを事業者ごとに全体として数量化し、また、利用者個々に数量化して把握しておくことが大切であろう。そして、それぞれの場面などに合わせて、環境の整備、人員配置、ケアプラン、研修、マニュアルなどに反映させていくことが必要となる。

その際、なぜ、その場面などにおいて事故発生の頻度が高いのかについて分析する必要がある。例えば、事故の内容として発生の頻度の高い「転倒」、「ずり落ち」、「転落」について、それぞれの事故が、どのような状況や理由で発生しているのかを分析して、防止策を講じることとなる。

三田寺など（2013年）^{9）}の研究によれば、「転倒」であれば、自力歩行中、廊下や食堂内の歩行中のふらつき、居室からトイレに移動中、ベッドと車椅子間の移乗中などに発生することから、歩行能力を評価し、歩行時の見守りを強化したり、手すりを活用する、「ずり落ち」であれば、ベッドと車いすの移乗中、車椅子座位中などに発生することから、利用者の移乗能力を評価し、移乗能力と残存能力に配置した介助、体型に応じた車椅子のサイズや機能を検討する、「転落」であれば、ベッドからの離床時、臥床中、寝返りをする際、トイレに行く際、車椅子に移乗する際などに発生することから、センサーマットや低床ベッドを導入したり、衝撃緩和マットを設置したり、ヒッププロテクターを利用するなどをもって対策を講じることがあげられている（表1「事故防止対策の実践例」）。

2. リスクマネジメントのプロセス

①サービス提供上の「理念」の明確化と組織的な取組体制の整備

リスクマネジメントのプロセスとしては、まず、介護保険サービス事業者としてのサービス提供上の「理念」

を明確にし、確認したうえで、組織としてリスクマネジメントを行うための体制を整備することが必要である。

この段階においては組織のリーダーが主導し、トップマネジメントのリーダーシップによりすすめていくことが大切である。介護保険法の目的や運営基準に基づき、原則として身体拘束を行わず、リスクマネジメントの視点からのケアマネジメントによって利用者の安全を確保するということをトップが宣言し、組織として明確にする。しかし、事故は起こり得ることを想定して、その際の責任の所在を明らかにしておく。あわせて、損害賠償保険への加入も行う。

また、組織としてリスクマネジメントを展開していくためには、リスクマネジメント委員会などチームを設け、チームアプローチを行うことも大切である。

②リスクの把握と分析

リスクは、客観的、全体的に把握しなければならない。リスクの把握が漠然として、部分的なものであれば、それ以降の展開において不十分、不適切なものとなってしまふ。

上述したように事故が起こりやすい場面など、利用者にかかわる記録、事故報告者やヒヤリハット報告書、観察、職員や家族などへのアンケート調査や聞き取り調査などによって収集する。

収集したデータについては、職員要因、本人要因、環境要因などを中心とした視点から事故原因の分析をする。その際、これらの事故に直接的に作用していると考えられる3つの要因などとともに、事故発生にともなう家族などからの苦情を想定したうえで間接的に作用していると考えられる要因についても含めて分析してすることも必要であろう。先の事故を理由として苦情申立てに至った事例分析を通じて、直接的に作用したと考えられる要因として、「ケアマネジメントに基づくサービスの提供」、「サービス提供体制の整備」、「事業者・職員の資質」などが、また、間接的に作用していると考えられる

表1 事故防止対策の実践例

事故が発生しやすい場面	事故発生	事故防止対策
自力歩行・移乗中 廊下や食堂内の歩行中のふらつき 居室からトイレに移動中 ベッドと車椅子間の移乗中	転 倒	歩行能力の評価 歩行時の見守りの強化 手すりなどの活用
ベッドと車椅子間の移乗中 車椅子座位中	ずり落ち	利用者の移乗能力の評価 移乗能力と残存能力に配慮した介助 体型に応じた車椅子のサイズや機能
ベッドからの離床時 臥床中（寝返り時） トイレへの移動中 車椅子への移乗時	転 落	センサーマットの導入 低床ベッドの導入 衝撃緩和マットの設置 ヒッププロテクターの利用

（注）三田寺ら（2013年）の研究に基づき作成。

要因として「職員間の情報共有」、「記録の整備」、「事業者と利用者・家族間の意思疎通」などがあげられる。

③リスク防止計画の策定

リスクの分析を踏まえて、リスクを回避するための具体的なリスク防止計画を策定することになる。リスク防止計画は、利用者全体にむけての全体計画と、利用者ひとり一人にむけた個別計画があげられる。個別計画については、ケアプランのなかに盛り込まれ、かかわるスタッフ全員に共有され、実施されることになる。

全体計画、個別計画ともに、生活環境や設備の整備などハード面と対応や方法などソフト面、そして、食事、入浴、排泄などサービス提供の場面ごとに適用させて作成することが必要である。サービス提供の場面ごとの計画は、業務マニュアルの作成につながる。業務の手順が可視化された業務マニュアルは、リスクマネジメントに機能するばかりではなく、サービスの統一性、均質性を図り、職員にとっての仕事の安心につながるものともいえる。

また、リスク防止対策を含むケアプランの策定の場面においては、前段階でのリスクの分析を含めてできるだけ家族に参加してもらい協議をすすめ、決定していくことが望ましいといえよう。このことにより、家族に利用者のリスクを認識してもらい、事業者としてのリスクマネジメントの取組を理解してもらうことにつながる。

家族の認識や理解は、事故が発生した時の、受け止め方と反応に大きく影響を及ぼすものといえる。

④実行とモニタリング

リスク防止計画が計画どおり実施されているか、効果がみられるのか、利用者に変化はないかなどを確認し、組織全体で共有しなければならない。同時に家族にも経過などを報告しておくことが求められる。計画は必要に応じて変更していくこととなる。

これら一連のプロセスは、PDCA サイクル（「Plan（計画）」、「Do（実施）」、「Check（確認）」、「Act（処置）」）に基づくシステムといえる。

Ⅳ．おわりに

本稿において指摘される内容を集約すると次のとおりである。

①事故発生に作用する要因として、職員要因、本人要因、環境要因があげられるが、同要因を苦情申立てに至る事故発生のケースにあてはめてみた場合、「ケアマネジメントに基づくサービス」、「サービス提供体制の整備」、「職員・事業者の資質」、「家族への連絡・報告」の4つの場面が事故発生による苦情申立てに直接的に作用した要因としてあげられる。

②「ケアマネジメントに基づくサービス」の場面では、

事故発生前における事故の予見、防止計画、計画の実行、事故発生後の連絡・報告、事故分析においての原因解明、組織全体での共有などで問題が指摘される。

③「サービス提供体制の整備」の場面では、人員体制の整備においてリスクの高い場面や時間帯への配慮など、環境整備においてマニュアルの整備、研修の実施、福祉機器・設備の使用・活用方法などで問題が指摘される。

④「職員・事業者の資質」では、サービス「理念」認識の希薄性、組織としてのガバナンスの低下、技術的な未成熟性、業務の慣れやマンネリ化などの問題が指摘される。

⑤「家族への連絡・報告」の場面では、事故発生時での連絡・報告の遅滞、事故の状況や原因分析についての漠然とした説明などの問題が指摘される。

⑥リスクマネジメントにおいては、事故発生の頻度が高い場面などを数量化するなどして把握し、それぞれの場面などに合わせて、環境の整備、人員配置、ケアプラン、研修、マニュアルなどに反映させていくことが大切である。

⑦リスクマネジメントのプロセスとしては、PDCA サイクルに基づきながら展開されることとなるが、家族に参加してもらいながら協議をすすめていくことより、利用者のリスクを認識してもらい、事業者としてのリスクマネジメントの取組を理解してもらうことにつながる。

注

- 1) 村岡裕「苦情対応とリスクマネジメント」（『福祉サービスの組織と経営』）中央法規，2010年，P. 139.
- 2) 倉田康路「介護保険サービスにおける苦情事例研究（Ⅰ）一訪問系サービスの事例から一」西九州大学，西九州大学・健康福祉学部紀要43巻，2013年、「介護保険サービスにおける苦情事例研究（Ⅱ）一短期入所系サービスの事例から一」西九州大学，西九州大学・健康福祉学部紀要43巻，2013年、「介護保険サービスにおける苦情事例研究（Ⅲ）一施設サービス（介護老人福祉施設）の事例から一」西九州大学，西九州大学・健康福祉学部紀要 43巻，2013年、「介護保険サービスにおける苦情事例研究（Ⅳ）一施設サービス（介護老人保健施設）の事例から一」西九州大学，西九州大学・健康福祉学部紀要44巻，2014年、「介護保険サービスにおける苦情事例研究（Ⅴ）一認知症対応型共同生活介護等の事例から一」西九州大学，西九州大学・健康福祉学部紀要44巻，2014年、「介護保険サービスにおける苦情の構造 一国民健康保険団体連合会等における苦情申立人に対する

るアンケート調査の分析を通して」社会福祉学 Vol. 54- 2 (NO. 106), 日本社会福祉学会, 2013年、
「苦情申立てへの影響要因から得られる介護保険サービス提供にむけての示唆」九州社会福祉学 (第10号), 日本社会福祉学会・九州部会, 2014年、「介護保険サービスにおける苦情申立てに関するカテゴリーの生成 ―苦情処理事例の分析から間接的要因に着目して―」, 日本看護福祉学会誌 (Vol. 19 NO. 2.), 日本看護福祉学会, 2014年.

- 3) 1) に同じ。
- 4) 分析の対象とした事例は、平成12年度から平成23年度までに S 県国民健康保険団体連合会に申立てられた介護保険サービスにかかわる苦情であり、事故内容としては、皮下出血、打撲、骨折、誤嚥、転倒、転落、切断などである。いずれの申立ても筆者が苦情処理員としてかかわりをもった。
- 5) 主に次の2つの先行調査・研究を参考にした。①三田寺裕治・赤澤宏平「介護保険施設における介護事故の発生状況に関する分析」社会医学研究 第30巻2号 (NO. 106), 日本社会医学会, 2013年、②永和良之助「介護事故の現状と問題点―高齢者介護施設を中心として―」佛教大学社会福祉学部論集第7号, 佛教大学社会福祉学部, 2011年.
- 6) 三田寺裕治・赤澤宏平「介護保険施設における介護事故の発生状況に関する分析」社会医学研究 第30巻2号 (NO. 106), 日本社会医学会.

参考文献

- 倉田康路『介護保険サービス苦情の構造』学文社, 2014年.
- 平田厚『社会福祉法人・福祉施設のための実践・リスクマネジメント』全国社会福祉協議会, 2002年.
- リスクマネジメントシステム調査研究会編『リスクマネジメントシステム構築ガイド』日本規格協会, 2003年.
- 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』筒井書房, 2003年.
- 増田雅暢・菊池馨実『介護リスクマネジメント』旬報社, 2003年.
- 全国社会福祉施設経営者協会編『福祉施設におけるリスクマネジメントの実践』全国社会福祉協議会出版部, 2005年.
- 『介護サービスのリスクマネジメント』介護労働安定センター, 2006年.