

# 高齢者福祉施設におけるリスクマネジメント —介護老人福祉施設における介護事故の状況及び関連要因の検討—

三 田 寺 裕 治

(2004年10月29日受理)

## 要 約

2000年4月に介護保険制度が施行され、介護サービスの利用形態は行政による措置から、利用者が自らの選択によりサービス提供事業者を選ぶ直接契約へと大きく変化した。

介護保険システムに内在する課題はあるものの、多様な事業者の参入と私的契約を前提としたサービス利用システムは、一定レベルにおいて浸透しつつある。その一方で、介護過誤や事故防止対策を含む福祉サービスの危機管理体制の確立については、その必要性が指摘されつつも、その具体的な取り組みは始まったばかりであり、必ずしも十分な対応がなされてきたわけではない。

本研究では、福祉サービス事業者をとりまくリスクやリスクマネジメントの手順等を整理した上で、介護老人福祉施設におけるインシデント・アクシデント発生状況及び関連要因を定量分析によって検討した。また、その結果から、サービス提供時に発生するさまざまなリスクを軽減、回避するための事故防止策を検討した。

キーワード リスクマネジメント、介護事故、介護老人福祉施設、ヒヤリハット

## はじめに

2000年4月に介護保険制度が施行され、介護サービスの利用形態は行政による措置から、利用者が自らの選択によりサービス提供事業者を選ぶ直接契約へと大きく変化した。

介護保険システムに内在する課題はあるものの、要介護（要支援）認定者は、218万人（2000年4月）から394万人（2004年6月）へと着実に増加しており<sup>1)</sup>、多様な事業者の参入と私的契約を前提としたサービス利用システムは、一定レベルにおいて浸透しつつある。

その一方で、介護過誤や事故防止対策を含む福祉サービスの危機管理体制の確立については、その必要性が指摘されつつも、その具体的な取り組みは始まったばかりであり、必ずしも十分な対応がなされてきたわけではない。

とりわけ、各サービス提供場面におけるリスクの洗い出しや潜在リスクを発見するためのリスクアセスメントシートの開発、インシデント発生に関連する背景要因の検討など、福祉サービスの特性を踏まえた予防的観点からの実証的研究は少なく、現在、そうしたリスクマネジメントに関する基礎的な知見の蓄積と今後の研究課題の整理が求められている。

本稿では、福祉サービス事業者をとりまくリスクやリスクマネジメントの手順等を整理した上で、介護老人福祉施設におけるインシデント・アクシデント発生状況及び関連要因を定量分析によって明らかにする。また、その結果から、サービス提供時に発生するさまざまなリスクを軽減、回避するための事故防止策を検討する。

## I 経営環境の変化とリスクマネジメント

近年、薬剤の誤投薬や輸血ミス、人工呼吸器の操作ミスなど、さまざまな医療事故が報じられている。最高裁の調べによると、地裁・簡裁の第一審裁判所が新規に受理した医療訴訟件数は、平成11年が663件、平成12年が775件、平成13年が805件で、地裁・簡裁、高裁ならびに最高裁を含む全国の裁判所で係争中の医療訴訟件数は、平成13年12月末現在、1968件にもものぼるとい<sup>2)</sup>。

一方、福祉サービスは、これまで介護事故を巡るトラブルが紛争や訴訟に発展することはあまりなかったといえる。その理由として、福祉サービスは、行政主導の「措置」によってサービスが提供されてきたため、サービス提供事業者が直接責任を問われることが少なかったこと、また、サービスの基盤整備が十分でなかったため、たとえ不満があっても、本人の意思で自由に他の施設を再選択することが難しく、入所中の施設に依存せざるをえなかったこと、さらに、経済的に困窮している利用者は、訴訟を起こすための訴訟費用や弁護士費用が準備できず、訴訟に踏み切れなかったことなどがあげられる。

しかしながら、2000年の介護保険制度の施行等により、利用者・事業者双方において、互いの権利・義務関係が明確となり、これまで顕在化しにくかった介護事故の問題が大きく取り上げられるようになってきている。また、福祉サービスの質の向上の必要性が高まるなか、利用者の安心や安全を確保することが福祉サービスの提供にあたっての基本であることから、事故防止対策を中心とした福祉サービスにおける危機管理体制の確立が急務の課題となっている<sup>3)</sup>。

2

## II 福祉サービス事業者をとりまくリスク

福祉サービス事業者をとりまくリスクのうち、最も発生頻度の高いリスクは、転倒、転落、誤飲・誤嚥、感染症等、介護・介助行為に起因するリスクである。こうしたリスクは、利用者の生命や身体に直接影響を与えるリスクであるため、適切なリスク管

理ができず、利用者の生命や身体に損害を与えた場合には、事業者の社会的信用を大きく低下させるだけでなく、業務上過失致死傷罪等の刑事責任や債務不履行責任、不法行為責任、使用者責任等の民事責任、場合によっては免許取消や業務停止処分、名称使用停止処分等の行政上の責任が発生しえる。そのため、福祉サービス事業者においては、事故発生を未然に防ぐための予防対策を講じ、リスクをできる限り軽減・回避していくことが求められる。

福祉サービス事業者を取り巻くリスクは、こうした介護・介助行為に起因するリスク以外にも、介護報酬改定による収益の変動や他事業者との競争激化、労働災害、人事労務管理の失敗、メンタルヘルス不全による労働損失、個人情報漏洩など多岐にわたる。とりわけ、介護サービス費の不正請求やプライバシー侵害行為、人権侵害など、コンプライアンス違反を行えば、もはや組織の存続そのものを脅かしかねない事態に発展する可能性がある。そのため、コンプライアンス実践を経営の最重要課題のひとつとして位置づけ、経営活動上求められるあらゆる法令・規則を遵守することが必要である。

### Ⅲ リスクマネジメント・プロセス

リスクマネジメントを組織内部に浸透させていくには、経営者のみならず、すべての職員がリスクの存在やリスクマネジメントの重要性を認識した上で、日々の業務に取り組むことが重要である。ここでは、インターリスク総研編「実践リスクマネジメント」<sup>4)</sup>を参考にしながら、福祉サービスにおけるリスクマネジメントの手順について整理する。

#### (1) リスクの発見・確認—リスクの洗い出し—

一つの重大事故の背景には、重大事故に至らない29の事故があり、さらにその背後には事故にならないニアミスが300あるという。これを「ハインリッヒの法則」というが、事故防止策を検討するためには、サービス提供上のリスクを洗い出し、的確に把握することが重要である。そのためには、サービス提供上発生した事故を把握するほか、事故につながりそうな事例（ヒヤリ・ハット事例）を収集することが求められる。また、業務日誌やサービス業務マニュアル等をチェックし、サービス提供過程におけるリスクの洗い出しをおこなうことも重要である。

3

#### (2) リスクの評価・分析

リスクの評価・分析とは、発見・確認されたリスクについて、そのリスクによる損害の発生頻度と強度を推定することである。一般的な手法では、図1のように、損害の発生頻度および発生強度を2段階に格付けして、リスクの影響度を評価する。また、すべてのリスクに対して対応することは現実的でないため、リスクが現実化する発生

図1 リスクの評価例

	損害の発生頻度		
	高	低	
損害の程度	大	A	B
	小	C	D

- A評価のリスク：**  
 リスクコントロールを徹底的に実施し、BまたはC評価へ転換する。
- B評価のリスク：**  
 リスク強度の軽減をはかりD評価への転換をはかるとともに、保険を中心とした処理を実施する。
- C評価のリスク：**  
 リスク頻度の軽減をはかりD評価への転換をはかるとともに、リスクの保有を基本的な処理手法としつつ、必要に応じ保険との組み合わせを検討する。
- D評価のリスク：**  
 基本的にはリスクを保有する。

(出典：インターリスク総研編著「実践リスクマネジメント」 経済法令研究会, 9頁)

頻度、その場合の損害の規模の2つの観点から相対的な評価を実施し、事業者として対応すべき優先順位を明確にする。

次に、インシデントレポートや事故報告書によって収集されたインシデント・アクシデントデータをマイクロ・マクロ両面から分析し、リスクが顕在化したり規模が拡大する直接の原因とその誘因・素因を解明する作業をおこなう。

マクロ的分析(定量分析)では、組織内の事故・未遂事故の件数を利用者の心身の特性や発生曜日、発生時間、行為者の経験年数などで集計し、その組織における事故の傾向を把握する。マイクロ的分析(定性分析)では、SHELモデルや4M—4Eマトリックスなどを導入し、事故の背景や発生要因について多面的に検討する。事故の背景や発生要因について検討することにより、どの部分のエラーやミスを修正すれば、効果的に事故を防止できるかが明らかとなる。

### (3) リスクの処理

リスク処理の手段は、リスク・コントロールとリスク・ファイナンスに分類されるが、双方の手法を有効に組み合わせることが重要である。

#### 1) リスク・コントロール

リスクコントロールとは、損失の発生を事前に防止し、また、仮に損失が発生したとしてもその拡大を押さえて、損失の規模を最小限にするための重要なリスクマネジメント手法として位置づけられる。リスクコントロールは、以下のような手法に分類することができる。

##### ①リスクの回避

リスクの発生そのものを回避する手法であり、この手法を用いれば完全にリスクを遮断することができる。しかしながら、介護上の事故を恐れて完全にリスクを回避す

ると、サービス提供そのものが行えなくなってしまうため、この方法は現実的ではない。

## ②損害の予防・低減

「損害の予防」とはリスクの発生頻度を低減する手法である。例えば、入浴中の転倒事故を防止するために、手すりや滑り止めマット等を設置することや、段差によるつまずきを防止するために、住宅改修等で段差をなくすことなどがあげられる。事故の危険性は利用者の特性によって異なるため、損害の予防を行なうためには、利用者一人一人に対してリスクアセスメント・スコアシートを作成し、事故発生の危険度を評点化することが求められる。

「損害の低減」はリスクの強度を低減する手法をいう。事故発生を未然に防ぐための予防対策を講じていても、事故のリスクをゼロにすることは難しく、万が一事故が発生した場合には、被害の拡大を防止し、損害を最小限に押さえることが重要である。具体的な損害の低減方法としては、転倒した際のダメージを軽減するためにクッション性の高い床材を使用することや、事故発生時における適切な救急処置、家族に対する緊急連絡等があげられる。

## ③リスクの分離

リスクの分離は、リスクの発生単位を分割し、事故が発生しても事業全体に影響が及ばないようにすることである。リスクの分離は、大きく、「リスクの区分」と「バックアップ」に分けることができるが、前者の例としては、倉庫に保管している備品が火災ですべて消失するのを避けるため、2ヵ所以上の倉庫に分けて保管することなどが該当する。後者の例としては、コンピュータウイルスの感染の被害を防ぐために、介護給付データや利用者情報を別のハードディスクや機器にバックアップしておくことや、介護スタッフの体調不良に備え、代替のスタッフを事前に準備しておくことなどが該当する。

## ④リスクの移転

契約を通じてリスクを他者に移転する手法のことをいう。例えば、医療機関や福祉施設における給食や清掃、移送サービスのアウトソーシング、大型コンピュータ設備のリース契約（賃貸借契約）などがこれに該当する。アウトソーシングやリース契約の場合においては、一般的に補修リスクは所有者が負うことになっており、リース契約を通じて補修リスクを「移転」することができる。ここで移転されるリスクは財務的損失だけではなく、行為やそれに伴う法的責任まで含まれる。

5

## 2) リスク・ファイナンス

リスク・ファイナンスとは、危険が発生し、損害が生じてしまう場合に必要な資金繰り等を予め計画して準備しておくことであり、リスク・ファイナンスは「リスクの保有」と「リスクの転嫁」に大別される。

### ①リスクの保有

リスクが事故として顕在化した時に発生する損失を企業自体の財務力で負担する方法をいう。

## ②リスクの転嫁

リスクの転嫁とは、リスクが発生した場合の損害を第三者に転嫁する手段のことであり、主に、保険の活用などが該当する。保険を活用することにより、予算編成上、不確定であるコストを確定コストに変え、経常費化できる。

## (4) 結果の検証

リスクマネジメント・プロセスは、前述したように、①リスクの発見・確認②リスクの評価③リスクの処理へと段階的にリスクの処理を実施するが、最後に、実際に選択実施した手法が十分な効果をもたらし、リスクマネジメントの目的が果たされているのかどうかをモニタリングする必要がある。モニタリングにあたって着目するポイントとしては、①予定したリスクマネジメント手法を実施できたか②期待通りのリスクマネジメント効果が得られたか③リスクの処理基準を見直すべきような状況の変化は発生していないか④リスクコストを削減できたかなどがあげられる。

## IV 介護老人福祉施設における介護事故の状況及び関連要因の検討

介護事故の問題がクローズアップされる中、厚生労働省社会・援護局福祉基盤課内に「福祉サービスにおける危機管理に関する検討会」が設置され、2002年3月には、「福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する取り組み指針～利用者の笑顔と満足を求めて～」がとりまとめられている。この指針では、福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）の基本的な視点や危機管理体制の整備や取り組みを進めるにあたってのポイント、さらには、事故を未然に防ぐ諸方策や事故が起こってしまったときの対応指針等が示されている。

こうした厚生労働省の取組みと平行して、全国社会福祉協議会や国民生活センター等においても、福祉サービスにおける事故の実態把握や事故予防策の検討がおこなわれ、研究成果が報告されている<sup>5)~6)</sup>。

しかしながら、福祉サービスにおけるリスクマネジメントの具体的な取り組みは始まったばかりであり、リスク研究において先行するいくつかの分野（工学、統計学、経済学、保険計理学、心理学、医学）に比べて、極めて遅れているといわざるを得ない。

とりわけ、介護サービス提供場面におけるインシデント・アクシデント発生状況及び関連要因の検討など、福祉サービスの特性を踏まえた予防的観点からの実証的研究は少ないといえる。

以下では、介護老人福祉施設内で発生する事故の状況や介護事故に関連する要因等を定量分析によって明らかにし、その結果から、サービス提供時に発生するさまざま

なりリスクを軽減・回避するための事故防止策を検討する。

## 1. 調査対象と方法

本研究では、介護老人福祉施設における介護事故の状況及び関連要因を検討するため、先行研究<sup>7)~11)</sup>を参考にしながら、独自にインシデント・アクシデントレポートを作成した。調査は、宮城県内のA介護老人福祉施設(定員50名)の全面的な協力の下、インシデントあるいはアクシデントを体験した当事者又は発見者に、インシデント・アクシデントレポートを記入してもらい、施設内のインシデント・アクシデントデータを収集した。

調査期間は、平成15年10月～平成16年3月の6ヶ月間である。

## 2. 結果と考察

### 1) インシデント・アクシデント状況

本研究では、過失の有無を問わず、施設内で提供されるサービスの全過程において、利用者に傷害を及ぼすことはなかったが、「ヒヤリ」としたり「ハット」した事象を「インシデント」とした。例えば、事故が起こりそうな状況に前もって気づいた事例や、誤った措置が実施される前に気づいた事例、誤った措置が実施されたが何ら影響のなかった事例などがあげられる。

一方、「アクシデント」は、過失の有無を問わず、施設内で提供されるサービスの全過程において、予期せぬ出来事やエラーが発生し、それによって利用者に傷害が発生したものを「アクシデント」とした。なお、薬の誤薬・誤注については、特に身体状態に影響や変化が認められない場合でも、「アクシデント」とした。

インシデント・アクシデント状況についてみると、図2が示すとおり、「アクシデント」が全体の9割弱を占めている。これは、これまで施設内の事故報告が「アクシデント」中心におこなわれ、「インシデント」については記入・報告する習慣がなかったため、「インシデント」のカウントが少なくなっているものと考えられる。

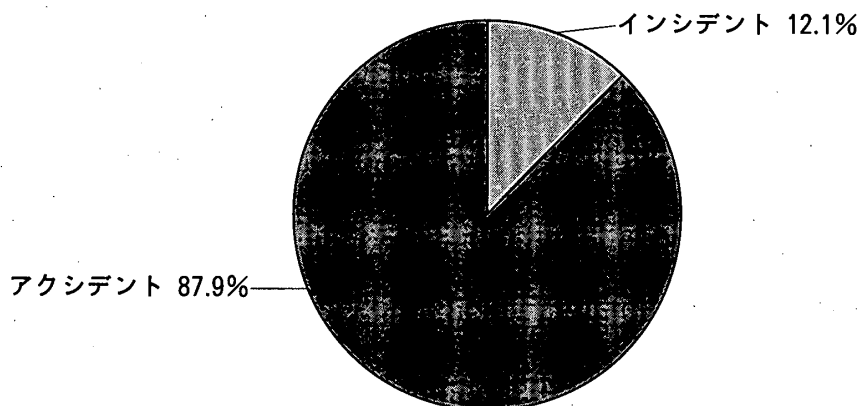


図2 インシデント・アクシデント件数 (N=140)

表1 対象者の基本的属性

		N	%
性別	男性	11	8.9
	女性	112	91.1
要介護度	要介護1	14	11.4
	要介護2	2	1.6
	要介護3	33	26.8
	要介護4	22	17.9
	要介護5	52	42.3
痴呆程度	痴呆なし	8	6.5
	ランクⅠ	13	10.6
	ランクⅡ	18	14.6
	ランクⅢ	22	17.9
	ランクⅣ	39	31.7
移動状況	自立歩行	2	1.6
	つたい歩き	9	7.3
	杖歩行	1	0.8
	歩行器	2	1.6
	買物カート等の押し車	1	0.8
	車椅子(自操)	27	22.0
	車椅子(他操)	51	41.5
	リクライニング式車椅子	18	14.6
	ベッド移動	12	9.8
利用形態	ショートステイ	23	18.7
	長期入所	100	81.3

2) 対象者の基本的特性

次に、対象者の基本的特性についてみると、表1が示すように、性別では女性が圧倒的に多く、全体の約9割を占めている。要介護度では、「要介護5」が最も多く42.3%、次いで「要介護3」が26.8%、「要介護4」が17.9%と続いている。痴呆の程度別にみると、「ランクⅣ」が31.7%と最も多く、次いで「ランクⅤ」18.7%と続いている。「痴呆なし」は6.5%となっており、対象者のほとんどが「ランクⅠ」以上の痴呆性高齢者であることがわかる。

次に、移動状況をみると、最も多いのは「車椅子(他操)」で41.5%、次いで「車椅子(自操)」が22.0%となっており、車椅子を利用している人の事故が多くなっていることがわかる。車椅子を動かし始めるときは、足がフットプレートに正しく乗っているかどうか、肘がアームレストから出ていないか等を確認し、事故予防に努めることが重要である。

次にサービスの利用形態についてみると、「長期入所」が全体の約8割を占め、短期入所は、全体の約2割となっている。短期入所(ショートステイ)は、住み慣れた自宅と環境が大きく異なるため、不慣れから思わぬ事故が発生する可能性があり、見守り等の注意が特に必要であろう。また、緊急にショートステイを利用する場合には、ショートステイの担当者に対して利用者のアセスメント情報や経過記録、モニタリン

8



表2 アクシデントの種類

	N	%
原因不明のケガ・外傷	75	61.0
転落・ずり落ち	12	9.8
転倒	10	8.1
備品・設備による事故	4	3.3
介助時の事故(移乗)	4	3.3
その他	4	3.3
介助時の事故(排泄)	3	2.4
車椅子離床によるケガ	3	2.4
誤薬・誤注	2	1.6
誤飲・誤嚥	1	0.8
医療処置による事故	1	0.8
介助時の事故(着替え)	1	0.8
介助時の事故(入浴)	1	0.8
送迎中の事故	1	0.8
連絡伝達のミス	1	0.8
計	123	100.0

グ情報等が提供されないこともあるため、ショートステイの担当者は主体的に利用者情報を入手したり、リスクアセスメントをおこなうなどの配慮が必要となろう。

### 3) アクシデントの種類

次に、アクシデントの種類についてみると、最も多いのは、「原因不明のけが・外傷」(75件)であり、事故が具体的にどのような状況で発生したのか、不明であるケースが多いことがわかる(表2)。それでは、なぜ「原因不明のけが・外傷」が多く報告されるのであろうか。

その理由としては、次の3つが考えられる。第1に、職員の見ていない、あるいは目の行き届かない場所で利用者単独による事故が発生し、事故発生後、職員に発見されるケースが考えられる。この場合、どのような状況下で事故が発生し、ケガをしたのかわからないため、事故報告書は、「原因不明」として報告されるものと思われる。第2に、職員が利用者にケガをさせてしまっても、そのことに気づかず、後日、痣などのケガが他の職員によって発見されるケースが考えられる。

第3に、事故報告を行う職員が、責任追及を恐れて、事故の発生した原因や背景を隠してしまい、「原因不明」として処理してしまうケースが考えられる。こうしたケースが多発すると、有効な事故予防策を講じることが出来ず、繰り返し「原因不明」のエラーが発生する可能性がある。そのため、事実を記入するサービス提供者が個人的不利益を被ることのないよう配慮するなど、報告しやすい環境や組織風土を醸成していくことが非常に重要である。また、事故の原因を個々の職員の資質の問題として捉えるのではなく、業務プロセスの中の「システム上の欠陥」に原因があると考え、システムの欠陥を補完する新たなシステムをデザインすることも重要であろう<sup>12)</sup>。

次に、事故の状況が明確になっているケースについてみると、表2が示すように「転落・ずり落ち」が最も多く12件、次いで「転倒」が10件と続いている。こうした発生頻度の高いリスクは、事故が発生する直接の原因やその誘因・素因の解明をおこない、発生頻度を引き下げる取り組み、つまり、図1のA評価からBまたはC評価への転換をはかる必要がある。日頃から転倒・転落の多い利用者に対しては、巡回や見守りを強化するとともに、リスクの強度を低減する手法、つまり、転倒や転落をしても大きな事故につながらないような工夫も必要となる。例えば、クッション性の高い床材の使用や、段差の解消、低床ベッド・床マットの使用、ずり落ちにくい椅子の工夫、起立介助バーの活用などがあげられる。

介護事故は要介護者、介護サービス提供者、環境の相互作用により発生するといわれ、入浴介助や移乗介助時など、介護サービス提供者と要介護者等との関係のなかで

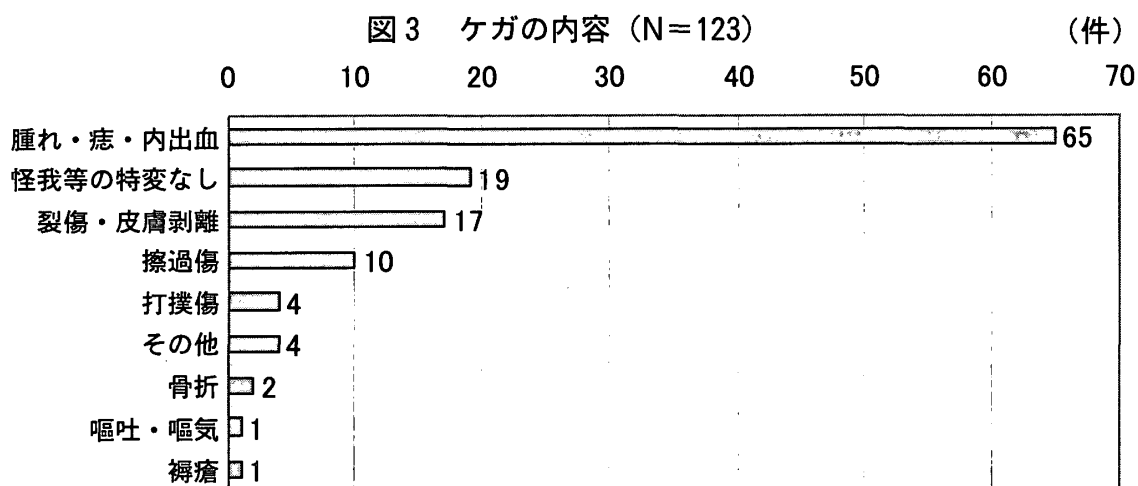


表3 傷害部位の状況

	N	%		N	%
頭部 (側頭部)	3	2.4	臀部 (腸骨部)	1	0.8
頭部 (後頭部)	1	0.8	臀部 (仙骨部)	1	0.8
顔 (額・前額部)	8	6.5	臀部 (大転子部)	1	0.8
顔 (目・瞼・眉毛等)	3	2.4	臀部 (坐骨結節部)	1	0.8
鼻・頬 (鼻腔・鼻根・頬等)	1	0.8	足 (大腿部)	2	1.6
口 (口唇・口腔・下顎等)	4	3.3	足 (膝部)	5	4.1
耳 (外耳・中耳・内耳)	1	0.8	足 (下腿部)	11	8.9
腕 (上腕部)	5	4.1	足 (外果部)	2	1.6
腕 (前腕部)	15	12.2	足 (内果部)	2	1.6
腕 (手背部)	11	8.9	足 (足背部)	4	3.3
腕 (肘)	5	4.1	足 (踵部)	1	0.8
胸部 (肋骨)	1	0.8	手指	7	5.7
背部 (背部)	1	0.8	足指・趾	1	0.8
背部 (腰部)	1	0.8	その他	2	1.6
腹部 (鼠径部)	1	0.8	なし	20	16.3
臀部 (臀部)	1	0.8	計	123	100.0

主に発生するものと考えられるが、直接介助している最中に発生した事故は、「移乗時」4件、「排泄時」3件、「入浴」1件、「着替え」1件と少なくなっている。また、「誤薬・誤注」「誤飲・誤嚥」「医療処置による事故」も発生頻度が低くなっているが、これらのリスクは実際に事故が発生した場合の損害の程度が大きいため、リスクコントロールを実施し、B評価からD評価(図1)への転換をはかる必要がある。

#### 4) ケガの内容、障害部位、処置・受診状況

次に、アクシデント発生時におけるケガの状況についてみると、最も多いのは、「腫れ・痣・内出血」(65件)であり、続いて「裂傷・皮膚剥離」(17件)「擦過傷」(10件)と続いている(図3)。傷害部位の内訳をみると、「腕」のケガが約3割と最も多く、特に前腕部や手背部のケガが多くなっている。「足」のケガは、全体の約2割となっており、特に下腿部が11件(8.9%)と多くなっている。

事故発生時の処置・受診状況についてみると、「ナースによる処置のみ」が63.4%と最も多く、「職員による対応のみ」をあわせると、93.5%が施設内での対応となっている(図4)。医療機関の受診や入院等は、それぞれ4.9%、1.6%と低くなっている。介護老人福祉施設においては、夜勤を除いて看護師が常駐している施設が多く、こうした緊急時に対して瞬時に対応することが可能であるが、訪問介護サービスやデイサービス、グループホーム等では、看護師が常駐しているわけではないため、利用者の体調急変や転倒・転落等の突発的な事故に対しては、緊急受診などの対応を迅速におこなうことが必要である。そのためには、普段から緊急時連絡カード等を利用者宅に備え、家族やかかりつけ医等と連絡がとれるようにするなど、事前の準備も重要となる。また、介護福祉士やホームヘルパー2級の養成講座のカリキュラムの中に、基礎介護技術の一環として緊急時の対応方法が盛り込まれているが、施設や事業者内においてもOJT等で定期的に骨折やてんかん、意識障害時等の緊急時対応法をトレーニングし、冷静に対応できるようにしておく必要がある。

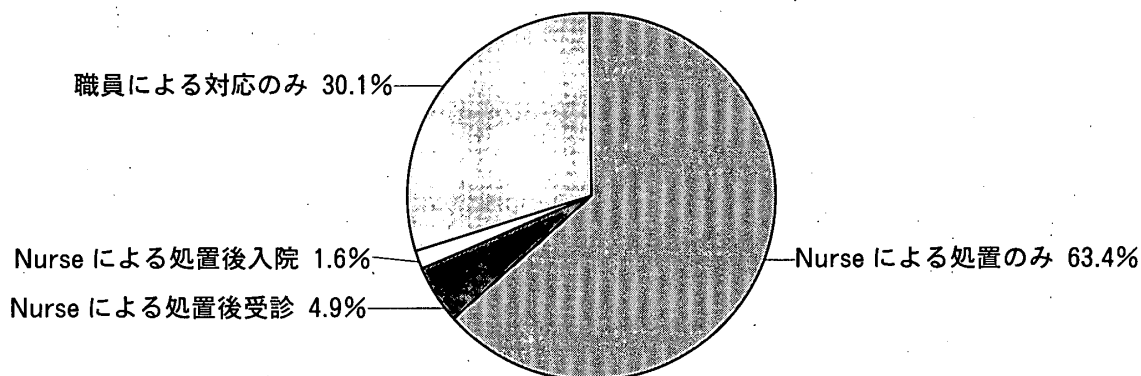


図4 アクシデント後の処置・受診状況 (N=123)

5) 発生場所、発見場所

次に、アクシデントの発生場所についてみると、表4が示すように「不明」が71件(57.7%)と最も多く、次いで「自居室」が26件(21.1%)と続いている。一方、発見場所についてみると、自居室が70件(56.9%)と最も多く、次いで「浴室内」27件(22.0%)と続いている。つまり、どのような状況下でアクシデントが発生したのか不明であるが、アクシデント後、自居室でケガ等を職員によって発見されるケースが多くなっているものと考えられる。こうした傾向は、痴呆性高齢者の転倒事故の要因を検討した須貝らによる研究<sup>13)</sup>においても確認され、「報告された転倒事故のうち、事故を目撃されているのは10%程度で、転倒事故の8割以上は職員の見えていないところで発生している」と報告されている。

6) 発生時間、発見時間

次に発生時間についてみると、表5が示すように「不明」が最も多く全体の約7割を占めている。一方、発見時間は、「9時～12時未満」が36件(29.3%)と最も多く、

表4 アクシデント発生・発見場所

	アクシデント発生場所		アクシデント発見場所	
	N	%	N	%
自居室	26	21.1	70	56.9
居室前(入口)	1	0.8	1	0.8
トイレ	1	0.8	3	2.4
廊下	2	1.6	3	2.4
カウンター前	9	7.3	8	6.5
浴室内	11	8.9	27	22.0
ホール	3	2.4	2	1.6
リビング	4	3.3	5	4.1
不明	71	57.7	3	2.4
その他	3	2.4	1	0.8
計	123	100.0	123	100.0

表5 アクシデント発生・発見時間

	アクシデント発生時間		アクシデント発見時間	
	N	%	N	%
0～3時	1	0.8	1	0.8
3～6時	7	5.7	9	7.3
6～9時	6	4.9	16	13.0
9～12時	6	4.9	36	29.3
12～15時	4	3.3	6	4.9
15～18時	9	7.3	26	21.1
18～21時	3	2.4	14	11.4
21～24時	4	3.3	15	12.2
不明	83	67.5	0	0.0
計	123	100.0	123	100.0

次いで「15～18時未満」26件 (21.1%) と日勤帯に多く発見されている。これは、入浴介護やおむつ交換等の介助時に痣や腫れ、内出血等が発見され、アクシデントとして報告されているものと考えられる。

7) 要介護度、痴呆程度とアクシデントの種類

次に、高齢者の要介護度とアクシデントとの関係についてみていきたい。アクシデントのデータ数が少ないため、2変数間の関連性を単純に比較することはできないが、大まかな関連性についてみると、図5が示すように、「転倒」は「要介護I」等、比較的自立度の高い高齢者のアクシデントが多くなっていることがわかる。一方、「原因不明のケガ・外傷」では、約半数が「要介護5」となっている。

次に、痴呆程度とアクシデントの種類との関連性についてみると、「転倒」では「痴呆なし」あるいは「ランクI」の高齢者において多く発生しており、「原因不明の

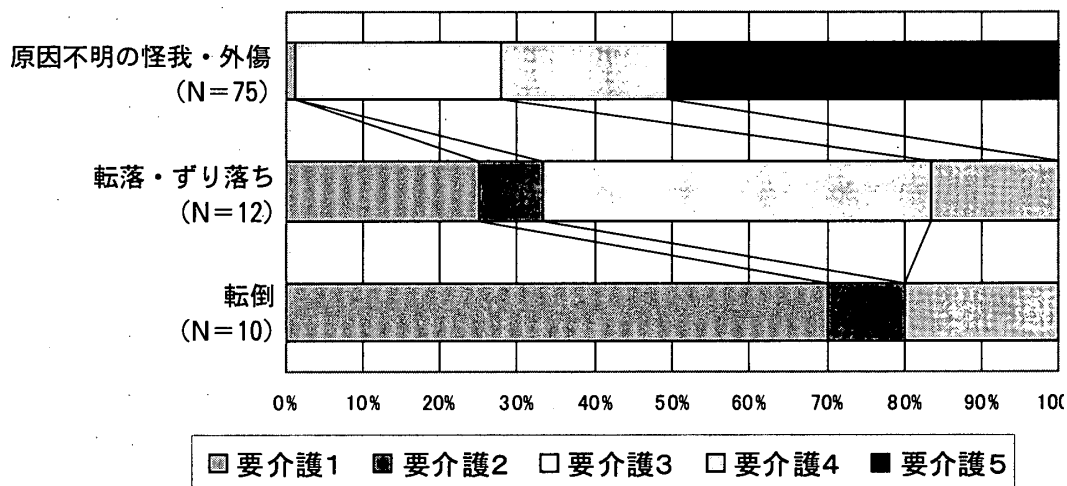


図5 要介護度とアクシデントの種類

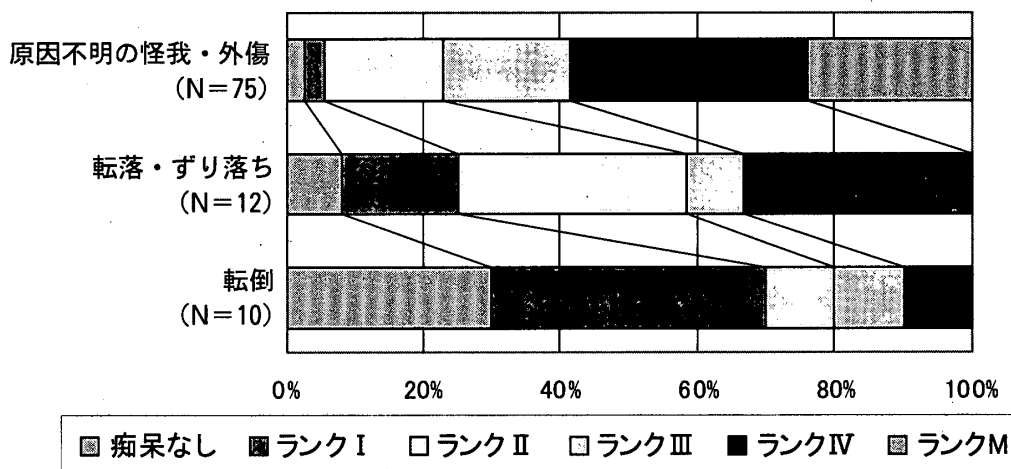


図6 痴呆程度とアクシデントの種類

ケガ・外傷」では、「ランクⅣ」「ランクⅢ」など、重度の痴呆性高齢者に多く発生していることがわかる(図6)。

痴呆性疾患は、記憶障害や認知障害、徘徊、不潔行為、睡眠障害等の精神症状が出現し、思わぬ事故が発生する可能性がある。そのため、危険予知訓練等をおこない、リスクアセスメント能力を高めるとともに、予測不可能な突発的なアクシデントに対しても的確に対応できるよう、トレーニングしていく必要がある。

利用者の服薬状況とアクシデントとの関連性については検討できなかったが、睡眠薬や向精神薬、精神安定剤等は、眠気やふらつき等の副作用から、転倒や転落等の事故が発生する可能性があり、今後は、服薬と事故との関係について詳細に分析していきたい。

## おわりに

本稿では、福祉サービス事業者をとりまくリスクやリスクマネジメントの手順等を整理した上で、介護老人福祉施設におけるインシデント・アクシデント発生状況及び関連要因を定量分析によって検討した。その結果、最も多く発生しているアクシデントは「原因不明のケガ・外傷」であり、具体的にどのような状況でアクシデントが発生したのか、不明であるケースが多いことが明らかとなった。一方、事故の状況が明確になっているケースとしては、「転落・ずり落ち」が最も多く、次いで「転倒」によるアクシデントが多くなっていた。

アクシデント発生時におけるケガの状況では、「腫れ・痣・内出血」が最も多く、次いで「裂傷・皮膚剥離」「擦過傷」となっていた。ケガに対する処置・受診状況では、「ナースによる処置のみ」が最も多く、「職員による対応のみ」をあわせると、全体の約95%が施設内での対応となっていた。

高齢者の基本的特性とアクシデントとの関連では、サンプルが十分に確保できなかったため、精度の高い分析が行えなかったが、大まかな傾向としては、転倒事故は「要介護Ⅰ」等、比較的自立度の高い高齢者において発生しており、一方、「原因不明のケガ・外傷」では、要介護度の高い高齢者において発生していた。また、痴呆程度とアクシデントの種類との関連では、転倒事故は「痴呆なし」あるいは「ランクⅠ」の高齢者において多く発生しており、「原因不明のケガ・外傷」では、「ランクⅣ」「ランクⅢ」など、重度の痴呆性高齢者に多く発生していることが明らかとなった。

最後に、本研究の限界点と残された課題について述べておきたい。

第1に、事故報告基準の明確化があげられる。本研究では、インシデントあるいはアクシデントを体験した当事者又は発見者に、インシデント・アクシデントレポートを記入してもらい、施設内のインシデント・アクシデントデータを収集したが、インシデントの報告基準が不明確であったため、過少報告となり、現実に発生しているインシデントの状況を正確に把握することができなかった。今後、データを収集する際

には、どのような事象をインシデントとして報告するのか、どの程度のレベルの事故をアクシデントとして報告するのか、また、何時間以内に報告するのかなど、事故報告基準や報告ルート等を明確化し、職員に対して周知する必要がある。

第二に、介護事故の定義・概念の明確化があげられる。介護保険施行後、介護事故の実態や事故防止対策を検討した調査研究報告書がいくつか出されているが、インシデントとアクシデントとの区別が不十分であるケースや、不可抗力による事故と過失による事故が明確に区別されていないケースなどが散見され、介護事故の定義や事故の類型化に関する整理は必ずしも十分になされているわけではない<sup>14)</sup>。明確な定義、あるいは明確な分析枠組みに基づく調査でなければ、量的に知見を蓄積しても、効果的な事故防止策を導出することは困難であるため、介護事故の定義や介護事故に関わる用語の定義については早急に整理したい。

第3に、質的研究の必要性があげられる。本研究では、インシデント・アクシデント状況及び関連要因を定量分析において網羅的に検討したが、定量分析は施設内で発生する事故の件数や事故発生の大まかな傾向を把握することができるが、事故発生の背景要因や事故予防策を検討するためには、SHELモデルや4M-4Eマトリックスなどを導入し、定性的な分析がどうしても必要となる。サービス提供者の介護技術やリスクアセスメント能力、モチベーションや疲労状態等、数量調査に馴染まない質的側面については、今後ヒアリングや事例調査を実施し、介護事故との関連について詳細に検討していきたい。

第4に、システム上の欠陥や組織レベルのエラーに関する検討があげられる。これまでの介護事故に関する研究では、事故の原因を個々の職員の資質の問題として捉える傾向があったが、施設内の事故を軽減させるためには、職員の個人レベルのエラーのみならず、システム上の欠陥や組織レベルのエラーについても検討する必要がある、今後は、職員間の情報の共有化や職員間におけるコミュニケーションの有無など、分析の視点をシステムレベルまで引き上げ、事故の背景要因を多面的に検討していきたい。

#### 付記

本研究は、平成15年度淑徳短期大学学術研究助成及び平成14年度日本興亜福祉財団ジェロントロジー研究助成「福祉サービスにおけるリスクマネジメントに関する研究」の成果の一部である。また、本稿の一部は、本稿とほぼ同時期に刊行が予定されている足立叡編『新・社会福祉原論—現代社会福祉の視点と社会福祉援助の可能性—』（みらい、2005年3月刊行予定）に収載されており、両者の叙述に部分的に重なり合う箇所があることを付記しておく。

〈引用文献〉

- 1) WAM NET <http://www.wam.go.jp/>
- 2) 深谷翼「高齢者精神科医療の事故と法的諸問題」『老年精神医学雑誌』Vol.14 (6), 2003, p.748.
- 3) 福祉サービスにおける危機管理に関する検討会『福祉サービスにおける危機管理(リスクマネジメント)に関する取り組み指針～利用者の笑顔と満足を求めて』2002.
- 4) インターリスク総研編『実践リスクマネジメント 事例に学ぶ企業リスクのすべて』経済法令研究会, 2002, p.6-15.
- 5) 全国社会福祉協議会『福祉サービス事故事例集—福祉サービスにおける危機管理(リスクマネジメント)に関する調査・研究事業報告書』2001.
- 6) 国民生活センター『介護事故の実態と未然防止に関する調査研究報告』2000.
- 7) 川村治子(厚生科学研究費補助金 平成11年度医療評価総合研究事業総括報告書)『医療のリスクマネジメントシステム構築に関する研究』2000.
- 8) 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, 2003, p.45-48.
- 9) 神奈川県社会福祉協議会老人福祉施設協議会『平成13年度 神奈川県社会福祉協議会老人福祉分科会 研究会報告書』, 2002, p.10.
- 10) 国民生活センター前掲書, p.4-7.
- 11) 中間浩一, 松田修『転倒・転落事故防止リスクアセスメント』日総研, 2003, p.18-21.
- 12) 香取幹「民間居宅サービス事業者におけるリスクマネジメント」増田雅暢・菊池馨実編『介護リスクマネジメント』旬報社, 2003, p.141.
- 13) 須貝祐一〔ほか〕「平成14年痴呆ケアにおけるリスクマネジメントに関する研究」『痴呆性高齢者の転倒事故の要因と事故防止対策の研究委員会報告書』2002, p.11.
- 14) 茶谷利つ子「介護事故実態に関する調査研究と介護事故の捉え方」『新潟青陵大学紀要』vol2, 2002, p.107-120.

〈参考文献〉

- 古川孝順『社会福祉の運営』有斐閣, 2001.
- 生涯職業能力開発促進センター『能力開発セミナー資料: 介護サービス業におけるリスクマネジメント』2003.
- 原英樹『医療事故要因分析マニュアル』日総研, 2001.
- 中間浩一, 松田修『転倒・転落事故防止リスクアセスメント』日総研, 2003
- 品田充儀『人事・労務管理革命と社会福祉施設経営』筒井書房, 1998.
- 16 清水克彦『社会的責任マネジメント—CSR企業の持続可能な発展と安全確保—』共立出版, 2004.
- 水尾順一, 田中宏司『CSRマネジメント—ステークホルダーとの共生と企業の社会的責任—』生産性出版, 2004.
- 亀井利明編『保険とリスクマネジメントの理論』法律文化社, 1992.
- 亀井利明『危機管理と保険理論』法律文化社, 1995.
- 神奈川福祉サービス振興会 編『介護保険と福祉ビジネス』中央法規出版, 2000.