

介護事故の実態に関する考察 —介護施設における介護事故調査の分析からみた介護現場の実態— Consideration about the actual condition of a care accident.

はじめに

2000年度からはじまった公的介護保険制度は、「2015年の高齢者介護」報告書¹の冒頭で触れられた課題を含みつつも、財源問題を除いてはおおむね好調なスタートを切ったといっても過言ではない。そして2006年度からは、改正された介護保険法が再スタートを切り、[介護予防]をスローガンに掲げた新たな展開が試みようとしている。そのなかでも重要なキーワードとしては、「介護予防」を柱にした[持続可能な制度設計]に向けた試みである。

しかし、今回の改正介護保険法が介護現場に与える影響をみると、介護施設ならび在宅介護の事業所ともに、収益という点からいって非常に厳しいものがある。介護施設を例に挙げれば、制度改革の前倒しとして2005年10月からホテルコストを利用者から徴収することができることや、食費について利用者の全額自己負担となることから、利用者である高齢者の自己負担が増す一方で、法人にとっても新型の特別養護老人ホームなどでは年間数千万の赤字が見込まれている。また在宅介護サービスの中でも居宅系事業所では、2006年度から要介護認定のランクが従来の6ランクから7ランクとなり、具体的には要介護度1が「要介護1」と「要支援2」とに分割されることから、これまで「要介護1」と認定されていたものが、「要支援2」と認定される可能性が高くなることで、事業所にとっての介護報酬上の収益が圧縮される結果となる。

さらに、介護事故に関する訴訟が相次ぎ²、内容的にもほとんどの介護事故裁判で無過失賠償責任に限りなく近い形での判決となっており、大多数が安全配慮義務違反として構成される傾向にあるなか、介護サービスを提供する事業所にあっては、限られた人員と介護報酬のもとでどこまでの安全配慮義務が求められるのかについて混乱をきたしている。そして追い討ちをかけるように、近年の介護事故訴訟の増加を背景に、損害保険会社が単体の認知症高齢者共同生活介護（グループホーム）や、事故が比較的多く発生している通所介護（デイサービス）、訪問介護（ホームヘルプ）の事業者とは保険契約を結ばない方向を打ち出すなど、介護事業所において事業継続を困難にさせる要因が多くなってきている。

¹ 正確には、「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」という報告書で、平成16年度末を終期とする『ゴールドプラン21』後の新たなプランの策定の方向性、中長期的な介護保険制度の課題や高齢者介護のあり方について検討するために、厚生労働省老健局長の私的研究会として発足した「高齢者介護研究会」（座長堀田力）が作成したもの。

² 拙論「社会保障関連争訟の意義と展望」『講座社会保障法第6巻』法律分化社、2001年、拙論「最近の社会福祉・社会保障をめぐる裁判事例の動向と特徴」『賃金と社会保障No.1377』旬報社、2004年、を参照。

本論分では、介護事業所におけるリスクの中でも最も重要視される介護事故について、その実態調査から考察を行うものである。従来、介護事故をめぐってはさまざまな調査が先行研究として存在し分析もなされているが、本調査においては介護事故とアセスメントやケアプラン（介護計画）との相関関係にまで踏み込んだものである。

I 調査結果からみた介護事故の実態

本調査は、方法として郵送回収をベースとしたアンケート（別添資料Ⅰ）と、訪問による聞き取りをベースとしたヒアリング（別添資料Ⅱ）を平行して行う形式を取った。調査対象は、A県とG県内にある18法人に対して実施。事業所の内訳は、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）19ヶ所、介護老人保健施設6ヶ所である。調査対象期間としては、2003年4月1日から2004年3月31日までに発生した事故を調査対象としている。

以下、アンケート調査からみた介護事故の個別分析を行いたい。

1 発生時刻 …資料1

事故が発生している時刻的分析では、「昼食後から夕食開始」までの時間帯で全体の約3割を占める結果となっている。また「朝食後から昼食開始」までの時間帯も、23%と2番目に多い。この食事時間帯から次の食事時間帯までの間は、利用者がもっともくつろぐ時間帯であると同時に、職員配置的な点からも手薄になりがちな時間帯でもある。職員配置上の視点からは、「就寝時間である深夜」、そして「早朝の時間帯」で、合わせて約1/4以上を占める結果となっている。つまり、事故と発生時刻との関係では、職員配置数との関連性が極めて高いといえる。

2 発生場所 …資料2

場所の点では、「居室内」での事故が4割と最も多く、次いで「廊下」が16%、「トイレ」が11%となっている。廊下での事故では、歩行中によるものと推測されるが、それ以外の「居室内」、「トイレ」では、職員の目が届き難い最もプライベートな場所での事故といえる。

3 発生時の介助の有無 …資料3

職員による介助との関係では、「介助中以外」が7割を占めており、職員の介助中による事故は25%と、全体の1/4にしか過ぎない。つまり事故と介助との相関関係でいうと、全体の7割が介護職員による介助過誤ではなく、利用者の行動に起因する事故であることが分かる。施設職員には、付随義務であるところの安全配慮義務が課せられているため、直接的な介助中の事故ではなく、利用者による自損的事故によるものであっても、当然「見守り」などの配慮が求められる点については異論がないだろう。しかし、人員配置上の制約からも、一対一での介助を行うわけにはいかないため、事故の内容的な部分については、

あきらかに介護職員による不適切な介助に起因するものであるのか、それとも主として利用者の側に責がある事故なのか、言い換えるならば、自宅等においても必然的に発生するものであるのかの違いを一方では明確にしておかなければならないだろう。しかし利用者側の行為に起因する場合、もしくは利用者本人の心身状態に主たる原因がある場合のどちらにせよ、利用者本人の精神能力の低下を伴うような（たとえば認知症等）場合には、利用者に責を求めること自体が不可能になるため、介護職員らによるアセスメント力が重要になることは言うまでもない。

4 発生時の活動 …資料 4

発生時の活動では、「歩行中」が全体の約 3 割をしめ、「食事摂取中」、「ベッドや車椅子への移乗中」がともに約 1 割ずつを占めている。ここでは、「その他」というのが約 2 割であり、具体的には「発生時の活動は不明」という項目である。すなわち、事故後時間を経過してから本人の痛みや訴えによって発見された場合や、通常とは異なる行動や創傷の発見等によって、職員が後に発見したものである。

5 利用開始からの発生時期 …資料 5

利用開始から事故発生時期までは、「1 ヶ月未満」が約 8 割を超えている。逆に「1 ヶ月以降」の事故は 1%であり、利用者が施設での環境に慣れるまでの期間における事故が大半であると推定される。くわえて、「利用開始当日」に事故が発生したのも 8%を占めている。

6 事故の内容・損傷の程度・治療の程度 …資料 6、7、8

事故については、他の先行研究で明らかになっているような内容と、ほぼ同様であり、「転倒」、「車椅子・ベッドからの転落」、「誤嚥」の順となっている。また「損傷の内容」では、「骨折・骨のひび」が約 3 割、「打撲」、「創傷」がそれぞれ約 2 割となっている。さらに事故に伴う「治療の程度」では、「通院・検査・様子観察」で済む程度のもので全体の約 5 割以上であり、ついで「通院縫合・手当・投薬」が約 2 割を占めている。その他、「2 ヶ月以内の入院」が約 1 割と多くなっており、入院治療の場合そのほとんどが骨折であることから、1 ヶ月以上から 3 ヶ月以上の治療が全体の 16%となっている。

7 事故が起きた主たる原因 …資料 9、10、15

事故が発生した主たる原因では、「本人の行動による」ものが全体の 4 割以上を占め、ついで「介護職員の行為」が約 2 割、「利用者本人の病状・障害」「本人の認知状態」によるものが約 2 割となっている。介護職員との関係では、「職員が介助行為をしなかった」という不作為も 6%となっている。一方、「設備・環境」が主な原因とするものは 2%にしか過ぎない。さらに、入院を必要とした事故についての予見（予測）可能性という点では、「職

員が予測していた」ものが全体の6割以上を占めている。また、「予測していなかった」とする回答が37%を占めるものの、これは不可抗力に近いというよりはむしろ、職員の経験年数の少なさや、気づかなかったといった[予測できていなかった]要素が高いと思われる。

「事故を防ぐことができなかった主たる理由」では、「見守不足」が約4割、「職員の知識・技術不足」が2割以上、ついで「利用者の体調急変」が約1割を占めている。

8 ケアプランと介護事故との関係 …資料 11、12、13、16、17

ケアプランと介護事故発生との因果関係についての設問では、「ケアプラン等で事前に予測していた事故か」という項目に対して、「予測していた」が半分以上を占めている。また、「ケアプラン等で事前に防止策を立てていた事故か」という項目では、「防止策を立てていた」という回答が46%であり、残り54%が防止策を立てていない。上記の設問との関連では、ケアプラン等で事前に事故を予測していた56%のうち、82%が防止策を立てていたことになる。かつ、「予定していた防止策を事故時点で実施していたか」というものでは、「実施していた」が3割を切るものであり、上記設題との関係では、事故防止策を立てていたケースの約4割が防止策を実施していなかったことになる。さらにケアプラン上で、何らかの行動制限を伴う安全確保の手段を入れていたか、という設題については、8割以上でケアプラン上入れられていないという結果であった。そして「行動制限を伴う安全確保をしていれば当該事故は防げたと思うか」という問いには、「防げたと思う」が1/4で、残りの3/4が「防げたとは思わない」という結果となっている。これらは、ケアプラン上に何らかの安全確保への留意をしても、実際の介護現場では具体的な介助行為として実施できない体質・体制であることがうかがえる。

9 職員への伝達 …資料 14

「事前に予測され、かつ関係職員全体に危険性・防止策が伝達されていた上での事故か」という設題については、全体の6割が伝達されていると答えている。逆に、4割の職員が「伝達されていない」または「知らなかった」という環境が残されたままになっているといえる。

10 事故後の対応 …資料 18、19、20、21、22、23、24、25、26

事故後の対応としては、ほとんどの事業所(99%)で「家族に連絡・説明」を行っている。また約半数が利用者本人への謝罪を行い、家族への謝罪は7割を超えている。「家族への金銭拋出」では、45%が「施設単体で見舞金」を拋出しており、44%が「損害保険会社から支払い」を行っている。拋出金の内訳としては、「治療費相当」が8割、ついで「見舞金・慰謝料」、「治療・入院に関わる治療費外の経費」がそれぞれ10%ずつとなっている。

事故後、家族とのトラブルの有無では、「トラブルが生じた」が96%となっており、トラブルの解決方法としては、「説明」が約6割、「謝罪」が約4割となっている。トラブルに

発展した理由については、「トラブル対処のための体制が不十分」というのが約3割、あと、「対応した職員の礼儀・態度」、「施設の対応が遅かった」、「家族の意識」がそれぞれ17%となっている。一方、家族間との間でトラブルに発展しなかった理由としては、「家族の介護サービスに対する理解」が3割、「施設の対応が迅速であった」が26%、「対応した職員の礼儀、態度、コミュニケーションが適格だったため」、「情報・コミュニケーションの充実」がそれぞれ21%となっている。

II 聞き取り調査からみた介護事故の実態 ヒアリング調査項目より

1 「介護事故」の定義と認識

そもそも、「介護事故」とはどのような定義づけがなされているのだろうか？ 結論的には、介護事故の定義について、現在統一した分類は存在しない。しかし、国民生活センターがまとめた『介護事故の実態と未然防止に関する調査研究』によると、介護事故例を 1, 転倒、2, ベッドからの転落、3, 介助中の事故によるあざ・出血・やけど等、4, 原因不明およびその他の骨折・あざ・出血等、5, 誤嚥、6, 異食、7, 薬の誤配、8, 無断外出、9, 入居者同士のトラブル、10, 物の破損・紛失、11, 疥癬等に分類している。また民間病院問題研究所がまとめた『介護事故-その予防と解決法を探る』では、ホームヘルパーや介護職の介護場面における事故（利用者の物品の破損状況や利用者「けが」をさせた経験）を介護事故と定義している。つまり、調査機関や聞取られる法人、担当者の認識によって、介護事故のイメージが異なり、その結果、介護事故を数量的に分析する場合、カウントの仕方もまちまちであるため、数量的な比較をもって、「事故の多さ」を語ることはできない。

しかし、大きく分類すると、故意による介護トラブルは、〈介護虐待〉と定義され、過失論との関係では、過失のある介護トラブルを〈介護過誤〉、過失のない介護トラブルを〈介護事故〉と分けることができる。

本聞き取り調査の結果、何を介護事故とみなすか、という分類は別紙に示したとおりであるが、いずれにしてもほとんどの事業者において「記録し、報告し、保管する」という手順は取っていたように思われる。聞き取り調査の結果によると、「物損」や「褥瘡形成」、「利用者間でのトラブル」等については、法人や担当者によって回答が分かれた。またある事業所では、転倒してもケガがないような場合には家族に連絡しないという回答もあり、言い換えると看護師の処置を必要とした場合にのみ家族への報告をするとした事業所もあった。

2 介護事故が発生した場合の家族との連絡・調整方法

事故が発生した場合の担当窓口（担当者）は、損傷の程度や内容から医療職である看護師を窓口担当者とした事業所と、また家族との良好な関係調整を図るという上では、生活相談員に窓口を一本化させる事業所とに分けることができる。

そして、介護事故を契機に、家族との間でトラブルになったような場合の組織上の解決

プロセスについては、家族との連絡調整や関係づくりが最大のポイントであることから、担当職員を設定し窓口を一本化するだけでなく、事故に直接対応した職員をも参加させ、家族への事故報告と改善提案に積極的に関わらせる事業所もあった。またある事業所では、ISO9001にしたがって、すべての記録類を整理、経緯をたどることができるような仕組みをつくっているような事業所もある。

さらに、家族への報告のタイミングや方法についても、医療行為を伴うような受診以上の事故については、時間をおくことなく家族と連絡を取っている事業所がほとんどであった。しかし、利用者自らの自損的事故なのか、また職員が介入していた他損的事故なのかによって、受診以外のケースでは「ひやり・はっと」として報告する事業所等もみられた。

3 介護計画（ケアプラン）との関係

最近、ケアプランを争点とした訴訟が多く存在する一方で、結論としては、ケアプラン作成の上で、介護事故に配慮した取組みを実施している事業所はほとんどみられなかった。たとえば、介護事故をアセスメントの対象にしていないという回答や、また介助を行う上で現実に提供できないようなケアプランを、介護支援専門員（ケアマネジャー）が作成していたりといった回答である。

現状のケアプラン上での目標が、「楽しみを見つけていただく」といった抽象度の高い目標設定になっているきらいがある。つまり、ケアの項目自体に、事故を前提とした発想ではない点が要因と思われる。換言すれば、利用者の自己実現を最大限図るケアプランには、事故を含めたリスクマネジメントという発想が馴染まないということである。より具体的には、ある程度のリスクを負いながらも利用者の意思と自己実現を尊重するための試みを実施するのか、はたまた、事故防止を最大の目標として極力事故を回避するような取組みを実践するのかといった葛藤に現場が翻弄されているといえるだろう。

ケアプランの作成過程、ならびに作成後における家族との関わり方については、両極端で、ケアプラン会議に家族を参加させる事業所や、ケアプラン作成後、家族に対してケアプランを説明する会を設定している事業者がある一方で、家族の関心の薄さや家族にとっての時間的制約の中で、ケアプランについての家族の了解をほとんど取っていない事業所や、ケアプランを通じた関係づくりを積極的に実施していないという回答も存在する。家族側の立場からは、事業所からの説明を受ける時間的余裕は少なく、また事業所内でどのような介護が行われているのかについての関心も一般的には低い。そして、実際の介護現場においても、ケアプランが利用者との契約を履行するための内容という意識が全般的に低いように思われる。つまり、事業所が作成するケアプランが、利用者や家族との間で、ケアの内容と履行に対する契約・確認書として機能しておらず、両者共に介護契約という認識が低いように感じられる。

最後に、介護事故等についての事前の説明を家族に対して実施しているか、という問いについては、面会時、契約時、入所時にほとんどの事業所で事故が発生するリスクについ

での説明が実施されている。つまり、事故を想定して、家族に対してはできる限り事前にその危険性があることを伝えている回答となっている。これは、リスクの回避という意味合いからだけではなく、事業所が提供できるサービスと家族が事業所に対して抱いている期待との乖離を、現実を伝えることで衝撃を緩和させ、円滑なコミュニケーションを図っていく上においても重要な点であると考ええる。

おわりに

介護施設における介護事故調査の分析から、介護事故の実態について整理してきたが、最後に、最近の介護事故裁判にみられる特徴と課題について論じたい。

介護老人福祉施設でデイサービス(通所介護)を受けていた 85 歳の女性(要介護状態区分 2)が、同施設内のトイレで転倒受傷した事故につき、施設職員の歩行介護に過失があるとして法人側への損害賠償責任が認められた事例である(横浜地裁平成 17 年 3 月 22 日判決、一部認容・一部棄却<確定>)。

この事例では、85 歳で要介護 2 の女性が平成 12 年以降、当該施設との通所介護契約を締結し、サービスを利用していたものであるが、詳細については以下のような状況である。

原告であるこの女性は、平成 14 年 7 月 1 日、当該施設での通所介護を受けた後、同施設の 2 階において送迎車が来るまでの間、尿意を催し、座っていたソファから近くにある障害者用トイレまで歩いていこうとした。その際、施設の介護職員が女性に付き添い歩行の介護を行ってトイレまで誘導したが、トイレに入る際、女性がトイレ内への同行を拒絶したため、女性は障害者用トイレの入口から便器まで一人で歩くこととなった。トイレの入口から便器までは 1.8 メートル、トイレの横幅は 1.6 メートルである。そこで女性は転倒し、右大腿骨頸部内側骨折の傷害を受けた。

争点としては、法人側に通所介護契約上の安全配慮義務違反があったかどうか、についてである。原告側は、法人側には絶えず原告を見守り、歩行介助をし転倒を防止すべき歩行介護義務があったにもかかわらず、トイレ内での見守り、介助をまったく行わなかったと主張。一方、被告側である法人は、原告である女性が自ら障害者用トイレを選択したものであって、職員が誘導したものではないこと、また原告女性には認知症(老人性痴呆症)もなく、自らの意思を明確に表明、意思確認できる状態であった点、そして利用者がトイレ内での介護を強く拒否した以上、本人の意思を無視してまでも介助を行うことは、これまでの介護福祉の中で培われてきた倫理を大きく揺るがすことになる点などから、歩行に伴う安全配慮義務違反はないと主張した。

それぞれの主張に対して、法人側に課せられる安全配慮義務違反の有無を裁判所は次のように判断した。

原告のような高齢女性の場合、トイレの入口から便器まで杖を使って歩行する場合、転倒する危険性は予想しうるもので、原告が拒絶したからといって原告を一人で歩かせるの

ではなく、説得して便器まで歩くのを介護する義務があることから、原告を一人で歩かせたことに安全配慮義務違反があったと言わざるを得ないと結論づけている。そして、意思能力に問題のない要介護者が介護拒絶の意思を示した場合であっても、介護義務を免れるわけではなく、専門知識を有する介護者においては、要介護者に対し、介護を受けない場合の危険性と、その危険を回避するための介護の必要性とを専門的見地から意を尽くして説明し、介護を受けるよう説得すべきであったのであり、それでもなお要介護者が真摯な介護拒否の態度を示したような場合でなければ介護義務を免れることにはならないとして、原告女性が介護を拒否した部分の過失を 3 割と認定し、法人側に安全配慮義務違反があったとし、損害賠償責任を認めた内容となった。

この判決内容をみる限りにおいては、利用者本人の自己決定とケアのあり方について考えなければならないだろう。福祉・介護分野においては、政策動向に対応する形で、「高齢者の自己決定権の尊重」や、「利用者の自立支援」をスローガンに掲げ、日々奮闘を続けてきた。従来、介護現場において争点となってきたのは、認知症等精神能力が低下・減退している利用者の自己決定や自己実現をどう促し、保障するかといった点であった。しかし、この事例でのサービス利用者については、精神能力上まったく異常がなく、本人からの意思表示が明確であるため、その意思表示を自己決定と捉えるべきケースである。とくに、排泄という最もプライベートな場面において、利用者自身が介護者のトイレ入室を拒絶したのであれば、なおさらのことと思われる。判決文によると、利用者が一人で用を足すことの危険性を、職員が十分に説明しなかったことによる安全配慮義務違反という論理構成となっているため、利用者が拒否しているにもかかわらず、介護職員がトイレまで入室した場合のプライバシーの侵害という逆の争点は考え難いが、排泄という時間的猶予をそれほど保持できない場面設定で、かつ送迎時にかかる利用者の持ち物のチェックや送迎順路の確認、送迎車への乗車に関する転倒等への注意等に職員がかかりきりになっている際における注意義務の範囲や程度との関係では、法人側の過失割合を 7 割とした点に疑問を感じる。

また、福祉マンパワーを養成している筆者の立場でいえば、介護という援助はまず利用者と職員との信頼関係の下に成り立つ行為であると考えられる。原告である高齢女性は、ソファからトイレ入口までの歩行についても職員からの介助はなく、トイレ入口における介助も拒否した事実はないと主張するが、裁判所はこの点についての供述を採用していない。判決内容からみる限りにおいて、事故前後の両者のやり取りについては介護職員からの供述内容の方が信憑性が高い。ここで私が言いたいのは、信頼関係という言葉で成立している実際の介護現場において、明らかな事実認識の違いから対立関係になってしまった状況下において（裁判というのは、性格上そういうものではあるが）、担当していた介護職員は今でも情熱を持って勤務を続け、福祉や介護に抱く理想を持ち続けて日々生活しているのだろうか、という疑問が湧く。

介護保険法の制定によって、「介護」が対価性を持った「介護サービス」として生まれ変

りながらも、現実の介護現場では、気持ちや想いを第一とした働き方が望まれる。言い換えるならば、契約論理とは別の次元での労働に価値を見出すのである。

そういった点においては、過去の介護事故裁判等をめぐる争訟のなかで取り上げられる介護労働についての分析には、あまりにも幼稚さを隠せないものが多い。介護保険導入後、介護事業所では運営から経営への大きな方向転換が図られ、サービスという消費者のニーズに応えようとする発想の定着に期待をしたが、超高齢社会に向かうわが国においては供給よりも需要の方が多く、具体的には高齢者施設等においても入所待機者が多く存在する中、劣悪な事業所でさえも生き残っていけると言うのが実態である。そして一般的には、劣悪な事業所であるほど職員らの賃金は低く、離職率も高い。

介護現場で繰り広げられるさまざまな矛盾に対して、介護サービスを受ける利用者だけではなく、そこで勤務する職員らも「福祉とは何か?」、「介護とは何か?」について十分な回答を見出せない環境下に置かれている。このような中で、「事故」という最悪の場面に遭遇してはじめて、利用者・職員共にこれまでのサービスの内容や水準が問われることになる。

現在、福祉サービスの領域では第三者評価制度や、また来年の2006年度には介護保険の取扱事業所に対して介護サービス情報の公表制度が義務づけられる。これらによって、介護サービスの内容やレベルがオープンになる点については積極的に評価できる施策であるといえよう。しかし、「介護事故」については、当然ことながら起こりうるアクシデントであり、そのアクシデントについてどのような対策がなされ、事故予防に向けてどう課題をフィードバックさせるのかという点が今後重要になってくる。

以上

[資料 I] アンケート調査項目

1 事故の内容・状況

[発生時刻]

- ① 早朝(起床、整容、朝食介助まで) ② 朝食時 ③ 朝食後～昼食開始まで
- ④ 昼食時 ⑤ 昼食後～夕食まで ⑥ 夕食時 ⑦ 夕食後～就寝ケアまで
- ⑧ 就寝時間(深夜帯) ⑨ 就寝時間(明け方)

[発生場所]

- ① 居室 ② 廊下 ③ トイレ ④ 脱衣室・浴室 ⑤ デイルーム、機能訓練室 ⑥ 食堂
- ⑦ ベランダ、屋上などの建物内屋外 ⑧ 玄関やホール
- ⑨ 野外(建物外) ⑩ その他

[発生時の介助の有無]

- ① 職員介助中 ② 職員の介助中以外 ③ その他

[発生時の活動]

- ① 歩行中(杖・補助具使用含む) ② 車椅子自走 ③ 車椅子乗車中(停車・介助) ④ 接
- 食中 ⑤ 移乗中(ベッド・車椅子) ⑥ ベッドに臥床中
- ⑦ 衣服着脱中 ⑧ 入浴(介助)中 ⑨ 排泄中 ⑩ レクリエーション中
- ⑪ 外出中 ⑫ バス乗降中 ⑬ 他の利用者と交流中 ⑭ その他

[利用開始からの発生時期]

- ① 利用開始当日 ② 利用開始から3日以内 ③ 利用開始から1週間以内
- ④ 利用開始から2週間以内 ⑤ 利用開始から1カ月未満 ⑥ 利用開始から1カ月以後

[事故の内容]

- ① 転倒 ② 車椅子、ベッドなどからの転倒 ③ 高所からの転落 ④ 誤嚥
- ⑤ 異食 ⑥ 溺水 ⑦ 褥瘡形成 ⑧ 受診判断ミス ⑨ 利用者同士のトラブル ⑩ その
- 他

[損傷の内容]

- ① 打撲 ② 骨のひび、骨折 ③ 創傷 ④ 皮膚剥離 ⑤ 脳挫傷 ⑥ 呼吸困難・停止
- ⑦ 消化器系器官の損傷 ⑧ 死亡 ⑨ その他

[治療の程度]

- ① 通院、検査・様子観察
- ② 通院縫合・手当・投薬治療
- ③ 3日以内の入院治療
- ④ 1週間以内の入院治療
- ⑤ 2週間以内の入院治療
- ⑥ 1カ月以内の入院治療
- ⑦ 2カ月以内の入院治療
- ⑧ 3カ月以内の入院治療
- ⑨ 治療不可・不治
- ⑩ その他

2 事故の分析

[事故が起きた主たる原因(複数回答可)]

- ① 本人の行動に起因
- ② 本人の病状・障害に起因
- ③ 本人の痴呆症状に起因
- ④ 職員の行為に起因
- ⑤ 職員が行為しなかったことに起因
- ⑥ 他利用者の行為に起因
- ⑦ ボランティア・家族
- ⑧ 設備・環境(建物・天候など)
- ⑨ その他

[事前にケアプラン等で予測していた事故か]

- ① 予測していた
- ② 予測していなかった

[事前にケアプラン等で防止策をたてていた事故か]

- ① 防止策を立てていた
- ② 防止策を立てていなかった

[予定していた防止策を事故時点で実施していたか]

- ① 実施していた
- ② 実施していなかった(理由)

[事前に予測され、かつ関係職員全体に危険性・防止策が伝達されていた事故か]

- ① 伝達されていた
- ② 伝達されていなかった(理由)

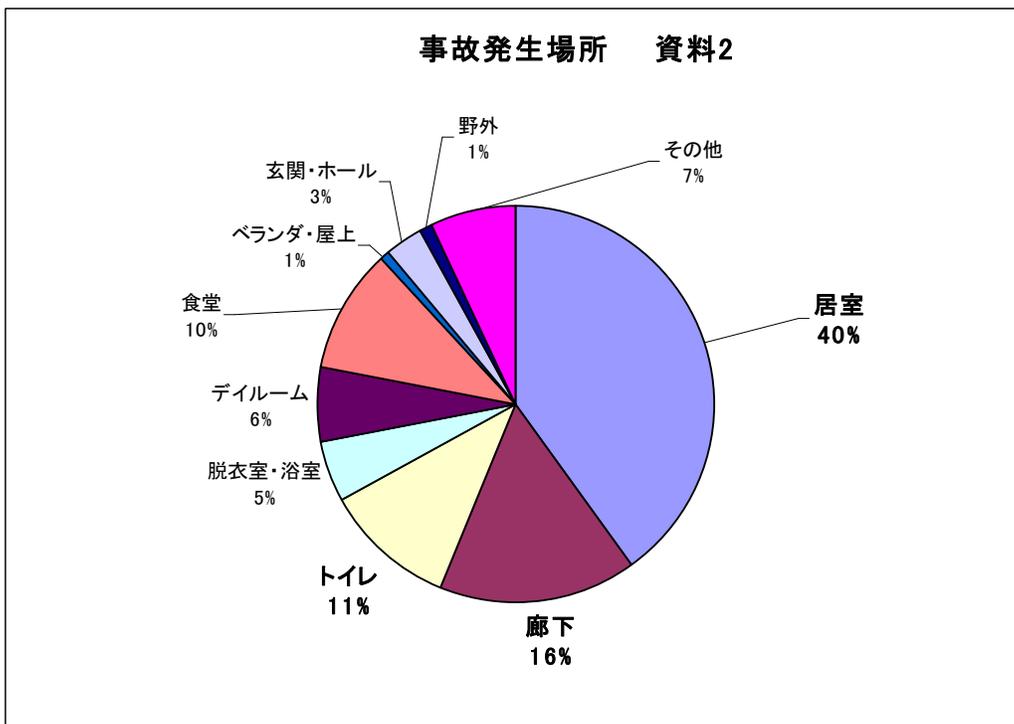
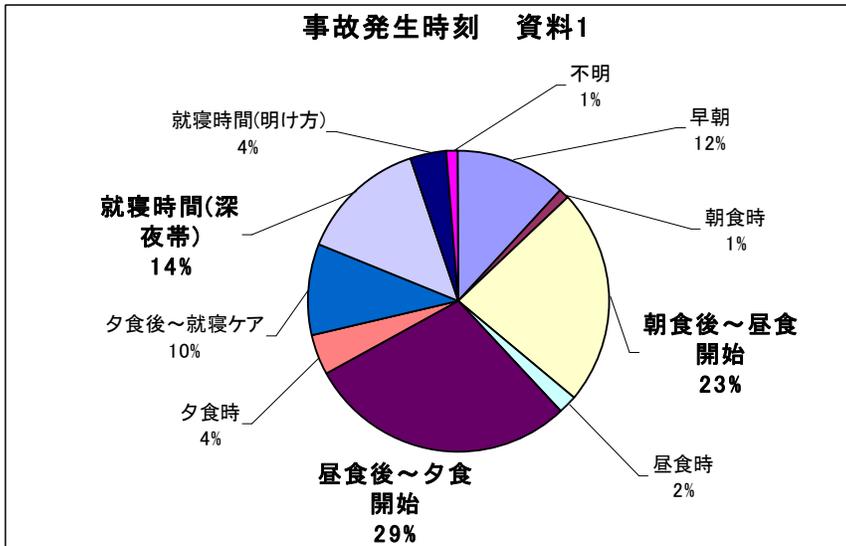
[事故を防ぐことができなかった主たる理由(複数回答可)]

- ① 職員の見守りができなかった
- ② 職員の知識・技能不足
- ③ 建物設備の構造的欠陥
- ④ 組織的な連絡伝達不足
- ⑤ 利用者が予測できなかった行動をした
- ⑥ 施設による本人からの情報聴取不足
- ⑦ 施設による家族からの情報聴取不足
- ⑧ 家族による施設への情報伝達不足
- ⑨ 本人による施設への情報伝達不足
- ⑩ 利用者の体調(身体・精神・自立度)急変
- ⑪ 要介護認定調査が不十分
- ⑫ 利用後のアセスメントの不足
- ⑬ ケアプランの不足
- ⑭ 現行制度(専門教育・配置基準)の問題
- ⑮ 本人の不同意・無視
- ⑯ 家族の不同意・無視
- ⑰ その他

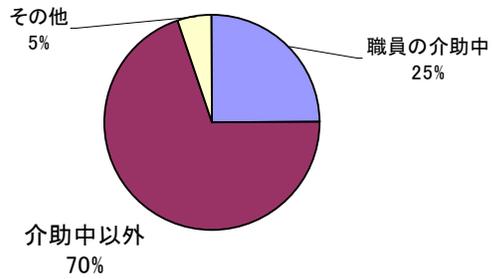
[何らかの行動制限を伴う安全確保の手段をケアプランに入れていたか]

- ① 入れていた
- ② 入れていなかった

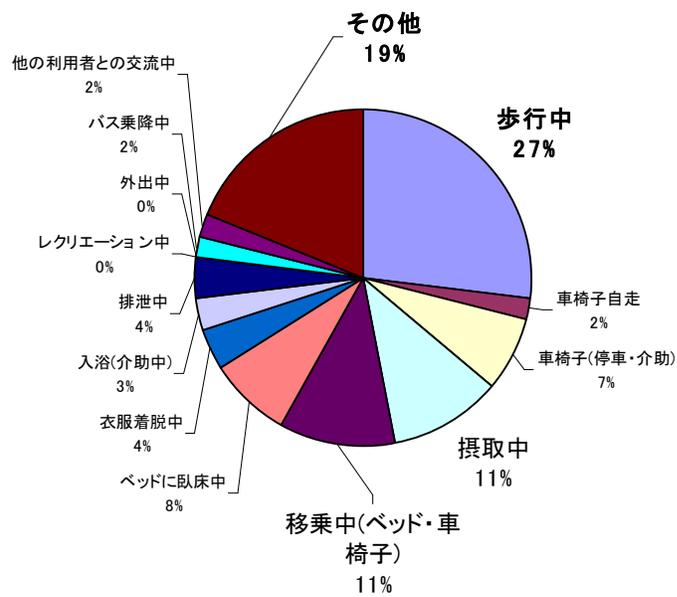
アンケート調査結果

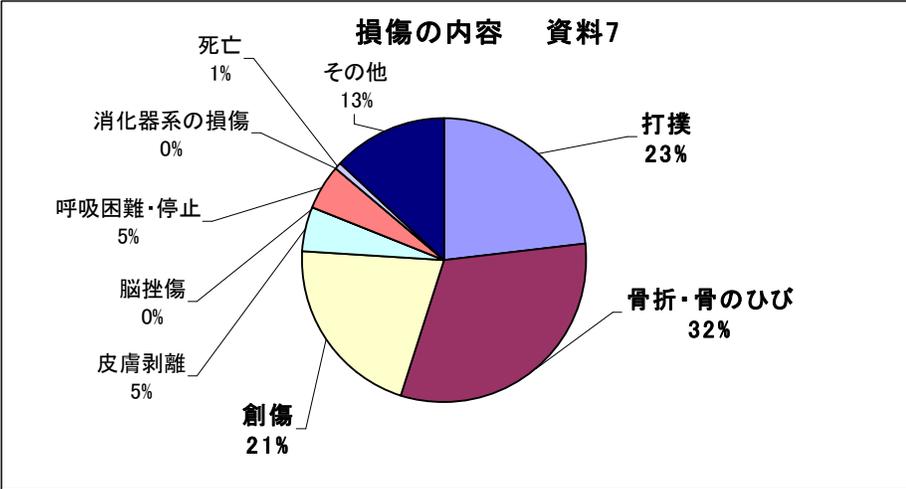
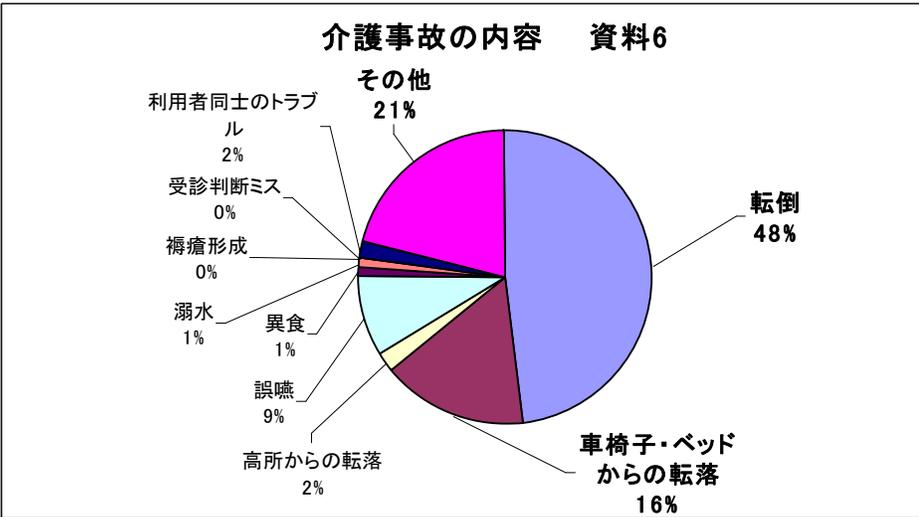
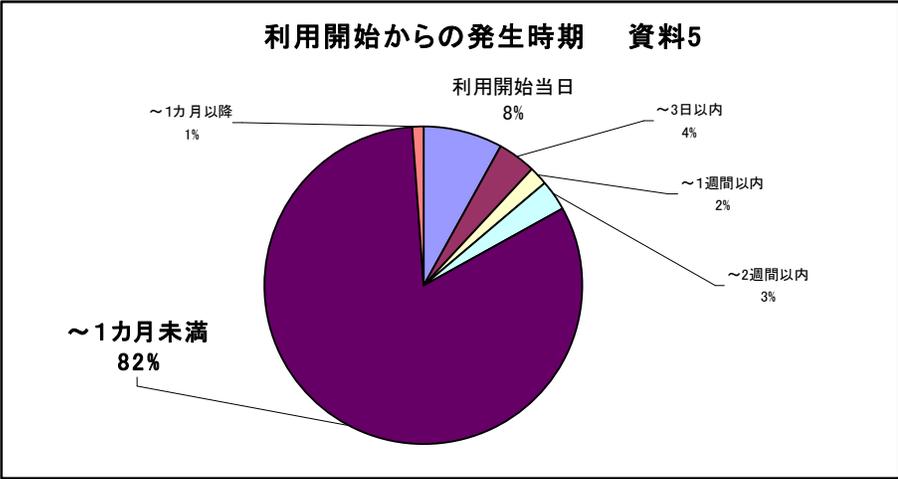


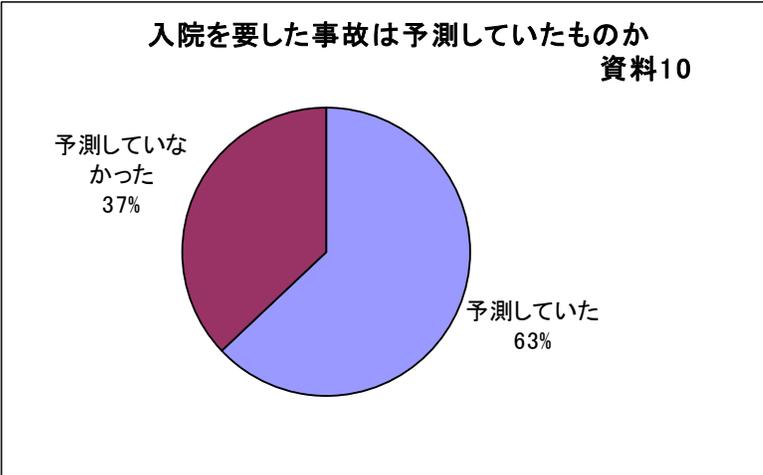
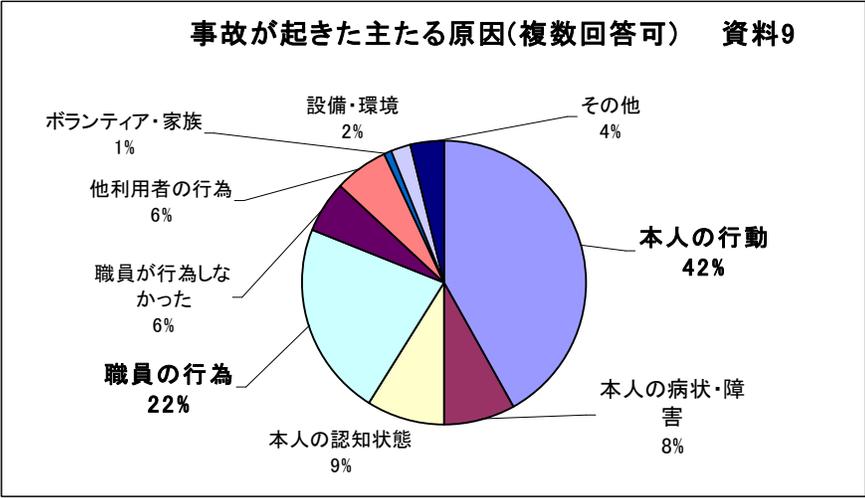
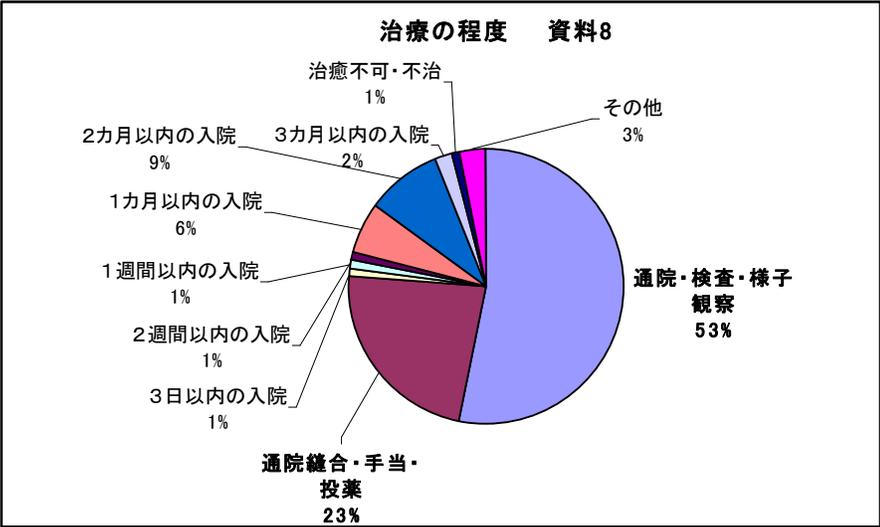
事故発生時の介助の有無 資料3



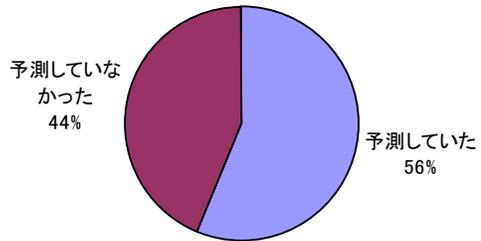
事故発生時の活動 資料4



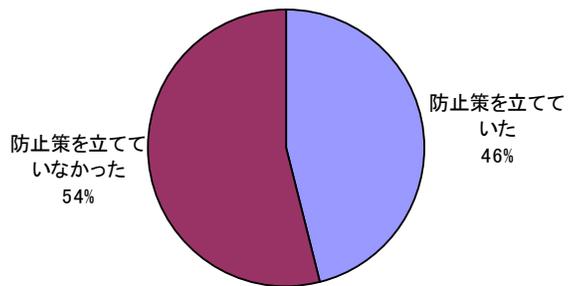




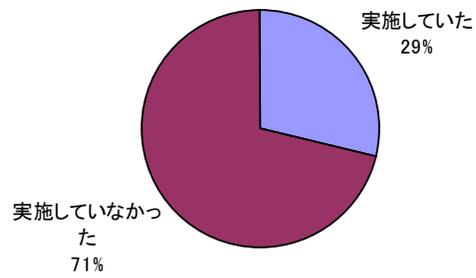
ケアプラン等で事前に予測していた事故か
資料11



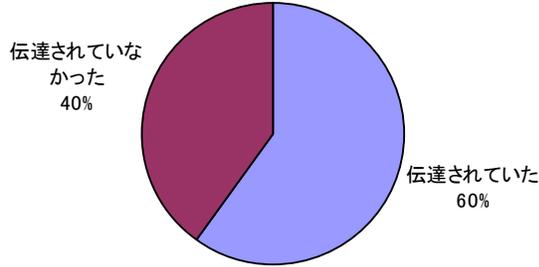
ケアプラン等で事前に防止策を立てていた事故か
資料12



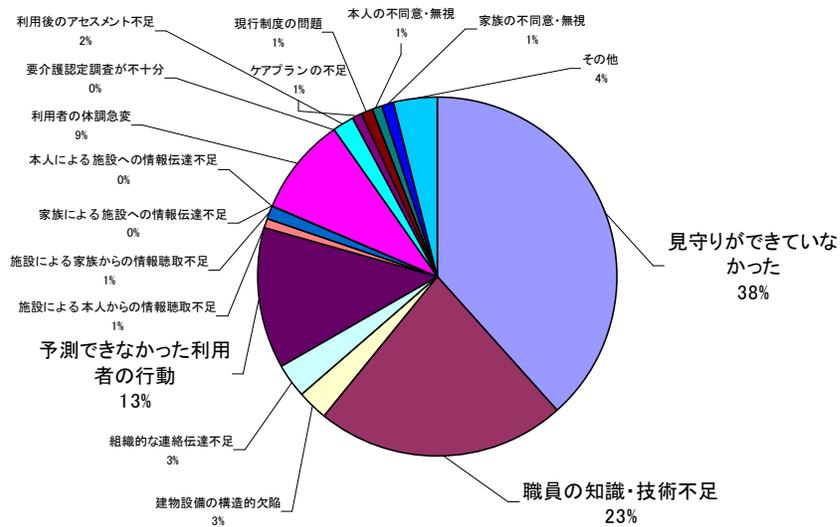
予定していた防止策を事故時点で実施していたか
資料13



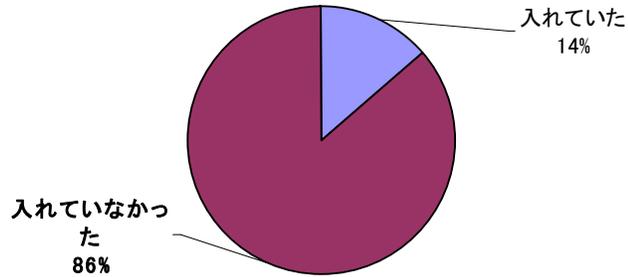
事前に予測され、かつ関係職員全体に危険性・防止策
が伝達されていた事故か 資料14



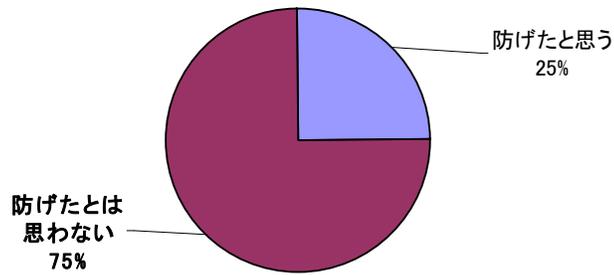
事故を防ぐことができなかった主たる理由(複数回答可)
資料15



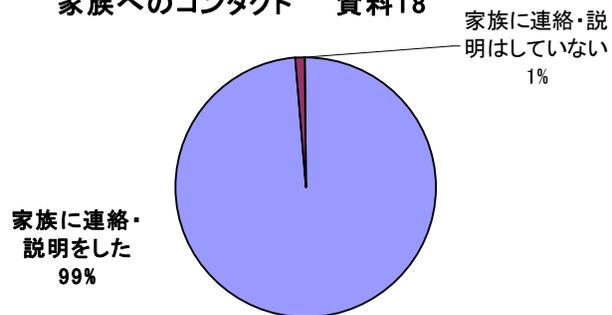
何らかの行動制限を伴う安全確保の手段をケアプラン
に入れていた 資料16



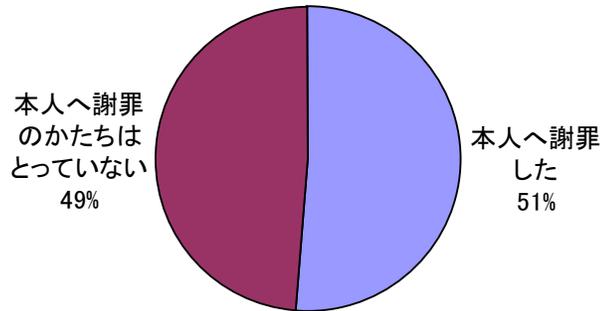
行動制限を伴う安全確保をしていれば当該事故は
防げたと思うか 資料17



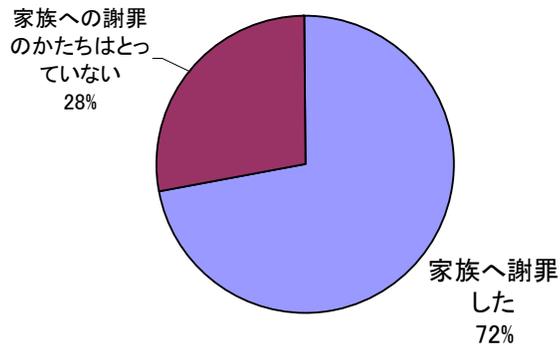
家族へのコンタクト 資料18



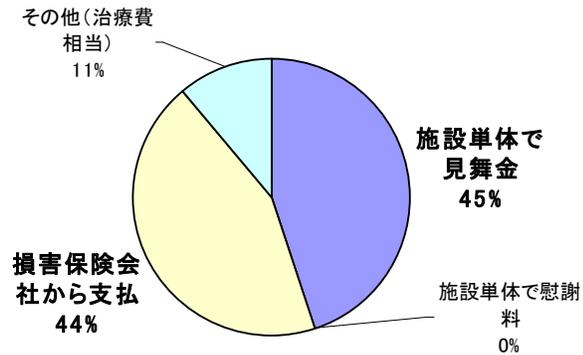
本人への謝罪の有無 資料19

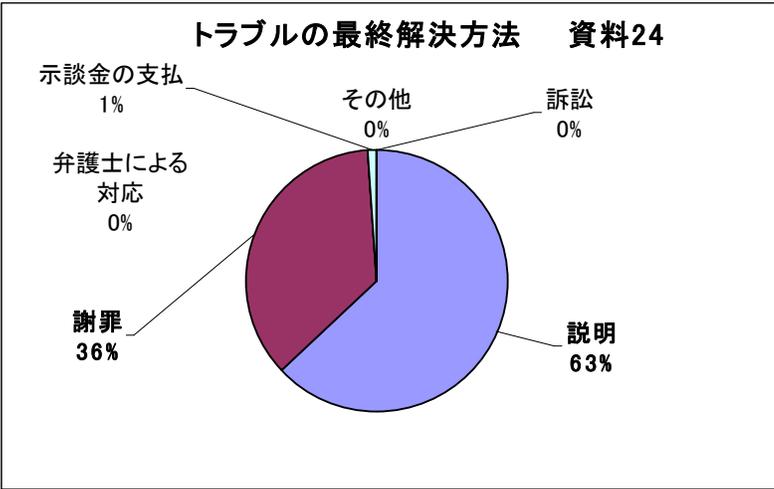
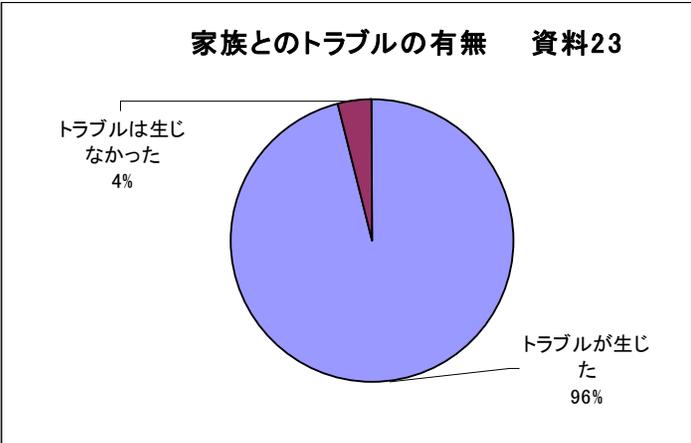
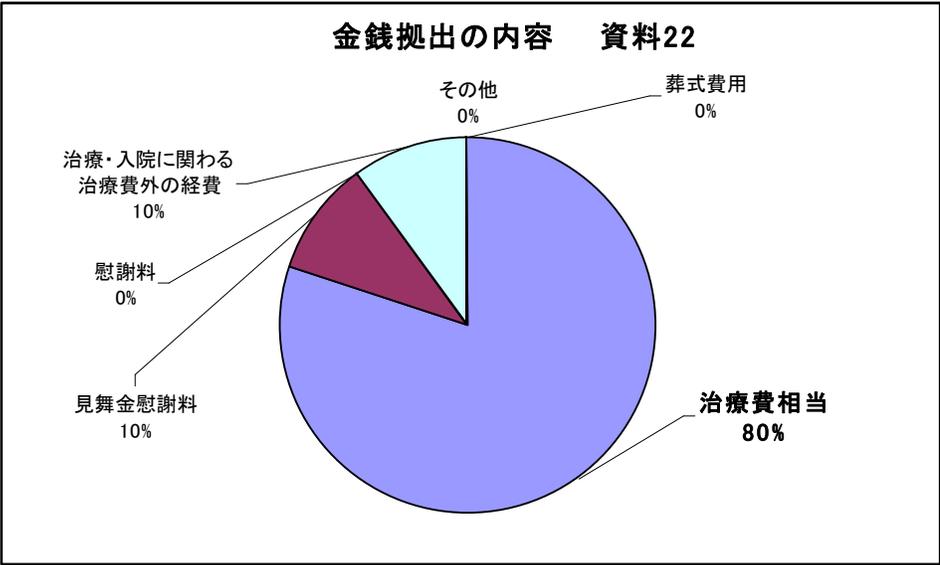


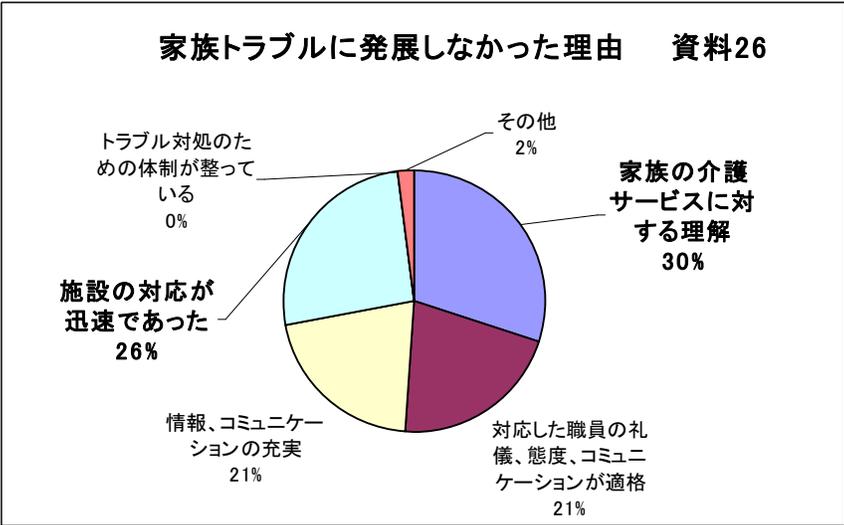
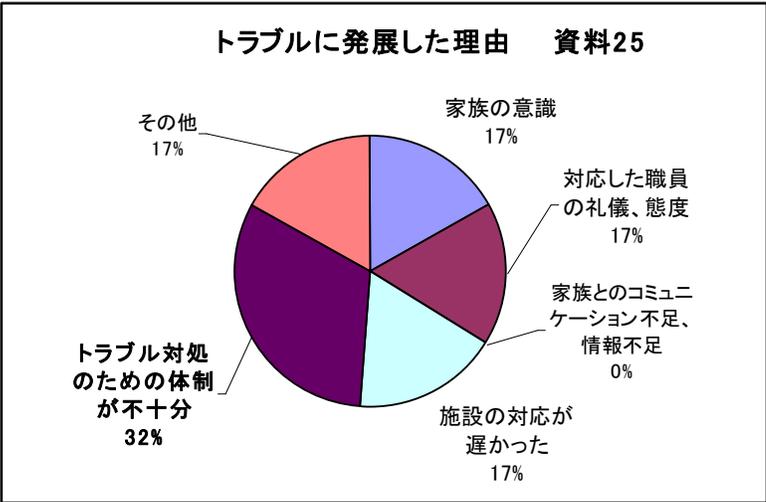
家族への謝罪の有無 資料20



家族への金銭拠出 資料21







【資料Ⅱ】ヒアリング調査項目

1 貴施設では、以下の事項のうち、何を「介護事故」とみなされていますか。

- ①転倒 ②転落 ③溺水 ④誤嚥 ⑤異食 ⑥薬の誤配 ⑦褥瘡形成
- ⑧利用者間のトラブル ⑨受診(医療機関搬送)診断ミス ⑩食中毒 ⑪施設内感染 ⑫無断外出 ⑬物損 ⑭その他

2 「介護事故」が生じたとき、貴施設で家族と連絡を取り調整を行う職員や組織上の決定のプロセスを教えてください。

- ① 最初に家族に接触する職員は誰か（その職種・役職・経験・資格等）
- ② 介護事故を契機に利用者の家族とトラブルになったとき、貴施設では組織上どのようなプロセスを経て対応を決定されていますか。

3 利用者のケアプラン策定についてお尋ねします。

- ① 利用者のリスクを予測するアセスメントの担当者、アセスメント実施プロセス・方法、判断プロセスを教えてください。
- ② アセスメントの内容、課題を教えてください。
- ③ ケアプラン策定担当者、責任者、策定プロセス、方法、決定プロセスを教えてください。
- ④ 利用者のアセスメント結果を反映するケアプラン情報を職員間で伝達するプロセスについて教えてください。
- ⑤ ケアプラン策定における家族の関わり方、関わる時期について教えてください。
- ⑥ 本人、家族への介護事故のリスクに関して事前の説明をされていますか。

ヒアリング調査結果

1 貴施設では、以下の事項のうち、何を「介護事故」とみなされていますか。

<意見>

A事業所

- ・ すべてを介護事故とみなしている。報告書でリスクとして取り上げている。事故関係者の有無を区別しない。損傷程度によって区別しない。

B事業所

- ・ 物損以外の事故は、すべて事故として数える。

E事業所

- ・ 介護事故は、職員が関与したもの(職員の不作為に基づく過失も含む)と考えている。職員が関与していない、いにかえるなら利用者の自損事故の場合は、事故として報告しない。

G事業所

- ・ 無断外出については、鍵をかけないという施設の方針があるため、外へ出かけられること自体を問題とはしていない。褥瘡については、事故というよりも継続的なケアの不備であると考えている。

I事業所

- ・ 事故とみなすが、看護師の処置が必要か否かによって、家族への報告の有無は異なる(基本的には報告するが、転倒してもケガがない場合は、連絡しない)。

2 「介護事故」が生じたとき、貴施設で家族と連絡を取り調整を行う職員や組織上の決定のプロセスを教えてください。

① 最初に家族に接触する職員は誰か (その職種・役職・経験・資格等)

<意見>

A事業所

- ・ 入所者の場合、治療が発生した場合や物損の場合のみ伝えている。身体上の事故の場合は、看護師が伝える。居宅サービスの場合は、どんな些細なことであっても家族へ報告している。看護師と主任相談員が担当。手当や受診も施設で対応する。居宅サービスの場合は、家族による在宅介護を困難にした責任を果たす意味がある。利用者によって異なる対応はしない。

B事業所

- ・ 「ひやり・はつと」は、介護日誌へ反映し、転倒、転落があれば事故報告へ。自損事故か他損事故は区別して考えている。

C事業所

- ・ 相談員と看護師、介護職員が対応。相談員はすべての事故について把握している必要があると思われるので、相談員に情報を集約している。

D事業所

- ・ 窓口は、相談員で一本化している。一本化しないとトラブルが発生しやすいため。施設長は、

日ごろから家族との信頼関係づくり、施設に対する信頼を高める必要性を説いているので、正直にすべてを最初から家族と利用者には話すように注意をしている。時間を置かないで、即座に身元引受人に報告している。事故の内容によって報告の仕方が異なる。たとえば、転倒による様子観察のレベルでは、とくに家族への報告を義務づけてはいない。受診の必要があった場合には、家族に報告。繰り返し軽度の事故を起こされる場合には、家族に報告し様子を報告する。小さな傷については、看護師らから報告される。

E事業所

- ・ 他損事故を介護事故とみなす。職員の過失も含む。受診事故は事故報告として提出。受診以外は「ひやり・はっと」で管理者に伝える。相談員が事故後の家族との調整の要となる。夜間は看護師または介護職員が行う。看護師の存在は重要。受けてきた教育のレベルが違う。とくに、初期対応に大きな差が生ずる。相談員が出勤後、説明を受け事後確認を。現在では、現場の介護・看護職員も家族対応ができるようにと考えている。介護職員から相談員へ通す段階で、話のニュアンスが変わる場合もある。利用者連絡会に介護職員にも参加してもらい、顔なじみになれるように計画している。また、小規模ケア、個別ケアになればなるほど相談員が伝えきれない内容も増えてくる。

F事業所

- ・ 相談員が謝罪する。家族には何かあればすべて連絡する。相談員が対応し、入院の場合は施設長が対応する。

G事業所

- ・ 事故の区別については、自損事故か他損事故の区別は、職員・施設に責任があったと考えるものなのかどうかについては、区別して考えている。職員が関わった場合、事前の知識があったか、予測できていたかは指標となるが、話し合いでは区別しない。損傷程度によって区別はしない。すべてを介護事故と考えている。

H事業所

- ・ 管理責任は一緒かもしれないが、職員への指導は異なってくる。自損か他損かは、認識として異なると考えられる。損傷の程度による区別は必要と考える。職員から施設長へ報告し、生活相談員または看護主任が家族へ伝える。病院の受診事故は、施設長報告、それ以外は事後報告。家族への連絡の仕方は異なる。生活相談員の技量でトラブルが収まるか、収まらないか、かなりの部分がかかっていると思われる。関係づくりをした上で、詳細に事実を家族へ伝える。

I事業所

- ・ 事故発見後、事故発見者が事故報告書を相談員に提出。看護師の対応その他、その時の状況説明と対応等詳細を事故報告書に記述。相談員、当事者(発見者)より、施設長、事務長、管理部長より状況の把握を行うとともに、今後の対応を決定する。

- ② 介護事故を契機に利用者の家族とトラブルになったとき、貴施設では組織上どのようなプロセスを経て対応を決定されていますか。

<意見>

A事業所

- ・ 看護師と主任相談員が対応した後、施設長が判断。

F事業所

- ・ 基本的に入所、通所とも相談員が窓口となる。医療専門知識を必要とするケースは少ない。組織の中では相談員→事務長→施設長の順番で相談、決済を行う。

C事業所

- ・ 常に事務長まで連絡する。居宅サービスでは、介護支援専門員へ連絡する。ISO9001 に従って、すべての記録は結末まで順を追ってたどれるよう記載、報告されるようになっている。すべての連絡は、事務長に上がり、事務長から各部署へ指令が届くようになっている。

D事業所

- ・ 生活相談員→苑長→理事長

G事業所

- ・ 7年目の介護主任、5年目の副主任が家族への連絡を担当する。受診の必要があったときは必ず連絡し、そのほか小さなケガについては面会時に伝える。家族によっては、頻繁な連絡を望まないというケースもあり、大きな事故だけを伝えるようにしている。苦情・トラブルの受付過程は、介護主任→相談員→施設長、相談員、栄養士、介護主任、看護師、リハビリでの解決法の話合い→相談員から家族へ伝える。家族へ事故を伝えるときは、職員の過失によるものであっても、ありのまま伝えるようにしている。後々のことを考えると、事実を曲げるよりも、ありのままお伝えの方が望ましい。

H事業所

- ・ 施設より謝罪、説明。同時に保険会社へ連絡し、見舞金などの支払を検討。金銭と一緒に家族を訪問。保険会社への相談は施設内決済。

3 利用者のケアプラン策定についてお尋ねします。

- ① 利用者のリスクを予測するアセスメントの担当者、アセスメント実施プロセス・方法、判断プロセスを教えてください。

<意見>

A事業所

- ・ アセスメントについては、入所から1カ月後生活相談員、主任看護師、介護主任、担当職員、管理栄養士、家族が集う。担当介護職員が家族に対しリスクを説明。また、施設には職員が常時見守れない空白の時間が存在することを理解してもらう。

B事業所

- ・ 入所した時点から1カ月評価し、ケアカンファレンスで判定。

D事業所

- ・ ケアプランとは何か、基本的知識や統一した視点が必要である。現在は居室担当者が原案を

作成しカンファレンスで決定する。ケアマネジャーは計画の立て方について指導する。

E事業所

- ・ 現在のところ、必ずしも介護事故はアセスメントの対象にはなっていない。画一的な拾い方(身体 ADL)のみ。リスク表を作成し、予防目標、予期できること、防止策並べて書くことを心がけている。しかし、現在の介護や看護の流れと逆行する。

H事業所

- ・ ケアプランでは、事故についてあまり触れられていない。

② アセスメントの内容、課題を教えてください。

<意見>

A事業所

- ・ ケアプランの内容が事故予防とは限らず、どちらかというと「楽しみを見つけていただく」など、生活支援に力点を置いている。アセスメントは、入所者の場合 1 カ月間。事故に関しては 80%が「見守り」という予防方法が記載される。業務を目標にするのではなく、本人に「思い入れ」がある。すなわち、本人にとって、生活上の必要性を入れ込むことを目標とする。

B事業所

- ・ ADL(大きな目標)を前提に、小さな課題を建てていく。たとえば、下肢筋力の増強など。脚上げ 10 回などの目標をたて、○×式チェック表を作成する。

E事業所

- ・ ケアプランには実際提供できないようなことまで書かれている。

F事業所

- ・ 実現できそうにないケアプランが職員からは出てくる。施設内でできる可能なことを書くように指導している。妥協点を探る。

G事業所

- ・ ケアプランに記載されるケア項目が少ない。主に、担当介護職とユニットリーダーで作成されている。PT、栄養士などの関与はほとんどない。

③ ケアプラン策定担当者、責任者、策定プロセス、方法、決定プロセスを教えてください。

<意見>

A事業所

- ・ 主任看護師、介護主任、担当職員、管理栄養士

B事業所

- ・ 週一回のカンファレンス(40~50 分)で介護主任、担当介護職員、相談員、施設長、看護職員が集まり検討決定する。介護職員は 4 人の利用者を担当し、ケアプラン案を作成する。3 ヶ月ごとに見直す。大きな問題は、ケアプランのマンネリ化。

C事業所

- ・ ケアプランは ISO の手法に則って行う。チェックリスト方式を採用している。ISO 導入後、仕事の統一性がとれるようになった。緊急処理としてのケース検討会が多い。施設長、理事長、相談員、介護職員、看護師。相談員が司会を行う。

E事業所

- ・ ケース担当→ケアマネジャー→相談員→カンファレンス。ユニット内で話し合い、問題のある人に時間を多くかけるようにしている。ケアカンファレンスは規模が大きくなればなるほど、一人ひとりの職員の思考が低下する傾向がある。小規模で取り組むべきと考える。

F事業所

- ・ 現場の介護職にグループ制のアセスメントを行い、気づきを増すように指導。相談員中心にケアプラン作成の手順を介護職に配布。ケアカンファレンスは週 2 回。相談員、担当介護職、看護師が集まり決定する。マニュアルはあるが、どの程度の介護職員が見ているかどうか不明。フロアに 1 冊、各介護職にも 1 冊。マニュアルは事務長が作成。

G事業所

- ・ 毎週火曜日にケアプラン会議。法人独自の介護保険は、別のケアプラン用紙を使用。生活支援を目的とする。利用者の生活スタイルを記載するスタイル。

H事業所

- ・ ケアプランの策定は、介護職員が担当する。直接介護に関わる内容に限定されている。毎週水曜日午後 3 時からケースごとに相談員、栄養士、担当介護職員、施設長、ケアマネジャーが出席する。

④ 利用者のアセスメント結果を反映するケアプラン情報を職員間で伝達するプロセスについて教えてください。

<意見>

A事業所

- ・ ケアプランの策定は、介護職員が担当する。直接介護にかかわる内容に限定されている。毎週水曜日午後 3 時からケースごとに相談員、栄養士、担当介護職員、施設長、ケアマネジャーが出席する。2 階の 2 グループ、3 階の 2 グループごとにフロア会議を 1 ヶ月に 1 回行っている。

G事業所

- ・ ケアプランの伝達については回覧形式。事務所にファイリングしてあるが、介護職があまり見る事はない。むしろ、グループノートといって利用者の状況記載ノート(現場に設置してある)に排泄や食事などの記載を行い、2 ヶ月ごとに見直しを行ったものを寮母室に設置しており活用されている。

⑤ ケアプラン策定における家族の関わり方、関わる時期について教えてください。

<意見>

A事業所

- ・ 担当者会議にて策定。

B事業所

- ・ 新しくケアプランが作成、変更される度に家族へ郵送。しかし反響は薄い。

C事業所

- ・ 家族の同意は面会時に確認。春・夏の家族会には 6 割の家族が集まる。

D事業所

- ・ 作成後家族に見せている。平成 13 年から、一人ひとりにケアプランを説明するための説明会を開催している。

E事業所

- ・ ケアプランの公表は、機会を持つことが難しい。誕生会や本人の希望、ユニット内のパーティーでケース担当者が家族にアポイントメントをとり、日常の介護、看護を伝える。家族には伝わらなくてトラブルになることが多い。年に 3 回家族会を開いている。会では痴呆ケア、家具、衣類などにおける痴呆ケアの理念、小規模ケアの意味などを説明する。

F事業所

- ・ 家族の了解はほとんど取っていない。家族の関心や余力は少ない。ただし、介護保険導入後に入所した利用者の家族は、相対的に権利意識は強いと感じる。

G事業所

- ・ ケアプラン会議に出席を依頼している。出席できない場合は、意見を出してもらう。本人にも出席してもらう。

H事業所

- ・ ケアプランを通じた関係づくりは今のところ実施していない。

⑥ 本人、家族への介護事故のリスクに関して事前の説明をされていますか。

<意見>

A事業所

- ・ 担当者会議。利用者本人に変化があった時点で、担当者会議を再度開催する。

B事業所

- ・ とくにショートステイにおいて、実地調査時に 1 対 1 ではケアできないこと、死角があることなどリスクを中心に説明を行う。入所者の場合、面会時に事故の多い人は伝えるようにしている。

D事業所

- ・ 頻繁に事故を繰り返される場合には伝えるが、あえてリスク回避のためのものではない。

E事業所

- ・ 面会時に口頭で伝えている。熱発や誤嚥は相談員、看護師から。小さな規模で家族に説明できる人をつくりあげることが目標。

G事業所

- ・ 入所時に確認後、面接時に説明する。

H事業所

・ケアプランのカンファレンスを家族が危険性を理解する手段として用いてもよいが、家族の都合調整が難しい。ほとんどの人は、施設任せで家族の同意は面会時にお願いしている。家族の心理として、心身機能の衰え、とくに痴呆の進行を認めることができない。認めたくないという気持ちがある。施設のトラブル回避としては、家族への「予告」が大切だと考える。普段から家族に密接に話題を提供し、近況を伝える。家族が利用者に会っていただけるように促す。感情面でのサポートが大きい。

[参考文献]

- ・ 岩村正彦「社会福祉サービス利用契約の締結過程をめぐる法的論点」季刊社会保障研究 35 卷 3 号、1999 年。
- ・ 新井誠「社会福祉法と福祉サービス利用者の権利擁護」ジュリスト 1204 号、2000 年。
- ・ 「特集 福祉における契約法理」自由と正義 51 卷 6 号、2000 年。
- ・ 菊池馨実「措置から契約へが意味するもの」月間福祉 2000 年 11 月号。
- ・ 品田充儀「介護保険契約の特徴と法的問題」ジュリスト 1174 号、2000 年。
- ・ 品田充儀「介護保険契約の法的性格とその規制」神戸外大論叢 51 卷 2 号、2001 年。
- ・ 品田充儀「福祉サービスの利用方法」日本社会保障法学会編『社会保障法 3』法律文化社、2001 年。
- ・ 長沼健一郎「準市場における福祉契約と契約観」日本福祉大学論集 106 号、2002 年。
- ・ 本沢己代子「利用者主体のケアを実現するための契約」老年社会科学 24 卷 1 号、2002 年。
- ・ 秋元美世「福祉契約の特質と課題」週刊社会保障 2214 号、2002 年。
- ・ 岡孝『契約法における現代法の課題』法政大学現代法研究所、2002 年。
- ・ ヘルスケア総合政策研究所/編『介護の現実と再構築 介護事故・医療行為・介護現場の真相を踏まえて』日本医療企画、2002 年。
- ・ 吉田邦彦『契約法・医事法の関係的展開』有斐閣、2003 年。
- ・ 笠井修「福祉契約論の課題」森泉章『著作権法と民法の現代的課題』法学書院、2003 年。
- ・ 増田雅暢・菊池馨実『介護リスクマネジメント サービスの質の向上と信頼関係の構築のために』旬報社、2003 年。
- ・ 烏野猛「最近の社会福祉・社会保障をめぐる裁判事例の動向と特徴」『賃金と社会保障 No.1377』旬報社、2004 年。
- ・ 青木佳史・高野範城『介護事故とリスクマネジメント』あけび書房、2004 年。
- ・ 柴尾慶次『介護現場におけるリスクマネジメント』中央法規出版、2005 年。