

特集

介護事業所・

施設における事故防止・

リスクマネジメント

NPO法人メイアイヘルプユー
理事 鳥海 房枝 氏

1. 事故の発生要因検討の重要性

筆者は、都内の保健所を皮切りに、保健師として、公務員として38年間勤務し、最後の職場は自治体が設立した特別養護老人ホームであった。その後、福祉領域の第三者評価を行っているNPO法人に所属して18年目を迎える。

これらの経験を振り返ると、いわゆる寝たきり老人に関わり始めた昭和50年代は、現在と比較すると在宅支援サービスは乏しかったが、高齢化社会から高齢社会への移行に伴い、老人保健法や介護保険法の成立などによって提供されるサービスも整ってきている。特に今回のテーマである事故防止やリスクマネジメントは、施設における「身体拘束」を原則禁止とする平成12（2000）年に発足した介護保険制度の施行が大きな影響を及ぼしていると考えられる。

介護保険法発足時、筆者は特別養護老人ホームに勤務していた。その頃、多くの施設は「利用者の安全を守るため」と称して、車いすベルトやベッドを柵で囲うことなどを何の疑問を持たずに利用者に行っていた。そして、これらの行為を身体拘束例とされた施設の責任者から「『事故』が発生したときに行政が責任を取ってくれるなら、車いすベルトもベッド柵もすぐにやめる」という声を身体拘束ゼロに向けて実施した研修会で聞かされたことがある。

この発言は「事故」は未然に防ぐものという発想によるものであり、その背景には「事故」そのものの発生要因の検討をさほど重要視していなかったということがあると考えられる。

2. 生活にはリスクが伴う

人が生活するということには様々なリスクが伴う。例えば、立ち上げられる場合、あるいは歩行できる場合には、必ず「転倒」のリスクが出てくる。また、ベッドやソファ、椅子など床から高さのあるところからは転落する。これらは、自力で動ける身体機能を有するからこそ発生するリスクとも言える。なお、転倒・転落事故は、在宅生活を送っている高齢者の怪我の原因としても多い。

介護保険制度では、事業者側の過失の有無にかかわらず、介護サービス提供中に発生した事故は、保険者である自治体に報告することを事業者が義務づけている。なお「事故報告」として自治体に報告されている件数として圧倒的に多いのは、転倒・転落による骨折事故である。ただし、各自治体に事故報告の結果を公表する義務はなく、国も全国的な調査・集計は行っていない。

介護現場は、各利用者が持っている身体能力を発揮させやすい環境を整え、それを生活動作として行う「生活リハビリ」を、身体機能を維持するための重要な支援と位置づけて取り組んでいる。これは、使わなければ衰え、身体機能の低下を招くことが特に高齢者の場合は顕著に表れるためである。そのため、自力で寝返りもできない、文字通りの寝たきり状態になると、床ずれや肺炎、尿路感染症などのリスクが高まる一方で、転倒や転落のリスクは低下する。

このように、身体機能に応じたリスクを持ちながら人々は日常生活を営んでいる。そのためたとえ「事故ゼロ」を目指しても、実効性は乏しい。事故予防・リスクマネジメントに関する検討は、避けられる事故と避けられない事故があることを前提に実施すべきものと考えられる。

3. 医療事故から「介護事故」と「ヒヤリハット」を考える

介護事故と医療事故の大きな違いは、医療にかからなければ医療事故に遭遇せずに済むが、

転倒、転落、誤嚥などは、介護サービスを受けていなくとも日常生活のなかで発生しているということである。繰り返しになるが、これらは日常生活に伴うリスクでもあるためである。

また、医療事故の多くは、そこに医療者が関与して発生しているが、転倒、転落、誤嚥といった事象は、介護サービス提供者が直接関わらないなかでも発生している。

かつて筆者らは、高齢者施設における転倒による大腿骨頸部骨折に関する研究事業（平成21年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金—老人保健健康増進等事業分）を実施した。この調査研究では、自力でつかまり立ちができる以上の身体機能を持つ利用者の大腿骨頸部骨折事例45件に関して要因分析を行った。そのなかで、検討対象となった45件の発生要因の内訳を見ると、職員が直接介護していなかったばかりではなく、目視すらしていない状態で発生した件数が8割を占めていた。具体的には「ベッド周囲やトイレで床に座り込んでいる利用者を発見した」等である。

つまり、利用者が自ら行動することによって起こるがゆえに「見守りの強化」といった対策では効果が薄いことがわかった。そうであるがゆえに、事故予防に向けた対策は複雑になる。そこで本稿では、生活の場とされている高齢者施設における「事故防止とリスクマネジメント」について改めて考えてみたい。

1) 医療事故の影響レベルの分類とその報告基準

まず、わが国における医療事故の発生状況等について概観しておく。

医療現場で発生した事故の報告先は全国で日本医療機能評価機構（医療事故調査・支援センター）の1カ所であり、その報告基準は患者に及ぼす身体的影響のレベルで決められている。身体的影響レベルは8段階に分けられ、具体的にはレベル0～5（3～4段階にはそれぞれaとbがある）に分類されている。そして、レベル3bの「事故のため継続的な治療が必要となった場合」以上を、有害事象報告書報告対象として、当該事業所の医療安全管理室に報告するとしている。なお、レベル0からレベル2またはレベル3aまではインシデントと見なし、その対応は当該医療機関の所属長に任されている。

さらに、平成27（2015）年10月から始まった「医療事故調査制度」では、その制度の対象となる医療事故を「当該病院、診療所又は助産所に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であつて、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかつたものとして厚生労働省令で定めるもの」としている。つまり、事故発生事業所が取り組むべき対応と報告基準は、患者への影響度で明確になっている。そして、報告先も1カ所のため、情報が集約され、事故件数や事故内容の変化などについての経年比較も行われ、毎年集計・公表されている。この点が、各自治体に対して報告する介護事故の場合とは大きく異なっている。

2) 「介護事故」とは何を指すのか

介護保険制度においては、サービス提供者の過失の有無にかかわらず、サービス提供中に発生した「介護事故」は、保険者である自治体に報告することが義務づけられている。そのため、事業者としては、どのような事故を報告すべきか、その基準は気になるところである。

しかし、保険者が事業所に報告を求めている「介護事故」の範囲は、保険者によって異なっていることが『介護施設における介護サービスに関連する事故の実態及び対応策の在り方に関する調査研究事業』（平成21年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金—老人保健健康増進等事業分）で明らかになった。

具体的には「医療機関を受診した場合」や「異食、誤薬、無断外出」等の事象をあげ、利用者への身体的ダメージとは無関係としていた自治体、報告の必要性の判断を当該事業者任せ

ていた自治体もあったほどである。

その翌年に実施した『介護施設における介護サービスに関連する事故の実態及び対応策の在り方に関する調査研究事業』では、保険者である自治体へ報告する事故報告基準を検討し、介護事故の定義と介護事故の報告基準の範囲がガイドラインとして示された（表1・表2）。

表1 介護事故の定義

介護事故の定義		表1
介護事故とは、過失の有無を問わず、介護サービスの業務上の行為または管理に起因して、利用者が死亡し、もしくは利用者に心身の障害が残った事例、またはなんらかの医療処置を要した事例をいう。		
介護事故に含まれると考えられるもの	介護事故に含まれないと考えられるもの	
<ul style="list-style-type: none"> ・ベッドから車いすへの移乗を職員が介助している際に転落し、医療機関を受診した事例 ・職員がそばにいない時間帯にベッドから転落し、内出血した事例 ・原因は不明だが、利用者にあざができていた事例 ・自殺未遂を繰り返していた利用者の自殺など、予測可能であった自殺の事例 ・誤って他の利用者の薬を渡され、それを飲んだ事例 ・職員と散歩に出かけ交通事故に遭い骨折した事例 ・施設で提供した食事を原因とする食中毒の事例 ・施設の火災による死亡、怪我の事例 ・地震など自然災害による死亡、怪我の事例 ・別の利用者に突き飛ばされ怪我をした事例 ・職員の虐待により怪我をした事例 	<ul style="list-style-type: none"> ・老衰による自然死 ・施設で看取りを行った事例 ・予測されない利用者の自殺の事例 ・無断で外出し一時行方がわからなくなったが、怪我もなく戻ってきた事例 ・利用者の金銭の盗難 ・利用者の私物の破損 ・利用者どうしの口論 	
<small>(出典) 三菱総合研究所：平成22年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分） 介護施設における介護サービスに関連する事故の実態及び対応策のあり方に関する調査研究事業 報告書、p.86, 2011.より筆者抜粋。</small>		

表2 介護事故の「報告基準」

介護事故の「報告基準」		表2
介護サービス提供中（送迎などを含む）に発生した、利用者に身体的被害（怪我または死亡）のあった事例のうち、医師の診察または入院加療を要したものを		
なお、以下に該当するものを除く。		
<ul style="list-style-type: none"> ・受診・入院したが診察・検査のみで処置・処方を伴わない（経過観察のみ）事例 ・処置・処方を伴うが、軽微な治療（消毒、湿布、鎮痛剤投与など）のみの事例 ・老衰等による自然死または病死の事例 		
<small>(出典) 三菱総合研究所：平成22年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分） 介護施設における介護サービスに関連する事故の実態及び対応策のあり方に関する調査研究事業 報告書、p.87, 2011.より筆者抜粋。</small>		

ただし、これは、あくまで「介護事故」として自治体へ報告するにあたっての基準であり、法人および事業所として「事故」をどのように扱うかは、それぞれの考え方によるものとする。

3) 発見者が作成している「事故報告書」

介護現場で「介護事故」が発生した場合、それを「職員個人の責任としないで改善のチャンスにする」と言うようになったのは、いつ頃からであろうか。これは、職員が直接かかわっていない状況で、床にうずくまっている利用者を発見することが介護現場の「事故」としてよくあり、それを発見した職員が事故報告書として作成していることに関係しているかもしれない。発見者が事故報告書作成の任にあたれば、経験の浅い職員も発見者として書類作成する。このような状況を受け、事故報告の作成者の責任を問わないという取り組みが現場に定着してきたと考える。

その一方で「ヒヤリハット報告は気軽に書けるが事故報告書の作成は気が重い」という声を、第三者評価で訪れる評価受審事業所の現場で職員から聞かされる。法人・事業所の方針として「事故」を職員個人の責任にしないとしながら、職員が事故報告書の作成に気が重くなっている理由はどこにあるのであろうか。

4) 各事業所における「事故」「ヒヤリハット」の取り扱い方

「事故」と「ヒヤリハット」の報告例を見ると、ヒヤリハットや事故の報告書の様式を区別している事業所、同じ様式を用いて事故とヒヤリハットの区別を報告書の作成者や管理者が行っている事業所、事故の範囲は行政報告する事例のみに限定している事業所など、さまざまである。

また、事故報告書に「事故の原因」「再発予防策」などの欄を設け、これを報告書作成者である発見者に記入させている事業所もある。また、同様の欄を設けながら、ここに記す内容は「事故」「ヒヤリハット」の報告書の作成者（発見者）ではなく、それを現場で検討し、原因と再発予防策を導き出して記録している事業所もある。さらに、ここで言う「再発予防」を、事故の当事者が同様の事故をまた起こさないように検討している事業所、他の利用者に今回の事故が当てはまるかどうかを検証して「再発予防」策を講じる事業所など、再発予防についての考え方にも違いが見られる。

つまり、現在の福祉現場では、事故報告書の様式、その取り扱い方も、法人または事業所によって異なり、標準化されているとは言えない状況にある。

5) 介護現場における「ヒヤリハット」とハインリッヒの法則

ハインリッヒの法則を例に出し、300例のヒヤリハットのうちには29例の軽症、そして1例の大きな事故発生という構成になるとして、現場はヒヤリハットの作成を奨励している。

ヒヤリハットは、労働災害の分析から導き出された手法で、介護分野においても危機管理の意識づけに応用できるとして取り組まれている。職員に対しては「ヒヤリ」としたら書く、「ハッ」としたら書く、としている現場が多い。つまりヒヤリハット報告の作成基準はなく、もっぱら職員の感性に頼る手法である。

ある歴史ある特別養護老人ホームで、事故の発生予防に熱心な施設長が「ヒヤリハット」報告書の作成に向けた強化週間を設け、朝・夕礼で職員に周知したところ、次のような結果になった。ヒヤリハット報告を強化週間で複数枚提出した職員と、ほとんど提出できなかった職員とに2極分化したのである。その理由を、施設長は「職員が利用者に直接かかわるなかでヒヤリと感じたものは少なく、利用者の自由な動きを見て感じたヒヤリハットがほとんどであった。そのため、知識と経験がある職員は書けるが、それが少ない職員は書きにくく、同じ場面を見ても何も感じていないといった差が明らかになった。つまり、利用者の生活動作に対する「危険予測能力」が問われる結果になった」と判断していたのである。

6) ヒヤリハット—医療現場と介護現場での違い

医療現場で言われているヒヤリハットは、間違っただけのことを患者にしそうになった、あるいは実施してしまっただけが実害はなかった事象とされている。つまり、患者への影響度に基づく客観的分類であり、そこには医療者が患者に何らかの形で接触している。その一方で、介護現場におけるヒヤリハットの報告書の作成は、職員が利用者に直接かかわらないなかで「ヒヤリ」とし「ハッ」とする職員の感性に任せられている。したがって、経験に基づく職員一人ひとりの知識・技術によって予測能力には個人差が生じることが当然であるのに、そのことを前提にして「書く」ことを奨励し、集計して何が言えるのかと、先の施設長は疑問を感じたということである。そして、介護現場の利用者の特性を踏まえて、職員全員がある基準に基づいて書ける内容にすれば、改善の足がかりにできるので、その方向で「ヒヤリハット」について再考する予定であるということであった。

介護現場では、そこは生活の場であるからこそ、生活動作は極めて自主的なものであるべきであり、そこで職員が傍らで感じ取る「ヒヤリハット」では、利用者に先々に起こるかもしれ

ない状況についての職員の予測能力が問われることになる。この点が、医療現場の「ヒヤリハット」と大きく異なっている。

極端な見方をすれば、例えば医療現場では、患者を間違えて手術台へ誘導しても、メスを入れる直前にそれに気づければ「ヒヤリハット」であり、メスを入れてしまえば「事故」である。つまり、未遂に終われば「ヒヤリハット」で、実施してしまえば「事故」になる。ただし、前述した通り、医療現場の「事故」と「ヒヤリハット」は患者に対する身体的な影響のレベルで区分しているため、たとえ間違っても、影響度が小さければヒヤリハットとして扱うとしている。

さらに特徴的なことは、医療現場の場合には、患者自身が動くのではなく、誘導する職員、実施する職員がそこにいる。だからこそ、職員自身が自らの行動そのものに「ヒヤリ」としたり「ハッ」として気づける。一方、介護現場では、転倒によると考えられる大腿骨頸部骨折事故にしても、職員が利用者に直接かかわるなかで発生している「事故」の件数は少ない。まして「ヒヤリハット」に至っては、職員の予測能力に頼っている現状であり、この点は医療現場よりも事故やヒヤリハットの報告の基準は曖昧になりがちである。

7) 「防ぐべき事故」と「防げない事故」

「事故」が発生すると、特に医療現場の事故では、病院の管理者が壇上に並び、マスコミ各社のカメラの列に向かって事故の概要を説明しながら頭を下げ、謝罪する様子が映像として流される。ただし、この時点では、事故は発生してはいるが、そこに「医療過誤」があったのかどうかはわからない段階にある。その後、この事故が裁判になった場合、裁判所で医療過誤はなかったとされる例もあり、これは介護事故とされるものでも同様である。

つまり、医療事故のなかには医療過誤という「医療機関に過失のある事故」と「医療機関に過失がない事故」がある。後者は、現在の医療体制のなかでは必要とされる注意や十分な対策を講じていても、なお予防することができない、不可抗力のもとに起こった事故ということである。

介護事故についても、事業者側に過失のある介護過誤と、過失のない事故がある。介護過誤とは、なすべきことをしていれば防げる事故である。したがって、事業者が介護事故のこの違いを検証せずに、すべての事故に対して事故防止対策を講じようとする、その効果は上がらない。つまり、すべての事故ではなく「介護過誤」に絞って対策を検討すべきと考える。

ただし現状は、事業所として事故の要因分析を行う手法が確立されていないため、特に転倒や転落など利用者が自ら動くことによって生じやすい事象に対しては「見守りの強化」といった実効性の不十分な対策で終わっている。なお、転倒についての要因分析の手法は、事例として具体的に後述する。

「介護過誤」が認められるか否かは、厳密に考えれば最終的には裁判所の判決になる。介護保険制度の導入以降、介護現場でも裁判に持ち込まれる例が増えていると言われているが、多くの事業所が裁判事例を抱えているとは思えない。

少なくとも、筆者は毎年40～50カ所の事業所を第三者評価で訪れるようになって18年になるが、これまでに係争中という事例については聞いたことがない。むしろ、利用者本人や家族から寄せられる「苦情」は明らかに増えているものの、その内容と対応を公表している法人・事業所が珍しくなくなっているように感じる。「苦情」は介護の質を向上させる契機になるとして、積極的に情報収集しようとする姿勢すら見られる。

これは、事業所運営の透明性を図るときの一つの項目として「苦情」を位置づけるとともに、併せて事業所の介護の質の向上に役立てようとする取り組みであり、そのような事業所の姿勢が、利用者・家族からはもとより、地域住民からの信頼を得ることにつながっている。

4. 事故防止・リスクマネジメントの取り組みの実践例

筆者が在宅のいわゆる「寝たきり老人」への訪問にかかわり始めたのは、東京都内の保健所に勤務していた昭和54（1979）年頃からである。当時、全身14カ所の床ずれにまみれ、えびのように全身が拘縮していたHさんのことを思い出す。その後、老人保健法の成立・施行により、訪問看護・訪問リハビリ、通所機能訓練事業などへと事業は拡大していった。筆者の場合、これらの事業にかかわれたことが、平成10（1998）年に開設した特別養護老人ホームに異動したときに、そこで新たに福祉用具の選定や環境整備を行う際のポイントとなる知識を得る機会ともなっている。

以下に、生活の場である特別養護老人ホームにおける「介護事故」や「ヒヤリハット」の報告書の書き方とその取り扱い方、要因分析の手法等を、自らの経験を通して紹介する。

1) ヒヤリハット報告書の書き方とその活用方法

職員それぞれの感性に任せないでヒヤリハット報告書を作成するとすれば、利用者特性を踏まえることと、経験の有無によらずに誰でも書ける内容・書式にする必要がある。

筆者が勤務していた特別養護老人ホームは入居定員120名で、開設時の利用者の特徴としては、利用者の約8割が重度痴呆の診断を主治医から下されていた。そして、待機場所になっていた病院や老人保健施設では、車いすベルト・ミトン型手袋・抑制服・おむつの使用と、極刻み食やミキサー食がセットになっているという利用者が多かった。

ちなみに、在宅から迎えた利用者は2割程度で、約8割は病院・施設で入居待機していた。また、平均年齢は86～87歳で、皮膚損傷も発症しやすい傾向にあった。

A. 皮膚損傷の場合の報告書の書き方とその活用法

皮膚損傷は、いつどのようにして生じたのかを特定することが困難である一方で、内出血の吸収に時間がかかり、家族の目にも触れやすい。この点が骨折などと異なり、家族が発見者になることもあり、理由を尋ねられても答えられず、不信感を抱かせるきっかけにもなっていた。

このことへの対応策として、開設して6カ月頃を経た頃に、事故・ヒヤリハットの報告様式を「発見（発生）記録」と名称変更して同じ様式とし、そこに前後の人型も印刷して、皮膚損傷、腫脹、熱感などをチェックしやすいよう工夫した(図1)。

そして、報告書の様式の変更と同時

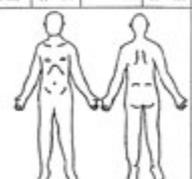
発見（発生）記録		施設長	事務長	係長	相談員	主任	記録者
フロア	F	氏名					
発見日時	平成 年 月 日 () 時 分	フルイロ	カ	キ	セ	キ	セ
発見場所	居室・食堂・浴室・トイレ・機能訓練室・廊下・移設時・ロビー・その他 ()						
種別	顔(腫)・顔(紅)・内服(下痢)・顔・趾(ヒコ)・顔・趾(腫)・顔・趾(熱)・顔・趾(痒)・顔・趾(痛) ()						
経過/体	顔(腫)・顔(紅)・内服(下痢)・顔・趾(ヒコ)・顔・趾(腫)・顔・趾(熱)・顔・趾(痒)・顔・趾(痛) 有・無						
発見（発生）状況							
発見（発生）後の心身の状況							
対応（受診・施設内処置・その他）							
指導内容							
報告日時	平成 年 月 日 時 分	記録者					
整理区分	・事故 ・ヒヤリハット ・その他		報告機関 (区・都)	通院治療 (有・無)			

図1 発見（発生）記録

に、皮膚をチェックする時点も決めた。具体的には、移乗介助を必要とする利用者の場合には、介助後に前腕と膝下までの皮膚の状態を見てチェックする。排泄誘導時および更衣介助時にも観察できる範囲の皮膚を見てチェックする。入浴時には全身の皮膚のチェックを行い、その他にも「利用者から訴えがあったとき」を皮膚をチェックする時点とした。

この「発見（発生）記録」の様式の特徴は、発見者（報告者）が原因と発症予防対策を必ずしも書かなくてもよいとしたことである。この様式変更により、皮膚損傷にまつわる報告件数は増加し、結果的に年間で1,300件程度の報告件数のうちの半数を占めるようになった。

しかも、皮膚損傷の報告件数の多い利用者も、各フロア（定員40名）2～4名程度と特定されたのである。傾向がわかると対策も具体的になり、皮膚損傷の多い利用者の移乗介助方法をフロアで検討するようになった。つまり、ヒヤリハットの有効活用である。

その一方で、家族に対する説明も「利用者の皮膚損傷がどのようにしてできたのかは判然としないが、このように皮膚のチェックをしているので、この時間帯にできたことが推測できる」などと具体的になった。このような説明と今後のケア内容について説明すると、家族から「安心できた」という反応が返るようになった。

B. 転倒・転落の場合の報告書の書き方とその活用法

勤務していた特別養護老人ホームの「発見（発生）記録」の件数が、皮膚損傷の次に多かったのが「転倒・転落・ずり落ち」である。ただしこれに気づくのは、巡回時にベッド周囲の床にいる、トイレの便器のわきでうずくまっている利用者を発見したときである。さらに「大きな音がした」「利用者の声が聞こえて駆けつけた」など、転倒や転落・ずり落ちの発生そのものを職員が目視している例は少ない。つまり、どのようにして発見時の状態になったのかは不明ということになる。

発生要因を分析するための必要条件となる記録では、介助中の転倒・転落あるいは目視していた転倒・転落と、その状態に至った経過がわからない「発見」とを書き分ける必要がある。そこで、筆者が勤務していた特別養護老人ホームでは、それが「床にいた」状態を発見したのか、あるいは介助中または目視していたときに起こった事象なのかを書き分けることを徹底させた。

そのときに配慮したことは、誰でも書けるようにする書きやすさに留意しながら、報告書作成についての標準化を図り、また「利用者に骨折などの事故が発生」した場合に「事故報告書の作成」「要因分析」「具体的な改善」という順に進められるプロセスが、職員にPDCAサイクルとしてわかりやすいようにした（図2）。

この取り組みの結果は、事業所として「新たな福祉用具の購入や手すりの設置位置の変更」等の環境の見直し、また介護技術の研修内容などに反映させて、報告書を作成することが職員にとって「書きがい」のあるものとなるように努めた。

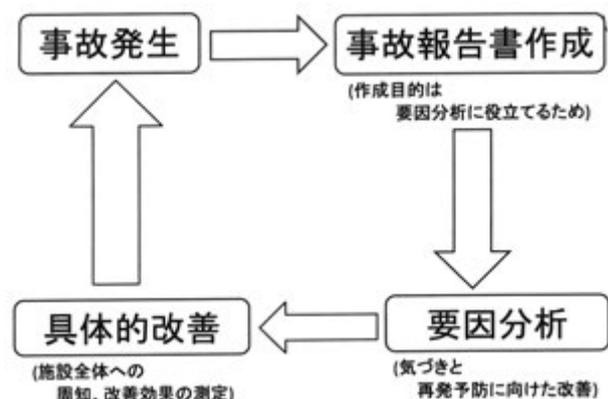


図2 報告書作成とその活用のサイクル

2) 誤嚥・窒息事故事例からの学び

食事摂取が自立している利用者Aさんであったが、特別養護老人ホームに入居して2日目

の昼食時にその手が止まり、身体が前に傾いた。介護職員と看護師は誤嚥を想定し、対処しながら救急車で緊急搬送したが、結果的に救急病院の医師が「着死」と診断して警察署に依頼する形になる。

病院に来院して遺体を検死した警察医の診断は窒息ではなく脳卒中か心臓発作ということであり、家族に対して窒息の所見が遺体に見られないという説明があった。付き添った職員は、Aさんが食べている途中で意識がなくなったように見えたので、窒息を疑ったが、意識障害は脳卒中や心臓発作でも見られることがわかった。

窒息かどうかの診断は医師が行うものなので、介護現場としては「窒息」と判断するより、意識障害やそれまでの様子を記録することにとどめるべきであると思う。この報告を受けた後は、事業所として、利用者が食べている状態は具体的に報告書に記録するが、例外を除いて「窒息」という診断名は使用しないようにした。

5. 介護事業所・施設の事故防止・リスクマネジメントで大切なこと

最後に、介護事業所・施設で事故防止・リスクマネジメントを進めるにあたって大切なことを、家族との関係の持ち方と、職員が利用者の前に登場するときには必ず身につけておくべきことに絞って考える。

リスクマネジメントの研修会では「人はミスを犯すものとしてリスクマネジメントを行う必要がある」という言葉はよく耳にする。それは、ミスを犯さないように注意深く行うといった精神論だけでは対応できないということでもあろう。そのように言われながら、介護の現場では「見守りの強化」というような対策を行っていることが散見される。この対策は、何らかの「事故」が発生した場合の原因を「見守り不足」ということで片づけてしまいやすく、また見守りが不十分とされた職員個人の責任にもなりがちになる。

事故発生時は「利用者本人への対応」と「家族への経過説明」がまず重要になる。その説明の際には、それまでの家族との関係にも配慮することが求められている。

1) 家族をケアのパートナーとして位置づけた協力関係の構築

高齢者施設における「事故」について考えるときに大変気になるのは、家族との関係の持ち方である。それは、例えばケアプラン作成時に利用者・家族と交わす言葉に表れているように思う。あらかじめ作成したプランを提示し、さらに付け加えて「希望」の有無を尋ねている。これは、利用者を間に置いて事業所と家族が向かい合う関係、すなわち利用者と家族を支援の対象とする姿勢に他ならない。

利用者は、リスクを持って生活している。その利用者のよりよい暮らしの実現を目指して、事業所はケアプランを作成する。このとき、利用者が持つリスクを前提にして、家族にケアプラン作成に参加してもらおう。つまり、家族をケアのパートナーとして位置づけた上で関係を持つことである。

その結果、家族はプランの作成に関与したことで、納得して利用者のプランに押印することができる。つまり「ケアを受ける側から、ケアを提供する側へ」という家族の意識の変革である。このように、家族をケアのパートナーとする働きかけが、これまでは不足していたように思う。

2) 現場に立つ職員が身につけておくべき事項

採用した職員がその職場で必要とされる知識・技術を習得できることを目指して、法人・事業所はさまざまな研修計画を作成している。これは、法人・事業所の種類・規模等によっても

異なるが、例えば「夜勤のある職場では何を習得したら夜勤につける」とか、同様に「補助者としてではなく一人のスタッフとして日中勤務できる目安」といったものは、各事業所で作成している。さらに1年目、2年目、5年目と年限を区切ってそれまでに到達すべき目標を掲げ、その目標に向けて受講すべき内部研修や外部研修等を示している法人もある。

このように、事業所の種類・規模等によって職員の育成計画は多様であるが、そのことを超えて、利用者の前に立つ職員は、現場に登場するときまでに必ず習得しておくべき技術（約束事）がある。それは、基本的な感染症対応策と事故報告の作成を習得しておくことである。

その理由は、現場におけるリスクマネジメントの側面から、職員は現場に登場した瞬間から「利用者の変化の発見者」になるためである。極端な言い方をすれば、現場に立つ職員が身につけておくべき必須事項として、「理屈」ではなく「このようにすべきこと」というような説明になるかもしれない。

A. 基本的な感染症対応策の習得

感染症対応策としては、職員は、石鹸を利用した流水による手洗いを原則として、消毒薬の使い方や、それをいつ行うかという知識、そして嘔吐物処理の技術について習得する必要がある。

その理由は、可能な限り職員が感染源の媒介者になることを防止するための手法を確実に身につけることであり、それは同時に職員自身が身を守ることもつながる。言うまでもないが、これを実行するためには、事業所として嘔吐物処理の用具を過不足なく準備していることが不可欠になる。

B. 事故報告書の作成

次に「事故報告書」の作成についてであるが、まずは多くの職員の「ヒヤリハットは気軽に書けるが事故報告については気が重い」という受け止めから考えたい。

この理由は、事故報告として記載すべき事項が定まっていないこと、さらに事故の原因と再発予防策まで書くようになってきている様式が多いことに関係しているものと考えられる。

これを新人職員でも過不足なく書ける様式にするための条件は、観察事項が明確で、発見者（記録者）に判断を求めないことである。例えば、転倒が考えられる「床への座り込み」では「何をしようとしていたかを尋ねる」「痛みの有無」「衣類の状態」「失禁の有無」などのように見た目と利用者の反応に限定した記録の項目とすることである。そして、原因や再発防止策などのように職員の経験と技術、その利用者への理解度などに基づく判断を要する項目は、発見者の記録事項から除く。

つまり、知識と経験がなければ書けないような記録様式を一掃し、職員が安心して勤務につける体制をつくるのが、職場のリスクマネジメント対策の第一歩になると考える。