

介護事故調査が析出させた「介護周辺」の課題

——「足るを知る介護」を求めて——

明渡 陽子

要約：施設介護現場での介護事故調査を行い、事故発生の要因と背景を分析し介護事故を予防するための留意点と、事故が訴訟という不幸な事態に至らないために利用者と介護提供側に何が求められるのかを考察した。事故の種類では、転倒が最も多く次に転落や誤嚥・窒息であった。発生場所の頻度は、居室、そして食堂や廊下の順であった。発生状況では、居室と廊下で事故が介護職不在時に多発していた。施設側は事故状況を家族に報告していたが、家族のうちの約30%はその説明に不満をもち、この内の15%が訴訟に至っていた。不満の内容は、事故発生の原因と処置に対し施設の説明が曖昧・不十分で納得いかないが多く意見だった。施設は発生した事故の再発防止に向けて何らかの対策を取っており、半数の施設でその効果があったと答えていた。以上から事故予防のためのチェック項目として1.施設職員に関する問題2.施設の設備・構造などのハード面の問題3.利用者自身に関する問題4.介護職の健康管理の問題が挙げられた。利用者とその家族が施設の事故説明に納得し両者間で訴訟という事態を回避するには、施設の職員と利用者家族・本人との間でのコミュニケーションによる意思疎通、事故状況を客観的に残すための介護記録の作成が施設に求められる。また、施設の積極的な事故情報公開は、利用者への施設で発生する事故への現状認識の育成などの啓蒙となり、この共通理解にたった上で施設が事故対策を行うことが、サービスの利用者と提供者間に起こる訴訟という状況を避け得る方法のひとつであると考えられた。

Key Word： 介護事故・情報公開・再発防止対策・訴訟

【はじめに】

心身機能の低下して複数の疾患をもつ高齢者は病気や死と隣接しており、彼らの集まる介護施設や高齢者在宅介護の現場において事故を起こす場面は多いと推測されるのに、今までまとまった介護事故関連の調査報告や個別的症例報告はほとんどなかった。近年、幾つかの事故調査報告が公表され始め^{1) 2) 3)}、また2000年4月の介護保険導入後には、事故報告が義務化されたためインターネット・新聞などのマスメディアで個別的な事故情報収集

が容易になってきた。従来事故に関する情報がなかった理由としては、事故報告義務の法令がなかったこと、施設入所は措置制度であり、利用者・その家族側と施設側の双方に措置的意識が強く（世話になっている・世話をしてやっている）事故が表面化しにくかったこと、被害者は高齢者であるため家族が諦めがちであったことなどが考えられている⁴⁾。しかし、介護保険導入で、施設入所が契約制となり利用者側の権利意識の高揚で今後は介護事故数ならびに法的紛争の増加が予想される。実際、介護保険の実施以後2年半にして、最近マスコミなどで施設での介護事故例報告や利用者家族との間で訴訟に至った報道が表面化し、施設側の過失を認めた損害保険支払い件数の増加^{5) 7)} や民事訴訟に至った例も出てきている^{5) 6) 7) 8)}。介護事故が年間どのくらい発生しているか、そのうちの訴訟の割合はどの程度なのか、などに関して調査したが、前期した理由で事故が表面化していなかったためかデータは見つからなかった。が、将来の介護事故訴訟の発生件数を予測したデータ¹⁾があり、それによると平成29年に最低で150件、最高で350件との数値を算出している。現在、医療現場での医療訴訟が年間800件近く発生しているのに対してその1/5から1/2程度の予想数となっている。介護現場で発生した事故で訴訟に至った代表的な3つのケース^{5) 7) 8)}は、すべて「死亡」に至っている。医療の専門職ではない、介護の専門職が絡んで発生する事故（介護職としての職務で発生しようと・医療行為にあたる行為で発生しようと）ではあるが、結果的に「死に至った事故」は、医療的処置・判断次第によっては生死を分けえた可能性があるという意味で、過去の医療事故判例解釈から類推して、医療事故の範疇で判断されることが多い。これは、高齢化社会の進行で、医療がキュア（cure）中心からケア（care）の視点が導入されていく中で、介護独自の理念からではなく医療の延長線上で事故が判断・判定されることであり、介護（福祉）の医療化につながり多くの矛盾を孕むようになる。そして実際に、現場ではこれ以外にも多くの矛盾や課題が存在している。それらの幾つかを介護事故の背景を分析することによって具体的に析出し、実現可能な理想的介護現場になるために必要なことを、事故予防策の関点から検討をした。

【目的】

今まで、高齢者の介護施設における、介護事故に関してはまとまった報告は少なかった。なぜ、利用者の安全性確保という重要な事柄に関して報告が少なかったのであろうか。これらを念頭におき、介護施設にアンケートを行い、現場で発生する介護事故の内容・場所、その背景及び施設の対応・職員の意識などを探った。そこから介護事故発生リスクファクターを析出し、介護事故の少ない環境整備に必要な事は何かを考察した。

[方法・対象]

白梅学園短期大学福祉援助学科の実習施設および「社会福祉の手引き」の記載されている施設から無作為に310施設を選び、(老人保健施設・特別養護老人ホーム・身体障害者施設)以下に示すアンケート調査を実施しその結果を分析した。

アンケートの主な内容は、

- 1) 介護事故調査(種類・発生場所・発生状況)
- 2) 介護職が受けやすい傷病調査
- 3) 事故のない介護現場となるために何が必要か(自由意見)
- 4) 事故例の情報公開に対する意見

アンケート回収率:

アンケート依頼310施設のうち、69施設から返答があり、回収率は22%だった。回答のあった69施設の内訳は、特別養護老人ホーム74%(n=51:以下特養と略す)・老人保健施設22%(n=15:以下老健と略す)・身体障害者施設4%(n=3:以下身障と略す)であり、施設利用者の平均年齢は83.6歳だった。

[結果]

介護事故調査(種類・発生場所・発生状況)

1. 介護事故状況

① 事故の種類:(図-1)

転倒59%・骨折16%・誤嚥・窒息10%・転落8%・皮膚障害と打撲3%だった。

② 事故発生場所:(図-2)

居室40%・食堂19%・廊下18%・トイレ15%・浴室7%の順だった。

③ 事故内容と発生場所の関係:(図-3、4)

転倒は、居室40%、廊下23%、トイレ17%の順だった。転落は、居室66%、廊下16%、食堂11%の順。骨折は、居室43%、トイレ21%、廊下19%の順。誤嚥・窒息は、食堂87%、居室13%の順。皮膚障害は、浴室50%、トイレ33%で頻発していた。

④ 事故発生場所と発生状況の関係:(図-5、6)

居室の93.2%、廊下の87.8%、トイレの78%が介護職不在時に発生。食堂では42.9%が介護職見守り時に、31.4%が介護職不在時に25.7%が介護時に発生。浴室では見守り時と介護時に50%ずつ発生していた。

2. 事故を起こしやすい人の特徴・状態:(図-7)

痴呆の人が39%・身体機能低下を持つ人が26%・身体状況の認識不足16%・車イスや

杖使用者7%・薬剤常用者・性格が5%

3. 事故が発生した場合の施設の対応 (施設職員間の意識共有法) : (図-8)

カンファランスをもつ34%・報告書の作成30%・申し送りをする16%

4. 事故の種類と処理・対処法: 病院を受診したケース (図-9)

事故内容は、転倒が58%・骨折27%・誤嚥6%の順

施設内での処置ですんだケース: 観察が55%・湿布20%・消毒11%施設内で死亡したケース: 施設で死亡無しが76%・施設内で死亡した例は24%

5. 事故発生時の施設の家族への対応: (図-10)

伝えた93%、伝えない5%、ケース倍ケース5%であった。

6. 事故告知後の家族の反応: (図-11)

やむを得ない36%、納得35%、不平不満13%、千差万別13%、受け入れられないが2%だった。この不満を持った(不平不満と受け入れられない)中の約15%が訴訟に至っていた。

介護職が受けやすい傷病調査

1. 介護職に多い傷病 (図-12・13・14) は、筋肉・関節疾患が53%、打撲・切り傷11%、風邪(利用者からうつされる)と皮膚疾患10%、利用者からの暴力の順だった。最も多かった筋肉・関節疾患の内容では、腰痛を発生する疾患が8割であり、腰痛を最も発生しやすい場面は、トランスファー時で52%、排泄介助16%、入浴介助9%の順だった。また、皮膚疾患の内容では、疥癬が50%、湿疹と手荒れが20%を占めていた。

2. 疾病予防対策とその結果

施設側は、介護職に発生しやすい疾病に対して疾患ごとに何らかの対策(腰痛: 腰痛ベルトの使用・腰痛体操の指導など)を行っていた。その結果、同様な疾患の再発については、55%の施設で減少していた。

事故のない介護現場となるために何が必要か(自由意見)

1. 事故予防に関して考慮すべき項目 (図-15)

配置人数に関して(不足)が35%、次に身体拘束の件に関して17%、以下は資金不足15%、事故に関して(介護職の技術不足)8%、家族との理解5%の順であった。

事故例の情報公開に対する意見

1. 介護事故に関する報告例が少ない事についての意見 (図-16) の結果を示す。

最も多かったのは「施設の評判が悪くなる」で63%、以下には6%の同頻度で「公開の手段が不明」「公開の必要ない」、「忙しいため」が続き、「世間が要求しない」が2%「無回答」が17%だった。

具体的な内容：

「施設の評判が悪くなる」の理由として

- ・施設側が責任を問われ訴訟になると困る
- ・介護力や対応の悪さだけが強調されてしまうことへの懸念
- ・施設の信用度が低下することへの不安

「公開の必要ない」の理由として

- ・施設が責任を持って処置しているので不要
- ・公開することで、介護職に余計な不安を与え良い介護ができなくなる

2. 介護事故の情報公開をしているか（自分の施設）。また、情報公開をどう考えるか。（図-17）の結果を示す。

「無回答」が36.8%あった。回答があった内容は「公開すべきで公開している」が5.9%、「公開すべきだが公開していない」が42.6%、「公開する必要はない」14.7%

その理由：

「公開すべきだが公開していない」……公開の方法が分からない・多忙なため・あえて問題を生じたくない
施設に不利な状況を隠す体質が施設内にある。
など

「公開する必要はない」……施設内で、処理しているので外部へ出す必要ない
世間が要求しない・世間の関心は少ない・
不特定多数に公開すると悪いことのみが強調され危険。

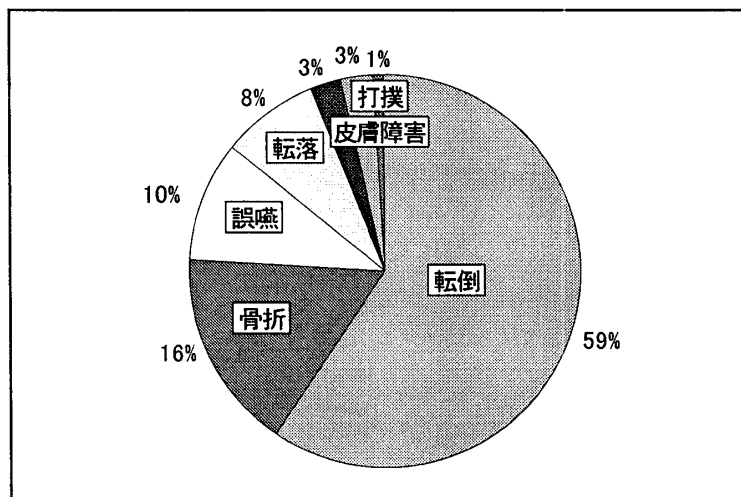


図-1 事故の種類

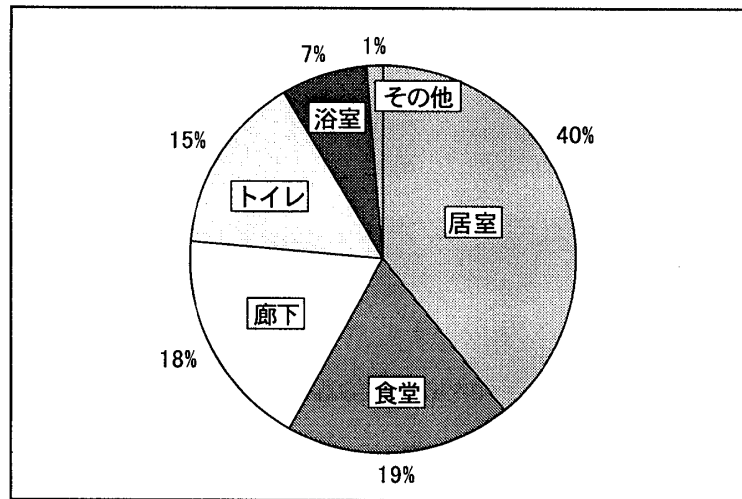


図-2 事故発生場所

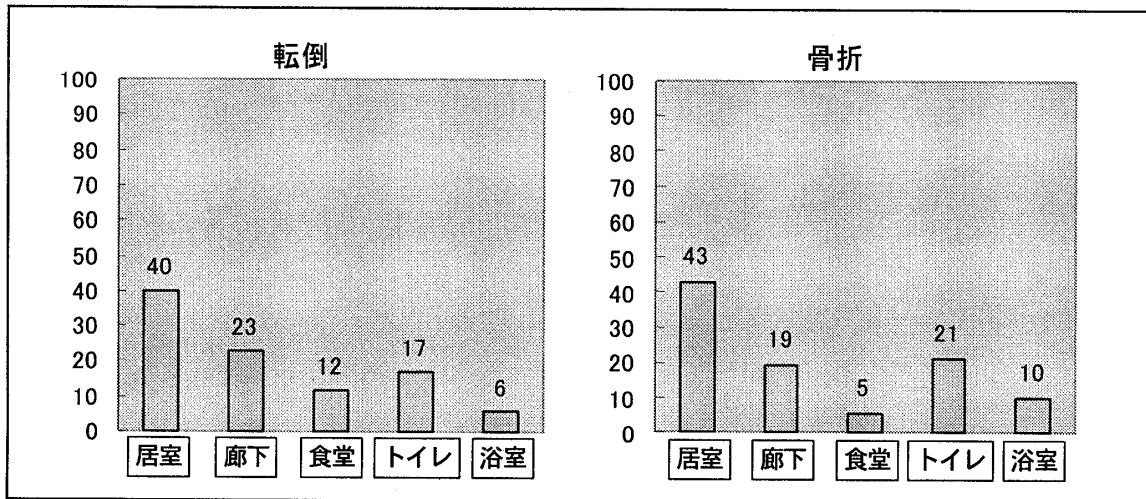


図-3 事故内容と発生場所-1

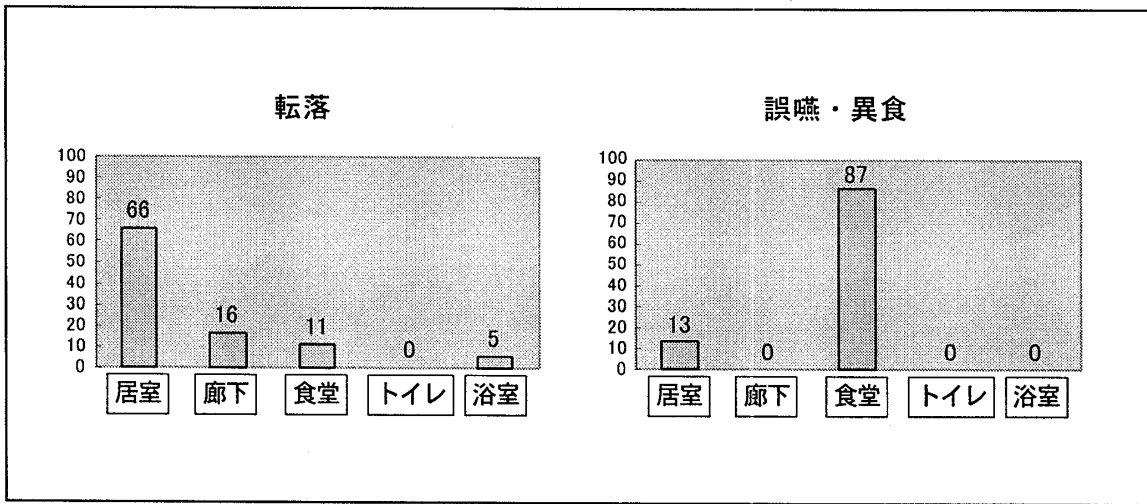


図-4 事故内容と発生場所-2

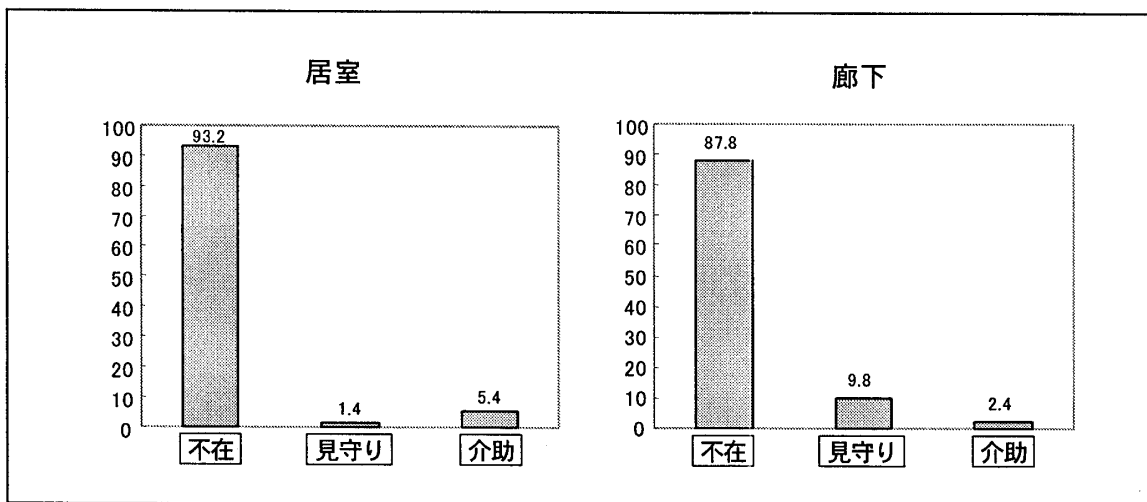


図-5 事故発生時の職員の状況-1

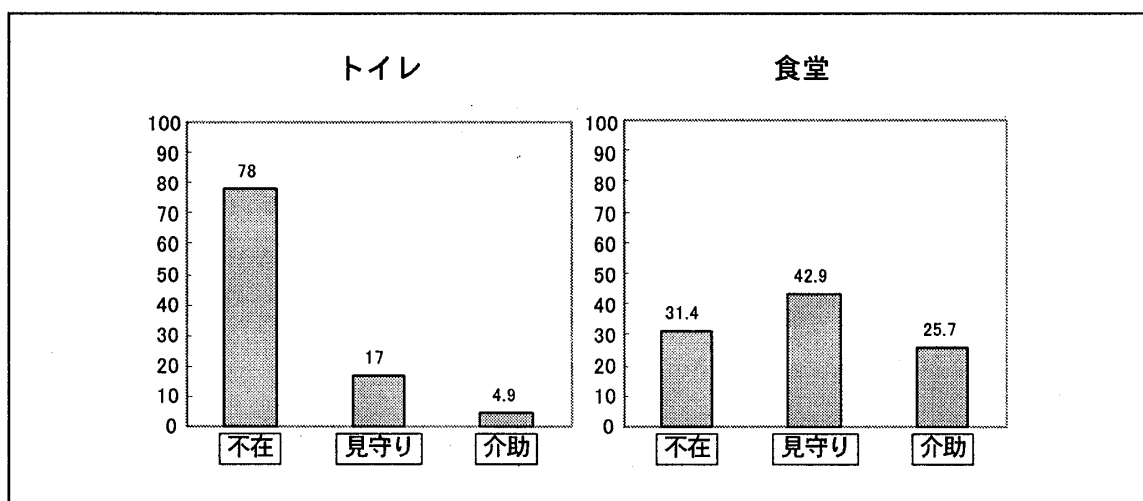


図-6 事故発生時の職員の状況-2

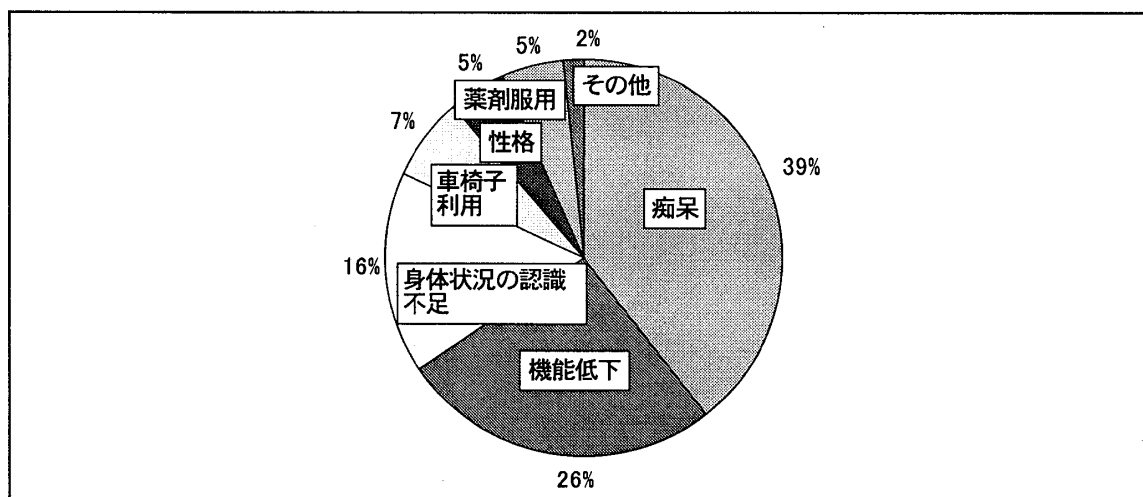


図-7 事故を起しやすい利用者の状況

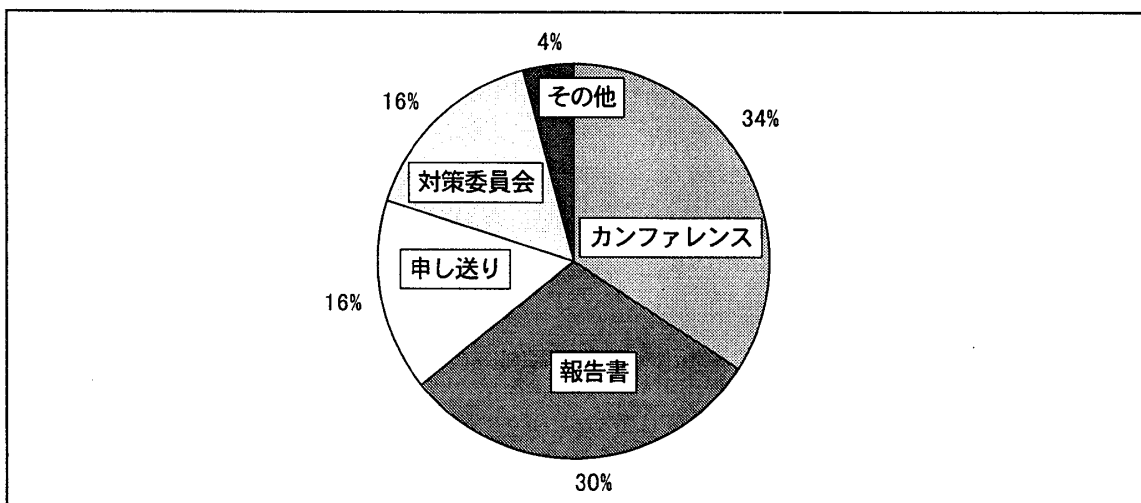


図-8 事故後の職員間の意識共有法

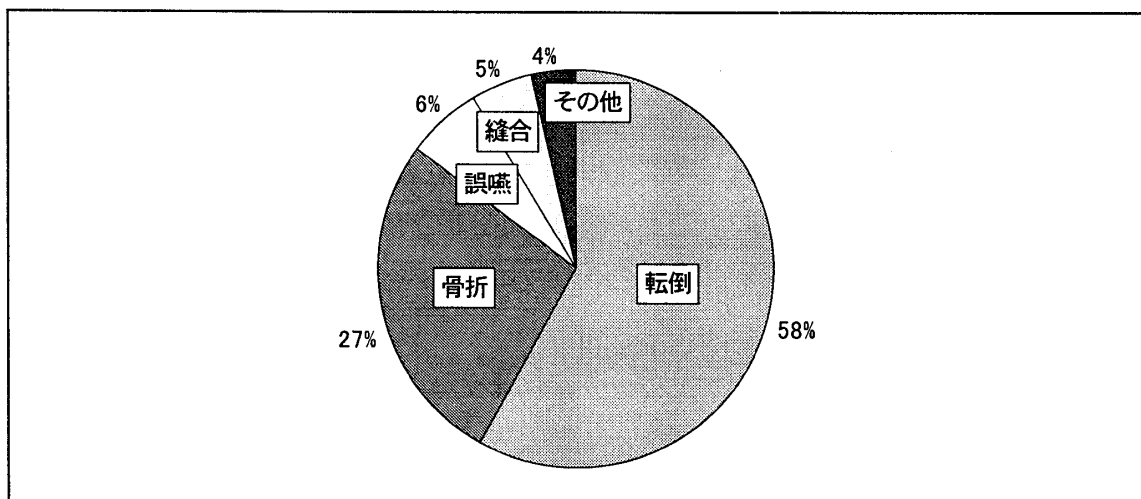


図-9 病院受診の内容

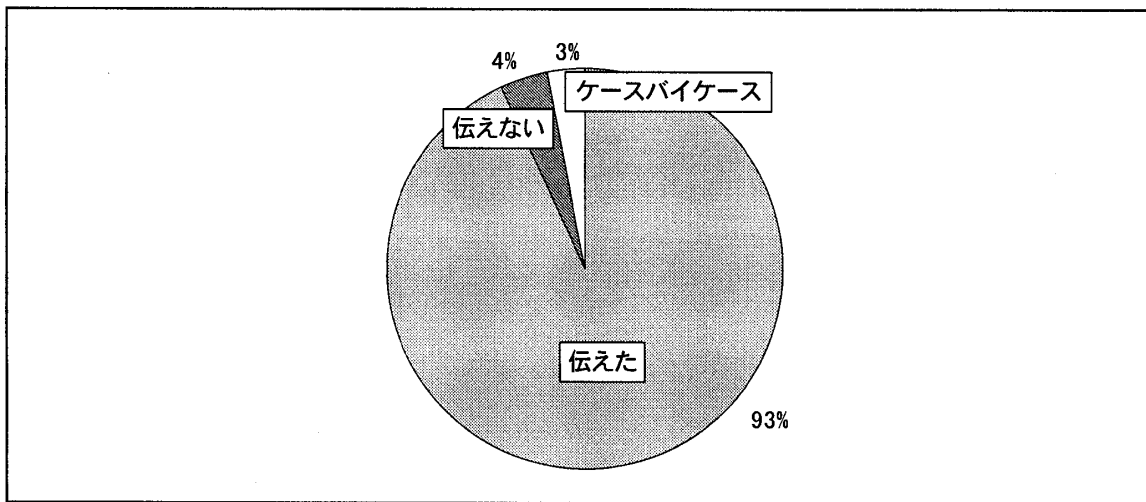


図-10 家族への通知

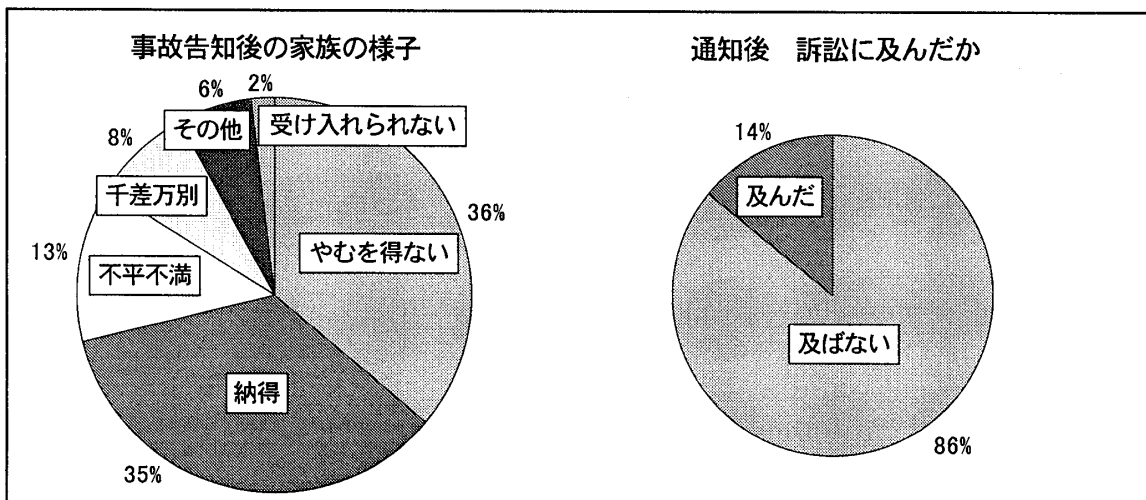


図-11 事故通知後の家族の意識

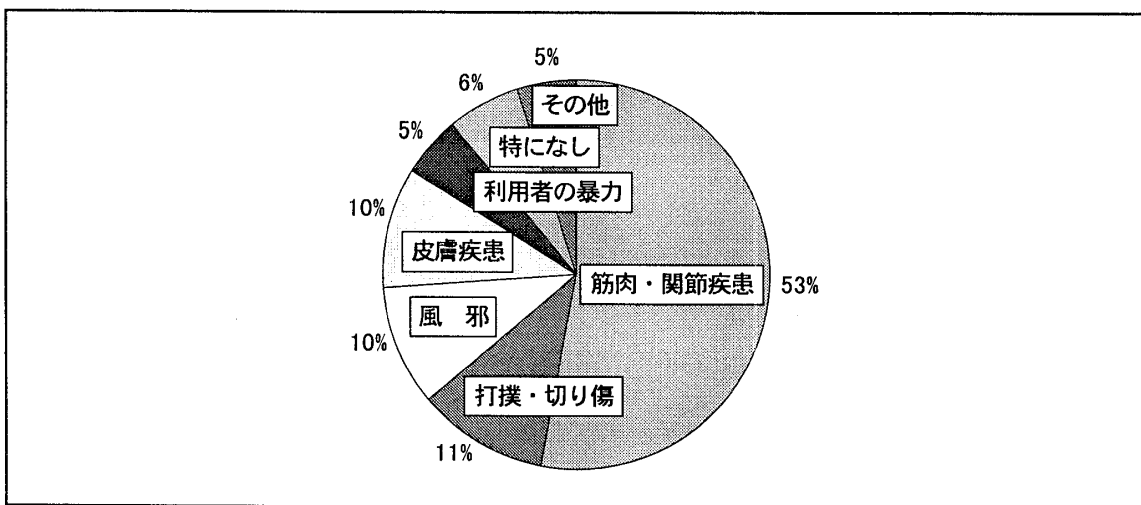


図-12 介護職に多い疾病

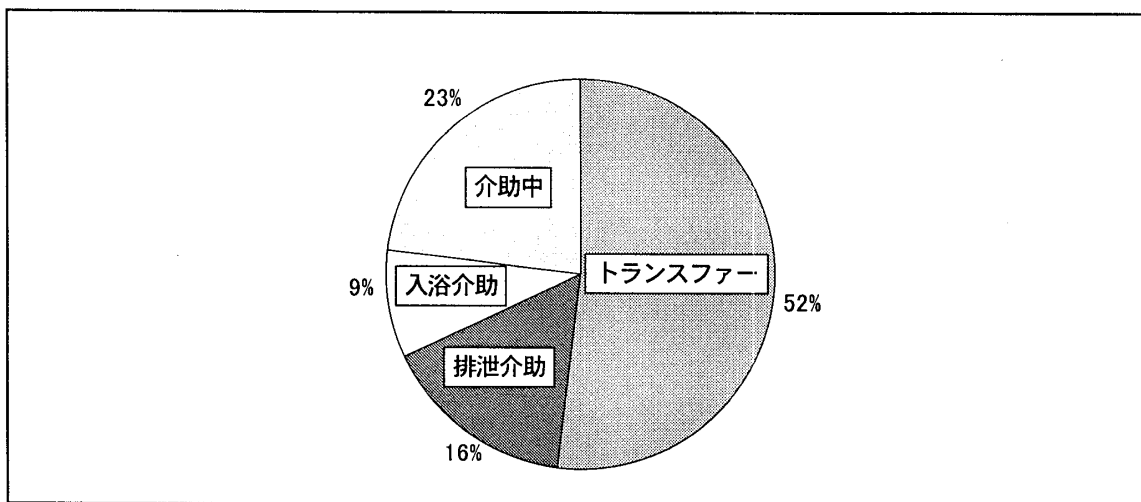


図-13 腰痛を起こす場面

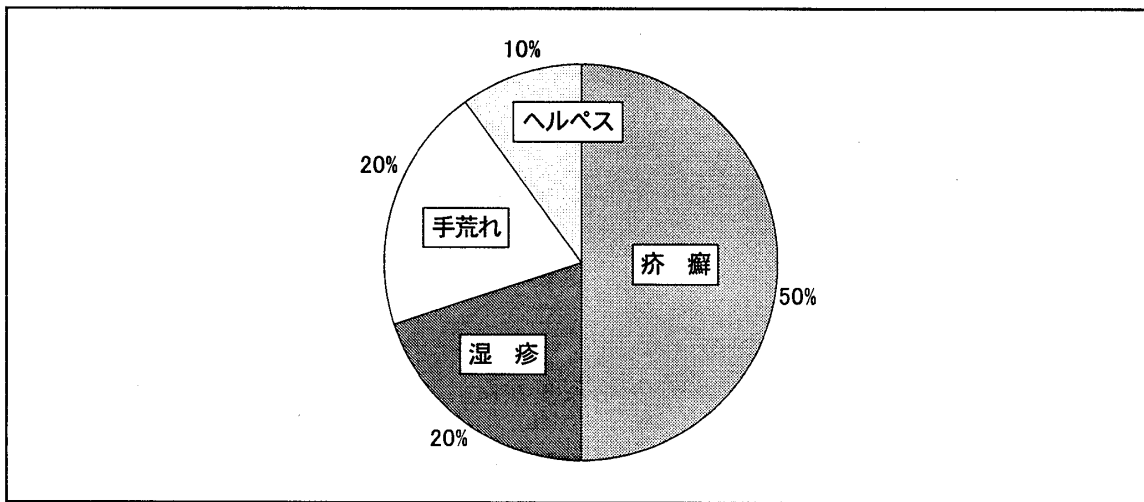


図-14 皮膚疾患の内訳

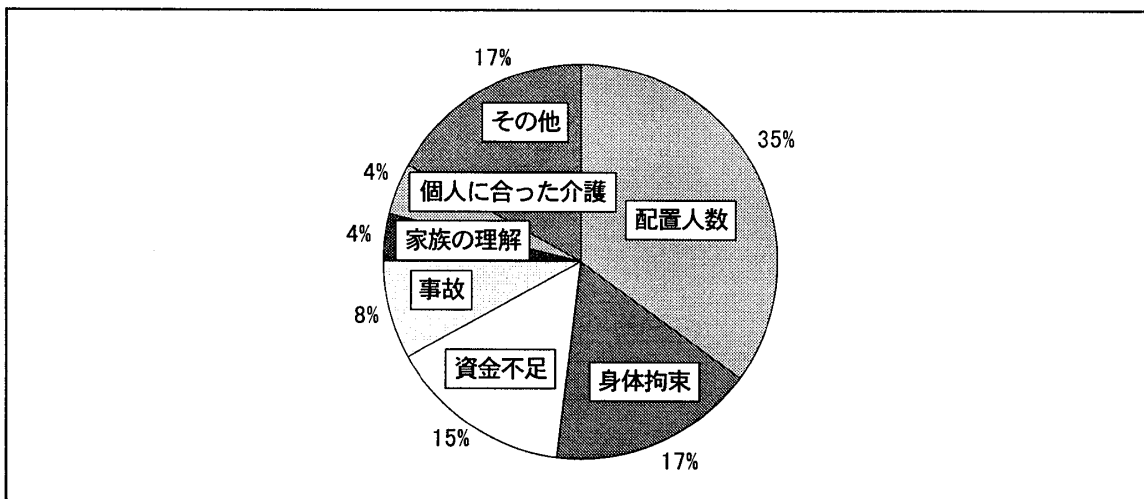


図-15 事故予防に関する問題点

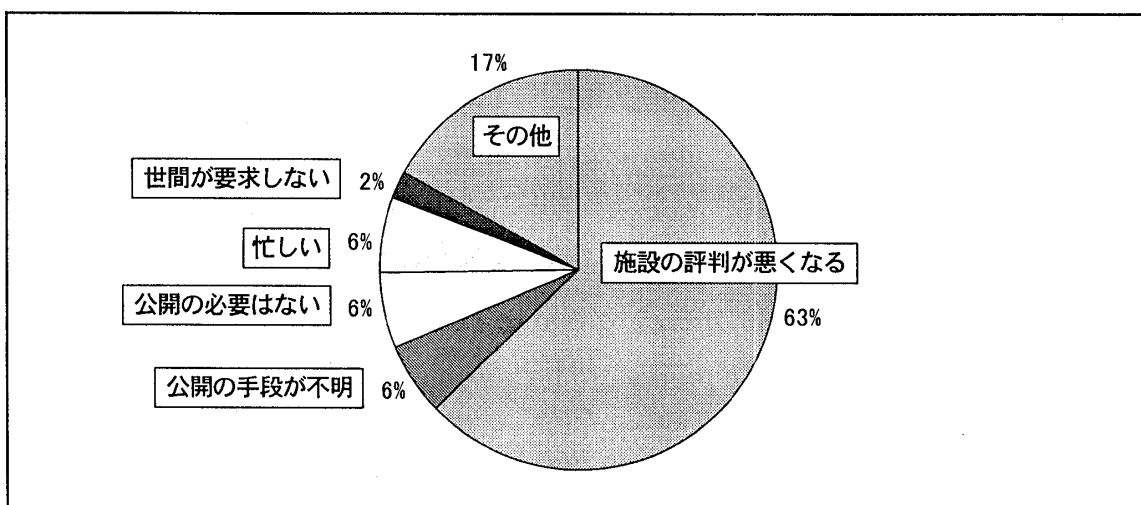


図-16 介護事故報告の少ない理由

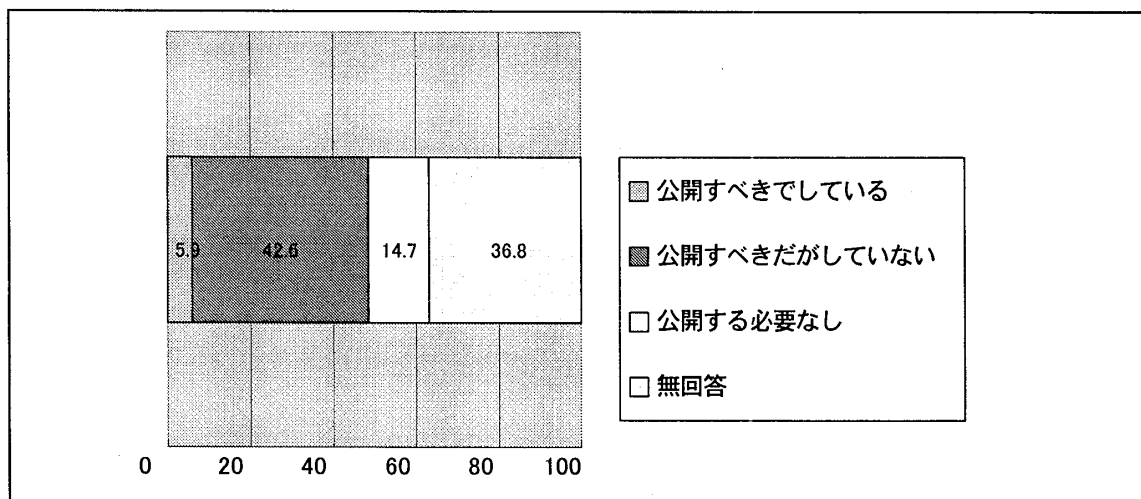


図-17 情報公開しているか・情報公開すべきか

【結論及び考察】

介護事故の概念は、社会的に充分浸透しているとはいえ、その内容も不確定であり調査機関により違っている。たとえば、事故を起こした行為者の職種は規定されているのか（介護職と看護職は同様な介護行為ができる）、事故を誘発させたその行為自体を指すのか、ヒヤリ・ハットした事例を入れるのかどうか、対人以外の対物に関する事故（破損など）を入れるのかどうか、事故発生の根本原因を事故内容とするのか、その結果で生じた結末を事故内容とするか、その両方を入れるのか、（転倒や転落は、結果として骨折を起こしうる）などまだ明確に定義されていない。今回の私達の調査は、国民生活センタ

一の事故内容資料²⁾を参考にして、施設内の生活全ての場面において、行為者を特定せず、利用者に発生した事故の総て、ヒヤリ・ハットした事例を入れず、さらに事故内容は根本原因としての事故内容と結果として発生した結末としての事故内容を区別せず、調査表に記載されたままを集計し分析した。

表-1に今回のアンケート結果をサマリーし、介護事故状況のまとめとして作成した。

表-1

介護事故状況のまとめ	
1) 事故の種類：	転倒・転落・誤嚥・窒息
2) 発生場所：	居室・食堂・廊下
3) 発生状況：	居室・廊下での事故は介護職不在時に発生
4) 施設での再発防止対策：	カンファランスをもつなど
5) 病院受診に至った事故：	転倒と骨折
6) 施設内での死亡：	誤嚥・窒息
7) 家族への事故報告：	95%の施設で報告するも、30%は不満
8) 事故予防対策：	介護職員の人員不足・施設設備の充実 介護職自身の技量の向上

利用者に発生する事故の種類では、転倒が60%と最も多く、次に骨折・誤嚥と窒息・転落であった。発生場所は、居室が最も多く、次に食堂や廊下であった。発生状況では、居室と廊下での事故の75%以上が介護職不在時に発生（食堂と浴室では介護時に25%以上発生）していた。発生した事故については、施設の90%以上でカンファランスをもつなどの事故再発防止に向けて何らかの対策を取っていた。病院を受診するに至った事故の種類は、転倒と骨折が多く、施設内での死亡例は誤嚥・窒息が大部分だった。95%以上の施設で事故状況を家族に報告していたが、家族のうち約30%はその説明に何らかの不満をもっており、この内15%が訴訟に至っていた。不満の内容は、事故発生の原因と処置に対し、施設側の説明が曖昧・不十分で納得いかない、が多く意見だった。事故予防対策に関して、介護職が挙げていた問題点としては、介護職の人数不足の問題、施設改善のための資金不足の問題、また、理念としての「身体拘束無し介護」¹¹⁾を現場で実践する際現状では実行困難状況が多いというギャップ・ジレンマの問題、介護職自身の技量・プロ意識向上の必要性などであった。現在まとまった介護事故調査としては、国民生活センター²⁾と民間病院問題研究所¹⁾の報告がある。私達の今回の調査結果を比較したかったが、調査方法・解析方法が違っており簡単に比較は出来なかった。前者では、事例をあげ事故の種類・発生場所ごとの原因・その後の対策を記載しており、事故の種類別の全体での発生頻度・場

所全体での頻度についての記載はない。後者では、対人事故については（介護職自身が直接関与した事のみ）大まかに、骨折・打撲や捻挫・切り傷に分けて頻度を出しているだけで、事故の前提の定義が違っており、調査項目が違うので簡単には比較はできなかった。が、介護施設で発生する事故として、転倒・転落や骨折、打撲や捻挫などが発生し、それらの対処法が検討されていることが判明した。

今回の調査結果から、事故防止のための留意すべきチェックポイントの幾つかが想起されたので表-2に示すが、これらは事故予防の具体的対策ではない。介護施設では、施設諸設備などのハード面（段差・照明・手すりの有無・廊下の幅など）、介護職の数・技量などの介護力の面、利用者の必要とする介護度、介護システム運営方法（勤務ローテーション法）など施設ごとで大きく違っているため、一般的な「事故予防法」を作成したとしても実際の現場では有効に機能しないと思われる。

表-2

事故予防のためのチェックリスト
1) 施設職員に関する問題（数・質など）
2) 施設の設備・構造の問題
3) 利用者自身に関する問題
4) 介護職の健康管理の問題

むしろ、施設という公共の平均的な場所で、平均的な高齢者に発生する事故予防対策としては、2段階に分けることを提案したい。第1段階としては、上記項目ごとに国（自治体）の設置基準などがあるので、その基準をクリアする平均的安全圏域を「基本的事故予防ライン」と設定し、表-2に表記した総てのチェック項目がそのレベルの達することを目標とする。これらのチェック項目を施設や介護職が常に念頭におき、事故発生時にはその項目をチェックし集計することで、施設全体の中での弱点個所を知る指標としての役割が期待できる。その際、これらの項目の基本ラインが施設で常に確保されるかどうかを定期的に点検・監査する民間機関（第3者あるいは住民による）が必要になってくるとと思われる。この「基本的事故予防ライン」に達せず発生した事故と「基本的事故予防ライン」を保つ

ていても発生した事故とは、当然、事故後の家族への対応や紛争・訴訟などでの判断が違って来るであろう。次に、第2段階として、上記チェック項目総てが「基本的事故予防ライン」に達していても発生する事故については、各施設がリスクマネジメントの手法を導入して施設の実状に合わせその実施マニュアルを策定し、事故予防対策に結びつける努力が求められるであろう。福祉施設でのリスクマネジメントの手法については、全国社会福祉施設経営者協議会¹⁷⁾の、医療や企業でのリスクマネジメントの手法を取り入れて策定した検討案がある。

以下には今回の調査結果の中から、今後の介護現場において重要な課題として残されている問題の提起と解決への方向性を探ってみた。

1つ目は介護職の数・質・意欲に関連する諸問題である。

老人福祉法⁹⁾では、利用者3人に1人の介護職が義務づけられ、大多数の施設はこの基準以上の人数が配置されている。にもかかわらず、今回の調査では事故の8割以上が介護職不在時に発生していた。介護職数の増加が事故予防に直結するとは限らないが、少人数での介護は介護者1人への負担増となり彼らの労働条件悪化を伴って介護の質低下につながり、事故に結びついてくる点が問題である。最近厚生労働省は、特養の入所者の年齢が85歳以上が過半数、90歳以上も25%と発表し¹⁰⁾、施設入所者の高齢化の進行を明らかにした。さらに痴呆老人や複数疾患をもつ老人も加わり、施設では要介護度認定で4と5のレベルが49%に達している¹⁶⁾。つまり現場では人手がかかる老人が増加し、介護力増加を要する事態であるということだ。その上に、国の施策である「拘束のない介護」が浸透し、それが現場での絶対的マンパワー不足に二重の拍車をかけている。厚生労働省の「身体拘束ゼロ運動」¹¹⁾の理念を、絶対的マンパワー不足の介護現場へ導入することは、介護事故のリスク増加に繋がることと同意義と言ってもいい。理念導入と事故発生リスクとの間にある問題を抜きにしての理念導入は利用者の人権を優先して動き出したこの「運動」の発想自体に疑念を抱かざるをえない。今回の結果でも介護職がこの矛盾に悩みながら、介護現場で利用者安全確保のために過重労働を強いられている実態が判明している。この現場でのジレンマ状態を理解した上で介護職数問題を見直し、再検討することが課題である。

また、国全体の数値目標としての介護量は、昨年9月に、介護福祉士登録者が255,953人となり新ゴールドプランの目標値⁹⁾に到達したが、介護の質評価法の一つである介護職の取得資格状況を見ると、施設では「介護福祉士」が44%である一方で、救急処置や家事援助サービス（ホームヘルパー3級取得が義務）・身体介助サービス（ホームヘルパー2級取得が義務）もできない職員である「何の資格も無い」者が28%就労している^{1) 2)}。技能・知識の点で質の違う介護職が同一の介護内容を行うことの問題は、介護職同士の中での不満感を増長させ、また利用者への一定の質確保の点で見逃せない問題だ。この「介護の質問題」については、アンケートで介護職自身が事故予防には介護職の技量の向上・プロ意

識の養成の必要性を述べており、また調査報告を公表している各機関¹⁾²⁾も主張しているように、施設内外でのスキルアップ講習や再教育の義務化などで介護の質を一定のレベルに保つ「介護の標準化」に向けた対策の展開が必要となるであろう。それと同時に、利用者の心身状況（疾病状況・精神安定度など）を判断し、事故発生リスク別にグレード化し、リスクの高い利用者には技能・知識レベルの高い介護職をつけるというような「階層性介護」も事故予防の対策として有効であろうと思う。

最近の経済不況と基礎構造改革の中で、施設では職員の賃金や労働条件の合理化が進み介護職のパート化と常勤職の定着率低下が発生し、介護の質低下と介護職の労働条件の悪化が同時に進行している。このような職場状況で労働している福祉援助科卒業生282名へ労働環境に関して調査を行った結果では、（詳細は、次回に報告する予定）彼らは白梅短大で培った自己の介護観と違う施設の方針や姿勢に矛盾・疑問を感じながらも、83%は今後も介護職を続けたいと答え、その理由に「介護はやりがいがある」点を上げていた。さらに、介護福祉士以外の資格取得（住環境コーディネーター・看護師・ケアマネージャーなど）により自己の能力向上をめざしたいとの積極的姿勢が見られた。当学科受験の高校生の多くも志望動機にこの「やりがい感」を挙げている。若者がこれら初心に持った「仕事への意欲」を就職後も持ち続けられる教育環境、つまり自己内実の成長感・充実感を伴って介護のプロ（確かな技能を取得できる）として成長できるための段階的な教育的なプログラムの必要性を感じていた。そんな中でその実現可能な動きが出てきている。つまり、最近15年間の福祉サービスをめぐる大きな変化…介護職数の増加・措置制度から契約制度への移行・民間・NPOの福祉サービスへの参入など⁹⁾…は、介護に対して要求していた身体介護や家事援助という基本的な生活支援段階から、利用者の多様なニーズに応じて細かな対応のできる自立・独立支援段階へと社会的要請を変化させた。つまり、それらに対応できる専門的知識・技量を介護職に要求する時代となり、介護福祉士資格の上に、介護関連機能を細分化したspecialistの養成が必要になっているのである。このような社会的要請に対して、すでに一部で「痴呆専門介護福祉士」¹³⁾創設への提案がある。私も現場で必要とする幾つかの専門職をつくるべきだと考えている。たとえば、利用者の持つ代表的な障害（痴呆・脳血管疾患・筋肉関節疾患）に詳細な知識をもち、従来の区分での医療行為をトレーニングして安全に施行出来る医療的分野に強い「医療介護士」や死に近く人の心・精神面のサポートを専門にする「心療介護士」などである。（「医療介護とは何か（仮題）」：第4章 福祉のKey Personとしての医療介護士の拙文を参照されたい；2003年6月金原出版より出版予定）このような段階的教育プログラムの導入（介護職の中での専門職養成）は、社会的要請であると同時に、介護福祉士に更なる技量step upの機会を与え、彼らのプロとしての内的充実感への希望となりうると考えられる。21世紀、人口の25%を占める高齢者の生活の質を支え、高齢者の命の終焉を見取る一端を担うのは介護職である。彼らの仕事へのこの「やりがい意欲」を潰さず、「介護が彼ら自身の生きがい」と言

える仕事となるような介護環境の整備（労働条件・教育システムなど）の必要性を感じる。

2つ目に、利用者の人権擁護と施設側のリスクマネジメントにまたがる課題である。

利用者の権利意識の高まりで、今後紛争や訴訟などの増加が予想される。そのため福祉業界では、利用者と施設職員の安全・安心を確保し、施設に与える損失を最小限に抑えるためのリスクマネジメントへの関心が高まっている。全国社会福祉施設経営者協議会が福祉施設でのあり方の意見書¹⁷⁾の中で、利用者に対しては、施設側は組織管理のマネジメントよりも人権擁護を優先する立場に立って、利用者の安全・満足を満たすために情報公開と説明義務が逐行されねばならない旨を述べている。今回の調査では、施設が事故状況を説明したにもかかわらず、約30%の家族がその説明に不満を持ち、この中の15%が事故原因と処置に対し納得せず訴訟に至っていた（図11）。訴訟に至った経緯やその具体的内容は聴取していないので不明であるが、ここにはサービスを提供する側のアカウントビリティー（説明責任）の問題がある。医療・福祉政策の対象とすべき主体は、その目的からして利用者であり、利用者に信頼され彼らが満足・納得し得るよう努める責任が施設側に生じてくる。介護事故は、施設関係者だけの密室で発生する事件であるゆえに、情報公開と説明義務が生じるのである。医療現場においては、福祉現場より先に、患者の権利擁護システム構築のために情報公開とインフォームドコンセントの実行が言われて久しいが、具体的な「カルテ開示」の法制化すら出来上がっていない状況である。ましてや、日本の福祉政策は戦前の救貧・慈恵政策の路線上に、戦後のアメリカ指導下で人権尊重が大義としてかぶさった経緯¹⁴⁾があり、福祉を提供する側もそれを利用する側も、人権の認識が乏しいと言わざるをえない。しかし、利用者側に納得できる事故説明を行い家族の不信感を払拭するための対策が施設側に要求される。それには菊池らが^{8) 17)}主張するように、まず、事故状況の客観的記録（状況証拠）の作成が、看護記録同様に介護職の業務として義務づけることが必要であろう。具体的には、利用者の異常状態（変化）に気づいたなら、介護職は観察に基づき少なくとも以下の項目を瞬時にチェックする…意識状態・Vital Sign（血圧・脈拍・呼吸数や呼吸状態・体温）・その他の心身サイン（麻痺・痙攣・失禁・チアノーゼの有無）…そして、看護職に連絡しつつ、これらの項目を客観的に記載することである。この程度の身体把握能力・記録記載能力は看護職との連携には必須であり、介護福祉士の現行の医学教育と施設内で臨床経験を積むことで充分習得可能な技術である。この介護記録作成と同時に介護記録を家族に積極的に公開していく姿勢も重要である。これらは施設側の利用者側への義務でもある、と同時に利用者側への確かな情報伝達を与え、事故の真相解明にも貢献することに繋がる。

航空業界のリスクマネジメント¹⁷⁾は、度忘れ・勘違いなどのヒューマンエラーを回避するためコミュニケーションの重要性を挙げている。介護現場でも、同職間・異職種間の連携システムの構築や家族とのコミュニケーションの重要性は同様であろう。このコミュニ

ニケーションシステムの充実は、施設自身の自助努力により実施可能な事故予防・訴訟予防対策のひとつと言ってよい。まず同職間・異職種間の連携を密にすることで利用者の健康状態、ADL等の変化を正確に把握し、その情報を職員同士で共有するシステムづくりがまず欠かせない（職員間での利用者に関する引継ぎ事項の徹底をはかる）。次に、看護職が利用者の現在持っている疾患から予想されうる危険や事故を事前に家族に話しておき、変化があった時にはその状況を可能な限り逐次家族へ報告し、利用者家族とのコミュニケーションを図る（職員と家族の共通理解をつくる努力）ことである。これらは、家族に対しては施設への信頼感を生み、トラブル抑制方向へつながると思われる。しかし、現実には卒業生へのアンケート結果でも異職種間の連携の悪さ（特に、介護職と看護職）が指摘されており、さらに詳細な分析が必要であるが、施設の自助努力でいくらかでも改善可能なことであり、対策強化が望まれる。さらに、利用者は複数の施設を利用することが多い。その際、前施設での事故発生状況の記録をカルテとして次の施設へ提供するような施設間の連携も利用者の事故予防に必要であろう。

3つ目は、情報公開の意義と施設・利用者双方に求められる課題である。

医療や福祉の領域において事故例を公開していくことの意義としては、施設と利用者それぞれに表-3に示したような事が考えられる。これらすべては最終的に、発生した事故情報を共有化（事故背景・原因を分析し）し同様な事故の再発防止に役立てる事がその大きな目的である。しかし、今回のアンケート結果では、回答した施設の90.7%（無回答が36.8%）で事故情報を公開しておらず、「公開する必要はない」と答えた施設が23.3%もあった。（図17）また、現実に情報公開が少ない理由として63%の施設が「施設の評判が落ちる」（図16）からと答えていた。そして、上記のそれぞれの意見の具体的内容から、施設において情報公開を妨げている因子が推測された（表-4）。まず、事故情報の集約方法や公開方法などについてのシステム不整備の問題である。最近では、インターネットや地域の情報誌などに施設の事故情報が公表されてきているが、まだ一部にすぎない。公開内容とその方法を施設に周知徹底し、個々の情報を集約するシステムづくりが必要であるが、これらは気づいたことで徐々に整備されると期待できる。が、次に、サービス提供側に優越的な一方的価値観で支えられてきた措置制度体制下の閉鎖的体質からくる問題は根が深い。「公開する必要はない」と答えた施設のほとんどは、施設で自主的に事故対策を行っているので外部へ報告する必要はない、言う意見であった。同様の理由で、アンケート内容に不愉快感を示し、私に抗議してきた施設長もいた。この発想は、施設事故の公共性を無視し解決への機会を自ら喪失することに等しい。また「施設の評判が悪くなる」の具体的内容（訴訟になると困る・介護力や対応の悪さだけが強調される懸念・施設の信用度が低下するなど）からも、施設側の視点が眼前の利害のみに当てられ事故情報公開のもつ根本的意義を見逃していることが考えられる。介護福祉施設の高齢者社会での設立意義・存

在意義を考えるなら、事故を公開しないことは施設にとってもマイナスであることに気づく。事故公開の意義には、利用者側へ施設の実情の客観的理解・認識を育て（啓蒙）、安易で過大な期待を抑止する効果（表-4）や施設が危惧している訴訟への抑止にもなると思われる。施設側にとってもマイナスになるとは限らない事実を、そのように判断・考える意識の在り様こそが最も問題である。それは、裏返せば、施設内で自己努力さえすれば公開する必要はないという姿勢に重なっている。今年の介護福祉学会でも、同様な意見を表明し事故公表は事故を起こした介護職へ自責感や今後の介護への不安感をもたせ逆効果だとの意見を述べた施設長がおり、この問題の解決の困難さを感じる。介護事故に限らず、施設における情報公開の持つ意味を施設ごとに再考する機会があることを期待したい。最後に、利用者の施設事故への意識の持ち方の問題である。施設は情報公開する必要のない理由として「利用者が公開情報を求めている」「事故に関心がない」こと、つまり利用者側の事故情報への無関心性・積極的姿勢の欠如を挙げていた。誰もがいつかは何らかの形（自分・家族など）で係わり合いを持つことになる自分の地域の高齢者施設を、利用者が施設と共に育てて行くとの自覚の育成や利用者側の人権意識の確立に向けた啓蒙（事故が起きたときに人権が主張されるのではなく、施設が事故をおこさないため監視・監督をし、施設を育てていく義務が利用者側にあること）が、施設の利用者への不信感払拭につながり、必要になってきていると思われる。

表-3

情報公開の意義	
施設に対して：	<ol style="list-style-type: none">1. 事故予防対策の強化2. 社会的責任感の育成3. 社会的信頼感の獲得4. 利用者と共同での行政への働きかけの強化
利用者に対して：	<ol style="list-style-type: none">1. 施設の実体への理解2. 啓蒙<ul style="list-style-type: none">・積極的情報公開の要求・施設への客観的評価・政策に対する客観的批判能力の育成3. 施設と共同での行政への働きかけの強化

表-4

情報公開を妨げている因子

- 1) 施設側の問題（閉鎖的体質・措置制度体制化の体質）
- 2) 事故情報などを集約し、公開する機関・システムの不整備
- 3) 施設側の情報の受け手である利用者への不信観
- 4) 利用者側の情報公開を求める積極的姿勢の不足

事故とは、起こしたくて発生する不幸な事件ではない。措置制度から契約関係へと移行しつつある介護現場においては、今後介護事故数や事故にまつわる訴訟・不満が増加すると予想される。そうならないために施設がリスクマネジメント手法を上手に活用することで介護事故防止に努め、サービスの受け手と担い手がお互いに信頼し会える関係を作っていくことは大切なことである。施設側は今回提出した「基本的事故予防ライン」のチェックリストにより、事故予防対策の基本ラインを確保する努力を常にすべきである。そして、その上でも事故が発生した場合（充分ありうる）には、施設ごとに個別の事故防止マニュアルを作成するなど、事故原因を究明して再発予防に全力をつくすべきことは当然である。しかし、一方で交通事故や飛行機事故などのように、予防対策が充分であっても防ぎ得ない事故があることを、多くの人は良識として理解できうるように、介護事故にも施設や介護職自身の努力でも予防し切れない事故があることを、利用者側に理解してもらうことは重要であろう。この基本認識は、施設側の事故責任の回避をサポートする発想からではなく、施設と個人が共生していく社会の良識（コモンセンス）であると考えられる。施設側と利用者はここを確認し、その上で契約に基づいて入所しているとの共通認識を持つことが重要であろう。それには、まず、施設側がプラス・マイナスの評価を下さず施設の実状を公開する姿勢が求められる。たとえば、事故状況・内容だけでなく施設の事故対策取り組みの内容や対策後の事故発生状況の変化などを積極的に公開することである。多くの施設で情報公開を行うことは、利用者や施設職員に「施設事故」への客観的な共通認識を育て、不要な不安感や過大な期待などの抑制になっていく。これらが繰り返し実践される中で時間はかかるかもしれないが、事故を含めて施設の事実を情報公開する施設こそが、優良施設であるという認識の育成にも繋がると思われる。施設と利用者双方の意識改革が今最も重要だと考えられる。

以上、アンケート結果から現状での課題を析出させ、細分化し、部分ごとに分けて現在考えうる方策・処方箋を書いたが、これらは対症療法にすぎない。部分は部分としての独自機能を持ってはいるが、全体のシステムの中でコントロールされてその部分として意義を持つように、この介護現場で発生している従来の区分での介護と医療のボーダーに存在する事故は、介護の理念に立ち戻り、高齢化社会での施設サービスの存在意義を確認しながら方向性を探らない限り、介護を提供する側と受けとる側にとって充足する介護への道は遠く、その根本的解決策はない。

参考文献

- 1) 民間病院問題研究所、「介護事故---その予防と解決法を探る---」、日本医療企画 (2000)
- 2) 「介護事故の実態と未然防止に関する調査研究」国民生活センター (2000)
- 3) 「福祉サービス事故事例集」全国老人福祉施設協議会 (2001)
- 4) 「老人ホームと介護事故-事故防止と賠償対応の検証」全国老人福祉施設協議会 (2001)
- 5) 菊池馨美：「介護事故と損害賠償責任」(さくら事件) 賃金と社会保障NO.1280 (2000)
- 6) 岸田孝史：「老人介護は保健になじむか」賃金と社会保障NO.1281 (2000)
- 7) 菊池馨美：「食事介護と特養ホームでの死亡事故」(緑陽苑事件) 賃金と社会保障NO.1284 (2000)
- 8) 菊池馨美：「夕食中の誤嚥による死亡事故」(ユトリアム事件) 賃金と社会保障NO.1307 (2001)
- 9) 鬼崎信好、増田雅暢ら：「介護保険キーワード事典」中央法規 (2001)
- 10) 「介護サービス施設・事業所調査概要」厚生労働省 (2001)
- 11) 「身体拘束ゼロへの手引き」厚生労働省 (2001)
- 12) 「医療と介護」読売新聞 (6月21日、2001)
- 13) 「痴呆専門介護福祉士養成教育の在り方」の中間報告の関連資料
日本介護福祉士養成施設協会 (2001)
- 14) 川上武：「21世紀への社会保障改革」：劉草書房 (1997)
- 15) 「施設での介護」朝日新聞 (10月4日、2001)
- 16) 厚生省監「厚生白書」ぎょうせい (2000)
- 17) 全国社会福祉施設経営者協議会「福祉施設におけるリスクマネジメントの在り方に関する検討委員会状況報告」月刊福祉増刊号 (2002)

本研究は、昨年度 (2001) の「白梅祭」で展示と発表を行い、2002年の日本介護福祉学会 (長崎) にて2つの演題に分けて発表したものを編集し直し (一部省略)、論文として補筆してまとめたものである。

あけど ようこ (医学)