

■経営リスク情報■

2014.07.07

高齢者介護施設における事故防止のためのリスクマネジメント

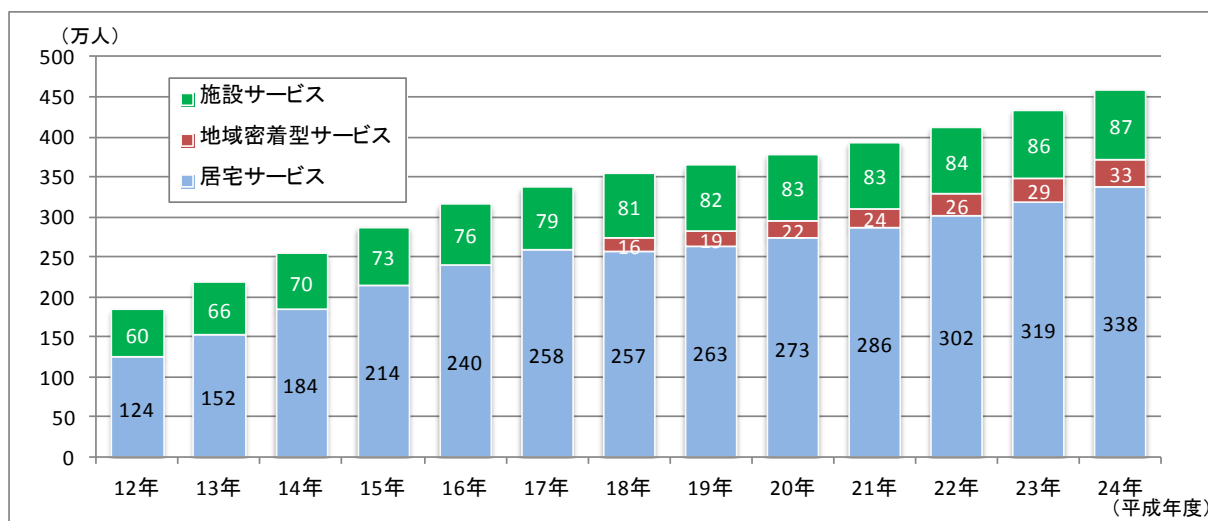
1. はじめに

平成12年の介護保険制度の導入以降、介護保険サービス受給者数は年々増加しています（図表1参照）。高齢化の進行や、核家族・小家族化による家族の介護力の低下が見込まれることから、今後も受給者数は増加していくものと推測されます。

これらを背景に、介護サービス事業者には大きな期待が寄せられており、安定した経営のもとで継続的にサービスを提供することが求められています。しかし、高齢者介護施設は要介護度の高い利用者を受け入れるケースが多く、利用者の転倒・転落等が生命に係わる重大な事故に発展する事例も報告されています。事故の原因が施設側の管理不備によるものであれば、被害者またはその家族から損害賠償を請求される可能性があるほか、施設の評判や信用の低下による損失を招くおそれがあります。

そこで本レポートでは、高齢者介護施設における事故状況とリスクの特性および事故防止のためのリスクマネジメントの取り組みについて説明します。

図表1 介護保険サービス受給者数（1ヶ月平均）の推移



(出典)厚生労働省『平成24年度 介護保険事業状況(年報)のポイント』より当社作成

2. 高齢者介護施設における事故の発生状況とリスクの特性

(1) 介護事故の定義

介護事故を防止するためのリスクマネジメントを実践するにあたって、まずは施設の運営に係わる管理者および職員全員で「介護事故」の位置づけを共有する必要があります。現在のところ、「介護事故」についてはその定義や範囲が明確になっていません。また、都道府県や市区町村への報告対象となる事故の基準も統一されていません。そのため、施設または職員によって介護事故の捉え方は

様々であると考えられますが、どのような事故を防止しなければならないのかを明らかにしたうえで、リスクマネジメントに取り組むべきと考えられます。

直接介助中の事故のみを介護事故とする考え方も間違いではありませんが、介護サービス事業者が求められる社会的責任の観点から、介護事故の範囲は広く捉えておくことが望ましいといえます。『特別養護老人ホームにおける介護事故予防ガイドライン（2013年）』では、「介護事故」を次のように定義しています。

施設内および職員が同行した外出時において、利用者の生命・身体等に実害があった、または実害がある可能性があつて観察を要した事例（施設側の責任の有無、過誤か否かは問わない）

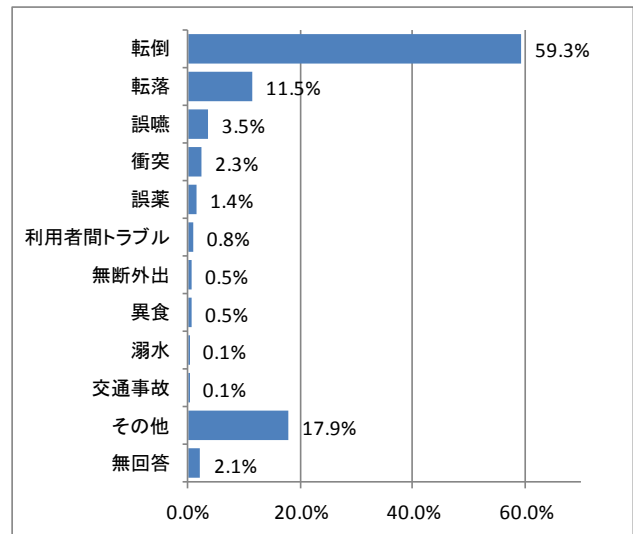
ここで留意すべきは、「施設側の責任の有無、過誤か否かは問わない」という点です。このように定義することによって、介護サービス事業者のサービス管理下にある利用者の生命および身体に係わる全ての事故は「介護事故」となり、リスクマネジメントの対象となります。本レポートにおいても、この定義に沿って対応策を検討していきます。

（２）事故発生状況

前項の通り、「介護事故」については、統一された定義がないため、国などによる公の統計資料が存在しません。ここでは、厚生労働省の委託を受けて（株）三菱総合研究所が全国の市区町村を対象に実施したアンケート結果（『高齢者介護施設における介護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』より抜粋）から、介護事故の発生状況¹を確認します。

平成20年4月1日～9月30日の半年間に、総数8,541件の事故情報が高齢者介護施設から市区町村に報告されています。事故情報の大半を占める「ケガ及び死亡事故（介護事故）」の内容は、図表2の通り「転倒」が59.3%で最も多く、次いで「転落」が11.5%、「誤嚥²（ごえん）」が3.5%となっており、介護事故の約70%が「転倒」および「転落」が原因で発生していることがわかります。

図表2 ケガ及び死亡事故の内容



（出典）『高齢者介護施設における介護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』より当社作成

¹ 集計対象となる事例データは、全国の市区町村のうち約半数から寄せられたもので、全国における事故の状況を全て把握したものではない。また、報告対象とする事故の範囲に「不祥事」や「利用者の所持品への損害」等が含まれていることから、前項で示した「介護事故」の定義とは一致しない。この調査における「ケガ及び死亡事故」が本レポートで説明する「介護事故」に相当する。

² 誤嚥とは、食物等が誤って喉頭や気管に入ってしまう状態をいい、肺炎を引き起こす原因ともなる。嚥下（えんげ）機能の低下した高齢者に多く見られる。

(3) 高齢者介護施設におけるリスクの特性

高齢者介護施設におけるリスクの特性として、利用者の身体能力や認知力が加齢により低下していることが多く、何らかの事故によって傷害を負うリスクがそもそも高いことが挙げられます。例えば、転倒および転落事故は、直接介護中（入浴、排泄および移動など）に限らず、利用者が一人で動こうとした結果生じる可能性があります。歩行中はもちろん座位を保てず転倒するケースや、車椅子やベッドから転倒するケースなど日常生活のあらゆる場面において事故が想定されます。

利用者の日常の行動を抑制、制限すれば事故を減らすことができますが、利用者の自立支援を目指した介護保険法の趣旨に反するほか、利用者に不安や怒り、あきらめといった精神的な苦痛を与えることから、原則として禁止されています。このように、介護サービスにおいては、利用者の行動を抑制、制限することなく、かつ事故を防止する必要があります。そのため、施設側には、常に利用者の様子や周囲の状況を把握、確認しておくための注意力や観察力、さらには変化や異常が見受けられる場合は即座に対応できる体制を整備することが求められています。

3. 介護事故と損害賠償責任

介護サービスは、介護保険制度の導入に伴い、社会的な措置から契約に基づく利用制度へと移行し、当事者の権利と義務が明確になりました。高齢者介護施設は、契約に基づいたサービスの提供が求められ、付随して安全配慮義務を負うこととなります。安全配慮義務とは、介護サービスの対象となる利用者が自分の力で安全を確保できない場合、施設側が利用者の心身の状態を把握して安全確保に努め、事故の防止を図らなければならないとする義務をいいます。

安全配慮義務を果たしていたか否かの判断基準として、「結果の予見可能性」と「結果の回避可能性」の2点が挙げられます。つまり、相当の注意力や判断力をもってすればあらかじめ事故の発生を予測できたはずで、事故を回避するための手段や対策があったと考えられる場合に過失が認められ、債務不履行による賠償責任を負うこととなります。

図表3は、平成12～22年の転倒による介護事故に係わる裁判例のうち、施設側の安全配慮義務違反が認められた事例をまとめたものです。これらの事例では、安全配慮義務違反について非常に広く解釈されています。例えば、事案4は利用者が介護職員による介助を拒絶した結果起こった事故ですが、判旨では、次のように述べられています。

「要介護者に対して介護義務を負う者であっても、意思能力に問題のない要介護者が介護拒絶の意思表示をした場合、介護義務を免れる事態が考えられないではない。しかし、そのような介護拒絶の意思が示された場合であっても、介護の専門知識を有すべき介護義務者においては、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り、それでもなお要介護者が真摯な介護拒絶の態度を示したという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いうべきである。」

（横浜地裁 平成17年3月22日判決『判例時報』1895号91頁）

このように、介護サービス事業者は、高度な介護技術や専門的知見を求められており、安全配慮義務違反を問われた場合、事業者にとって厳しい基準で判断される傾向にあります。

図表3 転倒による介護事故に係わる裁判例（平成12～22年）

事案	裁判所、判決日	概要	判決
1	東京地裁 平成15年3月20日	病院のデイケアの利用者が、送迎バスを降りた直後に転倒、骨折し、その後肺炎を併発して死亡。	慰謝料等 686万円を認容
2	福島地裁白河支部 平成15年6月3日	老人保健施設において、職員が居室内の簡易式トイレを清掃しなかったため、入所者が処理・清掃するために施設内の汚物処理場に入ろうとした際、出入り口の仕切りに躓いて転倒、骨折。要介護度2→要介護度3となった。	慰謝料、付添費用等 537万円を認容
3	福岡地裁 平成15年8月27日	介護サービス施設において、利用者が昼寝から目覚めた際に、入り口付近の段差で転倒、骨折。	慰謝料470万円を認容 (素因を考慮して減額)
4	横浜地裁 平成17年3月22日	介護老人施設において、利用者が介護職員によるトイレ内への同行介護を拒絶したのち、トイレ内で転倒、骨折、後遺障害を負った。	慰謝料等 1,253万円余を認容 (過失割合7割)
5	大阪高裁(控訴審) 平成18年8月29日	特別養護老人ホームにおいて、利用者が他の利用者に車椅子を押されて転倒し、後遺症を負った。	慰謝料、付添費、治療費等 1,054万円を認容
6	大阪高裁(控訴審) 平成19年3月6日	グループホームにおいて、リビングで入浴待機中の利用者が、1人でトイレに行こうとして転倒・骨折。その2年後、多発性脳梗塞により死亡。	慰謝料等 652万円を認容
7	神戸地裁伊丹支部 平成21年12月17日	グループホームに痴呆対応型共同生活介護利用契約を締結して入居していた利用者が、居室内で2度にわたり転倒し、大腿骨及び座骨を骨折。要介護度1→要介護度3となった。	慰謝料等 376万円を認容

(出典)長沼建一郎『介護事故の法政策と保険施策』より当社作成

4. 事故防止のためのリスクマネジメント

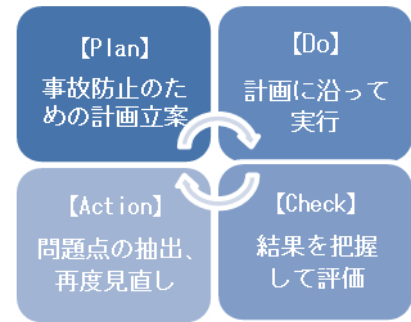
高齢者介護施設では、職員個人の能力（経験や勘など）に頼って業務を行っているケースや、職員の教育が追いついていないケースが目立ちます。しかし、介護事故に係わる課題や問題点は多岐にわたることから、管理者および職員個人の力で対応するには限界があります。そのため、経営者や施設長などの管理者のリーダーシップのもとで、事故を未然に防ぐための組織体制を構築し、職員への教育研修を実施したうえで、継続的な改善活動を実践する必要があるといえます。以下、具体的な対応策について考えてみます。

(1) PDCAサイクルに基づくリスクマネジメント

施設における介護事故を防止するためには、Plan（計画）—Do（実行）—Check（点検）—Action（見直し）というPDCAサイクルに基づく継続的な改善活動の取り組みが有効です（図表4参照）。

平成 21 年 3 月に東京都福祉保健局が公表した『社会福祉施設におけるリスクマネジメントガイドライン』によると、PDCA サイクルのプロセスは、①施設全体の事故防止体制の構築と、②個々の利用者に対する事故防止対策の検討の、2つのサイクルで並行して実施することが効果的とされています。それぞれの PDCA サイクルに共通する課題や改善策は、相互に反映させることで相乗効果が期待できます。

図表 4 PDCA サイクルのイメージ



① 施設全体の事故防止体制の構築

施設側の要因（設備の状況、職員の介護技術および業務手順等）によって発生した事故については、同様の事故が繰り返し起こる可能性があることから、施設全体で改善策や対応策を検討して再発防止を図る必要があります。また、すでに起こってしまった事故だけでなく、ヒヤリハット報告書、利用者および家族からの苦情、過去の事故事例等の情報からリスクの洗い出しを行うことが重要です。これらの事例に基づき、安全委員会等において計画（事故防止策および改善策の実施、職員研修の実施、マニュアルの見直し等）を決定して、職員全員に周知徹底します。次に、実施状況や結果の検証、見直しを行います。この結果についてもフィードバックを行うことが重要です。これらの PDCA サイクルを繰り返し実践することで、施設全体の事故防止体制を構築していきます。

② 個々の利用者に対する事故防止対策の検討

利用者側の要因（身体能力、認知能力、当日の体調等）によって思いがけず生じる事故については、全体的な改善策や対応策で防止することは困難です。そのため、アセスメント（事前評価）により利用者個々の心身の状態やリスク状況を把握したうえで、リスクへの対応策および事故防止策を盛り込んだケアプランを策定し、ケアプランに沿った適切な介助を実施する必要があります。さらに、モニタリングの結果やヒヤリハット報告書の内容を踏まえた再アセスメントを実施して、課題と改善策を検討しケアプランに適用することで、PDCA サイクルを回していきます。ここでの取り組みも安全委員会等が中心となって行いますが、その内容は職員全員が共有しておく必要があります。

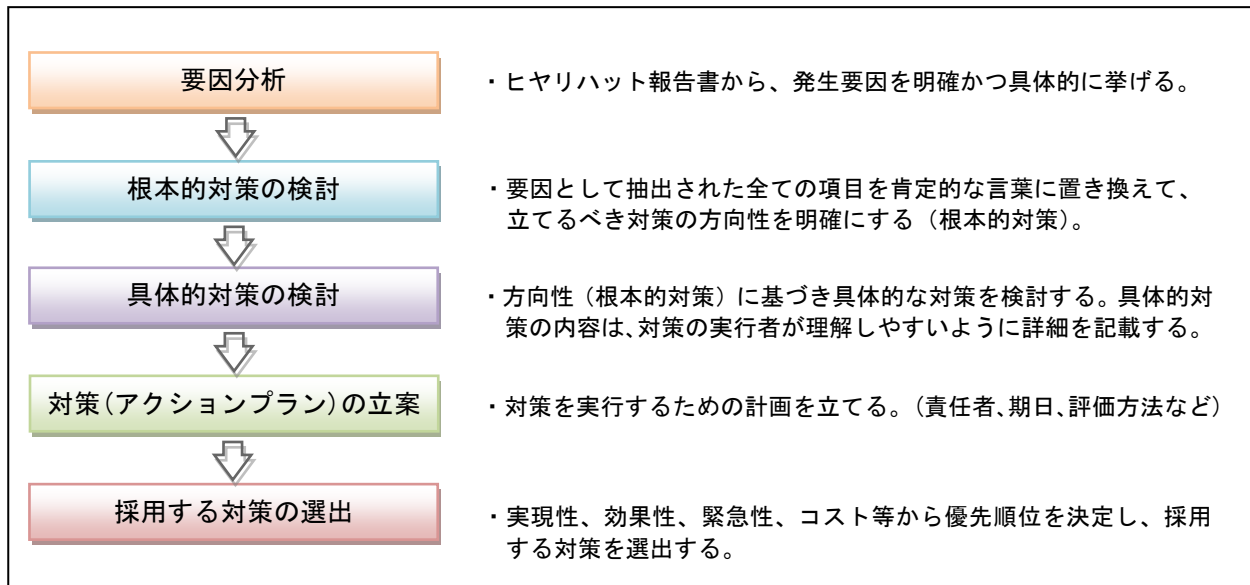
図表 5 PDCA サイクルによる事故防止のプロセス

段階	①施設全体の事故防止体制の構築	②利用者個々に対する事故防止対策の検討
Plan (計画)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事例（ヒヤリハット・事件事案）分析 ・ 計画（改善策・職員研修など）を立案 ・ 担当者・スケジュールの決定 	<ul style="list-style-type: none"> ・ アセスメントの実施、利用者の状態を把握 ・ 事故防止策を盛り込んだケアプランの策定
Do (実行)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 計画を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケアプランに沿ったケアを提供
Check (点検)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 計画の実施状況を確認 ・ 結果の評価、検証 	<ul style="list-style-type: none"> ・ モニタリングの実施
Action (見直し)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 評価に基づき改善、見直し ・ フィードバック 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 再アセスメントの実施 ・ 課題と対応策を検討

(2) ヒヤリハット活動の推進

ヒヤリハット活動は、施設におけるリスクを洗い出すための手法として、多くの高齢者介護施設で取り入れられています。1 件の重大事故の裏には、軽微な事故が 29 件、事故には至らなかったもののヒヤリ・ハットした事例が 300 件あるとされています（ハインリッヒの法則）。ヒヤリハット活動とは、こうしたヒヤリ・ハットした状況を記録し、収集した情報から要因を分析して事故防止策を立案するという活動です。具体的な対策立案の手順は、図表 6 の通りです。

図表 6 ヒヤリハット分析・対策立案の手法



(出典) 泉泰子『事故予防のための介護リスクマネジメント』に基づき当社作成

ヒヤリハット活動における問題点として、職員に報告書の提出を義務付けているものの、報告書を作成すること自体が目的となり形骸化してしまっているケースや、思ったようにヒヤリハット報告書が提出されないなど、円滑な運用ができていないケースが見受けられます。

ヒヤリハット報告書は、リスクを洗い出すための手法であり、PDCA サイクルの一環であることを管理者および職員全員が認識して取り組むことが重要です。そのためには、ヒヤリハット分析・対策立案に係わる委員会等の定期的な開催および全職員に対する検討結果のフィードバックを徹底し、情報を共有化する必要があります。あわせて、ヒヤリハット報告書に基づく注意喚起や書き直しを命じることを避けて、職員がすすんで報告書を提出できる環境を整える必要があります。

(3) 利用者家族とのコミュニケーション

高齢者介護施設を利用する場合、利用者の家族の多くは、介護の専門職に日常生活のサポートを任せているから安心という認識を持っています。ところが、施設側がどれほど事故防止のための対応策や改善策を講じたとしても、サービス管理下で発生する事故を完全に無くすことは困難です。具体例をあげると、施設の利用開始時は、環境の変化により自宅で生活している時よりも転倒リスクが高くなるといわれています。このように、利用者家族と施設側との間でリスクの認識にずれが生じたまま介護事故が発生すると、大きなトラブルに発展する可能性があります。介護保険制度の導入以降は、

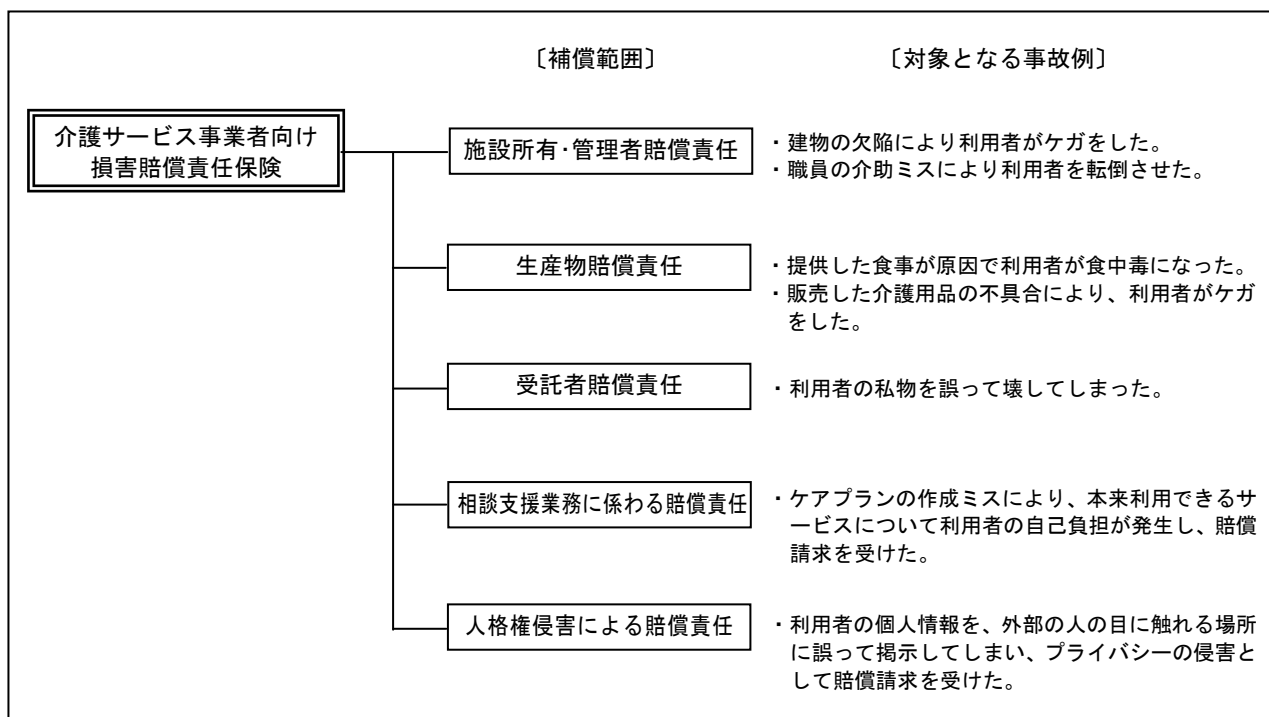
利用者家族の権利意識の高まりもあって、訴訟にまで至るケースが増加しています。事故発生後のトラブルを防止するために、入所後も継続的に利用者家族とのコミュニケーションを図り、利用者の心身の状態やリスクに係わる情報を共有しておく必要があります。その上で、高齢者は転倒、転落、誤嚥等のリスクが高いこと、施設ができる限りの注意義務を果たしたとしても事故が生じるリスクは潜在していることについて十分説明し、理解していただく必要があります。

(4) 損害賠償責任保険の活用

事故防止策を講じていたにもかかわらず、介護事故が発生してしまった場合の利用者への補償については、厚生労働省「指定介護老人福祉施設の人員、設備および運営に関する基準について（平成12年3月17日老企第43号）」において、『指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）は、賠償すべき事態となった場合には、速やかに賠償しなければならない。そのため、損害賠償責任保険に加入しておくか若しくは賠償資力を有することが望ましい』との記載があります。損害賠償責任が生じた場合に、利用者への補償を円滑に行うだけでなく、施設ならびに職員を守るためにも、損害賠償責任保険に加入しておくことが望ましいといえます。

なお、一般的な介護サービス事業者向けの損害賠償責任保険では、施設等の不備や介助ミスなど業務遂行上の不注意、提供した食事等に起因して発生した事故に係わる賠償責任に加えて、介護サービス事業特有のリスク（相談支援業務のミスに起因して発生した純経済損失、要件を満たさない身体拘束による人格権の侵害）など、施設運営に係わる賠償責任リスクを総合的に補償することができます（図表7 参照）。

図表7 介護サービス事業者向け損害賠償責任保険の主な補償範囲



5. おわりに

介護サービスにおいては、利用者の安心や安全を確保することが基本であり、事故防止のための取り組みは、介護施設の経営にあたって不可欠なものであるといえます。現在、多くの高齢者介護施設において、本レポートでも紹介したヒヤリハット活動を中心に、リスクマネジメントの取り組みが行われています。しかし、リスクマネジメントの体制を構築しても、適切に運営されていなければその機能は失われてしまいます。リスクマネジメントの取り組みを推進するためには、経営者や施設長などの管理者の強い決意が必要です。経営者の強いリーダーシップのもとでリスクマネジメント体制を構築し、全ての職員に「リスクマネジメント」意識の浸透を図り、継続的な取り組みを行うことで、着実に介護事故を削減していくことが重要であると考えます。

【参考文献】

- 泉泰子（2013年）『事故予防のための介護リスクマネジメント』一般財団法人リスクマネジメント協会
- 長沼建一郎（2011年）『介護事故の法施策と保険施策』法律文化社
- 福田隆（2009年）『介護サービスにおけるリスク対策（2）』SJRM リスクレビュー
- ㈱三菱総合研究所（2009年）『高齢者介護施設における介護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』（平成20年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金事業）
- ㈱三菱総合研究所（2013年）『特別養護老人ホームにおける介護事故予防ガイドライン』（平成24年度厚生労働省老人保健健康増進等事業）
- 高住経ネット <http://koujuu.net/>
- 介護マネジメント.com <http://www.kaigomanagement.com/>
- 厚生労働省「平成22年度国民生活基礎調査」
- 厚生労働省「平成24年度 介護保険事業状況（年報）のポイント」

【本レポートに関するお問合せ先】

銀泉リスクソリューションズ株式会社 保険リスクコンサルティング第二部 山本 和泉

541-0043 大阪市中央区高麗橋 4-6-14

Tel : 06-6205-6221 Fax : 06-6205-6236 <http://www.ginsen-risk.com/>

*本レポートは、企業のリスクマネジメントに役立てていただくことを目的としたものであり、事案そのものに対する批評その他を意図しているものではありません。