

## 📌 今月のポイント

## 防ぎようがない事故でも再発防止策検討は必要か？

－事故防止対策の検討方針－

## ■できもしない再発防止策

特養S苑では、運営基準で義務付けられているとおり、発生した事故についてリスクマネジメント委員会で再発防止策を検討し、全職員に周知しています。ある時、車椅子の認知症利用者が突然立ち上がり、一歩も踏み出さないまま前方に転倒し、前頭部を強打して重傷を負う事故が起きました。職員はすぐ近くにおいて駆け寄りましたが、間に合いませんでした。事故防止委員会で再発防止策を検討しましたが、「認知症の利用者には注意して見守る」といった対策しか出てきませんでした。

翌月、入所したばかりの認知症利用者の居室でセンサーコールが鳴り、職員が居室に駆けつけた直後にその利用者が転倒し、大腿骨を骨折してしまいました。事故防止委員会では、「不穏な利用者に対しては、センサーマットに頼るだけでなく、頻回な見回りも必要ではないか」と議論になりました。その際、ある主任が「認知症の利用者をじっと見守っていたら仕事にならない。こんな防ぎようのない事故に、実行不可能な再発防止策を検討するのは無意味だ」と異議を唱えました。リスクマネジメント委員会の委員長である施設長は、「それでも運営基準で定められていることだから」と返答するのでした。

## 介護事故は5つに区分して対策検討の方針を変える

## ■介護事故は防ぎようがない事故が7割

主任が異議を唱えた通り、防ぎようがない事故は、介護事故の7割を占めているといわれています。防ぎようがない事故に対して再発防止策を検討することは本当に必要なのでしょうか。また、防ぎようがない事故は、契約上の安全配慮義務違反とはみなされにくく、賠償責任が発生しない場合も多いのです。

では、再発防止策を検討しなければならない事故と、そうでない事故はどのように区分したら良いのでしょうか？ 介護事故はその性質によって図のように5つに区分し、対策検討の方向性を変えることで、事故に合った効率的な対策を講じることが可能です。

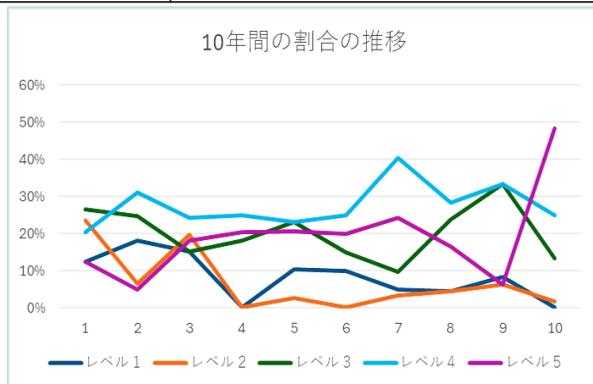
## ■対策検討の方針も重要

右図のように事故を分類し、それぞれに応じた対策を検討することで、より効果的な対応が可能になります。例えば、本事例のような「防ぎようがない事故」に対しては、再発防止策ではなく、事故発生時の損害を最小限に抑える「損害軽減策」の検討が重要です。さらに、防ぎようのない事故であることを踏まえ、ご家族に事故のリスクを理解していただくことも不可欠です。

|   | 事故の区分             | 対策検討の方針  |
|---|-------------------|--|
| 5 | どんな対策を講じても防げない事故  | ●事故が起きてもケガをさせない対策(損害軽減策)<br>●家族にリスクを受け入れてもらう取組   |
| 4 | 専門知識・技術がないと防げない事故 | ●多職種連携によって専門知識・技術を共有する<br>●資格取得や研修によって専門知識の習得を促す |
| 3 | 基本的な防止対策で防げる事故    | ●危険箇所点検などの危険発見活動を行う<br>●標準的な事故防止対策をマニュアル化する      |
| 2 | ミスが原因で起きる事故       | ●ミスの原因となるリスクを改善する<br>●ミスが起きても事故につながる仕組みを作る       |
| 1 | ルール違反で起きる事故       | ●やってはいけない危険な介助方法を文書化する<br>●ルール違反による事故の罰則を周知徹底する  |

## ■ある社会福祉法人の取り組み

介護事故は利用者の生活動作から起こる事故がほとんどであり介護職員の手で防げる事故は極めて限定的なものです。ある社会福祉法人では、「介護事故の5つの区分」に基づいた取り組みをコンサルティングを受けながら行い、防ぐべき事故とされる区分1～3の事故を重点的に削減しました。約10年間の取り組みの結果、ルール違反や人的ミスによる事故はほぼなくなり、事故防止活動に費やす職員の労力も半減しました。その結果、現場の介護職員は介護業務に集中できるようになり、ケアの質が向上、さらには職員の業務満足度も高まりました。生産性向上を目指すなら、事故防止活動の効率化も検討してみたいかがでしょうか。



## 📌 今月のポイント

## 事故報告書の原因と再発防止策欄を見て呆れた家族

- 介助中の事故は最優先で対策検討 -

## ■「注意深く介助する」という再発防止策

特別養護老人ホームに入所中のMさんは、早朝にふらつき転倒しそうになりました。介護主任は、担当職員であるHさんに対し、離床介助の際は注意するよう繰り返し指示していました。

しかしある日、Hさんの離床介助時、ベッドから車椅子への移乗介助中にMさんが大きくふらつき、バランスを崩しかけました。介護職員は、車椅子が近かったため、そのままの状態でものを介助を続けましたが、Mさんの尻が車椅子の肘掛けにぶつかり、転倒させてしまいました。幸い骨折は免れたものの、Mさんは顔を車椅子にぶつけ、アザができてしまいました。

事故報告書において、介護職員Hさんは原因欄に「早朝にふらつきが多い」、再発防止策欄に「注意深く介助する」と記載しました。管理者は家族に謝罪し、事故報告書の事故原因と再発防止策を示し「再発防止策を徹底しました」と説明しました。しかし、Mさんの息子さんは「こんな杜撰な対策で事故が防げるわけがないでしょう。徹底的に検証してください」と激怒しました。息子さんは、メーカーの品質管理責任者を務めていました。

## 介助中の事故は他の事故と区分し徹底的に分析する

## ■ 事故報告書の記載

なぜ事故報告書の事故原因欄や再発防止策の欄に、このような内容が書かれてしまったのでしょうか。それは、事故カンファレンスを行わず、事故を起こした職員が一人で報告書を書いているからです。事故を起こした本人は、自分の不注意が原因だったと感じているため、十分な分析を行わないまま、そのように記載してしまうのです。したがって、管理者はこのような事故報告書を、そのまま事故の説明に使用してはいけません。では、本事例の事故はどのように家族へ説明すべきだったのでしょうか。まず、事故を起こした本人だけでなく事故が発生した職場全体で事故カンファレンスを行う必要があります。そして、個別のリスクやそれに対する適切な介助方法について十分に検証したうえで、事故の内容を報告すべきでした。

## ■ 介助中の事故は時間をかけて分析する

さて、事故は起きたら事故カンファレンスを行い事故原因を分析し再発防止策を検討しなければなりません。事故の種類によって再発防止策の優先順位があります。例えば、転倒事故は3種類に分けて介助中の転倒を最優先に検証する必要があります。なぜなら、図のように介助中の転倒事故が最も防止義務が大きい過失になりやすい事故といわれているからです。

| 転倒事故の種類  | 過失の大きさ | 防止義務 |
|----------|--------|------|
| 介助中の転倒   | 大      | 100  |
| 見守り中の転倒  | 中      | 50   |
| 自立歩行中の転倒 | 小      | 1    |

## ■ 原因分析の方法

では、本事例の事故カンファレンスでは、どのような点を検証すべきでしょうか。

まず、Mさんはもともと早朝にふらつきが多い利用者でした。なぜ早朝にふらつくのでしょうか。その原因の半分以上は服薬によるものです。具体的には、向精神薬や血圧降下剤、血糖降下剤などが影響している可能性があります。もし服薬内容の変更が可能であれば、対策の一つとして検討する必要があります。

次に、介助の方法です。ふらつきが起きてバランスを崩した場合には、必ず最初からやり直さなければなりません。これは介助方法における鉄則であり、最低限守るべき基本的なルールです。

そして、もう一つの問題は車椅子です。なぜMさんのお尻が車椅子に引っかかってしまったのでしょうか。車椅子のアームレストを上げないまま介助を行った可能性もありますし、もともとアームレストが上がらない古いタイプの車椅子であった可能性も考えられます。

このように、事故の原因は「利用者側の要因」「介護職側の要因」「介助環境の要因」という三つの視点に分けて検討する必要があります。そして何よりも重要なのは、検討した安全な介助方法を、職員全員で実際に確認しながら実践していただくことです。