



特別養護老人ホームにおける転倒事故発生の構造

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2010-06-23 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 関川, 芳孝 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.24729/00003153

特別養護老人ホームにおける 転倒事故発生の構造

関 川 芳 孝

1 はじめに

介護保険法施行後、介護施設において始まったリスクマネジメントの取り組みによって、介護事故報告書およびヒヤリハット報告書が提出されるようになり、介護施設ごとに介護事故のパターンが把握できるようになっている。特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準においても、リスクマネジメント体制の確立が義務付けられたことから、今後はこうした事故情報にもとづき事故回避の取り組みがより実効あるものとなることが期待される。

介護施設においては、様々な事故が起きている。そのなかには、利用者が死亡するなど重大事故となってもおかしくない事故が存在する。こうした事故が、偶然に発生したものなのか、当該施設運営のなかで構造的に発生しているものなのかについて、見極めが大切である。

この調査研究では、このような観点から、ある特別養護老人ホームから協力いただき、約一年間分の介護事故報告書を入手し、これを分析することにより、介護事故の幾つかのパターンを明らかにできた。

事故報告書をみると、事故に関わった職員は、自らのケアが適切であったかの検証を行っており、主としてヒューマンエラーがなかったかという視点から事故原因を考察する傾向にある。したがって、事故報告書を分析することにより、介護職員が考えるヒューマンエラーとは何かを探ることが可能となる。さらには、介護職員によるヒューマンエラーが何故繰り返されるのかを考察することにより、事故防止のヒントが得られるものと考えられる。

以下では、これをもとに、事故パターンごとに介護事故を分析することにより、介護事故が起こる構造や職員のヒューマンエラーがどのようにして起きているかを考察し、事故防止の課題について考えてみたい。

2 特別養護老人ホームにおける介護事故の概要

(1) 施設の概要

まず、調査協力いただいた特別養護老人ホームの概要について述べておこう。定員五十名の従来型の特別養護老人ホームである。利用者の要介護度は、介護サービス情報公表システムによると、次の通りである。利用者の重度化と高齢化が進んでいることが特徴としてあげられる。

区 分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合 計
～ 65 歳	0	0	0	0	0	0
65 ～ 75	0	0	0	0	1	1
75 ～ 85	0	0	7	4	7	18
85 歳 ～	1	2	6	11	11	31
平均年齢						87.5 歳

(2) リスクマネジメントの取り組みと事故報告書の特徴

リスクマネジメントの取り組みは、平成13年から始めている。事故報告書およびヒヤリハット報告の分析を中心に、現場の責任者が中心となって委員会を組織し、事故回避の対策の検討に取り組んできた。

この特別養護老人ホームは、「特変なし」を含め施設において起きた事故を全て報告する方針をとっており、報告される事故も必ずしも医療機関における受診など損害の発生が確認できる事故に限られないのが特徴といえる。結果として、職員からは多数の事故報告書が提出されている。

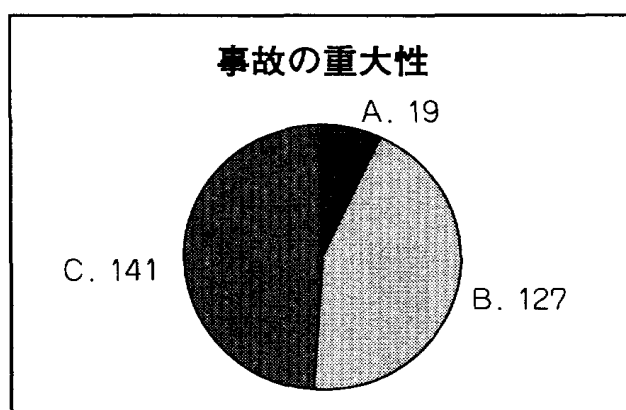
(3) 報告書からみた事故の状況

分析の対象とする事故報告書は、当該施設において提出された平成十七年度七月から平成十八年度九月までに提出された287件である。職員は、事故の重大性に応じて、重大な事故「A」、事故「B」、軽微な事故「C」に区分し（以下事故レベル「A」「B」「C」とする）、報告書を提出している¹。

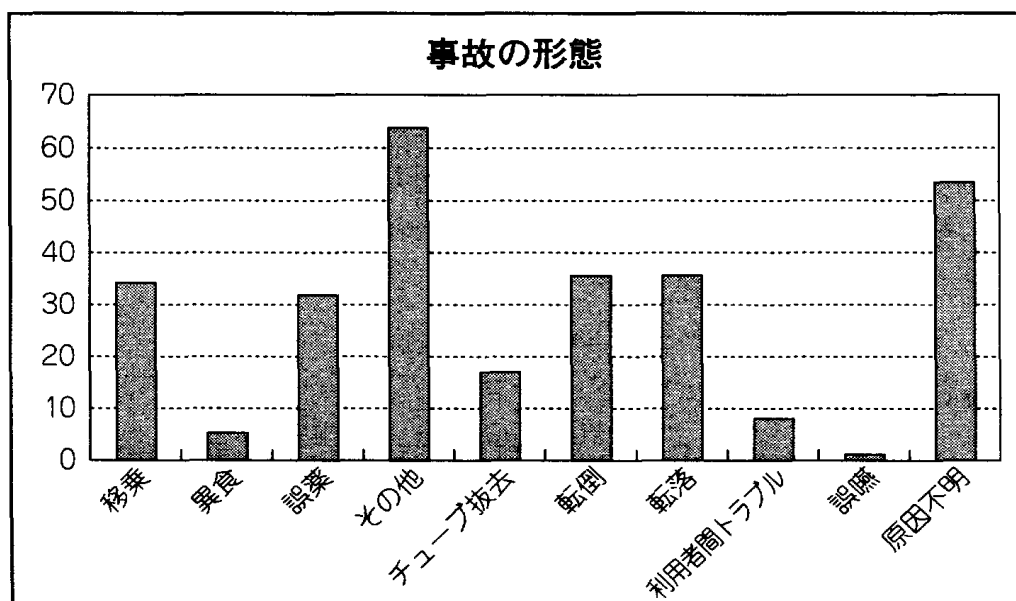
この報告書からみた事故の状況について述べる。この期間における事故レ

特別養護老人ホームにおける転倒事故発生の構造

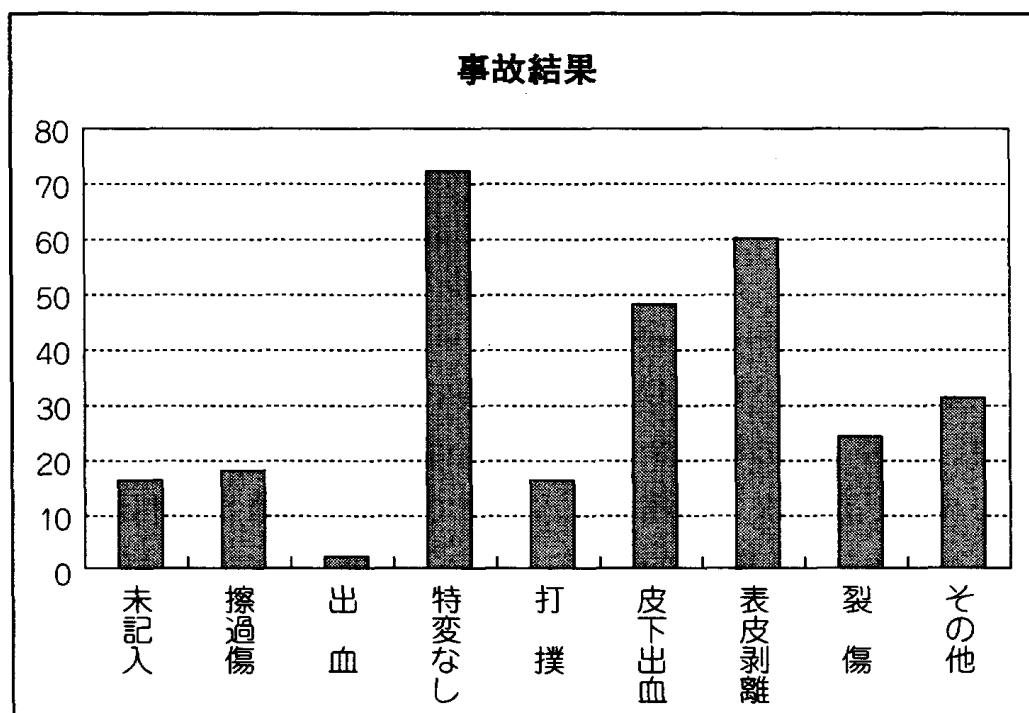
ベル「A」19件、事故レベル「B」は127件、事故レベル「C」は141件となっている。職員が重大な事故と判断した事故は、チューブ抜去11件、転落事故が4件、転倒事故3件となっている。



事故報告が比較的多い事故の形態についてみると、転倒事故が36件、転落事故が36件、車椅子への移乗中の事故が34件、誤薬が32件である。なお、重大な結果を発生しかねない誤嚥事故は1件であった。また、利用者が施設から離れ行方不明となる離設事故も存在しない。原因不明の事故が多いものの、その多くが、事故により利用者において皮下出血あるいは表皮剥離が確認されている。これらの怪我を発見し報告している職員は、車椅子への移乗中に怪我をしたのではないかとみていた。そのほかには、挟み込みや爪切りのミスなどが事故として報告されている。



事故結果についてみると、事故の結果と死亡や骨折を招いた事故は見当らない。主たるけがの内容は、表皮剥離60件、皮下出血48件、裂傷24件であった。「C」ランクの事故報告書が約半数を占めることもあって、事故があっても、特変なしが72件と最も多かった。



3 事故のパターンの検討、転倒・転落事故を中心に

この施設においては、どのような介護事故がパターン化されて発生しているのでしょうか。以下では、事故類型を整理し、特に発生頻度の高い事故の形態である転倒・転落事故の内容について述べる。その上で、典型的な事故発生の構造について考察する。

(1) 転倒事故

転倒事故の発生件数は、36件あった。原因不明およびその他の事故以外では、最も発生頻度が高い事故となっている。このうち、居室における転倒事故が19件と最も多い。転倒により死亡事故や長期入院が必要となる事故は起きて

特別養護老人ホームにおける転倒事故発生の構造

いないが、頭部打撲など打ち所が悪ければ重大事故になりかねない事故も存在する。

こうした事故の主たるパターンとしては、次の通りである。

①大きな音や声がしたため駆けつけてみると、利用者が倒れていたところを発見した。

【例1】 午前5時に隣室の利用者に対しトイレ介助中、近くの居室から「ドスン」という音がした。職員が駆けつけてみると、Aさんが居室出入り口付近にて、右側臥位で倒れているのを発見する。職員は事故の少し前にAさんのトイレ誘導をしていた。Aさんは、トイレを済ませた後、一人で手すりに掴まり歩いて居室に戻っていたが、この後居室入り口付近で足を滑らせ転倒したものである。日中も手すりに掴まり歩行することが多く、歩行不安定であると話していたところであった。看護師が痛みおよび外傷の確認をしたが、特変なし。事故レベル「B」として報告。

②ナースコールが鳴り、訪室してみると、利用者が転倒していたのを発見した。

【例2】 職員が午前2時に利用者のオムツ交換に当たっていたところ、Bさんの居室からナースコールがあり居室を訪れると、Bさんが床に膝と頭をついて倒れているのを発見した。Bさんによれば、トイレのため、ベッドから降りようとしたところ、十分覚醒しておらず、足に力が入らず、転倒したとのことであった。両膝および左前頭部に皮下出血、外傷が確認された。事故レベル「B」として報告される。

③食堂にて、利用者が一人で椅子に座ろうとし、足を滑らせ、転倒した。

【例3】 朝食時食堂において、Cさんが、椅子に座ろうとしたところ、足を滑らせて頭から転倒した。近くにいた職員が駆け寄ったが間に合わず、Cさんは窓枠に左側頭部を打撲した。居室に排尿跡があることから、Cさんは、失禁したまま食堂に来られたものと考えられ、濡れた床に足を滑らせた。頭部の皮下出血腫瘍なし。事故レベル「B」として報告される。

④職員が、側に付き添っていながら、あるいは近くにいながら、利用者が転倒した。

【例4】 午前6時ごろ、Dさんより、トイレに行きたいとの訴えがあり、職員がポータブル・トイレに誘導しようとする、「炊事場に行かなければ・・・」と言い歩き出した。職員は、Dさんを車椅子に移乗させ一緒に付き添いながら、他利用者のオムツ交換業務に取り掛かる。付き添っていた職員がオムツ交換のためDさんに背を向け作業し始めたところ、Dさんは車椅子から立ち上がり転倒した。左手親指の爪に出血が確認された。事故レベル「B」として報告される。

⑤利用者を車椅子より入浴ストレッチャーに移乗させようとし、利用者がバランスを崩し、職員と一緒に転倒した

【例5】 施設浴室において、車椅子から入浴ストレッチャーに移乗してもらった時に、Eさんがバランスを崩し、介護の職員と一緒に転倒した。Eさんの補装具を外した上で、立位をとってもらおうとしたが、Eさんがバランスを崩すと思い「待って」と声をかけた。しかし、Eさんの動きを静止できなかったため、そのままストレッチャーに移乗させようとしたところ、バランス崩して転倒した。看護師が確認したところ、痛みも外傷もないとのことであった。事故レベル「A」として報告される。

①および②の事例にみられるパターンの事故は、比較的多く存在している。これらの事故は、職員配置が手薄な時間帯である夜間に頻発している。しかも、利用者が夜間一人でトイレに行こうとして、転倒している例が多い。

こうした転倒事故は、利用者の要因に影響されるところが大きいように思われる。たとえば、歩行が不安定でありながら、認知症などから転倒事故に対する危険認知ができないことが要因としてあげられる。そのため、精神的に不安定な状況にある特定の利用者について、転倒事故が同じ月に繰り返し発生する場合がみられる。こうした場合についていえば、ハイリスク・パーソンに絞って対応の検討が可能といえる事例でもある。

これに対して、③は、職員が失禁の事実が気がついておらず、食堂椅子ま

での付き添いを怠ったことが原因と考えられている。また、④および⑤は、職員が利用者に直接関わっている場面において、利用者の転倒事故が起きている。いずれも、職員のヒューマンエラーが原因としてあげられる事例といえる。事故リスクに対する認識の認識が十分でなく、業務の優先順位についての判断ミスをしたことなどが原因といえるよう。なかでも、⑤は、発生件数が少ないものの、利用者とのコミュニケーションが取れておらず、利用者のペースに合わせた介護ができていないなど、職員の介護に対する心構えと介護技術に関わる問題がうかがえる事例でもある。

(2) 転落事故

転倒事故とともに、転落事故の発生件数も同じく36件と発生度は高い事故のひとつである。事故が発見された場所も、居室が20件と最も多い。このほかでは、廊下あるいは談話室・ロビーにおいて、腰かけていた椅子から滑り落ちる事故が多い。転倒事故と比較すると、「特変なし」の報告が多い。打撲や皮下出血も少なくなっている。逆に、擦過傷が幾つか確認できる。

事故のパターンとしては、転倒事故と類似している²

①大声や大きな音がしたので駆けつけてみると、利用者がベッドや車椅子から転落・滑落し倒れていた。

【例6】 昼食後、午後1時30分ごろ、寮母室より出ようとしたところ、ガシャン・ドスンと大きな音がしたため廊下に出てみると、食堂付近の廊下にて、Aさんが床にあお向けになって倒れていた。物をとろうとしてバランスを崩し、車椅子から転落した。転落により頭部を打撲した。事故レベル「B」として報告される。

【例7】 午後11時ごろ、Bさんの居室から物音がしたので訪室してみると、Bさんがベッドの横に倒れているのを発見した。Bさんによれば、トイレに行こうと思いベッドから滑り落ちたとのことであった。頭部の額を打撲し、少し赤く腫れていた。事故レベル「B」として報告される。

②居室を訪れたところ、あるいは、居室の前を通りかかったところ、利用者が居室においてベッドから転落し倒れていた。

【例8】 職員が午後11時すぎにオムツ交換のためCさんの居室を訪れると、Cさんがベッドから左側臥位の状態にて転落しているのを発見した。事故当時Cさんのオムツには少量の便が確認され、掻き傷が多数確認されていた。便が不快であったか、かゆみがひどく、ベッドから滑り落ちたともものと推測される。左前腕部に皮下出血を確認。事故レベル「B」として報告されている。

③職員が、付き添っていながら、あるいは近くにいながら、利用者が椅子あるいは車椅子などから転落した。

【例9】 午後4時30分ごろ、職員がDさんをトイレに誘導した後、Dさんが椅子に座ろうとしたところ、腰掛が浅く椅子からずり落ち床に臀部を打つ。付き添っていた職員は、Dさんが最後まで深く座ることを見守らず、目を離れた。他の人の介護に行こうとした矢先の事故である。痛みやけがは確認されず、特変なしの事例であるが、事故レベル「A」として報告されている。

【例10】 昼食をとった後Eさんが、一人廊下において車椅子に座っていたところ、バランスを崩し車椅子から滑り落ち転倒しているのを、廊下を通りかかった職員により発見された。Eさんが転倒・転落のリスクが大きい利用者でありながら、その直前に側を通りかかった別の職員は、動かないだろうと判断し、マンツーマン対応すべきところ見守りを怠った。左頭部に擦過症を確認、左手表皮剥離、左腕皮下出血を確認。事故レベル「A」として報告されている。

①および②については、比較的件数も多く見られ発生頻度の高い事故パターンといえる。このなかでも、夜間においては、ベッドからの転落がほとんどである。トイレに行こうとし、ベッドから転落した事例などは、転倒事故と共通する構造といえる。これに対して、日中の事故は、車椅子および椅子からの滑落が多い。見守りが必要とされる利用者であるにもかかわらず、職員が別の業務に当たっていたため、事故が起きたという事例も存在した。

③のように、職員が利用者につき添っていながら、十分な見守りができていない事例については、職員の側に事故の理由を認めざるをえない。特変なしの事故についても、事故レベル「A」の取り扱いがされているのも、介護の慣行からみて、ルール違反あるいは職員の重大な不注意という評価が現場の職員全体のなかにあるのであろう。

また、①～③いずれについても、利用者側にも少なからず要因が認められる場合が少なくない。ここでも、認知症などのため多動・不穏など、精神状態の不安定が認められる特定の利用者が、繰り返し転落事故にあっていく。危険認知が乏しいことが、転落事故につながっているのであろう。しかし、職員についても、こうした特定グループに対しても、その行動に対し危険であるという認知が伴っていない事例が幾つか目に付いた。

4 転倒・転落事故におけるヒューマンエラー

(1) 予見できる事故と職員の注意義務

転倒・転落事故をみると、職員側の事故要因、不注意などのヒューマンエラーの類型や構造も共通したものとなっている。いうまでもなく、事故には、予見できるものと、予見できないものが存在する。少なくとも、事故が繰り返されている特定の利用者、ハイリスク・グループに対しては、事故の予見可能性をみとめやすい。そうだとすれば、少なくともこうした特定グループについては、個々の職員のレベルにおいても、介護職としての専門性に鑑みれば、事故発生の場面を予想しつつ、事故を起こさないように細心の注意をもって介護に当たるべき義務をもつと考える。報告された事故のなかには、残念ながら職員がこのような注意義務を果たしていたとはいえない事例も存在する。幸い、死亡事故や長期入院を必要とする事故が起きていないが、こうした事故については、「軽微な事故」とみずに、原因究明と再発防止策の検討・実施が大切といえる。

(2) 事故発生における利用者の要因

事故報告書から明らかになった各事故パターンをみると、事故が起こる要

因としては、利用者側の行動が事故原因となっている事例が多い。事故報告書を調べると、特定の利用者に、転倒・転落事故が多いことが確認できる。

こうしたハイリスクの利用者の特性をあげるならば、視力の低下や下肢筋力の低下にもかかわらず、独りで歩行するためバランスを崩しやすいこと。しかも、こうした身体状況であるにもかかわらず、認知症などのために、独りでベッドから降りること、トイレに行くこと、歩くことに対して、危険であるという認知をもてないことが事故につながっている。また、こうした特定のハイリスク・グループの利用者に限らず、その他の事故事例において、利用者が自らの行動に対する危険の認識や事故予測が十分でないことが、事故の一因となっているパターンが確認できた。

リスクマネジメントにおいては、こうした利用者の行動にみられる事故の要因を把握し、事故の危険を認知することが、事故回避のポイントとなる。さらには、施設が提供する介護には、認知症の利用者に懸念される生活上の事故を回避するため見守りや付き添いが含まれる。このように考えると、当該利用者について懸念される事故を回避することは、契約上施設が提供すべき介護サービスの内容の一部であるともいえよう。

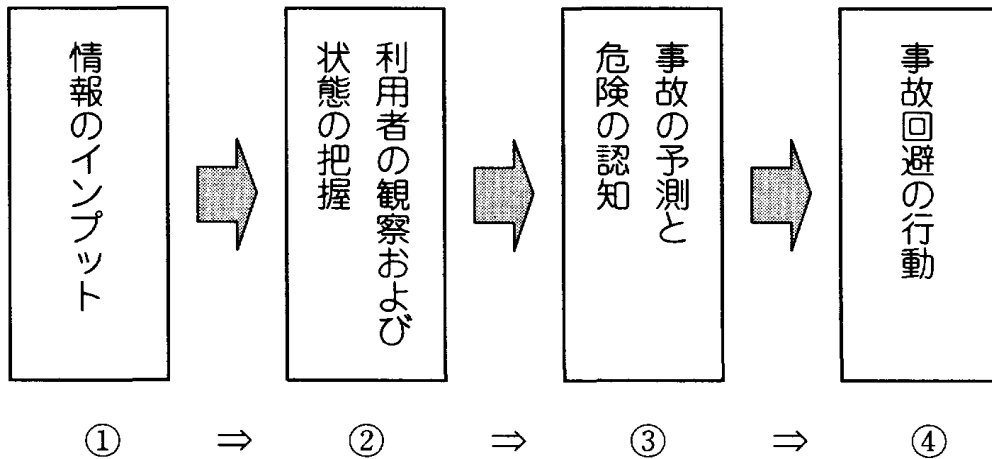
したがって、サービスの提供に当たる職員には、利用者の心理や行動を十分に踏まえて、事故の回避のための細心の注意をもって介護に当たることが求められる。さらには、法人が契約上の責任を果たすためには、事故が起こるヒューマン・ファクターについて着目し、介護に当たる職員の心理や行動にどこにミスがあったのかについて考察し、組織的に必要な対策を講じることが大切といえる。

(3) 事故発生 of 構造とヒューマンエラー

事故発生のプロセスと職員のヒューマンエラーに着目して事故パターンを検証すると、事故の構造が浮かび上がる。事故が回避されるためには、①職員に利用者の状態や行動についての情報がインプットされ②こうした情報にもとづきながら、利用者の心理や行動を観察し利用者の状態を把握する③事故の発生を予測し、危険と認知する④事故回避の行動をとる、という構造がみえてくる。こうしたプロセスに当てはめて事故を分析すると、③の段階に

特別養護老人ホームにおける転倒事故発生の構造

において、事故の発生を具体的に予測できず、危険を認知できなかったため、④事故回避の行動がとれなかったというパターンが多いことが明らかになった。



なかでも、職員が利用者の介護に関わっており事故が起きたケースや利用者の近くにいたにもかかわらず事故を防げなかったケースを検証すると、そのことが明らかになる。③の段階において、職員が、事故の予測を予測しないあるいは予測を誤ったため、危険と認知しなかったことが確認できる。こうなると、④の段階において、適切な事故回避の行動はとられない。その結果として、事故が発生することになる。

また、③のヒューマンエラーは、職員が利用者に身近にいても、②の場面において、利用者の観察が不十分であったり、誤っていたり、思い込みなどから、危険の認知ができなかったことにある。これらが、事故原因であり、事故回避の措置をとらなかったのは、その結果としてみるべきであろう。たとえば、事故を予見できなかった理由として次のような説明がなされている。

- ・失禁したままの状態で食堂に来たことに気がつかない⇒足がすべるとは思わなかった
- ・歩行が安定しているようにみえた⇒転倒するとは思わなかった
- ・ソファで眠っているようにみえた⇒立ち上がり、歩行するとは思わなかった
- ・並行して他の業務に当たっていたので、利用者に注意が向けられていなかった⇒立ち上がると、思わなかった

さらに背景原因をたどってみると、①にあるように、観察の基礎となる利用者についての情報がインプットされていなかったなどの問題も存在する。たとえば、申し送りがされなかった。利用者について状態の変化を確認していなかった。利用者の生活習慣の把握ができていなかった、などである。

また、漠然と情報を伝えていても、利用者の事故に関わる情報が、職員本人のなかで統合・整理されていないことが、利用者のリスクを重視せず、他の業務を優先させてしまうなどの判断ミスに繋がっている。したがって、事故が起きた後に、冷静に利用者の身体状態、心理や行動などの情報や利用者を取りまく環境情報を統合・整理させた上で、事故が起きた状況を振り返れば、事故に関わった職員も「事故は予測できた」と認めるところとなる。

また、逆に、③から④というプロセスについてみると、利用者の危険に対する認知が十分でないというエラーが、適切な事故回避の行動がとられないという結果を引き起こしているが、間接的な原因として、こうした結果を誘発する幾つか複合したヒューマンエラーが確認できる。

- ・ 介護の準備・段取りが十分でなかった
- ・ 安全を意識した介護技術の習得が不十分
- ・ 業務に必要な事項を事前に把握して業務に当たっていない
- ・ 環境整備に不備があったにもかかわらず見過ごしていた

こうした要因が競合し、事故が起きる場合が多い。

(4) 夜間居室における転倒・転落事故の原因について

夜間居室における転倒・転落事故の事故発生の構造は、職員が関わっているながら事故が回避できなかったという事例とは、事故発生の構造が異なることから、区別されるべきであろう。

すなわち、パターン①のように、大声や大きな音がしたので駆けつければ、利用者がベッドや車椅子から転落・滑落し倒れていた。こうした事故は、事故が起きた場面に職員が関わっておらず、後から利用者の転倒・転落事故を発見している。したがって、職員のヒューマンエラーとみるよりは、夜間

特別養護老人ホームにおける転倒事故発生の構造

に勤務する職員の配置が手薄であるなど、介護体制に原因があるようにもみえる。しかし、介護事故は、様々な原因が複合して起こる。介護体制が要因の一つであることは間違いないが、職員のヒューマンエラーも介在している場面もみうけられた。

もちろん、職員配置を増やさない限り、職員が事故回避の行動を徹底することは難しいとの意見を否定するつもりはない。しかし、現在の人数でも、事故回避のため取ることのできる措置は存在する。たとえばこうした転倒・転落事故の発生を予測できる特定の利用者については、以下のような対応を事前に考えることはできる。

- ①訪問回数を増やし、利用者が起きていたならば、早めにトイレの声かけを行う
- ②自らトイレに行こうとし、ベッドを降りようとする利用者の居室については、ポータブル・トイレは置かない
- ③徘徊センサーや起き上がりセンサーを設置する
- ④夜勤者が利用者の様子を確認できる居室に変更する
- ⑤ベッド上に滑り止めを設置し、床マットを使用する
- ⑥巡回時に、ベッド上の身体の位置を壁側に補正する
- ⑦低床ベッドを利用する
- ⑧ナースコールを押してもらうように繰り返しお願いする

もちろん、こうした対応がとられても、事故のリスクをゼロにはできない。しかし、事故発生の可能性は小さくなる。したがって、事故の予測にもとづいて、こうした対応が本来とられるべきであるにもかかわらず、申し送りの不徹底から事前に事故回避の対応がとられていなかった、あるいは、事故が起こるまで対策の検討を怠っていたのであれば、現場の職員にヒューマンエラーがあったといえそうである。

(5) 発生した事故とヒューマンエラーに対する職員の意識

さて、事故レベルAの報告を分析すると、①職員自ら事故の場面において

利用者と直接的に関わっており、②介助の方法が適切でなかった場合について、③頭部を打ってけがをしたなど事故発生の重大性を考慮し、事故における職員の重大なヒューマンエラーを問題にしていることが明らかになった（事例5、事例9、事例10）。

これに対し、比較的多数発生している夜間における転倒・転落事故については、①事故が職員のいないところで起きていること②報告者本人による直接的な介助の方法、観察などに重大なミスがなかったこと③医療機関の受診が必要となる事例ではないこともあって（多くの事例が、事故後、利用者の状態には特別な変化が確認されていない）、事故レベルBあるいは事故レベルCとして報告されている。

また事故レベルCの報告書を検証すると、「事故」という意識、「事故」に関わった「当事者」であるという意識が薄くなる傾向にある。利用者の声が出て居室に駆けつけてみると、利用者が床に倒れていたのを発見した職員の意識からすると、自らのヒューマンエラーで起こしたものではないし、利用者の異常も確認されない。とりあえず倒れているのを発見したから報告しておこうと考えることも、わからないわけではない。

しかし、事故レベルCについても、ヒューマンエラーの起こる頻度・確率が大きくなると、骨折事故や死亡事故などの重大事故が発生する可能性も増えることに注意がいる。また、事故レベルCであっても、事故発生のプロセスにおいて、職員は明確に意識していないものの、ヒューマンエラーとみなすべき事故要因が認められる。重大事故防止のためには、比較的軽微な事故についても、エラーメッセージを見逃さず、定期的に原因と対策について検討することが必要である。

5 まとめにかえて ヒューマンエラーを重層的に検証する

(1) ヒューマンエラー検証の意義

職員のヒューマンエラーに対し、職員を叱責したり、漠然と注意喚起を求めたりしても、事故防止の効果はあがらない。むしろ、ヒューマンエラーがなぜ繰り返されるのか、その背景原因を考え、ヒューマンエラーが起きても

事故につながらないシステムを検討する必要があるだろう。

介護事故の大部分が、職員による利用者への介護の過程のなかで起きている。事故が起きた過程を検証すれば、事故との因果関係のあるなしに関わらず、幾つかの点でヒューマンエラーが発見できる。裁判に訴えられる可能性が小さくとも、こうした問題を一つずつ解決していくことが、介護の質を向上させることにつながる。必ずしも賠償責任が肯定されるべき重大な事故が発生していないとしても、介護の品質を保証する、さらには介護の質を向上させるという立場から、ヒューマンエラーの検証が大切と考える。

(2) 職員個々人におけるヒューマンエラーが引き起こされる要因

介護職員の側において確認できるヒューマンエラーがなぜ起きるのかと考えると、幾つかの要因があげられよう。第一に、介護に当たる職員の心理に関わる問題がある。職員の気持ちが目の前にいる利用者に対し意識が向いていないと「ついうっかり」といったミスが起こる。また、危ない場面であるにもかかわらず、「事故はおきないだろう」と油断していると考えられる場合も見受けられる。なかでも、軽微な事故におけるヒューマンエラーについては、重大な事故を招く確率は低いという意識が職員の心のどこかにあると、事故回避の行動にむすびつかない。

第二に、介護技術の問題がある。転倒・転落事故のなかには、介護技術に問題があると思われる事例が見受けられる。こうした技術が当該職員にそもそも身につけていなかった、あるいは日ごろから介護の基本に反した方法で介護していたのではないかと考えられる。また、実際に介護技術の向上が必要と思われる事例が幾つかみられた。

第三に、職員のとった行動に問題がある。たとえば、危ない場面に居合わせながら、リスク回避以外の行動をとってしまった事例などである。こうした場合には、職員の側に危険という認識が十分でなかった事例もある。しかし、類似の事故が繰り返されていることから、漠然と危険と認識されていたにもかかわらず、他の業務を優先させたのではないかと推察される事例も存在する。前者と後者では、事故発生あり方が決定的に違っている。少なくとも、後者

は危ないという認識を持ちながら、必要な対応をしないている。職員のような行動をどのように考えたらよいのだろうか。

事故報告書からは必ずしも実証できないが、事故に関わった職員は、危険であると認識しながら、他方で経験的に重大事故の発生確率が小さいことを知っているのではないだろうか。その上で、事故回避の措置をとり続けていたら他の業務が回っていかないと考え、安全よりは業務の効率性を重視し、なかば意図的にリスクのあることを承知し、ルーティン化された業務を優先する行動をとったとも考えられる。職員としては、事故回避優先のルールを守らなくともたいした事故は起きないし、施設長などから注意を受けたりしないと考えれば、「黙認されている現場の慣行」にもとづいて行動するものと思われる。

(3) 現場職員のチームワークのなかで解決されるべきヒューマンエラー

職員のヒューマンエラーをゼロにすることは難しいが、現場職員のチームワークにより、ヒューマンエラーを減らす、あるいはヒューマンエラーがあっても重大事故が起こりにくい介護体制を構築することは可能である。事故報告書においても、①利用者における安全確保の課題が検討されていなかった②職員の対応が統一されていなかった③ベッド周辺的环境整備の取り組みが十分でなかった④容態の変化について引継ぎ、確認が徹底されていなかったなど、ヒューマンエラーを誘発する背景要因が報告されている。職員はヒューマンエラーを犯しやすいとの認識に立って、日ごろから互いに注意しあうことが大切である。リスクマネージャーからの指示がなくとも、こうした背景要因がヒューマンエラーによる事故を招いていることを認識し、現場職員のチームワークにより、通常業務のなかでより安全な介護のあり方を確認、徹底する必要がある。介護業務のなかで繰り返されている事故原因についてみると、現場のチームワークによって解決できるヒューマンエラーは数多い。

職員がチームとして協働し、職員は様々な理由からミスを犯しやすいとの認識にたち、事故回避のために、何が問題であり、現場のレベルでは何を見直すことができるのかを検討することによりヒューマンエラーが起こりにくい職場をつくることができよう。

(4) リスクマネジメント委員会による対応

また、報告書の検証から、職員のヒューマンエラーが、既存の業務体制や人材育成のあり方に起因していると考えられる事故が幾つかあった。事故回避のために留意すべき事柄などが曖昧にされており、個々の事例においてどのように対応するかが明確な方針として示されていないのではないだろうか。事故の回避が、職員個人の経験や自覚に委ねられているのであれば、ヒューマンエラーが問題とされるべき場合であっても、システムにおいても検討すべき課題があると考えられる必要がある。たとえば、事故回避のための介護業務の標準化、マニュアル作成、ルールの明確化、これにもとづく研修の実施、介護方法の見直しなどは、現場が対応すべき範囲を超えている。リスクマネジメント委員会の責任として対応するべきであろう。

また、ヒューマンエラーが繰り返されるのは、組織としての事故回避の取り組みやメッセージが弱いところに原因がある。たとえば、「リスクマネジメントの趣旨は分かるがそのような事故回避の徹底は実行できない」という暗黙の認識が職員のなかで一般化している状況において、リスクマネジメント委員会が重大事故の後始末に終始していると、軽微な事故に対する職員意識のズレは埋まらない。こうした状況においてリスクマネジメント委員会が事故回避のマニュアルを作成し、事故回避マニュアルについての研修を行っても、ヒューマンエラー減少の効果をもちえないものと思われる。

(5) ヒューマンエラーと経営責任

最後に、ヒューマンエラーの軽減には、施設経営者のリスクマネジメント活動に対するコミットメントが重要である。施設経営者自ら、リスクマネジメント理念を徹底させ、リスクマネジメント体制の確立に関心をもち、事故回避の行動をとらない職員に対し厳格に対応し、また事故回避の取り組みに経費を投入するなど、施設経営者のヒューマン・ファクターが、施設における事故回避の取り組みに大きな影響を及ぼす。施設経営者の意識のなかに、損害の発生を伴わない軽微な事故については、事故回避の取り組みよりは業務を優先させてもやむをえないといった効率重視の発想があると、ヒューマンエラーは減少しないであろう。

本稿は、科学研究費補助金、基盤研究費(C)を受けた研究成果の一部である。なお、事故データベースの構築においては、研究協力いただいた本学大学院研究科博士前期課程在籍中の水上つづるさんにお世話になった。この場を借りてお礼を申し上げたい。また、データ入力に協力いただいた学部学生の皆さんにも感謝したい。最後に、事故報告書の分析について、協力いただいた特別養護老人ホームのリスクマネージャーから貴重な示唆をいただいた。あらためて、お礼申し上げたい。

注

- 1 これらの区分は、現場の職員の判断に委ねている。医療機関における治療を必要とする事故に限らず、当該職員の判断あるいは現場の慣行により重大なミスと判断したならば、レベル「A」の事故として報告されていた。
- 2 たとえば、居室における転倒事故と転落事故は、共通したパターンとなるのは理解できる。しかし、報告された事故には、転倒事故との区別が明確でない事例も散見された。