

介護事故実態に関する調査研究と介護事故の捉え方

茶 谷 利つ子

新潟青陵大学福祉心理学科

The research on the adverse events and its preventions in care service and the study on the dignition of them

Ritsuko CHATANI

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY
DEPARTMENT OF SOCIAL WELFARE AND PSYCHOLOGY

Abstract

The attention to the adverse events in care service , which were paid not enough , has been growing. Because the news of the adverse events and its preventions in hospitals has been increasing these several years , and the public care service insurance law was in force in the April of 2001.

The studies of the adverse events and its preventions in hospital , which are ahead of those in care service , have been said to fail establishing the theory ; what the scope of the adverse events should be , what kind of information should be collected and what items should be recorded , discussed and made public. It must be efficient for the studies in care service to use those in hospital.

This paper studies the researches on the adverse events and its preventions which were made public after and before the enforcement of the public care service insurance law. Its purposes are to classify the scopes of the adverse events , to point out the diversion of them and to clear the necessity of the unified framework and terminology.

Key words

Research on adverse events in care service, the dignition of adverse events, incidents, classification of adverse events

和文要旨

ここ数年の医療機関において頻発する医療事故やその予防策への取り組みに関する報道、平成12年4月からの介護保険制度の実施等により、これまであまり注目されなかった福祉現場における介護事故への関心が持たれるようになった。

介護事故よりも研究・対策ともに先行している医療事故についても何を医療事故とし、その予防対策のためにどんな情報を収集し、何を記録・検討・公表するのか等については未だに統一された考え方がされていないことが問題として指摘されている。研究後発の介護事故にあっては先行する医療事故研究の成果を踏まえ、事故防止活動への取り組みを模索していくことが効率的であろう。

本稿では、介護保険法施行前後よりこれまでに発表された介護事故の実態や予防策に関する調査研究報告書を取り上げ、それらの研究が介護事故をどう捕らえているを整理し、介護事故に対する捉え方が様々である現状を指摘し、今後の介護事故研究の対象とする枠組・用語の統一の必要性についての考察した。

キーワード

介護事故実態調査 介護事故定義 ヒヤリ・ハット 介護事故類型

はじめに

厚生労働省は昨年（平成13年）9月、社会福祉法人・施設における事故の未然防止策や事故発生時の対応マニュアルの作成を進めるため「福祉サービスにおける危機管理に関する検討会」（座長＝橋本泰子・大正大学教授）を設置し、今年3月を目途に各施設等でマニュアルを作る際に盛り込むべき内容や作成時における留意点などを示した「作成指針」策定を目指している。

この背景には、平成12年4月の介護保険法の施行等にもなう福祉サービス提供の仕組みの措置制度から契約制度への変更、苦情処理の仕組みの導入、サービス利用者の普遍化・拡大化等に伴う福祉サービス利用者の権利意識の向上や、ここ数年の医療機関において頻発する医療事故やその予防策への取り組み・医療事故訴訟等に関する報道などにより、これまであまり注目されなかった福祉現場における介護事故へも関心が持たれるようになったこと等がある。

介護事故よりも研究、対策ともに先行している医療事故についても、何を医療事故とし、その予防対策のためにどんな情報を収集し、何を記録・検討・公表するのか等については未だに統一された考え方がされていないことが問題として指摘されており、さらに我が国よりも研究・対策の先進国であり、我が国の研究・予防対策に大きな影響を与えている米国においてさえも、「医療事故に対する定義が統一されていないために、数字だけが一人歩きしている。」という^(註1)

事故についての件数を把握したり、情報を収集するのは、防止策検討の観点し、再発を未然に防ぎ、利用者の信頼を得るためである事が何よりも重要であると思われるが、事故件数や情報が統一された基準に基づき把握され提供されたものでなければ、比較検討し予防策を検討する際にも、利用者がサービス提供選択の指標とする時にも大変不都合である。

本稿では、介護保険法施行前後よりこれまでに発表された介護事故の実態や予防策に関する調査研究報告書を取り上げ、それらの研

究が介護事故をどう捕らえているを整理し、介護事故に対する捉え方が様々である現状を指摘し、今後の介護事故研究の対象とする枠組・用語の統一の必要性についての考察する。

1 介護事故に関係する調査報告書の概要

福祉サービスに関する事故や介護事故に関する網羅的な行政統計や調査報告書はなく、民間組織において実施された次の調査報告書を取り上げ、各報告書について、報告書名、発行年月日、発行所、収録調査、実施主体、調査研究スタッフ、調査目的、調査種類、調査方法、調査実施時期、調査対象、介護事故等の捉え方・定義、介護事故件数、調査事項、分析事項、事故類型等その概要につき表1～表14に整理した。

- ① 「介護事故の実態と未然防止に関する調査研究報告」（国民生活センター）2000年3月
- ② 「介護事故—その予防と解決方法を探る—」（民間病院問題研究所）2000年3月9日
- ③ 「ひやり・ハット—介護福祉士の専門性向上のために—」（奈良県介護福祉士会）2000年3月
- ④ 「福祉サービス事故事例集—福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する調査・研究事業報告書」（全国社会福祉協議会）2001年3月1日
- ⑤ 「在宅ケアにおける医療事故の把握と訪問看護婦の注意義務についての分析」（石井トク：岩手県立大学教授）ら研究グループ）2001年3月
- ⑥ 「ホームヘルパー消滅の危機」（民間病院問題研究所）2001年5月

2 介護事故に関係する調査報告書に見る「介護事故」の捉え方

これらの調査報告書から介護事故がどのように捉えられているかをまとめたものが図1である。表頭「事故分類」は、前掲中島和江「ヘルスケアリスクマネジメント」中の「医

表1：調査報告書1

報告書名	介護事故の実態と未然防止に関する調査研究
発行年月日	2000年3月
発行	国民生活センター（研修生活研究部）
収録調査	(1) 介護事故の実態とその対応 ① 介護事故の実態とその対応 ② 損害保険にみる補償の実態 (2) 高齢者の転倒事故に関する研究 ① 転倒事故に関する各種の統計 ② 先行調査研究の文献検討 ③ 高齢者の転倒事故に関する裁判例の検討 ④ 高齢者の転倒事故事例の検討
実施主体	国民生活センター（研修生活研究部）
スタッフ	国民生活センター 理事 曾 我 絃 一 弁護士 高 村 浩 国民生活センター研修生活研究部 本 間 昭 子
調査目的	医療事故、医療過誤、あるいは看護事故、看護過誤という用語は、よく目にする。だが、介護事故、介護過誤という用語を目にすることはあまりない。介護の現場ではどのような事故が起きているのか。「介護事故」に証明をあて、介護事故例を収集し、事故の過程を分析し、消費者被害の未然防止策の検討を試みた。
事故定義・事故類型についての示唆	病院や在宅での調査研究まで含めれば転倒事故に関する調査研究は相当数あるが、転倒の定義や調査方法が統一されていないため、データを分析して、パターンを把握する事を困難にしている。これらの研究、統一も必要であろう。個々の特別養護老人ホームでは、事故報告書を作成して、事故データを収集しているところもあるが、収集の目的や基準、収集された情報の取り扱い方が曖昧なところが少なくない。収集基準が、暗黙のうちに、骨折などにより入通院が必要になった大事故に限定されてしまっている傾向が少なくないが、現実に、利用者に実害を与えた事故（accident）に限らず、与える危険性があつた場合は、事故（incident）として、報告・収集の対象にすることが、事故のパターンを把握する上で不可欠である。（P. 186）

表2：調査報告書1－収録調査1

報告書名	介護事故の実態と未然防止に関する調査研究
収録調査	介護事故の実態とその対応
調査種類	事例収集
調査方法	面接さきとり・「事故記録」（事故報告書等）の収集
調査目的	介護の現場では、どのような事故が発生し、事業者は介護事故に対し、いかなる対応をとっているのか。介護サービスの利用者の損害は補償されているのか。主に特別養護老人ホームを対象とし、消費者被害の未然防止・救済にかかわる問題点を探ろうと、「広義の介護事故」の実態と損害への補償状況を調査した。
実施主体	国民生活センター（研修生活研究部）
スタッフ	国民生活センター（研修生活研究部） 文責：本間昭子
実施時期	1999年9月～2000年1月
調査対象	首都圏の特別養護老人ホーム15施設・有料老人ホーム1施設
事故の とらえ方・ 定義	「介護の提供課程で、利用者に対して何らかの不利益な結果を与えた場合または与える危険のあった場合」を介護事故とする。介護事故を介護提供者の過失の有無を基準として、「過失による介護事故」（介護過誤）と「過失のない介護事故」に分ける。介護事故のなかには「故意による介護過誤」もあり、これには「（介護）虐待」と称するものも含まれる。
事故件数	聞き取りでの収集事例+「事故の記録」（事故報告書等）の収集事例＝介護事故例220件
調査事項	①介護事故の内容と特徴 ②事故発生後の利用者への対応 ③事故原因究明の実態 ④事故の検討・対応状況 ⑤損害への補償の実態
分析事項	介護事故の認識と取り組み 介護事故の特徴と問題点 保険金請求と支払い状況
事故類型	転倒、ベッドからの転落、介護中の事故によるあざ・出血・やけど等、原因不明およびその他の骨折・あざ・出血等、誤嚥、異食、薬の誤配、無断外出、入所者同士のトラブル、物の破損・紛失、疥癬等

表3：調査報告書1－収録調査2

報告書名	介護事故の実態と未然防止に関する調査研究
収録調査	損害保険にみる補償の実態
調査種類	事例収集
調査方法	1組織よりの事例提供
調査目的	介護の現場では、どのような事故が発生し、事業者は介護事故に対し、いかなる対応をとっているのか。介護サービスの利用者の損害は補償されているのか。
実施主体	国民生活センター（研修生活研究部）
スタッフ	国民生活センター（研修生活研究部） 文責：本間昭子
調査対象	「社会福祉施設総合賠償共済制度保険事故例集」《（株）福祉保険サービス（全国社会福祉協議会の保険取り扱代理店）提供》1996年度版～1999年度版中の転載許可を得た高齢者施設の介護事故例223件
事故のとらえ方・定義	賠償事故とは、「施設側に管理責任がある事故」を指し、傷害事故とは、「施設側の責任の有無を問わない」「施設内の事故」を指す。
事故件数	223件
分析事項	事故類型別賠償傷害事故別件数 事故類型別賠償傷害事故別に事故場所（施設種類別）、事故日、支払い金額、事故の概要を整理
事故類型	転倒（車いすから転倒・車いすごと転倒） 転倒（車いすに移ろうとして） 転倒（トイレ周辺で転倒・トイレに行こうとして転倒） 転倒（歩いていて転倒・立った姿勢から転倒） 転倒（廊下を歩行中、転倒） 転倒（デイサービス・ショートステイ利用者の歩行中の転倒） 転倒（その他歩いていて転倒） 介護中の転倒・転落 入浴中の転倒・転落 浴室・脱衣所で転倒等 その他の転倒・転落（窓、階段、自動ドア等） デイサービス・ショートステイ利用者のその他の転倒・転落 その他の転倒・転落 ベッドからの転落 介護中の事故による骨折・やけど等 その他の死亡事故 誤嚥 異食 薬の誤配 無断外出 入所者同士のトラブル 物の破損 移送サービスに伴う骨折・死亡等 その他（やけど、食中毒等）

表4：調査報告書1－収録調査3

報告書名	介護事故の実態と未然防止に関する調査研究
収録調査	(2) 高齢者の転倒事故に関する研究 ① 転倒事故に関する各種の統計 ② 先行調査研究の文献検討 ③ 高齢者の転倒事故に関する裁判例の検討 ④ 高齢者の転倒事故事例の検討
調査種類	文献・資料収集
調査方法	先行研究・判例・統計資料の収集分析
調査目的	特別養護老人ホームにおける高齢者の転倒・転落事故の実態および防止策の現状、損害回復の状況について明らかにするため、先行の調査研究や裁判例の整理、分析などを通じて、より詳しい検討を試みた。
実施主体	国民生活センター（研修生活研究部）
スタッフ	国民生活センター（研修生活研究部） 文責：弁護士高村浩
調査対象	高齢者の転倒事故に関する先行研究・判例・統計資料
事故のとらえ方・定義	「介護サービスの提供過程で利用者に対して、何らかの不利な結果を与えた場合または与える危険のあった場合」を「広義の介護事故」とし、転倒は「不利益な結果の一つである。転倒「事故」には「介護サービス提供者の過失による転倒」と「過失のない転倒」が含まれる。現実に転倒した場合だけでなく、転倒の危険があった場合も含まれる。「転倒とは、自らの意思によらず、バランスを失い、足底以外の部分が着いた場合」とし、「車いすからのずり落ち」、「便座からのずり落ち」、「ベットからの転落」もこれに含める。ただし、「ベットからの転落」は「転落」と表現することがある。
事故件数	
分析事項	①転倒事故の統計及び転倒が高齢者に与える影響について ②高齢者の転倒事故に関する先行の調査研究 ③介護保険制度下使用される各種の課題分析（アセスメント）・ケアプラン作成手法のなかで転倒がどのように扱われているか ④転倒に関する5つの裁判例の検討⑤介護事故防止のあり方の検討
事故類型	

表5：調査報告書2

報告書名	介護事故—その予防と解決法を探る—
発行年月日	2000年3月9日
発行所	(株)日本医療企画
収録調査	介護サービスの質の向上に関する調査～介護場面における危機管理（リスクマネジメント）に関して～
実施主体	民間病院問題研究所
スタッフ	民間病院問題研究所 研究責任者 篠崎良勝
調査種類	郵送アンケート調査
調査方法	郵送配布—郵送回収
調査目的	知らず知らずに危険な就労環境に置かれているホームヘルパー・介護職の状況を少しでも改善できたらという思いから調査を実施。介護サービス事業社にとっての事故防止マニュアル作成の基礎資料をして役立つであろう。ホームヘルパー・介護職の介護場面における事故等を把握し、あわせてその後の対応を明らかにする
実施時期	1999年8月20日～同年11月30日
事故のとらえ方・定義	ホームヘルパー・介護職の介護場面における事故（利用者の物品の破損状況・利用者に「けが」をさせた経験）等
調査対象	ホームヘルパーおよび施設で介護職に従事している男女個人380人
回収数・率	187人・49.2%
事故件数	けがをさせた経験者20.9% 物品破損経験者47.1% けがをさせた経験または物品破損経験者71.1% ヒヤリはっと体験（自由記入）数137事例
分析項目	危機管理（リスクマネジメント）という言葉の周知度 勤務先が損害賠償保険に加入しているかどうかの周知度 利用者（要介護者）の物品の破損経験 利用者（要介護者）の物品破損した際のあなたの対応 連絡・相談した際の勤務先の対応 利用者（要介護者）に「けが」をさせた経験 「けが」の種類 「けが」の程度 利用者（要介護者）に「けが」をさせた際のあなたの対応 「けが」をさせた際の勤務先の対応 危機管理（リスクマネジメント）対策として行っていること 介護事故を防ぐために必要なこと ヒヤリはっと体験状況 「物品の破損」・「けが」をさせた体験と「ヒヤリはっと」体験者の合計
事故類型	「けが」の種類：打撲、骨折、切り傷・擦り傷
ヒヤリはっと類型	身体介護：移動、入浴介助、外出、痴呆の利用者、車いす、トイレ介助、病状、歩行介助、おむつ交換、清拭、視覚障害、リハビリ、その他 家事援助：食事介助、掃除、調理関連、洗濯、食器洗い、その他 その他：医療行為

表6：調査報告書3

報告書名	ひやり・ハット—介護福祉士の専門性向上のために—
発行年月日	2000年3月
発行	奈良県介護福祉士会
収録調査	ひやり・ハット事例集
調査種類	事例収集
調査方法	奈良県介護福祉士会が「ひやり・ハット」の事例の寄稿を実習生、ボランティア、施設、企業等より募集。
調査目的	「ひやり・ハット」刊行の目的は、介護福祉士の専門性の向上。このことを社会的に認知されるには、ミスをしないう介護福祉士であるという信頼を得なければならない。ミスの防止には、ニアミスの内に大きなミスになるかも知れないことを予測して対策を講じる事が出来る職場チームになりたいと願う。
実施主体	奈良県介護福祉士会
スタッフ	奈良県介護福祉士会
調査対象	実習生、ボランティア、施設、企業等
事故のとらえ方・定義	介護を必要とする利用者、介護を提供する行為の中で「私の介護はこれでよかったのかな」と思う時、それが「ひやり」。「ひやり」とした困りごとの中から「ハット」する気づきを自覚する。
ひやり・ハット事例数	78名からの寄稿有
調査事項	ひやり・ハット体験談
分析事項	なし
事故類型	なし
定義・類型への示唆	実際に収集された事例は幅広く、介護者の過失による利用者の受傷事故や「お話しは手をとってゆっくり、大きな声でした方がよいと気づいた」という実習中の気づきも掲載されている。

表7：調査報告書4

報告書名	平成12年度長寿社会福祉基金助成事業「福祉サービス事故事例集」福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する調査・研究事業報告書
発行年月日	2001年3月1日
発行	全国社会福祉協議会（企画部）
収録調査	(1) 福祉サービスの事故事例と形態分析 ① 国内新聞記事検索による ② 国内判例検索による ③ 保険金支払い件数による (2) 「福祉サービス提供にかかる事故に関する緊急アンケート」 ① 施設長、組織管理者を対象とした事故発生状況調査 ② 介護職員等を対象としたヒヤリ・ハット調査
実施主体	全国社会福祉協議会「福祉サービス事故事例集作成委員会」
スタッフ	委員長：関川芳孝（大阪府立大学社会福祉学部教授） 委員：石井トク（岩手県立大学看護学部教授） 板倉幸夫（全国身体障害者施設協議会制度・予算対策小委員会委員） 大橋佳子（日本介護福祉士会副会長） 雄谷助成（日本知的障害者福祉協会会長） 門廣繁幸（全国社会福祉協議会企画部長） 永井由夫（全国老人福祉施設協議会調査研究委員長） 横川満雄（全国社会福祉施設経営者協議会調査研究委員長） シンクタンク：（株）安田総合研究所
調査目的	福祉サービスに関わる事故に対する社会的関心の高まりが予測され、事業経営者が利用者から選ばれる福祉サービスを構築するためには事故を起こさないことが最低限求められる。福祉サービスに関わる事故事例を多数収集し、それを形態分析することにより事故防止策の検討をはじめとする危機管理体制の構築への基礎的な資料を提供することを目的とする。

表8：調査報告書1－収録調査1

報告書名	平成12年度長寿社会福祉基金助成事業「福祉サービス事故事例集」福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する調査・研究事業報告書
収録調査	福祉サービスの事故事例と形態分析（国内新聞記事検索による）
実施主体	全国社会福祉協議会「福祉サービス事故事例集作成委員会」
調査種類	事例収集：新聞検索
調査方法	国内新聞記事検索による事例の収集と分析
事故のとりえ方・定義	福祉サービスの利用者自身の身体上のケガ、感染症、食中毒等、健康・安全に直接的に影響を与える事故に限定 *地震、台風、洪水等の自然災害は不可抗力的なものとして除外、従業員の労災事故、利用者間の金銭上のトラブル、施設管理者の金銭消費等の不祥事故等も除外
調査対象	① 検索対象期間：1975年1月1日～2000年12月31日 ② 検索対象新聞：国内新聞16 ③ 検索対象施設（例示）：老人福祉施設、児童福祉施設、知的障害者援護施設、身体障害者援護施設 ④ 検索事故形態：介護中・移動等の際のケガ、浴室等における溺水、行方不明、誤飲・誤嚥、食中毒、医療ミス、風邪、感染症、窒息・乳幼児突然死、運動中・作業中の事故、虐待、火災、交通事故、強盗、殺人傷害事件
事故件数	477件（同一の事故については1件とした）
分析項目	事故件数の年次推移 月別事故報道件数 施設別件数 事故形態分析
事故類型	介護中・移動等の際のケガ、浴室等における溺水、行方不明、誤飲・誤嚥、食中毒、医療ミス、風邪、感染症、窒息・乳幼児突然死、運動中・作業中の事故、虐待、火災、交通事故、強盗、殺人傷害事件

表9：調査報告書4－収録調査2

報告書名	平成12年度長寿社会福祉基金助成事業「福祉サービス事故事例集」福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する調査・研究事業報告書
収録調査	福祉サービスの事故事例と形態分析（国内判例検索による）
実施主体	全国社会福祉協議会「福祉サービス事故事例集作成委員会」
調査種類	事例収集：判例検索
調査方法	国内判例検索による事例の収集と分析
調査対象	① 検索対象期間：1945年1月～2000年12月末 ② 検索ソース：TKC法律情報データベース（約90誌から検索）他 ③ 検索対象施設（例示）：老人福祉施設、児童福祉施設、知的障害者援護施設、身体障害者援護施設 ④ 検索キーワード（法条）：民法709条（不法行為の要件と効果）、民法710条（非財産的損害の賠償）、民法715条（使用者責任）、民法717条（土地工作物の占有者・所有者の責任）、民法415条（債務不履行）、国家賠償法
事故件数	23件
分析項目	事例の傾向および特徴について6点を指摘
事故類型	なし

表10：調査報告書4－収録調査3

報告書名	平成12年度長寿社会福祉基金助成事業「福祉サービス事故事例集」福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する調査・研究事業報告書
収録調査	福祉サービスの事故事例と形態分析（保険金支払い件数による）
実施主体	全国社会福祉協議会「福祉サービス事故事例集作成委員会」
調査種類	事例収集：保険金支払い事例収集
調査方法	全社協・社会福祉施設総合損害補償にもとづく保険金支払い事例収集と事故発生状況の分析
調査対象	① 事例抽出対象期間：1999年4月1日～2000年12月31日 ② 全社協・社会福祉施設総合損害補償にもとづいて保険金が支払われた傷害事故事例 ③ 全社協・社会福祉施設総合損害補償にもとづいて保険金が支払われた賠償事故事例
事故のとらえ方・定義	「傷害事故」：「施設を利用された方が施設内でけがをされた場合に備えた傷害保険」により保険金が支払われた事例 *次は保険金支払いの対象外につき事故事例の対象外：故意のケガ（自殺）、利用者同士のけんかによるケガ、犯罪行為中のケガ、感染症・老化による衰えや異常、飲酒運転・薬物使用運転中の事故
	「賠償事故」：「施設の欠陥上や業務上のミスで施設を利用されている方に生命や身体、財物に損害をあたえた場合にその損害賠償責任を負うことに備える賠償責任保険」により保険金が支払われた事例 *次は保険金支払いの対象外につき事故事例の対象外：施設側の故意によるもの（虐待）、交通事故、自然災害による事故
事故件数	「傷害事故」1270件 「賠償事故」254件
分析項目	施設別事故件数 施設種類別傷害事故の事故月・事故発生時間帯・受傷場所・受傷時の様態・受傷原因・受傷者性別 施設種類別賠償事故の事故月・事故発生時間帯・受傷部位・原因行為者・受傷場所・受傷時の様態・受傷原因・受傷者性別・過失の様態 受傷場所：建物内、敷地内、トイレ、園庭、階段、居室内、敷地外、出入口、食堂、駐車場、浴室、自宅、廊下、EV
事故類型	受傷時の様態別：レク、移動中、食事中、睡眠中、清拭時、送迎時、通勤途上、入浴中、排泄時、服薬中、歩行中、その他 受傷原因別：火傷、器具破損、誤飲、誤嚥、衝突接触、溺水、転倒、転落、無断外出、盗難、利用者同士の暴力、その他 過失様態別：施設の設備または施設管理上の問題、必要な介護・看護等の欠如、業務中の手技ミス

表11：調査報告書4 一収録調査4

報告書名	平成12年度長寿社会福祉基金助成事業「福祉サービス事故事例集」福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する調査・研究事業報告書
収録調査	「福祉サービス提供にかかる事故に関する緊急アンケート」（施設長、組織管理者を対象とした事故発生状況調査・介護職員等を対象としたヒヤリ・ハット調査）
調査種類	郵送アンケート調査
調査目的	実際に発生している事故や要因について把握するとともにヒヤリ・ハット事例を収集する。福祉サービス分野におけるリスクマネジメントについて検討するにあたり、潜在リスク、事故発生パターン、事故要因等の基礎的なデータ収集を目的とし、事故件数の多寡を明らかにすることは本来のもくできではない。
実施時期	調査実施：2001/2/1 事故の有無の対象期間：1998年1月1日～2000年12月31日
事故のとりえ方・定義	事故：事業所（職員）の有責・無責を問わず、また、傷害の軽重にかかわらず、利用者に予想外のなんらかの傷害等が発生すること ヒヤリ・ハット事例：事故にはいたらないもので、利用者に直接的な傷害等を及ぼすことはなかったが、日常の業務の中で「ヒヤリ」としたり、「ハット」した事象 但し、調査結果においては、事業所によって「事故」の捉え方が異なっており、必ずしも利用者に傷害が発生していない場合でも事故として取り扱っていたり、事業所によっては事故に関する統計をとっていないため、事故件数はこの定義に正確にのっとったものではない。
調査対象	① 対象施設：全国社会福祉協議会・福祉施設等協議会の会員施設等、財団法人日本知的障害者福祉協会、日本福祉施設士会代議員、全国社会福祉施設経営者協議会協議員等に協力依頼した2300件の福祉施設等 ② 対象者：施設長等の組織管理者、介護職員等（1事業所あたり5部送付）
回収数・率	施設長・組織管理者対象調査：1384件・60.2% 介護職員等対象調査：6369件
事故件数	事故の有り施設：1145施設（82.7%）ヒヤリ・ハット有り職員：5840名（91.7%）
分析項目	事故防止マニュアルの有無 事故発生時の対応マニュアルの有無 事故事例・ヒヤリハット事例収集の有無 事故防止を目的とした職員教育の有無 事故防止に向けた工夫 ヒヤリ・ハット経験の有無 業務遂行上危険を感じる場所 業務遂行上危険を感じる場面 施設種別別事故類型 施設種別別事故発生場面 事故発生場面とその類型 施設種別別ヒヤリ・ハット事例の類型 施設種別別ヒヤリ・ハット発生場面 ヒヤリ・ハット発生場面とその類型 事故類型毎の発生要因と対応策
事故類型	事故事例類型：転倒、転落・落下、打ちつけ・挟み込み等、衝突、誤嚥、誤飲・異食等、薬の配り間違え等、入浴時の溺水、やけど、利用者の行為、行方不明、交通事故、送迎車での転倒等、感染症、その他 発生場面類型：移動時、食事中、水分補給時、入浴時、沐浴時、清拭時、排泄時、おむつ交換中、レク中、訓練中、自由時間・遊び中、作業・活動中、歩行・移動中、施設への行き帰り、送迎中、就寝中、その他

表12：調査報告書5

報告書名	在宅ケアにおける医療事故の把握と訪問看護婦の注意義務についての分析
発行年月日	2001年3月
発行	調査実施グループ
収録調査	① 訪問看護時のミスに関する調査 ② 介護時の事故やミスに関する調査
実施主体	科学研究費補助金 基盤研究(C) (2) 研究グループ
スタッフ	研究代表者：石井トク（岩手県立大学看護学部教授） 研究分担者：甲斐克則（広島大学法学部教授） 野口恭子（岩手県立大学看護学部講師）
調査目的	訪問看護婦による事故及びニアミスの実態を把握し、訪問看護婦の注意義務を明らかにする。さらに、介護保険導入に伴う介護者の医療事故・ニアミスについても調査し、医療事故の視点から介護者の責任について検討する。
事故定義・事故類型についての示唆	ミスをアクシデント、ハットした体験をインシデントとしている。患者に与えた影響の軽重や過失の有無により事故とすかどうかについては調査表・報告書には明記されていない。

表13：調査報告書5－収録調査1

報告書名	在宅ケアにおける医療事故の把握と訪問看護婦の注意義務についての分析
収録調査	介護時の事故やミスに関する調査
調査種類	郵送アンケート調査
調査方法	質問紙を訪問介護事業者及びヘルパーステーションの各所長宛てに郵送、所長から訪問介護に従事している「介護者」に質問紙配布を依頼、配布した部数を同封葉書に記入し返送してもらう事により把握した。質問紙の回収は同封した返信用封筒により個別に返送する方法で行った。
調査目的	介護保険導入に伴う介護者の医療事故・ニアミスについても調査し、医療事故の視点から介護者の責任について検討する。
実施主体	科学研究費補助金 基盤研究 (C) (2) 研究グループ
スタッフ	研究代表者：石井トク (岩手県立大学看護学部教授) 研究分担者：甲斐克則 (広島大学法学部教授) 野口恭子 (岩手県立大学看護学部講師)
実施時期	2000年7月～8月
調査対象	岩手県内の訪問介護事業所、ヘルパーステーションに勤務する「介護者」 (*保健婦・看護婦・准看護婦資格を持つ者も含まれる) を対象。576名に配布した。
回収率	480名・83.3%
事故のとらえ方・定義	「インシデント」：介護中に「ハットした」経験、「アクシデント」：介護中に「ミス」をした経験 質問表の中では、「介護実施中のミスや事故に関することについてうかがいます。介護中にハットしたり、あるいはミスをした経験はありますか。以下の項目について、「ハットした」経験、「ミス」を経験した回数をご記入下さい。」となっており、分析においては「インシデント」、「アクシデント」のそれぞれの件数が報告されている。 医療事故と看護事故 (アクシデント) 医療事故とは、医療行為のプロセスにおいて予期しえなかった事態が発生し、患者に何らかの侵襲を与えることを言う。看護事故は広義では医療事故に包含されるものである。 医療過誤 医療の場において、患者の身体に何らかの侵襲を与え、健康の回復を阻害したり、生命自体に悪影響を与えた場合が「医療事故」である。「医療過誤」は、医療事故の中に過誤という要素があった時はじめて医療過誤となる。 インシデント 事故にはいたらなかったが、「ハット」したり「ヒヤリ」とした、いわゆるニアミスをいう。
事故件数	インシデント件数：720件*複数回答 アクシデント件数：547件*複数回答 判断に迷った経験がある者345名 (72.0%) 判断に迷った状況件数214件*複数回答
調査事項	対象の背景 (調査対象者の基本属性) 勤務体系 業務内容 アクシデント・インシデントの実態 勤務中に判断に迷った経験
分析事項	看護資格の有無別にみた医療処置・看護処置の実施率 訪問介護時のミス カテゴリー別インシデントとアクシデント件数 看護資格の有無とカテゴリー別インシデントとアクシデント件数 判断に迷った状況と対処
事故類型	インシデント・アクシデントの類型：利用者の転倒 医療機器の誤操作 与薬・服薬の誤り 清潔操作が不完全 利用者のけが 自分自身のけが 家屋・物品の破損
判断に迷った状況類型	利用者の体調の急変・悪化 サービス内容の変更・追加 利用者との感情的もつれ 訪問時に利用者が不在 訪問時に利用者が死亡 その他

表14：調査報告書6

報告書名	ホームヘルパー消滅の危機
発行年月日	2001年5月20日
発行所	(株)日本医療企画
収録調査	ホームヘルパーサービスの質の向上に関する調査④～ホームヘルパーが介護専門職として確立するための課題～
実施主体	(株)ヘルスケア総合政策研究所(旧：民間病院問題研究所)
スタッフ	民間病院問題研究所 篠崎良勝
調査種類	郵送アンケート調査
調査方法	郵送配布－郵送回収
調査目的	ホームヘルパーの資質向上および職業的確立
実施時期	2000年10月23日～同年12月15日
事故のとらえ方・定義	「介護事故」介護福祉士・ホームヘルパー・ケアワーカー・寮母など(以下、介護職)を含む介護サービス提供者の行為による①利用者(宅)における物品の破損②利用者へのケガ③利用者およびその介護者(以下、利用者など)への精神的負担の増加④利用者などからの苦情⑤違法行為(医療行為、理容行為、美容行為)などに対して介護サービス提供者側に過失があった場合(介護過誤)、ない場合の双方を指す。「介護過誤」介護事故のうち、サービス提供者側に過失がある場合を介護過誤という。例えば、利用者の急変に気づきながらも適切な対応をとらなかった場合、違法である医療行為を行い病状を悪化させた場合、買い物で買ってきた品物を介護サービス提供者側の不注意により破損させた場合などが含まれる。介護事故には利用者との意見の食い違い、利用者や介護者の誤解も含む。
ヒヤリはっと体験の定義	定義無し 質問項目：「介護保険施行後、介護サービスの提供中に「ヒヤリ」としたことは「はっ」とした体験がありますか。」
調査対象	北海道から沖縄までの在宅介護に従事する者1000人
調査対象のサンプリング方法	①民間病院問題研究所の介護情報誌購読者の中から在宅介護に従事する者を無作為に100名抽出②各都道府県に対して無作為に抽出した事業所250箇所にて電話にて調査依頼。各事業所さいだいで10名前後として依頼。その結果、97箇所、900名の調査協力を得られた。
回収数・率	329名・32.9%
事故件数	治療費の発生するケガを利用者にさせた体験2.4% 利用者宅で物品の破損をした体験20.4% 利用者から病気を移された経験16.1% 就労中の事故、利用者や介護者から受けた被害体験18.5%
ヒヤリはっと体験の件数	ヒヤリはっと体験者33.4%
介護事故に関する調査分析項目	①治療費の発生するケガを利用者にさせた体験とその後の対応②利用者宅で物品の破損をした体験とその後の対応③感染症に関する質問④緊急時に会社に連絡しなくても把握できる項目⑤介護中の「ヒヤリ・はっと」体験⑥就労中の事故、利用者や介護者から受けた被害体験
事故類型	治療費の発生するケガを利用者にさせた体験 利用者宅で物品の破損をした体験 利用者から病気を移された経験 就労中の事故、利用者や介護者から受けた被害体験
ヒヤリはっと体験の類型	散歩・外出・通院介助・歩行介助 入浴介助 移動 調理 緊急時の対応 食事介助 見守り中 買い物 トイレ介助 車いす 医療行為 体位交換 清拭 痴呆 訪問時に留守・玄関が閉まっている 利用者の死 守秘義務 深夜の巡回訪問 利用者への虐待 掃除 洗濯 その他

図1：介護事故調査報告書等に見る介護事故の捉え方

対象	事故分類		エラーなし		エラー（ミス・誤り）		説明
	利用者への影響	介護従事者への影響	不可抗力や医薬品/輸血による副作用	エラーによる医療事故	幸運事例	発見・訂正事例	
①	利用者への影響	利用者への傷害	医療事故		医療事故になる可能性のあったもの		幸運事例:ミスはあったが患者に傷害はなかった 発見・訂正事例:事前に発見訂正されたもの
		物品の破損・紛失					
②	利用者への影響	精神的不安	介護事故		介護事故になる可能性のあったもの		介護事故:介護の提供過程で利用者に対して何らかの不利な結果を与えた場合または与える危険のあった場合 虐待:故意による介護過誤
		精神的負担・不安	過失のない介護事故	虐待	介護過誤 過失による介護事故		
③	利用者への影響	精神的負担・不安	傷害事故		賠償事故		傷害事故:施設側の責任の有無を問わない事故 賠償事故:施設側に責任がある事故
		けが・病気					
④	利用者への影響	利用者へのケガ	事故				ヒヤリはっと体験の定義はない
		物品の破損					
⑤	利用者への影響	精神的不安	ひやり・ハット体験				ひやりハット体験:介護上 の気づき ひやり・ハット体験の対象についての定義はないので、広く捉えていると解釈した ひやり:介護を提供する行為のなかで「私の介護はこれでよかったのかな」と思う時 ハット:「ひやり」とした経験の中から「ハット」気づかされる事
		精神的負担・不安					
⑥	利用者への影響	精神的負担・不安	事故		ヒヤリ・ハット		事故:事業所(職員)の有責・無責を問わず、また、傷害の軽重にかかわらず、利用者に予想外の何らかの傷害等が発生すること ヒヤリ・ハット:事故にはいらないもので、利用者に直接的な傷害を及ぼす事はなかったが、日常の業務の中で「ヒヤリ」としたり「ハット」した事象
		けが・病気					
⑦	利用者への影響	利用者への傷害	アクシデント:ミス		インシデント:ハット体験		研究報告の中ではミスによらない事故を除外していないが、質問用紙においては、「介護中にミスをした経験はありますか」という設問となっており、不可抗力による事故を網羅しない設計となっている
		物品の破損					
⑧	利用者への影響 *家族含む	精神的負担の増加	介護事故				ヒヤリ・はっと:介護中に「ヒヤリ」としたことまたは「はっ」とした体験。対象についての記述はないが、介護事故の対象に対応させた
		利用者からの苦情	過失無し	介護過誤 過失有り		ヒヤリ・はっと	
⑧	介護従事者への影響	精神的負担・不安					
		けが・病気					

グレー部分は(医療・介護)事故として捉えられている範囲

- 表頭事故分類: 中島和江・児玉安司著「ヘルスマネジメント」(株)医学書院2000年10月15日101頁図1「医療事故と潜在的医療事故の定義」中「学術的分類」より
対象については、ここには記述がなかったが、著者が同一の表を使用した論文(中島和江「医療事故を「防ぐための院内システムの構築」Vol.11No.2 2001年2月)の中で、「医療事故とは、患者あるいは訪問者や職員に傷害のあった事例」としている。
- 前掲表2「介護事故の実態とその対応」調査より:「介護事故の実態と未然防止に関する調査研究報告」(国民生活センター)2000年3月
- 前掲表3「損害保険にみる補償の実態」調査より:「介護事故の実態と未然防止に関する調査研究報告」(国民生活センター)2000年3月
- 前掲表5「介護サービスの質の向上に関する調査」より:「介護事故一その予防と解決方法を探る」(民間病院問題研究所)2000年3月9日
- 前掲表6報告事例から:「ひやり・ハット一介護福祉士の専門性向上のために」(奈良県介護福祉士会)2000年3月
- 前掲表11「福祉サービス提供にかかる事故に関する緊急アンケート」調査より:「福祉サービス事故事例集一福祉サービスにおける危機管理(リスクマネジメント)に関する調査・研究事業報告書」(全国社会福祉協議会)2001年3月1日
- 前掲表13「介護時の事故やミスに関する調査」より:「在宅ケアにおける医療事故の把握と訪問看護婦の注意義務についての分析」(石井トク:岩手県立大学教授)ら研究グループ)2001年3月
- 前掲表14「ホームヘルプサービスの質の向上に関する調査④」より:「ホームヘルパー消滅の危機」(民間病院問題研究所)2001年5月

療事故と潜在的医療事故の定義・学術的分類」を使用した。表側の「対象」は、本稿で分析対象とした調査が介護事故、ヒヤリ・ハットの対象としているものを盛り込んだ。

この図1を見ると、エラーの有無で事故を分類しているものとしていないもの、エラーのない不可抗力による事故を介護事故としているものとしていないもの、実際に何ら傷害等のないものを事故に含めているものとしていないもの、ヒヤリ・ハットを利用者への傷害があった出来事にも使用しているもの、「ハット」体験を事故のニアミス事例ではなく、「ひやりとした中からはっとした介護上の気づき」として使用している場合等「介護事故」及び「ヒヤリ・ハット」という用語が様々に使用されていることがわかる。

また、表側の介護事故・ヒヤリハットの対象についても、患者やサービス利用者の「身体的傷害」に限った場合から、「利用者の物品の破損・紛失」、「利用者へ与えた精神的不安」、「介護従事者のケガや病気」、「介護従事者が感じた精神的負担感」なども入れているもの等、様々な捉えられ方をしていることがわかる。

転倒研究等の介護事故類型の一つを取り上げた調査研究では詳細な事故状況と原因を分析する者も見られるが、今回取り上げた介護事故を網羅的に捉えようとする調査研究においては、介護現場において「介護事故」という用語への認識がまちまちであり、それにもない事故やニアミス件数記録として残されているデータがまちまちであったり、そもそも、そうした記録が残されていないかという状況があって、調査目的が「どんな事故（事故になりそうだった状況）が起きているのか調べる」といった初期的な段階にあるため、事故の定義やその類型自体にさほどこだわらず事故事例を収集することがより優先させられている現状にある。だが、収集事例を事故対策に生かすためには、何を事故とし、どう類型化するかが重要になろう。

医療事故研究で著名な中島和江（医師・大阪大学医学部附属病院ジェネラルリスクマネジャー）はその著書「ヘルスケアリスクマネジメント」^{注2)}で、「医療事故に関する研究にお

いて最も重要な事は、「医療事故」という用語の定義である。」とし、「用語の定義を曖昧にしたままの研究や論争が行われると、科学的な議論にならず、出口のない迷路にはまってしまうこと、必ずついてまわるはずの費用に関する議論が後回しになるか無視されてしまうこと、現状に関しての客観的なデータが把握されないまま思いつきで結論をだしてしまうこと、そして、自分たちの出した結論や提言の中に含まれている矛盾を見落としてしまう^{注3)}」と用語の定義とそれに基づくデータ把握の重要性を述べている。事故防止の観点から「過失」の有無により事故を分けて捉えることや、実際には患者に影響を及ぼさないで終わったニアミスも貴重なデータとして収集する事の必要性を指摘している。

先行する医療事故とその対策に関する現状に学び、介護事故研究においては早期において統一的な介護事故やその予防策に関わる捉え方や用語を整理する作業が行われることが今後の介護事故予防の確立に必要である。

3 介護事故に関する用語の定義

介護事故対策に関する用語の定義の際に検討しなければならない事項として次のような項目が考えられる。

- (1) 介護事故の対象に関して
 - ① 場についての検討
 - ② 誰が行った行為（不作為責任の場合は行わなかった場合を含めて）を対象とするのか。
 - ③ 何を行う過程で生じたものを対象とするのか。
 - ④ 誰が被った損害を対象とするのか。
 - ⑤ 何について被った損害を対象とするのか。
- (2) 介護事故の類型について
 - ⑥ どの程度の損害の程度を事故と捉えるのか。「事故」と「幸運事例」（ミスはあったが実害はないか軽い）の境界線をどう引くのか。
 - ⑦ ミスによって発生したもののみを事故と捉えるのか。不可抗力による

事故も事故とするのか。

- ⑧ 不可抗力による事故と過失による事故の境界線をどう引くのか。
- ⑨ 「幸運事例」と「発見・訂正事例」(利用者へ行為をする前にミスが発見された)の境界線をどう引くか。また収集すべき「発見・訂正事例」の範囲はどこまでか。(ヒヤリ・ハットの内容に関する基準)

これを、介護事故・医療事故ともに網羅して示すと図2のようになり、表側の「対象」についてはどの項目を選択して事故の範囲としていくか(①~⑤の作業)検討し、選定した「対象」に応じて、表頭の「事故分類」について、ここに引かれている線ごとにその境界を引く基準(どういう場合を過失とするのか・どの程度で「事故」、「ヒヤリハット」と分けるか等)を示し(⑥~⑨の作業)、また、これら分類された結果をどのような用語を使用するのが最も望ましいのか等を検討する必要がある^(注5)。

4 おわりに

今回、介護事故に関する先行調査研究を学び、利用者サイドからの介護事故予防対策の必要性とともに、ヒヤリ・ハット事例等から介護従事者サイドからも事故予防マニュアル等の事故防止に関する研究への要望が強いことを感じた。今後は、3で「幸運事例」と「発見・訂正事例」の境界線や、「過失」と「不可抗力」の境界線について検討が必要なことのみを述べるに留まったこれらの基準について引き続き検討して行きたい。

注

注1) アメリカ医師会のルアーズ議長は、2001年6月に日本医師会が主催した第2回東京会議「患者の安全をめぐる」において、昨年、米国医療研究所のセンセーショナルな報告により、医療事故問題に関する国民の関心が喚起されたこと、そして医療事故の定義についてはもっと詳細な検討が必要で、数字だけが一人歩きしていることの危惧を述べた。：日本医師会ホームページ

<http://www.med.or.jp/nichinews/n130620a.html>

図2 介護事故・医療事故定義に関する検討事項

					事故分類			
					エラーなし		エラー (ミス・誤り)	
					事 故		ヒヤリ・ハット	
対 象					不可抗力や医薬品/輸血による副作用	エラーによる医療事故	幸運事例	発見・訂正事例
①場	②誰の行為か	③何の行為か	④誰が被った被害か	⑤損害の内容				
病院 施設 在宅 その他	医療職(各職種) 介護職(各職種) ソーシャルワーカー ケアマネジャー 栄養士 調理師 運転手 家族 利用者自身 他の利用者 ボランティア 実習生 製薬会社 医療機器メーカー 検査会社 給食会社 その他	医療行為 治療 診断 検査 調剤・投薬 診療の補助 療養上の世話 介護 相談・助言 ケアプラン インフォームド コンセント アセスメント 家事援助 建物の安全管理 事業経営 利用者のけんか 利用者の自傷行為 災害 その他	利用者本人 家族 医療職 (各職種) 介護職 (各職種) ボランティア 施設管理・経営者 その他	傷害 病気 障害 物品の破損・紛失 精神的不安・苦痛 経済的損失 その他				

注2) 中島和江・児玉安司著「ヘルスケアリスクマネジメント」(株)医学書院2000年10月15日

注3) これに関して中島氏は前掲書(注2)の中で、ブレナン博士(Harvard Medical Practice Study^{注4)}の主任研究者)がInstitute of Medicineから出された「To error is human」医療事故に関する研究結果についてのコメントを紹介している。用語の定義に関して「①示された「医療上のエラー(medical error)」件数には、医療従事者の過失によるものだけでなく、不可抗力によるものが多く含まれている。エラーという用語の使用により全てが医療従事者の過失によるものであるとの誤解を与える②エラーの発生率を50%減少させることを要求しているが、現在の医療におけるエラーの発生率が全く把握できていないのに、それを半減させることは不可能である③秘密を保証した自主的事故報告の重要性を認めながらも、一般公開を目的とした重大事故の連邦政府への報告義務付けを推奨しているが、重大事故の定義が曖昧なこと、多くの事故は不可抗力で起こっていること、自主的報告はその内容の秘密が守られてはじめて機能し、事故の真因の解明と予防策につながることを考えると、これは医事紛争の増加に繋がり、自主的報告を思いとどまらせる結果になる」との4点をコメントしている。

注4) Harvard Medical Practice Studyは、1986～3年間にわたってニューヨーク州で行われた医療事故の調査

注5) 李 啓充氏は、JACAHO(米国の医療機関の審査格付け機関)は医療機関の審査に際し、「死あるいは重大な心身的・機能的障害を、予期し得ない形で生じた(あるいは生じえた)事例」に対する取り組みをその審査項目に加えるようにしたが、その際「医療過誤(medical errors)」という言葉を使わずに「警鐘的事例(sentinel events)」という新語を用いており、その理由は、第一に過誤の「処罰」ではなく「防止」がその目的であるという意をこめ、審査の対象としているのはあくまでも警鐘的事例に対する「取り組み」で警鐘的事例が起こったこと自体を罰することではないことを強調すること、第2には医療機関は過誤訴訟に対して過敏というほど神経質になるのが常であり、「医療過誤」という言葉を使うと「過誤」訴訟に対する警戒心から素直に調査に応じない恐れがあるからであるとしている。(「アメリカ医療の光と影—医

療過誤防止からマネジドケアまで」医学書院2000年10月15日 46～47頁)現場職員に受け入れられやすく、対策を検討する情報が得やすく、一般的にもわかりやすい用語(新語含む)を工夫することも検討が必要である。

参考文献

- 1) 「介護事故の実態と未然防止に関する調査研究報告」国民生活センター 2000年3月
- 2) 「介護事故—その予防と解決方法を探る—」民間病院問題研究所 2000年3月9日
- 3) 「ひやり・ハット—介護福祉士の専門性向上のために—」奈良県介護福祉士会 2000年3月
- 4) 「福祉サービス事故事例集—福祉サービスにおける危機管理(リスクマネジメント)に関する調査・研究事業報告書」全国社会福祉協議会 2001年3月1日
- 5) 石井トク他「在宅ケアにおける医療事故の把握と訪問看護婦の注意義務についての分析」2001年3月
- 6) (株)ヘルスケア総合政策研究所「ホームヘルパー消滅の危機」日本医療企画 2001年5月
- 7) 中島和江・児玉安司「ヘルスケアリスクマネジメント」医学書院 2000年10月15日
- 8) 中島和江「医療事故を防ぐための院内システムの構築」看護管理 Vol.11 No.2 2001年2月
- 9) 多久島耕治「福祉施設におけるリスクマネジメント」(社福)東京都社会福祉協議会 2001年3月15日
- 10) 橋本宏子訳 アンドリュー・D・ワインバーグ著「介護サービスとリスクマネジメント」ミネルヴァ書房 2001年2月25日
- 11) 李 啓充「アメリカ医療の光と影—医療過誤防止からマネジドケアまで」医学書院 2000年10月15日