

事例から学ぶ介護リスクマネジメント

現場の取組を成果につなげる

16の現場事例から学ぶ 事故防止活動の管理者マネジメント



リスクマネジメントセミナー
付属資料

株式会社安全な介護

事例1 「意識が低いから事故が減らない」と責める管理者

デイサービスさくらでは、半年で3件も転倒骨折事故が起きてしまいました。1件目は認知症利用者が徘徊中に転倒、2件目はソファでうたた寝していた利用者が急に起き上がり転倒、3件目は浴室のリフトからシャワーキャリーへの移乗時の転倒でした。法人のリスクマネジメント委員会で対策を迫られた所長は、デイの職員に「こんな短期間に3件も転倒骨折事故が起きるなんて前代未聞。最近はやリハットの件数が少なく、事故防止の意識が低いことが原因。1ヶ月に5件は提出するように」と言いました。次第にデイの職員は、「転ぶと危ないから座って」と露骨に利用者の行動を規制するようになり、笑顔が少ない活気のないデイサービスになっていきました。



➡ 意識が高くても全ての事故は防げない

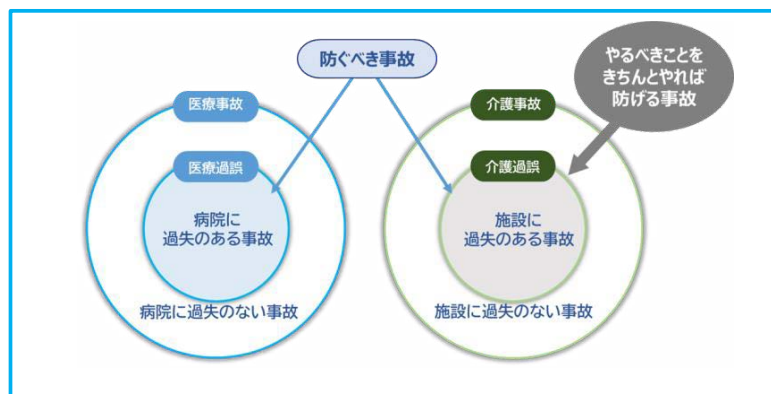
デイサービスで起きた事故の件数を問題にして、「意識が低い」と職員を責めることはマネジメント上問題があります。介護事故では防げない事故が大変多いのですから、防げない事故を防げと言われても、職員は反発するだけです。

まず、事故が起きた時その事故が「防ぐべき事故なのか、防げない事故なのか」をきちんと区分をして、防ぐべき事故に対して優先的に防止対策を講じて下さい。介護の現場には防げない事故がたくさんあります。これを認めずに全ての事故に対して、事故防止対策の徹底強化などの指示を出すと、「立ち上がるから転倒するんだ、できるだけお立ちいただかないように静かに座っていただく」と、身体拘束まがいの行動抑制が始まります。



➡ 防ぐべき事故とはどんな事故か？

では、防ぐべき事故と防げない事故はどのように区分したら良いのでしょうか？ 次の図のように、防ぐべき事故とは“施設側に過失がある事故”すなわち過誤と言われる事故なのです。過失のある事故とは、やるべき事故防止対策をきちんとやれば防げる事故に対して、やるべきことを怠ったために起きる事故だからです。逆に過失の無い事故は、やるべきことをきちんとやっても防げない事故ですから、これらは防げなくても仕方がないのです（当然法的責任も問われません）。





➡ 実際に事故を区分して見ると

デイサービスさくらで起きた3件の事故をこの観点で区分してみましょう。1件目の転倒事故は、ソファから立ち上がっていきなり転倒した事故ですから、防ぐことは不可能です。2件目の認知症の利用者の徘徊中の転倒事故も防げません。ですから、この2件の事故は過失にはならないでしょう。しかし、リフトからシャワーキャリーへの移乗中の転倒事故は、やるべきことを怠ったために起きた事故ですから明らかに過失になります。ですから、この事故は原因を分析して徹底した再発防止策を講じなければなりません。

このような事故の区分を明確にするために、ソファからの転倒や認知症利用者の徘徊時の転倒など、利用者の自発的な生活動作によって起きる事故を「生活事故」と呼んで、移乗介助中の転倒などの「介護事故」と区別をしている施設もあります。

防ぐことが難しい生活事故も全て徹底して防ごうとすると、必ず利用者の生活行為の制限や抑制につながってしまいますから、デイサービスさくらの所長は3件の事故を一律に扱ってはしなかったのです。「優先して対策を講じるのは明らかな過失となる移乗介助中の事故だ。介助動作や福祉用具・介助環境、利用者の入浴時の身体状況などを綿密にチェックし、再発防止策を講じなさい」と指示をするべきでした。それでは利用者の自発動作による事故などの、防げない事故に対しては何の対応もせずに放置してよいのでしょうか？



➡ 防げない事故は何もしなくて良いか？

防げない事故に対して講じる対策の一つとして「損害軽減策」という対策があります。この対策は「未然に事故を防ぐのではなく、事故が発生してもケガをさせない（もしくは軽減する）」という方法で、生活事故に対してはかなり有効な対策となります。

前述の防げない2件の事故を例にとりてご説明しましょう。ソファから立ち上がりいきなり転倒するケースでは、ソファの前方の床に衝撃吸収材を敷いて（床に貼り付ける）転倒しても骨折をさせないようにする対策があります。ソファから手の届くところに少し重いイスを置いておくと、立ち上がる時ほとんどの利用者がイスの肘掛などに掴まりますから、転倒を防ぐことに役立ちますし転倒しても大きなケガをしません。

また、認知症利用者の徘徊中の転倒防止策では、「安全に歩くための条件作り」と「転倒してもケガをさせないための損害軽減策」の2つの対策を基本とします。安全に歩くための条件作りとは、「履きなれた安全な履物」「歩きやすい服装」「杖などの歩行補助用具」などです。次に転倒してもケガをさせないための損害軽減策については、大腿骨を保護するサポーターベルトを付けてもらったり、レッグウォーマーを膝まで上げて膝を保護するなど骨折防止対策が有効です。

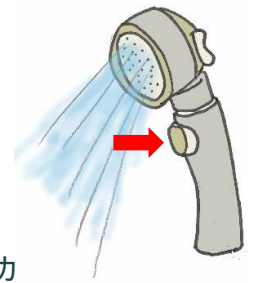
このように転倒した時の骨折防止対策を講じても防げない骨折事故はありますから、家族に「防げない事故がある」ということを理解してもらう取組も重要です。



事故が発生した時、「防ぐべき事故だったのか、防げない事故だったのか」をみんなで考えてみよう！

事例5 職員のミスを引き起こす隠れた要因

デイサービスさくらは開設15年が経過する、地域では最も古いデイサービスの一つで、「施設は古くてもケアは地域一番」というのが社長の口癖です。ある時、職員がある利用者の入浴介助をしていました。利用者は自立度の高い方だったので、シャワーチェアに腰かけていただき背後から背中を洗いシャワーで流しました。職員は洗身の介助が終わったので、シャワーを止めるため蛇口に手を伸ばした時のことです（シャワーヘッドに手元スイッチがない）。職員は前かがみになった拍子に足を滑らせ、利用者の背中にぶつかり後ろから押し倒してしまいました。利用者は前方に転倒しカランに顔をぶつけ、鼻骨を骨折してしまいました。「職員がとんでもないミスをしてしまった」と、社長も同行して利用者の家族に謝罪したので、家族も理解してくれました。



➡「職員のミスが原因」と決めつけてはいけない

本事例の事故は見た目には、「職員のとんでもないミスが原因」と映るかもしれませんが、なぜ職員は利用者の背後から蛇口に手を伸ばさなければならなかったのでしょうか？シャワーヘッドの手元スイッチがなければ、蛇口を操作してお湯を止めなければなりません。この手元スイッチが付いていれば、本事例の事故は起きなかったのです。

このように、一見職員のミスが原因のように見える事故でも、その背後に「ミスを引き起こす隠れた要因」がある場合が多いのです。特に、シャワーヘッドの手元スイッチのように、設備や機器が古いために使いにくく事故につながるものがたくさんあります。「職員の不注意によるミス」として片づけてしまって、背後に隠れたリスク要因を放置しておく、同じようなミスが必ず再発します。では、このミスの背後のリスク要因は、どのようにして見つけて改善したら良いのでしょうか？



➡「SHELL分析」と「なぜなぜ分析」で原因分析

労災事故や製造工場などの事故では、ヒューマンエラーの原因を分析する時に、SHELL分析となぜなぜ分析という2つの方法を使います。SHELL分析とは、5つの原因に分けて直接原因を分析する方法です。例えば、移乗介助での転倒事故であれば職員のミスだけでなく、車椅子が安全だったのかなど多角的に原因を探す方法です。

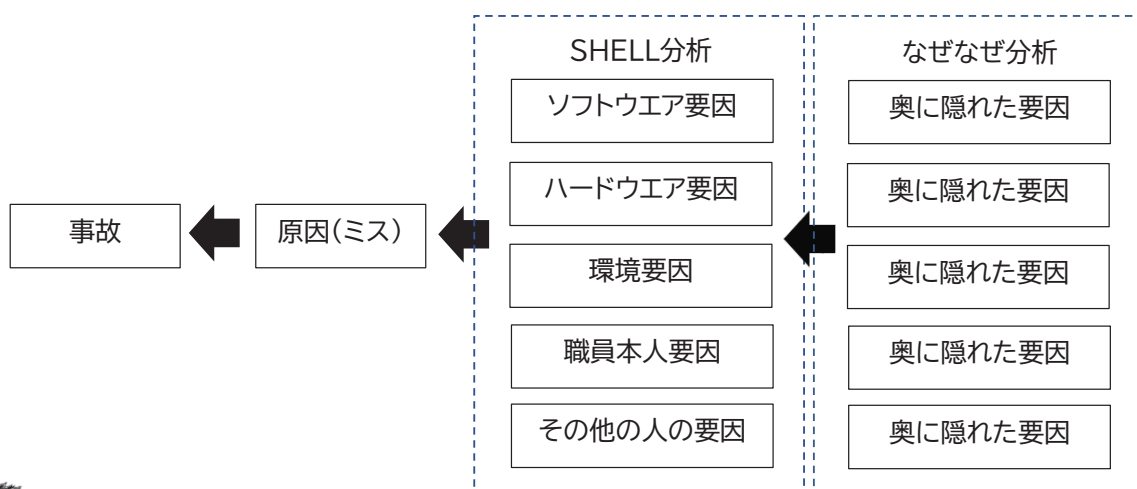
● S H E L L 分析：人のミスが発生する原因を5つのファクターでチェックしていく方法

- ① S → ソフトウェア (software)：介護手順や介助手法などの業務手順
- ② H → ハードウェア (hardware)：福祉用具や介護機器などの用具や道具
- ③ E → 環境 (environment)：建物や設備などの介護環境
- ④ L → 人 (liveware)：業務を行う職員本人
- ⑤ L → 人 (liveware)：業務を行う職員以外の人（利用者や同僚や上司）



奥に隠れた原因も探し出す

次にSHELL分析で直接原因をたくさん探したら、それぞれの直接原因の背後にある隠れた要因を探します。このように分析すると、たとえ職員のミスが原因のように見える事故でも、本当はたくさんの要因によって起きていることがわかるはずです。SHELL分析で多角的に原因を探して、今度は直接原因の奥に隠れた要因を探すようにします。



介護現場は3つに分けると分かりやすい

SHELL分析は5つに分けて分析しますが、私たちは介護現場では3つの要因に分けて考えています。例えば、移乗介助で利用者を転倒させてしまったとします。次のような表を作って、奥に隠れた要因を見つけ出すようにしています。

	直接原因	直接原因の背後にある隠れた要因
利用者側の原因 なぜ利用者が急にふらついたのか？	早朝に急激な低血糖を起こしていた	血糖値コントロールがうまくいっていない
	前日眠前の睡眠剤が残っていた	睡眠剤の処方量が多すぎる
	脱水状態でふらついた	心疾患のため服用している利尿剤で脱水になりやすい
	低血圧でふらついた	血圧降下剤が効き過ぎている
	下肢筋力が低下している	しばらくの間身体機能のアセスメントをしていない
介護職側の原因 なぜ職員は利用者を支えられなかったのか？	パジャマが滑りやすい素材だった	居宅で着ていたシルクのパジャマをそのまま持ってきていた
	介助方法が不適切だった	新しい無理のない介助方法の研修を行っていない
	声のかけ方が不十分だった	離床時の声かけのマニュアルがない
	利用者の動作のクセを知らなかった	利用者別の個別介助方法の訓練を行っていなかった
	介護職の履物が適切でなかった	安定した履物を着用するような規則がなかった
施設側の原因 設備や用具などに不備はなかったか？	介護職の体調が悪かった	体調が悪い職員をフォローする体制がない
	介護職の精神状態が不安定だった	10日前の深夜に体調急変の利用者が出て、夜勤が不安であった
	車椅子のブレーキが緩んでいた	車椅子のブレーキを点検するルールがなかった
	マットレスが古く柔らかかった	端に座った時マットレスがへこんで滑り落ちた
	車椅子のフットレストが開閉しない	古い車椅子を買い替えないで使っていた
	ベッドが高すぎて滑り落ちた	ベッドの高さを利用者に合わせていなかった
	車椅子の肘掛が跳ね上げ式でなかった	古い車椅子を買い替えないで使っていた
	居室の床が滑りやすかった	滑り止めのシートなどを敷いていなかった



設備や用具など介助環境の要因も、職員のミスを誘発する大きな要因である。

事例 1 3 ヒヤリハットシートよりヒヤリハットマップ

ある日の夕方、利用者送迎中のデイサービスの送迎車が、保育園の裏口の付近を通過しようとしていました。保育園の裏口には、園児を迎えに来た母親が道路の脇で何人も立ち話をしていたので、運転手はこれを避けて通過しようとしていました。その時、立ち話をしている母親の間から園児が飛び出てきて、徐行している送迎車の左前に衝突しました。すぐに119番通報し警察を呼びましたが、幸い軽症で済みました。翌朝のミーティングで、所長が他のドライバーに前日の事故について説明し注意を促すと、ドライバーの一人が「1年前に同じ場所で同じヒヤリハットがありました。今でもヒヤリハット報告書を持っています」と言いました。



➡ 事故防止に活かさせないヒヤリハット

このデイサービスの所長は、日頃から事故防止活動に熱心に取り組み、「ヒヤリハットシートをもっとたくさん出すように」と職員を厳しく指導している人でした。その事故防止活動の管理者が、提出されたヒヤリハットシート of 情報を読みもせずバインダーに眠らせていたのですから、所長は立場がありません。

“ヒヤリとした”“ハツとした”という事故寸前の体験を記録し、この情報を職員が共有して事故防止に活かすことが、ヒヤリハット活動の目的です。ところが、このデイサービスではヒヤリハットシートを書いて提出することが活動の目的になっていて、ヒヤリハットシートが事故防止活動に全く活かされていませんでした。ヒヤリハット活動の本来の目的が忘れられていて形骸化しているのです。特養などの施設でも同じことが言えます。特定の利用者などの転倒のヒヤリハット情報なども、シートに書いて提出するだけで、他の職員との情報共有さえできていないのです。せめて「ヒヤリハット情報は毎朝ミーティングで報告する」というルールにして、1年前のヒヤリハット情報を共有していたら、本事例の事故は防げたかもしれません。



➡ 交通事故のヒヤリハット情報はどのように共有すべきか？

さて、送迎中の自動車事故のヒヤリハットはミーティングで報告するだけで、正確な情報が共有できるのでしょうか？ 転倒のヒヤリハットであれば「〇〇さんの歩行の介助中に膝折れて転倒しそうになった」という情報を職員が共有できれば、他の職員もその利用者の歩行介助時に膝折れによる転倒に備えることができます。

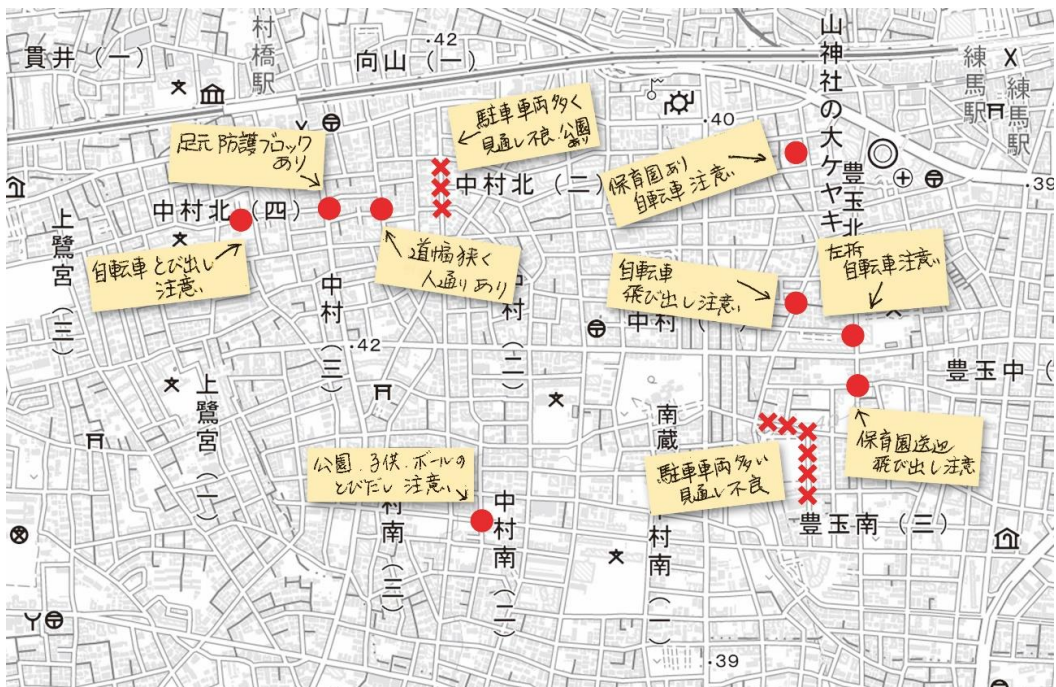
しかし、送迎中の自動車事故のヒヤリハットの場合、ヒヤリハット発生地点を正確に把握して、危険に対処する運転をしなければなりません。ヒヤリハット発生地点は、ヒヤリハットシートの文書を読んでも、また住所で示されても正確に把握することはできませんし、具体的なリスクの発生状況も文字では把握できません。では、ヒヤリハット地点と具体的なリスク発生状況を、どのような方法で共有したら、自動車事故防止に活かせるのでしょうか？



→ ヒヤリハット発生地点は地図で共有する

東京都のある社会福祉法人では、全てのデイサービスでヒヤリハットをビジュアル化する取組をしています。具体的には、危険箇所マップを作成してヒヤリハット発生地点を地図上で把握し、ドライブレコーダーの画像でリスクの発生状態をビジュアルに把握する活動をしているのです。初めに危険箇所マップによる、危険箇所の把握と共有方法をご紹介します。送迎エリアを1枚の大きな地図にしてデイルームの隅に貼り出します。送迎中にヒヤリハットが発生すると、ドライバーはヒヤリハットシートを記入し提出した後に、マップ上のヒヤリハット発生地点に付箋を貼ってどのようなリスクが発生したのかを書き込みます。図のように、保育園のお迎えのママさんの影から園児が飛び出して来たら、「保育園送迎飛び出し注意」と記入します。もちろん、翌朝の朝礼でヒヤリハットを報告しますから、他のドライバーは発生地点を地図ですぐに確認できます。デイサービスを訪れた利用者の娘さんがこのマップを見て、「私も注意しなくちゃ」と言って、スマホで写メして帰ったそうですから、家族にも事故防止の姿勢が伝わって評判は上々だそうです。

【危険箇所を記入したヒヤリハットマップ】



交通事故のヒヤリハット情報は、発生地点を地図で示して情報共有しなければならない。