

リスクマネジメント

おおさか介護サービス相談センター専門相談員
弁護士 久岡英樹

目次

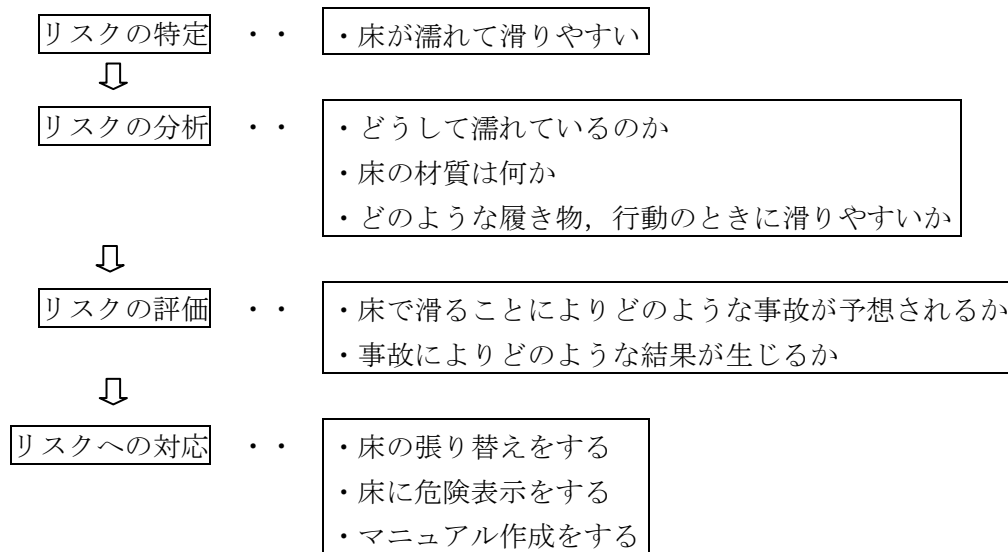
1	リスクマネジメントについて	
(1)	リスク、リスクマネジメントとは	P 1
(2)	福祉関係事業者においてリスクとなりうるもの	//
(3)	リスクを感じる力	//
(4)	リスクマネジメントは誰のためにするのか	//
2	介護事故におけるリスクマネジメント	
(1)	リスクマネジメントの視点	P 2
(2)	リスクマネジメントを考える場面	//
(3)	リスクマネジメント①～事故予防	P 3
(4)	リスクマネジメント②～事故原因の分析、再発防止	P 4
	ア 事故報告書の作成	//
	イ 分析・評価	P 5
	ウ マニュアルへの反映と運用	P 6
(5)	リスクマネジメント③～事故発生時の対応、紛争防止	P 7
(6)	リスクマネジメント④～裁判対応	//
	ア 債務不履行責任（安全配慮義務違反）	//
	イ 不法行為責任	//
	ウ 実際の裁判における判断	P 8
(7)	リスクマネジメントを考える視点	//

1 リスクマネジメントについて

(1) リスク，リスクマネジメントとは

リスクとは，社会生活上，利用者またはその家族に危険や損失を与える現実のことからの発生確率ないし大きさの程度をいいます。

リスクマネジメントとは，リスクを管理（マネジメント）する活動をいい，リスクの特定，リスクの分析，リスクの評価，リスクへの対応の各段階が考えられます。



(2) 福祉関係事業者においてリスクとなりうるもの

福祉関係事業者におけるリスクとなりうるものは介護事故です。

介護事故は，サービス提供中に利用者の生命，身体，精神，プライバシー，財産等への侵害が発生した場合をいい，転倒，転落，誤嚥，異食，薬の誤配，無断外出，入所者同士のトラブルなどがあります。

リスクとなりうるものは，このほかにも虐待，不審者の侵入，地震，火災，感染症，食中毒などがあります。以下では介護事故におけるリスクマネジメントについて考えます。

(3) リスクを感じる力

介護事故についてリスクを感じる力の核心は想像力にあります。

一定の出来事（例えば濡れてすべりやすい床）からどのような重大な結果（転倒とその結果としての骨折，死亡）が生じるかを想像することが事故を防止する取り組みの第一歩になります。

(4) リスクマネジメントは誰のためにするのか

介護事故が発生すると，利用者だけでなく，事業者，職員，社会それぞれにとって不利益，損失が発生します。

利用者	介護事故により身体、精神の状態が低下すれば、行動の自由が制約され、意思に沿った生活が送れなくなる
事業者	介護事故の発生により社会からの信頼を失い、また、その対応のために負担するエネルギー、コストも大きいものになる
職員	介護事故が発生すると、関係している職員が原因解明のために時間をとられ、また、責任を追及される可能性もあり、不安定な状態に置かれる。職員が心理的に萎縮し、職場全体の士気にも影響する
社会	介護事故が発生すると、安全で安心した生活を送るための福祉システムへの社会的信頼を失う

リスクマネジメントは、利用者のためだけでなく、事業者、職員、社会のいずれにとっても、介護事故等によって被る不利益、損失を回避するための取り組みといふことができます。

2 介護事故におけるリスクマネジメント

(1) リスクマネジメントの視点

介護事故におけるリスクマネジメントは、事故対応、裁判対応だけではなく、事故を防止して、安全、安心で質の高いサービスを提供するという積極的な視点から考えることも必要です。

(2) リスクマネジメントを考える場面

リスクマネジメントは、事故の前後で分けて考えることができます。

事故前	事故後
① 事故予防	② 再発防止
	③ 紛争防止
	④ 裁判対応

①の事故予防は事故予測、問題点の分析、事故防止対応、②の再発防止は原因分析、事故防止対応を中心とする事故を回避するための取り組み、③の紛争防止は事故後の利用者、家族に対する対応の在り方、④の裁判対応は訴訟となった場合の対応についてそれぞれ検討します。

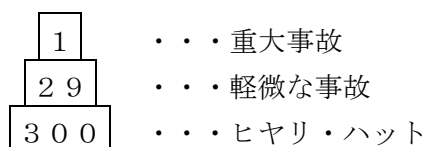
リスクマネジメントは、利用者、事業者、職員にとっての不利益、損失を回避するためのものと考えれば、事故予防に限らず、事故発生後の再発防止のための取組、さらに紛争の防止、裁判対応なども含んで考えることができます。

(3) リスクマネジメント①～事故予防

事故予防のリスクマネジメントは、何がリスクかということに気付き、リスクを取

り除いて事故発生を防止する取り組みになります。ヒヤリ・ハット報告の活動がその中心となります。

ヒヤリ・ハット報告は、1つの大きな事故の背景には29件の軽微な事故があり、その背景には300件のヒヤリ・ハットがあるというハインリッヒの法則に基づき、ヒヤリ・ハットの段階で重大事故の予測をしてその発生を防止するという取り組みです。



ヒヤリ・ハット報告は、書くだけでなく、分析して対策を講じることが重要です。報告後数日以内に重要なヒヤリ・ハットから順に担当者数名や全体で対策を検討し、検討した結果を支援計画に反映したり、マニュアル化して職員間で共有することが必要になります。

利用者に同じヒヤリ・ハットが繰り返しある場合はアセスメントやケアプランを見直し、特定のフロアや場所で同じヒヤリ・ハットが繰り返しある場合は介護の基本が十分かなどを検討してみる必要があります。

個別の利用者に対する改善策のみでなく、利用者全体に対する改善策も検討することも必要です。

ヒヤリ・ハット報告で重要なことは、報告書に書いてあることについて責任は問わないということです。責任を問われることになるとヒヤリ・ハット報告の提出が減り、リスクの情報を得にくくなるおそれがあるからです。

仕事に慣れると、見えているはずのものが見えなくなりがちです。現場を知っているから何でも分かっていることにはなりません。ときには客観的に第三者の目で普段の介護サービスの業務内容を点検することも必要になります。

ヒヤリ・ハット報告には、対応策として、「見守る」、「十分気をつける」、「確認を徹底する」、「把握してチェックする」と記載されているものがよくあります。事実把握や分析が十分でないためにこのような抽象的な対応策が記載されていると考えられます。事実把握、分析を丁寧に行い、できるだけ具体的な対応策を記載し、職員間で共有する必要があります。

ヒヤリ・ハット報告書の例

ヒヤリ・ハットシート			
報告者		報告日	H . .
発生日時	H . .	午前・午後	時 分 ころ
発生場所			
ヒヤリ・ハットの対象者			

発生状況	
	転倒 転落 けが 誤嚥 誤薬 無届外出 入所者間トラブル 交通事故 その他 ()
どのような重大事故になると予想されるか	
ヒヤリ・ハットの原因は何と考えるか	

(4) リスクマネジメント②～事故原因の分析, 再発防止

ア 事故報告書の作成

事故が発生した場合、事故原因の分析を行い、再発防止策の検討を行います。検討をするために必要な資料の1つとして事故報告書があります。

事故報告書は、発生した事故の事実関係、対応関係などを記録します。施設の管理職に報告するほか、利用者、家族あるいは行政、さらには損害保険会社への報告に使用され、訴訟になれば訴訟資料としても使用されることになります。

事故報告書において、事実関係を記載した部分は分かりやすく客観的に書く必要があります。報告書は、報告書を書いた人が、自分が見た通りのことを文章に表現し、また、報告書を読んだ人が、発生した事実について、報告書を書いた人と同じイメージを持てるように書く必要があります。

報告書に書かれた事実に基づいて分析が行われますので、報告書には事実を正確に分かりやすく書くことが必要です。誤った事実を書いたり、事実を誤って理解されたりして、これに基づいて議論されると対応方法が異なってきますし、裁判などでの結論も違ってきます。

報告書を書くときに注意することは、いうまでもなく5W1H（いつ、どこで、誰が、何を、なぜ、どのように）を踏まえて、時系列に沿って、短く、必要な場合は図や写真を添付して分かりやすく書くよう心がけることです。

事故報告書を書くときは、自ら体験、目撃したことを書くようにします。自ら体験、目撃していないことを推測や思い込みで書けば、誤った事実を報告することにもなりかねません。他の人から聞いた話は、その話が事実を語っているかどうか分からず、これも誤った事実を報告することになる可能性がありますから書かない方がいいです。話をしたその人自身に報告書を書いてもらえばいいのです。人から聞いた話をどうしても書く必要があるのであれば、誰から聞いた話であるかを明記して書きます。

事故報告書の例

事故報告書			
報告者		報告日	H . .

発生日時	H . . 午前・午後 時ころ
発生場所	
被害者	
事故結果	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 負傷 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> 入院
対応状況	<input type="checkbox"/> 介助中 <input type="checkbox"/> 見守り中 <input type="checkbox"/> 見守り中でない
事故態様	<input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 他傷 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 発作 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他 ()
事故の概要	
事故後の対応	
管理者への報告	H . . 午前・午後 時ころ
家族への報告	H . . 午前・午後 時ころ (担当)
家族の反応	
家族への その後の対応	
事故原因	①事故原因
	②事故を予見できたか。予見できたといえる情報
	③事故を回避できたか。回避のためにしたこと，できたこと
再発防止策	

イ 分析・評価

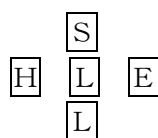
事故発生（再発）を防止するには、ヒヤリ・ハット報告書や事故報告書の内容から原因を分析、評価し、効果的な対策を立てることが必要です。

事故原因を分析、評価する方法には2つの方法が考えられます。

i 横への分析方法

事故の要因分析を利用者のリスク、職員のリスク、施設・設備のリスクなど項目別に多角的に行い、具体的な再発防止策を検討する方法

S H E L (Software,Hardware, Environment,Liveware)分析方法がその例です。



制度 (S)	設備 (H)	業務環境 (E)	職員 (L)	本人 (L)

ii 縦への分析方法

検討する項目について、なぜそうなったかという問いを繰り返して真の理由まで掘り下げる方法

例) パンを喉に詰めて窒息状態になった

なぜ、パンを喉に詰めたか	口いっぱいに入れて頬張った
なぜ、口いっぱいに入れたか	飲み下す前にさらに口に入れた
なぜ、飲み下す前に口に入れたか	食事時間終わりですよと言われ、あせった
なぜ、食事時間終わりと言ったか	長時間食べていた
なぜ、時間をかけて食べてはいけないか	本人のトイレ支援など次の予定があった

∴食事介助のあり方を再検討し、本人にゆとりを持って食事をしてもらい、あせらせない

ウ マニュアルへの反映と運用

ヒヤリ・ハット報告書や事故報告書の原因分析、評価ができ、事故発生（再発）防止のための対策ができれば、チェックリストを作成してこれに基づく対応を行うほか、マニュアルにも反映させます。

事故発生（再発）防止の対策は、個別の利用者への対策だけでなく、利用者全体に適用できるような対策としても考える必要があります。

マニュアルの体系全体を示すために業務フロー図を作成したり、分かりやすさに配慮して図や写真を活用したり、分量や大きさも工夫し、知りたいことがいつでも知ることができるようにしておきます。

マニュアルは作って置いておくものではなく、日常のケアで実践的に活用し、記載内容が正しく遵守されているかを業務の中でチェックします。

ヒヤリ・ハットや事故の報告があった場合は、ケアの手順に問題がないか、マニュアルに従った対応がされていたかを検証します。

マニュアルの見直しは定期的に行い、実態に合わない部分、実行不可能な部分があれば、実行できる方法に改訂します。

マニュアルについての研修を実施し、職員間で内容を共有するような取組も必要になります。

(5) リスクマネジメント③～事故発生時の対応，紛争防止

事故が発生した場合，事実確認，記録を迅速に行い，利用者，家族に十分な説明を行うことが大切です。

利用者，家族には，「事実を知りたい」，「謝罪を求める」，「金銭要求」など様々な思いがあります。これらの利用者，家族の思いに可能な限り応えることが信頼関係を維持することにつながります。「事実を知りたい」ということであれば，調査確認された事実関係を正確に伝え，「謝罪をしてほしい」ということであれば，責任の有無にかかわらず，迷惑や苦痛を受けたことに対しては人間的な共感をもって誠意ある対応をすることも必要になると考えられます。「金銭要求」については，責任の有無にかかわらず，迷惑や苦痛を受けたことに対する「お見舞金」を支払うことがあり得ると考えられますが，責任の有無に争いがある場合は，それ以上の話し合いは難しく，しかるべき法的手続に任せるしかなくなります。その場合であっても可能な限り誠実に話し合い，信頼関係を維持するよう努めることが考えられます。

利用者，家族への対応は，複数の職員が別々に対応すると，説明や話の内容が異なるとそのことで不信感を抱かれ，担当者個人が対応すると，家族との対応に精神的に疲れることもあるので，利用者，家族との信頼関係を維持するためにも組織として窓口を一本化して対応することが必要と考えられます。

(6) リスクマネジメント④～裁判対応

事業者の法的責任が問われる場合，大きく分けて2つの責任追及方法があります。

ア 債務不履行責任（安全配慮義務違反）

事業者は，介護サービス契約上の責任として，利用者が事故等に遭わないようその安全に配慮する義務（ある法律関係に基づいて特別な社会的接触の関係に入った当事者間において，相手方の生命，健康等を危険から保護するよう配慮すべき信義則上の義務（最三小判昭 50.2.25）。）があり，事故が発生した場合に，安全に配慮したしかるべき措置をしていなければ安全配慮義務違反として損害賠償を求められます。

イ 不法行為責任

債務不履行責任は，事業者が利用者のためにどのような安全に配慮した措置をしていたかが問題とされますが，そのほかに，契約関係になくとも，事業者の職員が職務を行う中で過失があり，過失と発生した結果（損害）との間に因果関係があれば，不法行為責任が追及されます（職員に対しては不法行為責任，事業者に対しては職員の使用人として使用者責任）。

不法行為における過失責任は予見可能性と結果回避可能性が検討され，予見が可能で結果回避も可能であったのに結果回避のための措置がされておらず，そのために事故が発生していれば過失ありと認められます。

i 事故の予見可能性

予見可能性は，事故が起こること（リスク）の予測で，事業者が認識してい

た事実（知っていたこと）と事業者として要求される調査・研究を尽くせば予想できたといえる事実（知りうべきこと）に基づいて、事業者が事故発生を予測できたかが判断されます。

具体的には、利用者や介護環境等についてどのような情報を得ていたか、得られた情報に基づいてどのようなリスク評価をしていたか、評価がマニュアルや専門性に基づいていたかなどが判断されます。

ii 結果発生回避のための措置

事故が起こることを予見できたのであれば、事業者は結果回避のためにどのような措置をとったか、回避措置が不十分であった場合は、どのような措置をとるべきだったかが検討されます。

具体的には、リスクの評価に対応した個別のサービス提供計画が作成されていたか、計画は職員間で共有され現実に実施されていたかなどに基づいて判断されます。

ウ 実際の裁判における判断

介護事故の実際の裁判で事業所の責任を認めたものでは、債務不履行責任（安全配慮義務違反）を認めたものもありますが、不法行為責任を認めたものが多いように思われます。

<具体的な裁判例：誤嚥事故の過失判断（松山地裁判決平成20年2月18日）>

i リスクの予測：Aは事故の7日前に医師の診察を受け、医師からは加齢ともなうもの又は小さい脳梗塞、脳血管障害等によって食事の飲み込みが悪くなってきており、今後も嚥下障害が進行したり、誤嚥性肺炎の発症の可能性があると説明がされ、この説明をY職員も聞いていた。

Aは診察日以降も食事の際にムセ込む状態が続いていた。

⇒Y職員はAに誤嚥のリスクがあることを予測できた。

ii 対策：予測できたならば、事故発生を回避するための対策を行うことが必要。

⇒Y職員としては、Aの誤嚥事故を防止するために、食事介助を行う際、①覚醒をきちんと確認する、②頸部を前屈させる、③手、口腔内を清潔にする、④一口ずつ嚥下を確かめるなどの対策を立てて確実に食事介助を行う必要がある。

（7）リスクマネジメントを考える視点

リスクを低下させて利用者が安全に暮らすことは大切なことですが、リスクマネジメントを考えると、安全面に集中して対応することだけを考えてしまいがちになります。安全に暮らすのであれば、極端に言うと、部屋から出られないようにして何も行動させなければ、事故に遭わないで安全に暮らすことができるかもしれません。

しかし、それでは本人の意思を尊重して行動範囲を広げ、生きる意欲を高めるという福祉サービスの基本理念に反することになります。福祉の場では人を相手にしていることから、安全の確保だけが唯一の目標ではなく、リスクマネジメントでリスクを低下させ、利用者の安全を確保すると同時に、利用者の意思、行動の自由への配慮も

必要になります。人としての尊厳を保障することも重要な目標です。

利用者の活動の自由度を増すことはリスクを高めることになりますから、福祉の現場では利用者の安全と尊厳を守ることとの間で難しい対応が求められます。

事故発生のリスクを予測し、事故が発生せずに利用者が安全に暮らすようにするための努力は最大限行わなければなりません。利用者の行動の自由を尊重する結果、そのような努力を十分に行ったにもかかわらず事故が発生することは避けられないと考えられます。介護事故は完全にはゼロにはできないとしても、限りなく「ゼロ」に近づけるよう、万一事故が発生しても被害を最小限に食い止めるよう努力することが求められます。