

高齢者住まいのリスクマネジメント

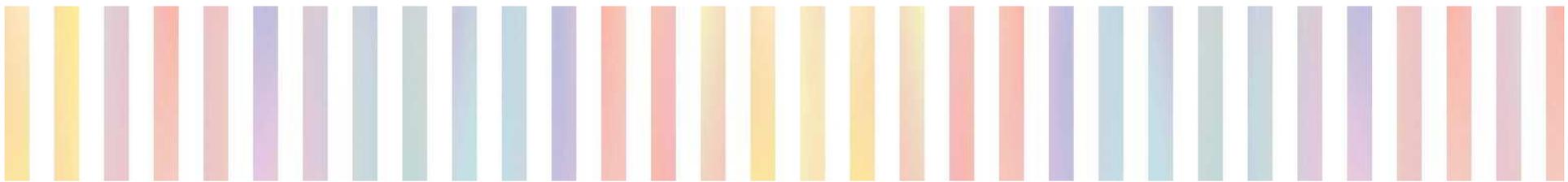
—高齢者住まいにおける介護事故の 賠償トラブル・訴訟への対応—



SOMPOリスクマネジメント株式会社

医療・介護コンサルティング部

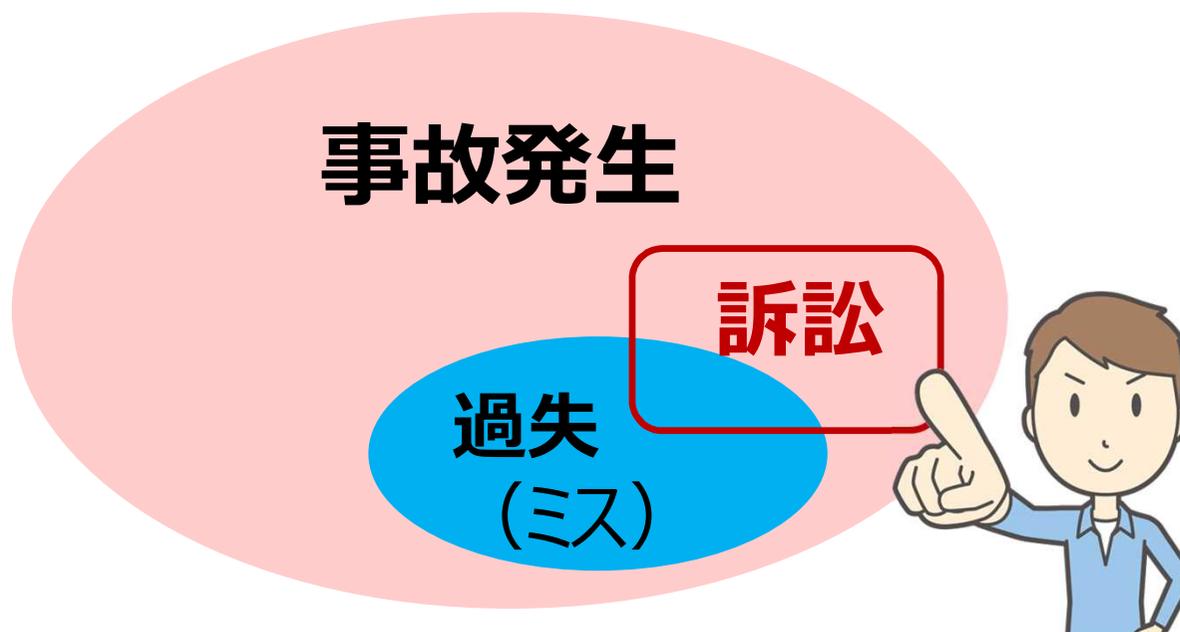
泉 泰子



事故発生における過失の考え方

施設で発生したすべての事故の責任が問われるわけではない。

では、どのようなことが「責任」といわれるのか？



訴訟（裁判）によって問われる責任の考え方

<前提>

事故発生によって利用者に何らかの障害（損害）がある

<過失と判断される主要件>

- ① 事故以前に、今回の事故を予測されるような利用者の心身の変化があったか
- ② 予測に基づいて、何がしかの防止策を立てていたか
- ③ 事故発生後に十分な対応ができていたか

予測
(予見)

対策
(結果回避)

事故発生
時対応



裁判における責任の考え方例

【転倒事故】

当事者：72歳（女性）

経緯

○月○日（施設入居開始1日目）

22:15 廊下で転倒しているところを発見される。

痛みの訴えあり病院受診で「大腿骨頸部骨折」と診断され、入院・手術となる。





事故調査で判明した事実

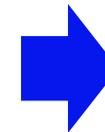
(パターンA)

- この利用者は、トイレに行こうとして歩行するが、下肢筋力の低下により、途中の廊下で転倒したもよう。
- 利用開始時プランに、「トイレ歩行は可能であるが、ふらつきがあり、トイレ歩行時は見守りが必要」という記録があり。
- トイレ時にナースコールをするよう指導したが、日中数回ナースコールを押さずにトイレ歩行していることがあった。

<事故例> 転倒事故

(パターンA)

損害発生	予見可能性	結果回避可能性
あり	あり	あり



● **損害** ➡ 大腿骨頸部骨折

● **予見可能性** ➡ ナースコールを押さずに自力歩行して転倒する危険性がある。

● **結果回避可能性**

➡ ナースコールを押すよう十分な指導と独歩しないよう見守りの強化の措置が必要

調査で判明した事実

(パターンB)

- 歩行の際に洗面器等を入れた袋を抱えていたため
前が見えないことにより転倒した模様。

- 日中歩行時の様子は、特にふらつきなし。
利用開始時のプランは「トイレ歩行自立」



<事故例> 転倒事故

(パターンB)

損害発生	予見可能性	結果回避可能性
あり	なし	なし



● 損害 ➡ 大腿骨頸部骨折

● 予見可能性 ➡ 荷物で前が見えなくなる危険性は予見できない。

● 結果回避可能性

➡ 上記転倒の予見ができない以上、その結果を回避する手段は講じることができない。

事故発生後の対応の重要性

【誤嚥による死亡】

＜施設A＞
朝食後薬内服後に
異変発生し
死亡
↓
異変発見から救急車を
呼ぶまでに15分間
吸引器などを使用しなかった

誤嚥を予測
した処置を
とらず過失

1800万円賠償

＜施設B＞
夕食のおかずを喉に詰まらせ死亡
↓
アセスメントから献立上の過失なし
異物を取り出すなどの処置実施
早期に病院に搬送

過失なし

事故発生時の賠償トラブル・訴訟への対応のポイント

訴訟となった場合、施設は事故の経過に責任がなかった
ということを中心に**裁判で証明する必要があります**。
しかし、その訴訟を起こすのは、事故発生時に施設からの
説明や態度が利用者・家族が納得できずに
「訴訟を起こして事実を知りたい」
という**施設に対する不信感からの行動**が多いのです。



賠償トラブル・訴訟への対応は

- ① 事故発生に関し、利用者・家族が理解できる説明
- ② 訴訟に対し、施設側に過失（ミス）がなかったことを証明できる体制

この2点が最も重要です。



事故発生時の 賠償トラブル・訴訟への対応 その具体策

高齢者リスクについて家族教育

そうすると、社会生活をしているときには考えられない状況で骨折が起きてきます。転

ことは知られていますが、立ち上がりやトイレなど、体を動かす簡単な動作で骨折するよう

な時にはご自身が全く気が付かないうちに骨

折を、



3. 認知症について

症の症状がある、入れ歯がある等種々の理由で上手に飲み込む力が衰えてしまうことがあ

る場合、唾液までも、飲み込む際に誤って気管から肺へ入れば、「むせ」で、外へ出すという体の反応が状況のご利用者があります。その場合、最悪で

きる場合があります。通常飲み込める大きさまで噛み砕くことなく認知症等による理解力の低下のため、食べ物に

るためには、流動食に近いものだけを差し上げていただくような医療処置をするなどをすすめるしかあ

り、食欲を持って生活していただくための「食

」

6. 終わりの時を迎えるにあたって

<施設で息を引き取られるとき>

高齢になられて施設をご利用いただくということは、最後の時を施設で迎えられる場合もございます。私たちは、できる限り、ご利用者の意に沿った、最後の時をお迎えさせていただきたく思っています。ご利用者が高齢化により寝たきり状態になられた場合、職員一同心を込めてお見守りさせていただきます。ろうそくの炎が燃え尽きるように自然な死を迎えられる時は、医師からご家族へ、「その時の対応、心構え」を説明させていただく余裕がございます。しかし、ご利用者様が施設ケアを十分受け入れられ、生活能力の維持が図られている状態で、ある日突然、ご利用者の心臓機能の限界が来る場合がございます。

<突然に訪れるということ>

内臓の機能低下は、予測できるものではなく、お元気に過ごされていただと思っていても、ある日突然機能を止めてしまいます。「その時」に施設では、非常に厳しい判断を迫られます。私たちの施設には、「医療が必要なご利用者を医療機関に搬送する義務」が課せられています。

6

1. 介護施設の役割について

<施設の役割>

介護施設に課せられた役割として、「ご利用者の身体機能をできるだけ維持する」ということがあります。

これは、加齢に伴い衰えていく筋力を維持しながら、日常生活動作(食事、排泄、入浴、寝起、更衣等)をできるようにケアをしていくということです。

具体的には、身の回りのことを時間がかかってもご自身でしていただく。動く機会を増やし、できないこと明確にしてお手伝いをする。社会生活から離れないよう、閉じこも

3. 認知症について

<環境変化による認知症>

高齢者にとって住み慣れた自宅からの施設生活は、環境の変化による大きなストレスとなります。施設利用開始直後は、「家族が待っているから帰らないといけない」、「仕事があるから行かないといけない」と訴えられ、「自分で歩かれるご利用者はどこか出口がないか、探され歩きつづけれたりします。このように、全くお元気であった方が一時的な認知症状が出る場合があります。多くのご利用者は、施設生活に慣れることにより回復されます。しかし、利用前より、物忘れが激しい、ときどき自分のことがわからなくなるなど症状がある方は悪化する場合がございます。施設生活に慣れても完全な回復が難しい場合がございます。」



<悪化を防止するためには>

認知症はご利用者の心理状態で、進行度合いが変わります。その心理状態に關係する一番大きなことは、ご家族との関係です。ご利用者にとってご家族が記憶の大きな部分を占める心よりどころであり、認知症悪化からの回復は、こまめなご家族の協力があることで大きな差が出ます。入所という状況であってもできる限り面会に来ていただくことが効果的です。新しい記憶である介護施設での生活で、施設職員の対応だけでは、認知症の対応は難しい。ということをご了解ください。



<身体拘束について>

認知症によるもう一つの問題点がございます。認知症の悪化により、ご自身の体を必要以上にかきむしる、おむつを取ってしまう、歩行する力がないにもかかわらずさうとうとして転んでしまうなど、非常に危険な行動をとられることがあります。そのような時、ご家族によっては、「手を縛っておいてください」と要望される場合があります。病院では、点滴チューブを抜かないように手足をひもで縛り、転倒しない

3

日常からの説明体制

施設利用により、利用者に全くリスクがなくなったという幻想を抱くご家族が若干おられます。しかし、高齢者のリスクは、施設側が見守りを強固にしても**防げないものも多く**、また、**利用期間の長さは加齢によるリスクの増大**に他なりません。施設側がリスクを把握していたのに、ご家族が予想だにできなかった場合、トラブルに発展しやすいことを理解しましょう。

安易に「安心・安全」を謳うのではなく、個々の利用者

①現在どのようなリスクがあり、どのようなケアをしているのか

②リスクの変化が生じたとき、すぐにご家族へ説明をする

=利用者リスクの共有

を日ごろから実施し、施設のケアと利用者の状況理解ができるよう努める必要があります。





記録の重要性

訴訟となった時、その成否は「記録」で変わります

＜裁判の考え方＞

プロフェッショナルとして業務をしているのであれば
それを証明できる「記録」があるはず。

記録は

**「予見」「結果回避の可能性」「事故発生時の対応」
の3点が把握できる内容が必要**



**上記記録は、訴訟対応のみならず、家族に何
が起こったかの有効な説明資料となります**

記録と記憶



5年前の10月6日
11時45分に
訪室されたときの
利用者の状況を
話してください。



えーと、
たぶん
〇〇さんはあ
の時・・・
うーん。

施設にミスがあって
責任となるのは致し方ないこと。
しかし、記録不十分で
過失となるのはあまりに残念。

あの日は、いつもと
様子が違うんじゃない
かって言ったんですが、
変わらないからって
無視されて・・・



行政事故報告書作成

(標準的) 介護サービスに係る事故報告書

各保険者宛

※第1報は、少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目途に提出すること
※選択肢については該当する項目をチェックし、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること

第1報 第2報 最終報告 提出日: 西暦 年 月 日

1 事故状況	事故状況の程度①	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診) <input type="checkbox"/> 自給給で応急処置 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他()						
	死亡に至った場合②	西暦	年	月	日	<input type="checkbox"/> 死亡に至らなかった		
2 事業所の概要	法人名③							
	事業所(施設)名④					事業所番号		
	サービス種別⑤							
	所在地⑥							
3 対象者	記載番号、TEL⑦	TEL ()						
	氏名・年齢・性別⑧	氏名		年齢		性別:	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
	サービス提供開始日⑨	西暦	年	月	日	保険者		
	住所⑩							
	身体状況⑪	要介護度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		認知症高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 事故の概要	発生・発見日時⑫	<input type="checkbox"/> 発生 <input type="checkbox"/> 発見	西暦	年	月	日	時 分	
	事故の場所⑬	<input type="checkbox"/> 居室(個室) <input type="checkbox"/> 居室(多床室) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 倉庫等共同部 <input type="checkbox"/> 浴室・更衣室 <input type="checkbox"/> 機動別棟 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外						
		発生時状況等の詳細⑭						
その他 特記すべき事項⑮								

5 事故発生・発見時の対応	発生・発見時の対応⑯						
	受診方法⑰	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応		<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)		<input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他()	
	受診先⑱	医療機関名		連絡先(電話番号)			
	診断名⑲						
6 事故発生・発見時の状況	診断内容⑳	<input type="checkbox"/> 切傷・擦傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(部位:) <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> その他()					
	検査、処置等の概要㉑					(入院先)	入院年月日
7 事故発生・発見後の状況	利用者の状況㉒						
	家族等への報告㉓	報告した家族等の続柄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 子、子の配偶者	<input type="checkbox"/> その他()	
		報告年月日	西暦	年	月	日	
連絡した関係機関㉔ (連絡した場合のみ)	<input type="checkbox"/> 自治体 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他(ケアマネ等) 自治体名() 警察署名() 名称()						
8 再発防止策	本人、家族、関係先等	(できるだけ具体的に記載すること)					
	7 事故の原因分析⑳ (本人要因、職員要因、環境要因の分析)	(できるだけ具体的に記載すること)					
8 再発防止策㉕ (手順変更、環境変更、その他の対応、再発防止策の評価時期および結果等)	(できるだけ具体的に記載すること)						

**本書式は「記録の最終形」= 行政に必要な情報
この記録だけで過失がなかったことを証明するのは困難
本書式の前に事実に沿った記録を残す体制が必要**

発生してからの記録

時刻	利用者状態	行為	関係者名
8:15	目の焦点あっておらず、口の周りに水分がついており、息苦しそうな様子	タッピングし、声掛けするも反応乏しかったため、すぐに近くにいた職員に声をかける。意識レベル低下している様子だったため、C職員と交代し、救急要請に動く。	D
		D職員より呼ばれたため、駆けつける	C
	目の焦点合わず、涙がでており、汗もかいておられ、顔全体が濡れており、呼びかけにも反応なし。		C
	ゲップのような音がして、口から100円玉大の液状の物が出る。	何かを詰まらせたと思い、C職員と背中タッピングし大きな声で呼びかける。口腔内に指を入れ、残渣物掻き出し義歯を外す。	D
8:18	意識レベル低下、タッピング、声掛けするも反応なし。全身脱力している様子。	隣のデイに看護師出勤しているか電話。E看護師出勤にて状況報告。看護師指示にて、背臥位にし、AED装着、心臓マッサージ、人工呼吸行う	C
		C職員より、急変の報告あり。対応指示と施設へ向かう	E
8:20	全身脱力あり。意識消失。呼吸停止しており、頸動脈蝕知不可。	全身脱力にて移動困難なため、床に寝かす。	C
		臥床後、胸骨圧迫行い、AED装着。心電図解析するが、ショック不要と判断される。解析終了後、すぐに胸骨圧迫再開。胸骨圧迫中も反応なし。D職員と交代し、搬送準備行う。	E
		2階スタッフに応援要請し、家族様に連絡するように依頼	E
		説明してもらう。	F
			E
8:23		出勤途中、E職員より電話。バスで駅に詰められたため、E看護師が対応して救急搬送する動きをとっていますとのこと。	施設長
8:25		救急車到着	D

この記録だけでは、「予見できたのか」「結果回避の可能性があったのか」は証明できない。

発生してからの記録

普段から自力摂取し問題がない利用者であれば見守りは不要

時刻	利用者状態	経過	担当者名
0:00	良眠中	巡回	
3:00	良眠中	巡回	
5:10	トイレに行きたいと覚醒している	ホールにて訪室。トイレに行きたいと訴えるが、すでにおむつ内に排便あり。交換する。	D
6:00		起床介助	
7:40		朝食準備のため車いす移乗。デイルーム移動。	
8:10	自力で朝食摂取開始	隣のBさんへ話かけている。 内服薬をお盆に配布	
8:14頃		B氏より、「お姉さん！」とスタッフに声かけあり、そばに走っていく。	D
8:15	目の焦点あっており、口の周りに水分がついており、息苦しそうな様子	タッピングし、声掛けするも反応乏しかったため、すぐに近くにいた職員に声をかける。意識レベル低下している様子だったため、C職員と交代し、救急要請に動く。 D職員より呼ばれたため、駆けつける	D C
	目の焦点合わず、涙がでており、汗もかいておられ、顔全体が濡れており、呼びかけにも反応なし。		C
	ゲップのような音が出て、口から100円玉大の液状の物が出る。	何かを詰ませたと思い、C職員と背中タッピングし大きな声で呼びかける。口腔内に指を入れ、残渣物掻き出し義歯を外す。	D
8:18	意識レベル低下、タッピング、声掛けするも反応なし。全身脱力している様子。	隣のデイに看護師出勤しているか電話。E看護師出勤にて状況報告。看護師指示にて、背臥位にし、AED装着、心臓マッサージ、人工呼吸行う	C E
8:20	全身脱力、知不可		C E E F E
8:23			施設長
8:25		救急車到着	D

異常を認知する前の状況記録があれば、異常を予測した対策を立てることが不可能な状況が判明します。
そして、ご家族に「何が起こって、施設がどうしたのか」ご理解いただく最も重要なツールとなります。

実際の経過報告書運用例

経過報告書 (時間が明確でない場合は、前後関係を正しく記載してください)

時刻	経過報告書	経過	経過報告書	経過
13:00	13:00 入浴	13:00 入浴	13:00 入浴	13:00 入浴
13:00	13:00 入浴	13:00 入浴	13:00 入浴	13:00 入浴
13:00	13:00 入浴	13:00 入浴	13:00 入浴	13:00 入浴

① 異常発生時メモ用紙に記載したものを貼付

経過報告書 (時間が明確でない場合は、前後関係を正しく記載してください)

時刻	経過報告書	経過	経過報告書	経過
13:00	13:00 入浴	13:00 入浴	13:00 入浴	13:00 入浴
13:00	13:00 入浴	13:00 入浴	13:00 入浴	13:00 入浴
13:00	13:00 入浴	13:00 入浴	13:00 入浴	13:00 入浴

② 利用者対応終わった時点で、一時清書。

経過報告書 (時間が明確でない場合は、前後関係を正しく記載してください)

時刻	経過報告書	経過	経過報告書	経過
13:00	13:00 入浴	13:00 入浴	13:00 入浴	13:00 入浴
13:00	13:00 入浴	13:00 入浴	13:00 入浴	13:00 入浴
13:00	13:00 入浴	13:00 入浴	13:00 入浴	13:00 入浴

③ さらに落ち着いてから関係者が集まって再度情報を整理し二次清書

経過報告書 (時間が明確でない場合は、前後関係を正しく記載してください)

時刻	経過報告書	経過	経過報告書	経過
18:30	夕食を飲みながら中止する。	夕食を飲みながら中止する。	夕食を飲みながら中止する。	夕食を飲みながら中止する。
19:30	体温 38.5℃ BP=97/61 P=85 SPO2=95%	医師に連絡し指示を仰ぐ、経過観察の指示があるから宿直員に連絡し病院受診へ(病院受診)	医師に連絡し指示を仰ぐ、経過観察の指示があるから宿直員に連絡し病院受診へ(病院受診)	医師に連絡し指示を仰ぐ、経過観察の指示があるから宿直員に連絡し病院受診へ(病院受診)
20:30	ベッド内300cc傾	傾斜している。体位交換を行う。	傾斜している。体位交換を行う。	傾斜している。体位交換を行う。
22:00	体温 39.1℃ BP=67/52 P=136 SPO2=90%	体温、血圧、脈、酸素などの値がどの位なら決定する。判断値を決めておく。(病院受診)	体温、血圧、脈、酸素などの値がどの位なら決定する。判断値を決めておく。(病院受診)	体温、血圧、脈、酸素などの値がどの位なら決定する。判断値を決めておく。(病院受診)
22:00	1/177V 1-1口服用	吐き出す。1口で中止する。	吐き出す。1口で中止する。	吐き出す。1口で中止する。
22:50	嘔吐あり	嘔吐している。体位交換を行う。	嘔吐している。体位交換を行う。	嘔吐している。体位交換を行う。
23:00	体温交換を行う	医師に連絡し指示を仰ぐ、経過観察の指示があるから宿直員に連絡し病院受診へ(病院受診)	医師に連絡し指示を仰ぐ、経過観察の指示があるから宿直員に連絡し病院受診へ(病院受診)	医師に連絡し指示を仰ぐ、経過観察の指示があるから宿直員に連絡し病院受診へ(病院受診)
1:00	体温 38.7℃ BP=72/53 P=122 SPO2=95%	医師に連絡し指示を仰ぐ、経過観察の指示があるから宿直員に連絡し病院受診へ(病院受診)	医師に連絡し指示を仰ぐ、経過観察の指示があるから宿直員に連絡し病院受診へ(病院受診)	医師に連絡し指示を仰ぐ、経過観察の指示があるから宿直員に連絡し病院受診へ(病院受診)
1:30	1/177V 1-1口服用	吐き出す。1口で中止する。	吐き出す。1口で中止する。	吐き出す。1口で中止する。
1:30	体温交換を行う	医師に連絡し指示を仰ぐ、経過観察の指示があるから宿直員に連絡し病院受診へ(病院受診)	医師に連絡し指示を仰ぐ、経過観察の指示があるから宿直員に連絡し病院受診へ(病院受診)	医師に連絡し指示を仰ぐ、経過観察の指示があるから宿直員に連絡し病院受診へ(病院受診)
2:30	嘔吐するが反応なし	嘔吐している。体位交換を行う。	嘔吐している。体位交換を行う。	嘔吐している。体位交換を行う。
3:30	1/177V 1-1口服用	吐き出す。1口で中止する。	吐き出す。1口で中止する。	吐き出す。1口で中止する。

④ 最終清書し、事故報告書を記載してから、事故の再発防止策を考えると同時に、明らかになった事実として家族へ説明

これなら記録の真実性も保ちつつ、ご家族に説明できますね。



記録体制の導入を指向する

介護はハイリスクの高齢者を対象にサービスを実施しているもの。
一生懸命ケアをしても事故は発生します。

しかし、事故を契機にご家族と敵味方になるのは大変残念なことです。

不幸な事故であっても、**施設側が最大限の対応を実施していたことが証明**できれば、利用者ご家族の思いにもかなうのではないのでしょうか。

研修会や事例教育だけでは、防げない事故への対応はできません。プロファッショナルとしての記録体制の導入を指向していきましょう。

ケアの提供は最も重要な業務であるが、提供したケアがプロとして対応できていたことを証明するという業務も重要

記録のICT導入について

記録の正当性や記録時間の省力化にタブレット等ICTを導入することが重要です。

一つの記録を共有する介護現場においては、各々が記録できかつ、すぐに共有できるという点で非常に優れております。

特に介護関係の記録のソフトウェアは「介護保険関係書類」作成時の負担を大きく軽減するものです。

介護保険に特化したソフトウェア導入の際は、「介護事故」発生時の記録に対応することが難しい場合があります。

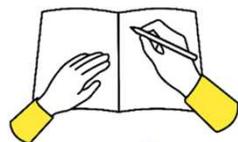
その場合は、「平時の記録」と「入居者に何らかのトラブルが発生した場合の記録」の方法を明確に区別して利用するようにしましょう。



高齢者施設のリスクマネジメントを支援します

SOMPOリスクマネジメントでは、高齢者施設の様々なリスクに対して、各種の支援サービスを取り揃えています。

長年培ってきたノウハウを生かし、事業所・利用者の双方が安心できる環境づくりをお手伝いします。



教育

① セミナー

過失の考え方、事故発生時の対応、苦情・クレーム対応など、実践に役立つテーマについて、コンサルタントが分かりやすく解説します

② 動画教材

裁判事例を題材にリスクマネジメントを学習。1本10分程度の動画ですき間時間を活用して手軽に学習できます

SOMPOリスク 介護

検索

態勢構築

③ 総合コンサルティング

現状分析から問題点を抽出し、組織運営や事故防止について、専門的知見からアドバイスをします

④ BCP策定支援

策定方法を習得するためのセミナーから、実際に策定の支援をするコンサルティングまで、ニーズに応じて幅広く対応します

リスクマネジメントの無料講義動画も公開中です



SOMPOリスクマネジメント

安心・安全・健康のテーマパーク

