

長期ケアの安全管理

小山 秀 夫

Safety management of long-term care

Hideo KOYAMA

ここでは、わが国の長期ケアの安全管理について、介護保険制度の関連で解説し、苦情処理制度やインシデント・レポート・システムの現状や新たな長期ケアの安全管理に関する研究動向に関して、若干の知見を紹介する。現時点では、介護保険サービスの「安全」や「質」あるいは「安全の質」ということに関して、今一度、見直すことが必要であるという観点から、今後は数量化されたデータを分析し、業務の標準化を進めることが、最短の「質」の改善策であることを主張する。

1. 長期ケアに関する安全管理問題の所在

近年の国際的な医療安全に関する動向と、長期ケアにおける安全管理に関する議論は、密接に関連している。その契機が、2000年4月から施行された介護保険制度の立案過程にあったことは、間違いのない事実である。介護保険制度では、措置制度で運用されていた特別養護老人ホーム、老人保健制度上の老人保健施設、および包括化点数支払いが行われてきた療養型病床群や介護力強化病院のうち各病院が申請した病床に入院・入所した利用者に対して施設介護サービスの給付を行うとともに、各種の在宅介護サービスを提供している。また、在宅ケアに関しては、サービスの供給量を増加させることを主な目的として私企業からのサービス参入を認めた。制度立案の過程で最重要課題として、いわゆるサービスの「質」の確保が問題となり、各種の方策が検討された。それは、いくら量が増加しても、それが質の向上に結びつくとはかぎらないし、サービスの「質」をだれが、どのように判断するのかという議論となった。この議論の過程で、介護サービスの安全についても、広く検討する土壌が醸成されていったように思う。

サービスの「質」の議論は、予め企画、設計した製品の性能基準に合格しているかどうか「質」であり、製造過程で発生する欠品（不合格品・不良品）を最小限にすることが品質・生産管理の中心的課題であるという考え方だけでは必ずしも十分でない。なぜならば、このような製品の質に対して、サービスの質は、明らかに別の手法を取らざる

をえないからである。まず、厳格な性能基準を設定することが困難であり、それは、多くの場合、無形である人間関係を媒介とするため、物の評価よりも、サービスの評価は難しい。しかし、サービスを評価するという考え方は、レストランやホテルにはじまり、医療サービスに拡大した。そして、そのことが長期療養施設や在宅ケア・サービスに拡大したといってもよい。

サービスを評価する場合、まず問題になるのは、誰が、どのように行うのかである。一般的には、自主評価、同僚評価、同業者評価、第三者評価などが考えられてきたが、公的サービスの分野では、行政による審査、監査、評価ということもある。ただし、サービスの提供者と利用者（顧客）間だけの評価となると、「その顧客がどの程度満足したか」という顧客満足の議論が生じることになる。

確かに「顧客満足」は、重要な評価であるが、結果として客が満足すれば、全てよいということになり、満足してもらうための努力が評価対象となることになる。

ここで問題は、顧客の満足ということとは別に、予め準備されている一定の水準を、そのニーズに応じて提供できているかどうかである。例えば、あるニーズに対して、その目的を明らかにし、事前に計画し、その計画に対する承認を受け、計画通りに提供できるかどうかをチェックし、問題点があれば修正するという一連の提供ルールを前提として、評価するかどうかということである。

介護保険制度の立案過程におけるこのような議論は、現在にいたるまで結論をえていないが、アメリカ合衆国の医療安全に関する動向や国際的な苦情処理制度の充実そして長期ケアにおける人権上の配慮に関する議論は、わが国の長期ケアの安全に関する議論を大きく進めることになったのである。

2. ある標準化と数量化の試み

安全や質について考えてみると、各種議論があるが、こと介護サービスの質の評価について、ケアの現場はどのような取り組みを行っているかを、四国にあるA老人保健施設の長期間にわたる「転倒・転落事故」に対する取り組みを例として、考えてみたい。

A老人保健施設は、病院併設で入所定員100人、通所定員30人の施設として、1993年に開設した。この施設では、開設以降、全ての事故について、報告書がある。それも、報告様式、事故等の定義、事故予防のためのアセスメントシート、危険防止対策のマニュアルなどが、文書で規定されている。

例えば、「切傷」には「皮膚の損傷のこと、転倒・転落に伴うケガの場合は、転倒・転落の事故報告書に記入のこと」「ケガの種類；皮膚剥離・擦り傷、切り傷、火傷、その他」「アクシデント：皮膚の損傷で出血を伴うケガ・内出血」「インシデント：ケガにつながるかもしれない行為」というように書かれている。

報告様式は、この「切傷」のほかに「接遇」「無断外出」「褥創」「誤薬」「転倒・転落」の6種類である。このうち「転倒・転落」が最多の報告である。「事故」なのか「ケガにつながるかもしれない」のかは別として「転倒・転落報告書」の枚数を数えると、1996年度218件、97年度200件、98年度175件、99年度140件、2000年4月から12月までで80件であった。

安全やサービスの質についての議論は、いくらでも可能であるが、自らの施設に起こったアクシデントやインシデントについて、これだけ克明に記録した資料をみたことがない。単なる事故報告を記録しているだけでなく、再発防止やマニュアルの変更あるいは報告様式の見直しも定期的に行われている。そして、「転倒・転落」は確実に減少しているのである。特に、2000年4月1日からは介護保険上の規定で「一切の身体抑制は廃止した」にもかかわらずである。

事故は起こってはいけないものであるという観念的議論をいくらしても、要介護高齢者の「転倒・転落」は日常的に起こってしまうことである。必要なことは、記録し、報告し、その原因を話し合い、アセスメント票やマニュアルを変更し、安全を一層確保するシステムとそのための努力である。

事故や事故になる恐れを報告し、それを数量化し、サービスの標準化を行うという基本的姿勢とチームワークが重要であり、数多くの介護保険施設で取り込まれるようになれば各々のデータを持ち寄って、再発防止へのマニュアルを作成することも可能であろう。

3. 介護保険上の苦情処理制度

このようなことは、サービス業の常識になりつつある。特に、顧客からの苦情処理や事故報告は、それ自体が「質」を向上させるための宝物であるという考え方が急速に広まっている。

介護保険制度では、サービスの提供者側に「利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応しなければならない」と義務づけている。このような規定は、わが国の保健医療福祉関連制度では、初めてのもので、現行医療法には規定がなく、介護保険法施行以降に成立した社会福祉法には同様の規定がある。長期ケアの安全管理と介護保険上の苦情処理制度

は、必ずしも同様ではないが、医療機関における医療上の事故より、「転倒・転落」が多数を占める長期ケアや社会福祉サービスの現場では、利用者を消費者として位置づけ、その苦情を安全や質の向上に結びつけるという方法が有効と考えられている。介護保険制度に、なぜ、このような苦情処理制度が導入されたかの経過は不明であるが、一般サービスと同様に、介護保険被保険者が自らの選択でサービス提供者と契約し、サービスを受けることになると、消費者保護としての苦情処理制度を導入せざるをえないという判断があったのであろう。

ここで、最近の苦情処理から苦情対応へ、そして苦情対応マネジメントに関する議論を若干整理しておきたい。

1997年5月、ISO/COPOLCO（国際消費者政策委員会）総会において、オーストラリアが、①苦情処理 Complaints handling, ②市場に基づいた行動規範 Market-based codes of conduct, ③産業界支援の消費者紛争処理システム Industry-sponsored customer dispute systems の3つの課題を提案した。このうち、まず①の苦情処理がISOにオーストラリア案として提案された。これを受けて、わが国では、1999年6月、日本案作成を目的とした「消費者保護の国際標準化／苦情処理検討委員会」が設置され、2000年2月、日本工業規格（JIS）案「苦情対応マネジメントシステムの指針」^{注1)}が策定された。この序文によれば、苦情対応は、消費者対応の一部であり、「組織が消費者の基本的権利を尊重しながら、苦情を組織全体の責任として真摯に受け止め、問題解決に努めるもの」とある。

つまり、苦情対応は、苦情処理などという、受け身的で、部分的なものではなく、経営管理において、人事管理や品質管理同様、重要であり、組織全体の責任として、積極的に取り組むものとされたのである。また、この指針では、苦情対応とは、「苦情の受付から対応の終了に至る直接及び間接的な組織活動。組織的活動には、苦情の対応に加えて、問い合わせ、相談などについて、消費者の満足の程度を改善する活動を含む」と定義された。

以上のような苦情対応マネジメントシステムであれば、安全管理上も有効であることが理解されよう。実際の介護保険上の苦情処理制度は、改善の余地はあるものの有効に機能していると考えられる。全国的な統計はないが、例えば、東京都内では、年間8,205件の苦情が寄せられているのである^{注2)}。

4. 安全管理の研究動向

わが国における安全管理に関する実証的調査研究は、極めてわずかであるといわざるえない現状であるが、長期ケア分野では皆無に等しい状況が続いている。私が関与したこの分野の調査研究として、全国の社会保険介護老人保健施設28施設を対象とした「利用者の安全管理に関する調査研究」^{注3)}がある。この調査研究では、老健施設の新規入所者について、①入所前の在宅での介護の状況や生活環境に関するリスク、入所時の②身体・精神的状況に関するリスク（認定調査）、③栄養状態に関するリスク等包括的

なリスクのアセスメントを行うとともに、調査期間内に施設で発生した④アクシデントやインシデントに関する情報を収集することにより、利用者の潜在的リスクとアクシデント・インシデントとの関連、アクシデント・インシデントの要因等を分析し、今後の安全管理体制の構築に資することを目的としたものである。

調査期間は、わずか4か月間（2001年11月15日～翌年3月14日）であったが、この期間に報告されたアクシデント・インシデント数は2,329件であった。内容別にみると、半数近い46.1%が転倒であり、総報告数の約4分の3（76.9%）が転倒・転落・外傷で占められていた。発生時間別にみると、転倒・転落・外傷等の発生が多い時間は、午前6時、10時、午後13時～16時、19時台であり、起床時、夕食後、また昼間の活動時間内に発生が多いことがわかった。アクシデント・インシデントの半数弱（48.3%）が居室内（ベッド上も含む）で起きており、特に、転倒では47.6%、転落では65.2%、外傷では47.8%が居室内（ベッド上も含む）で起こったものであった。また、食堂では、誤嚥・誤飲の7割以上（72.9%）が、誤薬の約3分の2（65.9%）、異食のトラブルの半数弱（45.5%）が発生している。転倒が起こった場合の4分の3（75.0%）は利用者が移動もしくは移乗中であり、うち、移動中が約半数（51.2%）、移乗中が23.9%であった。

アクシデント・インシデントの7割以上が、発生時、利用者の周囲にスタッフがいない場面で起きており、利用者側が自ら行動を起こした際に発生が多いことが明らかとなった。内訳は、移動890件のうち675件（75.8%）、移乗520件のうち440件（84.6%）、排泄160件のうち137件（84.0%）、睡眠・臥床中の152件のうち110件（72.4%）等

が周囲にスタッフが不在であった。また、スタッフが介助中、見守り中のアクシデント・インシデントは、1人で介助・見守りの際に起こっている場合が多くみられた。これらのデータから、利用者の移動中や食堂内でのスタッフの見守りが重要であることが明らかとなった。

この調査研究では、仮説として、安全管理を行うためには、個々の利用者の入所前、および入所後の様々なリスク（安全を妨げる要因）を把握し、追跡し、対策を立てることが有用ではないかと考えた。また、利用者の安全管理という観点から、入所前の家庭内での虐待や栄養状態についても調査した。その結果、転倒・転落については、特に、利用者の栄養状態の指標となる血清アルブミン値、問題行動や認知能力、および利用者のADLと密接にまた交互に関係していることが明らかとなったのである。

以上の調査研究から長期ケアに関する安全管理は、研究上もケアの実践上も取り組みが始められたばかりであるが、今後とも介護保険サービスの「安全」や「質」あるいは「安全の質」ということに関して、数量化されたデータを分析し、業務の標準化を進めることが、最短の「質」の改善策であると考えられるのである。

注

- 1) 社団法人消費者関連専門家会議編『苦情対応マネジメントシステムの指針』日本規格協会、2001.
- 2) 「東京都における介護サービスの苦情相談白書」東京都国民健康保険連合会、2002.
- 3) 平成13年度老人保健施設の円滑な運営に関する調査研究「介護老人保健施設における利用者の安全管理」全国社会保険協会連合会、2002.