

## 事故報告書が伝えてくれる介護事故の実態と 課題の一考察

### A Study of Carework Accidents and on an Analysis of them

美 阪 由紀子

#### I. 問題意識と研究の目的

日本に「介護保険法」が導入され、9年という月日が経過している。そして、この社会情勢の変化や動きの中、「介護事故」という言葉もテレビや新聞等というメディアを通して大きく取り上げられるようになってきた。例えば、『H 19年9月10日付の北海道新聞』に東京都の特別養護老人ホーム（以下、「特養」と記載する）で入所者の大腸から見つかったスプーンを摘出し、後に死亡した「異食」の可能性が考えられる「介護事故」の記事や、青森県の老人デイサービスにおける入浴介助中に、職員が目を離したわずかな時間に利用者が浴槽内で溺死した「入浴中の介護事故」などが挙げられる。

これらのことは、「介護」が展開される各事業所や各場面における「介護事故」がこの数年で急激に増えてきたという事実を示している訳ではない。このように「介護事故」ということが取り上げられるようになってきた一つの理由として、「介護保険制度」導入により、行政主導の「措置」から、利用者・事業者双方の権利・義務関係を明確にした「契約」への変化があり、それらに伴って、我々の意識や関心というものが確実に変化していったということが考えられる。つまり、介護サービスの利用者・家族、事業者双方の権利と義務関係が明確化されたことにより、介護サービ

スに対してもサービスの量ではなく、サービスの質がより問われるようになってきたのである。そして、サービスの質に対する期待というものがより一層高まり、より適切なサービスを提供することが求められてきているのではないだろうか。このように適切なサービスを提供すること、受けることが「利用者の快適な生活を守る」ことになり、福祉施設等において「利用者の安全を守る」ことにもつながり、「危険を予防する」ということが課題として挙げられるようになってきた。そして、そこから「介護事故防止」を中心とした危機管理体制の確立が大きな課題として挙げられているが、果たして、それらの対策や取り組みは適切になされているのだろうか。

そこで、本研究は、介護サービス事業所の一つである「介護老人福祉施設」をその対象として考えていく。実際の介護事故とその対策を具体的に確認するために施設における「事故報告書」を取り上げ、施設で働く「専門職へのインタビュー調査」を実施した。研究目的は以下の三つである。①介護老人福祉施設における「介護事故の実態」を確認する。②介護事故の対応に関わる各専門職がもつ認識の違いを確認することが新たな介護事故防止対策を考察する上での一つの鍵となる可能性が高いことから、介護事故に対する「各専門職の認識の違い」を明らかにする。③上記の介護事故の現状と課題を考察することで、

介護事故防止対策の新視角となる一案を提示する。

## II. 介護事故の定義

「介護事故」とは何かについて定義をしようとする、その状況や対象、視点によって広狭の意味が含まれていることから一義的な定義は難しい。例えば、要介護者が利用する介護施設での「転倒」や、与薬時の「誤薬」について考えるとどうであろうか。これらの場合の「介護事故」は、施設職員の見守りの不十分や、配薬ミスによることが主な原因と考えられる事故ということになるであろう。しかし、同じ「転倒」という事故であっても、今まで独歩で安全に歩行されていた利用者が予見困難な状況で「転倒」した場合はどうだろうか。つまり、これらの事故が意味することは施設職員である介護者側に過失が認められるような「介護過誤」と、「過失が認められない介護事故」の両方の意味を含めた広義の「介護事故」という定義もあれば、それぞれを分けて考えるという狭義の「介護事故」の定義もある。このように、未だ「介護事故」という言葉には確定された定義がなく明確にはなっていないということである。別の観点として、先駆的に「介護に伴う消費者被害の未然防止・救済に関わる問題点を探ろう」と介護事故の実態調査を行った国民生活センター(2000)による特養と有料老人ホームに対する調査結果では、「調査対象の施設の多くは介護事故という認識をしていない。その結果、介護事故としての記録は十分取られておらず、多くの施設が事故発生件数を把握していないことが明らかになった」と指摘している。この介護事故に対する「認識」ということも介護事故の定義を考える上では重要になるであろう。実際に介護施設や事業所によって「介護事故」の定義には広狭があることについては、毎年、各特養ごとにまとめている「事業

報告書」における「介護事故報告」からも確認できる。

表1によれば、転倒・転落という状況に対しても、「特養A」のように転倒による外傷の程度により「ひやりハット」と「介護事故」とを区別して考えている所もあれば、「特養B」のように転倒したのか、しそようになったのかという状況により区別をしている所もある。あるいは、「特養C」のように外傷の有無により判断をしている所もある。このように同じ特養であっても、「介護事故」についての捉え方や定義については施設ごとにかなり差異が認められるということが確認できる。

新井(2006:49-50)は「介護事故という言葉に確定した定義はない」と介護事故の定義の不確かさについて指摘しつつも、「介護事故とは、どのような理由であれ、また事故がどのような不可抗力で起こったことであれ、介護保険事業のなかでの利用者の『骨折、縫合が必要な外傷など重篤な事故、死亡事故』を対象とする」とかなり限定的に定義している。

これに対して、佐藤(2008:212)は、平成18年に北海道内277件の特養と150件の老人保健施設に対して行った「介護事故対応に関する実態調査」の結果から、その調査で収集された「事故報告書」の様式の中にある「介護事故の種類・内容」について、「物品・器物損壊」という選択肢から、「交通事故」や「金銭管理」、「無断離施設(利用者が付添等ない

表1 「事故報告書」集の定義の違い

施設名\事故の定義	ひやりハット	介護事故
特養A	歩行中に転倒し、頭部に擦過傷となったケース	歩行中に転倒し、頭部より出血多く受診したケース
特養B	歩行中にふらつき、転びそうになったケース	歩行中にふらつき転倒。外傷がなかったケース
特養C	ベッドから転落し、外傷がなかったケース	ベッドから転落し、骨折となり、入院したケース

\* X市内の特養3施設事業報告書を基に作者作成(2008)

まま施設から出てしまうこと)」、「職員の法令違反・不祥事」などの様々な種類や内容等、利用者の身体上のダメージに限らず、それ以外のものも広く含まれていることを報告している。また、茶谷(2002:118)が「介護事故実態の調査研究・分析」の中で、「介護事故に対する認識が統一されていない」ことを指摘しているように、「介護事故」の定義や「介護事故に対する認識」が明確ではないことが確認できる。

そこで、本論では、佐藤(2008:212-213)による「利用者に関わるエラーは被害がなくてもすべて事故」という見解を参考に考えていく。この見方は、施設における「介護事故」について、利用者を与えるであろう不利益と思われることを可能な限り確認していく上でも、さらには、改善策を検討するためにも、貴重な意見であると思われる。従って、利用者の損害の性質によって「事故であるもの」と「事故ではないもの」を区分せずに「介護事故」を一律に取り扱う姿勢を尊重し、本論文における「介護事故」の意味を次のように広く考えていきたい。

それは、介護労働安定センター(2006)の「介護従事者の業務上の行為にともない発生したすべての事故を介護事故と定義する」ことに沿う形で、「介護事故」の意味を広義に考え、「介護中に起こった利用者に関わる事故はすべて介護事故と考えていく」ということである。何故ならば、狭義の「介護事故」という視点で進めるならば、結果として、「あれも事故ではないか」、「これも事故といえるのではないか」ということにもなり得るからである。

### III. 介護事故の現状と課題

介護老人福祉施設において展開されるサービスは、利用者とその家族の意向や尊厳を大切にしながら個々の生活に関わる支援を継続

するということであり、それは当然のこと大切なこととして考えられ、実践されている。しかしながら、このような生活支援を継続する際には、その対象である利用者が高齢や要重介護であるということから、「介護事故」につながる高いリスクを常時伴っているとも言えよう。このように、現状では「介護事故のリスク予防」と「利用者の主体性を大切に考えた生活支援」の関係や取り組みについての矛盾や困難さも同時に認められている。橋本(2007a:39)による「特別養護老人ホームのケアは重介護者を対象にしながらも、積極的な生活援助、自立の援助という施設ケアのあり方が求められる。そこに高いリスクも横たわっているのである」という介護施設における取り組みの矛盾や困難さの指摘も同様である。

さらに、標(2007:15-37)は、介護事故に関するリスク対策を一般のリスク論の枠内で考え、組織的に整理しただけではなく、「特養(介護老人福祉施設)」が生活の場であること、利用者が人間として普通の生活を送れるように努めなければならないことを忘れずに示している。それは、「特養」におけるリスク対策には「人間の尊厳性」への配慮が不可欠であることの指摘もいえる。

では、実際に介護事故防止のためにどのような取り組みがなされているのだろうか。平田(2002:51)は、「社会福祉施設における最大のリスクの1つが介護事故である」と指摘しながら、「社会福祉施設におけるリスクマネジメントの現状としては、介護事故に対するリスクマネジメントの取り組みが重要であるという認識が共有されつつあるといえよう」と述べている。同様に、橋本(2007b:18)による「日々の福祉サービスの現場で事故防止に取り組む具体的なリスクマネジメントが必要になる」との指摘もある。

そこで、介護老人福祉施設における介護事故防止のための一般的な取り組みを確認して

いくために、「介護労働安定センター」のリスクマネジメントに対する取り組みのポイントを参考に考えていく。まず、初めに、施設における「介護事故防止のためのリスクマネジメント」の重要なこととして以下の6点が指摘されている。

①「介護事故防止対策マニュアル」や「安全に関する指針」の作成と活用についてである。

②「事故防止対策委員会」などの安全に関する委員会の開催である。施設において利用者の生活支援を行うということは、その身体・精神の状況や介護を取り巻く施設環境の変化などを予測し、変化に合わせた適切な支援というものが必要になってくる。同時に、施設生活において「介護事故」ということは次々と起こり得、事故に至らずとも「ひやりとすること、ハットすること」は日常的に発生している。そのため、「事故防止対策委員会」のような委員会が当然必要となり、定期的な開催はもちろんのこと、起こった事故状況に合わせて適時、その対策について検討することが重要であることを指摘している。

③「介護事故防止に関する職員研修の実施」である。施設における管理職や委員会に属する一部の職員だけがその内容を把握していても、介護事故防止に対する適切な対応とはならない。そこで、施設的全職員が共通認識として正しく理解し、把握し、全ての職員にその内容が周知徹底されていくためにも、「職員研修」の適切な実施が必要だということである。それにより、事故防止に対する職員の意識を高め、専門職としての技術や知識の研鑽が図られるようにしていくことが求められている。

④「事故防止・安全管理部」や「安全管理者の配置」である。上記の①「指針」や②「事故防止対策委員会」で検討した内容を現実の介護場面において適切に反映できるようにするには、事故防止・安全管理について責任をもって担当する部署や管理者が必要となるか

らである。

⑤「人事管理の徹底」である。現実として、施設における人員不足の問題は大きく取り上げられ、適材適所の人材を配置することや、仕事を適切に役割分担できるということは、常に望まれながらも難しいようである。

⑥「介護事故防止のための事故報告書」、「ひやりハット報告書」の活用である。これについては、すでに、多くの施設や介護事業所において実際に介護事故防止や予測への対策や、様々な取り組みの一つとして活用されている。ここで言う「事故」とは「Accident＝事故・災難」と呼ばれ、起こってしまったことに関する報告を指している。また、「ひやりハット」とは、事故につながる可能性の高い「ひやり」「ハット」としたケースのことで「Incident＝出来事」とも呼ばれるものである。つまり、「ひやりハット」は事故の可能性のあるものとして、「事故」とは別に定義されるものである。そして、これらの「事故報告書」や「ひやりハット報告書」に報告された事故に関する原因の究明とその対応、今後の課題等の経過が、必然的に再び起こり得る、あるいは新たに起こるかもしれない可能性の高い「事故」に対する「予防」としての「リスクマネジメント」や「介護事故対策」へとつながっていくことが考えられる。

現在、これらの報告書自体は当然、各施設において存在し、定着していると思われるが、問題となるのは、これらの報告書が適切に活用され、「介護事故のリスク把握」として適切に機能しているのかということである。これについては、全国社会福祉協議会(2007:165)が行った「介護事故防止のためのリスクマネジメント」についての現場関係者を集めた「座談会」の中で、ある特養の事務長により「最近ではヒヤリハットの報告書はどこの施設でも定着していると思いますが、その一つの事例について、二度と起こさないようにするための対策をとる、ということころまでは徹底で

きていないという現状があります」という指摘からも窺える。

このことは、今後、「介護事故防止」について考えていく上で、大きな課題の一つとも言えるであろう。

#### IV. 「介護事故」に関する先行研究 レビュー

これまでの「介護事故」や「介護事故防止対策」についての研究を探っていくと、確かに「介護事故」や「リスクマネジメント」に関する重要な提案や、現状に対する様々な指摘が多く認められる。ここでは、「介護事故」と「対策」についての研究の動向を確認していきたい。また、その中から幾つかの代表的な研究と思われる論文を取り上げ、これからの「介護事故」と「対策」について考察する手がかりとする。

やはり、「介護保険制度」が導入された2000年という時期が「介護事故」と「対策」についての研究としても一つのターニングポイントになっているようである。確かに、2000年前にも「介護事故」を研究対象とした様々な研究が行われていたが、丁度2000年を境に「介護事故」を取り扱った論文が増えていることが確認できる。

例えば、現在でもこの研究に携わる多くの研究者が参考文献として挙げることの多い民間病院問題研究所(2000)による『介護事故—その予防と解決法を探る—』もその一つである。これは出版当時としてかなり先駆的な内容の文献であった。それは「介護事故」という問題を中心にしながら、そこに関わるホームヘルパーや介護職の厳しい就労状態などの現状と取り囲むリスクについて、「何故、それらのリスクを取り除こうとはしないのか?」、「これからの我々の意識を変えていかなければならない」という大きな問いを投げかけている。

「介護保険制度」施行後の2000年～2004年頃の研究としては、新制度がまだ定着していない不安定な時期ということも影響したのか、多くの研究者が「介護事故の実態」について注目し、アンケート調査や事例研究を行った数多くの論文を発表している。例えば、茶谷(2002:107-120)は、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、介護事故の捉え方が様々である現状を指摘しながらその予防策のために介護事故について統一した捉え方の必要性を考察している。

また、小泉(2003:103-111)は実際にあった食事介助中の窒息事故が裁判へまで発展した事例を取り上げながら、介護職員の食事介助における法的義務の範囲とその内容についての考察を試みている。同様に、「介護事故」について法的責任を意識したりリスクマネジメントを考察している研究に平田(2002:51-57)や、片山(2004:36-49)、野崎(2004:21-30)らの研究がある。

比較的新しく発表されている研究の動向について確認していくと、山田(2008:27-35)による大変興味深い考察がある。山田は、顕在化する「介護事故」がどこに位置づけられるのかについて指摘しながら、現在も多発する介護事故が社会的に意味する内容を明らかにしようと試み、全ての「介護事故」は偶然に起こったことではなく、ある因果関係によって説明することができることを示唆している。また、介護事故の背景に存在する「労働問題」、「介護保険制度の課題」も挙げながら、「介護事故の定義の不在」問題の指摘をし、事例を使って事故発生メカニズムを説明している。さらに、ある自治体が介護事故を要介護者のもつ要因から「仕方がないこと」と捉える傾向があることについて述べ、介護現場との「介護事故に対する認識の差異」についても指摘している。

片山(2006:123-134)は、高齢者施設における課題として、介護サービスにおける「生

活の質を脅かす因子の排除」を挙げ、「この因子の一つが介護事故である」と述べている。また、2002年厚生労働省から提出された「福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する取り組み指針～利用者の笑顔と満足を求めて」の内容に対して、事故防止の必要性和理念は伝わってくるが、より具体的な方法に言及されていないことを批判している。

また、新井（2006：49-56）は、自治体へのアンケート調査を基に「介護事故報告分析」を行い、介護事故防止のための新たな課題を探ることを試みた。その中でも、特に死亡に至る4件の事故報告書を挙げて分析を行っている。また、人が人にサービスを提供している以上、完璧ということはある得ず、「介護事故」を減らすことはできても、なくすことはできないことや、予防のためには「事故防止対策」だけではなく、日常における「介護サービスの質の向上」が必要とされることを指摘している。さらに、介護現場の「労働環境」や介護労働者の「労働条件と待遇」についての適切なアセスメントが必要であることをも述べている。新井による「労働環境などの整備」の必要性についての指摘は、「介護事故防止の基本」として必要不可欠なことと考える。今後、さらに、その対策が現実として急がれるであろう重要な課題の一つと思われる。加えて、施設や事業所における介護事故防止としての「リスクマネジメント」を実施することの重要性であるが、いつの間にか、施設職員にとって、対策への試みよりも、記録類が増えることによる労力的な負担感や、責任を問われるような精神的負担感などが増えているのではないかとことを指摘している。これについては、林（2007：236-238）や、橋本（2004：75-85）（2005：101-111）においても同様の指摘がある。

このように多くの研究者が「介護事故」と「その対策」について、様々な角度から、多く

の研究を重ね、新しい課題を指摘してきた。特に興味深く印象に残るものとして、山田による以下の指摘について取り上げたい。それは、「介護事故に対する認識の差異」についてである。山田はこの認識の差異を「ある自治体」と「介護現場」の認識の違いという比較から注目し、論じているが、「認識の差異」について更に細かな「職種ごとの認識の差異」までは取り上げてはいない。

そこで、筆者は本研究において、この山田の論や、他先行研究の見解を確認していきながら、事例研究による分析と考察を行い、「施設における各専門職の介護事故に対する認識の差異」に着目する。そして、職種によっての認識の差異があるという仮説を立て、認識の差異があることを踏まえた「介護事故防止対策」を考察していくために、本論を進めていきたい。

## V. 事故報告書データを用いた調査研究

### 1. 研究方法としての事例研究

現在も多くの福祉施設などで毎日のように「介護事故」は起きている。数多くの優れた研究者の研究があり、多くの意欲溢れた実践者がいる。そして、事故のない毎日を願う当事者となる利用者と家族が待っている。それにも関わらず、「介護事故」は減少せず、様々な工夫や検討が行われていっても、効果的な対策がなかなか生み出されない現状もある。では、今まで行われてきた様々な対策が間違っているのかという決してそうではないだろう。例え、良い対策が次々と生まれてきても、対策以前の問題がそこに存在する。

その対策を実施している施設の職員はどのような考えや認識をもって「介護事故」に関わっているのだろうか。「介護事故に対する認識の違い」があるとなれば、そのことは、時に「事故対策の活用の仕方の違い」をも生み

出す可能性がある。あるいは、「事故対策自体の違い」ともなる可能性もあると考えられる。

本研究においては、一施設における介護事故を全体的に捉えるという「事例研究法」をその方法論として用いることとする。

津田・相澤（2001：4-5）は、「事例研究は、対応しきれない利用者の問題を総合的に分析することで、新たな視点や方向性を見いだすことができる」とその意義について述べている。また、高橋（2002：4-11）は、社会福祉実践の意図と経験を理論化するための手法として量的研究法と質的研究法を比較しながら、「質的研究法は、個別の事例に対し、その多様な側面を集中的に全体関連的に研究する方法である」と説明している。さらに、事例研究の中でデータとして使われる記録について「社会福祉実践の中で事例研究として扱われる記録は、専門職たるワーカーによって記録された処遇経過等を含むものであり、その意味でいえばデータの信憑性や客観性においては単なるヒューマン・ドキュメントよりはすぐれており、そうした批判にもある程度耐えうるものであろう」と説明している。また、盛山（2004：21-27）は、「事例研究とは、社会現象の中で一つのまとまりをなすと考えられるものを想定して、それについて研究することである」と説明し、さらに「数多くあれば『普遍化できる』ということにはならない」と指摘している。これについては、米本（2002：13）による「福祉臨床は一例毎の経験でしかあり得ないとしても、その経験のありさまを『反省的に』捉え返してみれば、ある一定の構造が見えてくるのであり、一般性との関連も明らかになってくる」という指摘からも窺える。

これらのことを踏まえて、本研究を進める上で、ある福祉施設の中で、専門職として従事している施設職員が、その職種による「認識や考え方の差」や「違い」をもっていることを仮説として立てた。そして、このことを

研究により明らかにしていくためにはどのような研究方法を用いることが適切で望ましいのだろうかと考えた時、事例を基にして考察していく事例研究法が、よりこの仮説を分かりやすく証明することができ、一施設の現実の中で他職種がそれぞれどのように捉えているのかの差異を明らかにすることができると考えて採用し、以下に進めていく。

## 2. 調査研究の方法

本研究における調査方法としては、介護老人福祉施設の「介護事故防止」について考察するために、実際に多くの介護施設で「事故防止：リスクマネジメント対策」として期待され、使用されている「事故報告書」に注目し、これを基礎データとした。この基礎データである「介護事故報告に関する資料」より、①事故発生年月日、②事故発生時間、③事故発生場所、④事故の種類、⑤外傷等の有無、⑥結果、⑦利用者の基本属性、疾病、認知状況、ADL 状況、入所期間、事故回数、⑧事故報告者である職員の基本属性、資格、入社期間、経験年数、⑨事故発見状況、⑩事故経過状況、対応の経過、事故対応に直接的に関わった職種、⑪事故原因として考えられる事、⑫事故後の対応策、対応策の実施状況、⑬事故後の家族等対応職種、家族等対応経過、家族等の反応、その後の経過について分析を行った。

本研究の調査対象は、X市内の介護老人福祉施設の1フロア（45床）である。その基礎データ調査期間をH19年4月～H20年9月の1年半とした。加えて、仮説として「介護事故に対するリスクマネジメントについて、施設・事業所としての管理者（施設長等）と各専門職において、認知の差異や認識の違いがあるであろう」ことを立てた。（本研究において、各専門職とは、医師、看護師、介護職員、生活相談員の4つを指す事とする。）次に、施設管理者と4専門職に対し、介護事故

の認知の差異や、事故防止の認識の違いを確認するために以下の質問を行った。質問するにあたり、実際に施設で使用している記載済みの「事故報告書」を確認しながら実施した。さらに、回答者の語りにより、適時、質問内容を一部変更・追加しながら行った。

#### 【質問項目】

- ① 施設における「介護事故」とはどのようなことと考えるのか。
- ② 「事故・ひやりハット報告書」は、事故防止対策として役立っているだろうか。また、「報告書」の内容で大切であると思われる項目はどこだろうか。
- ③ 「事故・ひやりハット報告書」等の事故対策を講じても「介護事故」が減少しないのは何故だろうか。
- ④ 今後の「介護事故防止対策」として何が挙げられるだろうか。
- ⑤ 施設における各専門職に対しての期待するリスクマネジメントは何かあるだろうか。あるいは、「事故・ひやりハット報告書」はどのように改善すると良いだろうか。

### 3. 研究の結果

#### (1) 事故報告書データの分析と考察

本稿では、調査施設の「介護事故」に関する客観的状況を示すデータ（ページ数の関係から一部を抜粋する）より以下に確認する。

表2は、本調査期間であるH19年4月からH20年9月の1年半の計240件の介護事故発生件数を「事故報告書」からまとめた結果である。これにより、全体的な傾向として、毎月ほぼ10～20件前後の数値が並び、H20年の8月と9月の事故件数を除いては事故発生件数として特別に月による継続した変化ということは認められなかった。

調査施設は介護事故防止対策として「事故対策委員会」の定期開催や「事故・ひやりハット報告書」の活用、「事故対策マニュアル」の

整備、各専門職の連携の強化、利用者・家族への報告の徹底などごく一般的な対策強化に努めてきた経過がある。しかしながら、「介護事故状況」の結果、毎月の事故発生件数はこの1年半という期間において、特別に変わりなく、これらの対策の効果が十分に発揮されていないことが読み取れる。また、H20年8月と9月の事故件数が増えていることについては、新たな事故が増えたのではなく、一人の同じ入所者が病状悪化により精神面の不安定さなどから転倒事故等を繰り返した時期と重なった理由による。これらの結果により、今後の「事故対策」への検討が課題として挙げられる。

次に、「介護事故発生曜日」の結果である。

表3によると、週の初めである月曜日と週末である日曜日に介護事故が最も多く発生していることが示されている。続いて、週の中間である水曜日と木曜日にも多く事故が起こっていることが見える。職員体制による変化とも比較して考えてみたが、曜日による体

表2 「介護事故状況（月別件数）」

年 月	介護事故件数	年 月	介護事故件数
H19年4月	9件	H20年1月	9件
5月	7件	2月	7件
6月	17件	3月	6件
7月	14件	4月	9件
8月	5件	5月	16件
9月	20件	6月	10件
10月	3件	7月	9件
11月	16件	8月	41件
12月	7件	9月	35件
		合計数	240件

表3 「介護事故発生曜日」

曜 日	事故件数	曜 日	事故件数
月曜日	45件	金曜日	25件
火曜日	25件	土曜日	20件
水曜日	38件	日曜日	45件
木曜日	42件	合 計	240件



制には大差がなく、平均した介護職員体制の中において事故件数に差が認められることから、本調査データにおいては、後述の日曜日を除いて事故発生が介護職員体制の関連によるだけとは言えないことが確認できる。

従って、まず、週の始まりである月曜日に介護事故が多いということは、施設においては、新しい週の開始が月曜日であり、週末に様子を見ていた入所者の体調不良を受診へ調整するなどの施設側の動きが多くあることが影響として考えられる。また、週末である日曜日に事故件数が多いことは、確かに、土・日は平日よりも介護職員体制を1、2名少なく配置しており、かつ土曜日は介護職員以外の他職員も勤務しているが、日曜日は基本的に他職種が休日となっており、施設全体としての体制が平日とは異なることが影響していると考えられる。平日の事故件数が多い木曜日は、入浴日（調査施設では月曜日と木曜日が入浴日）と重なるなどの入所者や介護者の動きが多いことが事故に影響している可能性がある。そして、水曜日は、施設全体で行う行事やレクリエーションが定期的に予定され、入所者の参加に伴う移動中の転倒事故などが多いといった、施設側の動きによる影響が考えられる。加えて、行事などの動きでは、職員が行うケアへの集中力が分散されること、他平日と異なるメニューが増えたことによる新しいリスクなども影響しているのではないだろうか。

これらのことから、「いつもと違うこと」があるということが、介護事故に対して何らかの影響を及ぼしていると考えられる。例えば、大きな行事などが予定され、普段の生活リズムや職員の関わり方等に違いがでることでの影響である。この「いつもと違うこと」に対しては、より注意力や集中力を高めて関わること、新しいリスクを予測して事前に準備することなどが必要になってくる。施設の職員勤務体制の影響や、施設の動きの変動なども

事故発生に関連することが考えられることから、リスクマネジメントを考えるポイントが更に増えたことを意味すると思われる。

表4より、介護事故件数が多い18～20時や22～23時、2～3時という時間は、丁度夜勤者の見回り時間と重なっている時間帯である。また、日勤の9時～17時の間が比較的同様に事故発生件数が高めで経過しており、その中での10～11時をトップに9～10時、13～14時、15～16時に事故が多いことについては、食事の前後や、入浴、処置などの職員側の動きが多いことが影響していることが窺える。

なお、介護事故報告の多くが施設側である職員の動きに合わせるように、〇〇時の介助時に発見した報告となっており、実際の事故が発生した時間とは別であることが考えられる。これも今後の事故予防策を考える上で参考になるのではないだろうか。

また、表5の「介護事故発見場所」については、その調査対象場所が介護施設という特徴から入所者の生活空間が限られてはいるが、入所者が日々最も多い時間帯を過ぎて

表4 「介護事故発見時間」(240件内)

発見時間	事故件数	発見時間	事故件数	発見時間	事故件数
0～1時	6件	8～9時	13件	16～17時	8件
1～2時	4件	9～10時	15件	17～18時	11件
2～3時	11件	10～11時	21件	18～19時	13件
3～4時	1件	11～12時	13件	19～20時	16件
4～5時	5件	12～13時	12件	20～21時	7件
5～6時	6件	13～14時	15件	21～22時	8件
6～7時	6件	14～15時	12件	22～23時	10件
7～8時	8件	15～16時	15件	23～24時	4件

表5 「介護事故発見場所」

発見場所	事故件数	発見場所	事故件数
①居室	114件	⑤屋外	1件
②食堂	56件	⑥その他	39件
③トイレ	16件		
④廊下	14件	合計	240件

いるであろう「①居室」や「②食堂」における事故が圧倒的に多かった。次に、「③トイレ」や「④廊下」、「⑤屋外」、「⑥その他」（事故発生の場所が特定できない変色の発見等）が多くあることが確認できた。

これらの結果から、介護事故発見場所として、①居室が最も多いということは、施設における生活の中で各利用者が居室で過ごす時間が長いことを示している。また、次に多い②食堂については、食堂が居室の次に多くの時間を過ごす場所となっており、施設内では一つの広い空間において、一見、少ない職員で多くの利用者を見守ることが可能な場所として考えられるにもかかわらず、実際には、多くの重介護を要する利用者を少ない職員で見守るということに限界があることを示しているとも考えられる。今後の予防策を検討することに役立つポイントの一つとなるのではないだろうか。

次に、表6の「介護事故の種類」であるが、他論文などでも指摘されている①「転倒・転落」事故が多く発生しており、職員による③「誤薬」や、②「その他（不明）」という原因が確定できない変色などの介護事故も多い。

これらの結果から考えられることは、事故の当事者である利用者の高齢化と重度化による影響が根本にあること、「誤薬」などの職員側に明らかな確認ミスが繰り返されていること、「その他（不明）」という不明確な内容が意味することの問題である。これは、施設職員の「連携不足」や、あるいは、アセスメント不足等からの「思いこみによるケア」とい

表6 「介護事故の種類」

事故種類	事故件数	事故種類	事故件数
①転倒・転落	117件	⑤誤飲・誤嚥	7件
②その他（不明）	75件	⑥利用者間のトラブル	2件
③誤薬	22件	⑦設備器具破損	1件
④外傷等	16件	合計	240件

うことが招いている事故とも考えられるのではないだろうか。今後の各職種間における業務の見直しや確認の徹底、アセスメントの強化が必要であるだろう。

さらに、表7の「介護事故発見状況」については、介護事故全体の約2割が「介護中の事故」ということであり、約8割は介護者が利用者に対して介護をしていない、関わっていない時の「介護外の事故」であり、その事故が発生した後に発見したということになる。

つまり、「介護中の事故」というような直接的な介護中の技術ミスのような事故は少ないのであり、それとは逆に、「介護外の事故」が多くを占めていることから、利用者の様子や状況を適切に把握し、確認した上で起こり得る介護事故への予測対策を十分に行わなかったことによる事故が多いとは考えられないだろうか。従って、介護事故に対して予測をすること、そして、事前に準備し対応することの重要性が、今後のリスクマネジメントを考えるポイントに追加されると思われる。

最後に、表8による「事故後の家族対応状況」については介護事故240件より独居等により家族への対応とはならない43件を除く197件の介護事故について確認する。ここでは、この197件の事故件数にほぼ近い195件の家族への対応が生活相談員を主として行われていたことを示している。時に看護師によ

表7 「介護事故発見状況」

介護中の事故	介護外の事故	合計
32件	208件	240件

表8 「事故後の家族対応状況」

事故後の家族対応職種	対応件数/事故件数(独居者除く)
生活相談員	195件/197件
看護師	5件/197件
介護職員	3件/197件
その他	0件/197件

る「家族への対応」も確認できる。

つまり、「介護事故の防止」を考えるリスクマネジメントとしては、いわゆる「予防」を重視していくのか。「事故後の対応」を重視していくのかという大きく2つが考えられるが、この分析結果から考えられることは、本調査施設が事故後の対応についても重視しているということである。このように、先に先にという「予防への対応」のみならず、「事故後の対応」を大切に考え、行っているということは、結果として、次に新しく起こり得る事故を「予防」していくことにもつながるのではないだろうか。

以上のことから、今後の「介護事故防止に関する対策」について、参考となる課題が多く確認できたと思われる。

## (2) 専門職に対するインタビュー調査の分析と考察

### 質問項目①「施設における『介護事故』についてどう思うか。」

これにより、「介護事故」についての考え方に、同じ施設内においても管理職である施設長や各専門職によつての違いというものがあることが認められた。管理職Aによる「介護事故は専門職の関わりがあるからこそ、起き、発見できる」という答えは、介護事故ということマイナス面としてだけではなく、施設の職員が専門職として利用者の生活や活動への関わりをもっていることの一つの証と考えていることを示している。医師は、介護事故を「絶対に無くならないこと」と述べ、看護師は「仕方がないこと」と施設入所者自身のもつリスクと、生活施設の方針の下で当然起こり得ることであると指摘し、介護職員は、介護事故を「申し訳ないこと」、「不適切な介護によること」、「介護ミス」という自らの失敗や責任という感を強く抱き、利用者への身体へ何らかの影響を及ぼすことであると認識している。生活相談員は、「事故や苦情や様々なトラブ

ル」と介護事故の範囲を広く捉え、「同じような介護事故が何度も繰り返される」ことを指摘している。

さらに、「介護事故」に対する距離間の違いとしては、管理職Aの「間接的に関わっている」という捉え方があり、医師や看護師には特にその距離間についての語りがなく、自身が介護事故に対する距離があることを示していると考えられる。生活相談員は「利用者、家族、施設全てに関係すること」として、介護事故に対するある一定の距離間をもっていることが読みとれる。ここでは、介護職員だけが「介護者側の」、「介護中の」、「身体介護をしている時に」という自らの仕事と直接関わることと捉えていることが確認できた。

以上のことから、今回の調査施設において、同じ施設内で仕事をしている中であっても、「介護事故」に対する捉え方や考え方、距離間がそれぞれの職種や立場により異なっていることが理解できる。この違いが、今後の介護事故防止について考えていく上で大きな一つの指標になるのではないだろうか。

### 質問項目②「『事故・ひやりハット報告書』は事故防止対策として役立っているのだろうか」、「報告書の内容で大切であると思われる項目はどこだろうか」

これについても、興味深い結果が確認できた。実際に施設において何年もの間、事故防止対策として活用されてきた「事故・ひやりハット報告書」について、管理職だけが全面的に「大きな役目」、「この報告書があるからこそ」、「対策を考えることにつながる」と役立っていることを述べているが、それに対して、医師や看護師は「必要だろうが、よく分からない」、「役に立っていない」、「ないよりはあったほうが良い」という意見が多かった。介護職員は「役に立っているとは思うけど」というような消極的な意見とともに、「書きたくない」、「責任を問われるような気がする」、

「評価される」、「自分に責任があるようで」などの責任や不安を感じていることが窺える。また、生活相談員は、「必要な報告書」、「情報共有や対策検討には欠かせない」と報告書の存在を役立つという観点ではなく、必要なこととして述べている。

このことは、実際に「事故・ひやりハット報告書」は存在し、施設内で活用されてはいても、「事故防止に役立ってはいないが使っている」と考えている職種が多いことを示し、結果的には事故・防止対策の一つであるはずの報告書自体が「活かされていない」ということが確認できた。このことも、今後の課題として考えていきたい。

#### 質問項目③『「事故・ひやりハット報告書」等の対策を講じても『介護事故』が減少しないのは何故だろうか』

ここでは、介護事故が減少しない理由として、管理職は報告書の記載内容についての不十分さと、タイムリーに報告や確認ができていない現状を指摘している。医師は対策以前の介護職員への再教育の必要性や施設や組織の体系的な不備を述べ、看護師は「原因を考えること」、「皆で話し合うこと」の必要性を挙げ、介護職員は「…だろうって思うこと」、「利用者の意思尊重との兼ね合いの難しさ」、「情報の周知徹底や共有化」についてその必要性を指摘し、生活相談員は、「全体的なしくみの改善の必要性」、「システム自体に問題がある」ことを挙げている。

以上より、どの職種からも、現状の事故防止対策に不備や不足があることが指摘され、改善の必要性についても挙げられたことが、今後の事故対策について考えていくための重要なポイントになると思われる。

#### 質問項目④「今後の『事故防止対策』として何が挙げられるだろうか』

ここでは、管理職からの「待つのではなく、

こちらの方から」という積極的な考えへの変化を確認できた。また、「報告書のフィードバックの仕方」については施設としての統一が必要であることを指摘し、医師は「事故や危険の予測への再教育」と「現在の制度・人員体制」の不備についての指摘を繰り返し、看護師は「原因を考えること」とそのための「職員の体制的・業務的な余裕の必要性」を述べている。介護職は「…だろうって思うケアを止め、確認すること」や、「振り返り、考えること」と「人員の増加」について挙げている。生活相談員は、「現在あるものの内容や方法を見直すこと」や、「利用者・家族も含めた検討」の必要性を指摘している。

これらにより、どの職種も現在ある対策の不備を認め、どうしたら改善できるのかという視点で考えていることが確認できた。これについては、それぞれの専門性や役割を活かした意見をより委員会やミーティングなどで交換し合うことができるようになれば、施設としてのより良い対策を検討していけるのではないだろうか。

#### 質問項目⑤「施設における各専門職に対して期待するリスクマネジメントは何かあるだろうか』

ここでの管理職による各専門職に対するリスクマネジメントへの期待は、今、実際に行っている役割を再確認し、プロとしての知識や技術を磨くということである。プロ意識への指摘は看護師と介護職に対するものもあり、生活相談員に対しては「直ぐに家族への連絡」という役割が挙げられているが、これは、医師や看護師からの語りにも示されている。介護職員からの生活相談員への期待は利用者の情報提供不足というものであり、看護師への期待には、「同じ目線で見たい」という指摘とともに、「早く判断や処置をしてほしい」という医療的な対応への要望がある。生活相談員からは、「各専門職の連携」、「利用者や家

族の心情について考えること」という指摘がある。

そして、管理職に対しては、看護師からは「リーダーシップを」と望み、介護職員からは「もっとフロアーを見てほしい」という希望があり、生活相談員からは「直ぐに管理職を中心に…」という期待が挙げられている。

これらのことから、調査施設における各専門職が相互に期待しているリスクマネジメントの役割は、現在のそれぞれの役割の遂行と情報の共有や確認ということである。また、施設におけるリスクマネジメントへの「連携」や「リーダーシップ」、「もっと…見てほしい」という声からすれば、現在の施設におけるリスクマネジメントに対するリーダーシップ役割が見えにくいことを意味していると考えられ、そのリーダーシップ役割として、施設の管理職に対する期待が高いことも明らかである。このことは、今後の事故防止対策について考察する上での重要な意味をもつものと考ええる。

以上の調査結果と経過については、一施設におけるデータや分析であり、決して十分ではない。しかしながら、この「生きている事例」こそが、今、確かにここにある現状の問題を確認でき、それによる新しい課題を一つひとつ発見していく手がかりになるのではないだろうか。

## VI. 結論

本研究は「介護事故ということが、何故、起きているのだろうか」、「様々な事故対策を講じていても、何故、介護事故が減少しないのだろうか」という疑問から出発したものである。そして、「この介護事故を少しでも少なくするためには、施設における一専門職として何ができるだろうか」、「今後、介護事故防止に向けて、福祉施設が、各専門職が、どのように考え、如何に実践していくことが必

要なのか」という問いが重ねられた研究である。

さて、本研究のテーマである「介護事故」の実態を確認するために、その発生現場の一つとして介護老人福祉施設を取り上げ、そこで展開されている「介護事故防止」に対する「対策」や「関わり」について確認し、考察してきた。その中には多様な「介護事故」があり、その定義も確定されたものではないことや、「介護事故」自体の「認識」と、それらへの「取り組み」も様々であることが確認できた。そして、その原因として考えられることも当然のように多く、利用者本人、家族、施設職員に関わることから、あるいは、雇用システムや制度自体の問題まで、一概には言えない理由が存在しているようであった。

また、介護施設については、職員の配置基準が十分になされていないための人員不足、体制不備の問題が「介護事故」発生理由の最も重要な課題であるかのような指摘を受けることも多いようである。武田（2002：58-63）による「実際に施設の現場を知っている人には常識なのだが、3対1と言ってもその人数で24時間かかわるのであるから、日中の人数は6対1か7対1程度になってしまう」という指摘もある。だが、現状はもっと厳しい。

筆者は、「介護事故」と「その防止」に対する他の理由について考えてみた。そして、施設においてそれらに関わっている各専門職のその専門職たるゆえの「介護事故」についての「認識」自体に何らのかの差があり、その「認識の差」というものが、様々な「事故対策」を試みても、なかなか効果が上がらないことへとつながっているのではないかという仮説を立てた。そして、その「仮説」について、確認していくために、調査研究の中で、同介護老人福祉施設における各専門職に対するインタビュー調査を試みてきた結果、最初に仮説として挙げた「介護事故に対する各専門職の意識や捉え方の認識の差」というものが、

確かに存在していることが確認できた。調査施設において管理職や各専門職それぞれが「介護事故を少しでも減少させたい」と考え、それぞれがその理由と対策について真剣に悩み、考えているようであったが、それぞれの専門職としての事故に対する認識や専門職として大切に考えている支援や対応について、「事故防止委員会」や各種会議などがありながら、話し合うということが十分にはなされていないようであった。施設長や部長という管理職も、医師や看護師、介護職員、生活相談員も、「介護事故」について、確かに、それぞれの役割を担い、関わり続けているにも拘らずである。さらに、施設の中で、「介護事故」が起こった時に、最初にその「介護事故」を発見することが多く、関わることの多い介護職員の多くが介護事故を「責任」という視点から考えがちであることも確認できた。つまり、「介護事故」=「責任を追究される」というようなイメージを抱きやすい施設の状況が浮かび上がる。もちろん、次に関わっていくことの多い看護師や、医師、生活相談員、そして管理職等が「介護事故」を「〇〇の責任で起こったこと」とは考えてはいないことも調査によって明らかになっている。彼等は「介護事故」=「原因は何か」と分析しようと試みているが、その「原因は何か」と確認していく過程が、「介護事故」を発見することが多い介護職員にとっては、あたかも「責任を追究されている」かのような過程に感じられているようである。このことも、施設内での各専門職同士のいわゆる「専門性を活かした話し合い不足」を示しているのではないだろうか。このことは、すでに、福嶋・三好(2007:121-130)による「リスクコミュニケーションの重要性」でも繰り返し述べられている。その中で、高齢者施設における「リスク」に対する認知程度のギャップについても注目し、そのリスクを軽減するための手段として「リスクコミュニケーション」が有効であることを説

いている。

このように各専門職が相互に「話し合うこと」、「コミュニケーションを大切にすること」が基本となり、そこで、各専門職がそれぞれの専門性を発揮した意見や視点を伝え合い、確認をし合うことにより、「介護事故」と「その対策」について、より十分な分析や考察を進めることができる。そこから、本来の「介護事故防止に向けた関わり」へとつなげていくことが可能となるのではないだろうか。

また、筆者が行った「各専門職へのインタビュー調査」の結果からは、看護師、介護職員、生活相談員等が「管理職」に対して「介護事故防止」へ向けた「リーダーシップ」を期待していることが明らかになった。このことについて、増田・菊池(2003:67-68)は、「ひとたび転倒・骨折等により入院治療が必要な事故が起きた場合には、理事長自らリーダーシップを奮って適切に対応しなければ、問題解決がこじれる場合がある。…特に現場からの報告を任せているからという感覚と言動が命とりとなる。経営者である理事長がリーダーシップを取ることも想定して、常に誠意ある言動を心がけることが大事である」とその管理職である責任者へのリーダーシップの必要性について指摘している。

このように、施設の長となっている管理職に対する「リーダーシップへの役割期待」は大きい。施設における責任者として、そこで働く各専門職がどのような専門性をもって仕事をし、「介護事故」に対する「認識」をもっているのか、「介護事故」に対して「関わり」をもっているのか、ということ適切に把握していかなければならないだろう。そして、長としての「リーダーシップ」を取りながら、「介護事故」と「対策」について検討し、分析し、施設全体で話し合い、関わっていくという姿勢を作り上げることが今後の重要な役割となるのではないだろうか。

さらに、「介護事故」に多く関わる介護職員

に対しては、まず、その「介護事故に対する責任を問われるという認識」を変えていくことが重要事として挙げられる。施設で起こる一つの「介護事故」は、決して「誰か一人の、一専門職の責任で起きたことではないこと」。それには必ず「原因」というものがあり、その「原因」を確認し、追及していくことが「次の事故を予防」することへとつながり、事故を予防するためには、事故の第一発見者となることの多い介護職員の担う役割として、事故の状況を「より正確に報告する」ことが挙げられる。その「より適切な報告や説明ができること」が次にくる対応に影響してくるからである。このように介護の専門職としての役割をもう一度確認していくことが望まれる。

また、医師や看護職については、施設の中で、数少ない医療の専門職であり、その分野の知識や技術を活かした仕事が期待されている。利用者の健康管理はもとより、介護職員や他職員に対して医療の視点からの「リスク予防」と「対策」の情報を提供し、共に考えていくことがその役割として期待される。

そして、最後に、施設における生活相談員の役割についてである。前述してきたように、施設の中において重要な「話し合い」である「コミュニケーション」が、本来言われてきたような「リスクコミュニケーション」には至っていない現状がある。「話し」はしているが、「話し合い」はできていないということである。そこで、「介護事故についての話し合い」の場を作り、一事例ごとの介護事故についての原因や対策についての意見交換や情報交換を行う機会をリードする役割が必要となるであろう。生活相談員には、その従来から行っている施設内・外の「調整役」、「窓口」という役割を再認識することで、「介護事故」が起こった時の、あるいは、起こる前の、起こった後の大切な「コミュニケーション」の場を作り、提供し、確認していくという「コミュ

ニケーション」をリードしていく役割が期待されるであろう。

このように施設における「介護事故防止」に向けた基本的な取り組みは、管理職のリーダーシップのもと、各専門職がチームワークを組んで、一つひとつの「介護事故」について「それぞれの専門性を活かした話し合い」から始まっていくことになる。加えて、このような「介護事故と防止」については、施設の職員だけの話し合いで終わらせるのではなく、利用者、家族、施設が相互に話し合い、理解を深め合いながら、ともに考えていこうとする姿勢や取り組みが大切である。つまり、利用者や家族を含めた「施設全体として考えるリスクマネジメントの必要性」である。

また、「介護事故」に対する様々な対策を行い、「一つのリスク」は予防できたとしても、そのことにより、「新たなリスク」が生まれる可能性がある。これは、前述してきたように、利用者の主体性を大切に考えた生活支援を積極的に行おうとすると、それに伴い、新たなリスクも生まれる可能性があるということである。そこで、さらに、それらのリスクに立ち向かおうとリスク予防を重視していくと、利用者の主体性を大切にしてきた支援が危ぶまれてしまうという問題が起きてくる。この「利用者の主体性や自由を守ること」と「利用者の安全を守ること」を同時に行うことの大切さと難しさに、我々施設職員はつい立ち止まってしまいそうになる。しかしながら、現実的にリスクという可能性をすべて無にすることが難しいことであるからこそ、このような「リスク」というものを決して怖れず、怯まず、リスクに立ち向かおうとするのではなく、「リスクとはどのような時にも、常に、側にあること」として捉え直すことが、利用者の主体性や自由を大切に考えたリスクマネジメントを共に築き上げていくことにつながるのではないだろうか。

## 注

- (1) 「介護支援専門員」は『施設サービス計画書』の作成者であり、介護保険制度開始からの重要な一専門職ではあるが、調査対象施設・法人では調査時点において他専門職との兼務体制であり、明確な役割分担を行っていない理由から、本研究調査には挙げないこととする。

## 文献一覧

- 新井康友 (2006) 「介護事故の実際と課題～施設・居住系サービスを中心に～」『羽衣国際大学人間生活学部研究紀要』第1巻 49-56。
- 茶谷利つ子 (2002) 「介護事故実態に関する調査研究と介護事故の捉え方」『新潟青陵大学紀要』第2号、107-120。
- 福嶋正人・三好弥生 (2007) 「高齢者福祉施設におけるサービスの質の向上とリスクマネジメント」『花園大学社会福祉学部研究紀要』第15号、121-130。
- 橋本正明 (2007a) 「高齢者介護施設における福祉サービスとリスクマネジメント」『立教大学コミュニティ福祉学部紀要』9号、37-44。
- 橋本正明 (2007b) 「ソーシャルワーク組織におけるリスクマネジメントと人材養成～介護老人福祉施設における福祉サービスを中心として～」『ソーシャルワーク研究』Vol 33、No 1、129 相川書房。
- 平田厚 (2002) 「施設におけるリスクマネジメントの現状と課題」『社会福祉研究』第85号 51-57 財団法人 鉄道弘済会。
- 財団法人 介護労働安定センター (2006) 『介護サービスのリスクマネジメント』。
- 片山由美 (2004) 「施設における介護事故の法的課題への一考察」『日本法政学会』。
- 片山由美 (2006) 「高齢者施設サービスにおける介護事故防止の一考察」『花園大学社会福祉学部研究紀要』第14号、123-134。
- 小泉広子 (2003) 「特別養護老人ホームにおける食事介助中に発生した介護事故——特別養護老人ホーム緑陽苑事件を素材として——」『長崎国際大学論集』第3巻、103-111。
- 国民生活センター (2000) 『介護事故の実態と未然防止に関する調査報告』。
- 増田雅暢・菊池馨実 (2003) 『介護リスクマネジメント サービスの質の向上を信頼関係の構築のた

めに』旬報社。

- 民間病院問題研究所 (2000) 『介護事故～その予防と解決法を探る～介護サービスの質向上シリーズ』Vol 1 日本医療企画勁草書房。
- 野崎和義 (2004) 「介護事故と過失の認定～高齢者施設における介護事故判例を素材として」『九州看護福祉大学紀要』Vol 6、No 1、21-30。
- 佐藤みゆき (2008) 「介護リスクマネジメントの実態と課題～介護事故対応に関する調査研究から～」『社会事業計画』47、212-215 日本社会事業大学社会福祉学会。
- 盛山和夫 (2004) 『社会調査法入門』有斐閣。
- 標宣男 (2007) 「介護事故のリスク対策論的考察」『聖学院大学論叢』第19巻第2号、15-37。
- 高橋信行 (2002) 「量的研究法と質的研究法の和解」『社会福祉研究』第85号 4-11。
- 武田和則 (2002) 「ユニットケアを進める中から見えてきたこと～介護保険制度実施による変化と運営の現状と課題～」『社会福祉研究』第85号 58-63。
- 津田耕一・相澤譲治編著 (2001) 『事例研究から学ぶソーシャルワーク実践』八千代出版。
- 山田健司 (2008) 「介護事故にみるリスクの本質とサービス範囲の限界」『京都女子大学生活福祉学科紀要』第4号、27-35。
- 米本秀仁 (2002) 「一例が語るもの」『ソーシャルワーク研究』Vol 27、No 4、13-17 相川書房。
- 全国社会福祉協議会 (2007) 「介護現場のリスクマネジメント」『ふれあいケア』第13巻増刊号 廣済堂。