

介護事故の現状と問題点

—— 高齢者介護施設を中心に ——

永 和 良之助

〔抄 録〕

本稿は、増加していると言われながらも不明な点の多い介護事故の現状を明らかにすることを目的としている。アプローチの方法としては、事業者から提出された事故報告書を公文書公開制度によって入手し分析する手法を採っている。

この「生の」第一次資料を一枚一枚分析した結果、介護事故は圧倒的に転倒事故が多いことや、その発生状況も明らかになったが、本稿の研究上の意義は、これまで詳らかでなかった介護過失（介護ミス）の現状を明らかにした点にあり、①事業者による介護過失が相当数起きていること、②過失の直接原因は、介護技術の未熟さと介護知識の不足や、介護従事者の不注意や安全保持の怠慢などにあること、③過失の結果、利用者が死亡、骨折を負うなど重大な被害が多数生じていること、④にもかかわらず損害賠償の実施件数は極めて少ないことなどを論証している。

キーワード：介護事故、介護事故報告書、介護過失、損害賠償

はじめに

介護事故とは、事業者の過失の有無にかかわらず介護サービス提供過程時に発生した事故のことをいう。介護保険制度ではかかる事故が生じた場合、保険者への速やかな報告義務と過失があった場合の賠償責任を事業者に課しているが⁽¹⁾、この「事故発生時の対応」を定めている厚生労働省令は順守されているとは言い難い。筆者がそう確信したのは2004年に遡る。この年の4月、情報公開制度を活用し、居住地の松山市から「介護保険事故報告書」を入手したが、事故報告件数は2000年度、01年度ともゼロ、02年度5件、03年度30件と人口50万人を超える都市にしてはあり得ない少なさだったからである。

先の法令が順守されていない最大の理由は、厚生労働省と介護保険者（市町村）の怠慢にある。厚生労働省は「事故発生時の対応」を先のように定めているだけで、何をもって事故とするかなど報告すべき事故の範囲（内容）や報告の手順や様式を定めるなどの具体的措置を何ら

講じておらず、報告するか否か事業者任せにしているからである。それは保険者である市町村も同様で、08年度になっても介護事故の報告基準を定めている市町村は半数にも満たない⁽²⁾。

介護事故に限らず事故の再発防止には何よりも正確な現状把握が必要だが、国レベルでの「事故報告基準」が存在していないために、全国でいったい何件の介護事故が起きているのか事故件数や事故内容はもとより、死亡者数や入院者数などの被害の実態も明らかになっていない。また事業者の過失、怠慢、不注意などによる事故も相当数起きていると思われるが、そうした事故がどの程度の頻度で起きているのか、損害賠償はきちんと行われているのといったことも不明のまま放置されている。

本稿は、この不明な点が多い介護事故の現状（実態）と事故をめぐる問題点を可能なかぎり明らかにし、その上で介護事故防止に必要な課題を提起することを目的としている。本稿では主資料として、筆者が情報公開請求で入手した松山市の08年度の「介護保険事故報告書」を用いる。事故報告書のような内部資料は入手するだけでも様々な困難を伴うが⁽³⁾、これを分析せずして介護現場で起きている事故の現状（実態）に迫ることはできないからである。

松山市は2005年1月に「介護保険事故報告取扱基準」を策定し、報告すべき事故を、①サービス提供中に利用者が死亡、負傷、失踪した場合、②食中毒、感染症等で法令により保健所へ届出が義務付けられている事由が発生した場合、③職員の法令違反、不祥事等、④その他、家族等から苦情が出ている場合と定め、かかる事故が発生した場合には、市が策定した事故報告書により第1報を事故発生から3日以内に、第2報を事故発生後概ね2週間以内に提出するよう事業者に課している。保険者が報告すべき事故内容と報告手順を明確にした効果は大きく、これを機に事故報告件数は急増している。08年度に報告のあった事故件数は543件で、999枚の事故報告書が「部分公開」された⁽⁴⁾。それを一枚一枚分析した結果を以下に述べる。

1. 事 故 概 要

事故内容

543件の事故報告書の中には、同一利用者の事故を複数の事業者が報告している重複や事故に該当しないものが計6件あり、実際に発生した事故件数は537件である。表1はその事故内容を事業種別に分類したものである。それぞれの事故概要をまず説明しておく。

- ① 死亡6件 2件は疾病による突然死だが、残り4件は事故死で、「誤嚥窒息死」「窓からの転落死」「浴槽内で転倒死亡しているのを発見」が各1件、事故報告書の大半が黒塗りのため詳細は不明だが自殺と推察されるものが1件である。
- ② 様態急変8件 原疾患に起因するものが1件で、それ以外はすべて転倒による脳内出血で、いずれも緊急手術を受けている。
- ③ 骨折248件 事故の中で最も多く全事故件数の半数近く（46.2%）を占めている。後述

表1 松山市における介護事故内容 (2008年度)

	死亡	様態急変	骨折	打撲等	切傷裂傷	誤嚥異食	医療ミス	失踪	不明	その他	計
施設居住系	5	7	225	126	53	10	5	2	2	8	443
通所系	1	1	19	32	18	2	1	3		5	82
訪問系			4	3	2					3	12
計	6	8	248	161	73	12	6	5	2	16	537

するように介護現場では転倒・転落事故が非常に多いためである。

- ④ 打撲等 161件 内訳は「打撲」158件、「捻挫」2件、「脱臼」1件で、やはり転倒・転落によるものが圧倒的に多い。
- ⑤ 切傷裂傷 73件 松山市策定の事故報告書では「切傷・擦過傷」となっているが、転倒・転落によるものが多く、大半が縫合処置を受けており「切傷・擦過傷」のイメージにはそぐわないことから、本稿では「切傷裂傷」としている。
- ⑥ 誤嚥・異食 12件 内訳は異物を食そうとした「異食」が2件、「誤嚥」が10件（前述した誤嚥死1件を含むと11件）である。誤嚥事故は正確には「誤嚥窒息事故」と言うべきで、迅速に窒息物を除去しなければ死に至るが、施設内で窒息物を除去できたのはわずか1件にすぎず、残り9件はすべて救急搬送されている。
- ⑦ 医療ミス 6件 3件は別人に処方されている薬を他の利用者に誤って投与した「誤薬」で、1件を除き重大な被害は起きていないが、残り3件は「他の看護師がインシュリン注射をしていたことに気づかず15分後にもう一度注射をして血糖値低下で入院」、「糖尿の薬を10分間に2度重複投与し血糖値低下で入院」、「経管栄養の量を誤り、通常の2倍近くを速度も確認しないまま行ったため発熱し肺炎」を起こすなどの被害を与えている。
- ⑧ 失踪 5件 4件は警察や家人に見つけ・保護されているが、1件は失踪中に交通事故に遭い骨折している。
- ⑨ その他 16件 上記以外の事故で、内訳は、利用者送迎時の「交通事故」5件、利用者による経管栄養のチューブの「自己抜去」5件、「痛みの訴え」2件、「結核」、利用者の個人情報紛失の「不祥事」、「家族からの苦情」、「転倒」が各1件である⁽⁵⁾。

以上の事故内容から着目すべきは、次の3点である。

事故内容の特徴

第1は、事故死4件に加え、転倒による脳内出血7件、誤嚥窒息事故10件、骨折248件など、生命に危機や甚大な被害をもたらす事故が多く発生していることである。

第2は、転倒・転落事故が非常に多いことである。その詳細については後述するが、筆者が松山市の介護事故報告書のすべてを分析した結果では、「骨折」の84.7%、「打撲」の92.5%、「切傷裂傷」の57.5%が転倒・転落によるものである（表3参照）。

第3は、事故の大半は施設で起きていることである。利用者が24時間生活をしている施設

居住系で事故が最も多いのは当然だが、全事故件数の8割以上（82.5%）に当たる443件の事故が施設居住系で起きており、通所介護（デイサービス）と通所リハビリテーションの通所系施設も含めると事故件数は525件となり、全事故の97.8%にもなる（表1の施設居住系とは、特別養護老人ホーム（特養）、老人保健施設（老健）、介護療養型医療施設（療養型）、認知症グループホーム、特定施設入所者生活介護（特定施設）と、ショートステイ施設の短期入所生活介護と短期入所療養介護の7施設を指している）。

以上の3点は、他の自治体においても共通している。表2は、介護・福祉オンブズねっとおおさかが調査⁽⁶⁾した大阪市、筆者の求めて情報提供された京都市、自治体の中では最も早くからホームページで介護事故情報を公開している東京都世田谷区の介護事故の状況を一覧にしたものである。

事故報告年度や事故報告基準が異なっていることに留意しなければならないが、全事故件数に占める割合をみると、死亡事故は大阪市4.6%、京都市3.0%、世田谷区1.7%で、いずれも松山市の1.1%よりも高い。誤嚥窒息事故も大阪市5.3%、京都市2.7%、世田谷区3.4%で、松山市の1.8%よりもその発生割合は高い。骨折事故も世田谷区のみ42.0%と松山市より若干下回っているが、大阪市は66.1%、京都市は54.7%と全事故の半数以上にのぼっている。

施設での事故が圧倒的に多いという点も、施設居住系と通所系施設を合わせると、大阪市が97.8%、世田谷区が95.7%で、松山市の97.6%とほぼ変わらない。京都市のみ訪問系での事故割合が11.2%と高いが、京都市の場合は訪問介護に多い利用者の「財物損壊滅失」を介護事故に含めており、訪問系での事故件数96件のうち42件を占めているからである。

表2 他の自治体の介護事故の主な内容と構成割合

	大阪市		京都市		世田谷区	
人口	262.9万人		147.5万人		84.1万人	
事故報告年度	2005年度		04年11月～06年10月		2007年度	
事故報告件数	675	構成比	858	構成比	350	構成比
施設居住系	623	92.3	698	81.4	313	89.4
通所系	37	5.5	64	7.5	22	6.3
訪問系	15	2.2	96	11.2	13	3.7
死亡	31	4.6	26	3.0	6	1.7
骨折	446	66.1	469	54.7	147	42.0
打撲捻挫					58	16.6
切傷裂傷			157	18.3	63	18.0
誤嚥	36	5.3	23	2.7	12	3.4

注：人口は（2005年度）「国勢調査報告」による。

事故原因

事故原因で最も多いのは転倒・転落である。08年度の松山市での転倒事故件数は361件（全事故件数の67.2%）、転落事故件数は53件（同9.9%）、計414件で、全事故の77.1%にのぼる。事業種別ごとに事故件数に占める割合を示すと、施設居住系が78.3%と最も高く（転倒305件、転落50件）、以下、通所系65.9%（転倒51件、転落3件）、訪問系41.7%（転倒5

件、転落ゼロ)である。この数値は全事故件数に占める割合だが、骨折、打撲、切傷裂傷など転倒・転落との因果関係が疑われる事故に限ると、表3に見るように、その割合は「打撲」が最も高く92.5%、以下、「様態急変」87.5%、「骨折」84.7%と続き、最も低い「切傷裂傷」でも57.5%が転倒・転落によるものである。

参考のため表2に示した自治体の場合をみると、京都市の場合は転倒・転落事故件数が示されていないが、介護・福祉オンブズネットおおさかの調査では、05年度の大阪市での転倒・転落事故は517件で、全事故件数の76.6%となっており、松山市とほぼ変わらない。世田谷区の場合は350件の事故のうち、「転倒」によるものが184件(全事故の52.6%)、「転落」が33件(同9.4%)、計217件(同62.0%)となっており、松山市、大阪市より10数ポイント低いが、同区の場合は「職員が入浴、排泄等の介助中に利用者を誤って転倒・転落等させて」しまった「職員の過失」35件を転倒、転落件数に含めていないので、それも加えれば、世田谷区の場合も松山市、大阪市とさほど違わないと思われる。

表3 松山市における転倒・転落による事故件数とその構成割合(%)

事故内容	総件数	転倒	転落	転倒転落計	構成割合%
死亡	6		1	1	16.7
様態急変	8	7		7	87.5
骨折	248	186	24	210	84.7
打撲	161	128	21	149	92.5
切傷裂傷	73	33	9	42	57.5
記載なし		3		3	
計	495	357	55	412	83.0

事故後の利用者の状況

松山市では「負傷」の事故報告基準が「医師の診療を要したもの」となっていることから、事故に遭った利用者の大半が医療機関で診療を受けており、そのうちほぼ3割(31.3%)に当たる168名が入院している。入院理由で最も多いのは「骨折」137件で、以下、「様態急変」8件、「切傷裂傷」7件、「打撲」6件、「誤嚥」5件、「医療ミス」2件などとなっている。

骨折事故が248件起きていながら入院件数がほぼ半数の137件(55.2%)にとどまっているのは、①骨折の約3割は肩、腕、指、肋骨などで入院の必要性はない、②骨折の約7割は本来なら入院手術が必要な大腿部骨折である⁽⁷⁾が、「認知症が重く入院生活が困難」「高齢で手術は危険」として「保存療法」がとられている場合が少なくないという2つの理由による。

2. 転倒・転落事故の現状

前述のように介護事故で最も多いのは転倒・転落事故で、08年度、松山市では414件の転倒・転落事故が起きているが、そのうちの355件(85.7%)は施設居住系で起きているので、以下、施設居住系を中心にして転倒・転落事故の現状をみることにする。

なおその施設内訳は、老健87件、短期入所生活介護74件、グループホーム72件、特定施

設 68 件，特養 34 件，療養型 11 件，短期入所療養介護 4 件，不明 5 件となっている。

利用者の属性

・性別と年齢

施設居住系での転倒事故の性別内訳は、「男」61名、「女」242名、「不明」2名となっている。構成割合は「不明」を除くと、「男」20.1%、「女」79.9%である。転落事故は「男」11名（22.0%）、「女」39名（78.0%）で、その構成割合は転倒事故とほぼ同じである。

平均年齢は、転倒が 84.2 歳，転落が 86.0 歳となっている。性別でみると，転倒は「男」81.7 歳に対し「女」85.8 歳，転落は「男」83.5 歳に対し「女」86.7 歳といずれも女性の方がやや高いが，転倒事故の場合には平均年齢の差以上の違いがある。というのも，事故に遭った者の年齢構成を仔細にみると，①「男」の場合は転倒者 61 名のうち，「74 歳未満」の前期高齢者の割合が 24.6%（実人数 15 名）とほぼ 4 分の 1 を占めているのに対して，「女」の場合は転倒者 242 名のうち年齢不明 2 名を除くと，「74 歳未満」の前期高齢者の割合は 6.3%（同 15 名）にすぎない，②逆に「80 歳以上」の高齢者の割合は，「男」の場合は 50.8%（実人数 31 名）なのに対して「女」の場合は 81.3%（同 195 名）と 30 ポイント以上も高いからだ。女性の方が男性よりもはるかに高齢の者に転倒が多いことが，後にみる女性の「転倒骨折率」が高い原因の 1 つとなっている。

・介護度

図 1 は転倒事故に遭った者の介護度の内訳を示したものである（記載がないための「不明」6 件は除外）。介護度 3 までの高齢者に多いことが一見して分かるだろう。参考のために通所系での転倒事故 51 件の介護度をみると，要支援 1～要介護 1 までの「軽度」が 54.9%（要支援が 9 名，介護度 1 が 19 名），要介護 2 と 3 の「中等度」が 29.4%（介護度 2 が 9 名，介護度 3 が 6 名）で，計 84.3% となっており，転倒事故は介護度 3 までの高齢者に多いことがより明確に示されている。

他方，転落事故は介護度 4 と 5 の「重度」の高齢者に多く，81.6% に達している（図 2 参照。記載がないための「不明」1 件を除外）。転倒事故は歩行・立位が可能な高齢者に多いために「軽度」や「中等度」の高齢者に多く，転落事故は歩行・立位が困難または不可能な「重度」の高齢者に多く発生していることが読み取れる。

発生場所と発生時間

「居室」での転倒が多いのが特徴で 163 件（53.4%）と半数以上にのぼっている。他に，比較的多いのは，「廊下」37 件（12.1%），「トイレ」31 件（10.2%），「食堂台所」25 件（8.2%）である。それ以外では，「屋外」11 件，「浴室・脱衣所」8 件，「玄関・ホール」5 件，「他の利

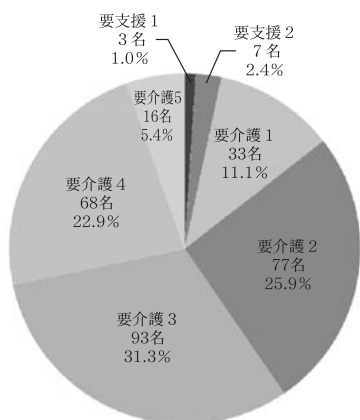


図1 施設居住系転倒者の介護度内訳

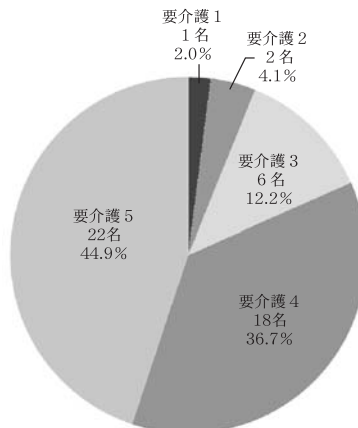


図2 施設居住系転落者の介護度内訳

用者の居室」3件, 「談話娯楽室」3件, 「リハビリ(訓練)室」2件, 「リビング」2件, 「洗面所」2件, 「詰所」2件, 「事務室」1件, 「不明(記載なし)」10件となっている。

転落事故も「居室」が29件(58.0%)と最も多く, 以下, 「食堂」7件, 「廊下」6件, 「トイレ」3件, 「リビング」2件, 「脱衣室」2件, 「デイルーム」1件となっている。

時間帯では夜間, 早朝に多いのが特徴である。①午前9時から夕食が始まるまでの18時までを「日中」, ②18時から21時までを夕食を済ませ, 就寝するまでの「就寝準備時間帯」, ③21時から翌朝7時30分までを夜勤職員のみが勤務する「夜勤時間帯」, ④7時30分から午前9時までを早出の職員が勤務に入り, 夜勤職員とともに起床・更衣・離床・朝食介助などを行う「早出勤時間帯」とすると, それぞれの事故件数と事故発生割合は(「記載なし」を除く), ①の「日中」が103件(35.2%), ②の「就寝準備時間帯」が41件(14.0%), ③の「夜勤時間帯」が135件(46.1%), ④の「早出勤時間帯」が14件(4.8%)となり, 職員が夜勤者しかいなくなる夜間・早朝に半数近く(46.1%)起きています。

ちなみに, 「夜勤時間帯」での転倒135件を2時間刻みで示すと, 「21時~23時」18件, 「23時~午前1時」24件, 「午前1時~午前3時」15件, 「午前3時~午前5時」19件, 「午前5時~午前7時」47件, 「午前7時~7時30分」12件, 計135件となり, 「午前5時~7時30分」の間に最も多く起きています(43.7%)。

転倒場所で最も多いのは居室であったが, その163件の転倒時間をみると(「記載なし」3件を除く), 「夜勤時間帯」での転倒の割合はさらに高く, 105件, 65.6%にもなる。

転落事故の場合は, 離床している日中に多いという傾向がうかがえるが(そのため車椅子, 椅子, 便座などからの転落が多い), 転落事故の約6割を占める「ベッドからの転落」に限ると, 25件の事故うち15件(60.0%)が「夜勤時間帯」に起きています。

施設居住系での転倒・転落事故の特徴は, このように職員の目の届きにくい居室で, しかも

職員が夜勤者しかいない夜間から早朝の時間に最も多く発生している点にあるが、このことは転倒・転落事故防止の難しさを表していると言えよう。

職員の目視と事故原因

施設居住系では転倒事故の半数以上が職員の目の届きにくい居室で起きていることもあり、職員が事故を目視しているケースは非常に少ない。事故報告書をもて、「ドーンという音がした」り「叫び声や悲鳴があった」ので「駆けつけてみると転倒していた」とか、「巡回時に転倒しているのを発見した」といった内容の記述が圧倒的に多い。「発見した」と記述していないものをすべて職員が目視したと仮定しても、目視件数は全転倒転落事故件数の約2割（22.3%）の79件にすぎない。時間帯では日中が大半で、21時から翌朝7時30分までの「夜勤時間帯」での目視件数はわずか6件しかない⁽⁸⁾。

事故の比較的多い場所ごとに「目視率」（目視件数÷転倒転落事故件数）を算出してみると、「居室」が最も低く、目視件数は17件で転倒・転落事故192件のわずか8.9%にすぎない。「トイレ」での目視率も低く、転倒・転落事故34件のうち7件、20.6%にすぎない。ともに職員の目が届きにくい場所だからであろう。最も高いのは「浴室・脱衣所」で10件の事故のうち8件（80.0%）が目視されている。「食堂」も比較的高く、32件の事故のうち17件（53.1%）が目視されている。事故発生時に食事・入浴・外出介助などが行われており、職員の目がそこにあったからであろう。

目視件数は少ないものの、利用者への聞き取りや、事故発生時の場所、時間、利用者のADLなどからして推察される事故原因が、事故報告書に計185件記載されている。

その内訳をみると、やはり「歩行中の転倒」が最も多く104件（56.2%）にのぼっている。躓いたり、足がすべったり、バランスを崩しての転倒が大半だが、他の利用者とぶつかったり、利用者間のトラブルで突き飛ばされたり、車いすに追突されての転倒も計5件起きている。

それ以外では、「車椅子移乗に失敗しての転倒」14件、車椅子、椅子、ソファ、便座などからの「立ち上がり時の転倒」36件、その逆に「座ろうとした際の転倒」10件、「立ったまま靴や上履きを着脱しようとしたり下着を換えようとしての転倒」10件などが多い。「車椅子ごと転倒」も4件報告されているが、車椅子に座ろうとしての「車椅子ごと転倒」は考えられないので、車椅子から立ち上がろうとして「車椅子ごと転倒」したものと思われる。これも「立ち上がり時の転倒」に加えれば転倒理由の約2割（21.6%）となる。

要介護の高齢者の場合は歩行時の転倒だけではなく、その前段階の「立ち上がり時の転倒」や歩行後の「着座時の転倒」も多いことが、これらの数値によく現れている。

転落事故では「ベッドからの転落」が最も多く25件、以下、「車椅子からの転落（ずり落ちも含む）」15件、「椅子・便座からの転落」8件、「階段から転落」と「窓から転落」が各1件となっている。

事故結果

施設居住系で起きた355件の転倒・転落事故により、「死亡」1件、「脳内出血」7件、「骨折」190件、「打撲等」119件、「切傷裂傷」36件の被害が生じている（「記載なし」は3件）。

事故結果での特徴は、転倒・転落による骨折率が男女で大きく違う点にある。転倒事故の性別内訳は「男」61名、「女」242名、「不明」2名で、「転倒骨折」169名の内訳は「男」20名、「女」147名、「不明」2名なので、それぞれの「転倒骨折率」を求めると、「男」32.8%（20名÷61名）、「女」60.7%（147名÷242名）となり、女性の方が2倍近くも高い。転落事故の場合ももっと顕著で、その性別内訳は「男」11名、「女」39名であったが、骨折21件はすべて女性で、男性はゼロである。ちなみに通所系の男女別「転倒骨折率」を示すと、転倒事故の内訳は「男」13名、「女」35名で、「転倒骨折」は「男」1名、「女」13名、計14名なので、「転倒骨折」率は「男」7.7%、「女」37.1%となり、女性の方が4.8倍も高い。

同じ転倒・転落事故であっても、女性の方が骨折割合がこのように高いのは、男性よりも骨格筋が脆弱なことや骨粗鬆症が多いことなどに加えて、前述した「80歳以上高齢者」の転倒割合が男性よりもはるかに高いことも大きな要因になっていることは間違いないだろう。

3. 介護過失の現状

介護事故には事業者の過失（介護過失）によるものがある。その場合にはサービス提供義務違反（債務不履行）となり、損害賠償責任が発生するが、問題はどのような場合が事業者の過失になるか、である。法的には「適切な介護サービスを提供する義務を怠った場合」には過失責任が問われるが、介護事故におけるこれまでの判例⁽⁹⁾をみると、注意安全配慮義務（以下、単に注意義務という）が果たされていたかどうか最大争点となっている。

要介護高齢者は様々なリスク（危険性）を抱えながらの生活を余儀なくされているから、そうした人々を対象としている介護事業者には、介護の専門的知識と技術を有すべき専門職として、リスクを回避・防止しつつ安全な介護サービスを提供する義務が課せられているのだが、現実の介護現場では、それに反する事故が多数起きている。以下、その事例を挙げる。

身体介助中の過失事故（介護ミス）

事故報告書のすべてを検証した結果、身体介助中の過失が非常に多く、車椅子を用いてベッド、椅子、便座、ポータブルトイレなどへの移乗介助時に、職員やホームヘルパーが利用者を誤って転倒させた事故が14件、特殊浴槽での入浴時などにストレッチャーから利用者を床に転落させた事故が2件、車椅子移乗介助時に車椅子のフットレス、ベッドのサイドレール、壁などに利用者の足首、手、頭などをぶつけて負傷させた事故が12件、計28件起きている。

その他、フットレスを下ろさずに車椅子を押したために足を剥離骨折（2件）、車椅子への

移乗時に利用者の体を患側に回転させたために麻痺側の足を骨折、ベッドへの移乗時に麻痺側の手を体の下敷きにしてしまい骨折、ブレーキを掛けていなかったために車椅子が動き、利用者をずり落としてしまい骨折させたり打撲させるといった過失も各1件ずつ起きている。

車椅子での事故ではこれ以外にも、「就寝介助のために車椅子を押したところ転落」、「食卓前に停止したところ転落」、「廊下の障害物を避けようとしたところ転落」と、あたかも不可抗力のように報告されている「車椅子からの転落」事故が4件起きているが、座位が浅かったり、上半身が前屈していたり前傾姿勢の強い高齢者の場合には、車椅子を急回転させたり、急に押したり停止すると前方に転落することはよくあることだから、これらも介護ミスと言わなければならない。

同様に、「おむつ交換時、股を広げたところ、ポキッと音がして骨折」、「更衣介助中に麻痺側の腕が骨折」、「体位交換中に腕を持ち上げたところ骨折」など、あたかも自然骨折のように報告されている骨折事故も4件起きているが、すべて介助中の骨折事故であり、慎重さや丁寧さを欠いたことから起きた介護ミスと言わなければならない。

その他、利用者の体重測定をしていたときや入浴時に臀部を洗うため立たせようとしたときに誤って転倒させたり、食卓椅子やシャワーチェアに座った利用者の姿勢を直そうとして患側の腕を骨折させたり脱臼させる事故なども起きている。

また、歩行介助時の過失も少なくない。歩行不安定な高齢者の場合には、腕を組んでの歩行介助や「両手引き介助」が基本だが、「側面から背中に手を添える」だけや「背後から腰に手を当てる」だけの「歩行介助」であったため、利用者がよろめいたり躓いたりしたときに支えることができず、ホームヘルパーや職員の真横で転倒する事故が5件起きている。

見守り介助も同様で、ホームヘルパーや職員が付き添っていながら浴室への移動中や歩行訓練中に転倒する事故が3件起きているが、ヘルパーや職員はいずれも「後方から見守り」をしていたために、利用者がバランスを崩しても支えることができず、利用者が転倒するのをただ後方から見ているだけになっている。

介護の基本知識と技術の欠如による事故

上記の過失事故にも、基本的な介護知識の欠如から起きている事故が多々見受けられるが、①健側から立位保持を図らなかったために利用者と一緒に転倒、②転倒後に骨折の有無を確認しようとして職員が手足を屈曲させたために骨折、③認知症の高齢者を背後から大きい声で呼んだために驚いて転倒するなど、基本的な介護知識の欠如から起きている過失事故が少なくない。また、「トイレに行きたいという利用者をトイレ誘導したが、入職したばかりで介助方法がわからないため他の職員を呼びに行っている間に転倒」した事故も2件起きているが、これらも基本的な介護知識と技術の欠如から起きた事故と言える。

注意義務違反に問われる死亡・誤嚥窒息事故

松山市では2008年度に事故死が4件起きているが、次の2件は注意義務に反する可能性が極めて高い。1件は夕食時の誤嚥窒息死で、施設側は事故発生の問題点として、①1人の職員で2人の利用者の食事介助をする「掛け持ち介護」をしていたため飲み込み確認が不十分だったことと、②常日頃から食事介助中の職員間の私語が多く、かつ勤務時間内に業務を終わらせるという意識が強かったために見守りが不十分だったことを認めている。

もう1件は「昼食時に姿が見えないため探したところ浴槽内に倒れており、既に死後硬直が始まっていた」事故であるが、この施設では、午前10時から姿が見えないことに気づくまでの2時間半の間所在確認をしていないし、浴室に施錠もしていなかったから、やはり注意義務違反を免れられないだろう。

誤嚥窒息事故も10件起きていたが、次の2件はやはり注意義務違反に問われる可能性が極めて高い。1件は朝食時、部分入れ歯がなく探していたところ、咽頭部に引っかかっていることが受診の結果判明し、気管切開し、以後カニューレ装着となった事故であるが、前夜の夜勤者と遅出勤務者が、いつもは実施することになっていた夕食後の口腔ケア、入れ歯の洗浄、保管を怠っている。もう1件は外出行事時に「市販の弁当をそのまま出してしまった」ために起きたものだが、刻み食が常食である91歳の利用者に、調理用挟みを持参することを忘れたために弁当を「そのまま出して」しまったことから事故は起きている。

医療ミスも6件起きており、そのうちの3件は誤薬で幸い事なきを得ているが、残り3件は冒頭の「事故の概要」の項で説明したように利用者に甚大な被害をもたらしている。

安全保持の基本や危険回避措置を怠った事故

身体介助時の過失に次いで多く、施設居住系では、①おむつ交換中、おむつが足りないことに気づき、ベッド柵を外したまま取りに行っている間に転落、②離床介助時、ベッドサイドに端座させたまま車椅子を取りに行っている間に転落、③車椅子からシャワーチェアに移乗後、車椅子を浴室の外に出している間に転落、④食後、椅子を食卓の後ろに引き、車椅子の準備をしている間に椅子から転落、⑤ベッドサイドレールを外したままにして車椅子の準備をしている間にベッドから転落する事故が各1件ずつ起きている。また、トイレに転倒防止器具が設置されているにもかかわらず、職員が使用していなかったために便座から転倒した事故も3件起きている。

通所系サービスでは送迎時に多く、①助手席のドアを開けたままにして後部座席に置いていた利用者の手荷物を取り出していた間に利用者が助手席から降りようとして道路上に転落(2件)、②確認しないまま車のドアを閉めたために利用者の指をドアに挟み骨折(2件)、③職員が送迎車で利用者にシートベルトをした後、ドアに背を向けたまま降りようとしたため、乗り込んできた利用者とはぶつかり転倒(1件)、④利用者に背を向けた状態で利用者宅の玄関に

鍵をかけている間に利用者が玄関前階段から車いすごと転落（1件）などの事故が起きている。

立ったまま靴や上履きを脱いだり履こうとして転倒した事故も10件起きているが、そのうちの7件は職員の目の前で起きている。要介護の高齢者の場合、手すりも持たず立ったままの姿勢で靴を脱いだり履くことは非常に危険なため、まず椅子などに座ってもらってから着脱してもらうのが基本である。職員の目の前で転倒したことは、職員が危険回避（安全保持）の措置を講じていなかったことを意味し、注意義務違反を免れられない。

その他にも、外出行事で出かけた際に、車椅子を傾斜地に停めたために車椅子ごと転倒したり、浴室に施錠していなかったために認知症の利用者が早朝や深夜に「トイレと間違っ入り転倒」する事故（2件）や、職員が日誌を読みながら廊下を歩いていたために利用者とぶつかり転倒骨折させた事故も起きている。これらも安全保持の基本を怠ったことから起きた事故といえる。

転倒転落事故で職員の日視件数が非常に少ないことを先述したが、職員が目を向けていなかったことが注意義務違反となる場合もある。次のような場合である。

- No.1 昼寝から目覚めて和室からホールに這って移動中に、和室とホールとの間の段差40cmから転落。職員は誰も見ておらず転落音で気づいた（通所介護・女・88歳・要介護2）。
- No.2 ベッドで静養し、30分後目覚めて起きようとし顔面から床に転落。職員は誰も見ておらず音で転落に気づいた（通所介護・男・76歳・要介護4）。
- No.3 7時40分、食堂を杖で歩行中に転倒し大腿部骨折。朝食の時間帯であったが、食堂内には職員が誰もいなかった（短期入所生活介護・女・89歳・要介護2）。

なぜこれらの事故で過失責任が問われるかと言えば、いずれも事故が起きる可能性が高いにもかかわらず、No.1とNo.2は職員が誰も注視していなかったために、No.3は職員が誰もその場にいなかったために（換言すれば事故発生の危険性の回避・防止措置を講じていなかったために）発生しており、注意義務違反が免れられないからである。このことはこれまでの「介護事故裁判」の判決ですでに指摘されており、No.1、No.2と酷似している事故をめぐって争われた裁判でも、次のような判決が出されている。

福岡地裁平成15年8月27日判決

この裁判は、通所介護利用中に静養室で昼寝をしていたA女（事故当時95歳）が昼寝から目を覚まし、静養室の入口まで這って移動し、約40cmの段差のある床下に転落し大腿骨を骨折した事故をめぐってのものであり、福岡地裁は事業者の過失を認め、後遺障害慰謝料350万円と症状固定までの障害慰謝料120万円の損害賠償を認定した。

同地裁は、事業者の過失理由として、①95歳と高齢で両膝関節が変形しており、視力障害と認知症

もあったことから静養室入口の段差から転落する恐れは十分にあり、昼寝の最中に尿意を催すなどして起き上がり移動することは予見可能であったことと、②事故当時、2名の職員が勤務していたが、1名は玄関で来客対応し、もう1名は静養室に背を向け記録をとっており、危険回避の措置をとっていなかったことを挙げている。

上記判決からすれば、次の場合も過失責任が免れられない。いずれも事故が発生する可能性の高い状況下であり、事故が起きた場合には利用者の年齢、健康状態や要介護度などからして重大な結果が生ずることが予想できたにもかかわらず、No.4は、事故が起きる危険性を認識しながら防止措置を何ら講じていないし（不作為の過失）、No.5～No.7は、職員が介助中に利用者から目を離したり、利用者の側を離れ、事故発生の危険性を放置したままにしているからである。

No.4 リハビリ室での車椅子駆動訓練が終わったが、待たされ居室に戻してくれないことにイライラして何度も車椅子から立ち上がっているうちに転倒し打撲（老健・女・75歳・要介護5）。

No.5 排泄介助中に便座から転落。翌日から発熱し2日後に急性心不全で死亡。施設側も「職員が介助中に目を離したのが原因」と認めている（特養・女・89歳・要介護3）。

No.6 車椅子で食堂に移動介助したが、食堂が混雑していたため廊下で待機させていた。職員が目を離した際に車椅子から立ち上がろうとして転倒し大腿部骨折（短期入所生活介護・女・93歳・要介護5）

No.7 エレベーター前まで歩行介助し、エレベーターが来るまで椅子に座って待ってもらっていたが、職員が側を離れた間に椅子から立ち上がり転倒し大腿部骨折（短期入所生活介護・女・74歳・要介護4）

その他の事故及び「原因不明」の事故の問題点

施設内虐待が疑われる事故も2件発生している。1件は、「利用者の体に打撲、内出血、あざがあり、再三注意するも改善がみられないため、社会保険労務士立ち会いの下に介助業務から外すことを通告した」ところ「自主退職した」とするもので、もう1件は、家族が内出血、あざ、打撲跡を発見し、「職員がベッドに押さえつけたり殴ったりしているのではないか」と施設に強く調査を要求したものである。いずれも「事故概要」が記載されている事故報告書の第1報が提出されていないため詳細は不明だが、記載内容からして極めて乱暴な「介護」が行われており、施設内虐待の疑いが持たれる。

また、事故報告書の中には、事業者が「原因不明」としている事故が計25件ある。内訳は

「骨折」17件、「打撲」3件、「脱臼」1件、「切傷」3件、「内出血」1件で、すべて施設居住系での事故である。職員がおむつ交換や入浴時などに負傷していることに気づいたり、大腿部や腕などの異変に気づき、受診の結果、骨折が判明したケースが大半であるが、家族がショートステイ終了後に異変に気づき、骨折が判明したのも2件ある。施設側は、いつ、どのようにして起きたのか分からないとして「事故原因不明」としているのだが、疑問点が少なくない。特に骨折の場合には多くの疑問が残る。

骨折した利用者17名の平均年齢は88.3歳で、半数以上が90歳を超えている。それゆえ事業者が述べているように「自然骨折」の可能性は否定できないが、被災者はすべて介護度5（8名）と介護度4（9名）の重度の高齢者で、自力移動が不可能・困難な高齢者であるにもかかわらず、17名のうち6名までが大腿部を骨折している。そのため2名の家族から、「寝たきりで自分では動けないのに、なぜ足の骨が折れるのか」と不信の念が寄せられている。それに対して事業者は、「おむつ交換の場合、股を広げようとする介護者の力と、それに抵抗する利用者の力が拮抗して骨折する場合がある」などと説明しているが、それならば一層のこ注意深い介護が必要であろう。

筆者も介護現場に従事していたときに、「寝たきり」の女性高齢者が痙攣を起こし大腿部を骨折した場面を目撃した体験がある。年齢が非常に高く、骨が脆くなっている高齢者の場合には、このように痙攣を起こしただけで骨折することもあるが、「原因不明」の骨折のすべてを「自然骨折」とするのは無理があるだろう。介護者が介助中に骨折させてしまったり、骨折させてしまったことを報告しなかったケースもあるのでは、との疑念が残る。

事故発生後の措置では、誤嚥窒息時の救命措置が迅速かつ適正に行われたかどうかがよく問題になるが、松山市での誤嚥事故の場合は、すぐに救命措置を講じるとともに救急搬送しており、問題が生じているケースはない。

問題があるのは次の場合である。第1は、転倒事故が起きても家族に連絡せず、発熱や腫張が起き骨折の可能性が濃厚になってから初めて連絡しているケースや、利用者が転倒などで痛みを訴えているにもかかわらず、数日間も受診していないケースがしばしばみられることである（中には20日間も受診していないケースがあった）。いずれも事故後の措置として不適切であり、利用者家族に不信感を抱かせる行為である⁽¹⁰⁾。

第2は、転倒した利用者をすぐに立ち上げらせ、歩行介助してベッドや椅子まで連れて行くなど転倒後の措置が不適切な場合が少なくないことである。中には手足を屈曲させ骨折の有無を確認している場合すらある。このような事業者は事故報告書からだけでも6件確認できたが、これらの行為は二次骨折などの被害を招く危険性があり、介護の基本に反する行為である。

過失事故に対する損害賠償の現状

以上、過失事故の事例をみてきたが、改めてその件数を示すと、前述の「原因不明」の事故

や虐待が疑われる事故など過失の疑いはあっても過失とは断定できないものはすべて除外し、明確に事業者の過失と認定できるものだけに限ってみても105件にのぼる。そのうちの10件は、注意義務違反による死亡事故と誤嚥窒息事故が各2件、医療ミス6件である。

事業種別内訳は、施設居住系73件、通所系27件、訪問系5件で、訪問系の5件の過失はすべてホームヘルパーが身体介助中に転倒させたものである。全事故件数に占める過失割合は、「訪問介護」が最も高く41.7%、以下、「通所系」32.9%、「施設居住系」16.5%である。

105件の過失件数は、2008年度に松山市に報告のあった全事故件数537件の約2割(19.6%)に当たる。被害の程度で言えば、死亡6件のうち2件、脳内出血7件のうち1件、骨折248件のうち42件(16.9%)、打撲裂傷234件のうち50件(21.4%)が、事業者の注意義務違反や過失によるものである。

しかし、介護過失が多く起きているにもかかわらず、事業者が賠償をした件数は非常に少なく、表4にみるように22件にすぎない。賠償が行われているのは、身体介助時の明らかな介護ミスと安全保持を怠った事故が大半であるが、すべて賠償しているわけではない。職員がおむつ交換、更衣介助、体位交換中に骨折させてしまった事故などは、当然賠償すべきだが、賠償していないことが多い。過失と認定された福岡地裁判決と酷似したNo.1とNo.2の事故に対しても賠償は行われていないし、死亡事故、誤嚥窒息事故、重大な医療ミスに対しても、医療ミスの1件を除き賠償は行われていない。「未交渉」「記載なし」「不明」が計23件あるから、実際の賠償件数はもう少し多いかもしれないが、このように損害賠償件数が少ない現状は利用者の権利擁護の面からも極めて重大だと言わなければならない。

問題はさらにもう一点ある。上記の賠償以外に、事業者が治療費や見舞金を支払っている場合があり、それも賠償に加えると、賠償件数は「施設居住系」17件、「通所系」27件、「訪問系」1件となる。介護事故全体に対する賠償実施率を算出してみると、「施設居住系」3.8%、「訪問系」8.3%、「通所系」32.9%となり、通所系サービスと施設居住系、訪問系との間には大きな差異がある。

なぜこのような違いがあるのか。事故報告書には賠償の有無の理由は記載されていないので事業者からその説明を聞くことはできないが、通所系の場合、事故が起きた際の家族への連絡は迅速で、多くの事業者はまず電話連絡をした後、管理者、サービス責任者、事故に関わった職員などが連れ立って利用者宅を訪問し謝罪している。通所系と他のサービス事業者との賠償

表4 松山市での介護過失事故における損害賠償の実施状況(2008年度)

	過失件数	賠償あり	なし	未交渉	記載なし	不明	計
施設居住系	73	11	47	2	4	9	73
通所系	27	10	11	1	0	5	27
訪問系	5	1	2	0	1	1	5
計	105	22	60	3	5	15	105

注：賠償の実施状況は事故報告書の第2報で報告することとなっているが、第2報に記載されていないものは「記載なし」、第2報が提出されていないために実施状況が不明なものは「不明」としている。

実施率に大きな差異があるのは、松山市は通所系サービスの「激戦区」なので「顧客確保」対策として行われているのではないかとしか筆者には想像できない。

おわりに代えて——介護事故防止の課題

紙幅にもはや余裕がないので、介護事故防止に必要な基本的な課題を以下に提起する。まず何よりも、介護事故の約2割を占めている介護過失を極力なくすることが重要である。そのためには、介護事業者と従事者には、民放上の信義則である「善良なる管理者としての注意義務（善管注意義務）」に加えて、介護の専門的知識・技術を有すべき専門職としての高度な注意義務があることへの強い自覚が必要であろう。

単に法的責務から、その自覚が必要なのではない。介護事業者と従事者には、要介護高齢者の生命、健康、安全を護る職業上の責務がある。その責務を有している者が、自らの不注意や介護技術の未熟さなどから介護過失を引き起こし、要介護高齢者の生命、健康、安全を侵すことは、利用者に対する最大の権利侵害となり、自らの職業を貶めることになるからだ。介護過失をなくす取り組みを強めないかぎり介護職の社会的地位の向上はありえないことを、介護事業者と従事者は強く自覚しておかなければならないだろう。

その自覚の上に、介護技術と知識の向上が不可欠である。介護過失の多くは、介護技術の未熟さと介護の基本的な知識の欠如や乏しさから起きているからである。

だが現状では、それは個々の介護事業者や従事者の努力だけでは達成できない課題だと言わざるをえない。介護技術の向上には、介護の基本的な知識と技術の習得に加えて、要介護の高齢者の個々の心身の状況、特性、生活パターンなどからして起こり得る危険性（事故の可能性）を予測しつつ、「安全・安心・安楽」な介護を実践していく能力の育成が不可欠だが、介護職の離職率が高い現状では、そうした能力を高めていく上で大前提となる経験の蓄積が困難になっているからである。

介護の基本的な知識と技術の習得にも問題が多い。一昨年、新たに政権を担った民主党政権も、介護分野を失業対策の1つとして位置付け、失業者や職に就けない者にホームヘルパー2級取得を奨めているが、ヘルパー2級程度の養成研修では介護の基本的な知識と技術の習得は不可能と言っても過言ではない。その養成カリキュラムは、58時間の「講義」と42時間の実技講習と30時間の実習から成っているが、実習は「見学実習」で終わっているのが実態であるし、講義と実技講習は介護の基本知識の入口をなぞっているにすぎないからである。

実際の介護現場で数か月間、経験豊かな介護職員の下で「見習い」期間を持つことができるのであればヘルパー2級取得も役立つが、現在の介護現場にはそうした余裕は乏しく、「見習い」期間もないまま「ぶっつけ本番」で介護に当たっているのが、多くの（特に中小零細の）介護施設・事業所の実態であろう。過失事故は起こるべくして起きている、というのが筆者の

率直な見立てである。

ハード面では、介護事故の多くは転倒が原因であり、その転倒事故の多くは夜間に、しかも職員の目の届かない居室で起きている現状を踏まえれば、ベッドの下にセンサーマットを設置したり、便座にレストテーブルなどの転倒防止器具を設置することも必要であろう。

だが、ハード面の整備で最も必要なのは、介護職員の増員であり、とりわけ施設居住系での増員が必要である。先に危険回避措置に問題があったために起きた過失事故の例をみたが、職員が介助中に利用者の側を離れたケースをみると、その間に他の利用者の介護もする「掛け持ち介護」をしていることが非常に多い。また、職員が車椅子移乗時に利用者を支えきれなかったりバランスを崩したりして転倒させる事故が多発していたが、事業者の挙げている「再発防止策」をみると、「介護技術の習得」とともに「2人介助の徹底」が圧倒的に多い。だが、職員数が少ないために「掛け持ち介護」をせざるをえない現状の中で、「2人介助の徹底」が可能だろうか。

介護過失は、介護従事者の介護技術の未熟さや不注意だけで起きているのではなく、介護職員の少なさ（人員配置基準の低さ）がその背景にあるし、さらにその背景には為政者や厚生労働省の介護（職）に対する位置づけ（評価）の低さがある。この構図を本能的に改めない限り、介護事故と介護過失は今後ますます増えていき、要介護の高齢者がその犠牲となるだろう。

最後に、要介護高齢者の権利擁護と関連して、国（厚生労働省）と保険者である市町村の責任についても言及しておかなければならない。

国はこれまでに、事業者の介護過失と損害賠償の実態調査を一度も行っていない。介護事故の報告基準を整え、全国でいったい何件の介護事故が起きているのか把握するとともに、介護過失と賠償の実態調査を早急に行うべきであろう。

保険者である市町村には介護保険制度を適正に実施する責任があるが、その「適正に」の中には、介護事故の防止と被害に遭った利用者の権利救済も含まれている。だが、事故の内容や過失の有無を検証し、調査をしている市町村が、全国に一体いくつあるだろうか。半数以上の市町村が介護事故の報告基準すら定めていないのが現状であり、報告基準を定めている市町村においても、事業者から提出された事故報告書をただファイリングしているだけという市町村がほとんどではないかと思われる。

本稿は、膨大な資料を前にした筆者一人の解析作業によるものである。それゆえ未解明の部分も少なくないが、本稿が契機となり、介護事故と介護過失の実態解明が進み、不幸な事故をなくす取り組みが進むことを願っている。

本稿は平成20年度佛敎大学特別研究費によるものである。

〔注〕

(1) 厚生労働省は省令でもって居宅サービスと介護保険施設の「人員、設備及び運営に関する基準」

- を定め、それぞれの運営基準の中で、本文に述べた内容を「事故発生時の対応」として定めている。
- (2) 三菱総合研究所が2008年に全国1805市区町村を対象に行った調査では（調査期間2008年11月から12月。回収率49.3%）、介護事故の報告基準を定めているのは全体の41%、報告書の様式を定めているのは約半数の55%にとどまっている（三菱総合研究所「高齢者介護施設における介護事故の実態及び対応策のあり方に関する調査研究事業」2009年3月）。
 - (3) 公文書公開は現在も壁が厚く、「事業者の社会的信用を失墜する恐れがある」「特定の個人が識別される恐れがある」という2つの理由から、非公開（黒塗り）になる部分が多く、介護事故報告書についても、「特定の個人が識別される恐れがある」として、①骨折や打撲などの部位、②利用者の性別、年齢、介護度などの基本情報すら公開されなかった。異議申立てを行った結果、②は公開されることとなったが、非公開部分は①以外にも多岐に及んでいる。
 - (4) 事業者は第1報と第2報の事故報告書を提出しなければならないから、本来なら事故報告件数543件の2倍の1086枚が提出されなければならないが、第1報が提出されていないものが17件、第2報が提出されていないものが98件あり、事業所が独自に作成した事故顛末書が28枚あるため、計999枚となっている。
 - (5) 介護現場でしばしば発生しているインフルエンザ、流行性胃腸炎（嘔吐下痢症）、疥癬などの「感染症」の報告件数がゼロ件となっているのは、松山市の感染症の報告基準は、厚生労働省の「発症者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合」に市町村に報告するようこの通知（「社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について」2005年2月22日）に基づいて作成されているためと思われる。
 - (6) 介護・福祉オンブズネットおおさかは、「介護事故と行政の対応—2005年度介護事故の状況—」を公表しているが、同調査は、大阪市を含む大阪府下41市町村を対象に行われている。
 - (7) 註3で説明したように、松山市では「特定の個人が識別される」として骨折した部位までも黒塗りにしているが、牽引が必要で、かつ手術とリハビリのために入院期間が2か月近くを要する骨折は大腿部骨折しかなく、事故報告書にある「事故の概要」の記述内容からして、骨折248件のうち170件（68.5%）は明らかに大腿部骨折と断定できる。
 - (8) 通所系サービスは、サービス提供時間が日中のみで、利用者の主たる行動範囲はデイルームとその周辺エリア（食堂、浴室など）に限られているため職員の目が届きやすいからだと思われるが、目視率は高く、転倒事故48件うち40件（83.3%）、転落事故5件のうち3件（60.0%）が目視されている。
 - (9) 「介護事故裁判」については、菊池馨実「高齢者介護事故をめぐる裁判例の総合的検討(1)(2)」『賃金と社会保障』No.1427（2006年10月上旬号）、No.1428（2006年10月下旬号）、青木佳史・高野範城編『介護事故とリスクマネジメント』あけび書房、2004年所収の「資料編・介護事故等の裁判例集」等を参照。
 - (10) 松山市の事故報告書には家族への連絡内容を記載する欄があるが、事故報告書からだけでも「なぜすぐに連絡してくれなかったのか」とする家族からの苦情が8件寄せられている。

（えいわ よしのすけ 社会福祉学科）

2010年10月12日受理