

介護福祉実習におけるインシデントの傾向 —リスクマネジメントワークシートの分析—

柘 宜 佐統美
小木曾 加奈子

I. はじめに

厚生労働者より発表された平成20年の日本人の平均寿命によると、3年連続で過去最高を更新し、女性は24年続けて世界で最も長寿で、男性はアイルランド、スイス、香港に続き4位¹⁾となり、男女ともに世界有数の長寿国である。しかし、平均寿命と健康寿命との差は、男性6.1年、女性7.6年²⁾であり、長期にわたり介護が必要で、平成20年4月末の要介護認定者数は455万人³⁾となっている。介護が必要な高齢者の施設サービス利用者は年々増えており、平成20年1月には82万人で、介護保険導入以来58%の伸びとなっている⁴⁾。今後も、長期に介護が必要な高齢者は、療養型病床の削減や社会的入院の是正などにより高齢者施設での介護がより必要となる⁵⁾。

利用者により質の高い介護を提供するには、人的・物的環境を整えることが必要であり、介護福祉養成においては、十分にリスクマネジメントを学ぶ必要がある。社会的な要求を反映して、2009年4月からの介護福祉士養成に対する新カリキュラムにおいては、リスクマネジメントを学ぶ事が位置づけられている⁶⁾。

小木曾(2008)の第1段階介護福祉実習事後学習におけるリスクマネジメントの調査において⁷⁾は、最もリスクが高いケア内容として、「誤嚥」を選択している学生が多かった。介護福祉実習で関わる利用者の多くは脳血管障害や認知症を併せ持っているため、介護の質の向上のためには、「安全で安楽」な視点で援助ができることが重要となる。

そこで、すべての介護福祉実習が終了した学生に対し、介護福祉実習におけるインシデントの概要と発生傾向を把握・分析することにより、「安全で安楽」な視点で援助ができるための教育的課題や工夫の糸口を見つける事ができたため、ここに

報告する。

II. 研究目的

介護福祉実習事後指導で用いるリスクマネジメントワークシートにおけるインシデントを分析し、学生のリスクに対する理解や援助の捉え方の傾向を把握する。

III. 研究方法

1. 調査期間及び研究対象者の特徴

調査期間は2007年9月～10月及び2008年9月～10月である。研究対象者は卒学年ですべての段階の実習が終了した介護福祉系短期大学学生194名である。同意が得られた171名(88.1%)に対し、介護福祉実習の事後学習に実施するリスクマネジメント演習におけるリスクマネジメントワークシートを用いた。

2. 分析方法

調査項目は、施設の種別、何段階の実習であるか、対象者の属性、インシデントまたはアクシデントが生じた場面、インシデントが生じた関わり、インシデントに対する対応、インシデントの後の対応、である。

分析方法としては、リスクマネジメントワークシートの記述内容を1つの意味をなす文脈で区切り1件とした。更に1件の内容をKJ法に準じてカテゴリー化し、ネーミングを行った。カテゴリー化にあたっては研究者2名で協議をしながら進めた。

3. 倫理的配慮

学生に口頭および書面で研究の趣旨とともに本研究の協力は自由意志であり、臨地実習評価の対象外であること、個人名が特定されることはない

こと、成果は学会等で公表する事を説明し研究協力を求めた。同意書の提出をもって意思の確認を行った。

情報の連絡	1	0.7
その他	2	1.4
計	141	

4. 用語の定義

インシデント:思いがけない出来事「偶発事象」で、これに対して適切な処置が行われないと事故となる可能性のある事象である。現場ではこれを「ヒヤリ」「ハット」と表現することもある⁸⁾。

尚、今回研究の対象としたのは、内海ら(2004)の分類⁹⁾による、次のレベル0から2までのインシデントとした。

レベル0:間違ったことが発生、あるいは医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった(実施されていたら、何らかの影響を与えた可能性があった)

レベル1:事故による患者への実害はなかったが、何らかの影響を与えた可能性がある。観察を強化し、心身への配慮の必要性が生じた場合

レベル2:事故により、バイタルサインに変化が生じ、患者への観察強化または検査の必要性が生じた場合

2. 利用者の属性

男性は34名(24.1%)、女性は107名(75.9%)であった。

利用者の年齢は、80歳代が60名で一番多く、次いで90歳代の27名と続くが、未記入が25名あった。(表2)

表2 利用者の年齢 n = 141

年代	30歳代	2
	50	1
	60	4
	70	22
	80	60
	90	27
	未記入	25

利用者の要介護度は、要介護度3が一番多く、次いで要介護度4が続くが、未記入が92名あった。(表3)

表3 利用者の要介護度 n = 141

要介護度	1	2
	2	5
	3	22
	4	12
	5	7
	4~5	1
	未記入	92

IV. 結果

同意が得られた171名の内、インシデント141名(82.5%)を本研究の分析対象とする。

1. インシデントの内訳

141名のインシデントの内訳で、最も多かったのが転倒・転落 69名(48.9%)、次に誤嚥 42名(29.8%)、入浴 10名(7.1%)、と続く(表1)。

表1 インシデントの内容 n = 141

	合計(人)	%
転倒・転落	69	48.9
誤嚥	42	29.8
入浴	10	7.1
介助ミス	6	4.3
暴力	3	2.1
異食・誤飲	2	1.4
自傷	2	1.4
利用者同士の介助	2	1.4
熱傷	1	0.7
自走事故	1	0.7

利用者の認知度は、ほとんど変わりがなく、未記入が113名あり一番多かった。(表4)

表4 利用者の認知度 n = 141

認知	なし	3
	軽度	3
	I	1
	II a	4
	II b	1

Ⅲ a	2
Ⅲ b	3
Ⅳ	2
3	2
4	2
5	2
重度	2
あり	1
未記入	113

「利用者の身体的な特徴」については、語彙数 147であった。カテゴリーとして「ADLに関する内容」は78 (53.1%)、次いで「状態に関する内容」は34 (23.1%)、「疾患に関する内容」は30 (20.4%)、「その他」5 (3.4%)であった。サブカテゴリーは「運動機能に関する内容」が58で一番多く、その中でも『歩行状態』26が最も多く、具体的な記述としては“自力歩行不可”“車いすを使用”“歩行不安定”などであった(表5)。

表5 利用者の身体的特徴 語彙数 = 147

カテゴリー (語彙数)	サブカテゴリー (語彙数)	主な内容
ADLに関する内容 (78)	運動機能に関する内容 (58)	・自力歩行不可 ・ゆっくり歩行 ・杖使用 ・車いす使用
	排泄に関する機能 (5)	・排泄時介助 ・おむつ使用
	食事に関する機能 (14)	・嚥下能力あり ・自力摂取 ・流動食
	清潔に関する機能 (1)	・機械浴
状態に関する内容 (34)	認知力に関する内容 (10)	・理解力はある ・中度の認知
	皮膚障害に関する内容 (2)	・皮膚が弱い ・傷になりやすい
	麻痺・拘縮に関する内容 (7)	・下半身麻痺 ・足の拘縮
	意思疎通に関する内容 (8)	・意思疎通は可能 ・言語障害
	精神不安定な状態に関する内容 (2)	・不穏になりやすい
	視覚的な障害に関する内容 (5)	・両目が不自由 ・メガネが必要

疾患に関する内容 (30)	認知症に関する内容 (3)	・認知症 ・脳血管性認知症
	脳疾患に関する内容 (6)	・脳出血 ・脳梗塞
	感覚機能に関する内容 (3)	・難聴
	関節疾患に関する内容 (10)	・変形性膝関節症 ・リウマチ
	生活習慣病に関する内容 (3)	・糖尿病 ・高血圧症
	その他 (5)	・緑内障 ・C型肝炎
その他 (5)		・長期入院 ・小柄

3. 転倒・転落について

1) 利用者

「転倒・転落」の該当者は、男性は15名 (21.7%)、女性は54名 (78.3%)であった。

「利用者の身体的な特徴」については、69名中64名 (92.8%)が「ADLに関する内容」の中のサブカテゴリーの「運動機能に関する内容」を挙げていた。具体的な記述としては“車いすを使用”“下肢筋力低下”“歩行不安定”“生活の全てに介助が必要”などであった。

2) 発生時間

「転倒・転落」の発生時間は、午後21名 (30.4%)、午前12名 (17.4%)、夜間8名 (11.6%)、日中5名 (7.2%)、未記入23名 (33.3%)であった(図1)。

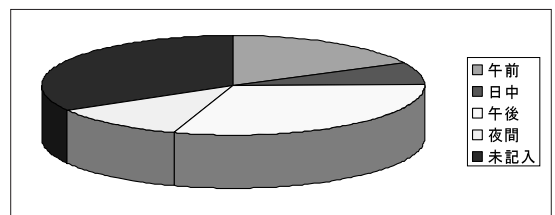


図1 「転倒・転落」の発生時間

3) 発生場所

「転倒・転落」の発生場所は、居室18名 (26.1%)、廊下13名 (18.8%)、フロア12名 (17.4%)、トイレ8名 (11.6%)、食堂7名 (10.1%)、デイルーム5名 (7.2%)、浴室3名 (4.3%)、外2名 (2.9%)、階段1名 (1.4%)であった(図2)。

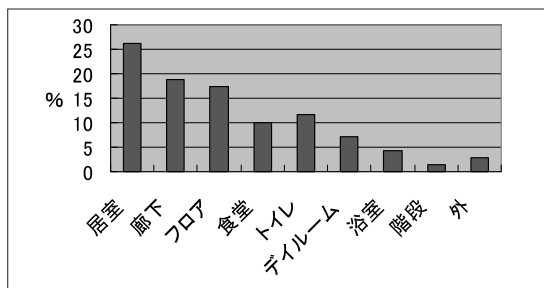


図2 「転倒・転落」の発生場所

4) 「転倒・転落」の場面

「転倒・転落」の場面は、立ち上がり18名 (26.1%)、移乗11名 (15.9%)、排泄時・トイレ誘導10名 (14.5%)、歩行中10名 (14.5%)、転落8名 (11.6%)、移動7名 (10.1%)、すり落ち2名 (2.9%)、坂道2名 (2.9%)、入浴介助中1名 (1.4%) であった。(図3)

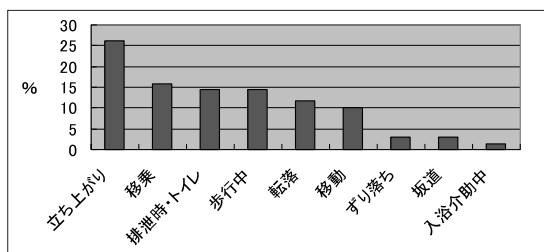


図3 「転倒・転落」の場面

5) 「転倒・転落」が起きた時の学生の関わり

「転倒・転落」が起きた時の学生の関わりは、語彙数56であった。カテゴリーとして「学生の技術不足」23 (41.1%)、「人員不足」22 (39.3%)、「利用者一人の行為」7 (12.5%)、「不可抗力」3 (5.4%)、「職員のミス」1 (1.8%) であった。具体的な記述としては、「学生の技術不足」では、“車いすのブレーキのかけ忘れ”“移乗していて重くて一緒にベッドに倒れこんだ”が多く、「人員不足」では、“職員はいなく、学生は他の利用者と話していた”“モニターで転倒しているのを発見した”が多かった(表6)。

表6 転倒・転落が起きた時の学生の関わり

語彙数=56

カテゴリー (語彙数)	サブカテゴリー (語彙数)	主な内容
学生の技術不足 (23)	車いす (8)	・車いすのブレーキのかけ忘れ ・立位を確認しないまま車いすを引いてしまった
	歩行中 (8)	・段々足のペースが速くなって転倒しそうになった ・手引き歩行に慣れてなくバランスを崩しかけた
	移乗 (5)	・移乗していて重くて一緒に倒れこんだ ・抱きかかえたら後ろへ尻もちをついた
	声かけ (1)	・声をかけたら座ろうとして転倒しかけた
	立ち上がり (1)	・立とうとしたので手を伸ばして介助しようとした時、倒れそうになった
	人員不足 (22)	職員不在 (6)
学生が他の人の介助 (6)		・他の人の介助をしていた ・職員はいなく、学生は他の利用者と話していた
職員と一緒に行動 (5)		・職員と巡回中モニターで転倒しているのを発見した
利用者一人 (5)		・利用者が一人で立ち上がろうとしていた
利用者一人の行為 (7)	車いす (3)	・自走していて前のめりになった
	トイレ (2)	・トイレで倒れそうになった
	階段歩行 (1)	・階段の下で見守っていたらふらついた
	立ち上がり (1)	・いつもは車いすです移動するのに、立ち上がろうとした
不可抗力 (3)	機械の故障 (3)	・離床センサーが故障していた
職員のミス (1)	職員のミス (1)	・職員が車いすを押していて、利用者が手すりにつかまって立とうとした

V. 考察

1. インシデントの内訳

川村治子 (2003) の看護のヒヤリ・ハット11,000事例の療養上の世話における領域別分類によると、多い順に「転倒・転落」「誤燕／誤飲・異食」となっている¹⁰⁾。また、2001年の全国老人保健施

設協会の調べでは、老人保健施設で起きた事故の約 7 割が「転倒・転落」¹¹⁾ となっており、今回同じ結果が得られた。看護においても、介護においても、対象となるのは身体や認知機能に障害をもつ方々であり、そうした対象者が集団で生活している場である。生活する上では、食事・排泄・入浴等を行う際には移動しなければならない。そのため、移動に伴うインシデント、つまり「転倒・転落」が多くなると考えられる。看護、介護の別はあっても、身体・認知機能の低下している利用者を対象とする施設においては、「転倒・転落」「誤燕」に特に気をつける必要がある事が明らかになった。

2. 利用者の属性

男女比は、男性24.1%、女性75.9%であり、厚生省統計の老人保健施設の男性24.9%、女性75.1%¹²⁾、特別養護老人ホームの男性21.8%、女性78.2%¹³⁾と、同じような比率であった。しかし、今回の男女比率は、実習中、偶然近くにいた利用者や、担当となった利用者のインシデント発生に居合わせたというもので、この男女比率がそのままインシデントの発生男女比率とはいえないと考える。

利用者の年齢・要介護度・認知度において、未記入が多かった。利用者は、要介護状態で「転倒・転落」のリスクが高いにもかかわらず、学生は、利用者の特性を把握しないまま実習を行い、そのためインシデントにつながったと考えられる。

「利用者の身体的な特徴」について、「運動機能に関する内容」が最も多く、“足元がふらつく”“歩行不安定”“左に傾く”等、不安定で危険因子を持っていると答えているが、その情報を生かしておらず、インシデントが発生してしまった。そのため、転倒・転落が起りやすいという意識を持ち、どのような介護を行えばいいのか、どのような注意をしなければいけないかという、リスクマネジメントという視点を持った上での介護が必要である。

川村治子 (2003) は、「転倒・転落事故の多くは、その主たる発生要因は患者側に存在する¹⁴⁾」と述べている。事前学習において、アセスメント能力を高める必要性があり、ICFの視点から利用者

を多面的に捉えることができ、利用者個々のリスクを想像できる力をつけることが重要であると考ええる。

3. 転倒・転落について

インシデントの内容として一番多かった転倒・転落は、多くの学生が体験した項目であると共に、一度の転倒・転落により寝たきりや廃用症候群を引き起こす可能性が高く、そのリスクマネジメントは重要であると考えられるため、詳しく検討してみることにした。

発生時間は、昼食中の時間のインシデントも午後を含んでいるため、午後がやや多かったものの、全体を通して発生していた。夜間の排泄時、覚醒が十分ではない状態で暗い中を歩行するため、午前3時頃からの深夜から増えはじめ、午前6時頃の早朝に多く発生するという報告がある¹⁵⁾。しかし、実習においては夜間の実習は1晩だけで、早番・遅番の時間帯を実習する機会も限られているため、実習時間の多い日中のインシデント発生という結果が得られたと考える。

また、発生場所もあらゆる場所で発生していた。そして、場面も立ち上がり時に多いものの、あらゆる場面において発生していた。介護リスクは、入浴・食事・廊下の歩行・訓練・排泄などの日々の暮らしに潜んでいる。運動機能が十分発揮できない高齢者や、認知や記憶が衰えてきた高齢者が集団で生活することは、生活する上でのリスクは倍増する¹⁶⁾。寝食分離がされている施設においては、生活のあらゆる時間・場所・場面において転倒・転落が発生し、利用者と接する全ての場面での注意が必要である。また、施設は生活の場であるために、「高齢者はトイレに行くときにいちいち覚悟を決めるということはない¹⁷⁾」というように、利用者は「転倒・転落」のことにいつも気をつけて行動している訳ではない。介護する側が「転倒・転落」の危険を考えながら接することが必要である。

また、転倒・転落が起きた時の学生の関わりについては、介護福祉実習中ということから「学生の技術不足」が最も多かった。実習事前学習においては、止まった時には確実に車いすのブレーキをかける等基本的な介助ができる学習と共に、技

術面での学習、特に安全で安定した移乗技術を身につけることが重要であることが再認識された。

Ⅵ. おわりに

リスクマネジメント演習は、「最も印象に残ったインシデントまたはアクシデント」という内容で取り組んでいるため、複数の体験をした学生の現状を明らかにすることはできなかった。また、実習事前学習におけるリスクマネジメントの学びに対する理解度も一定ではなく、ことにインシデントに目を向けられなかった学生もいた。そのため、今後は学内での事前学習において到達度を明らかにし、介護福祉実習における段階ごとに、学生が体験したすべてインシデントまたはアクシデントに対して、リスクマネジメント演習を行うことが求められる。

「安全で安楽」な介護を提供するために、学生が実習において体験すると予測される日常生活の援助場面でのインシデントやアクシデントに対して、さまざまな要因に関心がむけられるように学内での学びを深める必要がある。

引用文献

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部、平成20年簡易生命表の概況について、2009
- 2) 平成15年WHO
- 3) 厚生労働省、要介護認定者数の推移
- 4) 厚生労働省、介護保険事業状況報告、2009
- 5) 小木曾加奈子・児島美都子・内山治夫ら「介護型療養病床における患者の実態調査」、第38回日本看護学会論文集－老年看護－、P199-201、2007
- 6) 厚生労働省、介護福祉士養成課程における教育内容等の見直しについて
- 7) 小木曾加奈子「第一段階における学生のリスクマネジメントについて」、岐阜医療科学大学紀要第2号、2008
- 8) 日本看護協会『組織でとりくむ医療事故防止－看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン』P5、日本看護協会出版社、2000
- 9) 内海眞・清原洋子・鈴木俊夫『看護・医療事故防止 自己学習CD-ROMプログラム』P5、医師薬出版、2004
- 10) 川村治子『ヒヤリ・ハット11,000事例によるエラーマップ完全本』P4、医学書院、2003
- 11) 『介護サービスのリスクマネジメント』財団法人介護労働安定センター、P73
- 12) 厚生労働省大臣官房統計情報部、1999
- 13) 厚生労働省大臣官房統計情報部、社会福祉施設等調査、1998
- 14) 前掲書¹⁰⁾、P66
- 15) 前掲書¹¹⁾、P75
- 16) 湯浅美千代編『認知症高齢者のリスクマネジメント』P29、すびか書房、2007
- 17) 前掲書¹⁶⁾、P29

The tendency of the Incident in nursing care welfare practice

—The analysis of the risk management worksheet—

Negi, Satomi*

Ogiso, Kanako*

介護福祉養成において、リスクマネジメントを学ぶ事が位置づけられた。そこで、リスクマネジメント演習におけるリスクマネジメントワークシートを用い、介護福祉実習におけるインシデントの概要と発生傾向を把握・分析した。対象は、同意が得られた介護福祉系短期大学学生171名の内の、インシデント141名である。インシデントの内訳は、転倒・転落が最も多く、次いで誤嚥であった。身体・認知機能の低下している利用者を対象とする施設においては、「転倒・転落」「誤嚥」に特に気をつける必要がある。利用者の年齢・要介護度・認知度において未記入が多く、学生は、利用者の特性を把握しないまま実習を行っていた。リスクマネジメントという視点を持ち、アセスメント能力を高め、ICFの視点から利用者を多面的に捉え、利用者個々のリスクを想像できる力をつけることが重要である。生活のあらゆる時間・場所・場面において「転倒・転落」が発生しており、利用者と接する全ての場面で注意が必要である。「転倒・転落」が起きた時の関わりは「学生の技術不足」が多く、実習事前学習において、基本的な介助ができる学習と共に、技術面では安全で安定した移乗技術を身につけることが重要であることが示唆された。

キーワード：リスクマネジメント， インシデント， 介護福祉実習， 転倒・転落

*Nagoya Ryujo (St. Mary's) College

*Chubu Gakuin College