

介護福祉実習におけるリスクマネジメント —転倒・転落予防への学生の意識—

祢 宜 佐統美
小木曾 加奈子

I. はじめに

川村治子 (2003) の看護のヒヤリ・ハット10,000事例の療養上の世話における領域別分類によると、ヒヤリ・ハットで一番多いのは「転倒・転落」となっている¹⁾。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」²⁾ となっているように、病院や施設では、転倒・転落によるインシデントが多く発生している。そして、祢宜ら (2009) の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への調査において、48.9%の学生が「転倒・転落」のインシデントを経験³⁾ しており、介護福祉実習において転倒・転落の場面に遭遇する可能性は高い。

高齢者は、一度の転倒・転落により、寝たきりや廃用症候群などを引き起こす可能性が高く、転倒・転落の予防に視点を置くことは大切なことである。

II. 研究目的

初めて介護福祉実習を体験した学生が、転倒・転落予防についてどのように認識しているのかを分析することにより、リスクマネジメント授業の課題を明らかにする。

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2009年7月である。研究対象者は初めて介護福祉実習を行った介護福祉系専攻科学生11名である。同意が得られた11名(100%)に対し、介護福祉実習後のリスクマネジメント授業において実習の振り返りを行った。

2. 調査項目

調査項目は、転倒・転落への予防について、①

自分自身が行った安全への配慮、②スタッフが
行った安全への配慮、の2つである。課題レポ
ートの自由記述である「実習を終えてリスクマ
ネジメントを振り返る」を本研究の対象とした。

3. 分析方法

分析方法は、テキストマインド法を採用した。
使用したソフトは、PASW Text Analysis for
Surveys である。

また、記述内容を1つの意味をなす文脈で区切
り1件とし、その内容からSHELモデルを分析枠
組みとして分類した。さらに、それをサブカテ
ゴリー化し、ネーミングを行った。分類・サブカ
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。

SHELモデルは、飛行機事故の要因をヒューマ
ン・エラーに着目し分析する手法である。4つの
要因を、S、H、E、Lで表わし、それぞれは、ソ
フトウェア (Software)、ハードウェア
(Hardware)、環境 (Environment)、ライブウェ
ア・人間 (Liveware) を意味する。飛行機事故だ
けの分析ではなく、さまざまな分野で活用されて
いる⁴⁾。福祉分野においても、Sは手順書・マニ
ュアル・規則などの要素、Hは道具や施設機械な
どの要素、Eは温度湿度・照明などの環境要素や職
場の管理体制などを含む要素、Lは自分自身を取り
巻く人々⁵⁾ と考えられる。尚、多くの場合、Lを当
事者と他人 (当事者以外) との2つに分けて考え
る。

4. 倫理的配慮

倫理的配慮については、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、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。

5. 用語の定義

英語圏では、転倒と転落の区別はなく「Fall」という。しかし、歩行中の転倒とベッドや車いす等からの転落とでは、防止対策も異なる⁶⁾ことから、本研究においては、「転倒・転落」とする。

転倒：自分の意志に反してバランスを崩してしまい、足底以外の身体の一部が地面または床面についた状態⁷⁾

転落：高低差のあるところから転がり落ちること⁸⁾

Ⅳ. 結果

1. テキストマインド法

次の図は、利用者を中心とした有向レイアウトである。図1は自分自身が行った転倒・転落への予防で、図2はスタッフが行っていた転倒・転落への予防である。学生が行った安全への配慮は、声かけや一緒に歩くといった項目だったが、スタッフが行っていた配慮は多岐に亘っていた。

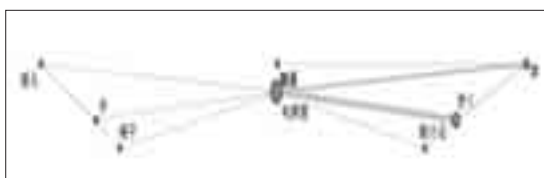


図1 学生自身

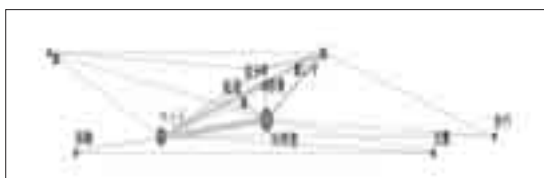


図2 スタッフ

2. SHELモデルによる分類

(1) 学生自身が行った安全への配慮

語彙数として29が挙げられた。種類の分類は、S：ソフトウェアが2、H：ハードウェアが0、E：環境が7、L：人が20であった。また、それぞれのサブカテゴリーとして、Sが報告（2）、Eが

環境整備（7）、Lが声かけ（4）、観察・見守り（7）、手を握る・手で支える（5）、一緒に歩く（3）に分けられた。

表1 学生が行った配慮 語彙数=29

種類 (語彙数)	サブカテゴリー (語彙数)	主な内容
S：ソフトウェア（2）	報告（2）	・危険時にはすぐに職員に報告した
		・利用者さんに移乗したいと言われると必ず、職員の方に介助を行ってもらった
E：環境（7）	環境整備（7）	・床のごみを拾ったり、出したままのイスは机の中に入れた
		・車いすの方が床に落としたものを、声を掛けて拾う
		・床にこぼれているものがあれば拭き取る
		・歩くスペースにぶつかるといけないか確認する
		・おむつ交換時、ベッド柵をつけてから、ベッドの高さを上げた
L：人（20）	つきそい（1）	・つきそって転倒にそなえた
	声かけ（4）	・車いすのブレーキをかけるよう言葉掛けた
		・車いすの方が立ち上ろうとしたら、「どうしましたか」と尋ねる
		・手すりを持って歩けるよう声をかける
	観察・見守り（7）	・車いすの人をすべり落ちていないか注意していた
		・周りの様子を見る
		・椅子に座る際は最後まで見届ける
		・椅子に座る時に、いつでも手を出して助けられるように見守った
		・発見のために全体が見える位置にいた
	手を握る・手で支える（5）	・寝浴が不安で動きそうだったので、手を握った

		・浴室での移動の際、しっかりと両手を握る
		・トイレ介助の時、腕、腰をすぐに支えられるように手をかざしておいた
		・おむつ交換の見学の時、職員が席を外した間、膝を支えていた
	一緒に歩く (3)	・横で一緒に歩いた
		・浴室での移動の際、利用者と同じスピードで歩いた
		・一人で歩行している人がいる時は、一緒に移動する

(2) スタッフが行った安全への配慮

語彙数として33が挙げられた。種類の分類は、S：ソフトウェアが2、H：ハードウェアが0、E：環境が10、L：人が21であった。また、それぞれのサブカテゴリーとして、Sが情報共有(2)、Eが環境整備(6)、工夫(4)、Lが説明(1)、つきそい(2)、声かけ(4)、観察・見守り(5)、手をとる(4)、介助(5)に分けられた。

表2 スタッフが行った配慮 語彙数=33

種類 (語彙数)	サブカテゴリー (語彙数)	主な内容
S：ソフトウェア(2)	情報共有(2)	・利用者さんの状態を常に申し送りで伝える
		・職員同士で情報を共有していた
E：環境(10)	環境整備(6)	・歩くスペースには必要最低限のものは置かない
		・余分なイスなどは片付ける
		・車いすが障害物にぶつからないように前もってどけておく
		・介助終了後にベッドの柵を必ずつける
		・ベッド柵がゆるんでいないか確認する
	工夫(4)	・歩行器に鈴をつけて、その人が動くとわかるようにする
		・自己移乗する方には、

L：人 (21)		「声をかけてください」という看板をベッドや車いすの上に置いておいて、声をかけるように促していた
		・本当に危険な方には、ベッドで寝ている間、車いすをベッドの遠くに置くようにしていた
		・車いすの人から職員が離れる際に、一番低い高さにしておく
	説明(1)	・医師から歩行を止められている人で、その人の「歩きたい」という気持ちを理解した上で説得していた
	つきそい(2)	・転倒・転落の危険がある人が移動・移乗する際は付き添う
		・歩く際にはその人のペースに合わせて付き添う
	声かけ(4)	・車いすのブレーキを忘れないよう、声かけする
		・立ち上がろうとしている人には声をかけた
		・入浴する際、足運びの声をかけ、手すりをつかんだり段差が上がったりするようにしていた
	観察・見守り(5)	・よく動いて、転びそうな人には注意して目を向けるようにしていた
		・立ち上がろうとしている人には様子を見守っていた
		・利用者の方々、全員が見守れる位置で作業する
	手をとる(4)	・全体に目を配る
		・手をとって誘導する
		・入浴する際は、必ず一緒に手をつなぐ
		・万一ふらついた場合でも支えられるよう手をそえていた
	介助(5)	・手を引き、手すりのところまで誘導する
		・必要などを介助した
		・車椅子からずり落ちてこないように体を上げる

	<ul style="list-style-type: none"> ・ベッドでおむつ交換の際、自分を盾にする ・ベッドの真ん中にないうちは、真ん中まで移動させていた
--	---

V. 考察

1. アセスメントの重要性

テキストマインド法を用いた「利用者」を中心とした有向レイアウトでも、SHELモデルの分析枠組みにおいても、学生が行った安全への配慮より、スタッフが行っていた安全への配慮は多岐に亘っていた。

SHELモデルの内、学生が行った安全への配慮・スタッフが行った安全への配慮と共に、「H：ハードウェア」はなく、多い順に、「L：人」、「E：環境」、「S：ソフトウェア」であった。「L：人」の項目が多くなった理由は、調査対象とした「実習を終えて」のレポートが、学生やスタッフが行った行動を記述したものであり、人が行った内容として分類したためと考えられる。

転倒・転落の発生原因は、利用者の要因や、行動・環境・介護体制等の要因が複雑に絡んでいる⁹⁾。利用者の要因一つを取っても、筋力低下、心肺機能低下、視覚等感覚要因、認知障害、疾病、薬物要因等たくさんである。学生にとり初めてで短期間の介護福祉実習において、転倒・転落の様々な要因を理解し、実習中にそれらに応じた予防策を取ることは難しい。スタッフは利用者との関わりが深く、アセスメントが十分にされているため、「歩行器に鈴をつける」「声をかけてください」という看板を使用する」といった、一人ひとりの利用者に合わせた個別の配慮がされていた。

しかし、短い実習であり把握できる状況に限りがあっても、利用者の情報を把握し、アセスメントをすることで、事故防止につなげることは重要である。アセスメントシートを活用し、個々の利用者の危険性を評価し、チェックされた要因から危険な行動を予測することが効果的である。そのためにも、事前学習やリスクマネジメント授業において、アセスメントの重要性とアセスメントシートの活用方法を取り入れ、安全への配慮に関して、一面的ではなく多面的に捉える事ができ、

利用者の個別性に基づいた視点でアセスメントできるように、リスクマネジメントに対する教育を構築する必要があると考える。

2. リスクマネジメントの視点

学生が行った安全への配慮として、環境整備において、「ごみを拾う」「床を拭き取る」「イスを机の中に入れる」「障害物をどける」といった、事故につながりそうな危険性を考え、対応するという内容があった。

「KY」とは、危険予知（Kiken Yochi）のことで、「KYT」とは「危険予知トレーニング（Kiken Yochi Training）」で、危険を予知する能力を高め、事故を未然に防ぐ訓練である。リスクマネジメントの授業において、福祉施設で見られる情景のイラスト¹⁰⁾を使いKYTを行っている。イラストを見て、個人ワークで危険要因と想定される事故を考え、クラス討議で改善策までを話し合う。最初は時間がかかり、なかなか危険要因が挙げられなかったが、回数を重ねるごとに、早くと確にたくさん挙げられるようになった。

今回の記述内容は、KYTで訓練された危険を察知する能力が養われてきたものであると考えられる。今後もKYTを取り入れた授業を進めて行きたいと考える。

3. 報告

学生が行った安全への配慮として、「職員に報告した」「職員に介助してもらった」という内容の「報告」が挙げられた。初めての介護福祉実習において、学生が一人で判断せず、必ず職員に報告・相談するという基本姿勢を守って実習を行っている姿が窺い知る事ができた。

スタッフが行った安全への配慮では、「情報共有」という内容があった。事故防止という観点から、報告や情報共有は必要不可欠である。利用者のちょっとした変化を情報共有することで、スタッフ全体で対応することができる。また、起こってしまったインシデントやアクシデントにすぐに対応するためには、早い報告が必要である。今後も、チームアプローチや連携という視点での授業が必要であると考えられる。

また、リスクマネジメントのプロセスは、①リ

スクの把握、②リスクの分析・評価、③対応方法の決定と実行、④再評価、である¹¹⁾。リスクの把握のためには、事故報告やインシデント（ヒヤリ・ハット）報告が一つの方法である。こうした報告書からリスクを把握し、リスクを分析するプロセスに入っていく。事故報告やインシデント（ヒヤリ・ハット）報告の重要性を理解できると共に、客観的な情報を盛り込んだ報告書の書き方を教授していきたいと考える。

V. 本研究の限界と今後の課題

今回の調査項目では、学生自身が考える安全への配慮を記述してもらった。そのため、スタッフが行った安全への配慮の内容は、あくまでも学生が見た内容であり、実際はもっと多くの配慮がされている可能性が高い。この点が、本研究の限界であり、今後の課題である。実習において、学生がもっと多くの気づきができると共に、学生自身が的確な安全への配慮ができるようなリスクマネジメント授業を行いたいと考える。

引用文献

- 1) 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
- 2) 『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
- 3) 祢宜佐統美・小木曾加奈子「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」、名古屋柳城短期大学紀要第31号、2009
- 4) 小木曾加奈子『医療職と福祉職のためのリスクマネジメント－介護・医療サービスの向上を視野に入れて－』P106、(株)学文社、2010
- 5) 前掲書²⁾、P16
- 6) 前掲書¹⁾、P66
- 7) 三宅祥三・杉山良子編『実践できる転倒・転落防止ガイド』P6、(株)学習研究社、2007
- 8) 前掲書⁷⁾、P6
- 9) 前掲書¹⁾、P66
- 10) 古澤章良・遠山敏・佐藤彰俊・砂川直樹『福祉施設における危険予知訓練（KYT）かんたんガイド』、筒井書房、2007
- 11) 前掲書²⁾、P12

The risk management in case of nursing care welfare practice

—The consciousness of the student to the tumble and falling prevention—

Negi, Satomi*

Ogiso, Kanako**

要旨：施設では、転倒・転落によるインシデントが多く発生し、介護福祉実習において学生が遭遇する可能性は高い。研究目的は、初めて介護福祉実習を体験した学生が、転倒・転落予防についてどのように認識しているのかを分析し、リスクマネジメント授業の課題を明らかにすることである。2009年7月、介護福祉系専攻科学生11名に対し、①自分自身が行った安全への配慮、②スタッフが行った安全への配慮、を自由記述にて実習の振り返りを行った。①PASW Text Analysis for Surveysのソフトを使用したテキストマインド法と、②SHELモデルを分析枠組みとした、2つの方法で分析した。学生が行った安全への配慮は、声かけや一緒に歩くといった項目だったが、スタッフが行っていた配慮は多岐に亘っていた。利用者の要因や、行動・環境・介護体制等の要因が複雑に絡んでいる転倒・転落の発生原因を、学生が理解し、それらに応じた予防策を取ることは難しい。しかし、安全への配慮を、一面的ではなく多面的に捉え、利用者の個別性に基づいた視点でアセスメントできるように、リスクマネジメントに対する教育を構築する必要がある。

キーワード：転倒・転落，リスクマネジメント，介護福祉実習

*Nagoya Ryujo (St. Mary's) College

**Gifu University of Medical Science