

実習中における介護事故防止教育に関する研究

前川美智子・吉川美加

(2005年10月31日受理)

要 約

今日、介護施設では、ヒヤリ・ハットを含む介護事故が顕著にみられ、大きく注目するようになってきた。そして、介護福祉実習中の学生からは、介護事故の報告を頻繁に受けるようになってきているのが現状である。これに対応して、介護福祉士教育の立場からみて、介護事故防止教育の必要性を感じた。そこで、本稿は介護福祉実習中の介護事故の実態を分析し、その結果を基に介護事故防止教育に反映させることを目的とした。

介護福祉実習中の調査の結果を分析すると、第1段階における介護事故発生率は95.3%であった。発生時期をみると、実習1週目が2週目より起こりやすかった。事故内容は、食事介助中の食べこぼしや、誤嚥が多くみられた。発生場所は、食堂が最も多いが、ベッド上、居室、廊下等とあらゆる日常生活場面で事故が発生していた。

この結果から、介護事故防止教育の必要性を再確認した。

キーワード 介護福祉実習、介護事故防止教育、インシデント、アクシデント、介護事故

I. はじめに

今日、介護福祉の現場では、ヒヤリ・ハットを含む、介護事故の報告義務が強化されてきている。人命の危険につながる介護事故について、介護職員は現状を把握し、対策を考え、再発防止に努めている。それは介護保険制度の施行により、契約者である利用者側の権利意識が高まり、介護事故を防ぐ取り組みの重要性が認識されるようになってきたことや、身体拘束禁止が政策提言されたことが影響している。

また、学生からは介護福祉実習中に、「食事介助の時、利用者がむせはじめてどうしていいか、あせってしまった。」「おむつ交換の時、手元だけに意識が集中し、利用者の額をベッド柵にぶつけてしまったが、その後とても心配であった。」等の報告を受けることが多い。

この現状を踏まえ、いずれ介護の現場へ出て行く学生に対して、介護福祉士養成校として介護事故防止教育が必要であると考えます。

筆者の担当教科である「介護技術演習Ⅰ」では、日常生活を中心とした介護の基礎を通年で教育している。前期には、8月からの介護福祉実習（第1段階）前の教育を、後期には実習後、及び、2月からの実習（第2段階）前の教育を行っている。介護を科学的に考え、実践できるように、介護の基本的技術を習得することが目的である。介護を行う上での安全配慮は介護福祉士の責務であり、学内では、介護事故をおこさないように喚起している。しかし、「介護事故防止」という独立した項目での教育は行っていないのが現状である。

本学で使用している教科書¹⁾や、一般的に使われている介護技術の教科書^{2) 3) 4)}では、安全に関しては、感染予防、緊急時の対応について記載されているにとどまっている。安全の概念や、介護事故の内容に触れているケースはほとんどない。

先行研究では、現場中心の入浴時や歩行時の転倒事故に関するもの、介護事故判例を素材とした内容が多く見られた。介護事故防止に関しては、介護技術演習の教育内容に取り入れた研究は極めて少ないのが現状である。

本稿では、介護福祉士を目指している学生に対して、介護福祉実習中における介護事故の実態を分析し、介護事故防止に関して、今後、「介護技術演習Ⅰ」の教育内容に反映させることを目的とする。

Ⅱ. 対象と方法

1. 調査の対象

平成16年8月の介護福祉実習第1段階（10日間）を終了した、本学介護福祉コース1年生86名を対象に調査を実施した。実習施設別学生の内訳は下記の通りである。

- ・介護老人福祉施設 73名
- ・介護老人保健施設 9名
- ・身体障害者療護施設 4名

2. 調査の方法

1) 平成16年9月、後期授業初日に調査票を記入してもらい、回収した。

2) 介護福祉実習中の調査票は、「神奈川県老人ホーム協会（現神奈川高齢者福祉施設協議会）ヒヤリ・ハット報告書および事故報告書」⁵⁾を基に、本学における「介護技術演習Ⅰ」の授業内容を中心に独自に作成した。

なお、インシデント、アクシデント、介護事故の定義については、学生に、加藤の「介護現場に見る92の具体例」⁶⁾を1部改変し、文章で説明を行い、提示した。

3) 倫理的配慮として、調査の目的は、実習の現状を把握し、結果を今後の教育に効果的に反映させるものとする。学生のプライバシーに注意し、学籍番号と氏名は記

入せず、成績には一切関係ないものとし、調査後は、適切に廃棄処分することを説明とともに文章で提示した。

4) 調査の基本的枠組み

- ①介護事故の状況
- ②介護事故対象者の属性
- ③介護事故内容
- ④介護事故学生の状況

3. 用語の定義

1) インシデント、アクシデント、介護事故

現在、インシデント、アクシデント、介護事故の一般的な定義はなく、福祉施設独自で決めている。

ここでは、山田らが区分した定義⁷⁾を参考に、独自の定義とした。

- ①「インシデント」とは、例えば、「ベッドから落ちそうになった」等、利用者に傷害を及ぼさなかったが、ヒヤリとしたり、ハッとしたり（利用者に不快な思いをさせた）行為をいう。
- ②「アクシデント」とは、例えば、「ベッドから落ちた」等、傷害の軽重に関らず、事故になってしまった行為をいう。
- ③「介護事故」とは、インシデント、アクシデント、両者をまとめていう。

2) 要介護度

介護老人福祉施設や介護老人保健施設の利用者の要介護状態は、介護保険制度の規定に準ずるものとする。

- ・「要介護Ⅰ」とは、部分的な介護を要する状態
- ・「要介護Ⅱ」とは、軽度の介護を要する状態
- ・「要介護Ⅲ」とは、中等度の介護を要する状態
- ・「要介護Ⅳ」とは、重度の介護を要する状態
- ・「要介護Ⅴ」とは、最重度の介護を要する状態

尚、「該当なし」とは、ここでは身体障害者療護施設の利用者をいう

4. 分析方法

「SPSS 12.0」による分析をした。

Ⅲ. 結果

1. 配布数、回収数、回収率

調査票の配布数は86枚、回収数は86枚であり、回収率は100%であった。

2. 実習中の介護事故の有無

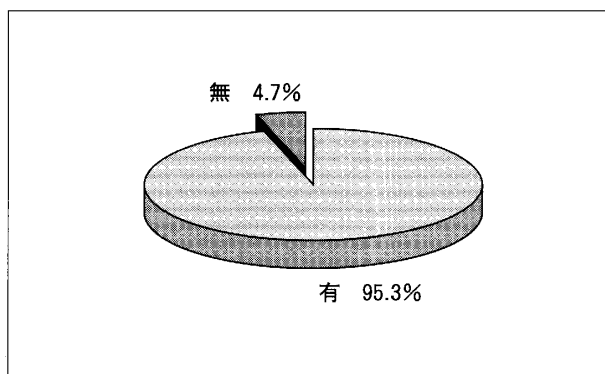


図1 介護事故の有無

学生86名中、「介護事故があった」は82名 (95.3%)、「介護事故がなかった」は4名 (4.7%) であった (図1)。

3. インシデントおよびアクシデントの回数

1) インシデントの回数

学生82名中、「インシデントがあった」は78名 (95.1%) であった。

「3回以上」は35名 (42.7%)、「2回」17名 (20.7%)、「1回」26名 (31.7%)、「インシデントが無かった」は4名 (4.9%) であった。

2) アクシデントの回数

学生82名中、「アクシデントがあった」は29名 (35.4%) であった。

「3回以上」は11名 (13.4%)、「2回」2名 (2.4%)、「1回」16名 (19.5%)、「アクシデントが無かった」は53名 (64.6%) であった。

4. 介護事故内容

介護事故内容を多かった順に分析すると、上位10は、学生82名中、「食事介助時・食べこぼし」が32名 (39.0%)、「食事介助時・誤嚥」27名 (32.9%)、「衣服着脱介助時・強引な着脱のための苦痛」25名 (30.5%)、「車いす移動時・上下肢の巻き込み」24名 (29.3%)、「車いす移乗時・ずり落ち」22名 (26.8%)、「車いす移動時・物品に衝突」19名 (23.2%)、「歩行介助時・ふらつき、転倒」18名 (22.0%)、「おむつ交換時・ベッド等に身体を打撲」17名 (20.7%)、「おむつ交換時・プライバシーの配慮欠如」14名 (17.1%)、「車いす移乗時・その他 (転倒、ずり落ち以外)」12名 (14.6%) であった (表1)。

表1 介護事故内容

内 容	介護事故 (名)	%	インシデント (名)	アクシデント (名)	両方(イン シデント・ アクシデ ント)
食事介助時・食べこぼし	32	39.0	17	12	3
食事介助時・誤嚥	27	32.9	18	5	4
衣服着脱介助時・強引な着脱のための苦痛	25	30.5	15	8	2
車いす移動時・上下肢の巻き込み	24	29.3	22	2	0
車いす移乗時・ずり落ち	22	26.8	22	0	0
車いす移動時・物品に衝突	19	23.2	12	6	1
歩行介助時・ふらつき、転倒	18	22.0	18	0	0
おむつ交換時・ベッド等に身体を打撲	17	20.7	15	0	2
おむつ交換時・プライバシーの配慮欠如	14	17.1	10	3	1
車いす移乗時・その他(転倒、ずり落ち以外)	12	14.6	11	1	0
トイレ誘導時・バランスをくずし、転倒	11	13.4	10	0	1
衣服着脱介助時・患側を保護しないための苦痛	10	12.2	7	2	1
入浴介助時・その他(溺れ、転倒以外)	10	12.2	7	3	0
食事介助時・その他(誤嚥、食べこぼし以外)	7	8.5	4	2	1
身だしなみ介助時・髭剃りで顔を負傷	6	7.3	4	1	1
トイレ誘導時・その他(転倒や身体の打撲以外)	5	6.1	5	0	0
車いす移乗時・転倒	4	4.9	4	0	0
衣服着脱介助時・その他(強引な着脱、患側を保護しないための苦痛以外)	4	4.9	2	2	0
トイレ誘導時・壁等に身体を打撲	4	4.9	2	1	1
環境整備時・施設の備品を破損	4	4.9	3	1	0
おむつ交換時・その他(身体打撲、プライバシー配慮欠如以外)	3	3.7	2	1	0
入浴介助時・溺れる	3	3.7	3	0	0
入浴介助時・転倒	3	3.7	3	0	0
身だしなみ介助時・爪きりで指を負傷	3	3.7	3	0	0
車いす移動時・その他(上下肢の巻き込み、衝突以外)	2	2.4	1	1	0
歩行介助時・つまづき、転倒	1	1.2	1	0	0
歩行介助時・その他(ふらつき、つまづき、転倒以外)	1	1.2	0	1	0
環境整備時・利用者の物品を破損	1	1.2	1	0	0
身だしなみ介助時・その他(爪きりで指、髭剃りで顔の負傷以外)	0	0	0	0	0
環境整備時・その他(利用者の物品や施設備品破損以外)	0	0	0	0	0

5. 主な介護事故対象者の属性と身体損傷

介護事故の中から、最も大きな事故の対象者を1人抜き出し、分析をした(表2)。

5

1) 性別

介護事故対象者の性別は、「男性」が15名(18.3%)、「女性」が67名(81.7%)であった。

2) 年齢

介護事故対象者の年齢は、「50才代」が1名(1.2%)、「60才代」5名(6.1%)、

「70才代」20名 (24.4%)、「80才代」21名 (25.6%)、「90才代」11名 (13.4%)、「不明」24名 (29.3%)であった。

3) 要介護度

介護事故対象者の要介護度は、「要介護Ⅰ」なし、「要介護Ⅱ」1名 (1.2%)、「介護Ⅲ」4名 (4.9%)、「要介護Ⅳ」7名 (8.5%)、「要介護Ⅴ」3名 (3.7%)、「該当なし」4名(4.9%)、「不明」63名 (76.8%)であった。

4) 認知症程度

介護事故対象者の認知症程度は「認知症なし」が10名 (12.2%)、「軽度」12名 (14.6%)、「中等度」17名 (20.7%)、「重度」13名 (15.9%)、「不明」30名 (36.6%)であった。

5) 身体状況

介護事故対象者の身体状況は「麻痺」が28名 (34.1%)、「拘縮」27名 (32.9%)、「円背」10名 (12.2%)、「その他の障害」9名 (11.0%)、「障害なし」8名 (9.8%)であった。

6) 身体損傷

介護事故対象者の身体損傷は、「なし」が72名 (87.8%)、「打撲」6名 (7.3%)、「その他」4名 (4.9%)であった。

表2 主な介護事故対象者の属性と身体損傷

		人数(名)	%
1) 性別	男性	15	18.3
	女性	67	81.7
2) 年齢	50才代	1	1.2
	60才代	5	6.1
	70才代	20	24.4
	80才代	21	25.6
	90才代	11	13.4
	不明	24	29.3
	3) 要介護度	Ⅰ	0
	Ⅱ	1	1.2
	Ⅲ	4	4.9
	Ⅳ	7	8.5
	Ⅴ	3	3.7
	該当なし	4	4.9
	不明	63	76.8
4) 認知症程度	なし	10	12.2
	軽度	12	14.6
	中等度	17	20.7
	重度	13	15.9
	不明	30	36.6
5) 身体状況	麻痺	28	34.1
	拘縮	27	32.9
	円背	10	12.2
	その他の障害	9	11.0
	障害なし	8	9.8
6) 身体損傷	なし	72	87.8
	打撲	6	7.3
	その他	4	4.9

6 発生時期と場所

1) 発生時期

介護事故発生時期は、学生82名中、「実習1週目午前」が39名(47.6%)、「実習1週目午後」42名(51.2%)、「実習2週目午前」23名(28.0%)、「実習2週目午後」24名(29.3%)であった。

2) 発生場所

介護事故発生場所を多かった順に分析すると、上位5は、学生82名中、「食堂」が40名(48.8%)、「ベッド上」32名(39.0%)、「居室」27名(32.9%)、「廊下」22名(26.8%)、「浴室」16名(19.5%)と「脱衣室」が16名(19.5%)であった(表3)。

表3 介護事故発生場所

発生場所	人数(名)	%
食堂	40	48.8
ベッド上	32	39.0
居室	27	32.9
廊下	22	26.8
浴室	16	19.5
脱衣室	16	19.5
トイレ	14	17.1
その他の場所	6	7.3
エレベーター	3	3.7
洗面所	2	2.4
ベランダ	1	1.2

7. 介護事故発生原因

介護事故発生原因は、学生82名中、「気持ちのあせり」が49名(59.8%)、「認識不足」36名(43.9%)、「観察不足」36名(43.9%)、「知識不足」27名(32.9%)、「情報不足」19名(23.2%)、「その他」9名(11.0%)、「思い込み」5名(6.1%)であった。

8. 介護事故発生後の対応と当日の状況

1) 対応

①報告

介護事故発生後、学生82名中、「職員に報告した」は45名(54.9%)、「巡回指導教員に報告した」9名(11.0%)であった。「誰にも報告をしなかった」12名(14.6%)、その他28名(34.1%)であった。

②介護事故発生後の気持ち

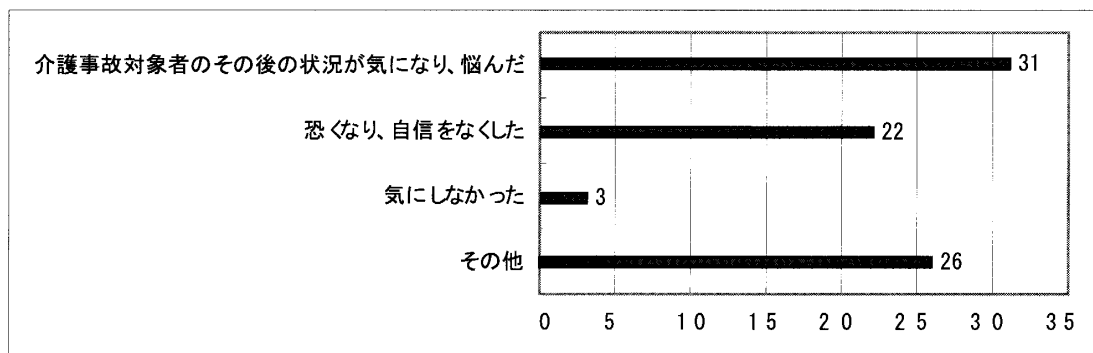


図2 介護事故発生後の気持ち

介護事故発生後の気持は、学生82名中、「介護事故対象者のその後の状況が気に入り、悩んだ」が、31名 (37.8%)、「恐くなり、自信をなくした」22名 (26.8%)、「気にしなかった」3名 (3.7%)、「その他」26名 (31.7%)であった (図2)。

2) 当日の状況 (表4)

①睡眠時間

介護事故発生当日の睡眠時間は、「5時間未満」が12名 (14.6%)、「5時間～6時間未満」44名 (53.7%)、「6時間以上」26名 (31.7%)、であった。

②身体状況

介護事故発生当日の身体状況は、「非常に良好であった」が11名 (13.4%)、「良好」70名 (85.4%)、「不良」1名 (1.2%)であった。

③精神状況

介護事故発生当日の精神状況は、「非常に良好であった」が6名 (7.3%)、「良好」40名 (48.8%)、「不安や緊張等の不良」36名 (43.9%)であった。

④自宅から実習施設までの所要時間

自宅から実習施設までの所要時間は、「30分未満」が7名 (8.5%)、「30分～1時間未満」12名 (14.6%)、「1時間～1時間30分未満」39名 (47.6%)、「1時間30分以上」24名 (29.3%)であった。

表4 当日の状況

		人数(名)	%
①睡眠時間	5時間未満	12	14.6
	5時間～6時間未満	44	53.7
	6時間以上	26	31.7
②身体状況	非常に良好	11	13.4
	良好	70	85.4
	不良	1	1.2
③精神状況	非常に良好	6	7.3
	良好	40	48.8
	不良(不安・緊張)	36	43.9
④自宅から実習施設までの所要時間	30分未満	7	8.5
	30分～1時間未満	12	14.6
	1時間～1時間30分未満	39	47.6
	1時間30分以上	24	29.3

IV. 考 察

1. 介護事故の実状

今回の介護福祉実習調査によると、介護事故発生率が95.3%であった。なお、3回以上のインシデントを42.7%、アクシデントを13.4%の学生が起こしていた。

「フランク・バードは、顕在化していない危険有害性は、ヒヤリハットの下に、不安全状態、不安全行動として常に存在すると警告した。」⁸⁾とあるように、ほんの小さなことでも、ヒヤリとしたり、ハットしたその背景には、重大な事故につながるような要因があるということを認知し、今後、介護事故防止教育に取り組む必要があると考える。

事故内容としては、食事介助中の食べ物や飲み物のこぼしが39.0%と最も多く、次いで、誤嚥が32.9%であった。

佐々木は、「平成14年度インシデント分析において、268件(施設204・在宅42・職員22)中、転倒が82件と最も多く、次いでずり落ちが55件、その他63件、異食が22件、転落が16件、誤嚥は6番目で9件」と報告している。⁹⁾食事介助は、学生が実習初日から行っている介護でもあり、少しのことでもヒヤリとしてしまい、日常頻繁に行っている介護職員との意識感覚の相違があると考えられる。

迫らは、「神奈川県が公表した2001年度の介護サービス事業者からの事故報告の概要(2002年7月)によれば、同県では年間約1400件の介護事故があった。死亡事故も46件発生している。主な死因は誤嚥(窒息)であった。」と述べている。¹⁰⁾いわゆる食事介助は、人命との関わりが非常に深く、危険度が高い行為であるにもかかわらず、学生は緊張感のある実習初日から行っていることが問題であると考えられる。

また、「立位のとれない利用者を全介助でベッドから移乗する際、うまく抱えられず、不安定な姿勢になり、ずり落ちそうになった。トランスファーの技術が身につい

ていないので練習する。」と学生は調査票に記載していた。トランスファーは、高度の技術を要するため、学内での第1段階実習前の教育は十分でなく、現場で介護事故になっている。

このように学生がよく分からないまま介護を行い、事故を起こしている一方、施設職員も実習生の力量等を把握しないで、無理な介護を実践させていることが、事故に繋がっているととも考えられる。

松下は、「受け入れのために実習施設が備えることとして、まず第1に、学生受け入れの責任者(学校との窓口)、各実習場の指導体制を明らかにする。不慣れな学生が遠慮なく相談できるような指導体制をとることが、事故防止のために不可欠である。」と述べている。¹¹⁾

学校側も第1段階では、何をどこまで実習させたいのかはっきり指針を示す必要がある。

2. 介護事故対象者の属性と身体損傷

介護事故対象者の男女の比率は、約8割が女性であったが、一般的に実習施設の入所者は女性が多いので、事故と性差との関係性は考えることができない。

次に、介護事故対象者の把握の有無を見た場合、要介護度の不明が76.8%、認知症程度の不明36.6%、年齢不明29.3%と、約3割以上の学生が、自分の介護している利用者の把握ができていないことになる。

明渡の調査によると、「事故をおこしやすい人の特徴・状態として、痴呆(認知症)の人が39%、身体機能低下を持つ人26%、身体状況の認識不足16%、車イスや杖使用者7%、薬剤常用者・性格が5%」である。¹²⁾本調査でも麻痺等身体に障害がある事故対象者が90.2%に及んでいた。

いわゆる要介護状態の利用者は、事故の危険性が高いにもかかわらず、学生は、利用者の状況を把握していない状態で介護に当たっていることが、介護事故発生の大きな原因になっていると考えられる。

学内教育として、事例を呈示しながら利用者のADLや身体的、精神的、社会的状況を示し、その危険を予知させることが重要であると考えられる。

介護事故による身体損傷として打撲が7.3%あり、その時の対処の詳細は不明であるが、緊急事態における対応の方法も実習前の教育内容として必須といえる。

10

3. 介護事故発生時期と場所、原因

介護事故発生場所は食堂が最も多いが、表1で示すように食事介助中の食べこぼしや誤嚥が多いことと比例していることが分かる。次いでベッド上、居室、廊下、浴室、脱衣室、トイレ、その他の場所、エレベーター、洗面所、ベランダで事故が発生しているが、これは、日常生活をしているあらゆる場所で事故は発生しているということである。

介護事故発生原因の59.8%が気持ちのあせりであり、次いで、認識不足、観察不足であった。「1つのことに意識が集中してしまい、他のものが見えなくなってしまうていた。」と学生は調査票に記載していた。

介護事故発生時期として、1週目が2週目より多いのは、初めての実習で、新しい環境の下での気持ちのあせりが事故につながっていることを明確にしている。

4. 介護事故発生後の対応と当日の状況

介護事故発生後の学生の気持ちとして、事故対象者のその後の状況が気になり悩んだり、また、恐くなり落ち込み、自信喪失につながっている学生が53名(64.6%)いたが、このヒヤリとしたり、ハッとする経験が、次からの介護の慎重さを生むと考えることもできる。

一方、何も気にしなかった学生が3名いたが、事故後、学生自ら原因を考え、再発防止につなげていくよう指導していく必要がある。

また、介護事故報告を、施設職員や、巡回指導教員にしないで、実習を終えている学生が12名もいた。事故が恐くなり、言えなくなってしまったか、大したことと思わなかったのか、いずれにしても、利用者が危険にさらされたという事実は、深く受け止めなければならない。事故を隠してしまうことで、繰り返し起こりうる利用者の危険を回避できなくなってしまうことになりうる。

現在、現場で働く介護職員が事故に遭遇した場合は、必ず、ヒヤリ・ハット及び事故報告書を提出している。それを基に他の職員の注意を喚起したり、利用者や家族への説明が行われている。毎月、介護事故の件数や内容、その時の状況をまとめて、職員教育をしている施設も多い。

学生のうちから、介護事故を起こさないための配慮、起こしてしまった時の対応について考えられる力を養うことは、介護現場の安全に繋がっていくと考える。

介護事故発生当日の睡眠時間が5時間未満の学生が12名いたが、どの程度だったか詳細は不明である。当日の体調不良が1名いたが、どのような状態で実習に臨んでいたかは不明である。そして、実習施設までの時間が1時間30分以上も要するということは、介護事故との相関関係があるとは断定できないが、毎日のことと考えると疲労度が高まっていくことが推測できる。

介護事故を起こした約4割の学生が、不安や緊張状態で行っていた。

V. まとめ

介護福祉実習の調査結果により、介護事故防止教育の必要性が明確になった。

介護事故の多い内容に関しては安全面を重視した教育の工夫を行う。そして決して多くない内容に関しても日常あらゆる場面において介護事故は発生することを認識し、授業を展開していかなければならない。

介護福祉実習前の教育としては、特に、危機を予知する能力を養うことに視点を置く。更に施設実習後の学内教育としては、個人のミスを追求するのではなく実習中の介護事故体験を隠さず共有する。そして原因を究明し、専門職を育てる上で、効果的な介護事故防止対策を講じていくことが重要である。

文 献

- 1) 津久井十〔ほか〕『介護福祉選書15／介護技術』（四訂）建帛社，2004.
- 2) 福祉養成講座編集委員会『新版介護福祉養成講座13／介護技術Ⅱ』（第2版）中央法規出版，2003.
- 3) 高崎絹子『最新介護福祉全書15／介護技術』（第3版）メヂカルフレンド社，2001.
- 4) 一番ヶ瀬康子〔ほか〕『新セミナー介護12／介護技術』ミネルヴァ書房，2001.
- 5) 神奈川県老人ホーム協会事故防止対策検討委員会『介護事故リスクマネジメント』日総研出版，2003, p.151-152.
- 6) 加藤良夫『ヒヤリ・はっと介護事故防止ハンドブック』日本医療企画，2002, p.17-63.
- 7) 山田滋，下山名月『安全な介護』筒井書房，2005, p.35.
- 8) 金子努『介護分野におけるリスクマネジメント』中央法規出版，2005, p.88
- 9) 佐々木裕彦『高齢者施設における苦情対応と危機管理システム（セミナーテキスト）』2003, p.16, p.30.
- 10) 迫明仁〔ほか〕「介護福祉分野におけるリフレッシュ教育の内容・方法等の開発に関する研究：「ヒヤリ・ハット」介護事故に関する調査」『岡山県立大学特別研究 短期大学部関係分2002年度』2002, p.77.
- 11) 松下由美子「実習に出るとき①学校・実習施設・教員・臨地指導者・学生の責任」『安全管理の授業看護事故防止を中心に』医学書院，2003, p.105.
- 12) 明渡陽子「介護福祉養成校の医学教育の方向性介護事故調査から」『第10回日本介護福祉教育学会発表抄録集』2003, p.73.