

(論 文)

施設生活高齢者の安全確保に向けた 介護・看護専門職の連携と協働

藤 森 雄 介 渡 邊 義 昭 白 井 幸 久
白 井 孝 子 佐 藤 紀 子 小 林 麻 子

キーワード

高齢者福祉 介護福祉 看護 施設生活者 ひやりハット

要約

施設生活高齢者の安全確保に向けた介護・看護専門職の連携と協働

本研究は、施設生活高齢者の安全な生活確保に向け、高齢者施設における4ヵ年分の「ひやりハット報告書」を介護と看護専門職間の伝達・対応経過時間と発生状況から計量的に分析し、施設生活高齢者への「サービスの質の向上」と「利用者満足度の向上」を目指し、安全・安心を提供するための基礎研究である。今回、埼玉県下のA特別養護老人ホームの全面的な協力により過去4ヵ年分596件の「ひやりハット報告書」を分析できる機会を得ることができた。この報告書では、従来の発生時間、場所、職員の位置、原因、内容などの分析だけでなく、「ひやりハット」の発生時間と伝達対応経過時間に関する項目があり、これまでの先行研究では得られなかった介護・看護専門職の連携や協働について、時間経過という指標から新しい所見を得ることができるものと考えられる。

「ひやりハット」報告書の分析手法として、介護・看護専門職間の連携と協働のシステムを「時間」という因子に注目することによって専門職間の連携の現状や関係性についてもデータ化を試みた。

以上のように、本研究のテーマである「施設生活高齢者の安全確保に向けた介護・看護専門職の連携と協働」は、具体的な事例から導き出した利用者へのサービスにおける事故防止といった視点や課題を持つことによって、介護職員と看護職員間の連携や協働の内容が、より明確になると考えられる。

1. はじめに

(1) 研究概要

本研究は施設生活高齢者の安全な生活確保に向け、高齢者施設における4ヵ年分の「ひやりハット報告書」を介護と看護専門職間の伝達・対応経過時間と発生状況から計量的に分析

ふじもり ゆうすけ：淑徳大学 国際コミュニケーション学部 人間環境学科 准教授 わたなべ よしあき：東京YMCA医療福祉専門学校 専任講師 しらい ゆきひさ：山形美容芸術短期大学美容福祉学科 教授
しらい たかこ：東京福祉専門学校介護福祉科 専任講師 さとう のりこ：仙台保健福祉専門学校 専任講師 こばやし あさこ：淑徳大学社会福祉実習教育センター元実習指導助手

し、施設生活高齢者への「サービスの質の向上」と「利用者満足度の向上」を目指し安全・安心を提供するための基礎研究である。

(2) 研究の意義

平成18年4月から、改正介護保険法が施行され、事故発生の防止及び発生時の対応についての運営基準に新たな規定が追加された。^{注)1}

施設サービス共通の指定基準改正事項として、①事故発生防止のための指針の整備、②事故等の報告、分析を通じた改善策の周知徹底のための体制整備、③事故防止委員会及び従事者への研修を実施するということが新たに設けられ、事故発生防止等に関するリスクマネジメントの意識付けとその具体的な対応が制度上に位置づけられるようになった。

介護老人福祉施設において運営規準に違反した場合、介護報酬がカットされるだけでなく、利用者やその家族からサービス提供事業所に対する信用低下という事態も発生する恐れもある。

全国社会福祉協議会においても、平成18年4月に改正介護保険法に対応した介護老人福祉施設における介護事故発生防止等に向けた指針を策定し、事故発生またはその再発を防止するための方策を発表している。

また、厚生労働省令や通達において高齢者施設における事故発生の防止及び発生時の対応や事故発生予防のための指針が示されるなど、リスクマネジメントに関する組織的な取り組みも求めている。

リスクマネジメントへの取り組みについては、一般的にはPDCAサイクルと呼ばれる仕組みがあるが、本研究では、事故にいたらなかったケース（ひやりハット）等を分析することによって、事故を未然に防ぎ、また事故発生時に迅速で正確な対応ができるよう職員間の連携と協働について一定の方向性を示すことを試みている。

今回、埼玉県下の、A特別養護老人ホームの全面的な協力により、過去4ヵ年分596件の「ひやりハット報告書」を分析できる機会を得ることができた。この報告書では、従来の発生時間、場所、職員の位置、原因、内容などの分析だけでなく、「ひやりハット」の発生時間と伝達対応経過時間に関する項目がありこれまでの先行研究では得られなかった介護・看護専門職の連携や協働について時間経過という指標から新しい所見を得ることができるものと考ええる。

また、「ひやりハット報告書」の分析手法として介護・看護専門職間の連携と協働のシステムを「時間」という因子に注目することによって専門職間の連携の現状や関係性についてもデータ化を試みた。

以上のように、本研究のテーマである「施設生活高齢者の安全確保に向けた介護・看護専門職の連携と協働」は、これまでのように介護職員と看護職員間の連携や協働だけを求めるのではなく、利用者へのサービスにおける事故防止といった視点を持つことによってより明確になると考えられる。

2

本研究では以下の3領域について報告している。

1) 「ひやりハット報告書」のデータより分析

ここでは、596件の報告書を項目ごとに集計し、事例の内容により4つのカテゴリーに区分けしデータの再分析をした。

2) 介護現場の視点からの分析

「ひやりハット報告書」のデータより、介護職員の視点で状況及び要因の分析・検討をした。

3) 介護と看護の連携・協働の視点から

「ひやりハット報告書」のデータより、医療と介護の連携について状況の分析・検討をした。

(3) 先行研究

2000（平成12）年6月、国民生活センターは「介護事故の実態と未然防止に関する調査研究」を発表している。この中で介護事故の認識と事故への取り組みについて、1）介護事故についての明確な定義をしていない、2）事故報告書規準を明記していない、3）報告される事故の内容は事業所によって大きく異なる、4）事故の報告件数と発生件数は異なる、5）事故統計を取っている事業所は少ない、6）事故報告書の内容が事業所により顕著な差がある、7）事故原因の究明と事故後の対応について差が大きい、などと指摘している。^{注)2}

また、事故や被害を最小限に抑え防止する考え方であるリスクマネジメントでは、①リスクの把握、②リスクの分析、③リスクへの対応のプロセスに重点が置かれている。

2002（平成14）年3月、厚生労働省社会・援護局は「福祉サービスにおける危機管理に関する検討会」の報告書「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」を示し、事故防止対策を中心とした福祉サービスにおける危機管理体制の確立を求めている。^{注)3}

本研究においても、こうした視点に立ち、介護・看護専門職の連携と協働について検討分析をすることで、一定の成果を「ひやりハット」報告書のデータより見いだした。

2. 調査方法

(1) 調査対象

調査は埼玉県下の、A特別養護老人ホームにおける2002（平成14）年1月から2006（平成18）年3月までの全ての「ひやりハット」報告書、合計596件の分析調査を実施した。

1) 施設概要

事業主体が行っている主な事業、第一種社会福祉事業（特別養護老人ホーム）、第二種社会福祉事業（デイサービスセンター、在宅介護支援センター、指定訪問介護事業所、ショートステイ）を実施。

2) 設立 昭和60年代

3) 定員 80名

4) 職員配置

区分	施設長	生活相談員	事務員	看護師	寮母	介助員
現員	1	1	3	4	28	4
区分	管理栄養士	栄養士	調理師	医師	理学療法士	計：()
現員	2	1	3	(2)	(1)	50

(夜勤介護職 2名、管理当直 1名)

5) 設置環境 郊外にある施設で敷地も広く、自然環境に恵まれている。

(2) 調査方法

「ひやりハット」報告書の記載項目をデータ化し、個人情報にかかわる記述に関してはコードで入力し、個人情報保護に留意した。記述項目に関しては、原則として原文のまま入力した。また、職員配置や事業計画などの資料については訪問調査し、必要な資料提供を受けた。また、介護主任及び看護主任から、施設での取り組みなど聞き取り調査も行った。

(3) 調査項目

「ひやりハット」報告書の記入項目は次のとおりである。

- 1) 記入者 職名及び氏名（コード化）
- 2) 利用者 利用者年齢・性別（コード化）
- 3) 発生時間場所 発生した日時及び時間、場所（居室、廊下、浴室、便所、食堂、施設外その他）に分類。
- 4) 種別 事故の内容（転倒、転落、ずり落ち、誤・飲嚥、人身事故、器物破損、物損事故、他者加害、職員加害、その他）に分類。
- 5) 状況 ①概要（第1位発見者名）、②施設の対応、③その他、上記記述式。
- 6) けがの部位詳細 チェック方式で、（打撲、皮下出血、捻挫、骨折、擦り傷、裂傷、特になし、その他）から選択。
- 7) 連絡状況 発生時間から、①施設長、②看護師、③家族、④その他、それぞれ連絡をした時間を記入。
- 8) 参考事項 その後の対応や連絡事項を記述。

(4) 分析方法

1件8項目、最大48ヶのデータを596件すべて入力し、分析にあたり個人名が特定されないようコード化した。また、1件ごとの報告書の介護事故について、Aランク（重いと見なした事故）、Bランク（軽度と見なした事故）、Cランク（重大なひやりハット）、Dランク（軽度のひやりハット）と再分類した。

ランクの判定基準については、本研究グループで独自に設定した。（詳細は：3. 結果と考察、(2) ひやりハット報告伝達・対応経過時間について、2) ランクの判定基準で示す）

3. 結果と考察

「ひやりハット」報告書に関して、A特別養護老人ホームでは2002（平成14）年1月から同一の書式で記録されている。記入方法の変更はこの期間なく、同一のフォーマットで運用されている。更に、2005（平成17）年4月に「事故発生の防止及び発生時の行動指針」が作成され、マニュアルの整備もできている。

4

(1) 「ひやりハット報告書」全体集計結果

1) 記入者 職名別一覧

表1では記入者の96.97%が介護職員であり、日常的に利用者と接しているためほとんどのケースの報告者が寮母（父）となっている。

表 1. 記入者(延べ)

職名	看護師	相談員	寮 父	寮 母	未記入	合 計
件数	14	4	7	571	0	596
(%)	2.35%	0.67%	1.17%	95.81%	0.00%	100%

表 2. 記入者(延べ)

年齢	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代	90歳代	100歳代	不明	(延べ数)
件数	11	14	66	280	155	54	16	596

表 3. 曜日別件数(延べ)

曜日	月	火	水	木	金	土	日	未記入	合計
件数	97	78	76	70	86	92	96	1	596
(%)	16.28%	13.09%	12.75%	11.74%	14.43%	15.44%	16.11%	0.17%	100.0%

表 4. 時間帯別件数(延べ)

時間帯	0~3時	3~6時	6~9時	9~12時	12~15時	15~18時	18~21時	21~24時	未記入	合計
件数	21	29	90	130	105	116	58	37	10	596
(%)	3.52%	4.87%	15.10%	21.81%	17.62%	19.46%	9.73%	6.21%	1.68%	100.0%

2) 利用者 利用者年齢
表2での年齢区分から、身体機能の低下及び認知症が顕著化する80歳代が、件数として一番多い。

3) 発生時間場所

①発生曜日

表3の曜日別件数を見ると、土曜日から月曜日にかけて発生件数が多い。職員配置の問題や引継ぎに課題が見られる。

②発生時間

表4の時間帯別件数から、4時間毎の発生時間を見ると、午前9時からの時間と午後3時からの時間が多い。この時間帯は排泄介助や入浴介助など介護職員が多くかかるためであると推測される。発生場所として居室が50%以上を占めている。

また、図1の時間帯別の発生件数から、昼食をはさんだ時間への対応が求められる。ランク別の件数を見ると、この時間帯ではCランクの事故につながる危険性のあるひやり報告が多く、それぞれのケースに対する分析が求められる。

③発生場所

表5の発生場所別件数では、「居室や食堂で全体の80%以上を占めている。浴室や便所よりも、普段生活しているベッド付近に転落や移乗時のずり落ちなどの危険因子が多くあることを介護者は理解し、利用者の日常状態の把握が求められる。

4) 種別 事故の内容

表6-1の事故の内容では、転倒、ずり落ち、転落で95%以上の件数を占める。発生場所

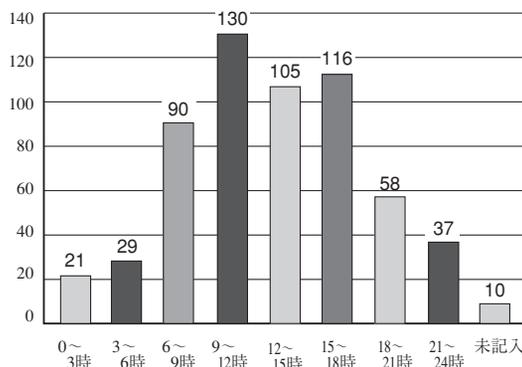


図 1. 時間帯別発生件数

表5. 発生場所別件数(延べ)

場所	居室	廊下	浴室	便所	食堂	施設外	その他・不明	合計
件数	312	59	26	12	109	16	62	596
(%)	52.35%	9.90%	4.36%	2.01%	18.29%	2.68%	10.40%	100.0%

表6. 事故の内容別件数(延べ)

内容	転倒	転落	ずり落ち	誤・飲嚥	人身事故	器物破損
件数	157	18	82	11	3	1
(%)	27.74%	3.18%	14.49%	1.94%	0.53%	0.18%

内容	物損事故	他者加害	職員へ加害	非該当	不明	合計
件数	0	1	1	288	4	566
(%)	0.00%	0.18%	0.18%	50.88%	0.71%	100.0%

表6-1. 事故の内容別件数(延べ：非該当、不明を除く)

内容	転倒	転落	ずり落ち	誤・飲嚥	人身事故	器物破損	物損事故	他者加害	職員へ加害	合計
件数	157	18	82	11	3	1	0	1	1	274
(%)	57.30%	6.57%	29.93%	4.01%	1.09%	0.36%	0.00%	0.36%	0.36%	100.0%

表7. けがの症状(延べ)

症状	打撲	皮下出血	捻挫	骨折	擦り傷	裂傷	特になし	その他	合計
件数	49	9	0	7	14	19	353	87	538
(%)	9.11%	1.67%	0.00%	1.30%	2.60%	3.53%	65.61%	16.17%	100.0%

表7-1. けがの症状(延べ：特になしを除く)

場所	打撲	皮下出血	捻挫	骨折	擦り傷	裂傷	その他	合計
件数	49	9	0	7	14	19	87	185
(%)	26.49%	4.86%	0.00%	3.78%	7.57%	10.27%	47.03%	100.0%

6

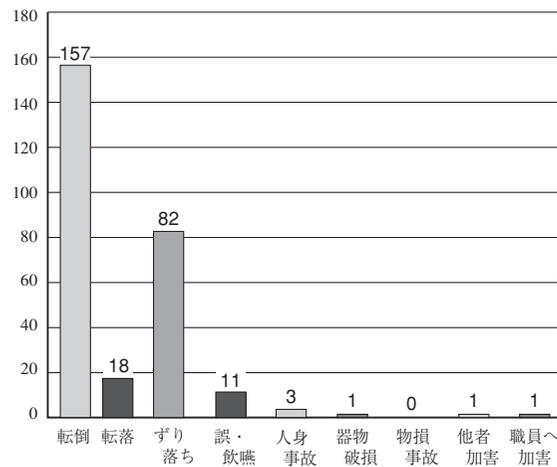


図2. 事故の内容別件数

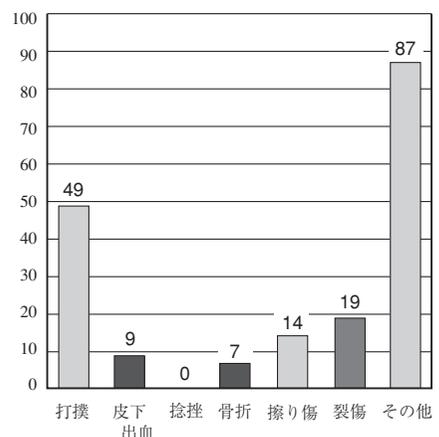


図3. けがの症状別件数

では居室、食堂となり、このような現状を踏まえ、個々の利用者の状況を、介護者が利用者の心身の状況や生活環境に応じて意識することが求められる。更に、常にリスクを予見し、再発防止に向けた視点での取り組みが必要といえる。

また図2にあるように、転倒、ずり落ちで全体の、87.23%を占めている。事故の内容としては、ベッド、車椅子からのずり落ち転落、利用者が歩けると思い立ち上がったの転倒など、見守りの不足に起因する記述が多く見られた。

5) けがの部位詳細

表7-1の症状別件数の内、その他に該当する項目の症状として表皮剥離がほとんどを占めている。打撲の場合、すり落ち、転倒時に症状として報告されたものが多く、皮下出血は発見時に症状として目視できたものである。骨折については転倒、ずり落ちなどがありその後、医療機関での診断によるものである。

(2) ひやりハット報告伝達・対応経過時間について

1) 連絡状況 発生時間から、看護師への連絡に要した時間

表8のひやりハット事例の発生時から看護職への連絡所要時間を見ると、58%が5分以内に連絡が取れ対応できている。一方、1時間以上かかっているケースもあるが、夜間時間帯で発生してもけがなどはなく、翌朝看護職へ連絡した件数がほとんどである。本研究では、ひやりハット事例の発生時から看護職への連絡所要時間に着目しており、Aランク、Bランク、Cランク、Dランクについてそれぞれ考察をおこなった。

2) ランクの判定基準

AからDのランク分けについては、ひやりハット事例の結果だけでなく過程も含め判断した。本研究グループにおいては①専門職としての技術、②危険予測の判断、③利用者の状態等にも項目に着目しつつ、出血など身体に損傷（重いとみなした）が見られ、結果として「ひやりハット」ではなく、重大と見なされる事故のケースをAランクと定義した。次に出血など身体に損傷（軽いとみなした）が見られ、結果として「ひやりハット」ではなく、軽度と見なされる事故のケースをBランクと定義した。出血など身体に損傷は見られず、事故に至らなかったが重大な「ひやりハット」のケースをCランクと定義し、出血など身体に損傷は見られず、事故に至らなかった軽度な「ひやりハット」のケースをDランクと定義づけた。

表8. 発生時から看護職への連絡所要時間

連絡所要時間(分)	件	%
0~5分	288	58.06%
6~15分	45	9.07%
16~30分	20	4.03%
31~60分	17	3.43%
61分以上	126	25.40%
小計	496	100.0%
連絡なし	100	

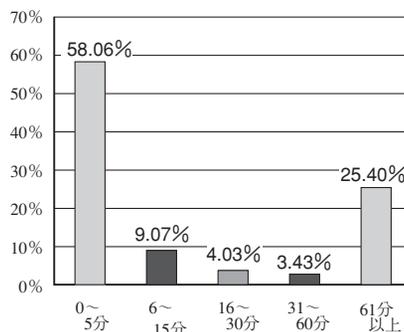


図4. 発生時から看護職への連絡所要時間

表9. ヒヤリ・はっとランク

判定	件数	%
A	109	18.29%
B	123	20.64%
C	288	48.32%
D	76	12.75%
合計	596	100.0%

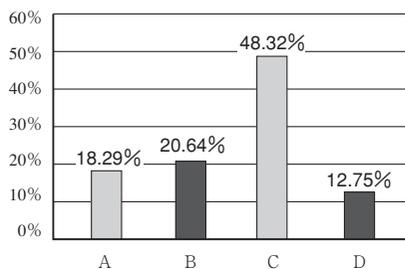


図5. ヒヤリ・はっとランク

3) A、B、C、Dランク別考察

表9のA、B、C、Dそれぞれのランクにおいて、①発生曜日、②発生時間、③発生場所、④事故の内容、⑤事故の部位、⑥連絡所要時間から特徴を考察すると次のようになる。

①発生曜日

表10の曜日別件数を見ると、事故に分類されるA、Bランクは、月曜日に高い件数を示しているが、それ以外の曜日では大きな変動はない。一方、ひやりハットに分類されるC、Dランクでは週の前半と後半に高くなっている。

こうしたことから、月曜日に、事故防止対策、火曜日以降は、ひやりハット対策などと曜日ごとにテーマを決め取り組むことも求められる。

②発生時間

表11の発生時間を時間帯別件数を見ると、Aランクの事故は、午前6時から9時の間と午後3時から6時の間で頻繁に起きている。夜勤から日勤への引継ぎ、日勤から夜勤への引継ぎ時間であり、業務のはざまに重大な事故がおきる傾向にある。また、昼の時間、C、Dランクの件数が高く、職員の見えない場所や不注意から発生している。

時間帯で注意しなければならない午後6時から12時までの時間帯では、C、Dランクの件数が突出しており、看護職も不在の時間帯でもあり報告書の更なる分析が必要である。

③発生場所

表12の発生場所別件数から、A、Bランクでの事故では、居室と食堂がほとんどを占めている。C、Dランクでは居室と食堂以外に廊下や便所、施設外への外出が多い。しかし、浴室での事故は重篤なケースが多いが、その原因として不注意や目を離したわずかな時間に発生していると考えられる。こうしたケースの事故防止としては、見守りができるように、複数の人員配置や注意深い観察が求められる。

8

④事故の内容

事故の内容別件数について表13から、Cランクの転倒、ずり落ちが最も多い件数になっている。Cランクは重大なひやりハットであり、事故に直結する危険性がある一方、事故防止の対策を立てることによって防ぐことができる。

利用者側の要因としては運動機能、感覚機能、判断力、適応力の低下、環境の要因としては、床の状況や居室、通路の障害物、車椅子、ベッドなどの配置など、介護者側の理解や注

表10. 曜日別件数 (延べ)

ランク	曜日	月	火	水	木	金	土	日	未記入	合計
A	件数	26	15	8	14	15	14	16	1	109
B	件数	19	14	20	17	19	20	14	0	123
C	件数	43	41	42	30	31	49	52	0	288
D	件数	9	8	6	9	21	9	14	0	76
	合計	97	78	76	70	86	92	96	1	596

表11. 時間帯別件数 (延べ)

ランク	時間帯	0~3時	3~6時	6~9時	9~12時	12~15時	15~18時	18~21時	21~24時	未記入	合計
A	件数	4	3	20	25	19	23	9	2	4	109
B	件数	6	10	15	32	23	15	9	12	1	123
C	件数	9	9	42	61	46	63	36	17	5	288
D	件数	2	7	13	12	17	15	4	6	0	76
	合計	21	29	90	130	105	116	58	37	10	596

表12. 発生場所別件数 (延べ)

ランク	場所	居室	廊下	浴室	便所	食堂	施設外	その他・不明	合計
A	件数	51	9	9	0	33	0	7	109
B	件数	75	4	10	5	21	1	7	123
C	件数	130	38	7	7	51	14	41	288
D	件数	56	8	0	0	4	1	7	76
	合計	312	59	26	12	109	16	62	596

表13. 事故の内容別件数 (延べ：非該当、不明を除く)

ランク	内容	転倒	転落	ずり落ち	誤・飲嚥	人身事故	器物破損	物損事故	他者加害	職員へ加害	合計
A	件数	17	2	0	6	2	0	0	0	0	27
B	件数	40	2	6	2	1	0	0	0	0	51
C	件数	97	11	61	3	0	0	0	0	1	173
D	件数	3	3	15	0	0	1	0	1	0	23
	合計	157	18	82	11	3	1	0	1	1	274

表14. けがの内容 (延べ：特になしを除く)

ランク	内容	打撲	皮下出血	捻挫	骨折	擦り傷	裂傷	その他	合計
A	件数	3	4	0	5	4	15	26	57
B	件数	28	5	0	0	10	3	53	99
C	件数	14	0	0	2	0	1	7	24
D	件数	3	0	0	0	0	0	1	4
	合計	49	9	0	7	14	19	87	185

意で十分に防ぐことのできる内容である。各ケースの状況分析を介護者自ら検討し事故防止対策の工夫をすることが求められる。

⑤事故の部位

表14から、その他が最も多く、その内訳として表皮剥離がほとんどを占めている。その他を除くと、打撲の件数が多い。打撲は移動時の障害物や移乗時に注意し、居室内の配置や死角となるものを除去するなどの対応によって防ぐことができる。

表15. 発生時から看護職への連絡所要時間

連絡所要時間(分)	A	B	C	D	件
0～5分	64	65	133	26	288
6～15分	7	7	24	7	45
16～30分	5	3	9	3	20
31～60分	3	3	11	0	17
61分以上	15	34	52	25	126
小計	94	112	229	61	496
連絡なし	15	11	59	15	100

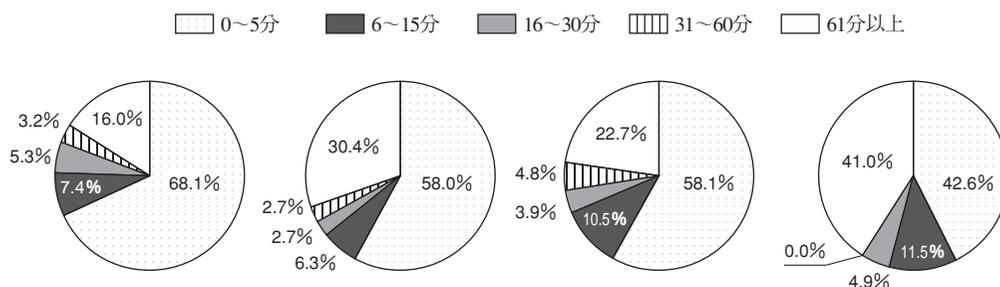


図6. Aランク 所要時間

図7. Bランク 所要時間

図8. Cランク 所要時間

図9. Dランク 所要時間

⑥連絡所要時間

表15の発生時から看護職への連絡所要時間を見ると、Aランクのケースでは、68%が発生から5分以内に看護職への報告と必要な指示を仰いでいる。一方で、16%が1時間以上看護職への連絡を取っていない。B、Cランクのケースでは、58%が5分以内に看護職への報告をおこなっている。6分以上連絡をしていないケースでは、けがも無く様子を見ていたり利用者へ説明をしたりと、介護者で対応している。

また、Dランクでは、42%が発生から5分以内に看護職に連絡を入れている。一方、41%が1時間以上連絡に時間がかかっている。これは夜間勤務帯に発生したケースで、ほとんどが翌朝看護職への報告になっているためである。

看護職への連絡所要時間の集計から、医療的な処置または指示が必要な場合Aランクの68%、Bランクの58%が5分以内に看護職への連絡ができています。

4. 「ひやりハット報告書」の分析1 介護現場の視点から

介護の現場では、直接介護にあたる介護職員を中心に、さまざまな人々がそれぞれの役割を担って利用者の方々の生活の支援に従事している。具体的には、介護職員の中でも常勤・非常勤、アルバイトの勤務形態がある。また、ボランティアや実習生、利用者を訪れる家族など日々多くの人々が関わっている。このような人々の協働のなかでそれぞれの役割を果たしていくには、利用者を中心とした多岐にわたる情報が、必要に応じてきちんとそれぞれの関係者に伝達されていくことが重要なこととなる。ここでは、ひやりハットの分析を介護現場の立場から行い、介護事故を未然に防ぐ方策の現状を見ていく。

1) 介護事故の分類の結果からみて

ひやりハット報告から介護事故の分類を行った結果は、表9にあるようにAランク、109件で18.3%、Bランク、123件で20.6%、Cランク、288件で48.3%、Dランク、76件で12.8%であった。

本ひやりハット報告は平成14年1月から平成18年3月までのものである。ひやりハット報告に取り組んだ背景として、入れ替わる職員や関係者に情報の伝達が十分でないこと、介護技術が未熟なこと、介護への共通認識が得られていないこと、人手不足、その時々に変化する利用者、重度化していく利用者の状態に対応しきれないなどのきっかけがあった。このひやりハット報告から介護事故に関する要因や対処についての取り組みが見えてくる。次に、これらA～Dランクについて、対応の実際を詳しくみていく。

ここでは、ひやりハットの要因について、報告の記述内容から①認知症に起因するもの、②職員に起因するもの、③環境に起因するもの、④その他のもの、に細分化し考察をおこなった。

2) 介護事故・ひやりハットの要因 Aランク分類より

Aランクでの要因として、①認知症に起因するものは、実数34件で31.2%、②職員に起因するものは実数38件で34.9%、③環境に起因するものは実数1件で0.9%、④その他が実数36件で33.0%であった。続いて、要因ごとに内容をみていく。

Aランク-①（認知症に起因するもの）

表16の数値からもわかる通り、重大な介護事故を引き起こす要因の3割以上が認知症に起因するケースである。報告の具体的な内容からいくつかをみると、「トイレトペーパーをちぎりながら、異食しているのを発見する」、「巡回にいくと、手ぬぐいを全部まとめて口の中に入れ、そのまま寝ているところを発見する」、「頭上のコンセントで充電中の髭剃りのコードをたぐり寄せ、髭剃りの刃部分を口に入れ食べようとしているのを発見する」、「おむつ交換に行くと、右目上が5mmほど切れ傷口が開き出血したままで寝ている。本人の手、柵に血痕がある」などのケースが挙げられており、その多くに認知症特有の行動が起因していることが浮かび挙がっている。また、時間帯もまちまちである。介護職員は常日頃から個々の利用者の生活の状況を把握し、起こりうる行動を予測して介護に当たってきているはずである。しかし、その予想を超えて「ひやりハット」は起きてしまうのであろうか。

これらの対する施設側の対応からみていくと、トイレトペーパーの異食では、「トイレトペーパーを預かり、口のなかに残っているか確認する。すぐに看護師に連絡する。本人、特に変わった様子もないため様子を見ること」とした上で、その後「トイレの周りなど、目に付くゴミなどはこまめに拾う。また、トイレトペーパーは夜間のみトイレにつけ、日中はその都度渡す。職員の目の届かないときは居室で過ごしていただき、ドアを閉めておく」という対応であった。

表16. Aランク要因

内容	認知症起因	職員に起因	環境に起因	その他	合計
件数	34	38	1	36	109
(%)	31.2%	34.9%	0.9%	33.0%	100%

また一方で、認知症が主要因でありつつも、明らかに職員の配慮不足と思われるものが12件あった。「髭剃りの刃の部分の口に入れてしまった」などは、あきらかに職員の配慮不足である。施設の対応は、「看護師にすぐに連絡。特に外傷などは見られないためそのまま様子を見」た後に、「危険なものは本人の届かないところに置かない。髭剃りを充電するときは頭上ではなく、下についているコンセントを使用する。床頭台は本人の手の届かないところに置く」という方針が立てられているが、その後も、この種のひやりハット報告は続いている。これらのケースからは、きちんと情報の共有がなされているのか、職員の介護方針に対する意思の統一が図られているのか等の課題が想定される。出された改善策に無理はないか、実際に職員の手が足りないか等、さらに検証する必要がある。

Aランク-②（職員に起因するもの）

実数38件で34.9%という数字は、認知症が要因となっているとしたケースより多い結果である。重い介護事故に繋がるものが、職員の実ミスで起こしてしまう危険性があるという現実をうかがい見ることができるといえよう。

具体的な内容として、まずは「入浴中、浴槽に浮いているところを発見する。すぐに抱きかかえ、車椅子にて直ちにベッドへ移動する」といった類が8件挙げられている。平成15年から毎年のように、同様の報告がなされている。「すぐに浴槽から引き上げ、そばにいる看護師により血圧測定を行い様子を見る」といった対応がなされ、その後の対策として、「入浴中、浴槽内を見る職員を必ずおく。その場を離れるときは他の職員に声をかける」、「浴槽内から目を離さない」等と決められている。入浴中の利用者の体調の変化や入浴後の医療的な処置に当たるため、看護師が常にいることで大事には至らないことが殆どではあるが、利用者の身体的・精神的ダメージは大きい。単に同じような対応策ではなく、さらに広く掘り下げた視点から現場の実態を調査し、より有効な対策案を検討することが必要である。

同様に、複数の報告内容が見られたものに、投薬の誤りがある。こちらは、平成15年から平成18年に9回の報告があった。対応は、「気がついた時点で直ちに看護師に連絡し指示をもらい様子観察を行っている」としているが、その後は、「薬はきちんと確認し、間違わないよう注意する」と忠告するとどまっている。本来、投薬管理は看護師が担うものであるが、高齢者の生活施設では介護職がそれにあたることも多い。間違わないという意識を持つということと同時に、間違わないための行動パターンを繰り返し訓練し獲得していかなければ、意識だけでは改善が難しいことがうかがわれる。

最も多く報告された内容は、職員による爪きり（10回）であった。爪を切っているとき誤って「左手第2指の爪の下の皮膚を切ってしまい出血が見られる」、「左手薬指の先端を切ってしまう」というようなことが多い。対応は、すぐに看護師に連絡し、消毒・処置をしてもらっている。その後の対策は、「細心の注意を払って行うよう心がける」とある。実際、高齢者の爪切りは技術的に非常に難しい。病院の看護師であっても、技術的に難しいと判断した場合は、皮膚科の医師に依頼することも多いはずである。原因がどこにあるのかきちんと確認することが大事である。そうでなくては、苦手なこととして避けるようになってしまったり、過重な負担となることも考えられる。配慮不足か、技術の問題か、介護職の範囲を超えているものなのかなど、看護職との連携・協働が求められるところであると思われる。なお、同タイプのミスと考えられる、耳掃除のやりすぎによる出血も2回あった。

これらの他に、職員に起因するものとして、車椅子への移動時「足が車椅子のペダルにあたり足を表皮剥離してしまった」という報告内容がある。対応は、「看護師に処置をしてもらう」、「その後は、移乗は2人で行う」、「全介助の方法で行う」などの対策が取られている。

Aランク-③（環境に起因するもの）

環境に起因するものは、Aランクの重大な事故のなかで1件の報告があった。「自力で外へでた様子で、テラスを歩いているところを発見した」という。「すぐに当人の痛みや外傷を確認し車椅子に乗せ」その後の確認で外の「支え棒」がはずれていたことがわかったというふうなものであった。生活環境の安全性を十分に整備することの重要性から、重大事故として取り扱った。

Aランク-④（その他のもの）

原因がわからない、やむをえない、本人に起因するもの、などが「その他」に入ってくる。具体的な報告内容としては、「ベッドから車いすへの移乗に失敗をして転倒してしまった」ものや、「ポータブルトイレに移動に転倒した」など、排泄の時の移動での転倒が多い。また、夜勤時の出来事で、「居室より、“助けてください”の声で行ってみると、居室内のトイレ前にしゃがみ込んでいるのを発見。外傷はなかったが痛みの訴えがあり、湿布の対応をした。しかし、その後も痛みが続いたため看護師に連絡をして、痛み止めの指示をもらった」が、翌朝の診の結果は、「大腿部骨折」であったといったようなものもある。

更に、手足の表皮剥離や出血の発見の報告も多いが、これについては原因がはっきりしていない。いずれの対応も、看護師に連絡し、痛みや外傷などの処置を看護師が行っている。その後の対応策は、「個々の利用者の行動を把握して早めの対応をしていく」、「車いすに工夫をし、排泄時にはトイレに行く時間の把握をする」など、介護者側が危険を察知して対応していこうというものである。そのため、なお一層の情報の共有のあり方がカギとなるといえよう。

3) 介護事故・ひやりハットの要因 Bランク分類より

Bランクでの要因として、①認知症に起因するものは、実数12件で9.8%、②職員に起因するものは実数40件で32.5%、③環境に起因するものは実数1件で0.8%、④その他が実数70件で56.9%であった。続いて、要因ごとに内容をみていく。

Bランク-①（認知症に起因するもの）

「自力でオムツを取り、座ったまま失禁している」、「肘が表皮剥離している」、「車椅子上に足を乗せ、背もたれのところに座っているのを職員が発見し、駆けつけるも間に合わず車椅子ごと後方に転倒した」、「居室より、泣き声がするのでいってみると、ベッド脇に転倒している。ベッド柵は外れておらず、右足がベッド柵に挟まっている」というような報告内容からも読み取ることができるように、認知症に起因するケースでは、危険と考えられる行動

13

表17. Bランク要因

内容	認知症起因	職員に起因	環境に起因	その他	合計
件数	12	40	1	70	123
(%)	9.8%	32.5%	0.8%	56.9%	100%

が多く見られる。対策としては、「本人の行動を常に注意深く見るようにする」、「職員が他のことをするときには一緒に車椅子などで行動を共にする」など、よりきめ細かい対応を前提としたものが指示されている。

Bランク-②（職員に起因するもの）

「車椅子に乗せたあと、職員が離れたとき車椅子より立ち上がり、フットレストにつまずき転倒、車椅子に頭をぶつける」、「リクライニングに移乗の際、床頭台に頭をぶつけた」、「ポータブルに座るとき、足元が滑り床にしりもちをついた」のような移乗の失敗など、介護の基本を怠った職員の初歩的なミスが多くみられた。また、移乗時に生じた表皮剥離が15件あった。他にあざも報告されている。更には、「おむつ交換時、体位交換際に左の（おでこ）を柵にぶつけた」というものもあった。対応としては当然に「看護師への連絡し、処置をする」となっているが、対策としても、「無理をしないで2人で移乗する、移乗は注意深く行う」等、基本的な部分の再確認が挙げられている。OJTも含めた、定期的な研修等を通じて改善していくべき部分であろう。

Bランク-③（環境に起因するもの）

「本人より、“氷がほしい”と申しであり事情を聞くと、居室の洗面台で髪を洗おうとしたら、熱いお湯が出てきた」との内容であった。決して件数は多くないが、施設内での定期的な設備の安全管理と、日常からの安全な生活環境をどのように作っていくのか考えていかなければならないことに気づかされるケースである。また、そのように考えた場合に、カバーすべきリスクの範囲は広いという点にも、注意を払っておく必要がある。

Bランク-④（その他のもの）

この内、認知症が要因と思われるもの1件、表面的には認知症の要因が見えつつも、職員の配慮不足と思われるものが6件あった。具体的には、「ベッド誘導時、右手くるぶし付近に擦り傷があるのを発見」、「歩行途中、椅子の手前で、膝をつくようにして倒れこんだが異常なし」、「右まぶたにあざを発見」、「しりもちをついているのを発見」、「車椅子から落ちているのを発見」、「ポータブルトイレに行こうとしたところ転んでわき腹が痛い」などの内容である。対応は「危険が予測される利用者には、歩行や車椅子走行中で見かけたら声をかけ安全の確認をする」というものであり、また、「細部まで注意を払う。職員が付き添う」などの対策が立てられている。

4) 介護事故・ひやりハットの要因 Cランク分類より

14 Cランクでの要因は、全体の「ひやりハット」の報告で最も多い。内訳は、①認知症に起因するものは、実数87件で（30.2%）、②職員に起因するものは実数50件で（17.4%）、③環境に起因するものは実数6件で（2.1%）、④その他が実数145件で（50.3%）であった。続いて、要因ごとに内容を見ていく。

表18. Cランク要因

内容	認知症起因	職員に起因	環境に起因	その他	合計
件数	87	50	6	145	288
(%)	30.2%	17.4%	2.1%	50.3%	100%

Cランク-①（認知症に起因するもの）

具体的な内容として、「居室の鍵を開け、暖房機のところから外に出たところを発見」、「朝、居室にいないため探しにいくとA棟の窓の外を歩いている所を発見する。本人は、家に帰りたかったとのこと」、「自力で正面玄関のスロープを降りた様子、玄関の前にいるのを発見する」などの、類似ケースの報告が36件あった。ただし、これらの中でも、「エレベーターの中より音がするため、開けると中から本人が出てくる。自力でエレベーターが開いた際に中に入った様子」といったケースは、第②の要因として職員の配慮不足の占める割合が大きいと考えられる。施設の対応策を見ていくと、「エレベーターから降りたら、ドアが閉まるのをきちんと確認する。本人がエレベーターの方に向かうのを見かけたら、声をかけ別の場所に誘導する」としている。このような職員の配慮不足としたものは4件であった。また、「職員が帰る途中、園外の坂の手前を歩いている本人を発見する」、「居室にいないため探したところ、玄関の外に車椅子でいるところを発見した」などの内容については、その原因が、「自動ドアが閉まっていなかった」、「かけるべき鍵を忘れかけた」という職員の初歩的なミスによるものも3件見られた。（ただし、この3件の報告がいずれも夜勤の時間帯に起こっている）

その他に、「ベッド柵を外してベッドから落ちそうになっている」、「車椅子のまま立ち上がろうとして車椅子ごと倒れた」、「異食」、「一人でトイレに行こうとして転倒」などが多く報告されている。

Cランク-②（職員に起因するもの）

ここでも、「転倒した」、「尻もちをついた」、「ずり落ちた」、「移乗の際にぶつけた」などが数多く報告されているが、これらの中から、職員のミスと判断したものは16件、職員の配慮不足は32件あった。

職員のミスの中では、「入浴後、脱衣室からの移動時に、他の利用者のサンダルを踏んでしまい職員が支えきれず尻もちをつく形で後方の暖房機に頭をぶつけてしまった」、「1階でお茶を飲んでおり、2階へ誘導しようとし、完全に椅子から立ち上がらせたので、職員が椅子を片付けようとしたところ、その椅子に座ろうと尻もちをつく」、「トランス時に利用者の頭部をベッド上の柵の角にぶつけてしまう」など、類似ケースの報告が他にもある。また、職員の配慮不足の中にも、「トイレ誘導時、ふらついてしまい立位が保てず、また、職員も支えきれなかったため、尻もちをつくようにゆっくり転倒してしまう」、「脱衣室で左手バーにつかまり、靴を履かせようと介助した際、足元が不安定になり転倒してしまう」、「椅子から立たせようと手を引いて介助し、立ってもらったところ、2、3歩、歩いた後、職員の腕をつかんだまま床に座りこんだ」と同じような報告続く。職員個々の介護技術の問題として捉えるのか、あるいは過重な介護負担というある種の運営側の問題として捉えるかによっても、その後の対応策も少なからず変わってくるであろう。職員及び管理者（運営者）双方が、大いに議論、検討していくべき課題であると考えられる。

15

Cランク-③（環境に起因するもの）

特徴的なケースとしては、「園庭散歩中、外灯近くにいたTさんが自分でブレーキを外し、こぎ出したため、歩いていた他の利用者とはぶつかりそうになる」、「玄関から下りようとした様で、スロープ脇の段差に車椅子がかかり、斜めになっていたところを発見する」と利用者

の散歩のコースと思われる場所で起こっている内容のものがあつた。これらの報告は平成15年と16年に2回あつたが、それ以後はなく施設周辺の環境整備が行われた結果、改善されたと考えられる。他に、戸が立て掛けてあつたり、段差につまずきそうになつたことなどが挙げられている。

Cランク-④（その他のもの）

報告の多くは、「転倒（56件）」、「ずり落ち（22件）」、「尻もち（19件）」、「転落（7件）」であつた。その他に、「徘徊」、「ベッドでうつ伏せに状態になつていた」、「ベッドから下りて座つていた」などがある。

「ホールから“ドーン”とした音がするため、行ってみると車椅子から立ち上がろうとして失敗したらしく転倒している」などに代表される「転倒」は、理由として「トイレに行こうとした」、「ポータブルトイレに座ろうとして失敗した」、「車椅子に移ろうとした」など本人の状況が報告されている。「ずり落ち」の内容としては、「食堂ホールにて、車椅子からずり落ち、体が床に付きそうになつているのを発見」、「ポータブルに座つている際、吸い飲みを取ろうとしてずり落ちたと本人が言つていた」のように何かを取ろうとしたときに起こつているとの報告がみられる（ちなみに、「車椅子で前のめりになつてしまった」ケースが4件あつたが、これも同じような状況が考えられる）。また、「車椅子のブレーキをかけずに立ち上がろうとし、車椅子から半分ずり落ちていた」、「ベッドに浅く腰掛けていたためずり落ちた」などの内容も多い。尻もちをついてしまつたことについても、同じような状況があつたことが考えられる。

更に、歩行時のふらつきによる転倒、尻もちもある。対策は、「本人に危険であることを話し、安全な行動について説明する」、「注意深く見守る、移乗するときにはナースコールを押すように話す」、「体調に変化があるときは早めに車椅子に乗ってもらう」、などが出されている。

他に「自力で自分の部屋のドアを開けようと、ドアにつかまり、車椅子のフットレストの上に立ち上がつているのを発見」といったケースのように、第2の要因として認知症が関係していると思われるものが1件、転倒した中で職員の配慮不足と判断できるものが2件あつた。

5) 介護事故・ひやりハットの要因 Dランク分類より

Dランクでの要因として、①認知症に起因するものは実数13件で17.1%、②職員に起因するものは実数5件で6.6%、③環境に起因するものは0件、④その他のものは実数58件で76.3%）であつた。次に要因ごとに内容をみていく。

16 Dランク-①（認知症に起因するもの）

「廊下に人が寝ている」と他の利用者が教えに来たので行つて見ると、自力で左上部のベッド柵を外し居室の廊下にはつて出てきた様子」のように、柵を外してベッドから下りた

表19. Dランク要因

内容	認知症起因	職員に起因	環境に起因	その他	合計
件数	13	5	0	58	76
(%)	17.1%	6.6%	0.0%	76.3%	100%

という内容に類似ケースの報告が多く見られた。また、「廊下を徘徊していたため、ベッドに誘導しようとする、手にハサミとビニールテープを持っているとの報があった」というケースなどは、認知症を主要因としながらも、実際には第2の要因として職員の初歩的なミスがしめる割合が大きく、実際の対策も、「職員は使用したものを廊下に置き忘れることのないようにし、また、使用したものを元に戻すのを忘れない」という指導・指示がされている。些細なことが大事故になる可能性を秘めているという「ひやりハット」の一例であろう。更に、「寮母室に入り、夜勤者の朝食を食べているところを発見。直ぐに、口の中の物を出し、異食がないか確認し、うがいをする」、「他の利用者のハンドクリームを開け、手に持っている。顔・手にハンドクリームを塗ったようで、べたべたになっている」といった内容のケースも、第2の要因として、職員の配慮不足の占める割合が大きいものであるといえる。対応策も「きちんとした場所に置く様にする」と、基本の確認をしている。

Dランク-②（職員に起因するもの）

職員のミスは4件で配慮不足は1件あった。職員のミスとした報告では「移乗側下部のベッド柵が外れていたため、両足がベッドから落ち床についているのを発見する」、「一般浴を待っているとき、廊下の長いすに座っていたが、職員がいなかったため歩き出し、廊下に置いてあった処置台の目薬を手に取りポケットにいれるところを発見する」があった。これらの対応策は、「移乗し終わったあとに、必ずベッド柵を確認するようにする」、「処置台を一般浴に持っていかない、置かないようにする」として、改めて確認しあっている。先の繰り返しとなるが、ちょっとした「ひやりハット」の報告のどれも重大な事故の可能性を示唆しているものといえる。

Dランク-③（環境に起因するもの）

報告は0であった。

Dランク-④（その他のもの）

58件ある報告のうち、第2の要因として認知症を挙げることできるケースが12件、職員の配慮不足が考えられるケースが9件数えられた。

まず認知症が第2要因と考えられるケースとして、「離床に行くとき自力でベッド柵上部を外したようで床に座っているのを発見」などの類似の内容のものが多い。また、「居室に行くとき、オムツを外し柵の上に置き、便をティッシュに包み柵に置いてある」、「エレベーターが開き中をみると、本人が出てきた」「玄関入り口のスロープにいた」など、職員がそばにいないときに起こった内容が報告されている。

また、職員の配慮不足が第2要因として考えられるケースは、例えば、状況としては、先と同様に、職員がいないときに「声がかかるため、居室に行き見てみると居室の床に座り込んでいる。“換気扇のスイッチを消そうとした”とのこと。痛み、外傷はない」といった内容であり、一見、認知症に主要因があると思われがちだが、よく内容を吟味してみると、実はおむつ交換をした後、職員が消し忘れをしたことで起こったものであることがわかるのである。これも類似ケースの報告をうかがい見ることができる。

「その他のもの」に分類された報告は、様々な要因が入り混じっているため、その分析や課題の理解等は困難であるが、実は、一筋縄ではいかない「介護現場」の実際をより表して

いるケースであるともいえる。簡単に解決したり、課題が明確になるものではないが、研修等でも検討事例として、より積極的に取り上げていくべきであろう。

これまで、ひやりハット報告から、介護現場で、どのような場面でひやりハット報告がなされたのかをまとめ、その要因の特徴を見てきた。冒頭で述べたように利用者の24時間の生活の支援は、さまざまな人々の関係でなされている。連携の重要さはだれでも知っているが、問題・課題を解決するための方策は難しい。さらに、細部にわたり分析していくことが必要である。

5. 「ひやりハット報告書」の分析2 介護と看護の連携・協働の視点から

1) 介護現場における介護職と看護職の配置の現状

介護老人福祉施設とは、「施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会的生活の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることを旨とした施設」（介護保険法より）とされている。ここでその主な業務を担う者として、介護職員と看護職員がいる。

介護職員として勤務する者は、国家資格者としての介護福祉士（現状においては養成校卒業による者と国家試験受験合格者）都道府県の認定した研修終了者である訪問介護員2級以上、その他無資格での勤務者がいる。

看護職員として勤務する者は、国家資格者としての看護師、都道府県試験の合格者である准看護師がいる。これらの配置基準は3：1と呼ばれるように、介護職員3に対して看護職員1の配置基準となっている。介護職員と看護職員の勤務体制では、介護職員は勤務体制において夜勤を含めて24時間で利用者の生活を支援するが、看護職員において夜勤体制は組まれていない場合が多い。また、看護職員1名は常勤体制であることが義務付けられているが、その他は非常勤での常勤換算であっても良いこととなっている。利用者の介護度が重症化する近年において看護職員の配置が少ないことは、介護と連携を取りつつ利用者の24時間利用者の生活を支援するために必要なことであるとされているが、介護老人福祉施設における看護師定数基準に変更はないのが現状である。

介護職員と看護職員が連携を取る際に必要な要件として必要なことを、基本的な要件としての数、質を考える際の有資格・勤務経験年数・両者による会議及び研修体制がある。ここでは前文の要件と、実際の報告書内容から両者の連携の現状について確認していく。

2) A特別養護老人ホームにおける職員配置の概要

18 A特別養護老人ホームにおける介護職員は32名（うち常勤職員28名非常勤職員4名）である。看護職員は4名すべて常勤職員である。これは他の施設において近年見られる常勤職員数の少なさ、非常勤職員の多さに比べると、常勤職員として勤務し利用者の生活を支える組織体制は良好であると判断できる（ちなみに、看護師は全員有資格者であり、介護職員は非常勤の2名が資格を除いて、全員なんらか介護に関する資格を有していた）。

今回の調査では、有資格者の資格の種類の確認は明確にはできなかった。その理由としてひやりハット報告書調査時期の平成14年～平成18年までの勤務者の属性確認が明確になら

なかったことにある。これは今後の使用する報告書のフォーマットにその内容を含めることを検討する余地があるといえる。なぜならば、研修体制を考える際の基本知識内容の概要把握は研修内容の体制作りにおいて重要であると考えからである。

勤務経験年数は、介護職員通算勤務年数平均3.0年（最高通算勤続年数常勤21年・非常勤8年）、看護職員通算勤務年数11.25年（最高通算勤続年数12年）であった。看護師勤続年数は長く、介護職員は短いことがわかる。特に介護職員は半数以上の20名が勤続年数1～2年目と短い。また最高21年の勤務者を除外すると、5年目以上の介護職員がいない。このことから、この施設における介護職員は全体的に若く、経験年数は少ないのが特徴的であった。

平均年齢は、介護職員は31.0歳（最高年齢常勤54歳・非常勤64歳、最低年齢常勤20歳・非常勤22歳）看護職員51.75歳（最高年齢63歳・最低年齢51歳）であった。さらに、介護職員の常勤最高年齢者は54歳で勤続年数も21年と長く、看護職員の最高年齢者は63歳で勤続年齢は12年ある。両資格のトップは経験年数も長く、資格者における管理者役割を担っていることが伺われる。

3) 介護職員と看護職員との連携・協働の現状

報告書から時間帯別発生件数を確認してみると、看護職員が不在となる18:00～翌日9:00までの発生件数は、全596件の内235件となっている（表15参照）。

看護職員への連絡が必要なひやりハット事例の連絡所要時間から、①0～5分以内が288件、②6～15分が45件、③16～30分が20件、④31分～60分が17件、⑤61分以上が126件となっている。

単純にみていくと①の件数が高いという結果は、報告に関するルートが確立している事がわかる。ひやりハット事例A B C Dランク分類（図5参照）のうち、介護職員が看護師と連携すべき内容とするA Bランク分類が約4割ある。これらのことから、施設における連携は取れていると判断できる。

また連絡所要時間が61分以上となっている⑤の件数から判断すると、夜間における看護職員が不在であった際のひやりハットについて、その内容と利用者の状態を具体的にフォローし確認する必要がある。今回の報告書では介護職員と看護職員との連携・協働についての対応に関しては確認できなかった。

施設における事故発生時の行動指針を確認してみると、事故発生時には管理者への報告ルートは明確になっているが、夜間をキーワードとした事故発生行動指針は不明確ともいえる。その要因として、介護職員の勤続年数が低いことと関連してみると、事故発生時の夜勤担当職員の経験年数や危機に関する教育習得内容により、介護職員の質に差が生じることが伺われるためである。

経験年数イコール質の高い介護職員であるということではないが、経験から全体像を把握する能力は培われる一面があることは否めないことである。ただし、本来利用者に医療が必要か否かの判断を介護職員がすべきものであるかどうかに関しては、ここでは一概に結論を出せるものではない。

介護職員はその教育内容において救急対処の方法等は習得するが医療職ではないので、その教育内容において事故発生時における判断能力そのものは問われていない。よって介護職員は事故発生時又はひやりハット報告の事例を基に、夜間発生事例に関して、何をどこまで

見るか、どのように判断するかを看護職員と話し合い、ルールを確認しあう場が必要であり、その結果を施設における事故発生時の行動指針の中に明確にしておく必要があるのではないかと考える。

6. まとめ

施設生活高齢者の安全確保に向けた介護・看護専門職の連携と協働に向けてについて、介護保険法施行後の老人福祉施設における介護事故発生防止に向けて厚生労働省をはじめ社会福祉法人全国社会福祉協議会などにおいて、多くの取り組みがなされており、A特別養護老人ホームにおいても事故防止・対策における業務マニュアルについては一定の水準に達している。

4年間で596件の「ひやりハット報告書」が提出されていることは、職員が事故防止に対して共通の認識を持っている現われであるといえよう。

今回、この「ひやりハット報告書」を分析するに当たって、介護職と看護職の連携を報告所要時間という視点で明らかにしようと試みた。A施設の作成した、「事故発生の防止及び発生時の行動指針」にもあるように手順として介護職から看護職への連絡は全件数の58%が5分以内に報告を済ませ指示を受けている。

一方、課題として、夜間時の対応については25%が1時間以上の時間を必要としていた。このように、介護と看護の連携を確認すると、報告書が多く提出されていることから、職員が自分の体験を共有することの重要性を一定以上に理解しているであろうことが伺われる。

ただ、介護と看護の連携はすべて利用者及びその介護者の施設における生活の満足度にもつながるものであり、その向上に「これで充分」ということはない。その観点から、今回の分析結果からもっとも必要性の高いものを考えた場合、夜間における介護と看護の連携と医療体制の明確化こそ、今後早急に取り組むべき課題であるといえるであろう。

本研究により、A特別養護老人ホームにおいては、介護職と看護職の連携について対応時間という尺度では一定の水準で構築されていることが明らかとなった。しかし一方で、事故発生の防止に向けた取り組みへの協働には十分に至っていないと考えられる。

その理由のひとつに、介護職員の経験年数の短さを挙げることができる。「ひやりハット」が発生した場合、看護職へ報告することに終始し、その後同様のケースが発生しているなどの対策や対応については十分に検討されていない。

この原因として、高齢者福祉現場における人材確保困難の現状も影響があると考えられる。毎年複数の職員が入退職をしていく中で、介護人材の資質が保たなくなっている現実もある。

A特別養護老人ホームでは、経験年数の多い、いわゆるベテラン職員が勤務しているため、ひやりハットの連絡所要時間については職員間で十分認識されていると分析できた。本研究で指摘している介護職から看護職への連絡所要時間については一定の水準を維持しているが、連携と協働に関して現状の勤務体制の中では職員育成や研修に十分な時間をかけることは難しいと判断した。

また、夜間発生事例に関して、介護職員が何をどこまで見るか、どのように判断するかを看護職員と話し合い、適切なルールを確認しあう場が必要である。

更にもう一つの指摘として、「ひやりハット」におけるリスクマネジメントへの組織的な取り組みが十分に機能していないという点である。マニュアルが整備され、連携における一

連の手順が明記されているが、同一事例の「ひやりハット」が複数回発生している現状がある。このことから、「ひやりハット」報告書を組織的に活かす取り組みが新入職員に十分伝わらず、職員の経験値として蓄積されていないのではないかと考えられる。

今後、発生頻度の高いケースについての対処方法や予防方法などを含めた研修プログラムの実施が必要であると言える。

他方で、リスクマネジメントにおいては、手順どおりに実施することが求められる。今回の研究では連絡所要時間という軸で適切な手順を踏んだ連携や協働が取れているかどうかという視点でデータを収集・分析することができた。A特別養護老人ホームでは、連絡所要時間については手順どおりに実施されているが、単に短い時間で連絡をすることだけではなく、この手順の意味や意義を理解しなければ施設生活高齢者の安全を支えることは難しい。一連の手順に基づいた作業を連携とするならば、介護職と看護職がそれぞれの業務を理解した上での共同責任を持つ意識が大切でありこの意識こそ協働につながっていくと考えられる。

「ひやり」としてしまう一瞬や「ハット」した場面を少しでも減らしていくためにも、単なる時間的な連携から、より高い安全管理を目的とした介護職と看護職の協働への取り組みが、今後求められると姿として考えられる。

本稿は平成18年度ユニバーサル財団研究助成を受けて実施された「施設生活高齢者の安全確保に向けた介護・看護専門職の連携と協働」の研究成果の一部である。

〔注釈〕

- 1 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準について（平成12年3月17日老企第43号、厚生省老人保健福祉局企画課長通知）「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準について」等の一部改正について（平成18年3月31日厚生労働省令第79号）
- 2 国民生活センターでは、「介護の現場では、どのような事故が起きているのか」との問題意識を出発点として、「平成8年度から訪問介護の利用者と事業者、ホームヘルパーを対象とした調査研究のなかで、訪問介護に伴う事故の実態を調べ、消費者被害の未然防止・救済にかかわる問題点を検討」し、また、1999年度には「介護事故例を収集し事故の過程を分析し、消費者被害の未然防止策の検討を試み」等の諸研究を行ってきた成果の一つとして、「介護事故の実態と未然防止に関する調査研究」を発表している。
- 3 「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」については、厚生労働省のホームページ、<http://www.mhlw.go.jp/hudou/2002/04/h0422-2h.html>に、全文が掲載されている。

〔引用・参考文献〕

- 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研究」
- 厚生労働省社会・援護局 2002「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」福祉サービスにおける危機管理に関する検討会
- 全国社会福祉協議会 2006 改正介護保険法対応『指定介護老人福祉施設における介護事故発生防止等に向けた指針策定にあたって（全国経営協版）』
- 増田雅暢・菊池馨実 編著2003「介護リスクマネジメント サービスの質の向上と信頼関係の構築のために」旬報社
- 白井幸久 2006「事故が起こったとき、何を記録すればよいか」通所けあvol.4 no.6 日総研
- 石名坂邦昭 1994 「リスクマネジメントの理論」 白桃書房

- 澤田信子 2002 「介護事故リスクマネジメント」 日総研
小嶋正 2002 「社会福祉施設における自己責任と対策」 東京都社会福祉協議会
高野範城・青木佳史 2007 「介護事故とリスクマネジメント」 あけび書房
多久嶋耕治 2002 「福祉施設におけるリスクマネジメント」 東京都社会福祉協議会
平田厚 2002 「実践・リスクマネジメント」 東京都社会福祉協議会
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」 日本医療企画

(受理 平成21年9月28日)