

特別養護老人ホームでの現場実習中の事故 およびヒヤリ・ハット体験

田 口 豊 郁^{*1}

緒 言

社会福祉現場では、福祉マンパワー（社会福祉士、介護福祉士、保母、看護婦、ホームヘルパー等）の養成のために、実習の機会が増えつつある。川崎医療福祉大学の医療福祉学科では、「社会福祉援助技術現場実習」で、毎年200人を超える学生が社会福祉施設および機関で現場実習を行っている。実習中には、事故にまで至らないが「ヒヤリ」とか「ハット」する場面が多くあることは容易に想像できる。

不安全行動と不安全状態が重なったとき事故が発生する。重大な事故の背景には多くのケガを伴わない事故やヒヤリ・ハット体験が潜んでいるといわれている（ハインリッヒの法則）¹⁾。職場での事故を未然に防ぐには、ヒヤリ・ハット体験に着目し、不安全状態と不安全行動を事前に察知できる感受性を高める教育訓練が必要である。

一般の産業現場では、早くから、労働者に対する一連の安全教育に取り組んでいる。ヒヤリ・ハット体験をもとに作成されたシートを用いた危険予知訓練（KYT）は有効な方法の1つである。危険予知訓練は、危険に対する感受性を高めるために有効である。産業現場用の危険予知訓練プログラム²⁾は開発されているが実習生のための社会福祉現場での危険予知訓練プログラムはない。

そこで、実習中の事故を未然に防ぐために、実習教育カリキュラムに安全教育を取り入れる必要があると考えた。本研究では、特別養護老人ホームで実習を終えた学生に対して、実習中に体験した事故及びヒヤリ・ハット体験について調査した。実習中の事故及びヒヤリハット体験の内容を明らかにし、危険予知訓練を中心とした安全教育プログラム作成のための基礎資料を得ることを目的とした。

方 法

1. 調査対象

利用者を直接介護する機会の多い特別養護老人ホームを調査対象施設に選んだ。特別養護老人ホームとは、65歳以上の全介護を必要とする人を入所支援する社会福祉施設である（老人福祉法第20条の5）。

特別養護老人ホームで2～4週間の実習を行った川崎医療福祉大学医療福祉学科の4年生91人（男：27人、女：64人）に対してアンケート調査を実施した。

2. 調査内容

特別養護老人ホームの安全に関する調査と題して、以下の内容について質問紙による調査を実施した（調査機関：1997年5月～10月）。(1) 実習中にあなたを含めて、施設職員、利用者が事故（ごく些細な事故を含む）にあったことがありますか（時刻、場所、事故内容等）。(2) あなたは、実習中に事故にまで至らなかったが、「あぶない!」と思ったり、「ヒヤッ!」「ハット!」したことがありますか（時刻、場所、事故内容等）。

結 果

1. 実習中に体験した事故

1) 事故の件数、発生時間帯および場所

実習中の事故84件を被害者別でみると、利用者(70件)≫実習生(8件)＞職員(6件)であった。また、発生した時間帯は、昼(37件)＞夕方(22件)＞夜(13件)＞朝(12件)であった。活動時間である昼の事故発生が多かった。その他の時間帯でも件数が少ないとはいえないと考える。

発生した場所は、居室＞廊下＞食堂＞浴室 — の順に多かった（図1-1）。

2) 事故の内容およびケガの内容

事故の内容及びケガの内容を図1-2、及び図1-3に示した。事故内容では、転倒（35件）、次いで転落（14件）が多かった。[転倒＋転落]（49件）で全体の

*1 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉学科
(連絡先) 田口豊郁 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学

60%を占めた。ケガの内容は、打撲(31件)>切り傷(15件)>擦り傷(8件)>骨折(7件)の順に多かった。ケガの程度では、入院(4件)<通院(16件)<自己治療(19件)<治療なし(41件)で、治療なしが全体の50%を占め、全体の25%が入院及び通院の医療機関が必要であった(図1-4)。

3) 事故の発生場所とその内容

事故の発生件数の最も多かった居室(31件)では、転落(32%)>転倒(29%)>挟まれ(16%)の順であった。居室内の事故で多かったのは、【ベッド⇄車椅子】の移乗の際であった。挟まれ事故は、ベッド柵とベッドあるいは車椅子に挟まれるという内容であった(図1-5)。

廊下(19件)では、転倒が63%、次いで転落が16%であった。このように、高齢者の事故では、転倒及び転落が多い³⁾。食堂及び浴室でも転倒が第1位であった。食堂では他の場所と異なり、食べ物を喉に

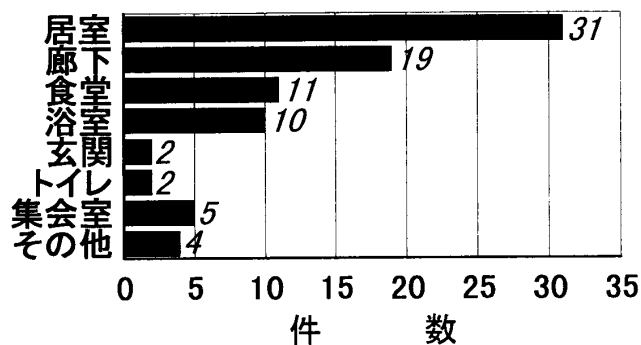


図1-1 事故の発生場所

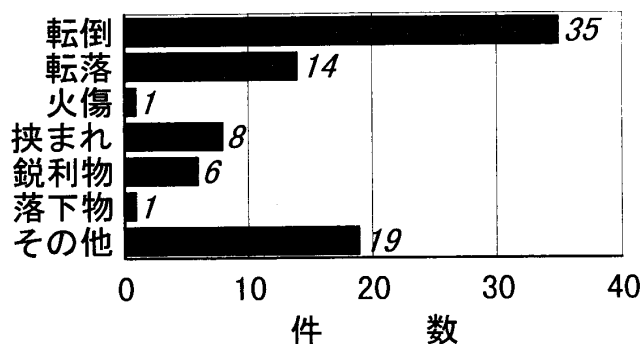


図1-2 事故の内容

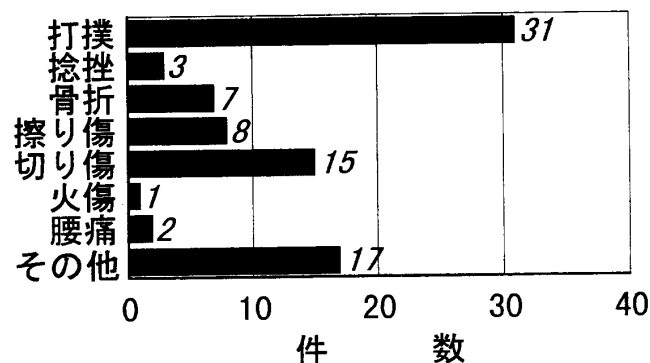


図1-3 ケガの内容

詰まらせるという事故が特徴的であった(図1-5)。

表1に実習中に体験した事故の事例を列举した。

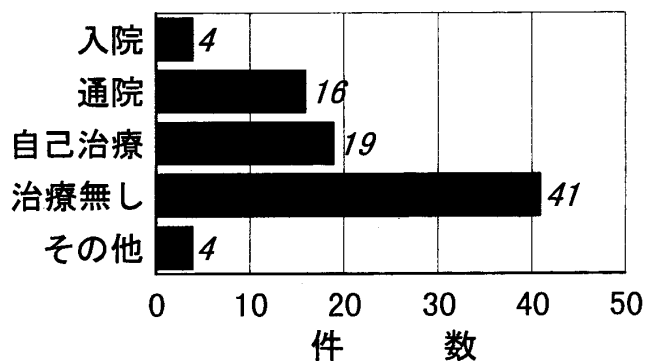


図1-4 ケガの程度

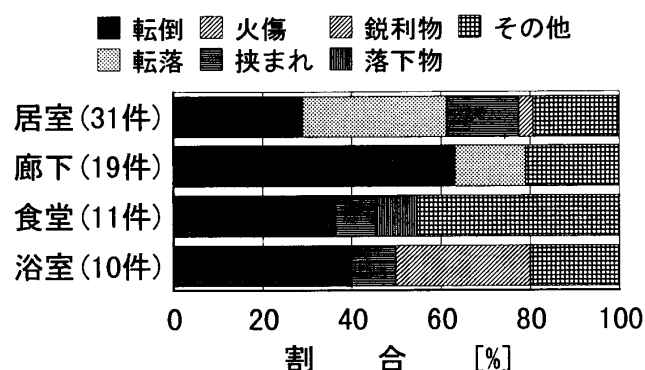


図1-5 発生場所

表1 代表的な事故の事例

①居室で

ベッドから起きあがろうとして転落(夜、打撲、通院)
 ベッドの下のものを取ろうとして転落(夕方、打撲、治療なし)
 ベッドから降りようとして転落(夜、骨折、入院)
 ベッドから車いすへ移動しようとしたとき転倒(昼、打撲、施設内で治療)
 トイレに行こうとしてベッドから降り損なった転落(夜、擦り傷、治療なし)

②食堂で

喉に食事を詰まらせて転倒(朝、打撲、通院)
 食事介護中、食物を利用者の口に早く入れすぎて喉を詰まらせた(夕方、けがなし)
 イスから立とうとして転倒(昼、打撲、治療なし)
 車いすとテーブルの間に挟まれた(夕方、打撲、治療なし)
 ミキサー食しか食べられない利用者にパンを食べさせ喉を詰まらせた(昼、職員が処置)

③浴室で

下半身を洗おうとしてバランスを崩して転倒(朝、打撲、治療なし)
 浴槽に入ろうとしてバランスを崩して転倒(昼、打撲、通院)
 実習生が利用者の爪を切っているとき身を切った(昼、切り傷、施設で治療)
 利用者が長湯でのぼせた(昼、けがなし)

④集会所で

カーペットの縁につまづいて転倒(昼、けがなし)
 レクリエーションのときボーリングのピンを起こそうとして転倒(昼、腰痛、自己治療)

2. 実習中のヒヤリ・ハット体験

ヒヤリ・ハット体験は、84件であった。ヒヤリ・ハット体験の結果を図2-1、図2-2及び図2-3を示した。

ヒヤリ・ハットの発生場所は、居室(30件)>食堂(21件)>浴室(12件)=廊下(12件)で、事故同様、居室が最も多く、発生場所の上位4カ所も事故と同様であった(図2-1)。予想事故は、事故同様、転倒(21件)、転落(22件)が上位2位を占めた(図2-2)。

ヒヤリ・ハットの発生件数の最も多かった居室(30件)の予想事故は、転落(53%)、転倒(25%)の順で、両方で78%を占めた。居室内のヒヤリ・ハットで多かったのは、事故同様、【ベッド⇄車椅子】の移乗の際であった。

廊下(12件)では、衝突が50%、次いで転倒が25%であった。浴室では、転倒(50%)、転落(25%)の順であった。食堂では他の場所と異なり、事故同様、食べ物を喉に詰まらせそうになったというヒヤリ・ハットが多かった。

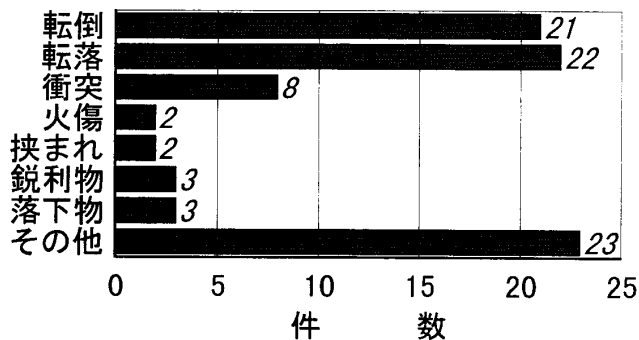


図2-1 ヒヤリ・ハットの予想事故

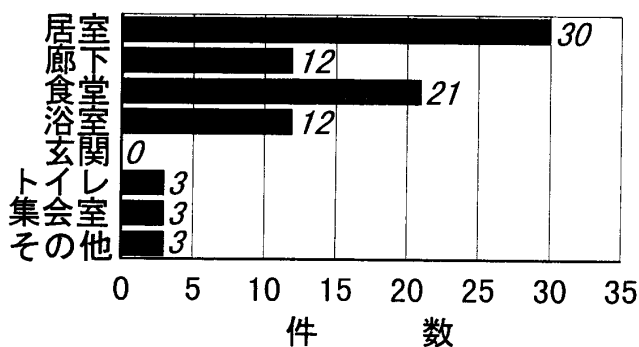


図2-2 ヒヤリ・ハットの発生場所

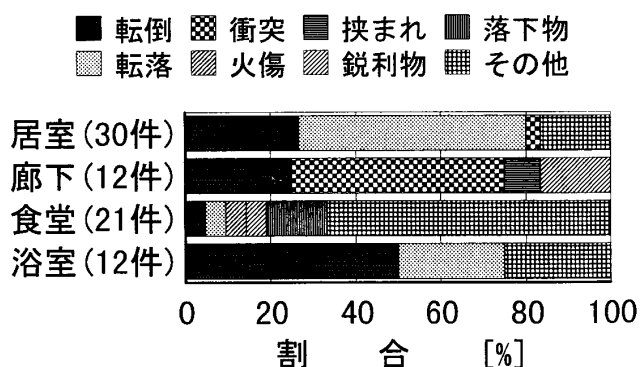


図2-3 ヒヤリ・ハット発生場所（上位4位）と事故内容

表2に実習中に体験したヒヤリ・ハットの事例を列挙した。

表2 代表的なヒヤリ・ハット体験の事例

①転倒・転落に関わるもの

ベッドから車いすへ利用者を移乗させるときにバランスを崩した

入浴介護中利用者を支えている手が滑った

利用者の体位を変えようとして手が滑った

おむつ交換終了後、転落防止の柵を元に戻すのを忘れた

ストレッチャーが溝にはまって利用者が落ちそうになった

ベランダへ車いすを押して出るとき段差のため前のめりになった

脱衣所の床が塗れていたため利用者が滑った

モップ掛けをしていて滑った

利用者を座らそうとしたとき、イスのないところに座らせそうになった

②衝突に関わるもの

車いすの利用者同士が廊下の出会い頭でぶつかりかけた

車いすを自動車から運び出そうとして、頭をぶつけそうになった

車いすからベッドへの移乗の際、利用者と頭どうしをぶつけそうになった

③やけどに関わるもの

食事介護の際、食べ物が熱かった

清拭のときタオルが熱かったのに拭こうとした(ビニル手袋のため熱さが分からなかった)

④挟まれに関するもの

車いすの移動の際、利用者の手と足の位置の確認を忘れた

車いすの移動中、エレベーターに挟まれかけた

⑤鋭利物に関するもの

利用者の爪を切っているとき、身を切りそうになった
痴呆老人が床に投げたガラスコップで手を切りそうになった

⑥その他

食事介護のペースが早くて、利用者がむせた

入浴介護中、利用者の顔が湯船につかっていた

食事介護の際、魚の小骨の取り方が雑だった

3. KYT シート

調査結果を基に KYT シートを作成した。【ベッド⇄車椅子】の移乗の場面の KYT シートの例を図3に示した。これらの KYT シートは社会福祉現場実習の事前学習の際の安全教育に有効に利用できると考える。

状況

利用者の移乗 [車椅子～ベッド]

考 察

自問自答事項

- ・ 転ばないか
- ・ 落とさないか
- ・ 当てないか

1. どんな危険がひそんでいるか

- ・ 移乗させる際に自分のバランスを崩す
- ・ 利用者を支えている手が滑り、利用者を落とす
- ・ 利用者の足を踏む
- ・ 利用者の手足を周りの物（パイプ、棚）に当てる
- ・ 周りの物（花瓶、時計）を落とす
- ・ 車椅子が動き、利用者を落とす
- ・ 無理な体勢をして腰を痛める

2. 危険のポイント

- ・ 支えている手が滑ったり、車椅子が動いて利用者を落とす
- ・ バランスを崩し転倒する
- ・ 無理な体勢をして腰を痛める

3. どんな行動をとるか

- ・ 車椅子のストッパーが止まっているか確認する
- ・ 利用者を抱えるときは、腰を落とし利用者をなるべく自分に近づける
- ・ 利用者の手足の位置を確認する
- ・ 周囲の物（時計、花瓶）は、固定するか壁側に置く

解 説

車椅子～ベッド間の移乗の際というのは、利用者を落とすそうになったり、体のバランスを崩して転びそうになったりと実習生が最も事故を起こしやすい場面です。技術の未熟さもありますが、あわてた結果になってしまうことが多くあるので、ゆっくり落ち着いてすることが必要です。

また、体重の重い利用者の場合は腰を痛めることがあるので、力任せにするのではなく二人で介護した方がよいでしょう。

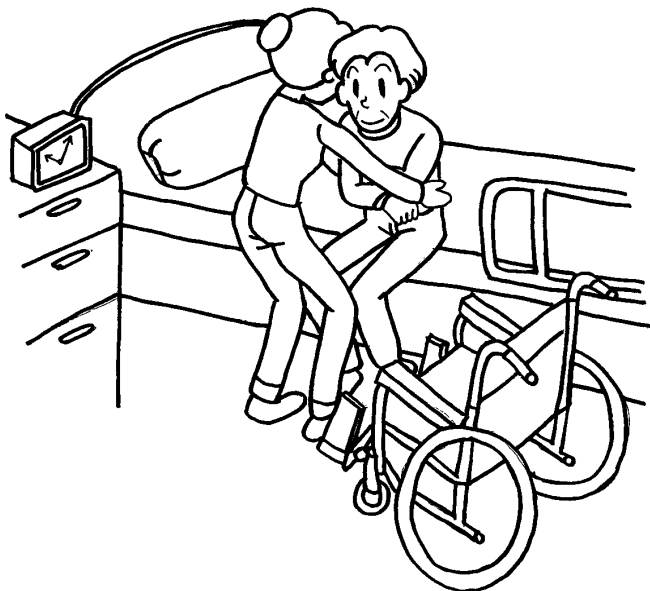


図3 KYT シートの例

1. 事故が起こる要因

1). 不注意の発生

事故は何らかの不注意から発生する。不注意を発生させる要因は以下に示すように大きく①内的要因及び②外的要因 — に分けることができる⁴⁾。

(1) 内的要因：不注意を生じさせやすい人間側の状況

①「速くあそこに行きたい」と思っていると石につまづくといった[何か強い欲望があるとき] ②口論といった[感情が高ぶっているとき] ③いつも座る椅子が違う椅子に変わっていて無意識に座ってびっくりするといった[過去の経験から推測してしまうとき] ④病気や疲労、心配、焦燥といった[心身異常状態のとき] ⑤初心者ではヒヤヒヤすることを平気でやるように[不慣れ、未経験、知識不足のとき] ⑥[何か強い関心を引くものが別にあるとき] ⑦[いい加減な判断で甘く見たとき]

(2) 外的要因：不注意を引き起こしやすい環境側の条件

①はっきり見えないときに勝手な判断をしてしまうといった[事物・事象が曖昧なとき] ②事物、事象が明確でも[似た形状のものが並んでいたり、錯誤しやすい状況のとき] ③非常時、異常時の緊急の対応は間違いやすいといった[作業が切迫しているとき] ④作業の変化が少なく、同じ作業を繰り返しているとき飽きたり不快になってきて注意が継続しなくなるといった[作業が単純すぎる時] ⑤本人の能力を超えて[作業が複雑すぎる時] ⑥[場の雰囲気がルーズなとき] ⑦作業の途中で邪魔が入り[手順の進行を妨げられたとき] ⑧新しい条件が発生して[平常と環境が変わったとき]

上述の要因は多くの作業及び作業上で起こりがちであるが、特に、社会福祉現場実習生にとっては、(1)内的要因では①⑤⑦、(2)外的要因では①②③⑤⑦⑧が事故の要因になると考える。

2. 安全教育の必要性

実習生の安全衛生の確保のためには、学校側の実習生に対する教育の責任が大きいと思われる。実習の事前学習のカリキュラム中に腰痛予防を含めた安全教育を取り入れる必要がある。

一方、実習施設と実習生の間には雇用関係はないが、ある意味では主従関係が成り立つと言える。実習施設側は作業環境の整備や作業標準に基づいた指導を積極的に行う必要がある。そのためには施設側では、衛生担当者を選任するなど労働安全衛生管理体制の充実を積極的に行う必要がある⁵⁾。

実習生の労働安全衛生管理は、学校側の事前教育と実習生自身の事前学習、健康管理、そして実習生を受け入れる施設の作業環境管理と作業管理が必要である。

労働安全衛生法では、新規採用者および労働者の作業内容を変更したときに安全衛生教育を義務づけている（第59条⁶⁾⁷⁾。実習生は労働者と共に作業を行うのだから、実習前の学生にも同等な安全衛生教育が必要であると考え、そのためのカリキュラムが必要である。川崎医療福祉大学では、社会福祉援助技術現場実習のカリキュラム中に腰痛予防を含めた安全衛生教育を取り入れている。よりの確な安全衛生教育を行うためには、専門的な知識を持った指導者が必要である。学校側は安全衛生教育のカリキュラムを作成すると共に、指導者の育成も行う必要がある。

産業現場では、作業員自身の安全に重点を置けばよいが、一方、社会福祉施設では、作業員(職員および実習生)自身の安全確保だけでなく、利用者の安全

確保に重点を置く必要がある。また、職員および実習生の行動によって、利用者が事故あったり、ヒヤリ・ハットさせられる場面が生じることが判明した。福祉施設での安全教育の重要性が明らかとなった。

福祉施設の中に多くの危険因子があることがわかった。今後これらの危険因子を含む KYT シートを作成し、危険に対する感受性を高めるための危険予知訓練を中心に、社会福祉実習現場の安全教育プログラムを完成させたい。

本研究は、川崎医療福祉大学1997年度プロジェクト研究の補助を受けた。

本研究を実施するに当たり協力を頂いた田口ゼミの4期生(94年度生)小林大祐さん、5期生(95年度生)土井加奈子さんに深く感謝いたします。また、多大の援助・協力を頂いた医療福祉学科の社会福祉援助技術現場実習の担当教員および現場実習生、さらに、快く実習学生を受け入れ懇切丁寧なご指導頂きました実習施設の方々に深く感謝いたします。

文 献

- 1) 中央労働災害防止協会編(1996)危険予知活動トレーナー必携。中央労働防止協会、東京、pp16-18.
- 2) 中央労働災害防止協会編(1996)危険予知活動トレーナー必携。中央労働防止協会、東京、pp53-66.
- 3) 田口豊郁, 伊達亜希子(1997)社会福祉現場実習での事故を防ぐための危険予知訓練(KYT)についての研究 — 建物内事故およびヒヤリハット体験についての調査 —。日本人間工学会中国・四国支部第30回大会予稿集, pp44-45.
- 4) 中央労働災害防止協会編(1996)ゼロ災運動推進者ハンドブック。中央労働防止協会、東京、pp64-80.
- 5) 労働省労働安全衛生部労働衛生課編(1997)衛生管理者の実務第3版。中央労働災害防止協会、東京、pp65-78.
- 6) 労働安全衛生法(1972, 法律第57号)第59条(安全衛生教育)。
- 7) 労働省基発第536号(1993)安全衛生教育の推進に当たって留意すべき事項について。

(平成11年5月12日受理)

An Investigation of Accidents causing Minor or No Injury during Training at a Special Home for the Aged

Toyohiro TAGUCHI

(Accepted May 12, 1999)

Key words : SAFETY EDUCATION, KIKEN-YOCHI TRAINING, KYT, COMFORTABLE WORK PLACE, INDUSTRIAL HEALTH CONTROL, INDUSTRIAL SOCIAL WORK

Correspondence to : Toyohiro TAGUCHI

Department of Medical Social Work, Faculty of Medical Welfare
Kawasaki University of Medical Welfare
Kurashiki, 701-0193, Japan
(Kawasaki Journal of Medical Welfare Vol.9, No.1, 1999 117-121)