

ヒューマンエラー —介護事故の認識構造と人的要因に関する分析—

迫 明仁・谷口 敏代

Analysis of
the Recognition Structure and the Human Factor of Nursing Care Incidents

Akihito SAKO, Toshiyo TANIGUCHI

概 要

介護事故（インシデント、ヒヤリ・ハット）における人的要因を検討するために、事故認識および事件事例の分析を行った。「サービス提供者の不注意や配慮不足」は十分に認識されており、「介護方法等の点検・見直し」や「組織・ルール作り」は積極的に行われている。しかし、個々のサービス提供者の「対処方法の知識・技術の不足」は否めなく、「危機管理（リスクマネジメント）の知識」も十分でないことが明らかになった。事故の種類としては自損型の「転倒」や「ズリ落ち」が圧倒的に多く、その結果としては「驚愕・恐怖」を生じる場合や「問題はなかった」に分かれる傾向が見られた。事故の要因としては、「確認不足」や「判断の誤り」、「情報の見逃し」など、サービス提供者側のヒューマンエラー型インシデントと考えられる事例が大半を占めることが判明し、今後はその原因解明および対策の構築が求められる。

キーワード：介護事故（インシデント、ヒヤリ・ハット）、事故認識、人的要因

目 的

厚生労働省は、2002年に医療事故に関する大規模な調査研究を開始した。医療安全対策ネットワーク事業を通じて、特定機能病院、国立病院（機構）・療養所の医療機関を対象に事故（インシデント、ヒヤリ・ハット）事例を収集し、集計・分析した結果等を広く医療機関、国民に公表することにより、関係者の安全対策に繋げようという狙いがある。

介護福祉の分野においても、介護保険法の施行とともに「安全・安心」な介護を求める国民の関心は高まりをみせている。

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件の介護事故が発生している。約1100件の人身事故があり、その8割はケガ（打撲・裂傷）を、約半数は骨折を伴っていた。死亡事故も46件発生している。主な死因は「誤嚥（窒息）」であったという。それらの事故のほとんどは、要介護者自身に主たる要因がある自過失性のものであった。

上記の値を同県の介護施設利用者定員の総数で割る（単純推計する）と、年間に約5%の利用者が介護事故に遭遇し、約0.2%の利用者が介護事故で死亡することになる。100床の施設では毎年約5人が事故に遭遇し（2～3人が骨折し）、5年に1人が死亡する割合になる。

このような状況を踏まえ、神奈川県老人ホーム協会では事故防止対策委員会を設置して、介護事故の防止に関する調査・研究を行い、具体的なリスクマネジメントに関するマニュアルを作成している（神奈川県老人ホーム協会, 2002）。この他にも介護事故に関する実態調査や事故防止対策マニュアルの類が数多く公表されるようになってきた（加藤, 2002；柴尾, 2002；田中, 2002；増田・菊池, 2003；民間病院問題研究所, 2000）。またインターネット上でも情報交換や法律相談等がなされたり、介護事業者によっては積極的に事故の情報を開示しているところもある。

近年、導入が始まった介護サービス事業評価においても、介護事故は重要な領域として位置づけられている。因みに、かながわ福祉サービス振興会が示している2002年度介護サービス評価プログラム（通所介護系）では、6領域83項目のうち、リスクマネジメントに関する内容が18項目を占めている。

介護福祉分野におけるリスクマネジメントには、感染症などに対する保健衛生面の対策や火事・地震などの災害対応などの問題も含まれるが、一般的なりスク要因としては、①人的要因（身体的・心理的要素）、②環境要因（作業環境・道具的要素）、③組織的要因（制度・システムの要素）、④社会的要因（暗黙の社会的要求、価値的要素）、⑤リスク特性（対象や事故の潜在特性）などに構成を分けることができる。

介護事故は医療事故と異なり、サービス提供者側よりサービス利用者の側に主たる原因がある、いわゆる自損型の事故（介護提供者に過失のない不可抗力の事故）が大半を占めるのが特徴である。先に述べた介護事故の人的要因（人為的ミス、ヒューマンエラー）を考える際には、サービス利用者側および提供者側の双方のヒューマンエラーに目を向ける必要がある。

今回、介護事故に関するヒューマンエラーの様相を探るため、介護サービス提供者の意識と介護インシデントの事例の調査を行った。サービス利用者側のヒューマンエラーの詳細な検討には至らないが、以下にその結果の概要を報告したい。

方 法

調査の方法は郵送による質問紙調査で、調査項目は、所属（施設の種別）、職種（資格）、勤務年数、年齢、性別等の基本属性に関する事項のほか、以下に述べる「介護事故」に関する認識及び体験事例等に関する調査内容が含まれる。

調査の時期：調査の時期は2002年11月～2003年2月である。

調査の対象：調査の対象は、本学卒業者（介護福祉士）及びカレント教育のための研究会会員（介護系施設職員）の320例とした。

有効回答数：期間内回収および記入漏れのない有効回答数は137例であった（卒業者には転職・退

職や住所変更等が多く、有効回答率は42.8%に止まった)。

分析の対象：有効回答137例の内訳を所属と職種で区分すると、特別養護老人ホーム及び老人保健施設に所属する介護系職員（介護福祉士・ホームヘルパー）は78例である。医療機関等所属の介護系職員は31例、医療職系職員（看護師、作業療法士等）は28例であった。ここでは、介護職系78例と全体137例を併せて分析した。なお、後に述べるクロス集計の資料は全体の場合のみ掲載する。

表1. 分析の対象(所属・職種別例数、<>括弧内の数値は平均勤務年数、性別は全女性)

所 属	介護職(介護士・ヘルパー)	医療職(看護師・その他)
介護施設(特養・老健等)	78 < 4.2 >	18 < 6.6 >
医療施設(病院・訪問看護等)	31 < 3.6 >	10 < 8.1 >

結果・考察

1. 介護事故対策

まず介護事故対策および護事故に関する認識について検討する。これに関する項目群の回答(肯定「はい」の割合)を概略的に集計したものが表2である。

表2. 介護事故への対策

質 問 項 目 (要約)	介護系 (n=78)	全体 (n=137)
Q1-1. 「介護事故(ヒヤリ・ハット)報告書」があり、作成する	100.0	95.6
Q1-2. 「介護事故対策(防止)マニュアル」が作成されている	75.6	73.7
Q1-4. 介護事故対策(防止)のための専門組織がある、スタッフがいる	71.8	64.2
Q1-5. 介護事故対策(防止)のための講習や訓練を行っている	61.5	62.8
Q1-3. 「明確な介護事故の基準」がある(理解している)	41.0	35.8
Q1-6. 「介護者の注意が不十分であったために、あるいは不可抗力で、利用者の身体や財産などに損害を与えること」は「介護事故」である	85.9	86.1
Q1-7. 「利用者に不利益は発生していないが、その危険性が発生した場合(介護提供者がヒヤリ・ハットとした場合)」は「介護事故」である	41.0	47.4

特養・老健の介護職系では「介護事故(ヒヤリ・ハット)報告書があり、作成する」は100%である。制度的には「介護事故(ヒヤリ・ハット)報告書の作成」は定着しているようであるが、「介護事故対策(防止)マニュアル」や「専門組織」が整っていないとしている回答が3割ほどある。「介護事故対策(防止)の講習や訓練」の実施は60%台で、徹底されているとは言い難い。

事故の種類は、「介護提供者に過失のない（不可抗力の）介護事故」と「介護提供者の過失による介護事故（介護過誤）」に大きくは分けられるが、国民生活センター（2000年）の定義によれば、「介護の提供過程で、利用者に対して何らかの不利益な結果を与えた場合、または与える危険のあった場合」とされている。冒頭でも触れたように介護事故は自過失性の原因が大半を占めてはいるが要介護状態というのは、事故の危険性が高い状態にあり、介護提供者にはその事故を予防する専門的努力が求められる。そういった視点からみれば、Q1-7の「ヒヤリ・ハット」体験を介護事故と考えるという回答の割合が半数を割っており、事故に対する認識が高いとは言えない。

Q1-3の「明確な介護事故の基準がある（介護系41.0%、全体35.8%）」とQ1-7のクロス集計は22.6%にまで低下している。この接点から考えると、まずは介護事故の基準（防止や事後対応を含む対策等）が明確に示されていること（職員が理解すること）が、介護事故への認識（安全な介護サービスの提供）を深化させることに繋がると思われる。その上で事故防止のためのシステム（組織や講習会など）を確実に整備することが必要であろう。

2. 介護事故に対する認識・態度

次に、介護事故に対する認識・態度についての諸回答を集約したものが、表3（単純集計）および表4（クロス集計）である。

表3. 介護事故に対する認識・態度

調査項目 (要約)	介護系 (n=78)	全体 (n=137)
Q2-05. 的確に対応できなかったことは点検し、介護方法等を見直す	87.2	89.8
Q2-02. 介護事故には、職員側の不注意や配慮不足の面がある	85.9	85.4
Q2-14. 職員間の業務分担の明確化や職種間連携・系統化が必要	71.8	75.9
Q2-13. 安全を確保するには、職員が足りない（夜間など）	76.9	75.2
Q2-10. 組織やルールを作り、職場全体で事故防止に努める	69.2	70.8
Q2-09. 事故防止や対処方法の知識・技術が十分でない	70.5	66.4
Q2-12. 事故防止対策と介護支援の間に、矛盾が生じる場合がある	69.2	65.7
Q2-01. 介護事故には、利用者の衰えが原因でやむを得ない面がある	57.7	46.6
Q2-08. 介護用具や用品、設備などの安全対策に不十分なものがある	33.3	38.0
Q2-07. 介護事故に対する職員の意識が高くない	12.8	31.4
Q2-03. 職員がいないところで起きる事故は対応のしようがない	17.9	21.2
Q2-06. 賠償を求められた時のために「損害賠償保険」に加入する	6.4	10.9
Q2-11. 介護事故に関する報告義務・説明責任は、意識したことがない	2.6	3.6
Q2-04. ヒヤリ・ハットでも実害がなければ、報告しなくてもよい	2.6	2.2

表 4. 介護事故に対する認識・態度(クロス集計:全体)

項目	Q2-02	Q2-14	Q2-13	Q2-10	Q2-09	Q2-12	Q2-01	Q2-08	Q2-07	Q2-03	Q2-06	Q2-11	Q2-04
Q2-05. 見直し	75.9	73.0	68.6	69.3	60.6	59.9	45.3	35.8	29.2	19.7	10.2	2.9	2.2
Q2-02. 不注意		66.4	63.5	62.8	62.0	59.1	43.8	33.6	30.7	16.1	9.5	3.6	0.7
Q2-14. 明確化			56.9	61.3	51.8	53.3	40.1	31.4	27.0	14.6	9.5	2.9	2.2
Q2-13. 職員数				54.7	51.1	51.1	38.0	33.6	22.6	16.8	10.2	2.9	2.2
Q2-10. 組織化					47.4	53.3	37.2	31.4	22.6	15.3	10.2	2.2	2.2
Q2-09. 未熟性						46.0	33.6	32.8	28.5	11.7	8.0	2.9	2.2
Q2-12. 矛盾性							39.4	29.9	22.6	14.6	10.2	2.9	1.5
Q2-01. 利用者								19.7	11.7	14.6	5.8	0.7	1.5
Q2-08. 不備									16.1	7.3	7.3	2.2	2.2
Q2-07. 低意識										5.8	4.4	2.9	1.5
Q2-03. 非監視											2.2	1.5	0.7
Q2-06. 保険												0.0	1.5
Q2-11. 責任													2.2

先に見たように、介護系は全員が介護事故報告書を作成している。そのためであろうが、Q2-02「職員側の不注意や配慮不足」やQ2-11「介護事故に関する説明責任」は十分に認識されており、Q2-05「介護方法等の点検・見直し」には9割近くが取り組み、またそのためのQ2-10「組織・ルール作り」やQ2-14「業務・職員連携」も積極的に行っている（それぞれ約7割）。

しかし、その認識・態度を阻害しかねない要因も幾つかある。そのトップはマンパワーの不足（Q2-13「職員が足りない」）である。介護サービスの提供や安全の維持はマンパワーに依存する部分が多い。確かにそこには数も問題となるが、質も問題となる。

Q2-09「対処方法の知識・技術不足」も7割前後あると回答している。介護事故に関する法的知識や倫理、また医学的知識（感染症予防や救急医療）など、「危機管理」に関する知識・技術は少ない。

また、介護者側の葛藤も窺える。7割ほどがQ2-12「事故対策と介護支援には矛盾が生じる場合がある」と感じており、「安全第一」主義を貫く訳にはいかない現実を示している。さらに5割ほどはQ2-01「利用者が原因でやむを得ない面がある」との認識も見られる（介護系のこの回答が全体より10ポイントほど多いのが気になる部分ではあるが）。

3. 介護事故（ヒヤリ・ハット）の事例分析

実際に体験した介護事故（インシデント、ヒヤリ・ハット）の事例（場面等の具体的記述、原因及び結果の区分）については、延べ総数168件の回答事例が得られた。

表5に介護事故の類型別（階層的クラスタ分析：標準化ユークリッド距離を用いた群平均法の成

績) にその頻度を掲げる。

表 5. 介護事故(ヒヤリ・ハット)の類型

項目	(n=168)
R01. 転倒	63
R13. その他	36
R10. 誤薬・誤配	16
R05. 外傷・自傷	10
R03. 接触・衝突	6
R04. 異食・誤食	6
R08. 溺水・窒息	4
R12. 器物損傷・紛失	4
R09. 誤飲・誤嚥	3
R07. 転落(階段)	1
R11. チューブトラブル	4
R06. 徘徊・失踪	8
R02. ズリ落ち	7

最も多かったものは R01「転倒」で63件(37.5%)であった。R02「ズリ落ち」の7件を加えると合計70件(41.7%)となる。国民生活センターがまとめた2000年度の介護事故調査でも介護事故の1位は「転倒・転落」で約半数を占めていた。今回の調査とほぼ同様の傾向が示されている。なお、同センターの分析によれば、短

期滞在型施設の利用者の事故が多く、次いで通所型施設の利用者で、長期滞在型施設での事故は全般的には少ないという。

R10「誤薬・誤配」が第3位(16件)になっている。厚生労働省医療安全対策ネットワークが公表している医療事故(ヒヤリ・ハット事例、2003年4月)によれば、「処方・与薬」が最も多い。医療ニーズが高い高齢者の介護でも類似の事故が起きる可能性は高い。

R05「外傷・自傷」やR03「接触・衝突」といったケガ(打撲・裂傷)も10件前後あるが、痴呆や精神疾患と関連しているとみられるR04「異食・誤食」やR06「徘徊・失踪」も6~8件前後報告されている。見守りが欠かせない部分での事故といえる。

表 6. 介護事故(ヒヤリ・ハット)の経過

項目	(n=197)
Z3. 驚愕・恐怖	64
Z7. 問題はなかった	63
Z8. その他	19
Z2. 泣く・悲しむ	6
Z6. 笑いで済む	4
Z5. 誤りに気づいた	15
Z4. 損傷・病状悪化	16
Z1. 立腹・苦言	10

事故の結果(経過・影響)は、同一事例で複数の結果を導く場合もあるので、延べ197件に区分したが、最も多かったのはZ3「驚愕・恐怖」を与えた場合である(表6参照64件32.5%)。

表7は介護事故の類

型と経緯のクロス集計を示したものであるが、R01「転倒」ではZ8「問題なかった」とする事例が多かった（39件）。いわゆる「幸運事例」に該当すると考えられるものである。しかしながら、高齢者の転倒は骨折や大きな傷害に結びつくケースが多いことは周知の事実であるので、介護予防の立場からも、安全対策は十分に検討されなければならない。

表 7. 介護事故の類型と経過のクロス集計(重複して集計しているので単純集計より多い)

項目	Z3	Z7	Z8	Z4	Z5	Z1	Z2	Z6	計
R01. 転倒	19	39	6	6	1	1	2	1	75
R13. その他	19	6	4	2	6	6	2	1	46
R10. 誤薬・誤配	10	3	4		2				19
R05. 外傷・自傷	2	1	1	5	1	2			12
R03. 接触・衝突	2	3	2	2		1	1		11
R06. 徘徊・失踪	4	1	2		1		1	1	10
R02. ズリ落ち	3	3	1		1			1	9
R04. 異食・誤食	4	1		1					6
R08. 溺水・窒息		3			1				4
R11. チューブトラブル	1	1		1		1			4
R12. 器物損傷・紛失		2			2				4
R09. 誤飲・誤嚥	1	2							3
R07. 転落(階段)	1								1
計	66	65	20	17	15	11	6	4	204

介護者側の傷害についての報告はなかった。しかし、腰痛や感染等の問題は日常的に指摘されており、潜在的な問題として残っていると考えられる。

介護事故の防止には、その発生メカニズムを検証する必要がある。事故に結びついたと思われる人的要因を16カテゴリー（5系統）に区分し、その出現頻度を集計した結果が表8である（事例1件に複数の要因があるので、集計は報告事例の約3倍程に増大している）。また表9は介護事故の類型と人的要因とのクロス集計である。

最も多い要因はB5「確認しなかった」で90件（19.9%）であった。前出の医療安全対策ネットワークでも医療事故発生トップ要因が「確認」となっている。同様の結果が得られた。

C1「判断・決定を誤る」とB4「情報の見逃し」も70件台で第2、3位の要因として上がっている。医療安全対策ネットワークの結果でも「観察」及び「判断」の要因は上位に上がっており、これも類似の結果である。

今回の介護事例（ヒヤリ・ハット体験）の調査は概略的なもので、発生の時期（発生曜日、時間帯、場所、事故者の状態（病態）、発見者、当事者の職種、職務経験、事故の局面、事故の内容、発

生要因（原因）、影響（結果）等について、その詳細を調査している訳ではない。しかし、傾向としては、厚生労働省医療安全対策ネットワークに報告されている医療事故と類似性が高いことが確認できた。しかし、認知症（痴呆症）の方の介護事故など、介護福祉領域に固有の課題も残っており、介護事故については、今後も検討を重ねる必要がある。

表 8. 介護事故発生の人的要因(頻度)

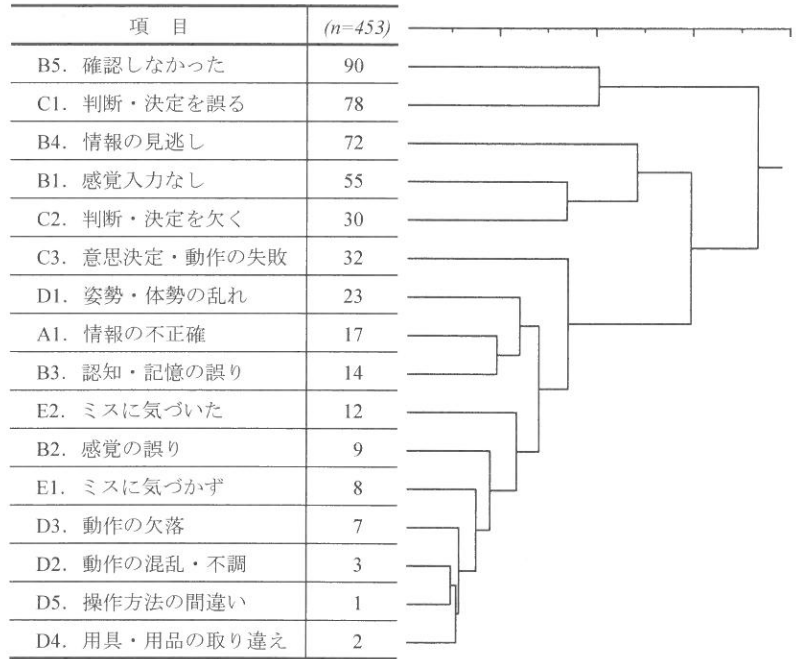


表 9. 介護事故の類型と人的要因のクロス集計(重複して集計しているので単純集計より多い)

項目	B5	C1	B4	B1	C3	C2	D1	A1	B3	E2	B2	E1	D3	D2	D4	D5	計
R01. 転倒	30	39	20	15	10	9	18	6	1	2			2				152
R13. その他	14	11	19	16	7	7	1	2		1	1	3	3	2	1	1	89
R10. 誤薬等	16	8	6	2	5	2	1	5	8	5	4	1					63
R06. 徘徊等	4	1	8	7	1	4		1	1		1	1					29
R02. ブリ落ち	5	4	4	5	2	1	2		1		2						26
R05. 外傷等	5	4	3	2	3	1			1				2	1	1		23
R04. 異食等	4	2	6	4	1	2		1	1			1					22
R08. 溺水等	4	4	4	2	1	1		1		2		1					20
R03. 接触等	3	4	2	3	2	2				2				1			19
R11. チューブ	4	1	3	1	1	2					1	1			1		15
R12. 器物損傷	2	1					1	2	1								7
R09. 誤飲等	2	2			1												5
R07. 転落				1		1											2
計	93	81	75	58	34	32	23	18	14	12	9	8	7	4	3	1	472

参考文献

1. 大山正・丸山康則：ヒューマンエラーの心理学、東光、2001.
2. 海保博之・田辺文也：ヒューマン・エラー、新曜社、1996.
3. 加藤良夫：ホームヘルパーのためのヒヤリ・はっと介護事故防止ハンドブック、日本医療企画、2002.
4. 神奈川県老人ホーム協会事故防止対策検討委員：介護事故—リスクマネジメント—、日総研出版、2002.
5. 国民生活センター：介護事故の実態と未然防止に関する調査研究、国民生活センター、2002.
6. 厚生労働省Web Page：医療安全対策ネットワーク—医療安全対策情報—、2003年4月掲載.
7. 柴尾慶次：介護事故とリスクマネジメント、中央法規出版、2002.
8. 田中 元：介護事故完全防止マニュアル—こうすれば事故は防げる—、ばる出版、2002.
9. 芳賀 繁：うっかりミスはなぜ起こる、中央労災防止協会、2000.
10. 増田雅暢・菊池馨実：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、2003.
11. 三隅二不二ほか：事故防止の行動科学、福村出版、1992.
12. 民間病院問題研究所：介護事故—その予防と解決法を探る—、日本医療企画、2000.

謝 辞

本研究の推進にあたって、綾部優子、井上夕香理、岡部芙美子、高橋尚子、高林秀美、松尾由加、山下陽子の諸君を始め、多くの関係者からの協力を得た。ここに謝意を表します。

〔2004年10月31日受付〕
〔2004年12月25日受理〕