

2014 年度学位論文

主指導教員 北島英治 特任教授

副指導教員 中島健一 教授

介護老人福祉施設におけるリスクマネジメントと

転倒の発生要因・事故防止策・活動参加の取り組みに関する研究

**Study on the Risk Management, the Primary Causes of Falls, Accident
Prevention Plans, and Initiatives for Activity Participation in Facilities
Covered by Public Aid Providing Long-Term Care to the Elderly**

日本社会事業大学大学院 社会福祉学研究科

堀米史一

— 目次 —

序章 本論文の背景と目的.....	1
1. 本論文の背景にあるリスクマネジメントの実態	1
2. 問題意識と本論文の目的	2
3. 本論文の構成	3
第1章 介護サービスにおける「介護事故」「インシデント」に関する先行研究の検討	5
1. 定義に関する先行研究.....	5
1) リスクとリスクマネジメントの定義に関する先行研究	5
2) 介護事故とインシデントの定義に関する先行研究	7
2. 介護事故とインシデントの発生要因に関する先行研究.....	11
1) 発生要因に関する先行研究	11
2) ヒューマンエラーによる介護事故・インシデントの発生.....	13
3) 環境要因による介護事故・インシデントの発生	15
3. 転倒の発生要因と事故防止策・活動参加に関する先行研究.....	15
1) 利用者要因と転倒の関連性に関する先行研究	15
2) 環境要因と転倒の関連性に関する先行研究	18
3) 服薬状況と転倒の関連性に関する先行研究	19
4) 転倒事故と事故防止策・活動参加に関する先行研究.....	22
4. 本研究における検討課題	23
1) 本研究におけるリスクマネジメント・介護事故・インシデントの操作的定義	23
2) 介護事故とインシデントの発生要因と事故防止策・活動参加の関連性	23
3) 本研究の課題	25
5. 本研究の意義.....	26
6. 質的研究と量的研究の位置づけ	26
第2章 施設職員へのインタビュー調査.....	28
1. 目的	28
2. 方法	28
1) 調査方法と期間	28
2) 調査対象と実施方法.....	28
3) 調査内容.....	28
4) 分析方法.....	29
5) 調査実施にあたっての倫理上の配慮.....	29
3. 結果	29
1) 調査対象者の属性	29
2) 施設におけるリスクマネジメントの取り組み	30
3) 施設で想定している介護事故・インシデントの種類.....	31
4) 介護事故・インシデントの発生要因.....	32
5) 事故防止策として考えられること	35
6) 事故防止策以外で事故防止につながっていること	37
7) QOL とリスクの関係性	38
8) QOL とリスクのバランス	39
9) 施設における活動参加への取り組み事例.....	41

4. 考察	47
1) 施設におけるリスクマネジメントの取り組み	47
2) 施設で想定している介護事故・インシデントの種類	47
3) 介護事故・インシデントの発生要因	48
4) 事故防止策として考えられること	49
5) 事故防止策以外で事故防止につながっていること	50
6) QOL とリスクの関係性	51
7) QOL とリスクのバランス	51
8) 施設における活動参加への取り組み事例	52
9) 理論モデルの構築と仮説の生成	53
10) 本調査の限界	55
第3章 利用者の状況と転倒防止策に関する質問紙調査	56
1. 目的	56
2. 方法	56
1) 調査方法と期間	56
2) 調査対象と実施方法	56
3) 調査内容	56
4) 分析方法	58
5) 調査実施にあたっての倫理上の配慮	58
3. 結果	59
1) 調査対象者の属性	59
2) 転倒の有無と属性の関連性	63
3) 属性の平均値と標準偏差	65
4) 属性間の相関	66
5) 転倒の有無と属性の多重共線性	67
6) 転倒予測要因の調整オッズ比	68
7) 転倒と活動範囲の拡大の関連性	72
4. 考察	73
1) 対象者の基本属性	73
2) 作業仮説（1）について	75
3) 作業仮説（2）について	76
4) 作業仮説（3）について	77
5) 作業仮説（4）について	77
6) 本調査の限界	78
第4章 総合考察・結論	80
1. 総合考察	80
1) 理論モデルの構築と仮説の生成	80
2) 作業仮説の検証	81
3) 理論モデルにおける要因間の作用	87
4) 介護老人福祉施設における転倒防止と利用者の生活の質の向上に関する提言	88
2. 本論文の限界と課題	91
3. 結論	92

謝辭	94
引用文獻	95
參考文獻	103
卷末資料	105

序章 本論文の背景と目的

1. 本論文の背景にあるリスクマネジメントの実態

2000(平成 12)年 4 月に施行された介護保険法にともない福祉サービス提供の仕組みが措置制度から契約制度へと変わり、サービス利用者の普遍化・拡大化等に伴う福祉サービス利用者の権利意識の向上や苦情解決の仕組みの導入、近年の医療機関において頻発している医療事故と医療事故訴訟等に関する報道などにより、介護サービスにおいても事故への関心が持たれるようになってきた。

2010(平成 22)年に行われた国民生活基礎調査の結果によると要介護や要支援の状態になった原因として「転倒・骨折」が全体の 10.2%であり(厚生労働省大臣官房統計情報部, 2012), 2013(平成 25)年の報告では 11.8%と増加しており(厚生労働省, 2014), また 2012(平成 24)年の厚生労働省(2013)の人口動態統計の死因別死亡数報告によると「不慮の事故」による死亡者数は 40, 857 名で死因別死亡数全体の 6 位となっている(厚生労働省, 2013)ように事故の危険性は日常生活の中の多くに潜んでおり、特に高齢者は事故の影響を身体的・精神的側面で大きく受けやすく、高齢者は常にリスクと共に生活していると考えることができる。

従来介護サービスにおいて高齢者の転倒・転落防止の理由から身体拘束が行われてきたが、身体拘束により利用者に身体的弊害・精神的弊害・社会的弊害がもたらされ、身体拘束の悪循環による二次的・三次的な障害が生じる可能性があるとし、厚生労働省(2002 b)は 1999(平成 11)年 3 月 31 日付けで指定介護老人福祉施設、指定介護療養型施設等の運営基準に身体拘束禁止の規定を盛り込んだ省令を発表し、続いて 2000(平成 12)年 7 月に身体拘束ゼロ推進検討委員会を発足させた(厚生労働省, 2002 b)。このことから介護老人福祉施設では原則として身体拘束を行わずに、事故防止に取り組んでいる現状である。

国民生活センター(2000)の「介護事故の実態と未然防止に関する調査研究」では特別養護老人ホームおよび有料老人ホーム 16 施設において 1999(平成 11)年 9 月から 2000(平成 12)年 1 月の期間を対象に面接調査を行い 220 件の介護事故事例を収集し検討している。収集した 220 件の事例を、「転倒」「ベッドからの転落」「介助中の事故によるあざ・出血・やけど等」「原因不明およびその他の骨折・あざ・出血等」「誤嚥」「異食」「薬の誤配」「無断外出」「入居者同士のトラブル」「物の破損・紛失」「疥癬等」の 11 に分類し、この分類の中では、「転倒」が 64 件ともっとも多かったと報告している。また報告書の中では介護事故の範囲やとらえ方については施設によってもまちまちであり、事故報告の基準やその内容についても統一的な基準は存在しない(国民生活センター, 2000)と指摘している。

介護事故の基準については厚生労働省(1999)が定めた「介護保険法施行規則」において、「指定介護老人福祉施設は入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合は速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない」(厚生労働省, 1999)と定めており、同省(2002)は「福祉サービスにおける危機管理に関する検討会」を設置し、2002(平成 14)年に「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～利用者の笑顔と満足を求めて～」を策定し、福祉サービス分野におけるリスクマネジメントを「福祉サービスを提供する過程における事故の未然防止や、万が一にも発生した場合の対応(特に損害賠償等、法人・施設の

責任問題を含む」とした上で、「『より質の高いサービスを提供することによって多くの事故が回避できる』という考え方(クオリティー・インプルーブメント)で取り組むべき」(厚生労働省, 2002)とし、事故が起こってしまった時の対応指針については定められたが、何をもって事故とするのかなどの事故の範囲や報告手順などについての規定はされておらずサービス事業者に委ねられている状況である。このことは保険者である市町村においても同様であり、三菱総合研究所(2009)が2008(平成20)年に全国の1,850市町村を対象に行った調査において、報告基準や手順が定められている市町村は全体の約4割であり、対象とする事故の範囲や報告基準にはばらつきがみられた(三菱総合研究所, 2009)と報告しており、また施設による報告の有無や記載内容のばらつきがあることも指摘されている。

「介護事故」の危険性は、高齢者の日常生活において常に付きまとうものである。そして高齢者にとって「介護事故」はその人のその後の人生を大きく変化させてしまう可能性があり、介護サービスにおいては事故を未然に防ぐ努力が求められている。しかし、「事故防止」と言っても、介護事故の基準について明確にされたものはなく、また高齢者は様々な個性や特徴、疾病などがあり、高齢者各個人に合った「事故防止策」を考える必要があり、さらに質の高い生活が送れるような支援が求められている。

2. 問題意識と本論文の目的

介護サービス提供の場は利用者にとっての生活の場であり、利用者一人ひとは生活者であることから、自由、自立、自己決定の尊重が求められている。特に介護施設においては集団生活の場であることから様々な制約や制限を求められることもあるが、利用者一人ひとりに対して尊厳をもってサービスが提供されなければならない。この尊厳について介護保険法の第一条において「この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。」と定められている(野崎和義監修, ミネルヴァ書房編集部編, 2010)ように、介護保険法の目的においても利用者の尊厳のある日常生活が送れるように支援をすることが求められている。

2000(平成12)年の介護保険法施行以前は介護サービスが行政の措置によって提供され、サービスの開始時期からその内容、頻度、さらには苦情や介護事故への対応にいたるまで、あらゆる義務と責任は行政のもとにあった。そのため、実際にサービスを提供する事業者はサービスの内容に関する責任を問われることはほとんどなかったが、介護保険制度が導入され、利用者と事業者はそれぞれの自己責任を負って、直接契約の下に介護サービスを利用・提供する主体として位置づけられ、行政が進んでその責任を負うことはなくなった。さらに介護サービスはサービス提供者と利用者との契約によって成り立っていることから、サービス提供者には利用者への安全配慮義務が課せられ、介護者が利用者の安全に対して予見可能性と回避可能性の注意義務を怠ったことにより、利用者がけがをした場合には償

務不履行責任を負うことになる。このようなことから介護サービス提供事業者はそれぞれの組織において事故報告書やインシデント・ヒヤリハット報告書を用いた取り組みや、事故防止策を導入し利用者の安全の確保に努めながら、利用者の自由、自立、自己決定の尊重にも配慮をおこなっている現状であるが、利用者の身体的・精神的な機能低下などもあり介護事故の発生全てを防止することは困難な状況であり、利用者の安全と自由、自立、自己決定の尊重との関係をどのように考えるかは重要な問題となっている。

全国社会福祉施設経営者協議会(2001)は「福祉施設におけるリスクマネジメントの在り方に関する検討会」の中でリスクマネジメントの側面は非常に多種多様であることを述べたうえで、顧客や利用者に対する安全確保を、サービスの質の向上に組み込んだ取り組みとして行くと、サービス管理の側面が強くなる(全国社会福祉施設経営者協議会, 2001)とし、また河野・山中・松田・石束(2007)は「安静状態による廃用症候群や社会的活動の機会の喪失など、のちの生活に多大な影響をあたえるおそれがある」(河野・山中・松田・石束, 2007)と指摘しているように、従来の安全を重視するリスクマネジメントの捉え方に利用者の活動範囲の拡大の視点を加えて検討することにより、より質の高い安全な生活の在り方を介護サービス提供者に示唆することができると考えた。この高齢者の介護事故とサービスの質については厚生労働省(2002 a)の「福祉サービスにおける危機管理に関する検討会」のクオリティー・インプルーブメントの考え方(厚生労働省, 2002 a)の他にも、日本福祉施設士会「福祉 QC」全国推進委員会(1997)が提言している継続的にサービスや仕事などの質の管理・改善を行う活動である福祉クオリティーコントロール(日本福祉施設士会「福祉 QC」全国推進委員会, 1997)のように、サービスの質の向上をさせても介護事故・インシデントのリスクは維持することができると考えられることから、本論文では高齢者支援におけるリスクマネジメント研究の知見を踏まえ、介護老人福祉施設におけるリスクマネジメントの取り組みに利用者への外出支援や移動制限などの活動参加への取り組みの視点を加えた理論モデルを構築し、さらに高齢者が最も起こしやすい介護事故・インシデントの種類である転倒に焦点を絞り、発生要因と事故防止策、活動参加への取り組みに対する理論仮説及び作業仮説の検証を行うことを目的とした。

3. 本論文の構成

本論文は、序章を含め全 5 章で構成される。以下に論文の構成について示す(図 0-1)。

序章では、本研究の背景と研究目的を述べ、本論文の研究の全体構成を概観する。

第 1 章では、高齢者領域における「介護事故・インシデントの定義」と「介護事故とインシデントの発生要因と検証方法」、「転倒事故」の先行研究の知見の整理を行い、本論文の具体的な課題を提示する。また本研究の意義について述べる。

第 2 章では、介護老人福祉施設職員を対象に行ったインタビュー調査の概要を説明するとともに結果を提示し、先行研究を踏まえて考察を行う。

第 3 章では、介護老人福祉施設における利用者の状態と介護事故・インシデントの発生状況の質問紙調査の概要と結果を示し考察を行う。

第 4 章では、本研究が取り組んだ調査の結果を踏まえて、介護老人福祉施設における転倒の発生要因と事故防止策・事故防止策以外で事故防止につながる取り組みについての総

合考察を行い，サービスの質の向上に焦点を当てたリスクマネジメントを提案するとともに，本論文の限界と課題について述べる．そして，最後に本論文の結論を述べる．

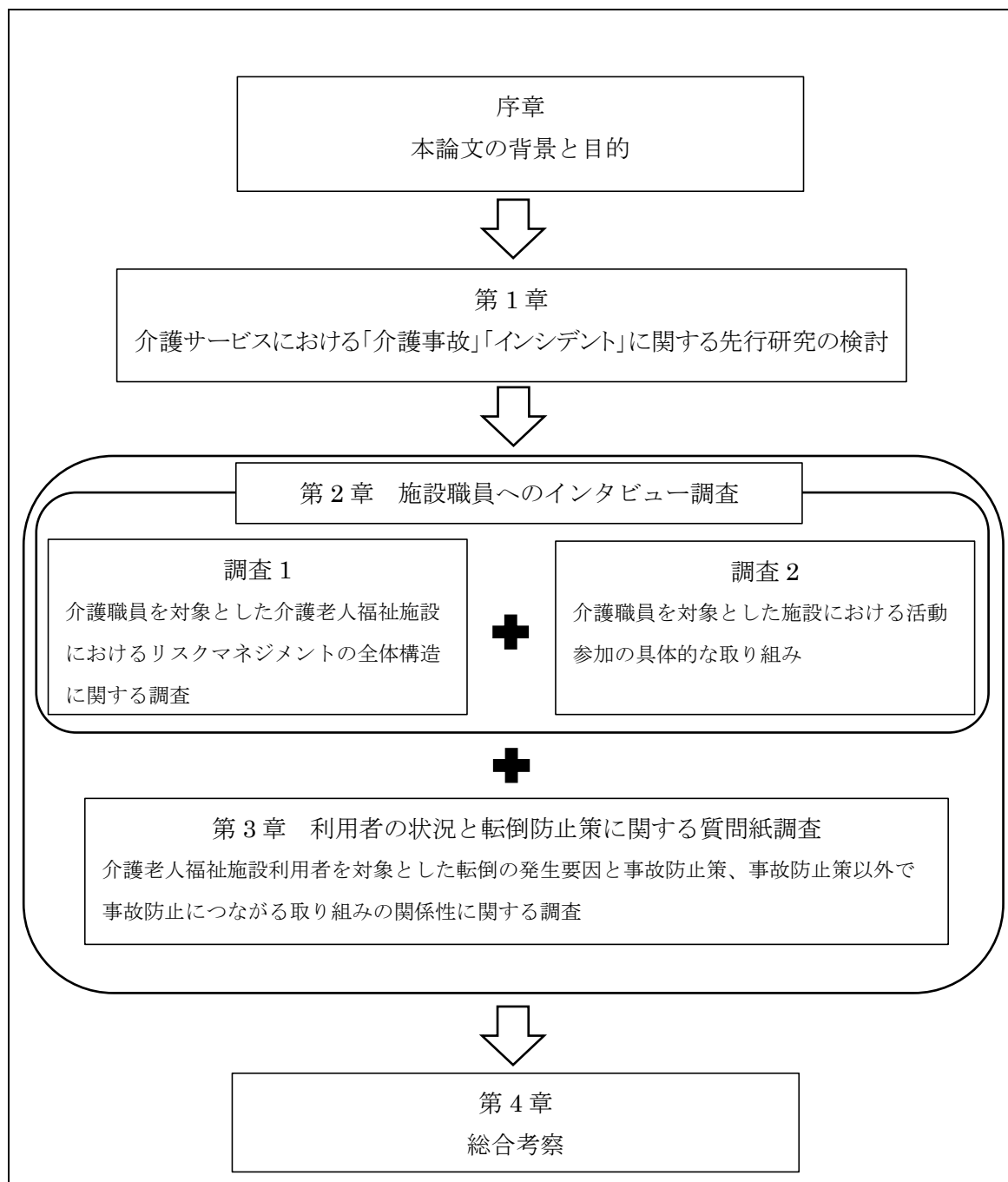


図 0-1 本研究の全体構想

第1章 介護サービスにおける「介護事故」「インシデント」に関する先行研究の検討

介護保険法が施行されてから10年以上が経過し、近年では高齢化の進展と重度要介護高齢者が増加している一方で、介護サービス利用者の権利意識の向上やニーズが多様化してきており、利用者の個別性に合わせたケアの提供が求められている。また施設におけるリスクマネジメントでは組織が一丸となり様々な取り組みが行われるようになってきたが、介護サービス提供者には知識と技術のさらなる向上が求められている。

しかし介護サービスにおいてリスクマネジメントや介護事故、インシデント、ヒヤリハットなどの用語についての統一はされておらず、施設ではそれぞれの組織の中で確立した定義を用いて実践しているのが現状である。この様な現状を踏まえ、国内の文献検索の際のキーワードはリスク、リスクマネジメント、介護事故、アクシデント、インシデント、ヒヤリハット、転倒を設定した。海外の文献検索では risk, risk management, accident, incident, incidence, falls の他にその事象の結果を示す言葉として injury と fracture も検索語として設定した。

本章では「介護サービスにおけるリスクマネジメント」の現状と課題を検討するために国内外の医療事故、介護事故・インシデントとリスクマネジメントに関する先行研究レビューを行い、これまでの研究結果からリスクマネジメントと介護事故についての整理を行い、先行研究の蓄積成果と今後の課題を明らかにする。その視点として第1に定義に関する先行研究、第2に介護事故とインシデントの発生要因に関する先行研究、第3に転倒の発生要因と事故防止策・活動参加に関する先行研究の検討を行い、先行研究のまとめとして本研究における課題を明確化し、位置づけと意義を示す。

1. 定義に関する先行研究

1) リスクとリスクマネジメントの定義に関する先行研究

介護サービスにおける「リスクマネジメント」や「介護事故」の明確な範囲は定義されておらず、どのような目的で「リスクマネジメント」や「介護事故」という言葉を用いるかによって、与えるべき定義にも違いが生まれるため、介護サービスにおける確定した定義は存在していない。このような状況について医療分野では中島・児玉(2000)が「医療事故に関する研究において最も重要な事は、『医療事故という用語の定義である』」(中島・児玉, 2000, p.2)とし、「用語の定義を曖昧にしたままの研究や論争が行われると、科学的な議論にならず、出口のない迷路にはまってしまうこと、必ずついてまわるはずの費用に関する議論が後回しになるか無視されてしまうこと、現状に関しての客観的なデータが把握されないまま思いつきで結論を出してしまうこと、そして自分たちの出した結論や提言の中に含まれている矛盾を見落としてしまうことなどである」(中島・児玉, 2000, p.16)と用語の定義と、その定義に基づくデータの把握の重要性を述べており、また茶谷(2002)は「先行する医療事故とその対策に関する現状に学び、介護事故研究においては早期において統一的な介護事故やその予防策に関わる捉え方や用語を整理する作業が行われることが今後の介護事故予防の確立に必要である」(茶谷, 2002)と指摘している。

このリスクについて American Society for Healthcare Risk Management(2001)がケア

におけるリスクを①利用者のケアに関連するリスク、②医療職に関連するリスク、③従業員に関連するリスク、④資産に関連するリスク、⑤財務に関連するリスク、⑥その他に関連するリスク(American Society for Healthcare Risk Management, 2001)の6つと定義し、介護サービスにおけるリスクについて金子(2004)は「一般的には『損失、あるいは損失の可能性』『予想された結果と現実との結果の相違』」であり、リスクマネジメントの目的は「介護サービスの質の確保を通して組織を損失からまもること」(金子, 2004)と定義している。

全国社会福祉施設経営者協議会(2001)の「福祉施設におけるリスクマネジメントのあり方に関する検討委員会」報告書においてリスクマネジメントとは、「利用者の安全を最大限の眼目としたうえで、サービスの質の向上と利用者満足度向上を目指す活動」として、リスクマネジメントには第1に、サービスの管理の側面として、顧客や利用者に対する安全確保が、サービスの質の向上につながるものと、第2に、組織のリスク管理の側面として、職員の労働上の安全対策、自然災害等に対する危機管理(全国社会福祉施設経営者協議会, 2001)を挙げ、高梨(1997)はリスクマネジメントを施設運営の視点から「保険や安全対策、さらには経営戦略などを活用して事業の偶発的あるいは人為的な損失(リスク)を発生しないようにし、もしリスクが発生した場合には、それを最小化し、更に実現したリスクに適切に対処する経営管理の方法」(高梨, 1997, p.28)であると定義している。また多久島(2000)はリスクマネジメントを「危険や事故に対して可能な限り事前に予測・予見し、可能な限り結果・発生を回避し、万一の事故には迅速に対応し、また処理して被害の拡大を予防し、損害を最小限に抑えることである」(多久島, 2000, p.3)と定義しており、この予見可能性と回避可能性について柴尾(2002)は「リスクマネジメントは、通常、事故対応と考えられがちであるが、基本的には『介護事故を予防する働き』である。それに対して事故対策は、起こってしまった事実に対する迅速、かつ早期の解決方策である」(柴尾, 2002, p.31)と定義し、橋本(2004)は中島ら(2000)の定義をケアに当てはめリスクスクマネジメントを「『ケアの内容に問題があって起こった事故(以下、過失による事故)』と『ケアの内容に問題がないにも関わらず起こった事故(以下、過失のない事故)』とに分けて考える」とし、「『過失による介護事故』は予防することが可能なため予防対策の対象となるが、『過失のない介護事故』は不可抗力であるため予防することは不可能であるからである。しかしある事故が『過失』によるものであったか否かの判断は、結果(事故)の予見可能性と回避可能性によってなされる。即ち、結果が予見できていたにもかかわらず、それを回避する義務を果たさなかった場合に『過失』と呼ばれる」(橋本, 2004)としている。

表 1-1 リスクマネジメントの定義

定義者	用語	定義
American Society for Healthcare Risk Management (2001)	ケアにおけるリスク	① 利用者のケアに関連するリスク ② 医療職に関連するリスク ③ 従業員に関連するリスク ④ 資産に関連するリスク ⑤ 財務に関連するリスク ⑥ その他に関連するリスク
金子 (2004)	リスクの目的	介護サービスの質の確保を通して組織を損失からまもること.
高梨 (2002)	リスクマネジメント	保険や安全対策, さらには経営戦略などを活用して事業の偶発的あるいは人為的な損失(リスク)を発生しないようにし, もしリスクが発生した場合には, それを最小化し, 更に実現したリスクに適切に対処する経営管理の方法である.
多久島 (2000)	リスクマネジメント	危険や事故に対して可能な限り事前に予測・予見し, 可能な限り結果・発生を回避し, 万一の事故には迅速に対応し, また処理して被害の拡大を予防し, 損害を最小限に抑えることである.
全国社会福祉施設 経営者協議会 (2001)	リスクマネジメント	利用者の安全を最大限の眼目としたうえで, サービスの質の向上と利用者満足度向上を目指す活動である.
柴尾 (2002)	リスクマネジメント	リスクマネジメントは, 通常, 事故対応と考えられがちであるが, 基本的には「介護事故を予防する働き」である. それに対して事故対策は, 起こってしまった事実に対する迅速, かつ早期の解決方策である

2)介護事故とインシデントの定義に関する先行研究

リスクマネジメントにおいて先駆者とされる Heinrich(1980)は事故を「物体, 物質, 人間や放射能に対してけがやその見込みを引き起こす, 思いがけずどうしようもなく起きた出来事」とし, インシデントを「事業効率を低下させる望ましくない出来事であるが人へ

の実害を生じさせていない事象」と定義し、事故防止は「人、機械や物理環境すべてを制御する科学と技術である」(Heinrich, 1980, pp. 23-24)としている。

事故防止への取り組みについて先行する医療分野では Brennan et al.(1991)はハーバード医療行為研究において医療行為が原因で発生した傷害を有害事故(adverse event)という用語を用いている(Brennan et al., 1991)。また押田(2000)は法的過失の観点から医療事故を「診療過程で生じる人身事故を医療事故といい、医療事故がすべて『医療過誤』であるわけではない。過失によって生じた医療事故のみを『医療事故』と呼ぶ。法的過失は①結果予見義務違反、②結果回避義務違反の 2 つがあることを要件とするものであり、事故防止を考える時に広範にとらえられる『エラー』とくらべて、法的過失の範囲ははるかに限定されている」とし、「医療は場合によっては、重大な危険を内包している専門的な行為であり医療事故は医療のあらゆる場面において発生してくる可能性がある」(押田, 2000)と指摘している。

この医療事故及びヒヤリ・ハットの情報収集・分析をしている日本医療機能評価機構(2009)は医療機関から報告された医療事故情報等を、収集、分析し提供することにより、「広く医療機関が医療安全対策に有用な情報を共有するとともに、国民に対して情報を提供することを通じて、医療安全対策に一層の推進を図ること」(日本医療機能評価機構(2009)を目的として下記の様に報告の範囲を定めている(表 1-2)。

表 1-2 日本医療機能評価機構の定める医療事故報告とヒヤリ・ハット報告の範囲

医療事故報告の範囲	①誤った医療又は管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例。
	②誤った医療又は管理を行ったことは明らかでないが、行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例（行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事例の発生を予期しなかったものに限る）。
	③①及び②に掲げるもののほか、医療機関内における医療事故の発生の予防及び再発の防止に資する事例。
ヒヤリ・ハット報告の範囲	①医療に誤りがあったが、患者に実施される前に発見された事例。
	②誤った医療が実施されたが、患者への影響が認められなかった事例または軽微な処置・治療を要した事例。ただし、軽微な処置・治療とは、消毒、湿布、鎮痛剤投与等とする。
	③誤った医療が実施されたが、患者への影響が不明な事例。

(出典) 公益財団法人日本医療機能評価機構 (2009) , 医療事故情報収集等事業要綱

介護分野の先行研究では橋本(2004)は介護事故の概念枠組みを医療事故に準拠して「介護事故とは利用者個人が引き起こしたものではなく、介護者の介護行為に伴って引き起こされる傷害を意味する」(橋本, 2004)と定義し、片山(2004)は法律の視点から介護事故には2つのものがあると考え、「一つは法的責任が生じる例, もう一つは法的責任に至らない例, つまり, インシデントやヒヤリハットの時点でとどまっているものである. すなわち, 介護事故のうち, 法的責任が生じるものは, 事故の氷山の一角に過ぎないと言える」(片山, 2004)としている.

この法的責任の焦点となる過失を踏まえた介護事故の定義としては国民生活センター(2000)が「介護事故の実態と未然防止に関する調査研究」の中で『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』を介護事故とした. 『介護事故』は介護提供者の過失の有無を基準として, 『過失による介護事故』(介護過誤)と『過失のない介護事故』に分けることができる」(国民生活センター, 2000)と定義し、ヘルスケア総合政策研究所(2001)は介護事故を「介護福祉士・ホームヘルパー・ケアワーカー・寮母など(以下, 介護職)を含む介護サービス提供者側の行為による①利用者(宅)における物品の破損, ②利用者へのケガ, ③利用者及びその介護者(以下, 利用者など)への精神的負担の増加, ④利用者などからの苦情, ⑤違法行為(医療行為, 理容行為, 美容行為)などに対して介護サービス提供者側に過失があった場合(介護過誤), ない場合の双方を指す」とし、「介護事故のうち, サービス提供者側に過失がある場合を介護過誤という. 例えば, 利用者の急変に気づきながらも適切な対応をとらなかった場合, 違法である医療行為を行い病状を悪化させた場合, 買い物で買ってきた物品を介護サービス提供者側の不注意により破損させた場合などが含まれる」(ヘルスケア総合政策研究所, 2001, p.89)としている. さらに高村(2002)は「介護サービス事業者が, 介護の過程で, 故意や過失の有無を問わず, 利用者に対し, 損害を与えた場合, 又は損害発生の危険を与えた場合」とし、「介護事故の中には業者側の過失で利用者に対し損害を与えた場合(介護過誤)や故意に利用者に対し損害を与えた場合(いわば虐待)だけでなく, 業者側に故意も過失もない場合も含まれる. また天災等の不可抗力による場合も含めて考えることができる」(高村, 2002)と介護事故を定義している.

また過失の有無を焦点としない介護事故の定義では永和(2011)は「介護事故とは, 事業者の過失の有無にかかわらず介護サービス提供過程時に発生した事故のことをいう」(永和, 2011)とし、山田(2008)は「介護に関わる場所で, 介護の全過程において発生する全ての人身事故および人権侵害をさし, かつ以下の場合を含む」とし、「介護者及び管理者等の過誤, 過失の有無に関係しない. ①死亡, 生命の危機, 自立度の低下等を惹起する身体的被害及び苦痛, 不安等の精神的被害が生じた場合, ②被介護者が転倒し, 負傷した事例のように, 介護行為とは直接関係しない場合, ③被介護者についてだけでなく, 介護従事者に被害が生じた場合, ④食中毒および感染症の発生」(山田, 2008)と定義した(表 1-3).

表 1-3 介護事故の定義

定義者	定義
橋本（2004）	介護事故とは利用者個人が引き起こしたものではなく、介護者の介護行為に伴って引き起こされる傷害を意味する。
片山（2004）	一つは法的責任が生じる例、もう一つは法的責任に至らない例、つまり、インシデントやヒヤリハットの時点でとどまっているものである。すなわち、介護事故のうち、法的責任が生じるものは、事故の氷山の一角に過ぎないと言える。
国民生活センター（2000）	「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を介護事故とした。介護事故は介護提供者の過失の有無を基準として、過失による介護事故（介護過誤）と「過失のない介護事故」に分けることができる。
ヘルスケア総合政策研究所（2001）	介護福祉士・ホームヘルパー・ケアワーカー・寮母など（以下、介護職）を含む介護サービス提供者側の行為による①利用者（宅）における物品の破損、②利用者へのケガ、③利用者及びその介護者（以下、利用者など）への精神的負担の増加、④利用者などからの苦情、⑤違法行為（医療行為、理容行為、美容行為）などに対して介護サービス提供者側に過失があった場合（介護過誤）、ない場合の双方を指す」とし、「介護事故のうち、サービス提供者側に過失がある場合を介護過誤という。例えば、利用者の急変に気づきながらも適切な対応をとらなかった場合、違法である医療行為を行い病状を悪化させた場合、買い物で買ってきた物品を介護サービス提供者側の不注意により破損させた場合などが含まれる。
高村（2002）	介護サービス事業者が、介護の過程で、故意や過失の有無を問わず、利用者に対し、損害を与えた場合、又は損害発生危険を与えた場合。介護事故の中には業者側の過失で利用者に対し損害を与えた場合（介護過誤）や故意に利用者に対し損害を与えた場合（いわば虐待）だけでなく、業者側に故意も過失もない場合も含まれる。また天災等の不可抗力による場合も含めて考えることができる。
永和（2001）	介護事故とは、事業者の過失の有無にかかわらず介護サービス提供過程時に発生した事故のことをいう。
山田（2008）	介護に関わる場所で、介護の全過程において発生する全ての人身事故および人権侵害をさし、かつ以下の場合を含む。 介護者及び管理者等の過誤、過失の有無に関係しない。①死亡、生命の危機、自立度の低下等を惹起する身体的被害及び苦痛、不安等の精神的被害が生じた場合、②被介護者が転倒し、負傷した事例のように、介護行為とは直接関係しない場合、③被介護者についてだけでなく、介護従事者に被害が生じた場合、④食中毒および感染症の発生。

2. 介護事故とインシデントの発生要因に関する先行研究

1)発生要因に関する先行研究

介護施設における介護事故・インシデントについて国民生活センター(2000)は高齢者施設で発生した介護事事故例を「転倒」「ベッドからの転落」「介助中の事故によるあざ・出血・やけど等」「原因不明およびその他の骨折・あざ・出血等」「誤嚥」「異食」「薬の誤配」「無断外出」「入居者同士のトラブル」「物の破損・紛失」「疥癬等」の11項目に分類しており(国民生活センター, 2000), 橋本(2004)は介護事故の内容として「転倒」「誤薬」「転落」「外傷」「誤嚥」(橋本, 2004)を挙げている. 三田寺(2005)の調査では「原因不明のケガ・外傷」「転落・ずり落ち」「転倒」(三田寺, 2005)がアクシデントの内容として報告されており, さらに三田寺(2013)のその後の研究では内容が詳細に分類され, 施設におけるアクシデントとして「転倒」「ずり落ち」「転落」「原因のはっきりしない利用者の受傷」「施設外への徘徊・無断外出」「異食行為」「利用者間のトラブル」が発生していた(三田寺, 2013)と報告しており, いずれの研究においても共通する点として高齢者施設においてもっとも多く発生している介護事故は「転倒」であると報告している.

介護事故・インシデントの発生要因に関して橋本(2004)は介護老人保健施設入所者75名を対象に6か月間の調査を行い, 発生要因分析の結果から「介護事故は利用者の要因(内因・外因)と環境要因, その複合的要因によっておこる」(橋本, 2004)と指摘している. また藤田, 石橋(2003)も高齢者の転倒の原因を内的要因と外的要因に分け, 内的要因についてさらに①感覚要因, ②高次要因, ③運動要因の3つに分類し(藤田, 石橋, 2003), 新野, 小坂井, 江藤(2003)の研究ではADL(Activities of Daily Living;日常生活動作)に関して「転倒の原因は内因(健康状態やADLなど転んだ人自身に強くかかわる要因)と外因(周囲の環境に密接に関係する要因)の2つに大きく分けられる. 一般に『身体がふらついて転んだ』, 『めまいがして転んだ』などは内因性の転倒, 『つまづいた』, 『滑った』などは外因性の転倒」と位置づけている. そして高齢者の転倒に関しては「比較的若くADLの良い高齢者では外因の関与が, 超高齢で虚弱な人では内因の関与が強いといわれ, 地域の転倒調査では外因の比重が, 老人ホームの調査では内因の比重が大きい傾向にある」(新野, 小坂井, 江藤, 2003)と指摘している.

また稲葉・石丸・田村・千葉(2006)は高齢者のせん妄に着目し, 「せん妄はドレーンやカテーテルなどのラインの自己抜去や, 転倒・転落など, 生命にかかわる事故につながることも多い」(稲葉・石丸・田村・千葉, 2006)と利用者の内因を指摘しており, 堀米(2010 a, 2011)は介護老人福祉施設入所者, デイサービス利用者, ショートステイ利用者計380名を対象に2002(平成14)年7月から2003(平成15)年6月の1年間に提出されたヒヤリハット報告と介護事故報告の分析を行い, 「『年齢』, 『発生契機』, 『介護中の事故』の属性に有意な差が見られ, ヒヤリハット数から介護事故数の予測が成り立たない」と報告しており, さらに2007(平成19)年7月から2008(平成20)年6月までの1年間で追跡調査を行い介護老人福祉施設入所者, デイサービス利用者, ショートステイ利用者計407名を対象に提出されたヒヤリハット報告と介護事故報告の分析を行い, 「『事故内容区分』, 『発生場所』, 『発生時間帯』の属性に有意な差が見られ, ヒヤリハット数から介護事故数の予測が成り立たなかった」(堀米, 2010 a, 2011)と「年齢」という利用者要因と, 「介護中の事故」とい

う職員の要因,「発生場所」や「発生時間帯」という要因についての配慮の必要性を示唆している(表 1-4).

表 1-4 介護施設における介護事故・インシデント（ヒヤリハット）に関する先行研究

著者	調査対象	調査期間	分析方法	結果
国民生活 センター (2000)	15 特養 1 有料老人ホーム	5 か月	単純集計	収集した 220 件の事例を,「転倒」「ベッドからの転落」「介助中の事故によるあざ・出血・やけど等」「原因不明およびその他の骨折・あざ・出血等」「誤嚥」「異食」「薬の誤配」「無断外出」「入居者同士のトラブル」「物の破損・紛失」「疥癬等」の 11 に分類し,この分類の中では,「転倒」が 64 件と最も多かった.
橋本 (2004)	介護老人保健施設 (75 名)	6 か月	単純集計	介護事故は 54 件であり,内容では「転倒」が 40 件,誤薬が 7 件,転落と外傷が共に 3 件,誤嚥 1 件であり,そのリスクファクターとしては認知症が 42 件,平衡感覚の低下が 8 件,間違ったケアの方法が 3 件,施設環境 1 件であった.
三田寺 (2005)	介護老人福祉施設 (50 名)	6 か月	単純集計	最も多く発生しているアクシデントは「原因不明のケガ・外傷」であり,具体的にどのような状況でアクシデントが発生したのか,不明であるケースが多いことが明らかとなった.一方,事故の状況が明確になっているケースとしては,「転落・ずり落ち」が最も多く,次いで「転倒」によるアクシデントが多くなっていた.

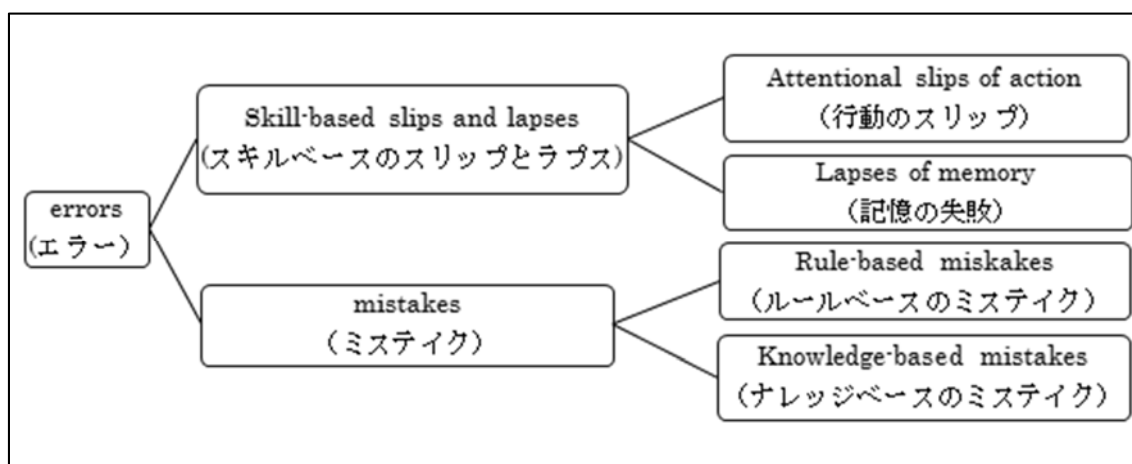
堀米 (2010 a)	介護老人福祉施設 デイサービス ショートステイ (407 名)	1 年間	χ^2 検定	「性別」,「年齢」,「介護度」,「第一発見者」,「介護中の事故」,「報告者の職種」という属性ではヒヤリ・ハット数から事故数を予測することができたが,「内容区分」,「発生場所」,「発生時間帯」という属性に関しては同等性があるとは言えず,ヒヤリ・ハット数からの事故数の予測が成り立たないという結果になった。
堀米 (2011)	介護老人福祉施設 デイサービス ショートステイ (380 名)	1 年間	χ^2 検定	「性別」,「介護度」,「第一発見者」,「発生場所」,「発生時間帯」,「報告者の職種」という属性ではヒヤリ・ハット数から事故数を予測することができたが,「年齢」,「発生契機」,「介護中の事故」という属性に関しては同等性があるとは言えず,ヒヤリ・ハット数からの事故数の予測が成り立たないという結果になった。
三田寺 (2013)	11 特養 5 老健	1 年間	χ^2 検定	発生件数が最も多かったのは「転倒」であり,次いで「ずり落ち」「転落」「原因のはっきりしない利用者の受傷」の順となっていた。傷害等により医療機関に入院した事例は 12 件であり,転倒による事故が最も多くなっていた。介護行為や見守りを行っていない状況下での事故が多く確認され,特に「施設外への徘徊・無断外出」「転倒」「ずり落ち」「転落」「異食行為」「利用者間のトラブル」において多く発生していた。

2) ヒューマンエラーによる介護事故・インシデントの発生

山田(2008)は「労働集約的な介護現場においての事故は,たぶんに人為ミス(Human Error)による事故であるといえる」(山田, 2008)と述べ,民間病院問題研究所(2000)がホームヘルパーと施設介護職 380 名を対象として行った調査において「仕事中に利用者(要介

護者)に『けが』をさせた経験について尋ねたところ、20.9%のホームヘルパーが『経験がある』と答えた」と報告しており、「利用者(要介護者)に『けが』をさせた人の就労場所の内訳をみると、『在宅勤務』が41.0%、『施設勤務』が56.4%となっており、15.4ポイントの差がみられる」(民間病院問題研究所、2000、p.84)と報告しており、「このような結果となった背景には『施設勤務』の介護職が『在宅勤務』のホームヘルパーに比べて業務範囲が広いことも原因の一つとして考えられるが、それ以外にも『在宅勤務』は利用者(要介護者)と1対1でサービスを行っているが、『施設勤務』は同時に何人もの利用者(要介護者)に対応しなければならない状況であるため、利用者(要介護者)一人一人に対する注意が十分に行き届いていないことが考えられる」(民間病院問題研究所、2000、pp.86-87)と勤務形態による違いを指摘している。

このヒューマンエラーについて Norman(1988)は「エラーには様々な形態がある。基本的にはスリップ(slip)とミステイク(mistake)がカテゴリーである」(Norman, 1988, p.105)とし、さらに Reason(1997)はスリップとラプスを区別し、ミステイクをルールベースとナレッジベースに分類し、エラーを4分類にし、「スリップは目に見える行為の失敗であり、注意や知覚の失敗を伴う。ラプスは内的な事象であり、たびたび記憶の失敗にあたる。」とし、ミステイクは「行為は完全に計画通りであるが、計画自体が意図した結果を達成するには不適切である」(Reason, 1997, pp.71-72)と定義している(図1-1)。



出典：Reason J. (1997) Managing the Risks of Organizational Accidents

「Figure 4.8 Summary of the principal error types」より作成

図1-1 Reason Jによるエラーの分類

このスリップには見間違いや取り違い、思い違いなど、不適切な行為を意図せずに起こしてしまうタイプのヒューマンエラーが該当し、ミステイクは誤った目標の選択であり、状況の把握が不適切なために不適切な目標を選んでしまうエラーである。ラプスは記憶に関するヒューマンエラーであり、パターンとして作業の直前、直後、未来に発生する。

3)環境要因による介護事故・インシデントの発生

介護事故とインシデントの発生要因における環境要因に関して、橋本(2004)は介護老人保健施設 1 施設において 2002(平成 14)年 10 月から 2003(平成 15)年 3 月までの 6 ヶ月間を対象に調査を行った結果 54 件の介護事故データを収集し、内容では「転倒」が 40 件、誤薬が 7 件、転落と外傷が共に 3 件、誤嚥 1 件であり、そのリスクファクターとしては認知症が 42 件、平衡感覚の低下が 8 件、間違ったケアの方法が 3 件、施設環境 1 件であったと報告しており、この要因として「設置基準を満たす視点で職員の配置やベッドの移動、防災上の問題点が優先されて施設の空間が作られてきたことが原因である」とし、「四畳半・六畳間で生活していた高齢者の生活感覚にあわない施設の広い廊下、白っぽい防災の壁紙、リノリュームの床等は視力障害や白内障の高齢者には距離感がつかめない不安定な空間であり、認知症高齢者が自分の家と認識していないのも無理はない」(橋本, 2004)と施設の構造的な環境面から指摘しており、また Lawton(1983)は「認知症高齢者は環境の変化に大きく影響を受けやすい」(Lawton, 1983)と指摘している。

3. 転倒の発生要因と事故防止策・活動参加に関する先行研究

介護事故に関する先行研究において、施設では転倒事故が介護事故の中でもっとも多いことや近年の事故防止に対する考え方から高齢者の転倒事故に関する調査は増加傾向にあるが、転倒事故の発生要因に関しては調査によって大きな違いが見られている。

1)利用者要因と転倒の関連性に関する先行研究

高齢者を対象とした調査研究における転倒の定義について Gibson, Andres, Isaacs, Radebaugh, and Petersen(1987)は「自分の意思によらず身体の足底以外の部分が床に付いたともの」(Gibson, Andres, Isaacs, Radebaugh, & Petersen, 1987)とし、多くの研究でこの定義が用いられている。転倒が発生する利用者要因として性別に関して臼井・林・廣田(1998)は老人保健施設の利用者を対象とした 1 年間の調査を行い「転倒経験者の一人当たり転倒回数は 3.2 回であり、男に有意に高かった」(臼井・林・廣田, 1998)と報告しており、安村・芳賀・永井・柴田(1991)の農村の 65 歳以上の住民を対象に面接聞き取り法による 1 年間の縦断調査では「男女ともに屋内より屋外での発生が多く、男の屋外発生は女より有意に多かった」(安村・芳賀・永井・柴田, 1991)と報告している。

年齢に関しては Lord, Ward, Williams, and Anatey(1994)や堀米(2010 b)の調査では「年齢」による有意な差が見られ、年齢が高くなるほど介護事故の傷害の程度も大きくなっている(Lord, Ward, Williams, & Anatey, 1994 ; 堀米, 2010 b)と指摘しているが、小林・鷺尾・納富・古賀・岡山・森(2002)は 2 年間で特別養護老人ホームに入所中に転倒が認められた 60 名を対象とした調査では、「転倒回数と年齢との関係では転倒回数が 2 回以上の者において有意に若かった」(小林・鷺尾・納富・古賀・岡山・森, 2002)と年齢の低さが転倒と関連していると指摘している。

転倒の発生要因として高齢者の ADL や機能の低下について述べられた先行研究では平松・泉(1995)は「ADL・歩行状態の変化では、低下した者は転倒群の 60%, 転倒なし群の

10%であった。低下の主な理由は、転倒による損傷、加齢に伴う機能低下、疾患の悪化であった」(平松・泉, 1995)と報告しており、北川・竹田・池田・中島(1995)の特別養護老人ホーム認知症棟入所者を対象とした調査においても転倒者は非転倒者と比較してADL得点も低かった(北川・竹田・池田・中島, 1995)と報告している。また沼沢ら(2001)の調査では転倒者は非転倒者よりも、右下肢筋力が低く、立ち上がり動作の自立していない者の割合が高かった(沼沢ら, 2001)と報告しており、新野・中村(1996)は転倒の関連要因として「握力のみが有意に転倒と関連し、握力の弱い人は転倒の危険性が有意に高いことが示された」(新野・中村, 1996)と報告している。

利用者の移動レベルと転倒の関連性についての先行研究では泉ら(2001)の病院4院、療養型医療施設3施設、介護老人保健施設3施設の患者・利用者746名を対象にアセスメントツールを用いた調査では「ツールの合計点の5点を転倒のハイリスクとした場合、感度68%、特異度は74%で、ツールとしての条件をほぼ満たしていた。又、アセスメントツールの7項目の相対危険比は、ナースの直感(RR=6.5)が最も高く、次いで転倒経験(RR=4.6)が高かった」とし「ロジスティック重回帰を用いて調整オッズ比を算出し、転倒経験(オッズ比=3.9)と移動レベルのみ有意差が認められた」(泉ら, 2001)と報告し、平松ら(2002)の病院患者496名を対象としてアセスメントツール6項目を使用した調査の結果では、「転倒経験のない高齢者に対する入院時の転倒予測は、ツール得点が4点以下であっても、『排せつ介助』と『移動レベル』の得点の高い者はハイリスク者として転倒予防ケアを意識していく必要性が示唆された」(平松ら, 2002)と利用者の移動レベルが高いことにより転倒を引き起こす要因になると指摘している。

また移動レベルと機能低下による福祉用具の使用については加藤・泉・川島・牧本(2000)の病院4院、療養型医療施設4施設、介護老人保健施設4施設を対象に行った調査研究では「転倒発生率は16.2%であり、施設別では、一般病院が最も少なく(10.0%)、老人保健施設が最も多かった(21.5%)。重複転倒者は、一般病院が8%程度であったが、療養型病床群や老人保健施設は20%を越えていた。転倒者は非転倒者より有意に知的問題のある者や車椅子使用者が多かった。看護者の判断による転倒理由は、『要介助にも拘わらず自力で行動』(51件)が最も多かった」(加藤・泉・川島・牧本, 2000)と車いす利用者のリスクについて明らかにしており、またGraafmans, Ooms, Bezemer, Bezemer, Bouter, and Lips(1996)の70歳以上の在宅高齢者354名に対する28週間の調査では複数回転倒した要因として移動障害が最も強く関連していると指摘し、車いすや歩行補助具の使用の有無を評価に加えた場合に、得点が1点上がるごとに複数回転倒の危険性が1.5倍になる(Graafmans, Ooms, Bezemer, Bezemer, Bouter, & Lips, 1996)と指摘している。

Hausdorff, Rios, and Edelberg(2001)の在宅高齢者52名を対象とした調査では、1年間に対象者の40%の高齢者が転倒を経験しており、「ストライドの変化は強度、バランス、歩行速度、機能状態、さらにはメンタルヘルスを含む複数の要因と有意な相関を示した」(Hausdorff, Rios, & Edelberg, 2001)と報告しており、島田・大淵・加倉井・内山(2000)らの福祉施設を利用している68歳から91歳の女性高齢者83名を対象とした調査では「転倒者は非転倒者に比べ動的なバランス機能が相対的に低下しており、転倒者のスクリーニングには、動的バランス検査を用いることで機能低下を鋭敏に反映した結果が得られる」(島

田・大渕・加倉井・内山, 2000)と指摘している. また海外における高齢者の転倒要因に関する研究では Rubenstein, Josephson, and Robbins(1994)や Oliver, Daly, Martin, and McMurdo(2004)の転倒事故に関する文献検討において, バランス保持機能, 転倒歴, 認知機能, 服薬状況などを転倒事故の危険因子として挙げており(Rubenstein, Josephson, & Robbins, 1994; Oliver, Daly, Martin, & McMurdo, 2004), Day, Fildes, Gordon, Fitzharris, Flamer, and Lord(2002)はこのバランス機能について 70 歳以上の在宅高齢者を対象に調査を行い, 「バランスの改善によって転倒の減少したグループが見られた」(Day, Fildes, Gordon, Fitzharris, Flamer, & Lord, 2002)と報告している. そして転倒歴に関しては鈴木・山田・高橋・土屋(1993)が転倒による受傷者の追跡調査を行った結果, 切傷した者は「からだが不自由になった」のオッズ比が 10.00 と有意に高かった(鈴木・山田・高橋・土屋, 1993)と軽傷であっても転倒経験による受傷が軽視できないことを指摘している. また中平(2009)の介護老人保健施設入所者を対象とした 1 年間の調査から「体重が増加すれば転倒しやすくなることが示唆された」(中平, 2009)と報告しており, この利用者の体重に関しては Cummings et al.(2014)の調査においても体重維持と運動のために歩くことが転倒発生を減少させる(Cummings et al., 2014)と指摘している.

先行研究において認知症との関連性を指摘している文献が多く見られ, 坂本・森山・今北・前島・吉村・白濱(2004)の介護老人保健施設を対象とした調査では「痴呆棟における転倒は, 身体, 精神機能面に大きく関係していることが示唆された」(坂本・森山・今北・前島・吉村・白濱, 2004)としており, 金村・小林・峯松・細田(1999)の老人病院を対象とした調査においては高齢痴呆者の転倒発生率は高く, また複数回転倒者も多く, 複数の転倒関連要因も認められた(金村・小林・峯松・細田, 1999)と報告しており, 平松, 泉(1995)は病院と施設を対象とした調査において「転倒群 18 名は転倒なし群 20 名と比べて, 痴呆, 過去の転倒経験ありの者が多かった」(平松・泉, 1995)と報告している. また宮本・金田・竹中・越後(2002)も「重度痴呆性老人における転倒は, 転倒群は非転倒群に比して HDS-R が有意に低く, 徘徊・転倒経験は有意に高かった」(宮本・金田・竹中・越後, 2002)と報告しており, 北川・竹田・池田・中島(1995)の特別養護老人ホーム認知症棟入所者を対象とした調査においても転倒者は非転倒者に比べて有意に重度痴呆者が多かった(北川・竹田・池田・中島, 1995)と報告している. 沼沢ら(2001)の介護老人福祉施設 2 施設と特別養護老人ホーム 1 施設の利用者 203 名を対象に行った調査においては「対象者のうち転倒を経験した者は 45 人で, 転倒発生率は 22.2%であった」とし, 認知症の程度について「HDS-R の得点は, 転倒者のほうが非転倒者より低い傾向であった.」(沼沢ら, 2001)と報告しており, Doorn et al.(2003)のナースিংホーム 59 施設を対象とした調査においても「認知症高齢者の転倒の割合は 1 年間に 4.05 回であったのに対して, 認知症のない高齢者の転倒の割合は 1 年間に 2.33 回であり, 有意な差が見られた」と述べ, 「認知症高齢者に発生する転倒は, 認知症のない高齢者の転倒よりも傷害をもたらす割合が高かった」(Doorn et al., 2003)としている. また河野ら(2007)の調査では介護老人福祉施設と介護老人保健施設利用者 40 名のうち転倒・転落事故が見られた 3 名の事例検討においても「転倒した高齢者は記憶障害や構成障害などの認知症と思われる症状を有しており, 周囲の状況や身体動作の把握などが困難になり危険が高まったことが示唆された」(河野ら, 2007)と認知症による転倒の危険性を指摘している.

2)環境要因と転倒の関連性に関する先行研究

環境要因によって引き起こされる転倒についての先行研究では宮本ら(2002)は認知症病棟患者 155 名を対象に調査を行い「入院初期の患者に転倒が多く、今後予測的看護が必要である。環境の変化(トリガー)も内因子と合わせて重要な因子である」(宮本ら, 2002)と指摘しており、小林ら(2002)は「入所 1 ヶ月未満の転倒が 31 回で全転倒者数の 32.6%を占め、最も多かった」(小林ら, 2002)とし、入所期間の短さを指摘し、Cali, and Kiel(1995)は「296 件の転倒骨折があり、股関節骨折が 50%であった。転倒骨折は 42%が日中に発生し、55%が寝室やバスルームで発生した。67%が歩行中に骨折し、ぬれた床による骨折の発生は 16%であった」(Cali, & Kiel, 1995)と報告している。また新野ら(1996)の調査では「一年間に転倒した人は 65 名で、全対象者の 37%であった。転倒場所として居室が、転倒時間帯としては日中が最も多かった。」(新野ら, 1996)と報告しており、佐藤・井上・片桐・沼沢・片岡・伊藤(1999)は老人保健施設 2 施設と特別養護老人ホーム 1 施設の利用者 203 名を対象にした調査において「転倒経験者は 45 名で延べ転倒回数は 105 回であった。転倒の時刻は 10 時から 16 時が最も多かったが(32.4%), 22 時～4 時の夜間も 20%と頻度が高かった。転倒時の状況として、歩行時、立上がり時、移乗時が多く、転倒場所ではベッドサイドが、履き物では裸足が、ADL との関連ではトイレに関するものが多かった」(佐藤・井上・片桐・沼沢・片岡・伊藤, 1999)と報告しており、戸田・池川・田辺・奥村・川村(2003)の調査では老人病院患者 89 名を対象に 2 年間の追跡調査を行い、89 名のうち転倒した患者は 36 名(40.4%)であり、転倒場所としてベッド周辺、発生状況として排泄時の移動の失敗が最も多く、「Quality of Life, Activities of Daily Living の低い患者、痴呆の疑いを有する患者は転倒の危険性が有意に高く、自立歩行可能患者は有意に転倒しにくい傾向が認められた。各要因相互の影響を考慮した場合は痴呆が最も高い関連要因であり、転倒ハイリスクである可連性が示唆された」(戸田・池川・田辺・奥村・川村, 2003)としている。

また今井ら(2007)は 6 年 10 か月間に病棟内で発生した転倒患者 151 名の分析を行った結果、「認知症患者の転倒は、看護、介護職員の人数の少なくなる深夜、早朝に集中している」(今井ら, 2007)と報告しており、河野・山中(2012)は「事故の多くは早朝・深夜といった時間帯やトイレ・居室といった場所など、周囲からの注意が届きにくい状況で発生していた」と述べており、さらに特別養護老人ホーム 2 施設、介護老人保健施設 1 施設、グループホーム 3 施設、ケアハウス 1 施設の利用者 146 名を対象にした調査から「74 人(50.7%), 209 件の転倒が報告され、場所では居室、転倒タイプでは立位／歩行からおよびベッド周辺での転倒が多く報告された。発生時間のピークは 6 時、9 時、19 時であった。1 日の時系列に沿った分析から、夜間から日中にかけて、ベッド周辺での移乗に伴う転倒から居室以外での活動に伴う転倒が増えることが示された」(河野・山中, 2012)と介護事故の発生時間と発生場所についての要因との関連性を指摘している。さらに Tinetti, and Williams(1997)は在宅高齢者 1, 103 名を対象に施設入所要因と転倒との関連性について調査研究を行い「『転倒を経験しなかった』, 『転倒をしたがケガをしなかった』, 『2 度以上転倒したがケガをしなかった』, 『転倒により重大なケガをした』の 4 つのカテゴリーに分けることができ、『転倒を経験しなかった』カテゴリー以外の 3 つはナーシングホームへの入

所と強い関連性があった」(Tinetti, & Williams, 1997)と報告しており、さらに認知症高齢者への転倒事故への環境的対応として在宅の環境整備の視点から児玉(2005)は「一般の高齢者への対応と共通性も多いが、トイレなどの場所をわかりやすくする見当識への環境支援、見守りによる安心の確保、徘徊の道筋の床面や周辺の整理整頓などが、転倒予防に有効であると考えられる。とくに、環境をかえる場合にはできるかぎり初期に取り組むことが大切である」(児玉, 2005)と認知症高齢者の環境への配慮を指摘している。

3)服薬状況と転倒の関連性に関する先行研究

Leipzig, Cumming, and Tinetti(1999)の文献検討では向精神薬の使用期間の関連性が転倒事故の危険因子として挙げられ(Leipzig, Cumming, & Tinetti, 1999), Bakken, Engeland, Engesaeter, Ranhoff, Hunskaar, and Ruths(2014)の大腿骨骨折者 39, 938 名を対象とした調査においても、転倒骨折の要因として抗不安薬と夜間のベンゾジアゼピンを含む睡眠薬の服用が転倒による大腿骨骨折に関連している(Bakken, Engeland, Engesaeter, Ranhoff, Hunskaar, & Ruths, 2014)と報告している。また Fonad, Wahlin, Winblad, and Sandmark(2008)のナーシングホーム利用者を対象に提出された 2, 343 件のインシデントレポートの分析では転倒と骨折に関連性が見られ、その要因として「睡眠薬」「抗うつ薬」で有意な差がみられた(Fonad, Wahlin, Winblad, & Sandmark, 2008)と報告しており、Baranzini et al.(2009)のナーシングホーム利用者 293 名を対象にした調査においても「不整脈治療薬服用者またはパーキンソン病と薬剤多剤投与と転倒によるケガのリスクに関して有意な差が見られた」(Baranzini et al., 2009)と報告しており、Cummings et al.(2014)は「長時間作用性のあるベンゾジアゼピンの回避、カフェイン摂取を最小化することおよび視覚機能の治療は危険を減少させるステップである」(Cummings et al., 2014)と服薬とカフェインの影響を示唆している。

国内における高齢者の転倒要因に関する文献においても、鈴木ら(1992)の養護老人ホームにおける調査では転倒の関連要因として「内服薬については精神安定剤、睡眠薬には有意差が認められなかったが、転倒の頻度を高めていることが示唆された」(鈴木ら, 1992)と精神安定剤や睡眠薬の内服している利用者の転倒頻度の関連性を指摘しており、北川ら(1995)の特別養護老人ホーム認知症棟入所者を対象とした調査においても、転倒者は非転倒者に比べて「向精神薬を服用する者が多い傾向がみられた」(北川ら, 1995)と報告している。また小川・小池・井上(2008)らのリハビリテーション病院入院患者 447 名を対象とした調査では「抗不安薬の服用が転倒に対する有意なリスク因子として検出された」(小川・小池・井上(2008)と報告しており、大原ら(2001)の介護老人保健施設利用者を対象とした調査においても「睡眠剤・精神安定剤服用との関係では、内服あり、なしで転倒、被転倒者数を χ^2 検定で比較したが、内服ありの群に有意に($p < 0.05$)転倒が多いという結果であった」(大原ら, 2001)と報告し、宮本ら(2002)も「薬物内容にもよるが副作用として特に抗うつ薬、抗精神薬ではパーキンソニズムやバランス障害を起こし、これらによる影響と眠剤服用によるふらつき、利尿剤による頻尿等の影響が大きい」(宮本ら, 2002)と指摘している(表 1-5)。

表 1-5 高齢者の転倒事故に関する先行研究

著者 (年)	調査対象 (人数)	調査期間	分析方法	転倒との関連要因
鈴木ら (1992)	養護老人ホーム (181 人)	2 年	χ^2 検定 OR (Odds Ratio)	高血圧, 睡眠症状, 不眠, 麻痺, 可動域 制限, 階段の昇降, 内職および作業, 新 聞の文字が読めな い, 2 年間の通院, 転倒しかけた経験, 精神安定剤, 睡眠薬
兼松ら (1993)	老健 (240 名)	3 か月	χ^2 検定	低歩行能力, 痴呆の 進行
Lord et al. (1994)	高齢者 (341 名)	1 年	χ^2 検定	年齢と傷害の程度
平松ら (1995)	病院施設 (38 名)	1 年	χ^2 検定	痴呆, 過去の転倒経 験
北川ら (1995)	特養痴呆棟入所者 (45 名)	6 か月	t 検定 χ^2 検定	重度痴呆者, ADL 低下, 向精神薬
Cali et al. (1995)	高齢者施設 (406 名)	5 年	単純集計	ぬれた床
新野ら (1996)	特別養護老人ホーム (174 名)	1 年	ロジスティック回帰	握力
栗田ら (1997)	老健 (154 名)	3 か月	χ^2 検定	認知機能, 混合型痴 呆
佐藤ら (1999)	2 老健, 1 特養 (203 名)	3 か月	χ^2 検定	【転倒状況】歩行 時, 立上がり時, 移 乗時, 【転倒場所】ベッド サイド, トイレ
加藤ら (2000)	4 病院, 4 療養型施設, 4 老健 (954 名)	3 か月	χ^2 検定	知的問題のある者, 車椅子使用者

沼沢ら (2001)	2 老健, 1 特養 (203 名)	3 か月	χ^2 検定	右下肢筋力, 立ち上がり動作が自立していない痴呆の程度
大原ら (2001)	老健 (142 名)	6 か月	t 検定 χ^2 検定	痴呆度, 睡眠剤・精神安定剤服用者
泉ら (2001)	4 病院, 3 療養型施設, 3 老健 (746 名)	3 か月	ロジスティック回帰	転倒経験, 移動レベル
平松ら (2002)	病院 (496 名)	6 か月	RR (relative risk)	排泄介助, 移動レベル
Capezuti et al. (2002)	3 ナーシングホーム (463 名)	1 年	ロジスティック回帰	両側にサイドレールを使用しても転倒およびケガのリスクの抑制には結びつかなかった.
Doorn et al. (2003)	59 ナーシングホーム	2 年	χ^2 検定	認知症
宮本ら (2003)	痴呆病棟 (155 名)	1 年	χ^2 検定 RR (relative risk)	徘徊著明の者, 眠剤と利尿剤の併用者, 入院初期の患者
戸田ら (2003)	老人病院 (89 名)	2 年	ロジスティック回帰	QOL, ADL, 認知症
Fonad et al. (2008)	21 ナーシングホーム	4 年	相関分析	車いすの使用と安全ベルト, ベッドレール, 睡眠薬, 抗うつ薬
Baranzini et al. (2009)	ナーシングホーム (293 名)	1 年	χ^2 検定	不整脈治療薬服用者, パーキンソン病, 薬剤多剤投与
堀米 (2010)	特養, デイサービス, ショートステイ (418 名)	2 年間	χ^2 検定	要介護度, 年齢

出典：松井・須貝(2006)「わが国における施設高齢者の転倒事故に関する文献レビュー」 「表 2 施設における転倒事故の危険因子」に一部加筆

4)転倒事故と事故防止策・活動参加に関する先行研究

転倒防止に関する先行研究では Fonad et al.(2008)の研究において「車いすの使用と安全ベルト」と「ベッドレール」が挙げられている一方で, Capezuti, Maislin, Strumpf, and Evans(2002)はナースিংホーム3施設の利用者 463 名を対象に1年間の調査を行い, ロジスティック回帰分析を行った結果, 「両側のサイドレールを使用しても転倒のリスクの抑制には結びつかなかった」(Capezuti, Maislin, Strumpf, & Evans, 2002)と報告している.

高齢者の転倒に関する介入研究では, Close, Ellis, Hooper, Glucksman, Jackson, and Swift (1999)は地域で生活している高齢者 397 名を対象に1年間の介入研究を行い, 介入群にはサービスの紹介と詳細な医療や作業療法を提供し, 転倒件数は非介入群が 510 件であり介入群は 183 件で有意な差が見られた(Close, Ellis, Hooper, Glucksman, Jackson, & Swift, 1999)と報告しており, Jansen, Lundin-Olsson, Nyberg, and Gustafson(2002)は高齢者施設において転倒予防プログラムによる介入研究を実施している. プログラムの内容としてスタッフの教育, カーペットやドアノブの取り替えなど環境改善の実施と, 負荷を増やす筋力強化, バランス向上トレーニング, 補助具の修理・提供, 投薬内容の点検変更, 適応者へのヒッププロテクターの装着, 転倒発生時のカンファレンスの徹底, ハイリスク高齢者への対応について研究者を交えたミーティングを11週間実施し, その後34週間の転倒発生状況を追跡した結果, 介入プログラムを継続実施した入所者の82名が転倒を経験し, 非介入群の転倒経験者は109名であり, 大腿骨骨折を経験した人数は介入群では3名, 非介入群では12名であったことから転倒と大腿骨骨折の発生率は大きく低下していた(Jansen, Lundin-Olsson, Nyberg, & Gustafson, 2002)と報告している. また Moreland et al.(2003)は地域高齢者と施設高齢者を対象に RCTs(Randomized Controlled Trials ; 無作為化比較試験)を行い, 対象者の80%以上を追跡し転倒要因との関連性の強さをグレーディングした結果, 転倒予防のための介入方法として, 在宅高齢者に関しては認知機能や向精神薬使用の改善・工夫の効果がみられ, 次いで薬剤多剤投与, 住宅環境, 視力, 下肢障害, 歩行能力などの改善の効果がみられたと報告している. また転倒経験のあるすべての高齢者にとってバランス運動をすることは好ましい効果が期待でき, 80歳以上の女性は理学療法士による在宅リハビリテーションプログラムのメリットがあり, 施設高齢者は環境の安全性チェックやスタッフの教育, 事故発生のモニタリングをケア計画の中に確立しておくことが必要である(Moreland et al., 2003)と指摘している.

転倒と活動参加に関して河野ら(2007)は「安静状態による廃用症候群や社会的活動の機会の喪失など, のちの生活に多大な影響をあたえるおそれがある」(河野ら, 2007)と指摘しており, Tinetti, and William(1997)は転倒を経験した高齢者の転倒への恐怖心による活動制限を指摘し(Tinetti, & William, 1997), 鈴木(2003)は活動範囲と QOL(Quality of Life ; 生活の質)の視点から「高齢期における転倒は単に骨折のみならず, 一度(あるいは数度)の転倒を経験すると, その後の転倒に対する恐怖心から, 日常生活動作能力(ADL)を低下させ, 日々の生活空間と活動範囲を狭めてしまう危険性が大きく, いわば高齢期の QOL を著しく低下させ『寝たきり』とさせる可能性も少なくないのである」(鈴木, 2003)と指摘している.

4. 本研究における検討課題

以上の先行研究を踏まえ、介護サービスにおけるリスクマネジメントの現状及び明らかになったことを以下にまとめることができる。

1) 本研究におけるリスクマネジメント・介護事故・インシデントの操作的定義

以上の文献レビューの結果から本研究においては以下のように操作的定義をおこなった。

介護サービスにおける「リスクマネジメント」とは、柴尾(2002)が定義しているように「リスクや介護事故を可能な限り事前に予測・予見し、可能な限り結果・発生を回避する」という介護事故を予防する働きであり、万一介護事故が起こってしまった場合は「迅速に対応し、また解決して被害の拡大を予防し、損害を最小限に抑えること」(柴尾, 2002)も含めて考える。また橋本(2004)が指摘するように「過失のない介護事故」は不可抗力であるため予防することは不可能であるが「過失による介護事故」は予防することが可能なため「リスクマネジメント」の対象(橋本, 2004)となる。

また介護事故・インシデントに関しては、Heinrich(1980)が述べているように「事故」は人や物に対してケガやその可能性を引き起こす危険性を含んでいる出来事であり、「インシデント」は実害を生じさせていない望ましくない出来事である(Heinrich, 1980)。さらに「事故」と「インシデント」は過失や不可抗力、属性などの要因に関係なく発生する可能性がある出来事である。そして「介護事故」は国民生活センター, 2000)が定義するように「介護サービスの提供過程で発生した利用者への不利益や損害」(国民生活センター(2000)の程度が医療機関での治療を要する重大なものであり、その程度が「医療機関での受診を要しない軽微なものとリスクへの気づき」は本研究においては介護サービスにおける「インシデント」とした。また国民生活センター(2000)や橋本(2004)が定義しているように「介護事故」と「インシデント」はケアの内容に問題がないにもかかわらず起こった「不可抗力による出来事」とケアの内容に問題があって起こった「過失による出来事」の2つに分けて考えることができ、さらに「過失による介護事故」は「故意による出来事(虐待)」と分けて考えることができる(国民生活センター, 2000; 橋本, 2004)。

2) 介護事故とインシデントの発生要因と事故防止策・活動参加の関連性

介護事故・インシデントの発生要因に関しては利用者の要因(内因・外因)と環境要因、その複合的要因によって発生し(橋本, 2004; 藤田ら 2003; 新野ら, 2003), 利用者にとっての外因には山田(2008)が指摘するように介護サービス提供者が利用者に介護事故・インシデントを生じさせてしまう人為ミス(Human Error)も含まれる(山田, 2008)。

また介護事故・インシデントの内容は先行研究において分類されているように「転倒」「転落」「誤薬」「外傷」「誤嚥」「原因不明のケガ」「ずり落ち」「施設外への徘徊・無断外出」「異食行為」「物の破損・紛失」「利用者間のトラブル」などに分けることができ(国民生活センター, 2000; 橋本, 2004; 三田寺, 2005, 2013), その発生要因として認知症やせん妄, 年齢, サービス提供者の介護中の事故, 施設の構造的な環境などの利用者の状態や個人因子, サービス提供者や施設環境が様々な要因として複合的に絡み合い介護事故・インシデントへとつながっている(橋本, 2004; 稲葉ら, 2006; 堀米 2010, 2011)と考えられるが,

高齢者や施設を対象として介護事故・インシデント全体をまとめた研究は少ない。今後は介護事故・インシデントの内容と発生要因との関連性について実証的研究がなされ、研究結果が蓄積されることが必要であると考えられる。

さらに高齢者のもっとも起こしやすい事故として転倒が挙げられ、転倒事故に関する調査は増加傾向にあるが、転倒事故の発生要因に関しては調査によって違いが見られた。この発生要因に関しては大きく服薬状況、利用者要因、環境要因などが転倒事故の危険要因としてあげられるが、高齢者の転倒事故に関してもこれらの要因が単独で転倒につながる場合と複合的に絡み合い転倒につながる事が考えられ、先行研究で多く見られた利用者の認知症の状況や転倒歴に配慮を行い、さらに認知症高齢者は環境の変化に大きく影響を受けやすい(Lawton, 1983; 児玉, 2005)ため、環境を変更する場合にはできるかぎり初期に取り組むことが大切であり、環境要因の変化に対する検討も必要になると考えられる。

転倒と事故防止策との関連性について先行研究で転倒の抑制に有効とされるベッドレールや車いすの安全ベルト(Fonad et al., 2008)に関して現在は我が国においては身体拘束禁止により、原則として指定介護老人福祉施設や指定介護療養型施設等では実施することができない状況であり、その一方では両側のサイドレールを使用しても転倒およびケガのリスクの抑制には結びつかなかった(Capezuti et al., 2002)という結果が示唆されているように、研究による結果の相違も見られたが、発生要因の究明による転倒事故の減少を目指すとともに転倒事故発生時の傷害軽減等を目的とした事故防止策との関連性も探究する必要があると考えられる。海外においては高齢者の転倒に関する介入研究(Close et al., 1999; Jansen et al., 2002; Moreland et al., 2003)により転倒や骨折の発生率に影響がみられていることから、事故防止につながる取り組みにも焦点を当てた調査が必要であり、現在我が国の高齢者介護施設においては介護事故の防止と介護事故発生時の傷害軽減を目的としてセンサーや転落防止マットなどを用いている施設が多くみられるが、このような事故防止策の有効性の検討も必要と考えられる。

また長田・鈴木・高田・西下(2010)は高齢者の社会的活動として「4つの因子は『地域活動への参加』、『親戚・友人を訪問』、『集団活動への参加』、『趣味活動』であった」(長田・鈴木・高田・西下, 2010)と報告しており、河野ら(2007)は「安静状態による廃用症候群や社会的活動の機会の喪失など、のちの生活に多大な影響をあたえるおそれがある」(河野ら, 2007)と指摘している。さらに Tinetti et al.(1997)は転倒を経験した高齢者の転倒への恐怖心による活動制限を指摘し(Tinetti et al., 1997), 鈴木(2003)は活動範囲と QOL(Quality of Life ;生活の質)の視点から「高齢期における転倒は単に骨折のみならず、一度(あるいは数度)の転倒を経験すると、その後の転倒に対する恐怖心から、日常生活動作能力(ADL)を低下させ、日々の生活空間と活動範囲を狭めてしまう危険性が大きく、いわば高齢期の QOL を著しく低下させ『寝たきり』とさせる可能性も少なくない」(鈴木, 2003)と指摘されているが、先行研究において転倒と活動範囲や活動頻度との関連性は検証されていない。厚生労働省(2002 a)が提言しているクオリティー・インプルーブメントや日本福祉施設士会「福祉 QC」全国推進委員会(1997)が提言している福祉クオリティーコントロールのように、サービスの質を向上させる取り組みを行うことで、日々の生活空間と活動範囲を広げても介護事故・インシデントの発生率を向上させずに利用者に安全で快適な生活を送ってもらうことが可能であると考えられる。そして介護事故・インシデントの発生率に影響を与え

る「事故防止策」とサービスの質を向上させる取り組みである社会的活動参加として「事故防止策以外で事故防止につながる取り組み」の視点を加えて検討することが必要であると考えられる。

3)本研究の課題

以上の文献レビューを踏まえ、今後の検討課題として2点を挙げる。

1 つ目の検討課題として先行研究においてリスクマネジメントに関する理論モデルを構築している研究はなく、リスクマネジメントの全体構造を明確化し理論モデルを構築する必要がある。先行研究において永和(2011)は高齢者の事故は施設サービスにおいて最も多く発生していると指摘しているが、現在は施設により様々な「事故防止策」の取り組みと事故防止を目的としない取り組みが結果として事故防止につながる「事故防止策以外で事故防止につながる取り組み」が行われており、この「事故防止策」と「事故防止策以外で事故防止につながる取り組み」の視点を加えた理論モデルの検討が必要である。また「事故防止策」と「事故防止策以外で事故防止につながる取り組み」の視点の前提として、介護サービス提供者が利用者の介護事故・インシデントのリスクとQOLに対してどのような意識をもってリスクマネジメントに取り組んでいるのかということ踏まえたうえで、「介護事故・インシデントの発生要因」と「事故防止策」、「事故防止策以外で事故防止につながる取り組み」の関連性を検討する必要がある。

2 つ目は「介護事故・インシデントの発生要因」と「事故防止策」、「事故防止策以外で事故防止につながる取り組み」の関連性を明らかにすることである。前述のように高齢者の転倒事故に関する調査は増加傾向にあるが、「事故防止策以外で事故防止につながる取り組み」として、鈴木ら(2003)が指摘しているような日々の生活空間と活動範囲の視点を加えて介護事故・インシデントとの関連性が検討された研究はまだ行われていない。さらに松井ら(2006)の研究において施設利用者全数調査を実施した研究が少ないと指摘されているように、今までの介護事故・インシデントの調査研究では介護事故やインシデントが発生したケースを集計して分析する後ろ向き調査の方法が多く、施設におけるサービス利用者全数を対象とし質問紙を用いて行う前向き調査から「介護事故・インシデントの発生要因」と「事故防止策」、「事故防止策以外で事故防止につながる取り組み」がどのような関連性になっているのかを検証することが必要である。

以上のことから本研究では高齢者の事故発生割合の高い施設サービスである介護老人福祉施設を対象に、質的研究によりリスクマネジメントの取り組みにおける「事故防止策」と「事故防止策以外で事故防止につながる取り組み」の視点を含めた全体構造を明確化し、理論モデルの構築と理論仮説・作業仮説の生成を行い、量的研究において高齢者が起こしやすい事故である介護事故・インシデントである転倒に焦点を絞り、理論モデルに基づく「転倒の発生要因」と「事故防止策」、「事故防止策以外で事故防止につながる取り組み」に関する作業仮説を検証し、介護老人福祉施設のリスクマネジメントにおける転倒防止と活動参加の在り方を検討することを課題とした。本研究におけるリサーチ・クエスションとして「介護老人福祉施設において利用者に対する事故防止策と事故防止策以外で事故防止につながる取り組みとしてどのような事に取り組んでいるのか」と設定した(図 1-2)。

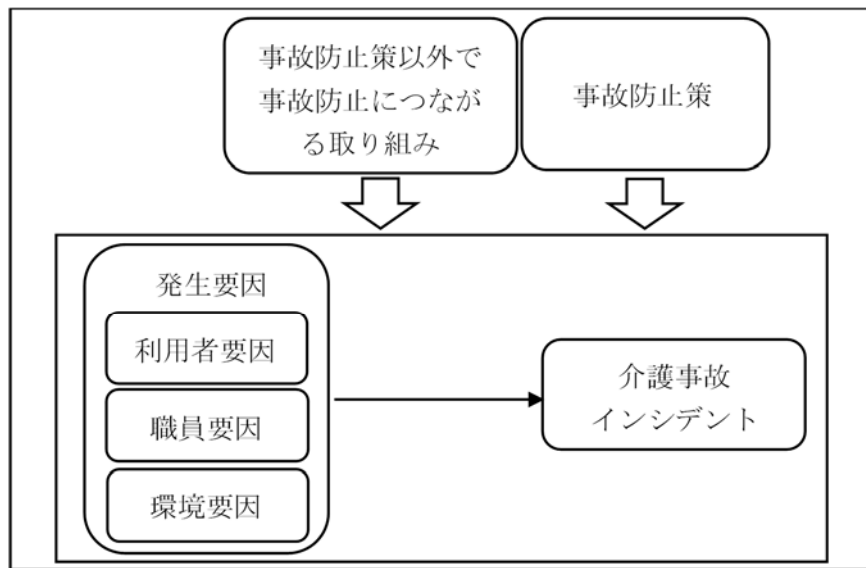


図 1-2 本研究におけるリスクマネジメントの視点

5. 本研究の意義

本研究は、介護老人福祉施設におけるリスクマネジメントの「介護事故・インシデントの発生要因」と「事故防止策」だけでなく、サービスの質を向上させる取り組みである社会的活動参加として「事故防止策以外で事故防止につながる取り組み」の視点を加え、関連性を明らかにするため施設職員を対象に質的研究を行い、介護老人福祉施設におけるリスクマネジメントの全体構造と「介護事故・インシデントの発生要因」、「事故防止策」、「事故防止策以外で事故防止につながる取り組み」の関連性を明確化し、その結果を反映した質問項目を設定し量的研究にて「転倒の発生要因」と「事故防止策」、「事故防止策以外に事故防止につながる取り組み」についての仮説の検証を行う。

本研究の意義として、高齢者の最も起こしやすい事故である転倒に焦点をあて、その防止要因として「事故防止策」の有効性と「事故防止策以外で事故防止につながる取り組み」の重要性を明らかにすることにより、介護老人福祉施設における利用者の介護事故・インシデントのリスクが明確になり、安全、安心、尊厳のある生活につなげることができ、また本研究の結果が今後の高齢者支援におけるリスクマネジメント体制の確立のための検討資料の一つになると考えられ、職員のリスクマネジメントに対する考えにも影響を与え、サービス提供の質の向上に寄与することができると考えられる。

6. 質的研究と量的研究の位置づけ

本論文では前述した課題に対して第一段階としてインタビュー調査による質的方法を用いてその結果を調査項目に反映し、第二段階として質問紙を用いた量的方法で検証する「探究的デザイン」(Morse, 1991; Creswell, & Plano Clark, 2007)による調査研究を行った。

この「探究的デザイン」は変数が明らかになっていない場合や指針となる理論などが存在しないという前提のもとで、「第一の研究手法(質的)の結果が第2の研究手法(量的)に発展

するのを助け、情報提供を行う」ものであり、本研究では具体的には質的方法を用いて介護老人福祉施設におけるリスクマネジメントの全体構造を明らかにし、さらに職員が捉える「QOL とリスクの関係性」と「事故防止策以外で事故防止につながる取り組み」を明確化したうえで仮説を生成し、量的方法にて仮説の検証をしようとするものである。

第2章 施設職員へのインタビュー調査

1. 目的

調査 1 として介護老人福祉施設において介護事故・インシデントについての考えと取り組み状況、事故防止策・事故防止策以外で事故防止につながる取り組みの実態とその効果、QOL の向上とリスク回避の両立に関する考え方や職員の抱える悩みをインタビュー調査にて明らかにすることで、介護老人福祉施設におけるリスクマネジメントの全体構造を明確化し、理論仮説と作業仮説の生成及び先行研究レビューにより構築した理論モデルの精緻化を目的として半構造化インタビューを行った。インタビュー調査のリサーチ・クエスションとして「利用者に対する事故防止策と事故防止策以外で事故防止につながる取り組みとしてどのような事に取り組んでいるのか」と設定した。

調査 2 として調査 1 において抽出された施設における活動参加に関する具体的な取り組みを明確化するために追加調査を行った。

2. 方法

1)調査方法と期間

調査方法は、半構造化面接法による個別のインタビューを行った。調査期間は調査 1 を 2013 年 10 月から 2014 年 4 月に行い、調査 2 を 2014 年 8 月に実施した。

2)調査対象と実施方法

施設の抽出方法は WAM ネットから都内の介護老人福祉施設 30 施設を抽出し施設長に調査依頼文を郵送し、調査の依頼に関して回答書にて承諾の得られた施設に電話で確認を行った。調査対象者の選定については施設長からリスクマネジメント業務に関わる施設職員の紹介を頂き、文書と口頭にて説明をし、調査への協力の同意を得られた施設職員と日程を調整しインタビュー調査を行った。

3)調査内容

質問内容は調査協力者の基本属性と以下の 7 点を用意し話の流れを重視した。①施設におけるリスクマネジメントの取り組み、②介護事故・インシデントの種類、③介護事故・インシデントの発生要因、④介護事故・インシデントの事故防止策、⑤事故防止策以外で事故防止につながっていること、⑥QOL とリスクの関係性、⑦QOL とリスクのバランス、とし、聞き取り調査ガイドラインを用いて協力者の自由な語りの中で調査者が質問と確認を行った。なお、すべてのインタビュー内容は対象者の了解を得たうえで IC レコーダーに録音をした。

4)分析方法

調査 1 の面接内容を要約するため、krippendorff の内容分析の手法(Krippendorff, 1989 ; 有馬, 2007)をもとに、以下の①から⑥の手順で分析した。

- ①録音した面接での会話の逐語録を作成した。
- ②逐語録を一つの意味内容を持つユニットに分割し、研究テーマに関連する発言をすべて抽出した。
- ③表現や意味内容が類似しているユニットごとに分類し、その意味内容を損なわないように要約し、コードを作成した。類似性をもとにコードをまとめ、サブカテゴリーを作成した。次いで、内容に親近性のあるサブカテゴリーを束ねてカテゴリーを作成した。カテゴリーは半構造化面接の質問項目に基づくもので、コード、サブカテゴリー、カテゴリーの適切さの確認は高齢者リスク領域の研究者 2 名からスーパービジョンを受けた。
- ④対象者の発言がどのコードに該当するかについて、高齢者リスク領域の研究者とは別の高齢者施設での勤務経験のある研究者 2 名(以下、コーダーとする)に、それぞれ独立に判定を依頼した。コーダー間の一致率は 89.93%(①施設におけるリスクマネジメントの取り組み 100%, ②介護事故・インシデントの種類 81.82%, ③介護事故・インシデントの発生要因 93.10%, ④介護事故・インシデントの事故防止策 76.19%, ⑤事故防止策以外で事故防止につながっていること 90.91%, ⑥QOL とリスクの関連性 100%, ⑦QOL とリスクのバランス 87.50%)であった。kappa 係数を求めるために統計解析ソフト IBM SPSS Statistics 22 を用いた結果、kappa 係数は 0.85 であった。
- ⑤コーダー間の不一致箇所については、高齢者介護領域の研究者 1 名に依頼し、ユニットごとに一致させたコードを結果として採用した。
- ⑥各コードを発言した対象者数で集計した。

また調査 2 では施設における個別の活動参加への取り組みの検討を行うために調査 1 で生成したカテゴリーとサブカテゴリーに当てはめて逐語データをまとめ、施設における取り組み事例として取り上げた。

以下、本文中の< >はカテゴリー、[] はサブカテゴリー、「 」はコード、‘ ’は逐語データ、“ ”は調査項目を示す。

5)調査実施にあたっての倫理上の配慮

調査実施にあたっての倫理上の配慮については、日本社会事業大学社会事業研究所研究倫理委員会に審議を依頼し承認を得た(承認番号 13 - 0401)。具体的には、調査依頼及び実施時に調査協力の任意性、調査のなかで知り得た一切の情報の保護やその管理・破棄方法、調査結果の利用・公表方法について文書および口頭にて説明を行い、調査対象者から書面にて同意を得たうえで日程を調整しインタビュー調査を行った。またインタビューは施設の一室を借りて行い、周囲に内容が聞こえないように配慮を行った。

3. 結果

1)調査対象者の属性

介護老人福祉施設 13 施設から 23 名の協力を得ることができた。調査対象者の性別は男

性が 15 人(65.2%)、女性が 8 人(34.8%)であり、職種は生活相談員 9 人(39.1%)、介護主任等役職職員 7 名(30.4%)、施設長 5 人(21.7%)、ケアワーカー 2 人(8.7%)であった。調査対象者の勤務する施設の形態として従来型特養 5 施設 10 名(43.5%)、新型特養 4 施設 6 名(26.1%)、準ユニット型特養 3 施設 5 名(21.7%)、一部ユニット型特養 1 施設 2 名(8.7%)、であり、介護サービスにおける経験年数は 4 年～32 年であり、平均経験年数は 13.82 年(SD : ±6.2)であった(表 2-1)。

表 2-1 インタビュー対象者の属性 n = 23

	n	%
性別		
男性	15	65.2
女性	8	34.8
職種		
生活相談員	9	39.1
介護主任等役職職員	7	30.4
施設長	5	21.7
ケアワーカー	2	8.7
勤務する施設の形態		
従来型特養	10	43.5
新型特養	6	26.1
準ユニット型特養	5	21.7
一部ユニット型特養	2	8.7
介護サービスにおける経験年数		
1 年～5 年	3	13.0
6 年～10 年	3	13.0
11 年～15 年	8	34.8
16 年以上	9	39.1

2)施設におけるリスクマネジメントの取り組み

“施設におけるリスクマネジメントの取り組み”では＜組織風土の構築＞として 93 のコードが得られ〔組織環境の整備〕と〔知識と情報の共有〕のサブカテゴリーが抽出された。

〔組織環境の整備〕では「リスクマネジメント委員会を設置する」(91.7%)「施設独自の介護事故・インシデントの定義の構築」(91.7%)「リスクマネジメントマニュアルを整備する」(21.7%)の回答が得られ、〔知識と情報の共有〕では「介護事故・インシデント報告を活用する」「施設内外においてリスクマネジメント研修に参加する」については全対象者から回答が得られた(表 2-2)。

表 2-2 施設におけるリスクマネジメントの取組み

n = 23 (複数回答)

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	n	%
組織風土の構築 (93)	組織環境の整備 (47)	リスクマネジメント委員会を設置する	21	91.3
		施設独自の介護事故・インシデントの定義の構築	21	91.3
		リスクマネジメントマニュアルを整備する	5	21.7
	知識と情報の共有 (46)	介護事故・インシデント報告を活用する	23	100
		施設内外においてリスクマネジメント研修に参加する	23	100

3)施設で想定している介護事故・インシデントの種類

“施設で想定している介護事故・インシデントの種類”では<介護事故・インシデントの態様>として107のコードが得られ、<傷害の態様>として28のコードが得られた。

<介護事故・インシデントの態様>では〔利用者が発生契機となる介護事故・インシデント〕と〔職員が発生契機となる介護事故・インシデント〕のサブカテゴリーが抽出された。〔利用者が発生契機となる介護事故・インシデント〕では「転倒」(100%)「転落・ずり落ち」(87.0%)「異食」(39.1%)「誤嚥」(39.1%)「利用者同士のトラブル」(26.1%)「無断外出・離脱」(21.7%)「器物破損」(13.0%)「座り込み」(8.7%)「溺水」(4.3%)の回答が得られ、〔職員が発生契機となる介護事故・インシデント〕では「薬の誤配・誤与・管理」(91.3%)「物品の紛失」(13.0%)「連絡ミス」(8.7%)「職員の法令違反・不祥事」(8.7%)「痰の吸引によるけが」(4.3%)の回答が得られた。

<傷害の態様>では、〔受傷の程度により医療機関での受診・診断を要する傷害〕と〔医療機関での受診・診断を要する傷害〕のサブカテゴリーが抽出され、〔受傷の程度により医療機関での受診・診断を要する傷害〕では「あざ・内出血」(30.4%)「表皮剥離」(30.4%)「切り傷」(17.4%)「打撲」(8.7%)「火傷」(4.3%)「窒息」(4.3%)の回答が得られ、〔医療機関での受診・診断を要する傷害〕では「骨折」(21.7%)「死亡」(4.3%)の回答が得られた(表2-3)。

表 2-3 施設で想定している介護事故・インシデントの種類			n = 23 (複数回答)	
カテゴリー	サブカテゴリー	コード	n	%
介護事故・インシデントの態様 (107)	利用者が発生契機となる介護事故・インシデント (78)	転倒	23	100
		転落・ずり落ち	20	87.0
		異食	9	39.1
		誤嚥	9	39.1
		利用者同士のトラブル	6	26.1
		無断外出・離脱	5	21.7
		器物破損	3	13.0
		座り込み	2	8.7
		溺水	1	4.3
	職員が発生契機となる介護事故・インシデント (29)	薬の誤配・誤与薬・管理	21	91.3
		物品の紛失	3	13.0
		連絡ミス	2	8.7
		職員の法令違反・不祥事	2	8.7
		痰の吸引によるけが	1	4.3
傷害の態様 (28)	受傷の程度により医療機関での受診・診断を要する傷害 (22)	あざ・内出血	7	30.4
		表皮剥離	7	30.4
		切り傷	4	17.4
		打撲	2	8.7
		火傷	1	4.3
		窒息	1	4.3
	医療機関での受診・診断を要する傷害 (6)	骨折	5	21.7
		死亡	1	4.3

4)介護事故・インシデントの発生要因

“介護事故・インシデントの発生要因”では<利用者要因>として 36 のコード、<環境要因>として 28 のコード、<職員要因>として 26 のコードが得られた。

<利用者要因>では〔利用者の認知症、精神・心理症状に起因する要因〕と〔利用者の身体に起因する要因〕のサブカテゴリーが抽出された。〔利用者の認知症、精神・心理症状に起因する要因〕では「認知症症状の進行・強さ」(30.4%)「BPSD(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia ; 認知症の行動・心理症状)」(21.7%)「介護に対する拒否」(17.4%)「施設入所による混乱」(13.0%)「利用者の精神的なストレス」(8.7%)「利用者の注意力低下」(8.7%)「利用者の職員への遠慮」(4.3%)の回答が得られ、〔利用者の身体に起因する要因〕では「利用者の ADL の低下」(30.4%)「利用者の ADL の向上」(8.7%)「疾病による身体状況の変化」(4.3%)「麻痺等の障害」(4.3%)「利用者が自分の能力以上の行動をとった」(4.3%)の回答が得られた。

＜環境要因＞では〔施設環境〕と〔職員環境〕のサブカテゴリーが抽出され、〔施設環境〕では「施設の広さ」(26.1%)「家庭的ではない施設環境」(13.0%)「見守りがしにくい居室配置と個室」(13.0%)「施設の生活リズム」(13.0%)「絨毯のフロア」(8.7%)「施設の設備不備」(4.3%)の回答が得られ、〔職員環境〕では「職員配置の不足」(21.7%)「年度初めや開設直後の多忙な時期」(13.0%)「多忙による職員の疲労」(4.3%)「介護手順の変更」(4.3%)の回答が得られた。

＜職員要因＞では〔無意識的要因(スリップ・ラプス)〕と〔意識的要因(ミステイク)〕のサブカテゴリーが抽出され、〔無意識的要因(スリップ・ラプス)〕では「職員の知識・技術不足」(30.4%)「職員の観察・注意不足」(30.4%)「職員のアセスメント不足」(17.4%)「職員の失念」(8.7%)「職員の過剰な介護」(8.7%)「職員の連携不足」(4.3%)の回答が得られ、〔意識的要因(ミステイク)〕は「職員の思い込み」(13.0%)の回答が得られた(表 2-4)。

表 2-4 介護事故・インシデントの発生要因

n = 23 (複数回答)

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	n	%
利用者要因 (36)	利用者の認知症、 精神・心理状態に 起 因 す る 要 因 (24)	認知症症状の進行・強さ	7	30.4
		BPSD	5	21.7
		介護に対する拒否	4	17.4
		施設入所による混乱	3	13.0
		利用者の精神的なストレス	2	8.7
		利用者の注意力低下	2	8.7
		利用者の職員への遠慮	1	4.3
	利用者の身体に 起 因 す る 要 因 (12)	利用者の ADL の低下	7	30.4
		利用者の ADL の向上	2	8.7
		疾病による身体状況の変化	1	4.3
		麻痺等の障害	1	4.3
		利用者が自分の能力以上の行動をとった	1	4.3
環境要因 (28)	施設環境 (18)	施設の広さ	6	26.1
		家庭的ではない施設環境	3	13.0
		見守りがしにくい居室配置と個室	3	13.0
		施設の生活リズム	3	13.0
		絨毯のフロア	2	8.7
		施設の設定備不備	1	4.3
	職員環境 (10)	職員配置の不足	5	21.7
		年度初めや開設直後の多忙な時期	3	13.0
		多忙による職員の疲労	1	4.3
		介護手順の変更	1	4.3
職員要因 (26)	無意識的要因 (ス リップ・ラプス) (23)	職員の知識・技術不足	7	30.4
		職員の観察・注意不足	7	30.4
		職員のアセスメント不足	4	17.4
		職員の失念	2	8.7
		職員の過剰な介護	2	8.7
		職員の連携不足	1	4.3
	意識的要因 (ミス テイク) (3)	職員の思い込み	3	13.0

5)事故防止策として考えられること

“事故防止策として考えられること”では<利用者要因に対する事故防止策>として 48 のコード，<福祉用具等を用いた事故防止策>として 29 のコード，<職員要因に対する事故防止策>として 11 のコード，<環境要因に対する事故防止策>として 8 のコード，が得られた。

<利用者要因に対する事故防止策>では〔利用者の情報共有〕〔利用者の状態確認〕〔利用者への個別対応の実施〕〔利用者の精神的安定〕のサブカテゴリーが抽出された。〔利用者の情報共有〕では「他職種を含めてアセスメントを行う」(56.5%)「利用者情報・インシデントと事故報告の周知徹底をする」(21.7%)「インシデントと事故報告の結果についての話し合いを行う」(17.4%)「利用者の骨密度測定によるリスクの把握をする」(4.3%)の回答が得られ，〔利用者の状態確認〕では「見守り・巡回を強化する」(47.8%)「ボディチェックを実施する」(4.3%)の回答が得られた。〔利用者への個別対応の実施〕では「利用者個人の特性に合わせた対応をする」(26.1%)「歩行時に職員が付添をする」(8.7%)「利用者が自分のリスクを理解できるように説明する」(4.3%)の回答が得られ，〔利用者の精神的安定〕では「利用者の不穏原因を追究する」(8.7%)「利用者の精神的な安定を図る」(8.7%)の回答が得られた。

<福祉用具等を用いた事故防止策>では〔機器を用いた事前防止策〕〔機器を用いた傷害軽減策〕のサブカテゴリーが抽出され，〔機器を用いた事前防止策〕では「センサーを活用する」(78.3%)「リクライニング車いす・多点杖の活用する」(13.0%)の回答が得られ，〔機器を用いた傷害軽減策〕では「マット・プロテクターを使用する」(17.4%)「布団・低床ベッドで対応する」(17.4%)の回答が得られた。

<職員要因に対する事故防止策>では〔職員の意識への対策〕〔複数の職員による対応〕のサブカテゴリーが抽出され，〔職員の意識への対策〕では「事故防止研修・トレーニングを実施する」(17.4%)「事故防止に対する指針を徹底する」(8.7%)の回答が得られ，〔複数の職員による対応〕では「配薬時に職員 2 人でダブルチェックをする」(17.4%)「移乗介助を職員 2 人で対応する」(4.3%)の回答が得られた。

<環境要因に対する事故防止策>では〔生活環境の改善〕のサブカテゴリーが抽出され，「椅子とテーブルを活用し座位の安定を図る」(17.4%)「設備の配置と利用者の状況に合わせたベッド・居室の配置変更をする」(17.4%)の回答が得られた(表 2-5)。

表 2-5 事故防止策として考えられること

n = 23 (複数回答)

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	n	%
利用者要因に対する事故防止策 (48)	利用者の情報共有 (23)	他職種を含めてアセスメントを行う	13	56.5
		利用者情報・インシデントと事故報告の周知徹底をする	5	21.7
		インシデントと事故報告の結果についての話し合いを行う	4	17.4
		利用者の骨密度測定によるリスクの把握をする	1	4.3
	利用者の状態確認 (12)	見守り・巡回を強化する	11	47.8
		ボディチェックを実施する	1	4.3
	利用者への個別対応の実施 (9)	利用者個人の特性に合わせた対応をする	6	26.1
		歩行時に職員が付添をする	2	8.7
		利用者が自分のリスクを理解できるように説明する	1	4.3
	利用者の精神的安定 (4)	利用者の不穏原因を追究する	2	8.7
		利用者の精神的な安定を図る	2	8.7
福祉用具等を用いた事故防止策 (29)	機器を用いた事前防止策 (21)	センサーを活用する	18	78.3
		リクライニング車いす・多点杖の活用する	3	13.0
	機器を用いた傷害軽減策 (8)	マット・プロテクターを使用する	4	17.4
		布団・低床ベッドで対応する	4	17.4
職員要因に対する事故防止策 (11)	職員の意識への対策 (6)	事故防止研修・トレーニングを実施する	4	17.4
		事故防止に対する指針を徹底する	2	8.7
	複数の職員による対応 (5)	配薬時に職員 2 人でダブルチェックをする	4	17.4
		移乗介助を職員 2 人で対応する	1	4.3
環境要因に対する事故防止策 (8)	生活環境の改善 (8)	椅子とテーブルを活用し座位の安定を図る	4	17.4
		設備の配置と利用者の状況に合わせたベッド・居室の配置変更をする	4	17.4

6)事故防止策以外で事故防止につながっていること

“事故防止策以外で事故防止につながっていること”では<支援方法>として34のコード、<活動参加への取り組み>として20のコード、<環境への配慮>として12のコード、<職員体制>として9のコード、<利用者の状態変化>として4のコードが得られた。

<支援方法>では〔利用者の精神的安定〕〔サービスの質の向上〕〔利用者個人の尊重〕のサブカテゴリーが抽出され、〔利用者の精神的安定〕では「自立支援により達成感を得てもらう」(21.7%)「精神的に落ち着けるような支援を行う」(13.0%)「家族と連携し来所回数を増加する」(13.0%)「認知症利用者に個別的な声掛けをする」(8.7%)の回答が得られ、〔サービスの質の向上〕では「他職種を含めてアセスメントを行う」(26.1%)「認知症ケアの研修に参加する」(8.7%)「スライディングボードを活用する」(8.7%)「職員の技術向上に取り組む」(8.7%)の回答が得られ、〔利用者個人の尊重〕では「利用者のレベルに合わせたケアを提供する」(21.7%)「利用者個人を尊重したケアを提供する」(17.4%)の回答が得られた。

<活動参加への取り組み>では〔施設の活動への参加〕と〔利用者の活動範囲の拡大〕のサブカテゴリーが抽出され、〔施設の活動への参加〕では「リハビリテーションへの参加を促す」(39.1%)「施設行事・レクリエーションへ参加する」(17.4%)の回答が得られ、〔利用者の活動範囲の拡大〕では「積極的に外出支援を行う」(17.4%)「利用者の行動を制限しない」(13.0%)の回答が得られた。

<環境への配慮>では〔利用者の生活空間〕のサブカテゴリーが抽出され、「利用者が落ち着ける居場所づくりをする」(21.7%)「在宅生活と入所生活の変化を少なくする」(17.4%)「ユニットケアを導入する」(13.0%)の回答が得られた。

<職員体制>では〔職員の配置〕〔職員の関係性〕のサブカテゴリーが抽出され、〔職員の配置〕では「利用者の状態に合わせて適性職員配置をする」(13.0%)「機能訓練指導員を配置する」(8.7%)の回答が得られ、〔職員の関係性〕では「職員間の風通しの良い関係を作る」(17.4%)の回答が得られた。

<利用者の状態変化>では〔利用者の機能低下〕のサブカテゴリーが抽出され、「利用者のADL低下」(13.0%)「利用者の重度化」(4.3%)の回答が得られた(表2-6)。

表 2-6 事故防止対策以外で事故防止につながっていること n = 23 (複数回答)

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	n	%
支援方法 (34)	利用者の精神的安定 (13)	自立支援により達成感を得てもらう	5	21.7
		精神的に落ち着けるような支援を行う	3	13.0
		家族と連携し来所回数を増加する	3	13.0
		認知症利用者に個別的な声掛けをする	2	8.7
	サービスの質の向上 (12)	他職種を含めてアセスメントを行う	6	26.1
		認知症ケアの研修に参加する	2	8.7
		スライディングボードを活用する	2	8.7
		職員の技術向上に取り組む	2	8.7
	利用者個人の尊重 (9)	利用者のレベルに合わせたケアを提供する	5	21.7
		利用者個人を尊重したケアを提供する	4	17.4
活動参加への取り組み (20)	施設の活動への参加 (13)	リハビリテーションへの参加を促す	9	39.1
		施設行事・レクリエーションへ参加する	4	17.4
	利用者の活動範囲の拡大 (7)	積極的に外出支援を行う	4	17.4
		利用者の行動を制限しない	3	13.0
環境への配慮 (12)	利用者の生活空間 (12)	利用者が落ち着ける居場所づくりをする	5	21.7
		在宅生活と入所生活の変化を少なくする	4	17.4
		ユニットケアを導入する	3	13.0
職員体制 (9)	職員の配置 (5)	利用者の状態に合わせて適性職員配置をする	3	13.0
		機能訓練指導員を配置する	2	8.7
	職員の関係性 (4)	職員間の風通しの良い関係を作る	4	17.4
利用者の状態変化 (4)	利用者の機能低下 (4)	利用者の ADL 低下	3	13.0
		利用者の重度化	1	4.3

7)QOL とリスクの関係性

“QOL とリスクの関係性”では＜QOL とリスクの関係性＞として 26 のコードが得られ、〔QOL 向上によるリスクの状況の変化〕〔QOL 低下によるリスクの状況の変化〕〔リスク回避優先による悪循環〕のサブカテゴリーが抽出された。〔QOL 向上によるリスクの状況の変化〕では「QOL を上げることにより介護事故・インシデントのリスクが高くなる」(52.2%)「認知症利用者は QOL を上げることで介護事故・インシデントのリスクが上がる」(8.7%)「QOL を向上させても介護事故・インシデントのリスクは上がらない」(8.7%)の回答が得られた。〔QOL 低下によるリスクの状況の変化〕では「QOL を下げることにより介護事故・インシデントのリスクが高くなる」(21.7%)の回答が得られ、〔リスク回避優先による悪循環〕では「リスク回避を優先してしまうことで外出や活動に参加させられず QOL を低下させてしまう」(21.7%)の回答が得られた(表 2-7)。

表 2-7 QOL とリスクの関係性

n = 23 (複数回答)

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	n	%
QOL とリスクの 関係性 (26)	QOL 向上による リスクの状況の 変化 (16)	QOL を上げることにより介護事故・インシデ ントのリスクが高くなる	12	52.2
		認知症利用者は QOL を上げることで介護事 故・インシデントのリスクが上がる	2	8.7
		QOL を向上させても介護事故・インシデント のリスクは上がらない	2	8.7
	QOL 低下による リスクの状況の 変化 (5)	QOL を下げることにより介護事故・インシデ ントのリスクが高くなる	5	21.7
		リスク回避優先 による悪循環 (5)	5	21.7
		リスク回避を優先してしまうことで外出や活 動に参加させられず QOL を低下させてしま う		

8)QOL とリスクのバランス

“QOL とリスクのバランス”では、＜QOL 向上とリスク回避のバランス＞として 24 のコード、＜QOL 向上を重視する＞として 22 のコード、＜リスク回避を重視する＞として 22 のコードが得られた。

＜QOL 向上とリスク回避のバランス＞では〔QOL 向上とリスク回避のバランスの理想〕〔QOL 向上とリスク回避のバランスに対する悩み〕のサブカテゴリーが抽出され、〔QOL 向上とリスク回避のバランスの理想〕では「施設に入所したからといって色々な制限や制約をして生活してもらいたくない」(21.7%)「リスクがあっても QOL の高い生活を送れることが理想である」(17.4%)「QOL を高めることが役割でありリスクを冒してもサービスの質で保障できるようにしたい」(17.4%)の回答が得られ、〔QOL 向上とリスク回避のバランスに対する悩み〕では「QOL 向上とリスク回避のどちらに比重を合わせるか悩む」(39.1%)「認知症入所者は QOL 向上とリスク回避のどちらを取るか悩む」(8.7%)の回答が得られた。

＜QOL 向上を重視する＞では〔QOL 向上についての支援方針〕のサブカテゴリーが抽出され、「QOL 向上を優先する」(39.1%)「QOL を向上させて介護事故・インシデントのリスクを低下させるように取り組む」(34.8%)「施設の都合で介護事故・インシデントのリスク回避を重視してはいけない」(8.7%)「QOL を低下させリスク回避を重視することは介護理念や施設理念に反する」(8.7%)「生活をするうえでリスクはあってはいけないものという捉え方ではない」(4.3%)の回答が得られた。

＜リスク回避を重視する＞では〔リスク回避を重視する状況〕〔リスク回避を重視した考え方〕のサブカテゴリーが抽出され、〔リスク回避を重視する状況〕では「利用者の QOL 向上にウエイトを置くが状況によりリスク回避を優先することもある」(47.8%)「現場にいと忙しいことでだんだん重きをリスク回避に置いてしまう」(21.7%)「入所者や家族からの希望があっても明らかな危険性がある場合はリスク回避を優先する」(8.7%)「一度介護事故を経験した利用者に対しては特にリスク回避に対するウエイトが強くなる」(8.7%)の回答

が得られ、〔リスク回避を重視した考え方〕では「施設経営の視点からはまず介護事故・インシデントのリスクを回避することを考える」(4.3%)「高齢者は事故のダメージから元の状態に戻りにくいいためリスク回避を優先する」(4.3%)の回答が得られた(表 2-8)。

表 2-8 QOL とリスクのバランス n = 23 (複数回答)

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	n	%
QOL 向上とリスク回避のバランス (24)	QOL 向上とリスク回避のバランスの理想 (13)	施設に入所したからといって色々な制限や制約をして生活してもらいたくない	5	21.7
		リスクがあっても QOL の高い生活を送れることが理想である	4	17.4
		QOL を高めることが役割でありリスクを冒してもサービスの質で保障できるようにしたい	4	17.4
	QOL 向上とリスク回避のバランスに対する悩み (11)	QOL 向上とリスク回避のどちらに比重を合わせるか悩む	9	39.1
		認知症入所者は QOL 向上とリスク回避のどちらを取るか悩む	2	8.7
QOL 向上を重視する (22)	QOL 向上についての支援方針 (22)	QOL 向上を優先する	9	39.1
		QOL を向上させて介護事故・インシデントのリスクを低下させるように取り組む	8	34.8
		施設の都合で介護事故・インシデントのリスク回避を重視してはいけない	2	8.7
		QOL を低下させリスク回避を重視することは介護理念や施設理念に反する	2	8.7
		生活をするうえでリスクはあってはいけないものという捉え方ではない	1	4.3
リスク回避を重視する (22)	リスク回避を重視する状況 (20)	利用者の QOL 向上にウエイトを置くが状況によりリスク回避を優先することもある	11	47.8
		現場にいると忙しいことでだんだん重きをリスク回避に置いてしまう	5	21.7
		入所者や家族からの希望があっても明らかな危険性がある場合はリスク回避を優先する	2	8.7
		一度介護事故を経験した利用者に対しては特にリスク回避に対するウエイトが強くなる	2	8.7
	リスク回避を重視した考え方 (2)	施設経営の視点からはまず介護事故・インシデントのリスクを回避することを考える	1	4.3
		高齢者は事故のダメージから元の状態に戻りにくいいためリスク回避を優先する	1	4.3

9)施設における活動参加への取り組み事例

前述した事故防止策以外で事故防止につながっていることの質問項目において＜活動参加への取り組み＞の回答が得られた施設の職員 2 名に具体的な活動参加の取り組みについて追加のインタビュー調査を行った。インタビュー調査で得られた逐語データは、調査 1 で生成したカテゴリー、サブカテゴリーに当てはめて分類を行った。表 2-9 と 2-10 はカテゴリー、サブカテゴリー別にみた逐語データを示したものである。

表 2-9 A 施設の活動参加への取り組み

カテゴリー	サブカテゴリー	逐語データ
活動参加への取り組み	施設の活動への参加	大勢で行く外出支援と個別で行く外出支援が主に活動参加への取り組みの一つですね。大勢で行く外出支援は利用者と利用者の家族も呼ぶので 20 名程度で行います。主な外出先としてはディズニーランドとか博物館とかサンシャインとか、今年は江ノ島水族館なんですけど、見るのが中心にはなるんですけど、あともう少し少人数だとイチゴ狩りとか参加型のものを入れて、大きいのは年二回行っています。
	利用者の活動範囲の拡大	
支援方法	利用者の精神的安定	ご希望の方とか来られる家族には来てもらってます。利用者さんは希望がある方もいますし、今回どこどこですけどと言うと行かないわという方もいますし、認知症のフロアーの方に関しては意思・判断能力が難しいので、そういう場合は前回行った人は外すという形にしています。
職員体制	職員の配置	事前に下見に行くとか食事を刻みができるかとか、トイレが使えるかとか見てきますね。体制もその日は人員を厚くするので、どうしてもフロアーには限りがあるので、事務職と相談員と栄養士と機能訓練士など全職種が外出支援に付き添うという感じです。計画に関してもアクティビティ委員会があるので、そこで全職種で予算も含めて話し合うことをしています。
支援方法	サービスの質の向上	
利用者要因に対する事故防止策	利用者の情報共有	
支援方法	利用者個人の尊重	あと個別の外出支援は居室担当がお部屋の方を順番にどこかお連れするというもので、それは大規模なものとは違って、生活暦とか本人がずっとしたいこととかそういうものを拾って計画を立てるもので、どこかにわざわざ行くとかっていうものじゃない場合もあったりします。
	施設の活動への参加	
利用者要因に対する事故防止策	利用者の精神的安定	家族を呼んでできることもあるし、お花を植えたいという人がいれば敷地内に花壇を作るとか、外出支援というだけではないんですけど、職員が企画するというもので、どっか行きたいって言う人には例えば電車がすきだったら電車に一駅だけ乗ってくるとか、ドーナツが食べたいって言う利用者さんでしたらミスドに歩いて連れて行くとか、外出支援という名目ではあるけど、職員が何か企画をして本人からきちんと何がやりたいとか好きなこととかを聞いたりとか。

利用者要因	利用者の認知症、精神・心理状態に起因する要因	個別の外出支援に関しては数字的に取っているわけではないですけど、認知症のフロアーに関して言えば、周辺症状が減ったり、家族とのパートナーシップが取れるということがあると思いますが、認知症のフロアーに関しては逆に興奮してしまうということもありますね。普通の元気なというか分かる、判断できるある程度のことができる、はい、いいえ程度でも分かるような方はそんなにないですけど、認知症のフロアーの方はありますよね。花火をみたらちょっと落ち着かなくなっちゃったとかっていうのはありますね。
職員体制	職員の配置	この企画に関してはフロアーレベルなので、各フロアーの担当さんとリーダーと、あとは人員がいないときは相談員とか、あと家族にも協力してもらっています。
QOL 向上とリスク回避のバランス	QOL 向上とリスク回避のバランスの理想	施設の考え方としてはご本人に施設にいるからといって出られないとか自由が利かないというか、そういう生活にならないようにって考え方の方が大きいかと思います。
支援方法	施設の活動への参加	その他に施設で取り組んでいることとしてレクリエーションや趣味活動とかもあります。
利用者要因	利用者の認知症、精神・心理状態に起因する要因	メタリックヤーンをやっている人がいて、その人は認知症の症状とかが強くて●●ちゃんといって娘を探したりとか、結構夜になると出てきちゃったりとか、そういうのがあったんですけども娘を探して非常階段の方まで歩いて行っちゃったりとか、それで認知症のフロアーに移すこととか環境を変えることとかも考えたんですけども、
支援方法	利用者の精神的安定	ずっとデイサービスに行っていた時にメタリックヤーンという刺繍をやっていて、それをやってみたらどうかっていうので
環境への配慮	利用者の生活空間	やる時間を組み込んだら、娘を探して非常階段の方にいくとか、夜寝れなくて妄想が出ちゃったりとかそういうのはなくなって。
職員体制	職員の配置	そういう趣味活動の時間をわざわざ作るというか、そこで職員が必ず一人取られちゃうのでどうなのかなと思う部分もあるんですけど、そこで必ず毎日入れていくって事をしたら、そういう症状は軽減されたってことがありました。
環境への配慮	利用者の生活空間	
支援方法	利用者の精神的安定	それと家族とのパートナーシップが取れるようになって、家族にも趣味活動に協力してもらっていうことができ、結果的にはフロアー的にはプラスになったかなと思います。今は一人ではなく利用者何人かでやっているんですけど、その時は一対一でやってたんですよね。今は利用者もそんなに大人数はできないので何人かの中に入ってやってますけども。

表 2-10 B 施設の活動参加への取り組み

カテゴリー	サブカテゴリー	逐語データ
活動参加への取り組み	施設の活動への参加	一つは苑内ではデイサービスではクラブがありますので、そのクラブと一緒に参加させていただくことで、クラブ活動ですね。習字クラブとかフラワーアレンジメントであったりとか、絵手紙とか、そういう趣味のクラブ活動っていうのがあって、特養で 4、5 名ずつくらいですかね、各クラブに入って活動しているというのがありますね。デイサービスの一面を借りて一緒にやらしていただいているって形ですね。そういう意味でのクラブ活動プラスデイの方たちとの交流があったりとかというところでは活動参加になるかと思います。あとは行事ですね。各季節で行事を行ってますし、夏祭りであったり、敬老会であったり、クリスマス会であったりという行事への参加もあります。
支援方法	利用者の精神的安定	特にうちは夏祭りに関しては地域の方も呼びして、地域と一緒にやるような、地域と家族と連携してやってるお祭りということで、施設内だけではなくて、外部の人も入ったお祭りを企画して、それに参加してもらっている形ですね。他でいうと地域のお祭りですね。10 月には●●祭りっていう目の前の公園である地域のお祭りがあるんですけども、そこに毎年参加して、ご利用者さんをお連れして一緒に参加するということであったりとか、
活動参加への取り組み	利用者の活動範囲の拡大	あとはお祭り以外で普通に外出をしています。外出はかなりしている方かなと思ってます。うちの外出の特徴としては、集団ではいけないんですね。
職員体制	職員の配置	基本的にはマンツーマンで行くような個別の外出その方が一人が行きたい場所にお連れするっていうようなスタイルをとってますね。たまたま同じ場所に行きたいって方が二人ぐらいいたらお二人お連れするってことはありますけど、バスを借りてとか、7、8 名で行くってことはないですね。
環境要因	職員環境	逆にそれがリスクマネジメントというか、マンツーマンなので何十人お連れして職員が駆け回ってやるよりかはじっくり丁寧に連れてけるってところで、マンツーマンでの個別の外出っていう所で集団では行ってないです。

支援方法	利用者個人の尊重	<p>一番多いのがやっぱりこれ食べたいっていうのが多いですね。それがお寿司であつたりとか、タイ料理が食べたいとか色々おっしゃるんですね。施設にいと施設の食事しか食べれないし、食事ってすごく楽しみの一つなんだと思うので、お聞きしてどこかに行きたいってときは大体何かを食べたいって方が結構多いかなと、なので外食にお連れするというのが一番今の所は多いですね。その他はお墓参りですね。自分の家のお墓参りに行きたいって方であつたりとか、あとご自宅に帰って仏壇にお参りしたいとかっていうニーズがあつたりとか。あとは水族館とか野球がお好きな方は東京ドームだつたりとか、あとボクシングがお好きな方がいらっしゃって、その方は後楽園にボクシングを見に行ったりとかという所ですね。あとはお買い物、洋服をかったりとか、女性の方は買い物がお好きな方結構いらっしゃるのでお連れしてその流れでご飯も食べて帰ってくるとかという感じでお買い物も多いですね。その辺が主な外出先になるかと思います。</p>
支援方法	サービスの質の向上	<p>外出する利用者さんは ADL とかは全く気にしてないですね。介護度 5 だからいけないっていうよりかは、その方が行きたい場所とかその方が昔好きだったこととかをケアプラン会議がありまして、そこでご本人であつたり、本人が意思疎通が難しければ、家族とケアプランを立てる合議があるんですね。その中で常に外出でどこか行きたい場所がありませんかとか、逆に家族からしてお母さんをここお連れしたいとかいう希望を聞いて、そこで出た希望がケアプランに乗かって、それを居室の担当がお連れするっていう流れが多いですね。なので別に認知症だからとか関係なく、本人とかご家族の希望で行くという感じですね。ケアプラン会議はいわゆるサービス担当者会議のことですので色々な職種が参加します。</p>
利用者要因に対する事故防止策	利用者の状態確認	<p>外出支援の際の事故防止としては、マンツーマンでいることでの転倒防止であつたりとか、見守りが徹底できるという所はもちろんですし、あと食事に関してはみんながみんな常食を食べられるわけではないので、例えば普通のお店に行って明らかに食べれない方はこちらでソフト食のお弁当を作って持って行ってそこで食べれるようにしたりとかという食事の注意ですかね。あとは距離は少し気にしますね。長い時間車に乗っているとかで体調が悪くなってしまうとかいうこともあり得るので、基本的にはまず近場から外出していただいて、段々遠くに行けるような何ステップかあって行動範囲を広げていけるようにということはしていますね。</p>
支援方法	利用者個人の尊重	

QOL とリスクの関係性	QOL 向上によるリスクの状況の変化	外出支援を積極的に行う目的としてはやはり利用者さんの生活の質の向上というのが第一なんですけど、うちの施設ではおむつの人をトイレにお連れするとか、機械のお風呂じゃなくて檜のお風呂に入ってもらおうとかいう取り組みをされていてよく言われるのが危なくないですかとか、寝たきりでおむつにしておいた方が安全だしておっしゃるんですけど、事故っていう観点でいくと4年くらい前は寝たきりでおむつの方が多かったんです。ただその時と今おむつの方がほとんどいなくて、檜のお風呂に入っている状態で事故の数は昔の方が多いんですよ。これなんでだろうって思うんですけど。
利用者要因	利用者の身体に起因する要因	要はその人を動かさなければ事故はないって思っているけれども、結果的に動かさないことでその方の ADL とか心身状態はどんどん落ちてきて、逆にいうと日頃から動いてれば骨が脆くならないとか、結構あつという間に骨が脆くなってちょっとしたことで傷ついたり骨折してしまったりすることが結構多いってことがありますね。なので日中起きててもらった方が、日中トイレに座ってもらった方が、その方が動くことで筋肉とか骨の状態とかすごく良くなって、その方自体が元気になるんで、結果としては事故は減るって考えですね。
支援方法	利用者個人の尊重	
活動参加への取り組み	利用者の活動範囲の拡大	その延長に外出も、当り前の生活などの行動範囲を広くしてさらに元気になる、精神的にも身体的にも。なので外出した後はやっぱりいきいきされてるんですよ。次の日は疲れて寝ちゃっている方もいらっしゃるんですけど。そのあとはすごく元気だったりとかを考えると動かなければ安全という話は私たちとしてはないと思いますね。
QOL とリスクの関係性	QOL 向上によるリスクの状況の変化	なので QOL を上げていってもリスクは上がらないで下がっていくと考えてますね。
支援方法	利用者の精神的安定	あとは認知症もずっと施設内にいる人と定期的に散歩とか行ける人だと全然違うかなと思うんですよ。なのでうちの場合はできる限り外に構内一周回るだけでもしているので認知症の進行具合とかも大分違うと思いますね。閉じ込めちゃっている方が精神的なストレスが溜まっていっちゃうので。

4. 考察

インタビュー調査の目的は介護老人福祉施設において介護事故・インシデントについての考えと取り組み状況、事故防止策・事故防止策以外で事故防止につながる取り組みの実態とその効果、QOLの向上とリスク回避の両立に関する考え方や職員の抱える悩みをインタビュー調査にて明らかにすることで、介護老人福祉施設におけるリスクマネジメントの全体構造を明確化し、理論仮説と作業仮説の生成及び先行研究レビューにより構築した理論モデルの精緻化である。介護老人福祉施設職員に半構造化インタビューを行った結果、逐語記録からデータを切片化して587のコードを抽出し38のサブカテゴリーと19のカテゴリーを生成し、施設における活動参加に関する具体的な取り組み事例をカテゴリー・サブカテゴリーに当てはめて取り上げた。

ここでは介護老人福祉施設のリスクマネジメントの取り組みにおける全体像として1)施設におけるリスクマネジメントの取り組み、2)施設で想定している介護事故・インシデントの種類、3)介護事故・インシデントの発生要因、4)事故防止策として考えられること、5)事故防止策以外で事故防止につながること、6)QOLとリスクの関係性、7)QOLとリスクのバランス、8)施設における活動参加の取り組み事例についての考察を行い、これらの位置づけの検討を行う。

1)施設におけるリスクマネジメントの取り組み

“リスクマネジメントの取り組み”として現在、介護老人福祉施設においては先行研究で指摘してされている組織としてリスクマネジメントに取り組むこと(橋本、2004;増田・菊池、2003)については、各施設が「リスクマネジメント委員会の設置」や「リスクマネジメントマニュアルの整備」を行い「組織環境の整備」をしている施設が多く見られた。このことから組織全体としてリスクマネジメントに取り組むことの重要性が認識され、“リスクマネジメントへの取組み”が活発になっていると考えられる。その具体的な活動として「施設独自の介護事故・インシデントの定義の構築」を行い、その定義に合わせた「介護事故・インシデント報告書の活用」をすることや「施設内・外におけるリスクマネジメント研修の実施」を通して利用者の安全に対する「知識と情報の共有」を行い、職員一人ひとりが利用者の安全に対しての意識を持ち、日々の支援が行えるようなく組織風土の構築がされてきていると考えられる。

2)施設で想定している介護事故・インシデントの種類

“施設で想定している介護事故・インシデントの種類”ではく介護事故・インシデントの態様>として「利用者が発生契機となる介護事故・インシデント」である「転倒」や「転落・ずり落ち」、「異食」「誤嚥」が多く挙げられ、「職員が発生契機となる介護事故・インシデント」では「薬の誤配・誤与薬・管理」が多く挙げられた。これは介護老人福祉施設を対象とした先行研究でも施設においてもっとも多く発生している介護事故は「転倒」である(国民生活センター、2000;堀米、2000a, 2011;三田寺、2005, 2013)と指摘されているように、介護老人福祉施設におけるリスクマネジメントの対象として「転倒」や「転落・ずり落ち」が大きな割合を占めていると考えられる。また「職員が発生契機と

なる介護事故・インシデント〕に関しては先行研究で指摘されているように人為ミスによって発生している介護事故・インシデント(山田, 2008)であり,「転倒」や「転落・ずり落ち」と同様に介護老人福祉施設におけるリスクマネジメントの対象として大きな割合を占めていると考えられる。

＜傷害の態様＞については本研究では介護事故は介護サービスの提供過程で発生した利用者への不利益や損害であり,その程度が軽微のものや医療機関での受診を要しないものは介護サービスにおけるインシデント(ヒヤリハット)と定義したことを踏まえると,「あざ・内出血」「表皮剥離」「切り傷」など〔受傷の程度により医療機関での受診・診断を要する傷害〕には介護事故とインシデント両方の可能性が含まれる。しかし「骨折」「死亡」に関しては必ず〔医療機関での受診・診断を要する傷害〕であり,介護事故に分類されるものである。さらに介護老人福祉施設で発生する介護事故による受傷の程度について柴尾(2002)が定義しているように「死亡」や「骨折」に至らないように「危険や事故に対して可能な限り事前に予測・予見し,可能な限り結果・発生を回避」(柴尾, 2002)する事故防止や傷害軽減への取り組みがリスクマネジメントにおいては重要になると考えられる。

3)介護事故・インシデントの発生要因

“介護事故・インシデントの発生要因”に関しては先行研究でも指摘されているように＜利用者要因＞＜環境要因＞＜職員要因＞の3つに分類(橋本, 2004; 新野ら, 2003)され,＜利用者要因＞では金村ら(1999)や宮本ら(2002)が指摘しているように「認知症症状の進行・強さ」や「BPSD」,「介護に対する拒否」などの〔利用者の認知症,精神・心理症状に起因する要因〕として介護事故・インシデントの発生につながっている(金村ら, 1999; 宮本ら, 2002)と考えられた。また「利用者のADLの低下」も〔利用者の身体に起因する要因〕として介護事故・インシデントの発生につながっている(平松ら, 1995; 北川ら, 1995)と考えられたが,本調査においては「利用者のADLの向上」も介護事故・インシデントの発生につながるという回答もあり,ADLの向上によって活動ができるようになることで介護事故・インシデントのリスクも高まる可能性があるということが示唆された。

＜環境要因＞の〔施設環境〕に関しては介護老人福祉施設の施設形態が大きく関連していると考えられ,「施設の広さ」や「家庭的ではない施設環境」(橋本, 2004)が本研究結果でも挙げられた。また施設という集団生活の場であるために利用者は「施設の生活リズム」に合わせなければならないなど制約される場合もあり,このようなことが影響し介護事故・インシデントの要因につながる可能性があることも考慮する必要があると考えられる。さらにユニット型の特徴である個室による生活空間の確保に関しても個人のプライバシーや尊厳の観点では大切であると考えられるが,安全面の配慮としては個室が見守りの死角になってしまう危険性にも考慮が必要であると考えられる。〔職員環境〕では「年度初めや開設直後の多忙な時期」や「多忙による職員の疲労」という職員の多忙さによって介護事故・インシデントの発生につながるという回答が得られた。その背景として現在多くの施設では指定基準を満たしたうえで介護サービスを提供している。そして利用者の重度化に対応するために配置基準以上の職員を確保しようとしているが,利用者の状況にあった職

員数が確保できていない施設が多く、「職員配置の不足」などの職員確保と関連して「職員環境」として介護事故・インシデントの要因になると考えられた。

＜職員要因＞では「無意識的要因(スリップ・ラプス)」と「意識的要因(ミステイク)」が結果として得られ、「職員の知識・技術不足」「職員の観察・注意不足」「職員のアセスメント不足」「職員の連携不足」という「無意識的要因(スリップ・ラプス)」はサービスを提供している最中はサービス提供者自らの知識や技術、注意などが不足していることに気づかずに無意識的に行動してしまうエラーである。同様に「職員の失念」もサービス提供中は気づかずに、後になって失念していたと気づくものである。また「意識的要因(ミステイク)」として挙げられた「職員の思い込み」は意識的に誤った目標を選択してしまうエラーであり、状況により程度は異なるが、いずれも介護事故・インシデントの発生によって自らのエラーに気づくということになる。以上の様に発生要因に関しては単独で介護事故・インシデントの態様につながる場合といくつかの要因が重なって発生するもの(金村ら, 1999; Hausdorff et al., 2001)であり、それぞれの発生要因に対する対応の検討が必要であると考えられる。

4)事故防止策として考えられること

“事故防止策として考えられること”として＜利用者要因に対する事故防止策＞では「利用者の状態確認」のための「見守り・巡回の強化」や、「利用者への個別対応の実施」として「歩行時に職員が付添をする」「利用者の精神的な安定を図る」という利用者に対して個別の事故防止策が実施されており、その前提として「他職種を含めてアセスメントを行う」ことや「インシデントと事故報告の結果についての話し合いを行う」ことなどの「利用者の情報共有」を職員間で行うことが重要となると考えられる。そして介護老人福祉施設における事故防止策として＜福祉用具等を用いた事故防止策＞や＜職員要因に対する事故防止策＞、＜環境要因に対する事故防止策＞も同様に重要になると考えられる。

＜福祉用具等を用いた事故防止策＞では「センサーの活用」や「リクライニング車いす・多点杖の活用する」という「機器を用いた事前防止策」と、「マット・プロテクターを使用する」「布団・低床ベッドでの対応」という「機器を用いた傷害軽減策」が抽出され、介護事故・インシデントの態様が発生する前の対策としての事前防止策と、介護事故・インシデントの態様が発生した後の軽減を目的とした傷害軽減策に分けられ、このような取り組みが予見可能性と回避可能性に対しての取り組み(柴尾, 2002; 橋本, 2004)の一つであると考えられる。

＜環境要因に対する事故防止策＞として「椅子とテーブルを活用し座位の安定を図る」や「設備の配置と利用者の状況に合わせたベッド・居室の配置変更をする」という「生活環境の改善」が抽出され、これらは利用者の個別の状況に合わせて対応が検討されるものであり、＜福祉用具等を用いた事故防止策＞や＜環境要因に対する事故防止策＞もアセスメントにより職員間で対応が検討され、利用者の状況に応じて導入されるものであると考えられる。この事故防止策については Jansen et al.(2002)の介入研究においてもヒッププロテクターの装着やチームによるカンファレンスの徹底により転倒と大腿骨骨折の発生率

は大きく低下していた(Jansen et al., 2002)と報告されており、有効な事故防止策と傷害軽減策であると考えられる。

5)事故防止策以外で事故防止につながっていること

施設で取り組んでいる支援において、“事故防止策以外で事故防止につながっていること”として<支援方法><活動参加への取り組み><環境への配慮><職員体制><利用者の状態変化>のカテゴリーが抽出され、これらの項目の多くは利用者の生活と職員のサービスの質をより良いものにするために取り組んでいるものであると考えられた。事故防止策としても挙げられた「他職種を含めてアセスメントを行う」ことや「認知症ケアの研修に参加する」という利用者の特徴や認知症の特性を職員が理解する取り組みをしたうえで、「利用者のレベルに合わせたケアを提供する」「利用者個人を尊重したケアを提供する」などの〔利用者個人の尊重〕や、「自立支援により達成感を得てもらう」「精神的に落ち着けるような支援を行う」という〔利用者の精神的安定〕を図ることができるように支援が提供されており、「他職種を含めてアセスメントを行う」ことは“事故防止策として考えられること”と“事故防止策以外で事故防止につながっていること”に重複する重要な項目であり、リスクマネジメントの視点のみならず、利用者支援の視点としてアセスメントが重要であると考えられる。また「利用者のレベルに合わせたケアを提供する」ことや「自立支援により達成感を得てもらう」などの<支援方法>と「利用者が落ち着ける居場所づくりをする」ことや「在宅生活と入所生活の変化を少なくする」ことは先行研究で指摘されている<環境への配慮>(Lawton, 1983; 児玉, 2005)であり事故防止にもつながる支援であることが明らかになった。さらに前述の“介護事故・インシデントの発生要因”でも回答が得られた「職員配置の不足」に対して事故防止を目的とした職員の増員ではないが「利用者の状態に合わせて適正職員配置をする」ことも事故防止につながっていることが示唆された。この職員配置に関しては「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準」において「介護職員及び看護職員の総数は、常勤換算方法で、入所者の数が三又はその端数を増すごとに一以上とすること」(厚生労働省, 2012)と定められているが、都内介護老人福祉施設の介護職員配置の実態は2.3対1となっており(東京都社会福祉協議会高齢者施設福祉部会, 2012)、国の基準の3対1を大きく上回っている現状であり、重度化する利用者に対する適正職員配置が介護事故・インシデント発生の抑制にも影響を与えていると考えられる。しかし本研究では「利用者のADL低下」や「利用者の重度化」などの〔利用者の機能低下〕が事故発生の減少につながるという考え方が示され、先行研究ではADLの低下により転倒のリスクが向上する(平松ら, 1995; 北川ら, 1995; 戸田ら, 2003)と指摘していることとは異なる結果を示していることから、「利用者のADL低下」や「利用者の重度化」は「ADLの低下などにより活動量が減り、そのため転倒の機会も減る」(新野ら, 1996)ということも考えられるが、職員配置などにも配慮が行われ、手厚い支援が提供されることも事故発生の減少に関係していると考えられる。

<活動参加への取り組み>のカテゴリーでは「リハビリテーションへの参加を促す」や「施設行事・レクリエーションへ参加する」という〔施設の活動への参加〕や「積極的に外出支援を行う」「利用者の行動を制限しない」という〔利用者の活動範囲の拡大〕を行う

ことで利用者の事故発生を抑制につながる取り組みであるという考え方が示された。この施設利用者にとって外出支援やレクリエーション、施設行事に参加することは利用者に対するサービスの質を向上させる取り組みであり、高齢者の社会的活動である「集団活動への参加」や「趣味活動」、「地域活動への参加」(長田ら、2010)に該当すると考えられる。また利用者の活動量が減ることは転倒の機会の減少にもつながるものである(新野ら、1996)が、身体拘束や移動制限を行わずに「利用者の活動範囲の拡大」をすることで利用者の活動量の増加につながり、介護事故・インシデント発生の危険性を増加させても事故防止に対する取り組みとの相乗効果により介護事故・インシデントの危険性が増加しないような支援が行われているものである。さらにこの取り組みが利用者の QOL にも影響を与えられ、この様なく活動参加への取り組みは介護老人福祉施設の利用者にとって重要な取り組みであると考えられる。

6)QOL とリスクの関係性

介護事故・インシデントのリスクと QOL の関係性に関して QOL が低いことで転倒の危険性が高まる(戸田ら、2003)と先行研究では指摘されているが、介護老人福祉施設の多くの職員が「QOL を上げることにより介護事故・インシデントのリスクが高くなる」と捉えており、特に「認知症利用者は QOL を上げることで介護事故・インシデントのリスクが上がる」という先行研究とは異なる結果も抽出された。しかしその一方で「QOL を下げることで介護事故・インシデントのリスクが高くなる」という先行研究の結果を支持する回答や「QOL を向上させても介護事故・インシデントのリスクは上がらない」という回答も得られた。この「QOL とリスクの関係性」に関しては介護老人福祉施設では QOL とリスクは比例して変動すると考える職員が多く、特に先行研究でも多く挙げられている要因である認知症が影響を与えている(平松ら、1995；北川ら、1995；金村ら、1999；沼沢ら、2001；宮本ら、2002；Doorn et al., 2003；坂本ら、2004；河野ら、2007)と考えられるが、その中でもサービス提供者は事故防止策を用いて利用者のリスクを低下させ、かつ QOL 向上を図るような支援に取り組んでいるのが現状である。また「リスク回避を優先してしまうことで外出や活動に参加させられず QOL を低下させてしまう」という回答も得られたことから、前述したく活動参加への取り組みなどの事故防止策以外での事故防止につながる取り組みを行い、利用者のリスクを低下させ、QOL を向上させるような良循環への配慮を行っている施設もあり、質の高いサービスを提供することによって多くの事故が回避できる(日本福祉施設士会「福祉 QC」全国推進委員会、1997；厚生労働省、2002)という理論の実践例であると考えられる。

7)QOL とリスクのバランス

介護老人福祉施設における「QOL 向上とリスク回避のバランスの理想」として QOL 向上を重視した支援を優先し、利用者に質の高い生活を送ってもらいたいという回答が多く得られた。一方で、利用者の状態や施設という体制による制限や制約により職員は「QOL 向上とリスク回避のバランスに対する悩み」を抱えることや「リスク回避を重視する状況」もあり、その中で様々な工夫を行いリスクマネジメントに取り組んでいることが明らかに

なった。これは高齢者の特性からも考えられることであるが、介護事故は身体的にも精神的にも利用者に大きなダメージを与えるものであり、本来は「QOLを低下させリスク回避を重視することは介護理念や施設理念に反する」ものであると考えられる。しかし「高齢者は事故のダメージから元の状態に戻りにくいいためリスク回避を優先する」という状況や、転倒歴が危険因子としてとらえられる(Rubenstein et al., 1994 ; Oliver et al., 2004)ように、「一度介護事故を経験した利用者に対しては特にリスク回避に対するウエイトが強くなる」というようにリスク回避を優先せざるを得ない状況もあると考えられる。また施設という観点ではサービス提供者と利用者との契約によって成り立っていることから、サービス提供者には利用者への安全配慮義務が課せられることや、前述した職員の多忙さにより、利用者一人ひとりに目が行き届かないような状況もあり、QOLよりもリスク回避を優先するという選択をせざるを得ないこともあると考えられる。

8)施設における活動参加への取り組み事例

調査1にて“事故防止策以外で事故防止につながっていること”として＜活動参加への取り組み＞の回答が得られた施設の職員2名を対象に追加インタビューを行った結果、具体的に＜活動参加への取り組み＞として外出支援に関する回答が得られた。この2事例に共通して抽出されたカテゴリーとして＜活動参加への取り組み＞と＜支援方法＞、＜職員体制＞であり、＜活動参加への取り組み＞のカテゴリーでは〔施設の活動への参加〕と〔利用者の活動範囲の拡大〕が抽出され、＜支援方法＞のカテゴリーでは〔利用者の精神的安定〕〔サービスの質の向上〕〔利用者個人の尊重〕が抽出された。また＜職員体制＞のカテゴリーでは〔職員の配置〕が抽出されたが、これらのカテゴリーはいずれも“事故防止策以外で事故防止につながっていること”のカテゴリーであり、利用者支援と事故防止の双方において重要であると考えられる。

具体的にこの2事例の外出支援では＜支援方法＞の〔サービスの質の向上〕として他職種を含めてアセスメントが行われており、〔利用者個人の尊重〕と〔職員の配置〕として利用者個人のニーズに合わせた個別の外出支援の取り組みが行われていた。さらに計画や外出支援に利用者の家族も関わる機会が含まれており、これらの取り組みにより利用者のニーズが充足され、さらに家族という利用者にとっての大きな存在との関わりを持つ場となることから〔利用者の精神的安定〕がもたらされる支援であると考えられる。そしてこのような外出支援などの取り組みはサービスの質を高めるだけでなく、利用者の介護事故・インシデントの発生の防止にもつながっているものであり、〔施設の活動への参加〕と〔利用者の活動範囲の拡大〕は社会的活動への参加(長田ら, 2010)でもあると考えられる。また外出支援を行っているサービス提供者の考えとして‘施設の考え方としてはご本人に施設にいるからといって出られないとか自由が利かないというか、そういう生活にならないように’という〔QOL向上とリスク回避のバランスの理想〕や‘QOLを上げていってもリスクは上がらない’という〔QOL向上によるリスクの状況の変化〕が前提となり、QOL向上を重視した支援を優先し、サービスを提供することで利用者に安全で快適な生活を送ってもらえるように取り組んでいるものであると考えられる。そしてこれらの取り組みが利用

者に結果として良循環をもたらし、介護事故・インシデントのリスク低下につながっていると考えられる。

9)理論モデルの構築と仮説の生成

前述の図 1-2「本研究におけるリスクマネジメントの視点」に、本調査で抽出されたカテゴリーを当てはめ、さらにヒューマンエラーの組織事故防止のプロセス(Reason, 2008)を参考に構築した「介護老人福祉施設におけるリスクマネジメントモデル」を図 2-1 に示した。

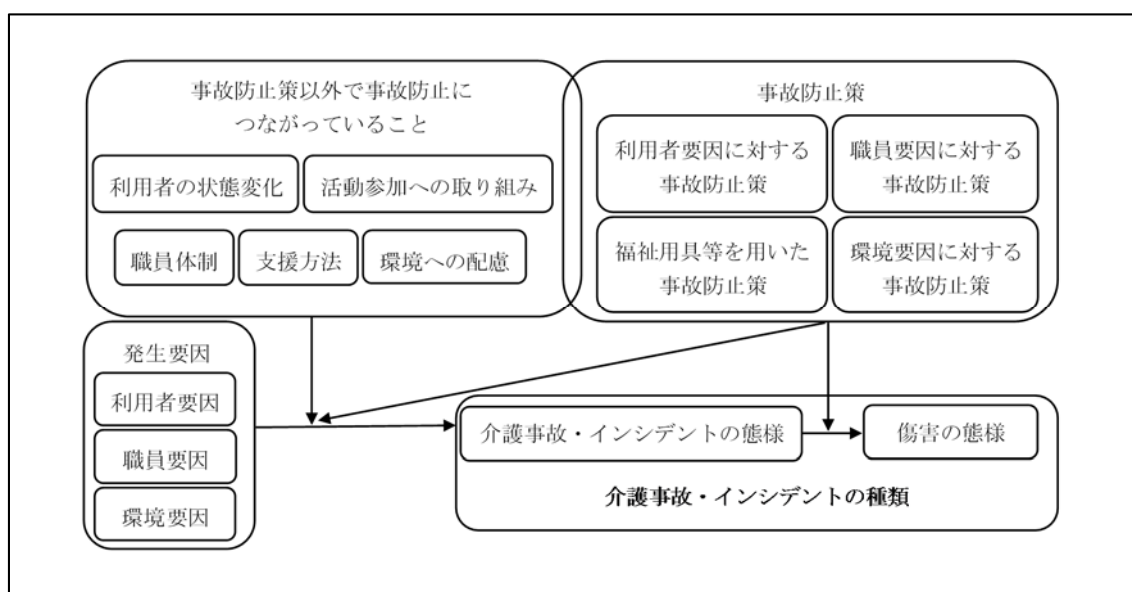


図 2-1 介護老人福祉施設におけるリスクマネジメントモデル

組織事故防止のプロセスに関しては方針決定や予測、計画立案などが含まれる(Reason, 2008)と述べており、本研究における理論モデルでは“事故防止策以外で事故防止につながっていること”と“事故防止策”は“介護事故・インシデントの種類”への予測に対する計画立案であると考えられる。この理論モデルのプロセスとして介護老人福祉施設において利用者は“介護事故・インシデントの発生要因”を抱えながら生活をしており、その発生要因として具体的には＜利用者要因＞＜環境要因＞＜職員要因＞が挙げられる。そしてサービス提供者はその“介護事故・インシデントの発生要因”に対して“事故防止策”として＜利用者要因に対する事故防止策＞や＜職員要因に対する事故防止策＞、＜福祉用具等を用いた事故防止策＞、＜環境要因に対する事故防止策＞を用いて事故防止に取り組んでいる。また“事故防止策以外で事故防止につながっていること”として利用者の生活と職員のサービスの質を向上させるために＜利用者の状態変化＞＜活動参加への取り組み＞＜職員体制＞＜支援方法＞＜環境への配慮＞に取り組む、介護事故・インシデントの発生防止に影響を与えている。さらに“事故防止策”と“事故防止策以外で事故防止につながっていること”に共通する取り組みとして「他職種を含めてアセスメントを行う」ことと

〔利用者の精神的安定〕を図ることがある。介護老人福祉施設での介護サービスの提供は介護職だけで成り立つ援助ではなく、様々な職種が関わりながら連携してサービスを提供するチームアプローチであり、「他職種を含めてアセスメントを行う」ことで利用者のニーズや課題を多角的な視点で把握し、利用者一人ひとりの個別性に合わせた質の高いサービスの提供をすることが可能となり、さらに事故発生率を増加させずに利用者の精神的に安定した安全、安心、尊厳のある生活につながるものであると考えられる。

この理論モデルから“介護事故・インシデントの発生要因”に対して「センサーの活用」などの〔機器を用いた事前防止策〕と、「マット・プロテクターを使用する」などの〔機器を用いた傷害軽減策〕である“事故防止策”を用いた取り組みを行うことは“介護事故・インシデントの種類”である「転倒」や「転落・ずり落ち」などの＜介護事故・インシデントの態様＞に影響を与え介護事故・インシデントの防止につながっていると考えられ、さらに“事故防止策”は＜介護事故・インシデントの態様＞が発生した後の傷害の軽減を目的とするものも含まれ、「あざ・内出血」や「骨折」などの＜傷害の態様＞にも影響を与えるものであると考えられる。さらに“事故防止策以外で事故防止につながっていること”は先行研究においても指摘されている利用者の QOL を向上させる要因(長田ら, 2010)の一つであり、＜利用者の活動範囲の拡大＞として調査 2 においても具体的な取り組みで‘外出支援を積極的に行う’ことや‘当り前の生活などの行動範囲を広くする’などの回答が得られ、この取り組みを行うことにより‘認知症のフローアに関して言えば、周辺症状が減った’‘外出した後はやっぱりいきいきされてる’という利用者の精神状態の変化と‘寝たきりでおむつにしておいた方が安全だしっておっしゃるんですけど、事故っていう観点でいくと 4 年くらい前は寝たきりでおむつの方が多かったんです。ただその時と今おむつの人がほとんどいなくて、檜のお風呂に入っている状態で事故の数は昔の方が多い’というような「積極的に外出支援を行う」ことや「利用者の行動を制限しない」という事故防止策以外の事故防止につながる取り組みが利用者の心身機能の活性化につながり、介護事故・インシデントの防止に良い影響を与えていると考えられる。このような取り組みは利用者へのサービスの質を向上させるためにサービス提供者が取り組んでいるものであり、本来は外出の頻度や行動の自由度を高めることにより転倒の発生率が高くなると考えられるが、発生率を増加させずに利用者の安全な生活につながってくるものであると考えられ、先行研究において活動との関連性(鈴木, 2003 ; 河野, 2007)が指摘されている転倒に焦点を当て、発生要因と事故防止策、事故防止策以外の取り組みとして「外出の頻度」や「施設内の行動制限」との関連性を客観的に検証することが必要である。

また‘認知症もずっと施設内にいる人と定期的に散歩とか行ける人だと全然違うかなと思うんですね。なのでうちの場合はできる限り外に構内一周回るだけでもしているので認知症の進行具合とかも大分違うと思いますね。閉じ込めちゃっている方が精神的なストレスが溜まっていつっちゃうので’という外出支援を行うことによる認知症高齢者への影響についても逐語データが得られた。先行研究では林谷・田中(2014)は認知症高齢者は生活に対する不安やストレスなどから「BPSD」の出現が見られる場合が多い(林谷・田中, 2014)と指摘しており、その他の先行研究では家族との面会頻度やレクリエーション、職員や他的高齢者との関係形成が〔利用者の精神的安定〕につながり「BPSD」が減少すること(大西・梅垣・遠藤・井口, 2004 ; Minematsu A., 2006 ; 片丸・宮島・村上, 2008 ; 鄭・

岡田, 2013)も多く報告されていることから、転倒と「利用者の精神的安定」の側面として「認知症」と「BPSDの有無」との関連性についても検証が必要である。

以上のことから以下のように整理することができ、1)および2)が理論仮説となり、各理論仮説の(1)と(2)については第3章の質問紙調査の作業仮説となる。仮説検証のために介護老人福祉施設における転倒の発生要因、事故防止策、事故防止策以外で事故防止につながる取り組みの関連性について χ^2 検定及び多変量解析を用いて検証をすることとした。

- 1)介護老人福祉施設において利用者は転倒のリスクを抱えながらも適切な事故防止策を用いることにより介護事故発生が抑制でき安全な生活が送れる
- (1)事故防止策を用いることにより転倒の危険性は低下する
- (2)認知症利用者の精神的安定を図ることにより転倒の危険性は低下する
- 2)介護老人福祉施設において利用者の活動参加に取り組むことで介護事故・インシデントの危険性は高くなるが事故防止策を活用することにより介護事故インシデントの発生割合を抑制することができる
- (1)外出の頻度が多くなることで転倒の危険性は高くなるが、適切な事故防止策を活用することにより転倒の発生割合を抑えることができる
- (2)身体拘束や移動制限をしないことにより転倒の危険性は高くなるが、適切な事故防止策を活用することにより転倒の発生割合を抑えることができる

10)本調査の限界

本調査の限界として回答者の属性が福祉系職種のみであったことが挙げられる。本調査では各施設長から施設においてリスクマネジメント業務に関わる施設職員を紹介してもらいインタビュー調査を実施した結果、生活相談員や介護主任等役職職員、施設長、ケアワーカーからデータを収集することができた。しかしインタビュー調査の結果でも「他職種を含めてアセスメントを行う」というコードが抽出されたように介護老人福祉施設では様々な職種が関わりながら連携して利用者へのサービスが提供されており、看護師や機能訓練指導員、栄養士などからのデータの収集も行うことで、さらに多角的な視点を取り入れた理論モデルの構築が行えるものであると考えられる。

また生成したカテゴリー・サブカテゴリーにより介護老人福祉施設におけるリスクマネジメントの全体像を示すことができたが、発生要因と介護事故・インシデントの態様の関連性として、例えば利用者の歩行機能の低下が転倒の危険性に影響を与えることは考えられるが、歩行機能の低下が誤嚥の危険性に影響をあたえることはあまり考えられないように各コードがどのような契機で作用するかということまでは明らかにできていない。この各コード間の関連性を検討するためにも転倒や転落、誤嚥などそれぞれの介護事故・インシデントの態様の発生要因と事故防止策、利用者の生活の質の向上を目的とした事故防止策以外で事故防止につながる取り組みの関連性を検討していくことが今後の課題となる。

第3章 利用者の状況と転倒防止策に関する質問紙調査

1. 目的

先行研究及びインタビュー調査にて介護老人福祉施設における利用者が介護事故・インシデントを引き起こす発生要因とリスクマネジメントの取り組みが明らかになったが、これまでの研究の多くは利用者の発生要因にのみ焦点が当てられていた。そこで本調査では先行研究及びインタビュー調査にて明らかになった高齢者が最も起こしやすい事故である転倒に焦点を絞り、介護老人福祉施設利用者の「転倒の発生要因」と「事故防止策」、「事故防止策以外で事故防止につながる取り組み」として「外出の頻度」と「施設内の移動制限」に焦点を当て、介護老人福祉施設の利用者の状況と転倒の発生状況について質問紙を用いて調査を行い、作業仮説の検証をすることを目的とした。前述のように「外出の頻度」と「施設内の移動制限」は、頻度や自由度を高めることにより転倒の発生率が高くなるが、「外出の頻度」や「施設内の移動制限」は利用者の精神的安定につながるものでもあることから転倒に焦点を絞った調査を行った。

本調査において先行研究及びインタビュー調査にて構築した作業仮説は(1)から(4)である。

- (1)事故防止策を用いることにより転倒の危険性は低下する
- (2)認知症利用者の精神的安定を図ることにより転倒の危険性は低下する
- (3)外出の頻度が多くなることで転倒の危険性は高くなるが、適切な事故防止策を活用することにより転倒の発生割合を抑えることができる
- (4)身体拘束や移動制限をしないことにより転倒の危険性は高くなるが、適切な事故防止策を活用することにより転倒の発生割合を抑えることができる

2. 方法

1)調査方法と期間

調査方法は、利用者の状況に関する質問紙及び介護事故報告・インシデント報告に関する質問紙を用いた調査を郵送留置法で行った。調査期間は2014年5月から2014年7月の3か月間を対象とした。

2)調査対象と実施方法

介護老人福祉施設に入所している利用者の状況を対象とした質問紙調査を実施した。施設の抽出方法はWAMネットから都内の介護老人福祉施設10施設を抽出し施設長に調査依頼文を郵送し、調査の依頼に関して回答書にて承諾の得られた施設に電話で確認を行った。調査担当者の選定については施設長から紹介を頂き、調査担当者に文書と口頭にて説明をし、調査への協力の同意が得られた施設を対象とした。

3)調査内容

調査内容に関しては先行研究レビューの結果とインタビュー調査の結果を踏まえ、「利用者の状況」と「介護事故・インシデントの状況」に関する調査内容を設定した。「利用者の

状況」に関しては調査対象の介護老人福祉施設全利用者の状況を調査担当者が毎月末に調査票に記入することとした。介護事故・インシデントの状況に関しても調査担当者が発生時に調査票に記入を行った。

調査の目的を踏まえ、「利用者の状況」に関する 15 項目(①利用者 ID, ②性別, ③年齢, ④要介護度, ⑤認知症の種類, ⑥認知症高齢者の日常生活自立度, ⑦障害高齢者の日常生活自立度, ⑧施設内の移動制限, ⑨外出の頻度, ⑩身体拘束, ⑪事故防止策, ⑫眠剤・抗不安薬の服用の有無, ⑬BPSD の有無, ⑭リハビリの参加, ⑮調査期間中の入退所・入退院)を調査項目として設定し, インタビュー調査の結果と高齢者の転倒の発生要因について先行研究で報告されている利用者要因に関して認知症(平松ら, 1995; 北川ら, 1995; 金村ら, 1999; 沼沢ら, 2001; 宮本ら, 2002; Doorn et al., 2003; 坂本ら, 2004; 河野ら, 2007)や BPSD(橋本, 2004; 稲葉ら, 2006)と ADL(平松ら, 1995; 北川ら, 1995; 新野ら, 1996; 沼沢ら, 2001)を異なる施設を対象とした調査において統一した基準で測定するために介護認定調査項目を参考に設定し調査票を作成した。

「利用者の状況」に関する調査項目の詳細について「認知症の種類」は「①脳血管性」「②アルツハイマー型」「③レビー小体型」「④その他」を項目として設定し, 認知症の程度の測定は「認知症高齢者の日常生活自立度」を設定し, 項目は最軽度の「I」から最重度の「M」の 7 段階とした。「障害高齢者の日常生活自立度」は「①ランク A - 1」, 「②ランク A - 2」, 「③ランク B - 1」, 「④ランク B - 2」, 「⑤ランク C - 1」, 「⑥ランク C - 2」, の 6 段階とした。利用者へのサービスの質と客観的な QOL の観点から社会的活動参加と活動範囲の項目(鈴木, 2003; 長田, 2010)として「施設内の移動制限」を「①ベッド上」, 「②居室内」, 「③同一フロア内」, 「④施設の建物内」, 「⑤制限なし」の 5 段階を設定した。「外出の頻度」に関しては介護認定調査の項目を参考に, 「①本人の希望時」「②週 1 回以上」「③月 1 回以上」「④月 1 回未満」の 4 段階を用いた。「身体拘束」と「事故防止策」, 「眠剤・抗不安薬・多剤併用処方」に関しては「①あり」「②なし」とし, 「①あり」を選択した場合の詳細は記述を設定した。「BPSD」については「①あり」「②なし」を設定し, 「BPSD」の症状が有る場合には介護認定調査の項目を参考に「①物を盗られたなどと被害的になる」, 「②作話をする」, 「③泣いたり, 笑ったりして感情が不安定になる」, 「④昼夜の逆転がある」, 「⑤しつこく同じ話をする」, 「⑥大声をだす」, 「⑦介護に抵抗する」, 「⑧『家に帰る』等と言い落ち着きがない」, 「⑨一人で外に出たがり目が離せない」, 「⑩いろいろなものを集めたり, 無断でもってくる」, 「⑪物を壊したり, 衣類を破いたりする」, 「⑫ひどい物忘れ」の 12 項目を設定した。「リハビリの参加」に関しては, 施設における個別機能訓練加算を基準に「①参加している」「②参加していない」を設定し, 「調査期間中の入退所・入退院」は「①入所」「②退所」「③入院」「④退院」を設定した。

「介護事故報告・インシデントの状況」に関しては介護事故・インシデント発生時の状況を把握するために先行研究(新野, 2003; 河野, 2007, 2012; 堀米, 2010 a, 2011)を参考に, 全 7 項目(①利用者 ID, ②介護事故・インシデントの種類, ③発生場所, ④発生日時, ⑤状態(入所者への影響度), ⑥発生要因, ⑦追記事項)の調査項目を設定した。発生場所として「①居室」「②浴室」「③廊下」「④食堂」「⑤トイレ」「⑥その他」を設定し, 発生日時を設定した。さらに施設における介護事故・インシデントの定義が異なる施設において調査を実施するため, 先行研究(Heinrich, 1980; 橋本, 2004)を参考に介護事故報

告・インシデント報告の状態(利用者への影響度)を「①未発生」「②処置なし」「③看護師等による軽度処置」「④施設内で医師の診断・処置」「⑤病院での受診・検査」「⑥入院・通院治療」の6段階で項目を設定した。なお本調査における転倒の操作的定義として「自分の意思によらず身体の足底以外の部分が床に付いたともの」(Gibson et al., 1987)を採用した。

4)分析方法

質問紙では介護事故・インシデントの定義が異なる施設において調査を行うため転倒に関する介護事故報告・インシデント報告の状態(利用者への影響度)を前述のように「①未発生」「②処置なし」「③看護師等による軽度処置」「④施設内で医師の診断・処置」「⑤病院での受診・検査」「⑥入院・通院治療」の6段階で項目を設定したが、各項目の発生件数が十分に収集できなかったため、報告された転倒に関する介護事故報告・インシデント報告の状態のうち転倒しそうになったが実際には転倒をしていない事例である「①未発生」を除外して、「②処置なし」から「⑥入院・通院治療」の項目に該当する回答を「転倒あり」として分析を行った。

分析に投入した変数の尺度に関しては「利用者の状況」の「利用者ID」を除いた14項目のうち「性別」「認知症の種類」「身体拘束の有無」「事故防止策」「眠剤・抗不安薬の服用の有無」「BPSDの有無」「リハビリの参加」「調査期間中の入退所」「調査期間中の入退院」に関しては名義尺度とした。その他の6項目について、「要介護度」に関しては「要介護度1」から「要介護度5」の5段階であるが、要介護度間の状態の差が等しいとは言えないため順序尺度とし、同様に「認知症高齢者の日常生活自立度」「障害高齢者の日常生活自立度」についても順序尺度とした。「施設内の移動制限」と「外出の頻度」についても「ベッド上」での移動制限から「施設の建物内」での移動制限のように制限の範囲が広がることや、「外出の頻度」が「月1回未満」から「週1回以上」のように頻度が高くなる尺度であることから順序尺度とし、「年齢」に関しては間隔尺度とした。

分析は転倒の有無と属性との関連性を見るために χ^2 検定とt検定を行った。次に共分散をチェックするために項目間の相関係数を求め、従属変数を転倒の有無として多重共線性の診断を行い、分散拡大係数(VIF)を求めた。その後、転倒の有無と属性について調整オッズ比を求めるためにロジスティック回帰分析を用いた。目的変数は「転倒の有無」であり、説明変数は「性別」「年齢」「要介護度」「認知症の有無」「認知症高齢者の日常生活自立度」「障害高齢者の日常生活自立度」「外出の頻度」「施設内の移動制限の有無」「身体拘束の有無」「事故防止策の有無」「眠剤・抗不安薬等の処方」「BPSDの有無」「リハビリテーションへの参加」「調査期間中の入退院の有無」「調査期間中の入退所の有無」の項目で、仮説の検証を行うため、変数は尤度比による変数減少法とした。すべての統計分析には統計解析ソフトIBM SPSS Statistics 22を用いた。

5)調査実施にあたっての倫理上の配慮

調査実施にあたっての倫理上の配慮については、日本社会事業大学社会事業研究所研究倫理委員会に審議を依頼し承認を得た(承認番号 14 - 0101)。具体的には、介護老人福祉施

設の施設長に対して調査依頼及び実施時に調査協力の任意性、調査のなかで知り得た一切の情報の保護やその管理・破棄方法、調査結果の利用・公表方法について文書および口頭にて説明を行い書面にて同意を得た。同意の得られた施設に対して調査担当職員を訪問し、調査依頼文を用いて説明を行い、回答者が調査期間終了後に直接調査票を返信してもらうように依頼をおこなった。

3. 結果

1)調査対象者の属性

介護老人福祉施設 7 施設から調査の協力を得ることができた。施設形態は従来型 3 施設、準ユニット型、新型、一部ユニット型、地域密着型が各 1 施設であった。対象者は 1 施設 26 名から 149 名で 3 か月間に介護老人福祉施設を利用した全対象者は 595 名であり、提出された転倒に関する介護事故・インシデントの状況は 114 件であった。そのうち「未発生」として提出された調査票を除外して 83 件を対象に分析を行った。転倒者は全対象者 595 名のうち 61 名であり、転倒者のうち 14 名は 2 回以上の複数回転倒を経験していた(表 3-1)。

対象者の基本属性は「男性」111 名(18.7%)、「女性」が 484 名(81.3%)であり、最低年齢は 60 歳、最高年齢は 104 歳、平均年齢は 86.86 歳(SD : ±8.035)であった。年齢は「80 歳代」が 259 名(43.5%)と最も多く、次いで「90 歳代」が 208 名(35.0%)、「70 歳代」が 86 名(14.5%)であった。要介護度は「要介護度 5」が 207 名(34.8%)で最も多く、次いで「要介護度 4」が 188 名(31.6%)、「要介護度 3」が 123 名(20.7%)であった。

「認知症の有無」では「認知症あり」が 492 名(94.8%)、「認知症なし」が 31 名(5.2%)であり、「認知症あり」の具体的な内訳は「脳血管性認知症」が 120 名(24.3%)、「アルツハイマー型認知症」が 331 名(67.2%)、「レビー小体型認知症」が 10 名(2.0%)、「その他」が 31 名(6.3%)であった。「認知症高齢者の日常生活自立度」は「ランクⅢa」が 192 名(32.3%)と最も多く、次いで「ランクⅣ」が 143 名(24.0%)、「ランクⅡb」が 83 名(13.9%)であった。

「障害高齢者の日常生活自立度」は「ランク B-2」が 184 名(30.9%)と最も多く、次いで「ランク B-1」が 162 名(27.2%)、「ランク A-2」が 79 名(13.3%)、「ランク C-2」が 73 名(12.3%)であった。

「外出の頻度」は「月 1 回未満」が 366 名(61.5%)と最も多く、次いで「月 1 回以上」が 194 名(32.6%)、「本人の希望時」が 24 名(4.0%)であった。「施設内の移動制限の有無」は「制限なし」が 298 名(50.1%)、「制限あり」が 297 名(49.9%)であり、「移動制限の範囲」は「ベッド上」が 21 名(7.0%)、「居室内」が 5 名(1.7%)、「同一フロア内」が 180 名(60.6%)、「施設の建物内」が 91 名(30.6%)であった。

「身体拘束の有無」では「拘束あり」が 5 名(0.8%)、「拘束なし」が 590 名(99.2%)であり、「事故防止策の有無」は「事故防止策あり」が 194 名(32.6%)、「事故防止策なし」が 401 名(67.4%)であり、「事故防止策あり」の内訳は「見守りの強化」が 87 件(44.8%)、「マットの使用」が 13 件(6.7%)、「マットの使用と見守りの強化」が 14 件(7.2%)、「センサーの使用」が 53 件(27.3%)、「センサーの使用と見守りの強化」が 13 件(6.7%)、「センサーとマットの使用」が 9 件(4.6%)、「センサーとマットの使用と見守りの強化」が 5 件(2.6%)であった。

「眠剤・抗不安薬等の処方」は「処方あり」が 212 名(35.6%),「処方なし」383 名(64.4%)であり,「BPSD の有無」は「BPSD あり」が 152 名(25.5%),「BPSD なし」が 443 名(74.5%)であった.「BPSD」の内訳は「『家に帰る』等と言い落ち着きがない」が 33 名(5.5%)で最も多く,次いで「介護に抵抗する」が 29 名(4.9%),「作話をする」が 25 名(4.2%),「ひどい物忘れ」が 24 名(4.0%)の順に多かった.

「リハビリテーションへの参加」は「参加している」が 387 名(65.0%),「参加していない」が 208 名(35.0%)であった.「調査期間中の入退院の有無」は「入退院あり」が 26 名(4.4%),「入退院なし」が 567 名(95.6%)であり,「調査期間中の入退所の有無」は「入退所あり」が 28 名(4.7%),「入退所なし」が 567 名(95.3%)であった(表 3-2).

表 3-1 調査対象施設の形態及び対象者と転倒発生件数

n=595

		全対象者	転倒件数	転倒者	転倒者率(%)	複数回 転倒者	複数回転 倒者率(%)
1	準ユニット型	80 名	9 件	8 名	(10.0)	1 名	(12.5)
2	一部ユニット型	110 名	19 件	16 名	(14.5)	3 名	(18.8)
3	従来型	55 名	9 件	6 名	(10.9)	2 名	(33.3)
4	従来型	149 名	10 件	9 名	(6.0)	1 名	(11.1)
5	新型	95 名	16 件	9 名	(9.5)	2 名	(22.2)
6	地域密着型	26 名	1 件	1 名	(3.8)	0 名	(0.0)
7	従来型	80 名	19 件	12 名	(15.0)	5 名	(41.7)
	全体	595 名	83 件	61 名	(10.3)	14 名	(23.0)

※1 転倒者率は全対象者のうちの転倒者の割合

※2 複数回転倒者率は転倒者のうちの複数回転倒者の割合

表 3-2 対象者の基本属性

n = 595

		人数	(%)
性別	男性	111	(18.7)
	女性	484	(81.3)
年齢	60 歳代	17	(2.9)
	70 歳代	86	(14.5)
	80 歳代	259	(43.5)
	90 歳代	208	(35.0)
	100 歳以上	25	(4.2)
要介護度	要介護度 1	17	(2.9)
	要介護度 2	60	(10.1)
	要介護度 3	123	(20.7)
	要介護度 4	188	(31.6)
	要介護度 5	207	(34.8)
認知症の有無	認知症あり	492	(94.8)
	認知症なし	31	(5.2)
認知症の種類	脳血管性認知症	120	(24.3)
	アルツハイマー型認知症	331	(67.2)
	レビー小体型認知症	10	(2.0)
	その他	31	(6.3)
認知症高齢者の日常生活自立度	ランク I	30	(5.0)
	ランク II a	60	(10.1)
	ランク II b	83	(13.9)
	ランク III a	192	(32.3)
	ランク III b	58	(9.7)
	ランク IV	143	(24.0)
	ランク M	29	(4.9)
障害高齢者の日常生活自立度	ランク J	2	(0.3)
	ランク A-1	48	(8.1)
	ランク A-2	79	(13.3)
	ランク B-1	162	(27.2)
	ランク B-2	184	(30.9)
	ランク C-1	47	(7.9)
	ランク C-2	73	(12.3)
外出の頻度	本人の希望時	24	(4.0)
	週 1 回以上	11	(1.8)
	月 1 回以上	194	(32.6)
	月 1 回未満	366	(61.5)

移動制限の有無	制限なし	298	(50.1)
	制限あり	297	(49.9)
移動制限の範囲	ベッド上	21	(7.0)
	居室内	5	(1.7)
	同一フロア内	180	(60.6)
	施設の建物内	91	(30.6)
身体拘束の有無	拘束あり	5	(0.8)
	拘束なし	590	(99.2)
事故防止策の有無	事故防止策あり	194	(32.6)
	事故防止策なし	401	(67.4)
事故防止策の種類	見守りの強化	87	(44.8)
	マットの使用	13	(6.7)
	マットの使用と見守りの強化	14	(7.2)
	センサーの使用	53	(27.3)
	センサーの使用と見守りの強化	13	(6.7)
	センサーとマットの使用	9	(4.6)
	センサーとマットの使用と見守りの強化	5	(2.6)
眠剤・抗不安薬等の処方	処方あり	212	(35.6)
	処方なし	383	(64.4)
BPSD の有無	BPSD あり	152	(25.5)
	BPSD なし	443	(74.5)
BPSD の種類（複数回答あり） ※1	物をとられたなどと被害的になる	16	(2.7)
	作話をする	25	(4.2)
	泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる	19	(3.2)
	昼夜の逆転がある	18	(3.0)
	しつこく同じ話をする	16	(2.7)
	大声をだす	21	(3.5)
	介護に抵抗する	29	(4.9)
	「家に帰る」等と言い落ち着きがない	33	(5.5)
	一人で外に出たがり目を離せない	13	(2.2)
	いろいろなものを集めたり、無断で持ってくる	3	(0.5)
	物を壊したり衣類を破いたりする	5	(0.8)
	ひどい物忘れ	24	(4.0)
リハビリテーションへの参加	参加している	387	(65.0)
	参加していない	208	(35.0)

調査期間中の入退院の有無	入退院あり	26	(4.4)
	入退院なし	567	(95.6)
調査期間中の入退所の有無	入退所あり	28	(4.7)
	入退所なし	567	(95.3)

注※1 複数回答は母数を全利用者数として%を示す。複数回答は複数回答処理を行い分析に用いた。

2)転倒の有無と属性の関連性

「転倒の有無」と属性の関連性をみるために χ^2 検定を行った結果、「障害高齢者の日常生活自立度」、「移動制限の有無」、「事故防止策の有無」、「BPSDの有無」において統計学的な有意差が見られた。

「障害高齢者の日常生活自立度」における「転倒あり」では「自立・準寝たきり(ランク J, A-1, A-2)」が 42.6%,「寝たきり(ランク B-1, B-2, C-1, C-2)」が 57.4%であり、「転倒なし」では「自立・準寝たきり(ランク J, A-1, A-2)」が 19.3%,「寝たきり(ランク B-1, B-2, C-1, C-2)」が 80.7%であり、「転倒なし」の「寝たきり(ランク B-1, B-2, C-1, C-2)」の割合が有意に高いことが示された($\chi^2=17.555$, $df=1$, $p=0.000$).

「施設内の移動制限の有無」における「転倒あり」では「制限なし」が 34.4%,「制限あり」が 65.6%であり、「転倒なし」では「制限なし」が 51.9%,「制限あり」が 48.1%であり、「施設内の移動制限の有無」では「制限あり」で「転倒あり」の割合が有意に高いことが示された($\chi^2=6.665$, $df=1$, $p=0.007$).

「事故防止策の有無」における「転倒あり」では「事故防止策あり」が 55.7%,「事故防止策なし」が 44.3%であったのに対し、「転倒なし」では「事故防止策あり」が 30.0%,「事故防止策なし」が 70.0%であり、「事故防止策の有無」においては「事故防止策なし」では「転倒なし」の割合が高く、「事故防止策あり」では「転倒あり」の割合が有意に高いことが示された($\chi^2=16.552$, $df=1$, $p=0.000$).

「BPSDの有無」における「転倒あり」では「BPSDあり」が 42.6%,「BPSDなし」が 57.4%であったのに対し、「転倒なし」では「BPSDあり」が 23.6%,「BPSDなし」が 76.4%であり、「BPSDの有無」においては「BPSDなし」で「転倒なし」の割合が有意に高いことが示された($\chi^2=10.421$, $df=1$, $p=0.001$) (表 3-3).

表 3-3 転倒の有無と属性

n = 595

		転倒あり (n = 61)		転倒なし (n = 534)		χ^2
		人数	(%)	人数	(%)	
性別	男性	25	(24.6)	96	(18.0)	1.577
	女性	46	(75.4)	438	(82.0)	
年齢	60 歳から 79 歳	10	(16.4)	93	(17.4)	0.758
	80 歳から 89 歳	24	(39.3)	235	(44.0)	
	90 歳以上	27	(44.3)	206	(38.6)	
要介護度	軽度 (要介護度 1・2)	12	(19.7)	65	(12.2)	2.733
	重度 (要介護度 3・4・5)	49	(80.3)	469	(87.8)	
認知症の有無	認知症なし	3	(4.9)	28	(5.2)	0.012
	認知症あり	58	(95.1)	506	(94.8)	
認知症高齢者の日常生活自立度	ランク I	3	(4.9)	27	(5.1)	0.658
	ランク II	16	(26.2)	127	(23.8)	
	ランク III	27	(44.3)	223	(41.8)	
	ランク IV・M	15	(24.6)	157	(29.4)	
障害高齢者の日常生活自立度	自立・準寝たきり (ランク J,A-1 ,A-2)	26	(42.6)	103	(19.3)	17.555
	寝たきり (ランク B-1,B-2,C-1,C-2)	35	(57.4)	431	(80.7)	***
外出の頻度	月 1 回以上	18	(29.5)	211	(39.5)	2.315
	月 1 回未満	43	(70.5)	323	(60.5)	
施設内の移動制限の有無	制限なし	21	(34.4)	277	(51.9)	6.665
	制限あり	40	(65.6)	257	(48.1)	**
身体拘束	拘束あり	0	(0.0)	5	(0.9)	0.576
	拘束なし	61	(100.0)	529	(99.1)	
事故防止策の有無	事故防止策あり	34	(55.7)	160	(30.0)	16.552
	事故防止策なし	27	(44.3)	374	(70.0)	***
眠剤・抗不安薬等の処方	処方あり	26	(42.6)	186	(34.8)	1.449
	処方なし	35	(57.4)	348	(65.2)	
BPSD の有無	BPSD あり	26	(42.6)	126	(23.6)	10.421
	BPSD なし	35	(57.4)	408	(76.4)	***
リハビリテーションへの参加	参加している	37	(60.7)	350	(65.5)	0.575
	参加していない	24	(39.3)	184	(34.5)	
調査期間中の入退院の有無	入退院あり	2	(3.3)	24	(4.5)	0.194
	入退院なし	59	(96.7)	510	(95.5)	
調査期間中の入退所の有無	入退所あり	4	(6.6)	24	(4.5)	0.520
	入退所なし	57	(93.4)	510	(95.5)	

*** $p<0.001$, ** $p<0.01$, * $p<0.05$

3)属性の平均値と標準偏差

全利用者を対象とした 15 項目の属性から名義尺度を除いた 6 項目の平均値は「年齢」(86.86±8.035),「要介護度」(3.85±1.094),「認知症高齢者の日常生活自立度」(4.23±1.563),「障害高齢者の日常生活自立度」(4.53±1.392),「施設内の移動制限」(4.08±1.073),「外出の頻度」(3.52±0.728)であった(表 3-4).

表 3-4 属性の平均値と標準偏差 n = 595

	平均値	標準偏差
年齢	86.86	8.035
要介護度	3.85	1.094
認知症高齢者の日常生活自立度	4.23	1.563
障害高齢者の日常生活自立度	4.53	1.392
施設内の移動制限	4.08	1.073
外出の頻度	3.52	0.728

転倒の有無における 6 項目の平均値は「転倒あり」では「年齢」(87.36±8.189),「要介護度」(3.41±1.023),「認知症高齢者の日常生活自立度」(4.10±1.457),「障害高齢者の日常生活自立度」(3.67±1.106),「施設内の移動制限」(3.89±0.896),「外出の頻度」(3.66±0.602)であった.「転倒なし」では「年齢」(86.80±8.023),「要介護度」(3.90±1.091),「認知症高齢者の日常生活自立度」(4.25±1.576),「障害高齢者の日常生活自立度」(4.63±1.388),「施設内の移動制限」(4.10±1.090),「外出の頻度」(3.50±0.740)であった(表 3-5).

表 3-5 転倒の有無における各属性の平均値と標準偏差

項目	属性	平均値	標準偏差
転倒あり (n=61)	年齢	87.36	8.189
	要介護度	3.41	1.023
	認知症高齢者の日常生活自立度	4.10	1.457
	障害高齢者の日常生活自立度	3.67	1.106
	施設内の移動制限	3.89	0.896
	外出の頻度	3.66	0.602
転倒なし (n=534)	年齢	86.80	8.023
	要介護度	3.90	1.091
	認知症高齢者の日常生活自立度	4.25	1.576
	障害高齢者の日常生活自立度	4.63	1.388
	施設内の移動制限	4.10	1.090
	外出の頻度	3.50	.0740

転倒の有無と各属性の関連を t 検定により検討をした結果、「要介護度」と「障害高齢者の日常生活自立度」に関しては有意差がみられたが、「年齢」「認知症高齢者の日常生活自立度」「施設内の移動制限」「外出の頻度」に関しては有意な差が見られなかった(表 3-6)。

表 3-6 転倒の有無と属性の t 検定結果

n=595

	等分散性のための Levene の検定				2 つの母平均の差の検定				
	F	有意確率	t	d f	有意確率	平均値の差	標準誤差	95%信頼区間	
								下限	上限
年齢	0.234	0.628	-0.513	593	0.608	-0.557	1.087	-2.691	1.577
要介護度	0.000	0.995	3.376	593	0.001	0.495	0.147	0.207	0.782
認知症高齢者の 日常生活自立度	1.884	0.170	0.704	593	0.482	0.149	0.211	-0.266	0.564
障害高齢者の 日常生活自立度	3.886	0.049	6.220	83.205	0.000	0.957	0.154	0.651	1.263
施設内の移動制限	2.880	0.090	1.465	593	0.144	0.212	0.145	-0.072	0.497
外出の頻度	4.479	0.035	-1.865	82.166	0.066	-0.156	0.084	-0.322	0.010

4)属性間の相関

全利用者を対象とした 15 項目の属性から名義尺度を除いた 6 項目の相関分析(Pearson)を行った結果を表 3-9 に示した。「要介護」と「障害高齢者の日常生活自立度」($r=0.531$, $p<0.01$)では中程度の正の相関と有意差が見られた。また「要介護度」と「認知症高齢者の日常生活自立度」($r=0.399$, $p<0.01$),「認知症高齢者の日常生活自立度」と「障害高齢者の日常生活自立度」($r=0.389$, $p<0.01$),「外出の頻度」と「障害高齢者の日常生活自立度」($r=0.389$, $p<0.01$),「外出の頻度」と「施設内の移動制限の有無」($r=-0.286$, $p<0.01$)においても弱い相関と有意差が見られたが、それ以外は全般に相関がなかった(表 3-7)。

表 3-7 属性間のピアソンの相関関係

n=595

	F1	F2	F3	F4	F5	F6
F1 年齢	1					
F2 要介護度	0.041	1				
F3 認知症高齢者の日常生活自立度	0.044	0.399**	1			
F4 障害高齢者の日常生活自立度	0.097*	0.531**	0.389**	1		
F5 施設内の移動制限	-0.017	0.008	-0.191**	-0.092*	1	
F6 外出の頻度	-0.038	-0.066	-0.166**	-0.286**	0.222**	1

** $p<0.01$, * $p<0.05$

5)転倒の有無と属性の多重共線性

説明変数の多重共線性を診断するために許容度と VIF を算出した. 許容度に関しては 0.5 以上であれば良好とされるものであり, 各属性の許容度は 0.681 から 0.984 であった. VIF は 10 以上で多重共線性が影響している可能性があると考えられるものであるが, 各属性の VIF は 1.023 から 1.469 であった(表 3-8).

表3-8 多重共線性の診断結果

	共線性の統計量	
	許容度	VIF
性別	0.898	1.113
年齢	0.908	1.101
要介護度	0.787	1.270
認知症の有無	0.810	1.235
認知症高齢者の日常生活自立度	0.790	1.266
障害高齢者の日常生活自立度	0.791	1.264
外出の頻度	0.843	1.186
移動制限の有無	0.695	1.439
身体拘束の有無	0.973	1.028
事故防止策の有無	0.772	1.295
眠剤・抗不安薬・多剤併用処方	0.781	1.281
BPSDの有無	0.835	1.198
リハビリの参加	0.681	1.469
入退院の有無	0.977	1.023
入退所の有無	0.984	1.016
従属変数 転倒の有無		

6)転倒予測要因の調整オッズ比

転倒の有無と属性について調整オッズ比を求めるためにロジスティック回帰分析を行った。変数の選択は前述した平均値の差と標準偏差，相関係数，多重共線性を踏まえ 15 項目の属性すべてを選択し，名義尺度の「性別(男性=0，女性=1)」「認知症の有無(認知症なし=0，認知症あり=1)」「身体拘束の有無(身体拘束なし=0，身体拘束あり=1)」「事故防止策の有無(事故防止策なし=0，事故防止策あり=1)」「眠剤・抗不安薬等の処方(処方なし=0，処方あり=1)」「BPSD の有無(BPSD なし=0，BPSD あり=1)」「リハビリテーションへの参加(参加なし=0，参加あり=1)」「調査期間中の入退院の有無(入退院なし=0，入退院あり=1)」「調査期間中の入退所の有無(入退所なし=0，入退所あり=1)」と順序尺度の「要介護度(要介護度 1=1，要介護度 2=2，要介護度 3=3，要介護度 4=4，要介護度 5=5)」「認知症高齢者の日常生活自立度(I=1，IIa=2，IIb=3，IIIa=4，IIIb=5，IV=6，M=7)」「障害高齢者の日常生活自立度(ランク A - 1=1，ランク A - 2=2，ランク B - 1=3，ランク B - 2=4，ランク C - 1=5，ランク C - 2=6，)」「施設内の移動制限(ベッド上=1，居室内=2，同一フロアー内=3，施設の建物内=4，制限なし=5)」「外出の頻度(月 1 回未満=1，月 1 回以上=2，週 1 回以上=3，本人の希望時=4)」はカテゴリ尺度として分析を行った。

結果は「障害高齢者の日常生活自立度(ランク J から C-1)」「施設内の移動制限(ベッド上，居室内，同一フロアー内，施設の建物内)」「事故防止策の有無」「BPSD の有無」がロジスティック回帰分析のモデルとして示され，「障害高齢者の日常生活自立度」「施設内の移動制限」「同一フロアー内」「施設の建物内」「事故防止策の有無」が有意であった(表 3-9)。

モデルの適合度を示す Nagelkerke R^2 の値が小さいことに留意する必要があるが，別のモデルの適合の指標である Hosmer-Lemeshow 検定は $p>0.05$ であったことから，モデルは適合していると判断した。

「施設内の移動制限」($p=0.034$)で有意差の見られた「同一フロアー内」($B=0.847$)と「施設の建物内」($B=1.275$)は正の相関があり，「同一フロアー内」と「施設の建物内」の移動制限がある利用者の転倒発生率が高くなり，「事故防止策の有無」($p=0.000$ ， $B=1.131$)も正の相関があり，「事故防止策あり」の利用者の転倒発生率が高くなることが明らかになった。

表 3-9 ロジスティック回帰分析による転倒の有無と属性の関連

	B	標準誤差	Wald	有意確率
障害高齢者の日常生活自立度			17.438	0.008
ランク J	-16.499	28420.722	0.000	1.000
ランク A-1	2.069	1.083	3.648	0.056
ランク A-2	2.024	1.067	3.600	0.058
ランク B-1	1.692	1.049	2.600	0.107
ランク B-2	0.699	1.071	0.426	0.514
ランク C-1	-0.362	1.453	0.062	0.803
施設内の移動制限			10.419	0.034
ベッド上	-16.578	8745.391	0.000	0.998
居室内	-17.831	17484.790	0.000	0.999
同一フロアー内	0.847	0.328	6.665	0.010
施設の建物内	1.275	0.440	8.386	0.004
事故防止策の有無	1.131	0.310	13.327	0.000
BPSD の有無	0.511	0.300	2.898	0.089

$$\log \frac{p}{1-p} = -16.499 \times \text{ランク J} + 2.069 \times \text{ランク A-1} + 2.024 \times \text{ランク A-2}$$

$$+ 1.692 \times \text{ランク B-1} + 0.699 \times \text{ランク B-2} - 0.362 \times \text{ランク C-1}$$

$$- 16.578 \times \text{ベッド上} - 17.831 \times \text{居室内} + 0.847 \times \text{同一フロアー内}$$

$$+ 1.275 \times \text{施設の建物内} + 1.131 \times \text{事故防止策の有無 (1)}$$

$$+ 0.511 \times \text{BPSD の有無 (1)}$$

オッズ比に関しても 95%信頼区間の上限値が高い項目の精度にも留意する必要があるが、下限値が 1 以上の値を基準として有意と判断した。「同一フロアー内」(オッズ比=2.333, $p=0.010$, 95%信頼区間 1.226-4.440), 「施設の建物内」(オッズ比=3.578, $p=0.004$, 95%信頼区間 1.510-8.478), 「事故防止策の有無」(オッズ比=3.099, $p=0.000$, 95%信頼区間 1.689-5.689)であった(表 3-10)。

表 3-10 ロジスティック回帰分析によるオッズ比

	オッズ比	95%信頼区間
障害高齢者の日常生活自立度		
ランク J	0.000	0.000
ランク A-1	7.918	0.947-66.184
ランク A-2	7.572	0.935-61.294
ランク B-1	5.430	0.694-42.462
ランク B-2	2.011	0.247-16.405
ランク C-1	0.697	0.040-12.023
施設内の移動制限		
ベッド上	0.000	0.000
居室内	0.000	0.000
同一フロアー内	2.333	1.226-4.440
施設の建物内	3.578	1.510-8.478
事故防止策の有無	3.099	1.689-5.689
BPSD の有無	1.666	0.926-3.000
Nagelkerke R ²	0.195	
Hosmer-Lemeshow 検定	$P=0.831$	

ロジスティック回帰分析においてモデルとして抽出された「事故防止策の有無」「BPSDの有無」の属性の詳細について再度ロジスティック回帰分析を行い、調整オッズ比を求めた。結果は「事故防止策」では「見守りの強化」($p=0.047$, $B=0.762$), 「マットの使用」($p=0.001$, $B=2.154$), 「センサーの使用」($p=0.020$, $B=1.003$)「センサーとマットの使用」($p=0.001$, $B=2.365$)「センサーとマットの使用と見守りの強化」($p=0.007$, $B=2.767$)に有意差が見られ、 B 値が正の相関がみられたことから「見守りの強化」「マットの使用」「センサーの使用」「センサーとマットの使用」「センサーとマットの使用と見守りの強化」の事故防止策が用いられている利用者の転倒発生率が高くなることが明らかになった。

「BPSD」では「昼夜の逆転がある」($p=0.039$, $B=1.736$)「『家に帰る』等と言い落ち着きがない」($p=0.001$, $B=1.669$)に有意な差がみられ、 B 値が正の相関であることから、「昼夜の逆転がある」「『家に帰る』等と言い落ち着きがない」の「BPSD」がみられる利用者の転倒発生率が高くなることが明らかになった。(表 3-11)。

「事故防止策」の各項目の調整オッズ比は「見守りの強化」(オッズ比=2.142, $p=0.047$, 95%信頼区間 1.010-4.542), 「マットの使用」(オッズ比=8.623, $p=0.001$, 95%信頼区間 2.437-30.512), 「センサーの使用」(オッズ比=2.726, $p=0.020$, 95%信頼区間 1.169-6.356), 「センサーとマットの使用」(オッズ比=10.649, $p=0.001$, 95%信頼区間 2.581-43.934), 「センサーとマットの使用と見守りの強化」(オッズ比=15.904, $p=0.007$, 95%信頼区間 2.151-117.611)であり、「BPSD」の各項目の調整オッズ比は「昼夜の逆転がある」(オッズ

比=5.675, $p=0.039$, 95%信頼区間 1.095-29.419)『家に帰る』等と言い落ち着きがない」
(オッズ比=5.308, $p=0.001$, 95%信頼区間 1.903-14.804)であった(表 3-12)。

表 3-11 ロジスティック回帰分析による転倒の有無と事故防止策・BPSD の関連

	B	標準誤差	Wald	有意確率
事故防止策				
見守りの強化	0.762	0.383	3.946	0.047
マットの使用	2.154	0.645	11.167	0.001
センサーの使用	1.003	0.432	5.392	0.020
センサーとマットの使用	2.365	0.723	10.702	0.001
センサーとマットの使用と見守りの強化	2.767	1.021	7.345	0.007
BPSD				
昼夜の逆転がある	1.736	0.840	4.276	0.039
「家に帰る」等と言い落ち着きがない	1.669	0.523	10.172	0.001

$\log \frac{p}{1-p} = 0.762 \times \text{見守りの強化} + 2.154 \times \text{マットの使用} + 1.003 \times \text{センサーの使用}$

$+ 2.365 \times \text{センサーとマットの使用} + 2.767 \times \text{センサーとマットの使用と見守りの強化}$

$+ 1.736 \times \text{昼夜の逆転がある} + 1.669 \times \text{「家に帰る」等と言い落ち着きがない}$

表 3-12 ロジスティック回帰分析によるオッズ比（事故防止策・BPSD）

	オッズ比	95%信頼区間
事故防止策		
見守りの強化	2.142	1.010-4.542
マットの使用	8.623	2.437-30.512
センサーの使用	2.726	1.169-6.356
センサーとマットの使用	10.649	2.581-43.934
センサーとマットの使用と見守りの強化	15.904	2.151-117.611
BPSD		
昼夜の逆転がある	5.675	1.095-29.419
「家に帰る」等と言い落ち着きがない	5.308	1.903-14.804
Nagelkerke R ²	0.175	
Hosmer – Lemeshow 検定	$P=0.983$	

7)転倒と活動範囲の拡大の関連性

転倒の有無と活動範囲の拡大に関する「外出の頻度」と「施設内の移動制限の有無」についてロジスティック回帰分析にて有意差のみられた「障害高齢者の日常生活自立度」と「事故防止策の有無」との関連性を見るために3つの要因による χ^2 検定を行った結果、「転倒の有無」と「外出の頻度」に関しては「障害高齢者の日常生活自立度」及び「事故防止策の有無」において有意な差は見られなかった(表 3-13).

「転倒の有無」と「施設内の移動制限」に関しては「障害高齢者の日常生活自立度」との関連性では有意な差は見られなかったが、「事故防止策の有無」との関連性において有意差が見られ、「事故防止策なし」では「移動制限あり」の利用者の「転倒あり」の割合が74.1%と高く、「事故防止策あり」では「移動制限なし」の利用者の「転倒なし」の割合が66.3%と高いことが明らかになった(表 3-14).

表 3-13 転倒の有無と外出の頻度と障害高齢者の日常生活自立度・事故防止策の有無の関連性 n = 595

		外出の頻度	転倒あり		転倒なし		χ^2
			人数	(%)	人数	(%)	
障害高齢者の日常生活自立度	自立・準寝たきり (ランク J,A-1 ,A-2)	月 1 回以上	6	(23.1)	25	(24.3)	0.016
		月 1 回未満	20	(76.9)	78	(75.7)	
	寝たきり (ランク B-1,B-2,C-1,C-2)	月 1 回以上	12	(34.3)	186	(43.2)	1.042
		月 1 回未満	23	(65.7)	245	(56.8)	
事故防止策の有無	事故防止策なし	月 1 回以上	11	(40.7)	170	(45.5)	0.226
		月 1 回未満	16	(59.3)	204	(54.5)	
	事故防止策あり	月 1 回以上	7	(20.6)	41	(25.6)	0.382
		月 1 回未満	27	(79.4)	119	(74.4)	

*** $p<0.001$, ** $p<0.01$, * $p<0.05$

表 3-14 転倒の有無と施設内の移動制限と障害高齢者の日常生活自立度・事故防止策の有無の関連性 n = 595

		施設内の移動制限 の有無	転倒あり		転倒なし		χ^2
			人数	(%)	人数	(%)	
障害高齢者の 日常生活自立度	自立・準寝たきり (ランク J,A-1 ,A-2)	移動制限なし	8	(30.8)	48	(46.6)	2.118
		移動制限あり	18	(69.2)	55	(53.4)	
	寝たきり (ランク B-1,B-2,C-1,C-2)	移動制限なし	13	(37.1)	229	(53.1)	3.315
		移動制限あり	22	(62.9)	202	(46.9)	
事故防止策の有無	事故防止策なし	移動制限なし	7	(25.9)	171	(45.7)	3.998
		移動制限あり	20	(74.1)	203	(54.3)	*
	事故防止策あり	移動制限なし	14	(41.2)	106	(66.3)	7.472
		移動制限あり	20	(58.8)	54	(33.8)	**

*** $p<0.001$, ** $p<0.01$, * $p<0.05$

4. 考察

質問紙調査の目的は、高齢者が最も起こしやすい事故である転倒に焦点を絞り、介護老人福祉施設利用者の「転倒の発生要因」と「事故防止策」、「事故防止策以外の事故防止につながる取り組み」として「外出の頻度」と「施設内の移動制限」に焦点を当て、介護老人福祉施設の利用者の状況と転倒の発生状況について質問紙を用いて調査を行い、作業仮説の検証をすることであった。ここでは対象者の基本属性と4つの作業仮説の視点からの検証した結果をもとに考察を行う。

1)対象者の基本属性

本調査における対象者の性別は「男性」が18.7%、「女性」が81.3%であり、年齢は「60歳代」2.9%、「70歳代」14.5%、「80歳代」43.5%、「90歳以上」39.2%であり、平均年齢は86.86歳であった。認知症の有無では「認知症あり」が94.8%、「認知症なし」が5.2%、「認知症高齢者の日常生活自立度」は「ランクⅠ」が5.0%、「ランクⅡ」が24.0%(ランクⅡaが10.1%、ランクⅡbが13.9%)、「ランクⅢ」が42.0%(ランクⅢaが32.3%、ランクⅢbが9.7%)、「ランクⅣ」が24.0%、「ランクⅤ」が4.9%であった。厚生労働省(2012a)の「平成22年度介護サービス施設・事業所調査の概況」では、全国の介護老人福祉施設利用者の性別は「男性」が20.2%、「女性」79.8%であり、年齢は「40～64歳代」が1.2%、「65～69歳」が2.0%、「70歳代」が16.1%、「80歳代」が44.8%、「90歳以上」が35.7%であり、認知症の有無では「認知症あり」が96.4%(ランクⅠが5.3%、ランクⅡが19.2%、ランクⅢが38.1%、ランクⅣが27.8%、ランクⅤが6.0%)、「認知症なし」が1.9%(厚生労働省, 2012a)であり、本調査の結果と近い割合であった。また要介護度に関しても本調査では「要介護度1」が2.9%、「要介護度2」が10.1%、「要介護度3」が20.7%、「要介護度4」が31.6%、「要介護度5」が34.8%、平均介護度が3.85であったのに対し、「平成24年度介護サービス施設・事業所調査の概況」では、「要介護度1」が3.0%、「要介護度2」が8.6%、「要介護度3」が20.5%、「要介護度4」が32.6%、「要介護度5」が35.3%、平均介護度が3.89(厚生労働省, 2014a)であり、本調査は全国の介護老人福祉施設利用者の平均と近い割合のサンプリングであったと考えられる(表3-15)。

表 3-15 全国平均と本調査結果との比較

		本調査の結果	施設・事業所調査 の結果
性別	男性	18.7	20.2
	女性	81.3	79.8
年齢	69 歳以下	2.9	3.2
	70 歳～79 歳	14.5	16.1
	80 歳～89 歳	43.5	44.8
	90 歳以上	39.2	35.7
認知症の有無	認知症あり	94.8	96.4
	認知症なし	5.2	1.9
認知症高齢者の 日常生活自立度	ランク I	5.0	5.3
	ランク II	24.0	19.2
	ランク III	42.0	38.1
	ランク IV	24.0	27.8
	ランク M	4.9	6.0
要介護度	要介護度 1	2.9	3.0
	要介護度 2	10.1	8.6
	要介護度 3	20.7	20.5
	要介護度 4	31.6	32.6
	要介護度 5	34.8	35.3

出典：厚生労働省(2012 a)「平成 22 年度介護サービス施設・事業所調査結果の概況」

厚生労働省(2014 a)「平成 24 年度介護サービス施設・事業所調査の概況」

対象者の 3 か月間の転倒者率は 10.3%であり，高齢者関連施設における転倒者率については先行研究では 16.3%から 54.5%と幅広く分布している(Robbins, Rubenstein, Josephson, Schulman, Osterweil, & Fine, 1989; Gross, Shimamoto, Rose, & Frank, 1990; 鈴木ら, 1992; 兼松ら, 1993; 金村ら, 1999; 沼沢ら, 2001; 宮本ら, 2003; 戸田ら, 2003)が，本調査の結果はもっとも低い割合であった。しかし，各先行研究は転倒の調査方法や調査期間，対象者の性別，年齢構成，ADL などが異なるため単純な比較はできないが，近年の介護老人福祉施設の転倒防止の取り組みが活発に行われるようになってきた結果であると考えられる(表 3-16)。

その一方で調査期間中に転倒者の 23.0%が 2 回以上の転倒を経験していたことから，転倒者に対するさらなる転倒防止に対する取り組みの検討が必要であると考えられた。

表 3-16 先行研究における転倒者の割合

著者（年）	調査期間	対象者数	平均年齢	転倒者の割合（％）
Robbins et al.（1989）	1 年間	704	88.0	53
Gross et al.（1990）	1 年間	178	81.9	16.3
鈴木ら（1992）	2 年間	181	76.4	35.4
兼松ら（1993）	3 か月	240	81.5	26.7
金村ら（1999）	6 か月	110	82.3	54.5
沼沢ら（2001）	3 か月	203	83.0	22.2
宮本ら（2003）	1 年間	155	77.4	22.6
戸田ら（2003）	2 年間	89	78.0	40.5

2)作業仮説(1)について

作業仮説(1)の「事故防止策を用いることにより転倒の危険性は低下する」に関しては分析の結果から仮説が実証された。具体的には χ^2 検定を行った結果「転倒の有無」と「事故防止策の有無」の関連性について有意な差が見られ、「事故防止策あり」の利用者の転倒割合は55.7%と「事故防止策なし」の転倒者の割合よりも有意に高かった。これはサービス提供者のアセスメントにより、転倒の危険性が高い利用者に対して事故防止策が用いられているために「事故防止策あり」の利用者の転倒割合が高くなったと推察される。ロジスティック回帰分析の結果においても「事故防止策の有無」に有意差があり、モデルとして抽出され、具体的な事故防止策としては「見守りの強化」「マットの使用」「センサーの使用」「センサーとマットの使用」「センサーとマットの使用と見守りの強化」に有意差がみられた。調整オッズ比は「事故防止策なし」と比べて「見守りの強化」が2.142倍、「マットの使用」が8.623倍、「センサーの使用」が2.726倍、「センサーとマットの使用」が10.649倍、「センサーとマットの使用と見守りの強化」が15.904倍であり、「マットの使用」または「センサーとマットの使用」と「センサーとマットの使用と見守りの強化」のマットが事故防止策として併用されている利用者の調整オッズ比が高いことが示唆された。

この事故防止策として用いられている「見守りの強化」と「センサーの使用」に関しては転倒の発生を事前に防止するために用いられている事前防止策であるのに対して、「マットの使用」に関しては転倒発生後の傷害軽減のための事故防止策であるため、転倒の発生自体を防止するために用いられる「センサーの使用」や「見守りの強化」の事故防止策とは目的が異なるものである。調整オッズ比においても、「見守りの強化」が2.142倍、「センサーの使用」が2.726倍であるのに対して、「マットの使用」が8.623倍と4倍近くも調整オッズ比が高くなっていることから、事前防止策を用いることにより転倒の危険性は低下することが明らかになった。

また「センサーとマットの使用」「センサーとマットの使用と見守りの強化」の複数の事故防止策の併用についての調整オッズ比が高くなっていることから、より転倒の危険性の高い利用者へのアセスメントについては、サービス提供において利用者の転倒の危険性

に対するアセスメントが有効に機能していることが示唆され、カンファレンスを通して事故防止策が検討・導入されていることが実証されたものであると考えられる。

3)作業仮説(2)について

作業仮説(2)「認知症利用者の精神的安定を図ることにより転倒の危険性は低下する」に関しては分析の結果から仮説の一部が実証された。「認知症の有無」と「転倒の有無」の関連性については χ^2 検定とロジスティック回帰分析のいずれの結果においても有意な差が見られず、また「認知症高齢者の日常生活自立度」と「転倒の有無」においても同様に有意な差は見られなかった。多くの先行研究において認知症が及ぼす転倒への危険性(平松ら, 1995; 北川ら, 1995; 金村ら, 1999; 沼沢ら, 2001; 宮本ら, 2002; Doorn et al., 2003; 坂本ら, 2004; 河野ら, 2007)が指摘されているが、本調査の結果では認知症とその程度は転倒に影響を及ぼしていないことが示唆された。しかし認知症高齢者の中で「転倒の有無」と「BPSDの有無」の関連性では χ^2 検定において有意な差が見られ、「BPSDあり」の利用者の「転倒あり」の割合が有意に高いことが示された。ロジスティック回帰分析においても「BPSDの有無」がモデルとして抽出され、調整オッズ比は「BPSDなし」の利用者よりも1.666倍転倒の危険性が高くなることが示された。具体的な「BPSD」の行動・心理症状として分析を行った結果「昼夜の逆転がある」と『家に帰る』等と言い落ち着きがない」に関して有意な差が見られ、調整オッズ比は「BPSDなし」の利用者と比べて「昼夜の逆転がある」が5.675倍、『家に帰る』等と言い落ち着きがない」が5.308倍転倒の危険性が高くなるという結果であり、「BPSD」による行動や心理症状が転倒発生に影響を与えていることが実証された。

この「BPSD」の出現に関して先行研究では「BPSDは、認知症疾患と高齢者本人の素因(生来の性格など個人の特性)に環境の変化やストレス、不安・焦燥感や疎外感などが加わった結果に生じる症状でもあり、個別性が高く介護者を含めた環境の影響を受けやすい」(林谷ら, 2014)と指摘されている。また生活の安定性(安心・安全・安住)を形成するための支援として「介護職員が入所者個々とのかかわりを通して個別性にあった援助を包括的に行い、本人の言動の背景にある心理的ニーズをくみ取った適切で基本的なケアを行うことが、入居者の精神症状や行動障害といったBPSDの減少に直接に影響をあたえる」(浪花・横山, 2012)と先行研究において指摘されている。さらに『BPSDの減少』が『生活の安定性(安心・安全・安住)』に影響を及ぼしたことは、徘徊、不穏、幻覚といったBPSDが減少することにより、認知症高齢者の心理的な安心や身体的安全が確保されるということを示唆しており、質の高い『ケア技術』を提供できれば、『BPSDの減少』および『生活の安定性(安心・安全・安住)』にも高い効果をもたらすことが可能である」(浪花ら, 2012)と示唆している。以上のことから、「BPSD」の症状が見られる利用者で、特に「昼夜の逆転がある」や『家に帰る』等と言い落ち着きがない」という心理症状の不穏を伴う利用者に対する支援の在り方と転倒の危険性をサービス提供者は再度認識しサービスを検討することが必要である。

4)作業仮説(3)について

作業仮説(3)「外出の頻度が多くなることで転倒の危険性は高くなるが、適切な事故防止策を活用することにより転倒の発生割合を抑えることができる」に関しては仮説が棄却された。「転倒の有無」と「外出の頻度」の関連性について χ^2 検定とロジスティック回帰分析の結果有意な差は見られず、さらに表 3-15 で示したように「障害高齢者の日常生活自立度」と「事故防止策の有無」との関連性においても有意な差は見られなかった。

先行研究において「高齢期における転倒は単に骨折のみならず、一度(あるいは数度)の転倒を経験すると、その後の転倒に対する恐怖心から、日常生活動作能力(ADL)を低下させ、日々の生活空間と活動範囲を狭めてしまう危険性が大きく、いわば高齢期の QOL を著しく低下させ『寝たきり』とさせる可能性も少なくないのである」(鈴木, 2003)と指摘されていることから、本調査においても ADL の不安定な利用者が外出などの活動に参加することにより転倒の危険性は高まると考えたが、転倒の危険性が高い利用者であっても適切な事故防止策を用いて外出の機会が提供されることにより、「外出の頻度」は転倒発生には影響を与えないことが示唆された。また先行研究において「安静状態による廃用症候群や社会的活動の機会の喪失など、のちの生活に多大な影響をあたえるおそれがある」(河野ら, 2007)と指摘されているが、本調査の結果では調査対象者全体の 39.5%の利用者が「障害高齢者の日常生活自立度」のランクに関わらず「月 1 回以上」の外出の機会を得ているというものであり、介護老人福祉施設においては利用者に対して活動範囲を狭めないように配慮が行われ、社会的活動の機会を喪失することがないようにサービスが提供されているものであり、利用者に対する外出の機会を提供することの重要性を示唆する結果であると考えられる。

5)作業仮説(4)について

作業仮説(4)「身体拘束や移動制限をしないことにより転倒の危険性は高くなるが、適切な事故防止策を活用することにより転倒の発生割合を抑えることができる」に関しては仮説が実証された。「身体拘束」に関する先行研究において利用者に精神的な影響を与えること(青木ら, 2002)が指摘されているが、介護老人福祉施設の現状では指定介護老人福祉施設、指定介護療養型施設等の運営基準において身体拘束の原則禁止の規定がされており、本調査の結果においても「身体拘束あり」の利用者は全体の 0.8%であった。「身体拘束」と「転倒の有無」に関しては、 χ^2 検定とロジスティック回帰分析のいずれの結果においても有意な差は見られず、介護老人福祉施設においては「身体拘束」を行わない事故防止の取り組みが行われており、利用者の尊厳に配慮されたケアが提供されている現状が明らかになった。

「施設内の移動制限の有無」に関しては「制限なし」の利用者が 50.1%、「制限あり」の利用者が 49.9%とほぼ同数であり、「転倒の有無」と「施設内の移動制限の有無」の関連性について χ^2 検定において有意な差が見られ、「制限あり」の利用者の「転倒あり」の割合が高いことが明らかになった。ロジスティック回帰分析の結果においても有意な差が見られ、具体的な制限の範囲としては「同一フロアー内」と「施設の建物内」に有意な差が見られた。調整オッズ比は「制限なし」の利用者と比較して「同一フロアー内」が 2.333 倍、

「施設の建物内」が 3.578 倍転倒の危険性が高くなるという結果であり、移動制限の範囲が広がることで調整オッズ比も高くなることが示唆された。これは先行研究において北川ら(1995)が指摘するように介護老人福祉施設は「障害老人が生活することを前提として作られた介護棟は、手すりの取り付けや段差の解消がなされた建物空間」(北川ら、1995)であり転倒の受傷率の低さに影響をしているという示唆とは異なり、施設内であっても移動範囲が広がることにより転倒の危険性が向上するということが示めされ、本調査の対象となった介護老人福祉施設においては転倒の危険性のある利用者に対して生活空間における移動の制限が行われていることが示唆された。

さらに表 3-16 で示したように χ^2 検定を行った結果「障害高齢者の日常生活自立度」では「施設内の移動制限の有無」と「転倒の有無」の関連性については有意な差は見られず、「障害高齢者の日常生活自立度」が低く自らの意思で移動ができないために「制限なし」となるのではなく、利用者の ADL の違いによる「施設内の移動制限の有無」は転倒に影響を与えないことが示唆された。また「事故防止策の有無」における「施設内の移動制限の有無」と「転倒の有無」の関連性について有意差が見られ、「事故防止策なし」の「移動制限あり」で「転倒あり」の利用者の割合が有意に高く、「事故防止策あり」の「移動制限なし」で「転倒なし」の利用者の割合が有意に高いことから、「施設内の移動制限」は転倒の危険性が高い利用者に対して行われていることが明らかになった。

本調査の結果は事故防止策を適切に用いることにより移動制限を行わなくても転倒発生の危険性を抑制することができることを示唆したものであり、介護老人福祉施設においては転倒に対する恐怖心からの活動制限(Tinetti et al., 1997 ; 鈴木, 2003)に関しては、利用者の施設内の移動制限を行わなくても事故防止策を用いることにより活動範囲を広げ、さらに転倒に対する安全の確保をすることは可能である。

6)本調査の限界

本調査の限界として第 1 に介護老人福祉施設 7 施設の入所者 595 名を対象として 3 か月間の調査を実施したが、そのうち転倒者は 61 名、転倒の発生件数は 83 件であり転倒件数の蓄積が十分にできたとは言えない。そのため分析方法として介護事故とインシデントを区別せずに「転倒の有無」として変数を処理したため、発生要因による転倒への影響度までを検討できていないことは今後の課題となる。

第 2 に本調査では利用者へのサービスの質と客観的な QOL として「事故防止策以外の事故防止につながる取り組み」である「外出の頻度」と「施設内の移動制限」を調査項目に設定したが、あくまでも QOL に対する客観的な測定であり、この取り組みがすべての利用者の QOL に影響を与えているとは言い切れない。QOL は各利用者の捉え方にも差があるものであり、より個別性の高いものであると考えられ、先行研究においても主観的健康感の尺度を用いて転倒との関連性を検証した調査(戸田ら、2003)も見られたが、本調査の結果でもみられたように介護老人福祉施設は認知症を有する利用者の割合が高いことから前向き調査において直接利用者から主観的 QOL のデータを収集することは困難であり、調査の限界として捉え、客観的な QOL として測定可能な方法を検討していく必要がある。

第3に事故防止の取り組みとしてヒッププロテクターの装着やリハビリテーションは転倒・骨折の防止に有効である(Close et al., 1999; Jansen et al., 2002; Moreland et al., 2003; 鈴木, 2003)とする先行研究も見られたが、本調査対象施設においてはヒッププロテクターを用いた取り組みは行われておらず、さらにリハビリテーションに関しても施設における個別機能訓練加算を基準に「参加」としたが、具体的なリハビリテーションプログラムまでの詳細の検討を行うことができなかったことも今後の課題となる。

しかし、現在は介護老人福祉施設において利用者への安全の配慮の視点から転倒防止への取り組みが積極的に行われており、前述のように本調査の結果は先行研究と比較しても転倒の発生率は低いことが明らかになり、今後は転倒調査で収集できる件数の限界を捉えた上で調査対象の拡大等も検討しながら継続的に調査を行い、転倒事例と事故防止要因のデータを積み重ねて分析・検討していく必要がある。

第4章 総合考察・結論

1. 総合考察

本論文は介護老人福祉施設におけるリスクマネジメントの取り組みに利用者への外出支援や移動制限などの活動参加への取り組みの視点を加えた理論モデルを構築し、さらに高齢者が最も起こしやすい介護事故・インシデントの種類である転倒に焦点を絞り、発生要因と事故防止策、活動参加への取り組みに対する理論仮説及び作業仮説の検証を行うことを目的として行われたものであった。そのために介護老人福祉施設に勤務する職員の中で施設におけるリスクマネジメント業務にかかわる職員を対象に、半構造化面接法によるインタビュー調査を実施し、介護老人福祉施設において介護事故・インシデントについての考えと取り組み状況、事故防止策・事故防止策以外の取り組みの実態とその効果、QOLの向上とリスク回避の両立に関する考え方や職員の抱える悩みをインタビュー調査にて明らかにすることで、介護老人福祉施設におけるリスクマネジメントの全体構造を明確化した。そして先行研究レビューにより構築した理論モデルの精緻化を行い、理論モデルに基づいて理論仮説と作業仮説の生成を行った。さらに高齢者が最も起こしやすい事故である転倒に焦点を絞り、介護老人福祉施設利用者の「転倒の発生要因」と「事故防止策」、「事故防止策以外の事故防止につながる取り組み」として「外出の頻度」と「施設内の移動制限」に焦点を当て、介護老人福祉施設の利用者の状況と転倒に関する介護事故・インシデントの発生状況について質問紙を用いて調査を行い、作業仮説の検証を行った。

以降では、本研究の結果を総括し、本研究によって得られた成果と介護サービスの質の向上のための提言・結論について述べていきたい。

1)理論モデルの構築と仮説の生成

本研究は従来の安全を重視するリスクマネジメントの捉え方にサービスの質の向上として活動範囲の拡大の視点を加えて検討することにより、介護老人福祉施設利用者はより質の高い安全な生活を送ることができると考え、文献レビューにより課題を整理したうえで第1章の図1-2に「本研究におけるリスクマネジメントの視点」を示した。この「本研究におけるリスクマネジメントの視点」は、先行研究において既に検証がされている「発生要因」と「介護事故・インシデント」、「事故防止策」の他に、事故防止を目的としない取り組みが結果として事故防止につながる「事故防止策以外で事故防止につながる取り組み」を加えたものである。そして「事故防止策」と「事故防止策以外で事故防止につながる取り組み」の視点の前提として、組織や介護サービス提供者が利用者の「介護事故・インシデント」のリスクとQOLに対してどのような意識をもってリスクマネジメントに取り組んでいるのかということを踏まえたうえで、介護老人福祉施設におけるリスクマネジメントの全体構造を明らかにするために介護老人福祉施設の職員を対象にインタビュー調査を行い理論モデルの精緻化を試みた。

インタビュー調査の結果から本研究における理論モデルとして構築した介護老人福祉施設におけるリスクマネジメントの全体構造を第2章の図2-1に「介護老人福祉施設におけるリスクマネジメントモデル」として示した。介護老人福祉施設においては先行研究で指

摘されていた各施設においてリスクマネジメントに取り組むことの重要性(増田ら, 2003; 橋本, 2004)が認識され, “リスクマネジメントへの取組み” が活発になっていることが明らかになった. その具体的な取組みとして「認知症症状の進行・強さ」や「BPSD」, 「利用者の ADL の向上・低下」「利用者の精神的なストレス」などの介護事故・インシデントの発生要因がある場合は, その発生要因に対して「見守りの強化」をすることや「利用者の不穏原因を追究する」こと, 「センサーを活用する」などの事故防止策を用いた取り組みを行うこととなり, 介護事故・インシデントの種類である「転倒」「転落・ずり落ち」などの「介護事故・インシデントの態様」と「骨折」や「打撲」「死亡」などの「傷害の態様」に影響を与え, 介護事故・インシデントの防止や傷害の軽減につながっていることが明らかになった. またサービスの質を向上させるために取り組んでいる「事故防止策以外で事故防止につながっていること」が介護事故・インシデントの発生率を増加させずに利用者の QOL 向上につながる取り組みであると考えられた. さらに介護老人福祉施設における介護サービスの提供は介護職だけで成り立つ援助ではなく, 様々な職種が関わりながら連携してサービスを提供するチームアプローチであることから, サービス提供においては“事故防止策”“事故防止策以外で事故防止につながっていること”の両方で抽出された「他職種を含めてアセスメントを行う」ことが重要であり, このアセスメントにより利用者のニーズや課題を把握して, 利用者一人ひとりの個別性に合わせて「積極的に外出支援を行う」ことや「利用者の行動を制限しない」という事故防止策以外の事故防止につながる取り組みによるサービスを提供することにより利用者の精神的安定などの心身機能の活性化につながり, 生活の質の向上につながるものであると考えられ, さらに介護事故・インシデントの利用者要因に合わせた事故防止策を用いることが利用者にとって安全, 安心, 尊厳のある生活につながるものであると考えられる.

しかし本来は利用者の外出の頻度や行動の自由度を高めることにより介護事故・インシデントの発生率は高くなると考えられ, 先行研究においても活動の増加と転倒の発生率増加の関連性(鈴木, 2003; 河野ら, 2007)が指摘されていることから, 本研究では転倒に焦点を当て理論モデルに基づいて理論仮説と作業仮説の生成を行い質問紙調査において作業仮説の検証を行った.

2) 作業仮説の検証

(1) 事故防止策と転倒

事故防止策に関する先行研究において, Jansen et al.(2002)はヒッププロテクターの装着を取り入れた介入研究を行い, 転倒と大腿骨骨折の発生率は大きく低下した(Jansen et al., 2002)との報告がされている. 本論文におけるインタビュー調査でも「利用者要因」「職員要因」「環境要因」のそれぞれの発生要因に対する事故防止策として「センサーを活用する」や「マット・プロテクターを使用する」などの「福祉用具等を用いた事故防止策」が結果として抽出され, 作業仮説(1)の「事故防止策を用いることにより転倒の危険性は低下する」を生成した.

質問紙調査にて「事故防止策の有無」と「転倒の有無」の関連性について χ^2 検定及びロジスティック回帰分析を行った結果, 統計的に有意な差が見られ作業仮説は実証された.

この結果の解釈として「事故防止策なし」の利用者はサービス提供者のアセスメントにより転倒の危険性が低いと捉えられている利用者であり、「事故防止策あり」の利用者は転倒の危険性があり、事故防止策を用いて転倒の事前防止と傷害軽減を図っているものであると考えられる。その「事故防止策なし」の利用者と比較して、「事故防止策あり」の利用者の調整オッズ比は 3.099 倍転倒の危険性が高くなることが示唆された。さらに詳細の事故防止策に関しては「見守りの強化」が 2.142 倍、「センサーの使用」が 2.726 倍、「マットの使用」が 8.623 倍、「センサーとマットの使用」が 10.649 倍、「センサーとマットの使用と見守りの強化」が 15.904 倍であり、より転倒の危険性の高い利用者には複数の事故防止策が併用して用いられていることが明らかになった。また「マットの使用」「センサーとマットの使用」「センサーとマットの使用と見守りの強化」のマットの使用または併用されている利用者の調整オッズ比が高いことが示唆され、事故防止策の目的の違いによる転倒の発生率低下への影響が異なることが考えられた。この事故防止策として用いられている「センサー」と「見守り」に関しては利用者の立ち上がりや行動を援助者が把握するための事故防止策であり、転倒の発生を事前に予防する目的で用いられているのに対して、マットは転倒発生後の傷害軽減のための事故防止策であるため、転倒の発生自体を防止するために用いられる事故防止策とは目的が異なるものであり、転倒の発生自体を予防するために用いられているものではなく、傷害の態様に影響を与えるものであり、そのため「事故防止策あり」の利用者の転倒発生割合が高くなったものであると考えられた。

この利用者に対する事故防止策の導入に関しては、インタビュー調査において“事故防止策”“事故防止策以外で事故防止につながっていること”の両方で抽出された「他職種を含めてアセスメントを行う」ことにより、利用者の転倒の危険性に対して適切にアセスメントが行われ、カンファレンスなどにより事故防止策の導入が検討されているということがこの結果から裏付けることができ、現状の介護実践における利用者に対する事故防止策導入の検討プロセスが有効であると言える。

(2)認知症と転倒

これまでの介護事故や転倒に関する先行研究では危険因子として認知症との関連性についての指摘(平松ら, 1995; 北川ら, 1995; 金村ら, 1999; Leipzig et al., 1999; 沼沢ら, 2001; 宮本ら, 2002; Doorn et al., 2003; 坂本ら, 2004; 河野ら, 2007; Fonad et al., 2008; Baranzini et al., 2009; Bakken et al., 2014; Cummings et al., 2014)が多く見られ、介護老人福祉施設職員を対象としたインタビュー調査においても「認知症状の進行・強さ」や「BPSD」などの〔利用者の認知症、精神・心理症状に起因する要因〕が抽出された。この結果から作業仮説(2)として「認知症利用者の精神的安定を図ることにより転倒の危険性は低下する」を設定し質問紙調査を行った。

分析の結果として「認知症の有無」と「認知症高齢者の日常生活自立度」に関しては統計的に有意な差は見られなかったが、「転倒の有無」と「BPSDの有無」の関連性については χ^2 検定で有意な差が見られ、「BPSDあり」の利用者の転倒割合が「BPSDなし」の利用者の転倒割合よりも有意に高く、作業仮説の一部が実証された。具体的な「BPSD」の行動・症状ではロジスティック回帰分析において「BPSDなし」の利用者と比べて「昼夜の逆転がある」では 5.675 倍、「『家に帰る』等」と言い落ち着きがない」では 5.308 倍転倒の

危険性が高くなるという結果が示され、『家に帰る』等と言い落ち着きがない」などの不穏状態や「昼夜の逆転がある」という生活リズムの乱れがあることにより転倒の危険性が高まることが明らかになった。この「BPSD」の軽減策については「BPSD」の出現に関して生活に対する不安やストレスなどが見られる場合が多く、認知症利用者の不安やストレスを軽減させ、精神的な安定が図れることで「BPSD」の軽減につながる（浪花ら，2012；林谷ら，2014）が考えられる。またインタビュー調査の結果においても“事故防止策”“事故防止策以外で事故防止につながっていること”の両方の質問において抽出された「利用者の精神的安定」が「BPSD」の減少に取り組むうえでは重要であり、具体的には「精神的に落ち着けるような支援を行う」や「認知症利用者に個別的な声掛けをする」、「利用者の不穏原因を追究する」というサービス提供者からインタビューで抽出された方法が重要であると考えられる。そしてこのような支援を行うことで「BPSD」が減少し、〔利用者の精神的安定〕がもたらされることで、転倒発生率も抑制され、利用者の安全、安心、尊厳のある生活につながるということが示され、認知症高齢者に対する心理面への支援の重要性を実証的に提示できたものであると考えられる。

(3)外出の頻度と転倒

先行研究(鈴木，1999；青木ら，2002；鈴木，2003；河野ら，2007)を踏まえ、外出支援や行動制限などの事故防止策以外の取り組みで事故防止につながる取り組みの視点を加えインタビュー調査を実施した結果、外出支援に関しては、「積極的に外出支援を行う」という〔利用者の活動範囲の拡大〕を行うことで介護事故発生の抑制につながる取り組みであるという考え方が施設職員から抽出された。また追加インタビュー調査においても施設職員は活動参加を行うことで利用者の心身機能の活性化につながり、転倒などの介護事故やインシデントの防止に対して良い影響を与えていると感じていることが明らかになった。さらに外出支援の取り組みを積極的に行うことはサービスの質を高め、さらに転倒の発生率を増加させずに利用者のQOL向上につなげることのできる重要な取り組みであると考えられた。そこで作業仮説(3)として「外出の頻度が多くなることで転倒の危険性は高くなるが、適切な事故防止策を活用することにより転倒の発生割合を抑えることができる」と設定し質問紙調査を実施した。

結果において「外出の頻度」と「転倒の有無」の関連性については χ^2 検定およびロジスティック回帰分析の結果では有意な差がみられなかった。さらに「転倒の有無」と「外出の頻度」と「障害高齢者の日常生活自立度」および「事故防止策の有無」の関連性について分析を行った結果においても有意な差は見られず、「外出の頻度」は転倒発生に影響を与えているとは言えず、作業仮説は棄却された。

しかし本研究の結果では全体の39.5%の利用者が「障害高齢者の日常生活自立度」のランクに関わらず「月1回以上」の外出の機会を得ており、本来は要介護状態で移動に支援を要する利用者が外出を行うことにより転倒の危険性は高まると考えられるが、そのような利用者に対してもただ外出の機会を提供するのではなく、インタビュー調査でも抽出された適切な人員配置等の対応が用いられたうえで外出の機会が提供されることで転倒の発生率が高くなっていないという可能性が示唆された。これは利用者に対するケアプランの計画とアセスメントが適切に行われ、さらに利用者の生活の質の向上を実現するために外

出が計画され、外出ができる体制を整えたうえで支援が行われているために転倒の発生率は増加していないという結果であると考えられる。また近年の先行研究では高齢者の QOL に関連する要因として「健康度自己評価」(濱島, 1994; 前田ら, 2002; 柳沢ら, 2002) が挙げられ、この高齢者の「健康度自己評価」に関連する研究では要因の一つとして社会的活動参加が示唆されている(小川・岩崎・安村, 1993; 高林・星・藤原・高橋, 1997; 青木, 1998; 中村ら, 2002)。そして青木(2008)は「高齢者の QOL を高めるには高齢者の健康度自己評価に関連する要因に働きかけて健康度自己評価を高め、その結果として QOL を高める道筋が考えられる」とし、「具体的には、健康度自己評価に関連する主要な要因のうちで比較的に変容可能な要因である運動実施状況や社会的活動参加などを高めて、QOL を高めることが現実的に取り組める介入方略である」(青木, 2008)と示唆しており、さらに長田ら(2010)は具体的な高齢者の社会的活動参加として「地域活動への参加」「親戚・友人を訪問」「集団活動への参加」「趣味活動」(長田ら, 2010)を挙げている。本研究においてもこれらの活動について追加インタビュー調査で「買い物」や「食事」、「お墓参り」という利用者の外出支援の具体的な目的が抽出され、これらの活動を行うことは、利用者の QOL につながる一つの要因であると考えられ、介護サービス現場にとって実践的意義の大きい知見であり、介護老人福祉施設におけるサービス提供の中で利用者にとっての外出支援の意義を示したものであったと言える。

(4)移動制限と転倒

先行研究において転倒の恐怖心による影響からの活動制限(Tinetti et al., 1997; 鈴木, 2003)が指摘されていたが、インタビュー調査においては“事故防止策以外で事故防止につながっていること”として「利用者の行動を制限しない」という〔利用者の活動範囲の拡大〕が抽出された。このことから作業仮説(4)として「身体拘束や移動制限をしないことにより転倒の危険性は高くなるが、適切な事故防止策を活用することにより転倒の発生割合を抑えることができる」と設定し、質問項目として「施設内の移動制限の有無」に関する調査を行った結果、「転倒の有無」と「施設内の移動制限の有無」の関連性について χ^2 検定およびロジスティック回帰分析において有意な差が見られ仮説が実証された。この移動制限について「制限なし」の利用者が 50.1%, 「制限あり」の利用者が 49.9%とほぼ同数であったが、「制限あり」の利用者の転倒発生割合が高いことが明らかになった。具体的な移動制限の範囲ではロジスティック回帰分析の結果、「制限なし」の利用者と比較して「同一フロア内」が 2.333 倍, 「施設の建物内」が 3.578 倍であり移動制限の範囲が広がることで調整オッズ比も高くなることが示唆された。また χ^2 検定による「転倒の有無」と「施設内の移動制限の有無」と「障害高齢者の日常生活自立度」の関連性において有意な差は見られず、利用者の「障害高齢者の日常生活自立度」が低く自ら移動ができないために「制限なし」となるのではなく、介護老人福祉施設において「施設内の移動制限」は転倒の危険性の高い利用者に対して行われていることが示唆された。さらに χ^2 検定で「転倒の有無」と「施設内の移動制限の有無」における「事故防止策」の関連性について検討を行った結果、「事故防止策なし」の「移動制限あり」で「転倒あり」の割合が有意に高く、「事故防止策あり」の「移動制限なし」で「転倒なし」の利用者の割合が有意に高いことが明らかになった。このことから施設内においては移動制限を行わなくても事故防止策を

適切に用いることにより転倒発生の危険性を抑制することができ、安全の確保をすることは可能であり、制限を行わないことにより利用者の活動範囲を広げ、QOL 向上につながるものであると考えられる。

身体拘束についてはベッドレールや車いすの安全ベルトの使用は転倒の抑制に有効である(Fonad et al., 2008)と報告しているが、現在は我が国においては身体拘束禁止(厚生労働省, 2002 b)により、原則として指定介護老人福祉施設や指定介護療養型施設等では実施することができない状況である。また「身体拘束」は利用者に精神的な影響を与え QOL を低下させること(青木ら, 2002)が指摘されている。近年の介護老人福祉施設の事故防止への取り組みにおいては、指定介護老人福祉施設、指定介護療養型施設等の運営基準にある身体拘束禁止の規定を順守している施設が多くなり、インタビュー調査においても、「事故防止策」として「身体拘束」の回答が得られず、質問紙調査の結果においても「身体拘束あり」の利用者は全体の 0.8%と少ない状況であり、統計的にも有意な差はみられなかった。このことから現在では多くの介護老人福祉施設において利用者に対して尊厳のある生活に配慮がされ「身体拘束」を事故防止策として捉えずに、代替となる方法を検討しながら事故防止の取り組みがされていることが明らかになった。

(5)作業仮説以外の発生要因と転倒の関連性

「転倒」の発生要因として「利用者要因」に焦点を当て、質問紙調査を実施した。結果として「性別」「年齢」「要介護度」「眠剤・抗不安薬等の処方」「調査期間中の入退院の有無」「調査期間中の入退所の有無」のいずれの属性も有意な差は見られなかったが、「障害高齢者の日常生活自立度」に関しては χ^2 検定で有意な差が見られ、ロジスティック回帰分析の結果のモデルとして示された。このモデルとして示された「障害高齢者の日常生活自立度」に関しては「要介護度」を認定するための調査項目の中に含まれているものであり、言い換えると「障害高齢者の日常生活自立度」の状況が一部として反映されたものが「要介護度」であると考えることができる。「要介護度」に関しては本調査の結果では χ^2 検定及びロジスティック回帰分析の結果に有意差は見られなかったが、先行研究において高齢者は「反応時間の遅延、動作緩慢、協調性の低下、屈曲姿勢、バランス機能の低下、起居移動動作能力の低下など広範な機能低下をもたらすことになり、ADL, IADL などの生活環境への不適応をもち、転倒を招く要因となる」(星, 2002)と指摘されている。またインタビュー調査においても介護事故・インシデントの発生要因として「利用者の ADL の低下」が「利用者の身体に起因する要因」として抽出されたことから、加齢による ADL の低下など身体機能が不安定になっていることが転倒の危険性を高めていると考えられる。本論文の結果では「年齢」や「要介護度」は直接的に転倒に影響を与えないものであると考えられるが、介護サービスにおいては特に本論文でも転倒の発生割合が高かった「軽度(要介護度 1・2)」の利用者に対する転倒への配慮が必要であることが示唆された。先行研究においては ADL の低下により転倒のリスクが向上する(平松ら, 1995; 北川ら, 1995; 戸田ら, 2003)と指摘されている一方で、「超高齢者では ADL の低下などにより活動量が減り、そのため転倒の機会も減る」(新野ら, 1996)との指摘もされていることから、ADL と介護事故・インシデントの関連性は事故発生を増加させる側面と事故発生を低下させる側面を持つものであると考えられた。またインタビュー調査においても発生要因として「利

利用者の ADL の向上」と「利用者の ADL の低下」が回答として抽出され，“事故防止策以外で事故防止につながっていること”として「ADL の低下」，「利用者の重度化」の回答が得られ，利用者の ADL や活動の自立度は転倒に関する介護事故・インシデントの発生と減少の両面で大きく関連していることが明らかになった．「転倒の有無」と「障害高齢者の日常生活自立度」の関連性については質問紙調査の結果においては「寝たきり(ランク B-1, B-2, C-1, C-2)」の利用者の「転倒なし」が多く， χ^2 検定で有意な差がみられ，ロジスティック回帰分析においても有意差が見られた．この理由としては生活活動の頻度との関連性があると考えられる．「障害高齢者の日常生活自立度」の「ランク A」は日常生活活動のうち食事，排せつ，着替えなどの行為を概ね自力で行い外出する際には介護者の援助を必要とする「準寝たきり」に該当する状態であり，「ランク B」は日常生活活動のうち食事，排せつ，着替えなどの行為に何らかの介助を必要とし，ベッド上での生活が主体であるが座位を保てるという「寝たきり」に該当する状態である．そして「ランク C」は日中ベッド上で過ごし，食事，排せつ，着替えなどの行為において介護を要する「寝たきり」に該当する状態であることから重度になると自ら活動をする頻度が少なくなると考えられる．このことは調整オッズ比からも見ることができ，「ランク C-2」と比較して「ランク A-1」の利用者が 7.918 倍，「ランク A-2」の利用者が 7.575 倍，「ランク B-1」の利用者が 5.430 倍，「ランク B-2」の利用者が 2.011 倍，「ランク C-1」の利用者が 0.697 倍転倒の危険性が高くなり，寝たきり度が高くなるのに反比例してオッズ比は低くなることが明らかになった．また先行研究における調査結果では共通して車いす使用者は歩行者より転倒率が高い(Brian, Alexander, Grota, Chen, & Dumas, 1991 ; Lipsitz et al., 1994 ; 加藤ら, 2000 ; 泉ら, 2001)と報告している．この原因としては下肢筋力の低下が影響している(望月・中島, 1994)と考えられ，不安定な歩行のために車いすを使用することでさらに筋力は低下していき悪循環を生じさせることが考えられ，「ランク A」や「ランク B」に該当するような座位保持が可能で車いすを使用している利用者に対しても移乗の際などの見守りと支援が必要であることが示唆された．また利用者が一部支援を必要とする状態像にあってもインタビュー調査の「介護事故・インシデントの発生要因」の結果でも抽出された「利用者が自分の能力以上の行動をとった」や「利用者の職員への遠慮」により利用者自らが行動してしまうことも想定されるため，利用者の理解力に注意や配慮は必要であり，さらに「事故防止策」として「利用者が自分のリスクを理解できるように説明する」ことも重要であると考えられる．

また先行研究では，リハビリテーションへの参加に有効性(Moreland et al., 2003)が挙げられ，インタビュー調査を行った結果においても＜活動参加への取り組み＞としての〔施設の活動への参加〕では「リハビリテーションへの参加を促す」の回答が得られ，質問紙調査の項目として「リハビリテーションへの参加」を設定し調査を行った．「転倒の有無」と「リハビリテーションへの参加」に関しては χ^2 検定とロジスティック回帰分析のいずれの結果においても有意な差は見られなかったが，先行研究においても加齢に伴う機能低下や ADL の低下が転倒の要因になる(北川ら, 2005 ; 平松ら, 2005)と指摘しており，猪飼(1997)の調査では高齢者や麻痺がある利用者でも筋力を増強することが可能である(猪飼, 1997)と報告をしている．その他にもリハビリテーションの効果として利用者が自身の機能を理解することにもつながり，本調査では有意な差は見られなかったが「リハビリテーシ

ョンへの参加」は利用者の機能の維持向上に影響をあたえ、転倒を予防するための取り組みの一つであると考えられる。

3)理論モデルにおける要因間の作用

本論文の結果から介護老人福祉施設においては移動制限を行わないことや外出支援に取り組むことでサービスの質を向上させ、さらに利用者の介護事故・インシデントの発生防止と傷害の軽減のために事故防止策を用いながら、利用者の QOL 向上に努めていることが明らかになった。このような取り組みについて増田ら(2003)は「『居住者の権利』を守り、『ケアの質』や『生活の質』の向上に努めることがリスクを低くし、快適な生活環境を整えることがリスクを抑える。『居住者が快適と思える状況』をいかにして作っていくかが重要である。しかしこの状況を作ることが難しい」(増田ら, 2003, p.116)と指摘している。このことはインタビュー調査の結果において、職員は「QOL 向上とリスク回避のバランスに対する悩み」を抱えることや、利用者の状況によっては「リスク回避を重視する状況」もあることが明らかになった。その中で、「QOL 向上とリスク回避のバランスの理想」として QOL 向上を重視した支援を優先し、利用者に質の高い生活を送ってもらえるように取り組むことは、より質の高い介護サービスにつながる重要なものであり、研究だけでなく実践においても意義が大きいものであると言える。

以上を踏まえ、第 2 章で示した理論モデルにもとづいて本論文で焦点化した転倒の「利用者要因」、「事故防止策」、「事故防止策以外の取り組みで事故防止につながっていること」から得られた結果をもとに作用を図 4-1 に示した。インタビュー調査で抽出されたものは青い点線の矢印で示し、質問紙調査で関連性がみられたものは赤い実線の矢印で示した。

理論モデルの構造として左側に「発生要因」として「利用者要因」が位置し、各要因から「介護事故・インシデントの態様」である「転倒」につながるというものである。また理論モデルの上部に位置している「事故防止策以外で事故防止につながっていること」はサービスの質を高めるためにサービス提供者が取り組んでいることであり、「事故防止策」は事故の危険性を低下させるために用いているものである。

具体的な「発生要因」については、「利用者要因」のうち「障害高齢者の日常生活自立度」と「BPSD の有無」が有意な影響を与える要因である。「事故防止策以外で事故防止につながっていること」では「移動制限を行わない」ことにより、転倒の危険性が高まるが、移動制限を行わなくても「事故防止策」を用いることにより転倒の危険性を低下させることが可能となる。この「事故防止策」として「転倒」の事前防止に有効である「センサーの使用」「見守りの強化」と「傷害の態様」に影響を与える「マットの使用と併用」があり、サービス提供者のアセスメントにより利用者の状況に合わせて導入されていることが明らかになった。

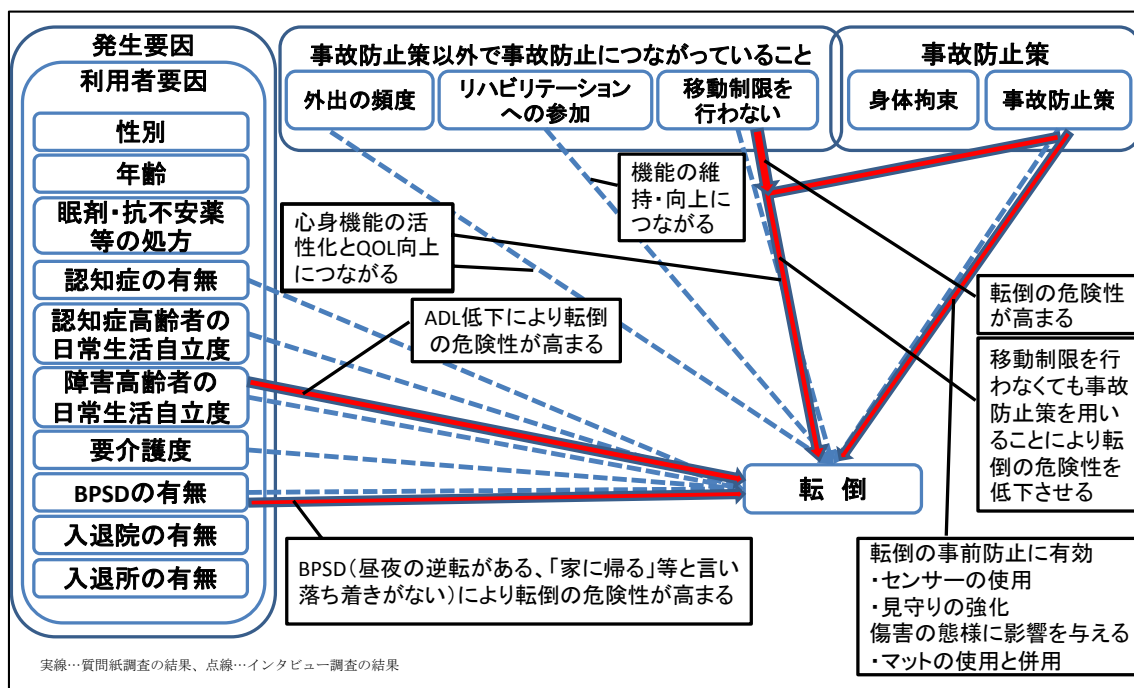


図 4-1 本論文から得られた転倒の発生要因と
事故防止策・事故防止策以外で事故防止につながる取り組みの作用

また図 4-2 に「介護老人福祉施設における移動制限と事故防止策の関連性」を示した。「施設内の移動制限」を行うことで利用者の活動範囲が狭くなり「転倒」の危険性は低下するが活動の自由が制限されることにより「QOL の低下」につながると考えられる。一方で「施設内の移動制限」を行わずに利用者の活動範囲を広げることで転倒の危険性は増加するが、「事故防止策」を用いることにより転倒の危険性は低下し、さらに「QOL の向上」につながることを実証したことが本研究の意義である。

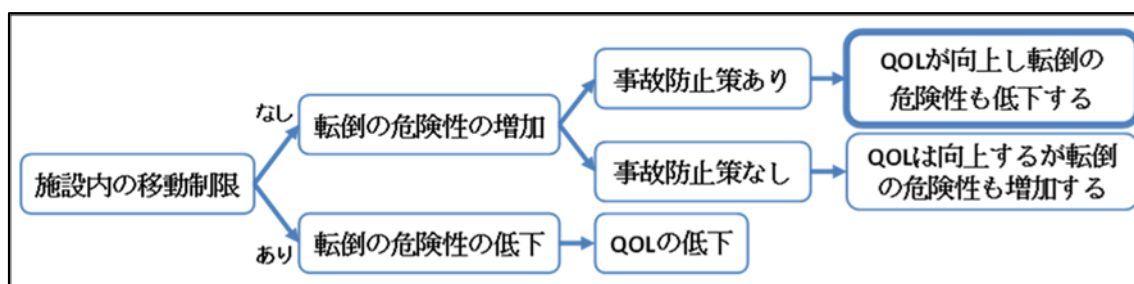


図 4-2 介護老人福祉施設における移動制限と事故防止策の関係性

4)介護老人福祉施設における転倒防止と利用者の生活の質の向上に関する提言

介護保険法の目的において利用者の尊厳のある日常生活が送れるように支援することが求められている中で、介護老人福祉施設においてもリスクマネジメントの取り組みと利用者のサービスの質は切り離して考えることはできないことである。本研究の結果でも

「QOL を上げることにより介護事故・インシデントのリスクが高くなる」や「認知症利用者は QOL を上げることで介護事故・インシデントのリスクが上がる」と捉えているサービス提供者の割合が高く、さらにサービスの実態としては利用者の「外出の頻度」が「月 1 回未満」が 61.5%，「施設内の移動制限の有無」では「制限あり」が 49.9%と高い割合であったことから介護老人福祉施設におけるサービス提供の現状と課題が明らかになった。

以上を踏まえてここでは介護老人福祉施設におけるリスクマネジメントとサービスの質を向上させるための提言を述べていきたい。

(1)アセスメントの重要性

介護老人福祉施設で生活する利用者は日常生活において何らかの支障があり、支援を必要とする要介護高齢者であり、そこには転倒するという危険性が少なからずある。この転倒の危険性を事前に把握し、転倒の危険性に対して事故防止策などの備えをしておくことが転倒に対するリスクマネジメントであり、その前提としてアセスメントにより利用者の情報が収集される。

アセスメントには「利用者の心身の状況、生活の状況、希望や願いなどについて必要な情報を収集し、その情報の持つ意味を専門知識・技術を根拠として解釈し、複数の情報の関連づけと統合を行うことにより、利用者の望む生活の実現を困難にしている課題を明確にするというプロセス」(介護福祉士養成講座編集委員会， 2009， p.18)が含まれ、アセスメントは利用者へのサービスの質を向上させるための基盤そのものであるとしても過言ではない。そのため利用者の状態像を適切に捉え、状態像に基づき正確に危険性を把握できない場合は適切な事故防止策や対応が実施されず、事故につながってしまう可能性が高く、さらに先行研究においても転倒への恐怖心による影響からの活動制限(Tinetti et al., 1997；鈴木， 2003)が指摘されているように利用者の活動範囲を狭め生活の質の低下を招いてしまいことも考えられる。

介護老人福祉施設における利用者のケアプランについては介護保険法により認定期間での見直しが義務付けられているが、近年の要介護認定においては状態像の変化が見られない利用者に対しては最長で 24 ヶ月の有効期間が認定されることから、その期間中においても利用者の状態の変化に合わせたきめ細やかなアセスメントとケアプランの見直しが必要であり、さらにそこには転倒の危険性に関する視点も含めたアセスメントが必要となる。

また介護老人福祉施設における介護サービスの提供は介護職だけで成り立つ援助ではなく、様々な職種が関わりながら連携してサービスを提供するチームアプローチであることから、介護支援専門員を中心としてアセスメントが行われ、さらに看護師や栄養士、機能訓練指導員など他職種を含めて多角的な視点を取り入れたアセスメントが行われ、ケアプランに反映されることが必要である。

(2)利用者の身体状況の変化に対応可能な体制の構築

多くの介護老人福祉施設においては指定基準を満たしたうえで介護サービスが提供され、さらに利用者の重度化に対応するために指定基準以上の職員を確保しようとしているが、利用者の状況にあった職員数が確保できていない施設が多く、利用者への十分な対応や見守りが行えていない現状である。そのため下肢筋力の低下などにより歩行状態が不安定な

利用者に対して安易に車いすを使用するなどの対応がとられてしまうことなどがあり、この対応が利用者の下肢筋力をさらに低下させ(望月ら, 1994), 転倒の危険性が向上するという悪循環を生じさせている。この悪循環を断ち切り, ゆとりある介護が行われるようになるには, 制度や体制の整備が必要であり, 介護老人福祉施設における利用者の重度化の状況に合わせた人員の配置基準の見直しや加算が必要であると考えられる。

(3)事故防止策の検討と実施・評価

事故防止策としてインシデント報告等を用いて利用者の情報の共有を行うことにより, 利用者の危険性を把握する防止策や, 職員の意識への働きかけとして事故防止研修・トレーニングを実施するという取り組みが行われていることが本論文で明らかになった。

しかし事故防止において重要なことは研修やトレーニングにて得た知識や技術を, 実践の中で有効に活用することであり, 転倒の危険性がある利用者や実際に介護事故・インシデント報告書が提出された利用者に対して再発防止のための対策をしっかりと検討し, 実行され, 評価まで行われることが必要である。事故防止策の効果に関しては数値として測定ができることはあまりないため話し合いでの検討が必要であり, 事故防止に関するカンファレンスも前述のように他職種を含めたチームで様々な視点からの検討と評価がされることが望まれる。

(4)利用者の精神的安定が図れる支援

朝田(2013)は「全国の 65 歳以上の高齢者における認知症有病率は 15%と推定され, 推定有病者数は平成 22 年時点で約 439 万人, 平成 24 年時点で 462 万人と算出された」(朝田, 2013)と報告しており, さらに今後も高齢者人口の増加, 平均寿命の伸びと共に認知症高齢者が増加していくことが予測されている。そのため施設を利用する認知症利用者の割合も高くなり, 認知症の程度も重度化することが予測される。施設入所の認知症高齢者の日常生活の支援について, 「普通の家庭生活と何ら変わりのない生活感を持つことのできる空間を作り出す考えが基盤となり痴呆性高齢者の心身の安定の支援の視点につながっている」(多久島・山口・水主, 2005)と指摘がされているように, 在宅と施設の生活環境の変化が少なくなるような工夫が必要であり, 利用者の精神的安定が図れるようにする支援が求められる。溝田・横山(2006)はその人らしさを中心においた認知症高齢者ケアとして入居者 1 人ひとりを見つめ, 個人の暮らし方のペースに沿い, いままで経験してきた生活行為や生活の価値観, 生活史を重視した個別的ケアが重要である(溝田・横山, 2006)と指摘しており, また浪花ら(2012)は『『小規模な生活空間』であることに依存することだけでなく, その『生活空間』のなかでどのような運営理念や方針に基づきケアを展開していくかということや, ケアの質を高めるためにどのような職員研修やフォローを行うかが『なじみの環境』を形成し入居者の生活の安定性を求めるうえで重要な課題となる」(浪花ら, 2012)と指摘している。近年の介護老人福祉施設はユニット型特養の義務化やユニットケアの導入により利用者の個別性を重視したケアが検討されサービスが提供されるようになってきているが, 施設という集団生活による制限や制約により利用者へのストレスを生じさせ, BPSD の出現につながることが先行研究においても指摘されている(林谷ら, 2014)ことからも, 利用者への関わりにおいては高齢者個人の性格などの特性にも対応を行い, その前

提として支援に対する理念や方針を職員間で共有することが必要である。

また「家族の訪問頻度は BPSD の抑制に関与し、特に中程度の認知症患者に効果的である」(Minematsu, 2006)と指摘されているように入所者にとっての家族の存在はとても大きいものであると考えられることから、インタビュー調査でも抽出されたように「家族とのパートナーシップが取れる」というような連携や行事を通した訪問頻度を高めるような家族への働きかけが必要である。

(5)活動参加への取り組み

先行研究において後期高齢者の外出先は、趣味の集まり、通院、役所や買い物、散歩、親戚や友人に会うなどが多いこと(征矢野・岡田・横井・岡田・上岡・武藤, 2005)が示されているが、これは高齢者の社会的活動である「集団活動への参加」「地域活動への参加」「趣味活動」「親戚・友人を訪問」(長田ら, 2010)と重なる部分が多く、この社会的活動により高齢者の QOL を高めることができるものである(青木, 2008)と考えられる。しかし要介護状態になると外出する機会が少なくなり、さらに施設利用者は介護職員の不足や安全面への配慮により外出する機会が少なくなってしまう。また施設という集団生活においては制約や制限により行動範囲が狭められてしまうこともあり、この結果が利用者の活動量を減少させ、筋力の低下などの廃用症候群を引き起こす一要因になっていると考えられる。しかし、本研究の結果においても事故防止策を適切に用いることにより、利用者の活動範囲を拡大することは可能であることが示され、また外出の頻度が多くなっても転倒の発生に影響を与えていないことが示唆されたことから、介護老人福祉施設においては活動参加の減少による筋力低下から活動参加の増加による心身機能の活性化に転換する取り組みが必要であり、活動参加への取り組みに対するサービス提供者の意識を向上させていく必要がある。また対象者は要介護状態であることから、行動範囲や活動量を徐々に増やし、最終的な目標として利用者のニーズに応えられるような活動参加への取り組みが重要である。

以上のように本研究の結果を踏まえながら介護老人福祉施設における転倒防止と利用者の生活の質の向上のための具体的な取り組みについて提言をしてきたが、これらの取り組みは転倒防止の視点だけでなくサービスの質の向上につながる重要なものであり、介護老人福祉施設のリスクマネジメント研究と介護実践において意義があると言える。

2. 本論文の限界と課題

本論文は介護老人福祉施設における利用者の転倒の発生要因と事故防止策、事故防止策以外に事故防止につながる取り組みを示したものであるが、いくつかの限界と課題が存在する。

第一に介護事故・インシデントの発生要因についての限界である。本研究ではインタビュー調査で抽出された介護事故・インシデントの発生要因について量的調査で全てを検討できた訳ではなく、転倒の利用者要因にのみ焦点をあてたものである。また先行研究(橋本, 2004)で指摘されているように複合的要因によっても介護事故・インシデントが発生するこ

ともあるが、本研究では発生要因間の関連が検討できなかったことは限界である。また同様に事故防止策と事故防止策以外に事故防止につながる取り組みに関しても、施設において取り組まれている「施設内における移動制限」と「外出の頻度」以外の社会的活動参加と介護事故・インシデントの関連性を検討できなかったことは今後の課題である。

第二に傷害の態様への影響度についての限界である。本研究では転倒の利用者要因を量的研究にて明らかにしたが、その発生要因によって傷害の態様にどのような影響を与えるのかという関連性まで検証ができていない。これは調査期間が3ヶ月であったことから収集された転倒に関する介護事故・インシデントの件数は114件であり、そのうち未発生を除いた83件のうち、「病院での受診・検査」と「入院・通院治療」を要したものは15件のみであった。先行研究ではより多くの事例を収集するために2年間の調査を実施している調査もあり、更なるデータの蓄積が今後の課題となる。

第三に調査対象者の個別性に関する限界である。本研究で収集された転倒の対象となった利用者は一人で複数回転倒を経験している利用者が転倒者全体の23.0%であり、最も多い利用者の転倒の件数は6件であった。そのため、本研究では転倒者個人のバイアスについて検討した結果、複数回転倒者の要因に関する分析が実施できなかった。しかし、複数回転倒をする利用者の発生要因について分析をすることで、転倒の再発防止に資することができるものであると考えられることから、利用者個人を対象とした質的研究によるデータの積み重ねと量的研究による分析に耐えられる件数の確保を今後の課題としたい。

3. 結論

本論文は高齢者支援におけるリスクマネジメント研究の知見を踏まえ、介護老人福祉施設におけるリスクマネジメントの取り組みに利用者への外出支援や移動制限などの活動参加への取り組みの視点を加えた理論モデルを構築し、さらに高齢者が最も起こしやすい介護事故・インシデントの種類である転倒に焦点を絞り、発生要因と事故防止策、活動参加への取り組みに対する理論仮説及び作業仮説の検証を行うことを目的として行われたものであった。

介護老人福祉施設に勤務する職員の中で施設におけるリスクマネジメント業務にかかわる職員を対象に質的調査を実施し、リスクマネジメントの全体像として「事故防止策」と「事故防止策以外で事故防止につながっている取り組み」を抽出し、その取り組みの前提として職員が捉える「QOLとリスクの関係性」とを明らかにした。また介護老人福祉施設の利用者の状況と転倒の発生状況について質的調査にて構築した理論モデルから作業仮説を生成し、量的調査にて発生要因との関連性の検証を行った。

質的調査では、先行研究の検討で得られたリサーチ・クエスチョンをもとに介護老人福祉施設で取り組まれているリスクマネジメントの全体像として組織としての事故防止に取り組む＜組織風土の構築＞があり、その中で施設職員は利用者に対するQOLとリスクの関係性を踏まえ、QOLとリスクのバランスを検討し、事故防止策、事故防止策以外の事故防止につながる取り組みを行い、介護事故・インシデントの態様と傷害の態様に影響を与えている構造を示した。「事故防止策以外で事故防止につながっていること」は「外出支援」や「活動制限」などの「活動参加への取り組み」が抽出され、これらはサービスの質を向

上させるために施設職員が取り組んでいるものであり、この取り組みが事故防止策と合わせることで介護事故・インシデントの発生割合を増加させずに利用者の QOL を向上させるものであった。

これらの結果から介護老人福祉施設におけるリスクマネジメントの現状と施設における取り組みの全体構造が明らかになり、リスクマネジメントの観点だけでなく、介護サービスの質及び利用者の QOL を向上させるための取り組みの観点から具体的に支援を検討していくうえでの意義を示唆したものであった。

量的調査では、文献レビュー及び質的調査で構築した理論モデルにもとづいて生成した作業仮説として発生要因と事故防止策、事故防止策以外で事故防止につながる取り組みについての検証を行った結果、「利用者要因」として「障害高齢者の日常生活自立度」「BPSD」に「転倒」との関連性が見られ、「事故防止策」では「見守りの強化」「マットの使用」「センサーの使用」「センサーとマットの使用」「センサーとマットの使用と見守りの強化」と「転倒」に関連性が見られた。また「事故防止策以外で事故防止につながっていること」においては「施設内の移動制限」を行わないことにより、転倒の危険性が高まるが、移動制限を行わなくても「事故防止策」を用いることにより転倒の危険性を低下させることが可能となることが明らかになった。

これらの結果は介護老人福祉施設における利用者の転倒の発生要因に対する事故防止策と、その前提となるアセスメントの有効性が示されたものであり、また利用者の生活の質を向上させるための「外出支援」や「活動制限を行わない」などの「活動参加への取り組み」の重要性を示唆したものであった。

以上、本論文は介護老人福祉施設を対象にリスクマネジメントの具体的構造と転倒の発生要因、また介護サービスの質及び利用者の QOL の向上のためのリスクマネジメントの取り組みにおいての着眼点を示し、今後の介護サービス提供現場に対して新たな可能性を提供するものであった。

謝辞

まず、本論文を作成するにあたり、筆者の研究に賛同し、調査に協力してくださった方々に深く感謝申し上げます。

主指導教員である北島英治特任教授、副指導教員である中島健一教授には3年間にわたって熱心なご指導と心温まる励ましのお言葉を頂きました。また児玉桂子特任教授の丁寧なご指導は筆者にとって大変深い学びにつながり、後藤隆教授には調査の在り方や分析の方法など細部にわたるご指導をいただきました。さらに本論文作成に当たり、審査委員として斉藤くるみ教授、辻浩教授には多くのご助言を頂き自身の論文を見つめ直す機会を頂きました。

そして同じ大学院で研究に取り組んでいる院生の方々のアドバイスや励ましに心打たれるものがありました。また本学教職員の方々さらには筆者の家族には研究生生活を温かく見守っていただきいつも応援していただきました。

これらのすべての方々に心から感謝とお礼を申し上げます。本当にありがとうございました。

なお本研究の一部は公益財団法人三菱財団平成25年度社会福祉事業・研究助成によっておこなわれました。

平成27年2月吉日
堀米史一

引用文献

- American Society for Healthcare Risk Management (2001). *Risk management handbook for health care organizations*. de. by Carroll R, 3rd ed, California, AHA Press.
- 青木英治・田頭勝之・森下佳代・一色知子・平井智恵子・吉良仁美ほか(2002). 「ヒヤリハット経験者の特性と身体拘束廃止がヒヤリハット事例に及ぼす影響について」『老年社会科学』24, 200.
- 青木邦男(1998). 「高齢者の健康度自己評価に関連する要因: 配偶者の健康度評価に着目して」『老年社会科学』20(2), 132-142.
- 青木邦男(2008). 「在宅高齢者の QOL, ADL, 運動実施状況および健康度の関連性」『社会福祉学』49(2), 71-84.
- 有馬明恵(2007). 『内容分析の方法』ナカニシヤ出版.
- 朝田隆(2013)「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応; 厚生労働科 研究 費 補 助 金 認 知 症 対 策 総 合 事 業 」
<http://www.tsukuba-psychiatry.com/wp-content/uploads/2013/06/>(閲覧日 2014.9.28 アクセス).
- Bakken M. S., Engeland A., Engesaeter L. B., Ranhoff A.H., Hunskaar S., & Ruths S. (2014). Risk of hip fracture among older people using anxiolytic and hypnotic drugs ; a nationwide prospective cohort study. *European Journal Of Clinical Pharmacology*, 70, 873 - 880.
- Baranzini F., Diurni M., Ceccon F., Poloni N., Cazzamalli S., Costantini C. et al. (2009). Fall-related injuries in a nursing home setting ; is polypharmacy a risk factor? *BMC Health Services Research*, 9(228), 1-10.
- Brennan T. A., Leape L.L., Laird N. M., Hebert L., Localio R., Lawthers A. G. et al. (1991). INCIDENCE OF ADVERSE EVENTS And NEGLIGENCE IN HOSPITALIZED PATIENTS ; Results of the Harvard Medical Practice Study I. *The New England Journal of Medicine*, 324, 370-376.
- Brian L.K., Alexander K., Grotta P., Chen W.H., & Dumas V. (1991). The Development of the RISK Tool for Fall Prevention. *Rehabilitation Nursing*, 16(2), 67-69.
- Cali C.M., & Kiel D. P. (1995). An Epidemiologic Study of Fall-Related Fractures Among Institutionalized Older People. *THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY*, 43(12), 1336-1340.
- Capezuti E., Maislin G., Strumpf N., & Evans L. K. (2002). Side Rail Use and Bed-Related Fall Outcomes Among Nursing Home Residents. *THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY*, 50(1), 90-96.
- 茶谷利つ子(2002). 「介護事故実態に関する調査研究と介護事故の捉え方」『新潟青陵大学 紀要』2, 107-120.
- Close J., Ellis M., Hooper R., Glucksman E., Jackson S., & Swift C. (1999) Prevention of falls in the elderly trial (PROFET) ; a randomised controlled trial. *THE LANCET*, 353, 93-97.

- Creswell J. W., & Plano Clark V. L. (2007). *DESIGNING AND CONDUCTING MIXEDMETHODS RESEARCH* (=2010, 大谷順子訳『人間科学のための混合研究；質的・量的アプローチをつなぐ研究デザイン』北大路書房, p83).
- Cummings S.R., Nevitt M.C., Browner W.S., Stone K., Fox K.M., Ensrud K.E. et al. (2014). Risk factors for fracture in white women. *The New England Journal of Medicine*, 332(12), 767-773.
- Day L., Fildes B., Gordon I., Fitzharris M., Flamer H., & Lord S. (2002). Randomised factorial trial of falls prevention among older people living in their own homes. *BMJ*, 325(20), 1-6.
- Doorn C.V., Gruber-Baldini A. L., Zimmerman S., Hebel J. R , Port C. L , Baumgarten M., et al.(2003). Dementia as a Risk Factor for Falls and Fall Injuries Among Nursing Home Residents. *THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY*, 51(9), 1213-1218.
- 永和良之輔(2011).「介護事故の現状と問題点」『佛教大学社会福祉学部論集』7, 39-56.
- Fonad E., Wahlin T.B.R., Winblad B., & Sandmark H. (2008). Falls and fall risk among nursing home residents. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 126-134.
- 藤田博暁・石橋英明(2003).「転倒予防の取り組み；運動メニューによる動的バランスの改善」『介護福祉』51, 73-91.
- Gibson M. J., Andres R. O., Isaacs B., Radebaugh T., & Petersen J. W. (1987) The prevention of falls in later life; A report of the Kellogg International Work Group on the prevention of falls by the Elderly. *DANISH MEDICAL BULLETIN* 34, *Gerontology Special Supplement Series Number Four*, 1-24.
- Graafmans W. C., Ooms M. E., Bezemer H. M. A., Bezemer P. D., Bouter L. M., & Lips P. (1996). Falls in the Elderly ; A Prospective Study of Risk Factors and Risk Profiles. *American Journal of Epidemiol*, 143(11), 1129-1136.
- Gross Y. T., Shimamoto Y., Rose C. L, & Frank B. (1990). Why Do They Fall? Monitoring risk factors in Nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing*, 16(6), 20-25.
- 濱島ちさと(1994).「高齢者のクオリティオブライフ」『日本公衆衛生雑誌』49(2), 533-542.
- 橋本久子(2004).「介護福祉におけるリスクマネジメントの研究；介護老人保健施設の実態調査をもとに」『第一福祉大学紀要』創刊号, 75-85.
- Hausdorff J. M., Rios D. A., & Edelberg H. K. (2001). Gait Variability and Fall Risk in Community-living Older Adults ; A 1-Year Prospective Study. *Arch phys Med Rehabil*, 82(8), 1050-1056.
- 林谷啓美・田中諭(2014).「認知症高齢者の行動・心理症状(BPSD)に対する支援のあり方」『園田学園女子大学論文集』48, 105-112.
- Heinrich H. W. (1980). *INDUSTRIAL ACCIDENT PREVENTION*. 5th ed. McGraw-Hill, New York, pp. 23-24.
- ヘルスケア総合政策研究所(2001).『ホームヘルパー消滅の危機』日本医療企画 p89.

- 平松知子・泉キヨ子(1995).「入院高齢者の転倒の要因に関する検討；転倒の有無別にみたADL・重心動揺の1年間の変化」『金沢大学医療技術短期大学部紀要』19, 127-129.
- 平松知子・泉キヨ子・加藤真由美・正源寺美穂・細川淳子・牧本清子ほか(2002).「入院高齢者の転倒予測に関するアセスメントツールの評価；転倒経験がない場合の転倒予測」『金大医保つるま保健学会誌』26(1), 107-110.
- 堀米史一(2010 a).「高齢者福祉施設における利用者のリスクとリスク要因の調査研究」『社会医学研究』27(2), 53-60.
- 堀米史一(2010 b).「高齢者の転倒・転落とリスクマネジメント」『上智社会福祉専門学校紀要』5, 3-7.
- 堀米史一(2011).「高齢者福祉施設における利用者の介護事故要因に関する研究」『上智社会福祉専門学校紀要』6, 13-19.
- 星文彦(2002).「高齢者の転倒；高齢者の加齢変化と要因」『理学療法ジャーナル』36(5), 307-314.
- 今井邦英・樋掛尚文・斉藤静香・田中政春・森田昌宏・砂山徹ほか(2007).「高度認知症患者の転倒転落に伴う頭部外傷症例の検討」『老年精神医学雑誌』18(5), 521-529.
- 稲葉央子・石丸雄二・田村義之・千葉茂(2006).「高齢者せん妄における環境調整と事故防止」『老年精神医学雑誌』17(6), 644-652.
- 猪飼哲夫(1997).「加齢と筋力」『JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION』6(4), 348-354.
- 泉キヨ子・牧本清子・加藤真由美・細川淳子・川島和代・天津栄子ほか(2001).「入院高齢者の転倒予測に関するアセスメントツールの開発(第1報)」『金大医保つるま保健学会誌』25, 45-53.
- Jansen J., Lundin-Olsson L., Nyberg L., & Gustafson Y. (2002). Fall and Injury Prevention in Older People Living in Residential Care Facilities; A Cluster Randomized Trial. *ANNALS OF INTERNAL MEDICINE*, 136(10), 733-741.
- 介護福祉士養成講座編集委員会(2009).『新介護福祉士養成講座 9 介護過程』東京, 中央法規出版, p18.
- 金子努(2004).「福祉分野へのリスクマネジメントの導入とそれに伴う課題；介護分野を中心とした検討」『県立広島女子大学生生活科学部紀要』10, 93-104.
- 兼松美紀・三宅正恵・河上敬介(1993).「豊明老人保健施設での転倒事故状況の調査研究」『名古屋大学医療技術短期大学部紀要』5, 111-116.
- 金村尚彦・小林隆司・峯松亮・細田昌孝(1999).「痴呆高齢者の転倒状況と関連要因」『日本災害医学会会誌』47(12), 780-786.
- 片丸美恵・宮島直子・村上新治(2008).「精神科看護における認知症高齢者のBPSDへの対応と課題；『問題行動』をキーワードとしたケーススタディの文献検討から」『看護総合科学研究会誌』11(1), 3-13.
- 片山由美(2004).「施設における介護事故の法的課題への一考察」『法政論叢』40(2), 36-49.
- 加藤真由美・泉キヨ子・川島和代・牧本清子(2000).「入院高齢者の転倒要因についての研究；3種類の施設の前向き調査から」『金大医保紀要』24(1), 127-134.

- 北川公子・竹田恵子・池田真由美・中島紀恵子(1995).「特別養護老人ホームにおける痴呆性老人の転倒」『北海道医療大学看護福祉学部紀要』2, 43-49.
- Krippendorff K. (1989).『メッセージ分析の技法』(三上 俊治・椎野信雄・橋元良明 訳), 勁草書房[原著: Krippendorff K.(1980). *CONTENT ANALYSIS; An Introduction to Its Methodology*, Sage].
- 小林幸太・鷺尾昌一・納富昭人・古賀寛・岡山昌弘・森満(2002).「一特別養護老人ホームにおける転倒について」『札幌医学雑誌』71(5-6), 75-82.
- 児玉桂子(2005).「高齢者の転倒予防のための住環境」『老年精神医学雑誌』16(8), 941-945.
- 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」
<http://www.kokusen.go.jp/>(閲覧日: 2012 年 11 月 20 日).
- 公益財団法人日本医療機能評価機構(2009).「医療事故情報収集等事業要綱」
<http://www.med-safe.jp/>(閲覧日: 2012 年 10 月 20 日).
- 河野禎之・山中克夫・松田修・石束嘉和(2007).「短期前向き調査による高齢者介護施設における転倒・転落事故の状況および背景要因に関する事例研究」『日本認知症ケア学会誌』6(1), 59-68.
- 河野禎之・山中克夫(2012).「施設入所高齢者における転倒・転落事故の発生状況に関する調査研究」『老年社会科学』34(1), 3-15.
- 厚生労働省(1999).「介護保険法施行規則.厚生省令第三十六号」
[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/98546a2a590ca2274925689a003b873c/\\$FILE/%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E4%BF%9D%E9%99%BA%E6%B3%95%E6%96%BD%E8%A1%8C%E8%A6%8F%E5%89%87.txt](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/98546a2a590ca2274925689a003b873c/$FILE/%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E4%BF%9D%E9%99%BA%E6%B3%95%E6%96%BD%E8%A1%8C%E8%A6%8F%E5%89%87.txt)(閲覧日: 2012 年 11 月 20 日).
- 厚生労働省(2002 a).「福祉サービスにおける危機管理(リスク・マネジメント)に関する取り組み指針～利用者の笑顔と満足を求めて～」
[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/98546a2a590ca2274925689a003b873c/\\$FILE/%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E4%BF%9D%E9%99%BA%E6%B3%95%E6%96%BD%E8%A1%8C%E8%A6%8F%E5%89%87.txt](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/98546a2a590ca2274925689a003b873c/$FILE/%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E4%BF%9D%E9%99%BA%E6%B3%95%E6%96%BD%E8%A1%8C%E8%A6%8F%E5%89%87.txt)(閲覧日: 2012 年 11 月 20 日).
- 厚生労働省(2002 b).「身体拘束ゼロへの手引き; 高齢者ケアに関わるすべての人に」身体拘束ゼロ作戦推進会議.
- 厚生労働省(2012 a).「平成 22 年度介護サービス施設・事業所調査結果の概況」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service10/>(閲覧日: 2014 年 9 月 28 日).
- 厚生労働省(2012 b).「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準 平成 24 年改正」
<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H11/H11F03601000046.html>(閲覧日: 2014 年 9 月 29 日).
- 厚生労働省(2013).「平成 24 年人口動態統計(確定数)の概況」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei12/index.html> (閲覧日: 2014 年 9 月 16 日).
- 厚生労働省(2014 a).「平成 24 年度介護サービス施設・事業所調査の概況」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service12/>(閲覧日: 2014 年 9 月 28 日).

- 厚生労働省(2014 b).「平成 25 年国民生活基礎調査の結果」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/> (閲覧日：2014 年 9 月 16 日).
- 厚生労働省大臣官房統計情報部(2012).「国民生活基礎調査 平成 22 年 第 2 巻 全国編(健康介護)」, 厚生労働統計協会.
- 栗田正・片山晃・森田昌代・栗田正文・井上聖啓(1997).「Alzheimer 型痴呆混合型痴呆患者における転倒骨折と認知機能障害問題行動との関係」『日本老年医学会雑誌』 34(8), 662-667.
- Lawton M.P. (1983). Environment and Other Determinants of Well-Being in Older People. *The Gerontologist*, 23(4), 349-357.
- Leipzig R. M., Cumming R. G., & Tinetti M.E. (1999). Drugs and Falls in Older People; A Systematic Review and Meta-analysis;II. Cardiac and Analgesic Drugs. *THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY*, 47, 40-50.
- Lipsitz L. A., Nakajima I, Gagnon M., Hirayama T., Connelly C. M., Izumo H., et al. (1994). Muscle Strength and Fall Rates Among Residents of Japanese and American Nursing Homes ; An International Cross-Cultural Study. *THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY*, 42(9), 953-959.
- Lord S. R., Ward J. A., Williams P., & Anatey K. J. (1994). Physiological Factors Associated with Falls in Older Community - Dwelling Women. *THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY*, 42(10), 1110-1117.
- 前田清・大田壽城・芳賀博(2002).「高齢者の QOL に対する身体活動習慣の影響」『日本公衆衛生雑誌』 49(6), 497-506.
- 増田雅暢・菊池馨実(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, p116.
- 松井典子・須貝佑一(2006).「わが国における施設高齢者の転倒事故に関する文献的検討」『老年精神医学雑誌』 17(1), 65-74.
- Minematsu A. (2006). The Frequency of Family Visits Influences the Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) of Aged People with Dementia in a Nursing Home. *Journal of Physical Therapy Science*, 18(2), 123-126.
- 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 p.84, p.86-87.
- 三田寺裕治(2005).「高齢者福祉施設におけるリスクマネジメント；介護老人福祉施設における介護事故の状況及び関連要因の検討」『淑徳短期大学研究紀要』 44, 85-100.
- 三田寺裕治・赤澤宏平(2013).「介護保険施設における介護事故の発生状況に関する分析」『社会医学研究』 30(2), 123-130.
- 三菱総合研究所(2009)「高齢者介護施設における介護事故の実態及び対応策のあり方に関する調査研究事業；報告書」.
- 宮本満寛・金田明子・竹中紀美乃・越後雅子(2002).「重度痴呆性老人における転倒予測」『日本看護学会論文集』 33, 45-47.

- 溝田順子・横山正博(2006).「認知症高齢者グループホームにおける生活共有の有用性」『日本認知症ケア学会誌』5(3), 471-479.
- 望月和憲・中島育昌(1994).「骨粗鬆症と転倒；特に下肢筋力との関係」『骨・関節・靱帯』7, 221-230.
- Moreland J., Richardson J., Chan D. H., O'Neill J., Bellissimo A., Grum R. M., et al.(2003). Evidence-Based Guidelines for the Secondary Prevention of Falls in Older Adults. *GERONTOLOGY*, 49, 93-116.
- Morse J. M. (1991). Approaches to Qualitative-Quantitative Methodological Triangulation. *NURSING RESEARCH*, 40, 120-123.
- 中平圭介・池川公章・中川類・田中立夫・田辺裕久・片山訓博ほか(2009).「介護老人保健施設入所者における転倒・転落発生状況と関連要因について」『高知県理学療法』16, 55-60.
- 中島和江・児玉安司(2000).『ヘルスケアリスクマネジメント』東京, 医学書院, p.2, p.16.
- 中村好一・金子勇・河村優子・河村優子・坂野達郎・内藤佳津雄ほか(2002).「在宅高齢者の主観的健康観と関連する因子」『日本公衆衛生雑誌』49(5), 409-416.
- 浪花美穂子・横山正博(2012).「認知症高齢者のグループホームにおける「なじみの環境」形成の影響に関する検討」『日本認知症ケア学会誌』11(2), 529-543.
- 日本福祉施設士会「福祉 QC」全国推進委員会(1997).『「福祉 QC」活動ガイドブック；明日の福祉が見えてくる Ver.3』全国社会福祉協議会.
- 新野直明・中村健一(1996).「老人ホームにおける高齢者の転倒調査；転倒の発生状況と関連要因」『日本老年医学会雑誌』33(1), 12-16.
- 新野直明・小坂井留美・江藤真紀(2003).「在宅高齢者における転倒の疫学」『日本老年医学会』40, 484-486.
- Norman D. A. (1988). *The Psychology of Everyday Things*. Doubleday, p105.
- 野崎和義監修・ミネルヴァ書房編集部編(2010).『社会福祉六法 平成 22 年版；介護保険法』東京, ミネルヴァ書房, p491.
- 沼沢さとみ・佐藤幸子・井上京子・片桐智子・佐川美枝子・大森圭ほか(2001).「老人施設における高齢者の転倒要因に関する検討」『山形保健医療研究』4, 11-19.
- 小川裕・岩崎清・安村誠司(1993).「地域高齢者の健康度評価に関する追跡的研究；日常生活動作能力の低下と死亡の予知を中心に」『日本公衆衛生雑誌』40(9), 859-871.
- 小川ゆかり・小池由佳・井上倫(2008).「脳血管障害回復期病棟における転倒リスク因子の検討」『医療薬学』34(10), 927-930.
- Oliver D., Daly F., Martin F.C., & McMurdo M. E. T. (2004). Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients ; a systematic review. *Age and Ageing*, 33(2), 122-130.
- 大原昌樹・久保田ともこ・杉山智美・石井都子・石川明代・南木伸基ほか(2001).「老人保健施設入所者の転倒の要因と予防対策」『三豊総合病院雑誌』22, 3-12.
- 大西丈二・梅垣宏行・遠藤英俊・井口昭久(2004).「グループホームにおける痴呆の行動心理学的症候(BPSD)の頻度と対応の困難さ」『老年精神医学雑誌』15(1), 59-67.

- 長田久雄・鈴木貴子・高田和子・西下彰敏(2010).「高齢者の社会的活動と関連要因；シルバー人材センターおよび老人クラブの登録者を対象として」『日本公衆衛生雑誌』57(4), 279-290.
- 押田茂實(2000).「医療事故とリスクマネジメント」『経営の科学』45(11), 568-573.
- Reason J. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Ashgate, p.71-72.
- Reason J. (2010) 『組織事故とレジリエンス；人間は事故を起こすのか危機を救うのか』((財)電力中央研究所ヒューマンファクター研究センター訳)日科技連. [原著：Reason J. (2008). *THE HUMAN CONTRIBUTION*; Unsafe Acts, Accidents and Heroic Recoveries. Ashgate]
- Robbins A. S., Rubenstein L. Z., Josephson K.R., Schulman B.L., Osterweil D., & Fine G. (1989). Predictors of Falls Among Elderly People, Results of Two Population - Based Studies. *Arch Intern Med*, 149, 1628-1633.
- Rubenstein L. Z., Josephson K. R., & Robbins A. S. (1994). Falls in the nursing home. *Ann Intern Med*, 121 (6), 442-451.
- 坂本望・森山秀樹・今北英高・前島洋・吉村理・白濱勲二(2004).「介護老人保健施設痴呆専門棟における転倒の危険因子」『日本職業・災害医学会誌』52(3), 161-165.
- 佐藤幸子・井上京子・片桐智子・沼沢さとみ・片岡美枝子・伊藤尚子(1999).「老人施設における転倒の実態について」『山形保健医療研究』2, 1-6.
- 征矢野あやこ・岡田佳澄・横井佳代・岡田真平・上岡洋晴・武藤芳照(2005).「生きがい型介護予防支援事業利用者の移動能力転倒恐怖と外出状況」『身体教育医学研究』6, 49-55.
- 柴尾慶次(2002).『介護事故とリスクマネジメント』東京，中央法規，p31.
- 島田裕之・大淵修一・加倉井周一・内山靖(2000).「施設利用高齢者のバランス機能と転倒との関係」『総合リハビリテーション』28(10), 961-966.
- 鈴木みずえ・江口清・岡村カルロス竹男・嶋津祐子・高橋秀人・加納克己ほか(1992).「高齢者の転倒経験に関する調査研究；養護老人ホームの居住者を対象として」『日本公衆衛生雑誌』39(12), 927-940.
- 鈴木みずえ・山田紀代美・高橋秀人・土屋滋(1993).「高齢者の転倒状況と転倒後の身体的変化に関する調査研究」『日本看護科学会誌』13(2), 10-19.
- 鈴木みずえ(1999).「転倒・骨折の予防に関する研究について」『老年看護学』4(1), 16 - 23.
- 鈴木隆雄(2003).「転倒の疫学」『日本老年医学会雑誌』40, 85-94.
- 高林幸司・星旦二・藤原佳典・高橋勇悦(1997).「都市高齢者の主観的健康観」『総合都市研究』63, 5-14.
- 高村浩(2002).「介護事故と事故要因の分析」『介護福祉』47, 43-55.
- 高梨智弘(1997).『リスクマネジメント入門』東京，日本経済新聞社，p.28.
- 多久島寛孝・山口裕子・水主いずみ(2005).「痴呆性高齢者のケア提供に影響する要因について；ケアスタッフの対応場面の分析から」『保健科学研究誌』2, 7-16.
- 多久島耕治(2000).『福祉施設におけるリスクマネジメント；介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)を中心に』東京都社会福祉協議会，p.3.

- 戸田武範・池川公章・田辺裕久・奥村悦之・川村明廣(2003).「老人病院入院患者における転倒発生状況と関連要因について(第1報)」『高知市医師会医学雑誌』8(1), 51-55.
- Tinetti M. E., & Williams C. S. (1997). Falls, injuries due to falls, and the risk of admission to a nursing home. *The New England Journal of Medicine*, 337 (18), 1279-1284.
- 東京都社会福祉協議会地域福祉推進委員会(2012)「地域福祉推進に関する提言 2012 ; 第2部 部会・連絡会からの提言, 高齢者施設福祉部会」
<https://www.tcsw.tvac.or.jp/info/report/teigen/documents/2012-2-1-kourei.pdf>(閲覧日: 2014年9月29日)
- 臼井キミカ・林裕子・廣田四郎(1998).「老人保健施設における前向き調査による転倒実態と要因分析」『大阪府立看護大学紀要』4(1), 63-71.
- 山田健司(2008).「介護事故にみるリスクの本質とサービス範囲の限界」『京都女子大学生生活福祉学科紀要第』4, 27-35.
- 柳澤理子・馬場雄司・伊藤千代子・小林文子・草川好子・河合富美子ほか(2002).「家族および家族外からのソーシャル・サポートと高齢者の心理的 QOL との関連」『日本公衆衛生雑誌』49(8), 766-773.
- 安村誠司・芳賀博・永井晴美・柴田博(1991).「地域の在宅高齢者における転倒発生率と転倒状況」『日本公衆衛生誌』38(9), 735-742.
- 全国社会福祉施設経営者協議会(2001).「福祉施設におけるリスクマネジメントのあり方に関する検討委員会; 検討状況報告」
http://www.keieikyo.gr.jp/data/pre_011001.pdf(閲覧日: 2012年11月20日)
- 鄭尚海・岡田進一(2013).「BPSD を改善するための支援における介護職員の自己効力感と職場環境との関連性」『日本認知症ケア学会誌』12(2), 329-339.

参考文献

- アメリカ心理学会(APA) (2012).『APA 論文作成マニュアル 第2版』(前田樹海・江藤裕之・田中健彦 訳), 医学書院[原著: the American Psychological Association(2010) *Publication Manual of the American Psychological Association*, 6th ed.. Washington, the American psychological Association].
- 新井治子・二渡玉江・広町佐智子・伊藤まゆみ・伊藤善一(1993).「老人の転倒に影響を及ぼす日常生活の要因」『群大医短紀要』14, 7-13.
- Blake A. J., Morgan K., Bendall M. J., Dallosso H., Ebrahim S. B. J., Arie T. H. D. al. (1988). Falls by elderly people at home; Prevalence and associated factors. *Age and Ageing* 17(6), 365-372.
- 出村慎一・佐藤進(2006).「日本人高齢者の QOL 評価—研究の流れと健康関連 QOL および主観的 QOL」『体育学研究』51(2), 103-115.
- 古屋健・三谷嘉明(2008).「高齢者 QOL 研究の諸課題」『名古屋女子大学紀要』54, 121-132.
- 平田厚(2002).「施設におけるリスクマネジメントの現状と課題」『社会福祉研究』85, 51-57.
- 飯田紀彦・北村由美・河原みどり・福永住也・浅井伸彦・松本健輔ら(2008).「クオリティ・オブ・ライフ(QOL)の評価」『関西大学社会学部紀要』39(2), 99-132.
- 川南勝彦(2003).「難病患者に共通の主観的 QOL 尺度の検討と基準関連妥当性」『順天堂医学』48(4), 484-494.
- Kitwood k., & Bredin K. (1992). Towards a Theory of Dementia Care; Personhood and Well-being. *Aging and Society*, 12, 269-287.
- 小林良二(2004).「リスクマネジメントにおける個人責任とシステム責任」『人文学報 社会福祉学』20, 1-15.
- 松田智大(2004).「QOL 測定の方法論と尺度の開発」『保健医療科学』53(3), 181-185.
- 美坂由紀子(2010).「事故報告書が伝えてくれる介護事故の実態と課題の一考察」『北星学園大学大学院論集』1, 55-70.
- Nakashima N., Kunikata H., Kirino M., Ryu H. S., Harano K., & Nakajima K., (2012). The relationship between caregiving-related daily hassles and quality of life in the family caregivers of elderly. *The Journal of Japan Academy of Health Sciences*, 15(1), 29-40.
- 野崎和義(2004).「介護事故と過失の認定—高齢者施設における介護事故判例を素材として—」『九州看護福祉大学紀要』6(1), 21-30.
- 小櫃俊介・綿祐二(2010).「特別養護老人ホームにおける主観的 QOL の縦断的測定法と個別ケアへの適用」『文京学院大学人間爆部研究紀要』12, 237-255.
- 齊藤美智子・郷木義子(2006).「危険(リスク)予測から考える介護事故防止教育の取り組み」『順正短期大学研究紀要』35, 47-55.
- 佐藤幸子・斎藤明子・井上京子・片桐智子・沼沢さとみ・鈴木克彦(2002).「老人保健施設における高齢者の転倒状況のパターン分類」『山形保健医療研究』5, 9-15.
- 新谷富士雄(2006).「高齢者福祉施設における内科疾患のリスクマネジメント」『老年精神医学雑誌』17(9), 959-965.

- 高林幸司・星旦二・藤原佳典・高橋勇悦(1997).「都市高齢者の主観的健康観」『総合都市研究』 63, 5-14.
- Tideiksaar R. (1989). Geriatric falls; Assessing the cause, preventing recurrence. *Geriatrics*, 44 (7), 57-64.
- 吉賀成子・中山文夫(1999).「特別養護老人ホームにおける生活の質(QOL)の評価」『九州女子大学紀要』 35(4), 1-11.
- 鄭尚海(2012).「認知症高齢者の行動・心理症状(BPSD)を改善するための支援およびその支援における自己効力感に関する文献研究」『生活科学研究誌』 11, 47-53.

卷末資料

調査票(利用者の状況)

1. 利用者 ID
2. 性別 ①男性 ②女性
3. 年齢 才
4. 要介護度
5. 認知症の種類 ①脳血管性 ②アルツハイマー型 ③レビー小体型 ④その他
6. 認知症高齢者の日常生活自立度 ①Ⅰ ②Ⅱa ③Ⅱb ④Ⅲa ⑤Ⅲb ⑥Ⅳ ⑦M
7. 障害高齢者の日常生活自立度 ①ランク A - 1 ②ランク A - 2 ③ランク B - 1 ④ランク B - 2 ⑤ランク C - 1 ⑥ランク C - 2
8. 施設内の移動制限 制限あり(①ベッド上 ②居室内 ③同一フロアー内 ④施設の建物内)⑤制限なし
9. 外出の頻度 ①本人の希望時 ②週 1 回以上 ③月 1 回以上 ④月 1 回未満
10. 身体拘束 ①あり() ②なし
11. 事故防止策 ①あり() ②なし
12. 眠剤・抗不安薬・多剤併用処方 ①あり() ②なし
13. BPSD の有無 ①なし ②あり(下記から選択) (①物を盗られたなどと被害的になる②作話をする③泣いたり笑ったりして感情が不安定になる④昼夜の逆転がある⑤しつこく同じ話をする⑥大声をだす⑦介護に抵抗する ⑧「家に帰る」等と言い落ち着きがない ⑨一人で外に出たがり目が離せない⑩いろいろなものを集めたり無断でもってくる ⑪物を壊したり衣類を破いたりする⑫ひどい物忘れ)
14. リハビリの参加 ①参加している ②参加していない
15. 調査期間中の入退所等 ①入所 ②退所 ③入院 ④退院 (月 日)

調査票(介護事故報告・インシデント報告)

[illegible]