

介護福祉士の専門性についての一考察

「介護事故」・「ヒヤリ、ハット」の事例分析を通して

能 田 茂 代

(平成19年10月1日受理 最終原稿平成19年12月7日受理)

介護福祉士養成が開始され、20年を迎えようとしているが、まだ、「専門職」としての明確な位置づけがないまま、その養成がなされている現状にある。背景には、「介護」そのものが抱える日常生活を対象とする、非専門の分野での活動という状況や、社会政策の改革によって就労環境が厳しい局面にある。しかしながら、介護福祉士が介護従事者の専門職として活躍していくためには、その専門性を明らかにすることが必要である。

そこで、本稿では、介護事故の判例と施設介護での「ヒヤリ・ハット」を事例として介護の課題を分析し、介護福祉士に求められる「専門性」について考察した。その結果、介護福祉士の専門性は、介護実践における対象者との信頼関係の構築にあり、専門知識・技術に基づく「介護福祉」(ケアワーク)にあると考える。

キーワード：専門性・介護福祉士・介護事故

はじめに

介護の担い手として国家資格である「介護福祉士」の養成教育が開始され、20年を迎えるが、その資格取得方法は、現場経験3年後国家試験受験や、高校の福祉コース、4年生大学における社会福祉士の受験資格取得との組み合わせによる養成と多様な状態にある。

そのような背景の中で、今また、養成カリキュラムの改正案が提出されている。その目的のひとつが、養成校卒業と実務経験での介護福祉士取得者との差別化や、その「専門性」を高めることのようなのである。

「介護福祉士」誕生にあたっては、初めての介護従事者の国家資格として注目し期待された。しかし、前提である「介護」そのものが、「日常生活へのかかわり」であることや、家父長社会の中で、家族機能として位置づけられていた経緯等によって社会的認識が不十分であること。また、「名称独占」という資格の定義からみても、介護福祉士が介護の専門職として、社会的に認知されているとは言いがたい現状にある。

また、そのことは、介護事故等における法的な責任についても、資格の有無は問われず、介護に従事している人間は「介護職員」として判断されていることから明らかである¹⁾。

そこで、本稿では、公的介護保険制度施行後に顕在化してきた介護事故判例の中から、「排

「介護に関連する転倒」事例を基に、法的な見解も参考にしながら、介護福祉士の専門性について考察してゆく。また、実際の入所サービスの現場で、「訴訟」までには発展しない施設内での「ヒヤリ・ハット²⁾」の現状を、一施設の一年間の報告書を事例として分析し、施設介護の現状における課題を明らかにすることによって、介護実践における介護福祉士の役割としての専門性について考察する。

・介護福祉士養成に至る経過と現状

介護が社会的な問題として顕在化してきたのは、わが国の平均寿命が諸外国とは比較にならない早さで伸びてきたことによる高齢者人口の増加と、少子化、未婚、晩婚の増加による家族形態の縮小等による家族の機能の変化がある。

しかし、その背景には、戦後の高度経済成長に伴う、地域の過密、過疎、救命医療の高度化、社会的入院の増加等々の社会的要因が大きく影響していることは言うまでもない。

また、高齢者の在宅介護においては、家族の扶養義務という慣習によって、妻、嫁が担い、さらに、施設における介護職員について人数の規定はあっても、資格は問われない状態であった。もっとも、介護職の「資格」が存在しておらず、生活経験の高い女性、特に既婚女性の就労の場であった。

そのような背景の中、1987（昭和62）年の「社会福祉士及び介護福祉法」制定によって「介護福祉士」の養成が開始された。目前に控えた高齢社会における介護の担い手として、早急に必要とされる人材確保のためには、「介護」を職業として明確に位置づけた国家資格が必要であったからである。しかし、介護現場は長年、無資格の介護従事者によって支えられてきたという実績や、在宅介護では家族介護が主流をなしている現状から、介護福祉士を業務独占と位置づけられなかったのではないかと憶測する。

そのことは、資格取得の方法にも反映されている。無資格でも介護経験（介護現場での就労）3年後、もしくは高等学校の福祉科（1190時間）卒業後に国家試験（筆記試験（120問）と介護実技試験（課題実技5分）の合格によって取得する方法。一方、養成施設の専門学校、短期大学、大学（2、3、4年いずれも1650時間）卒業による資格取得という多様な状態にある。

その後、高齢者福祉は、1989（平成元）年高齢者保健福祉推進10ヵ年計画戦略（ゴールドプラン）の策定に始まり、1995（平成6）年新・高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略（新ゴールドプラン）、1999（平成11）年今後5ヵ年間の高齢者保健福祉施策の方向（ゴールドプラン21）と進展をとげ、数値化された目標によって、高齢者施設の増加、介護職（ホームヘルパー³⁾）の養成が予算化された。また、「ホームヘルパー」という名称は公的に位置づけられ、ホームヘルパー養成講習会が全国各地で開会された。しかし、介護福祉士養成については、民間の学校法人、社会福祉法人により開校、開設されていくのである⁴⁾。

ところが、行財政改革における社会福祉の構造改革によって2000（平成12）年の介護保険制度の施行されたことにより、介護を取り巻く環境が著しく変貌したのである。

それは、介護の社会化というキャッチフレーズの基に、介護サービスの受け手側は、40歳以

上には「保険金」の負担。また、サービスの使用の際は、要介護認定を受け、認定された介護度によってサービス量が規定され一割負担金が必要になるという介護費用の社会化であった。

また、サービスの提供者である施設側は、措置費という安定した財源から利用者の介護度によって収入額が異なるという運営費の不安定さから、経営面から非常勤職員の雇用体制が増え、結果、常勤者への負担が大きくなること等によって職場環境を悪化させる要因が増加したのである。そのことは、介護場面での連携の不十分さや、人手不足から多忙を極める業務による「介護事故」の発生に繋がっていくことが指摘されている⁵⁾。

・介護事故について

「介護事故」という概念はまだ明確にされていない。しかし、今まで、介護上での事故が起きていないということ訳ではなく、前提にある「介護」が日常生活行為であることや、福祉サービス全般が「措置」制度で運用されてきたことによって、施設内「事故」等が社会的に顕在化されなかったのである。

ところが、介護保険制度以降、利用者側（家族）から、介護サービス提供時の「事故」について訴訟される件数が増加してきた。表1のとおり介護保険制度までは7件だったのが、2000年以降は30件となっている⁶⁾。

表1 高齢者介護における民事訴訟・調停ケース

1988～1999年	7件	・自宅1件、病院5件、特養1件（死亡6）
2000	4	・特養1件、老健2件、病院1件（死亡3）
2001	6	・自宅1件、特養1件、病院1件、その他3件（死亡3）
2002	3	・特養3件（死亡3）
2003	6	・特養2件、デイサービス2件、老健1件、病院1件（死亡4）
2004	5	・特養5件（死亡4）
2005	3	・デイサービス2件、軽費老人ホーム1件（死亡1）
2006	3	・特養2件、病院1件（死亡1）

（横田一『介護が裁かれるとき』資料に基づき作成）

福祉施設の介護における事故の中で多いのが、転落、転倒事故である⁷⁾。このことは、その事故が原因となって骨折、入院、寝たきりを引き起こし、最悪は死亡に至るケースも出現することから、未然に防ぐことが重要である。また、誤嚥による窒息死や、経口摂取が不可能になり死亡に至るということもある。また、転落、転倒については、移乗介助中ではなく、高齢者自身が自分ひとりで動こうとした結果起こる事が多く、予防策として拘束する、という方法となり利用者の身体をベッドや車いすに抑制する、「身体拘束」となるのである。

さらに、食事中、あるいは食後の窒息事故も介助を必要とする利用者だけではなく、自力で摂食可能な利用者にも起きることである。このことは、介護従事者には、直接的な介助に対する技術だけでなく、介護場面において、常に全体の利用者の状態を把握し、変化に気づける観察

力が求められるということである。法的には、「高度の注意義務」・「安全配慮義務」ということで責任が問われることになる⁸⁾。

・「介護事故」、「ヒヤリ・ハット」事例分析

1. 「介護事故」事例検討

日常生活の中でも、「排泄」行為は、できることなら誰の世話もうけたくない自力で行いたい生活行為である。また、自分自身の「排泄物」の始末を他人に委ねなければならない精神的負担感を熟知し、配慮をもって介助にあたらなければならない特性の強い介護実践であることから「排泄介助」に注目し、いずれも、利用者側の損害賠償を認められた2つの判例をとりあげる。

1) 事例1・・・損害賠償請求事件、横浜地裁平成17年3月22日判決

・事故の概要

介護老人施設でデイサービスを受けていた利用者（85歳女性）A氏が通所サービスを受けた後に自宅への送迎車を待っていた折、尿意を催し、近くにある身体障害者用のトイレに行った際に、介護職員がトイレまで付き添い歩行介護していたが、利用者がトイレ内への同行を拒否し、トイレ内で転倒した。（トイレの入り口から便器までは1.8メートル、横幅は1.6メートルと広く、その間の壁には、手すりがない）

・争点：通所介護契約上の安全配慮義務違反の有無

・結果：施設経営法人の「安全配慮義務違反」に基づく損害賠償責任を認められた。

（ただし、本人の3割過失）

A氏の状態

介護度：要介護⁹⁾²

既往歴：70歳左大腿骨骨折

下肢機能及び状態：両膝関節90度の屈曲制限がある。両足の関節は、強度の浮腫で、充分に動かず、内反転気味に変形傾向がある。両下肢麻痺があり、加齢による筋力低下で歩行が不安定である。下腿部から足の甲、足の裏まで、浮腫が強度にみられ、足のしびれ感もある。

A D L：（移動）- 寝返り・起き上がりはベッド柵や布団につかまりながらやっと行っている。両足での立位は、支えがないとできず、杖が必要である。（室内歩行も杖が必要）デイサービス以外の外出はない。

（入浴）- 浴槽への出入り：バスボードに腰かけ自分で足を持ち上げて可能。

洗身：一部介助（背部）

（自宅の入浴時は常に娘が見守る。）

（衣服着脱）- 座位で、時間はかかるが自力でおこなっている。

（聴力）- 聴覚障害3級（電話の対応はできない）

（医療）- 整形外科電気治療：膝・腰/週に一回

(排泄) - 尿とりパッド使用：排尿、排便の後始末が間に合わず一日に2回程度取り替えている。便の拭き残し、付着が便器、下着にあることがあり娘が後始末している。

サービスの状況：通所介護 4回/月：通所リハビリテーション 4回/月(利用開始2年)

・通所サービスで介護を受ける時、「大丈夫だから」「自分で出来るから」と言うことが多かった。

被告(介護者の状況)

就職4年目(ヘルパー2級)でA氏の情報は、職員間の連絡事項を記載したノートや通所介護記録を読んで認識していた。

A氏が「自分ひとりで大丈夫」と言われたとき、「戸を開けるべきか、どうするか」と迷ったが、開けずに数メートル離れたところにある洗濯室に行き、乾燥機からタオルを取り出そうとしたときにA氏がトイレ内で転倒した。

表1：A氏の排泄介助場面の再構成(判例記録を基に作成)

利用者の言動	介護者の思い	介護者の言動	
送迎車を待つてソファに座っている。 排尿を済ませて帰りたいと思い、尿意を訴える。 身体障害者用トイレに向う、介助を受けながら歩行する。 ここからは、自分で出来ると言いトイレのドアを中から閉める。	一人で大丈夫だろうか?でもご自分でドアを閉められた。	トイレへの歩行介助をする。 トイレの入り口を開け中に誘導する。	* 歩行介助中にA氏の足の運びや状態確認に気を配ったのだろうか? * 介護者は身体障害者トイレに手すりのないことを把握していたのだろうか? * トイレのドアを開けてどのような声かけをしたのだろうか? A氏の安全確保が本人の「ドアを閉めた」行動によって「大丈夫」という判断に至ったと思われる。
転倒(右大腿骨頸部内側骨折)		洗濯室に行く。	

出典：「判例時報」1895号 P91～99

まとめ

事故に至る介助場면을再構成してみると(表1)利用者が率先して行動し、介護者が付き添うような状態に取れる。しかし、A氏は、85歳という高齢であり、要介護2であること。また、

下肢には浮腫もあり、しびれ感もあり、歩行は不安定であるというA氏の状態を、介護者としてどう捉えていたのだろうか疑問である。

A氏は、普段から「自分でできます」「大丈夫です」という発言が多く「意思表示」をしつかりされる方のようなので、介護者側は、本人の発言と自らドアを閉めるという行動によって、絶対的な拒否と受け止め、ドアを開けてまでの歩行介助にあたらなかったのではないかと推測できる。このことは、本人の3割過失という判決に評価されているところである。

しかし、介護者としての判断ミスは、高齢の利用者が自分自身の身体機能を十分理解できておらず、「大丈夫」と発言してしまう可能性を予測できていなかったこと。また、排泄行為の介助は、A氏に限らず他者の手助けを受けたいものではない、という利用者の心情を汲み取ることが不十分だったのではないかとこのところである。これが、法的には、高度の安全配慮義務違反という根拠にあたると思われる。

この介助場面において介護者は、利用者の脳裡にある「思い」を瞬時に感じ取る力が必要である。この能力は介護者には欠かせないものであり、介護者として力量が問われるところである。

また、A氏との関係はどうであったかということも影響する。介護実践の前提は、まず、利用者との信頼関係を築いていなければならないからである。その信頼を得るためには、利用者の心身面の把握が必要である。

排泄介助の基本知識及び技術について確認すると、まず、相手の身体機能を把握しておくことがあげられる。それは、85歳という後期高齢者一般の身体機能の理解に始まる。つぎに、介助場面では利用者と視線を合わせ、顔色、表情や立位バランスを観察し、その時の歩行状況の安定性を知る。また、介助の特性から、利用者の表情や行動から、その思いを洞察することが要求される。そして、利用者の安全を確保しながら歩行介助にあたることである。トイレ内では、脱衣し便器への安定した座位保持までの介助と確認が必要なのである。

実践場面では、どうしても利用者の言動に影響される傾向は否めないが、瞬時に知識に裏付けられた判断の基に行動できてなければ利用者の安全を守ることはできない。

また、相手の同意を得られるようにアプローチする援助技術を実践することができなければならぬ。さらに、トイレの選択についても、A氏の安全を守るためには、広く手すりのない身体障害者用トイレでなく、手すり付きのトイレに誘導しなおすことが望まれた。それは、トイレでの排泄動作に伴う危険、つまり、転倒事故の可能性を常に予測して介護、介助にあたらなければならないからである。法的な見解における、注意義務の中の、予見可能性と結果回避可能性ということになる¹⁰⁾。このことは、介護実践における専門性であると考えられる。

事例2)

損害賠償事件・・・福島地裁平成15年6月3日判決

・事故の概要

介護老人保健施設に入所中の利用者（女性・95歳）B氏が、自室のポータブルトイレ内の

排泄物を捨てるため施設内の汚物処理場に赴いた際に、仕切り（高さ84ミリメートル幅95ミリメートルのコンクリート製凸状しきり）に足を引っ掛けて転倒した。

- ・争点：債務不履行責任 ポータブルトイレの清掃を定時に行う義務の違反と対象者の転倒との因果関係の有無
- ・結果：施設側の債務不履行責任、工作物の瑕疵による損害賠償責任が認められた。
- ・事故に至る経過
 - 月6日まで外泊
 - 月7日午前5時：施設側の清掃記録は不明(本人は使用したが清掃はしてもらっていない)
 - 午後4時：「確認」（担当者の調査表では、確認はせず、声かけしたが、使用していないということだったので処理しなかった）と記録。
 - 8日午前5時：「処理」午後4時：「処理していない」夕食後自室にもどった本人は、清掃されていないことに気づき、午後6時すぎ、夜間もこのまま使用することを不快に思ったので自分でトイレまで運び処理し、隣の処理場で容器を洗おうとしてその場の仕切りに足を引っ掛け転倒する。
- ・施設側の見解・・・当施設では、足元のおぼつかないような要介護者に対しては、ポータブルトイレの汚物処理は介護要員に任せ、自ら行わないようにとの指導をしていた。仮に清掃が行われていなかったとしても、ナースコールで連絡して介護要員に処理をしてもらえたはずである。本件事故発生時に本利用者が、介護要員にポータブルトイレの清掃を頼んだ事実はない。したがって施設側の責任はない。また、当施設の介護マニュアルでは、ポータブルトイレの清掃は午前5時、午後4時の一日2回ということで定められている。
- ・ポータブルトイレの清掃状況29日間（53回）(事故後の調査による)

表2

処理	23回
確認（トイレ内をみて空と確認した）	15回
声かけ（声をかけ本人が大丈夫と言った）	2回
未処理	3回
不明	10回
計	53回

判例時報p118より作成

表 3 B 氏の事故場面再構成（判例記録を基に作成）

利用者の言動	介護者の思い	介護者の言動	
		日中トイレでの排泄 介助を実施する。 (時間記載はなし)	
夕食後居室に戻るとポータブルトイレの排尿が清掃いいため、このまま夜間使用するのは不快に思い、シルバーカーを片手で押し、ポータブルのバケツを片手で持ってトイレに尿を捨てる。隣室でバケツを洗おうと移動しようとして転倒する。 「足、腰、頭が痛い」と訴える。また、「今までこんなことなかった」と残念そうに悔しそうに言う。	他の利用者の介助の後トイレの前に B 氏のシルバーカーがありどうしたのかなと思う。	トイレを覗くと B 氏が転倒されているのを発見。1mほど離れた場所にポータブルの空バケツが転がっていることに気づく。	* 日中この介助にあたった介護者は、B 氏がポータブルを使用していないと思い込み午後4時の清掃をしなかったことが考えられる。 * の「今までこんなことなかった」と言う B 氏の発言から、過去にも自分でポータブルの排泄物を処理していたのではないかと思われる。

出典：「判例時報」1838号p116～121

まとめ

この事故は、介護者の直接的な介助で起きたものではなく、定時の「ポータブルトイレ内の排泄物処理」を介護者が怠ったこと。また、トイレと隣室の処理室の段差という構造的な要因から転倒に至った介護事故事例である。ポータブルトイレの清掃という行為は、特別な技術が要求されるものではないが、介護者としての職務遂行責任能力が問われるものである。法的な見解は、施設に対する債務不履行責任としているところである。しかし、「ポータブルトイレの排泄物処理」は「清掃」が目的の作業ではなく、介護者として、対象者の「排泄物」の観察が必要な介護行為でもある。特に、高齢者の場合は、「排尿、排便」の排泄物の状態や、排泄量の確認は、体調管理の上から重要な観察事項である。

各職員が、その重要性を認識して、排泄物の処理等の介助にあたっていかどうか疑問であるが、排泄物の観察、記録ということが、通常業務としてなされていれば、必然的にこのような事態は起こらないと考えられる。

さらに、施設側は利用者に対して「自分でナースコールを押すことができ、そのように説明

している」ということを主張している。しかし、「意思表示」可能だからと言って、利用者が簡単に「ナースコール」を押す行為をとるかどうかは、利用者の個別性によって異なる。当利用者は、介護度2の状態、シルバーカーを押し動ける状態にある利用者が、職員がしてくれなければ、自分で処理をする可能性は十分考えられる。

このようなことは、排泄介助だけに限定されることではないが、介護者は利用者の個別性や行動パターンを正確にアセスメントしておけなければならない。直接的な介助、援助時においてのみ、利用者を理解しておけばよいということではない。また、その情報は、介護職や関係の各職員全員がチームとして共有しておくことが望まれることである。

業務遂行上の介護マニュアルも必要ではあるが、入所サービスの提供において、各利用者の安全、安楽ということを踏まえた介護実践のためには、利用者の個別性を把握した介護計画の立案、実施と結果を評価することが重要である。そのことは、介護保険制度上でも義務づけられていることである。

2. 「ヒヤリ・ハット」について

「ヒヤリ・ハット」とは、アメリカの損保会社の技師、H. W. ハインリッヒが、1930年に発表した労働災害事故における事故分析から、事故予防対策として報告されたものである。ハインリッヒは、約50万件の労働災害事故を分析し、一つの重大事故の背景には、防止できなかった軽微な29の事故が存在し、傷害に至らない300の事故、つまり、「ヒヤリ・ハット」が存在するという法則を導き出したのである¹⁾。

近年、医療事故が社会問題となり、事故予防対策のひとつとして、この「ヒヤリ・ハット」報告を取り入れる医療現場が増加してきた。介護の分野においては、介護保険制度の施行と共に、事故報告書の義務化や「ヒヤリ・ハット」報告によって、介護の安全に取り組みられるようになってきた。しかし、「ヒヤリ・ハット」報告は、自己申告であることや、介護者の観察力や予測できる知識がないと報告には至らず、徹底が難しいという状況もある。

1) 「ヒヤリ・ハット」報告からの事例分析

特別養護老人ホーム 苑概要

開設：平成3年

入所定員：120名

建物構造：鉄筋4階建て（1F - デイサービス、浴室、厨房等、2・3・4F居住棟）

施設中央にエレベーター1機

介護職員構成：常勤職員24名（介護福祉士23名・社会福祉主事任用資格1名）

非常勤職員21名（介護福祉士3名・社会福祉主事任用資格3名・ホームヘルパー2級12名・無資格3名）

表4 平成18年度： 苑ヒヤリ・ハット報告

	月日	時間	場所	発生状況背景
1	4 4(火)	14:00	階段	他の利用者からの連絡。職員はおやつ準備等で気づかなかった。
2	8(金)	16:30	居室	パット交換に訪室した際、椅子に立ち上がりタンスの上部を開けようとしていた。
3	14(金)	16:40	居室	パット交換に通りがかると、窓側からベッドに向かって歩いているのを発見。
4	19(水)	22:50	廊下	職員が通りがかりに車椅子の横で座りこんでいるのを発見。
5	5 5(金)	入浴時	浴室	チェアー浴槽が作動なくなり、利用者が落ちそうになる。
6	7(日)	4:00	居室	パット交換に訪室すると、ベッドから両下腿が落ちていた。
7	13(土)	12:35	デイルーム	口元が白いので確認すると、歯磨き粉を含んでいた。職員は他の利用者の口腔ケア中で、気づくのが遅れる。
8	13(土)	14:30	廊下	両手でハンドリムを持ち足底を床につけ姿勢を直そうとしているところを発見。
9	13(土)	20:00	詰め所	翌日の朝食後薬が全員夕食後薬になっていた。
10	20(土)	15:40	居室	パット交換で訪室すると背上げされたベッドで下肢が床についていた。
11	31(水)	14:30	洗面所	おやつ後、口元が白いので確認すると石鹸を塗っていた。(いつもは、電気かみそりを使用している)
12	6 9(金)	12:30	デイルーム	食事中、激しく咳きこまれ、義歯の誤嚥が疑われたので受診。
13	10(土)	17:50	居室	ベッドが右側に傾いているのを通りがかりに発見。
14	22(木)	7:30	デイルーム	朝食前、椅座位で居眠りされ前額部を打撲。
15	7 5(水)	16:00	居室	通りがかりにベッドから下肢が落ちているのを発見。
16	8.12(土)	16:40	廊下	本人が消臭スプレーを持って歩いていた。
17	15(火)	13:40	廊下	実習生に送られエレベーターから出て来られる。
18	27(日)	18:00	デイルーム	スプーンの上ののった薬袋を口に入れようとしていたのを発見。
19	30(水)	7:10	デイルーム	ソファからずり落ちかけていた。
20	31(木)	8:50	居室	通りがかりにベッド上で立ち上がりカーテンを閉めようとされていたところを発見。
21	31(木)	13:10	トイレ	NCあり行くと車椅子から立ち上がるようにされていた。
22	10.5(金)	15:30	居室	偶然訪室するとベッド柵を引き抜き振り回していた。
23	9(月)	15:30	廊下	エレベーターで一階まで降りられ事務員に発見される。
24	12(木)	10:00	居室	音がしたので訪室するとベッドが最大まで背上げされており、リモコンを手にされていた。
25	22(日)	13:40	居室	訪室するとベッドサイドのライトカバーが利用者の右手の側に落ちていた。
26	31(火)	15:30	居室	通りかかると自力でベッドに移乗しようとしていた。
27	11.5(日)	16:50	居室	「おー」という声でかけつくと車椅子から落ちていた。
28	12(日)	3:30	居室	他の利用者のNCで訪室、他人の車椅子に乗っていた。
29	24(金)	17:20	デイルーム	職員が置き忘れたラクソベロンを飲みかかっているところを発見。
30	30(木)	8:30	居室	職員が浣腸(30mg)後、パート職員が再度同量実施する。普通便の排便で異常なく経過。
31	12.8(金)	13:30	居室	寮母室前から姿が見えなくなったので捜すと、他の部屋の空きベッドで寝ていた。
32	22(金)	9:40	トイレ	「誰か来て～」という声で行くと、手すりを持ったまま車椅子に座れない状態、ブレーキを掛け忘れ車椅子が動いた様子。
33	2 4(日)	15:5	廊下	職員がエレベーター前で乗ろうとしていた所を発見。
34	3.19(月)	10:30	居室	「誰か来て～」という声で訪室、ベッドからずり落ちかけていた。

*NC - ナースコール

まとめ

表4は、特別養護老人ホームの一年間の「ヒヤリ・ハット」報告の概要をまとめたものである。当施設での、同年の事故報告が194件となっている現状から、34件の報告は少ない。ハインリッヒの法則からすると、「ヒヤリ・ハット」報告と事故報告は逆転しているということになる。当施設の方針が、「ヒヤリ・ハット」報告ができることを努力目標としており、「ヒヤリ・ハット」報告よりも事故報告書を優先している現状が影響していると思われる。

年間を通じて見てみると、1月と9月は報告がなく、2月、3月7月についても1件、12月は2件の報告になっている。それらの月は、年末年始、年度末、敬老月という行事や業務のあわただしい時期である。報告する内容がないのではなく、書く手間に問題があったのではないかと考えられる。また、時間帯と発生場所について集約してみると、13:00~17:30の午後の時間帯に20件と半数以上起きており、居室内での発生が15件と約半数を占めている。さらに、発生件数の頻度の高いものをみても、自力で移乗しようとしたり、ベッド上での立ち上がり、エレベーターに乗ろうとしたりと移動に関連する内容が16件と半数近くある。次にベッド、ソファ車椅子からのずり落ちが6件となっている。このことから考えられることは、自力で十分に動けるわけではないが、動こうとする利用者像が見えてくる。この午後の時間帯は、利用者にとって、入浴、行事等がなければ、「暇」な時間帯である。そこで、行動力が高まることが考えられる。一方、職員にとって午前同様ルテインワークもあり、居室で過される利用者への観察が不十分となるのではないだろうか。

ここで注目したいことは、その事態を介護職員がどのように発見したのかということである。発生状況から分析してみると、介護職員が、居室前を歩いていて変化を把握したのが6件、介助中に起きたあるいは気づいた6件、本人から声を出して職員を呼び知らせた3件、NCを押した1件、他の利用者や介護職員以外による通報4件、パット交換や定時巡回時の目的のある訪室時3件という状態である。介助中に気づくことは、介護職として当然の事であり、また、気づかなければならない。しかし、廊下を歩いていて居室内の変化に気いたという状況は、単なる偶然か、意識的な観察であったのか、ということである。常に利用者に関心を持って行動することが必要となる。それは、職員全体が共通理解していかなければならないことである。ここに、「ヒヤリ・ハット」の意義がある。

介護を必要とする対象は、自分自身の危険の予測や安全を守ることができない状態にあることを、常に意識して介護にあたらなければならない。そのためには、基本となる知識に基づいた観察力と利用者に対する関心が求められる。

・介護福祉士に求められる専門性

介護福祉士は、「社会福祉士及び介護福祉士法」に制定された、介護を職業とする国家資格として定められた名称独占の資格であることは前述のとおりである。しかし、前提となる介護と介護福祉の概念整理について発展途上の状況にある¹²⁾。また、名称独占の資格であるという資格特性からも職業としての専門性を期待されているとは言い難い側面もある。

介護福祉士の専門性に関する先行研究としては該当するものはないが、介護職の専門性について中嶋洋は、福祉・介護に関する基礎的な専門知識・技能である。利用者の日常生活に即した実践的・技能である。上記専門的知識・技能の生涯学習（自己啓発）である。という3点を挙げている。そして、この枠組みの と から介護福祉士養成のカリキュラムについて課題検討している¹³⁾。

西村洋子は、介護福祉士が担う介護を「介護福祉」(ケアワーク)として位置づけている。また、その対人援助を専門的援助関係と表現し、それは、相互の信頼に基づいた信頼関係であり、さらに、「介護者は、専門的な知識と技術をもって、利用者が抱えている様々な課題や問題を意図的に解決し、自立を支援するといった目的をもっている」としている¹⁴⁾。

しかし、介護福祉士の取得方法が多様な中にあることや、対象としているものが人の「生活支援」という日常的な非専門分野であることから、「専門性」について検証することは困難なことである。

そこで、公表されている介護事故の判例を事例として、その介護のプロセスを分析した。「判例」は、介護実践のプロセスについて、介護記録よりも詳細で、かつ、時系列に、また、利用者側の情報についても記録されているからである。

A氏の事例では、介護者は2級ヘルパーであった。この介護者が介護福祉士であれば、事故が未然に防げたということではないが、2級ヘルパーと介護福祉士の知識・技術については歴然とした差があると考えられる。

また、B氏の施設においても、介護福祉士としての倫理要綱が意識されておれば、一日2回のポータブルトイレの洗浄が徹底されたのではないかわれる。

もっとも、その介護者自身が「介護福祉」の実践者として自覚し、自己研鑽していくことや、職場環境の研修システムの充実の必要性はいうまでもない。

おわりに

介護福祉士の専門性について考察するにあたり、「排泄」介助に関連する2つの判例と特別養護老人ホームの一年間の「ヒヤリ・ハット」報告を事例とし分析した。しかし、2事例という事例数や、「排泄介助」という特定した介助で十分な検証はできたとはいえない。しかし、他人に介助を受けなければ、日常生活を営むことができない状態において、「排尿」「排便」に関する排泄行為への介助が適切に、かつ、信頼できる介護者に担当してもらえるかどうかは、生活の質に大きく影響することである。さらに、健康状態の把握において「排泄物」の量・質の観察は重要である。また、オムツを着用している利用者のオムツはずしへの排泄介護等も含め、排泄介護は、専門性を必要とする介護実践の一つと考える。

施設介護における「ヒヤリ・ハット」報告についても、集計だけに終わってしまった。今後、事故報告も含め、施設職員と共に検討する機会を持ち、介護福祉実践についての考察に取り組む課題としたい。

謝辞

施設側としては公表したくない「ヒヤリ・ハット」報告を、快く提供していただいた、施設事務長はじめ、職員の皆様に感謝致します。

註

- 1) 『介護事故とリスクマネジメント』高野範城・青木佳史編p19 (2006)
法的な注意義務の認定における介護職員の専門性の項で、介護の専門職としての高度の注意義務が求められる。と記述されているが、「そこでは、介護福祉士などの資格の有無や介護職としての経験の長短は基本的に問題にされず、介護職員である以上は、…」という表現になっている。ただし、ボランティアは一般人として専門性は要求されないとなっている。
- 2) 事故になる可能性はあったけれども未然に(偶然または意識的に)回避・防止され、結果的に利用者に被害が及ばなかったできごと全般をさす。インシデントともよばれる。
系統看護学講座『看護概論』p229 (2006)
- 3) 現行のホームヘルパー制度では1級(230時間)2級(130時間)3級(50時間)と三段階に分かれており規定の時間の研修を終了することで認定される。将来的に介護福祉士にスキルアップする方向性が示されており「介護職員基礎研修」(500時間 360講義・140実習)が実施されることになっている。
『福祉の仕事ガイドブック』P34川村匡由・川村岳人(2006)
訪問介護サービスにおける身体介護については、ヘルパー2級以上と要件が規定されているが、施設サービスにおいてその規定はされていない。
- 4) 1987(昭和63)年「社会福祉士・介護福祉士法」が制定当初、介護福祉士養成校は25校であったが、2007(平成19)年4月1日現在423校(1年課程46校、2年課程314校3年課程8校、4年課程(大学)55校)となっている。資格取得に伴う教育機関として短期間にこれだけの学校が新設あるいは学科開設されることは他に類を見ない。
- 5) 「介護事故」という概念は、まだ、正確に定義づけられておらず、介護現場における介護サービスのトラブルや事故を含め、短縮された表現で用いられる。しかし、介護保険制度以降、施設のリスクマネジメントの観点から各施設において独自の形式で事故報告がまとめられている。
- 6) 横田一『介護が裁かれるとき』P205事故再発防止について問われた施設側が、「スタッフの充実しかない。ただ、入所料のアップにつながるので、どこで(安全のために要する費用と利用者負担の)折り合いをつけるかだろう」(2007)
- 7) 某施設の18年度事故報告194件の内訳をみると、転倒が36件、転落12件、(24%)で転倒、転落には至らなかったが、関連するすり落ち33件、座り込み45件となりそれらを合計すると全体の65%を占めている。
- 8) 前掲書1)p18~21介護サービス提供者における法的責任として問われるのが、「安全配慮義務」と「高度の注意義務」である。また、この注意義務は予見可能性と結果回避可能性に分けられる。そのことが予測できなければ責任は問われない。さらに、回避できないと認められた場合も同様である。具体的には、アセスメントに基づいた個別介護計画の作成と実施の徹底ということである。
- 9) 介護度は介護保険申請における「要介護認定」によって、要支援1・2、要介護1~5に区分される。数字が多くなるほど介護の手間がかかり、使用できるサービスの限度額が異なる。要介護2は、軽度の介護を要する、とされており、移動の項、特に歩行は支えが必要という状態区分である。

- 10) 前掲書 1) p20
- 11) 中央労働災害防止協会編 『ゼロ災運動推進者ハンドブック』 p22 (2005)
- 12) 一番ヶ瀬康子編 『新・介護福祉学とは何か』 第 2 節「介護福祉におけるソーシャルワークの役割」で笠原幸子は、介護を身体的側面からの生活支援と捉え、介護福祉について「社会福祉分野の専門的な教育を受けた者が加齢・心身障害等により社会生活上に困難をもつ人や成長途上にあつて援助を必要とする人に対して、身体接触をとまなうことの多い直接的かつ具体的な技術を中軸として、身体的側面・心理的側面・社会的側面から援助することであり、そうすることによって、社会との関わりのなかで生活している対象者の志向（嗜好）する日常性の遂行を可能にするとともに、その対象者に関わる家族全体の生活の質をも向上させる実践」であるとしている。また、介護技術と介護福祉技術（専門的教育を者によってなされる）についてもその見解を述べている。P156 (2000)
- 13) 介護福祉学 vol12 . 中嶋洋「介護福祉職の専門化に関する一考察」 p 29 (2006)
- 14) 西村洋子 介護概論 メジカルフレンド社 p 98 (2005)

引用文献

- 1) 判例時報1838号p116~121
- 2) 判例時報1895号p91~99
- 3) 高野範城・青木佳歴史編 (2006) 『介護事故とリスクマネジメント』 P 19
- 4) 藤崎郁他 (2006) 系統看護学講座専門 1 『看護学概論』 p229
- 5) 横田一巻末資料

参考文献

- 1) 川村治子 (2001) 『書きたくなるヒヤリ・ハット報告体験から学ぶ看護事故防止のツボ』 医学書院
- 2) 柴尾慶次 (2004) 『介護事故とリスクマネジメント』 中央法規出版
- 3) 兵庫県弁護士会消費者保護委員会、兵庫県国民健康保険団体連合会編集 (2006) 『これで安心介護トラブルの処方箋』 兵庫県社会福祉協議会
- 4) 増田雅暢、菊池馨実編 (2003) 『介護リスクマネジメント』 旬報社
- 5) 川村匡由・川村岳人編 (2007) 『福祉の仕事ガイドブック』 中央法規出版
- 6) 横田一 (2007) 『介護が裁かれるとき』 岩波書店
- 7) 三好春樹 (2005) 『介護の専門性とは何か』 雲母書房
- 8) 三友雅夫責任編集 (2006) 最新介護福祉選書 1 『社会福祉概論』 メジカルフレンド社
- 9) 橋本宏子 (1995) 『福祉行政と法』 尚学社
- 10) 植田是監修 (2002) 『社会福祉労働の専門性と現実』 かもがわ出版
- 11) 染谷淑子編 (2007) 『福祉労働とキャリア形成』 ミネルヴァ書房
- 12) 三好春樹 (2007) 『ウンコ・シッコの介護学』 雲母書房