

訪問看護におけるインシデント・ アクシデントおよび予防・対応策の実態

介護保険法施行後3年を経た
N市訪問看護ステーションの調査から

二階堂一枝・篠原 裕子・松村 幸子・木下 安子

新潟青陵大学看護学科

Incident/accident at Visiting Nurse Service
and their prevention/countermeasures

From the study at Visiting Nurse Service Station in N city
3 years after the enforcement of the Care Insurance Act.

Kazue Nikaidou・Yuko Shinohara
Kohko Matsumura・Yasuko Kinoshita

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY
DEPARTMENT OF NURSING

Abstract

It has been 3 years since the Care Insurance Act was enforced, and we investigated the fact that incidents/accidents occur and their prevention when Visiting Nurse Service is provided in N city.

The highest number of accidents which occurred during the service was traffic accidents caused by nurses followed by patients' serious falls or bleeding caused by catheters for the withdrawal of urine or intravenous feeding, and accidents involving both patients and nurses while helping to transfer patients.

About 90% of nurses and administrators share the information on countermeasures to prevent accidents. However, less than 50% of them discuss these accidents thoroughly and write or use manuals. In addition, only around 20% of the nurses are educated or trained in the use of these manuals, which was the lowest rate among the questions asked on our survey.

As a result, we found that both administrators and staff strongly hope necessary countermeasures will be executed in the future to prevent these accidents from occurring. What they expect most is institutions which can investigate the fact that accidents occur and help make manuals which are effective in preventing them such as universities, research centers, administrative offices, etc. This is a challenge which should be confronted as soon as possible.

Key words

Visiting Nurse Service Station, Incidents, Accidents, Prevention/Countermeasures
The Care Insurance Act

要 旨

訪問看護における事故に関して、介護保険法施行3年経過後のインシデント・アクシデントの実態、及びその予防対策や事故対応策の実態をN市の訪問看護ステーションを対象に調査した。訪問看護の事故で最も多かった内容は、看護者自身の交通事故であり、次いで利用者の転倒転落、導尿や経管栄養等のカテーテル操作での出血、移動の援助時の事故の順であった。事故の対策に関しては、情報の共有化は9割で行われているが、事故対策にむけての全体討議及びマニュアル作成や活用は5割以下であった。さらにマニュアルに関する教育や研修の実施は2割であり質問項目の中で最も低かった。事故防止のために今後必要な対策について、管理者、スタッフともに高い期待が示された。最も期待が求められているのは、事故に対する実態調査、および事故防止・事故対応のマニュアルづくりを支援する機関（大学、研究機関、事業者団体、行政等）であった。これらは早急に今後取り組むべき課題である。

キーワード

訪問看護ステーション、インシデント、アクシデント、事故予防・対応策、介護保険

はじめに

訪問看護ステーションは1991年の老人保健法改正により創設され、1992年より「老人訪問看護制度」による高齢者への訪問看護が行われてきた。さらに2000年の介護保険制度の創設とともに、その多くが指定事業所となり、在宅ケアの中でも医療系サービスを担う事業所として中心的な役割を担ってきた。

訪問看護ステーションの事故に関して、介護保険制度の実施前に行われた石井らの調査では訪問看護職員の約半数がインシデントの経験があると回答している¹⁾。また、1999年竹中らの事故予防に関する調査によると、その必要性は認識しているものの、人手不足のなかで対策にまで手が回っていないことが明らかになっている²⁾。

医療機関における事故や介護保険施設における事故については、マスコミ等で取り上げられ、また、医療・福祉関係者によりリスクマネジメントへの対応が検討され、対策が実施されてきているところである。しかしながら、訪問看護ステーションにおいてはこれから取り組む課題となっている。上野は「病院や介護保険施設の事例は訪問看護ステーションにとっても対岸の火事ではなく真剣に取り組む必要がある。訪問看護はその性質上、1人で訪問しアセスメントし看護行為を行っており、事故が発生した場合、利用者からの信用を失うこと、地域に密着して仕事をしているため、風評の悪化が経営に大きく影響するなど事故予防対策の必要性は大きく、組織的かつ日常的な取り組みが必要である³⁾」と述べている。

介護保険制度により、事業所数及び訪問看護の供給量が増加するとともに、利用者状況、依頼内容に変化があることが報告されている。病院からの早期退院による利用者の重度化、利用者の出入りの多さから手間が増えて⁴⁾いること、ショートステイやデイサービス利用増加による影響、また介護支援専門員（ケアマネージャー）との兼務という新たな業務が加わった者も多く、毎日の訪問に追われている実態がある。このように、訪問看護ステーションにおける事故は、病院や介護施設な

どで起こる「施設内事故」とは異なる条件があることを踏まえ予防対策においても独自の内容が必要であるといえよう。

本研究では介護保険制度開始3年を経たステーションにおける事故と、その予防対策や事故対応策の実態を把握し、今後の課題を明らかにすることを目的とした。

用語の定義

1) リスク

リスクは危険、危機の意味である。在宅ケアにおけるリスクは、事故（インシデントとアクシデントを含む）とトラブルに分けられる⁵⁾。

2) 事故（インシデント、アクシデント）

インシデントとは思いがけない出来事「偶発事象」であり、これに対して適切な処理が行われないと事故となる可能性のある事象である。現場ではこれをヒヤリ・ハット、ニアミスと表現することもある。アクシデントとは事故それ自体を指し、インシデントに気付かなかつたり、適切な処置が行われなかつたりすると「事故」となることである。本研究においては、事故をインシデントとアクシデントを含めたものとした。

3) リスクマネジメント

マネジメント（管理）は、一般の領域にある専門分野の1つであり組織がその使命や理念を達成するために、その資産や活動に及ぼすリスクの影響から最も費用効率よく、組織を守るための一連のプロセスである⁷⁾。

4) 訪問看護におけるリスクマネジメントの定義

わが国では医療過誤防止のための取り組みを一般に医療リスクマネジメントと呼んでいる。ここでいう「医療」は、看護や介護を含む広範囲な医療関連分野であると解されている。医療機関におけるリスクは医療過誤以外にも多種多様であり、訪問看護固有のリスクはその一部である。そして訪問看護におけるリスクマネジメントとは、訪問看護を取

り巻く多種多様なリスクを予見し、そのリスクがもたらす損失を予防するための対策と、不幸にして損失が発生した場合の事後処理対策、の2つを効果的・効率的に講じることによって、事業の継続と安定的発展を確保していく経営上の手法といえる。⁸⁾⁹⁾

研究方法

自記式質問紙を作成し郵送回答調査を行った。調査内容は過去の事故の経験、事故予防対策、事故対応策とし、石井¹⁰⁾及び竹中¹¹⁾の調査を参考に作成した。

1. プリテスト

2003年3月に訪問看護ステーション5施設の管理者5人と看護職員5人を対象とし、郵送により調査用紙を送付し記入を依頼した。

質問項目は、管理者に対して、施設に関する質問6項目を含む63項目、看護職員には59項目について行った。4施設(管理者4人、看護職員4人)については郵送により調査用紙を回収し、1施設については面接により調査用紙を回収した。その結果をもとに、質問項目の簡略化と回答時間の短縮を図り、管理者53項目、看護職員48項目とした。

質問内容の内訳は、管理者、看護職員共通に、属性7項目 訪問回数、訪問時間の2項目 休む場合の交代要員の体制1項目 事故およびニアミスの実態9項目 事故予防対策の実態8項目 事故対応策の実態7項目 今後必要な対策12項目 インシデントの体験1項目 アクシデントの体験1項目 自由記載(本調査に対する意見)1項目である。さらに管理者には 現職場の職員人数 現職場のステーションの利用者実人数(2003年6月と2002年10月) ステーションの訪問回数(2003年6月と2002年10月) 居宅介護支援事業者指定の有無 24時間緊急連絡体制の有無の5項目を質問項目に加えた。

2. 本調査

調査対象者

2003年7月1日現在、N市内に設置され

ている22カ所のステーションの管理者(以下「管理者」とする)22人と非常勤職員を含む看護職員120人である。回収数は129人、回収率は91.5%であった。

調査期間:2003年8月1日~9月1日

方法:施設ごとにまとめて管理者宛に郵送した。記入した調査用紙は個別に封筒に入れて密封し施設ごとにまとめて郵送してもらい回収した。

3. 分析方法

統計的分析には、Microsoft社のExcel及び統計解析ソフトSPSS for windows 10.0を用いた。

4. 調査実施に当たっての倫理上の注意

調査対象者に対して調査への協力依頼文書の中で統計的に処理をし、個人を特定するものでないこと、目的以外に使用しないことを記載し同意を得た。

結 果

2003年7月1日現在、N市に設置されている22カ所の訪問看護ステーションにおいて、看護職員142人に自記式質問紙を郵送配布した。回収数は129人、回収率91.5%である。

2003年6月30日現在における22カ所の訪問看護ステーションの職員構成ならびに勤務状況について実人数、構成割合を表1に示す。

1. 22カ所の訪問看護ステーションにおける職員構成ならびに勤務状況

看護職員総数129人の構成は、看護師が113人(72.0%)と最も多く、次いで准看護師15人(9.7%)、保健師14人(9.0%)の順であった。

また、勤務状況をみると、非常勤の占める割合が54人(34.8%)であった(図1)。

2. 看護職員の基本的属性

年齢構成は全体において、30歳代~40歳代が最多であり、81.6%を占めている。全体の平均年齢40.1歳、標準偏差8.3、範囲27-73である。管理者の年齢構成は40歳代が最多で15人(71.4%)、平均年齢45.4歳、標準偏差7.9、範囲33-73である。スタッフでは30歳代が最

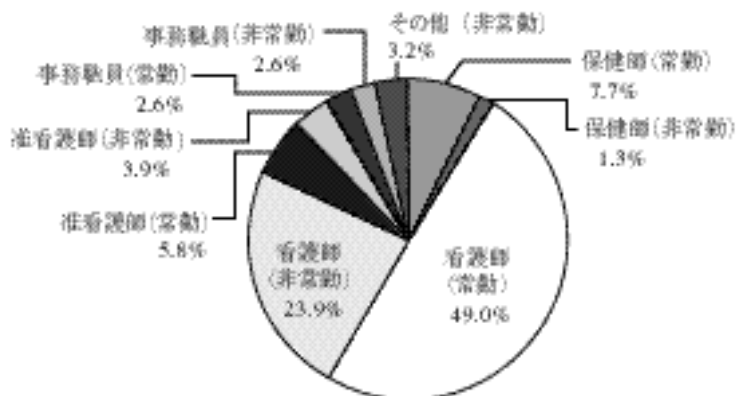
表1 訪問看護ステーションの職員構成ならびに勤務状況

2003年6月30日現在

	総数		常勤		非常勤	
	実数	構成割合 (%)	実数	構成割合 (%)	実数	構成割合 (%)
総数	155	100.0	101	65.2	54	34.8
保健師	14	9.0	12	7.7	2	1.3
看護師	113	72.0	76	49.0	37	23.9
准看護師	15	10.0	9	5.8	6	3.9
助産師	0	0	0	0	0	0
事務職員	8	6.0	4	2.6	4	2.6
その他	5	3.0	0	0	5	3.2

注 その餘は、理学療法士2人、作業療法士3人である。

図1 訪問看護ステーションにおける職員構成 (n=22)

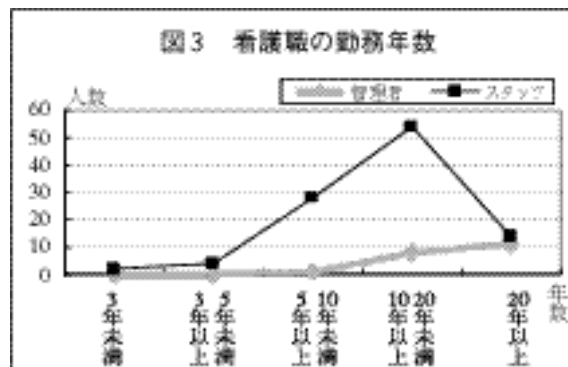
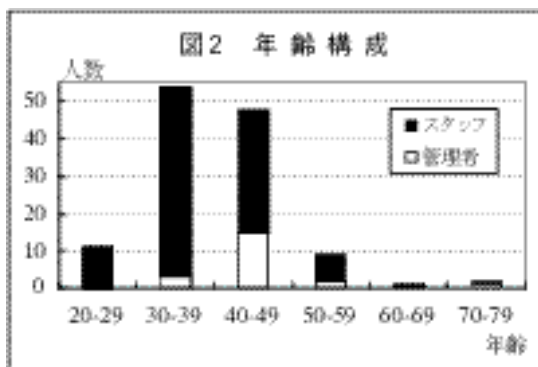


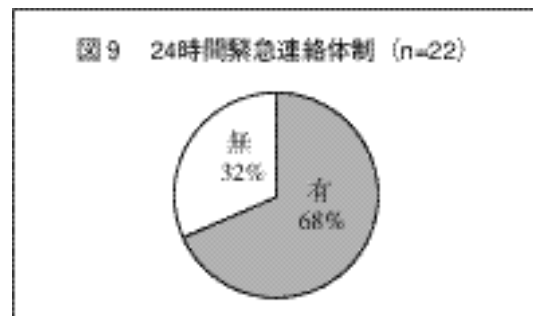
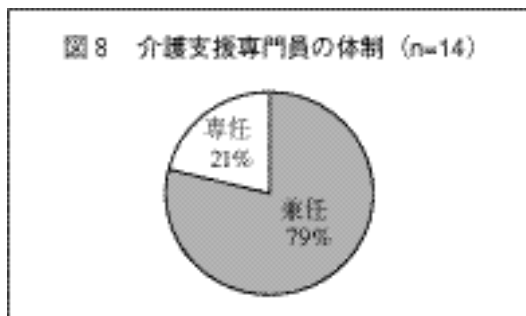
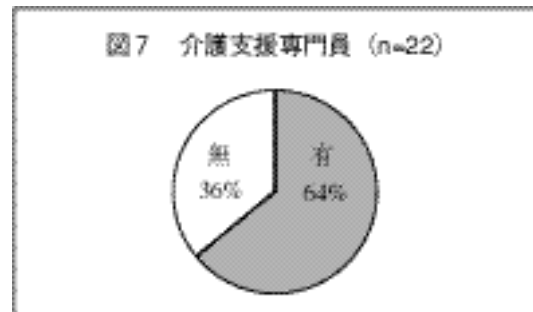
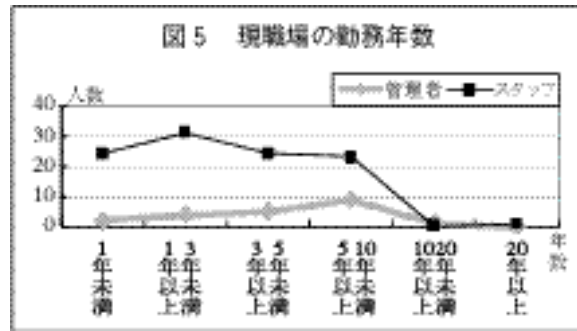
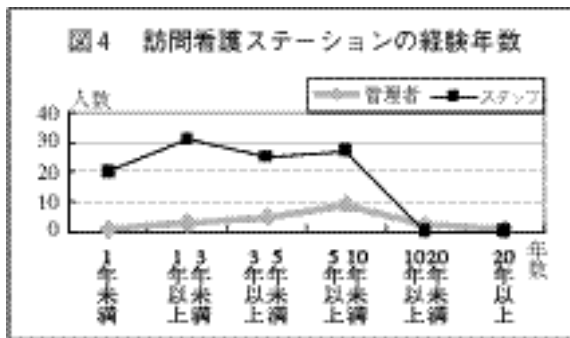
多で49人(47.1%)、次いで40歳代33人(31.7%)であった。平均年齢39.0歳、標準偏差8.0、範囲27-70である(図2)。

看護職勤務年数は全体において、平均14.4年、標準偏差7.7、範囲2-46である。管理者では平均20.5年、標準偏差5.6、範囲8.8-32。

スタッフでは、平均13.1年、標準偏差7.5、範囲2-46である(図3)。

訪問看護ステーションの経験年数は全体において、平均3.7年、標準偏差3.3、範囲0-25.3である。管理者では平均6.5年、標準偏差5.3、範囲0-25.3。スタッフでは、平均3.2年、





標準偏差2.4、範囲0.08ヶ月 - 9.3年である (図4)

現職場の勤務年数は全体において、平均3.5年、標準偏差3.2、範囲0.08ヶ月 - 25.5年である。管理者では平均4.9年、標準偏差2.97、範囲0.25年 - 10.3年。スタッフでは、平均3.2年、標準偏差3.2、範囲0.08ヶ月 - 25.5年である (図5)

3. 居宅介護支援事業等の体制

22カ所の訪問看護ステーションのうち、居宅介護支援事業の指定を受けているものは12カ所 (55%) であった (図6)

また、図7より、介護支援専門員を有するのは14カ所 (64%) であり、14カ所のうち介護支援専門員の業務体制として「兼任してい

る」との回答が11カ所 (79%) と大半を占めていた。(図8)

24時間緊急連絡体制であるステーションは15カ所 (68%) であった。15カ所のステーションのすべてが、「必要時に訪問できる体制である」との回答であった (図9)

4. 訪問状況

1) 月別の利用者実人数と訪問回数

2003年6月と2002年10月の月集計結果より、2003年6月における利用者実人数は、平均58.5人、標準偏差25.6 範囲12 - 114であった。2003年6月における訪問回数については、平均308.6回であった。また、2003年6月と2002年10月の利用者実人数と訪問回数の分布を検討するために、それぞれについてt検定を行

表 2 利用者実人数と訪問回数の分布

	2002年10月		2003年6月	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
利用者実人数	54.5	27.8	58.5	25.6
t検定	n.s.			
訪問回数	308.6	127.9	285.5	145.6
t検定	n.s.			

(n.s. 有意差なし)

ったが有意な差はなかった(表2)。

2) 1週間の平均的な訪問回数と滞在時間

平均的な1週間の訪問回数と訪問先での滞在時間について、全体では訪問回数が平均14.0回であり、標準偏差7.4、範囲0-36であった。また、1週間の訪問時間は平均17.2時間、標準偏差16.0、範囲0-140であった。

管理者の平均的な1週間の訪問回数は平均14.7回であり、標準偏差2.8、範囲0-63、スタッフでは平均14.3回、標準偏差0.7、範囲0-36であった。これらより1日平均2~3回の訪問を実施しており、1件につき約1時間の訪問を要することがわかる。

3) 職員の交代要員体制について

看護職員が病欠等にて緊急に交代要員が必要となった場合の体制について、自由記載で回答を求めた。全員が管理者もしくは師長に連絡をして師長が調整を図っていた。しかし発生頻度は少ないとはいえ、緊急の交代要員の確保が困難で管理者が苦労している様子がかがえた。

5. 介護保険制度施行後の訪問看護に関するインシデントとアクシデント

2000年の介護保険制度施行後、現職場におけるインシデントとアクシデントの体験結果を示す(表3・図10・図11・図12)。総計は245件であり、内訳はインシデント194件(79.2%)、アクシデント51件(20.8%)であった。

訪問看護におけるインシデントとアクシデントについて各項目を比較すると、「看護者

自身に関するもの」が100件と全体の40.8%を占めている(図10)。そのうち、看護者自身のインシデントとアクシデントの件数では、「交通事故」が50件(20.4%)と最も多い。次いで、「転倒」の9件(3.7%)、「感染(疥癬)」7件(2.8%)の順であった(図11)。

次に訪問看護時のインシデントとアクシデントの件数では、「転倒転落」の件数が30件(12.2%)と最も多く、次いで「導尿・経管栄養等のカテーテル操作」の24件(9.8%)、「転倒転落以外の移動の援助」14件(5.7%)の順である。また転倒転落の中で最も多いのが、「移動中の転倒転落」であり14件(5.7%)であった(図12)。

6. 現職場着任以後のインシデントとアクシデント

現職場に着任以後、最も印象に残っているインシデント及びアクシデントについて、一事例ずつ記述式にて回答を求めた。質問内容は、「体験の時間」「同行スタッフの職種と人数」「利用者の状況(年齢、性別、疾患名、介護者、要介護度)」「どのような事故が起きたのか」「どのような状況の時に起こったのか」「防止できた理由」「この体験で得た教訓やアドバイスは何か」である。表4はこれらの記述の内容を表3と照合できるように項目別に集計した結果である。有効回答は68件、内訳はインシデント33件(48.5%)、アクシデント35件(51.5%)であった。

図13より、訪問看護時のインシデント及びアクシデントについて内訳をみると、最も多かった項目が「転倒転落」21件(30.9%)であり、次いで「導尿・経管栄養等のカテー

表3 インシデント及びアクシデントの程度別件数

項目		程度別件数	インシデント				合計件数
			身体上被害はなかった	治療等が一週間以内の軽症であった	治療等が一週間以上に及んだ	後遺症がある	
看護者自身の事故	移動中	交通事故	44 (18.0)	6 (2.4)	0	0	50 (20.4)
		転倒	1 (0.4)	1 (0.4)	1 (0.4)	0	3 (1.2)
		その他	3 (1.2)	0	0	0	3 (1.2)
	ケア中	転倒	4 (1.6)	2 (0.8)	0	0	6 (2.4)
		打撲	0	3 (1.2)	0	0	3 (1.2)
		骨折	0	0	3 (1.2)	0	3 (1.2)
		針刺し事故	3 (1.2)	1 (0.4)	0	0	4 (1.6)
		感染(結核、疥癬等)	5 (2.0)	0	2 (0.8)	0	7 (2.8)
		その他	11 (4.5)	1 (0.4)	0	0	12 (4.9)
		その他(具体的に記入)	6 (2.4)	1 (0.4)	0	2 (0.8)	9 (3.7)
ケア中	利用者の転倒転落	8 (3.3)	0	0	0	8 (3.3)	
	・入浴中	4 (1.6)	1 (0.4)	0	0	5 (2.0)	
	・移動中(車椅子・リフト等)	10 (4.1)	2 (0.8)	2 (0.8)	0	14 (5.7)	
	・歩行中	3 (1.2)	0	0	0	3 (1.2)	
	食事中の援助(誤嚥等)	6 (2.4)	0	0	0	6 (2.4)	
	入浴中の援助(転倒転落以外)	6 (2.4)	0	0	0	6 (2.4)	
	清潔援助(全身、口腔、洗髪等)	1 (0.4)	5 (2.0)	0	0	6 (2.4)	
	衣服の着脱	0	2 (0.8)	0	1 (0.4)	3 (1.2)	
	排泄中の援助	1 (0.4)	0	0	0	1 (0.4)	
	リハビリテーション	4 (1.6)	0	1 (0.4)	0	5 (2.0)	
	移動の援助(転倒転落以外)	12 (4.9)	2 (0.8)	0	0	14 (5.7)	
	体位変換	1 (0.4)	0	0	0	1 (0.4)	
	その他の状況(具体的に記入)	1 (0.4)	3 (1.2)	0	0	4 (1.6)	
医療機器に関するもの(故障/操作ミス)	人工呼吸器	2 (0.8)	0	0	0	2 (0.8)	
	吸引器	2 (0.8)	0	0	0	2 (0.8)	
与薬・服薬	薬の種類の違い	4 (1.6)	0	0	0	4 (1.6)	
	与薬方法の違い	6 (2.4)	0	0	0	6 (2.4)	
	薬量の誤り	3 (1.2)	0	0	0	3 (1.2)	
処置中	点滴、注射(誤針)	2 (0.8)	0	0	0	2 (0.8)	
	導尿・経管栄養などのカテーテル操作(出血、自然抜去等)	19 (7.8)	5 (2.0)	0	0	24 (9.8)	
	創傷の処置	2 (0.8)	2 (0.8)	0	0	4 (1.6)	
	その他	4 (1.6)	0	0	0	4 (1.6)	
処置中、処置後の対象者の急変		3 (1.2)	0	1 (0.4)	0	4 (1.6)	
家屋の破損(ガラス、襖、障子等)		4 (1.6)	0	0	0	4 (1.6)	
その他(どのような事故か具体的に記入)		9 (3.7)	1 (0.4)	0	0	10 (4.1)	
総計		194 (79.2)	38 (15.5)	10 (4.1)	3 (1.2)	245 (100.0)	

注: ()内は全体に占める割合を示す

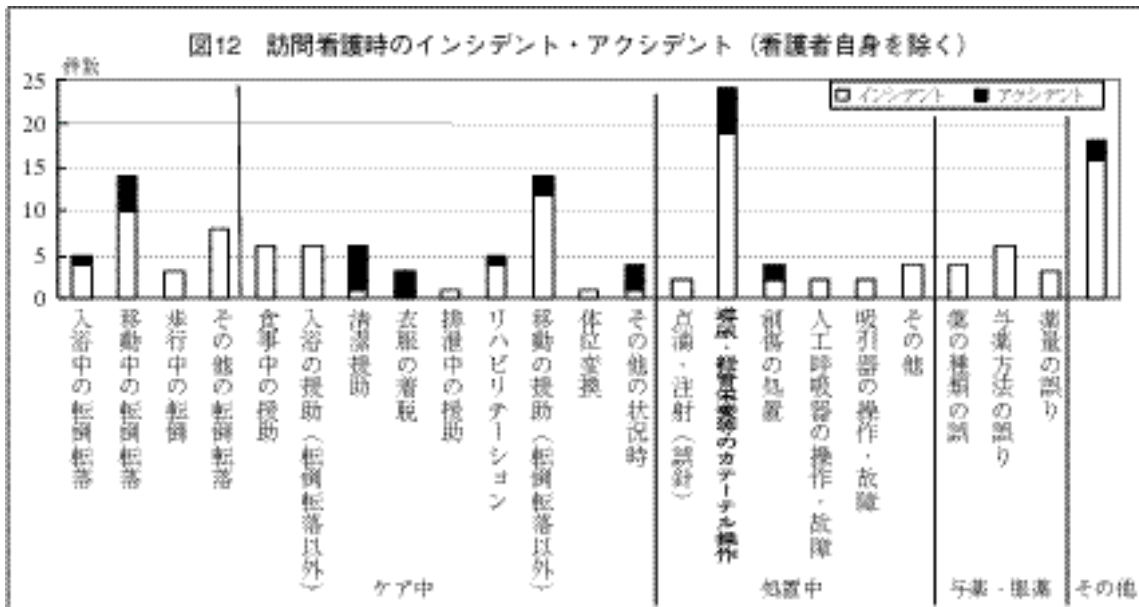
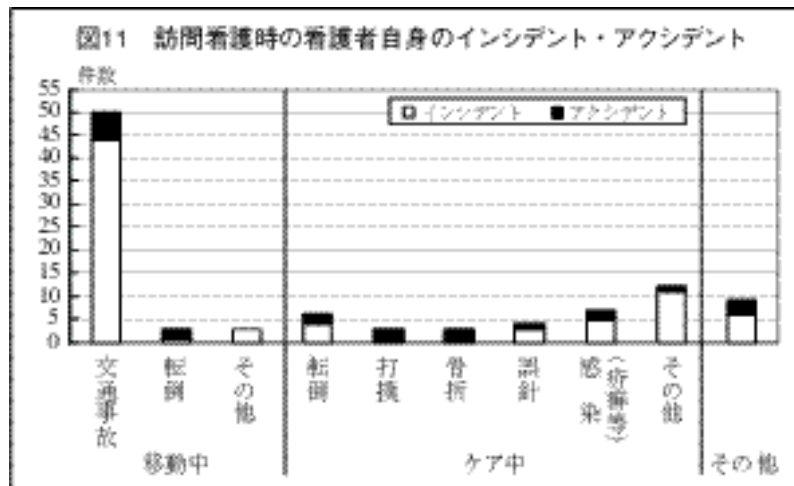
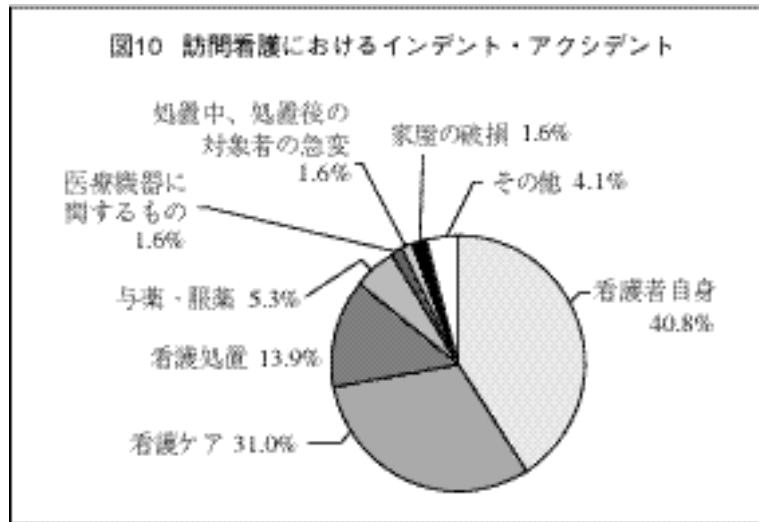


表4 インシデント及びアクシデントの程度別件数

項 目		程度別件数	インシデント	アクシデント	合計件数
看護者自身への誤針				1 (1.5)	1 (1.5)
その他の看護者自身の事故				2 (2.9)	2 (2.9)
ケ ア 中	利用者の転倒転落			5 (7.4)	5 (7.4)
	- 入浴中	7 (10.3)	1 (1.5)		8 (11.8)
	- 移動中 (車椅子・リフト等)	1 (1.5)	2 (2.9)		3 (4.4)
	- 歩行中	5 (7.4)			5 (7.4)
	食事中の援助 (誤嚥等)	1 (1.5)	1 (1.5)		2 (2.9)
	入浴中の援助 (転倒転落以外)			2 (2.9)	2 (2.9)
	清潔援助 (全身、口腔、洗髪等)	1 (1.5)	5 (7.4)		6 (8.8)
	リハビリテーション	1 (1.5)	1 (1.5)		2 (2.9)
	移動の援助 (転倒転落以外)	2 (2.9)	3 (4.4)		5 (7.4)
	その他の状況 (具体的に記入)			1 (1.5)	1 (1.5)
医療機器に関するもの (故障/操作ミス) 吸引器			1 (1.5)		1 (1.5)
与薬・服薬	薬の種類の違い	1 (1.5)			1 (1.5)
	与薬方法の違い	1 (1.5)			1 (1.5)
	薬量の誤り	2 (2.9)			2 (2.9)
処置中	導尿・経管栄養などのカテーテル操作 (出血、自然抜去等)	4 (5.9)	5 (7.4)		9 (13.2)
	創傷の処置		1 (1.5)		1 (1.5)
	その他		1 (1.5)		1 (1.5)
その他			6 (8.8)	4 (5.9)	10 (14.7)
総 計			33 (48.5)	35 (51.5)	68 (100.0)

注: () 内は全例に対する割合を示す

ル操作」9件(13.2%)、「清潔援助」6件(8.8%)、「転倒転落以外の移動の援助」5件(7.4%)の順である。また「転倒転落」の中で最も多いのは、「入浴中の転倒転落」8件(11.8%)であった。

インシデント、アクシデント別にみると、インシデントにおける最多は「転倒転落」の13件(19.1%)であり、なかでも「入浴中の転倒転落」7件(10.3%)、「歩行中の転倒転落」5件(7.4%)が高い頻度で起こっていた。次いで、「導尿・経管栄養などのカテーテル操作(出血等)」4件(5.9%)である。アクシデントでの最多は、「転倒転落(入浴・移動・歩行中を除く)」、「導尿・経管栄養などのカテーテル操作(出血等)」、「清潔援助」であり各々5件(7.4%)であった。具体的にどのような体験をしているのか、表5にて詳細を記述する。

また図14では、これらのインシデント及び

アクシデントの起こりやすい時間帯を示しており、午前10時～11時及び午後3時が最も多かった。図15では、対象者の年齢を示しており、80歳代が最多であった。

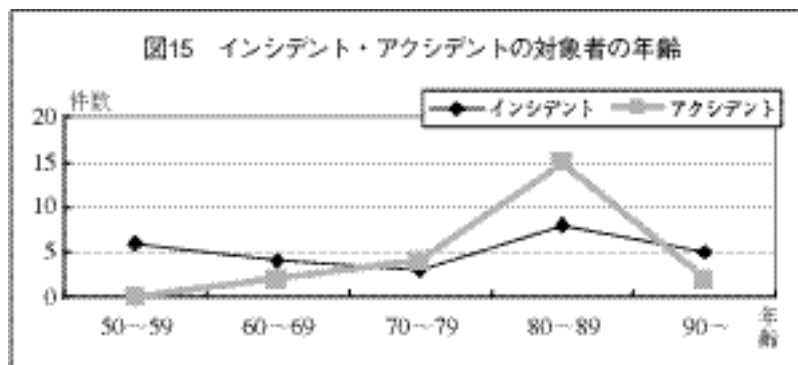
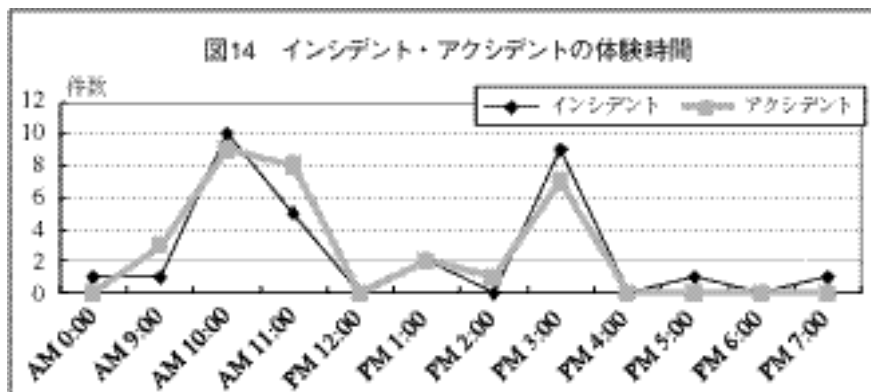
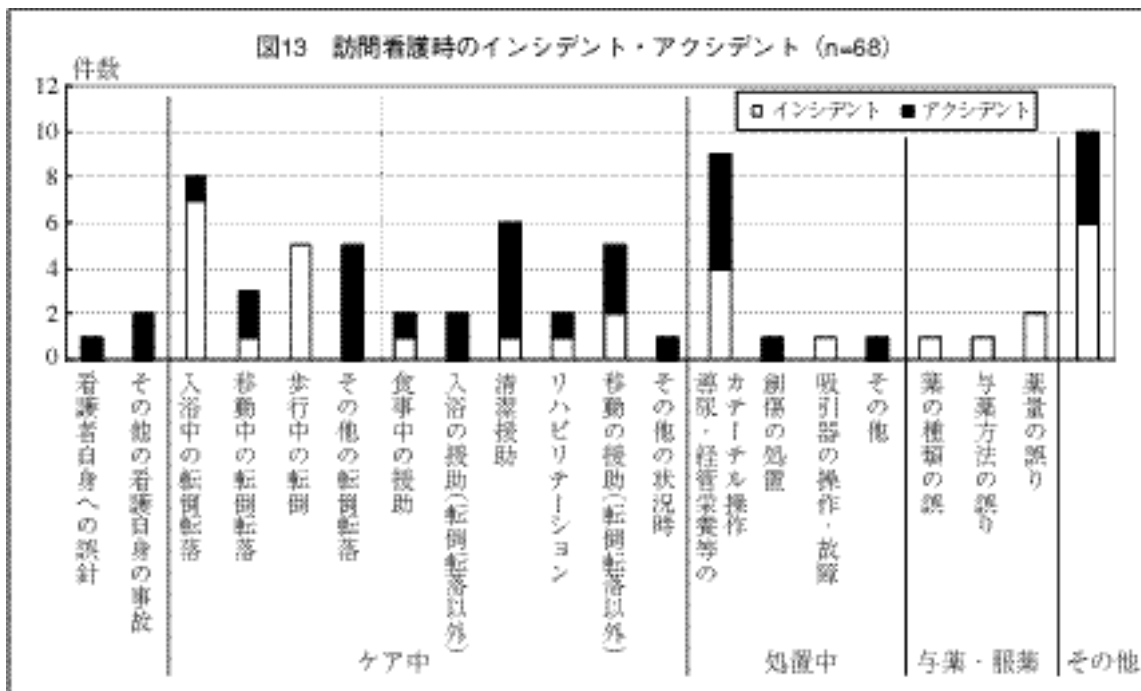
7. 事故の対策について

事故の対策について、事故を予防するための対策と事故が起きてしまった後の対策についての2つの視点から結果をまとめた。

1) 事故予防対策

図16より、質問項目5の「日々の情報提供による共有化をはかっているか」に対しては91.5%で行われているが、「事故防止に対する全体のカンファレンス(質問1)」については、実施しているとの回答が50.4%に減少していた。

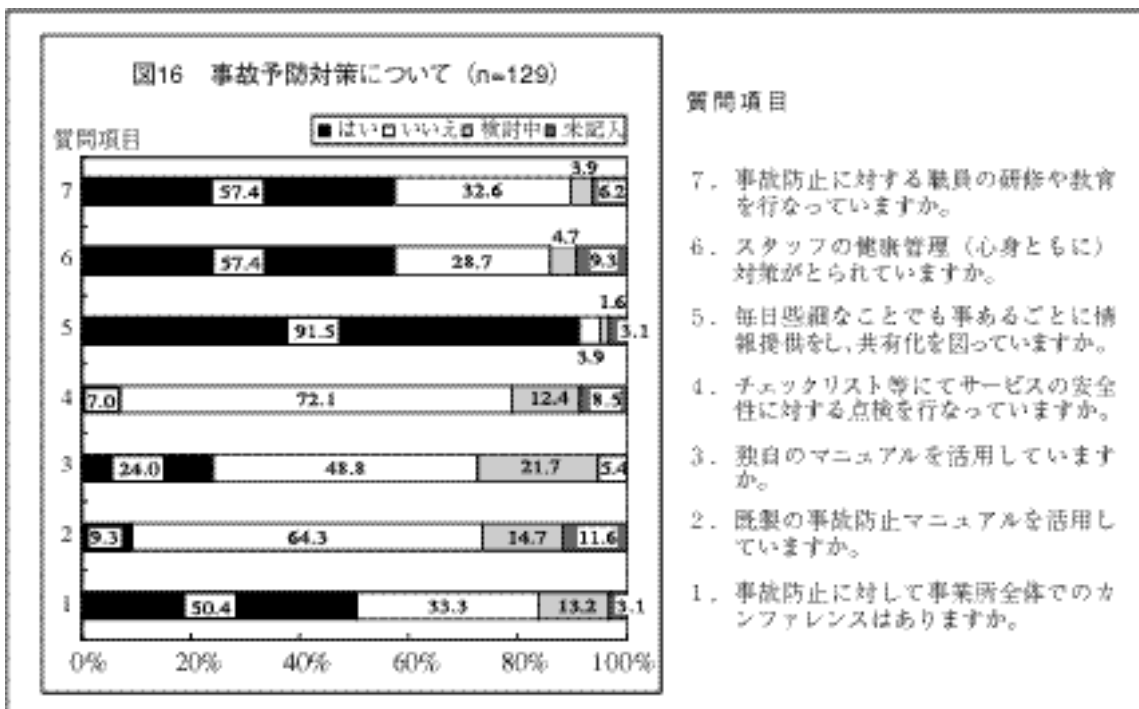
事故予防のマニュアル作成や活用に関する質問では、質問2にて「事故防止マニュアル



の活用の有無」、また質問3にて「独自のマニュアル作成の有無」、質問4にて「チェックリスト等による安全点検の有無」をきいており、チェックリストやマニュアルの作成及び活用はされていないとの回答がそれぞれ

64.3%、48.8%、72.1%と高かった。

また、スタッフの健康管理対策(質問6)および職員の研修や教育(質問7)は、いずれも57.4%と半数以上が行われていた。しかし、研修や教育の実施間隔は定期的が4人、



不定期が70人となっており、不定期の中でも年に1～2回が55.7%と大半を占めていた。

2) 事故の対応対策

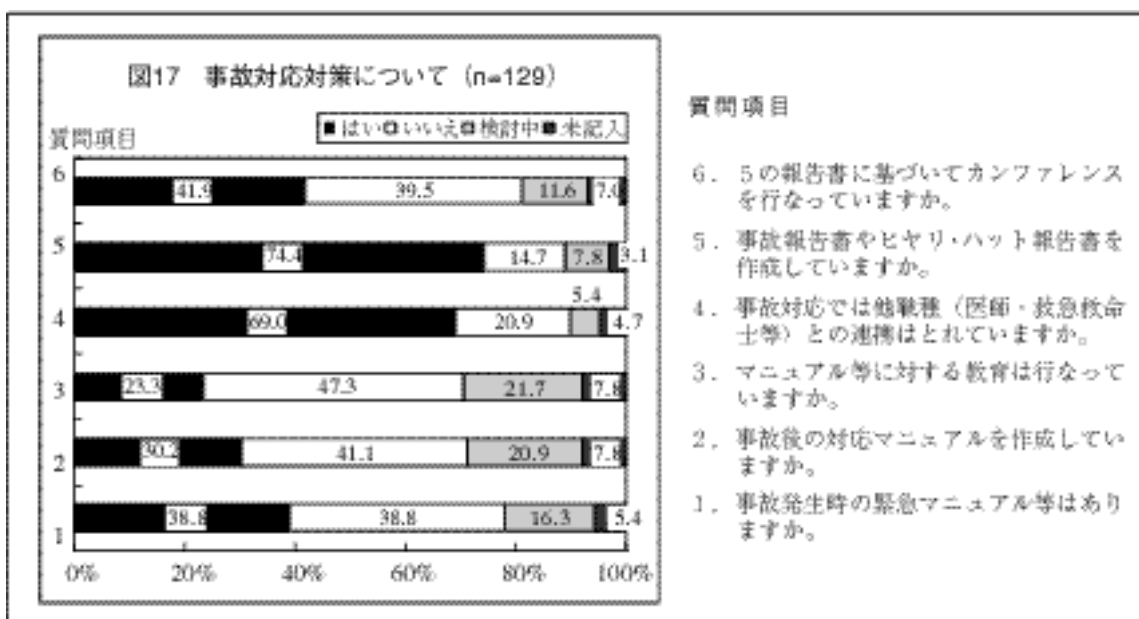
図17をみると、事故およびヒヤリ・ハット報告書の作成（質問5）は、74.4%で行われているが、報告書に基づくカンファレンスの実施（質問6）においては、41.9%に減少している。

マニュアル作成や活用について、「事故発

生時の緊急マニュアルの有無（質問1）」は、有り無しともに38.8%の同率であった。また「事故後の対応マニュアルの作成（質問2）」に対しては、作成しているが30.2%にとどまっていた。

また、マニュアルに対する教育の実施（質問3）では、教育を実施しているが23.3%と質問項目の中で最も低かった。

事故対応として多職種との連携がとれているか（質問4）に対して、69.0%が医師との



連携がとれていると回答しており、一方連携がとれていないのが20.9%であった。

3) 事故予防対策と対応策の関連について

事故対策について、予防と事故対応それぞれの対策の関連性をみるために、「はい」を2点、「検討中」を1点、「いいえ」を0点として点数化した。得点が高いほど対策がはかられていることを示す。即ち事故予防対策の合計得点は14点満点となり、事故対応対策の

合計得点は12点満点となる。調査の結果は、事故予防対策の平均得点は6.79、標準偏差3.07であった。事故対応対策の平均得点は6.48、標準偏差3.75であった。事故の予防と事故の対応のための対策について、Pearsonの相関を用いて検討した。表6より、事故予防対策と事故対応対策には中等度の相関($r=0.582$)がみられた。また、この2つの対策とインシデント及びアクシデントの件数については相関がみられなかった。

表6 変数間の相関係数

	予防対策得点	事故対応対策得点	インシデント及びアクシデント件数
予防対策得点	1.000		
事故対応対策得点	0.582**	1.000	
インシデント及びアクシデント件数	-0.018	0.102	1.000

** $p<0.01$

8. 事故防止のために今後必要な対策について

1) 今後の対策についての期待度

11項目の対策ごとに管理者($n=22$)、スタッフ($n=107$)のそれぞれの期待度を集計した(図18・図19)。

図18・図19より、管理者では1つの質問項目を除いて「強く思う」の回答が40-50%に及んでいる。なかでも管理者、および職員に対する精神的サポートへの期待が59.1%、54.5%と高かった。それぞれの質問項目に対する管理者とスタッフの期待度の差を検定するため、Mann-WhitneyのU検定を用いて検討した。その結果「事故に対する設備や用具の整備」の期待度についてのみ管理者とスタッフの間に有意な差($p<0.05$)がみられた。その他の質問項目については、有意差はなかった(表7)。図18・図19をみると「事故に対する設備や用具の整備」の期待度について、管理者では「強く思う」が22.7%であるのに対して、スタッフは40.2%に達することがわかる。

2) 対策として期待する機関や組織

11項目の対策について「期待する機関や組織はどこか」に対して複数回答を求めた。その結果を表8・図20・図21に示す。質問項目の中で全体的に期待する機関や組織が多かったのは、「事故防止、事故対応のマニュアルづくりを支援する機関」、「事故に対する実態調査を行う機関」であった。これらより、期待する機関や組織が一カ所に集中せず様々な機関や組織に期待していること、またこれらの対策に対する意識の高さがうかがえる。

図22・図23より、事故対策として期待する機関や組織について、管理者では「大学、研究機関」(26.2%)への期待が最も多い回答であった。次いで「職能団体」(23.8%)「行政」(23.8%)である。一方、スタッフで最も多かったのは「事業者団体、組織」(23.4%)であった。

考 察

1. 事故(インシデント、アクシデント)の概要

介護保険制度施行後における事故の総数は245件であった。そのうちインシデントの占

役割別	期待度					Mann-Whitney のU検定
	強く思う	まあまあ思う	あまり思わない	思わない	未記入	
事故防止、事故対応のマニュアルづくりを支援する機関に対する期待						
管理者 (n=22)	9 (40.9)	10 (45.5)	2 (9.1)	0	1 (4.5)	n.s.
スタッフ (n=107)	40 (37.4)	48 (44.9)	13 (12.1)	1 (0.9)	5 (4.7)	
事故防止に関する講習会の実施に対する期待						
管理者 (n=22)	9 (40.9)	13 (59.1)	0	0	0	n.s.
スタッフ (n=107)	38 (35.5)	52 (48.6)	13 (12.1)	1 (0.9)	3 (2.8)	
事故に関する設備や用具の整備に対する期待						
管理者 (n=22)	5 (22.7)	11 (50.0)	5 (22.7)	0	1 (4.5)	0.046* (<0.05)
スタッフ (n=107)	43 (40.2)	50 (46.7)	10 (9.3)	0	4 (3.7)	
事故に遭った本人や家族の精神的サポートに対する期待						
管理者 (n=22)	11 (50.0)	10 (45.5)	1 (4.5)	0	0	n.s.
スタッフ (n=107)	53 (49.5)	50 (46.7)	2 (1.9)	0	2 (1.9)	
職員の増員や待遇の改善に対する期待						
管理者 (n=22)	11 (50.0)	10 (45.5)	1 (4.5)	0	0	n.s.
スタッフ (n=107)	59 (55.1)	33 (30.8)	12 (11.2)	1 (0.9)	2 (1.9)	
管理者の相談や精神的サポートをする機関や組織に対する期待						
管理者 (n=22)	13 (59.1)	7 (31.8)	2 (9.1)	0	0	n.s.
スタッフ (n=107)	45 (42.1)	40 (37.4)	8 (7.5)	0	14 (13.1)	
職員の相談や精神的サポートをする機関や組織に対する期待						
管理者 (n=22)	12 (54.5)	9 (40.9)	1 (4.5)	0	0	n.s.
スタッフ (n=107)	54 (50.5)	42 (39.3)	9 (8.4)	0	2 (1.9)	
事故が起こったときの責任を公平に判断する第三者機関に対する期待						
管理者 (n=22)	10 (45.5)	6 (27.3)	5 (22.7)	0	1 (4.5)	n.s.
スタッフ (n=107)	37 (34.6)	55 (51.4)	12 (11.2)	0	3 (2.8)	
事故に対する指導やガイドラインを示す機関や組織に対する期待						
管理者 (n=22)	10 (45.5)	10 (45.5)	2 (9.1)	0	0	n.s.
スタッフ (n=107)	35 (32.7)	61 (57.0)	9 (8.4)	0	2 (1.9)	
事故防止対策を研究する機関や組織に対する期待						
管理者 (n=22)	9 (40.9)	11 (50.0)	2 (9.1)	0	0	n.s.
スタッフ (n=107)	31 (29.0)	63 (58.9)	11 (10.3)	0	2 (1.9)	
事故に対する実態調査に対する期待						
管理者 (n=22)	10 (45.5)	12 (54.5)	0	0	0	n.s.
スタッフ (n=107)	46 (43.0)	56 (52.3)	3 (2.8)	0	2 (1.9)	

注：()内は%を示す

(n.s. 有意差なし)

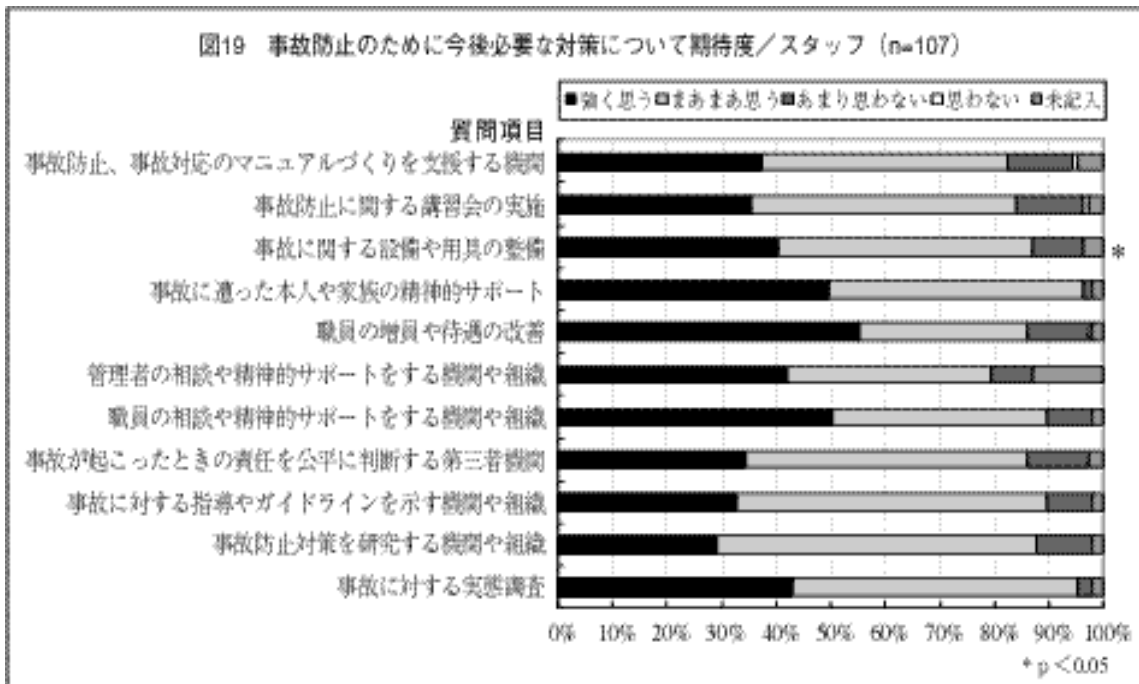
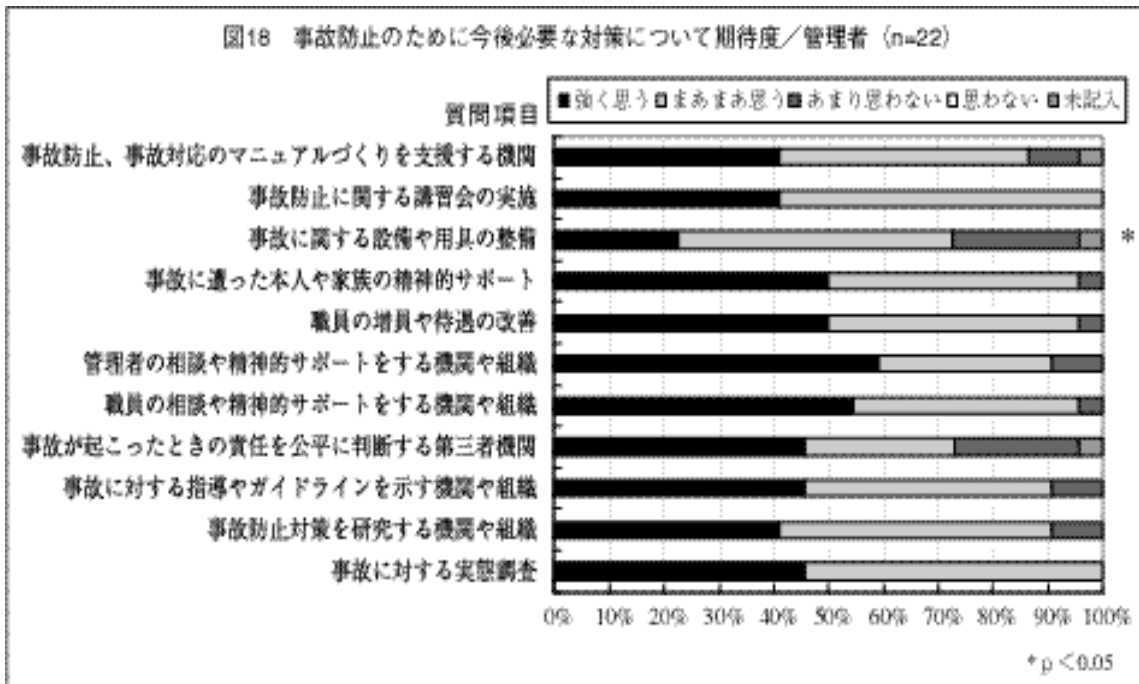
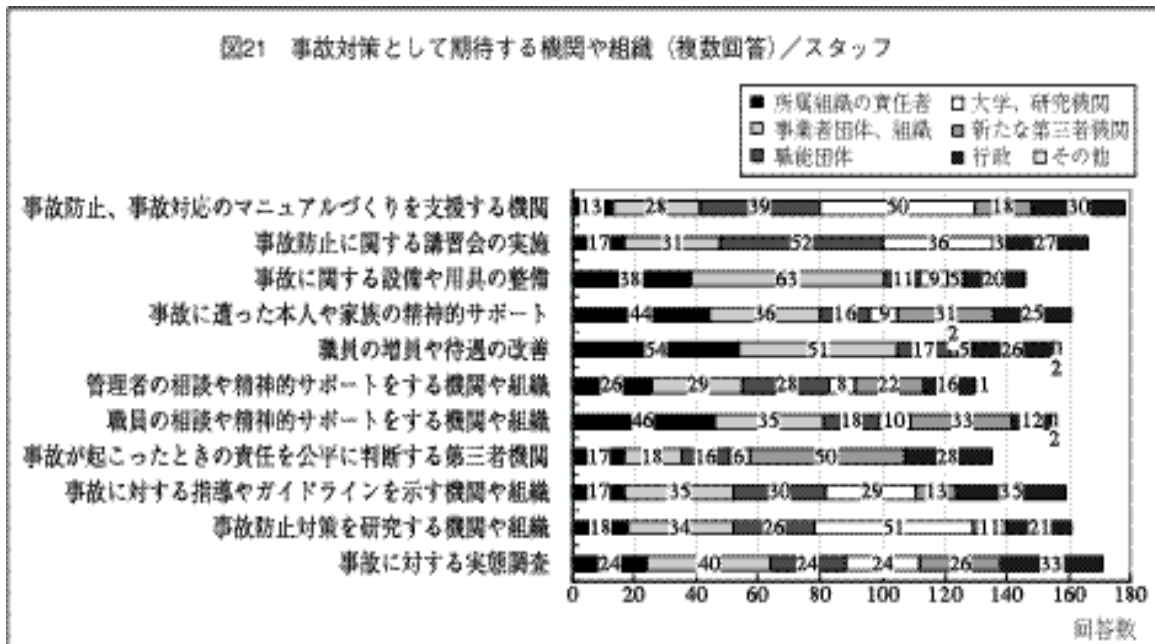
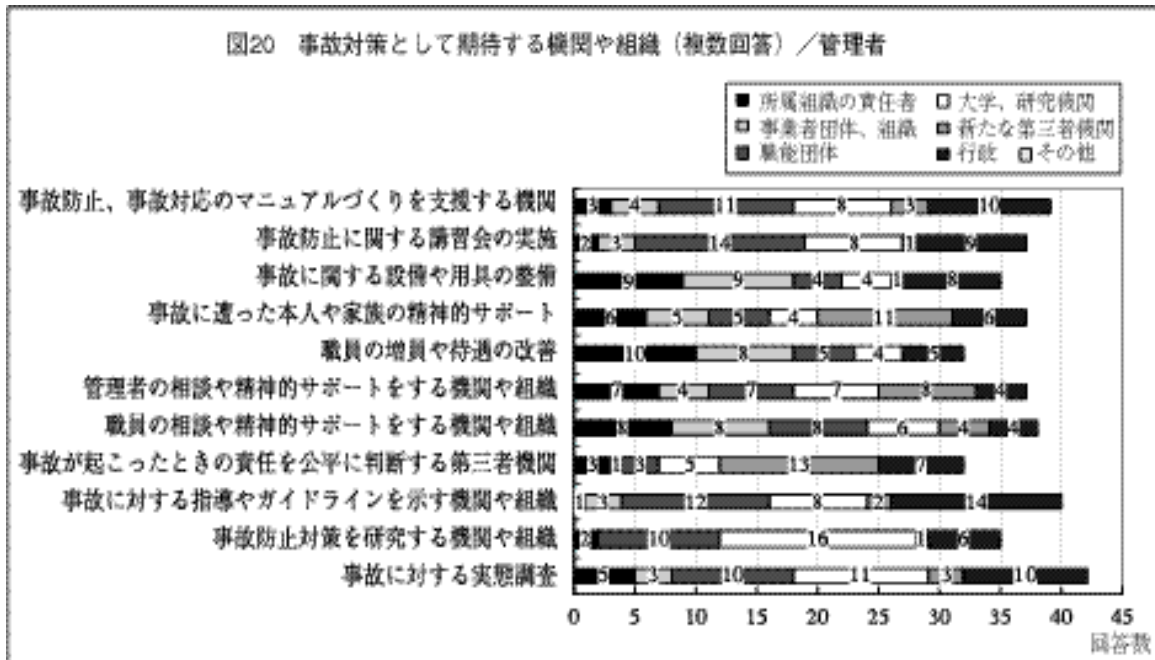


表8 事故対策として期待する機関・組織（複数回答）

機関・組織 役職別	所属組織 の責任者	事業者団体 ・組織	職能団体	大学、 研究機関	新たな 第三者機関	行政	その他	計	
事故防止、事故対応のマニュアルづくりを支援に期待する機関・組織									
管理者	3	4	11	8	3	10	0	39	
スタッフ	13	28	39	50	18	30	0	178	
事故防止に関する講習会の実施に期待する機関・組織									
管理者	2	3	14	8	1	9	0	37	
スタッフ	17	31	52	36	3	27	0	166	
事故に関する設備や用具の整備に期待する機関・組織									
管理者	9	9	4	4	1	8	0	35	
スタッフ	38	63	11	9	5	20	0	146	
事故に遭った本人や家族の精神的サポートに期待する機関・組織									
管理者	6	5	5	4	11	6	0	37	
スタッフ	44	36	16	9	31	25	0	161	
職員の増員や待遇の改善に期待する機関・組織									
管理者	10	8	5	4	0	5	0	32	
スタッフ	54	51	17	2	5	26	2	157	
管理者の相談や精神的サポートに期待する機関・組織									
管理者	7	4	7	7	8	4	0	37	
スタッフ	26	29	28	8	22	16	1	130	
職員の相談や精神的サポートに期待する機関・組織									
管理者	8	8	8	6	4	4	0	38	
スタッフ	46	35	18	10	33	12	2	156	
事故が起こったときの責任を公平に判断する機関・組織									
管理者	3	1	3	5	13	7	0	32	
スタッフ	17	18	16	6	50	28	0	135	
事故に対する指導やガイドラインを示す機関や組織									
管理者	1	3	12	8	2	14	0	40	
スタッフ	17	35	30	29	13	35	0	159	
事故防止対策を研究する機関や組織									
管理者	2	0	10	16	1	6	0	35	
スタッフ	18	34	26	51	11	21	0	161	
事故に対する実態調査に期待する機関・組織									
管理者	5	3	10	11	3	10	0	42	
スタッフ	24	40	24	24	26	33	0	171	
計	管理者	56	48	89	81	47	83	0	404
	スタッフ	314	400	277	234	217	273	5	1720

注：数字は回答数である。



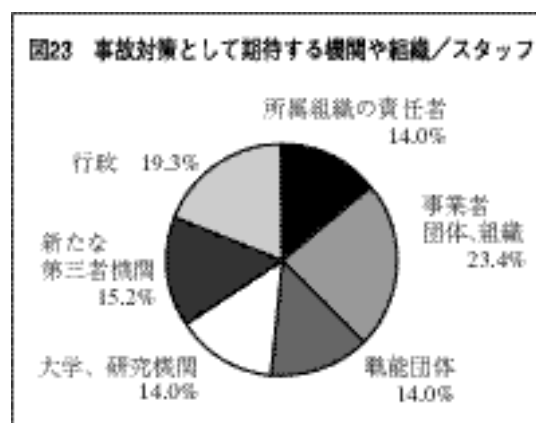
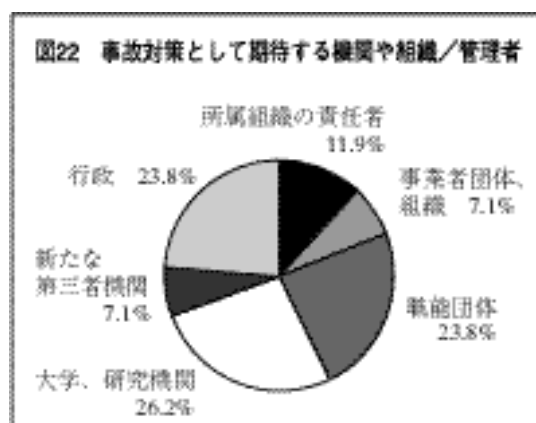


表5 インシデント
移動援助中の転倒転落
事例1

対象者の属性	体験時の周辺状況	インシデント体験
女性 脳梗塞 介護者；息子 要介護度；2	体験時間；午後3時 息子と2人暮らしで訪問時、家人は不在。頻りに転倒を起こしている利用者であり、リハビリを開始し、歩行2周目で利用者さんの疲れが多少みられていた。右側にバランスを崩して倒れそうになった。家の中でのリハビリであり、壁が支えになっていた。転倒を予測して、すぐに利用者を支えられるよう介助していた。	歩行訓練中に右下肢が床にひっかかり、利用者が転倒しそうになった。

事例2

対象者の属性	体験時の周辺状況	インシデント体験
68歳 女性 アルツハイマー病 馬尾神経障害 介護者；長男 要介護者；4	体験時間；午後3時 あらかじめ家族にも後方からついてもらっていた。	和式の生活。身体が左へ傾くことが著明となってきた。立ち上がりからの歩行を開始直後、介助者は前方から手を取り、次に胸を支持しながらバランスをとっていたが、支えきれずふらついた。

事例3

対象者の属性	体験時の周辺状況	インシデント体験
60歳 男性 パーキンソン病 介護者；妻	体験時間；午前10時 床がすべる。滑り止めマットを使用していなかった。妻がそばにいた。	歩行誘導時、誘導と違う動きをとられ、転倒しそうになった。妻の補助があり、支えられた。

入浴援助中の転倒転落

事例3

対象者の属性	体験時の周辺状況	インシデント体験
84歳 男性 心筋梗塞バイパス術後 パーキンソン病 介護者：妻 要介護度：5	体験時間：午後3時 看護師一人で行ない、妻は脱衣場から見守っていた。	本人が立ってシャワー椅子への移動を試みたが、足が前にでない。声をかけながら誘導し移動を試みたとき看護師のほうで足を滑らせ、一瞬ふらついてしまった。ここで転倒させるわけにはいかないので、グッと足に力を入れ踏ん張った。本人も片手が手すりに掴まっていたので転ぶことはなかった。

事例5

対象者の属性	体験時の周辺状況	インシデント体験
75歳 女性 パーキンソン病 介護者：夫 要介護度：3	体験時間：午後3時 2人体制で前後1人ずつ介助にあっていた。入浴室は狭く、スタッフの動きが分かっているようで把握しきれていなかった。また声かけもなく行なわれた。	シャワーキャリーに乗りシャワー入浴中、スタッフが足を持ち上げたときバランスを崩して後ろに転倒しそうになった。看護師は患者の後ろから本人を支えていたため、事故には至らなかった。

事例6

対象者の属性	体験時の周辺状況	インシデント体験
女性 腎臓小脳実性症 直腸癌術後 介護者：未記入 要介護度：3	体験時間：午前10時 介助者の看護師が腰部等の体を支え、事故につながらないように対応していた。このとき使用していた滑り止めの吸盤が摩耗していた。	浴槽から洗い場への移動時、立位から片足を上げ浴槽をまたごうとした時に、浴槽の滑り止めマットが片足の加重で端が外れかけ、滑りそうになりバランスを崩した。

事例7

対象者の属性	体験時の周辺状況	インシデント体験
88歳 女性 高血圧症 介護者：未記入 要介護度：1	体験時間：午後3時 看護師一人で行ない（自宅の風呂）。看護師は浴槽の外から引き上げるかたちでいたが、後ろに倒れることも想定し、背中を支えていた。	入浴時、浴槽から出るときに足がうまく上がらず、後ろに倒れかけた。

事例8

対象者の属性	体験時の周辺状況	インシデント体験
88歳 女性 脳梗塞 介護者：嫁 要介護度：3	体験時間：午前10時 家人は農作業で忙しく、その場にはいなかった。2人訪問であり、危険防止のため看護師が援助する位置・配置を考え、浴槽内には滑り止めマットを使用していた。	入浴介助時、洗い場や浴槽で転びそうになった。

アクシデント
導尿等のカテーテル操作
事例9

対象者の属性	体験時の周辺状況	アクシデント体験
85歳 女性 脳梗塞 介護者；妻 要介護度；2	血尿等みられず、家族介護者も気づかなかった。いつもは受け持ち看護師が交換することが多かったがこの時は違う看護師がおこなった。	フォーレ交換を行ったがすぐにはバック内に排尿が見られなかった。訪問後電話にて尿量を確認しそのまま留置した。2日後に訪問すると、ペニス先端より褐色分泌物があり、フォーレ抜去すると出血が見られた。直ちに泌尿器科医師に往診してもらい、治療までフォーレ交換は医師により行われた。(2ヶ月間くらい)

事例10

対象者の属性	体験時の周辺状況	アクシデント体験
女性 神経因性膀胱 介護者；嫁 要介護度；3	体験時間；午後2時 入職したばかりでフォーレ交換や膀胱洗を行うことが4～5年ぶりで家族の目もあり緊張していたと思われ、膀胱洗時のコップの閉め方がきつく、その結果フォーレ本体にキズをつけたと思われる。	フォーレ交換膀胱洗後に接続部近くに穴が開き、翌日再度のフォーレ交換が必要となった。

事例11

対象者の属性	体験時の周辺状況	アクシデント体験
88歳 男性 多発性脳梗塞 介護者；妻 要介護度；5	体験時間；午前11時 自室のベッドに臥床し、訪問看護師と2人であった。フォーレ交換の途中で妻が入室。利用者本人は全身観察させ力を入れていた。	定期フォーレ交換時にフォーレを挿入しようとしたが、強い抵抗があり挿入困難であった。排尿を確認し、固定したが、その後1時間たっても排尿がなかった。そのためフォーレ交換を行なったところ、先端にコアダグが付着。尿道口より出血がみられた。

事例12

対象者の属性	体験時の周辺状況	アクシデント体験
男性 心不全、前立腺肥大 介護者；妻 要介護度；5	体験時間；午後1時 前立腺肥大などの疾患により、尿カテーテル挿入中であった。家族の介護者、看護師2名が同室していた。	カテーテル交換の際、出血させてしまった。

食事の援助（誤嚥）

事例13

対象者の属性	体験時の周辺状況	アクシデント体験
80歳 男性 脳梗塞 介護者；娘 要介護度；5	体験時間；午前9時 3人暮らし。長女は朝8:00～夜まで仕事。日中は次女と対象者の2人だが、次女は精神疾患があり自分のこともままならない状況。対象者は寝たきりであり、食事介助、排泄介助、清潔介助、状態観察、服薬介助を行っていた。状態徐々に低下傾向、飲み込みが悪くなっており、適宜吸引も行っていた。訪問し、食事、排泄、服薬援助、体交し退室時には吸引を行なった。食事介助時もムセがあった。	燻所する前に吸引し、肺音確認をしてから退室したが、午後ヘルパー訪問時、呼吸停止していたとの連絡が入った。主治医往診したが、誤嚥による窒息死と診断された。

リハビリテーション中

事例14

対象者の属性	体験時の周辺状況	アクシデント体験
80歳 男性 脊髄性筋萎縮症 介護者；妹 要介護度；5	体験時間；午前10時 ベッド上生活ですべてにおいて全介助を行っていた。筋萎縮、関節拘縮があり、骨粗鬆症もあった。	ROM運動中、左上肢を挙上した時、左上肢を骨折。

入浴の援助（転倒転落以外）

事例15

対象者の属性	体験時の周辺状況	アクシデント体験
86歳 女性 水俣病、脳梗塞、骨折 介護者；未記入 要介護度；4	体験時間；午前10時 股関節、膝関節に拘縮がきており、1か月前から自宅入浴時に痛みが出てきていたので、入浴法を変えてほしい（デイサービス、訪問入浴）旨、家族とケアマネに相談していたが、家族は準備が大変なので今までどおり行ってほしいとの希望で危険と思いつつ自宅浴槽にて入浴介助を行っていた。	看護師とヘルパーが入浴介助後、ベッドに戻ったら下肢に痛みが出ていた。痛みが強くなり、病院受診したら大腿骨が骨折していた。ぶつけたりしたわけではなくいつものように入浴介助を行っていた。

事例16

対象者の属性	体験時の周辺状況	アクシデント体験
71歳 男性 脳出血 介護者；妻 要介護度；3	体験時間；午後3時 左片麻痺。入浴介助について、理学療法士に指導をうけていた。	指導をうけた入浴の方法で実施したが、介助もかなり不安定で、転倒しないかハラハラの状態での介助であった。注意して介助していたが、入浴後更衣時に見てみると、下肢に振り傷があり出血していた。

事例17

対象者の属性	体験時の周辺状況	アクシデント体験
80歳 女性 脳梗塞 介護者；類または 家政婦 要介護度；1	関節拘縮にて股関節の開脚がほとんどできな いため、陰部清拭の際には、大腿部の皮膚を 手で張るようにして洗浄していた。	陰部洗浄をしようと思い、開脚させたら 大腸骨を骨折してしまった。

める割合は79.2%であり、アクシデントでは20.8%と、インシデントが多いことがわかった。また事故の内訳を 看護者自身の事故、ケアに関する事故、医療処置に関する事故、その他、に分類すると看護者自身の事故が全体の40%を占めて最も多く、次いでケア中の事故であり、最も少なかったのは医療処置に関するものであった。

看護者自身の事故

看護者自身の事故の中で最も多かったのは、交通事故であった。この結果から訪問看護ステーションの看護職員の勤務体制が施設内看護と異なり、リスクへの対応や心身の緊張を伴うことが推察される。つまり訪問看護には、施設内看護と比べて、ステーションと訪問先との相互の移動に関係した行為が増えるため、リスクを増加させる原因にもなると考えられる。またインシデントとアクシデントの関係では、交通事故の88%はインシデントである。アクシデントにおいても治療期間はすべて1週間以内であった。さらに具体的な記載には、訪問時間が気になりついスピードを出してしまった、自転車に接触しそうになった等自分自身に原因があるもの、と追突された等の受動的な事故もみられた。これらより、比較的軽微な事故であっても看護職員にとってはアクシデントになりかねない出来事として受け止められ、自身の事故が看護内容にも影響を及ぼすこと等が推察される。

地域を頻繁に移動する訪問看護においては、交通事故の発生は避けられない問題である。N市においてはほとんど自動車による訪問であるが、交通量が多くさらに駐車にも気を配らなければならない等の事情がある。また本研究における事故件数の多さから考察すると、介護保険制度開始後の状況の変化が影

響していることも考えられよう。まずサービス時間や利用料が30分未満から設定されたこと、デイサービスの入浴利用等により訪問看護ステーションの清潔援助が減少し、医療処置や病状観察など短時間でできる内容に変化してきたこと、利用者の希望時間に合わせて訪問の予定時間を設定するための時間の調整が困難で、移動時間に影響が生じている等、交通事故になりかねない訪問看護の実態が関係していると推察される。これらの結果から対策として考えられることは、時間切迫は重要なエラー発生要因であるといわれているように、一人一人が心のゆとりを持つことが大切であり、スタッフ間の引継ぎや情報交換の重要性、確認の重要性が示唆された。

ケア中の事故

看護者自身の事故に次いで多かったものは、ケア中の事故すなわち療養上の世話に関する事故で全体の31%であった。「介護保険サービス施設、事業所調査」によると、ケアに関する事故の割合が多く、事故の発生頻度に影響するものと考えられる。本研究においてケア中の事故で最も多かったのは、転倒転落であった。川村は「高齢者が増加したために医療現場でもっとも身近なインシデントが転倒転落である¹⁴⁾」と述べている。高齢でしかも要介護度の高い利用者が多い訪問看護ステーションにおいては転倒の事例の割合は多くなると考えられ、予防対策が急がれる。本研究からは移動中の転倒転落が最も多く、次いで入浴中、歩行中の順に多いことが明らかになった。入浴中の転倒については後の項で述べることとし、ここではそれ以外の転倒について考察する。看護職員が印象に残った体験事例(表5)として、リハビリ中、歩行誘導時がある。事例1・2・3ともに歩行開始時

や歩行訓練中に発生しており、利用者の筋力低下に加えて、事例3ではパーキンソン病のため利用者が看護職員の誘導と違う動きをしたため転倒しそうになっている。また事例1では床に足がひっかかる、ぬれた床で滑ったことがあげられていた。危険要因としては、利用者の心身の機能低下、情報収集およびアセスメントの未充足、不適切な手順や方法での介助、設備や用具の不備等が考えられる。体験事例を概観すると、アセスメントを確実に行うこと、適切な手順や方法で実施すること、設備などについての確認を行ってから看護行為を行うことにより防止できるのではないかと推察された。

次に入浴中の事故についてその要因を考察する。調査結果からは「入浴後に急に意識レベルが低下した」の1例を除いていずれも転倒であった(事例4.5.6.7.8)。「満足度の高い介護は安全性も高く、それがもっとも顕著に現れるのが入浴の介護である¹⁵⁾」と言われているように、高齢で身体機能障害のある利用者が安全で安楽な入浴を行うためには熟練した看護技術が必要である。体験事例から事故の原因として考えられることは、まず設備・用具の保守点検の不足や、利用者のアセスメントの不足、看護体制の不適切等である。個別の身体機能や認知能力をアセスメントし、複数の看護職員で対応する必要がある。しかし、一人でやらざるを得ない勤務体制と時間に追われた仕事の中で事故が発生することが推察される。

また事例6では、浴槽のマットの摩耗があったため滑って転倒しそうになっており、物品のメンテナンスをして安全な状態に保つことが必要といえる。対象者の経済状況等を見極めながら、必要な設備の整備、点検、交換等について家族に提言し支援することも大切な役割であろう。

医療処置に関する事故

医療処置に関する事故、即ち医師の指示に基づく診療補助業務に関する事故はどうであったか。「診療補助における事故は、不可抗力を除けば主として医療側に危険要因が存在している¹⁶⁾」と川村は述べている。本研究の調

査で最も多かった導尿等のカテーテル操作について、表5の体験事例9.10.11.12では、カテーテル交換時の出血4件、カテーテルに傷をつけて翌日交換した等があった。事故を起こす要因として、まず対象者(患者)側の要因として患者特性が考えられる。いずれも高齢であり、前立腺肥大が2例、そのほか脳梗塞、神経因性膀胱、また意思伝達ができない等であった。次に看護者側の要因が考えられる。対象者を受け持つ看護師が急に交代したこと、訪問看護ステーションに就職後1年未満で、かつ4~5年ぶりにカテーテルの交換を実施せざるを得ない事情があった。またカテーテル挿入途中に家族の出入りがあったり、同僚や家族の同席があったり等、対象者が緊張している状態の中でカテーテル操作が実施されていた。管理上の要因としては、難しい看護技術であれば事前にマスターさせておく必要があったことが考えられる。これらより看護者のアセスメント、手順、方法など基本的なルールを守っていくことを改めて考えさせられる。

その他

体験事例からは、家族の介助があった方が望ましいと思われる場面でも家族に依頼していない、あるいは看護者のいる間に家族が他の仕事をするために離れた場所にいるという記載があった。事故予防に関して家族との関係をどのように考えればよいのであろうか。文献によると、医療機関においては家族の役割や家族とリスクに関する話し合いをする必要性がある、施設においては、入所時に家族からリスクを聞き事故防止に関する話をして理解を得ることが重要¹⁷⁾といわれている。調査からは必ずしも事故予防に関しての話し合いは行われていないことがうかがわれた。医療機関や施設と同様に家族と事故予防に関する話し合いをする必要性を感じる。また、看護者が対象者と環境面のリスクに関するアセスメントを行う際、家族からの十分な聞き取りを参考にし、必要に応じて家族に協力依頼していくことが重要といえる。

2. 事故の予防・事故対応策

事故の対策については予防するための対策と事故が起きてからの対応策がある。それぞれの実態と課題について考察する。まず事故予防対策について、毎日の業務の中で互いに情報提供し共有化を図っている割合は91.5%で高い割合を示していた。この結果から、訪問看護ステーションにおいては互いの人間関係の中で情報交換をしやすい雰囲気であり、また職員数や部屋の物理的空間から考えても情報の共有化が図られやすい状況であることが推察された。しかし、情報交換後さらに進んだ事故防止に関するカンファレンスの実施は50%にとどまっていた。共有化された情報を一歩深めて予防対策につなげていくためのカンファレンスの実施は、時間的に余裕のないことが推察される。

事故報告書に関しては、ヒヤリ・ハット報告の段階で現場にフィードバックしオープンに語られるほど報告することへの抵抗が薄れる、それは未然に防ぎ得た事例であるがゆえに防止について学べる¹⁹⁾といわれている。余裕のない中でのカンファレンスの実施は困難ではあると感じたが、わずかな時間でも事例を通して得られる気づきや学びのできるカンファレンスを大切にしていきたいものである。

事故予防のマニュアルについて、独自のマニュアルの活用は35.7%、既製のマニュアル活用が9.3%でありいずれも低かった。さらにチェックリストによる安全点検においても7.0%の実施であった。これらの結果に加え、今後必要な対策は何かという質問に対して期待が最も高かったのは、マニュアルづくりを支援する機関への期待であった。これより推察されることは、カンファレンスと同様にマニュアルづくりについても必要性は認識していても、独自で作成するには至らず、支援があれば作成したいという期待があり、今後の具体的な支援を考えていかなければならない。

事故予防に関する職員の教育や研修については、半数以上が実施しているとの結果であった。回数は年に1回あるいは不定期であった。この結果からも事故予防に関して、対策が不十分なことが明らかとなった。

事故が起きてからから対応策については、事故およびヒヤリ・ハットの報告書作成が74.4%であるが、報告書に基づくカンファレンスになると41.9%に減少している。さらに緊急時のマニュアルを作成しているとの回答が38.8%であり、事故後のマニュアルを作成しているとの回答が30.2%にとどまっていた。

事故の予防と事故が起きてからの対策について、Pearsonの相関係数を用いて検討したところ、事故予防対策と事故対応策の間に中等度の相関($r=0.582$)がみられた。この結果も合わせて考察すると、現状は介護保険制度の開始後、体制を整えつつ日常業務に追われ手がまわりかね、どちらの対応も未開発の段階となっていると考えられ、今後の対策樹立が急がれる。

3. 事故防止のために必要な対策

事故防止対策への期待度について、管理者では「事故に関する設備や用具の整備」を除くすべての質問項目において40~50%の割合で「強く思う」と回答していた。また、「管理者や職員に対する精神的サポートをする組織や機関への期待」の割合は、管理者で「強く思う」と「まあまあ思う」を合わせて90%を超え、スタッフでは80%を超えていた。この結果は管理者が「地域の中で他組織・機関と連携しながら自らもサービスを提供し、しかも経営から管理監督まで幅広い業務を担う²⁰⁾」という管理者の置かれた立場や苦勞を現しているといえよう。

また「事故にあった本人や家族の精神的サポート」については、管理者、スタッフともに高い割合を示していた。これは、業務において時間的にも精神的にも余裕のないこと、また重要な問題でありながらシステムとして確立されていないことを表れてはいるかと考えられる。

スタッフの85%以上に期待度のあった項目は「職員の増員や待遇の改善」であった。経営上の理由から必要最小限の人員で業務を遂行せざるを得ない実態が介護保険法の実施前から叫ばれていたが、実施後の本研究からも状況は変わらず、むしろ独立採算制となったこ

とや、ケアマネージャー業務が増えたこと等により、一層厳しい事態になったことが推察された。

「事故に対する実態調査への期待」は管理者45.5%、スタッフ43%で両者からの期待が示された。このたびの調査を受けて気持ちが引き締まった、事故予防・対策について考える機会になった等の記載があり、この調査を契機に自己の仕事への取り組みを見直したり、実態を知りそれを日常の業務に生かしていきたいと考えていることが推察された。

管理者とスタッフの期待度を比べたとき、質問項目の中で有意差がみられたのは「事故に対する設備や用具の整備」であり管理者よりスタッフのほうが期待が大きかった。ここでいう具体的な設備や用具としてどのようなものが必要であるか、このたびの事故の事例からは明らかにならなかった。

最後に事故予防や事故対応に対してどのような対策をどの機関・組織に期待しているのだろうか。最も高い期待を示していたのは、事故防止、事故対応マニュアルづくりを支援する機関であり、大学・研究機関への期待が最も多く、職能団体、行政の順であった。次いで多かったのは、事故に対する実態調査に期待する機関であり、事業者団体、大学・研究機関、職能団体に期待していることがわかった。また管理者とスタッフの意識の違いもみられた。即ち管理者は大学・研究機関に高い期待を示しており、一方スタッフは事業者団体に高い期待を示していた。このようにそれぞれの立場において期待する機関や組織に特徴がみられたが、近年、看護大学が設置されたことにより、身近になったサポート機関の一部として大学に期待されているところであろう。このたびの結果も真摯に受け止め応えていく必要があると考える。

研究の限界と今後の課題

今回の調査はN市という人口53万の中核地方都市、訪問看護ステーションで働く看護職員を対象に調査し、事故の実態と予防対策及び事故対応策の実態の概要を把握することができた。しかし、研究方法として自記式に

よる郵送回答調査であり直接当事者からの聞き取りを行っていない。今後は、事故体験の詳細な状況について質的な実態を明らかにすること、また他地域との比較検討を行いながらマニュアル等の作成を看護職員とともに行っていく必要がある。

おわりに

介護保険サービスの理念は要介護状態の悪化防止や予防に役立つことである。本研究により、訪問看護ステーションにおける事故の実態とともに、いずれの施設においても高齢の利用者の自立支援に向かって努力している事がうかがえた。今後とも在宅ケアの対象者は増加の傾向にあり、多様なニーズを持つ対象者に対して、幅広い知識や技術を持って看護を提供していかなければならない。そのためにも専門性を高め、多くの職種の中で役割を明確にしていくことが、事故の予防にもつながっていくと考える。調査に示された大学に期待されていることにも応えていきたい。

21世紀は在宅看護・訪問看護の時代になるだろうといわれている。2004年度政府予算案は「訪問看護推進事業」に7億5000万円という訪問看護初の大型予算を計上した。当事者の声を聴きながら、当事者のニーズが反映された諸事業の企画が望まれる。

謝 辞

最後に本研究の調査にご協力いただいた訪問看護ステーションの職員の皆様およびプリントテストにご協力いただいた石津彩子様へ深く感謝いたします。

なお、本研究は平成15年度文部科学省研究費基盤調査(BⅡ2)「看護・福祉分野におけるヒューマンエラーの研究」の一部をまとめたものである。

引用文献

- 1) 石井トク、甲斐克典、野口恭子：在宅ケアにおける医療事故の把握と訪問看護婦の注意義務につ

- いての分析 平成9年度～平成12年度科学研究費補助金(基盤研究(c)2)研究成果報告書 2001
- 2) 竹中浩治、上野桂子、山崎摩耶他:訪問看護における事故対応指針作成のための研究 研究報告書2000
- 3) 上野桂子:これからリスクマネジメントに取り組む訪問看護婦さんへ. 訪問看護と介護 6(6): 448-451、2001
- 4) 清崎由美子:岐路に立つ訪問看護ステーションの課題と展望. 訪問看護と介護 8(12): 916-923 2003
- 5) 宮崎和加子:在宅ケアにおけるリスクマネジメントマニュアル. 日本看護協会出版会11、2002
- 6) 組織で取り組む医療事故防止 看護管理者のためのリスクマネジメント、日本看護協会出版会 5.2000
- 7) 6) 前掲書 3
- 8) 2) 前掲書 50
- 9) 5) 前掲書 18
- 10) 1) 前掲書
- 11) 2) 前掲書
- 12) 川村治子:書きたくなるヒヤリハット報告. 87、医学書院、2002
- 13) 石井やよ江:データにみる介護保険施行後の訪問看護の実態. 看護研究 35(1): 25-35、2002
- 14) 川村治子:ヒヤリ・ハット11,000事例によるエラーマップ完全本. 83、医学書院、2003
- 15) 山田滋:リスクマネジメントから見た入浴介護. 訪問看護と介護 8(9): 730~737、2003
- 16) 12) 前掲書 36-38
- 17) 14) 前掲書 115-118
- 18) 15) 前掲書
- 19) 12) 前掲書 9-12
- 20) 友安直子:日本の医療制度における訪問看護、2003年改定後の課題. インターナショナルナーシングレビュー、27(1): 32-38、2004
- システム構築の必要性. 訪問看護と介護 8(1): 67-71、2003
- 4) 飯塚悦功:社会技術としての医療安全技術 システム工学から見た安全文化. インターナショナルナーシングレビュー 26(4): 66-72、2003
- 5) 土屋八千代他:看護事故を予防する その視点とアセスメント事例集. 医歯薬出版株式会社、2003
- 6) 日本看護協会編:平成13年度看護白書、日本看護協会出版会、155-161、2001
- 7) 厚生労働省 第4回ヒヤリハット事例検討作業部会 転倒・転落の具体的防止策案. 週刊保健衛生ニュース 第1208号、10-11、2003
- 8) 高橋龍太郎:高齢者の入浴事故防止のために. 訪問看護と介護 8(10): 808~812、2003
- 9) 藤田茂:心身分析による看護職員の忙しさとヒューマンエラー. 看護管理 3(2): 120-123、2003
- 10) 渡辺勝敏:信頼できる医療を目指して医療者と患者ができること. 看護管理 13(3): 180-183、2003
- 11) 伊藤謙治:人間工学的アプローチとリスク管理. 看護管理 13(5): 365-370、2003
- 12) 伊藤謙治:医療・看護現場の安全文化. 看護管理 13(6): 469-475、2003
- 13) 伊藤謙治:看護におけるエラー対策の期待. 看護管理 13(7): 557-564、2003
- 14) 藤牧功太郎:サービス評価が利用者・事業者にもたらす影響. 訪問看護と介護 8(2): 808-812、2003
- 15) 笹谷孝子:事故事例の分析を生かした患者の安全を確保する組織づくり. 看護管理 13(12): 980-998、2003
- 16) 佐藤美穂子、岡谷恵子、村嶋幸代:介護保険施行後の訪問看護のグランドデザイン. 看護研究 35(1): 78-80、2002
- 17) 清崎由美子:リスクマネジメントに取り組む取り組み方針の決定. 訪問看護と介護 8(3): 227-231、2003
- 18) 清崎由美子:リスクマネジメントに取り組む動き始めたリスクマネジメント体制. 訪問看護と介護 8(4): 330-333、2003
- 19) 金川琢雄:在宅看護の法的課題. 保健の科学 43(11): 869-876、2001
- 20) 鈴木みずえ:転倒予防 リスクマネジメントとケアプラン. 医学書院、2003

参考文献

- 1) 日本看護協会編:看護職の社会経済福祉に関する指針. 70-95、日本看護協会出版会、2000
- 2) 全国訪問看護事業協会:訪問看護における事故対応の現状. 訪問看護と介護 6(6): 469-474、2001
- 3) 清崎由美子:リスクマネジメントに取り組む