

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

平成12年3月

社団法人全国訪問看護事業協会
本委員会委員長 竹 中 浩 治
主任研究者 上 野 桂 子

まえがき

訪問看護事業がスタートして9年目に入り、地域医療の重要な担い手としての認知度も相当高まってきました。さらに今年の介護保険法施行により、その重要性はますます高まっているといえます。

一方で、このように訪問看護事業が地域社会に定着するにつれ、サービス提供中の事故が増加するようになってきました。無論、各ステーション、個々の看護婦におかれましては事故を起こさないよう細心の注意を払っていただいていると推察致しますが、今後、訪問看護事業がますます拡大・発展していくであろうことを鑑みると、事故防止及び事故発生時の適正な解決のために体系的な取り組みを行っていく必要があります。

そこで、平成11年度の厚生省老人保健健康増進等事業として、「訪問看護における事故対応指針作成のための研究」を実施致しました。

本研究では、無作為抽出した全国の訪問看護ステーション500ヶ所にアンケートを送付し、事故対応体制の現状、これまでに発生した事故、ヒヤリハット事例について大規模なアンケート調査を実施・分析しました。さらに、リスクマネジメントの手法を訪問看護事業で取り入れた場合に要求される事項についても調査・分析しております。

本研究報告書は、各ステーションにおいて事故防止のための取り組みを行う上で、必ずやお役に立つものと考えております。今後とも継続的なリスクマネジメントの取り組みを期待致します。

最後に実地調査、アンケートにご協力いただいた訪問看護ステーションの方々に厚く御礼申し上げます。

平成12年3月

訪問看護における事故対応指針作成のための研究事業

本委員会委員長 竹 中 浩 治

((社) 全国訪問看護事業協会 副会長)

研究組織

本委員会構成メンバー

委員長	竹中 浩治（全国訪問看護事業協会 副会長 ヒューマンサイエンス振興財団 理事長）
委員	上野 桂子（（福）聖隷福祉事業団訪問看護ステーション 部長 全国訪問看護事業協会 常務理事）
委員	西島 英利（日本医師会 常任理事）
委員	山崎 摩耶（日本看護協会 常任理事）
委員	平林 勝政（國學院大学法学部 教授）
委員	池ヶ谷紀子（武蔵野赤十字訪問看護ステーション 所長）
委員	清崎由美子（（医）財団石心会訪問看護ステーション 統括所長）

ワーキンググループ構成メンバー

主任研究者	上野 桂子（全国訪問看護事業協会 常務理事）
委員	池ヶ谷紀子（武蔵野赤十字訪問看護ステーション 所長）
委員	清崎由美子（（医）財団石心会訪問看護ステーション 統括所長）
委員	田村 直義（（株）インタリスク法務リスクグループ コンサルタント）
委員	江口 忠邦（三井海上火災保険（株）公務開発部）

1. 調査研究の目的

高齢化の進展・訪問看護対象者の増加により、訪問看護サービスの供給量が拡大し、それに伴う事故発生件数の増加が危惧される。また、訪問看護ステーション、従事者が、これまで以上に広く国民に信頼されるノウハウを身につけ、安全なサービスを提供し、また万一の事故の際にも適切な措置を講じることは社会的な責務である。

そこで訪問看護ステーション、従事者の過失等による損害賠償事故等を予防するための対策を検討する。同時に、万一事故が発生した場合に被害者に適切な措置を施し、事故による損害を最小限に食い止めるための対策を検討する。

2. 調査研究方法および内容

(1) 調査研究委員会の設置

学識経験者等による調査研究委員会を設置・運営

(2) 調査計画の策定

調査方法・内容などの調査計画を策定

(3) 訪問看護における業務内容の整理

主な訪問看護業務について業務手順を整理

(4) 訪問看護ステーション対象アンケート調査の実施

①調査目的：利用者に対する事故予防策、事故対応策の実態および具体的な事故発生内容等を把握することにより、今後の訪問看護ステーションが取り組むべきリスクマネジメントのありかたを検討するための参考資料とする。

②調査対象：全国訪問看護事業協会に所属する訪問看護ステーション500カ所

③調査方法：無作為に抽出した500カ所のステーションに対し、調査票を郵送し、各管理者に記入を依頼。返送された調査票を集計し、分析した。

④調査期間：1999年11月～12月

⑤調査票回収結果：回収数248通（回収率49.6%）

⑥調査内容：a. 事故予防体制 b. 事故対応体制 c. 過去の事故経験

(5) 事故予防対策・緊急時対応対策・事故解決対策の検討

(3)(4)を踏まえて、リスクマネジメント手法に基づき、事故予防対策・緊急時対応対策・事故解決対策を検討

(6) 事故予防対策・緊急時対応対策・事故解決対策の解説

(5)の結果を踏まえて、要点を解説

(7) 調査研究体制

本調査研究の実施に際し、以下のメンバーにより構成される本委員会およびワーキンググループを設置して検討を行う。

目次

第1章 訪問看護を巡る情勢

- 1. 訪問看護の重要性 … 3
- 2. 損害賠償に対する社会の意識変化 … 3

第2章 訪問看護における事故対応の実態（アンケート調査）

- 1. アンケート調査実施内容 … 7
- 2. アンケート調査分析結果
 - (1) 施設概要 … 8
 - (2) 単純集計結果 … 12
 - (3) 主な調査分析結果 … 17
 - (4) アンケート調査分析結果 … 27
 - (5) ヒヤリハット事例・事故例の要約抜粋 … 28

第3章 リスクマネジメント総論

- 1. RM（リスクマネジメント）一般論
 - (1) リスクマネジメントの定義 … 41
 - (2) リスクマネジメントの問題点 … 41
 - (3) リスクマネジメントの手順 … 42
 - (4) リスクマネジメント実践のポイント … 48
- 2. 訪問看護におけるRM
 - (1) 訪問看護固有のリスクマネジメント … 50
 - (2) 訪問看護リスクマネジメント体制の導入 … 54

第4章 リスクマネジメント各論

- 1. 事故予防対策
 - (1) 予防対策の必要性 … 63
 - (2) 事故予防対策のポイント … 64
 - (3) 取組み事例 … 75
- 2. 緊急時対応対策
 - (1) 緊急時対応対策の必要性 … 81
 - (2) 緊急時対応対策のポイント … 81
 - (3) 取組み事例 … 84
- 3. 事故解決対策
 - (1) 事故解決対策の必要性 … 86
 - (2) 事故解決対応の実践 … 86

第1章

訪問看護を巡る情勢

第1章 訪問看護を巡る情勢

1. 訪問看護の重要性

1980年代になって、日本社会の高齢化が将来の深刻な問題ととらえられるようになった。1986年に65歳以上の高齢者が占める割合が初めて10%を超えたが、その後も高齢化は進展し続け、2025年にはその割合は25%を超えると予測されている。すなわち、国民の4人に1人が高齢者という世界一の高齢社会の時代が到来する。

こうした高齢社会では、看護・介護を必要とする寝たきり老人や痴呆老人の数も当然増加する。厚生省によれば、現時点において寝たきり高齢者または要介護の痴呆高齢者、今後要介護状態になる可能性のある虚弱者は約270万人であるが、2025年にはほぼ倍の530万人になると推測されている。

ところが、このような高齢者を家族がケアするのが難しい状況に陥っている。その理由として、核家族化と女性の社会進出の2つが考えられる。各世帯において核家族化が進行した結果、高齢者のいる世帯の40%以上が、一人暮らしのため介護者がいない、もしくは夫婦二人暮らしのため介護者自身も高齢者になっている、という現状にある。また、女性の社会進出が進み、既に全雇用者の約4割が女性である。現在、家族の介護者のうち80%が女性であるが介護のために離職したというケースが相当数存在する。すなわち家族介護が女性の就業を阻害するという問題が生じているのである。

加えて、2000年4月に介護保険法が施行され、要介護者も可能な限り自宅において自立した生活を営めるようにすることがその目的とされている。先に述べたような高齢化と家族介護の限界という状況下で、この目的を達成するには訪問看護は不可欠の存在となっている。すなわち、訪問看護ステーションは、在宅ケアの重要な柱の一つとして重大な役割を担っており、今後さらに大きな期待が寄せられているといえる。

2. 損害賠償に対する社会の意識変化

かつて我が国は、訴訟を起こして争うことを好まない国民性があるといわれていた。しかし、近年、損害賠償に対する社会の意識は大きく変わりつつある。

1998年に国民生活センターや全国にある消費生活センターによせられた商品やサービスに関する苦情相談件数は628,640件に上っており、8年連続で過去最高を更新している。また、裁判所に提起される訴訟件数は年々増加の一途をたどっており、1998年に全国の地方裁判所に新たに起こされた訴訟件数は180,177件に上っている。

これらの事情からもわかるように、泣き寝入りせずに主張すべきことは主張するという意識が社会の中に浸透し始めているのである。

第2章

訪問看護における事故対応の実態 (アンケート調査)

第2章 訪問看護における事故対応の実態（アンケート調査）

1. アンケート調査実施内容

（1）調査目的

訪問看護ステーションにおける利用者に対する事故予防策、事故対応策の実態および具体的な事故発生状況等を把握することにより、今後の訪問看護ステーションが取り組むべきリスクマネジメントのありかたを検討する資料とする。

（2）調査対象

全国訪問看護事業協会に所属する訪問看護ステーション500カ所

（3）調査方法

無作為に抽出した500カ所のステーションに対し、調査票を郵送し、各管理者に記入を依頼。返送された調査票を集計し、分析した。

（4）調査期間

1999年11月～12月

（5）調査票回収結果

回収数248通（回収率49.6%）

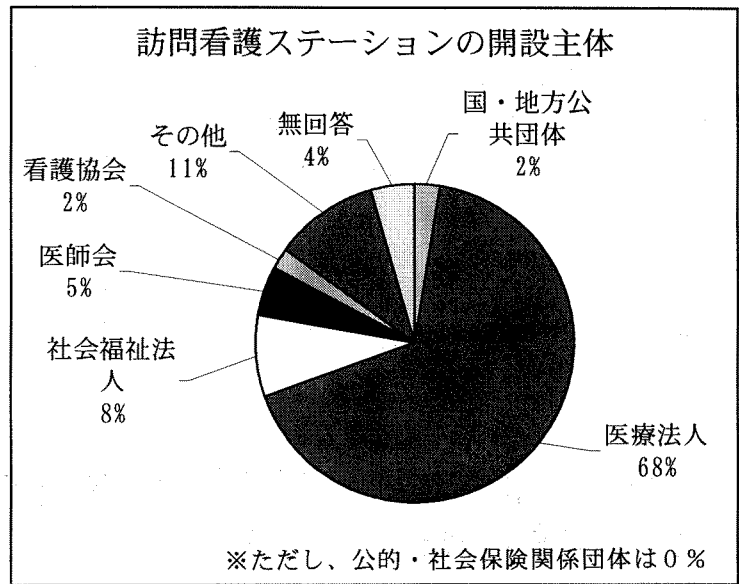
（6）調査内容

- a. 事故予防体制について
- b. 事故対応体制
- c. 過去の事故経験について

2. アンケート調査分析結果

(1) 施設概要

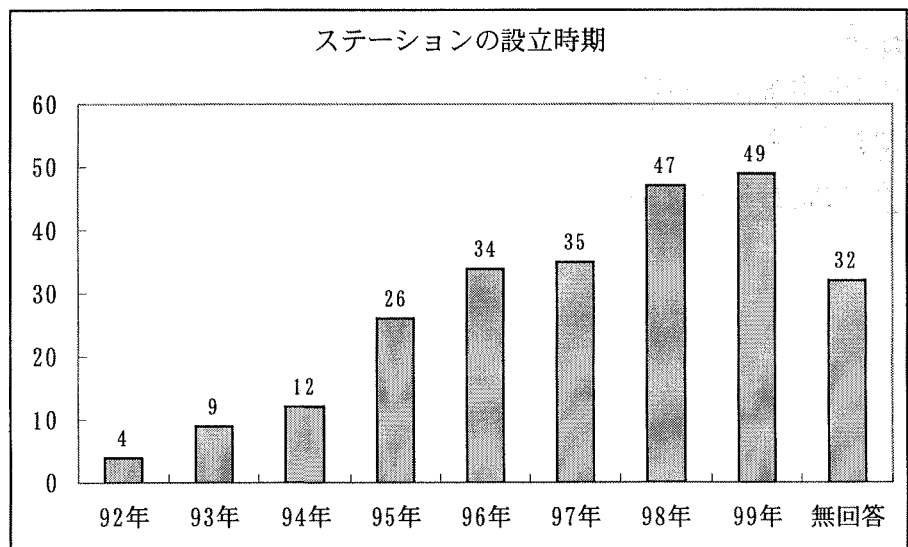
1) 訪問看護ステーションの設立主体



(平成11年11月現在)

厚生省の「老人訪問看護・訪問看護報告」で全事業所のうち医療法人の占める割合が57.2%であるのに比べると、今回、回答があったステーションの開設主体に医療法人が占める割合はかなり高いといえる。

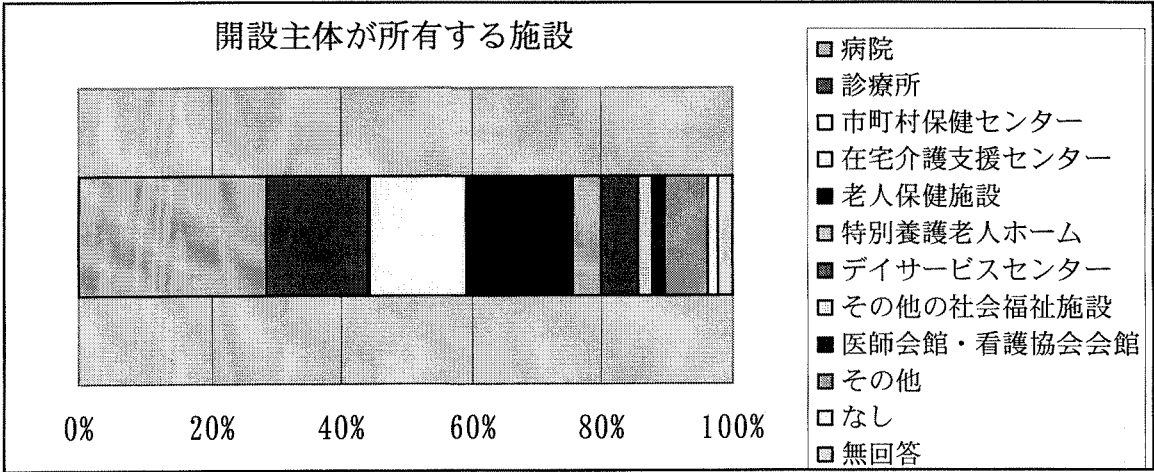
2) ステーション設立時期



(平成11年11月現在)

アンケートに対し、回答のあった248件中、最も多かったのは1999年であり、以下98年、97年と続いていく。無作為抽出であるにもかかわらず、大きなバラツキが出た原因として、近年の訪問看護ステーション数が急増したことがあげられる。

3) 設置主体が所有する施設

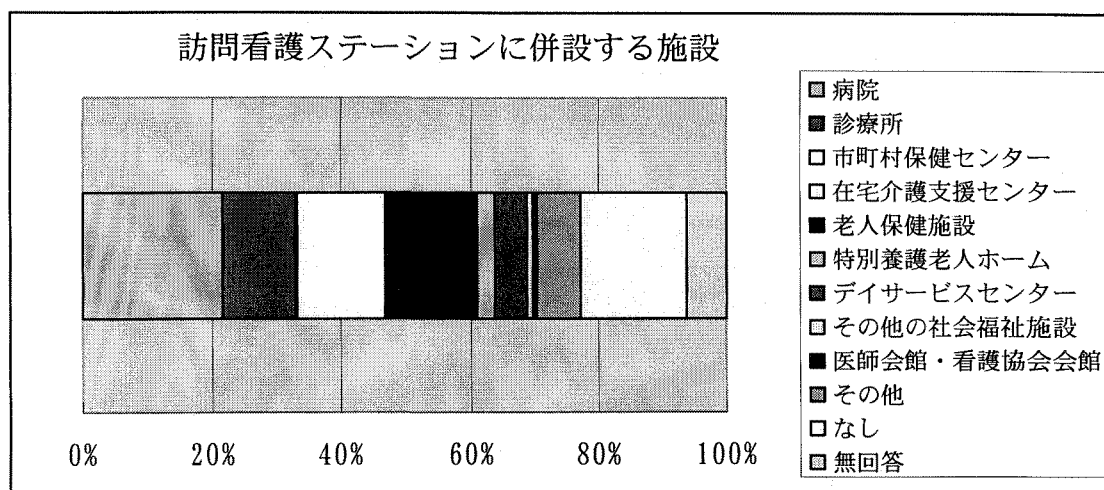


病院	診療所	市町村保健センター	在宅介護支援センター	老人保健施設	特別養護老人ホーム	デイサービスセンター	その他の社会福祉施設	医師会館・看護協会会館	その他	なし	無回答
146	79	1	76	83	23	28	11	10	33	8	12
58.9%	31.9%	0.4%	30.6%	33.5%	9.3%	11.3%	4.4%	4.0%	13.3%	3.2%	4.8%

(平成11年11月現在)

全開設主体の58.9%が病院を所有しており、以下老人保健施設(33.5%)、診療所(31.9%)の順で続いた。

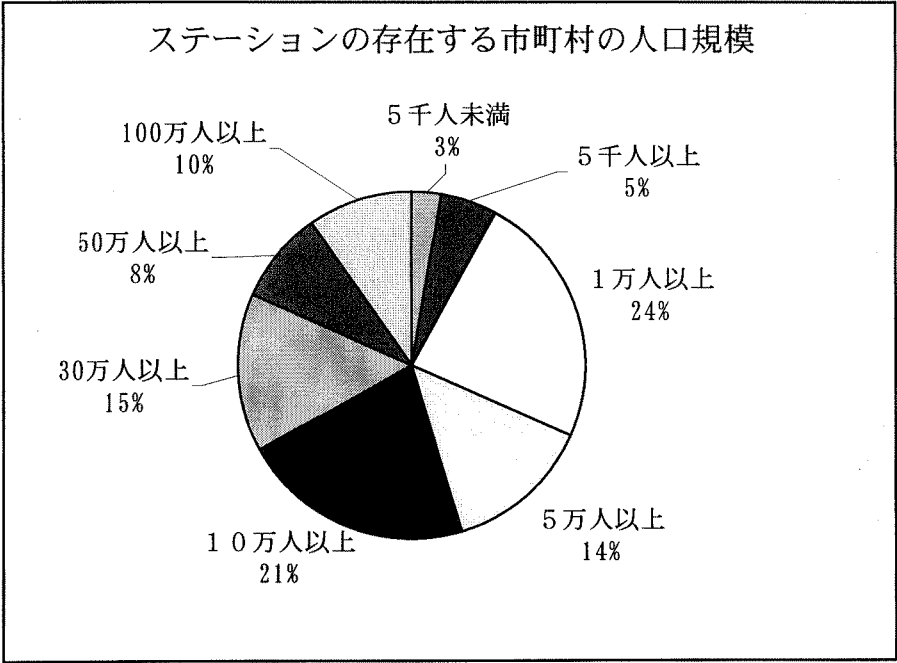
4) 訪問看護ステーションに併設する施設



病院	診療所	市町村保健センター	在宅介護支援センター	老人保健施設	特別養護老人ホーム	デイサービスセンター	その他の社会福祉施設	医師会館・看護協会会館	その他	なし	無回答
80	41	2	50	54	10	18	4	2	26	61	23

(平成11年11月現在)

5) 回答者内訳



5千人未満	5千人以上	1万人以上	5万人以上	10万人以上	30万人以上	50万人以上	100万人以上
6	11	51	29	46	32	18	21

(平成11年11月現在)

回答のあったステーションについて市町村の人口規模で分類すると上のようになり、全国のステーションの分布割合とほぼ一致した。

また、職員数について回答のあった239ヶ所のステーションの常勤職員数の合計は836人、非常勤職員数の合計は652.7人であった。平均すると1ステーションあたり常勤職員3.7人、非常勤職員2.7人となる。

(2) 単純集計結果

1) 事故予防体制について

Q 1. 仕事の量と職員数のバランスはとれていますか？ (n = 246)

はい	178
いいえ	54
わからない	14

Q 2. 個々のスタッフの労働量を把握していますか？ (n = 247)

1. できている	154
2. ほぼできている	93
3. できていない	0

Q 3. 事故防止マニュアルを作成していますか？ (n = 243)

1. はい	35
2. いいえ	208

Q 3-1. (Q 3で1. と答えた人のみ)

事故防止マニュアルを職員全員に配布していますか？ (n = 35)

1. はい	13
2. いいえ	22

Q 3-2. (Q 3で1. と答えた人のみ)

マニュアルの定期的な見直しを行っていますか？ (n = 35)

1. はい	13
2. いいえ	22

Q 3-3. (Q 3で2. と答えた人のみ)

マニュアル作成を行っていない理由は何ですか？ (n = 183)

1. 必要がない	3
2. 手が回らない	61
3. 作成のノウハウがない	84
4. その他	35

Q 4. 訪問看護サービスを提供するにあたり、マニュアルを作り、ルール化して実施していますか？ (n = 2 4 1)

はい	5 8
いいえ	6 9
一部のみルール化している	1 1 4

Q 5. 看護婦、その他ヘルパー等個々のスタッフの業務区分は守られていますか？
(n = 2 4 5)

1. 厳格に守られている	2 9
2. ほぼ守られている	2 0 8
3. あまり守られていない	8

Q 6. チェックリスト等を用いてサービスの安全性に関する点検を行っていますか？
(n = 2 4 5)

1. 行っている	2 6
2. 行っていない	2 1 9

Q 7. 事故防止に関する勉強会の実施等、職員を対象とした教育を行っていますか？
(n = 2 4 6)

1. 定期的に行っている	1 1
2. 不定期に行っている	1 3 0
3. 行っていない	1 0 5

Q 8. 日常業務において指揮監督の権限が明確になっていますか？ (n = 2 4 5)

1. なっている	1 9 6
2. なっていない	4 9

Q 9. スタッフが急に休んだ場合でも、速やかに交代要員を確保できる体制になっていますか？ (n = 2 4 4)

1. なっている	1 4 5
2. なっていない	9 9

Q10. 医療や訪問看護における事故情報や事故防止取組に関する情報を収集し、スタッフに伝えていますか？（n＝243）

- | | |
|-------------|-----|
| 1. 頻繁に伝えている | 47 |
| 2. 時折伝えている | 180 |
| 3. 伝えていない | 16 |

2) 事故対応体制について

(1) 事故対応体制

緊急時対策（事故直後の緊急時における対策）・事後対策（事故発生後、解決に向けての対策）に共通する質問です。

Q11. 事故対応の体制は十分整っていると思いますか？（n＝241）

- | | |
|----------|-----|
| 1. 思う | 52 |
| 2. 思わない | 130 |
| 3. わからない | 59 |

Q12. 事故対応に関するマニュアルを作成していますか？（n＝242）

- | | |
|------------|-----|
| 1. 作成している | 36 |
| 2. 作成していない | 206 |

Q12-1. (Q12で2. と答えた人のみ)

作成していない理由は何ですか？（n＝176）

- | | |
|---------------|----|
| 1. 必要がない | 1 |
| 2. 手が回らない | 61 |
| 3. 作成のノウハウがない | 78 |
| 4. その他 | 36 |

Q12-2. (Q12で1. と答えた人のみ)

職員に対しマニュアルの内容を十分に説明していますか？（n＝36）

- | | |
|----------|----|
| 1. している | 24 |
| 2. していない | 12 |

Q12-3. (Q12で1. と答えた人のみ)

マニュアルに基づいたシミュレーション（模擬訓練）を行っていますか？

(n = 36)

- | | |
|-----------------|----|
| 1. 定期的に行っている | 2 |
| 2. 過去に実施したことがある | 8 |
| 3. 実施したことがない | 26 |

(2) 緊急時対策

事故直後の緊急時における対策についての質問です。

Q13. 事故が発生しても適切な措置が講じられるようスタッフに教育をしていますか？

(n = 244)

- | | |
|----------|-----|
| 1. している | 160 |
| 2. していない | 84 |

Q14. 事故発生直後に他のスタッフと直ちに連絡がとれるようになっていますか？

(n = 246)

- | | |
|-----------|-----|
| 1. なっている | 215 |
| 2. なっていない | 31 |

Q15. 事故発生直後の相互協力について、関連施設と話し合いができていますか？

(n = 242)

- | | |
|------------------|-----|
| 1. 詳細な取り決めをしている | 18 |
| 2. 協力の申し合わせをしている | 163 |
| 3. できていない | 61 |

(3) 事後対策

事故発生後、解決に向けての対策に関する質問です。

Q16. 事故報告書の書式は作成できていますか？ (n = 247)

- | | |
|-----------|-----|
| 1. できている | 104 |
| 2. できていない | 143 |

Q17. ステーションの設置主体者まで事故報告があがる仕組みはできていますか？

(n = 242)

- | | |
|-----------|-----|
| 1. できている | 191 |
| 2. できていない | 51 |

Q18. 苦情処理に関する担当者を選任していますか？ (n = 242)

- | | |
|---------------------|-----|
| 1. ステーションに専属スタッフがいる | 48 |
| 2. 関連施設に専属スタッフがいる | 44 |
| 3. いない | 150 |

Q19. 苦情対応に関する記録の作成、保管ができていますか？ (n = 244)

- | | |
|-------------------|-----|
| 1. きっちりと作成・保管している | 42 |
| 2. 作成しているが未整理である | 35 |
| 3. 作成できていない | 167 |

Q20. 苦情対応担当者の決定権の範囲を明確に規定していますか？ (n = 240)

- | | |
|-------------|-----|
| 1. 明確にしている | 50 |
| 2. 取り決めていない | 190 |

3) 過去の事故経験について

Q21. 開設以降、事故（医療現場におけるスタッフのミスにより人的被害、物的被害が発生した事故）が何件発生していますか？ (n = 242)

・・・平均 0.38件

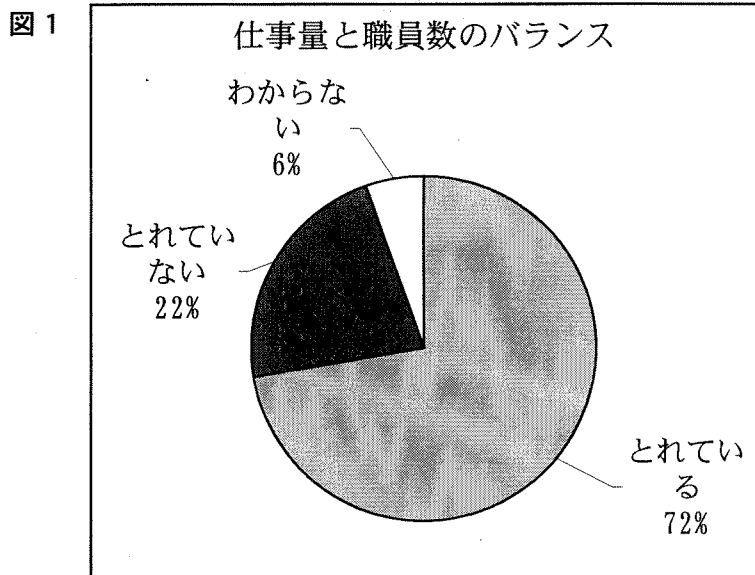
Q22: 開設以降、ヒヤリハット事例（事故につながる可能性のあるヒヤリあるいはハットするミス）も含む）が何件発生していますか？ (n = 224)

・・・平均 1.14件

(3) 主な調査分析結果

Q 1. 仕事の量と職員数のバランスは取れていますか？

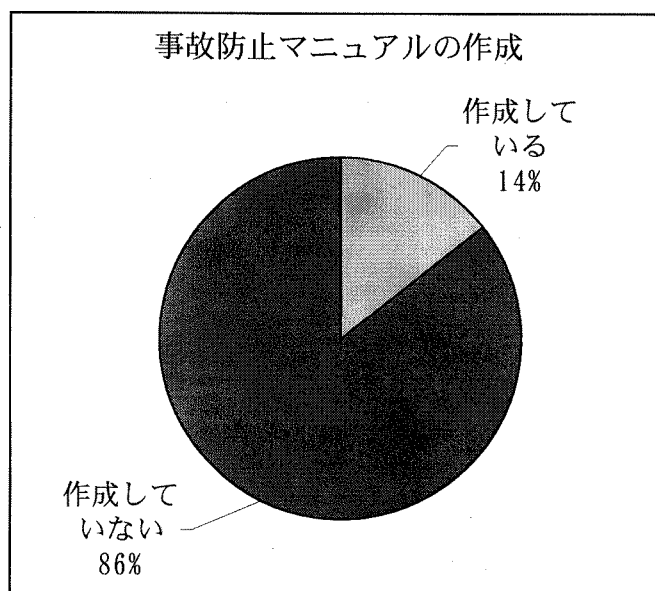
「仕事の量と職員数のバランスはとれている」という回答が178件と、全体の72%を占めた(図1)。しかし、ここでバランスがとれていると回答しながら、Q3-3で事故防止マニュアルを作成していない理由として「手が回らない」という回答が39件、Q12-1で事故対応マニュアルを作成していない理由として「手が回らない」という回答が41件存在したことからすると、現在の業務を消化することでほぼ手一杯に近いステーションが多いことが推測できる。



Q 3. 事故防止マニュアルを作成していますか？

「事故防止マニュアルを作成している」と回答したのは全体の14%と、ごく一部に過ぎなかった(図2)。しかし、作成していないステーションの中で、「マニュアルの必要がない」と回答したのはわずか3件に過ぎず、「手が回らない」、「作成のノウハウがない」という2点が大きな理由となっている。また、「作成中」と回答したステーションも少なからず存在した。各ステーションともマニュアルの必要性は認識しているが、時間、能力の関係で十二分な取組みができていないようである。Q1で考察したように、現状で手一杯のステーションが多く存在すると考えられる。

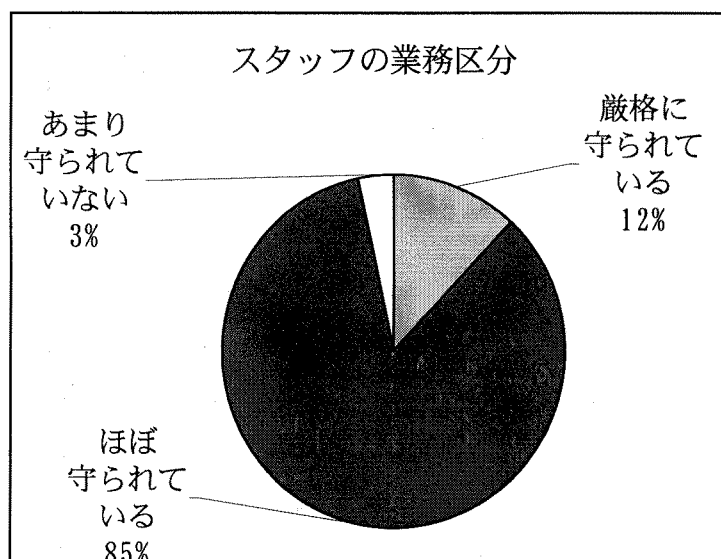
図 2



Q 5. 看護婦、ヘルパー等個々のスタッフの業務区分は守られていますか？

看護婦、ヘルパー等個々のスタッフの業務区分については、ほぼ守られているという回答が 85 % を占めた。厳格に守られているという回答が 12 % にとどまっている (図 3)。

図 3

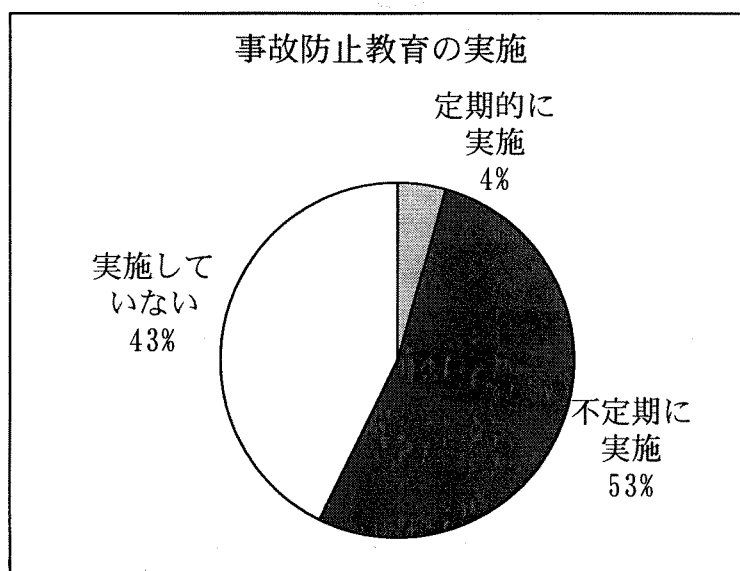


Q 7 事故防止に関する勉強会の実施等、職員を対象とした教育を行っていますか？

事故防止に関する教育については、「定期的に行っている」という回答は11件しかなく、ほとんどのステーションで事故防止教育体系が整っていないことが判明した(図4-1)。

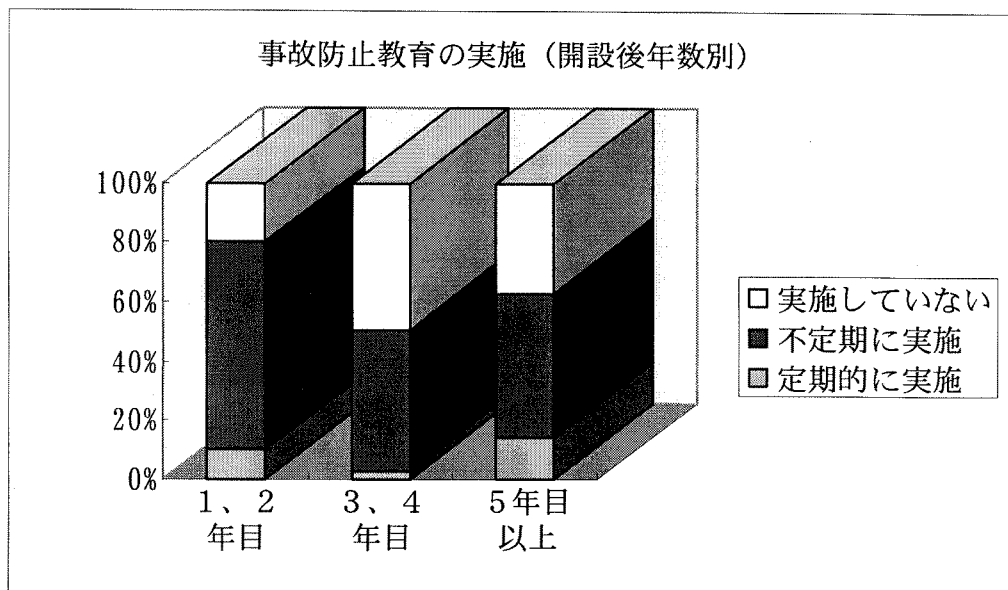
Q21でこれまでに事故が発生した件数を質問したのに対し、定期的に教育を行っているステーションは、すべて0件と回答している。これに対して、「不定期に行っている、もしくは教育を行っていない」と回答した245のステーションでは、46ステーションが事故経験ありと回答している。定期的な教育が事故防止に一定の効果をあげているものと考えられる。

図4-1



さらに、これを開設後の経過年数との関係で分析すると、定期又は不定期で教育を実施しているステーションは開設後1、2年目で59%、3、4年目で51%であるのに対し、5年目以上では81%にのぼった。開設後一定期間経過したステーションの方が、事故防止に対する意識が高いことがうかがえる。逆に特段の事故防止教育を行っていないと答えたステーションが、4年目以下では40%と高率にのぼっている(図4-2)。できる限り早期に、教育体制を備えることが望ましい。

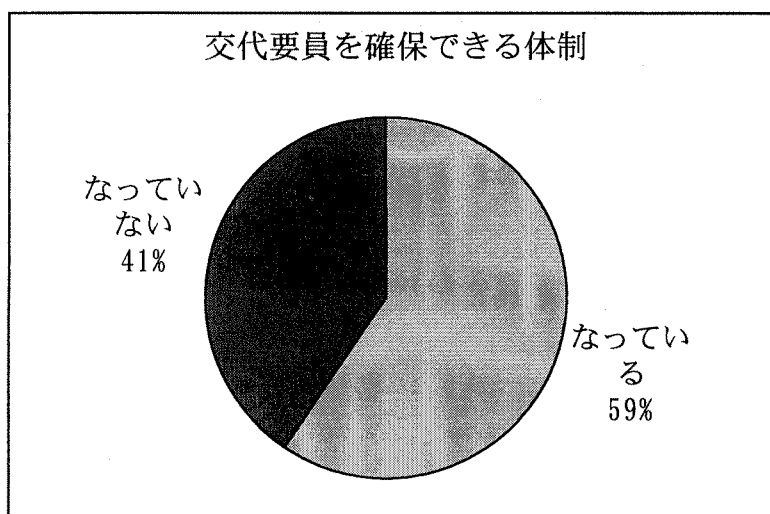
図 4 - 2



Q 9 スタッフが急に休んだ場合、速やかに交代要員を確保できる体制になっていますか？

スタッフが急に休んだ場合に速やかに交代要員が確保できる体制ができているかという問いに対して、全体の 40 % が「できていない」と回答した(図 5)。スタッフにトラブルが発生した場合、そのままステーションの運営に影響が出るところが多く存在し、さらに運営上の工夫が必要と考えられる。

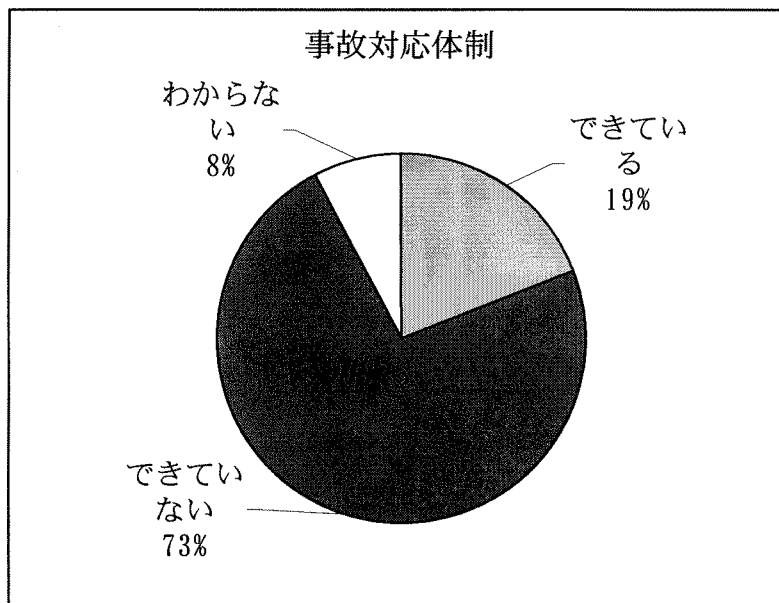
図 5



Q 1 1 事故対応の体制は十分整っていると思いますか？

事故対応体制については、マニュアルを作成してシミュレーションまで実施できているステーションはわずか2ヶ所にすぎず、対応の不十分さが目立った。この点について、大半のステーションが現実を正確に認識しており、ここでも、必要性は理解しているが対応する時間と能力がないという構図が浮かびあがった。

図 6



Q 1 3 事故が発生しても適切な措置が講じられるようスタッフに教育をしていますか？

Q 1 4 事故発生直後に他のスタッフと直ちに連絡がとれるようになっていますか？

Q 1 5 事故発生直後の相互協力について、関連施設と話し合いができていますか？

事故が発生した際の緊急対応教育は3分の2のステーションで行われており(図7-1)、87%のステーションで他のスタッフと連絡が取れるようになっていた(図7-2)。また、関連施設との協力体制についても、詳細な取り決めをしているもの、協力の申し合わせができているものを併せると74%のステーションが何らかの形で仕組みができていた。このように、緊急時対策は各ステーションで精力的に進められており、事故予防策、事後対策への取り組みが不十分であることと比べ、顕著な差が見られた。看護という業務の性質上、個々のステーションが、患者の生命を万が一にも損なうような事態に至るのを防ぐためには事故直後の緊急時対応が重要であることを認識していることの結果だと考えられる。

しかし、全体の34%のステーションでは、緊急時対応に関し担当者への教育を行っておらず、個々の担当者任せになっている。また、関連施設と協力して対応することについて合意できていても、現実の対応についてまで詳細にルール化できているところは極めて少数にとどまっている。事故が起こった場合に対応のまずさによって事態が悪化することが懸念される。

図 7 - 1

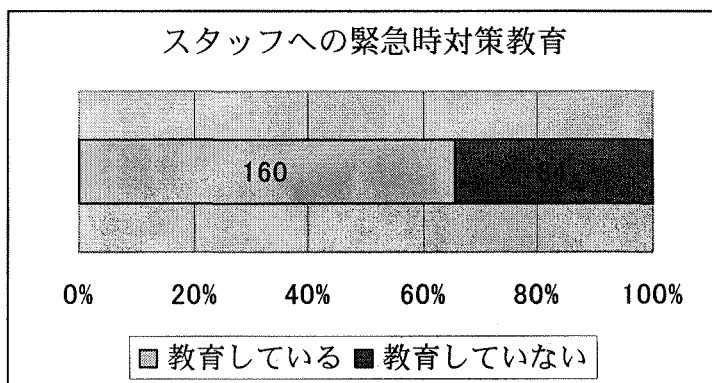


図 7 - 2

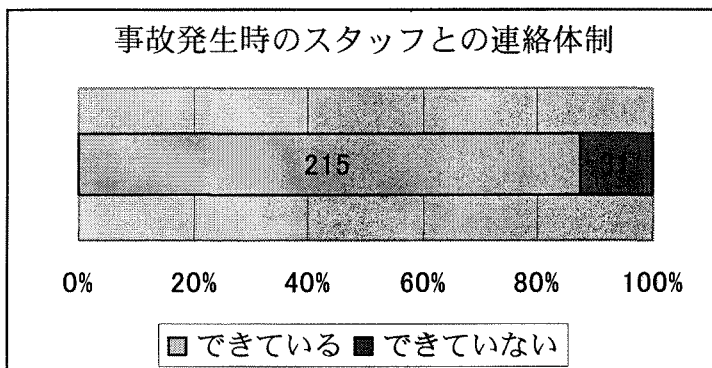
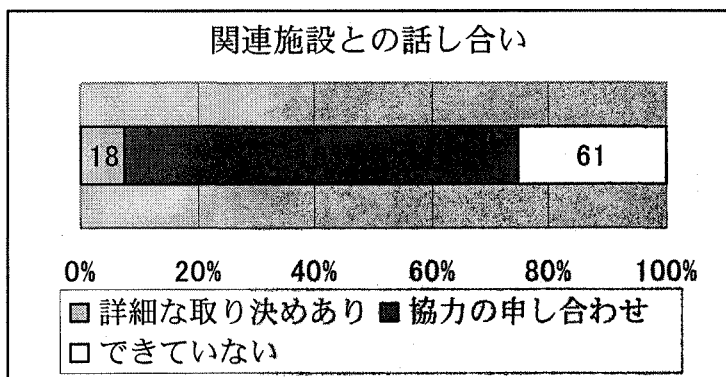


図 7 - 3

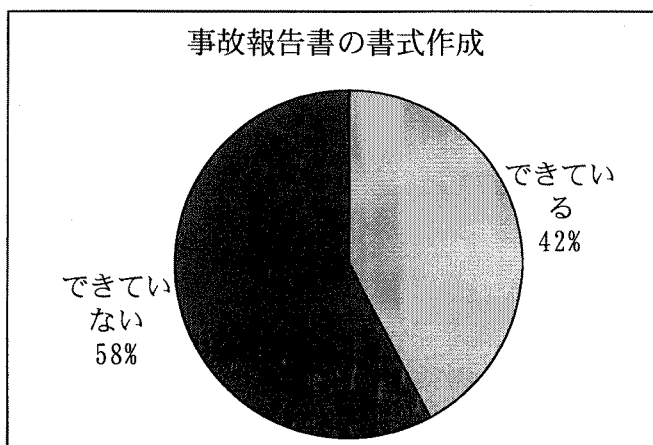


Q 1 6 事故報告書の書式は作成できていますか？

事後対策においては、事故について報告する仕組みは一応できているところが多かった。しかしながら、報告書のフォームはまだ整備されていないところが多く、必要な情報がきっちりと収集できていない可能性が存在する。さらに、苦情対応の場面になると、記録が作成できていないステーションが58%を占め、苦情対応体制の整備の不十分さが際だって目立った(図8)。

また、書式が定められていないということは、同時にステーションとしての事故対応体制やリスクマネジメントの取組がなされていないことを端的に表しているといえる。

図 8



Q 1 8 苦情処理に関する担当者を選任していますか？(図9-1)

Q 1 9 苦情対応に関する記録の作成、保管ができていますか？(図9-2)

Q 2 0 苦情対応担当者の決定権の範囲を明確にしていますか？(図9-3)

この3つについては、設立後経過年数の短いステーションの方が苦情処理に関するルールが定められていることが明らかになった。

図 9 - 1

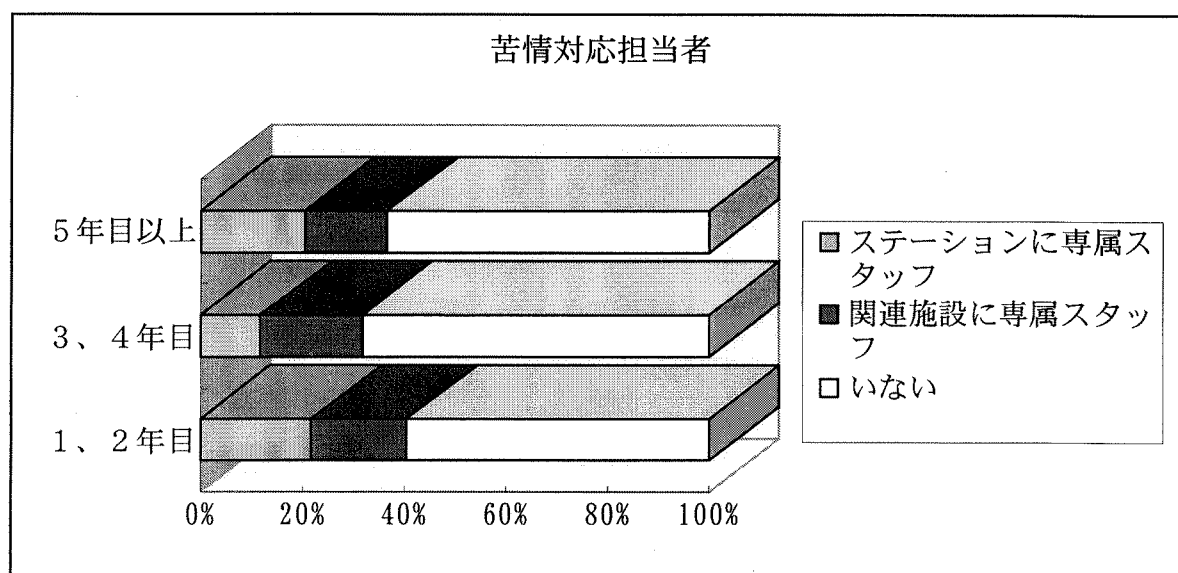


図 9 - 2

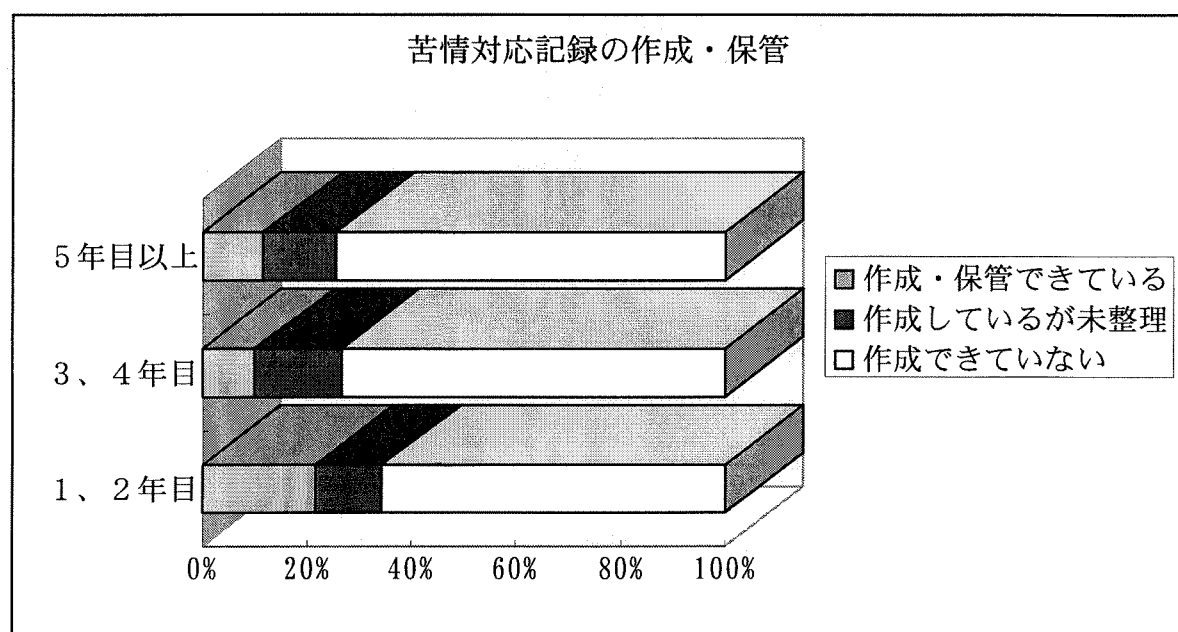
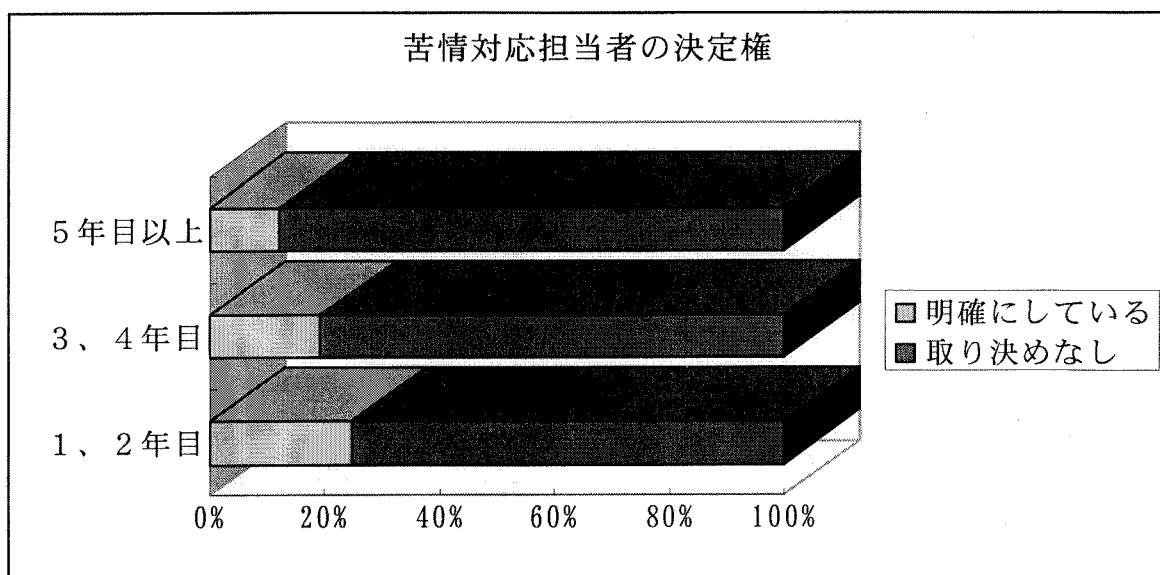


図 9 - 3



Q 2 1 開設以降、事故（医療現場におけるスタッフのミスにより人的被害、物的被害が発生した事故）が何件位発生していますか？

事故が起こったことがあると答えたステーションは46ヶ所あるが、設立年数が1年に満たないが、複数の事故が発生しているステーションが存在する一方で、設立後5年近く経過しても全く事故が発生していないステーションも存在した。ステーションの設立後経過年数と事故の発生に相関関係は見られなかった。

Q 2 2 開設以降、ヒヤリハット事例（事故につながる可能性のあるヒヤリあるいはハットするミス）が何件位発生していますか？

ヒヤリハット事例については、設立年月の古いステーションの方が新しいステーションよりも多く発生していると回答されていた。事故の場合は、相関関係がなかったのと比べると大きな相違があった。この背景には設立年月の古いステーションがヒヤリハット事例に関する認識が高く、事故防止にうまく活用しているものと推測される。

Q 2 3 事故予防のために貴ステーションでとくに力を入れて取り組んでいる事項、留意している事項があれば教えてください。(自由回答)

- ・入浴介助時、移動時などは看護婦 2 人で訪問する
- ・訪問前後に患者の状態把握のために全員でミーティングを行う
- ・病状観察を十分に行い、訪問できないときは家族に連絡メモを作成してもらう
- ・毎朝、ミーティングを行い、問題がないか情報交換
- ・利用者の病名、指示書の確認
- ・家族、患者に当日行うケアの内容を説明して、同意を得ている
- ・設置主体にリスクマネジメント委員会を設け、委員の一人として参加している
- ・朝礼時に体調の悪いスタッフは内勤させる
- ・訪問時に携帯電話を持たせる
- ・訪問前に家屋調査を行い、歩行練習、入浴介助等、考えられる危険個所を確認している
- ・新しい医療機器に関して、業者を呼んで必ず研修を行っている
- ・ステーションの自動車には、利用者を乗せない

Q 2 4 これまでに起こった事故やヒヤリハット事例（例：誤嚥したが幸い患者の身体に影響はなかった、入浴介助中に手を滑らせ、患者が転倒負傷しそうになった等）について別紙の情報シートに記入して下さい。(自由回答)

- ・損害賠償を行った事故 4 件
- ・損害賠償に至らなかった事故 20 件
- ・ヒヤリハット事例 35 件

全部で 59 件の事故・ヒヤリハット情報が集まった。その内、損害賠償を行った事故は 4 件、損害賠償に至らない事故が 20 件、ヒヤリハット情報が 35 件であった。

これら 59 件の中で、最も多かったのは入浴介助中の転倒（16 件）であり、移動の際の事故・ヒヤリハットがこれに続いた（8 件）。また、膀胱洗浄時に使用したコップの取り忘れ、呼吸不全の患者の加湿器の接続ミスといったいわゆるケアレスミスも見られた。経験年数が 10 年を超えるベテラン看護婦であっても、この種のケアレスミスをしている点には、注意を要する。

なお、看護関係の経験年数と事故の関係を分析してみたが、5 年未満の看護婦も、20 年以上のベテランも、同様に事故を起こしており、相関関係は見られなかった。

(4) アンケート調査分析結果

まとめ

今回のアンケートで、訪問看護ステーションの多くが人員不足である実態が如実に表れた。各ステーション共に経営上の理由から、必要最低限のスタッフで業務を遂行せざるを得ないのがその理由であると推測される。各ステーションとも事故予防対策、事故発生後の対策についての必要性は認識しているものの、日常の業務に時間をとられてしまい、加えてノウハウが不足していることもあり、対策まで手が回っていないことが判明した。事故防止マニュアル、事故対応マニュアル、ステーションスタッフへの教育など、必要な対策を実施できているステーションの割合は非常に低かった。

ところが、スタッフのミスによる事故の平均発生件数は1ステーションにつき0.38件に上っており、ステーション3ヶ所中1ヶ所の割合で事故が発生していることになる。

一方、ヒヤリハット事例の平均発生件数は1.14件であった。一般に1件の事故事例の配下には300件のヒヤリハット事例があるといわれる。このことからすると、ステーションにおけるヒヤリハット事例に対する感覚やリスクに対する感性は未だ不十分と思われる。

各ステーションは事故対策の重要性に関する認識をさらに高め、かつ優先順位を高くして、できる限り早期に万全な対策を施しておくことが望ましいといえる。

(5) ヒヤリハット事例・事故例の要約抜粋

アンケートで寄せられたヒヤリハット事例・事故例の中から代表的なものを要約・抜粋しました。なお、事故防止策、再発防止策についても各ステーションから寄せられた回答を紹介します。

<事例 1>

入浴介助時、利用者を浴槽からシャワーチェアに移す必要があった。家族に利用者の足を持ってもらい、自分が上半身を持って平行移動しようとした。その際、看護婦が足許にあった洗面器を踏んでしまい、利用者を抱えたまま転倒した。

● 事故防止策

- ・ 予め入浴介助に使用しないものを浴室から出しておく。
- ・ 必要なものも高いところに置くようにする。

<事例 2>

利用者を30分ほど座位で日光浴させていたところ、脳貧血、全身脱力状態になり、脈が触れなくなった。頭部を低くして寝かせたところ、しばらくしてようやく反応が回復した。

● 事故防止策

- ・ 利用者の身体の状態を入念にチェックする。
- ・ 利用者が意思を伝達できない際は、家族から利用者の当日・前日の状態を確認する。

<事例 3>

患者の自宅玄関の段差を車椅子で越えようとして、前輪が段差の溝にはまり、利用者が車椅子から落ちた。

● 事故防止策

- ・ 移動時に段差や溝の確認を徹底する。

<事例 4>

シャワー椅子を利用中、脚部がつぶれるように変形し、利用者が転倒しそうになった。

● 事故防止策

- ・ 利用者にあったシャワー椅子を紹介する。
- ・ 購入時に強度を確認する。

<事例 5>

膀胱洗浄時に使用したコッヘルをとらずにウロガックに接続し、家族から尿の流出がないと連絡を受けた。

● 事故防止策

- ・ 処置後に、使用した物品の点検を行う。
- ・ 尿の流出を確認する。

<事例 6>

ベッド柵を外してシーツを交換していた際、利用者がシーツを引っ張りそのままベッドから転落した。

● 事故防止策

- ・ベッド柵を必ずつける。
- ・看護婦がそばから離れず身体に触れているようにする。

<事例 7>

移動のシミュレーションを行わずに入浴施行して、利用者が浴室内でパニックになっておぼれかけた。

● 事故防止策

(記述なし)

<事例 8>

家族が暖めた生理食塩水の温度が高すぎるのに気づかないまま膀胱洗浄した。

● 事故防止策

(記述なし)

<事例 9>

利用者は高齢かつ寝たきりで、もともと骨がもろくなっていた。清拭・更衣後に端座位にするため利用者を起こそうとしたとき、看護婦の体位が悪く、利用者が大腿頸部骨折した。

● 再発防止策

- ・端座位にさせる方法を再度復習する。
- ・利用者が高齢者の際には特に注意を払う。

<事例 10>

バルーン交換を行った際、尿道内でバルーンを膨らませてしまい、抜去できなくなり、救急車で搬送した。

● 再発防止策

- ・バルーン交換を病院で行ってもらうこととした。

<事例 11>

心臓疾患の患者の入浴介助で25分浴槽に入れた後、臥床させずに椅子に座らせたところ、けいれん様の発作を起こした。看護婦が上司に連絡しないで患者を入院させようとして2時間近くかかった。

● 再発防止策

- ・異常発生時は直ちに上司に連絡し、上司が主治医に連絡又は救急車の手配を行うこととした。

<事例 1 2>

車椅子からベッドに移動させる際、マヒしている方の下肢がずれて車椅子の車輪と足台の間に巻き込まれ骨折した。

● 再発防止策

- ・ 介助者の体制のチェックを徹底する。

<事例 1 3>

全身清拭を終え、ベッドの高さを低くしようとした際、ベッド柵が外れてバウンドし、患者も一緒にバウンドして仙骨部の傷みを訴えた。

● 再発防止策

- ・ スタッフ全員に注意喚起する。

<事例 1 4>

P Tによるリハビリを実施した際（このP Tは初めての実施）、いつもより積極的なリハビリを行ったところ、終了後、利用者が痛みを訴え、翌日右膝より下の部分が腫脹した。

● 再発防止策

- ・ リハ室との合同の会合を持ち、担当の明確化、申し送りの徹底、事故発生時の対応を話し合った。

<事例 1 5>

杖歩行訓練中、利用者に物をとってほしいと頼まれて目を離した隙に横転し頭部打撲した。

● 再発防止策

- ・ 訓練中は利用者の腰部を持つ等して付き添うこととした。

<事例 1 6>

利用者をおぶって移動させた際、胸部が圧迫され、胸痛を訴えて入院した。

● 再発防止策

- ・ 移動時のおんぶを行わない。スライディングシートに乗せて移動させる。

<事例 1 7>

足浴終了後に利用者の足を上げるとき、バランスを失い背部の方へ転倒し、後頭部下部に1 cm 大の血腫ができた。

● 再発防止策

- ・ 事例報告を全員に行い、的確な状況判断の重要性を確認しあう。

<事例 1 8>

利用者の褥瘡の処置のため、綿球で内腔を消毒しようとした際、セッシにはさんだ綿球を落として取り出せなくなった。最終的には主治医の往診を受け、除去してもらった。

● 再発防止策

（記述なし）

訪問看護事業における事故予防・事故対応対策に関する調査

社団法人 全国訪問看護事業協会

現代社会における高齢化の進展、訪問看護対象者の増加に伴い、訪問看護サービスの供給量が拡大しており、今後、事故発生件数の増加が危惧されます。このような状況下で訪問看護婦による事故防止の取り組みを行うことは極めて重要になっています。

本調査は全国の訪問看護ステーションの方々に、事故防止・事故対応の現状についてお聞きし、今後の事故防止・事故対応の方向性を検討するための基礎資料とするためのものです。

皆様からいただいた回答は貴重なデータとして活用させていただきます。ご多用の折大変恐縮ですが、ご協力賜りますようお願い致します。

注) ここでいう「事故」とは、利用者に対する療養上の世話等における事故・医療処置に関わる援助における事故等を指します。自動車事故・労災事故（スタッフ自身のケガ）等は含まれませんのでご注意ください。

◇◇◇記入上の注意◇◇◇

1. この調査票は訪問看護ステーションの管理者の方がご記入下さい。
2. 回答にあたっては平成11年11月1日現在でご記入下さい。
3. 番号のあるものは、そのいずれかに○印をつけて下さい。
4. 四角の枠の部分は具体的に記入して下さい。
5. 「その他（ ）」に該当する場合は（ ）内に具体的に記入して下さい。
6. 黒又は青のペン・ボールペンで記入して下さい。
7. ご記入済みの調査票は、同封の返信用封筒を使用して、
平成11年12月10日（金）までにご返送下さい。
8. 回答されました内容は統計的に処理しますので、いただいた回答がそのまま外部に流出することは決してありません。
9. 調査内容に不明点がありましたら下記までお問い合わせ下さい。

<問い合わせ先>

社団法人 全国訪問看護事業協会 石 川
〒160-0022 東京都新宿区新宿1-3-8 YKB新宿御苑1001

TEL 03-3351-5898

FAX 03-3351-5938

（月～金 朝10時～夕方5時の間をお願いします）

<調査内容>

1. 事故予防体制について
2. 事故対応体制について
3. 過去の事故経験について

＜ 施 設 概 要 ＞

ステーション名 所在地 担当者・電話番号	TEL. — —		
開設年月	年 月		
開設主体	1. 国・地方公共団体 2. 医療法人 3. 社会福祉法人 4. 公的・社会保険関係団体 5. 医師会 6. 看護協会 7. その他		
開設主体が所有する施設	1. 病院 2. 診療所 3. 市町村保健センター 4. 在宅介護支援センター 5. 老人保健施設 6. 特別養護老人ホーム 7. デイサービスセンター 8. その他の社会福祉施設 9. 医師会館・看護協会会館 10. 1～9以外（ ） 11. なし		
貴ステーションに併設している施設	1. 病院 2. 診療所 3. 市町村保健センター 4. 在宅介護支援センター 5. 老人保健施設 6. 特別養護老人ホーム 7. デイサービスセンター 8. その他の社会福祉施設 9. 医師会館・看護協会会館 10. 1～9以外（ ） 11. なし		
所在市町村について	人口規模	1. 5千人未満 2. 5千人以上 3. 1万人以上 4. 5万人以上 5. 10万人以上 6. 30万人以上 7. 50万人以上 8. 100万人以上	
	市町村内の訪問看護ステーション数	1. 1カ所 2. 2～3カ所 3. 4～5カ所 4. 6～9カ所 5. 10カ所以上 6. 不明	
	市町村内の在宅介護支援センター数	1. 1カ所 2. 2～3カ所 3. 4～5カ所 4. 6～9カ所 5. 10カ所以上 6. なし 7. 不明	
職員数		常 勤	非 常 勤
	保健婦（士）	人	人
	看護婦（士）	人	人
	准看護婦（士）	人	人
	理学療法士	人	人
	作業療法士	人	人
	事務職員	人	人
	その他（ ）	人	人
利用者数	平成11年11月1日現在の利用者数 内、平成11年4月1日以降に訪問を開始した人数		人 人

1. 事故予防体制について

Q 1. 仕事の量と職員数のバランスはとれていますか？

1. はい 2. いいえ 3. わからない

Q 2. 個々のスタッフの労働量を把握していますか？

1. できている 2. ほぼできている 3. できていない

Q 3. 事故防止マニュアルを作成していますか？

1. はい 2. いいえ

→ Q 3 - 1. (Q 3で1. と答えた人のみ)

事故防止マニュアルを職員全員に配布していますか？

1. はい 2. いいえ

→ Q 3 - 2. (Q 3で1. と答えた人のみ)

マニュアルの定期的な見直しを行っていますか？

1. はい 2. いいえ

Q 3 - 3. (Q 3で2. と答えた人のみ)←

マニュアル作成を行っていない理由は何ですか？

1. 必要がない 2. 手が回らない 3. 作成のノウハウがない
4. その他 ()

Q 4. 訪問看護サービスを提供するにあたり、マニュアルを作り、ルール化して実施していますか？

1. はい 2. いいえ 3. 一部のみルール化している

Q 5. 看護婦、その他ヘルパー等個々のスタッフの業務区分は守られていますか？

1. 厳格に守られている 2. ほぼ守られている 3. あまり守られていない

Q 6. チェックリスト等を用いてサービスの安全性に関する点検を行っていますか？

1. 行っている 2. 行っていない

Q 7. 事故防止に関する勉強会の実施等、職員を対象とした教育を行っていますか？

1. 定期的に行っている 2. 不定期に行っている 3. 行っていない

Q 8. 日常業務において指揮監督の権限が明確になっていますか？

1. なっている 2. なっていない

Q 9. スタッフが急に休んだ場合でも、速やかに交代要員を確保できる体制になっていますか？

1. なっている 2. なっていない

Q10. 医療や訪問看護における事故情報や事故防止取組に関する情報を収集し、スタッフに伝えていますか？

1. 頻繁に伝えている 2. 時折伝えている 3. 伝えていない

2. 事故対応体制について

(1) 事故対応体制

緊急時対策（事故直後の緊急時における対策）・事後対策（事故発生後、解決に向けての対策）に共通する質問です。

Q11. 事故対応の体制は十分整っていると思いますか？

1. 思う 2. 思わない 3. わからない

Q12. 事故対応に関するマニュアルを作成していますか？

1. 作成している 2. 作成していない

Q12-1. (Q12で2. と答えた人のみ) ←

作成していない理由は何ですか？

1. 必要がない 2. 手が回らない 3. 作成のノウハウがない
4. その他（ ）

→ Q12-2. (Q12で1. と答えた人のみ)

職員に対しマニュアルの内容を十分に説明していますか？

1. している 2. していない

→ Q12-3. (Q12で1. と答えた人のみ)

マニュアルに基づいたシミュレーション（模擬訓練）を行っていますか？

1. 定期的に行っている 2. 過去に実施したことがある
3. 実施したことがない

(2) 緊急時対策

事故直後の緊急時における対策についての質問です。

Q13. 事故が発生しても適切な措置が講じられるようスタッフに教育をしていますか？

- 1. している
- 2. していない

Q14. 事故発生直後に他のスタッフと直ちに連絡がとれるようになっていますか？

- 1. なっている
- 2. なっていない

Q15. 事故発生直後の相互協力について、関連施設と話し合いができていますか？

- 1. 詳細な取り決めをしている
- 2. 協力の申し合わせをしている
- 3. できていない

(3) 事後対策

事故発生後、解決に向けての対策に関する質問です。

Q16. 事故報告書の書式は作成できていますか？

- 1. できている
- 2. できていない

Q17. ステーションの設置主体者まで事故報告があがる仕組みはできていますか？

- 1. できている
- 2. できていない

Q18. 苦情処理に関する担当者を選任していますか？

- 1. ステーションに専属スタッフがいる
- 2. 関連施設に専属スタッフがいる
- 3. いない

Q19. 苦情対応に関する記録の作成、保管ができていますか？

- 1. きっちりと作成・保管している
- 2. 作成しているが未整理である
- 3. 作成できていない

Q20. 苦情対応担当者の決定権の範囲を明確に規定していますか？

- 1. 明確にしている
- 2. 取り決めていない

3. 過去の事故経験について

Q21. 開設以降、事故（医療現場におけるスタッフのミスにより人的被害、物的被害が発生した事故）が何件位発生していますか？

約 件

Q22: 開設以降、ヒヤリハット事例（事故につながる可能性のあるヒヤリあるいはハットするミス）も含む）が何件位発生していますか？

約 件

Q23. 事故予防のために貴ステーションでとくに力を入れて取り組んでいる事項、留意している事項があれば教えて下さい。

--

Q24. これまでに起こった事故やヒヤリハット事例（例：誤嚥したが幸い患者の身体に影響はなかった、入浴介助中に手を滑らせ、患者が転倒負傷しそうになった等）について別紙の情報シートに記入して下さい。

☆損害賠償を行った事故、損害賠償に至らなかった事故、ヒヤリハット事例を含みます。但し、交通事故や労災事故は除きます。

☆複数存在する場合は、シートをコピーしてご利用下さい。

☆本情報シートの代わりに、既存の事故報告書をそのままご提出いただいても結構です。

→別紙情報シートへ

ご協力ありがとうございました。

別紙

＜ 事故・ヒヤリハット事例 情報シート ＞

☆損害賠償を行った事故、損害賠償に至らなかった事故、ヒヤリハット事例を含みます。

但し、交通事故や労災事故は除きます。

☆複数存在する場合は、シートをコピーしてご利用下さい。

☆本情報シートの代わりに、既存の事故報告書をそのままご提出いただいても結構です。

注) ヒヤリハット事例 (事故につながる可能性のあるヒヤリあるいはハットするミス) の場合は太線部のみご記入下さい。

事故の種類	1. 損害賠償を行った事故 2. 損害賠償に至らなかった事故 3. ヒヤリハット事例		
訪問看護担当者	年齢 歳	性別	経験年数 年
利用者	年齢 歳	訪問看護を必要とした主な傷病名：	
	性別		
発生年月	年 月		
発生場所			
業務内容	1. 看護 2. 理学療法 3. ()		
事故状況 (できるだけ具体的に)			
事故原因 (誰のどのようなミスが原因か)			
被害内容 (例：右大腿部骨折 全治２ヶ月)			
解決方法	1. 訴訟 2. 示談金・見舞金の支払い 3. 未解決 4. その他 ()		
事故後の改善策			

※できる限り多くの事例を収集し、事故防止に役立てるため、是非ご協力願います。なお、ご提出いただいた事故情報については、固有名詞などの秘密を厳守しますので、ご心配ありません。

※多数ある場合は特に重要と思われるものについてご記入下さい。

第3章

リスクマネジメント総論

第3章 リスクマネジメント総論

1. RM（リスクマネジメント）一般論

（1）リスクマネジメントの定義

「リスクマネジメント」は、一般的に以下の通り定義されます。

企業を取り巻く様々なリスクを予見し、

①そのリスクがもたらす損失を予防するための対策や、

②不幸にして損失が発生した場合の事後処理対策等を

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

企業経営上の手法

これを簡単に表現すれば「リスクに対して、最小かつ経常化されたコストで適切な処理を行い、安定した経営を行うための管理手法」となります。米国では『リスク・コスト（Cost of Risk）』という概念が定着していますが、リスクマネジメントとはリスクを最小化・経常化するために要するコスト（リスク・コスト）をいかにうまく管理していくかであるということもできます。

（2）リスクマネジメントの問題点

リスクマネジメントの観点から、わが国の企業・団体・組織は一般的に以下のような問題点を有しています。

①経営者がリスクの存在を認識していない

「水と安全はただ」という比喩に象徴されるように、一般に日本企業の経営者は、今までリスクに対する認識が低かったこともあり、リスクの存在を重要視していないことが少なくありません。また、「熱しやすく冷めやすい」といった国民性を指摘されることがあるように、例えば、被害の大きな事故が発生すれば、その後しばらくは安全管理に注力しますが、次第に関心が薄れ、対策も形骸化していく傾向にあるといえます。

②部門間の横のつながりが弱い

わが国の企業・団体・組織においては、保険手配に関しては経理部門、施設の防災対策に関しては総務部門、訴訟対策については法務部門など、リスクマネジメント関連業務が縦割りで処理されるケースが多くなっています。全体を統括する組織が存在せず、また、部門間の横のつながりが不足しがちなことにより、それぞれのリスクに対処する責任と権限の範囲

が不明瞭となりやすく、大切なリスクマネジメント関連業務が抜け落ちてしまう危険性もあります。

③リスクをコストとして認識していない

企業経営の観点からは、本来100万円の利益を出すことと、100万円の損失を未然に防ぐことは同じ価値を持っており、同等の評価を与えるべきです。しかしながら、多くの企業においては、例えば、大きな商談を成立させた者は称賛されますが、防災活動に専念してきた者やお客様からのクレームを着実に処理してきた者はあまり注目されない傾向があるようです。

(3) リスクマネジメントの手順

リスクマネジメントは以下に示す5つのステップで実施されます。

— リスクマネジメント5ステップ —

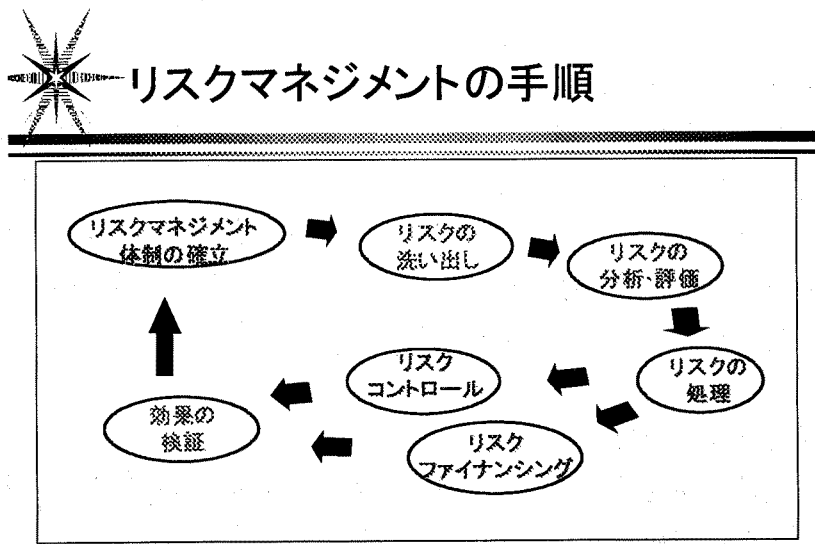
STEP 1 : 現状認識・リスクの洗い出し

STEP 2 : リスク評価

STEP 3 : リスク処理方法の選択

STEP 4 : リスク処理方法の実施

STEP 5 : リスクマネジメントの統制



STEP 1. 現状認識・リスクの洗い出し

企業活動を取り巻くすべてのリスクを洗い出し、その内容を確認します。この『リスクの確認』の作業はリスクマネジメントの中で最も労力を要する困難な作業であるといわれています。なぜならば、一つの部門ですべてのリスクを洗い出すことは不可能であり、その趣旨を徹底し、多くの部門に協力を仰がなければならないからです。この『リスクの確認』では、一般的にはチェックリストやフローチャートを用いたり、各種計算書類や有価証券報告書などからリスクを洗い出したりします。更には、各部門の担当者にヒアリングを実施したり、自社あるいは同業他社の事故例を収集することも効果的な手法です。場合によっては社外専門家を利用することもあります。

STEP 2. リスク評価

確認されたリスクについて、それが具現化した際に企業に及ぼす財産上の影響を検討します。この『リスクの測定・評価』の一般的な手法では、リスクが具現化する発生頻度はどの程度か、その場合の損害の規模はどれほどか、という2つの観点から確認されたリスクについて相対的な評価を実施し、企業として対応すべき優先順位を明らかにします。例えば、火災リスクと（自動車の）車両損害リスクを考えた場合、発生頻度は車両損害リスクの方が高いでしょうが、いざ事故が発生した際の損害の程度は逆に火災リスクの方が圧倒的に大きくなります。このようなリスクの特性を見極めた上で、最適なリスク処理方法を選択することになります。

発生頻度	高	C	A
	低	D	B
		小	大 発生規模

リスク評価の例

A評価のリスク：

リスクコントロールを徹底的に実施し、BまたはC評価へ転換する。

B評価のリスク：

リスク強度の軽減を図りD評価への転換を図るとともに、保険を中心としたリスク処理を実施する。

C評価のリスク：

リスク頻度の軽減を図りD評価への転換を図るとともに、リスクの保有を基本的な処理方法としつつ、必要に応じ保険との組み合わせを検討する。

D評価のリスク：

基本的にはリスクを保有する。尚、どの程度のリスクを保有するか（できるか）は、企業の財務状況（収益状況やキャッシュフロー状況を含む）のみならず、どのような経営方針を有しているか等にも左右されるものであり、一概に「この程度の企業であればいくら」と定められるものではありません。

STEP 3. リスク処理方法の選択

これまでのステップで確認し、測定・評価したリスクを企業への影響度の大きさに応じて処理していきます。リスク処理方法は大別してリスク・コントロールとリスク・ファイナンスに分類されますが、双方の手法を有効に組み合わせることが重要です。

①リスク・コントロール

a) リスクの回避

リスクの発生そのものを回避する手法であり、完全なリスクの回避策を講じれば損害をゼロにすることが可能です。身近な例では、航空機墜落事故による死亡リスクを回避するために「航空機に乗らない」という策を講じることや、海水浴中に溺死するリスクを回避するために「海では泳がない」という策を採ることがこれに該当します。例えば、1980年初頭に米国においては、フットボール用ヘルメットを製造するメーカーは18社ありましたが、その後のPL事故、訴訟の急増、さらにはPL保険料の高騰もあり、3社を除く全ての企業が「リスクの回避」策として製造を中止する事態となりました。しかしながら、企業活動においてこの「リスクの回避」策を採ることはあまり現実的ではありません。即ち、企業は「ある程度のリスクをとって利潤を上げる」活動を行っているものであり、「リスクの回避」ばかり行っていると企業経営そのものが成り立たなくなります。

b) 損害の予防・低減

リスクの発生頻度を低減する手法が「損害の予防」であり、リスクの強度を低減する手法が「損害の低減」となります。例示すると、「可燃物・危険物等の管理を徹底する」「良好な労働環境を確保する」「品質管理を徹底する」等の対策が前者に該当し、「防火壁・消火設備を設置する」「地震等緊急時の対応マニュアルを策定する」「リコール（製品回収）を実施する」等の対策が後者に該当します。上述の「リスクの回避」が企業にとってはあまり現実的ではない手法であるのに対し、この「損害の予防」及び「損害の低減」は、まさしくリスク・コントロールの根幹をなす対策となります。リスクマネジメントを効果的に実施していく上では、まずもって重要視すべき手法です。

c) リスクの分離

「損害の低減」の概念に類似する手法ですが、大きく「リスクの区分」と「バックアップ」に分けることができます。前者の例としては「製品保管倉庫を複数所有する」「生産業務を2工場で行う」等の対策が該当し、後者の例としては「停電時にも業務可能なように自家発電設備を保有する」「主要コンピュータ設備のICを保有しておく」等の対策が該当します。

d) リスクの移転

契約を通じてリスクを他者に移転する手法です。例えば、大型コンピュータ設備を自社で購入するのではなく、リース契約（賃貸借契約）により他者所有の設備を活用するケースを想定します。仮にそのコンピュータに異常が生じ、補修すべき必要性が生じた場合、もし自社でそのコンピュータを購入していたのであればその補修というリスクが生じますが、リース契約の場合においては（契約内容にもよりますが一般的には）補修リスクは発生しません。即ち、リース契約を通じて補修リスクを「移転」したことになります。

② リスク・ファイナンス

危険が発生し、損害が生じてしまう場合に必要な資金繰り等を予め計画して準備しておく手法がリスク・ファイナンスです。リスク・ファイナンスは「リスクの保有」と「リスクの転嫁」に大別され、それぞれについて種々の手法が存在します。

a) リスクの保有

* 経常費処理

企業がその収益等から経常費として財務処理を行う手法です。即ち、特段の事前措置を講じずに、事故等による損害が生じた場合に都度支出するものであり、リスクの発生頻度及び強度ともに小さいリスクの処理方法として適しています。

*** 引当金・準備金**

将来損害が発生し、支出が生じるであろう損害額を前もって予測し、事前に積み立てておく手法です。わが国においては、一部の例外を除き、課税されるという問題があります。

*** 借入**

企業が持っている「信用」を利用して金融機関等から資金を借り入れる手法です。損害の規模が大きく、しかも事前に予想しえなかった場合などに用いることになります。

*** キャプティブ**

キャプティブとは、一般的には「親会社により直接または間接に所有され、親会社またはその関連会社の保険契約の全てまたは一部を引き受ける（主として）再保険会社」と定義されています。若干大雑把に説明すれば、「（保険業を行っていない）製造業者やサービス業者が税制上の恩典を受けられる海外の地に設立した保険業を営む子会社」となります。子会社へのリスクの転嫁という見方もありますが、同じ企業グループ内でのリスク保有と解釈するのが一般的です。現在、全世界のキャプティブ総数は約4,000社にのぼるといわれていますが、わが国企業により設立されたキャプティブも100社近くあります。

b) リスクの転嫁

*** 保険の活用**

火災保険、自動車保険等の保険を利用する手法です。保険の活用では不確定であるコストを確定コストに変え経常費化でき、結果として長期的に安定した企業経営を実現することに寄与する利点があります。尚、米国あるいは欧州においては、免責金額（自ら負担する損害額）を大きく設定したり、実際に生じた損害額に応じて保険料を払い戻したり追徴したりするなどの多様なスキームが存在し、その企業の体力にあったプログラムを組むことが可能となっています。わが国においても、今後の規制緩和の中で欧米にて実施されているような各種プログラムの採用が可能となることが予想されます。

*** 契約による転嫁**

保険契約以外の契約（一般にホールド・ハームレス・アグリーメントと呼ばれます）によって他人へリスクを転嫁する手法です。売買契約、請負契約あるいは業務委託契約等において、これらの取引行為によって生じる可能性のあるリスクを相手方に負担させるような取決めを行うケースが該当します。但し、この手法においては、契約相手方の賠償資力を確認する必要があること、内容によっては公序良俗違反となり無効になる可能性がある等の限界があります。

STEP 4. リスク処理方法の実施

上記で説明したリスク処理方法について、予算措置を講じ、具体的なスケジュールをたてて実行に移します。通常、その実施にあたっては、リスク・コントロールとリスク・ファイナンスを組み合わせて行うことになります。尚、リスク処理手法の実施にあたっては、全社的にその重要性を徹底するとともに、関係各部門に対しては具体的な実行策を行動レベルまでかみ砕いて教育することが必要です。

STEP 5. リスクマネジメントの統制（モニタリング）

ステップ1からステップ4へと順を追ってリスクの処理を実施しますが、実際に選択実施した手法が十分な効果をもたらし、リスクマネジメントの目的が果たされているかを確認の上、必要に応じて軌道修正を行う必要があります。着目するポイントとして次のようなものが挙げられます。

①予定したリスクマネジメント手法を実施できたか

例えば、社員教育を始めとするリスクマネジメントに関する様々なプランを計画していたが、予算あるいはスケジュールの都合でその全てを実施することができなかったといった事態も往々にしてあります。計画と実行のギャップについて検証し、より実効性の高いリスクマネジメント手法とするよう工夫する必要があります。

②期待通りのリスクマネジメント効果が得られたか

労災リスクに関して、従業員の教育を実施し、より安全な設備を導入し、作業行程も見直したにもかかわらず、期待したほど労災事故が減少しなかったようなケースにおいて、その原因・問題点の所在を明らかにし、今後のリスクマネジメント手法に反映していく必要があります。

③リスクの処理基準を見直すべきような事態は発生していないか

例えば、企業の業容が急成長したり、あるいはマーケットの環境が大きく様変わりした場合には、当該企業を取り巻くリスクの大きさに変化が生じたり、また新たなリスクが発生することもあります。常に客観的な目で自社のリスクを分析し、必要に応じてリスクマネジメント手法の軌道修正を行う必要があります。

④リスク・コストを削減できたか

リスクマネジメントとは「リスク・コストをいかに削減するか」という側面も有しています。よって、保険料や事故予防のために要したコストなど都度検証し、効果的なリスクマネジメントが実行できているかチェックすることも重要です。

(4) リスクマネジメント実践のポイント

よりよいリスクマネジメント対策を講じていくために、以下のような進め方が大切です。

POINT 1. 『トップダウン』での推進

リスクマネジメントを企業内部に浸透させていくには、企業経営者自身がリスクの存在及びリスクマネジメントの重要性を認識し、全従業員が高いリスクマネジメント意識を持って日々の業務を遂行するような環境を作ることが重要です。その意味においては、経営トップが自社のリスクマネジメント方針を打ち出し、社内に徹底することが理想的です。仮に、そこまでは実現できなくとも、短期的な利益の追求やコスト削減等の大義名分の下、全社的なリスクマネジメント対応が無視ないし軽視されないような共通認識を持つことが最低限必要です。

POINT 2. リスクマネジメント専任担当の選定

現在部門毎の縦割りでリスク処理がなされている実態では、本来業務の片手間でリスクマネジメント業務を遂行することになり、『抜け』が生じてしまったりリスク処理に関する基準（スタンダード）がばらばらになったりします。これを解決するためにリスクマネジメント業務を専管とする担当者を決め、全社的なリスクの把握・処理を一元的に管理することが効果的です。また、関連する部門から人を出してもらい、「リスクマネジメント委員会」等のタスクフォースを設置し部門間の調整を図れば、さらに効果的なリスクマネジメントが実現できます。

POINT 3. コミュニケーション

企業トップがリスクマネジメントの重要性を説き、「リスクマネジメント委員会」が設置されたとしても、これをもってその企業のリスクマネジメントが完成というわけではありません。このような環境が整った時をスタート地点として、いかに部門間のまた上下間のコミュニケーションを円滑に実施するかが、リスクマネジメントの成否の鍵を握っています。

POINT 4. 社員教育の徹底

リスクマネジメントを効果的に遂行するには、全従業員がその重要性を認識し、自らの役割を確実に演じる必要があります。経営トップがいかに声高に「リスクマネジメントを徹底せよ」との号令を出しても、それが掛け声倒れに終わっては意味がありません。全従業員に対し、具体的に実施すべき事項をそれぞれの行動レベルまでおとしこんで教育することが重要です。

POINT 5. 社外関係者との連携

現代社会における企業活動は、数多くの取引企業の関与の下に成り立っており、リスクマネジメントの成果を着実なものとするには、これら関連企業にその趣旨を説明し、様々な協力を依頼する必要があります。また、いつでも相談できる弁護士、公認会計士といった専門家を確保しておくことも重要です。

実際の企業経営においては、短期的な利益の追求やコスト削減の大義名分の下に全社的なリスクマネジメント対応が無視、軽視されがちです。このようなことが無いようにリスクマネジメントの統制（モニタリング）を確実に行っていくことが重要です。著名な経営学者であるピーター・ドラッカーは企業経営について以下のような言葉を残しています。

The first duty of business is to survive and the guiding principle of business economics is not the maximization of profit, it is the avoidance of loss.

（企業に課せられた第一の義務は生存である。それは利益の極大化ではなく、損失の回避によって可能となる。）

2. 訪問看護におけるRM

(1) 訪問看護固有のリスクマネジメント

前述の「1. RM一般論」では、組織団体の業務内容やリスクの種類に関わらず、共通する事項について説明しました。ここでは、訪問看護に固有のRMについて説明します。

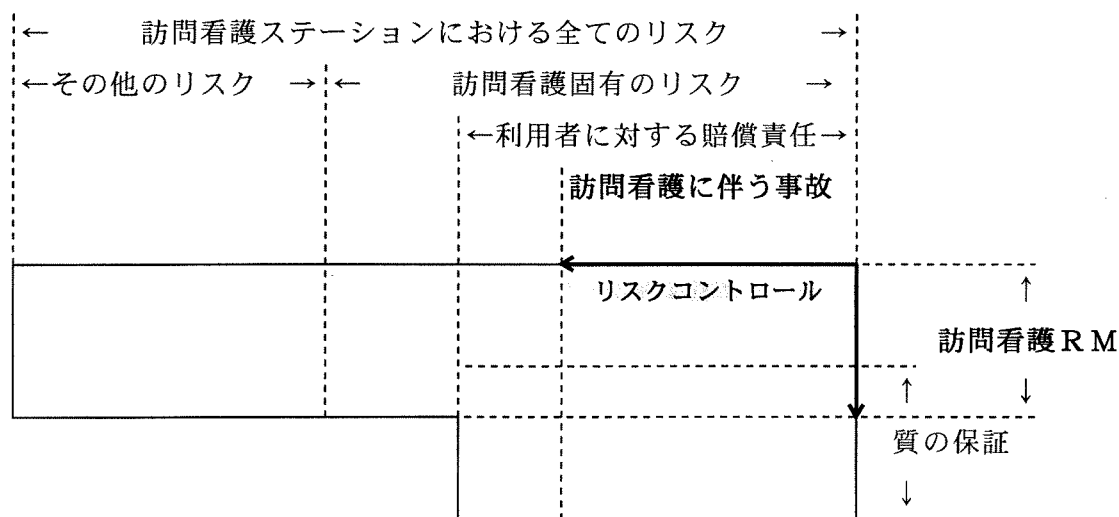
①リスクマネジメントの全体像における訪問看護固有のリスクマネジメント

リスクマネジメントの理念は、元来米国における企業経営上の手法として発展してきたものです。その後、医療過誤訴訟の増加や、損害賠償金の高騰に伴い、医療分野における保険危機が発生し、医療機関の保険加入が困難な時期がありました。このため多くの医療機関では、企業経営に用いられていたRMの理念を医療事故防止の手法として導入し、医療機関の安定的な経営を目指すことになりました。

このような経緯から、我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ます。またここでいう「医療」は看護や介護を含む広範な医療関連分野であると解されています。

なお、医療機関におけるリスクは、医療過誤リスク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こと、リスクマネジメントの手法は、事故予防だけではなく、緊急時対応、事故解決対応、リスクファイナンス等を含んでいることを踏まえておく必要があります。

<前記①説明図>



リスクコントロール・・・本調査研究の範囲

<リスクの種類>

- 財産リスク・・・火災爆発 地震 風水災 盗難強盗 コンピュータネットワーク
- 賠償責任リスク・・・施設の瑕疵 交通事故 **訪問看護に伴う事故** 契約責任 その他
- 人的リスク・・・労災事故 雇用問題
- 収入減少リスク・マーケットリスク・投機的リスク・その他

< R Mステップ>

STEP1、2	STEP3	STEP4、5	STEP6	
組織体制確立	リスク評価	リスク処理方法選択	リスク処理実施	R Mの統制
現状認識	リスク分析	リスクコントロール(R C)	R C実施	
リスク洗い出し		リスクファイナンス(R F)	R F手配	

②訪問看護ステーション・訪問看護従事者の責任

違法行為者には、法令上、刑事責任・民事責任・行政法上の責任が生じることが考えられます。

刑事責任とは、懲役や罰金などの刑罰を受けなければならない法的地位のことをいい、違法行為者に生じる対国家的責任です。刑事責任が生じる違法行為は犯罪といい、刑法その他の法律に罪種、構成要件、刑罰の内容等が規定されています。刑事責任制度の目的としては、犯罪行為者に対する応報、犯罪の予防、社会防衛などが挙げられます。

訪問看護における事故に関連する代表的なものには業務上過失致死傷罪があり、業務上、必要な注意を怠り、他人の生命・身体を侵害する犯罪をいいます。死傷させた者は、5年以下の懲役もしくは禁錮または50万円以下の罰金に処せられます。例えば、事故を未然に防止するための種々の取締法規に違反して利用者を死傷させた場合は業務上過失致死傷罪が成立します。また取締法規に違反していなくとも、業務上必要な注意を怠っていた場合には刑事責任が認められることがあります。

行政上の責任とは、運転免許取消や営業停止などの行政処分を受けなければならない法的地位のことです。反則行為に制裁を加え損害発生を防止することを目的としています。

これらに対し、違法行為者が負担すべき民事責任として損害賠償制度があります。損害賠償制度は、違法行為者に損害を賠償させることにより、損害を被った者の被害の回復を図り、もって違法行為により発生した紛争を事後的に解決することを目的とする制度です。損害賠償制度の基本理念は「損害の公平な分担」です。

損害賠償責任は大きく2つに大別することができます。一つは不法行為責任、もう一つは契約責任です。

不法行為責任	契約関係がない場合 要件：故意または過失 違法性 損害の発生 過失と損害の因果関係 立証責任：加害者の過失を被害者が立証
契約責任	契約関係がある場合 要件：債務の不履行 損害の発生 債務者の責めに帰すべき事由 立証責任：債務者が自ら帰責性がないことを立証

訪問看護ステーションと利用者は通常契約関係にあり、訪問看護ステーションの責めに帰すべき事由により利用者に損害が発生した場合は、契約に基づく損害賠償責任を負います。また訪問看護ステーションの責めに帰すべき事由がなくとも、訪問看護従事者の過失により利用者に損害が発生した場合は、訪問看護従事者のみならず、訪問看護ステーションも契約責任を負います。

さらに、訪問看護従事者は専門家であるが故に、一般的な債務者より厳格な注意義務を負っており、具体的に要求される注意義務は以下の通りと考えられています。

- * 忠実義務・・・依頼者との合意内容を忠実に履行すべき義務をいいます。
- * 善管注意義務・・・依頼内容の実現にあたっては、依頼者から特別な指示があったか否かを問わず、善良なる専門家として尽くすべき慎重な配慮を尽くす義務をいいます。委任契約上の受任者の善管注意義務は、受任者の職業や地位に応じて定まるものであって、受任者が専門家である場合は、合理的な専門家であれば通常払うであろう注意義務であるとされています。
- * 説明・助言義務・・・依頼者に対して有効な情報を提供し、依頼者が適切な判断を成し得るように配慮すべき義務をいいます。専門家は、依頼者の知識の不足を補ったり、誤った判断をしないようにその意思形成を適正に行わせるために、専門的立場から説明や助言を行う義務があります。

一般に、素人が専門家に仕事を依頼するのは、専門的な知識や技能を活用して自己の利益をよりよく実現してくれると期待しているからであり、このため専門家は素人に求められるよりもさらに高度な注意義務を負っていると解されています。このため、専門家である訪問看護従事者が忠実義務、善管注意義務、説明・助言義務を果たさなかったために利用者に損害が発生した場合、訪問看護ステーションは損害賠償責任を負います。

利用者から債務不履行に基づく損害賠償請求をされた場合、訪問看護ステーションは過失すなわち注意義務違反がないことを自ら証明せねばなりません。この際、専門家としての高度な注意義務に違反していないことを立証することは容易ではありません。

「一般的な訪問看護従事者が通常払うべき注意を払っても、損害が発生した」と証明できないのであれば責任を負うことになるため、日頃から十分に注意を払って業務に取り組むことが必要となります。

(2) 訪問看護リスクマネジメント体制の導入

①取組内容

リスクマネジメント体制を新たに導入するに際し、取り組むべき主な内容は次の通りです。
端的に言えば、RM実践のための組織役割を明確化し、具体的に取り組まなければならない対策を検討し、かつ文書化し、実際に運営していく上でのルールづくりを行う、ということになります。

		リスクコントロール手法による分類		
		事故予防	緊急時対応	事故解決
実践方法 により 分類	組織体制の構築	RM委員会の設立 RM担当者の任命	緊急時対応ネットワークの構築	苦情処理担当者の任命 事故対応委員会の設立
	対策の検討およびマニュアル化	RM導入ステップ実践 * 事故予防マニュアル	RM導入ステップ実践 * コンティンジェンシー・プラン	事故対応基本方針の策定 * 事故対応マニュアル
	継続的運営 ルールの策定	RM委員会運営 教育研修 事例分析	模擬訓練 事例分析	事故対応シュミレーション 事例分析

②取組手順

STEP1：リスクマネジメント組織体制の確立

*経営トップの英断

訪問看護ステーションの経営トップ、もしくは設立主体である医療機関経営トップが、RM体制の必要性を十分に理解し、RMシステムを構築することを決断する必要があります。人員・時間・予算の不足などを理由にRMに関する取組を後回しにする、もしくは不要と判断する事例も見受けられますが、訪問看護ステーションの社会的存在意義やRMの欠如による経営ダメージを冷静に考えれば、適切に取り組まなければならない喫緊の課題であることが理解できるはずです。

*リスクマネジメント推進のための組織

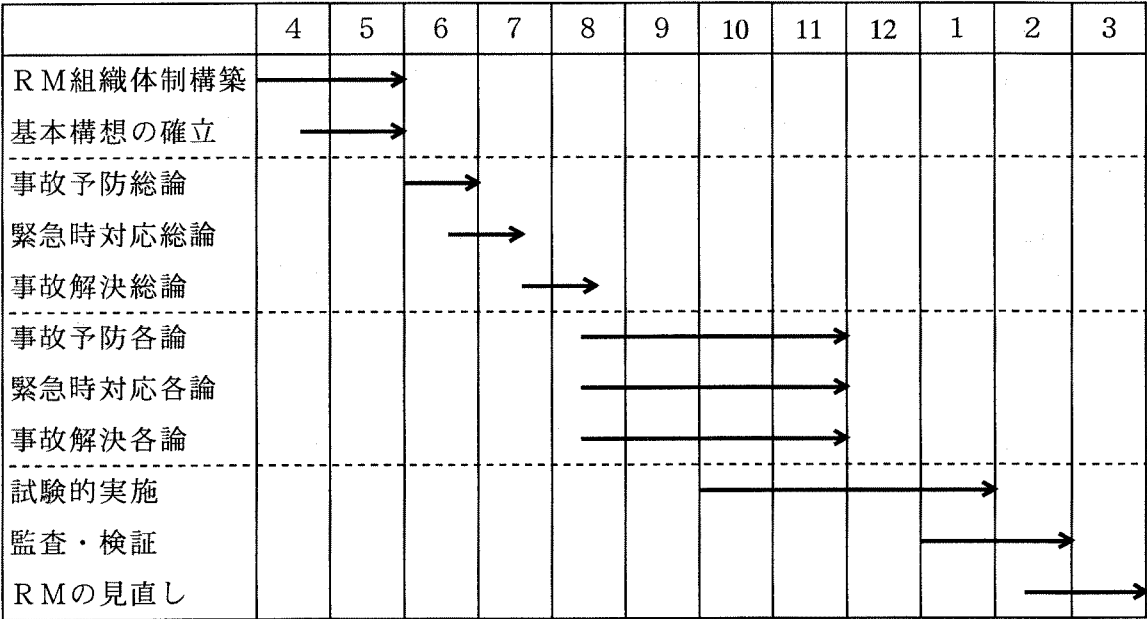
米国の大病院では、RMに関する専管組織（リスクマネジメント・デパートメント）を設けるのが一般的ですが、全ての医療関連機関でこのような組織を設ける必要はありません。事業規模や、利用者数などの現状に応じて、適切なしくみが講じられ、期待される成果が発揮できれば目的は達成されるため、RM委員会を組織するのが現実的な方法です。

数人で組織される小規模ステーションの場合は、リスクマネジメントをテーマとする特別な委員会活動を継続することが物理的に困難な場合も予想されますが、既存のカンファレンスとRMミーティングを併存させる等の工夫により、効率的にリスクマネジメントに取り組んでいくようにすることが大切です。組織の規模に応じて各々の役割を定め、指揮命令系統を確立し、階層の上下間のコミュニケーションが容易になるようにすることが重要となります。

＊リスクマネジメント体制の導入計画

事故予防、緊急時対応、事故解決の切り口、組織、しくみルール、人の切り口から達成すべき課題を列挙し、大まかなスケジューリングを訪問看護RM委員が中心となって立案します。

さらに定期的なRM委員会開催スケジュールを踏まえて、導入プランを具体化し、また課題達成のための役割分担を決定します。全体の運営方法としては、定例の会合に付随して実施することが考えられますが、RM体制導入当初は実施頻度を高くし、体制構築に精力的かつ集中的に取り組むことが求められます。

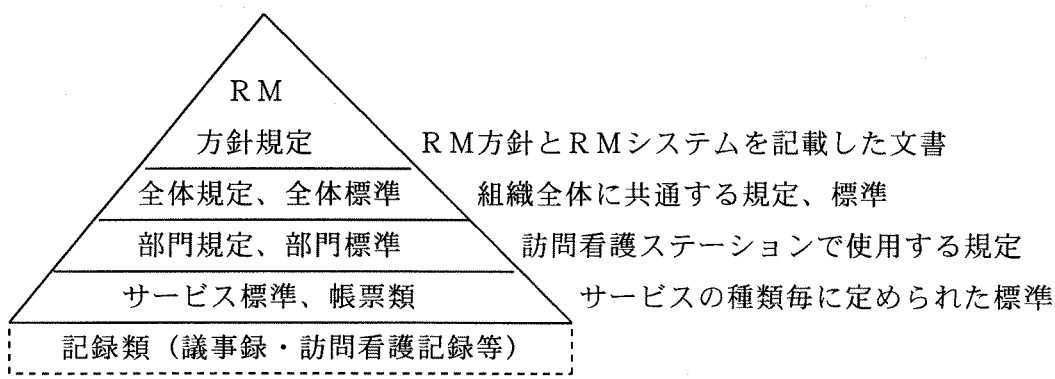


STEP2：現状認識とリスクの洗い出し

まず最初に業務の種類毎に業務手順や業務内容を文書化し、フローを明確にします。さらにフローの各フェーズごとに現状のサービス標準、基準を整理します。この際、品質システムに関する国際標準規格である ISO9000s の要求事項に沿って文書体系の整理を行うことが得策です。

ISO9000s で一般的に構築される品質システム文書体系を参考に、RMに関する文書体系

を示すと次の図の通りとなります。



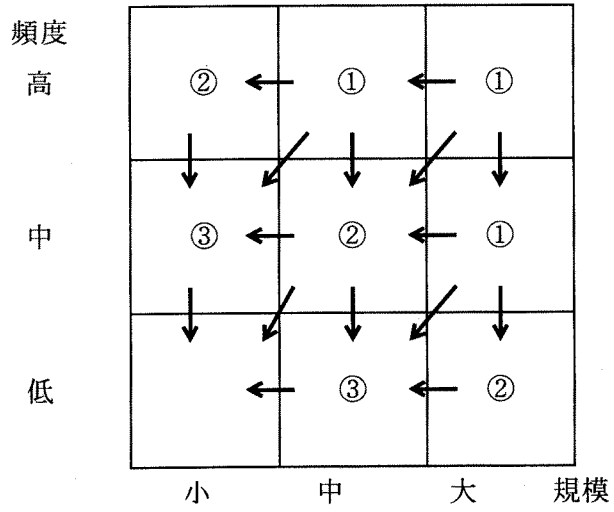
次にフローの各フェーズごとにどのようなリスク（潜在的危険）が存在するかを洗い出します。

特に事故予防に関しては、療養上の世話等、医療処置に関わる援助それぞれの業務に関して、個別具体的に業務内容を整理した上で、各業務について作業手順をフローチャート化します。その上で、想定されるリスクをブレインストーミング形式で洗い出しを行います。

STEP3：リスク評価・分析

様々なリスクが存在する中で、リスクの大きなものから順に対策（リスクコントロール）を講じていく必要があります。

まず、列挙されたリスクについて、下図の通り、損害の発生頻度、発生規模を定性的に評価し、優先順位をつけていきます。



次に原因分析を行います。すなわち、そのリスクが顕在化したり規模が拡大する直接の原因と、その原因の誘因・素因を解明する作業を行います。これらについて検討することで、事故が発生するメカニズムを明らかにして、どの部分を根絶させたり、徹底させたりすれば、効果的に事故を防止できるのかが、判明します。

なおこれらの業務は専用シートを作成した上で、各業務の種類ごとに基本的な分析を行いリスクコントロール（予防対策）の基礎的材料となるようにしておくことが求められます。詳細については後述します。

STEP2			STEP3		STEP4
現状認識	標準・基準整理	リスク洗いだし	評価	分析	対策検討

STEP4：リスクコントロール

「リスク回避」「損害の予防低減」「リスクの分離」「リスクの移転」によりリスク自体を消滅あるいは縮小させることをリスクコントロールと言います。

「リスク回避」・・・リスクの発生そのものを回避する手法です。例えば、ある利用者が高齢であり骨粗鬆症であるため、リハビリを行うと骨折の可能性があるため、リハビリを行わない、という方法をいいます。たしかに骨折のリスクは回避できますが、訪問看護に課せられた使命を果たせなくなる場合もあるため、現実的には選択しがたい手法といえます。このため、現実には下記の「損害の予防低減」によりリスクコントロールを実践していくことになります。

「損害の予防低減」・・・リスクが顕在化する頻度を低減したり（予防）、リスクの規模を最小化する（低減）手法です。例えば、訪問看護従事者に十分な教育を施し、訪問看護サービス提供時のミスを減少させる、事故予防マニュアルを策定し事故発生の誘因をできる限り取り除く等の手法は「予防」に該当します。また、緊急時にかかりつけの医師に緊急連絡し適切な措置を講じることができるようネットワークを構築したり、クレームに対し適切な措置が講じられるようクレーム対応マニュアルを策定し遵守する等の手法は「低減」に該当します。これらはいずれもリスクコントロールの根幹をなす手法であるといえます。

「リスクの分離」・・・リスクの分離は、リスクの区分とバックアップに大別できます。例えば、訪問看護ステーションは、有事に備え、一局集中化させず、2カ所に設置するという方法はリスクの区分に該当します。また、訪問看護従事者が突然、病欠の場合に備えて、代替担当者を事前に決め、融通性のあるスケジューリングをするという方法はバックアップに該当します。

「リスクの移転」・・・契約を通じてリスクを第三者に移転する手法です。例えば器具の購入にあたり、欠陥で事故が起こった場合の損害賠償責任や解決に要する費用を器具メーカーが負担することを契約上明確に規定する場合などがこの手法に該当します。

訪問看護におけるリスクコントロール手法の具体的な検討については、次章でより詳しく説明しますが、基本的には、リスク評価の結果、優先順位が高いものから、適切なリスクの低減方法を検討していくことが大切です。

STEP5：リスクファイナンス

リスクファイナンスとは、リスクが現実化した場合に備えた資金面での対策をいいます。具体的な手法としては、損害保険の加入、損金処理、自家保険（保険に加入せず内部留保すること）等が挙げられます。訪問看護における利用者に対する損害賠償事故における賠償金額は、時として大変高額になる場合があります、また事故解決のため専門的なアドバイスが必要となる場合もあるため、損害賠償保険の加入がもっとも適切な方法です。

STEP6：リスクコントロールの実践検証

リスクマネジメント体制を確立し、対策を検討した後、それらの結果はリスクマネジメントマニュアルに整理した上で、全員が日常の業務の中で遵守するよう努めることが大切です。RM委員会だけではなく、日常業務においても、始業前・始業後、週間・月間等タイムスパンを区切って、適切な実践状況のチェックを行い、是正すべき事項がないか、またルールの変更が必要ないかを検討するようにします。

また各訪問看護従事者ごとに、積極的に事故防止のための研修に参加するよう促したり、個人成長目標を設定し研鑽を怠らないようマネジメントをしたり、ステーション管理者による個別面談等で、具体的な問題点解決のための指導を行うなどの工夫をすることが重要と言えます。

第4章

リスクマネジメント各論

1. 事故予防対策

(1) 予防対策の必要性

訪問看護ステーションは、利用者の ADL レベルの維持向上、診療の補助等により、社会に貢献することを期待されているだけでなく、訪問看護の過誤により利用者に被害を発生させないことも同時に求められています。

その業務の性質上、利用者やその家族の期待は高く、それ故に損害賠償事故が発生した場合の利用者側の受け止め方も深刻になる場合が少なくありません。

また訪問看護における過誤が理由で事故が発生した場合、訪問看護ステーションには次のような影響が考えられます。

訪問看護自体のイメージの失墜

当該訪問看護ステーションのイメージの失墜→収入の減少

訪問看護ステーションの従事者の利益の阻害→収入減少による賞与の削減

損害賠償金・見舞金・解決金・訴訟費用等の現実の出費

事故解決対応ロード→人件費の負担

民事責任以外の刑事責任等の追及の可能性

訪問看護ステーションが利用者を含む社会の信頼を得るには、長い歳月と努力を要するのに対して、たった一度の事故により、瞬時に信頼を失ってしまいます。また訪問看護ステーションは一般に各地域に密着して業務を行っていることもあり、風評の悪化による経営へのダメージは図りしれません。このため十分な予防対策を講じることで事故発生リスクを出来る限り低減しておくことが重要となります。

訪問看護ステーションの規模が小さく、従事者が少ないため、RM委員会の設立は困難であり、リスクマネジメントに十分に取り組むことはできない、との意見を聞くことがあります。しかし訪問看護の安全性は、組織の規模の大小に左右されることがあってはならないはずであり、利用者も当然そのように認識しているはずです。規模が小さい場合は、リスクマネジメントに多くのロードを投入できにくい反面、少人数であるが故にコミュニケーションの活性化が容易である点が特徴といえます。この利点を生かして、短時間でも頻繁な取組みを継続することで、大規模組織に劣らないリスクマネジメント体制を構築することが可能です。

(2) 事故予防対策のポイント

事故を予防するためには、リスクを洗い出した上で、リスクが顕在化するに至る原因・誘因・素因それぞれを分析し、それらを根絶する対策を講じることが有効です。対策を講じる上では、単に訪問看護従事者個人が注意義務を尽くすことのみならず、事故分析結果を踏まえた対策やルールに基づいて、組織的かつ継続的な取り組みを行うことが重要になります。

以下に①リスクマネジメント組織・運営の確立、②事故予防対策の策定・マニュアル化、③従事者教育訓練について、順に解説します。

①リスクマネジメント組織・運営の確立

* リスクマネジメント方針の確立

経営トップがリスクマネジメントの重要性を十分に認識し、リスクマネジメント方針を確立することが大切です。新規導入に際しては、全従事者に対してRM導入宣言を行うと同時に、全従事者が積極的に参画する意思をもてるように、ポスター掲示、アンケート実施等によって、士気を高めます。また経営トップが機会ある毎にリスクマネジメントの重要性を説くことによって従事者のモチベーションを維持し続けるよう意識せねばなりません。

* 組織の作り方

経営母体の種類によって異なりますが、少なくとも以下の要素を含むように階層化することが一般的です。さらに、組織が抱える全てのリスクの中で、訪問看護リスクを抽出した場合に他のリスクとの隙間ができないか、RM委員長に適切な権限が委譲されているか、各委員会が有機的に連携して活動ができるか、等がポイントとなります。また担当医や介護事業者等が適宜参画しうるよう規定しておくことも重要です。

＊運営方法・活動内容

運営方法・活動内容には様々な種類が考えられますが、実施スパンによる多重化（毎朝は週次で総括、週次は月次で総括・・・）や、委員会運営の多重化（RM委員はRM委員長に報告、RM委員長は上位役職者に報告等）の観点から、それぞれの取組が有機的に連携し、相乗効果をもたらすようルール、しくみを設けることが大切になります。

また多忙な中でのRMへの取組は、従事者個人への肉体的、精神的負担感を増すことにつながりかねませんが、常に経営トップがRMの重要性を説き、従事者のモチベーションを高いレベルで維持できるように配慮すると同時に、特に導入当初は過酷な条件とならぬような計画性を持った取組みが必要となります。

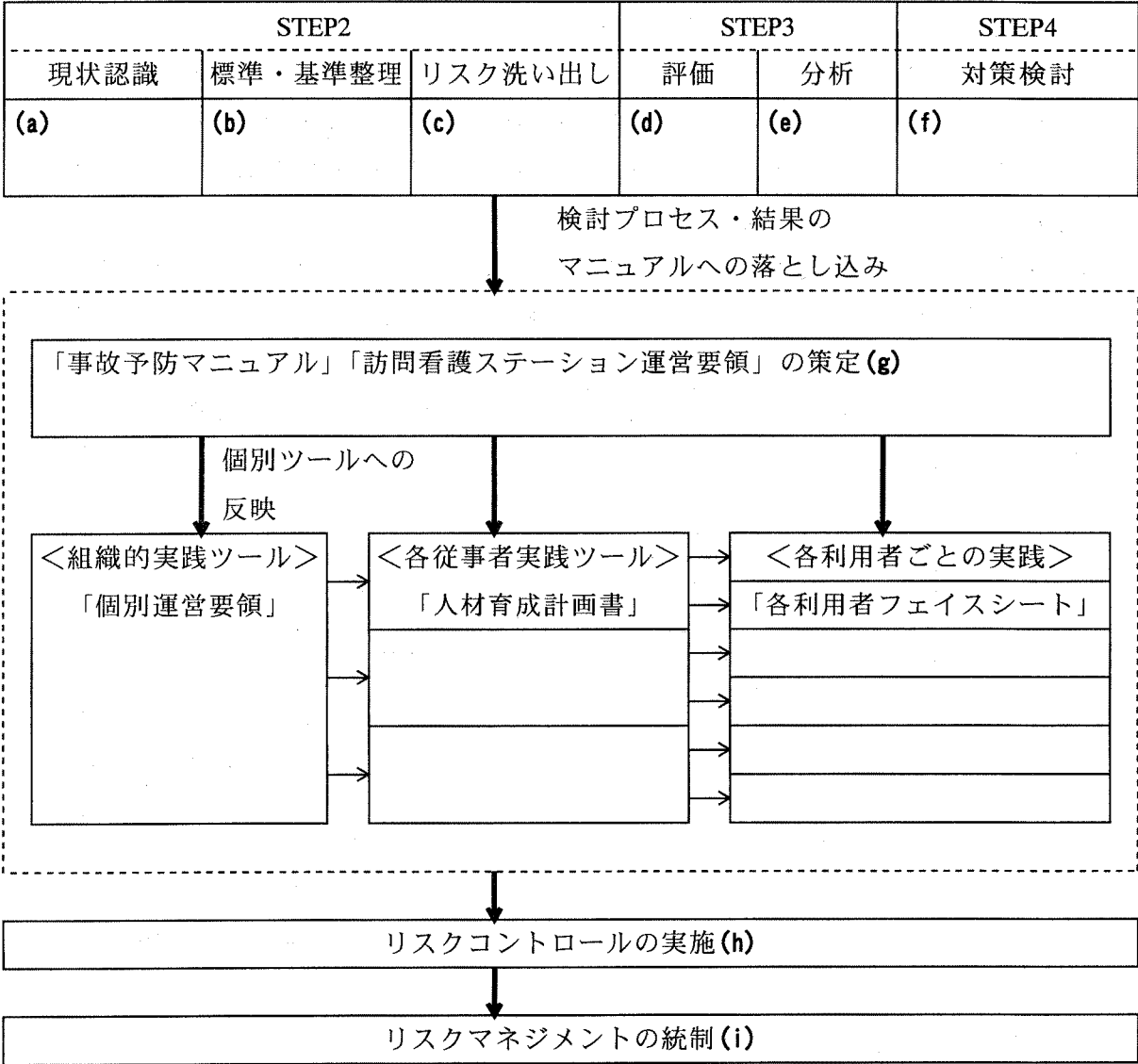
体制が確立し、対策の策定が一通りすんだ後は、効率的な運営に向けて、既存の連絡会、委員会と併設するなどして、極力時間的な負担を軽減するよう工夫することが得策です。

	年次	月次	週次	毎朝
会議等	RM方針検討会			
	議			
	訪問看護RM委員会	訪問看護RM委員会		
			RMミーティング	
				始業時ミーティング
	年間RM総括 RMマニュアル ・規定類見直し	月次RM総括 ヒヤリハット活動 集計	利用者状況チェック 担当者指示	報告書チェック 個別指導 個別予防対策 重要点報告
経営トップ	◎	△		
訪問看護責任者	◎	○	△	△
訪問看護RM委員長	◎	◎	△	△
訪問看護RM委員	○	◎	◎	◎
訪問看護従事者	△	○	◎	◎

◎・・・必ず参画 ○・・・基本的に参画 △・・・必要に応じ参画

②事故予防対策の策定・マニュアル化

対策策定、マニュアル化の要領・手順について事例を紹介します。実際には、各ステーションの現状に即し、実現可能性の高い方法で運用する必要があります。



(a) 現状認識

初回訪問、看護計画策定、個別訪問看護サービス実施、アセスメント実施、記録・検証等、業務フローの各段階に従って、実際に行われている手順を、文書にて明確化します。

(b) 標準・基準整理

現状認識で明確化された手順に関して、既存ルール（既存マニュアルや手順書等）で定められた標準的な訪問看護基準を整理し、添付します。既存ルールが定められていない部分については、訪問看護従事者が一般に取りうる手順について簡潔に文章化します。

(c) リスク洗いだし

現状認識・基準整理で得られた情報をベースに、サービスの種類毎、各手順毎にどのようなリスクが存在するのかを洗い出します。リスクの洗い出しには様々な方法が考えられますが、訪問看護ステーションの場合は、ブレインストーミング形式で気づいた点を任意に抽出し、後に整理する方法が効果的です。

なお洗い出しを行う上では、特殊事情（変更事情）の考慮が重要となります。特殊事情としては、例えば、利用者の容態の変化、看護従事者の変更、使用器具の変更、訪問看護内容の変更追加等が挙げられます。

また過誤の形態分類から、リスクの洗い出しを行うのも効果的な方法です。すなわち、単に訪問看護従事者の過失や注意義務違反と考えるのではなく、注意義務の内容をより具体的に捉えることで、それを怠った場合の被害を想定します。注意義務の内容には、以下のよう

予見義務	結果回避義務	中止義務	調査義務	説明義務	指示義務	事後措置
放置杜撰の禁止義務	利用者要素の考慮義務	ステーションの管理義務	その他			

(d) 評価

リスクの大きさ（損害の発生頻度・発生規模）の観点から、リスク評価を行います。あくまでも優先順位付けを行うことを目的とする評価であるため、科学的手法を用いた定量的評価ではなく、定性的な評価で十分といえます。

＜頻度＞

高	B	A	A
中	C	B	A
低	C	B	A
	小	中	大

＜規模＞

なお訪問看護においては、損害発生頻度は比較的低くとも、死亡、後遺障害などの重篤な損害が予想されるものについては、優先順位を高くすることが必要です。

これらの結果を基に、分析すべきリスクについて絞り込みを行います。

(e)分析

絞り込まれたリスクについて、想定される原因を分析します。

分析をする上では、直接原因、直接原因を引き起こした誘因、誘因の基になった素因を明確にしていく作業をします。素因→誘因→事故原因と発展していくプロセスの中で、個別具体的に要素を抽出していきます。この取組は一見すると単なる作業のように思われますが、数人で意見を出し合うことにより、より詳細な原因分析が明らかになったり、各自のリスクに対する感性を高めたりすることに役立ちます。

具体的な分析にあたっては、事故原因の分析方法として米国の国家交通安全委員会が採用しているものに「4つのM」という概念があり、この分類を利用して、想定される事故（リスク）の直接原因と、その引き金となった誘因に分けて検討することが考えられます。

Man（エラーを起こす人間要因）

人間はエラーを起こすファクターであり、エラーの典型的な例として「近道反応」と「省略行為」が挙げられます。

「近道反応」とは、車椅子で移送するのに段差がない場所を選択すると迂回しなければならないので、段差のあるところを通行する、針先を消毒するのに新しいアルコール消毒綿に交換するのは手数がかかるので、同じ脱脂綿を2度使用する、といった事例に代表されます。

「遠いな」「面倒だな」と思った瞬間に安全な手段よりも横着な気持ちが先立つということを、安全管理をする上で知っておく必要があります。

「省略行為」とは本来守らなければならない行為を抜かしてしまう行為です。作業慣れからこのような行為を起こしやすくなります。例えば、カテーテル交換に際し、短時間で済ませたいからという理由で、手洗いを省略する行為がこれにあたります。

また従事者本人以外の職場の仲間・上司・部下そして家族友人などとの人間関係がエラーの引き金となることも少なくなく、心が通じ合える関係がないと、指揮・命令・指示・連絡などに影響し、判断を誤り事故につながることもあります。

Machine（設備の欠陥・故障などの物的要因）

設備（医療用機器等）などの物的条件であり、設備機器の安全性の欠如、指示警告の不備などから事故につながる場合があります。例えば、閉鎖式導尿バッグの内部が密着し適切な排尿が行われない、等の場合はこれに該当します。

Media（作業の情報・方法・環境などの物的要因）

Man と Machine とつなぐ媒体という意味であり、作業方法や手順、作業情報そして作業環境などのことです。例えば、サービスの手順書が必要以上に複雑であるため、重要な手順が抜け落ちやすい、医療用機器の使用方法に関する知識が認識されていない、4S（整理・整頓・清潔・清掃）がなされておらず、訪問看護従事者に悪影響を与えている、等の場合はこれに該当します。

Management（管理上の要因）

組織運営、利用者管理、教育・訓練等の管理のことをさします。

(f) 対策検討

4 Mの観点から分類した事故の直接原因・誘因・素因について、それを防止する方法を個々に検討していきます。

例えばベッドから車椅子への移動時の転落リスクであれば、以下の手順で対策を検討します。対策検討シートに全て記載する必要はありませんが、このような順序で検討することにより、有効な対策が見いだしやすくなります。

①リスク洗い出し		
ベッドから車椅子への移行時の転落リスク（リスク評価：A）		
②直接原因	← → ③誘因	← → ④素因
MAN 移動時の補助が不十分であった。	MAN MANAGEMENT 主担当者の欠席により、代替者が担当。上肢の筋力についての認識を誤っていた。	MAN MEDIA 利用者の訪問看護計画表をきちんと読んでいなかった。
対策：移動前に利用者に手順を説明し、自らも行動をイメージしてから実施に移る。	対策：利用者1名に対してメイン担当者、サブ担当者を決め、有事に備え同行する機会を作る。また新規利用者の初回訪問の際にはステーション管理者が必ず同行する。	対策：訪問看護計画表の詳細策定の前にカルテと計画のサマリーを添付するようにする。
MACHINE MEDIA ベッドの柵が不安定であった車椅子の角度がベッドに対して45度ではなく開いていたため、距離が適切ではなかった。	MEDIA 取り付け位置を変更した際に、足がきちんとはまっていなかった。 当初は45度の位置に置いたが、柵を付け替える際に、移動してしまった。	MAN MANAGEMENT 注意力の低下 （当日、受け持ち件数が通常5件のところ8件であり、風邪・疲労と共に注意力が散漫になっていた）
対策：念のため、全従事者の基本知識の確認を行う。	対策：作業手順のなかに柵固定、車椅子角度の指差を取り入れた。	対策：最高訪問件数に上限を設けること、当日スケジュール調整ではなく、翌日翌々日まで含んだスケジュール調整とする。 健康問いかけミーティングを毎朝1分実施する。

(g) 事故予防マニュアル作成

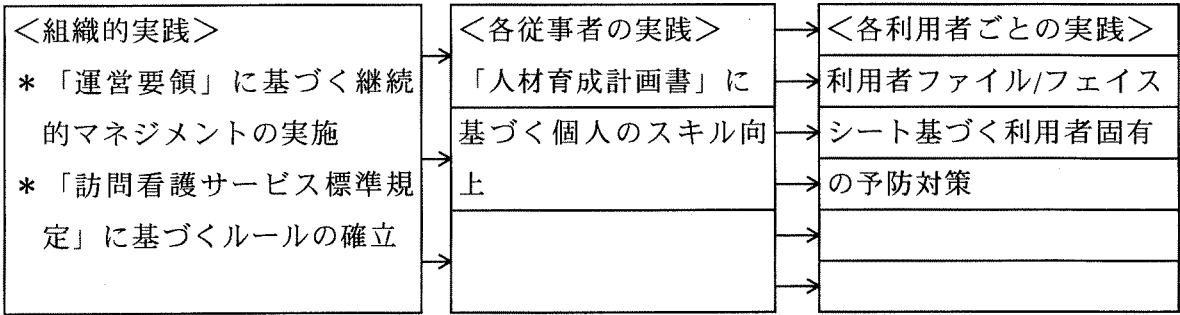
事故予防マニュアルは、まず最初の段階では骨子のみを定めて、情報を蓄積するための器を作成します。次の構成例でいえば、4.(1)③以外の部分についてはあらかじめ文書化し、適宜修正していきます。4.(1)③については、提供される訪問看護サービスの種類や、リスクの大分類（転倒骨折リスク、誤嚥窒息リスク等）ごとに、対策検討結果シートを作成し、ファイリングをしていきます。さらに検討された対策について、組織レベル、各従事者レベルで取り組むべきことに分類し、マニュアルの中に落としこみます。

<事故予防マニュアルの構成>

1. 経営方針
2. 事故予防の目的
3. ○○訪問看護ステーションの事故予防体制
 - 組織図 担当者 役割と権限の明確化
 - R M委員会運営要領、利用者管理運営要領
4. 事故予防策
 - (1) 事故予防対策標準
 - ①初回訪問
 - ②看護計画作成
 - ③サービス提供
 - a.全業務共通
 - b.個別業務毎
 - * 業務標準
 - * 個別業務のリスクと対策
 - * 利用者別適用ルール
 - ④記録作成、チェック
 - ⑤カンファレンス
 - (2) 事故予防策実践ルール
 - 事故予防策実践ツール
 - カルテ・訪問看護計画表との連動
5. 事故予防策の実践と検証
 - 定期的内容再検討
 - 訪問看護現場検証
 - 事故情報の収集分析

マニュアルで定めた内容を実践するに当たっては、さらに運営要領・しくみルール、訪問看護計画表に実践のポイントを落とし込み、マネジメントの際や現場での実践において活用しうよう工夫することが大切です。

各利用者固有の対策としては、既往症とそれに必要な訪問看護内容を類型化した上で、訪問看護ステーションとしての標準規定を策定し、その中に事故予防に関する留意点などのポイント項目を織り込み、文書化します。その上で、各利用者の状態に応じてあてはめを行い（一般論の具体化）、訪問看護計画書に個別具体的な事故予防対策を整理・記入します。



(h) リスクコントロールの実施

定められた対策を実践します。リスクマネジメントの取組みは検討した対策を実践するのみならず、それを検証し、対策を改善しさらに実践するという PDCA (Plan、Do、Check、Action) のサイクルを繰り返すことに意味があります。このためリスクコントロールの実施段階においては、常に事故予防に対する問題意識を持ち、リスクに対する感性を高めるよう工夫し、必要な情報（ヒヤリハット事故）などを収集するよう心がけることが必要です。

(i) リスクマネジメントの統制

定められた対策が遵守されているか、リスク低減の効果を発揮しているかを検証することにより効果的なリスクコントロールを行うようにすることが大切です。例えば利用者単位でのリスクコントロールの検証については毎週、従事者個人レベルで検証は毎月、しくみや運営ルールについては毎年、というようにリスクマネジメントの統制の周期を事前に定め、計画的に効果の検証を行うことが得策です。

③従事者教育訓練

訪問看護は、一人の従事者が現場に赴きサービスを提供する場合が比較的多く、現場における管理者による直接的なマネジメントが困難であるのが実情です。したがってリスクマネジメントの取組も個人の裁量によるところが多く、従事者のリスクマネジメントに関する教育が重要であるといえます。

例えば組織内外での研修会への積極的参加、新入時オリエンテーションの実施、先輩看護婦主導の定期勉強会、事例発表会、個人目標の設定と検証（人材育成計画の策定）、などによって能力を高めると共に経験の不足を補い、注意を喚起しつづけることが重要となります。

リスクに対する感性を高めるために有意義なものとして、ヒヤリハット運動、危険予知訓練、健康問いかけミーティングなどがあります。

ヒヤリ・ハット運動

1：29：300の法則（ハインリッヒの法則）

- * 全事故の0.3%が重傷害事故、8.8%が軽傷害事故、90.9%が無傷害事故になる。重傷害事故として表れる事例は、氷山の一角のようなもので、その下には数多くのヒヤリ事故（無傷害事故）が潜んでいる。
- * いずれの事故も、不安全行動・不安全状態に基づいている点では共通している。
- * 事故を防止するためには事後の対策でなく、「安全先取りの精神」で事故発生要因について、ヒヤリ事故の段階での対策を講ずる必要がある。
- * 具体的には、不安全な環境をできるだけ少なくすること、従業員の危険性に対する感受性を敏感にし、不安全な行動を抑制すること、そしてそれらを実施するための組織・安全行動・教育・訓練などの活動を経営者自ら率先して実施することが大切である。

ヒヤリ・ハット・ブレインストーミング

- * ヒヤリ・ハットメモだけで情報を収集した場合、日常の忙しさや、自分のミスを他人に知らせたくないという心理などから、多くのヒヤリ・ハット経験が集まりにくい。
- * 20～30分の小グループミーティングにより各自のヒヤリ・ハット経験を集める方法が活用されている。あらかじめミーティングを予告し、各人1件以上のヒヤリ体験を考え、メモして進行することが得策である。

ヒヤリ・ハットと事故防止対策

- * 収集したヒヤリ・ハット経験は現場の安全対策に結びつけて初めて生きてくる。
- * 社内報、壁新聞などでできるだけ多くの人に広報する。
- * 各訪問看護ステーションと情報交換し、改善検討をさせる。
- * できるかぎりイラストなどにして残して、危険予知訓練（KYT）に活用する。

危険予知訓練（KYT）

危険予知訓練とは

危険予知訓練（KYT＝Kiken Yochi Training）とは、危険要因を、小集団で話し合い、考え合い、行動する前に解決することを習慣づけるための訓練で多くの産業で活用され、効果をあげている。イラストを用いて自由に、気楽に意見を出し合うことを通じて、次のような効果が期待できる。

危険予知訓練の効果

- * 作業員一人一人の危険に対する感受性を豊かにする。
- * リーダーのミーティング能力を向上させる。
- * 職場への参加意識を高める。

危険予知訓練の一般的な進め方

危険予知訓練は、できるだけ短時間で行えるように訓練し、毎日のミーティングの際、3～5分で実施することが望まれる。

①危険予知シートの選定

- ・最初は簡易的なシートで行う。

※危険予知シート・・・作業の一場面をイラスト化したシート。このイラストを見て作業に潜む危険を発見し、解決策を論議する。

②危険予知シートの配布・状況説明

- ・シートを全員に配り、状況を簡単に説明する。

③「どんな危険があるか」についてブレインストーミング方式で討議を進める。

- ・良い悪いの批判をしない。 ・しゃべりやすい雰囲気にする。
- ・出た意見はそのまま書記する。 ・参加者全員から意見を出す。

④重要要因の検討

- ・危険要因のうち最も重要な要因を話し合い、2～3に絞り込む。

⑤対策の検討

- ・「君」ならどうするかについて全員の意見を聞く。
- ・対策は危険要因ごとに2～3の行動内容で示す。

⑥目標の設定

- ・対策のうち最も重要なものを1つに絞り、行動目標「～をするときは～をして～をしよう」を決める。

⑦確認

- ・全員で行動目標を唱和して確認する。

(3) 取組み事例

	フロー	現行の基準	リスク	評価	原因分析	対策	対策の重要度
初回訪問準備	・治療方針、指示内容、看護上のポイントの確認	医師から出された指示書を確認する	・指示内容の誤解に基づく不適切なサービス提供による傷病発生	B	・指示書の記述内容が不十分 ・指示書の記述内容が正確に理解できない	・不明点がある場合は医師に確認し記録する	
	・利用者の既往歴の確認	医師から出された指示書を確認する	・不適切な看護計画作成による利用者のADLレベルの低下	C	・指示書の記述内容が不十分 ・指示書の記述内容が正確に理解できない	・不明点がある場合は医師に確認する	
初回訪問	・サービス内容、料金の説明	別添のパンフレット、契約書に従って家族に対してできるだけ丁寧に説明する	・サービス内容の誤解による後日のトラブル	C	・相手方の理解能力が低い ・説明が不十分	・必ずサービス内容と料金を記載したパンフレットを交付した上で口頭で説明を行う ・説明に十分な時間をかける ・訪問看護依頼書の提供サービスにチェック印を入れる	
	・利用者の個性、家族状況の確認	サービス提供上留意すべきポイントは何か確認する	・不適切な看護計画作成による利用者のADLレベルの低下	C	・利用者、家族の自己申告を鵜呑みにする ・事実と心情を混在して把握する	・訪問時の患者、家族の動静にも注意を払う ・訪問看護記録Ⅰに家族構成図及び特性を書き込む	
	・居住環境の確認	・サービス提供の際に障害となる段差などがあるか確認する ・新たに設置すべき設備があるか	・段差等による転倒骨折 ・2回目訪問以降のサービス提供が円滑に進まない	C	・気がついた点を記録していない	・チェックした箇所を記録に残す	
	・他のサービス利用状況の確認	他のサービスの利用状況（回数、時間帯、サービス内容）を聴取する	・褥瘡の消毒をしすぎることによる治癒	C	・サービス提供者相互の状況を把握できない	・利用者宅管理表を一本化する	
看護計画策定	・看護計画のドラフト策定	ステーション等で定めたガイドラインに従ったプランニングを行う	・不適切な看護計画作成による利用者のADLレベルの低下	B	・適切なプランニングを行う能力がない ・十分に検討する時間がない	・カンファレンスを実施して、より適切な計画を策定する ・看護計画を類型化して作成し、個人特性に応じてアレンジする	
	・管理者の承認をもらう	計画に改善点があるか確認する	・不適切な看護計画作成による利用者のADLレベルの低下	B	・管理者が時間不足のため確認が甘い	・確認のために要する時間をあらかじめスケジュールリングする ・個人特性によって看護計画をアレンジした点を重点的に説明する	
	・医師に報告	利用者の症状改善に適しているか確認を受ける	・不適切な看護計画作成による利用者のADLレベルの低下	B	・医師による看護計画の内容の理解が不十分 ・容態の変化をタイムリーに把握できていない	・計画書の記載をできるだけ詳細にする ・利用者の状態の変化の都度、医師に補足説明を行う	○
	・利用者、家族に説明	提供するサービスへの理解と協力を得る	・サービスに対する不信感を抱かれる	C	・利用者や家族がサービスの内容や必要性を誤解する	・サービスの必要性を丁寧に説明する ・サービス内容を図解したパンフレットを作成、配布する	
サービス提供 [褥瘡の予防・処置]	・清拭	利用者の自尊心を傷つけない	・利用者の羞恥心を刺激する	B	・陰部の清拭を周囲に人がいるままで行った	・周囲に人がいる場合には離れてもらう ・必要以上に露出しないよう注意する	
		全身にもれなく清拭を行う	・不十分な清拭による身体の不衛生	C	・手順の不手際 ・時間が不足する	・不十分となりがちな箇所から優先的に清拭するよう手順を変更 ・時間的な余裕を持ったスケジュールリングを行う	◎
		利用者の皮膚の状態をよく観察する	・新たな褥瘡の発生	B	・清拭時の見落とし ・家族による日常の介護時の見落とし	・見落とさないよう清拭終了後に改めて確認する ・家族に観察を怠らないよう指導する	○

(3) 取組み事例

	・体位変換	自分の方向に向かって体位変換する	・骨折のリスク ・利用者の苦痛	B C	・無理な姿勢をとらせたまま体位変換しようとする ・看護婦の技術不足	・体位変換をする際に、患者の姿勢を必ず確認する ・手順に関する実践的な勉強会の実施	◎
		訪問時間が2時間を超える場合は必ず体位変換を行う	・体位変換の頻度が少ないことによる褥瘡の悪化	C	・時間不足で体位変換を行えない	・時間的に余裕を持ったスケジューリングを行う ・少なくともサービス提供の最初と最後に体位変換を行うようルール化する	
		クッションなどの補助用具を活用する	・常時補助用具を使用したことによる褥瘡の悪化	B	・導入の必要性の判断ミス ・補助用具の使用方法が不適切	・用具の導入基準を定める ・用具を使用する際は正しく設置できているか確認し、家族に指導する	○
	・マッサージ	血流が循環するよう効果的に行う		D			
	・軟膏塗布	滅菌ガーゼに薄くのばして創部にあてる	・軟膏塗布箇所、量が不適切であることによる効果の減少	C	・適切な塗布量に関する知識が不足	・適切な塗布方法について勉強会を行う	
		処置の前後の消毒を徹底する	・利用者の細菌感染	A	・その他のサービスを提供した後、手洗いを行わない	・処置前後に必ず手洗いするよう励行する	◎
		使用済みガーゼや綿球を適切に廃棄する	・利用者の家族が感染	B	・利用者の感染リスクに関する認識が不足 ・家族が使用済みガーゼその他を不用意にさわる	・直接触れないよう注意すると同時に、手洗いを行うよう指導	◎
	・摩擦防止	新たな褥瘡ができないようシーツのしわを伸ばす	・新たな褥瘡の発生	B	・手順の不手際 ・サービス終了時の確認ミス	・手順をルール化する ・サービス終了時に確認する	○
	訪問終了時	・関係者に連絡（必要に応じ）	利用者に異変を感じたときは速やかに管理者・医師に連絡する	A	・異変に気づかない ・連絡が遅れる ・連絡すべきかどうか判断できない	・サービス終了時に利用者の様子を必ず確認する ・異変を感じたときは速やかに連絡するようルール化 ・判断に迷ったときは管理者に相談するよう徹底	◎
		・記録の作成、保管	サービス提供後速やかに作成・保管する	D			
		・意見交換、アドバイスの実施	他の看護婦の過去の経験上役立ちそうなことがあれば助言を受ける	D			
[膀胱洗浄]	・生理食塩水の湯せん	人肌の温度に暖める	・温度が高すぎて利用者が不快感を感じる	B	・最適温度を把握していなかった ・温度を十分確認していなかった	・人肌の温度を体感して覚える ・温度確認を徹底する	
	・カテーテル出口の消毒	消毒綿でしっかりと拭く	・消毒不足、ミスによる細菌感染	A	・時間が不足し消毒綿での拭き方が不十分であった ・手を洗浄していなかった	・余裕を持ったスケジューリングを行う ・事前の手の洗浄を徹底する	○ ◎
	・生理食塩水の注入	適切なスピードで適切な量を注入する	・注入時に利用者が不快感を感じる	C	・注入スピードが速すぎる ・注入量が多すぎる	・利用者の様子を観察しながら注入する	

(3) 取組み事例

	・生理食塩水の排出	・無理な吸引はしない ・洗浄回数が不十分 ・排液の量、状態を確認する	・吸引による利用者の膀胱に損傷発生 ・洗浄の不徹底による細菌感染 ・異常を見落とした結果、利用者の症状が悪化	B A A	・時間の不足を補うため、確認手順を省略する	・シリンジを膀胱より下に向けて自然排出させることを徹底する ・時間的余裕を持ったスケジューリングを行う ・排液の確認をルール化する	○ ◎ ◎
	・カテーテル接続部の消毒	消毒綿でしっかりと拭く	・消毒不足、ミスによる細菌感染	A	・時間が不足し消毒綿での拭き方が不十分であった ・手を洗浄していなかった	・時間的余裕を持ったスケジューリングを行う ・事前の手の洗浄を徹底する	○ ◎

※「評価」は事故の発生頻度と発生時の被害の大きさを総合考慮してA～Dの4段階で判定

2. 緊急時対応対策

(1) 緊急時対応対策の必要性

万一、利用者を負傷させたり、容態が急変するなどの異常が発生した場合は、被害を回復したり損害を最小限に食い止めるための適切な措置を、できる限り早く講じることが必要です。訪問看護従事者に何らかの落ち度があり、事故が発生しても、その後の適切な措置により、損害の発生を最小化した例は少なくありません。また緊急時の対応の是非がその後の利用者側からの損害賠償請求の有無、内容に影響を及ぼすこともあります。

このため、訪問看護ステーションでは、常日頃から、必要な緊急時対応のネットワークを構築し、緊急時の具体的な対応策（行動パターン）を策定し、定期的な模擬訓練などにより実効性を維持することを心がけなければなりません。

(2) 緊急時対応対策のポイント

訪問看護における緊急時対応の特徴は、訪問看護従事者が多くの場合、単独で行動していることにあります。すなわち緊急時であるか否かの判断、緊急時の具体的な対応に関する判断を、独自に行わなければならない局面に遭遇する可能性が高く、また訪問看護従事者の特性上、医療行為には制限があるため、対応の方法に自ずと限界があります。

また訪問時だけでなく、ステーション在席時や自宅待機時に利用者から連絡が入る場合も想定されます。この場合は、利用者の状態を直接確認することができないため、家族等から聴取した内容から判断を下さねばならないこともあります。

このため一般に発生頻度が高いと思われるリスク、利用者固有のリスクについては、緊急時の判断基準・対応基準を明確化し、また必要に応じサポートが得られるような実効性の高いネットワークを構築しておく必要があります。さらにこれらが有事の際に機能しうるように定期的に模擬訓練を実施し、より現実的なアクションプランとすることが大切です。

<緊急時対応対策策定のために検討・準備すべき項目>

想定されるリスク毎の対応策	誤嚥・転倒骨折等の一般的に頻度の高いリスク対応策 利用者固有のリスク対応策
救急措置	適切な判断・措置の基準 各従事者レベルでの対応力向上 夜間出向要請に対する応諾基準
緊急時ネットワーク構築	病院、医師、他従事者、介護事業者等とのネットワークの構築 専門医の確保 実効性確保（提携先の複数化、連絡手段の多重化、優先順位付け） 緊急時ネットワーク一覧表の常時携帯

家族への連絡体制	同居家族以外の緊急連絡先の把握
24時間体制の確保	サービスの向上の観点からだけでなく、緊急時の対応も考慮して当番制による受付体制の確保が望ましい。
設備・ツールの確保	業務専用携帯電話、緊急連絡網・利用者情報の常時携帯、交通手段確保

*利用者固有のリスクの把握

利用者固有のリスク（既往症等から想定される緊急事態）については、担当医から指示書を受理した時点で、どのようなリスクが想定されるかアドバイスをもらうと同時に、そのリスクに対する救急措置方法について助言してもらうことが得策です。

*事実隠蔽の禁止

各訪問看護従事者が、緊急事態が発生しそれを認識したにもかかわらず、見過したり、その事実を隠蔽することは絶対に避けなければなりません（例えば、転倒させたことにより骨折の可能性があるにもかかわらず、放置する等）。緊急時の対応が適切であれば、損害の拡大を防ぐことが期待できます。しかし、対応が適切でないばかりか、緊急事態の発生事実を従事者が隠蔽することは、損害の倍増につながります。

事実隠蔽をなくすためには、従事者に対する教育訓練や周知徹底だけでは効果を発揮しません。なぜなら事実隠蔽は、従事者個人の心理的要因（罪悪感からの逃避）により発生するものであり、教育訓練だけではこの要因を排除できないからです。

このため効果的な対策としては、管理者が中心となったコミュニケーションの活性化、人事考課におけるマイナス査定の禁止、ヒヤリハット事故報告の実施によるマイナス情報開示、管理者と各従事者の個人面談の実施などにより、ステーション全体で問題点を共有化する風土を作ることが得策といえます。

*緊急時対応マニュアルの実践的活用

緊急時対応マニュアルにて整理された内容については、適宜、運営要領、人材育成目標、利用者ファイルのフェイスシートに落とし込むと同時に、緊急時対応ネットワーク一覧表については常時携行することが必須となります。

*定期的見直し・模擬訓練

特に緊急時連絡先については、定期的に見直しを行うことが必要です。また利用者について固有のリスクを把握した上で、緊急時を想定した模擬訓練を実施することが効果的です。

＊常時のコミュニケーションの重要性

緊急時の対応が円滑になされるためには、まず緊急時の行動パターンがはっきりと決まっていること、緊急時のネットワークに実効性があること等が重要になります。カンファレンスや指示書受理時の連絡の機会を利用して、関係者とコミュニケーションを活発に行い、「いざというとき、具体的に何をすればよいか」を各従事者がしっかりと認識すると同時に、担当医師等への緊急連絡を心理的に阻害する要因を取り除いておくことが得策です。

＜緊急時対応マニュアルの構成＞

緊急時対応ネットワーク（連絡先一覧・常時携行）

1．経営方針

2．緊急時対応の目的

3．〇〇訪問看護ステーションの緊急時対応

組織図 担当者 役割と権限の明確化と優先順位付け

4．緊急時対応策

（１）緊急時対応行動基準総論

（２）緊急時対応行動基準各論

①一般に発生頻度が高いリスク

②利用者固有のリスク

5．緊急時対応の実践と検証

定期的内容再検討 模擬訓練実施要領

(3) 取組み事例

①緊急時連絡ルール

<訪問看護従事者>

- ☐ 担当医師に連絡
- ☐ 救急措置
- ☐ 管理者（管理者代理）に連絡・相談
- ☐ 消防に通報（救急車出動要請）

- * 当座必要な救急措置を講じた後は、直ちに担当医師へ連絡し、指示を仰ぐ。
- * 担当医師と連絡が取れない場合は、管理者の指示を仰ぐ。
- * 一刻を争う場合は、担当医師へ連絡する前に、消防通報する。
- * 判断が困難な場合は、自ら判断せず、担当医師・管理者の指示を仰ぐ。

<管理者>

- ☐ 従事者へ指示
- ☐ 経営母体の訪問看護責任者に連絡（以降、経営母体連絡網に従う）
- ☐ 移送先医療機関へ急行
- * 重大事故の場合は、管理者は必ず訪問看護責任者に連絡する。
- * 従事者の措置内容を適宜確認し把握する。

②緊急時対応ネットワーク一覧

	電話（自宅電話） 携帯電話 住所（自宅住所）
A 訪問看護ステーション	
管理者	
管理者代理	
メンバー 1	
メンバー 2	
B 訪問看護ステーション	
管理者	
C 訪問看護ステーション	
管理者	

訪問看護責任者 （および上位役職者）	
救急指定日	
病院 A	
病院 B	
担当医 A	
担当医 B	
提携介護サービス事業者	

消防（地元消防直通）	
------------	--

	担当医	家族名	
利用者 A			
利用者 B			
利用者 C			
利用者 D			

3. 事故解決対策

(1) 事故解決対策の必要性

訪問看護におけるリスクを低減するためには、まず事故を起こさないように努めることに尽きますが、不幸にして事故が発生した場合においても、解決に向けて適切な対処をすることが肝要です。このため事故予防対策・緊急時対応対策のみならず、有事に備え事故解決対策を講じておくことも求められます。

事故の解決にあたっては、単に法律上の損害賠償責任を果たすのみならず、傷病の治癒に向けて積極的に関与する等、看護婦に課せられた使命に鑑み、道徳的・道義的責任を十分に果たすことにより、失われた信頼を回復するよう努めることが大切です。また利用者から具体的な損害賠償請求がないからといって、損害賠償金を支払わない解決が必ずしも正当であるとはいえないこともあります。損害保険会社や弁護士などの専門家と十分に協議の上、独りよがりではない適切な解決がなされるように留意する必要があります。

(2) 事故解決対応の実践

事故発生から解決に至るまでのプロセスは、①初期対応、②原因究明・責任検討、③損害確定の各段階に分類することができます。以下、各段階毎に実践のポイントを解説します。

①初期対応

* 初期対応の重要性

事故解決において最も重要なのは「適切な初期対応」であり、まさに「初期対応で全てが決まる」といっても決して過言ではありません。

適切な初期対応がなされなかったばかりに先方との間の関係が悪化し、その後の関係修復に多大な労力を要するケースも珍しくありません。何らかの申し出を受けた場合には、まず、正確な事実の把握および関連情報の入手に努めると共に、何よりも誠実な対応を心掛けることが必要です。そして、適切な初期対応を行うためには、客観的な視点から事実を適正に把握し、文書として記録保管すること、損害保険会社や弁護士等の第三者に必要な応じて協力を求める体制を整えておくことなどがポイントとして挙げられます。

* 初期対応における基本的スタンス

事故対応全般にわたっていえることですが、最初から「私に一切責任はない」といった頑な態度に終始することは決して得策ではありません。自らの過失により被害が発生したのであれば「上司と十分協議の上で対応させていただく」、「誠意を持って対応する、要望をしっかり聴取する」との姿勢を明らかにすることが必要です。

なお、あくまでも法律上の損害賠償責任の有無に基軸をおき、必要に応じて道義的責任を果たしていくとのスタンスに立ち、対応することが円満な解決の鍵となります。

* 具体的調査項目

事故報告を受けた場合には、出来る限り早期に事故情報を整理し、利用者や利用者の家族から事情聴取を行うと共に、次の項目を調査もしくは確認し、必ず遅滞なく書面に残すことが必要です。

- ☐利用者および利用者家族の住所、氏名、職業、連絡先等
- ☐事故発生日時、場所
- ☐事故状況（5 W 1 H）
- ☐第一発見者の把握している情報
- ☐被害者の現在の状況（入通院先病院名・連絡先、被害回復状況）
- ☐その他参考情報

* 保険会社への通知

賠償責任保険に加入している場合には、保険会社に対して速やかに事故報告を行い、その保険会社の専門スタッフの協力を得ながら対応していくことになります。

②原因究明・責任検討

* 原因究明

収集した情報や、その後の診断、治療において判明した事実から、被害発生の原因を医学的な見地から究明すると同時に、その原因を引き起こした誘因や素因を分析します。これらを実施するに際しては、原因究明チームを組織し、検討会議を開催することにより進めていきます。有事の際に、原因究明チームに参画する役職者を事前に決定しておくことが得策です。なお当事者である訪問看護従事者は、本人に与える影響や、聴取可能な情報の種類などを考慮すると、一般的にはチームに参画することは得策ではありません。管理者が本人から十分に事情を聴取し、管理者が出席することが望ましいと考えられます。

* 責任検討

責任の検討についても、責任検討チームを組織します。基本的にこの後の示談交渉は法律上の損害賠償責任の有無が明確になればスタンスを決めることができません。法律上の損害賠償責任は、高度に法律的な判断を要することも少なくなく、このため加入している損害保険会社の専門家や、弁護士等に相談しながら判断していくことが重要です。

さらに訪問看護ステーションが、組織として、道徳的・道義的な観点からどのような対処をすべきか併せて検討することも必要になります。

③損害確定

*支払うべき損害賠償金の範囲

加害者が支払うべき損害賠償の範囲は、民法の規定に基づき相当因果関係の認められる損害となり、具体的には下記の通りです。

人的損害の場合：

・治療費・慰謝料・通院交通費

(後遺障害の場合)・後遺障害慰謝料・逸失利益

(死亡の場合)・葬儀費用・本人、遺族の慰謝料・逸失利益

物的損害の場合：

・修理費（時価額限度）・相当因果関係のある範囲内の間接費用

具体的な金額の決定にあたっては、これらの費用の支出に関する証明書類（領収書など）を被害者から提出してもらう必要があります。また、訪問看護従事者・訪問看護ステーションに責任が認められたとしても、利用者側に不注意があった場合には、その程度に応じて過失相殺が適用されることになります。

*専門家のアドバイス

損害額を確定させ、損害賠償金を算出するには専門的知識が必要になります。適正な損害賠償金の算出に際しては、賠償責任保険に加入している場合、保険会社のアドバイスを得ることが得策です。（事前に保険会社の承諾なく損害賠償金を支払った場合は、保険金が支払われないこともあります。）

参考文献・資料

岡島重孝、中田まゆみ：看護必携シリーズ第15巻訪問看護（学習研究社、1989）

山崎摩耶：訪問看護ハンドブック100のQ&A 第2版（日本看護協会出版会、1997）

医療経済研究機構：医療白書1999年版（日本医療企画、1999）

Carolyn J.Humphrey：訪問看護ハンドブック（医歯薬出版、1997）

Barbara J.Youngberg：Essentials of Hospital Risk Management（An Aspen Publication、1990）

日本規格協会：ISO14121 リスクアセスメント

唄孝一、宇都木伸、平林勝政：別冊ジュリスト医療過誤判例百選第2版（有斐閣、1996）

株式会社インタリスク：「医療関連分野におけるリスクマネジメント」講演資料（1999）

株式会社インタリスク：コンティンジェンシー・プラン（緊急時対応計画）策定の実務
（1997）

平成11年度厚生省老人保健事業推進費等助成金
(老人保健健康増進等事業)

介護保険制度下における訪問看護サービスの質の評価・向上に関する研究

**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

平成12年3月

発行 社団法人 全国訪問看護事業協会
〒160-0022東京都新宿区新宿1-3-8
YKB新宿御苑ビル1001
☎ 03-3351-5898(FAX兼用)

印刷 株式会社 厚生出版社
