

平成16年度 社団法人全国訪問看護事業協会 研究事業

訪問看護ステーション事故事例作成  
検討事業

平成16年度 報告書

主任研究者 上野 桂子

平成17年3月









平成16年度 社団法人全国訪問看護事業協会 研究事業

# 訪問看護ステーション事故事例作成 検討事業

平成16年度 報告書

主任研究者 上野 桂子

平成17年3月

## はじめに

訪問看護が制度化され13年目となり、全国で5400余の訪問看護ステーションが活動している。さらに介護保険法施行により訪問看護サービスは、在宅ケアの中でも医療系サービスとして中心的な役割を担い、その認知度も高くなってきている。

最近の医療環境の変化に伴い、医療依存度の高い方々が、在宅で生活をされるようになり、訪問看護師はそのような在宅療養者の多様なニーズに応えるべく地域で活動している。訪問看護ステーションが地域に定着するにつれサービス提供に関しての安全管理は、訪問看護の質の確保の上でその重要性は高い。訪問看護はその特性から訪問看護師が一人で訪問し、ケアを提供することから病院等における施設内看護とは異なる事故予防・事故対応を行う必要がある。

1999年1月の横浜市立大学の患者取り違い事故を皮切りに、医療事故に関して新聞紙上に掲載されない日がない程毎日のように報道されている。在宅医療の一端を担っているわれわれ訪問看護ステーションに従事するものにとっても対岸の火事として見ているのではなく、自分たちの問題として真剣に取り組む必要がある。全国訪問看護事業協会において、1999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」を実施した。その後、2001年度には社会福祉・医療事業団助成事業として、「在宅療養者の安全確保の為のリスクマネジメントマニュアル作成事業」に取り組み、現場ですぐ活用できる様にリスクマネジメントマニュアルの手引きとマニュアル作成を実施した。その後当協会実施の研修の中にリスクマネジメント研修を盛り込み、訪問看護サービスにおけるリスクマネジメントの啓蒙、普及を図ってきた。さらに、訪問看護師の事故予防に関する関心、技術習得・向上が求められているが、訪問看護師が事故予防・事故対応について学ぶために、今まで訪問看護分野において訪問看護ステーションにおける実際の事故事例を詳細に分析した事故予防対策や事例集はないため、本事業に取り組んだ。今回の「訪問看護ステーション事故事例検討事業」の報告書が、現場で活用され、在宅療養者が安心して在宅で生活を送り、今後の安全な訪問看護サービスの提供に役立てていただければ幸いである。

平成17年3月

訪問看護ステーション事故事例検討事業

主任研究者 上野 桂子

# 目次

第1章 研究の背景	1
第2章 研究の概要	3
1. 研究目的	3
2. 用語の定義	3
3. 研究方法	4
4. 研究内容	5
5. 研究実施体制	6
第1部 訪問看護ステーションにおける 事故予防・事故対応対策の実態	7
I 訪問看護ステーションにおける取組の現状	8
1. 調査概要	8
1) 調査目的	8
2) 調査方法等	8
2. 調査結果	10
1) 訪問看護ステーションの取組の現状	10
2) まとめ	30
II 訪問看護ステーションにおける事故の傾向	32
1. 調査概要	32
1) 調査目的	32
2) 調査方法等	32
2. 調査結果	33
1) 事故の傾向と特徴	33
2) まとめ	40

## 第2部 訪問看護ステーションにおける事故事例集

(ケーススタディ).....	41
1. 調査概要.....	42
1) 調査目的.....	42
2) 調査方法等.....	42
2. 調査結果(ケーススタディ).....	44
3. 事故事例の活用ーリスクマネジメントマニュアルへの蓄積.....	60
第3章 トピックス.....	73
1. 事故の法的責任について.....	74
2. 賠償保険について.....	81
3. 個人情報保護法について.....	84
4. 効果的な職員教育について.....	86

### 資料

- 資料1 事故・ヒヤリハット事例 情報シート
- 資料2 訪問看護ステーションにおける事故予防・事故対応策に関する調査  
(アンケート調査票)
- 資料3 職員教育用イラスト集
- 資料4 リスクマネジメントマニュアル

### 参考文献

# 第1章 研究の背景

## 1. 訪問看護ステーションにおける事故防止および事故対応への取り組みの重要性

平成18年度介護保険制度の見直しに向けて、介護保険制度について活発な議論がなされている。訪問看護ステーションは、平成12年介護保険制度施行後に急速に増加し、全国に5,000ヶ所を超え、介護保険による訪問看護サービスも急増した。また、在院日数の短縮化による医療依存度の高い在宅療養への移行や継続、在宅療養への多様なニーズ等に応えるべく、訪問看護サービスへのニーズは急速に高まっている。今後は、安全な質の高い訪問看護サービス提供により、住み慣れた地域で在宅療養を継続できるよう、さらなる在宅サービスの環境整備が求められている。

一方、近年、医療事故や医療事故に関わる訴訟は増加の一途を辿っており、国民も訪問看護師も医療事故に関する関心は高まっている。看護師は、医師の指示のもとに実施した診療の補助行為は、実施した看護師自身の責任も問われることも見受けられる。訪問看護は、利用者宅にてサービスを提供する特殊性により、病院等における看護とは異なる事故予防および事故対応を行う必要がある。しかし、わが国の訪問看護ステーションにおけるリスクマネジメントや、事故対応の事例やマニュアル等の調査研究はある<sup>1-4)</sup>が、実際の事件事例を詳細に分析した事故予防策やリスクマネジメントの調査研究は、いまだない。また、今後の安全な訪問看護サービスの拡充に向けて、訪問看護ステーションにおける事故予防および事故対応は重要な課題である。



## 【第2章】 研究の概要



## 第2章 研究の概要

### 1. 研究目的

本研究では、全国の訪問看護ステーションにおける事故予防および事故対応の取り組みの実態を把握し、訪問看護に関するインシデントおよび事故事例を収集および分析をし、事例集を作成することを目的とする。本研究は全国の訪問看護ステーションを対象に、また実務経験者および学識経験者による検討を実施したため、本研究結果は有用性が高い。また、最近関心の高い、訪問看護ステーションまたは訪問看護師における法的責任、賠償保険、個人情報保護等に関わる事故予防および事故対応も含めて検討する。作成された事例集は、訪問看護師の教育等に活用され、安全な訪問看護サービスの提供や在宅療養者が安全な在宅生活に役立つ。

### 2. 用語の定義

本研究において、文献<sup>2, 5, 6)</sup>や検討委員会において、以下のように用語を定義して用いた。また、具体的な事例については、表1のとおりとした。

#### 1) ヒヤリハット

思いがけない出来事（偶発事象）で、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。

#### 2) アクシデント（事故）

医療従事者が行う業務上およびそれに起因する事故の総称。過失が存在するものと、不可効力（偶発）によるものの両方が含まれる。ヒヤリハットに気づかなかったり、適切な処理が行われないと、傷害を引き起こし「事故」となる。

表1 ヒヤリハットおよび事故の事例

<b>ヒヤリハット</b>
①行為等が、患者に実施される前に発見した事例 事故が起こりそうな環境に前もって気づいた事例
②ケア行為等が実施されたが結果として患者に影響を及ぼすに至らなかった事例
<b>事故</b>
③ケア行為等が実施され、その結果、軽微な処置・治療を要した事例
④ケア行為等が実施され、その結果、濃厚な処置や治療を要した事例
⑤ケア行為等が実施され、その結果、患者に障害が残った或いは死亡した事例

### 3. 研究方法

本研究では、学識経験者および実務経験者等で構成される検討委員会を設置し、研究の企画、調査票の設計、調査方針の決定、調査結果の分析、課題の取りまとめ等を本委員会で検討し、調査内容と調査対象の把握方法に関する資料収集および整理を小委員会で行った。調査は、事務局を（社）全国訪問看護事業協会におき、実施した。

なお、調査については、表2のとおり3つの段階を経て実施した。

表2 調査方法

I. 訪問看護ステーションにおける事故予防・事故対応策の実態	
I-1. 訪問看護ステーションにおける取組の現状（アンケート調査）	
	全国の訪問看護ステーション管理者を対象にアンケート調査を実施した。結果は、統計学的に集計分析し、平成11年度実施のアンケート結果と比較分析を行った。
I-2. 訪問看護ステーションにおける事故の傾向（保険会社調査）	
	賠償責任保険に加入している訪問看護事業者から保険会社へ報告された事故報告の統計処理データを対象とし、集計分類の上、定量分析を行った。
II. 訪問看護ステーションにおける事故事例集（ケーススタディ）	
	過去の事故およびヒヤリハット事例を参考に、想定事例を作成した。

## 4. 研究内容

調査項目は以下のとおりである。

- I. 訪問看護ステーションにおける事故予防・事故対応策の実態
  - I-1. 訪問看護ステーションにおける取組の現状（アンケート調査）
    - 1) 事故予防体制について
    - 2) 事故対応体制について
  - I-2. 訪問看護ステーションにおける事故の傾向（保険会社調査）
    - 1) 事故件数
    - 2) 事故発生時間
    - 3) 事故類型
    - 4) 損害の程度
    - 5) 保険金支払金額
- II. 訪問看護ステーションにおける事故事例集（ケーススタディ）
  - 1) 事故の種類
  - 2) 訪問看護担当者
  - 3) 利用者
  - 4) 発生年月
  - 5) 発生場所
  - 6) 事故状況
  - 7) 事故原因
  - 8) 被害内容
  - 9) 解決方法
  - 10) 事故後の改善策

## 5. 研究実施体制

### ◆ 検討委員会

委員長	*	上野 桂子	社団法人 全国訪問看護事業協会 常務理事
委員		鮎澤 純子	九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座 助教授
委員		高村 浩	高村浩法律事務所 弁護士
委員	*	乙坂 佳代	社団法人 横浜市港北医療センター 訪問看護ステーション 管理者
委員	*	佐々木 静枝	社会福祉法人 世田谷社会福祉事業団 訪問看護ステーション北沢 管理者
委員	*	高砂 裕子	社団法人 南区医師協会 南区メディカルセンタ ー 訪問看護ステーション 管理者
委員	*	藤原 泰子	社会福祉法人 恩賜財団済生会支部東京都済生会 済生会三田訪問看護ステーション 所長
委員	*	和田 洋子	医療法人社団 三喜会 居宅サービス部 統括部長
委員	*	柏原 太郎	三井住友海上保険株式会社 公務第二部 営業一課 課長代理
委員	*	砂川 直樹	株式会社インターリスク総研 社会・法務リスク部 主任コンサルタント
委員	*	石川 久恵	有限会社 訪問看護事業共済会
研究協力員	*	水野 優希	東京都立保健科学大学大学院（博士課程）
委員 事務局	*	濱本 百合子	社団法人 全国訪問看護事業協会 事務局
委員 事務局	*	木全 真理	社団法人 全国訪問看護事業協会 事務局
事務局		日高 弘	社団法人 全国訪問看護事業協会 事務局長

小委員会委員：\*

## 【第1部】

訪問看護ステーションにおける  
事故予防・事故対応策の実態



# 第1部 訪問看護ステーションにおける 事故予防・事故対応策の実態

## I. 訪問看護ステーションにおける取組の現状

### 1. 調査概要

#### 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・事故対応策の取組の実態を把握し、訪問看護ステーションが抱える課題や取り組むべき方向性を検討する際の基礎資料として調査を実施した。

#### 2) 調査方法等

##### (1) 調査対象

全国訪問看護事業協会会員の各訪問看護ステーション管理者とした。(全国訪問看護事業協会会員 3460 の訪問看護ステーション管理者が対象となった)

##### (2) 調査内容

以下の項目に関する 10 の質問について、「訪問看護における事故対応指針作成のための研究事業（平成 11 年度）」において実施したアンケートを、小委員会で検討し、一部修正した。

1. 事故予防対策について
2. 事故対応体制について

##### (3) 調査方法

無作為に訪問看護ステーションを 500 件抽出し、アンケートを郵送にて送付し、書留法にて選択式で回答を記入いただき、FAX で返送いただいた。

各訪問看護ステーション管理者から返送されたアンケートを統計的に集計し、平成 11 年度実施のアンケート結果と比較分析を行った。分析結果から、訪問看護ステーションにおける事故予防・事故対応の現状について小委員会で検討し、今後の事故予防・事故対応に向けた取組の方向性について協議を行った。

(4) 調査期間

アンケートの配付・返送期間は平成16年12月6日から平成16年12月24日とした。

(5) 倫理的配慮

返送されたアンケートは統計データとして処理し、回答した各訪問看護ステーションが特定されることのないように十分配慮を行った。

## 2. 調査結果

全国の訪問看護ステーションから無作為に500件を抽出し、各管理者へアンケートを郵送した結果、返送されたアンケートは208件（回収率41.6%）となった。

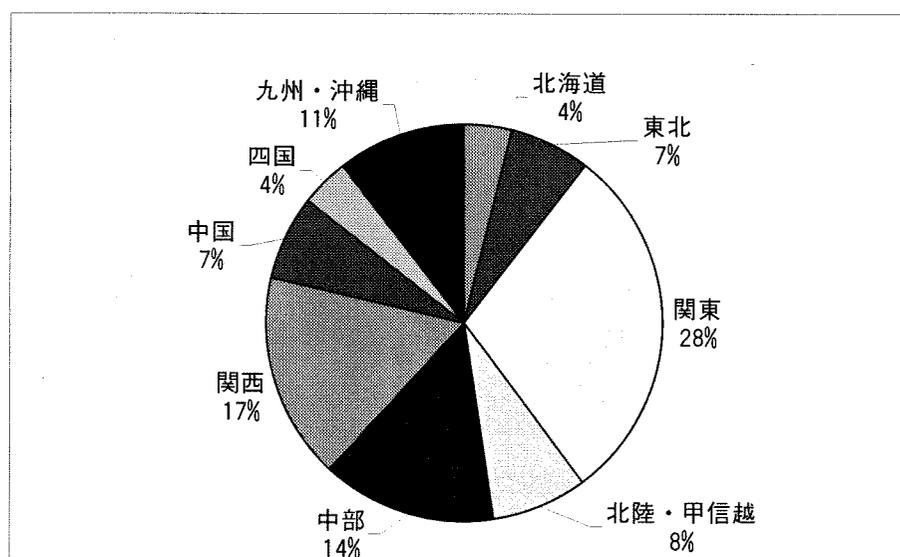
### 1) 訪問看護ステーションの取組の現状

#### (1) アンケート回答者内訳

##### ①回答者の地域分布

回答者の地域分布は、以下のとおりである。

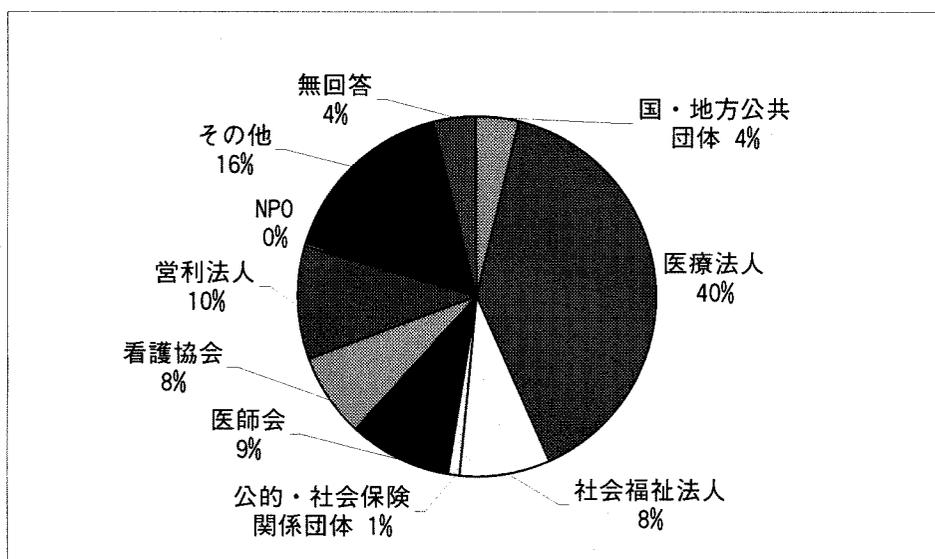
図1-1-1 都道府県別回答数



##### ②訪問看護ステーションの開設主体

今回のアンケート回答者が属する訪問看護ステーションの設置主体は以下の通りとなった。医療法人が最多の設置主体であり全体の40%を占めている。

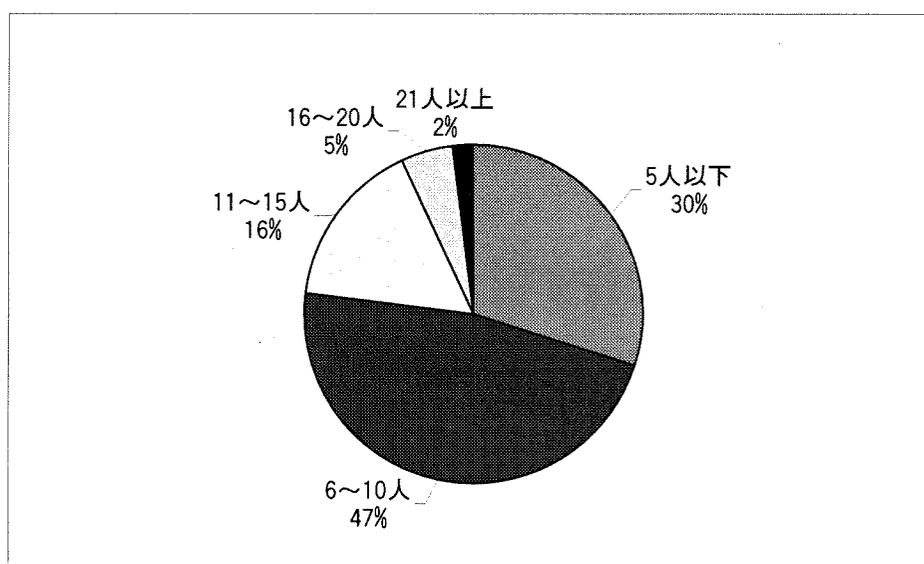
図 1-1-2 訪問看護ステーション開設主体



③-a 職員数（事務職などを含む全職員）

今回のアンケート回答者の属する訪問看護ステーションの職員数は以下の通りとなった。5人以下のステーションが30%を占め、6～10人の割合を加えれば77%となり、10人以下のステーションが多い。なお、職員数の最大値は31名、最小値は3名であった。

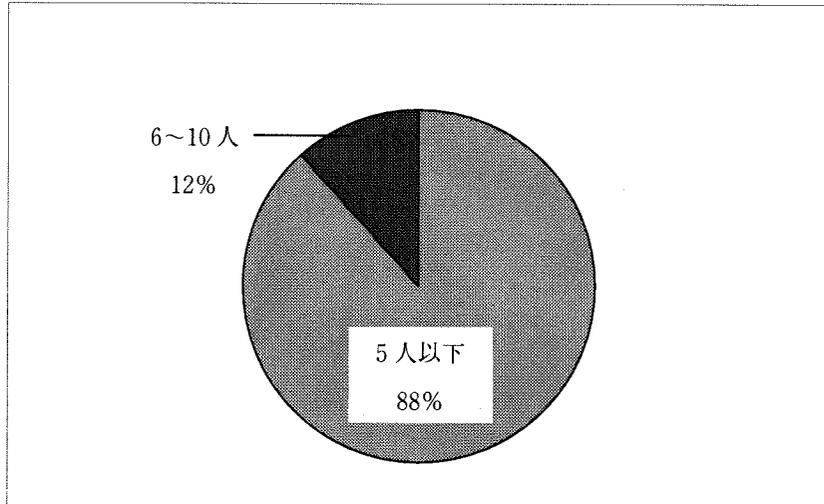
図 1-1-3-a 職員数



③-b 職員数（常勤看護職）

今回のアンケート回答者の属する訪問看護ステーションの常勤看護職数は以下の通りとなった。5人以下のステーションの割合が88%を占めている。なお、最大値は10名、最小値は1名であった。

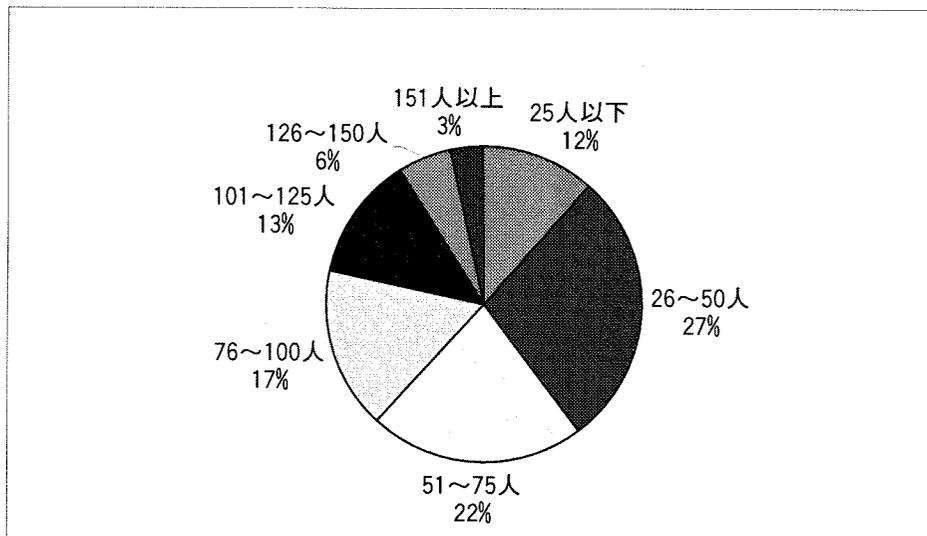
図 1-1-3-b 職員数（常勤看護職数）



④利用者数（1ヶ月）

今回のアンケート回答者が属する訪問看護ステーションの利用者数は以下の通りとなった。利用者数26～50名が最も多く、51～75人が次に続いた。利用者数の最大値は464名で最小値は5名であった。

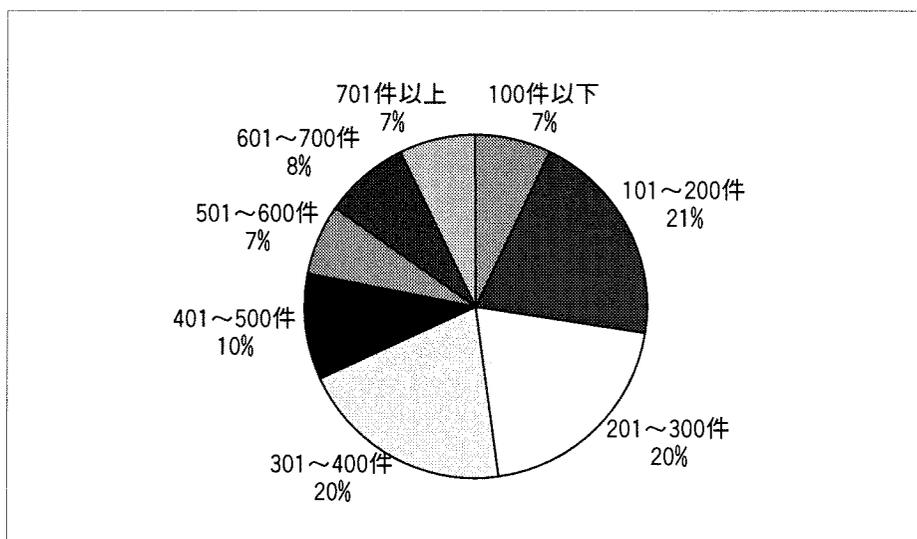
図 1-1-4 利用者数



⑤訪問件数（1ヶ月）

今回のアンケート回答者が属する訪問看護ステーションの1ヶ月の訪問総件数は以下の通りとなった。100～200件、201～300件、301～400件が20～21%とほぼ同じ割合である。1ヶ月の訪問総件数の最大値は1088件、最小値は12件であった。

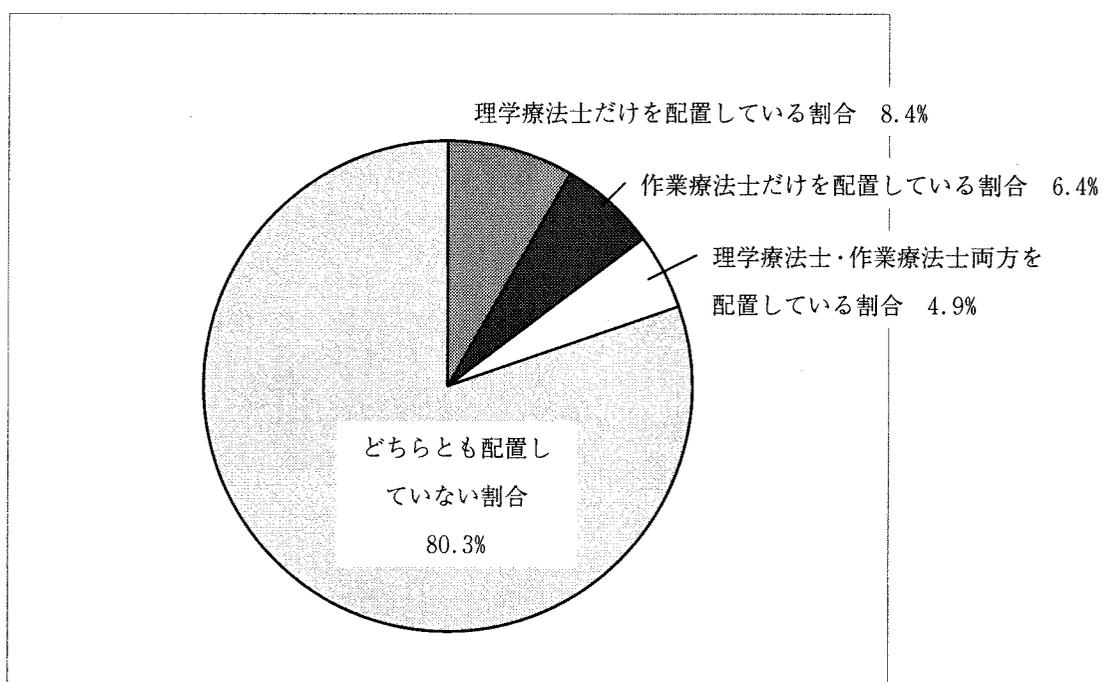
図 1-1-5 訪問件数



### ⑥専門職の配置

理学療法士、作業療法士といった専門職の配置状況は以下の通りとなった。専門職を配置していないステーションは80.3%となった。

図 1-1-6 専門職配置状況



## (2) 事故対応体制について

平成 11 年度に実施したアンケート結果と比較しながら分析を行った。

### Q1. 事故防止マニュアルを作成していますか? (n=202)

事故防止マニュアルを作成している割合は平成 11 年度 (前回) の 3 倍以上に増加し、事故予防の取組が着実に根付きつつあることが見て取れる。しかし、それでも事故防止マニュアルを作成しているステーションは 46% に留まる。

図 1-2-1a 事故防止マニュアルの作成 (今回)

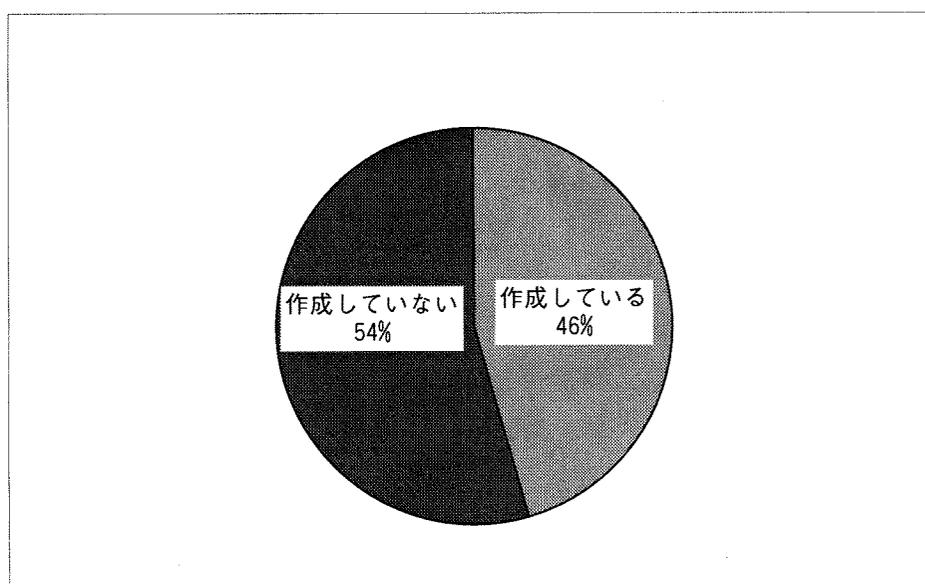
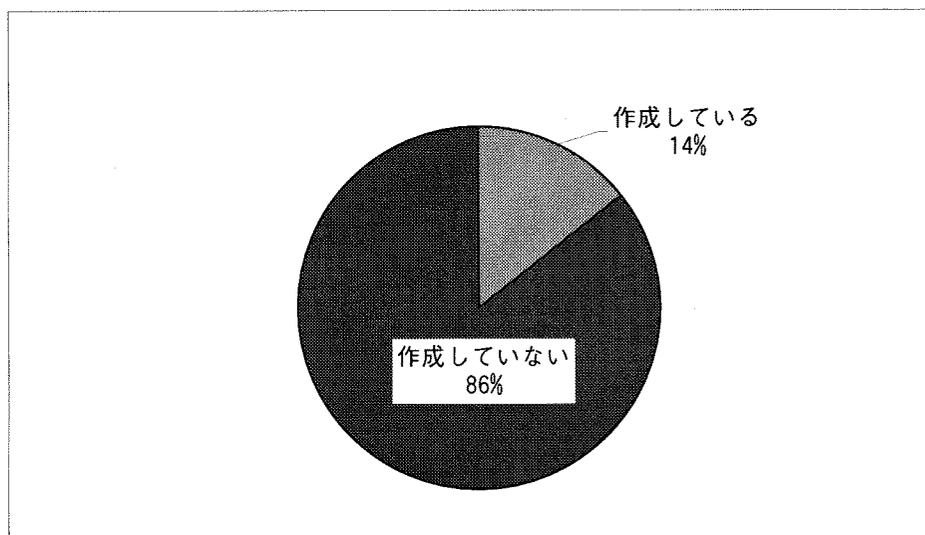


図 1-2-1b 事故防止マニュアルの作成 (前回)



Q1-1. マニュアルの定期的な見直しを行っていますか？ (n=100)

(Q1で1. と答えた人のみ)

マニュアルの作成は進んでいるものの、マニュアルの定期的な見直しの実施状況は4割弱と前回とほとんど同じ状況であり、進展が見られなかった

図1-2-1-1a マニュアルの定期的な見直し (今回)

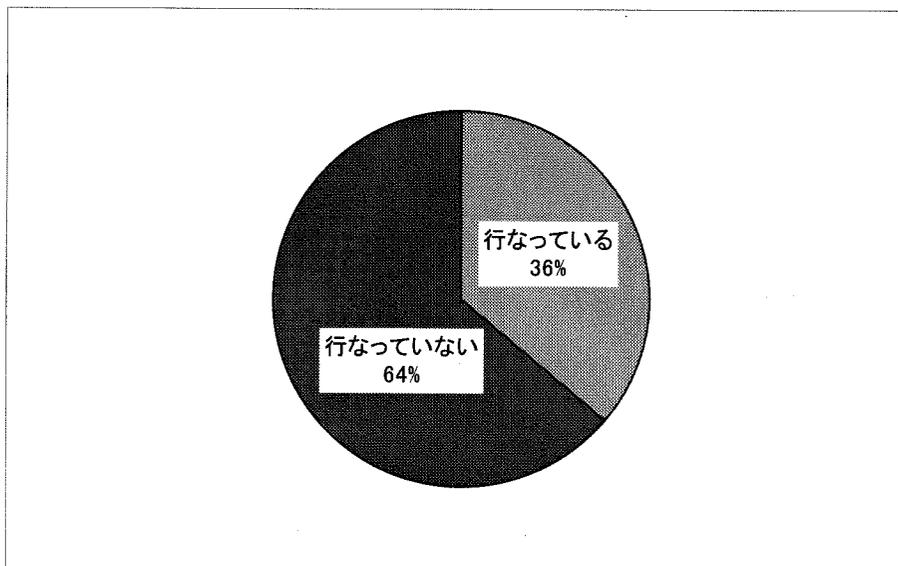
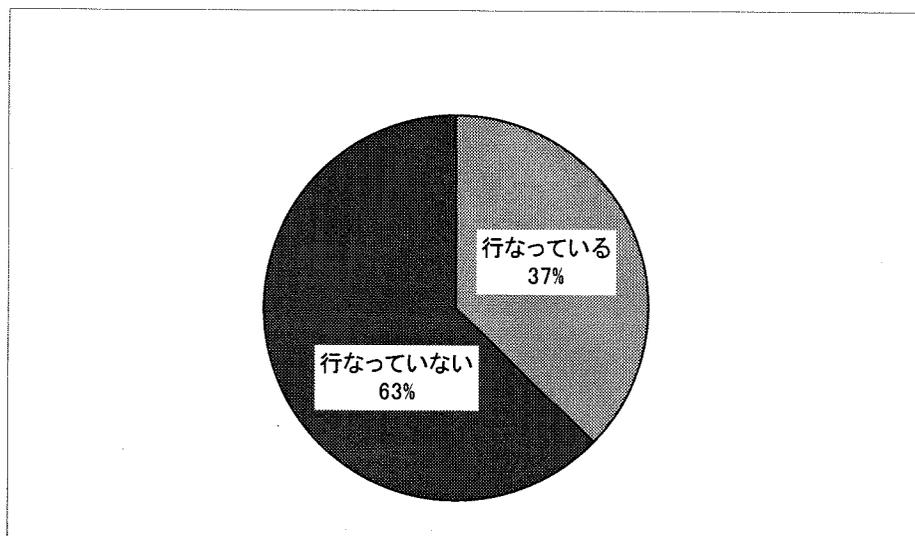


図1-2-1-1b マニュアルの定期的な見直し (前回)



Q1-2. マニュアル作成を行っていない理由は何ですか？ (n=143)

(Q1で2. と答えた人のみ)

マニュアルを作成しない理由は「手が回らない」が49%と最も割合が高くなり、前回最も割合が高かった「ノウハウがない」46%を逆転した。

図 1-2-1-2a マニュアルを作成していない理由 (今回)

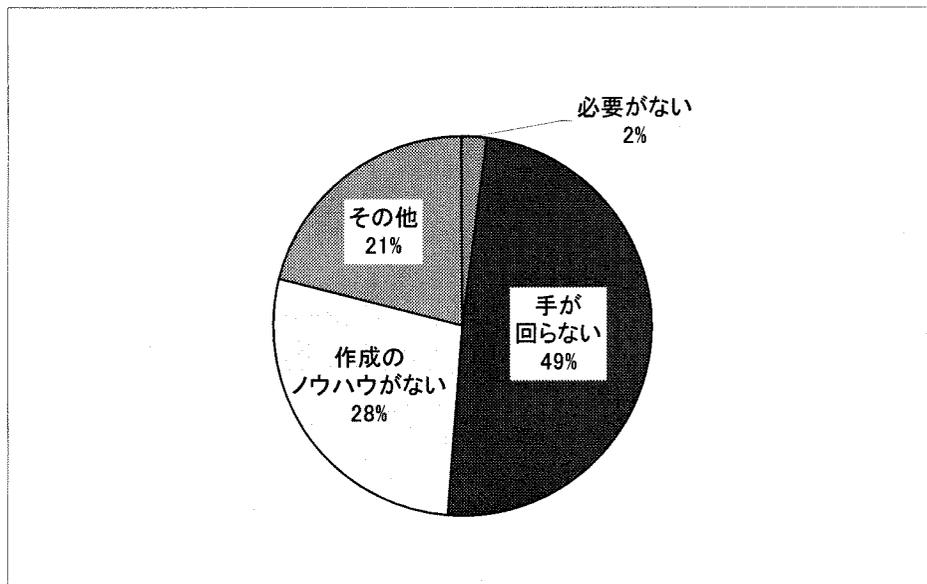
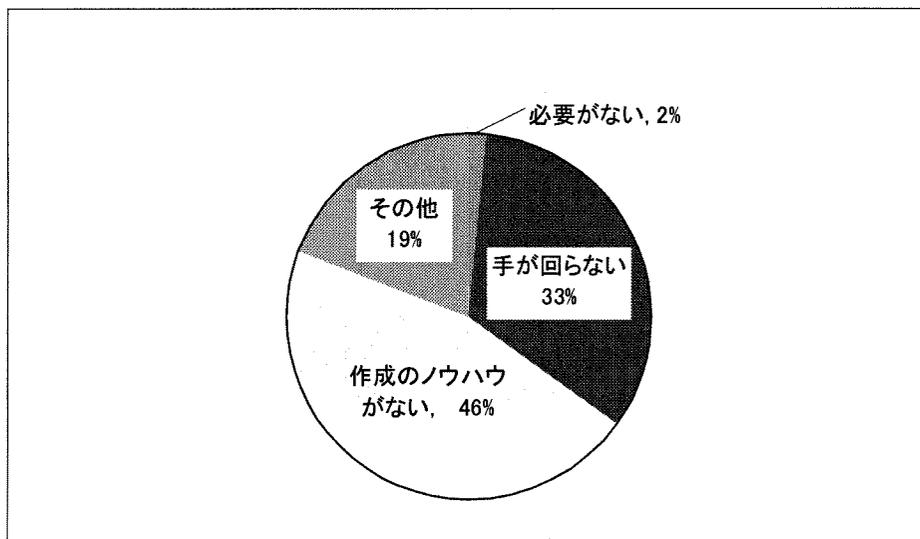


図 1-2-1-2b マニュアルを作成していない理由 (前回)



Q 2. 訪問看護サービスを提供するにあたり、業務手順がありますか？

(n=214)

前回と質問を変えているが、聞きたい趣旨は同じである。業務手順を確立している割合は24%から44%と大きく増加した。確立していない割合が29%から10%に減少したが、ルール化が一部に留まっている割合は5割弱と変わらない。

図 1-2-2a 業務手順があるか（今回）

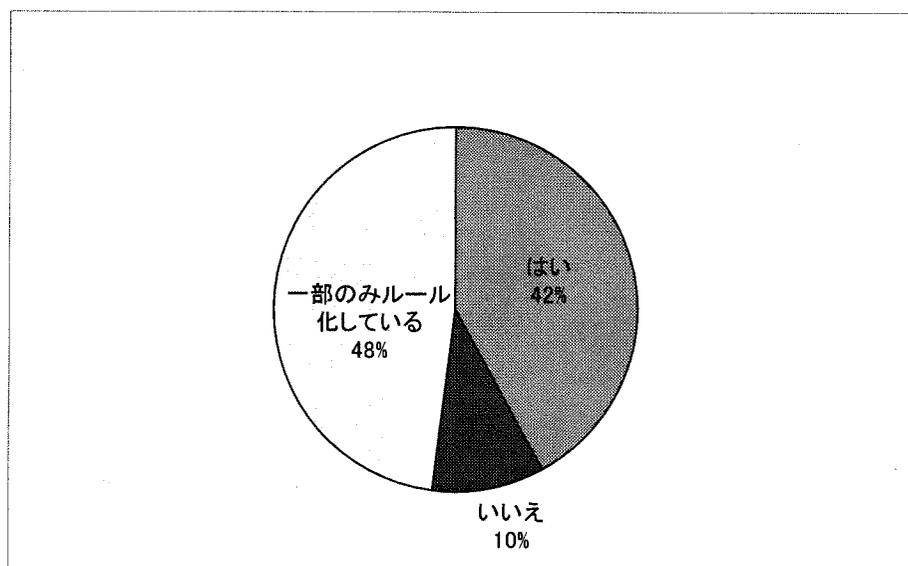
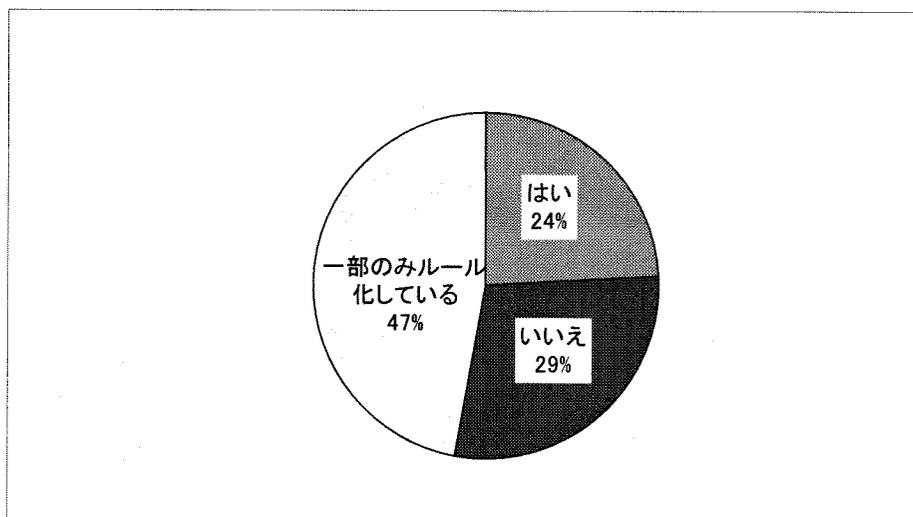


図 1-2-2b 業務をマニュアル化・ルール化しているか（前回）



Q 3. 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=207）

事故防止教育を実施していない割合は減少した。定期的に教育を実施している割合は増加したものの9%に留まり、63%が不定期な対応に留まっている。

図 1-2-3a 事故防止教育の実施（今回）

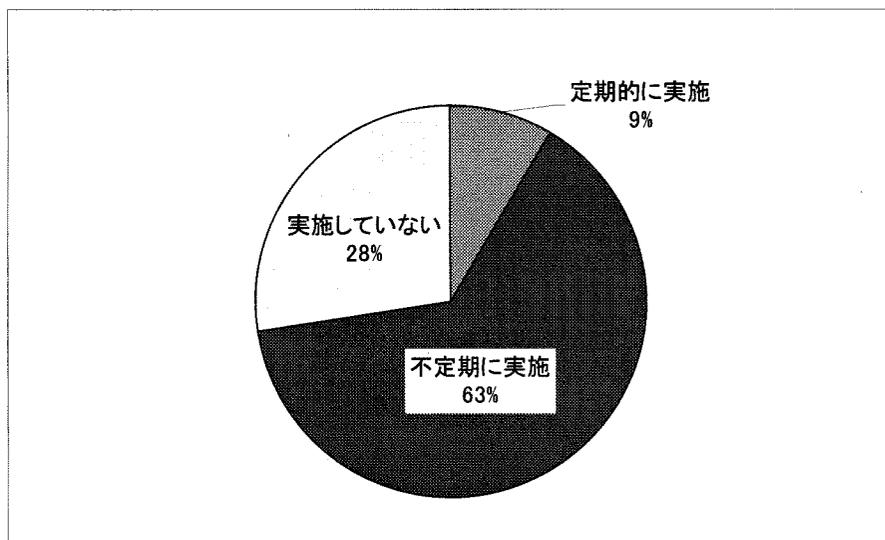
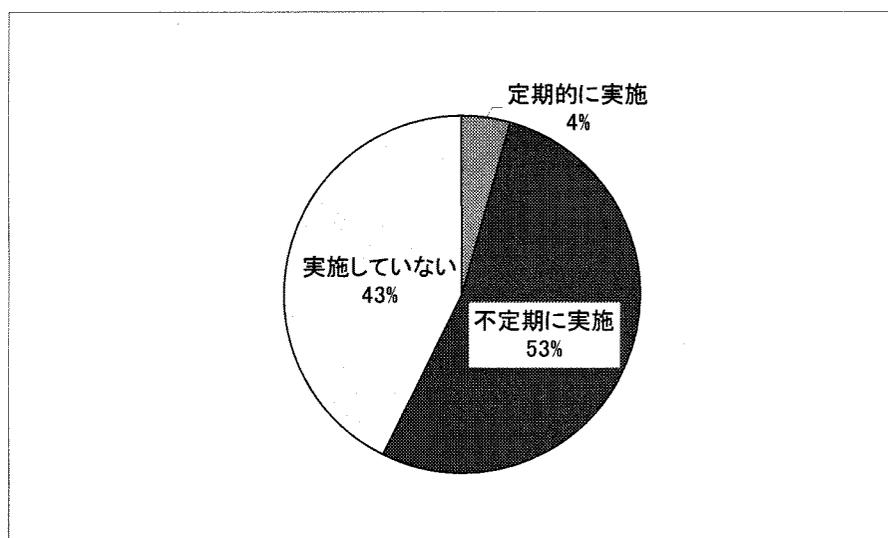


図 1-2-3b 事故防止教育の実施（前回）



Q4. 勤務体制について、たとえ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が確立していますか？（n=208）

交代要員を確保できる体制を構築している割合は前回とほぼ同じであった。交代要員が確保できない状況にあるステーションの割合が38%にのぼった。

図1-2-4a 交代要員を確保できる体制（今回）

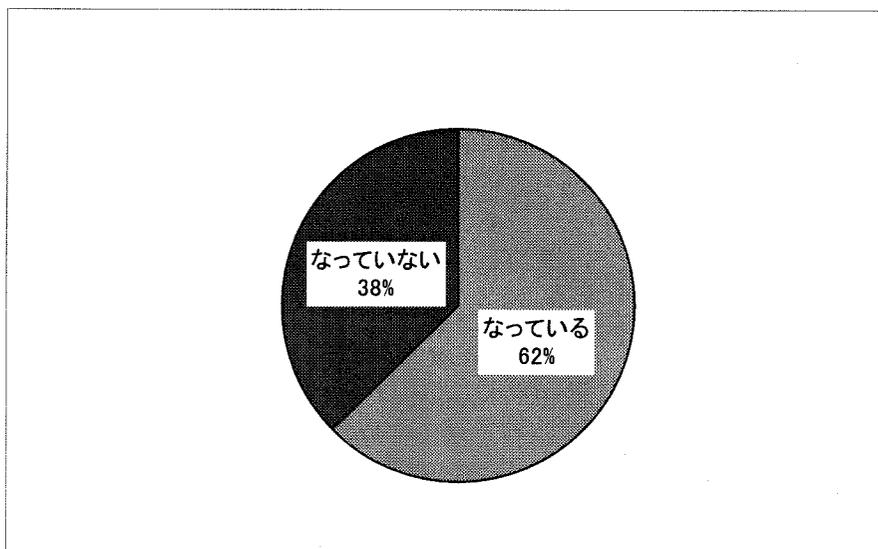
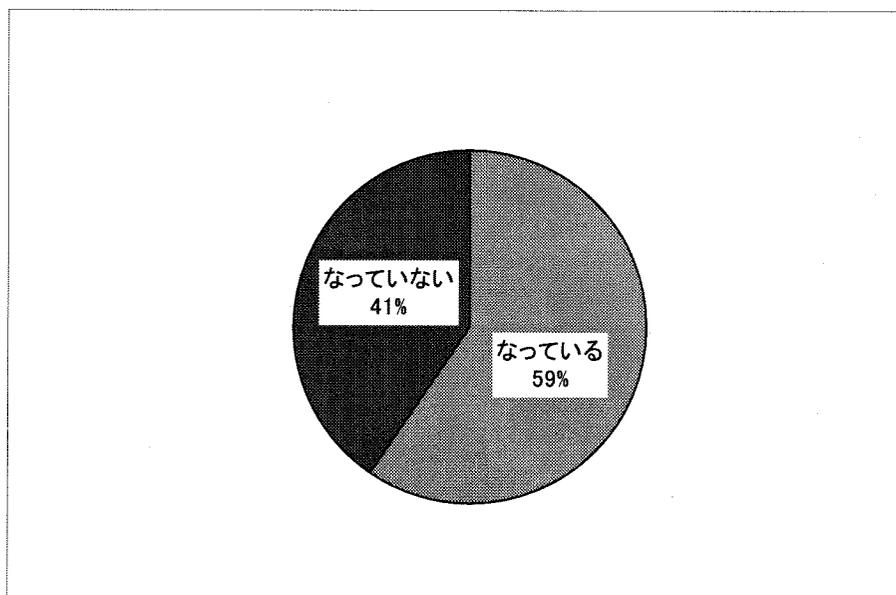


図1-2-4b 交代要員を確保できる体制（前回）



### (3) 事故対応体制について

Q5. 事故対応に関するマニュアルを作成していますか？ (n=196)

事故対応マニュアルを作成している割合は前回の14%から64%へと大きく増加した。事故防止マニュアルの作成が46%に留まることと比較すれば、事故対応マニュアルの整備は大きく進展した。

図1-3-5a 事故対応マニュアル作成（今回）

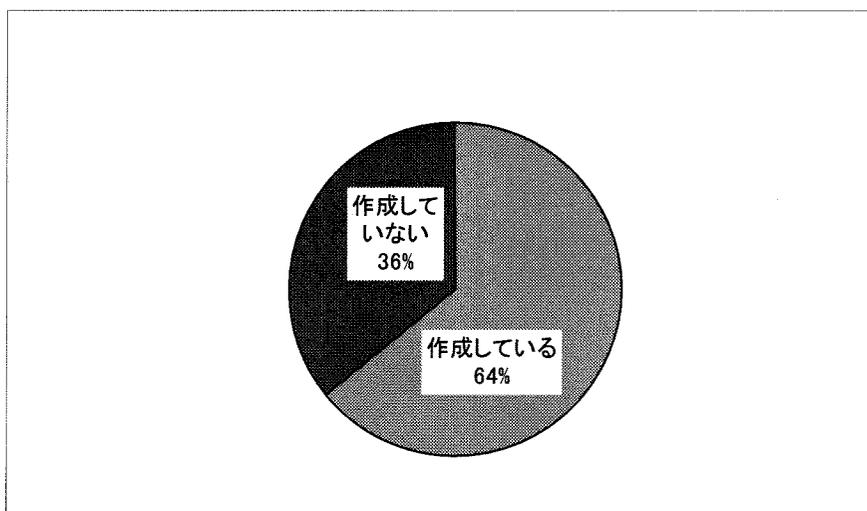
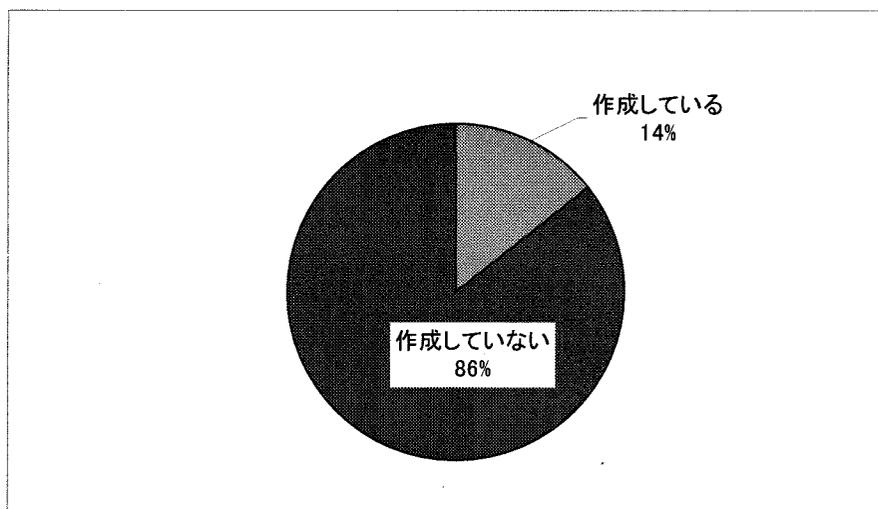


図1-3-5b 事故対応マニュアル作成（前回）



Q 5 - 1 . 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=139) (Q 5で1. と答えた人のみ)

マニュアルの内容を職員へ説明している割合は前回とほぼ同じであった。マニュアルを作成したものの、66%は周知徹底がなされていない状況である。

図 1-3-5-1a マニュアル内容の十分な説明 (今回)

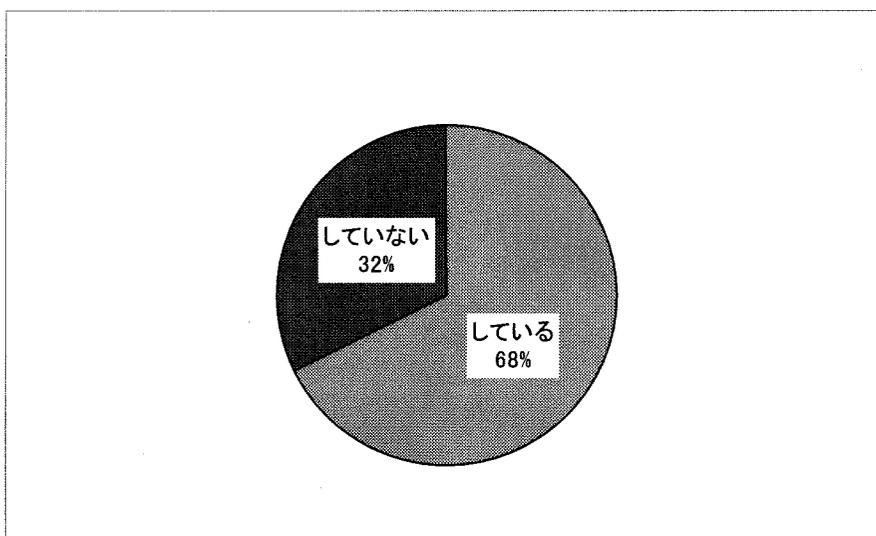
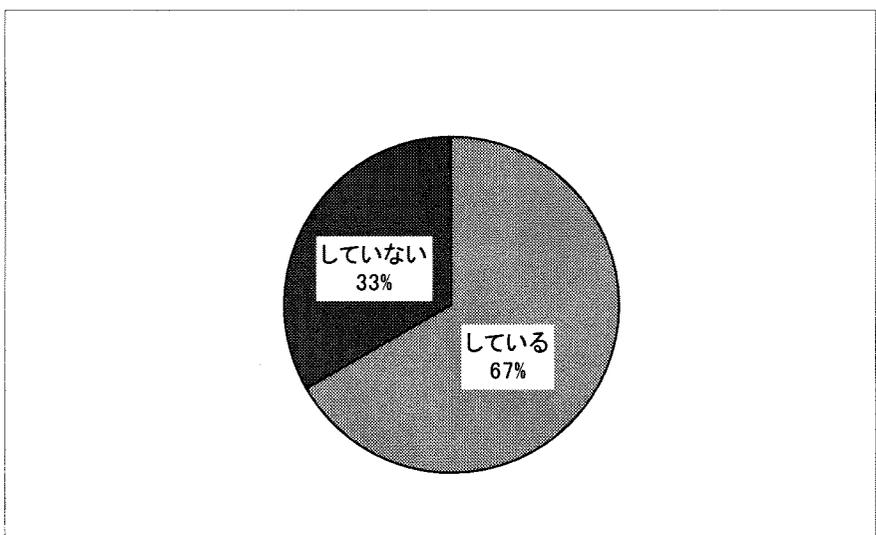


図 1-3-5-1b マニュアル内容の十分な説明 (前回)



Q5-2. 作成していない理由は何ですか？ (n=109)

(Q5で2. と答えた人のみ)

事故対応マニュアルを作成していない理由は、事故防止マニュアルを作成していない理由とほぼ同じ傾向を示し、「ノウハウがない」の割合が減少し、「手が回らない」の割合が増加した。

図1-3-5-2a マニュアルを作成していない理由（今回）

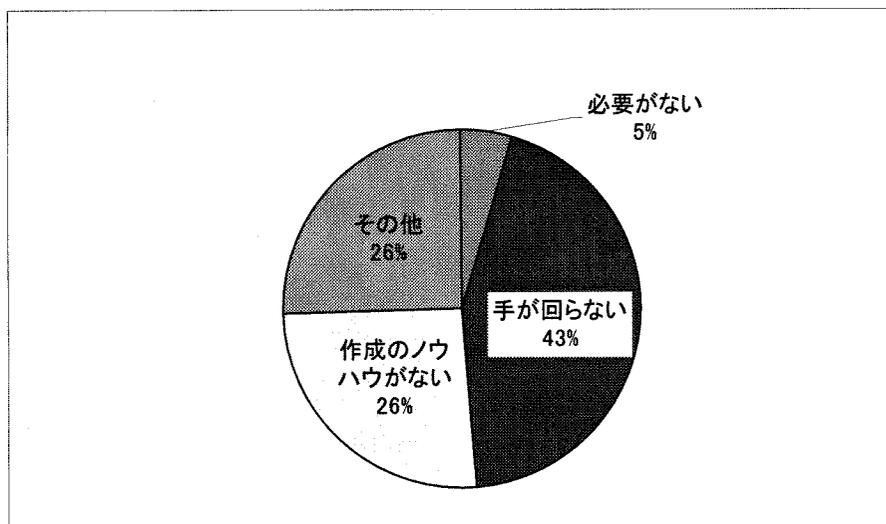
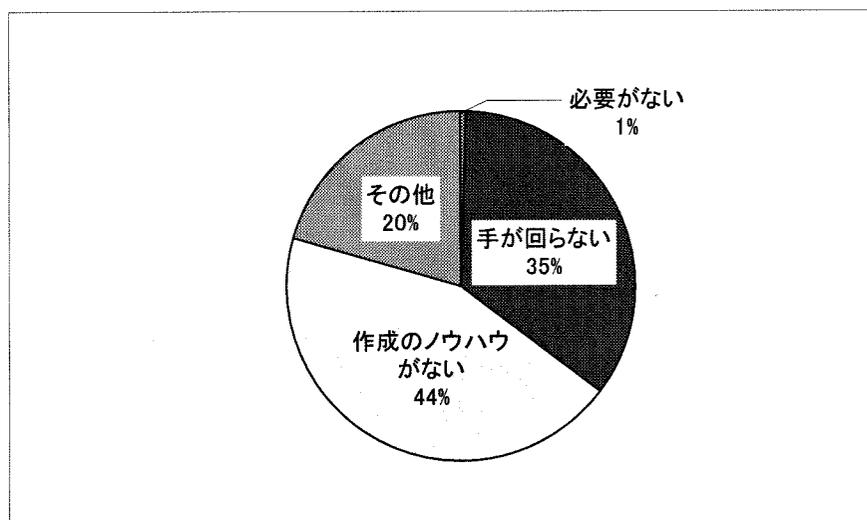


図1-3-5-2b マニュアルを作成していない理由（前回）



Q 6. 事故発生直後に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=208)

緊急時対策の教育を実施している割合は前回より増加し、83%が実施している結果となった。

図 1-3-6a スタッフへの緊急時対策教育（今回）

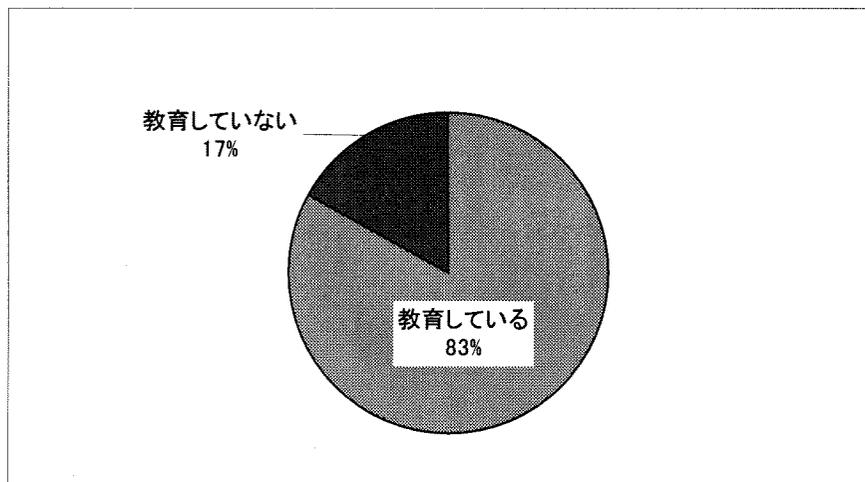
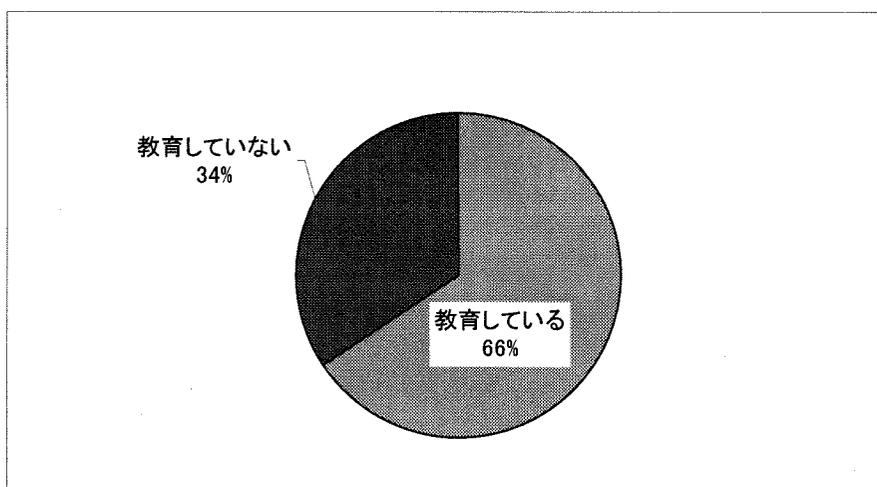


図 1-3-6b スタッフへの緊急時対策教育（前回）



Q7. 事故発生直後に管理者・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=208)

事故発生時の連絡体制については、99%のステーションで確立できており、連絡体制が急速に整備されたといえる。

図 1-3-7 事故発生時のスタッフとの連絡体制 (今回)

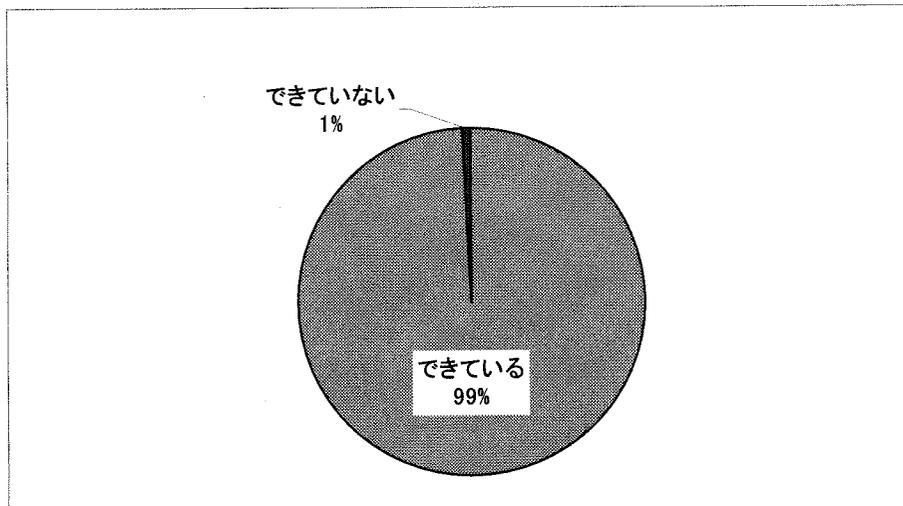
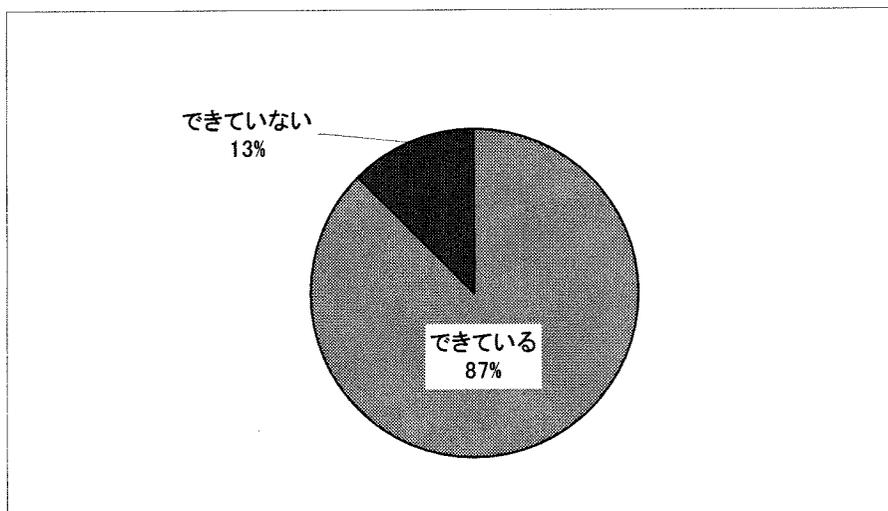


図 1-3-7 事故発生時のスタッフとの連絡体制 (前回)



Q 8. 事故報告書の書式は作成できていますか？ (n=208)

事故報告書の書式が作成されている割合は前回の42%から90%まで大幅に増加し、90%のステーションで事故報告書の様式を定めている結果となった。

図 1-3-8 事故報告書の書式作成 (今回)

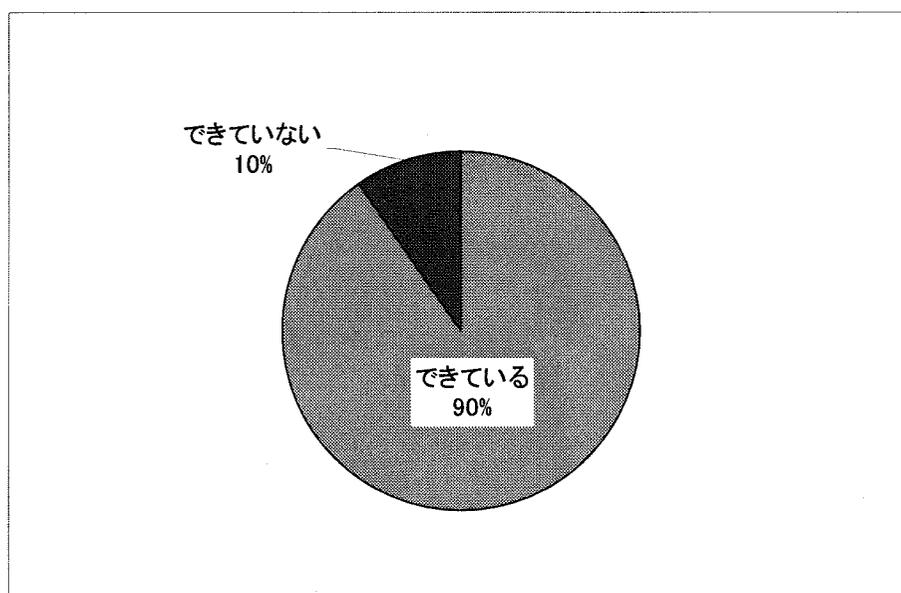
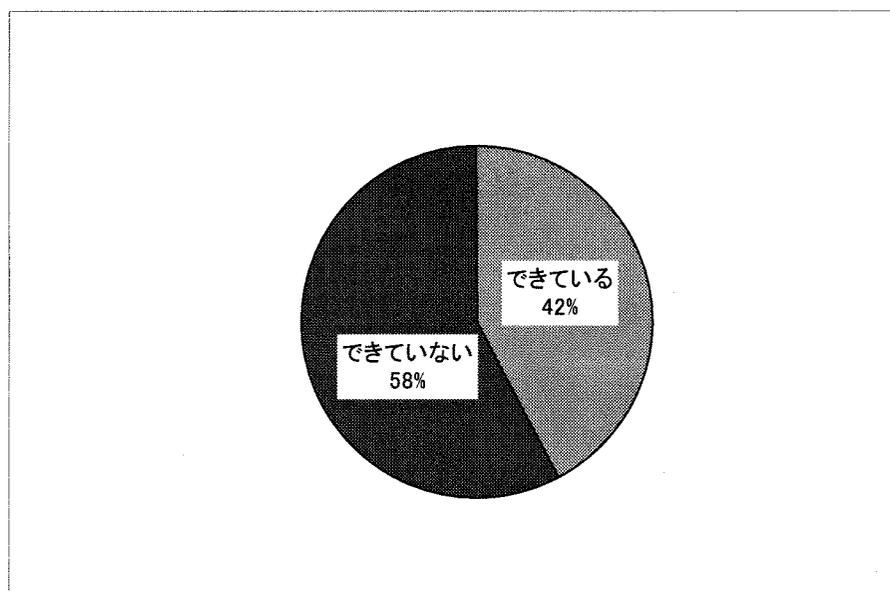


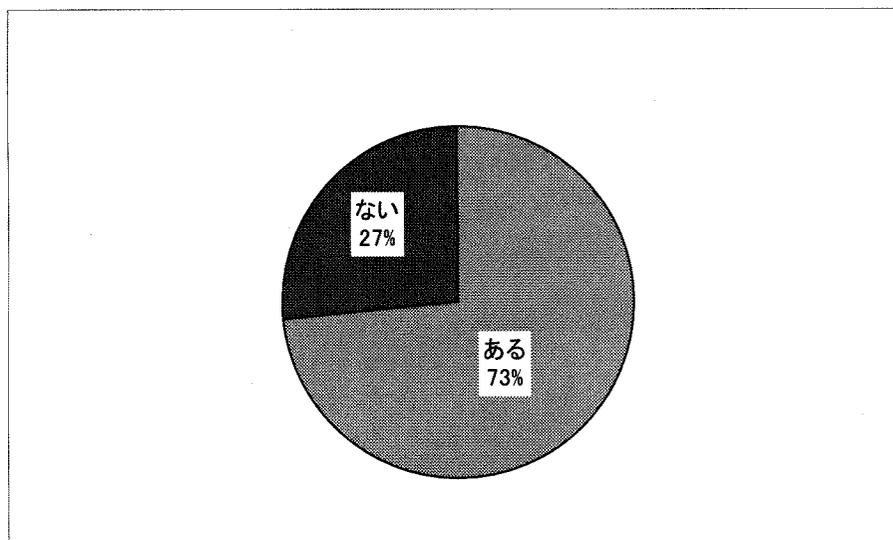
図 1-3-8 事故報告書の書式作成 (前回)



Q 9. 事故を検討・分析する体制はありますか？（n=206）

今回のアンケートで新たに設定した質問である。事故を検討・分析する体制は73%のステーションで確立されている結果となった。

図 1-3-9 事故の検討・分析体制



Q10. ステーションの設置主体の事業主まで事故報告があがる仕組みはできていますか？（n=208）

設置主体者への事故報告体制は 93%のステーションで確立されている。一方で 5%のステーションでは事故報告が設置主体者へ報告されていない可能性がある。

図 1-3-10 設置主体への事故報告体制（今回）

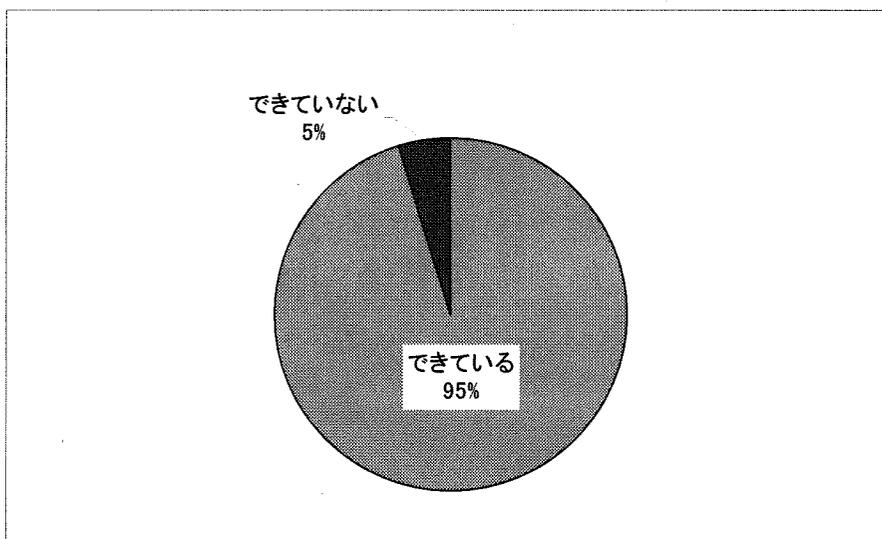
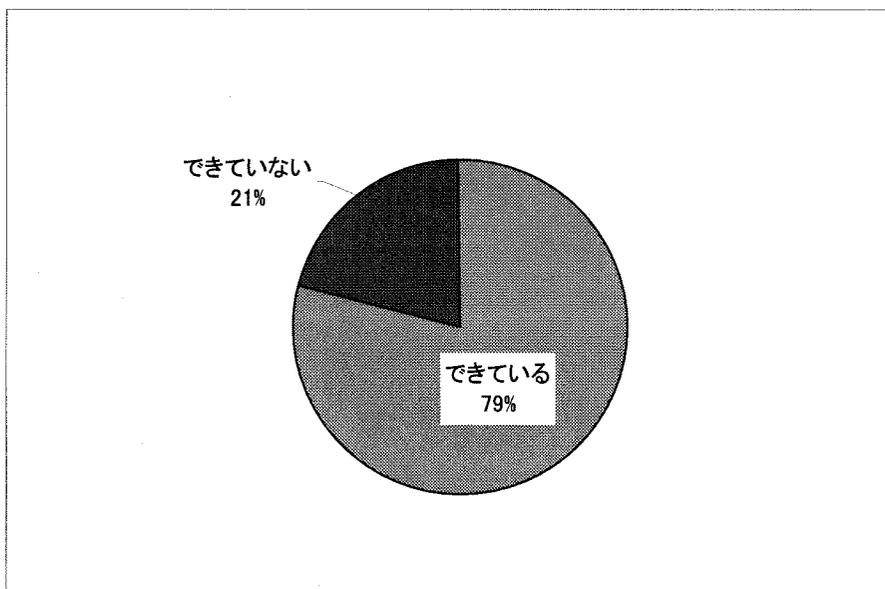


図 1-3-10 設置主体への事故報告体制（前回）



(その他) 事故予防・事故対応について、特段のお取組等がございましたら「その他」記入欄に自由に記入して下さい。(n=8)

最後に自由記入欄を設けて、任意で記入頂いた。それら意見からは、日常業務が多忙のため満足に事故予防に取り組めない状況や、精神的な負担が年々増加する傾向にあることなど、訪問看護ステーションが抱える問題を指摘頂いた。

#### <自由記入(一部抜粋)>

- ・ 日々の多忙に追われ、事故が起きたときに随時対応することで追われる状態です。
- ・ 看護師のみでなく、サービスに関わるスタッフ全員(ヘルパー、PT etc.)も一緒に対策やヒヤリハット含み意図、目的を考えながら方法検討中
- ・ マニュアルは作成途中です。統一されたノウハウがあると良いと思います。
- ・ 訪問看護は常に第一線の医療に携わっているわけではなく、医療機器も病院ごとにより異なり、常に緊張した中で仕事をしている状態。ストレスも多い。年々医療依存度が高くなっており、どこまで責任を負えるのかという点も常に問題視している。

## 2) まとめ

- (1) 日常業務に追われ、事故防止マニュアル・事故対応マニュアルが作成できていないステーションが多く見られた。

事故防止マニュアル・事故対応マニュアルについては、前回の調査と比べ、事故防止マニュアルを作成している訪問看護ステーションは30%と増加したが、46%と約半分にも満たなかった。マニュアル作成を行っていない理由で最も多いのは、前回調査では「作成のノウハウがない」が46%で作成方法がわからないという実情であったと考えられるが、今回調査では「手が回らない」が49%であり、日常業務の多忙さのため作成できていない実情が浮き彫りにされた。

訪問看護サービスの質の確保、また在院日数の短縮化等による医療行為の急増を考えると、訪問看護ステーションにとって事故予防や事故対応のマニュアル作成やその整備に対する取組は必要不可欠といえる。

特に、訪問看護の業務の特質上、管理者の目の届かないところで職員がサービスを提供していることから、職員一人ひとりに対して事故予防・事故対応策を徹底させる重要があり、その土台となるのがマニュアルである。マニュアル作成を付随的な業務として考えるのではなく、本来業務そのものとして取り組むことが望まれる。

- (2) 事故予防の教育は定期的実施しているステーションが少なく、不定期に実施しているステーションが大半であった。

事故防止教育について、前回調査と比べて「不定期に実施」が63%と最も多く、10%の増加であった。訪問看護は人が人に対してサービスを提供するものであり、サービスの質は職員の質によって決まるところも大きい。多くは利用者の自宅で、ひとりで訪問看護師がサービスを提供するという訪問看護の業務の特質上、職員一人ひとりに対して事故予防・事故対応への教育は不可欠であり、また実効性の高い教育を行うために継続的・計画的に実施することが重要である。これらはマニュアル作成同様、付随的な業務として考えるのではなく、本来業務そのものとして取り組むことが望まれる。

- (3) 事故報告体制の確立や事故要因の分析・検討は多くのステーションで取り組まれていた。

事故報告書の書式作成は 90%が「できている」と回答し、前回調査と比べると 48%増加し、95%の訪問看護ステーションで事故報告体制が確立されており、事故報告書から要因分析が行われていることが確認できた。また、事故要因分析は相当な作業負担がかかることも多いが、詳細な要因分析をし、職員全員で適切な防止策を検討・共有することが非常に重要である。

#### (4) 医療安全管理体制の整備は必要不可欠

一般病床において、診療報酬上、「入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制及び褥瘡対策並びに褥瘡患者管理加算に関する基準の取扱いについて」において、医療安全体制が未整備の場合は入院基本料等より減算されることが示されている<sup>7)</sup>。医療機関と訪問看護サービスが同じ医療安全管理体制にはできないが、今後の訪問看護ステーションの医療安全管理体制の整備を考える上で参考に、当該基準を下記に記載する。

##### 医療安全管理体制管理加算に関する基準の取扱いについて

ア 安全管理のための指針が整備されている。

安全管理に関する基本的な考え方、医療事故発生時の対応方法等が文書化されている。

イ 安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されている。

院内で発生した医療事故、インシデント等が報告され、その分析を通じた改善策が実施される体制が整備されている。

ウ 安全管理のための委員会が開催されている。

安全管理の責任者等で構成される委員会が月 1 回程度開催されている。

エ 安全管理の体制確保のために職員研修が開催されている。

安全管理のための基本的考え方及び具体的方策について職員に周知徹底を図ることを目的とするものであり、研修計画に基づき、年 2 回程度に実施されることが必要である。

## II. 訪問看護ステーションにおける事故の傾向

### 1. 調査概要

#### 1) 調査目的

訪問看護事業者が利用者へサービスを提供する際に発生した事故について、その傾向・特徴を把握し、今後の訪問看護ステーションの事故予防・事故対応策の方向性の検討に資することを目的とする。

#### 2) 調査方法等

##### (1) 調査対象

賠償責任保険に加入している訪問看護事業者から保険会社へ報告された事故報告の統計処理データを対象とした。事業者が利用者に対して賠償責任を負う人身事故、物損事故両方を対象とし、労災事故等は含まれない。また、保険会社へ報告を行わずに事故処理を行ったケースなどは今回の統計には含まれていない。

##### (2) 調査内容

上記統計処理データのうち、事故の傾向を把握するために必要とされる事故類型、発生時間帯別、事故発生場所、損害の程度、保険金支払金額等とした。なお、事業者や利用者を特定する個々の情報は扱っていない。

##### (3) 調査方法

統計処理データから、上記内容について年度ごとに類型別件数をグラフ化し、定量分析を行った。分析結果から、小委員会において訪問看護ステーションにおける事故の傾向と背景について検討を行い、事故予防・事故対応に向けた取組の方向性について協議を行った。

##### (4) 調査期間

平成 13 年 4 月から平成 16 年 3 月までの 3 年間に報告を受けた事故報告を対象に調査を実施した。

##### (5) 倫理的配慮

調査に用いた統計処理済データからは個別の事故を特定できず、倫理的な配慮を十分に満たしている。

## 2. 調査結果

### 1) 事故の傾向と特徴

#### (1) 事故件数

事故件数は以下の通り。各年度とも 100 件以上の事故報告があり、増加傾向にあることが分かる。

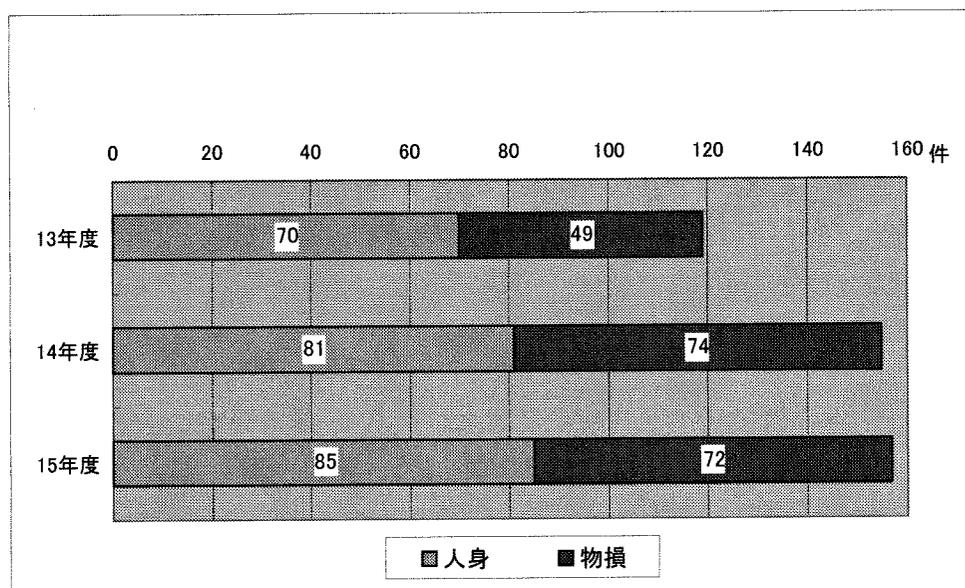
図 2-1 事故件数

平成 13 年度	平成 14 年度	平成 15 年度	合計
119 件	155 件	157 件	431 件

#### (2) 人身・物損別事故件数

利用者が受傷した「人身事故」と家財等を破損させた「物損事故」の各件数を示した。各年度とも人身事故が過半数を超えており、その比率は年度による差が殆どないことが分かる。

図 2-2 人身・物損別事故件数



### (3) 事故発生時間

事故発生時間は全ての年度で「9時から12時」が過半数を占めた。次に「12時から15時」、「15時から18時」の順となっており、どの年度でも同じ傾向が確認された。

図 2-3-13 事故発生時間 13 年度事故件数 (時間帯別)

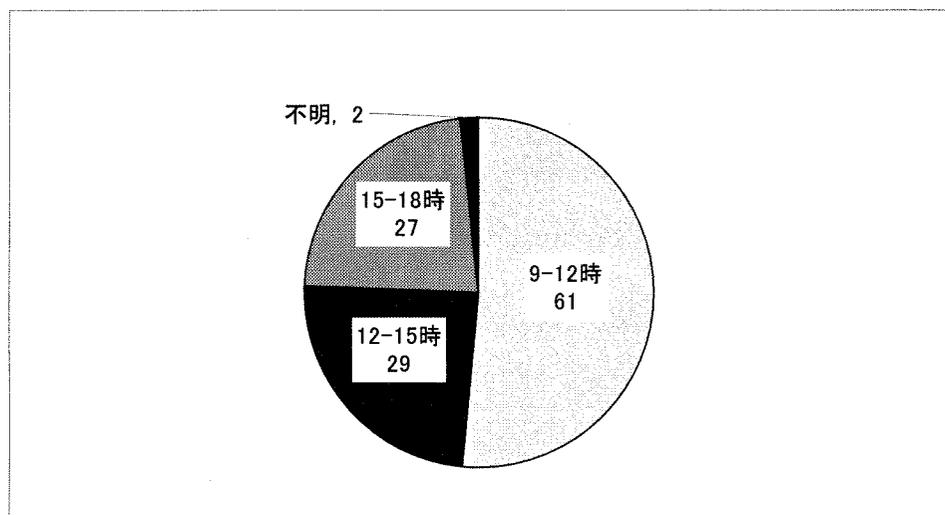


図 2-3-14 事故発生時間 14 年度事故件数 (時間帯別)

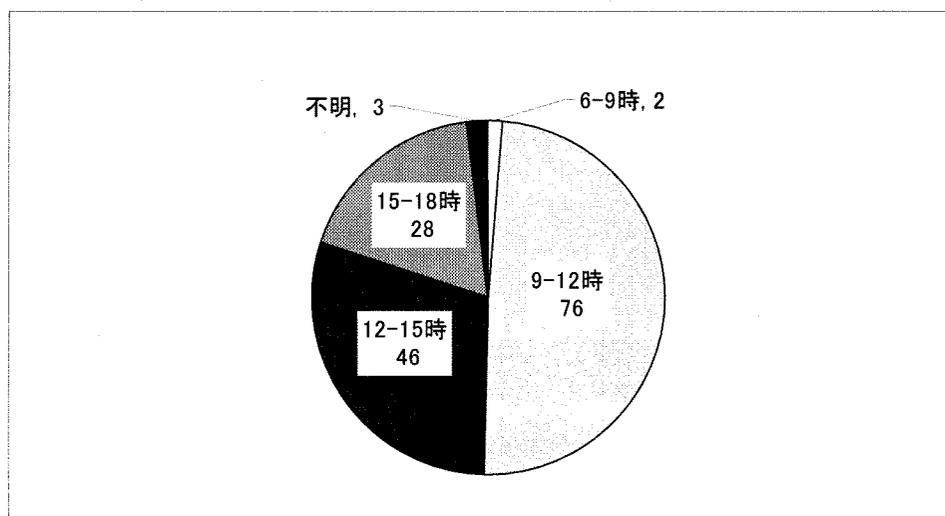
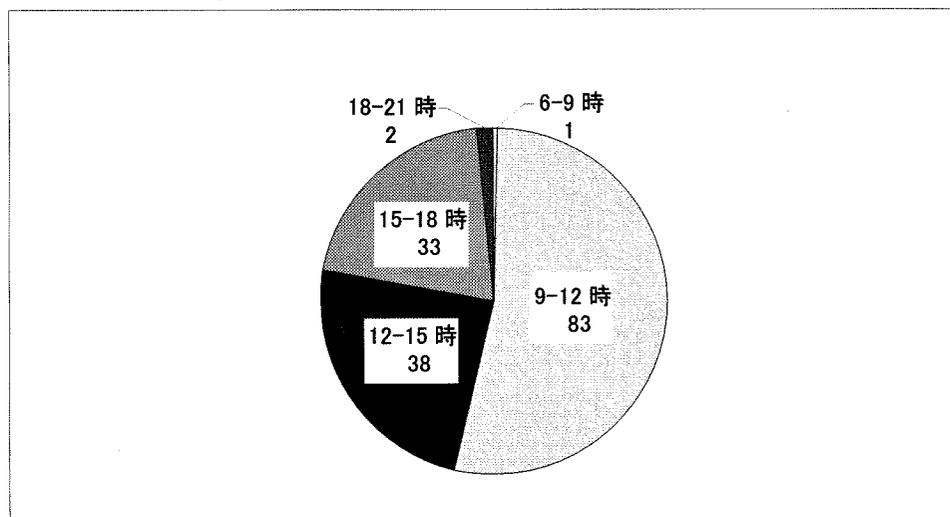


図 2-3-15 事故発生時間 15 年度事故件数（時間帯別）



#### (4) 事故類型（人身事故）

人身事故について、類型化して各件数をグラフに示した。全ての年度で「転倒・転落」が最も多く、「ケア中の骨折等」が続く。どの年度も事故類型の各割合に大きな相違はなく、同じ傾向にあることがわかった。

図 2-4-13 事故類型 13 年度（人身事故）

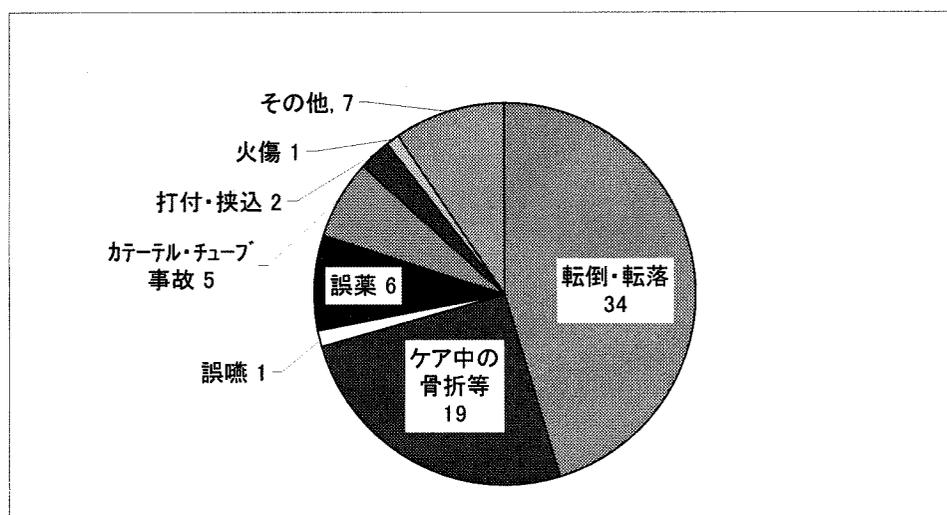


図 2-4-14 事故類型 14 年度（人身事故）

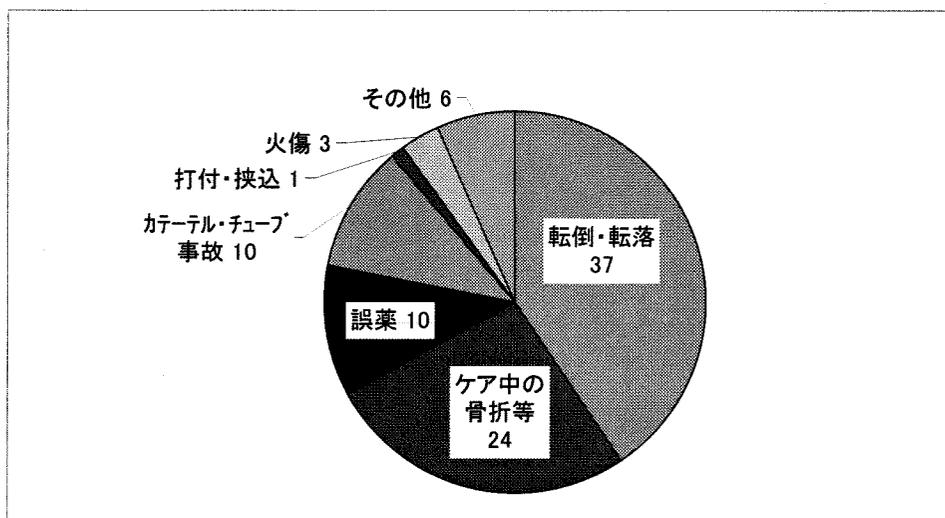
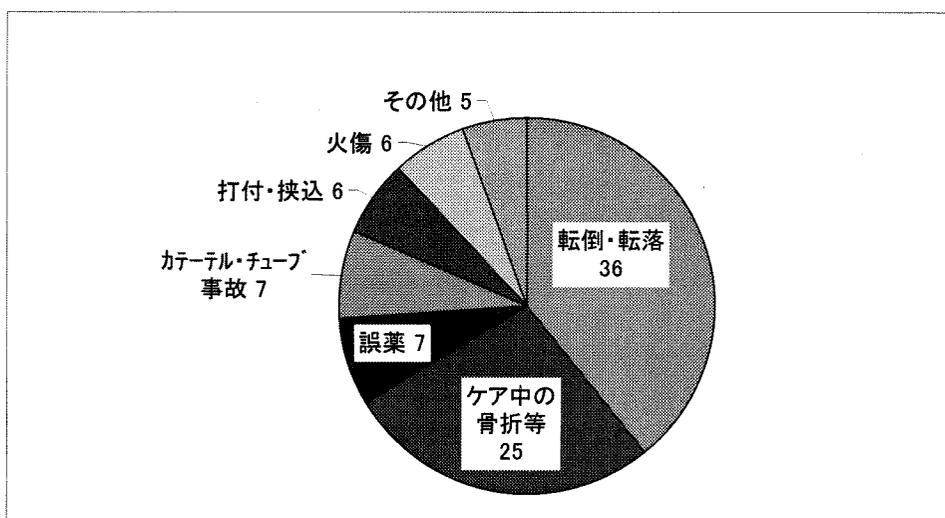


図 2-4-15 事故類型 15 年度（人身事故）



#### (5) 損害の程度（人身事故）

人身事故について、利用者の損害の程度を類型化した。具体的には「病院で治療する必要がなかったもの」、「病院で治療を要したもの」、「入院したもの」、「死亡したもの」に分け、各件数をグラフに示した。どの年度でも過半数は病院での治療を要するものであり、次いで入院するものが多かった。どの年度でも各割合に大きな相違はなく、同じ傾向が見て取れる結果となった。

図 2-5-13 損害の程度 13 年度 (人身事故)

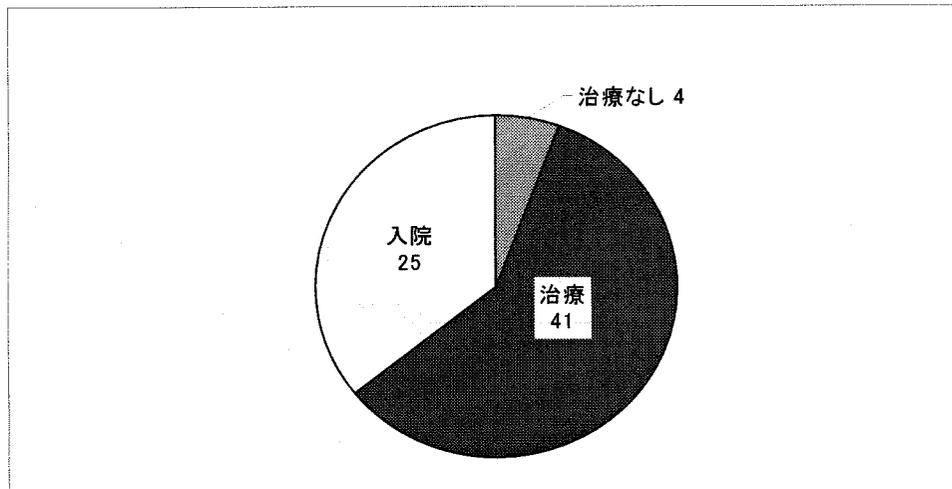


図 2-5-14 損害の程度 14 年度 (人身事故)

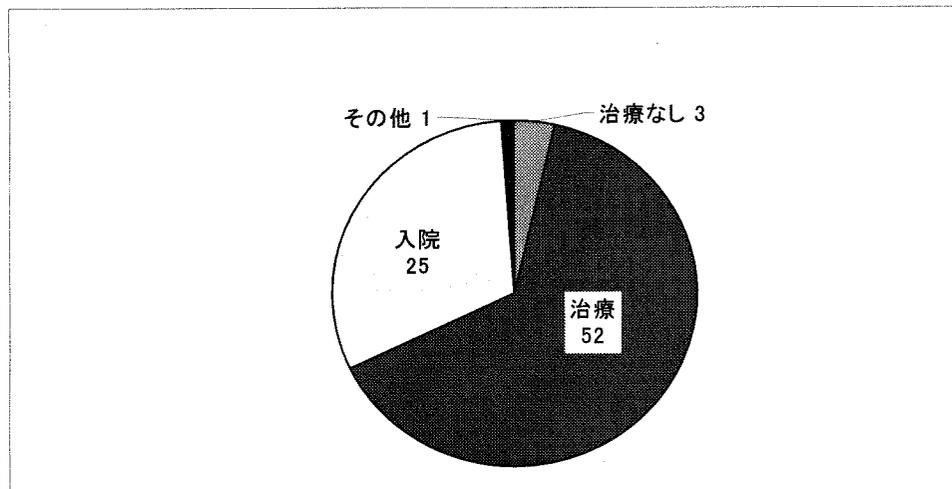
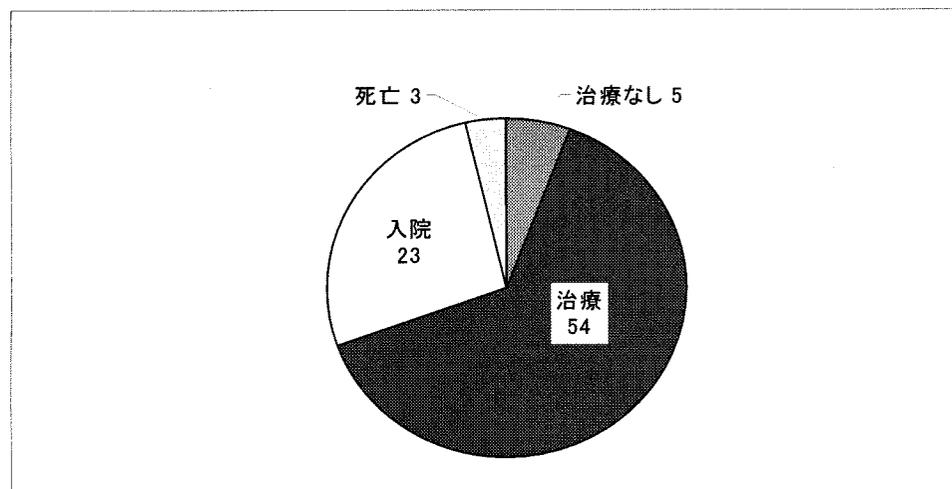


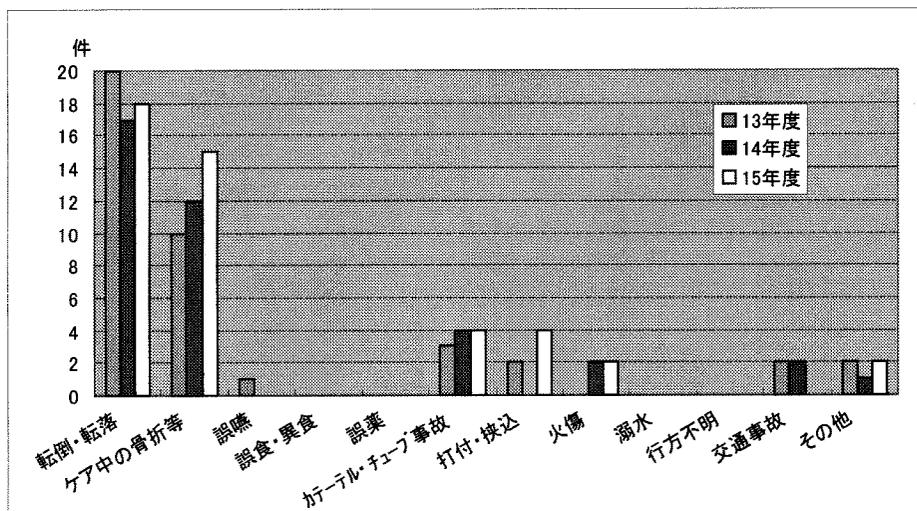
図 2-5-15 損害の程度 15 年度 (人身事故)



### (6) 午前中に発生した事故の類型（人身事故）

図 2-3-13～15 の結果から午前中に事故が多く発生していることが確認できた。そこで、午前中の人身事故に絞って事故類型を以下に示した。図 2-4-13～15 のグラフと比べると、転倒・転落の割合がやや高まり、誤薬事故はみられない。

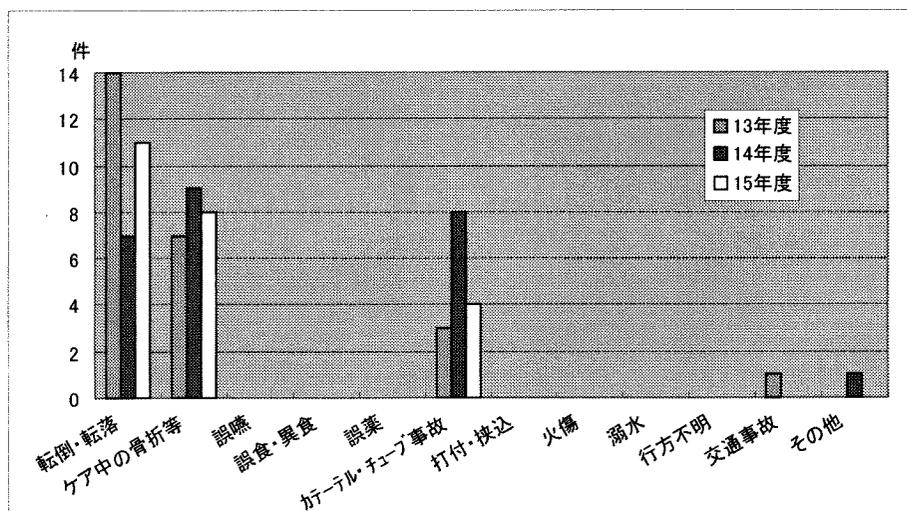
図 2-6 午前中に発生した事故の類型（人身事故）



### (7) 入院に至った事故の類型

次に入院に至った人身事故に絞って事故類型を示した。年度によって、「転倒・転落」ではなく、「ケア中の骨折等」が最も多くなるなど、各類型の順位に変動が見られるものの、どの年度においても、「転倒・転落」、「ケア中の骨折等」、「カテーテル・チューブに関する事故」の3類型が多いことが分かる。

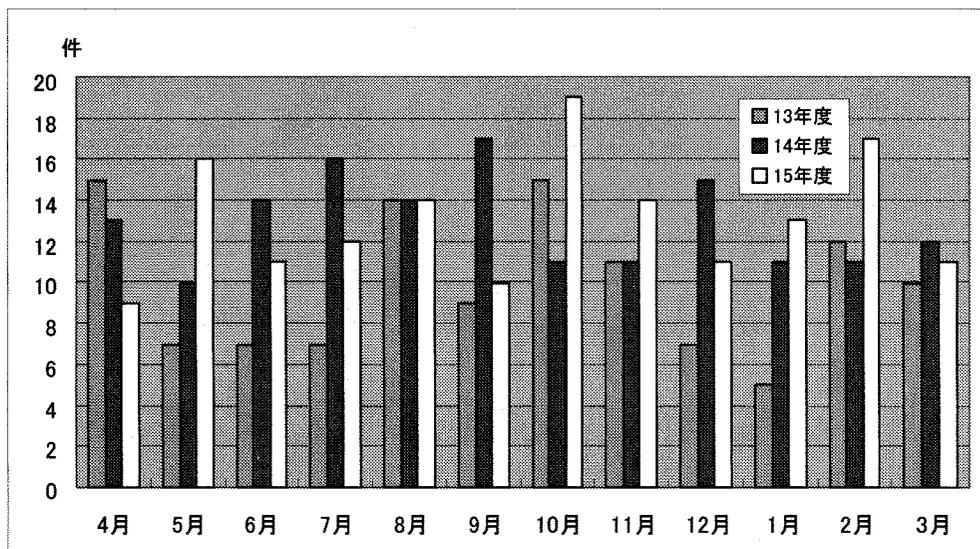
図 2-7 入院に至った事故の類型（人身事故）



### (8) 月別事故発生状況

月別の事故発生件数を示した。極端に事故報告が多い月や少ない月は見られず、年度によってもばらつきが見られ、事故発生の季節的な特徴は特段見られなかった。

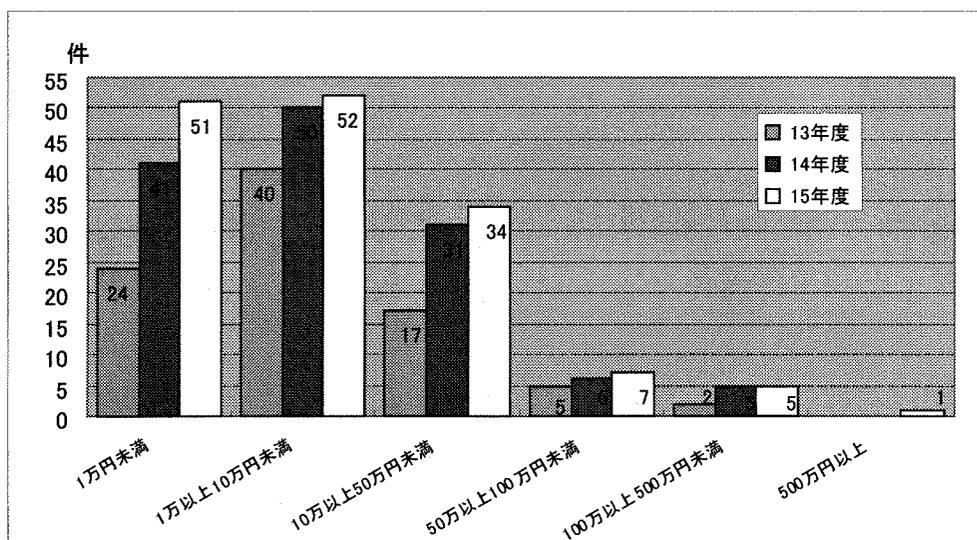
図 2-8 月別事故発生件数



### (9) 保険金支払金額

最後に保険金支払金額について類型化して各件数を示した。最も多い金額ゾーンは「1万円以上50万円未満」であり、50万円未満の事故が多い。一方100万円以上保険金を支払ったケースも散見される。

図 2-9 保険金支払金額



## 2) まとめ

### (1) 午前中に事故が発生する可能性が高い

事故発生時間に関する調査結果から、どの年度も過半数が午前中に集中していた。なぜ午前中に事故発生の可能性が高いのか、詳細な要因分析は別の機会に譲ることとなるが、事業者としては午前中のケア業務には、細心の注意を払う必要があるといえる。例えば、管理者は朝出勤してきた職員に声をかけ、体調が悪くないか必ず確認したり、職員は時間に余裕を持って最初の訪問先に向かうなど、少しでも事故発生の可能性を低減するよう工夫することが望まれる。

管理者・職員互いに「最初の訪問先は事故発生の可能性が高い」といった意識を持つことが何よりも肝心である。

### (2) 重大事故につながるのは「転倒・転落」、「ケア中の骨折等」、「カテテル・チューブに関する事故」の3類型が大半

入院に至る事故については、上記3類型が大半を占めた。これらは利用者に与える影響が極めて大きい重大事故につながる可能性が高く、最優先で事故予防・事故対応策に取り組むべきである。例えば、これらのケアに関して事故防止の観点から業務手順を確立し職員へ周知徹底を図ること、職員が必要十分なスキルを身につけるよう指導を徹底すること、万一事故が発生した場合の対応を習得させるなど、管理者として職員への教育を十分に行うことが何よりも求められる。

### (3) 今回の事故統計は氷山の一角

今回の統計データは調査対象が保険会社へ報告された事故報告に基づくものであることに留意する必要がある。被害が比較的少額の物損事故であれば、保険会社へ報告せずに、当事者同士の話し合いなどで解決していることも考えられる。そのため、物損事故については、発生件数は実際には更に高いものであると考えられる。

また、同様に人身事故についても、病院で治療する必要のない軽微な事故については保険会社に報告せず、当事者間の話し合いで解決しているケースもありえることを念頭に入れておくべきであろう



## 第2部

### 訪問看護ステーションにおける事故事例集



## 第2部 訪問看護ステーションにおける事故事例集

### 1. 調査概要

#### 1) 調査目的

訪問看護ステーションで発生した事故事例またはインシデント事例を参考に、事故発生前から事故後の対応について、事故に至る背景や事故発生プロセス、防止策や今後の教訓等を具体的に示し、訪問看護におけるリスクマネジメントの取り組みに資することを目的とする。

#### 2) 調査方法等

##### (1) 調査対象

次の2点を対象とした。

- ① 各訪問看護ステーション管理者より過去5年間に起こった事故またはヒヤリハット事例を参考に作成した想定事例
- ② 保険会社で保有する過去3年分の事故データから特徴的な事故類型を参考に作成した想定事例

##### (2) 調査内容

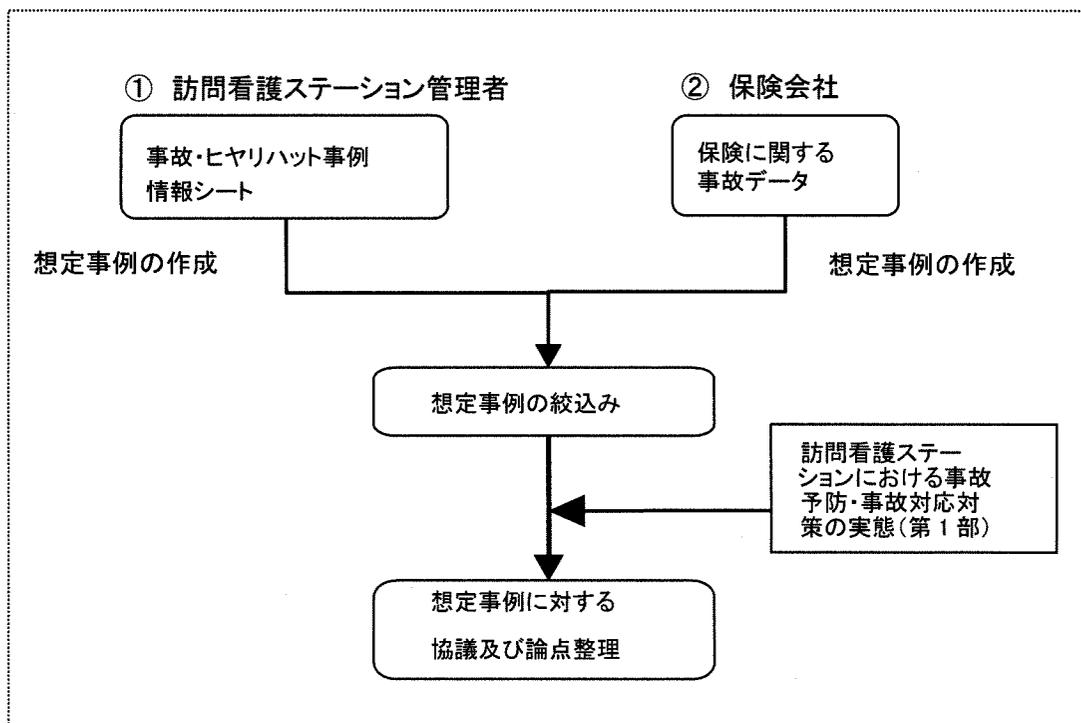
「訪問看護ステーションにおける事故予防・事故対応対策の実態（第1部）」において検討した結果を踏まえ、利用者への影響が大きく、今後訪問看護ステーションで予防対策が最も必要とされる「転倒」、「チューブ等の挿入ミス」、「ケア中の骨折」に関する想定事例を抽出した。現在の日本の看護現場における「3大」インシデントとしてあげられるのは、与薬・注射のエラー、転倒・転落、チューブ類の管理であり、これらは訪問看護の現場でも共通してみられる。ただし、一般の医療機関の事故とは発生場面が大きく異なるため、リスクマネジメントの取組も一般の医療機関とは異なるものであり、そのような訪問看護におけるリスクマネジメントの特徴を示す観点から調査を行った。また、最近リスクが顕在化してきた感染症に関する事例、情報管理の対策が強く求められる背景から情報管理に関する事例も抽出した。

##### (3) 調査方法

最近の統計データに基づく事故の傾向や特徴を参考に、訪問看護ステーションの管理者および在宅看護の研究者、保険事故の専門家等で、「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」＜事故・ヒヤリハット事例 情

報シート>を修正したシートを利用して（資料1参照）、想定事例を作成し検討を重ねた。（図2-1）

図 2-1 調査方法のフロー



#### (4) 調査期間

2004年9月～2005年2月とした。

#### (5) 倫理的配慮

事件事例およびインシデント事例については、全て想定事例をもとに議論しており、当然ながらここで取り上げている事例は全て架空のものである。また、想定事例から個別の事故が特定されることのないように十分に配慮を行った。

## 2. 調査結果

### (1) ケーススタディ

検討の結果、下記の7ケースを検討した。

No	事故類型	概要
1	転倒（室内）	自宅内での歩行訓練中の転倒
2	転倒（屋外）	屋外で電動車椅子の転倒
3	チューブ挿入ミス	胃管カテーテル挿入ミスにより肺へ栄養剤注入
4	やけど	熱したタオルによる熱傷
5	感染症（疥癬）	利用者から疥癬に感染、他の利用者へ感染を拡大
6	ケア中の骨折	リハビリ中の骨折
7	カルテ紛失	カルテの紛失

### (2) ケーススタディの構成

#### ① 事例：

事故発生前から事故発生状況および対応まで詳細かつ具体的、事故前・事故発生・事故直後・事故後に分けて記述した。

#### ② 発生要因と留意点：

事例より、事故予防・事故対応に関して取り組むべき事項を解説した。

#### ③ 事故発生イメージ図：

一部の想定事例については、事故の起きた発生要因に関して、事故前から事故後まで、訪問看護師・ストーリーライン・利用者・要因と考えられるポイント・対応策を図にして、イメージをつきやすくした

#### ④ まとめ：

上記解説のポイントを簡潔にまとめた。

#### ⑤ チェックポイント：

上記解説に関して、各訪問看護ステーションで現状をチェックできるよう「チェックシート方式」にまとめた。

## 事例 No.1 『自宅内での歩行訓練中の転倒』

利用者：60歳代・脳梗塞・左半身麻痺あり・歩行障害（つかまり立ち歩行可）・空間認知障害（左半側無視）・介護保険利用者  
訪問看護師：訪問看護経験年数 2年  
事故現場：利用者自宅内玄関踊り場（踊り場約6m<sup>2</sup>・段差なし、手すりあり）  
事故内容：  
事故前：自宅内の玄関踊り場において、訪問看護師が利用者の後ろから見守る中、利用者が自立歩行訓練を行っていた。  
事故発生：手すりに掴まりながら方向転換を行おうとしたところ、手すりから手が離れバランスを崩した。訪問看護師が支えようとしたが間に合わず、左側から倒れこんでしまった。  
事故直後：訪問看護師は、利用者をすぐに平坦な床に移動し、バイタルチェック・痛みの有無などの確認を行うと、転倒直後から左大腿部に痛みを訴え、骨折が疑われた。主治医と訪問看護ステーション管理者に報告、至急病院に連絡をし、家族の車で家族とともに病院へ向かい、医師の診察を受けた。  
事故後：訪問看護師は病院から訪問看護ステーションに戻ると、市町村・ケアマネージャー・保険会社へ事故の報告をした。利用者は、左大腿部骨折と診断され、約1ヶ月間入院することとなった。

### — 解説 —

本事例は、訪問看護師が利用者に左半身麻痺と空間認知障害（左半側無視）があることを認識しながら、左側への転倒予防を怠り発生した転倒事故である。その発生要因として、(1)利用者のアセスメント不足、(2)歩行訓練中の転倒予防の不足、(3)歩行のための安全確保の不備、が考えられる。

#### (1) 利用者のアセスメントの事前確認

訪問看護師は、日常生活におけるADL、歩行訓練を行う場合は利用者の日常生活における歩行状況について事前に利用者や家族に確認し、把握しておくことが必要である。なお、その際には利用者の麻痺や空間認知障害の状態や身体状況をきちんと把握しておくことも忘れないようにしないといけないうだろう。今回のケースでは、左半身麻痺と左半側無視の空間認知障害があるため、日常生活における歩行時には、左半身麻痺と左側に対する空間認知障害の状態を確認しておくことが必要である。

#### (2) 歩行訓練中の転倒予防

歩行訓練直前には、利用者との程度距離を保ち、利用者からどの方向に立ち、利用者がどちらの向きに方向転換すればよいかなどを考えておく。今回のケースでは、左半身麻痺と左半側無視の空間認知障害があるため、左側に倒れて転倒する危険性が十分に考えられる。よって、訪問看護師は左側に立って転倒が起こっても、いつでも転倒予防または大きな転倒を防ぐことができるような見守りが必要であることが言える。例えば、腰ひもをつけて歩行訓練中はつねにつかんでおくなど、転倒予防や転倒をしても大きな事故につながらないようにするとよいだろう。

また、転倒予防のため滑りにくい靴下や履物での歩行も重要である。よって、利用者や家族に歩行訓練前に滑りにくい履物の必要性や想定されるリスクをきちんと伝え、利用者や家族に理解を得るため話し合いも必要となってくるだろう。

### (3) 歩行のための安全確保の環境整備

自宅内とはいえ、歩行訓練前に必ず安全確保が転倒予防のために重要である。「住み慣れた自宅だから安全」と安易に考えず、訪問看護師自身の目できちんと事前に安全確認を行うことが重要である。今回のケースでは、左半身麻痺と左半側無視の空間認知障害のため、右側に歩行訓練時や転倒の際につかまることができる補助具の有無の確認が重要だと言える。

また、歩行の妨げになるような床上の障害物を必ず片付けることはもちろんのこと、場合によっては空間確保のために家具の位置を変えるなど、レイアウトの変更が必要な場合もありえる。よって、歩行訓練前に歩行のための空間確保・障害物の除去、さらにレイアウト変更が困難な場合は危険な場所や想定されるリスクをきちんと伝え、利用者や家族に理解を得るため話し合いも必要となってくるだろう。

なお、屋内に取り付けられた手すりの不具合の有無を必ず事前にチェックするように心がけたい。手すりの傷み、取り付けの緩みは、転倒事故に直結する。また、手すり以外のタオル掛やドアのノブなど、手すり代わりに利用者が掴むようなものも併せて安全確認を行うことが重要である。握り易い形状であるか、体重をかけても取れないかなどチェックし、危険な場合は取替えを勧めることも必要であろう。

#### まとめ

- ① 歩行訓練中は、利用者の状態や状況のアセスメントをした上で、転倒予防に考慮した適切なケアを行うこと。(左半身麻痺の場合、左側に立って転倒予防をする、など)
- ② 歩行訓練を行う前に、安全な空間・障害物の除去・滑りにくい履物・手すりの不具合確認・タオル掛など利用者が掴まりそうなものもチェックすること。
- ③ 事故直後、利用者のバイタルサインを確認し、痛みを訴えているため病院で診察を受けるようにすること。
- ④ 事故後、速やかに管理者に報告し、管理者はすみやかに利用者宅に連絡や訪問をし、謝罪や賠償保険請求の提示をするなどして対応を行うこと。

#### チェック

- 利用者の状態や状況のアセスメントし、安全な見守り位置や適切な訓練方法などを把握しているか。
- 自宅内での歩行訓練をする場所で、自宅内の危険な場所や想定されるリスクを認識しているか。またそのことを利用者や家族に伝え、理解しているか。
- 歩行訓練の場所で、手すりやタオル掛、ドアのノブなど歩行中に利用者が掴まりそうなものを事前にチェックしているか。
- 事故直後、利用者のバイタルサインを確認し、異常があれば医師の診察を受けるようにしているか。
- 事故後、速やかに管理者に報告し、管理者はすみやかに利用者宅に連絡や訪問をし、謝罪や賠償保険請求の提示をするなどして対応を行っているか。

## 事例 No.2 『屋外で電動車椅子の転倒』

利用者：70歳代・脳梗塞・両下肢不全麻痺状態・コミュニケーションは短文なら会話可能・介護保険利用者

訪問看護師：訪問看護経験年数3年

事故現場：利用者宅近隣の道路

事故内容：

事故前：ADLおよびQOL向上を目的として、利用者は訪問看護師とともに電動車椅子(四輪)で初めて屋外へ出かけた。(屋内で、電動車椅子での移動はしていた)利用者本人が運転する電動車椅子に訪問看護師が付き添い、リハビリを実施した。

事故発生：近所の堤防土手上的の砂利の道路を100m程走行したところで、訪問看護師が自宅へ引き返すよう利用者へ声をかけた。利用者は自力でUターンをしようとしたが、約2mの道幅が狭く回りきれないため、訪問看護師がアクセルから手を離すよう利用者へ指示したが、アクセルを緩めなかったため、慌てて訪問看護師が利用者の手をアクセルから引き離した。しかし既に前輪が土手斜面約数m転げ落ち、利用者は電動車椅子と共に土手の最下方まで滑り落ち、電動車椅子の下敷きとなった。

事故直後：利用者は土手下方のコンクリート部に側頭部を強打し、訪問看護師は、意識レベル・呼吸・脈の確認をしたところ、意識が朦朧として呼びかけに反応しなかったが、呼吸と脈があることを確認した。至急家族へ連絡し119番通報をするとともに、主治医および訪問看護ステーション管理者に連絡をとった。救急車が到着し速やかに利用者とともに救急車で病院へ行った。

事故後：訪問看護師は病院から訪問看護ステーションに戻ると、市町村・ケアマネージャー・保険会社に事故の報告をした。利用者は入院し、急性硬膜下血腫と診断され、治療を行った。

### — 解説 —

本事例は、電動車椅子での初めての屋外散歩中に起こった転倒事故である。その発生要因として、(1)屋外でのリハビリ(散歩)の場の選定不備、(2)自助具や福祉用具などの構造、操作方法に関する習熟度のアセスメント不足、(3)利用者の状況変化に対する適切な把握不足が考えられる。

#### (1) 屋外でリハビリを行う場合の注意点

訪問看護の提供の場は、生活の場であるため、リハビリなど必要なケアを自宅外で行うことも多々ある。屋外では自宅内とは違った様々なリスクが存在する。そのため屋外に出る前には事前に下見を行い、車両や人の往来状況や道路の広さ、路面の状態、交差点での死角など、安全確認を行った上で、慎重にリハビリ場所を選定することが望ましい。よって、利用者が行き慣れた場所であっても、専門職の目で改めてチェックすることが肝要である。今回のケースでは、初めて屋外へ出かけて土手上的の道路を通行していた。万一の事態を想定、また初めて屋外でリハビリを実施するのに、適切な場所としてガードレールのある高所でない道路を再考する必要があるものと思われる。

なお、至急家族や近隣に応援を依頼できるよう緊急時の連絡先の確保を行い、近隣の医療機関の場所・連絡先などもチェックしておくことが望ましい。

## (2) 車椅子など福祉用具の使用に関する注意点

電動車椅子など福祉用具を使用する場合は、訪問看護師が当該用具の使用方法や仕組みを十分に理解することが前提である。さらに、車椅子ではストッパーのかけ忘れによる事故が多いなど、使用する福祉用具特有のリスクについても十分に理解しておくことも重要である。

今回のケースでは、利用者にとって初めての屋外での車椅子の操作であったことから、利用者の福祉用具に関する知識、操作方法の習熟度を確認するべきであったといえる。操作方法が熟達していない場合、どの部分をどの位支援するか（今回の場合、方向転換を手動で介助するなど）を事前に、イメージし利用者を取り交わしておくことも重要であったといえる。また、利用者の状態に本当に適した器具を選択しているかなど、気づいた点は積極的にアドバイスすることも大切である。

## (3) 環境変化による利用者の状況変化に対する注意点

ADLなど利用者の普段の状態を把握することはもちろん、初めて電動車椅子で屋外へ出た開放感あるいは緊張感など心理的变化が潜んでいることにも心がけることが重要である。また、屋外に出ることによって、住み慣れた自宅内よりも空間認識の捉え方が変わり、注意力散漫になることが予想される。今回のケースではUターンする声かけに利用者は反応しており、聴覚に問題はなかったと考えられるが、Uターン中はUターンができない焦りと運転に夢中になり、訪問看護師の声が耳に入らなかったことが考えられる。よって、リハビリ中は利用者のそばからできるだけ離れることなく見守ることが、事故予防、また大きな事故になることを防ぐことができたろう。

### まとめ

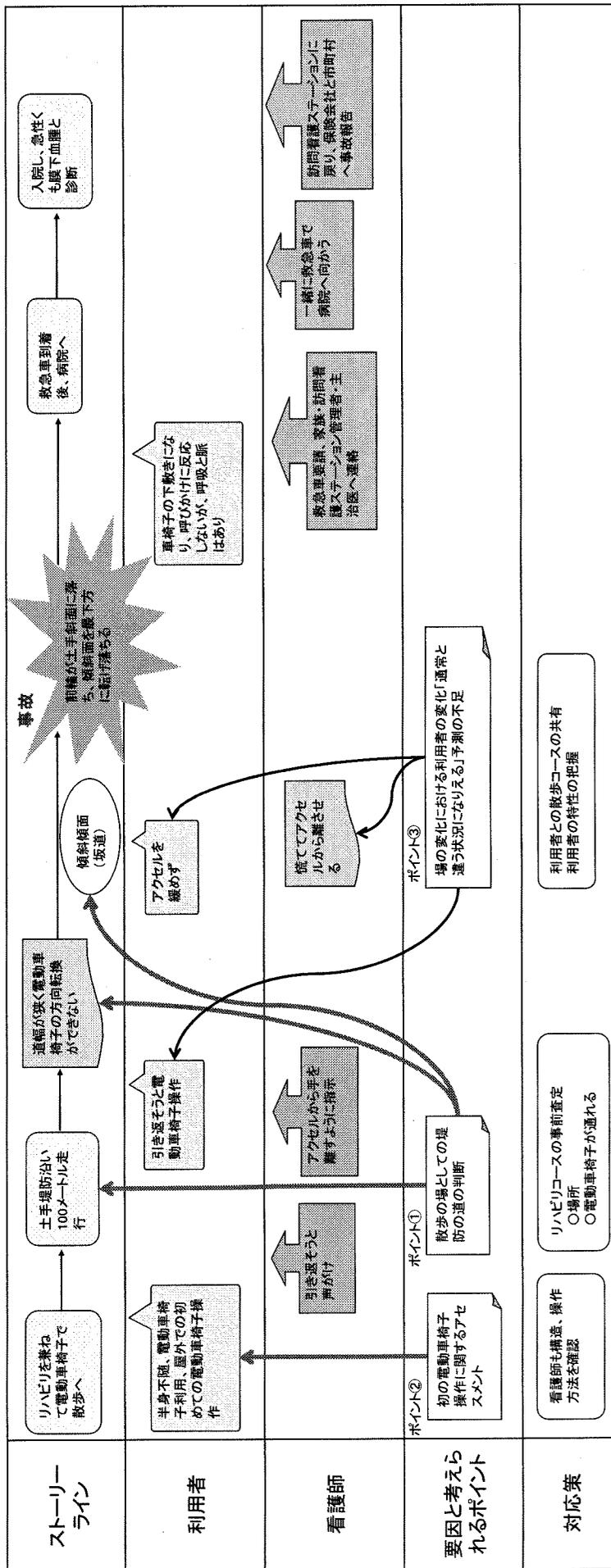
- ① 屋外でリハビリを実施する前に、適切なリハビリ場所を慎重に選定しておく。
- ② 福祉用具の構造・操作方法などのアセスメントを実施しておく。
- ③ 緊急時の連絡先を確保しておく。
- ④ 環境の変化における心理的变化（注意力の低下など）を理解しておく。
- ⑤ 事故直後、主治医・所属する訪問看護ステーション管理者へ、その後、市町村・保険会社へ事故の連絡をする。

### チェック

- リハビリ場所を事前に下見し、安全確認を行っていますか。
- 屋外で緊急事態が発生した場合の準備が予めできていますか。
- 福祉用具について十分な知識があるか。また教育を行っていますか。
- 事故後の対応で、主治医・所属する訪問看護ステーション管理者・市町村へ事故の連絡をしていますか。

図 事例 No. 2

事例 NO.2について、事故前後の事象や支援について検討・図式化し、事故予防・対応策について検討した



- 【転倒をおこした原因の優先度】
- ① 電動車椅子の操作（屋外の操作初）
  - ② 引き戻せない道幅（バランスを崩して転倒後傾斜面だった環境）
  - ③ 利用者の変化に対する予測
  - ④ 事象発生時の看護師の対応

## 事例 No. 3 『MGチューブ挿入ミスにより肺へ栄養剤注入』

利用者：90歳代・数年前から寝たきり・ADL全介助・介護保険利用者

訪問看護師：訪問看護経験年数 10年（本事例を含めて、MGチューブ挿入経験あり）

事故現場：利用者自宅寝室

事故内容：

事故前：利用者家族から「チューブが抜けてしまったので、入れて欲しい」との連絡を受け、訪問看護師が利用者宅を訪問した。

事故発生：MGチューブ挿入後、胃内容物を吸引すると、吸引物は出てこなかった。次に、注射器で空気を2～3回送ったが胃部で聴診器による音が聞き取れなかった。5回目でようやく弱い音を確認し、これを訪問看護師は胃部における音と考え、チューブが胃内へ挿入できたと判断した。利用者の吐き気の訴えはあったものの、栄養剤の注入を慎重に行い、利用者宅をあとにした。

事故直後：数時間後、利用者は39℃の発熱をし、家族が救急車にて利用者を病院へ連れて行った。

事故後：医師の診察の結果、チューブが気管内に挿入され、栄養剤が肺に注入された事実が判明し、肺炎と診断された。

### — 解説 —

本事例は、訪問看護師として豊富な経験を持ち、さらにMGチューブ挿入に経験もあったにもかかわらず、基本的なミスによる大事故に発展した。その発生要因として、(1) 基本的な手技の確認の怠り、(2) 処置後管理の確認不足、(3) 緊急対応の体制づくり、が考えられる。

#### (1) 基本的な手技の確認

今回のケースでの訪問看護師は、MGチューブの挿入経験を持つ経験豊富な訪問看護師であっても、以下のとおり基本的な手技の確認を怠ることのないようにつねに心がけておくことも重要である。

##### ① チューブの長さの確認

- まずは、使用するチューブの長さを必ず確認すること。
- チューブ挿入の長さは個人差があるので、必ず利用者ごとに指示書等で適切な長さを確認すること。(参考：胃内までは40～50cm、十二指腸までは70cm程度)

##### ② エアー・胃液の確認

- 挿入後、チューブが胃内に入っているか、注射器で10mL程度の空気を注入し、聴診器でゴボツとした音が聴こえるか必ず確認する。その際、心窩部、左右の下肺部の3力所で音を聴き、心窩部の音がよく聴こえることを確認すること。
- また、チューブから胃液が出てくることも併せて確認する方がよい。吸引した時に胃液ではなく、空気が出てくれば肺に注入してしまった可能性が高い。
- 通常肺にチューブを注入した場合、利用者が咳込むなどして挿入ミスが即座に判明するが、高齢者や麻痺状態の利用者の場合は、咳込むことができず、挿入ミスを見落とす場合があ

る。利用者の状態変化だけで判断せず、エア―や胃液での確認を怠らないこと。

## (2) 処置後管理の確認不足

訪問看護師は「MGチューブ挿入後、胃内容物を吸引すると、吸引物がなかった。次に、注射器で空気を2~3回送ったが音が聞き取れず、5回目でようやく聴診器で弱い音を確認した。」「利用者の吐き気の訴えはあった」といった徴候があり、エア―の音が聞き取りづらく、吸引しても胃液が出てくることはなく、胃内にチューブが適切に挿入されていない可能性が考えられた。栄養剤の注入に一刻を争っているわけではないので、再度チューブを抜いてやり直す、別の訪問看護師や主治医に訪問してもらい代わりに挿入してもらう、なども検討できた。そのような対応により、生命の危険も左右されることもあることを肝に銘じて置く必要があるだろう。また、上司や他の訪問看護師に報告・相談を行うなどの組織の対応を検討できるとよいだろう。

## (3) 緊急対応の体制づくり

在宅という医療職不在の場所に訪問して医療行為を実施してくる場合には、医療職不在時に生命に直結することもあるため、滞在時間後のことも予測した、慎重かつ長時間にわたる予測や観察をすることが重要である。普段から、担当看護師と緊急対応の看護師との関係・緊急対応の連絡体制の構築、挿入の条件や注意事項等の記録、などを行っておく。そして、家族に注意事項を伝えておく、栄養剤の注入の途中・終了直後など利用者宅に電話連絡を入れる、再度訪問をするなどすれば、肺炎という大きな事故にまで発展しなかったかもしれない。

### まとめ

- ① 慣れていても、基本的な手技はつねに確認すること（毎回必ずチューブの長さ・エア―や胃液確認）
- ② 確実なチューブ挿入に確信が持てない場合、一旦チューブを抜く、または上司や他の訪問看護師や主治医等に相談すること。
- ③ 普段から、利用者のチューブ挿入に関する注意事項の連絡、担当看護師との関係、緊急対応の連絡体制をつくること。

### チェック

- つねに、基本的な手技を確認しているか。
- 確実なチューブ挿入に確信が持てない場合は、チューブを抜く、または上司や他の訪問看護師や主治医等に相談するようにしているか。
- 普段から、利用者のチューブ挿入に関する注意事項の連絡、担当看護師との関係、緊急対応の連絡体制をつくっているか。
- 職員に対して危険の感受性を高める取組や工夫を行っているか。

## 事例 No.4 『熱したタオルによる熱傷』

利用者：70歳代・ALS・人工呼吸器装着・ADL全介助・介護保険利用者・  
コミュニケーションはまばたきで可

訪問看護師：訪問看護経験年数 7年

事故現場：利用者自宅寝室

事故内容：

事故前：今後のAホームヘルパーとBホームヘルパーの交代のため、訪問看護師はAホームヘルパーとともにBホームヘルパーにケアの引き継ぎしながら利用者の清拭をベッド上で行っていた。(Bホームヘルパーは、初訪問であった)通常、Aホームヘルパーとは蒸したタオル(約90℃)を利用者の足元に置いてケアをしていたので、同様にBホームヘルパーに熱した蒸したタオルを利用者の足元に持って来てもらうよう依頼した。Bホームヘルパーは、訪問看護師の指示どおり、蒸したタオルが冷めないように利用者の足元に置いた。訪問看護師は、普段と同じように側臥位で利用者の臀部を清拭していたところ、Bホームヘルパーが利用者の足元にタオルを置いたことを忘れ、側臥位から仰臥位に戻した。

事故発生：利用者が仰臥位になって数分後、訪問看護師は利用者の顔が赤くなったのを見て、「おかしい」と思いすぐに大腿部を確認すると、熱した蒸したタオルが下腿部の下敷きになっていた。タオルを取ると下腿部にⅠ～Ⅱ度の熱傷が2ヶ所(各ヶ所直径2×2cm)形成していることに気づいた。

事故直後：すぐにクーリングを行い、バイタルチェックをしたあと、主治医に連絡をとり、皮膚科受診の検討をお願いした。その後、皮膚科医が往診に利用者宅を訪れた。

事故後：訪問看護師が訪問看護ステーションに戻り管理者に報告すると、管理者は利用者宅を訪問し、謝罪し、主治医と連絡をとり、主治医が皮膚科医の診察を依頼したことを確認した。管理者は利用者と家族に保険の賠償を提示し、ケアマネージャーに事故の報告をした。今後の清拭では蒸したタオルはオーバーテーブルに置くようにした。皮膚科医は毎日訪問したが、1年経過しても完治しなかった。

### — 解説 —

本事例は、訪問看護師が偶然、新しいホームヘルパーと連携してケアを実施している中で発生した熱傷事故であり、事故のリスクを適切にアセスメントせずにケアをしていた。その発生要因として、(1)熱傷予防の注意不足、(2)利用者の特性の把握不足、(3)他職種・他機関とのケア提供のあり方の検討不足、が考えられる。

#### (1) 熱傷予防とその対応

今回のケースでは、偶然にも今まで事故が起こらなただけで、高温で熱したタオルを利用者の足元に置くことが、熱傷の事故を起こす危険性が常にあったことを忘れてはならないだろう。

また、熱したタオルの使用をする際には、利用者の僅かな変化も見逃さないように何度も利用者の観察を怠らないようにすることが大切である。同時に、物品の置き場所には十分に注意をしないと事故の元となることも注意をしたい。

熱傷した場合は、速やかにクーリングをして応急処置をし、主治医に報告し、皮膚科医の診察を検討すべきである。また、今後の対応策としては、たとえコミュニケーションがすぐにとれ、利用者自らの力で動くことができ、感覚の麻痺がない利用者でも、蒸したタオルはベッド上には置かないなどの

策を取ることが重要であろう。

## (2) 利用者の特性を考慮する ～ALS・人工呼吸器装着の場合～

今回のケースでは、ALSでコミュニケーションがすぐにとりにくく、自力ではからだを動かすことのできない利用者だったため、さらに本人からの訴えに気づきにくく、事故の発見が遅れ、熱傷を悪化させた可能性も大きいだろう。よって、ケアを実施する前に、利用者の特性・状態をよく理解して、ケアをすることが事故悪化の予防ともなる。

## (3) 他職種・他機関との協同におけるケア提供のあり方

今回のケースのように、訪問看護師はホームヘルパーなどの他職種や家族とともに利用者にケアを行うことは多い。新しい他職種とケアを行ったことによりケア手順のミスによる事故がわかったが、ケア方法を十分に確認し、他職種等と協同してケアを行うことを心がけて、実施することで事故を予防できるだろう。

### まとめ

- ① 高温で熱したタオルをベッド上など利用者の身体近くに置かないこと。
- ② コミュニケーションがとりにくく、自らの力でからだを動かせない、感覚の麻痺のある利用者に熱湯などを扱う場合は、細心の注意を払ってケアを行い、利用者の状況変化を見逃さないこと。
- ③ 熱傷直後、すぐにクーリングを行い、主治医に連絡し、皮膚科医の診察を相談すること。
- ④ 事故後は速やかに管理者に報告し、管理者はすみやかに利用者宅に連絡や訪問をし、謝罪や賠償保険請求の提示をするなどして対応を行うこと。
- ⑤ ホームヘルパーなど他職種と共同して業務を行う場合、利用者の状況やケア方法を確認すること。

### チェック

- 高温で熱したタオルを利用者の身体近くに置いていないか。
- ケア提供中、利用者の状況の特性を理解し、ケアを実施しているか。
- 熱傷後、クーリングの実施・主治医及び管理者への連絡と報告、管理者は利用者や家族への謝罪や賠償責任保険の提示を速やかにおこなっているか。
- ホームヘルパーなど他職種と共同して業務を行う場合、利用者の状況やケア方法を確認しているか。

## 事例 No.5 『利用者から疥癬に感染、他の利用者へ感染を拡大』

利用者 A：60歳代

利用者 B：70歳代

訪問看護師：訪問看護経験年数 3年

事故現場：各利用者自宅

事故内容：

事故前：訪問看護師は午前中に利用者A宅を訪問した。

事故発生：利用者A宅から訪問看護ステーションに戻り、昼頃から右手に痒みを感じていたが午後の訪問まで時間がなかったため、急いで昼食をとりすぐに利用者B宅を訪問した。急いでいたため、利用者A宅を出てから利用者宅Bの訪問を終えるまで、手洗いやアルコール消毒をせず訪問をしていた。

事故直後：その日の訪問が全て終わり訪問看護ステーションに戻り、痒みが治まらないので管理者に相談した。管理者は疥癬感染の疑いを持ち、すぐに病院で診察を受けるように指示をした。訪問看護師が皮膚科医に診察を受けると、疥癬に感染していることが判明した。

事故後：管理者は利用者AおよびBと家族へ事情を説明し、家族と共に皮膚科医の診察を受けて頂くようお願いし、主治医に連絡し、状況を説明した。また、当日出勤していた職員全員にも病院へ行くよう至急連絡した。診察の結果、利用者AおよびBは疥癬に感染していたが、それぞれの家族および訪問看護ステーションの他の訪問看護師には感染していなかった。その後、市町村および保険会社へ事故の報告をした。感染者は皮膚科医の治療と診察を受け、1ヵ月後には完治した。感染者の家族は手洗い励行・うがいなどによる感染予防をおこなった。

### 一 解説 一

本事例は、訪問看護師が痒みの自覚症状を感じ疥癬の感染の疑いがあったにもかかわらず、さらに手洗いなどの感染予防もせずに訪問を続けた結果、発生した感染事故である。その発生要因として、(1)疥癬感染の知識不足、(2)感染予防の怠りと対応の遅れが考えられる。

#### (1) 疥癬感染の疑いがある場合

疥癬は疥癬虫が皮膚の角質内に潜り込み、激しい痒みを引き起こす感染症である。感染力が強く、潜伏期は1ヶ月ほどあり、家族の一人が感染すれば、同居の家族にも感染してしまう場合が多い。疥癬は皮膚科医の診察を受け、適切に処置すれば完治する。しかし、接触感染で感染力が強く、1ヶ月ほどの潜伏期間があるため、1ヶ月ほどさかのぼって本人のみならず家族や接していた者全員が治療することが必要である。

訪問看護師は利用者から疥癬に感染することは決して珍しいことではない。その際、最も注意しなければならないのは、2次感染による被害拡大を防ぐことである。在宅では、訪問看護ステーション内の他の職員にまで被害が拡大するだけにとどまらず、利用者とともに住居をとものにす

る家族への感染の拡大も大いにありうる。よって、職員は疥癬の知識を習得し、激しい痒みが生じたなど普段と違う症状が見られた場合は、疥癬対応マニュアルを見て対応する、速やかに管理者に報告することが肝要である。

## (2) 感染予防と対応

訪問看護師は利用者宅を次々と訪問し、利用者はすぐにいつでも感染症の検査をすることができる環境下ではないので、普段から各利用者に感染予防を意識して、忘れずに実施することが感染予防や2次感染予防につながる。

今回のケースのように訪問看護師は利用者宅を訪問している最中に痒みを感じており、疥癬の兆候があった。にもかかわらず、忙しさも伴いそのまま次の訪問を行ったことで、さらに感染を拡大させてしまった。感染症にかかったときに、疥癬対応のマニュアルの作成と実施を常時確認すること、いつでも管理者に相談や報告ができる体制が重要だろう。また、申し出があった場合は、利用者のみならず家族への感染防止のため、速やかに交代要員を確保できる体制を確立しておくことが、訪問看護ステーションのリスクマネジメントとなる。普段から職員と円滑なコミュニケーションを心がけ、訪問看護師が少しでも利用者への感染の可能性のある体調の場合は、訪問はしない意識を持たせる、たとえ些細なことでも管理者へ報告しやすい雰囲気を醸成することも大切である。また、訪問看護師に定期的な健康診断や予防接種を受けさせるなど積極的に予防に取り組むことも重要である。

### まとめ

- ① 疥癬感染の知識の習得をし、利用者のみならず家族への2次感染の予防にも意識を向けること。
- ② 普段から疥癬の対応マニュアルの作成をしておき、実施すること。
- ③ 症状の自覚の認識がある場合は、すみやかに管理者へ相談・報告をすること。
- ④ 職員が利用者への感染の恐れが出た場合に、速やかに代替要員が確保できる体制を確立しておくこと。

### チェック

- 利用者に感染の恐れのある疥癬やその他感染症に関する知識を習得しているか。
- 普段から疥癬や他の感染症の対応マニュアルの作成・実施をしているか。
- 感染の疑いのある場合は、すみやかに管理者へ報告するよう指導を徹底しているか。
- 職員が利用者への感染の恐れが出た場合に備え、職員の代替要員が確保できる体制を確立しているか。

## 事例 No.6 『リハビリ中の骨折』

利用者：70歳代・左半身麻痺（脳梗塞後遺症）・介護保険利用者

訪問看護師：訪問看護経験年数 4年

事故現場：利用者自宅寝室

事故内容：

事故前：訪問看護師は利用者の関節拘縮予防のため、左股関節外旋方向にゆっくりと他動運動を行っていた。特にリハビリテーションプログラムはなかった。

事故発生：訪問看護師は何気なく左股関節外旋方向にゆっくりと運動を行っていたが、「コリ」という異常音が聞こえ、利用者から痛みの訴えがあった。

事故直後：訪問看護師はすぐに主治医に連絡し、利用者的大腿骨を固定して、救急車で一緒に病院へ向かった。診察の結果、全治2ヶ月の大腿骨頸部骨折と診断され、入院することとなった。訪問看護師はすぐに管理者に連絡し、利用者と家族へ謝罪し、賠償保険の提示をした。

事故後：その後、市町村・ケアマネージャー・保険会社に事故の報告をした。利用者に関わる他職種とカンファレンスを開き、今後の事故予防や対応策について話し合い、理学療法士への訪問依頼も検討した。

### — 解説 —

訪問看護師が麻痺側の関節拘縮予防のためリハビリ実施中に起こった骨折事故である。その発生要因として、(1)骨折予防への注意不足、(2)理学療法士・作業療法士などの専門職との連携不足、が考えられる。

#### (1) 骨折に関する注意点

高齢者はすでに骨がもろくなっており、軽い負荷をかけただけでも骨折が起きてしまうリスクが高い。今回のケースでは、麻痺があり、麻痺側は使わないだけに骨がもろくなっていたことが予測される。そのため、たとえ関節拘縮予防を目指すリハビリが必要であっても、利用者の特性やADLをよく理解して、慎重にリハビリを行うことが大切である。

#### (2) 理学療法士・作業療法士などの専門職との連携

訪問看護師単独で利用者の拘縮予防のために、関節運動など様々なリハビリテーションを実施することも多い。しかし、理学療法士や作業療法士など専門職と連携をはかり、利用者の状態に合わせ、力の入れる方向や程度に至るまでの個別の具体的なリハビリテーションプログラムを考案し、誰が行なっても統一した手技で行なえるような体制を図ることにより、事故の予防に努めたい。しかし、実際には在宅療養をする利用者には、理学療法士や作業療法士と一緒に利用者を支援することは困難なことも多い。その場合は、保健所や病院に相談し、理学療法士や作業療法士に訪問を依頼できるか、問い合わせてみることも一案である。

## まとめ

- ① 利用者の状態（高齢者・麻痺）を把握して、適切なりハビリを実施すること。
- ② リハビリが必要な場合、理学療法士や作業療法士などの他職種と連携をはかり、お互いの専門性を生かして利用者の在宅療養を支援すること。

## チェック

- 骨折のリスクがある利用者に対して、特性やADLを把握して、適切なりハビリを行っているか。
- 理学療法士・作業療法士など専門職と連携を図れる体制が確立しているか。

## 事例 No.7 『カルテの紛失』

訪問看護師：訪問看護経験年数 10年

事故現場：利用者宅近隣の道路

事故内容：

事故前：利用者宅を訪問後、訪問車の後部座席に、当日訪問予定の利用者3名分のカルテ類一式を置いた。その際、1名分のカルテを路上に落としたことに気がつかず、訪問先まで時間がなかったため急いでドアを閉め、次の利用者宅へ向けて車を発車させた。

事故発生：その後、先程訪問した利用者宅近隣者から「カルテを拾った」との連絡が訪問看護ステーションに入り、職員が取りに行った。

事故直後：落としたカルテの利用者に対して、管理者が状況を報告すると共に謝罪し、今回の事故で個人情報漏洩し損害を与えた場合は、補償する旨を伝えた。

事故後：市町村に事故の届出をし、主治医にも報告した。管理者は、訪問看護ステーションの全職員に事故の報告をし、カルテの取扱いについてカンファレンスを開き検討した。その結果、訪問時にはカルテを持ち歩くことはしない、どうしてもカルテが必要な場合は、車の中に設置したカルテ入れに入れて、厳重に管理することとした。

### — 解説 —

本事例は、訪問看護ステーション内でもカルテの取扱いの管理体制がなく、訪問看護師がカルテへの個人情報保護への認識が薄かったために起こったカルテ紛失事故である。その発生要因として、(1)個人情報保護への認識の甘さ、(2)カルテ類の取扱いルールの設定ミス、が考えられる。

#### (1) 個人情報保護の意識を高める

2005年4月より「個人情報の保護に関する法律」が全面施行される。個人情報を取り扱う事業に対して、情報の使用・保管など様々な義務(但し、法律上の義務は5000人を超える個人データを取り扱う事業者が課せられるので、本法律の内容を理解し、各訪問看護ステーションで対策を講じることが求められる(本法律については本報告書第3章で説明))。

#### (2) カルテ類の取扱いルールの設定

カルテや訪問看護記録などには利用者の様々な個人情報が記録されている。氏名や住所といった基本情報のみならず、病歴やADLなど非常にセンシティブな情報が含まれており、万一外部に流出した場合、利用者に与える影響は大きなものとなる。そのため、カルテ類の取扱いに関しては厳重にルールを定め、職員へ周知徹底を図ることが求められる。

訪問看護では、利用者宅から次の訪問先の利用者宅へ移動をするため、カルテを紛失した場合は利用者宅内にとどまらず、道路や駅構内などの公共の場で個人情報が漏洩されるリスクもある

ことも忘れてはならない。よって、できるだけ訪問看護ステーション外にカルテなどの個人情報を出さないことが望ましいだろう。しかし、訪問看護ステーションに寄ることができず、訪問を行う勤務体制をとらざるを得ないこともある。よって、絶対にカルテを訪問看護ステーション外に持ち出さないということは不可能なこともあるので、持ち出す場合のルールや個人情報への意識を持つようにすることが重要となってくるだろう。

今回のケースでは、事故の内容を訪問看護ステーション全職員で共有し、事故後の対応策を検討している。各訪問看護ステーションに合った、適切な事故予防策を検討して、実行することが必要だろう。例えば、カルテ類を持ち出す場合は管理簿に記入し、管理者の許可を得てから持ち出すなど、少なくとも管理者が現状を把握できるようにしておくことが望ましいであろう。

## まとめ

- ① 個人情報保護法の内容を理解し、個人情報保護の意識を高めること。
- ② カルテ類の取扱いルールを定め、個人情報保護への意識を高め、ルールの周知徹底をさせ、各訪問看護ステーションに合った対策を講じること。
- ③ 管理者は情報の管理状況を逐一把握できる体制を確立すること。

## チェック

- 個人情報保護法を理解し、個人情報保護の意識を高めているか。
- カルテ類の取扱いルールを実状に沿って定めているか。
- 上記取扱いルールを職員は遵守しているか。

### 3. 事故事例の活用ーリスクマネジメントマニュアルへの蓄積

それでも起きてしまった事故を唯一活かす道は、事故防止の貴重な教材として現場に活かすことである。とはいえ自らのステーションでそう頻繁に教材となるような事故が起きるわけでもない。もちろんいったん起きれば自らのステーションで起きた事故を教材としなければならないことはいまでもないが、自らのステーションで教材となる事故が起きるのを待たずして他のステーションの事故に学び事故防止ができるのであればそれに越したことはない。であればこそ、どのステーションで起きた事故であれ、事故事例はあらゆるステーションにとって貴重な教材なのである。

では、そうした事故事例を具体的にどのように教材として活かしていけばいいのか。また、せっかくの教材であれば、個人や組織の財産として蓄積していかなければもったいない。では、具体的にどのように蓄積していけばいいのか。

ケーススタディに続く本項では、それぞれのステーション、なかでも中小規模のステーションを想定し、ケーススタディにおける7事例とその検討結果をふまえ、「起きた事故事例や情報として入手した事故事例を活かす視点」を整理し、そのうえで事故事例ならびに検討結果の蓄積先としての「マニュアルへの活用方法」について述べる。

#### 1)「事故事例を活かす」:活用の視点の整理

##### 事故事例を活かす

##### (1)基本的な視点の整理

- ①なぜ「事故事例」が重要なのか:「見直しの機会」であり「総合学習の機会」である
- ②なぜ「共有」が必要なのか:ひとりの体験、自らのステーションの体験だけでは、不十分だからである

##### (2)事故事例の活用の視点

- ①「こういう事故が起きることがある」ということを共有するだけでも意味がある
- ②検討結果が教材になる
- ③検討方法も教材になる
- ④自らのステーションに照らして「事故防止の視点」で検討する教材になる
- ⑤自らのステーションに照らして「事故発生時の対応の視点」で検討する教材になる
- ⑥検討のなかで出てくる体験も教材になる・・・ヒヤリハット事例も教材になる、そして防ぐことができた事例であるという点も重要である

## (1) 基本的な視点の整理

なぜ事故事例が重要なのか、なぜその共有が必要なのか。まず事故事例を活かすための基本的な活用の視点を整理する。

### ① なぜ「事故事例」が重要なのか：「見直しの機会」であり「総合学習の機会」である

個人のレベルで、組織のレベルで、さまざまな事故防止・安全管理の取り組みが進んでいる。知識・技術の研鑽をつみ、手順やルールを定め、より安全な現場の実現をめざしている。であればこそ、そのなかで起きた事故は、個人や組織の取り組みや、「わかっていたはず」の技術・知識、そして「やっていたはず」の手順・ルールの見直しの機会となるはずである。

また、事故は何か特定のひとつの原因で起きるのではなく、さまざまな原因が複合的に作用しあって起きることが少なくない。そうした原因や再発防止策を検討する過程は、訪問看護の現場の業務の流れのなかで見直し、あらためて知識・技術や手順・ルールについて総合的に学習する機会となることになる。加えて、ひとたび事故が起きれば、事故発生時の対応とともに拡大防止という新しい局面に向き合うことになる。さまざまな状況を想定しながらいざというときに備える総合的な学習の機会ともなることになる。

いふなれば、「事故事例」は、さまざまな取り組みの「見直しの機会」であり、取り組みの「総合学習の機会」なのである。

### ② なぜ「共有」が必要なのか：ひとりの体験、自らのステーションの体験だけでは、不十分だからである

「うちのような小規模のステーションではそれほど大きな事故はめったに起きません。だからそんな事故事例の共有といわれても実感がなく、共有してもあまり意味がないように思えます」という意見がある。めったに起きないのは、事故防止・安全管理の取り組みの成果かもしれない。単なる「幸い」かもしれない。ただし、いずれにしても、訪問看護という業務を続けていけば、業務の範囲内で起こりうる事故はいずれ起きることを覚悟しておく必要がある。そして、その時、それまでに「経験」がなければ、「初めて」という状況のなかで対処していかなければならないことになる。

ステーションの規模が小さければ事故が起きる件数も当然少なくなる。同時に「経験」も少なくなることになる。だからこそ、他のステーションの事故事例を使って、その時を想定しながら備え、かつ「防止」を検討する教材にしていく必要があるのである。

## (2) 事故事例の活用の視点

「事故事例」の「共有」が不可欠であることを確認し、本報告書のケーススタディにおける7事例とその検討結果をふまえ、事故事例の活用の視点を整理する。

### ① 「こういう事故が起きることがある」ということを共有するだけでも意味がある

事故事例の活用方法にはいろいろある。再発防止策の検討につなげていくことはもちろん重要な活用方法であるが、「こういう事故が起きることがある」ということを知ることができるということそのことだけでも、重要な活用方法のひとつである。

どういう事故が起きる可能性があるのか。訪問看護に限らずすべての医療現場の医療従事者にとって、自らの現場で起こりうる事故の「回避」に至る防止策をとることができるかどうかは、自らの現場で起こりうる事故の「予見」に至る経験と知識がどれだけあるかにかかっている。

病院に代表されるいわゆる施設内で起きる事故と訪問看護の現場で起きる事故では、起きる事故のありようも、起きた後の対応も大きく異なる。新しくステーションに入ってきた新入職員はもちろん、特に訪問看護の領域にはじめて入ってきた医療従事者にとって、訪問看護の現場で起きている事故を事例として知っておくことは、その「大きく異なること」を実際に知るという意味で大変重要なことであることも確認しておきたい。

例：事例 No.2 「屋外での電動車椅子の転倒」

ポイント：「土手斜面からの転落」「土手の最下方まで滑り落ち、電動車椅子の下敷き」という事故事例を知ることで、「気持ちがいいリハビリの場所としての土手」だけでなく、「転落の可能性がある危険な場所としての土手」という知識を得、事故防止という視点からの「土手」に対する感度があがることになる。「土手注意！」ということが共有できただけでもこの事例は役に立ったことになる。

なお、[解説(1)]にもあるように、「土手」から発展して「屋外」の危険全般についても検討を広げたい。病院のような「施設内」と異なり、訪問看護の現場は「屋外」「利用者の自宅」というようにそれぞれ環境が異なることが、先に述べた「起きる事故のありようが異なる」「起きた後の対応も異なる」重要な要素のひとつである。

## ② 検討事項が教材になる

いうまでもなく、事故事例のなかで検討されていることがある再発防止策は、個人や組織にとって重要な教材となる。「できる」「知っている」「できている」が、「できたはず」「知っていたはず」「できていたはず」になってしまっていないかを確認したい。

例：事例 No.3 「MG チューブ挿入ミスにより肺へ栄養剤注入」

ポイント：こうした事故事例と検討結果の共有は、[解説(2)]にあるように、まず絶好の基本的な知識・技術の確認の機会となるはずである。

まずは、自らのステーションで定めた手順・ルールの確認の機会としたい。ステーションに手順・ルールがないのであれば、一般的な手順・ルールを使つての確認の機会とし、ステーションの手順化・ルール化の検討の機会としたい。

ただし、大事なことは手順・ルールの確認ではなく、「本当にできるか」の確認の機会とすることである。ちなみに、「できますか?」「できます」の会話では確認にならない。時には「できるかどうかやってみる」「できているかどうか確かめてみる」ことも必要である。

なお、このような技術の確認においては、「こうすればいい」という手順だけでなく、「うまくいっていないということに気付くポイント」「うまくいかなかった場合の対応のポイント」といったことを確認することも重要である。ちなみに、事例 No.3 の[まとめ]の『『いつもと違う』と感じれば一旦チューブを抜くこと』というの重要なポイントである。現場ではそうしたとき、えてして「多分大丈夫だろう」と自ら納得させてしまいがちであることもあわせて心しておきたい。

### ③ 検討方法も教材になる

「事故事例を使って検討」といっても、どこから手をつけていいのか、どのように進めていったらいいのか、どこに落とし込んでいったらいいのかわからないことがある。事故事例のなかで示されることがある事故事例の検討方法も重要な教材である。

例：事例 No2「屋外で電動車椅子の転倒」における[事故発生イメージ図]

ポイント：何人かである事故事例を検討しようとするときは、[事故発生イメージ図]にあるように、まず[ストーリーライン]で大きく流れをつかんでみることから始めてみるのもいい。そこから[看護師][利用者]のそれぞれの関わり方を検討し、要因や対応策を検討していく。できればホワイトボードや大きな白い紙を使って自由な意見をどんどん書き込んでいくといい。要因にも対応策にも「正解」があるわけではない。いろいろな意見を出し合うことが重要である。

こうした検討方法には、他にも「4M4Eモデル」「SHELモデル」といった分析モデルを使ったものなどいろいろある。どの方法も一長一短あり、「これぞベスト!」といった方法があるわけではないが、なんでもあれ、そうした検討の方法をひとつ、ステーションの方法として職員で馴染んでおくことは無駄ではない。

なお、活発な意見交換を検討結果としてどのように整理するかについては、ステーションとして一応の様式を作っておくと便利である。ちなみに、本報告書のケーススタディのように、[解説][まとめ][チェックポイント]といった項目で整理をしていくというのも、ひとつの方法である。

### ④ 自らのステーションに照らして「事故防止の視点」で検討する教材になる

訪問看護の業務には、そのステーション、その地域、その利用者ならではの特性がある。また、そのステーションにはそのステーションの手順やルールがある。事故事例を一般論としての教材としたあと重要なのは、それぞれの事故事例を「うちのステーションの場合」「この地域」「あのお宅」という具体的な業務の現場に照らして検討していくことである。そしてその検討結果の蓄積こそが、「うちのステーション」の事故防止ならびに拡大防止に役立つ財産となる。

なお、そうした検討の機会にでてくるであろう「そういえばあの坂道でひやりとした」「あのお宅の浴室のここでひやりとした」といった具体的な事例も是非共有していきたい。

例：事例 No.1「自宅内での歩行訓練中の転倒」

ポイント：一般論としての「自宅での訓練」における注意事項とともに、「あのお宅でのあの訓練」における注意事項は、職員にとって重要な情報である。医療現場と異なり、訪問看護はそれぞれ異なる「相手の場」での業務となる。同じ「玄関踊り場」といっても環境はさまざまである。一般論としての「玄関踊り場の注意」の次に、「あのお宅の玄関踊り場の注意」が必要なのである。

なお[解説(3)]にあるように、「住み慣れた自宅」であることに、職員も一緒になって気を許してしまわないように注意したい。

例：事例 No.7「カルテの紛失」

ポイント：本報告書でもトピックスとして取り上げられているが、「個人情報保護法」について述べるまでもなく、医療従事者として患者情報の取り扱いについては細心の注意を払わなければならない。ただ、病院のような現場と異なり、患者情報を組織の外に持ち出し、持ち歩かざるを得ないのが訪問看護の業務である。とするならば、その取り扱いに関連する手順やルールを定めようという意識の遵守が重要になってくる。自らのステーションの患者情報の取り扱いの手順・ルールはどのようになっていたのか、手順やルールそのもの見直しの機会、そしてその遵守の見直しの機会としたい。

#### ⑤ 自らのステーションに照らして「事故発生時の対応の視点」で検討する教材になる

訪問看護の現場においては、病院のような現場と異なり、事故発生時にも、直ちに多勢の応援が駆けつけ医学的な処置が施せるというわけではない。ひとりで対応しなければならないことが多い、利用者の多くが臨床上重篤な疾患をもっていたり高齢であったりすることが多い、といった条件を踏まえ、訪問看護の業務における事故発生時の対応には訪問看護ならではの難しさがあるという認識、そしてその対応に関する知識とノウハウが必要になる。

本報告書でも検討されているように、近年では訪問看護における事故発生後の紛争・訴訟も増えてきている。すでに述べたように、めったに起きることではないからこそ、他のステーションの事故事例を教材として、事故発生時の対応について、医学的な対応の視点から、また業務管理的な対応の視点から、「同じことが起きた場合、うちではどのように対応するか」について検討しておきたい。

例：事例 No. 1～No. 7

ポイント：本報告書の事例はすべて事故事例であるので、いずれもが「事故発生時の対応」の貴重な教材である。

ちなみに、こうした機会を使って、医学的・業務管理的な対応の検討に加え、保険の知識の再確認の機会ともしておきたい。特に訪問看護においては、いわゆる医療事故の「人」に対する賠償責任とともに、「もの」に対する賠償責任が発生することが多い。そうした保険に関する基本的な知識の確認と、事故発生時のステーションや保険会社との連絡などを確認したい。また訪問中の交通事故についてもあわせて再確認の機会としておきたい。

なお、No.7で検討されている個人情報保護法についても、その施行とあわせて法そのものに対する理解を確認するとともに、個人情報の流出などに関連する賠償責任保険がどのようなになっているのかも確認しておくこと。

## ⑥ 検討のなかで出てくることのある体験も教材になる・・・ヒヤリハット事例も教材になる、防ぐことができた事例であるという点も重要である

本報告書は「事故事例研究」である。従って取り上げている事例はすべて「事故事例」であるが、事故防止には、事故事例はもちろんのこと、事故になる手前のひやりとした事例、いわゆるヒヤリハット事例の共有も重要であることはいうまでもない。

大きな事故はそうたびたび起きるわけではない。「事故事例だけを教材としていたのでは不十分である」「事故の背景には多くの事例があるはずである」「なにより事故が起きてからでは遅い」といった理由から、ヒヤリハット事例の収集と共有、そして再発防止策の策定、という取り組みが進んでいるわけだが、ヒヤリハット事例については、「防ぐことができた事例である」という点にも注目しておきたい。

ヒヤリハット事例というのは、事故にならずに済んだ事例、すなわち見方を変えれば事故にせず済んだ成功事例である。「なぜ起きたのか」だけでなく「なぜ事故にせず済んだのか」という視点からの検討は、現場が実際どのように事故にせず済んでいるのかという情報と、では何をし、何を心がければいいのかという具体的な情報を提供してくれることにもなる。

例：事例 No. 1～No. 7

ポイント：これらの事故事例を教材として検討するなかで、「実は私もひやりとしたことがある」「実は似たようなことではあったことがある」といったそれぞれの体験がでてくれば、それも貴重な教材である。ではなぜひやりとして済んだのか、事故にせず済んだのかを検討し、事故防止に活かしたい。

## 2)「マニュアルに活かす」:作成と活用の視点の整理

.....

**マニュアルに活かす**

### (1) 基本的な視点の整理

- ① マニュアルは事故事例と検討結果を活かすツールである
- ② 「事故事例」そのものがマニュアルの目次のひとつになる

### (2) マニュアルの作成と活用のポイント

- ① はじめから完璧をめざさない—めざすのは「進化するマニュアル」
- ② 使えるものはどんどん使う
- ③ 進化させやすく、維持管理しやすい装丁にする
- ④ できるだけ基本の様式で統一する

### (3) 「事例集」の作成と活用のポイント

- ① 事故事例活用のテキストとする
- ② 事故事例だけでもどんどん掲載する
- ③ ステーションでの検討結果を蓄積する
- ④ ステーションの手順・ルール参照先、他の参考資料の参照先も書いておく
- ⑤ 作成日と改訂日、出典を明記しておく
- ⑥ できるだけ基本の様式で統一する

---

### (1) 基本的な視点の整理

なぜ事故事例や検討結果をマニュアルに活かすことが必要なのか、その基本的な活用の視点を整理する。

#### ① マニュアルは事故事例と検討結果を活かすツールである

「事故事例の活用の視点」で整理したように、事故事例は「起きることがある」という共有だけでも意味ある教材である。加えて自らのステーションに照らした「事故防止の視点」や「事故発生時の対応の視点」からの検討は、業務と事故防止・安全管理の取り組みの見直しと総合的な学習の機会である。そうした事故事例であればこそ、せっかくの事故事例や検討結果は、個人にも組織にも、一時的にではなく継続して、活かしていかなければならない。その活かすためのツールの一つがマニュアルなのである。

#### ・「個人の蓄積」から「組織の蓄積」へ、そしてまた「個人の蓄積」へ

事故事例やひやりとした事例を体験し、もしくは見聞きし、それを機に気を引き締め知識や技術を確認するということは、医療従事者個人のレベルではあたりまえに行われていることである。また、それなりの「共有」も行われていることである。例えば、「今日は大変だったわ。こんなことが起きたのよ」「へえ、私も気をつけなくちゃ」「じゃあ、また明日」といった会話は、個人—個人という非公式な共有の仕組みに他ならない。そうした過程のなかからも医療従事者は無意識のうちに専門職としての知識・技術そして経験を積んでいくわけだが、そうしたせっかくの知識・技術、そして経験は、「個人」にとどまらず「組織」にも蓄積しておきたい。そのためには、個人⇔個人という非公式な共有の仕組みだけではなく、個人⇔組織（職員全員）という公式な共有の仕組みも機能させていく必要

がある。そうした、「組織の蓄積のための公式な共有の仕組み」のひとつが、マニュアルである。そしてそのマニュアルの活用は、また医療従事者個人が専門職としての知識・技術そして経験を積んでいくことに寄与していくことにもなるのである。

#### ・「一時的」から「継続的」へ

自らのステーションで大きな事故が起きたときに一時的に取り組んで終わるのではなく、日々の業務のなかで起きている事故事例やその検討結果をその日々の業務のなかに活かしていかなければならない。マニュアルは、そうした日々の取り組みを「継続的」に機能させる「組織の蓄積のための公式な共有の仕組み」なのである。

#### ②「事故事例」そのものがマニュアルの目次のひとつになる

事故事例そのものが貴重な教材であることはすでに述べたとおりである。加えて、検討結果や、自らのステーションに照らした検討結果などがあわせて記載されていれば、新入職員はもちろん、訪問看護の領域にはじめて入ってきた医療従事者にとって、何よりの「教科書」になるはずである。

事故事例や検討結果のマニュアルへの活用方法にはいろいろな方法があるが、大きく二つに分けられる。

#### ・関連する目次に「関連する事故事例」として織り込む

マニュアルに記載されている項目はそれぞれのステーションによってさまざまだが、そうしたそれぞれの項目について、特に手順・ルールの項目について、「関連する事例」として織り込んでいくのもひとつの方法である。

#### ・事例集として目次を独立させる

また、「事例集」というかたちで目次を独立させていくのもひとつの方法である。もちろん、「事例集」はマニュアルのなかになければならないわけではなく、マニュアルそのものから独立したものであってもかまわない。いずれにしても、マニュアルの他の項目との連携ができるような「記載の工夫」をしたい。その工夫ひとつで、独立しっぱなしか、マニュアルの他の項目との連携をはかれるか、が変わってくることになる。

図表 1 マニュアル目次の例

- ①ステーションの使命・理念
- ②事故防止・安全管理に向けての基本理念
- ③リスクマネジメントとは何か
- ④用語の整理
- ⑤ステーションにおける安全管理体制
- ⑥事故発生時の対応
- ⑦苦情発生時の対応
- ⑧知っておくべき保険の知識
- ⑨「手順書」
- ⑩「事例集」

## (2)マニュアル作成と活用のポイント

「事故事例や検討結果をマニュアルへ蓄積する」というと「大変な仕事」「めんどろな仕事」ということになってしまいがちである。それを大変な仕事ではなく、めんどろな仕事ではないようにしていくためには、「特別な仕事」ではなく、できるだけやりやすい方法で「日常の仕事」にしていかなければならない。まず「マニュアルの作成と活用のポイント」を整理し、それを踏まえて「事例集の作成と活用のポイント」「事例集の作成と活用の実際」について述べる。

### ① はじめから完璧をめざさない—めざすのは「進化するマニュアル」

マニュアルの作成という、はじめから体系的に整理された完成度の高いものをめざしてしまいがちである。その高すぎる志が「なかなか着手できない」という敷居の高さになってしまうことが少なくない。まずは、できることから始める、いまあるものを整理していく、作成しやすいところから作成していく、という姿勢で取り掛かればいい。いくなれば「進化させていくマニュアル」である。だからこそ、「一応マニュアルのかたちができあがった」その後からが大事なのである。業務のなかで活用できるマニュアルとして維持・管理していくためには、新しい技術や知識、また社会の変化もマニュアルに反映されていかなければならない。いくなれば、マニュアルは、作成が誕生であり、その後ステーションの日々の業務とともに育っていくべきものなのである。また、だからこそ、「マニュアルへの蓄積」も「できるだけやりやすい方法で日常の仕事」にしていく工夫が求められるのである。日々の業務を通して得られる貴重な事故事例や検討結果の蓄積は、マニュアルを進化させていく過程でもある。

### ② 使えるものはどんどん使う

進化させていくために欠かせない貴重な素材が、日々入ってくる情報であり、自らのステーションの経験である。訪問看護に関連するテキストや文献、他のステーションのマニュアルなど、「これはいい!」というものは、どんどん活用していきたい。

活動をしているステーションであれば、すでにいろいろな取り決めや手順書などがあるはずである。ただ多くの場合、整理されていない、体裁はばらばら、置いてある場所もばらばら、いつ作ったかはっきりしない・・・といったのが現状である。そうしたものを体系的に整理していくだけでも、一応のマニュアルのかたちになるはずである。

事故事例についても、見渡せばあちこちにいろいろなかたちで目していることに気付く。そのつど職員でいろいろな会話を交わしていたことにも気付く。それをどんどん整理していくことで、一人が読んで終わってしまう記事がステーションに蓄積され、職員同士の会話がステーションの事例検討として蓄積されていくことになる。事故事例については、最初は「スクラップブックを作る」くらいの気持ちで十分である。本報告書のケーススタディも、まさにそうした「どんどん活用していけばいい素材」である。

### ③ 進化させやすく、維持管理しやすい装丁にする

事故事例の蓄積を含み、作成の際には「これから進化させていく」ということを念頭においていくことになる。したがって、進化しやすいマニュアル、具体的には「蓄積しやすいマニュアル」を心がけていくことになる。だからこそ、各項目の記載の方法や装丁にも工夫が必要になる。

例えば、いつでも追加できるよう、また改定ができるよう、バインダー方式とするのも一つの工夫である。また、一部に追加・改訂の必要が生じたとき、余計なところまで差し替えたりしなくてすむように、項目をまたがって裏表にしておくのではなく、常に項目単位で作成しておくのも一つの工夫である。

#### ④ できるだけ基本の様式で統一する

いまあるもの、使えるものをどんどん使い、訪問看護に関連するテキストや文献も活用し、コピーや貼り付けを逐一行っていくと、書式もばらばら、書体も文体もばらばら・・・の「寄せ集め」状態になっていく。それは覚悟のうえである。だからこそ、それでも「当ステーションのマニュアル」としての統一感が出る工夫が必要になる。

「当ステーションのマニュアルとしての統一感」は何も見栄えのことだけではない。装丁の統一は、マニュアルの見易さ、活用のしやすさにもつながってくる重要な工夫のポイントである。

### (3)「事例集」の作成と活用のポイント

先に述べたように、事故事例や検討結果のマニュアルへの活用方法には、「関連する目次に関連事例として織り込む」「事例集として独立させる」という二つの方法がある。ここでは、「事例集」として独立させる方法を取り上げ、その作成と活用のポイントについて述べる。

#### ① 「事例集」を、事例活用に関する基本的なテキストにする

事故事例や検討結果だけでも役に立つことはもちろんだが、ステーションとしての事故事例や事例検討の考え方、そして、具体的な事故事例や検討結果の活かし方、マニュアルとしての活かし方が記載されていれば、自らのステーションにおける事故事例と検討結果に関する教育・研修の基本的なテキストになる。「事例集」の最初のページに記載しておきたい「ステーションとしての考え方・活かし方」については、本報告書で述べている「活用のポイント」なども参考になるはずである。

#### ② 事故事例だけでもいいのでどんどん蓄積する

とはいえ、何度も述べてきたように、事故事例そのものだけでも貴重な教材である。すべてに検討結果が必要なわけでもない。考え方は？活かし方は？検討結果は？・・・と悩む前に、とにかくどんどん蓄積していくことから始めたい。

#### ③ ステーションでの検討結果も蓄積する

そして、できるものから検討していけばよい。

その検討結果を蓄積していくには、検討すべき事項を項目として整理しておき、基本の様式として統一して記載していくのがよい。こうした検討事項を決めておくことが、ステ

ーションでの自由な意見交換のまとめ方の指針となっていくことになる。本報告書のケーススタディでまとめた【解説】【まとめ】【チェックポイント】などを織り込んだ検討事項の例とそのポイントについて述べる。

図表 2 検討事項

- ①解説
- ②まとめ
- ③チェックポイント
- ④ここにも注意！
- ⑤関連する当ステーションの手順とルール
- ⑥当ステーションでも起きたこんな事例
- ⑦参考資料

#### ・解説

事故事例のなかには、多くのことを学ことができる事例がある。教材という視点からいえば「価値ある事例」ということになる。ただし、あれもこれもと欲張らないことも必要である。学ぶべき項目をたくさん挙げることで、焦点が定まらなくなったり、事故事例との関連が弱くなってしまいせっかくの事故事例の効果がなくなったりしてしまうこともある。本報告書におけるケーススタディにおいて、要因と留意点をまとめた【解説】をあえて2～3点に絞りに絞っているのはそのためである。実務的には、「この事例からはこの3点！」といった、優先順位をつけて効果を挙げることをめざすという割り切りも必要である。

なお、この【解説】こそが「教科書」としての重要な位置を占めることになる。とはいえあまり肩に力をいれず、いまの自らのステーションの業務に照らし、この事故事例を通して伝えたいこと、学んで欲しいことを書いていく、くらいの気持ちでいい。

#### ・まとめ

その解説を簡潔にまとめるものである。解説を読んだあと、そのポイントの徹底を図るつもりでまとめたい。

#### ・チェックポイント

ここであらためて自らを振り返ることになる。また、自らのステーションの、そして自らの確認のポイントでもある。であればこそ、できるだけ具体的なチェックポイントとすることを心がけたい。

#### ・関連する当ステーションの手順やルール

事故事例を読みながら、関連する自らのステーションの手順やルールについて確認するために、「当ステーションの手順とルール」を記載しておくといよい。ボリュームがある手順やルールであれば、参照すべきマニュアルのページを示しておけばよいが、重要な項目やポイントとなる項目をそこに記載しておくことが、事故事例に照らしながらの確認の機会を活かすことになる。

### ・当ステーションでも起きた事例

事故事例の検討のなかで、似たような事例が起きていた、似たようなことを体験した、ということがでてくるかもしれない。そうしたものも記載しておきたい。事故事例だけでなくヒヤリハット事例も貴重である。「当ステーションでも似たようなことは起きている」ということで、その事故事例がぐっと切実なものになる。

### ・参考資料

事故事例のなかには、ステーションの手順・ルールやマニュアルに関連する項目はなくても、ステーション内に関連する資料や文献などがあることがある。そうした資料や文献の名称ならびに保管場所なども記載しておくといよい。この欄を充実させていけば、ステーション内の情報の有効活用にもつながっていくことになる。

### ⑤ 作成日と改訂日、出典を明記しておく

いつ作成したのかわからなくなってしまうことがないように、作成日を明記しておくことはマニュアル作成の基本である。また見直しのなかで、追記や改定があった場合は、その箇所と改定日を明記しておくことも必要である。

なお、事故事例であれば、その出典も明記しておくこと。

### ⑥ できるだけ基本の様式で統一する

「マニュアルとしての統一は何も見栄えのことだけではない。装丁の統一は、マニュアルの見易さ、活用のしやすさにもつながってくる重要な工夫のポイントである」と述べたが、コピーを貼るにしろ、挟み込むにしろ、共通した書式にしていくことでマニュアルに統一感が生まれる。「台紙」のようなものを作っておいて、それを基本に使っていくのも一つの工夫である。

特に「当ステーションのマニュアルとしての統一感」を出すのに重要なのは、各目次の表紙にあたる部分である。共通する台紙を使い、表書きとしてできるだけ共通の書式にしていくのがいい。この表書きには、先に述べた「ステーションとしての事例や検討結果の考え方、そして、具体的な事例や検討事項の活かし方、マニュアルとしての活かし方」が記載されることになる。

表書きに続く事故事例や検討事項については、同じ台紙に事例をスクラップし検討結果を書きこんでいくのもいいが、事故事例だけを使って検討会の教材としたり、手順やルールが変わり検討事項の加筆訂正が続いたりする可能性などを考えると、「事故事例だけのスクラップのページ」「検討事項を書き込むページ」にわけておくほうが便利ことが多い。

### 3)「事例集」の作成と作成の実際

最後に「作成と活用のヒント」を踏まえた、「事例集」(案)を示す。

- ・ 「表書き」は本項の「事故事例の活用の視点」「マニュアルの作成と活用の視点」をもとにしている。

- ・ 事故事例については本報告書の事例 No.1 を使い、その実際を示している。
- ・ なお、使用している「様式」「台紙」は、「在宅療養者の安全確保の為のリスクマネジメントマニュアル作成事業報告書」（平成 14 年 3 月社団法人全国訪問看護事業協会）のものである。



# 【第3章】 トピックス



### 第3章 トピックス

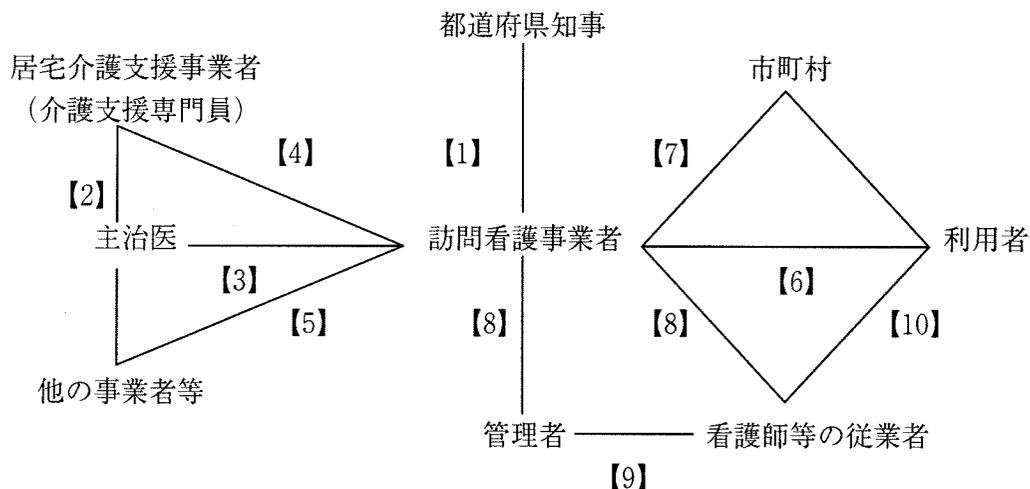
#### 1. 事故の法的責任について

##### 1) 訪問看護事業者をめぐる法律関係

法的責任を検討する前提として、訪問看護事業者をめぐる法律関係を概観する。

- (1) 訪問看護事業者は、事業所ごとに、都道府県知事から指定を受ける。これにより、介護保険の適用を受ける。逆に、指定が取消されると介護保険の適用がなくなる(図の【1】)。都道府県知事は、事業者に対し、報告等を求めることができる。指定の基準は、厚生労働省令で定められている(平成11年厚令第37号)。また、この指定基準の意味を示した通知が出されている(平成11年老企25号)。
- (2) 訪問看護を提供する前提として、介護支援専門員が、主治医の意見を確認した上で、訪問看護を居宅サービス計画に位置付ける(【2】)。また、訪問看護の提供開始に際し、訪問看護事業者は、主治医から指示書の交付を受けなければならない(【3】)。
- (3) 訪問看護が居宅サービス計画に位置付けられると、訪問看護事業者は、利用者との間で訪問看護契約を締結する(【6】)。これにより、訪問看護事業者は、利用者に対し、適切な訪問看護を提供する義務を負う。また、訪問看護事業者は、訪問看護の提供に当たって、主治医及び他の事業者等と連携を図る必要がある(【3】～【5】)。
- (4) 訪問看護事業者は、利用者に対し訪問看護を提供したときは、利用者に対して利用料を請求できる(【6】)。また、市町村に対しては、介護報酬を請求できる。他面で、市町村は、訪問看護事業者に対して、文書の提出等を求めることができる(【7】)。
- (5) 訪問看護事業者と管理者・看護師等の従業者との間には雇用契約等が存在する(【8】)。管理者は、看護師等に対する指導及び監督を行ない(【9】)、その下で、看護師等は、利用者に対し、訪問看護を提供する(【10】)。

[図]



## 2) 事故の法的責任

事故には、利用者に生ずる事故のほかに、看護師等の従業者や管理者に生ずる事故（業務災害、通勤災害等。訪問看護師に疥癬は感染していなかったが、[事例 No.5] 参照）、事業者が生ずる事故（火災、盗難等）などがある。

以下では、特に、利用者に生ずる事故について、その法的責任を検討する。

### (1) 事故の種類

①利用者の生命・身体を侵害する事故（[事例 No.1] ～ [事例 No.6]）、②財産を侵害する事故、③個人情報に関する権利利益又はプライバシーを侵害する事故（[事例 No.7]）などがある。個人情報又はプライバシーについては、利用者本人だけでなく、その家族の権利利益を侵害することもある。

また、現実に生命・身体等の権利利益を侵害する事故（アクシデント）と、侵害発生の危険を生じさせるにとどまる事故（インシデント、ヒヤリ・ハット事故）がある。

法的責任が問題となるのは、通常、実害が生じる前者の事故であるから、以下では、この事故について見てゆく。

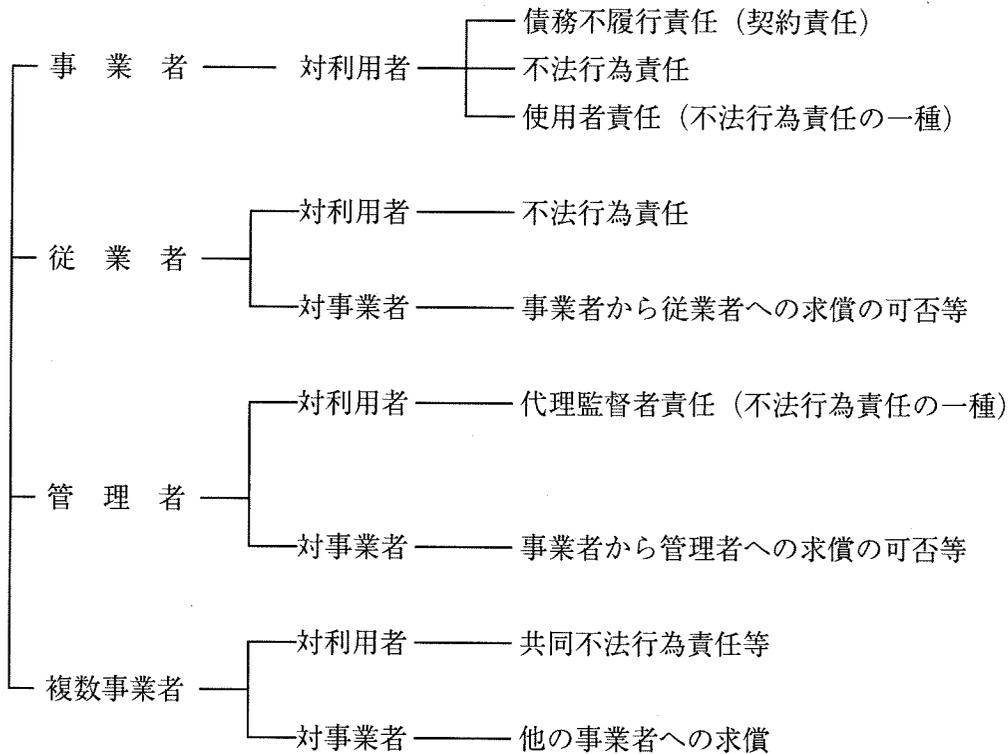
### (2) 法的責任の種類

訪問看護の提供の過程で、利用者に事故を生じさせた場合の法的責任としては、民事上の責任、刑事上の責任、行政上の責任がある。また、広い意味では、利用者の苦情に対応し、あるいは国民健康保険団体連合会の調査に協力して、その指導又は助言に従って必要な改善を行なうことも含む。以下では、特に、民事上の責任について述べる。

民事上の責任	①利用者に対する損害賠償責任（図の【6】、【10】の関係）
	②事業者に対する損害賠償責任(求償という問題)（【8】の関係） なお、人事考課において、事故を起こしたことを不利益評価の理由にできるかという問題もある。
刑事上の責任	業務上過失傷害罪や保健師助産師看護師法上の守秘義務違反の罪等を理由に、看護師等が刑罰を課されること
行政上の責任	①保健師助産師看護師法に基づき看護師の免許を取り消されたり業務の停止を命ぜられること。
	②適正な事業運営ができなくなったことを理由に、訪問看護事業者が指定を取消されること（【1】の関係）。 都道府県知事から報告等を求められたり、あるいは市町村から文書等の提出を求められ（【7】の関係）、その指導又は助言に従って必要な改善を行なうこと。

### 3) 民事上の責任

誰が、誰に対して責任を負うかという観点から整理する。



#### (1) 事業者の利用者に対する責任

訪問看護事業者は、利用者との間の訪問看護契約にもとづいて、利用者の生命・身体等の安全に配慮する義務を負っている（[図]の【6】の部分）。

そこで、[事例 No.1]のように、看護師等の従業者が歩行訓練の際に適切な配慮を怠ったために、利用者が転倒骨折したとすれば、この契約上の義務違反（債務不履行）を理由により、訪問看護事業者が、利用者に対して、損害賠償責任を負うことになる。

また、従業者の不注意（過失）によって転倒骨折を生じさせたと見ること（不法行為）もできるから、事業者は、従業者の不法行為について、使用者としての責任（使用者責任。不法行為の一種である）も負うことになる。あるいは、事業者自身の不法行為と評価されることもある。

ただし、この場合、債務不履行と言うか、不法行為（使用者責任）と評価するかは、訪問看護事業者の損害賠償責任の理由付けの違いである。責任が、加重されるわけではない。例えば、[事例 No.1]において、利用者に治療費等の損害が100万円発生したとすると、債務不履行という理由であっても、あるいは不法行為という

根拠であっても、さらには両者を理由としたとしても、損害賠償責任は 100 万円である。200 万円にはならない。

## (2) 従業者の利用者に対する責任

看護師等の従業者個人は、利用者と訪問看護契約を結んではいない（図の【10】の部分）。従って、従業者は、債務不履行責任を負わない。

しかし、従業者が、その不注意（過失）によって利用者に転倒骨折を生じさせた場合には、不法行為を理由に、従業者個人も、利用者に対し損害賠償責任を負うことがある。事業者は、上記のとおり、債務不履行責任又は使用者責任を負うので、上の例で言えば、利用者は、事業者に対しても、従業者に対しても 100 万円の損害賠償を求めることができる。ただし、事業者が、100 万円を支払うと、従業者の利用者に対する損害賠償責任もなくなる（連帯債務）。

## (3) 管理者の利用者に対する責任

管理者の従業者に対する指導又は監督が不十分な場合には、管理者が、利用者に対して損害賠償責任を負うこともある（代理監督者責任。不法行為責任の一種である）。事業者、従業者の責任とは連帯債務となる。

## (4) 従業者・管理者の事業者に対する責任

上の例で、事業者が、利用者に対し、100 万円の賠償をした後に、歩行訓練を直接行っていた訪問看護師に対し、100 万円を支払うよう求めること（求償）ができるかという問題がある。しかし、一般に、従業者等が故意に事故を起こしたような場合でなければ、求償は否定されたり、又は制限されると解する考え方が強いと言える。事業者は、従業者等の活動によって利益をあげているので、損失も事業者に帰せしめるべきであるなどと説かれている。實際上、事故の原因を、特定の従業者の不注意にだけ帰することはできないことが少なくないであろう。

同様に、事故を起こしたことをもって、ただちに人事考課において不利益評価を行なうことにも問題がある。事故を不利益評価に直結させるのは、故意に事故を起こしたような場合に限られるべきであろう。

「法的責任の観点」とは別に、「将来の事故防止という視点」から見ても、従業者に損害賠償責任を負担させたり、人事考課で不利益に評価することは、従業者の管理者・事業者に対する事故報告をためらわせ、事故対策の阻害要因になる危険があることに注意が必要である。

## (5) 複数の事業者の利用者に対する責任

訪問看護事業者は、居宅介護支援事業者や主治医、訪問介護事業者などの複数の

事業者と連携してサービスを提供している（【2】～【5】）ため、逆に、これらの事業者とともに損害賠償責任を負担することもある。

例えば、[事例 No.4] では、訪問看護師がホームヘルパーとともにケアをしていた状況から考えると、両者に過失があった可能性もある。そうだとする、訪問看護事業者と訪問介護事業者が、ともに損害賠償責任を負担すること（共同不法行為）になる。両者の責任は、連帯債務となる。利用者に責任を果たした事業者は、過失の割合に応じて、他の事業者に求償できる。

なお、訪問看護事業者が居宅介護支援事業も行なっているような場合は、その事業者のそれぞれの事業において、債務不履行又は不法行為の有無が検討されることになる。

## 4) 過失

民事上の責任（損害賠償責任）が発生するための基本的な要件は、①債務不履行又は過失の存在、②損害の発生、③①と②の因果関係である。

まず①について述べるが、債務不履行と過失は共通する点が多いので、以下、主に過失の有無について概説する。過失とは、予見可能な結果を回避する義務に違反することである。

### (1) 訪問看護事業者の過失

過失の有無の判断は、訪問看護の一連の行為を分解して、過失と評価できる行為を特定して行なう。

[事例 No.1] について言えば、①アセスメントや居宅サービス計画、主治医の指示書、訪問看護計画の確認、②当日の利用者の心身の状態の確認、③歩行訓練を開始した際の歩行状況や周囲の環境の確認、④見守りというように、訪問看護の一連の過程を細分化し、それぞれの段階について、どのような行為をとるべきであった（結果回避義務）か、そして、現実にそれがなされたかを検討してゆくことになる。例えば、アセスメント等の内容を確認せず、そのため、左半側空間失認や左半身麻痺の存在等を認識していなかったとすれば、訪問看護師としては、当然、これらを確認して、転倒事故を回避すべき義務を負っているから、これを怠ったことは、結果回避義務違反＝過失という評価を受けることになろう。同様に、①～③の確認の結果、利用者の左側（麻痺側）に立って介助することにより、転倒事故を回避すべき義務があったと判断されれば、後ろから見守っていた行為は、結果回避義務違反＝過失という評価を受ける。

結果回避義務の有無は、「医学の進歩に対応した適切な看護技術」（前記平成11年厚令第37号68条3号参照）に照らして判断される。

## (2) 他の事業者の過失

訪問看護は、それだけが単独で提供されることはない。居宅介護支援や主治医の指示が前提として存在し、訪問介護などが同時に提供されていることが通常である。このため、訪問看護事業者（従事者）の過失と、ケアマネージャーなどの過失が競合することもある。そこで、過失の有無の判断にあたっては、上記のように、訪問看護の過程を分析するだけではなく、アセスメントにはじまるケアマネジメントの過程全体や主治医の指示、訪問介護等の他のサービスの過程についても、過失の有無が検討されることになる。

[事例 No.3] のような事例では、訪問看護師の過失の有無がほぼ焦点になるが、他の事業者の過失の有無の検討が必要な事例は少なくない。

例えば、上述のとおり、[事例 No.4] では訪問看護師にもホームヘルパーにも過失があった可能性がある。

また、[事例 No.2] の電動車椅子が福祉用具貸与事業者からの貸与によるものであれば、訪問看護師に不注意（過失）があったか否かだけでなく、福祉用具貸与業者（の専門相談員）の過失の有無も問題となる。専門相談員としては、電動車椅子の提供にあたって、利用者の心身の状況等を踏まえ、適切に用具が選定され、かつ、使用されるように利用者の相談に応じたり、説明を行なう義務がある。そこで、[事例 No.2] の専門相談員がこの義務を履行したか否かが検討されることになり、この点が不十分と判断されれば、専門相談員に過失があるということになり、福祉用具貸与業者は債務不履行責任（契約上の説明義務違反等）又は使用者責任を負うことになる。訪問看護師にも、電動車椅子の操作方法の確認等に過失があれば、訪問看護事業者も、債務不履行責任又は使用者責任を負うことになり、両事業者の責任は連帯債務となる。

[事例 No.6] のような事例では、訪問看護師の手技の適否だけでなく、リハビリの開始や方法について、主治医の指示があったか否か、その指示が適切であったか否かが検討されることもある。

このように、事業者の過失が競合する可能性があることを考えると、「法的責任の観点」だけでなく、「将来の事故防止という視点」から見ても、関係する事業者の間で事故原因を検討できる機会が本来は必要である。「将来の事故防止という視点」だけに限れば、サービス担当者会議は、そのような機会の一つとなりうるであろう。

## 5) 損害の発生

生命・身体に対する事故の場合は、損害として、医療費や慰謝料（精神的損害に対する損害賠償金）が算定されることが多い。また事故によって要介護度が増加した場

合、その増加分に対応する将来の介護費用が請求されることもある。医療費は比較的客観的に算定しやすいが、事故の後遺症による慰謝料の算定や将来の介護費用については、その評価が難しいこともある。このため、損害保険（第2節参照）があっても、損害の評価をめぐって争いになることがある。

また、[事例 No.2] は、見方によっては、利用者による電動車椅子の誤操作が事故の一因になっているとも言える。このように利用者にも「過失」があると言える場合、事業者が賠償すべき損害額から、利用者の「過失」による損害分を差し引いたり、あるいは事業者の損害賠償責任を否定することができないかという問題（「過失相殺」（かしつそうさい）という）がある。具体的な状況によるが、[事例 No.2] では、利用者一人では危険なため、訪問看護師が付き添っていることを考えると、誤操作ということから、ただちに「過失相殺」を適用することには問題があろう。

利用者自身が何らかのリスクを抱えており、また自分でそれを回避できないからこそ、ケアがなされるのであるから、ケアを提供する者としては、利用者がリスクを生じさせたという理由で、ただちに「過失相殺」が適用されることはないと考えておくべきであろう。

## 6) 因果関係

例えば、[事例 No.1] では、不適切な見守り（過失）と転倒骨折との間に因果関係が認められると、債務不履行又は不法行為責任が発生する。この事例に関して言えば、この点までは比較的問題はない。しかし、利用者が転倒骨折の結果入院し、さらに肺炎を発症して死亡した場合、訪問看護師の過失と死亡との間にも因果関係が認められるかという問題が生ずる（訪問看護の例ではないが、因果関係を認めた裁判例がある）。

## 7) 個人情報又はプライバシーに関する事故

個人情報保護法（第3節参照）の適用の有無にかかわらず、訪問看護事業者は、利用者との間の訪問看護契約に基づいて、又はこれに付随する義務として、利用者の個人情報を適切に扱い、そのプライバシーに配慮する義務を負っている。従って、[事例 No.7] のように、カルテを紛失して、利用者に精神的苦痛等の損害を与えた場合、この義務違反（債務不履行）又は不法行為を理由として損害賠償責任を負う。家族の個人情報等を侵害した場合は、不法行為責任を負う。

## 2. 賠償責任保険について

### 1) 事故発生に備えた賠償資力の確保

いかに事故予防に向けて鋭意に取り組んだとしても、完全に事故をなくすことができないのが現実である。特に訪問看護の特性上、業務上のミスによって、利用者の身体や生命に重大な影響を与えてしまうことが少なくない。事業者や職員の過失で利用者やその家族など第三者に法律上の賠償責任義務を負った場合、その賠償額は極めて高額となる可能性が決して少なくなく、たった一度の事故が経営に極めて大きな影響を与える場合もあり得る。そのため、事業を継続的に運営する観点から、万一の場合に備えて十分な賠償資力を確保する必要があるといえる。

### 2) 訪問看護事業者賠償責任保険について

#### (1) 賠償資力確保の方策

万一の場合に備え、賠償資力を確保する手段としては、「資金を積み立てる」、「保険に加入する」などの方策があるが、現実には自前で多額の資金を準備することは困難であり、保険に加入することが一般的である。

そこで、社団法人全国訪問看護事業協会が訪問看護業務の特色に応じて対応した「訪問看護事業者賠償責任保険」を扱っているのもので、その内容を紹介する。

#### (2) 特徴

本保険は訪問看護事業者やその業務従事者が、業務の実施に際して万一利用者やその家族などの第三者に怪我をさせたり、財物を損壊させたために法律上の損害賠償義務を負った場合、その賠償によって生じる損害を補填するものである。

訪問看護業務を遂行する上で、利用者に対する名誉毀損やプライバシーの侵害が発生した場合、それによって事業者もしくは役職員が被る法律上の賠償責任についても補償対象となる。

また、対人事故が発生した場合、賠償責任の有無がはっきりしない段階であっても社会通念上妥当な範囲での被害者へのお見舞いやその他担当者の現場への派遣費用等の初期対応に要する費用を保険金として支払われる。

#### (3) 加入の対象

訪問看護ステーションとして都道府県知事の指定を受けた、あるいは指定を受ける予定の事業者のうち、全国訪問看護事業協会の会員事業者。

#### (4) 支払いの対象となる主な事故

- ・業務遂行上の事故
- ・施設の所有・使用・管理に起因する事故
- ・業務の結果に起因する事故
- ・人格権の侵害
- ・管理している利用者の財物に関する事故（紛失を除く）
- ・預かった現金に対する事故（盗難など）

#### (5) 支払いする保険金

- ・損害賠償金（弁済金、示談金）
  - 身体賠償：治療費、休業補償、慰謝料など
  - 財物賠償：修理費、修理不能の場合は時価額
- ・訴訟費用（弁護士費用、訴訟費用）
- ・緊急費用（応急手当、護送その他緊急的に要した費用）
- ・初期対応費用（対人事故が発生した場合の現場派遣費用、見舞金費用など）
- ・求償権保全費用（第三者への求償権を保全するために要した費用）
- ・解決協力費用（事故解決のために保険会社に協力するために要した費用）

#### (6) 補償内容

補償内容	支払い限度額
身体賠償	1名・1事故 1億円 (医療行為に起因する事故は保険期間中3億円)
財物賠償（管理受託物を含む）	1事故 1000万円
人格権侵害	1名・1事故・保険期間中 1億円
初期対応費用	1事故・保険期間中 500万円
うち見舞金、見舞品	1事故 10万円

### 3) 事故発生時の対応について

#### (1) 状況の把握と迅速な応急処置

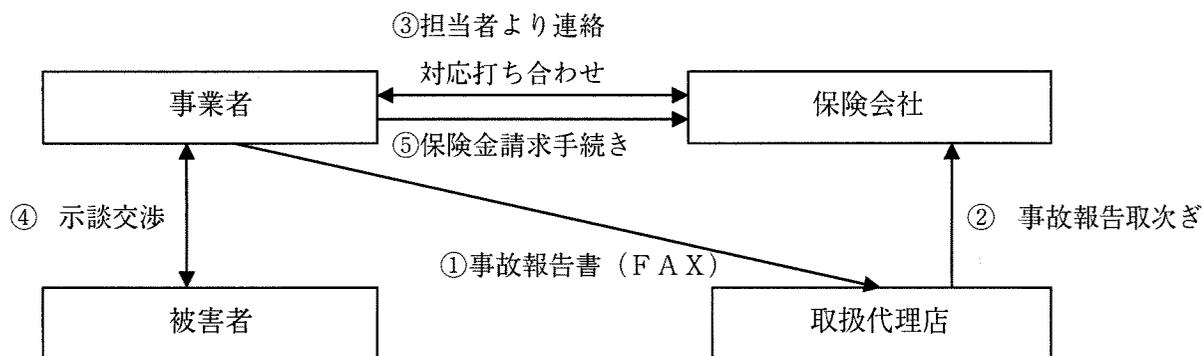
実際に事故が発生した場合には、負傷の状態を確認するとともに、迅速に応急処置を行う。また日頃から緊急時の連絡体制を徹底し、連携を取って対応するよう心掛ける。

#### (2) 事故の内容の確認

応急処置が落ち着いた段階で、可能な限り発生経緯・発生状況につき客観的な記録を残しておく。

### (3) 保険会社への連絡

事故発生後、可能な限り早く保険会社に事故報告をする。本保険制度での事故処理フローは以下の通り。



### (4) 被害者（家族）への対応

被害者やその家族は、事故後の症状や事故の内容について知りたいなど、事業者側の対応を期待しているケースが多いため、事故後は定期的に面談するなど、誠心誠意対応し、信頼関係の維持・回復に努める。

ただし安易に賠償責任を認めると、後の示談交渉に支障をきたす可能性があることから、慎重に対応する必要がある。

### (5) その他注意事項

本保険制度では、自動車保険のような「示談代行サービス」は付帯されていない。よって、被害者との直接の対応は事業者が行うこととなる。

実際には、保険会社と相談しながら被害者との交渉を進めていくこととなるが、保険会社の承認を得ないで示談を行ってしまうと、保険金が支払われないケースがあるので注意が必要である。

### 3. 個人情報保護法について

#### 1) 個人情報保護法とは

平成17年4月より個人情報保護法が全面施行される。この法律は、個人情報の利用が著しく拡大していることに鑑み、個人情報の適正な取扱いに関する基本理念等を定めるとともに、個人情報取扱事業者の遵守すべき法的義務を定めることにより、個人情報の有用性に配慮しつつ、個人の権利利益を保護することが目的（第1条）とされている。

本法では、事業者の個人情報の取扱いに関して、共通する必要最小限のルールを規定しており、さらに本法を受けて、各省庁が所管する事業者に対して「ガイドライン」を策定し、事業者が自律的に取り組むべき内容を詳細に示している。訪問看護事業者においては厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」に沿って、対応することが求められる。なお、取り扱う識別可能な個人情報が5000件以上の事業者が本法を遵守する義務を負うこととされているが、それ以外の事業者も本法の趣旨を理解し、本法を遵守するために努力するよう求めている。

なお、取り組みの対象となる個人情報は、サービス利用者のみならず、利用者の家族、職員等のものも含まれるので留意すること。

#### 2) 訪問看護事業者が扱う個人情報の特徴

訪問看護事業者は、多数の利用者やその家族について他人が容易には知ることができない個人情報を詳細に知り得る立場にあり、また、取扱う個人情報には、非常にセンシティブなものが多く含まれ、その漏えいや不当な利用によって、被害者の苦痛が大きく、権利回復が困難なものが多いことが特徴である。

そのため訪問看護事業者は個人情報の適正な取扱いが強く求められることを認識すべきである。万一、個人情報の適切な取扱いを欠いた場合、事業者が受ける影響や損失は大きく、対応を誤れば信頼性を失い、深刻な問題が発生する可能性があることを十分に理解しておくことが必要である。

#### 3) 主な取組の概要

「個人情報保護方針（プライバシーポリシー）」、「個人情報保護規程」の策定・公表等、事業者が行う措置を対外的に明確化することをガイドラインでは求めている。プライバシーポリシーとは個人情報保護の取組の基本理念にあたるものであり、理事会

など経営トップの承認を経て、職員に対して周知することも必要である。

個人情報保護管理者を設置する等、個人情報の安全管理について事業者内部の責任体制を確保するための仕組みを整備する。

個人情報を取得する際は利用目的を特定し、本人の同意を得ること。取得した個人情報は安全に保管するとともに、本人等からの開示請求等に対して対応できるように窓口を設置するなど体制を構築すること。個人情報の取扱いを外部に委託する場合は、委託元と委託先のそれぞれの責任等を明確に定めるなど実効的な監督体制を確保する。

さらに、職員に対して個人情報保護に関する研修・教育を実施し、周知徹底を図ることが必要である。

#### 4) 主な取組のポイント

- ・ 利用者のみならず、利用者の家族、職員等に関わる個人情報も保護の対象であり、それら全てに対して適切に対応すること。
- ・ 個人情報を取得する場合は、利用目的を特定し、必ず本人の同意を得るようにすること。
- ・ 個人情報は適正な方法で取得し、本人に対して利用目的の通知等を行うこと。
- ・ 個人情報の取扱いにあたっては、利用目的の範囲内であること。
- ・ 安全に保管・管理し、委託先等についても確実なチェックを実施すること。
- ・ 個人情報の内容は、正確かつ最新の情報に更新するよう体制を構築すること。
- ・ 第三者に提供する場合は、原則本人から同意を得るようにすること。
- ・ 本人等から個人情報の開示を求められた場合には、適切に対応できるよう体制を構築し、受付窓口や照会方法などを周知すること。
- ・ 本人からの苦情などの申出を受け付ける窓口を周知し、申し出があった場合には適切に対応すること。
- ・ 安全に個人情報を管理するために、職員等に対して必要な教育を行うこと。
- ・ 個人情報が適切に取り扱われているか、取扱いに関する体制に問題はないかなど定期的な見直しを行うこと。

## 4. 効果的な職員教育について

### 1) 職員教育の重要性

事故予防・事故防止の取組では職員に対する教育がきわめて重要な要素であることは疑う余地がないであろう。しかし、アンケート調査結果においても示されたが、多くの訪問看護ステーションでは業務が多忙を極め、十二分に時間を割いて万全な職員教育を行うことは困難な状況が伺える。

多くの訪問看護ステーションでは、できるだけ短期間で、無理なく行える教育手法を望んでいるといえる。そこで、現場職員に対して比較的負担少なく訓練が行え、事故予防に顕著な効果が見込める職員教育の一つである「危険予知訓練（KYT）」について紹介する。

### 2) 危険予知訓練（KYT）について

産業界では、危険を察知する能力を高める危険予知訓練（KYT）が事故予防に大きな効果をあげている。危険予知訓練とは、イラストを見ながら、現場に潜む様々な危険を考え、議論することにより、「危険に対する感受性」を高めていく合理的に確立された教育・訓練手法である。

### 3) 事故予防と危険予知について

事故防止の取組においては、「危険の気づき」は極めて重要な要素である。気づきの感性がなければ、いくら努力しても、なかなか実のある取組に辿りつけない可能性があるといえる。逆に職員一人ひとりが「気づきの感性」をしっかりと身につければ、事故予防の取組を非常に効果的に進めることが期待できる。特に訪問看護は基本的に職員が一人で利用者宅を訪問してサービスを提供するため、職員一人ひとりがそのような「気づきの感性」を身につけることができれば、事故予防に大きく寄与することはいうまでもないであろう。

### 4) 危険予知訓練の効果

上述の通り、危険予知訓練に取り組みば、職員が日々の業務の中で「何かおかしい」「危ないかもしれない」といった危険を予知する能力を高めることができる。このような危険に対する感受性を高めれば、事故に至る前に、先回りして事故を防ぐ取組や工夫を自ら自然と行うことが期待できる。

また、事故予防の取組として多くの訪問看護ステーションでは「ヒヤリハット報告」の収集・分析に取り組んでいるが、危険予知訓練は「ヒヤリ」や「ハット」する前の段階で、危険の要因を取り除くことを目的としている。そのため、事故やヒヤリハットの発生を抑えるとともに、万一事故が発生した場合、要因分析を自ら自然に行えることも期待できるであろう。

## 5) 危険予知訓練の進め方

### (1) 危険予知訓練の進め方

危険予知訓練の進め方について説明していく。なお、資料編で「KYT実践ツール」を掲載しているので、詳細はそちらに譲り、ここでの説明は概要のみにとどめる。

#### <進め方>

- 1) 4～6人を目処にグループを作る。
- 2) イラストを見ながら、グループ毎に以下のステップで話し合いを進め、記入シートに沿って協議内容を記入していく。なお、最初に進行役や書記役を決めておく。
  - ① 「危険要因」と「想定される事故」を出し合う。
  - ② ①で出された中で特に危険と思われる項目を絞り込む。
  - ③ ②で絞り込んだ項目について防止策を出し合う。
  - ④ ③で出された項目について特に重要な対策を絞り込み、グループの行動目標とする。

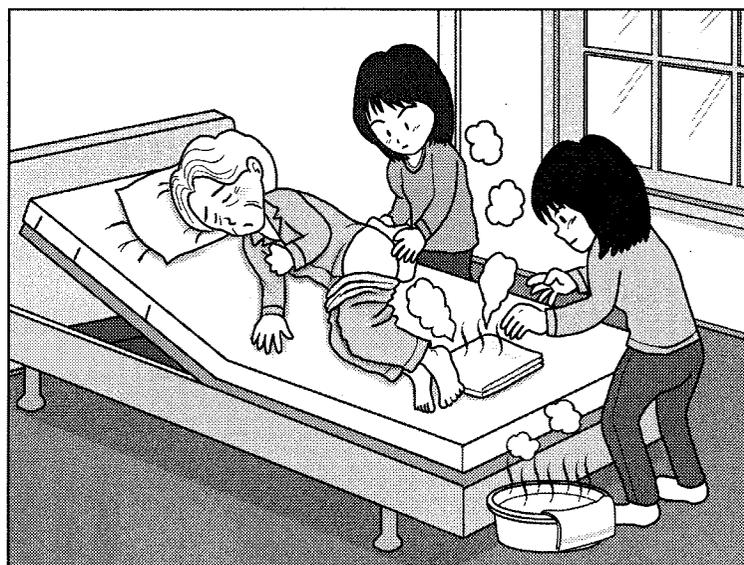
なお、人数に余裕があれば複数のグループで行い、各グループで話し合った内容を発表し合えばより効果的である。

### (2) 進行上の注意点

危険予知訓練は「間違い探し」ではない。そのため、イラストにいくつ問題点があるかについて話し合うことが目的ではないことを十分に理解する必要がある。

なぜなら想像力を働かせれば、危険は無数に存在しているといえる。そのため、危険予知訓練に「正解」はなく、むしろ「正解」は無数にあるといえる。重要な点は、気づいた「危険」について積極的に意見を出し合うことである。その中で特に危険と思われるもの、見落としてしまいそうなものなどを、グループで話し合い、絞り込んでいく過程を通じて、危険に対してグループ内で共通認識を持つようになるのである。

<イラスト例>



<記入シート例>

グループ No.	グループ名	司会	書記	発表者	その他のメンバー
○○	No.	危険要因と想定される事故を記入			
○	1	清拭しているタオルが熱ければ、利用者の臀部が火傷する。			
◎	2	足下に置いたタオルが熱ければ、利用者の足が触れた際に火傷する。			
◎	3	右の職員が移動した際に、足下の桶につまずいて転倒する。			
	4	利用者の意識レベルが低いまま清拭を行えば、利用者が不意に動いて転落する。			
	5	床が滑りやすければ、職員が移動した際、滑って転倒する。			
	6	部屋の温度が低ければ、利用者が風邪をひく。			
○	7	窓のカーテンを閉めずに介助を行っているので、利用者のプライバシーが損なわれる。			
◎	※	No.	対応策を記入		チーム行動目標
No.2		1	タオルが熱すぎないか、必ず手で確認する。		熱したタオルはベッドの上に置かないようにし、桶は離れた場所に置いて使うようにしよう!!
		2	タオルをつけるお湯が熱すぎないように必ず事前に確認する。		
		3	タオルを準備する際は必ず声を出して他の職員に伝達する。		
	※	4	タオルをベッドの上に置かないようにする。		
No.3	◎	1	テーブルを準備し、桶はテーブルの上に置くようにする。		
		2	桶は使わないようにする。		
	※	3	桶は離れた場所に置いて使う。		
		4			

## 6) まとめ

### (1) 正しい手法で行うこと

危険予知訓練を行うには、事前の勉強や大掛かりな準備を要するものではなく、どの訪問看護ステーションでも比較的簡単に実施できる。参加する職員にとっても、イラストを用いることから精神的な負担感も少なく、議論しやすいであろう。

ただし、危険予知訓練はあくまで「訓練」であるため、一定の緊張感を保つ工夫が必要である。また、これまで説明したとおり、4つのステップに沿って正しい手法で行わなければ、せっかく職員が集まって議論しても、単なる間違い探しで終わってしまうなど、その効果は半減してしまいかねないので留意する必要がある。

### (2) コミュニケーションの活発化と情報の共有化

例えばグループで議論してから1ヵ月後に同じイラストについて同じメンバーで再度議論するような取組も有効である。最初に気づけなかった「危険」に気づいたりするなど、危険予知能力の向上を実感することができるだろう。そのような取組を続けていけば、実際の業務の中で、「危険」を意識するとともに、業務改善提案を積極的に出し合うことが無理なく自然とできるようになるであろう。危険予知訓練は職員間のコミュニケーションの活発化と情報共有化についても大きな効果が期待できる

## 【資料】





## 資料 2

### 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

今後の訪問看護ステーションにおける事故防止・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に、全国の訪問看護ステーション管理者の方々に、事故防止・事故対応の現状についてお聞かせ頂きたくアンケートにご協力下さい。

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16年12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○印を回答フォームにつけて下さい。  
ただし、「その他( )」に該当する場合は( )内に具体的に記入して下さい。
4. 貴ステーションの概要についても回答フォームに記入して下さい。
5. 黒又は青のペン・ボールペンで記入して下さい。
6. ご記入済みの回答フォームは、FAXにて、下記事務局へ  
平成 16年 12月 24 日 (金) までにご返送下さい。
7. 頂いた回答は関係者のみが取り扱うため、そのまま外部に流出することはありません。  
ご回答頂いた内容は特定されないようプライバシーの保護に配慮致します。  
また、ご協力頂けない場合でも、不利益を被ることはありません。
8. 調査内容に不明点がありましたら下記事務局までお問い合わせ下さい。

#### <事務局>

社団法人 全国訪問看護事業協会

〒160-0022 東京都新宿区新宿1-3-12 壹丁目参番館302

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

## ＜ 回 答 フォ ー ム ＞

○貴ステーションの概要

※ 差し支えなければ、ステーション名・所在地・担当者・電話番号をお答えください

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. 営利法人（株式会社・有限会社） 8. NPO 9. その他（ ）			
職員数 (2004年12月1日現在)		常 勤	非 常 勤	常勤換算数
	看護職	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16年11月における 1ヶ月間		利用者数	人
件数			訪問総件数	件

○質問に対するご回答

質問番号	回答	質問番号	回答
Q 1	1      2	Q 5-1	1      2
Q 1-1	1      2	Q 5-2	1 2 3 4 (      )
Q 1-2	1 2 3 4 (      )	Q 6	1      2
Q 2	1      2      3	Q 7	1      2
Q 3	1      2      3	Q 8	1      2
Q 4	1      2	Q 9	1      2
Q 5	1      2	Q 10	1      2
その他			

\* 該当する回答番号に○印をつけて下さい。

Q 1-2、Q 5-2で「4. その他」に該当する場合は具体的内容を記入して下さい。





## 資料 3

## 職員教育用イラスト集

### 1. イラストを活用した職員教育の進め方

訪問看護ステーションにおいて、事故予防に関する職員教育が効果的に行えるようにイラストを作成しました。イラストを見て、「どんな危険が潜んでいるか」についてグループで問題点を出し合い、原因や対策などを話し合っていきます。

#### (1) 話し合いの進め方

以下の準備を行い、4つのステップに沿ってグループで協議を行います。

##### <準備作業>

- グループ編成 1組5人程度。
- 役割分担 司会（リーダー）、書記、必要によっては発表者。
- 準備物 イラストシート、記入シート、筆記用具、必要によっては模造紙、マジック。
- 時間配分 予め各ステップに何分かけるか決めておく（目安は各ステップ15分程度、全体で1時間程度）。
- 注意点 進め方や注意点を全員理解する。気楽な雰囲気で行う。発言は積極的に。細部にこだわった議論の応酬は避ける。

##### <進め方>

1 STEP	<b>現状把握</b> どんな危険が潜んでいるか	リーダーが状況を読み上げます。 「危険要因」と引き起こされる「想定される事故」を全員で挙げていきましょう。 「～なので～になる」、「～して～になる」
2 STEP	<b>本質追求</b> これが危険のポイントだ	(1) 1STEP で出された中で特に危険な項目 → ○印 (2) ○印項目の中からさらに重要な項目 → ◎印 ◎印の項目が「 <u>危険のポイント</u> 」
3 STEP	<b>対策樹立</b> あなたならどうする	◎印の項目に対する具体的で実行可能な対策を挙げる。
4 STEP	<b>目標設定</b> 私達はこうする	(1) 3STEP で出された中で特に重要な対策 → ※印 ※印の対策が「 <u>重点実施項目</u> 」 (2) 重点実施項目からグループ行動目標を設定



## (2) 注意点

### ①「間違い探し」ではない

各イラストには、問題点がいくつか含まれています。ただし、どのイラストにいくつ問題点があるか、について話し合うことが目的ではありません。イラストから思い浮かぶ「危険」を出し合って、危険の本質について、お互い納得しあうことが目的です。そこからさらに対策や目標を設定していきます。

### ②答えは限りなし

想像力を働かせれば、危険は無数に存在しているといえます。そのため、「正解」はありません。言い換えれば「正解」は無数にあるといえます。重要なポイントは、気づいた「危険」について積極的に意見を出し合うことです。その中で特に危険と思われるもの、見落とししてしまいそうなものなどを、グループで協議して絞り込んでいくようにします。

### ③場面設定の説明は最小限

各イラストには場面の説明がありますが、説明は最小限にとどめています。例えば、「イラスト右端の利用者は座位が安定している」「真ん中の利用者は自立歩行できる」などの説明は一切ありません。それは、話し合いの中で「もし、この利用者が自立歩行できたら危ないね」といったように、登場人物や器具・設備面などの状況に関しても、深く踏み込んで協議して頂きたいからです。

本職員教育のねらいを簡潔にまとめると以下の通りです。

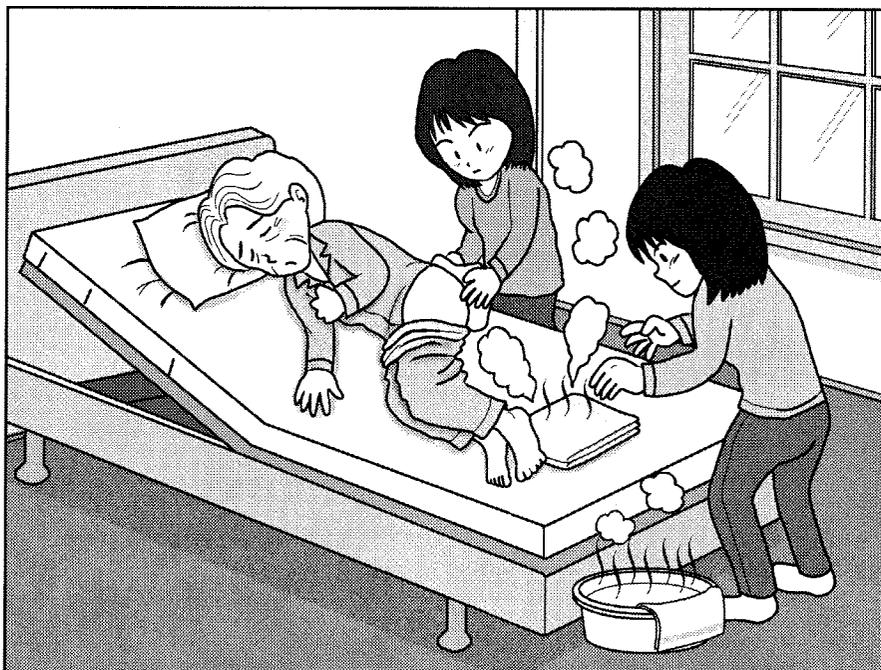
- ① 職員一人ひとりの危険に対する感度を高め、危険の要因の発見と事前の対処が自然にできるようになること
- ② 危険の要因を職員間で共有し、共同して対策の構築や目標の設定ができるようになること
- ③ ヒヤリハット報告書作成のために必要な「視点」を修得すること

## 2. シート作成例

では、実際にイラストを見てイラスト訓練をやってみましょう。

### <事例>

どんな危険がひそんでいるか



#### 【状況】

あなたはベッド上で利用者の身体を洗っています。

### <事例の解説>

#### (1) 「解答」はない

事例について解説していきましょう。ただし、事例に対する「解答」を示すものではありません。あくまで考え方の一例を示していることを予めご理解ください。既に説明した通り、イラスト訓練において「解答」は無数にあります。イラスト訓練は「試験」ではありませんので、「イラスト＝問題」、「解説＝解答」ではありません。事例に対する考え方の一例によって、訓練手法や根本的な考え方をご理解ください。

#### (2) 解説

イラスト状況は居室で清拭介助を行っているところです。まずはこのイラストから考えられる危険要因と想定される事故を考えましょう

「～なので～して」(要因) + 「～になる」(想定事故) といった形でドンドン出していきます。

### <危険要因と想定される事故例>

- ・ 清拭しているタオルが熱ければ、利用者の臀部が火傷する。
- ・ 足下に置いたタオルが熱ければ、利用者の足が触れた際に火傷する。
- ・ 右の職員が移動した際に、足下の桶につまずいて転倒する。
- ・ 利用者の意識レベルが低いまま清拭を行えば、利用者が不意に動いて転落する。
- ・ 床が滑りやすければ、職員が移動した際、滑って転倒する。
- ・ 部屋の温度が低ければ、利用者が風邪をひく。
- ・ 窓のカーテンを閉めずに介助を行っているので、利用者のプライバシーが損なわれる。

次に上記から、最も危険と思われる項目を絞り込みます。

### <絞り込み例>

- ① 足下に置いたタオルが熱ければ、利用者の足が触れた際に火傷する。
- ② 右の職員が移動した際に、足下の桶につまずいて転倒する。

次に絞り込んだ各項目に対して、事故防止策を考えます。

### <防止策例>

- ①の項目      タオルが熱すぎないか、必ず手で確認する。  
                    タオルをつけるお湯が熱すぎないように必ず事前に確認する。  
                    タオルを準備する際は必ず声を出して他の職員に伝達する。  
                    タオルをベッドの上に置かないようにする。

- ②の項目      テーブルを準備し、桶はテーブルの上に置くようにする。  
                    桶は使わないようにする。  
                    桶は離れた場所に置いて使う。

最後に上記対策の中から最も重要だと思われるものを絞り込みます。

### <絞り込み例>

- ①の項目      タオルをベッドの上に置かないようにする。
- ②の項目      桶は離れた場所に置いて使う。

上記絞り込み例から、グループの行動目標を設定します。

### <行動目標例>

熱したタオルはベッドの上に置かないようにし、桶は離れた場所に置いて使うようにしよう!!!

シート No.

訓練記入シート(例)

実施日

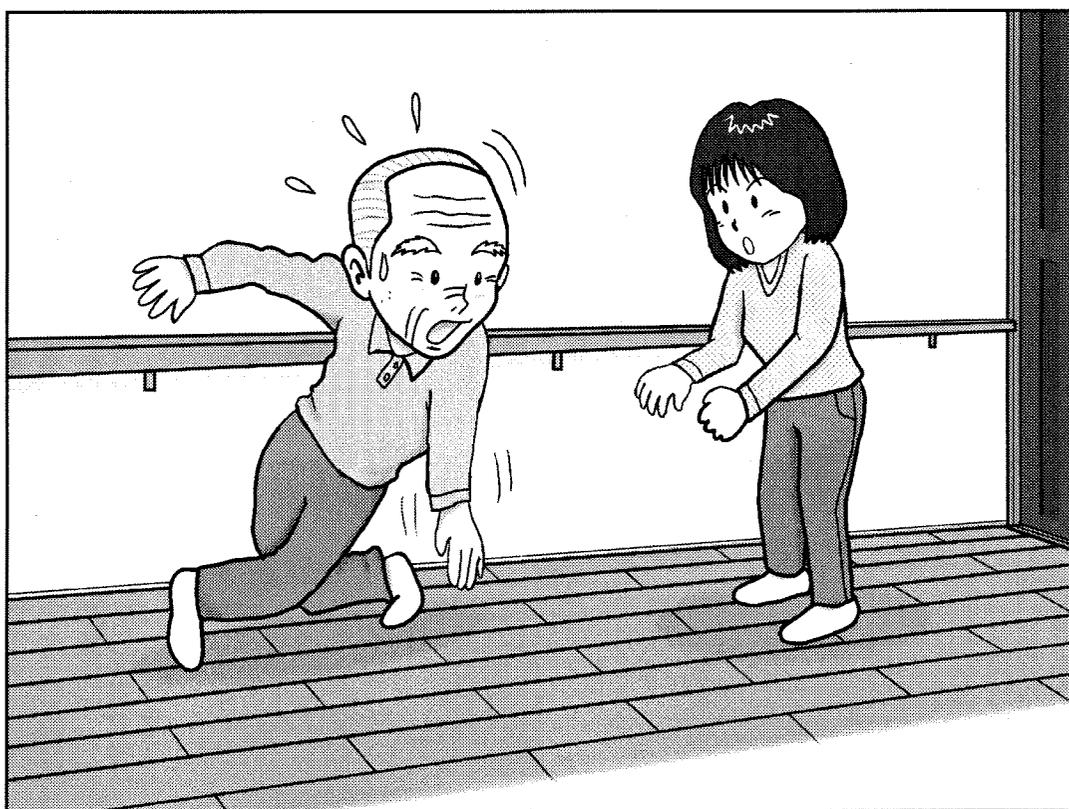
実施場所

グループ No.	グループ名	司会	書記	発表者	その他のメンバー
第1S 潜んでいる危険と、その要因、想定される事故を記入					
第2S 第1STEP で出された項目の中で危険度の高い項目に○印、更に重要度の高い項目に◎印					
○ ◎	No.	危険要因と想定される事故を記入			
○	1	清拭しているタオルが熱ければ、利用者の臀部が火傷する。			
◎	2	足下に置いたタオルが熱ければ、利用者の足が触れた際に火傷する。			
◎	3	右の職員が移動した際に、足下の桶につまずいて転倒する。			
	4	利用者の意識レベルが低いまま清拭を行えば、利用者が不意に動いて転落する。			
	5	床が滑りやすければ、職員が移動した際、滑って転倒する。			
	6	部屋の温度が低ければ、利用者が風邪をひく。			
○	7	窓のカーテンを閉めずに介助を行っているので、利用者のプライバシーが損なわれる。			
	8				
第3S ◎印の項目を解決するための具体的な対策を記入					
第4S 第3STEP で出された対策の中で、特に重要な対策に※印をつける					
◎	※	No.	対応策を記入		チーム行動目標
No. 2		1	タオルが熱すぎないか、必ず手で確認する。		熱したタオルはベッドの上に置かないようにし、桶は離れた場所に置いて使うようにしよう!!
		2	タオルをつけるお湯が熱すぎないように必ず事前に確認する。		
		3	タオルを準備する際は必ず声を出して他の職員に伝達する。		
	※	4	タオルをベッドの上に置かないようにする。		
		5			
No. 3		1	テーブルを準備し、桶はテーブルの上に置くようにする。		熱したタオルはベッドの上に置かないようにし、桶は離れた場所に置いて使うようにしよう!!
		2	桶は使わないようにする。		
	※	3	桶は離れた場所に置いて使う。		
		4			
		5			

### 3. イラスト集

シート No. 1

どんな危険がひそんでいるか



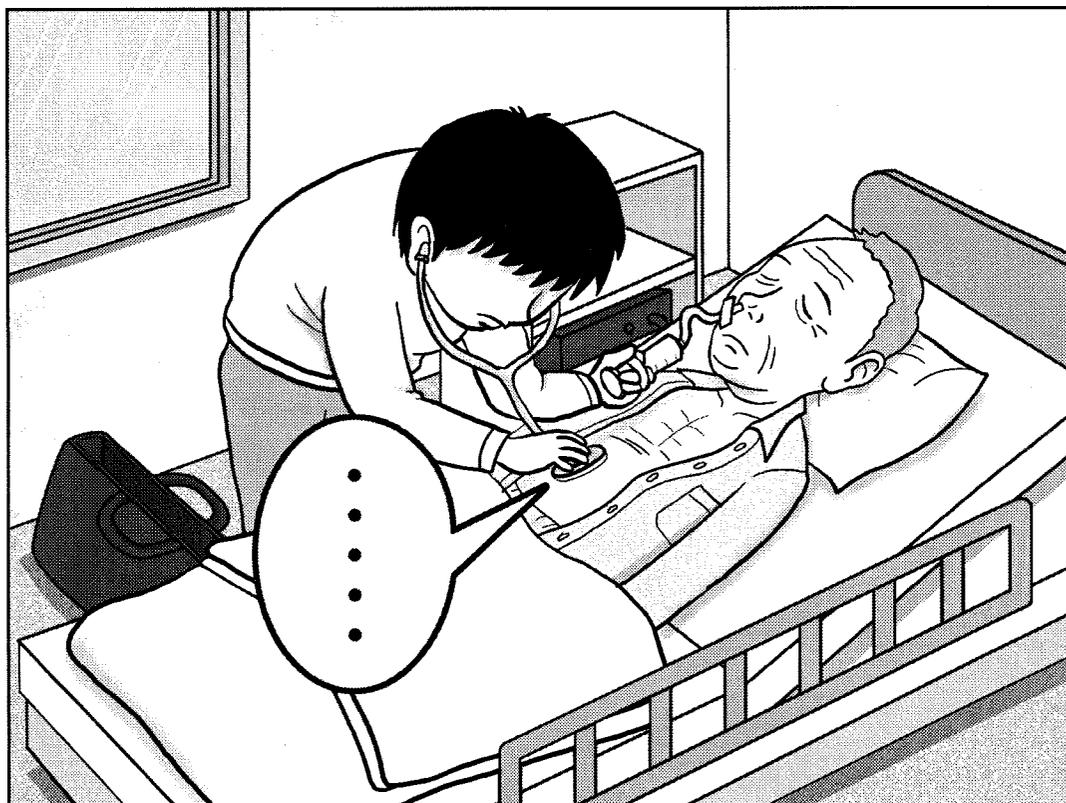
状況

利用者が廊下を歩行しています。

グループ No.	グループ名	司会	書記	発表者	その他のメンバー	
第1S 潜んでいる危険と、その要因、想定される事故を記入						
第2S 第1STEPで出された項目の中で危険度の高い項目に○印、更に重要度の高い項目に◎印						
○ ◎	No.	危険要因と想定される事故を記入				
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					
	7					
	8					
第3S ◎印の項目を解決するための具体的な対策を記入						
第4S 第3STEPで出された対策の中で、特に重要な対策に※印をつける						
◎ 印 の No.	※	No.	対応策を記入			グループ行動目標
		1				
		2				
		3				
		4				
	5					
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					

シートNo. 2

どんな危険がひそんでいるか



状況

あなたはチューブを利用者の胃に挿入しているところ  
です。

グループ No.	グループ名	司会	書記	発表者	その他のメンバー

第 1S 潜んでいる危険と、その要因、想定される事故を記入  
 第 2S 第 1STEP で出された項目の中で危険度の高い項目に○印、更に重要度の高い項目に◎印

○ ◎	No.	危険要因と想定される事故を記入
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	

第 3S ◎印の項目を解決するための具体的な対策を記入  
 第 4S 第 3STEP で出された対策の中で、特に重要な対策に※印をつける

◎印の No.	※	No.	対応策を記入	グループ行動目標
		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		1		
		2		
		3		
		4		
		5		

シート No. 3

どんな危険がひそんでいるか



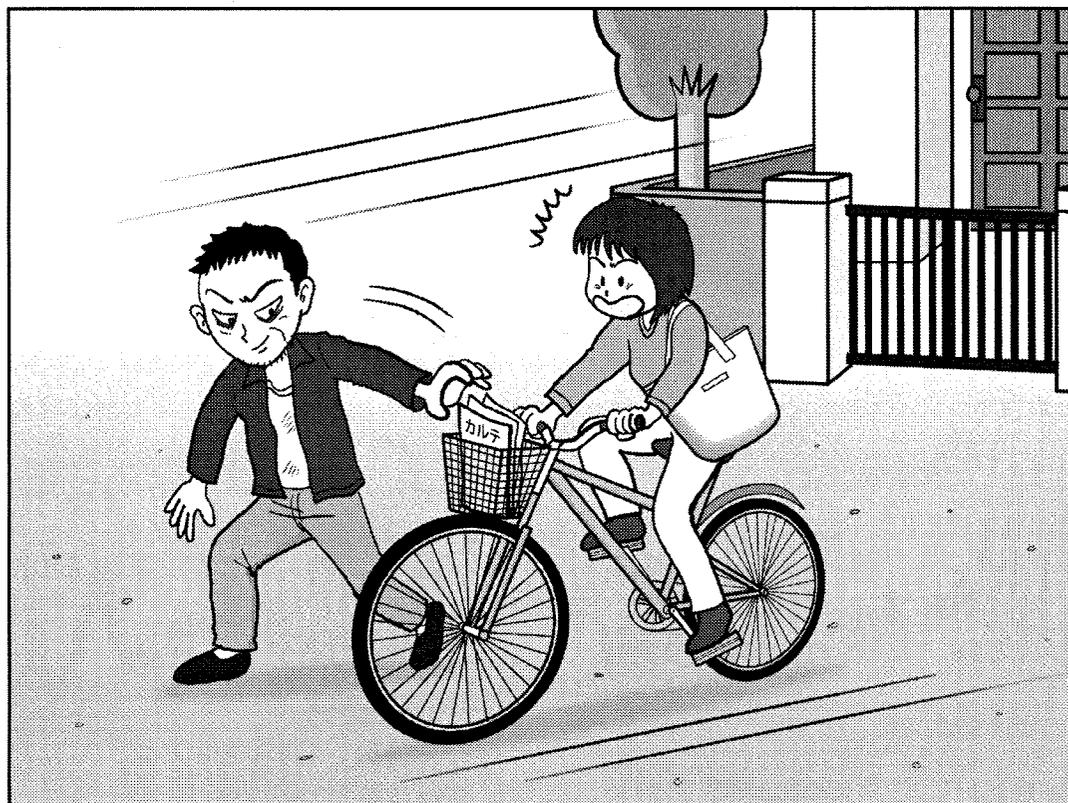
状況

あなたは利用者にはリハビリテーションを施しています。

グループ No.	グループ名	司会	書記	発表者	その他のメンバー	
第1S 潜んでいる危険と、その要因、想定される事故を記入						
第2S 第1STEPで出された項目の中で危険度の高い項目に○印、更に重要度の高い項目に◎印						
○ ◎	No.	危険要因と想定される事故を記入				
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					
	7					
	8					
第3S ◎印の項目を解決するための具体的な対策を記入						
第4S 第3STEPで出された対策の中で、特に重要な対策に※印をつける						
◎ 印 の No.	※	No.	対応策を記入			グループ行動目標
		1				
		2				
		3				
		4				
	5					
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					

シート No. 4

どんな危険がひそんでいるか



状況

あなたは自転車で移動しているところです。

グループ No.	グループ名	司会	書記	発表者	その他のメンバー

第1S 潜んでいる危険と、その要因、想定される事故を記入  
 第2S 第1STEP で出された項目の中で危険度の高い項目に○印、更に重要度の高い項目に◎印

○ ◎	No.	危険要因と想定される事故を記入
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	

第3S ◎印の項目を解決するための具体的な対策を記入  
 第4S 第3STEP で出された対策の中で、特に重要な対策に※印をつける

◎印のNo.	※	No.	対応策を記入	グループ行動目標
			1	
		2		
		3		
		4		
		5		
		1		
		2		
		3		
		4		
		5		

## 資料4 リスクマネジメントマニュアル

作成日： 年 月 日

改定日： 年 月 日

### ポイント

#### Q:なぜ事故事例が重要なのでしょうか

A:起きた事故は、「わかっていたはず」の技術・知識や「やっていたはず」の手順・ルールの見直しの機会となります。また、事故は何か特定のひとつの原因で起きるのではなく、さまざまな原因が複合的に作用しあって起きることが少なくありません。加えて、事故発生時からは、拡大防止という新しい局面に向き合っていくこととなります。

いうなれば、「事故事例」は、さまざまな取り組みの「見直しの機会」であり、取り組みの「総合学習の機会」になります。

#### Q:なぜその共有が必要なのでしょうか

A:うちのような小規模のステーションでは大きな事故はめったに起きないかもしれませんが、めったに起きないのは、事故防止・安全管理の取り組みの成果かもしれないし、単に「幸い」なのかもしれません。ただ、訪問看護ステーションという業務を続けていれば、ステーションで起こりうる事故はいずれ起きることを覚悟しておく必要があります。そして、その時、それまでに「経験」がなければ、ひとりひとりが「初めて」という状況に対処していかなければならないこととなります。規模が小さいステーションであれば、当然起きる件数も少なくなります。だからこそ、他のステーションの事例も使って、その時を想定しながら備え、その時がこないよう「防止」を検討する教材にしていく必要があります。

### 事故事例を読むにあたって

#### ①起きていることを共有するだけでも意味がある

「こういう事故が起きることがある」ということを知ることができるということも重要な活用方法のひとつです。どういうことが起きる可能性があるのか、医療従事者が、現場の事故を[回避]できるかどうかは、そうした「予見」に至る経験と知識がどれだけあるかにかかっています。

ですから、特に、新しく当ステーションに入ってこられた職員の皆さんや訪問看護の領域に初めて入ってこられた職員の皆さんにとっては、事故事例は重要な教材です。これからも継続して是非いろいろな事故事例に目を通して行ってください。

作成日： 年 月 日

改定日： 年 月 日

## ②検討されていることが、教材になる

事故事例のなかには、再発防止策が検討されているものもあります。再発防止策は、個人やステーションにとって重要な教材です。「できる」「知っている」「できている」が、「できたはず」「知っていたはず」「できていたはず」になってしまっていないかを確認してください。

## ③当ステーションに照らして検討することが、教材になる

ステーションの業務には、そのステーション、その地域、その利用者ならではの特性があります。また当ステーションには当ステーションの手順やルールがあります。

当ステーションでは、事故事例について、「当ステーションの場合」「この地域」「あのお宅」という具体的な業務の現場に照らした検討を行い、その結果をあわせても記載しています。そうした検討や検討結果の共有こそが、当ステーションの事故防止に直ちに役立つと考えているからです。

事例の次のページには**当ステーションでの検討**を記載しています。ぜひ参考にしてください。検討事項は大体以下の7項目です。

### **ステーションでの検討**

- ・解説
- ・まとめ
- ・チェックポイント
- ・ここにも注意！
- ・関連する当ステーションの手順とルール
- ・当ステーションでも起きたこんな事例
- ・参考資料

なお、そうした検討の機会にでてきた「そういえばあの場所でひやりとした」「あの浴室のここでひやりとした」といった具体的な事例も記載していますので、是非参考にしてください。

作成日： 年 月 日

改定日： 年 月 日

事件事例はもちろんのこと、事故になる手前の「ひやりとした事例」、いわゆるヒヤリハット事例の共有も重要であることはいうまでもありません。「事件事例だけを教材としていたのでは不十分である」「事故の背景には多くの事例があるはずである」「なにより事故が起きてからでは遅い」ですから、当ステーションもヒヤリハット事例の収集と共有、そして事故防止策の策定に積極的に取り組んでいます。

なお、ヤリハット事例については、「防ぐことができた事例である」という点にも注目しています。ヒヤリハット事例というのは、事故にならずに済んだ事例、すなわち見方を変えれば事故にせず済んだ成功事例です。「なぜ起きたのか」だけでなく「なぜ気付くことができたのか」「なぜ事故にせず済んだのか」という視点からも情報を是非共有してください。

**というわけで、「事例」を「共有」していきましょう。**

**「検討した結果」を「共有」していきましょう。**

**そして、このマニュアルに蓄積して皆の教材にしていきましょう。**

**あなたの体験も、是非ここに提供してください。**

**参考になる事件事例があったら、是非ここに提供してください。**

作成日： 年 月 日

改定日： 年 月 日

## 事例：自宅内での歩行訓練中の転倒

(訪問看護ステーション事故事例研究報告書(平成17年3月)より)

(事例をコピー貼り付け)

## 参考文献

- 1) 全国訪問看護事業協会：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）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
- 2) 全国訪問看護事業協会：平成 13 年度 社会福祉・医療事業団（長寿社会福祉基金）助成事業 在宅療養者の安全確保の為のリスクマネジメントマニュアル作成事業
- 3) 川村佐和子, 島内節：訪問看護管理マニュアル, (株)日本看護協会出版会, 2002 年 3 月 1 日
- 4) 宮崎和加子：在宅におけるリスクマネジメントマニュアル, (株)日本看護協会出版会, 2002 年 3 月 15 日
- 5) 厚生労働省：医療安全対策ネットワーク整備事業（ヒヤリ・ハット事例収集事業）の実施について（医政発第 0330008 号 薬食発第 0330010 号）平成 16 年 3 月 30 日, <http://www.mhlw.go.jp>
- 6) 日本看護協会：2002 年『医療事故発生時の対応—看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン—』, <http://www.nurse.or.jp>
- 7) 社会保険研究所：医科点数表の解釈 平成 16 年 4 月版, 平成 16 年 6 月 2 日
- 8) 岡島重孝、中田まゆみ編：訪問看護—患者・家族の主体的セルフケアをめざして, (株)学習研究社, 1989 年 8 月 20 日
- 9) 医療法人西陣健康会 堀川病院看護部編：老年看護・訪問看護のポイント—入院から在宅看護まで, (株)メディカ出版, 2003 年 4 月 1 日







