

## 重症心身障害児施設における インシデント・アクシデントの発生誘因

飯 田 加寿子<sup>\*1</sup>

### 1. 緒言

重症心身障害児施設(以下「重心施設」とする)は、「重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している児童を入所させ、これを保護するとともに、治療及び日常生活の指導をすることを目的とする施設」<sup>1)</sup>であるが、満18歳以上であっても入所が継続可能な児童福祉施設である。入所者の特徴から、長期にわたり入所するため、施設の機能としては「病院」と「生活の場」の両方を含む。また、近年では入所者の高齢化と障害の重複化から、提供される医療内容が拡大し、医療ケアや看護内容も変化してきた。しかし、長年生活の場に重点が置かれていた施設において、急速に拡大する医療内容と、看護や介護の質の変化への対応は不十分である。つまり、入所者を受け入れる施設は生活の場が中心であったものが、急速に医療提供が浸透し、ケアの提供者はその対応に困惑しているのが現実である。

こうした現状から、当該施設で勤務する職種は看護と介護の専門職が混在するようになったが、その職種の業務区分はまだ明確化されていないといっても過言ではない。その延長線上に、医療管理と看護、及び日常生活援助上に存在するインシデント・アクシデントに対するリスクマネジメントの複雑性があり、それが事故につながっていると伺える。そのため、重心施設での事故防止には多様な職種間のチーム医療と連携が重要になってくる。

したがって重心施設におけるインシデント・アクシデントを予防するには、重心施設に特徴的に見られるインシデント・アクシデントの発生要因を明らかにすることが重要である。それにより、リスクマネジメントに向けての組織的な取り組みの方向性を見出すことができ、さらには質の高いサービスの向上に活かせると考える。

### 2. 研究目的

重心施設で働く看護職・介護職が経験したインシデント・アクシデントの出来事を基に、発生要因を明らかにする。

### 3. 研究方法

#### 3.1. 調査対象施設と調査対象者

調査対象施設は、A地方にある全重心施設2施設のうち、同意の得られた1施設と、重心施設と同様の、医療と介護の必要度が高い児を入所させている全肢体不自由児施設3施設のうち、同意の得られた1施設の計2施設とした。調査対象者は、その2施設で勤務し、本研究に同意をした看護職5名(65名中)、介護職5名(12名中)の計10名であった。

#### 3.2. 倫理的配慮

本調査は、島根大学医学部の倫理委員会の承認(承認番号16)を受けて実施した。調査にあたり、個人情報及び施設の情報は守秘されること、参加、撤回の自由が保障されていることを明記した依頼書を施設長に送り、文書による承諾を得た。施設長を介して調査対象者に同様の依頼書を用いて、研究の目的及び方法などを説明し、文書での同意を得た。さらに、会話内容を、テープレコーダーに録音することの同意を得た。

#### 3.3. 調査方法と調査内容

調査方法は、インタビューガイドを用いて半構成的インタビュー調査による聞き取り調査とし、会話内容をテープレコーダーに録音した。

調査内容は、川村<sup>2)</sup>の調査項目を参考にして、対象者の属性、リスクマネジメントに対する認識、日常業務で感じていること、経験したインシデント・アクシデントの内容とそれがどのような要因で発生したか等であった。

#### 3.4. 調査期間

調査は、平成17年3月下旬から平成17年6月上旬

\*1 川崎医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科 保健看護学専攻  
(連絡先) 飯田加寿子 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学  
E-Mail: w7308001@std.kawasaki-m.ac.jp

にかけて行った。

#### 4.用語の定義

インシデント・アクシデントとは『思いがけない出来事が「偶発事象」(incident)と呼ばれる。偶発事象が気づかれないままであったり、適切な緊急処置がとられないと傷害を引き起こし、事故(incident)になる』<sup>3)</sup>とする。

#### 5.分析方法

リスクマネジメントの認識や日常業務におけるインシデント・アクシデントに関する事象に着目して、調査内容についての質的帰納的分析を行った。調査内容全てをコード化した後、意味の類似性によりカテゴリー化した。分析は、調査者本人と質的研究を長年行っている研究指導者2名と一緒にを行い、内容分析の偏在を回避するように努めた。

#### 6.結果

看護職の平均年齢は34.0±SD12.6歳で、介護職は26.0±SD13.1歳であった。

性別は、看護職は女性が5名で、介護職は男性1名、女性4名であった。経験年数の平均は、看護職が14.0±SD13.1年で、介護職は2.6±SD0.89年であった。経験したインシデント・アクシデントの内容は、看護職は、「人工呼吸器で管理している児の体位変換時に骨折させた」などの医療行為に関する事で、介護職は全て「便座に座らせたまま長時間忘れていた」など生活援助に関する事であった(表1)。

インシデント・アクシデントの背景要因として、9つのサブカテゴリーと3つのカテゴリーが抽出された(表2)。9つのサブカテゴリーは、「職種間の

軋轢とコミュニケーション不足」(61),「安全性に対する過信」(43),「制限時間に対する緊張感」(38),「抑圧と葛藤に対するストレスの増大」(30),「業務内容の変化」(30),「業務内容に関するチームの連携不足」(27),「報告不足」(16),「上司への不満」(3)の順であった。

次いで、これらをカテゴリー別に分けると3つのカテゴリーが抽出された。それらは、「安全対策システムの構築と管理の不足」(93),「職種間の連携不足とコミュニケーション不足」(88),「心理的ストレスの増大」(71)の順であった。

#### 7.考察

##### 7.1.職種間の連携不足とコミュニケーション不足

重心施設における医療事故の要因として、スタッフ間のコミュニケーション不足が考えられる。表2に示す通り、「職種間の連携不足とコミュニケーション不足」のカテゴリーが最も多く導かれた。例えば「介護職同士で介助することが多い」などである。また、介護職は、「看護職が排泄介助に入らないで話し合いをしている」など、生活援助に非協力的である等、看護職に対する不満を述べていた。重心施設では、看護師、保育士及び児童指導員などを「直接処遇職員」<sup>4)</sup>と総称するが、その配置基準は入所者1名に対して1名である。つまり医療の有資格者以外の職員も含めている。1980年代後半頃から、濃厚な医療、看護ケアが必要とされる「超重症児」<sup>5)</sup>が増加傾向にある。このことは、重心施設が、従来の「生活の場」から、高度な医療と看護力も要求されるようになったことを指している。

武智らは「頻回の鼻口腔吸引が必要な例や、酸素

表1 対象者の属性と経験したインシデント・アクシデント

職種	年齢	性別	経験年数	経験したインシデント・アクシデント
看護職	25歳	女性	4年	経管栄養の注入量を間違えた
看護職	27歳	女性	6年	吸入をし忘れた
看護職	29歳	女性	8年	人工呼吸器で管理をしている児の体位変換時に骨折させた
看護職	37歳	女性	16年	ベッドから車椅子に移動時に足の指を切創させた
看護職	55歳	女性	36年	吸入液の量を間違えた
介護職	22歳	女性	2年	便座に座らせたまま長時間忘れていた
介護職	22歳	女性	2年	歩行介助時に転倒させた
介護職	25歳	女性	3年	トイレ介助時に転倒させた
介護職	26歳	女性	4年	トイレ介助時に転倒させた
介護職	35歳	男性	2年	トイレ介助時に転落させた

表2 重症心身障害児施設で発生するインシデント・アクシデントの誘因 ( )内はコードの数

カテゴリー	サブカテゴリー	コードの内容	コード数
職種間の連携不足とコミュニケーション不足(88)	職種間の軋轢とコミュニケーション不足(61)	看護師の下って感じ。排泄介助に入らず話し合っているし。	20
		生活援助も看護師は途中から来て、途中で逃げる。	14
		介護職同士で介助することが多い。	12
		看護師は忙しそうで声をかけられそうにない場合がある。	9
		利用者に気を使うより職員に気を使う。	3
	業務内容に関するチームの連携不足 (27)	他部署は時間が来れば介助が残っていても休憩に入る。	3
		話し合いはあるが、各部署の意見交換で終わっている感じ。	14
		記録をもとに各部署の上だけで経過を話しあっている。	10
		全体の手順とは別にその部署やチームのやり方、手順がある。	3
安全対策システムの構築と管理の不足 (93)	安全性に対する過信 (43)	この子なら自分ひとりでもいいやと思いついてやってしまう。	17
		たぶん確認においては全体で守れていると思う。	14
		周囲に人がいない時、一人でやってしまう。	12
	安全性に対する改善策の欠如 (34)	ダブルチェックという方法が確立していなかった。	15
		同じ事故があっても同じ反省点、対策で終わってしまう。	8
		ヒヤリとした時、報告書を書くかの問いに「あまり書かない」。	5
		今ある決まりごとを守ることで精一杯	4
		その時は頭に入っているからちゃんとやるけど風化する。	2
		一緒にケアしている途中、相手が黙って場を離れてしまう。	13
		投薬係は児に話しかけられると中断する。	3
報告不足(16)			
心理的ストレスの増大 (71)	制限時間に対する緊張感(38)	食べさせて飲ませたら、もう次の人はって感じで先に先に・・・	14
		時間内に終わらせないといけないという思いが常にある。	11
		こっちが食事介助していても、向こうではトイレ介助が始まる。	7
		時間までにあれをしないとと思いながらガンガン食べさせる。	6
		気持ちに余裕があれば状況を判断できて事故を防げた。	8
	抑圧と葛藤に対するストレスの増大(30)	利用者が食事を楽しい雰囲気食べていないからかわいそう。	7
		利用者さんに申し訳ないと思うくらい人手不足。	7
		表面上は普通だけど、自分の中でストレスや疲れがたまっている。	4
		みんなイライラするから早くしないといけないという思い。	4
		事故を起こすかもしれないと常に思い仕事をしている。	2
上司への不満(3)	良いケアをスタッフ間で決めても上司から「待った」が入る。	3	
業務内容の変化(30)	業務内容の変化(30)	普段使うトイレが込んでいて使ったことのないトイレでの介助	3
		医療行為が多くなり前みたいな日常生活援助ではなくなった。	27

管理が24時間必要な場合などは看護スタッフが常時かわり、直接的な看護必要時間は1日に4～6時間も必要とされる<sup>6)</sup>と述べており、さらに『数人の「超重症児」がいれば、それなりの看護体制が求められる<sup>6)</sup>とも述べている。また、山田は「措置入院中の超重症児数は1992年度の140人が1998年には361人と増加し、以後毎年50～60人ずつ増加し、2003年度には656人と著しい増加を示している<sup>5)</sup>」と述べている。

本調査でも表2に示すとおり、カテゴリー「業務内容の変化」のコード内容、「医療行為が多くなり前みたいな日常生活援助ではなくなった」のコード数が最も多く、急速に医療提供が浸透し、ケアの提供者はその対応に困惑しているのが現実である。そのため、重心施設では、必ずしも入所者に応じた看護師数を確保している状況であるとはいえない。

また、入所者全体の医療に対する看護全般を限られた看護職でケアをする場合、介護職と同様の業務を遂行する人的余裕がなく、どうしても看護職のみが行える業務に終始する傾向にある。これは、表1のインシデント・アクシデントの内容を看護職のほとんどが、医療行為に関することを挙げていたことから伺える。そしてそのことが、さらに介護職の不満につながりお互いの関係性を悪いものにしていくと考えられる。

また、看護職は医療の専門的知識を持っていることで、介護職に対して指導的な立場になりがちで、両職種が上下関係のような存在となっていることは否めない状態にあると考えられる。谷口は「一方が主導し、他方が従属するような状況では、パートナーシップとはいえない<sup>7)</sup>」と述べている。また、大槻らは「お互いに相手の教育背景を理解することが葛藤を少なくし、また介護職としての専門性を高めることが協力を図ることに繋がる<sup>8)</sup>」と述べている。そのため、看護職の専門性と介護職の職域や教育背景に対する理解が重要であり、話し合いの上で業務内容の明確な区分をすることや、介護職に対して安全に関する教育を提供することも大切である。

#### 7.2. 安全対策システムの構築と管理の不足

重心施設では、体調が急変する対象者が居る場合は別として、入所者は通常の日常生活を送っている。そのため、慣習的で単調な業務も多く、そのことが安全に対する危機感を鈍化させていると考えられる。しかし、現実に入所者の高齢化と障害の重複化に伴い、医療的ケアの必要な対象者が急増している。体調が急変するため医療的ケアを必要とする対象者への対応に慣れないことに加えて、複雑な障害を持つ

入所者が増加していることが医療事故を招いていると考えられる。そのため、各施設が、それぞれの入所者の医療的ケアの内容や障害の特徴を十分に把握し、個別的な緊急対応策を検討する必要があると考える。

#### 7.3. 心理的ストレスの増大

前述したように、重心施設では医療的ケアが大きなウエイトを占める日常生活の支援が主でありながら、それをケアする看護師数は確保されず、限られた看護職と専門的な医療的ケアの知識・技術を殆ど持たない介護職によりケアが提供されている。そのため、看護職は介護職との軋轢以外に、マンパワーが不足し、それでもケアを提供しなければならないというジレンマから、心理的なストレスが蓄積されている。その一方で、介護職は大勢の対象者を抱えながら日常業務を遂行し、同時に医療的ケアの関わりをも余儀なくされるが、それに対する安全教育も不十分なままであり、日常業務の不満が募っているといえる。それらの不満、葛藤、ジレンマが日々蓄積されることで心理的ストレスが増大し、人間関係の軋轢等、職種間の問題解決に向き合う余裕すらなくしている状況である。このことから、職場におけるカウンセリングの利用や余暇等を通じて人間関係が構築できる工夫も必要であると考えられる。

#### 8. 結論

インシデント・アクシデントにつながる要因は、主に3つあり、職種間の軋轢や、業務内容に関する連携不足等により、安全対策管理システムの構築が不十分であり、それがスタッフのストレスを助長し、それが更なる事故へとつながっていた。

#### 9. 研究の限界および今後の課題

本研究は、全国重心施設95施設<sup>9)</sup>のうちの1施設と、肢体不自由児施設1施設の看護職5名、介護職5名を対象にしたものである。そのため、一般的な重心施設におけるインシデント・アクシデントの発生誘因とはいえない。しかし一指標としての方向性は示唆されたため、今後は数を増やし幅広く検討したいと考える。

本研究を進めるにあたり、データ収集の場を快く与えて下さいました対象施設の施設長、ご協力下さいました皆様にご心よりお礼を申し上げます。また、研究をご指導下さいました、川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科教授、鈴井江三子先生に深く感謝いたします。

## 文 献

- 1) 児童福祉法第43条の4 .
- 2) 川村治子：ヒヤリハット11000事例によるエラーマップ完全本．医学書院，2003 .
- 3) Vincent C, Ennis M and Audley RJ 著 安全学研究会訳：医療事故．ナカニシヤ出版，xiv，1998 .
- 4) 岡田喜篤：江草安彦 監修，重症心身障害療育マニュアル．第2版，医歯薬出版株式会社，5，2005 .
- 5) 山田美智子：江草安彦 監修，重症心身障害療育マニュアル．第2版，医歯薬出版株式会社，158，2005 .
- 6) 武智信幸，鈴木康之：超重症児とは；超重症児と準超重症児について．朝倉次男 監修 重症心身障害児のトータルケア，23，へるす出版 2006 .
- 7) 谷口愛：ホームヘルパーと訪問看護婦のパートナーシップについて考える～在宅ケアの現場から～．月刊民病研通巻116号，22-26，民間病院問題研究所・(株)ヘルスケア総合政策研究所，1999 .
- 8) 大槻昌子，中村和美，佐竹孝恵：当院療養型病棟における看護補助者・看護職の相互への役割期待・認識．第34回日本看護学会学会誌，看護管理，263，2003 .
- 9) 朝倉次男 監修：重症心身障害児へのアプローチとトータルケア．小児看護，24(9)，へるす出版，2001 .

(平成21年5月15日受理)

## “Near Misses”-Potential Causes of Incidents and Accidents at Facilities for Severely Disabled Children

Kazuko IIDA

(Accepted May 15, 2009)

Key words : severe motor and intellectual disabilities, incident, accident

Correspondence to : Kazuko IIDA

Doctoral program in Nursing  
Graduate School of Health and Welfare  
Kawasaki University of Medical Welfare  
Kurashiki, 701-0193, Japan  
E-Mail: w7308001@std.kawasaki-m.ac.jp  
(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.19, No.1, 2009 113-117)