

本学卒業生が直面する現場課題

杉原久仁子*, 藤原和美**, 小坂淳子**, 今岡洋二**

要旨

本学卒業生を対象に、自記式アンケートを実施した。これは、仕事として継続することのできる積極動因、もしくは仕事を辞める消極的要因を探ることを狙いにしたものであったが、アンケートの結果からは、対利用者へのヒューマンな関わりとともに、低劣な労働条件や健康破壊、ストレスの蓄積などが告発され、これが退職への重要な因子となっていることが明らかとなっている。

小論は、アンケートのうち「ヒヤリ・ハット」「感染症予防」「医療行為」の3課題について考察を行うものである。これらの課題は、リスク・マネジメントの観点から徹底した予防装置を創出していかなければならないが、介護事業所と現場労働者、そして国政策の三者の同一の歩調と方向性が確保されなければならない。このため、各章について、国政策の方向性を確認しつつ介護事業所と現場労働者の実施到達点を明らかにしていくこととする。とりわけ医療行為については、現在においても違法性が指摘されながら社会的な指弾を受けない奇妙な労働である。このことから、試みに医療行為に携わる際の判断基準を提示してみたい。

キーワード： ヒヤリ・ハット 感染症予防 医療行為 リスク・マネジメント 介護の質

2007年10月17日受領（実践研究）

1 はじめに

いわゆる戦後政治の総決算路線を背景にした、社会保障に係る国制度がめまぐるしく圧縮・変貌し続ける渦中において、本学は、前身となる専門学校から通算15年で600名を超える有資格者を輩出してきた。

今回、大同生命株式会社の地域福祉活動の援助をえて、大阪健康福祉短期大学附属福祉実践研究センターが大阪府公衆衛生研究所生活衛生課と共同で行なった、本学卒業生を対象にしたアンケート調査（2006年4月実施・回答総数191名・回答率37.82%）に関わることとなった。この調査は、いわば介護労働を通じての、仕事として継続することのできる積極的動因、もしくは仕事を辞める消極的要因を探ることを狙にしたものであった。

調査結果に大雑把に触れると、利用者からの感謝と笑顔によって毎日の仕事が支えられているというヒューマニズムが明らかになった反面、低劣な労働条件、

健康破壊の深刻さ、ストレスの蓄積などが告発されている。一方、仕事をやめたいと思う理由のうち「理想の介護ができない」が上位になっていることから、エビデンスに基づく専門領域が現場実践では確立されていないことがストレスとなり、バーンアウト、退職へとつながることが示唆されている。このことは、アンケートの回答総数のうち離職者が41名（21.46%）を占めていることが如実に物語っている。

なお調査結果の詳細は別の報告によるとして、小論においては、介護の現場での就業を継続している150名の回答をもとに、おもに「ヒヤリ・ハット」「感染症予防」「医療行為」に焦点を当てて特徴に触れていくこととする。

* 桃山学院大学大学院社会学研究科
e-mail: lemon-tree@crux.ocn.ne.jp

** 大阪健康福祉短期大学

2 ヒヤリ・ハット

1) 用語の整理と周辺事情

今日、介護に関わる様々な事件がマスコミを賑わす。一介護事業所のトラブル情報が1日と経たないうちに全国を駆け巡る。この際、国民（マスコミ）の視点は必ず「介護の質」というキーワードを評価基準に置くとともに、100%の品質確保をイメージする。

近年、介護事業所で一般的に語られる言葉として「リスク・マネジメント」がある。一般企業がリスク・マネジメントについて念頭におくのは、資金調達、労務管理、製造責任等、企業活動に対するあらゆるリスクを指している。非常に広義に活用されているので、この用語を一言で説明するのは大変おこがましく感じる。そこで、厚生労働省の指針¹⁾に沿って見てみる。指針によると、リスク・マネジメントはいきなり「危機管理」と解されているが、損害賠償への対応を論議の中心に据えるのは適切でないと指摘する。より重要なことは、クオリティ・インプルーブメント（Quality Improvement：良質のサービスと事故回避との両立）に視点を置くことで、「福祉サービスにおけるリスク・マネジメントは、より質の高いサービスを提供することによって多くの事故が未然に回避できるという考え方で取り組みを進めることが大変重要」としている。これとの関連で、平成18年4月の介護保険報酬改定においては、施設サービスの質の確保のための感染症管理体制の強化、事故に対する安全管理体制の強化、身体拘束廃止に向けた取り組み、褥瘡予防が施設運営基準において明言された。同時に、施設サービス共通の指定基準改正事項として、①事故発生防止のための指針の整備、②事故等の報告・分析を通じた改善策の周知徹底のための指針の整備、③事故防止委員会及び従事者への研修を実施する、などと事故対応を前面に押し出した指導がなされている。これら国政策に共通している視点は、多分に組織防衛の課題としての取り組み方であることが理解できる。

上記の介護の指針と同時期に、厚生労働省は医療に関して総合対策²⁾を公表した。ここでは、リスク・マネジメントは「医療安全管理」と呼び、「医療に内在する不可避なリスクを管理し、いかに患者の安全を確保するかということ」と定義付けている。また、「安全と信頼の確保」が主要なキーワードとなっており、

介護の「質の高いサービスの提供」の強調とは性格を異にしている。

さて、他の用語の定義だが、先の指針においては「事故」について「施設における福祉サービスの全過程において発生するすべての人身事故で身体的被害及び精神的被害が生じたもの。なお、事業者の過誤、過失の有無を問わない」と定義するが、医療の総合対策にある「アクシデント」の用法はない。また本項見出しの「ヒヤリ・ハット」については「利用者に被害を及ぼすことはなかったが、日常のサービスの中で事業者がヒヤリとしたりハットとしたもの」と定義し、医療と同様に「インシデント」と同義とする。ところで、マスコミにもよく取り上げられる「医療過誤」の用語があるが、介護には例はない。意味は「医療事故の発生の原因に、医療機関・医療従事者に過失があるものをいう」とされるので、介護に置き換えても通用すると考えられるが、「介護過誤」という言葉が将来使われるかどうかはマスコミ次第であろう。

介護技術と事故予防のマニュアル化は、貴重な介護資源として大いに取り組むべき課題である。また選ばれる時代にあって、介護事業所個々が高い理念を掲げ、専門性豊かな介護実践が展開できることが理想であろう。全国規模の介護事業所の、指定基準を逸脱する不遜な事業活動が連日報道される中、現場サイドでは、日々の介護ニーズへの対応に奮闘しながら、より厳密な危機管理体制の構築に迫られているのである。

2) アンケートから浮かびあがるヒヤリ・ハット

アンケートによるとヒヤリ・ハットの経験は表1によると多数派を占めることがわかる。単純に言えば100通りの利用者の生活のなかで76通りの誤った瞬間があったということになる。

《表1》

ヒヤリ・ハットの経験について	
ある	114名(76.0%)
ない	16名(10.7%)
n=150	

その内容とその後の対策等はまとめて自由記述となっており、説得力のある特徴をつかむには不十分である。またヒヤリ・ハットとアクシデントの無分別も散見するので分類は不能だ。それでも91名にのぼる告発ともとれる記述を尊重し、それらを要素に分解して、できうる限りの抽出を試みたのが表2の要素分解の項目と分解例である。文意から想像はできても記述のない項目は空欄となっている。

表2

回答者番号	ヒヤリ・ハットの内容	その場の対応	事後検討		場面	主体	連携が必要な他職種
			介護技術	職場全体			
43-(1)	転倒による頭部の裂傷 てんかん発作、チアノーゼ。	すぐに担当医を呼んだ。	部屋中にクッションマットをひいた。		転倒	利用者	
2	ガスの元栓など管理できなくなっている世帯、お風呂のお湯が煮えたぎっていた。		張り紙を張って注意してもらうこと、ヘルパーが元栓(外)を開けて沸るなど。サービス中に必ず入浴してもらい、勝手に入浴されないようにした。		入浴	利用者	

《表3》

ヒヤリ・ハットの内容	
転倒・転落	54名(59.34%)
服薬	14名(15.38%)
n=91	

自由記述の中から浮かび上がった大きな特徴が表3である。怪我さえなければヒヤリ・ハットと呼ぶにしても、回答の6割に迫るのが転倒・転落である。偏りが大きすぎるように感じる。さらに細かく見てみると、利用者自ら移動時に転倒したのが32名〔59.25% (n=54)〕、職員の介助時が8名〔14.81% (同)〕となっている。日常生活動作の衰えつつある利用者の自己転倒の多さが際立っている。

この事後対策として、見守り、移動・移乗方法の変更(2人体制、車いすの使用)など介護技術の検討の他、居室の環境整備、食席の変更、睡眠確保など利用者の生活環境の検討、ミーティングや研修での徹底などが検討されている。

次に多いのが、人命に直結する誤薬である。表の14名のうち8名(57.14%)は職員による配薬ミスであ

ることが判明している。事後対策には氏名の再確認などが検討されている。しかしこの服薬問題は、あとで医療行為の諸課題と合わせて触れておく必要があるだろう。

他にヒヤリ・ハットの内容は、利用者の徘徊、入浴(湯の温度、濡れる手前)、異食、火傷などの回答があり、事後対策に、介護技術の向上、記録・報告に基づく職員間の情報共有はもとより、職員配置の変更など介護事業所全体の取り組み例も示されている。

回答の中でやや気掛かりだったのは、「テーブルの前に座らせ車椅子からの急な立ち上がりを防ぐ」、「ベッドの四点柵を付け忘れたので必ず設置する」といった安全確保のための予防拘束の捉え方である。身体拘束の是非の論議ではあるが、四点柵や机などの障害物に頼らない介護実践は日本においても数多く存在する³⁾。ヒヤリ・ハットは学習のための絶好のチャンスである。先進の介護例を通じてすかさず教訓化するための情報が、どの介護事業所にも提供される体制づくりが求められているように感じる。

3) リスク回避の糸口はつかめるのか

アンケートには、医療職との連携や、徘徊による事故を防止する目的での地域住民との協力を求める声が寄せられている。これらは、ヒヤリ・ハットの根絶、危機管理体制の構築にどのように役立つのであろうか。

リスク・マネジメントの有効な設計思想は古くから工学の分野で発達してきた。その一つ、フェール・セーフ(Fail Safe: 多重安全機能)という設計思想は、あらかじめ機械の故障や人為的な操作ミスを想定し、事故や障害が起きた際の被害を最小限にとどめるような工夫をいい、直接の安全性を目標にするものだ。また、フォールト・トレランス(Fault Tolerance: 故障しても動作可能な機能)は、欠陥があってもそれを許容するということを意味し、信頼性の向上を目標にしている。フール・プルーフ(Fool Proof= Foolish Safty: 愚かな行為に耐え得る機能)は、誤操作に対して危険を回避することのできる安全装置のことで、人間はミスするものという前提にたつものである。ところが、努力の甲斐あってフェール・セーフを構築した介護事業所であっても、僅かなトラブルが常識を疑う瑕疵と決め付けられ、予想だにしない訴訟に発

展する例も存在する。厚生省令は「指定訪問介護事業者は、利用者に対する指定訪問介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない」と、事故発生時の義務を明記する⁴⁾。もちろん、賠償行為を否定し責任を利用者に転嫁するものではないが、そもそも公的保険と呼ばれる社会保障の各保険制度に、介護保険を除いて、契約当事者間の損害賠償の文字は見当たらないのである。

個々の職員、個々の介護事業所の奮闘で帰結する介護サービスの提供は、契約なるがゆえに、リスク・マネジメントに関して第三者機関や行政の後ろ盾は期待できない仕組みにある。公正・中立をうたう地域包括支援センターは、業務の所掌範囲⁵⁾が広すぎる上に、限られたマンパワーで全ての介護事業所、すなわち全ての利用者を網羅することはできない現実に直面する。医療機関においては、医療安全管理ガイドライン⁶⁾の強力な指導の下、自らのリスク回避に神経を尖らせている。介護事業所が横の繋がりを求め、他業種との連携を模索するとき、まさに自助努力で安全装置を確保する取り組みに乗り出さざるを得ないことを示しているが、管理強化による責任論に傾くと職員の自主性や意欲に影響し、現場での創意工夫が期待できなくなる大きな問題も生じる。介護事業所にとっては四面楚歌である。

果たして、介護事業所がリスクな関わりを避けて通るには、利用者の能力の掘り起こしや自立に余分な力を注がないこと、すなわち介護報酬の評価のない作業を除去することしか方法が見出せないようにも見える。例示に、寝たきりの利用者の逆選択は、1日中寝ていてくれれば職員は手間ひまをとられずに済み、単位のアップ・コーディング（より高い点数への分類）と費用対効果の向上を期待することができる。リスクの排除そのものが、人間性の喪失を担保にしなければならないのは皮肉である。

もっとも、社会福祉法第3条は基本的理念として「福祉サービスは、個人の尊厳の保持を旨とし、その内容は、福祉サービスの利用者が心身ともに健やかに育成され、又はその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援するものとして、良質かつ適切なものでなければならない」とうたう。介護事業所は、この理念を真摯に受け止め、事故を起こさない努力、事故を起こした後の適切な対応、再発の防止策を確立するとともに、サービス提供の技術水準を引

き上げ、利用者本位にその質の向上を目指すための自己研鑽が証明されなければならない。

3 感染症予防

1) スタンダード・プリコーションへの誘導

感染症の対策は、居宅であれ施設であれ感染のリスクの非常に高い利用者の、命を守る取り組みとして重要なのは言うまでもないが、介護事業所の労働安全衛生の充実に向けては、介護職が一丸となって統一した手順を守り実践する必要に迫られる。

今日ではCDCのガイドライン（Centers for Disease Control and Prevention：米国疾病管理予防センター）⁷⁾によって、包括的で最新の予防体系が構築されようとしている。介護事業所の規模やサービス内容に関わることなく、空気感染、飛沫感染、接触感染、血液感染などの全ての感染に対応するために、スタンダード・プリコーション（Standard Precaution：標準予防策）が積極的に導入されつつある。本節第3項にふれるように、介護事業所においても有効に準用すべき課題である。

医療機関における標準予防策は、感染症の有無に関わらず全ての患者の治療に際して、血液、体液、分泌物（汗は除く）、排泄物、あるいは傷のある皮膚や粘膜を感染の可能性のある物質とみなし対応することで、患者と医療職双方における院内感染の危険性を減少させる狙いがある。実践内容は、手洗い（手指消毒）、個人防御具の使用（手袋・マスク・ゴーグル・エプロン）、リネンの扱い、環境表面の消毒などで、日常的に少しの努力を傾ければ継続的に実践することが可能となっている。

医療関連感染制御策ガイドライン⁸⁾では、感染制御の業務手順について実践の可能性、科学的合理性、現実的有効性、経済効果などを考慮するよう求め、異常発生の際にはその原因の速やかな特定、制圧、終息を図ることが安全と質の確保につながると指摘している。

2) アンケートにみる感染症対策の実態

《表4》

職場感染の有無	
ある	21名(14.00%)
ない	125名(83.33%)
n=150	

過去1年間を振り返っての職場感染の有無について、表4のように回答している。罹患率は14%ということになり、かなりの発生率とみななければならないであろう。病原体別には、多い順にインフルエンザウイルス8名、白癬菌6名、ノロウイルス4名となっている。

感染に対する対策、すなわち介護事業所における統一された作業手順書は、居宅であれ施設であれ全てのサービスに必携である。感染予防の技術水準はともかく、何も手立てが講じられていない、わからないと答えたのが、合わせて17%を超える現実が表5に示されている。眼に見えない敵は病原体だけでなく、手順書なし、恐らく研修なしの、人為的な怠慢にもありそうである。

《表5》

感染症対策の有無	
ある	120名(80.00%)
ない	12名(8.00%)
わからない	14名(9.33%)
n=150	

一方、予防の実践面で複数回答を求めたところ、手洗い117名、手袋の着用106名、消毒104名となっている。隔離は43名であった。

なお、回答者が今後必要と考える感染症対策について、自由記述で42名から回答を得ている。文意から項目に分類し特徴をみることにする。表6はその例示である。

《表6》

回答者番号	回答内容	項目
23	在宅介護の場合、入所している利用者の方と違ってMRSAやC肝、B肝などの詳しい情報が訪問開始する時点ではわからないことが多い。情報が少ないまたは古い情報の時がある。入浴介助や他身体介護もあるので情報提供があるとうれしい。	知識・情報の共有

《表7》

今後必要と思える感染症対策	
知識・情報の共有	11名(26.19%)
設備・物品の充足	7名(16.66%)
手洗い・うがい	5名(11.90%)
消毒・殺菌	3名(7.14%)
利用者・家族・来客者の協力	3名(7.14%)
個室・個浴対応	2名(4.76%)
n=42	

回答内容の項目分類の結果が表7である。設問の主旨から、手洗いや消毒などの基本的な対策についての回答は少ないが、感染予防に対する改善点の展望になっているため、安全管理の課題と密接に関わっていることに気付かされる。

知識・情報の共有には、介護事業所の内における伝達と、外部との情報交換の二通りが示されている。事業所内における情報伝達が不足している典型例としては「掃除の業者の人が何も知らされずに隔離の個室に入ってしまった」というインシデントが指摘されている。また、外に向かっての情報収集が強調されているが、行政や医療機関の協力なしには成しえないし、個人情報保護の観点からそうた易く開示されるわけではない。利用者の健康情報や医療情報の収集には全く別の角度からの課題に対処する必要に迫られている。

一方、新旧の予防対策の方法論が介護事業所内で整理されていないために、不確信のまま実践し混乱している例をみることができる。「過度の隔離やマスク、手袋は人権侵害ではないか」、「個室での隔離の際の子

防衣、マスクを使い捨てにするのか、どこに置くのかなどが統一されていない」、「いざという時にカーテンを引きそれを個室とみなしている。空気中に浮遊する菌には対処できていないと思う」などの指摘である。

施設のハード面においては、開設時の施設基準が不十分と言わねばならず、「隔離の際、居室が空いておらず、隔離部屋をつくるための居室移動が大変。あらかじめそのための居室があれば」、「手洗い場がない。また失禁パンツなどを洗うのも雑巾を洗うのも同じ場所で行っています。(汚物室がないため)」などと、介護事業所の全体課題を提起している。

3) 介護事業所の労働安全衛生

アンケートによる告発から、感染症予防に対する介護事業所の赤裸々な実態を垣間見るようになった。介護職は日々、感染の危険にさらされているのである。この現状に対し、事業者は、規律や規制を遵守するとともに介護の理念の達成に向け努力する義務がある。労働者は規律や規制を遵守し、様々な対策に協力することが必要である。安全管理には言い尽くされたハインリッヒの法則(1929年・Herbert William Heinrich)やバードの法則(1969年・Frank E. Bird Jr.)を引き合いに出すまでもなく、安全でない状態を一つでも無くす地道な努力が、事故の未然防止に寄与するのである。

介護職の感染症対策については、国段階の具体的なスタンダード・プリコーションは策定されていない。一方で、所轄の保健所や労働基準監督署は、予防活動にも感染事故にも労働者保護の名目のために事業所責任を明確に打ち出す。前出のCDCガイドラインは、介護の現場に当てはめ運用することに何らの支障はないのであり、早急に国指針が策定されるべきであろう。

とはいえ、介護事業所にとって、職場における健康確保対策や管理体制とともに、感染症対策は至急の課題である。民間の団体が推奨する指針の一つとして、「介護労働者の安全衛生・健康管理」⁹⁾がある。介護事業所におけるトータルな安全衛生はもとより、感染症の動向から原因菌の一つひとつについて詳細に解説している。感染性廃棄物にもふれ、その処理の指針として介護事業所にとって大いに有効であろう。

ところでテーマからは反れるが、介護職にとって労

働安全衛生面の大きな課題は、腰痛や上肢障害(頸肩腕症候群)などの筋骨格系障害である。厚生労働省は、全ての介護職の作業態様を「重症心身障害児施設等における介護作業」に包括し、介護職の労働安全衛生に関して唯一の指針である「介護者のための腰痛予防マニュアル」¹⁰⁾を、独立行政法人を通じて公表している。また、マスコミは労働災害の補償給付の行動に密着報道するようになってきた。

身体を壊す前の対策の多くは、介護事業所の労働者保護策の充実にかかっているのである。

3 医療行為

1) ケア (Care) とキュア (Cure) の国政策の狭間

医療行為は、国資格を持たずに実施するものではない。処置をして思わぬ感染、発熱、疼痛、口腔ケア時の窒息、出血など、無資格者は急性増悪に対処する知識がないばかりか全く責任がとれない。また、場当たり症状を見て病名を考えること自体、無責任極まることになる。医療機関においては、医師の指示と監督のもとに看護師が医療行為を行うが、看護師の自分勝手な処置・検査・投薬はあり得ない。また看護助手(補助)が医療行為に手を染めることは刑法に問われることとなるのである¹¹⁾。

介護保険は、介護の色彩の濃い医療部分を医療保険から切り離して作り上げた経緯がある。当然のごとく利用者やその家族の医療ニーズはそのまま介護の現場に持ち込まれ、介護事業所における無資格者の止むにやまれぬ処置(医療行為)に引き継がれ、その行為は事実上黙認されてきた。この黙認がなければ、介護事業所は処置のたびに通院するという報酬のない過重負担に直面するし、国にしてみればせっかく切り取った老人医療費がまたぞろ戻ってしまうことは避けたいという事情がある。このロジックは、介護職が医療行為のリスクを負うことで、患者を医療機関から遠ざけることに成功したもの、と見るべきである。

従来から医療行為の範囲について明言を避けてきた厚生労働省は、介護保険の施行5年目にして規制緩和の世論に乗じた形で一定の法解釈を医政局長通知¹²⁾として示した。多くの処置について医療行為に当たらないこととし、実施にあたっては「免許を有しない

者が行うことが適切か否か判断する際の参考とされた」と結んだのである。ところがこれらのことを医療機関で実施すれば、報酬点数の定められた医療行為として立派に成立するのである。全く道理の無い通知となっている。まさに、介護事業所において医療行為に当たらない行為を実施して、過誤が生じた時のリスクは、実行した介護職が負うことになるのである。

2) アンケートに見る介護の現場実践と医療行為

《表 8》

医療行為の内容(複数回答)		
	外用薬の塗布	126名(84.00%)
*	服薬管理	116名(77.33%)
*	巻き爪の爪切り	107名(71.33%)
	点眼	106名(70.66%)
	座薬の挿入	62名(41.33%)
*	痰の吸引	44名(29.33%)
*	摘便	41名(27.33%)
*	褥瘡処置	40名(26.66%)
*	酸素吸入	31名(20.66%)
*	経管栄養の処置	29名(19.33%)
	人口肛門の処置	21名(14.00%)
*	留置カテーテルの管理	15名(10.00%)
*	点滴の抜針	11名(7.33%)
	導尿	7名(4.66%)
n=150		

過去1年間を振り返って医療行為の内容を複数回答したのが表8である。アスタリスク(*)を付した行為は前出の医政局長通知に指定のない厳然とした医療行為である。医学書を紐解くまでもなく、いずれも高い医学的見識と熟達した医療技術に基づいて疾病の回復を目指す処置がずらりと並んでいる。看護師ですら技術書を読破しなければ実施を躊躇する処置をも含んでいることに驚かされる。

先に「ヒヤリ・ハット」で触れた配薬ミス8名を当てはめると、6.89% (n=116) の確率で医薬品の安全管理が揺らいでいることになる。医療機関においてもあってはならない過誤として、医薬品の安全使用の

ための業務手順書¹³⁾により薬剤の取り扱いが管理強化されているところである。

余談だが、医政局長通知では一包化された内服薬の介助は医療行為に当たらないとしているが、配薬に便利だからといって薬局で一包化を要求するのは、余計な診療報酬が加算され患者の負担が増大していくことを知っておく必要がある。

介護職の医療行為について、必ず論議の俎上にのぼるのは「家族に許される医療行為を、介護職ができないことが歯痒い」という善意に基づく感情的な解釈である。この論の帰結は、止むにやまれず行なった医療行為がうまくいけば「やって当然」と英雄的に総括もできようが、失敗したときは「やらなければよかった」と反省するしかない。これでは済まされないのである。

問題の所在は、介護職、医療職それぞれの専門分野の技術が、利用者の生活を通じて発揮されているかどうかにある。それはケアプランのアセスメントの充実であり、訪問診療や訪問看護を含む地域支援医療、救急医療それぞれの連携が、利用者ごとに予定化されているか否かが問われているということでもある。

なぜ介護職が救急医療に従事するのか、なぜ介護職が応急処置に従事するのか、なぜ医療職が現場に到達できないのか、を常にアンチ・テーゼとして問題意識に持つことが重要なのである。

その上で、介護職が医療行為の必要に直面するとき、遵守すべき最低限の判断基準を表9に提示する。

前提条件としての「医療職との連携ホットラインが確保されていること」とは、医療行為に直面するまでに、医療職に対して必要な行為の情報が伝達されていることを意味する。「利用者の安全が全く脅かされないこと」は読んで字のごとくであるが、身体的・精神的にも社会的にも安心と安全が確保されていることを意味する。医学用語の侵襲は、利用者の身体を傷ついたり薬剤の投与によって何らかの変化をもたらす行為を指す。治療はこの侵襲によって成り立つのであって、「明らかに侵襲性が無いこと」は、使用しようとする機器や薬剤によってけっして身体に変化をもたらさないことを意味する。

表8の医療行為の内容を基に、表9の判断基準に反するリスクを例示したのが表10である。日本医療機能評価機構医療事故防止センターの医療事故情報収集等事業報告書(第1回2005年4月～第10回2007年9月)から各内容に関わるインシデントを抽出した。この報告書は、医療機能評価の認証を受けた医療機関が、自院の全てのインシデントを報告することによってまとめられている。

医療機関においてなお、多くのインシデントが報告されているうえに、人命に関わる重要案件を含んでいることが明瞭である。表9に提示した判断基準は、これらのインシデントを予見しつつ、完全に阻止できる確信に基づかなければ成立しない。

《表 9》

介護職の医療行為直前の判断基準
① 医療職との連携ホットラインが確保されていること
② 利用者の安全が全く脅かされないこと
③ 明らかに侵襲性が無いこと

2007 k.sugihara

3) 医療行為の継続に際して

もともと介護事業所は、ヒヤリ・ハットや感染症予防といった内的リスクへの対処に追われるのに精一杯で、医療行為のように利用者や家族の要望に基づいて行なう外的リスクを受容するだけの機能は持ち合わせていない。施設基準においても介護報酬においてもそれを支える仕組みはない。にもかかわらず、医療行為を実現させる意見が蔓延し、実際に多くの介護職が実行している今日、介護事業所としては、違法行為の集団化にいつまでも甘んじることは自滅行為であることを認識するべきである。

それでも、厚生労働省通達のお墨付きを確信し、善意で医療行為を継続しようとするならば、介護事業所は、利用者保護は当然として、労働者保護のために、感染制御策ガイドライン(前出)および感染性廃棄物処理マニュアル¹⁴⁾に基づく徹底管理を至急に構築することが必要である。違法行為のための環境整備であったとしても、最低限の身を守る方策であろう。その上で、介護サービスの運営規定のそれと同様に、医療行為のメニューの掲示をして、同意書を手交してしかるべきである。処置に掛かる医療材料のコストを日々

《表 10》

表 8 の内容	医療事故情報収集等事業報告書によるインシデントの概要
外用薬の塗布	薬剤(薬効)を取り違えた。血行促進・皮膚保湿剤のところ消炎・鎮痛・解熱剤を塗布した。
服薬管理	名称が類似していて取り違えた。併用禁忌を見逃した。薬液の入っている部分をホチキスの針が貫通しており薬液が漏出していた。投与日数を取り違え過剰投与した。
巻き爪の爪切り	(報告なし)
点眼	溶解せずに使用した。
座薬の挿入	容量(mg)が未確認だった。冷所管理ができていなかった。側臥位で座薬を使用したところドレーンの接続部が外れた。
痰の吸引	チューブを途中までしか挿入できなかった。
摘便	痔のある患者の摘便を施行した。
褥瘡処置	ヨード禁忌の患者にユーパスタを塗布した。
酸素吸入	ボンベの残量が不足していた。予備のボンベの残量が少なく交換しなかった。
経管栄養の処置	数名分をワゴンに乗せシリンジを取り違えた。
人口肛門の処置	(報告なし)
留置カテーテルの管理	(報告なし)
点滴の抜針	血管外に漏出した。漏出して腫脹があった。4時間で行なう点滴を2時間で行なった。残が少ないことで流量の違いに気付いた。訪室時には全て滴下していた。隣に置いてあったB氏の点滴をA氏の点滴と思ひこみ混注した。抜針時に自分の指先を刺した。
導尿	(報告なし)

把握しておくことも肝要である。もはや、業務命令を得て医療行為の実行者となる介護職は、処置の結果、急性増悪して利用者に多大な損害を与えた場合、自らを守る装置は何も存在しない。違法行為に対して損害賠償保険は適用されず、介護事業所は連座するのみである。

4 さいごに

いうまでもなく介護保険は、利用者の選択による契約が原則であり、その利用者に対して均一平等なサービスを提供することを目途に実施されている。保険給付はサービスと名を変え、他のサービス産業と足並みをそろえて市場原理が導入された。介護福祉の事業を民間に開放する一方、行政の認可の下でその質と量を競わせるといった特徴をもつ。そして、バブル経済崩壊後の低成長にあえぐ大企業が、起死回生の「産業」としてハード面、ソフト面を急速に充足したため、必然的に介護現場への労働者の集中がうながされた。マンパワーの確保なしには生き残る方策のない介護事業所は、経費の大部分が人件費で占められる。介護の現場が、年功序列の崩れた今日の競争社会の荒波にもまれるとき、介護事業所の経営者が費用対効果を高めようとするのは必然といわねばならない。この反動で、介護労働は辛い割には収入が少ない、若い世代の将来への展望がない、といったイメージが浸透し、昨今においては、働き手がいないということが介護事業所の共通する極桔となっている。

これまで検討を加えた「ヒヤリ・ハット」「感染症予防」「医療行為」は、いずれも、介護職の就労環境の整備という観点からは、喫緊の課題としなければならないことが明らかである。

小論では検討を加えなかった他の設問で、最後に触れておきたいのは、精神的な負担の自覚の問題である。精神負担が非常に大きいと答えたのが36名〔24.00% (n=150)〕、多いと答えたのが76名〔50.66% (同)〕である。身体的負担が非常に大きいと答えたのは18名〔12.00% (同)〕にすぎなかった。介護労働はこれまで、ともすれば身体的負担が強調されてきた。74%余りを占める精神負担の訴えをどのようにとらえるべきか。介護福祉士が国家資格となって20年を経た今日、可視化できない介護業務の実際を詳細に解明しなければならないように感じる。

(すぎはら くにこ 桃山学院大学院生)
(ふじわら かずみ 本学講師)
(こさか じゅんこ 本学教授)
(いまおか ようじ 本学助手)

【注】

- 1) 厚生労働省・福祉サービスにおける危機管理に関する検討会、平成14年3月28日、「福祉サービスにおける危機管理（リスク・マネジメント）に関する取り組み指針～利用者の笑顔と満足を求めて～」
- 2) 厚生労働省・医療安全対策検討会議、平成14年4月17日、「医療安全推進総合対策～医療事故を未然に防止するために～」
- 3) おおさか抑制のない高齢者ケア研究会、2005、「抑制のない高齢者ケアのためのガイドライン」
- 4) 厚生省令第37号、平成11年3月31日、「指定居宅サービス等の人員、設置及び運営に関する基準」第37条3項
- 5) 厚生労働省老健局振興課、平成18年4月、「地域包括支援センターの手引き 地域包括支援センターの設置運営について（通知）」
- 6) 厚生労働省 医療安全対策検討会議・医療安全管理者の質の向上に関する検討作業部会、平成19年3月、「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針－医療安全管理者の質の向上のために－」
- 7) Centers for Disease Control and Prevention (June 2007) “2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings”
- 8) 厚生労働科学研究 安全性の高い療養環境及び作業環境の確立に関する研究班、2007年3月30日、「中小病院／診療所を対象にした医療関連感染制御策指針（案）2006」ver.1.0
- 9) 門脇武博、「介護労働者の安全衛生・健康管理」財団法人介護労働安定センター・介護労働者雇用管理シリーズ第5弾
- 10) 独立行政法人労働安全衛生総合研究所・筋骨格系障害予防研究チーム、2007年、「介護者のための腰痛予防マニュアル」（8頁パンフ）
- 11) 毎日新聞、2007年10月6日、「＜無資格医療＞注射や点滴行う 看護助手ら、容疑で書類送検－熊本の診療所」朝刊
- 12) 厚生労働省医政局長、平成17年7月26日、「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について」医政発第0726005号
- 13) 平成18年度厚生労働科学研究・主任研究者北澤式文、2007年、「医薬品の安全使用のための業務手順書作成

マニュアル」

- 14) 環境省・感染性廃棄物処理対策検討会、2004年、「廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル」

【参考文献】

是枝祥子、2006、「介護現場はリスクがいっぱい」、
『労働の科学』61巻2号、財団法人労働科学研究所

社会福祉法人全国社会福祉協議会 全国社会福祉施設経営者協議会、2006、「改正介護保険法対応『指定介護老人福祉施設における介護事故発生防止等に向けた指針策定にあたって（全国経営協版）』

『新版・社会福祉学習双書』編集委員会／編、2007、「社会福祉施設運営（経営）論」全国社会福祉協議会

高橋好美、2005、「施設におけるリスクマネジメント—QOLを高めるケアをめざして」、『月刊総合ケア』Vol.15 No.5 38 - 48、医歯薬出版株式会社

和田忠志、2007、「介護職に必要な医療行為以外の医療行為を知る」、『訪問看護と介護』Vol.12 No.7 542 - 549、株式会社医学書院

The Problems That Our College Graduates Are Facing in Their Workplaces

Kuniko Sugihara*, Kazumi Fujiwara**, Junko Kosak**, Yoji Imaoka**

Summary

We conducted a questionnaire investigation on the graduates of our college. This is to examine whether they have a positive motivation to keep working, or a negative attitude to leave their job. The result from the investigation shows that while they are satisfied with having a human relation with the users, they are troubled with low-level working condition, unhealthy physical condition, and stress accumulation. These are the causes for leaving their jobs.

This treatise is to consider three points of the questionnaire: “shuddering in surprise,” “prevention against contagious disease,” and “medical treatment.” To cope with these problems, complete prevention must be created from the point of risk management.

Facilities, care workers and the Government policy must go hand in hand to the same destination to solve these problems. In each chapter, checking the direction of national policy, I will make clear the present point where facilities and care workers have reached. Even today, it is thought illegal for care workers to do a medical treatment, but in many facilities, they cannot but do some initial treatment, which is permitted tacitly.

This is a strange work that is not open to public censure. I will try to suggest the standard of judgment for a care worker's medical treatment.

Keywords : shuddering in surprise, prevention against contagious disease, risk management, quality of care

*Graduate School of Sociology, St. Andrew's University
e-mail: lemon-tree@crux.ocn.ne.jp

**Osaka College of Social Health and Welfare