

厚生労働科学研究費補助金（長寿政策科学研究事業）

分担研究報告書

訪問看護ステーションにおける訪問看護に関連する有害事象の判断基準に関する研究
フォーカルグループインタビューから

研究協力者	寺嶋 美帆	東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科	技術補佐員
研究代表者	柏木 聖代	東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科	教授
研究分担者	大河原知嘉子	東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科	助教
研究協力者	森岡 典子	東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科	助教

研究要旨

本研究では、フォーカルグループインタビューにより、訪問看護師は実際にどのような有害事象を事故と判断しているのかの判断基準の実態を明らかにすることを目的とした。研究対象は、研究者の縁故法により、日々事故や感染症についての管理的判断を行っている管理者を選定した。研究対象の属性ならびに管理上の具体例等について質問紙により情報を得るとともに、インタビューガイドに沿って、フォーカスグループインタビューを実施した。質的記述的分析を行った。内容を有害事象の事故分類と、有害事象の判断基準の2つに分けた。さらに、有害事象の事故を「医療事故」、「ケア事故」、「交通事故」、「紛失・破損」、「事務的作業ミス」、「感染症」、「その他」に分類した上で、それぞれについて、質的記述分析を行った。分析の結果、「医療事故」では5 カテゴリー、「ケア事故」では3 カテゴリー、「交通事故」では2 カテゴリー、「事務的作業ミス」では3 カテゴリー、「感染症」では6 カテゴリー、「その他の事故」では4 カテゴリーが抽出された。在宅では、医療事故やケア事故に加え、移動時の交通事故のように様々な有害事象が発生していた。訪問看護における有害事象の判断基準が統一されておらず、事故やヒヤリ・ハットの定義が事業所によって異なっていた。そのため、事業所で収集されている事故報告件数をみて事故発生の多寡を判断することは難しい状況にある。このことから、発生状況を把握するためには、事故の種類ごとに定義や判断基準を明確にする必要があると考えられた。

A. 研究目的

訪問看護における有害事象（事故やヒヤリ・ハット・感染症）については、事業所ごとに事故報告から予防対策への取り組みが進められている。訪問看護では、どの場面でいつ起こった事象を有害事象とするのか、

様々な経験や知識をもつ看護師の判断に委ねられるため、その看護師の判断が大きく影響する。同様に事業所の管理者の判断基準も統一されていないため、有害事象の報告は事業所ごとに異なり、範囲が広く種類も様々である。

そこで、本研究では、訪問看護師は実際どのような有害事象を事故と判断しているのかの判断基準の実態を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

1. 研究対象

研究対象は、研究者の縁故法により、日々事故や感染症についての管理的判断を行っている管理者を選定した。事業所の開設法人や病院併設か否かにより事故や感染症への判断基準や対応策が異なる可能性が考えられるため、出来るだけこれらの属性を考慮した管理者に依頼した。

2. 調査方法

研究対象の属性ならびに管理上の具体例等について質問紙により情報を得るとともに、インタビューガイドに沿って、フォーカスグループインタビューを実施した。

インタビュー内容は、1) 事業所における事故ならびにヒヤリ・ハット(以下、事故等)の定義、2) 発生頻度の高い事故等の具体例、3) 事故による入院・死亡事例について、4) サービスに伴う事故等とそうでないもの、その判断基準、5) サービス提供中(訪問)以外に発生した事故等の判断基準、6) 事故等が発生したときの事業所内での報告基準と自治体への報告の範囲等、7) 訪問看護サービスに関連する事故についてどこまでの範囲を収集・分析すべきか、8) 利用者において発生頻度の高い感染症の具体例、9) 薬剤耐性菌を含む感染症の有無や保菌の有無の確認法、10) 感染症の発生が疑われる利用者への対応方法、11) 感染症発生時の事業所内での報告基準と自治体への報告の範囲、

等であった。

インタビュー内容は、調査対象者の承諾を得て IC レコーダーに録音し逐語録を作成した。

3. 分析方法

録音したインタビュー内容を逐語録におこし、質的記述的分析を行った。内容を有害事象の事故分類と、有害事象の判断基準の2つに分けた。さらに、有害事象の事故を「医療事故」「ケア事故」「交通事故」「紛失・破損」「事務的作業ミス」「感染症」「その他」として分類した上で、それぞれについて、質的記述分析を行った。

(倫理面への配慮)

対象者には、参加は自由意志であり途中で辞退も可能であること、得られたデータはすべて匿名化し個人が特定されることはないこと、研究目的以外には使用しないことを口頭及び書面で説明し署名にて同意を得た。本研究は東京医科歯科大学医学部研究倫理委員会(M2019-058)の承認を得て実施した。

C. 研究結果

調査対象の訪問看護ステーションの管理者4名は、男性1名、女性3名で、年齢は30代から50代であった。管理職としての経験年数は7年6か月から20年であった。

分析の結果、「医療事故」では5カテゴリー、「ケア事故」では3カテゴリー、「交通事故」では2カテゴリー、「事務的作業ミス」では3カテゴリー、「感染症」では6カテゴリー、「その他の事故」では4カ

テゴリーが抽出された。

有害事象（事故やヒヤリ・ハット、感染症）の判断基準では、14 カテゴリーと 36 サブカテゴリーが抽出された。以下、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは [], 〈 〉 はコードを示す。

1. 訪問看護における有害事象（事故やヒヤリ・ハット、感染症）の種類

1) 有害事象の判断基準

「医療事故」は、【内服薬のセット間違えに関する報告件数が多い】【処置内容、投与量の間違えに関する報告件数が多い】【男性のバルーンカテーテル挿入は重大な事故につながりやすい】【気管カニューレなどの管の自己抜去は小児の利用者で多く発生する】【針刺し事故は事故として報告している】の 5 つのカテゴリーが抽出された。

「ケア事故」は、【訪問中のケアに関連する事故として報告件数が多いのは爪切り事故である】【看護師が利用者宅を汚染させてしまった場合は事故として報告する】【転倒による骨折、火傷により入院治療や処置が必要となった事故事例がある】の 3 つのカテゴリーが抽出された。

「交通事故」は、【訪問看護の移動中の事故は頻繁に発生し、交通事故はトラブルに巻き込まれることがある】の 1 つのカテゴリー、「紛失・破損」は【個人情報の漏洩につながるタブレット端末の置き忘れや紛失は重大な事故として報告している】【利用者宅の器物破損は頻繁に発生している】の 2 つのカテゴリーが抽出された。

「事務的作業ミス」は、【訪問スケジュールの調整ミスは事故報告で多い】【他の事業

者や主治医へのファックスの誤送信は頻繁に発生する事故やヒヤリ・ハット事例である】【利用者に関する請求ミスは事故となるが利用者に関連しない請求ミスを事故とするかは管理の判断による】の 3 つのカテゴリーが抽出された。

「感染症」は、【感染症の範囲に含まれるものとしては HIV、HCV、結核、インフルエンザ、新型インフルエンザ、ノロウイルス、疥癬、手足口病がある】【インフルエンザとノロウイルスは発生頻度が高く、感染が拡大しやすい】【PTCD チューブ、ポート、膀胱留置カテーテル等、管が入っている利用者の感染症は発生している】【利用者にみられる感染症には真菌（白癬、おむつかぶれ、カンジダ）、日和見感染がある】【蜂窩織炎は発生しているが感染症がどうかの判断は人による】【結核で排菌している利用者がいたが看護師は感染しなかった】の 6 カテゴリーが抽出された。

「その他の事故」は、【利用者宅への私物の置き忘れに関する事例は報告件数が多い】【訪問先のペットに噛まれた事例が報告されている】【訪問したときに死亡している利用者を発見した場合は事故としていない】【事故報告書に記載しないがパワーハラスメント・セクシャルハラスメントが発生している】の 4 つのカテゴリーが抽出された。

2) 医療事故

訪問看護では、【内服薬のセット間違えに関する報告件数が多い】と【処置内容、投与量の間違えに関する報告件数が多い】から、内服薬セット、処置内容、投与量の間違えに関する事故報告が多かった。

医療事故の中では、男性のバルーンカテ

ーテル挿入で、[男性のバルーンカテーテル挿入時に負傷させた事故がある]と負傷させた例があることから[事故防止のため男性のバルーンカテーテル挿入は引き受けないようにしている]と【男性のバルーンカテーテル挿入は重大な事故につながりやすい】と考えられていた。また、気管カニューレなどの管の自己抜去は、〈子どもが多いので、管などを抜くみたいなのは(多い)〉、〈看護師が訪問しているときは(管を)できるだけ抜かれないようにしている〉から、【気管カニューレなどの管の自己抜去は小児の利用者で多く発生する】と考えられ、予期しないタイミングで起こるので看護師も注意していた。

針刺し事故は【針刺し事故は事故として報告している】と、事故として報告されており、[針刺し事故時に感染症の情報が必要となる]から、利用者の感染症がないか調査する事例となっていた。

3) ケア事故

ケア場面で事故報告が多い事象は、【訪問中のケアに関連する事故として報告件数が多いのは爪切り事故である】から爪切り事故であった。[訪問看護を始めたばかりの人は爪切りで(皮膚を)切ったというのはい多い]と皮膚を傷つけてしまう事故が多いことが語られた。

ケア場面で起こった汚染は、〈バルーン交換のときイソジンをつすまに飛ばしてしまったことがある〉、〈イソジンの包装で押すのと折るのを間違えて、イソジンが飛び出してつすまを汚してしまったことがある〉とバルーンカテーテル交換時のイソジン消毒で発生しており、【看護師が利用者宅を汚

染させてしまった場合は事故として報告する】と、事故として報告していた。

また、ケア場面で起こり、事故により入院治療や処置が必要となった事例は、[訪問中に利用者が転倒し骨折してしまった事例がある]、[訪問中に蒸しタオルで火傷を負わせて入院が必要になった事例がある]があったことから【転倒による骨折、火傷により入院治療や処置が必要となった事件事例がある】とした。しかし、転倒して骨折した例はあるが[訪問中の事故により利用者の入院治療が必要になった事例は少ない]と頻度は少なかった。

4) 交通事故

訪問看護の移動中の事故は、【訪問看護の移動中の事故は頻繁に発生し、交通事故はトラブルに巻き込まれることがある】とした。[訪問看護の移動中の交通事故は頻繁に発生している]と[交通事故の中でも自転車での転倒事故が多い]から、交通事故と自転車での転倒事故が頻繁に発生し、自転車の転倒事故は〈(ナースが)自転車で、(道路の)側溝で滑って(転んじゃう)しまうことが多い〉、〈看護師の自転車での転倒は疲れの目安〉と様々な場面で起きていると推測された。交通事故では〈交通事故のときに相手に自分の携帯番号を教えてしまって(事故を起こした相手との)交渉事がややこしくなることがある、〈移動中の交通事故は(訪問看護師が)加害者ということもある〉〉とトラブルにつながりやすく【交通事故でトラブルに巻き込まれることがある】ことが分かった。

5) 紛失・破損

紛失で重大事故として扱われていたのは、【個人情報の漏洩につながるタブレット端末の置き忘れや紛失は重大な事故として報告している】であった。[個人情報に関することは事故として報告している]と必ず事故として報告され、[タブレット端末の置き忘れや紛失は重大事故である]ため〈iPadは紛失しないように首からさげないといけない〉という対策がなされていた。

破損については、[利用者宅の器物破損はよくある]から頻繁に起こっており【利用者宅の器物破損は頻繁に発生している】とした。また〈外での歩行練習中に転んで眼鏡を壊したことはあった〉とケア場面で利用者が起こした事例もあった。

6) 事務的作業ミス

事務的作業ミスでは、訪問スケジュールの間違えや訪問調整などの調整ミスが多く、【訪問スケジュールの調整ミスは事故報告で多い】とした。また、【他の事業者や主治医へのファックスの誤送信は頻繁に発生する事故やヒヤリ・ハット事例である】では、[ファックスの誤送信は他の事業者や主治医との間で起こる]と利用者宅ではなく、〈ファックスの誤送信は送信先からの電話連絡で発覚する〉と送信先からの連絡により事故が判明していた。

【利用者に関係する請求ミスは事故となるが利用者に関連しない請求ミスを事故とするかは管理の判断による】では、利用者への請求ミスを事故報告するかどうかは、事業所の所長の判断が大きく影響し、[利用者に不利益のない請求ミス、加算取り忘れを事故とするかは所長の判断による]

[利用者に不利益が生じる請求ミスは事故になる]と判断が所長に委ねられていた。

7) 感染症

感染症として報告する範囲は【感染症の範囲に含まれるものとしてはHIV、HCV、結核、インフルエンザ、新型インフルエンザ、ノロウイルス、疥癬、手足口病がある】と考えられていた。それらの頻度に関しては【インフルエンザとノロウイルスは発生頻度が高く、感染が拡大しやすい】とされ、[ノロウイルスは利用者から看護師、ヘルパーに感染することが多い]とノロウイルスは訪問看護に携わる他職種間に感染が拡大する例があった。

在宅では感染症はほとんど発生しないが、【PTCDチューブ、ポート、膀胱留置カテーテル等、管が入っている利用者の感染症は発生している】では〈管が入っている人の感染の発生頻度は〉そんなにない、〈(尿路感染は)全然なくはない〉と頻度は少ないが、医療処置が必要な利用者では感染症が発生していた。

【利用者にみられる感染症には真菌(白癬、おむつかぶれ、カンジダ)、日和見感染がある】では、[白癬は高齢者に多く、気にはしますけれども、感染症って言っていない]と白癬は感染症と認識しているが報告することは難しいと考えられていた。また、【蜂窩織炎は発生しているが感染症がどうかの判断は人による】と、蜂窩織炎も感染症として報告することは難しいと考えられていた。

【結核で排菌している利用者がいたが看護師は感染しなかった】では、[結核で排菌している利用者がいた]が、看護師が感

染したことはないとしていた。

8) その他の事故

利用者宅への物品の置き忘れに関して、看護計画書、訪問ノートなどの[利用者宅への記録や書類の置き忘れに関する報告は私物に比べると少ない]が、カーディガン、帽子などの【利用者宅への私物の置き忘れに関する事例は報告件数が多い】としていた。

【訪問先のペットに噛まれた事例が報告されている】では、〈(当事業所では) ペット関連の事故は結構多い〉、〈(ペットにかまれるのは) 2~3 か月に1回ぐらいある〉から頻度の違いはあるが発生しており、〈精神科の中央のグループホームの職員が犬をゲージに入れてくれなくて、結局かまれてもめる〉、〈ペットをゲージに入れていない訪問先で噛まれる〉など特定の訪問先で発生していた。

【訪問したときに死亡している利用者を発見した場合は事故としていない】では、[訪問した時に死亡している利用者を発見した場合は事件であるが事故ではない]と利用者の死は事故報告する例ではないとしていた。その場合、[利用者の死亡があると警察から事件性があるかについて確認の電話がくる]と警察からの電話確認が必要となっていた。

【事故報告書に記載しないがパワーハラスメント・セクシャルハラスメントが発生している】では、ハラスメントは、[ハラスメントの中でもパワーハラスメントが多い]、[利用者からのセクシャルハラスメントがある]とパワーハラスメントとセクシャルハラスメントが発生しており、[ハラスメントの報告様式はないが別途取り扱って

いる]と事故としての記載はしていなかった。

2. 訪問看護における有害事象(事故やヒヤリ・ハット、感染症)の判断基準

訪問看護における有害事象(事故やヒヤリ・ハット、感染症)の判断基準として、【事故やヒヤリ・ハットに該当するかの判断基準は事業所によって異なる】【事故報告件数は事業所により異なる】【病院とは異なる在宅ケア特有の事故やヒヤリ・ハットの判断基準がある】【訪問時間外に発生した事象を事故やヒヤリ・ハットとして扱うかは看護師に起因していたか否かによる】【利用者への影響レベルにより事故を法人に報告するか決まる】【ケア提供に伴う事故は発生件数の把握が難しい】【人から人にうつるもの、針刺しで感染するものを感染症としている】【在宅では感染症の発生はほとんどない】【薬剤耐性菌の保菌や感染は入院歴がないと分からない】【病院から持ち込んだ薬剤耐性菌の退院後の治癒や発生状況は不明である】【発熱だけでは事故として扱っていない】【訪問看護の中で食中毒は有害事象(感染症)として認識されていない】【褥瘡は在宅ではほぼ新規発生しないが、全身状態や栄養状態の低下、合併症として発生する場合がある】【褥瘡は事故として扱っていないが医療保険の届け出のために発生件数は算出している】の14のカテゴリーが抽出された。

1) 【事故やヒヤリ・ハットに該当するかの判断基準は事業所によって異なる】

【事故やヒヤリ・ハットに該当するかの判断基準は事業所によって異なる】では、事故やヒヤリ・ハットの判断基準について、管

理者からは〈訪問中の事故は小さいものから大きいものまでいろいろある〉と、事故レベルの範囲の広さや、〈スケジュールを忘れたというのもアクシデントで挙げてくるところもあれば、レセプトの請求ミスを上げてくるところもあれば、「すみませんでした」で済むことは済んでいたりと。そこら辺の温度差は所長による〉と、訪問看護では様々な事象が起こることから〔事故に該当するかの判断基準は統一されていない〕と考えていた。

また、〈インシデント、アクシデントの定義は各事業所の報告書では統一されていない〉、〈こっちのステーションでは同じ事故をインシデントとして扱い、こっちはアクシデントとして扱いとなると件数を収集しても解釈できない〉から〔事業所によってインシデント（ヒヤリ・ハット）とアクシデント（事故）の定義が異なる〕と感じていた。さらに〔事故に至らないヒヤリ・ハット事例も事故であると判断している事業所もある〕と事業所によってヒヤリ・ハット事例の捉え方の違いがあることが示された。

2) 【事故報告件数は事業所により異なる】

【事故報告件数は事業所により異なる】

では、〈事故報告件数は、1つの事業所で30件ぐらい〉と事故件数を出している事業所もあれば、〈(他の事業所に比べて事故件数が少ないのは) 報告書を書かないからだと思う〉と報告書を書かない事業所もあり、事故報告件数に差が出ていた。

3) 【病院とは異なる在宅ケア特有の事故やヒヤリ・ハットの判断基準がある】

【病院とは異なる在宅ケア特有の事故や

ヒヤリ・ハットの判断基準がある】では、訪問看護では内服薬に関して、内服薬のセット以外は事故報告しないが病院だと薬に関するそれ以外のことも事故報告するということから〔病院ではヒヤリ・ハットに該当するが訪問看護では該当しない事象がある〕、また、〈事業所用のヒヤリ・ハット報告書には、母体病院の事故報告に記載しない体温計忘れや、カーディガンの忘れてしまったことも書いている〉から〔病院ではヒヤリ・ハットに該当しないが訪問看護では該当する事象がある〕と、病院とは異なる訪問看護特有の事象があると感じていた。

また、〈インシデント、アクシデントという病院のものとは別にもう1つ事業所のものとして(何でも書いてよい)ヒヤリ・ハットの報告書に書くようにしている〉と病院と同様の事故報告書の書式では記録に残せないこともあるとしていた。しかし、〔発生するインシデントやアクシデントの種類はほぼ同様である〕と報告される事象は病院と共通していると感じていた。

4) 【訪問時間外に発生した事象を事故やヒヤリ・ハットとして扱うかは看護師に起因していたか否かによる】

【訪問時間外に発生した事象を事故やヒヤリ・ハットとして扱うかは看護師に起因していたか否かによる】では、訪問時間外の転倒については、〔看護師の訪問後に起こった転倒を事故扱いにするかの判断は難しい〕とし、〔看護師が予測できなかった訪問時間外の転倒は事故にしていない〕と、看護師が関与していない予測できない転倒は事故にしないとしていた。また、〈看護師による薬のセット間違いにより時間外にその薬を飲

んだというなら、訪問時間外に(看護師の)行為で(起ったことでも事故扱いになる))から「訪問時間外に発生した事象でも看護師のヒューマンエラーの場合は事故としている」と看護師のヒューマンエラーが事故として扱う基準になるとし、「訪問時間外に起こった事象でも看護師に起因するか明らかでない場合は事故扱いにせずインシデントレポートも書いていない」とエラーが明確でなければ事故扱いにしないと考えていた。他に、「人工肛門のトラブルは要因が多様であるため事故にするかの判断が難しい」と訪問時間外に発生しやすい人工肛門のトラブルや、「訪問時間外に家族が行った医療行為のエラーは事故にしない」と看護師以外の医療行為は事故にしないと考えていた。

5) 【利用者への影響レベルにより事故を法人に報告するか決まる】

【利用者への影響レベルにより事故を法人に報告するか決まる】では、事業所では、事故の影響レベルにより、法人の看護部に事故報告をしており、(法人の看護部に報告しなければならぬのは危害が及ぶとか、よくゼロから5までとか、ステーションに影響度A、B、Cみたいなところで影響が出たもの)と影響レベルに応じて報告することが決まっていた。

6) 【ケア提供に伴う事故は発生件数の把握が難しい】

【ケア提供に伴う事故は発生件数の把握が難しい】では、「入浴介助時の転倒は有害事象は転倒であるが入浴介助で事故報告されている」、「有害事象は汚染であるがケア場面で発生件数をカウントしていることが

ある」と、ケア場面が有害事象として報告されていることがあると示された。また、「ケアで分類するとおむつ事故だが、汚染だったり」とケア場面で分類されることがあるため、「同じ有害事象でも発生するケア場面が異なる」とケア場面で報告されることにより有害事象が不明確になっていると感じていた。褥瘡と転倒に関しては、「褥瘡の実態を把握するのはすごく難しいと思う」、「利用者さんの転倒とかも数にはならない」と感じており、「褥瘡、転倒を訪問看護に関連した事故扱いにするのは難しい」と、その二つは発生件数の把握が難しい事象として捉えられていた。

7) 感染症の判断基準

感染症に関して、何を感染症として判断しているかについては【人から人にうつるもの、針刺しで感染するものを感染症としている】としていた。しかし、在宅での感染症の発症頻度では、「在宅では感染せず、入院したり施設に行くことで感染するケースが多い」から、【在宅では感染症の発生はほとんどない】と考えられていた。薬剤耐性菌の保菌や感染に関しては、「MRSA、ESBLなど薬剤耐性菌の保菌や感染は入院した時にわかる」、「HBV、HCV、HIVなどの感染症はサマリーで確認できる」と、入院歴のある利用者については調べられるが、検査しないとわからないため、「薬剤耐性菌は病院からの情報がないと検査できないので在宅では分からない」と在宅で調査するのは困難であり、【薬剤耐性菌の保菌や感染は入院歴がないと分からない】とされていた。【病院から持ち込んだ薬剤耐性菌の退院後の治癒や発生状況は不明である】では、「薬剤耐性菌は病

院からの持ち込みである]で[薬剤耐性菌感染は退院後にいつ治ったのか分からない]と考えられていた。

【発熱だけでは事故として扱っていない】では、利用者の発熱は[(感染リスクがある利用者の発熱時の話)原因と結果の因果関係が微妙なこともあり事故とするかの判断は難しい]と事故の扱いにするかは判断が難しく、[PTCDの場合、チューブの閉塞を疑い、外部からの原因は考えにくい]という例もあった。また、食中毒は、【訪問看護の中で食中毒は有害事象(感染症)として認識されていない】と、〈食中毒は私たちが(訪問看護で)関わる中で、調理するわけではないので関与しない〉、〈冷蔵庫にちょっと期限切れ(の食品)がいっぱいあったとしても(利用者や家族が食べて腹を下すことがあっても)感染症の扱いにはならない〉と訪問看護では有害事象としていなかった。

8) 褥瘡を事故とするか判断基準

【褥瘡は在宅ではほぼ新規発生しないが、全身状態や栄養状態の低下、合併症として発生する場合がある】では、訪問看護での褥瘡は、〈(褥瘡を)家で作ることはほぼないと思う〉と[在宅での褥瘡の新規発生はほぼない]としたが、[褥瘡は全身状態、栄養状態の低下や合併症として発生する場合がある]と利用者の状態変化により発生するものとしていた。

【褥瘡は事故として扱っていないが医療保険の届け出のために発生件数は算出している】では、褥瘡は[在宅では褥瘡は事故として扱っていない]が、[褥瘡の発生件数は医療保険の届け出に必要なので発生件数は算出している]、[医療保険の届け出には褥

瘡発生リスクが高い利用者の人数を記載するようになっている]と医療保険の届け出のために必要なので件数を出すものとして認識されていた。

D. 考察

1. 訪問看護における有害事象(事故やヒヤリ・ハット、感染症)の分類

先行研究では、在宅における訪問看護師のヒヤリ・ハット体験の実態調査で最も多いヒヤリ・ハット体験は、転倒・転落であり、次に内服与薬であること、インシデント・アクシデントを看護者自身の事故と、ケア中、医療機器に関するものなどに分類した調査では、インシデント・アクシデントの件数で最も多いのが転倒・転落、次が導尿・経管栄養等のカテーテル操作であることが報告されている。

本研究において転倒・転落は事故としての発生頻度は多くなかったが、転倒から骨折し重大事故として報告された例があった。「医療事故」では、【内服薬のセット間違えに関する報告件数は多い】【処置内容、投与量の間違えに関する報告件数は多い】ことが分かり、これらは他の報告と同様に訪問看護で頻度が高いものと考えられる。また、【男性のバルーンカテーテル挿入は重大な事故につながりやすい】は、訪問看護において、導尿での事故が多い上、特に男性の利用者の場合は注意が必要な技術であることがわかった。

「ケア事故」で事故報告が多かったものは、【訪問中のケアに関連する事故として報告件数が多いのは爪切り事故である】ことが明らかになった。爪切り事故は、[訪問看護を始めたばかりの人は爪切りで(皮膚を)

切ったというのはい多い]から、在宅では爪切りケアの頻度が高いことが推測され、経験が浅い看護師が起こしやすい有害事象であると考えられる。

「交通事故」では【訪問看護の移動中の事故は頻繁に発生し、交通事故はトラブルに巻き込まれることがある】、「紛失・破損」では【利用者宅の器物破損は頻繁に発生している】、「事務的作業ミス」では【訪問スケジュールの調整ミスは事故報告で多い】、【他の事業者や主治医へのファックスの誤送信は頻繁に発生する事故やヒヤリ・ハット事例である】、「その他の事故」では、【利用者宅への私物の置き忘れに関する事例は報告件数が多い】が、頻度の多いものとされていた。先行研究によると、訪問看護の移動中に起こる交通事故は、医療事故、ケア事故以外の「その他」の事故として、インシデント・アクシデントのうち、看護者自身の事故が全体の 40.8%で、交通事故が 20.4%であったと報告されている。また、器物破損、スケジュール調整ミス、個人情報漏洩に関するファックスの誤送信や忘れ物は、「その他」の事故で分類した文献でも報告されている事象であった。これらの有害事象は、訪問看護特有のものであり、発生頻度が高い反面、医療事故やケア事故と同じように明確に事故として扱われない可能性があるものと推測される。

「感染症」について、訪問看護における有害事象としての感染症の実態調査は少なく、「在宅医療廃棄物に関するもの」、「白癬」、「人工呼吸器感染管理」、「耐性菌感染」、「血液・体液曝露」、「気管内吸引」、「カテーテル関連尿路感染症」、「皮下埋め込み型中心静脈アクセスポート管理」、「インフルエンザ」、

「入浴介助における細菌汚染」等、感染症ごとの報告がされている。本研究でも、【感染症の範囲に含まれるものとしては HIV、HCV、結核、インフルエンザ、新型インフルエンザ、ノロウイルス、疥癬、手足口病がある】、【PTCD チューブ、ポート、膀胱留置カテーテル等、管が入っている利用者の感染症は発生している】、【利用者にみられる感染症には真菌（白癬、おむつかぶれ、カンジダ）、日和見感染がある】、【蜂窩織炎は発生しているが感染症がどうかの判断は人による】、【結核で排菌している利用者がいたが看護師は感染しなかった】と、感染症の種類は広範囲であった。管理者の中で、どれが感染症である、という明確な認識がされていたが、その中で、白癬や蜂窩織炎は感染症として報告していないというように、感染症と認識しているが、報告すべき感染症と考えられていない事象があることが明らかになった。

2. 訪問看護における有害事象（事故やヒヤリ・ハット、感染症）の判断基準

在宅では、医療事故やケア事故に加えて、病院とは異なる様々な有害事象が発生する。本研究では、訪問看護における有害事象の判断基準について、判断基準が統一されていないこと、事故やヒヤリ・ハットの定義が事業所によって異なることから、【事故やヒヤリ・ハットに該当するかの判断基準は事業所によって異なる】、【事故報告件数は事業所により異なる】ことが明らかになった。全国のステーション間には、リスクやリスク管理に関する認識や取り組みに大きな差があるといわれており、管理者たちが実感している事業者間の差は、現状を示すもの

と考えられる。

現時点での訪問看護における有害事象の判断は、各事業所において厚生労働省のアクシデント、インシデントの定義を元に行っていると思われるが、これらは医療事故、日常診療の場で起きる事象を想定しているため、訪問看護で起こる有害事象のすべてを対象にしていない。管理者たちも【病院とは異なる在宅ケア特有の事故やヒヤリ・ハットの判断基準がある】と、利用者宅への私物の忘れ物のような在宅ケア特有の事象があると認識している。Harrison (2013) らは、在宅環境に独特の解決策が必要であると述べており、在宅ケア特有の有害事象の判断基準が求められている。

また、有害事象を報告する報告書についても、母体病院と同一の書式を使用していることにより、その書式に該当しない医療事故、ケア事故以外の有害事象は報告書にあげられなかったり、事業所ごとに報告書の書式が異なるために、ある事業所では報告に挙がるが、他の事業所では報告されない、といったことが起こる可能性がある。

【利用者への影響レベルにより事故を法人に報告するか決まる】から、報告件数を少なくしようと有害事象を過小評価して報告する可能性も考えられ、これらの様々な要素が有害事象の判断をさらに複雑にしていると考えられる。

さらに、訪問看護では訪問時間外にも有害事象が発生する。【訪問時間外に発生した事象を事故やヒヤリ・ハットとして扱うかは看護師に起因していたか否かによる】と、有害事象に看護師が起因しているかが判断の基準になっていた。人工肛門のトラブルや家族が行った医療行為によるものといっ

た、看護師に起因しないことが明確な事象もあれば、転倒のような事故として扱うか難しい事象もあり、この時間外の有害事象をどのように判断するかは事業所によって異なると考えられる。

最後に、有害事象の判断を複雑にしているものとして、ケア場面自体が有害事象として挙げられる場合が多いことがある。有害事象は転倒だが入浴介助で事故報告したり、有害事象は汚染だがケア場面で発生件数をカウントしていることがあり【ケア提供に伴う事故は発生件数の把握が難しい】と管理者は感じていた。訪問看護では、有害事象の判断はそのケアを提供した看護師に委ねられるため、その判断が管理者と異なれば、さらに事故報告が煩雑になってしまう。在宅ケアのエラーの発生予防については個人の能力に力点が置かれているともいわれ、看護師の能力の差は有害事象の判断にも関係すると考えられる。看護師の業務内容を軽減し負担を軽くするためにも、様々な背景を持つ看護師の判断基準を統一することが必要である。

感染症の判断基準について、調査した文献はみあたらなかった。本研究では、【在宅では感染症の発生はほとんどない】としながらも、【人から人にうつるもの、針刺しで感染するものを感染症としている】、【訪問看護の中で食中毒は有害事象(感染症)として認識されていない】とされていた。感染症は、有害事象の分類のところで述べたように、非常に広範囲だが、在宅では感染症として報告しない白癬や蜂窩織炎、【褥瘡は事故として扱っていないが医療保険の届け出のために発生件数は算出している】とされている褥瘡などもあり、訪問看護に特有の判

断基準を定める必要があると考える。

また、在宅では、【薬剤耐性菌の保菌や感染は入院歴がないと分からない】、【発熱だけでは事故として扱っていない】ことが明らかになった。病院とは異なり在宅では、薬剤耐性菌に限らず、感染症の培養検査が日常的に実施されていない現状にある。そのため、薬剤耐性菌に関しては、主治医や入院していた医療機関からの情報提供に頼っており、誰が保菌しているかはわからない状況にあるといえる。そのため、有害事象として報告する感染症の種類だけでなく、感染症が利用者から発生した場合どのような状況になったら報告するのかの基準を感染症ごとに定める必要があると考える。

E. 結論

「医療事故」では5 カテゴリー、「ケア事故」では3 カテゴリー、「交通事故」では2 カテゴリー、「事務的作業ミス」では3 カテゴリー、「感染症」では6 カテゴリー、「その他の事故」では4 カテゴリーが抽出された。在宅では、医療事故やケア事故に加え、移動時の交通事故のように様々な有害事象が発生していた。

訪問看護における有害事象の判断基準は統一されていないこと、事故やヒヤリ・ハットの定義が事業所によって異なることから、発生状況を把握するためには、有害事象の判断基準を明確にすることが必要である。