

厚生労働科学研究費補助金
長寿科学政策研究事業

実証研究に基づく訪問看護・介護に関連する事故および感染症予防の
ガイドライン策定のための研究

令和元年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 柏木 聖代

令和2（2020）年3月

目 次

I	総括研究報告	
	訪問看護に関連する有害事象および再発予防策の実態把握に関する研究	3
	柏木聖代	
II	分担研究報告	
	1. 訪問看護に関連する有害事象の定義、範囲・種類に関する国内文献 レビュー	9
	寺嶋美帆、柏木聖代	
	2. 訪問看護や訪問介護における医療安全および感染症に関する海外文献 レビュー	17
	森岡典子、柏木聖代	
	3. 自治体における介護保険事業者による事故の報告基準に関する研究 ～介護保険事業者における事故発生時の報告取扱要領の分析から	22
	鈴木のどか、柏木聖代	
	4. 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	28
	寺嶋美帆、柏木聖代	
	5. 訪問看護に関連する事故・感染症の実態および再発予防策に関する全国 調査	40
	柏木聖代、緒方泰子、橋本廸生、齋藤良一、浜野淳、大河原知嘉子、 森岡典子、寺嶋美帆	
III	研究成果の刊行に関する一覧表	79

厚生労働科学研究費補助金（長寿政策科学研究事業）

統括研究報告書

訪問看護に関連する有害事象および再発予防策の実態把握に関する研究

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

研究要旨

2019年度は、1) 訪問看護に関連した有害事象の実態把握手法の開発、2) 全国調査による訪問看護に関連した有害事象の実態および再発予防策に関する実態把握を実施した。1) 訪問看護に関連した有害事象の実態把握手法の開発については、(1) 国内外の文献レビューによるガイドラインや実態調査で用いられている指標の把握、(2) 介護保険事業者が事故・感染症発生を自治体に報告する基準の実態把握、(3) 訪問看護事業所の管理者を対象としたフォーカスグループインタビューによる事故発生の判断や報告基準、安全管理体制等の現状把握を行った。

研究分担者

緒方 泰子 東京医科歯科大学大学院
保健衛生学研究科 教授
橋本 廸生 日本医療機能評価機構
常務理事
齋藤 良一 東京医科歯科大学大学院
医歯学総合研究科 准教授
浜野 淳 筑波大学医学医療系 講師
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
鈴木のどか 東京医科歯科大学大学院
保健衛生学研究科
教育支援者
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

A. 研究目的

わが国において訪問系サービスへの期待は大きく、安全管理体制の整備は喫緊の課題である。特に多くの人が関わる在宅では、ヒューマンエラーが高リスクとの指摘があるが、訪問看護・訪問介護に関連した全国規模で事故やヒヤリ・ハット、感染症の発生状況の実態把握は進んでいない。その背景には、訪問看護・訪問介護に関連した事故等の判断基準や事業所内や自治体への報告基準が多様であること、各事業所において発生件数の把握や分析がされていない等が指摘されているが、詳細はわかっていない。

1年目である2019年度は、全国規模での訪問看護に関連した有害事象の実態把握のための手法の検討を行い、訪問看護ステーションを対象とした全国調査により、訪問看護に関連した有害事象および再発予防策に関する実態を把握することを目的とした。訪問看護に関連した有害事象の実態把握

手法については、1) 国内外の文献レビューによるガイドラインや実態調査で用いられている指標の開発、2) 「介護保険事業者における事故発生時における報告取扱要領」を用いた介護保険事業者が事故発生を自治体に報告する基準の実態把握、3) 訪問看護事業所の管理者を対象としたフォーカスグループインタビューによる事故発生の判断や報告基準の把握を行うこととした。

B. 研究方法

1. 研究論文、ガイドラインや実態調査で用いられている有害事象の指標の把握

1) 国内文献のレビュー

医学中央雑誌 Web 版を用いて、事故については「訪問看護」and「有害事象」、「訪問看護」and「インシデント／ヒヤリ・ハット事例」、「訪問看護」and「アクシデント」をキーワードに検索し、重複した文献を除いた。感染については「訪問看護」and「感染症」をキーワードに検索した。

文献の選定基準は、①原著論文、②対象者が訪問看護サービス利用者、訪問看護師であるものとした。原著論文以外においても関係する文献は対象に含めた。また、入手困難な文献は除いた。

事故については、本研究では、アクシデントは事故、インシデントはヒヤリ・ハットとして分類した。収集した文献を「事故の種類・範囲」、「事故の定義」、「ヒヤリ・ハットの定義」に分類した。感染症については、「研究デザイン」、「感染症の種類」、「調査項目」に分類した。

2) 国外文献のレビュー

在宅領域における医療安全および感染管

理について、諸外国におけるガイドラインや実態調査について文献レビューで概観し、用いられている指標を把握した。

MEDLINE (PubMed)、Google scholar、関連団体のホームページを元に、The Joanna Briggs Institute の scoping review framework に則り、実施した。①文献の対象者が在宅医療・介護サービス利用者であること、②実態調査やガイドラインなど、広く指標を網羅している文献であり、特定の指標における関連要因などは除外（在宅における褥瘡の関連要因など）とする、③研究デザインが Review, observational study, qualitative study, mixed method research, guideline, unpublished grey literature (RCT などの介入研究は除外) であるものを選定基準として、タイトル・アブストラクトチェックを行い、該当した文献について全文チェックを実施した。

2. 介護保険事業者が事故発生を自治体に報告する基準の実態把握

インターネット上で公表されている都道府県・政令指定都市・中核市の「介護保険事業者における事故発生時の報告取扱要領（以下、事故報告取扱要領）」を収集した。データ収集期間は、2019年4月～2020年6月までとした。

事故報告取扱要領に記載されていた事故の基準について、類似性に沿って分類した。なお、本研究において「事故の範囲」とは、「サービスの提供に関連する事故がどこまでを含むのかを示すもの」とする。例えば、「利用者が事業所に滞在している間」や「直接介助中」「訪問中」である。

3. 訪問看護事業所の管理者を対象とした

フォーカスグループインタビュー

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。

録音したインタビュー内容を逐語録に起こし、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、有害事象の事故分類を「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)

本研究は東京医科歯科大学医学部研究倫理委員会（承認番号：M2019-058）の審査承認を得て実施した。

4. 訪問看護に関連した有害事象および再発予防策の実態に関する全国調査

厚生労働省が所管している「介護サービス情報公表システム」に2019年調査の訪問看護の情報を掲載していた事業所のうち、①病院又は診療所である指定訪問看護事業所、②事業開始年月日が2019年4月以降の訪問看護ステーション（調査時点で事業を開始していない）、③訪問看護ステーションの人員基準を満たしていない看護職員常勤換算数が2.5人未満もしくは人員が欠損の訪問看護ステーションを除いた9,979事業所の管理者を対象とした。調査は、2020年3月に実施した。

調査内容は、事業所の基本属性、安全管理体制、人員体制、事故・ヒヤリ・ハット、感染症の発生状況、安全管理体制等、感染症発生事例であった。各調査項目について基本統計量を算出した。

(倫理面への配慮)

本研究は東京医科歯科大学医学部倫理審査委員会の審査承認を得て実施した（承認番号：M2019-304）。

C. 研究結果

1. 国内外の文献レビューによる訪問看護に関連した事故の範囲や定義、ガイドライン等で用いられている指標

事故の種類は、医療処置に関わるものとそれ以外のものがあつた。事故、ヒヤリ・ハットの定義が区別されていたのは13件中6件であつた。事故、ヒヤリ・ハットの定義や対象とする範囲は、文献によって様々であつた。また、訪問看護では、訪問看護サービス提供中に起こつた事故に加え、移動中の交通事故など、訪問看護従事者に関連する様々な有害事象も訪問看護に関連する事故として扱われていた。

感染症の対象文献は56件で、「感染対策」がもっと多く、次いで「感染予防研修会の評価」であつた。訪問看護における感染症の範囲を定義づけしている文献はみあたらなかつた。

国外文献では、医療安全に関するアウトカム指標として、ヘルスケア関連の感染症、せん妄、転倒、外傷（重症度別）、褥瘡、医薬品関連エラー（飲み忘れ等も含む）、救急搬送などがあつた。感染症に関しては、WHOガイドライン等を基にした、手指消毒や標準予

防策に関する手順をプロセス指標として位置づけていた。アウトカム指標として、中心静脈ライン感染、カテーテル関連感染（尿路感染など）、Bloodstream Infections (BSI)、Skin and Soft Tissue Infections (SSTI)、耳鼻咽喉等の感染症、消化器感染症が多く用いられていた。また、多剤耐性菌についても、重要な指標として挙げられていた。

2. 介護保険事業者が事故発生を自治体に報告する基準

事故の種類は、「利用者の死亡事故」、「利用者の怪我・負傷」、「誤嚥・誤飲・異食」、「誤薬」、「虐待・暴力」、「不法行為・不祥事」、「財産・家屋の破損」、「失踪・行方不明」、「火災の発生」、「自然災害の発生」、「交通事故」、「苦情・トラブル・訴訟」、「感染症」、「食中毒」に分類された。

各事故の種類ごとに示されていた事故の報告基準は様々であり、自治体によって異なっていた。さらに、都道府県で示されている報告基準と各都道府県に属する市町村の報告基準が統一されていなかった。

3. 訪問看護ステーションにおける訪問看護に関連した事故発生の判断や報告基準

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、移動時の交通事故といった訪問従事者に関する様々な有害事象も発生していた。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、各事業所の事故発生件数の数値をみて、事故発生の多寡を判断することが難しい現状が明らかになった。

4. 訪問看護に関連した有害事の実態および再発予防策の実態

571事業所より返信があり、すべての項目が未記入であった6事業所を除く565事業所を分析対象とした。

訪問看護ステーションにおける「訪問看護に関連する事故」の範囲に関する認識では、92.1%の事業所がヒヤリ・ハットに分類される「軽度の実害あり」、57.2%が「利用者に未実施」、83.5%が「実害なし」を「訪問看護に関連する事故」の範囲として認識していた。「事故」に分類される「中程度の実害あり」から「利用者の死亡事故」に関しては、90%以上の事業所が「訪問看護に関連する事故」の範囲として認識していた。

市区町村に報告する範囲では、「高度の実害あり」から「利用者の死亡事故」に関しては、90%以上の事業所が「訪問看護に関連する事故」として市区町村に報告すると回答していた。訪問看護サービス提供中に起きた、利用者に関する事故・ヒヤリ・ハットの発生件数は、「転倒」「転落」「誤嚥」「誤薬」「医療・介護機器関連」「ドレーン・チューブ関連」で、いずれも中央値は0件であった。訪問従事者に関する事故である「訪問前後の移動中の交通事故」「サービス提供中のペット関連事故」「利用者からのハラスメント」「スケジュールミス」「個人情報関連」「針刺し事故」の発生件数も同様であった。

2019年度に事故防止のための研修を事業

所内で実施したかについては、54.3%の事業所が「実施」と回答していた。実施した研修内容は、具体的な事故事例等に関することが59.8%、事故発生時の対応が58.1%、マニュアル等の周知が43.9%であった。「外部」の研修を受講したかについて、「はい」と回答した事業所は25.4%であった。

専門の感染対策を担当する者がいるかについて「はい」と回答した事業所は16.7%、感染対策委員会の設置では「はい」と回答した事業所は18.8%であった。

推奨されている手指衛生の順守状況のモニタリングでは、モニタリングしていると回答した事業所は24.5%であった。携帯用のアルコール手指消毒薬のスタッフへの提供では、提供していると回答した事業所は91.4%であった。このうち、1人あたりの手指消毒薬の1日の使用量を把握していると回答した事業所は27.0%であった。

訪問時の手洗い後に手を拭く方法では、「持参したハンカチやタオル」と回答した事業所が62.5%と最多であり、次いで、「持参したペーパータオル（使い捨て）」が多かった。

訪問看護を行う際に訪問バッグに常備しているものとして回答が最も多かったのは「手指衛生薬」94.1%であった。次いで、「非滅菌手袋」90.9%、「ゴーグル・フェイスシールド」88.4%、「使い捨てエプロン」56.3%であった。

オムツ交換やたんの吸引を行う場合の使い捨て手袋・エプロンの着用状況では、使い捨て手袋については、「必ず使用している」と回答した事業所は93.7%であった。使い捨てエプロンについては、「必ず使用している」と回答した事業所は20.8%にとどまり、

「使用していない」と回答した事業所43.0%を下回っていた。

事業所内や物品等の消毒薬による清掃の実施状況は、「事業所内のシンクや排水口」の清掃は「毎営業日」は29.3%で、最多は「週1~2日」29.0%であった。一方、5.5%の事業所は「行っていない」と回答していた。「事業所内職員が頻繁に触れるドアノブ、各種スイッチ」の清掃は「毎営業日」が40.2%で最多であった一方、10.6%の事業所は「行っていない」と回答していた。「パソコンのキーボードやタブレット端末」の清掃は「毎営業日」は29.0%であり、最多は「不定期」33.9%であった一方、13.8%の事業所は「行っていない」と回答していた。「血圧計のマンシットや送気球」の清掃は、「毎営業日」は22.9%であり、「不定期」が42.8%と最多であった一方、17.9%の事業所が「行っていない」と回答していた。「聴診器」の清掃は「毎営業日」は47.9%で最多であった一方、5.8%の事業所は「行っていない」と回答していた。「訪問バッグ」の清掃は「毎営業日」は13.9%であり、「不定期」が52.6%で最多であった一方、18.9%の事業所は「行っていない」と回答していた。「自転車や車のハンドル」の清掃は「毎営業日」は22.9%であり、「不定期」が43.4%で最多であった一方で、23.7%の事業所は「行っていない」と回答していた。

感染対策で不足と感じている内容については、「職員教育」が46.0%と最多であった。次いで、「事業所内の環境整備」が39.0%、「感染症対策に関する最新情報の収集」が37.4%であった。「不足はない」と回答した事業所は、4.9%であった。

訪問看護開始時における薬剤耐性菌の保

菌／感染の有無の主な確認方法として最も多かったのは「訪問看護指示書の感染症の有無の記載欄で確認」74.1%であった。次いで、「利用者・家族に確認」が38.6%であった。一方、12.8%の事業所は「確認していない」と回答していた。薬剤耐性菌による感染徴候がある場合にどのような感染予防策をとっているかについては、「マスク等个人防护具の使用」が78.4%と最も多く、次いで、「消毒薬による手洗い」76.0%、「訪問順序の調整」62.7%、「器具などを利用者専用にする」52.3%であった。

D. 考察

訪問看護に関連した有害事象（事故やヒヤリ・ハット、感染症）の定義や種類、判断基準は、個人、事業所、自治体によって様々であり、有害事象の発生状況の実態把握が難しい現状が明らかになった。実際には、軽度や中程度の利用者に実害のあったヒヤリ・ハット事例も事故として認識している事業所が多かった。

訪問看護に関連する事故の中には、訪問看護サービス提供中（訪問中）の事故だけでなく、移動中の交通事故など訪問看護従事者に関する事故も含み、病院や施設に比べて広範囲であることも明らかになった。

以上のことから、全国規模で訪問看護に関連した有害事象の発生状況を把握するためには、事故やヒヤリ・ハットの定義や判断基準を明確にするとともに、種類ごとに発生状況の把握が必要であることが示唆された。

さらに、全国調査の結果、多くの訪問看護ステーションでは、過去3か月間、訪問看護に関連した有害事象は発生していない

ことが明らかになった。一方で、感染対策の委員会の設置や作成したマニュアルの活用、推奨されている手指衛生の順守状況のモニタリング、個人用防護具の使用、事業所内や物品等の環境清掃など、対策が十分でない事業所も散見された。今後、人員規模等、どのような要因が影響しているのかを検証していく必要がある。

また、自治体や他の訪問看護ステーションとの情報共有は限定的であったことから、現場で発生した事故情報、ヒヤリ・ハット情報、感染症の発生情報を収集・分析し、再発予防策の策定と実施を組織的に取り組む体制の整備が必要と思われた。

E. 結論

国内外の文献レビュー、管理者を対象としたフォーカスグループインタビューにより、訪問看護に関連した有害事象の実態を全国規模で把握する手法について検討し、全国調査による訪問看護に関連した有害事象の実態および再発予防策に関する実態を明らかにした。

F. 健康危険情報

特記事項なし

G. 研究発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

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

日本における訪問看護に関連する有害事象の定義、範囲・種類に関する文献レビュー

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

研究要旨

訪問看護で起こりうる有害事象（事故・ヒヤリ・ハット、感染症）の定義、範囲・種類について、国内で報告された文献レビューにより把握した。医学中央雑誌 Web 版を用いて、事故については「訪問看護」and「有害事象」、「訪問看護」and「インシデント／ヒヤリ・ハット事例」、「訪問看護」and「アクシデント」を、感染については「訪問看護」and「感染症」をキーワードに検索し文献を収集し、対象文献を選定した。結果、事故の対象文献は 13 件であった。事故の種類は医療処置に関わるものとそれ以外のものがあった。事故、ヒヤリ・ハットの定義を分けていたのは 13 件中 6 件であった。事故、ヒヤリ・ハットの定義は、文献によって様々であった。感染症の対象文献は 56 件で、「感染対策」が一番多く、次に「感染予防研修会の評価」が多かった。訪問看護における感染症の範囲を定義づけている文献はなかった。訪問看護では事故、感染症ともに、医療処置やケア以外の訪問看護に起因する様々な事象があった。事故、ヒヤリ・ハットの定義は、文献により研究目的による表現の違いや、文面の具体性に違いがみられ、事故の判断がその事象に直面した看護師の判断によって左右される可能性があることを示唆している。訪問看護で起こりうる事故と感染症の範囲や種類は様々であるため、今後これらが明確に定義づけされ、システム化されることが望まれる。

A. 研究目的

訪問看護における有害事象（事故・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、在宅という病院とは異なる環境下で看護師が単独でケアをすることから、事故報告には、その看護師個人の判断が大きく影響する。また、事業所の管理者の判断も統一されておらず事故の判断基準も様々になっている。

有害事象については、わが国においては

厚生労働省が定めるインシデント・アクシデントの定義がある。他方、WHOの Adverse event（有害事象）のガイドラインでは、Adverse event がレベルごとに定義されているが、日本で用いられている「アクシデント」という用語は使用されていない。「エラー」がヒヤリ・ハットに相当し、「インシデント」はわが国のアクシデントと同義でエラーを含む用語になっている。

有害事象には感染症も含まれるが、事故同様、在宅での感染症の種類・範囲について

は明確な定義がされていない。自治体への事故報告の基準をみても、事故の種類や定義、報告基準は自治体によって様々であり、全国規模での有害事象の発生状況の把握は難しい状況にある。こうした状況から、訪問看護に関連した有害事象の実態を全国規模で把握するためには、有害事象の定義や判断基準を統一することが求められる。

そこで、本研究では、文献レビューを通して、訪問看護で起こりうる事故と感染症の定義、範囲・種類について国内ではどのような報告がされているかを把握することを目的とした。

B. 研究方法

1. 対象文献の抽出

医学中央雑誌 Web 版を用いて、事故については「訪問看護」and「有害事象」、「訪問看護」and「インシデント／ヒヤリ・ハット事例」、「訪問看護」and「アクシデント」をキーワードに検索し、重複した文献を除いた。感染については「訪問看護」and「感染症」をキーワードに検索した。

文献の選定基準は、①原著論文、②対象者が訪問看護サービス利用者、訪問看護師であるものとした。原著論文以外においても関係する文献は対象に含めた。また、入手困難な文献は除いた。

2. 分析方法

事故については、本研究では、アクシデントは事故、インシデントはヒヤリ・ハットとして分類した。収集した文献を「事故の種類・範囲」、「事故の定義」、「ヒヤリ・ハットの定義」に分類した。感染症については、「研究デザイン」、「感染症の種類」、「調査

項目」に分類した。

C. 研究結果

文献検索の結果、「訪問看護」and「有害事象」では9件、「訪問看護」and「インシデント（／ヒヤリ・ハット事例）」9件、「訪問看護」and「アクシデント」5件が該当した。選定基準に該当し、レビューの対象となった文献は13件であった。

1. 事故に関する文献の概要

文献検索の結果、「訪問看護」and「有害事象」では9件、「訪問看護」and「インシデント（／ヒヤリ・ハット事例）」9件、「訪問看護」and「アクシデント」5件が該当した。選定基準に該当し、最終的にレビューの対象となった文献は13件であった。

1) 事故の種類（表）

事故の種類をみると、「摘便時のキシロカインショック」、「血液・体液曝露」、「感染」、「在宅人工呼吸器関連の事故」と様々であった。医療事故、ケア事故以外の「その他」に分類された事故を調査した文献では、その他の事故として「スケジュールミス」、「紛失・忘れ物」、「レセプト間違い」、「破損」、「汚染」、「個人情報漏洩」、「交通事故」、「規定違反」、「安全管理忘れ」、「遅刻」、「報告」などがあげられていた。

2) 事故、ヒヤリ・ハットの定義

事故、ヒヤリ・ハットの定義が分けられていたのは13件中6件であった。事故の定義は、以下のとおりであった。

- ・ 実際に誰かや何かに影響が生じたもの。
- ・ 医療に関わる場面で、医療の全家庭に

において発生するすべての人身事故で、以下の場合を含む。なお、医療従事者の過誤・過失は問わない。①死亡、生命の危機、病状の悪化等の身体的被害及び苦痛、不安等の精神的被害が生じた場合、②患者が廊下で転倒し、負傷した事例のように、医療行為とは直接関係しない場合、③患者についてだけでなく、注射の誤針のように医療従事者に被害が生じた場合。

- ・ 訪問看護中に利用者または看護師に発生した感染症に対して、適切な行動がとられなかったことから他者への感染が広がった可能性が高い事象、利用者の感染症に関わらず、訪問看護中（移動を含む）に発生した看護師の針刺し。
- ・ 事故それ自体を指す。
- ・ 看護行為およびそれに付随する行為全般に起因して、人に傷害が起きた事例。事の大小や過失の有無を問わない。以下の場合を含む。極めて微小な擦過傷から死亡（自殺を含む）まで、利用者・家族・訪問看護師に僅かでも何らかの影響が生じたものすべてを対象とする、死亡、生命の危険、症状悪化等の身体的被害及び苦痛、不安等の精神的被害が生じた場合、利用者が廊下で転倒し負傷した事例のように、医療・看護行為とは直接関係しない場合、利用者についてだけでなく、注射針の誤刺のように、医療従事者に被害が生じた場合など。
- ・ 事故それ自体を指し、インシデントに気付かなかつたり、適切な処置が行われなかつたりすると「事故」となることである。

各ヒヤリ・ハットの定義は、以下のとおり

であった。

- ・ 思いがけない出来事“偶発事象”であり、これに対して適切な処理が行われないうと事故となる可能性のある事象。現場では、これをヒヤリ・ハット、ニアミスと表現することもある。
- ・ ミスは起きてしまったが実際には誰かや何かに影響がなかったもの。
- ・ 患者に被害を及ぼすことはなかったが、日常診療の現場で、「ヒヤリ」としたり、「ハッ」とした経験を有する事例。具体的には、ある医療行為には、①患者には実施されなかったが、仮に実施されたとすれば、何らかの被害が予測される場合、②患者には実施されたが、結果的に被害がなく、またその後の観察も不要であった場合等を指す。
- ・ 実際には感染症が発生しなかったが、アクシデントとなる危険性があった事象。訪問看護中に利用者または看護師に発生した感染症が適切に処理されないと他者へ感染する可能性がある事象、看護師が針刺しを起こす危険のあった事象。
- ・ 事故に至らなかった「ヒヤリ」としたり、「ハッ」とした経験を有する事例。①事故が起こりそうな状況に前もって気づいた場合、誤った措置が実施する前に気づいた場合、誤った措置が実施されたが、傷害に至らなかった場合など、②訪問看護師の行為によるもの、利用者や介護者の行為によるもの、情報伝達に関するものも含む。

インシデントの定義のうち、6件中3件でインシデントは“ヒヤリ・ハット”と同義であると書かれており、1件は「これをヒヤ

リ・ハット、ニアミスと表現することもある」、2 件で「“ヒヤリ”としたり、“ハッ”とした経験を有する事例」という記述であった。

2. 感染症に関する文献の概要

文献検索の結果、「訪問看護」and「感染症」で 169 件が該当した。選定基準に該当し、レビューの対象となった文献は 56 件であった。

件数が多かったのは「感染対策」で、訪問看護師を対象とした感染予防マニュアルの実践状況の実態調査であった。次いで、手洗い・うがい、HIV に関連する「感染予防研修会の評価」「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」と続いていた。「その他」は「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」などがあつた。

訪問看護における感染症の範囲を定義づけている文献はみたらなかった。

D. 考察

訪問看護で起こりうる事故は、医療ケアに関する有害事象のほか、医療事故、ケア事故以外の「その他」に分類される「スケジュールミス」、「紛失・忘れ物」、「レセプト間違い」、「破損」、「汚染」、「個人情報漏洩」、「交通事故」、「規定違反」、「安全管理忘れ」、「遅刻」、「報告」などが報告されていたことから、在宅では訪問看護中に発生した事象にとどまらず、様々な事象が事故として扱われていることが明らかになった。このことから、どこで、どの場面で、いつ起こった事

象なのか、そしてその中で何を事故とするのか明確な線引きができないと現場の看護師は事故報告にあげることができないと推測された。

さらに在宅では、訪問看護だけでなく、複数の事業所、複数の医療従事者が関わるといった特徴がある。また、家族もケアに関与することがあるため、責任の所在が明確でない場合も多い。こうした複雑な状況下での事故報告が必要とされていることも明らかになった。

事故、ヒヤリ・ハットの定義は、それぞれを分けて定義していたのは 13 件中 6 件であった。文献により表現の違いや文面の具体性に違いがみられたが、概して意味は類似していた。文献により文面の具体性に違いがみられたことは、その曖昧さにより、事故の判断がその事象に直面した看護師の判断によって左右される可能性があることを示唆している。このことから、わが国において、在宅における有害事象や事故の定義を明確にする必要があると思われる。

訪問看護における感染症の文献では、感染対策に関するものが多かった。実態調査や感染予防研修会の評価を通して、訪問看護師の感染予防への認識、知識を高め現場に還元していくことが求められている。

感染症の種類をみると、「在宅医療廃棄物に関するもの」、「人工呼吸器感染管理」、「耐性菌感染」など、医療処置やケアに関する感染症から、以前から多く見られる「白癬」、「インフルエンザ」まで、範囲が広く種類も様々であった。文献では研究対象とした感染症を調査しており、感染症を定義しているものはなかった。このことから、実際の現場ではどのような感染症が報告され、問題

になっているのか調査し、感染症の定義や範囲・種類を明確にすることが、感染症対策を進めるうえで重要である。

するためには、今後これらが明確に定義づけられることが望まれる。

E. 結論

訪問看護における文献レビューから、訪問看護で起こりうる事故の定義は様々で、感染症の範囲や種類も多岐にわたっていた。訪問看護に関連した有害事象の実態を把握

文献

WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems[<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69797/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=>

表 訪問看護に関連した事故の定義、種類・範囲

著者情報	タイトル	事故の種類・範囲	事故の定義	ヒヤリ・ハットの定義	その他の定義
明野ら (2019)	訪問看護師を対象とした安全に摘便を実施するための手技と知識に関する実態調査	摘便で起こる有害事象としてキシロカインショック	定義なし	定義なし	
東本 (2018)	訪問看護ステーションにおけるアクシデントの分析：医療・ケア事故以外に焦点をあてて	医療事故、ケア事故、「その他」に分類された事故 「スケジュールミス」「紛失・忘れ物」「レセプト間違い」「破損」「汚染」「個人情報漏洩」「交通事故」「規定違反」「安全管理忘れ」「遅刻」「報告」など	実際に誰かや何かに影響が生じたもの	ミスは起きてしまったが実際には誰かや何かに影響がなかったもの	・医療事故 医療処置に関するもの ・ケア事故 療養上の世話に関するもの ・クレーム 利用者や家族、他事業者等からの苦情
中野 (2018)	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及び分析	ヒヤリ・ハットの分類	定義なし	定義なし	
Oyama ら (2017)	Factors Associated With the Use of the Reactive Approach to Preventing Patient Safety Events	事故・ヒヤリ・ハット	医療に関わる場面で、医療の全家庭において発生するすべての人身事故で、以下の場合を含む。なお、医療従事者の過誤・過失は問わない。①死亡、生命の危機、病状の悪化等の身体的被害及び苦痛、不安等の精	患者に被害を及ぼすことはなかったが、日常診療の現場で、“ヒヤリ”としたり、“ハッ”とした経験を有する事例。具体的には、ある医療行為には、①患者には実施されなかったが、仮に実施されたとすれば、何らかの	

			神的被害が生じた場合、②患者が廊下で転倒し、負傷した事例のように、医療行為とは直接関係しない場合、③患者についてだけでなく、注射の誤針のように医療従事者に被害が生じた場合	被害が予測される場合、②患者には実施されたが、結果的に被害がなく、またその後の観察も不要であった場合等を指す	
鳩間 (2015)	訪問介護員のかかわり方に着目した事故発生場面の類型化	「失敗したこと」「事故に至る危険性があった出来事」「ひやひやしたこと」等の把握を行う	定義なし	定義なし	
原口 (2014)	在宅医療安全におけるヒヤリハット情報収集・提供システムの構築: 情報システムの開発・リスク分析・安全対策の普及	在宅人工呼吸器関連	定義なし	定義なし	
渋谷 (2012)	全国の訪問看護師の血液・体液曝露の実態と今後の課題	血液・体液曝露、粘膜曝露	定義なし	定義なし	
福井ら (2011)	訪問看護における感染に関する有害事象の実態: 管理者を対象としたインタビュー調査から	感染	・訪問看護中に利用者または看護師に発生した感染症に対して、適切な行動がとられなかったことから他者への感染が広がった可能性が高い事象 ・利用者の感染症に関わらず、訪問看護中（移動を含む）に発生した看護師の針刺し	実際には感染症が発生しなかったが、アクシデントとなる危険性があった事象 ・訪問看護中に利用者または看護師に発生した感染症が適切に処理されないと他者へ感染する可能性がある事象 ・看護師が針刺しを起こす危険のあった事象	
Takai ら (2007)	Fear of Falling among Community-dwelling Elderly Women Receiving Visiting Nursing Services in Japan	転倒恐怖: 「あなたは転倒を恐れていますか? はい・いいえの質問」と転倒に関する自己効力感 (FES) の記入	定義なし	定義なし	
篠原ら (2006)	訪問看護における事故発生の背景と対策	本調査では、事故をインシデントと	事故それ自体を指す	思いがけない出来事「偶発事	

		アクシデントを含めたものを事故とした		象」であり、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。現場では、これをヒヤリ・ハット、ニアミスと表現することもある。	
緒方ら (2006)	在宅ケアにおける適切なリスク管理に向けた基礎研究	事故・ヒヤリ・ハット	<p>看護行為およびそれに付随する行為全般に起因して、人に傷害が起きた事例。事の大小や過失の有無を問わない。以下の場合を含む。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・極めて微小な擦過傷から死亡（自殺を含む） ・利用者・家族・訪問看護師に僅かでも何らかの影響が生じたものすべてを対象とする ・死亡、生命の危険、症状悪化等の身体的被害及び苦痛、不安等の精神的被害が生じた場合 ・利用者が廊下で転倒し負傷した事例のように、医療・看護行為とは直接関係しない場合 ・利用者についてだけでなく、注射針の誤刺のように、医療従事者に被害が生じた場合など ・訪問看護師の行為によるもの、利用者が介護者の行為によるもの、情報伝達に関するものを含む 	<p>事故に至らなかった“ヒヤリ”としたり、“ハッ”とした経験を有する事例。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事故が起こりそうな状況に前もって気づいた場合 ・誤った措置が実施する前に気づいた場合 ・誤った措置が実施されたが、傷害に至らなかった場合など ・訪問看護師の行為によるもの、利用者や介護者の行為によるもの、情報伝達に関するものも含む 	

横山 (2005)	訪問介護における事故とそれに関連する訪問介護員の要因	事故	定義なし	定義なし	
二階堂ら (2004)	訪問看護におけるインシデント・アクシデントおよび予防・対応策の実態: 介護保険法施行後3年を経たN市訪問看護ステーションの調査から	本研究では、事故をインシデントとアクシデントを含めたものとしている	事故それ自体を指し、インシデントに気付かなかつたり、適切な処置が行われなかつたりすると「事故」となることである。	思いがけない出来事「偶発事象」であり、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。現場では、これをヒヤリ・ハット、ニアミスと表現することもある。	

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

訪問看護や訪問介護における医療安全および感染症に関する海外文献レビュー

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

研究要旨

在宅領域における医療安全および感染管理について、諸外国におけるガイドラインや実態調査について文献レビューで概観し、用いられている指標を把握した。アメリカ、カナダでは、州単位でプロセス指標およびアウトカム指標を含むガイドラインが作成されており、定例報告としてのサーベイランスシステムが運用され、結果公開の他、研究に活用されている現状が明らかとなった。一方で、各指標については、ガイドラインや調査により使用されている指標やその定義は様々であり、適用するには注意が必要であることが示唆された。

A. 研究目的

在宅医療（訪問看護）・訪問介護における医療安全および感染管理について、諸外国のガイドラインや実態調査でどのような指標が用いられているか把握することを目的とした。

B. 研究方法

The Joanna Briggs Institute の scoping review framework に則り、実施した。

1. 下記①～③を選定基準とし、タイトル・アブストラクトチェックを行い、該当した文献について全文チェックを実施した。

- ① 文献の対象者が在宅医療・介護サービス利用者であること。
- ② 実態調査やガイドラインなど、広く指標を網羅している文献であり、特定の指標における関連要因などは除外（在

宅における褥瘡の関連要因など）とする。

- ③ 研究デザインが Review, observational study, qualitative study, mixed method research, guideline, unpublished grey literature (RCT などの介入研究は除外) であるもの。

2. 検索データベース

MEDLINE (PubMed)、 Google scholar、 関連団体のホームページとした。

3. 検索式

下記の検索式を用いて、検索を実施した。

1) 医療安全

("Home Care Services"[Mesh]) AND ("Patient Safety/organization and administration"[Mesh]OR"Patient Safety/standards"[Mesh] OR "Patient

Safety/statistics and numerical data"[Mesh]) 2019/7/15 実施

2) 感染管理

"Home Care Services"[Mesh] AND ("Infection Control/nursing"[Mesh] OR "Infection Control/organization and administration"[Mesh])OR"Infection rate"[AllFields])AND"2009/06/17"[PDat]: "2019/06/14"[PDat]) 2019/6/14 実施

C. 研究結果

検索により医療安全は 35 件、感染管理は 46 件が該当した。基準に該当し、レビューの対象となった文献は各 9 件であった (図 1、図 2)。アメリカ、カナダ、スウェーデンでの調査研究もしくは州単位のガイドラインであった (表 1、表 2)。

医療安全に関するアウトカム指標として、ヘルスケア関連の感染症、せん妄、転倒、外傷 (重症度別)、褥瘡、医薬品関連エラー (飲み忘れ等も含む)、救急搬送などがあつた。

感染症に関しては、WHO ガイドライン等を基にした、手指消毒や標準予防策に関する手順をプロセス指標として位置づけていた。アウトカム指標として、中心静脈ライン感染、カテーテル関連感染 (尿路感染など)、Bloodstream Infections (BSI)、Skin and Soft Tissue Infections (SSTI)、耳鼻咽喉等の感染症、消化器感染症が多く用いられていた。また、多剤耐性菌についても、重要な指標として挙げられていた。

D. 考察

在宅医療・訪問介護における医療安全およ

び感染管理について、指標の把握を行った。アメリカ、カナダでは、州単位でプロセス指標およびアウトカム指標を含むガイドラインが作成されており、定例報告としてのサーベイランスシステムが運用され、結果公開の他、研究に活用されている現状が明らかとなった。

一方で、各指標については、ガイドラインや調査により使用されている指標やその定義は様々であり、適用する際には注意が必要であることが示唆された。

E. 結論

在宅医療 (訪問看護)・訪問介護における医療安全および感染管理に関して、諸外国で活用されている指標が明らかとなった。今後、わが国においても在宅領域における医療事故や感染症発生の状況について、把握していくシステムが求められる。

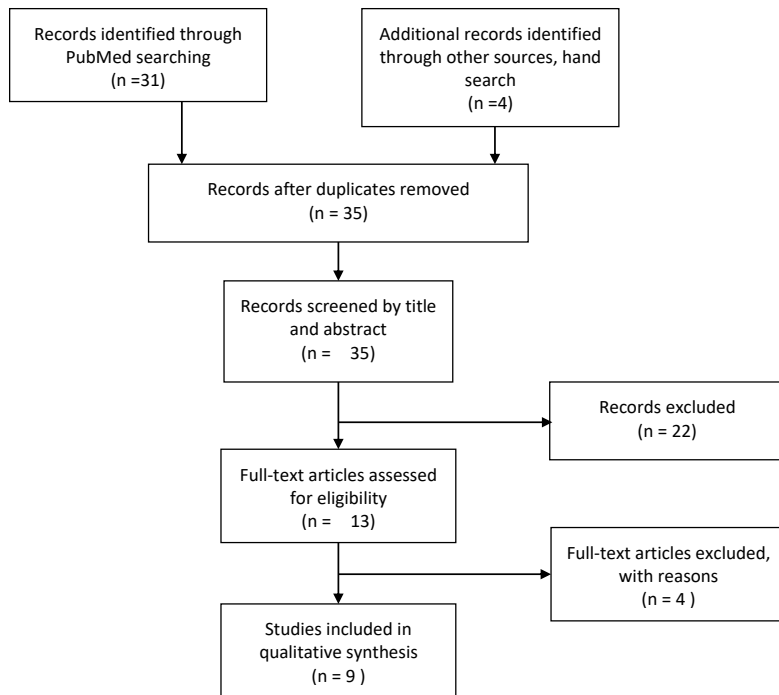


図1 医療事故に関する文献選定プロセス

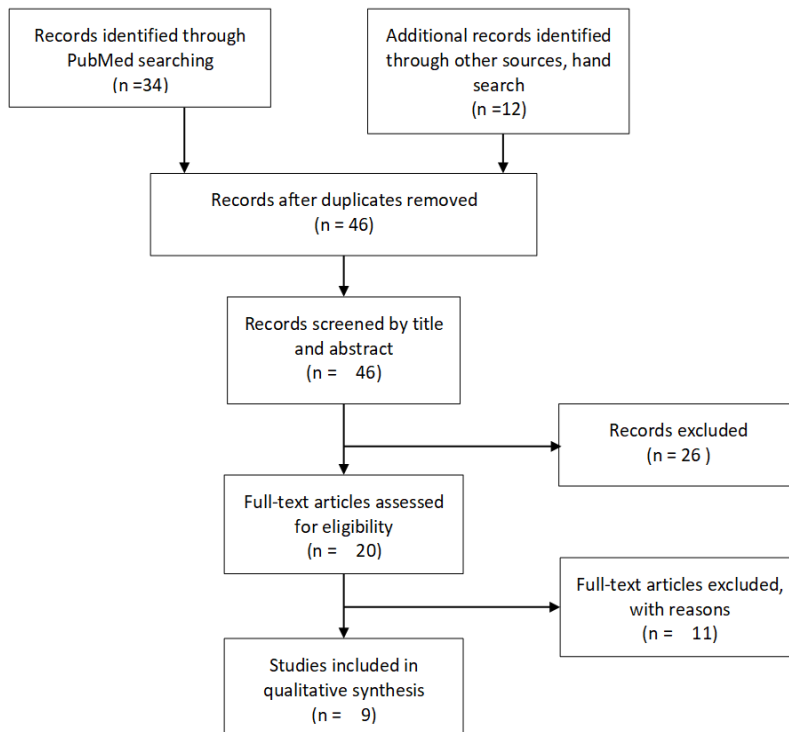


図2 感染管理に関する文献選定プロセス

表 1 医療事故に関する対象文献リスト

	書誌情報	出版年	デザイン	概要
1	Schildmeijer KGI, et al. Adverse events in patients in home healthcare: a retrospective record review using trigger tool methodology. <i>BMJ Open</i> . 2018 Jan 3;8(1):e019267. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019267.	2018	後ろ向き診療録レビュー	スウェーデンの後ろ向き研究。IHIのtrigger tool (adverse eventの指標)の在宅領域でのvalidationのため、各AEについて累積発生率を算出→在宅でも起こりやすいAE指標であり、これらの指標についてフォローが必要という結論。
2	Sun W, et al. Examining the relationship between therapeutic self-care and adverse events for home care clients in Ontario, Canada: a retrospective cohort study. <i>BMC Health Serv Res</i> . 2017 Mar 14;17(1):206. doi: 10.1186/s12913-017-2103-9.	2017	後ろ向きコホート	在宅療養中の有害事象 (AE)と患者のセルフケア能力の関連の調査研究。AEはWHO(2009)の定義を元にしつつも、先行研究をもとにした独自の指標を用いている。
3	Doran DM, et al. Identification of serious and reportable events in home care: a Delphi survey to develop consensus. <i>Int J Qual Health Care</i> . 2014 Apr;26(2):136-43. doi: 10.1093/intqhc/mzu008. Epub 2014 Feb 11.	2014	デルファイ法調査	National Quality Forumのserious reporting eventを基にして、在宅領域での報告可能なserious eventをデルファイ法で明らかにしている。
4	Doran D, et al. Adverse events associated with hospitalization or detected through the RAI-HC assessment among Canadian home care clients. <i>Healthc Policy</i> . 2013 Aug;9(1):76-88.	2013	後ろ向きコホート	カナダの研究。いくつかの州で導入されているResident Assessment Instrument for Home Care(RAI-HC)のデータを用いて在宅療養患者のAEの発生率を調査。
5	Sears N, et al. The incidence of adverse events among home care patients. <i>Int J Qual Health Care</i> . 2013 Feb;25(1):16-28. doi: 10.1093/intqhc/mzs075. Epub 2013 Jan 2.	2013	後ろ向きコホート	カナダのオンタリオ州の研究。Resident Assessment Instrument for Home Care(RAI-HC)のデータを用いて在宅療養患者のAEの発生率を調査。
6	Griffin FA, Resar RK. IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events (Second Edition). IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2009.	2009	ガイドライン	The Institute for Healthcare Improvement (IHI)のAEを測定するためのツール
7	Gershon et al. Safety in the Home Healthcare Sector Development of a New Household Safety checklist	2012	調査研究	在宅ケア用のHousehold Safety Checklist (50項目)の開発と横断調査、研修の評価
8	The Occupational Health and Safety Agency for Healthcare in BC (OHSAH). Home And Community Care Risk Assessment Tool Resource guide.	2008	ガイドライン	カナダのブリティッシュコロンビア州の在宅等での職場環境に焦点を当てたハザードに関するガイドライン
9	World Health Organization: Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, Technical Report, Version 1.1. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009.	2009	ガイドライン	WHOが策定したincidentなどの定義(分類方法あり)。すべての領域を網羅しているため、在宅領域でも引用している文献多数。

表 2 感染症に関する対象文献リスト

	著者・書誌情報	発行年	デザイン	概要
1	APIC(The Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc.) - HICPAC(Centers for Disease Prevention and Control's (CDC's) Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee) Surveillance Definitions for Home Health Care and Home Hospice Infections	2008	ガイドライン	APICとHICPACが共同で作成したサーベイランスシステムの概説
2	Provincial Infection Control Network of British Columbia (PICNet) (2014) Infection Prevention and Control Guidelines for Providing Healthcare to Clients Living in the Community	2014	ガイドライン	カナダBritish columbia州における在宅感染管理のガイドライン
3	Shang J, Ma C, Poghosyan L, Dowding D, Stone P. The prevalence of infections and patient risk factors in home health care: a systematic review. Am J Infect Control. 2014 May;42(5):479-84. doi: 10.1016/j.ajic.2013.12.018. Epub 2014 Mar 20. Review.	2018	システマティックレビュー	在宅における感染症の有病率やそのリスク要因についてまとめたシステマティックレビュー
4	Garner(1988)CDC definitions for nosocomial infections. Am J Infect Control	1988	Special article (特集)	CDCがまとめた院内感染の定義を紹介している
5	Rhinehart (2001) Infection control in home care	2001	Special issue (特集)	各指標の定義と同定方法をclinical data/laboratory dataに分けてまとめている
6	Kenney (2012) Infection control in home healthcare an exploratory study of issued for patients and providers	2012	横断研究 (調査研究)	Division of Healthcare Quality Promotion (DHQP), National Center for Preparedness, Detection, and Control of Infectious Diseases (2006).らをもとに在宅における多剤耐性菌のprevalenceを調査
7	Schildmeijer(2017)Adverse events in patients in home healthcare a retrospective record review using trigger tool methodology	2017	横断研究 (調査研究)	スウェーデンにおける在宅での有害事象adverse events (AEs)に関する全国サーベイランスの調査結果。Institute for Healthcare ImprovementのGlobal Trigger Toolを用いている。このAEの定義に感染症も含まれている。
8	Miliani K, Miguere B, Verjat-Trannoy D, Thiolet JM, Vaux S, Astagneau P, the French Prevalence Survey Study Group. National point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in French home care settings, May to June 2012. Euro Surveill. 2015;20(27):pii=21182.	2012	横断研究 (サーベイランス)	The European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) の定義を用いたフランスでの national point prevalence survey の調査結果。アウトカム指標だけでなく、微生物も分類している。
9	Spry et al (2015) Survey of home hemodialysis patients and nursing staff regarding vascular access use and care.	2015	横断研究 (質問紙調査)	血液透析中の在宅療養患者を対象にしたケア中のプロセスの実態調査

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

自治体における介護保険事業者による事故の報告基準に関する研究

介護保険事業者における事故発生時の報告取扱要領の分析から

研究協力者 鈴木のどか 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 教育支援者

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

研究要旨

本研究では、都道府県・政令指定都市・中核市の「介護保険事業者における事故発生時における報告取扱要領」に示されている、介護保険事業者が市町村に報告すべき事故の基準について実態を明らかにすることを目的とした。インターネット上で公表されている都道府県・政令指定都市・中核市の「介護保険事業者における事故発生時の報告取扱要領（以下、事故報告取扱要領）」を収集した。事故報告取扱要領に記載されていた事故の種類、報告基準について、類似性に沿って分類した。結果、事故の種類は、「利用者の死亡事故」、「利用者の怪我・負傷」、「誤嚥・誤飲・異食」、「誤薬」、「虐待・暴力」、「不法行為・不祥事」、「財産・家屋の破損」、「失踪・行方不明」、「火災の発生」、「自然災害の発生」、「交通事故」、「苦情・トラブル・訴訟」、「感染症」、「食中毒」に分類された。各事故の種類において報告対象に含む事故の基準は様々であり、自治体によって異なっていた。都道府県で示されている報告基準と各都道府県に属する市町村の報告基準が統一されていないものもあった。これらの結果は、市町村に報告された事故報告の発生状況について、都道府県単位、全国単位で把握することが困難であることを示唆している。報告された事故報告に基づく事故の発生状況の実態把握および分析、事故の再発防止の全国的な取り組みにつなげていくためには、事故の定義や報告基準の統一が必要である。

A. 研究目的

高齢化の進むわが国においては、介護保険制度創設以来、65歳以上の被保険者数は2165万人（2000年4月）から3492万人（2018年10月）と1.6倍に増加する中で、介護サービス利用者は149万人（2000年4月）から474万人（2018年10月）と3.2倍増加している。そのため介護サービスへの期待は大きく、利用者の増加・重度化や医療

ニーズへの対応に伴う事故発生リスクの増大が考えられ、介護保険事業者の安全管理体制の整備は喫緊の課題である。

介護保険事業者には、サービスの提供により事故が発生した場合、市町村に報告することが義務付けられている。これは厚生労働省令に基づき、事業者指定権者（都道府県（指定都市・中核市では市）または市町村）によって事業者の運営基準として定

められている。しかし、介護保険事業における事故の全国規模での実態把握は進んでいない。その背景には、事業者指定権者による事故の報告基準が様々であるためと考えられる。しかし、報告すべき事故の範囲や基準が自治体によってどのように異なっているのかの実態は把握されていない。

そこで、本研究では、都道府県・政令指定都市・中核市の「介護保険事業者における事故発生時の報告取扱要領（以下、事故報告取扱要領）」に示されている、介護保険事業者が市町村に報告すべき事故の種類や報告基準について実態を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

1. データ収集方法

インターネット上で公表されている都道府県・政令指定都市・中核市の事故報告取扱要領を収集した。データ収集期間は、2019年4月～2020年6月までであった。

2. 分析方法

事故報告取扱要領に記載されていた事故の種類、報告基準について、類似性に沿って分類した。なお、本研究において「事故の範囲」は「サービスの提供に関連する事故がどこまでを含むのかを示すもの」とする。例えば、「利用者が事業所に滞在している間」や「直接介助中」「訪問中」などである。

C. 研究結果

全47都道府県、全20政令指定都市、全58中核市（平成31年4月1日現在）のうち、インターネット上から「介護保険事業

者における事故発生時の報告取扱要領」情報を手に入れた自治体は33都道府県、18政令指定都市、53中核市（計104自治体）であった。

1. 事故の範囲

68自治体が、報告を求める事故の範囲として「サービス提供中」を事故報告取扱要領に記載していた。範囲は様々であり、「送迎・通院・利用者が事業所内にいる間を含む」（28自治体）、「送迎・通院を含む」（18自治体）、「送迎・通院・外出（レクリエーション等）を含む」（9自治体）、「送迎を含む」（6自治体）、「送迎・利用者が事業所内にいる間を含む」（4自治体）、「送迎・外出」（1自治体）、「送迎・通院・見守り中を含む」（1自治体）、「事業所内で発生したもの・訪問中・通院中・行事中を含む」（1自治体）、「直接介助時のみに限らない」（1自治体）であった。

また、サービス提供者ではなく、「第三者に起因する事故」を8自治体が範囲に含めていた。具体的には、「第三者の過失による事故を含む」、「第三者の行為により、利用者が被害者となった場合も含む」、「福祉用具による事故など事故発生の原因に関わらない」等が示されていた。さらに、46自治体は利用者の自己責任・過失による事故を範囲に含めていた。具体的には「利用者の自己責任による事故を含む」、「利用者自身の転倒による怪我等も含む」、「負傷事故の原因が自己（自傷行為など）によるもの」、「自死含む」などが示されていた。

2. 事故の種類

事故の種類は、「利用者の死亡事故」、「利

用者の怪我・負傷」、「誤嚥・誤飲・異食」、「誤薬」、「虐待・暴力」、「不法行為・不祥事」、「財産・家屋の破損」、「失踪・行方不明」、「火災の発生」、「自然災害の発生」、「交通事故」、「苦情・トラブル・訴訟」、「感染症」、「食中毒」であった。

以下、種類ごとに各自治体で示されていた事故の基準について示す。

1) 利用者の死亡事故

102 自治体が利用者の死亡事故について報告を求めている。一方、104 自治体中 2 自治体は利用者の死亡には触れていなかった。

報告を必要とする基準は様々であり、「病气により死亡した場合であっても、死因等に疑義が生じる可能性がある場合」(53 自治体)、「病气により死亡した場合であっても、後日トラブルが生じる可能性がある場合」

(44 自治体)、「死亡原因が利用者の疾病によるものは報告不要」(21 自治体)、「事故による負傷が原因で後日利用者が死亡に至った場合」(15 自治体)、「自死(原因不明/変死)を含む」(10 自治体)、「窒息事故によるものを含む」(2 自治体)、「サービス提供による従事者の死亡事故」1 自治体であった。

2) 利用者の怪我・負傷

104 全自治体が利用者の怪我・負傷について報告を求めている。ただし、報告を求める怪我・負傷の原因や報告基準(怪我・負傷の程度)は以下のとおり、自治体によって様々であった。

(1) 報告を求める怪我・負傷の原因

『「怪我」とは転倒または転落に伴う骨折及び出血、火傷で医療機関において治療又

は入院したものを原則とする。』のように、怪我・負傷の原因として、「転倒(転落)に伴う」(14 自治体)や「接触事故に伴う」(4 自治体)、「体位変換に伴う」(1 自治体)が示されていた。

また、「怪我・負傷」の具体例として、「骨折」(29 自治体)、「火傷(熱傷)」(12 自治体)、「出血」(9 自治体)、「打撲」(8 自治体)、「裂傷」(8 自治体)などが示されていた。「意識不明」や「毒物・薬物による中毒」を示している自治体もあった。

(2) 報告を求める怪我・負傷の基準

原因に加えて、医療機関受診を前提とするなど、怪我・負傷の報告基準を示している自治体があった。具体的には、「入院」(34 自治体)、「通院」(8 自治体)、「受診」(58 自治体)、「治療」(36 自治体)であった。このほか、「保険診療を要したもの」、「要介護度に変化が生じる程度」、「後遺症が残る可能性が生じる程度」、「急病・急変等で、病院への救急車又は事業所の職員が搬送した場合を含む」、「新たに心身に障害が加わるおそれ」「骨折以上」、「全治 3 週間以上」、「全治 30 日以上」といった怪我・負傷の基準が示されていた。

さらに、医療機関への受診の有無を問わず、怪我・負傷に関して報告を求める基準を示している自治体もあった。具体的には、「利用者や家族とトラブル(苦情)が発生することが予測される場合」(22 自治体)、「家族に連絡しておいた方が良いと判断される場合」(10 自治体)であった。このほか、「利用者に見舞い金や賠償金を支払う場合」「対応に問題があった場合」、「利用者や職員等の身体に被害が生じた事故」、「本来治療や

入院が必要だったものの、本人の心身の状況等を勘案し、そうならなかった場合」といった基準が示されていた。

一方で、「軽微な怪我は除く」(16自治体)や「念のための医療機関受診は除く」(1自治体)のように、怪我・負傷について報告を不要とする基準を示している自治体もあった。「軽微な怪我は除く」では、除外する内容として、「擦り傷・打撲」「日常生活に大きな支障のないもの」「一度の通院で終わるようなもの」「医療上の治療を受けないもの」があげられていた。

3) 誤薬・誤嚥・誤飲・異食

事故の種類に「誤薬」を挙げているのは41自治体であった。誤薬の具体例として「時間や量の誤り」「薬の種類誤り」「貼り薬の貼り抜き」「与薬漏れ」「他者の薬を飲ませた」「服薬介助をしている利用者が結果的に薬を飲まなかった」、「清掃時に薬を発見した」「利用者がこっそり薬を吐き出した」などが示されていた。

誤薬について報告を求める基準については、「利用者に不適切な与薬をした場合を含む」(15自治体)、「医療機関への受診・治療・入院が必要になった場合を原則とする」(15自治体)、「利用者の体調に異変がない場合も含む」(12自治体)であった。このほか、「薬の種類は問わない」、「医師の指示が経過観察の場合も含む」、「健康被害があった場合に限る」、「家族に連絡の必要があると判断するもの」などや「与薬漏れは直後に発覚し、服薬を行った場合は報告不要」、「落薬や飲ませ忘れであって、医師により、医療機関の受診や治療が不要であると判断されたものは報告不要」のように、報告不要とする

基準を示している自治体もあった。

「誤嚥・誤飲・異食」については、事故の種類として明示する自治体と、「利用者の怪我・負傷」の具体例として示す自治体があった。報告を求める自治体は、誤嚥が31自治体、誤飲が9自治体、異食が22自治体であった。

4) 虐待・暴力

22自治体が虐待(疑い含む)・暴力について報告を求めている。

5) 不法行為・不祥事

90自治体が職員の不法行為・不祥事について報告を求めている。具体例として、「利用者の預り金着服」「会計の横領・不適切な処理」「個人情報の漏洩・紛失」「利用者宅からの盗難」「窃盗」「FAX・郵送書類の誤送信」「職員が逮捕された場合」「飲酒運転」が示されていた。

また、10自治体が、利用者の不法行為について報告を求めており、具体例として「入所者等の間での傷害事案」「盗難」「物損」が示されていた。さらに、10自治体は、外部・第三者による犯罪を報告対象としており、具体例として「盗難被害」「建物損壊」が示されていた。

6) 財産・家屋の破損

25自治体が、利用者の財産・家屋の損壊について報告を求めている。具体例として、利用者等の保有する財産(家財、所持品、家屋等)を滅失・損壊させた場合であるが、「利用者や家族から苦情が寄せられた場合」「損害賠償責任が発生する場合」に限り報告を必要とする基準を定める自治体もあ

った。

7) 失踪・行方不明

51 自治体が失踪・行方不明（離設・無断外出・徘徊）の報告を求めている。具体的に報告が必要な基準を示す自治体もあり、「捜索願を出したもの」（11 自治体）、「外部の協力を得て捜査をした場合」（9 自治体）や、「施設周辺や心当たりがある場所を探したが速やかに発見できなかった場合」（6 自治体）、「当日中（概ね 4 時間以内）に発見できなかった場合」、「現在の捜索中のもの」などのように、対象者が見つからなかった場合と見つかった場合で、どちらも報告を求める自治体もあった。

また、報告不要な基準として、「敷地内で発見され、特に異常が認められない場合は除く」や「概ね 10～30 分以内に発見した場合は除く」ことを示していた自治体もあった。

8) 火災の発生

41 自治体が火災の発生の報告を求めている。単に「火災の発生」とする自治体もある一方で、「サービスの提供に影響する場合」（14 自治体）、「利用者に影響のある場合」（6 自治体）、「施設・設備・敷地当の損壊がある場合」（6 自治体）、「利用者や職員の人的被害がある場合」（5 自治体）、「消防機関に出動を要請したもの」（3 自治体）のように、報告を求める基準を示している自治体もあった。

41 自治体が自然災害の発生の報告を求めている。単に「火災の発生」とする自治体もある一方で、「被害（人的・物的）が発生した場合」（15 自治体）などの報告を求める基

準を示している自治体もあった。

9) 自然災害の発生

36 自治体が自然災害の発生の報告を求めている。具体的な自然災害として「地震」、「風水害」、「津波」、「台風」が示されていた。また、報告が必要な基準を示す自治体もあり、「被害（人的・物的）が発生した場合」（16 自治体）、「サービスの提供に影響のある場合」（15 自治体）があった。このほか、「利用者の処遇に影響のある場合」、「避難を要する場合」、「損壊程度は問わない」や「自然災害は報告不要」のように、報告不要とする基準を示している自治体もあった。

10) 交通事故

33 自治体が交通事故について報告を求めている。単に「交通事故」とする自治体もある一方で、「送迎・通院・外出介助中の交通事故」（20 自治体）、「利用者への影響があるとき」（6 自治体）、「送迎中の事故により第三者が死亡、重篤となった場合、負傷した場合」（3 自治体）、「利用者が乗車していない場合を除く」（3 自治体）等と報告を求める基準を示す自治体もあった。

11) 感染症

87 自治体が感染症の報告を求めている。しかし報告を求める感染症の具体例や基準は自治体によって様々であった。

（1）報告を求める感染症の具体例

報告を求める感染症の具体例は自治体によって異なっていた。感染症法における感染症分類を示していた自治体のなかでも、どの分類までを報告対象とするかは自治体

により異なっていた。

また、具体的な感染症名を挙げる自治体もあった。なかでも 35 自治体が 2 類感染症である「結核」を具体的として示していた。さらに、感染症法の感染症分類には当てはまらないが、「疥癬」に関して 18 自治体が報告を求めている。

(2) 感染症発生の報告を求める基準

感染症発生時の報告については、27 自治体が「社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について平成 17 年 2 月 22 日 厚生労働省通知」を基準に記載していた。そのほか、「サービス提供に関連して発生したと認められる場合」(6 自治体)、「サービス提供(の継続)に影響を及ぼす恐れがある場合」(6 自治体)、「保健所に届け出たもののうち、緊急性・重大性が高いもの」(6 自治体)、「他の利用者にまん延する恐れがある場合」(5 自治体)、「集団発生」(4 自治体)、「新型インフルエンザに係るクラスターサーベイランスの報告を保健所に行った場合」(3 自治体)などが報告を求める基準として示されていた。

12) 食中毒

感染症に関して報告を求めている 87 自治体のうち 83 自治体は、感染症に関して報告を求めると並列して、食中毒に関して報告を求めている。ここに含まれない 4 自治体のうち 2 自治体は「食中毒」を報告要件として明記していないが、「ノロウイルス/感染性胃腸炎等の感染症」のような経口感染しうる感染症については報告を求

めていた。

D. 考察

介護保険事業者によるサービスの提供により事故が発生した場合、介護保険事業者は、事業者指定権限者が作成した運営基準に基づき、事業者指定権限者である都道府県(指定都市・中核市では市)または市町村に報告することが義務付けされている。

今回、事故報告取扱要領をもとに事故発生時の報告基準を調査したところ、「利用者に対するサービス提供による事故」として報告を求める種類や範囲は、各自治体によって異なることが明らかとなった。また、都道府県で示されている報告基準と各都道府県に属する市町村の報告基準が統一されていない現状も明らかになった。これらの結果は、市町村に報告された事故報告の発生状況について、都道府県単位、全国単位で把握することが困難であることを示唆している。

報告された事故報告に基づく事故の発生状況の実態把握および分析、事故の再発防止のための全国的な取り組みにつなげていくためには、事故の定義や報告基準の統一化の必要がある。

E. 結論

「介護保険事業者における事故発生時の報告取扱要領」をもとに事故発生時の報告基準を調査した。その結果、「利用者に対するサービス提供による事故」として報告を求める種類や基準は、各自治体によって異なっていた。

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】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故事例がある】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。

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

訪問看護に関連する事故・感染症の実態および再発予防策に関する全国調査

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	緒方 泰子	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	橋本 迪生	公益財団法人日本医療機能評価機構	常務理事
研究分担者	齋藤 良一	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科	准教授
研究分担者	浜野 淳	筑波大学医学医療系	講師
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

要旨

本研究では、全国調査により、ガイドライン策定の根拠となる訪問看護に関連する事故・感染症の実態ならびに感染対策の現状を明らかにすることを目的とした。厚生労働省が所管している「介護サービス情報公表システム」に2019年調査の訪問看護の情報を掲載していた介護事業所のうち、(1) 病院又は診療所である指定訪問看護事業所、(2) 事業開始年月日が2019年4月以降の訪問看護ステーション（調査時点で事業を開始していない）、(3) 訪問看護ステーションの人員基準を満たしていない看護職員常勤換算数が2.5人未満もしくは人員が欠損の訪問看護ステーションを除いた9,979事業所の管理者を対象とし、571事業所より返信があり、全て未記入であった6事業所を除く565事業所を分析対象とした。訪問看護ステーションにおける「訪問看護に関連する事故」の範囲に関する認識では、ヒヤリ・ハットに分類される「軽度の実害あり」では92.1%の事業所が、「利用者に未実施」では57.2%の事業所が、「実害なし」は83.5%が、「訪問看護に関連する事故」の範囲として認識していた。「事故」に分類される利用者に「中程度の実害あり」から「利用者の死亡事故」に関しては、90%以上の事業所が「訪問看護に関連する事故」の範囲として認識していた。市区町村に報告する範囲では、「高度の実害あり」から「利用者の死亡事故」に関しては、90%以上の事業所が「訪問看護に関連する事故」として市区町村に報告するとして回答していた。訪問看護サービス提供中に起きた利用者に関する事故・ヒヤリ・ハットの件数は、「転倒」「転落」「誤嚥」「誤薬」「医療・介護機器関連」「ドレーン・チューブ関連」いずれも中央値は0件であった。従事者に関連する事故である「訪問前後の移動中の交通事故」「サービス提供中のペット関連事故」「利用者からのハラスメント」「スケジュールミス（予定サービスの提供ができなかった場合）」「個人情報関連（記録類の誤送信、利用者宅での忘れ物・紛失など）」「針刺し事故」も同様であった。

A. 研究目的

わが国において在宅看護・介護基盤の整備は喫緊の課題であり、訪問系サービスへの期待は大きい。一方、それぞれ別の組織に所属する多くの職種が関係する在宅ケアの現場は医療機関に比べてヒューマンエラーが高リスクとの指摘がある。しかし、在宅ケアでは、提供するケアの質や事故等への対応が、ケア提供を担う個々の専門職に依存していることも少なくない。また、訪問看護ステーションの半数以上は小規模事業所であり、看護職1人でそれぞれの利用者宅に訪問するという特徴から、在宅ケアにおける事故発生の実態を、個別事例ではなく量的に把握することは容易ではない。そうした状況から、これまでに報告されている日本の訪問看護に関連する事故に関する研究の多くは、「事故」の基準や範囲が明確でない。事故発生の報告基準を示した「介護保険事業者における事故発生時における報告取扱要領」を調べた結果、自治体への事故報告の判断基準は自治体によって異なっていることが明らかになった。以上の結果から、全国規模での訪問看護に関連した事故発生状況の実態は未だ把握できていない現状にあるといえる。

在宅における感染症発生についても事故と同様である。海外では医療機器長期利用者の感染症罹患による再入院率・死亡率が高く (Montoya ら, 2011)、在宅では呼吸器感染症、尿路感染症、皮膚・創傷感染症が多いとの報告 (Shang ら, 2015; Dwyer ら, 2013) がある。しかし、日本においては 50%以上の訪問看護事業所に感染症診断者がおり、主に肝炎、創傷感染、肺炎、膀胱炎との報告 (村井ら, 2008) に留まっている。さらに、

薬剤耐性菌感染症では、2004・2005年調査で 4.4%の訪問看護ステーションで MRSA 感染症者のケア経験があり、3.0%の事業所で死亡者がいること (村井ら, 2008) や訪問開始時に保菌確認している事業所は 53.2% (前田ら, 2011) との報告があるのみである。

したがって、本研究では、全国調査により、ガイドライン策定の根拠となる訪問看護に関連する事故・感染症の実態ならびに感染対策の現状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

厚生労働省が所管している「介護サービス情報公表システム」に 2019年調査の訪問看護の情報を掲載していた介護事業所のうち、(1) 病院又は診療所である指定訪問看護事業所、(2) 事業開始年月日が 2019年4月以降の訪問看護ステーション (調査時点で事業を開始していない)、(3) 訪問看護ステーションの人員基準を満たしていない看護職員常勤換算数が 2.5 人未満もしくは人員が欠損の訪問看護ステーションを除いた 9,979 事業所の管理者を対象とした。調査は、2020年3月に実施した。

2. 調査方法

2020年3月に、郵送法により自記入式アンケート調査を送付した。うち、宛先不明で 39 件、休止中 1 件、閉鎖 4 件、非該当 1 件の合計 45 件の返信があり、9,934 事業所が最終調査対象となった。

3. 調査内容

調査項目は以下のとおりであった。

- 1) 訪問看護ステーションの概要：基本情報、マネジメント体制、管理者情報、職員体制、サービス提供内容
- 2) 事故やヒヤリ・ハット：事業所において事故と認識する範囲、市区町村に報告する範囲、訪問看護サービス提供中に起きた利用者に関する各ヒヤリ・ハット・事故の発生件数、訪問看護従事者に関連する事故等の件数、市区町村への事故報告件数、事故予防体制
- 3) 感染症：予防体制、薬剤耐性菌の感染予防対策、急性気道感染症の疑いのある利用者に対する迅速検査および抗菌剤の使用状況、各感染症等の発生状況
- 4) 直近で発生した事故事例情報、ヒヤリ・ハット事例情報：種類、利用者への影響度、報告者、利用者年齢、性別、病名、発生場所、発生時間帯、事故の具体的内容、発生要因、事故の経過、実施または考えられる改善策、結果の概要、届出の有無

4. 分析方法

各調査項目について、基本統計量を算出した。

(倫理面への配慮)

本研究は東京医科歯科大学医学部倫理審査委員会の審査承認を得て実施した（承認番号：M2019-304）。対象となる訪問看護ステーションの管理者宛に、同意説明書、無記名の調査票、返信用封筒を送付し、調査票1枚目の研究同意のボックスへのチェックをもって調査協力への同意の確認を行い、質問紙への回答および返送をもって研究協力の同意とみなした。

C. 研究結果

1. 調査票の回収状況

最終調査対象 9,934 事業所のうち、571 事業所より回答を得た（回収率 5.7%）。うち、全ての調査項目で未記入であった調査票 6 事業所を除いた 565 事業所を分析対象とした。

2. 調査結果

結果は、以下のとおりであった。

1. 回答した訪問看護ステーションの特性

1) 訪問看護ステーションの所在地（都道府県）

		回収数	回収率 (%)
1	北海道	31	7.5
2	青森県	9	8.0
3	岩手県	2	2.9
4	宮城県	5	3.7
5	秋田県	2	3.5
6	山形県	0	0.0
7	福島県	9	8.3
8	茨城県	16	10.9
9	栃木県	4	5.5
10	群馬県	5	2.8
11	埼玉県	22	6.0
12	千葉県	22	6.7
13	東京都	48	4.7
14	神奈川県	29	4.7
15	新潟県	9	7.1
16	富山県	3	4.8
17	石川県	6	6.1
18	福井県	3	3.8
19	山梨県	2	4.3
20	長野県	7	4.4
21	岐阜県	9	5.2
22	静岡県	16	8.0
23	愛知県	19	3.1
24	三重県	11	8.4
25	滋賀県	2	1.9
26	京都府	19	7.3
27	大阪府	57	5.4
28	兵庫県	26	4.6
29	奈良県	12	9.3
30	和歌山県	6	5.2
31	鳥取県	1	1.7
32	島根県	4	5.1
33	岡山県	6	4.2
34	広島県	19	7.1
35	山口県	9	7.3
36	徳島県	6	7.5
37	香川県	7	8.0
38	愛媛県	6	4.2
39	高知県	1	1.8
40	福岡県	34	6.9
41	佐賀県	6	12.0
42	長崎県	5	5.0
43	熊本県	10	5.2
44	大分県	7	6.5

45	宮崎県	6	6.1
46	鹿児島県	6	4.1
47	沖縄県	12	12.4

欠損=9 回収率=回収数/配布数*100

2) 開設主体

営利法人が 46.3%と最も多く、次いで医療法人 28.7%であった。

		n	%
開設主体			
1	都道府県・市区町村・広域連合・一部事務組合	14	2.5
2	日本赤十字・社会保険関係団体	5	0.9
3	医療法人	158	28.7
4	医師会	11	2.0
5	看護協会	9	1.6
6	社団・財団法人（医師会・看護協会以外）	26	4.7
7	社会福祉法人	27	4.9
8	農業協同組合及び連合会	3	0.5
9	消費生活協同組合及び連合会	8	1.5
10	営利法人	255	46.3
11	特定非営利法人	7	1.3
12	その他の法人	28	5.1
	欠損	14	

3) 事業所の開設年数

事業所の開設年数は平均 10.4±8.4（最小 0.3-最大 31.7）年であった。

	N	平均	標準偏差	最小値	最大値
事業開設年数	530	10.4	8.4	0.3	31.7

4) 同じ法人内に併設している施設・事業所

同法人内に別の訪問看護ステーションを併設している事業所は 22.8%であった。病院の併設は 27.3%、診療所の併設は 11.9%であった。介護保険施設の併設は 23.3%であり、介護老人保健施設の併設が 66.1%と最も多かった。居宅介護支援事業所の併設は 54.9%であった。

		n	%
同法人内に訪問看護ステーション併設の有無			
0	なし	434	77.2
1	あり	128	22.8
	欠損	3	
医療機関の併設の有無			
0	なし	353	63.5
1	あり	203	36.5
	欠損	9	
病院の併設の有無			
0	なし	403	72.7
1	あり	151	27.3

	欠損	11	
診療所の併設の有無			
0	なし	488	88.1
1	あり	66	11.9
	欠損	11	
介護保険施設の併設の有無			
0	なし	421	76.7
1	あり	128	23.3
	欠損	16	
(内訳) 介護老人福祉施設の併設の有無			
0	なし	78	67.8
1	あり	37	32.2
	欠損	13	
(内訳) 介護老人保健施設の併設の有無			
0	なし	39	33.9
1	あり	76	66.1
	欠損	13	
(内訳) 介護療養型医療施設の併設の有無			
0	なし	98	85.2
1	あり	17	14.8
	欠損	13	
(内訳) 介護医療院の併設の有無			
0	なし	106	92.2
1	あり	9	7.8
	欠損	13	
居宅介護支援事業所の併設の有無			
0	なし	249	45.1
1	あり	303	54.9
	欠損	13	

5) 営業時間外の対応

24 時間の電話対応状況は 90.7%の事業所が、急な病状の変化があった場合の訪問看護は 94.2%の事業所が対応していた。

		n	%
24 時間の電話対応状況の有無			
0	なし	52	9.3
1	あり	506	90.7
	欠損	7	
急な病状の変化があった場合の訪問看護の対応状況			
0	なし	32	5.8
1	あり	520	94.2
	欠損	13	

6) 利用者の意見を把握する取り組み状況、第三者による評価の実施状況

利用者アンケート調査や意見箱等の利用者の意見を把握する取り組みを行っていた事業所は 36.6%であった。第三者による評価を行っていたのは、14.5%であった。

		n	%
利用者の意見を把握する取り組み状況（利用者アンケート等）			
0	なし	342	63.5
1	あり	197	36.6
	欠損	26	
第三者による評価の実施の有無			
0	なし	450	85.6
1	あり	76	14.5
	欠損	39	

7) 訪問看護指示書を発行している医療機関数

訪問看護指示書を発行している医療機関数は中央値で 12 施設であった。病院は中央値で 9 施設、診療所は中央値で 10 施設であった。

	N	中央値	25%点	75%点
医療機関数	479	21	12	37
(内訳) 病院数	505	9	5	16
うち、在宅療養支援病院	355	1	0	3
(内訳) 診療所数	493	10	4	20
うち、在宅支援診療所	374	3	1	7

2. 訪問看護ステーションにおけるマネジメント体制

1) 自治体以外の者によるマネジメントに関する指導・助言の状況

自治体以外の者によるマネジメントに関する指導・助言を受けていた事業所は 30.7%であった。指導・助言を受けていた事業所のうち、もっと多かったのは、経営母体の法人による指導・助言であり、59.1%であった。

		n	%
自治体以外の者によるマネジメントに関する指導・助言の有無			
0	なし	377	69.3
1	あり	167	30.7
	欠損	21	
(内訳) 関係団体によるマネジメントに関する指導・助言の有無			
0	なし	128	80.5
1	あり	31	19.5
	欠損	8	
(内訳) 経営母体の法人によるマネジメントに関する指導・助言の有無			
0	なし	65	40.9
1	あり	94	59.1
	欠損	8	
(内訳) 民間のコンサル会社によるマネジメントに関する指導・助言の有無			
0	なし	127	79.9
1	あり	32	20.1
	欠損	8	

(内訳) その他からのマネジメントに関する指導・助言の有無			
0	なし	139	87.4
1	あり	20	12.6
	欠損	8	

2) 感染症等の不測の事態を想定した行動計画の策定状況

事故だけでなく感染症等の不測の事態を想定した行動計画を策定していると回答した事業所は 76.6%であった。

行動計画の内容は、感染症が 81.6%、地震が 71.5%であった。防災訓練の実施は 56.6%の事業所が実施していると回答していた。

		n	%
事故だけでなく感染症等の不測の事態を想定した行動計画の策定の有無			
1	策定している	420	76.6
2	策定していない	128	23.4
	欠損	17	
(内訳) 不測の事態を想定した行動計画を作成している場合 (内容) MA			
a 風水害を想定した行動計画の策定の有無			
0	なし	217	54.7
1	あり	180	45.3
	欠損	23	
b 地震を想定した行動計画の策定の有無			
0	なし	113	28.5
1	あり	284	71.5
	欠損	23	
c 火災を想定した行動計画策定の有無			
0	なし	238	60.0
1	あり	159	40.1
	欠損	23	
d 感染症を想定した行動計画の策定の有無			
0	なし	73	18.4
1	あり	324	81.6
	欠損	23	
e 食中毒を想定した行動計画の策定の有無			
0	なし	240	60.5
1	あり	157	39.6
	欠損	23	
f その他を想定した行動計画の策定の有無			
0	なし	382	96.2
1	あり	15	3.8
	欠損	23	
防災訓練の実施の有無			
0	なし	241	43.4
1	あり	314	56.6
	欠損	10	

3. 回答者（管理者）の属性（2020年3月1日時点）

1) 管理者としての経験年数

現事業所での管理者としての経験年数は中央値で3年、訪問看護師の経験年数は中央値で7年、看護師の経験年数は中央値で25年であった。

	N	中央値	25%点	75%点
現事業所での管理者としての経験年数	557	3	1	5
訪問看護師の経験年数	555	7	3	15
看護師の経験年数	550	25	19	32

2) 管理者の保有資格

管理者の保有資格は、介護支援専門員 37.2%、訪問看護認定看護師 2.7%、医療安全管理者 2.9%、訪問看護認定看護師以外の認定看護師 2.7%、専門看護師 1.3%であった。

	n	%
管理者の保有資格（介護支援専門員）		
0 なし	349	62.8
1 あり	207	37.2
欠損	9	
管理者の保有資格（訪問看護認定看護師）		
0 なし	541	97.3
1 あり	15	2.7
欠損	9	
管理者の保有資格（認定看護管理者）		
0 なし	540	97.1
1 あり	16	2.9
欠損	9	
管理者の保有資格（医療安全管理者）		
0 なし	539	96.9
1 あり	17	3.1
欠損	9	
管理者の保有資格（上記以外の認定看護師）		
0 なし	541	97.3
1 あり	15	2.7
欠損	9	
管理者の保有資格（専門看護師）		
0 なし	549	98.7
1 あり	7	1.3
欠損	9	
管理者の保有資格（その他）		
0 なし	492	88.5
1 あり	64	11.5
欠損	9	

3) 管理者の最終学歴

最終学歴は3年課程が63.7%と最も多かった。

		n	%
最終教育課程			
1	3年課程	345	63.7
2	大学	51	9.4
3	大学院	18	3.3
4	その他	128	23.6
	欠損	23	

4) 管理者就任前後の研修の受講状況

管理者就任前後の研修の受講状況では管理者就任前は、感染対策に関する研修が46.3%、事故防止・安全管理に関する研修が42.7%、他の訪問看護ステーションでの実地研修が35.0%の順に多かった。

管理者就任後は、訪問管理者または管理者予定者を対象とした研修が56.6%で最多であり、次いで感染対策に関する研修46.3%、事故防止・安全管理に関する研修43.7%の順であった。

		管理者就任前		管理者就任後	
		n	%	n	%
訪問管理者または管理者予定者を対象とした研修					
1	受講	156	28.3	312	56.6
2	未受講	395	71.7	239	43.4
	欠損	14		14	
他の訪問看護ステーションでの実地研修					
1	受講	193	35.0	123	22.3
2	未受講	358	65.0	428	77.7
	欠損	14		14	
認定看護管理者研修					
1	受講	30	5.4	22	4.0
2	未受講	521	94.6	529	96.0
	欠損	14		14	
医療安全管理者養成研修（講習会）					
1	受講	90	16.3	84	15.3
2	未受講	461	83.7	467	84.8
	欠損	14		14	
事故防止・安全管理に関する研修					
1	受講	235	42.7	241	43.7
2	未受講	316	57.4	310	56.3
	欠損	14		14	
感染対策に関する研修					
1	受講	255	46.3	255	46.3
2	未受講	296	53.7	296	53.7
	欠損	14		14	

4. 職員体制（2020年3月1日時点）

1) 看護職員の人数

看護職員実人数は中央値 6.0 人であった。常勤看護師実人数は中央値 3.0 人、非常勤看護師実人数は 2.0 人、常勤准看護師実人数ならびに非常勤准看護師実人数はともに中央値 0 人であった。看護職員に占める常勤看護職員の割合は中央値 66.7%、看護職員に占める看護師の割合は中央値 100.0%であった。看護職員常勤換算数は中央値 4 人であった。

	N	中央値	25%点	75%点
看護職員実人数	563	6	4	8
常勤看護師実人数	563	3	2	5
非常勤看護師実人数	563	2	1	3
常勤准看護師実人数	563	0	0	0
非常勤准看護師実人数	563	0	0	0
看護職員に占める常勤看護職員の割合	562	66.7	50.0	85.7
看護職員に占める看護師の割合	562	100.0	83.3	100.0
看護職員常勤換算数	507	4	3	5.8

2) 看護職員以外の職員の人数

	N	中央値	25%点	75%点
常勤リハビリ職員実人数	563	0	0	2
非常勤リハビリ職員実人数	563	0	0	1
常勤事務職員実人数	563	0	0	1
非常勤事務職員実人数	563	0	0	1
常勤ほか職員実人数	563	0	0	0
非常勤ほか職員実人数	563	0	0	0

3) 現訪問看護ステーションでの経験年数別の看護職員実人数

経験年数が 3 年未満の看護職員が占める割合は中央値 40.0%であった。

	N	中央値	25%点	75%点
経験年数 1 年未満の看護職員実人数	557	1	0	2
経験年数 1 年以上 3 年未満の看護職員実人数	557	1	0	2
経験年数 3 年以上 5 年未満の看護職員実人数	557	1	0	2
経験年数 5 年以上 10 年未満の看護職員実人数	557	1	0	2
経験年数 10 年以上の看護職員実人数	557	0	0	2
経験年数が 3 年未満の看護職員が占める割合	557	40.0	14.3	66.7
経験年数が 10 年以上の看護職員が占める割合	557	0.0	0.0	38.5

4) 年齢別の看護職員の実人数

50歳以上の看護職員が占める割合は中央値で40.0%であった。

	N	中央値	25%点	75%点
年齢別看護職員数：10歳代	564	0	0	0
年齢別看護職員数：20歳代	564	0	0	0
年齢別看護職員数：30歳代	564	1	0	2
年齢別看護職員数：40歳代	564	2	1	3
年齢別看護職員数：50歳代	564	1	0	3
年齢別看護職員数：60歳代	564	0	0	1
年齢別看護職員数：70歳以上	564	0	0	0
40歳未満の看護職員が占める割合	563	20.0	0.0	33.3
50歳以上の看護職員が占める割合	563	40.0	20.0	60.0

5) 看護職員（管理者を除く）の保有資格

管理者を除く看護職員の保有資格は介護支援専門員が30.0%と最も多かった。

	n	%
看護職員の保有資格（介護支援専門員）		
0 なし	395	70.0
1 あり	169	30.0
欠損	1	
看護職員の保有資格（訪問看護認定看護師）		
0 なし	547	97.0
1 あり	17	3.0
欠損	1	
看護職員の保有資格（認定看護管理者）		
0 なし	559	99.1
1 あり	5	0.9
欠損	1	
看護職員の保有資格（医療安全管理者）		
0 なし	551	97.7
1 あり	13	2.3
欠損	1	
看護職員の保有資格（上記以外の認定看護師）		
0 なし	533	94.5
1 あり	31	5.5
欠損	1	
看護職員の保有資格（専門看護師）		
0 なし	554	98.2
1 あり	10	1.8
欠損	1	
看護職員の保有資格（その他）		
0 なし	530	94.0
1 あり	34	6.0
欠損	1	

5. 2020年2月のサービス提供内容

1) 利用者数、訪問看護回数

	N	中央値	25%点	75%点
利用者数：介護保険	553	37	19	60
利用者数：医療保険	549	14	6	28
訪問看護回数：介護保険	516	154.5	88	246.5
訪問看護回数：医療保険	511	89	40	174
医療保険の利用者が占める割合	549	40.0	20.0	60.0
介護保険の利用者が占める割合	549	74.5	62.2	84.1
医療保険の利用者の訪問が占める割合	501	33.8	20.7	50.8

2) 特別管理加算の状態、ターミナルケア加算・訪問看護ターミナルケア療養費の算定人数

	N	中央値	25%点	75%点
特別管理加算の状態にある利用者実人数*	529	9	3	18
ターミナルケア加算・訪問看護ターミナルケア療養費の算定者数	536	0	0	1
特別管理加算の状態にある利用者が占める割合	523	17.8	8.1	27.9
ターミナルケア加算・訪問看護ターミナルケア療養費の算定者が占める割合	527	0	0	1.1

* 実際に算定していない人を含む

3) 要支援・要介護度別利用者実人数

	N	中央値	25%点	75%点
要支援 1	528	1	0	3
要支援 2	528	3	1	7
要介護 1	530	7	3	14
要介護 2	530	8	3	13
要介護 3	531	5	3	9
要介護 4	528	5	2	9
要介護 5	532	4	2	8
要支援者が占める割合	526	13.3	6.8	20.7
要介護 2 以下が占める割合	526	59.6	48.0	69.7
要介護 4 以上が占める割合	526	24.5	16.4	34.5

4) 寝たきり度（障害高齢者日常生活自立度）別の利用者実人数

	N	中央値	25%点	75%点
生活自立（ランク J）	411	9	3	20
準寝たきり（ランク A）	411	12	5	24
寝たきり（ランク B）	412	8	3	17
寝たきり（ランク C）	412	5	2	10
寝たきり（ランク BC）の利用者が占める割合	406	37.7	23.5	50.8

5) 年齢層別の利用者実人数

	N	中央値	25%点	75%点
6歳未満	510	0	0	0
6～12歳	508	0	0	0
13～19歳	508	0	0	0
20～39歳	508	0	0	2
40～64歳	507	3	1	9
65～69歳	507	3	1	6
70～79歳	507	11	6	20
80歳以上	508	28	14	45
20歳未満の利用者が占める割合	505	0	0	1.4
40歳未満の利用者が占める割合	505	0.7	0	4.7
65歳以上の利用者が占める割合	505	90.9	82.0	95.6
70歳以上の利用者が占める割合	505	84.0	73.4	90.9

6) 認知症高齢者の日常生活自立度別の利用者実人数

	N	中央値	25%点	75%点
I～II (自立)	422	18	6	38
III以上 (介護が必要)	419	11	5	21
介護が必要な認知症高齢者が占める割合	415	22.2	12.0	40.0

7) 1人暮らし (独居) の利用者実人数

	N	中央値	25%点	75%点
1人暮らし (独居) の利用者実人数	473	11	4	20
1人暮らし (独居) の利用者が占める割合	468	20.5	10.8	33.9

6. 訪問看護ステーションにおける事故やヒヤリ・ハット

1) 「訪問看護に関連する事故」と認識する範囲と市区町村に報告する範囲 (MA)

ヒヤリ・ハットに分類される「利用者に未実施 (2)」では 57.2%、「実害なし (1)」は 83.5%、「軽度の実害あり (2)」では 92.1%の事業所が訪問看護に関連する事故として認識していた。

「事故」に分類される「利用者に中程度の実害あり (3a)」から「利用者の死亡事故 (5)」では 90%以上の事業所が「訪問看護に関連する事故」の範囲として認識していた。

「訪問看護に関連する事故」として市区町村に報告する範囲では、「高度の実害あり」から「利用者の死亡事故」に関しては、90%以上の事業所が「訪問看護に関連する事故」として市区町村に報告するとして回答していたが、「中程度の実害あり」では 61.3%、「軽度の実害あり」では 23.4%であった。ヒヤリ・ハットに分類される利用者への「実害なし」では 10.4%、「利用者に未実施」では 1.1%の事業所が「訪問看護に関連する事故」として市区町村に報告するとして回答していた。

		「訪問看護に関連する事故」の認識範囲		「訪問看護に関連する事故」として市区町村に報告する範囲	
		n	%	n	%
利用者に未実施 (0)					
0	いいえ	163	42.8	266	98.9
1	はい	218	57.2	3	1.1
	欠損	184		296	
実害なし (1)					
0	いいえ	63	16.5	241	89.6
1	はい	318	83.5	28	10.4
	欠損	184		296	
軽度の実害あり (2)					
0	いいえ	30	7.9	206	76.6
1	はい	351	92.1	63	23.4
	欠損	184		296	
中程度の実害あり (3a)					
0	いいえ	18	4.7	104	38.7
1	はい	363	95.3	165	61.3
	欠損	184		296	
高度の実害あり (3b)					
0	いいえ	8	2.1	22	8.2
1	はい	373	97.9	247	91.8
	欠損	184		296	
利用者に永続的な障害や後遺症が残った (4)					
0	いいえ	7	1.8	10	3.7
1	はい	374	98.2	259	96.3
	欠損	184		296	
利用者の死亡事故 (5)					
0	いいえ	7	1.8	5	1.9
1	はい	374	98.2	264	98.1
	欠損	184		296	

7. 訪問看護サービス中に起きた利用者に関する事故、ヒヤリ・ハットの件数
(2019年10月～12月実績)

	N	中央値	25%点	75%点
転倒_発生件数	479	0	0	0
レベル0	477	0	0	0
レベル1	477	0	0	0
レベル2	477	0	0	0
レベル3a	477	0	0	0
レベル3b	477	0	0	0
レベル4	477	0	0	0
レベル5	477	0	0	0
転落_発生件数	452	0	0	0
レベル0	452	0	0	0
レベル1	452	0	0	0
レベル2	452	0	0	0
レベル3a	452	0	0	0
レベル3b	452	0	0	0
レベル4	452	0	0	0
レベル5	452	0	0	0
誤嚥_発生件数	453	0	0	0
レベル0	452	0	0	0
レベル1	452	0	0	0
レベル2	452	0	0	0
レベル3a	452	0	0	0
レベル3b	452	0	0	0
レベル4	452	0	0	0
レベル5	452	0	0	0
誤薬_発生件数	462	0	0	0
レベル0	460	0	0	0
レベル1	460	0	0	0
レベル2	460	0	0	0
レベル3a	460	0	0	0
レベル3b	460	0	0	0
レベル4	460	0	0	0
レベル5	459	0	0	0
医療・介護機器関連_発生件数	465	0	0	0
レベル0	465	0	0	0
レベル1	465	0	0	0
レベル2	465	0	0	0
レベル3a	465	0	0	0
レベル3b	465	0	0	0
レベル4	465	0	0	0
レベル5	465	0	0	0
ドレーン・チューブ関連_発生件数	558	0	0	0
レベル0	558	0	0	0
レベル1	558	0	0	0
レベル2	558	0	0	0
レベル3a	558	0	0	0

レベル 3b	558	0	0	0
レベル 4	558	0	0	0
レベル 5	558	0	0	0

8. 訪問看護ステーションにおいて発生した、訪問看護従事者に関する事故の発生件数
(2019年10月～12月実績)

	N	中央値	25%点	75%点
訪問前後の移動中の交通事故	558	0	0	0
サービス提供中のペット関連事故 ¹	558	0	0	0
利用者からのハラスメント	558	0	0	0
スケジュールミス ²	558	0	0	1
個人情報保護関連 ³	558	0	0	0
針刺し事故	558	0	0	0

1 嘔みつきなど

2 予定サービスの提供ができなかった場合

3 記録類の誤送信、利用者宅での忘れ物・紛失など

9. 2019年度に訪問看護ステーションから市区町村に報告した事故の件数

	N	中央値	25%点	75%点
転倒	558	0	0	0
転落	557	0	0	0
誤嚥	557	0	0	0
誤薬	557	0	0	0
医療・介護機器関連	557	0	0	0
チューブ・ドレーン関連	557	0	0	0
虐待	557	0	0	0
死亡事故	557	0	0	0
食中毒	557	0	0	0

10. 訪問看護ステーションにおける事故予防の体制

1) 事故発生防止のためのマニュアルの作成、活用、見直しの状況

事故発生防止のためのマニュアルの作成については、88.8%の事業所が「作成している」と回答していた。マニュアルを作成していると回答した事業所のうち、マニュアルの活用状況では、「事故発生時に対応方法等の確認」が52.6%と最も多く、次いで「事故発生後に振り返り等で対応方法等の確認」が43.4%、「定期的に会議や研修等での活用」35.6%であった。一方、マニュアルがあるが、活用していないと回答した事業所は21.6%存在していた。

マニュアルの見直しについては、「定期的に見直している」は16.3%であり、「不定期に見直している」が49.7%で最多であった。一方で、24.2%の事業所が「見直していない」と回答していた。

	n	%
事故発生防止のためのマニュアル作成の有無		
0 作成していない	63	11.2
1 作成している	498	88.8
欠損	4	
(内訳) 事故発生防止のためのマニュアルの内容を看護職員全員が把握できているか否か		
0 把握できていない	111	23.1
1 把握できている	369	76.9
欠損	13	
⇒ 事故発生防止のためのマニュアルを作成している (N=493)		
(内訳) 定期的に会議や研修等でのマニュアルの活用		
0 していない	316	64.4
1 している	175	35.6
欠損	7	
(内訳) マニュアルを用いた事故発生時に対応方法等の確認		
0 していない	233	47.5
1 している	258	52.6
欠損	7	
(内訳) マニュアルを用いた事故発生後に振り返り等で対応方法等の確認		
0 していない	278	56.6
1 している	213	43.4
欠損	7	
(内訳) 家族への説明時のマニュアル使用		
0 使用していない	442	90.0
1 使用している	49	10.0
欠損	7	
(内訳) その他のマニュアル活用		
0 なし	481	98.0
1 あり	10	2.0
欠損	7	
(内訳) マニュアルはあるが活用していない		
0 活用している	385	78.4
1 活用していない	106	21.6
欠損	7	
⇒ 事故発生防止のためのマニュアルを作成している (N=493)		
(内訳) 事故発生の防止のためのマニュアル見直しの有無		
1 定期的に見直している	78	16.3
2 不定期に見直している	238	49.7
3 事故発生後に見直している	47	9.8
4 見直していない	116	24.2
欠損	14	

2) 事故発生防止のための委員会の設置

事故防止のための委員会を設置していると回答した事業所は 26.7%であった。

	n	%
事故発生防止のための委員会設置の有無		
1 あり	144	26.7

2	なし	396	73.3
	欠損	25	

3) 事故発生時の報告先

事故発生時の報告先として、主治医と回答した事業所が 71.9%と最多であった。次いで、家族が 75.7%、介護支援専門員が 71.9%であった。

		n	%
事故発生時の報告先（都道府県）			
0	いいえ	486	90.3
1	はい	52	9.7
	欠損	27	
事故発生時の報告先（市区町村）			
0	いいえ	292	54.3
1	はい	246	45.7
	欠損	27	
事故発生時の報告先（主治医）			
0	いいえ	108	20.1
1	はい	430	79.9
	欠損	27	
事故発生時の報告先（介護支援専門員）			
0	いいえ	151	28.1
1	はい	387	71.9
	欠損	27	
事故発生時の報告先（経営母体）			
0	いいえ	224	41.6
1	はい	314	58.4
	欠損	27	
事故発生時の報告先（家族）			
0	いいえ	131	24.4
1	はい	407	75.7
	欠損	27	
事故発生時の報告先（その他）			
0	いいえ	526	97.8
1	はい	12	2.2
	欠損	27	

4) 損害賠償保険の加入状況

損害賠償保険に加入していると回答した事業所は 94.3%であり、うち、93.5%の事業所は事業所で費用負担を行っていた。2019 年度に賠償制度（保険）を使用した件数は中央値で 0 件であった。

		n	%
損害賠償保険の加入の有無			
1	加入	515	94.3
2	未加入	15	2.8
3	加入状況を把握していない	16	2.9

	欠損	19	
⇒ 損害賠償保険の費用負担 (N=515)			
1	事業所	461	93.5
2	職員個人	12	2.4
3	その他	20	4.1
	欠損	22	

2019年度に賠償制度（保険）を使用した件数は中央値で0件であった。

	N	中央値	25%点	75%点
2019年度1年間に賠償制度（保険）を使用した件数	496	0	0	0

5) 事故防止に向け、利用者ごとにリスク評価を行っているか

事故防止に向けて利用者ごとにリスク評価を行っているかについては、行っていると回答した事業所は62.1%であった。

リスク評価の方法では、評価基準を用いたリスク評価と回答した事業所が55.5%と最も多く、次いで、50.9%の事業所がケアプランを見直す会議で評価し、個別のリスクを評価していると回答していた。評価基準を用いたリスク評価を行っているとは回答した事業所(N=138)のうち、転倒リスクに対する評価基準を用いているとは回答した事業所は91.9%と最も多く、次いで転落64.7%であった。

	n	%
事故防止に向け、利用者ごとにリスク評価を行っているか否か		
0	210	37.9
1	344	62.1
	11	
⇒ リスク評価の方法 (N=344)		
(内訳) 評価基準を用いてリスク評価を行っている		
0	99	41.8
1	138	58.2
	107	
(内訳) ケアプランを見直す会議で評価し、個別のリスクを評価している		
0	117	49.4
1	120	50.6
	107	
(内訳) 事故やヒヤリ・ハット事例の対象となってからリスクを検討している		
0	164	69.2
1	73	30.8
	107	
(内訳) その他		
0	229	96.6
1	8	3.4
	107	
⇒ 何のリスクに対する評価基準か (N=138)		
(内訳) 転倒		

0	いいえ	11	8.1
1	はい	125	91.9
	欠損	2	
(内訳) 転落			
0	いいえ	48	35.3
1	はい	88	64.7
	欠損	2	
(内訳) 誤嚥			
0	いいえ	57	41.9
1	はい	79	58.1
	欠損	2	
(内訳) 誤薬			
0	いいえ	65	47.8
1	はい	71	52.2
	欠損	2	
(内訳) 医療・介護機器関連			
0	いいえ	81	59.6
1	はい	55	40.4
	欠損	2	
(内訳) ドレーン・チューブ類			
0	いいえ	77	56.6
1	はい	59	43.4
	欠損	2	
(内訳) その他			
0	いいえ	124	91.2
1	はい	12	8.8
	欠損	2	

リスク評価を行っているとは回答した事業所（N=344）のうち、利用者家族とのリスク共有を行っているとは回答した事業所は 86.3%であった。リスク共有の頻度は 1 か月に 1 回程度が 31.4%と最も多く、うち、70.8%の事業所が「ケアプランの立案や見直しに参加」する方法で利用者家族と共有を行っていた。

		n	%
⇒ リスク評価を行っている (N=344)			
(内訳) 利用者家族とのリスク共有の有無			
1	あり	289	86.3
2	なし	46	13.7
	欠損	9	
(内訳) 利用者家族とのリスク共有の平均的頻度			
1	1～2 週間に 1 回程度	27	9.8
2	1 か月に 1 回程度	87	31.4
3	2～3 か月に 1 回程度	43	15.5
4	半年以上に 1 回程度	44	15.9
5	その他	76	27.4

	欠損	12	
⇒ 家族とのリスク共有の方法 (N=289) MA			
(内訳) ケアプランの立案や見直しに参加			
0	いいえ	82	29.2
1	はい	199	70.8
	欠損	9	
(内訳) 個別に情報提供や面談			
0	いいえ	110	39.2
1	はい	171	60.9
	欠損	9	
(内訳) その他			
0	いいえ	261	92.9
1	はい	20	7.1
	欠損	9	

6) 他の訪問看護ステーションの事故や安全管理に関する情報収集と自ステーションの事故防止への活用

他の訪問看護ステーションの事故や安全管理に関する情報を収集し、自ステーションの事故防止に活用していると回答した事業所は 48.1%であった。

		n	%
他の訪問看護ステーションの情報を自ステーションの事故防止に活用しているか			
0	いいえ	280	52.0
1	はい	259	48.1
	欠損	26	

7) 再発防止に向けた事故やヒヤリ・ハット事例の分析

再発防止に向けた事故やヒヤリ・ハット事例の分析を行っているとは回答した事業所は 78.2%であった。誰が分析を行っているかについては、「管理者」が 70.6%と最も多く、次いで、「事故の発見者（報告書の作成者）」67.1%であった。

		n	%
再発防止にむけ事故やヒヤリ・ハット事例の分析を行っているか			
0	いいえ	118	21.8
1	はい	424	78.2
	欠損	23	
(内訳) 誰が事故やヒヤリ・ハット事例の分析を行っているか MA			
事故の発見者（報告書の作成者）			
0	いいえ	139	32.9
1	はい	283	67.1
	欠損	2	
事故が発生したチームの職員			
0	いいえ	256	60.7
1	はい	166	39.3
	欠損	2	
事業所内の専任の安全対策を担当する者			
0	いいえ	341	80.8

1	はい	81	19.2
	欠損	2	
事故発生の防止のための委員会			
0	いいえ	351	83.2
1	はい	71	16.8
	欠損	2	
管理者			
0	いいえ	124	29.4
1	はい	298	70.6
	欠損	2	
第三者の団体に委託			
0	いいえ	421	99.8
1	はい	1	0.2
	欠損	2	
その他			
0	いいえ	394	93.4
1	はい	28	6.6
	欠損	2	

8) 事故防止のための事業所内での研修の実施状況 (2019 年度)

2019 年度に事故防止のための研修を事業所内で実施したかについては、54.3%の事業所が「実施」と回答していた。実施した研修内容は、具体的な事故事例等に関することが 59.8%、事故発生時の対応が 58.1%、マニュアル等の周知が 43.9%であった。

事業所内で実施した研修の評価は「実施している研修状況に対し、満足している」と回答したのは 27.9%の事業所で、46.3%の事業所が「研修時間を確保することや職員全体を対象とすることが困難である」、36.9%の事業所が「職員の理解度に差がある」と回答していた。

	n	%
2019 年度に事故防止のための研修を事業所内で実施したか		
0	未実施	249 45.7
1	実施	296 54.3
	欠損	20
(内訳) 実施した研修内容：具体的な事故事例等に関すること		
0	いいえ	119 40.2
1	はい	177 59.8
(内訳) 実施した研修内容：報告の仕組みや報告様式の記載方法		
0	いいえ	222 75.0
1	はい	74 25.0
(内訳) 実施した研修内容：事故発生時の対応		
0	いいえ	124 41.9
1	はい	172 58.1
(内訳) 実施した研修内容：業務内容ごとのケア手順 (実技)		
0	いいえ	230 77.7
1	はい	66 22.3
(内訳) 実施した研修内容：マニュアル等の周知		
0	いいえ	166 56.1

1	はい	130	43.9
(内訳) 実施した研修内容：その他			
0	いいえ	279	94.3
1	はい	17	5.7
⇒研修実施に対する評価 (N=296) MA			
(内訳) 実施している研修状況に対して満足している			
0	いいえ	207	72.1
1	はい	80	27.9
	欠損	9	
(内訳) 研修時間を確保することや職員全体を対象とすることが困難である			
0	いいえ	154	53.7
1	はい	133	46.3
	欠損	9	
(内訳) 職員の理解度に差がある			
0	いいえ	181	63.1
1	はい	106	36.9
	欠損	9	
(内訳) 効果的な研修の内容や方法がわからない			
0	いいえ	251	87.5
1	はい	36	12.5
	欠損	9	
(内訳) その他			
0	いいえ	279	97.21
1	はい	8	2.79
	欠損	9	

9) 事故防止に関する外部の研修への看護職員の受講状況 (2019年度)

2019年度に看護職員が職務として事故防止に関する「外部」の研修を受講したかについて、「はい」と回答した事業所は25.4%であった。

	n	%
2019年度に看護職員が職務として事故防止に関する「外部」の研修を受講したか		
0	403	74.6
1	137	25.4
	25	

10) 安全対策について、自治体から実地指導の際に指摘を受けたことがあるか

安全対策について、自治体から実地指導の際に指導を受けたことがあるかについて、「はい」と回答した事業所は3.9%であった。「はい」と回答した事業所のうち、指摘事項を改善できたかについては「はい」と回答した事業所は38.1%であった。

	n	%
安全対策について自治体から実地指導の際に指摘を受けたことがあるか		
0	516	96.1
1	21	3.9
	28	

(内訳) 指摘事項を改善できたか			
0	いいえ	13	61.9
1	はい	8	38.1

11. 訪問看護ステーションの利用者の感染症等の予防体制

1) 訪問看護ステーションにおける感染症の防止のためのマニュアルの作成状況

自訪問看護ステーションにおいて、感染症の防止のためのマニュアルを作成していると回答した事業所は91.8%であった。マニュアルを作成したと回答した事業所のうち、当該マニュアルを職員全員が把握できていると回答したのは75.4%であった。

作成した感染症の防止のためのマニュアルの活用状況については、「定期的に会議や研修等で活用」と回答した事業所が62.0%、次いで「定期的に会議や研修等で活用」が37.3%であった。一方で、「マニュアルはあるが活用していない」と回答した事業所が16.7%あった。

感染症の防止のためのマニュアルの見直し状況では、「定期的に見直している」が19.4%で、「不定期に見直している」の40.2%を下回っていた。

		n	%
感染症の防止のためのマニュアルの作成の有無			
0	なし	46	8.2
1	あり	514	91.8
	欠損	5	
(内訳) 感染症防止のマニュアルは職員全員が把握できているか			
0	いいえ	120	24.6
1	はい	367	75.4
	欠損	27	
⇒ 感染症発生の防止マニュアルの活用状況 (N=514) MA			
(内訳) 定期的に会議や研修等で活用			
0	いいえ	320	62.8
1	はい	190	37.3
	欠損	4	
(内訳) 感染症発生時に対応方法等を確認			
0	いいえ	194	38.0
1	はい	316	62.0
	欠損	4	
(内訳) 感染症発生後に振り返り等で対応方法等を確認			
0	いいえ	373	73.1
1	はい	137	26.9
	欠損	4	
(内訳) 家族への説明時に使用している			
0	いいえ	419	82.2
1	はい	91	17.8
	欠損	4	
(内訳) その他			
0	いいえ	504	98.8
1	はい	6	1.2
	欠損	4	

(内訳) マニュアルはあるが活用していない		
0	いいえ	425 83.3
1	はい	85 16.7
	欠損	4
⇒ 感染症の防止のためのマニュアルの見直し状況 (N=514)		
1	定期的に見直している	97 19.4
2	不定期に見直している	201 40.2
3	感染症発生後に見直している	53 10.6
4	見直していない	149 29.8
	欠損	14

2) 訪問看護ステーションにおける感染対策の体制整備状況

専門の感染対策を担当する者がいるかについて「はい」と回答した事業所は 16.7%、感染対策委員会の設置では「はい」と回答した事業所は 18.8%であった。

		n	%
専任の感染対策を担当する者の有無			
0	いいえ	425	83.3
1	はい	85	16.7
	欠損	4	
感染対策委員会の設置の有無			
0	なし	431	81.2
1	あり	100	18.8
	欠損	34	

3) 感染症発生時の報告先

感染症発生時の報告先は、主治医が 80.4%と最も多く、次いで家族 75.7%、介護支援専門員 71.9%であった。市区町村は 45.7%、都道府県は 9.7%であった。

		n	%
感染症発生時の報告先：都道府県			
0	いいえ	486	90.3
1	はい	52	9.7
	欠損	27	
感染症発生時の報告先：市区町村			
0	いいえ	292	54.3
1	はい	246	45.7
	欠損	27	
感染症発生時の報告先：主治医			
0	いいえ	104	19.6
1	はい	426	80.4
	欠損	27	
感染症発生時の報告先：介護支援専門員			
0	いいえ	151	28.1
1	はい	387	71.9
	欠損	27	
感染症発生時の報告先：経営母体			
0	いいえ	224	41.6

1	はい	314	58.4
	欠損	27	
感染症発生時の報告先：家族			
0	いいえ	131	24.4
1	はい	407	75.7
	欠損	27	
感染症発生時の報告先：その他			
0	いいえ	526	97.8
1	はい	12	2.2
	欠損	27	

4) 他の訪問看護ステーションの感染症に関する情報収集と自ステーションの感染症防止への活用

他の訪問看護ステーションの感染症に関する情報を収集し、自ステーションの感染症防止に活用していると回答した事業所は 48.6%であった。

		n	%
他の訪問看護ステーションの感染症情報を収集し、自ステーションの感染症防止に活用しているか			
0	いいえ	281	51.4
1	はい	266	48.6
	欠損	18	

5) 2019 年度に感染症防止のための事業所内での研修の実施状況

2019 年度に感染症防止のための事業所内で研修を実施したと回答した事業所は 61.7%であった。実施したと回答した事業所での研修内容は、「具体的な感染対策に関すること」が 72.5%と最も多く、次いで、「感染症発生時の対応」70.1%、「マニュアル等の周知」47.0%であった。

研修実施に対する評価では、「実施している研修状況に対し、満足している」と回答した事業所が 39.8%であったのに対し、「研修時間を確保することや職員全体を対象とすることが困難である」と回答した事業所が 41.9%、「職員の理解度に差がある」と回答した事業所が 31.1%であった。

		n	%
2019 年度に感染症防止のための事業所内での研修の有無			
0	なし	210	38.3
1	あり	338	61.7
	欠損	17	
(内訳) 研修内容：具体的な感染対策に関すること			
0	なし	92	27.5
1	あり	242	72.5
	欠損	4	
(内訳) 研修内容：感染症発生時の対応			
0	なし	100	29.9

1	あり	234	70.1
	欠損	4	
(内訳) 研修内容：業務内容ごとのケア手順（実技）			
0	なし	218	65.3
1	あり	116	34.7
	欠損	4	
(内訳) 研修内容：マニュアル等の周知			
0	なし	177	53.0
1	あり	157	47.0
	欠損	4	
(内訳) 研修内容：その他			
0	なし	323	96.7
1	あり	11	3.3
	欠損	4	
⇒ 研修実施に対する評価（N=338）			
(内訳) 実施している研修状況に対し、満足している			
0	いいえ	194	60.3
1	はい	128	39.8
	欠損	16	
(内訳) 研修時間の確保や職員全体を対象とすることが困難である			
0	いいえ	187	58.1
1	はい	135	41.9
	欠損	16	
(内訳) 職員の理解度に差がある			
0	いいえ	222	68.9
1	はい	100	31.1
	欠損	16	
(内訳) 効果的な研修の内容や方法がわからない			
0	いいえ	291	90.4
1	はい	31	9.6
	欠損	16	
(内訳) その他			
0	いいえ	315	97.8
1	はい	7	2.2
	欠損	4	

6) 2019年度に看護職員が職務として感染対策に関する外部の研修の受講状況

2019年度に感染対策に関する外部の研修に看護職員が職務として受講したと回答した事業所は28.6%であった。

	n	%	
2019年度の感染対策に関する外部の研修の受講状況			
0	未受講	394	71.4
1	受講	158	28.6
	欠損	13	

7) 推奨されている手指衛生の順守状況のモニタリングの状況

推奨されている手指衛生の順守状況をモニタリングしていると回答した事業所は 24.5%であった。

		n	%
推奨されている手指衛生の順守状況のモニタリングの有無			
0	無	407	75.5
1	有	132	24.5
	欠損	26	

8) 訪問時の手洗い後に手を拭く方法 MA

訪問時の手洗い後に手を拭く方法として、最多であったのは、「持参したハンカチやタオル」と回答した事業所は、62.5%であった。次いで、「持参したペーパータオル（使い捨て）」であった。

「持参したハンカチやタオル」と回答した事業所におけるハンカチやハンドタオルの交換頻度は、「1日1回」と回答した事業所が最も多く、41.6%であった。次いで、「利用者毎」25.0%であった。一方、「決まっていない」と回答した事業所は21.4%であった。

		n	%
持参したハンカチやハンドタオル			
0	いいえ	207	37.5
1	はい	345	62.5
	欠損	13	
持参したペーパータオル（使い捨て）			
0	いいえ	347	62.9
1	はい	205	37.1
	欠損	13	
利用者宅にあるペーパータオル（使い捨て）			
0	いいえ	494	89.5
1	はい	58	10.5
	欠損	13	
その他			
0	いいえ	528	95.7
1	はい	24	4.4
	欠損	13	
⇒（持参したハンカチやハンドタオルと回答した場合）交換頻度			
1	利用者毎	83	25.0
2	1日1回	138	41.6
3	1日2~3回	40	12.1
4	決まっていない	71	21.4
	欠損	13	

9) 携帯用のアルコール手指消毒薬のスタッフへの提供状況

携帯用のアルコール手指消毒薬をスタッフに提供していると回答した事業所は 91.4%であった。このうち、1人あたりの手指消毒薬の1日の使用量を把握していると回答した事業

所は 27.0%であった。

		n	%
携帯用のアルコール手指消毒薬をスタッフに提供しているか			
0	いいえ	48	8.6
1	はい	512	91.4
	欠損	5	
(内訳) 1人あたりの手指消毒薬の使用量(1日)を把握しているか			
0	いいえ	370	73.0
1	はい	137	27.0
	欠損	5	

10) 2019年度の健康診断の受診状況

2019年度に職員全員が健康診断を受診したと回答した事業所は 96.8%であった。

		n	%
2019年度職員全員が健康診断を受診したか			
1	はい	541	96.8
2	いいえ	14	2.5
3	把握していない	4	0.7
	欠損	6	

11) 訪問を行う職員全員の抗体価およびワクチンの接種状況の把握

訪問を行う職員全員の抗体価およびワクチンの接種状況を把握していると回答した事業所は 45.7%であった。把握している種類については、「HBV」が最も多く 62.5%、次いで「麻疹」が 48.8%、「風疹」が 47.5%、「水痘」が 35.4%、「ムンプス」が 30.8%であった。

		n	%
訪問を行う職員全員の抗体価およびワクチン接種状況を把握しているか			
0	いいえ	299	54.3
1	はい	252	45.7
	欠損	14	
(内訳) 把握している種類：麻疹			
0	いいえ	123	51.3
1	はい	117	48.8
	欠損	12	
(内訳) 把握している種類：風疹			
0	いいえ	126	52.5
1	はい	114	47.5
	欠損	12	
(内訳) 把握している種類：水痘			
0	いいえ	155	64.6
1	はい	85	35.4
	欠損	12	
(内訳) 把握している種類：ムンプス			
0	いいえ	166	69.2
1	はい	74	30.8
	欠損	12	
(内訳) 把握している種類：HBV			

0	いいえ	90	37.5
1	はい	150	62.5
	欠損	12	
(内訳) 把握している種類：結核			
0	いいえ	172	71.7
1	はい	68	28.3
	欠損	12	
(内訳) 把握している種類：その他			
0	いいえ	172	71.7
1	はい	68	28.3
	欠損	12	

12) 訪問看護を行う際に訪問バッグに常備しているもの MA

訪問看護を行う際に訪問バッグに常備しているものとして回答が最も多かったのは「手指消毒薬」94.1%であった。次いで、「非滅菌手袋」90.9%、「ゴーグル・フェイスシールド」88.4%、「使い捨てエプロン」56.3%であった。

		n	%
手指消毒薬			
0	いいえ	33	5.9
1	はい	528	94.1
	欠損	4	
非滅菌手袋			
0	いいえ	51	9.1
1	はい	510	90.9
	欠損	4	
防水型ガウン			
0	いいえ	420	74.9
1	はい	316	25.1
	欠損	4	
使い捨てエプロン			
0	いいえ	245	43.7
1	はい	316	56.3
	欠損	4	
手拭用ハンドタオル			
0	いいえ	291	51.9
1	はい	270	48.1
	欠損	4	
ペーパータオル			
0	いいえ	359	64.0
1	はい	202	36.0
	欠損	4	
シユーカバー			
0	いいえ	428	76.3
1	はい	133	23.7
	欠損	4	
ゴーグル・フェイスシールド			

0	いいえ	65	11.6
1	はい	496	88.4
	欠損	4	
携帯用針捨て専用容器			
0	いいえ	534	95.2
1	はい	27	4.8
	欠損	4	
汚染された医療機器・廃棄物や検体を持ち帰るためのビニル袋・容器			
0	いいえ	436	77.7
1	はい	125	22.3
	欠損	4	
その他			
0	いいえ	203	36.2
1	はい	358	63.8
	欠損	4	

13) オムツ交換やたんの吸引を行う場合の使い捨て手袋・エプロンの着用状況

使い捨て手袋の着用について、「必ず使用している」と回答した事業所は 93.7%であった。使い捨てエプロンの着用については、「必ず使用している」と回答した事業所は 20.8%にとどまり、「使用していない」と回答した事業所 43.0%を下回っていた。

	n	%	
オムツ交換やたんの吸引を行う場合は使い捨て手袋を着用しているか			
1	必ず使用している	524	93.7
2	使用していないことがある	29	5.2
3	使用していない	1	0.2
4	その他	5	0.9
	欠損	6	
オムツ交換やたんの吸引を行う場合は使い捨てエプロンを着用しているか			
1	必ず使用している	115	20.8
2	使用していないことがある	186	33.6
3	使用していない	238	43.0
4	その他	14	2.5
	欠損	12	

14) 注射時の使い捨て手袋、安全装置付き注射器材の使用状況

注射時は使い捨て手袋の着用について、「必ず使用している」と回答した事業所は 39.3%、「使用していないことがある」と回答した事業所は 42.0%であった。一方で、「使用していない」と回答した事業所は 16.9%であった。

注射時に針刺し防止のため、安全装置付き注射器材の使用については、「必ず使用している」と回答した事業所は 29.6%、「使用していないことがある」と回答した事業所は 41.2%であった。一方、「使用していない」と回答した事業所は 20.9%であった。

	n	%	
注射時は使い捨て手袋を着用しているか否か			
1	必ず使用している	217	39.3

2	使用していないことがある	232	42.0
3	使用していない	93	16.9
4	その他	10	1.8
	欠損	13	
注射時は針刺し防止のため、安全装置付き注射器材を使用しているか			
1	必ず使用している	163	29.6
2	使用していないことがある	227	41.2
3	使用していない	115	20.9
4	その他	46	8.4
	欠損	14	

15) 事業所内や物品等消毒薬による清掃の実施状況

事業所内や物品等の消毒薬による清掃の実施状況については、「事業所内のシンクや排水口」では「毎営業日」は29.3%であり、最多は「週1～2日」29.0%であった。一方、5.5%の事業所は「行っていない」と回答していた。「事業所内職員が頻繁に触れるドアノブ、各種スイッチ」では「毎営業日」が40.2%で最多であった。一方で、10.6%の事業所は「行っていない」と回答していた。「パソコンのキーボードやタブレット端末」では「毎営業日」は29.0%であり、最多は「不定期」33.9%であった。一方、13.8%の事業所は「行っていない」と回答していた。「血圧計のマンシェットや送気球」では、「毎営業日」は22.9%であり、「不定期」が42.8%と最多であった。一方で、17.9%の事業所が「行っていない」と回答していた。「聴診器」では「毎営業日」は47.9%で最多であった。一方、5.8%の事業所は「行っていない」と回答していた。「訪問バッグ」では「毎営業日」は13.9%であり、「不定期」が52.6%で最多であった。一方、18.9%の事業所は「行っていない」と回答していた。「自転車や車のハンドル」では「毎営業日」は22.9%であり、「不定期」が43.4%で最多であった。一方で、23.7%の事業所は「行っていない」と回答していた。

		n	%
事業所内のシンクや排水口			
1	毎営業日	161	29.3
2	週3～4日	43	7.8
3	週1～2日	159	29.0
4	不定期	146	26.6
5	その他	10	1.8
6	行っていない	30	5.5
	欠損	16	
事業所内職員が頻繁に触れるドアノブ、各種スイッチ			
1	毎営業日	224	40.2
2	週3～4日	43	7.7
3	週1～2日	82	14.7
4	不定期	145	26.0
5	その他	4	0.7
6	行っていない	59	10.6
	欠損	8	
パソコンのキーボードやタブレット端末			

1	毎営業日	162	29.0
2	週3～4日	45	8.1
3	週1～2日	82	14.7
4	不定期	189	33.9
5	その他	3	0.5
6	行っていない	77	13.8
	欠損	7	
血圧計のマンシエットや送気球			
1	毎営業日	128	22.9
2	週3～4日	25	25.0
3	週1～2日	54	9.7
4	不定期	239	42.8
5	その他	13	2.3
6	行っていない	100	17.9
	欠損	6	
聴診器			
1	毎営業日	267	47.9
2	週3～4日	20	3.6
3	週1～2日	36	6.5
4	不定期	175	31.4
5	その他	27	4.9
6	行っていない	32	5.8
	欠損	8	
訪問バッグ			
1	毎営業日	77	13.9
2	週3～4日	15	2.7
3	週1～2日	48	8.7
4	不定期	292	52.6
5	その他	18	3.2
6	行っていない	105	18.9
	欠損	10	
自転車や車のハンドル			
1	毎営業日	113	20.4
2	週3～4日	22	4.0
3	週1～2日	32	5.8
4	不定期	240	43.4
5	その他	15	2.7
6	行っていない	131	23.7
	欠損	12	

16) 感染対策で不足と感じている内容 MA

感染対策で不足と感じている内容については、「職員教育」が46.0%と最多であった。次いで、「事業所内の環境整備」が39.0%、「感染症対策に関する最新情報の収集」が37.4%であった。「不足はない」と回答した事業所は、4.9%であった。

	n	%
職員教育		
0 不足していないと感じない	300	54.1

1	不足していると感じる	255	46.0
	欠損	10	
事業所内の環境整備			
0	不足していると感じない	339	61.0
1	不足していると感じる	217	39.0
	欠損	9	
事業所内での情報共有			
0	不足していると感じない	411	73.9
1	不足していると感じる	145	26.1
	欠損	9	
手洗いや手袋着用等の標準予防措置策			
0	不足していると感じない	452	81.3
1	不足していると感じる	104	18.7
	欠損	9	
微生物検査			
0	不足していると感じない	464	77.5
1	不足していると感じる	125	22.5
	欠損	9	
マニュアル			
0	不足していると感じない	431	77.5
1	不足していると感じる	125	22.5
	欠損	9	
感染症対策に関する最新情報の収集			
0	不足していると感じない	347	62.4
1	不足していると感じる	209	37.6
	欠損	9	
感染症対策に関する相談先			
0	不足していると感じない	431	77.5
1	不足していると感じる	125	22.5
	欠損	9	
その他			
0	不足していると感じない	541	97.3
1	不足していると感じる	15	2.7
	欠損	9	
不足はない			
0	いいえ	529	95.1
1	はい (不足はない)	27	4.9
	欠損	9	

17) 感染対策について自治体から実地指導等の際に指摘を受けたことがあるか

感染対策について自治体から実地指導等の際に指摘を受けたことがあると回答した事業所は 1.8%であった。指摘を受けた事業所のうち、指摘事項を改善できたと回答した事業所は 40.0%であった。

	n	%
感染対策について自治体から実地指導等の際に指摘を受けたことがあるか		
0	546	98.2
1	10	1.8

	欠損	9	
(内訳) 自治体からの指摘事項を改善することができたか			
1	改善できた	4	40.0
2	一部改善できた	4	40.0
3	改善できていない	2	20.0

12. 訪問看護ステーションにおける薬剤耐性菌の感染予防対策

1) 訪問看護開始時における薬剤耐性菌の保菌／感染の有無の主な確認方法 MA

訪問看護開始時における薬剤耐性菌の保菌／感染の有無の主な確認方法として最も多かったのは「訪問看護指示書の感染症の有無の記載欄で確認」74.1%であった。次いで、「利用者・家族に確認」が38.6%であった。一方、12.8%の事業所は「確認していない」と回答していた。

		n	%
訪問看護指示書の感染症の有無の記載欄で確認			
0	いいえ	144	26.0
1	はい	411	74.1
	欠損	10	
利用者・家族に確認			
0	いいえ	341	61.4
1	はい	214	38.6
	欠損	10	
確認していない			
0	いいえ	474	87.2
1	はい	71	12.8
	欠損	10	
その他			
0	いいえ	484	87.2
1	はい	71	12.8
	欠損	10	

2) 薬剤耐性菌による感染徴候がある場合どのような感染予防策をとっているか MA

薬剤耐性菌による感染徴候がある場合どのような感染予防策をとっているかについては、「マスク等個人防護具の使用」が78.4%と最も多く、次いで、「消毒薬による手洗い」76.0%、「訪問順序の調整」62.7%、「器具などを利用者専用にする」52.3%であった。

		n	%
訪問順序の調整			
0	いいえ	202	37.3
1	はい	339	62.7
	欠損	24	
消毒薬による手洗い			
0	いいえ	130	24.0
1	はい	411	76.0
	欠損	24	
マスク等個人防護具の使用			

0	いいえ	117	21.6
1	はい	424	78.4
	欠損	24	
器具などを利用者専用にする			
0	いいえ	258	47.7
1	はい	283	52.3
	欠損	24	
他のサービス提供者との情報共有			
0	いいえ	277	51.2
1	はい	264	48.8
	欠損	24	
その他			
0	いいえ	525	97.0
1	はい	16	3.0
	欠損	24	

13. 急性気道感染症の疑いのある利用者に対する迅速検査および抗菌剤の使用状況

1) 日常、急性起動感染症患者に訪問する機会ほどの程度あるか

日常、急性気道感染症患者に訪問する機会ほどの程度かについて、「よくある」と回答した事業所は 5.8%であったのに対し、「ない」と回答した事業所は 13.5%であった。43.5%の事業所は「あまりない」、37.2%の事業所は「ときどきある」と回答していた。

利用者に急性気道感染症の疑いがあるとき利用者宅で迅速検査は通常行われているかについては「はい」と回答した事業所は 34.9%であった。迅速検査の種類は、「インフルエンザウイルス」が 95.5%であり、「アデノウイルス」「RS ウイルス」「マイコプラズマ」「A群β溶血性連鎖球菌」はいずれも 10%未満であった。

	n	%
日常、急性気道感染症患者に訪問する機会ほどの程度か		
1	よくある	32 5.8
2	ときどきある	206 37.2
3	あまりない	241 43.5
4	ない	75 13.5
急性気道感染症の疑い時に利用者宅で迅速検査は通常行われているか		
1	はい	190 34.9
2	いいえ	249 45.7
3	把握していない	106 19.5
	欠損	20
⇒ 迅速検査の種類 (N=190)		
(内訳) インフルエンザウイルス		
0	未実施	3 1.5
1	実施	195 98.5
	欠損	2
(内訳) アデノウイルス		
0	未実施	193 97.5

1	実施	5	2.5
	欠損	2	
(内訳) RS ウイルス			
0	未実施	186	93.9
1	実施	12	6.1
	欠損	2	
(内訳) マイコプラズマ			
0	未実施	189	95.5
1	実施	9	4.6
	欠損	2	
(内訳) A群β溶血性連鎖球菌			
0	未実施	189	95.5
1	実施	9	4.6
	欠損	2	
該当なし			
0	該当あり	195	98.5
1	該当なし	3	1.5
	欠損	2	

2) 過去1年間に上気道感染症状のある利用者が感冒と診断されたとき、どのくらいの割合(%)の利用者に抗菌剤が使用されたか

利用者への抗菌剤の使用状況について、「把握していない」が32.9%と最多であった。「81%以上」と回答した事業所は12.8%であった。

		n	%
1	0%	39	7.3
2	1~20%	108	20.3
3	21~40%	57	10.7
4	41~60%	46	8.7
5	61~80%	39	7.3
6	81%以上	68	12.8
7	把握していない	175	32.9
	欠損	33	

3) 薬剤耐性対策アクションプランを(内容を含め)知っているか

薬剤耐性対策アクションプランの認知状況について「人に説明できる」は1.3%、「理解している」は16.3%にとどまり、42.6%の事業所が「全く知らない」と回答していた。

		n	%
1	人に説明できる	7	1.3
2	理解している	86	16.3
3	名前だけ知っている	210	39.8
4	全く知らない	225	42.6
	欠損	37	

D. 考察

訪問看護ステーションにおいて訪問看護に関連する事故と認識する範囲について、「国立大学附属病院医療安全管理協議会」が定めた影響度分類別にみると、観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じたが、処置や治療は行わなかった「利用者に軽度の実害あり」の影響レベルが「レベル2」以上のヒヤリ・ハットを含む事象について、90%以上の訪問看護ステーションが「訪問看護に関連する事故」として認識していることが明らかになった。

一方、ヒヤリ・ハットの中でも「利用者に実害なし」の「レベル1」は83.5%の訪問看護ステーションが「訪問看護に関連する事故」として認識していたのに対し、エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、利用者には実施されなかった「レベル0」については、「訪問看護に関連する事故」として認識している訪問看護ステーションは57.2%であった。このことから、利用者への影響レベルではなく、利用者を実施したか否かで訪問看護ステーションによって事故と認識するか否かの判断が分かれる可能性が示唆された。

訪問看護に関連する事故の中には、訪問看護サービス提供中（訪問中）の事故だけでなく、移動中の交通事故やペット関連の事故など、訪問看護従事者に関する事故も含み、病院や施設に比べて広範囲であることも明らかになった。

さらに、多くの訪問看護ステーションでは、過去3か月間、訪問看護に関連した有害事象は発生していないことが明らかになった。一方で、感染対策の委員会の設置や

作成したマニュアルの活用、推奨されている手指衛生の順守状況のモニタリング、個人用防護具の使用、事業所内や物品等の環境清掃など、対策が十分でない事業所も散見された。今後、人員規模等、どのような要因が影響しているのかを検証していく必要がある。

また、自治体や他の訪問看護ステーションとの情報共有は限定的であったことから、現場で発生した事故情報、ヒヤリ・ハット情報、感染症の発生情報を収集・分析し、再発予防策の策定と実施を組織的に取り組む体制の整備が必要と思われた。

E. 結論

全国調査により、ガイドライン策定の根拠となる訪問看護に関連する事故・感染症の実態ならびに感染対策の現状を明らかにした。

謝辞

新型コロナウイルス感染症が拡大する中、本調査にご協力くださいました全国の訪問看護ステーションの皆様には深謝申し上げます。

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

なし

雑誌

なし

令和2年 3月 31日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京医科歯科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 吉澤靖之



次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業
2. 研究課題名 実証研究に基づく訪問看護・介護に関連する事故および感染症予防のガイドライン策定のための研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 大学院保健衛生学研究科・教授
(氏名・フリガナ) 柏木 聖代 (カシワギ マサヨ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京医科歯科大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京医科歯科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 吉澤 靖之



次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業
- 2. 研究課題名 実証研究に基づく訪問看護・介護に関連する事故および感染症予防のガイドライン策定のための研究
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 大学院保健衛生学研究科・教授
(氏名・フリガナ) 緒方 泰子 (オガタ ヤスコ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京医科歯科大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和2年 3月 31日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京医科歯科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 吉澤靖之



次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業
2. 研究課題名 実証研究に基づく訪問看護・介護に関連する事故および感染症予防のガイドライン策定のための研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 大学院保健衛生学研究科・助教
(氏名・フリガナ) 大河原 知嘉子 (オオカワラ チカコ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京医科歯科大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和2年 3月 31日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京医科歯科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 吉澤 靖之



次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 長寿科学政策研究事業
- 研究課題名 実証研究に基づく訪問看護・介護に関連する事故および感染症予防のガイドライン策定のための研究
- 研究者名 (所属部局・職名) 大学院医歯学総合研究科・准教授
(氏名・フリガナ) 齋藤 良一 (サイトウ リョウイチ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京医科歯科大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 **公益財団法人日本医療機能評価機構**

所属研究機関長 職名 **代表理事 理事長**

氏名 **河北博文** 印



次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業
- 2. 研究課題名 実証研究に基づく訪問看護・介護に関連する事故および感染症予防のガイドライン策定のための研究
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 常務理事
(氏名・フリガナ) 橋本 由全

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する口にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人筑波大学

所属研究機関長 職名 国立大学法人筑波大学長

氏名 永田 恭介



次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業
2. 研究課題名 実証研究に基づく訪問看護・介護に関連する事故および感染症予防のガイドライン策定のための研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 筑波大学 医学医療系 講師
(氏名・フリガナ) 濱野 淳 (ハマノ ジュン)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
			審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。