

令和2年度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

訪問看護事業所を対象とした訪問看護に関連する事故・ヒヤリハットの実態に関する研究
—自由記載事例のテキストマイニング分析から—

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、テキストマイニングにより、訪問看護サービス提供中の事故やヒヤリ・ハット事象の実態（発生事象の内容、要因、対処法）を明らかにすることを目的とした。用語の定義として、事故は「利用者への影響度が中等度～死亡事例」とし、ヒヤリ・ハットは「エラーがあっても実害がない～実害が軽度な事例」とした。研究対象は、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」の2019年度調査で、訪問看護サービス提供に関する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月以降の事業所、③訪問看護事業所の人員基準となる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事業所、④宛先不明等の返信があった①～④の訪問看護事業所を除いた9,934事業所の管理者とした。対象のうち、事故・ヒヤリ・ハット事例の有効回答はそれぞれ117件、144件で、そのうち訪問看護サービス提供中に発生した事故107件、ヒヤリ・ハット143件を分析対象とした。それぞれの事例をテキストマイニングにより分析した。

A. 研究目的

訪問看護における事故やヒヤリ・ハットなどの有害事象については、事業所ごとに事故報告を行い、予防対策などの取り組みが進められている。訪問看護は、複数の訪問看護の場所へ時間に縛られながら移動することや、看護を提供する場が対象のプライベートな生活の場であること、基本的に訪問先での対応や判断は看護師一人で行うことなど看護師の裁量の範囲が広く、これらは施設看護との大きく異なる(2016;中西)。

これまで訪問看護に関連する事故・ヒヤリ・ハットに関する研究の多くは、事故の基

準や範囲が明確でないことが、2019年度の本事業により明らかになっている。また、これまでに報告されていた訪問看護事業所を対象にした全国調査では、ヒヤリ・ハットや事故が0件と回答した事業所が7割近くあったことが報告されており、訪問看護に関連した事故・ヒヤリ・ハット発生状況の実態は、全国規模ではまだ把握できていない。

そこで本研究では、テキストマイニングにより、訪問看護サービス提供中の事故やヒヤリ・ハット事象の実態（発生事象の内容、要因、対処法）を明らかにすることを目的として、自由記載による全国調査を行っ

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」の2019年度調査で、訪問看護サービス提供に関する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月以降の事業所、③訪問看護事業所の人員基準となる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事業所を除いた9,979事業所の管理者を対象とした。

2. 調査方法

調査は2020年3月に郵送法による自記式質問紙調査用紙を実施した。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件の返送があり、9,934事業所が最終調査対象となった。

3. 調査内容

直近で発生した事象について、以下の項目を調査した。事象の種類(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)、事象発生時の概要(発生場所、発生時間)、利用者の事故への影響度、利用者の概要(年齢、性別、主な病名)、報告者の概要(看護師としての経験年数、訪問看護師としての経験年数)、事象の概要(具体的内容、発生要因、経過、実施または考えられる改善策、対処法)、届出の有無(自治体、警察)。

4. 用語の定義

本研究において「ヒヤリ・ハット」とは、エラーではあるが実施には及ばなかった事例、実施したが実害はなかった事例、軽度(実害があったが、処置や治療は行わずに経過観察した事例：バイタルサインの軽度変化、観察の強化、安全確認のための検査などの必要性は生じた場合を含む)とした。

「事故」とは、利用者への影響度が中等度(実害があり簡単な処置や治療を要した事例)、高度(実害があり、濃厚な処置や治療を要した事例：バイタルサインの高度変化、人工呼吸器装着、手術、入院、骨折など)、永続的な障害や後遺症が遺った事例、死亡(原疾患の自然経過によるものを除く事例)とした。

5. 分析方法

各事例は質問項目である利用者の事故への影響度の回答により、事故とヒヤリ・ハットに分類した。自由記載データは、事象の内容、要因、対処法に分け、データ入力した、分析方法はテキストマイニングの手法を用い、単語頻度解析、係り受け関係頻度解析、グルーピング、ことばネットワーク分析、対応分析を行った。

グルーピングでの分類には、日本医療評価機構の医療事故情報収集・分析・提供事業での発生要因分類をもとに行った(日本医療評価機構;医療事故情報収集・分析・提供事業, 2019年報告書分, YA-71-A, https://www.med-safe.jp/contents/report/html/nennzi/2019/TTL192_YA-71-A.html)。発生要因は、【当事者の行動に関わる要因】、【ヒューマンファクター】、【環境・設備機器】、【その他】の4つのカテゴリがあった。【当事者の行動に関わる要因】は<確認

を怠った>、<観察を怠った>、<報告が遅れた(怠った)>、<記憶などに不備があった>、<連携ができていなかった>、<患者への説明が不十分であった(怠った)>、<判断を誤った>の7サブカテゴリがあった。

【ヒューマンファクター】は、<知識が不足していた>、<技術・手技が未熟だった>、<勤務状況が繁忙だった>、<通常とは異なる身体的条件下にあった>、<通常とは異なる心理的条件下にあった>、<その他>の6サブカテゴリがあった。【環境・設備機器】では<コンピュータシステム>、<医薬品>、<医療機器>、<施設・設備>、<諸物品>、<患者側>、<その他>の7サブカテゴリであった。【その他】では<教育・訓練>、<仕組み>、<ルール不備>、<その他>の4サブカテゴリであった。

ことばネットワーク分析では、単語同士の間を共起関係に基づき抽出し、ネットワーク図に示した。抽出条件は、単語の出現頻度2回以上、共起確立60%以上とした。

対応分析では、属性である事象の種類と、グルーピングにより分類した要因のサブカテゴリとの対応分析に基づき、属性とサブカテゴリの関係をバブル図に示した。バブルの大きさは頻度を表した。設定条件は、各サブカテゴリ頻度2回以上、かつ上位20件を図示し、同順位のもの上位件数を超えても出力した。

分析にはテキストマイニングソフトであるText Mining Studio 6.2.0 (NTTデータ数理システム)を用いた。

6. 倫理的配慮

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

M2019-304)。対象者である訪問看護事業所の管理者には、研究概要などを記載した同意説明書、無記名自記式調査票、返信用封筒を送付した。同意取得方法は調査票の表紙の研究同意に関する説明事項を読み、チェックボックスへのチェックにより確認し、質問紙への回答および返送をもって研究協力への同意とみなした。

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%)。事故・ヒヤリ・ハットに関する自由記載欄への記載があったのは、事故117件、ヒヤリ・ハット144件であった。そのうち訪問看護サービス提供中の事象について報告していた事故107件、ヒヤリ・ハット141件を分析対象とした。

以下単語は「 」で、クラスターやカテゴリは【 】、サブカテゴリは< >、原文の抜粋は「 」で示す。

2. 事象の概要

1) 事象の種類

事故の事象の種類は107件あり、頻度が高い順に、転倒・転落(25.2%)、ドレーン・チューブ関連(25.2%)、療養上の世話に関する事故(23.4%)、誤薬(15.0%)、医療介護機器関連(3.7%)であった。療養上の世話に関する25件の事象のうち、爪切りによる出血は12件、ベッドフレームにぶつかったことでの皮膚損傷などの外傷は9件、耳掃除による出血が1件であった。

ヒヤリ・ハットの事象の種類は141件あり、誤薬(39.7%)、転倒・転落

(17.0%)、ドレーン・チューブ関連(10.6%)、療養上の世話に関する事故(7.1%)、医療・介護機器関連(8.5%)であった。療養上の世話に関する10件の事象のうち、爪切りによる皮膚損傷は2件、マッサージや体温計の外し忘れなどによる皮膚損傷は3件、耳掃除中の付着程度の出血は1件であった。

2) 事象の発生場所

事故の発生場所の報告は106件あり、自宅(屋内)が84.0%と最も多く、次いで自宅(屋外)4.7%、介護施設7.5%、サービス付き高齢者向け住宅3.8%であった。

ヒヤリ・ハットの報告は138件あり、こちらも自宅(屋内)が88.4%と最も多く、ついで自宅(屋外)0.7%、介護施設5.1%、サービス付き高齢者向け住宅4.3%であった。

3) 事象の発生時間帯

事象の発生した時間帯の報告は、事故109件、ヒヤリ・ハット135件あった。事故、ヒヤリ・ハットともに日中が一番多く(91.4%、91.1%)、早朝(4.8%、3.7%)、夜間(1.9%、3.7%)、深夜(1.9%、1.5%)であった。

4) 利用者への影響度合い

事故の利用者への影響の報告は80件あり、実害があるが簡単な処置や治療を要した「中等度」が88.8%と最も多く、処置や治療の内容は、消毒、絆創膏貼付、湿布貼付などであった。実害があり濃厚な処置や治療を要した「高度」は10.0%で、具体的には骨折のために手術をした、誤薬や尿道損傷によるショック状態での救急搬送などで

あった。心肺停止による低酸素脳症で、永続的な障害が残った事例は1件あった。死亡事例はなかった。

ヒヤリ・ハットの報告は130件あり、そのうち75.4%は実害がなく、実施前に気付いたものが26.9%、実施したものは48.5%であった。実害があったが処置や治療は行わなかった「軽度」は24.6%あり、バイタルサインの測定や経過観察、外来受診などをしていった。

3. 利用者の概要

1) 利用者の年齢

利用者の年齢は、事故104件、ヒヤリ・ハット134件の報告があった。全体の81.7%85.8%が65歳以上の高齢者であり、共に80-89歳が34.6%、34.6%と最も頻度が高かった。

6歳未満の事故事例は6件(5.8%)あり、そのうち4件は経鼻胃管や気管カニューレなど、ドレーン・チューブ関連の事故であった。ヒヤリ・ハットは1件であった。

2) 利用者の要介護度

利用者の要介護度は、事故99件、ヒヤリ・ハット128件の報告があった。

事故で最も頻度が高かったのは要介護5(24.2%)で、次いで要介護3(19.2%)、要介護2(18.2%)、要介護4(14.1%)で、全体の75.7%を要介護2~5を占めていた。要支援1は0件であった。

ヒヤリ・ハットは要介護1(20.3%)が最も多く、次いで要介護5(19.5%)、要介護2(15.6%)、要介護3(14.1%)、要介護4(10.2%)、要支援2(7.8%)で、全体の59.3%が要介護2~5であった。

3) 利用者の主な疾患名

利用者の主な疾患については、事故 102 件、ヒヤリ・ハット 129 件の報告があった。

事故について頻度が高い順に、脳血管疾患 19.6%、がん 16.7%、神経難病 12.7% 生活習慣病 9.8%、脊髄損傷 8.8%、心疾患 7.8%、認知症 7.8%、呼吸器疾患 3.9%、腎疾患 2.9%、精神疾患 2.9%であった。

ヒヤリ・ハットは、がん 16.3%、神経難病 14.0%、脳血管疾患 13.2%、生活習慣病 10.9%、認知症 12.4%、心疾患 8.5%、呼吸器疾患 7.0%、精神疾患 5.4%、腎疾患 3.1%であった。

4. 報告者の概要

1) 看護師経験年数

看護師経験年数は、事故 104 件、ヒヤリ・ハット 136 件の報告があった。事故、ヒヤリ・ハット共に最も頻度が高かったのが 10 年以上 20 年未満 (36.2%、35.3%) で、次いで 20 年以上 30 年未満 (29.0%、29.4%)、30 年以上 40 年未満 (14.5%、14.7%)、5 年以上 10 年未満 (7.2%、7.4%) であった。1 年未満の者はおらず、1 年以上 3 年未満は 4.3%、4.4%、3 年以上 5 年未満は事故、ヒヤリ・ハット共に 2.2%であった。

2) 訪問看護経験年数

訪問看護師経験年数は、事故 105 件、ヒヤリ・ハット 136 件の報告があった。事故、ヒヤリ・ハット共に 1 年以上 3 年未満 (28.3%、28.7%) が最も多く、次いで 5 年以上 10 年未満 (23.9%、23.5%)、3 年以上 5 年未満 (18.8%、18.4%)、10 年以上 20 年未満 (18.1%、18.4%) であった。1 年未満は、4.3%、4.4%であった。

3) 訪問看護経験年数別事象の種類

訪問看護経験年数の事故 105 件、ヒヤリ・ハット 136 件の報告について、経験年数別の事象の種類をみた。

事故では 1 年未満 (n=4) の半数が療養上の世話人関する事故で、転倒・転落 1 件、誤薬 1 件であった。1 年以上 3 年未満 (n=29) では、転倒・転落 (34.5%) が最も多く、次いでドレーン・チューブ関連、療養上の世話に関する事故 (共に 20.7%) であった。3 年以上 5 年未満 (n=17) では、療養上の世話に関する事故 (35.3%) が最も多く、次いでドレーン・チューブ関連 29.4%、誤薬 17.6% であった。5 年以上 10 年未満 (n=26) では、転倒・転落、ドレーン・チューブ関連ともに 26.9% と最も多く、次いで療養上の世話に関する事故 (19.2%) であった。10 年以上 20 年未満 (n=21) では、ドレーン・チューブ関連 (28.6%) が最も多く、次いで転倒・転落、療養上の世話に関する事故、誤薬 共に 19.0% であった。20 年以上 (n=8) で最も多かったのは転倒・転落 (37.5%)、次にドレーン・チューブ関連 (25.0%) であった。

ヒヤリ・ハットでは 1 年未満、10 年以上 20 年未満以外のすべてで誤薬が最も多かった。1 年未満 (n=6) では、ドレーン・チューブ関連が 2 件 (33.3%) で、転倒・転落、誤薬、医療・介護機器関連、個人情報保護関連が 1 件ずつであった。1 年以上 3 年未満 (n=39) では、誤薬 (48.7%) が最も多く、次いでドレーン・チューブ関連 (15.4%)、転倒・転落 (10.3%) であった。3 年以上 5 年未満 (n=26) でも、誤薬 (44.0%) が最も多く、次いで転倒・転落 (20.0%)、ドレ

ーン・チューブ関連、療養上の世話に関する事故、個人情報保護関連が2件ずつ(8.0%)であった。5年以上10年未満(n=33)でも、誤薬(37.5%)が最も多く、次いで転倒・転落(21.9%)、スケジュールミス(12.5%)であった。10年以上20年未満(n=25)では、転倒・転落(24.0%)が最も多く、次いで誤薬、医療・介護機器関連共に20.0%であった。20年以上(n=9)で最も多かったのは誤薬4件(44.4%)で、ほか転倒・転落、ドレーン・チューブ関連、医療・介護機器関連、スケジュールミス、個人情報保護関連が1件ずつであった。

5. 事故のテキスト分析

1) 事象の内容のことばネットワーク分析

事故に関する事象の内容について書かれたテキストを、ことば同士の共起関係をもとにしたことばネットワーク分析を行い、ネットワーク図に示した(図1)。15クラスターが抽出され、主な話題は【転倒・転落】、【内服】、【爪切り】、【利用者・利用者宅】、【看護師】、【CVポート】、【チューブ関連】【確認】などであった。

【転倒・転落】には3つのクラスターがあり、主に立位時などの転倒・転落や浴室での転倒、車いす移乗時の転倒について書かれていた。【内服】ではお薬カレンダーやセット忘れ、残薬などについて記載されていた。療養上の世話に関する事故である【爪切り】では、「…爪と肉が密着している利用者の爪を切っていて、皮膚を一緒に切ってしまった…」等が書かれており、出血した事例もあった。【確認】では、膀胱留置カテーテル挿入時の抵抗による血尿などについて書かれていた。【チューブ関連】では、入浴時

のチューブトラブルやテープ固定について書かれていた。

2) 発生要因の分類

事象の要因のテキストを日本医療評価機構の発生要因をもとにグルーピング機能により分類した。本研究では医療評価機構の分類当てはまらなかったものがあつたため、【ヒューマンファクター】に<時間がなく焦っていた>を加え、訪問終了時間が迫っていたため焦っていたなどを、【不明】を加え、要因不明なものを分類した。

事故では要因の報告が107件あり、【当事者の行動に関わる要因】60.7%、【ヒューマンファクター】23.4%、【環境・設備機器】12.1%、【不明】3.7%であった。【当事者の行動に関わる要因】では<確認を怠った>が全体の31.8%と最も多く、次いで<判断を誤った>12.1%、<観察を怠った>9.3%であった。【ヒューマンファクター】では、<技術・手技が未熟だった>11.2%が元雄も多く、次いで<時間がなく焦っていた>3.7%、<通常とは異なる心理的条件下にあった>3.7%であった。【環境・設備機器】では、<患者側>8.4%、<施設・設備>が2.8%であった。

3) 事象の種類と要因の対応分析

ことばの出現頻度2回以上の事象の内容の分類と事故の要因のサブカテゴリとの関連を対応分析により図で示した(図2)。バブルの色は緑が事象の種類、赤が事故の要因のサブカテゴリを、バブルの大きさは頻度を表す。

特徴としては、事象の種類である医療・介護機器関連、スケジュールミス、針刺し事故、誤薬は<確認を怠った>ことが要因と

なっていた。ドレーン・チューブ関連は、＜確認を怠った＞だけでなく＜患者への説明が不十分であった（怠った）＞や＜判断を誤った＞、＜患者側＞など様々な要因による事象であった。転倒・転落は、【当事者の行動に関わる要因】である＜観察を怠った＞、＜判断を誤った＞や、【環境・設備機器】である＜施設・設備＞や＜患者側＞などが要因となっていた。療養上の世話に関する事象は、【ヒューマンファクター】である＜技術手技が未熟だった＞、＜時間がなく焦っていた＞が要因となった事象であった。

4) 事象の対処のことはネットワーク分析

ことはネットワーク分析により、事象の対処の単語同士の共起関係をネットワーク図に示した(図3)。18クラスターが抽出され、主な話題は【医師・報告・連絡】、【早急・大丈夫・スタッフ間】、【位置・理解(を得る)】、【確認・対策・毎回】、【爪切り】、【爪】、【謝罪・対応・説明】、【リスク・高い・検討】、【(重症例)入院・訴える】であった。

【医師・報告・連絡】では、事象が起きた後の主治医への報告や他職種や家族への連絡について書かれていた。【早急・大丈夫・スタッフ間】では、事象が起こった後すぐに行った対応や、それにより大きな問題なく経過したことなどが書かれていた。【位置・理解(を得る)】では、【確認・対策】では、対策として環境整備を行ったり、尿量やお薬手帳、薬袋など確認を行った事項や「2人で」、「声を出しながら」の確認や利用者と一緒に確認したなどの確認方法について書かれていた。【爪】に関するクラスターは3クラスターあり、肥厚していたり爪と皮膚と爪が密着している場合は無理に切らず、爪

ヤスリで爪の形を整えたり、皮膚科受診を進める等の対応について書かれていた。【謝罪・対応・説明】では、家族などからの指摘を受け、利用者や家族への謝罪したことや、管理者が説明や謝罪を行ったなど、対応について書かれたいた。【リスク・高い・検討】では、転倒やチューブ抜去などのリスクが高い場合について、職員の配置や対応、固定方法などについて検討したことが書かれていた。【(重症例)入院・訴える】では、利用者への影響が高度で入院した事例などについて、対応に納得がいかない家族から訪問看護への訴えについて書かれていた。

6. ヒヤリ・ハットのテキスト分析

1) 事象の内容のことはネットワーク分析

ヒヤリ・ハットに関する事象の内容について書かれたテキストを、ことは同士の共起関係をもとにしたことはネットワーク分析を行い、ネットワーク図に示した(図4)。23クラスターが抽出され、主な話題は【転倒・転落】、【誤薬】、【ドレーン・チューブ関連】などであった。

事故同様に【転倒・転落】のクラスターがあり、移動時や下肢が滑ったり、バランスを崩すことでの転倒・転落について書かれていた。【誤薬】は6クラスターと最もクラスター数が多かった。内服薬のセットや、不足、残数が合わないこと、新しい処方に気付かなかったこと、思い込みや紛失などについて書かれていた。【ドレーン・チューブ関連】では、自己抜去などについて書かれていた。

2) 発生要因の分類

ヒヤリ・ハットの報告は141件あり、【当

事者の行動に関わる要因】81.6%、【ヒューマンファクター】10.6%、【環境・設備機器】6.4%、【不明】1.4%であった。【当事者の行動に関わる要因】では<確認を怠った>が46.8%と最も多く、次いで<判断を誤った>14.2%、<観察を怠った>8.5%、<連携が出来ていなかった>7.8%であった。【ヒューマンファクター】では、<技術・手技が未熟だった>4.3%、<準備が不十分であった（怠った）>3.5%、<通常とは異なる心理的条件下にあった>2.8%であった。【環境・設備機器】では、<患者側>5.0%だった。

3) 事象の種類と要因の対応分析

ことばの出現頻度 2 回以上の事象の内容の分類と事故の要因のサブカテゴリとの関連を対応分析により図で示した（図 5）。

特徴としては、事故と同様に事象の種類である医療・介護機器関連、スケジュールミス、誤薬は<確認を怠った>ことが大きな要因となっていた。ドレーン・チューブ関連、療養上の世話に関する事故は、<確認を怠った>だけでなく、<技術・手技が未熟だった>や<観察を怠った>などの要因による事象であった。転倒・転落は、【当事者の行動に関わる要因】である<判断を誤った>ことが大きくかかわっていただけでなく、<準備が不十分であった（怠った）>、<患者側>なども要因となっていた。

4) 事象の対処のことばネットワーク分析

ことばネットワーク分析により、事象の対処の単語同士の共起関係をネットワーク図に示した（図 6）。14 クラスターが抽出され、主な話題は【内服薬・声掛け】、【カンフ

ァレンス・再確認】、【家族・医師・連携・密・外傷ない】、【利用者・確認・指示・内容】などであった。

【内服薬・声掛け】では、最も事象として多かった内服薬の誤薬について、誤薬についての謝罪をし、患者の意向を聞きながら、集中したり、配慮を怠らないようにしたり、事前に声掛けをするなどを実施していた。

【カンファレンス・再確認】では、対処方法としてカンファレンスでリスクについての再確認を行ったことが書かれていた。【家族・医師・連携・密・外傷ない】では、家族への説明を行うとともに、転倒・転落の際など患者から目を離さないようにしたり、家族や医師との連携を密にするなどの対策が行われていた。【利用者・確認・指示・内容】では、指示の変更がある場合などに備えて、指示内容が変わらないことを確認したり、正しい方法での確認や、忘れないように確認をするなどの対策が行われていた。

D. 考察

これまで全国的に明らかにされていなかった訪問看護に関連する事故やヒヤリ・ハットの実態の定性的データを、テキストマイニングにより明らかにした。

事故の内容は転倒・転落、ドレーン・チューブ関連、療養上の世話に関する事故が大半を占めていた。特にヒヤリ・ハットとは異なり、療養上の世話に関する事故として爪切り時の事故について多く報告されていた。高齢者の爪は硬かったり、切りにくい中、利用者から頼まれて無理に爪切りを行うことにより、出血を伴う事故に発展していた。また限られた訪問時間の中で行うことにより、焦りが要因となって事故を引き起こしてい

る可能性も示唆された。爪切りを使用して爪を切ることは事故につながるリスクの高いケアであるため、注意が必要である。実際に対処方法として、爪切りできるのではなく、爪ヤスリでするという報告が多くされていた。

報告された事故への影響の中には骨折や入院、手術などの高度な処置や治療を要したり、永続的な障害が残った事例も数件ではあったがみられた。これらの事象の内容は転倒・転落、誤薬、ドレーン・チューブ関連などさまざまであった。訪問看護の対象者は高齢者だけではなく、医療的処置が必要な患者も多くなっている。特に高度な医療的処置が必要な事例ではなかったが、事故やヒヤリ・ハットにより一転して、利用者に大きな影響を与える可能性があることを十分に考慮する必要がある。

ヒヤリ・ハットの内容としては、誤薬が約4割を占めていた。飲み忘れやセット忘れ、新しい薬が始まったことに気付かなかつたことや、内服が重複していたことなどが報告されていたが、家族や利用者本人、他の医療者が気付くことで事前に気付いたり、気付いた後に医師に報告をして経過観察を行うなどにより、大きな実害はみられていなかった。

報告者の特性では、事故、ヒヤリ・ハット共に、看護師としての経験年数は10年以上が大半を占めていたが、訪問看護師として

の経験年数は1年以上3年未満が最も多かった。看護師としての臨床経験があったとしても、訪問看護師として新たに雇用された場合、病院に勤務する新人看護師と同じように誤薬や転倒・転落などの事故やヒヤリ・ハットを起こしていたことが明らかになった。訪問看護は病院とは異なる要素があるため、看護師としての実践経験だけでなく、訪問看護師としての実践経験を考慮して、事故防止の指導や教育を行う必要性があると考えた。

E. 結論

訪問看護に関連する事故やヒヤリ・ハットの内容や要因、対処方法について、全国的な実態が明らかになった。今後は訪問看護に限らず、利用者に多く接する訪問介護の事故やヒヤリ・ハットの実態を明らかにするとともに、本研究にて明らかになった実態に基づき、ガイドラインを策定することが必要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

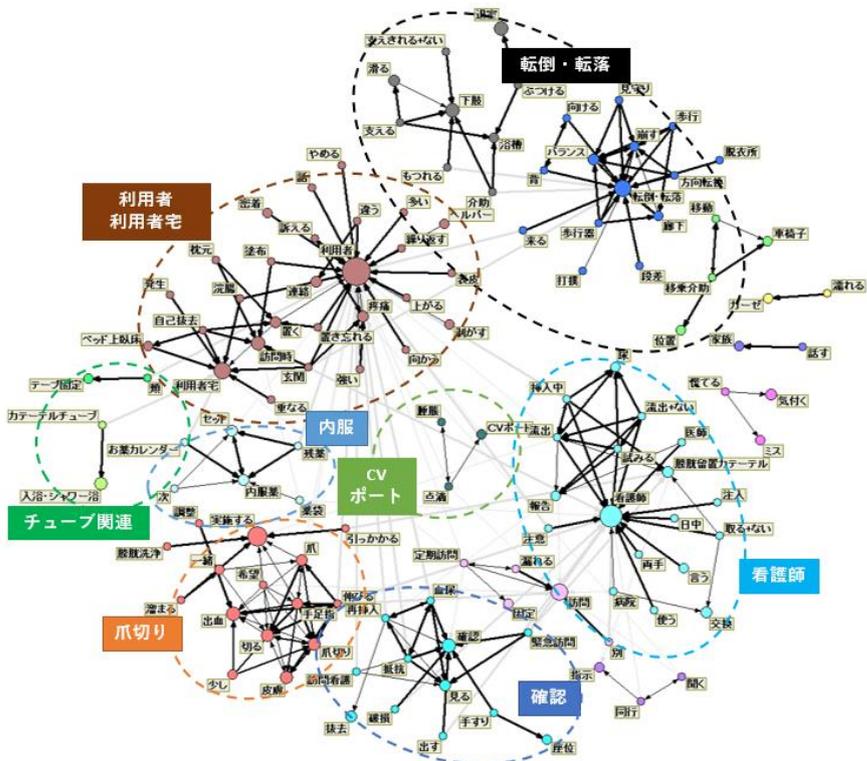


図1. 事故の内容のこばネットワーク図

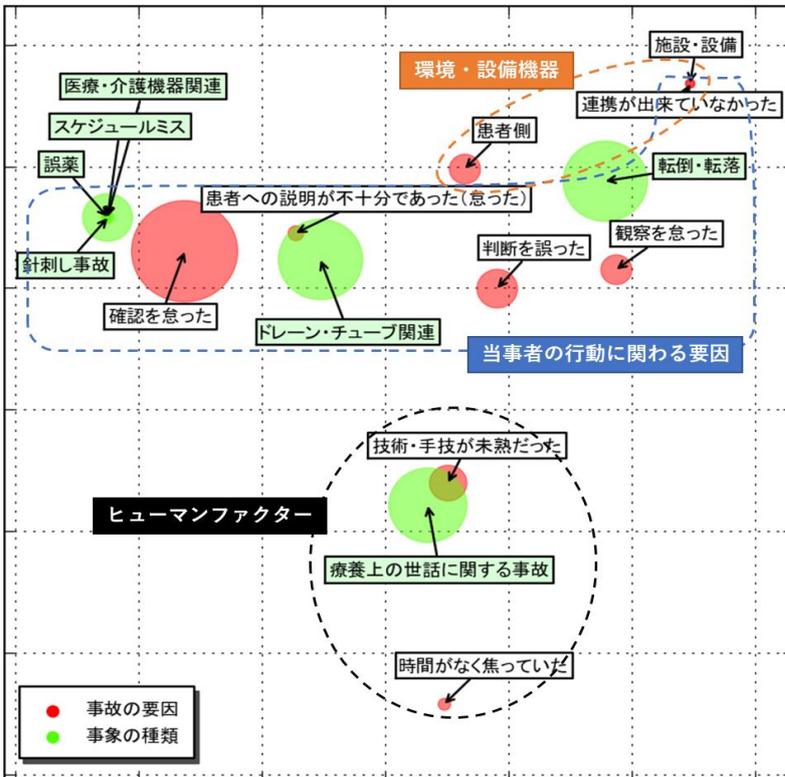


図2. 事故の事象の種類と要因の対応バブル図

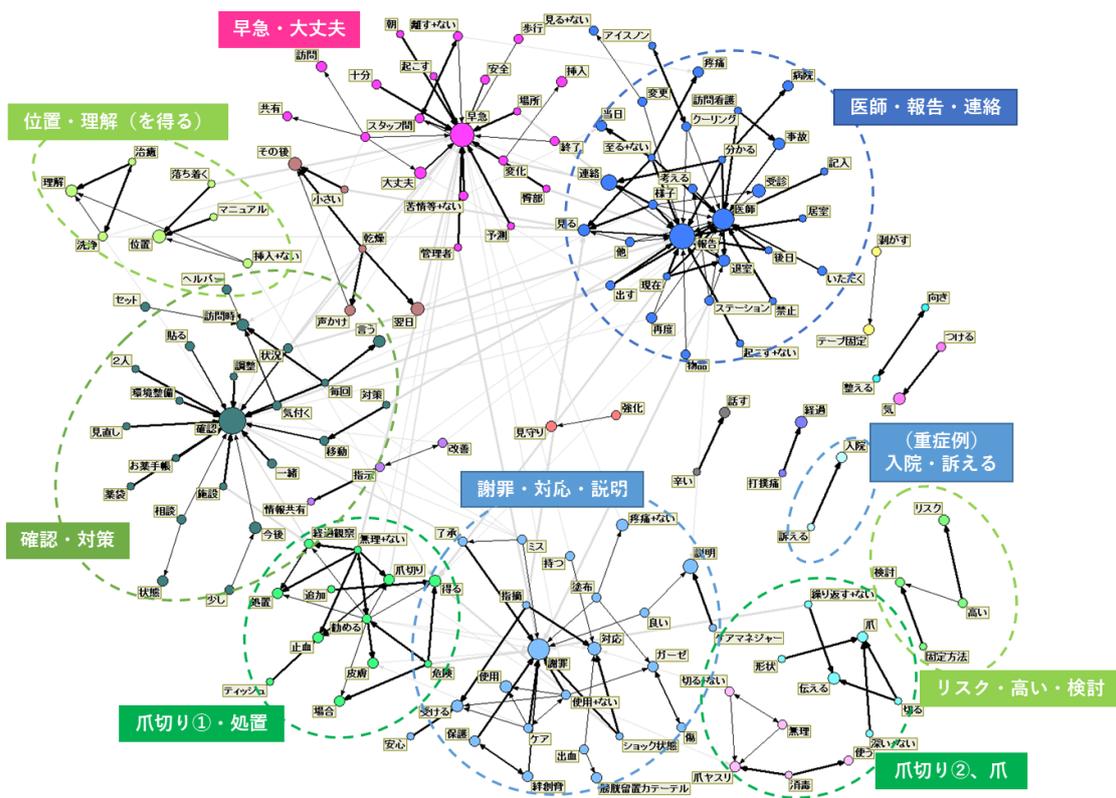


図3. 事故の対処方法のことばネットワーク図

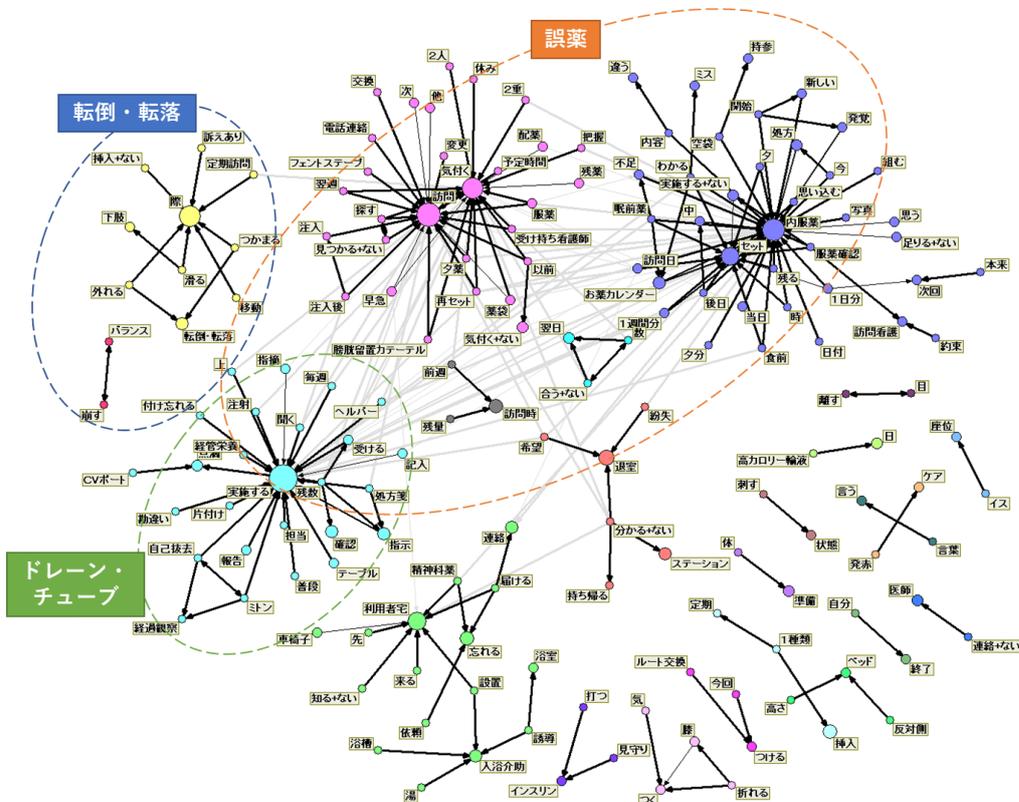


図4. ヒヤリ・ハットの内容のことばネットワーク図

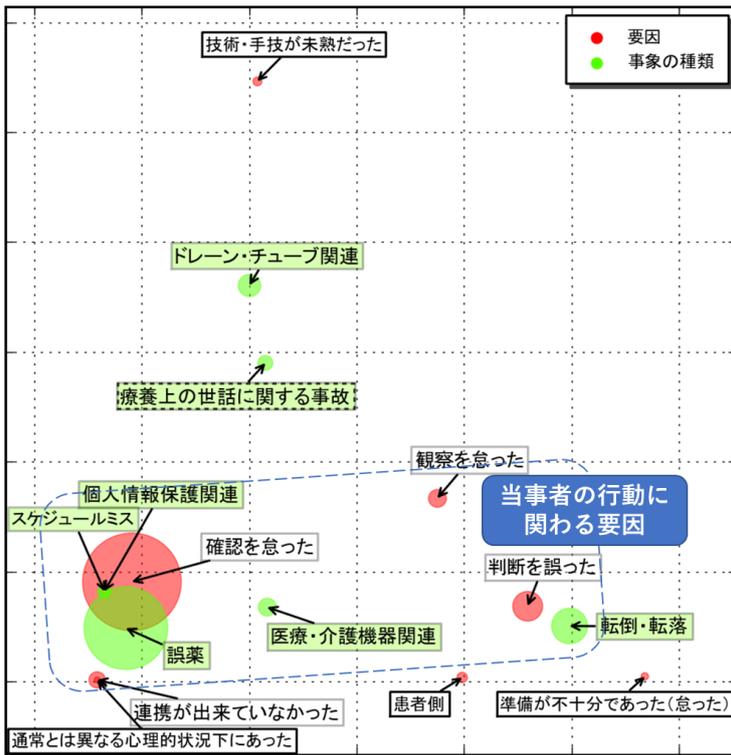


図5. ヒヤリ・ハットの事象の種類と要因の対応バブル図

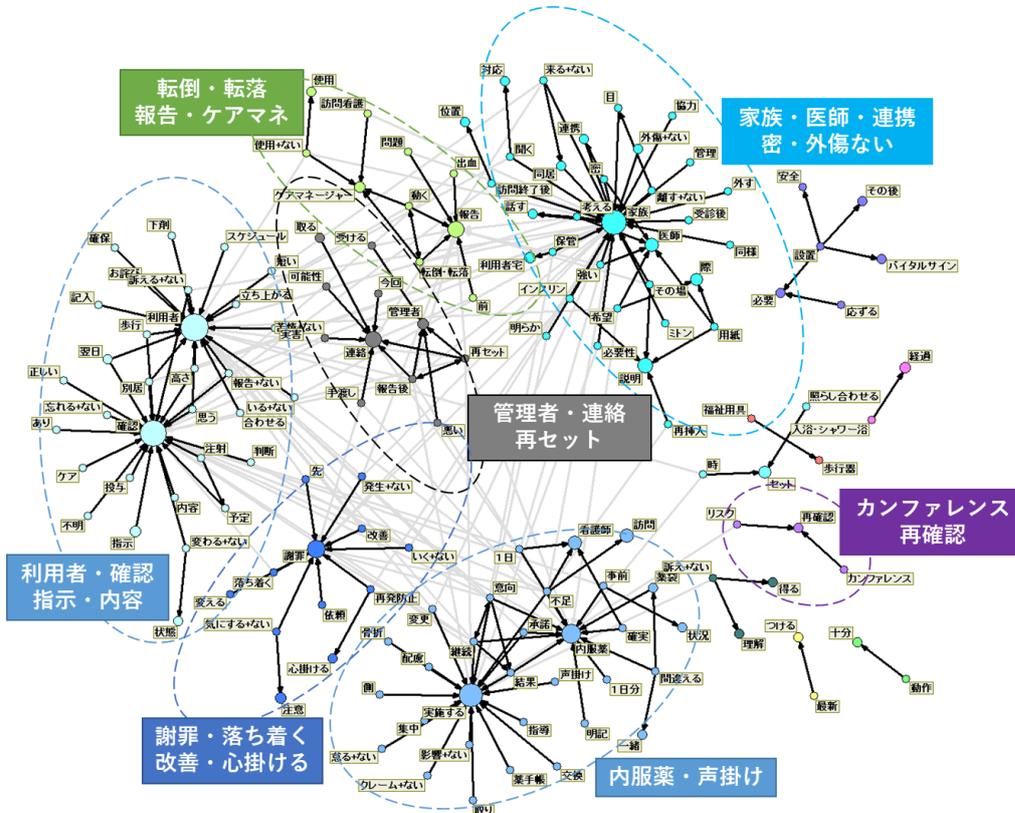


図6. ヒヤリ・ハットの対処方法のことばネットワーク図