

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）  
総括研究報告書

訪問看護サービスの安全管理に係る多角的・科学的エビデンス構築

|       |                |                       |       |
|-------|----------------|-----------------------|-------|
| 研究代表者 | 山本則子           | 東京大学大学院医学系研究科         | 教授    |
| 研究分担者 | 吉岡京子           | 東京大学大学院医学系研究科         | 准教授   |
|       | 角川由香           | 東京大学大学院医学系研究科         | 助教    |
|       | 辻村真由子          | 滋賀医科大学医学部             | 教授    |
|       | 矢坂泰介           | 東京大学大学院医学系研究科         | 特任研究員 |
|       | 柏原康佑           | 東京大学医学部附属病院臨床研究推進センター | 特任講師  |
|       | 五十嵐歩           | 東京大学大学院医学系研究科         | 准教授   |
|       | 沼田華子           | 東京大学大学院医学系研究科         | 助教    |
|       | SamehEltaybani | 東京大学大学院医学系研究科         | 特任講師  |
|       | 高岡茉奈美          | 東京大学大学院医学系研究科         | 特任助教  |
|       | 内山瑛美子          | 東京大学大学院工学系研究科         | 助教    |
|       | 山名隼人           | 自治医科大学データサイエンスセンター    | 講師    |
|       | 平原優美           | 公益財団法人日本訪問看護財団        | 常務理事  |
|       | 弓野大            | 医療法人社団ゆみの             | 理事長   |
| 研究協力者 | 本田千可子          | 東京大学大学院医学系研究科         | 助教    |
|       | 松本博成           | 東京大学大学院医学系研究科         | 助教    |
|       | 前田明里           | 東京大学大学院医学系研究科         | 助教    |
|       | 山本なつ紀          | 慶應義塾大学                | 専任講師  |
|       | 城内愛            | 東京大学大学院医学系研究科         | 特任研究員 |
|       | 増田有葉           | 医療法人社団ゆみの臨床研究支援部      | 看護師   |

研究要旨

本研究は、訪問看護における安全管理体制構築に向け、事故の実態把握と予防・対応策の検証を目的としている。今年度、研究1では文献レビューと有識者ヒアリングにより、在宅ケアの安全性が多次元的概念であり服薬関連と転倒が主要な事故類型であること、ならびに訪問看護特有の利用者に対する予防的安全管理教育体制の必要性を明らかにした。研究2による自治体調査（回収率約24%）では、介護保険利用者の事故把握体制は一定程度整備されているが、医療保険利用者については不十分で、多くの自治体で報告の分析・活用が十分でないことが判明した。研究3では、1県の医療・介護レセプトデータを連結したデータベースを構築し、訪問看護利用者約8,000人の事故・外傷による受診状況の分析基盤を整備した。研究4では、高齢心不全患者を対象とした縦断調査（訪問看護利用群32名、非利用群35名）とインタビュー調査から、転倒/転落（15%）や内服/薬剤関連事故（7.5%）の発生状況と、「生活導線の工夫」「内服管理の支援」などの予防策を明らかにした。これらの研究成果は、今後予定している訪問看護事業所における事故・インシデント等の実態調査の基盤となるほか、訪問看護における標準的安全管理ガイドライン等の検討、自治体と事業所間の情報共有システムの検討に貢献することが期待される。

## A. 研究目的

在宅医療の重要性が増す中、訪問看護事業所の数は継続的に増加し、2024年4月現在で17,000箇所を超えている。特に医療と生活の両側面から患者を支える訪問看護は、多様な医療ニーズへの対応が求められる一方、利用者の家庭環境で提供されるため、転倒や薬剤関連など様々な事故リスクを伴う。しかし、訪問看護利用者の事故の実態、事業所の安全管理体制、自治体による把握や活用状況はこれまで未解明であった。安全は医療の質を構成する重要な側面であり、訪問看護においても安全管理体制整備が喫緊の課題となっている。

本研究は、訪問看護の質と安全性の向上を目的として、訪問看護利用者における自宅内発生事故の実態把握と予防・対応策の検証を行うものである。具体的には、①訪問看護事業所における安全管理体制と事故内容の実態把握、②自治体による事故報告の把握・活用状況の解明、③レセプトデータを用いた事故の実態分析、④高齢心不全患者を対象とした事故予防効果の検証を通じて、訪問看護における包括的な安全管理体制の構築に資する知見を得ることを目指した。

## B. 研究方法

本研究は4つの分担研究から構成される。〔研究1〕訪問看護利用者における自宅内発生事故内容と事業所における予防・対応策の実態把握、

〔研究2〕自治体が把握する訪問看護利用者の自宅内発生事故の報告内容と活用の実態、〔研究3〕レセプトデータを用いた訪問看護利用者の事故・外傷による受診の分析、〔研究4〕訪問看護における事故予防・対応効果の検証、である。

### I. 〔研究1〕訪問看護利用者における自宅内発生事故内容と事業所における予防・対応策の実態把握

#### 1-1. 訪問看護・在宅ケアにおける安全管理・事故予防に関する文献レビュー

#### 1) 文献検索・選定方法

- ・ 検索データベース：PubMed, Web of Science, CINAHL Plus's with full text およびGoogle Scholar
- ・ 検索実施時期：2024年6月
- ・ 検索語：home care, safety, accident prevention, home visit nursing等
- ・ 言語：英語
- ・ 文献選定基準：訪問看護・在宅ケアにおける安全管理・事故予防対策に関して言及している研究。なお、学術論文に加え、行政機関や専門団体が発行する報告書やガイドラインも対象とした。

#### 2) 分析方法

選定した文献の内容を安全性の観点、対象者（利用者・看護師）、研究手法等で分類・整理し、訪問看護・在宅ケアにおける安全管理の特徴と訪問看護師の役割について検討した。

### 1-2. 訪問看護事業所における事故・インシデントの実態と情報活用に関するヒアリング

文献レビューの結果を踏まえ、日本における訪問看護・在宅ケアの安全管理の実態と課題をより具体的に把握することを目的として、関係する有識者へのヒアリングを実施した。

#### 1) 対象者

- ・ 訪問看護事業所管理者2名
- ・ 訪問看護関連団体関係者3名
- ・ 訪問看護・在宅ケアの研究者4名

#### 2) 実施方法

- ・ 半構造化面接によるヒアリング
- ・ 実施期間：2024年6月（2回実施）
- ・ 実施時間：各回約60分
- ・ 実施方法：対面・オンライン併用

#### 3) ヒアリング内容

- ・ 訪問看護事業所における安全管理体制の現状

## 別添3

- ・ 訪問看護で経験する事故・インシデント（利用者の安全に関わるまたは関わる可能性のある出来事）についての内容や特徴
- ・ 事故・インシデント情報の活用可能性と活用方法

### 1-3. 訪問看護事業所における安全管理体制・事故内容等に関する実態調査設計

文献レビューおよび有識者ヒアリングの結果を踏まえ、訪問看護事業所を対象とした全国実態調査の調査項目の精選と調査設計を行った。

## II. [研究2] 自治体が把握する訪問看護利用者の自宅内発生事故の報告内容と活用の実態

### 1. 調査対象および配布先部署数

調査方法は、無記名による横断的Web調査である。調査対象は、全国の都道府県と市区町村（被災3県を除く）で、訪問看護利用者の自宅内で発生した事故の報告を主管する部署に所属する職員である。都道府県では、医療提供体制部署および介護保険担当部署の職員、市区町村では省令に定められた事故報告受付担当部署の職員とした。指定都市、中核市、保健所設置市、特別区では、医療提供体制部署の職員も含めて対象とした（表1）。各自治体から1名の代表者に回答を依頼した。具体的には、44都道府県の2部署、19指定都市の2部署、60中核市の2部署、5保健所設置市の2部署、23特別区の2部署、1569一般市町村の1部署、合計1871部署を対象とした。

### 2. 調査実施期間および回収状況

調査期間は、2025年3月3日から3月31日までであり、3月7日にリマインダーを郵送した。宛名不明により調査票が返送された部署（n=10）を除く1861部署に調査票を配布した。

### 3. 調査依頼および同意取得方法

調査依頼は、全国の都道府県宛に、厚生労働省

老健局老人保健課の「調査・照会（一斉調査）システム」を通じて行い、研究目的・方法等を記載した説明文書を送付した。また、都道府県から市区町村への調査協力依頼をするために、調査票配布協力依頼状と説明文書も併せて送付した。Web調査サイトの1ページ目の研究参加への同意確認用のチェックボックスへの入力をもって調査協力への同意を得られたものとした。

### 4. 「事故」の定義

本調査において、「事故」とは、厚生労働省老健局から3課長通知として発出された「介護保険施設等における事故の報告様式等について」[7]を参考とし、訪問看護事業所から報告された「サービスの提供により発生した事故」とした。

### 5. 調査票の構成と内容

調査票は、都道府県（都道府県票）と市区町村（市区町村票）の2種類を用意し、調査対象に応じて一部変更した。調査内容は、①基本属性、②訪問看護事業所で発生した介護保険利用者の事故の把握の現状、③訪問看護事業所で発生した医療保険利用者の事故の把握の現状とした。なお、本調査では被災3県を研究対象から除外したため、①基本属性の必須項目である自治体名の選択肢からこれらの県を除いている。指定都市・中核市・特別区・保健所設置市の医療提供体制部署の職員は、都道府県票の調査項目に回答した（表1）。

### 6. データ収集と管理方法

調査は、委託会社のWeb調査システムを通じて実施され、セキュリティを確保した状態でデータが収集された。収集されたデータは、同社がパスワード保護された電子ファイルとして専用ポータルサイトにアップロードし、研究分担者がログインのうえダウンロード・解凍して取得した。

### 7. データ分析方法

①基本属性、②訪問看護事業所で発生した介護

## 別添3

保険利用者の事故の把握の現状、③訪問看護事業所で発生した医療保険利用者の事故の把握の現状について、記述統計を算出した。

### 8. 倫理的配慮

本研究は東京大学医学部倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号2024503NI）。なお、研究協力への依頼は、研究目的、方法と手順、研究への参加および中止は自由意思であることについて文書で説明し、アンケート冒頭の同意欄へのチェックをもって同意とみなした。

### III. [研究3] レセプトデータを用いた訪問看護利用者の事故・外傷による受診の分析

#### 1. データベース整備

##### 1) データ取得

2 県を対象とし、県および市町等との調整により、直近の国民健康保険および後期高齢者医療制度の医療レセプトデータ、KDB（国保データベース）データ、介護レセプトデータの取得を進めた。また医療機関・事業所のデータベース、地理情報のデータを別途入手することとした。

##### 2) データベース構築と解析環境整備

レセプトデータ等の各種データはテキストデータとして存在し、複雑なデータ構造をもつ上に、相互の連結が困難な仕組みとなっている。このようなデータを活用するためには、入手したデータを取り込み、データベースを構築する作業が必要である。本研究では、自治医科大学においてSQL Serverを用いてデータベースを構築した。併せて、研究活用を見据えて各種サーバーやVPN環境の整備を実施した。

#### 2. データの検証

##### 1) 母集団の確認

構築したデータベースの母集団の特性を把握する目的で、2021年度の国民健康保険、後期高齢者医療制度、介護保険の各加入者について、年齢・性別・要介護度等の基本情報を抽出して記述し

た。また同年度に介護保険でサービスを提供した事業所を特定し、各種サービスの提供状況を検討した。さらに介護保険の事業所については、別途入手した事業所データと連結できるかを検証した。

2) 訪問看護利用者における外傷や入院の発生状況の確認

2021年度に介護保険の訪問看護（サービス種類コード：13）を利用した利用者を抽出し、医療保険のデータと連結した。年度の中で最初に訪問看護を利用した月を起点として1年間の追跡を行い、①外傷の病名、②骨折の病名、③外傷の病名がある入院、④骨折の病名がある入院、⑤全入院の割合の概数を求めた。なお、起点となる月に入院または外傷の病名が登録されていた利用者は除外した。

### IV. [研究4] 訪問看護における事故予防・対応効果の検証

#### ①診療録及び質問紙調査による前向き縦断調査

##### 1) 研究デザイン

前向き縦断研究

##### 2) セッティング

- ・ゆみのハートクリニック（豊島区）
- ・ゆみのハートクリニック渋谷（渋谷区）
- ・ゆみのハートクリニック三鷹（三鷹市）

上記クリニックは、循環器内科を標榜し外来診療及び訪問診療を行う医療機関である。

##### 3) 対象者

ゆみのハートクリニックで新規に訪問診療を利用する患者のうち以下に該当する者を対象とした。

1. 主疾患が心不全の者
  2. 65 歳以上の者
  3. これまでに訪問看護を利用していない者
- 除外基準は以下とした。

1. 本人及び家族が日本語による同意表明及びア

## 別添3

ンケートへの回答が困難な者

2. 医師が身体、社会、精神的問題により研究参加が不適切であると判断した者

### 4) リクルートと組み入れ

研究者がクリニックのデータベースより包含基準に該当する対象者を抽出した。その対象者に医師もしくはソーシャルワーカーが訪問時に研究参加者募集チラシを渡し、研究者から研究参加に関する電話連絡を行う旨を伝えた。その後、研究者が対象者または対象者の家族に連絡をとり、訪問または電話により研究説明、同意取得を行った。研究参加の同意が得られた者のなかで、訪問看護を利用する者を訪問看護利用群、利用しない者を非利用群に組み入れた。

### 5) データ収集時点と調査方法

本研究では、対象者への質問紙調査とゆみのハートクリニックでの診療録調査を行った。調査時点は0 か月（ベースライン）、1 か月後、3か月後、6 か月後とした。

質問紙調査は、研究者による対象者宅への訪問、もしくは調査票を郵送のうえ電話での回答の聞き取りを行った。

### 6) データ項目

#### 事故について

在宅医療での安全にかかわるものとして、転倒・転落、褥瘡の発生、自傷/自殺、誤飲/誤食、経管栄養の事故、処置・介助に伴う負傷、転倒以外の負傷、コンプライアンス不良による症状悪化、内服/薬剤関連の事故、点滴/注射関連の事故、麻薬関連の事故、点滴ライン関連の事故について収集した。転倒に関しては、VENUS指標（長期ケアの質指標：Visualizing Effectiveness of Nursing and Long-term Care）<sup>7-12</sup>を用いて質問紙で収集し、その他は診療録調査により収集した。

#### 対象者の特性

年齢、性別、家族構成、要介護度、日常生活自

立度、血液検査データ、医療処置の有無等、対象者の基本属性や臨床的所見は診療録調査により収集した。

### 7) 分析

対象者の実態及び状態像を把握するため、全体及び訪問看護利用群・非利用群の特性について記述統計および群間差の検定を行った。また、各事故発生数および発生割合について記述した。有意水準は $p < .05$ とし、統計解析にはR（4.5.0）を使用した。

### 8) 倫理的配慮

本研究は東京大学医学部倫理委員会の承認を得て実施した。（審査番号2022172NI-(1)）研究への参加及び中止は自由意思である旨、個人情報保護等について口頭及び文書で対象者または家族に説明し署名による同意を得た。訪問看護の利用の可否に研究者は関与しなかった。

## ②インタビュー調査

### 1) 研究デザイン

質的記述的研究

### 2) 対象者

①診療録及び質問紙調査による前向き縦断調査の協力者のうち、訪問看護利用群で6か月後調査に協力した者。

### 3) リクルートと組み入れ

研究者が①診療録および質問紙調査の6か月調査に協力した者に追加のインタビュー調査の依頼を行った。口頭で承諾した者に、研究者が研究概要の資料を郵送し、改めて対象者または対象者の家族に連絡をとり、訪問または電話により研究説明、同意取得を行った。

## C. 研究結果 および D. 考察

[研究1] 訪問看護利用者における自宅内発生事故内容と事業所における予防・対応策の実態把

## 握

### C. 研究結果

#### 1-1. 訪問看護・在宅ケアにおける安全管理・事故予防に関する海外文献レビュー

文献検索の結果、関連する13文献(表1)をリストアップし、訪問看護・在宅ケアにおける1)安全性の概念および事故発生の関連要因、2)訪問看護師の安全管理における役割と実践の2つの視点から内容をまとめた。

##### 1) 訪問看護・在宅ケアにおける安全性の概念および事故発生の関連要因に関する文献検討結果

在宅ケアにおける安全性は多次元的な概念として捉えられていた。Kivimäki et al. (2020)<sup>6)</sup>は身体的、社会的、精神的、認知的の4つの側面から整理していた。身体的安全は服薬管理、転倒予防、住環境整備を含み、社会的安全は高齢者に優しい環境と社会的交流、精神的安全はケア提供者との信頼関係と自宅での安心感、認知的安全は疾患や利用可能資源の理解能力を指している。Lang et al. (2008)<sup>7)</sup>も同様に、在宅ケアにおける安全性を身体的、精神的、社会的、機能的な多重次元として定義しており、利用者、家族、介護者、提供者の安全が相互に関連していることが指摘されていた。

事故・有害事象の実態について、Kivimäki et al. (2022)<sup>8)</sup>はフィンランドの長期在宅ケアにおける61,248件の有害事象を分析し、服薬関連(調剤、投与、記録、保管)と外傷・事故(転倒、つまずき、バランス失調)が主要な事故類型であることを明らかにしていた。この結果は、Cao et al. (2021)<sup>9)</sup>による文献計量学的分析(Bibliometric analysis)でも支持されており、在宅ケア安全研究において服薬安全と転倒予防が最も頻繁に引用される研究領域であることが示されていた。Vincent et al. (2016)<sup>10)</sup>はより包括的な視点から、在宅での外傷として転倒、中毒、火災・熱傷、気道閉塞、溺水を挙げ、有害事象として外傷を伴う転倒、服薬関連事象、褥瘡、心理的害を指摘していた。

具体的な安全対策については、実践的なガイドラインも整備されている。米国老年医学会を母体とする、Health in Aging Foundation<sup>11)</sup>では高齢者向けの家庭内安全対策として、緊急時連絡先の準備、転倒予防(運動、滑り止め履物、支援器具使用)、住環境の安全確保(動線確保、手すり設置、カーペットの固定)、火災・電気器具の安全対策、浴室での事故防止(適温調整、滑り止めマット、手すり、専用椅子)、中毒予防(一酸化炭素、薬物、清掃用品)、詐欺・虐待からの保護を挙げている。National Council on Aging<sup>12)</sup>も同様に、緊急時対応体制(緊急電話、ホームセキュリティシステム、ウェアラブル緊急ボタン)、住宅内の安全(照明、バリアフリー、廊下・階段、浴室、台所)、屋外安全(季節ごとの配慮)、その他の安全対策(火災・電気・服薬管理、GPS追跡装置・補聴器・携帯電話等の支援機器)を包括的に示している。

安全上の課題は多様な視点から捉えられており、Craven et al. (2012)<sup>13)</sup>とTong et al.

(2016)<sup>14)</sup>によるカナダでの質的研究では、ホームケアワーカー、利用者、家族それぞれが異なる安全上の懸念を抱いていることが明らかにされた。具体的には、身体的・医学的側面(筋骨格系損傷、転倒、感染症)、空間的側面(住環境内外の地理的条件)、対人関係的側面(心理的・社会的・利用者/家族/ワーカー間の関係)、時間的側面(時間的プレッシャー)の4つの類型が示されている。

##### 2) 訪問看護師の安全管理における役割と実践に関する文献検討結果

文献検討の結果、訪問看護師は在宅ケアにおける安全管理において中核的な役割を担っており、その実践は段階的なプロセスとして整理されていた。

Shahrestanaki et al. (2023)<sup>15)</sup>によるイランでの質的研究では、安全な患者ケアのプロセスが4つの段階で示された。第一に予防的アセスメン

トとして利用者と環境のリスク評価を行い、第二に予見性を発揮して将来の事故発生リスクを予測し必要な機器を準備する。第三に安全性の確立として環境の再設計や目標に応じた対策（安全な栄養管理、感染制御、安全な服薬原則等）を実施し、第四に検証として継続的なアセスメントとモニタリングを行うとしていた。

スウェーデンでの研究においても類似した知見が得られており、Lindberg et al. (2023)<sup>16)</sup>は看護師のリスク軽減に向けた取り組みを3つの領域として整理していた。すなわち、安全な在宅医療環境の確保（情報収集、機器調整、必要時介入）、ケアにおける積極的役割（専門的実践、チームワーク参加）、利用者の一歩先を行く実践（患者にとって良好な条件を整えること、状態悪化の予防）である。

日本における研究では、Yoshimatsu & Nakatani (2022)<sup>17)</sup>が訪問看護師のリスク管理に対する態度を4つのテーマで整理していた。リスクの予測・回避では有害事象が発生する可能性を念頭に置いた訪問看護師間での情報共有を重視し、在宅での医療安全確保では安全環境の検討と利用者・家族との協働を強調している。また、インシデントへの対処では迅速な対応と学習機会を、医療安全における管理者役割では事業所管理の改善とスタッフ支援を挙げている。

多職種ならびに利用者・家族との協働については、Lekman et al. (2023)<sup>18)</sup>がスウェーデンでの研究において、利用者、家族、看護師がそれぞれ異なる視点と役割を持ってリスク予防に関わることを明らかにし、利用者の自律性の尊重、共通理解の促進、チームとしての協働の重要性を指摘していた。

## 1-2. 訪問看護事業所における事故・インシデントの実態と情報活用に関するヒアリング

### 1) 訪問看護における事故・インシデントの内容と特徴

ヒアリングから、訪問看護で発生する事故・インシデントとして、転倒、服薬管理ミス、爪切りなどの処置中に利用者にも生じた外傷、訪問時間調整不備、物損等の具体例が挙げられた。訪問看護特有の課題として、個別の家庭環境への配慮や、訪問看護師の不在時に生じるリスクを見据えた予防的安全管理の重要性が指摘された。

### 2) 安全管理における人材育成と情報共有

在宅ケアにおいて、訪問看護師が利用者それぞれの疾患・症状・病態・家庭環境等の側面を包括的にとらえ、予防的な視点から安全管理を検討していくことが重要である。このような予防的安全管理に関する訪問看護師への教育体制は必ずしも十分ではないことが有識者から指摘された。事業所内では毎朝の申し送りに加え随時事業所内の情報共有アプリルール等を用いて、利用者にも起こりうるリスクなどについて、あるいは実際に起きた事故やインシデントについてその都度情報共有が行われているが、事例の体系的な集積は不十分な状況があることについて言及があった。他事業所の事故事例や対応方法、根本原因に関する情報が予防的学習に有用だという提案もあった。

### 3) 事故・インシデントの定義

訪問看護師が利用者宅を訪問している時間は利用者の日常生活のほんの一部であるが、訪問看護師訪問中の事故・インシデントを基本として、医療上の事故、療養上の世話、交通事故、医療機器破損等を報告対象とする方向性が検討された。一方、訪問看護師不在時の事故・インシデントも訪問看護事業所が担う医療安全の範囲に含めることについて提案した参加者もあった。

## 1-3. 訪問看護事業所における安全管理体制・事故内容等に関する実態調査設計

文献レビューおよび有識者ヒアリングの結果を踏まえ、訪問看護事業所における安全管理体制と事故・インシデントの実態を把握するための全国

## 別添3

調査の設計を行った。予定している調査方法は、インターネットを用いた全国調査であり、調査対象は訪問看護事業所の管理者とした。

調査項目は、大きく①訪問看護事業所情報/管理者情報、②事故・インシデント情報の2つのカテゴリーで構成した(図1)。

### ①訪問看護事業所情報/管理者情報

#### <訪問看護事業所情報>

- ・ 事業所の基本属性：事業開始年、開設主体、職員数、訪問体制など
- ・ 事業所の医療安全管理体制：医療安全の取り組み、事故・インシデントの報告体制、自治体への事故報告経験、事故・インシデントの事例検討状況など

#### <管理者情報>

- ・ 管理者としての経験年数
- ・ 管理者研修の受講機会
- ・ 自治体との連携状況

### ②事故・インシデント情報

事故・インシデント情報は、事例情報と利用者情報に大別される。

調査項目の詳細を以下に記す。

#### <事例情報>

- ・ 報告(事故もしくはインシデント)の種別
- ・ 事例の概況(記述式)
- ・ 発生時間帯、影響度など

#### <利用者情報>

- ・ 基本属性
- ・ 事故・インシデント等発生直前の利用者の状況
- ・ 介護者の有無 など

## D. [研究1] 考察

本研究では、訪問看護事業所における安全管理体制と事故・インシデントの実態調査実施に向けた基礎的検討を行った。

文献レビューにより、在宅ケアにおける安全性

が身体的、社会的、精神的、認知的の多次元的概念として捉えられること、服薬関連と転倒が主要な事故類型であることが明らかになった。また、訪問看護師は予防的アセスメント、予見、安全性の確立、検証という段階的プロセスを通じて安全管理の中核的役割を担っていることが示された。

有識者ヒアリングからは、日本の訪問看護における具体的な事故・インシデント事例と、家庭環境への配慮や訪問看護師不在時のリスク管理という訪問看護特有の課題が明らかになった。また、訪問看護師への予防的安全管理教育の必要性や、事例の体系的集積・活用の必要性が指摘された。

先行研究による知見と日本の実情を統合することで、訪問看護の安全管理における課題が多面的に整理され、実態調査に必要な要素を網羅的に特定することができた。

## I. [研究2] 自治体が把握する訪問看護利用者の自宅内発生事故の報告内容と活用の実態

### C. 研究結果

回収数は、都道府県票が46件(回収率23.6%)、市区町村票が403件(回収率24.2%)であった(表1)。都道府県票と市区町村票それぞれについて、基本統計量を算出した結果を以下に示す。

#### 【都道府県票】

##### 1. 基本属性

全国46自治体から回答が得られた(表2)。地方公共団体の区分においては、都道府県が47.8%と最も多く、次いで中核市が34.8%を占め、指定都市および保健所設置市、特別区からの回答は1割未満であった。回答自治体の2025年(令和7年1月1日現在)における人口は、平均1,586,638人であり、最小224,378人から最大8,769,534人であった。回答者の所属部署に関しては、医療提供体制担当部

## 別添3

署が56.5%、介護保険担当部署が43.5%を占めた。所属部署の詳細分類では、「保健」が39.1%、「介護保険」が34.8%を占めた。所属課に配置されている常勤職員数は、医療職が平均3.1人（最小0人、最大32人）、事務職が平均15.5人（最小0人、最大39人）であり、いずれの職種においても自治体間でばらつきが見られた。回答者の職位は、主事・主任主事等が54.3%と過半数を占め、係長級（28.3%）、課長補佐級（13.0%）、課長級（4.3%）と続いた。部長補佐級以上の回答はなかった。回答者の職種に関しては、事務職が69.6%と最も多く、医療職のうちでは保健師が15.2%、薬剤師が6.5%、看護師が4.3%を占めた。その他の医療職は1名以下であった。

### 2. 訪問看護事業所で発生した介護保険利用者の事故の把握・報告・共有の現状

46自治体のうち訪問看護サービス利用者に関する事故を「把握する仕組みがある」と回答した自治体は12（26.1%）であった。一方、「把握する仕組みがない」と回答した自治体は25（54.3%）、「わからない」は9（19.6%）であった（表2）。昨年度における事故の報告件数について、受診（外来・往診）や自施設での応急処置に関する報告を受けた自治体は13であり、報告件数は平均0.9件、最小0件から最大9件であった。入院に関する報告を受けた自治体は11であり、報告件数は平均0.2件（最小0件、最大1件）であった。死亡に関する報告を受けた自治体も11であり、平均0.1件（最小0件、最大1件）であった。

事故把握の仕組みが「ある」と回答した12自治体の事故の把握方法や活用方法は表3に示す。12自治

体中、事故情報を活用していないと回答した自治体は4（33.3%）であった。

### 3. 訪問看護事業所で発生した医療保険利用者の事故の把握・報告・共有の現状

46自治体のうち医療保険利用者の事故を「把握する仕組みがある」と回答した自治体は1件もなく、「把握する仕組みがない」と回答した自治体は32（69.6%）、「わからない」とした自治体は14（30.4%）であった（表2）。また、昨年度の受診（外来・往診）や自施設での応急処置、入院、死亡に関する事故報告の件数は、すべて0件であった（n=5）。

## 【市区町村票】

### 1. 基本属性

全国403市区町村から回答が得られた（表4）。自治体区分では、一般市町村が85.9%と大半を占め、指定都市（2.2%）、中核市（9.2%）、特別区（2.0%）、保健所設置市（0.7%）であった。2025年（令和7年1月1日現在）の回答自治体における人口は、平均131,652人、最小383人から最大3,980,553人であった。回答者の所属部署は、介護保険担当が75.7%と最多であり、次いで福祉担当（11.4%）、保健福祉担当（8.9%）であった。所属課に配置されている常勤職員数は、医療職が平均2.0人（最小0人、最大12人）、事務職が平均14.9人（最小0人、最大83人）であった。回答者の職位は、主事・主任主事等が43.4%と最多であり、係長級（35.7%）、課長補佐級（14.1%）が続いた。職種では、事務職が89.8%を占め、医療職では保健師が6.5%であった。なお、管轄の都道府県別にみ

ると、全都道府県から回答が得られており、北海道、鹿児島県、兵庫県の回答が多かった。

## 2. 訪問看護事業所で発生した介護保険利用者の事故の把握・報告・共有の現状

403自治体のうち介護保険利用者の事故を「把握する仕組みがある」と回答した自治体は318(78.9%)であった。一方、「把握する仕組みがない」は59(14.6%)、「わからない」は26(6.5%)であった(表4)。昨年度の受診(外来・往診)や自施設での応急処置に関する報告件数は、331自治体から回答があり、平均5.2件(最小0件、最大480件)であった。入院の報告件数について320自治体が回答し、平均1.0件(最大172件)であった。死亡に関する報告は324自治体から回答があり、平均0.2件(最大15件)であった。

事故の把握の仕組みが「ある」と回答した318自治体における、事故の把握・報告・活用の具体的状況は表5に示す。なお、これらのうち、事故情報を活用していないと回答した自治体は185(58.2%)であった。

## 3. 訪問看護事業所で発生した医療保険利用者の事故の把握・報告・共有の現状

403自治体のうち医療保険利用者の事故について「把握する仕組みがある」と回答した自治体は22(5.5%)にであった。一方、「把握する仕組みがない」と回答した自治体は252(62.5%)、「わからない」と回答した自治体は129(32.0%)であった(表4)。

昨年度の受診(外来・往診)や自施設での応急処置に関する報告件数について、124自治体から回答を得たが、平均0.02件(最小0件、最大2件)であ

った。入院および死亡に関する報告件数は、いずれも0件であった。事故把握の仕組みが「ある」と回答した22自治体の事故の把握・報告・活用の状況を表6に示す。22自治体中、事故情報を活用していない自治体が11(50.0%)であった。

## D. 【研究2】考察

本研究では、市町村が訪問看護事業所に対して求める事故報告内容や、自治体におけるその利活用の実態を明らかにした。その結果、介護保険利用者に関しては、一定の基準に基づく事故把握体制が比較的整備されていた一方で、医療保険利用者に関して自治体が保険者として事故を把握する体制を含めた事故把握体制は不十分であり、医療保険利用者に関する事故の実態を把握している自治体数は少数にとどまった。この背景には、医療保険の訪問看護については、事故発生時の連絡先として「全国健康保険協会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合」と定められているため、介護保険の利用者とは異なり必ずしも自治体が全数を把握する必要があるとは限らないことが影響している可能性がある。

利用者は、同月内に医療と介護の両保険の訪問看護サービスを利用している場合もあるが、制度の違いによって事故発生時の報告先が異なっている。そのため、利用者の安全性確保や向上について考えるには、自治体や事業所、職能団体等が協働して事故の把握を進めていくことが必要と考えられる。

また、多くの自治体では、報告を受けていても、事故の内容や件数の収集、分析、事故情報の活用が十分に行われていないことが明らかになった。この背景には、①介護保険の利用者に関する事故

## 別添3

については、厚生労働省が基準や事故報告様式を示している一方で、②医療保険の訪問看護における事故発生時の対応においては、保険者が報告先となっているがゆえに自治体、特に都道府県にまで情報が共有されていないこと等によると考えられる。訪問看護のサービスの質と安全性を担保するためには、保険制度の違いや医療機関等の医療分野における事故の取り扱いも踏まえた上で、事故の把握体制およびその後の分析フィードバックを含めた、持続可能な総合的リスクマネジメントを構築していくことが今後の課題である。全体像を踏まえた収集項目やデータの流れの構築と役割分担の明確化が求められるが、現行を踏まえ、事故情報の集積は国において統合的になされることが望ましいが、分析はその結果を現場が利活用して実践の改善に資する形でフィードバックすることを想定したスキーム構築が求められるため、実現可能性等の観点から他機関を活用した事故情報の分析も視野に入れる必要があるといえる。例えば、現場では事例ベースで事故予防や対策を考えることに馴染みがあるため、報告された事故の原因や改善策等を整理・共有する方法は有効かもしれない。なお、検討の際には、介護保険の訪問看護は、介護保険サービスの1つでもあり、他の介護保険サービスと足並みを揃えて進める必要があるため、厚生労働省における今後の検討状況を確認し、整合性を図ることも必要である。自治体における利活用の観点では、同一地域内の事故の発生割合や事故種別の比較結果も含めてフィードバックを行うことで、地域全体における安全なサービス提供体制の構築と継続的な改善に資することが期待される。

また、事故は予見可能なものとそうでないもの

があり、対策を講じても防ぎきれないリスクが残る[9]が、予防可能な事故を減らし、利用者の安全を守るためには、仕組みづくりが不可欠である。将来的には電子カルテと事故情報の入力システムを連動させ、現場の入力負担を減らしつつ、確実に記録を残すことができる仕組みを整えることが望ましい。さらに、AI等を活用して事前に事故発生リスクを予測できれば、訪問看護師や他の関係機関に対して、電子カルテ等に注意喚起を促すフラグを立てるといった情報共有の工夫も可能になるだろう。

なお、本調査の回答者の多くが事務職であり、保健師等の医療職は少数に留まっていた。自治体の専門職の数には限りがあることを鑑みると、訪問看護事業所に対する事故情報を分析・フィードバックしていく主体やスキームについては、現場担当者の声も踏まえながら検討することが肝要である。

本研究の限界は、年度末かつ地方議会の会期と重なったため、回収率が著しく低かった点が挙げられる。また、本調査に関心を寄せた自治体からの回答に偏った可能性があり、一般化可能性には限界がある。今後は、事故の情報を定期的に把握・分析・活用している自治体を中心にヒアリング調査を行い、実務に即した好事例や具体的な運用上の工夫を明らかにするとともに、実現可能な具体策等を検討する必要がある。

## II. [研究3] レセプトデータを用いた訪問看護 利用者の事故・外傷による受診の分析

### C. 研究結果

#### 1. データベース整備

##### 1) データ取得

1 県 (A 県) につき、県内全市町から2019～

## 別添3

2023年度の各種データを取得した。データの内訳を表1に示す。別の1県（B県）については県内全市町から提供の同意を取得し、A県同様のデータ（2018～2024年度）を入手できる見込みとなった。

レセプトデータ等と併せ、A県およびB県の医療機関等の事業所情報を入手した。介護施設に関する情報は法人情報を含み、その内容は表2に示す通りである。また、A県および周辺各県に関する地理情報として、座標や郵便番号界の情報を入手した。

### 2) データベース構築と解析環境整備

取得した各種データを取り込み、今後のデータ抽出と分析が可能なデータベースを構築した。医療・介護レセプトデータの間は、匿名加工を施した氏名や被保険者番号を用いて個人レベルで連結が可能である。事業所情報および地理情報に関しては、事業所コードや利用者郵便番号を介してレセプトデータと連結することが可能となった。

## 2. データの検証

### 1) 母集団の確認

A県の2021年度の母集団としては、国民健康保険が約168万人、後期高齢者医療制度が約38万人、介護保険認定者が約20万人であった。年齢・性別の分布を図1に示す。また介護保険の要介護度の分布は図2に示すとおりであった。

県内で2021年度に介護保険のサービスを提供した事業所の数は約3,000であった。サービスの種別ごとの事業所数は図3に示すとおりであり、介護保険の訪問看護を提供した事業所は約130箇所あった。また概ね80%の事業所で事業所情報との連結が可能であった。

### 2) 訪問看護利用者における外傷や入院の発生状況

A県で2021年度に約8,000人が介護保険の訪問看護を利用しており、このうち初回の訪問看護利用

月に入院の記録または外傷の病名登録があった利用者を除く約6,000人が検証対象となった。12か月間に外傷や入院が発生した割合を図4に示す。骨折による入院は約2%で生じていた。

### D. [研究3] 考察

本研究は、訪問看護サービスの安全管理体制を構築するためにレセプトデータを活用した実態把握を行うものであり、訪問看護者の事故・外傷による受診状況を明らかにすることを目的としている。この目的を達成するためには新規のデータベースを構築する必要があることから、令和6年度はデータの入手とデータベース構築および今後の分析のための環境整備が研究の中心となった。A県については県内全市町より各種データを取得してデータベース構築が完了した。併せて事業所情報および地理情報等を入手し、レセプトデータと連結した分析が可能な基盤を構築した。また別の1県（B県）についても同様のデータが入手できる見込みとなった。

さらに、構築したデータベースを検証するために、母集団の特性を記述した上で訪問看護利用者における外傷や入院の発生状況の概要を確認した。対象集団は国民健康保険および後期高齢者医療制度の加入者であり、要介護認定を受けている者を含み高齢者を中心として十分な人数が本データベースに含まれていた。また各種のサービスを提供している事業所を特定し、高い割合でレセプトデータと事業所データが連結できることも確認できた。介護保険の訪問看護を利用している対象者は単年度で約8,000人存在し、一定程度の割合で外傷や入院が生じていることをデータから抽出することが可能であった。これらのことより、今後の分析に活用可能なデータベースを構築することに成功したと考えられる。

次年度は、B県のデータ入手とデータベース構築を進めるとともに、より詳細な分析を実施する予定である。訪問看護利用者における事故・外傷

の詳細なパターンを記述した上で、訪問看護事業所単位の分析や地理的状況を考慮した分析を行い、訪問看護を利用している高齢者の事故・外傷が、組織・地域単位によりどのように特徴づけられるのかを検討する。

本研究の課題としては、①レセプトデータから得られる情報は保険診療の範囲に限定される点、②レセプトデータからは事故・外傷の詳細な事情までは取得できない点、③訪問看護事業所における医療保険による訪問看護など、入手時点で電子化されていなかった情報は得られていない点、が挙げられる。研究の限界を把握して結果の解釈を行うとともに、今後は追加のデータ収集についても検討していく予定である。

### III. [研究4] 訪問看護における事故予防・対応効果の検証

#### C. 研究結果

##### ①診療録及び質問紙調査による前向き縦断調査

###### 1. 対象者のフロー

対象者のリクルートからエントリーまでのフローを【図3】に示す。縦断的調査であるため、エントリーしたにも関わらず1か月後の調査の前に脱落・自体した者、2025年3月末時点で1か月調査が完了していない者を除いて、訪問看護利用群32名、非利用群35名を分析対象とした。

###### 2. 対象者の特性

ベースラインの対象者特性を【表1】に示す。全体の平均年齢は88.46歳、女性が68.7%、心不全症状の重症度を示すNYHA (New York Heart Association) 分類はⅢの者が訪問看護利用群で46.9%、非利用群で34.3%であった。要介護度、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度には有意な群間差はなかった。

###### 3. 事故の発生

事故の発生状況を【表2】に示す。最も発生率が高いのは転倒/転落で、外傷を伴う場合と伴わない場合を合わせると全体で15%であった。次に

発生率が高いのは内服/薬剤関連の事故で、全体で7.5%、訪問看護利用群で12.5%、非利用群で2.9%であった。

##### ②インタビュー調査

###### 1. 協力者

研究協力者は9名、女性5名(55.6%)、家族と同居している者は7名(77.8%)であった。平均年齢85.9歳、そのうち5名(55.6%)はインタビュー時に家族も同席した。

###### 2. インタビュー内容

インタビューは転倒・内服・その他の事故に関する発生状況、予防行動、および事故に関する在宅サービス提供者との関わりについて尋ねた。ここでの事故とは「危ないと思った・間違えてしまった」こととし、外傷を伴う事故に至る前の事象に関しても尋ねた。

###### 3. インタビュー結果

インタビューによって得られた転倒・内服・その他の事故に関する発生状況、予防行動、および在宅サービス提供者との関わりについて、いくつかのカテゴリに分けて示す。

###### 【生活導線につかまれる物を置く】

対象者は転倒予防策として生活導線に手すりや家具を置いてつかまったり座ったりできるように工夫していた。これは対象者自身が考えて設置する場合や、家族によって設置する場合、および在宅サービス(訪問リハビリテーションや訪問看護)提供者と相談して設置する場合も見られた。

###### 【一包化や薬ボックスを用いた間違いにくい内服管理】

対象者の多くは複数の薬剤を内服し、飲み忘れがないよう工夫しており、飲み忘れはしていないと語る者がほとんどであった。具体的な工夫には薬剤の一包化、朝昼夕専用の薬剤ボックスの使用、いつも座っている場所から見える位置に薬を置く等であった。対象者自身で薬を用意している

ケースもあったが、家族が支援しているケースが多かった。

【気兼ねなく在宅サービス提供者に事故の報告・相談をしている】

対象者は在宅サービス提供者（訪問診療・訪問看護・ケアマネージャー等）の電話番号が書かれた紙をベッドの近くに貼っておく等して、いつでも困ったときに助けを呼んでいると話していた。

例えば家で転んで起き上がれなくなったときに訪問看護事業所に電話して来てもらったことや、転倒したもののその後問題なく過ごせた場合は、訪問看護師の訪問日に、会話の中で転倒したことを報告しており、事故に関する情報共有がなされていた。

【看護師によるきめ細やかな観察と迅速な対応】

対象者やその家族から、訪問看護師が訪問時に実際に体を見て、異常を早期に発見してくれると語っていた。例えば冬場のストーブ利用による足の低温やけどを看護師が発見し、早期対応がなされたケースがあった。また、看護師から足の爪切り、足のマッサージでむくみをとるなど、転倒予防につながる支援を受けていた場合もあった。心不全であることから体重を定期的に看護師と共有している場合が多くみられ、体重の増加があった場合には追加で飲む薬や量が明確に共有されており、早期に体調変化時に対応できる体制が整っていた。

#### D. [研究4] 考察

今年度、本研究では訪問看護利用者と非利用者における事故の実態について量的および質的に調査を行った。事故の発生実態については、発生数が5以下と少ないものの、内服/薬剤関連において訪問看護利用者の方が非利用者よりも発生率が高かった。訪問看護利用者は看護師が定期的に状態を確認するため事故の発見・報告が非利用者に比べて増える可能性がある。リクルート及び調査は継続中であり、今後は訪問看護利用と事故の発生

との関連についてサンプル数の拡大と詳細な分析が必要である。

質的研究では、事故予防に関して本人や家族、複数の在宅サービス提供者によって事故予防行動がなされており、訪問看護が事故予防及び早期発見・対応の一助となっている可能性が示唆された。

#### E. 結論

本研究は、訪問看護における安全管理体制構築に向け、事故・インシデントの実態把握と予防・対応策の検討を目的とした。

文献レビューと有識者ヒアリングによる基礎的検討により、在宅ケアの安全性は多次元的概念として捉えられ、服薬関連と転倒が主要な事故類型であることを明らかにした。また、訪問看護特有の利用者に対する予防的安全管理教育体制の必要性が示された。

自治体を対象とした全国調査では、介護保険利用者については一定の事故把握体制が整備されている一方、医療保険利用者については事故の報告先が異なるため自治体での把握体制が不十分であることが明らかになった。また、多くの自治体では事故報告を受けても、その分析や活用が十分に行われていない現状が判明した。これは、訪問看護が介護保険制度・医療保険制度の両方で利用できる特徴的なサービスであるからこそ、制度間での報告体制の違いが課題として顕在化したものと考えられる。

レセプトデータを用いた分析からは、介護保険の訪問看護利用者約8,000人の大規模データベースを構築し、12か月間の追跡で外傷の発生が約12%、骨折による入院が約2%あることが明らかとなった。この分析基盤により、今後は事業所単位や地理的要因を考慮した詳細な事故発生パターンの解明が可能になると期待できる。

高齢心不全患者を対象とした縦断調査では、転倒/転落が15%、内服/薬剤関連の事故が7.5%発生

## 別添3

していることが確認された。訪問看護利用者へのインタビューからは、事故予防行動として「生活導線につかまれる物を置く」「一包化や薬ボックスを用いた間違いにくい内服管理」などの工夫が行われており、「気兼ねなく在宅サービス提供者に事故の報告・相談ができる」「看護師によるきめ細やかな観察と対応」という関わりが事故予防や早期発見・対応につながっていることが示唆された。

これらの結果を踏まえ、今後は訪問看護事業所における安全管理体制および事故・インシデント等に関する実態調査の実施により、その詳細を把握するとともに、訪問看護が両保険制度にまたがるサービスであるという特性を踏まえた統合的なリスクマネジメント体制の構築と、現場が活用可能な形での事故情報フィードバック体制の整備を検討することが必要である。また、本研究で得られた知見を基に、訪問看護利用者の安全を確保するための包括的なガイドラインや事故予防・事故報告体制構築に関する検討を進め、在宅医療の質向上に貢献していくことが求められる。

## 文献

### [研究1]

- 1) 全国訪問看護事業協会. 2023. 「令和6年度訪問看護に関する調査研究報告書」. <https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/r6-research.pdf>
- 2) 厚生労働省. 2023. 「2021年度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」. [https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report\\_pdf/20216001B.pdf](https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/20216001B.pdf)
- 3) National Academies of Sciences, Medicine Division, Board on Global Health, & Committee on Improving the Quality of Health Care Globally. (2018). Crossing the global quality chasm: improving health care worldwide.
- 4) 厚生労働省保険局医療課. (2024年3月5日). 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(保発0305第12号).
- 5) 公益財団法人日本医療機能評価機構. (2020). 『医療事故情報収集等事業 事業の内容と参加方法』. [https://www.med-safe.jp/pdf/business\\_pamphlet.pdf](https://www.med-safe.jp/pdf/business_pamphlet.pdf)
- 6) Kivimäki, T., Stolt, M., Charalambous, A., & Suhonen, R. (2020). Safety of older people at home: An integrative literature review. *International Journal of Older People Nursing*, 15(1), e12285.
- 7) Lang, A., Edwards, N., & Fleischer, A. (2008). Safety in home care: a broadened perspective of patient safety. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(2), 130-135.
- 8) Kivimäki, T., Stolt, M., Katajisto, J., Charalambous, A., & Suhonen, R. (2023). National registry-based data of adverse events in Finnish long-term professional home care in 2009-2019. *Journal of Clinical Nursing*, 32(3-4), 548-557.
- 9) Cao, S., Huang, H., Xiao, M., Yan, L., Xu, W., Tang, X., ... & Zhao, Q. (2021). Research on safety in home care for older adults: a bibliometric analysis. *Nursing open*, 8(4), 1720-1730.
- 10) Vincent, C., & Amalberti, R. (2016). Safety strategies for care in the home. In *Safer healthcare: Strategies for the real world* (pp. 117-135). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-25559-0\\_8](https://doi.org/10.1007/978-3-319-25559-0_8)
- 11) Health in Aging Foundation. (2019). Tip sheet: Home safety tips for older adults. <https://www.healthinaging.org/tools-and-tips/tip-sheet-home-safety-tips-older-adults>
- 12) National Council on Aging. (2024). Home safety for older adults: A comprehensive guide 2025. <https://www.ncoa.org/adviser/sleep/home-safety-older-adults/>
- 13) Craven, C., Byrne, K., Sims-Gould, J., & Martin-Matthews, A. (2012). Types and patterns of safety concerns in home care: staff perspectives. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(5), 525-531.
- 14) Tong, C. E., Sims-Gould, J., & Martin-Matthews, A. (2016). Types and patterns of safety concerns in home care: client and family caregiver perspectives. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(2), 214-220.
- 15) Shahrestanaki, S. K., Rafii, F., Najafi Ghezeljeh, T., Farahani, M. A., & Majdabadi

## 別添3

- Kohne, Z. A. (2023). Patient safety in home health care: a grounded theory study. *BMJ Health Services Research*, 23(1), 467.
- 16) Lindberg, C., Fock, J., Nilsen, P., & Schildmeijer, K. (2023). Registered nurses' efforts to ensure safety for home-dwelling older patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 37(2), 571-581.
- 17) Yoshimatsu, K., & Nakatani, H. (2022). Attitudes of home-visiting nurses toward risk management of patient safety incidents in Japan. *BMC nursing*, 21(1), 139.
- 18) Lekman, J., Lindén, E., & Ekstedt, M. (2023). The challenge of risk prevention in home healthcare—An interview study with nurses in municipal care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 37(4), 1067-1078.
- ける事故の報告様式等について（通知）. 令和6年11月29日. <https://www.mhlw.go.jp/content/001342369.pdf> (令和7年6月11日アクセス可能)
8. 公益財団法人日本医療機能評価機構. 医療事故情報収集等事業. <https://www.med-safe.jp/> (令和7年6月11日アクセス可能)
9. 株式会社 日本総合研究所. (2021). 令和2年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 介護保険施設等における安全管理体制等のあり方に関する 調査研究事業. [https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/20210412\\_2.pdf](https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/20210412_2.pdf). (令和7年6月11日アクセス可能)
10. 厚生労働省. 医療事故調査制度に関する Q&A (Q2). <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061214.html> (令和7年7月15日アクセス可能)
11. 厚生労働省医政局. 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律の一部の施行（医療事故調査制度）について. 平成27年5月8日, 医政発0508第1号. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000084410.html> (令和7年7月17日アクセス)

### [研究2]

1. 全国訪問看護事業協会. (2023). 令和6年度訪問看護ステーション数調査結果. <https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/r6-research.pdf> (令和7年6月11日アクセス可能)
2. Nilsson L, Lindblad M, Johansson N, Säfström L, Schildmeijer K, Ekstedt M, Unbeck M. Exploring nursing-sensitive events in home healthcare: A national multicenter cohort study using a trigger tool. *Int J Nurs Stud*. 2023 Feb;138:104434. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104434.
3. Morioka, N., & Kashiwagi, M. (2021). Adverse events in home-care nursing agencies and related factors: a nationwide survey in Japan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2546.
4. Yamamoto-Takiguchi, N., Naruse, T., Fujisaki-Sueda-Sakai, M., & Yamamoto-Mitani, N. (2021). Characteristics of Patient Safety Incident Occurrences Reported by Japanese Home care Nurses: A Prospective Observational Study. *Nursing Reports*, 11(4), 997-1005.
5. 厚生労働省. (2022). 2021年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究) 令和3年度総括・分担研究報告書: 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. [https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report\\_pdf/20216001B.pdf](https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/20216001B.pdf) (令和7年6月11日アクセス可能)
6. 厚生省. 平成十一年厚生省令第三十七号. 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準. <https://laws.e-gov.go.jp/law/411M50000100037> (令和7年6月11日アクセス可能)
7. 厚生労働省老健局高齢者支援課、認知症施策・地域介護推進課、老人保健課. 介護保険施設等にお

### [研究3]

1. Yamana H, Ono S, Michihata N, Uemura K, Jo T, Yasunaga H. Effect of the 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine on the incidence of hospitalisation with pneumonia in adults aged  $\geq 65$  years: retrospective cohort study using a population-based database in Japan. *Clin Microbiol Infect* 2023;29:904-10.
2. Yamana H, Lee S, Lin Y-C, Yoon N-H, Fushimi K, Yasunaga H, Cheng S-H, Kim H. Institutional variance in mortality after percutaneous coronary intervention for acute myocardial infarction in Korea, Japan, and Taiwan. *Int J Health Policy Manag* 2023;12:6796.
3. Wada Y, Takei Y, Sasabuchi Y, Matsui H, Yasunaga H, Kohro T, Fujiwara H, Yamana H. Treatment strategies for pelvic organ prolapse and postoperative outcomes in older women with long-term care needs: A population-based retrospective cohort study. *Int J Gynaecol Obstet* 2024;166:1323-9.
4. Honda A, Yamana H, Sasabuchi Y, Takasawa E, Mieda T, Tomomatsu Y, Inomata K, Takakura K, Tsukui T, Matsui H, Yasunaga H, Chikuda H. Mortality, analgesic use, and care requirement after vertebral compression fractures: a retrospective cohort study of 18,392 older adult patients. *J Bone Joint Surg* 2024;106:1453-60.
5. Kugai H, Igarashi A, Okada A, Sasabuchi Y,

Kitamura S, Yamana H, Yamamoto-Mitani N, Yasunaga H. Transitions in the long-term care needs and health status among older people with newly diagnosed chronic kidney disease. 26th East Asian Forum of Nursing Scholars

6. Kugai H, Igarashi A, Okada A, Sasabuchi Y, Kitamura S, Yamana H, Yamamoto-Mitani N, Yasunaga H. Association between home-visit nursing and hospitalization among older adults with chronic kidney disease: population-based cohort study using real-world data. 27th East Asian Forum of Nursing Scholars.

[研究4]

1. 厚生労働省. (2024). 令和6年版高齢社会白書 (概要版). <https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2024/gaiyou/pdf/1s1s2s.pdf>
2. 厚生労働省. (2024). 令和6年度診療報酬改定の概要. <https://www.mhlw.go.jp/content/1240000/001251538.pdf>
3. Yoshimatsu, K., Nakatani, H. (2022). Attitudes of home-visiting nurses toward risk management of patient safety incidents in Japan. *BMC Nurs.* 6;21(1):139.
4. Jessica, C., Jessica, R., Erinn, K., et al. (2024). Falls in Older Adults: Approach and Prevention. *Am Fam Physician.* 109(5):447-456.
5. Shimokawa, H., Miura, M., Nochioka, K., et al. (2015). Heart failure as a general pandemic in Asia. *European journal of heart failure,* 17(9), 884-892.
6. Yasuda, S., Miyamoto, Y., Ogawa, H. (2018). Current status of cardiovascular medicine in the aging society of Japan. *Circulation,* 138(10), 965-967.
7. Eltaybani, S., Li, C. C., Fukui, C., et al. (2025). Self-reported quality of life of older adults receiving home care: The feasibility and reliability of new items. *Geriatric Nursing,* 63, 388-394. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2025.03.058>
8. Eltaybani, S., Anezaki, S., Fukui, C., et al. (2025). Association between home-visit nursing use and the occurrence of unfavorable health outcomes among community-dwelling

older adults: A prospective cohort study. *Geriatric Nursing,* 63, 661-669. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2025.04.010>

9. Kawase, K., Igarashi, A., Eltaybani, S., et al. (2025). Assessing the reliability and feasibility of quality indicators used to evaluate long-term care for older adults. *Geriatrics & Gerontology International,* 442-448. <https://doi.org/10.1111/ggi.15074>
10. Eltaybani, S., Kitamura, S., Fukui, C., et al. (2023). Toward developing care outcome quality indicators for home care for older people: A prospective cohort study in Japan. *Geriatrics & Gerontology International,* 23(5), 383-394. <https://doi.org/10.1111/ggi.14578>
11. Igarashi, A., Eltaybani, S., Takaoka, M., et al. (2020). Quality assurance in long-term care and development of quality indicators in Japan. *Gerontology & Geriatric Medicine,* 6, 2333721420975320. <https://doi.org/10.1177/2333721420975320>
12. Fukui, C., Igarashi, A., Noguchi-Watanabe, M., et al. (2021). Development of quality indicators for evaluating the quality of long-term care. *Geriatrics & Gerontology International,* 21(4), 370-371. <https://doi.org/10.1111/ggi.14138>

**F. 健康危険情報**

該当なし

**G. 研究発表**

該当なし

**H. 知的財産権の出願・登録状況**

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

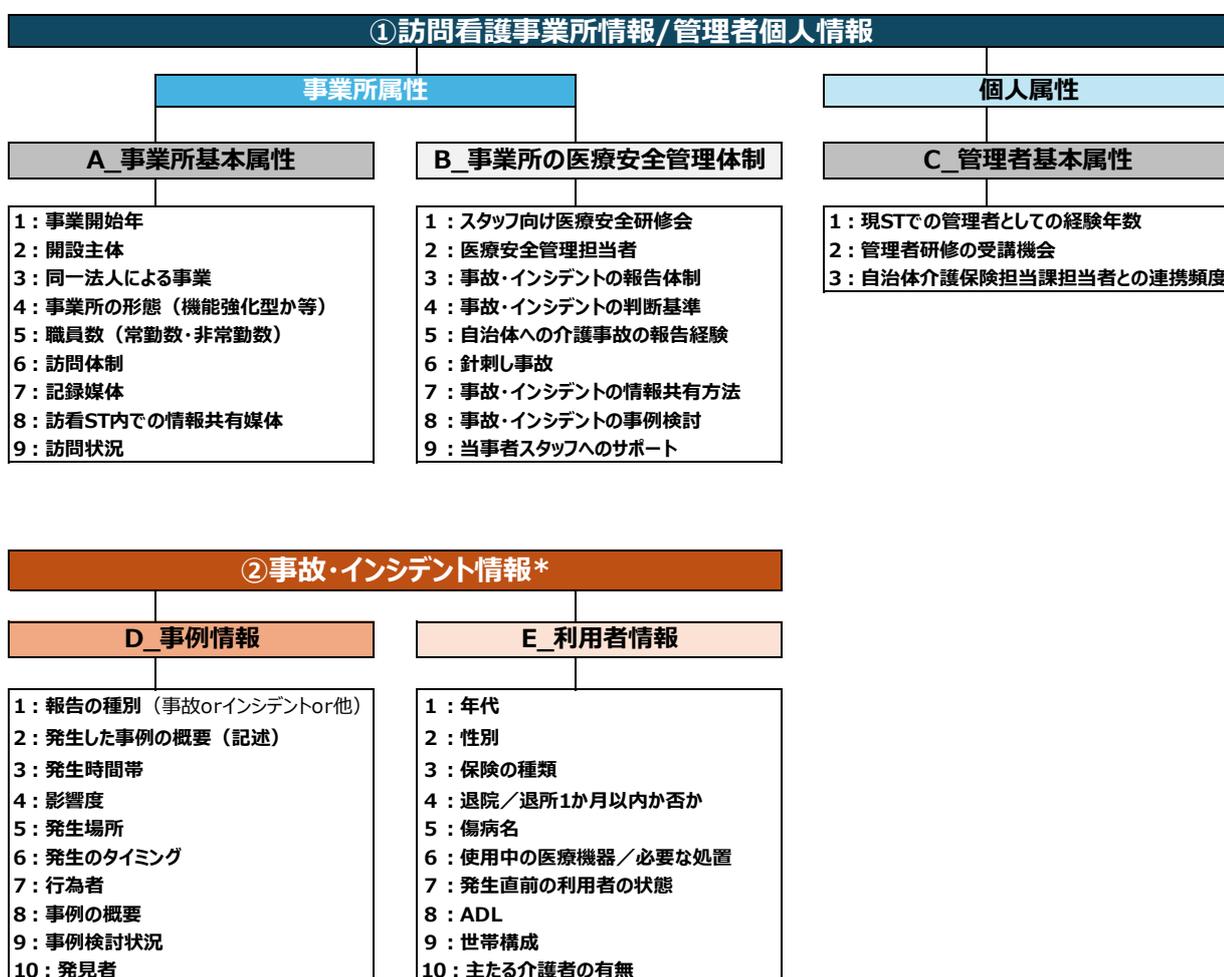
表 1 : Summary of research on safety measures and accident prevention in home care settings

| Source  | Summary  |
|---|--|
| <b>1) Research on safety measures and accident prevention in home care settings :</b><br>訪問看護・在宅ケアにおける安全性の概念、課題および事故発生に関連要因 |  |
| Kivimäki et al. (2020)  | <p><b>To describe safety in the homes of older and older people's perceptions and understanding of their safety at home based on current literature (~2017).</b></p> <p><b>Four dimensions of safety at home:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Physical: medication, home improvement, falls</li> <li>• Social: age-friendly environment and social interaction</li> <li>• Emotional and mental: trust with care workers and having a secure feeling at home</li> <li>• Cognitive: ability to understand illness &amp; available resources and to learn and remember</li> </ul> <p><b>Older people's perceptions of safety at home:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Active living</li> <li>• Coping at home</li> <li>• Managed living</li> <li>• Knowledge of the existence of disease</li> </ul>   |
| Lang et al. (2008)  | <p><b>To describe the landscape of safety in home care in Canada (a literature review, key informant interviews, and roundtable → data synthesis using content analysis)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A definition of patient safety specifically within the context of home care was not found. Definitions contained common elements of error reduction, risk mitigation, avoidance, management and treatment of unsafe acts and management of culminations of systemic failures.</li> <li>• Safety of the client, family, caregiver and provider is linked</li> <li>• Multiple dimensions of safety: physical, emotional, social, and functional</li> </ul>   |
| Kivimäki et al. (2022)  | <p><b>A registry-based study to discover the nature of the adverse events (n = 61,248) in Finnish long-term professional homecare reported by professionals (2009-2019).</b></p> <p><b>Source:</b> The national standardized patient safety incident reporting system (HaiPro)</p> <p><b>Definitions:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Adverse events</b> are incidents causing unintended and unnecessary harm to older people at home and maybe preventable or not.</li> <li>• <b>Safety</b> is caregivers doing no harm to older people during care, as well as finding preventable and proactive ways to maintain safer living at home.</li> </ul> <p><b>Results:</b> Top incident types</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① Medication-related (dispensing, administration, documentation, storage)</li> <li>② Injuries &amp; accidents (falls, hitting the foot on something, losing balance)</li> </ol> |
| Cao et al. (2021)   | <p><b>A bibliometric analysis to describe the current research state in home care safety for older adults (2009-2020)</b></p> <p><b>Top articles (frequently cited):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medication safety</li> <li>• Fall prevention</li> </ul> <p><b>Keywords:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fall (prevention, exercise, etc.)</li> <li>• Care quality (intervention, management, etc.)</li> <li>• Medication (adverse drug event, polypharmacy, etc.)</li> <li>• Epidemiology (prevalence, etc.)</li> <li>• Intelligent medicine (smartphone, etc.)</li> </ul>  |
| Vincent et al. (2016)   | <p><b>Book chapter: Safety Strategies for Care in the Home</b></p> <p><b>Key hazards:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Home injury deaths: falls, poisoning, fire and burns, airway obstruction, and drowning.</li> <li>• Adverse events: injurious falls, medication-related events, pressure ulcers, psychological harm</li> <li>• Risk to family and other caregivers: burnout, etc.</li> <li>• Problems of transition and coordination</li> </ul> <p><b>Safety strategies:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fall: floor, lighting, furniture, etc.</li> <li>• Fire and electrical: smoke alarm, heater, etc.</li> <li>• Biological, hygiene, and chemical: sanitary storage, etc.</li> </ul>   |

|   |   |
|---|---|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Others: door locking, etc.</li> </ul> <p><b>Other strategies:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Comprehensive discharge planning</li> <li>Training of patients &amp; carers</li> <li>Monitoring &amp; detecting deterioration</li> </ul>  |
| Health in Aging Foundation (2019)   | <p><b>Home safety tips for older adults (guide for older people)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Keep emergency numbers handy (emergency phone numbers)</li> <li>Prevent falls (exercise; do not rush; non-slip footwear; use supportive devices)</li> <li>Safety-proof your home (space is free; use rails; tape rugs)</li> <li>Protect against fire and related dangers (during cooking; install smoke detector; heater)</li> <li>Avoid bathroom hazards (water temperature; rubber mats; grab bars; special chairs)</li> <li>Prevent poisoning (carbon monoxide; medications; cleaning products)</li> <li>Protect against abuse (away from strangers; anti-scam measures)</li> </ul>  |
| National Council on Aging (2024)  | <p><b>Home Safety for Older Adults (A guide on home safety for older adults, with a printable checklist)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Help in an emergency (emergency phone; home security system; wearable help button)</li> <li>Interior home safety (lighting; accessibility; walkways &amp; stairways; bathroom; Kitchen)</li> <li>Exterior home safety (seasonal considerations)</li> <li>Others (fire; electricity; medication; products [GPS trackers, hearing aids, cellphones, etc.]</li> </ul>  |
| Craven et al. (2012)<br><br>Tong et al. (2016)  | <p><b>Qualitative exploration of safety concerns in home care settings in Canada</b></p> <p><b>Staff</b> perspectives (n = 115 home support workers): Four types</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Physical/medical: musculoskeletal injuries, trips, falls and communicable diseases</li> <li>Spatial: inside &amp; outside the home, geographical location</li> <li>Interpersonal: client/family/workers (psychologically, socially, emotionally)</li> <li>Temporal: time pressure &amp; rush</li> </ul> <p><b>Client and family</b> perspectives (n = 82 clients &amp; 55 caregivers)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Physical/medical</li> <li>Spatial</li> <li>Interpersonal</li> </ul>  |
| <p><b>2) Research on safety measures and accident prevention in home care settings: <u>Focusing on home visit nursing</u> :</b><br/>訪問看護師の安全管理における役割と実践</p> |   |
| Shahrestanaki et al. (2023)   | <p><b>Method:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A qualitative study to explain the process of safe patient care in home health care.</li> <li>Iran</li> <li>Interview (9 home care nurses, 2 home care nursing assistants, 1 home care inspector, 1 home care physician, and 3 family caregivers) &amp; observation</li> </ul> <p><b>Role of home visit nursing:</b><br/>Four stages:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Prevention-based assessment:</b> Assess the patient &amp; the environment to determine possible risks</li> <li><b>Foresight:</b> Predict future problems &amp; provision of equipment to be needed</li> <li><b>Establishment of safety:</b> Re-design the environment; goal-specific measures (safe nutrition, infection control; safe medication principles; etc.)</li> <li><b>Verification:</b> continuous assessment, monitoring</li> </ul> |
| Lundberg et al. (2022)  | <p><b>Method:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Qualitative study to explore registered nurses' efforts to reduce perceived risks for home-dwelling older patients and ensure safe home health care</li> <li>Sweden</li> <li>Interviews (13 RNs)</li> </ul> <p><b>Role of home visit nursing:</b><br/>Three efforts:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Securing a safe home healthcare environment:</b> Gather information, adjust equipment, intervene when needed, etc.</li> <li><b>Taking an active role in care:</b> Work professionally, participate in teamwork, etc.</li> <li><b>Staying one step ahead of the patient:</b> Create favorable conditions, prepare for deterioration, etc.</li> </ul>   |
| Yoshimatsu & Nakatani (2022)  | <p><b>Method:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Qualitative study to examine HVNs' attitudes toward risk management.</li> <li>Japan</li> <li>Interviews (11 HVN)</li> </ul> <p><b>Role of home visit nursing:</b><br/>Four themes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Predicting and avoiding risks:</b> Keep the possibility in mind &amp; share information among HVNs.</li> </ul>  |

|                      |   |
|----------------------|---|
|                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ensuring medical safety in home settings:</b> Consider a safe environment &amp; work with patients and families to address safety issues.</li> <li>• <b>Coping with incidents:</b> Respond swiftly &amp; learn from incidents.</li> <li>• <b>Playing the role of administrator in medical safety (administrators):</b> Improve agency management &amp; support HVN to cope.</li> </ul>  |
| Lekman et al. (2023) | <p><b>Method:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitative study to describe nurses' experiences of performing risk prevention in municipal home healthcare.</li> <li>• Sweden</li> <li>• Interviews (10 RNs)</li> </ul> <p><b>Role of home visit nursing:</b><br/>Everyone (patients, relatives, nurses) has a <b>different perspective and role</b> in risk prevention</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respect patient autonomy</li> <li>• Promote common understanding</li> <li>• Collaborate as a team etc.</li> </ul> |

図1：質問項目の全体像



\* 調査時点から直近3ヶ月以内に事業所で経験した、事故・インシデントに関する情報を最大3件収集

### 別添3

#### [研究2]

表1

| 自治体の区分              | 部署                            | 調査票                   | 最終回収率       |
|---------------------|-------------------------------|-----------------------|-------------|
| 都道府県                | ○医療提供体制担当部署                   |                       |             |
|                     | ○介護保険担当部署                     | <a href="#">都道府県票</a> | 46件(23.6%)  |
| 指定都市、中核市、保健所設置市、特別区 | ○医療提供体制担当部署                   |                       |             |
|                     | ○省令上の介護保険施設等における事故発生の報告受付担当部署 |                       |             |
| 上記以外の市町村            | ○省令上の介護保険施設等における事故発生の報告受付担当部署 | <a href="#">市区町村票</a> | 403件(24.2%) |

別添3

表2. 基本属性(都道府県票) n=46

|                             | n(%) / mean |
|-----------------------------|-------------|
| 地方公共団体の区分                   |             |
| 都道府県                        | 22 (47.8)   |
| 指定都市                        | 4 (8.7)     |
| 中核市                         | 16 (34.8)   |
| 保健所設置市                      | 1 (2.2)     |
| 特別区                         | 3 (6.5)     |
| 2025年(令和7年1月1日現在)の人口        | 1,586,638   |
| 所属部署                        |             |
| 医療提供体制担当部署                  | 26 (56.5)   |
| 介護保険担当部署                    | 20 (43.5)   |
| 所属部署(詳細)                    |             |
| 保健                          | 18 (39.1)   |
| 保健福祉                        | 4 (8.7)     |
| 福祉                          | 4 (8.7)     |
| 企画調整                        | 0 (0.0)     |
| 介護保険                        | 16 (34.8)   |
| 障がい者支援                      | 0 (0.0)     |
| 障害者福祉                       | 0 (0.0)     |
| 教育                          | 0 (0.0)     |
| 国民健康保険                      | 0 (0.0)     |
| 職員の健康管理                     | 0 (0.0)     |
| その他                         | 4 (8.7)     |
| 所属課の人数※                     |             |
| 昨年度の所属課に配置されている常勤職員(医療職)の人数 | 3.1         |
| 昨年度の所属課に配置されている常勤職員(事務職)の人数 | 15.5        |
| 回答者の職位                      |             |
| 主事・主任主事等                    | 25 (54.3)   |
| 係長級(主査含む)                   | 13 (28.3)   |
| 課長補佐級                       | 6 (13.0)    |
| 課長級                         | 2 (4.3)     |
| 部長補佐級                       | 0 (0.0)     |
| 部長級                         | 0 (0.0)     |
| 回答者の職種                      |             |
| 事務職                         | 32 (69.6)   |
| 保健師                         | 7 (15.2)    |
| 薬剤師                         | 3 (6.5)     |
| 看護師                         | 2 (4.3)     |
| 診療放射線技師等                    | 1 (2.2)     |
| 医師                          | 0 (0.0)     |
| 歯科医師                        | 0 (0.0)     |
| 獣医師                         | 0 (0.0)     |
| 助産師                         | 0 (0.0)     |
| 准看護師                        | 0 (0.0)     |
| 臨床検査技師等                     | 0 (0.0)     |
| 管理栄養士                       | 0 (0.0)     |
| 栄養士                         | 0 (0.0)     |
| 歯科衛生士                       | 0 (0.0)     |
| 理学・作業療法士                    | 0 (0.0)     |
| その他                         | 1 (2.2)     |
| 訪問看護事業所で発生した介護保険利用者の事故の把握   |             |
| 把握する仕組みがある                  | 12 (26.1)   |
| 把握する仕組みがない                  | 25 (54.3)   |
| わからない                       | 9 (19.6)    |
| 訪問看護事業所で発生した医療保険利用者の事故の把握   |             |
| 把握する仕組みがある                  | 0 (0.0)     |
| 把握する仕組みがない                  | 32 (69.6)   |
| わからない                       | 14 (30.4)   |

※「所属部署」とは別に「所属課名」をたずねた上で、当該課に配属されている職員数をたずねた。

表 3. 事故把握の仕組み・把握方法・活用方法(都道府県票)

n=12

|                                 | n(%)      |
|---------------------------------|-----------|
| 事故把握の仕組み                        |           |
| 事故に関する一定の基準を設け、定期的に把握する仕組みがある   | 2 (16.7)  |
| 事故に関する一定の基準を設け、事故発生時に把握する仕組みがある | 10 (83.3) |
| 事故の把握方法(複数回答可)                  |           |
| メール                             | 8 (66.7)  |
| 電子申請                            | 3 (25.0)  |
| 電話                              | 4 (33.3)  |
| 郵送                              | 6 (50.0)  |
| 窓口申請                            | 3 (25.0)  |
| 事故の把握様式(複数回答可)                  |           |
| 国の様式を転用して使用                     | 8 (66.7)  |
| 都道府県で独自に作成した様式を使用               | 4 (33.3)  |
| 各訪問看護事業所で独自作成                   | 0 (0.0)   |
| 様式による報告を求めている                   | 0 (0.0)   |
| その他                             | 1 (8.3)   |
| 事故情報の活用方法(複数回答可)                |           |
| 訪問看護事業所全体への技術的支援                | 2 (16.7)  |
| 個別の訪問看護事業所への技術的支援               | 2 (16.7)  |
| 訪問看護事業所全体への情報提供                 | 2 (16.7)  |
| 市民への情報公開                        | 0 (0.0)   |
| 活用していない                         | 4 (33.3)  |
| その他                             | 4 (33.3)  |

※「都道府県票」を送付した都道府県の医療提供体制担当部署・介護保険担当部署、または、政令指定都市、中核市、保健所設置市、特別区の医療提供体制担当部署のうち、訪問看護事業所で発生した”介護保険”利用者の事故の把握を「把握する仕組みがある」と回答した自治体(n=12)を対象とした。

別添3

表4. 基本属性(市区町村票)

n=403

|                             | n(%) / mean |
|-----------------------------|-------------|
| 地方公共団体の区分                   |             |
| 指定都市                        | 9 (2.2)     |
| 中核市                         | 37 (9.2)    |
| 保健所設置市                      | 3 (0.7)     |
| 特別区                         | 8 (2.0)     |
| 一般市町村                       | 346 (85.9)  |
| 2025年(令和7年1月1日現在)の人口        | 131,652     |
| 所属部署                        |             |
| 保健                          | 2 (0.5)     |
| 保健福祉                        | 36 (8.9)    |
| 福祉                          | 46 (11.4)   |
| 介護保険                        | 305 (75.7)  |
| その他                         | 14 (3.5)    |
| 所属課の人数 <sup>※</sup>         |             |
| 昨年度の所属課に配置されている常勤職員(医療職)の人数 | 2.0         |
| 昨年度の所属課に配置されている常勤職員(事務職)の人数 | 14.9        |
| 回答者の職位                      |             |
| 主事・主任主事等                    | 175 (43.4)  |
| 係長級(主査含む)                   | 144 (35.7)  |
| 課長補佐級                       | 57 (14.1)   |
| 課長級                         | 4 (1.0)     |
| 部長補佐級                       | 1 (0.2)     |
| その他                         | 22 (5.5)    |
| 回答者の職種                      |             |
| 事務職                         | 362 (89.8)  |
| 保健師                         | 26 (6.5)    |
| 看護師                         | 3 (0.7)     |
| 理学・作業療法士                    | 3 (0.7)     |
| その他                         | 9 (2.2)     |
| 訪問看護事業所で発生した介護保険利用者の事故の把握   |             |
| 把握する仕組みがある                  | 318 (78.9)  |
| 把握する仕組みがない                  | 59 (14.6)   |
| わからない                       | 26 (6.5)    |
| 訪問看護事業所で発生した医療保険利用者の事故の把握   |             |
| 把握する仕組みがある                  | 22 (5.5)    |
| 把握する仕組みがない                  | 252 (62.5)  |
| わからない                       | 129 (32.0)  |

※「所属部署」とは別に「所属課名」をたずねた上で、当該課に配属されている職員数をたずねた。

## 別添3

表5. 介護保険利用者の事故把握・報告・共有状況(市区町村票)

n=318

|                                 | n(%)       |
|---------------------------------|------------|
| 事故把握の仕組み                        |            |
| 事故に関する一定の基準を設け、定期的に把握する仕組みがある   | 31 (9.7)   |
| 事故に関する一定の基準を設け、事故発生時に把握する仕組みがある | 284 (89.3) |
| その他                             | 3 (0.9)    |
| 事故の把握方法(複数回答可)                  |            |
| メール                             | 257 (80.8) |
| 電子申請                            | 41 (12.9)  |
| 電話                              | 119 (37.4) |
| 郵送                              | 238 (74.8) |
| 窓口申請                            | 221 (69.5) |
| 定期的なミーティング                      | 4 (1.3)    |
| その他                             | 30 (9.4)   |
| 事故の把握様式(複数回答可)                  |            |
| 国の様式を転用して使用                     | 282 (88.7) |
| 都道府県で独自に作成した様式を使用               | 51 (16.0)  |
| 各訪問看護事業所で独自に作成した様式を使用           | 18 (5.7)   |
| 様式による報告は求めている                   | 4 (1.3)    |
| その他                             | 12 (3.8)   |
| 把握している事故の種別(複数回答可)              |            |
| 国が定める事故種別に準拠                    | 299 (94.0) |
| 看護師が被害を被った事故                    | 6 (1.9)    |
| その他                             | 32 (10.1)  |
| 事故情報の分析方法(複数回答可)                |            |
| 内部でのデータ分析                       | 118 (37.1) |
| データ分析の外部委託                      | 0 (0.0)    |
| 定期的なレビュー無しでのデータ蓄積               | 27 (8.5)   |
| AIや機械学習を利用した分析                  | 0 (0.0)    |
| 分析していない                         | 163 (51.3) |
| その他                             | 14 (4.4)   |
| 事故情報の活用方法(複数回答可)                |            |
| 訪問看護事業所全体への技術的支援                | 12 (3.8)   |
| 個別の訪問看護事業所への技術的支援               | 12 (3.8)   |
| 訪問看護事業所全体への情報提供                 | 38 (11.9)  |
| 市民への情報公開                        | 22 (6.9)   |
| 活用していない                         | 185 (58.2) |
| その他                             | 65 (20.4)  |

※「市区町村票」を送付した政令指定都市、中核市、特別区、保健所設置市、一般市町村の省令上の介護保険施設等における事故発生  
の報告受付担当部署のうち、訪問看護事業所で発生した”介護保険”利用者の事故の把握を「把握する仕組みがある」と回答した自治  
体(n=318)を対象とした。

## 別添3

表6. 医療保険利用者の事故把握・報告・共有状況(市区町村票)

n=22

|                                 | n(%)      |
|---------------------------------|-----------|
| 事故把握の仕組み                        |           |
| 事故に関する一定の基準を設け、定期的に把握する仕組みがある   | 7 (31.8)  |
| 事故に関する一定の基準を設け、事故発生時に把握する仕組みがある | 14 (63.6) |
| その他                             | 1 (4.5)   |
| 事故の把握方法(複数回答可)                  |           |
| メール                             | 16 (72.7) |
| 電子申請                            | 1 (4.5)   |
| 電話                              | 10 (45.5) |
| 郵送                              | 15 (68.2) |
| 窓口申請                            | 10 (45.5) |
| 定期的なミーティング                      | 3 (13.6)  |
| その他                             | 3 (13.6)  |
| 事故の把握様式(複数回答可)                  |           |
| 国の様式を転用して使用                     | 20 (90.9) |
| 都道府県で独自に作成した様式を使用               | 1 (4.5)   |
| 各訪問看護事業所で独自に作成した様式を使用           | 4 (18.2)  |
| 様式による報告は求めている                   | 2 (9.1)   |
| その他                             | 1 (4.5)   |
| 把握している事故の種別(複数回答可)              |           |
| 国が定める事故種別に準拠                    | 18 (81.8) |
| 看護師が被害を被った事故                    | 0 (0.0)   |
| その他                             | 4 (18.2)  |
| 事故情報の分析方法(複数回答可)                |           |
| 内部でのデータ分析                       | 7 (31.8)  |
| データ分析の外部委託                      | 0 (0.0)   |
| 定期的なレビュー無しでのデータ蓄積               | 0 (0.0)   |
| AIや機械学習を利用した分析                  | 0 (0.0)   |
| 分析していない                         | 14 (63.6) |
| その他                             | 1 (4.5)   |
| 事故情報の活用方法(複数回答可)                |           |
| 訪問看護事業所全体への技術的支援                | 2 (9.1)   |
| 個別の訪問看護事業所への技術的支援               | 3 (13.6)  |
| 訪問看護事業所全体への情報提供                 | 3 (13.6)  |
| 市民への情報公開                        | 2 (9.1)   |
| 活用していない                         | 11 (50.0) |
| その他                             | 3 (13.6)  |

※「市区町村票」を送付した政令指定都市、中核市、特別区、保健所設置市、一般市町村の省令上の介護保険施設等における事故発生の報告受付担当部署のうち、訪問看護事業所で発生した「医療保険」利用者の事故の把握を「把握する仕組みがある」と回答した自治体(n=22)を対象とした。

別添3

[研究3]

表1. レセプトデータ等の内訳

| 種別         | データ              |
|------------|------------------|
| 医療<br>レセプト | レセ電コード情報（医科）     |
|            | レセ電コード情報（DPC）    |
|            | レセ電コード情報（歯科）     |
|            | レセ電コード情報（調剤）     |
| KDB        | KDB 被保険者台帳       |
|            | 健診結果             |
|            | 医療レセプト管理         |
|            | 医療傷病名            |
|            | 医療摘要             |
|            | 医療摘要回数           |
|            | 医療最大医療資源 ICD 別点数 |
|            | 医療受診日等           |
|            | 全国総合事業サービスコード台帳  |
|            | 質問票              |
|            | 介護受給者認定情報        |
|            | 介護基本チェックリスト情報    |
| 在宅介護実態調査情報 |                  |
| 介護<br>レセプト | 介護保険給付実績情報       |

表2. 介護施設に関するデータ

| 種別    | データ  |
|-------|--|
| 基本情報  | 介護事業所番号, サービス種別コード, サービス種別, 施設名(事業所名), 郵便番号, 都道府県コード, 市区町村コード, TEL, FAX, 都道府県, 市区町村, 町番地, 事業開始年月               |
| 従業員情報 | 総従業員数, 総従業員数(常勤換算人数、以下同じ), オペレーター, 面接相談員, 訪問介護員等, 保健師, 看護師, 准看護師, 助産師, 理学療法士, 作業療法士, 言語聴覚士, 介護職員, 事務員, その他の従業者 |
| 利用者情報 | 利用者総数, 利用人数(要支援1-2, 要介護1-5)  |
| 法人情報  | 法人番号, 法人名称, 法人名称(フリガナ), 法人郵便番号, 法人都道府県, 法人市区町村, 法人町番地  |

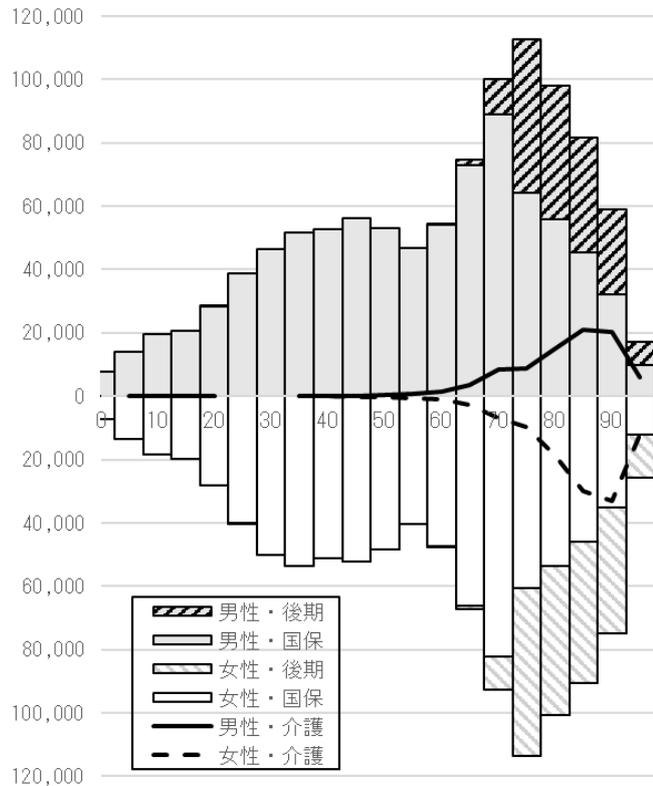


図1. 対象集団の性別・年齢の分布

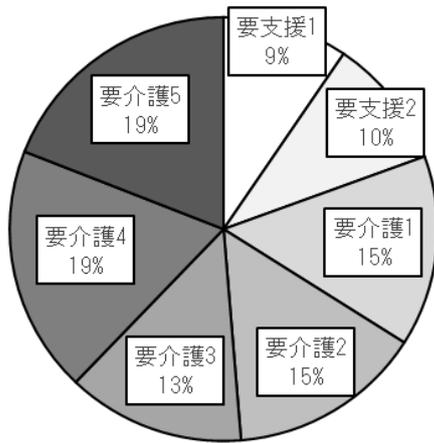


図2. 対象集団の要介護度の分布

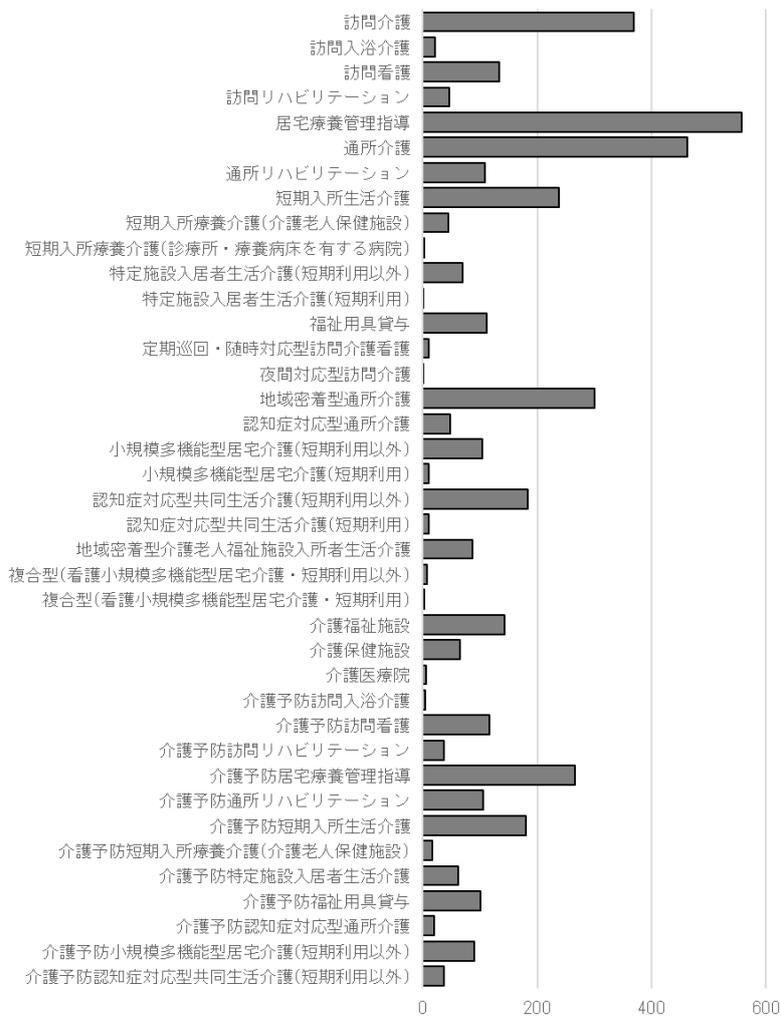


図3. サービスの種別ごとの事業所数

別添3

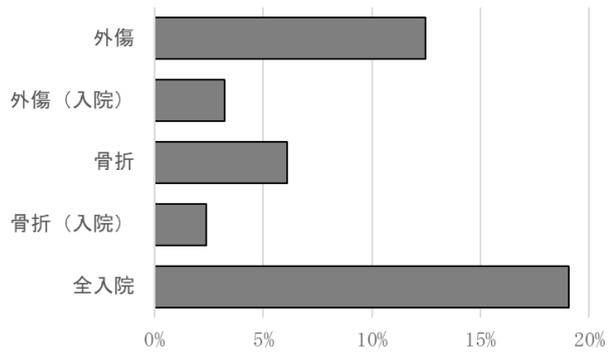


図 4. 訪問看護利用者に発生した外傷・入院

別添3

[研究4]

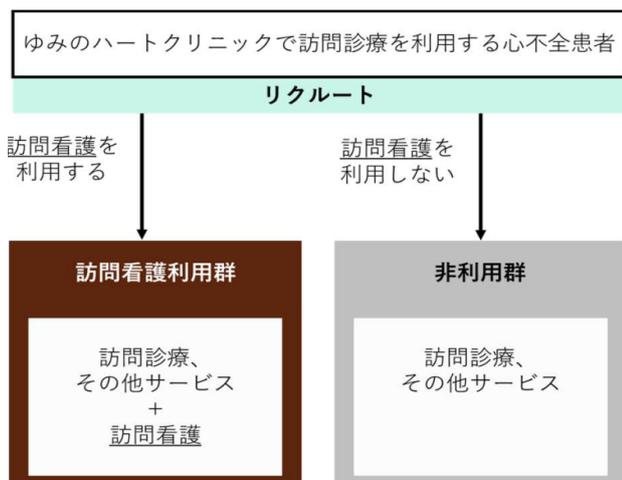


図1. 訪問看護利用群と非利用群への組み入れ

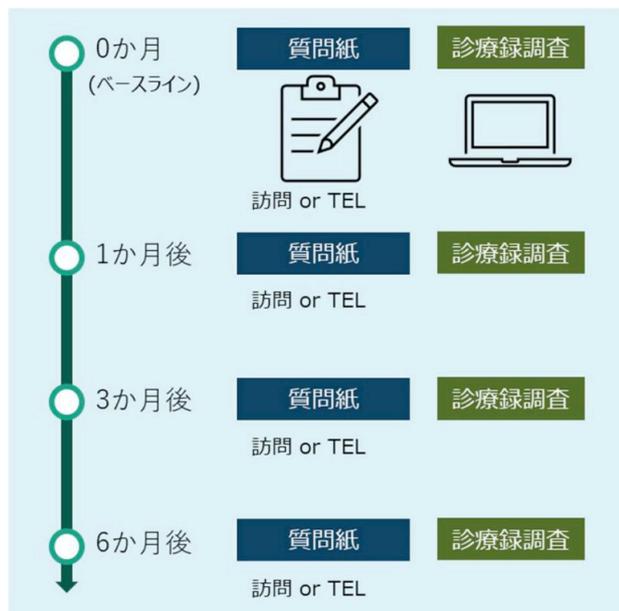


図2 データ収集時点と調査方法

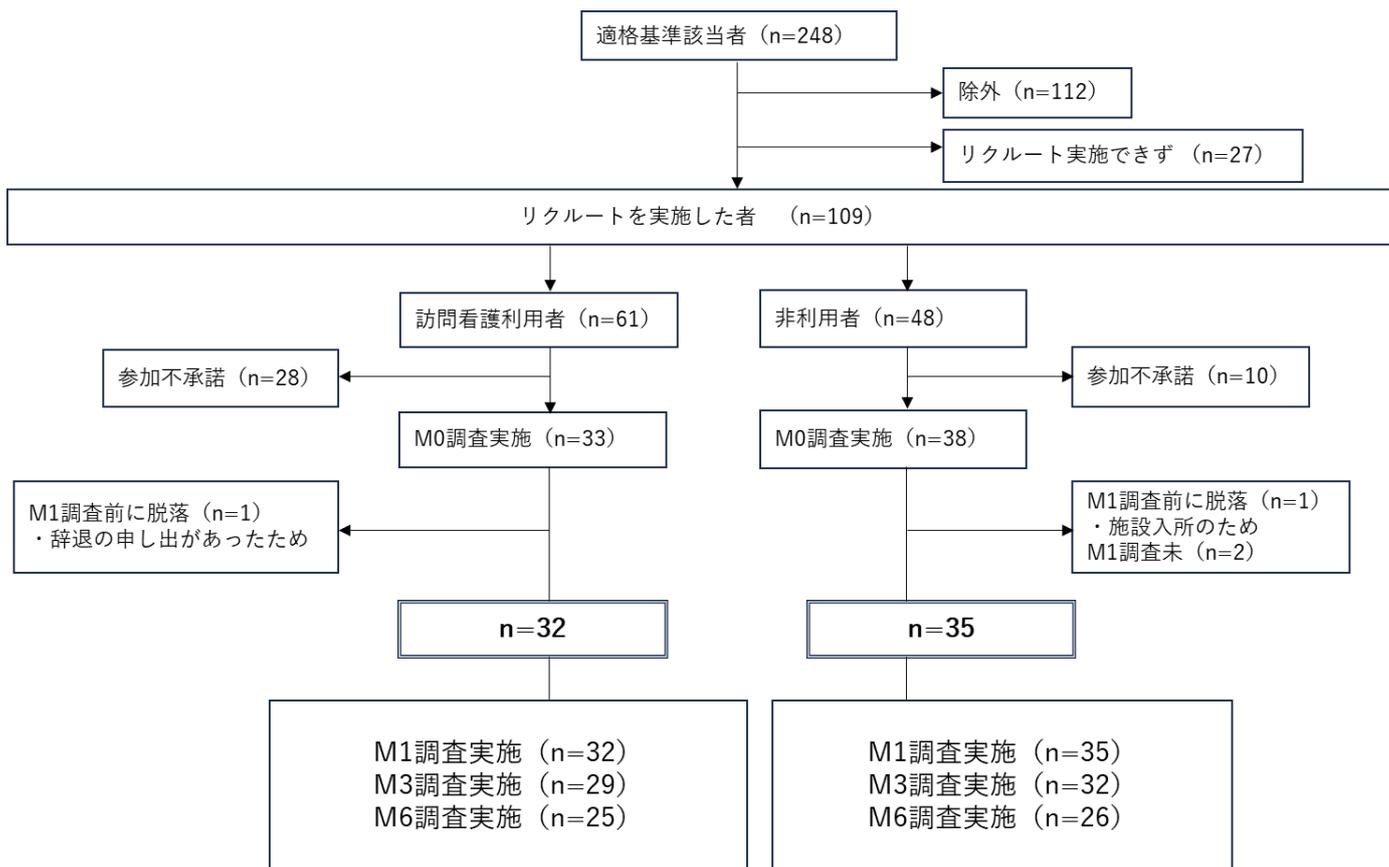


図3 対象者リクルートフロー

## 別添3

表1 対象者の基本属性 (N=67)

|                       | 全体<br>n=67<br>Mean±SD<br>n (%) | 訪問看護<br>利用群<br>n=32<br>Mean±SD<br>n (%) | 訪問看護<br>非利用群<br>n=35<br>Mean±SD<br>n (%) | p 値                |
|-----------------------|--------------------------------|---|--|--------------------|
| 年齢                    | 88.6±5.5                       | 87.8±5.5                                | 89.4±5.4                                 | 0.211 <sup>a</sup> |
| 性別 (女性)               | 46 ( 68.7 )                    | 19 ( 59.4 )                             | 27 ( 77.1 )                              | 0.193 <sup>c</sup> |
| <b>NYHA</b>           |                                |   |  |                    |
| II                    | 40 ( 59.7 )                    | 17 ( 53.1 )                             | 23 ( 65.7 )                              | 0.424 <sup>c</sup> |
| III                   | 27 ( 40.3 )                    | 15 ( 46.9 )                             | 12 ( 34.3 )                              |                    |
| IV                    | 0 ( 0.0 )                      | 0 ( 0.0 )                               | 0 ( 0.0 )                                |                    |
| <b>世帯構成</b>           |                                |   |  |                    |
| 独居                    | 18 ( 26.9 )                    | 6 ( 18.2 )                              | 12 ( 34.3 )                              | 0.196 <sup>c</sup> |
| 夫婦のみ                  | 13 ( 19.4 )                    | 8 ( 25.0 )                              | 5 ( 14.3 )                               |                    |
| 子と同居                  | 34 ( 50.7 )                    | 16 ( 50.0 )                             | 18 ( 51.4 )                              |                    |
| その他                   | 2 ( 3.0 )                      | 2 ( 6.2 )                               | 0 ( 0.0 )                                |                    |
| <b>介護度</b>            |                                |   |  |                    |
| 要支援1                  | 9 ( 13.4 )                     | 4 ( 12.5 )                              | 5 ( 14.3 )                               | 0.282 <sup>b</sup> |
| 要支援2                  | 13 ( 19.4 )                    | 8 ( 25.0 )                              | 5 ( 14.3 )                               |                    |
| 要介護1                  | 14 ( 20.9 )                    | 4 ( 12.5 )                              | 10 ( 28.6 )                              |                    |
| 要介護2                  | 10 ( 14.9 )                    | 3 ( 9.4 )                               | 7 ( 20.0 )                               |                    |
| 要介護3                  | 11 ( 16.4 )                    | 6 ( 18.8 )                              | 5 ( 14.3 )                               |                    |
| 要介護4                  | 8 ( 11.9 )                     | 5 ( 15.6 )                              | 3 ( 8.6 )                                |                    |
| 要介護5                  | 2 ( 3.0 )                      | 2 ( 6.2 )                               | 0 ( 0.0 )                                |                    |
| <b>障害高齢者の日常生活自立度</b>  |                                |   |  |                    |
| J                     | 19 ( 28.4 )                    | 8 ( 25.0 )                              | 11 ( 31.4 )                              | 0.335 <sup>b</sup> |
| A                     | 35 ( 52.2 )                    | 15 ( 46.9 )                             | 20 ( 57.1 )                              |                    |
| B                     | 12 ( 17.9 )                    | 8 ( 25.0 )                              | 4 ( 11.4 )                               |                    |
| C                     | 1 ( 1.5 )                      | 1 ( 3.1 )                               | 0 ( 0.0 )                                |                    |
| <b>認知症高齢者の日常生活自立度</b> |                                |   |  |                    |
| ランク無し                 | 10 ( 14.9 )                    | 4 ( 12.5 )                              | 6 ( 17.1 )                               | 0.488 <sup>b</sup> |
| I                     | 23 ( 34.3 )                    | 10 ( 31.2 )                             | 13 ( 37.1 )                              |                    |
| II                    | 24 ( 35.8 )                    | 11 ( 34.4 )                             | 13 ( 37.1 )                              |                    |
| III                   | 10 ( 14.9 )                    | 7 ( 21.9 )                              | 3 ( 8.6 )                                |                    |
| IV                    | 0 ( 0.0 )                      | 0 ( 0.0 )                               | 0 ( 0.0 )                                |                    |
| M                     | 0 ( 0.0 )                      | 0 ( 0.0 )                               | 0 ( 0.0 )                                |                    |

a, t検定 b, Mann-WhitneyのU検定 c,  $\chi^2$ 検定

Mean, 平均; SD, 標準偏差; NYHA分類, New York Heart Association分類

別添3

表2 事故の発生 (n=67)

|                      | 全体<br>n=67<br>n(%) | 訪問看護利用群<br>n=32<br>n(%) | 訪問看護非利用群<br>n=35<br>n(%) |
|----------------------|--------------------|-------------------------|--------------------------|
| 1. 転倒・転落             |                    |                         |                          |
| 転倒転落なし               | 61 ( 91.0% )       | 28 ( 84.8% )            | 33 ( 86.8% )             |
| 外傷伴わない転倒転落あり         | 5 ( 7.5% )         | 2 ( 6.1% )              | 3 ( 7.9% )               |
| 外傷伴う転倒転落あり           | 5 ( 7.5% )         | 3 ( 9.1% )              | 2 ( 5.3% )               |
| わからない                | 0 ( 0% )           | 0 ( 0.0% )              | 0 ( 0.0% )               |
| 2. 褥瘡関連              | 3 ( 4.5% )         | 2 ( 6.3% )              | 1 ( 2.9% )               |
| 3. 自傷/自殺             | 0 ( 0.0% )         | 0 ( 0.0% )              | 0 ( 0.0% )               |
| 4. 誤飲/異食             | 0 ( 0.0% )         | 0 ( 0.0% )              | 0 ( 0.0% )               |
| 5. 経管栄養関連            | 0 ( 0.0% )         | 0 ( 0.0% )              | 0 ( 0.0% )               |
| 6. 処置・介助に伴う負傷        | 0 ( 0.0% )         | 0 ( 0.0% )              | 0 ( 0.0% )               |
| 7. 未訪問など             | 0 ( 0.0% )         | 0 ( 0.0% )              | 0 ( 0.0% )               |
| 8. 転倒以外の負傷           | 2 ( 3.0% )         | 1 ( 3.1% )              | 1 ( 2.9% )               |
| 9. コンプライアンス不良による症状悪化 | 3 ( 4.5% )         | 2 ( 6.3% )              | 1 ( 2.9% )               |
| 10. 内服/薬剤関連          | 5 ( 7.5% )         | 4 ( 12.5% )             | 1 ( 2.9% )               |
| 11. 点滴・注射関連          | 2 ( 3.0% )         | 1 ( 3.1% )              | 1 ( 2.9% )               |
| 12. 麻薬関連             | 0 ( 0.0% )         | 0 ( 0.0% )              | 0 ( 0.0% )               |
| 13. 点滴ライン関連          | 0 ( 0.0% )         | 0 ( 0.0% )              | 0 ( 0.0% )               |