

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）
分担研究報告書

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 1)

研究代表者	角川由香	東京大学大学院医学系研究科	助教
研究分担者	山本なつ紀	慶應義塾大学看護医療学部	講師
	辻村真由子	滋賀医科大学医学部	教授
	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
	平原優美	公益財団法人日本訪問看護財団	常任理事
	歴本サメハ	東京大学大学院医学系研究科	特任講師

研究要旨

在宅医療の重要性が高まる中、訪問看護事業所の数は継続的に増加しているが、訪問看護における事故の実態や安全管理体制については十分に解明されていない。本研究は、訪問看護事業所における安全管理体制および事故内容等の実態を調査・分析し、今後の対応策を検討することを目的とした。＜研究1-1＞では全国の訪問看護事業所に対する無記名インターネット調査による横断研究、＜研究1-2＞では訪問看護事業所管理者に対する半構造化インタビュー調査を実施した。＜研究1-1＞では全国訪問看護事業協会のメーリングリストに登録されている6,712箇所を対象に2025年3～4月に調査を実施し、855件の回答を得た（回収率12.7%）。＜研究1-2＞では19箇所の管理者19名に対し、2025年12月～2026年3月にインタビューを行った。

研究1-1の結果、90%以上の事業所が事故・インシデント件数を把握していた一方、安全管理の基本理念の定期的な提示（44.6%）、安全管理についてスタッフ間で検討する場の定期的設置（60.4%）、他事業所の事故事例の情報共有（59.1%）、安全文化の醸成（50.2%）はいずれも十分とはいえなかった。事故防止に関する全スタッフへの教育・研修機会がある事業所は76.8%であった。

昨年度に発生し事業所が把握している事故を類型別にみると薬剤関連(22.2%)、訪問スケジュール関連(18.9%)、訪問看護師の交通事故関連(17.7%)が多かった。なお、直近3ヶ月間に発生し収集された事例の詳細分析では、利用者に直接的な害があった事例が61.1%を占め、薬剤関連(薬のセット間違い・投与量間違い)や処置関連(爪切りによる損傷)が主な内容であった。業務中の事象は把握されやすい一方、看護師不在時の事象は把握が困難であった。

＜研究1-2＞では事故情報収集システム（案）の導入に向けての意見聴取も行き、入力の手軽さへの要望、判断基準の不明確さに関する懸念、効果的なフィードバック機能への期待が示された。

本研究により、訪問看護事業所において病院等とは異なる事故の状況が明らかになった。事故情報の把握は進んでいるものの、予防のための組織的取り組みや報告体制には改善の余地があることが窺われた。今後は、安全管理体制の実践的強化、報告体制の整備と周知の徹底、事故情報の効果的な収集・活用システムの構築が課題である。

A. 研究目的・背景

在宅医療の重要性が増す中、国の政策的支援も相まって訪問看護事業所の数は継続的に増加し、その数は2025年4月1日現在で18,000箇所を超えた¹⁾。しかしながら、訪問看護利用者の事故の実態、事業所の安全管理体制の準備状況と対応、自治体による把握や活用状況はこれまで未解明であることが指摘されている²⁾。安全は医療の質を構成する重要な側面であり³⁾、訪問看護においても、事故発生時等の安全管理の体制確保における基準が規定される⁴⁾など、患者安全に向けた取り組みは喫緊の課題である。

こうした背景を踏まえ、令和6年度は訪問看護・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ならびに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を行い、全国実態調査の調査項目精選と調査設計を行った。

以上を踏まえ今年度は、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について調査・分析を行うことを目的とした。具体的には、<研究1-1>全国の訪問看護事業所に対する無記名インターネット調査による横断研究、<研究1-2>研究1-1の結果から明らかになった事故情報の報告体制の周知や体制整備に関して、量的調査だけでは把握しきれない現場の具体的な状況や課題等を詳細に把握するための訪問看護事業所管理者または安全管理担当者に対するインタビュー調査を実施した。

B. 研究方法

1. 方法

<研究1-1>全国調査

1) 研究デザイン

無記名のインターネット調査を用いた横断研究

2) 対象者およびリクルートについて

全国訪問看護事業協会正会員かつ事業所のメールアドレスが登録されている全国の訪問看護事業所の管理者（看護職）1名を対象とし回答してもらった。

リクルートは、全国訪問看護事業協会の協力を得て、同事業協会のメーリングリストを通じ、広く募集した。対象となった事業所数は6,712箇所であり、これは令和6年4月1日現在の全国の訪問看護事業所（17,329箇所）⁵⁾の38.7%に相当する。

3) 調査期間

2025年3月～4月

4) 調査項目

調査項目は、二部に分けて構成した。すなわち、第一部：訪問看護事業所情報/管理者情報、第二部：事故・インシデント情報である。調査項目の詳細を以下に記す。

第一部：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
- ・ 昨年度事業所で発生した事故・インシ

デントの数と事故累計

- ・ 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

第二部：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）の種類
- ・ 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

5) 分析方法

得られたデータは、記述統計を用いて分析した。連続変数は平均値±標準偏差[最小値-最大値]で、カテゴリカル変数は度数と割合(%)で示した。また、設置主体別の比較分析を行った。カテゴリカルデータは χ^2 検定、非正規分布の連続データはKruskal-Wallis検定を用いて分析した。

<研究1-2>インタビュー調査

1) 研究デザイン

質的記述的研究

2) 対象者およびリクルートについて

以下の条件を満たす訪問看護事業所の管理者または安全管理担当者：

- ・ 当該事業所での勤務経験が1年以上である者
 - ・ 訪問看護事業所において安全管理に関する業務に携わった経験を有する者
- リクルートは研究者の機縁を用い募集した。

3) 調査期間

2025年12月～2026年3月

4) データ収集方法

半構造化インタビュー。インタビュー内容は以下のとおり：

- ・ 事業所における事故・インシデントの報告体制の現状と課題
- ・ 自治体や関係期間との安全管理に関する連携・協働について
- ・ （研究2で検討の）事故情報収集システムモデル案および事故情報収集項目案への意見
- ・ 訪問看護事業所における安全管理体制構築について
- ・

5) 分析方法

質的記述的に分析

2. 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20246503NI）。

研究1-1については、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、プライバシーの保護等についての説明文書をインターネット調査画面に提示し、対象者はその説明文書を一読の上、回答画面に進む構成とし、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。なお、②事故・インシデント情報には利用者の「要配慮個人情報」が含まれているため、回答者には「既存情報の提供のみを行う機関」として情報を提供してもらうこととした。

研究1-2については、対象者に研究の目的、方法、参加の任意性、プライバシー保護について文書および口頭で説明し、書面による同意を得た上で実施した。

C. 研究結果

<研究1-1>全国調査

第一部：訪問看護事業所情報/管理者情報の結果

1. 回収状況

全国6,712箇所の訪問看護事業所に対して調査を依頼し、855件の回答を得た(回収率12.7%)。

2. 回答事業所の特徴

回答事業所の特徴を表1に示す。事業所開設期間は、20年以上が293件(34.3%)と最も多く、次いで1～5年未満が165件(19.3%)であった。開設主体は営利法人系が400件(46.8%)と最も多く、医療法人系

が240件(28.1%)、非営利法人が135件(15.8%)と続いた。常勤換算看護師数による分類では、小規模(常勤換算看護師5人未満)が402件(47.0%)、中規模(5-10人未満)が329件(38.5%)、大規模(10人以上)が124件(14.5%)であった。

併設事業については、併設事業なしが281件(32.9%)であった。併設事業がある事業所では、医療提供機関として病院が188件(22.0%)、クリニックが92件(10.8%)、介護保険サービス機関として訪問介護が181件(21.2%)、通所介護が129件(15.1%)、通所リハビリテーションが116件(13.6%)などであった。

3. 対象となった管理者の特徴

管理者の特徴を表2に示す。

管理者の現事業所での経験年数は、1-5年未満が326件(38.1%)と最も多く、5-10年未満が209件(24.4%)であった。管理者就任時に管理者研修の受講機会があった者は549件(64.2%)であった。自治体の介護保険担当課との事故等に関する日頃からの連携がある事業所は216件(25.3%)にとどまった。

4. 昨年度事業所で発生した事故・インシデントの把握状況、件数および類型

昨年度事業所内で発生した事故・インシデントの把握状況等を表3に示す。

事故件数については、「把握している」が362件(42.3%)、「把握している(発生なし)」が471件(55.1%)であり、合わせて97.4%の事業所が事故件数を把握してい

た。把握している事業所における過去1年間の事故件数は平均 3.23 ± 8.53 件[最小0-最大92]であった。

インシデント件数については、「把握している」が545件(63.7%)、「把握している(発生なし)」が239件(28.0%)であり、合わせて91.7%の事業所がインシデント件数を把握していた。把握している事業所における過去1年間のインシデント件数は平均 9.20 ± 21.33 件[0-240]であった。

過去1年間で多かった事故内容(3件まで選択)では、全体(871件)で薬剤関連(193件、22.2%)が最も多く、訪問スケジュール関連(165件、18.9%)、看護師の交通事故(154件、17.7%)の順であった。事故を利用者に直接的な害があった事例、利用者に間接的な害があった事例、訪問看護師が害を受けた事例に分類すると、利用者に直接的な害があった事例は447件(51.3%)で、薬剤関連が最も多く、転倒転落、カテテル・ライン関連が続いた。利用者に間接的な害があった事例は231件(26.5%)で、訪問スケジュール関連が最も多かった。訪問看護師が害を受けた事例は182件(20.9%)で、そのうち交通事故関連が大半を占めた。

過去1年間で多かったインシデント内容(3件まで選択)では、全体(1,103件)で訪問スケジュール関連(260件、23.6%)が最も多く、薬剤関連(253件、22.9%)、転倒転落(125件、11.3%)の順であった。

5. 事業所の医療安全管理体制

事業所の医療安全管理体制の整備状況を

表4に示す。

安全管理に関する担当者・係がいる事業所は788件(92.2%)、事故発生時の具体的な対応手順が文書化されている事業所は769件(89.9%)、事業所全体で事故等の事例を共有する機会や体制がある事業所は811件(94.9%)と、形式的な体制整備は比較的進んでいた。

一方、安全管理に対する基本理念を定期的に示している事業所は381件(44.6%)、事業所の安全管理についてスタッフ間で検討する場が定期的にある事業所は516件(60.4%)、他事業所で起きた事故事例について情報共有される機会がある事業所は505件(59.1%)、褥瘡リスクの評価対策について該当する全ての利用者に計画・実施・評価をしている事業所は443件(51.8%)、安全文化の醸成(事故発生時の当事者スタッフへのサポート体制/報告しやすい環境などの構築)がある事業所は429件(50.2%)にとどまった。事故防止と安全管理についてスタッフ全員に教育・研修の機会がある事業所は657件(76.8%)であった。

望ましい安全管理体制の総合得点(0-9点)は平均 6.20 ± 1.79 点であった。

6. 設置主体別にみた事業所概要ならびに安全管理体制等の比較

設置主体別にみた事業所概要ならびに安全管理体制等の比較分析結果を表5に示す。

設置主体によって安全管理体制の整備状況に有意差が見られた項目があった。医療

法人系では「事故発生時の具体的対応手順の文書化」(93.3%)や「他事業所で起きた事故事例の情報共有」(67.5%)、「安全管理に関する教育・研修」(82.5%)などで比較的高い体制整備率を示した一方、営利法人系ではこれらの項目の整備状況が低かった。望ましい安全管理体制の総合得点は、公的主体が 6.70 ± 1.56 点と最も高く、次いで非営利法人系 6.56 ± 1.76 点、医療法人系 6.30 ± 1.67 点、職能団体系 6.22 ± 1.82 点、営利法人系 5.98 ± 1.85 点の順であった($p=0.026$)。

第二部：事故・インシデント情報の結果

7. (調査時点から)直近3ヶ月間で発生した安全に関わる事例の概要

143事業所から、各事業所が把握した「直近3か月間の事故・インシデント」として計221件が報告された。報告された事例の内訳は、事故97件(43.9%)、インシデント112件(50.7%)、その他8件(3.6%)であった。

8. (調査時点から)直近3ヶ月間で発生した安全に関わる事例の詳細

直近3ヶ月間で発生した安全に関わる事例の詳細を表6に示す。事例の類型では、全体(221件)で薬剤関連(57件、25.8%)が最も多く、訪問スケジュール関連(37件、16.7%)、交通事故関連(27件、12.2%)の順であった。

事例の影響度では、「発生したが無害」が139件(62.9%)と最も多く、「軽微な処置を要した」が42件(19.0%)、「重度な処

置を要した」が11件(5.0%)であった。

事例の発生場面では、訪問時が160件(72.4%)と大半を占めた。発生場所は自宅内が155件(70.1%)で、そのうち寝室が65件、居間が46件、玄関が10件、浴室が7件であった。行為者は訪問看護師が181件(81.9%)であり、発見者も訪問看護師が144件(65.2%)と最も多かった。

事例を影響の対象別に分類すると、利用者に直接的な害があった事例が135件(61.1%)と最も多く、次いで利用者に間接的な害があった事例55件(24.9%)、訪問看護師が害を受けた事例31件(14.0%)の順であった。

利用者に直接的な害があった事例(135件)では、薬剤関連(57件)が最も多く、このうち薬のセット間違い(20件)と薬剤の投与薬/量の違い(15件)が多くを占めた。次に多い類型は処置関連(25件)で、爪切りによる損傷(19件)が大半を占めた。次いで転倒・転落(21件)、カテーテル・ライン関連(20件)が続いた。訪問看護師が害を受けた事例(31件)では、交通事故関連が27件と大半を占めた。

利用者に間接的な害があった事例(55件)では、訪問スケジュール関連(37件)が最も多く、このうち訪問日時取り違えや訪問忘れなどが含まれた。次いで家財の破損・汚損(7件)、情報紛失・漏洩(7件)が続いた。

利用者の特徴としては、年齢は65歳以上が156件(70.7%)、性別は女性が131件(59.3%)であった。保険種別は医療保険が95件(43.0%)、介護保険が125件(56.6%)であった。医療処置(人工呼吸器、経管栄養、

点滴など)が必要な利用者は110件(49.8%)であった。発生直前の利用者の状態(歩行障害、薬物の影響など)に該当ありが139件(62.9%)であった。世帯構成は独居が64件(29.0%)、同居ありが156件(70.6%)で、主介護者ありが158件(71.5%)であった。

<研究1-2>インタビュー調査

1. 対象者の概要

19箇所の訪問看護事業所の管理者19名に対してインタビュー調査を実施した。対象となった事業所および対象者の概要を表7に示す。

(最終変更予定)運営法人は、社会福祉法人5箇所、医療法人6箇所、営利法人3箇所、公益社団法人3箇所、特定非営利活動法人1箇所、地方公共団体1箇所であった。開設年数は平均19.2年、看護職員数(常勤換算)は平均9.9人であった。

安全管理体制については、全ての事業所で安全管理に関する手順書の整備と事故等の報告体制が整備されていた。一方、事故等の判断基準については、明確に決まっているが9箇所、ある程度は決まっているが10箇所と分かれた。

回答者は全員が管理者であり、訪問看護の経験年数(通算)は20年以上が10名と最も多く、現事業所での管理者経験年数は5～10年未満が11名であった。

2. インタビュー調査の結果

インタビュー調査の結果、以下の3つの主要なテーマが抽出された。

1)事故情報入力・報告に関する負担感と課題

(研究2で検討の)事故情報収集システムモデル案の導入に際して、入力の簡便性を求める声が多く聞かれた。具体的には、繰り返しの報告による心理的負担、様式の統一やカルテからの直接活用への希望が挙げられた。また、入力負担と個人情報・セキュリティへの懸念も指摘された。さらに、本モデル案が介護保険利用者のみを対象としていることに対し、保険種別による報告の分離への違和感が示された。事故は保険種別に関係なく発生するものであり、特に近年の介護保険利用者は要介護度・年齢ともに上昇し医療およびケアニーズが高まっているため、保険種別による区別は実態に即さないとの意見が聞かれた。

2)事故・インシデントの判断基準に関する課題

リスク感性の個人差、事故・インシデントの判断基準の不明確さが課題として挙げられた。特に、一人訪問による判断の不可視性、経験の浅い管理者による認識不足、在宅特有の責任範囲の曖昧さ(利用者・家族の管理部分と事業所の管理部分の境界)が指摘された。

一方で、システムを通じた事故認識の共有による教育効果や、経験の浅い管理者への学習機会の提供といった肯定的な効果が期待できる可能性も示唆された。

3)フィードバック機能への期待

事故情報収集システムモデル案に含まれ

るフィードバック機能から各事業所が得られるフィードバックとして、事故類型・発生傾向の可視化、他職種(ヘルパー等)の事故情報共有、同規模・同地域での比較、解決策・予防策の提案、AI活用による分析とアドバイス、サービス利用状況別の事故比較などへの期待が示された。また、簡便なダウンロード機能、研修会での共有活用、重大事故の自動メール配信なども要望として挙げられた。

なお、インタビュー対象者からは「入力項目や手順がなるべく簡便であることが望ましい」という意見が多く聞かれた一方で、「しっかりとしたフィードバックやアドバイスがもらえるようであれば、多少入力が面倒でも積極的に入力したい」という意見も聞かれた。

D. 考察

<研究1-1>全国調査

1. 事故・インシデント類型から見える訪問看護のリスク特性

本調査により、訪問看護事業所における事故・インシデントの実態が明らかになった。

昨年度、事業所内で発生した事故・インシデントを類型別にみると、薬剤関連が事故で22.2%、インシデントで22.9%と最も多く、訪問看護における事故・インシデントの全体的傾向として薬剤関連の事故・インシデントの予防に関する対策を行うことの重要性が示された。この背景には、訪問看護において複数薬剤の管理、主治医や薬剤師との連携、記録や処方変更のタイミン

グ把握など、業務が多層的かつ煩雑であることに加え、在宅ケアでは病院と異なり利用者・家族に服薬の実施が委ねられている点に関係している可能性がある。加えて、病院のような「ダブルチェック体制」の確保が難しい場合が多く、確認漏れや手順の逸脱などのヒューマンエラーが構造的に生じやすい可能性がある。

交通事故関連の事故・インシデントについては、事故で17.7%、インシデントで8.7%を占めた。この結果は、訪問看護において移動を伴う業務形態が一定のリスクを有していることを示している可能性がある。

訪問スケジュール関連の事故・インシデントも事故で18.9%、インシデントで23.6%と高い割合を占めた。これは、利用者宅を訪問する訪問看護の業務形態に内在するリスクであろう。

2. 事業所の安全管理体制の構造的課題

事業所の安全管理体制については、形式的な規程整備(担当者配置92.2%、対応手順文書化89.9%)は比較的進んでいる一方で、組織文化や日常実践に関わる項目の体制整備が不十分であることが明らかになった。

具体的には、基本理念の定期的明示44.6%、安全管理の定期検討の場60.4%、他事業所事故事例の情報共有59.1%、褥瘡対策の計画・実施・評価51.8%、安全文化の醸成50.2%など、「体制あり」が70%未満の項目が複数存在した。これらの結果は、安全管理が「仕組み」として存在して

も「実践」として機能していない可能性を示唆する。

医療現場における安全文化は、リーダーシップ、コミュニケーション、公正文化などから構成され、インシデントの報告や学習を促進する基盤であるとされている^{6,7)}。したがって、安全文化の醸成の体制整備が50.2%にとどまる現状は、インシデント報告を抑制する方向に働く可能性がある。事故発生時の当事者スタッフへのサポート体制が不十分な環境では、スタッフが事故報告を躊躇する可能性があり、組織として学習する機会を失うことにつながる。

3. 設置主体別にみる安全管理体制の特徴

設置主体別の比較では、安全管理体制の整備状況に有意差が認められた。望ましい安全管理体制の総合得点(9項目中)は、公的主体6.70、非営利法人系6.56、医療法人系6.30、職能団体系6.22、営利法人系5.98であり、設置主体間で有意差が認められた($p=0.026$)。特に、営利法人系では事故発生時の具体的な対応手順の文書化(86.3%)、他事業所で起きた事故事例についての情報共有(54.0%)、事故防止と安全管理に関する教育・研修(71.8%)などの項目で、他の設置主体より低い整備率を示した。この結果は、設置主体の特性が安全管理体制に影響している可能性を示すものであり、各事業所の実情に応じた体制構築支援が必要である。

4. 直近3ヶ月間の事故・インシデント詳細報告から見える実態

前述の過去1年間の集計結果から示された全体的傾向を踏まえ、直近3か月間に報告された事例の詳細から、事故・インシデントの具体的な内容について検討する。

1) 影響の対象別にみた事故・インシデントの特徴

収集された221件の事例のうち、利用者に直接的な害があった事例が61.1%と最も多く、次いで利用者に間接的な害があった事例(24.9%)、訪問看護師が害を受けた事例(14.0%)の順であった。

利用者に直接的な害があった事例では、薬剤関連が最も多く、事例内容として、特に薬剤セットの間違いや投与薬・量の違いが多く報告された。訪問看護では、利用者宅での薬剤管理や服薬支援を看護師が担う場面が多く、複数薬剤の管理、主治医や薬剤師との連携、記録や処方変更のタイミング把握など、業務が多層的かつ煩雑である。加えて、病院のような「ダブルチェック体制」の確保が難しい場合が多く、確認漏れや手順の逸脱などのヒューマンエラーが構造的に存在しやすい可能性がある。

処置関連では爪切りによる損傷が多く報告された(処置関連25件中19件、76.0%)。訪問看護において、爪切りは80%以上の事業所で実施されている日常的なケアである一方⁸⁾、技術に対する不安や技術習得の機会に対するニーズを抱えながら実施されている状況があることが報告されている⁹⁾。このような状況下では、肥厚した爪やもろく欠けやすい爪など、ケア方法の選択や処置の可否について判断を要するケースにおいて、対応に迷いが生じやすい可能性があり、日常的なケアであっても一定のリスクが存在

することが示唆された。

転倒・転落については在宅ケアにおいても重要な有害事象とされているが、本研究では21件(15.6%)と、薬剤関連や処置関連と比較して相対的に報告割合は高くなかった。これは、訪問看護師が直接関与していない時間帯が多いなど、サービス提供構造の影響を受けている可能性も考えられる。

利用者に間接的な害があった事例では、訪問スケジュール関連の事例が最も多く、訪問日時を取り違えや訪問忘れなどが報告された。訪問看護では複数の利用者への訪問計画を調整しながら業務が行われるため、訪問計画や情報共有の過程が業務運営上の漏れを防ぐ重要な要素となる可能性がある。

訪問看護師が害を受けた事例では、交通事故関連が大半を占めていた。訪問看護は移動を伴う業務形態であることから、移動中の安全確保も訪問看護の安全管理において重要な視点の一つであると考えられる。これは、移動が伴う訪問看護がもたらす職業的危険曝露であり、利用者の安全確保のみならず、看護職の労働安全衛生の視点からも重要である。そのため、交通事故を含む訪問看護師が害を受けた事例についても、事故情報収集システムにおいて把握・分析し、事業所へのフィードバックを行うことで、移動時の安全確保に向けた対策を促進する必要がある。

2) 報告データの構造的特性

本研究で報告された事例の多くは訪問時に発生しており(72.4%)、行為者の81.9%、発見者の65.2%が訪問看護師であった。こ

れは、医療職が直接関与する場面で発生した事象が事故として把握・報告されやすいという、報告データの構造的特性を反映している可能性がある。そのため、本研究の結果は実際の発生状況の全体像ではなく、報告された事象の傾向を示している可能性がある点に留意する必要がある。

また、本調査では、各訪問看護事業所から直近3か月間の事例を最大3件まで報告する形式であるため、4件以上発生していても反映されていない。また、利用者に対するサービス提供時間が限定される訪問看護師からの転倒などの事故に関する報告件数が少ないことが、必ずしもリスクの低さを意味するものではない点には注意が必要である。

3) 今後の安全管理に向けた示唆

今後は、看護職員個人の注意喚起に留まらず、ICTの活用や業務フローの標準化など、事業所内における組織的な再発防止策の検討が重要と考えられる。特に、薬剤関連インシデントが多く報告されたことから、薬剤セットや投与確認を含む薬剤管理プロセスの点検や情報共有体制の整備も重要と考えられる。また、訪問スケジュールや移動に関連する事例が確認されたことから、訪問計画や移動を含めた業務運営の安全管理についても事業所において検討する必要がある。処置技術に関しては、侵襲リスクの高い爪切りなどの日常的ケアにおける安全な実施方法等について、職能団体等による実技を含む研修機会の充実が求められる。また、各訪問看護事業所において

も、爪切りによる事故等の事例の共有や手順の確認等を通じて、安全な実施方法を学ぶ機会を確保していくことが重要である。

<研究1-2>インタビュー調査

インタビュー調査の結果、事故情報収集システム導入に関する3つの主要な課題が明らかになった。

1. システム導入への懸念と負担感

本研究で検討したシステムモデル案が介護保険利用者を対象としていることに対し、保険種別による報告の分離への違和感が示された。事故は保険種別に関係なく発生し、近年の介護保険利用者は医療ニーズも高まっているため、保険種別による区別は実態に即さないとの意見であった。また、入力項目や手順の簡便性への要望、繰り返し報告による心理的負担への懸念も示された。特に、事故報告をすること自体が事故当事者にとって「傷をえぐられる」体験となる点や、AI抽出の精度への懸念、個人情報保護・セキュリティへの不安が表明された。これらは、システム導入における実装上の重要な検討課題である。

2. 判断基準の不統一と教育的課題

スタッフ個々人のリスク感性と事故・インシデント判断基準の個人差、一人訪問での判断の困難さ、経験の浅い管理者による認識不足が指摘された。特に在宅特有の責任範囲の曖昧さ(利用者・家族の管理部分と事業所の管理部分の境界)が、報告すべき事象の判断をより複雑にしていることが

指摘された。

一方で、システムを通じた事故認識の標準化による教育効果や管理者への学習機会提供という肯定的な効果が期待できる可能性も示唆された。

3. フィードバック機能への期待

事故類型の可視化、同規模・同地域での比較、他職種(ヘルパー等)の事故情報共有、解決策・予防策の提案とAI分析への期待が示された。特に、簡便なダウンロード機能や重大事故の自動通知機能など、現場の時間的制約を考慮した実装が求められている。これらのフィードバックは、単なるデータ収集を超えた「学習する組織」への転換を促進する可能性を持つ。

E. 結論

本研究により、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が明らかになった。

全国調査の結果、90%以上の事業所が事故・インシデント件数を把握している一方で、安全管理教育・研修機会の不足、定期的検討機会の限定性、安全文化の醸成、報告体制の周知不足が課題として示された。

事故・インシデントの類型では、薬剤関連、訪問スケジュール関連、交通事故関連が多く、訪問看護の業務特性に内在するリスクが反映されていた。

インタビュー調査からは、事故情報収集システム導入に向けた入力負担の軽減、判断基準の明確化、効果的なフィードバック機能の必要性が示された。

今後は、事業所における安全管理体制の実践的な強化、報告体制の整備と周知の徹底、薬剤管理プロセスや業務フローの標準化などの組織的な再発防止策の検討、事故情報の効果的な収集・活用システムの構築が課題である。

文献

- 1) 全国訪問看護事業協会. 2025. 令和7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/r7-research.pdf>
- 2) 厚生労働省. 2023. 2021年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）：訪問看護の質向上と課題解決に向けた研究. 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. (2026年3月5日). 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について（保発0305第20号）. <https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/000433594.pdf>
- 5) 全国訪問看護事業協会. 2024. 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>
- 6) Sammer, C. E., Lykens, K., Singh, K. P., Mains, D. A., & Lackan, N. A. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of nursing scholarship*, 42(2), 156-165.
- 7) Vincent, C. (2011). *Patient safety*. John Wiley & Sons.
- 8) 平尾由美子, & 小笠原祐子. (2019). 在宅療養高齢者に対する訪問看護師によるフットケアの阻害要因と推進要因. *日本フットケア学会雑誌*, 17(3), 121-127.
- 9) 平尾由美子, & 小笠原祐子. (2019). 訪問看護師が高齢者のフットケアについて感じていること—実態調査の記述分析—. *日本フットケア学会雑誌*, 17(4), 175-180.

表1. 事業所の特徴

	Total (N=855)	
	n or 平均値 ± 標準偏差	(%) or [最小値-最大値]
事業所開設期間		
1年未満	72	(8.4)
1～5年未満	165	(19.3)
5～10年未満	149	(17.4)
10～15年未満	108	(12.6)
15～20年未満	68	(8.0)
20年以上	293	(34.3)
事業所開設主体 注1)		
営利法人系（営利法人）	400	(46.8)
医療法人系（医療法人）	240	(28.1)
職能団体（医師会、看護協会）	60	(7.0)
非営利法人（社会福祉法人、その他の社団法人、財団法人、協同組合、NPO）	135	(15.8)
公的主体（地方公共団体）	20	(2.3)
常勤換算職員数（2025.1.31日現在）		
常勤換算看護師数（3カテゴリ）		
小規模（常勤換算看護師5人未満）	402	(47.0)
中規模（常勤換算看護師5-10人未満）	329	(38.5)
大規模（常勤換算看護師10人以上）	124	(14.5)
リハビリ職/看護師比	0.278 ± 0.405	[0-3.571]
リハビリ職/看護師比3分類 注2)		
0%：看護職単独配置型事業所（リハ職非配置型）	323	(37.8)
>0～≤0.400：看護職主体型事業所	326	(38.1)
>0.400：リハ職主体型事業所	206	(24.1)
>0.400：リハ職主体型事業所	206	(24.1)
併設事業（複数回答可）		
併設事業なし	281	(32.9)
医療提供機関		
病院	188	(22.0)
クリニック	92	(10.8)
その他の医療提供機関	12	(1.4)
介護保険サービス機関		
訪問介護	181	(21.2)
訪問リハビリテーション	118	(13.8)
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	30	(3.5)
その他の介護保険訪問系サービス	13	(1.5)
通所介護	129	(15.1)
通所リハビリテーション	116	(13.6)
認知症対応型通所介護	16	(1.9)
短期入所生活介護	28	(3.3)
福祉用具貸与	25	(2.9)
小規模多機能型居宅介護	21	(2.5)
看護小規模多機能型居宅介護	42	(4.9)
介護保険施設・居住系施設		
介護老人保健施設	91	(10.6)
介護老人福祉施設	30	(3.5)
認知症対応型共同生活介護	35	(4.1)
高齢者向け住宅（サ高住宅、有料老人ホームなど）	29	(3.4)
障害福祉サービス施設	15	(1.5)
居宅介護支援事業所/地域包括支援センター	385	(45.0)
その他	15	(1.5)

連続変数は平均値 ± 標準偏差 [最小値-最大値]、カテゴリカル変数は度数 (%) で示した。

注1: 営利法人系（営利法人）、医療法人系（医療法人）、職能団体（医師会、看護協会）、非営利法人（社会福祉法人、その他の社団法人、財団法人、協同組合、NPO）、公的主体（地方公共団体）

注2: 3分類は以下の基準で判断した

0%：看護職単独配置型事業所（リハ職非配置型）→看護職のみで運営

>0～≤0.400：看護職主体型事業所 →看護職6割以上計算（本数値は看護師とリハビリ職のみを対象としていることに留意が必要）

表2. 管理者の特徴

	Total (N=855)	
	n	(%)
現事業所での管理者経験年数		
1年未満	136	(15.9)
1-5年未満	326	(38.1)
5-10年未満	209	(24.4)
10-15年未満	94	(11.0)
15-20年未満	45	(5.3)
20年以上	45	(5.3)
管理者就任時の「管理者研修」受講機会の有無		
あった	549	(64.2)
なかった	306	(35.8)
自治体の介護保険担当課との事故等に関する日頃からの連携の有無		
あり	216	(25.3)
なし	639	(74.7)

表3-1. 昨年度事業所内で発生した事故の把握状況等

	Total (N=855)	
	n or 平均値 ± 標準偏差	(%) or [最小値-最大値]
事故件数の把握		
把握している	362	(42.3)
把握している（発生なし）	471	(55.1)
把握していないorわからない	22	(2.6)
事故件数（過去1年）（n=833）	3.23 ± 8.53	[0-92]
事故内容（多かった事故3件を選択）（ST n=362, Case n=871）		
<利用者に直接的な害があった事例>	447	(51.3)
転倒転落	111	(12.7)
転倒転落以外の負傷	41	(4.7)
誤嚥誤飲異食	2	(0.2)
薬剤関連	193	(22.2)
処置関連	36	(4.1)
カテーテル・ライン関連	50	(5.7)
医療機器関連	11	(1.3)
熱傷	1	(0.1)
溺水	0	(0.0)
自傷自殺	2	(0.2)
<利用者に間接的な害があった事例>	231	(26.5)
家財汚損	26	(3.0)
情報漏洩紛失	23	(2.6)
訪問スケジュール関連	165	(18.9)
事務関連（請求ミスなど）	8	(0.9)
忘れ物	9	(1.0)
<訪問看護師が害を受けた事例>	182	(20.9)
看護師の交通事故	154	(17.7)
看護師の針刺し	6	(0.7)
利用者・利用者関係者からの暴力	16	(1.8)
セクハラ・クレーム	4	(0.5)
スタッフの負傷	2	(0.2)
その他	11	(1.3)

※事故内容はあくまでも過去1年間で多かった事故を3件までチェックしてもらったものであり、事故発生件数とは一致しないことに留意する必要がある。

表3-2. 昨年度事業所内で発生したインシデントの把握状況等

	Total (N=855)	
	n or 平均値 ± 標準偏差	(%) or [最小値-最大値]
インシデント件数の把握		
把握している	545	(63.7)
把握している（発生なし）	239	(28.0)
把握していないorわからない	71	(8.3)
インシデント件数（過去1年）（n=784）	9.20 ± 21.33	[0-240]
インシデント内容（多かったインシデント3件を選択）（ST n=545, Case n=1103）		
<利用者に直接的な害があった事例>	563	(51.0)
転倒転落	125	(11.3)
転倒転落以外の負傷	28	(2.5)
誤嚥誤飲異食	11	(1.0)
薬剤関連	253	(22.9)
処置関連	58	(5.3)
カテーテル・ライン関連	61	(5.5)
医療機器関連	22	(2.0)
熱傷	2	(0.2)
溺水	1	(0.1)
自傷自殺	2	(0.2)
<利用者に間接的な害があった事例>	391	(35.4)
家財汚損	15	(1.4)
情報漏洩紛失	74	(6.7)
訪問スケジュール関連	260	(23.6)
事務関連（請求ミスなど）	19	(1.7)
忘れ物	23	(2.1)
<訪問看護師が害を受けた事例>	120	(10.9)
看護師の針刺し	8	(0.7)
利用者・利用者関係者からの暴力	10	(0.9)
セクハラ・クレーム	5	(0.5)
スタッフの負傷	1	(0.1)
その他	29	(2.6)

※インシデント内容はあくまでも過去1年間で多かった事故を3件までチェックしてもらったものであり、事故発生件数とは一致しないことに留意する必要がある

表4. 事業所の医療安全管理体制の整備状況

	Total (N=855)	
	n or 平均値 ± 標準偏差	(%) or [最小値-最大値]
整備が望ましい安全管理体制1)-9)		
1) 安全管理に対する基本理念を定期的に示している		
体制あり	381	(44.6)
体制なし	474	(55.4)
2) 事業所の安全管理についてスタッフ間で検討する場が定期的にある		
体制あり	516	(60.4)
体制なし	339	(39.6)
3) 安全管理に関する担当者・係がいる		
体制あり	788	(92.2)
体制なし	67	(7.8)
4) 事故発生時の具体的な対応手順が文書化されている		
体制あり	769	(89.9)
体制なし	86	(10.1)
5) 他事業所で起きた事故事例について情報共有される機会がある		
体制あり	505	(59.1)
体制なし	350	(40.9)
6) 事業所全体で事故等の事例を共有する機会や体制がある		
体制あり	811	(94.9)
体制なし	44	(5.1)
7) 褥瘡リスクの評価対策について該当する全ての利用者に計画・実施・評価をしてい		
体制あり	443	(51.8)
体制なし	412	(48.2)
8) 事故防止と安全管理についてスタッフ全員に教育・研修の機会がある		
体制あり	657	(76.8)
体制なし	198	(23.2)
9) 安全文化の醸成（事故発生時の当事者スタッフへのサポート体制/報告しやすい環境など）		
体制あり	429	(50.2)
体制なし	426	(49.8)
望ましい安全管理体制total (0-9点) 注1)	6.20±1.79	[0-9]

注1) 「整備が望ましい安全管理体制1)-9)」について、「体制ありを1」、「体制なしを0」とし、積算

別添4

表5. 設置主体別にみた事業所概要ならびに安全管理体制の整備状況等

	Total (N=855)												p 注4)
	全体		営利法人系		医療法人系		職能団体系		非営利法人系		公的団体		
	n or 平均値 ± 標準偏差	(%) or [最小値-最大値]	n or 平均値 ± 標準偏差	(%) or [最小値-最大値]	n or 平均値 ± 標準偏差	(%) or [最小値-最大値]	n or 平均値 ± 標準偏差	(%) or [最小値-最大値]	n or 平均値 ± 標準偏差	(%) or [最小値-最大値]	n or 平均値 ± 標準偏差	(%) or [最小値-最大値]	
1.事業所概要													
常勤換算看護師数 (2025.1.31日現在)													
小規模 (FTE5人未満)	402	(47.0)	215	(53.8)	109	(45.4)	18	(30.0)	51	(37.8)	9	(45.0)	0.004
中規模 (FTE5-10人未満)	329	(38.5)	132	(33.0)	99	(41.3)	28	(46.7)	60	(44.4)	10	(50.0)	
大規模 (FTE10人以上)	124	(14.5)	53	(13.3)	32	(13.3)	14	(23.3)	24	(17.8)	1	(5.0)	
リハビリ職/看護師比	0.278 ± 0.405	[0-3.571]	0.305 ± 0.417	[0-2.750]	0.286 ± 0.371	[0-3.333]	0.134 ± 0.186	[0-0.800]	0.268 ± 0.499	[0-3.571]	1.128 ± 0.164	[0-0.486]	0.002
リハビリ職/看護師比 3分類 注2)													
0% : 看護職単独配置型事業所	323	(37.8)	165	(41.3)	69	(28.7)	33	(55.0)	46	(34.1)	10	(50.0)	<.001
>0 ~ ≤0.400 : 看護職主体型事業所	326	(38.1)	127	(31.8)	103	(42.9)	21	(35.0)	66	(48.9)	9	(45.0)	
>0.400 : リハ職主体型事業所	206	(24.1)	108	(27.0)	68	(28.3)	6	(10.0)	23	(17.0)	1	(5.0)	
2.昨年度、事業所内で発生した事故・インシデント													
事故件数の把握													
把握している	362	(42.3)	140	(35.0)	116	(48.3)	32	(53.3)	69	(51.1)	5	(25.0)	0.002
把握している (発生なし)	471	(55.1)	246	(61.5)	120	(50.0)	27	(45.0)	63	(46.7)	15	(75.0)	
把握していないorわからない	22	(2.6)	14	(3.5)	4	(1.7)	1	(1.7)	3	(2.2)	0	(0.0)	
事故件数 (過去1年) (n=833)	3.23 ± 8.53	[0-92]	2.85 ± 8.57	[0-83]	3.29 ± 8.00	[0-92]	3.80 ± 6.81	[0-33]	4.20 ± 10.33	[0-63]	1.90 ± 4.24	[0-15]	<.001
インシデント件数の把握													
把握している	545	(63.7)	220	(55.0)	169	(70.4)	46	(76.7)	96	(71.1)	14	(70.0)	<.001
把握している (発生なし)	239	(28.0)	137	(34.3)	59	(24.6)	10	(16.7)	27	(20.0)	6	(30.0)	
把握していないorわからない	71	(8.3)	43	(10.8)	12	(5.0)	4	(6.7)	12	(8.9)	0	(0.0)	
インシデント件数 (過去1年) (n=784)	9.20 ± 21.33	[0-240]	7.31 ± 18.89	[0-194]	10.55 ± 22.06	[0-180]	10.89 ± 16.42	[0-63]	12.16 ± 28.59	[0-240]	4.75 ± 6.56	[0-24]	0.001
3.事業所の医療安全管理体制													
整備が望ましい安全管理体制													
1) 安全管理に対する基本理念を定期的に示している													
体制あり	381	(44.6)	180	(45.0)	101	(42.1)	26	(43.3)	65	(48.1)	9	(45.0)	0.850
体制なし	474	(55.4)	220	(55.0)	139	(57.9)	34	(56.7)	70	(51.9)	11	(55.0)	
2) 事業所の安全管理についてスタッフ間で検討する場が定期的にある													
体制あり	516	(60.4)	246	(61.5)	135	(56.3)	33	(55.0)	87	(64.4)	15	(75.0)	0.252
体制なし	339	(39.6)	154	(38.5)	105	(43.8)	27	(45.0)	48	(35.6)	5	(25.0)	
3) 安全管理に関する担当者・係がいる													
体制あり	788	(92.7)	369	(92.3)	220	(91.7)	54	(90.0)	125	(92.6)	20	(100.0)	0.697
体制なし	67	(7.8)	31	(7.8)	20	(8.3)	6	(10.0)	10	(7.4)	0	(0.0)	
4) 事故発生時の具体的な対応手順が文書化されている													
体制あり	769	(89.9)	345	(86.3)	224	(93.3)	57	(95.0)	124	(91.9)	19	(95.0)	0.018
体制なし	86	(10.1)	55	(13.8)	16	(6.7)	3	(5.0)	11	(8.1)	1	(5.0)	
5) 他事業所で起きた事故事例について情報共有される機会がある													
体制あり	505	(59.1)	216	(54.0)	162	(67.5)	34	(56.7)	80	(59.3)	13	(65.0)	0.019
体制なし	350	(40.9)	184	(46.0)	78	(32.5)	26	(43.3)	55	(40.7)	7	(35.0)	
6) 事業所全体で事故等の事例を共有する機会や体制がある													
体制あり	811	(94.9)	367	(91.8)	233	(97.1)	57	(95.0)	134	(99.3)	20	(100.0)	0.002
体制なし	44	(5.1)	33	(8.3)	7	(2.9)	3	(5.0)	1	(0.7)	0	(0.0)	
7) 褥瘡リスクの評価対策について該当する全ての利用者に計画・実施・評価をしている													
体制あり	443	(51.8)	192	(48.0)	116	(48.3)	39	(65.0)	83	(61.5)	13	(65.0)	0.007
体制なし	412	(48.2)	208	(52.0)	124	(51.7)	21	(35.0)	52	(38.5)	7	(35.0)	
8) 事故防止と安全管理についてスタッフ全員に教育・研修の機会がある													
体制あり	657	(76.8)	287	(71.8)	198	(82.5)	45	(75.0)	110	(81.5)	17	(85.0)	0.013
体制なし	198	(23.2)	113	(28.2)	42	(17.5)	15	(25.0)	25	(18.5)	3	(15.0)	
9) 安全文化 (事故発生時の当事者スタッフへのサポート体制が整っている)													
体制あり	429	(50.2)	192	(48.0)	124	(51.7)	28	(46.7)	77	(57.0)	8	(40.0)	0.327
体制なし	426	(49.8)	208	(52.0)	116	(48.3)	32	(53.3)	58	(43.0)	12	(60.0)	
望ましい安全管理体制total (0-9点) 注3)	6.20 ± 1.79	[0-9]	5.98 ± 1.85	[0-9]	6.30 ± 1.67	[2-9]	6.22 ± 1.82	[1-9]	6.56 ± 1.76	[2-9]	6.70 ± 1.56	[4-9]	0.026

別添4

(前頁からの続き)

	Total (N=855)												p 注4)
	全体		営利法人系		医療法人系		職能団体系		非営利法人系		公的主体		
	n or 平均値 ± 標準偏差	(%) or [最小値-最大値]	n or 平均値 ± 標準偏差	(%) or [最小値-最大値]	n or 平均値 ± 標準偏差	(%) or [最小値-最大値]	n or 平均値 ± 標準偏差	(%) or [最小値-最大値]	n or 平均値 ± 標準偏差	(%) or [最小値-最大値]	n or 平均値 ± 標準偏差	(%) or [最小値-最大値]	
4.自治体等への事故報告体制の認識・経験													
1. 介護保健制度による訪問看護利用者において発生した事故等													
自治体への介護事故報告体制を把握している													
はい	618	(72.3)	285	(71.3)	173	(72.1)	43	(71.7)	103	(76.3)	14	(70.0)	0.850
いいえ	237	(27.7)	115	(28.7)	67	(27.9)	17	(28.3)	32	(23.7)	6	(30.0)	
自治体への介護事故報告の経験													
報告したことがある	138	(16.1)	59	(14.8)	35	(14.6)	13	(21.7)	30	(22.2)	1	(5.0)	0.096
ない	717	(83.9)	341	(85.3)	205	(85.4)	47	(78.3)	105	(77.8)	19	(95.0)	
自治体への介護事故報告の医療安全への有用性 (2値)													
そう思う/まあそう思う	770	(90.1)	356	(89.0)	216	(90.0)	57	(95.0)	124	(91.9)	17	(85.0)	0.526
あまりそう思わない/そう思わない	85	(9.9)	44	(11.0)	24	(10.0)	3	(5.0)	11	(8.1)	3	(15.0)	
2. 医療保険制度による訪問看護利用者において発生した事故等													
自治体等への医療保険事故報告体制を把握している													
把握している	499	(58.4)	251	(62.7)	123	(51.2)	33	(55.0)	79	(58.5)	13	(65.0)	0.066
把握していない	356	(41.6)	149	(37.3)	117	(48.8)	27	(45.0)	56	(41.5)	7	(35.0)	
自治体等への医療保険事故報告の経験													
報告したことがある	34	(4.0)	24	(6.0)	5	(2.1)	1	(1.7)	4	(3.0)	0	(0.0)	0.073
ない	821	(96.0)	376	(94.0)	235	(97.9)	59	(98.3)	131	(97.0)	20	(100.0)	
5.管理者情報													
現事業所での管理者経験年数													
1年未満	136	(15.9)	77	(19.3)	28	(11.7)	6	(10.0)	20	(14.8)	5	(25.0)	0.002
1-5年未満	326	(38.1)	165	(41.3)	79	(32.9)	24	(40.0)	49	(36.3)	9	(45.0)	
5-10年未満	209	(24.4)	89	(22.3)	76	(31.7)	12	(20.0)	29	(21.5)	3	(15.0)	
10-15年未満	94	(11.0)	40	(10.0)	29	(12.1)	9	(15.0)	15	(11.1)	1	(5.0)	
15-20年未満	45	(5.3)	21	(5.3)	11	(4.6)	6	(10.0)	7	(5.2)	0	(0.0)	
20年以上	45	(5.3)	8	(2.0)	17	(7.1)	3	(5.0)	15	(11.1)	2	(10.0)	
管理者就任時の「管理者研修」受講機会の有無													
あった	549	(64.2)	243	(60.8)	154	(64.2)	44	(73.3)	91	(67.4)	17	(85.0)	0.071
なかった	306	(35.8)	157	(39.3)	86	(35.8)	16	(26.7)	44	(32.6)	3	(15.0)	
自治体の介護保険担当課との事故等に関する日頃からの連携の有無													
あり	216	(25.3)	108	(27.0)	53	(22.1)	10	(16.7)	38	(28.1)	7	(35.0)	0.209
なし	639	(74.7)	292	(73.0)	187	(77.9)	50	(83.3)	97	(71.9)	13	(65.0)	

注1:営利法人系(営利法人),医療法人系(医療法人),職能団体(医師会、看護協会),非営利法人(社会福祉法人、その他の社団法人、財団法人、協同組合、NPO),公的主体(地方公共団体)

注2:3分類は以下の基準で判断した

0%:看護職単独配置型事業所(リハ職非配置型)→看護職のみで運営

>0 ~ ≤0.400:看護職主体型事業所 →看護職6割以上計算(ただし、訪問看護サービス提供従業員の割合以上を占める、という制度上の議論における考え方に着目したものの、本研究での数値は看護師とリハビリ職のみを対象としており、制度上の定義を厳密に再現するものではない)

>0.400:リハ職主体型事業所 →看護職6割未満計算

注3:「整備が望ましい安全管理体制1)-9)」について、「体制ありを1」、「体制なしを0」とし、積算

注4:カテゴリカルデータはχ²検定、非正規分布の連続データはKruskal-Wallis検定で分析

別添4

表6. 直近3ヶ月間で発生した安全に関わる事例の詳細

						Total (N=221)	
事例の種類	n	(%)	事例の報告種別	n	(%)	利用者の年齢	n (%)
<利用者に直接的な害があった事例>	135	(61.1)	事故	97	(43.9)	0-15歳	6 (2.7)
転倒転落	21	(9.5)	インシデント (ヒヤリハット)	112	(50.7)	16-39歳	10 (4.5)
転倒転落以外の負傷	4	(1.8)	その他	8	(3.6)	40-64歳	47 (21.3)
誤嚥誤飲異食	0	(0.0)	事例の影響度			65-74歳	26 (11.8)
薬剤関連	57	(25.8)	発生回避	22	(10.0)	75-84歳	64 (29.0)
- セット間違い	20	(35.1)	発生したが無害	139	(62.9)	85歳以上	66 (29.9)
- 投与薬/量間違い	15	(26.3)	軽微な処置を要した	42	(19.0)	利用者の性別	
処置関連	25	(11.3)	重度な処置を要した	11	(5.0)	男性	87 (39.4)
- 爪切りによる損傷	19	(76.0)	事例の発生場面			女性	131 (59.3)
カテーテル・ライン関連	20	(9.0)	訪問時	160	(72.4)	利用者の保険種別	
医療機器関連	6	(2.7)	非訪問時	59	(26.7)	医療保険	95 (43.0)
熱傷	2	(0.9)	事例の発生場所			介護保険	125 (56.6)
溺水	0	(0.0)	自宅内	155	(70.1)	医療処置 (人工呼吸器、経管栄養、点滴など) の有無	
自傷自殺	0	(0.0)	自宅外	66	(29.9)	必要あり	110 (49.8)
<利用者に間接的な害があった事例>	55	(24.9)	行為者			特になし	108 (48.9)
家財の破損・汚損	7	(3.2)	訪問看護師	181	(81.9)	利用者の発生直前の状態 (歩行障害、薬物の影響など)	
情報紛失・漏洩	7	(3.2)	利用者	21	(9.5)	該当あり	139 (62.9)
訪問スケジュール関連	37	(16.7)	家族	8	(3.6)	該当なし	81 (36.7)
事務関連	3	(1.4)	その他のケア提供者	0	(0.0)	利用者の世帯構成	
忘れ物	1	(0.5)	発見者			独居	64 (29.0)
<訪問看護師が害を受けた事例>	31	(14.0)	訪問看護師	144	(65.2)	同居あり	156 (70.6)
交通事故関連	27	(12.2)	利用者	24	(10.9)	主介護者の有無	
針刺し事故	2	(0.9)	家族	25	(11.3)	あり	158 (71.5)
スタッフへの治療を必要とする暴力	0	(0.0)	その他のケア提供者	27	(12.2)	なし	62 (28.1)
セクハラ・クレーム	0	(0.0)					
スタッフの負傷・感染	2	(0.9)					

備考. 直近3か月間で発生した事例について、最大3事例までその内容を尋ねた。そのため、直近3か月で4件以上発生している場合、その4件目以降は含まれていない。

表7. 対象となった事業所および対象者の概要

	Total (N=19)
	n (%) / 平均値 (標準偏差)
運営法人	
社会福祉法人	5 (26.3)
医療法人	6 (31.6)
営利法人	3 (15.8)
公益社団法人	3 (15.8)
特定非営利活動法人	1 (5.3)
地方公共団体	1 (5.3)
開設年数 (年)	19.2 (8.2)
看護職員数 (常勤換算: 人)	9.9 (4.9)
安全管理体制	
安全管理の理念や方針のスタッフへの周知	
定期的に周知	12 (63.2)
不定期に周知	6 (31.6)
ない	1 (5.3)
安全管理に関する手順書の整備	
文書として整備	19 (100.0)
安全管理の担当者の配置	
あり	17 (89.5)
なし	1 (5.3)
安全管理に関する教育・研修の仕組み	
あり	16 (84.2)
なし	3 (15.8)
事故等の報告体制	
あり	19 (100.0)
事故等の判断基準	
明確に決まっている	9 (47.4)
ある程度は決まっている	10 (52.6)
事故等をスタッフ間で共有・検討する機会	
定期的に行っている	10 (52.6)
不定期だが行っている	9 (47.4)
事故等の再発予防策を検討する機会	
定期的に行っている	9 (47.4)
不定期だが行っている	9 (47.4)
行っていない	1 (5.3)
回答者の現在の役職	
管理者	19 (100.0)
回答者の訪問看護の経験年数 (通算)	
5～10年未満	2 (10.5)
10～15年未満	3 (15.8)
15～20年未満	4 (21.1)
20年以上	10 (52.6)
回答者の現事業所での管理者経験年数	
1～5年未満	2 (10.5)
5～10年未満	11 (57.9)
10～15年未満	2 (10.5)
15年以上	4 (21.1)