

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	特任助教
	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	千葉大学大学院看護学研究院	准教授
	沼田華子	東京大学大学院医学系研究科	助教
	歴本サメハ	東京大学大学院医学系研究科	特任講師
	高岡茉奈美	千葉大学大学院看護学研究院	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	自治医科大学医学部	講師
	平原優美	公益財団法人日本訪問看護財団本部	常務理事
	弓野大	医療法人社団ゆみの	理事長
	山本なつ紀	慶應義塾大学看護医療学部	講師
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
	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
	江南沙里菜	東京大学大学院医学系研究科	大学院生

研究要旨

本研究「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」では、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的とし、4つの研究を実施した。

研究1では、全国の訪問看護事業所を対象とした横断調査(855事業所)およびインタビュー調査(19事業所)により、安全管理体制の実態と事故・インシデントの発生状況を明らかにした。研究2では、自治体における訪問看護事業所からの事故情報の把握・分析・活用の実態をインタビュー調査(6自治体11名)により明らかにし、事故情報収集システムの改訂版モデルを提示した。研究3では、1県のレセプトデータを用いて訪問看護利用者約1万人における事故・外傷による受診状況を分析した。研究4では、高齢心不全患者を対象とした前向き縦断調査(訪問看護利用群35名、非利用群40名)およびインタビュー調査により、事故の発生実態と要因を明らかにした。

これらの結果を統合し、「事業所単位の安全管理体制整備」と「事故情報等の集積・共有システムの構築」という2つの柱からなる指針案を提示した。

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。

[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）¹⁾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

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。

〔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

昨年度実施した全国の都道府県と市区町村（被災3県を除く）を対象とした横断的Web調査の結果

別添3

を踏まえ、事故情報の分析または活用に取り組んでいる自治体を対象に半構造化インタビュー調査を実施した。

1. 用語の定義

事故：昨年度の報告書と同様に、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」²⁾に基づき、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。

(事故情報の)分析：事故情報の処理過程を、「介護保険施設等における事故の報告様式等について」²⁾に基づき、「把握・分析・活用」に区分した。ただし、本報告書における「分析」は、単純集計やグラフ化等の記述的処理を含む広い概念とした。

2. 研究対象

全国調査において、医療保険および介護保険に係る訪問看護利用者の事故を定期的に把握する仕組みがあり、かつ分析または活用を実施していると回答した自治体のうち、協力が得られた6自治体(都道府県=2、市町村=4)を対象とした。

3. 調査方法

オンラインによる半構造化インタビューを1回実施した。実施期間は2025年9月1日～11月6日であり、所要時間は1回あたり43～67分であった。インタビューガイドは、昨年度の全国調査の結果および本研究の趣旨を踏まえて作成し、1) 対象者の所属部署および担当業務、2) 訪問看護事業所からの事故情報の把握体制とその体制の成立過程、3) 事故情報の分析方法および活用状況、4) 実務上の

工夫や好事例、5) 事務職が担当している自治体での工夫点(限られた人的資源の下での対応上の工夫)、6) 今後の展望および課題、7) 研究班で作成した自治体における事故情報の把握・分析・活用の仕組みのモデル案に対する実現可能性や改善点について聴取した。対象者の承諾を得てICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。作成した逐語録は、個人および自治体が特定されないよう匿名化した上で分析に用いた。

4. 分析方法

質的記述的分析により、各自治体の取組みを「把握」「分析」「活用」の3フェーズに整理し、「他自治体への水平展開が可能と考えられる取組み」と「課題」に分類した。分析結果は各自治体へ内容の妥当性の確認を依頼し、修正が必要な場合にはメールまたは電話で意見を聴取し、分析結果に反映した。また、研究班で作成した自治体における事故情報の把握・分析・活用の仕組みのモデル案に対する実現可能性および改善点についての意見を踏まえ、改訂版のモデルを作成した。

5. 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-(1))。なお、対象者には、参加は自由意志であり途中で辞退も可能であること、得られたデータはすべて匿名化し個人が特定されることはないこと、研究目的以外には使用しないことを書面で説明し、署名にて同意を得た。

【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

2 県（A県、B県）を対象とし、県および市町等との調整により、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）データならびに介護レセプトデータの取得を進めた。また医療機関および介護事業所に関するデータを別途入手することとした。

2. 訪問看護の利用を継続中の高齢者における受診の分析

A県のデータを用いて、2020～2022年度に介護保険の訪問看護の利用を開始した65歳以上の患者を対象とした分析を行った。訪問看護の利用を継続している間の追跡を行い、入院等のイベント発生を調査した。また、外傷による入院を対象とし、カプラインマイヤー法により発生率を求めるとともに、患者居住地による発生率の違いを検討した。

[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

都内の3つのクリニック

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

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。

- ・ 主疾患が心不全の者
- ・ 65 歳以上の者
- ・ 訪問診療開始以前から訪問看護を利用して

いない者

除外基準は以下とした。

- ・ 本人及び家族が日本語での同意取得及びアンケートへの回答が困難な者
- ・ 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する者

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。【図1】

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。【図2】

6) データ収集項目

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

別添3

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

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。

4) インタビュー内容

インタビューは事故に関する発生状況について尋ねた。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。

C. 研究結果

[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

別添3

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、利用者に関連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、カテーテル・ライン関連が続いた。利用者に関連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。

事例に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/量の間違い(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。

[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. 協力自治体の概要

都道府県2自治体および一般市町村4自治体の概要を表1に示す。都道府県の人口規模は「50万～100万人未満」から「100万人以上」、一般市町村の人口は「1万人未満」から「20万～50万人未満」まで幅があった。全自治体で所属課に事務職が配置されおり、医療職の配置は3自治体(都道

府県1, 一般市町村2)で認められた。一般市町村内の訪問看護事業所数は、「10箇所未満」が3自治体と大半を占めていた。

インタビューには、都道府県から4名、一般市町村から7名の計11名が参加した【表2】。職種は一般行政職9名、保健師2名であり、いずれも訪問看護利用者の事故情報管理を担当する部署の職員であった。

2. 事故情報の把握・分析・活用とその課題

自治別の取組みの概要を表3に示す。事故情報の把握の段階では、「事故報告に関する都道府県の規定がある」、「報告書の記載が不十分な場合は事業所に再確認」「保険種別にかかわらず報告を受理」、「事業所と市町村の連絡が密」といった取組みが報告された。一方、課題として「把握する仕組みがあっても報告がない」、「市町村から都道府県への報告様式が無い」、「医療保険の事故は担当外」であることが挙げられた。

分析段階では、「専任の担当職員を配置」、「入力すると集計結果が自動出力される仕組み」といった取組みが挙げられた。課題としては「業務多忙で分析まで至らない」、「専門的な見地からの解釈が困難」であることが挙げられた。

活用の段階では、「課内で供覧し専門職から助言を得る」、「集団指導・運営指導で事業所にフィードバック」、「近隣市町村と合同で事業所にフィードバック」、「都道府県に報告」、「市町村のホームページで一般公開」といった取組みが挙げられた。課題として、特に市町村において「訪問看護の指定権者は都道府県のため、市町村は個別指導が困難」であることや「業務多忙で活用まで至らない」ことが挙げられた。

3. 参加自治体ごとの取組みの詳細

各自治体における介護保険利用者の事故把握の取組みの内容を表4に、医療保険利用者の事故把握の取組みの内容を表5に示す。介護保険の事故について把握・分析・活用のすべてを実施していたのは、都道府県Bと市町村C、D、Fであった【表4】。市町村E、Fでは、医療保険の事故把握にも取り組んでいた【表5】。介護保険利用者に関する事故情報を活用していた市町村C、D、Fの具体例を表6に示す。なお、都道府県Aについては、今後の実施意向が示された内容を参考として併記した。すべての自治体において、年1回の集団指導における事故集計結果の公表および事故予防に向けた事業所に対する注意喚起が実施されていた。加えて、運営指導や市町村・県への報告に活用されていた。

【都道府県A】

都道府県Aは訪問看護事業所を100箇所以上有していたが、調査時点での事故報告件数は0件であった。重大事故発生時の報告では、市町村だけではなく、市町村から県の出先機関をとおして県への報告を求める仕組みを採っていた。しかし、県へ報告する際の統一的な様式はなく、市町村担当者により報告内容に差が生じていることが課題となっていた。

事故情報の分析については半期および年度ごとに実施する予定であるが、現時点では報告件数が0件のため実施されていない。その背景として担当課には事務職のみの配置のため、専門的観点からの原因分析や各事業所への技術的助言が困難であることも課題として語られた。事故報告の実

績がなかったため、分析結果の活用は未実施だったが、集団指導や運営指導での事例共有について検討していた。

【都道府県B】

都道府県Bは、訪問看護事業所50～100箇所未満で、事故報告件数は1件であった。各事業所から市町村を經由し、翌月10日までに県へ月次報告する仕組みを持ち、厚生労働省の通知で示された様式を用いて匿名化した個票の提出を求めている。未記入項目や再発防止策が不十分な項目がある場合や、家族への状況報告がされていない場合は、市町村を通じて事業所へ確認を行っていた。

データは、会計年度職員が都道府県B独自のExcel様式に転記することで自動集計され、その結果を年1回の集団指導で共有していた。入力作業が毎月100件以上あることが業務負担として語られた。

【市町村C】

市町村Cの訪問看護事業所数は10箇所未満、事故報告件数は0件であった。介護保険の事故は県の通知・基準に基づき市町村へ報告する仕組みを設けており、窓口・郵送・メールで受理していた。医療保険の事故は担当外だが、相談があった場合には所管課へつないでいた。

分析は、会計年度職員が厚生労働省様式に入力し、自動集計を行っていた。活用方法として、年1回の集団指導で年間集計を公表していたほか、近隣市町と共同で指定・運営指導体制を構築していた。

【市町村D】

市町村Dの訪問看護事業所数は10～50箇所未満、事故報告件数は2件であった。市町村が作成した要領に沿って、訪問看護を含む全介護保険サ

別添3

サービス事業所が市町村へ報告する仕組みを設けていた。

データは職員が手作業でサービス種別・月別・事故種別等で集計し、Excel 様式に転記のうえフィルタ機能で集計していた。集計結果は、集団指導の場で公表していた。

【市町村 E】

市町村 E の訪問看護事業所数は 10 箇所未満で、事故報告件数は 0 件であった。医療保険・介護保険を問わず事故報告を受理する仕組みがあったが、報告実績はなかった。報告基準は「医療機関の受診があった場合のみ」としていた。報告様式は、厚生労働省様式を各事業所へ送付し、市町村のホームページにも掲載しているものの、その体制が整う前の独自様式で提出される場合もあった。小規模自治体のため、事故報告前に電話で経過の連絡を受けることが多い状況であった。

データは、厚生労働省作成の転記・集計ツール（Excel マクロ）を用いて集計を実施していたが、手入力の負担が生じていることが語られた。事業所の活用のために、集計結果をホームページで公表していた。

【市町村 F】

市町村 F の訪問看護事業所数は 10 箇所未満、事故報告件数は 0 件であった。各介護サービス事業所から事故発生時には電話で第一報を受け、厚生労働省様式を用いて 5 日以内（死亡事故の場合は即時）の報告書提出を求めている。医療保険・介護保険を問わず報告を受理し、記載が不明確な場合には事業所への聞き取りを行っていた。

データは市町村 F 独自の Excel 様式に転記し、四半期ごとにサービス種別・事故種別等で集計していた。結果は県へ報告し、集団指導で周知して

いたほか、事業所訪問時に事故予防の好事例を収集し市が指定する全介護保険サービス事業所に共有していた。また、事故報告の内容を基に、介護保険サービス提供および介護保険給付の適切性を判断するために、事故発生の経緯等については、自由記載欄の確認や電話による聞き取りにより補足的に確認し、さらに課内の保健師や介護支援専門員から事故発生時の対応として適切であるかという観点から助言を受けていた。

4. 改訂版モデルの提示

研究班で作成した自治体における介護保険利用者の事故情報の把握・分析・活用の仕組みのモデル案【図 1】を提示し、各自治体から意見聴取を行った。

事業所による事故情報の入力・報告段階では、「既存の事故報告書とリンクされるべき」、「介護保険サービス事業者が利用している既存システム（例：介護サービス情報公表システムや介護サービス事業者経営情報データベース等）の追加機能として整備されることが望ましい」との意見が複数の自治体から示された。また、「事故かヒヤリハットかというレベルの確認を各事業所で行った上で、事故に該当するものが自治体に報告される仕組みが望ましい。」、「介護保険の事故と医療保険の事故が判別可能な形がよい」との意見も出された。

自治体による事故情報のデータ収集段階では、「市町村単位では限界がある」「都道府県単位での関与が不可欠」、「介護保険・医療保険にかかわらず、事故情報が自治体に共有される方がよい」との意見が示された。

自治体によるデータ集計結果の公表段階では、「自分の自治体や他自治体を選択して閲覧・ダウ

別添3

ンロードできる形式が望ましい」との意見が出された。

自治体による集計結果の利活用の段階では、「市町村単独では活用が難しい」、「都道府県単位での動きが適切」との意見が出された。

以上の意見を踏まえ、介護保険利用者の事故情報の把握・分析・活用に関する改訂版モデルを作成した【図2】。事業所による事故情報の入力・報告段階には、①既存システムの活用を前提とする、②事故のレベル分けが公表可能な機能を追加した。自治体による事故情報のデータ収集段階では、都道府県・市町村の双方を含めた広域的な体制とした。自治体によるデータ集計結果の公表段階では、①自治体用、②事業所用のダウンロード機能を追加した。自治体による集計結果の利活用の段階では、都道府県および市町村による訪問看護事業所への助言機能（例：集団指導）を位置づけた。

【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

A県については、令和6年度に県内全市町から2019～2023年の各種データを取得済みであったが、令和7年度はこれを拡張して2015～2025年のデータを取得した。またB県についても、令和7年度に2018～2025年のデータ取得を完了し、データベース化を行った。

また、レセプトデータ等と併せて2県の医療機関等の事業所情報を入手した。介護事業所に関する情報は法人情報を含み、その内容は表1に示す通りである。2県の訪問看護事業所数の2018年度から2022年度までの推移を図1に示す。A県、B県ともに5年間で増加傾向であった。また、2022年度に

おける事業所の特性を表2に示す。2県ともに事業所は市部に集中していたが、法人の種類や事業者ごとの利用者数では差が認められた。

2. 訪問看護の利用を継続中の高齢者における受診の分析

研究対象者の選択過程を図2に示す。本研究では10,389人が解析対象となった。対象者の背景は表3のとおりであり、平均年齢は84歳であった。訪問看護の継続期間の平均値は11.8か月であった。観察期間中の入院等の発生を表4に示す。外傷による入院は約8%で発生していた。

外傷による入院に関する Kaplan-Meier 曲線を図3に示す。外傷入院の発生率は4.74件/100人年であった。また、図4は発生率を患者居住地の市町別に分けて患者数とともに示したものである。利用者の居住市町による一定程度のばらつきが見られたものの、人口規模と外傷入院の発生率の間に明らかな関連は認められなかった。

【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. 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。本研究は縦断的調査であるため、初回アンケートのみに回答し、1か月後の調査前に脱落または辞退した者は除外した。その結果、訪問看護利用群35名、非利用群40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88.9歳、女性が66.7%、心不全症状の

別添3

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48.6%、非利用群で37.5%であった。NT-proBNP (N末端プロ脳性ナトリウム利尿ペプチド) の平均値およびEF (左室駆出率) が50%未満の者の割合は訪問看護利用群が非利用群より有意に高かった (NT-proBNP: $p < .001$, EF: $p = .005$)。訪問看護以外のサービス利用では訪問リハビリを利用している割合は訪問看護利用群の方が有意に高く ($p = .001$)、通所介護を利用している割合は非利用群の方が有意に高かった ($p = .009$)。また、直近1年で心不全により入院した者の割合は訪問看護利用群の方が有意に高かった ($p = .013$)。

3. 事故の発生

事故の発生状況を【表2】に示す。最も発生率が最も高いのは転倒/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44%、訪問看護利用群で45.7%、非利用群で42.5%であった。次に発生率が高いのは内服/薬剤関連の事故であり、全体で8.0%、訪問看護利用群で8.6%、非利用群で7.5%であった。また、褥瘡の発生は全体で6.7%、訪問看護利用群で8.6%、非利用群で5.0%であった。いずれも統計的有意差はなかった。その他の事故も発生率は5%以下であり、経管栄養関連、処置・介助に伴う負傷など発生が0である項目も多くみられた。

②インタビュー調査

＜協力者＞

研究協力者は11名、女性5名(45.5%)、家族と同居している者は8名(72.7%)であった。平均年齢86.2歳、そのうち6名(54.5%)はインタビュー時に

家族も同席し、家族のみのインタビューは1名(9.1%)だった。

＜インタビュー結果＞

インタビューによって得られた事故の内容及びその要因に関して事故の内容および事故の背景・要因に分けて示す。

1) 事故の内容

【転倒・転落】

最も多い事故は転倒・転落であった。中には骨折し入院に至るケースもあった。転倒は屋内での転倒、および屋外での転倒があった。また車椅子の移乗時に転落したケースもあった。

【低温火傷】

冬場のヒーターで低温火傷となったケースが挙げられた。

【病状・感染が起因して起きた症状悪化】

小さな傷からの感染による発熱・入院、皮膚トラブルや、心不全の悪化により息切れで歩けずに立ち往生したケースが挙げられた。

【食べ物の過剰摂取・誤摂取】

認知機能の低下があり、ジャムの瓶をいっぺんに食べてしまう等の食べものに関する問題が挙げられた。

認知機能の低下により、調理前の食材をそのまま口にしてしまう、食材を一気に口に詰め込んで食べてしまう(窒息・誤嚥のリスク)など、予測困難な食行動による事故リスクが、家族から語られた。

2) 事故の背景・要因

事故の要因には以下に挙げられる要因が複合して

別添3

起きている場合が多く見られた。

【心不全の症状変動】

心不全の症状である息切れ、ふらつき、倦怠感により、転倒や立ち往生といった事故につながっているケースが見られた。

【判断力の揺らぎ】

家族へ心配をかけたくないという思いから「大丈夫」と我慢してしまう場合や、家族は危険だと思っても本人が「大丈夫」と認識しているケース等、認知的、自立心による判断力の揺らぎが起因して起こるケースが挙げられた。

【独居や一人の時間帯】

独居の場合や家族が不在時に事故が起きていた。

【生活環境】

雨天時による転倒、床の素材や動線による問題、冬場のヒーター等の環境が起因しておきているケースがあった。

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

<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と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、組織文化や日常的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^{3,4)}。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・量の間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⁵⁾、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⁶⁾。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。

[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

本研究では、自治体における訪問看護事業所からの事故情報の把握、分析および活用の実態と、その運用上の工夫および課題を明らかにした。その結果、介護保険利用者に関しては、厚生労働省から示された事故報告の基準や標準様式を用いた市町村による実態把握はできていても、訪問看護事業所からの事故報告件数が0件の場合に、真に事故が発生していないのかどうかの判断は難しく、慎重に解釈する必要がある。また、分析・活用までを実態把握から一貫して実施できている自治体は限定的であることが明らかとなった。特に、多くの事務職から、報告様式が存在していても転記や照会に多くの時間を要することや、記載内容にばらつきが生じていること、分析手法が定まっていないことなどが語られた。これらは、業務の煩雑さ、介護や医療に関する専門的知識の乏しい事務職員がデータの分析や活用を行うことの難しさを示していると考えられる。一方、収集データの集計結果の事業所へのフィードバックまで実施できている自治体では、専任職員の配置や専門職からの助言を得られる体制が整備されており、事故情報の分析と自治体から事業所への事故予防に関するフィードバックには持続可能な職員体制の整備、一定の専門性を有する担当職員の配置または専門職の関与が不可欠であることを示している。しかしながら、自治体の専門職の配置数には限りがあり、全ての自治体で実施することを前提とする制度設計は現実的とはいえない。加えて、介護保険の制度上、訪問看護事業所の指定および指導監督権限は都道府県等にある。このため、市町村が事故情報を把握しても、専門的な分析や個別的助言を立場上しづらい状況があると考えられ

る。したがって、事故情報の集積および分析については、個々の自治体内で完結することを目指すよりも、介護サービス情報公表システムや介護サービス事業者経営情報データベース等、介護保険サービス事業者が利用している既存のシステムを活かしつつ、専門職でなくてもデータの収集・分析・活用を円滑に行えるような制度設計が必要と考えられる。

現状では、医療保険利用の訪問看護については、事故発生時の連絡先が全国健康保険協会や後期高齢者医療広域連合等とされており、自治体が事故情報を全数把握する制度構造にはなっていない⁷⁾。そのため、本結果では医療保険利用者の事故把握は介護保険利用者に比して進んでおらず、把握する仕組みを有している自治体は限定的であった。同一利用者が医療保険と介護保険の双方の訪問看護サービスを利用している場合であっても、制度の違いにより事故情報の報告先が異なる。利用者の安全確保や向上について検討していく上では、自治体や事業所、職能団体等が協働して事故の把握に努める機運を高めていくことが必要と考えられる。本研究では6自治体の担当者の意見を踏まえ、モデルの作成を試みた。本モデルは、既存システムとの統合や、広域的なデータ集積・分析、自治体および事業所が選択的に閲覧可能なダウンロード形式の提示、助言機能を網羅している。事故情報の集積や分析は、標準化や利活用の観点から中央集権的なシステムとして構築することが望ましいが、実際の運用は各々の現場で実践の改善に資する形となるように設計する必要がある。そのためには、都道府県による広域的支援や、職能団体・大学等の外部機関の協力を得ながら体制整備を推進していく必要があるだろう。将来的には

各訪問看護事業所の電子カルテシステムと、自治体の事故情報入力システムをリンクさせることで入力負担を軽減し、個人や事業所の努力に拠らない持続可能な形でデータを蓄積する必要があると考えられる。さらに、全国で訪問看護事業所の事故に関するビッグデータを蓄積できれば、将来的にAIの活用による事故発生リスクの予測や事故予防システムの開発も期待できる。

【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

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た。この目的を達成するためには新規にデータベースを構築する必要があり、令和6年度に開始したデータ入手とデータベース構築および環境整備を令和7年度に完了した。

また、事業所情報および地理情報を入手し、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。令和7年度は1つの例として、2県における訪問看護事業所数の推移と事業所特性の比較を行った。同様に様々な分析を行うことが可能であり、レセプトデータの解析に事業所特性を活用することもできるようになった。本研究により、今後の分析に有用なデータベースを構築することに成功したと考える。

更に、上記で得られたデータベースを用いて令和7年度は患者の背景を加えた詳細な解析を行い、訪問看護の利用を継続中の高齢者における受診の状況を分析した。本研究により、外傷による入院をはじめとした複数のアウトカムの発生率が明らかになった。更に、地理的状況の分析も実施したが、本研究の範囲内では外傷入院の発生について明らかな地域差は認められなかった。本研究では患者居住地の市町別で分析を行ったが、今後

は事業所の立地やその特性などを解析に加えることで、より詳細な分析が実施できる可能性がある。

「2. 訪問看護の利用を継続中の高齢者における受診の分析」の限界としては、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のデータ（訪問看護療養費等）は過去には電子化されていなかったため解析に含めていない点、が挙げられる。結果の解釈にあたってはこれらの限界を考慮することが重要である。また③に関しては、研究対象が異なるため今回の分析には含めなかったものの、令和7年度に入手した最新のデータでは解析が可能であるため、今後の研究が期待される。

【研究4】訪問看護における事故予防・対応効果の検証

本研究では訪問看護利用群と非利用群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。対象者の特性については、NT-proBNPの平均値、EFが50%未満の者の割合、訪問リハビリを利用している者の割合、直近1年に心不全で入院した者の割合が訪問看護利用群の方が有意に高かった。このことから、訪問看護利用群が非利用群に比べて疾患の重症度が高い可能性が推察された。

事故の発生実態については、6か月間の事故の発生率を事故類型別にみると、転倒が最も多く訪問看護利用群45.7%、非利用群42.5%と半数近くで転倒が発生していた。次いで内服や褥瘡に関するものが両群とも10%未満であり、その他の事故も発生率はわずかもしくは0であった。超高齢の心不全患者において転倒の発生が非常に高く、各種医療処置に関する事故よりも圧倒的に多いことがわかった。疾患をかかえた高齢者においても、医療的介入のニーズだけでなく介護予防的ニーズ

も高く、在宅における事故発生の予防が重要あることがうかがわれた。

質的研究では、診療録調査に記載されない事故や事故にいたる前の事象に関して把握できた。高齢者が事故等に至る要因としては心不全症状の悪化のみならず、加齢に伴う判断力のゆらぎ、独居時間帯、事故が発生しやすい環境（雨天時の外出、冬場の暖房器具使用時等）など複合であり、多面的介入が必要である。

【結果の統合】訪問看護における安全管理・事故予防活動に関する指針案の検討

本研究「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」では、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的とし、4つの研究を実施した。研究1では、全国の訪問看護事業所を対象とした横断調査(855事業所)およびインタビュー調査(19事業所)により、安全管理体制の実態と事故・インシデントの発生状況を明らかにした。研究2では、自治体における訪問看護事業所からの事故情報の把握・分析・活用の実態をインタビュー調査(6自治体11名)により明らかにし、事故情報収集システムの改訂版モデルを提示した。研究3では、1県のレセプトデータを用いて訪問看護利用者約1万人における事故・外傷による受診状況を分析した。研究4では、高齢心不全患者を対象とした前向き縦断調査(訪問看護利用群35名、非利用群40名)およびインタビュー調査により、事故の発生実態と要因を明らかにした。

ここでは、これら4つの研究結果を統合し、訪問看護事業所における安全管理体制構築の指針案を提示する。

1. 指針の基本的な考え方

医療安全の構築には、組織内での安全管理体制の整備と、組織を超えた情報共有による学習の仕組みが重要とされている⁸⁻¹¹⁾。訪問看護において

も同様に、1)事業所単位の安全管理体制整備と2)事故情報等の集積・共有システム構築という2つの柱が必要と考える。これらは相互に連動し、訪問看護の質と安全性を向上させる基盤となる。

第一の柱である事業所単位の安全管理体制整備については、文献レビューおよび全国調査(研究1)の結果から、望ましい安全管理体制の必須要素を抽出した。第二の柱である事故情報等の集積・共有システム構築については、全国調査(研究1)で明らかになった訪問看護特有の事故類型や、自治体の事故情報把握・活用の実態(研究2)を踏まえ、システム構築の必要性和具体的な設計要件を検討した。さらに、レセプトデータ分析(研究3)および心不全患者を対象とした縦断研究(研究4)により、事故・外傷の発生状況とその要因について補完的な知見を得た。

以下、2つの柱それぞれについて、研究結果を統合した指針案を提示する。

2. 第一の柱:事業所単位の安全管理体制整備

2-1. 望ましい安全管理体制の構成要素

文献レビューおよび全国調査(研究1)の結果から、訪問看護事業所における望ましい安全管理体制として、6つの分野にわたる9項目を提示する。なお、<研究1-1>の全国調査では⑤事故発生時の当事者スタッフへのサポート体制の整備(安全文化の醸成/心理的安全性の保障)を「安全文化の醸成」として、⑨発生した事故等に関する事業所内での対策検討と計画・実施・評価の実践を「褥瘡リスク評価のPDCA」として調査したが、本指針案ではそれぞれ当事者スタッフへのサポート体制への焦点化、事故等に関するPDCAサイクルへの拡張として整理した。

2-2. 現状と課題

全国調査<研究1-1>の結果、望ましい安全管理体制9項目のうち、形式的な体制整備(担当者の配置、対応手順の文書化、事例共有の機会や体制)

については90%前後の事業所で整備されていた。一方、組織文化や日常的な実践に関わる項目(基本理念の定期的な明示、当事者スタッフへのサポート体制など安全文化の醸成、事業所の安全管理についてスタッフ間で検討する場の定期的な設置、他事業所の事故事例の情報共有等)については50~60%程度にとどまり、項目によって整備状況に差が見られた。

さらに、事業所設置主体によって安全管理体制の整備状況に差があることが明らかになった。医療法人では、事故対応手順の文書化(93.3%)、他事業所の事故事例の情報共有(67.5%)、安全管理教育・研修(82.5%)において、他の設置主体より高い整備率を示した。安全管理体制の平均スコア(9項目中)は、非営利法人6.70、職能団体6.56、医療法人6.30、公的機関6.22、営利法人5.98であり、設置主体間で有意差が認められた($p=0.026$)。

インタビュー調査(研究1)からは、形式的な規程整備等の「仕組み」だけにとどまらず、「実践」として機能するための工夫が必要であることが示唆された。

2-3. 優先的に取り組むべき項目

上述のとおり訪問看護事業所の安全体制構築に向けては①~⑨の体制整備が望まれるが、事業所の規模や資源の制約を考慮し、段階的な体制整備を進める必要がある。そのため、在宅ケアに関する研究者3名、訪問看護の経験者2名、訪問看護に関する有識者3名へのヒアリングおよび協議を経て、これら9項目について指針の基本的構成要素と推奨事項に整理した【図1】。

基本的要件(優先度:高):

(1)から(4)の7項目(①-⑦)については、すべての訪問看護事業所が指針の中で優先的に整備を目指すべき基本的構成要素と位置づける。また、令和8年3月5日付厚生労働省通知¹²⁾では、訪問看護

ステーション従業者は、指定訪問看護に係る安全管理のための基本的な考え方及び具体的な方策等についての研修を受講していることが望ましいとされており、特に⑤の事故発生時の当事者スタッフへのサポート体制整備(安全文化の醸成/心理的安全性の保障)など、従来の管理者教育では十分に扱われてこなかったと推測される内容については、研修受講を通じた理解促進が期待される。

推奨事項(優先度:中):

(5)組織を超えた学習(⑧他事業所の事事故事例の情報共有)については、他事業所や関係機関との連携が必要であり、個々の事業所のみでは実現が困難な場合がある。しかし、後述する第二の柱「事故・インシデント情報の集積・共有システム」が構築されることで、システムを通じた組織を超えた学習が可能になると考えられる。システム構築に至るまでの段階においては、地域における訪問看護事業所間のネットワークの活用や、自治体・職能団体による情報提供の活用が望まれる。

(6)PDCAサイクルの実践：⑨発生した事故等に関する事業所内での対策検討と計画・実施・評価については、組織的な分析力や業務改善実践の経験が求められるため、まずは基本的要件(①-⑦)の整備を優先し、その上で段階的に取り組むことが現実的である。

3. 第二の柱:事故情報等の集積・共有システムの構築

3-1. システム構築の必要性

全国調査(研究1)より、訪問看護特有の事故類型(薬剤関連22.2%、訪問スケジュール関連18.9%、交通事故関連17.7%)が明らかになった。これらの情報を継続的に収集・分析し、事業所へフィードバックすることで、次の事故・インシデント予防につなげるシステムの構築が必要である。

研究1および研究2の結果からは、事故・インシデント情報の把握・活用等に関し、訪問看護事業所と行政がより緊密に情報共有・活用できる仕組みづくりが必要であることが示唆された。現状では、事業所の運営基準上で報告の枠組みは規定されているものの、その後の自治体による事故情報の収集・分析・活用には大きな課題があり、分析や事業所へのフィードバックまでは十分に行われていない実態が明らかになった(研究2)。

レセプトデータを用いた訪問看護利用高齢者における事故・外傷による受診の分析(研究3)からは、入院を伴う事故・外傷についてレセプトデータから抽出できる可能性が示された。1県の3年分、約1万人を対象とした大規模な解析では、外傷入院の発生率は4.74件/100人年であった。また、診療録により在宅療養中の事故発生の一部を把握できたこと(研究4)から、将来的には事故情報等の集積・共有システムへのレセプトデータ/カルテデータからのデータ抽出の可能性が期待できる。ただし、レセプトデータ/カルテデータから抽出できるのは入院や外来受診を伴い何らかの治療を要した事象に限定されるため、治療を要さない事故等については事業所からの報告による把握が不可欠である。

3-2. システムのモデル案

研究1と研究2の結果を統合し、事故情報等集積・共有システムのモデル案を提示する【図2】。本システムは、訪問看護事業所からの事故等報告を、市町村および都道府県を經由して国レベルで集積し、分析結果を事業所にフィードバックする仕組みである。

本モデル案では、まず介護保険利用者を対象とした情報収集の仕組みを構築することを提案する。一方、研究1のインタビュー調査では、介護保険・医療保険で報告システムが分離することへの抵抗や負担感が示された。将来的には医療保険利用者も含めた共通のシステムで情報収集を行う

ことが望ましいと考えるが、まずは介護保険利用者を対象としたシステムの構築・運用を優先し、その実績を踏まえて医療保険利用者への拡張を検討することが現実的である。

3-3. システムの具体的設計要件

システム構築にあたっては、研究1および研究2のインタビュー調査から明らかになった以下の課題への対応が必要である。

(1) 事故等の定義と判断基準の明確化

訪問看護における事故等の定義を明確にし、判断基準を具体的な事例やレベル分けとともに提示する必要がある。特に、在宅における責任範囲の曖昧さ(利用者・家族の管理部分と看護師の管理部分)に配慮した定義が求められる。また、同一の事象であっても、事業所や個人によって事故としての認識が異なる可能性があるため、統一的な情報収集に向けた工夫が重要である。

さらに、全国調査(研究1)では、訪問看護師が害を受けた事例が182件(20.9%)報告され、そのうち交通事故関連が154件(84.6%)を占めた。針刺し事故や利用者・家族等からの暴力・ハラスメントも報告されており、前者は訪問看護特有の職業的リスクであり、後者は訪問系サービスに共通したリスクである。労働安全衛生および看護職の安全確保の視点から、これらの事例も集積対象に含める必要性については、検討が必要である。

(2) 報告対象範囲の明示

訪問看護師不在時に発生した事象(家族管理時の服薬ミス、他サービス利用時の事故等)や、多職種関与で発生した事故等について、報告対象とする範囲を明示する必要がある。

(3) 報告体制と役割分担

事故等報告における職種間の役割分担については柔軟な体制が望ましいが、報告漏れを防ぐため

の確認体制(管理者による定期的な確認、チーム内での共有の仕組み等)を併せて整備する必要がある。

(4) 入力負担の軽減とフィードバック機能の設計

入力の簡便性を確保しつつ、事故類型の可視化、類似規模・地域の事業所との比較、解決策・予防策の提案など、事業所にとって有用なフィードバック機能を設計する必要がある。研究1のインタビュー調査では、「できるだけシンプルにすべき」だが「良いフィードバック・助言があれば多少負担があっても入力する」という意見が得られた。したがって、現場の負担軽減のためには、入力(報告)項目自体を厳選するほか、記録と連動させて入力の手間自体を軽減させる等の工夫が必要だと考えられる。

4. システム運用の具体的提案

4-1. 運営主体の提案

事故情報等集積・共有システムの運営主体には、以下の要件が求められる:

- ・医療安全に関する豊富な経験と知見
- ・大規模データの収集・分析能力
- ・中立性・公正性の確保
- ・継続的な運営体制

これらの要件を満たす組織として、医療事故情報収集の実績を有する機関、介護分野のデータ収集・分析を担う機関、研究機関等が候補として考えられる。今後、各候補組織の実現可能性や運営体制について、具体的な検討が必要である。

4-2. 財源の確保

システムの持続的な運営には、安定的な財源の確保が不可欠である。財源確保の方法としては、事業所からの負担金、国・自治体からの補助金、あるいはこれらの組み合わせなどが考えられる。

いずれの方法においても、事業所の規模や経営状況に配慮した仕組みの検討が求められる。

4-3. 既存システムとの連動

研究1および研究2のインタビュー調査より、新規システム運用に対する現場の負担感への懸念が聞かれた。対応として、既存の情報収集システムと連動させた一元的なシステム構築の検討も一案であろう。医療事故情報収集等事業、科学的介護情報システム、レセプトデータなど、既存の枠組みとの連動可能性について検討することで、新規システム開発のコストを抑制し、現場の負担を最小化できる可能性がある。

5. 今後の課題

本研究で提示した指針案の実装に向けては、以下の課題が残されている。

第一に、事業所単位の安全管理体制整備については、本研究で明らかになった事業所間の体制整備状況の差を踏まえ、各事業所の実情に応じた支援が必要である。診療報酬要件との整合性を保ちつつ、段階的な体制整備を促進する具体的な方策の検討が求められる。また、⑤事故発生時の当事者スタッフへのサポート体制(安全文化の醸成/心理的安全性の保障)など、従来の管理者教育では十分に扱われてこなかった内容については、適切な研修プログラムの開発と普及が急務である。

第二に、事故情報等集積・共有システムの構築については、運営主体、財源、既存システムとの連動など、具体的な実装に向けた検討が必要である。本研究では介護保険利用者を対象としたモデル案を提示したが、将来的には医療保険利用者も含めた共通システムへの拡張が望まれる。また、事故等の定義と判断基準の標準化、専門職不在時の取り扱い、看護職が害を被った事故の位置づけなど、システム設計の詳細について、関係者間での合意形成が必要である。

第三に、レセプトデータやカルテデータからの

事故情報抽出の可能性が示されたことから、今後はこれらのデータを活用した継続的なモニタリング体制の構築についても検討が期待される。

加えて、事故予防の観点からは、重大な事故に至る前段階のインシデント情報の収集・分析が極めて重要である。先行研究^{8,9,13,14)}においても、インシデント情報から学ぶ組織文化の醸成が在宅ケアの安全性向上に有効であることが繰り返し指摘されている。本研究で提示したシステムモデル案では、まず事故情報等の収集を第一段階として提案しているが、システムの発展に伴い、インシデント情報も含めた包括的な情報収集・分析体制への拡張が期待される。

訪問看護における安全管理体制の構築は、利用者の安全確保のみならず、訪問看護職の安全な労働環境の整備、ひいては訪問看護サービスの質向上に寄与するものである。本研究で提示した指針案が、今後の訪問看護における安全管理体制の発展に貢献することを期待する。

E. 結論

本研究では、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的とし、全国調査・インタビュー調査・レセプトデータ分析・縦断研究という4つの研究を実施した。これらの結果を統合し、訪問看護事業所における安全管理体制構築の指針案として、「事業所単位の安全管理体制整備」と「事故情報等の集積・共有システムの構築」という2つの柱からなる指針案を提示した。

第一の柱として、安全管理体制の望ましい構成要素(6分野9項目)を示した。形式的な体制整備は多くの事業所で整備されていた一方、安全文化の醸成や組織を超えた学習機会の確保は十分でなく、設置主体による格差も認められた。9項目は「基本的要件」と「推奨事項」に整理し、事業所の規模や資源に応じた段階的な体制整備を促す枠

組みとした。

第二の柱として、訪問看護特有の事故類型を踏まえた事故情報等集積・共有システムのモデル案を提示した。まずは介護保険利用者を対象としたシステムの構築・運用を優先しつつ、将来的には医療保険利用者への拡張、さらにインシデント情報も含めた包括的な情報収集・分析体制への発展が期待される。

訪問看護における安全管理体制の構築は、利用者の安全確保のみならず、訪問看護職の安全な労働環境の整備、ひいては訪問看護サービスの質向上に寄与するものである。本研究で提示した指針案が、今後の訪問看護における安全管理体制の発展に貢献することを期待する。

文献

- 1) 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>
- 2) 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8年3月3日アクセス可能）
- 3) Sammer, C. E., Lykens, K., Singh, K. P., Main, D. A., & Lackan, N. A. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of nursing scholarship*, 42(2), 156-165.
- 4) Vincent, C. (2011). *Patient safety*. John Wiley & Sons.
- 5) 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.
- 6) 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ー実態調査の記述分析ー. *日本フットケア学会雑誌*, 17(4), 175-180.
- 7) 厚生省. 平成十二年厚生省令第八十号. 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準. <https://laws.e-gov.go.jp/law/412M50000100080>（令和8年3月3日アクセス可能）
- 8) Institute of Medicine. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. https://www.simlaweb.it/wp-content/uploads/2019/07/to_err_is_human.pdf
- 9) Reason, J. (1997). *Managing the risks of organizational accidents*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315543543>
- 10) Vincent, C. (2010). *Patient safety* (2nd ed.). Wiley-Blackwell. <https://repository.urindo.ac.id/files/original/2b0dd24cac3dca3e592b65a683f9c374e94d35aa.pdf>
- 11) World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization.
- 12) 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）.
- 13) Kiljunen, O., Kankkunen, P., & Välimäki, T. (2023). Identification of contributing factors of falls and non-fall accidents among home care clients: a retrospective study using incident reports. *Home Health Care Management & Practice*, 35(3), 163-171.
- 14) Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Institute of Medicine and Committee on Quality of Health Care in America. https://www.simlaweb.it/wp-content/uploads/2019/07/to_err_is_human.pdf.（医学ジャーナリスト協会（訳）, 人は誰でも間違える;より安全な医療システムを目指して, 105-131, 日本法論社, 東京, 2010）

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

図表

[研究1] 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)
障害福祉サービス系施設	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3

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]	
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 ± 0.161	[0-0.486]	0.002
リハビリ職/看護師比 3分頻 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3

(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 [最小値-最大値]	(%) or	n or 平均値 ± 標準偏差 [最小値-最大値]	(%) or	n or 平均値 ± 標準偏差 [最小値-最大値]	(%) or	n or 平均値 ± 標準偏差 [最小値-最大値]	(%) or	n or 平均値 ± 標準偏差 [最小値-最大値]	(%) or	n or 平均値 ± 標準偏差 [最小値-最大値]	(%) or	
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だが、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3

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)

別添3
[研究2]

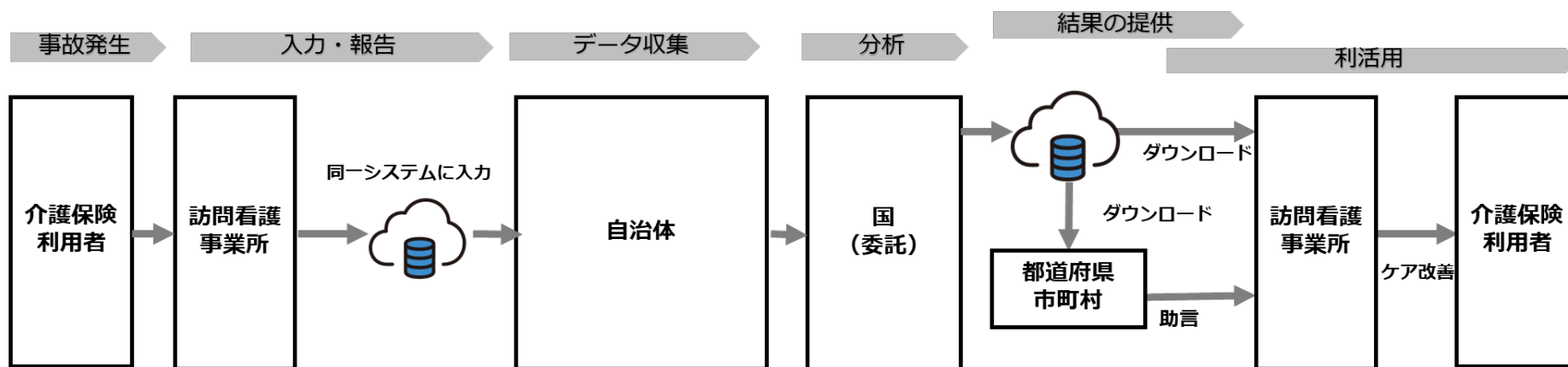
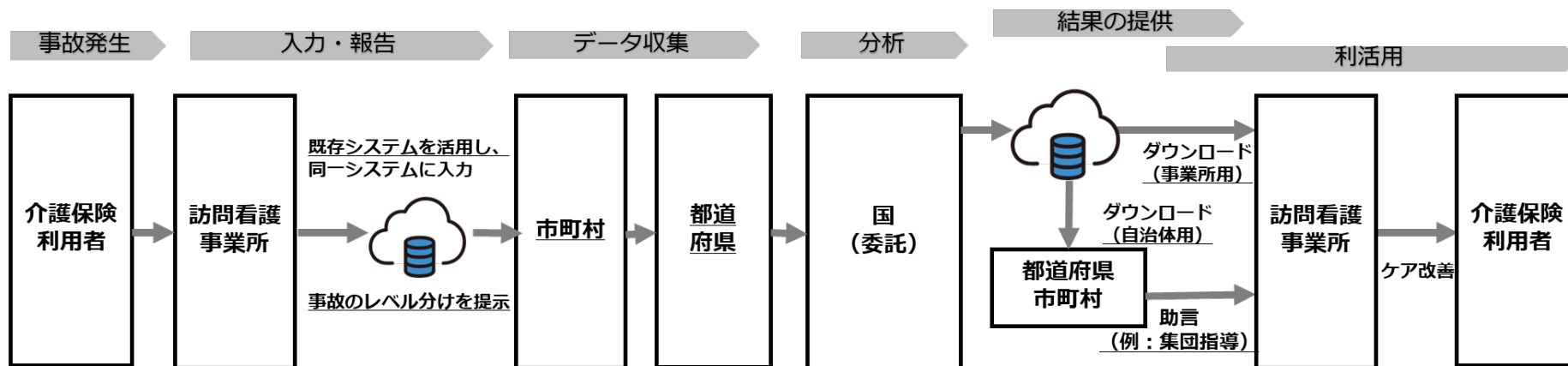


図1. 自治体における事故情報の把握・分析・活用の仕組みのモデル案



注：下線部はヒアリングの結果を参考に追加した箇所である。

図2 改訂版モデル

別添3

表1. 協力自治体の基本属性

n=6

自治体ID	自治体種別	人口	常勤職員		訪問看護事業所数
			医療職	事務職	
都道府県票					
A 指導監査課	都道府県	100万人以上	無	有	100箇所以上
B 健康長寿推進課	都道府県	50万～100万人未満	有	有	50箇所～100箇所未満
市区町村票					
C 高齢者支援課	一般市町村	5万人未満	有	有	10箇所未満
D 高齢者支援室	一般市町村	20万～50万人未満	無	有	10箇所～50箇所未満
E 長寿介護課	一般市町村	1万人未満	有	有	10箇所未満
F 長寿介護課	一般市町村	5万人未満	無	有	10箇所未満

注釈：

人口：2025年（令和7年1月1日現在）の人口

常勤職員数（医療職）：2024年度の所属課に配置されている常勤職員の人数（医療職/人）。

常勤職員数（事務職）：2024年度の所属課に配置されている常勤職員の人数（事務職/人）。

事故報告件数：2024度の事故報告件数。介護保険・医療保険利用者別の事故/受診（外来・往診）または自施設で応急処置/件、入院/件、死亡/件。

利用者の保険：事故情報を把握している利用者が利用している保険の種別

訪問看護事業所数：WAMNETで条件を「訪問看護事業所」に設定して検索（2025/11/8最終アクセス）。

表2. 協力者の基本属性

n=11

	自治体 ID	自治体種別	職位	職種
1	A	都道府県	主任	一般行政職
2	B	都道府県	会計年度職員	一般行政職
3	B	都道府県	課長補佐	一般行政職
4	B	都道府県	主査	保健師
5	C	一般市町村	係長	一般行政職
6	D	一般市町村	係長	一般行政職
7	E	一般市町村	係長	一般行政職
8	E	一般市町村	再任用主任	保健師
9	F	一般市町村	主査	一般行政職
10	F	一般市町村	主査	一般行政職
11	F	一般市町村	係長	一般行政職

表3. 自治別の取組みの概要

カテゴリ	都道府県 (n=2)	小カテゴリ			
		市町村(n=4)			
		人口20万~50万人未満(n=1)	人口5万人未満(n=2)	人口1万人未満(n=1)	
把握	事故報告に関する都道府県の規定がある	重大案件発生時/月単位で県に報告	県の報告の規定に則り報告を受ける	県の報告の規定に則り報告を受ける	県の報告の規定に則り報告を受ける
	報告書の記載が不十分な場合は事業所に再確認 保険種別にかかわらず報告を受理	未記入等の場合は市町村に再送付を依頼		県に報告の規定に則り報告を受ける 分かりにくい場合は聞き取りを実施 医療保険・介護保険に関係なく受理	
	事業所と市町村の連絡が密				事故報告前に電話で経緯の連絡が入る
水平展開	専任の担当職員を配置	会計年度職員が担当		会計年度職員が担当	
	入力すると集計結果が自動出力される仕組み	入力→グラフが自動出力	当日中に内容確認→県報告基準の該当確認→Excel転記→集計(フィルター機能)	入力→グラフが自動出力	Excelに入力
活用	課内で供覧し専門職から助言を得る	集計結果(月間、年間)を課内で供覧	ケアマネに内容確認	課内回覧で保健師等から助言を得る	課内回覧で保健師等と共に内容確認
	集団指導・運営指導で事業所にフィードバック	集団指導・実地運営指導の時にデータを公表	集団指導で結果を公表		
	近隣市町村と合同で事業所にフィードバック			近隣市町村と共同で指定・指導できる体制を整備	
	都道府県に報告			四半期ごとに県に報告	
	市町村のホームページで一般公開				市のHPで公開
把握	把握する仕組みがあっても報告がない	仕組みはあるが、報告件数は0件			仕組みはあるが、報告件数は0件
	市町村から都道府県への報告様式が無い	県への統一した報告形式がない	—		
	医療保険の事故は担当外			医療保険の事故は担当外	
課題	業務多忙で分析まで至らない	手つかず 他の業務もありつつの入力作業が困難			
	専門的な見地からの解釈が困難	訪問看護に専門的な見地から判断困難			
活用	訪問看護の指定権者は都道府県のため、市町村は個別指導が困難	—	事業所個々への指導は実施不可。	訪看は集団指導の対象外で結果の公表機会がない	事業所個々への指導は実施不可。
	業務多忙で活用まで至らない				業務範囲が広く、対応する余裕がない

別添3

表4. 介護保険利用者の事故把握の取組み概要

n=6

自治体ID	報告件数			把握 [※]				分析		活用	
	受診	入院	死亡	仕組み	基準	方法	様式	実施	方法	実施	方法
都道府県票											
A	0	0	0	有	有	メール 電話	国の 様式	有	内部での 分析	無	-
B	1	不明	33	有	有	メール 郵送	国の 様式	有	内部での 分析	有	研修等資料
市区町村票											
C	0	0	0	有	有	郵送 窓口申請	国の 様式	有	近隣市と 連携して 分析	有	合同講習会 (近隣市と 連携)
D	1	1	0	有	有	郵送 窓口申請 メール 電子申請 電話	国の 様式	有	内部での 分析	有	集団指導
E	0	0	0	有	有	メール	国の 様式	無	-	無	-
F	0	0	0	有	有	メール	国の 様式	有	内部での 分析	有	集団指導

注釈：

把握：「仕組み」は事故を把握する仕組みの有無、「基準」は事故に関する一定の基準を設け、定期的または事故発生時に把握する仕組みの有無、

「方法」は事故情報の把握方法、「様式」は事故情報の把握様式をたずねた。

「-」はデータ無を示す。

表5. 医療保険利用者の事故把握の取組み概要

n=2

自治体ID	報告件数			把握※				分析		活用	
	受診	入院	死亡	仕組み	基準	方法	様式	実施	方法	実施	方法
市区町村											
E	0	0	0	有	有	メール	国の様式	無	-	無	-
F	0	0	0	有	有	メール	国の様式	有	内部での分析	有	集団指導

注釈：

把握：「仕組み」は事故を把握する仕組みの有無、「基準」は事故に関する一定の基準を設け、定期的または事故発生時に把握する仕組みの有無、

「方法」は事故情報の把握方法、「様式」は事故情報の把握様式をたずねた。

「-」はデータ無を示す。

別添3

表6.介護保険利用者に関する事故情報の活用例

		自治体ID				
		A ^{注1}	B	C	D	F
集団指導						
頻度	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年
方法	—	対面またはオンラインによる講義	対面または動画配信	オンライン(コロナ前は対面)	対面またはオンラインによる講義	対面またはオンラインによる講義
指導内容	事故報告を用いて、発生した事故事例を提示し、事業所全体に注意喚起を行いたい。	自治体独自の取扱要領を用いて、事故報告の提出期限(原則として翌月10日まで)や、事故発生時には必ず保険者へ報告する必要があることについて、毎年繰り返し周知している。取扱要領には、保険者が収集した事故報告の内容を、訪問看護を含む介護サービス全体について県へ報告する仕組みが明記されている。	事故報告の集計データを用いて、介護保険サービス事業者に対して、事故の発生状況(年間件数、サービス種別など)を他自治体とともに集計した結果を提示し、事故防止に使用できる情報共有を行っている。あわせて、各事業所にフィードバックを行っている。	事故報告の集計データを用いて、訪問看護事業所を含む介護保険サービス事業所に対して、事故の発生状況(月別、サービス種別、事故種別など)の集計した結果を提示し、事故防止に使用できる情報共有や注意喚起を行っている。あわせて、事業所ごとの報告状況やヒヤリハットの状況も確認している。	事故報告の集計データを用いて、年間を通じた事故の発生状況について、サービス種別(例:通所サービス等)ごとの件数など、大まかな傾向を中心に提示している。あわせて、市が事業所を訪問する機会等を通じて把握した、事故防止に向けた取組や対応の好事例を紹介し、各事業所における事故防止対策の検討や改善に活用するよう促している。時間的制約から詳細な個別事例の共有には限界があるものの、骨折等の重大事故については、主な発生要因や背景を示し、事故防止に向けた注意喚起を行っている。	
運営指導						
頻度	6年に1回以上	6年に1回以上	6年に1回以上	6年に1回以上	6年に1回以上	6年に1回以上
方法	※介護保険法に基づく指定の有効期間(6年)の間に1回以上実施 対面で事業所を訪問	※介護保険法に基づく指定の有効期間(6年)の間に1回以上実施 対面で事業所を訪問	※介護保険法に基づく指定の有効期間(6年)の間に1回以上実施 対面で事業所を訪問	※介護保険法に基づく指定の有効期間(6年)の間に1回以上実施 対面で事業所を訪問	※介護保険法に基づく指定の有効期間(6年)の間に1回以上実施 対面で事業所を訪問	※介護保険法に基づく指定の有効期間(6年)の間に1回以上実施 対面で事業所を訪問
指導内容	事故や不適切事案があった事業所は、優先度を高めて指導対象とした。県民局による運営指導の一環として、事故後の対応状況を確認したい。	運営指導の一環として、利用者に対するサービス提供体制が適切に確保されているかを確認している。具体的には、事故発生時における事業所内の報告体制や、事故内容が保険者へ適切に報告されているかについて確認を行っている。あわせて、事故発生防止に向けた取組(職員研修の実施状況等)について確認し、事故防止体制の整備および事故報告の徹底を促している。	運営指導の一環として、利用者に対するサービス提供体制が適切に確保されているかを確認している。具体的には、事故発生時における事業所内の報告体制や、事故内容が保険者へ適切に報告されているかについて確認を行っている。あわせて、事故発生防止に向けた取組(職員研修の実施状況等)について確認し、事故防止体制の整備および事故報告の徹底を促している。	運営指導の一環として、利用者に対するサービス提供体制が適切に確保されているかを確認している。具体的には、事故発生時における事業所内の報告体制や、事故内容が保険者へ適切に報告されているかについて確認を行っている。あわせて、事故発生防止に向けた取組(職員研修の実施状況等)について確認し、事故防止体制の整備および事故報告の徹底を促している。	運営指導の一環として、利用者に対するサービス提供体制が適切に確保されているかを確認している。具体的には、事故発生時における事業所内の報告体制や、事故内容が保険者へ適切に報告されているかについて確認を行っている。あわせて、事故発生防止に向けた取組(職員研修の実施状況等)について確認し、事故防止体制の整備および事故報告の徹底を促している。	運営指導の一環として、利用者に対するサービス提供体制が適切に確保されているかを確認している。具体的には、事故発生時における事業所内の報告体制や、事故内容が保険者へ適切に報告されているかについて確認を行っている。あわせて、事故発生防止に向けた取組(職員研修の実施状況等)について確認し、事故防止体制の整備および事故報告の徹底を促している。
指導・報告内容	市町村への指導 事故報告に基づいて県としての必要な対応方法を検討しつつ、保険者である市町村に助言をしたい。					県への報告 四半期ごとに、県からの依頼に基づき、市に報告された事故情報をもとに、サービス種別および事故種別(例:転倒、転落等)ごとに事故件数を集計し、県へ報告している。あわせて、事故に関連する苦情や、各サービスに対する苦情についても件数を集計し、報告している。

注1:本内容は現在未実施であるが、今後の実施意向が示された事項である。

[研究3]

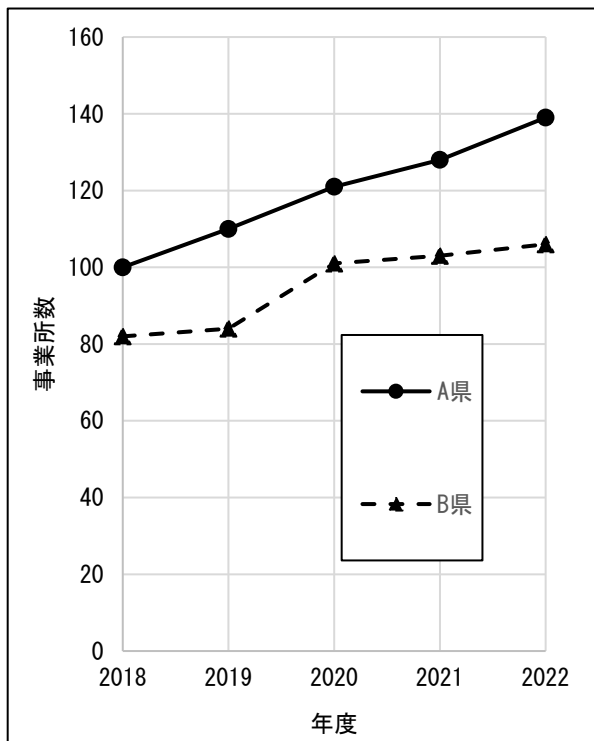


図1. 2県における訪問看護事業所数の推移

別添3

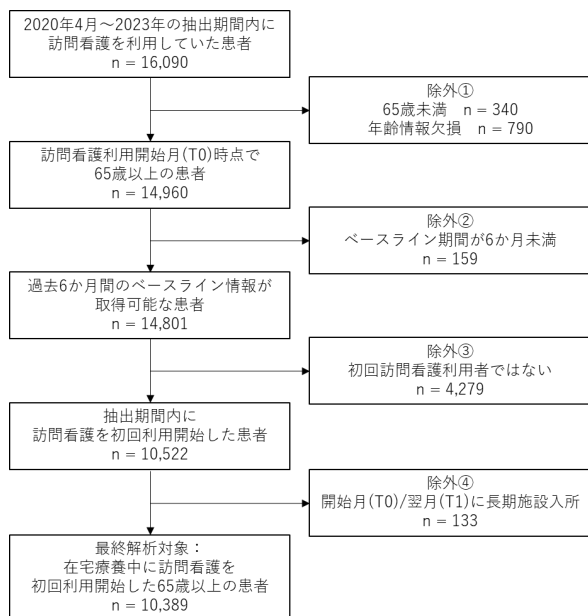


図2. 研究対象者の選択過程

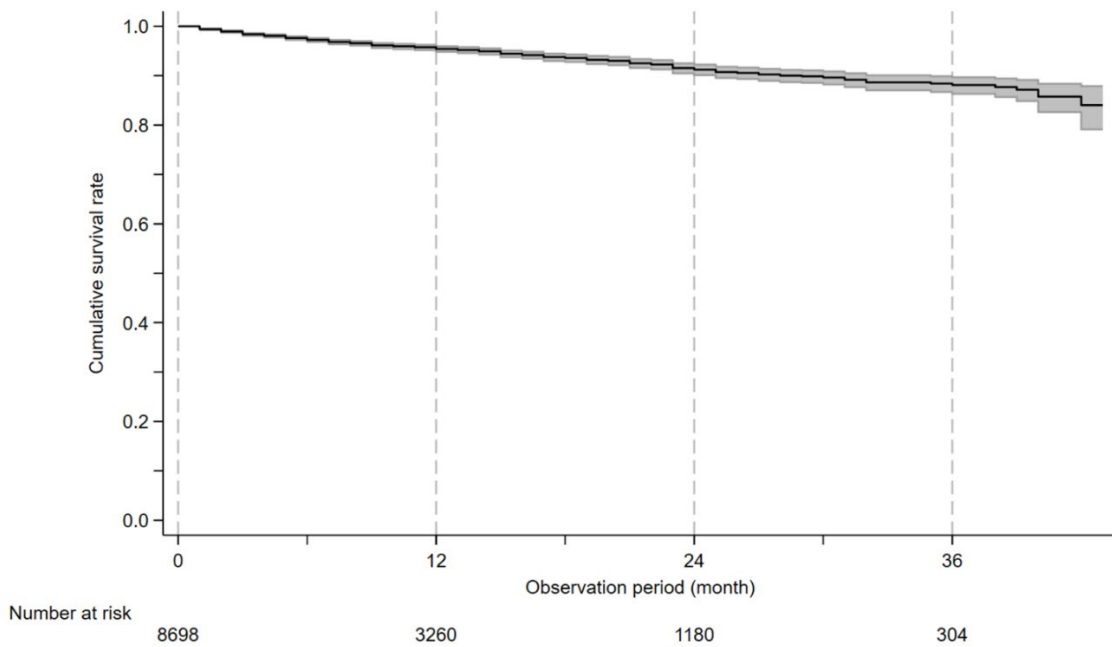


図3. 訪問看護利用継続中の外傷入院発生状況 (N=10,389)

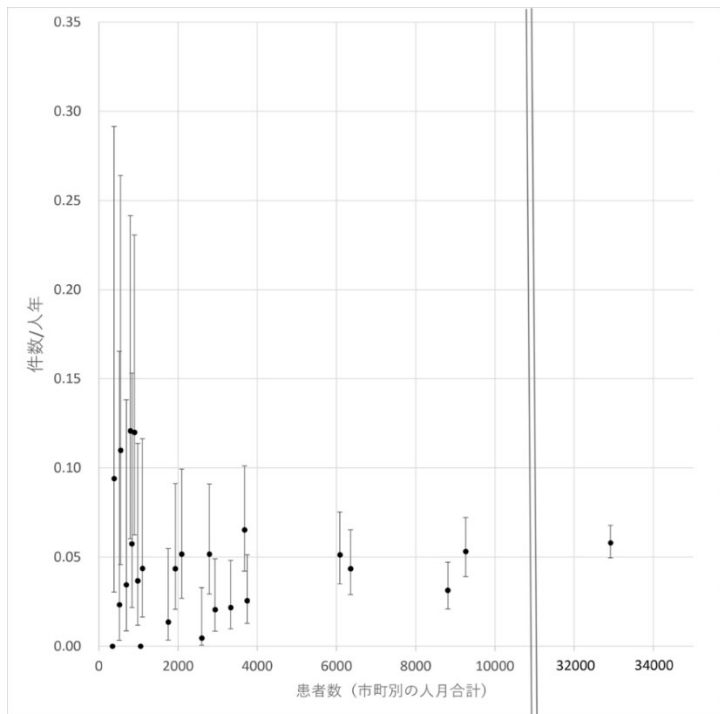


図4. 訪問看護の利用を継続中の外傷入院（患者居住地の市町別）

表1. 介護事業所に関するデータ

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

表2. 訪問看護事業所の比較（2022年度）

事業所特性	A 県		B 県	
事業所数	139		106	
所在地				
市	130	(94%)	88	(83%)
町	9	(6%)	18	(17%)
総従業員数 (常勤換算)	5.8	(4.1)	6.1	(4.5)
看護師数 (常勤換算)	4.1	(3.1)	4.1	(2.4)
利用者数	37.0	(41.9)	19.1	(18.3)
法人の種類				
医療法人	30	(22%)	44	(42%)
会社	83	(60%)	43	(41%)
その他	26	(19%)	19	(18%)

データは n (%) または平均 (標準偏差) で示す。

表3. 研究対象者の背景 (N=10,389)

年齢 (T0) , mean (SD)	84.1	(7.2)
男性, n(%)	4,699	(45.2)
要介護度 (T0) , n(%)		
要支援 1	579	(5.6)
要支援 2	949	(9.1)
要介護 1	2,117	(20.4)
要介護 2	2,164	(20.8)
要介護 3	1,584	(15.2)
要介護 4	1,845	(17.8)
要介護 5	1,151	(11.1)
既往歴, n(%)		
骨折	1,207	(11.6)
外傷 (骨折含む)	2,387	(23.0)
心疾患	429	(4.1)
関節疾患	2,158	(20.8)
呼吸器疾患	606	(5.8)
脳血管疾患	505	(4.9)
悪性腫瘍	988	(9.5)
認知症	63	(0.6)
在宅医療利用, n(%)	796	(7.7)
褥瘡・創傷処置歴, n(%)	1,592	(15.3)
救急外来受診歴, n(%)	792	(7.6)
入院歴, n(%)	4,096	(39.4)
退院準備サービス利用歴, n(%)	551	(5.3)

※T0 = 訪問看護利用開始時点

**表4. 訪問看護継続利用中のイベント発生
(N=10,389)**

受診/入院, n(%)		
入院	2,964	(28.5)
外傷	2,718	(26.2)
外傷入院(1回以上)	823	(7.9)
T0時点の外傷入院	365	(3.5)
外来受診	8,700	(83.7)
外来受診(時間外)	3,159	(30.4)
救急外来受診	778	(7.5)
有害事象, n(%)		
尿路感染症	136	(1.3)
誤嚥性肺炎	37	(0.4)
褥瘡	641	(6.2)

[研究4]

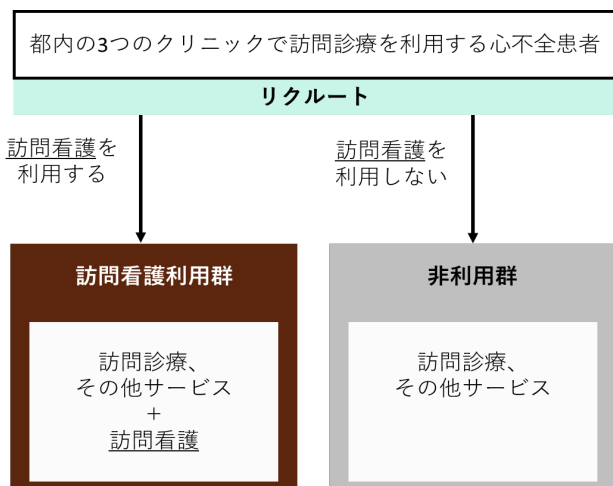


図1. 訪問看護利用群と非利用群への組み入れ

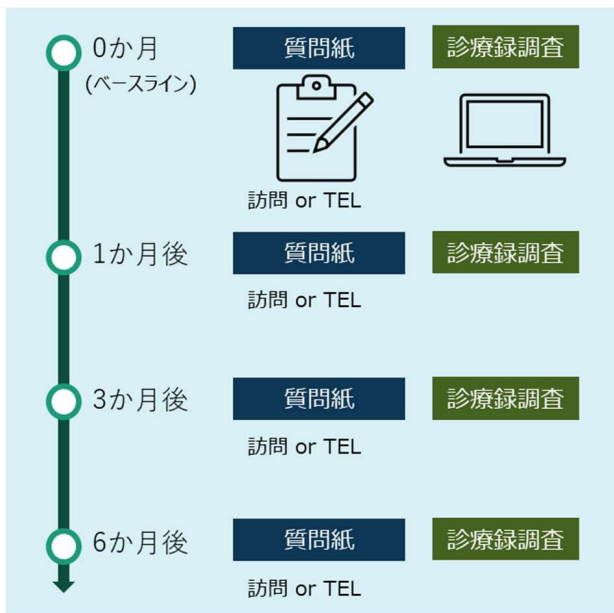


図2. データ収集時点と調査方法

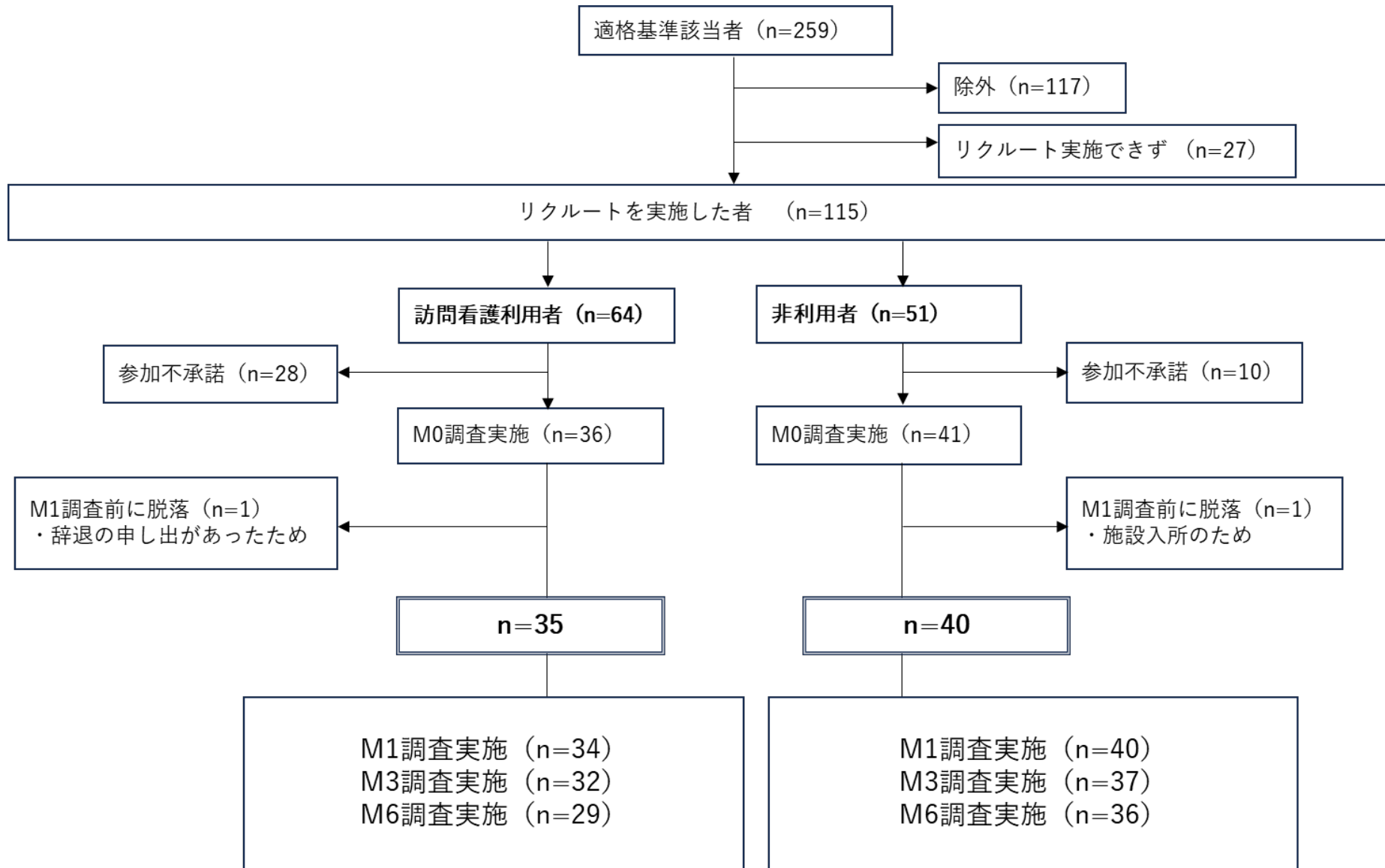


図3. 対象者リクルートフロー

表1 対象者の基本属性 (N=75)

		全体 n=75 Mean±SD n (%)	訪問看護 利用群 n=35 Mean±SD n (%)	訪問看護 非利用群 n=40 Mean±SD n (%)	p値
年齢 (歳)		88.9±5.4	87.9±5.4	89.8±5.4	0.126 ^a
性別	女性	50 (66.7)	20 (57.1)	30 (75.0)	0.164 ^c
NYHA	II	43 (57.3)	18 (51.4)	25 (62.5)	0.463 ^c
	III	32 (42.7)	17 (48.6)	15 (37.5)	
世帯構成	独居	21 (28.0)	7 (20.0)	14 (35.0)	0.447 ^c
	夫婦のみ	14 (18.7)	8 (22.9)	6 (15.0)	
	子と同居	37 (49.3)	18 (51.4)	19 (47.5)	
	その他	3 (4.0)	2 (5.7)	1 (2.5)	
介護度	要支援1	10 (13.3)	4 (11.4)	6 (15.0)	0.459 ^b
	要支援2	15 (20.0)	8 (22.9)	7 (17.5)	
	要介護1	16 (21.3)	5 (14.3)	11 (27.5)	
	要介護2	13 (17.3)	5 (14.3)	8 (20.0)	
	要介護3	11 (14.7)	6 (17.1)	5 (12.5)	
	要介護4	8 (10.7)	5 (14.3)	3 (7.5)	
	要介護5	2 (2.7)	2 (5.7)	0 (0.0)	
医療処置	あり	27 (36.0)	15 (42.9)	12 (30.0)	0.360 ^c
NT-pro BNP (pg/ml) ^{*1}		3203.4±3474.8	4779.2±4305.0	1755.3±1410.1	<0.001 ^b
LVEF (%) ^{*2}	≧50	46 (61.3)	15 (42.9)	31 (77.5)	0.005 ^c
	<50	23 (30.7)	17 (48.6)	6 (15.0)	
訪問看護以外のサービス利用	訪問介護	14 (18.7)	7 (20.0)	7 (17.5)	1.000 ^c
	訪問リハビリ	20 (26.7)	16 (45.7)	4 (10.0)	0.001 ^c
	通所介護	23 (30.7)	5 (14.3)	18 (45.0)	0.009 ^c
直近1年の心不全入院	あり	41 (54.7)	25 (71.4)	16 (40.0)	0.013 ^c

a, t検定 b, Mann-WhitneyのU検定 c, χ^2 検定 Mean, 平均; SD, 標準偏差

*1 NT-pro BNP, N末端プロ脳性ナトリウム利尿ペプチド; 欠測ありn=71(訪問看護利用群n=34) *2 LVEF, 左室収縮率; 欠測ありn=69(訪問看護利用群n=32)

表2 事故の発生 (n=75)

	全体 n=75 n(%)	訪問看護利用群 n=35 n(%)	訪問看護非利用群 n=40 n(%)	<i>p</i>
転倒・転落				
転倒転落なし	40 (53.3%)	17 (48.6%)	23 (57.5%)	0.249
外傷伴わない転倒転落あり	16 (21.3%)	6 (17.1%)	10 (25.0%)	
外傷伴う転倒転落あり	17 (22.7%)	10 (28.6%)	7 (17.5%)	
わからない	2 (2.7%)	2 (5.7%)	0 (0.0%)	
褥瘡関連	5 (6.7%)	3 (8.6%)	2 (5.0%)	0.877
転倒以外の負傷	3 (4.0%)	1 (2.9%)	2 (5.0%)	1.000
コンプライアンス不良による症状悪化	3 (4.0%)	2 (5.7%)	1 (2.5%)	0.906
内服/薬剤関連	6 (8.0%)	3 (8.6%)	3 (7.5%)	1.000
点滴・注射関連	2 (2.7%)	1 (2.9%)	1 (2.5%)	1.000
事故あり	44 (58.7%)	24 (68.6%)	20 (50.0%)	0.163
事故なし	31 (41.3%)	11 (31.4%)	20 (50.0%)	

以下の事故の発生はみられなかった;

自傷/自殺, 誤飲/異食, 経管栄養関連, 処置・介助にともなう負傷, 未訪問, 麻薬関連, 点滴ライン関連

[結果の統合]

訪問看護事業所における望ましい安全管理体制に関する指針（案）

- (1)組織文化・理念の浸透
 - ①安全管理に対する基本理念の定期的な明示
- (2)体制・仕組みの整備
 - ②安全管理に関する担当者・系の配置
 - ③事故発生時の具体的な対応手順の文書化・整備
- (3)教育・人材育成と安全文化の醸成
 - ④事故防止と安全管理についてスタッフ全員への教育・研修機会の提供
 - ⑤事故発生時の当事者スタッフへのサポート体制の整備(安全文化の醸成/心理的安全性の保障)
- (4)事例共有と組織学習の実施
 - ⑥事業所全体で事故等の事例を共有する機会や体制の確保
 - ⑦事業所の安全管理についてスタッフ間で検討する場の定期的な設置
- (5)組織を超えた学習機会の確保
 - ⑧他事業所で起きた事故事例についての情報共有機会の確保
- (6)PDCAサイクルの実践
 - ⑨発生した事故等に関する事業所内での対策検討と計画・実施・評価の実践

図1. 訪問看護事業所における望ましい安全管理体制に関する指針（案）

図2. 事故情報等集積・共有システムのモデル案(研究2)