

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

在宅・介護施設等における医療的ケアに関連する事故予防のための研究

研究代表者 橋本 廸生 公益財団法人日本医療機能評価機構 常務理事

研究要旨：

病院において発生する医療事故については、公益財団法人日本医療機能評価機構が実施する医療事故情報収集等事業や一般社団法人医療安全調査機構が実施する医療事故調査制度によって原因分析・再発防止の取り組みがなされている。一方、介護施設で発生した事故については、介護施設から市(区)町村への報告が義務付けられているが、集計、原因分析・再発防止等の実態があまり明確でない。本研究では、介護保険のしくみで行われている事故報告の実態を把握するため、介護老人保健施設および地方自治体(県・市区)を対象にヒアリング調査を実施した。併せてインターネットを通じた介護事故情報収集のしくみについて、収集する項目案および仕様書を作成した。

ヒアリング調査の結果、①介護老人保健施設で事故が発生した場合、所在地の自治体および当該利用者の保険者である自治体にそれぞれ報告書を提出しており、報告書のフォーマットや報告対象とする事故の基準が自治体によって異なる場合が多いこと、②紙ベースでの報告が主であり、自治体では提出された報告書を職員が手入力でデータ化していること、③報告された事例について月次または年次集計を行っている自治体であっても、原因分析・再発防止に活用されている自治体は少ないこと がわかった。

インターネットを通じた介護事故情報収集のしくみについては、共通のフォーマットと定義が必須であることから、各自治体が使用しているフォーマットや医療事故情報収集等事業で使用している項目をもとに収集項目案を作成した。また、システム業者に委託し、事故情報収集システムを構築するうえで必要となる基本的なフローや非機能要件等をまとめた仕様書を作成した。

2年目以降は、全国的な介護事故情報収集・原因分析・再発防止のしくみの構築に向けて、今回仕様書を作成した事故情報収集システムの実効可能性等を評価するとともに、任意の介護施設から試行的に事故情報を収集し、原因分析・再発防止策の検討を行う。併せて、特別養護老人ホーム等、介護老人保健施設以外の介護施設における事故予防の取り組み状況、体制等の把握を行うこととしている。

研究分担者(五十音順) :

後 信

公益財団法人日本医療機能評価機構

執行理事

栗原博之

公益財団法人日本医療機能評価機構

教育研修事業部 部長

坂口美佐

公益財団法人日本医療機能評価機構

医療事故防止事業部 部長

研究協力者(五十音順) :

江澤和彦

公益社団法人日本医師会 常任理事

加塩信行

医療法人社団永生会永生病院 副院長

仲井培雄

一般社団法人地域包括ケア病棟協会 会長

山野雅弘

公益社団法人全国老人保健施設協会

管理運営委員会 副委員長

に関する情報提供等を行われておらず、介護施設においてどのような医療事故がどのような原因でどの程度の頻度で発生しているか、予防および再発防止についてどのような取り組みがなされているか等の分析、また、その結果のフィードバックはほとんど行われていない。

現在、医療提供体制は、従来の病院を中心とした医療から在宅を含めた地域全体での医療・介護という仕組みに移行しつつあり、介護施設においても安全な医療・介護の実施が求められている。今後、超高齢化社会を迎えるにあたり、介護施設の果たす役割は益々大きくなるため、国民の介護施設に対する様々な要求がさらに高まる可能性が考えられる。

介護施設と医療機関では医療的ケアを実施する職員の職種や構成が異なるため、介護施設で発生する医療的ケアに関する事故については、発生するプロセスや背景要因、根本原因などが医療機関における事故とは異なる可能性が示唆される。従って、介護施設において発生した事故事例を収集し、詳細に分析することは、介護施設における安全な医療的ケアの提供に大きな意味を持つものと考えられる。

本研究では、医療事故情報収集等事業および薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業に関する日本医療機能評価機構の経験を参考に、介護施設における医療・介護の質および安全の向上を目的に、介護施設において発生した医療的ケアに関する事故等を収集・分析し、再発防止に取り組むといった全国規模の事故予防の仕組みを構築することについて検討する。

A. 研究目的

医療機関における医療事故の発生状況および対策については、日本医療機能評価機構が医療事故情報収集等事業として2004年から実施しており、医療事故情報収集等事業には、2018年12月31日現在、合計1,502施設が参加している。2018年に報告された医療事故情報は4,565件であった。2017年の年間報告件数は約3900件であり、報告された内容は四半期ごとの報告書および年報等を通じて医療の質・安全の向上を図っている。また、2015年10月からは医療事故調査制度が施行され、全医療機関から死亡事例の分析報告が登録されるようになっていく。しかし、介護施設については、全国規模の報告・集計の仕組みや再発防止

B. 研究方法

1. 事故情報報告の仕組みに関する実態調査

(1) 介護施設へのヒアリング調査

介護施設のうち、医療提供度が高い介護老人保健施設を対象にヒアリング調査を行った。ヒアリング先は、研究協力者等から推薦された施設を中心に候補を選定し、協力に同意を得られた施設を対象とした。

ヒアリング調査では、以下の8項目についてヒアリングを行った。回答の匿名性を担保するため、施設名、所在地、回答者名等は匿名として扱うこととした。

No.	ヒアリング項目(施設)
1	医療・介護の質・安全に関する組織体制
2	事故報告・再発防止の仕組み
3	職員教育の状況
4	課題と認識している点
5	市町村、他施設との連携または情報共有の状況
6	事故情報収集・分析・再発防止の仕組みに対するニーズ、要望
7	行政への要望
8	その他(事故情報収集システムへの意見・感想等)

(2) 地方自治体へのヒアリング調査

介護施設ヒアリングのヒアリング先所在地を中心に、県市区等の担当者を対象としてヒアリング調査を実施した。調査項目は以下の8項目である。

No.	ヒアリング項目(自治体)
1	事故報告制度の概要
2	収集された事故情報の活用状況
3	担当部署の体制
4	実地調査の実施状況
5	集合研修の実施状況

6	県内の他の自治体との連携状況
7	課題と認識していること
8	その他(事故情報収集システムへの意見・感想等)

2. 事故情報収集システムの検討

自治体への事故報告のフォーマットや医療事故情報収集等事業で用いられている報告項目をもとに、「介護事故情報収集システム(仮称)」の収集項目および仕様について検討を行い、仕様書を作成した。

(倫理面への配慮)

本研究では、介護施設利用者の個人情報は収集しない。また、ヒアリングを実施した介護施設や地方自治体を特定できる情報等は公表しないことにより、倫理的な問題が生じないように配慮している。なお、本研究の実施に当たっては、事前に公益財団法人日本医療機能評価機構の研究倫理審査委員会に申請し、研究計画について各種倫理指針に該当しない研究であること、および研究代表者、研究分担者の利益相反がない旨承認を得ている。

C. 研究結果

1. 事故情報報告の仕組みに関する実態調査

(1) 介護施設へのヒアリング調査

介護老人保健施設 17 施設にヒアリングを実施した。回答者は施設の長、医療安全担当者等であり、職種は医師、看護師、介護職、リハビリ職等が中心であった。いずれの施設でも、施設長を中心に安全に関する委員会を定期的で開催しており、発生した事故の原因分析や再発防止等の検討を行っていた。

施設内では事故報告様式が定められて

おり、ヒヤリ・ハット事例を含めて情報が報告され、共有されていた。いくつかの施設においては事故とヒヤリ・ハット事例を区別せず、すべてを報告することとしていた。

いずれの施設でも発生頻度の最も高い事故は転倒・転落であったが、骨折等の重大事故は年間 1-2 例であるとする施設が多かった。複数の施設では、事故予防・再発防止策として、センサーマットの導入やベッド等の家具の配置等を工夫していた。また、事故予防の取り組みとして、写真を用いた KYT(危険予知トレーニング)を取り入れた職員研修や、業務マニュアルの整備・改定などを行っている施設もあった。

他の施設との連携については、近隣の他の老健施設と職種ごとの会合が定期的に行われているとする施設があった。一方、同一法人内であっても「他施設との情報共有の機会はあまりない」「共通の研修やマニュアルではない」とする回答もあり、地域や施設によってばらつきがあることが明らかとなった。

自治体への事故報告は各自治体の定義に従って行われていた。しかし、施設所在地の自治体と当該利用者の保険者である自治体の報告書式が異なっていたり、県と市で独立に報告が求められたりする場合があった。薬に関する事例はすべて報告することと定められている自治体においては、下剤の飲ませ忘れなど軽微と思われる事例についても「誤薬」として法人印を押印した報告書の提出が必須とされる状況があり、事故事例の集計でも「誤薬」が半数を占めていた。施設職員の業務負荷となっているだけでなく、全国的な事故の発生件数の集計を出そうとする場合にも課題となるため、書式や定義の統一に対する要望が多く聞かれた。

(2) 自治体へのヒアリング調査

2018 年度は、4 県、6 市区へヒアリングを実施した。回答者は老人保健課の係長等が中心であった。

すべての自治体で紙媒体の報告書を用いていた。報告書の書式は選択式を中心とする自治体と自由記載中心とする自治体があった。また、同一都道府県内であっても報告書式や報告対象とする事故の定義が統一されていないなかったり、県と市が独立に報告を求めていたりする例もあった。ほとんどの自治体が事故発生件数の集計を行っていたが、事故の分析を行った結果を研修に活用していたり、事故事例集を作成し注意喚起を行ったりしている自治体は半数に満たなかった。

2. 事故情報収集システムの検討

自治体の報告書様式に共通する事項をベースとして、介護事故情報収集システム(仮称)の開発の基本となる仕様書を作成した。事故事例の登録方式として、介護施設から登録する方式と介護施設から報告された事例をもとに自治体職員が登録する方式が考えられるが、自治体間の報告書式や報告する事例の定義が異なることから、事前に運営組織から ID・パスワードを発行された介護施設から直接登録することを想定した。

一方、登録された事故事例については、当該利用者の個人情報や施設情報をマスキングしたうえで一般に公開し、事故の種別等のキーワードで検索できるようにする。これにより、登録された事例をもとに教育研修資料の資料として活用したり、再発防止策を共有したりする等の二次利用ができるようになる。

また、基本的な集計は自動で計算される設計とし、運営組織では集計結果および原因分析や再発防止等の情報を定期的に報告

書として公表できるしくみを想定している。

登録する事例情報として、利用者の情報(年齢、性別、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、要介護度)、事故の種別(転倒・転落、誤嚥、異食等)、事故の影響(骨折、打撲・捻挫・脱臼、外傷、熱傷等)、被害の程度(レベル0~5)のほか、原因分析および再発防止について自由記載欄を設け、各施設で検討された原因分析の結果や再発防止策を共有できるようにした。

介護事故情報収集システム(仮称)は水道、電気、鉄道のような社会的に非常に重要なインフラではなく、個人情報も含まれないことから、セキュリティ的には軽度~中程度のシステムとして非機能要件を定義した。

D. 考察

本研究の結果、介護保険制度のなかで行われている事故報告の書式や報告対象の定義が自治体によってさまざまであること、紙ベースの報告であるため、介護施設職員にとっても自治体職員にとっても業務負担となっていること、都道府県単位での集計が公表されている場合とされていない場合があること、市町村に報告した事故情報について介護施設には原則としてフィードバックはないこと(都道府県単位での集計が公表されていても個別介護施設にはフィードバックされていない例が多かった)、等の課題が明らかとなった。

これらの課題を改善する方策として、本研究班では、共通の様式および定義で全国的に事故事例を収集し原因分析・再発防止を検討するしくみ「介護事故情報収集システム(仮称)」を提案する。このしくみが実現すれば、①対象とする事故情報の定義および報告様式の統一、②報告された事例の集計にかかる労力の軽減、③収集された事故

事例の原因分析・再発防止等の検討 という課題を解決することができる。また、収集された事故事例を匿名化したうえで検索できる形でインターネット上に公開することにより、介護事故情報収集システム(仮称)に参加登録している介護事業所だけでなく、システムに未登録の介護事業所職員、自治体の担当者、病院・医療機関の職員等で幅広く情報共有できるようになり、④事故事例やその対策の共有(フィードバック) という現状の課題をも解決することができる。

なお、このしくみへの事例登録フローとして、

1. 自治体に報告された事故事例を自治体職員が登録する
2. 自治体への報告と並行して介護事業所から直接登録する

の二通りのフローが考えられる。現状では、①各自治体が用いている事故報告の様式や定義が異なっていること、②自治体へ報告された事故情報の第三者への提供について各自治体の規程(実施要領等)に定めがないこと、③自治体には情報開示請求があった場合の開示義務があり、情報の秘匿性を担保できないこと、などの理由から、少なくとも当面は2.の介護事業所から直接登録するフローとするほうが現実的であろうと考える。

ヒアリングの過程で、各施設における事故予防のさまざまな取り組みについてお話を伺うことができた。全国老人保健施設協会では、「転倒・転落、誤嚥、溺水が老健の三大事故」としているが、ヒアリングを行った施設では誤嚥や溺水は発生頻度が非常に低く、転倒・転落に次いで多く発生する事故は外傷(表皮剥離、あざ)等であるとする施設がほとんどであった。死亡事故等の重大事故につながる危険の高い事故については予防の取り組みが行われているため、軽微

な事故が目立つ結果になっている可能性がある。インフルエンザ等の感染症についてもいずれの施設でも対策を講じており、入り口にアルコール式手指消毒薬を配置して来訪者に使用を呼びかける掲示をしたり、来訪者にマスクの着用や検温を求める等の対応を実施している施設も多かった。

また、いずれの施設においても利用者家族と密接なコミュニケーションを図っており、「絆創膏一枚でも家族に電話して報告する」と話す施設もあった。日常から積極的にコミュニケーションを密にすることにより、利用者家族と良好な関係を構築し、利用者家族からのクレームを予防している。

ヒアリングの中で、ある施設の医療機関勤務経験のある看護師から「医療では常に先のことを予測して対応しがちだが、介護においては利用者の行動を<待って>対応する」との発言があった。「入所から1-2週間で、利用者が施設での生活に慣れてくる。また、職員も利用者の自立度だけでなく、行動パターンや嗜好、性格、家族の状況などを把握し、個別の利用者に合わせた予防策を講じられるようになるが、それまでの期間が最もハイリスクだ」という話も複数の施設のヒアリングで聞くことができた。医療機関と介護施設の違いということはよく言われるが、単に職員構成が異なるというようなストラクチャー上の違いだけではなく、行動の根本的な考え方や患者・利用者との向き合い方等の組織風土も大きく異なることがわかった。

今回のヒアリング対象施設は本研究班の関係者から推薦された施設のうちヒアリングに承諾を得られた施設であるため、平均的な介護老人保健施設であるのか、事故予防等に特に先進的に取り組んでいる施設であるのかについては判断できる情報が無い。今回のヒアリング対象施設では、同一法

人内に病院があったり、病院勤務経験のある看護師が在籍していたりするなど、病院で行われている医療安全の取り組みに準じて事故予防、再発防止に取り組んでいる施設が多かった。ヒアリングの際にも、ほとんどの施設で「ほかの施設も同様に取り組んでいると思う」「うちの施設が特に優れているとは思わない」等の言葉が聞かれた。今回のヒアリング対象以外の老健や老健以外の介護施設や介護事業所において同様の対応や介護事故情報収集システム(仮称)への事件事例登録が可能かどうかの検証は今後の課題である。

E. 結論

介護施設における事故の発生状況について、介護老人保健施設と地方自治体を対象にヒアリング調査を行った。その結果、各施設で発生している事故の大部分が軽微な事故であること、各自治体の定義に従って事故報告がなされていること、各施設において事故予防・再発防止の取り組みがなされていることが明らかとなった。一方、自治体への事故報告制度については様式や定義、報告された事例の集計、フィードバック、ならびに介護施設間での情報共有等の取り組みに地域差が大きかった。

介護施設における事故の状況を可視化し、介護現場の質・安全を向上させるためには、医療機関で行われているように、事故情報を集約して原因分析・再発防止の検討を行い、その結果を広くフィードバックするしくみが有用である。本研究では、インターネットを通じて介護施設から事故情報を登録できる「介護事故情報収集システム(仮称)」について基本的な仕様を検討し仕様書を作成した。今後、「介護事故情報収集システム(仮称)」の試行を行うことによりその実効可能性を評価するとともに、介護老人保健施

設以外の介護施設または事業所において同様のしくみを活用することが可能かどうかを検証していく必要がある。

なし

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

H. 知的財産権の出願登録状況

なし

I. 知的財産権の出願・登録状況

なし

