

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
(H30-長寿-一般-004)

研究代表者 橋本 迪生 公益財団法人日本医療機能評価機構 常務理事

研究要旨:

<背景・目的>

医療機関における医療事故については、当機構の医療事故情報収集等事業や医療事故報告制度等、全国的な情報収集・再発防止の仕組みがあるが、介護施設については、全国規模の報告・集計の仕組みおよび再発防止に関する情報提供等を行われておらず、実態や原因分析、再発防止等のフィードバックはほとんど行われていない。このような状況の中で、本研究では、全国の介護施設における医療事故等の実態調査から主な医療事故等の原因を分析し、有用な事故防止策を提言するとともに、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とした全国規模の事故予防の仕組みの構築について検討することとしている。

2019年度は、3年計画の2年目として、事故予防・再発防止の取り組み等の実態の把握および初年度に仕様を検討した「介護事故情報収集システム（仮称）」の老健以外の介護施設への展開可能性について介護老人保健施設（老健）および介護老人福祉施設（特養）にヒアリング調査を実施した。また、「介護事故情報収集システム（仮称）」のフォーマットの実用性を評価するため、老健を対象に事故情報収集フォーマットを用いた事故事例収集の試行を行った。

<方法>

(1) 介護施設等ヒアリング

老健、特養、介護医療院および自治体を対象にヒアリング調査を行なった。介護施設に対する調査項目は、初年度同様 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 の8項目とした。また、自治体に対する調査項目は ①介護施設における事故の発生状況について：部署の構成・体制、報告された事故事例の扱いがどのようになっているか、実際の報告件数(概要)等、②実地指導の実施頻度はどのくらいか。どのような構成(職種等)のチームが実地指導に行くのか、③事故報告があった施設・事業所へはどのような関わり方をしているか、④(事故報告の有無によらず)介護施設・事業所とはどのような関わり方をしているか、⑤県、近隣市町村、関連団体(県老健協、老施協等)との情報共有、連携等があるか。連携があればどのような内容か、⑥課題と認識している点、⑦その他、ご意見・ご要望等 の7項目とした。

(2) 「介護事故情報収集システム（仮称）」事故情報収集（試行）

2018年度に検討した「介護事故情報収集システム（仮称）」の事故情報登録フォーマットを用いて、2018年度に発生した事故のうち「処置・治療なし（経過観察・検査実施）」以上を対象として介護老人保健施設（老健）からレトロスペクティブに収集し、フォーマットの実用性を評価するとともに、集計・分析を行った。各施設で抽出した事例（原則20事例程度）の情報を所定のエクセルファイルに記入いただいた。データの授受はMicrosoft社のクラウドサービス”OneDrive”を利用した。フォーマットに記入する項目には対象となった利用者の年代・性別・背景情報のみが含まれ、氏名・年齢等の個人情報に含まれない。また、事故が発生した状況についても、発生日ではなく発生月と曜日、時間帯のみの情報とし、事故事例を特定できないようにした。

<結果と考察>

(1) 「介護事故情報収集システム（仮称）」事故情報収集（試行）

6都道府県の8施設から319件の事故情報を登録いただいた。事故の種別は、多い順に「転倒・転落」（124件、39.6%）、「その他療養上の世話」（84件、26.8%）、「スキントラブル」（38件、12.1%）であった。ただし、登録対象とする事故は各施設で発生した全事例ではなく、一部を抽出したものであり、抽出基準は施設の任意としたため、事故の種別ごとの割合から全体の発生率を推測することはできない。

事故情報登録後に実施したアンケートには8施設中7施設から回答いただいた。1事例あたりの平均入力所用時間については「10分未満」が4施設、「10-20分」が3施設であった。入力が難しかった項目および不要と思う項目として、「発見者（職員）または当事者（職員）の職種・経験年数」「診断名」「原因分析（環境要因）」を回答した施設があった（それぞれ1施設、1施設、2施設）。また、「介護事故情報登録システム（仮称）」の有用性については、7施設中5施設が「有用である」、2施設が「どちらとも言えない」と回答した。また、「介護事故情報収集システム（仮称）」からのフィードバックとして希望するものについては、A)一定期間に報告された事故情報の集計情報 5施設、B)他施設での再発防止の取り組み事例を紹介する資料（例：医療安全情報）7施設、C)報告した事故に対する専門家の助言等 5施設 等となっており、どのような事故に対してどのような対策が取られているのかまたはどのような対策が有用なのかという情報に対する関心が高いことがうかがえた。

(2) 介護施設等ヒアリング

6都道府県の9施設（特養4施設、老健4施設、介護医療院1施設）および1自治体を対象にヒアリング調査を実施した。なお、原則として訪問してヒアリングを行ったが、新型コロナウイルス感染症の影響により、一部の施設・自治体に対してはオンラインまたは書面でのヒアリングとした。いずれの施設においても事故の予防・再発防止等安全に関する委員会が毎月開催されており、発生した事故事例の原因分析等が行われていた。特養においては介護職が中心となって検討が行われている施設が多く、看護師を中心に取り組んでいる老健と

は職種の点で差が見られたが、施設内における事故報告（ヒヤリ・ハット報告を含む）の扱いや自治体への報告等の内容に大きな差は見られなかった。

一方、利用者の入所時のリスクアセスメントや職員研修については、病院と同じ敷地に設置されている施設とそうでない場合で多少の差が見受けられた。特に職員研修の状況については、病院と併設されている施設や病院を含む法人グループに属する施設では併設の病院の研修に介護施設職員が参加していたり法人としての教育・研修プログラムが確立されている施設が多かったが、そうでない場合は施設によってばらつきがある状況がうかがえた。なお、今回ヒアリング対象とした介護医療院は病院に併設されており、病院内の病棟とほぼ同じ位置付けで安全に対する取り組みが行われていた。介護施設から自治体への事故報告については、書面での報告であること、対象となる事故の定義や報告書式が自治体によって異なること、提出した事故情報に関するフィードバックはほぼないことなど、2018年度の結果と同様であった。

<結論>

「介護情報収集システム（仮称）」の事故情報登録フォーマットを用いた事故情報登録の試行およびその後のアンケートの結果、事故情報登録が可能なこと、いくつかの項目についてはより詳細な検討が必要であること、各項目（選択肢）の定義や対象とする事故事例の定義について明確な指針が必要であること、他施設での再発防止の取り組みなど、事故予防・再発防止に関する情報に対する要望が強いことが明らかとなった。

老健以外の介護施設として、特養および介護医療院にヒアリングを行った結果、老健同様、特養や介護医療院においても事故の施設内報告のしくみや集計、再発防止に対する取り組みがなされていることがわかった。また、「介護事故情報収集システム（仮称）」についても「他施設での事例や再発防止の取り組みに関する情報が得られるのであれば有用」との意見が聞かれ、概ね好評であった。その一方で、教育・研修の状況に施設によるばらつきがあることもうかがえ、予防・再発防止に資する情報の提供と合わせて質・安全に関する研修の仕組みの確立や研修を受けられる環境の整備も進められる必要がある。

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

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

栗原 博之

公益財団法人日本医療機能評価機構

統括調整役

横山 玲

公益財団法人日本医療機能評価機構

評価事業推進部企画課 課長

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

A. 研究目的

病院におけ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のほか、死亡事例については医療安全調査機構が行う医療事故報告制度が運用されている。一方、介護現場で事故が発生した場合は、介護保険制度の仕組みの中で保険者である自治体（主に市町村）へ報告することが義務付けられている。しかし、介護保険制度での事故報告の書式や対象となる事故の範囲（定義）は自治体によって様々であるだけでなく、

都道府県単位で発生件数が集計された発表されたり、報告された事故情報の概要が事故の予防や再発防止のために共有されることはほとんどなく、介護現場での事故の実態を把握することおよび発生予防・再発防止に向けた取り組みに活用することはできていない。

そのような背景の中で、本研究では、介護現場における事故の実態を把握し、現場での取り組みから発生予防・再発防止に資する情報を提供することを目的とし、2018年度から3カ年で研究を進めている。2年目となる2019年度は、初年度に検討を行った「介護事故情報収集システム（仮称）」の事故情報登録フォーマットを用いて介護老人保健施設（老健）から試行としてレトロスペクティブに事故情報を収集し、併せて「介護事故情報収集システム（仮称）」および事故情報登録フォーマットに関する意見を収集することにより、事故情報登録フォーマットの実行可能性および有用性を評価した。

また、介護老人福祉施設（特養）、介護医療院等、老健以外の介護施設を対象にヒアリング調査を実施し、老健以外の介護施設における事故予防・再発防止の取り組みの実態を把握し、2018年度に老健でのヒアリングを元に検討した内容の他の種別の介護施設への展開可能性について検討を行った。

B. 研究方法

1. 介護事故情報収集システム（仮称）の試行

2018年度に作成した事故登録フォーマットをExcel形式で作成し、OneDriveを用いて老健から事故情報を登録いただいた。事故登録フォーマットは別紙の通りである。対象とする事故は各施設で2018年度に発生した事故のうち約2-30件を施設で任意

に抽出した。登録された事例を集約し、対象となった利用者の年代・性別・入所してから事故発生までの入所期間・事故の発生した曜日および時間帯・事故の種別および影響の大きさ・原因（本人要因・サービス要因）等の集計を行った。

事故情報を登録いただいたのち、アンケート調査を実施することにより、事故登録フォーマットの検証を行った。アンケート項目は表1のとおりである。

表1. 協力施設アンケート項目

No.	アンケート項目
1	1 事例あたりの入力所要時間は平均何分くらいでしたか。
2	回答が難しい項目はありましたか。
3	不要と思う項目・選択肢はありましたか。
4	追加したほうがよいと思う項目・選択肢はありましたか。
5	事故情報の登録後、どのようなフィードバックを望めますか。（複数回答選択肢式）
6	事故情報登録システム（仮称）は事故の予防・再発防止に有用だと思いますか。
7	その他、介護事故情報収集システム（仮称）および事故情報収集フォーマットについて、ご意見・ご要望があればお書きください。

2. 介護施設等ヒアリング

本研究班関係者から推薦のあった施設のうち、ヒアリング依頼に承諾した施設を対象とした。6都府県の老健および特養各4施設、介護医療院1施設、自治体（市町村）1

を対象に、ヒアリング調査を実施した。ヒアリング調査の項目は表2および3の通りである。介護施設については2018年度のヒアリング調査と同一項目、自治体については2018年度より項目数を減らし、より具体的な項目とした。なお、ヒアリング調査は原則として対面で実施したが、新型コロナウイルス感染症の流行拡大防止のため、一部はオンラインまたは書面での調査とした。

表2. 介護施設ヒアリング項目

No.	ヒアリング項目
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

表3. 自治体ヒアリング項目

No.	ヒアリング項目
1	介護施設における事故の発生状況について：部署の構成・体制、報告された事故事例の扱いがどのようになっているか、実際の報告件数（概要）等
2	実地指導の実施頻度はどのくらいか。どのような構成（職種等）のチームが実地指導に行くのか
3	事故報告があった施設・事業所へはどのような関わり方をしているか

No.	ヒアリング項目
4	(事故報告の有無によらず)介護施設・事業所とはどのような関わり方をしているか
5	県、近隣市町村、関連団体(県老健協、老施協等)との情報共有、連携等があるか。連携があればどのような内容か
6	課題と認識している点
7	その他、ご意見・ご要望等

C. 結果および考察

1. 介護事故情報収集システム(仮称)の試行

「介護事故情報収集システム(仮称)」そのものは予算の関係で構築できなかったため、Excel形式の事故情報登録フォーマットを用いて事故情報を登録することでフォーマットの評価を行い、試行とした。超強化型5施設、在宅強化型2施設、加算型1施設からなる合計8施設から合計319件の事故情報を登録いただいた。義歯の破損・紛失など、事故に該当しない20件を除外し、集計・分析の対象とした。

事故の対象者の年齢は85-89歳が最も多く、対象の6割以上が女性であった。事故発生時の入所期間は4週間以上が約7割であった。登録する事故事例の選別基準を詳細に定義せず任意としたため、収集された319事例は協力施設におけるや日本全体の介護施設における事故の発生状況の全体像を示すものではないことに留意する必要がある。

原因分析については、本人要因・サービス要因・環境要因のそれぞれについてよくあると思われるものを複数回答可能な選択肢として設定した上、自由記述欄を設けた。

しかし、当該事故の直接原因ではなく当該利用者の背景情報と思われる障害が「本人要因」の項で選択されている事例があったほか、「サービス要因」の項で「確認を怠った」「観察を怠った」が選択される事例が転倒・転落事例(124件)でそれぞれ12.9%、31.5%、誤薬・薬剤(17件)でそれぞれ82.4%、11.8%など、高い割合となった。「観察を怠った」→「注意して観察する」、「確認を怠った」→「確認に気をつける」というように、組織の仕組みの改善ではなく個々の職員の注意に依存する再発防止策に結びつきがちであり、具体的かつ有効な改善策に繋がりにくい可能性がある。「介護事故情報収集システム(仮称)」を実際に構築する際には、(1) 要因分析について選択肢を設けるか否か、(2) 選択肢を設けた場合、その選択肢の定義をどの程度細かく設定するか等について改めて検討する必要もあることが明らかとなった。

事故情報収集フォーマット案について行なったアンケートでは、協力施設8施設中7施設から回答を得た。1事例あたりの平均入力所用時間については「10分未満」が4施設、「10-20分」が3施設であった。入力が難しかった項目および不要と思う項目として、「発見者(職員)または当事者(職員)の職種・経験年数」「診断名」「原因分析(環境要因)」を回答した施設があった(それぞれ1施設、1施設、2施設)。また、「介護事故情報登録システム(仮称)」の有用性については、7施設中5施設が「有用である」、2施設が「どちらとも言えない」と回答した。「どちらとも言えない」と回答した2施設からは、「環境や施設の取り組みなど違うので、参考にはなるがそのまま施設に適用できるわけではない」「集計結果をもとに事故の予防・再発防止が飛躍的にできるとは

考えにくい」ことがその理由として挙げられた。

2. 介護施設等ヒアリング

6 都府県の老健および特養各 4 施設、介護医療院 1 施設、行政（市町村）1 を対象に実施した。特養では介護職を中心に安全や事故予防・再発防止の取り組みが行われている施設がほとんどであった。施設により多少のばらつきは見られたが、介護職を中心に詳細な集計・分析と再発防止の取り組みがなされている施設もあった。いくつかの施設においては、近隣の他の特養の状況として、職員不足のために外部の研修に職員を参加させられない施設があること等の回答があった。

病院に隣接している施設や病院を含む大規模な法人グループの施設では、法人・グループ全体での教育研修のしくみが確立されていたり、隣接する病院で実施される医療安全に関する研修に介護施設の職員も参加するなど、手厚い研修が実施されているが、そうでない場合に職員の育成に対して施設間のばらつきが生じやすい可能性がある。

老健においては、全国老人保健施設協会（全老健）が実施する「リスクマネージャー制度」があり、事故の予防を含めたリスク管理に関する研修体制が確立されており、約 2,300 名が研修を修了している。一般に、介護に関するリスクマネジメントの教育・研修、資格認定としては、介護支援専門員および社会福祉士等を対象に一般社団法人ケアリスクマネージャー協会が実施する「ケアリスクマネージャー資格認定」があるが（<https://www.carerisk-manager.com/>）、今回ヒアリングを行った特養では特にこの資格を有する職員が事故予防・再発防止等

の取り組みの中心になっているという回答は聞かれなかった。

1. で試行を行った「介護事故情報収集システム（仮称）」の運用が始まった場合は、収集された情報をもとに警鐘的事例や多発事例について予防・再発防止に関する資料を作成してフィードバックすることを想定しているが、フィードバックした資料が介護施設でどのように活用されるかは介護施設職員の意欲・能力や施設としての取り組みの活発さに依存する部分も大きい。介護現場における質・安全を高めるためには、情報のフィードバックと並行して、介護施設職員に対する教育・研修の仕組みの確立や研修を受けられる環境の整備も進められる必要がある。

いずれの施設においても、自治体に提出した事故報告について、他施設の警鐘的事例や自治体内の集計値等のフィードバックがほとんどないことが行政への要望として聞かれた。これは 2018 年度のヒアリング調査と同様であった。

2019 年度にヒアリング対象とした自治体は 1 つのみであった。当該市では、事故報告の共有は行われていなかったが、実地指導の際に事務系職員だけではなく社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、看護師、介護支援専門員等の資格を持つ嘱託職員が同行して実地指導を行っているとのことであった。事務系職員のみによる実地指導に比べてより具体的かつ実地的な指導が行われている可能性があり、優れた取り組みであると言える。

D. 結論

2018 年度に仕様を検討した「介護事故情報収集システム（仮称）」の事故登録フォーマットの試行の結果、1 事例あたり平均 10

分程度で入力できること、当事者や発見者となった職員の勤続年数等いくつかの項目は入力が難しい可能性があること、多くの介護施設から事故情報を収集する場合は各項目の定義を詳細に定めて提示する必要があること、等が明らかとなった。また、他施設で発生した事故の概要や再発防止の取り組みに関する情報に対するニーズは大きく、全国一律の定義・書式で事故情報を収集する仕組みである「介護事故情報収集システム（仮称）」を通じて事故予防および再発防止に資するデータベースを構築することは介護現場での事故を予防し安全を高める上で有用である可能性が高いことが示された。

老健以外の介護施設においても、安全・質を高める取り組みが実施されており、職員を構成する職種は異なっても同じように取り組みを展開できることが示唆された。その一方で、ヒアリング対象施設職員からは近隣施設に関してばらつきがあるとの回答が得られており、安全や質を向上させる取り組みに施設や地域、介護施設種別による差がどの程度影響を及ぼすかについては慎重に検討して行く必要があることもうかがえた。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願登録状況

なし