

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

「介護事故情報収集システム(仮称)」の収集フォーマットを用いた事故情報収集の試行

研究分担者 坂口 美佐 公益財団法人日本医療機能評価機構
医療事故防止事部 部長
研究分担者 後 信 公益財団法人日本医療機能評価機構 理事
研究協力者 伊藤 絢乃 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科
看護先進科学専攻 高齢社会看護ケア開発学分野

研究要旨:

<背景・目的>

2018 年度の本研究では、介護施設等で発生した事故情報を統一した書式および定義で全国的に収集する仕組みとして「介護事故情報収集システム（仮称）」について検討を行い、仕様書案を作成した。今年度は、2018 年度の研究で作成した事故情報収集フォーマット案の有効性を評価することを主として研究を行った。ため、実際に介護老人保健施設（以下「老健」という）から事故事例を提供いただき、事故情報収集フォーマットの有効性を評価するとともに介護施設で発生している事故の状況に関する集計を行った。

<方法>

昨年度ヒアリングに協力いただいた施設を中心に、全国の老健 8 施設（以下「協力施設」という）に協力いただき、各施設で 2018 年度 1 年間に発生した影響度分類レベル 1 以上の介護事故を対象として事故情報を登録いただいた。

また、事故情報登録後、協力施設に事故情報収集フォーマット案への入力についてアンケートを実施し、入力に要した時間や項目に関する意見を収集した。

本調査は公益財団法人日本医療機能評価機構・研究倫理委員会の承認を得て実施した。

<結果>

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。

事例登録後、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自施設に適用できるわけではない」および「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。

<考察>

発生した事故の全事例の報告ではないこと、登録する事故事例の選択基準を明記しなかったことから、事故情報の集計結果はあくまでも今回登録された事故情報の集計に過ぎず、全国の老健で発生している事故の実態を反映したものとは言えない。また、「介護事故情報収集システム（仮称）」はweb上から事故情報を登録すると自動的にデータベース化される仕組みを想定しているが、今回の試行ではあくまでも「介護事故情報収集システム（仮称）」の一部である事故情報収集フォーマットの検証にとどまっている。しかし、事故情報収集フォーマットの各項目および入力負荷の検証ならびに「介護事故情報収集システム（仮称）」の有用性については検証することができた。また、今後実際に「介護事故情報収集システム（仮称）」を開発・運用していく際には、各項目の定義を明確に示したり、原因分析に関する項目について選択肢の一部を見直したりする等の検討が必要であることも明らかとなった。

<結論>

他施設での事故予防・再発防止の取り組み事例や情報に対する要望は高く、全国的な仕組みとして共通の定義・書式で事故事例を登録し匿名化した状態で共有できる「介護事故情報収集システム（仮称）」が開発・運用されれば、その期待に応える資料や情報を提供していくことが可能となる。「介護事故情報収集システム（仮称）」が介護現場における事故予防・再発防止に関する重要な情報共有の場として活用されることが期待される。

<謝辞>

本研究の実施にあたっては、東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科・看護先進科学専攻高齢社会看護ケア開発学分野 高田聖果氏に協力いただいた。

A. 背景および研究目的

2018年度の本研究において、我々は介護事故情報を統一した書式と定義で収集し発生した事故の状況や再発防止策等の事例を共有することにより事故の予防・再発防止に資する情報を提供する全国的な仕組みとして「介護事故情報収集システム（仮称）」の仕様を検討し仕様書案を作成した。

「介護事故情報収集システム（仮称）」の構築は数千万円単位のプロジェクトとなるものと想定され、本研究事業の予算規模を上回るため、2019年度は、2018年度に作成した仕様書案のうち事故情報収集フォーマットを Excel ベースで作成し、全国の老健から実際に事故事例を登録いただくとともに、事故情報を登録いただいた施設にアンケートを実施することにより、事故情報収集フォーマットの有効性を検証することとした。

B. 研究方法

情報の登録は、協力施設に対して事故情報収集フォーマット（Excel ファイル；資料 1 参照）を提供し、事故情報を入力したした Excel ファイルを Microsoft の提供するクラウドサーバ” OneDrive” 上にアップロードいただく形で行った。このフォーマットには入所者（利用者）のおよび関係した施

設職員の個人情報に記載する欄はなく、収集された事故情報については完全に匿名化された状態で分析を行うことができる。個人情報は含まれないが、この方法であればデータ漏洩リスクの非常に低い状態で情報の授受が可能となる。その後、提供されたデータを Excel 上で一覧化し、事故の種類、発生した曜日、時間帯、場所、影響度分類等について集計を行なった。

対象とする事故は「2018年度に当該施設で発生した事故のうち 20 件程度」とした。登録する事故事例の選別基準は特段設けず、各施設の判断に委ねた。

併せて協力施設に対してアンケート調査を行い、(1) 入力に要した時間、(2) 事故情報収集フォーマットの各項目の評価、(3) 事故情報登録後のフィードバック方法に関する要望、(4) 「介護事故情報収集システム（仮称）」の有効性の評価 について意見を収集し、事故情報収集フォーマットおよび「介護事故情報収集システム（仮称）」の有効性の評価とした。

なお、本研究は公益財団法人日本医療機能評価機構・研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

協力施設 8 施設は、超強化型 5 施設、在宅

表 1. 協力施設概要

施設	所在地	施設類型	入所者定員	職員総数
A	北海道・東北地方	超強化型	100	63
B	関東地方	在宅強化型	130	75
C	近畿地方	超強化型	81	61
D	関東地方	超強化型	80	90
E	北海道・東北地方	超強化型	100	60
F	九州・沖縄地方	超強化型	50	44.1
G	関東地方	加算型	150	125
H	関東地方	超強化型	60	60

強化型 2 施設、加算型 1 施設であり (表 1)、各施設の入所者定員は 98.7±33.3 名、職員数は、74.0±26.6 名であった (平均±標準偏差)。

これら 8 施設から 319 件の事故情報を登録いただいた。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。入所期間は 4 週間以上が約 7 割で、障害高齢者の日常生活自立度はランク B1、認知症高齢者の日常生活自立度は IIIa、要介護度は要介護 4 の入所者が最も多かった (表 2)。

事例が発生した時間帯は 15-18 時、発生場所は居室が最も多く、事故の影響度分類はレベル 0、事故の種別は転倒・転落が最多であった。事例発生時の状況に関しては、ケア中に生じた事故は 76 件 (25.4%) であり、ケア中以外の場面で発生した事故をその後職員が発見したものが 223 件 (74.6%) であった。救急搬送した事例、医療機関を受診した事例は、それぞれ 4 件、14 件であった (表 3)。319 件中、義歯の破損・紛失、入所者間のトラブル、食事の異物混入など 20 件は事故ではないものとして除外し、299 件を集計・分析対象とした。

事例登録後、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 (表 4)。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

表 2. 対象者の基本属性 (n=319)

対象者属性	n	%
年齢		
65歳未満	8	2.6
65-69歳	6	1.9
70-74歳	10	3.2
75-79歳	35	11.2
80-84歳	59	18.8
85-89歳	85	27.2
90-94歳	76	24.3
95-99歳	20	6.4
100歳以上	5	1.6
不明	0	0
無回答	0	2.9
性別		
男性	101	32.3
女性	202	64.5
その他	1	0.3
無回答	9	2.9
入所期間		
1週間未満	29	9.3
1週間以上2週間未満	22	7
2週間以上4週間未満	35	11.2
4週間以上	214	68.4
無回答	13	4.2
障害高齢者の日常生活自立度		
自立	0	0
ランクJ1	1	0.3
ランクJ2	1	0.3
ランクA1	29	9.3
ランクA2	39	12.5
ランクB1	94	30
ランクB2	75	24
ランクC1	21	6.7
ランクC2	22	7
無回答	31	9.9
認知症高齢者の日常生活自立度		
自立	4	1.3
I	22	7
IIa	46	14.7
IIb	50	16
IIIa	116	37.1
IIIb	30	9.6
IV	31	9.9
M	4	1.3
無回答	10	3.2
要介護度		
要支援1	3	1
要支援2	3	1
要介護1	15	4.8
要介護2	32	10.2
要介護3	89	28.4
要介護4	93	29.7
要介護5	64	20.4
不明	3	1
無回答	11	3.5

表 3. 事件事例概要 (n=319)

事故の概要	n	%
曜日		
月	36	11.5
火	51	16.3
水	39	12.5
木	49	15.7
金	49	15.7
土	47	15
日	42	13.4
無回答	0	0
発生した時間帯		
0-3時	14	4.5
3-6時	23	7.3
6-9時	41	13.1
9-12時	57	18.2
12-15時	61	19.5
15-18時	62	19.8
18-21時	33	10.5
21-24時	22	7
不明	0	0
無回答	0	0
発生場所		
居室	111	35.5
廊下	21	6.7
食堂	57	18.2
トイレ	33	10.5
浴室・脱衣所	22	7
施設外	2	0.6
その他	66	21.1
無回答	1	0.3
発見者職種		
医師	0	0
薬剤師	0	0
看護職員	61	19.5
介護職員	234	74.8
リハビリ職員	13	4.2
栄養士	1	0.3
調理士	0	0
運転士	1	0.3
事務員	0	0
その他	0	0
無回答	2	0.6
当事者の有無		
あり(発見者とは別の職員)	28	9
あり(発見者と同一の職員)	149	47.9
なし	90	28.9
無回答	44	14.1
当事者職種		
医師	0	0
薬剤師	0	0
看護職員	31	17.5
介護職員	121	68.4
リハビリ職員	7	4
栄養士	0	0
調理士	11	6.2
運転士	5	2.8
事務員	0	0
その他	0	0
無回答	2	1.1

表 3. 事件事例概要 (n=319) (続き)

事故の概要	n	%
事故の影響度分類		
レベル0	7	2.2
レベル1	148	47.3
レベル2	86	27.5
レベル3a	59	18.8
レベル3b	8	2.6
レベル4	0	0
レベル5	0	0
無回答	5	1.6
事故の種別		
転倒・転落	124	39.6
スキントラブル	38	12.1
褥瘡	0	0
誤薬・薬剤	14	4.5
提供食事内容間違い	5	1.6
誤嚥	3	1
異食	8	2.6
難読	2	0.6
ドレーン・チューブ	1	0.3
医療機器・介護機器	1	0.3
熱傷	0	0
その他療養上の世話に関する事故	84	26.8
他傷	4	1.3
交通事故	1	0.3
病状の急変	0	0
その他	19	6.1
無回答	9	2.9
事故の影響		
骨折	6	1.9
打撲・捻挫・脱臼	35	11.2
外傷	37	11.8
熱傷	0	0
内出血(あざ等)	18	5.8
窒息	1	0.3
肺炎	0	0
溺水	4	1.3
異常なし	72	23
死亡	0	0
その他	8	2.6
無回答	132	42.2

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自施設に適用できるわけではない」および「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。

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、

表 4. 協力施設アンケート結果

設問	施設A ~10分程度	施設B 10~20分程度	施設C ~10分程度	施設E 10~20分程度	施設F ~10分程度	施設G ~10分程度	施設H 10~20分程度	
Q1. 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。	~10分程度	10~20分程度	~10分程度	10~20分程度	~10分程度	~10分程度	10~20分程度	
Q2. 回答が難しい項目はありましたか。回答が難しかった項目の番号をお書きください(いくつでも)。	ない	ある C-6・7(発見者の職種 経験年数・施設経験年数) C-10.11(当事者の職種 経験年数・施設経験年 数) アクシデントレポート には職員の個人名は記 載しないため、発見 者・当事者共、個人を 特定するのに苦労し た。既に退職している ケースもあり、経験年 数が不明なケースも あった。 C-19 (診断名) 小さなアクシデントで は医師の診断名が付か ないため回答に迷う場 面が多々あった。(医 師以外は診断できない ため)	ある D-3 (標準要因)	ない	ない	ない	ある C-16~20 ⇒16で救急搬送の有無 を尋ねてくるが、施設 内医師診察の有無につ いての項目があると良 い。なぜなら、15の項 目に都度入力すること が手間に感じられ、施 設内医師の実施につい て、手で入力すること が手数であった。 D職員の要因は、レ ポートの状況からは当 施設に要因を求める項 目がないので、空白が 多くなってしまった。	ある D-3 (標準要因)
Q3. 不要と思う項目・選択肢はありましたか。不要と思う項目や選択肢をお書きください(いくつでも)。	ない	ある C-16 (救急搬送の有 無)	ある C-6・7(発見者の職種 経験年数・施設経験年数) C-10.11(当事者の職種 経験年数・施設経験年 数)	2	ない	ない	ない	
Q4. 追加したほうがよいと思う項目・選択肢はありましたか。 追加したほうがよいと思う項目や選択肢をお書きください(いくつでも)。	ある	ない	ない	ない	ない	ある	ない	
Q5. 事故情報の登録後、どのようなフィードバックを望まれますか。								
1. 一定期間に報告された事故情報の集計情報	○		○	○	○	○	○	
2. 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)	○	○	○	○	○	○	○	
3. 報告した事故に対する専門家の助言等	○	○	○	○	○	○	○	
4. 事故情報を登録した他の施設へ匿名で照会できる仕組み		○						

- 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
- D) 事故情報を登録した他の施設へ匿名で照会できる仕組み 1 施設
- E) その他 1 施設

という結果であった。「その他」の1施設は「登録された事故情報に基づく研修会の開催」および「他の施設と課題の共有や情報交換ができる場」を要望していた。さらに、全体に対する意見として、「再発防止策も重要だが、防ぎようのない事故事例（認知症があっても施設は身体拘束をしないのでそういった場合の対応など）に対する対策等の情報共有も出来ればいい」「集計結果だけではなく、どの施設にも起こり得る一つの事例に対して各施設がそれぞれ特性を活かした取り組みを検討し、共有する方法があるとよい」「今回、まとめてレポートを読み直すことで、サービス要因についてはいずれのケースもスタッフ側の確認・観察不足が挙げられ、改めてその点の重要性を確認できた」「医療分野で行われている、『医療安全情報』は大変参考になるため、介護分野での報告も待望している」等の意見をいただいた。

D. 考察

今回の事故情報登録（試行）では、2018年度に発生した事故事例の一部についてExcelフォーマットを用いてレトロスペクティブに情報を登録いただいた点で実際の「介護事故情報収集システム（仮称）」と異なっているが、アンケートに回答いただ

た7施設中ではいずれも1事例10-20分程度で事故情報を入力できていた。

また、登録する事故事例の選別基準を詳細に定義していないため、収集された319事例の集計・分析は、登録された事故事例に関する発生状況、原因分析および再発防止策の共有としては有用であるが、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。

アンケート調査では、回答が難しかった項目として「発見者・当事者の職種・経験年数」「診断結果」が挙げられていた。「発見者・当事者の職種・経験年数」については、施設内の事故報告書式にこれらの情報の記載がない場合に入力が難しかったというものであり、「診断名」については「医療機関を受診していない事例については診断名がつかないため」とのことであった。実際の「介護事故情報収集システム（仮称）」は事故発生後比較的短期間のうちに登録することを想定しているため、発見者・当事者の職種および経験年数については支障とはならない可能性があるが、診断名については、必須項目ではなく「医療機関を受診した」を選択した場合のみに入力を求める項目とした方が妥当かもしれない。

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、スキントラブルの本人要因として「聴覚障害」が選択されるなど、当該事故の直接原因ではなく当該利用者の背景情報的に障害が選択されている事例があったほか、サービス要因として「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%、

表 5. 原因分析：本人要因（複数選択；N=299）

No.	事故の種類	件数	意識障害	視覚障害	聴覚障害	構音障害	嚥下障害	精神障害	認知機能障害・せん妄	上肢障害	下肢障害	薬剤の影響下	多剤併用	無回答
1	転倒・転落	124	0.8	4.0	4.0	0.0	0.8	0.0	57.3	7.3	51.6	5.6	0.0	12.9
2	スキントラブル	38	2.6	2.6	5.3	0.0	13.2	0.0	55.3	13.2	26.3	2.6	2.6	39.5
3	褥瘡	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	鉛薬・薬剤	17	5.9	0.0	5.9	0.0	5.9	0.0	29.4	5.9	5.9	0.0	0.0	64.7
5	投状食事内容間違い	5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0	80.0
6	誤嚥	4	0.0	0.0	0.0	0.0	75.0	0.0	25.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
7	異食	8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	12.5	0.0	0.0	0.0
8	離脱	2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
9	ドレーン・チューブ	1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
10	医療機器・介護機器	1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
11	酔傷	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12	その他病室上の世話に関する事故	73	1.4	0.0	0.0	0.0	4.1	0.0	42.5	4.1	20.5	0.0	0.0	41.1
13	他傷	2	50.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	50.0	50.0	50.0	0.0	0.0	50.0
14	交通事故	1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
15	病状の急変	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16	その他	14	0.0	0.0	0.0	0.0	21.4	0.0	78.6	0.0	64.3	0.0	0.0	14.3
17	無回答	9	0.0	11.1	0.0	0.0	44.4	0.0	66.7	11.1	44.4	0.0	0.0	22.2
合計		-	5	7	8	0	21	0	158	20	105	8	1	84

表 6. 原因分析：サービス要因（複数選択；N=299）

No.	事故の種別	件数	確認を怠った	観察を怠った	報告が遅れた (怠った)	記録などに 不備があった	連携ができて いなかった	利用者への 説明が不十分で あった(怠った)	判断を誤った	知識が不足 していた	技術・手がが 未熟だった	勤務状況が 繁忙だった	サービス提供制 が通常とは異なる 身体的条件下 にあった	サービス提供制 が通常とは異なる 心理的条件下 にあった	サービス提供制 への教育・訓練 の不足	施設の仕事み	サービスの不備	無回答
1	転倒・転落	124	12.9	31.5	0.8	0.8	13.7	13.7	21.0	1.6	4.0	10.5	0.0	1.6	0.0	1.6	1.6	44.4
2	スキャントラブル	38	36.8	31.6	0.0	0.0	5.3	5.3	13.2	2.6	18.4	0.0	2.6	2.6	5.3	0.0	0.0	39.5
3	腰痛	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	誤薬・薬剤	17	82.4	11.8	0.0	0.0	17.6	17.6	5.3	0.0	0.0	0.0	0.0	17.6	0.0	0.0	5.9	11.8
5	投状含事内容間違い	5	60.0	40.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
6	誤薬	4	25.0	25.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	75.0
7	誤食	8	12.5	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	25.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	37.5
8	離脱	2	100.0	100.0	0.0	0.0	50.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
9	ドレーン・チューブ	1	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
10	医療機器/介護機器	1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
11	熱傷	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12	その他療養上の処置に関する事故	73	15.1	11.0	0.0	0.0	1.4	2.7	5.5	0.0	5.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	71.2
13	他傷	2	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	50.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
14	交通事故	1	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
15	病状の急変	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16	その他	14	42.9	71.4	0.0	0.0	0.0	21.4	21.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	7.1	0.0	0.0	21.4
17	無回答	9	55.6	55.6	0.0	0.0	11.1	11.1	22.2	11.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	22.2
合計		-	77	87	1	1	25	13	46	5	17	13	1	6	3	2	2	136

31.5%、誤薬・薬剤（17件）でそれぞれ82.4%、11.8%など、大変高い割合となった（表5、表6）。これらの項目が選択された場合、「観察を忘れた」→「注意して観察する」、「確認を忘れた」→「確認に気をつける」というような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。

さらに、事故の種別が「誤薬・薬剤」、事故の影響度が「レベル0」として登録された事例もあったが、自由記載項目である「発生・発見時の状況および対応」欄に記載された内容からは薬剤の種類や状況の詳細が読み取れない事例も見受けられた。実際に「介護事故情報収集システム（仮称）」を運用し、登録された事故情報をもとに警鐘的事例や再発防止策に関するフィードバック資料を作成する際には、医療事故情報収集等事業で実施されているのと同様、登録された情報に基づいて追加調査を実施し、より詳細な情報を収集する作業が必要であることも明らかとなった。

E. 結論

「介護事故情報収集システム（仮称）」に基づく介護事故情報登録フォーマットを用いた事故情報の収集を試行した結果、当該フォーマットを用いて事故情報を収集可能であることがわかった。一方、関係者の属性に関する項目や原因分析に関する選択肢など、いくつかの項目については再検討が

必要である。また、原因分析や再発防止に資する資料の元データとして活用するためには、それぞれの項目の定義を明確にするなど、登録される事故情報の制度を高めることが必要であることも明らかとなった。

協力施設へのアンケートでは、他施設での事故予防・再発防止の取り組みに関する情報への期待は非常に高く、施設間の情報共有の場としての研修への期待も聞かれた。将来的には、「介護事故情報収集システム（仮称）」の開発に加え、公益財団法人日本医療機能評価機構が病院職員を対象に実施している教育研修事業のような全国的な職員教育の仕組みを並行して開発することにより、介護現場における質・安全の向上を図ることが望まれる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし