

厚生労働科学研究費補助金
長寿科学政策研究事業

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)

令和元年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 橋本 迪生
令和 2(2020)年 5月

目 次

1. 総括研究報告

| | |
|------------------------------------|---|
| 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) | 1 |
|------------------------------------|---|

2. 分担研究報告

2-1. 「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

| | |
|-------|---|
| | 9 |
|-------|---|

資料1：介護事故情報収集フォーマット

| | |
|-------|----|
| | 21 |
|-------|----|

2-2. 介護老人福祉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組織体制と取り組み

研究分担者 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 企画課長

研究分担者 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

| | |
|-------|----|
| | 27 |
|-------|----|

資料2：介護施設等ヒアリング結果まとめ

| | |
|-------|----|
| | 35 |
|-------|----|

<資料編>

| | |
|-------------------|----|
| 班会議議事次第・出欠表 | 43 |
|-------------------|----|

3. 研究成果の刊行に関する一覧表

4. 厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告

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 | 2 回答が難しい項目はありましたか。 |
| 3 | 3 不要と思う項目・選択肢はありましたか。 |
| 4 | 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 | 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 | 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 | 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

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 |
| 難設 | 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 (課業要因) | 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職員の原因は、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 (課業要因) |
| 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。 | 原因分析、対応策を多 職種で検討したか。 | | | | | 間と同様 | | |
| 1. 一定期間に報告された事故情報の集計情報 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 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) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 3. 報告した事故に対する専門家の助言等 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 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 | | <input type="radio"/> | | | | | | |

表 4. 協力施設アンケート結果 (続き)

| 設問 | 施設A | 施設B | 施設C | 施設E | 施設F | 施設G | 施設H |
|--|--|---|--|---|---|--|--|
| Q5. 事故情報の登録後、どのようなフィードバックを望みますか。 5. その他 「その他」を選択した場合、具体的なフィードバック方法についてお書きください。 | | | | | | ○ 収集した情報の統計処理内容はもちろんであるが、さらに、これらを踏まえた研修を開催してほしい。他の施設と課題の共有や情報交換の場を作って頂きたい。 | |
| Q6. 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。 上記のように回答した理由をお書きください。 | 有用である 分析したデータを活用できる状況であれば有用である。 組織風土や事故に対する認識(だとしてしようがない)が低いと活用されないかもしれない。 | 有用である 当該施設では事故情報について、自施設のみで完結しており、他施設や他事業所との情報共有を図るまでには至っていない。 そのため、予防策に対する考え方が一定になっ てしまっているため、他施設の取り組みを知ることは新たな視点を 得る良い機会になると 思われる。 | どちらともいえない 薬物や施設の取り組みなど違うので、参考に はなるが防犯までには いたらない。 | 有用である 他事業所が事故やロや りはつとをどのよう に分類しているかでも 変わるので、想像以 上には数は多いと思 われる。全体数を知 れることは良いと思 う。研修に参加する 例として事故内容や 対策を知ることがで きる。1事例について だけでなく、全体数 を知りたいと思う。 | 有用である 事例の情報をもとに自 施設での対応を検討 することが出来るた り。似たような事例 から、振り返り方法 や新たな対応のアイ ディア等を得られ ると思う。 | 有用である 施設内の安全に 関する情報(データ 他施設の取り組み) など、情報が得られ る。そして、自施設 の課題への取り組み に生かすことができ ると思う。 | どちらともいえない この集計結果をもと に事故予防・再発防 止が飛躍的にでき ると思えない。 |
| Q7. 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ムについて、ご意見・ご要望があればお書きください。 | 有効な対応策があれば参考にした。 関係性は、様々な要因が複雑に絡み合っているが、今回、まとめられるものが、今更だに思われる。ポートを添付することによって、サービス要因についてはいづ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。 事故予防対策の振り返りとなる良い機会をいただきたいと思います。 | 原因分析のサービス要因が多くて、自由記述が必要なかった。 薬物要因は自由記述のみでよかった。 | 私たちが施設で、起きてしまった事故に対して対策を立てることは当たり前の事であって、ひやりはつとやその前の気づきに対する対策を考 える事ができ るのでは?という話になる。だが、業務に 入ってしま うと話し合 いをする余裕も ない。いま いること について は、医療分 野で、医 療安全に ついで は、大 変な ため、介 護分 野での 報告も 待望し てい る。大 変と思 いま すが、 よろ しく お願 い し ま す。 | 再発防止策も重要ですが、防ぎようのない事故事例(認知症があつても施設は身体拘束しないのでそういつた場合の対応など)に対する対策等の情報共有も出来ればいいと感じた。 ※フォームに対しての意見は多く申し込 ま れ て い る こ と が あ り ま せ ん。 フ ォ ー ム 自 体 は 法 院 の イ ン シ デ ン ト レ ポ ー ト と は 同 様 の た め 、 特 に 問 題 は 感 じ ま せ ん で し た。 | 再発防止策も重要ですが、防ぎようのない事故事例(認知症があつても施設は身体拘束しないのでそういつた場合の対応など)に対する対策等の情報共有も出来ればいいと感じた。 ※フォームに対しての意見は多く申し込 ま れ て い る こ と が あ り ま せ ん。 フ ォ ー ム 自 体 は 法 院 の イ ン シ デ ン ト レ ポ ー ト と は 同 様 の た め 、 特 に 問 題 は 感 じ ま せ ん で し た。 | 集計結果だけではな り、どの施設にも起 り得る一つの事例に 対して各施設がそれぞ れ の 特 性 を 活 か し た 取 り 組 み を 検 討 し 、 共 有 す る 方 法 は 如 何 か。 | |

- 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 | その他病棟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・手段が 未熟だった | 勤務状況が 繁忙だった | サービス提供側 が通常とは異なる 身体的条件下 にあった | サービス提供側 が通常とは異なる 心理的条件下 にあった | サービス提供側 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 | 投与内容が内容間違い | 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 | 50.0 | 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

| No. | 設問 | 回答形式 | 回答(選択肢) |
|----------------|----------------|------|--|
| A 施設情報(ユーザ登録時) | | | |
| 1 | 所在地(都道府県) | 選択 | |
| 2 | サービスの種類 | 選択 | 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 介護医療院 地域密着型介護老人福祉施設 短期入所生活介護 短期入所療養介護 通所リハビリテーション 小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護 特定施設入居者生活介護 |
| 3 | 施設類型(老健の場合) | 選択 | 超強化型(在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)) 在宅強化型 加算型(在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)) 基本型 その他型(上記以外) |
| 4 | 利用者定員(人) | 数値記入 | |
| 5 | 職員数(人) | 数値記入 | |
| B 利用者情報 | | | |
| 1 | 年齢 | 選択 | 65歳未満 65-69歳 70-74歳 75-79歳 80-84歳 85-89歳 90-94歳 95-99歳 100歳以上 不明 |
| 2 | 性別 | 選択 | 男性 女性 その他 |
| 3 | 入所期間 | 選択 | 1週間未満 1週間以上2週間未満 2週間以上4週間未満 4週間以上 |
| 4 | 障害高齢者の日常生活自立度 | 選択 | 自立 ランクJ1 ランクJ2 ランクA1 ランクA2 ランクB1 ランクB2 ランクC1 ランクC2 |
| 5 | 認知症高齢者の日常生活自立度 | 選択 | 自立 Ⅰ Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb Ⅳ M |

| No. | 設問 | 回答形式 | 回答(選択肢) |
|---------|---------------------|------|---|
| 6 | 要介護度 | 選択 | 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 不明 |
| C 事故の概要 | | | |
| 1 | 発生年月 | 数値記入 | |
| 2 | 曜日 | 選択 | 月曜日 火曜日 水曜日 木曜日 金曜日 土曜日 日曜日 |
| 3 | 時間帯 | 選択 | 0-3時 3-6時 6-9時 9-12時 12-15時 15-18時 18-21時 21-24時 不明 |
| 4 | 発生場所 | 選択 | 居室 廊下 食堂 トイレ 浴室・脱衣室 施設外 その他 |
| 5 | 発見者(職員)属性:職種 | 選択 | 医師 薬剤師 看護職員 介護職員 リハビリ職員 栄養士 調理師 運転士 事務員 その他 |
| 6 | 発見者(職員)属性:職種経験年数(年) | 数値記入 | |
| 7 | 発見者(職員)属性:施設経験年数(年) | 数値記入 | |
| 8 | 当事者の有無 | 選択 | 有(発見者とは別の職員) 有(発見者と同一の職員) 無 |

| No. | 設問 | 回答形式 | 回答(選択肢) |
|-----|-----------------|------|---|
| 9 | 当事者属性:職種 | 選択 | 医師 薬剤師 看護職員 介護職員 リハビリ職員 栄養士 調理師 運転士 事務員 その他 |
| 10 | 当事者属性:職種経験年数(年) | 数値記入 | |
| 11 | 当事者属性:施設経験年数(年) | 数値記入 | |
| 12 | 事故の影響度分類 | 選択 | レベル0 レベル1 レベル2 レベル3a レベル3b レベル4 レベル5 |
| 13 | 事故の種別 | 選択 | 転倒・転落 スキントラブル 褥瘡 誤薬・薬剤 提供食事内容間違い 誤嚥 異食 離設 ドレーン・チューブ 医療機器・介護機器等 熱傷 その他の療養上の世話に関する事故 他傷 交通事故 病状の急変 その他 |
| 14 | 発生状況 | 選択 | 介護中 利用者単独時 職員の見視下 不明 |
| 15 | 発生・発見時の状況および対応 | 自由記述 | |
| 16 | 救急搬送の有無 | 選択 | 有 無 |
| 17 | 医療機関受診の有無 | 選択 | 有 無 |
| 18 | 診察結果 | 選択 | 入院 治療・処置 検査 経過観察・異常なし その他 |
| 19 | 診断名 | 自由記述 | |

| No. | 設問 | 回答形式 | 回答(選択肢) |
|---------|-----------------|------|--|
| 20 | 事故の影響 | 選択 | 骨折 打撲・捻挫・脱臼 外傷 熱傷 内出血(あざ等) 窒息 肺炎 溺水 異常なし 死亡 その他 |
| D 原因分析 | | | |
| 1 | 本人要因 | 選択肢 | 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 |
| | 本人要因 | 自由記述 | |
| 2 | サービス要因 | 選択肢 | 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 判断を誤った 知識が不足していた 技術・手技が未熟だった 勤務状況が繁忙だった サービス提供側が通常とは異なる身体的条件下にあった サービス提供側が通常とは異なる心理的条件下にあった 施設の仕組み ルールの不備 |
| | サービス要因 | 自由記述 | |
| 3 | 環境要因 | 選択肢 | 機器類の不具合 施設・設備の不備 諸物品 |
| | 環境要因 | 自由記述 | |
| E 再発防止策 | | | |
| 1 | 手順の変更点 | 自由記述 | |
| 2 | 環境等の変更・導入 | 自由記述 | |
| 3 | その他の対応 | 自由記述 | |
| 4 | 再発防止策の評価時期および結果 | 自由記述 | |

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

介護老人福祉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組織体制と取り組み

分担研究者 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
分担研究者 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

研究要旨:

<背景・目的>

介護現場において発生した事故の情報については、事業者から介護保険の保険者である市町村（政令指定都市等では都道府県）に報告される仕組みが介護保険制度のなかで確立されている。しかし、2018年度の本研究で実施した介護老人保健施設（以下「老健」）および行政へのヒアリング調査から、報告対象となる事故の種別や定義、書式が自治体によって様々であること、報告した事例に対する改善のアドバイスや他施設からの報告に基づく注意喚起などのフィードバックはほとんど行われていないこと、などの課題が明らかとなった。

今年度は、老健に加え介護老人福祉施設（以下「特養」）および介護医療院を対象にヒアリング調査を実施することにより、施設の種別による事故の発生状況や安全・事故予防の取り組み状況の違いを把握するとともに、「介護事故情報収集システム（仮称）」の構想が幅広い介護施設に展開可能であるどうかの検証を行った。

<方法>

ヒアリングを承諾いただいた9施設および1自治体を対象とし、訪問によるヒアリングのほか、書面またはオンラインでのヒアリングを併用した。介護施設を対象としたヒアリング項目は2018年度のヒアリングと同様、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。自治体に対するヒアリングでは、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。

<結果>

2019年11月～2020年3月の間に特養4施設、老健4施設、介護医療院1施設、1自治体を対象にヒアリング調査を実施した。特養においては、同じ敷地内に病院が併設されている場合とそうでない場合で入所時のリスクアセスメントや職員研修の状況に差があるように思われた。また、老健では看護職を中心に事故予防・再発防止の取り組みが行われている場合が多かったが、今回ヒアリング対象となった4つの特養においてはほとんどの場合介護職を中心として、いずれも質・安全の向上に対して継続的かつ積極的な取り組みが行われていた。また、介護記録が電子化されている施設も多く、「介護事故情報収集システム（仮称）」についても、「事故予防・再発防止に有用な情報がフィードバックされるのであれば事故情報の登録の負荷はあまり感じない」との意見が多く聞かれた。その一方で、近隣の特養の状況として職員不足により研修の実施がままならないケースや専門職が専門外の業務についてもカバーせざるを得ない状況について言及されることがあり、施設によるばらつきがあることが推察された。

介護医療院および自治体についてはそれぞれ1件ずつのヒアリングにとどまった。今回ヒアリングを行った介護医療院は病院に併設されており、以前は療養病床であった病棟を介護医療院に転換したものであったため、事故の予防・再発防止の取り組みについては病院の手法をそのまま引き継いで実施されていた。また、自治体については、介護保険制度を通じて事業所から報告された事故事例に対するフィードバックはできていないものの、実地指導の際に事務職だけではなく社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、栄養士、助産師、看護師、介護支援専門員等の有資格者である嘱託員（いずれかの有資格者1名）が帯同する体制で実施されていた。2018年度に実施した行政へのヒアリングでもこれらの専門職を帯同して実地指導を実施している自治体はほとんどなかったが、事務職員のみによる実地指導よりも具体的な指導を実施できる可能性があり、他の自治体の参考になると感じた。

<考察および結論>

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、施設によるばらつきがあることもヒアリングから窺えた。

また、介護保険制度として自治体に行われる事故報告については、介護施設職員へのヒアリングの中では、「利用者家族からクレームがあった場合に、保険者として当該事例の情報を事前に把握しておくためのものとして位置付けられている」との回答が複数の地方の施設で聞かれた。これは、多くの自治体において事故報告として提出された情報の集計・分析を行う専門官がないこと、事故報告の集計等を専門に行う担当部署がないことが原因の一端であると考えられる。

A. 背景および研究目的

医療事故情報収集事業では、報告義務医療機関および任意参加医療機関から発生した事故の情報が日々データベースに登録され、web から検索できるようになっている。この仕組みは、ある施設で生じた事故事例またはヒヤリ・ハット事例とその再発防止策を共有することにより、自施設で経験した事例と同様の事例に対してた施設がどのような対策を講じているかを学ぶことができるだけでなく、まだ経験していない事故に対しても予防的に対策を講じることができる点で、医療事故の防止と安全の向上に有用な仕組みである。また、複数施設から報告された類似事例をまとめた「医療安全情報」を毎月 Fax で配信することにより、医療安全に対する意識の啓発にも役立っている。

介護現場において発生した事故の情報については、事業者から介護保険の保険者である市町村（政令指定都市等では都道府県）に報告される仕組みが介護保険制度のなかで確立されている。しかし、2018年度の本研究で実施した介護老人保健施設および自治体へのヒアリング調査から、報告対象となる事故の種別や定義、報告様式が自治体によって様々であり、また、公印を押印した紙の文書を窓口に提出する必要がある場合が多いことから、報告そのものが介護現場の負担となっている状況が明らかとなっている。また、報告した事例に対する改善のアドバイスや他施設からの報告に基づく注意喚起などのフィードバックはほとんど行われておらず、医療事故情報収集制度のような事故防止や安全の向上の仕組みとして機能しているとは言い難い状況がある。

これらの状況を踏まえて、本研究では、全国統一の書式・定義でインターネ

ットを通じて介護現場で発生した事故情報を一元的に第三者機関が集約できる仕組みとして、昨年度に「介護事故情報収集システム（仮称）」の構築について検討を行った。

今年度の本研究では、介護老人保健施設（老健）に加え、介護老人福祉施設（特養）および介護医療院を対象にヒアリング調査を実施することにより、それらの施設における事故の発生状況や安全・事故予防の取り組み状況の実態を調査するとともに、「介護事故情報収集システム（仮称）」の構築が幅広い介護施設に展開可能であるどうかの検証を行った。

B. 研究方法

本研究班メンバーと知己のある介護施設のうち、調査協力依頼に対して承諾いただいた施設を対象に訪問またはオンラインでのヒアリング調査、ならびに書面での調査を実施した。当初は全施設訪問ヒアリング調査を実施する予定としていたが、2020年に入ってから新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、後半の施設等に対しては訪問による調査を断念し、オンラインまたは書面での調査としたものである。

介護施設に対する調査項目は、昨年度同様以下の8項目とした。

- 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

みに対するニーズ・要望

- ⑦ 行政への要望
- ⑧ その他

また、自治体については以下の7項目についてヒアリングを行った。

- 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

C. 研究結果

ヒアリング調査は、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(表1)。

(1) 特養

ヒアリングを行った4施設のうち、2施設は病院と同じ敷地内に併設されている併設型、残りの2施設は単独で運営されている独立型であった。いずれの施設においても、施設長、看護職、介護職、ケアマネジャー等で構成される安全委員会が定期的開催されていた。委員会や事故予防等に関する取り組みは介護職が中心となっており、事故の発生件数の集計・分析やそれに基づく再発防止の取り組みについても積極的に実施されていた。

利用者の受け入れや安全に関する職員教育については、併設型施設では入所前に併設されている病院で一通りの医療的検査を実施し、リスクアセスメントが終わった状態で入所するフローとしていたり、病院で行われている職員研修に特養の職員も参加している状況があったが、独立型の施設では、病院や地域の医療機関からの入所時の引き継ぎについて「もっと細かい情報が引き継がれると良い」という要望が聞かれたり、職員研修についてもグループ法人や外部(保険会社等)が主催する研修を利用していた。また、ヒアリングの中で「⑤市町村、他施設との連携または情報共有」の項目について、「他の施設では、研修に職員を派遣できない施設も多い」という回答もあり、施設によるばらつきが大きい状況が窺えた。

表 1.ヒアリング調査対象施設

| No. | 地域 | 種別 | 類型 | 定員 | 職員総数 | 看護職員数 /100床 | 介護職員数 /100床 | 特性 | 備考 |
|-----|----|-------|-------|-----|-------|----------------|----------------|------|---------|
| 1 | 関東 | 特養 | - | 155 | 184.3 | 4.8 | 51.5 | | |
| 2 | 関東 | 特養 | - | 70 | 88.7 | 7.1 | 41.4 | 病院併設 | |
| 3 | 四国 | 特養 | - | 50 | 73.4 | 10.2 | 60.0 | 病院併設 | |
| 4 | 四国 | 特養 | - | 40 | 62.4 | 16.5 | 52 | | |
| 5 | 関東 | 老健 | 在宅強化型 | 200 | 229.8 | 13.4 | 39.2 | | |
| 6 | 近畿 | 老健 | 在宅強化型 | 100 | 144.5 | 11.7 | 53 | | 書面調査 |
| 7 | 九州 | 老健 | 在宅強化型 | 100 | 134.6 | 14.7 | 39.7 | | 書面調査 |
| 8 | 北陸 | 老健 | 超強化型 | 54 | 63.3 | 11.9 | 34.3 | 病院併設 | オンライン面接 |
| 9 | 北陸 | 介護医療院 | - | 60 | 41.3 | 21.3 | 22.5 | 病院併設 | |
| 10 | 九州 | - | 自治体 | - | - | - | - | - | 書面調査 |

(2) 老健

2018年度に実施したヒアリング調査の結果とほぼ同等であった。県によって報告対象となる事故事例の定義にばらつきがあることに加え、ある県では特定の事故について特に毎年研修を実施することが求められているとのことであった。

いずれの施設においても、「身体抑制を行わず、在宅復帰へ向けたリハビリテーションを実施しながらいかに事故を防ぐか」を課題として認識しており、そのために職員ごとの意識・能力の差やスキルアップの難しさ（研修内容の徹底等）に悩んでいる様子が窺えた。

(3) 介護医療院および自治体

今回ヒアリングを行った介護医療院は病院に併設されており、元は医療療養病床だった病棟を介護医療院に転換したものであった。介護医療院の安全委員会等も設置されているが、実際の医療安全や事故予防の取り組みは病院と共通の枠組みで実施されていた。看取りも含めて医療提供度の高い利用者が多いこと、入所期間が比較的短く回転が早いことから、療養病床のときは事故やインシデントの発生状況が異なってきたとのことであり、「新たな予防策を検討する必要がある」ことを課題として挙げていた。

また、自治体へのヒアリングでは、今回は1つの市だけが対象となった。当該市では年間約1,300件の事故報告があり、発生時の状況や被保険者（利用者）の状態、改善策などを確認してデータ化しているとのことであった。集計結果は市のwebサイトに掲載している。

実地指導については、原則として入所系は

3年に1回、通所系は4年に1回、事務職員だけでなく、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、栄養士、助産師、看護師、介護支援専門員等の有資格者である嘱託員（いずれかの有資格者1名）が帯同する体制で実施されていた。その一方で、事故報告書の提出がないと事故の発生を把握できないこと、事業所と家族の間でトラブルになるケースもあることから、事故報告の必要性について周知を図ることを課題と認識していた。

D. 考察

今年度ヒアリング対象とした施設については、いずれも事故予防・再発防止について適切に取り組みが行われていた。特養においては、介護職を中心に発生した事故の分析や再発防止策を検討し職員研修に活用するなど、医師、看護師、リハビリ職など多職種で構成されている老健とは異なる環境の中でも積極的に質・安全を高める取り組みが行われていた。医療職が少ない環境においても、介護職を中心に先進的な取り組みが行われている施設がある一方、職員不足により安全に関する研修や対策等が手薄になっている施設もあることがヒアリングの際に聞かれており、施設間のばらつきを小さくする取り組みが求められていると言える。

同じ敷地内に病院に併設されている特養とそうでない特養では、利用者の入所時のアセスメントの状況に差があるように見受けられた。医療職の配置の少ない特養においては、入所時のアセスメントの際に医療職が強く関与できる環境があることにより、入所直後から事故の予防のために有効な対策を講じることが可能になる。単独型の特養に対しても、入所時にそれまでのかかり

つけ医等から十分な情報が提供される仕組みがあれば、同様により有効な事故予防策を講じることができるようになると考えられる。

また、特養に限らず、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。全国老人保健施設協会（全老健）ではリスクマネジャー制度を設け、研修と資格試験を実施している。ヒアリングした老健の大半でリスクマネジャーの有資格者が主導的立場として施設内の安全に関する取り組みを実践していたが、特養では特にそのような話は聞かれなかった。

発生した事故やヒヤリ・ハット事例の情報を統一した書式・定義で収集する「介護事故情報収集システム（仮称）」に対しては、特養、老健、介護医療院等施設の種別を問わず「他施設での具体的な対策などの情報があると参考になる」「他施設の好事例を知りたい」等の要望が聞かれた。行政に提出した事故報告に対するフィードバックへの要望もほぼ全ての施設で聞かれており、他施設の事例を学び事故の予防・再発防止につなげたいという要望が大きいことがうかがえた。

職員による危険察知能力のばらつきや研修内容の定着については施設の種別によらず課題としている施設が多かった。他施設の好事例に関する情報に対する受け止めやそのような情報を施設内で有効に活用されるか否かは施設職員の意欲や能力によって異なってくるため、情報のフィードバック

と並行して研修の仕組みの確立や研修を受けられる環境の整備が求められる。

また、介護保険の仕組みに基づく行政への事故報告については、書式や対象とする事故の定義が自治体によってバラついており、いずれの施設でも改善を求める声が聞かれた。

なお、ヒアリングしたうちの1施設では、施設内の事故報告書を Excel を利用して作成しており、行政に提出するフォーマットについても同じ Excel ファイルの別シートとして作成することで、Excel のマクロ機能を活用して施設内事故報告書に記載した内容が自動的に転記される仕組みを独自に構築していた。近隣の複数の自治体で報告書式は異なるものの、それぞれに応じたシートが一つの Excel ファイルにまとめられているため、同じ事例については施設内用の報告書を作成するだけで自治体へ提出する事故報告書も自動で作成できるようになっており、業務負荷の軽減が図られていた。

この仕組み（マクロ）は、近隣の他の介護施設はもちろん、同一法人の他施設とも連携されていない状況であったが、この仕組みを他の施設でも活用できれば、自治体への報告の煩雑さを多少なりとも軽減できる。本研究で昨年度検討を行った「介護事故情報収集システム（仮称）」の展開として、同システムに参加している介護施設・事業所間の好事例を共有できるようになれば、このような工夫についても全国的に共有できる場となることが期待される。

E. 結論

今回のヒアリングでは、老健と同様、特養においても事故予防・再発防止に組織的に取り組んでいること、中心となる職種は介護職である場合が多いこと、行政への事故

報告に対してはフィードバックはいずれの自治体でもほとんどない一方で再発防止策に対する具体的なアドバイスや他施設の事例に対する要望が大きいこと、病院との関係によって入所時のアセスメントや職員研修の実施状況（内容・頻度等）に差があることが窺えた。

一方、介護医療院においては、入所者は医療必要度が高く、医療機関（病院）に近い入所者像が浮かび上がった。職員構成や平均入所期間に関しても医療機関的特性が認められ、少なくとも病院に併設されている介護医療院においては、病院における医療安全の仕組みをほぼそのまま展開することができるものと思われた。

今後、「介護事故情報収集システム（仮称）」による全国共通の書式・定義での事故情報収集や介護事故予防・再発防止に関する自己評価項目などが開発された場合、老健以外の介護施設においてもそれらの情報を活用できる素地があるが、施設によるばらつきも大きいと考えられる。介護現場における事故予防・質及び安全の向上のためには、介護事故予防・再発防止に関する全国的な取り組みを提供するだけでなく、職員の資質向上に向けた研修制度や研修を受けられる環境整備も不可欠である。

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

| 種別 | 特養 | 特養 |
|------------------------------|--|---|
| 施設名 | A | B |
| 地域 | 関東地方 | 関東地方 |
| 開設主体 | 社会福祉法人 | 社会福祉法人 |
| 開設年 | 1996 | 1982 |
| 入所定員 | 155 | 70 |
| 介護報酬上の届出 | <ul style="list-style-type: none"> ○リスクマネジメント委員会において介護事故予防対策・事故後の再発防止対策・ヒヤリハット報告書の収集と分析を行う。 ○ヒヤリハットの報告を中心として活動を行っている。 ○発生頻度が高いものは、伝達研修ではなく実地研修をメインに教育を行っている。 ○インシデント・アクシデントの報告は、グループ独自の基準に基づいて報告。グループ内の老健も同じ基準を使用している。 ○昨年2,420件、例年2,000件～3,000件 ○軽微なものからアクシデントまで報告する文化が職員間に根付いている。 ○入居者のパーソナリティを職員が十分に理解した後は、アクシデントのみを報告する。 ○消防とは異なり、介護施設は皮膚損傷・あざが多い。入所者の単独時に発症したものが多く、原因が不明な場合が多い。 ○どんな軽微な転倒でも迅速に家族に対応する。 ○ヒヤリハット報告は職員に定着しているが、今年からデジタル化に移行し、勤続年数が長い職員の一部では戸惑いもある。おおよそ実態に近い数のヒヤリハットが報告されているという印象。 ○報告書には発見した職員の名前は書かない。 | <ul style="list-style-type: none"> ○専任の安全管理者は看護師。法人内の病院での医療安全管理者経験10年以上、当該施設経験年数は、3年目。 ○以前までは、介護職・事務職のみで構成された委員会を行っていたが、現在は、施設長・課長・ケアマネジャー・介護職・看護職・各フロアのリーダーまたは主任層で委員会を行っている。 ○「ほのぼの(介護情報共有システム)」にある、事故報告フォーマットを使用し、事故の情報を収集している。事故報告のレベルは、同じグループの病院が使用しているレベルで報告する。 |
| 医療・介護の質・安全に関する組織体制 | <ul style="list-style-type: none"> ○事故報告書は施設内の基準(グループ)の基準に従い定義。 ○事故発生時は、原則各フロアのチーフや委員を中心に再発防止策を検討。各フロアで周知を行う。 ○委員会でも事故発生状況や再発防止対策の共有を行い安全対策の担当者が部署横断的に発生した事象と再発防止策を共有している | <ul style="list-style-type: none"> ○2019年から事故のデータを収集し始めた。 ○ヒヤリハット・事故は、転倒・転落が圧倒的に多く、次いでレベル0,1の皮膚トラブル(スキンケア・内出血・擦過傷など)が多い。 ○身体拘束は行わない方針。離床センサーの種類・設置場所を入所者ごとに変更したり、低床ベッド・緩衝マットを使用したり、入所者ひとりひとりの行動を予測している。 |
| 事故報告・再発防止の仕組み | | |
| 職員教育の状況 | <ul style="list-style-type: none"> ○新入職員研修、年2回の法令研修は必須研修(全職種・全職員対象) ○県から研修内容の指示がある。県内で入浴中の事故が多発したことを踏まえ、研修に内容や実地指導で指示があった。 ○実地調査は3年に1回行われる。実地指導は県や担当者によって内容や視点が大きく異なる。 | |
| 課題と認識している点 | <ul style="list-style-type: none"> ●再発防止策の立案と評価 ○認知症と転倒に焦点を当てて、分析を行っている。オリジナルのリスクアセスメントシートを作成。 ○報告されたインシデントに対しての再発防止策が見守り強化という言葉ですべて集約されてしまう。特養は生活の場であることを踏まえると、見守りの強化と自立のバランスが難しい。 | <ul style="list-style-type: none"> ●介護職員不足・人材確保 ○年2回感染・事故に関する研修実施、原則全職員参加。扱うトピックは、KYT、感染症予防(ノロウイルス対策・手指消毒)、誤薬防止、夜間急変時対応、実際の事故事例を通じたディスカッション、SBARなど。 ○受講率100%を目指しているが、厳しい状況。 ○研修は講義形式ではなくシミュレーションやビデオを用いたグループディスカッション形式で行う。また、施設内に設置されている防犯カメラの映像を見て、事故当時の対応について振り返ることもある。 |
| 市町村、他施設との連携または情報共有の状況 | <ul style="list-style-type: none"> ○地区老人ホーム協議会(近隣の20施設)では、あまり交流の機会がない。○グループ施設以外の施設とのつながりが薄い。 | <ul style="list-style-type: none"> ○同一自治体の特養に所属する施設長の交流の場(施設長総会)が年3回、事務局長は月に1回ある。平成17年から開始し、話し合うテーマは施設長会の事務局で設定する。 ○施設長総会で、新しい施設の施設長も含め密に交流している。 ○疥癬などの感染症発生時や事故発生時は、メールで情報共有を行っている。 |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> ○報告の基準・目的を明確にすること。 ○他施設の状況に関して情報交換する機会が少ないため、他施設の様子・好事例を知りたい。 | <ul style="list-style-type: none"> ○自治体への報告は、施設オリジナルの報告書と不足分を自治体の報告書で記載し、郵送で提出。自治体からのフィードバック・アドバイスはない。 ○自治体には5つの支所があり、アウトブレイクが発生した際は、入所者の元住所の管轄の支所にも提出しなければならない。 ○他施設の事例について情報が得られるのは良い。人員不足で外にいけない施設もある。 |
| 行政への要望 | <ul style="list-style-type: none"> ○県からのフィードバックはなく、集団指導の場で事故件数の報告のみ。県への事故報告の目的は、普請策であるため、再発防止策のサポートまでは行っていない。 ○市役所と県福祉事務所と複数提出は負担が大きい。報告書の提出は郵送でも可能だが福祉事務所まで持っていく。書式が異なっているため、一本化してほしい。 ○県に報告するときは、骨折以上という曖昧な基準が設けられている。 | <ul style="list-style-type: none"> ○事故を未然に防ぐための機器導入(防犯カメラ、センサー等)のための助成金が欲しい。 ○事故防止対策には多額の資金が必要であるが、介護施設は収入に限られているため、事故防止に関する加算を新設して欲しい。 |
| その他 | | |

| 種別 | 特養 | 特養 |
|------------------------------|--|--------|
| 施設名 | C | D |
| 地域 | 四国 | 四国 |
| 開設主体 | 社会福祉法人 | 社会福祉法人 |
| 開設年 | 2002 | 1979 |
| 入所定員 | 50 | 40 |
| 介護報酬上の届出 | <p>○施設内で委員会を月に1回実施し、インシデント・アクシデントの情報を共有する。その情報を病院内でも報告する。例えば薬剤関連のインシデントが多発した場合は、病院の薬剤師が特養に行き、対応する場合もあり、病院と特養が連携して安全対策に取り組んでいる。</p> <p>○委員会のメンバーは、施設長、介護職員、看護職員。</p> | |
| 医療・介護の質・安全に関する組織体制 | <p>○施設内に診療所の設置と届け出を行っている。</p> <p>○嘱託医を確保している（内科：週2回半日、精神科：隔週半日）</p> <p>○他に、嘱託医療機関が標榜している診療科目として、整形外科、消化器科、リハビリテーション科がある。</p> <p>○歯科医院と提携し、歯科衛生士が週2回以上来訪している。</p> <p>○嘱託医と24時間連絡体制を確保しており、随時助言・指示・指導をもらえる。</p> <p>○事業所ごと（ユニット型、従来型それぞれ）に主任看護師、主任介護職員を配置している。</p> <p>○看護職員は勤務時間外は5人で待機当番制となっているため、必要な時には24時間連絡が取れる。日中は8:00～18:30の交代勤務。正看護師、准看護師が配置されている。</p> <p>○各病室に管理職として課長を配置している。</p> <p>○介護、看護職員以外に生活相談員が配置されている（勤務時間外は2名の待機当番交代制）。</p> <p>○感染症、介護事故、褥瘡、緊急時などのマニュアルと指針を作成し周知徹底している。</p> <p>○月に1回、事故対策委員会を実施している。メンバーは、施設長・介護職・看護職・主任相談員。大きな事故が発生した場合は、その都度行う。</p> | |
| 事故報告・再発防止の仕組み | <p>○レベル3Bからアクシデントと定義する。3Aは表皮剥離が、3B以上は骨折がほとんどを占めている。</p> <p>○同一敷地内の介護施設共通のインシデント・アクシデント報告シートがある。</p> <p>○病院でのインシデント・アクシデント報告件数は100件弱/月。</p> <p>○入退院の調整に関する話し合いが毎日病院と特養で行っている。約4年前から毎日話し合いを行うようになった。話し合いのメンバーは、副院長・地域連携室・病棟看護師・リハビリスタッフ。</p> <p>○特養内で生じたインシデントは、連絡帳に記入し、朝礼時に3日間読み上げること。特養職員間で共有する。</p> <p>○行政への報告は、所在地の市や入所者の保険者。感染症はアウトブレイクのみ、行政へ報告。</p> <p>○家族へのクレーム対応は、家族との連絡やコミュニケーションを密にすることで防いでいる。内出血など何か変化が生じた際は、迅速に家族に対応する。</p> <p>○褥瘡がある入所者がケア時に、骨にヒドが入ってしまうことがある。病院と協力し、骨髄腔症リエンチームを立ち上げ、活動している。薬物治療等できることを事前に行い、事故の重度化を防いでいる。</p> <p>○ケガの有無にかかわらず事故として施設内へ報告する。</p> <p>○事故防止検討委員会および介護技術改善のための検討会を開催している。</p> <p>○発生した事故は、2か月間で4件程度。事故の例としては、ベッドからずり落ちていた等がある。</p> <p>○事故のなかでは、転倒・転落の発生頻度が一番高い。表皮剥離も頻度が高い事故である。</p> <p>○ヒヤリハット事例は、事故の発生を予防できた事例と定義している。</p> <p>○骨折以上の事故は自治体に報告する。市に報告した事故は、5年間で3件程度。</p> <p>○面会時に事故や体調の変化に関する情報だけでなく、日常生活の様子を家族に共有するように努めている。</p> <p>○自治体が行う実地指導では、発生した事故を踏まえたフィードバックは行われていない。</p> | |
| 職員教育の状況 | <p>○併設の病院内で開催される医療安全・感染対策などの研修に、特養職員も参加する。</p> <p>○特養内単独での研修実施は難しい。特養内単独で研修を行う場合は、情報をインターネットから探したり、資料を作成したり、負担が大きい。</p> <p>○研修は年2回実施している。</p> <p>○職員教育は、保険会社主催の外部研修(事故予防・事故発生時の対応に関する)や社会福祉協議会の研修も利用している。</p> <p>○毎月1回以上、一部は外部講師を招聘し何らかの資質向上のための研修会を開催している。</p> <p>○職員の経験や役職に応じた研修を年度ごとに実施している。</p> <p>○外部研修に職員が参加すると、施設に残る職員数が限られてしまうため、なかなか外部研修に職員が参加できない現状がある。</p> <p>○法人内の全体の研修はないが、施設ごとに研修内容の計画を立てている。特養の年間の教育・研修は、常務理事が作成している。</p> | |
| 課題と認識している点 | <p>○勉強会後、職員へ周知徹底することが難しい。</p> <p>○転倒・転落が減少しない。自立と安全のバランスが難しい。</p> <p>○事故予防策の一貫性と継続性</p> <p>○類似事例が再発する。文書報告の効果が得られ得ていない。</p> <p>○介護職員、看護職員の双方の知識、技術レベルと許可されている業務内容の違いが大きい。</p> <p>○利用者や利用者家族から求められる医療水準と提供できる医療の差がある。</p> | |
| 市町村、他施設との連携または情報共有の状況 | <p>○社会福祉協議会が行う施設長会で連絡会議を行うことはあるが、回数が少なく、研修がメインで施設長間の交流は少ない。</p> <p>○隣の老施設は、特養以外の社会保険関連サービスの職員も参加し、研修がメインで交流は少ない。</p> <p>○事故の内容に応じて保険者に報告している。</p> <p>○法人内では、重大かつ必要な場合は文書・口頭で周知を徹底している。</p> <p>○居宅支援事業所が拠点となって、法人外の施設と情報共有・連携を行っている。</p> <p>○近隣の他施設の事故情報は共有されていない現状がある。</p> | |
| 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 | <p>○市に報告しても、フィードバックはない。市内の他施設の事故事例や集計を知る機会もない。2年に1回、実地指導はあるが、フィードバックなど事故報告に関する還元はない。他施設の事故事例や再発防止策に関して情報が欲しい。</p> <p>○事故情報収集フォーマットは、項目数が多いと、入力する職員の負担が大きくなるかもしれない。</p> <p>○インターネットの普及や事故啓発活動、事故に関する研修会、事故に関連する法令など、様々な情報があり、十分であると思うが、具体的な対策に関しては情報が不足している。対策集のような情報があるとありがたい。</p> | |
| 行政への要望 | <p>行政に専門職を設置して欲しい。毎年のように担当者が変わり、事故の予防・再発防止などの踏み込んだ話ができない。</p> <p>○自治体からの事故に関するフィードバックはないため、事故報告の必要性を感じにくい。</p> <p>○報告の基準と必要性を緩和するなどの検討をして欲しい。</p> <p>○医療、介護事故の減少につながるような設備へ助成があるとよい。</p> | |
| その他 | <p>○吸引など、研修を受講すれば認められる技術についても、すべての介護職員が研修を受けることはできない。連携する職員の知識・技術レベルを同等にしておく必要があるため、国や保険者を中心にした取り組みが必要ではないか。</p> <p>○施設内に歯科の設備もあり、非常勤の歯科衛生士・歯科技工士も配置されている。</p> <p>○実務者研修、無料職業紹介、実習生の受け入れもやっている。</p> | |

| 種別 | 老健 | 老健 |
|------------------------------|---|---|
| 施設名 | E | F |
| 地域 | 関東 | 近畿 |
| 開設主体 | 医療法人 | 社会医療法人 |
| 開設年 | 1996 | 1995 |
| 入所定員 | 200 | 100 |
| 介護報酬上の届出 | 在宅強化型 | 在宅強化型 |
| 医療・介護の質・安全に関する組織体制 | <p>○月に1回委員会を開催。参加者の職種は、介護職員・看護職員・相談員・栄養士・リハビリ職員・事務職員・ケアマネジャー・支援相談員等の全職員で行っている。</p> <p>○事故はフロアごとに集計し、委員会でディスカッションが行われる。グループ内でも集計が行われている。</p> <p>○特例の事故が発生した場合は、グループ内の部長会(年4回)またはメールで情報が共有され、各施設の職員に発信される。</p> <p>○事故報告書はオリジナルのエクセルシートがあり、基本情報を入力すると県や市のそれぞれの報告書に反映される工夫がされている。手書きで何度も同じ内容を書くことがなくなり、職員の負担が減っている。</p> <p>○入所者が医師ド接をした際は、看護師が24時間経過観察をすることが徹底されている。</p> <p>○夜勤帯は1名の看護師が2つのフロアを担当している。</p> | <p>運営諮問委員会として介護安全管理委員会を組織し、構成メンバーは施設長、療養科長、各部署、各職種から一名ずつとなっている。委員は、主に法人の安全管理研修や、推進員研修を修了した者としている。各種報告は、必ず施設長まで上がるようになっている。</p> |
| 事故報告・再発防止の仕組み | <p>○アクシデント調査報告書を入力し、フロア内でカンファレンス、議長へ提出。</p> <p>○リスク委員会内で事故報告内容と防止策を発表し、委員会内で再検討し、共有する</p> | <p>利用者個々のリスクについて、ケアプラン作成時にアセスメントし、ハイリスク者のプランには、予防対策を明記するようにしている。入所検討会において、リスクに関する情報を共有している。事故発生時は速やかに報告書を作成し、朝礼での報告、全部署への配布を行っている。ヒヤリハット報告を推奨し、安全管理委員会や各部署会議での分析検討をしている</p> |
| 職員教育の状況 | <p>○年2回勉強会実施、原則全員参加。</p> <p>○勉強会に参加できなかった職員向けにフォローアップ研修・ランチョンセミナーを実施し、参加率100%を目指している(前回参加率: 98%)。</p> <p>○年2回の勉強会とは別に、新人・中途向けの研修も行っている</p> | <p>新入職員オリエンテーション時、安全な介護についてのOJTを行っている。</p> <p>毎月、朝礼で安全管理員からの勉強会をしている</p> <p>年1回、施設内学習会を行っている</p> |
| 課題と認識している点 | <p>●転倒転落による骨折件数</p> <p>○骨折件数は以前まで年間一桁台を推移していたが、昨年度骨折件数が増加したことを踏まえて、今年度骨折予防を重点的に取り組んでいる。</p> <p>○取り組み内容としては、リハビリ科による高齢者の転倒に関する勉強会、栄養科による食料・メニューの変更、モニタリングシートの改変(ADL・服薬状況に関する項目を追加)。</p> <p>●職員の急変時対応・防災対策マニュアル</p> <p>○実際に起きた入所者の急変事例を踏まえ、急変時対応のマニュアルの作成やBLS講習は行っていったものの、現場に居合わせた職員がリーダーシップをとれるように、より実践的な研修が必要であると感じ、通常のBLS講習に加え、施設内の指揮命令系統を踏まえたシミュレーション研修に関する取り組みを進めている。</p> <p>○感染の予防・拡大防止</p> <p>○感染症のアウトブレイクが生じた事例はほとんどないが、リスクマネジメントを中心に取り組んでいるため、感染予防まで手が届いていないのが現状。</p> <p>○現在は、感染委員会のラウンド(月1回)、手洗い・手指消毒の徹底、加湿器の導入、換気、面会者の面会時のマスク・手指消毒の徹底を行っている。</p> | <p>「介護事故をなくす」という視点だけになると、抑制的なケアになる懸念や、職員の負担感が大きくなる可能性がある。生活の中で起こってくる転倒やけがは防ぎようのないものもあるため、発生した事例が、「本当に防ぎようのないこと」「防ぎようのないこと」だったのかの見極めをせよ、防ぎようのないことは徹底して分析し予防対策を講じていかなければならないと考えるが、現在は一律に「介護事故」として扱っている。そのことが、起こった事案に対して、個人の責任を追究したり、報告書を作成することに対して精神的な負担感に繋がっていると考えている。</p> |
| 市町村、他施設との連携または情報共有の状況 | <p>○グループの全施設が年2回集まり、安全推進者会議を実施。</p> <p>○グループ外の市内の他施設とは連携の機会ほとんどない。</p> <p>○全老健が行う大会・研修では、その場だけの関係で交流はない</p> | <p>入院に至った介護事故については自治体へ報告している</p> |
| 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 | <p>○市や県などに相談窓口を設置して欲しい。</p> <p>○提出しても分析のフィードバック・還元がなく、市内の他施設の様子・好事例を知る機会がない。また、実地指導・集団指導でも、具体的な解決策の提示はない。</p> | <p>上記「課題と認識している点」に書いたように、「事故」という言葉で一律にぐくらない。件数が比較しない。</p> |
| 行政への要望 | <p>○医療安全関連・リスクマネジメントに関する加算を検討してほしい。</p> <p>○しかし、仮に加算要件として医療安全管理者・リスクマネージャー責任を設けられた場合、職員不足や現状の職員配置を考慮すると専任の職員を配置することは難しい。</p> | <p>上記「課題と認識している点」「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」と同様一般市民や、要介護者、家族への啓蒙</p> |
| その他 | <p>○グループ内のヒヤリハット報告システム「ウィザード」があり、クリック等の簡単な操作で報告できる。</p> <p>○当該施設は200床と規模が比較的大きいため、他県から医療依存度が高い入所者が増加してきている。</p> <p>○転倒・転落に関する説明書を使用している。この説明書は、免責事項を示すものではなく、施設側と入所者・入所者家族の相互理解を深めるために使用されている。</p> | <p>利用者の重度化や医療費の高さは今後ますます進んでいく中で、リスクの高い利用者を介護していくことは介護現場の職員の疲弊を招く。マンパワーだけに頼る介護ではなく、ITやAIの活用も考えていかなくてはならないが、その費用をどうするのかわからない大きな問題である。また、運営上必要とされる膨大な記録や書類の作成などもっと簡素化したり統一したものにすることで、本来の介護に専念できる環境をつくることで、リスクも軽減すると考える</p> |

| 種別 | 老健 | 老健 |
|------------------------------|--|--|
| 施設名 | G | H |
| 地域 | 北陸 | 九州 |
| 開設主体 | 社会福祉法人 | 公益財団法人 |
| 開設年 | 2013 | 1996 |
| 入所定員 | 54 | 100 |
| 介護報酬上の届出 | 超強化型 | 在宅強化型 |
| | <p>○リスク委員会を月に1回実施している。</p> <p>○委員会の参加職種は、施設長(医師)、看護職員、介護職員、リハビリ職員、ケアマネジャー、支援相談員、事務職員、小規模多機能型居宅介護施設職員である。</p> <p>○老健、小規模多機能型居宅介護施設、通所リハなどを含めた社会福祉法人全体の事故予防・再発防止対策に関しては、利用者安全リスク委員会で話し合われる。</p> <p>○そのほかに、月に2回、法人内で発生した困りごとを相談するカンファレンスを開催し、軽度なインシデント事例についても話し合う機会を設置している。</p> | <p>施設長(安全管理者)→安全管理委員会→経営会議→4の委員会と10のマネジャーで構成</p> <p>(教育委員会・広報委員会・ボランティア委員会・省エネ委員会・感染対策マネジャー・セーフティマネジャー・福祉用具・防火・身体拘束廃止・NST・排泄・口腔・業務検討・記録検討)</p> <p>他、法人内での各専門部門教育会の設置</p> |
| 医療・介護の質・安全に関する組織体制 | | |
| 事故報告・再発防止の仕組み | <p>○重大な事故、繰り返し発生する事故に関しては、リスク委員会で予防対応策について話し合い、職員に周知している。</p> <p>○事故レベルは、事故とヒヤリハット事例の2つで区分している。入所者に直接何らかの障害が生じた場合は事故、それを未然に防げた場合は、ヒヤリハット事例と定義している。例えば、転倒した場合は事故、転倒を防いだ場合は、ヒヤリハット事例としている。</p> <p>○昨年のヒヤリハット事例発生件数は、4件/月～21件/月であった。そのなかで発生した骨折は、1件であった。入所者の活動量増加に伴って、事故発生件数も増加するという印象がある。</p> <p>○発生した事故・インシデント事例の記録は、電子カルテ(ケアカルテ)を利用し、事故情報を含めたケアの記録の全てをケアカルテに残す。</p> <p>○ケアカルテに記録した対応記録は時系列で閲覧することが可能で、事故発生後4日間は朝礼時に職員間で事故情報とその後の対応について共有している。事故やケアの記録のほかに、ケアカルテ上で事故に関する報告書も作成している。</p> | <p>安全管理委員会の設置により各部署のセーフマネジャーよりアキシデント報告安全に対する提言・会議資料の提出をおこない安全管理委員会を関係職種で開催。その後、決定事項の伝達・具体的な指示をおこなう。</p> |
| 職員教育の状況 | <p>○年に2回事故防止に関する研修を実施している。研修内容は利用者安全リスク委員会が決められる。実際の研修内容は、危険予知に関するもの、老健内で連続して発生した事故に関する対策などがあつた。そのほかに、月に1回介護チームで事故予防に関するカンファレンスを実施し、再発防止に取り組んでいる。</p> <p>○老健職員は、グループ内の病院が実施する研修に任意で参加することができる。</p> | <p>年2回全体教育を行う</p> <p>各部署での事例検討、振り返りと0JTを繰り返す</p> |
| 課題と認識している点 | <p>○ヒヤリハットの場面を認知する感覚が職員間で個人差がある。職員の危険予知のレベルの底上げをしたい。</p> <p>○日々の業務に追われて、入所者の安全確保まで目が届かないという現状がある。</p> | <p>利用者個々のニーズに対するスタッフ個々の認識の違いから統一できずにクレームの元になる。</p> <p>安全間値に差があり、セーフティレベルを全体的に上げる必要がある。</p> |
| 市町村、他施設との連携または情報共有の状況 | <p>○市への事故報告は紙媒体で報告し、担当者に直接渡す。第一報は3日以内、第二報は1か月以内に報告する。</p> <p>○自治体が行う実地指導は、4年に1回実施され、一昨年実施された。</p> <p>○他老健との交流は少ないが、県の老健協会が実施している看護介護部会内で他施設との情報交換をする機会はある。しかし、老健施設の職員との交流にとどまっており、他サービスの介護施設職員との交流の機会はない。</p> | <p>グループ内所長会</p> <p>法人内合同セーフティの設置</p> <p>行政：アキシデント3以上の報告</p> <p>アキシデントで受診をした場合の報告</p> <p>他施設：対応困難なケースにおいては情報提供</p> |
| 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 | | <p>入所前の情報収集のあり方</p> <p>(病院から、施設から、自宅から)</p> |
| 行政への要望 | <p>○自治体から事故に関するやり取り・フィードバックがないため、事故報告のために労力ばかりがかかっている現状がある。</p> | <p>現在では緊急避難的入所者に対しての大きなトラブルは起こっていない。生活保護者の手続きなど連携を深め迅速な対応をおこなっていただきたい。</p> <p>老健の機能から入所期間はある程度設定されているが意思決定支援が困難な事例について、相談窓口を設けてほしい。</p> |
| その他 | | |

| | |
|----------|-------|
| 種別 | 介護医療院 |
| 施設名 | I |
| 地域 | 北陸 |
| 開設主体 | 医療法人 |
| 開設年 | 2019 |
| 入所定員 | 60 |
| 介護報酬上の届出 | - |

医療・介護の質・安全に関する組織体制

○介護医療院における事故の報告は、病院のインシデント、アクシデント報告規定に沿って実施されている。
 ○報告規定では、レベル0-2の事例は、発生から5日以内、レベル3の事例は発生から3日以内、レベル4、5の事例は発生から24時間以内に報告するよう定めている。
 ○2018年度のインシデント・アクシデント報告は、スキンテア16件、転倒転落28件(内レベル3b 骨折 2件)であった。(療養病床であったときの報告件数)
 ○昨年度のインシデント・アクシデント報告は、スキンテアが16件、転倒転落が18件、利用者間違いが16件(内レベル3b 骨折1件)であった。(介護医療院に転換してからの件数)
 ○病院内の医療安全リスク管理会議で介護医療院の事故に関しても報告され、再発防止策が検討されている。
 ○介護医療院では原則身体拘束は行わないが、月に1回、身体拘束適正化委員会、身体拘束を行っている患者について話し合い、患者安全推進会議で報告する。
 ○転倒転落に関して病院全体のラウンドを介護医療院の介護職員も共同で実施している。
 自治体への事故の報告に関しては、最初に病院のマネジャーに報告をし、必要であれば市へ報告する。現在のところ、報告対象レベルの事例は0件である。

○介護医療院の看護職員のなかには、グループ内にあったリハビリテーション病院で勤務していた職員も含まれている。
 ○介護医療院の職員に対する教育・研修は、病院と同じ制度である。

職員教育の状況

○医療的ケアを必要とする入所者の割合、重症な疾患を有する入所者の割合、看取り件数が増加し、事故が発生しやすい状況になっている。
 ○それに伴いインシデントの内容も変化しているため、新たな予防対策を考える必要がある。

課題と認識している点

市町村、他施設との連携または情報共有の状況

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

行政への要望

その他

班会議 議事次第・出欠表

第1回：2019年6月20日（木）開催

第2回：2020年2月21日（金）開催

平成 30 年度 厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）

「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」 2019 年度第 1 回班会議 議事次第

【開催概要】

- 日 時：2019 年 6 月 20 日(木) 10 時～12 時
- 場 所：(公財) 日本医療機能評価機構 10 階 大会議室

【議事次第】

1. 2018 年度研究報告概要について
2. 2019 年度研究計画について
3. その他

〈資料〉

資料 1-1：2018 年度研究報告概要

資料 1-2：ヒヤリ・ハット区分表(施設)

資料 1-3：ヒヤリ・ハット区分表(行政)

資料 2-1：2019 年度研究計画(案)

資料 2-2：介護事故情報収集システム（仮称）試行 企画書（案）

資料 2-3：介護事故情報報告フォーマット（案）

(参考資料) インシデント影響度分類

(国立大学医学部附属病院医療安全管理協議会総会資料抜粋)

以 上

厚生労働科学研究「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」 2019年度第1回 班会議

日時:2019年6月20日(水)10時~12時

場所:公益財団法人日本医療機能評価機構 10階大会議室

| | 氏名 | 所属・役職 | 出欠席 |
|----|--------|---------------------------------|-----|
| 1 | ◎橋本 廸生 | (公財)日本医療機能評価機構 常務理事 | 出 |
| 2 | ○後 信 | (公財)日本医療機能評価機構 執行理事 | 出 |
| 3 | ○坂口 美佐 | (公財)日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部長 | 出 |
| 4 | ○栗原 博之 | (公財)日本医療機能評価機構 教育研修事業部長 | 出 |
| 5 | ○横山 玲 | (公財)日本医療機能評価機構 評価事業推進部 企画課長 | 出 |
| 6 | 江澤 和彦 | 公益社団法人日本医師会 常任理事 | 出 |
| 7 | 加塩 信行 | 医療法人社団永生会永生病院 副病院長 | 出 |
| 8 | 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 | 出 |
| 9 | 仲井 培雄 | 一般社団法人日本慢性期医療協会 常任理事 | 出 |
| 10 | 柏木 聖代 | 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 教授 | 出 |

◎:研究代表者、○:分担研究者、無印:研究協力者

(オブザーバ:厚生労働省老健局老人保健課)

| | | |
|---|-------|-------------------|
| 1 | 南 亮介 | 厚生労働省老健局老人保健課 調整官 |
| 2 | 長江 翔平 | 厚生労働省老健局老人保健課 補佐 |

(事務局:日本医療機能評価機構)

| | | |
|---|-------|------------|
| 1 | 上田 茂 | 専務理事 |
| 2 | 遠矢 雅史 | 評価事業推進部長 |
| 3 | 脇坂 直宏 | 評価事業推進部 参与 |
| 4 | 高田 聖果 | 評価事業推進部企画課 |

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）

「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」 2019 年度第 2 回班会議 議事次第

【開催概要】

- 日 時：2020 年 2 月 21 日(金) 14 時～16 時
- 場 所：(公財) 日本医療機能評価機構 10 階 大会議室

【議事次第】

1. 2019 年度研究概要
 - (1) ヒアリング調査の報告
 - (2) 事故情報収集(試行)結果
2. 2020 年度研究計画について
3. その他

<資料>

- 資料 1：ヒアリング調査概要
- 資料 2-1：事故情報収集(試行)企画書
- 資料 2-2：事故情報収集フォーマット
- 資料 2-3：事故情報収集(試行)結果概要
- 資料 2-4：事故情報収集(試行) アンケート結果
- 資料 3：2020 年度計画概要

(参考資料)

- 厚生労働科学研究費(長寿科学政策研究事業)
- 中間・事後評価委員会ヒアリング実施のお知らせ

以 上

厚生労働科学研究「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」 2019年度第2回 班会議

日時:2020年2月21日(金)14時~16時

場所:公益財団法人日本医療機能評価機構 10階大会議室

| | 氏名 | 所属・役職 | 出欠席 |
|----|--------|---------------------------------|-----|
| 1 | ◎橋本 廸生 | (公財)日本医療機能評価機構 常務理事 | 出 |
| 2 | ○後 信 | (公財)日本医療機能評価機構 執行理事 | 出 |
| 3 | ○坂口 美佐 | (公財)日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部長 | 出 |
| 4 | ○栗原 博之 | (公財)日本医療機能評価機構 教育研修事業部長 | 出 |
| 5 | ○横山 玲 | (公財)日本医療機能評価機構 評価事業推進部 企画課長 | 出 |
| 6 | 江澤 和彦 | 公益社団法人日本医師会 常任理事 | 出 |
| 7 | 加塩 信行 | 医療法人社団永生会永生病院 副病院長 | 出 |
| 8 | 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 | 出 |
| 9 | 仲井 培雄 | 一般社団法人日本慢性期医療協会 常任理事 | 出 |
| 10 | 柏木 聖代 | 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 教授 | 出 |

◎:研究代表者、○:分担研究者、無印:研究協力者

(事務局:日本医療機能評価機構)

| | | |
|---|-------|------------|
| 1 | 上田 茂 | 専務理事 |
| 2 | 遠矢 雅史 | 評価事業推進部長 |
| 3 | 脇坂 直宏 | 評価事業推進部 参与 |

別紙4

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍 なし

雑誌 なし

厚生労働大臣 殿

機関名 (公財) 日本医療機能評価機構

所属研究機関長 職 名 代表理事 理事長

氏 名 河北 博文



次の職員の令和 元 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 (所属部局・職名) 常務理事
(氏名・フリガナ) 橋本 勉生 (ハシモト ミチオ)

4. 倫理審査の状況

| | 該当性の有無 有 無 | | 左記で該当がある場合のみ記入 (※1) | | |
|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------|--------------------------|
| | | | 審査済み | 審査した機関 | 未審査 (※2) |
| ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

その他 (特記事項)

当機構研究倫理審査委員会において上記倫理指針には該当しない旨を確認済みである。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

| | |
|-------------|---|
| 研究倫理教育の受講状況 | 受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/> |
|-------------|---|

6. 利益相反の管理

| | |
|--------------------------|---|
| 当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究機関におけるCOI委員会設置の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:) |
| 当研究に係るCOIについての報告・審査の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究に係るCOIについての指導・管理の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (有の場合はその内容:) |

令和 2 年 5 月 27 日

厚生労働大臣 殿

機関名 (公財) 日本医療機能評価機構

所属研究機関長 職名 代表理事 理事長

氏名 河北 博文 印



次の職員の令和 元 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)
- 研究課題名 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
- 研究者名 (所属部局・職名) 執行理事
(氏名・フリガナ) 後 信 (ウシロ シン)

4. 倫理審査の状況

| | 該当性の有無 | | 左記で該当がある場合のみ記入 (※1) | | |
|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------|--------------------------|
| | 有 | 無 | 審査済み | 審査した機関 | 未審査 (※2) |
| ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

その他 (特記事項)

当機構研究倫理審査委員会において上記倫理指針には該当しない旨を確認済みである。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

| | |
|-------------|---|
| 研究倫理教育の受講状況 | 受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/> |
|-------------|---|

6. 利益相反の管理

| | |
|--------------------------|---|
| 当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究機関におけるCOI委員会設置の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:) |
| 当研究に係るCOIについての報告・審査の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究に係るCOIについての指導・管理の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (有の場合はその内容:) |

令和 2 年 5 月 27 日

厚生労働大臣 殿

機関名 (公財) 日本医療機能評価機構

所属研究機関長 職 名 代表理事 理事長

氏 名 河北 博文 印



次の職員の令和 元 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 (所属部局・職名) 医療事故防止事業部長
(氏名・フリガナ) 坂口 美佐 (サカグチ ミサ)

4. 倫理審査の状況

| | 該当性の有無 | | 左記で該当がある場合のみ記入 (※1) | | |
|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------|--------------------------|
| | 有 | 無 | 審査済み | 審査した機関 | 未審査 (※2) |
| ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

その他 (特記事項)

当機構研究倫理審査委員会において上記倫理指針には該当しない旨を確認済みである。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

| | |
|-------------|---|
| 研究倫理教育の受講状況 | 受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/> |
|-------------|---|

6. 利益相反の管理

| | |
|--------------------------|---|
| 当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究機関におけるCOI委員会設置の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:) |
| 当研究に係るCOIについての報告・審査の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究に係るCOIについての指導・管理の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (有の場合はその内容:) |

令和 2 年 5 月 27 日

厚生労働大臣 殿

機関名 (公財) 日本医療機能評価機構

所属研究機関長 職名 代表理事 理事長

氏名 河北 博文 印



次の職員の令和 元 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 (所属部局・職名) 統括調整役
(氏名・フリガナ) 栗原 博之 (クリハラ ヒロユキ)

4. 倫理審査の状況

| | 該当性の有無 | | 左記で該当がある場合のみ記入 (※1) | | |
|------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------|--------------------------|
| | 有 | 無 | 審査済み | 審査した機関 | 未審査 (※2) |
| ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

その他 (特記事項)

当機構研究倫理審査委員会において上記倫理指針には該当しない旨を確認済みである。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

| | |
|-------------|---|
| 研究倫理教育の受講状況 | 受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/> |
|-------------|---|

6. 利益相反の管理

| | |
|--------------------------|---|
| 当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究機関におけるCOI委員会設置の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:) |
| 当研究に係るCOIについての報告・審査の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究に係るCOIについての指導・管理の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (有の場合はその内容:) |

令和 2 年 5 月 27 日

厚生労働大臣 殿

機関名 (公財) 日本医療機能評価機構

所属研究機関長 職 名 代表理事 理事長

氏 名 河北 博文 印



次の職員の令和 元 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)
- 研究課題名 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
- 研究者名 (所属部局・職名) 評価事業推進部 企画課 課長
(氏名・フリガナ) 横山 玲 (ヨコヤマ レイ)

4. 倫理審査の状況

| | 該当性の有無 | | 左記で該当がある場合のみ記入 (※1) | | |
|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------|--------------------------|
| | 有 | 無 | 審査済み | 審査した機関 | 未審査 (※2) |
| ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

その他 (特記事項)

当機構研究倫理審査委員会において上記倫理指針には該当しない旨を確認済みである。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

| | |
|-------------|---|
| 研究倫理教育の受講状況 | 受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/> |
|-------------|---|

6. 利益相反の管理

| | |
|--------------------------|---|
| 当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究機関におけるCOI委員会設置の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:) |
| 当研究に係るCOIについての報告・審査の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:) |
| 当研究に係るCOIについての指導・管理の有無 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (有の場合はその内容:) |