

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2年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 橋本 迪生
令和 3 (2021)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
..... 5

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
医療事故防止事業部 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

..... 11

資料1-1. 事故情報登録フォーマット (新旧対照表)

..... 23

資料1-2. 事故情報収集 (試行) 単純集計結果

..... 29

2-2. 「介護事故防止チェックリスト (案)」の策定に関する検討

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

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

..... 39

資料2. 施設ヒアリング結果まとめ

..... 55

<参考資料> 班会議 議事次第・出欠表

..... 65

厚生労働科学研究費補助金 長寿科学政策研究事業
統括研究報告書

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：

<背景・目的>

介護施設における事故の状況に関する全国的な把握はなされていないが、介護事故情報を全国的に共通のフォーマット・定義で収集する「介護事故情報収集システム（仮称）」があれば、自施設で経験していない事例に対する他施設の取り組みや自施設で発生した事例と同種の事例について他の施設がどのように取り組んだかを学び、発生を未然に予防したり再発防止策に取り入れたりすることが可能になる。本研究では、「介護事故情報収集システム（仮称）」の試行を行い、介護施設における事故の状況を調査する。また、「介護事故予防チェックリスト（案）」を作成し、介護施設の職員が事故防止や安全の向上に関する自施設の取り組みを定期的に評価するツールとして提供する。

<方法>

2019年度の研究結果をもとに「介護事故情報収集システム（仮称）」の登録フォーマットを一部修正し、介護老人保健施設（以下「老健」）7施設、介護老人福祉施設（以下「特養」）7施設から事故情報を登録いただいた。対象とする事故は「2019年10月に<影響度分類がレベル1以上の事故>として施設内で報告された事例」と定義した。件数等は単純集計を行い、自由記述欄の内容についてはKH coderを用いて共起ネットワーク分析および階層的クラスタ分析を行った。

介護施設等を対象とした国内外の第三者評価項目のうち、特に事故予防や安全の向上に関する項目を集約して「介護事故予防チェックリスト（案）」を作成した。その後、老健4施設、特養5施設を対象に「介護事故予防チェックリスト（案）」の全体的な内容や項目の過不足、文言等についてオンラインでヒアリング調査を実施した。

<結果>

合計501件の事故情報が老健7施設、特養7施設から登録された。このうち、影響度分類がレベル0または不明の50件を除外した451件を分析対象とした。451件中、281件(62.3%)がレベル1、237件(52.5%)が転倒・転落の事例であった。また、184件(40.8%)が居室で発生していた。利用者単独の場面での事故は245件(54.3%)であった。事故の二大要因は「トイレ」「車椅子」であった。「車椅子のブレーキがかかっていなかった」「トイレに行こうとして立ち上がった」等が最も多かった。

「介護事故予防チェックリスト（案）」は、全国老人保健施設協会編『新・介護老人保健施設サービスマニュアル』、全国社会福祉協議会『高齢者福祉サービス版評価基準』等の評価項目体系のうち、安全や事故防止に関する項目をもとに作成し、大項目 7、中項目 18、小項目 40 にまとめた。介護施設のヒアリングでは、チェックリスト案の位置づけや項目数（規模）については概ね好意的な意見であった一方、個別の項目については「誤嚥・窒息」「感染」「薬剤・服薬管理」等の項目が不足しているとの意見が多く得られた。これらの意見を踏まえ「介護事故予防チェックリスト（案）」修正版を作成した。

<考察>

施設内で報告されている事故の件数は施設によって大きくばらついていた。特にレベル 1 の件数に差が大きかったことから、施設ごとの事故状況の差ではなく、報告対象となる事故の定義や範囲の差を反映している可能性が高い。また、日中の時間帯に発生する事故が多いことから、職員数が多い時間帯であっても事故を未然に防ぐことは難しいことが示唆される。一方、レベル 1 の事例が 6 割を超えている状況は、各施設において軽微な事故についても報告する仕組みが機能していること、事故が発生しても重篤な事故にならないような取り組みが行われていることがうかがえた。

「介護事故予防チェックリスト（案）」についてヒアリングした 9 施設のうち、同様のチェックリストを用いて事故予防・安全の向上に関する取り組みそのものを評価している施設は 1 施設のみであった。介護施設等の職員が自らの取り組みの状況を客観的・網羅的に評価できるチェックリストは、全国の介護施設等での事故防止・安全の向上に関する取り組みをさらに促進させるツールとなるものである。今般の介護報酬改定において介護施設に配置を求められている「外部の研修を修了した安全に関する担当者」が、各施設において安全について取り組んでいく場合の指針としても活用されることを期待する。

<結論>

「介護事故情報収集システム（仮称）」試行においては、老健・特養とも情報登録に支障があった施設はなく、比較的幅広い介護事業所が同様のフォーマットで事故情報を登録できると考えられる。共通のフォーマット・定義で事故情報を全国的に収集する仕組みが確立され全国の介護現場で事故事例と再発防止策を共有できるようになることにより、事故防止・安全の向上に関する取り組みが促進されると期待される。

また、「介護事故予防チェックリスト（案）」を用いて定期的に自施設の取り組みを評価するようになれば、実際に行われている活動を有機的に関連させ、事故の件数だけでなく、事故が発生した場合の影響を低減させることができると考えられる。令和 3 年度の介護報酬改定において介護施設には外部の研修を修了した安全担当者を配置することが求められている。今後、安全担当者の活動として、チェックリストを用いた自施設の取り組みの定期的な評価が定着することを期待している。

<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 伊藤絢乃氏に協力いただいた。

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
統括調整役

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

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 クリニックグリーングラ
ス 院長

柏木 聖代

東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究
科看護ケア技術開発学 教授

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

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。

2020年度は、3年計画の最終年度として、2019年度の試行を踏まえて「介護事故情報収集システム(仮称)」の事例登録フォーマットを見直したうえで対象を介護老人福祉施設(以下「特養」)に拡大し、介護老人保健施設(以下「老健」)以外の介護施設での実施可能性を評価し、併せて各施設における事故報告の実態を把握する。また、介護施設を対象とした国内外の第三者評価制度の項目を参考に、事故予防・安全の向上に関する項目をまとめた「介護事故予防チェックリスト(案)」を作成し、介護現場での事故予防に向けた取り組みのツールを提供することを目的とする。

B. 研究方法

- (1) 「介護事故情報収集システム(仮称)」の試行および分析

これまでにヒアリング等に協力いただいた施設および関係者から紹介いただいた施

A. 背景および研究目的

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

設（以下「試行協力施設」）を対象に、2019年10月の1か月間に影響度分類がレベル1以上の事故として施設内で報告された事例について所定のフォーマットを用いて事故の情報を登録いただいた。併せて、同月1か月間に施設内で報告された事故の件数を影響度分類別に集計したデータも提供いただいた。データの授受はMicrosoft社の提供するクラウドサービスであるOneDrive上に設けた施設ごとのフォルダを介して行った。登録された事故情報のうち、「発生・発見時の状況」および「事故の要因分析（本人要因・サービス要因・環境要因）」として自由記述で登録された内容について、KH coderを用いてテキストマイニングを行った。

(2) 「介護事故予防チェックリスト(案)」に関する検討

介護老人保健施設（以下「老健」）等を対象とする既存の評価項目体系のうち、事故防止及び安全の向上に資すると考えられる項目を要素レベルで抽出し、内容を整理して統合した。また、作成したチェックリスト案について、過去に本研究班に協力いただいた老健および特養を対象に面接によるヒアリング調査を行い、チェックリスト案の実行可能性について評価した。ヒアリング調査で収集した情報をもとにチェックリスト案の修正版を作成した。

C. 研究結果

(1) 「介護事故情報収集システム(仮称)」の試行および分析

2018～2019年度にヒアリング調査に協力いただいた老健および特養を中心に、老健7施設、特養7施設から事故情報を登録いただいた。レベル1以上の事故事例451件

（老健261件、特養190件）について回答を得た。特養と老健の情報に大きな差は見られなかった。最も発生頻度の高い場所は老健・特養ともに「居室」であり、次いで「食堂」であった。いずれの施設においても、最も多く発生する事故は転倒・転落、次いでスキントラブルであり、登録された事例の半数以上がレベル1の事故であった。もっとも重傷度の高い事故はレベル3bの骨折であり、451事例中4件のみであった。発生状況については、いずれも利用者単独時が最多であり、居室で利用者単独時に発生した事故が多いことが示された。事故の発生した時間帯は日中に多かった。転倒・転落の発生時の状況および要因分析の自由記述についてKH coderを用いて分析した結果、「車椅子」「トイレ」が二大要因であることが示された。

(2) 「介護事故予防チェックリスト(案)」に関する検討

介護施設等を対象とした既存の評価項目体系のうち、「安全」に関する項目を要素ごとに集約し、採否を検討し大項目7、中項目18、小項目40からなるチェックリスト案（原案）を作成した。原案について老健4施設、特養5施設の合計9施設を対象にヒアリング調査を行い、項目の過不足や内容のわかりやすさ等について回答を得た。項目数については概ね許容できるとの意見が多数であった。また、内容については「自施設の取り組みを見直すきっかけとなる」「誤嚥・窒息や感染、服薬管理等に関する項目があったほうがよい」「ベストプラクティスガイドライン等の用語がわかりづらい」という指摘があった。それらの指摘を踏まえ、大項目8、中項目19、小項目59からなるチェックリスト案修正版を作成した。

D. 考察

「介護事故情報収集システム（仮称）」の試行から、施設内で報告される事故の件数は施設ごとで大きく異なっている一方、ほとんどの事故は軽微なものであることが示された。また、事故のほとんどは利用者の活動度の高い日中に発生していた。職員数が多くいる時間帯であっても居室やトイレで利用者が単独でいる場面での事故を防ぐことはできないが、事故が発生しても重大事故にならない取り組みがなされている可能性が窺えた。

「介護事故予防チェックリスト（案）」に関するヒアリングの結果、個別の利用者に対するアセスメントや発生した事故の分析を行っている施設は多いが、事故防止や安全に関する取り組み全体を網羅的に評価し改善している施設はほとんどないことがわかった。今回チェックリスト案作成に当たって参考にした第三者評価は、事故防止や安全の向上に限定したものではなく、病院機能評価のように組織全体の体制や仕組みを評価する内容であり、事故防止や安全に関する取り組みだけに焦点を当てたものではなかった。本研究の事故情報登録やヒアリングに協力いただいた施設が全国の老健・特養の平均的な施設であるのか、事故防止・安全の向上等に特によく取り組んでいる施設であるのかについては情報を持っていないが、いずれの場合であっても、介護施設等の職員が自らの取り組みの状況を客観的・網羅的に評価できるチェックリストは、全国の介護施設等での事故防止・安全の向上に関する取り組みをさらに促進させるツールとなるものである。今般の介護報酬改定において介護施設に配置を求められている「外部の研修を修了した安全に関する

担当者」が、各施設において安全について取り組んでいく場合の指針としても活用されることを期待する。

E. 結論

本研究に協力いただいた老健・特養のうち、介護現場で起きた事故の情報を共通のフォーマット・定義で全国的に収集する「介護事故情報収集システム（仮称）」への事例登録について支障のあった施設はなかった。共通のフォーマット・定義でオンラインで事故情報を登録する仕組みがあれば、自施設で経験していない事例や自施設で発生した事例と同種の事故について他の施設がどのように対応しているかを学ぶことができる。また、今回の事故情報登録の試行では、特定の1か月間に限定して各施設内で報告された事故事例を登録いただくことにより、介護施設で報告されている事故の概要を把握することができた。

一方、「介護事故予防チェックリスト（案）」を用いて各施設での事故防止・安全の向上に関する取り組みの総体を定期的に評価することにより、実際に行われている活動を有機的に関連させ、事故の件数だけでなく、事故が発生した場合の影響を低減させることができると考えられる。令和3年度の介護報酬改定において介護施設には外部の研修を修了した安全担当者を配置することが求められている。今後、安全担当者の活動として、チェックリストを用いた自施設の取り組みの定期的な評価が定着することを期待している。

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

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 医療事故防止事業部部長
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>

介護現場で発生した事故の情報を統一したフォーマットで全国的にオンラインで収集する「介護事故情報収集システム(仮称)」について、2018年度は登録フォーマットを含む仕様を検討した。2019年度はそのフォーマットを用いてExcel形式で介護老人保健施設(以下「老健」)8施設から事故情報を登録いただく試行を通じてフォーマットの評価を行った。2020年度は、2019年度の試行で得られた意見をもとにフォーマットを一部修正するとともに、介護老人福祉施設(以下「特養」)に対象を拡大し、介護事業所の種別によらずに「介護事故情報収集システム(仮称)」に事故情報を登録することが可能であるか検証するとともに、登録された事故情報をもとに介護現場で発生する事故の分析を行うことを目的とした。

<方法>

2018-2019年度にヒアリングに協力いただいた施設および関係者に紹介いただいた施設を対象とした。事故情報登録フォーマットは、2019年度の試行結果を踏まえて一部修正した。収集は2019年度同様Excelフォーマットを用いて実施した。登録する事故の定義は、「2019年10月の1か月間に各施設において施設内で事故として報告された事例のうち、レベル1以上のもの」とした。併せて2019年10月の1か月間に施設内で報告された事故事例について、レベル分類別に集計件数を登録いただいた。自由記載の内容についてはKHcoderを用いてテキストマイニングを行った。

<結果>

協力施設内訳は、老健7施設(超強化型5施設、在宅強化型1施設、加算型1施設)、特養7施設であった。レベル1以上の事故事例451件(老健261件、特養190件)について回答を得た。特養と老健の情報に大きな差は見られなかった。最も発生頻度の高い場所は老健・特養ともに「居室」であり、次いで「食堂」であった。いずれの施設においても、最も多く発生する事故は転倒・転落、次いでスキントラブルであり、登録された事例の半数以上

がレベル1の事故であった。もっとも重傷度の高い事故はレベル3bの骨折であり、451事例中4件のみであった。発生状況については、いずれも利用者単独時が最多であり、居室で利用者単独時に発生した事故が多いことが示された。事故の発生した時間帯は日中に多かった。転倒・転落の「発生・発見時の状況および対応」および「原因分析」自由記述についてKH coderを用いて分析した結果、「車椅子」「トイレ」が二大要因であることが示された。

<考察>

最も多くの職員が勤務していると考えられる日中の時間帯であっても、居室に一人でいる利用者の転倒・転落を防ぐことはできないことが示唆された。一方、転倒・転落事例の61.6%がレベル1の事例であり、今回報告された237件の転倒・転落事例のうちレベル3b以上とされたものは4件(1.7%)のみであった。このことは、施設内では軽微な転倒・転落が日常的に非常に多く発生しており、それらに対して施設内のルールにのっとり報告され、対策が検討されていること、転倒・転落事故が発生しても重篤な事故にならない取り組みがなされていることをうかがわせるものであった。

<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 伊藤絢乃氏に協力いただいた。

A. 背景および研究目的

2019年度の本研究において、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である「介護事故情報収集システム(仮称)」のフォーマットを用いて介護老人保健施設(老健)8施設から事故情報収集の試行を行った。併せて、試行に協力いただいた施設を対象に入力のしやすさや「介護事故情報収

集システム(仮称)」に期待すること等の設問にも回答いただいた。その結果、「有用である」との評価が5施設であった一方、「発見者・当事者の職種・経験年数」「診断結果」等の項目については回答が困難であったとの意見も聞かれた。さらに、入力負荷を軽減する目的で原因分析入力欄に該当する事例が多いと想定される事項をチェックボックスで作成していたが、スキントラブルの事故に関する本人要因として「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。また、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大変多い結果となっており、フォーマットに見直しが必要であることが明らかとなった。

2020年度は、2019年度の試行結果を踏まえてフォーマットを見直すとともに、対象を介護老人福祉施設（特養）に広げて試行を行い、同じフォーマットで老健以外にも拡大可能かを検証するとともに、自由記述回答についてテキストマイニングを行うことにより、回答内容の傾向を示すことを目的とした。

B. 研究方法

老健7施設、特養7施設に協力いただいた。2018-19年度にヒアリングを行った施設のほか、関係者から推薦された施設のうち協力を承諾いただいた施設を協力施設とした。調査は、Excelで作成した自記式調査票を用いて、施設情報（職員数、利用者定員等）、利用者情報（年齢、要介護度等）、事故の概要（事故種別、発生時の状況）、事故の要因、再発防止策などについてたずねた。

事故登録の対象は「2019年10月に当該施設で事故として施設内に報告されたもの」のうち事故の影響度分類がレベル1（事故は発生したが利用者に実害はなかった事例（一時的な経過観察のみ））以上のものの全件を対象とした。併せて、同月に施設内で報告された全事例の影響度分類別の件数（集計値）、当該施設の利用者数及び職員数を参考情報として登録いただいた。

フォーマットには当該利用者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。また、データの授受はMicrosoft社が提供するOneDriveを用いて行い、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った。

「発生・発見時の状況および対応」「原因分析」の自由記述欄のテキストマイニングにはKH coder (ver. 3.0 beta3)を使用した。最初に、処理として、本研究の文脈に必要なと考えた「シルバーカー」、「仰臥位」、「長座位」、「側臥位」、「利用者」、「他利用者」、「訪室」、「床頭台」などの語を強制抽出した。次に、抽出された語の頻度を確認し、事故事例発生時の状況について共起ネットワーク分析を行い、語句間の関連性やその関連性の強さを分析した。出現数による語の取捨選択は、最小出現数を10に設定した。次に、事故の要因についてテキストデータをクラスタ化できる階層的クラスタ分析を行った。

C. 研究結果

(1) 登録された事例の概要

2019年度の試行の際に協力施設からいただいた意見をもとに事故情報登録フォーマットを一部見直した（資料1参照）。協力施設14施設の内訳は、老健7施設（超強化型5施設、在宅強化型1施設、加算型1施設）、特養7施設であった（次ページ表1）。

2019年10月の1か月間の施設内事故報告件数（利用者定員100あたり）の報告件数は最も少ない施設で9.0件、最も多い施設で110.4件であり、全体では 40.9 ± 28.7 件；平均値±標準偏差）であった。老健と特養の間での報告件数にはWilcoxonの順位和検定で有意差は認められなかった（老健 44.0 ± 24.0 件；特養 37.7 ± 30.6 件）。なお、特養のうち1施設のみ、2020年10月1か

月間の事故報告に基づいてデータ登録していたが、その他の施設から登録された内容と大きな違いは認められなかったため、分析対象に含めた。

老健7施設から合計304件、特養7施設からは合計197件、総計501件の事故事例について情報を得た。単純集計を資料2に示す。登録された501件のうち、影響度分類がレベル0であった49件および影響度分類無回答の1件を除いた451件を集計対象とした。451件の内訳は老健261件、特養190件であった。

事故の対象となった利用者の年齢構成は80歳以上の利用者の事故事例発生が全体の76.5%を占めており、全体の47.5%の事故の対象は85-94歳であった。また、事故の対象者の認知症高齢者の日常生活自立度を報告件数の多い順にみると、ランク IIIa が30.8%で最も高く、次いでランク IIB (23.1%)、ランク IIIB (12.6%) の順であった。

発生頻度の高い場所は、全体では居室(40.8%)>食堂(24.4%)>トイレ、その他(い

ずれも8.6%)>廊下(8.2%)の順であったが、老健では居室(33.0%)>食堂(26.1%)>その他(13.4%)>トイレ(9.2%)の順、特養では居室(51.6%)>食堂(22.1%)>廊下(9.5%)>トイレ(7.9%)の順であった。

発生頻度の高い事故の種別は、転倒・転落237件(52.5%)、スキントラブル73件(16.2%)、誤薬・薬剤44件(9.8%)であった。老健のほうが発生頻度の高かった事故種別は、誤薬・薬剤(老健33件12.6%、特養11件5.8%)、その他(老健29件11.1%、特養6件3.2%)、離設(老健11件4.2%、特養1件0.5%)、その他療養上の世話(老健10件3.8%、特養0件0.0%)、他傷(老健5件1.9%、特養1件0.5%)、ドレーン・チューブ(老健4件1.5%、特養1件0.5%)であり、特養のほうが発生頻度が高かった事故は、転倒・転落(老健116件44.4%、特養121件63.8%)、異食(老健2件0.8%、特養5件2.6%)、誤嚥(老健0件0.0%、特養3件1.6%)、医療機器・介護機器(老健0件0.0%、特養2件1.1%)であった。

影響度分類では、全体の62.3%にあたる

表1. 「介護事故情報収集システム(仮称)」試行 協力施設概要

施設	所在地	サービスの種類	施設類型(老健の場合)	利用者定員(人)	職員数(人)
A	関東地方	介護老人保健施設	超強化型	100~200	200~300
B	関東地方	介護老人保健施設	超強化型	100~200	100~200
C	関東地方	介護老人保健施設	在宅強化型	100~200	~100
D	九州・沖縄地方	介護老人保健施設	超強化型	~100	~100
E	関東地方	介護老人福祉施設	-	~100	~100
F	関東地方	介護老人福祉施設	-	100~200	~100
G	近畿地方	介護老人福祉施設	-	~100	~100
H	関東地方	介護老人福祉施設	-	100~200	100~200
I	中国・四国地方	介護老人福祉施設	-	~100	~100
J	関東地方	介護老人福祉施設	-	100~200	100~200
K	関東地方	介護老人福祉施設	-	100~200	100~200
L	東海・北陸地方	介護老人保健施設	超強化型	~100	~100
M	近畿地方	介護老人保健施設	超強化型	~100	102
N	関東地方	介護老人保健施設	加算型	100~200	100~200

281 件事故がレベル 1 であり、レベル 3a 以上の事故は全体の 10.2% (46 件) であった。

発生状況については、利用者単独時 245 件 (54.3%)、不明 87 件 (18.4%)、職員の目視下 67 件 (14.9%) の順であった。老健と特養を比較すると、「職員の目視下」(老健 54 件 20.7%、特養 13 件 6.8%)、「介護中」(老健 25 件 9.6%、特養 22 件 11.6%) で差が見られた。

影響度分類がレベル 1 以上の 451 件中、転倒・転落事故が 237 件含まれていた。この 237 件について、発生した時間帯と影響度分類の関係を示す (表 2、図 1)。時間帯別の事故発生件数を見ると、全体の 63.7% にあたる 151 件が午前 9 時～午後 9 時に発生している一方、その時間帯に発生した事故の 66.2% がレベル 1 であった。一方、レベル 3a 以上の転倒・転落事故は転倒・転落事故の 8.9% に過ぎないが、そのうち 47.6% が午前 0 時～午前 9 時に発生していた。

表 2. 時間帯別の転倒・転落事故発生件数と影響度分類

時間帯	影響度分類				合計
	1	2	3a	3b	
0-3 時	9	7	1	1	18
3-6 時	13	4	2	1	20
6-9 時	9	11	4	1	25
9-12 時	21	15	2		38
12-15 時	37	8	1		46
15-18 時	15	8	2	1	26
18-21 時	27	10	4		41
21-24 時	15	7	1		23
合計	146	70	17	4	237

※ レベル 4 以上の事故は 0 件であったため割愛した。

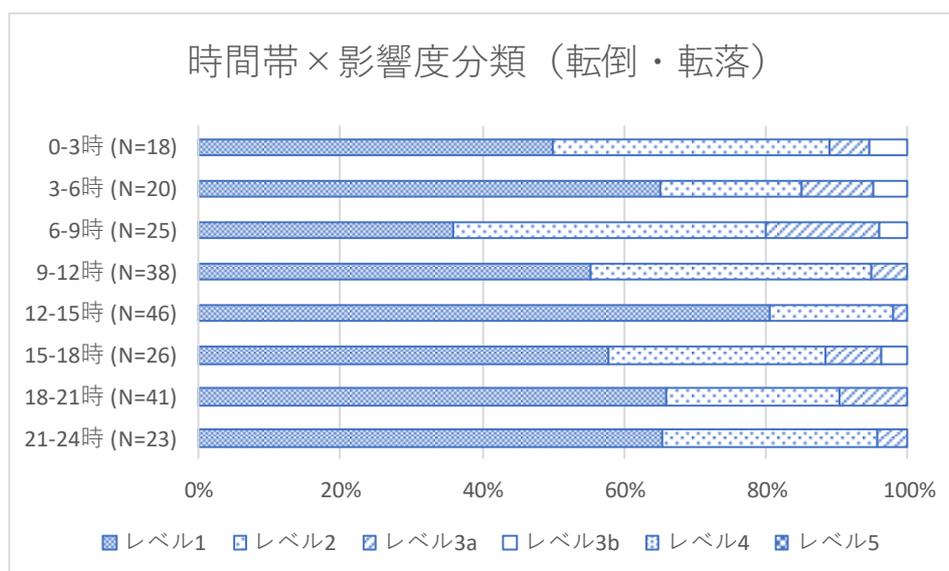


図 1. 転倒・転落事故の発生時間帯と影響度分類

(2) 転倒・転落事例に関するテキストマイニング

最も報告件数の多かった「転倒・転落」237件を対象に、自由記述で登録された「発生・発見時の状況および対応」および「原因分析（本人要因・サービス要因・環境要因）」についてKH coderを用いてテキストマイニングを行った。

① 発生・発見時の状況および対応：共起ネットワーク分析

「発生・発見時の状況および対応」に自由記述のあった236件を対象に記述された内容を分析した。出現回数の上位5つの単語を表3に示す。

表3. 「発生・発見時の状況および対応」出現回数上位5位の単語

	抽出語	出現回数
1	発見	82
2	車椅子	68
3	ベッド	60
4	転倒	52
5	トイレ	47

転倒・転落事例の発生時の状況は、8つのネットワークに分かれていた(図2)。語がかかっている円の大きさは語の頻出度を表し、同じ色の円どうしは同じネットワークに属していることを示す。互いに関連する円と円は直線で結ばれ、線の濃さは関係性の強さに対応している。

分析の結果、最も大きなネットワーク(図2(1))は「車椅子」を中心とするネットワークであり、「車椅子」「ブレーキ」「移乗」「介助」等を含むグループと、「ボディ」「チェック」「ナース」「報告」等の語を含むグループが「行う」を介して一つのネットワークを形成していた。前者には「車椅子

のブレーキはかかっていなかった」「他利用者の介助中（にセンサーが鳴った）」

「(車椅子の横に倒れていた/座り込んでいたので)車椅子に移乗介助した」「(尿汚染のため)更衣介助を行った」等、事故発生時の状況と発生後の対応が混在していた。また、後者には事故発生後に利用者の身体状況をチェックした記述が含まれていた。また、このネットワークは「観察」「バイタルサイン」「疼痛」等を含むネットワーク(3)と弱い関連でネットワークを形成しており、「経過観察」「全身観察」「疼痛なし」などの記述が含まれていた。「外傷」「痛み」「訴え」「確認」等を含むネットワーク(5)はネットワーク(3)と同様、事故発生後の身体観察に関する記述からなるネットワークであったが、ネットワーク(3)とはネットワークを形成していなかった。

一方、2番目に大きなネットワーク(2)は「発見」「本氏」「トイレ」「居室」「訪室」「ベッド」「座り込む」などの語を含むグループであり、「訪室するとベッドサイドに座っている本氏を発見」「トイレ内に座り込んでいた」等の記述が含まれていた。「声」「音」「聞こえる」「側臥位」等の語が含まれているネットワーク(4)と弱い関連があり、発生・発見時の状況として「声/音が聞こえ(訪室するとベッドサイドに)右/左側臥位で転倒している」等の記述が多く出現していたことを示していた。

② 原因分析：階層的クラスタ分析

「原因分析」(本人要因、サービス要因、環境要因のいずれか)に自由記述のあった249件を対象に記述された内容を分析した。249件の内訳は本人要因129件、サービス要因63件、環境要因57件であった。出現

回数の上位 5 つの単語を表 4 に示す。出現回数の多かった語は、「車椅子」(40 回)、「トイレ」(39 回)、「対応」(26 回)であった。

表 4. 「原因分析」
出現回数上位 5 位の単語

	抽出語	出現回数
1	車椅子	40
2	トイレ	39
3	対応	26
4	職員	23
5	転倒	23

事故の発生の要因を階層的クラスタ分析した結果、6 つのクラスタが導かれた(図 3)。

最大のクラスタであるクラスタ A は「車椅子」「可能性」「出来る」「思う」「移乗」「ブレーキ」等を含むクラスタであり、「車椅子から立ち上がる際にブレーキをかけ忘れてしまった」「自己移乗できると思った」「自己移乗して座り損ねた」「立ち上がったが立位保持できない」、「車椅子駆動が早く動きに気付くことができなかった」「入所当日で突発的な動きの予測ができていなかった」、「車椅子やベッドに物が多い」「足元の物に躓いた」等、本人要因、サービス要因、環境要因のすべてが含まれていた。

次に大きいクラスタ C には「職員」「見守る」「困難」「排泄」「介助」「離れる」等が含まれており、「職員の介助要求がなかった」「引継ぎ時間帯で職員が手薄だった」「他利用者の介助が重なり見守りができていなかった」等、サービス要因を多く含む内容であった。

一方、3 番目に大きいクラスタ B は「トイレ」「行く」「居室」「普段」「ベッド」等を含むクラスタであり、「トイレに行きたかった/行こうとした」「トイレで座り直そうとし

て」「臥床前にトイレ介助を行っていなかった」「普段から車椅子上での前傾姿勢が見られる」「普段から体動が激しい」等、本人要因を多く含むクラスタであった。

クラスタ D~F は比較的小さなクラスタであり、それぞれ「臥床」「前」「落ち着く」「様子」を含むもの、「転倒」「リスク」「認知症」等を含むもの、「センサー」「使用」「対応」を含むものであった。「転倒リスクが高い」「自己行動をとりやすい」「重度認知症」「落ち着かない様子」「ボーっとしている様子」等の本人要因のクラスタと、「シルバーカー/歩行器を使用」「センサーを使用」等の環境要因のクラスタに分かれていた。

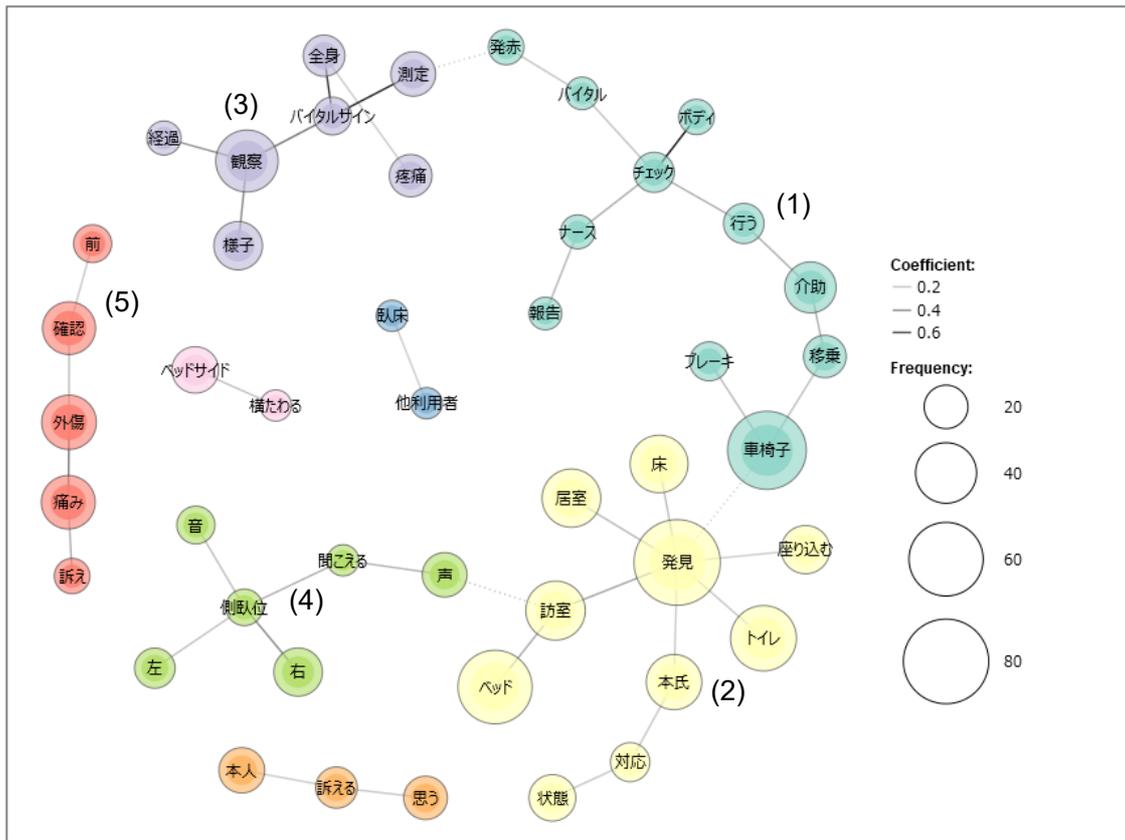


図2. 「発生・発見時の状況および対応」自由記述 共起ネットワーク分析結果

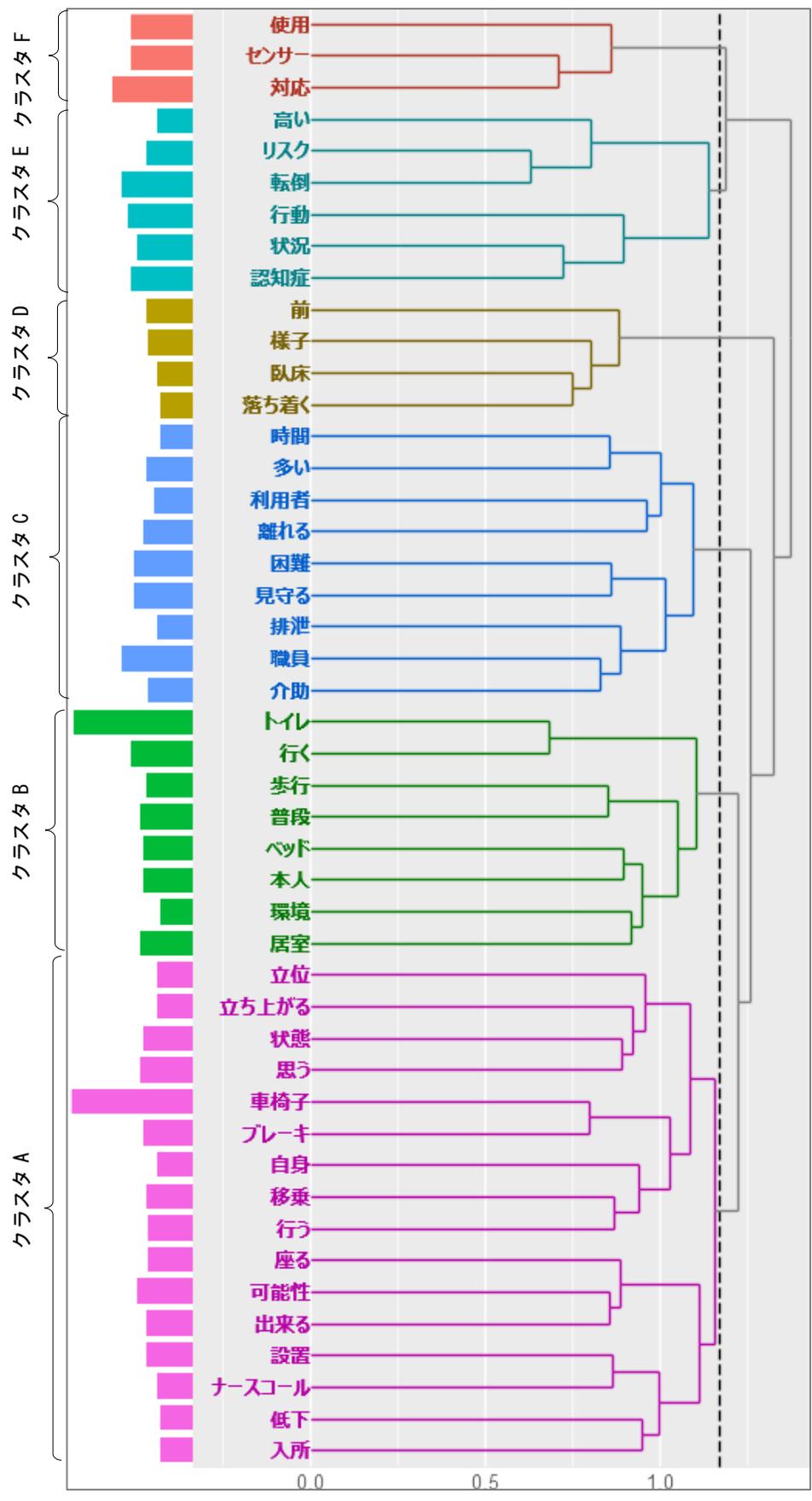


図 3. 「原因分析」自由記述 階層的クラスタ分析結果

D. 考察

(1) 登録された事例の概要について

レベル 1 以上の事故として本研究で登録された 451 件中、237 件 (52.5%) が転倒・転落事例であった。2018-19 年度に実施したヒアリング調査や 2019 年度の介護事故情報収集 (試行) においても同様の結果が得られており、老健・特養をはじめとする介護現場では転倒・転落事例が頻繁に生じていることが考えられる。特に、日常生活の自立度や要介護度が中等度の利用者で、当該事例の発生頻度が高かった。発生場所は居室が最も多く、発生状況は利用者単独時が全体の約 7 割を占めていた。さらに、発生時間帯は午前中及び夕方が最も高かった。最も多くの職員が勤務していると考えられる日中の時間帯であっても、居室に一人である利用者の転倒・転落を防ぐことはできないことが示唆される。

その一方で、転倒・転落事例の 61.6% がレベル 1 の事例であり、今回報告された 237 件の転倒・転落事例のうちレベル 3b 以上とされたものは 4 件 (1.7%) のみであった。このことは、施設内では軽微な転倒・転落が日常的に非常に多く発生しており、それらに対して施設内のルールにのっとって報告され、対策が検討されていること、転倒・転落事故が発生しても重篤な事故にならない取り組みがなされていることをうかがわせるものであった。

転倒・転落について登録件数が多かった事故はスキントラブルであった (73 件、16.2%)。高齢者は皮膚が弱いためスキントアや皮下出血などが発生しやすいこともあるが、各施設ではかなり注意深く利用者の身体を観察し、軽微なけがであっても事故として報告するルールを設けていることが多いため、軽微な事故も見逃されず報告さ

れた結果、報告件数全体に占めるスキントラブルの割合が高くなっている可能性も考えられる。同様に、老健で報告の多かった「誤薬・薬剤」については、自治体への事故報告の定義に「薬剤に関連する事故」が含まれている場合は、下剤の飲ませ忘れや落薬等の軽微な事例も事故としている等の状況を反映している可能性がある。

また、施設による報告件数の差はレベル 0 やレベル 1 の件数の差に基づくものであった。実際に事故が発生している頻度 (件数) に差がある、施設内の事故報告の対象とする事例の定義の違いによる、事故を発見する力や報告する意識に差がある、等の可能性がありうるが、影響度分類がより高次の事例の件数にあまり大きな差がみられないことから、実際に発生している件数の差を反映しているのではなく、事故報告の定義や報告する意識の違いによって差が生じているのではないかと考えられる。軽微な多くの事例を報告することは、事故に対する意識を高めることができるだけでなく、より重篤な事故になってしまうことなく軽微な事故としてとどめられたという意味では好事例共有の機会にもつながる。

(2) 転倒・転落事例の発生状況および要因分析に関するテキストマイニングについて

「発生・発見時の状況および対応」および「原因分析 (本人要因・サービス要因・環境要因)」の自由記述について KH coder を使用して共起ネットワーク分析および階層的クラスタ分析を行った結果、「トイレ」「車椅子」が転倒・転落事故の二大要因であることがうかがえた。トイレについては、発生・発見時の状況として「トイレ内で座り込んでいる/しりもちをついているところ

を発見した」という記述に加え、「トイレに行きたかった/行こうと思った」という本人からの聞き取り内容も記載されていた。また、要因分析としては「トイレが狭く手すりが無い」「トイレ内ナースコールが押しにくい位置にある」等の環境要因の記述もあった。排泄介助中に発生した転倒事例よりも利用者単独の状況での事例が多かった。また、車椅子については「車椅子のブレーキがかかっていなかった」「車椅子からずり落ちていた」等の記述があった。利用者が車椅子から立ち上がろうとしているときや長時間座っているときなどが転倒に結びつく可能性の高い場面であると考えられる。転倒・転落事故防止策としてセンサーマット等を使用する場合も多いが、要因分析の中には「センサーが頻回に鳴るため危機感が薄れていた」「最近落ち着いていたためセンサーを使用していなかった」「動作が早くセンサーが鳴っても間に合わない」「センサーが鳴ったが他の利用者対応中で間に合わなかった」等センサーに関する記述も見られた。さらに、件数は多くなかったが「ベッドや車椅子にもものが多い」「ベッドから離れた位置に車椅子があった」等、環境要因から再発防止策に結びつく可能性のある記述も見られた。

居室における事故では、事故が発生した現場を職員が直接目にしていないために事故の発生状況の正確な把握や原因分析が難しい事例も多い。今後は、利用者単独時に生じた転倒・転落事例をさらに幅広い施設から収集することで、事故が生じやすい状況や再発防止策の提示など施設へのサポートを行う必要があると考えられる。

要因分析の自由記述の階層的クラスタ分析からは、転倒・転落の要因が多様であるだけでなく、複数の要因が複合的に重なっ

て事故につながっている状況がうかがえた。例えば、「トイレに行きたかった」「車椅子に自己移乗できると思った」という本人要因に加え、「車椅子の位置がベッドから離れていた」「車椅子のブレーキがかかっていない状態で立ち上がろうとした」「尿失禁のため滑りやすくなっていた」等の環境要因、「センサーが鳴ったが他の利用者の対応中のため間に合わなかった」等のサービス要因が複合的に重なった等である。それに対して、利用者一人一人の状態を定期的にアセスメントし、適切なベッドや車椅子等を使用すること、漫然とセンサーを利用するのではなく、行動パターンに合わせたものを採用すること、等、様々な取り組みが行われていることもうかがえた。

すべての事故の原因を特定することは難しく、施設職員の個人のスキルのみを頼りに原因分析・再発防止の取り組みを行うことは限界がある。自施設のみならず他施設の事故事例について情報を共有する仕組みがあれば、発生時に職員がその場にいなかった事例についても、他施設の類似事例を参考に再発防止策を立案しやすくなると考えられる。本研究で試行を行った「介護事故情報収集システム（仮称）」を全国規模の事業とすることにより、多数の施設から事故発生の要因について情報を収集し、発生の要因として多いもの、再発防止策を提示することは、我が国における介護の質・安全の向上に有益であると言える。

E. 結論

介護現場で発生した事故の情報を統一フォーマットで全国規模でオンラインで収集するデータベースを構築することにより、単独の事業所では経験することの少ない重大事故に関する情報を共有することができ

るようになる。また、日常的に経験する軽微な事故についても、他の事業所での事例を共有することにより、発生頻度を低減させる工夫や発生した場合も重大な事故にならない工夫を学ぶことができる。同時に、介護現場で働く職員の教育ツールとして活用することも可能になると考えられることから、全国的な介護事故情報データベースの構築が望まれる。

一方で、介護現場は非常に多忙であり、すでに多くの書類の作成や報告書の提出が求められている。「介護事故情報収集システム（仮称）」のようなデータベースを実際に介護の質・安全の向上に活用できるようにするには、より多くの事業所から多数の事例情報が登録されることが必須である。2021

年度から稼働する新たなデータベース LIFE のような既存システムを有効に活用することに加え、データ登録に対するインセンティブを付与することにより、介護現場の負担を増大させずに多数の有用なデータを速やかに収集することが可能となる。

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

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

「介護事故防止チェックリスト（案）」の策定に関する検討

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
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>

介護施設等を対象とした評価項目体系はいくつかあるが、組織の運営全体を対象とした内容が多く、あまり活用されていない実態がある。これらの評価項目体系を参考に、介護施設等において自施設の事故予防や安全の向上に関する取り組みの状況を定期的に自己評価できるツールとしてチェックリストを作成することを目的とした。

<方法>

介護老人保健施設（以下「老健」）等を対象とする既存の評価項目のうち、事故防止及び安全の向上に資すると考えられる項目を要素レベルで抽出し、内容を整理して統合した。また、作成したチェックリスト案について、過去2年間に本研究に協力いただいた老健および介護老人福祉施設（以下「特養」）を対象に面接によるヒアリング調査を行い、チェックリスト案の実効可能性について評価した。

<結果>

既存の評価項目のうち、「安全」に関する項目を要素ごとに集約し、チェックリストに含めるか否かを検討し、大項目7、中項目18、小項目40からなるチェックリスト案を作成した。老健4施設、特養5施設の合計9施設を対象にヒアリング調査を行い、チェックリスト案の項目の過不足や内容のわかりやすさ等について回答を得た。項目数については概ね許容できるとの意見が多数であった。また、内容については「自施設の取り組みを見直すきっかけとなる」「誤嚥・窒息や感染、服薬管理等に関する項目があったほうがよい」「ベストプラクティスガイドライン等の用語がわかりづらい」という指摘があった。それらの指摘を踏まえ、大項目8、中項目19、小項目59からなるチェックリスト案修正版を作成した。

<考察および結論>

今回のチェックリスト案は評価項目を参照して作成したため、「特別養護老人ホームにおける介護事故予防ガイドライン」（平成25年3月、株式会社三菱総合研究所、平成24年度

厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）等、評価項目以外の既存の資料の内容は含まれていない。また、複数の評価項目の内容を統合しているが、用語の統一や項目の粒度の統一等まではなされておらず、素案の段階でのヒアリングとなった。ヒアリングした施設のうち、同様のチェックリストを使用していると回答した施設は1施設のみであり、介護施設においてこのようなチェックリストを用いて取り組みを評価している例はまだ少ないものと推察される。今回のチェックリスト案をもとに精度を高めたチェックリストを作成し、それをツールとして用いて体系的・客観的に自施設の取り組みを評価できるようになれば、事故防止や安全の向上がさらに促進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 伊藤絢乃氏に協力いただいた。

A. 背景および研究目的

転倒・転落、誤嚥、溺水は「介護の三重大事故」といわれている。発生頻度の高い転倒・転落、発生頻度は少ないが発生した場合に生命にかかわる重大事故となる可能性の高い誤嚥・溺水に分けることができる。また、実際に介護施設等で発生している事故事例を収集した経験からは、転倒・転落に次いでスキントラブル（皮膚剥離）の発生頻度が高いことが明らかとなった。

介護施設等を対象とした評価項目としては、全国社会福祉協議会が実施している「福祉サービス第三者評価」の評価基準ガイドライン（高齢者福祉サービス版、http://shakyo-hyouka.net/guideline/aged20200331_1.pdf、最終アクセス日 2021年4月27日）、東京都福祉サービス評価推進機構が実施する「東京都福祉サービス第三者評価」（http://www.fukunavi.or.jp/fukunavi/contents/servicehyouka/2020sheets/2020pdf/p2020_s.pdf、最終アクセス日 2021年4月27日）のほか、『新・介護老人保健施設サービスマニュアル』（社団法人全国老人保健施設協会編、2003年、厚生科

学研究所）等がある。また、海外では Accreditation Canada の “Residential homes for seniors”、“Long-term care”等の項目がある。これらの評価項目を参考に、事故予防や安全の向上に関する項目を抽出し統合したチェックリストを作成することで、介護施設等において自施設の事故予防や安全の向上に関する取り組みの状況を定期的に自己評価するようになれば、第三者評価を受けていなくても事故の予防や安全の向上に関する取り組みそのものの質を向上させていくことが可能となる。本研究では、（公財）日本医療機能評価機構が実施する病院機能評価の評価項目のうち、「機能種別版病院機能評価項目 3rdG: Ver. 2.0 慢性期病院」も併せて参照しながらチェックリスト案を作成した。

B. 研究方法

チェックリスト案は、公表されている既存の評価項目のうち、事故防止及び安全の向上に資すると考えられる項目を要素レベルで抽出し、内容を整理して統合した。作成したチェックリスト案について、過

去 2 年間に本研究班に協力いただいた介護老人保健施設（以下「老健」）や介護老人福祉施設（以下「特養」）を対象に面接によるヒアリング調査を行い、チェックリスト案の実行可能性について評価を行った。なお、新型コロナウイルス感染症の感染予防のため、訪問による面接ではなく、Zoom を利用したリモート面接によるヒアリングとした。

C. 研究結果

(1) チェックリスト案の策定

「介護」および「第三者評価」を検索語として Google 検索を行い、上位にヒットした「福祉サービス第三者評価」「東京都福祉サービス第三者評価」の評価項目を入手した。また、公益社団法人全国老人保健施設協会（以下「全老健」）の『新・介護老人保健施設サービスマニュアル』、海外の第三者評価機関のうちインターネット上にデータが公表されていた Accreditation Canada の“Residential homes for seniors”、“Long-term care”を購入し、海外の評価項目については翻訳業者に和訳を依頼した（表 1）。

それぞれの項目のうち、「安全」に関する項目を要素ごとに集約し、チェックリストに含めるか否かを検討した。採否の基準は

- ・（狭義の）安全に関する項目であること
- ・複数の評価項目体系に共通する内容であること

の二点とし、組織の理念や職員体制等に関する項目は原則として除外した。採用した

項目および除外した項目を表 2、作成されたチェックリスト案を表 3 に示す。介護施設等の職員が定期的に自施設の事故防止や安全に対する取り組みを評価し、十分実施できていない箇所を洗い出す自己評価指標として活用することを想定し、チェックリスト案は大項目 7、中項目 18、小項目 40 とした。

表 1 介護施設等の第三者評価項目

No.	発行者	評価項目名称
1	全国老人保健施設協会	新・介護老人保健施設サービスマニュアル
2	Accreditation Canada	Residential homes for seniors
3	Accreditation Canada	Long-term care
4	全国社会福祉協議会	高齢者福祉サービス版評価基準
5	東京都福祉サービス第三者評価	老健評価項目
6	公益財団法人日本医療機能評価機構	機能種別版病院機能評価項目 3rdG: Ver. 1.1「慢性期病院」

表2 チェックリスト（案）の大項目および除外項目一覧

	No.	大項目
採用項目	1	事故を予防する取り組み
	2	教育・研修
	3	環境整備
	4	事故発生時の対応
	5	転倒・転落
	6	入浴時の事故
	7	緊急時の対応
除外項目	1	他機関との連携
	2	転倒・転落
	3	入浴の安全
	4	感染症対策
	5	個別性のあるプラン
	6	ケアの質の確保
	7	身体拘束
	8	褥瘡
	9	服薬管理
	10	口腔ケア
	11	緩和・終末期ケア
	12	入所者・家族へのトレーニング
	13	自殺リスクの評価
	14	排泄ケア
	15	認知症ケア
	16	栄養管理・食事指導
	17	組織の理念
	18	情報管理
	19	資格に関する項目
	20	外部の研修会・学会への参加
	21	福利厚生・ワークライフバランス・職員の安全
	22	経営状況・事業計画・組織運営管理
	23	計画・評価・フィードバック
	24	入居者・家族との連携
	25	地域貢献・地域との交流
	26	サービスへのアクセス
	27	尊厳・プライバシーを守る関わり・ケア・権利擁護
	28	その他

表3 事故防止チェックリスト（案）

大項目	中項目	小項目
1. 事故を予防する取り組み	1-1. 事故を予防する取り組みがある	1-1-1. 事故防止マニュアルを作成している
		1-1-2. プロトコル及び手順を整備している
		1-1-3. 職員の教育を行っている
		1-1-4. 施設外の情報を収集し、マニュアルの改定等に活用している
	1-2. 入居者ごとにリスク評価を行い、介入を実施する	1-2-1. 標準化されたツールでリスクを評価している
		1-2-2. リスク評価は定期的実施している
1-2-3. 利用者の健康状態に重大な変化があった場合にリスクを再評価している		
2. 職員の教育・研修	2-1. 新入職員を対象とした系統的な教育プログラムがある	
	2-2. 職員研修や勉強会が計画的に実施されている	2-2-1. 事故予防に関する教育研修が実施されている
		2-2-2. インフルエンザ、ノロウイルス等の感染症に関する研修が行われている
		2-2-3. 介護機器、設備等の安全な利用に関する教育研修が行われている
		2-2-4. すべての職員が研修に参加できる環境を整備している
	2-3. 安全、感染に関する外部研修を活用している	2-3-1. 定期的または計画的に全老健リスクマネジャー資格を取得させている
2-3-2. 外部研修で学んだ内容を施設内で共有している		

大項目	中項目	小項目
3. 環境整備	3-1. 事故防止に配慮した環境を整備している	3-1-1. 段差、照明、床のすべりやすさ等に配慮して設計されている <hr/> 3-1-2. 家具等のレイアウトにより、リスクを減らす工夫がなされている <hr/> 3-1-3. 適切な器具を使用している (例) ・利用者にあった車いすが選定されている ・センサーを利用する場所を吟味している（漫然とセンサーを導入しない） <hr/> 3-2. 感染や衛生に配慮した環境を整備している <hr/> 3-2-1. 居室、食堂、トイレ、浴室等が清潔に保たれている <hr/> 3-2-2. 清潔な寝具が提供されている <hr/> 3-2-3. 車いす等の備品が定期的に清掃されている
4. 事故発生時の対応	4-1. 事故発生時に適切に対応している	4-1-1. 施設内で事故やヒヤリ・ハット事例を共有する仕組みがある <hr/> 4-1-2. 当該利用者の家族に連絡する仕組みがある <hr/> 4-1-3. 保険者への報告が適切に行われている <hr/> 4-2. 事故の原因を分析し再発防止に努めている <hr/> 4-2-1. ヒヤリ・ハット報告、事故報告の施設内規程に従って情報が収集されている <hr/> 4-2-2. 報告された事例を集計・分析している <hr/> 4-2-3. 報告された事例をもとに手順を見直し再発防止を図っている

大項目	中項目	小項目
	4-3. 再発防止策について一定期間後に評価する仕組みがある	4-3-1. 再発防止策を評価する仕組みがある 4-3-2. 評価結果に基づいて再発防止策（修正した手順）をさらに修正している
5. 転倒・転落	5-1. 入居者ごとにリスク評価を行い、介入を実施する	5-1-1. 標準化されたツールでリスクを評価している 5-1-2. リスク評価は定期的 に実施している 5-1-3. 利用者の健康状態に 重大な変化があった場合に リスクを再評価している
	5-2. ベストプラクティスガイドラインに基づいたプロトコルと手順を実施する。	5-2-1. 介入の内容をケアの記録として文書化し共有している
	5-3. 転倒・転落予防に関する教育を実施している	5-3-1. スタッフに対する教育を行っている 5-3-2. 利用者及び家族に対する情報提供及び啓発に取り組んでいる
	5-4. リスク評価指標およびプロトコルの有効性を評価し改善している	
6. 入浴時の事故	6-1. 入浴時の事故防止に取り組んでいる	6-1-1. ベストプラクティスガイドラインに基づいたプロトコルと手順を実施している 6-1-2. プロトコルの有効性を評価し改善している
	6-2. 入浴時の熱傷予防に取り組んでいる	6-2-1. 入浴時に水温をチェックするシステムがある
7. 緊急時の対応	7-1. 緊急事態が発生した場合に適切に対応できる体制を整えている	7-1-1. 緊急時対応マニュアルを作成している 7-1-2. 緊急事態が発生した場合を想定して定期的な訓練や研修を実施している

大項目	中項目	小項目
	7-2. 災害時の対応を適切に行っている ※災害の例：火災、地震、風水害、停電 等	7-2-1. 火災や大規模災害を想定した体制が整備されている 7-2-2. 災害に備えた訓練や必要な物品の備蓄等を行っている

(2) 介護施設等のヒアリング

本研究でこれまでに事件事例収集の試行やヒアリング等に協力いただいた介護施設を対象に、作成したチェックリスト案についてヒアリング調査を行った。ヒアリング対象施設の内訳は表4のとおりである。新型コロナウイルス感染症流行拡大防止のため、Zoomを利用したリモートでのヒアリングとした。

め、Zoomを利用したリモートでのヒアリングとした。

表4 ヒアリング対象施設一覧

所在地	サービスの種類	施設類型 (老健の場合)	定員(人)	職員数(人)
A 北海道・東北地方	介護老人保健施設	超強化型	50-100	50-100
B 北海道・東北地方	介護老人保健施設	超強化型	50-100	50-100
C 関東地方	介護老人保健施設	超強化型	50-100	50-100
D 北陸地方	介護老人保健施設	超強化型	50-100	50人未満
E 関東地方	介護老人福祉施設	-	100-200	50-100
F 関東地方	介護老人福祉施設	-	50-100	50人未満
G 関東地方	介護老人福祉施設	-	100-200	100-200
H 近畿地方	介護老人福祉施設	-	50-100	50-100
I 中国・四国地方	介護老人福祉施設	-	50-100	50-100

ヒアリングでいただいた主な意見は以下のとおりであった。

○ 全般について：

- ① 項目数はこの程度であれば負担にならない。
- ② 「ベストプラクティスガイドライン」などの用語がわかりにくい。

③ チェックリストを用いることで、施設の取り組みの足りないところを見える化できる。

○ 追加したほうがよい項目：

- ① 感染症に関する項目
- ② 誤嚥・窒息に関する項目
- ③ 皮膚トラブル（皮膚剥離等）に関する

項目

- ④ 服薬管理に関する項目
- ⑤ 職員の体調管理、ワークライフバランス

○ その他：

「緊急時の対応」の小項目に「急変時の対応」と「災害時の対応」が含まれることに違和感がある。

(3) チェックリスト案の修正

介護施設ヒアリングの結果を踏まえ、チェックリスト案を修正した（表5）。主な変更点は以下のとおりである。

- ① 大項目「5. 個別の事故を予防する取り組み」を追加し、転倒・転落だけでなく、誤嚥・窒息、スキントラブル、溺水、外傷について中項目でチェックできるようにした。
- ② 感染予防に関する大項目を追加した。
- ③ 急変時の対応と災害時の対応を独立した大項目とした。
- ④ 「ベストプラクティスガイドライン」等の表現を見直した。

リスク評価については「1-2. 入居者ごとにリスク評価を行い、介入を実施する」と個別の事故予防に関する小項目にそれぞれ記載している（例「5-1-1. リスク評価を行っている」）。1-2. は個々の利用者のリスクをアセスメントしているかどうかのチェックであるのに対し、「5. 個別の事故を予防する取り組み」の小項目に含まれるリスク評価は当該事故に関するリスク評価であり、リスク評価の対象が異なるものである。

項目数は、大項目 7⇒8、中項目 18⇒19、小項目 40⇒59 と増加したが、頻度は少ないが発生したときに重大事故になるリスクの大きい「誤嚥・窒息」を追加したこと、2020年2月以降パンデミックが続いているCOVID-19を踏まえて各施設で感染症対策が徹底されている状況を反映したものである。

表5 事故防止チェックリスト（案）修正版

大項目	中項目	小項目
1. 事故を予防する取り組み	1-1. 事故を予防する取り組みがある	1-1-1. 事故防止マニュアルを作成している
		1-1-2. ケアのマニュアルを整備している
		1-1-3. 事故防止・安全について職員の教育を行っている
		1-1-4. 施設外の情報を収集し、マニュアルの改定等に活用している
	1-2. 入居者ごとにリスク評価を行い、介入を実施する	1-2-1. 標準化されたツールを用いてリスクを評価している
		1-2-2. リスク評価は定期的実施している
1-2-3. 利用者の健康状態に重大な変化があった場合にリスクを再評価している		
2. 職員の教育・研修	2-1. 新入職員を対象とした系統的な教育プログラムがある	
	2-2. 職員研修や勉強会が計画的に実施されている	2-2-1. 事故予防に関する教育研修が実施されている
		2-2-3. 介護機器、設備等の安全な利用に関する教育研修が行われている
		2-2-2. 感染症に関する研修が行われている
		2-2-4. すべての職員が研修に参加できる環境を整備している
2-3. 安全、感染に関する外部研修を活用している	2-3-1. 定期的または計画的に全老健リスクマネジャー等の資格を取得させている	
	2-3-2. 外部研修で学んだ内	

大項目	中項目	小項目
3. 環境整備	3-1. 事故防止に配慮した環境を整備している	容を施設内で共有している
		3-1-1. 段差、照明、床のすべりやすさ等に配慮して設計されている
		3-1-2. 家具等のレイアウトにより、リスクを減らす工夫がなされている
	3-2. 感染や衛生に配慮した環境を整備している	3-1-3. 適切な器具を使用している (例) ・利用者にあった車いすやベッドが選定されている ・センサーを利用する場所を吟味している（漫然とセンサーを導入しない）
		3-2-1. 居室、食堂、トイレ、浴室等が清潔に保たれている
		3-2-2. 清潔な寝具が提供されている
4. 事故発生時の対応	4-1. 事故発生時に適切に対応している	3-2-3. 車いす等の備品が定期的に清掃されている
		4-1-1. 事故発生時の対応マニュアルがある
		4-1-2. 施設内で事故やヒヤリ・ハット事例を共有する仕組みがある
	4-2. 事故の原因を分析し再発防止に努めている	4-1-3. 当該利用者の家族に連絡する仕組みがある
		4-2-1. ヒヤリ・ハット報告、事故報告の施設内規程に従って情報が収集されている
		4-2-2. 報告された事例を集計・分析している
4-2-3. 報告された事例をもとに手順を見直し再発防止		

大項目	中項目	小項目
		を図っている
	4-3. 再発防止策について一定期間後に評価する仕組みがある	4-3-1. 再発防止策を評価する仕組みがある 4-3-2. 評価結果に基づいて再発防止策（修正した手順）をさらに修正している
5. 個別の事故を予防する取り組み	5-1. 転倒・転落を予防する取り組みがある	5-1-1. リスク評価を行っている 5-1-2. 事故を予防する取り組みを行っている 5-1-3. 事故が発生した際の影響を低減させる取り組みを行っている 5-1-4. 施設外の情報を収集し、予防策の改善に取り組んでいる
	5-2. スキントラブルを予防する取り組みがある	5-2-1. リスク評価を行っている 5-2-2. 事故を予防する取り組みを行っている 5-2-3. 事故が発生した際の影響を低減させる取り組みを行っている 5-2-4. 施設外の情報を収集し、予防策の改善に取り組んでいる
	5-3. 誤嚥・窒息を予防する取り組みがある	5-3-1. リスク評価を行っている 5-3-2. 事故を予防する取り組みを行っている 5-3-3. 事故が発生した際の影響を低減させる取り組みを行っている 5-3-4. 施設外の情報を収集し、予防策の改善に取り組んでいる

大項目	中項目	小項目
	5-4. 溺水を予防する取り組みがある	5-4-1. リスク評価を行っている 5-4-2. 事故を予防する取り組みを行っている 5-4-3. 事故が発生した際の影響を低減させる取り組みを行っている 5-4-4. 施設外の情報を収集し、予防策の改善に取り組んでいる
	5-5. 外傷（あざ等）を予防する取り組みがある	5-5-1. リスク評価を行っている 5-5-2. 事故を予防する取り組みを行っている 5-5-3. 事故が発生した際の影響を低減させる取り組みを行っている 5-5-4. 施設外の情報を収集し、予防策の改善に取り組んでいる
6. 感染予防	6-1. 感染症を予防する体制がある	6-1-1. 施設内外の感染症発生情報を収集・分析している 6-1-2. 感染症を予防するためのマニュアルがあり遵守されている 6-2. 感染症発生時に適切に対応している 6-2-1. 感染症発生時の報告のルールが整備されている 6-2-2. 感染症の拡大を予防する取り組みを行っている 6-2-3. 感染症予防策が定期的に見直されている
7. 急変時の対応	7-1. 急変時に適切に対応できる体制を整えている	7-1-1. 急変時対応マニュアルを作成している 7-1-2. 急変時を想定して定期的な訓練や研修を実施し

大項目	中項目	小項目
		ている
8. 災害時の対応	8-1. 災害時の対応を適切に行っている ※災害の例：火災、地震、風水害、停電 等	8-1-1. 火災や大規模災害を想定した体制が整備されている 8-1-2. 火災や大規模災害が発生した場合の対応について、行政や地域の連携が図られている 8-1-3. 災害に備えた訓練を定期的に行っている 8-1-4. 災害に必要な物品の備蓄等を行っている

D. 考察

老健を基本に想定して外部評価項目に共通する内容を抽出し統合した内容をチェックリスト案とした。項目の粒度や表現の調整などは十分に検討できていない素案である。また、「特別養護老人ホームにおける介護事故予防ガイドライン」(平成 25 年 3 月、株式会社三菱総合研究所、平成 24 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分))等、評価項目ではないものを含めて網羅的に資料を収集して作成したものではなく、主な指標のみを参照したものである。しかしながら、事故防止・安全の向上に関する内容については、今回参照した 6 つの指標でも重複している内容が大半であり、必要十分な内容を概ね含んでいるものと考えた。

一方で具体的な対策についてはチェックリスト案には含めていないため、好事例を具体的に参考として提示する資料にはなっていない。また、このチェックリスト案を各施設で活用する際には、チェックリスト

案に記載されている内容を各施設の職員が具体的にイメージし、自施設の状況に合わせて適切に実施しているかどうかをチェックする必要がある。そのため、各施設において事故防止や安全、質向上に関する部署・職種横断的なプロジェクトチームが日常的に活動しているような施設以外では、チェックリスト案があっても活用しにくい状況にある可能性が考えられる。

老健および特養を対象としたヒアリングでは、個別の事故事例やヒヤリ・ハット事例の報告をもとにマニュアルの見直し等は行われていたが、自施設(を含む法人全体)で同様のチェックリストを用いて自らの取り組みを評価しているという施設は 1 施設のみであり、取り組み全体を体系的・定期的に評価し質の向上を図っている施設は全国的にも少ないのではないかと推察される。

また、ヒアリングの際に、1 施設からの意見として今回のチェックリスト案には採用されていない「組織の理念」や「職員の安全や福利厚生」等が事故防止には大きく影響

するという意見も聞かれた。広い意味での「質の向上」を目指すチェックリストであればそれらの項目も除外できないが、狭義の「事故防止」「安全の向上」に限定したチェックリスト案を考える場合に、どの程度の範囲まで項目を広げるべきかという点については議論の余地がある。しかしながら、介護現場の職員の業務量が膨大であることや、新たな作業を受け入れられるだけの心理的・時間的余裕がほとんどないことは、昨年度までのヒアリング結果等からもうかがわれる。今回ヒアリングした9施設はいずれも事故予防や安全の向上によく取り組んでいる施設であること推察されるが、チェックリストを用いて定期的に自らの取り組みを評価しさらに改善に取り組むというPDCAサイクルの実施に耐えられない施設も少なくないのではないかと懸念される。そのため、今回のチェックリスト案では、実際に介護現場で利用する際に職員の負担にならない項目数とすることも作成の際の基準としており、必要十分な項目の範囲をどの程度に想定するかについても併せて検討することが重要であると考えている。

2021年度の介護報酬改定においては、BCPの策定のほか、リスクマネジメントに関する項目が新設され、介護施設においては外部研修を受講したリスクマネジャーを配置していない場合は減算対象となることが明記された。各施設内でリスクマネジャーが質・安全の向上に取り組む際には、今回の研究で策定したチェックリスト案のように、自施設の取り組みを客観的・網羅的に評価できる指標を用いて定期的にチェックする取り組みが重要となる。既存の第三者評価

項目等は事故防止や安全の向上に特化した内容ではなく、組織全体の運営を含めた評価項目となっているため、非常に重要な項目ではあるが項目数が多く気軽に使用するには負担となる可能性が大きい。現場スタッフの負担とならない項目数・範囲に限定し、取り組みの成果がわかりやすい指標を用いることで、取り組み全体を定期的に評価し改善していくという流れが定着していくことを期待している。

E. 結論

本研究では、介護施設等を対象とした既存の評価項目をもとに、事故予防および安全の向上に関するチェックリスト案を作成した。現状ではあくまでもたたき台的な内容であるが、介護施設職員へのヒアリングを通じてチェックリスト案の改定ポイントが明らかとなっており、本チェックリスト案を改定することにより、実際に介護現場での取り組みを客観的かつ網羅的に評価できるチェックリストを策定できれば、各施設等での取り組みをさらに向上させるツールとして活用できるものと考えられる。

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

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

No.	設問	回答形式	回答(選択肢) 2020年度版	回答(選択肢) 2019年度版
A 施設情報(ユーザ登録時)				
1	所在地(都道府県)	選択	変更なし	
2	サービスの種類	選択	変更なし	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	変更なし	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	変更なし	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	変更なし	男性 女性 その他
3	入所期間	選択	変更なし	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	変更なし	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	変更なし	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
6	要介護度	選択	変更なし	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	変更なし	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	変更なし	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

No.	設問	回答形式	回答(選択肢)2020年度版	回答(選択肢)2019年度版
C 事故の概要				
4	発生場所	選択	変更なし	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	変更なし	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	削除	
7	発見者(職員)属性:施設経験年数(年)	数値記入	削除	
8	当事者関わった職員の有無	選択	変更なし	有(発見者とは別の職員) 有(発見者と同一の職員) 無
9	当事者関わった職員の属性:職種	選択	変更なし	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	当事者関わった職員の属性:職種経験年数(年)	数値記入	変更なし	
11	当事者関わった職員の属性:施設経験年数(年)	数値記入	変更なし	
12	事故の影響度分類	選択	変更なし	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 離脱 ドレーン・チューブ 医療機器・介護機器等 熱傷(削除) 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	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 離脱 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	変更なし	介護中 利用者単独時 職員の見守り 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	変更なし	有 無
17	医療機関受診の有無	選択	変更なし	有 無
18	診察結果	選択	変更なし	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	変更なし	
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(削除) 死亡(削除) その他	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

No.	設問	回答形式	回答(選択肢)2020年度版	回答(選択肢)2019年度版
D 原因分析				
1	本人要因 ※事故の原因となるもの。背景情報は除く。	選択肢	変更なし	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(削除) 観察を怠った(削除) 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(削除) 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異なる心理的条件下にあった 施設の仕組み ルール・手順が定められていなかった(新規) ルール・手順を逸脱した(新規)	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(削除) 施設・設備の不備(削除) 諸物品(削除) ベッド・椅子・車いす・手すり等の位置や高さが適切でなかった(新規) スペースが狭かった(家具の配置、混みあっている等)(新規) 清掃が十分でなかった(床が濡れていた等)(新規) 機器が正常に作動しなかった(新規) 照明が適切でなかった(明るすぎる・暗すぎる)(新規) 適切な機材がなかった(新規)	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		

別表 1. 対象者の年齢

	全体	老健	特養
65歳未満	6	6	0
(%)	1.3	2.3	0.0
65-69歳	11	9	2
(%)	2.4	3.4	1.1
70-74歳	31	23	8
(%)	6.9	8.8	4.2
75-79歳	56	29	27
(%)	12.4	11.1	14.2
80-84歳	82	42	40
(%)	18.2	16.1	21.1
85-89歳	103	68	35
(%)	22.8	26.1	18.4
90-94歳	111	53	58
(%)	24.6	20.3	30.5
95-99歳	37	20	17
(%)	8.2	7.7	8.9
100歳以上	12	9	3
(%)	2.7	3.4	1.6
不明	0	0	0
(%)	0.0	0.0	0.0
無回答	2	2	0
	0.4	0.8	0.0
合計	451	261	190
(%)	100.0	100.0	100.0

別表 2. 対象者の性別

	全体	老健	特養
男	151	102	49
(%)	33.5	39.1	25.8
女	298	157	141
(%)	66.1	60.2	74.2
不明	1	1	0
(%)	0.2	0.4	0.0
無回答	1	1	0
	0.2	0.4	0.0
合計	451	261	190
(%)	100.0	100.0	100.0

別表 3. 入所からの期間

	全体	老健	特養
1週間未満	23	13	10
(%)	5.1	5.0	5.3
1~2週間	18	8	10
(%)	4.0	3.1	5.3
2~4週間	11	11	0
(%)	2.4	4.2	0.0
4週間以上	314	144	170
(%)	69.6	55.2	89.5
不明	81	81	0
(%)	18.0	31.0	0.0
無回答	4	4	0
	0.9	1.5	0.0
合計	451	261	190
(%)	100.0	100.0	100.0

別表 4. 障害高齢者の日常生活自立度

	全体	老健	特養
自立	0	0	0
(%)	0.0	0.0	0.0
ランク J1	0	0	0
(%)	0.0	0.0	0.0
ランク J2	3	1	2
(%)	0.7	0.4	1.1
ランク A1	34	23	11
(%)	7.5	8.8	5.8
ランク A2	72	34	38
(%)	16.0	13.0	20.0
ランク B1	128	57	71
(%)	28.4	21.8	37.4
ランク B2	141	84	57
(%)	31.3	32.2	30.0
ランク C1	13	7	6
(%)	2.9	2.7	3.2
ランク C2	24	20	4
(%)	5.3	7.7	2.1
不明	33	33	0
(%)	7.3	12.6	0.0
無回答	3	2	1
	0.7	0.8	0.5
合計	451	261	190
(%)	100.0	100.0	100.0

別表 5. 認知症高齢者の日常生活自立度

	全体	老健	特養
自立	5	5	0
(%)	0.0	0.0	0.0
I	21	20	1
(%)	0.0	0.0	0.0
IIa	34	26	8
(%)	0.7	0.4	1.1
IIb	104	64	40
(%)	7.5	8.8	5.8
IIIa	139	76	63
(%)	16.0	13.0	20.0
IIIb	57	16	41
(%)	28.4	21.8	37.4
IV	55	20	35
(%)	31.3	32.2	30.0
M	2	1	1
(%)	2.9	2.7	3.2
不明	32	32	0
(%)	7.3	12.6	0.0
無回答	2	1	1
	0.7	0.8	0.5
合計	451	261	190
(%)	100.0	100.0	100.0

別表 6. 要介護度

	全体	老健	特養
要支援 1	1	1	0
(%)	0.2	0.4	0.0
要支援 2	5	3	2
(%)	1.1	1.1	1.1
要介護 1	36	34	2
(%)	8.0	13.0	1.1
要介護 2	41	27	14
(%)	9.1	10.3	7.4
要介護 3	125	74	51
(%)	27.7	28.4	26.8
要介護 4	157	63	94
(%)	34.8	24.1	49.5
要介護 5	80	53	27
(%)	17.7	20.3	14.2
不明	2	2	0
(%)	0.4	0.8	0.0
無回答	4	4	0
(%)	0.9	1.5	0.0
合計	451	261	190
(%)	100.0	100.0	100.0

別表 7. 曜日

	全体	老健	特養
月	56	28	28
(%)	12.4	10.7	14.7
火	66	38	28
(%)	14.6	14.6	14.7
水	76	40	36
(%)	16.9	15.3	18.9
木	69	43	26
(%)	15.3	16.5	13.7
金	72	45	27
(%)	16.0	17.2	14.2
土	66	40	26
(%)	14.6	15.3	13.7
日	45	26	19
(%)	10.0	10.0	10.0
無回答	1	1	0
(%)	0.2	0.4	0.0
合計	451	261	190
(%)	100.0	100.0	100.0

別表 8. 時間帯

	全体	老健	特養
0-3 時	20	11	9
(%)	4.4	4.2	4.7
3-6 時	24	10	14
(%)	5.3	3.8	7.4
6-9 時	59	37	22
(%)	13.1	14.2	11.6
9-12 時	94	58	36
(%)	20.8	22.2	18.9
12-15 時	88	56	32
(%)	19.5	21.5	16.8
15-18 時	69	41	28
(%)	15.3	15.7	14.7
18-21 時	60	33	27
(%)	13.3	12.6	14.2
21-24 時	27	5	22
(%)	6.0	1.9	11.6
不明	10	10	0
(%)	2.2	3.8	0.0
無回答	0	0	0
(%)	0.0	0.0	0.0
合計	451	261	190
(%)	100.0	100.0	100.0

別表 9. 発生場所

	全体	老健	特養
居室	184	86	98
(%)	40.8	33.0	51.6
廊下	37	19	18
(%)	8.2	7.3	9.5
食堂	110	68	42
(%)	24.4	26.1	22.1
トイレ	39	24	15
(%)	8.6	9.2	7.9
浴室 ・脱衣所	24	14	10
(%)	5.3	5.4	5.3
施設外	7	6	1
(%)	1.6	2.3	0.5
その他	39	35	4
(%)	8.6	13.4	2.1
不明	11	9	2
(%)	2.4	3.4	1.1
無回答	0	0	0
(%)	0.0	0.0	0.0
合計	451	261	190
(%)	100.0	100.0	100.0

別表 10. 発見者の職種

	全体	老健	特養
医師	0	0	0
(%)	0.0	0.0	0.0
薬剤師	0	0	0
(%)	0.0	0.0	0.0
看護職員	52	41	11
(%)	11.5	15.7	5.8
介護職員	376	206	170
(%)	83.4	78.9	89.5
リハビリ 職員	13	7	6
(%)	2.9	2.7	3.2
栄養士	1	1	0
(%)	0.2	0.4	0.0
調理士	0	0	0
(%)	0.0	0.0	0.0
運転士	0	0	0
(%)	0.0	0.0	0.0
事務員	3	2	1
(%)	0.7	0.8	0.5
その他	4	2	2
(%)	0.9	0.8	1.1
不明	2	2	0
(%)	0.4	0.8	0.0
合計	451	261	190
(%)	100.0	100.0	100.0

別表 11. かかわった職員の有無

	全体	老健	特養
無	151	66	85
(%)	33.5	25.3	44.7
有(発見者 とは別の職 員)	30	17	13
(%)	6.7	6.5	6.8
有(発見者 と同一の職 員)	157	66	91
(%)	34.8	25.3	47.9
不明	7	7	0
(%)	1.6	2.7	0.0
無	151	66	85
(%)	33.5	25.3	44.7
合計	451	261	190
(%)	100.0	100.0	100.0

別表 12. 影響度分類

	全体	老健	特養
レベル 1	281	158	123
(%)	62.3	60.5	64.7
レベル 2	124	70	54
(%)	27.5	26.8	28.4
レベル 3a	41	30	11
(%)	9.1	11.5	5.8
レベル 3b	5	3	2
(%)	1.1	1.1	1.1
レベル 4	0	0	0
(%)	0.0	0.0	0.0
レベル 5	0	0	0
(%)	0.0	0.0	0.0
無回答	0	0	0
(%)	0.0	0.0	0.0
合計	451	261	190
(%)	100.0	100.0	100.0

別表 13. 事故の種別

	全体	老健	特養
転倒・転落	237	116	121
(%)	52.5	44.4	63.7
スキントラブル	73	41	32
(%)	16.2	15.7	16.8
褥瘡	0	0	0
(%)	0.0	0.0	0.0
誤薬・薬剤	44	33	11
(%)	9.8	12.6	5.8
提供食事内容間違い	16	10	6
(%)	3.5	3.8	3.2
誤嚥	3	0	3
(%)	0.7	0.0	1.6

異食	7	2	5
(%)	1.6	0.8	2.6
離設	12	11	1
(%)	2.7	4.2	0.5
ドレーン・チューブ	5	4	1
(%)	1.1	1.5	0.5
医療機器・介護機器	2	0	2
(%)	0.4	0.0	1.1
熱傷	0	0	0
(%)	0.0	0.0	0.0
その他療養上の世話に関する事故	10	10	0
(%)	2.2	3.8	0.0
他傷	6	5	1
(%)	1.3	1.9	0.5
交通事故	0	0	0
(%)	0.0	0.0	0.0
病状の急変	0	0	0
(%)	0.0	0.0	0.0
その他	35	29	6
(%)	7.8	11.1	3.2
不明	1	0	1
(%)	0.2	0.0	0.5
無回答	0	0	0
(%)	0.0	0.0	0.0
合計	451	261	190
(%)	100.0	100.0	100.0

別表 14. 発生状況

	全体	老健	特養
介護中	47	25	22
(%)	10.4	9.6	11.6
利用者単独時	245	128	117
(%)	54.3	49.0	61.6
職員の目視下	67	54	13
(%)	14.9	20.7	6.8
不明	87	50	37
(%)	19.3	19.2	19.5
無回答	5	4	1
(%)	1.1	1.5	0.5
合計	451	261	190
(%)	100.0	100.0	100.0

別表 15. 救急搬送の有無

	全体	老健	特養
無	437	248	189
(%)	96.9	95.0	99.5
有	5	4	1
(%)	1.1	1.5	0.5
無回答	9	9	0
(%)	2.0	3.4	0.0
合計	451	261	190
(%)	100.0	100.0	100.0

別表 16. 医療機関受診の有無

	全体	老健	特養
無	418	238	180
(%)	92.7	91.2	94.7
有	18	9	9
(%)	4.0	3.4	4.7
無回答	15	14	1
(%)	3.3	5.4	0.5
合計	451	261	190
(%)	100.0	100.0	100.0

別表 17. 診断結果

	全体	老健	特養
入院	3	1	2
(%)	0.7	0.4	1.1
治療・処置	41	28	13
(%)	9.1	10.7	6.8
検査	4	1	3
(%)	0.9	0.4	1.6
経過観察・ 異常なし	273	119	154
(%)	60.5	45.6	81.1
その他	18	16	2
(%)	4.0	6.1	1.1
不明	3	2	1
(%)	0.7	0.8	0.5
無回答	109	94	15
(%)	24.2	36.0	7.9
合計	451	261	190
(%)	100.0	100.0	100.0

1) 施設 A

① 施設の概要

所在地／北海道・東北地方

開設主体／社会福祉法人

施設種別／老健

施設類型／超強化型

入所定員／50-100 人

職員数／50-100 人

② 「事故予防に関するチェックリスト（案）」に関するご意見

- 施設では事故後の対応行っていたが、事故予防の取り組みについては今後進めていく段階である。事故予防に関する教育も重要だと思う。
- 事故後の対応としては、事故発生後に 15 分のミーティングを多職種で実施している。転倒を繰り返す入所者や新規入所者の情報収集とアセスメントが重要だと感じる。
- 再転倒を繰り返し入所者の対応として、日々の体調・認知機能・ADL の変化や、筋力低下などの変化に気づき、個別性のあるケアを実施していくことが必要である。

2) 施設 B

① 施設の概要

所在地／北海道・東北地方

開設主体／医療法人

施設種別／老健

施設類型／超強化型

開設年／1997 年

入所定員／50-100 人

職員数／50-100 人

② 「事故予防に関するチェックリスト（案）」に関するご意見

- 窒息、嚥下障害の項目はなかったが、どのように検討されたか。
⇒採用しなかった項目の中に「口腔ケア」「栄養管理・食事指導」はあったが、誤嚥や窒息というものはあまり目立たなかったため含まれていない。他の施設でのヒアリングでもご指摘いただいております、必要があるように思う。
- 転倒・転落は件数も多く、軽微なものから病院に行くような重篤なものまである。一方、命に直結する事故として、窒息や溺水（入浴時）がある。溺水や窒息は件数は少ないが、誤嚥未遂やむせに関しては食事介助の場面で日常的にヒヤリ・ハットを経験している。どの施設でも嚥下評価やミールラウンドを日常

的に行って防いでいると思うが、小項目でもよいのであったほうがよいのではないか。小項目としては「リスク評価をしているか」「それに応じた形態の食事を提供しているか」などになるように思う。

- 入浴の項目があるのであれば誤嚥・窒息もあったほうがよい。重篤な事故につながる。資料2のほうで選択肢には誤嚥・窒息があったが、報告件数が老健では全くないというのも驚いた。件数は少なくとも一度起きるとヒヤリとする事故が多いため、事故防止としてはマネジメントが必要ではないか。
- 採用しなかった項目に「感染症」がある。コロナの対応として毎日感染症対策に励んでいる。現状、当施設では利用者も職員もPCR検査をしても陽性者は出ていないが、感染症対策の成果と考えている。通常であれば月1回の感染症対策会議を毎週開催し、マニュアルも見直すなどして取り組んでいる。日常に感染症が発生しているわけではないが、「基本的な感染症対策を行っているか」という小項目でもよいのであったほうがよいのではないかと。
- (コロナ以前は) 行政に出す報告では、基本的に10人以上発生した場合は事故として報告することとなっている。基準となる人数は施設の規模によって決まっている。また、短期間に複数人発生した場合も事故とみなされる。
- 服薬管理については項目があったほうがよいと思う。誤薬はヒヤリ・ハットが多いので報告書には上がってこないがその時点で対策を検討している。
- 医療機器の取扱い(リフト、入浴機器)は腰痛防止などで使う場面が増えているのでその項目もあったほうがよい。
- スキントラブルについては外傷(皮下出血)は報告件数が多い。術者側の要因、環境要因、利用者要因がいろいろある。とても小さい剥離も事故として考えてはいるが、それが本当に介護事故なのかという定義の点で悩むことも多い。
- スキントラブルは、件数が多いが重篤ではない。施設内では「処置が必要ななら事故」という定義でカンファレンスを開く対応としているが、本当に小さい剥離でもその手順を踏むのが本当に必要かということは葛藤がある。

3) 施設 C

① 施設概要

所在地／関東地方

開設主体／医療法人

施設種別／老健

施設類型／超強化型

開設年／2000年

入所定員／50-100人

職員数／50-100人

② 「事故予防に関するチェックリスト（案）」に関するご意見

- コロナの関連で感染にも取り組んでいる。感染を入れたほうがよいのではないか。
- 皮膚トラブル、薬の問題は取り上げたい。原因の分析はしづらいが皮下出血を発見した場合も事故報告に上げている。
- 服薬については、市への報告をしっかりとしていこうという話があり、施設内での報告も増えてきている。施設特有の事故の種別を拾えるといいのではないか。大きい内容としては転倒・転落と入浴というのはわかるが、当施設としては皮膚トラブルと服薬を入れたほうがチェックリストとしての効果が大きくなると思う。
- 大項目3に「清潔に保つ」が含まれているのが意外だった。これは事故防止とは直接は関わらないのではないか。
- このリストには職員のメンタルや体調管理がないが、長時間勤務や体調不良（寝不足等を含め）などが事故の要因になりやすい。そのあたりのチェック項目もあると分析しやすくなるのではないか。
- 病院で勤務していた際に転倒・転落のチェックリストを必ずつけていた。転倒・転落が発生した際もチェックしており、職員の教育にも大変役立っていたのを思い出した。また、項目が多いと職員の負担になる。インシデントレポートを書いて、チェックリストもチェックし、ケアプランも修正するとなると負荷が大きい。項目数はあまり多くない方がよい。
- 誤嚥・窒息はほとんどない。義歯を飲み込んでしまった事例は経験がある。
- 過去2年の中で起きた誤嚥や窒息は重症化したり亡くなったりしている。また、緊急ショートステイを受け入れた場合に、事故が発生してから「こんなに嚥下が悪かったのか」ということもあった。チェックリストがあれば、嚥下機能をアセスメントするようなフローになるかもしれない。

4) 施設D

① 施設概要

所在地／北陸地方

開設主体／社会福祉法人

施設種別／老健

施設類型／超強化型

開設年／1995年

入所定員／50-100人

職員数／50人未満

② 「事故予防に関するチェックリスト（案）」に関するご意見

- 量的にはこの分量でよいと思う。気になるところとして、2-2-2に「インフルエンザ、ノロウイルスなどの感染症について～」というのがあるが、必要か。転倒・転落に関する項目とこちらの項目がどのように関連するのか。

- 感染症は別にしたほうがよいと思う。
- 居室での事故が多いのであれば、居室の環境整備に関する項目がもっとあってもよいのではないか。
- 入浴時の事故という項目があるが、入浴時に事故が発生するということもあるが、入浴時は利用者さんの体の状態をチェックする機会でもある。身体状態をチェックしたうえで適切な入浴方法を選択するという段階がある。その点も項目にあるとよい。
- 現場でチェックしてもらうのであれば、言葉がもう少しわかりやすい方がよい。「ベストプラクティス」「プロトコル」がわかる人は多くない。簡単な言葉のほうがチェックしやすい。
- 「緊急時の対応」について、現場レベルでの緊急時の対応なのか、施設全体の話なのか明瞭だとよい。さらに災害時の話が来るのでわかりにくい。業務を継続するための災害時の体制なのか、利用者さんにサービスを提供できるようにするための災害時の体制なのか。
⇒災害については、災害時も利用者さんの安全が確保されているという状態を想定していた。「通常通りのケアは提供できないかもしれないが安全である」というイメージであった。
- 介護報酬改定で BCP の話があるのでそのような言い方のほうがわかりやすいのではないか。会社としてサービスを提供できるということと、利用者さんの安全についての両面が書かれるようになると思う。
- 災害に対する BCP と感染症に関する BCP を作らないといけなくなる。

5) 施設 E

① 施設概要

所在地／関東地方

開設主体／社会福祉法人

施設種別／特養

開設年／1996 年

入所定員／100-200 人

職員数／50-100 人

② 「事故予防に関するチェックリスト（案）」に関するご意見

- 「転倒・転落」、「入浴」の項目に関して、発生時のインパクトが大きいため、大項目に入れるのは適切だと思う。
- 採用しなかった「尊厳・プライバシー・権利擁護」に関して。尊厳・プライバシー・権利擁護は、事故の考え方と密接な関係にある。身体拘束を行った結果事故をゼロにした場合、これは果たして利用者の生活の質は高いと言えるのか。
- 「福利厚生・ワークライフバランス・職員の安全」に関して。職員の状態と事故

予防は現場感覚的に関連があると感じている。

- 利用者との連携はできているが、家族との連携も重要である。コロナの状況下で、さらに施設内の様子が見えづらくなっており、他施設では施設と家族がどのようなやり取りをしているのか知りたい。
- リスクをどう定義するのかによるが、介護の質として広義にとらえると家族への報告に関する項目も重要だと思う。家族への報告も事故予防の取り組みとして、情報を共有しているかが項目に入っているか項目に入ってもよいかと思う。
- 項目の数・粗さは、多め・細かめのほうが事故予防につながると思う。施設Eでは、法人が作成したチェックリストを使用している。大きく介護の質に焦点を当てているチェックリストである。事故予防に特化した自己評価項目はない。
- 個別対応計画書を作成して、利用者ごとにリスクを評価している。半年に1回修正している。
- 入居者の尊厳と事故予防のバランスをとる取り組みについては、リスクマネジメントとして、確実に転倒するリスクがあることを家族に事前に伝えている。入居者が歩きたいと解釈するしかない場合、入居者の今、したいことは歩くことであり、人員配置の関係上、転倒のリスクも伴うと伝え、家族の了承を得ている。
- 事故のリスクに関する家族への啓発としては、生活相談員から家族へリスクの説明を実施している。繰り返し説明を行うことで、家族の身体拘束や終末期の看取りに関して家族から理解が深まったように感じる。

6) 施設F

① 施設概要

所在地／関東地方

開設主体／社会福祉法人

施設種別／特養

開設年／1982年

入所定員／50-100人

職員数／50人未満

② 「事故予防に関するチェックリスト（案）」に関するご意見

- 採用された大項目は全部重要だと思う。追加するとしたら、リスクの大きい食事関連（誤嚥）があったらよいと思う。頻度は少ないが発生した場合に命にかかわる。口腔ケア、食事形態、アセスメントなどの項目や異食に関する項目もあったらよい。
- 中項目、小項目を見ていくと、介護施設の第三者評価項目や病院機能評価の項目と類似している。介護だからということではなく、質のいいものをどんどん取り入れていくのが今後の介護の在り方ではないか。医療に近づけるくらいの内容を求められるようになっていってもよいのではないかと。

- 薬剤関連の項目について、落薬（飲んだつもりで落としている）はある。糖尿の薬を飲んでいない場合には経過観察が必要になる。落ちていた薬を発見した場合、いつの薬を飲み損ねたのかがわからないということはある。その意味では服薬の項目もあっていいと思う。
- 項目数はあまり多いとは思わなかった。きちんとこの項目をやっていけば事故が防止できるということがコンセプトであればこのくらいあって当然ではないか。

7) 施設 G

① 施設概要

所在地／関東地方

開設主体／社会福祉法人

施設種別／特養

開設年／2013 年

入所定員／100-200 人

職員数／100-200 人

② 「事故予防に関するチェックリスト（案）」に関するご意見

- 採用されなかった大項目として服薬管理がある。大項目 1 の「事故を予防する取り組み」に「服薬管理」があってもいいのではないか。あるいは中項目「事故を予防する取り組み」の中項目に「服薬管理のマニュアルを作成している」という項目に含まれるということか。
- 服薬管理は「事故を予防する取り組み」という大項目の中でよいのではないかと思う。施設 G が所在する自治体（市）では誤薬に注目が当たるので中項目レベルにあればよいと思うが小項目でもよい。
- 感染はアクシデントというよりは予防する教育という印象である。「適切な教育を受けて感染予防の取り組みができるか」ということでよいのではないか。
- 感染そのものが事故というよりも、発熱や体がだるいなどの症状が事故に結びつく可能性があるため、事故を予見するという観点で教育に入っていればよいのではないか。

8) 施設 H

① 施設概要

所在地／近畿地方

開設主体／社会福祉法人

施設種別／特養

開設年／2008 年

入所定員／50-100 人

職員数／50-100 人

- ② 「事故予防に関するチェックリスト（案）」に関するご意見
- 大まかには網羅されていると思う。
 - 施設の理念、情報管理、安全管理の醸成をどのように測るのかというのは難しい印象である。
 - ISO では、現場での事故報告の仕組みやその後の対応、対策の流れの評価はしているが、部署ごとに考えていると施設内での統一や連携が取れないことがある。明確な答えを出すのは難しい。
 - 項目はこれより細かいと現場が困惑するのではないか。事故の要因と直結する項目であるという実感が持てるものだとよい。
 - 転倒・転落のリスクのある方への栄養の管理はどのようになっているか、等も気になるが、それを評価することで何がどのようにつながって事故予防になるのかが見えないと現場としてはやりにくい。つながりが見えると前向きに評価できる。
 - 教育について、「ガイドラインに沿って」ということを ISO でも言われる。目の前の課題に対して独自の対策を立ててしまっただけで後で国のガイドラインに気づいて方針や対策を修正するということはよくある。教育の項目に「ガイドラインを参照して」というような項目を入れることで、研修内容にガイドラインの内容を勉強するというのを盛り込むことにもつながる。
 - 全老健のリスクマネージャーとなると、全老健に加盟していない施設・組織は動きにくくなってしまう。
 - 災害についても、市町村との連携を入れたほうがよい。施設だけでやっていると独りよがりになってしまう。区と連携して災害時訓練を行っているが、それによって情報を交換したり確認したりすることもできる。
 - 委員会で研究事例の一覧を更新してもらえるとよい。現状は判例を見てルールを決めたりしているが、他施設の事例がアップデートされているとありがたい。

9) 施設 I

① 施設概要

所在地／四国地方

開設主体／社会福祉法人

施設種別／特養

開設年／2002 年

入所定員／50-100 人

職員数／50-100 人

② 「事故予防に関するチェックリスト（案）」に関するご意見

- 服薬管理に関連した項目は入れないのか。誤薬など薬に関連した事故は、生じたときのリスクが大きい。服薬できていなかったときのリスクもある。
- 施設 I の中では、自己評価用のチェックリストや具体的な項目などは利用していない。
- 具体的な項目になっているので、使いやすいと思う。自己評価をすることに関して、手間は感じない。自己評価することで、自施設ができていないことに気付くことができるから、有用であると思う。
- できてないことの気づきになる。施設で実施していることが正解なのかわからないから、評価項目があると、自施設の評価ができると思う。
- 退所された利用者のケアを振り返る機会について、標準化された決まりはないが、医療機関への入院時期が遅かったのではないかと振り返りをすることもある。
- 服薬管理に関する事故は、薬の入れ間違いが最も多い事故。一包化されている薬が多くなって、事故は減った印象がある。
- 施設 I の所在地である自治体の事故報告には、感染症は含まれていない。

以 上

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」 2020年度第1回班会議 議事次第

【開催概要】

- 日 時：2020年7月2日(木) 14時～16時
- 場 所：(公財)日本医療機能評価機構 9階 中会議室1

【議事次第】

1. 2018-19年度振り返り
2. 2020年度の計画について
 - (1) 2020年度計画概要
 - (2) 事故情報収集（試行）の結果を踏まえたフォーマットの見直しについて
3. その他

<資料>

議事次第	1
出欠表	3
座席表	4
資料 1-1：2018-19年度 結果概要	5
資料 1-2：「介護事故情報収集システム(仮称)」試行 協力施設アンケート結果	21
資料 2-1：2020年度計画 概要	25
資料 2-2：介護事故情報収集システム(仮称)試行：転倒・転落事故事例 まとめ	29
資料 2-3：事故情報収集フォーマット修正案	43
「インシデントの影響度分類」(平成14年10月31日-11月1日開催 国立大学医学部附属病院医療安全管理協議会総会資料)	47

<参考資料(別冊)>

- 参考資料1：厚生労働科学研究費(長寿科学政策研究事業)2020年度交付申請書
- 参考資料2：医療安全情報 No. 69、87、132

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」 2020年度第1回 班会議

日時: 2020年7月2日(木)14時～16時

場所: 公益財団法人日本医療機能評価機構 9階中会議室1

	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	web
7	加塩 信行	医療法人社団永生会 クリニックグリーングラス院長	web
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	web
9	仲井 培雄	一般社団法人日本慢性期医療協会 常任理事	web
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	欠

◎: 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)

1	(調整中)	厚生労働省老健局老人保健課	web
2	(調整中)	厚生労働省老健局老人保健課	web
3	田中 志保	厚生労働省老健局高齢者支援課	web

(事務局: 日本医療機能評価機構)

1	遠矢 雅史	評価事業推進部長
2	脇坂 直宏	評価事業推進部 参与
3	伊藤 絢乃	評価事業推進部

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」2020年度第2回班会議 議事次第

【開催概要】

- 日 時：2021年2月18日(木) 16時～18時
- 場 所：(公財)日本医療機能評価機構 10階 小会議室2(リモート開催)

【議事次第】

1. 「介護事故情報収集システム（仮称）」試行結果について
2. 介護施設における事故防止・安全に関する自己評価チェックシート（案）について
3. その他

〈資料〉

出欠表	1
資料 1-1：介護事故情報収集フォーマット（2020年度版）	2
資料 1-2：2020年度「介護事故情報収集システム（仮称）」試行 結果概要 老健・特養の比較	6
資料 1-3：転倒・転落発生時の状況 ～テキストマイニングによる分析～	11
資料 1-4：転倒転落事例 フィードバック情報まとめ	20
資料 2-1：事故防止チェックリスト案について	25
資料 2-2：事故防止チェックリスト案（20210202版）	27

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」 2020年度第2回 班会議

日時: 2021年2月18日(木)16時～18時

場所: 公益財団法人日本医療機能評価機構 10階小会議室2

	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	web
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	web
7	加塩 信行	医療法人社団永生会 クリニックグリーングラス院長	web
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	web
9	仲井 培雄	一般社団法人日本慢性期医療協会 常任理事	web
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	web

◎: 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)

1	長江 翔平	厚生労働省老健局老人保健課	web
---	-------	---------------	-----

(事務局: 日本医療機能評価機構)

1	遠矢 雅史	評価事業推進部長
2	伊藤 絢乃	評価事業推進部

令和 3 年 5 月 28 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 2 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) 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		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"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

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。

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

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 未受講

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 type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する口チェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 3 年 5 月 28 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 2 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"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

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。

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

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 未受講

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 type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する口チェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

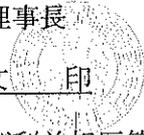
令和 3 年 5 月 28 日

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 2 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) 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"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

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。

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

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 type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

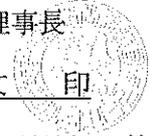
令和 3 年 5 月 28 日

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 2 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) 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"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

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。

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

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 未受講

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 type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

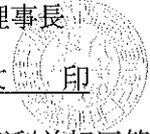
令和 3 年 5 月 28 日

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 2 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"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

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。

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

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 未受講

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 type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。