

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)

平成30年度～令和2年度 総合研究報告書

研究代表者 橋本 廸生
令和 3 (2021)年 5 月

目 次

1. 総合研究報告	
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. 平成30年度 総括・分担研究報告書	
.....	13
3. 令和元年度 総括・分担研究報告書	
.....	139
4. 令和2年度 総括・分担研究報告書	
.....	189

厚生労働科学研究費補助金 長寿科学政策研究事業
総合研究報告書

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>

病院において発生する医療事故については、公益財団法人日本医療機能評価機構が実施する医療事故情報収集等事業や一般社団法人医療安全調査機構が実施する医療事故調査制度によって原因分析・再発防止の取り組みがなされている。一方、介護施設で発生した事故については、介護施設から市(区)町村への報告が義務付けられているが、集計、原因分析・再発防止等の実態があまり明確でない。本研究では、介護施設および市町村等自治体の双方にヒアリングを行い、実態を把握するとともに、統一したフォーマットおよび定義に基づいて事故情報を収集し再発防止を目的として事故情報を全国的に共有する仕組みとして「介護事故情報収集システム（仮称）」について検討し、介護現場での事故予防・再発防止に資する提言を行う。

<方法および結果>

介護施設のうち医療提供度の高い介護老人保健施設（以下「老健」）および介護老人福祉施設（以下「特養」）を中心に施設内での事故防止・安全の向上に関する取り組みについてヒアリング調査を行った。併せて介護事業者から報告された事故報告の扱い等について地方自治体を対象にヒアリングを行った。その結果、介護保険の仕組みとして老健等から自治体に報告される事故報告は書式や定義が自治体によってさまざまであること、紙媒体での報告であるため負荷が大きいこと、再発防止を目的としたものではなく再発防止や注意喚起等の資料としては活用されていないこと、などが明らかとなった。

一方、統一した書式・定義で事故情報を全国規模で登録できる「介護事故情報収集システム（仮称）」について仕様書を作成し、仕様に定めた登録フォーマットを用いて事故情報を収集する試行を 2 か年にわたって実施した。介護施設内で事故として報告される事例の多くは影響度分類がレベル 1 であること、転倒・転落事故、次いでスキントラブルが多いこと、「トイレ」「車椅子」が転倒・転落事故の二大要因であることが明らかとなった。

さらに、介護施設等の職員が自らの取り組みを網羅的かつ定期的に自己評価できるツールとして、介護施設等を対象とした第三者評価の項目体系を参考に「介護事故予防チェックリスト（案）」を作成した。

＜考察＞

介護保険の仕組みとして自治体に報告される事故報告は、自治体によって書式や定義が様々であり、全国的な集計には適さないことが明らかとなった一方、介護施設の中では軽微な事故についても事故として報告され、原因分析や再発防止策の検討がなされていることが明らかとなった。また、本研究で策定した「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は 2021 年 3 月 19 日付で厚生労働省から発出された「介護保険最新情報 vol. 943 介護保険施設等における事故の報告様式等について」の別紙フォーマットの原型となるものであり、本研究のヒアリング調査で明らかとなった介護事故報告の課題の一つを解消する大きな成果であると言える。

また、本研究に協力いただいた老健や特養等の施設では、Excel フォーマットを用いた事故情報のオンライン登録に支障があった施設はなく、Zoom を用いた遠隔でのヒアリングについても非常にスムーズに実施することができた。LIFE の活用等が今後一層進められることが想定されるが、ICT 化によって業務負担を軽減し、書類の作成ではなく事故防止・安全の向上に関する実際の取り組みに注力できる環境が整備されることが期待される。

一方、令和 3 年度介護報酬改定において各事業所には外部研修を修了したリスクマネージャーの配置が求められるようになった。本研究で作成した「介護事故予防チェックリスト（案）」は、リスクマネージャーが自施設における事故防止・安全の向上に関する取り組みを定期的に評価するツールとして活用できるものであり、今後、介護現場での事故防止・安全の向上に寄与する成果であると言える。

＜結論＞

本研究では、老健等介護施設における事故防止・安全の向上に関する取り組みの実態と介護保険の仕組みとしての介護事故報告の課題を明らかにし、「事故報告の書式がばらばらである」という課題の一つの解消に資する情報として「介護事故情報収集システム（仮称）」の登録フォーマットを提供することができた。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（リスクマネージャー等）が自施設の取り組みを評価するツールとして活用できる土台を整備した。本研究の成果により介護現場での事故防止・安全の向上が促進されることを期待する。

＜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の高田聖果氏および伊藤絢乃氏に多大なるご尽力をいただいた。

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

事故の情報およびその後の対応についても、保険者である市町村等へ報告することが介護保険の仕組みとして定められているが、全国規模の報告・集計の仕組みや再発防止に関する情報提供等を行われておらず、介護施設においてどのような医療事故がどのような原因でどの程度の頻度で発生しているか、予防および再発防止についてどのような取り組みがなされているか等の分析、また、その結果のフィードバックはほとんど行われていない。

現在、医療提供体制は、従来の病院を中心とした医療から在宅を含めた地域全体での医療・介護という仕組みに移行しつつあり、介護施設においても安全な医療・介護の実施が求められている。今後、超高齢化社会を迎えるにあたり、介護施設の果たす役割は益々大きくなるため、国民の介護施設に対する様々な要求がさらに高まる可能性が考えられる。介護現場において発生した事故事例を収集し、詳細に分析することは、安全なケアの提供に大きな意味を持つものと考えられる。

本研究では、介護現場での事故の実態および事故発生時の対応、再発防止の取り組み等について調査を行い、実態を把握するとともに、事故防止・安全の向上に向けた仕組みを提言することを目的とする。

A. 背景・目的

医療機関における医療事故の発生状況および対策については、日本医療機能評価機構が医療事故情報収集等事業として 2004 年から実施している。また、2015 年 10 月からは医療事故調査制度が施行され、全医療機関から死亡事例の分析報告が登録されるようになっている。介護事業所で発生した

B. 研究方法および結果

- (1) 介護現場における事故防止・安全に関する取り組みの把握

初年度である 2018 年度は、老健および地方自治体を対象に、ヒアリング調査を実施した(表 1、表 2)。ヒアリング対象とする施設は本研究班関係者または当機構関係者に紹介いただいた施設のうち、調査を承諾した施設とした。

表 1. 老健ヒアリング項目

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

表 2. 自治体ヒアリング項目

No.	ヒアリング項目(自治体)
1	事故報告制度の概要
2	収集された事故情報の活用状況
3	担当部署の体制
4	実地調査の実施状況
5	集合研修の実施状況
6	県内の他の自治体との連携状況
7	課題と認識していること
8	その他(事故情報収集システムへの意見・感想等)

全国の 17 施設、10 自治体(4 県、6 市区)を対象にヒアリング調査を行った。いずれの施設でも、施設長を中心に安全に関する委員会を定期的に開催しており、発生した事故の原因分析や再発防止等の検討を行っていた。一方、自治体を対象としたヒアリング調査では、すべての自治体で紙媒体の報告書を用いており、事故報告の書式や対象となる事故の定義が自治体によってさま

ざまであること、自治体に提出された報告書の内容に基づいた注意喚起や啓発はほとんどなされていないこと、施設職員の要望として、他施設の取り組みの共有に関する要望が大きいことなどが明らかとなった。

2 年目となる 2019 年度は調査対象を特養等に拡大し、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。対象施設の選定は 2018 年度と同様に行った。2019 年度は新型コロナウイルス感染症の影響により、一部の施設のヒアリングは Zoom を用いたリモートまたは書面で実施した。その結果、老健同様、特養においても事故防止・安全の向上に取り組んでいることが明らかとなった。自治体への事故報告についても 2018 年度同様の結果であった。

(2) 「介護事故情報収集システム(仮称)」の検討

介護現場で発生した事故について統一フォーマット・定義で情報を収集できる仕組みとして「介護事故情報収集システム(仮称)」を想定し、2018 年度は自治体の報告書様式に共通する事項をベースとして、介護事故情報収集システム(仮称)の開発の基本となる仕様書を作成した。

2019 年度は、「介護事故情報収集システム(仮称)」のフォーマットに基づいて老健 8 施設にデータを登録いただく試行を行い、登録しやすさ等を評価した。対象施設は本研究関係者からの推薦をもとに協力を依頼し、承諾いただけた施設とした。登録対象とする事故については細かい定義を設定せずに「2018 年度に施設内で報告された事故事例を 20-30 件程度」として依頼した。その結果、8 施設から合計 319 件の事故情報を登録いただいた。事例の登録は Excel フ

フォーマットを使用し、Microsoft 社のクラウドサービスである OneDrive を介してデータの授受を行った。また、フォーマットは当該利用者の性別及び年齢（5 歳刻み）のみを記載する形式としたほか、事例についても発生日ではなく発生月と曜日・時間帯のみを記載する形式とすることで当該利用者を特定できないようにした。

さらに 2020 年度は 2019 年度の試行結果を踏まえてフォーマットを一部修正し、老健 7 施設、特養 7 施設に「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事故報告された事例」を登録いただいた。2019 年度同様、本研究関係者からの推薦をもとに協力を依頼し、承諾いただいた施設を対象とした。14 施設から登録された 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。事故の種類や影響度分類別の件数、発生時の状況等の概要は 2019 年度の試行の結果とほぼ同様であった。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 を用いてテキストマイニングを行った結果、「車椅子」「トイレ」が二大要因であることが示された。

(3) 「介護事故予防チェックリスト(案)」の検討

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、ヒアリング結果をもとに原案を修正した大項目 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。

C. 考察

老健および特養を中心とする介護施設のヒアリングおよび地方自治体のヒアリングから、介護保険の仕組みとして自治体に報告されている事故報告は様式や定義がばらばらであり、全国的な集計には適さないこと、報告書（紙）での提出のため、提出する介護施設職員にも集計する自治体職員にも負担となっていること、などの課題が明らかとなった。本研究では「介護事故情報収集システム（仮称）」として全国的に共通のフォーマットおよび定義で事故情報をオンラインで登録する仕組みについて仕様書を作成しただけでなく、「介護事故情報収集システム（仮称）」の登録フォーマットをもとに事故情報の収集を試行として実施した。その結果、インターネットを介したシステム自体は構築できなかったが、2 か年で協力いただいた合計 22 施設については、Excel ファイルと OneDrive を利用して電子データで事故情報を登録する方法で特段支障なく事故情報を提出いただくことができた。

また、2021 年 3 月 19 日付で厚生労働省から発出された「介護保険最新情報 vol.1. 943 介護保険施設等における事故の報告様式等について」の別紙フォーマットは、本研究で作成した「介護事故情報収集システム（仮称）」の登録フォーマットを参考に作成されたものである。さらに、当該文書では、報告様式の標準化の目的として「（著者注：市町村へ）報告された介護事故情報を収集・分析・公表し、広く介護保険施設等に対し、安全対策に有用な情報を共有することは、介護事故の発生防止・再発防止及び介護サービスの改善やサービスの質向上に資すると考えられる。」「分析等を行うためには、事

故報告の標準化が必要であることから、今般、標準となる報告様式を作成し、周知するもの。」とあり、運用についても「市町村への事故報告の提出は、電子メールによる提出が望ましい。」と記載されており、市町村への事故報告について本研究が指摘してきた

- ① 自治体間で書式や定義が統一されていない
- ② 集計のみで事故の再発防止、安全に資する情報として活用されていない
- ③ 紙媒体での提出であるため、介護施設等の職員のみならず自治体職員にとっても業務負荷が大きい

の3つの課題の解消につながるものであると言える。このことは本研究班の大きな成果であり、今後、介護事業所を対象としたデータベース LIFE が活用されていくなかで、事故報告も LIFE を通じてできるようになれば、「介護事故情報収集システム（仮称）」として本研究班が提案してきた仕組みが実現することになる。

また、「介護事故情報収集システム（仮称）」の試行では、レベル1の軽微な事故が6割以上を占めていること、「利用者単独時」「居室」「日中」に発生した事故が大半であることが明らかとなった。このことは、職員が多く勤務していると思われる日中の時間帯であっても、利用者が単独で主に居室で過ごしているときに発生する事故は防げないが、事故が発生した場合の影響を低減する取り組みがなされていること、軽微な事故も施設内のルールに則って報告され、原因分析や再発防止に取り組まれていること、を示唆している。

一方、介護施設等を対象とする第三者評価の評価項目体系を参考に作成した「介護事故予防チェックリスト（案）」は、既存の

第三者評価項目が組織運営全体を対象とした評価であるのに対し、事故防止・安全の向上に特化した項目体系であり、個々の介護施設等において職員による自己評価ツールとして利用いただけるものである。特に、令和3年度介護報酬改定では、外部研修を修了したリスクマネージャーの配置が求められており、リスクマネージャーが自施設の取り組みを網羅的かつ定期的に評価する仕組みが定着すれば、介護現場での事故防止・安全の向上が一層図られると期待される。

D. 結論

本研究では、主に老健および特養を中心に協力いただいて「介護事故情報収集システム（仮称）」の試行およびヒアリング等を行い、介護現場での事故防止・安全の向上に関する取り組みの実態および課題を明らかにし、課題の一つであった介護事故報告様式の統一について「介護事故情報収集システム（仮称）」の登録フォーマットとして提言することができた。また、介護施設等の職員が自施設の取り組みを評価するツールとなる「介護事故予防チェックリスト（案）」を作成し、事故防止・安全の向上に資する情報を提供することができた。

介護事業者には、それ以外の事業形態も含まれるため、本研究班での結果を一概に介護事業者全体に敷衍することは難しいかもしれないが、本研究は介護の質・安全の向上に対して一定程度的影響を及ぼしうるものであったと確信している。

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

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)

平成30年度 総括・分担研究報告書

厚生労働科学研究費補助金 長寿科学政策研究事業
総括研究報告書

在宅・介護施設等における医療的ケアに関連する事故予防のための研究

研究代表者 橋本 廸生 公益財団法人日本医療機能評価機構 常務理事

研究要旨：

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

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

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

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

研究分担者(五十音順)：

後 信

公益財団法人日本医療機能評価機構

執行理事

栗原博之

公益財団法人日本医療機能評価機構

教育研修事業部 部長

坂口美佐

公益財団法人日本医療機能評価機構

医療事故防止事業部 部長

研究協力者(五十音順)：

江澤和彦

公益社団法人日本医師会 常任理事

加塩信行

医療法人社団永生会永生病院 副院長

仲井培雄

一般社団法人地域包括ケア病棟協会 会長

山野雅弘

公益社団法人全国老人保健施設協会

管理運営委員会 副委員長

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

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

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

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

A. 研究目的

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

B. 研究方法

1. 事故情報報告の仕組みに関する実態調査

(1) 介護施設へのヒアリング調査

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

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

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

(2) 地方自治体へのヒアリング調査

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

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

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

2. 事故情報収集システムの検討

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

(倫理面への配慮)

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

C. 研究結果

1. 事故情報報告の仕組みに関する実態調査

(1) 介護施設へのヒアリング調査

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

施設内では事故報告様式が定められて

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

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

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

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

(2) 自治体へのヒアリング調査

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

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

2. 事故情報収集システムの検討

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

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

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

書として公表できるしくみを想定している。

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

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

D. 考察

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

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

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

なお、このしくみへの事例登録フローとして、

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

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

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

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

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

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

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

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

E. 結論

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

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

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

なし

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

H. 知的財産権の出願登録状況

なし

I. 知的財産権の出願・登録状況

なし

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

介護老人保健施設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 栗原博之 公益財団法人日本医療機能評価機構 教育研修事業部長

研究要旨：

本研究では、介護老人保健施設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を明らかにすることで、今後にむけて示唆を得ることを目的に 17 の介護老人保健施設にヒアリング調査を実施した。その結果、事故予防の組織体制では、事故予防に関する委員会が多職種構成にて設置されており、その委員会が中心となって種々の安全対策の検討を行っていた。そのような中で 53% の施設で専任の事故予防の担当者を配置されていたが、逆に 47% の施設では配置されていない状況が確認できた。事故予防の取り組みでは、各老健での転倒転落防止に関して様々な取り組みが確認できた。一方、薬剤の安全性確保に関しては課題が確認でき、今後、介護の安全を検討する上でいくつかの示唆を得ることができた。

A. 研究目的

現在の医療提供体制は、従来の病院を中心とした医療から、在宅を含めた地域全体での医療・介護という仕組みに移行しつつあり、介護施設においても安全な医療・介護の実施が求められている。「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準」を見ても事故発生の防止のための委員会の設置や専任の安全対策を担当するものを決めることなどが義務付けられている。本研究では、介護老人保健施設(以下、老健)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および各組織での実際の取り組みに関して調査を行い、その状況を明らかにし、今後、介護の安全について検討する上での示唆を得ることを目的とする。

B. 研究方法

研究協力者等からの紹介及び研究協力に同意が得られた老健に、電話あるいは電子メールにて研究協力を依頼し、同意が得られた老健を調査対象とした。

対象施設には、「施設における専任の安全対策を担当する者の有無とその者の職種」、について事前に尋ねたほか、実際のヒアリングで事故予防のための実際の取り組み状況などを尋ねた。

各老健には組織体制や事故防止の取り組みについて尋ねるが、個人及び施設が特定されるような情報の収集は行わない。ヒアリング結果の整理の際は、老健が特定されることを避けるためマスキングを行った。

C. 研究結果

17 の老健に対して、ヒアリング調査を行った。

1) 事故予防のための組織体制

事故予防のための組織体制については、いずれの老健にも事故予防に関する委員会が多職種構成にて設置されており、その委員会が中心となって種々の安全対策の検討を行っていた。介護老人保健施設協会が認定しているリスクマネジャーの配置状況を見ると、配置している施設が 59%、配置していない施設が 49%であった。介護報酬上の届け出別でみると在宅強化型では 75%、基本型では 20%であり、今回のヒアリング対象とした施設間で大きな差が見られた。また、リスクマネジャーを配置している場合の職員数は様々であり、一人の配置から複数名(最大で 4 職種)の職員を配置している老健もあり、

その職種を見ると看護職をはじめ介護職やリハビリ職、事務職、介護支援専門員など様々であった。

2) 事故予防のための取り組み

今回ヒアリング調査を行ったいずれの老健においても転倒転落防止に関しては、各職種間で連携しながら入居者の行動パターンなどを加味した転倒転落の防止策を立案し、実践していた。転倒転落の発生件数を見ると各施設間や期間でばらつきはあるものの平均すると月 10 件以下で推移していた。具体的な取り組みを見ると、転倒や転落防止では、ベッドの設置位置を工夫したり、掴まることが可能な物の配置を工夫したり、センサー類を患者の動きに合わせた形に加工したりと様々な工夫を行っていた。さらに、看護職、介護職、リハビリ職の各スタッフが合同で入居者に関するカン

表1. 老健での介護老人保健施設リスクマネジャー配置状況

No.	老健所在地	開設主体	介護報酬上の届け出	介護老人保健施設協会 リスクマネジャー	その職種
A	関東地方	医療法人	在宅強化型	いない	
B	中部地方	医療法人	在宅強化型	いる	事務職
C	関東地方	医療法人	基本型	いる	看護職
D	近畿地方	医療法人	在宅強化型	いる	看護職、介護職、 リハビリ職
E	近畿地方	医療法人	在宅強化型	いる	看護職
F	関東地方	その他	在宅強化型	いる	看護職、介護職
G	関東地方	医療法人	在宅強化型	いる	看護職、リハビリ職
H	関東地方	医療法人	基本型	いない	
I	関東地方	医療法人	基本型	いない	
J	北海道・東北地方	社会福祉法人	在宅強化型	いない	
K	関東地方	医療法人	在宅強化型	いる	リハビリ職
L	中国・四国地方	医療法人	在宅強化型	いる	看護職、介護職、 介護支援専門員
M	北海道・東北地方	医療法人	在宅強化型	いる	看護職、介護職、 介護支援専門員、 事務職
N	九州・沖縄地方	医療法人	基本型	いない	
O	九州・沖縄地方	医療法人	在宅強化型	いる	介護職
P	九州・沖縄地方	医療法人	基本型	いない	
Q	九州・沖縄地方	医療法人	在宅強化型	いない	

ファレンスを随時行い、情報を密に共有し転倒や転落を防止する取り組みも確認できた。身体抑制や鎮静などの手段が選択できない老健での転倒転落件数と急性期の病院での患者の転倒転落の発生件数とを比べると老健の方が件数は少なく推移している状況であった。

その他のインシデントや介護事故の件数は少なく重篤な事例は少なかった。そのような中で老健のひとつの特徴として、薬を服用する入居者が多いことがあげられる。入居者によってはその種類も多く、糖尿病治療薬や循環器作動薬、中枢神経作動薬などのハイリスク薬に分類される薬剤も含まれることもあった。しかし、残念ながら薬剤師が薬剤管理から服薬管理に係る老健は極めて少なく、常勤で薬剤師がいる老健はなく、パートタイムでの薬剤師の関与や近隣の薬局薬剤師が関与しているという状況であった。今回の調査では1件だけではあるが、病院に隣接する同一法人の老健で病院薬剤師が兼任で業務を行っている老健も見られた。

D. 考察

「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準」（平成11年3月31日 厚生省令第40号）によれば専任で安全対策をおこなうものを決めておくことされている。そのような背景の中で全国介護老人保健施設協会が認定しているリスクマネジャーの配置状況を介護報酬上の届け出別での施設間で比較すると大きな差が見られた。この認定のリスクマネジャー資格を取得するためには、全国介護老人保健施設協会が実施する3日間のリスクマネジャー養成研修を受講し、さらにその後に実施される試験に合格することが必須となる。施設側から見れば、

職員が認定のリスクマネジャーの資格を取得するためには、その研修に派遣しなくてはならない。そのための各種費用や職員に対しての業務調整などが生じる。これらの要因が介護報酬上の届け出によって大きな差が生じさせた可能性のひとつとして考えることができるであろう。

老健および居住系サービスにおけるある県の平成28年度の事故発生状況を見ると最も多いのが転倒であり、次いで転落と続き、発生件数は少ないもの介護中の負荷、誤薬（飲み忘れや薬の紛失も含む）、誤嚥と続く。これらの動向は、全国的に見てもそれほど大差はないと考えられる。転倒転落防止では様々な工夫のもとに取り組みが行われているとともに各職種間でカンファレンスも有効に機能している。急性期の病院と比較して抑制や鎮静などの緊急避難的措置が選択できない老健において、きめ細やかに入居者を見守りと様々な工夫で転倒転落をなるべく少なくするという取り組みは、今後病院の医療安全を考えるうえで何らかのヒントになりうる可能性が示唆された。また、各老健での工夫した取り組みにより事故防止が図られていることが確認できたが、残念ながらそのような工夫は施設内にとどまることが多く、他の施設で共有できていない現状も浮き彫りとなった。より安全な介護を検討する上で施設間の情報共有が行える仕組み作りが必要となってくるであろう。

誤薬などの薬剤関連の事故予防に関する取り組みでは、明らかに薬剤師の関与が薄く、今後、改善が必要である。入居者は高齢者であり、生理機能の低下など面からもポリファーマシーの対策として減薬などの検討などが重要な課題となるであろう。老健に入所前に入院となった病院以外にクリ

ニックなどからも処方されているケースも多く老健だけで解決策を見出すことは困難である。しかし、老健で薬剤師を常勤雇用することは困難であると予想されることから病院や薬局の薬剤師との連携で薬の安全を担保する仕組みの構築が早急に望まれる。今後、さらに医療施設と老健が一緒になって取り組む課題である。

E. 結論

本研究では、老健の事故予防のための組織体制がどのような状況であるかについて把握することができ、問題点も明らかになった。さらに事故予防の取り組みでは、各老健での転倒転落防止に関して様々な取り組みが確認できた。一方、薬剤の安全性確

保に関しては課題が確認でき、今後、介護の安全を検討する上でいくつかの示唆を得ることができた。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

1. 論文発表
未発表
2. 学会発表
未発表

H. 知的財産権の出願登録状況

特になし

介護老人保健施設内の「事故」「ヒヤリ・ハット」分類

レベル	課題の要旨	形態B+ ¹⁾	形態D	形態E	形態F	形態M	形態N	形態O	形態Q	形態G	形態H	形態	形態A	形態P	形態	形態C	備考 ※1: 実証型課題
0	突然に変わった	事故	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	
1	突然に変わった	事故	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	
1a	突然に変わった	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ヒヤリ・ハット	-	-	-	
1b	突然に変わった	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ヒヤリ・ハット	-	-	-	
2	突然に変わった	事故	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	
2a	突然に変わった	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ヒヤリ・ハット	-	-	-	
2b	突然に変わった	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ヒヤリ・ハット	-	-	-	
3	突然に変わった	事故	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	
3a	突然に変わった	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ヒヤリ・ハット	-	-	ヒヤリ・ハット	
3b	突然に変わった	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ヒヤリ・ハット	-	-	ヒヤリ・ハット	
4	突然に変わった	事故	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	
4a	突然に変わった	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ヒヤリ・ハット	-	-	ヒヤリ・ハット	
4b	突然に変わった	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ヒヤリ・ハット	-	-	ヒヤリ・ハット	
5	突然に変わった	事故	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	ヒヤリ・ハット	

※1: 実証型課題とは、ヒヤリ・ハットを区分しない(すべて事故として扱う)。その位置関係の判断で事故かどうかを区別する。

※2: 外観のみや部分的な観察で必要となる場合は、ヒヤリ・ハットを区分しない(すべて事故として扱う)。

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」
ヒアリング結果まとめ(介護老人保健施設)

1) 介護老人保健施設(以下、老健) A

① 施設の概要

2005 年に関東地方に開設された老健である。ショートステイを含む入所サービスと通所リハビリテーションサービスを有しており、定員は入所サービス 150 人(うち、一般棟:100 人、認知症専門棟:50 人)、通所リハビリテーション 44 人の計 194 人である。早期在宅復帰に力をいれており、2018 年 7 月より、在宅強化型老健となっている。

② 質・安全に関する組織体制

施設長、看護部長、事務長が参加するリスクマネジメント委員会を隔月、リスクマネジメント小委員会を毎月開催している。発生した事故やヒヤリ・ハット事例の定義を定めており、ヒヤリ・ハットは 1 と 2 に分類される。ヒヤリ・ハット 1 は発生前に気づいた事例や一時的な処置を行った事例、ヒヤリ・ハット 2 は継続的な処置を必要とした事例、事故は医師による処置を必要とした事例や誤薬としている。

③ 事故発生件数

ヒヤリ・ハット 2 又は事故に該当する転倒転落は月 20-40 件程度発生している。転倒転落以外の報告は、皮下出血や表皮剥離が多い。また抑制が実施できないため、胃ろうからの経管栄養や点滴の実施対象者によるルート類の自己抜去も多い。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

入所時に、同意書と同じタイミングで事故のリスクについて家族へ説明を行っている。

骨折、死亡事例は行政に報告している。施設内の骨折が年 22 件に発生したことから発生防止に取り組み、その結果、年 6 件とすることができた。

具体的な方策としては以下があがった。

- ・転倒転落のハイリスクな利用者にはスタッフステーション前にいてもらい、スタッフの目が届くようにする。
- ・見守りをする職員がその場を離れなくてよいようにスタッフを配置する(夜勤看護師 3 人体制)。
- ・離床センサー、人感センサーを設置し、離床や立ち歩きを早期に発見できるようにする。

⑤ 職員教育の状況

4月の新人入職時には新人オリエンテーションを行っているが、実務を覚える方が優先されがちであり、内容の定着は少ない。4月以外に入職した人の場合も、入職時にオリエンテーションを実施している。

教育研修委員会があり、年2回の定例勉強会を行っている。以前は危険予知トレーニング(KYT)も行っていたが、今はなぜなぜ分析のグループワークなどを行っている。定例勉強会について、教育研修委員会からフィードバックがある。

⑥ 課題と認識している点

職員が多いことで質が上がり、事故を防止でき、質・安全を確保することができる。しかし職員数が増えると、人件費がかさむ状況がある。看護師が夜勤で3人いると、看護師が配薬することができ、介護士が配薬する必要なくなるため介護士の心理的負担が少なくなる。

利用者の状態変化などについて、相談員から家族に連絡ができるので家族とのコミュニケーションが密に保てる。病院では家族に連絡する立場の職員がおらず、看護師が連絡しなければならないため、連絡の頻度・密度が低くなる。家族とのコミュニケーションが密にできれば事故が起きた場合も問題になることを防ぐことができる。

薬剤処方が施設の持ち出しになるため、一部しか請求できず、高額な薬を使えず病状が悪化する場合がある。

⑦ 市区町村・他施設との連携、情報共有の状況

骨折、死亡事例は所在する区(所在区)に報告している。所在区から集計結果のフィードバックなどはない。他の施設との情報交換は所在区主導の形では行われていない。実地指導は隔年であり、医師が訪問する場合は衛生面や感染などの内容の確認がある。所在区が実施する研修は年に1度程度開催されている。

他施設との連携としては、先代の看護部長が自治体内の老健7施設の看護部長会を発足させ、各施設の看護部長が隔月程度の頻度で集まり情報交換を行っている。事故情報のほか、実地指導に関する情報なども共有している。年に1度は事務長も参加をしている。

自治体内の施設との情報共有の他、職員が自身の親が入所している他施設と情報交換をしたり、利用者の受け渡しをする関係で日頃から介護老人福祉施設(特養)と老健で情報を共有したりという交流がある。

⑧ 事故情報収集・分析・再発防止の仕組みに対する要望、ご意見

「利用者の状態を改善させたいという気持ちと、改善のために取り組む

ことで利用者の状態が不安定になるところのバランスの取り方について、他施設の好事例を目に付きやすく現場に届く方法で共有できるとよい。管理者層に届いたりや時間をとって読む必要があるものでは、現場には伝わらず活用することが難しい。」という意見があった。

⑨ その他

施設内には看護師長を委員長とする感染管理委員会が設置されている。以前インフルエンザのアウトブレイクを経験しており、それ以来冬場になると、職員はマスクと手洗いを徹底し、ウイルスを持ち込まないようにしている。職員の家族が発症した場合は職員も抗インフルエンザ薬を予防的に服用している。全職員・全利用者が毎朝検温を行い、37 度以上ある職員は帰宅させる。家族が訪問した場合も検温を行っている。

嘔吐が発生した場合は鑑別診断前に当該フロアをすべて次亜塩素酸で床・手すり等を消毒し、感染予防に努めている。

【老健 A 基本データ】

所在地／関東地方

開設主体／医療法人

開設年／2005 年

入所定員／150 人

入所以外の提供サービス／通所リハビリテーション

職員数／135 人

(うち、常勤換算で、医師 1.9 人、看護師 15.7 人、介護職員 66.0 人、理学療法士 7.6 人、作業療法士 3.0 人、言語聴覚士 1.0 人、栄養士・管理栄養士 9.0 人等)

2) 老健 B

① 施設の概要

中部地方に位置し、医療法人が開設主体の老健である。利用者は系列のクリニックより診断をうけ入居しており、それ以外の入居はほとんどない。在宅復帰支援に取り組んでおり、在宅復帰・在宅療養支援機能の評価では在宅強化型のうち「超強化型(Ⅱ)」に該当する。全 139 床のうち、8-9 割が長期療養、1-2 割がショートステイとして稼働している。

② 質・安全に関する組織体制

法人内でクリニックや関連施設を位置する地域で二分し、理事長（施設管理者）、リスクマネジャー、各職種責任者が参加するリスクマネジメント会議を毎月実施している。リスクマネジメント会議に理事が参加することで、対応策などの即時対応が可能となる。

法人全体でのヒヤリ・ハットと事故の定義を定めており、ヒヤリ・ハットは事故になる前に防ぐことができたもの、事故（アクシデント）は実際に発生したものとしている。

③ 事故発生件数

毎月 40-50 件の報告がある。事例発生時は事故かヒヤリ・ハットか区別せず、全てヒヤリ・ハットとして報告を行う。報告後に事故かヒヤリ・ハットか分類を行う。種別としては転倒転落が最も多く、次いで誤薬が多くなっている。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

発生した時点ですぐにリスクマネジャーと理事長に報告を行う。現場のみでの判断ではなく、理事長による判断も行う必要がある、いつでも報告できるような環境づくりを行っている。

必ず家族へ連絡するが、その際には理事長（医師）の判断を伝え、対応への理解や了承を得ている。医療機関の受診が必要となった事例は都道府県と市両方へ報告している。

転倒転落については、必要に応じてセンサーやマット、極稀に 4 点のベッド柵を設置する。危険な場合には部屋に畳を敷く場合もある。このような取り組みにより、重症な骨折事例は 2017 年で 3 件、2018 年 11 月時点では 1 件となっている。

入居時に初回評価を 30 分程度で実施しているが、昼夜で利用者の状況は大きく変わる。特に環境が変化した直後の夜の転倒が多いため、注意している。

薬剤性の転倒、低血糖などの経験により、医師が重要な薬剤と不要な薬

剤を判断し調整を行った。これにより薬剤性の低血糖の発生は著しく減少した。移動や移乗時には安全性が確保できるよう注意を払っている。

⑤ 職員教育の状況

10 年ほど前に ISO を取得しており、マニュアルに沿った教育も実施している。また、内部監査員を 2 人配置している。

中途採用の職員の場合、他施設の方法からなかなか変えづらい現状があるが、マニュアルを提示し、徹底するよう指導している。

法人内の施設間で職員の異動があるため、医療施設から介護施設へ異動となる場合がある。生活期への取り組みは急性期と異なるため、その点が理解できるような支援や教育が必要であると感じている。

⑥ 課題と認識している点

入居後、初回の転倒に関する評価に 30 分以上かけているが、昼と夜の状況は異なる。特に入所後の夜は転倒が多くなっている。環境の変化が要因と考えられ、入居後間もない利用者への転倒予防は課題の 1 つである。

また、安全の専任職員がいなかったため、発生したヒヤリ・ハット、事故事例の分析については十分にできていない可能性があること、週に 1 度のみの勤務の職員もいるため、服薬時に利用者の誤認などが発生してしまうことも課題である。服薬方法については、検討が必要だと感じている。

⑦ 市区町村・他施設との連携、情報共有の状況

市と都道府県の双方に事故報告を行っているが、どちらからもフィードバックはない。研修は、都道府県から委託され老健協会が開催している。

他の施設とは、現在特に連携は行っていない。

⑧ 事故情報収集・分析・再発防止の仕組みに対する要望、ご意見

「介護と医療では共通用語が異なる場合があるため配慮が必要である。再発予防策の実施による改善事例集などがあると嬉しい。事務的な手間があまりかからないとよい。現在、市と都道府県で様式が異なっており、さらに別の報告を提出することになると負担が大きくなる。」という意見があった。

⑨ 行政、自治体への要望

都道府県と市双方に事故報告の書類を提出しているが、両方で様式が異なっており、また類似する内容であっても別々で問合せがくるため対応に負担を感じていた。

【施設 B 基本データ】

所在地／中部地方

開設主体／医療法人

開設年／1994 年

入所定員／139 人

入所以外の提供サービス／ショートステイ、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション

職員数／96 人（常勤・非常勤問わず）

（うち、常勤換算で、医師 1.5 人、看護師 5.5 人、介護職員 37.5 人、理学療法士 3.0 人、作業療法士 1.8 人、言語聴覚士 1.8 人、栄養士・管理栄養士 2.0 人等）

3) 老健 C

① 施設概要

老健 C は医療法人が開設主体であり、同施設内に認知症高齢者グループホームが併設されている。入所定員 150 人、通所定員 40 人であり、従来型とユニット型の居室の両方を備えている。人員配置区分は基本型であり、在宅復帰・療養支援加算（Ⅰ）や処遇改善加算、排泄支援加算等の加算を算定している。施設内での取り組みだけではなく、地域の祭りへの参加や、ホテルでのバイキング体験等のイベントも行っている。

② 質・安全に関する組織体制

施設サービスの質の向上や施設運営を目的として委員会・会議を設置しており、その中にリスクマネジメント委員会・身体抑制廃止委員会がある。月に 1 度、リスクマネジメント会議が開催され、施設長、看護職、リハビリ職、介護職のスタッフが参加する。会議では、報告書の内容について見直しをしたり、話し合ったりしている。

施設の看護師 2 人が全国老人保健施設協会（全老健）のリスクマネジャー資格を保有している。

ヒヤリ・ハットは患者影響度分類によりレベルわけを行っている。レベルわけは病院同様とし、レベル 0-3a はヒヤリ・ハット、レベル 3b 以上を事故として取り扱っている。

③ 事故発生件数

ヒヤリ・ハットは毎月 30-40 件ほど報告がある。現在はレベル 0 の転倒転落が最も多く、3b 以上の骨折は上半期では 0 人であった。事故の種類としては、骨折（転倒転落）、スキンテア、薬剤関連の順で発生頻度が多い。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

ヒヤリ・ハット報告書は所定の様式があり、パソコンで入力するようになっている。PC の記録システムに報告書作成のシステムが組み込まれており、簡単な統計処理も可能である（写真 1）。

事故発生後は、保険者である市区町村に電話にて連絡を行っている。ただし老健 C の所在する区（所在区）は、区が保険者でない場合も報告すること定められているため、報告対象の全事例を報告

写真 1 記録システム画面

している。

作成した報告書は、ステーションに掲示し、周知を行っている。

病棟薬剤師経験のある薬剤師が週に 2 日午前中に出勤している。入所時に内服薬の確認を行うことで、減薬や正しい薬剤の使用に努めている。

移乗時の転倒や転倒転落予防のため、利用者の各居室にはどのように対応するか、介助の方法や使用するものなど細かく指定し、また内容がわかりやすいように工夫して掲示している（写真 2）。

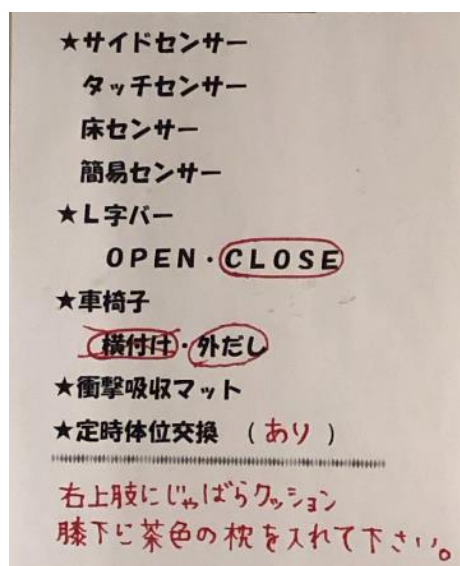


写真 2 介助の工夫の掲示例

⑤ 職員教育の状況

新卒職員にはオリエンテーション時に、事故報告の制度も含めて教育を行っている。そのほかには、リスクマネジメント会議の内容を職員に周知したり、年に 1 度の研修で危険予測トレーニング（KYT）を実施したりしている。

⑥ 課題と認識している点

医療と介護は違いが大きいと感じる。老健においては、医療ではなく介護の視点での安全管理が必要である。介護職は利用者のペースに合わせており、合わせる中で事故発生がないように細かい点を決めてケアを行っている。医療者は前もって過剰に予防しようとするため、利用者のペースを崩してしまうことがある。生活を意識した支援を行うためには、介護を行う中でいかに安全を維持するか、を考えることが必要である。

雇用に関して、若い職員は回転がはやく退職してしまうため、現在は、配偶者が日本人である外国人を雇用しているが、今後は日本人配偶者がいない外国人労働者も雇用していきたいと考えている。

⑦ 市区町村・他施設との連携、情報共有の状況

事故に至った場合には、保険者（各市区町村）に報告をする。他の自治体が保険者である場合には、保険者の自治体と所在区と 2 か所へ報告を行っている。所在区への報告書は、他の自治体の様式であっても、必要な情報が記載してある場合には、その報告書を提出することが可能である。

書類提出の際に自治体から記載内容について聞かれることはあるが、その場合の対応は事務長が行うことになっている。

都道府県の保健局には、半期に一度事例の概要を報告している。事故の

他、感染なども含めて報告を行っているが、どのような基準で報告すればよいか明確でない現状がある。

事故の報告は行っているが、いずれの自治体からもフィードバックはない。自治体が全体の介護事業所を対象として指導を行うことはあるが、事故内容を反映しているものではない。

同自治体内の老健間での情報共有は行っていない。

⑧ 行政、自治体への要望

「市区町村と都とで、介護施設での事故、について考えが異なるように思う。介護施設での事故の基準や考え方について統一したものと助かる。」という要望があった。

【老健C 基本データ】

所在地／関東地方

開設主体／医療法人

開設年／2005 年

入所定員／150 人

入所以外の提供サービス／ショートステイ、通所リハビリテーション

職員数／118 人（常勤・非常勤問わず）

（うち、常勤換算で、医師 1.8 人、看護師 15.7 人、介護職員 64.2 人、理学療法士 2.0 人、作業療法士 3.0 人、言語聴覚士 1 人、栄養士・管理栄養士 2.0 人、事務・運転手・薬剤師 10.4 人等）

4) 老健 D

① 施設概要

老健 D は近畿地方に所在し、医療法人が開設主体の老健である。定員は入所 81 人、通所リハビリテーションは 35 人となっており、ショートステイも受け入れ可能である。平均在所期間は 10-11 か月である。在宅復帰支援に注力しており、在宅強化型老人保健施設となっている。利用者の 8 割以上が認知症を有しており、認知症の生活自立度Ⅱa 以上である。利用者は 7:3~6:4 くらいの割合で女性が多いが、男性の数も増えてきている。

② 質・安全に関する組織体制

全老健のリスクマネジャーを保有する職員が 6 人在籍している。事故委員会は毎月 1 回、多職種で開催している。事故委員会は、集計や一般的な対策を検討する場であり、誤嚥があれば次の食事から形態の変更等の対応を取る等、日常的な対策は発生してすぐにその場で考えられている。

医療的ケアというより介護中や入所中の事故が多い。事故の種類としては、転倒が最多であり異食や窒息もみられる。

電子カルテを導入しているがヒヤリ・ハットは紙媒体で運用している。

③ 事故発生件数

ヒヤリ・ハットは月 90 件程度報告されている。転倒については「足の裏以外の部分が床についている、または、ついていないのを発見した場合にはけがの有無にかかわらず、事故として扱う。けがの有無を問わず全て事故とするのは、転倒に関する職員の意識を高めるためである。

事故は月 30 件程度報告があり、そのうち手術適応となる大腿骨頸部骨折は年 2-3 件である。腰椎圧迫骨折はいつ発生したか判断が難しいためカウントせず、経過観察としている。骨折が疑われる場合は併設のクリニックでレントゲンを撮影、あるいは系列の病院で CT 撮影を実施している。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

事故の報告書は出勤簿の横に置くようにしてあり、この方法で全職員に周知している。

事故発生時には施設長に連絡がいくが、事故の程度によって報告のスピードに差が生じる場合がある。骨折などを疑う場合は、施設長が外出中であっても連絡を行っている。

事故予防のため、移乗しやすいベッドの高さの設定を利用者ごとに定めており、低床ベッドはベッド枠の高さが最低 25cm まで下がるようになっている。「両足の裏が床に設置していると安全」という基本的な情報の共有を図っているが、いまだ徹底には至っていない。

家族への情報提供として、季節の行事のほか、在宅の介護のなかで気をつけること、看取りやリハビリの方法等の講座を家族会として月 1 回開催している。入所時にはケアの方針やリスクの説明をし、記録を残したり、事故のハイリスクな利用者家族には前もって役職者からリスクを説明したりしている。

⑤ 職員教育の状況

キャリア段位制度を導入し、アセッサー5 人で各スタッフの技術の標準化をしている。On-The-Job Training(OJT)の中で、医療安全に限らず、介護の技術等をチェックリストで評価している。

認定介護福祉士の制度もあるが、都道府県の介護福祉士協会が認定しているため、実施できている都道府県はまだ少ない。

⑥ 課題と認識している点

全老健のセミナーやリスクマネジャーの取り組みはあるが、あくまでも「研修・セミナーに来た施設が対象」である。意識の高い施設、余裕のある施設は伸びる一方であるが、そうでない施設も含め、広く全体に情報を提供できているわけではない。多くの施設に情報を届ける方法についての検討は全老健としても課題である。

老健は医師が常駐しており、かつ多職種が中心に構成されているが、その他の介護施設は介護職中心に構成されている。介護施設によっては、感染症が発生してもアウトブレイクしない管理レベルが実施できるか差が生じてくるため、このような点も考慮する必要がある。

多職種、さまざまな人が働いているが、全員が同じレベルの知識を有しているとは限らない。施設内でのケアの質の統一を行うことも課題と感じている。

⑦ 市区町村・他施設との連携、情報共有の状況

施設としては所在市へ報告し、所在市以外の市区町村が保険者であれば利用者の保険者にも報告している。所在市への報告書はチェックリスト方式となっており、保険者にかかわらず報告義務がある。全件報告とはなっていないため、施設によって報告件数にばらつきがあると思われる。

実地指導の際に対策や記録を検証されることもある。老健 D は所在市が中核市になった際に実地指導を受けたが、以降、実地指導を受けていない。

集団指導は年に 1 回、施設長等を対象として開催されている。主に診療報酬等の改定のポイントや法律関係の説明が中心で、安全や事故防止等に関する情報がテーマとしてはほとんど扱われない。人権に関する内容の指導は行われる場合がある。

⑧ 行政、自治体への要望

「提出した事故報告へのフィードバックが欲しい。どのような状態の人でどのような事故が発生しているのか。発生した事故に対して、どのような対策・予防策が効果的なのか、という再発予防につながる情報を提供してくれると有用だと思う。」という意見があった。

⑨ 事故情報収集・分析・再発防止の仕組みに対する要望、ご意見

「フィードバックは有用だと思うが、負担がかからない方法がよい。」という意見があった。

【老健D 基本データ】

所在地／近畿地方

開設主体／医療法人

開設年／1995 年

入所定員／116 人

入所以外の提供サービス／通所リハビリテーション、ショートステイ

職員数／58 人

（うち、常勤換算で、医師 1.0 人、薬剤師 0.5 人、看護師 9.6 人、介護職員 25.0 人、理学療法士 3.0 人、作業療法士 2.0 人、言語聴覚士 0.4 人、管理栄養士 1.0 人等）

5) 老健 E

① 施設概要

老健 E は近畿地方の病院内に併設されており、定員は 55 人、空室がある場合はショートステイの利用ができる。超強化型老健であり、平均入所日数はおおよそ 90 日である。併設病院は脳神経外科と整形外科であり、内科の医師が常駐していないこと、また急性期治療中心であるため、介護施設との連携はほとんどない現状である。

② 質・安全に関する組織体制

医療安全に関しては、リスクマネジャー（看護師）が 1 人在籍している。医療安全に関する会議は毎月 1 度実施し、相談員を含め、多職種の役職者が出席している。感染対策に関する委員会は別途開催されており、いずれも病院とは別の組織として運営されている。

病院と介護施設間での人事異動は現在行われていないが、介護施設間（福祉部門）での異動はある。リハビリのスタッフについては、病院と介護の中で一体化に向けて試行錯誤を行っている段階である。

ヒヤリ・ハットと事故の違いとしては、インシデント及びアクシデントの分類基準（患者への影響度基準）をもとに、ヒヤリ・ハットは未然に防げたもの（レベル 0）、事故は実際に発生したもの（レベル 1 以上）としている。例として、転倒転落に関しては床に臀部やひざなど何らかのかたちがついてしまった場合は「事故」とし、独歩が難しい利用者が 1 人で立ち上がっているのを見つけた場合は「ヒヤリ・ハット」としている。

③ 事故発生件数

事故とヒヤリ・ハットはともに、毎月 20 件程度の報告があがる。ヒヤリ・ハットはあくまでも「未然に回避できたもの」であり治療の有無は問わない。報告された事例の大半は転倒転落であり、まれに誤配膳がある。誤薬は多くはない。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

事故発生時には、電話で保険者へ一報し、その後紙媒体で提出を行っている。カルテは電子化されているが、事故情報を記入する電子システム上の様式は使いづらいため、施設独自の様式を作成し使用している。複雑にすると記入しづらくなってしまうため、工夫を行っている。

保険者に報告する際には、骨折・縫合以上の事例を報告するため、報告書の中から事例を抜粋して提出している。市に報告した事例は年に 1-2 件程度である。

10 人以上のアウトブレイクになった感染症は保健所に報告している。

⑤ 職員教育の状況

事故が発生した場合には、個人面談を行い、事故の振り返りを行うとともに、スタッフの精神面のフォローなどを行うようにしている。新規入職者に対しては、指導者をつけて教育を行っている。また毎月の研修を行っており、年間計画をもとに計画的に実施している。

⑥ 課題と認識している点

個々の利用者ごとに「申し送りノート」を作成し情報を共有しているが、徹底されていない部分があるため、情報連携エラーによる事故のリスクがある。事故対策に活用できるような他施設の好事例を知りたい。

事故の調査や分析をしたいが、時間や手間がかかってしまう。また、事故当事者である職員が懲罰と捉えられやすい。「見なかったらよかった」という声があがることもあり、その意識を変えていきたいと思っている。

⑦ 市区町村・他施設との連携、情報共有の状況

保険者へ事故報告を行っているが、集計や分析結果のフィードバックなどはない。都道府県へ事故に関する報告は行っていない。都道府県は身体拘束や虐待に関しての研修を行うことが多く、都道府県の老健協会が年に1度、事故情報に明るい人物による講義を開催している。

都道府県の老健協会のもと、地域で看護・介護部会といった職種毎の集まりで意見交換会を行っている。開催日程は各職種で異なるが、定期的に行われている。「ブロック長」を持ち回りで務め、事故情報や感染症などの情報共有を行っている。

集団指導と実地指導は都道府県により行われる。集団指導は春と秋頃に行われる。医療事故に関する情報提供なども行われる。最近最も多い内容は、身体拘束や虐待である。実地指導は3-4年に1回程度実施される。実地指導の際にも情報提供が行われる。

⑧ 事故情報収集・分析・再発防止の仕組みに対する要望、ご意見

「可能な限り、書式が同じようなものであるとよい。」「事故予防に関する好事例を教えてもらえるとよい」「老健は利用者の幅が広いと、事故という定義にも幅があると思うのでそこも考慮しなければならない。」という意見があった。

⑨ 行政、自治体への要望

「身体拘束廃止といわれる中で、事故を防がなければならないというのに、現在の人員配置では無理がある。介護報酬のもと、1:1の介護が成立するのであればよいが、それは現実不可能であり、利用者と家族に現状を

理解してもらふ必要があると思う。」「事故が生じたときに、家族の主張が強すぎると感じることもある。利用者家族に対する補償(無過失保障制度)があるといい。」「老健は中間施設だといい、そのつもりで在宅復帰に取り組んでいるが、その一方で「看取りも」と言われている。介護医療院との住み分けもわかりにくいと感じる。」という意見が聞かれた。

【老健 E 基本データ】

所在地／近畿地方

開設主体／医療法人

開設年／1996 年

入所定員／55 人

入所以外の提供サービス／ショートステイ、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション

職員数／58 人（常勤・非常勤問わず）

（うち、常勤換算で、医師 0.6 人、看護師 2.8 人、介護職員 19.2 人、理学療法士 1.1 人、作業療法士 0.8 人、管理栄養士 1.0 人等）

6) 老健 F

① 施設概要

介護系複合施設内に設置されており、同一建物内に他サービスとして特養や認知症高齢者グループホーム、障害者支援施設及び各種在宅サービスが展開されている。老健は 3-4 階に位置している。

入所サービスの定員は 100 人、通所リハビリテーションサービスの定員は 40 人である。入所サービスに空室がある場合は、ショートステイ利用が可能である。近隣の回復リハビリテーション病院からの転院による利用者が多い。

介護報酬上の届け出は在宅強化型であり、3 階は加算型（在宅復帰率：30-40%）、4 階は超強化型（在宅復帰率：40-50%）である。平均在所期間は 7-8 か月程度である。

② 医療・介護の質・安全に関する組織体制

スタッフのうち、看護職 1 人、介護職 1 人がリスクマネジャーの資格を保有している。リスクマネジメント委員会は月に 1 回実施している。

重大な事故、または事故ではなくとも検討が必要な場合には、ユニットを超えて「振り返り会」を実施している。施設長や管理職も参加し、事故要因や再発防止策について検討を行っている。

事故のレベルわけに関しては、安全マニュアルのもと、レベル 0 をヒヤリ・ハット、レベル 1 以上を事故としているが、病院で使用しているものを参考としているため、あまり馴染んでいないように感じている。

③ 事故発生件数

平成 26 年で、老健以外を含めて事故が 689 件、うち、転倒転落が 312 件、表皮剥離などの皮膚トラブルが 132 件、誤薬（落薬を含む）が 101 件であった。ほとんどはレベル 0-1 であった。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

事故報告は当事者、あるいは発見者、あるいは状況に詳しい者が行っている。電子システム上で事故報告書を作成できる仕組みとなっており、事故状況に詳しい職員が複数人いる場合、各々による入力も可能である。報告書は事故分類の項目など選択式となっている部分と自由記載となっている部分がある。

集計は、電子システム上では難しいため、他のソフトを使用して月に 1 回リスクマネジメント委員会が行っている。

事故発生時の家族への説明は、看護師が行っている。

施設内で誤薬が続いたため、施設内で配薬時のルールを作成した。配薬ルールを遵守しているか、年に2回程度確認を行い、必要であれば指導を行っている。また、薬剤師を雇用し減薬や薬剤業務を行ってもらうことで誤薬の件数が激減した。

⑤ 職員教育の状況

職員研修として、事故事例に関して事例検討や要因分析を行っている。参加者は可能な限り異なる施設や職種が混ざるようにグルーピングされ、グループワークに取り組むようにしている。

職員間で報告内容の質に差があるため、今後報告書の書き方についても研修を行うことを検討している。

⑥ 課題と認識している点

事故のレベルわけについては医療（病院）のものを参考にしているため、介護の現場に馴染んでいないと感じている。

在宅の方が高度な医療を提供できる場合があり、病院と在宅の狭間でどのような立ち位置で運営していくかは今後の課題である。

⑦ 市区町村・他施設との連携または情報共有の状況

医療機関を受診した事例は所在区へ報告を行っている。保険者が所在区外の場合には、保険者である市区町村にも報告を行っている。保険者によって書式が様々であるため、その都度作成し郵送している。

都道府県へは、所在区に報告した事故を集計・表化したものをメールにて提出している。提出した情報について事務的な確認はあるが、結果に関するフィードバックはない。

都道府県の研修では、事故関連の研修は年に1度あるかどうかという程度である。実地指導は2年に1度程度実施されている。

他施設との連携は特にない。

⑧ 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

「施設の負担が増えないように、市区町村を通して収集するという方法もあると思う。」「医療安全情報のようなものは、現場で活用できると思う。」「介護施設は種類もレベルも様々であり、統計処理を行うには難しいかもしれない。事例を丁寧にみて、そこから学びを得ることは可能だと思う。」「提出内容に求めるレベルはよく検討する必要がある。」「事故とヒヤリ・ハットの境、事故のレベルわけについて基準を設けてもらったほうがよいと思う。」といった意見があった。

【老健 F 基本データ】

所在地／関東地方

開設主体／その他

開設年／2012 年

入所定員／110 人

入所以外の提供サービス／ショートステイ、通所リハビリテーション

職員数／82 人

(うち、常勤換算で、医師 1.2 人、薬剤師 1.0 人、看護師 14.3 人、介護職員 47.9 人、理学療法士 3.8 人、作業療法士 2.6 人、管理栄養士 1.0 人等)

7) 老健 G

① 施設概要

医療法人社団が開設主体の老健である。入所定員は 130 人であり、他ショートステイ、通所リハビリテーションサービスを提供している。平均在所期間は 9-10 か月程度であり、退所先は 5 割前後が在宅、あるいは有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅等である。

介護報酬上の届け出は加算型であり、在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）の届け出を行っている。

② 医療・介護の質・安全に関する組織体制

看護職 1 人、リハビリ職 1 人がリスクマネジャーの資格を保有している。事故対策委員会は月に 1 回実施している。

事故のレベルわけに関しては、法人で定められたインシデント・アクシデントのレベル区分のもと分類している。

③ 事故発生件数

平成 26 年度で、インシデント 365 件、アクシデント 314 件であった。最も多い事故は転倒転落であり、他あざや機器操作などがあがっている。

認知症の程度に応じてフロアわけを行っており、認知症の症状が重度であると異食などのように認知症に多くみられる事故もある。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

事故報告は発見者が行う。家族への報告も発見者が行う。

インシデント・アクシデントレポートは、事故の程度やレベル、要因等の選択式で記載する項目と状況など自由記載で記述する項目とで構成されている。報告内容について、レベル別や種類別、時間帯別などで集計を行っている。

利用者の家族とは普段からコミュニケーションをとることを心がけており、トラブルは少ない。

誤薬を防ぐために、可能な範囲で減薬に取り組んでいる。転倒転落については、個人の生活スタイルや趣向などの観察からアセスメントを行い、本人にあった対策を検討している。以下、対策例である。

- ・端坐位になった時点でナースコールがなるような仕組みを作り、ラウンドする度に動作の不具合がないか確認している。
- ・靴下で歩く傾向にある人のベッド横は滑りにくい素材を敷き、かつ自然とセンサーに足が向かうよう環境整備を行っている（写真 3）。



写真 3 椅子を用いた転倒予防の工夫(丸囲み)

⑤ 職員教育の状況

新入職員研修に、事故防止に関する研修が含まれている。また、現任研修は毎月開催されており（4月と8月を除く）、その中でリスクマネジメントに関する研修が2回開催されている。多くの職員が出席できるように勤務の調整を行っている。

⑥ 課題と認識している点

レベル0の報告が多くあがることが理想であるが、あまり増えていない。発見した内容をインシデントと判断するか、職員間で意識の差があると考えられる。報告書を提出する職員が限られていることから、レポートを書くことが悪いことであるという認識があるのではないかと考えており、職員のこのような意識の改革が必要である。

⑦ 市区町村・他施設との連携または情報共有の状況

中核市である所在市への報告を行っている。3b以上、または誤薬のケースを報告することとなっている。所在市の書式は施設の書式とは異なるため、書き直しを行い、郵送している。発生から2週間以内に到着するように報告を行う。

記載間違い時や訴訟に至ったケースに関しては問い合わせがあるが、市から集計結果などのフィードバックはない。所在市からの実地指導は2年に1度実施されるが、とくに質問などを受けたことはない。

都道府県への報告は行っていない。

市の老健協会が主催の 8 つの老健の役職責任者による情報交換会は開催されており、事故に限らず情報交換がされている。

法人内のリハビリスタッフで集まり、半年に 1 度インシデント・アクシデントの報告を行っている。法人内でリハビリ科のみ異動がある。

⑧ 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

「施設外の情報はなかなか入ってこないため、外から情報提供があると役立つと思う。そういった情報がほしいため、書類の負荷に関して書式が違うとなると大変だと思うが、問題はないと思う。」「事故情報を提供する側として、情報はあるため提供することは可能だと思う。」という意見があった。

⑨ 行政、自治体への要望

「市との関係性は良好だと思っており、困っている事例などを報告すると協力してくれるため、特に要望はない。」とのことであった。

【老健 G 基本データ】

所在地／関東地方

開設主体／医療法人

開設年／1997

入所定員数／130 人

入所以外の提供サービス／ショートステイ、通所リハビリテーション

職員数／110 人

（うち、常勤換算で、医師 1.4 人、看護師 10.3 人、介護職員 61.6 人、理学療法士 2.8 人、作業療法士 8.0 人、管理栄養士 1.0 人等）

8) 老健 H

① 施設概要

医療法人が開設主体の老健である。入所定員は 150 人であり、ショートステイや通所リハビリテーションサービスを提供している。平均在所期間は半年から 1 年程度である。介護報酬上は、基本型、在宅復帰・在宅支援機能加算（Ⅰ）の届け出を行っている。

② 医療・介護の質・安全に関する組織体制

各役職責任者が同席するリスクマネジメント会議が行われている全老健のリスクマネジャーに認定されている職員はいない。

事故のレベルわけに関しては、法人で定められたインシデント・アクシデントのレベル区分のもと、3b 以上をアクシデントとして報告している。

③ 事故発生件数

インシデント・アクシデントは毎月 40-50 件、年間 400-500 件程度発生している。うち、3b 以上は 5 件程度である。

転倒転落が最も多く、全体の 7 割程度を占めている。次いで、表皮剥離が多い。誤薬については昨年 1 年で 4-5 件程度であった。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

事故報告は発見者が行い、電子システム上で報告書を作成する。ただし、インシデントをすべて事故と同様の内容で書くことは難しいという職員からの要望があり、インシデントは紙媒体で作成し閲覧するという形式をとっている。

転倒転落に関しては、抑制ができないためセンサーマット等を使用し対策を行っている。リハビリを行い回復過程にあるときに、できると思っ
て移動するとできなかつたり、認知機能が低下していて自分に介助が必要なことを理解できずによろけてしまつたりしたことが要因で膝をついたりという事故報告につながっている。

表皮剥離やあざなどについてインシデント・アクシデントとして報告を行い、家族にも説明を行っている。家族に不信感が生じてしまうとケアに支障をきたす可能性があるため、適切な対応を心掛けている。

インシデントは発生して 1 週間を目安に対策についての評価を行う。

⑤ 職員教育の状況

事故防止委員会が企画し、新入職員向けオリエンテーションや現任スタッフ向けの勉強会を実施している。センサーの不具合や操作不良については、機器メーカー職員による勉強会も開催している。

⑥ 課題と認識している点

インシデント・アクシデントに関する対策を連絡ノート、口頭でも伝えているが、対策の徹底、きちんとした伝達に至っていないことが課題である。誤薬は決められている確認事項の確認漏れの場合がほとんどであり、注意喚起されると確認できるようになるが、ある程度の期間が経ち慣れてしまうと確認漏れが生じてしまう。職員の危機管理の意識をつけていきたいと考えている。

また、リスクマネジャーが不在も課題であると感じている。

老健では、抑制の実施ができないため、代わりとしてセンサーマット等を使う傾向にある。ただ、センサーが感知しアラームが鳴っても対応できない場所となっている場合もある。ケアの工夫や声かけで防げる事故やインシデントやアクシデントもあるのではないかと考えている。

急性期病院で退院時まで抑制を実施していた利用者が転院してくる場合、施設では抑制が実施できないため事故発生のリスクが高くなってしまう。急性期病院ではなかなか難しいこともあると思うが、転院前に少しでも抑制を外した状態で評価を行ってほしい。このことを病院側に伝えてはいるがかなわないこともある。

⑦ 市区町村・他施設との連携または情報共有の状況

医療機関を受診した場合や訴訟になりそうな場合、感染症が発生した場合には、保険者である市に報告を行う。まず電話で一報を行い、1週間以内に書類を提出している。書類は郵送か持参で提出する。所在市から提出した情報に関するフィードバックをうけたことはない。所在市主催の研修会はあるが、事故に限らない内容となっている。

都道府県には上下半期で報告を行っている。実地指導は2年に1回程度実施され、都道府県が主体となっている。所在市は都道府県と施設の橋渡しの存在である。

⑧ 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

「現場で発生した事例に対して対応を検討しても行き詰ってしまう場合がある。そのようなときに、他の施設の類似事例の対応などを知ることができる」と当施設でのヒントとなり、有用だと思う。「事故情報を入力するのに時間がとられるとなると負担だが、その代わりにインシデントや事

故の発生予防につながるような情報が得られるのであれば、その負担は区ではないと思う。」というような意見があった。

⑨ 行政、自治体への要望

「事故報告書の様式が市区町村で異なっており、現状複数の報告書を作成しなければならず時間がかかるため、負担である。自治体によっては、所定の内容を網羅していれば別の様式でも構わないとしているが、網羅できないことも多い。内容の抜けなどで問合せや書き直しが必要となることを考えると、結果として、自治体ごとの様式に記入していくほうがよいと感じる。また、文字数の制限などがあると、制限に合わせて内容を調整する必要があり、この作業にも時間がかかってしまう。」という意見があった。

【老健 H 基本データ】

所在地／関東地方

開設主体／医療法人

開設年／2012 年

入所定員／150 人

入所以外の提供サービス／ショートステイ、通所リハビリテーション

職員数／121 人

（うち、常勤換算で、医師 1.5 人、看護師 12.8 人、介護職員 66.5 人、理学療法士 6.2 人、作業療法士 3.5 人、言語聴覚士 2.0 人、栄養士・管理栄養士 2.0 人等）

9) 老健 I

① 施設概要

医療法人が開設主体の老健である。入所サービス（定員 100 人）の他、ショートステイ、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションのサービスを提供している。平均在所期間は 9 か月程度である。介護報酬上は、基本型、在宅復帰・在宅療養支援機能加算（I）の届け出を行っている。

② 医療・介護の質・安全に関する組織体制

全老健のリスクマネジャーに認定されている職員はいない。医療安全の専任職員はいないが、各フロアリーダーをリスクマネジャーとして配置し、環境整備等を細かく確認するようにしている。

事故のレベルわけに関しては、法人で定められたインシデント・アクシデントのレベル区分のもと、3b 以上をアクシデントとして報告している。

③ 事故発生件数

3b 以上の報告は毎月 10 件前後であり、ほとんどは居室での転倒転落である。転倒転落の他は、誤薬や離脱などの報告もある。報告件数が少ないときには、月 5 件未満のこともある。

骨折に至るケースは年に 7-8 件で、うち三分の二程度が手術、三分の一程度は保存的治療となっている。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

事故報告は、施設で作成したマニュアルに沿って報告するようになっている。家族への報告は怪我の程度に問わず、フロアリーダー、もしくは看護師が報告を行う。家族による納得が得られないと訴訟に発展してしまうケースもあるため、入所時に医師から説明を念入りに行った上で同意を得たり、日ごろから信頼関係を築いたりするように心がけている。

事件事例については、毎月集計・分析を実施している。ヒヤリ・ハットの報告は電子システムに移行したばかりで、集計に至っていない。

急性期から転院してきた利用者の初日の転倒リスクは高い。急性期では抑制を実施していても施設では抑制を実施できないため、初日が最もハイリスクと感じる。1 週間程度経過すると、利用者の行動パターンがわかるようになり、リスクを軽減することができるようになる。

認知機能が低下している利用者やハイリスクな人はセンサーを導入する許可をあらかじめ取得する。ただし、全室個室のためセンサーを導入し

すぎることによって効果的に活用できなくなってしまう可能性があるため、設置に関してはアセスメントが重要である。

⑤ 職員教育の状況

介護職に関しては、教育委員会で作成した教育に関するチェックリストがあり、事故報告についてもチェックリストの評価項目に含まれている。事故発生時にはフロアリーダーがリスクマネージャーとして報告の内容や記載方法等について指導を行う。他の職種に関しては、職種の責任者が教育を行っている。

身体拘束や虐待などに関しては、施設内の研修を行っている。施設外での研修については、すべての職員が施設外での研修に参加することは難しいため、参加した職員による伝達講習会を開催している。

⑥ 課題と認識している点

老健に医療安全の概念が定着していないように思う。医療では、診療報酬の中で医療安全に関する項目が明確に設定されているが、介護報酬においては明確に設定されていない。医療安全の意識付けが重要である。

転倒・骨折をいかに減らすか、という点が課題であると思う。アイデアがなかなか出ず、センサーをつけたり、細かく介護士がみたりしているが防ぐことはできていない。

介護士のレベルの差もあると思う。長年勤めている人の回転はないが、若い人の回転がはやい。

⑦ 市区町村・他施設との連携または情報共有の状況

所在区への報告は3b以上ではなく、医療機関を受診した場合や誤薬が生じた場合というようになっている。報告する際は、所定の様式に記入し、電子メールあるいはFAXで提出している。

2年に1度、所在区による実地指導があるが、その際に報告するように言われた内容について報告不要とされたことがあり、担当者によって報告する内容が異なっているというイメージがある。

事故情報を提出しているが、所在区から他の施設の取り組みや自施設の評価などのフィードバックをうけることはない。実地指導の際に、事故報告書について詳しく確認をしている印象がある。区が主催する研修はない。同区内の老健間での情報共有はほとんどない。

⑧ 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

「どういったレベルの事例を集まるのか。転倒転落に限定しても数が多いため、どういった情報がほしいのか明確に示してほしい。」「自施設

の報告書に追加して新たに書類を作成するのは大変である。ほとんどが選択式であるとよい。」「病院と老健で、患者あるいは利用者の身体機能や認知機能の程度が異なると思う。利用者の状況をパターン化し、チェックリストを作成するのは難しいと思う。」という要望、意見があった。

⑨ 行政、自治体への要望

「所在区に報告している報告書は、ほとんど手入力で打ち直しているため時間がかかる。」「所在区に介護報酬のことなどを問合せしても「自分で調べてください」と解決策を教えてもらえないことがある。調べた上で問合せしているということを考慮し、きちんと対応してほしい。」「車イスの安全ベルトは抑制ではない、と家族からの要望があり、所在区、都道府県、厚生労働省に確認したが「施設で決めてください」と言われてしまった。様々な資料をみて記載がないため問い合わせたが、このような返答をうけ困った。」というような要望・意見があった。

【老健Ⅰ 基本データ】

所在地／関東地方

開設主体／医療法人

開設年／2005 年

入所定員／100 人

入所以外の提供サービス／ショートステイ、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション

職員数／81 人

（うち、常勤換算で、医師 1.1 人、薬剤師 0.3 人、看護師 9.8 人、介護職員 41.3 人、理学療法士 5.0 人、作業療法士 2.1 人、言語聴覚士 1.0 人、栄養士・管理栄養士 1.0 人等）

10) 老健 J

① 施設概要

1989 年 4 月に開設された。当時は老健が設立し始めたころであったため、特養のように長期入所が多かったが、平成 20 年に施設長が交代し在宅復帰を目指す方針となった。7-8 年前までは 700-800 日であったが、現在の平均在所日数は 330 日程度と短くなっている。利用者には特養等の施設待機が含まれている。退所先は在宅（自宅、特養、グループホーム等）となっている。

グループの他の施設からの入所というより、近隣の病院からの入所が多くなっている。所在市郊外の住民が市内の病院に入院し、退院後自宅（地元）へ帰る前に利用したり、または利用者の子どもの住居に近い施設として入所したりする場合がある。

病院の受診が必要な場合、グループ内の病院は施設からは遠方にあるため、元のかかりつけ等、近隣の医療機関を利用している。

② 医療・介護の質・安全に関する組織体制

事故対策委員会を月 1 回開催し、施設長（医師）、看護師、介護士、ケアマネジャー等多職種で構成されている。事故報告の再発防止策の検討として妥当性評価を行ったり、事故報告件数の集計、勉強・研修会の企画等を行ったりしている。事故報告はインシデント・アクシデントとして報告されている。

ISO9001 を取得しており、事故防止・対策マニュアル、報告様式があるほか、立案した再発防止策を一定期間後に評価する仕組みが機能している。そのため、報告書には評価予定日や評価結果の記入欄を設けている。レベル 2 以上をアクシデントとして取り扱っている。

③ 事故発生件数

平成 30 年度の 4-9 月でインシデント・アクシデントが 60 件程度、うち骨折は 4 件であった。転倒・転落が多いが、尻もち程度のものが多い。

服薬漏れや薬のセット忘れなども全て報告することとなっているため、誤薬の報告件数は多く、レベル 1 は月 10 件程度発生している。実地指導で報告漏れを指摘されたため、下剤の飲ませ忘れであっても法人の公印を押した報告書を提出している。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

事故報告書は発見者が書くが、発見時点までの内容を記載し、原因分析や再発防止策の検討は多職種で行うことにしている。これは発見者の負担を減らし、報告件数を増やすための工夫である。

事故後、医療機関の受診は看護師が様子を確認し、医師の判断を仰ぐ流れとなっている。転んで頭を打ったことが明らかであれば基本的には受診している。

在宅強化型の老健であり、リハビリに力を入れ、在宅復帰を目指している。歩けるようになった認知症の利用者の事故や入所後2週間以内の利用者の事故が多い。これは施設に慣れていないため不穏状態であることや、スタッフが利用者の行動パターンに慣れておらず、利用者も施設の日常リズムに慣れていない時期であること等が理由と考えられる。対策として、多職種でのミーティング、アセスメント、部屋のレイアウトの工夫を行っている。ベッドやチェストの配置、枕の位置（壁側が頭がいいのか足がいいのか）、自宅の状況に近いレイアウト、トイレに頻回に行く人はトイレに近い部屋にする、という工夫を行っている。転倒の危険度を赤・黄・青（赤：危険度大→青：危険度小）、トイレに頻回に行く人のマークを部屋の入り口の名前部分に表示している（写真4）。



写真4 部屋の名前表示の工夫（丸囲み）

トイレ内での転倒による負傷を防ぐために、トイレ向かい側の壁に貼り付けたウレタンフォームにより頭部を支えられるようにする工夫もされていた（写真5；写真は職員による再現）。

睡眠薬、降圧剤等を減らすことで服薬の事故や転倒事故を減らすよう試みている。日中は活動し夜は眠るという日常の生活リズムを作ることで睡眠薬を減らすことが可能になっている。また、食事やリハビリの取り組みにより血糖降下薬も減薬できている。服薬の事故が多い理由として、できるだけご本人に任せるようにしているところもある。



写真5 トイレ内転倒予防の工夫（丸囲み）

⑤ 職員教育の状況

事故対策委員会が研修を企画し、実施している。

⑥ 課題と認識している点

夜間は1フロアに利用者50人、介護スタッフ2人、2フロアで看護師1人の配置であり、スタッフが少ないため夜間の転倒対策が課題である。介護職1人が休憩・仮眠に入ると各フロア1人の利用者しか介助できないこととなり、事故のリスクが高まる。

⑦ 市区町村・他施設との連携または情報共有の状況

所在市に報告書を提出しているが、年1回の集団指導の中で事故報告の集計結果が伝えられているが、施設ごとのフィードバックはない。

所在市内には施設が多くあるが、近隣介護施設やグループ内の他の介護施設との連携はない。事故のマニュアルなども老健J独自のものとなっており、グループ内で共有されているわけではない。職員の異動も基本的にはない。

都道府県の老健協会が年に1回研究大会を開催している。大会内での発表で他の施設の取り組みを聞くことはある。

⑧ 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

「他の施設がどのような取り組み・工夫を行っているのかを知ることができるという点ではいいと思う。医療安全情報は、図・イラストもついておりますスタッフにもわかりやすい。」「事故情報の入力については、新しく導入する際にスタッフから誰が入力するのか、時間外になった場合手当がでるのか、というような意見がでるかもしれない。有用だと考えているが、入力に関しては二度手間・三度手間にならないように行政と連携してもらえるとよい。」という意見があった。

⑨ 行政、自治体への要望

「誤薬について、報告対象はレベル3以上とする、というようなレベル分けをしてほしい。以前はそうようにしていたが、実地指導の際に全件報告するよう指導され、現在は下剤の飲み忘れでも法人印を押した報告書を持参している。報告の頻度も多くなっている」「行政による教育研修は開催された方がよいが、介護役職者レベルでも行きたくても研修に行けない状況がある。」という要望・意見があった。

⑩ その他

「施設によっては、人員が少ないなりに頑張っている施設もあるため、そういった状況を共有したり、その状況が報われたりすると思う。」という意見があった。

【老健 J 基本データ】

所在地／北海道・東北地方

開設主体／社会福祉法人

開設年／1989 年

入所定員／100 人

入所以外の提供サービス／ショートステイ、通所リハビリテーション

職員数／96 人

（うち、常勤換算で、医師 1.0 人、看護師 9.8 人、介護職員 42.5 人、理学療法士 2.0 人、作業療法士 10.0 人、言語聴覚士 3.0 人、栄養士・管理栄養士 1.0 人等）

11) 老健 K

① 施設概要

2000 年に開設され、入所・通所サービスを提供している。入所サービスは一般療養棟と認知専門療養棟とがあり、後者には「認知症介護実践リーダー研修修了者等」を配置し、利用者参加型認知症ケアが行えるように多職種での支援を行っている。同じ法人の病院ではリハビリテーションに力をいれており、そのノウハウを活かした質の高いリハビリテーションの提供に取り組んでいる。

介護報酬上は在宅強化型の老健として届け出ている。利用者はほとんどが急性期病院から入所し、4 割が自宅へ退所している。平均在所日数は 280 日程度である。

② 医療・介護の質・安全に関する組織体制

全老健のリスクマネジャーの資格を有している職員がリハビリ職に在籍している。

事故防止委員会とは別にリスクマネジメント委員会がある。リスクマネジメント委員会の方が事故防止委員会より上位の位置づけとなっている。役職者全員が参加し、セーフティマネジャーを含め 13 人で構成される。リスクマネジメント委員会では、事故報告件数のまとめ、内容の分析、マニュアルの改定等を行っている。事故関連以外では感染症や虐待、苦情への対応、介護報酬改定に伴う規定の見直しなどもリスクマネジメント委員会が掌握している。

組織で減薬にも取り組んでいる。医師、看護師が薬の増減を判断し、変更の場合は薬剤師も関与している。薬剤師は調剤薬局から非常勤として配置している。在宅復帰を目指すため、服薬についても自己管理期間を設けているが、その分飲み忘れや落薬のリスクが高くなる。これに対しては空の薬包を確認する等を行っている。

③ 事故発生件数

報告の集計は事故防止委員会が行っている。委員会は各部から一人ずつ、計 5 人程度で構成されている。年間の報告件数は 150-300 件程度であるが、濃厚な治療が必要な事例は年数件程度である。転倒・転落・ずり落ちが大半である。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

事故報告は規定のマニュアルに沿って行動するようになっている。

事故発生時は、まず上司に報告し指示をあおぐ。医師に報告後、必要に応じて受診や該当市区町村に報告を行う。事故の大小にかかわらず、利

利用者家族への連絡やケースカンファレンス実施、報告書の作成は実施する。

インシデントレポートとアクシデントレポートについては区別せず報告するようにしている。作成されたレポートは対象階のスタッフのみではなく、各階所属長、上層部へ回覧して共有している。

事案発生翌月には、対応策について評価・モニタリングを実施する。

同一の利用者が繰り返し転倒するケースが多い。「同一利用者で同一の事故が発生した場合を<再発>」と定義して分析したときは、再発率は49%であった。

転倒・転落・ずり落ちが大半であり、再発防止として、ベッドサイドや病室の入り口にナースコールと連動する自作の離床センサーを導入するなどの工夫をしている（写真6）。

入所すぐの利用者はハイリスクとなりやすいため、入所時のアセスメントは共通のものを利用し、ハススタッフと介護職員で話し合っアセスメントを行っている。



写真6 自作の離床センサーの設置（丸囲み）：（左）病室入り口、（右）ベッドサイド

⑤ 職員研修の状況

年に2回勉強会を開催し、事故防止への取り組みや施設内の現状などを全職員に発信している。

⑥ 課題と認識している点

「事故に関して情報共有ができていない。施設全体で把握されていない。」「リスク意識にばらつきがある。KYTなどの研修は行っているがリスク感性を高めるのは難しい。」といった課題があがった。

⑦ 市区町村・他施設との連携または情報共有の状況

所在市には医療機関を受診した事例と内服薬に関する事例を報告している(飲ませ忘れ、落葉を含む)。施設内の事故報告の約1割が所在市への報告となる。報告書式は同一である市もあるが、書式が異なる市区町村もある。報告した内容に対して各市からのフィードバックはない。また、所在市とは別に都道府県へ報告することはない。実地指導は3年に1回となっているが、最近は間隔が空いている。

事故報告について、法人内の別の老健と共通の仕組みとはなっていない。4半期ごとの交流はあるが実務面での共有はされていない。他の施設との情報共有、連携はない。

都道府県の老健協会の部会があり、老健協会の主催する研修が職種ごとまたは地域(ブロック)ごとに行われている。職種(部会)によって開催頻度は異なっており、栄養は隔月、リハは年2回等開催されている。

再発防止策の評価について、全老健の大会で報告している。

⑧ 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

「共通フォーマットで他施設と比較できるのは良い。」「記録を書く手間が煩雑である。事故報告、日々の介護記録、医師・家族への連絡など、様々なことを行わなければならない。」といった意見が聞かれた。

⑨ 行政、自治体への要望

「提出した報告書へのフィードバックをしてほしい。」という要望があった。

⑩ その他

「看取りの委員会もあるが、看取りの件数は年1件程度である。」「自施設の取り組みは平均的なレベルだと思う。」という内容も聞かれた。

【老健 K 基本データ】

所在地／関東地方

開設主体／医療法人

開設年／2000 年

入所定員／80 人

入所以外の提供サービス／ショートステイ、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション

職員数／88 人

(うち、常勤換算で、医師 1.0 人、看護師 8.2 人、介護職員 40.3 人、理学療法士 5.1 人、作業療法士 2.3 人、言語聴覚士 0.2 人、栄養士・管理栄養士 1.0 人等)

12) 老健L

① 施設概要

市街地中心部に位置している在宅強化型の老健である。平成6年に開設し、入所サービスの他、ショートステイや通所リハビリテーションサービスを提供している。平均在所日数は537日である。

有床のクリニックが併設されており、緊急時などの対応が可能である。老健周囲には併設クリニックの他、多くの病院が位置している。

② 医療・介護の質・安全に関する組織体制

看護職と介護職の職員の中で、専任の安全対策を担当する者をおいている。また、全老健のリスクマネジャーは看護職、介護職、介護支援専門員の計3人在籍している。

事故に関しては委員会を毎月開催し、インシデントレポートをもとに対策等を話し合っている。委員会は、施設長のほか、看護・介護・リハ・栄養・事務職員等多職種で構成されている。毎月の会議だけではなく、重大な事例が発生した場合には、その都度話し合いを行うこととしている。

影響度分類上 3b 以上を事故、レベル 0 はヒヤリ・ハットとして取り扱っている。

③ 事故発生件数

事故は年 1-2 件程度であり、発生件数 0 の年もある。事故の種別はほとんどが骨折である。ヒヤリ・ハットは月 10 件前後あり、半数は転倒、そのほかは表皮剥離、誤薬(内服忘れ、朝昼間違いなど)といった事例が発生している。誤嚥・窒息といった事例も数件あるが、年 5 件に満たない。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

事故発生時はまず看護師が事故状況と利用者の容態を確認する。その後医師に連携して、医療機関の受診または経過観察の判断がくだされる。夜間時の事故発生に対しては、クリニックの院長が対応している。

報告書については事故を発見した職員が書くこととしている。1 件当たりの報告書の作成にはそれなりの時間がかかっており、5-10 分程度では書き終わらない現状がある。

感染についても事故と同じような流れで施設内の報告システムがある。同一感染症が 10 人を超えたら保健所と市に報告している。

入所時にスクリーニングを行い、リスク対策を行っている。事故発生時に再度検討し、日中活動量を増やし夜間入眠を促す、環境整備を行う等の対策を追加している。

⑤ 職員研修の状況

全職員対象に安全に関する研修を年に2回実施している。新入職員についても、入職時オリエンテーションで指導を行っている。

⑥ 課題と認識している点

「同じ利用者が転倒を繰り返してしまう。利用者の行動を制限できず、特に認知症の利用者では転倒のリスクが高い。」「センサー等も使っているが、車椅子で居室を出てしまうとセンサーは効果を発揮しない。」という点が課題としてあがった。

⑦ 市区町村・他施設との連携または情報共有の状況

実地指導は所在市の担当者により原則として2年に1回行われるが、間が空くこともある。実地指導の際に事故報告書や件数を担当者に伝えているが、事例等への細かい助言はない。報告書は市へ報告しているが、集計や要因分析などのフィードバックはない。

重度な事故が発生した場合、都道府県から問合せがあることがある。数年前（平成25年度）に、都道府県内施設での事故に関する事例集が配布されたことは記憶にあるが、それ以降フィードバックは特にない。

都道府県の老健協会主催の勉強会が職種ごとに年1-2回開催されている。また、都道府県の老健協会の大会が年1回ある。

他の施設と連携や情報交換等を行っていない。

⑧ 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

「他の施設が同じことで苦労していたり、他の施設で行われている対策に関する情報を得られたりするの参考になる。」「事故報告書は手書きで記載しており、PC入力は手間(負荷)になる。」「職員によってはweb登録に抵抗があるかもしれない。」といった意見が聞かれた。

⑨ 行政、自治体への要望

「同じような調査の依頼が複数箇所からくることがある。各々に報告書を作成するのは負担になる。」「薬剤費や外部医療機関を受診した際(他科受診)の検査費用等は施設負担のため、経済的な負担となっている。」「

特に病院から入所される場合、退院時処方がなく持参薬がないため入所直後から薬を用意しなければならず負担である。」「減薬に努めているが、医師が内科のため点眼薬等専門外の薬の減薬が難しい。」「といった要望、意見が聞かれた。

【老健L 基本データ】

所在地／中国・四国地方

開設主体／医療法人

開設年／1994 年

入所定員／100 人

入所以外の提供サービス／通所リハビリテーション、ショートステイ、居宅介護
支援事業所、訪問介護

職員数／78 人

（うち、常勤換算で、医師 1 人、看護師 5.6 人、介護職員 45.3 人、理学療法士 4.0 人、作業療法士 2.0 人、栄養士・管理栄養士 1.0 人等）

13) 老健 M

① 施設概要

老健 M は 1997 年に医療法人により開設された。介護報酬上の届け出は在宅強化型（超強化型）とし、在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）を算定している。

老健内のサービスとして、入居サービスの他にショートステイや通所リハビリテーションを提供している。

入居定員数は 100 人であり、平均在所期間は 290 日前後であり、最長入所の利用者は 3-4 年ほどである。利用者の平均年齢は 80 歳を超えており、男女比は男：女＝3：7 である。

職員については比較的若い職員も在籍しており、法人内での施設間異動も行われている。薬剤師は配置していない。

同施設内には法人が経営している特養やグループホーム、クリニックなどが所在している。

② 医療・介護の質・安全に関する組織体制

専任の安全対策を担当するものは置いていない。全老健の認定リスクマネージャーは 5 人在籍しており、看護職、介護職、介護支援専門員、事務職員が認定を受けている。

ヒヤリ・ハットの定義については平成 29 年度に見直しを行っており、Ⅰ. 異常なし～Ⅴ. 後遺症が残る、というようにレベルわけを行っている。ⅠあるいはⅡはヒヤリ・ハット、Ⅲ以上は事故とする。定義を見直したことにより事故報告が減少し、ヒヤリ・ハットの報告が増加した。

施設に関与している業者（清掃や調理等）とも顔を合わせた会議を行っている。調理による感染症以外は、発見者が業者の場合には報告書の作成は代筆を行っている。

③ 事故発生件数

事故報告については部署ごとに毎月集計を行っており、月に 10 件程度各階で事故報告がある。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

ヒヤリ・ハットや事故発生時、区別をせずに報告書を作成している。

事故発生時には委員会を開催し、法人で対策を検討する。対策を検討した際には予め評価日を設け、一定期間で評価を行う。またケアプランに反映させることで定期的な評価が行うことができるようにしている。

事故対策は多職種で話し合いを行うようにしている。特に業務開始前で各々が業務に移る前等を活用している。

事故現場がイメージしやすいようにイラストだけではなく再現写真を用いて表現している。

⑤ 職員研修の状況

新規入職者に対して5日間の研修を行っている。この研修の内容の1つにリスクマネジメントがある。

事故に関しての職員研修は年に2回行っている。事故集計結果の周知やKYTを実施している。定期の研修の他、職員に周知した方がよいと考えられる重大な事故が発生した場合には、臨時で研修を開催し法人全体で共有している。研修の方針は施設開設当初からあるものであり、ここ10年ほどは同じ質を担保できている

⑥ 課題と認識している点

事故に関して分析が十分でないと感じている。また勤務の長い職員ほど、振り返りの機会が少なく課題の1つと感じている。

⑦ 市区町村・他施設との連携または情報共有の状況

他の施設と情報共有等に行っていない。全老健の学会に出席し情報を収集する程度である。

指導の際に市から他の施設の成功事例などを聞いたりフィードバックを受けたりすることがある。

⑧ 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

「手間がかかって大変かもしれないが、現在は研修に参加したときに集計結果を知るだけであることが多く、内容について知ることができたりフィードバックを受け取ることができたりするのであれば有用と思う。また適応可能かどうかは書式や報告方法による。」「Webで報告をする仕組みには対応可能である。」「サービス付き高齢者住宅のような住居と老健のような施設では反応が異なるかもしれない。」「在宅復帰を目指しリハビリを行っていることが多いので、老健では転倒転落の事故が多い。特養は重度な方が多いため転倒転落というよりは他の皮下出血や創傷ができてしまったというような内容が多いように思う。」という意見・要望が聞かれた。

【老健 M 基本データ】

所在地／北海道・東北地方

開設主体／医療法人

開設年／1997 年

入所定員／100 人

入所以外の提供サービス／通所リハビリテーション、ショートステイ、訪問リハビリテーション

職員数／69 人

（うち、常勤換算で、医師 1.5 人、看護師 8 人、介護職員 24.2 人、理学療法士 0.7 人、作業療法士 5.0 人、言語聴覚士 1.0 人、栄養士・管理栄養士 2.0 人等）

14) 老健 N

① 施設概要

平成 3 年に病院の併設施設として開設された老健である。介護報酬上は基本型の施設として届け出を行っている。在宅復帰・在宅療養支援加算（I）を算定している。

利用者の平均年齢は 90 歳。平均入所日数は約 3 ヶ月である。少し前までは約 10 年間入所している利用者がいたが、現在の最長は 2 年あまりである。関連病院と老健での人事異動は基本的にはない。

② 医療・介護の質・安全に関する組織体制

全老健のリスクマネジャーは 0 人である。

安全対策については、専任ではないが、日本看護協会の医療安全研修を受講した師長が中心となって取り組んでいる。

事故の定義は救急搬送したもの、病院を受診した事例とし、それ以外はヒヤリ・ハットとしている。中核市である所在市へ報告する事故についても同じ定義で行なっている。

③ 事故発生件数

事故件数は年間 5-6 件程度となっている。最も多い事故は転倒・転落（車椅子からの転落を含む）である。要介護度が高くなってきており寝たきりの状態の利用者の増加から、転倒の件数は減ってきている。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

事故発生時には発見者が報告書を作成している。施設内の書式と所在市へ提出する書式は別であり、どちらも手書きでの作成となっている。

事故対策として、センサーマットの導入や見守り・見回りなどでできるだけ減らすようにはしているが、転倒は老化現象の一つでありゼロにはできないことをご家族にも説明して了解を得ている。2019 年の都道府県の老健の大会でも同様の話がされていた。

入所から 1-2 週間経過して落ち着くまでの期間が事故発生のハイリスク期間である。家族にもその期間にはできるだけ毎日面会に来ていただくよう伝えている。

何かあったら家族にはすぐに連絡している。家族の性格に合わせて細かい説明をしたりもしている。誠意を持って対応することや隠さないこと、すぐに知らせることで信頼関係を構築している。

事故が起きた場合はすぐに多職種でカンファレンスを行って対応を検討したり検証したりしている。ヒヤリ・ハットの場合、発生直後にカンファレンスをできないことがあるが、対応を検討している。

⑤ 職員研修の状況

比較的若い職員も多いが、オリエンテーションやOJTを行うというよりは、1人専任の指導者をつけて教育を行っている。プリセプターとしてつけることは人員的に難しいが、一日の勤務で指導者を1人つけるという形をとっている。事故発生時の報告書の書き方や対応についても指導を行っている。

⑥ 課題と認識している点

職員の定着や確保等、人材不足への対応（求人倍率は2.7倍）が課題の1つである。職員の入れ替わりによって過去の事例や教訓が残らない、人材が不足しているので教育ができない、外部の研修にもなかなか行かせられないという事態である。介護職員として、今夏からインドネシアの職員2人を採用する予定である。

⑦ 市区町村・他施設との連携または情報共有の状況

所在市からの事故に関するフィードバックは受けていない。実地指導は5-6年前にあったがそれ以降は行われていない。

都道府県の老健協会で施設長会や事務長会など職種ごとの交流はあるが、事故の情報や対策について話し合うことはほとんどない。

市でフィードバックしてくれたらいいと思う。

⑧ 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

「無記名で、ペナルティを感じさせないようにしてほしい。」「第三者性も大事（国や自治体への報告だと懲罰を感じてしまう）。」「フィードバックがもらえるといい。」といった意見・要望がきかれた。

⑨ 行政、自治体への要望

「以前より利用者の医療必要度が上がっている。デイケアや診療もあるので、医師の配置（100対1）を増やしてほしい。きちんとしたケアをするためにも必要。」「医師の文書業務が多い：紹介状、リハ箋、等」「看護職の配置も増やしてほしい。」「報告書等が多すぎて利用者対応がおろそかになる。」「介護報酬を増やしてほしい。」という要望がきかれた。

⑩ その他

介護記録はPCを使っている。

廊下の手すりを利用して、毎日午前・午後計2回、太鼓に合わせて一斉に立ったり座ったりするような起立訓練を行っており、それによって転倒事故が減ったとの話が聞かれた。

月に2回、市から介護相談員が来訪し、利用者のヒアリングとその内容のフィードバックが施設にされている。

【老健N 基本データ】

所在地／九州・沖縄地方

開設／医療法人

開設年／1991 年

定員数／80 人

入所以外の提供サービス／通所リハビリテーション、ショートステイ

職員数／64 人

（うち、常勤換算で、医師 1.0 人、看護師 6.0 人、介護職員 33.5 人、理学療法士 2.3 人、作業療法士 1.3 人、言語聴覚士 0.3 人、栄養士・管理栄養士 1.0 人等）

15) 老健 0

① 施設概要

平成 3 年に開設された老健である。介護報酬上の届け出は在宅超強化型であり、在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)を算定している。

施設利用者の平均年齢 85 歳であり、100 歳以上も数人いる。平均入所日数は約 2 年間としているが、徐々に短くなっており現在は 1 年半程度になってきている。

② 医療・介護の質・安全に関する組織体制

全老健のリスクマネジャーは一人いる。看護師長であり、日本看護協会の医療安全講習も受講している。それ以外に「リスクマネジャー」という役職の者が 3 人いる。

事故の定義として、骨折や入院、救急搬送を「事故」としている。自治体へも同様の内容を報告している。施設内では、全老健の定義に則り転倒・転落は全て事故としている。

胃ろうの利用者が 20 人程度、喀痰吸引が必要な利用者もいる。夜間も看護師 2 人を配置している。緊急時の対応に不安はなく、幅広い利用者（医療度の高い人、看取りに近い人、在宅に帰れる人）をケアできる強みがあると考えている。併設の病院とは廊下でつながっており、緊急時には 10 分以内にストレッチャーまたはベッドでそのまま病院に搬送が可能である。

職員は定着しており、退職した職員が復職したり、定年退職した職員がパートとして続けたりしている。介護事業部内での異動はあるが、病院への異動は稀である。併設の病院から薬剤師がきて業務を行っている。

③ 事故発生件数

事故の発生件数は月 6-8 件であり、事故の種類別の件数でみると、転倒が最も多く、次いで誤嚥、誤薬となっている。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

施設のフォーマットと自治体の報告書は別の書式であり、双方紙媒体である。施設の報告書は発見者が記載し、自治体の報告書は公式文書のため看護師長が記載している。

事故が発生した場合の利用者家族への連絡はリスクマネジャーまたは看護師が行い、ヒヤリ・ハットの場合は現場の役職者が行う。連絡をまめに行い、「隠さない」「時間をおかない」ことで信頼関係を築いている。

⑤ 職員研修の状況

施設での新入職員研修は、2-3 ヶ月ごとにまとめて実施している。事故報告の流れなども研修で扱う。施設全体での研修は年 2 回開催しており、KYT などを実施している。

⑥ 課題と認識している点

ヒヤリ・ハットの報告体制により情報は共有されているが、細かい内容の分析はできていない。

班活動を行っており、その中で月ごとに事故事例の振り返り（対策の評価）や現場へのフィードバックを行っている。

施設格差があると思う。分析も経験ベースであり、理論の裏付けがあるわけではない。理論や分析などの仕組みがあるといいと考えている。

⑦ 市区町村・他施設との連携または情報共有の状況

自治体からのフィードバックは施設には行われていない。福祉協議会の方では報告されている。以前、看取り事例を事故として報告するよう自治体から求められたが、施設状況を説明することで報告は不要となった。

都道府県の老健協会の連絡会は職種別に開催されている。事故報告の仕組みに関する話し合いはあるが、実際の事例に関する共有はない。また、老健協会では年 5 回の研修があるが、座学（講座）中心であり事例共有はない。

実地指導は都道府県が行うが、10 年ほど行われていない。集団指導は毎年 1 回行われている。

⑧ 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

「フィードバックなど、メリットがあればもう一つ別の書式で報告するのも構わない。」「事故（報告する範囲）の定義が欲しい」という意見・要望が聞かれた。

⑨ 行政、自治体への要望

「リハビリテーションで ADL が上がった場合、「機能向上加算」のような形で評価される仕組みがあるといい（経済的インセンティブ、アウトカム評価）。」「病院から「看取り」と言われて入所した人も、口から食べられる、歩けるようになって帰れる。治療だけで考えると急性期病院にはいられないのかもしれないが、看取りではない場合も「看取り」と言われる事例もある。」「高額な薬（免疫抑制剤等）を使っている場合の施設負担が大きい。1 ヶ月の利用料と同等、またはそれを上回るような薬剤費の利用者もいる。」といった内容がきかれた。

【老健 0 基本データ】

所在地／九州・沖縄地方

開設主体／医療法人

開設年／1991 年

入所定員／100 人

入所以外の提供サービス／通所リハビリテーション、ショートステイ

職員数／75 人

（うち、常勤換算で、医師 1.0 人、看護師 8.0 人、介護職員 39.4 人、理学療法士 4.0 人、作業療法士 1.0 人、言語聴覚士 1.0 人、栄養士・管理栄養士 1.0 人等）

16) 老健 P

① 施設概要

老健 P は医療法人の施設の 1 つである。介護報酬上は基本型で届け出ており、在宅復帰・在宅療養支援機能加算 (I) を算定している。

入所定員は 80 人、平均入所期間は 400 日弱である。以前の平均入所期間は 600 日程度であり、期間が短くなっている。最長の利用者は 4 年以上入所している。在宅支援だけではなく、看取りも行っている。

② 医療・介護の質・安全に関する組織体制

専任の安全対策担当者の役割を施設介護支援専門員が担っている。全老健のリスクマネージャーはいない。事故報告の書式や対応の流れは法人全体の委員会で決めており、共通の仕組みとなっている。

職員について、専門職には専門職の仕事を中心に取り組むことができるようにしている。

事故の定義を影響度レベル 3 以上とし、それ以外ヒヤリ・ハットとしている。同一書式を用いており、事故かヒヤリ・ハットか様式内のチェックボックスで分けている。

法人内の異動はあるが、事故報告の書式や対応の流れは法人全体の委員会で決めており、共通の仕組みとなっている。

③ 事故発生件数

ヒヤリ・ハットは年 100 件程度、事故は年 20-30 件程度発生している。所在市への報告は医療機関を受診した事例以上を対象としており、年間数件である。

自然骨折（拘縮の大きい利用者、骨粗鬆症等の場合）は施設長の判断で所在市へ報告するかを決めている。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

ヒヤリ・ハットは複数の職員ですぐに検討・対応する。対応した内容は安全担当の職員が毎日チェックを行い、対策等について必要があれば直接フィードバックしている。事故の場合は安全担当者を交えて対応を検討し、施設として対応している。事故が発生した場合の家族への連絡は、看護師や介護のリーダーが行っている。

事故の報告は所在市と利用者の保険者へ報告している。電話または FAX で第一報を入れ、ある程度落ち着いた段階で正式な報告書を提出している。

転倒やずり落ちが最も多い。ヒヤリ・ハット（独歩できない利用者が立ち上がっている、自力で移乗していた、等）が多いが、ヒヤリ・ハット

の発生頻度を減らすことで事故の発生も減少させられると考えている。

「もっと注意する」や「見守りを増やす」は対策ではない」ということを職員に伝えている。

病院と違って入所前の状況について事前に情報を得ることができる。
身体拘束の減算もあることから、事前対策に取り組んでいる。

⑤ 職員研修の状況

都道府県の老健協会での研修に参加しており、老健協会の補償制度がある。全老健のリスクマネジャー制度については、費用や日数等の点で参加が難しい。

入職者向けの研修と年間研修を行っている。基本編と応用編を隔年で実施するかたちとなっている。

人材不足であり、利用者の受け入れ制限（要介護度などでの制限）も行わざるを得ないことがある。外国人スタッフの雇用も検討している。

⑥ 課題と認識している点

医療職（医師、看護師）と介護職（リハビリ職員、介護福祉士等）との協働に課題がある（例：介護職が薬の管理や5Sなどを言い出しにくい）。特に看護職は「上席からの指示を受ける・それ以外の指示は受けない」が徹底されており、安全担当である介護職からの指示や注意があまり受け入れられない雰囲気がある。職種を越えた関係づくりが課題である。

全老健の賠償制度はあるが、都道府県内に代理店がないため、施設と当事者（家族）が直接対応せざるを得ない状況がある。医師会の顧問弁護士に相談したりしているが、直接のやりとりをする代理人がいると良い。老人ホーム等は一般の損害保険会社の保険を使っており、損保会社の代理店が都道府県内にあるため対応してもらうことが可能である。

感染症や食中毒は事故とは別の委員会がある（ただし、メンバーは安全対策委員会とかぶる）。また、在宅や小規模事業所では委員会等の取り組みが難しいところもあると聞いている。

事故などについて、「法人が責任をとって処理する」ということを職員に浸透させられていない。

⑦ 市区町村・他施設との連携または情報共有の状況

実地指導は都道府県の職員が行っている。昨年13年ぶりに実地指導があった。他の施設などと共同で何かをする余裕がない。都道府県の老健協会の連絡会はあるが出られないこともある。

⑧ 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

「入力が二度手間にならないといい。」「都道府県の老健協会では部会を持っており情報収集をしているので、そこと連携するとよいのではないか。」「アンケートも多い。一体化されると良い。」「インターネットへの抵抗はない。」「所在する都道府県では事故報告の様式が統一されているので、全体の集計はしやすいのではないか。」といった意見・要望が聞かれた。

⑨ 行政、自治体への要望

「行政には支援的な対応をしてもらっている。」「自衛隊に介護部隊を設けておき、介護（障害者・高齢者・子ども）の経験や研修をしておく災害時にその部隊が現場で指揮を取れるのではないか。国の役割としてやってほしい。」「都道府県からは「地域のケア体制について統計的な情報を踏まえた施設方針を立てる（ビジョンを持ってケア提供をする）こと」が求められている。」といった内容が聞かれた。

【老健 P 基本データ】

所在地／九州・沖縄地方

開設主体／医療法人

開設年／1997 年

入所定員／80 人

入所以外の提供サービス／通所リハビリテーション、ショートステイ

職員数／63 人

（うち、常勤換算で、医師 1.0 人、看護師 4.0 人、介護職員 30.8 人、理学療法士 4.7 人、作業療法士 1.0 人、言語聴覚士 0.8 人、栄養士・管理栄養士 2.0 人等）

17) 老健 Q

① 施設概要

平成3年に開設された医療法人が開設主体の老健施設である。入所定員は50人であり、平均年齢は85歳前後である。

介護報酬上は在宅強化型(超強化型)で届け出を行っている。在宅復帰・在宅療養支援機能加算(I)を算定している。超強化型だが、平均入所期間が90日くらいのグループと15年くらいの長いグループがある。長い方は緩和的なケア提供を行っている。

「看取り」と言われて入所した人もいる。ただし、昨年は13人が看取りと言われて入所したが、うち6人は回復した。

法人内で病院を含むどの施設よりも、従業員満足度は高く定着率もよい。在宅部門の取り組みの効果が好循環が生じていると感じている。

② 医療・介護の質・安全に関する組織体制

施設長、看護職、介護職が専任の安全対策を担当している。全老健のリスクマネジャーはいない。

法人内の介護・在宅系事業所で「在宅総合センター」を持っており、それぞれの安全管理体制や事故事例を共有している。事例の共有では「同じ事故がうちの施設でも起こるだろうか」「事故が起きた場合はどう対応するか」「どうしたら防げるか」を考えている。「我がごと丸ごと」をキーワードに事業所間・部署間で共有している。

職員は病院を含めて異動がある。病棟師長が訪問看護ステーションに異動になる例もある。また、研修ローテーションといった仕組みもある。

影響度レベル0の内容から全て同一書式で報告することとしている。

③ 事故発生件数

月8-9件であり、多いのは転倒・ずり落ちである。自治体へはレベル3b以上を報告している。年1-2件程度である。転倒、誤嚥・窒息があるが、死亡事例はない。

④ 事故報告・再発防止の仕組み

事故やヒヤリ・ハットが起きたときは、施設長が当事者の職員に付き添って業務フローを書かせている。これにより、どのステップに問題があったのか、どこを改善すればいいかがすぐにわかるということであった。

以前は誤嚥が事故にあがっていたが、言語聴覚士と管理栄養士がラウンドして食形態のチェックを行うようになり誤嚥の発生がなくなった。

減薬にも取り組んでいる。多い人では70種類も飲んでいたり、血圧を上げる薬と下げる薬を両方飲んでいたりする人がいた。

病院に比べて付き添う職種が多いため、転倒事故は少ないのではないかと考えている。

事故発生時に利用者の家族への連絡は看護師から行う。物がなくなった、壊れた等の医療的でない場合の報告は、介護のリーダーから行う。

施設内で「ななめの関係」(A 部署の役職者と B 部署の一般職員の関係)ができるといいと考えている。直接の上司からではないが、廊下でリハビリに取り組んでいるときに別の部署の役職者が声をかけられる・かけやすい雰囲気ができていると、ちょっと危ないな、と思ったときに声をかけても角が立たなくなる。一般職員側からしても「怒られた」「注意された」ではなく「見守ってもらえている」「目をかけてもらえている」という安心感・信頼関係が生まれる。安全に関する取り組みも「自分たちのために言ってくれている」と思える環境を作るために、個々の職員の責任にしない仕組みを作ることを心がけている。

⑤ 職員研修の状況

年 2 回職員研修(勉強会)を行っており、よく起こる事例のシミュレーションや緊急対応を実際にやってもらって評価している。

外国人スタッフを導入したことで、介護の手順の中で絶対に外してはいけないポイントがどこなのか、要点を押さえた教育ができるようになった。同じ仕組みで障害者雇用や高齢者雇用も増やしている。

⑥ 課題と認識している点

施設内の事故報告を見ていくと、二人体制で介護を行なっているときに事故が発生しやすいことがわかった。分担とコミュニケーションに課題がある。

利用者は「痛い」等の訴えをできないことが多いが、介護者にその意識が薄いことがある。

防げない転倒もあるなかで、どこまでが施設の責任の範囲なのかわからなくなることがある。家族に対しては契約時(入所時)にリスク説明を行うことで大きなクレームはなくなっている。

全老健の調査では、NNT(Number Need to Treat)は転倒の場合 75 (75 人のスタッフがいて転倒を 1 事例減らせる)と言われている。褥瘡の NNT スコアは 6-7、誤嚥は 5-6 と言われている中で、転倒を防ぐ努力は当然行っているが、どうしても防げない場合もある。

家族との信頼関係の構築も課題である。家族が面会に来ているときには介護の介入を遠慮していたことがあったが、「全然介護してもらっていない」という苦情が出てしまった。面会に来ている家族にも声かけをし、

「おむつ交換は少し後にしますね」などの情報共有ができるようにし、関係性の構築に取り組んでいる。

⑦ 市区町村・他施設との連携または情報共有の状況

市への報告に対し、市からのフィードバックは行われていない。市の関心は「苦情になるかどうか」にあるように感じる。

実地指導は都道府県からくるが、しばらく間隔があいている。間隔が10年近くなることもある。都道府県の集団研修は事故に関する内容はなく、虐待や身体拘束などについてであった。実地指導も主に類似の内容である。

都道府県の老健協会での連絡会があり、近隣の老健とは顔の見える関係ができています。お互いに施設を訪問しあって情報を共有する Peer Review の取り組みも行なっている。監査という雰囲気ではなく、お互いがどのように取り組んでいるかを学び合う場となっている。

【老健Q 基本データ】

所在地／九州・沖縄地方

開設主体／医療法人

開設年／1997 年

入所定員／50 人

入所以外の提供サービス／通所リハビリテーション、ショートステイ、訪問リハビリテーション

職員数／61 人

（うち、常勤換算で、医師 1.0 人、看護師 7.8 人、介護職員 34.6 人、理学療法士 2.0 人、作業療法士 2.0 人、言語聴覚士 1.0 人、栄養士・管理栄養士 1.0 人等）

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

都道府県・市区町村による管轄内介護サービス施設・事業所で発生した
医療的ケアに関連する事故情報の収集の実態

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）
研究協力者 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）
高田聖果（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：

本研究においては、介護施設等における医療的ケアに関する事故情報の収集・分析・再発防止策検討のためのシステム開発に向けて、介護施設等における事故報告の仕組みの概要を明らかにし、今後の示唆を得ることを目的とし、市区町村及び都道府県に対してヒアリング調査を実施した。調査対象は4都道府県と6市区であった。その結果、市区及び都道府県へ報告される事故情報は「医療機関を受診・入院した事例」とする一方で、詳細な事故種別や利用者への影響度等については様々であり、また、再発予防のために情報を分析し活用している自治体は少なかった。そのため、介護事故情報を収集する新規システムを構築することで、介護施設における事故予防に資することができると考える。新規システムの開発にあたり、報告する事故情報の定義の統一化と項目の選定等をさらに検討していく必要がある。

A. 研究目的

介護施設等で事故が発生した場合、施設は保険者である市区町村に報告を行い、市区町村は施設から介護給付に関わる情報を収集することが可能であることが、介護保険法及び関係省令により定められている。しかし、市区町村に報告する事故情報の内容や収集した情報の活用等について詳述されたものはない。

また、市区町村を包括するだけでなく、一部を除く介護施設を指定・開設する立場にある都道府県の介護施設における事故への関与についても明らかではない。

以上から、本分担研究では、介護施設等における医療的ケアに関する事故情報の収集・分析・再発防止策検討のためのシステム開発に向けて、介護施設等における事故報告の仕組みの概要を明らかにし、今後の示唆を得ることを目的とする。

B. 研究方法

研究協力者等からの紹介及び研究協力に同意が得られた介護老人保健施設（以下、老健）が所在する市区町村や都道府県（以下、自治体）の職員に、電話あるいは電子メールにて研究協

力を依頼し、同意が得られた自治体を調査対象とした。対象者には、「介護施設における事故報告の仕組み」や「実地指導の状況」、「都道府県や他市区町村との連携」等について尋ねた。

ヒアリング内容から、介護施設等における事故情報の報告・収集システムの現状と課題を整理し、介護施設等における再発予防に資するシステム構築に向けた示唆を得た。

(倫理面への配慮について)

各自治体へ報告された介護事故情報について尋ねるが、個人及び施設が特定されるような情報の収集は行わない。ヒアリング結果の整理の際は、自治体が特定されることを避けるためマスキングを行う。

C. 研究結果

10の自治体にヒアリング調査を行い、6つは市区、4つは都道府県であった(表1)。各市区・都道府県のヒアリング内容は添付資料に示す。ヒアリングにより明らかとなった事故情報の報告の仕組みについて、図1に示す。ヒアリング結果の概要は以下の通りである。

1) 介護施設における事故報告の仕組み

各自治体とも介護施設における事故報告に関

する要綱及び要領を施行し、報告と取り扱いについて定めていた。

施設から自治体へ事故情報を報告する基準として、「施設の過失の有無に関わらず、医療機関を受診、あるいは入院をした事例」があげられた。ただし、自治体によっては「誤薬に関しては利用者への影響度に関わらず報告する」や「骨折などの事案に限り報告する」など、事故として報告する内容に違いがみられた。

全自治体で事故報告時は紙媒体の報告書を用いており、自由記載がほとんどのものと可能な限り選択式を用いているものがあつた。また、同一都道府県内で統一の書式を使用している自治体と、同一都道府県内であっても統一されていない自治体とがあつた。収集したデータは自治体職員が入力を行い、電子データ化していた。

ほとんどの自治体が事故発生件数の集計を行っていたが、事故の分析を行った結果を研修に活用していたり、事故事例集を作成し注意喚起を行ったりしている自治体は半数に満たなかった。

都道府県への事故発生の報告については、施設が直接都道府県へ報告するパターンと、市区町村がとりまとめて都道府県へ報告するパター

表1 ヒアリングを実施した自治体の概要

No.	区分	事業所からの 事故報告件数(件)	老健の定員数(人)/ 施設数*(施設)	老健100床あたりの 常勤換算*(人)		事故情報の活用
				看護職員数	介護職員数	
A	市区	1000	1315/14	7.1	3.2	集計あり、公開なし
B	都道府県	(-)	6693/81	5.4	5.5	集計なし
C	市区	120	423/4	(-)	(-)	集計あり、公開なし
D	市区	400-500	808/7	(-)	(-)	集計あり、実地指導に活用
E	市区	3600	4115/48	7.7	4.8	集計あり、 実地指導や集団指導に活用
F	都道府県	1573	3515/49	4	8.2	集計あり、集団指導に活用
G	都道府県	540	7076/90	5.1	32.1	集計あり、公開あり
H	市区	300-400	1109/12	(-)	(-)	集計あり、公開なし
I	都道府県	2064	4028/45	6.3	6.3	集計あり、公開あり
J	市区	50-70	273/4	(-)	(-)	集計あり、集団指導に活用

*「平成29年介護サービス施設・事業所調査」参照

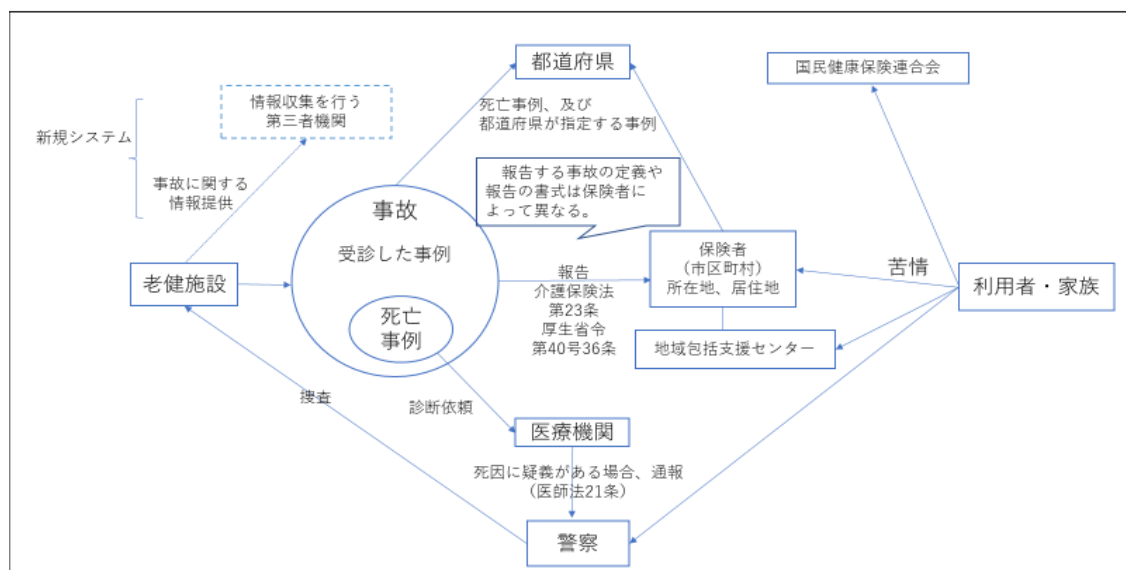


図1 事故報告の仕組み

ンがあった。後者は、事故の中でも特定の事例（重度・死亡事例や虐待事例等）が対象となっていた。また、事例報告とは別に各市区町村に発生した事故件数の年間集計を報告するよう指定している都道府県もあった。

2) 実地指導の状況

自治体区分によって実地指導の対象の介護施設等が定められており、実地指導時に事故について収集した情報をもとに指導を行っている自治体もあった。指導時には、事故防止のための施設の仕組みに加えて事故及びヒヤリ・ハット報告書の内容を確認し、報告すべき事例が報告されていない場合などについて指摘を行っていた。

3) 都道府県や他市区町村との連携

ヒアリングを行った市区から都道府県へ事故情報を提供したり、虐待等の事例について合同で調査に入る場合はあるが、都道府県から事故情報が提供されたり、市区がフィードバックを受けるといったことはなかった。

また、他の都道府県及び市区町村との連携として隣の都道府県と介護報酬や指導における情報を照会しているところが1都道府県のみあったが、どの自治体も事故情報に限った情報の

共有はしていなかった。

4) 新しい事故情報収集システムについて

「施設へのフィードバックとなる情報が得られることは有用である」「他自治体の情報がわかるとありがたい」という意見がある一方で、「施設側の事務負担」を懸念する意見が多くあった。事務負担軽減のため、報告する様式の簡略化及びPCシステムやweb経由での報告が提案された。老健においてはパソコンによる入力は問題ないと思うという意見が多かったが、他の介護施設及び事業所においては、老人ホームなど一部難しい場合があるとの意見もあった。また、施設の業務負担に配慮し事故情報を収集するために、保険者を經由して情報を収集するという意見もあった。

D. 考察

自治体が収集している介護施設での事故情報は、「医療機関を受診あるいは入院した事例」を報告するという点では一致していたが、対象疾患や利用者への影響度については内容に違いがみられた。ヒアリング先以外の自治体の報告書の書式をインターネット検索エンジン Google (<https://www.google.co.jp/>) を用いて「介護保険 AND 事故情報報告 AND 自治体」の検索

語で検索した。検索の結果、上位かつ閲覧可能であった4都道府県20市区町村及びヒアリング先の自治体の報告書の書式から、事業所および対象者の概要はほぼ共通の項目であったが、事故の概要、発生時の状況、再発防止に向けた取り組み等の内容は自治体によってばらつきがみられた。

2018年3月14日に開催された社会保障審議会・介護給付費分科会介護報酬改定検証・研究委員会において、「介護老人福祉施設における安全・衛生 管理体制等の在り方について調査研究事業」として報告された悉皆調査(市区町村調査：調査対象1,741市区町村、回収数1,195、有効回収数1,173、有効回収率67.4%)の結果では、介護施設に報告を求めている介護事故の範囲(対象となる介護事故の種別)で最も多いものは「転倒(83.9%)」であり、以下「転落(82.4%)」

「誤嚥(81.5%)」「異食(77.6%)」「誤薬・薬剤(74.5%)」であった。市区町村から都道府県への報告が「ある」とした市区町村は42.3%、施設から市区町村へ報告された事故事例について「集計や分析は行っていない」とした市区町村は46.7%であった(参考文献1,2)。

また、市区町村における介護事故情報の活用状況(複数回答)において「事故報告を提出した施設に対して指導や支援を行う」「他の施設の実地指導や助言のために活用する」とした市区町村はそれぞれ39.6%であったのに対し、「活用していない」とした市区町村が30.7%という結果であった。

報告された事故事例について実地検証を実施するかという設問に対し「すべての事例について実施する」0.0%、「実地検証の対象となる範囲を定めて実施する」3.7%、「必要に応じ実施する」41.2%、「実地検証を実施していない」51.2%であった。施設への支援または実地検証を行っているとした市区町村のうち、40.0%では「再発防止の取り組みを特に確認していない」と回答していた。

一方、同じ調査における都道府県調査(調査対象47都道府県、回収数46、有効回収数46、有効回収率97.9%)の結果では、97.8%の都道府県で事故情報の収集を実施していると回答していた。また、収集方法としては「市区町村に報告を義務付けている」53.3%、「事業者に報告を義務付けている」48.9%であり(複数回答)、約半数の都道府県において独自に介護事業者から事故報告を収集していることが明らかとなった。

都道府県における介護事故情報の活用状況(複数回答)では、「事故報告を提出した施設に対して指導や支援を行う」64.4%、「他の施設の実地指導や助言のために活用する」48.9%であり、介護事故が発生した施設への実地検証は「必要に応じ、実施する」が76.1%であったが、介護事故防止のための研修が「ある」とした都道府県は8.7%にとどまっていた。

前述の結果は本研究のヒアリングで得られた結果とほぼ同程度であり、地域によるばらつきや市区町村と都道府県の二重の報告制度の課題、収集された事故情報の活用状況に課題があることが悉皆調査においても明らかとなったといえる。

これらの課題を解決し、事故情報を原因分析・再発防止に活用できる仕組みとして、全国規模での情報収集及び分析、再発防止策の検討を行うシステム(以下、新規システム)を提案したい。新規システムの運用にあたっては、同次元のデータを収集し扱う必要がある。このため、再発予防に資する分析に必要な情報の定義や詳細な項目の設定を検討していく。

全ての自治体で紙媒体の報告書による事故情報の収集が行われていたが、全国規模のデータ収集を行うため、また、施設側の業務負担軽減のために、今後はwebシステムを活用することを検討したい。自治体へのヒアリングからは、一部対応できない可能性のある施設があるが、おおそwebシステムでも問題がないのではないかという意見も聞かれたため、webシステム

での運用を検討する。

なお、収集した事故情報について再発予防に着目して分析を行っている自治体は少なく、集計のみとした自治体も多かった。これは、平成30年の社会保障審議会介護給付費分科会による調査結果の結果においても、事故に関する情報は活用している自治体が一部であったことと類似している。

市区町村は介護保険の保険者、都道府県は施設の指定及び認可者であり、施設への監査や指導を行う立場からの情報収集であり、再発予防に必要な情報とは似て異なる。介護施設における事故予防の取り組みを推進するためには、利用者・家族及び自治体とは異なる視点からより再発予防策に特化するための情報を収集し、分析する仕組みが必要である。

E. 結論

本研究では、市区町村及び都道府県が介護施設で発生した事故情報をどのように収集・活用しているのか概要を明らかにし、今後の新規システム構築に向けた示唆を得ることができた。

今後は介護施設等における事故情報の収集・分析・再発防止策の検討に資するシステムの運用に向けて、システムの仕様の検討を行っていく。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

1. 論文発表
未発表
2. 学会発表
未発表

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし。

I. 参考文献

1. 「(6) 介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業（結果概要）(案)」社会保障審議会・介護給付費分科会 介護報酬改定検証・研究委員会(2018年3月14日開催) 資料1-6
<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000488392.pdf>
2. 「(7) 介護老人保健施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業（結果概要）(案)」社会保障審議会・介護給付費分科会 介護報酬改定検証・研究委員会(2018年3月14日開催) 資料1-7
<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000488393.pdf>

事故報告書 記載事項 一覧表

			ヒアリング先自治体の事故報告書														その他		
No	項目種別	項目	A市	B県*重症・死亡・虐待事例のみ		B県 (重症・死亡・虐待以外の事例)	C市	D区	E市	F県		G県		H市	I県	J市		介護施設 向け電子 カルテ	医療事故 情報収集
				第一報	第二報					第一報	第二報	第一号	第二号			第一報	報告書		
1	事業所の 概要	事業所名	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	
2		事業所番号	●							●				●	●		●		
3		所在地（電話番号等含む）	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●		
4		法人名	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●		
5		記載者職員氏名	●	●	●	●	●	●		●	●			●	●	●	●	●	
6		管理者・施設長・責任者名		●	●	●	●	●	●		●	●							
7		サービス種類	○	●	●	●	●	○	●	●	●	●			○	○		○	○
8	対象者	氏名	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	
9		性別		○	○	○	●	○	○	●		○	○	○	●		●	○	
10		年齢	数	数		数	数	数	数	数	●	数	数	数	数	数	数	数	
11		住所	●				●	●	●	●					●		●		
12		被保険者番号	●				●	●		●				●	●	●	●		
13		サービス提供開始日	●				●		●	●					●				
14		要介護度（患者区分）	●	数		数	○	●	●	●		○		○	●	●	●		○
15		日常生活自立度（障害・認知高齢者）								●					●				
16		保険者名	●	●		●		●		●									
17	事故概要	発生・発見日時	●	●	●	●	●	●	●	●	●			●	●	●	●	○	○
18		発生場所	●	○		○	●	●	●	○		○		●	●	●	●	○	○
		発生状況		○		○			●	○				●				●	
19		事故種別	○				○		○	○		○		○	○		○	○	○
20		事故時の状況、経緯、対応	●	●		●	●	●		●		●		●	●	●	●	●	○
21		事故の原因		○		○	●		●	○				●					○
22		死亡日		●		●	●			●				●	●				
23		死因		●		●								○	○				
24		事故前の利用者の状況								●								●	
25		事故第一発見者																	○
26	警察の検証・連絡																		
27	発生時の 対応	医療機関受診日							●					●					
28		医療機関受診状況															●		
29		緊急搬送の有無・時間		○と●		○と●				○									
30		受診した医療機関名	●	●		●	●	●	●	●				●	●		●	●	
31		治療概要	●				●			●				●	●		●	●	
32		関係機関への連絡（警察含む）	●	●		●	●			●				●			○と●		
33		対応内容・方法等		●		●		●		●		●						●	●
34		家族への説明状況、内容（発生時対応）	●	●		●	●	○と●	●	●		●					○と●		
35		家族の意見、指摘		●		●			●	●									
36	発生後の 対応	利用者の状況	●		●		●	●		●	●		●	●	●		●	●	
37		対応の概要	●					●							●				
38		診断結果								●				●				●	
39		家族への連絡・説明（発生後対応）	●		●									●	●			●	

			ヒアリング先自治体の事故報告書														その他		
No	項目種別	項目	A市	B県*重症・死亡・虐待事例のみ		B県 (重症・死亡・虐待以外の事例)	C市	D区	E市	F県		G県		H市	I県	J市		介護施設 向け電子 カルテ	医療事故 情報収集
				第一報	第二報					第一報	第二報	第一号	第二号			第一報	報告書		
40		損害賠償等の状況	●		○			○と●	●	○	○			○	●		○		
41		家族等の反応						●		●	●							●	
42	再発防止	再発防止に向けた今後の取り組み	●			●	●	●	●	●			○	●	●		●	●	●
43		事故の原因分析											●				○	●	
44		(再発防止策の) 検討日時			●					●	●								
45		検討会人数			●					数	数								
46		検討会の参加職種			●					●	●								●
47		事故発生要因			●													○	○
48		原因分析（利用者、職員、設備、環境要因の点から）								●	●							●	○
49		利用者個人への対応（対応済み・今後対応予定の内容、ケアプランの変更）			●	●				●	●								
50		事業所全体での対応（対応済・今後対応予定の内容）			●					●	●								
51	その他	直近1年間で行政に報告した事故の件数内訳																	
52		過去3ヶ月以内の同一被保険者に関する事故の有無																	
53		家族氏名・続柄・住所等																	
54		費用負担の状況																	

●：自由記載、○：選択式、数：数値記入（件数など）

虐待等が疑われる場合、当該事故関係者の指名や職名、採用歴等を記載する。

・経過について選択（継続中、解決または終結）

			web上で公開されている事故報告書																								その他			
			都道府県				市区町村																							
			a	b	c	d	e	f	g		h	i	j	k	l	m	n	o	p	q	r	s	t	u	v	w			x	
第一報	最終報告	第一号							第二号																					
39	発生後の 対応	家族への連絡・説明（発生後対応）			●	●	●		●（誰に、いつ連絡したか）				●			○と●	○と●				○と●	●	●		○と●（日時、誰が誰に連絡したか等記載あり）				●	
40		損害賠償等の状況			●	●	●	●		●	○	○	○	●	●	○	●	●	○			●	●	○	○		○	●		
41		家族等の反応				●							●								○（苦情の有無）	●	●	○と●（苦情について対応中か解決済、なしを選択）					●	
42	再発防止	再発防止に向けた今後の取組み	●	●	●	●	●	●		●	●	○と●（医療費負担のみ○）	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○と●（検討中の選択が可能）	●		●	●	●	●
43		事故の原因分析		●								●				●		●				●						●		
44		（再発防止策の）検討日時																												
45		検討会人数																												
46		検討会の参加職種																												●
47		事故発生要因																											○	○
48		原因分析（利用者、職員、設備、環境要因の点から）																										●	○	
49		利用者個人への対応（対応済み・今後対応予定の内容、ケアプランの変更）																												
50		事業所全体での対応（対応済・今後対応予定の内容）																												
51	その他	直近1年間で行政に報告した事故の件数内訳														数														
52		過去3ヶ月以内の同一被保険者に関する事故の有無					○																							
53		家族氏名・続柄・住所等					●																							
54		費用負担の状況																			○									

●：自由記載、○：選択式、数：数値記入（件数など）

・当該事故関係者の住所、氏名、職種、年齢等記載する欄あり。
・前回事故発生年月日の記載欄あり。
・児童福祉（虐待）の場合には、総合振興局や自動相談所、保護者等への報告

・特養のみ、老健なし。

居宅介護支援事業者への連絡（事業者名、連絡日時、ケアマネジャー氏名等記載）

・経過について選択する欄あり。

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」
ヒアリング結果まとめ（自治体）

1) A 市

① 市の概要

A 市は、関東地方に位置する人口 63 万人（高齢化率 23%）を擁する中核市であり、福祉施設の設立認可・監督や保健所が行う保健衛生事務などの事務が都道府県より移譲された。市役所の組織内では、健康福祉局の各課が介護に関する事業を担っている。

② 事故報告の仕組み

事業所からの事故報告件数は年間でおおよそ 1000 件である。

事業所は、事故により医療機関を受診した事例が発生した場合、1 週間以内に所定の書式を FAX で市に提出する。報告の内容には、事故内容や再発防止策等の記入欄があるが、再発防止策の欄の記入状況は施設によってばらつきがある。また、収集した情報のうち、再発防止策等、自由記載のデータ入力が行っていない。

集計結果は県に報告し、県が各市の状況を取りまとめている。しかし、各市の状況のとりまとめの公表やフィードバックをうけることはない。市から県にデータの照会を行ったところ、県での集計表についてのデータは得られたが、各市区町村の集計表データは「提供を前提に収集していない」という理由で開示されなかったとのことであった。

③ 実地指導の状況

介護老人保健施設（以下、老健）への実地指導は 4 年毎に実施している。

実地指導の際は、委員会が設置されているか、開催されているか、マニュアルがあるか、施設内での研修が行われているか、事故報告が行われているか、等の事故防止の仕組みはチェックするが、委員会や報告等の内容の適切性までは見られていない。

事故報告書のうち、再発防止策の記載があまりにも不十分と思われる場合は指導することもある。

④ 事故情報収集・分析・再発防止の仕組みに対する要望、ご意見

「データ入力の負荷が大きいため web 経由で収集する仕組みがあればありがたく、医療安全情報のようなフィードバックがあれば施設によっては活用されると思う。」という意見があった。

【A市 基本データ】*数値は、概数を示す。

所在地：関東地方

人口：63万人

高齢化率：23%

介護施設総数：770施設

- 入所型介護施設：100施設
- 特定施設：20施設

介護施設入所定員数

- 入所型介護施設：4,200人
- 特定施設：1,100人

介護職員数（常勤換算人数）：4,200人

- 75歳以上1千人あたり人員数：66人

2) B 県

① 県の概要

B 県は中部地方に位置し、人口 200 万人（高齢化率 28%）を擁している。介護に関する事業は、県庁組織内の健康福祉部高齢福祉課が担い、中核市以外の介護保険施設の認可や指導、ポータルサイトを通じた介護に関する情報発信等を実施している。

② 事故報告の仕組み

事業所は、事故により医療機関を受診した事例が発生した場合、所定の書式を FAX で県に提出する。書式は第 1 報（事故当日）と第 2 報（事故当日から 1 週間以内）がある。第 1 報は事故概要が主な内容であり、第 2 報では事故防止委員会についての詳細を記載、議事録を添付するようにしている。以前は自由記載が多い書式だったが、2018 年 10 月以降書式変更に伴い、選択式を多くし、より簡易化した。書式が新しくなり間もないため、分析などはまだ行われていないが、今後量的な資料として活用を予定している。データについては、現時点では市区町村と共有などはしていない。

③ 実地指導の状況

中核市の管轄以外の事業所を担当している。介護保険施設は 3 年毎、在宅サービスは 6 年毎に実施している。ただし、例外として 1 年に 1 度行う施設などもある。特に開設後の施設は不安定であり事故も多いため、開設後半年以内に実地指導を行っている。

強制力のある監査は稀であり、年に 1 度あるかどうかでほとんどが処分対象とした施設である。

事故発生後の実地指導では、実状、報告のルールやルート、施設の機能、マニュアル周知の確認を行い、必要事項については指導を行っている。

④ 研修等の取り組み

集団指導により研修を実施している。実施にあたっては、各施設協会と連携している。管理者向けの研修も開催しており、今後は事故に関する内容を企画している。

⑤ 事故情報収集・分析・再発防止の仕組みに対する要望、ご意見

「施設のフィードバックに活用でき、有用と思う。簡易な書式でないと、現場の事務的負担の増加や必要な情報が手に入らない可能性がある」「書式の簡易化が必要である。」という意見があった。

⑥ 市区町村や県との連携

県内の市区町村や他県の職員との連携はない。虐待事例発生時は、訪問時期をあわせることはあるが、合同での会議は行っていない。

【B 県 基本データ】*数値は、概数を示す。

所在地：中部地方

人口：200 万人

高齢化率：28%

介護施設総数：3,600 施設

- 入所型介護施設：660 施設
- 特定施設：40 施設

介護施設入所定員数

- 入所型介護施設：22,500 人
- 特定施設：1,600 人

介護職員数（常勤換算人数）：19,100 人

- 75 歳以上 1 千人あたり人員数：69 人

3) C市

① 市の概要

C市は、B県の南西部に位置しており、人口は16万人、うち65歳以上高齢者人口4万人（高齢化率26%）を擁している。B県内では2番目に大きい市である。介護に関する事業は高齢介護課が担い、事故情報の収集や実地指導等を実施している。

② 事故報告の仕組み

事業所からの事故報告の件数は毎月10件ほどである。事業所は、事故により医療機関を受診した事例が発生した場合、所定の書式をFAXで市に提出する。事故発生時にはまず一報し、その後書式を提出する。事故報告の書式はC市としては、県と同一の書式を使用しているという認識であったが、2018年10月以降に報告書の書式を変更していたためか、書式に違いが生じていた。事業所より収集したデータの分析は行っているが、公表はしていない。

③ 実地指導の状況

6年に1回実地指導を行っている。実地指導で、事故の内容の確認などを行ったりしている。監査の対象は年に1件あるかどうかである。

④ 研修等の取り組み

年に1度集団指導を行っている。最近では、事故に関する内容が増えていたとのことであった。

⑤ 事故情報収集・分析・再発防止の仕組みに対する要望、ご意見

「施設側の事務の負担が増えてしまうことが懸念される。事務の負担を減らすために、どのようにして現場のルーティンの中に組み込むか、仕組みが重要である。」という意見があった。

⑥ 市区町村や県との連携と介護施設とのかかわり

虐待事例は県に報告しているが、事故に関する情報共有はなかった。

C市はB県内で2番目に大きい市のため、「B県介護保険施設等の事故防止強化に向けた検討会」に出席していた。

介護施設と関わるのは実地指導での訪問や集団指導のみであった。

【C市 基本データ】*数値は、概数を示す。

所在地：中部地方

人口：16万人

高齢化率：26%

介護施設総数：290 施設

- 入所型介護施設：45 施設
- 特定施設：3 施設

介護施設入所定員数

- 入所型介護施設：1,600 人
- 特定施設：115 人

介護職員数（常勤換算人数）：1,500 人

- 75 歳以上 1 千人あたり人員数：73 人

4) D 区

① D 区の概要

D 区は人口およそ 51 万人（高齢化率 22%）を擁しており、臨海部の都市開発が進められている。介護に関する事業のうち、事故情報の収集や実地指導は福祉部福祉課の指導係が担っている。

② 事故報告の仕組み

事業所は事故により医療機関での治療（施設内での医療措置を含む）、または入院が必要となった場合、電話にて第一報を行い、次いで所定の報告書、またはそれに準じた内容のものを、郵送あるいは持参にて提出する。報告書は都道府県の様式に準拠している。

事故情報については、紙媒体で受け取った後、手動でパソコンへと入力している。これまでは集計を行ったり、実地指導の際に事故報告の内容を活用したりしていたが、集計結果は未公開としていた。今後は分析結果の公表や研修への活用を検討している。

③ 実地指導の状況

区内には居宅、地域密着などもあわせると 500 近い事業所があり、実地指導は年に 70 事業所程度行っている。老健は区内に 7 施設あり、3 年に 1 度ほどのペースで実施している。

④ 研修等の取り組み

各事業所を対象として集団指導を行っているが、事故情報に関する研修はない。今後収集している事故情報をもとに、事故のフィードバックを含む研修を開催していくことを検討している。

⑤ 事故情報収集・分析・再発防止の仕組みに対する要望、ご意見

「共通のフォーマットとはどのようなものなのか。介護施設で使っているような PC 上でのシステムに組み込み、簡易化されているものは使いやすいと思う。」「誤薬などの報告もあり、方策を考えるときに、予防できている施設の工夫例などがあるとよいと思う。」「事故報告の分析により特定の事故をパターン化して再発予防に努めるのに活用したい。例えば、センサーマットやロボットの使用などによる居室での転倒予防などできるといいのではないかと思います。」「という意見があった。

⑥ 市区町村や県との連携

都道府県には 2, 3 年前まで収集した事故情報を報告していたが、現在は行っていない。都道府県が主催する集団指導に参加することはある。

また、事故報告の書式は都道府県の報告書の内容に準じて作成している。都道府県は特に重症な事例の報告を求めているように思う。感染症の発生時などは、D 区が施設からの報告をうけ、都道府県にも提出をするように促すことがある。都道府県に提出したデータは集計され、都道府県が発行する冊子の一部に掲載されていたように思うが、詳細な分析などは行われていなかった。

他の区との連携はないため、インターネット上で公開されている集計結果やデータなどを閲覧することで情報を収集している。

⑦ その他

事業所によって事故の内容にばらつきがあると思う。小規模の事業所では、マニュアル等があれば予防可能と思われる事故事例もある。一方、老健等では居室での転倒など、対応が難しく仕方がないと感じられる事故事例が多い。予防可能な部分を改善するための手段を検討していきたいと考えている。

また、区は情報開示を請求されると拒否権はない。事故報告が施設から区へ適切に行われているか、区への報告内容と家族へ説明された内容に齟齬がないかを確認するために問合せを行う家族等もいる。実際内容が異なっている事業所や区へ報告を行っていない事業所もあるため、事業所へは報告をするよう促している。

【D 区 基本データ】*数値は、概数を示す。

所在地：関東地方

人口：51 万人

高齢化率：22%

介護施設総数：435 施設

- 入所型介護施設：40 施設

- 特定施設：10 施設

介護施設入所定員数

- 入所型介護施設：2,500 人

- 特定施設：610 人

介護職員数（常勤換算人数）：2,500 人

- 75 歳以上 1 千人あたり人員数：53 人

5) E 市

① E 市の概要

E 市は北海道・東北地方に位置し、人口およそ 190 万人を擁している（高齢化率 25%）。介護に関する事業のうち、事故情報の収集や実地指導は高齢保健福祉部介護保健課が担っている。

② 事故報告の仕組み

事故報告取り扱い要綱に沿って事故情報を収集している。事業所は事故が発生した場合、E 市の事故報告様式と併せて、施設内での事故報告様式や再発防止策等の資料を郵送、または持参にて提出する。E 市の報告様式は、都道府県が以前収集していたものに準拠している。

提出された報告は集計し、実地指導や集団指導の資料にしている。平成 29 年度の事故報告の年間報告件数は 3600 件あまりであり、服薬漏れを含む誤薬が 44%、骨折が 19%、打撲が 16%であった。骨折、打撲、裂傷等、医療機関を受診した事例を報告することとしている。特に件数の多い誤薬については、服薬漏れや取り違えが半々であり、予防策として服薬時の手順例を提供している。

事故の種類別の発生件数の順位は例年ほぼ同じである。報告件数の増加がみられるが、施設数増加に起因する結果と考えられる。

要綱の認知が低い現状がある。報告漏れが非常に多いということはないが、実地指導で報告漏れを指摘するほか、集団指導でフィードバックすることで注意喚起を図っている。

③ 実地指導の状況

E 市の他の部署と連携して、老健の場合は原則として 3 年に 1 回実地指導を行っている。ただし、問題のある施設の場合は毎年実施している。保健師、栄養士、監査担当部署等と連携し、週に 2-3 事業所に対して実地指導を行っている。

④ 研修等の取り組み

条例で安全に関する委員会の設置や研修の実施を求めている。実地指導の際に研修内容を確認しているが、施設ごとに内容にバラツキがある。

集団指導にはほぼ全ての老健が参加しており、開設者による差はあまりない。事故対策についての取り組みはふつう～すごくよい施設にわかれる。非常に悪いという施設はほとんどない。人員配置に余裕のある施設は良く取り組んでいる印象がある。

安全や事故防止の担当者を集めた市開催の研修は特にない。

都道府県内には老健が 49 施設あり、うち超強化型の施設は 1 割程度、「その他」型の施設もある。

⑤ 市区町村や県との連携

E 市から都道府県には四半期ごとに事故件数の集計を報告しているが、都道府県からのフィードバックはない。

他の市区町村や介護老人保健施設協会（以下、老健協会）との連携はない。老健協会の定例会議に年 1-2 回同席することはある。

⑥ その他

介護医療院は市内に 3 施設ある。また、介護療養施設は 9-10 施設あり、介護医療院への転換があるのではないかとと思われる。

【E 市 基本データ】*数値は、概数を示す。

所在地：北海道・東北地方

人口：190 万人

高齢化率：25%

介護施設総数：2,900 施設

- 入所型介護施設：590 施設
- 特定施設：80 施設

介護施設入所定員

- 入所型介護施設：15,700 人
- 特定施設：5,800 人

介護職員数（常勤換算人数）：18,900 人

- 75 歳以上 1 千人あたり人員数：83 人

6) F 県

① F 県の概要

中国・四国地方に位置し、人口およそ 98 万人（高齢化率 30%）を擁する。介護に関する事業のうち、事故情報の収集や実地指導は健康福祉部長寿社会対策課が担っている。

② 事故報告の仕組み

施設で発生した事故の情報については、平成 24-25 年度に整備された事故発生時の報告マニュアルに基づき収集している。平成 25 年度には、特別養護老人ホーム（特養）を対象としたアンケート調査を実施し、結果を「事例集」としてとりまとめ、平成 26 年 3 月に発行、特養に限らず各施設へ配布した。

事例集については現在発行していないが、事故報告数の集計は平成 24 年度から継続しており、各事業所へ配布及び集団指導時の資料として活用している。

介護施設は、施設内で事故が発生し、利用者が医療機関を受診して治療・入院に至った場合は市区町村に事故報告を提出する（第 1 報、第 2 報）。市区町村は、特に重度な事例については第 2 報を受理後 5 日以内に F 県に報告することとなっている。

市区町村から F 県には個別報告とは別に、毎年度末に事業所から報告を受けた件数の年度集計を提出することとなっており、県ではその報告により県内での事故発生件数（報告件数）を把握している。この仕組みは中核市にも適用されている。

平成 28 年度は介護保険施設および居住系サービスにおける事故報告は 1573 件であり、うち 918 件が転倒による事故であった。他、事故の種別としては介護中の負荷や誤薬などによる事故報告があがっていた。事故の結果、骨折、外傷、打撲・捻挫等が生じていた。

施設増加または報告の意識の定着からか、報告件数は漸増しているが、事故の種別の内訳には変化はない。

③ 実地指導の状況

中核市以外の市区町村の実地指導を担当しており、2 年に 1 度を目安に実施している。施設系の事業所へは、人員と処遇に関して県の職員を派遣している。事故報告書を活用し、指導をしている。

施設基準として定められているため、委員会の設置や研修の実施などの体制は整えられているが、研修の内容や委員会の開催記録を見ると十分でない場合もある。

施設の基準として定められていることができていない場合は文書で指導し、改善報告書の提出を求めている。再発防止の検討等明確な基準が設定されていないものに関する不足・不備は、口頭指導とする場合が多い。

ヒヤリ・ハットの発生が0件だったり、市区町村への事故報告が0件だったりする場合は報告するよう促すこともある。

④ 研修等の取り組み

集団指導は年度末に1回実施している。当日出席できない施設等もあるため、資料はwebに掲載している。資料には事故件数の集計なども載せている。

⑤ 市区町村や県との連携

苦情への対応について市区町村から相談をうけることはあるが、市区町村と事故に関して報告以外の連携は特にない。

近隣の県とは、介護報酬や指導についてお互いに照会したりしている。国に照会した際に、「近県に相談してほしい」と言われたことがある。近県以外の自治体との交流はない。

⑥ その他

事故に関連して、「どの老健も基準に沿った指針・マニュアルの整備等という最低限度の部分は達成している。さらに質の高いところを目指すかどうかは施設長や幹部(各職種の長)が努力しているか、人員に余力があるかで差があるように感じるが、在宅強化型かどうかなどにはあまり関係がないと思う。」「特養と老健とで差はあまり感じないが、老健は看護職が強く、特養は介護職が強い印象である。」「有料老人ホームは動ける利用者が多いため、別の課題がある。」「事故対策として「拘束を行う」とする施設もある。拘束はやむを得ない場合だけとなっているが、実際は「拘束ゼロ」の施設は約半数という印象がある。」「拘束をしている施設の中での拘束の件数は多い施設と少ない施設がある。トップの方針によるものがあると思う。」といった内容が聞かれた。

【F 県 基本データ】*数値は、概数を示す。

所在地：中国・四国地方

人口：98万人

高齢化率：30%

人口密度：520人／km²

介護施設総数：2,100施設

－ 入所型介護施設：340施設

- 特定施設：50 施設

介護施設入所定員

- 入所型介護施設：11,800 人
- 特定施設：2,100 人

介護職員数（常勤換算人数）：10,400 人

- 75 歳以上 1 千人あたり人員数：71 人

7) G 県

① G 県の概要

G 県は北海道・東北地方に位置している。人口は 190 万人であり、高齢化率は 29%となっている。介護に関する事業のうち、事故情報の収集は G 県高齢福祉課、実地指導は指導監査係が担っている。

② 事故報告の仕組み

介護保険法のもと、原則は保険者である市区町村が事故情報を収集している。そのため施設から県への報告の義務はないが、県内で発生した事故に関して県は把握しておく必要性があるため、県は事故情報に関して独自・任意で県内の施設に依頼し情報収集を行っている。事故情報の取り扱いについては都道府県単位で統一されておらず、各都道府県で収集内容や方法にばらつきがあると思うとのことであった。

G 県における任意での事故情報収集の仕組みは、平成 17 年の国からの通知を受け開始した。県として各施設の運営基準や指導方針を示しているが、内容の統一性をはかるために現在見直しを行っている。平成 27 年から骨折についても事故報告の対象としている。

施設は指定する事故に関しては報告書を作成し県へ提出することとなっており、郵送、FAX、または手渡しにより提出している。

インフルエンザの集団感染や警察が関与する事例については迅速に把握したいため、可能な限り迅速な提出を促している。

県内の市区町村と県とでは異なる様式の報告書となっている。

事故報告の対象が定まっておらず、対象とする事故の範囲を広げていることや対象とする施設サービスを増やしたことなどから事故報告件数は増加傾向にある。

全施設対象として、事故発生総数は 540 件（感染症を含む）であり、死亡事故は年に 5-10 件程度発生している。これは平常時には起きえない事例を対象としており、事故・自殺を含めている。負傷に関しては 457 件あり、うち骨折が最も多く 434 件であった。事故報告の集計結果は県のホームページで公開している。

③ 実地指導の状況

3 年に 1 度の頻度で実地指導を行っている。報告された事故によっては監査が必要と判断される場合があり、監査は県と市区町村どちらの職員がうかがってもよいとされている。合同で行うこともあるが、各々で訪問することが多い。

④ 研修等の取り組み

集団指導を年に1度春ごろに行っている。誤嚥の事故発生が多かった年には、事故防止の啓発として注意喚起と指導を行っていた。

⑤ 事故情報収集・分析・再発防止の仕組みに対する要望、ご意見

「現在事故対策は各施設の取り組みに任せている。事故防止の一助となるマニュアルの参考資料のようなものがほしい。」「全国的な事故の状況や対策を知ることで県の対応についても検討できるとよい。」「上記に対して、現在検討している機構のシステムは有用であると思う。分析についても考慮されているという点もありがたい。」「web 経由の事故報告に関して老健は問題ないと思う。有料老人ホームについても基本的には対応可能だと思うが、全施設は難しい可能性もある。」といった意見・要望がきかれた。

⑥ 市区町村や県との連携

事故に関して苦情等の対応が必要なときに市区町村と連絡をとることはあるが、収集した事故情報のデータのやりとりは行っていない。近隣や他都道府県と事故情報に関する情報交換・連携はない。

警察が関与する必要がある事例は、指導監査課が対応を行っている。

研修の資料を作成する際に、参考とした資料について全老健に問合せで承諾を得ることはあるが、それ以外のやりとりや連携はない。

⑦ その他

「利用者とのトラブルに対して、県が介入することがあるが難しい。他の県がどのように対応を行っているのかを知りたい。」という意見があった。

【G 県 基本データ】*数値は、概数を示す。

所在地：北海道・東北地方

人口：190 万人

高齢化率：29%

介護施設総数：3,800 施設

－ 入所型介護施設：650 施設

－ 特定施設：60 施設

介護施設入所定員

－ 入所型介護施設：22,500 人

－ 特定施設：3,000 人

介護職員数（常勤換算人数）：20,500 人

－ 75 歳以上1千人あたり人員数：71 人

8) H市

① H市の概要

H市はG県内北部に位置する中核市であり、主に盆地と外周の山岳・丘陵地域で形成されている。人口およそ29万人（高齢化率29%）を擁している。介護事業所の事故情報収集に関する事業は健康福祉部長寿福祉課介護給付係が担っている。

② 事故報告の仕組み

中核市移行以前は地域密着型サービスのみが管轄であったが、地域密着型サービス以外の事業所もH市の管轄となった。そのため本年度は県からの引継ぎが主となり、事故対応や研修会の開催等についてはこれから取り組む課題の1つとしている。

事故報告の対象施設はH市内に所在している事業所あるいは保険者がH市の利用者が入居している施設である。報告対象の事故内容としては、負傷は医療機関を受診したものを対象としている。

各事業所からは月に20-30件、年間で300-400件の事故が報告されている。中核市となってから対象施設が増加したため、報告数が増加した。発生頻度は転倒転落による骨折が最も多く、次に裂傷となっている。誤嚥はあるが、誤薬は医療機関の受診が少ないためか報告は少ない。

事故発生後はまず電話で一報を行い、後日報告書を作成し提出する。事故の報告は窓口直接持ってきてもらい、直接事故の内容について説明を受けて内容を確認する。内容確認の時間はおよそ5分程度である。事故について把握はしているが、対応までは行えていない。

県と県内の市区町村それぞれ異なる様式の報告書を使用していると、県内市区町村とも統一性があるかは不明であった。

③ 実地指導の状況

地域密着型サービス事業所に対しての実地指導は行っているが、新規に指導対象となった一部施設については今年の実地指導は行っていない。

実地指導の際には事故報告よりもヒヤリ・ハット報告書を確認している。事故が続いているような施設があれば対応が必要となるが、これまでにそういった事例はない。不適切なケアについては通報があり、対応として任意調査を行っている。年に2-3件ほどあり、家族が通報する場合や事業者が警察に通報する場合もある。

④ 研修等の取り組み

中核市に移行したばかりであったためH市主催では開催しておらず、県が主催する研修会に参加するよう各施設に依頼をした。

今後は研修についても検討し取り組んでいく予定である。

⑤ 事故情報収集・分析・再発防止の仕組みに対する要望、ご意見

「検討中のシステムについてあるとよいと思うが、どこが主体となるのかが気になる。専門的な知識がないところが主体となることは難しく、介護保険を理解しているところがよいのではないかと思う。」「web 経由とのことだが、ハード面の整備が心配である。実際メールを使うことができない施設が全体の 2-3 割ほどあるように思う。」という意見・要望が聞かれた。

⑥ 市区町村や県との連携

中核市移行に伴う引き継ぎや研修会等関わりの際に県とやりとりをした。事故事例については、重要なケースは県に報告を行うこととなっている。他の市区町村との連携はなく、問合せ等がくることもない。

⑦ その他

「県や国に対しての要望は特にはない。問い合わせると対応してもらえている。」「介護保険については頻回に変更があるため、対応が大変である。」「サービス付き高齢者住宅についても形態が様々であり、取り扱いが難しい。」「行政として事故に関してどこまで対応したらよいか疑問である。医師の書面や診断は信頼できるという判断なのか、疑ってもよいのかかわからない。また、転倒・骨折が多くてもどのようなアドバイスができるか。認知症の場合は特に想定できず、夜間の発生が多い。」という内容が聞かれた。

【H 市 基本データ】*数値は、概数を示す。

所在地：北海道・東北地方

人口：29 万人

高齢化率：29%

介護施設総数：580 施設

－ 入所型介護施設：90 施設

－ 特定施設：10 施設

介護施設入所定員

－ 入所型介護施設：3,000 人

－ 特定施設：640 人

介護職員数（常勤換算人数）：3,400 人

－ 75 歳以上 1 千人あたり人員数：76 人

9) I 県

① I 県の概要

I 県は人口およそ 140 万人を擁しており、2018 年に高齢化率 21%となり超高齢社会の水準に達した。2013 年に県庁所在地である市が中核市に移行した。介護事業所関連の事故情報の収集事業は、子供生活福祉部高齢者福祉介護課が担っている。

② 事故報告の仕組み

事業所は市区町村に事故の報告を行うようになっており、県は市区町村を経由して事故情報を収集している。

市区町村から報告をうける事故は、死亡事故や重篤な事故の場合に限っており、市区町村に報告された全ての事故情報を収集しているのではない。

報告を受けた事例（虐待等を除く）に対して、供覧は行うが委員会等を立ち上げて話し合う等を行っていない。

県の要領(平成 14 年施行、平成 19 年改定)を市区町村や事業所に周知することで統一している。報告書の書式についても県内で統一されている。

誤薬として落薬や下剤の飲ませ忘れなどを報告することとはしていない。

中核市も死亡事故等を報告する対象となっている。

県に報告される事故件数は年間で一桁である。老健からの各市区町村への事故報告件数の総計は 40 件前後、指定サービス事業所全体では、約 2000 件の事故報告がある。自殺も報告事例の対象となる。死亡事故の場合は、窒息や転倒による外傷等があった。

③ 実地指導の状況

中核市以外は県が担当して実地指導を行っている。

6 年に 1 回を目途に実地指導を行っているが、間隔があいている施設もある。事故報告が頻回であったり、虐待の通報があったりする施設の場合は訪問間隔が短くなる場合がある。

職員 4 名ほどで訪問している。通所サービスなどは福祉事務所職員が担当しているため、県職員が訪問するのは老健、特養、介護療養型、介護医療院、特定施設である。

実地指導時に事故報告をしていないことが明らかになることがある。ヒヤリ・ハットと事故の区別ができていない事業所も多く、定義(区分)をどうするかが悩ましいところである。施設内で事故を報告する仕組みはあ

る。事故原因について問うよりも、発生した事故に対して改善策をどのようにするかという点で施設職員に話を聞いている。

④ 研修等の取り組み

施設や市区町村に対して集団指導を行っている。

⑤ 事故情報収集・分析・再発防止の仕組みに対する要望、ご意見

「報告の仕組みとしては一本化したほうがよいと思う。」「病院であれば成立すると思うが、介護施設は大小さまざまであり、任意だとあまり入力がないような気がする。」「入力すると加算がつく VISIT への入力率もそこまでよくない。」「加算対象が増えると利用者の負担も増えるためそこも懸念される。」「国民健康保険団体連合会（国保連）が事故データを収集して対応するのがよいのではないか。医療や介護等のデータを持っているため分析がいろいろできるのではないか。」という意見・要望があった。

⑥ 市区町村や県との連携

市区町村に対する実地指導・合同指導を毎年 2 つの保険者ごとに行っている。地域密着型サービスや居宅サービスに対してどのように指導しているのかを確認し、必要に合わせて指導を行っている。

I 県の老健協会とは情報共有を行い、密にコミュニケーションをとっている。老健協会主催の大会にも参加している。

⑦ その他

家族と事業所がもめている場合には、県は介入していない。

身体拘束ゼロの取り組みにより事故件数が増えるということはなく、事故件数が変わらない、あるいは減ったということを示すことができればよいと考えている。

【I 県 基本データ】*数値は、概数を示す。

所在地：九州・沖縄地方

人口：140 万人

高齢化率：21%

介護施設総数：2,300 施設

－ 入所型介護施設：300 施設

－ 特定施設：30 施設

介護施設入所定員数

－ 入所型介護施設：10,100 人

－ 特定施設：1,700 人

介護職員数（常勤換算人数）：12,400 人
－ 75 歳以上 1 千人あたり人員数：85 人

10) J市

① J市の概要

J市は所在するI県南部と中部の堺に位置する市である。人口およそ11万人を擁し、高齢化率は17%である。中核市と隣接しており、人口増加が著しい市である。介護事業所における事故情報収集に関する事業は福祉健康部生き生き高齢支援課が担っている。

② 事故報告の仕組み

第一報はFAXで当日あるいは翌日に提出することとなっている。その後、状況が落ち着いたら経過報告も含めて1ヶ月程度で正式な様式を提出してもらっている。報告書は介護給付係、ケアプラン担当、レセプト担当で回覧している。内容に不備があったり正式な報告の提出が遅れていたりする場合は電話で確認している。

年間50-70件の報告があり、そのうち半数が転倒である。

65歳以上人口が2万人程の中で、約3000人が介護サービスを利用している。そのうち500人が介護保険施設にいる。在宅には本当の自宅と有料老人ホームが混ざっている。

③ 実地指導の状況

実地指導は地域密着型の施設が対象のため老健等を実施していない。

④ 研修等の取り組み

注意喚起、再発防止策の共有のために実際に報告された事例を集団指導の際に資料とすることはある。

⑤ 事故情報収集・分析・再発防止の仕組みに対する要望、ご意見

「施設にとっては二重の報告は手間だと思う。保険者からこのシステムに報告（登録）するようにしてはどうか。」「小規模の事業者はweb環境がないこともある。メールも難しい（見てもらえないことがある）。」「インターネットを使えるのは管理者だけ」ということもある。」「現場の介護スタッフはパソコンの前にいる時間が短い（忙しい）。」「LINEなら見ると思う。」といった意見・要望が聞かれた。

⑥ 市区町村や県との連携

制度上、死亡事例、後遺症がある事例は県へ報告することとなっているがそのような事例の発生がないため、市から県への報告はない。

市から県の国保連に報告をしており、国保連でまとめを作っている。

近隣の市で介護給付係の自主的な介護報酬研究会があり、年４回開催している。幹事を各市が持ち回りでしており、内容によっては県からもオブザーバとして参加することがある。介護報酬についての見解が市によって異ならないように整合性を取るために行っている。

⑦ その他

「介護計画のスパンが３年は短すぎる。計画を作るので手一杯となっ
てしまい結果の評価ができない。３年ごとにニーズ調査を行なっている
が、そんなに頻繁にニーズが変わるのか。」「健康寿命を延ばすために、予
防や健診に力を入れたい。」「保険料の算定に関するクレームが多い。算定
基準は世帯年収のため、本人の年収が低くても世帯年収が高ければ年金か
らその額が天引きされる。」「離島からＪ市に転居した場合、最初は独居で
も高齢になってくると家族が島から移ってくることもある。しかし、届出
上は独居になっていることもあり、その場合は独居の世帯年収が算定基準
になってしまう。」「離島からＪ市に転入してきて、一度住民票を移してか
ら施設に入所される例もある。その場合はＪ市が保険者になる。」といっ
た内容が聞かれた。

【Ｊ市 基本データ】*数値は、概数を示す。

所在地：九州・沖縄地方

人口：11 万人

高齢化率：17%

介護施設総数：130 施設

- 入所型介護施設：16 施設
- 特定施設：3 施設

介護施設入所定員

- 入所型介護施設：420 人
- 特定施設：260 人

介護職員数（常勤換算人数）：745 人

- 75 歳以上 1 千人あたり人員数：78 人

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

在宅・介護施設等における医療的ケアに関連する事故情報の収集システムの仕様の提案

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長）

研究分担者 後 信（公益財団法人日本医療機能評価機構 執行理事）

研究要旨：

介護保険の仕組みの中で、介護事業者は事故が発生した場合は保険者である市(区)町村に報告することが義務付けられているが、各自治体において報告対象とする事故の種別や範囲、報告様式が様々であることがわかっている。一方、医療機関において発生した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の医療事故情報収集等事業や医療安全調査機構の実施する医療事故情報報告制度があり、全国的に共通の様式で情報の収集が行われている。介護事業所において発生する事故についても、医療機関と同様に全国的な事故情報収集の仕組みがあれば、報告された事例をもとに原因分析や再発防止について検討することにより、発生頻度の高い事故について再発防止策を共有できるだけでなく、発生頻度の少ない事例について予防策を共有したり、報告された事例をもとにした介護事業所職員の教育・研修に資する情報をフィードバックしたりすることができるようになる。

本研究では、「介護事故情報収集システム(仮称)」の仕様の検討を通じて、介護事故情報収集の共通項目案を策定するとともに、介護事故情報収集の基本的な枠組みを取りまとめた。今後、本研究で策定した共通項目案を用いて試行的に事故情報を収集することにより、および介護事故情報収集の仕組みの実効可能性を評価する。

A. 研究背景・目的

介護事業所において事故が発生した場合、保険者である市(区)町村に報告することが介護保険の仕組みとして義務付けられている(以下「介護保険における事故報告制度」と呼ぶ)。地方自治体および介護老人保健施設へのヒアリングを通じて、この報告制度の実態を調査したところ、「自治体によって報告対象とする事故の種別や基準が異なる」「市区町村に報告された情報が都道府県で集約されていない場合がある」「紙ベースでの報告のため、報告された事例のデータ化が自治体職員の負担

となっている」等の課題が明らかとなった。また、介護保険における事故報告制度では、自治体の担当課に医療職が配置されているとは限らないこともあり、再発防止を目的として謳っているものの、収集された事故情報が十分に分析・活用されているとはいえない状況があることが明らかとなった。

一方、公益財団法人日本医療機能評価機構では、医療機関から報告された医療事故情報やヒヤリ・ハット事例を分析し提供することにより、医療機関が医療安全対策に有用な情報を共有するとともに、国民に対して情報を

公開することを通じて、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的として、2004年度から医療事故情報収集等事業を運営している。

医療事故情報収集等事業は、医療事故情報収集・分析・提供事業とヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業からなる。このうち、医療事故情報収集・分析・提供事業には、医療法施行規則により参加を義務付けられた「報告義務対象医療機関」(①国立研究開発法人および国立ハンセン病療養所、②独立行政法人国立病院機構の開設する病院、③学校教育法に基づく大学の附属施設である病院(病院分院を除く)、④特定機能病院)とそれ以外の「参加登録申請医療機関」(診療所や歯科診療所を含む)が参加しており、2018年12月31日現在、ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業参加医療機関(すべて任意参加)と合わせて合計1,502施設が参加している。2018年に報告された医療事故情報は4,565件であった。

医療事故情報収集等事業では、これらの参加医療機関から報告された医療事故情報・ヒヤリ・ハット事例についてテーマを決めて分析を行っており、その結果を四半期ごとの報告書、年報、月次の「医療安全情報」として公表している。

我々は、医療事故情報収集等事業の経験を踏まえ、現在は全貌を把握することが難しい介護施設における事故についても、全国的に共通のフォーマットで事故情報をインターネット経由で収集できる「介護事故情報収集システム(仮称)」を運用することにより、再発防止策だけでなく職員の教育研修に資する情報を提供できるようになると考えた。本研究では、介護の安全や質の向上に資する情報を提供できる環境を整備するため、「介護事故情報収集システム(仮称)」の構築に向けて基本的な仕様について検討を行った。

B. 研究方法および結果

(1) 収集する事故情報のフォーマットの検討

介護保険制度のなかで地方自治体が策定している事故情報報告様式を複数収集し、共通フォーマット案を策定した(表1)。

一般的な自治体の報告様式では、発生した事故の対象となった利用者について、住所・氏名・年齢のほか、介護保険の被保険者番号等を記載することとなっているものがほとんどであったが、本研究で検討する「介護事故情報収集システム(仮称)」においては、情報収集の目的が発生した事故の原因分析・再発防止であるため、対象者の個人情報是不要とした。

一方、一般的な自治体の報告様式では当該利用者の要介護度のみを記載することとなっているが、原因分析や再発防止策を検討するうえでは当該利用者の自立度や基礎疾患の情報も重要であると考え、①障害高齢者の日常生活自立度、②認知症高齢者の日常生活自立度の2点についても報告できるようにした。

また、原因分析・再発防止の検討を行うことを想定し、一般的な自治体の報告様式の「事故の種別」のカテゴリを見直し、「事故の種別」に加えて「事故の影響」と「被害の程度」を収集できるようにした。「被害の程度」は、国立大学附属病院医療安全協議会が定めたインシデント影響度分類をもとにレベル分類を行うこととした。

介護事業所が報告する「原因分析」欄については、ヒアリングを行った地方自治体のうちF県の「第2報」の書式を参考に、「利用者の行動(本人要因)」「職員の対応(職員要因)」「設備等(環境要因)」に分けて記載できるようにした。また、「再発防止」については、「手順の変更点」「設備の変更・導入」「その他の対応」に分けて記載できるように欄を設けたほか、「再発防止策の評価時期およ

び結果」を記載できる欄を設け、各施設等で することを促す仕組みとした。
立案された再発防止策を一定期間後に評価

表 1. 「介護事故情報収集システム(仮称)」 報告項目一覧

No.	設問	回答形式	回答
A 施設情報(ユーザ登録時)			
1	所在地	選択	都道府県を選択
2	サービスの種類	選択	介護サービスから選択
3	施設類型(老健の場合)	選択	「超強化型」「在宅強化型」等を選択
4	利用者定員	数値	実数
5	職員数	数値	実数
B 利用者情報			
1	年齢	数値	実数
2	性別	選択	
3	障害高齢者の日常生活自立度	選択	
4	認知症高齢者の日常生活自立度	選択	
5	要介護度	選択	
C 事故の概要			
1	発生日時	数値	
2	曜日	選択	
3	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
4-1	当事者(職員)属性：職種	選択	
4-2	当事者(職員)属性：職種経験年数	数値	
4-3	当事者(職員)属性：施設経験年数	数値	
5-1	発見者属性：職種	選択	
5-2	発見者属性：職種経験年数	数値	
5-3	発見者属性：施設経験年数	数値	
6	被害の程度	選択	レベル 0、1、2、3a、3b、4、5
7	事故の種別	選択	転倒・転落、誤嚥、異食、褥瘡、離設、誤薬・薬剤、ドレーン・チューブ、医療機器・介護機器等、感染、療養上の世話、職員の不祥事、利用者間のトラブル、その他
8	発生状況	選択	介護中、利用者単独時、職員の目視下、その他

No.	設問	回答形式	回答
9	発生・発見時の状況および対応	記述式	
10	救急搬送の有無	選択	
11-1	医療機関受診の有無	選択	
11-2	診察結果	選択	入院、治療・処置、検査、その他
12	事故の影響	選択	骨折、打撲・捻挫・脱臼、外傷、熱傷、窒息、肺炎、溺水、その他
D 原因分析			
1	利用者の行動(本人要因)	記述式	
2	職員の対応(職員要因)	記述式	
3	設備等(環境要因)	記述式	
E 再発防止策			
1	手順の変更点	記述式	
2	設備の変更・導入	記述式	
3	その他の対応	記述式	
4	再発防止策の評価時期および結果	記述式	

(2) 介護事故情報収集システム(仮称)の仕様の検討

仕様書作成についてシステム開発業者を選定し、当該業者を交えて介護事故情報収集システム(仮称)への介護施設の登録、事故情報の報告、事故情報の公開および検索等のフローについて検討を行った。

介護事故情報収集システム(仮称)については、以下の想定で仕様書を作成した。

- 「介護事故情報収集・分析システム(仮称)」と「介護事故情報ホームページ(仮称)」の二つから構成される。
- 主なユーザは介護事業所(介護施設等)の職員を想定し、運営組織がユーザの管理および事故情報を管理する。
- 収集の対象は「医療機関を受診し処置を行った事例(レベル 3a 以上)」を対象とする。
- 報告された事故情報については報告した介護事業者の情報と切り離し、内容(本文)からも施設情報等をマスキングして公開することにより、参加している介護事業者(施設)以外の自治体職員や一般の方も検索できるようにする。

キングして公開することにより、参加している介護事業者(施設)以外の自治体職員や一般の方も検索できるようにする。

- 運営組織事務局用の機能として、指定した期間に報告された事例の件数を種別ごとに集計できる機能をもたせることにより、年報等に掲載する集計件数を簡便に算出できるようにする。
- セキュリティ対策として UTM (Unified Threat Management: 統合脅威管理)およびアンチウィルスソフトを組み合わせる。
- 非機能要件については独立行政法人情報処理推進機構が作成している「非機能要求グレード 2018 活用シート」を用いて検討を行い、原則として「社会的影響がほとんどないシステム」または「社会的影響が限定されるシステム」の推奨レベルに

準拠した内容で定義し、仕様書とした。

(倫理面への配慮)

介護事故情報収集システム(仮称)については、事故の対象となった利用者の個人情報収集をしないことにより、倫理的な課題が生じないよう配慮している。また、報告された事故情報のサーバについては、情報の漏洩等が生じないよう高いレベルでセキュリティ対策を実施することとしている。さらに、公開する事故情報には当該介護事業者(施設)の情報を切り離すことにより、検索された事故事例からその事故が発生した介護施設や対象となった利用者を特定できないようにする。

C. 考察

介護施設において発生する事故の情報は、現状では介護保険制度のしくみとして保険者である地方自治体に報告されているが、報告対象となる事故の種別や範囲(事故の度合い)は自治体によってさまざまであること、介護施設から報告された事故事例の活用状況も自治体によってさまざまであり、都道府県レベルでの集計が公表されていなかったり、介護施設にフィードバックされていなかったりすることが、ヒアリング調査等で明らかとなっている。

また、自治体の担当者は事務職であることが多く、報告された事例を分析したり報告された事例をもとに教育研修に資する資料を作成したりすることは難しいと言える。さらに、自治体に報告された事故情報について、自治体に開示請求があった場合は開示義務があるほか、保険者である自治体への報告には、報告の心理的障壁が存在することが推測される。

このような状況の中で、介護の場面で発生する事故の情報を全国レベルで一元的に収集する方法としては、介護事業所から自治体へ

の報告とは別の任意の仕組みとして第三者機関へ事故情報を報告する仕組みである介護事故情報収集システム(仮称)を新たに構築し、第三者機関である運営組織において有識者や専門家が収集された事例の原因分析・再発防止に関する検討を行い、その結果を公表するという、医療事故情報収集等事業に類する仕組みが考えられる。このフローの場合、介護事業所職員の業務負担が増えるというデメリットがあるため、自治体に報告された事故情報を自治体から全国規模の介護事故情報収集システム(仮称)に報告するフローも考えられるが、自治体ごとに収集している事故の種別や範囲にばらつきがあること、介護事故情報の報告制度について各自治体が定めている条例等の中に自治体に提出された事故情報の二次利用に関する規定がないことから、自治体を経由した報告のフローよりも介護事業所から直接報告するフローのほうがスムーズに介護事故情報収集の仕組みを立ち上げられるのではないかと考える。

一方、報告する事故情報の種別および範囲については研究班のなかでも議論があった。特に「感染」を事故とするかどうかや被害の程度をレベル分類して報告するのがよいかどうか、等の点である。感染を事故とすることについて違和感があるメンバーもいたが、自治体への事故報告様式のほとんどに「感染」の選択肢があること、研究協力者のなかから「感染についても収集したほうがよい」との意見があったことから、今回の仕様書のなかでは感染を事故の一種別として収集することとした。また、被害の程度をレベル分類して報告することについては、医療事故情報収集等事業では報告項目にレベル分類は含まれていないことから、レベル分類ではなく「死亡」「重篤な障害が残った」等の文言での選択肢としたほうがよいとの意見もあった。本研究で作成した報告項目(表1)ではレベル分類での報告を採用しているが、実際にシステムを

構築する場合に再度検討する余地があるかもしれない。

さらに、自施設で報告した事故事例を施設内での検討や自治体への報告に活用できるよう、PDF形式で帳票出力できる機能をもたせるかどうかについても議論があったが、報告されたデータと報告した介護施設の情報は検索用データベース上では切り離して格納されること、および自治体での報告書式が統一されていないことから、今回の仕様書の中では優先度の低い機能として扱うこととした。

本研究では、介護老人保健施設へのヒアリング調査の結果をもとに介護事故情報収集システム(仮称)について検討を行ったが、介護事業所は多岐にわたっており、介護事業所の種別によって職員の職種や配置人数等にも大きな違いがある。介護老人保健施設以外の介護事業所における介護事故情報収集システム(仮称)を通じた事故報告の実現可能性についてはさらなる検証が必要である。

D. 結論

本研究では、介護現場で発生する事故情報の全国的な収集の仕組みとして「介護事故情

報収集システム(仮称)」を構築することにより、個別の施設や自治体では収集が難しい多数の事故事例について原因分析・再発防止策を検討でき、介護現場の安全・質の向上に資する情報を提供できるのではと考え、介護事故情報収集システム(仮称)について仕様書を作成した。介護事故情報収集システム(仮称)の構築には至っていないが、今後、本研究で策定した介護事故報告フォーマットを用いた事故事例収集を試行的に実施することにより、上記仮説の検証、原因分析・再発防止の検討を進めていく予定である。

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

H. 知的財産権の出願・登録状況

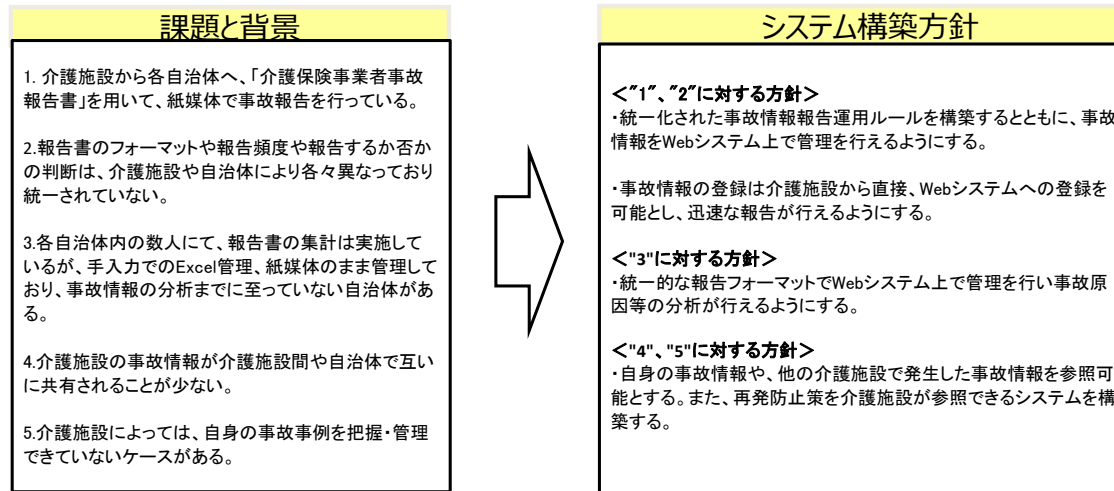
なし

「介護事故情報収集システム(仮称)」

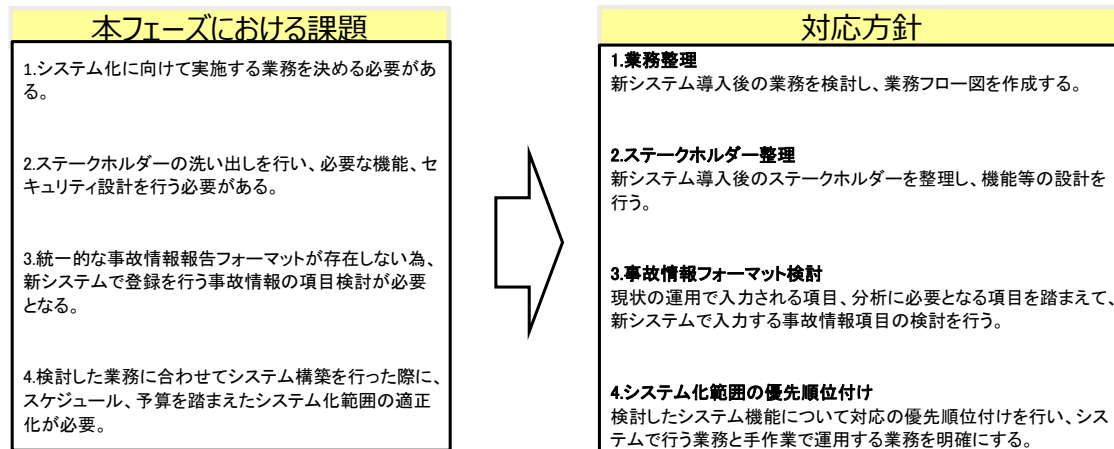
システム仕様書（抜粋）

SA-1	システム化背景、課題	システム名	サブシステム名	コンポーネント・サービス名		作成/更新日	作成者	通番
		介護施設向け事故情報収集・分析システム	共通	—	新規	2019/3/22	MDIS 青木	0010
					更新			

介護施設における事故発生時の運用業務の抱える課題と背景から、以下のとおりシステムを構築する。



本フェーズで対応すべき課題と対応方針は以下のとおり。



SA	システム概要	システム名	サブシステム名	コンポーネント・サービス名		作成/更新日	作成者	連絡
		介護施設向け事故情報収集・分析システム	共通	－	新規	2019/3/22	MDIS 青木	0010
					更新			

No	システム分類	システム機能	機能の説明	システム化優先度	システム化にあたる見解
1	介護事故情報収集・分析システム	システム認証機能	システム利用にあたり、認証を行い、登録されたユーザのみ利用可能とする機能	○	利用ユーザが限定されるため、セキュリティ上システム化は必須となります。
2	介護事故情報収集・分析システム 介護事故情報ホームページ	メニュー表示機能	各画面(ログイン、事故情報入力、検索画面等)に遷移するためにメニュー表示を行う機能。	○	各画面に遷移するためにシステム化は必須となります。
3	介護事故情報収集・分析システム	ユーザー登録機能	本システムを利用するユーザーの登録を行う機能。 利用者は仮登録、運営組織は仮登録されたユーザー情報の承認を行う際に使用する。	○	本システムは登録されたユーザーのみ利用可能としている為、システム化は必須となります。
4	介護事故情報収集・分析システム	管理者機能	運営組織(管理者)用として、ユーザー登録承認、事故情報登録承認が発生した場合のユーザー登録承認依頼が発生した場合のタスク管理を行う機能。	○	依頼が多数発生した場合に対応漏れを防ぐための機能となります。
5	介護事故情報収集・分析システム	事故情報の入力機能	介護施設の事故情報をシステム上で入力する機能。 また、CSVインポート機能で事故情報を一括でシステムへ入力可能とする。	○	・入力項目を確定することができればシステム化は可能となります。 ・CSVフォーマット、データ量が確定することができればシステム化は可能となります。
6	介護事故情報収集・分析システム	事故情報の承認機能	介護施設の事故情報を運営組織が承認する機能。 承認後、各介護施設にて事故情報が検索可能となる。	○	事故情報の内容に不備があった場合、運営組織側で事故情報の修正を行う。
7	介護事故情報収集・分析システム	事故情報の検索機能	「事故情報の入力機能」で入力された事故情報の検索を行う機能。検索結果はオンラインシステム画面上で一覧表示を可能とする。 検索対象は、一時保存された事故情報、承認済み、または差し戻された事故情報とする。	○	・入力した介護施設の事故情報を参照する際に、検索機能があると利便性が高くなります。 ・運営組織、介護施設ユーザが利用する機能となります。
8	介護事故情報収集・分析システム	事故情報のCSV出力機能	「事故情報の入力機能」で入力された事故情報をオンラインシステムからCSV形式でデータ出力する機能。対象の事故情報はNo.7の検索機能で絞り込んだ結果とする。	○	出力フォーマット(CSVフォーマット)を確定することができればシステム化は可能となります。
9	介護事故情報収集・分析システム	事故情報の帳票出力機能	「事故情報の入力機能」で入力された事故情報をオンラインシステムからPDF(報告書フォーマット)で出力する。1事故情報に対してA4サイズ1枚で出力する。	×	・帳票レイアウトを確定することができればシステム化は可能となります。 ・各自治体により、報告書フォーマットが異なり、柔軟に対応することが困難であるため、優先度は、×となります。
10	介護事故情報収集・分析システム	データ集計機能	入力した介護施設の事故情報を事故分類で分けし、集計(表、グラフ化)を行う機能	△	集計を行うことは可能ですが、集計方法の希望により、費用が上がる可能性があるため、検討した結果により、集計方法を取捨選択する可能性があります。
11	介護事故情報収集・分析システム	メール送信機能	ユーザー登録業務において、仮登録完了、登録完了、介護施設への連絡等のタイミングで利用者または運営組織へ通知を行う機能	○	ユーザー登録を運営組織で承認する必要がある為、タイムリーな対応するためにシステム化は必要となります。 メールサーバを構築する必要がありますので、費用がかかります。
12	介護事故情報ホームページ	データ集計結果、分析結果、再発防止策展開機能	データ集計結果、分析結果、再発防止策を各介護施設、自治体に展開する機能。(ホームページを作成し、展開する想定)	○	Webシステムとは別にホームページの構築が必要となります。 サーバにホームページ専用のソフトウェア(CMS)をインストールすることで運営組織にて、ブラウザ上からホームページの編集(ホームページ修正、ファイル更新、変更)を可能とする想定です。
13	介護事故情報ホームページ	承認済み事故情報の検索機能	運営組織で承認された事故情報を対象に検索を行う機能(未承認の事故情報については公開しない想定)	○	事故情報を一般公開するために、運営組織側で情報を必要に応じてマスクする必要があります。

SA	システム鳥瞰図	システム名	サブシステム名	コンポーネントサービス名	作成/更新日	作成者	通称
		介護施設向け事故情報収集・	共通	—		MDIS 青木	

<前提>

- ・本番環境のシステム構成図となります。(テスト環境は別途必要となります。)
- ・ハードウェア、ミドルウェア、ソフトウェア等の各種選定は要件定義では対象外とします
- ・バックアップサーバ、LTOテープドライブ、DBのディスクアレイ装置、保守用ルータは、障害が発生した場合でも直ちに業務影響が発生しないため、冗長化対象外としております。
- ・セキュリティについては、「ネットワークセキュリティ」シート、「セキュリティソフト」シートで推奨させて頂いている方針での構成としております。

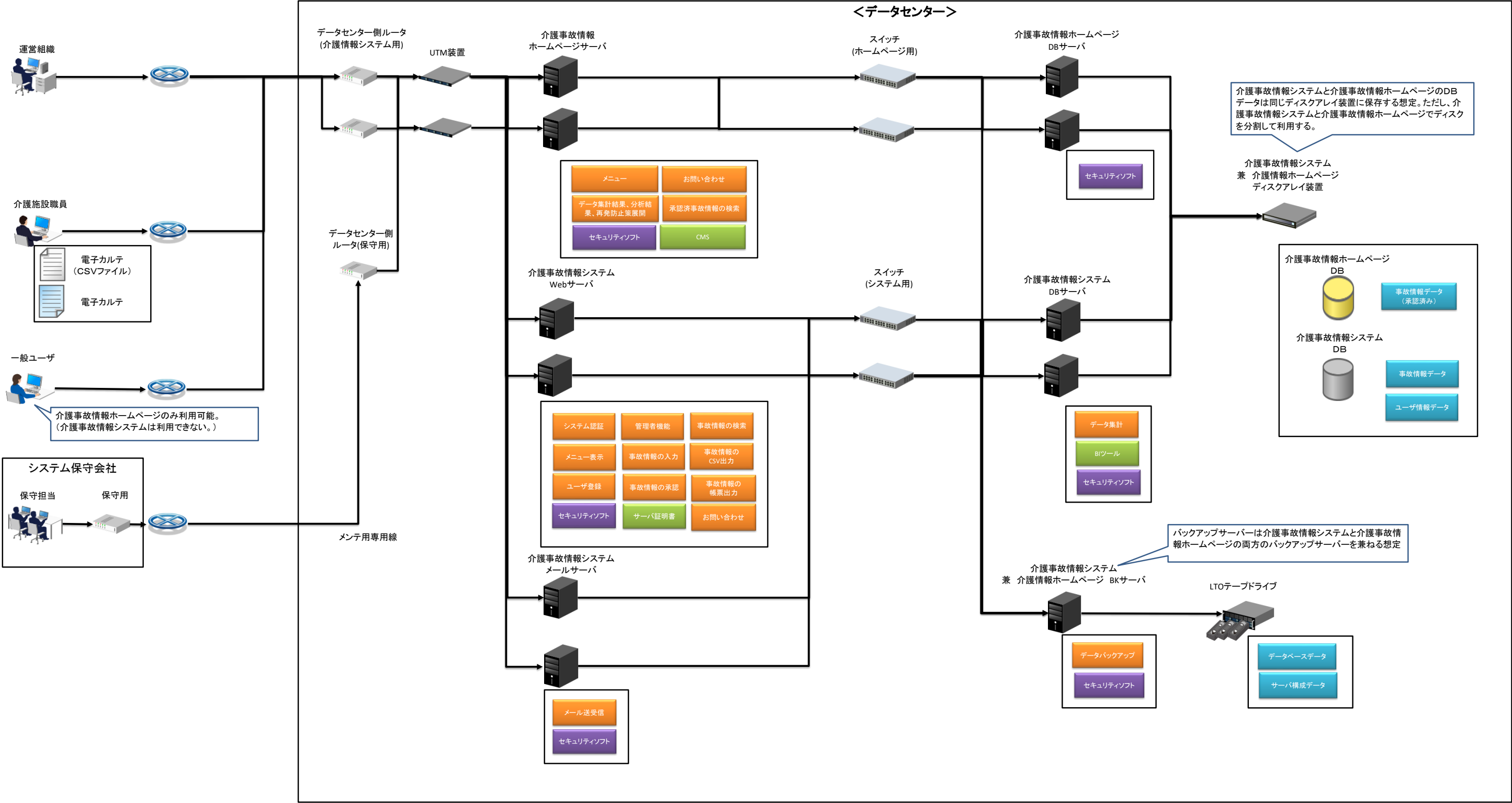
<凡例>

機能

データ・ファイル

ソフトウェア・ツール

セキュリティソフト



SA	データ項目一覧	システム名	サブシステム名	コンポーネント・サービス名		作成/更新日	作成者	通番
		介護施設向け事故情報収集・分析システム	共通	-	新規	2019/3/22	MDIS 青木	
					更新			

前提

・入力項目、ラベル表示項目のみとなります。(ボタンは含まれておりません)

凡例

No	項目分類	項目名	桁数(バイト)	要素	画面名(Webシステム)																												画面名(ホームページ)										備考																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
					事故情報 －ログ イン	事故情報 －メニ ュー	ユーザ情報 －仮登 録	ユーザ情報 －仮登 録完 了	ユーザ情報 －検 索	ユーザ情報 －一 覧	ユーザ情報 －詳 細	ユーザ情報 －承認 完了	ユーザ情報 －却下 完了	ユーザ情報 －パ スワード 変更	ユーザ情報 －パ スワード 確認	ユーザ情報 －登 録 修正	ユーザ情報 －登 録 修正 完了	ユーザ情報 －登 録 情報	タ ス ク 一 覧	事故情報 －登録	(CSVイン ポート) －登録	事故情報 －登録エ ラー	事故情報 －登録確 認	事故情報 －登録完 了	事故情報 －承認一 覧	事故情報 －承認詳 細	事故情報 －承認完 了	事故情報 －却下完 了	事故情報 －検 索	事故情報 －一 覧	事故情報 －詳 細	事故情報 －集 計	介護施設 への連絡	介護施設 宛先検 索	介護施設 への連絡	メニュー	集計結果 －一覧	参加登録 介護施設 －一覧	都道府 県別参加 登録介 護施設 －一覧	事例検 索	事例一 覧	事例詳 細		利用ガイ ド	お問 い 合 わ せ																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
1	ログイン情報	ログインID	50	-	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

SA		データ項目一覧			システム名	サブシステム名																	コンポーネント・サービス名										新規	作成/更新日		作成者		通番																															
					介護施設向け事故情報収集・分析システム																	共通																	-										更新	2019/3/22		MDIS 青木		0010															
前提 ・入力項目、ラベル表示項目のみとなります。(ボタンは含まれておりません)																														凡例																																							
No	項目分類	項目名	桁数(バイト)	要素	画面名(Webシステム)																						画面名(ホームページ)										備考																																
					事故情報 ログイン	事故情報 メニュー	ユーザ情報 仮登録完了	ユーザ情報 検索	ユーザ情報 一覧	ユーザ情報 詳細	ユーザ情報 承認完了	ユーザ情報 却下完了	ユーザ情報 変更	ユーザ情報 パスワード変更完了	ユーザ情報 確認	ユーザ情報 修正	ユーザ情報 修正完了	ユーザ情報 登録情報	タスク 一覧	事故情報 登録	(CSVインポート) 事故情報 登録	(CSVインポート) 事故情報 登録エラー	事故情報 登録確認	事故情報 登録完了	事故情報 承認一覧	事故情報 承認詳細	事故情報 承認完了	事故情報 却下完了	事故情報 検索	事故情報 一覧	事故情報 詳細	事故情報 集計	介護施設への 連絡	介護施設宛 先検索	介護施設への 連絡完了	メニュー		集計結果 一覧	参加登録 介護施設 一覧	都道府県別 参加登録 介護施設 一覧	事例 検索	事例 一覧	事例 詳細	利用 ガイド	お問 い合 わせ																								
49	事故の概要	医療機関受診の有無	2	1.有 2.無	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-	●	-	-	●	-	-	○	-	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	●	-	-																										
50	事故の概要	医療機関受診の有無_診断結果	10	1.入院 2.治療・処置 3.検査 4.その他	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-	●	-	-	●	-	-	○	-	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	●	-	-																										
51	事故の概要	医療機関受診の有無_その他	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-	●	-	-	●	-	-	-	-	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	●	-	-																											
52	事故の概要	事故の影響	16	1.骨折 2.打撲・捻挫・脱臼 3.外傷 4.熱傷 5.窒息 6.肺炎 7.溺水 8.その他	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-	●	-	-	●	-	-	○	-	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	●	-	-																											
53	事故の概要	事故の影響_その他	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-	●	-	-	●	-	-	-	-	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	●	-	-																											
54	事故の概要	CSVインポート_ファイル名	518	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-	●	-	-	●	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	●	-	-																											
55	原因分析	利用者の行動(本人要因)	2000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-	●	-	-	●	-	-	-	-	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	●	-	-																											
56	原因分析	職員の対応	2000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-	●	-	-	●	-	-	-	-	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	●	-	-																											
57	原因分析	設備等(環境要因)	2000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-	●	-	-	●	-	-	-	-	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	●	-	-																											
58	再発防止策	手順の変更点	2000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-	●	-	-	●	-	-	-	-	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	●	-	-																											
59	再発防止策	設備の変更・導入	2000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-	●	-	-	●	-	-	-	-	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	●	-	-																												
60	再発防止策	その他の対応	2000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-	●	-	-	●	-	-	-	-	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	●	-	-																												
61	再発防止策	再発防止策の評価時期および結	2000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-	●	-	-	●	-	-	-	-	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	●	-	-																												
62	検索条件	期間指定_from	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																											
63	検索条件	期間指定_to	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																											
64	検索条件	全文検索キーワード1	200	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-	-																												
65	検索条件	全文検索キーワード1_条件	16	1.すべて含む 2.いずれも含まない 3.いずれかを含む	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-																											
66	検索条件	全文検索キーワード2	200	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-	-																												
67	検索条件	全文検索キーワード2_条件	16	1.すべて含む 2.いずれも含まない 3.いずれかを含む	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-	-																												
68	検索条件	全文検索キーワード3	200	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-	-																												
69	検索条件	全文検索キーワード3_条件	16	1.すべて含む 2.いずれも含まない 3.いずれかを含む	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-	-																												
70	検索結果	事例の内容	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	●	-	-	-	「発生・発見時の状況および対応」の先頭100バイトを表示																										
71	お問い合わせ情報	お名前	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-																											
72	お問い合わせ情報	メールアドレス	256	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-																										
73	お問い合わせ情報	メールアドレス(確認用)	256	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-																									
74	お問い合わせ情報	件名	200	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-																										
75	お問い合わせ情報	内容	1000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-																										
76	介護施設への連絡	送信先	-	1.全介護施設 2.宛先を手入力する	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																										
77	介護施設への連絡	送信先(メールアドレス)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	送信先に「宛先を手入力する」を選択した場合に入力可能																										
78	介護施設への連絡	メール件名	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																										
79	介護施設への連絡	メール本文	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																										

SA	画面・機能一覧	システム名	サブシステム名	コンポーネント・サービス名		作成/更新日	作成者	運営
		介護施設向け事故情報収集・分析システム	共通	－	新規	2019/03/22	MDIS 青木	0010
					更新			

○:制約無し △:自組織のみ権限								
No.	大分類	小分類	画面名	ボタン名	利用ユーザー			機能説明
					一般	介護施設	運営組織	
1	介護事故情報収集・分析システム	システム認証機能	事故情報_ログイン	ログイン	-	○	○	ID、パスワードの認証を行う。
2			事故情報_メニュー	事故情報報告	-	○	○	「事故情報_登録」画面へ遷移する。
3				事故情報検索	-	△	○	「事故情報_検索」画面へ遷移する。
4				登録情報確認	-	○	○	「事故情報_ユーザ登録情報確認」画面へ遷移する。
5				事故情報集計	-	-	○	「事故情報_集計」画面へ遷移する。
6				事故情報承認	-	-	○	「事故情報_承認一覧」画面へ遷移する。
7				ユーザ登録情報確認	-	-	○	「ユーザ情報_検索」画面へ遷移する。
8				タスク確認	-	-	○	「タスク一覧」画面へ遷移する。
9				介護施設への連絡	-	-	○	「介護施設への連絡」画面へ遷移する。
10				掲示板	-	-	○	ボタンではないが、システム利用者の通知機能。
11		ユーザ登録機能	ユーザ情報_仮登録	登録	-	○	○	仮登録情報をデータベースに保存し、運営組織へメール通知を行う
12			ユーザ情報_仮登録完了	-	-	○	○	「仮登録完了」画面にて完了した旨を表示する。
13			ユーザ情報_検索	検索	-	-	○	ユーザの検索を行う。（部分検索も可能とする）
14			ユーザ情報_一覧	詳細	-	-	○	「ユーザ情報_詳細」画面へ遷移する。
15			ユーザ情報_詳細	送信	-	-	○	仮登録した結果を承認または却下し、利用者へメール通知を行う。 承認or却下は画面上で運営組織ユーザが選択した後、「送信」ボタン押下で行う。
16			ユーザ情報_承認完了	一覧へ戻る	-	-	○	「ユーザ情報_一覧」へ遷移する。
17			ユーザ情報_却下完了	一覧へ戻る	-	-	○	「ユーザ情報_一覧」へ遷移する。
18			ユーザ情報_パスワード変更	変更	-	○	○	パスワードの変更を行う。
19			ユーザ情報_パスワード変更完了	メニューへ戻る	-	○	○	「事故情報_メニュー」へ遷移する。
20			ユーザ情報_登録情報確認	パスワード変更	-	△	○	「ユーザ情報_パスワード変更」画面へ遷移する。
21				登録情報修正	-	△	○	「ユーザ情報_登録情報修正」画面へ遷移する。
22				メニューへ戻る	-	○	○	「事故情報_メニュー」へ遷移する。
23			ユーザ情報_登録情報修正	登録	-	△	○	修正項目のみをデータベースに保存を行う。
24			ユーザ情報_登録情報修正完了	登録情報確認画面へ戻る	-	○	○	「ユーザ情報_登録情報確認」へ遷移する。
25		管理者機能	詳細	-	-	-	○	「ユーザ情報_詳細」画面へ遷移する。
26			タスク一覧	メニューへ戻る	-	-	○	「事故情報_メニュー」へ遷移する。
27		事故情報の入力機能	事故情報_登録	確認画面へ	-	○	○	「事故情報_登録確認」へ遷移する。 ※「メニュー」画面から画面遷移した際にボタン表示される。
28				承認詳細画面へ	-	-	○	「事故情報_承認詳細」画面に遷移する。 ※「事故情報_承認詳細」画面で「修正」ボタン押下した際にボタンが表示される。
29				一時保存	-	○	○	入力した時点の内容をデータベースに保存を行う。
30				CSVインポート	-	○	○	「事故情報_登録(CSVインポート)」画面へ遷移する。
31			事故情報_登録(CSVインポート)	ファイル選択	-	○	○	エスプローラの起動を行う。（ファイル選択機能）
32				登録	-	○	○	ファイル選択した内容をデータベースに保存を行う。
33			事故情報_登録エラー(CSVインポート)	CSVインポート	-	○	○	「事故情報_登録(CSVインポート)」画面へ遷移する。
34			事故情報_登録確認	一時保存	-	○	○	入力した時点の内容をデータベースに保存を行う。
35				修正	-	△	○	「事故情報_登録」へ遷移する。
36				登録	-	○	○	入力した内容をデータベースに保存を行う。
37			事故情報_登録完了	メニューへ戻る	-	○	○	「事故情報_メニュー」へ遷移する。
38		事故情報の承認機能	事故情報_承認一覧	詳細	-	-	○	「事故情報_承認詳細」画面へ遷移する。
39				メニューへ戻る	-	-	○	「事故情報_メニュー」へ遷移する。
40			事故情報_承認詳細	修正	-	-	○	「事故情報_登録」画面へ遷移する。
41				送信	-	-	○	仮登録した結果を承認または却下し、利用者へメール通知を行う。 承認or却下は画面上で運営組織ユーザが選択した後、「送信」ボタン押下で行う。
42			事故情報_却下完了	メニューへ戻る	-	-	○	「事故情報_メニュー」へ遷移する。
43		事故情報の検索機能	事故情報_承認完了	メニューへ戻る	-	-	○	「事故情報_メニュー」へ遷移する。
44			事故情報_検索	検索	-	○	○	登録した事故情報の検索を行う。（部分検索も可能とする。）
45			事故情報_一覧	詳細	-	△	○	「事故情報_詳細」画面へ遷移する。
46			事故情報_詳細	更新	-	△	○	項目を修正した場合、修正項目のみデータベースに保存を行う。
47				一覧へ戻る	-	○	○	「事故情報_一覧」画面へ遷移する。
48		事故情報のCSV出力機能		メニューへ戻る	-	○	○	「事故情報_メニュー」へ遷移する。
49			事故情報_一覧	CSVダウンロード	-	△	○	画面表示されている事故情報の内容をCSV出力する。
50		事故情報の帳票出力機能	事故情報_詳細	帳票出力	-	△	○	画面表示されている事故情報の内容を帳票出力する。
51		データ集計機能	事故情報_集計	集計結果表示	-	△	○	期間を指定し、グラフを表示する。 (詳細の条件は指定できず、一定のフォーマットで表示)
52		-	共通	ログオフ	-	○	○	画面ヘッダーにログオフボタンの表示する。
53		メール送信機能	-	-	-	-	○	ユーザ仮登録、ユーザ登録承認・却下、問い合わせ時にメール送信を行う。
54			介護施設への連絡	連絡先の選択	-	-	○	全介護施設へのメール送信と、特定の介護施設へのメール送信が選択可能。また、「介護施設宛先検索」サブ画面からユーザ登録済み介護施設を宛先に設定可能。
55				送信	-	-	○	指定された宛先にメール送信を行う。
56			介護施設宛先検索	検索	-	-	○	ユーザ登録済みの介護施設のメールアドレス検索を行う。
57				決定	-	-	○	検索結果より選択したメールアドレスを宛先として確定する。
58			介護施設への連絡完了	メニューへ戻る	-	-	○	「事故情報_メニュー」へ遷移する。

SA	画面・機能一覧	システム名	サブシステム名	コンポーネント・サービス名		作成/更新日	作成者	運営
		介護施設向け事故情報収集・分析システム	共通	－	新規	2019/03/22	MDIS 青木	0010
					更新			

○:制約無し △:自組織のみ権限

No.	大分類	小分類	画面名	ボタン名	利用ユーザー			機能説明
					一般	介護施設	運営組織	
59	介護事故情報ホームページ	メニュー表示機能	メニュー	ログイン	○	○	○	「事故情報 ログイン」画面へ遷移する。
60				ユーザ仮登録	○	○	○	「ユーザ情報 仮登録」画面へ遷移する。
61				集計表	○	○	○	「集計表」画面へ遷移する。
62				事例検索	○	○	○	「事例検索」画面へ遷移する。
63				参加登録介護施設一覧	○	○	○	「参加登録介護施設一覧」画面へ遷移する。
64				利用ガイド	○	○	○	「利用ガイド」画面へ遷移する。
65				お問い合わせ	○	○	○	「お問い合わせ」画面へ遷移する。
66		データ集計結果、分析結果、再発防止策展開機能	集計結果一覧	集計ファイルリンク表示	○	○	○	集計結果の一覧画面と集計表リンク押下で集計結果ファイル(pdf等)を表示する。
67			参加登録介護施設一覧	日本地図のリンク表示	○	○	○	都道府県を選択後、「都道府県別参加登録介護施設一覧」画面へ遷移する。
68			都道府県別参加登録介護施設一覧	－	○	○	○	選択された都道府県の参加登録介護施設一覧を表示する。
69		承認済み事故情報の検索機能	事例検索	検索	○	○	○	検索条件を入力し、運営組織で承認された事故情報を検索を行う。
70			事例一覧	詳細	○	○	○	検索結果を一覧で表示し、詳細ボタン押下した際に事例詳細を表示する。
71			事例詳細	－	○	○	○	事例詳細を表示する。
72		利用ガイド	－	マニュアルのリンク表示	○	○	○	画面上でリンク押下時にマニュアル(pdf)を表示する。
73		お問い合わせ機能	－	送信	○	○	○	ホームページに関するお問い合わせ項目内容を運営組織へメール送信を行う。

事故情報 登録

参考資料となります。画面デザイン、項目は要件定義以降で検討となります。



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

ログアウト

■事故情報 登録

■利用者情報

年齢

歳

性別

障害高齢者の日常生活自立度

認知症高齢者の日常生活自立度

要介護度

■事故の概要

発生年月日

年月日曜日

発生時間

時分頃

発生場所

当事者(職員)属性

職種

職種経験年数

年

施設経験年数

年

発見者属性

職種

職種経験年数

年

施設経験年数

年

被害の程度

レベル

事故の種類

☐転倒・転落 ☐誤嚥 ☐異食 ☐褥瘡 ☐離脱 ☐誤薬・薬剤

☐ドレーン・チューブ ☐医療機器・介護機器等 ☐感染 ☐療養上の世話

☐職員の不祥事 ☐利用者間のトラブル ☐その他

発生状況

発生・発見時の状況および対応

救急搬送の有無

医療機関受診の有無

事故の影響

☐骨折 ☐打撲・捻挫・脱臼 ☐外傷 ☐熱傷 ☐窒息 ☐肺炎 ☐溺水その他

■原因分析

利用者の行動(本人要因)

職員の対応(職員要因)

設備等(環境要因)

■再発防止策

手順の変更点

設備の変更・導入

その他対応

再発防止策の評価時期及び結果

※利用者情報・事故の概要が必須となります。

CSVインポート

一時保存

確認画面へ

公益財団法人日本医療機能評価機構
〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17東洋ビル

Copyright (C) 2009 Japan Council for Quality Health Care. All Rights Reserved.

事故情報 検索

参考資料となります。画面デザイン、項目は要件定義以降で検討となります。



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

ログアウト

■事故情報 検索

■利用者情報	
年齢	歳
性別	
障害高齢者の日常生活自立度	
認知症高齢者の日常生活自立度	
要介護度	
■事故の概要	
発生日月	年 月 日 曜日
発生時間	時 分頃
発生場所	
当事者(職員)属性	
職種	
職種経験年数	年
施設経験年数	年
発見者属性	
職種	
職種経験年数	年
施設経験年数	年
被害の程度	レベル
事故の種別	☐ 転倒・転落 ☐ 誤嚥 ☐ 異食 ☐ 褥瘡 ☐ 離脱 ☐ 誤薬・薬剤 ☐ ドレーン・チューブ ☐ 医療機器・介護機器等 ☐ 感染 ☐ 療養上の世話 ☐ 職員の不祥事 ☐ 利用者間のトラブル ☐ その他
発生状況	
救急搬送の有無	
医療機関受信の有無	
事故の影響	☐ 骨折 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☐ 外傷 ☐ 熱傷 ☐ 窒息 ☐ 肺炎 ☐ 溺水 ☐ その他

検索

公益財団法人日本医療機能評価機構
〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17東洋ビル

班会議 議事次第・出欠表

第 1 回：2018 年 7 月 11 日(水)開催

第 2 回：2019 年 1 月 28 日(月)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」 第 1 回班会議 議事次第

【開催概要】

- 日 時：2018 年 7 月 11 日(水) 10 時～12 時
- 場 所：(公財) 日本医療機能評価機構 9 階 大会議室

【議事次第】

1. 研究概要および本年度の年間計画について
2. 各団体の現状共有
3. 情報収集結果報告（市町村における収集状況、地方自治体ヒアリング等）
4. その他

＜資料＞

資料 1：研究概要

資料 2：老健施設における事故予防の取り組みについて（山野先生資料）

資料 3：医療事故情報収集等事業について（後理事資料）

資料 4：介護施設の概要および市町村等の取り組み状況について（事務局報告）

（参考資料）

参考資料 1：評価機構事業概要

参考資料 2：「医療安全情報」No. 69、No. 87、No. 132

参考資料 3：H28 年度介護保険事故報告書（世田谷区）

参考資料 4：H25 年度事例別対応集（香川県）

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」 第1回 班会議

日時:2018年7月11日(水)10時～12時

場所:公益財団法人日本医療機能評価機構 9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	鈴木 邦彦	公益社団法人日本医師会 前常任理事	欠
6	加塩 信行	医療法人社団永生会永生病院 副病院長	出
7	山野 雅弘	公益社団法人全国老人保健施設協会 管理運営委員会委員長	出
8	仲井 培雄	一般社団法人日本慢性期医療協会 常任理事	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	西嶋 康浩	介護保険データ分析室長
2	長江 翔平	老人保健施設係長
3	豊田 直史	予防係

(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	神保 勝也	評価事業審査部 副部長
5	横山 玲	評価事業推進部企画課 課長代理
6	工藤 基記	評価事業推進部企画課 部員

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」 第 2 回班会議 議事次第

【開催概要】

- 日 時：2019 年 1 月 28 日(月) 16 時～18 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. 研究概要および本年度の年間計画の修正について
2. ヒアリング調査の報告
3. システム仕様書作成について
4. 2019 年度の研究計画について
5. その他

＜資料＞

- 資料 1-1：研究概要
- 資料 1-2：変更申請書
- 資料 2-1：介護老人保健施設 ヒアリング概要
- 資料 2-2：地方自治体 ヒアリング概要
- 資料 2-3：事故/ヒヤリ・ハットの区分
- 資料 3：システム仕様書作成について
- 資料 4：2019 年度計画 概要

(参考資料)

ヒアリング結果まとめ(取扱注意)

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」 第2回 班会議

日時:2019年1月28日(月)16時～18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	欠
5	江澤 和彦	公益社団法人日本医師会 常任理事	出
6	加塩 信行	医療法人社団永生会永生病院 副病院長	出
7	山野 雅弘	公益社団法人全国老人保健施設協会 管理運営委員会委員長	出
8	仲井 培雄	一般社団法人日本慢性期医療協会 常任理事	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	木内 哲平	介護保険データ分析室長
2	長江 翔平	老人保健施設係長
3	豊田 直史	予防係

(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	神保 勝也	評価事業審査部 副部長
5	横山 玲	評価事業推進部企画課 課長代理
6	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
(H30-長寿-一般-004)

令和元年度 総括・分担研究報告書

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 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>

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

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永生病院 副院長

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

A. 研究目的

病院における医療事故については、公益財団法人日本医療機能評価機構が実施する医療事故情報収集等事業のほか、死亡事例については医療安全調査機構が行う医療事故報告制度が運用されている。一方、介護現場で事故が発生した場合は、介護保険制度の仕組みの中で保険者である自治体（主に市町村）へ報告することが義務付けられ

ている。しかし、介護保険制度での事故報告の書式や対象となる事故の範囲（定義）は自治体によって様々であるだけでなく、都道府県単位で発生件数が集計された発表されたり、報告された事故情報の概要が事故の予防や再発防止のために共有されることはほとんどなく、介護現場での事故の実態を把握することおよび発生予防・再発防止に向けた取り組みに活用することはできていない。

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

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

B. 研究方法

1. 介護事故情報収集システム（仮称）の試行

2018年度に作成した事故登録フォーマットをExcel形式で作成し、OneDriveを用いて老健から事故情報を登録いただいた。事

故登録フォーマットは別紙の通りである。対象とする事故は各施設で 2018 年度に発生した事故のうち約 2-30 件を施設で任意に抽出した。登録された事例を集約し、対象となった利用者の年代・性別・入所してから事故発生までの入所期間・事故の発生した曜日および時間帯・事故の種別および影響の大きさ・原因（本人要因・サービス要因）等の集計を行った。

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

表 1. 協力施設アンケート項目

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

2. 介護施設等ヒアリング

本研究班関係者から推薦のあった施設の

うち、ヒアリング依頼に承諾した施設を対象とした。6 都府県の老健および特養各 4 施設、介護医療院 1 施設、自治体（市町村）1 を対象に、ヒアリング調査を実施した。ヒアリング調査の項目は表 2 および 3 の通りである。介護施設については 2018 年度のヒアリング調査と同一項目、自治体については 2018 年度より項目数を減らし、より具体的な項目とした。なお、ヒアリング調査は原則として対面で実施したが、新型コロナウイルス感染症の流行拡大防止のため、一部はオンラインまたは書面での調査とした。

表 2. 介護施設ヒアリング項目

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

表 3. 自治体ヒアリング項目

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

No.	ヒアリング項目
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. 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自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ジャー協会が実施する「ケ

アリスクマネジャー資格認定」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>

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木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。							
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) アクション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) 小さなアクションで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 (環境要因)	ない	ない	ある C16～20 ⇒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、手で入力することで、手順であった。 D職員の要因は、レポートの状況からは当施設に要因を求める項目がないので、空白が多くなってしまった。	ある D-3 (環境要因)
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。						間2と同様	
1. 一定期間に報告された事故情報の集計情報	○		○	○	○	○	○
2. 他施設での再発防止の取り組み事例を紹介する資料(例：医療安全情報)	○	○	○	○	○	○	○
3. 報告した事故に対する専門家の助言等	○	○		○	○		○
4. 事故情報を登録した他の施設へ匿名で照会できる仕組み		○					

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まれますか。							
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のフィードバック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。	有用である	有用である	どちらともいえない	有用である	有用である	有用である	どちらともいえない
上記のように回答した理由をお書きください。	分析したデータを活用できる状況であれば有用である。 組織通上や事故に対する認識(だっしょうが)がないが低いと活用されないかもしれない。	当該施設では事故情報について、自施設のみの完結しており、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つ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のぞく良い機会になると思われる。	破壊や施設の取り組みなど違うので、参考にはなるが防止までにはいたらない。	他事業所が事故やひびきを分けることができるか、想定以上には被害が多いと考えられる。全体数を考えることは良いと思う。研修に参加すると、事例として事故内容や対策を知ることができても、1事例についてだけなので、全体数を知らないとと思う。	事例の情報を元に自施設での対応を検討することが出来るようなため、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感じるため。	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、情報が見られる。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。	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かは考えづらい。
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マットについて、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い。	アクシデントの発生に関しては、様々な要因が複雑に関係しているものだと考えられるが、今回、まとめで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認識できた。 事故予防対策の振り返りとなる良い機会をいただき感謝申し上げます。	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。 環境要因は自由記述のみであった。	私たちの施設で、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つて、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で事故を予防することができるとは、業務に入る、だが、業務に入つてしまつと話し合ひをする余裕もなく動いてしまつていことわられて。医療分野でついでのお知らせが待望している。大変とは思いますが、よろしくお願ひ致します。	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をしないのでさ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と感じる。だが、業務に溶フフォーマットに対する意見ではなく申し訳ありません。 フォーマット自体は法人で使用している、病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く、どの施設にも取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い

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.	事故の種別	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	0.0	0.8	0.0	57.3	7.3	51.6	0.0	12.9
2	スキントラブル	38	2.6	2.6	5.3	0.0	13.2	13.2	0.0	55.3	13.2	26.3	2.6	39.5
3	褥瘡	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	給薬・薬剤	17	5.9	0.0	5.9	0.0	5.9	5.9	29.4	5.9	5.9	0.0	0.0	64.7
5	提供食事内容間違い	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	粉傷	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12	その他療養上の世話に関する事故	73	1.4	0.0	0.0	0.0	4.1	4.1	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	50.0	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.	事故の類別	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	連絡ができて いなかった	利用者への 説明が不十分で あった(怠った)	判断を誤った	知識が不足 していた	技術・手がが 未熟だった	勤務状況が 繁忙だった	サービス提供側 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	施設の仕組み	ルールの不備	無回答
1	転倒・転落	124	129	315	0.8	0.8	13.7	5.6	21.0	1.6	4.0	10.5	0.0	0.0	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	0.0	13.2	2.6	18.4	0.0	2.6	2.6	5.3	0.0	0.0	39.5
3	降梯	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	誤薬・薬剤	17	82.4	11.8	0.0	0.0	17.6	0.0	5.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.9	11.8
5	提供食事内容間違い	5	60.0	40.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
6	誤値	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	施設	2	100.0	100.0	0.0	0.0	50.0	0.0	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	その他療養上の世話に関する事故	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	0.0	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	3	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

資料 1：介護事故情報収集フォーマット

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 II a II b III a III b 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 職員の目視下 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なになっているか、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、老健協等)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いないこと、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。

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に開催されていた。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、療養病床のときとは事故やインシデントの発生状況が異なっているとのことであり、「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ことが多いこと、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

資料 2：介護施設等ヒアリング結果まとめ

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	○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。 ○病院とは異なり、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、勤続年数が良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。	○専任の安全管理者は看護師。同法人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	○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	○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(スキンテア・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	○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) ○埼玉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	●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。	●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し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	○田中央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。	○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、事務局会は月に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	○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。	○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署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長もいる。
行政への要望	○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、苦情対策であるため、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。	○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、介護施設は収入が限られているため、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	○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。 ○委員会のメンバーは、施設長、介護職員、看護職員。	
医療・介護の質・安全に関する組織体制	○施設内に診療所の設置と届け出を行なっている。 ○嘱託医を確保している（内科：週2回半日、精神科：隔週半日） ○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。 ○歯科医院と提携し、歯科衛生士が週2回以上来園している。 ○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。 ○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。 ○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。 ○各課に管理職として課長を配置している。 ○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名の持班当番交代制）。 ○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。 ○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。	
事故報告・再発防止の仕組み	○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。 ○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。 ○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。 ○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。 ○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で、特養職員間で共有する。 ○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。 ○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と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。 ○褥瘡がある入所者がケア時に、骨にヒビが入ってしまうことがある。病院と協力し、骨粗鬆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、事故の重症化を防いでいる。	
職員教育の状況	○ケガの有無にかかわらず事故として施設内へ報告する。 ○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。 ○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。 ○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。 ○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。 ○骨折以上の事故は自治体に報告する。徳島市に報告した事故は、5年間で3件程度。 ○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。 ○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。	
職員教育の状況	○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。 ○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。	
課題と認識している点	○研修は年2回実施している。 ○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。 ○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。 ○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。 ○外部研修に職員が参加すると、施設に残る職員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。 ○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。	
市町村、他施設との連携または情報共有の状況	○勉強会後、職員へ周知徹底することが難しい。 ○転倒・転落が減少しない。自立と安全のバランスが難しい。	
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	○事故予防策の一貫性と継続性 ○類似事例が発生する。文書報告の効果が得られ得ていない。 ○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。 ○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。	
行政への要望	○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。 ○県の老施設は、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。	
その他	○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。 ○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。	
行政への要望	○事故の内容に応じて保険者に報告している。 ○法人内では、重大かつ必要な場合は文書・高等で周知を徹底している。 ○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。 ○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。	
行政への要望	○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、事故に関連する法学など、様々な情報が有り、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。	
行政への要望	○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。 ○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。 ○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。	
その他	○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いける必要があるため、国や保険者を中心にした取り組みが必要ではないか。 ○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。 ○実務者研修、無料職業紹介、実習生の受け入れも行っている。	

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	○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。 ○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。 ○特別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。 ○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。 ○入所者が頭部打撲をした際は、看護師が24時間経過観察をすることが徹底されている。 ○夜勤帯は1名の看護師が2つのフロアを担当している。	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。
事故報告・再発防止の仕組み	○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。 ○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	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
職員教育の状況	○毎2回勉強会実施、原則全員参加。 ○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%)。 ○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	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。 毎月、朝礼で安全管理委員からの勉強会をしている 年1回、施設内学習会を行っている
課題と認識している点	●転倒転落による骨折件数 ○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。 ○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、栄養科による食材・メニューの変更、モニタリングシートの改定(ADL・服薬状況に関する項目を追加)。 ●職員の急変時対応・防災対策マニュアル ○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。 ●感染の予防・拡大防止 ○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。 ○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、加温器の導入、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。	「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、「本当に防ぐべきこと」だったのか「防ぎようのないこと」だったのかの見極めをして、防ぐべきことは徹底して分析し予防対策をし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、起こった事象に対して、個人の責任を追及したり、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。
市町村、他施設との連携 または情報共有の状況	○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。 ○グループ外の市内の他施設とは連携の機会はあるがほとんどない。 ○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	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
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	○市や県などに相談窓口を設置して欲しい。 ○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。	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くくらない。件数で比較しない。
行政への要望	○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。 ○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専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。	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
その他	○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。 ○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。 ○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。	利用者の重度化や医療度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も大きな問題である。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効率的で無駄のない仕事ができることで、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

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
	○リスク委員会を月に1回実施している。 ○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。 ○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。 ○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けている。	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 （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・N S T・排泄・口腔・業務検討・記録検討） 他、法人内での各専門部門教育会の設置
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	○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。 ○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。 ○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。 ○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。 ○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。	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ク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。
職員教育の状況	○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で決められる。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った。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。 ○老健職員は、グループ内の病院が実施する研修を任意で参加することができる。	年2回全体教育を行う 各部署での事例検討、振り返りと0JTを繰り返す
課題と認識している点	○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。 ○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。	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。 安全閾値に差があり、セーフティーレベルを全体的に上げる必要がある。
市町村、他施設との連携 または情報共有の状況	○市への事故報告は紙媒体で報告し、担当者に直接送す。第一報は3日以内、第二報は1か月以内に報告する。 ○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。 ○他老健との交流は少ないが、石川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。	グループ内所長会 法人内合同セーフティーの設置 行政：アクシデント3以上の報告 アクシデントで受診をした場合の報告 他施設：対応困難なケースにおいては情報提供
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		入所前の情報収集のあり方 (病院から、施設から、自宅から)
行政への要望	○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はかりがかかっている現状がある。	現在では緊急避難の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。 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。
その他		

種別	介護医療院
施設名	！
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

事故報告・再発防止の仕組み	○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。
---------------	--

職員教育の状況	○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。
---------	--

課題と認識している点	○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。
------------	--

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

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

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連関させ、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、居室に一人での利用者の転倒・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。

<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であると考えた「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。

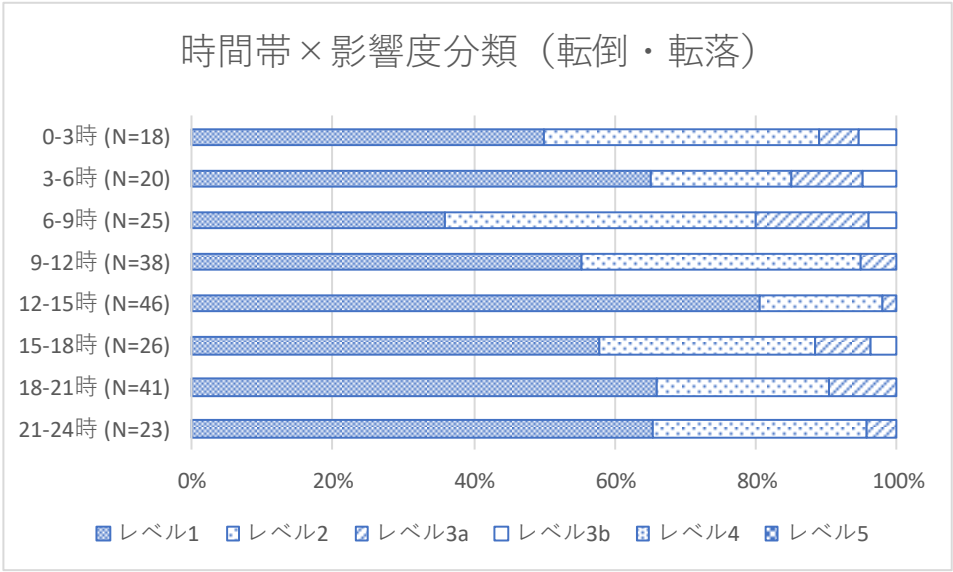


図 1. 転倒・転落事故の発生時間帯と影響度分類

(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。

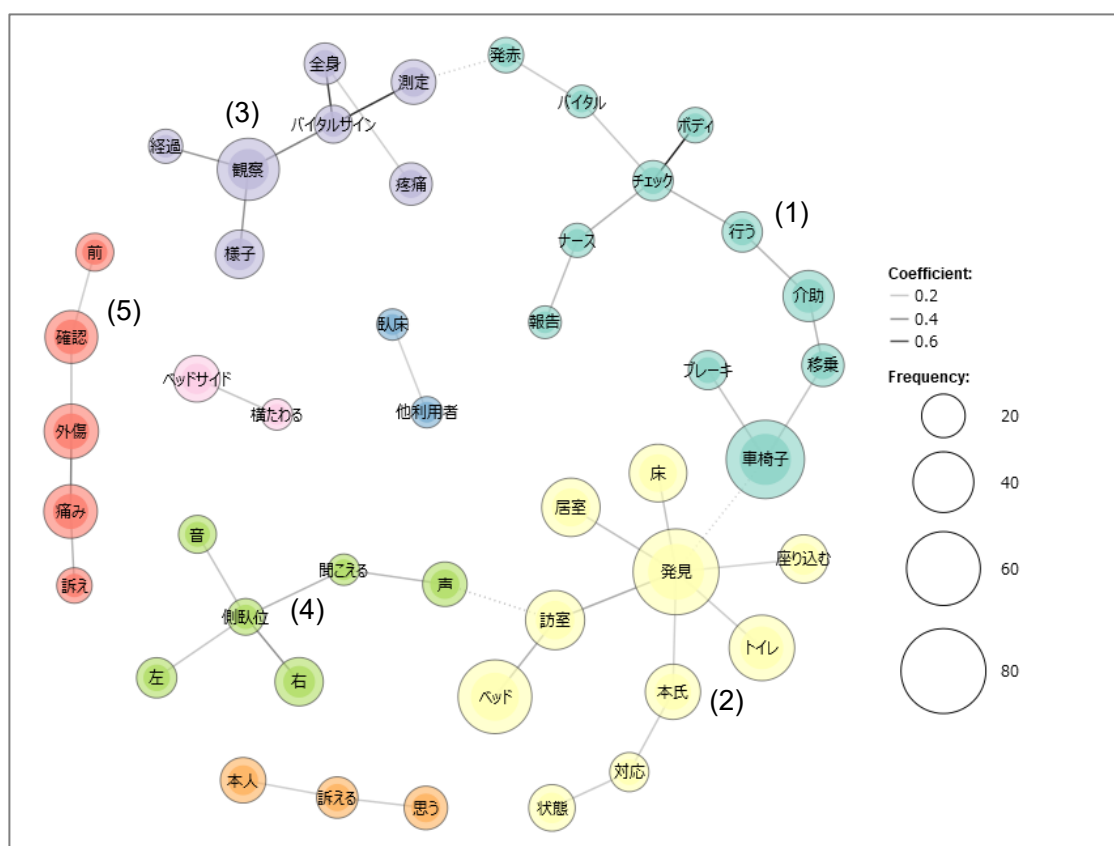


図 2. 「発生・発見時の状況および対応」自由記述 共起ネットワーク分析結果

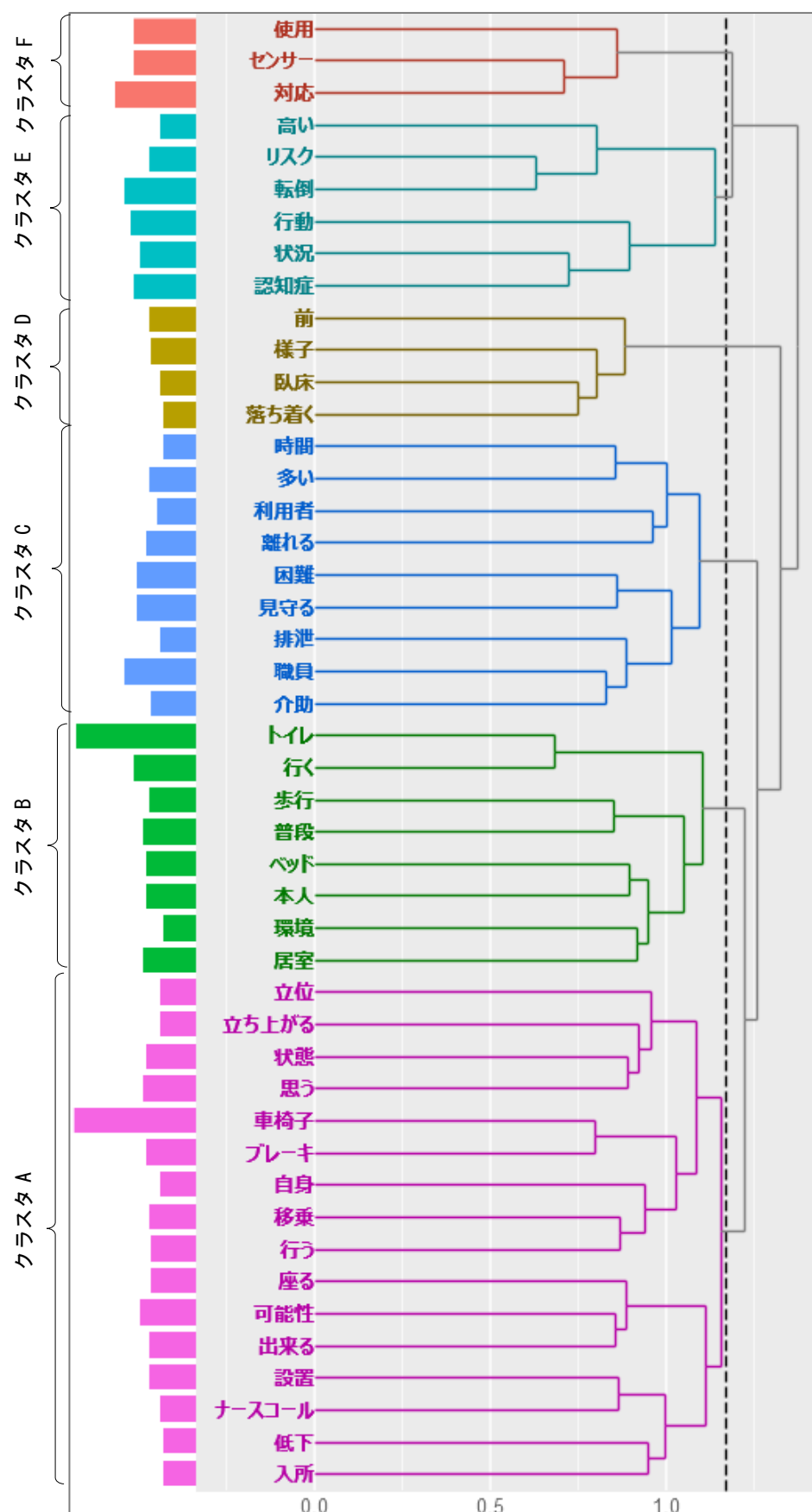


図 3. 「原因分析」自由記述 階層的クラスタ分析結果

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ない」「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

資料 1-1. 介護事故情報登録フォーマット 新旧対照表

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		
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 職員の目視下 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	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		

資料 1-2. 事故情報収集（試行）単純集計結果

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

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
		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
		3-1-3. 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）
	3-2. 感染や衛生に配慮した環境を整備している	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
		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
		4-1-2. 当該利用者の家族に連絡する仕組みがある
		4-1-3. 保険者への報告が適切に行われている
	4-2. 事故の原因を分析し再発防止に努めている	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行っている 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

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
		容を施設内で共有している
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
		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
		3-1-3. 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. 感染や衛生に配慮した環境を整備している	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
		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. 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
		4-1-3. 当該利用者の家族に連絡する仕組みがある
	4-2. 事故の原因を分析し再発防止に努めている	4-2-1. 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

資料 2. 施設ヒアリング結果まとめ

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な。
- 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な。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な。
- 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な。
- 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、ノロウィ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確だとよい。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のもよいと思う。
- 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。

- 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。落ちている薬を発見した場合、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。自治体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。
- 服薬管理に関した事故は、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

＜参考資料＞班会議 議事次第・出欠表

第1回：2020年7月2日（木） リモート開催

第2回：2021年2月18日（木） リモート開催

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

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