

別紙1

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金

長寿科学政策研究事業

在宅・介護施設等における事故報告に関連する事故の予防及び再発防止の研究

令和4年度 総括研究報告書

研究代表者 種田憲一郎

令和5（2023）年5月

別紙2

目 次

I. 総括研究報告	
在宅・介護施設等における事故報告に関連する事故の予防及び再発防止の研究 種田憲一郎	----- 1
(資料1) 転倒に関わる対応策を検討すべき判例	-----13
(資料2) 誤嚥・窒息に関わる対応策を検討すべき判例	-----39
(資料3) 海外の報告制度	-----51
II. 研究成果の刊行に関する一覧表	-----75
III. 倫理審査等報告書の写し	-----76

令和4年度

厚生労働行政推進調査事業費補助金(長寿科学政策研究事業)
在宅・介護施設等における事故報告に関連する事故の予防及び再発防止の研究
総括研究報告書

研究代表者 種田憲一郎 国立保健医療科学院 上席主任研究官

(研究要旨) 介護施設において、安全な介護の実施が求められている。超高齢社会を迎えて、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高まる可能性が考えられる。しかし介護施設の種類の異なる医療的ケアを実施する職種や構成が異なることから、介護施設で発生する介護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、根本原因などは、介護施設に特有の事故であ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介護事故等の事例を収集し、詳細に分析することが求められる。そこで、本研究では、介護老人保健施設等を対象とした調査・ヒアリング、既存調査・文献(判例を含む)の検索も実施する。研究2年目は、7法人・団体の介護老人保健施設等を対象とした調査・ヒアリング、更に1法人・団体における具体的な介護安全に資する人材育成の取組み(研修)と評価のヒアリング、文献等(判例を含む)の検索も実施し、介護安全の取組みの全体像と、とくに誤嚥・窒息についても深めた分析を行った。介護施設等における誤嚥・窒息に関わる判例のレビュー(1988年12月から2020年12月)からは、30件が抽出された。海外の報告制度について、イギリス(イングランド)、オーストラリア、アメリカ、アメリカ・マサチューセッツ州においては、オンラインで提出可能なシステムを採用し、イギリスにおいては報告者を広く設定しており、一般人でも登録でき、報告手続きの簡便さが重要である。判例や国内外での取組みなどから、検討すべき有害事象(転倒・誤嚥などによる傷害)の予防及び再発予防策の類型化(体系的な考え方)として、以下の7つの視点が考えられた: ①有害事象の起こりやすさ(転倒、誤嚥など)の把握と対応、②有害事象につながる行動を早期発見、③有害事象につながる行動があっても傷害を起こしにくい予防、④有害事象の早期発見、⑤有害事象の早期治療、⑥介護施設と医療機関との連携(とくに④と⑤に関連して)、⑦回避困難であった事例を訴訟に発展させない取組み。利用者・家族と安全に関わるリスク等の共有と協働した取組みが必要であるが、記の①とも関連して、個々の利用者ごとに把握された有害事象の起こりやすさと、それへの対応方法について(施設の規模・機能による限界も含めて)、施設ごとの事例解説などを作成して利用者・家族と共有する。このとき、過剰な予防策は利用者の自律性・QOL・機能回復の制限となることへの理解・協力を求めて、利用者・家族とも協働する。さらに介護現場の取組み状況についてのヒアリング・意見交換会からは、事故予防に体系的に取り組むための仕組み(報告、分析、対策立案、実施、評価など)と利用者・家族も含めて多職種で協働する訓練を整備・推進する取組みが、さらに期待される。

研究分担者

後 信 公財) 日本医療機能評価機構・理事

森山 葉子 国立保健医療科学院・上席主任研

究官

研究協力者

山口佳小里 国立保健医療科学院・主任研

究官

A. 研究目的

介護施設における介護事故の発生状況については、介護施設から市町村に報告の義務がある。厚生労働省において、平成 30 年度介護報酬改定検証・研究事業で、介護保険施設における安全管理体制の実態把握を行った。調査結果から市町村が事業所に求める事故の範囲など報告内容にバラツキがあった。上記の結果を踏まえて令和 3 年度介護報酬改定において、市町村から国で統一した報告様式を策定し、その運用が開始された。

介護施設において、安全な介護の実施が求められている。超高齢社会を迎えて、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高まる可能性が考えられる。しかし各介護施設の環境要因に関する問題点として、介護施設の種類で医療的ケアを実施する職種や構成が異なることから、介護施設で発生する介護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、根本原因などは、介護施設に特有の事故であ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介護事故等の事例を収集し、詳細に分析し、転倒・転落、誤薬等の予防策や再発防止策を提言すること；その際に、転倒・転落等の事例を分析し、介護施設で実施すべき再発防止

策の範囲、施設の規模・機能や法学的観点を含めて考慮し、介護事故の類型化も試みること；その上で介護施設とともに事故の予防・再発防止に欠かせない入所者や家族等の協働を促進する事例解説を策定することが求められる。

また、国の統一様式を用いた調査を全国の介護施設及び市町村に抽出で調査を実施すること；事件事例を収集し、介護施設等における事故の予防及び再発防止策の横展開することも必要である。

そこで、本研究では、事故の予防・再発防止の提言のために、全国の介護施設及び市町村における事故の発生状況等の実態調査・分析を行い、介護事故の発生プロセスや背景要因、根本原因を明らかにし、実態調査の分析結果、既存の文献、医療事故の予防・再発防止策から現場における有効な再発防止策を確立し提言することを目的とする。

研究 2 年目は、新たな法人・団体の介護老人保健施設等を対象としたヒアリング、文献等（判例を含む）の検索も実施し、介護安全の取組みの全体像と、とくに誤嚥・窒息について深めた分析を行うことを目的とする。

B. 研究方法

本研究では、様々な形態で運営・提供されている介護施設について、介護老人保健施設などを中心に、調査・ヒアリングを実施する。また既存調査、研究、文献の検索も実施する。

英語圏のインシデント報告制度については、“incident”、“safety”、“report”等をキーワードに用いオンラインで検索し、条件が合致した資料について内容を精査した。なお関係団体の協力のもとに全国の介護施設・市町村に調査票を用いた調査、とくに 2021 年度から開始された事故の報告統一様

式の運用状況などについては、株式会社日本総合研究所（日本総研）と共同実施した。

（倫理面への配慮）

収集する判例や事故に関わる情報は公開されている情報であり、ヒアリング等によって得られる情報については、施設等の組織的対応・仕組みに関わる情報であり、個人・施設が特定されないような形で情報収集を行う。

C. 研究結果

C-1. 介護施設等における判例のレビュー （添付資料参照）

（1）転倒に関わる判例

【期間と件数】

最終判決日：1988(S63)年 12 月 26 日～
2022(R4)年 11 月 1 日

- 転倒判例 件数：55件
－昭和 63(1988)～平成 12(2000)年：9 件
－平成 13(2001)～平成 22(2010)年：17 件
－平成 23(2011)～令和 4(2022)年：29 件

【発生場所】

通所(通院)：31 件、入所(入院)：20 件、その他(自宅、保養所)：4 件

【最近の判例】

- 認知症の87歳男性から目を離せば勝手にトイレを出て転倒する可能性が高いことが「十分に予見できた」と認定し支払いを命じた事例
（神戸地裁 令和 4 年 11 月 1 日判決）
- 介護職員が認知症の入居者を便座に着座させたまま一時離れた間に入居者が転倒し72日後に死亡、介護職員の過失及び因果関係が認められた事例
（津地裁 平成 31 年 3 月 14 日判決 平成 29 年（ワ）第 127 号 ウエストロー2019WLJPCA03146024）

（2）誤嚥・窒息に関わる判例

【期間と件数】

最終判決日：2000(H12)年 2 月 23 日～
2020(R2)年 12 月 21 日

- 誤嚥判例 件数：30件
－平成 12(2000)～平成 22(2010)年：12 件
－平成 23(2011)～令和 2(2022)年：18 件

【発生場所】 通所：8 件、入所(入院)：20 件、訪問看護：2 件

【最近の判例】

- 被告人が、自ら被害者に提供すべき間食の形態を確認した上、これに応じた形態の間食を被害者に配膳して提供する業務上の注意義務があったとはいえないとして、被告人に無罪を言い渡した事例
（東京高等裁判所(控訴審) 令和 2 年 7 月 28 日判決
平成 31 年(う)第 791 号）
- 転倒、誤嚥・窒息以外の事故31件：入浴時2件、褥瘡8件、徘徊6件、その他15件

C-2. 介護現場の取り組み状況についての個別ヒアリング

【ヒアリング対象】

ヒアリング対象機関 7 法人・団体（介護安全担当者の職種）：

- ①北海道の社会福祉法人（介護福祉士）、
- ②北海道の医療・福祉施設団体（事務局幹部）、
- ③山梨県の社会福祉法人（医師、社会福祉士など）、
- ④岡山県の社会福祉法人（看護師）、
- ⑤沖縄県の社会福祉法人（看護師）、
- ⑥全国展開する民間企業（認知症グループホーム、介護付有料老人ホーム、小規模多機能型居宅介護など）（看護師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士など）、
- ⑦全国展開する民

間企業（在宅介護・看護サービスなど）（看護師）

【ヒアリング内容】

介護施設での安全の取組み

－事故報告システムの運用状況

－その他の安全の取組みの工夫・課題など

【ヒアリング結果】

:介護現場の取組み状況に関して、共通した課題とし、以下の事項が挙げられた:

－安全について体系的に学ぶ機会がほとんどない。結果として、事故報告への抵抗感・懲罰へのおそれがあり、インシデント等の報告が少ない。

－報告があっても、報告された事故等を体系的分析する仕組みがないため、効果的な再発防止につながらない。

－多職種との協働の必要性は認知されているが、体系的に協働することを学ぶ機会がなく、コミュニケーション不足による事故も少なくない。

－報告義務のある自治体に報告するが、効果的なフィードバックがない

C-3. (ヒアリング) 某社会福祉法人でのチーム・トレーニング研修

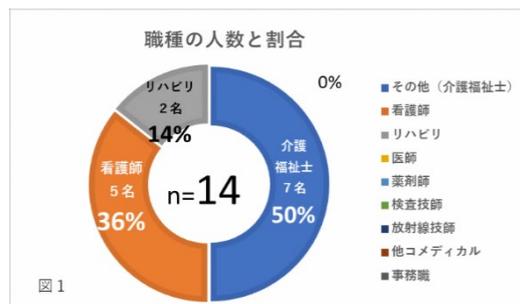
○ 研修実施の背景と研修内容の概要

インシデント、新型コロナ陽性者が発生した際、現場の聴き取りなどから、コミュニケーションの問題が多くあった。そこで、エビデンスに基づいたチーム・トレーニングであるチーム STEPPS の教材を用いた参加型研修（2時間）を実施した。

○ 受講者：介護福祉士、看護師、リハ職など希望者 14 名

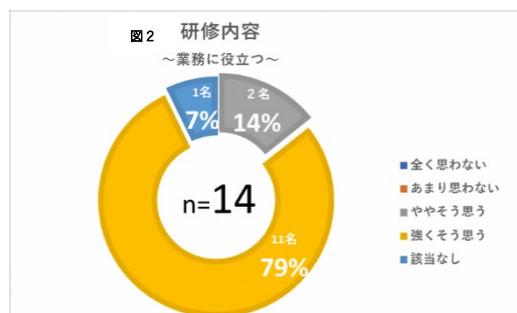
- 職種経験年数 10 年以上が 80%以上

- 勤務する事業所は入所系（介護老人保健施設、小規模多機能、特別養護老人ホーム、小規模ホーム）、通所（パワーリハビリ、デイサービスセンター）、その他（在宅総合ケアセンター、訪問リハビリ）



○ 研修後アンケートの結果から

- 9割が楽しく学べて業務に役立つと回答。
- 教材ビデオの視聴・意見交換から、相互支援やコミュニケーション、リーダーシップ、人・物などの状況モニターの大切さに気付いていた。介護施設でのリハビリのビデオ教材に特に強く共感し、「あるある、このような場面がある」など、と話していた。



○介護施設でのチーム STEPPS 研修の意義
多様な機能を持つ介護系の施設・事業所においてもチーム STEPPS 研修を活用して、楽しく成果を上げるためのチームワークについて学ぶことができた。安全対策として学んだツールをあげ「これを使ってみる」と

受講者全員が話していたことは研修の効果と考えている。

*介護施設のインシデントの要因として、病院と同様にチームとしての協働の問題がある。これからも積極的にチーム STEPPS 研修を安全・感染管理の研修に取り入れていきたい。

C-4. 海外の報告制度

海外においても介護に関わる事故の報告関連制度が存在し、資料が入ってきたイギリス（イングランド）[1]、オーストラリア[2-3]、アメリカ[4]、アメリカ・マサチューセッツ州[5]について、以下に概要を記載する：

【イングランド（NHS）】

National Health Service(NHS)がインシデント報告を管理している[1]。病院、一般診療所、薬局、地域におけるナーシングケア等、健康に関する事故について、国家レベルで情報を収集し、データベース化している。報告は任意で、医療機関、職員、患者を含む一般の者がオンラインでインシデントを報告できるシステム（National Reporting and Learning System: NRLS）となっている（新システム LFPSE 移行中）。収集した情報は公式統計（年報、月報）として web 上で公開されており、危害の程度に応じて（死亡、重度、中等度、低度、害なし、など）集計値が報告されている[6]。

【オーストラリア】

ed Care Quality and Safety Commission Act 2018 および Aged Care Quality and Safety Commission Rules 2018（いずれも高齢者介護法で規定）に基づいて設立された高齢者ケア品質・安全委員会（Aged Care Quality and Safety Commission）がインシ

デントを管理する。高齢者介護事業者（入居型ケア、在宅ケアの両方）は、同委員会が管理する 2021 年に運用が開始されたインシデント対応スキーム（Serious Incident Response Scheme: SIRS）に基づいて、発生した（疑い含む）全ての重大事故を報告しなければならない。報告対象となるインシデントは、不当な力の行使（unreasonable use of force）、利用者のネグレクト（neglect of a consumer）、心理的・精神的虐待（psychological or emotional abuse）、予期せぬ死（unexpected death）、職員による盗みまたは金銭的強要（stealing or financial coercion by a staff member）、不適切な拘束（inappropriate use of restrictive practices）、説明のつかない欠勤（unexplained absence from care）の 8 種類の重大インシデントである。上記の重大インシデントの申し立て、疑い、目撃証言があった場合、委員会に報告する必要がある[2-3]。

【アメリカ・マサチューセッツ州】

患者安全および質の向上に関する法律（Patient Safety and Quality Improvement Act）が 2009 年に施行され、データベースの構築が目指された。この法案により患者安全組織（PSO: Patient safety organizations）に自発的に報告された情報は法的に保護され、医療機関や個人がより自由に事故・事件等を報告することが奨励される。PSO は、病院、医院、介護施設、外来手術センターなど、どの機関から品質と安全性に関する報告を受けることができる[4]。

マサチューセッツ州においては、介護付き住宅に関して、事件または事故の発生後 24

時間以内に Executive Office of Elder Affairs(EOEA)のオンラインシステムを介して、Assisted Living Certification Unit に報告する必要がある。報告に際しては、問題の性質、施設の対応などを含む正確で詳細な情報を含んでいる必要がある。報告すべき重大な事案の具体例として、偶発的な怪我 (accidental injury)、予期せぬ死 (Unanticipated Death)、自殺または自殺未遂 (suicide or suicide attempt)、入居者によるまたは入居者に対する身体的または性的暴行 (a physical or sexual assault by or against a Resident)、入居者虐待に関する苦情・疑いや入居者虐待に関する地方・州当局への苦情の照会 (a complaint of Resident abuse, suspected Resident abuse, or referral of a complaint of Resident abuse to a local or state authority)、治療が必要な投薬ミス (a medication error requiring medical attention)、30分以上の離脱 (elopement with an absence of greater than 30 minutes)、入居者または職員による入居者の資金の不正使用 (misuse of a Resident's funds by the Residence or its staff)、指定されている深刻な感染症の発生 (an outbreak of a serious communicable disease that is listed)、害虫の寄生 (pest infestation)、指定されている食中毒 (food poisoning as defined)、建物の火災 (fire or structural damage to the Residence) 等が定められている[5]。

【参考資料】

- [1] Report a patient safety incident, NHS. <https://www.england.nhs.uk/patient-safety/report-patient-safety-incident/> [cited 2023 Apr 14]
- [2] Aged Care Quality and Safety Commission. The Legal Services Commission. <https://lawhandbook.sa.gov.au/ch09s06s04.php> [cited 2023 Apr 14]

- [3] Serious Incident Response Scheme. Australian Government, Aged Care Quality and Safety Commission. <https://www.agedcarequality.gov.au/sirs> [cited 2023 Apr 14]
- [4] Reporting Patient Safety Events. Agency for Healthcare Research and Quality. Reporting Patient Safety Events. <https://psnet.ahrq.gov/primer/reporting-patient-safety-events> [cited 2023 Apr 14]
- [5] Incident reporting for Assisted Living Residences. Massachusetts government. <https://www.mass.gov/info-details/incident-reporting-for-assisted-living-residences#related-> [cited 2023 Apr 14]
- [6] Monthly data on patient safety incident reports. NHS. <https://www.england.nhs.uk/patient-safety/monthly-data-patient-safety-incident-reports/> [cited 2023 Apr 14]

D. 考察

D-1. 介護施設等における判例のレビュー：

転倒、誤嚥・窒息に関する判例は多い。一方、誤薬・落薬など薬に関わる事故は介護現場において、頻度は多いが、訴訟に至った判例はほとんど見られない。生命に直結する重大な事象になる前に対応できているためであると考えられる。以下に判例の多い転倒、そして誤嚥・窒息について類型化を試みた。

【転倒の類型化】

判例や海外での取り組みなどから、検討すべき転倒に関わる対応策の類型化として、以下の7つの視点が考えられた。なお最終的に予防すべきは転倒そのものではなく、転倒による障害（有害事象）である：

① 転倒しやすさ（利用者の状態、及び環境）の把握と対応：

（転倒の判例28）利用者が深夜にトイレに行こうとして転倒し急性硬膜下血腫を発症した事故について、離床センサーを設置しなかったことが安全配慮

義務違反に当たるとして事業者の損害賠償責任が認められた事例。

(転倒の判例 49) 居室の窓から入居者が転落して多発骨折の傷害を負い、その後死亡した事案について、窓のストッパーがロックした状態であっても手で強く引っ張れば外れることを理由として工作物の瑕疵と認めた事例。

—イギリスの取組みの例においては、「転倒リスクの高い高齢者の把握」「転倒リスクの高い高齢者の多因子転倒リスク評価」「ハイリスク者への筋力・バランストレーニング」についての言及がある。

② 転倒につながり得る行動の早期発見：

(転倒の判例51) 介護職員が認知症の入居者を便座に着座させたまま一時その場を離れた間に入居者が転倒し急性硬膜下血腫の傷害を負い死亡し、介護職員の過失及び因果関係が認められた事例。

—転倒につながり得る行動を防ぐことができない場合には、その行動が起きたことを速やかに発見し、タイムリーな対応をすることで、有害事象を防ぐことができる。

③ 転倒してもケガをさせない予防：

転倒が起きてしまっても、ケガなど有害事象を発生させない取組みも必要である。例えば、転倒時の大腿骨への衝撃を吸収し骨折のリスクを低減するためのヒッププロテクター/クッションパンツや保護帽の使用、転倒時の床の衝撃を低減するための床材（衝撃吸収マット）の利用などの工夫がある。

④ 有害事象（転倒後の障害）の早期発見：

(転倒の判例20) 多発性脳梗塞の入院患者が病室内で転倒し、死亡。看護師が付き添いを怠ったことが過失であるとして、病院の損害賠償責任を認めた事例。

—転倒してしまっても、それを早期発見することで、利用者の被害を最小限にとどめる可能性が高まる。

—イギリスの取組みの例においては、「転倒による骨折等の損傷の確認」についての言及がある。

—日本老年医学会と全国老人保健施設協会のワーキンググループによるステートメント「介護施設内での転倒を知っていただくために～国民の皆様へのメッセージ～」(2021年7月)には、「資料2. 転倒(転落を含む)発生時の対応手順例」の記載もある。

⑤ 有害事象（転倒後の障害）の早期治療：

(転倒の判例7) 高齢者が通所介護契約に基づき介護サービスを受けている間、送迎車両から降車しようとし席を立った際、転倒し、翌日大腿骨頸部骨折が判明した事故につき、介護施設の運営者の安全配慮義務違反が否定されたが、速やかに医師の診察を受けさせる義務違反が肯定された事例。

—転倒したことを早期発見するだけでなく、その後の有害事象の有無の診断とタイムリーな治療につなげることが求められる。

—イギリスの取組みの例においては、

「転倒時の安全マニュアル/転倒後の対応」「転倒事故後の検査」についての言及がある。

⑥ 介護施設と医療機関との連携：

ーとくに上記の④⑤において連携が必要である。

⑦ 訴訟に発展させない取組み：

ー様々な対応策を実施していても、避けられなかった転倒による有害事象も発生している。利用者・家族との安全に関わるリスク等の共有と協働した取組みが求められる。

ー日本老年医学会と全国老人保健施設協会のワーキンググループによるステートメント「介護施設内での転倒を知っていただくために～国民の皆様へのメッセージ～」(2021年7月)において「予防できない転倒が存在すること」の発信は、これに寄与する活動の一つと考えられる。また、これに掲載されている「資料1. 転倒に関連して施設職員と入所者およびその家族が共有すべき情報など」も参考となる。

https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/important_info/pdf/20210803_01_02.pdf

ーイギリスの取組みの例においては、「家庭のリスク評価と介入」についての言及があり、転倒は家庭においても起こり得る事象であることが発信されている。

(参考資料)

ー日本老年医学会「介護施設内での転倒に関するステートメント」

<https://www.jpn-geriat->

[soc.or.jp/info/important_info/20210611_01.html](https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/important_info/20210611_01.html)

【誤嚥・窒息の類型化】

判例や国内外での取組みなどから、検討すべき誤嚥・窒息に関わる対応策の類型化として、以下の7つの視点が考えられた：

① 誤嚥・窒息しやすさ(利用者の状態、及び環境)の把握と対応

(誤嚥・窒息の判例3) 食事介護中に常に肺か頸部の吸音を聞く必要があるとしても、これを特別養護老人ホームの職員に義務付けることはできず、誤嚥につき予見可能性がなく、異変後の救命措置にも落ち度はないとして施設の過失を否定した事例。

ー有害事象の起こりやすさを個人ごとに把握し、それに応じた対応(施設の規模・機能による)が必要である。

② 誤嚥・窒息につながる行動・状況の早期発見

ー日本歯科医師会は、窒息予防の啓発を行っており、以下の注意点をあげています：

- ・食べることに集中する
- ・飲み込んでからおしゃべりする
- ・食べてる途中で急に上を向かない

(<https://www.jda.or.jp/jda/business/chisoku.html>)

③ 誤嚥・窒息させにくい予防(食形態の工夫、姿勢など)

(窒息・判例の7) 特別養護老人ホームに入所中の、脳血管障害等により嚥下障害の進行と誤嚥性肺炎発症の可能性が高かった女性が、職員介助の朝食を誤嚥して死亡した事故。職員が、① 覚醒の確認を十分に行っておらず、②

頸部を前屈させることを全く行っておらず、③手、口腔内を清潔にすることも行っていないことから、事業者はこれらのことがきちんと行われるように職員を教育、指導すべき注意義務に違反したとし、事業者に支払を認めた事例。

(誤嚥・窒息の判例 8) Aは嚥下能力が減退し、ため込み、むせ込み、嘔吐等がみられたが、本件事故当日の食事はペースト状の食事やエンジョイゼリーなど嚥下しやすい性状のもので、Bがスプーンで一杯ずつ、1時間以上かけて食事介助をしていたのであるから、嚥下能力が減退していたとしてもAが誤飲した可能性は低いと考えるのが相当であるとした事例。

④ 有害事象（誤嚥・窒息後）の早期発見

(誤嚥・窒息の判例 8) 特別養護老人ホームに入所している利用者が、朝食時に食事を誤嚥して死亡した事例。本件事故の際、Bは、Aが最後のエンジョイゼリーを口に入れた後、口や喉仏の動きを見ながらAが食物を嚥下したことを確認し、3分間Aの状態を見守ったが、特に異常はなかったものであり、Aは食事を終了していたものと認められる。

(誤嚥・窒息の判例 16) ショートステイを利用して嚥下障害を伴うマシャド・ジョセフ病の 50 歳の女性がとろみ食を誤嚥して死亡した事故で、職員に誤嚥による呼吸不全を見逃した過失および施設管理者に食事介助にあたる者に対する特段の注意喚起を怠った過失により、事業者に対し、2、640 万円の支払を認めた事

例。

⑤ 有害事象（誤嚥・窒息後）の早期対応

(誤嚥・窒息の判例 2) 窒息死した事例だが、誤嚥事故発見後、食堂からサービスステーションまで車椅子で移動させ、入れ歯を取り出し、タッピングをして吸引器を用いた後に口に指を入れて異物を探り、その後、病院に搬送した事案について、過失はないとした。

(誤嚥・窒息の判例 15) 四肢麻痺で要介護 4 の 79 歳の男性が、通所介護サービスにおいて飴が喉に詰まり死亡した事故。むせているのを職員（看護師）が発見し、背部叩打法、ハイムリック法、吸引等の措置により、咽頭から飴を取り出そうとしたが功を奏さず、男性は顔色不良となり、遅くともこの時点において救急車を要請すべきであったが、この 10 分後に救急車を要請した事案で、事業者に対し 1、000 万円の支払を認めた事例

(誤嚥・窒息の判例 23) 半身完全麻痺の要介護 4 の 59 歳の男性がデイサービスにおいて、鶏の唐揚げを誤嚥して死亡した事故。誤嚥の危険性の具体的予見は困難で、男性がむせ始め、職員が口の中から食べたものを除いたが、せき込みは止まらず、その後、むせ込みやせき込みがなくなり顔色が急激に悪くなった直後の、むせが始まった 10 分後に 119 番通報し、この間、気道を確保するために背中を叩いて声掛けをしていた事案について、過失はないとした事例。

⑥ 介護施設と医療機関との連携

(誤嚥・窒息の判例 6) 特別養護老人ホー

ムに入所中の 97 歳の女性が誤嚥して窒息を生じ約 10 か月後に死亡した事案。食事中に口から泡を出したため吸引の処置をしたが、二度目に口から泡を出し、軽いチアノーゼが見られた後に嘱託医に連絡して適切な処置を求めたり、救急車の出動を求めるべき義務に違反した過失があるとして事業者を支払を認めた事例。

⑦ 訴訟に発展させない取組み。

(誤嚥・窒息の判例 22) 被告は、利用者(死亡)と賃貸借契約を締結し、24 時間介護スタッフなどを宣伝しており、賃貸借契約及び指定訪問介護が食事をする際には適切に見守って誤嚥を防止する安全配慮義務があるとして、利用者の法廷相続人の一人が損害賠償請求を求めた。しかしながら、誤嚥による死亡については、本件契約は訪問介護契約であって、夕食時間帯はサービス提供の時間帯ではなく、利用者やその親族が誤嚥の危険を訴えたというサービス実施記録はなく、被告に利用者の夕食時に誤嚥を防止する法的義務があったとはいえず、安全

配慮義務違反による損害賠償請求権は成立しないとされた事例。

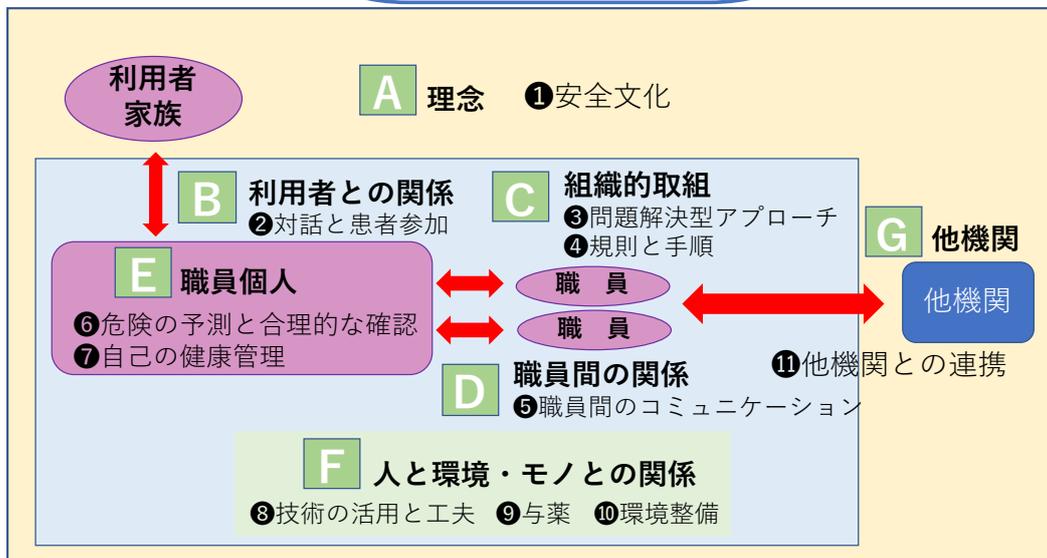
ーサービスの内容(安全配慮に関する限界など)について、事前によりよく理解を得られていたら避けられた事例と考えられる。

これらの視点は転倒や誤嚥・窒息に限定されず、他の有害事象(事故)においても応用することが可能であり、事故の再発予防の観点からも有用な類型化の1つと考えられる。

D-2 及び D-3. 介護現場の取組み状況についての個別ヒアリング(チーム・トレーニング研修含む)

介護現場の取組み状況についてのヒアリングからは、上記の7つの視点から対応策を検討し、実践していくためには、様々な課題があることが推測された。具体的には、安全について体系的・継続的に学ぶ機会がほとんどない。その結果、報告の意義が理解されておらず、報告が少ない傾向がある。そして

☒ 介護安全の全体構成(案)



報告があっても、介護施設だけでなく、自治体においても、体系的に事故を分析し、効果的な再発防止につなげる仕組みがない。

また、多くの事故の要因として、コミュニケーション不足がある。介護安全の全体構成（案）（図）を考慮して、チームとして体系的に学び（チーム STEPPS などのチーム・トレーニング）、同僚・利用者・家族とよりよく協働して取り組む仕組みが事故防止に必要である。

D-4. 海外の報告制度

いずれの国も、オンラインで提出可能なシステムを採用していた。また、イギリスにおいては報告者を広く設定しており、一般人でも登録できる。報告手続きの簡便さが重要である。

高齢者施設における報告が必要なインシデントについては、オーストラリアやアメリカ・マサチューセッツ州で具体例が示されていた。利用者のネグレクト・虐待・暴行、予期せぬ死、自殺または自殺未遂、偶発的な怪我、治療が必要な投薬ミス、深刻な感染症の発生、職員による盗みまたは金銭的強要、説明のつかない欠勤などが報告すべき重大な事案として挙げられていた。利用者の死亡、怪我や治療が必要な状態など、結果として重篤な事態に陥るものが設定されており、報告すべき事案を定義する際には、結果の深刻さ・利用者への危害の程度にも考慮する必要があると考えられる。

E. 結論

介護施設において、安全な介護の実施が求められている。研究2年目は新たに7法人・団体の介護老人保健施設等を対象とした調査・ヒアリング、更に1法人・団体における具体的な介護安全に資する人材育成の取組

み（研修）と評価のヒアリング、文献等（判例を含む）の検索も実施し、介護安全の取組みの全体像と、とくに誤嚥・窒息についても深めた分析を行った。そして抽出された判例や国内外での取組みなどから、検討すべき有害事象（転倒・誤嚥などによる傷害）の予防及び再発予防策の類型化（体系的な考え方）として、以下の7つの視点が考えられた：

有害事象の起こりやすさの把握と対応

—高齢者は加齢に伴って転倒、誤嚥・窒息のリスクが高まっており、様々な個人の要因も考慮して、有害事象の起こりやすさを個人ごとに把握し、それに応じた対応（施設の規模・機能による）が必要である。このとき把握された利用者のリスクと、それに対する当該施設における対応の限界についても、利用者・家族と共有していくことは、⑧に関連して、不要な訴訟等を回避することにつながる。

- ① 有害事象につながる行動を早期発見
 - ② 有害事象につながる行動があっても傷害を起こしにくい予防
 - ③ 有害事象の早期発見
 - ④ 有害事象の早期治療
 - ⑦ 介護施設と医療機関との連携
- とくに上記の④⑤において連携が必要
- 障害の程度の判断と対応をスムーズに実施するために、平時から連携し、緊急時にも相談できる仕組みづくりを検討する
- ⑧ 回避困難であった事例を訴訟に発展させない取組み

—利用者・家族と安全に関わるリスク等の共有と協働した取組みが必要であるが、記の①とも関連して、個々の利用者ごとに把握された有害事象の起こりやすさと、それへの対応方法について（施設の規模・機能に

よる限界も含めて)、施設ごとの事例解説などを作成して利用者・家族と共有する。このとき、過剰な予防策は利用者の自律性・QOL・機能回復の制限となることへの理解・協力を求めて、利用者・家族とも協働する。

これらの結果を踏まえて、事故予防に体系的に取り組むための仕組み（報告、分析、対策立案、実施、評価など）と利用者・家族も含めて多職種で協働する訓練を整備・推進する取り組みが、さらに期待される。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他

資料1 【転倒に関わる対応策を検討すべき判例】

	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
1-A	デイケアを受けていた患者が、そのデイケアから帰宅するための送迎バスを降りた直後に転倒して骨折し、その後肺炎を発症して死亡した場合において、注意義務違反による債務不履行責任が認められた事例	東京地裁	平成13年(ワ)第21116号	平成15年3月20日	医療訴訟判例データファイル 改訂版Q&A高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の77問 改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 判例時報1840号20頁
1-B	中程度認知症の78歳の男性が、精神科医院に併設の小規模精神科デイケアおよびその送迎サービスを利用していたところ、送迎バスを降りた直後に転倒して右大腿部頸部骨折し、その後肺炎を発症し、骨折から4か月半後に死亡した事故。医院の注意義務違反を認め、損害額の一部を認容した事例（約688万）	東京地裁	平成13年(ワ)第21116号	平成15年3月20日	介護事故とリスクマネジメント 判例時報1840号20頁
2-A	介護福祉施設において通所介護サービス(デイサービス)を受けていた女性が、同施設のトイレ内において、歩行介護を受けられなかったために転倒し、傷害を負った場合において、当該施設職員の介護に過失があるとされた事例	横浜地裁	平成15年(ワ)第1512号	平成17年3月22日	医療訴訟判例データファイル 改訂版Q&A高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の77問 判例時報1895号91頁 判例タイムズ1217号263頁

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
2-B	介護老人施設でデイサービスを利用していた85歳の女性（要介護2、歩行時は杖が必要）が、デイサービスからの帰宅準備の際、トイレに行くにあたり、施設職員の介助の申し出を断って、トイレ内を杖をついて歩行中、杖が滑って転倒し、右大腿骨頸部内側骨折を負い、治療・リハビリを経た後も、要介護4となる後遺障害が残った。施設に安全配慮義務違反があることを認め、請求額の一部（約3割）を認容した事例	横浜地裁	平成15年(ワ)第1512号	平成17年3月22日	介護事故とリスクマネジメント 介護事故の法律相談 判例タイムズ1217号263頁 判例時報1895号91頁
3	老人ホームに入所中の女性が、転倒して負傷・死亡した場合において、老人ホームの経営者に対する責任を否定した事例	福岡高裁	平成18年(ネ)第626号	平成19年1月25日	医療訴訟判例データファイル 改訂版Q&A高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の77問 介護事故の法律相談 判例タイムズ1247号226頁
4	知的障害者入所更生施設において、入所者が前額部を打撲し、裂傷する傷害を負い、重篤な後遺障害が残った事故について、施設職員の暴行を否定し、トイレ内で転倒したことを認定した上で、施設の責任を否定した事例	横浜地裁	平成20年(ワ)第1359号	平成22年3月25日	医療訴訟判例データファイル 判例時報2103号91頁

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
5-A	介護老人保健施設内で入所者が転倒・骨折した事案で、入所利用契約上の転倒回避義務違反(債務不履行責任)が肯定された事例	東京地裁	平成22年(ワ)第31317号	平成24年3月28日	医療訴訟判例データファイル 介護事故の法律相談 判例時報2153号40頁
5-B	介護老人保健施設に入所中の高齢者が転倒、骨折した事故につき、入所利用契約上の転倒回避義務違反の債務不履行が認められた事例	東京地裁	平成22年(ワ)第31317号	平成24年3月28日	改訂版Q&A高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の77問 改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 *参考情報: 原告が、被告の運営する介護老人保健施設に入所中に転倒して骨折したことについて、被告に転倒回避義務や転倒事故後の適切な対応義務の違反があり、また、入所中に違法な身体拘束を受けたと主張して、被告に対し、入所利用契約の債務不履行又は使用者責任の不法行為に基づき、損害賠償を求めた事案において、被告に転倒回避義務違反が認められるとして債務不履行責任を肯定する一方、転倒事故後の対応が不適切であったとは認められず、また、原告に対する身体拘束は必要最小限度であって違法ではなかったとした上で、被告が主張する原告の骨粗鬆症の既往症を理由とする素因減額については否定し、原告の請求を一部認容した事例。(WestlawJapan)

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
6	要介護認定者が、短期入所中、早朝にベッドから離床しようとして転倒して脳挫傷等の傷害を負ったが、本件施設において転倒を防ぐための人的物的体制等に不適切な点があったとはいえないとして、請求が棄却された事例	東京地裁	平成23年(ワ)第31251号	平成24年5月30日	医療訴訟判例データファイル 改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 介護事故の法律相談 自保ジャーナル1879号186頁
7-A	通所介護契約に基づく介護サービス提供中に利用者が転倒・骨折した事案で、利用者の骨折等の傷害発生についての介護施設の責任は否定したが、利用者に速やかに医師の診察を受けさせる義務を怠った責任を認めた事例	東京地裁	平成23年(ワ)第33164	平成25年5月28日	医療訴訟判例データファイル 判例時報2208号67頁
7-B	高齢者が通所介護契約に基づき介護サービスを受けている間、送迎車両から降車しようとし、席を立った際、転倒し、翌日大腿骨頸部骨折が判明した事故につき、介護施設の運営者の安全配慮義務違反が否定されたが、速やかに医師の診察を受けさせる義務違反が肯定された事例	東京地裁	平成23年(ワ)第33164	平成25年5月28日	改訂版Q&A高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の77問 改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 判例時報2208号67頁
8	短期入所生活介護サービス(ショートステイ)利用者がベッドから転倒・負傷したことにつき、施設の過失を認めた事例	東京地裁	平成22(ワ)第27156号	平成25年9月24日	医療訴訟判例データファイル ウエストロー 2013WLJPCA02948006
9-A	手すりや杖を利用して短い時間しか立位を保持できない要介護者が転倒した事案につき、転倒防止のための必要な措置を取	東京地裁	平成24年(ワ)第14177号	平成25年10月25日	医療訴訟判例データファイル ウエストロー 2013WLJPCA10258004

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
	らずに玄関上がりかまちに立たせたままにしたことなどが訪問介護契約に基づく安全配慮義務違反に当たるとして、損害賠償請求が肯定された事例				
9-B	手すりや杖を利用して短い時間しか立位を保持できない要介護者が転倒した事案につき、転倒防止のための必要な措置を取らずに玄関上がりかまちに立たせたままにしたことなどが、訪問介護契約に基づく安全配慮義務違反に当たるとして、損害賠償請求が肯定された。この裁判例では、原告は左大腿骨頸部内側を骨折という重大な傷害を負っており、後遺障害等級6級に相当する後遺障害が残存したこと等を理由に、総額約1720万円の損害賠償請求が認められた事例	東京地裁	平成24年(ワ)第14177号	平成25年10月25日	改訂版Q&A高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の77問 改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 介護事故の法律相談
10	知的障害者更生施設の通所利用者が、ダウン症候群による知的障害の程度が比較的高い他の通所者から押されたことにより転倒し、右大腿骨大転子を亀裂骨折し、その後単純骨折となり、後遺症が残った事案において、施設職員には過失はないとされた事例	東京地裁	平成24年(ワ)第24051号	平成26年1月17日	医療訴訟判例データファイル ウエストロー 2014WLJPCA01178006

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
11	通所介護施設で通所介護(デイサービス)及び宿泊サービス(ショートステイ)を利用していた男性が同施設内で転倒し脳内出血発症後に死亡した事実で、同施設の転倒防止義務違反、早期受診義務違反が否定された事例	東京地裁	平成23年(ワ)第20836号	平成26年12月26日	医療訴訟判例データファイル 介護事故の法律相談 ウエストロー 2014WLJPCA122680C7
12	脳梗塞の治療及びリハビリテーションのため入院中に、被告病院内階段の踊り場に設置されていた窓から転落し、頭蓋骨骨折、脳内出血及び慢性硬膜下血腫の傷害を負い、意識不明の重篤な症状に陥ったが、これは、被告に安全配慮義務違反等の過失があったためであるとして、不法行為に基づき慰謝料並びにこれらに対する民法所定の年5分の割合による遅延損害金の支払を求めていたが原告の請求を棄却された事例	大阪高裁 第1民事部	平成14年(ワ)第22018号	平成15年11月19日	裁判例検索(裁判所web)
13	特別養護老人ホームにおいて、いわゆるショートステイを利用した際、他の利用者に車椅子を押されて転倒し、後遺症を負ったことにつき、同ホームに対してしたショートステイ利用契約上の債務不履行に基づく損害賠償請求が認められた事例	大阪高裁 第1民事部	平成17年(ネ)第2259号	平成18年8月29日	改訂版Q&A高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の77問 裁判例検索(裁判所web)

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
14	被告の介護サービスを利用して自宅への送迎を受けていた100歳の女性が自宅前の階段から転落したことが原因で死亡したのは被告の安全配慮義務違反又は過失によるものとして、女性の遺族が被告に損害賠償を求めたところ、請求が一部認容された事案	福岡地裁 第5民事部	平成27年(ワ) 第2717号	平成28年 9月12日	医療訴訟判例データファイル 裁判例検索（裁判所web） 改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 介護事故の法律相談
15	当直の看護師らが抑制具であるミトンを用いて入院中の患者の両上肢をベッドに拘束した行為が、診療契約上の義務に違反せず、不法行為法上違法ともいえないとされた事例	最高裁判所 第3小法廷 原審： 名古屋 高等裁判所	平成20年(受) 第2029号 原審：平成18 年(ネ)第872号	平成22年 1月26日 原審： 平成20年9月5日	裁判例検索（裁判所web） 改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任
16-A	社会福祉協議会が派遣したボランティアが身体障害者の歩行介護を行っている間に身体障害者が転倒した事故につき、ボランティアの善管注意義務が否定された事例	東京地裁	平成7年(ワ) 第6296号 平成7年(ワ) 第20624号	平成10年 7月28日	改訂版Q&A高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の77問 判例時報1665号84頁
16-B	社会福祉協議会が派遣したボランティアが、左半身麻痺の59歳の女性の歩行介護をしている際、タクシーを呼びに行くために一時、女性の側を離れた際に女性が転倒した事故について、社会福祉協議会と当該女性との間の契約関係を否定して債務不履行責任を否定し、ボランティアは善管注意義務を負うと認めたが、その違反は認められないとして同人に対する不法行為責任を否定した事例	東京地裁	平成7年(ワ) 第6296号	平成10年 7月28日	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 判例時報1665号84頁

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
16-C	原告の59歳の女性は、脳出血による左半身麻痺の後遺症で、杖をついての独力歩行は可能だったが、屋外で歩行する場合には近位監視歩行をとる必要があった。歩行介護のため原告宅に来たボランティアに付き添われて、タクシーで病院に行き、リハビリ科運動療法室に行きリハビリ訓練後、ボランティアに付き添われて、帰宅すべく同病院玄関に向かった。その後、ボランティアがタクシーを呼ぶために一時原告の側を離れた間に、玄関付近で転倒し、右足大腿骨骨折した。ボランティアの注意義務違反はないとして、原告の請求を棄却した。	東京地裁	平成7年(ワ)第6296号	平成10年7月28日	介護事故とリスクマネジメント 介護事故の法律相談 判例時報1665号84頁
17	病院の防火扉の設置保存の瑕疵により入院患者が転倒して骨折した事故について、損害賠償額の算定に当たり、被害者の疾患を斟酌するとは許されないとされた事例	福島地裁 福島県会津若松支部	平成10年(ワ)第135号	平成12年8月31日	改訂版Q&A高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の77問 判例タイムズ1050号223頁 判例時報1736号113頁
18	介護老人保健施設に入所中の要介護3の95歳女性が、ポータブルトイレの排泄物を捨てようとして汚物処理室に入室した際、出入口付近の高さ87mm、幅95mmのコンクリート製凸状の仕切りに足をとられて転倒し大腿骨頸部を骨折したという事故について、施設に債務不履行責任、土地工作物責任に基づき537万円余の支払を認めた事例	福島地裁 白川支部	平成14年(ワ)第17号	平成15年6月3日	改訂版Q&A高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の77問 改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 介護事故とリスクマネジメント 判例時報1838号116頁 賃金と社会保障1351号117頁

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
19	通所介護サービスを受けていた高齢者が、昼寝から目覚めた後に転倒して右大腿骨骨折を負った事故につき、介護サービス施設の債務不履行責任を認めた。裁判所は請求を一部認容し470万円の支払いを命じた事例	福岡地裁	平成13年(ワ)第3648号	平成15年8月27日	改訂版Q&A高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の77問 改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 介護事故とリスクマネジメント 介護事故の法律相談 判例時報1843号33頁
20-A	多発性脳梗塞で入院していた利用者がトイレに行く際には必ず看護師が介添えすることが決められていた。事故当日、看護師が利用者に介添えしてトイレに行ったところ、利用者が介添えを断ったために、看護師は利用者を1人で病室まで帰らせたが、利用者は病室のベッドのそばで後頭部を強打して倒れているのを発見され、その5日後の5月12日に急性硬膜下血腫により死亡した。過失相殺8割を認めた事例(第一審では利用者の遺族側が敗訴していたが、控訴審で逆転一部勝訴)	東京高裁	平成14年(ネ)第5660号	平成15年9月29日	改訂版Q&A高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の77問 判例時報1843号69頁 *参考情報: 多発性脳梗塞で入院していた老女(七二歳)が病室内で転倒して死亡した事故につき、担当看護婦に介添えを怠った過失があるとして、病院側の不法行為責任が認められた事例(WestlawJapan)
20-B	多発性脳梗塞の入院患者(72歳、女性)につき、左方麻痺(どうにか独歩は可能で足は上がるが正常な筋力はない程度)があったが、入院の翌日、ベッドの側で転倒して後頭部を強打し、意識不明のまま4日後に急性硬膜下血腫により死亡したという事故。水戸地裁日立支部は担当看護師の過失は認	東京高裁	平成14年(ネ)第5660号	平成15年9月29日	介護事故とリスクマネジメント 判例時報1843号69頁

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
	めながら、転倒との因果関係が認められないとして請求を棄却したので、原告らが控訴した。看護師の過失と転倒との因果関係を認め、請求の一部（約1割）を認容した事例				
21	人工透析治療を受けていた利用者が訪問介護契約を締結していた居宅サービス業者のヘルパーが利用者の腕を掴み損ねたため、利用者が転倒し右大腿骨頸部骨折の傷害を負った。そこで、利用者本人が、居宅サービス業者に対し、不法行為ないし債務不履行に基づく損害賠償を求めた。また、利用者の娘は利用者が歩行不能になったため、会社を退職し利用者の介護に専念することになり、得られるであろう給与を失ったとして、不法行為等に基づき損害賠償を求めた。債務不履行に基づく賠償請求を一部認容。過失相殺は否定。利用者の娘の請求は、棄却した事例	東京地裁	平成14年(ワ)第28713号	平成17年6月7日	改訂版Q&A高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の77問 介護事故の法律相談

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
22	グループホーム骨折事件・大阪高裁判決(平19・3・6)痴呆対応型共同生活施設(グループホーム)に入居中の高齢女性が、職員が目を離したすきに転倒・骨折し、2カ月余り後に死亡したのは、施設の安全配慮義務違反によるものであるとして、遺族らから施設経営者に損害賠償を求めた事案。請求を棄却された第1審の控訴審で、施設の安全配慮義務違反が認容された事例	大阪高裁 原審 京都地裁	平成18年(ネ)第1843号	平成19年3月6日 原審 京都地裁 平成18年5月26日	改訂版Q&A高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の77問 賃金と社会保障1447号54頁
23	老人保健施設に入所していた高齢者が施設内で下肢を骨折し、褥瘡を生じたことにつき、施設の運営者に過失があったとされたものの、上記骨折及び職層とその両下肢機能障害及び死亡との間の因果関係は否定された事例	東京地裁	平成13年(ワ)第26590号	平成19年4月20日	改訂版Q&A高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の77問 介護事故の法律相談 判例タイムズ1278号231頁
24	グループホームに入所していた入居者が2度転倒し、骨折。施設を運営する会社に対し、地裁判決で損害賠償を命じた事例	神戸地裁 伊丹支部	平成20年(ワ)第543号	平成21年12月17日	改訂版Q&A高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の77問 介護事故の法律相談 判例タイムズ1326号239頁

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
25	被告の管理運営する短期入所生活介護事業所に入所していた入所者が同事業所内で転倒し、その際の受傷が原因で死亡した事故につき、同入所者の相続人である原告が、被告に対し、不法行為又は債務不履行に基づき、損害賠償を請求する事例（遅延損害金の起算日は事故の日）。原告の請求を認容、過失相殺なし	京都地裁	平成22年(ワ)第3067号	平成24年7月11日	改訂版Q&A高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の77問
26	社会福祉法人Yの運営する老人デイサービスを利用していた高齢者Xが、入浴介護サービスの利用中に浴室内で転倒した（本件事故）。本件事故後Xは左大腿骨転子部骨折と診断され、さらに股関節の機能障害という後遺症を負った。Xは本件事故はYの転倒防止義務違反によるものであるとして、Yに対して通所介護利用契約上の債務不履行（民法第415条）による損害賠償を求めた。入浴介助担当者の注意義務違反を認め、弁護士費用75万円を含め合計832万円余の損害を認めた事例	青森地裁弘前支部	平成23年(ワ)第97号	平成24年12月5日	改訂版Q&A高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の77問
27	特別養護老人ホーム施設の短期入所サービスを利用していた事件当時96歳のAが共同生活室から個室に移動する際に転倒し、胸部を強打するなどの結果、死亡した。安全注意義務を怠らなければ事故は防げたとして事故と死亡の因果関係が認められ、特別養護老人ホーム施設に対しては、慰謝	福岡地裁小倉支部	平成23年(ワ)第705号	平成26年10月10日	改訂版Q&A高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の77問 改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 介護事故の法律相談

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
	料として2200万円の責任が認められた事例(ただし、原告の請求は、法定相続分の5分の1の限度で認められている。)				
28-A	特別養護老人ホームの利用者が深夜にトイレに行こうとして転倒し急性硬膜下血腫を発症した事故について、離床センサーを設置しなかったことが安全配慮義務違反に当たるとして事業者の損害賠償責任が認められた事例	大阪地裁	平成26年(ワ)第7324号	平成29年2月2日	改訂版Q&A高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の77問 医療訴訟判例データファイル 介護事故の法律相談 判例タイムズ1438号172頁 判例時報2346号92頁
28-B	介護施設利用者が転倒して頭部を負傷した事故について、事業者側の安全配慮義務違反を認め、事業者の損害賠償責任が肯定された事例	大阪地裁	平成26年(ワ)第7324号	平成29年2月2日	改訂版Q&A高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の77問 医療訴訟判例データファイル 介護事故の法律相談 判例タイムズ1438号172頁 判例時報2346号92頁
29	がんにより余命半年との診断を受けていた70歳の女性が、デイケア施設の階段で転倒し上腕骨近位端を骨折した事案について、3回施設を利用しており、正式な通所介護サービス契約締結前であっても事業者は安全配慮義務を負うとしたが、歩行能力に特に問題はなく、階段の昇降を含め、歩行時に介助を必要とする状況になかったとして義務違反を認めず、不法行為責任は認められないとした事例	東京地裁	平成23年(ワ)第10926号	平成24年11月13日	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
30	介護職員による歩行介助を受けていた低血糖で足の痛みにより歩行状態が不安定な要介護4の78歳の女性が自宅玄関において右足をマットに踏み出したところ、つま先が躓く形となり前方に転倒した事故において、介護職員の介助に明らかな不手際があったとまではいえ、突発的な事故であった可能性も残るとして事業者の債務不履行責任および使用者責任を否定した事例	東京地裁	平成24年(ワ)第18470号	平成27年3月10日	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 介護事故の法律相談 自保ジャーナル1948号185頁 *参考情報： 原告が、居宅介護支援、訪問介護、通所介護等の実施事業を主たる目的とする法人である被告に対し、デイサービスの帰りに原告宅の玄関内で原告が転倒した事故につき、選択的に、原告と被告との間の通所介護契約による債務不履行又は使用者責任に基づく損害賠償を求めるなどした事案において、被告は、本件通所介護契約に基づき、原告が転倒しないよう十分な注意を払うといった抽象的な義務を負うが、原告が主張するような態様で介助する債務を負っているとは認められない上、被告の従業員が実際に行った介助につき明らかな不手際があったとまではいえ、むしろ、原告の行動に起因する突発的な事故であった可能性も残ることから、被告には本件事故に関し債務不履行はないと判断するとともに、被告の従業員に不法行為上の権利侵害及び過失を認めることはできないと判断し、請求を棄却した事例。(WestlawJapan)

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
31	介護付老人ホームに体験入居契約により入居していた要介護2の85歳の女性が、施設の職員から夕食に行く準備をするよう声をかけられた後、職員が居室から離れている間に、自力で居室を出たところで転倒し、大腿骨を骨折した事故の損害賠償請求につき、女性および家族から歩行が不安定であり転倒の危険がある旨伝えられておらず、アンケート用紙、病院の診療情報提供書にも記載がなかったことから転倒の予見可能性を否定して、事業者の責任を否定した事例	東京地裁	平成23年(ワ)第13821号	平成24年7月11日	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 介護事故の法律相談
32	ローレーター(歩行器)を使用して歩行中に転倒し、左上肢の機能および歩行機能に障害を受けた81歳の女性が、病院に対し、適切な補助具を選択しなかったこと、骨折治療において固定方法を誤ったこと、感染症に罹患させたことのそれぞれ過失を主張して、診療契約上の債務不履行または不法行為に基づき損害賠償請求した事案について、病院の責任を否定した事例	東京地裁	平成7年(ワ)第15908号	平成10年2月24日	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 判例タイムズ1015号222頁

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
33	糖尿病で通院をしていた89歳の女性が、自宅で昏倒し、障子戸のガラス部分に頭部を突っ込み右総頸静脈を切断して失血死した事故について、病院および医師に対し、債務不履行ないし不法行為責任を認めなかった事例	東京地裁	昭和63年(ワ)第1993号	昭和63年12月26日	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 介護事故とリスクマネジメント 判例時報1329号162頁 *参考情報： 高齢の糖尿病患者の自宅療養中の転倒事故による死亡につき、患者の安全確保は原則として患者及び家族の守備範囲として、担当医師の過失が否定された事例。(Westlaw Japan)
34	東京都の特別区が設置、管理する保養所に宿泊中に、客室内の約45cmの段差を踏み外して転倒し、右大腿骨転子部等を骨折した85歳の女性が、国家賠償法2条1項に基づく公の営造物の設置・管理責任に基づき損害賠償請求した事案において、客室の設置、管理には瑕疵があるとして、特別区の責任を認めたが、女性にも過失があるとして、6割の過失相殺をした上、約82万円の支払を認めた事例	東京地裁	平成12年(ワ)第9317号	平成13年5月11日	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 介護事故とリスクマネジメント 判例時報1765号80頁

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
35	特別養護老人ホームにおいて、パーキンソン症候群、認知症により姿勢を制御することができず全面的な介護が必要な75歳の女性をベッドから車椅子に乗せるために介護用リフトを使用して移動させている際に、女性をリフトから転落させ、外傷性くも膜下出血等により死亡させた事故について、介護者に不法行為責任、事業者使用者責任に基づき1752万円余の連帯支払を認めた事例	東京地裁	平成27年(ワ)第19413号	平成28年12月19日	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 医療訴訟判例データファイル
36	グループホームに入居していた86歳女性がベッドから転落して股関節の可動域制限が残存したが、痴呆状態が著明で術前後に立位や座位の姿勢を無理にとるなど、リハビリに意欲的に取り組むことがなかったことから、後遺障害慰謝料について5割の素因減額を認めた事例	大阪地裁	平成17年(ワ)第5265号	平成19年11月7日	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 判例時報2025号96頁
37-A	82歳女性が、介護老人保健施設に入所して9日目に転倒して要介護5に至ったことから、介護費について、もともと罹患していたレビー小体型認知症による5割の素因減額を認めた事例(ただし、控訴審では施設の職員に過失がないとして請求が棄却されている)	福岡地裁 大牟田支部 福岡高判 最高裁 第二小法廷	平成22年(ワ)第97号 平成24年(ネ)第605号 平成25年(オ)第530号・平成25年(受)第641号	平成24年4月24日(第一審) 平成24年12月18日(控訴審) 平成26年12月24日(上告審)	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 賃金と社会保障1591・1592号 合併号101頁・121頁

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
37-B	介護老人保健施設に入所中のレビー小体型認知症で要介護1の82歳の女性が、入所9日後にシルバーカー使用時に転倒し、下顎体部骨折等で咀嚼機能を全廃した事案について、家族から転倒防止に留意するようにとの要望がなされたことを踏まえ、女性に対し、歩行時にはシルバーカーを用いて歩行するよう注意し、シルバーカーに重りを入れてその安全性を確保するなどしていたところ、当該事故以外にシルバーカー使用時の転倒事故が生じた事実はなかったことから転倒の予見可能性はなかったとして、事業者の債務不履行責任および不法行為責任を認めなかった事例	福岡高裁	平成24年(ネ)第605号	平成24年 12月18日 (控訴審)	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 賃金と社会保障1591・1592 号合併号121頁
38	小規模多機能型居宅サービスの宿泊サービスにより施設に宿泊していた認知症の81歳の男性が午前3時にベッドから転倒し、翌朝、救急車で搬送されて脳挫傷等と診断され、その後、肺炎で死亡した事故につき、事業者に対し、早期に医療機関に搬送すべき義務違反および、看護師等に指示を求めるように周知徹底すべき義務違反を理由に債務不履行に基づく損害賠償請求をしたが、事業者の責任を否定した事例	東京高裁	平成26年(ネ)第725号	平成26年 6月19日	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 自保ジャーナル1931号170頁

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
39	71歳の男性が、平成元年8月10日、両下肢麻痺のため入院していた。上半身に麻痺はなく、意識は清明であった。ところが、8月31日、病院の4階の病室から窓の下に落下して即死した。男性の寝ていたベッドは病室の窓枠の下に縦方向を壁に接着して配置されており、ベッドの窓側の手すりも取り外され、窓にも格子や手すりは取り付けられてなかった。この事故につき、遺族が転落の原因は病院の窓に密着して配置されたベッドから体勢を崩して落下したものであるとして病院建物の設置・保存の瑕疵があるとし、一方、病院は転落の原因は入院患者の飛び降り自殺にあるとして争った。病院の病室の物的設備に設置・保存の瑕疵があるとして、原告の請求を認容した事例	高知地裁	平成3年（ワ）第67号	平成7年3月28日	<p>介護事故とリスクマネジメント</p> <p>*参考情報： 病室の窓の外に入院患者が落下して死亡した事案について、落下原因は自殺ではなく事故によるものとしたうえ、病室の物的設備に設置・保存の瑕疵があったものと認定した事例。</p> <p>人の診療に当たる病院においては、患者の生命、身体、安全確保をはかるべき義務があり、本件のように両下肢麻痺で入院している患者の場合には、その使用するベッドは、窓から離して配置するか、窓に接して配置する場合には窓ないしベッドに手すりを設置するなどして物的設備を安全に整えることにより、同人が窓の外に転落する事故を防止すべき義務があるものというべきである。それにもかかわらず、右認定事実によれば、本件では、B病院を経営してこれを所有・占有する被告は、Aが両下肢麻痺で入院しているのに、右義務を怠り、本件ベッドをこれと高低差があまりない窓の下に接して設置し、ベッドにも窓にも手すりを設置していなかつたのである。したがって、本件病室はこれが通常備えるべき安全性を欠いていたものというべきであり、工作物の設置・保存の瑕疵がある。（Westlaw Japan）</p>

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
40	<p>社会福祉法人経営の病院に入院中の男性Aで、脳出血のため、不穏行動があり、時や場所に関する見当識障害（自分のいる場所を聞かれて「陸軍でしょ」）があり、本件事故発生の数時間前から点滴管を自己抜去したりしていた被害者について、平成元年8月21日午前2時30分頃Aは本件病院3階の集中治療室の窓から1階の庇を経て、地上に転落し、脳挫傷により死亡した。病院の予見可能性を否定し、原告の請求を棄却した事例</p>	新潟地裁	平成2年（ワ）第122号	平成7年10月5日	<p>介護事故とリスクマネジメント</p> <p>判例タイムズ904号193頁</p>
41	<p>被告の設置、管理する病院に入院していた女性A(72歳、軽度の痴呆、パーキンソン病)が、ベッドから落ちて側頭部を床に強打し、くも膜下出血で死亡した事故について、病院の担当医師の看護上の過失によるとして、長男が慰謝料1000万円を請求した。病院の過失を認め、原告の請求を一部認容し、慰謝料200万円の支払いを認めた（一部控訴）</p>	東京地裁	平成5年（ワ）第14252号	平成8年4月15日	<p>介護事故とリスクマネジメント</p> <p>判例時報1588号117頁</p> <p>*参考情報： 長男が、母親が入院中にベッドから落ちて側頭部を床に強打し、くも膜下出血で死亡した事故について、適切な看護を受ける期待の侵害を理由としてした慰藉料請求が認められた事例。</p> <p>一般に、病院に入院中の患者に一定の危険が生ずることが予測される場合、その患者の担当医師はその結果発生を防止するために一定の作為義務を負うか、また具体的にいかなる作為義務を負うかは、医師の専門的判断に基づく裁量の範囲があることを前提とし、予想される結果の重大性、予測される結果発生の蓋然性、結果発生を防止する措置の容易性、有効性、その</p>

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
					措置を講ずることによる医療上ないし看護上の弊害等を総合考慮して判断すべきであると考えられる。 (WestlawJapan)
42	入院中の被害者が、昭和54年10月29日午前6時5分頃、洗面の準備をした看護師が他の病室に行っている間、体を動かしているうちにこらえきれずベッドの左側に転落して、ビニール貼りの床（ベッドとの距離63cm）に頭部を打ち、その後、死亡した。転落防止につき病院に過失を認め、原告側の請求のうち300万円を認容した。	東京高裁	平成10年(ネ)第1460号	平成11年9月16日	介護事故とリスクマネジメント 判例タイムズ1038号238頁 *参考情報： PN（結節性動脈周囲炎）による長期入院患者がベッドから転落後、死亡した事案において、転落が原因となって急性副腎不全を来し、高カリウム血症により死亡したとし、病院側にベッドの柵を立てず転落防止措置を怠った過失があるとして、遺族からの損害賠償請求を一部認容した事例。（WestlawJapan）
43	88歳の女性で、杖なしには安定的に歩行不可で、軽度の痴呆あり。特養ホームで、平成10年10月23日からショートステイを利用し、同年11月5日午後8時頃施設内(食堂)において職員が目を離していた間に乗っていた車椅子から転倒し、右側大腿骨頸部内側骨折となり、その後、両下肢機能全廃となる。損害賠償請求訴訟を提起。本件における施設の安全配慮義務違反はなかったとし	神戸地裁	—	平成14年10月2日	介護事故とリスクマネジメント

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
44	<p>介護付有料老人ホームに入居していた要介護1の87歳の女性が、リビングで入居者と雑談後にトイレに行こうと立ち上がったところ、足を滑らせ転倒し、大腿骨転子部を骨折した事案について、医師作成の居宅療養管理指導書には転倒に留意すべき旨の記載はあるが、その根拠となる具体的な事実の記載はなく、入所以来、歩行能力について格別具体的な問題は観察されず、転倒もなく、家族からも転倒に対する具体的な不安は聞かれていないことから、職員において転倒事故を具体的に予見することは困難であったとして、事業者の債務不履行責任および不法行為責任を否定した事例</p>	東京地裁	平成27年(ワ)第19572号	平成28年8月23日	<p>医療訴訟判例データファイル</p> <p>改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任</p> <p>ウ エ ス ト ロ ー</p> <p>2016WLJPCA0823800</p>
45	<p>全盲で認知症の症状がある本人が老人側施設入所後約3週間たったある日、同室者と口論になって興奮状態となったため、介護福祉士が本人を別室に連れていったところ、その部屋の窓から本人が転落して死亡してしまった。</p> <p>本人はその部屋の窓の鍵を開け、その部屋にあった家具を利用して窓から乗り出し、目隠しフェンスを乗り越えて真下に転落した。担当職員が適切な介護を怠ったことについて、不法行為と利用者の「死」との相当因果関係が認められ、施設に対し、使用者責任に基づく賠償責任として、1000万円</p>	東京地裁	平成9年(ワ)第19373号	平成12年6月7日	<p>介護事故の法律相談</p> <p>賃金と社会保障1280号14頁</p>

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
	の支払いが命じられた事例				
46	<p>Aは、Dが運営するデイサービスを利用していましたが、平成25年11月4日、職員BがAを支え、職員Cがストレッチャーを浴室中央に移動させたうえ、仰臥位の状態のAの身体を職員Cが洗い、職員Bが洗髪。その後、職員BがAの背部にお湯をかけるために右側上肢用のサイドフェンスを解除し、職員Bがシャンプーを手にとろうと屈むと同時に、職員Cがストレッチャー操作部分にかけてあったタオルを取るために移動したが、転落防止のための両側の上肢用サイドフェンス及び両側のスイング式フットガードは立ててある状態であったものの、安全ベルトは上肢下肢ともに装着されていない状態であったためにAがストレッチャーから転落。救急車で病院に搬送されたが、同日急性硬膜下血腫のため死亡。介護職員の過失は重大「2000万円（A本人の慰謝料1800万円、原告固有の慰謝料200万円）とするのが相当である。」と判断した事例</p>	仙台地裁	平成26年(ワ)第721号	平成27年4月15日	介護事故の法律相談

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
47	原告（控訴人）らの父が、被告（被控訴人）が開設する介護老人保健施設の認知症専門棟に短期入所していたところ、2階食堂の窓から雨どい伝いに降りようとして地面に落下して死亡した事故。原告らの請求を全て棄却した原判決は一部失当であるとして、原判決を変更した事例	東京高裁	平成26年(ネ)第5371号 原審 平成25年(ワ)第2306号	平成28年3月23日 原審 平成26年9月11日	介護事故の法律相談
48	歩行補助車を使用する自立歩行可能な高齢者の入所者が歩行時に後方に転倒し、脳挫傷、外傷性くも膜下出血を生じ、意識障害、四肢運動麻痺を負い、その後死亡した事案で、施設の転倒防止義務違反、病院搬送義務違反が否定された事例	東京地裁	平成25年(ワ)第20351号	平成27年8月10日	医療訴訟判例データファイル ウ エ ス ト ロ ー 2015WLJPCA08108003
49	認知症高齢者グループホームの居室の窓から入居者が転落して多発骨折の傷害を負い、その後死亡したことを理由として、遺族が損害賠償を請求した事案について、窓のストッパーがロックした状態であっても手で強く引	東京地裁	平成26年(ワ)第25822号	平成29年2月15日	医療訴訟判例データファイル 判例タイムズ1445号219頁
50	指定通所介護サービスの利用者が、帰宅のため施設内で送迎車への案内を待っていた際に椅子から立ち上がって転倒し、大腿骨頸部骨折の傷害を負った事案において、施設において見守り可能な態勢をとるべき注意義務違反、及び介護職員の見守りにおける注意義務違反が否定された事例	東京地裁	平成26年(ワ)第33075号	平成29年3月14日	医療訴訟判例データファイル ウ エ ス ト ロ ー 2017WLJPCA03148007

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
51	特別養護老人ホームの介護職員が認知症の入居者を便座に着座させたまま一時その場を離れた間に入居者が転倒し急性硬膜下血腫の傷害を負い72日後に死亡した場合において、介護職員の過失及び因果関係が認められた事例	津地裁	平成29年(ワ)第127号	平成31年3月14日	医療訴訟判例データファイル ウエストロー 2019WLJPCA03146024
52	視力がほとんどなく物を見ても何であるかを認識するまでに時間がかかり、左上下肢の麻痺で壁を伝い歩きしていた64歳の女性の自宅で、訪問介護サービスにより派遣された介護職員が実施した清掃後、掃除機から取り外したT字ヘッド部分を女性の指示により洗濯かごに入れたが、介護職員帰宅後、女性がT字ヘッド部分に右足膝をひっかけ、尻餅をつき臀部痛を負った事案について、女性の歩行の障害にならないように配慮する義務に違反したとして事業者が債務不履行責任を認め、4割の過失相殺を行い33万円の支払を認めた事例	東京地裁	平成24年(ワ)第6409号	平成26年11月27日	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
53	陳旧性脳梗塞に伴うてんかんのために入院した患者が、リハビリテーション2日目に付添看護師が離れた間に転倒し、その後硬膜下血腫により死亡した事案につき、裁判所は事故は予見可能であり病院側は転倒防止策をとることが可能であったにもかかわらず転倒防止策を講じなかった過失があるとして損害賠償請求が認められた事例	東京地裁	平成12年(ワ)第3569号	平成14年6月28日	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 判例タイムズ1139号148頁
54	小規模多機能型居宅介護施設に入居していたアルツハイマー型認知症の75歳の男性が、介護職員が目を離した際に施設の外に出てしまい、約3日後に施設から約590m離れた場所で死亡しているのが発見された事案で、勝手口のドアに関し、施設の設備設置義務違反が認められた事例	さいたま地裁	平成23年(ワ)第3642号	平成25年11月8日	自保ジャーナル1915号167頁
55	認知症の87歳男性は看護師に付き添われトイレに入った。看護師は男性が用を足す間に、別室患者に呼び出されて排便介助に対応。男性はその間にトイレを出て廊下を1人で歩き、転倒して外傷性くも膜下出血と頭蓋骨骨折のけがを負い、2年後に心不全で死亡した。看護師が転倒する恐れが高いことは予見できたなどとして、約532万円の支払いを命じた事例	神戸地裁		令和4年11月1日	神戸新聞2022年11月2日

資料2【誤嚥・窒息に関わる対応策を検討すべき判例】

No.	事例・事案	裁判所	事件番号	判決日	出典
1	重度の認知症である73歳の男性がショートステイの朝食後、薬を飲んだ直後に異変を起こしチアノーゼ状態になった後に死亡した事故で、適切な処置を怠った過失があるとして、事業者に対し合計2,200万円の支払を認めた事例	横浜地裁 川崎支部	平成9年 (ワ)第289号	平成12年 2月23日	改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の77問 賃金と社会保障 1284号 43頁
2	自立していた中等度の認知症で老人健康施設入所中の76歳の男性が、夕食に出されたこんにゃく田楽を喉に詰まらせ窒息死した事故で、施設の責任を否定した事例。誤嚥事故発見後、食堂からサービスステーションまで車椅子で移動させ、入れ歯を取り出し、タッピングをして吸引器を用いた後に口に指を入れて異物を探り、その後、病院に搬送した事案について、過失はないとした	横浜地裁	平成10年 (ワ)第1337号	平成12年 6月13日	改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の77問 改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 賃金と社会保障 1303号 60頁
3	特別養護老人ホームに入所中の老人性痴呆症、白内障および緑内障で全盲の82歳の男性がパン粥を誤嚥して窒息死した事案。以前から食べるとむせる、パン粥を飲み込めないことから、誤嚥の可能性を認識することは不可能であり、仮に認識すべき義務があっても、食事介護中は常に肺か頸部の吸音を聞く必要があるが、これを特別養護老人ホームの職員に義務付けることはできず、誤嚥につき予見可能性がなく、異変後の救命措置にも落ち度はないとして施設の過失を否定した事例	神戸地裁	平成14年 (ワ)第1887号	平成16年 4月15日	裁判例検索(裁判所 web) 改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の77問 賃金と社会保障 1427号 45頁
4	軽費老人ホームに入居していたAが体調不良となり病院へ搬送され、同病院で急性硬膜下血腫と診断され緊急手術を受けたが、左半身麻痺、嚥下障害、左眼視力喪失等の後遺症を負い、その後、肺炎を起こして死亡した事例。Aの相続人である	名古屋地裁	平成14年 (ワ)第251号	平成17年6月 24日	裁判例検索(裁判所 web)

	原告が、軽費老人ホームは入居契約上の債務として、Aを医療機関へ搬送すべき義務を怠り、その結果嚥下障害等の後遺症を残存せしめ、嚥下障害による肺炎によりAを死に至らしめたと主張して、被告に対し債務不履行に基づく損害賠償請求権として遅延損害金の支払を求めたが請求を棄却した事例				
5	<p>軽度認知症と事故の後遺症で全介助を受けていた75歳の男性が、特別養護老人ホームのショートステイにて、食事のおでん(こんにゃく、はんぺん)で窒息死した事故につき、特別養護老人ホームに対し2,426万円余の支払を認めた事例。</p> <p>Aが介助を要する当時、ショートステイ用一般状態記録にも、Aに嚥下障害がある旨が記載されていた。Aにこんにゃくやはんぺんを食べさせる際、Aに誤嚥を生じさせない細心の注意を払う必要があったが、職員がこれらの確認をしないまま、こんにゃくに続いてはんぺんを食べさせたことは、不法行為法上の過失に当たるとした事例</p>	名古屋地裁	平成14年(ワ)第2028号	平成16年7月30日	<p>改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任</p> <p>賃金と社会保障1427号54頁</p>
6	特別養護老人ホームに入所中の97歳の女性が玉子丼の細く刻まれたかまぼこを誤嚥して窒息を生じ約10か月後に死亡した事案。食事中に口から泡を出したため吸引の処置をし、二度目に口から泡を出し、軽いチアノーゼが見られた後に嘱託医に連絡して適切な処置を求めたり、救急車の出動を求めるべき義務に違反した過失があるとして事業者を支払を認めた事例	東京地裁	平成15年(ワ)第25683号	平成19年5月28日	<p>医療訴訟判例データファイル</p> <p>改訂版Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の77問</p> <p>判例時報1991号81頁</p>
7	特別養護老人ホームに入所中の、脳血管障害等により医師から嚥下障害の進行と誤嚥性肺炎発症の可能性が高いことを説明されていた女性が、職員の介助を受けながら食べていた朝食を誤嚥して死亡した事	松山地裁	平成18年(ワ)第150号	平成20年2月18日	<p>改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任</p> <p>医療訴訟判例データファイル</p>

	<p>故。職員が、①覚醒の確認を十分に行っておらず、②頸部を前屈させることを全く行っておらず、③手、口腔内を清潔にすることも行っていないことから、事業者はこれらのことがきちんと行われるように職員を教育、指導すべき注意義務に違反したとし、事業者に対し相続分2分の1の相続人への1,318万円余の支払を認めた事例</p>				<p>改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の77問</p> <p>判例タイムズ 1275号 219頁</p>
8	<p>特別養護老人ホームに入所している利用者が、朝食時に食事を誤嚥して死亡した。相続人らは、使用者責任等の不法行為または介護サービス契約の債務不履行に基づいて、損害賠償請求をした。</p> <p>本件事故の際、Bは、Aが最後のエンジョイゼリーを口に入れた後、口や喉仏の動きを見ながらAが食物を嚥下したことを確認し、3分間Aの状態を見守ったが、特に異常はなかったものであり、Aは食事を終了していたものと認められる。</p> <p>さらに、Aは嚥下能力が減退し、ため込み、むせ込み、嘔吐等がみられたが、本件事故当日の食事はペースト状の食事やエンジョイゼリーなど嚥下しやすい性状のもので、Bがスプーンで一杯ずつ、1時間以上かけて食事介助をしていたのであるから、嚥下能力が減退していたとしてもAが誤飲した可能性は低いと考えるのが相当である。そしてAの直接の死因は、本件全証拠によっても、結局のところは不明であると言わざるを得ないが、少なくとも、原告らの主張を認めることはできないとした事例</p>	東京地裁	平成 18 年 (ワ) 第 3067 号	平成 20 年 3 月 27 日	改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の77問

9	介護付有料老人ホームの入所者が誤嚥により死亡した場合において、事前に誤嚥の可能性を予見することは困難であるとして、誤嚥防止の特段の措置を講じなかったことについての過失が否定された事例	東京地裁	平成 20 年 (ワ) 第 34440 号	平成 22 年 7 月 28 日	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 医療訴訟判例データファイル 改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の 77 問 判例時報 2092 号 99 頁
10	介護老人保健施設において、利用者が食事中にご飯、厚揚げ、ふきの煮物などを誤嚥して翌日死亡した。介護老人保健施設の開設者である医療法人(被告)施設及び職員に対する管理体制、施設の職員らの事故発生前の対応及び事故発生後の救命活動のいずれについても過失を否定した	横浜地裁	平成 20 年 (ワ) 第 4453 号	平成 22 年 8 月 26 日	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の 77 問 判例時報 2105 号 59 頁
11	グループホームに入所していた 83 歳男性が、生ゴミ等を食して嘔吐、腹痛、下痢をしたが医療機関に救急搬送しなかったので死亡したとの主張につき、生ゴミ等を食した事実はなく、嘔吐、腹痛、下痢があったとしても、看護師に指示を受けて対応、身元引受人にも連絡するなど契約上課せられた注意義務を果たしているから医療機関に救急搬送すべき義務があったとまでは認められないとして施設の責任を否定した事例	東京高裁	平成 22 年 (ネ) 第 3079 号	平成 22 年 9 月 30 日	改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の 77 問 自保ジャーナル 1837 号 160 頁
12	デイサービス利用中の要介護 5 の 81 歳男性が昼食時に誤嚥して死亡するに至った事故について、職員が見守りを怠った事実はなく、介護保険法等の関係法令の定める基準を上回る介護が約束されていたとは認められず、事故当時、昼食の見守りをしていた職員は他の利用者に気を奪われていて見守りを怠ったとは認められず、職員には過失はな	東京都立 川支所	平成 21 年 (ワ) 第 2609 号	平成 22 年 12 月 8 日	医療訴訟判例データファイル 改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の 77 問

	い。 施設が 23 名の利用者に対して専ら食事の見守りを担当する職員を 2 名しか配置しなかったことについて、利用契約の債務の履行を怠ったとは認められないとして、請求を棄却した。介護員、看護師とも配置された状況の下できることはしたと施設の責任を否定した事例				判例タイムズ 1346 号 199 頁
13	特別養護老人ホームの入所者である利用者が、身に着けていた紙おむつ及び尿取りパッドを口に入れ喉を詰まらせて窒息死したことについて、利用者の相続人らが、施設に対し、主位的に不法行為、予備的に債務不履行に基づき、精神的損害、葬儀費用等相当額の賠償などを求めた。異食癖のある利用者に着用させた介護服の不適切な着用方法によって発生したものと推認するのが相当として、遺族らの請求を一部認容した事例	さいたま地裁	平成 18 年 (ワ) 第 2714 号	平成 23 年 2 月 4 日	裁判例検索 (裁判所 web) 改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の 77 問 賃金と社会保障 1576 号 58 頁
14	介護老人保健施設に入所中のパーキンソン病で要介護 3 の 86 歳の男性 X が縦 25mm、横 40mm、厚さ 5mm 程度の健常人が食べるのとそれほど異なる大きさのまぐろの刺身を誤嚥して死亡した事故につき、嚥下状態は良好とは評価し難い状態であり、誤嚥の危険性があった。介護老人保健施設という専門機関で、継続的に介護に当たっていた医師を含む介護保険施設の職員はこれを認識していたか又は少なくとも容易に認識できた。X に提供された刺身は健常人が食べるのとそれほど異なる大きさであったが、嚥下しやすくするための工夫は加えられていなかった。したがって、刺身を常食で提供したことについて、介護契約上の安全配慮義務違反が認められるとして事業者に対し 2,203 万円余の支払を認めた事例	水戸地裁	平成 21 年 (ワ) 第 103 号	平成 23 年 6 月 16 日	医療訴訟判例データファイル 改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の 77 問 判例時報 2122 号 109 頁

15	四肢麻痺で要介護4の79歳の男性が、通所介護サービスにおいて飴が喉に詰まり死亡した事故につき、むせているのを職員（看護師）が発見し、背部叩打法、ハイムリック法、吸引等の措置により、咽頭から飴を取り出そうとしたが功を奏さず、男性は顔色不良となり、遅くともこの時点において救急車を要請すべきであったが、この10分後に救急車を要請した事案で、事業者に対し1,000万円の支払を認めた事例	広島地裁 福山支部	平成22年 (ワ)第246号	平成23年 10月4日	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任
16	ショートステイを利用していた嚥下障害を伴うマシヤド・ジョセフ病の50歳の女性がとろみ食を誤嚥して死亡した事故で、職員に誤嚥による呼吸不全を見逃した過失および施設管理者に食事介助にあたる者に対する特段の注意喚起を怠った過失により、事業者に対し、2,640万円の支払を認めた事例	京都地裁	平成22年 (ワ)第3676号	平成25年 4月25日	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の77問
17	医師から「(食道裂孔疝ヘルニア)により、時折嘔吐を認めています。誤嚥を認めなければ経過観察でよいと思います。」との紹介状があった介護付き老人ホームに入居中の85歳のうつ病の女性がロールパンを誤嚥し死亡した事項につき、事業者が債務不履行責任を認め、女性が原則に反して居室での食事を希望したことを理由とする過失相殺は認めなかったが慰謝料額で斟酌し1,548万円余の支払を認めた事例	大阪高裁 原審：神戸地裁 平成24年3月30日	平成24年 (ネ)第1537号	平成25年 5月22日	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の77問 医療訴訟判例データファイル 判例タイムズ1395号160頁
18	訪問介護サービスの訪問介護員が、家族が置いていた円形で直径6cmないし7cmのさつま揚げ様の揚げ物を切らずに具材として利用してうどんを調理し、歯がほとんどない認知症の要介護3の87歳の女性が揚げ物を誤嚥し死亡した事故につき事業者の使用者責任を認め、1,564万円余の支払を認めた事例 利用者は87歳の高齢者で、食事	松山地裁	平成24年 (ワ)第1125号	平成26年 4月17日	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任 改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の77問

	<p>の際の窒息事故の発生が危惧される年齢であり、本件事故前に嚥下障害の微表たる痰が発生し、現実に誤嚥事故が発生していたのに、重大な窒息事故の発生する危険性の高い形状の本件揚げ物を原型のまま提供したことは、調理方法における過失と認定し、相当因果関係も認められた。施設は、利用者が適切な咀嚼、嚥下をしなかったこと、痰の発生後病院を受診しなかったこと、ほかの施設で誤嚥事故が発生したことがある旨報告書に記載があったが、これを家族が施設に連絡しなかったこと、家族が揚げ物を購入したこと自体が過失であると主張したが、裁判所は過失相殺を否定した</p>				
19	<p>介護施設に短期入所していた72歳女性が多発性脳梗塞を原因とする鼻口部圧迫により窒息死した事故について、詳細不明で急死と判断されていることから、施設の責任を否定した事例</p>	東京高裁	平成27年(ネ)第186号	平成27年4月22日	<p>改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任</p> <p>自保ジャーナル1953号175頁</p>
20	<p>通所介護施設の利用者が他人の糖尿病治療用の血糖降下剤を誤って服用した結果、低血糖状態を発症し、緊急搬送先の病院で胃瘻造設手術が実施され、また、当該病院から退院後、転院を繰り返し、誤飲から約2か月後に死亡した事案について、薬の誤飲から低血糖状態になって入院し、入院に伴う環境の変化、既往症に対する治療の中止、非経口摂取の実施などから、嚥下能力が低下し、誤嚥の危険性が高まったため、胃瘻造設手術が実施されたとして、薬の誤飲と胃瘻造設手術に相当因果関係が認められた事例</p>	東京地裁	平成26年(ワ)第3178号	平成27年4月24日	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任
21	<p>グループホームに入所していた、片麻痺、言語障害、認知症で要介護5の72歳の女性が飯粒などを誤嚥して死亡した事故で嚥下機能が低下しており、食事は全介助であったと</p>	福岡高裁 原審：福岡地裁	平成27年(ネ)115号 原審：平成23年(ワ)	平成27年5月29日 原審：平成26年	<p>改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任</p> <p>裁判例から学ぶ介護事故対</p>

	ころ、食事介助の方法として不適切だったと認めることはできず、夕食中に口から食べ物が流れ出、左手に振戦という誤嚥の徴候が出現していたが、声掛けに反応し、振戦も治まり、夕食後から口腔ケアを行ったころまでの間、むせ込みや顔色の変化など呼吸状態の悪化を示す徴候を確認できず、チアノーゼによる異常から 10 分程度後に 119 番通報した事案について、過失はないとした事例		第 160 号	12 月 25 日	応 判例時報 2270 号 3 頁
22	被告は、利用者（死亡）と賃貸借契約を締結し、24 時間介護スタッフなどを宣伝しており、賃貸借契約及び指定訪問介護が食事をする際には適切に見守って誤嚥を防止する安全配慮義務があるとして、利用者の法廷相続人の一人が損害賠償請求を求めた。（法廷相続分は 4 分の 1）不当利得返還請求等の請求もあったが、誤嚥による死亡については、 <u>本件契約は訪問介護契約であって、夕食時間帯はサービス提供の時間帯ではなく、利用者やその親族が誤嚥の危険を訴えたというサービス実施記録はなく、被告に利用者の夕食時に誤嚥を防止する法的義務があったとはいえ、安全配慮義務違反による損害賠償請求権は成立しないとした事例</u>	大阪地裁	平成 26 年（ワ）第 4162 号	平成 27 年 9 月 17 日	改訂版 Q&A 高齢者施設・事業所の法律相談介護現場の 77 問 判例時報 2293 号 95 頁 自保ジャーナル 1963 号 176 頁
23	左半身完全麻痺の要介護 4 の 59 歳の男性がデイサービスにおいて、鶏の唐揚げを誤嚥して死亡した事故で、「通所介護アセスメント表」には、常食、嚥下普通、禁食なしと記載されていたことから誤嚥の危険性の具体的予見は困難であり、男性がむせ始め、職員が口の中から食べたものを除いたが、せき込みは止まらず、その後、むせ込みやせき込みがなくなり顔色が急激に悪くなった直後の、むせが始まった 10 分後	東京地裁	平成 27 年（ワ）第 16389 号	平成 28 年 10 月 7 日	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任

	に 119 番通報し、この間、気道を確保するために背中を叩いて声掛けをしていた事案について、過失はないとした事例				
24	介護老人保健施設にショートステイで入所中の誤嚥を起こしやすくなっていた 77 歳の男性がロールパンを誤嚥して低酸素脳症になった事故で、パンを提供するとしても小さくちぎったものを提供するべき義務があったところ、これに反しロールパンをそのまま提供したとして、使用者責任を認めて 4,054 万円余の支払を認めた事例	鹿児島地裁	平成 27 年 (ワ)第 542 号	平成 29 年 3 月 28 日	改訂版事例解説介護事故における注意義務と責任
25	社会福祉法人の運営する特別養護老人ホームに入所する誤嚥性肺炎を発症しやすいことを指摘されていた入所者が、食事介助中に誤嚥を起こし低酸素性脳症と診断された。約 2,000 万円の賠償責任が認められた事例	熊本地裁	平成 27 年 (ワ) 第 1050 号	平成 30 年 2 月 19 日	インターネット検索
26	白玉団子を喉に詰まらせて植物人間状態となった事例。 団子を口に入れば、これを喉に詰まらせて窒息することの具体的な予見可能性があったと認定された。理由として、①利用者は咀嚼能力、嚥下能力が低下していた (89 歳、総義歯、円背→誤嚥しやすい、認知症→食べるペース、量が判断できない) ②団子の形状 (粘着性・弾力性、直径 2~3cm) 結果回避義務として、①皿を手が届く範囲に置かないようにする義務、または団子を提供するのであれば、②「利用者の行動や咀嚼嚥下の状況を注意深く確認する義務」を認定した。 そして、被告 (事業者側) は①皿を手が届く範囲に置いたうえ、②利用者の行動も確認していなかったから、結果回避義務違反があると認定された	松山地裁	平成 28 年 (ワ)第 123 号	平成 30 年 3 月 28 日	インターネット検索

27	<p>介護老人保健施設の入所者 X に、自宅への一時外泊後に肺炎で死亡したことに對して、外泊前の検査、他院の受診勧誘、外泊中止の促しがなく、他院の受診も妨害されたと主張されて損害賠償を提起されたが、施設側の過失が認められなかった事例</p> <p>一時帰宅の食事の誤嚥が原因で肺炎を発症した可能性も否定できず、帰園後に急速に増悪した可能性もある。家人も X は平成 28 年 1 月 6 日に呼吸困難が生じた旨説明していた。対症療法をしつつ経過観察することに問題があったとはいえず、同時点で外泊中止を促すべき注意義務があったとはいえない。また同日、施設の看護師長が X の家人に、発熱、絶食の上で点滴を投与されていることなどを電話で報告しており、この報告内容は、同時点の原告に対する注意喚起として不十分であったとはいえない</p>	東京地裁	平成 29 年 (ワ) 第 27953 号	令和元年 11 月 7 日	医療訴訟判例データファイル
28	<p>特別養護老人ホームに准看護師として勤務し、同施設の利用者に対する看護及び介護業務に従事していた被告人が、食堂で、利用者之間食を提供するに当たり、決められた形態と異なる食事を利用者に提供して摂取させれば、利用者に窒息事故等を引き起こすおそれがあるから、各利用者に提供すべき間食の形態を確認した上、これに応じた形態の間食を利用者に配膳して提供し、窒息等の事故を未然に防止すべき業務上の注意義務があるのにこれを怠り、ゼリー系の間食を提供するとされていた被害者 (当時 8 5 歳) に対し、提供すべき間食の形態を確認しないまま、漫然と常菜系の間食であるドーナツを配膳して提供した過失により、同人にドーナツを摂取させ、喉頭ないし気管内異物による</p>	東京高裁 第 6 刑事部 原審：長野地裁松本支部	平成 31 年 (う) 第 791 号 原審：平成 26 年 (わ) 第 260 号	令和 2 年 7 月 28 日 原審：平成 31 年 3 月 25 日	裁判例検索 (裁判所 web)

	<p>窒息に起因する心肺停止状態に陥らせ、病院で、心肺停止に起因する低酸素脳症等により死亡させたとした事案の控訴審において、原判示の過失の成立を認めた原判決の結論は是認することはできず、本件公訴が提起されてから既に5年以上が経過し、現時点では控訴審の段階に至っている上、有罪の判断を下した原判決には判決に影響を及ぼすことが明らかな事実誤認があるとして原判決を破棄し、被告人が、<u>自ら被害者に提供すべき間食の形態を確認した上、これに応じた形態の間食を被害者に配膳して提供する業務上の注意義務があったとはいえない</u>として、被告人に無罪を言い渡した事例</p>				
29	<p>介護施設の入所者が食事介助中に意識を消失したが、その際の機序が窒息による機序と整合的でなく、意識喪失から死亡に至る原因を窒息とみるには疑問があるほか、余命が1年程度である疾患を有し、その状態が深刻になっていて、呼吸停止、心停止に至るおそれがあったことからすれば、当該入所者の死因が食事時の窒息にあったとはいえないから、仮に食事介助の際に目を離さず少しずつ食べさせて様子を見る注意義務等の違反があったとしても、こうした過失行為と当該入所者の死亡に因果関係を認めることはできないとした事例</p>	札幌地裁	平成30年(ワ)第1732号	令和2年7月31日	裁判例検索(裁判所web)
30	<p>被告の経営する介護老人保健施設入所中に死亡したDの相続人である原告らが、被告に対し、Dは、同施設の職員らの注意義務違反により食物を誤嚥して窒息死したと主張して、損害賠償を求めた事案につき、証拠上、Dが食物を誤嚥し窒息死したとは断定できず、心筋梗塞等其他の死因の可能性も否定できない</p>	岐阜地裁 民事第1部	平成31年(ワ)第136号	令和2年12月21日	裁判例検索(裁判所web)

	として、原告らの請求を棄却した事例				
--	-------------------	--	--	--	--

- [Home \(/\)](#).
- [Patient safety \(https://www.england.nhs.uk/patient-safety/\)](https://www.england.nhs.uk/patient-safety/).
- Report a patient safety incident

Report a patient safety incident

Patient safety incidents are any unintended or unexpected incident which could have, or did, lead to harm for one or more patients receiving healthcare.

Reporting them supports the NHS to learn from mistakes and to take action to keep patients safe.

Contents

- [For the general public](#)
- [For healthcare staff](#)

Both healthcare staff and the general public are encouraged to report any incidents, whether they result in harm or not, to our national services for recording patient safety events.

Find out more about how we use these reports to improve patient safety on our [Using patient safety events to keep patients safe \(https://www.england.nhs.uk/patient-safety/using-patient-safety-events-data-to-keep-patients-safe/how-we-acted-on-patient-safety-issues-you-recorded/\)](https://www.england.nhs.uk/patient-safety/using-patient-safety-events-data-to-keep-patients-safe/how-we-acted-on-patient-safety-issues-you-recorded/) web pages.

For the general public

Members of the public should record patient safety incidents directly to the National Reporting and Learning System (NRLS) using the patient and public eform via the link below:

- [Report a patient safety incident using the patient and public eform \(https://www.eforms.nrls.nhs.uk/eformPP/\)](https://www.eforms.nrls.nhs.uk/eformPP/).

Please note: these reports are only used to support national learning. We do not investigate individual reports and you will not receive a reply. Details of how to make a complaint about an NHS service can be found on the [NHS.uk web page \(http://www.nhs.uk/chq/pages/1084.aspx?categoryid=68\)](http://www.nhs.uk/chq/pages/1084.aspx?categoryid=68).

Important notice: by completing one of our e-forms you confirm you have read and accept the [NRLS acceptance note](#), and give NHS Improvement permission to process the information you provide to learn about patient safety.

For healthcare staff

Healthcare staff are encouraged where possible to record all patient safety incidents on their organisation's local risk management systems (LRMS). These reports will then be routinely uploaded to our systems to support national learning.

Smaller organisations, such as general practice, independent dental surgeries, community pharmacies and opticians, may not have their own LRMS. In these organisations, staff can now record patient safety events directly to the new Learn from patient safety events service (LFPSE), which is currently being rolled out to replace the existing National Reporting and Learning System (NRLS).

- [Report an incident to LFPSE \(https://record.learn-from-patient-safety-events.nhs.uk/\)](https://record.learn-from-patient-safety-events.nhs.uk/)

Further information can be found on our [LFPSE primary care webpage \(https://www.england.nhs.uk/patient-safety/patient-safety-incident-management-system/primary-care-information-on-the-new-national-learn-from-patient-safety-events-service/\)](https://www.england.nhs.uk/patient-safety/patient-safety-incident-management-system/primary-care-information-on-the-new-national-learn-from-patient-safety-events-service/).

NRLS acceptance note

If using the NRLS public eform, it is important that you acknowledge, understand and accept the following before submitting your report:

1. The NRLS is managed and operated by NHS England and NHS Improvement as part of our statutory duty to collect patient safety incident reports. Healthcare organisations, staff and the general public can report incidents either directly to the NRLS using the links above or via an organisation's own local risk management system. These reports support improvements to patient safety by enabling us to understand and learn from what goes wrong in healthcare.
2. We do not investigate individual incidents. We use this information to improve safety by clinically reviewing reports to identify new or under-recognised patient safety risks so appropriate action can be taken across

the NHS to protect patients from harm. We also share data to support other organisations' work to prevent the more common and persistent types of patient safety incidents.

3. We do not require the identity of the reporter, patients, healthcare staff or other individuals involved in the incident. Please refrain from providing any information that could potentially enable the identification of an individual, ie the names of individuals, patient date of birth, NHS hospital numbers or ward name. Personal identifiable information when found by automated or manual processes is removed wherever possible before the incident report is added to our database.
4. As mentioned above, we frequently share patient safety incident reports with other relevant organisations working to improve patient safety. These include CQC, MHRA, commissioners, providers, academia and others such as the Academic Health Science Networks (AHSNs) and UK Health Security Agency.
5. NHS England and NHS Improvement will only retain information for as long as necessary. Patient safety reports will remain accessible for a long period of time to continue to support the understanding of contributing factors to under-recognised risks and enable trends to be monitored over time.

Related content

- [Using patient safety events to keep patients safe](https://www.england.nhs.uk/patient-safety/using-patient-safety-events-data-to-keep-patients-safe/how-we-acted-on-patient-safety-issues-you-recorded/)
(<https://www.england.nhs.uk/patient-safety/using-patient-safety-events-data-to-keep-patients-safe/how-we-acted-on-patient-safety-issues-you-recorded/>)
- [Learn from patient safety events service \(LFPSE\)](https://www.england.nhs.uk/patient-safety/learn-from-patient-safety-events-service/)
(<https://www.england.nhs.uk/patient-safety/learn-from-patient-safety-events-service/>)





Legal Help for all South Australians

Home > COMPLAINTS > Complaints against health and community services

Aged Care Quality and Safety Commission

Complaints against Commonwealth-funded aged care services can be made to the Aged Care Quality and Safety Commission (the Commission). The Commission was established under the [Aged Care Quality and Safety Commission Act 2018](#) (Cth) and the [Aged Care Quality and Safety Commission Rules 2018](#) (Cth). The Act and Rules apply to both approved providers of residential aged care or home-care services, and Commonwealth-funded aged care service providers.

Since 1 January 2019, the Aged Care Quality and Safety Commission replaced the former Aged Care Complaints Commissioner and the former Australian Aged Care Quality Agency, combining the functions of the two former agencies into a single service that oversees aged care compliance monitoring, complaints, and customer service.

From January 2020, the Commission has responsibility over the Commonwealth Department of Health's aged care compliance responsibilities.

The **Serious Incident Response Scheme 'SIRS'** part commenced on 1 April 2021 (full commencement on 1 October 2021) and requires aged care providers to have an effective incident management system in place and to identify, record, manage, resolve and report all serious incidents that occur, or are alleged or suspected to have occurred.

There are eight types of **reportable incidents** under the SIRS: unreasonable use of force, neglect of a consumer, psychological or emotional abuse, unexpected death, stealing or financial coercion by a staff member, inappropriate use of restrictive practices, and unexplained absence from care. Under the SIRS, an allegation, suspicion, or witness account of any of the above serious incidents must be reported to the Commission.

From 1 July 2021, approved providers have updated and specific responsibilities under the [Aged Care Act 1997](#) (Cth) and the [Quality of Care Principles 2014](#) relating to the use of any **restrictive practice** in residential aged care or short-term restorative care in a residential care setting. A **restrictive practice** in relation to a care recipient is any practice or intervention that has the effect of restricting the rights or freedom of movement of the person.

From 1 September 2021, it is a requirement for all residential aged care providers to have **Behaviour Support Plans ('BSP')** in place for care recipients that need them. A BSP forms part of an existing Care and Services Plan and are required for any person:

- that needs behaviour support
- where the use of a restrictive practice has been assessed as necessary, and
- where a restrictive practice is being used.

The Commission's role includes:

- overseeing the approval, accreditation and assessment of Commonwealth-funded aged care providers;

- providing a complaints resolution process for complaints relating to Commonwealth-funded aged care providers;
- overseeing the monitoring and compliance processes of Commonwealth-funded aged care providers, including home care investigations
- administering the Serious Incidents Response Scheme, through receiving and assessing reportable incident notices from residential aged care providers, including regulatory action and issuing compliance notices where appropriate
- reducing the use of restrictive practices

Aged care service providers subsidised by the Australian Government must meet the responsibilities and standards of care set out in the Aged Care Act 1997 (Cth). They are also required to comply with the Aged Care Quality Standards (from 1 July 2019). Information on the Aged Care Quality Standards can be accessed via the [Aged Care Quality and Safety Commission website](#).

A person who has a concern or complaint about a service provider's responsibilities under the Aged Care Act 1997 (Cth) should attempt to raise any concerns with the aged care service provider in the first instance. If they are unable to do this or the provider is unable to resolve their concern, they should then contact the Aged Care Quality and Safety Commission online via the [Commission's website](#), or by telephoning 1800 951 822. Complaints can be made confidentially or anonymously and all complaints are taken seriously. Any person can raise a complaint or concern with the Commission.

The Commission may be able to assist with a concern or complaint relating to:

- residential care or residential respite care;
- home care packages;
- the Commonwealth Home Support program;
- Flexible Care, including Transition Care and the National Aboriginal and Torres Strait Islander Flexible Aged Care Program;
- Commonwealth-funded aged care providers.

A complaint or concern may relate to wide range of matters including the health care or personal care assistance that a consumer is receiving, their living environment, or a concern that their personal choices or preferences are not being followed. It may relate to concerns about a staff member's role or actions, the communication of information to the consumer, or to certain fees and charges contained in care agreements.

Complaints may be resolved using one or more of the following methods:

- the provider's processes for complaint resolution;
- conciliation;
- mediation;
- investigation.

For more information on the process of aged care complaints, see the [Aged Care Complaints Process](#) on the [Aged Care Quality and Safety Commission website](#) or contact the Commission 1800 951 822.

Aged Care Quality and Safety Commission : Last Revised: Thu Mar 3rd
2022

The content of the Law Handbook is made available as a public service for information purposes only and should not be relied upon as a substitute

for legal advice. See [Disclaimer](#) for details. For free and confidential legal advice in South Australia call 1300 366 424.

We embrace diversity and welcome all people, irrespective of culture, faith, sexual orientation and gender identity.



Legal Services acknowledges Aboriginal people as the Traditional Owners and ongoing occupants of the lands and waters in South Australia and we respect their spiritual, cultural and heritage beliefs. We recognise their continuing connection to land, water and community and pay our deep respect to Elders past and present.

Connect with us



Serious Incident Response Scheme



Introduction to the SIRS



SIRS in residential aged care



SIRS in home services



SIRS decision support tool



Resources for providers



Incident management



Frequently asked questions



Your role in the SIRS



SIRS forms

Changed: Thursday, 11 May 2023 - 3:06pm

Was this page useful?

 Yes No



An official website of the Department of Health & Human Services

[Provide Feedback](#) | [Submit a Case](#)[← Primers](#)

Reporting Patient Safety Events



September 7, 2019

Background

Patient safety event reporting systems are ubiquitous in hospitals and are a mainstay of efforts to detect patient safety events and quality problems. *Incident reporting* is frequently used as a general term for all voluntary patient safety event reporting systems, which rely on those involved in events to provide detailed information. Initial reports often come from the frontline personnel directly involved in an event or the actions leading up to it (e.g., the nurse, pharmacist, or physician caring for a patient when a medication error occurred), rather than management or patient safety professionals. Voluntary event reporting is therefore a *passive* form of surveillance for near misses or unsafe conditions, in contrast to more *active* methods of surveillance such as direct observation of providers or chart review using trigger tools. The Patient Safety Primer [Detection of Safety Hazards](#) provides a detailed discussion of other methods of identifying errors and latent safety problems.

Characteristics of Incident Reporting Systems

An effective event reporting system should have four [key attributes](#):

Box. Key Components of an Effective Event Reporting System

- Institution must have a supportive environment for event reporting that protects the privacy of staff who report occurrences.
- Reports should be received from a broad range of personnel.
- Summaries of reported events must be disseminated in a timely fashion.
- A structured mechanism must be in place for reviewing reports and developing action plans.

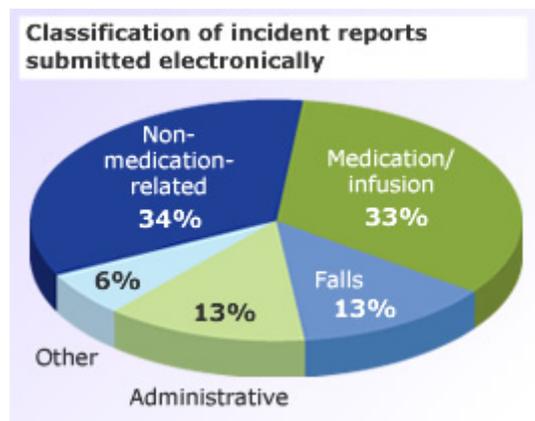


While traditional event reporting systems have been paper based, technological enhancements have allowed the development of Web-based systems and systems that can receive information from electronic medical records. Specialized systems have also been developed for specific settings, such as the Intensive Care Unit Safety Reporting System and systems for reporting surgical and anesthesia-related errors.

Voluntary event reporting systems need not be confined to a single hospital or organization. The United Kingdom's National Patient Safety Agency maintains the National Reporting and Learning System, a nationwide voluntary event reporting system, and the MEDMARX voluntary medication error reporting system in the U.S. has led to much valuable research.

The advantages of voluntary event reporting systems include their relative acceptability and the involvement of frontline personnel in identifying safety hazards for the organization. Because event reports usually are submitted by personnel involved in the events themselves, these caregivers may have legitimate concerns about the effects reporting will have on their performance records. Voluntary event reporting systems are generally confidential, in that the identity of the reporter is known, but legal protection is provided unless professional misconduct or criminal acts took place. Some systems, such as the ICU Safety Reporting System, are entirely anonymous—neither the patient nor the reporter can be identified.

Studies of electronic hospital event reporting systems generally show that medication errors and patient falls are among the most frequently reported events.



Source: Milch CE, Salem DN, Pauker SG, Lundquist TG, Kumar S, Chen J. Voluntary electronic reporting of medical errors and adverse events. *J Gen Intern Med.* 2006;21:165-170. [go to PubMed [↗](#)]

Limitations of Event Reporting

The limitations of voluntary event reporting systems have been well documented. Event reports are subject to selection bias due to their voluntary nature. Compared with medical record review and direct observation, event reports capture only a fraction of events and may not reliably identify serious events. The spectrum of

reported events is limited, in part due to the fact that physicians generally do not utilize voluntary event reporting systems.

Top 5 self-perceived barriers to incident reporting for doctors

- 1 No feedback on incident follow-up (57.7%)
- 2 Form too long; lack of time (54.2%)
- 3 Incident seemed "trivial" (51.2%)
- 4 Ward was busy, forgot to report (47.3%)
- 5 Not sure who is responsible to make report (37.9%)

Source: Evans SM, Berry JG, Smith BJ, et al. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Qual Saf Health Care*. 2006;15:39-43. [[go to PubMed](#) ]

A 2008 study of over 1600 U.S. hospitals evaluated their event reporting systems using the criteria above (Box) and concluded that according to these standards, most hospitals do not maintain effective event reporting systems. In addition to lack of physician reporting, most hospitals surveyed did not have robust processes for analyzing and acting upon aggregated event reports. Failure to receive feedback after reporting an event is a commonly cited barrier to event reporting by both physicians and allied health professionals.

While event reports may highlight specific concerns that are worthy of attention, they do not provide insights into the epidemiology of safety problems. In a sense, event reports supply the *numerator* (the number of events of a particular type—and even here, this number only reflects a fraction of all such events) but do not supply the *denominator* (the number of patients vulnerable to such an event) or the number of "near misses." Event reports therefore provide a snapshot of safety issues, but on their own, cannot place the reported problems into the appropriate institutional context. One way to appreciate this issue is to observe that some institutions celebrate an increase in event reports as a reflection of a "reporting culture," while others celebrate a reduction in event reports, assuming that such a reduction is due to fewer events.

Using Event Reports to Improve Safety

A 2016 article contrasted event reporting in health care with event reporting in other high-risk industries (such as aviation), pointing out that event reporting systems in health care have placed too much emphasis on collecting reports instead of learning from the events that have been reported. Event reporting systems are best used as a way of identifying issues that require further, more detailed investigation. While reporting utilization can be a marker of a positive safety culture within an organization, organizations should resist the temptation to encourage event reporting



without a concrete plan for following up on reported events. A PSNet perspective described a framework for incorporating voluntary event reports into a cohesive plan for improving safety. The framework emphasizes analysis of the events and documenting process improvements arising from event analysis, rather than encouraging event reporting for its own sake.

Current Context

At the national level, regulations implementing the [Patient Safety and Quality Improvement Act](#) became effective on January 19, 2009. The legislation provides confidentiality and privilege protections for patient safety information when health care providers work with new expert entities known as [Patient Safety Organizations \(PSOs\)](#). Health care providers may choose to work with a PSO and specify the scope and volume of patient safety information to share with a PSO. Because health care providers can set limits on the ability of PSOs to use and share their information, this system does not follow the pattern of traditional voluntary reporting systems. However, health care providers and PSOs may aggregate patient safety event information on a voluntary basis, and AHRQ will establish a network of patient safety databases that can receive and aggregate nonidentifiable data that are submitted voluntarily. AHRQ has also developed [Common Formats](#)—standardized definitions and reporting formats for patient safety events—in order to facilitate aggregation of patient safety information. Since their initial release in 2009, the Common Formats have been updated and expanded to cover a broad range of safety events.

As all hospitals are required to maintain a confidential event reporting system, existing voluntary reporting systems have a shared interest in developing ways to [compare and benchmark](#) safety data. AHRQ will encourage use of the initial set of Common Formats by hospitals in their internal event reporting systems and encourage other voluntary reporting systems to consider adopting the Common Formats as well. Future Common Formats will address other sites of care and other stages of the improvement process (such as forms for reporting root cause analyses).

This project was funded under contract number 75Q80119C00004 from the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), U.S. Department of Health and Human Services. The authors are solely responsible for this report's contents, findings, and conclusions, which do not necessarily represent the views of AHRQ. Readers should not interpret any statement in this report as an official position of AHRQ or of the U.S. Department of Health and Human Services. None of the authors has any affiliation or financial involvement that conflicts with the material presented in this report. [View AHRQ Disclaimers](#)

Related Patient Safety Primers



Strategies and Approaches for Investigating Patient Safety Events

March 30, 2022

Culture of Safety

September 7, 2019

Editor's Picks

Integrating incident data from five reporting systems to assess patient safety: making sense of the elephant.

August 25, 2010

The elephant of patient safety: what you see depends on how you look.

August 25, 2010

Hospital Incident Reporting Systems Do Not Capture Most Patient Harm.

January 18, 2012

Patient safety reporting systems: sustained quality improvement using a multidisciplinary team and "Good Catch" awards.

August 1, 2012

[View More](#)

Related Resources

ANNUAL PERSPECTIVE

Improving Diagnostic Safety and Quality

April 26, 2023

PATIENT SAFETY PRIMERS

Patient Safety Indicators.

April 26, 2023

PATIENT SAFETY PRIMERS

Simulation Training

March 1, 2023

PATIENT SAFETY PRIMERS

Telehealth and Patient Safety.

December 14, 2022

INTERVIEW

In Conversation with Dr. Michelle Schreiber on Measuring Patient Safety



December 14, 2022

[View More](#)

[See More About](#)

 [Error Reporting](#)

 [Institutional Reporting](#)

The PSNet Collection

Patient Safety 101

Training and Education

Improvement Resources

About PSNet

[Terms and Conditions](#) | [Privacy Policy](#) | [External Link Disclaimer](#)

Connect With Us



Sign up for Email Updates

To sign up for updates or to access your subscriber preferences, please enter your email address below.

Sign Up



Agency for Healthcare Research and Quality

5600 Fishers Lane

Rockville, MD 20857

Telephone: (301) 427-1364

Careers	Accessibility	FOIA	Plain Writing Act	U.S. Department of Health & Human Services
Contact Us	Disclaimers	HHS Digital Strategy	Privacy Policy	The White House
Español	EEO	HHS Nondiscrimination Notice	Viewers & Players	USA.gov
FAQs	Electronic Policies	Inspector General		



Mass.gov

Incident reporting for Assisted Living Residences

Learn more about reporting incidents that occur at your Assisted Living Residence (ALR).

TABLE OF CONTENTS

[Filing system](#) (#filing-system-)

[Reporting facility wide situations](#) (#reporting-facility-wide-situations-)

[Reporting resident-specific emergencies](#) (#reporting-resident-specific-emergencies-)

[What is Significant Negative Effect?](#) (#what-is-significant-negative-effect?-)

[RELATED](#) (#related-)

Filing system

Any report required under 651 CMR 12.04(11)(c) must be filed with the Assisted Living Certification Unit **within 24 hours** after the occurrence of the incident or accident via EOEAs online filing system (QuickBase).

In the event the online filing system is unavailable, the Residence must submit a temporary report by fax or email, and telephone and formally submit the official report via the online filing system as soon as the service becomes accessible.

The information submitted in the incident report must be accurate and include all details associated with the incident. This requirement is in addition to the requirements of M.G.L. c. 19A, § 15, and of any other applicable law.

Reporting facility wide situations

If any emergency or facility wide situations displaces Residences from their Units for 8 hours or more, the manager of the Residence or his or her designee must immediately submit a report to the EOEAs Assisted Living Residence Certification Unit. This report should include at least:

1. The name and location of the Residence;
2. The nature of the problem;
3. The number of Residents displaced;
4. The number of Units rendered unusable due to the occurrence, and the anticipated length of time before the Residents may return to them;

5. Remedial action taken by the Residence; and
6. Other State or local agencies notified about the problem.

Reporting resident-specific emergencies

A Residence must report to EOEa the occurrence of an incident or accident that arises within a Residence or its property, that has or may have a [Significant Negative Effect](#) (</info-details/incident-reporting-for-assisted-living-residences#what-is-significant-negative-effect?>) on a resident's health, safety or welfare, as defined by 651 CMR 12.02.

A Significant Negative Effect is assumed whenever, as a result of an incident or accident, any unplanned or unscheduled visit to a hospital or medical treatment is necessary.

What is Significant Negative Effect?

Significant Negative Effect is the consequence of a situation in which a Resident experienced a significant risk of death or serious physical or emotional harm.

The consequences of such situations include, but are not limited to:

- accidental injury
- Unanticipated Death
- suicide or suicide attempt
- a physical or sexual assault by or against a Resident
- a complaint of Resident abuse, suspected Resident abuse, or referral of a complaint of Resident abuse to a local or state authority
- a medication error requiring medical attention
- SAMM or LMA error with an adverse effect requiring medical attention
- elopement with an absence of greater than 30 minutes
- misuse of a Resident's funds by the Residence or its staff
- an outbreak of a serious communicable disease that is listed in [105 CMR 300.100: Diseases Reportable to Local Boards of Health](#) (</regulations/105-CMR-30000-reportable-diseases-surveillance-and-isolation-and-quarantine>)
- pest infestation
- food poisoning as defined in [105 CMR 300.020: Definitions](#) (</regulations/105-CMR-30000-reportable-diseases-surveillance-and-isolation-and-quarantine>)
- fire or structural damage to the Residence

Please refer to the [Assisted Living](#)

[Regulations](#) (<https://www.mass.gov/regulations/651-CMR-12-certification-procedures-and-standards-for-assisted-living-residences>) for further details.

RELATED

[How to report incidents at your ALR \(/how-to/report-incidents-at-your-assisted-living-residence-alr\)](/how-to/report-incidents-at-your-assisted-living-residence-alr)

[Your guide to Assisted Living Residence certification \(/guides/your-guide-to-assisted-living-residence-certification\)](/guides/your-guide-to-assisted-living-residence-certification)



[\(1\)](#)

[All Topics \(/topics/massachusetts-topics\)](/topics/massachusetts-topics)

[Site Policies \(/massgov-site-policies\)](/massgov-site-policies)

[Public Records Requests \(/topics/public-records-requests\)](/topics/public-records-requests)

© 2023 Commonwealth of Massachusetts.

Mass.gov® is a registered service mark of the Commonwealth of Massachusetts. [Mass.gov Privacy Policy \(/privacypolicy\)](/privacypolicy).

- [Home \(/\)](#)
- [Patient safety \(https://www.england.nhs.uk/patient-safety/\)](https://www.england.nhs.uk/patient-safety/)
- Monthly data on patient safety incident reports

Monthly data on patient safety incident reports

Rolling data updated monthly, to show the number of patient safety incidents reported to the National Reporting and Learning System (NRLS) in the last 12 months.

Our publication provides timely organisational data on reporting to the NRLS, promotes data transparency, encourages more consistency in NRLS reporting patterns, and supports organisations to monitor potential under-reporting of incidents.

The data is based on the date each incident report was submitted to the NRLS and not the date the incident was said to have occurred. It represents the current position at the time data was extracted from the NRLS and is subject to change, should any reports be updated as further information becomes available.

The data is broken down by each month reported and degree of harm, and is refreshed and updated on a monthly basis.

- [NRLS monthly report England April 2022 to March 2023 \(https://www.england.nhs.uk/publication/nrls-monthly-report-england/\)](https://www.england.nhs.uk/publication/nrls-monthly-report-england/) – Data by organisation on incidents reported to the NRLS by each English NHS trust and foundation trust, and regularly reporting social enterprise organisation.*

Note: some trusts are now reporting incidents to the new [Learn from Patient Safety Events \(LFPSE\) service \(https://www.england.nhs.uk/patient-safety/learn-from-patient-safety-events-service/\)](https://www.england.nhs.uk/patient-safety/learn-from-patient-safety-events-service/), and are no longer reporting to the NRLS. As a result they are showing as reporting no reports in the NRLS monthly data report. We plan to start publishing data on patient safety events recorded on LFPSE soon, when more organisations have made the transition from reporting to the NRLS.

We are currently reviewing the format of the information we publish in our monthly NRLS data reports. We would welcome feedback from users on how they find the current excel spreadsheets and any improvements they would like to see. To send us your feedback please email nrls.datarequests@nhs.net (<mailto:nrls.datarequests@nhs.net>).

For Welsh monthly NRLS data please refer to the [Welsh Government \(https://gov.wales/patient-safety/\)](https://gov.wales/patient-safety/) website. Our regular NRLS reports based on the date the incident occurred will continue to be published every six months.

How NRLS data should be used

We want to help all users of NRLS data to understand and use it appropriately. This is important not only for accurate interpretation, but to ensure we continue to encourage improvements in identifying and sharing information about patient safety incidents.

If you use NRLS data, then you should follow our [data principles \(https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/08/NRLS_data_principles_December_2016_v2_1.pdf\)](https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/08/NRLS_data_principles_December_2016_v2_1.pdf).

Learning from patient safety incidents

Find out how we [learn from patient safety incidents \(https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20200706210038/https://improvement.nhs.uk/resources/learning-from-patient-safety-incidents/\)](https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20200706210038/https://improvement.nhs.uk/resources/learning-from-patient-safety-incidents/) reported to the NRLS to support improvements in patient safety and protect patients from harm. You can also read our [Patient safety review and response report](#)

プライバシー
利用規約

(<https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20200706221508/https://improvement.nhs.uk/resources/patient-safety-review-and-response-april-september-2016/>) to find examples of the action we take in direct response to incidents reported to us via the NRLS and other sources.

*The threshold for including social enterprise organisations is those that report over 100 incidents a year.

Related content

- [Patient safety alerts \(https://www.england.nhs.uk/patient-safety/patient-safety-alerts/\)](https://www.england.nhs.uk/patient-safety/patient-safety-alerts/)
- [Organisation patient safety incident reports \(https://www.england.nhs.uk/patient-safety/organisation-patient-safety-incident-reports/\)](https://www.england.nhs.uk/patient-safety/organisation-patient-safety-incident-reports/)
- [National quarterly data on patient safety incident reports \(https://www.england.nhs.uk/patient-safety/national-patient-safety-incident-reports/\)](https://www.england.nhs.uk/patient-safety/national-patient-safety-incident-reports/)



別紙 4

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト（参考）

書籍

*該当なし

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌 *該当なし

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿~~
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名 国立保健医療科学院

所属研究機関長 職名 院長

氏名 曽根 智史

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 厚生労働行政推進調査事業費（長寿科学政策研究事業）
2. 研究課題名 在宅・介護施設等における事故報告に関連する事故の予防及び再発防止の研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 国際協力研究部 上席主任研究官
(氏名・フリガナ) 種田 憲一郎 (タネダ ケンイチロウ)

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 公益財団法人医療機能評価機構

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 河北 博文

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業

2. 研究課題名 在宅・介護施設等における事故報告に関連する事故の予防及び再発防止の研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 理事

(氏名・フリガナ) 後 信・ウシロ シン

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

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

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
—(国立保健医療科学院長) —

機関名 国立保健医療科学院

所属研究機関長 職名 院長

氏名 曾根 智史

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 厚生労働行政推進調査事業費（長寿科学政策研究事業）

2. 研究課題名 在宅・介護施設等における事故報告に関連する事故の予防及び再発防止の研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医療・福祉サービス研究部 上席主任研究官

(氏名・フリガナ) 森山 葉子 (モリヤマ ヨウコ)

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

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