

令和3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

(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、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た介護事故の類型化、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。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・研究・文献(判例を含む)の検索も実施し、研究1年目は、介護安全の取組みの全体像と、とくに転倒について深めた分析を行うことを目的とする。

介護施設等における転倒に関わる判例のレビュー(1988年12月から2019年3月)を行い、52件が抽出された。また、海外における転倒予防に関する取組みについては、イギリス、オーストラリア、アメリカ、カナダなどで行政機関等によりステートメント・指針が発出され、高齢者個別の転倒リスクの把握・介入の重要性、転倒後の適切な対応について言及されていた。判例や国内外での取組みなどから、検討すべき転倒に関わる対応策の類型化として、以下の6つの段階が考えられた: ①転倒しやすさ(利用者の状態、及び環境)の把握と対応、②転倒につながり得る行動の早期発見、③転倒してもケガをさせない予防、④有害事象(転倒後)の早期発見、⑤有害事象(転倒後)の早期治療、⑥訴訟に発展させない取組み。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、報告する文化が根づいていない、体系的な根本原因分析はされていない、「個人が気をつければ事故は起きない」との認識が強い(システム志向が必要)、介護安全の教育が不足している、などが指摘された。事故予防に取り組むための仕組み(報告、分析、対策立案など)が、体系的に整備されておらず、これらの支援体制が求められている。

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

山口佳小里 国立保健医療科学院・主任研究官

研究協力者

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；事故事例を収集し、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。

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。

【1年目】

- 既存調査、研究、文献（判例等含む）の検索・調査
- 介護施設へのヒアリング調査
- 収集した事故状況や取組みを分析（介護安全の取組みの全体像と、とくに転倒について）

【2年目】

- 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）
- 前年度及び当該年度の検証に基づく事故の予防及び再発予防策の提案
（転倒に加えて、頻度の多い事故（誤薬、誤嚥など）を対象に、介護安全の全体構成（案）（図）を考慮して）
- 事故の予防及び再発予防策の検証
- 介護事故の類型化及び事例解説を策定

(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 (1年目)

C-1. 介護施設等における転倒に関わる判例のレビュー (添付資料参照)

【期間と件数】

最終判決日：1988(S63)年12月26日～2019(H31)年3月14日

件数：52件

－昭和63(1988)～平成12(2000)年：9件

－平成13(2001)～平成22(2010)年：16件

－平成23(2011)～平成31(2019)年：27件

(転倒以外の事故7件：熱傷、肺血栓塞栓症、誤嚥、低体温症、急性膵炎)

【発生場所】

通所(通院)：31件、入所(入院)：17件、その他(自宅、保養所)：4件

【発生施設等】(文献等に記された施設等の名称) 介護関連施設、特別養護老人ホーム、介護サービス施設、介護付有料老人ホーム、介護老人施設、介護老人保健施設、老人保健施設、介護福祉施設、グループホーム、在宅介護支援施設、病院、医院、診療所、知的障害者更生施設、通所介護施設、社会福祉施設、デイサービス、小規模多機能型居宅サービス、短期入所生活介護事業所、訪問看護等

【転倒に関わる対応策を検討すべき判例】

転倒に関わる対応の類型化を検討する上で、参考となる判例の例を以下に記載する(詳細は添付資料参照)：

- 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
- 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。
- 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。
- 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られた事例。
- 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。

C-2. 海外における転倒予防に関する取組み (添付資料参照)

イギリス（表参照）、オーストラリア、アメリカ、カナダなどで行政機関等によりステートメント・指針が発出されている。いずれのステートメント・指針においても、高齢者個別の転倒リスクの把握・介入の重要性、転倒後の適切な対応について言及されている。転倒リスク評価項目や、リスク要因別の個別介入方法、転倒時の安全マニュアル、生活環境におけるリスク評価や環境設定等について具体的な方法が記されているものが散見される。

表 イギリスの例

高齢者の転倒に関する 標準的なケアのためのステートメント NICE: National Institute for Health and Care Excellence, UK
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
転倒リスクの高い高齢者への多角的な個別介入
転倒による骨折等の傷害の確認
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
転倒した高齢者の多因子転倒リスク評価の実施
ハイリスク者への筋力・バランストレーニング
家庭のリスク評価と介入
上記のイギリスに加え、オーストラリア、カナダ、アメリカの行政等のステートメント、指針においても同様の項目が挙げられている。特に多因子転倒リスク (multifactorial risk) とその評価は多くのステートメント・指針において挙げられており、具体例と対処法が説明されている。

【多因子転倒リスク評価】

転倒の危険因子を特定することを目的とした評価。適切な技術と経験を有する医療専門家が行うべきもの。評価結果をもとに個別介入を実施する。評価項目例：転倒歴，歩行・バランス・筋力，骨折リスク，転倒回避能力，視覚障害，認知機能，家庭内の危険度，心機能，投薬，徘徊，ADL 機能低下，等

【ハイリスク者への個別介入】

個別評価により特定された転倒の危険因子に対処するための介入。効果的な介入における

共通項目：筋力訓練・バランス訓練、家庭のリスク評価と介入、視力評価と指導、薬物療法の見直し

※リスク要因別の介入ガイドラインあり

【転倒後の対応】

- 1, 2) 移動させる前に、医療専門家が骨折の徴候や症状、脊髄損傷の可能性について確認し、安全な移動方法を確認。
- 3) 頭部外傷の可能性があるため、神経学的兆候を確認する。
- 4) 転倒後、最大 12 時間以内、何らかの症状を伴う場合は 30 分以内の迅速な診察を実施すべきである。

【家庭のリスクと介入：環境設定】チェックポイント（例）

浴室・トイレ(手すりの位置、石鹸の届きやすさ)、家具(固定状況：高齢者がバランスを保つのを支える)、床(表面、色)、電気(光量、スイッチの場所)、廊下(十分な幅、乱雑でない)、など

C-3. 介護現場の取組み状況についての個別ヒアリング

【ヒアリング対象】

6 法人・団体 (各法人・団体の介護老人保健施設の数)

- －東京都・埼玉県近郊民間法人 (17 施設)
- －新潟県民間法人 (2 施設)
- －京都府民間法人 (3 施設)
- －京都府社会事業財団 (特別養護老人ホーム 3 施設など)
- －岡山県医療・福祉団体 (グループホームなど)
- －沖縄県民間法人 (2 施設)

【ヒアリング内容】

介護施設での安全の取組み

- －同じ法人・団体の医療機関における経験豊富な医療安全管理者の視点から
- －安全の取組み全般及び転倒への取組みなど

【介護現場の取組み状況】

- －報告する文化が根づいていない
- －報告例：転倒・転落、誤薬、皮膚剥離、誤嚥、異食、施設内外の外傷、苦情
- －報告する内容は、各施設によってかなりの差がある
- －KYTは実施されているが、RCA分析（体系的な根本原因分析）はされていない
- －利用者にそって対応し、「高齢者の理解」が中心で安全対策の内容は少ない
- －医療安全の研修を受けた人は少ない
- －徘徊で転倒リスクが高くても見守りで対応、センサーの使用もケアマネの許可が必要
- －虐待に関する指導が中心的で、虐待防止、苦情対応の意識が強い
- －「個人が気をつければ事故は起きない」との認識が強い
- －（病院と併設する施設）併設の病院の安全管理委員会に施設長も参加し、病院の中の一つの部署として老健施設やグループホーム、訪問看護ステーションを位置付けて一緒に取り組んでいる
- －（精神科専門病院に併設された老健施設）老健施設の安全管理委員会では対応困難な事例、病院と共有したほうがよい事例などに関して病院と共同している
- －毎週1回、事例検討会：現場に委員が行き、その場でベッドの向きを考えたり等細かな検討も実施

－介護の方たちにとっては医療側から報告される内容や対策案は理解しがたく、疎外感を感じていることがある

－介護安全の教育が不足している

C-4. 介護現場の取組み状況についての意見交換会

東京都看護協会の協力を得て、都内の介護施設に勤務する看護職等を中心に、介護安全の取組みについて、グループ演習等を介して、意見交換会を実施した。

【参加者の勤務施設の種類の等】

参加者9名の施設の内訳

- －介護老人保健施設 6名
- －特別養護老人ホーム 2名
- －介護付き有料老人ホーム 1名

【意見として出された介護安全の課題等】

- （転倒リスクに関わる課題）
- －入所者の身体機能（視力・聴力）の低下があるが、コロナ禍で受診できず、残在機能がはっきりしないままで転倒リスクが高い
- －介護スタッフの年齢が高い。そのためか入居者の変化に気付けないことがある。
- －転倒予防のために対策が身体拘束になっている
- －なぜ転倒するか認知症の方に確認できない（与薬に関わる課題）
- －落薬が多い
- －落薬事故がとても多いが、だれの薬かわからないことが多い
- －薬をのませたあと、吐き出してしまう
- －内服の手順は決まっているが、どこまで確認するか不明（チームとしての協働の課題）

- 介護職員はリーダーしか記録を残さない
- 看護職と介護職の協働が難しい
- 相互に注意がしにくい
- 遠慮してしまう
- 人手が少なく研修に行けない
- 誰が中心になってカンファレンスを行うか不明瞭
- 話し合いの環境が少ない
(報告システムの課題)
- インシデントレポートの共有が難しい
- ヒヤリハット、インシデントのとらえ方が違う
- ヒヤリ・ハットの振り返りができない
- なぜなぜ分析の結果が個人の責任追求のようになっている
- 事例の受け取り方が、看護師と介護職では異なる
(感染に関わる課題)
- 毎年認知症専門棟では感染症が蔓延する
(ノロウイルス・疥癬・コロナ・インフルなど)

D. 考察

判例や海外での取組みなどから、検討すべき転倒に関わる対応策の類型化として、以下の6つの段階が考えられる：

- ① 転倒しやすさ（利用者の状態、及び環境）の把握と対応：

(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。

(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：

(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）の早期発見：

(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。

ー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。

ー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。

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)の早期治療:

(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。

ー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。

ー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 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-geriatrics.or.jp/info/important_info/pdf/20210803_01_02.pdf

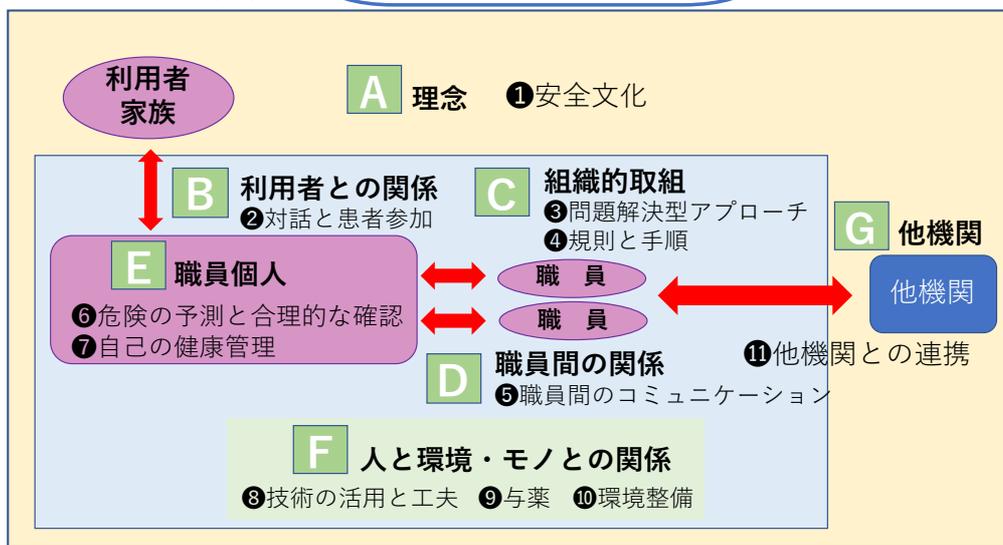
ーイギリスの取組みの例においては、「家庭のリスク評価と介入」についての言及があり、転倒は家庭においても起こり得る事象であることが発信されている。

これらの段階は転倒に限定されず、他のタイプの多くの事故においても応用することが可能であると考えられるが、さらなる検討が必要である。

また、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、その全体像の把握が必要である。このとき、厚生労働省医政局・医療安全対策検討会議ヒューマンエラー部会が、平成13年9月11日に策定した「安全な医療を提供するための10の要点」及び「医療安全の全体構成」が参考となる



介護安全の全体構成（案）



(<https://www.mhlw.go.jp/topics/2001/0110/tp1030-1f.html>)。

これを参考に介護現場の様々な課題についての全体像を示す(図 介護安全の全体構成(案))。まず、「A 理念」として、各施設における「①安全文化」の醸成が不可欠である。業務を優先するのではなく、利用者の安全を優先できる組織文化が必要である。「B 利用者との関係」においては、「②対話と患者参加」が求められ、このことは避けられない事故が起きた際には、不要な訴訟等を避けることにもつながる。「C 組織的取組」として、「③問題解決型アプローチ」「④規則と手順」が必要である。「D 職員間の関係」として、「⑤職員間のコミュニケーション」は、安全なケアを提供する上で欠かせない。一方、「E 職員個人」として、「⑥危険の予測と合理的な確認」「⑦自己の健康管理」が求められる。「F 人と環境・モノとの関係」においては、「⑧技術の活用と工夫」「⑨与薬」「⑩環境整備」も有用な視点である。そして、「G 他機関」においては、多くの事例から当該施設だけでは対応が困難な出来事に対して、タイムリーに当該

施設外の医療機関など「⑪他機関との連携」も欠かせないと考えられる。

上記の介護安全を担保するための全体の構成(案)を考慮して、ヒアリング調査で指摘された事故予防に取り組むための仕組み(報告、分析、対策立案など)を含めて、体系的に整備する支援体制が求められている。

上記の研究1年目の結果を踏まえて、研究2年目の研究を推進する。2021年度から市町村から国で統一した報告様式の運用状況に関わる調査についても、研究2年目を実施する予定である。

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1年目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・研究・文献(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、とくに転倒について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、検討すべき転倒に関わる対応策の類型化として、以下の6つの段階が考えられた：①転倒しやすさ

(利用者の状態、及び環境)の把握と対応、②転倒につながり得る行動の早期発見、③転倒してもケガをさせない予防、④有害事象(転倒後)の早期発見、⑤有害事象(転倒後)の早期治療、⑥訴訟に発展させない取組み。さらに介護現場の取組み状況についてのヒアリングからは、事故予防に取り組むための仕組み(報告、分析、対策立案など)が、体系的に整備されておらず、これらの支援体制が求められている。このとき介護安全の全体構成(案)が参考となる。これらの結果を踏まえて、研究2年目の研究を推進し、介護施設における事故に対する対応力の向上に資する。

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

なし