

別紙3

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)

総合研究報告書

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

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で医療的ケアを実施する職種や構成が異なることから、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(2年間)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1年目は、6法人・団体からのヒアリング、介護現場の取り組み状況の意見交換会(9の介護施設から参加)、介護安全の取り組みの全体像の検討と、とくに転倒について深めた分析を行った。研究2年目は、更に7法人・団体からのヒアリング、文献等(判例を含む)の検索も実施し、とくに誤嚥・窒息についても分析を行った。介護施設等における判例のレビュー(1988年12月から2022年11月)からは、転倒に関わる55件、また誤嚥・窒息に関わる30件が抽出された。また、海外における転倒予防に関する取り組みについては、イギリス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。海外の報告制度については、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り組みなどから、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り組み、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り組みが必要である。上記①とも関連して、個々の利用者ごとのリスク評価と、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り組み状況についてのヒアリングなどからは、介護安全の全体構成(案)を参考に、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。

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。

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。

【研究 1 年目】

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。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。

【研究 2 年目】

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）の検索も追加で実施し、介護安全の取組み

の全体像と、転倒に加えて、誤嚥・窒息についても深めた分析を行う。

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 （研究1年目及び2年目の統合）

（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：54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：28件

【発生場所】

通所(通院)：31件、入所(入院)：19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(2020)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. 介護現場の取組み状況についての個別ヒアリング及び意見交換会

（研究1年目）

【個別ヒアリング対象】

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

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

（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、グループ演習等を通じて、意見交換会を実施した。

【参加者の勤務施設の種類等】

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、残在機能は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

ー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)

- ー落葉が多い
- ー落葉事故がとて多いが、だれの薬かわからないことが多い
- ー薬をのませたあと、吐き出してしまう
- ー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)

- ー介護職員はリーダーしか記録を残さない
- ー看護職と介護職の協働が難しい
- ー相互に注意がしにくい
- ー遠慮してしまう
- ー人手が少なく研修に行けない
- ー誰が中心になってカンファレンスを行うか不明瞭

ー話し合いの環境が少ない

(報告システムの課題)

- ーインシデントレポートの共有が難しい
- ーヒヤリハット、インシデントのとらえ方が違う
- ーヒヤリ・ハットの振り返りができない
- ー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
- ー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)

- ー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)

(研究2年目)

【個別ヒアリング対象】

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

- ー事故報告システムの運用状況
- ーその他の安全の取組みの工夫・課題など

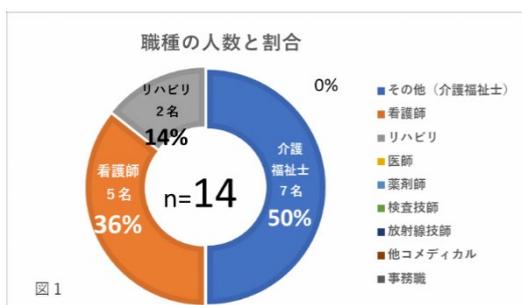
【ヒアリング結果】

：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：

- ー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。
- ー報告があっても、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。
- ー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。
- ー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 (研究2年目)

- 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。

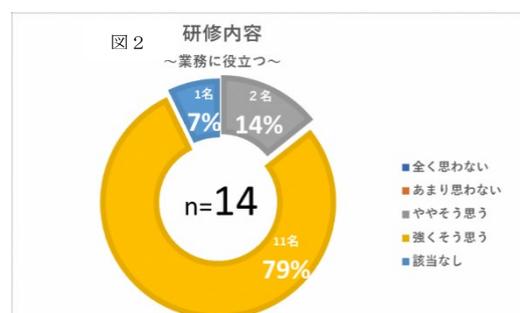
○介護施設でのチーム STEPPS 研修の意義

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. 海外における転倒予防に関する取り組み (研究1年目) (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-5. 海外の報告制度 (研究 2 年目)

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、資料が入手できたイギリス (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、どの機関からも品質と安全性に関する報告を受けすることができる [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

(研究1年目及び2年目の統合) :

転倒、誤嚥・窒息に関する判例は多い。一方、誤薬・落葉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。

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。

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 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-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。

(参考資料)

－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-geriatrics.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。

－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

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

- ・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/c_hissoku.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、事業者を支払を認めた事例。

（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いた嚥下障害を伴うマシヤド・ジョセフ病の50歳の女性にとろ

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。

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。

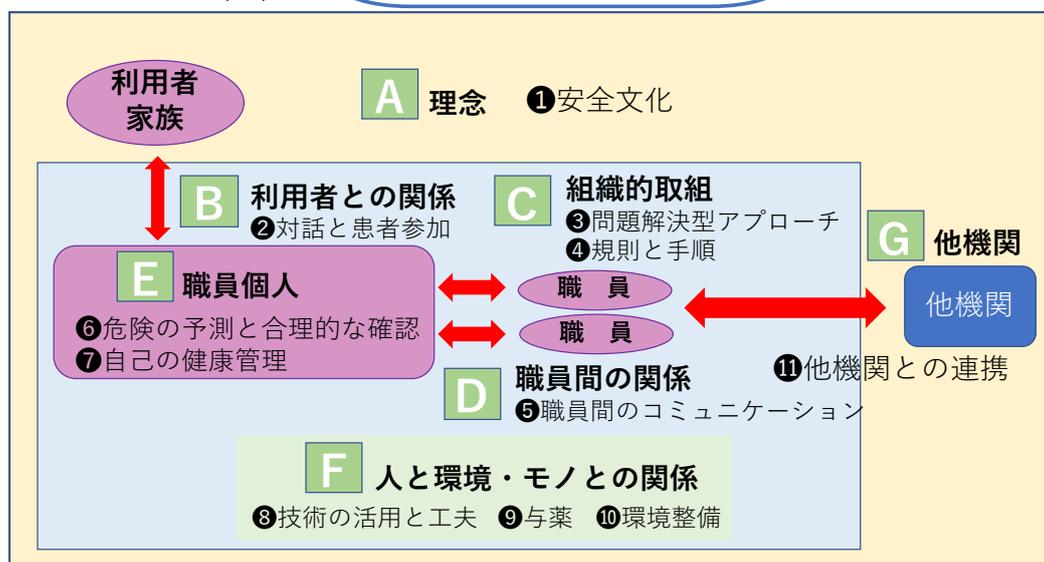
これらの視点は転倒や誤嚥・窒息に限定されず、他の有害事象（事故）においても応用することが可能であり、事故の再発予防の観点からも有用な類型化の1つと考えられる。

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)(研究1年目と2年目の統合) 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。これらの諸課題を検討する上で、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 (<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した

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組む仕組みが事故防止に必要である。

介護安全の全体構成(案)(図)において、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

☒ 介護安全の全体構成(案)



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「⑩他機関との連携」も欠かせないと考えられる。

D-4. 海外の報告制度（研究2年目）

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（研究1年目と2年目の統合）

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、6法人・団体からのヒアリング、介護現場の取り組み状況の意見交換会（9の介護施設から参加）、介護安全の取組みの全体像の検討と、とくに転倒について深めた分析を行った。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）の追加の検索も実施し、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

⑥ 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

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。

これらの結果を踏まえて、介護安全の全体構成（案）が参考とし、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