

厚生労働科学研究費補助金 長寿科学政策研究事業  
分担研究報告書

「介護事故情報収集システム(仮称)」の収集フォーマットを用いた事故情報収集の試行

研究分担者 坂口 美佐 公益財団法人日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部部長  
研究分担者 後 信 公益財団法人日本医療機能評価機構 理事  
研究協力者 伊藤 絢乃 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科  
看護先進科学専攻 高齢社会看護ケア開発学分野

**研究要旨:**

**<背景・目的>**

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

**<方法>**

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

**<結果>**

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

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

### <考察>

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

### <結論>

他施設での事故予防・再発防止の取り組み事例や情報に対する要望は高く、全国的な仕組みとして共通の定義・書式で事故事例を登録し匿名化した状態で共有できる「介護事故情報収集システム(仮称)」が開発・運用されれば、その期待に応える資料や情報を提供していくことが可能となる。「介護事故情報収集システム(仮称)」が介護現場における事故予防・再発防止に関する重要な情報共有の場として活用されることが期待される。

### <謝辞>

本研究の実施にあたっては、東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科・看護先進科学専攻 高齢社会看護ケア開発学分野 伊藤絢乃氏に協力いただいた。

#### A. 背景および研究目的

2019年度の本研究において、介護事故情報を統一した書式と定義で収集し発生した事故の状況や再発防止策等の事例を共有することにより事故の予防・再発防止に資する情報を提供する全国的な仕組みである「介護事故情報収集システム(仮称)」のフォーマットを用いて介護老人保健施設(老健)8施設から事故情報収集の試行を行った。併せて、試行に協力いただいた施設を対象に入力のしやすさや「介護事故情報収

集システム(仮称)」に期待すること等の設問にも回答いただいた。その結果、「有用である」との評価が5施設であった一方、「発見者・当事者の職種・経験年数」「診断結果」等の項目については回答が困難であったとの意見も聞かれた。さらに、入力負荷を軽減する目的で原因分析入力欄に該当する事例が多いと想定される事項をチェックボックスで作成していたが、スキントラブルの事故に関する本人要因として「聴覚障害」が選択されるなど、当該事故の直接原因で

はなく当該利用者の背景情報的に障害が選択されている事例があった。また、サービス要因として「確認を怠った」「観察を怠った」が選択される事例が大変多い結果となっており、フォーマットに見直しが必要であることが明らかとなった。

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

## B. 研究方法

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

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

フォーマットには当該利用者および関係した施設職員の個人情報に記載する欄はなく、収集された事故情報については完全に匿名化された状態で分析を行うことができ

る。また、データの授受はMicrosoft社が提供するOneDriveを用いて行い、その後、提供されたデータをExcel上で一覧化し、事故の種類、発生した曜日、時間帯、場所、影響度分類等について集計を行った。

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

## C. 研究結果

### (1) 登録された事例の概要

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

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

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

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

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

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

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

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

影響度分類では、全体の62.3%にあたる

表1. 「介護事故情報収集システム(仮称)」試行 協力施設概要

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

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

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

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

表 2. 時間帯別の転倒・転落事故発生件数と影響度分類

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

※ レベル 4 以上の事故は 0 件であったため割愛した。

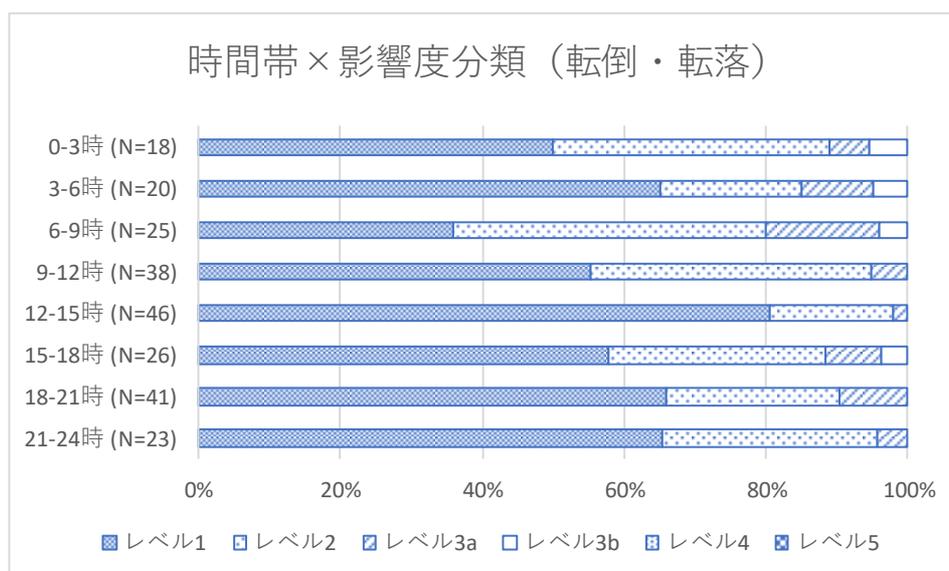


図 1. 転倒・転落事故の発生時間帯と影響度分類

## (2) 転倒・転落事例に関するテキストマイニング

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

### ① 発生・発見時の状況および対応：共起ネットワーク分析

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

表3. 「発生・発見時の状況および対応」出現回数上位5位の単語

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

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

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

のブレーキはかかっていなかった」「他利用者の介助中（にセンサーが鳴った）」

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

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

### ② 原因分析：階層的クラスタ分析

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

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

表 4. 「原因分析」  
出現回数上位 5 位の単語

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

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

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

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

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

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

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



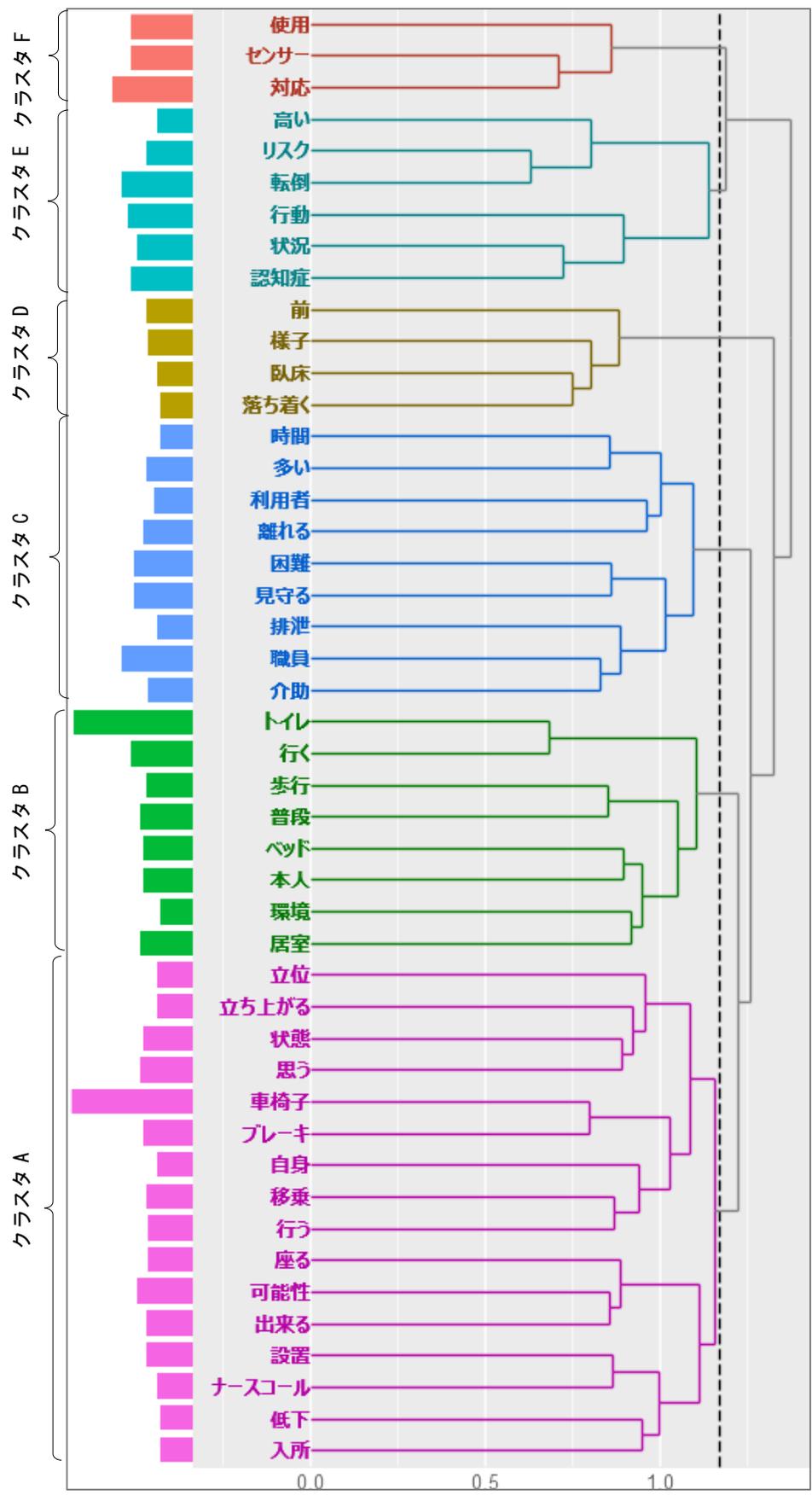


図 3. 「原因分析」自由記述 階層的クラスタ分析結果

## D. 考察

### (1) 登録された事例の概要について

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## E. 結論

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

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

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

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

#### **F. 健康危険情報**

なし

#### **G. 研究発表**

なし

#### **H. 知的財産権の出願・登録状況**

なし