

厚生労働科学研究費補助金 長寿科学政策研究事業
統括研究報告書

在宅・介護施設等における医療的ケアに関連する事故予防のための研究

研究代表者 橋本廸生 公益財団法人日本医療機能評価機構 常務理事

研究要旨：

<背景・目的>

介護施設における事故の状況に関する全国的な把握はなされていないが、介護事故情報を全国的に共通のフォーマット・定義で収集する「介護事故情報収集システム（仮称）」があれば、自施設で経験していない事例に対する他施設の取り組みや自施設で発生した事例と同種の事例について他の施設がどのように取り組んだかを学び、発生を未然に予防したり再発防止策に取り入れたりすることが可能になる。本研究では、「介護事故情報収集システム（仮称）」の試行を行い、介護施設における事故の状況を調査する。また、「介護事故予防チェックリスト（案）」を作成し、介護施設の職員が事故防止や安全の向上に関する自施設の取り組みを定期的に評価するツールとして提供する。

<方法>

2019年度の研究結果をもとに「介護事故情報収集システム（仮称）」の登録フォーマットを一部修正し、介護老人保健施設（以下「老健」）7施設、介護老人福祉施設（以下「特養」）7施設から事故情報を登録いただいた。対象とする事故は「2019年10月に<影響度分類がレベル1以上の事故>として施設内で報告された事例」と定義した。件数等は単純集計を行い、自由記述欄の内容についてはKH coderを用いて共起ネットワーク分析および階層的クラスタ分析を行った。

介護施設等を対象とした国内外の第三者評価項目のうち、特に事故予防や安全の向上に関する項目を集約して「介護事故予防チェックリスト（案）」を作成した。その後、老健4施設、特養5施設を対象に「介護事故予防チェックリスト（案）」の全体的な内容や項目の過不足、文言等についてオンラインでヒアリング調査を実施した。

<結果>

合計501件の事故情報が老健7施設、特養7施設から登録された。このうち、影響度分類がレベル0または不明の50件を除外した451件を分析対象とした。451件中、281件(62.3%)がレベル1、237件(52.5%)が転倒・転落の事例であった。また、184件(40.8%)が居室で発生していた。利用者単独の場面での事故は245件(54.3%)であった。事故の二大要因は「トイレ」「車椅子」であった。「車椅子のブレーキがかかっていなかった」「トイレに行こうとして立ち上がった」等が最も多かった。

「介護事故予防チェックリスト（案）」は、全国老人保健施設協会編『新・介護老人保健施設サービスマニュアル』、全国社会福祉協議会『高齢者福祉サービス版評価基準』等の評価項目体系のうち、安全や事故防止に関する項目をもとに作成し、大項目 7、中項目 18、小項目 40 にまとめた。介護施設のヒアリングでは、チェックリスト案の位置づけや項目数（規模）については概ね好意的な意見であった一方、個別の項目については「誤嚥・窒息」「感染」「薬剤・服薬管理」等の項目が不足しているとの意見が多く得られた。これらの意見を踏まえ「介護事故予防チェックリスト（案）」修正版を作成した。

<考察>

施設内で報告されている事故の件数は施設によって大きくばらついていた。特にレベル 1 の件数に差が大きかったことから、施設ごとの事故状況の差ではなく、報告対象となる事故の定義や範囲の差を反映している可能性が高い。また、日中の時間帯に発生する事故が多いことから、職員数が多い時間帯であっても事故を未然に防ぐことは難しいことが示唆される。一方、レベル 1 の事例が 6 割を超えている状況は、各施設において軽微な事故についても報告する仕組みが機能していること、事故が発生しても重篤な事故にならないような取り組みが行われていることがうかがえた。

「介護事故予防チェックリスト（案）」についてヒアリングした 9 施設のうち、同様のチェックリストを用いて事故予防・安全の向上に関する取り組みそのものを評価している施設は 1 施設のみであった。介護施設等の職員が自らの取り組みの状況を客観的・網羅的に評価できるチェックリストは、全国の介護施設等での事故防止・安全の向上に関する取り組みをさらに促進させるツールとなるものである。今般の介護報酬改定において介護施設に配置を求められている「外部の研修を修了した安全に関する担当者」が、各施設において安全について取り組んでいく場合の指針としても活用されることを期待する。

<結論>

「介護事故情報収集システム（仮称）」試行においては、老健・特養とも情報登録に支障があった施設はなく、比較的幅広い介護事業所が同様のフォーマットで事故情報を登録できると考えられる。共通のフォーマット・定義で事故情報を全国的に収集する仕組みが確立され全国の介護現場で事故事例と再発防止策を共有できるようになることにより、事故防止・安全の向上に関する取り組みが促進されると期待される。

また、「介護事故予防チェックリスト（案）」を用いて定期的に自施設の取り組みを評価するようになれば、実際に行われている活動を有機的に関連させ、事故の件数だけでなく、事故が発生した場合の影響を低減させることができると考えられる。令和 3 年度の介護報酬改定において介護施設には外部の研修を修了した安全担当者を配置することが求められている。今後、安全担当者の活動として、チェックリストを用いた自施設の取り組みの定期的な評価が定着することを期待している。

<謝辞>

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

研究分担者(五十音順):

後 信

公益財団法人日本医療機能評価機構

執行理事

栗原 博之

公益財団法人日本医療機能評価機構

統括調整役

坂口 美佐

公益財団法人日本医療機能評価機構

医療事故防止事業部 部長

横山 玲

公益財団法人日本医療機能評価機構

評価事業推進部企画課 課長

研究協力者(五十音順):

江澤 和彦

公益社団法人日本医師会 常任理事

加塩 信行

医療法人社団永生会 クリニックグリーングラ

ス 院長

柏木 聖代

東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究

科看護ケア技術開発学 教授

仲井 培雄

一般社団法人地域包括ケア病棟協会 会長

山野 雅弘

公益社団法人全国老人保健施設協会

管理運営委員会 副委員長

故報告制度等、全国的な情報収集・再発防止の仕組みがあるが、介護施設については、全国規模の報告・集計の仕組みおよび再発防止に関する情報提供等が行われておらず、実態や原因分析、再発防止等のフィードバックはほとんど行われていない。このような状況の中で、本研究では、全国の介護施設における医療事故等の実態調査から主な医療事故等の原因を分析し、有用な事故防止策を提言するとともに、介護施設における医療・介護の質および安全の向上を目的とした全国規模の事故予防の仕組みの構築について検討することとしている。

2020年度は、3年計画の最終年度として、2019年度の試行を踏まえて「介護事故情報収集システム(仮称)」の事例登録フォーマットを見直したうえで対象を介護老人福祉施設(以下「特養」)に拡大し、介護老人保健施設(以下「老健」)以外の介護施設での実施可能性を評価し、併せて各施設における事故報告の実態を把握する。また、介護施設を対象とした国内外の第三者評価制度の項目を参考に、事故予防・安全の向上に関する項目をまとめた「介護事故予防チェックリスト(案)」を作成し、介護現場での事故予防に向けた取り組みのツールを提供することを目的とする。

B. 研究方法

- (1) 「介護事故情報収集システム(仮称)」の試行および分析

これまでにヒアリング等に協力いただいた施設および関係者から紹介いただいた施

A. 背景および研究目的

医療機関における医療事故については、当機構の医療事故情報収集等事業や医療事

設（以下「試行協力施設」）を対象に、2019年10月の1か月間に影響度分類がレベル1以上の事故として施設内で報告された事例について所定のフォーマットを用いて事故の情報を登録いただいた。併せて、同月1か月間に施設内で報告された事故の件数を影響度分類別に集計したデータも提供いただいた。データの授受はMicrosoft社の提供するクラウドサービスであるOneDrive上に設けた施設ごとのフォルダを介して行った。登録された事故情報のうち、「発生・発見時の状況」および「事故の要因分析（本人要因・サービス要因・環境要因）」として自由記述で登録された内容について、KH coderを用いてテキストマイニングを行った。

(2) 「介護事故予防チェックリスト(案)」に関する検討

介護老人保健施設（以下「老健」）等を対象とする既存の評価項目体系のうち、事故防止及び安全の向上に資すると考えられる項目を要素レベルで抽出し、内容を整理して統合した。また、作成したチェックリスト案について、過去に本研究班に協力いただいた老健および特養を対象に面接によるヒアリング調査を行い、チェックリスト案の実行可能性について評価した。ヒアリング調査で収集した情報をもとにチェックリスト案の修正版を作成した。

C. 研究結果

(1) 「介護事故情報収集システム(仮称)」の試行および分析

2018～2019年度にヒアリング調査に協力いただいた老健および特養を中心に、老健7施設、特養7施設から事故情報を登録いただいた。レベル1以上の事故事例451件

（老健261件、特養190件）について回答を得た。特養と老健の情報に大きな差は見られなかった。最も発生頻度の高い場所は老健・特養ともに「居室」であり、次いで「食堂」であった。いずれの施設においても、最も多く発生する事故は転倒・転落、次いでスキントラブルであり、登録された事例の半数以上がレベル1の事故であった。もっとも重傷度の高い事故はレベル3bの骨折であり、451事例中4件のみであった。発生状況については、いずれも利用者単独時が最多であり、居室で利用者単独時に発生した事故が多いことが示された。事故の発生した時間帯は日中に多かった。転倒・転落の発生時の状況および要因分析の自由記述についてKH coderを用いて分析した結果、「車椅子」「トイレ」が二大要因であることが示された。

(2) 「介護事故予防チェックリスト(案)」に関する検討

介護施設等を対象とした既存の評価項目体系のうち、「安全」に関する項目を要素ごとに集約し、採否を検討し大項目7、中項目18、小項目40からなるチェックリスト案（原案）を作成した。原案について老健4施設、特養5施設の合計9施設を対象にヒアリング調査を行い、項目の過不足や内容のわかりやすさ等について回答を得た。項目数については概ね許容できるとの意見が多数であった。また、内容については「自施設の取り組みを見直すきっかけとなる」「誤嚥・窒息や感染、服薬管理等に関する項目があったほうがよい」「ベストプラクティスガイドライン等の用語がわかりづらい」という指摘があった。それらの指摘を踏まえ、大項目8、中項目19、小項目59からなるチェックリスト案修正版を作成した。

D. 考察

「介護事故情報収集システム（仮称）」の試行から、施設内で報告される事故の件数は施設ごとで大きく異なっている一方、ほとんどの事故は軽微なものであることが示された。また、事故のほとんどは利用者の活動度の高い日中に発生していた。職員数が多くいる時間帯であっても居室やトイレで利用者が単独でいる場面での事故を防ぐことはできないが、事故が発生しても重大事故にならない取り組みがなされている可能性が窺えた。

「介護事故予防チェックリスト（案）」に関するヒアリングの結果、個別の利用者に対するアセスメントや発生した事故の分析を行っている施設は多いが、事故防止や安全に関する取り組み全体を網羅的に評価し改善している施設はほとんどないことがわかった。今回チェックリスト案作成に当たって参考にした第三者評価は、事故防止や安全の向上に限定したものではなく、病院機能評価のように組織全体の体制や仕組みを評価する内容であり、事故防止や安全に関する取り組みだけに焦点を当てたものではなかった。本研究の事故情報登録やヒアリングに協力いただいた施設が全国の老健・特養の平均的な施設であるのか、事故防止・安全の向上等に特によく取り組んでいる施設であるのかについては情報を持っていないが、いずれの場合であっても、介護施設等の職員が自らの取り組みの状況を客観的・網羅的に評価できるチェックリストは、全国の介護施設等での事故防止・安全の向上に関する取り組みをさらに促進させるツールとなるものである。今般の介護報酬改定において介護施設に配置を求められている「外部の研修を修了した安全に関する

担当者」が、各施設において安全について取り組んでいく場合の指針としても活用されることを期待する。

E. 結論

本研究に協力いただいた老健・特養のうち、介護現場で起きた事故の情報を共通のフォーマット・定義で全国的に収集する「介護事故情報収集システム（仮称）」への事例登録について支障のあった施設はなかった。共通のフォーマット・定義でオンラインで事故情報を登録する仕組みがあれば、自施設で経験していない事例や自施設で発生した事例と同種の事故について他の施設がどのように対応しているかを学ぶことができる。また、今回の事故情報登録の試行では、特定の1か月間に限定して各施設内で報告された事故事例を登録いただくことにより、介護施設で報告されている事故の概要を把握することができた。

一方、「介護事故予防チェックリスト（案）」を用いて各施設での事故防止・安全の向上に関する取り組みの総体を定期的に評価することにより、実際に行われている活動を有機的に関連させ、事故の件数だけでなく、事故が発生した場合の影響を低減させることができると考えられる。令和3年度の介護報酬改定において介護施設には外部の研修を修了した安全担当者を配置することが求められている。今後、安全担当者の活動として、チェックリストを用いた自施設の取り組みの定期的な評価が定着することを期待している。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし