

令和2年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

介護保険施設等における安全管理体制等のあり方に関する
調査研究事業

株式会社 日本総合研究所

令和3年3月

介護保険施設等における安全管理体制等のあり方に関する調査研究事業
報 告 書

目 次

I.	本調査研究事業の実施概要	1
1.	本調査研究事業の背景と目的.....	1
2.	本調査研究事業の概要・実施方法	2
3.	法学ワーキンググループの設置・運営	6
II.	介護老人福祉施設における事故報告書様式案の作成及び報告ルールを検討	7
1.	ヒアリング概要	7
2.	事故報告書様式案及び報告ルールに関するヒアリング結果	8
3.	検討委員会における主な議論	12
4.	得られた示唆.....	12
5.	介護老人福祉施設向け事故報告書様式案	13
III.	特定施設・非特定施設への活用方法の検討.....	16
1.	特定施設・非特定施設への活用に関するヒアリング結果.....	16
2.	検討委員会における主な議論	19
3.	得られた示唆.....	20
IV.	国・自治体のあり方検討.....	21
1.	国・自治体のあり方に関するヒアリング結果	21
2.	検討委員会における主な議論	22
3.	得られた示唆.....	23
V.	本調査研究事業のまとめと今後の課題	25
1.	介護老人福祉施設における介護事故報告書、報告ルールについて	25
2.	本調査を踏まえた今後の検討テーマについて	26

(別冊)法学ワーキンググループ報告書

I.	本ワーキンググループの概要	1
1.	本ワーキンググループの目的	1
2.	ワーキンググループでの検討	1
II.	安全管理における法的な側面に対する討議概要.....	3
1.	介護事業者の現状に対する討議概要	3
2.	法曹界の現状に対する討議概要	6

I. 本調査研究事業の実施概要

1. 本調査研究事業の背景と目的

介護老人福祉施設や有料老人ホーム等では、入所者の重度化が進んでおり、さまざまなリスクへの対応が必要となっているが、平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告書においては、「施設でどのようなリスクが発生しており、そのリスクにどのように対応しているかなど、その実態を把握した上で、介護事故予防のガイドライン等も参考に、運営基準や介護報酬上どのような対応を図ることが適切なのかを検討すべきである。」と指摘されている。

平成 30 年度介護報酬改定検証・研究事業「(6)介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業」では、介護老人福祉施設における介護事故等のリスクマネジメント、及び自治体への介護事故等の報告に関する実態把握を行うとともに、入所者が安全で安心した生活を送れるような施設の安全管理体制や自治体との連携のあり方等が検討され、令和元年度老人保健健康増進等事業「介護保険施設等における安全管理体制等のあり方に関する調査研究事業」(以下「令和元年度老健事業」という。)では、介護老人福祉施設から行政への報告様式案が作成され、また、有料老人ホーム等における事故報告等の状況について調査の実施がなされている。

現状、介護老人福祉施設におけるリスクマネジメントについては、「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」等に従い、運用されているが、事故報告については、介護老人福祉施設で事故が発生した場合に、施設から市町村に連絡(報告)することが義務づけられているものの、当該報告の活用については、市町村ごとにさまざまな対応となっているところである。加えて、運用上の課題として、介護保険施設等の「報告基準やルールに関する理解の不足」とともに、「介護事故の自治体への報告基準・方法が不明確」という課題も存在する。

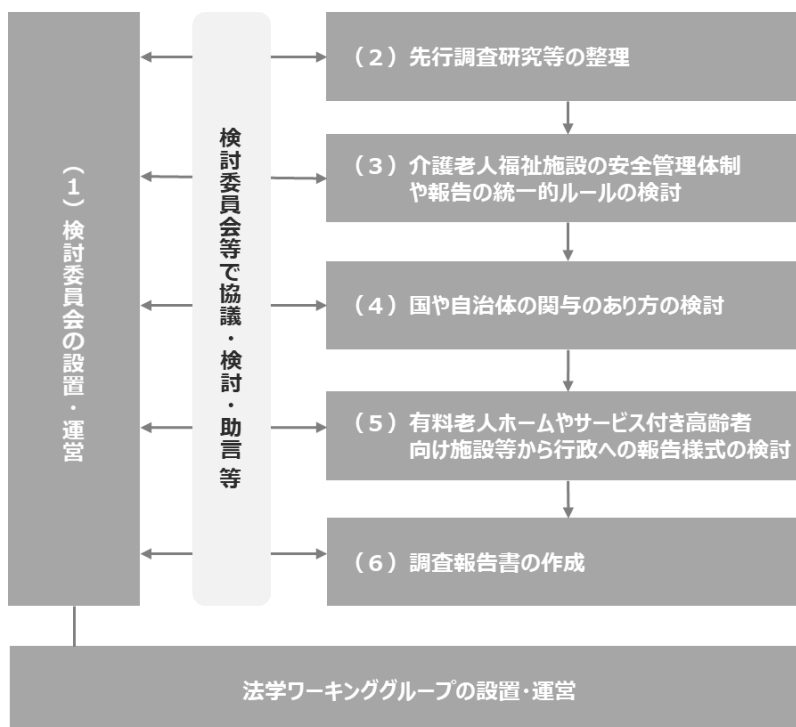
介護事故による怪我などで重度化する、自立支援を妨げる等のリスクも存在しており、介護施設から行政へ寄せられる事故情報を一元的に把握、分析して、再発防止策を介護保険施設等へフィードバックする仕組みが必要である。

上記を踏まえ、介護老人福祉施設や有料老人ホーム等における安全管理体制や報告の統一的なルール、国や自治体の関与のあり方等についての検討を行うとともに、介護老人福祉施設における事故報告様式案の作成と特定施設、非特定施設への適用の可能性について検討する。また、事故報告に関する国や自治体のあり方についても考察する。

2. 本調査研究事業の概要・実施方法

前述の背景・目的を踏まえ、本調査研究事業は以下の内容にて検討・整理を進めた。

図表 1 本調査研究事業の進め方



(1) 検討委員会の設置・運営

事業の各種検討を円滑かつ効果的なものとするために、医療介護における安全・衛生管理体制等に関わる有識者や介護施設等の運営管理に関わる有識者、実務者からなる検討委員会を設置し、調査内容や調査結果の整理・活用に関して適宜確認・助言を得る場とした。検討委員会は全5回実施した。

図表 2 検討委員会での実施・検討内容

回	実施日	実施・検討事項
第1回	令和2年 8月24日(月)	✧ 調査事業の概要説明 ✧ 過去の調査事業における論点整理 ✧ 調査設計の確認
第2回	令和2年 10月1日(木)	✧ 介護老人福祉施設向けヒアリング調査結果報告 ✧ 自治体向けヒアリング内容検討 ✧ 特定・非特定施設向けヒアリング内容検討
第3回	令和2年 12月4日(金)	✧ 自治体向けヒアリング調査結果報告 ✧ 介護老人福祉施設向け事故報告書修正案の検討 ✧ 国・自治体のあり方検討 ✧ 特定・非特定施設向けヒアリング内容検討
第4回	令和3年 1月12日(火)	✧ 介護老人福祉施設向け事故報告書修正案の検討 ✧ 国・自治体のあり方検討

第 5 回	令和 3 年 3 月 2 日(火)	◇ 特定・非特定施設向けヒアリング調査結果報告 ◇ 介護老人福祉施設向け事故報告書の検討・確定 ◇ 国・自治体のあり方検討 ◇ 特定・非特定施設向け事故報告書の検討 ◇ 本調査を踏まえた今後の検討テーマの整理
-------	----------------------	--

図表 3 検討委員会委員(五十音順・敬称略 ○:委員長)

氏名	所属先・役職名
石田 路子	名古屋学芸大学 看護学部 教授
上野 輝子	柏市 保健福祉部 法人指導課 主査
老松 孝晃	一般社団法人全国介護付きホーム協会 副代表理事 株式会社ベネッセスタイルケア取締役専務執行役員
黒田 光代	大分県 高齢者福祉課 課長
小坂 健	東北大学大学院 歯学研究科 教授
児玉 安司	新星総合法律事務所 弁護士
後藤 裕子	日本看護協会医療政策部 部長
近藤 辰比古	全国老人福祉施設協議会 総務・組織委員会委員長 指導監査対応委員会 委員長
田中 綾	特別養護老人ホーム グルメ杵屋社会貢献の家 施設長
○福井 小紀子	東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科在宅ケア看護学分野 教授
藤崎 基	SOMPO ケア株式会社 取締役執行役員 CFO 兼 CRO

(オブザーバー)

厚生労働省老健局高齢者支援課

国道交通省住宅局安心居住推進課

(2) 先行調査研究等の整理

検討委員会やヒアリングの実施に先立ち、本研究に類似する先行研究や過去老健事業調査報告書、事事故例、事故防止施策、介護施設での事故における判例について、公開情報を基に調査・整理を行った。

(3) 介護老人福祉施設の安全管理体制や報告の統一的ルールの検討

令和元年度老健事業で作成された介護老人福祉施設から行政への報告様式(案)について、介護老人福祉施設へのヒアリング調査により報告様式(案)への意見・改善点を伺い、修正を行った上で、報告様式案を作成した。また、介護老人福祉施設における介護事故報告の運用課題等についてもヒアリングし、検討委員会の場合において、自治体への報告の統一的ルールに向けた本様式の運用方法を検討した。

図表 4 介護老人福祉施設へのヒアリング概要

調査概要	◇ 令和元年度老健事業で作成された報告様式(案)を現場で活用するための課題を把握し、改善点を明確化する。 ◇ 安全管理体制のあり方や市区町村への報告(報告項目、基準、報告フロー等)における課題や要望などを把握する
調査対象	◇ 介護老人福祉施設 12 施設(定員 30 名～120 名)
調査項目	◇ 報告ルール、基準、報告様式における要望 ◇ 市区町村等への事故報告における要望・課題 ◇ 介護事故における現場の事故報告管理状況 など

(4) 国や自治体の関与のあり方の検討

介護事故報告における国や都道府県、市区町村の関与のあり方、体制、役割、集約された事故報告情報の活用方法等の検討を行った。特に報告様式、報告内容等の報告ルールは自治体により様々であり、現状の運用課題等について、自治体へのヒアリング調査を実施した。

図表 5 自治体へのヒアリング

調査概要	◇ 自治体が報告情報を活用する観点から、令和元年度老健事業で作成された報告様式(案)の改善点を明確化する。 ◇ 施設からの報告情報の集計・分析方法や指導・フィードバックの実態を把握し、他の自治体に普及するための示唆を得る。
調査対象	◇ 自治体 9 件(都道府県 5 件、政令政令市 2 件、小中規模市区町村 2 件)
調査項目	◇ 事故報告レポートラインや体制、役割における状況 ◇ 事故報告データの活用状況 ◇ 再発防止施策フィードバックに向けた課題 など

(5) 有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等から行政への報告様式の検討

(4)で作成された報告様式案の、介護老人福祉施設以外の施設における準用可能性を把握するため、特定施設入所者生活介護の指定を受けている「特定施設(介護付き有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅)」、及び指定を受けていない「非特定施設(住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅)」へのヒアリングを実施した。

図表 6 特定施設・非特定施設へのヒアリング

調査概要	◇ 特定施設・非特定施設における、安全管理体制のあり方や市区町村への報告（報告項目、基準、報告フロー等）の実態を把握し、他の高齢者施設に普及するための示唆を得る。 ◇ 介護老人福祉施設の様式をベースに作成された報告様式(案)についてヒアリングし課題・改善点を明確化する。
調査対象	◇ 特定・非特定施設 11 施設（詳細な施設種別は下表参照）
調査項目	◇ 報告ルール、基準、報告様式における要望 ◇ 市区町村等への事故報告における要望・課題 ◇ 入所時の契約説明の内容 ◇ 事故報告の徹底や再発防止の取組みにおける苦労や課題 など

図表 7 ヒアリングを実施した特定施設・非特定施設の施設種別詳細

施設	施設種別		
	特定 or 非特定	有老 or サ高住	サービス
A	特定	有料老人ホーム	介護付き
B	特定	有料老人ホーム	介護付き
C	特定/非特定	サービス付き高齢者向け住宅 (有料老人ホームにも該当)	介護付き/住宅型 (同一事業者提供)
D	非特定	有料老人ホーム	住宅型 (同一事業者提供)
E	非特定	サービス付き高齢者向け住宅 (有料老人ホームにも該当)	住宅型 (同一事業者提供)
F	非特定	サービス付き高齢者向け住宅 (有料老人ホームにも該当)	住宅型 (同一事業者提供)
G	非特定	サービス付き高齢者向け住宅 (有料老人ホームにも該当)	住宅型 (同一事業者提供)
H	非特定	サービス付き高齢者向け住宅	住宅型 (外部事業者提供)
I	非特定	サービス付き高齢者向け住宅	住宅型 (外部事業者提供)
J	非特定	サービス付き高齢者向け住宅	住宅型 (外部事業者提供)
K	非特定	サービス付き高齢者向け住宅	住宅型 (外部事業者提供)

(6) 調査報告書の作成

(1)～(6)の調査結果、検討委員会での検討結果を整理し、報告書として取りまとめた。

3. 法学ワーキンググループの設置・運営

検討委員会では、介護施設等の適切な安全管理体制のあり方検討の場として、事故報告書様式の統一の作成等に向けて議論を行ったが、一方で、介護施設等における安全管理体制をめぐる法的な課題についても議論の場(法学ワーキンググループ)を設けることとした。法学ワーキンググループは全4回開催した。検討内容は(別冊)法学ワーキンググループ報告書として取り纏めた。

II. 介護老人福祉施設における事故報告書様式案の作成及び報告ルールの検討

1. ヒアリング概要

介護老人福祉施設向けの事故報告様式案を作成するにあり、令和元年度老健事業で作成された介護老人福祉施設から行政への報告様式(案)について、自治体及び介護老人福祉施設へのヒアリング調査を行い、実際に様式を使用する立場から意見を収集した。

図表 8 介護老人福祉施設向けヒアリングのテーマ

	テーマ	狙い	主なヒアリング事項
1	介護事故における現場の事故報告管理状況	・事故報告を集約・分析するために整えることが望ましい体制を把握する。 ・体制が実際に機能するための課題・ポイントを把握する。	(ア)報告する事故の範囲・基準 (イ)ヒヤリ・ハットと事故の区別 (ウ)報告フロー
2	事故報告管理、再発防止における運用体制	・事故の原因分析と再発防止のための取組みを検討するために望ましい体制を把握する。体制が実際に機能するための課題・ポイントを把握する。	(ア)事故の評価・分析の担当者 (イ)事故の分析を再発防止策につなげる方法
3	事故報告管理、再発防止における課題		(ア)事故報告・再発防止の検討する時間の確保 (イ)指針・マニュアルの職員への浸透
4	市区町村等への事故報告における要望・課題	・市区町村等への報告体制、報告内容に関して、施設の立場から必要と思われる事項を把握	(ア)報告基準や報告先自治体 (イ)自治体への報告方法(FAX,メール等) (ウ)報告に対する自治体からのフィードバック
5	報告ルール、基準、報告様式における要望 など	・上記、1～4のほかに報告ルール、基準、報告様式等への要望を把握 ・特に報告様式については、様式の簡略化や過不足についての意見を収集する。	報告様式の各項目へのご意見 ・選択肢に過不足 ・記入は簡便か ・手書きとPC入力について

図表 9 自治体向けヒアリングのテーマ

	テーマ	狙い	主なヒアリング事項
1	介護事故に関する自治体の現状の役割	・自治体として果たすべき役割をどのように認識しているかを把握する。	(ア)自治体としての役割 (イ)現状の対応状況 ※住宅型有料、サ高住への関与についても確認
2	介護事故発生時の報告フロー、基準	・現状の運用と課題を把握する。 ・報告書の提出方法（郵送、メール等）についての意見をうかがう。	(ア)報告する事故の範囲・基準 (イ)報告フロー (ウ)制度上・運用上の課題 (エ)電子的な提出方法についての意見
3	報告書案に関する意見収集	・自治体の視点から、報告書案の項目の過不足、記載方法についての意見を把握する。	報告様式の各項目へのご意見 ・選択肢に過不足 ・記入は簡便か ・手書きと PC 入力について
4	収集した介護事故に関する情報の活用方法	・収集した情報の集計、分析、公開、その他活用方法についての意見をうかがう。 ・活用方法については、ケーススタディの整理・フィードバックについても考えをうかがう。	(ア)収集した情報の取り扱いの現状 (イ)施設へのフィードバックの現状 (ウ)情報の活用方法についての考え

2. 事故報告書様式案及び報告ルールに関するヒアリング結果

(1) 介護老人福祉施設に対するヒアリング調査結果

令和元年度老健事業において作成された報告様式案について、抜本的な修正は必要ないという意見が多く聞かれた。

様式のチェック項目のうち、「重症・重体」の定義を可能な限り明確にすることが求められた。また、自由記載欄には、サンプルや書き方のガイドが示された方が記載しやすいという意見が見られた。

自施設内で使用している報告様式との関係では、作成の業務を省力化するために記載項目を自治体向けの報告様式に合わせている場合や施設がある一方で、施設で使用している介護記録システムが自治体の報告様式に対応していない、あるいは、管理したい項目が自治体よりも細かいなどの理由から施設独自の様式を利用しているなど、各施設でばらつきが見られた。

報告手段は郵送若しくは持参しているケースが多かったが、郵送については負担に感じていないという意見が多数であった。一方、報告様式や報告基準の異なる複数の自治体への事故報告に関しては、負担と感じているという意見が多く聞かれた。

また、事故報告の第一報について、委員会での議論を踏まえ、事故発生後 5 日程度までに自治体に

提出することを前提にヒアリングを行ったが、第一報での記載可能な範囲については、「5.事故発生時の対応」までの記載が現実的であり、「6.事故発生後の状況」以降の記載は第二報以降での報告が望ましいとの意見が聞かれた。

図表 10 介護老人福祉施設に対するヒアリング調査結果の概要

視点	介護老人福祉施設に対するヒアリング調査結果概要
報告様式案について	● 「1.被害状況」という文言は、施設側の過失を連想させてしまうので変更することが望ましい。 ● 「重症・重体」の定義が報告書内に記載されていた方が分かりやすい。 ● 受診病院の連絡先は住所よりも電話番号の記載欄があった方が有用。 ● 入院しない場合には、必ずしも治療期間を把握できないため記載が難しい。 ● 自由記載欄には、サンプルや書き方ガイドがあったほうがよい。 ● 発生場所について、何階で事故が発生したか記載できる欄があるとよい。 ● 診断内容に骨折箇所を記載できる欄があるとよい。 ● 家族への報告先として、家族の続柄に加えて家族の名前を記載する項目があったほうがよい。 ● 報告した家族等の続柄では、主介護者なのか否かも加えて把握できるとよい。キーパーソンと連絡がついているのかどうなのかを把握できるとよい。 ● 損害賠償の状況に関しては、自由記載欄があったほうがよい。 ● 「7.今後の対応予定」は何を書くものか不明瞭なので、「7.初動対応後のご家族への対応」などとした方がよい
市区町村等への報告手段	● パソコンで報告書を作成し、市へ郵送している。死亡時のみ、郵送に先立って電話連絡を行っている。 ● 事故発見当事者が施設内報告書を基に下書きを作成している。受診・家族への報告が終わってから生活相談員・ケアマネが最終化し行政に直接持ち込んでいる。 ● 発見者が報告書を記載する。PCに慣れていない職員は手書き。ケアマネが最終案を作成し、自治体に郵送している。特に電話連絡はしていない。自治体側で疑問点があれば問合せが来る。 ● 施設内での事故報告は現場職員が行い、自治体への事故報告は相談員が行っている。 ● 報告書記載後、郵送又は持ち込みで自治体に提出している。郵送前の電話連絡は特に行っていない。自治体側で疑問点があれば問合せが来る。メールの方が施設側としては楽だが、自治体側で見落とされないかが心配である。
市区町村等への要望・課題	● 事故報告において、Webを介して、オンラインで報告されるとありがたい ● 郵送等による報告では、タイムラグが生じるケースが多い。行政に報告書を直接持ち込む頃には既に事故状況のステータスが変化しているケースが多い。 ● 施設内報告書を行政用報告書に書き直す作業が手間。手間を省くため、施設内報告書と自治体向け報告書の形式をほぼ同じにしている。 ● 施設内での事故報告は介護記録システムの標準報告書を使っている。一方、市区町村に出すものはExcelで作成している。市区町村向けの様式にソフトが対応できれば統一できる。 ● 自治体の担当者によって事故報告の基準が異なる場合がある。落葉の事故があった際、報告書を必要とした担当者と不要とした担当者がいらっしまった。 ● 自治体側からのフィードバックがなく、情報が一方通行となっている。 ● 住居者様の住所により報告先の自治体が複数にまたがる場合には手間がかかる。特に自治体間で報告様式が異なる場合は特に手間がかかる。せめて様式は統一してほしい。

その他	● 第一報では「5.事故発生時の対応」までは記載できる。「6.事故発生後の状況」以降は損害賠償が入ってくるので、第一報では記載が難しい。 ● ヒヤリハットと事故報告を組み合わせることで事故調査委員会にて分析している。ヒヤリハット数が分母、事故を分子として計算し、防げる事故をどの程度防いでいるのか検討している。 ● 事故後の電話報告に出ない家族であっても留守電を残すことを意識している。また、内出血や打撲では痛みなどが時間差で生じることを看護師から家族へ説明することになっている。 ● 事故報告書に使う文言の統一をリスクマネジメント委員会にて行っている。(ほかの施設から入職された方が多く、過去に使用していた文言を使用するケースが多いため) ● 委員会は月1回、内部研修は月2回行っている。委員会では事故の分析等を行っている。事故の寸劇を行いその場で事故報告書を書いてもらう取組みも実施している。 ● 職員の危機管理意識をどうやって高めていくべきかを悩んでいる。命を預かっているという意識を育てることが大事である。また、職員間の情報共有の強化も必要であると感じている。 ● 研修については、受けた直後はモチベーションが上がるが、そのモチベーションはなかなか長続きしない。リスク対応の強化として研修だけでは十分ではないと感じる。
-----	---

(2) 自治体に対するヒアリング調査結果

「介護事故発生時の施設からの報告フロー」については、すべてのヒアリング自治体で医療機関を受診した場合に報告を求めている。また、介護老人福祉施設と特定施設、非特定施設は報告様式や基準を共通化している自治体が多く見られた。介護老人福祉施設向けの報告様式案については抜本的な修正意見は無かった。

報告手段は、電子(メール)・紙(郵送)のどちらも提出可としている自治体もあった。また、捺印を求めない自治体も見られた。電子的な提出方法として全国共通のシステム構築を望む意見も聞かれた。

なお、自治体によっては、感染症、虐待、職員の不法行為、入所者等に対する虐待、入所者の失踪・行方不明等についても報告を求めている場合や、高齢者施設だけではなく障害者施設や児童厚生施設も含めて事故報告書を共通化している場合も見られた。

図表 11 自治体に対するヒアリング調査結果の概要

視点		自治体に対するヒアリング調査結果概要
介護事故発生時の施設からの報告フロー	事故の範囲・基準	● 事項報告の基準に、医療機関の受診を入れている。報告件数は多くなるが、施設側の判断で報告する・しないを決定することを防ぐためには仕方がないとする。 ● 重大事故として死亡、職員の不法行為、入所者等に対する虐待、入所者の失踪・行方不明(事業者が捜索願を出した場合)、火災、その他テレビ・新聞等で報道された事案などを報告。また、重大事故以外の事故は骨折、打撲・裂傷、誤薬・誤嚥、無断外出などの報告を求めている。 ● 感染症の報告も事故報告と同様の様式を使用しているが、職員の不祥事(窃盗など)を同様式で報告させることは無い。

		● 事故取扱い要領は、高齢者施設だけではなく障害者施設や児童厚生施設も含んでいる。
	報告フロー	● 施設から市町村へ報告され重大事故・死亡事例に関しては、市町村から県に報告するルールとしている。
現 状 の 制 度 上 ・ 運 用 上 の 課 題	事 故 報 告 様 式 の 統 一 について	● 全国的な事故分析やサービスごとの事故分析(介護老人福祉施設とサ高住の違いなど)を実施していただけると非常に有用 ● 様式を統一し、全国で集計しても毎年同じ傾向が出ることが予想される。様式の統一だけでは根本的な解決にはならないのではないかな。 ● 統一化することのメリットが必要である。例えば地域横串での分析を行えるなど。 ● 統一様式が導入されると、介護施設以外の報告要領を改めて検討することになる。
	複数の自治 体への同一 内容の報告	● (保険者の立場から)住民票記載の自治体と施設所在地の自治体の両方に事故報告を挙げることにについては必要と考える。 ● (都道府県の立場から)施設が2つの市町村に報告する意義はあると思うが、同じ報告書が県に提出されるのは意味がない。
	提出方法	● 紙での郵送若しくは持参での提出を求めている自治体が多かったが、一部、電子・紙のどちらでも提出可としている自治体がある。 ● 報告書に捺印は必要としない自治体もある。
	事故情報の 活用	● 年度分の集計・分析を行い道のウェブサイトで公開するとともに、振興局が行う事業者を対象とした集団指導でも活用している。 ● 事故情報は Excel データに落とし込み、どのような事故が多い傾向にあるのかを整理している。ただし、それらの情報を事業所に対する共有・フィードバックに使うことはしていない。
	その他	● 介護事故の防止スキル等は施設によって大きくばらついている。全国的な研修ツール等があれば、小規模な市町村であっても施設に指導できるようになるかもしれない。 ● 市だけではなく、県でも事故傾向を整理してフィードバックをいただきたいと考える。 ● 対応事例集があると、介護事故の頻度が少なく対応ノウハウが蓄積されていない事業所の役に立つと思う。
報告書案に対するご意見		以下のような意見が多く自治体から聞かれた。 ● 医療機関の受診先の住所は特に必要ではない。 ● 入院予定期間や治療を要する期間は特に必要ではない。 ● 報告様式案のようにチェック項目式であると集計・分析上有益である。また、チェック式のほうが施設側も書きやすい。自由記載だと施設によって記載事項に差が出る。 自治体ごとの個別の意見のうち代表的なものは以下のとおりであった。 ● 共通の報告様式とするのであれば、特定の施設に特化しているのは良くない。そのため、選択肢はあまり追加しない方がよいのではないかな。 ● 重症・重体の判断は施設側が迷ってしまうのではないかな。 ● 虐待の場合には事故の被害者・落葉も重視しているが特に誤薬や飲み忘れを注視している。 ● 当市の様式では事故種別に徘徊の項目がある。件数はあまりないが、報告される徘徊事故は重大な事故につながっている。 ● 事故理由に「介護中の負荷」(介護で負荷がかかりすぎて痛みなどがあつた場合)を追加している。 ● 発生日時に時間が分からないこともあるので「不明」があつた方が良

	い。 ● 転倒の原因の一つに多剤投与が挙げられる。そのため、転倒再発防止のために多職種で連携して検討会等に取り組んでいるかどうか、という点を意識している。 ● 「見守り機器による管理」欄は不必要ではないか。 ● 記載の負担が大きいと提出が遅れる。そうすると、家族から事故報告書を求められたときに疑念を持たれたり、トラブルになったりする場合がある。 ● 「8.事故の原因分析」は自由記載が難しいので選択肢式が良いと思う。 ● 様式案に誤嚥という項目が無いようだが、誤嚥事故はかなり多い。
--	---

3. 検討委員会における主な議論

- 介護老人福祉施設向けの事故報告様式については、令和元年度老健事業において作成された報告様式案を基に現場の負担を減らす方向で作成することが望ましい。
- 様式のチェック項目のうち、「重症・重体」の定義については、消防統計における定義、診療報酬上の定義等が存在するが、いずれも介護老人福祉施設で発生する事故の程度を判断する際には使用しにくい。
- 事故報告項目の自由記載欄については、施設側の意見としてサンプルや書き方のガイドが示された方が記載しやすいという意見が見られたが、多くの自治体の報告様式では施設側の判断に任せていることや、特に「事故の原因分析」、「再発防止策」について同じような報告ばかりになってしまう可能性があることを考慮することが必要である。
- 感染症、虐待等の報告の取扱いについては、各自治体が現状の報告制度の中で、介護事項報告の中に含めて報告を求めているケースも多いと考えられるため、今回の事故報告様式の統一の際に、報告から除外する必要性は低い。
- ヒアリングでは、電話での報告が行われているケースがあった。第1報はタイムリーであることが重要だが、すべての介護事故に電話報告が必要となるわけではない。
- 複数の自治体への報告については、保険者の立場から、施設の所在する自治体と住民票のある自治体の二つのルートへの事故報告が必要という意見が出される一方で、都道府県への報告は同じ内容の報告が複数集まることになるので、施設の所在する自治体又は住民票のある自治体のどちらかで良いのではないかという意見が出された。
- 報告手段を将来的には電子化することで、報告に係る業務量の効率化や事故報告内容の二次利用に資すると思われる。

4. 得られた示唆

- 介護老人福祉施設及び自治体側の意見を踏まえると、令和元年度老健事業において作成された報告様式案を基に作成することで特段の問題は生じないと考えられる。

- 様式のチェック項目のうち、「重症・重体」は介護事故の程度を表現することには馴染まないためほかの選択肢を検討することが望ましい。
- 自由記載としている「事故の原因分析」、「再発防止策」について、記載のサンプルや書き方のガイドを求める意見が施設ヒアリングで聞かれたが、施設側や報告書の作成者が自ら分析する機会を奪ってしまうことが危惧されるため、記載を誘導する可能性が有るサンプルやガイドは極力記載しない方向が望ましいと思われる。
- 感染症、虐待等の報告の取扱いについては、介護事故報告の様式を用いて報告することとしている自治体が一定数存在することが想定されるため、事故報告様式の統一にあたりこれらの報告を除外することで現場に混乱が生じることが考えられる。
- 介護事故報告の際に電話連絡をするかどうかについてはケースバイケースであり、統一的な運用ルールを設定することは難しいと考えられる。
- 複数の自治体への報告については、施設側と都道府県の業務量を減らす観点から、報告ルートを一本化する意義があるが、一方で、保険者の立場からは住民に関する事故を把握する必要性もあるため、一本化は難しいと考えられる。
- 介護事故報告の手段については、電子化することで、報告に係る業務量の効率化や、事故報告内容の二次利用に資する点に関しては委員の意見が一致したが、現場では個人情報の流出を懸念する意見もあり、技術的・運用的な課題がある。

5. 介護老人福祉施設向け事故報告書様式案

自治体や介護老人福祉施設へのヒアリング、及び検討委員会での議論を踏まえ、令和元年度老健事業において作成された報告様式案を基に、現場の負担を最小限にしながらも、事故報告として必要な項目を記載する観点から修正を行い、介護老人福祉施設向けの事故報告様式案を作成した。

介護老人福祉施設 事故報告書 (事業者→〇〇市(町村))

最終案

※報告対象は死亡または医師の診断を受け加療が必要になった場合

※第1報は影響可能な範囲とし、事故発生から5日以内(土日祝日を除く)を目途に提出すること

☐ 第1報 ☐ 第 報 ☐ 最終報告

提出日: 西暦 年 月 日

1 事故状況	事故状況の程度	☐ 死亡 ☐ 入院が必要もしくはそれに準ずる状況 ☐ その他()												
	死亡にまつ場合 死亡年月日	西暦		年		月		日						
2 事業所の概要	法人名													
	事業所(施設)名													
	事業所番号												施設種別	☐ 広域 ☐ 地域密着型
	所在地											電話番号		
												e-mail		
3 対象者	提出者職氏名	職位			氏名									
	氏名・年齢・性別	氏名				年齢			性別:	☐ 男性 ☐ 女性				
	被保険者番号				保険者			サービス提供開始日	年		月		日	
	住所	☐ 施設住所と同じ ☐ その他()												
	身体状況	要介護度	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5 ☐ 自立											
4 事故の概要	発生日時	西暦		年		月		日		時		分	(24時間表記)	
	発生場所	☐ 居室(個室) ☐ 居室(多床室) ☐ トイレ ☐ 廊下 ☐ 食堂等共用部 ☐ 浴室・更衣室 ☐ 機能訓練室 ☐ 施設敷地内の建物外 ☐ 施設外 ☐ その他()												
	事故の種別 (複数選択可)	☐ 転倒 ☐ 異食 ☐ 不明 ☐ 転落 ☐ 誤薬・与薬もれ等 ☐ その他() ☐ 窒息(誤嚥含む) ☐ 医療的ケア関連(チューブ抜去等)												
	発生時状況、事故内容の詳細													
	その他 特記すべき事項													
5 事故発生時の対応	発生時の対応													
	受診方法	☐ 救急搬送 ☐ 外来受診 ☐ その他()												
	受診先	医療機関名						連絡先 (電話、メールなど)						
	診断内容 (外傷の場合)	☐ 骨折 ☐ 打撲・挫傷・擦傷 ☐ 切傷・擦傷 ☐ その他の外傷(診断名:)												
	治療の概要	☐ 入院 ☐ 外来での治療、処置、検査 ☐ その他()												

6 事故発生後の状況	利用者の状況										
	家族等への報告	報告した家族等の続柄		☐ 配偶者 ☐ 子、子の配偶者 ☐ その他()							
		報告年月日	西暦		年		月		日		
	損害賠償等の状況	☐ 損害賠償を実施(予定を含む) ☐ 損害賠償は実施しない(予定を含む) ☐ その他()									
		特記すべき事項									
連絡済みのその他の関係機関	☐ 他の自治体 ☐ 警察 ☐ その他 報告先() 警察署名() 名称()										
7初動対応後のご家族への対応 (本人、家族、関係先等への追加対応予定)											
8事故の原因分析 (本人要因、職員要因、環境要因の分析)		(できるだけ具体的に記載すること)									
9再発防止策 (手順変更、環境変更、その他の対応、再発防止策の評価時期および結果等)		(できるだけ具体的に記載すること)									
10 その他 特記すべき事項											

III. 特定施設・非特定施設への活用方法の検討

1. 特定施設・非特定施設への活用に関するヒアリング結果

介護老人福祉施設向けの報告様式(案)を特定施設・非特定施設に活用する可能性について、特定施設・非特定施設、及び自治体に対してヒアリングを実施した後に検討委員会で意見を伺った。

(1) 特定施設に対するヒアリング調査結果

施設における介護事故再発防止への意識は高く、事故記録を施設内で蓄積し活用している施設が多い。自治体への事故報告についても当然のものとして認識していた。

市区町村等への報告手段については、介護老人福祉施設に準じた運用がされており、課題(郵送・持参のみを認めているケース、捺印が必須のケースなど)も共通である。報告様式や報告基準の異なる複数の自治体へ事故報告することがあり、負担であるという意見が聞かれた。

図表 12 特定施設に対するヒアリング調査結果の概要

視点	特定施設に対するヒアリング調査結果概要
事故報告の状況	● 施設所在自治体と入所者の住所がある自治体に対し、二重に報告するケースは 50%程である。
報告書様式の統一に対する考え	● 現状でも介護老人福祉施設向けの報告書様式を用いている。 ● 自治体の担当者によって、事故報告の対象範囲が異なるケースがある。統一された書式と運用があれば解決されると思う。 ● 様式の統一に加えて、電話報告の必要性に関する運用も統一されるとなおよい。 ● 様式が統一されることにより、事故に関するデータ分析を通して自治体等が施設に注意喚起等を行えるようになるのであれば実施してほしい。 ● 事故報告書を特定・非特定で統一した方が職員教育も統一できる。
入所時の契約内容説明に関して	● 体験入所時の入所者の日常動作を観察し、事故リスクが高い可能性のある方には事故が起こり得る旨を契約時に説明をしている。しかし、入所から長期間経過したあとに事故が発生した場合、入所時の契約内容説明に関して覚えていないケースが多い。そのため、日々のコミュニケーションが大事だと考えている。 ● ケアプランを参考にして事故のリスクが高いと思われる方に対しては、リスクとその対応を説明している。一方、リスクの低い方には、最初からリスクを説明しすぎると余計な不安を煽ってしまう可能性がある。
市区町村等への要望・課題	● 報告の際に直接書類を持参するケースが多いので、メールでの受付にしてほしい。捺印不要にするなど簡素化してほしい。

(2) 非特定施設に対するヒアリング調査結果

ヒアリングを行った非特定施設については、自治体に事故報告をすることについて特段の反対意見はなかった。事故報告書は、介護サービス事業者がサービス提供中に生じた事故については介護サービス事業者が作成し、それ以外の場面で生じた事故については施設事業者が作成しているケースが多い。事故に関する責任の所在についても、施設内で生じた事故についての責任は「入所者の自己責任」あるいは「介護サービス事業者」にあるという整理がされている。

図表 13 非特定施設に対するヒアリング調査結果の概要

視点	非特定施設に対するヒアリング調査結果概要
事故報告に関する考え	● 併設しているデイサービスや訪問介護で生じた事故に関しては、自治体から事故について詳細な質問を受ける。一方で、介護サービスではない時間に転倒した等、介護サービス外で生じた事故については詳細に質問を受けるケースは少ない。 ● 同法人の併設デイサービスや訪問介護で発生した事故は、当ホームと情報共有している。一方、外部事業者利用時に生じた事故に関しては、外部事業者から報告を受けたものは事業所内の日誌に書き写し、皆で共有している。対策自体は外部事業者に依頼している。 ● 外部事業者のサービス使用中に事故があった際には、サービス担当者会議を開き、今後の方針を外部サービス事業者とともに考えている。外部サービスにおいても当施設に責任が全くないとは考えていない。 ● 本人の状態による原因、職員の介護の原因、施設の原因の3つの観点から事故原因を分析している。 ● 軽度の怪我であっても報告を求められる自治体や、病院受診時に報告を求められる自治体もある。 ● 外部事業者のサービス利用時の事故は、世間話の一環として利用者や家族等から知られるケースが多い。 ● 自治体に事故報告をすることについて特段の抵抗はない。現状、重大な事故に関して行政に報告している。 ● 外部事業者による建物内でのサービス提供中（訪問看護等）に事故が生じた場合は、その場で事故について外部事業者が施設スタッフに伝えることが多い。事故の連携について書面等での取決めはなく、あくまでインフォーマルな形で連携している。 ● 介護サービス中に発生した事故と、住宅での事故では報告先が異なる。そのため、該当するサービスのルートで、それらの報告の範囲に応じて報告している。 ● 移乗の際にお手伝いしていた時に支えきれずに倒してしまった場合や、2時間ごとの巡回時に行けず、その際に転倒があった、という場合は事故報告書を提出している。
報告書様式の統一に対する考え	● 介護福祉施設向けの報告書様式で報告書の提出を求められたとしても特に違和感はない。 ● 有料老人ホームの指定を受けている施設と受けていない施設では、事故とする概念が異なる。報告書様式の統一は難しいのではないかと。 ● 現在も介護サービス用の事故報告書を流用している。 ● 一部の自治体で公表されている事故報告書は PDF 様式であるた

	め、転記に1時間以上かかることもある。事故報告書様式はエクセル等編集可能な様式が良い。 ● 住宅型のサ高住として関連性が低い部分を省略して提出してもよいのであれば、介護老人福祉施設向け事故報告書様式案を使用しても問題ない。 ● 再発防止策が報告書様式に含まれていてもよい。しかし、事故の原因が建物に関係ない場合であっても、無理やり建物に紐づけて記載してしまう懸念がある。 ● 自立型のサ高住における事故報告様式は、行政への事故報告に最低限必要な観点が盛り込まれた簡便なもので十分ではないか。
入所時の契約内容説明に関して	● 住宅型有料老人ホームの特徴について説明し、理解いただいてから入所いただいている。 ● 契約時には見守りや安否確認、緊急対応、生活相談等に関するサービス内容を説明している。 ● 昼と夜間で人員配置比率が変わること等を細かく説明するようにしている。 ● 高齢者の特性に合わせて説明方法を変更している。ナースコールがなければ安否確認時しか事故を発見できない可能性があること、離施設に関しては対応が難しいこと、金銭の盗難に関すること、一人で入浴する際の注意点等を重点的に説明している。一方、転倒等についてはお伝えすることは少ない。 ● 入所契約の際、自立型サ高住であることについて管理規定等を提示しながら説明している。特に、サ高住の義務である「安否確認」と「生活相談」以外のサービス提供は約束できない旨を強調している。 ● 入所時説明において、当施設のスタッフが介助中に生じた事故以外に関して、事故対応はするが責任はないことを説明している。 ● 内覧に関する電話での問合せの段階から、賃貸アパートと同様である旨を説明している。

(3) 自治体に対するヒアリング調査結果

特定施設からの事故報告については、多くの都道府県や市区町村において、介護老人福祉施設に準じた運用がなされていることがわかった。

非特定施設についても、介護老人福祉施設・特定施設と同様の報告様式、若しくは一部簡略化された様式を用いて報告を求めている自治体が多い。一方、非特定施設内における利用者の転倒等は自己責任の範疇と考え、報告を求めている自治体も存在する。

図表 14 自治体に対するヒアリング調査結果の概要

視点	自治体に対するヒアリング調査結果概要
特定施設からの事故報告	● 介護老人福祉施設に準じた運用をしている。 ● 緊急性、重大性の高い事故及び利用者等との間でトラブルが発生又はその恐れがあると判断されるものについて、報告を求めている。 ● 受診して治療に至ったケース、死亡事例について全例報告を求めている。報告書の内容により保険者から施設へ指導を行い、必要があれば都道府県に再報告を求める。保険者で十分指導ができていない場合は指定権者として都道府県から施設へ指導している。
非特定施設からの事故報告	● 非特定施設でも介護老人福祉施設・特定施設と同様の報告様式を用いている。住まい型の施設に対しても、事故について詳細に書くよう依頼している。 ● 入院及び医療機関にて、受診を要したもの（施設内の医療処置を含む。）とするが、それ以外においても家族等との間でトラブルが生じている若しくは、生じる可能性があるものと判断されるものについて、報告を求めている。事故報告書の目的は、実地検証及び再発防止策の確認である。 ● 事故の範囲・基準は特別養護老人ホーム、特定施設と同様。報告様式は、有料老人ホーム・サ高住で様式を変えているが、介護老人福祉施設様式と類似している（保険者記載欄やケアプランに関する記載欄が存在しない）。有料老人ホーム、サ高住で発生した事故に関しても、年度末に分析し、集団指導で情報提供を実施している。 ● 介護老人福祉施設・特定施設から一部省略した報告書様式を使用。しかし、基本的には事故発生時に使っていた外部サービス提供者から報告を受けている。 ● 非特定施設であっても、介護老人福祉施設/特定施設と同様の様式、報告フローでの報告を依頼している。しかし、指導権限はあるものの強制力はないため、実際にすべての事故が報告されているかは定かではない。 ● 利用者の転倒等は自己責任の範疇と考え、施設管理者に報告を求めている。ただし、建物運営会社から相談があれば、事故発生が利用者の自己責任の範囲なのか、介護サービス利用中の事故なのかの相談には乗ることがある。介護サービス中の事故であれば、サービス提供事業者に事故報告を挙げてもらう。

2. 検討委員会における主な議論

- 特定施設における事故報告書様式は、介護老人福祉施設向けのものを流用しても問題ないと思われる。
- 非特定施設については、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅で根拠法が異なるため、一律に整理するのは難しいのではないかと。
 - 非特定施設は千差万別。夜間が無人である施設や看護師が所属していない施設がある。
 - 自立型サービス付き高齢者向け住宅はいわゆる「建物」であるため、再発防止策を記載するのは難しいだろう。
- 自治体としては、サービス付き高齢者向け住宅であっても、事故があれば報告してほしいと考えている。

3. 得られた示唆

(1) 特定施設に対する示唆

市区町村等への報告手段については、介護老人福祉施設に準じた運用がされている。報告様式や報告基準が自治体によって異なる点や、複数の自治体へ事故報告することによる現場負担など、特定施設が課題と感じているテーマについても介護老人福祉士施設と共通であり、将来的に介護老人福祉施設向けの様式が活用されることにより、こうした課題が改善されることが期待される。

(2) 非特定施設に対する示唆

非特定施設のうち、住宅型有料老人ホームや自立型サービス付き高齢者向け住宅については、一般の賃貸借契約と同様に、外部の事業者が提供する介護サービスに関する事故や利用者自身に原因のある事故に関して施設を管理する事業者が責任を負わないことが原則であり、利用者や家族が施設を見学する段階からその旨を説明し納得の上で契約を結んでいるケースが多かった。

こうした事業者は、そもそも事故原因の原因分析や再発防止策の検討をする立場に無いというスタンスであり、様式案にある「事故の原因分析」や「再発防止の検討」を深掘りすることは難しいと思われる。ただし、一部の事業者は、外部の介護サービス事業者とともに担当者会議等に参加し、情報共有と意見交換を行っている場合があった。こうした施設の場合は、事故報告の中で「事故の原因分析」、「再発防止策の検討」について言及することも可能と思われる。

このように、非特定施設の特徴は様々であり、根拠法も異なるため、すべての非特定施設に「事故の原因分析」や「再発防止策の検討」の報告を求めるのは難しいと考えられる。

IV. 国・自治体のあり方検討

1. 国・自治体のあり方に関するヒアリング結果

(1) 介護老人福祉施設・特定施設・非特定施設へのヒアリング調査

介護老人福祉施設・特定施設・非特定施設ともに、事故事例のケーススタディの提供に関する要望が強いことがわかった。ケーススタディを通して、発生した事故の類型や事故発生後の対応等を学び、施設の研修時や実際の対応時に活用することを期待していることが明らかになった。

事故事例の集計結果の共有に関しても要望がみられるが、転倒件数や事故が多い時間帯等、大局的な情報の価値は高くないと考えていることが分かった。

また、法人本部からのフィードバックの仕組みがある施設では、自治体からのフィードバックに対する要望度は低かった。

図表 15 介護老人福祉施設・特定施設・非特定施設へのヒアリング調査結果の概要

施設カテゴリ	国・自治体のあり方に関するヒアリング結果概要
介護老人福祉施設	● 行政がまとめるケーススタディとして、対応に失敗した事例やイレギュラーな事例があるとよい。それらを読むことによって、どのレベルの事例であれば行政に相談してもよいのか判断できる。 ● ケーススタディがあると、施設内の勉強会として活用できる。 ● 事故報告をおこなったとしても自治体側からのフィードバックがなく、情報が一方通行となっている。 ● 事故報告直後に自治体から連絡があり、対応等に関する助言をいただけるので、大変参考になっている。
特定施設	● 他施設の対応事例やケーススタディがあると良い。 ● 事故分類別での対応事例や Q&A があると良い。 ● 特別養護老人ホームと有料老人ホームでは、建物の成り立ちや安全管理の考え、理念、教育体制等といった環境が異なるため、事故や防止策の結果が異なる。そのため、特別養護老人ホームのケーススタディの共有によって事故防止のプロセスを知ることができても、そもそもの環境が異なるため参考にしづらい可能性がある。 ● 法人本部からのフィードバック等の対応があるため、自治体からのフィードバックはなくてもよい。
非特定施設	● 他施設で実施されている具体的な対策をしたのかが共有されると、対策の発想を変えられる。(非特定施設) ● 事故がよく発生する時間帯等のデータであれば参考になる。 ● 集団講習会において、転倒件数等の事故事例の集計結果についてフィードバックを受けるが多い。事故がよく発生する時間帯等に関する情報は肌感覚としても理解しており、有用とは言えない。むしろ、クレームを予防するための方策といった事例に近い情報の方が有益。 ● 統計的データという大局的な情報より、具体的な方法論を知りたい。

(2) 自治体に対するヒアリング調査

介護事故の集計・分析を行い、ウェブサイトや集団指導等で積極的に発信している自治体がある一方、分析には至っていない自治体もあることがわかった。事故傾向は毎年類似しているため、事業所にとって有益な情報提供ができていない可能性があるという懸念を持っている自治体もみられた。

図表 16 自治体へのヒアリング調査結果の概要

視点	国・自治体のあり方に関するヒアリング概要
事故情報の分析・活用状況	● 年度中に発生した事故の集計・分析を行い当該自治体のウェブサイトで公開するとともに、介護施設への集団指導時に集計結果を報告している(都道府県)。 ● 今年度は新型コロナウイルスの影響により集合研修を開催できなかったため、YOUTUBE で公開した(政令都市)。 ● 事故集計結果を介護事業所へ報告し、啓発している。しかし、事故傾向は毎年類似しているため、事業所にとって有益な情報提供ができていないか疑問。事故報告書様式が統一され、全国的な事故集計が行われても、同じ傾向となることが予想される(中核市・市区町村)。 ● 介護事故に関するデータは取得しているが、分析はできていない(政令市・市区町村)。 ● 介護施設の現場に完全に精通している自治体職員は多くない。そのため、施設が提出する報告書に記載された再発防止策が本当に適切かどうか判断しづらい(中核市・市区町村)。 ● マクロファイルにデータを打ち込み、グラフ集計を実施している。ただし、それらの情報を基にした事業所へのフィードバックはできていない(市区町村)。
事故報告のあり方に関する意見	● 介護事故の防止スキル等は施設ごとに大きな乖離がある印象を持っている。全国的な研修ツール等があれば、小規模な市町村であっても介護施設等に対し効果的に指導できるようになる可能性がある(都道府県)。 ● 事故への対応事例集があると、介護事故の頻度が少なく対応ノウハウが蓄積されていない事業所にとって有用ではないか(中核市・市区町村)。

2. 検討委員会における主な議論

- 介護事故に関するデータベース化を見据え、統一された事故報告様式を基に情報収集していくのがよいのではないかと議論された。
 - 仮説があり、「何を検証するか」というターゲットが見えている状態であれば、事故報告様式を用いたデータ取得に意味がある。しかし、単なる情報収集を目的としたデータベース化は大きな意味がないのではないかと議論された。
 - 自由記載欄をビックデータとして活用するのであれば、「自由文検索」を構築することで、利用者側のニーズに沿った活用が期待できる。
- 介護事故に関する広範的なデータベース化を実施しつつ、重点項目についてはケーススタディとしてまとめるという、階層化した整理が有用かもしれない。

- 具体的な事故事例を記載すると、事故の詳細が特定されてしまう危険性がある。複数のケースを組み合わせて架空の事例にしたり、ゼロから作り上げたりする必要がある。
- 好事例集は、事故報告書の内容だけでは収集が難しいので、現場と行政が協力して作成するのが望ましい。
- 自治体にとって大きな負担なくデータベースが構築できる仕組みが必要。
 - データベース構築に伴い市区町村ではなく県で事故分報告を一元的に管理することになると、今まで市区町村に提出されてきた事故報告書がすべて県に提出されることとなり、業務上の困難が予想される。
- 自治体としては、介護事故を解決までリードしていくことは自治体の仕事の範疇なのかという点もいがあるかもしれない。
 - 自治体の事故対応担当者の数は少なく、かつ異動が頻繁に行われる。介護事故解決に向けた具体的な助言まで自治体に求めるのは現実的ではないのではないか。
 - 介護事故等に関する経験を有する自治体職員を育成することが今後必要になってくるのではないかと。
 - 行政向けの教育ツールの作成も必要かもしれない。
 - 繰り返し事故がおきている事業所に関してはリスクマネジメントに精通した有識者等を紹介する仕組みが重要ではないかと。

3. 得られた示唆

(1) 事故事例のデータベース化(分析・統計結果の展開)

施設で発生している介護事故の傾向を把握し、避けることが可能な事故の発生原因や再発を防ぐための有用な取組みを把握することを目的とした、事故事例をデータベース化することの意義が示唆された。

データベース化の方向性としては2点考えられる。1点目は、県・市区町村に報告された事故種類、件数、事故発生場所、発生原因、事故当事者の年齢・性別・介護度等を数値化し、統計情報として整理することである。ただし、具体的に何を検証するかターゲットが見えていない状態で、単に情報収集のみを目的としたものであれば、十分に活用されない可能性がある。

2点目は、自由記載欄をデータベース化した「自由文検索」の構築である。利用者側のニーズに沿った活用が期待できる可能性がある。

データベース構築に伴う課題として、自治体の負担増大が挙げられた。現状においても、事故分析まで実施できていない自治体が多いため、自治体の負担を増大させることなく、データベースを構築できる仕組みを作ることが望ましい旨、示唆があった。

(2) 事故事例のケーススタディ化

介護事故の再発防止やご家族への対応に関するグッドプラクティスを施設側のサービスの見直しに活用することを目的とした、事故事例のケーススタディ化が挙げられた。発生した事故の類型や事故発生後の対応(ご家族への継続フォローなど)をケーススタディとして整理し、施設側が参照可能とすることで、施設の研修時や実際の対応時に活用できるようになる。

事故事例のケーススタディ化に伴う課題として、個人情報に関する点が挙げられた。具体的な事故事例を詳細に記載すると、事故関係者等が特定される危険性がある。そのため、複数の事例を組み合わせることで架空の事例にする等の工夫が求められる。

(3) データベース、ケーススタディの実地指導への活用

県・市区町村の実地指導の質を一層向上させ、施設側のサービス改善を図ることを目的とした、データベース、ケーススタディの実地指導への活用等が挙げられた。例えば、事故発生後の対応について介護施設等へ指示・助言を行う際に活用できる、データベース、ケーススタディを活用した教育ツール・プログラムの開発等が考えられる。

ただし、実地指導を通じたサービス改善には限界があるとの指摘もある。繰り返し事故がおきている事業所に関しては、リスクマネジメントに精通した有識者等を紹介するなど、行政と民間の知見を活用する仕組みが重要と考えられる。

V. 本調査研究事業のまとめと今後の課題

各施設・自治体へのヒアリング結果や、委員会での議論を踏まえ、介護老人福祉施設等における介護事故報告書、報告ルールにおいて、明らかになったことや今後の課題は以下のように整理できる。

1. 介護老人福祉施設における介護事故報告書、報告ルールについて

「令和3年度介護報酬改定に関する審議報告」(令和2年12月23日社会保障審議会介護給付費分科会)において「市町村によって事故報告の基準が様々であることを踏まえ、将来的な事故報告の標準化による情報蓄積と有効活用等の検討に資する観点から、国において報告様式を作成し周知する」とされているが、本調査研究事業で実施した施設向け、自治体向けのヒアリングにおいても、すべてのヒアリング先から介護老人福祉施設における介護事故報告書の様式や報告ルールが自治体ごとに異なることによる弊害が挙げられており、早急な対応が必要と考えられる。

介護老人福祉施設向けの事故報告様式については、本調査研究事業で実施したヒアリングや検討委員会での議論を踏まえ、令和元年度老健事業において作成された報告様式案について抜本的な修正は必要ないと結論づけた。各項目については施設、自治体のヒアリングを踏まえ、現場の負担を最小限にしながらも事故報告として必要な項目を記載する観点から調整を行っている。この報告様式が統一の様式として全国の自治体で活用されることを期待する。

また、本調査研究事業で実施したヒアリングでは、一部の自治体において介護事故報告様式を用いて感染症の発生や虐待等についても報告されているという実態が明らかになった。報告様式を統一する観点からは、事故報告の際に、本調査研究事業で提案する事故報告様式案の記載項目を網羅してもらうことが重要である。ただし、感染症や虐待は根拠法令、目的、提出先が異なるものであるため、事故報告の中に含めることは適切でない。一方で、介護事故と同一の様式を活用している自治体にとって、介護事故の様式と感染症等の様式を別々に準備することで、現場に混乱生じる懸念があることから、感染症等について事故報告様式を活用することを排除しないといった運用が考えられる。

また、報告ルールについては、住民票の住所と入所している施設の住所が異なる場合に、両方の自治体に事故報告を行っていることが施設、自治体双方の負担になっているということが明らかになった。これについて、県の立場からは同内容の報告が重複して行われる必要は無いため、施設の所在する自治体又は住民票のある自治体のどちらかへの報告で問題ないという意見が聞かれた。一方で、保険者の立場からは、住民票のある住民に生じた事故については、施設からの報告が二重になったとしても把握する必要があるという異なる意見が聞かれ、現時点では、報告ルートの一本化等の運用の統一に向けては更なる検討が必要である。

2. 本調査を踏まえた今後の検討テーマについて

(1) 国・自治体のあり方について

施設、自治体の双方から国・自治体に期待される役割として「事故事例のデータベース化」、「事故事例のケーススタディ化」、「データベース、ケーススタディの実地指導への活用」等が考えられる。

「事故事例のデータベース化」は、本調査研究事業で提言する介護老人福祉施設の事故報告様式の統一化が進んだ後に整備されるべきものである。その意味で、まずは本調査研究事業で提言する事故報告様式案が広く全国の介護老人福祉施設等で活用され、データベースを構築しやすい土壌が整備されることが望まれる。

また、検討委員から挙げられたデータベースの活用方法として、収集したデータを統計的に処理するほか、「事故の原因分析」や「再発防止策の検討」などの自由記載欄にこそ施設、自治体の参考になる情報が記載されているため、自由文検索が可能なデータベースを構築することが望ましいという意見も聞かれた。様式の統一化を推進すると同時に、どのようなデータベースであれば、施設、自治体の双方にとって有用となり介護事故の再発防止に資するのかを検討することが望まれる。

「事故事例のケーススタディ化」については、多くのヒアリングで要望が聞かれたが、他施設の取組みを参考とするためには、その施設で実施した取組みについて、実施後の結果までを整理することが望ましく、本調査研究事業で提言している事故報告書の内容だけでは情報として不十分である。有用なケースを収集、整理するためには、自治体と事業者が連携し、介護事故報告とは別のアプローチを行うことが必要である。なお、ケーススタディ化は、事故報告様式の統一化を待たずに推進することが可能であり、現場における好事例を収集・体系化する方策について検討が開始されることが望ましい。

「データベース、ケーススタディの実地指導への活用」については、特に自治体からの期待が高かった。もっとも、データベースやケーススタディが蓄積されたとしても、自治体内で職員異動の際に、その活用方法について引き継ぐことが難しい場合があるため、実地指導への活用のみならず、介護事故の報告を有効に活用するための方法が示されることも意義があると考えられる。ただし、繰り返し事故がおきている施設を指導する際には、一定の経験とより高度な専門的知見が求められると考えられるため、介護施設におけるリスクマネジメントの専門家等を紹介する仕組みも併せて検討することが望ましい。今後、事故報告様式の統一化が進んでいく中で、介護事故報告を有効に活用するための方法についての検討に着手する必要がある。

(2) 特定施設・非特定施設への活用について

本調査研究事業では、介護老人福祉施設向けの事故報告様式を提言しているが、今後は、この様式を特定施設・非特定施設に展開することも有益だと考えられる。現場の意見としても、本調査研究事業でヒアリングを実施した特定施設、非特定施設では、介護老人福祉施設向けの事故報

告様式を用いた自治体への報告について抵抗感は無いという意見が多く、また統一化のメリットを感じるという意見もあり、介護老人福祉施設の様式を活用できる可能性がある。

特に特定施設では、介護老人福祉施設と同程度の安全管理体制を有しており、事故報告に対する意識も高いため、介護老人福祉施設に準じた運用が可能と思われる。

一方で、非特定施設についても、介護老人福祉施設向けの報告様式を使用することに関して一定の理解が得られたが、施設によって提供するサービス、人員体制が異なるため介護老人福祉施設向けの報告様式を使用する際には運用上の配慮が必要であることが明らかになった。

ヒアリングに協力いただいた事業者の中には、外部の介護サービス事業者とともに事故の原因分析や再発防止策の検討を進めているケースもあったが、特に住宅型有料老人ホームや自立型サービス付き高齢者向け住宅については、外部の事業者が提供する介護サービスに関する事故や、利用者自身に原因のある事故に関して、施設を管理する事業者が責任を負わない方針を明確にしている傾向があった。こうした事業者は介護老人福祉施設向けの様式案にある「事故の原因分析」や「再発防止の検討」を実施することが難しいと思われる。従って、非特定施設の事故報告に介護老人福祉施設向けの様式を用いる場合には「事故の原因分析」、「再発防止策の検討」の記載を任意にするなど、柔軟な運用が望まれる。

こうした検討課題はあるものの、介護老人福祉施設のほか、特定施設や非特定施設を含めて事故報告書、報告ルールを統一していくことは、事業者や自治体にとっては、効率的に事故報告を行ったり、報告された事故の分析・活用がしやすくなるなど、業務量の適正化につながる考えられる。また、介護施設等全体でデータベースを構築し、分析が可能となることは、業界全体での安全管理の向上にも資すると考えられる。

(3) 見守り機器の導入施設における事故発生状況

令和3年度介護報酬改定において、見守り機器の導入等により夜勤職員配置加算における人員配置基準を緩和することが示されるなど、今後は一層、「介護サービスの質の確保と職員負担の軽減」を目的としてICTの活用が推進されていくことが予想されるが、令和3年度介護報酬改定に関する審議報告において、テクノロジーを活用した場合の人員基準緩和により、利用者の安全確保の観点から、実証データの収集や、必要な見直しの検討について言及されている。見守り機器の導入によって職員数が削減された施設において、事故の発生件数や事故の内容等にも影響が出るということも懸念される。今後は、事故防止の観点から、見守り機器導入の有効性や適切な人員配置の検証を行うことも重要だと考えられる。

(4) 訪問系、通所サービスにおける事故報告のあり方

本調査研究事業で実施したヒアリングでは、施設側、自治体側の両方から、介護事故報告様式や報告ルールの課題は、介護老人福祉施設をはじめとする高齢者向け住まいだけの問題ではなく、介護事故が発生する可能性があるほかの介護サービスにも当てはまるという声が聞かれた。介

護サービス全般において、サービスの質を向上させることや避けることが可能な事故発生の抑制を目指す場合、本調査研究事業で検討された介護事故報告様式や運用ルールの一貫については訪問系サービスや通所系サービスにおいても検討されることが望まれる。

別添資料 1 令和元年度老健事業「介護保険施設等における安全管理体制等のあり方に関する調査研究事業」において作成された報告様式案

介護老人福祉施設 事故報告書(事業者→〇〇市(町村))

(案)

(第1報は、記載可能な範囲を記載し、1周以内に提出すること)

☐ 第1報 ☐ 第__報 ☐ 最終報告

※報告対象は死亡または医師の診察により加療が必要となったもの

提出日:西暦 年 月 日

1 被害状況	被害状況の程度	☐ 死亡 ☐ 重症・重体 ☐ その他 ()		
	死亡に至った場合 死亡年月日	西暦	年	月 日
2 事業所の概要	法人名			
	事業所(施設)名			
	事業所番号		施設種別	☐ 広域型 ☐ 地域密着型
	所在地	電話番号		e-mail
	提出者職氏名	職位	氏名	
3 対象者	氏名・年齢・性別	氏名	年齢	性別: ☐ 男性 ☐ 女性
	被保険者番号		保険者	サービス提供開始日 年 月 日
	住所	☐ 施設住所と同じ ☐ その他 ()		
	身体状況	要介護度 ☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5 ☐ 申請中 ☐ 自立		
4 事故の概要	発生日時	西暦	年	月 日 時 分 (24時間表記)
	発生場所	☐ 居室(個室) ☐ 居室(多床室) ☐ 居室トイレ ☐ 廊下 ☐ 食堂等共用部 ☐ トイレ(共用) ☐ ユニット共用部 ☐ 浴室・脱衣室 ☐ 機能訓練室 ☐ 施設敷地内の建物外 ☐ 施設外 ☐ その他 ()		
	事故の種類 (複数選択可)	☐ 転倒 ☐ 異食 ☐ その他 ☐ 転落 ☐ 誤薬、与薬もれ、落薬等 ☐ 窒息 ☐ 医療的ケア関連(チューブ抜去等)		
	発生状況	☐ 介護中 ☐ 利用者単独時 ☐ 見守り機器等による管理 () ☐ 職員の目視下 ☐ その他 () ☐ 有 ☐ 無		
	発生時状況、事故内容の詳細			
	その他特記すべき事項			
	5 事故発生時の対応	発生時の対応		
	受診方法	☐ 救急搬送 ☐ 外来受診 ☐ 施設内医師、嘱託医により施設内で対応 ☐ その他 ()		
	救急搬送、外来受診の場合、受診先	医療機関名	住所	
	診断内容 (外傷の場合)	☐ 骨折 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☐ 切傷・擦過傷 ☐ その他の外傷(診断名) ()		
治療の概要	☐ 入院 ☐ 外来での治療、処置、検査 ☐ その他 () 入院予定期間: 日程度 治療に要する期間: 日程度			

6 事故発生後の状況	利用者の状況										
	家族等への報告	報告した家族等の続柄	☐ 配偶者	☐ 子、子の配偶者	☐ その他 ()						
		報告年月日	西暦	年	月	日					
	損害賠償等の状況	☐ 損害賠償を実施(予定を含む)	☐ 損害賠償は実施しない(予定を含む)	☐ 未定・検討中							
	連絡済の その他関係機関	☐ 他の自治体	☐ 警察	☐ その他							
		報告先 ()	警察署名 ()	名称 ()							
7 今後の対応予定 (本人、家族、関係先等への追加対応予定等)											
8 事故の原因分析 (本人要因、職員要因、環境要因の分析)		(できるだけ具体的に記載すること)									
9 再発防止策 (手順変更、環境変更、その他の対応、再発防止策の評価時期および結果等)		(できるだけ具体的に記載すること)									
10 その他 特記すべき事項											

注)記載しきれない場合は、適宜欄を広げる等して記入してください。

別添資料 2 介護老人福祉施設向けヒアリングシート

厚生労働省 令和2年度老人保健健康増進等事業
介護保険施設等における安全管理体制等のあり方に関する調査研究事業
介護老人福祉施設向けヒアリングシート

【ヒアリングの背景・目的】

介護事故への適切な対応や再発防止を一掃すすめるためには、介護施設から寄せられる事故情報を一元的に把握、分析して再発防止策を国から施設等へフィードバックする仕組みが求められます。一方で、自治体、施設ごとに介護事故の報告様式が様々な点や、国や自治体への報告基準や施設へのフィードバックする仕組みも異なることが過去の調査事業で明らかになりました。こうした現状を改善するための取組みとして昨年度の調査事業では、介護老人福祉施設向けの事故報告書案が作成されました。

今回のヒアリングでは、この事故報告書案について、施設運営法人様と施設職員様にお話を伺い、現場の運用に沿った内容に改善することを目的としています。何卒ご協力の程宜しくお願い致します。

【ヒアリング項目】

1. 報告ルール、基準、報告様式における要望 など

報告様式(次頁)の各項目について次の観点からご意見をお聞かせください。

- この報告書の改善点やお気づきの点
- 選択肢の過不足(発生場所の選択肢に「階段」が必要等)
- この報告書が行政への報告書として追加された場合、現場で働く方の負担が増える可能性があるか。
- 手書きとPC入力(Excel等)の運用のしやすさ

2. 市区町村等への事故報告における要望・課題

(ア) 市区町村等への報告においてご苦労されていることがあればお教えてください。

(保険者と施設所在地等への複数の報告ルートや報告基準、タイミング、窓口が明確でないなど)

(イ) 厚労省から市区町村にどのような通知を出してもらおうと現場の運用改善に貢献しますでしょうか。

(ウ) 自治体への報告文書は、誰が、どのくらい時間をかけて作成していますでしょうか。

(エ) 報告に対する自治体からのフィードバックはありますか。

(オ) 仮に自治体に集約されている事故事例や対応を共有できる仕組みがあった場合、どのような情報を知ることができれば有益と思いますか。

(カ) その他、何か要望はありますか。

3. 入所時の契約内容説明に関して
 - (ア) 入所者様へのサービス提供と安全管理に関する契約内容についてどのように説明されていますか。
 - (イ) 可能であれば契約書、重要事項説明書、申込書等、契約時に提示している資料一式もご提供頂くことはできますでしょうか。
4. その他
 - (ア) これまで事故報告の徹底や事故の再発防止について取り組まれてきた中で、ご苦労されたことや過去に課題を乗り越えてきた経験がおありでしたらお教えてください。
 - (イ) これまでのヒアリング内容に限らず、ご要望・ご意見がございましたらお聞かせください。

別添資料 3 特定施設向けヒアリングシート

厚生労働省 令和2年度老人保健健康増進等事業
介護保険施設等における安全管理体制等のあり方に関する調査研究事業
特定施設(介護付き有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅)向けヒアリングシート

【ヒアリングの背景・目的】

介護事故への適切な対応や再発防止を一掃すすめるためには、介護施設から寄せられる事故情報を一元的に把握、分析して再発防止策を国から施設等へフィードバックする仕組みが求められます。一方で、自治体、施設ごとに介護事故の報告様式が様々な点や、国や自治体への報告基準や施設へのフィードバックする仕組みも異なることが過去の調査事業で明らかになりました。こうした現状を改善するための取組みとして昨年度の調査事業では、介護老人福祉施設向けの事故報告書案が作成されました。将来的にはこの事故報告書案を基に、有料老人ホームやサ高住など他の介護施設向けの事故報告書案を作成することが想定されています。

今回のヒアリングでは、この事故報告書案を特定施設の施設職員様にお話を伺い、現場の運用に沿った内容に改善することを目的としています。何卒ご協力の程宜しくお願い致します。

【ヒアリング項目】

1. 報告ルール、基準、報告様式における要望 など

報告様式(次頁)の各項目について次の観点からご意見をお聞かせください。

- この報告書の改善点やお気づきの点
- 選択肢の過不足
- この報告書が行政への報告書として追加された場合、現場で働く方の負担が増える可能性があるか。
- 手書きとPC入力(Excel等)の運用のしやすさ

2. 市区町村等への事故報告における要望・課題

(ア) 市区町村等への報告においてご苦労されていることがあればお教えてください。

(保険者と施設所在地等への複数の報告ルートや報告基準、タイミング、窓口が明確でないなど)

(イ) 厚労省から市区町村にどのような通知を出してもらおうと現場の運用改善に貢献しますでしょうか。

(ウ) 自治体への報告文書は、誰が、どのくらい時間をかけて作成していますでしょうか。

(エ) 報告に対する自治体からのフィードバックはありますか。

(オ) 仮に自治体に集約されている事故事例や対応を共有できる仕組みがあった場合、どのような情報を知ることができれば有益と思いますか。

(カ) その他、何か要望はありますか。

3. 入所時の契約内容説明に関して

(ア) 入所者様へのサービス提供と安全管理に関する契約内容についてどのように説明され

ていますか。

- (イ) 可能であれば契約書、重要事項説明書、申込書等、契約時に提示している資料一式もご提供頂くことはできますでしょうか。

4. その他

- (ア) これまで事故報告の徹底や事故の再発防止について取り組まれてきた中で、ご苦労されたことや過去に課題を乗り越えてきた経験がおありでしたらお教えてください。
- (イ) これまでのヒアリング内容に限らず、ご要望・ご意見がございましたらお聞かせください。

別添資料 4 非特定施設向けヒアリングシート

厚生労働省 令和2年度老人保健健康増進等事業
介護保険施設等における安全管理体制等のあり方に関する調査研究事業
非特定施設(住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅)向けヒアリングシート

【ヒアリングの背景・目的】

介護事故への適切な対応や再発防止を一掃すすめるためには、介護施設から寄せられる事故情報を一元的に把握、分析して再発防止策を国から施設等へフィードバックする仕組みが求められます。一方で、自治体、施設ごとに介護事故の報告様式が様々な点や、国や自治体への報告基準や施設へフィードバックする仕組みも異なることが過去の調査事業で明らかになりました。こうした現状を改善するための取組みとして昨年度の調査事業では、介護老人福祉施設向けの事故報告書案が作成されました。将来的にはこの事故報告書案を基に、有料老人ホームやサ高住など他の介護施設向けの事故報告書案を作成することが想定されています。

今回のヒアリングでは、この事故報告書案を非特定施設の施設職員様にお話を伺い、現場の運用に沿った内容に改善することを目的としています。何卒ご協力の程宜しくお願い致します。

【ヒアリング項目A: 事故報告に関するお考え】

1. 貴施設で生じた事故を自治体に報告すること、あるいは場合により自治体から指導・監督が実施されることについての印象(有意義である、あまり意味を感じない、そもそも事故報告をする立場にない、など)
2. (介護サービスを外部の事業者へ委託している場合)外部の介護サービス事業者のサービス提供中に生じた事故を貴施設が把握する仕組みはございますでしょうか。

【ヒアリング項目B: 事故報告の方法についてのご意見】

1. 報告ルール、基準、報告様式における要望 など
報告様式(次頁)の各項目について次の観点からご意見をお聞かせください。
 - この報告書の改善点やお気づきの点
 - 選択肢の過不足
 - この報告書が行政への報告書として追加された場合、現場で働く方の負担が増える可能性があるか。
 - 手書きとPC入力(Excel等)の運用のしやすさ
2. 市区町村等への事故報告における要望・課題
(ア) 市区町村等への報告においてご苦労されていることがあればお教えてください。

(保険者と施設所在地等への複数の報告ルートや報告基準、タイミング、窓口が明確でないなど)

(イ) 厚労省から市区町村にどのような通知を出してもらおうと現場の運用改善に貢献しますでしょうか。

(ウ) 自治体への報告文書は、誰が、どのくらい時間をかけて作成していますでしょうか。

(エ) 報告に対する自治体からのフィードバックはありますか。

(オ) 仮に自治体に集約されている事故事例や対応を共有できる仕組みがあった場合、どのような情報を知ることができれば有益と思いますか。

(カ) その他、何か要望はありますか。

3. 入所時の契約内容説明に関して

(ア) 入所者様へのサービス提供と安全管理に関する契約内容についてどのように説明されていますか。

(イ) 可能であれば契約書、重要事項説明書、申込書等、契約時に提示している資料一式もご提供頂くことはできますでしょうか。

4. その他

(ア) これまで事故報告の徹底や事故の再発防止について取り組まれてきた中で、ご苦労されたことや過去に課題を乗り越えてきた経験がおありでしたらお教えてください。

(イ) これまでのヒアリング内容に限らず、ご要望・ご意見がございましたらお聞かせください。

別添資料 5 自治体向けヒアリングシート(都道府県・政令政令市・中核市向け)

厚生労働省 令和2年度老人保健健康増進等事業
介護保険施設等における安全管理体制等のあり方に関する調査研究事業
ヒアリングシート
[都道府県・政令政令市・中核市向け]

【ヒアリングの背景・目的】

介護施設で発生する事故の自治体への報告に関して、自治体・施設ごとに事故報告様式が様々な点や、国や自治体への報告基準や施設へフィードバックする仕組みも異なることが過去の調査事業で明らかになりました。こうした現状を改善するための取組みとして昨年度の調査事業では、介護老人福祉施設向けの事故報告書案が作成されました。

今回のヒアリングでは、この事故報告書案について、自治体の担当者様にお話を伺い、現場の運用に沿った内容に改善することを目的としています。また、同様の観点について、有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅についてもご意見をお伺いいたく存じます。何卒ご協力の程宜しくお願い致します。

介護老人福祉施設に関する質問事項

1. 介護事故発生時の施設からの報告フロー、事故情報の収集ルート(事業者 or 市区町村)、事故情報の収集ルート(事業者 or 市区町村)、報告を求めている事故の範囲・基準、感染症・職員の不祥事報告との棲み分け、行政事故報告書の目的
2. 報告書案に対するご意見
 - この報告書の改善点やお気づきの点や選択肢の過不足(発生場所の選択肢に「階段」が必要等)
3. 現状の制度上・運用上の課題(電子的な提出方法についての意見など)
 - 全国的な統一範囲・基準を設けることに対するご意見

特定施設入所者生活介護事業所に関する質問事項

1. 介護事故発生時の施設からの報告フロー、事故情報の収集ルート(事業者 or 市区町村)、報告を求めている事故の範囲・基準
2. 現状の制度上・運用上の課題(電子的な提出方法についての意見など)

特定施設入所者生活介護の指定を受けていない有老・サ高住に関する質問事項

1. 介護事故発生時の施設からの報告フロー、事故情報の収集ルート(事業者 or 市区町村)、事故情報の収集ルート(事業者 or 市区町村)、報告を求めている事故の範囲・基準
2. 現状の制度上・運用上の課題(電子的な提出方法についての意見など)

事故報告における自治体の役割

1. 収集した介護事故に関する情報の活用方法(集計分析・公開・実地検証、施設や市へのフィードバック等)
2. その他自治体が担う役割についてのご意見
3. 事故報告において、国に期待すること
4. 施設から事故報告を受ける際の自治体側の体制、人数、役割について

別添資料 6 自治体向けヒアリングシート(市区町村向け)

厚生労働省 令和2年度老人保健健康増進等事業
介護保険施設等における安全管理体制等のあり方に関する調査研究事業
ヒアリングシート
[市区町村向け]

【ヒアリングの背景・目的】

介護施設で発生する事故の自治体への報告に関して、自治体・施設ごとに事故報告様式が様々な点や、国や自治体への報告基準や施設へのフィードバックする仕組みも異なることが過去の調査事業で明らかになりました。こうした現状を改善するための取組みとして昨年度の調査事業では、介護老人福祉施設向けの事故報告書案が作成されました。

今回のヒアリングでは、この事故報告書案について、自治体の担当者様にお話を伺い、現場の運用に沿った内容に改善することを目的としています。また、同様の観点について、有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅(事故報告を受けている場合)についてもご意見をお伺いしたく存じます。

何卒ご協力の程宜しくお願い致します。

介護老人福祉施設に関する質問事項

1. 介護事故発生時の施設からの報告フロー、報告を求めている事故の範囲・基準、感染症・職員の不祥事報告との棲み分け、行政事故報告書の目的
2. 報告書案に対するご意見
 - この報告書の改善点やお気づきの点や選択肢の過不足(発生場所の選択肢に「階段」が必要等)
3. 市区町村から都道府県への事故報告の実施状況
 - 実施している場合、報告を行う事故の範囲・基準
 - 全国的な統一範囲・基準を設けることに対するご意見
4. 現状の制度上・運用上の課題(電子的な提出方法についての意見など)

特定施設入所者生活介護事業所に関する質問事項

1. 介護事故発生時の施設からの報告フロー、報告を求めている事故の範囲・基準
2. 市区町村から都道府県への事故報告の実施状況
 - 実施している場合、報告を行う事故の範囲・基準
3. 現状の制度上・運用上の課題（電子的な提出方法についての意見など）

特定施設入所者生活介護の指定を受けていない有老・サ高住に関する質問事項

1. 介護事故発生時の施設からの報告フロー、報告を求めている事故の範囲・基準
2. 市区町村から都道府県への事故報告の実施状況
 - 実施している場合、報告を行う事故の範囲・基準
3. 現状の制度上・運用上の課題（電子的な提出方法についての意見など）

事故報告における自治体の役割

1. 収集した介護事故に関する情報の活用有無、ある場合の方法（集計分析・公開・実地検証、施設や市へのフィードバック等）
2. その他自治体が担う役割についてのご意見
3. 事故報告において、国に期待すること
4. 施設から事故報告を受ける際の自治体側の体制、人数、役割について

別添資料 7 ヒアリング結果サマリ(施設)

■施設 A 特定/介護付き有料老人ホーム

事故報告の状況	- 施設所在自治体と入所者様の住所がある自治体に二重に報告するケースは 50%ほど。 - 社内用の報告書から記述を抜粋して、行政向け報告書を作成している。その際、行政の方々向けに文言や文章を変更する必要がある。例えば、社内用の事故報告ではスタッフという文言を用いているが、行政向けには介護職員という文言に直す必要がある。
報告書様式案について	- 報告期限については、1 週間以内としている自治体が多いと思われる。そのため、5 日以内での提出は妥当であると思う。 - 当施設では、丁寧に整理した報告書を 2 週間程度で提出している。 「1.事故状況」については、重症・重体の基準が分からないと書きにくい。「その他」に含まれる事故が大半だろう。
報告フォーマット統一に関する考え	- 当施設が所在する自治体では、電話での報告後、報告書を書面で送っている。一方で、ほかの自治体では電話は不要としているところもある。書式の統一に加えて、電話を入れるかどうかといった運用も統一したほうが良いのではないかな。 - フォーマットが統一されることで自治体が注意喚起等を行えるようになるのであれば、ぜひ実施してほしい。ただし、法人本部からのフィードバック対応があるため、自治体からのフィードバックに対する期待は大きい。
入所時の契約内容説明に関して	- 事故の取扱いには法人本部が取りまとめている。契約書は施設ごとにはあまり変えておらず、法人本部が取りまとめているものを使用している。 - 入所者には本入所の前に 1 週間ほどの体験入所をしていただいている。体験入所時の日常動作を見て重大事故が起きる可能性が高いと考えられた入所者には、事故が起り得る旨を契約時に説明をしている。 - 契約時の説明には納得いただけていると思われる。ただし、入所時の説明の後、特別説明を行っていないので、入所から時間が経ってから事故が起きた際に入所当初契約内容を説明したといっても覚えていないケースが多い。そのため、日々のコミュニケーションが大事だと考える。

■施設 B 特定/介護付き有料老人ホーム

報告フォーマット統一に関する考え	- 自治体の担当者による対応の違いが課題と考えている。統一された書式と運用があればある程度解決されるのではないかと。 - 特養と有老では、建物の成り立ちや安全管理の考え、理念、教育体制等といった環境が違うゆえに、事故や防止策の結果が異なる。そのため、ケーススタディの共有によって事故防止のプロセスを知ることができても、そもそもの環境が異なるため参考にしづらいといったことが起こると考える。
入所時の契約内容説明に関して	- 契約書には、損害賠償を施設側が負うケースと入所者側が負うケースがあることを書いているが、具体例については特段書式として整理していない。契約時の説明がトラブル回避に重要となると、ここまでの範囲は責任を負えないという具体例を出しながらご理解いただくことが重要と思う。 - 事故のリスクが高いと思われる方に対しては、リスクとその対応を説明している。一方でリスクの低い方には、最初からリスクを説明しすぎると余計な不安を煽る可能性があり、望ましくない場合がある。 - 施設で転倒させてしまうのはおかしいと考えている入所者も数名おり、丁寧にケアの内容を説明しないと、事故発生後の調整が上手くいかない場合もある。 「転倒することは避けられない」等、世の中の介護に対する理解がまだまだ醸成されていないこともトラブルの原因だと思う。
その他	見守り IoT の活用については、IoT が入っていても転倒など事故を防ぎきることはできないというのが現場レベルの感覚だが、行政としては IoT が入っているのになぜ事故が起こるのかと考えているのではないかと。

■施設 C 特定・非特定/介護付き・住宅型有料老人ホーム

報告書様式案について	- 自治体ごと、自治体の担当者ごとにどこまで詳細な報告を求めるかの判断が異なり、詳細な報告を求められた場合は 5 日以内の提出が難しくなる。現状では、同一自治体であっても、担当者によってどのくらい早く提出を求めてくるかが変わる。 - 発生場所のチェック項目は、粗めの粒度でよい。より細かい発生場所については、自由記述で記載すると良いのではないかな。
事故報告に関する考え	- 外部サービスの訪問介護スタッフの方などから、利用者の個室で起こったことについての情報報告はない。外部サービス事業者が自治体へ報告を出していたとしても把握できていない。 - 外部介護サービスは利用者ご自身が契約しているものなので、当該サービスに対するクレームがあった場合はサービス事業所に利用者自身から申し出ているようだ。施設にクレームを入れることは無いケースが多い。一方で、設備の問題に関しては大家である施設側への相談が多い。 - 安否確認、相談サービスを提供している中で事故が起きるケースはある。そのため、施設の安全管理をすべて外部サービス事業所に任せるという感覚は持っていない。
報告書様式案について	5 日以内に第一報の報告書を作成することは問題なく可能。ただし、行政向けの報告を 5 日以内に提出できるかはわからない。メールであれば 5 日以内に提出できるかもしれない。 - 設問 6 は、家族へ報告した時間や報告した家族の続柄を詳細に記載した方がよいかもしれない。 - 特定施設・非特定施設で統一されたフォーマットにした方が職員教育も統一でき、教育面で手間にならない。
市区町村等への要望・課題	- 報告の際に直接書類を持参するケースが多いので、メールでの受付にしてほしい。また捺印不要にするなど簡素化してスピード感を上げてほしい。 - ほかの施設の対応事例やケーススタディがあるとよい。いざ事故が起こったときにどう対処したらよいかという事例があった方がよい。
苦勞していること	- 常勤者からパートタイマーまで様々なスタッフがあり、スタッフ間で安全管理に対する意識に温度差があるように感じる。 - リスク管理委員会も開いているが、人手不足のため不定期開催になっている。全員が参加しているわけではないし、議事録を回しても皆が議事内容を把握しているかは分からない。

■施設 D 非特定/サービス付き高齢者向け住宅(有料老人ホームに該当)

事故報告に関する 考え	・事故報告は法人本部にも提出する必要があるので、自治体向けの事故報告書を記載すること自体に抵抗はない。 ・併設しているデイサービスや訪問介護で生じた事故に関しては、自治体から詳細に聞かれる。一方で、介護サービスではない時間での転倒等、介護サービス外で生じた事故は細かく聞かれることは少ない。 ・ホーム内で事故が起きた場合、対策として実施するのは環境整備等。ケアマネにお願いして手すりを増やしてもらうことがある。 ・同法人の併設デイサービスや訪問介護で発生した事故はホームと共有している。一方、外部事業者利用時に生じた事故に関しては、外部事業者から報告を受けたものに関しては事業所内の日誌に書き写し、皆で共有している。対策自体は外部事業者をお願いしている。
報告書様式案について	・フォーマットについて特に違和感はない。現在も介護サービス用の事故報告書を流用している。 ・警察への報告欄があると、「警察に報告しないといけないのでは」と思ってしまうスタッフもいるかもしれない。 ・法人本部に提出する範囲は、病院を受診した場合。行政に提出するのは入院加療が必要になった場合。 ・現在、第一報は 24 時間以内、第二報は 96 時間以内に提出している。5 日以内の提出は問題ない。
市区町村等への要望・課題	・事例のシチュエーションやその後の対応事例があれば、類似事故を防ぐことができる。 ・事故がよく発生する時間帯等のデータであれば参考になる。
入所時の契約内容	・住宅型有老の特徴について、自宅であると思ってください、自宅で転んでも補償はできません、といった説明をしている。それについてご理解をいただいてから入所していただいている(契約書に明記はない)。 ・住宅型有老の特徴やその限界について失念してしまう入所者や家族もいるため、都度説明する必要がある。
苦勞していること	・入所時は自立していた方が、入所後徐々にと要介護度が重くなり、認知機能も低下している状況に直面している。

■施設 E 非特定/サービス付き高齢者向け住宅(有料老人ホームに該当)

事故報告に関する 考え	・当該自治体ではサ高住からの報告義務がない。当施設では、重大事故は報告した方がよいと考えている。 ・報告の際に入所者様のお名前を出すことから、個人情報保護の観点での懸念がある。 ・外部の介護サービスはお客様が個別で契約している。事故が起きたときには、外部介護サービス提供中であっても把握したものは報告している。もし把握できていない事故があった場合には、サービス事業所に個別に対応いただく。
報告書様式案につ いて	・将来、本報告書様式で報告書の提出を求められたとしても特に違和感はない。 ・第一報として、5 日以内に様式案の 1 枚目のチェック項目を記載してもらうという運用は問題ない。
市区町村等への要 望・課題	・管轄する部署名が自治体によって異なる。そのため報告する部署が自治体によって分かりにくい。名前が分かりづらく、どの部署に報告するか分かりやすくなると良い。 ・個人情報の観点からは、保険会社が絡む事案は事業所個別の対応になると思う。
入所時の契約内容 説明に関して	・契約時には見守りや安否確認、緊急対応、生活相談という言葉を使ってサービス内容を説明している。サービス提供時間の説明も実施している。

■施設 F 非特定/サービス付き高齢者向け住宅(有料老人ホームに該当)

事故報告に関する 考え	・特養や特定施設だけではなく、住宅型やサ高住も大きなくくりで言えばすべて老人施設であるため、非特定であっても自治体へ報告すべきと考えている。 ・外部事業者のサービス使用中に事故があった際には、施設関係者と外部サービス事業者が参加するサービス担当者会議を開催し、今後の方針を検討している。 ・当施設では、事故報告の原因分析を、ご本人の状態による原因、職員の介護の原因、施設の環境の原因の3つの分析を行う。事故の分析を行う際には、ホームがすべて責任を負うというわけではなく、どこに事故の原因があるのかを報告して対策している。
報告書様式案について	・報告書には個人情報が含まれているので、必ず提出先に届くように弊社では配達記録を取った上で郵送しており、5日以内の提出は難しい。 ・個人情報保護の観点で、個人情報の入ったメールを送信することは当施設のセキュリティポリシーでは厳しい。 ・自立を前提としている施設でも、設問1-4であれば問題なく記載できると思う。
市区町村等への事故報告における要望・課題	・「加療が必要になった場合」という報告基準は解釈の仕方によって異なると思う。例えば、怪我をして薬を処方してもらい介護職員が毎日薬をつける場合は加療になるのか分かりづらい。加療の範囲を自治体に問合せても職員によって回答が異なる。 ・フォーマットが統一され、事例共有をいただけるようになればありがたい。最も困っているのは事故が繰り返し起きて解決されないことである。ほかの施設で何を具体的に対策したのかが共有されると、対策の発想を変えられる。
入所時の契約内容説明に関して	・夜間緊急時連絡先を提出いただいております、夜間であっても事故が起きた際には連絡することを説明している。 ・昼と夜間で人員配置比率が変わっていくことなど細かく説明するようにしている。

■施設 G 非特定/サービス付き高齢者向け住宅(有料老人ホームに該当)

事故報告に関する 考え	• 住宅型有料老人ホームであっても事故報告書を作成し報告するのは当然であるという認識を持っている。 • 一方、自治体によって事故報告の範囲が異なり、非常に煩雑である。例えば、軽度の怪我であっても報告を求められる自治体や、病院受診時に報告を求められる自治体もある。
報告書様式案につ いて	• 重症・重体の定義が不明確。重症・重体に入れるべきか、その他に入れるべきか、現場としては迷いそうだ。 • 第一報を5日以内に提出することは十分に可能。
市区町村等への事 故報告における要 望・課題	• フォーマットの統一はぜひ実施してほしい。ただ、当施設内で使用している事故報告書とは形式が異なるので、当施設用→行政用書き直す手間があるのは変わらない。 • フォーマットはエクセル等のほうがよい。一部の自治体ではPDFのみ公表しており、手書きで転記するのに1時間以上かかることもある。 • 事故報告フォーマットの「9:再発防止策」をまとめ、公表していただくと現場としては大変参考になる。
入所時の契約内容 説明に関して	• ナースコールがなければ安否確認時しか事故を発見できない可能性があること、離施設に関しては対応できないこと、金銭の盗難に関することや、おひとりで入浴する際の注意点等を重点的に説明し、転倒等についてはお伝えすることは少ない。しかし、そのような説明は高齢者の特性によって変わるので、その人に合わせて説明方法を変更している。 • 入所時に、緊急連絡を複数ご共有いただいている。
その他	• 職員は「事故」と聞くと処罰されるイメージを持っている。事故報告は再発防止が目的であり、スタッフを守ることだということを職員に伝えている。

■施設 H 非特定/サービス付き高齢者向け住宅

サービス利用等に関する把握状況	- 当施設に併設している介護サービス事業者は同一事業者であるが、入所者は必ずしも併設介護サービスを利用しているわけではなく、ほかの事業者のサービスを利用している場合がある。しかし、サービス利用の状況に関してはプライバシーの問題にあたり、当施設として把握する立場にない。 - 入所者が要介護認定を受けても当施設は知らないというケースもある。
入所時の契約内容説明に関して	- 入所契約の際、管理規定等を提示しながら、自立型のサ高住である旨を丁寧に説明している。特に、サ高住の義務である「安否確認」と「生活相談」以外のサービス提供は約束できない旨を強調している。 - 一方、困っている入所者に対して現場のスタッフが手を差し伸べることはある(家族が対応できない際に医療機関探しを手伝う等)。しかし、過剰なサービスを期待させしめる可能性があるため、継続的なサポートが不可能である場合は控えた方が良く現場スタッフに伝えている
事故報告に関する考え	- 自治体が公表している事故報告の基準は重大な事故のみに限定されている。そのため、当施設として事故報告書が負担と思ったことはない。 - 事業所として事故報告を書面で残す理由は「再発防止」。一方行政が事故報告を求める理由は指定権者として適切に指導していたかを住民に示すためのリスクヘッジだろう。適切な安全管理を実施している事業所にとっては、事故報告の負担が増えるのみ。 - 事故報告の範囲が統一されていないため、自治体の担当者が報告の範囲を拡げている感覚を持っている。 - 併設介護サービス利用中に生じた事故に関しては、同一法人の場合は情報共有の仕組みがある。一方ほか事業者の場合は連絡がなされないことがほとんど(世間話の一環として利用者やご家族等から知られるケースが多い)。再発防止の観点においても、当施設スタッフが、サービス事業所を変えるよう助言する立場にない。
報告様式案について	24時間の生活を管理している特養や特定施設に対する事故報告フォーマットとしては有用。しかし、24時間の生活を管理していない自立型のサ高住における事故報告フォーマットとしては適応外だろう。行政への事故報告に最低限必要な観点が盛り込まれた簡便な様式で十分だ。 - 特に、原因分析の欄に関しては不必要であると考え。例えば、居室内での転倒の際にナースコールを押されてなければスタッフは対応できない。そのような事案に対して、当施設として原因分析することは困難(一方、介護付き施設への住み替えを検討すべきかどうかについて相談にのる必要はある)。

■施設Ⅰ 非特定/サービス付き高齢者向け住宅

事故報告に関する 考え	・事故報告を通して指導を受けるといった指導的意味において、事故報告自体には意義はある。 ・介護保険サービスを管轄している保険者に事故報告した場合、自治体がクレームの窓口として機能するなど保険者によっては間を取り持ってくれるケースもあり有意義である。 ・報告フローとして、事故が起きたら、本人の利益を守る初動を重要視している。安全確認と医師への報告を現場ですぐ行うようにしている。 ・外部の訪問介護を利用している方でも、事故時には居宅介護支援事業者に報告をするという決まりになっている。契約書の中でも、介護サービス提供中に起こった事故に関してはケアマネを介して情報共有することが記載されている。
報告様式案について	・施設類型によっては、事故とする概念や事故報告の目的が異なる。そのため、フォーマットの統一は難しいのではと思う。 ・特養では、事故現場に居合わせただけで報告対象となると思う。サ高住でも事故報告対象は特養と同じく「その場に居合わせた事故」としてよいのでは。 ・報告書様式案の事故項目には「離施設」が必要ではないか。サ高住では住宅の出入りが自由であるために、認知症の方等が行方不明となるケースがある。 ・原因分析を書いても、訴訟の際に予見可能性のエビデンスとなることを心配している。
市区町村等への事故報告における要望・課題	・事故報告へのフィードバックについては自治体担当者によって異なる。担当される方によっては親身であったりそうでなかったりする。 ・統計的データという大局的な情報より、具体的な事故防止の方法論を知りたい。自治体の指導では、他施設での事故防止対応事例について情報共有いただけると良い。
入所時の契約内容説明に関して	・入所者時の説明は契約書と重要事項説明書で実施している ・入所時に起こり得るリスクを説明しすぎたり、事故が発生しても責任を負いかねるケースがあると念を押しすぎたりすると、入所者と家族からは入れたくないのかという悪い印象を与えてしまう。

■施設 J 非特定/サービス付き高齢者向け住宅

サービス利用等に関する把握状況	・掃除洗濯に訪問介護のサービスを使用している入所者が多い。そのため、外部サービス提供中に事故が起きることは少ない。
事故報告に関する考え	・サ高住に来る方はある程度の自由度を求めているので、完全に転ばないようにするのは難しい。高齢者は筋力低下により転ぶのは当たり前なので、ずっと寝てもらうなどの対策を打つことは難しく、葛藤を感じている。 ・当施設が所在する自治体では受診があった場合には報告書を提出することになっている。当施設では事故発生時には外傷がなくても看護師や医師に一報入れておりすべて受診扱いになる。そのため、一応一報を入れたケースであっても、報告書として出すべきなのかの判断が難しい。
報告様式案について	・事故発生から5日以内の報告は問題ない。当施設では当日中若しくは翌日中に管理者に報告書が上がっている。 ・要介護度だけでなく日常生活自立度も報告書で把握できるとよいのでは。要介護度だけでは把握できないこともある。 ・連絡済みのその他関係機関の項目として、担当の居宅支援事業所を入れてもよいかもしれない。逆に警察に連絡することはほとんどない。
市区町村等への事故報告における要望・課題	・報告先自治体からフィードバックがない。 ・他の施設でどのような事故が起きてどのような対応を取っているかを知りたい。
入所時の契約内容説明に関して	・直接介助中に事故が起きた場合は施設の責任である一方で、それ以外の事故については施設に責任はないと契約書に記している。 ・入所時の説明で、施設側の介助中以外の事故に関しては、事故対応はするが賠償の責任はないことをご理解いただいた上で、入所していただいている。

■施設 K 非特定/サービス付き高齢者向け住宅

サービス利用等に関する把握状況	外部事業者による建物内でのサービス提供中(訪問看護等)に事故が生じた場合は、その場で事故について外部事業者が当施設のスタッフに伝えることが多い。外部デイサービス等に通っている場合は、送迎時にその日の様子を聞くことがある。このように、事故の連携について書面等での取決めはなく、あくまでインフォーマルな形で連携している。
入所時の契約内容説明に関して	内覧に関する電話での問合せの段階から、賃貸アパートと同様である旨を説明している。
事故報告に関する考え	- 自立型のサービス付き高齢者住宅であっても自治体へ報告する必要があると考えている。 - 事故発生後、利用者の家族が自治体に問い合わせたときに、施設から自治体への事故報告がなされていないことが判明した場合、家族の中で不信感が募るようだ。入所者との関係性が構築されていないケースや関係性が悪いケースでその傾向は顕著である。
報告様式案について	- 自立型のサービス付き高齢者住宅と関係性が低い項目を省略して提出してもよいのであれば、特別養護老人ホーム用の事故報告書様式で違和感はない。原因分析に関しても、記載することによってその後のケアに生かせると考える。 - 事故報告書様式に再発防止策欄が含まれていることについても問題なし。しかし、事故の原因が建物と関係性がない場合が多いため、報告書様式を記載するスタッフが無理やり建物に紐づけて原因を分析し、再発防止策を記載してしまう懸念もある。そのため、「建物に原因がない事故もある」ということを事業者が認識できると良いのではないかな。

別添資料 8 ヒアリング結果サマリ(自治体)

■都道府県 A

自治体種別			・都道府県
介護事故発生時の施設からの報告フロー	特養	事故情報の収集ルート	・事業者から収集している。
		事故の範囲・基準	(1)入所者及び利用者の死亡等、重大な事故が発生した場合 (2)食中毒や感染症、その他、入所者に感染が拡大しているもの (3)その他、施設運営に係る重大な事故等が発生した場合
		自治体側の体制	・担当職員 1 名
		行政事故報告書の目的	・報告件数の集計。
	特定施設・非特定の有老	事故情報の収集ルート	・事業者から収集している。
		事故の範囲・基準	(1)死亡等重大な事故が発生した場合 (2)食中毒や感染症が発生した場合であって、入所者の10名以上若しくは半数以上(疑い含む。)に発生した場合又は死亡者若しくは重篤患者が1週間に2名以上発生した場合 (3)その他施設運営に係る重大な事故(犯罪行為に起因する可能性があるもの、施設での火災、入所者の生活に重大な影響が生じた自然災害、重大な法令違反など)が発生した場合
		自治体側の体制	・7名の指導員に担当施設を割り振っており、施設ごとに指導員1人。その他、介護付き・住宅型にそれぞれ職員1名ずつの体制。
		行政事故報告書の目的	・件数の集計。運営指導への活用。
介護事故発生時の施設からの報告フロー(都道府県管轄施設のみ)	非特定のサ高住	事故情報の収集ルート	・事業者から収集している。
		事故の範囲・基準	・報告が必要な事例は以下。 (1)死亡事故等の重大な事故 (2)入所者に対する虐待 (3)住宅設置者による入所者の財産侵害(職員による窃盗等) (4)火災事故 (5)地震等の自然災害による滅失・損傷 (6)感染症や食中毒の発生

			(7)その他住宅運営に係る重大な事故 ※サービス付き高齢者向け住宅の事故報告は、特定施設入所者生活介護の指定の有無に関わらず、また介護事故に限らず、国土交通省及び厚生労働省が示す事故の対象に沿って報告を受けている。 (国土交通省及び厚生労働省が発出した平成24年5月25日付事務連絡 参照) ※住宅内において事故が発生した場合(外部のサービス事業者による事故等を含む。)は、電話等で連絡してもらい、事故の内容により文書で報告してもらう。
		自治体側の体制	・ 担当職員 3 名
		行政事故報告書の目的	・ 事故原因を調査し、再発防止策の策定に向けての指導をするため ・ 再発防止策が適切に実施しているかを確認するため ・ 集計のため
現状の制度上・運用上の課題			・ 事故報告の対象となるかどうかの判断が難しく事業者から相談を受けるケースが多い。 ・ 事務手続きが煩雑で、自治体間の情報連携もしづらい。
報告書案に対するご意見			・ 事故報告の提出先は市区町村のため、特になし。
事故報告において、国に期待すること			・ 事故報告として報告する事故の範囲、定義、基準をさらに明確していただくこと。 (例えば、死亡報告の場合、病死や老衰、看取り、などは事故報告の対象となるのか、重症・重体で報告する場合、どの程度の症状から重症と判断し報告対象とするのか、など。) ・ 事故報告書案を統一する場合は、以下について可能な範囲で示していただくこと。 ①サービス付き高齢者向け住宅の所管である国土交通省及び厚生労働省が示す平成24年5月25日付事務連絡に記載のある事故報告の対象(「財産侵害、火災事故、自然災害等による滅失・損傷」 等)との整合性 ②国土交通省及び厚生労働省が例年実施する「高齢者向け住宅に係る調査」内の事故報告に関する設問(所在不明の件数を記載する設問 等)との整合性 ③必須項目の整理(施設種別により記載が必須でない箇所は、記載不要とする。 等) ・ 様式だけでなく、システム等の活用により、報告フローについて一元化を検討していただくこと。 (サービス付き高齢者向け住宅情報提供システムのように、各自治体は ID を取得し、所管の施設・住宅の報告のみ確認できるようにする。また、運営法人等は所在地の自治体に関わらず、一括で手続きできるようにする。 等)

■都道府県 B

自治体種別			・都道府県
介護事故発生時の施設からの報告フロー	特養	事故情報の収集ルート	・原則、市町村(保険者)を通してだが、事業者より収受する場合もあり。 ・緊急性・重大性が高い事故、トラブル発生リスクがある事故の場合は、当自治体にも市町村に準じて報告するよう依頼。 ・感染症法に定める一類～四類感染症の患者が発生した場合、及び食中毒を含む集団感染が発生した場合は、府にも報告するよう依頼。
		事故の範囲・基準	・事故の程度については、入院及び医療機関で受診を要したもの
		自治体側の体制	・担当職員(5名)
	特定施設	事故情報の収集ルート	・事業者から収集している。
		事故の範囲・基準	・緊急性、重大性の高い事故及び利用者等との間でトラブルが発生又はその恐れがあると判断されるものについて、報告を求めている。
		自治体側の体制	・担当職員2名
		行政事故報告書の目的	・実地指導等の際に参考とするため
	非特定施設	事故情報の収集ルート	・事業者から収集している。
		事故の範囲・基準	・入院及び医療機関にて、受診を要したもの(施設内の医療処置を含む。)とするが、それ以外においても家族等との間でトラブルが生じている若しくは、生じる可能性があると判断されるもの。
		行政事故報告書の目的	・実地検証及び再発防止策の確認
介護事故発生時の施設からの報告フロー(都道府県管轄施設について)	特養	事故情報の収集ルート	・原則、市町村(保険者)を通してだが、事業者より収受する場合もあり。 ・緊急性・重大性が高い事故、トラブル発生リスクがある事故の場合は、当自治体にも市町村に準じて報告するよう依頼 ・感染症法に定める一類～四類感染症の患者が発生した場合、及び食中毒を含む集団感染が発生した場合は、当

			自治体にも報告するよう依頼。
		事故の範囲・基準	事故の程度については、入院及び医療機関で受診を要したもの
		自治体側の体制	府管から直接報告を受ける場合は、担当職員(5名)が随時受領。
	特定施設	事故情報の収集ルート	事業者から収集している。
		事故の範囲・基準	緊急性、重大性の高い事故及び利用者等との間でトラブルが発生又はその恐れがあると判断されるものについて、報告を求めている。
		自治体側の体制	担当職員2名
		行政事故報告書の目的	実地指導等の際に参考とするため
介護事故発生時の施設からの報告フロー(都道府県管轄施設について)	非特定施設	事故情報の収集ルート	事業者から収集している。
		事故の範囲・基準	入院及び医療機関にて、受診を要したもの(施設内の医療処置を含む。)とするが、それ以外においても家族等との間でトラブルが生じている若しくは、生じる可能性があるものと判断されるもの。
		行政事故報告書の目的	実地検証及び再発防止策の確認

■都道府県 C

自治体種別			都道府県
介護事故発生時の施設からの報告フロー	特養/特定施設	事故の範囲・基準	受診して治療に至ったケース、死亡事例を全例報告
		報告フロー	施設から市町へ報告。入院・死亡事例、身体拘束・虐待が事故原因のもの、重大な指定基準違反、職員の不祥事に関しては、市町から当自治体に報告
		その他	報告書の内容により保険者から施設へ指導を行う。必要があれば再報告を求める。保険者で十分指導ができていない場合は指定権者として当自治体から施設へ指導している。
	非特定施設	事故の範囲・基準	特養、特定施設と同様。
		報告フロー	施設から当自治体に直接事故報告書を提出。
		報告様式	有料老人ホーム・サ高住それぞれに別様式がある。ほとんど特養様式と同じだが、保険者記載欄やケアプランに関する記載がない。
		その他	有料老人ホーム、サ高住で発生した事故に関しても、年度末に分析し、集団指導で情報提供を実施している。
	報告の重複		施設は、保険者としての市町村と施設が所在する市町村両方に事故報告しているため、当自治体には全く同じ報告書が2つのルートで提出される。施設が2つの市町村に報告する意義はあると思うが、同じ報告書が各市町から当自治体に報告されるので、都道府県レベルでは確認作業が必要となり負担がある。
現状の制度上・運用上の課題	提出方法の電子化		今はすべて紙で提出されているが、最終的にはペーパーレスを目指したい。しかし介護事故報告書は個人情報に記載されているためセンシティブであり、セキュリティが心配。その部分がクリアできるのであれば電子的な提出方法に賛成。事故分析に労力を費やされているため、自動集計機能があると負担を軽減することができる。
	統一様式		全国統一フォーマットにできると、全国からデータが集まってくる。全国的な事故分析やサービスごとの事故分析を実施していただくと非常に有用。
	その他		介護事故の防止スキル等は施設に大きくばらついている。全国的な研修ツール等があれば、施設所在地の市町など身近な場での研修等が可能ではないか。(都道府県で大規模に行う研修より効果が期待できるのではないか)
	体制		事故報告担当が1名。その他事故に限らず施設指導も含め

	て、特養・サ高住・有料老人ホームでそれぞれ3名が対応（事故報告担当者は特養の施設指導も兼ねている）。
報告書案に対するご意見	・当自治体は事故理由に「介護中の負荷」（介護で負荷がかかりすぎて痛みなどがあつた場合）を追加している。例えば、2人介助が必要な入居者に1人介助で実施してしまい、骨折してしまった場合が相当する。 ・入院予定期間や治療を要する期間は特に必要ではないと考えている。 ・重症・重体の判断は施設側が迷ってしまうのではないかな。 ・発生日時に関しては、発生日時ではなく発見日時を書いてくる施設もある。認知症の方が夜中に転倒してしまった場合等、日は分かっても時間が分からないこともあるようだ。その場合は、発生日時不明として提出される場合もある。 ・「見守り機器による管理」欄は、チェックの際に事故の発生場所での使用かどうかを聞いていることが分かるようにした方がよいのではと思う。例えば、食堂で転倒した際であっても、自室に見守り機器による管理がされていれば、事故と関係がないがチェックをする可能性が考えられ、分析時に「見守り機器による管理」の有効性等を検証できないと思われる。 ・自由記載欄は施設によって記載事項に差があり、集計分析の際に扱いが難しい。集計・分析しやすい記載であればいいのだが。加えて、しっかり考えて記載している施設とそうでない施設の差が激しい。同じ施設の同じスタッフが類似した事故を何度も起こしている事例もある。 ・当自治体で実施した調査によると、転倒の原因の一つに多剤投与が挙げられる。そのため当自治体では、転倒再発防止のために多職種で連携して検討会等に取り組んでいるかどうか、という点を意識している。そのため、事故報告書を記載した人だけが事故を把握している、といった事態がないようにしたいと考えている。加えて、必要に応じてケアプランを変更しているかについても確認している。 ・感染症に関しては細かい経過等も必要になってくるので別途フォーマットがある。職員の不祥事（職員の盗難含）に関しては事故フォーマットを活用している。

■都道府県 D

自治体種別			・都道府県
介護事故発生時の施設からの報告フロー	特養/特定施設	事故情報の収集ルート	①高齢者福祉課法人支援班には施設から直接提出 ※政令中核市に所在する介護老人福祉施設、老人福祉法の権限を委譲している市町村に所在する地域密着型介護老人福祉施設は報告の対象外 ②高齢者福祉課介護事業者指導班には市町村から提出 ③サ高住担当課には特定付きのサービス付き高齢者向け住宅から直接提出 ※政令中核市に所在する施設は対象外
		事故の範囲・基準	・利用者のケガ(ケガの程度は原則として、外部の医療機関で受診を必要としたもの)、死亡事故、災害被害、感染症等の発生、設備の重大な不具合の発生、職員の法令違反、不祥事等
		自治体側の体制	・高齢者福祉課法人支援班1名、高齢者福祉課介護事業者指導班1名、サ高住担当課1名
	非特定施設	事故情報の収集ルート	・法人支援班及びサ高住担当課は、特定施設の指定を受けているものと同様。 ・介護事業者指導班は、特定施設の指定を受けていない施設の事故報告は対象外。
		事故の範囲・基準/自治体側の体制/行政事故報告書の目的	・特定施設と同様。
現状の制度上・運用上の課題			・事故報告については、どこに報告すればよいのか、都道府県レベルにも報告が必要かと言った問合せが、今年度に入ってから数件あり、それぞれの自治体が独自の基準により報告を求めている、施設にとっては分かりにくくなっていると考え。 ・電子的な提出方法の意見については、厚生労働省において構築中の「特養ホーム等要配慮者施設の災害時情報共有システム」の中で、事故報告を提出できるようにならないか検討していただきたい。 ・サービス付き高齢者向け住宅について、サービス付き高齢者向け住宅情報提供システムにおいて事故報告の提出ができるよう希望する。

■ 市区町村 A

自治体種別			・市
介護事故発生時の施設からの報告フロー	特養/特定施設	事故の範囲・基準	・報告を求めるのは、医療機関を受診した場合。報告件数は多くなるが、施設側の判断で報告する・しないを決定することを防ぐためには仕方ないとする。
		報告フロー	・第1報を電話 or メールで行うことを推奨。紙での報告は原因分析・対応方法等が記載されてからの提出としている。ただし、第1報で利用者への被害が大きいと考えられるケースはこまめに電話報告を求めるケースもある。
		その他	・報告書は紙・メールの両方を認めている。報告書に捺印は必要としない。
	非特定施設	事故の範囲・基準	・非特定施設は自宅と同様なので、利用者の転倒等は自己責任の範疇と考え、施設管理者に報告を求めている。ただし、建物運営会社から相談があれば、事故発生が利用者の自己責任の範囲なのか、介護サービス利用中の事故なのかの相談には乗ることがある。介護サービス中の事故であればサービス提供事業者に事故報告を挙げてもらう。
現状の制度上・運用上の課題	報告の重複		・住民票記載の自治体と施設所在地の自治体の両方に事故報告を挙げることに必要とする。施設側の負担等は運用で解消するのが良いのではないかと。
	事故情報活用		・事故情報は Excel データに落とし込み、どのような事故が多い傾向にあるのかを整理している。ただし、それら情報を事業所に対する共有・フィードバックに使うことはしていない。
	その他		・介護事故に関する傾向は地域性により差が出るため、市内で整理した発生事故傾向と都道府県レベルで整理した発生事故傾向では異なることもある。そのため、市だけではなく、都道府県レベルでも事故傾向を整理してフィードバックいただきたいとする。
体制			・専任の事故報告担当はいない。保険係の6名、年度任用職員3名の9名体制で事故報告を受けている。
報告書案に対するご意見			・感染症の報告も同様のフォーマットを使用しているが、将来的には別様式を準備した方が良く考えている。 ・職員の不祥事(窃盗など)を同様式で報告させることは無い。虐待の場合も別のルート(例;利用者が医療機関受診時に医療機関より報告、内部告発)が想定されるので事故報告様式では収集していない。 ・市のフォーマットにはチェック項目がほぼないが、原案のようにチェック項目があると集計・分析上有益であるし、その他欄を設けているのでこの方向性で宜しいと思う。 ・入院予定期間や治療に要する期間は厳密に聞かなくても良いと思う。市としてはあまり重要視していない。

■ 市区町村 B

自治体種別			・中核市
介護事故発生時の施設からの報告フロー	特養/特定施設	事故の範囲・基準	・外部の医療機関で治療を受けた場合(施設内の同程度の治療を含む)。
		事故報告の目的	・同施設での類似事故が繰り返し発生した場合の早期把握指導等。また年に一回事故集計し介護事業者講習会での指導で活用している。
		事故集計	・県が以前作成したマクロファイルにデータを打ち込み、グラフ集計をしている。
		報告フロー	・市へ郵送又は持参で報告。
		その他	・感染症・法令違反も同じ報告書様式での提出を求めている。しかし法令違反に関してはセンシティブな問題のため、直接ヒアリングを実施することが多い。
	非特定施設	事故の範囲・基準	・非特定の有料老人ホーム・サ高住ともに、特養/特定施設と同様の様式、報告フローで報告をお願いしている。しかし、指導権限はあるものの強制力はないため、お願いにとどまる状況。そのため実際にすべての事故が報告されているかは定かではない。
現状の制度上・運用上の課題	自治体の役割		・自治体の役割は、介護施設の事故防止や発生時の対応を把握して指導することであると考えている。しかし、市職員も介護施設の現場に精通しているわけではなく、また実際の介護事故現場を見たわけでもない。そのため、施設の提出する報告書に記載の再発防止策が本当に適切かどうかまでは判断できない状況。
	統一様式		・当市では事故集計を実施し、介護事業所へ報告・啓発している。しかし、集計結果は毎年同じ傾向であるため、事業所に報告してもあまり心に響いていない。フォーマットを統一し、全国で集計しても同じ傾向が出るのが予想される。フォーマットの統一だけでは根本的な解決にはならないのではないか。
	その他		・対応事例集があると、介護事故の頻度が少なく対応ノウハウが蓄積されていない事業所の役に立つと思う。
体制			・介護施設担当者 5 名。
報告書案に対するご意見			・当市は自由記載欄が殆どだが、当報告書案のようなチェック式のほうが施設側も書きやすい。 ・見守り機器がどのようなものかイメージしづらく、何を意図した質問が分かりにくい。 ・医療機関の住所は基本的には必要ないが、市外の医療機関を受診した場合はあったほうがいいかもしれない。 ・入院期間欄も基本的には必要ないが、事故の影響を把握する目安にはなるかもしれない。

■市区町村 C

自治体種別			・政令市
介護事故発生時の施設からの報告フロー	特養/特定施設	事故の範囲・基準	・医療機関で治療を受けた場合に報告する。
		報告フロー	・報告はメール若しくは郵送。個人情報保護の観点からFAXは使用していない。印鑑は不要としている。
		県への報告	・重大な事故含め特別県に報告することはない。ただし、虐待に関しては県に報告を上げている。
		その他	・感染症や食中毒、職員の不祥事についても同じ報告書様式での提出を求めている。不祥事には、盗難や身体的虐待、個人情報の漏洩などを含む。
	非特定施設	事故の範囲・基準	・特養・特定施設から一部省略した報告書フォーマットを使用している。非特定施設では外部サービスを利用しているケースがほとんどであり、基本的には事故発生時に使っていたサービスの提供者から報告を受けている。
現状の制度上・運用上の課題	統一様式		・統一化することのメリットが必要である。例えば地域横串での分析を行えるなど。また、施設内で事故の振り返りとしても使える報告書になるよう作成いただければと思う。
	事故情報活用		・基本的には情報を貰えばなし。統計は取っているが分析は行っていない。
体制			・特養では事故報告専任の方が1名いる。有老・サ高住では事故報告専任はおらず、地区ごとに設置届から事故報告の受付、事故取りまとめまでを担当している職員が4名いる。
報告書案に対するご意見			・報告対象として重大事故を想定しているようにうかがえる。しかし、実際の事故は軽微なものがほとんどであり、軽微な事故であればここまで詳細な項目はいらない。 ・記載の負担が大きいと提出が遅れる。そうすると、家族から事故報告書を求められたときに疑念を持たれたり、トラブルになったりする。 ・7.今後の対応予定は不要では。また、8.事故の原因分析は自由記載が難しいので、選択肢式が良いと思う。 ・事故原因のほとんどは職員の見守り不十分である。しかし、職員数を増やすことは現実的ではないため、見守り不十分を解決することは難しい。そのような場合、今後の対応欄でできないことを書いてもあまり意味がない。 ・事故の発生状況を選択させるのは、軽微な事故の場合、聞き込みすぎである。 ・様式案に誤嚥という項目が無いようだが、誤嚥事故はかなり多い。 ・当市のフォーマットでは事故種別に徘徊の項目がある。件数はあまりないが、報告される徘徊事故は重大な事故につながっている。

■市区町村 D

自治体種別			・政令市
介護事故発生時の施設からの報告フロー	特養/特定施設	事故の範囲・基準	・骨折及び縫合が必要な外傷等により入院及び医療機関受診を要したもの(施設内の医療処置含む)。それ以外においても家族等との間でトラブルが生じているか、あるいは生じる可能性があるかと判断されるもの。
		報告フロー	・郵送にて「施設→保健福祉センター→市」となっている。しかし、保健福祉センターによって報告頻度が異なるため、市としてタイムリーに指導しづらい。そのため今後は、「施設→市→保健福祉センター」としメールにて報告するように報告ルートを変更したいと考えている。
		その他	・市のフォーマットでは、事故の種類を細かめに行っている(急病や介護ミス、虐待など)。集計を目的としているため、その他に該当しそうな項目であっても項目を増やしている。
	非特定施設	事故の範囲・基準	・報告書フォーマットは特養/特定施設と同じ。
		立ち入り検査	・すべての有料老人ホーム・サ高住に対して、3年に1回立ち入り検査を実施している(介護事業所は6年に1回)。その際、事故報告がなされていなければ、3年間さかのぼって市に提出してもらうようにしている。
		有老でないサ高住	・現状、有老でないサ高住からは事故報告書はほとんど提出されない。3年に1回立ち入り検査は実施しているが、指導することはほとんどなく、指摘事項もほとんどない。訴訟につながりそうな事故は報告書を提出するよう伝えている。
現状の制度上・運用上の課題	統一様式		・全国で統一するのは賛成
	事故情報活用		・介護施設への集団指導時に集計結果を報告している。今年開催ができなかったのも、オンラインで公開した。また、新聞社等マスコミから依頼をうけ、提供することもある。
	訴訟予防		・市では、事故の際、事故報告書のコピーを家族に渡すよう施設に指導することになっている。
体制			・担当課の所属者は40名

別添資料 9 法学ワーキンググループ報告書

令和2年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

介護保険施設等における安全管理体制等のあり方に関する
調査研究事業

(別冊)

法学ワーキンググループ報告書

株式会社 日本総合研究所

令和3年3月

I. 本ワーキンググループの概要

1. 本ワーキンググループの目的

介護施設等においては、介護を必要とする高齢者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、様々なサービスによる支援がなされているところである。介護施設等で高齢者が生活を送る中では、いわゆる介護事故が発生する可能性があり、各運営基準においては、事故の発生又はその再発防止のための必要な措置を講じるよう、定められているところである。もっとも、今後さらに高齢化が進む中で、介護事業者に対する安全管理上の責任もますます求められていくと考えられる。

本調査研究事業における検討委員会では、介護施設等の適切な安全管理体制のあり方検討として、事故報告書フォーマットの統一の作成等に向けて議論を行っているが、一方で、介護施設等における安全管理体制をめぐる法的な課題についても、議論の場を設けることとした。例えば、近年、介護事故を原因とする損害賠償請求訴訟が提起され、判決に至っている例があり、介護施設等における安全管理体制や職員による注意義務が争点となることがある。今後の介護施設等における安全管理体制のあり方を検討するにあたり、こうした現状を踏まえ、どのような介護現場への影響が生じるか等について理解を深めることは重要なことである。

本調査研究事業における法学ワーキンググループ(法学 WG)では、介護施設等における安全管理体制をめぐる法的な課題について、様々な立場の有識者と討議した。本報告書は、WG における討議内容を取りまとめたものである。

2. ワーキンググループでの検討

図表 1 検討委員会での実施・検討内容

回	実施日	実施・検討事項
第1回	令和2年 10月1日(木)	✧ 本ワーキンググループの位置づけについて ✧ 介護施設等の安全管理における介護事業者の現状に対する議論
第2回	令和2年 12月4日(金)	✧ 介護施設等の安全管理を取り巻く介護事業者や保険会社等の現状に対する議論
第3回	令和3年 1月12日(火)	✧ 介護施設等の安全管理を取り巻く自治体や法曹界等の現状に対する議論
第4回	令和3年 3月4日(木)	✧ 本年度の取りまとめ

図表 2 ワーキンググループ委員(50 音順・敬称略)

氏名	所属先・役職名
小坂 健	東北大学大学院 歯学研究科 教授
児玉 安司	新星総合法律事務所 弁護士
近藤 辰比古	全国老人福祉施設協議会 総務・組織委員会委員長 指導監査対応委員会委員長
◎福井 小紀子	東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科在宅ケア看護学分野 教授
藤崎 基	SOMPO ケア 取締役執行役員 CFO 兼 CRO
矢田 尚子	日本大学法学部 准教授

◎印:委員長

(オブザーバー)

厚生労働省老健局高齢者支援課

II. 安全管理における法的な側面に対する討議概要

1. 介護事業者の現状に対する討議概要

- 介護施設等における安全管理体制の構築にあたっては、介護保険の目的である自立支援と相反しないように留意するのが重要である。過度の安全管理体制強化による身体拘束・QOLの低下につながらないように留意する必要がある。
 - 介護施設の現場は、少しでも活動性を高めよう、少しでも食べてもらおう、といった前向きな対応を行う場である。
 - 自立支援に向けた現場のケアはチャレンジの連続。インシデントや事故が起こらないようにしたいという思考に陥りがちだが、インシデントや事故が起こったらこのように対応しよう、という前向きな思考に変えていく必要がある。
 - 玄関の鍵を締めず、いつでも外出できるといった、自由度が高い高齢者住まいに対する消費者のニーズが存在する。介護施設の安全管理体制を過度に高めすぎると、そのようなニーズを満たすことができない。
- 安全管理体制の構築にあたっては、PDCA サイクルを回すことが必要。そのためには、記録・情報開示・情報共有が重要。
 - ケアプランや記録やマニュアルを整えることがリスクマネジメントになる。
 - 支援なき事故報告制度は現場に負担がかかる。PDCA を回すための事故報告制度を構築する必要がある。
- 施設の安全管理に関する裁判例が増加しているのではないかと。
 - 過度な安全管理に伴い、職員の負担が増加し、さらに職員不足となる可能性がある。また、身体拘束等、介護の質の低下の危険性もある。
 - ◇ 良質で健全な介護サービスにより、終の棲家を変えていくという介護産業育成という観点の議論が必要。
 - 介護事業者の訴訟対応による施設運営の負担が増加する可能性がある。
 - ◇ さらに損害賠償容認率が上昇していくと、介護保険財源を逼迫し、最終的には国民の不利益となることも考えられる。
 - ◇ 社会保障費の対 GDP 比率が増加しているため、間接コストを下げていかななくてはならない。
 - 転倒等のリスクが高い高齢者の受入れ拒否等、利用者側への影響も考えられる。
 - ◇ 転倒リスクが非常に高い高齢者や認知症による不安行動がある高齢者等、困難なケースこそ積極的に受け入れる姿勢が介護のプロフェッショナルである。
- 介護施設等が提供するサービスと消費者が介護施設等に対して持つイメージにギャップがある可能性がある。

- 女性介護職員が1対1で高齢者を見守っていても転倒を防ぎきることができないという実験結果もあるようだ。
 - 介護施設等の内部でどのようなことが行われているのかが世間に伝わっていないのかもしれない。介護現場の現状について発信していく必要がある。
 - 社会的な許容(risk of tolerance)の閾値を変えていく必要があるだろう。自宅発生し得る事故は介護施設でも起こり得るが、その点が利用者・家族に理解されていないケースがあるかもしれない。認識の齟齬をなくしていく必要がある。
 - ✧ あるリハビリテーション施設では、高強度のリハビリテーションを実施しているため、転倒・転落が起こり得る施設であることを家族に説明し、理解を得ていると聞いている。
 - ここ数年間で、看取りに関する認識や社会通念が変わってきていると感じている。数年後、高齢者にとって転倒・転落は避けられないものである、という社会通念が変わっていくかもしれない。
- 入所時にどのような施設・住まいなのか理解いただくことが大事である。入所時の安全管理義務の範囲の説明・同意が十分にできていないケースがある。
 - 入所者側と施設側での意思疎通・意思確認が重要。入所説明の際、入所者が入所後にどのようなことを求めているのか、どのような介護をイメージしているのかを確認すべき。
 - 生活相談員の手引きに則って安全管理上の同意を得る施設がある一方で、リスクについて詳細に説明すると入所者との信頼関係が取れなくなることを懸念している施設もある。
 - 入所中に起こり得る事故について、チェック表のような入所時説明書を使うと入所者への印象が良くない。どのような介護を実施したいと考えているのかという理念を伝えることが重要。
 - 入所時説明については入所者本人からサインを取得するのが理想。しかし、家族がサインしている施設が現実的には多い。
 - 入所者との信頼関係を築くのであれば誓約書や重要事項説明書とは別のものを用意すべきだと思う。入所者の希望を把握できるものが必要。
 - ✧ スウェーデンでは入所者が何を求めているかを細かく聞き、その希望する生活の中ではどのような事故が起きる可能性があるかを説明している。
 - 介護現場におけるマニュアルは、より良いサービスを提供することを目的に作成される。一方で、品質向上・標準化・安全管理等のためのマニュアルやヒヤリハット・インシデント管理が裁判上の過失の認定において影響を与えることがある。
 - マニュアルに記載された内容が履行されていないことが裁判上の過失の認定において影響を与えることがある。

- 施設のキャパシティを超えたマニュアルを持っており、それに基づいた事故対応をせず、それを利用者家族に指摘され、謝罪のタイミング、和解のタイミングを逸してしまった場合、和解に至らず裁判となる場合がある。
 - 今の介護現場は、「実施すべきこと」と「実施できること」が乖離している移行期にあるのではないか。
 - 施設の指針やマニュアルが現場の実態と合っているのか、検証していきながら見直しをしていかなければいけない。“生きた”マニュアル、利用者が納得するマニュアルを作成していく必要がある。
- 介護老人福祉施設、特定施設、非特定施設で契約形態やサービス提供状況が異なるため、法的な対応も異なる可能性がある。
 - サービス付き高齢者向け住宅では安否確認が行われるが、特定施設においては安否確認という概念がなく見守り巡視という取扱いになる。巡視と安否確認の違いは法的にどのように整理されるのか。
- 事故が発生した際、積極的にすべての資料をご家族に提示し説明に何うことを徹底している介護事業所もある。
- 訴訟を想定して顧問弁護士を置いている介護現場は多くはない。
 - 治療費の一部をお支払いするといった現実的な解決を行っていることが多い。
 - 施設内で穏便に解決したいという風潮があるかもしれない。
 - 介護現場が弁護士等の専門家とつながりやすいような仕組みがあるとよい。
- 早期解決・風評リスク回避を目的に、賠償金を満額支払って解決するという経営判断をする介護事業者が存在する。
 - 事故が発生した際、毎回補償してしかるべきか否かを明らかにするという姿勢が重要ではないか。
 - デメリット料率として、賠償金を払った企業に対して、払った分だけ保険料を増加させていくという対応が考えられる。

- 施設の賠償保険に入っている社会福祉法人は多い。実務的に解決する際に保険会社にアドバイスを求めることもある。
 - 賠償責任保険とは、介護業務を行う事業者が法律上の損害賠償責任を負担しなければならない場合に、その賠償金等を補償するものである。
 - 医療分野では、過失の範囲はどこまで認めるかという裁判例が補償に対する大きなインパクトを持っている。
- 今後の方向性として、転倒・転落・誤嚥等についてデファクトスタンダードを作成してもよいのではないかと。
 - 安全管理体制の構築にあたり、安全配慮の取組みが全くなされていない介護事業者や、極端な配慮を行う介護事業者が現われ得る。何らかの基準を示す必要があるのではないかと。
 - 例えば、デンマークのサービススタンダードに類似したものを作成することが考えられる。
- 安全性を高めるにはコストをかけなくてはならないが、コストをかけても事故数を減少させることができない閾値が存在する。安全学では、コストをかけたとしても残ってしまうリスクのことを「残留リスク」と呼んでいる。つまり、「どの程度コストをかけ、どの程度安全性を高めると十分なのか(How safe is safe enough?)」という予算制約の問題に直面する。そのため、安全は、「事故ゼロ」を意味するものではなく、「残留リスクが許容範囲内である」という極めて曖昧な定義になる。社会の資源分配に関する観点と、安全とコストに関する社会の納得という観点からの議論が必要だ。

2. 法曹界の現状に対する討議概要

- 介護施設等での安全管理体制について、介護現場と法曹界の理解に乖離があることから、介護現場の理解とは異なる法的判断がなされることがある。
 - 介護サービスが複雑であるため、それぞれの特徴を裁判官が理解するのに時間を要する。
 - 最近の裁判例を見ると、介護職員にどのような安全配慮義務があるかについて、個別に細かく見て判断しているケースがある。転倒事故において見守りが足りていなかったという原告側の主張に対して、実務を見て判断するケースもある。
- 介護事故において求められる善管注意義務の水準は、同一規模・同業種・同程度の施設における水準となるが、実際の和解や訴訟のケースで求められる善管注意義務の水準が本当に同一レベルの事業者の水準になっているのか疑問がある。
- 医療分野においては、裁判所と医療現場の相互理解の取組みがこの 20 年間で進んだ印象がある。

- 医療分野では、新任の裁判官に大学病院に宿泊していただくという取り組みが行われている。それによって、夜間にどれほどアラームが鳴り続けているのか、人員不足の中でどれほど医療従事者が努力しているのかが裁判官に理解いただけるようになってきたようだ。また、裁判官研修に医療従事者を招待して、医療現場の実情を裁判官に共有するという取り組みもある。加えて、専門委員という医療現場の実情をよく理解している方が、裁判の前提となる医療知識を提供するようになっている。
- ☆ 東京都内 13 大学の医療管理者委員長、医療集中部の裁判官、民事東京地裁所長代行、弁護士会代表者等を集めて相互理解シンポジウムが実施されているようだ。
- 介護分野においては、介護現場の実情を裁判官に組織的に理解していただくという取り組みは今のところみられない。裁判所と介護現場の間でフィードバックと連携が起これば理想的である。
- 裁判は社会の中でランダムネスを発生させる装置といえる。
- ADR(Alternative Dispute Resolution)とは、裁判外紛争解決手続のことである。介護 ADR の仕組みを作ることも考えられる。
 - 裁判の件数より ADR の件数が多い都市もある。裁判以外の解決の手段があると良い。
- 行政へ提出する事故報告書における再発防止欄に記載した内容について、予見可能性があったと誤解を受ける可能性がある。
 - アメリカでは三権分立を厳密に考え、行政文書を司法には秘匿にするという考え方があ
- ヨーロッパ的な社会保険制度においては、賠償金を社会保険財源で支払う仕組みとなっている。そのため、保障の基準を行政側が示している。

※本調査研究事業は、令和2年度老人保健健康増進等事業として実施したものです。

令和2年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
介護施設等における安全管理体制等のあり方に関する調査研究事業

報 告 書

株式会社日本総合研究所
令和3年3月

〒141-0022 東京都品川区東五反田 2-18-1 大崎フォレストビルディング
TEL: 03-6833-6300 FAX:03-6833-9480