

【要旨】

(1) 調査目的

- 本調査研究事業では、特に、在宅における「ヒヤリハット」に焦点を当て、(ア) ヒヤリハット・アクシデントに関する事業所全体の安全管理体制やヒヤリハットの発生・報告・対応状況等の実態、課題、(イ) 介護職員の対応方法や対応上の課題、ヒヤリハットに対する意識や看護職員との意識の差、といった事業所、職員両面からヒヤリハットに関する実態を詳細に把握し、今後の在宅におけるケア提供の質向上に向けた議論（体制や人材育成、具体的な取組方法等）を行うための基礎情報を収集することを目的に実施した。

(2) 調査方法

【アンケート調査】

- 事業所や職員の両面からヒヤリハットに関する実態を把握し、今後の在宅におけるケア提供の質向上に向けた議論を行うための基礎情報を収集することを目的として実施

調査対象	「訪問介護」、「居宅介護」、「重度訪問介護」を提供している事業所のうち、喀痰吸引等を提供している登録喀痰吸引等事業者及び登録特定行為事業者、および同事業所にて就労する介護職員、連携先の看護職員
調査手法	抽出調査（2,000件）、郵送による配布・回収（介護職員、看護職員票は事業所から配布、回収）
調査実施時期	令和元年12月16日（月）～令和2年1月17日（金）
回収状況	事業所票：619件／1,925件（32.2%）※不達を除く 介護職員票：575件、看護職員票：156件

【ヒアリング調査】

- 再発防止に向けた取組などヒヤリハットに対する意識、報告、分析、活用の好事例（もしくは取組事例）を収集することを目的として実施

調査対象	ヒヤリハットに関して積極的な取組を行っている事業所等、委員推薦、アンケート調査結果等により調査対象先を選定
実施件数	4件
調査手法	書面回答による回答を得た上で、必要に応じて電話による聞き取りを行う形式にて実施（2事例） ヒヤリハットにかかる取組事例の公開資料について電話で詳細を聞き取る形式にて実施（2事例）
調査実施時期	令和2年3月

(3) まとめ

1.安全委員会等の設置の必要性	現場で発生しているヒヤリハットには事業所による管理徹底が必要なこと、医療職と協議、検討すべき内容など幅があり、現場レベルでの対策では不十分であることから、事現場での個別解決以外の場を設け、事業所の責任として医師、看護師と連携を取るなど積極的に取り組むべきである。	3.目的に応じた研修の実施	ヒヤリハットの再発防止には、手順・計画・管理法を事前に決め遵守することで防ぐことができること、手順や管理法の遵守では防ぐことが難しく、現場の介護職員のリスクや異常への認識力（気づき）や対応力が求められるものがある。2つの再発予防策は異なっており、必要な予防策の目的に応じた研修体制の構築、その必要性の周知が必要ではないか。
2.ヒヤリハット報告に向けた効果的な方法	ヒヤリハットの報告件数を増やしていくためには、ヒヤリハットとアクシデントの区別が重要ではなく、低いレベルの事案であってもヒヤリハットに該当することの認識を高め、リスク管理していくことが重要である点を周知していくべきである。 報告手段については、まずは簡易であっても報告しやすい様式の検討や、簡易かつ迅速な報告と記録用紙による詳細な事後報告といった「2段階の報告システム」の構築など、報告方法を検討することが効果的ではないか。	4.全国的な情報収集の仕組みの構築	特に在宅サービスでは小規模の事業所が中心であり、1事業所では十分に情報蓄積や分析を行うことが難しいことから、どのようなヒヤリハットが発生しやすく、どのような対応がリスク軽減につながるのかを多くの事業所が理解、認識できるよう環境整備を進めていくことが必要である、今後、共通のフォーマット等による情報の蓄積を行っていくことを検討すべきではないか。

令和元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

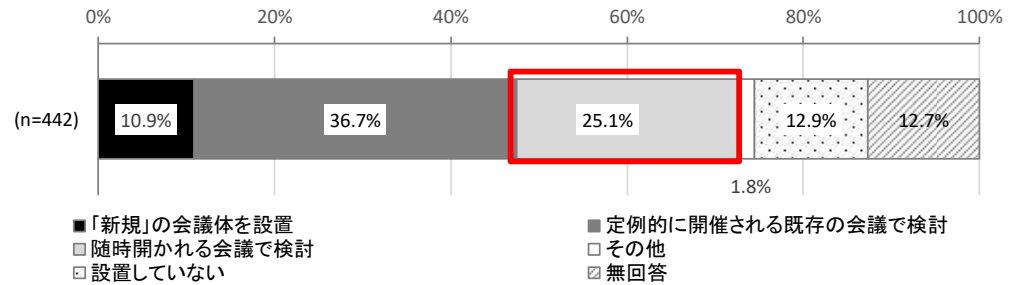
「喀痰吸引等の安全な実施の推進
に関する調査研事業」

【調査結果概要】

1. 安全委員会の実施状況

- 喀痰吸引等にかかる安全委員会等の設置状況では、省令及び通知にて定められている「新規」の会議体を設置している事業所は全体の約1割、「定期的開催される既存の会議で検討」は4割弱であった。
- 平成30年度調査結果では、「定期的開催される既存の会議で検討」が6割弱という結果であったが、本調査研究事業にてより詳細に状況を把握すると、定例的な会議体による実施ではなく、「随時開かれる会議で検討」の割合が一定数あることが明らかとなった。
- また、参加メンバーについてみても、通知では、「喀痰吸引等対象者に関わる全ての訪問看護事業所等の看護職員、主治の医師等から構成される連携体制における定例会議等」としているが、「随時開かれる会議で検討」では医師、連携先の看護師の参加の割合が低いことが見て取れる。
- 検討している内容では、「新規」会議体と「定期的」、「随時」の会議体では異なっており、「ヒヤリハット事例等の報告の方法や内容に関すること」、「ヒヤリハットの分析、対策検討に関すること」については、取組の割合が低いことが明らかとなった。
- 安全委員会等の実施については、ヒヤリハットに関わらず、喀痰吸引等の行為を介護職員が実施する上で安全、安心を確保するための基礎となる仕組みであり、今回の調査結果を踏まえ、**あらためて設置、多職種にて連携を取る意義について周知の徹底**が求められる。
- 特に、提供人数の少ない小規模事業所では新規会議体の設置率が低く、設置していないと回答した事業所も多いが、**医療職が関与して検討を行うべき内容については、現場での個別の解決以外の場を設け、事業所の責任として医師、看護師と連携を取るなど積極的に取り組むべき**である。

図表1 喀痰吸引等にかかる安全委員会等の設置状況(報告書p.123)



図表2 安全委員会等の設置状況別 (報告書p.123)

	合計	Q9-1 安全委員会等への出席メンバー										
		医師	連携先の訪問看護事業所等の看護師	連携先の訪問看護事業所等の管理者	事業所の介護職員(認定特定行為業)	事業所の介護職員(認定特定行為業)	事業所の管理責任者	他の事業所の介護職員、管理責任者	介護支援専門員、相談支援専門員	対象者、家族	その他	無回答
全体	329	95	204	81	248	50	218	102	178	124	27	3
	100.0%	28.9%	62.0%	24.6%	75.4%	15.2%	66.3%	31.0%	54.1%	37.7%	8.2%	0.9%
「新規」の会議体を設置	48	22	33	17	37	9	41	13	22	18	7	0
	100.0%	45.8%	68.8%	35.4%	77.1%	18.8%	85.4%	27.1%	45.8%	37.5%	14.6%	0.0%
定期的開催される既存の会議で検討	162	52	128	49	112	13	98	76	115	83	14	2
	100.0%	32.1%	79.0%	30.2%	69.1%	8.0%	60.5%	46.9%	71.0%	51.2%	8.6%	1.2%
随時開かれる会議で検討	111	16	39	14	94	28	76	12	40	23	3	0
	100.0%	14.4%	35.1%	12.6%	84.7%	25.2%	68.5%	10.8%	36.0%	20.7%	2.7%	0.0%

図表3 安全委員会等の設置状況別 報告書p.123)

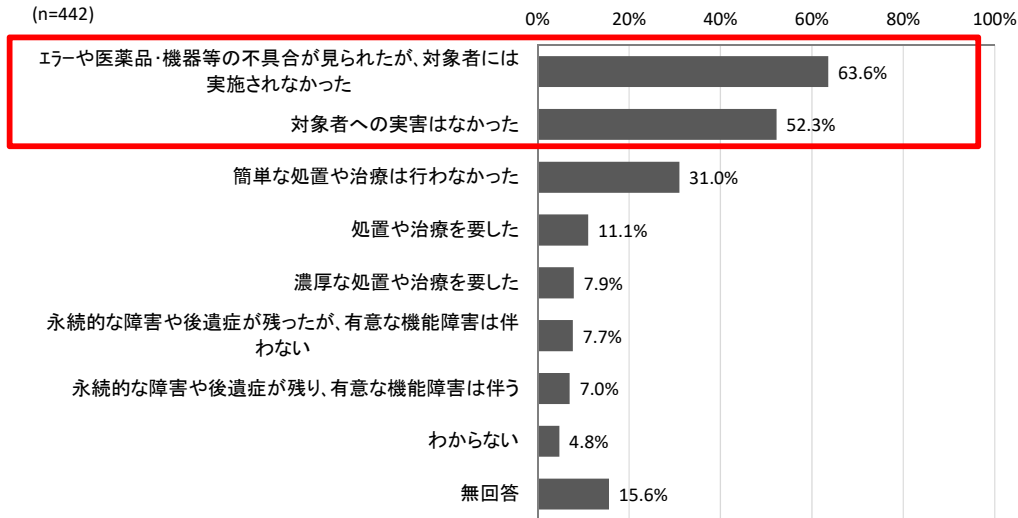
	合計	Q9-2 安全委員会等での検討内容													
		喀痰吸引等の実施手順、方法等に関すること	ヒヤリハット事例等の報告の方法に関すること	ヒヤリハットの分析、対策検討に関すること	安全性確保に向けた従事者へのフォローアップに関すること	備品の衛生的な管理方法等に関すること	感染予防や感染症発生時の対応等に関すること	急変時の対応体制、対応方法等に関すること	災害発生時の対応体制、対応方法等に関すること	喀痰吸引等の研修、人材育成計画に関すること	医師、看護師等との連携体制に関すること	喀痰吸引等計画書の見直しに関すること	対象者、家族への説明、同意の方法等に関すること	その他	無回答
全体	329	236	159	107	163	147	148	218	114	92	171	80	105	13	9
	100.0%	71.7%	48.3%	32.5%	49.5%	44.7%	45.0%	66.3%	34.7%	28.0%	52.0%	24.3%	31.9%	4.0%	2.7%
「新規」の会議体を設置	48	41	34	28	32	28	28	36	21	25	30	19	19	1	1
	100.0%	85.4%	70.8%	58.3%	66.7%	58.3%	58.3%	75.0%	43.8%	52.1%	62.5%	39.6%	39.6%	2.1%	2.1%
定期的開催される既存の会議で検討	162	112	73	48	81	65	63	119	65	34	93	32	54	7	2
	100.0%	69.1%	45.1%	29.6%	50.0%	40.1%	38.9%	73.5%	40.1%	21.0%	57.4%	19.8%	33.3%	4.3%	1.2%
随時開かれる会議で検討	111	80	50	30	46	51	54	61	27	32	45	27	31	2	5
	100.0%	72.1%	45.0%	27.0%	41.4%	45.9%	48.6%	55.0%	24.3%	28.8%	40.5%	24.3%	27.9%	1.8%	4.5%

ヒヤリハット報告や内容の分析等をテーマとした検討に差が見られる

2. ヒヤリハットの認識

- ヒヤリハットに該当すると考えられる「レベル」については、最も軽度な「レベル0」を選択した事業所は約6割、「レベルI」は約5割という結果であり、軽度な事象であってもヒヤリハットと認識している事業所が比較的多いことが明らかとなった。
- ヒヤリハットとアクシデントの区分について、明確に区分しているとした場合であっても、影響度の高い重大なレベル（アクシデントレベル）をヒヤリハットとしている事業所も少なからず存在しているが、介護職員によるヒヤリハットの気付きを増やしていくことが、将来的な利用者の安全、安心、事業所にとってのリスク管理になると考えられることから、ヒヤリハットとアクシデントの区別ができることが重要ではなく、むしろ、**レベル0、Iに該当する事案であっても、具体的な事例を挙げるなどの工夫を行い、ヒヤリハットに該当することの認識を高め、低いレベルの事案でしっかりリスク管理していくことが重要である点を周知していくべきではないか。**

図表4 ヒヤリハットに該当すると考えるレベル(報告書p.125)



図表5 ヒヤリハットとアクシデントの区別の実施状況別 報告書p.125)

	Q11 ヒヤリハットに該当すると考えるもの									
	合計	エラーや医薬品・機器等の不具合が見られたが、対象者には実施されなかった	対象者への実害はなかった	簡単な処置や治療は行わなかった	処置や治療を要した	濃厚な処置や治療を要した	永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害は伴わない	永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害は伴う	わからない	無回答
全体	442	281	231	137	49	35	34	31	21	69
	100.0%	63.6%	52.3%	31.0%	11.1%	7.9%	7.7%	7.0%	4.8%	15.6%
明確に区別している	10	74	54	32	6	5	4	3	2	6
	100.0%	73.3%	53.5%	31.7%	5.9%	5.0%	4.0%	3.0%	2.0%	5.9%
ある程度区別している	169	124	103	62	15	10	10	9	8	12
	100.0%	73.4%	62.1%	36.7%	8.9%	5.9%	5.9%	5.3%	4.7%	7.1%
特に区別していない	106	66	61	40	27	19	20	19	5	8
	100.0%	62.3%	57.5%	37.7%	25.5%	17.9%	18.9%	17.9%	4.7%	7.5%
わからない	2	14	10	3	1	1	0	0	6	1
	100.0%	66.7%	47.6%	14.3%	4.8%	4.8%	0.0%	0.0%	28.6%	4.8%

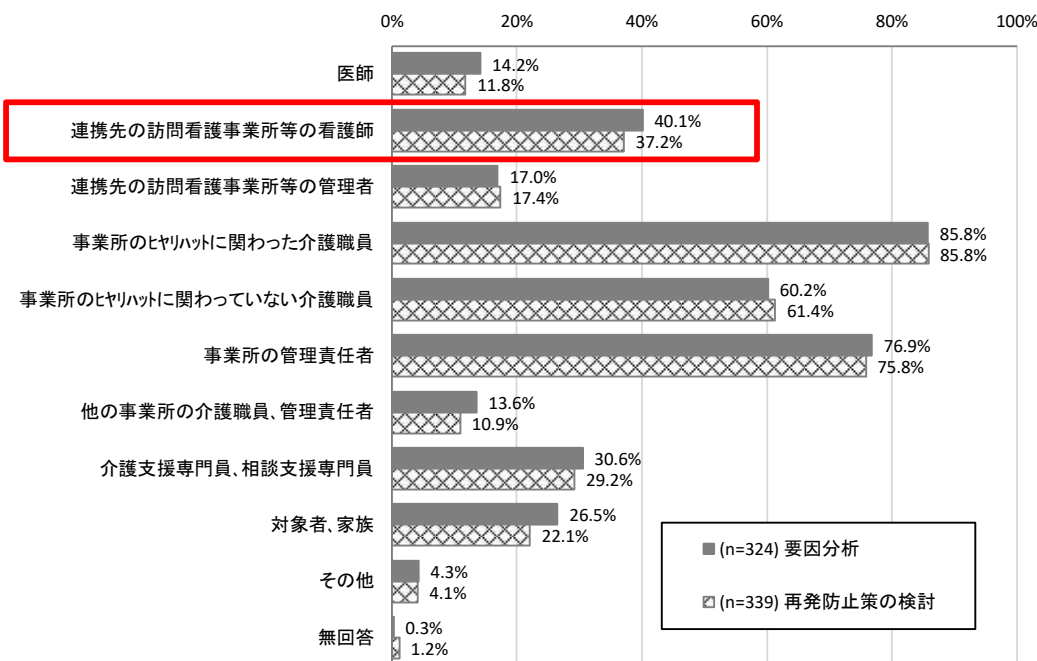
アクシデントとの区別をおこなっていても低レベルの「ヒヤリハット」の認識レベルに差はない

アクシデントを明確に区別することで重大なレベルの認識は高まる

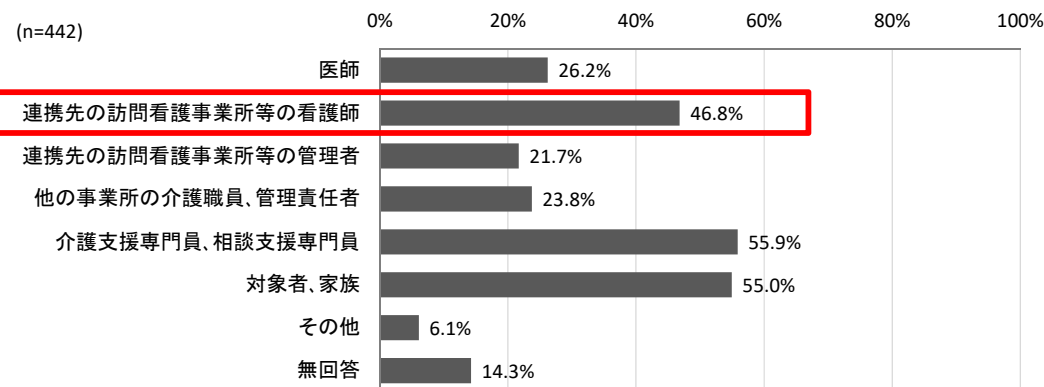
3. 看護職員等の関与

- 連携する看護職員の関与状況を見ると、安全委員会への出席については、「新規」会議体の設置、「定期的に開催される既存の会議で検討」では7割から8割の事業所で連携先の看護師が参加していると回答しており、関与の高さが伺われた。一方で、「随時開かれている会議で検討」では4割に届かず、看護師が関与できていない場合が多いことが明らかとなった。
- また、現場での関与状況として、「個別のヒヤリハット事例」の要因分析や再発防止策の検討の際の議論メンバーをみると、いずれも連携先の看護師の関与は約4割（医師は1割程度）となっており、医療職が入らない状況で要因分析や再発防止策の検討を行っている事業所が多く、共有先についても連携先の看護師に共有を行う事業所は約5割と半数程度に留まっていた。
- すべての事例について、看護師を含めた医療職に相談、対応策の検討等を行う必要があるとは限らないが、**医療職による検討、判断が必要な事案については、その場で相談等できない場合や家族への連絡、相談で解決した場合であっても、発生した事案を蓄積し、後日、安全委員会にて議論することが求められる。**
- なお、医師、看護師へのアプローチについては、通知にて、「喀痰吸引等業務従事者から看護職員への日常的な連絡・相談・報告体制等の他、看護職員と医師、喀痰吸引等業務従事者と医師との連絡体制等についての取り決めの文書化などにより連携体制を構築すること」とされていることから、**安全管理の主体である介護事業所側が、積極的にヒヤリハットの情報を提供し、安全管理上の課題解決に向けた体制構築を行っていくべき**である。

図表6 「個別のヒヤリハット事例」の要因分析、再発防止策を行う際に議論する主なメンバー（報告書p.127）



図表7 ヒヤリハットの内容について事業所以外に情報共有する先（報告書p.127）



4. 「把握できていないヒヤリハットが多い」と感じている事業所の特徴

- 現在把握できていないヒヤリハットがあるかどうかについては、安全委員会の設置にて「新規」の会議体を設置している、ヒヤリハットとアクシデントを明確に区別している、といった、取組を行っている事業所の方が把握できていないヒヤリハットが「かなりあると思う」と回答している傾向が見られた。
- また、ヒヤリハットの報告判断について、「介護職員に委ねている」と回答した事業所では「かなりあると思う」「まあまああると思う」の割合が44.7%であるのに対し、「判断は介護職員にさせていない」と回答した事業所では52.2%となっており、こちらも判断をさせていない事業所の方が把握できていないと感じる傾向が高いことが明らかとなった。
- 報告方法別にみると、「かなりあると思う」「まあまああると思う」の割合は、「口頭の報告による把握」が46.2%、「メールSNS等の報告による把握」が58.6%、「報告用の記録用紙の報告による把握」が60.9%と、簡易な方法で発生したタイミングで報告している事業所の方が把握できていると感じており、記録用紙などの書式での提出を求めている事業所の方が把握できていないと感じる傾向が見られた。
- ヒヤリハットに関する認識が高く、取組を行っている事業所ほど潜在的なヒヤリハットの存在を懸念しているのか、懸念がある／認識が高いからこそ取組を積極的におこなっているかは今回の調査では明確に言及できない。一方で、報告手段については、「記録用紙の報告による把握」の場合、成果が上がらないと考える事業所が多いことから、記録用紙への記載にかかる負担（内容・時間など）が報告を消極的にしている可能性もある。**まずは簡易であっても報告しやすい様式の検討や、簡易かつ迅速な報告と記録用紙による詳細な事後報告といった「2段階の報告システム」の構築など、報告方法を検討することが効果的**ではないか。

図表8 安全委員会の設置状況別（報告書p.128）

	合計	Q16 現在把握しているヒヤリハット以外に発生しているヒヤリハット					
		かなりあると思う	まあまああると思う	ほとんどないと思う	まったくないと思う	わからない	無回答
全体	442	36	156	146	18	33	53
	100.0%	8.1%	35.3%	33.0%	4.1%	7.5%	12.0%
「新規」の会議体を設置	48	6	20	13	2	4	3
	100.0%	12.5%	41.7%	27.1%	4.2%	8.3%	6.3%
定例的に開催される既存の会議で検討	162	13	67	59	8	13	2
	100.0%	8.0%	41.4%	36.4%	4.9%	8.0%	1.2%
随時開かれる会議で検討	111	10	34	45	6	10	6
	100.0%	9.0%	30.6%	40.5%	5.4%	9.0%	5.4%
設置していない	57	3	22	20	1	5	6
	100.0%	5.3%	38.6%	35.1%	1.8%	8.8%	10.5%

図表9 ヒヤリハットとアクシデントの区別状況別（報告書p.129）

	合計	Q16 現在把握しているヒヤリハット以外に発生しているヒヤリハット					
		かなりあると思う	まあまああると思う	ほとんどないと思う	まったくないと思う	わからない	無回答
全体	442	36	156	146	18	33	53
	100.0%	8.1%	35.3%	33.0%	4.1%	7.5%	12.0%
明確に区別している	101	13	42	34	4	4	4
	100.0%	12.9%	41.6%	33.7%	4.0%	4.0%	4.0%
ある程度区別している	169	14	76	52	10	14	3
	100.0%	8.3%	45.0%	30.8%	5.9%	8.3%	1.8%
特に区別していない	106	8	32	50	3	7	6
	100.0%	7.5%	30.2%	47.2%	2.8%	6.6%	5.7%
わからない	21	0	3	8	1	7	2
	100.0%	0.0%	14.3%	38.1%	4.8%	33.3%	9.5%

図表10 ヒヤリハットの把握方法のうち最も多い方法別（報告書p.129）

	合計	Q16 現在把握しているヒヤリハット以外に発生しているヒヤリハット					
		かなりあると思う	まあまああると思う	ほとんどないと思う	まったくないと思う	わからない	無回答
全体	442	36	156	146	18	33	53
	100.0%	8.1%	35.3%	33.0%	4.1%	7.5%	12.0%
口頭の報告による把握	149	11	57	55	7	14	5
	100.0%	7.4%	38.3%	36.9%	4.7%	9.4%	3.4%
メール、SNS等の報告による把握	41	4	20	13	2	2	0
	100.0%	9.8%	48.8%	31.7%	4.9%	4.9%	0.0%
訪問介護記録や介護日誌等への記録	18	0	9	8	0	1	0
	100.0%	0.0%	50.0%	44.4%	0.0%	5.6%	0.0%
報告用の記録用紙の報告による把握	69	10	32	17	1	7	2
	100.0%	14.5%	46.4%	24.6%	1.4%	10.1%	2.9%

5. 「個別のヒヤリハット事例の要因分析」に取り組んでいる事業所の特徴

- 現場で発生する「個別のヒヤリハット事例」の要因分析について、「すべての事例について要因分析をおこなっている」とした割合をみると、安全委員会の設置状況では「新規」の会議体を設置している事業所で約7割と高いが、定期的、随時の会議ではいずれも5割以下となっており、現場ではすべての事例について検討出来ているわけではなく、利用者に影響の大きい事例のみ検討している事業所が多くなる傾向が見られた。
- また、ヒヤリハットに遭遇した際の対応マニュアルの有無別にみると、ヒヤリハットの対応マニュアルを作成している事業所では、「アクシデントのみ作成」している事業所に比べ、「すべての事例について要因分析をおこなっている」とした割合が高い傾向がみられることから、対応マニュアルを作成することの有効性が示されている。
- 報告方法別にみると、「口頭の報告による把握」では「すべての事例について要因分析をおこなっている」とした割合が5割以上だが、「メール、SNS等」では約3割となっており、「その場」でやり取りができることで検討を行う割合が変化していることが把握できた。

図表11 安全委員会の設置状況別(報告書p.130)

	合計	Q22 把握した「個別のヒヤリハット事例」についての要因分析					
		すべての事例について要因分析をおこなっている	発生頻度の多い事例についてのみ要因分析をおこなっている	利用者への影響が大きい事例のみ要因分析をおこなっている	その他	要因分析をおこなっていない	無回答
全体	442	190	79	120	28	25	66
	100.0%	43.0%	17.9%	27.1%	6.3%	5.7%	14.9%
「新規」の会議体を設置	48	33	1	5	3	3	3
	100.0%	68.8%	2.1%	10.4%	6.3%	6.3%	6.3%
定期的開催される既存の会議で検討	162	76	38	51	12	7	9
	100.0%	46.9%	23.5%	31.5%	7.4%	4.3%	5.6%
随時開かれる会議で検討していない	111	51	22	40	9	2	6
	100.0%	45.9%	19.8%	36.0%	8.1%	1.8%	5.4%
設置していない	57	21	12	15	2	8	9
	100.0%	36.8%	21.1%	26.3%	3.5%	14.0%	15.8%

図表12 ヒヤリハットに遭遇した際の対応マニュアルの有無別(報告書p.131)

	合計	Q22 把握した「個別のヒヤリハット事例」についての要因分析					
		すべての事例について要因分析をおこなっている	発生頻度の多い事例についてのみ要因分析をおこなっている	利用者への影響が大きい事例のみ要因分析をおこなっている	その他	要因分析をおこなっていない	無回答
全体	442	190	79	120	28	25	66
	100.0%	43.0%	17.9%	27.1%	6.3%	5.7%	14.9%
ヒヤリハット、アクシデント両方について作成している	225	114	50	68	14	10	9
	100.0%	50.7%	22.2%	30.2%	6.2%	4.4%	4.0%
ヒヤリハットのみ作成している	79	38	13	21	4	7	7
	100.0%	48.1%	16.5%	26.6%	5.1%	8.9%	8.9%
アクシデントのみ作成している	22	9	3	10	1	0	2
	100.0%	40.9%	13.6%	45.5%	4.5%	0.0%	9.1%
ヒヤリハット、アクシデントどちらも作成していない	66	25	10	17	8	8	6
	100.0%	37.9%	15.2%	25.8%	12.1%	12.1%	9.1%

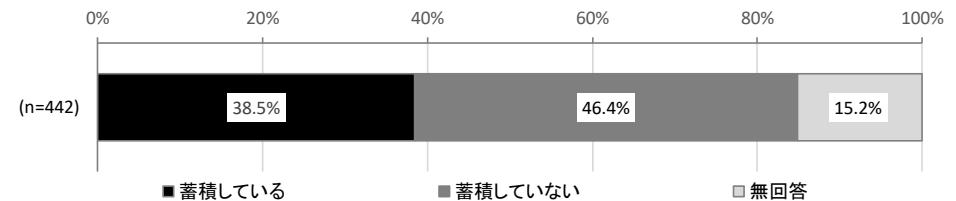
図表13 ヒヤリハットの把握方法のうち最も多い方法別(報告書p.131)

	合計	Q22 把握した「個別のヒヤリハット事例」についての要因分析					
		すべての事例について要因分析をおこなっている	発生頻度の多い事例についてのみ要因分析をおこなっている	利用者への影響が大きい事例のみ要因分析をおこなっている	その他	要因分析をおこなっていない	無回答
全体	442	190	79	120	28	25	66
	100.0%	43.0%	17.9%	27.1%	6.3%	5.7%	14.9%
口頭の報告による把握	149	81	27	35	9	6	13
	100.0%	54.4%	18.1%	23.5%	6.0%	4.0%	8.7%
メール、SNS等の報告による把握	41	13	12	17	1	4	1
	100.0%	31.7%	29.3%	41.5%	2.4%	9.8%	2.4%
訪問介護記録や介護日誌等への記録内容	18	6	2	6	3	2	2
	100.0%	33.3%	11.1%	33.3%	16.7%	11.1%	11.1%
報告用の記録用紙の報告による把握	69	33	12	22	3	4	2
	100.0%	47.8%	17.4%	31.9%	4.3%	5.8%	2.9%

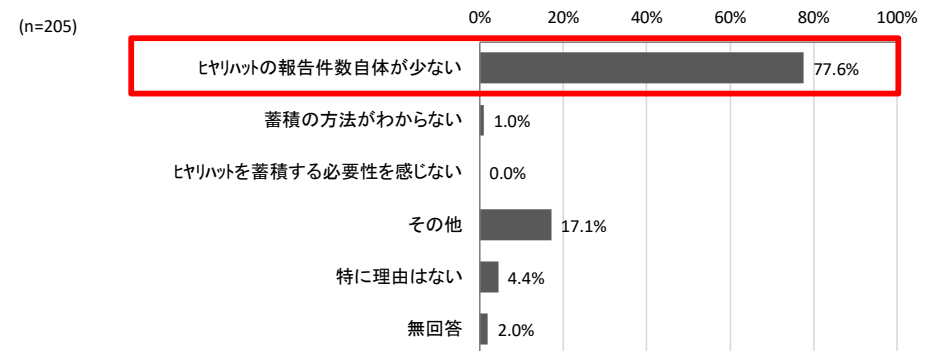
6. ヒヤリハット報告事例の蓄積・活用

- 省令に必要事項として記載されている「ヒヤリハットの報告事例の蓄積」については、「蓄積している」とした事業所は約4割という結果であった。また、喀痰吸引等を提供している利用者数が多い事業所ほど蓄積を行っている割合が高く、報告様式が整備されている事業所ほど蓄積を行っている割合が高い傾向が見られたが、安全委員会の設置状況や個別のヒヤリハット事例の検討状況では差が見られなかった。
- 蓄積していない理由では、「ヒヤリハットの報告件数自体が少ない（77.6%）」が最も多く、「その他（17.1%）」では、「これまでヒヤリハットが起こったことがない」などが挙げられている。ある程度の件数がないと事例の蓄積が難しいと考えられるが、蓄積した事例の検討については、医療職のいない現場では検討や判断が難しい事例や、事業所が環境整備を行うことでリスク軽減できる事例など、その場では解決できない／解決しきれしていない事例を扱うことが重要と考えられる。
- 一方で、把握したヒヤリハット事例の活用状況では、「手順書やマニュアルの見直し」を行っている事業所が約4割、「事業所内の研修材料への反映」が約3割と、再発予防に向けた活用が行われている状況が見て取れる。また、ヒヤリハット・アクシデントに対する職員の意識や判断能力を高めるための取組等では、約6割の事業所が取組を行っている。
- 規模が小さい、件数が少なく現場で医療職が関与できていない事業所では蓄積した分析は困難が予測されるものの、そうした事業所こそ、**少ない事例でも蓄積した分析を今後を活用していくべきであり、個別事例の分析とは異なる蓄積した事例の分析だからこそみてくる再発予防策、活用方法を周知していくべきではないか。**
- また、あわせて、今後、共通のフォーマット等による情報の蓄積、要因や対応方策の検討などを一定の圏域単位（もしくは全国規模）で行うことが必要であり、**小規模の事業所でもどのようなヒヤリハットが発生しやすく、どのような対応がリスク軽減につながるのか理解、認識できるよう環境整備を進めていくことが求められる。**

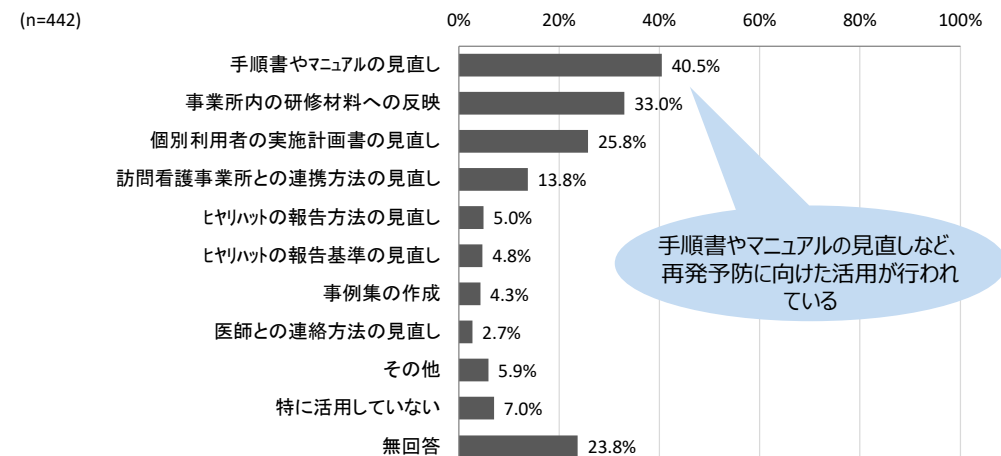
図表14 ヒヤリハットの報告事例の蓄積状況（報告書p.132）



図表15 ヒヤリハットの報告事例を蓄積していない理由（報告書p.134）



図表16 把握したヒヤリハット事例の活用状況（報告書p.134）

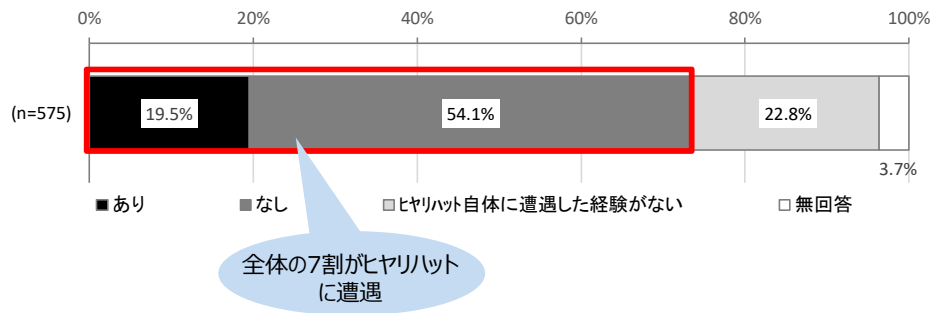


手順書やマニュアルの見直しなど、再発予防に向けた活用が行われている

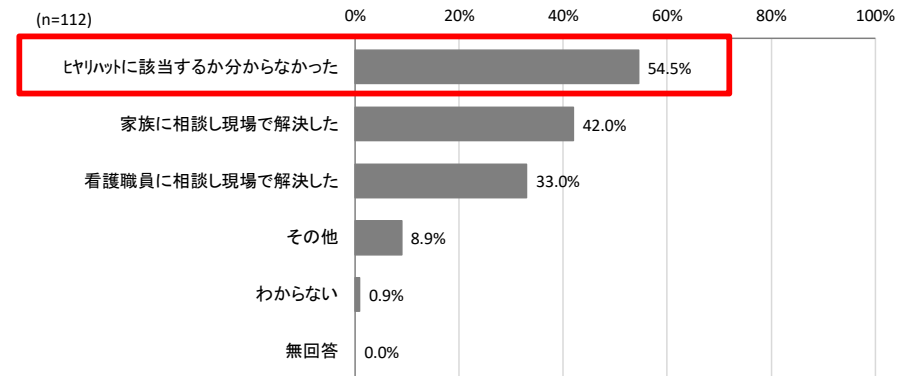
7. 介護職員のヒヤリハット遭遇経験、報告判断を迷った経験と迷う理由

- ヒヤリハット自体に遭遇したことがある介護職員が約7割であり、そのうち、報告判断について介護職員が迷ったかどうかを聞いたところ、認定特定業務従事者である介護職員の7割がヒヤリハットの報告に迷った経験がない（※「ヒヤリハットに遭遇したことがない」を除外、事業所票と紐づけられた410件を集計した場合）という結果であった。
- 迷った経験の有無は、対応マニュアルの有無や報告基準の有無には関係性が見られなかったが、報告基準を共有する際、「具体的な表現で説明している」場合に、「迷った経験あり」の割合が高い傾向が見られた。より詳細な調査が必要ではあるが、抽象的な表現で説明→何か利用者に変化があったら報告、といったことが含まれるのではないかと考えられ、**介護職員に対してヒヤリハットの具体を説明するよりも、「いつもと違う」ことが発生した場合に報告してもらおう、といったことが有効となる可能性**が示された。
- 一方で、ヒヤリハットの報告に迷った理由をみると、「ヒヤリハットに該当するか分からなかった」が約5割と最も高いが、「抽象的な表現で説明」している場合にその割合が高い傾向が見られた。抽象的な表現で説明すること自体は介護職員のヒヤリハット報告の迷いを減らす可能性があるが、**該当するかどうか迷うレベル（レベルの低いヒヤリハット）については、具体的に説明を行う方が有効**ではないかと考えられる。

図表17 ヒヤリハットの報告に迷った経験（報告書p.135）



図表19 ヒヤリハットの報告に迷った理由（報告書p.137）



図表18 ヒヤリハットの報告基準「有」共有する際の表現別（報告書p.136）

	合計	Q6 これまで遭遇したヒヤリハットのうち、事業所に報告するか否か迷った経験の有無		
		あり	なし	無回答
全体	410	105	287	18
	100.0%	25.6%	70.0%	4.4%
具体的な表現で説明している	123	37	84	2
	100.0%	30.1%	68.3%	1.6%
抽象的な表現で説明している	121	27	90	4
	100.0%	22.3%	74.4%	3.3%

図表20 ヒヤリハットの報告基準「有」共有する際の表現別（報告書p.137）

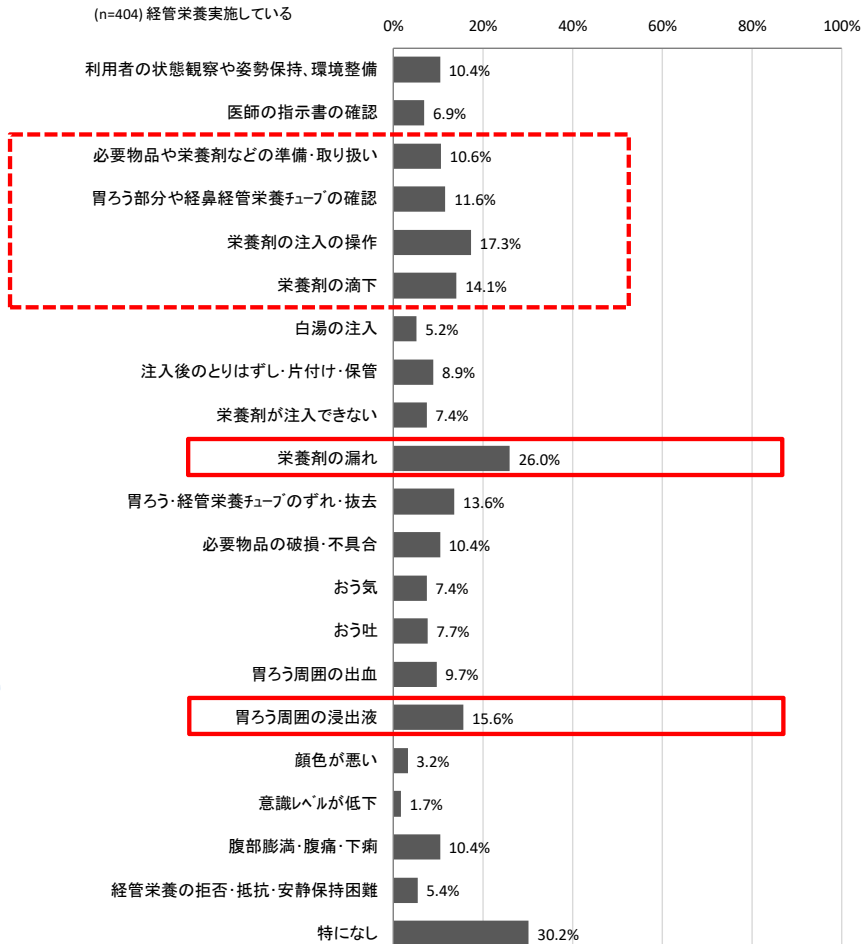
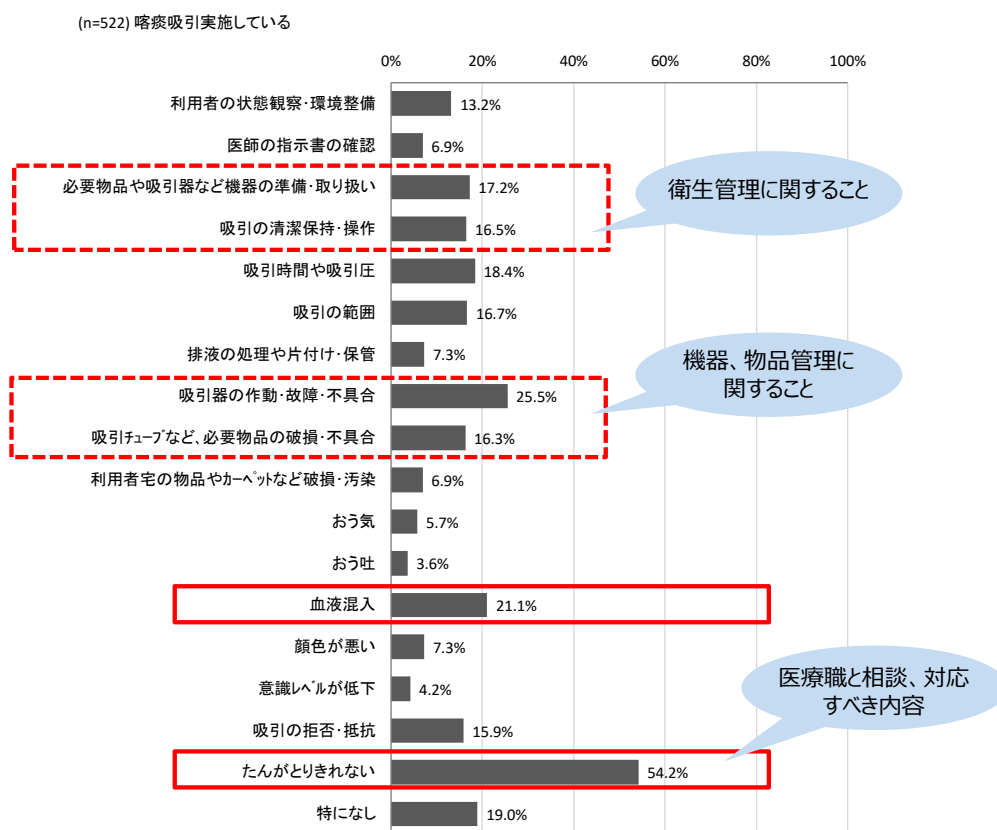
	合計	Q6-1 事業所に報告するか否か迷った理由						非該当
		ヒヤリハットに該当するか分からなかった	家族に相談し現場で解決した	看護職員に相談し現場で解決した	その他	わからない	無回答	
全体	105	57	44	34	9	1	0	428
	100.0%	54.3%	41.9%	32.4%	8.6%	1.0%	0.0%	
具体的な表現で説明している	37	19	17	9	3	0	0	123
	100.0%	51.4%	45.9%	24.3%	8.1%	0.0%	0.0%	
抽象的な表現で説明している	27	18	9	7	3	1	0	129
	100.0%	66.7%	33.3%	25.9%	11.1%	3.7%	0.0%	

8. 介護職員がよく遭遇するヒヤリハットの内容

- 介護職員が遭遇したことがあるヒヤリハットの内容として、「喀痰吸引」では、「たんが取り切れない」や「血液混入」といった医療職と相談、対応すべき内容がある一方、「吸引器の作動・故障・不具合」や「吸引チューブなど、必要物品の破損・不具合」などの機器、物品の管理に関する、「必要物品や吸引器など機械の準備・取扱い」、「吸引の清潔保持・操作」といった衛生管理に関することなど、非常に幅が広いことが明らかとなった。
- まずは、現場で発生しているヒヤリハットには幅があること自体を管理者を含め認識することが重要だが、その上で、医療職と相談、対応すべき内容だけでなく、「吸引器の作動・故障・不具合」や「吸引チューブなど、必要物品の破損・不具合」といった機器、物品の管理を徹底することで防げるリスク、「必要物品や吸引器など機械の準備・取扱い」、「吸引の清潔保持・操作」といった衛生管理を徹底することで防げるリスクがあり、このレベルでリスク管理を行うことで高リスクの発生に繋がらない意識が必要とではないか（現場レベルでの解決ではなく、安全委員会等での検討が必要）。

図表21 遭遇したことがある出来事やトラブル<喀痰吸引> (報告書p.138)

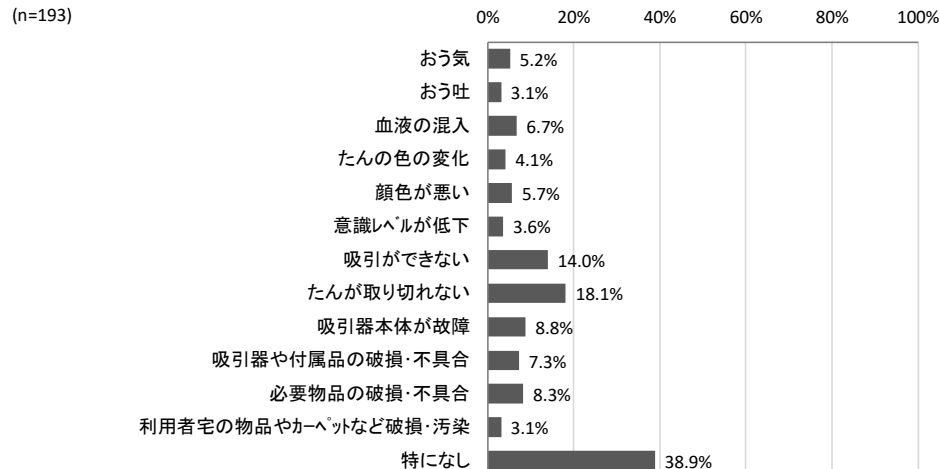
図表22 遭遇したことがある出来事やトラブル<経管栄養> (報告書p.139)



9. 過去に報告のあったヒヤリハット事例の利用者に生じた影響や変化とその要因

- 事業所票にて、過去に報告のあったヒヤリハット事例の利用者に生じた影響や変化とその要因をみると、例えば「たんが取り切れない」といった影響や変化に対し、要因としては「吸引時間や吸引圧」や「吸引の範囲」といった医療職と連携を取るべき内容、「利用者の状態観察・環境整備」や「必要物品や吸引器などの機器の準備・取扱い」といった事前の取り決めで対応できる内容まで、1つの影響や変化に対し、要因にも幅があることが分かった。
- また、要因に対する再発予防策には、「吸引時間や吸引圧」や「必要物品や吸引器など機器の準備・取扱い」など、手順・計画・管理法を事前に決め遵守することで防ぐことができること、「利用者の状態観察」「吸引前後の想定外の状態変化」のように、手順や管理法の遵守では防ぐことが難しく、現場の介護職員のリスクや異常への認識力（気づき）や対応力が求められるものがある。2つの再発予防策は異なり、前者は事業所や医療職等による現場での手順や管理法の確認等のフォローアップ、後者は認識力・対応力の向上を目的としたフォローアップといった研修が必要であると考えられることから、目的に応じた研修体制の構築が求められる。

図表23 過去の喀痰吸引にかかるヒヤリハット事例の生じた影響や変化（報告書p.140）

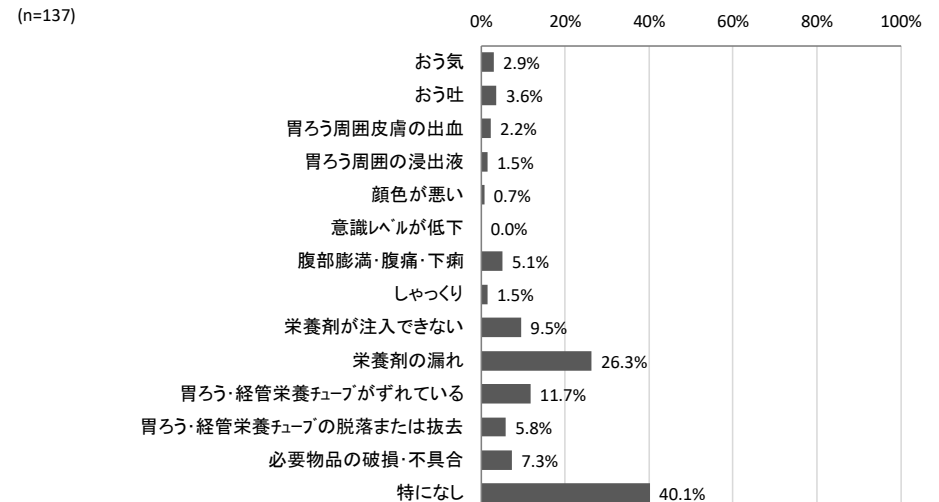


図表24 <生じた影響や変化:たんが取り切れない、24事例>（報告書p.141）

要因	件数	割合
吸引時間や吸引圧	8	33.3%
吸引の範囲（吸引チューブ挿入の長さ）	8	33.3%
利用者の状態観察・環境整備	4	16.7%
吸引前後の（想定外の）状態変化	4	16.7%
必要物品や吸引機など機器の準備・取扱い	3	12.5%
排液の処理や片付け・保管	2	8.3%
吸引の拒否・抵抗（理解・受け止め）	2	8.3%
その他	2	8.3%
吸引の清潔保持・操作	1	4.2%
吸引機の作動・故障	1	4.2%
合計	24	100.0%

同じ栄養や変化であっても、「要因」は異なっている

図表25 過去の経管栄養にかかるヒヤリハット事例の生じた影響や変化（報告書p.142）



図表26 <生じた影響や変化:栄養剤の漏れ、27事例>（報告書p.142）

要因	件数	割合
栄養剤の注入の操作（チューブの配置・接続）	15	55.6%
利用者の胃ろう部分または経管栄養チューブの確認	9	33.3%
利用者の状態確認や姿勢保持、環境整備	3	11.1%
必要物品や栄養剤などの準備・取扱い	2	7.4%
必要物品の破損・不具合	2	7.4%
注入後のとりはずし・片付け・保管	1	3.7%
経管栄養の拒否・抵抗・安静保持困難（理解・受け止め）	1	3.7%
その他	1	3.7%
合計	27	100.0%

【考察】

【安全委員会等の設置の必要性】

- 在宅における安全委員会等の設置は、在宅事業所の状況を鑑み、通知では多職種が参加する既存の定期的な会議等で代替できているが、今回の調査結果により、定期的な実施ではなく、必要に応じて随時実施している事業所が一定数あることが把握された。小規模事業所にとって連携先の医療機関や訪問看護事業所等の専門職に定期的集まってもらうことの難しさを示しているが、今回の調査結果から、**現場で発生しているヒヤリハットには、事業所による管理徹底が必要なこともあれば、医療職と十分に協議、検討すべき内容まで、幅があることが把握された。**
- 開催頻度については検討の余地はあるが、少なくとも現場レベルや医療職の関わらない場での検討や対策だけでは不十分であることは明らかであり、**現場での個別の解決以外の場を設け、事業所の責任として医師、看護師と連携を取るなど積極的に取り組むべき**である。介護現場で発生しうるリスクから具体的に必要な連携や対応を整理した上で、必要な会議等の設定についてあらためて検討していくことが求められるのではないかと考える。

【ヒヤリハット報告に向けた効果的な方法】

- ヒヤリハットの報告件数を増やしていくためには、ヒヤリハットとアクシデントの区別ができることが重要ではなく、**レベル0、Iに該当する事案であってもヒヤリハットに該当することの認識を高め、低いレベルの事案でしっかりリスク管理していくことが重要である点を周知していくべき**と考える。
- また、介護職員への説明方法については、調査結果から、基本的には「利用者に何か変化があったら」といった抽象的な説明を行いつつ、低レベルのヒヤリハットについては、このレベルでも該当するといったことを具体的な事例などを用いて説明することが有効と考えられる。なお、有効性についてはモデル事業などで詳細に検討することが必要である。
- 一方で、報告手段については、「記録用紙の報告による把握」の場合、成果が上がらないと考える事業所が多いことから、**まずは簡易であっても報告しやすい様式の検討や、簡易かつ迅速な報告と記録用紙による詳細な事後報告といった「2段階の報告システム」の構築など、報告方法を検討することが効果的**ではないかと考える。

【目的に応じた研修の実施】

- ヒヤリハットの再発防止には、手順・計画・管理法を事前に決め遵守することで防ぐことができることと、手順や管理法の遵守では防ぐことが難しく、現場の介護職員のリスクや異常への認識力（気づき）や対応力が求められるものがある。
- 2つの再発予防策は異なり、前者は事業所や医療職等による現場での手順や管理法の確認等のフォローアップ、後者は介護職員の認識力・対応力の向上を目的としたフォローアップ、といった研修が必要であり、**必要な予防策の目的に応じた研修体制の構築、その必要性の周知が必要**ではないかと考える。

【全国的な情報収集の仕組みの構築】

- 介護現場で発生しているヒヤリハットについて、全国レベルでの情報収集は行われていない。特に在宅サービスでは小規模の事業所が中心であり、1事業所では十分に情報蓄積や分析を行うことが難しいことから、**今後、共通のフォーマット等による情報の蓄積を行っていくことを検討すべき**であり、どのようなヒヤリハットが発生しやすく、どのような対応がリスク軽減につながるのかを多くの事業所が理解、認識できるよう環境整備を進めていくことが求められる。

【取組状況一覧 (アンケート調査結果より)】

事業所の取組状況の分類別に見た結果

n=442



【取組状況一覧 (アンケート調査結果より)】

省令で定められていると考えられる項目

報告	ヒヤリハット報告体制 (対応マニュアル等の作成)
	ヒヤリハット報告基準の取り決め
	報告基準の説明方法
	介護職員による報告の判断
	ヒヤリハット報告の方法
	報告用の記録用紙の既定の様式
	報告事例の蓄積
分析・検討	個別事例の 要因分析・再発防止策の検討
	蓄積された複数事例の 要因分析・再発防止策の検討
活用	計画、報告方法、連携方法等 の見直し
	人材育成、事例集作成など

事業所の取組状況の分類別に見た結果 n=442

No.	実施している項目	割合
①	マニュアル等の作成	68.8%
②	マニュアル等の作成 + 報告様式の整備	65.6%
③	マニュアル等の作成 + 報告様式の整備 + 個別事例の要因分析 & 再発防止策の検討	54.3%
④	マニュアル等の作成 + 報告様式の整備 + 個別事例の要因分析 & 再発防止策の検討 + 蓄積	30.1%
⑤	マニュアル等の作成 + 報告様式の整備 + 個別事例の要因分析 & 再発防止策の検討 + 蓄積 + 複数事例の要因分析 & 再発防止策の検討	19.9%
⑥	マニュアル等の作成 + 報告様式の整備 + 個別事例の要因分析 & 再発防止策の検討 + 蓄積 + 複数事例の要因分析 & 再発防止策の検討 + 事例集の作成	2.0%

【取組状況一覧 (アンケート調査結果より)】

省令で定められていると考えられる項目 + a

事業所の取組状況の分類別に見た結果 n=442

		No.	実施している項目	割合
報告	ヒヤリハット報告体制 (対応マニュアル等の作成)			
	ヒヤリハット報告基準の取り決め 追加	①	マニュアル等の作成	68.8%
	報告基準の説明方法			
	介護職員による報告の判断	②	マニュアル等の作成 + 報告基準の取り決め	53.8%
	ヒヤリハット報告の方法			
	報告用の記録用紙の既定の様式	③	マニュアル等の作成 + 報告基準の取り決め + 報告様式の整備	51.1%
	報告事例の蓄積	④	マニュアル等の作成 + 報告基準の取り決め + 報告様式の整備 + 個別事例の要因分析 & 再発防止策の検討	43.4%
分析・検討	個別事例の 要因分析・再発防止策の検討	⑤	マニュアル等の作成 + 報告基準の取り決め + 報告様式の整備 + 個別事例の要因分析 & 再発防止策の検討 + 蓄積	25.3%
	蓄積された複数事例の 要因分析・再発防止策の検討	⑥	マニュアル等の作成 + 報告基準の取り決め + 報告様式の整備 + 個別事例の要因分析 & 再発防止策 の検討 + 蓄積 + 複数事例の要因分析 & 再発防止策の検討	17.9%
活用	計画、報告方法、連携方法等 の見直し			
	人材育成、事例集作成など	⑦	マニュアル等の作成 + 報告基準の取り決め + 報告様式の整備 + 個別事例の要因分析 & 再発防止策 の検討 + 蓄積 + 複数事例の要因分析 & 再発防止策の検討 + 事例集の作成	2.0%