

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究事業 報告書

令和2年3月



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

- 目 次 -

第1章 本調査研究の実施概要	1
1. 調査の目的	1
2. 本調査研究事業の全体像	2
(1) 全体構成	2
(2) 実施スケジュール	3
3. 各調査の実施概要	4
(1) アンケート調査	4
(2) ヒアリング調査	8
4. 実施体制	10
(1) 委員会	10
(2) 担当研究員体制	11
第2章 アンケート調査結果	12
【本調査の集計対象について】	12
1. 基本情報	13
(1) 事業者属性（令和元年11月30日時点）	13
2. 職員体制（令和元年11月30日時点）	16
(1) 介護職員の体制	16
(2) 認定特定行為業務従事者等の体制（喀痰吸引等をおこなう職員の体制）	17
3. 喀痰吸引等を提供している利用者の状況（令和元年11月30日時点）	18
(1) 喀痰吸引等を提供している利用者の状況	18
4. 喀痰吸引等計画書	19
(1) 喀痰吸引等計画書	19
5. 喀痰吸引等の提供に関する安全対策実施状況について	21
(1) 喀痰吸引等の安全に関する委員会や会議	21
6. 喀痰吸引等にかかるヒヤリハット・アクシデント	25
(1) ヒヤリハット・アクシデントに対する意識	25
(2) 喀痰吸引等にかかるヒヤリハット・アクシデントの報告	27
(3) 喀痰吸引等にかかる「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	43
(4) 喀痰吸引等にかかる「蓄積したヒヤリハット事例」の要因分析や再発防止策の検討	55
(5) 喀痰吸引等にかかるヒヤリハット事例の活用	68
(6) ヒヤリハット・アクシデント（喀痰吸引等に限定しない）に対する意識	69
(7) 過去3年に把握した喀痰吸引等にかかるヒヤリハットの件数	75
(8) 過去のヒヤリハット事例の該当する要因と生じた影響や変化	76

7. 介護職員の喀痰吸引等におけるヒヤリハット等に関する考え（介護職員票）	82
(1) 基本属性	82
(2) 介護職員による喀痰吸引等の実施について	83
(3) 喀痰吸引等のヒヤリハット等について	84
8. 介護職員による喀痰吸引等におけるヒヤリハット等に関する考え（看護職員票）	100
(1) 基本属性	100
(2) 介護職員による喀痰吸引等の実施について	101
(3) 介護職員による喀痰吸引等のヒヤリハット等について	102
第3章 ヒアリング調査結果	108
1. ヒアリング調査結果	108
(1) 事例Ⅰ 社会福祉法人訪問の家 さくら草	108
(2) 事例Ⅱ 株式会社 ケアサポートたちばな	114
(3) 事例Ⅲ 社会福祉法人桐仁会 特別養護老人ホームちようふ花園	117
(4) 事例Ⅳ 医療法人健育会 ケアセンターけやき	120
第4章 まとめ	123
1. 各論	123
2. 考察	143
3. 取組状況一覧（アンケート調査結果より）	144

【資料編】

1. アンケート調査票「介護職員による喀痰吸引等におけるヒヤリハット等に関するアンケート調査」
 - 事業所票
 - 介護職員票
 - 看護職員票
2. リーフレット案

第1章 本調査研究の実施概要

1. 調査の目的

平成24年4月1日以降、社会福祉法及び介護福祉法の一部改正により、介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等は、一定の条件の下に喀痰吸引等の行為を実施できるようになり、平成30年4月時点で、登録特定行為事業者の件数は23,226件（老人福祉法・介護保険法関係施設・事業所：16,638件、障害者総合支援法・児童福祉法関係施設・事業所：6,163件、その他：425件）、実際に認定行為を実施可能な認定特定行為業務従事者の認定証件数は152,352件（第1号：9,239、第2号：46,262、第3号：96,851件、加えて経過措置対象分は計200,567件）と、今後も喀痰吸引等のケアニーズに応じて、介護職員等によるケアの提供は増えていくと考えられる。

一方で、介護職員による安全なケア提供に向けた事業所体制を見ると、ヒヤリハット報告の仕組みがある事業所は7割を超えているが、5割以上の事業所ではヒヤリハットに関して「課題がある」としており、特に、「1事業所では事例が少なく、事例を蓄積した分析ができない」、「職員が多忙であり、十分にヒヤリハットが報告されていない」、「ヒヤリハットを積極的に報告する職員の意識が醸成されていない」といった課題が上位を占めていた¹。

上記背景を踏まえ、今年度の調査研究事業では、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①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。あわせて、②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)を収集することで実践例を整理し、③①の実態、②の事例を踏まえ、規模の小さい事業所であっても、職員、事業所が積極的に取り組めるような方策の検討を行うことを目的に実施する。

¹「介護職における喀痰吸引等の質の確保に関する調査研究事業」、平成30年度老人保健健康増進等事業、三菱UFJリサーチ&コンサルティング

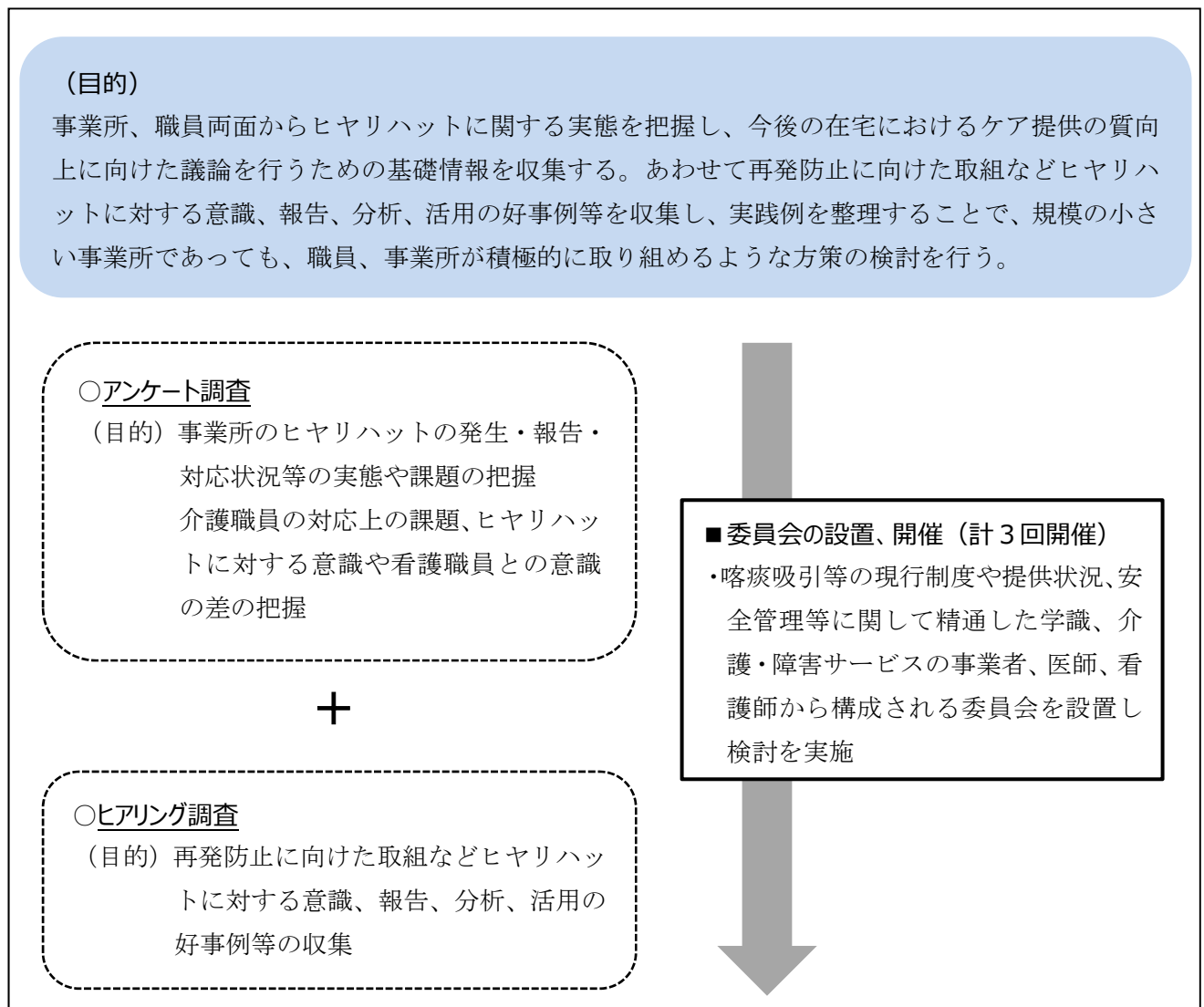
2. 本調査研究事業の全体像

(1) 全体構成

本調査研究事業の全体構成は、以下の通りである。

委員会を設置した上で、事業所のヒヤリハットの発生・報告・対応状況等の実態や課題の把握、介護職員の対応上の課題、ヒヤリハットに対する意識や看護職員との意識の差の把握を目的とした「アンケート調査」、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、活用の好事例等の収集を目的とした「ヒアリング調査」を実施する。

図表 1-1 全体構成



(2) 実施スケジュール

本調査研究事業の実施スケジュールは、以下の通りである。

図表 1-2 実施スケジュール

	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
(1) 委員会									
開催			●		●			●	▲
(2) アンケート調査									
調査票設計、対象抽出等			←————→						
調査実施（配布、回収）						←————→			
データ入力、集計、分析							←————→		
(3) ヒアリング調査									
ヒアリング対象選定、調整等							←————→		
ヒアリング調査実施								←————→	

※第4回委員会については、委員長および厚生労働省担当課と協議を実施した上で、新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から会場での開催を中止し、各委員から意見を聴取する形式とした

3. 各調査の実施概要

(1) アンケート調査

① 調査の目的

在宅における「ヒヤリハット」に焦点を当て、下記(ア)(イ)のような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(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として実施した。

(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

② 調査対象、調査対象数

「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 4,162 件(平成 29 年 4 月 1 日時点の登録事業所のうちサービス種別による事業所の重複を除いた件数)から 2,000 件を無作為抽出し、調査票を発送した。

また、上記事業者にて就労する介護職員、連携先の看護職員にも事業者経由で調査票を配布した(介護職員 2 名、看護職員 2 名を任意に選択)。

③ 調査方法

郵送配布、郵送回収

④ 調査実施期間

アンケート調査の実施時期は以下の通りである。

【実施期間】

令和元年 12 月 16 日(月)～令和 2 年 1 月 17 日(金)

⑤ 回収状況

調査票の回収状況は以下の表の通り。調査票不達分を除いた1,925件の調査対象数に対し、619件の回収（回収率32.2%）であった。また、介護職員票は575件、看護職員票は156件の回収であった。

図表 1-3 回収状況（事業所調査）

	調査票発送数	調査対象数回収率 (不達分除く)	回収数	回収率
回収状況	2,000 件	1,925 件	619 件	32.2%

⑥ 主な調査テーマ、調査項目

事業所調査、職員調査の主な調査テーマ、調査項目は以下の通りである。

図表 1-4 主なテーマ、調査項目【事業所票】

主なテーマ	調査項目
1. 基本情報	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業所区分（訪問介護／居宅介護／重度訪問介護） ・ 開設主体 ・ 併設機関 ・ 利用者数
2. 職員体制	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護職員の体制 ・ 認定特定行為業務従事者等の体制
3. 喀痰吸引等を提供している利用者の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護職員が喀痰吸引等を提供している利用者数
4. 喀痰吸引等計画書	<ul style="list-style-type: none"> ・ 喀痰吸引等計画書を作成する際に関与している専門職等 ・ 喀痰吸引等計画書を作成する際に医師から説明を受けている事項 ・ 喀痰吸引等計画書を作成する際に看護師から説明を受けている事項
5. 喀痰吸引等にかかる安全委員会等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 喀痰吸引等にかかる安全委員会等の設置状況 ・ 安全委員会等への出席メンバー ・ 安全委員会等での検討内容
6. 喀痰吸引等にかかるヒヤリハット・アクシデントについて	<p>(1) ヒヤリハット・アクシデントに対する意識</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ヒヤリハットとアクシデントの区別 ・ ヒヤリハットに該当すると考えるレベル <p>(2) 喀痰吸引等にかかるヒヤリハット・アクシデントの報告</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 対応マニュアルの作成状況 ・ 報告基準の作成状況 ・ 介護職員による報告の判断基準の設定状況 ・ ヒヤリハットの把握方法 ・ ヒヤリハットを把握する上での課題 ・ 把握できていないヒヤリハットの有無 ・ ヒヤリハット報告用の記録用紙の様式の有無 ・ ヒヤリハットの事業所以外の共有する先 ・ ヒヤリハットの報告全般の課題 ・ ヒヤリハットの報告を円滑に行えるようにするための工夫 / 等

主なテーマ	調査項目
	<p>(3) 喀痰吸引等にかかる個別のヒヤリハット事例の要因分析／再発防止策の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 個別のヒヤリハット事例の要因分析／再発防止策の検討の実施状況 ・ 要因分析／再発防止策の検討を行う際に議論する主なメンバー ・ 要因分析／再発防止策の検討を行った結果の記録状況 <p>(4) 喀痰吸引等にかかる蓄積したヒヤリハット事例の要因分析／再発防止策の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 喀痰吸引等にかかるヒヤリハットの報告事例の蓄積状況 ・ 蓄積したヒヤリハット事例の要因分析／再発防止策の検討の実施状況 ・ 要因分析／再発防止策の検討を行う際に議論する主なメンバー ・ 要因分析／再発防止策の検討を行っていない理由 ・ 要因分析／再発防止策の検討を行う上での課題 ・ 要因分析／再発防止策の検討を行う際の工夫 / 等 <p>(5) 喀痰吸引等にかかるヒヤリハット事例の活用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 喀痰吸引等にかかるヒヤリハット事例の活用方法 / 等 <p>(6) ヒヤリハット・アクシデント（喀痰吸引等に限定しない）に対する意識</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ヒヤリハット・アクシデント（喀痰吸引等に限定しない）の報告数に対する考え ・ ヒヤリハット・アクシデントに対する意識や判断能力を高めるための取組等の実施状況 ・ ヒヤリハット・アクシデントに対する意識や判断能力を高める上での課題 / 等
7. 過去の喀痰吸引等にかかるヒヤリハット・アクシデントの報告内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 過去3年間に把握した喀痰吸引等にかかるヒヤリハットの件数 ・ 過去に把握した喀痰吸引等にかかるヒヤリハットのうちよく発生するものや印象的なもの／その要因と変化や影響

図表 1-5 主なテーマ、調査項目【介護職員票】

主なテーマ	調査項目
1. 基本属性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保有資格 ・ 喀痰吸引等の通算実施経験年数 ・ 「在宅」において喀痰吸引等を実施した利用者の実人数
2. 介護職員による喀痰吸引等の実施について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 実施している行為
3. 喀痰吸引等のヒヤリハット等について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 喀痰吸引等にかかる安全委員会等への出席状況 ・ ヒヤリハットの報告数に対する考え ・ 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、迷った理由 ・ ヒヤリハットに該当すると考えるもの ・ 喀痰吸引等の実施に関して遭遇したことがある出来事やトラブル ・ 喀痰吸引等のヒヤリハット全般において感じていること

図表 1-6 主なテーマ、調査項目【看護職員票】

主なテーマ	調査項目
1. 基本属性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保有資格 ・ 看護職員としての通算経験年数 ・ 介護職員が提供する喀痰吸引等に関与している通算年数
2. 介護職員による喀痰吸引等の実施について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 喀痰吸引等を実施する介護職員に対して行っている指導・助言
3. 喀痰吸引等を提供している利用者の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 喀痰吸引等にかかる安全委員会等への出席状況 ・ ヒヤリハットの報告数に対する考え ・ 介護職員から喀痰吸引等のヒヤリハットについて相談や報告を受ける等により関与した経験の有無 ・ ヒヤリハットに該当すると考えるもの ・ 喀痰吸引等の実施に関して、介護職員から報告・連絡を受けたことがある出来事やトラブル ・ 介護職員による喀痰吸引等のヒヤリハット全般について、看護職員から見て課題と感じる点 ・ 介護職員による喀痰吸引等のヒヤリハットについて、看護職員としてどのように関わることができればヒヤリハットを効果的に防止できると考えること

(2) ヒアリング調査

① 調査の目的

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した。

② 調査対象

ヒヤリハットに対する「意識」、「報告」、「分析」、「活用」の側面から積極的な取組を行っている事業所や施設、公表情報等、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し、以下を対象とした調査を実施した。

図表 1-7 対象施設・事業所の特徴、実施日時

調査対象	調査対象の特徴	実施日時
【事例Ⅰ】 社会福祉法人 訪問の家さくら草	複数事例について、環境因子、個人因子を分析し、改善・対策を決め全体に周知	令和2年3月11日
【事例Ⅱ】 株式会社 ケアサポートたちばな	事例概要、要因、対応策等をまとめた資料を社内教育資料として使用することで、資格を有しない介護職員も含めて基礎知識を増やし、報告に対する意識を高めている。 また、事例集の作成もおこなっている。	書面での回答
【事例Ⅲ】 社会福祉法人桐仁会 特別養護老人ホーム ちょうふ花園	記録用紙の改善と、職員への働きかけによって、ヒヤリハットの報告件数が増加し、ヒヤリハットの確認漏れを削減。小さな変化でもヒヤリハットとして報告するように働きかけ。	令和2年3月13日
【事例Ⅳ】 医療法人健育会 ケアセンターけやき	施設全体で、ヒヤリハット報告に関するアンケート調査を実施し、「記録用紙への記入忘れ」が最も多い課題であることが判明。その後、記録用紙の簡略化や、職員への声掛け等により、記入忘れを削減。	令和2年3月24日

③ 調査の進め方

訪問によるヒアリング調査を想定していたが、新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から、委員会委員長および厚生労働省担当課と協議し、事例Ⅰ～Ⅱについては、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した。また、事例Ⅲ～Ⅳについては、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した。

④ 調査実施時期

令和2年3月

⑤ 主なテーマ、ヒアリング項目

主なテーマ、ヒアリング項目は以下の通りである。

図表 1-8 主なテーマ、ヒアリング項目

主なテーマ	ヒアリング項目
1. 安全委員会について	<ul style="list-style-type: none"> ・開催頻度 ・ヒヤリハットについて具体的な議論テーマとなっていること、検討していること ・安全委員会にてヒヤリハットの議論を行う上で課題となっていること
2. ヒヤリハットとアクシデントとの区別について	<ul style="list-style-type: none"> ・区別することの事業所としての意義、職員に対する意義（効果、メリット） ・区別する際に難しかったこと、課題として残っていること
3. 報告に関するマニュアルについて	<ul style="list-style-type: none"> ・報告マニュアルに記載している事項 ・マニュアル作成時に特に工夫した点 ・マニュアルの活用方法、職員に上手く活用してもらう際の課題と工夫
4. 報告に関する基準について	<ul style="list-style-type: none"> ・具体的な報告基準 ・報告基準を検討する際に課題となったこと、議論したこと ・報告基準を職員等に共有する際、課題となっていること、工夫していること
5. 報告に関する職員の判断について	<ul style="list-style-type: none"> ・報告の判断を職員にさせない理由
6. ヒヤリハットの職員からの報告について	<ul style="list-style-type: none"> ・報告について現在課題となっていること、課題に対し工夫していること ・報告を円滑に行うために特に重要と考えること
7. 個別のヒヤリハット事例の要因分析、再発防止策の検討について	<ul style="list-style-type: none"> ・要因分析、再発防止策の検討を行うタイミング（それぞれに実施／同時に実施、発生後いつごろ実施するのか等） ・要因分析、再発防止策の検討を行う際に重要視している視点やポイント ・その後の再発防止策の有効性の確認を行うタイミング、確認を行う者
8. 蓄積した複数のヒヤリハット事例の要因分析、再発防止策の検討について	<ul style="list-style-type: none"> ・要因分析、再発防止策の検討を行うタイミング（それぞれに実施／同時に実施、開催頻度等） ・蓄積事例の要因分析、再発防止策の検討を行う際に重要視している視点やポイント
9. ヒヤリハット・アクシデントに対する職員への取組について	<ul style="list-style-type: none"> ・ヒヤリハットに関する研修等の実施状況（開催頻度、参加者（非常勤の方も含めているのか等）、具体的なテーマなど） ・職員に対する取組として効果があると感じるもの、課題となっていること

4. 実施体制

(1) 委員会

① 委員構成

委員会委員およびオブザーバーは、以下の通りである。

i) 委員会委員

図表 1-9 委員会委員

氏名	現職
鮎澤 純子	九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座 准教授
池田 彰子	ウエルシア介護サービス下館 訪問介護事業所 訪問介護サービス管理者 訪問介護サービス提供責任者
伊藤 佳世子	社会福祉法人 りべるたす 理事長 相談支援センターこすもす 管理者
上野 桂子	一般社団法人 全国訪問看護事業協会 副会長
西田 伸一	公益社団法人 東京都医師会 理事
◎原口 道子	公益財団法人 東京都医学総合研究所 難病ケア看護プロジェクト 主席研究員

◎委員長

(五十音順、敬称略)

ii) オブザーバー

図表 1-10 オブザーバー

氏名	現職
右田 周平	厚生労働省 社会・援護局 福祉基盤課 福祉人材確保対策室 介護技術専門官
石井 洋之	厚生労働省 社会・援護局 福祉基盤課 福祉人材確保対策室 資格・試験係長
馬淵 昌弘	厚生労働省 社会・援護局 福祉基盤課 福祉人材確保対策室 資格・試験係
小坂橋 始	厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 障害福祉課 訪問サービス係 係長

(敬称略)

② 開催日時、開催場所、検討テーマ

開催日時、開催場所、検討テーマは、下記の通りである。

なお、第4回委員会については、委員長および厚生労働省担当課と協議を実施した上で、新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から会場での開催を中止し、各委員から意見を聴取する形式とした。

図表 1-11 開催日時、開催場所、検討テーマ

	開催日時	開催場所	検討テーマ
第1回	令和元年9月24日(火) 15時～17時	TKP 東京セントラルカンファ レンスセンター(八重洲) 10C	・実施計画書(案)について
第2回	令和元年11月15日(金) 15時～17時	TKP 東京セントラルカンファ レンスセンター(八重洲) 10C	・実施計画書(修正案)に ついて ・アンケート調査票(案) について
第3回	令和2年2月5日(水) 15時～17時	TKP 東京セントラルカンファ レンスセンター(八重洲) 12C	・アンケート調査結果概要 について ・ヒアリング実施計画につ いて
第4回	令和2年3月26日(木) ～3月31日(火)		・報告書(案)について ・まとめについて ・リーフレット(案)につ いて

(2) 担当研究員体制

担当研究員体制は、以下の通りである。

図表 1-12 担当研究員体制

氏名	所属・役職
清水 孝浩	三菱UFJ リサーチ&コンサルティング 社会政策部 主任研究員
齋木 由利	三菱UFJ リサーチ&コンサルティング 経済政策部 副主任研究員
窪田 裕幸	三菱UFJ リサーチ&コンサルティング 社会政策部 研究員
西尾 秀美	三菱UFJ リサーチ&コンサルティング 社会政策部 研究員
信國 舞	三菱UFJ リサーチ&コンサルティング 社会政策部 研究アシスタント
白土 典子	三菱UFJ リサーチ&コンサルティング 社会政策部 スタッフ

第2章 アンケート調査結果

【本調査の集計対象について】

本調査は、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 4,162 件（平成 29 年 4 月 1 日時点の登録事業所のうちサービス種別による事業所の重複を除いた件数）から無作為抽出し、2,000 事業所を調査対象としたが、調査票不達分の 75 事業所は調査対象から除外した。

また、調査時点で「対象者がおらず事業者登録もおこなっていない事業所」（下記図表の選択肢 3. および「無回答」の事業所については集計対象から除外した。

調査時点での調査対象事業所の喀痰吸引等の提供状況は以下の通りである。

なお、「無回答」の事業所のうち、「Q6：介護職員が喀痰吸引等を提供している利用者の有無」にて、いずれかの行為に必要な利用者があると回答した事業所については、「1. 提供している」とした。

上記により、本調査の事業所票は、「1. 提供している」、「2. 現在対象者はいないが事業者登録は継続中」とした「442 件」を集計対象とした。

介護職員票、看護職員票については、それぞれ回収のあった 575 件、156 件を集計対象とした。

図表 2-1 調査対象事業所の喀痰吸引等の提供状況（単数回答）

	件数	割合	} 本調査の集計対象 計 442 件
1.提供している	317	51.2%	
2.現在対象者はいないが事業者登録は継続中	125	20.2%	
3.現在対象者がおらず事業者登録もおこなっていない	151	24.4%	
「無回答」	26	4.2%	
合計	619	100.0%	

1. 基本情報

(1) 事業者属性 (令和元年 11 月 30 日時点)

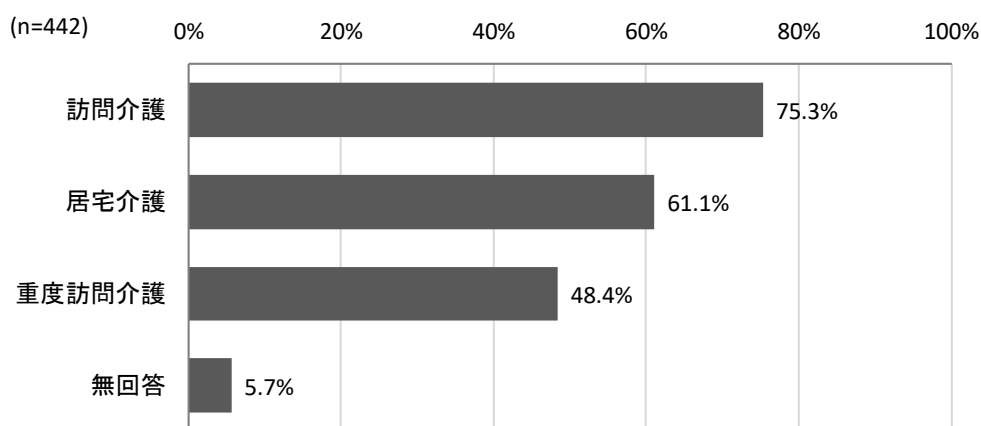
① Q1 事業所区分

事業所区分は、「訪問介護」が 75.3%、「居宅介護」が 61.1%、「重度訪問介護」が 48.4%となっている。

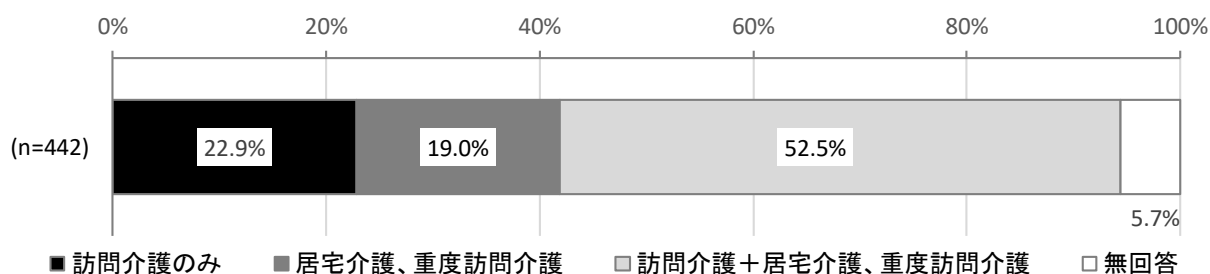
また、事業所区分について、「訪問介護のみ (介護)」、「居宅介護、重度訪問介護 (障害)」、「訪問介護+居宅介護、重度訪問介護 (介護+障害)」の分類でみると、「訪問介護+居宅介護、重度訪問介護」の組合せの事業所が 52.5%と最も割合が高く、「訪問介護のみ」の事業所は 22.9%、「居宅介護、重度訪問介護」は 19.0%となっている。

事業所区分別の平均利用者数は、訪問介護で 37.5 人、居宅介護で 15.6 人、重度訪問介護で 4.7 人であった。

図表 2-2 事業所区分 (複数回答)



図表 2-3 事業所区分 (単数回答に変換)



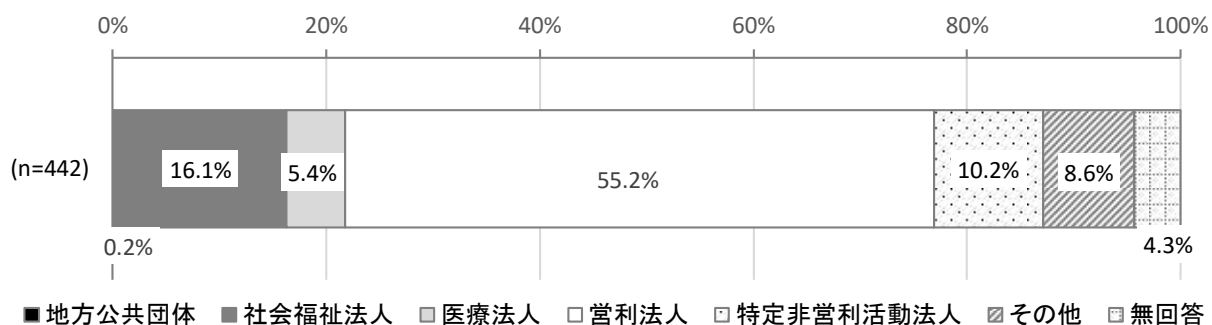
図表 2-4 事業所区分別の利用者数 (数値回答、単位：人)

	件数	平均	最大値	最小値	標準偏差
訪問介護	n=328	37.5	283.0	0.0	41.5
居宅介護	n=262	15.6	121.0	0.0	18.5
重度訪問介護	n=207	4.7	68	0.0	7.0

② Q2 開設主体

開設主体は、「営利法人」が55.2%、次いで「社会福祉法人」が16.1%、「特定非営利活動法人」が10.2%となっている。

図表 2-5 開設主体（単数回答）

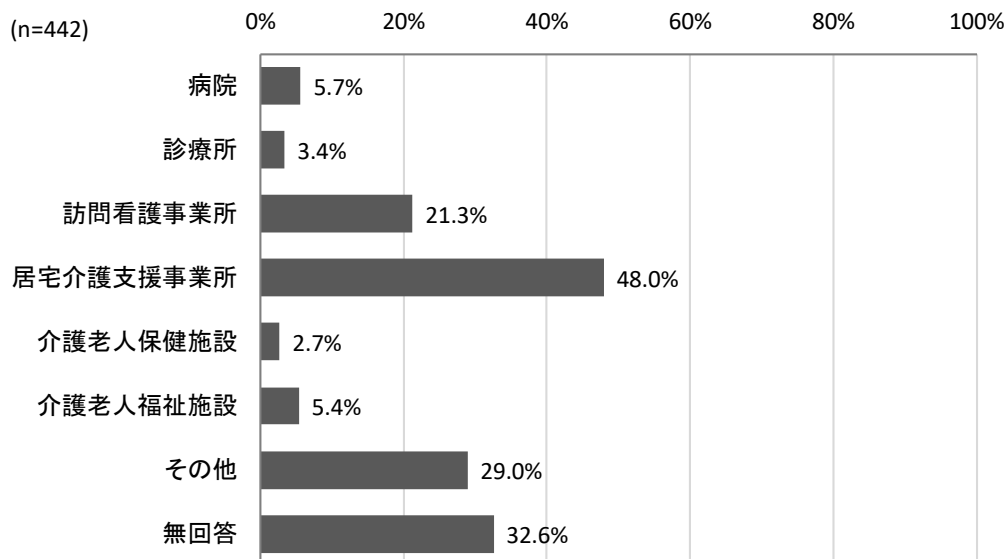


③ Q3 併設、または隣接している施設、事業所等

併設、または隣接している施設、事業所等は、「居宅介護支援事業所」が48.0%と最も割合が高く、「訪問看護事業所」が21.3%となっている。

事業所区別にみると、「訪問介護のみ」では、「訪問看護事業所」併設・隣接の割合が25.7%であるのに対し、「居宅介護、重度訪問介護」では11.9%となっている。

図表 2-6 併設、または隣接している施設、事業所等（複数回答）



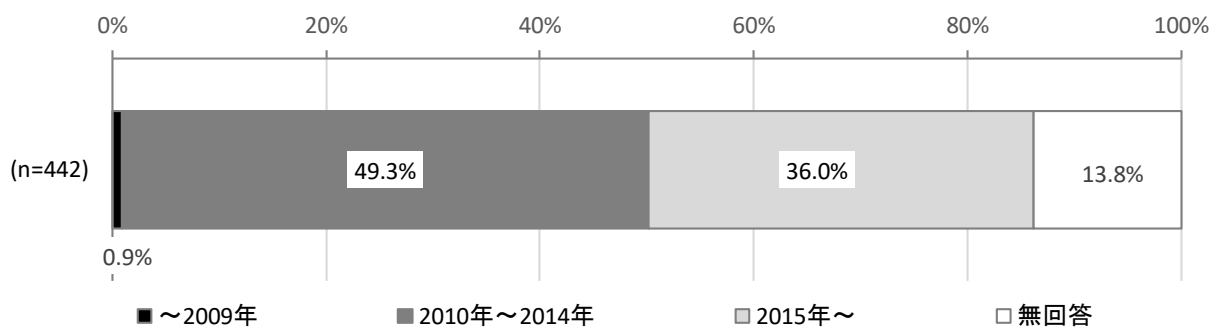
図表 2-7 事業所区分別 併設、または隣接している施設、事業所等

	合計	Q3 併設、または隣接している施設、事業所等								
		病院	診療所	訪問看護 事業所	居宅介護 支援事業 所	介護老人 保健施設	介護老人 福祉施設	その他	無回答	
全体	442 100.0%	25 5.7%	15 3.4%	94 21.3%	212 48.0%	12 2.7%	24 5.4%	128 29.0%	144 32.6%	
Q1 サービス区分	訪問介護のみ	101 100.0%	11 10.9%	3 3.0%	26 25.7%	49 48.5%	4 4.0%	5 5.0%	33 32.7%	28 27.7%
	居宅介護、重度訪問 介護	84 100.0%	1 1.2%	3 3.6%	10 11.9%	24 28.6%	1 1.2%	0 0.0%	25 29.8%	38 45.2%
	訪問介護+居宅介 護、重度訪問介護	232 100.0%	11 4.7%	7 3.0%	52 22.4%	131 56.5%	7 3.0%	17 7.3%	68 29.3%	66 28.4%

④ Q4 登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）の指定を受けた時期

登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）の指定を受けた時期は、「2010年～2014年」が49.3%と最も高く、次いで「2015年～」が36.0%となっている。

図表 2-8 登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）の指定を受けた時期（数値回答）



2. 職員体制（令和元年11月30日時点）

（1） 介護職員の体制

① Q5 介護職員数（実人数／常勤、非常勤の合計）

介護職員（実人数／常勤、非常勤の合計）の実人数は、平均22.1人、常勤換算数は、平均9.7人となっている。

図表 2-9 介護職員数（実人数／常勤、非常勤の合計）（数値回答）

	平均	最大値	最小値	標準偏差
実人数（n=409）	22.1	172.0	1.0	21.3
常勤換算数（n=389）	9.7	94.2	0.1	10.0

(2) 認定特定行為業務従事者等の体制（喀痰吸引等をおこなう職員の体制）

① Q6 認定特定行為業務従事者等の人数／認定特定行為業務従事者数のうち実際に喀痰吸引等を提供している人数

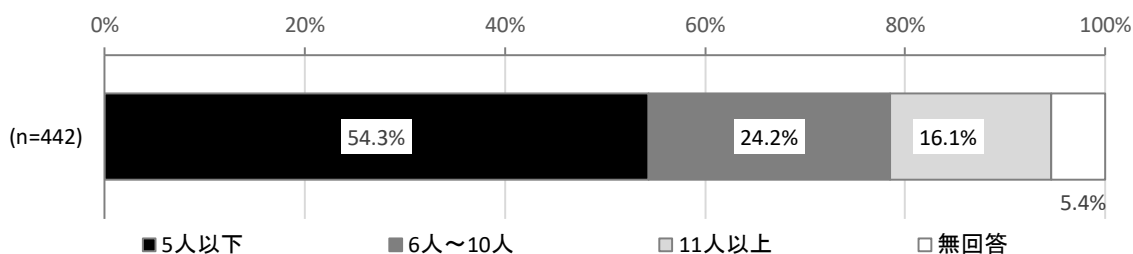
認定特定行為業務従事者等の平均人数は 6.9 人となっている。

認定特定行為業務従事者数のうち実際に喀痰吸引等を提供している人数の平均は 4.4 人となっている。

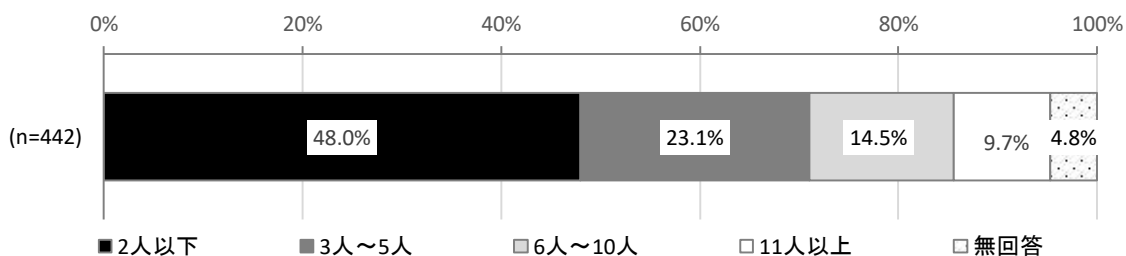
図表 2-10 認定特定行為業務従事者等の人数（数値回答、単位：人）

	件数	平均	最大値	最小値	標準偏差
認定特定行為業務従事者等の人数	n=418	6.9	63.0	0.0	8.0
実際に喀痰吸引等を提供している人数	n=421	4.4	62.0	0.0	7.0

図表 2-11 認定特定行為業務従事者等の人数（カテゴリー化）



図表 2-12 認定特定行為業務従事者数のうち実際に喀痰吸引等を提供している人数（カテゴリー化）



3. 喀痰吸引等を提供している利用者の状況（令和元年 11 月 30 日時点）

（1） 喀痰吸引等を提供している利用者の状況

① Q7 喀痰吸引等を提供している利用者の人数

喀痰吸引等を提供している利用者の平均人数は 2.6 人となっている。

喀痰吸引を提供している利用者の平均人数は 2.3 人となっている。

経管栄養を提供している利用者の平均人数は 1.8 人となっている。

図表 2-13 認定特定行為業務従事者等の人数（数値回答、単位：人）

	件数	平均	最大値	最小値	標準偏差
介護職員が喀痰吸引等を提供している利用者数	n=426	2.6	37.0	0.0	4.0
介護職員が喀痰吸引を提供している利用者数	n=425	2.3	32.0	0.0	3.7
介護職員が経管栄養を提供している利用者数	n=422	1.8	31.0	0.0	3.5

4. 喀痰吸引等計画書

(1) 喀痰吸引等計画書

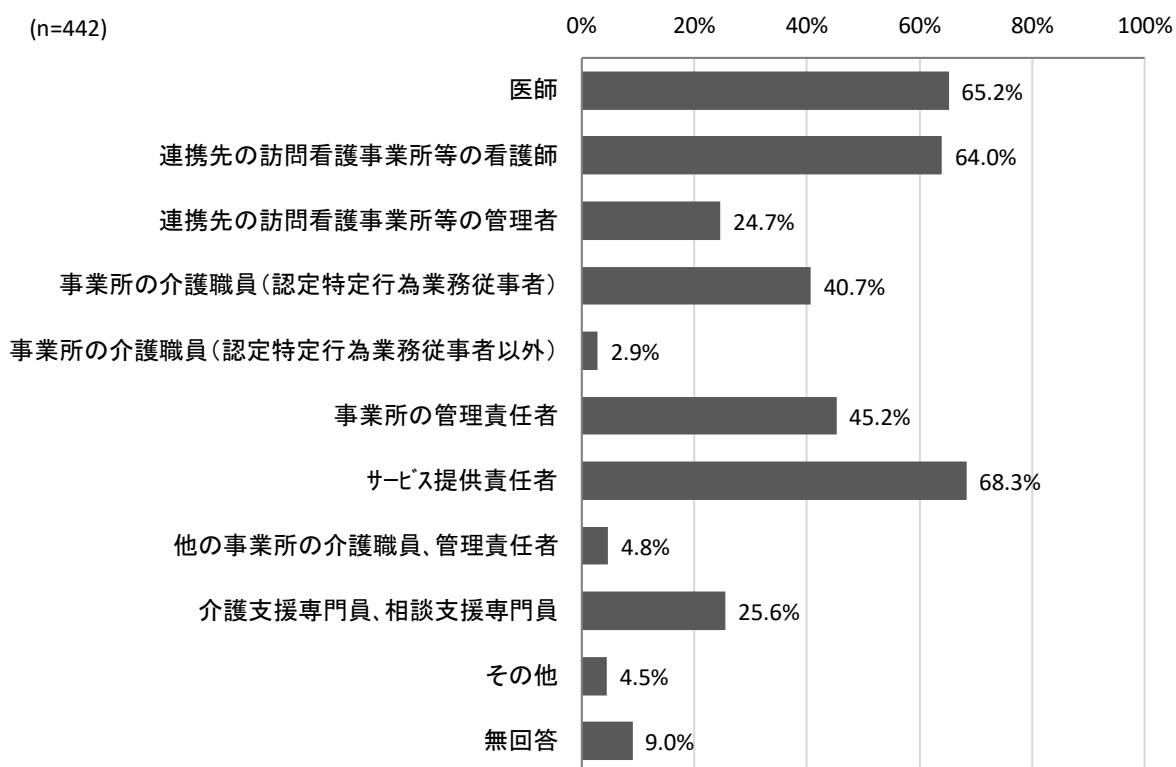
① Q8 認定特定行為業務従事者等が計画を作成する際、意見収集をおこなっている専門職

認定特定行為業務従事者等が計画を作成する際、意見収集をおこなっている専門職は、「サービス提供責任者」が68.3%、「医師」が65.2%、「連携先の訪問看護事業所等の看護師」が64.0%となっている。

訪問看護ステーションの併設の有無別にみると、併設している事業所は併設していない事業所よりも「連携先の訪問看護事業所の看護師」や「連携先の訪問看護事業所の管理者」の割合が高くなっていた。

同様に、病院・診療所を併設している事業所は併設していない事業所よりも「医師」の割合が高くなっていた。

図表 2-14 認定特定行為業務従事者等が計画を作成する際、意見収集をおこなっている専門職
(複数回答)



図表 2-15 訪問看護ステーションの併設有無別 喀痰吸引等計画書を作成する際に関与している専門職等

	合計	Q8 認定特定行為業務従事者等が喀痰吸引等計画書を作成する際に関与している専門職等										
		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(認定特定行為業務従事者)	事業所の介護職員(認定特定行為業務従事者以外)	事業所の管理責任者	サービス提供者	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	その他	無回答
全体	442	288	283	109	180	13	200	302	21	113	20	40
	100.0%	65.2%	64.0%	24.7%	40.7%	2.9%	45.2%	68.3%	4.8%	25.6%	4.5%	9.0%
訪問看護ステーション併設状況	あり	94	75	73	36	41	1	59	68	3	32	5
	なし	204	126	127	45	86	6	84	141	9	52	16
	100.0%	61.8%	62.3%	22.1%	42.2%	2.9%	41.2%	69.1%	4.4%	25.5%	7.4%	7.8%

図表 2-16 病院・診療所の併設有無別 喀痰吸引等計画書を作成する際に関与している専門職等

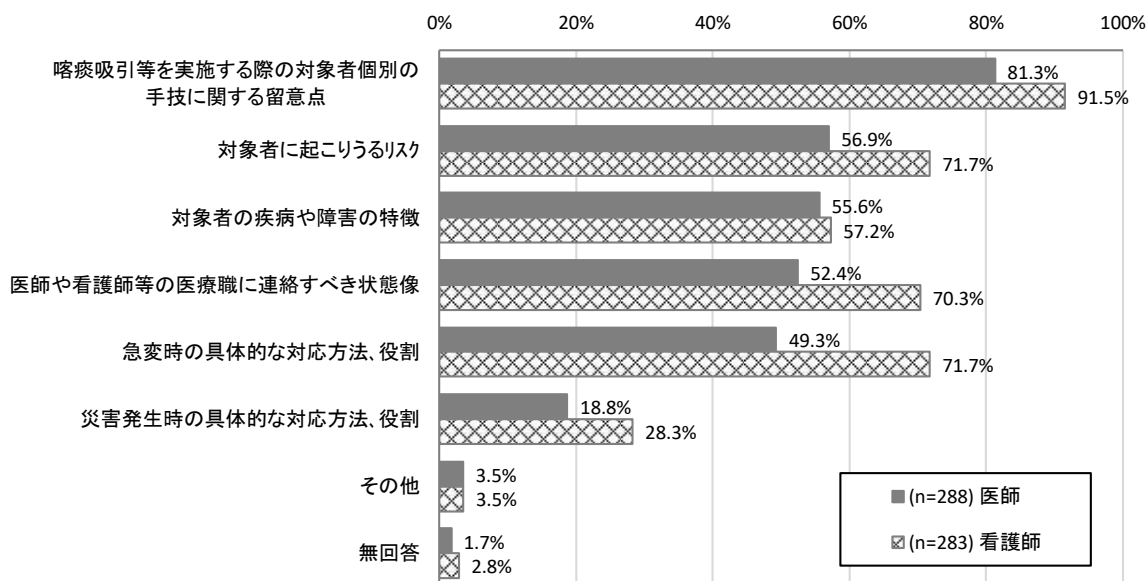
	合計	Q8 認定特定行為業務従事者等が喀痰吸引等計画書を作成する際に関与している専門職等										
		医師	連携先の訪問看護事業所等の看護師	連携先の訪問看護事業所等の管理者	事業所の介護職員(認定特定行為業務従事者)	事業所の介護職員(認定特定行為業務従事者以外)	事業所の管理責任者	サービス提供者	他の事業所の介護職員、管理責任者	介護支援専門員、相談支援専門員	その他	無回答
全体	442	288	283	109	180	13	200	302	21	113	20	40
	100.0%	65.2%	64.0%	24.7%	40.7%	2.9%	45.2%	68.3%	4.8%	25.6%	4.5%	9.0%
病院・診療所併設状況	あり	39	31	26	10	17	0	24	28	1	12	3
	なし	259	170	174	71	110	7	119	181	11	72	18
	100.0%	65.6%	67.2%	27.4%	42.5%	2.7%	45.9%	69.9%	4.2%	27.8%	5.4%	6.9%

② Q8-1 Q8-2 医療職から説明を受けている事項

医療職から説明を受けている事項は、医師、看護師共に、「喀痰吸引等を実施する際の対象者個別の手技に関する留意点」が最も高かった。

また、すべての項目において「医師」よりも「看護師」の方が、割合が高くなっている。

図表 2-17 医療職から説明を受けている事項（複数回答）



5. 喀痰吸引等の提供に関する安全対策実施状況について

(1) 喀痰吸引等の安全に関する委員会や会議

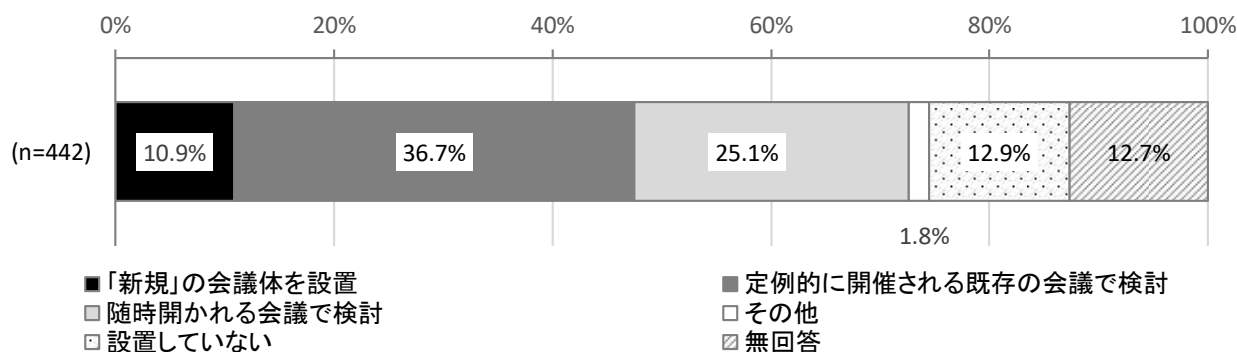
① Q9 安全委員会等の設置状況

安全委員会等の設置状況は、「新規」の会議体を設定している」とした事業所が 10.9%、「新規に設置していないが、定例的に開催される既存の会議（多職種が参加）で検討している」とした事業所が 36.7%と、5 割弱の事業所にて設置がされていた。

また、「多職種が参加しない随時開催される会議で検討している」とした事業所は 25.1%、「検討をおこなう場合は設定していない」とした事業所が 12.9%となっていた。

認定特定行為業務従事者等（実際に提供している）の人数別にみたところ、人数が多い事業所ほど比較的「新規」の会議体を設定している」の割合が高くなっていた。

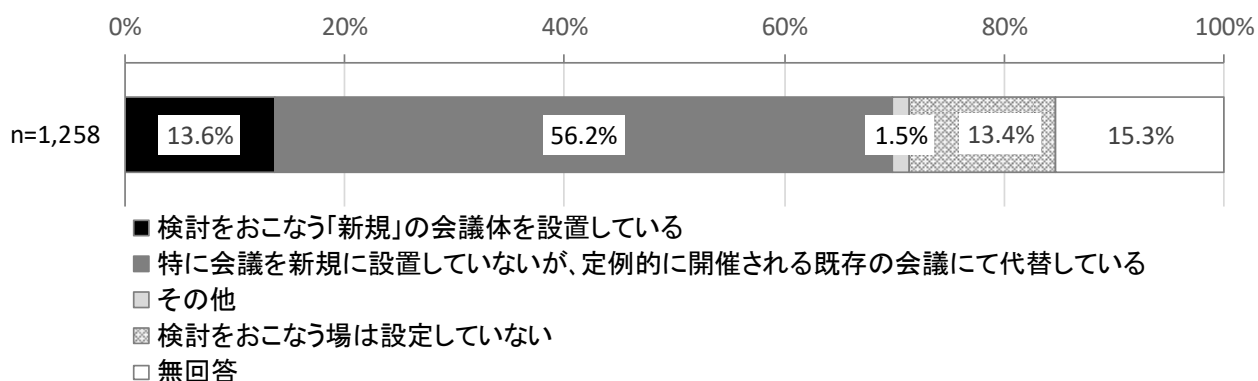
図表 2-18 喀痰吸引等にかかる安全委員会等の設置状況（単数回答）



(参考) 平成 30 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分）

「介護職における喀痰吸引等の質の確保に関する調査研究事業」の安全委員会の設置状況

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社



図表 2-19 認定特定行為業務従事者等の人数別

喀痰吸引等にかかる安全委員会等の設置状況

	合計	Q9 喀痰吸引等にかかる安全委員会等の設置状況						
		「新規」の 会議体を 設置	定例的に 開催され る既存の 会議で検 討	随時開か れる会議 で検討	その他	設置して いない	無回答	
全体	442 100.0%	48 10.9%	162 36.7%	111 25.1%	8 1.8%	57 12.9%	56 12.7%	
Q6① 認定特 定行為業務従 事者等の人数	5人以下	240 100.0%	23 9.6%	86 35.8%	54 22.5%	5 2.1%	41 17.1%	31 12.9%
	6人～10人	107 100.0%	14 13.1%	43 40.2%	34 31.8%	1 0.9%	8 7.5%	7 6.5%
	11人以上	71 100.0%	11 15.5%	29 40.8%	20 28.2%	1 1.4%	5 7.0%	5 7.0%

図表 2-20 認定特定行為業務従事者等（実際に提供している）の人数別

喀痰吸引等にかかる安全委員会等の設置状況

	合計	Q9 喀痰吸引等にかかる安全委員会等の設置状況						
		「新規」の 会議体を 設置	定例的に 開催され る既存の 会議で検 討	随時開か れる会議 で検討	その他	設置して いない	無回答	
全体	442 100.0%	48 10.9%	162 36.7%	111 25.1%	8 1.8%	57 12.9%	56 12.7%	
Q6② 喀痰吸 引等を実際 に提供して いる人数	2人以下	212 100.0%	19 9.0%	72 34.0%	50 23.6%	3 1.4%	39 18.4%	29 13.7%
	3人～5人	102 100.0%	9 8.8%	50 49.0%	28 27.5%	3 2.9%	8 7.8%	4 3.9%
	6人～10人	64 100.0%	12 18.8%	22 34.4%	19 29.7%	0 0.0%	5 7.8%	6 9.4%
	11人以上	43 100.0%	8 18.6%	17 39.5%	12 27.9%	0 0.0%	2 4.7%	4 9.3%

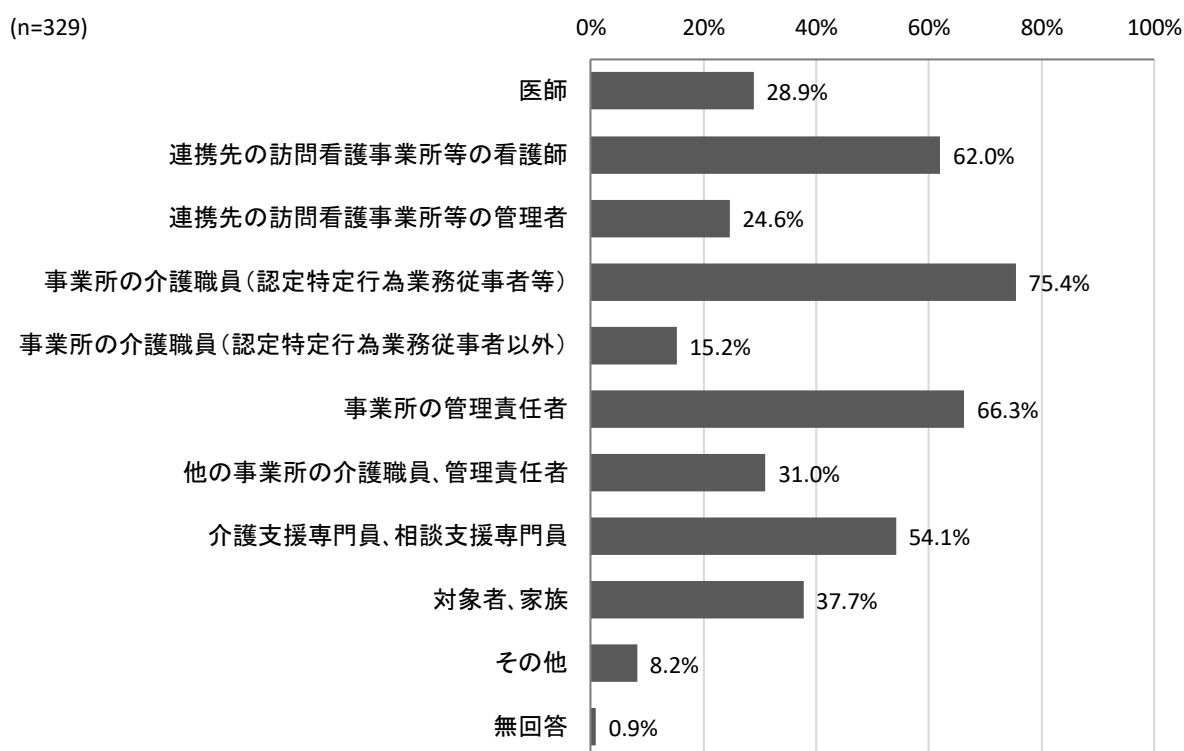
② Q9-1 安全委員会等への出席メンバー

主な出席メンバーをみると、「事業所の介護職員（認定特定行為業務従事者等）」が7割を超えており、「連携先の訪問看護事業所等の看護師」、「事業所の管理責任者」が6割以上であった。

「新規の会議体を設置」している場合の特徴をみると、既存の会議や随時開催される会議と比べ、「医師」の割合が45.8%と高い傾向がみられた。

また、既存の会議にて代替している場合の特徴では、「介護支援専門員、相談支援専門員」が出席とした事業所が71.6%、「他の事業所の介護職員、管理責任者」が41.2%、「対象者・家族」が49.5%と「新規」の会議体を設置している場合と比べ高い傾向がみられた。

図表 2-21 安全委員会等への出席メンバー



図表 2-22 安全委員会等の設置状況別 安全委員会等への出席メンバー

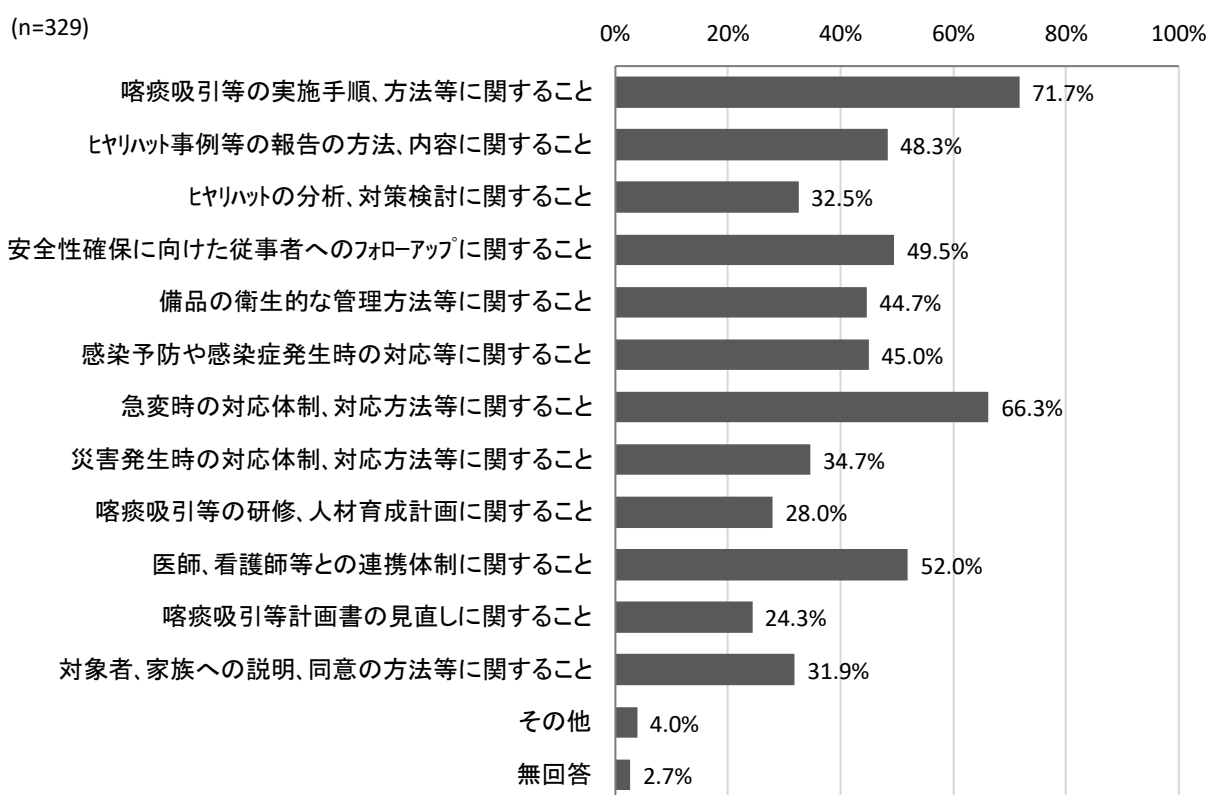
	合計	Q9-1 安全委員会等への出席メンバー											
		医師	連携先の訪問看護事業所等の看護師	連携先の訪問看護事業所等の管理者	事業所の介護職員(認定特定行為業務従事者等)	事業所の介護職員(認定特定行為業務従事者以外)	事業所の管理責任者	他の事業所の介護職員、管理責任者	介護支援専門員、相談支援専門員	対象者、家族	その他	無回答	
全体	329	95	204	81	248	50	218	102	178	124	27	3	
	100.0%	28.9%	62.0%	24.6%	75.4%	15.2%	66.3%	31.0%	54.1%	37.7%	8.2%	0.9%	
Q9 喀痰吸引等にかかる安全委員会等の設置状況	「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%
	定例的に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%	
その他	8	5	4	1	5	0	3	1	1	0	3	1	
	100.0%	62.5%	50.0%	12.5%	62.5%	0.0%	37.5%	12.5%	12.5%	0.0%	37.5%	12.5%	
設置していない	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	

③ Q9-2 安全委員会等での検討内容

安全委員会等での検討内容は、「喀痰吸引等の実施手順、方法等に関すること」が71.7%と最も高く、次いで「急変時の対応体制、対応方法等に関すること」が66.3%、「医師、看護師等との連携体制に関すること」が52.0%となっている。

安全委員会等の設置状況別にみると、「新規の会議体を設置」事業所では、「その他」を除くすべての項目において割合が高くなっていた。また、「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、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」、「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」、「喀痰吸引等の研修、人材育成計画に関すること」、「喀痰吸引等計画書の見直しに関すること」については、他の会議体よりも割合が特に高くなっていた。

図表 2-23 安全委員会等での検討内容



図表 2-24 安全委員会等の設置状況別 安全委員会等での検討内容

	Q9-2 安全委員会等での検討内容														
	合計	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、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	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%
定例的に開催される	162	112	73	48	81	65	63	119	65	34	93	32	54	7	2
既存の会議で検討	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	111	80	50	30	46	51	54	61	27	32	45	27	31	2	5
検討	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%

6. 喀痰吸引等にかかるヒヤリハット・アクシデント

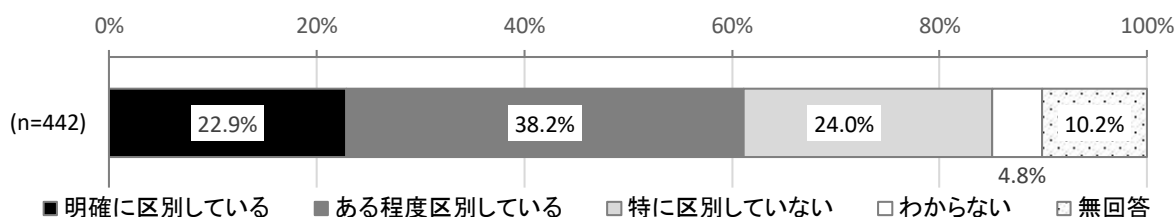
(1) ヒヤリハット・アクシデントに対する意識

① Q10 「ヒヤリハット」と「アクシデント」の区別

「ヒヤリハット」と「アクシデント」の区別は、「明確に区別している (22.9%)」、「ある程度区別している (38.2%)」と約6割の事業所で区別されていた。

一方で、「特に区別していない」事業所は24.0%となっていた。

図表 2-25 「ヒヤリハット」と「アクシデント」の区別



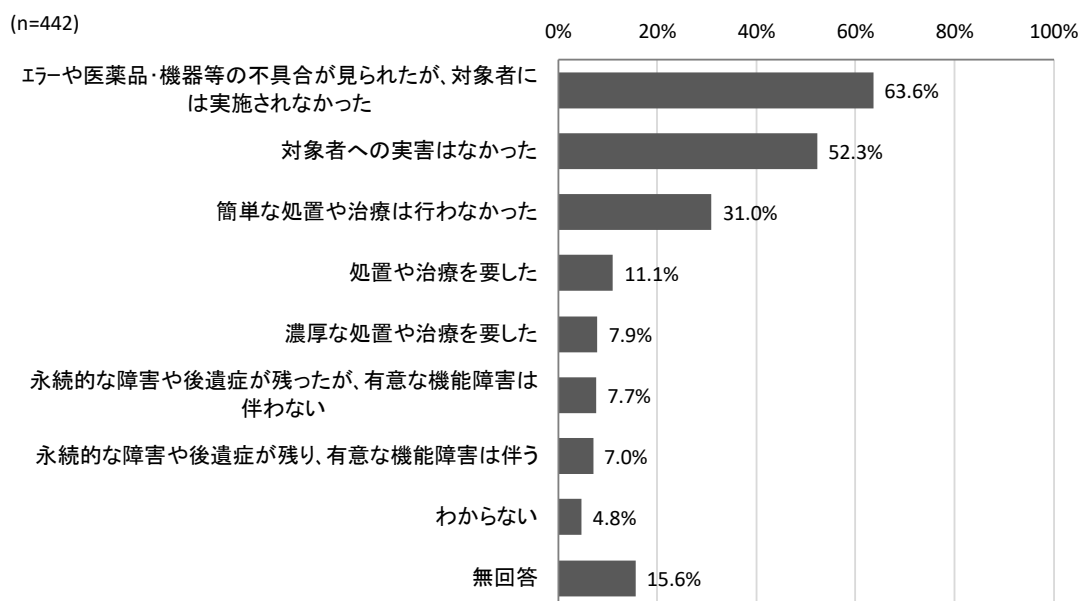
② Q11 ヒヤリハットに該当すると考えるレベル

ヒヤリハットに該当すると考えるレベルは、「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」が63.6%と最も高く、次いで「対象者への実害はなかった」が52.3%、「簡単な処置や治療は行わなかった」が31.0%となっていた。

一般的にヒヤリハットの上位レベルとされている「処置や治療を要した」については、11.1%であった。

「ヒヤリハット」と「アクシデント」の区別の有無別にみたところ、特に区別していない事業所では、「処置や治療を要した」以上のレベルの割合が区別している事業所と比較して高くなっていた。

図表 2-26 ヒヤリハットに該当すると考えるレベル



図表 2-27 「ヒヤリハット」と「アクシデント」の区別の有無別 ヒヤリハットに該当すると考えるレベル

	合計	Q11 ヒヤリハットに該当すると考えるもの									
		エーや医薬品・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	442 100.0%	281 63.6%	231 52.3%	137 31.0%	49 11.1%	35 7.9%	34 7.7%	31 7.0%	21 4.8%	69 15.6%	
Q10 「ヒヤリハット」と「アクシデント」の区別	明確に区別している	101 100.0%	74 73.3%	54 53.5%	32 31.7%	6 5.9%	5 5.0%	4 4.0%	3 3.0%	2 2.0%	6 5.9%
	ある程度区別している	169 100.0%	124 73.4%	105 62.1%	62 36.7%	15 8.9%	10 5.9%	10 5.9%	9 5.3%	8 4.7%	12 7.1%
	特に区別していない	106 100.0%	66 62.3%	61 57.5%	40 37.7%	27 25.5%	19 17.9%	20 18.9%	19 17.9%	5 4.7%	8 7.5%
	わからない	21 100.0%	14 66.7%	10 47.6%	3 14.3%	1 4.8%	1 4.8%	0 0.0%	0 0.0%	6 28.6%	1 4.8%

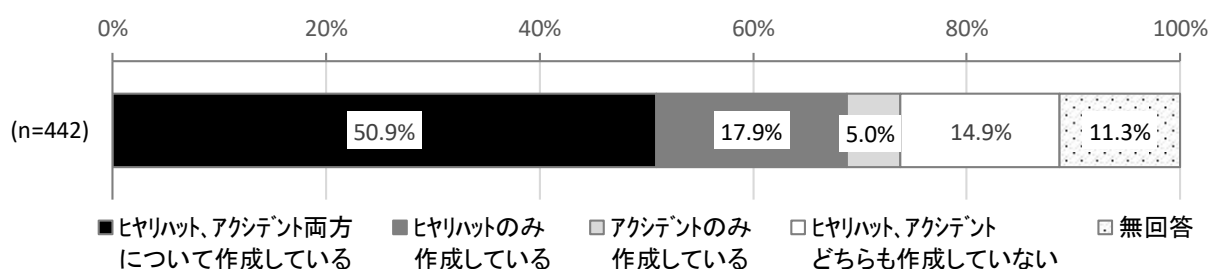
(2) 喀痰吸引等にかかるヒヤリハット・アクシデントの報告

① Q12 ヒヤリハット・アクシデントの対応マニュアル等の作成状況

対応マニュアル等の作成は、「ヒヤリハット、アクシデント両方」が50.9%、「ヒヤリハットのみ」が17.9%となっており、約7割の事業所でヒヤリハットのマニュアル等を作成されていた。

認定特定行為業務従事者、喀痰吸引等を実際に提供している従事者の人数別に見ると、認定特定行為業務従事者、喀痰吸引等を実際に提供している従事者の人数が多い事業所ほど、ヒヤリハットのマニュアル等が作成されていた。

図表 2-28 ヒヤリハット・アクシデントの対応マニュアル等の作成状況



図表 2-29 認定特定行為業務従事者数別 ヒヤリハット・アクシデントの対応マニュアル等の作成状況

	合計	Q12 介護職員がヒヤリハット・アクシデントに遭遇した際の対応マニュアル等の作成状況					
		ヒヤリハット、アクシデント両方について作成している	ヒヤリハットのみ作成している	アクシデントのみ作成している	ヒヤリハット、アクシデントどちらも作成していない	無回答	
全体	442 100.0%	225 50.9%	79 17.9%	22 5.0%	66 14.9%	50 11.3%	
Q6① 認定特定行為業務従事者等の人数	5人以下	240 100.0%	113 47.1%	45 18.8%	11 4.6%	39 16.3%	32 13.3%
	6人～10人	107 100.0%	62 57.9%	17 15.9%	6 5.6%	18 16.8%	4 3.7%
	11人以上	71 100.0%	44 62.0%	15 21.1%	3 4.2%	6 8.5%	3 4.2%

図表 2-30 認定特定行為業務従事者数（実際に提供）別
ヒヤリハット・アクシデントの対応マニュアル等の作成状況

	合計	Q12 介護職員がヒヤリハット・アクシデントに遭遇した際の 対応マニュアル等の作成状況					
		ヒヤリハット、ア クシデント両 方について作成し ている	ヒヤリハットの み作成し ている	アクシデント のみ作成 している	ヒヤリハット、ア クシデントど ちらも作 成してい ない	無回答	
全体	442 100.0%	225 50.9%	79 17.9%	22 5.0%	66 14.9%	50 11.3%	
Q6② 喀痰吸 引等を実際に 提供している 人数	2人以下	212 100.0%	92 43.4%	44 20.8%	11 5.2%	34 16.0%	31 14.6%
	3人～5人	102 100.0%	58 56.9%	18 17.6%	6 5.9%	18 17.6%	2 2.0%
	6人～10人	64 100.0%	41 64.1%	8 12.5%	2 3.1%	11 17.2%	2 3.1%
	11人以上	43 100.0%	31 72.1%	8 18.6%	1 2.3%	0 0.0%	3 7.0%

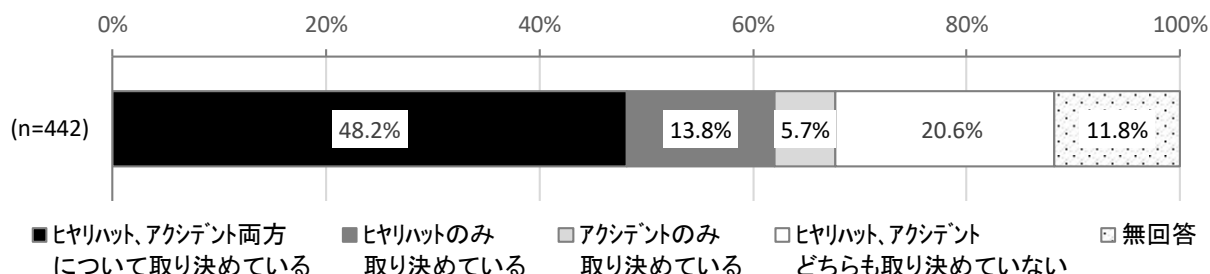
② Q13 Q13-1 Q13-2 ヒヤリハット・アクシデントの報告基準の取り決め状況

ヒヤリハット・アクシデントの報告基準の取り決めは、「ヒヤリハット、アクシデント両方」が43.2%、「ヒヤリハットのみ」が13.8%となっており、約6割の事業所でヒヤリハットの報告基準の取り決めがされていた。

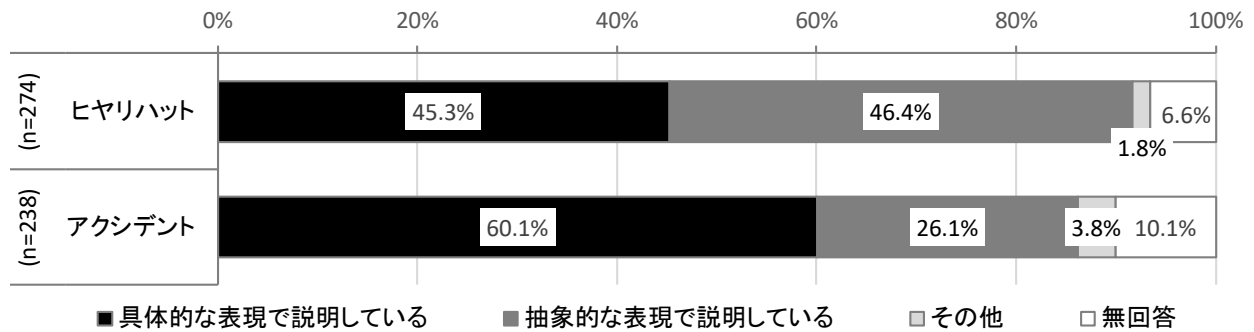
報告基準の介護職員への共有方法については、アクシデントよりもヒヤリハットの方が「具体的な表現で説明している」割合が高くなっていた。

事業所へ報告を求める内容・事象について、介護職員への共有方法は、「文言により共有」が最も高く60.2%となっており、次いで、「日常の業務において口頭で共有」が59.2%、「事業所内で実施する研修時に共有」が48.5%であった。ヒヤリハットの報告基準の設定状況と説明方法の組み合わせ別にみたところ、「報告基準を取り決めていない」事業所では「日常の業務において口頭で共有」の割合が高くなっていた。ヒヤリハット・アクシデントの報告基準の共有方法の組み合わせをみると、「文書+口頭+研修時」が12.4%、「口頭のみ」が10.0%であった。

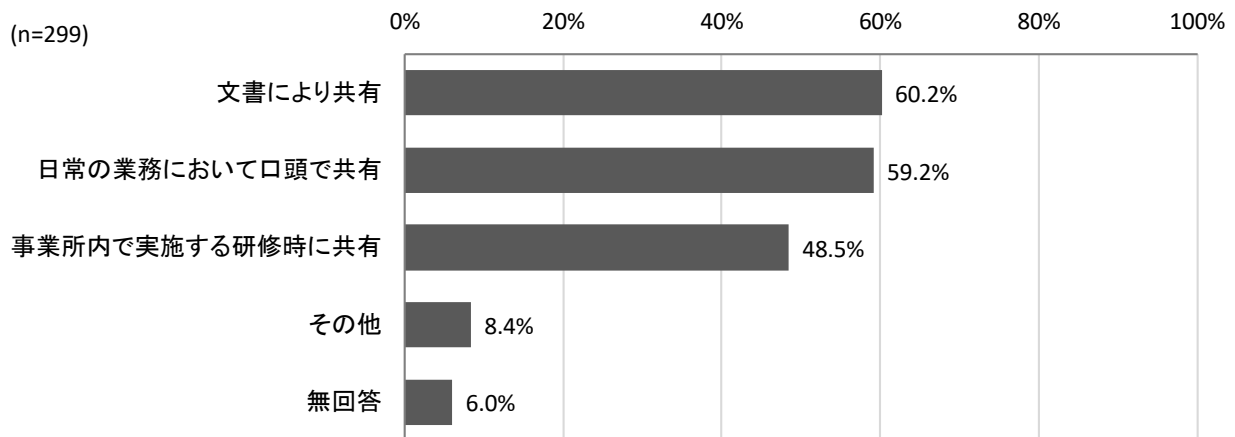
図表 2-31 ヒヤリハット・アクシデントの報告基準の取り決め状況



図表 2-32 ヒヤリハット・アクシデントの報告基準の説明方法



図表 2-33 ヒヤリハット・アクシデントの報告基準の共有方法



図表 2-34 ヒヤリハットの報告基準の設定状況と説明方法の組み合わせ別 報告基準の共有方法

	合計	Q13-2 事業所へ報告を求める内容・事象の共有					
		日常の業務において口頭で共有	文書により共有	事業所内で実施する研修時に共有	その他	無回答	
全体	299	177	180	145	25	18	
	100.0%	59.2%	60.2%	48.5%	8.4%	6.0%	
基準の説明	報告基準を取り決めており、具体的な表現で説明している	124	76	75	68	11	7
		100.0%	61.3%	60.5%	54.8%	8.9%	5.6%
	報告基準を取り決めており、抽象的な表現で説明している	127	72	78	58	10	9
	100.0%	56.7%	61.4%	45.7%	7.9%	7.1%	
報告基準を取り決めていない	25	17	14	8	2	1	
	100.0%	68.0%	56.0%	32.0%	8.0%	4.0%	

図表 2-35 ヒヤリハット・アクシデントの報告基準の共有方法の組み合わせ（上位 10 位）

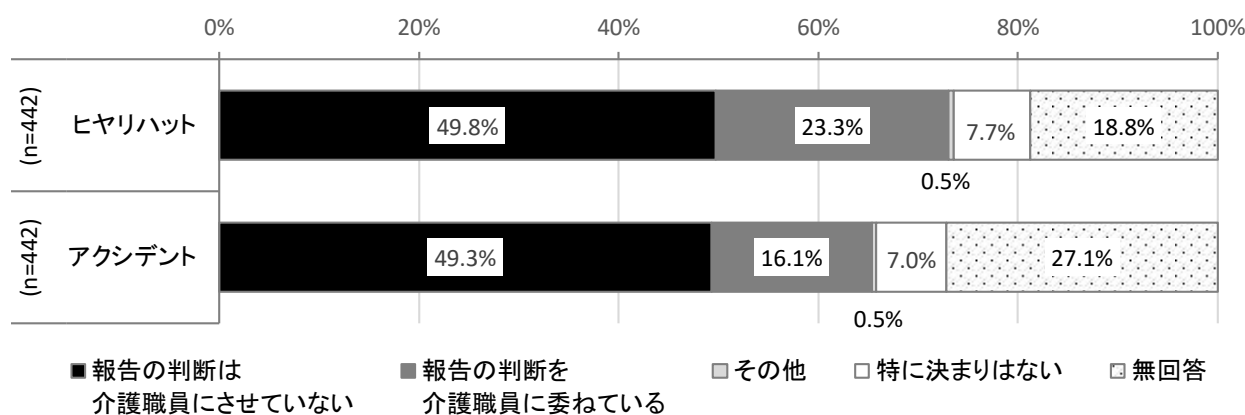
把握方法の組み合わせ	割合
「文書」「口頭」「研修時」	12.4%
「口頭」のみ	10.0%
「文書」のみ	9.3%
「文書」「口頭」	8.8%
「文書」「研修時」	5.9%
「研修時」のみ	5.9%
「口頭」「研修時」	5.7%
「文書」「口頭」「研修時」「その他」	1.8%
「口頭」「その他」	1.1%
「文書」「口頭」「その他」	0.7%

③ Q14 ヒヤリハット・アクシデントの報告における介護職員の判断

ヒヤリハット・アクシデントの報告における介護職員の判断は、「報告の判断は介護職員にさせていない」がヒヤリハットで 49.8%、アクシデントで 49.3%となっており、約 5 割の事業所では介護職員に判断をさせていなかった。

「報告の判断を介護職員に委ねている」がヒヤリハットで 23.3%、アクシデントで 16.1%となっており、ヒヤリハットの方が「報告の判断を介護職員に委ねている」事業所が多かった。

図表 2-36 ヒヤリハット・アクシデントの報告における介護職員の判断

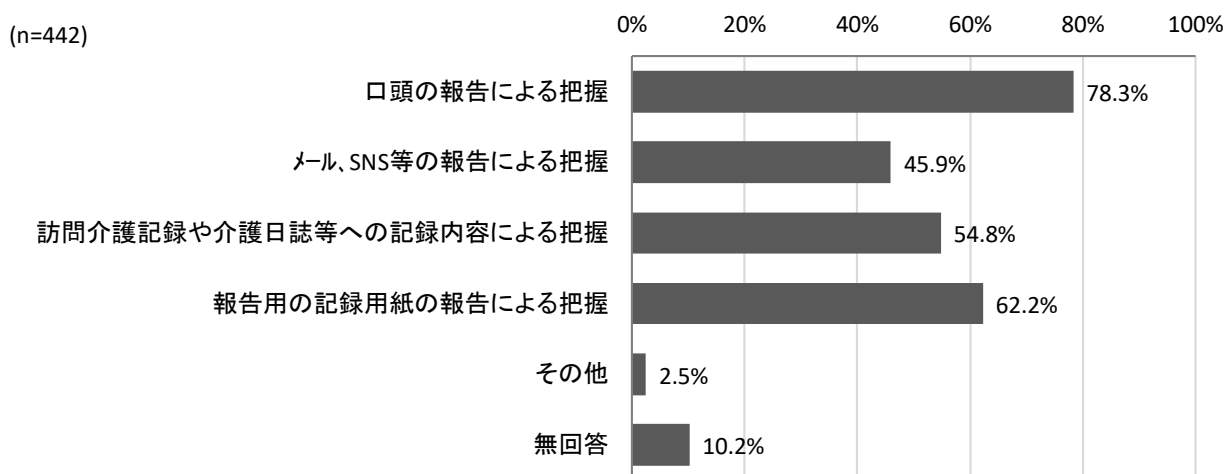


④ Q15 事業所のヒヤリハットの把握方法

ヒヤリハットの把握方法は、「口頭」が78.3%と最も高く、次いで、「報告用の記録用紙の報告」が62.2%、「訪問介護記録や介護日誌等への記録内容による把握」が54.8%となっていた。

ヒヤリハットの把握方法の組み合わせをみると、「口頭+メール等+記録内容+記録用紙」が24.2%、「口頭+記録内容+記録用紙」「口頭+記録用紙」が11.1%であった。

図表 2-37 事業所のヒヤリハットの把握方法



図表 2-38 ヒヤリハットの把握方法の組み合わせ（上位 15 位）

把握方法の組み合わせ	割合
「口頭」「メール、SNS等」「記録内容」「報告用の記録用紙」	24.2%
「口頭」「記録内容」「報告用の記録用紙」	11.1%
「口頭」「報告用の記録用紙」	11.1%
「口頭」「メール、SNS等」「記録内容」	8.4%
「口頭」「記録内容」	6.1%
「報告用の記録用紙」のみ	6.1%
「口頭」「メール、SNS等」「報告用の記録用紙」	5.9%
「口頭」のみ	5.2%
「口頭」「メール、SNS等」	4.8%
「記録内容」「報告用の記録用紙」	1.8%
「口頭」「メール、SNS等」「記録内容」「報告用の記録用紙」「その他」	1.1%
「記録内容」のみ	1.1%
「その他」のみ	0.9%
「メール、SNS等」「報告用の記録用紙」	0.7%
「メール、SNS等」のみ	0.5%

⑤ Q16 把握できていないヒヤリハットの有無

把握できていないヒヤリハットは、「かなりあると思う(8.1%)」と「まあまああると思う(35.3%)」の合計が43.4%となっていた。

認定特定行為業務従事者の人数別にみたところ、人数が多い事業所ほど、「かなりあると思う」と「まあまああると思う」の割合の合計が高くなっていた。

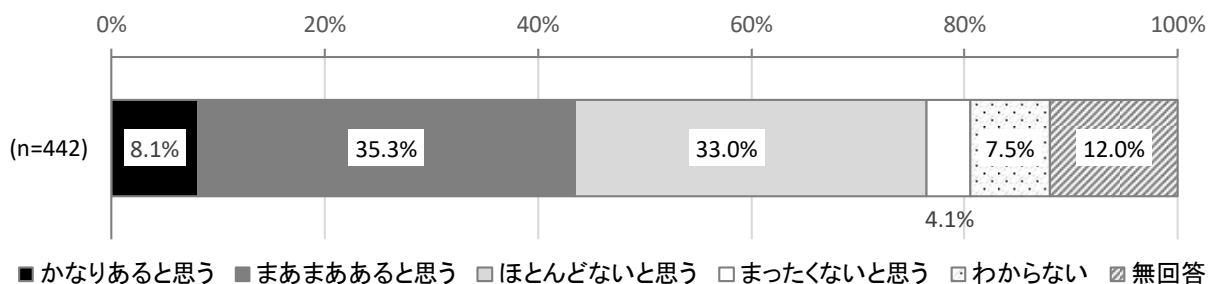
ヒヤリハットの報告基準の設定状況と説明方法の組み合わせ別にみたところ、「報告基準を取り決めており、具体的な表現で説明している」事業所では、「かなりあると思う」割合がやや高くなっていた。

安全委員会の設置状況別にみたところ、「新規」の会議体を設置している事業所では、「かなりあると思う」割合が高くなっていた。

ヒヤリハット報告の判断基準別にみたところ、大きな差はみられなかった。

ヒヤリハットの把握方法のうち最も多い方法別にみたところ、報告用の記録用紙の報告による把握で、「かなりあると思う」と「まあまああると思う」の割合の合計が高くなっていた。

図表 2-39 把握できていないヒヤリハットの有無



図表 2-40 認定特定行為業務従事者等の人数別 把握できていないヒヤリハットの有無

	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%	
Q6① 認定特定行為業務従事者等の人数	5人以下	240	18	68	84	11	22	37
		100.0%	7.5%	28.3%	35.0%	4.6%	9.2%	15.4%
	6人～10人	107	9	46	34	6	9	3
	100.0%	8.4%	43.0%	31.8%	5.6%	8.4%	2.8%	
	11人以上	71	9	34	23	1	2	2
	100.0%	12.7%	47.9%	32.4%	1.4%	2.8%	2.8%	

図表 2-41 認定特定行為業務従事者等（実際に提供している）の人数別

把握できていないヒヤリハットの有無

	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	442 100.0%	36 8.1%	156 35.3%	146 33.0%	18 4.1%	33 7.5%	53 12.0%	
Q6② 喀痰吸引等を実際に提供している人数	2人以下	212 100.0%	15 7.1%	65 30.7%	66 31.1%	11 5.2%	18 8.5%	37 17.5%
	3人～5人	102 100.0%	10 9.8%	32 31.4%	46 45.1%	3 2.9%	9 8.8%	2 2.0%
	6人～10人	64 100.0%	6 9.4%	32 50.0%	15 23.4%	4 6.3%	5 7.8%	2 3.1%
	11人以上	43 100.0%	5 11.6%	22 51.2%	15 34.9%	0 0.0%	1 2.3%	0 0.0%

図表 2-42 ヒヤリハットの報告基準の設定状況と説明方法の組み合わせ別

把握できていないヒヤリハットの有無

	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	442 100.0%	36 8.1%	156 35.3%	146 33.0%	18 4.1%	33 7.5%	53 12.0%	
基準の説明	報告基準を取り決めており、具体的な表現で説明している	124 100.0%	14 11.3%	47 37.9%	43 34.7%	9 7.3%	7 5.6%	4 3.2%
	報告基準を取り決めており、抽象的な表現で説明している	127 100.0%	11 8.7%	61 48.0%	39 30.7%	4 3.1%	10 7.9%	2 1.6%
	報告基準を取り決めていない	116 100.0%	6 5.2%	36 31.0%	49 42.2%	4 3.4%	16 13.8%	5 4.3%

図表 2-43 安全委員会の設置状況別 把握できていないヒヤリハットの有無

	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	442 100.0%	36 8.1%	156 35.3%	146 33.0%	18 4.1%	33 7.5%	53 12.0%	
Q9 喀痰吸引等にかかる安全委員会等の設置状況	「新規」の会議体を設置	48 100.0%	6 12.5%	20 41.7%	13 27.1%	2 4.2%	4 8.3%	3 6.3%
	定例的に開催される既存の会議で検討	162 100.0%	13 8.0%	67 41.4%	59 36.4%	8 4.9%	13 8.0%	2 1.2%
	随時開かれる会議で検討	111 100.0%	10 9.0%	34 30.6%	45 40.5%	6 5.4%	10 9.0%	6 5.4%
	その他	8 100.0%	2 25.0%	1 12.5%	4 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 12.5%
	設置していない	57 100.0%	3 5.3%	22 38.6%	20 35.1%	1 1.8%	5 8.8%	6 10.5%

図表 2-44 ヒヤリハット報告の判断基準別 把握できていないヒヤリハットの有無

	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	442 100.0%	36 8.1%	156 35.3%	146 33.0%	18 4.1%	33 7.5%	53 12.0%	
Q14① 報告の判断基準:ヒヤリハット	報告の判断は介護職員にさせていない	220 100.0%	19 8.6%	96 43.6%	72 32.7%	15 6.8%	13 5.9%	5 2.3%
	報告の判断を介護職員に委ねている	103 100.0%	8 7.8%	38 36.9%	46 44.7%	0 0.0%	8 7.8%	3 2.9%
	その他	2 100.0%	0 0.0%	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%
	特に決まりはない	34 100.0%	2 5.9%	6 17.6%	14 41.2%	2 5.9%	8 23.5%	2 5.9%

図表 2-45 ヒヤリハットの把握方法のうち最も多い方法別
把握できていないヒヤリハットの有無

	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	442 100.0%	36 8.1%	156 35.3%	146 33.0%	18 4.1%	33 7.5%	53 12.0%	
Q15② ヒヤリハットについて事業所として把握する方法で最も多いもの	口頭の報告による把握	149 100.0%	11 7.4%	57 38.3%	55 36.9%	7 4.7%	14 9.4%	5 3.4%
	メール、SNS等の報告による把握	41 100.0%	4 9.8%	20 48.8%	13 31.7%	2 4.9%	2 4.9%	0 0.0%
	訪問介護記録や介護日誌等への記録	18 100.0%	0 0.0%	9 50.0%	8 44.4%	0 0.0%	1 5.6%	0 0.0%
	報告用の記録用紙の報告による把握	69 100.0%	10 14.5%	32 46.4%	17 24.6%	1 1.4%	7 10.1%	2 2.9%
	その他	5 100.0%	0 0.0%	1 20.0%	1 20.0%	2 40.0%	0 0.0%	1 20.0%

⑥ Q17 介護職員が遭遇したヒヤリハット・アクシデントについて事業所が把握する上で課題となっていること、困難に感じていること

図表 2-46 介護職員が遭遇したヒヤリハット・アクシデントについて事業所が把握する上で課題となっていること、困難に感じていること

<報告書／記録等の作成する余裕がない>

- ・ 会話の中ではたくさん出るが、用紙に記入することがない。
- ・ 報告書を書くのに時間がとられるため、なかなか上がってこない。
- ・ その場で記載ができないためわすれてしまうケースがある。
- ・ 職員一人一人がヒヤリハットに対する認識が低い（情報の共有）報告書を作る事を手間と感じている。
- ・ 報告書を作成する時間が取れていない。

<報告が上がってこない／遅い>

- ・ 報告件数が少ない。どのような事案を報告するのか理解できていない。
- ・ 介護職員自身の認識が甘い場合の把握が遅れる場合がある。
- ・ ほとんどないと思うが、報告がマイナス査定になるととらえられ、上がってこないこと。
- ・ ヘルパーからの報告が遅いことがある。
- ・ 職員が事業所に電話しても、不在の時は報告を受けるのが遅くなる。転送機能を付けるか検討中。
- ・ ほうれんそうをしっかりと連絡下さいと言っているが忙しく後での報告もある。
- ・ 担当者の報告がすぐに報告されないことがあり把握することが困難。
- ・ 在宅のため報告は帰宅後となる。
- ・ 事業所が報告を受け把握するまで時間がかかること。医療機器の不具合によるヒヤリハットは原因不明もあり、対応困難である。
- ・ 軽微なヒヤリハットについての報告書の記載を書き忘れていないかを感じている。

<ヒヤリハット等に対する意識の差>

- ・ 職員の事故、ヒヤリハットへの認識力が課題。
- ・ 意識が薄い職員もいる。
- ・ 一人一人の職員のスキルや考え方により。例) ヒヤリハットと思われても報告しない等あるのではないかな。
- ・ 職員自身がヒヤリハットと思わない事について、ささいな事でも重大な事につながるかも知れないと認識する方法が難しい。

<報告基準／判断の差>

- ・ 人によって判断が違いため、出す人出さない人にわかれる。
- ・ 報告する事例の度合いの判断があいまい。小さなことをどう報告してもらい汲み上げるかが課題。よって、日常の会話から「それ、どうなってるの？」と責任者側が聴き取る努力が必要に感じる。 / など

⑦ Q18 ヒヤリハット報告用の記録用紙の既定の様式の有無

ヒヤリハット報告用の記録用紙の既定の様式の有無について尋ねたところ、「様式がある」が82.1%、「様式はない」が8.4%となっていた。

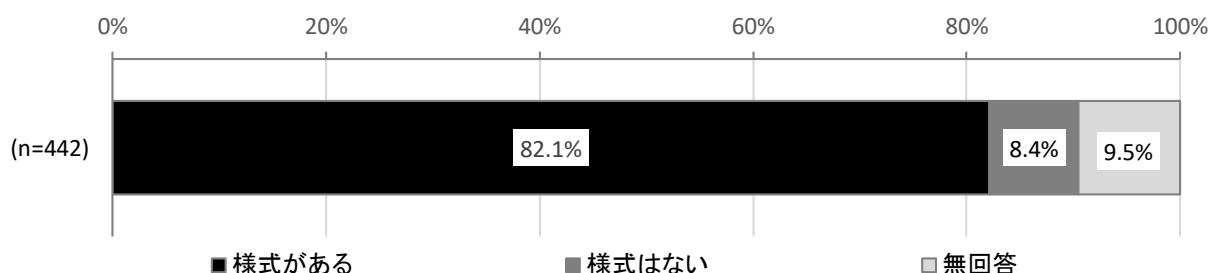
対応マニュアルの作成状況別にみると、対応マニュアルを作成している事業所の方が作成していない事業所よりも「様式がある」の割合が高くなっていた。また、報告基準の取り決め状況別にみると、取り決めていない事業所の方が取り決めていない事業所よりも「様式がある」の割合が高くなっていた。

対応マニュアルの作成状況別にみたところ、ヒヤリハットについて作成している事業所で、「様式がある」の割合が高くなっていた。

報告基準の取り決め状況別にみたところ、ヒヤリハットについて取り決めていない事業所で、「様式がある」の割合が高くなっていた。

また、「様式がある」と回答した事業所に、ヒヤリハット報告用の記録用紙の既定の様式に盛り込まれている項目について尋ねたところ、「出来事の発生状況」が98.9%と最も高く、次いで「記入者氏名」が97.0%、「出来事への対応状況」が96.7%であった。

図表 2-47 ヒヤリハット報告用の記録用紙の既定の様式の有無



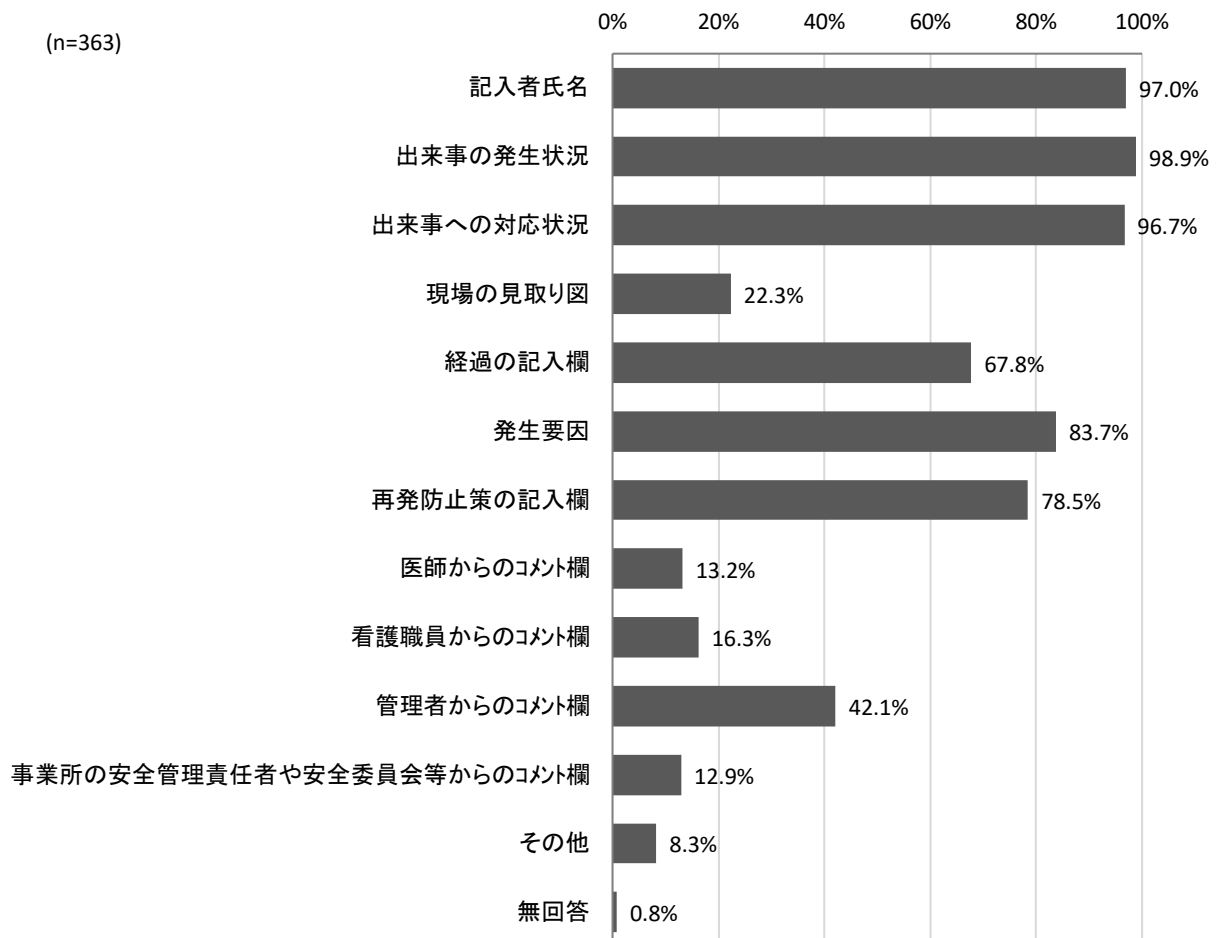
図表 2-48 対応マニュアルの作成状況別 ヒヤリハット報告用の記録用紙の既定の様式の有無

		合計	Q18 ヒヤリハット報告用の記録用紙の既定の様式の有無		
			様式がある	様式はない	無回答
全体		442 100.0%	363 82.1%	37 8.4%	42 9.5%
Q12 介護職員がヒヤリハット・アクシデントに遭遇した際の対応マニュアル等の作成状況	ヒヤリハット、アクシデント両方について作成している	225 100.0%	218 96.9%	7 3.1%	0 0.0%
	ヒヤリハットのみ作成している	79 100.0%	72 91.1%	6 7.6%	1 1.3%
	アクシデントのみ作成している	22 100.0%	15 68.2%	7 31.8%	0 0.0%
	ヒヤリハット、アクシデントどちらも作成していない	66 100.0%	50 75.8%	15 22.7%	1 1.5%

図表 2-49 報告基準の取り決め状況別 ヒヤリハット報告用の記録用紙の既定の様式の有無

	合計	Q18 ヒヤリハット報告用の記録用紙の既定の様式の有無			
		様式がある	様式はない	無回答	
全体	442 100.0%	363 82.1%	37 8.4%	42 9.5%	
Q13 ヒヤリハット・アクシデントの報告基準について、事業所での取り決め	ヒヤリハット、アクシデント両方について取り決めている	213 100.0%	204 95.8%	9 4.2%	0 0.0%
	ヒヤリハットのみ取り決めている	61 100.0%	54 88.5%	7 11.5%	0 0.0%
	アクシデントのみ取り決めている	25 100.0%	19 76.0%	6 24.0%	0 0.0%
	ヒヤリハット、アクシデントどちらも取り決めていない	91 100.0%	76 83.5%	13 14.3%	2 2.2%

図表 2-50 ヒヤリハット報告用の記録用紙の既定の様式に盛り込まれている項目



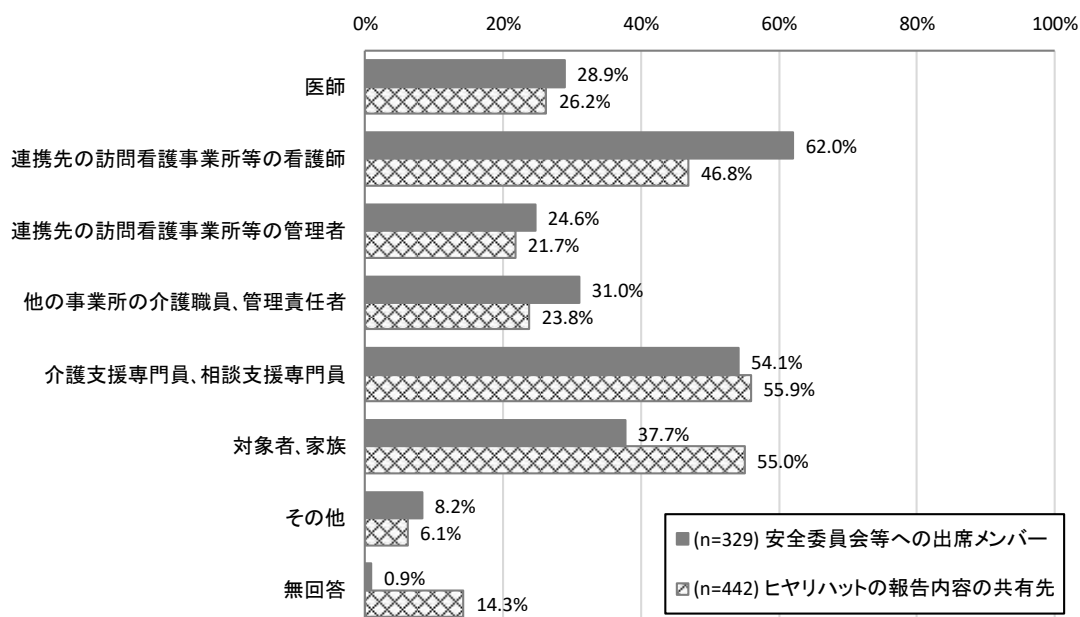
⑧ Q19 ヒヤリハットの報告内容の事業所外の共有先

ヒヤリハットの報告内容の事業所外の共有先は、「介護支援専門員、相談支援専門員」が55.9%と最も高く、次いで「対象者、家族」が55.0%、「連携先の訪問看護事業所等の看護師」が46.8%となっていた。

ヒヤリハットの報告内容の事業所外の共有先について、安全委員会等への出席メンバーとの比較したところ、「連携先の訪問看護事業所等の看護師」の関りでは、安全委員会等の際よりも割合が低かった。

訪問看護ステーションや病院・診療所との併設の有無別にみたところ、併設ありの事業所では、それぞれ「連携している訪問看護事業所等の看護師」「医師」の割合が高くなっていた。

図表 2-51 ヒヤリハットの報告内容の事業所外の共有先（安全委員会等への出席メンバーとの比較）



図表 2-52 訪問看護ステーションの併設有無別 ヒヤリハットの報告内容の事業所外の共有先

	合計	Q19 ヒヤリハットの内容について、事業所以外に情報を共有する先							無回答	
		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	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		
全体	442 100.0%	116 26.2%	207 46.8%	96 21.7%	105 23.8%	247 55.9%	243 55.0%	27 6.1%	63 14.3%	
訪問看護ステーション併設状況	あり	94 100.0%	38 40.4%	53 56.4%	35 37.2%	31 33.0%	66 70.2%	51 54.3%	5 5.3%	11 11.7%
	なし	204 100.0%	48 23.5%	90 44.1%	34 16.7%	43 21.1%	113 55.4%	114 55.9%	16 7.8%	23 11.3%

図表 2-53 病院・診療所の併設有無別 ヒヤリハットの報告内容の事業所外の共有先

	合計	Q19 ヒヤリハットの内容について、事業所以外に情報を共有する先							無回答	
		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	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		
全体	442 100.0%	116 26.2%	207 46.8%	96 21.7%	105 23.8%	247 55.9%	243 55.0%	27 6.1%	63 14.3%	
病院・診療所併設状況	あり	39 100.0%	19 48.7%	23 59.0%	12 30.8%	12 30.8%	25 64.1%	21 53.8%	3 7.7%	5 12.8%
	なし	259 100.0%	67 25.9%	120 46.3%	57 22.0%	62 23.9%	154 59.5%	144 55.6%	18 6.9%	29 11.2%

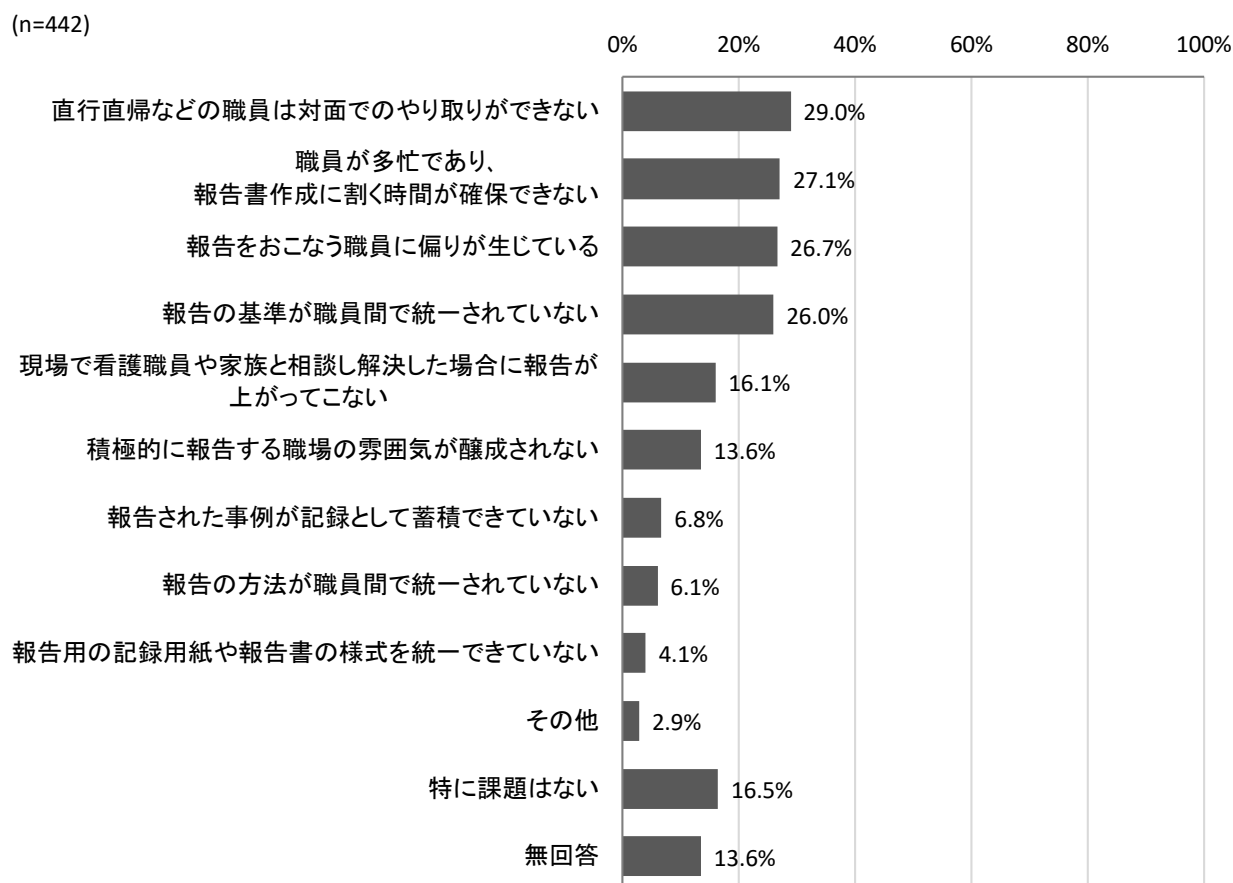
⑨ Q20 ヒヤリハットの報告における課題

ヒヤリハットの報告における課題は、「直行直帰などの職員は対面でのやり取りができない」が29.0%と最も高く、次いで「職員が多忙であり、報告書作成に割く時間が確保できない」が27.1%、「報告を行う職員に偏りが生じている」が26.7%となっていた。

ヒヤリハットの報告基準の設定状況と説明方法の組み合わせ別にみたところ、報告基準を取り決めており具体的な表現で説明している事業所では、「報告の基準が職員間で統一されていない」の割合が高くなっていた。

ヒヤリハットを把握する方法のうち最も多い方法別にみたところ、メール、SNS等の報告により把握している事業所では、「職員が多忙であり、報告書作成に割く時間が確保できない」「報告をおこなう職員に偏りが生じている」「報告された事例が記録として蓄積できない」の割合が高くなっていた。また、報告用の記録用紙の報告により把握している事業所では、「職員が多忙であり、報告書作成に割く時間が確保できない」「報告をおこなう職員に偏りが生じている」の割合が高くなっていた。

図表 2-54 ヒヤリハットの報告における課題



図表 2-55 ヒヤリハットの報告基準の設定状況と説明方法の組み合わせ別 ヒヤリハットの報告における課題

	合計	Q20 ヒヤリハットの報告全般における課題												
		職員が多忙であり、報告書作成に割く時間が確保できない	直行直帰などの職員は対面でのやり取りができない	現場で看護職員や家族と相談し解決した場合に報告が上がってこない	報告の基準が職員間で統一されていない	報告の方法が職員間で統一されていない	積極的に報告する職場の雰囲気が醸成されていない	報告をおこなう職員に偏りがある	報告用の記録用紙や報告書の様式を統一していない	報告された事例が記録として蓄積できていない	その他	特に課題はない	無回答	
全体	442 100.0%	120 27.1%	128 29.0%	71 16.1%	115 26.0%	27 6.1%	60 13.6%	118 26.7%	18 4.1%	30 6.8%	13 2.9%	73 16.5%	60 13.6%	
基準の説明	報告基準を取り決めており、具体的な表現で説明している	124 100.0%	38 30.6%	38 30.6%	21 16.9%	25 20.2%	9 7.3%	20 16.1%	36 29.0%	5 4.0%	8 6.5%	5 4.0%	30 24.2%	6 4.8%
	報告基準を取り決めており、抽象的な表現で説明している	127 100.0%	40 31.5%	39 30.7%	22 17.3%	43 33.9%	7 5.5%	16 12.6%	39 30.7%	1 0.8%	4 3.1%	2 1.6%	22 17.3%	5 3.9%
	報告基準を取り決めていない	116 100.0%	35 30.2%	42 36.2%	24 20.7%	39 33.6%	10 8.6%	21 18.1%	33 28.4%	9 7.8%	12 10.3%	5 4.3%	16 13.8%	6 5.2%

図表 2-56 ヒヤリハットを把握する方法のうち最も多い方法別

ヒヤリハットの報告における課題

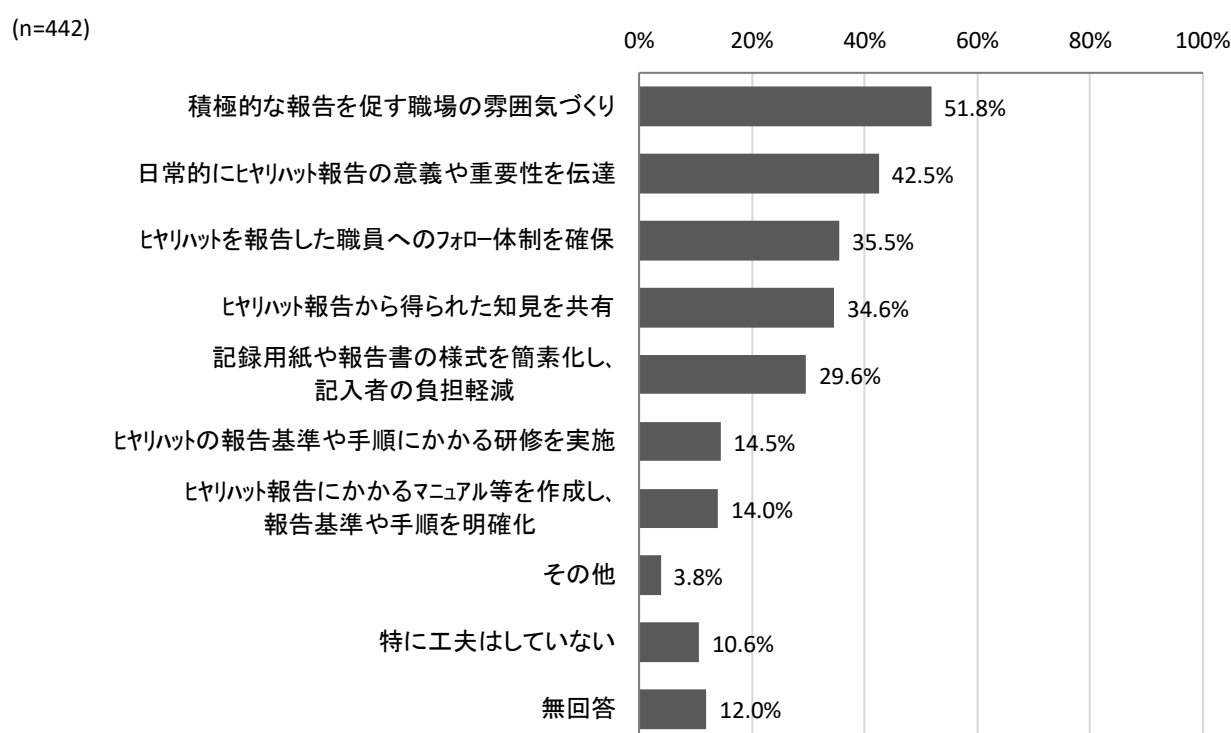
	合計	Q20 ヒヤリハットの報告全般における課題												
		職員が多忙であり、報告書作成に割く時間が確保できない	直行直帰などの職員は対面でのやり取りができない	現場で看護職員や家族と相談し解決した場合に報告が上がってこない	報告の基準が職員間で統一されていない	報告の方法が職員間で統一されていない	積極的に報告する職場の雰囲気が醸成されていない	報告をおこなう職員に偏りがある	報告用の記録用紙や報告書の様式を統一していない	報告された事例が記録として蓄積できていない	その他	特に課題はない	無回答	
全体	442 100.0%	120 27.1%	128 29.0%	71 16.1%	115 26.0%	27 6.1%	60 13.6%	118 26.7%	18 4.1%	30 6.8%	13 2.9%	73 16.5%	60 13.6%	
Q15② ヒヤリハットについて事業所として把握する方法で最も多いもの	口頭の報告による把握	149 100.0%	38 25.5%	46 30.9%	27 18.1%	42 28.2%	8 5.4%	17 11.4%	41 27.5%	5 3.4%	11 7.4%	1 0.7%	27 18.1%	8 5.4%
	メール、SNS等の報告による把握	41 100.0%	15 36.6%	19 46.3%	9 22.0%	15 36.6%	4 9.8%	9 22.0%	17 41.5%	5 12.2%	7 17.1%	0 0.0%	2 4.9%	1 2.4%
	訪問介護記録や介護日誌等への記録内容	18 100.0%	3 16.7%	5 27.8%	3 16.7%	4 22.2%	3 16.7%	2 11.1%	4 22.2%	2 11.1%	2 11.1%	2 11.1%	2 33.3%	1 5.6%
	報告用の記録用紙の報告による把握	69 100.0%	29 42.0%	22 31.9%	12 17.4%	25 36.2%	4 5.8%	17 24.6%	27 39.1%	1 1.4%	2 2.9%	1 1.4%	8 11.6%	3 4.3%
	その他	5 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 40.0%	3 60.0%	0 0.0%

⑩ Q21 ヒヤリハットの報告における工夫や取組

ヒヤリハットの報告における工夫は、「積極的な報告を促す職場の雰囲気づくり」が 51.8%と最も高く、次いで「日常的にヒヤリハット報告の意義や重要性を伝達」が 42.5%、「ヒヤリハットを報告した職員へのフォロー体制を確保」が 35.5%となっていた。

安全委員会設置状況別にみたところ、「新規」の会議体を設置している事業所では、すべての項目について割合が高くなっていた。また、把握できていないヒヤリハットの有無別にみたところ、「かなりあると思う」と回答した事業所では、「積極的な報告を促す職場の雰囲気づくり」や「ヒヤリハットから得られた知見を共有」の割合が低くなっていた。

図表 2-57 ヒヤリハットの報告における工夫や取組



図表 2-58 安全委員会の設置方法別 ヒヤリハットの報告における工夫

	合計	Q21 ヒヤリハットの報告を円滑におこなえるようにするための工夫や取組										
		積極的な報告を促す職場の雰囲気づくり	ヒヤリハットを報告した職員へのフォロー体制を確保	記録用紙や報告書の様式を簡素化し、記入者の負担軽減	日常的にヒヤリハット報告の意義や重要性を伝達	ヒヤリハット報告にかかるマニュアル等を作成し、報告基準や手順を明確化	ヒヤリハットの報告基準や手順にかかる研修を実施	ヒヤリハット報告から得られた知見を共有	その他	特に工夫はしていない	無回答	
全体	442	229	157	131	188	62	64	153	17	47	53	
	100.0%	51.8%	35.5%	29.6%	42.5%	14.0%	14.5%	34.6%	3.8%	10.6%	12.0%	
Q9 喀痰吸引等にかかる安全委員会等の設置状況	「新規」の会議体を設置	48	33	22	19	27	12	11	22	3	4	2
		100.0%	68.8%	45.8%	39.6%	56.3%	25.0%	22.9%	45.8%	6.3%	8.3%	4.2%
	定例的に開催される既存の会議で検討	162	104	73	51	82	22	26	62	3	12	6
		100.0%	64.2%	45.1%	31.5%	50.6%	13.6%	16.0%	38.3%	1.9%	7.4%	3.7%
	随時開かれる会議で検討	111	57	37	36	51	19	19	39	5	13	3
	100.0%	51.4%	33.3%	32.4%	45.9%	17.1%	17.1%	35.1%	4.5%	11.7%	2.7%	
その他	8	3	2	1	2	0	0	2	0	2	1	
	100.0%	37.5%	25.0%	12.5%	25.0%	0.0%	0.0%	25.0%	0.0%	25.0%	12.5%	
設置していない	57	22	14	14	16	5	4	18	4	14	5	
	100.0%	38.6%	24.6%	24.6%	28.1%	8.8%	7.0%	31.6%	7.0%	24.6%	8.8%	

図表 2-59 把握できていないヒヤリハットの有無別 ヒヤリハットの報告における工夫

	合計	Q21 ヒヤリハットの報告を円滑におこなえるようにするための工夫や取組										
		積極的な報告を促す職場の雰囲気づくり	ヒヤリハットを報告した職員へのフォロー体制を確保	記録用紙や報告書の様式を簡素化し、記入者の負担軽減	日常的にヒヤリハット報告の意義や重要性を伝達	ヒヤリハット報告にかかるマニュアル等を作成し、報告基準や手順を明確化	ヒヤリハットの報告基準や手順にかかる研修を実施	ヒヤリハット報告から得られた知見を共有	その他	特に工夫はしていない	無回答	
全体	442	229	157	131	188	62	64	153	17	47	53	
	100.0%	51.8%	35.5%	29.6%	42.5%	14.0%	14.5%	34.6%	3.8%	10.6%	12.0%	
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	36	17	18	14	21	6	10	12	1	3	2
		100.0%	47.2%	50.0%	38.9%	58.3%	16.7%	27.8%	33.3%	2.8%	8.3%	5.6%
	まあまああると思う	156	95	63	55	84	24	22	68	3	12	2
		100.0%	60.9%	40.4%	35.3%	53.8%	15.4%	14.1%	43.6%	1.9%	7.7%	1.3%
	ほとんどないと思う	146	89	55	47	55	22	23	54	9	22	4
	100.0%	61.0%	37.7%	32.2%	37.7%	15.1%	15.8%	37.0%	6.2%	15.1%	2.7%	
まったくないと思う	18	9	8	5	10	4	3	5	1	4	0	
	100.0%	50.0%	44.4%	27.8%	55.6%	22.2%	16.7%	27.8%	5.6%	22.2%	0.0%	
わからない	33	15	9	8	14	4	5	8	1	4	2	
	100.0%	45.5%	27.3%	24.2%	42.4%	12.1%	15.2%	24.2%	3.0%	12.1%	6.1%	

(3) 喀痰吸引等にかかる「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

① Q22 Q23「個別のヒヤリハット事例」の要因分析、再発防止策の検討の実施状況

「個別のヒヤリハット事例」について、要因分析、再発防止策の検討ともに「すべての事例についておこなっている」割合が最も高く、次いで、「利用者へお影響が大きい事例のみ」、「発生頻度の多い事例のみ」となっていた。

要因分析、再発防止策の検討ともに「すべての事例についておこなっている」と回答した事業所は、39.1%（173 事業所）であった。また、両者ともに「おこなっていない」と回答した事業所は、2.3%（10 事業所）であった。

訪問看護ステーションの併設有無別にみたところ、「併設あり」の事業所では、要因分析、再発防止策の検討ともに「すべての事例についておこなっている」の割合が高くなっていた。一方で、病院・診療所の併設の有無別については大きな差はみられなかった。

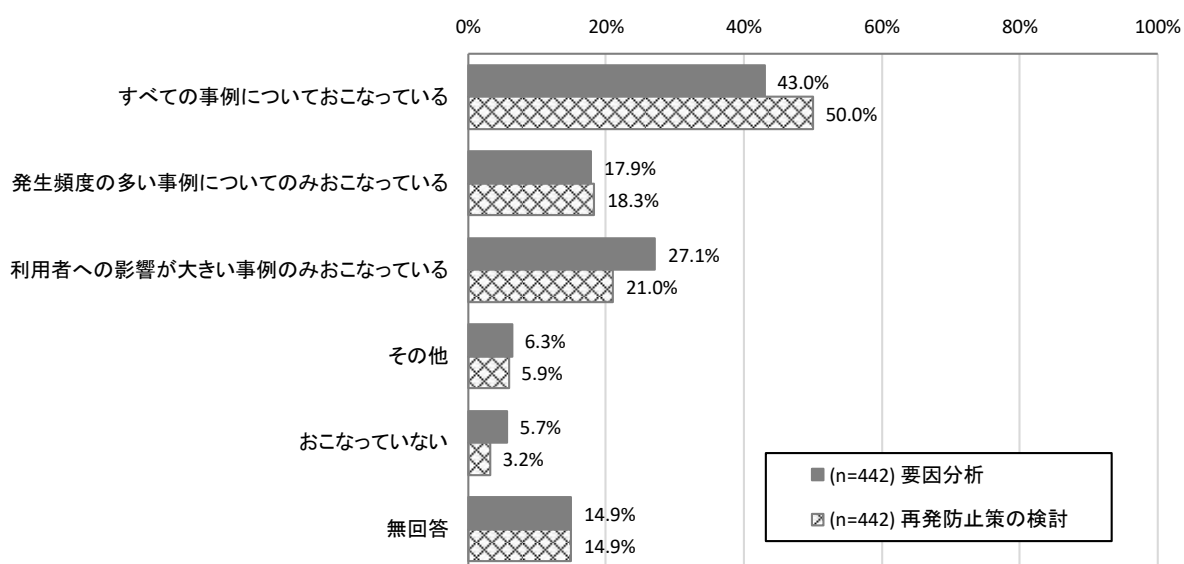
認定特定行為業務従事者等の人数別にみたところ、要因分析、再発防止策の検討ともに人数が多い事業所で「すべての事例についておこなっている」の割合が比較的高くなっていた。

安全委員会の設置状況別にみたところ、「新規」の会議体を設置している事業所では、要因分析、再発防止策の検討ともに「すべての事例についておこなっている」の割合が高くなっていた。

ヒヤリハットに遭遇した際の対応マニュアル有無別にみたところ、ヒヤリハット・アクシデント両方について作成している事業所では、要因分析、再発防止策の検討ともに「すべての事例についておこなっている」の割合が高くなっていた。

ヒヤリハットの把握方法のうち最も多い方法別にみたところ、「口頭の報告による把握」で、要因分析、再発防止策の検討ともに「すべての事例についておこなっている」の割合が高くなっていた。

図表 2-60 把握した「個別のヒヤリハット事例」の要因分析、再発防止策の検討



図表 2-61 訪問看護ステーションの併設有無別 把握した「個別のヒヤリハット事例」の要因分析

		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		442 100.0%	190 43.0%	79 17.9%	120 27.1%	28 6.3%	25 5.7%	66 14.9%
訪問看護ステーション併設状況	あり	94 100.0%	49 52.1%	11 11.7%	20 21.3%	9 9.6%	4 4.3%	10 10.6%
	なし	204 100.0%	87 42.6%	37 18.1%	65 31.9%	12 5.9%	10 4.9%	27 13.2%

図表 2-62 病院・診療所の併設有無別 把握した「個別のヒヤリハット事例」の要因分析

		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		442 100.0%	190 43.0%	79 17.9%	120 27.1%	28 6.3%	25 5.7%	66 14.9%
病院・診療所併設状況	あり	39 100.0%	19 48.7%	6 15.4%	10 25.6%	3 7.7%	1 2.6%	5 12.8%
	なし	259 100.0%	117 45.2%	42 16.2%	75 29.0%	18 6.9%	13 5.0%	32 12.4%

図表 2-63 認定特定行為業務従事者等の人数別 把握した「個別のヒヤリハット事例」の要因分析

		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		442 100.0%	190 43.0%	79 17.9%	120 27.1%	28 6.3%	25 5.7%	66 14.9%
Q6① 認定特定行為業務従事者等の人数	5人以下	240 100.0%	86 35.8%	40 16.7%	65 27.1%	20 8.3%	15 6.3%	44 18.3%
	6人～10人	107 100.0%	63 58.9%	22 20.6%	28 26.2%	6 5.6%	5 4.7%	5 4.7%
	11人以上	71 100.0%	38 53.5%	14 19.7%	20 28.2%	2 2.8%	5 7.0%	2 2.8%

図表 2-64 認定特定行為業務従事者等の人数（実際に提供している）別

把握した「個別のヒヤリハット事例」の要因分析

		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					無回答
			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	
全体		442 100.0%	190 43.0%	79 17.9%	120 27.1%	28 6.3%	25 5.7%	66 14.9%
Q6② 喀痰吸引等を実際に提供している人数	2人以下	212 100.0%	70 33.0%	31 14.6%	60 28.3%	15 7.1%	16 7.5%	43 20.3%
	3人～5人	102 100.0%	54 52.9%	26 25.5%	28 27.5%	10 9.8%	2 2.0%	6 5.9%
	6人～10人	64 100.0%	40 62.5%	8 12.5%	14 21.9%	2 3.1%	6 9.4%	2 3.1%
	11人以上	43 100.0%	23 53.5%	12 27.9%	15 34.9%	1 2.3%	1 2.3%	0 0.0%

図表 2-65 安全委員会の設置状況別 把握した「個別のヒヤリハット事例」の要因分析

		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					無回答
			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	
全体		442 100.0%	190 43.0%	79 17.9%	120 27.1%	28 6.3%	25 5.7%	66 14.9%
Q9 喀痰吸引等にかかる安全委員会等の設置状況	「新規」の会議体を設置	48 100.0%	33 68.8%	1 2.1%	5 10.4%	3 6.3%	3 6.3%	3 6.3%
	定例的に開催される既存の会議で検討	162 100.0%	76 46.9%	38 23.5%	51 31.5%	12 7.4%	7 4.3%	9 5.6%
	随時開かれる会議で検討	111 100.0%	51 45.9%	22 19.8%	40 36.0%	9 8.1%	2 1.8%	6 5.4%
	その他	8 100.0%	2 25.0%	0 0.0%	2 25.0%	1 12.5%	1 12.5%	2 25.0%
	設置していない	57 100.0%	21 36.8%	12 21.1%	15 26.3%	2 3.5%	8 14.0%	9 15.8%

図表 2-66 ヒヤリハットに遭遇した際の対応マニュアル有無別 把握した「個別のヒヤリハット事例」の要因分析

	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	442 100.0%	190 43.0%	79 17.9%	120 27.1%	28 6.3%	25 5.7%	66 14.9%	
Q12 介護職員がヒヤリハット・アクシデントに遭遇した際の対応マニュアル等の作成状況	ヒヤリハット、アクシデント両方について作成している	225 100.0%	114 50.7%	50 22.2%	68 30.2%	14 6.2%	10 4.4%	9 4.0%
	ヒヤリハットのみ作成している	79 100.0%	38 48.1%	13 16.5%	21 26.6%	4 5.1%	7 8.9%	7 8.9%
	アクシデントのみ作成している	22 100.0%	9 40.9%	3 13.6%	10 45.5%	1 4.5%	0 0.0%	2 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	66 100.0%	25 37.9%	10 15.2%	17 25.8%	8 12.1%	8 12.1%	6 9.1%

図表 2-67 ヒヤリハットの把握方法のうち最も多い方法別 把握した「個別のヒヤリハット事例」の要因分析

	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	442 100.0%	190 43.0%	79 17.9%	120 27.1%	28 6.3%	25 5.7%	66 14.9%	
Q15② ヒヤリハットについて事業所として把握する方法で最も多いもの	口頭の報告による把握	149 100.0%	81 54.4%	27 18.1%	35 23.5%	9 6.0%	6 4.0%	13 8.7%
	メール、SNS等の報告による把握	41 100.0%	13 31.7%	12 29.3%	17 41.5%	1 2.4%	4 9.8%	1 2.4%
	訪問介護記録や介護日誌等への記録内容	18 100.0%	6 33.3%	2 11.1%	6 33.3%	3 16.7%	2 11.1%	2 11.1%
	報告用の記録用紙の報告による把握	69 100.0%	33 47.8%	12 17.4%	22 31.9%	3 4.3%	4 5.8%	2 2.9%
	その他	5 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 80.0%	1 20.0%	0 0.0%

図表 2-68 訪問看護ステーションの併設有無別
把握した「個別のヒヤリハット事例」の再発防止策の検討状況

		合計	Q23 「個別のヒヤリハット事例」について、再発防止策の検討					無回答
			すべての事例について再発防止策の検討をおこなっている	発生頻度の多い事例についてのみ再発防止策の検討をおこなっている	利用者への影響が大きい事例のみ再発防止策の検討をおこなっている	その他	再発防止策の検討をおこなっていない	
全体		442 100.0%	221 50.0%	81 18.3%	93 21.0%	26 5.9%	14 3.2%	66 14.9%
訪問看護ステーション併設状況	あり	94 100.0%	51 54.3%	17 18.1%	15 16.0%	6 6.4%	5 5.3%	11 11.7%
	なし	204 100.0%	103 50.5%	43 21.1%	52 25.5%	10 4.9%	6 2.9%	24 11.8%

図表 2-69 病院・診療所の併設有無別 把握した「個別のヒヤリハット事例」の再発防止策の検討状況

		合計	Q23 「個別のヒヤリハット事例」について、再発防止策の検討					無回答
			すべての事例について再発防止策の検討をおこなっている	発生頻度の多い事例についてのみ再発防止策の検討をおこなっている	利用者への影響が大きい事例のみ再発防止策の検討をおこなっている	その他	再発防止策の検討をおこなっていない	
全体		442 100.0%	221 50.0%	81 18.3%	93 21.0%	26 5.9%	14 3.2%	66 14.9%
病院・診療所併設状況	あり	39 100.0%	20 51.3%	7 17.9%	8 20.5%	2 5.1%	2 5.1%	5 12.8%
	なし	259 100.0%	134 51.7%	53 20.5%	59 22.8%	14 5.4%	9 3.5%	30 11.6%

図表 2-70 認定特定行為業務従事者等の人数別
把握した「個別のヒヤリハット事例」の再発防止策の検討状況

		合計	Q23 「個別のヒヤリハット事例」について、再発防止策の検討					無回答
			すべての事例について再発防止策の検討をおこなっている	発生頻度の多い事例についてのみ再発防止策の検討をおこなっている	利用者への影響が大きい事例のみ再発防止策の検討をおこなっている	その他	再発防止策の検討をおこなっていない	
全体		442 100.0%	221 50.0%	81 18.3%	93 21.0%	26 5.9%	14 3.2%	66 14.9%
Q6① 認定特定行為業務従事者等の人数	5人以下	240 100.0%	101 42.1%	38 15.8%	48 20.0%	18 7.5%	9 3.8%	49 20.4%
	6人～10人	107 100.0%	69 64.5%	27 25.2%	24 22.4%	6 5.6%	2 1.9%	3 2.8%
	11人以上	71 100.0%	46 64.8%	13 18.3%	15 21.1%	2 2.8%	3 4.2%	1 1.4%

図表 2-71 認定特定行為業務従事者等の人数（実際に提供している）別

把握した「個別のヒヤリハット事例」の再発防止策の検討状況

	合計	Q23 「個別のヒヤリハット事例」について、再発防止策の検討						
		すべての事例について再発防止策の検討をおこなっている	発生頻度の多い事例についてのみ再発防止策の検討をおこなっている	利用者への影響が大きい事例のみ再発防止策の検討をおこなっている	その他	再発防止策の検討をおこなっていない	無回答	
全体	442 100.0%	221 50.0%	81 18.3%	93 21.0%	26 5.9%	14 3.2%	66 14.9%	
Q6② 喀痰吸引等を実際に提供している人数	2人以下	212 100.0%	86 40.6%	34 16.0%	44 20.8%	14 6.6%	9 4.2%	45 21.2%
	3人～5人	102 100.0%	60 58.8%	22 21.6%	24 23.5%	10 9.8%	1 1.0%	6 5.9%
	6人～10人	64 100.0%	42 65.6%	12 18.8%	13 20.3%	2 3.1%	3 4.7%	1 1.6%
	11人以上	43 100.0%	30 69.8%	9 20.9%	10 23.3%	0 0.0%	1 2.3%	0 0.0%

図表 2-72 安全委員会の設置状況別

把握した「個別のヒヤリハット事例」の再発防止策の検討状況

	合計	Q23 「個別のヒヤリハット事例」について、再発防止策の検討						
		すべての事例について再発防止策の検討をおこなっている	発生頻度の多い事例についてのみ再発防止策の検討をおこなっている	利用者への影響が大きい事例のみ再発防止策の検討をおこなっている	その他	再発防止策の検討をおこなっていない	無回答	
全体	442 100.0%	221 50.0%	81 18.3%	93 21.0%	26 5.9%	14 3.2%	66 14.9%	
Q9 喀痰吸引等にかかる安全委員会等の設置状況	「新規」の会議体を設置	48 100.0%	33 68.8%	5 10.4%	7 14.6%	3 6.3%	1 2.1%	3 6.3%
	定例的に開催される既存の会議で検討	162 100.0%	91 56.2%	38 23.5%	35 21.6%	10 6.2%	6 3.7%	10 6.2%
	随時開かれる会議で検討	111 100.0%	61 55.0%	18 16.2%	29 26.1%	7 6.3%	3 2.7%	6 5.4%
	その他	8 100.0%	3 37.5%	1 12.5%	1 12.5%	1 12.5%	1 12.5%	1 12.5%
	設置していない	57 100.0%	23 40.4%	15 26.3%	14 24.6%	3 5.3%	3 5.3%	8 14.0%

図表 2-73 ヒヤリハットの把握方法のうち最も多い方法別
把握した「個別のヒヤリハット事例」の再発防止策の検討状況

		合計	Q23 「個別のヒヤリハット事例」について、再発防止策の検討					無回答
			すべての事例について再発防止策の検討をおこなっている	発生頻度の多い事例についてのみ再発防止策の検討をおこなっている	利用者への影響が大きい事例のみ再発防止策の検討をおこなっている	その他	再発防止策の検討をおこなっていない	
全体		442 100.0%	221 50.0%	81 18.3%	93 21.0%	26 5.9%	14 3.2%	66 14.9%
Q15② ヒヤリハットについて事業所として把握する方法で最も多いもの	口頭の報告による把握	149 100.0%	94 63.1%	28 18.8%	26 17.4%	7 4.7%	5 3.4%	10 6.7%
	メール、SNS等の報告による把握	41 100.0%	16 39.0%	14 34.1%	12 29.3%	2 4.9%	0 0.0%	2 4.9%
	訪問介護記録や介護日誌等への記録内容	18 100.0%	8 44.4%	2 11.1%	5 27.8%	4 22.2%	2 11.1%	1 5.6%
	報告用の記録用紙の報告による把握	69 100.0%	35 50.7%	16 23.2%	21 30.4%	2 2.9%	4 5.8%	2 2.9%
	その他	5 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 20.0%	3 60.0%	1 20.0%	0 0.0%

② Q22-1 Q23-1 「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

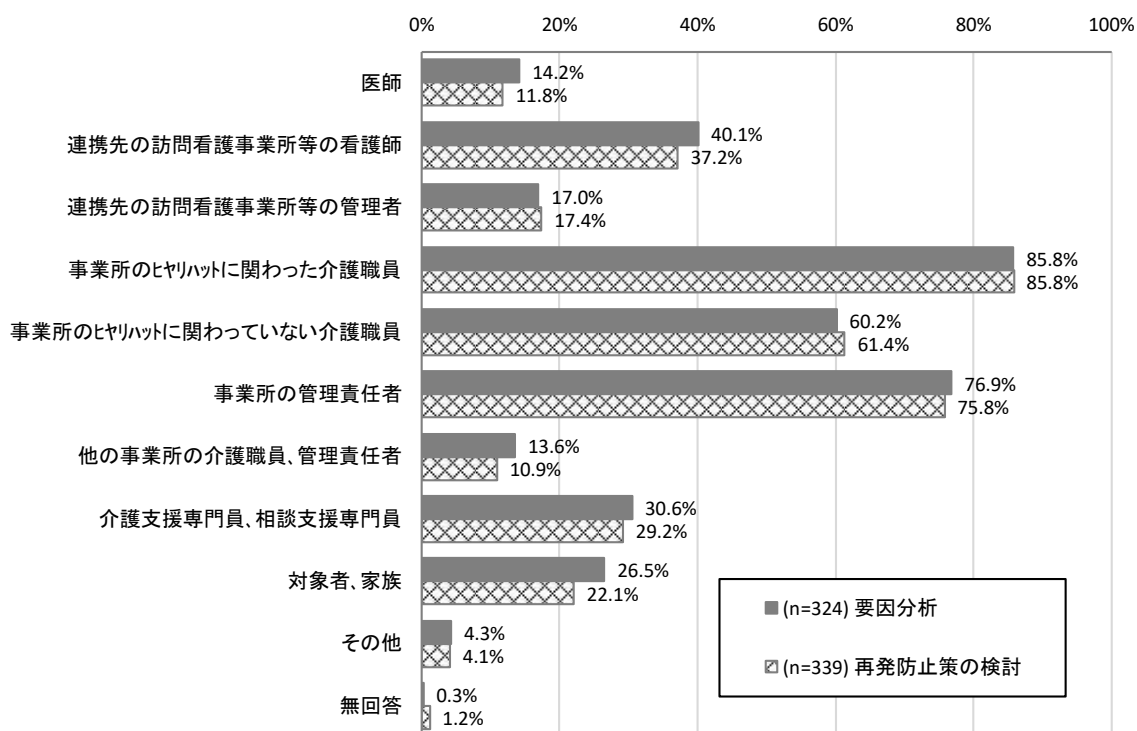
要因分析、再発防止策の検討を行う際に議論する主なメンバーをみると、「事業所のヒヤリハットに関わった介護職員」が最も高く、次いで、「事業所の管理責任者」、「事業所のヒヤリハットに関わっていない介護職員」となっていた。

また、「要因分析」と「再発防止策の検討」を比較したところ、大きな違いは見られなかった。

訪問看護ステーション、病院・診療所の併設有無別にみたところ、要因分析、再発防止策の検討ともに、併設ありの事業所で、それぞれ「連携先の訪問看護事業所等の看護師」「医師」の割合が高くなっていた。

個別ヒヤリハットの要因分析の実施状況別に要因分析を行う際に議論する主なメンバーについてみたところ、「全ての事例について実施」している事業所では、「連携先の訪問看護事業所等の看護師」の割合が高くなっていた。一方で、再発防止策の検討では、大きな差はみられなかった。

図表 2-74 「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



図表 2-75 訪問看護ステーションの併設有無別

「個別のヒヤリハット事例」の要因分析を行う際に議論する主なメンバー

	合計	Q22-1 「個別のヒヤリハット事例」の要因分析をおこなう際に議論する主なメンバー										
		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	事業所のヒヤリハットに関わった介護職員	事業所のヒヤリハットに関わっていない介護職員	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	324	46	130	55	278	195	249	44	99	86	14	1
	100.0%	14.2%	40.1%	17.0%	85.8%	60.2%	76.9%	13.6%	30.6%	26.5%	4.3%	0.3%
訪問看護ステーション併設状況	71	19	38	20	57	45	57	10	27	13	4	0
あり	100.0%	26.8%	53.5%	28.2%	80.3%	63.4%	80.3%	14.1%	38.0%	18.3%	5.6%	0.0%
なし	156	17	58	19	140	92	120	18	49	44	7	0
	100.0%	10.9%	37.2%	12.2%	89.7%	59.0%	76.9%	11.5%	31.4%	28.2%	4.5%	0.0%

図表 2-76 病院・診療所の併設有無別

「個別のヒヤリハット事例」の要因分析を行う際に議論する主なメンバー

	合計	Q22-1 「個別のヒヤリハット事例」の要因分析をおこなう際に議論する主なメンバー											
		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	事業所のヒヤリハットに関わった介護職員	事業所のヒヤリハットに関わっていない介護職員	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	324 100.0%	46 14.2%	130 40.1%	55 17.0%	278 85.8%	195 60.2%	249 76.9%	44 13.6%	99 30.6%	86 26.5%	14 4.3%	1 0.3%	
病院・診療所併設状況	あり	30 100.0%	11 36.7%	17 56.7%	7 23.3%	24 80.0%	21 70.0%	21 70.0%	4 13.3%	8 26.7%	6 20.0%	2 6.7%	0 0.0%
	なし	197 100.0%	25 12.7%	79 40.1%	32 16.2%	173 87.8%	116 58.9%	156 79.2%	24 12.2%	68 34.5%	51 25.9%	9 4.6%	0 0.0%

図表 2-77 個別ヒヤリハットの要因分析の実施状況別

「個別のヒヤリハット事例」の要因分析を行う際に議論する主なメンバー

	合計	Q22-1 「個別のヒヤリハット事例」の要因分析をおこなう際に議論する主なメンバー											
		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	事業所のヒヤリハットに関わった介護職員	事業所のヒヤリハットに関わっていない介護職員	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	324 100.0%	46 14.2%	130 40.1%	55 17.0%	278 85.8%	195 60.2%	249 76.9%	44 13.6%	99 30.6%	86 26.5%	14 4.3%	1 0.3%	
個別ヒヤリハットの要因分析	全ての事例について実施	179 100.0%	33 18.4%	76 42.5%	35 19.6%	158 88.3%	119 66.5%	139 77.7%	27 15.1%	55 30.7%	46 25.7%	10 5.6%	1 0.6%
	発生頻度の多い事例または利用者への影響が大きい事例のみ実施	85 100.0%	3 3.5%	32 37.6%	9 10.6%	66 77.6%	37 43.5%	65 76.5%	12 14.1%	24 28.2%	19 22.4%	4 4.7%	0 0.0%
	発生頻度の多い事例かつ利用者への影響が大きい事例で実施	48 100.0%	7 14.6%	14 29.2%	6 12.5%	45 93.8%	31 64.6%	34 70.8%	4 8.3%	14 29.2%	14 29.2%	0 0.0%	0 0.0%

図表 2-78 訪問看護ステーションの併設有無別

「個別のヒヤリハット事例」の再発防止策の検討を行う際に議論する主なメンバー

	合計	Q23-1 「個別のヒヤリハット事例」の再発防止策の検討をおこなう際に議論する主なメンバー											
		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	事業所のヒヤリハットに関わった介護職員	事業所のヒヤリハットに関わっていない介護職員	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	339 100.0%	40 11.8%	126 37.2%	59 17.4%	291 85.8%	208 61.4%	257 75.8%	37 10.9%	99 29.2%	75 22.1%	14 4.1%	4 1.2%	
訪問看護ステーション併設状況	あり	73 100.0%	16 21.9%	36 49.3%	22 30.1%	59 80.8%	43 58.9%	57 78.1%	9 12.3%	26 35.6%	10 13.7%	4 5.5%	1 1.4%
	なし	165 100.0%	17 10.3%	56 33.9%	22 13.3%	147 89.1%	102 61.8%	123 74.5%	15 9.1%	52 31.5%	39 23.6%	7 4.2%	2 1.2%

図表 2-79 病院・診療所の併設有無別

「個別のヒヤリハット事例」の再発防止策の検討を行う際に議論する主なメンバー

	合計	Q23-1 「個別のヒヤリハット事例」の再発防止策の検討をおこなう際に議論する主なメンバー											
		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	事業所のヒヤリハットに関わった介護職員	事業所のヒヤリハットに関わっていない介護職員	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	339 100.0%	40 11.8%	126 37.2%	59 17.4%	291 85.8%	208 61.4%	257 75.8%	37 10.9%	99 29.2%	75 22.1%	14 4.1%	4 1.2%	
病院・診療所併設状況	あり	30 100.0%	9 30.0%	17 56.7%	7 23.3%	24 80.0%	21 70.0%	20 66.7%	4 13.3%	6 20.0%	4 13.3%	2 6.7%	0 0.0%
	なし	208 100.0%	24 11.5%	75 36.1%	37 17.8%	182 87.5%	124 59.6%	160 76.9%	20 9.6%	72 34.6%	45 21.6%	9 4.3%	3 1.4%

図表 2-80 個別ヒヤリハットの再発防止策の検討の実施状況別

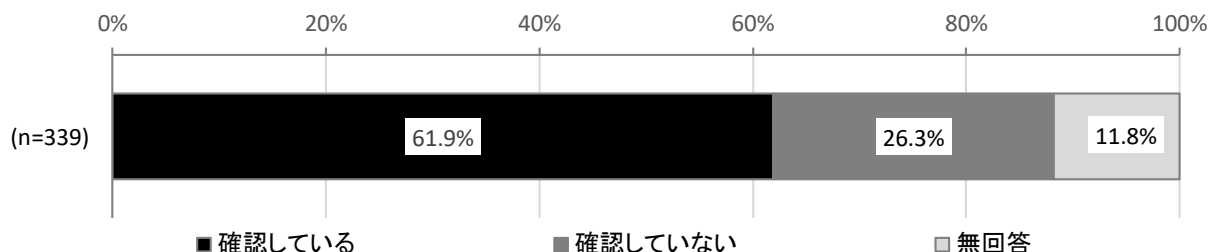
「個別のヒヤリハット事例」の再発防止策の検討を行う際に議論する主なメンバー

	合計	Q23-1 「個別のヒヤリハット事例」の再発防止策の検討をおこなう際に議論する主なメンバー										
		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 ヒヤリハットに 関わった 介護職員	事業所の ヒヤリハットに 関わって いない介 護職員	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	339	40	126	59	291	208	257	37	99	75	14	4
	100.0%	11.8%	37.2%	17.4%	85.8%	61.4%	75.8%	10.9%	29.2%	22.1%	4.1%	1.2%
個別ヒヤリハットの再発防止策の検討	206	24	75	38	181	138	159	21	62	50	10	2
全ての事例について実施	100.0%	11.7%	36.4%	18.4%	87.9%	67.0%	77.2%	10.2%	30.1%	24.3%	4.9%	1.0%
発生頻度の多い事例または利用者への影響が大きい事例のみ実施	82	5	30	11	63	37	57	10	19	15	3	1
	100.0%	6.1%	36.6%	13.4%	76.8%	45.1%	69.5%	12.2%	23.2%	18.3%	3.7%	1.2%
発生頻度の多い事例かつ利用者への影響が大きい事例で実施	35	6	13	5	34	23	28	4	10	6	1	0
	100.0%	17.1%	37.1%	14.3%	97.1%	65.7%	80.0%	11.4%	28.6%	17.1%	2.9%	0.0%

③ Q23-2 「個別のヒヤリハット事例」の再発防止策の実施状況の確認

「個別のヒヤリハット事例」の再発防止策を「確認している」事業所は61.9%、「確認していない」が26.3%となっており、約3割の事業所では検討された再発防止策の確認がされていなかった。

図表 2-81 「個別のヒヤリハット事例」の再発防止策の実施状況の確認

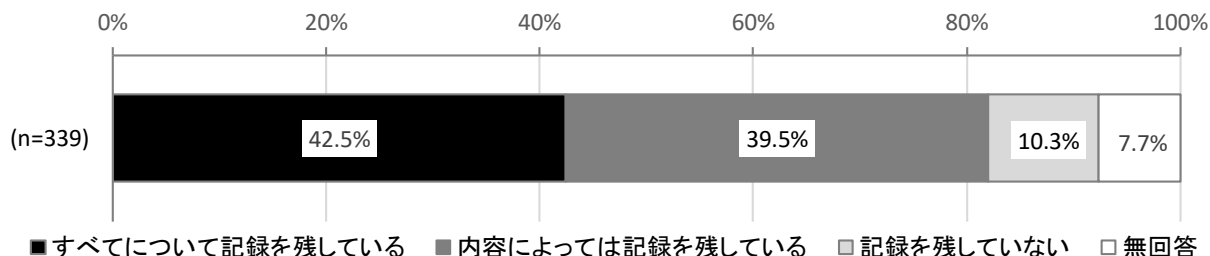


④ Q24 実施した「個別のヒヤリハット事例」の要因分析、再発防止策の検討内容の記録

実施した「個別のヒヤリハット事例」の要因分析、再発防止策の検討内容の記録を「すべてについて記録を残している（42.5%）」、「内容によっては記録に残している（39.5%）」となっており、約8割の事業所で「個別のヒヤリハット事例」の要因分析、再発防止策の検討内容の記録を残している。

「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実施状況別にみたところ、要因分析、再発防止策の検討ともに、「すべての事例について要因分析をおこなっている」事業所で、「すべてについて記録を残している」割合が高くなっていた。

図表 2-82 実施した「個別のヒヤリハット事例」の要因分析、再発防止策の検討内容の記録



図表 2-83 「個別のヒヤリハット事例」の要因分析の実施状況別

要因分析や再発防止策の検討内容の記録の保存

		Q24 「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をおこなった結果の記録の保存				
		合計	すべてについて記録を残している	内容によっては記録を残している	記録を残していない	無回答
全体		339 100.0%	144 42.5%	134 39.5%	35 10.3%	26 7.7%
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	186 100.0%	110 59.1%	51 27.4%	18 9.7%	7 3.8%
	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	79 100.0%	20 25.3%	44 55.7%	10 12.7%	5 6.3%
	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	120 100.0%	31 25.8%	66 55.0%	12 10.0%	11 9.2%
	その他	4 100.0%	1 25.0%	1 25.0%	0 0.0%	2 50.0%
	要因分析をおこなっていない	10 100.0%	2 20.0%	4 40.0%	1 10.0%	3 30.0%

図表 2-84 「個別のヒヤリハット事例」の再発防止策の検討の実施状況別

要因分析や再発防止策の検討内容の記録の保存

		Q24 「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をおこなった結果の記録の保存				
		合計	すべてについて記録を残している	内容によっては記録を残している	記録を残していない	無回答
全体		339 100.0%	144 42.5%	134 39.5%	35 10.3%	26 7.7%
Q23 「個別のヒヤリハット事例」について、再発防止策の検討	すべての事例について再発防止策の検討をおこなっている	221 100.0%	123 55.7%	58 26.2%	22 10.0%	18 8.1%
	発生頻度の多い事例についてのみ再発防止策の検討をおこなっている	81 100.0%	21 25.9%	47 58.0%	8 9.9%	5 6.2%
	利用者への影響が大きい事例のみ再発防止策の検討をおこなっている	93 100.0%	20 21.5%	56 60.2%	10 10.8%	7 7.5%
	その他	3 100.0%	1 33.3%	1 33.3%	0 0.0%	1 33.3%
	再発防止策の検討をおこなっていない	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

(4) 喀痰吸引等にかかる「蓄積したヒヤリハット事例」の要因分析や再発防止策の検討

① Q25 ヒヤリハットの報告事例の蓄積状況

ヒヤリハットの報告事例の蓄積は、「蓄積している」が38.5%、「蓄積していない」が46.4%であり、約4割の事業所でしかヒヤリハット報告事例が蓄積されていなかった。

ヒヤリハット報告用の記録用紙の規定の様式の有無別にみたところ、「様式がある」方が「様式がない」よりも「蓄積している」の割合が高くなっていた。

安全委員会の設置状況別にみたところ、「新規」の会議体や既存の会議で検討している事業所で、「蓄積している」の割合がやや高くなっていた。

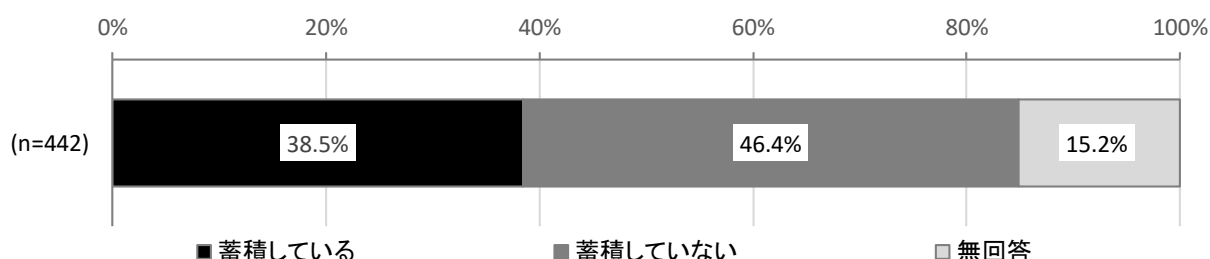
個別のヒヤリハット事例についての要因分析、再発防止策の検討の実施状況別にみたところ、要因分析、再発防止策の検討を実施している事業所では、「蓄積している」の割合が高くなっていた。

介護職員が喀痰吸引等を提供している利用者数別にみたところ、人数が多いほど「蓄積している」の割合が高くなっていた。

認定特定行為業務従事者等（実際に提供している）の人数別にみたところ、人数が多いほど「蓄積している」の割合が高くなっていた。

ヒヤリハットに該当すると考えるレベル（問11）について影響度レベル0の選択の有無別にみたところ、大きな差はみられなかった。

図表 2-85 ヒヤリハットの報告事例の蓄積状況



図表 2-86 ヒヤリハット記録用紙の規定の様式の有無別 ヒヤリハットの報告事例の蓄積状況

	合計	Q25 喀痰吸引等にかかるヒヤリハットの報告事例の蓄積状況			
		蓄積している	蓄積していない	無回答	
全体	442 100.0%	170 38.5%	205 46.4%	67 15.2%	
Q18 ヒヤリハット報告用の記録用紙の既定の様式の有無	様式がある	363 100.0%	162 44.6%	176 48.5%	25 6.9%
	様式はない	37 100.0%	8 21.6%	28 75.7%	1 2.7%

図表 2-87 安全委員会の設置状況別 ヒヤリハットの報告事例の蓄積状況

		合計	Q25 喀痰吸引等にかかるヒヤリハットの報告事例の蓄積状況		
			蓄積している	蓄積していない	無回答
全体		442 100.0%	170 38.5%	205 46.4%	67 15.2%
Q9 喀痰吸引等にかかる安全委員会等の設置状況	「新規」の会議体を設置	48 100.0%	23 47.9%	23 47.9%	2 4.2%
	定例的に開催される既存の会議で検討	162 100.0%	77 47.5%	76 46.9%	9 5.6%
	随時開かれる会議で検討	111 100.0%	46 41.4%	60 54.1%	5 4.5%
	その他	8 100.0%	2 25.0%	4 50.0%	2 25.0%
	設置していない	57 100.0%	15 26.3%	31 54.4%	11 19.3%

図表 2-88 個別のヒヤリハット事例についての要因分析実施状況別 ヒヤリハットの報告事例の蓄積状況

		合計	Q25 喀痰吸引等にかかるヒヤリハットの報告事例の蓄積状況		
			蓄積している	蓄積していない	無回答
全体		442 100.0%	170 38.5%	205 46.4%	67 15.2%
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	190 100.0%	99 52.1%	86 45.3%	5 2.6%
	発生頻度の多い事例についてのみに要因分析をおこなっている	79 100.0%	43 54.4%	36 45.6%	0 0.0%
	利用者への影響が大きい事例のみに要因分析をおこなっている	120 100.0%	57 47.5%	61 50.8%	2 1.7%
	その他	28 100.0%	2 7.1%	23 82.1%	3 10.7%
	要因分析をおこなっていない	25 100.0%	4 16.0%	20 80.0%	1 4.0%

図表 2-89 個別のヒヤリハット事例についての再発防止策の検討実施状況別

ヒヤリハットの報告事例の蓄積状況

		合計	Q25 喀痰吸引等にかかるヒヤリハットの報告事例の蓄積状況		
			蓄積している	蓄積していない	無回答
全体		442 100.0%	170 38.5%	205 46.4%	67 15.2%
Q23 「個別のヒヤリハット事例」について、再発防止策の検討	すべての事例について再発防止策の検討をおこなっている	221 100.0%	120 54.3%	96 43.4%	5 2.3%
	発生頻度の多い事例についてのみ再発防止策の検討をおこなっている	81 100.0%	36 44.4%	44 54.3%	1 1.2%
	利用者への影響が大きい事例のみ再発防止策の検討をおこなっている	93 100.0%	41 44.1%	52 55.9%	0 0.0%
	その他	26 100.0%	3 11.5%	21 80.8%	2 7.7%
	再発防止策の検討をおこなっていない	14 100.0%	3 21.4%	10 71.4%	1 7.1%

図表 2-90 介護職員が喀痰吸引等を提供している利用者数別 ヒヤリハットの報告事例の蓄積状況

		合計	Q25 喀痰吸引等にかかるヒヤリハットの報告事例の蓄積状況		
			蓄積している	蓄積していない	無回答
全体		442 100.0%	170 38.5%	205 46.4%	67 15.2%
Q6② 喀痰吸引等を実際に提供している人数	0人	116 100.0%	22 19.0%	50 43.1%	44 37.9%
	1人～2人	185 100.0%	79 42.7%	100 54.1%	6 3.2%
	3人～4人	57 100.0%	28 49.1%	27 47.4%	2 3.5%
	5人以上	68 100.0%	41 60.3%	26 38.2%	1 1.5%

図表 2-91 認定特定行為業務従事者等（実際に提供している）の人数別

ヒヤリハットの報告事例の蓄積状況

		合計	Q25 喀痰吸引等にかかるヒヤリハットの報告事例の蓄積状況		
			蓄積している	蓄積していない	無回答
全体		442 100.0%	170 38.5%	205 46.4%	67 15.2%
Q6② 喀痰吸引等を実際に提供している人数	2人以下	212 100.0%	58 27.4%	107 50.5%	47 22.2%
	3人～5人	102 100.0%	43 42.2%	54 52.9%	5 4.9%
	6人～10人	64 100.0%	34 53.1%	29 45.3%	1 1.6%
	11人以上	43 100.0%	33 76.7%	10 23.3%	0 0.0%

図表 2-92 ヒヤリハットに該当すると考えるレベル_レベル0 選択の有無別

ヒヤリハットの報告事例の蓄積状況

		合計	Q25 喀痰吸引等にかかるヒヤリハットの報告事例の蓄積状況		
			蓄積している	蓄積していない	無回答
全体		442 100.0%	170 38.5%	205 46.4%	67 15.2%
レベル0の選択の有無	選択あり	281 100.0%	125 44.5%	136 48.4%	20 7.1%
	選択なし	92 100.0%	37 40.2%	51 55.4%	4 4.3%

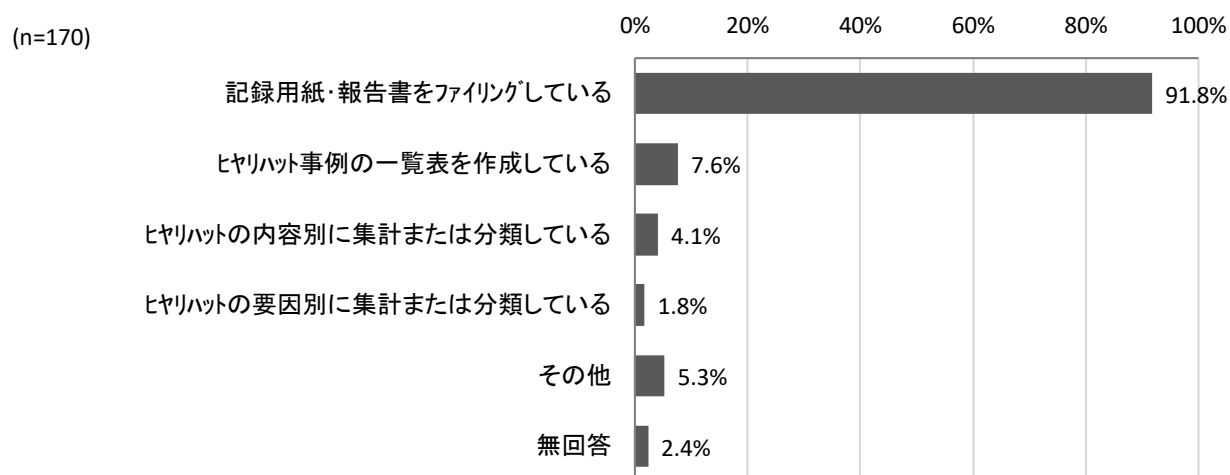
※ヒヤリハットに該当すると考えるレベル_レベル0の選択とは、問11で「エラーや医薬品・機器等の不具合が見られたが、対象者には実施されなかった」を選択したことを指す。

② Q25-1 ヒヤリハットの報告事例の蓄積方法

ヒヤリハットの報告事例の蓄積方法は、「記録用紙、報告書をファイリングしている」が最も多く91.8%になっていた。

一方で、「ヒヤリハットの内容別／要因別に集計又は分類している」事業所はわずかであった。

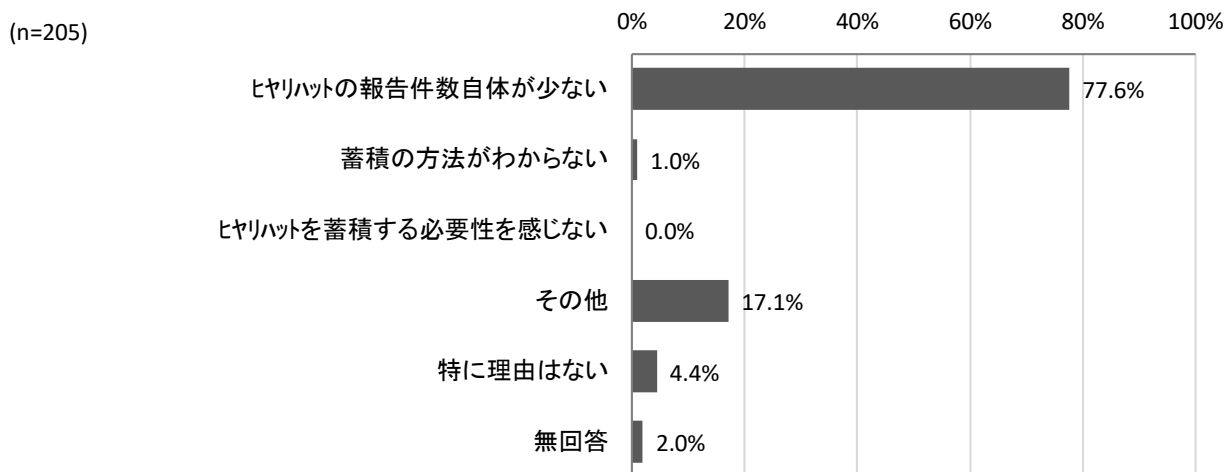
図表 2-93 ヒヤリハットの報告事例の蓄積方法



③ Q25-2 ヒヤリハットの報告事例を蓄積していない理由

ヒヤリハットの報告事例を蓄積していない理由としては、約8割の事業所で「ヒヤリハットの報告件数自体が少ない」を挙げていた。一方で、「蓄積の方法が分からない(1.0%)」や「ヒヤリハットを蓄積する必要性を感じない(0.0%)」という事業所はわずかであった。また、「その他」では、「これまでヒヤリハットが起こったことがない」といった回答が多数挙げられていた。

図表 2-94 ヒヤリハットの報告事例を蓄積していない理由



④ Q26 Q27「蓄積した複数のヒヤリハット事例」の要因分析、再発防止策の検討状況

「蓄積した複数のヒヤリハット事例」の要因分析、再発防止策の検討について「おこなっている」事業所は、「要因分析」では68.2%、「再発防止策の検討」では76.5%となっており、「再発防止策の検討」の方がおこなわれている状況であった。

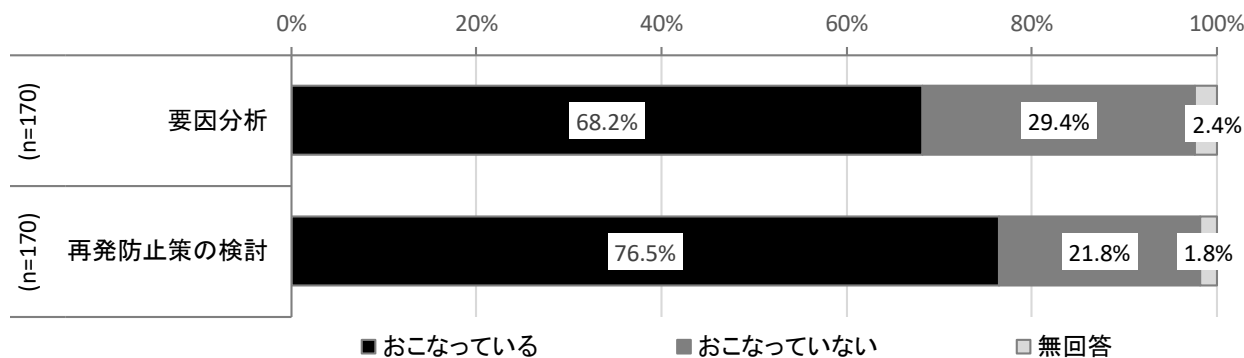
要因分析、再発防止策の検討を単数回答化してみたところ、「要因分析、再発防止策の検討両方について実施している」は62.9%となっている、

また、認定特定行為業務従事者等の人数別にみたところ、要因分析、再発防止策の検討ともに特に傾向はみられなかった。

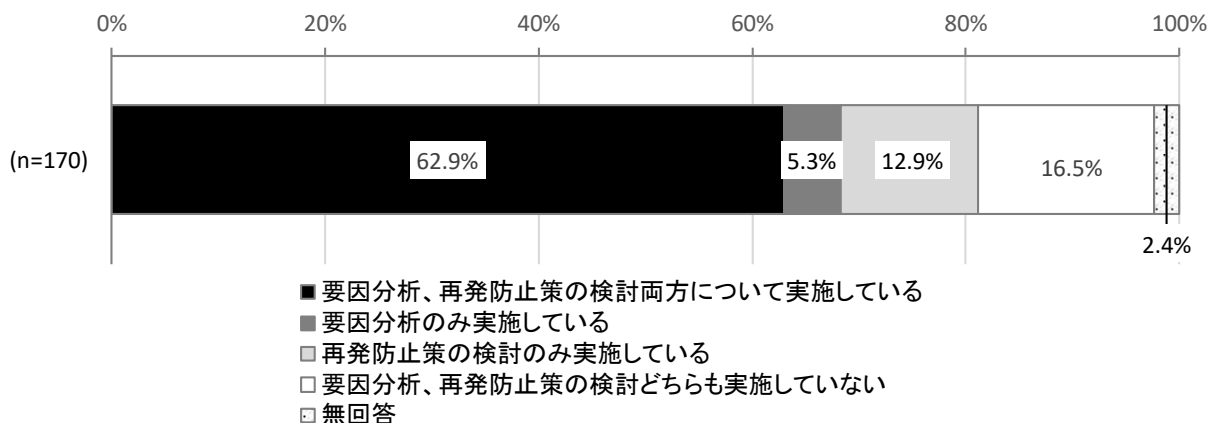
安全委員会の設置状況別にみたところ、「新規」の会議体を設置している、既存の会議で検討している事業所で、要因分析を「おこなっている」割合が高くなっていた。

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の有無別にみたところ、要因分析、再発防止策の検討ともに特に傾向はみられなかった。

図表 2-95 「蓄積した複数のヒヤリハット事例」の要因分析、再発防止策の検討状況



図表 2-96 把握した「蓄積したヒヤリハット事例」の要因分析、再発防止策の検討（単数回答化）



図表 2-97 認定特定行為業務従事者等の人数別

「蓄積した複数のヒヤリハット事例」の要因分析

		合計	Q26「蓄積した複数のヒヤリハット事例」の要因分析		
			要因分析をおこなっている	要因分析をおこなっていない	無回答
全体		170 100.0%	116 68.2%	50 29.4%	4 2.4%
Q6① 認定特定行為業務従事者等の人数	5人以下	68 100.0%	49 72.1%	17 25.0%	2 2.9%
	6人～10人	54 100.0%	30 55.6%	23 42.6%	1 1.9%
	11人以上	43 100.0%	32 74.4%	10 23.3%	1 2.3%

図表 2-98 認定特定行為業務従事者等の人数（実際に提供している）別

「蓄積した複数のヒヤリハット事例」の要因分析

		合計	Q26「蓄積した複数のヒヤリハット事例」の要因分析		
			要因分析をおこなっている	要因分析をおこなっていない	無回答
全体		170 100.0%	116 68.2%	50 29.4%	4 2.4%
Q6② 喫煙等を実際に提供している人数	2人以下	58 100.0%	43 74.1%	13 22.4%	2 3.4%
	3人～5人	43 100.0%	28 65.1%	14 32.6%	1 2.3%
	6人～10人	34 100.0%	19 55.9%	15 44.1%	0 0.0%
	11人以上	33 100.0%	24 72.7%	8 24.2%	1 3.0%

図表 2-99 安全委員会の設置状況別「蓄積した複数のヒヤリハット事例」の要因分析

		合計	Q26「蓄積した複数のヒヤリハット事例」の要因分析		
			要因分析をおこなっている	要因分析をおこなっていない	無回答
全体		170 100.0%	116 68.2%	50 29.4%	4 2.4%
Q9 喀痰吸引等にかかる安全委員会等の設置状況	「新規」の会議体を設置	23 100.0%	18 78.3%	4 17.4%	1 4.3%
	定例的に開催される既存の会議で検討	77 100.0%	58 75.3%	18 23.4%	1 1.3%
	随時開かれる会議で検討	46 100.0%	27 58.7%	17 37.0%	2 4.3%
	その他	2 100.0%	1 50.0%	1 50.0%	0 0.0%
	設置していない	15 100.0%	8 53.3%	7 46.7%	0 0.0%

図表 2-100 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の有無別「蓄積した複数のヒヤリハット事例」の要因分析

		合計	Q26「蓄積した複数のヒヤリハット事例」の要因分析		
			要因分析をおこなっている	要因分析をおこなっていない	無回答
全体		170 100.0%	116 68.2%	50 29.4%	4 2.4%
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	24 100.0%	17 70.8%	7 29.2%	0 0.0%
	まあまああると思う	79 100.0%	52 65.8%	27 34.2%	0 0.0%
	ほとんどないと思う	51 100.0%	38 74.5%	12 23.5%	1 2.0%
	まったくないと思う	6 100.0%	5 83.3%	0 0.0%	1 16.7%
	わからない	8 100.0%	4 50.0%	3 37.5%	1 12.5%

図表 2-101 認定特定行為業務従事者等の人数別
「蓄積した複数のヒヤリハット事例」の再発防止策の検討

		合計	Q27「蓄積した複数のヒヤリハット事例」について再発防止策の検討		
			再発防止策の検討をおこなっている	再発防止策の検討をおこなっていない	無回答
全体		170 100.0%	130 76.5%	37 21.8%	3 1.8%
Q6① 認定特定行為業務従事者等の人数	5人以下	68 100.0%	53 77.9%	14 20.6%	1 1.5%
	6人～10人	54 100.0%	36 66.7%	17 31.5%	1 1.9%
	11人以上	43 100.0%	36 83.7%	6 14.0%	1 2.3%

図表 2-102 認定特定行為業務従事者等の人数（実際に提供している）別
「蓄積した複数のヒヤリハット事例」の再発防止策の検討

		合計	Q27「蓄積した複数のヒヤリハット事例」について再発防止策の検討		
			再発防止策の検討をおこなっている	再発防止策の検討をおこなっていない	無回答
全体		170 100.0%	130 76.5%	37 21.8%	3 1.8%
Q6② 喫煙吸引等を実際に提供している人数	2人以下	58 100.0%	46 79.3%	11 19.0%	1 1.7%
	3人～5人	43 100.0%	33 76.7%	9 20.9%	1 2.3%
	6人～10人	34 100.0%	23 67.6%	11 32.4%	0 0.0%
	11人以上	33 100.0%	26 78.8%	6 18.2%	1 3.0%

図表 2-103 安全委員会の設置状況別「蓄積した複数のヒヤリハット事例」の再発防止策の検討

		合計	Q27「蓄積した複数のヒヤリハット事例」について再発防止策の検討		
			再発防止策の検討をおこなっている	再発防止策の検討をおこなっていない	無回答
全体		170 100.0%	130 76.5%	37 21.8%	3 1.8%
Q9 喀痰吸引等にかかる安全委員会等の設置状況	「新規」の会議体を設置	23 100.0%	19 82.6%	3 13.0%	1 4.3%
	定例的に開催される既存の会議で検討	77 100.0%	60 77.9%	16 20.8%	1 1.3%
	随時開かれる会議で検討	46 100.0%	34 73.9%	11 23.9%	1 2.2%
	その他	2 100.0%	1 50.0%	1 50.0%	0 0.0%
	設置していない	15 100.0%	10 66.7%	5 33.3%	0 0.0%

図表 2-104 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の有無別

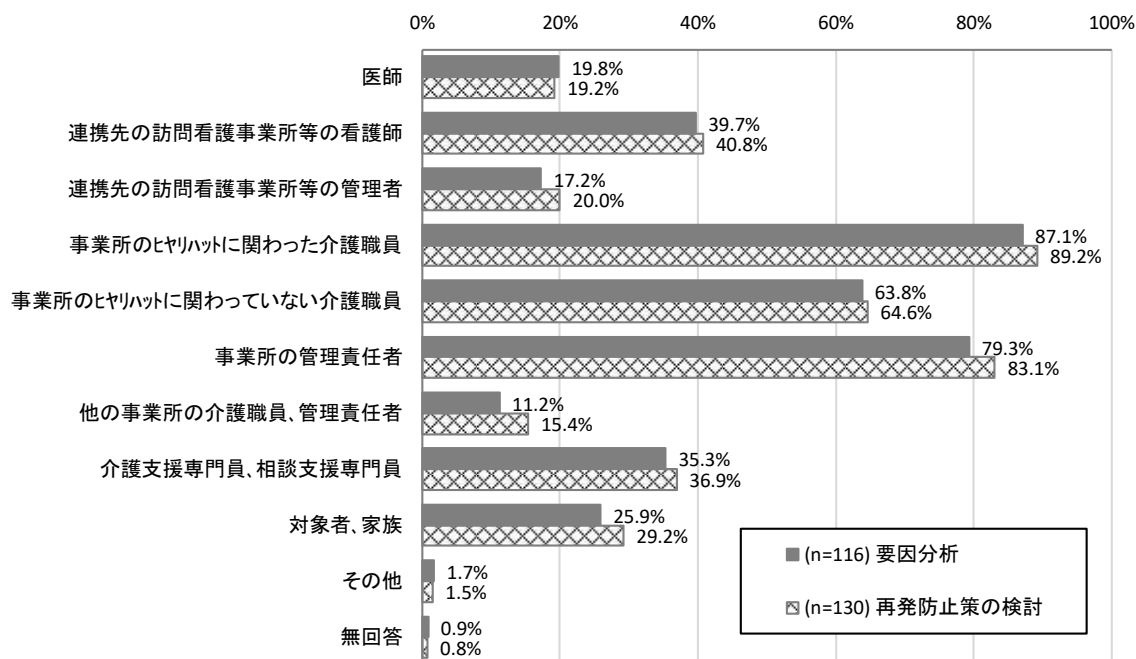
「蓄積した複数のヒヤリハット事例」の再発防止策の検討

		合計	Q27「蓄積した複数のヒヤリハット事例」について再発防止策の検討		
			再発防止策の検討をおこなっている	再発防止策の検討をおこなっていない	無回答
全体		170 100.0%	130 76.5%	37 21.8%	3 1.8%
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	24 100.0%	17 70.8%	7 29.2%	0 0.0%
	まあまああると思う	79 100.0%	62 78.5%	17 21.5%	0 0.0%
	ほとんどないと思う	51 100.0%	41 80.4%	9 17.6%	1 2.0%
	まったくないと思う	6 100.0%	4 66.7%	1 16.7%	1 16.7%
	わからない	8 100.0%	5 62.5%	2 25.0%	1 12.5%

⑤ Q26-3 Q 27-1 「蓄積したヒヤリハット事例」の要因分析、再発防止策の検討をおこなう際に議論する主なメンバー

「蓄積したヒヤリハット事例」の要因分析、再発防止策の検討をおこなう際に議論する主なメンバーは、「事業所のヒヤリハットに関わった介護職員」が、要因分析、再発防止策の検討それぞれ 87.1%、89.2%と最も高く、「事業所の管理責任者」がそれぞれ 79.3%、83.1%であった。

図表 2-105 「蓄積したヒヤリハット事例」の要因分析、再発防止策の検討をおこなう際に議論する主なメンバー



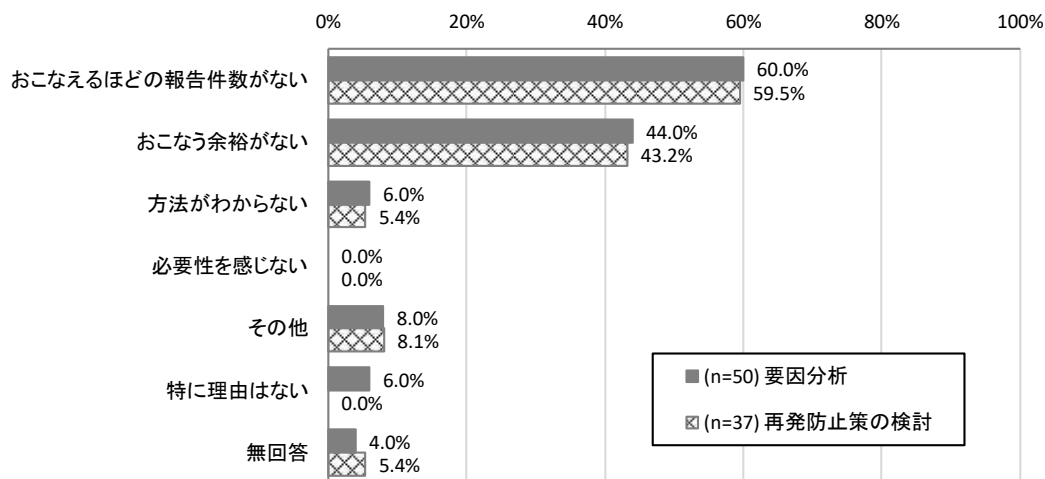
図表 106 「蓄積したヒヤリハット事例」の分析方法（自由回答、抜粋）

- ・ 定例ミーティングや介護等の場で分析をおこなう。
- ・ 報告書内容をもとに、過去の報告書内容と比較し、新たな対応策を検討。又、法人内に設置している安全委員会でも分析を実施している。
- ・ 発生の状況を細かく把握し、ヒヤリハットがおこりやすい状況等の分析をしている。
- ・ 関係機関の方々と話し合いながら図化している。
- ・ 複数でいろいろな視点で分析する。
- ・ 本人（当事者）が要因を考える。次に、その他の関係者が考え、アドバイスしていく。
- ・ 要因を①人員要因②設備的要因③環境的要因④管理的要因に分けている
- ・ 環境因子、個人因子を分析し、改善・対策を決め全体に周知している。
- ・ システムへ入力し、データ集計を行っている。各事例を事務所で検討会議を行ない、重大な事例はグループ内の会議で検討を行なっている。
- ・ 蓄積した報告書をもとに半年に 1 回程、管理者が要因分析結果を発表し情報共有している。
- ・ チェックリストをもとに、現状で考えられる要因を整理し、その結果から共有をはかる。
- ・ 発生した事象毎に、発生時の状況、対応法を残し、再発防止に努めている。 / など

⑥ Q26-3 Q27-3「蓄積したヒヤリハット事例」の要因分析、再発防止策の検討をおこなっていない理由

「蓄積したヒヤリハット事例」の要因分析、再発防止策の検討をおこなっていない理由は、「おこなえるほどの報告件数がない」が、要因分析、再発防止策の検討それぞれ 60.0%、59.5%と最も高く、次いで「おこなう余裕がない」がそれぞれ 44.0%、43.2%であった。

図表 2-107 「蓄積したヒヤリハット事例」の要因分析、再発防止策の検討をおこなっていない理由



図表 2-108「蓄積したヒヤリハット事例」の要因分析や再発防止策の検討をおこなう際の工夫
(自由回答、抜粋)

- ・ その現場に関っていない介護職員の意見も参考にする。
- ・ 一緒に支援に入る訪問看護師の意見を聞き、自分達で話し合う。
- ・ 対策をした後、結果どうだったか。良くならなければ他に検討すべき事はあるか、皆でケアカンファレンス等でも話し合う。
- ・ 事例概要、要因、対応策等のまとめ資料のコピーを、個人情報消して社内教育資料として用いている。
- ・ システムを導入し、過去データの集計、分析に役立てている。
- ・ 一定期間経過後にふりかえりを行うこと。
- ・ 大きな会議を持つ前にどんなことでも訪看に TEL したりノートに記入したりして聞いている。とにかく直ぐ TEL。
- ・ 蓄積した報告書をもとに半年に 1 回程、全ヘルパー参加の場において管理者等が要因分析や再発防止策の発表をして情報共有している。
- ・ 再発防止をみんなで意見を出し合って検討するようにしている。 / など

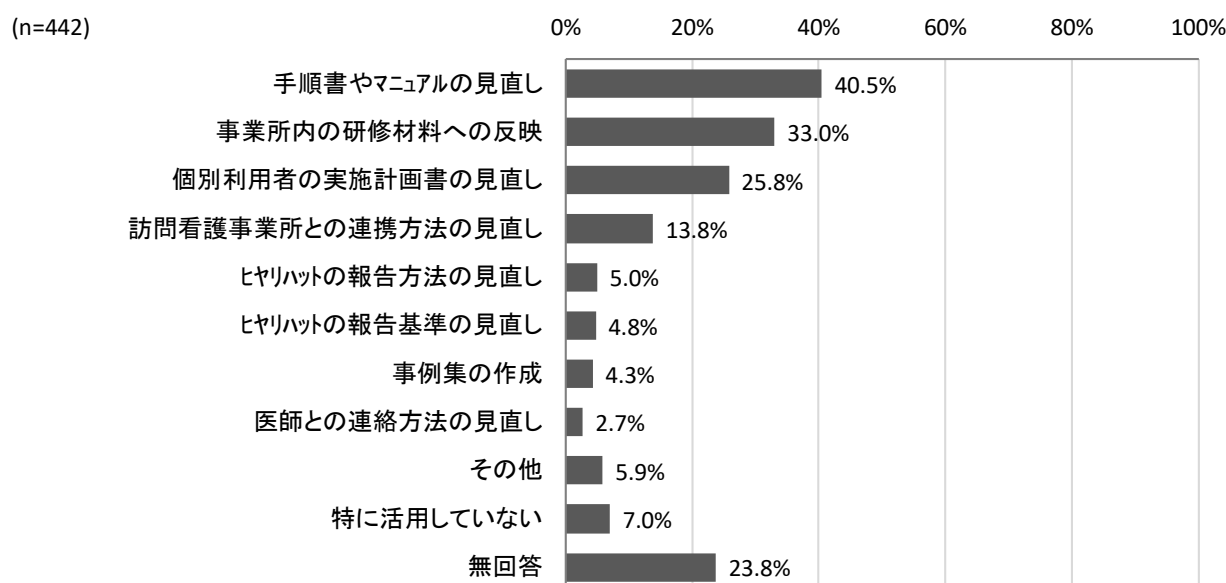
(5) 喀痰吸引等にかかるヒヤリハット事例の活用

① Q30 把握したヒヤリハット事例の活用状況

ヒヤリハットの報告事例の活用は、「手順書やマニュアルの見直し」が 40.5%、次いで、「事業所内の研修材料への反映」が 33.0%、「個別利用者の実施計画の見直し」が 25.8%であった。

で、「事例集の作成」をしている事業所は 4.3%とわずかであった。また、「特に活用していない」と回答した事業所は 7.0%であった。

図表 2-109 把握したヒヤリハット事例の活用状況



② Q31 特に効果のあった活用方法（抜粋）

図表 2-110 特に効果のあった活用方法（自由回答、抜粋）

- ・ 事例を積み重ねた物をマニュアルとして活用する。
- ・ 研修で活用し職員に周知。
- ・ 注意事項を器具に明記する。
- ・ 事業所内の研修材料として使用する事で、資格有しない介護職員にも関心を持って基礎知識を増やし報告しても大丈夫と安心してもらう。
- ・ 手順書、マニュアルは 1 つにする。更新を怠らない。変更がある場合は口頭ではなく、手順書、マニュアルに記載し、記載した旨を連絡ノート（申し送り）にも記載している。
- ・ 手順やマニュアルの見直し、再作成。 / など

(6) ヒヤリハット・アクシデント（喀痰吸引等に限定しない）に対する意識

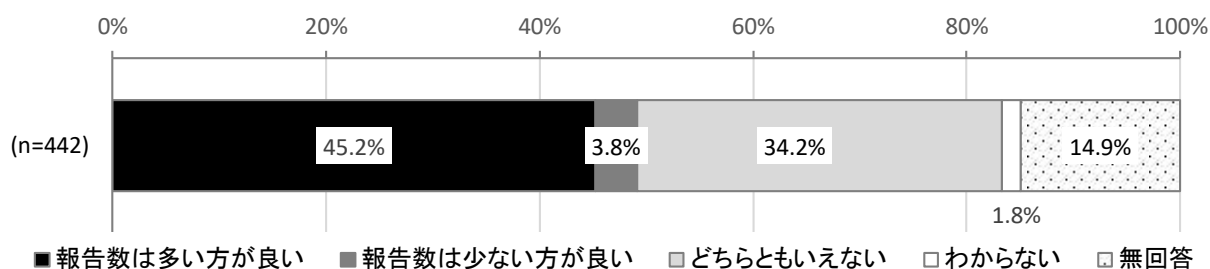
① Q32 ヒヤリハットの報告数に対する考え

ヒヤリハットの報告数に対する考えは、「報告数が多い」と回答した事業所が 45.2%であったのに対し、「どちらともいえない」と回答した事業所は 34.2%であった。

認定特定行為業務従事者等の人数別にみたところ、特に傾向はみられなかった。

ヒヤリハットの把握方法のうち最も多い方法別にみたところ、「報告用の記録用紙の報告による把握」では、他の把握方法よりも「報告数が多い方が良い」の割合が高くなっていた。

図表 2-111 ヒヤリハットの報告数に対する考え



図表 2-112 認定特定行為業務従事者等の人数別 ヒヤリハットの報告数に対する考え

		合計	Q32 ヒヤリハットの報告数に対する考え				
			報告数が多い方が良い	報告数は少ない方が良い	どちらともいえない	わからない	無回答
全体		442	200	17	151	8	66
		100.0%	45.2%	3.8%	34.2%	1.8%	14.9%
Q6① 認定特定行為業務従事者等の人数	5人以下	240	108	10	72	5	45
		100.0%	45.0%	4.2%	30.0%	2.1%	18.8%
	6人～10人	107	49	5	45	2	6
	100.0%	45.8%	4.7%	42.1%	1.9%	5.6%	
	11人以上	71	38	1	28	1	3
	100.0%	53.5%	1.4%	39.4%	1.4%	4.2%	

図表 2-113 認定特定行為業務従事者等の人数（実際に提供している）別
ヒヤリハットの報告数に対する考え

		合計	Q32 ヒヤリハットの報告数に対する考え				
			報告数が多い方が良い	報告数は少ない方が良い	どちらともいえない	わからない	無回答
全体		442	200	17	151	8	66
		100.0%	45.2%	3.8%	34.2%	1.8%	14.9%
Q6② 喀痰吸引等を実際に提供している人数	2人以下	212	91	9	65	6	41
		100.0%	42.9%	4.2%	30.7%	2.8%	19.3%
	3人～5人	102	54	3	38	1	6
		100.0%	52.9%	2.9%	37.3%	1.0%	5.9%
	6人～10人	64	25	5	30	0	4
	100.0%	39.1%	7.8%	46.9%	0.0%	6.3%	
	11人以上	43	27	0	14	1	1
	100.0%	62.8%	0.0%	32.6%	2.3%	2.3%	

図表 2-114 ヒヤリハットの把握方法のうち最も多い方法別 ヒヤリハットの報告数に対する考え

	合計	Q32 ヒヤリハットの報告数に対する考え					
		報告数は多い方が 良い	報告数は少ない方が 良い	どちらとも いえない	わからな い	無回答	
全体	442 100.0%	200 45.2%	17 3.8%	151 34.2%	8 1.8%	66 14.9%	
Q15② ヒヤリハット について事業 所として把握 する方法で最 も多いもの	口頭の報告による把握	149 100.0%	70 47.0%	3 2.0%	65 43.6%	3 2.0%	8 5.4%
	メール、SNS等の報告による把握	41 100.0%	20 48.8%	5 12.2%	12 29.3%	1 2.4%	3 7.3%
	訪問介護記録や介護 日誌等への記録内容	18 100.0%	5 27.8%	0 0.0%	9 50.0%	1 5.6%	3 16.7%
	報告用の記録用紙の 報告による把握	69 100.0%	46 66.7%	1 1.4%	16 23.2%	1 1.4%	5 7.2%
	その他	5 100.0%	1 20.0%	0 0.0%	4 80.0%	0 0.0%	0 0.0%

図表 2-115 上記のように考える理由（自由回答、抜粋）

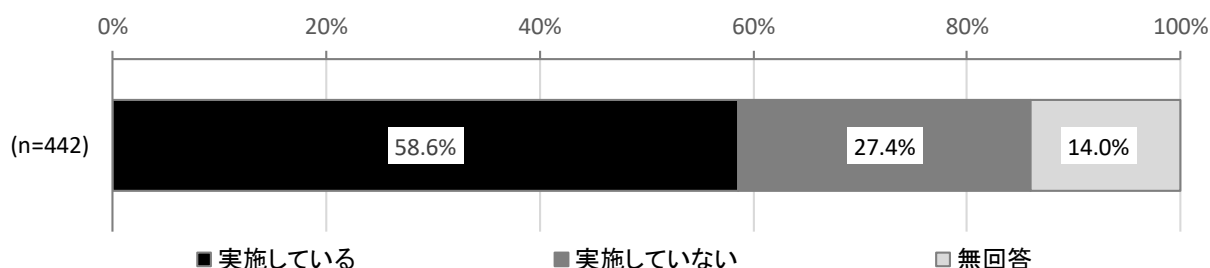
<p><報告数は多い方が良い></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 小さなヒヤリから大きな事故につながるから。 ・ アクシデントに至る前の注意・留意事項となるものなので、早めに報告を受け、対応すればアクシデントの件数を減らせることになる為。 ・ 「ささいな事」と思えるような行為であっても、それを「ヒヤリハット」として認識している表れを考える為。 ・ 再発予防、重大事故の予防となる。 ・ 危険につながる可能性があることは共有したいので、小さなことでも報告してもらいたい。 ・ 要因分析を行いやすい。個人の意識の向上の為。 ・ 報告者の判断にならない様全てを報告してほしい。 ・ 周囲のスタッフに周知徹底し、今後アクシデントにつながる事が無い様、数は多い方が良いと思われま。 ・ 職員の意識を高めるためには些細な事も報告、記録、共有をした方が良い。 ・ ヒヤリハットにならない情報でも、未然に防ぐ事でヒヤリハット・アクシデント防止になると思うので、報告数は多い方が良いと考えます。 ・ より多くの事例がある事で重大な事故を防ぐ事ができる。ハイブリットの法則。 <p><報告数は少ない方が良い></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 安全に活動を行うのが基本だから。 ・ ヒヤリハットの場面が少ないほうが良い。 ・ 命にかかわることでこちらサイトでは努力の使用がない為不安な方が安心。 ・ ヒヤリハットを隠さずに全て報告しているとしたら少ない方が、ヒヤリハットがないということになると思う。 ・ 最初に責任者が職員と同行し、危険の要因や、技術を指導している為。職員が気になった事を責任者にアドバイスを求めてくる為。 ・ ささいな事もヒヤリハットで出すべきだが、少ないにこしたことがない。
--

② Q33 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の実施状況

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を「実施している」事業所は、58.6%であった。認定特定行為業務従事者等の人数別にみたところ、人数が多い事業所ほど「実施している」割合が高くなっていた。また、法人種別にみたところ、特に傾向はみられなかった、

実施している取組内容は、「ヒヤリハット・アクシデントに関する事業所内の研修会の参加」が78.8%と最も高く、次いで「ヒヤリハット・アクシデントに関する手引き、マニュアル等の配付」が23.6%、「ヒヤリハット・アクシデントの重要性を謳ったポスター等の掲示」は5.0%であった。

図表 2-116 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の実施状況



図表 2-117 認定特定行為業務従事者等の人数別

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の実施状況

		合計	Q33 介護職員のヒヤリハット・アクシデントに対する意識や判断能力を高めるための取組等の実施状況		
			実施している	実施していない	無回答
全体		442 100.0%	259 58.6%	121 27.4%	62 14.0%
Q6① 認定特定行為業務従事者等の人数	5人以下	240 100.0%	126 52.5%	67 27.9%	47 19.6%
	6人～10人	107 100.0%	75 70.1%	30 28.0%	2 1.9%
	11人以上	71 100.0%	51 71.8%	19 26.8%	1 1.4%

図表 2-118 認定特定行為業務従事者等の人数（実際に提供している）別
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の実施状況

		合計	Q33 介護職員のヒヤリハット・アクシデントに対する意識や判断能力を高めるための取組等の実施状況		
			実施している	実施していない	無回答
全体		442 100.0%	259 58.6%	121 27.4%	62 14.0%
Q6② 喀痰吸引等を実際に提供している人数	2人以下	212 100.0%	118 55.7%	52 24.5%	42 19.8%
	3人～5人	102 100.0%	61 59.8%	36 35.3%	5 4.9%
	6人～10人	64 100.0%	40 62.5%	22 34.4%	2 3.1%
	11人以上	43 100.0%	35 81.4%	8 18.6%	0 0.0%

図表 2-119 法人種別

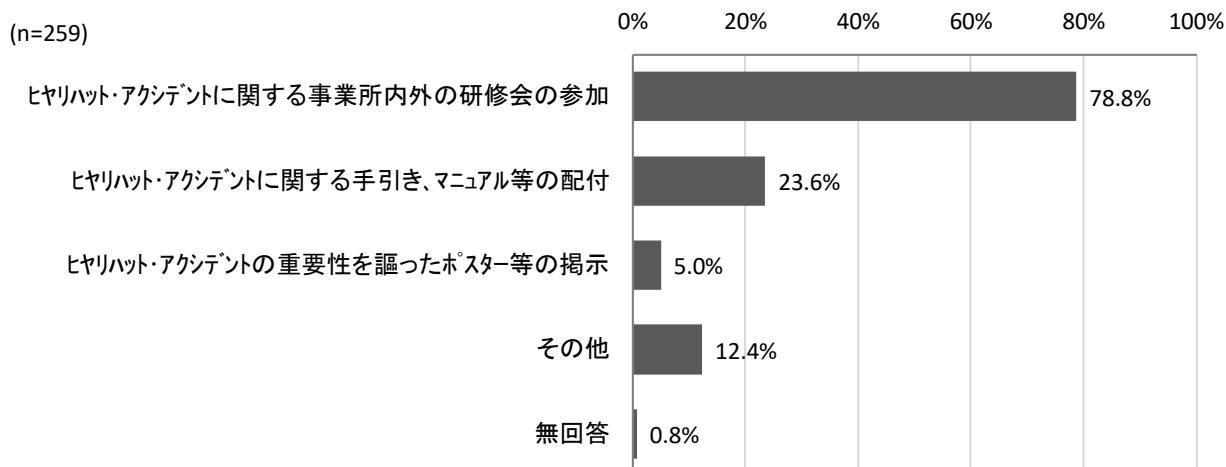
ヒヤリハット・アクシデントに対する職員の意識や判断能力を高めるための取組等の実施状況

		合計	Q33 介護職員のヒヤリハット・アクシデントに対する意識や判断能力を高めるための取組等の実施状況		
			実施している	実施していない	無回答
全体		442 100.0%	259 58.6%	121 27.4%	62 14.0%
Q2 開設主体	地方公共団体	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
	社会福祉法人	71 100.0%	42 59.2%	17 23.9%	12 16.9%
	医療法人	24 100.0%	16 66.7%	5 20.8%	3 12.5%
	営利法人	244 100.0%	139 57.0%	71 29.1%	34 13.9%
	特定非営利活動法人	45 100.0%	25 55.6%	18 40.0%	2 4.4%
	その他	38 100.0%	28 73.7%	6 15.8%	4 10.5%

③ Q33-1 職員の意識や判断能力を高めるための取組内容

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を「実施している」事業所は、58.6%であった。

図表 2-120 職員の意識や判断能力を高めるための取組内容



④ Q34 ヒヤリハット・アクシデント（喀痰吸引に限定しない）に対する職員の意識や判断能力を高める上で課題になっていること、困難に感じていること

図表 2-121 ヒヤリハット・アクシデント（喀痰吸引に限定しない）に対する職員の意識や判断能力を高める上で課題になっていること、困難に感じていること（自由回答、抜粋）

<ヒヤリハット等に対する意識に差がある>

- ・ 年配のヘルパーの意識づけが困難。
- ・ 研修を行うが、個々で意識に差があり、1つの事例につけても認識の差を感じる。
- ・ 個々の職員の考え方、感じ方の部分を統一するのに、理解・納得度の違いがみられる。
- ・ レベル分類Ⅲ-b以上のアクシデントは数年に1回レベルでしか起こらないため、どうしても事故が起きないと思ひ、安全に対して軽くみている職員がいる。
- ・ 同じ事例、内容に対して、ヘルパーのとらえ方に差がある。
- ・ ヒヤリハットの認識が甘く、「これくらいの事」と流してしまっている。
- ・ 職員個人の性格や資質による部分が大きいように感じる。
- ・ ヒヤリハットとアクシデントの違いの認識不足。

<職員によって判断基準が異なっている>

- ・ ヒヤリハットとアクシデントの判断がつけづらい。
- ・ 職員ごとに気づく能力に差がある。
- ・ 職員の判断基準が違う。
- ・ どこまでがヒヤリハット・アクシデントなのかの判断基準。
- ・ 人によって判断基準、速さ等が違う為説明してもばらつきがある。
- ・ 個人個人で判断力が違う。

<ヒヤリハットの報告をネガティブに捉えている>

- ・ ヒヤリハット・アクシデント報告書を記入してもらおう上で、個人の責任ととらえてしまう意識が根強く、その部分を変えていくのが大変。
- ・ ミス＝怒られるという意識。
- ・ ヒヤリハット報告＝自身のミスと考えてしまい報告されないこと。
- ・ 記入自体がマイナスな印象。記入者が悪いとにならないようにする。
- ・ ヒヤリハット・アクシデント報告する事が悪い事だと思っている人が多く、なかなか報告にあがってこない。
- ・ 始本書と勘違いしている人もいることから、報告がいかに大切で、安全につながるかを問うている、又、報告されないことが1番のアクシデントと考え、言いやすい雰囲気を作っている。
- ・ マイナスの意識が多い為、報告が上がってこない。
- ・ ヒヤリハット・アクシデントを出すと査定にひびくのではないかとと思っている職員が少なからずいる（査定には関係ない話は、している）。
- ・ まだまだ報告＝悪いことという認識を持つ職員がいるので、何か起こってからでは遅いという部分が伝わりきれていない。
- ・ 報告をした者が自分の評価が下がってしまう。
- ・ 研修や個別で話しても定着しない。ヒヤリハット＝失敗、仕事が増える事で報告数も増えない。

<直行直帰や非常勤の職員が多く直接話し合う機会が少ない>

- ・ 多忙、直行直帰型のスタッフが多く、全スタッフでの会議の機会が作れない。
- ・ 直行直帰なので、ヘルパーとの細かい意志疎通がとりにくい。
- ・ 職員が多忙で直行直帰も多く全職員での検討の場が持ちにくい。
- ・ 非常勤職員が多いので管理者と顔を合わせる機会が少ない。全員が集まり会議をする時間設定が困難。
- ・ 直行直帰の職員からのヒヤリハットはなかなか上がって来ないので、アクシデントになってから慌てて対応する事がある（喀痰吸引は毎日事務所に来る正職のみ対応にしている）。

<研修の実施・参加が困難>

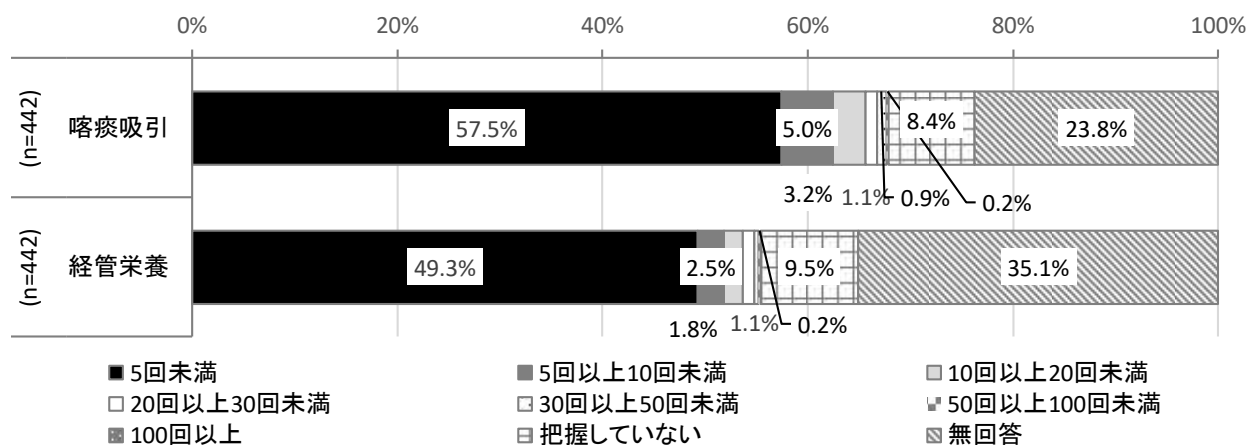
- ・ 研修、スキルアップに費やす時間不足と講師の不足がある。
- ・ 訪問系のサービスであるため、一斉に研修することが難しい（24時間、365日の為）。
- ・ 研修を開催しても参加率が低い。資料を送付しレポートを求めるもあがってこない。

(7) 過去3年に把握した喀痰吸引等にかかるヒヤリハットの件数

① Q35 過去3年に把握した喀痰吸引等にかかるヒヤリハット件数（口頭やメール介護記録を含む）

過去3年の喀痰吸引等にかかるヒヤリハット件数は、「5回未満」が喀痰吸引で57.5%、経管栄養で49.3%であった。

図表 2-122 過去3年に把握した喀痰吸引等にかかるヒヤリハット件数（口頭やメール介護記録を含む）

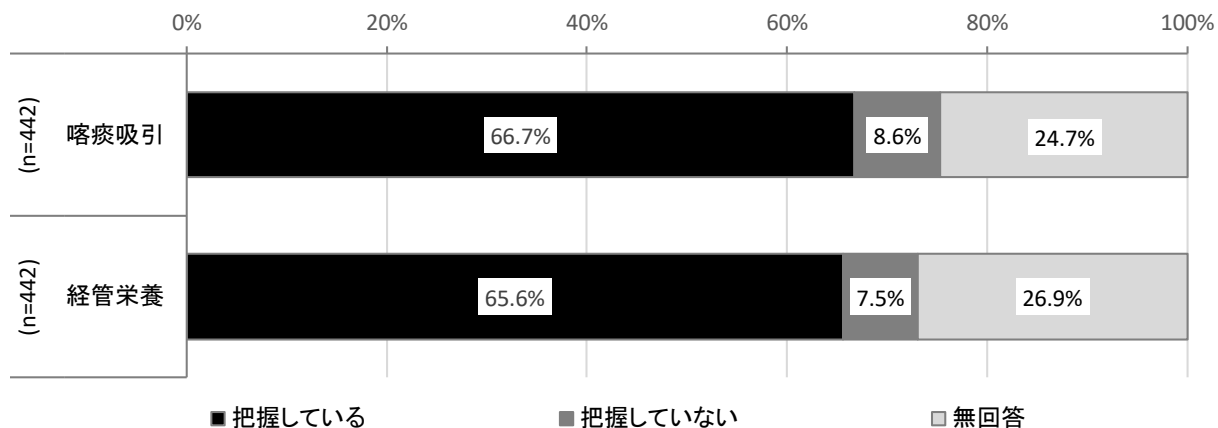


② Q35 過去3年の報告用の記録用紙・報告書として提出されたヒヤリハット件数の把握状況

過去3年の報告用の記録用紙・報告書として提出されたヒヤリハット件数を「把握している」事業所は、喀痰吸引で66.7%、経管栄養で65.6%であった。

報告用の記録用紙・報告書として提出された平均件数（口頭やメール介護記録を含む）は、喀痰吸引で1.1件、経管栄養で0.8件であった。

図表 2-123 過去3年の報告用の記録用紙・報告書として提出されたヒヤリハット件数の把握状況



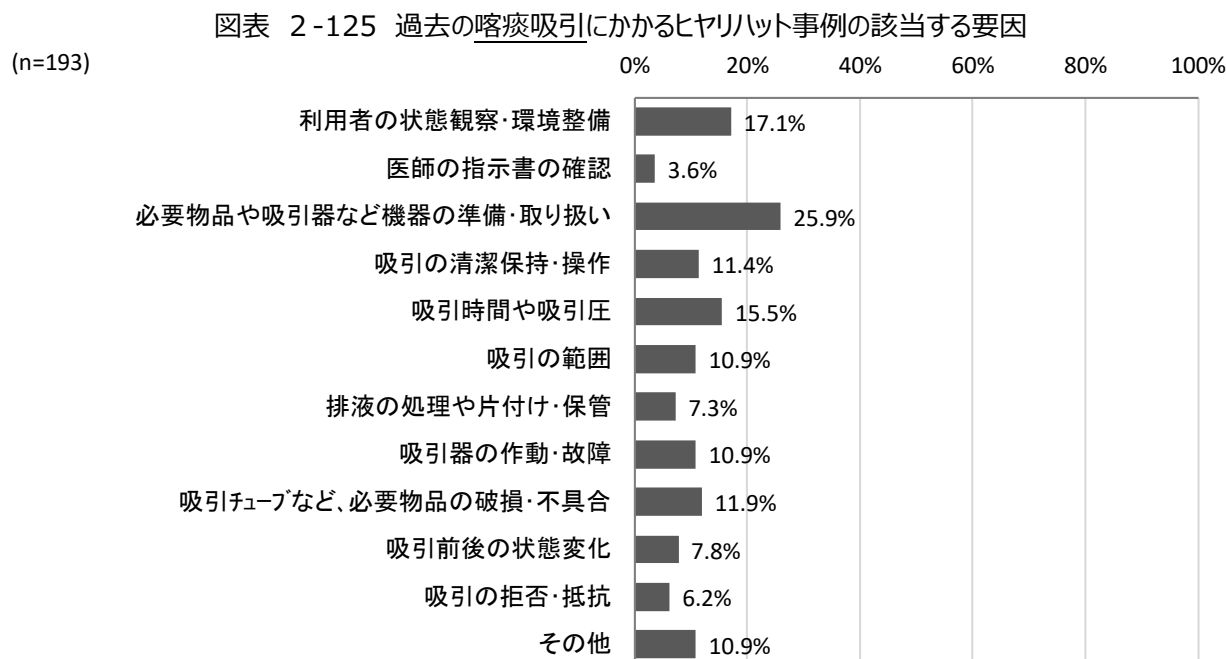
図表 2-124 過去3年に把握した喀痰吸引等にかかるヒヤリハットのうち報告用の記録用紙・報告書として提出された件数（口頭やメール介護記録を含む）

	件数	平均	最大値	最小値	標準偏差
喀痰吸引	n=319	1.1	33.0	0.0	3.5
経管栄養	n=229	0.8	50.0	0.0	3.5

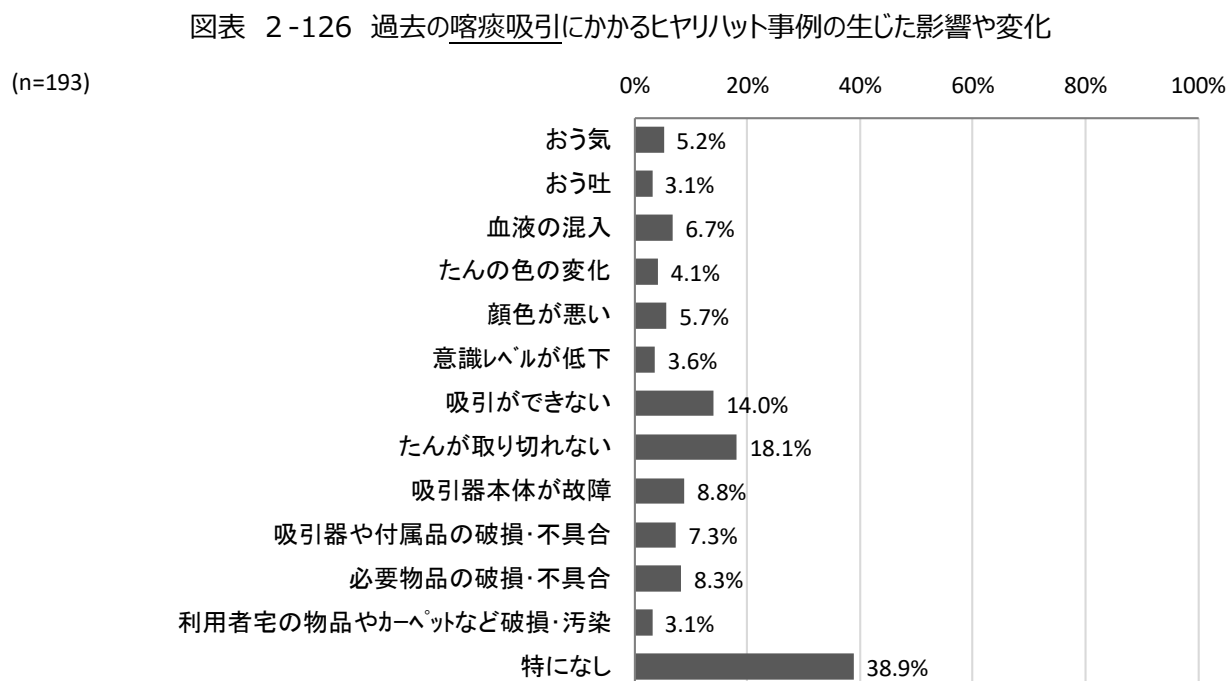
(8) 過去のヒヤリハット事例の該当する要因と生じた影響や変化

① Q36 過去の喀痰吸引にかかるヒヤリハット事例の該当する要因と生じた影響や変化

過去の喀痰吸引にかかるヒヤリハット事例の該当する要因と生じた影響や変化は、以下の通りであった。



※「該当する要因」または「生じた影響や変化」が無回答の事例は除外



※「該当する要因」または「生じた影響や変化」が無回答の事例は除外

図表 2-127 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に対する要因
 <生じた影響や変化：吸引ができない（協力が得られないなど）、19 事例>

要因	件数	割合
必要物品や吸引機など機器の準備・取り扱い	8	42.1%
利用者の状態観察・環境整備	4	21.1%
吸引時間や吸引圧	4	21.1%
吸引の範囲（吸引チューブ挿入の長さ）	3	15.8%
医師の指示書の確認	1	5.3%
吸引機の作動・故障	1	5.3%
吸引前後の（想定外の）状態変化	1	5.3%
吸引の拒否・抵抗（理解・受け止め）	1	5.3%
その他	1	5.3%
合計	19	100.0%

※「生じた影響や変化」で選択された項目が1つの事例のみ掲載

※「該当する要因」または「生じた影響や変化」が無回答の事例は除外

（ヒヤリハット事例、抜粋）

<要因：必要物品や吸引器など機器の準備・取り扱い>

- ・ 利用者家族の注文忘れにより、ガーゼや消毒液の欠品があった。
- ・ カテーテルがなかった。

<要因：利用者の状態観察・環境整備>

- ・ デイ帰宅時、「しんどい」と利用者から伝えられ、SPO2 を測ると 75%だった。

<要因：吸引時間や吸引圧>

- ・ 吸引圧の確認不足で家族が使用した後、吸引実施しようとしたら圧がかなり高くなっていたため、びっくりして下げた。

<生じた影響や変化：たんが取り切れない、24 事例>

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・取り扱い	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%

※「生じた影響や変化」で選択された項目が1つの事例のみ掲載

※「該当する要因」または「生じた影響や変化」が無回答の事例は除外

（ヒヤリハット事例、抜粋）

<要因：吸引時間や吸引圧>

- ・ たんがとれずに機器アラーム鳴り続く。

<要因：吸引の範囲（吸引チューブ挿入の長さ）>

- ・ 鼻腔内にすんなりカテーテルが入っていかなかった。

<要因：利用者の状態観察・環境整備>

- ・ 吸引の手順を進めていたが利用者が苦しそうに何かを訴えてきていたので読み取ろうとしたが、なかなか理解ができなかった。

<生じた影響や変化：必要物品の破損・不具合、10 事例>

要因	件数	割合
吸引チューブなど、必要物品の破損・不具合	6	60.0%
その他	2	20.0%
吸引の清潔保持・操作	2	20.0%
利用者の状態観察・環境整備	1	10.0%
合計	10	100.0%

※「生じた影響や変化」で選択された項目が 1 つの事例のみ掲載

※「該当する要因」または「生じた影響や変化」が無回答の事例は除外

<生じた影響や変化：血液混入、7 事例>

要因	件数	割合
吸引時間や吸引圧	3	42.9%
吸引の清潔保持・操作	2	28.6%
吸引前後の（想定外の）状態変化	1	14.3%
吸引の拒否・抵抗（理解・受け止め）	1	14.3%
その他	1	14.3%
合計	7	100.0%

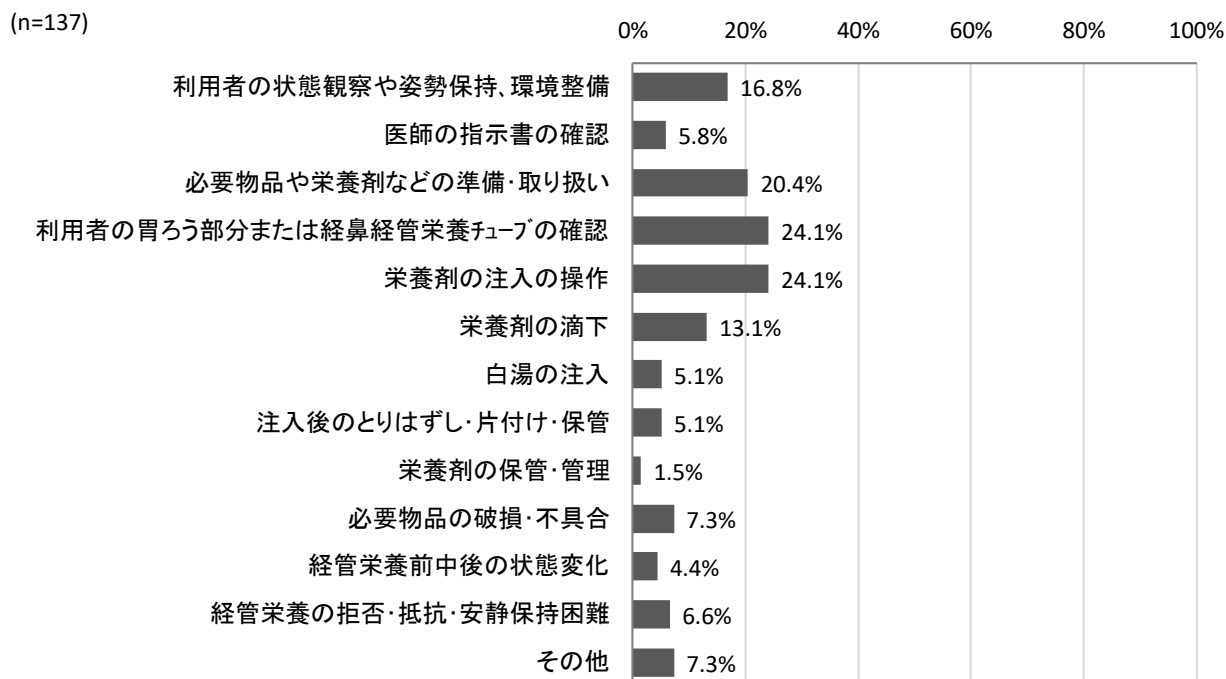
※「生じた影響や変化」で選択された項目が 1 つの事例のみ掲載

※「該当する要因」または「生じた影響や変化」が無回答の事例は除外

② Q37 過去の経管栄養にかかるヒヤリハット事例の該当する要因と生じた影響や変化

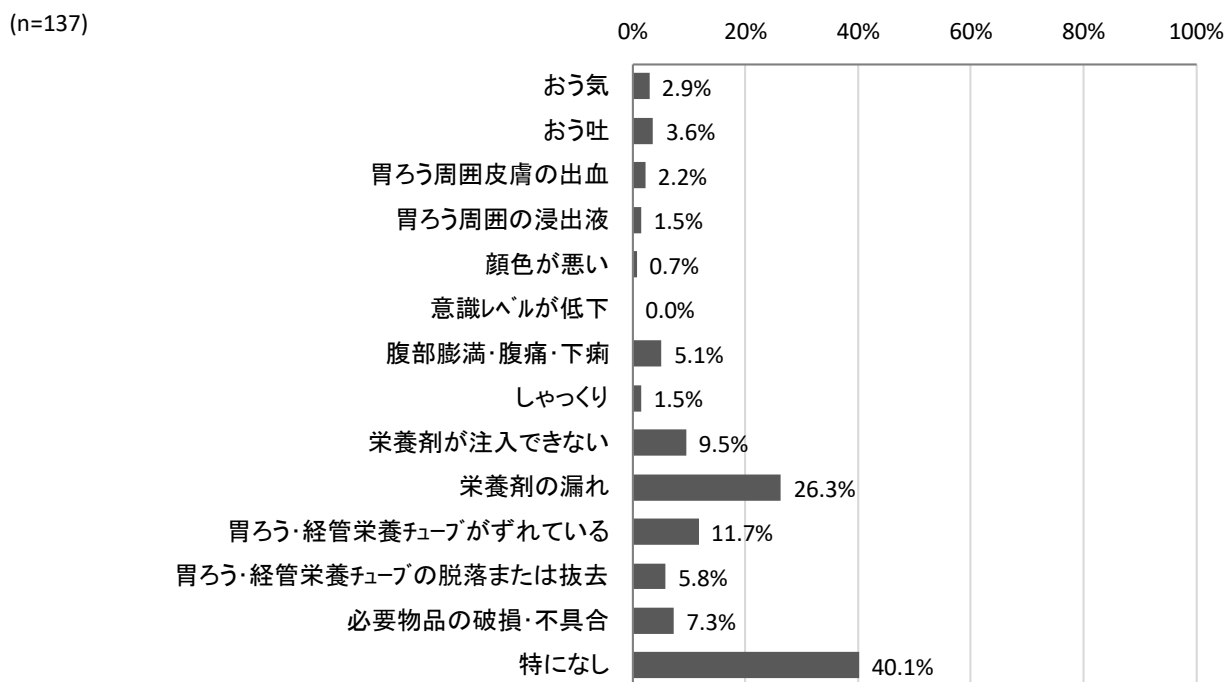
過去の経管栄養にかかるヒヤリハット事例の該当する要因と生じた影響や変化は、以下の通りであった。

図表 2-128 過去の経管栄養にかかるヒヤリハット事例の該当する要因



※「該当する要因」または「生じた影響や変化」が無回答の事例は除外

図表 2-129 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



※「該当する要因」または「生じた影響や変化」が無回答の事例は除外

図表 2-130 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に対する要因

<生じた影響や変化：栄養剤の漏れ、27 事例>

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・取り扱い	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%

※「生じた影響や変化」で選択された項目が1つの事例のみ掲載

※「生じた影響や変化」または「該当する要因」がう回答の事例は除外

（ヒヤリハット事例、抜粋）

<p><要因：栄養剤の注入の操作（チューブの配置・接続）></p> <ul style="list-style-type: none"> チューブの接続がしっかりできていなかったため、液が流れてしまった。
<p><要因：利用者の胃ろう部分または経管栄養チューブの確認></p> <ul style="list-style-type: none"> ペグの接続がきちんと出来なくて注入食がもれてしまう。 胃ろうチューブがきちんとロックされておらず、外れて栄養剤がもれた。

<生じた影響や変化：胃ろう・経管栄養チューブがずれている／脱落または抜去、15 事例>

要因	件数	割合
利用者の胃ろう部分または経鼻経管栄養チューブの確認	6	40.0%
栄養剤の注入の操作（チューブの配置・接続）	3	20.0%
利用者の状態観察や姿勢保持、環境整備	2	13.3%
栄養剤の滴下（注入時間や速度）	1	6.7%
白湯の注入	1	6.7%
注入後のとりはずし・片付け・保管	1	6.7%
経管栄養の拒否・抵抗・安静保持困難（理解・受け止め）	1	6.7%
合計	15	100.0%

※「生じた影響や変化」で選択された項目が1つの事例のみ掲載

※「生じた影響や変化」または「該当する要因」がう回答の事例は除外

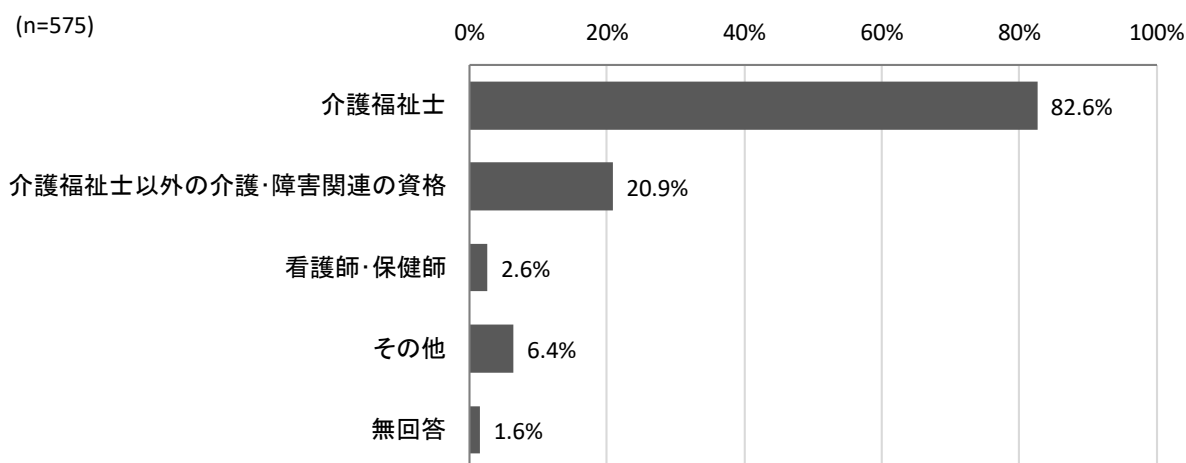
7. 介護職員の喀痰吸引等におけるヒヤリハット等に関する考え（介護職員票）

（1） 基本属性

① Q1 保有資格

保有資格は、「介護福祉士」が82.6%と最も高く、次いで「介護福祉士以外の介護・障害関連の資格」が20.9%、「その他」が6.4%であった。

図表 2-131 保有資格（単数回答）



② Q2 喀痰吸引等の通算実施経験年数、「在宅」において喀痰吸引等を実施した利用者の実人数

喀痰吸引等の通算実施経験年数の平均は、4.8年であった。

「在宅」において喀痰吸引等を実施した利用者の実人数の平均は、3.5人であった。

図表 2-132 喀痰吸引等の通算実施経験年数（数値回答、単位：年）

	平均	最大値	最小値	標準偏差
n=513	4.8	44.0	0.0	4.3

※平成24年4月1日より前の実施及び経過措置対象者としての実施期間を含む

※最大値は、過去に看護師として実施していた分も含まれている可能性があることに留意が必要

図表 2-133 「在宅」において喀痰吸引等を実施した利用者の実人数（数値回答）

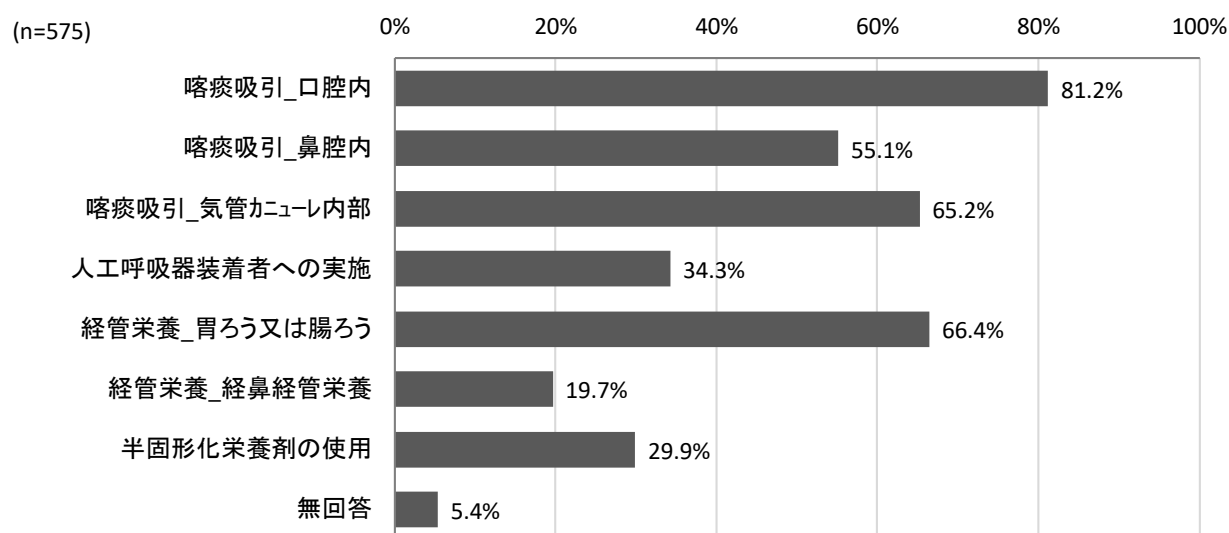
	平均	最大値	最小値	標準偏差
n=519	3.5	50.0	0.0	4.5

(2) 介護職員による喀痰吸引等の実施について

① Q3 実施している行為

実施している行為は、「喀痰吸引_口腔内」が81.2%と最も高く、次いで「経管栄養_胃ろう又は腸ろう」が66.4%、「喀痰吸引_期間カニューレ内部」が65.2%であった。

図表 2-134 実施している行為（単数回答）

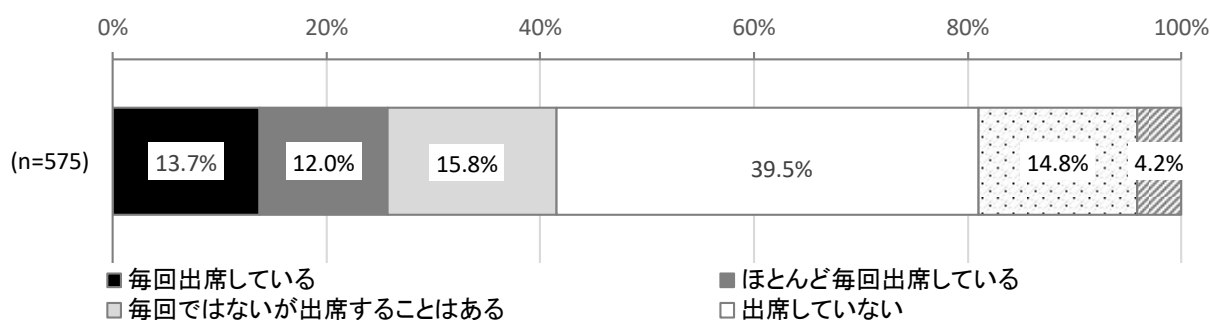


(3) 喀痰吸引等のヒヤリハット等について

① Q4 喀痰吸引等にかかる安全委員会等への出席状況

喀痰吸引等にかかる安全委員会等への出席状況は、「出席していない」が39.5%と最も高く、次いで「毎回ではないが出席することはある」が15.8%、「毎回出席している」が13.7%であった。

図表 2-135 喀痰吸引等にかかる安全委員会等への出席状況（単数回答）

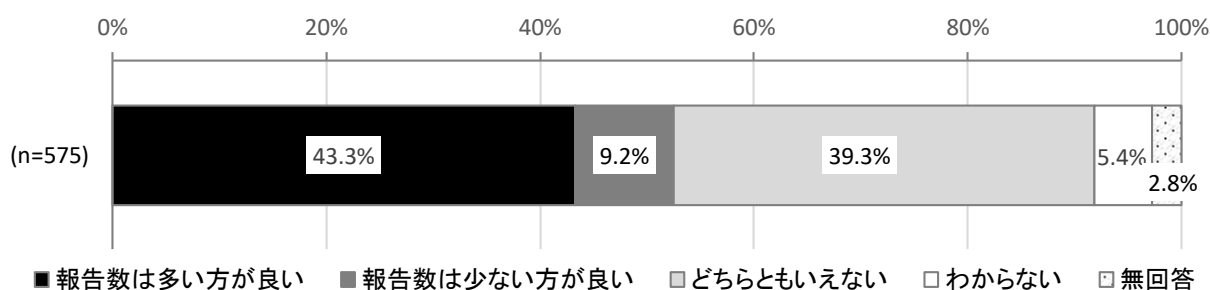


② Q5 ヒヤリハットの報告数に対する考え

ヒヤリハットの報告数に対する考えは、「報告数は多い方が良い」が43.4%と最も高く、次いで「どちらともいえない」が39.3%、「報告数は少ない方が良い」が9.2%であった。

ヒヤリハットの遭遇経験の有無別にみたところ、「遭遇あり」では、「報告数は多い方が良い」割合が高くなっていた。

図表 2-136 ヒヤリハットの報告数に対する考え（単数回答）



図表 2-137 ヒヤリハットの遭遇経験の有無別 ヒヤリハットの報告数に対する考え（単数回答）

	合計	Q5 ヒヤリハットの報告数に対する考え					
		報告数は多い方が良い	報告数は少ない方が良い	どちらともいえない	わからない	無回答	
全体	575	249	53	226	31	16	
	100.0%	43.3%	9.2%	39.3%	5.4%	2.8%	
ヒヤリハットに遭遇経験	なし	131	33	19	63	16	0
	100.0%	25.2%	14.5%	48.1%	12.2%	0.0%	
	あり	423	211	34	160	14	4
	100.0%	49.9%	8.0%	37.8%	3.3%	0.9%	

③ 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

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は、「あり」が19.5%、「なし」が54.1%、「ヒヤリハット事態に遭遇した経験がない」が22.8%であった。

ヒヤリハットの報告基準について事業所での取り決め状況別にみたところ、大きな差はみられなかった。

ヒヤリハットの報告基準の設定状況と説明方法の組み合わせ別にみたところ、大きな差はみられなかった。

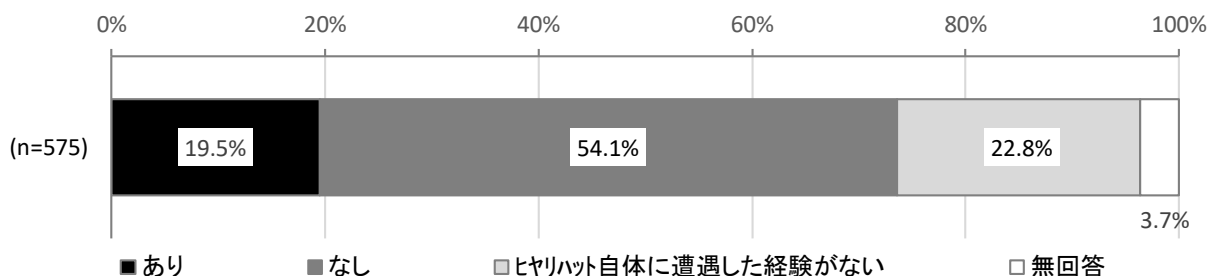
ヒヤリハット、アクシデントの区別の実施別にみたところ、大きな差はみられなかった。

事業所の対応マニュアル作成状況別にみたところ、大きな差はみられなかった。

介護職員による報告の判断基準別にみたところ、大きな差はみられなかった。

ヒヤリハットの報告基準の説明方法別にみたところ、「具体的な表現で説明している」事業所に属する介護職員で、「あり」の割合が高くなっていた。

図表 2-138 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（単数回答）



図表 2-139 ヒヤリハットの報告基準について事業所での取り決め状況別 ヒヤリハットの報告に迷った経験

		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		
			あり	なし	無回答
全体		410	105	287	18
		100.0%	25.6%	70.0%	4.4%
Q13 ヒヤリハットの報告基準について、事業所での取り決め	取り決めている	274	69	199	6
	取り決めている	100.0%	25.2%	72.6%	2.2%
	取り決めていない	112	30	77	5
		100.0%	26.8%	68.8%	4.5%

※「ヒヤリハットに遭遇した経験がない」を除外して集計

※事業所票と紐づけられた410件を集計

図表 2-140 ヒヤリハットの報告基準の設定状況と説明方法の組み合わせ別 ヒヤリハットの報告に迷った経験

		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		
			あり	なし	無回答
全体		410 100.0%	105 25.6%	287 70.0%	18 4.4%
基準の説明	報告基準を取り決めており、具体的な表現で	123 100.0%	37 30.1%	84 68.3%	2 1.6%
	報告基準を取り決めており、抽象的な表現で	121 100.0%	27 22.3%	90 74.4%	4 3.3%
	報告基準を取り決めていない	112 100.0%	30 26.8%	77 68.8%	5 4.5%

※「ヒヤリハットに遭遇した経験がない」を除外して集計

※事業所票と紐づけられた 410 件を集計

図表 2-141 ヒヤリハット、アクシデントの区別の実施別 ヒヤリハットの報告に迷った経験

		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		
			あり	なし	無回答
全体		410 100.0%	105 25.6%	287 70.0%	18 4.4%
Q10 「ヒヤリハット」と「アクシデント」の区別	明確に区別している	102 100.0%	30 29.4%	71 69.6%	1 1.0%
	ある程度区別している	179 100.0%	47 26.3%	127 70.9%	5 2.8%
	特に区別していない	96 100.0%	23 24.0%	70 72.9%	3 3.1%
	わからない	15 100.0%	2 13.3%	11 73.3%	2 13.3%

※「ヒヤリハットに遭遇した経験がない」を除外して集計

※事業所票と紐づけられた 410 件を集計

図表 2-142 対応マニュアル作成状況（事業所票）別 ヒヤリハットの報告に迷った経験

		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		
			あり	なし	無回答
全体		410 100.0%	105 25.6%	287 70.0%	18 4.4%
Q12 介護職員がヒヤリハットに遭遇した際の対応マニュアル等の作成状況	作成している	303 100.0%	81 26.7%	216 71.3%	6 2.0%
	作成していない	86 100.0%	19 22.1%	62 72.1%	5 5.8%

※「ヒヤリハットに遭遇した経験がない」を除外して集計

※事業所票と紐づけられた 410 件を集計

図表 2-143 介護職員による報告の判断基準（事業所票）別 ヒヤリハットの報告に迷った経験

		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（改）		
			あり	なし	無回答
全体		410 100.0%	105 25.6%	287 70.0%	18 4.4%
Q14① 報告の判断基準：ヒヤリハット	報告の判断は介護職員にさせていない	208 100.0%	47 22.6%	155 74.5%	6 2.9%
	報告の判断を介護職員に委ねている	122 100.0%	36 29.5%	81 66.4%	5 4.1%
	その他	4 100.0%	3 75.0%	1 25.0%	0 0.0%
	特に決まりはない	31 100.0%	8 25.8%	23 74.2%	0 0.0%

※「ヒヤリハットに遭遇した経験がない」を除外して集計

※事業所票と紐づけられた 410 件を集計

図表 2-144 ヒヤリハットの報告基準「有」_共有する際の説明方法別（事業所票）

ヒヤリハットの報告に迷った経験

		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（改）		
			あり	なし	無回答
全体		410 100.0%	105 25.6%	287 70.0%	18 4.4%
Q13-1① 報告の基準 の説明方法:ヒヤリハット	具体的な表現で説明している	123 100.0%	37 30.1%	84 68.3%	2 1.6%
	抽象的な表現で説明している	121 100.0%	27 22.3%	90 74.4%	4 3.3%
	その他	8 100.0%	1 12.5%	7 87.5%	0 0.0%

※「ヒヤリハットに遭遇した経験がない」を除外して集計

※事業所票と紐づけられた 410 件を集計

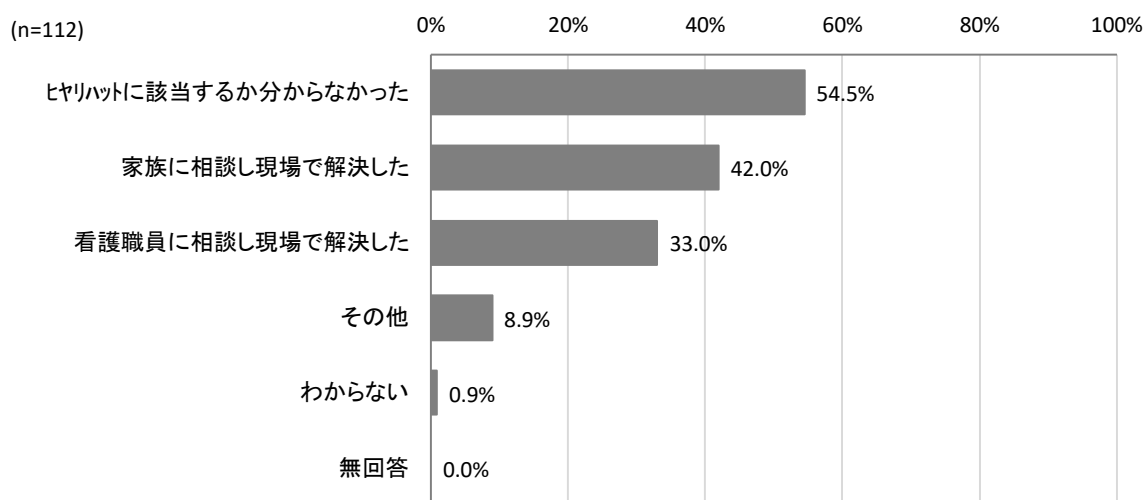
④ Q6-1 事業所に報告するか否か迷った理由

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理由は、「ヒヤリハットに該当するか分からなかった」が54.5%と最も高く、次いで「家族に相談し現場で解決した」が42.0%、「看護職員に相談し現場で解決した」が13.7%であった。

ヒヤリハットの報告基準の有無別にみたところ、取り決めていない事業所に属している介護職員で、「看護職員に相談し現場で解決した」の割合が高くなっていた。

ヒヤリハットの報告基準の説明方法別にみたところ、抽象的な表現で説明している事業所に属している介護職員で、「ヒヤリハットに該当するか分からなかった」の割合が高くなっていた。

図表 2-145 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理由（複数回答）



図表 2-146 ヒヤリハットの報告基準の有無別 迷った理由

	合計	Q6-1 事業所に報告するか否か迷った理由						
		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	105 100.0%	57 54.3%	44 41.9%	34 32.4%	9 8.6%	1 1.0%	0 0.0%	
Q13 ヒヤリハット・アクシデントの報告基準について、事業所での取り決め	ヒヤリハット、アクシデント両方について取り決めていない	56 100.0%	32 57.1%	23 41.1%	18 32.1%	3 5.4%	1 1.8%	0 0.0%
	ヒヤリハットのみ取り決めていない	13 100.0%	7 53.8%	5 38.5%	1 7.7%	3 23.1%	0 0.0%	0 0.0%
	アクシデントのみ取り決めていない	9 100.0%	6 66.7%	4 44.4%	5 55.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	ヒヤリハット、アクシデントどちらも取り決めていない	21 100.0%	10 47.6%	8 38.1%	9 42.9%	1 4.8%	0 0.0%	0 0.0%

図表 2-147 ヒヤリハットの報告基準「有」_共有する際の説明方法別（事業所票）

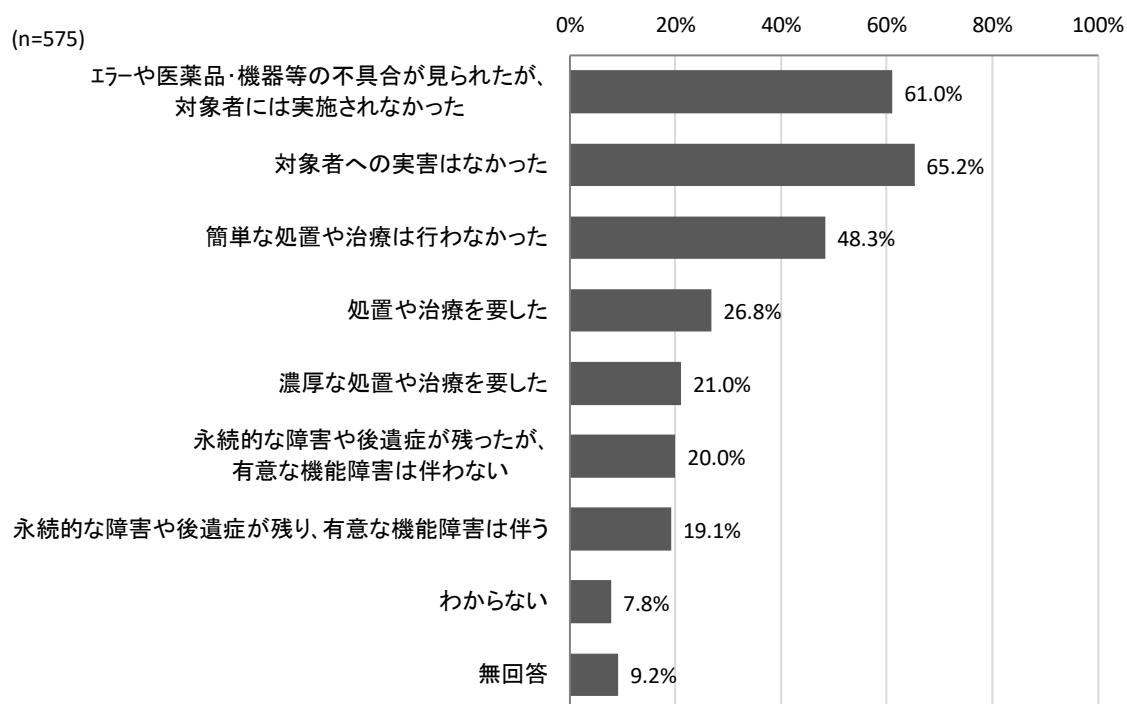
迷った理由

	合計	Q6-1 事業所に報告するか否か迷った理由						
		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	105 100.0%	57 54.3%	44 41.9%	34 32.4%	9 8.6%	1 1.0%	0 0.0%	
Q13-1① 報告の基準の説明方法:ヒヤリハット	具体的な表現で説明している	37 100.0%	19 51.4%	17 45.9%	9 24.3%	3 8.1%	0 0.0%	0 0.0%
	抽象的な表現で説明している	27 100.0%	18 66.7%	9 33.3%	7 25.9%	3 11.1%	1 3.7%	0 0.0%
	その他	1 100.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

⑤ Q7 ヒヤリハットに該当すると考えるレベル

ヒヤリハットに該当すると考えるレベルは、「対象者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）」が65.2%と最も高く、次いで「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」が61.0%、「簡単な処置や治療は行わなかった（対象者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた）」が48.3%であった。

図表 2-148 ヒヤリハットに該当すると考えるレベル（複数回答）



⑥ Q8 喀痰吸引等の実施に関して遭遇したことがある出来事やトラブル

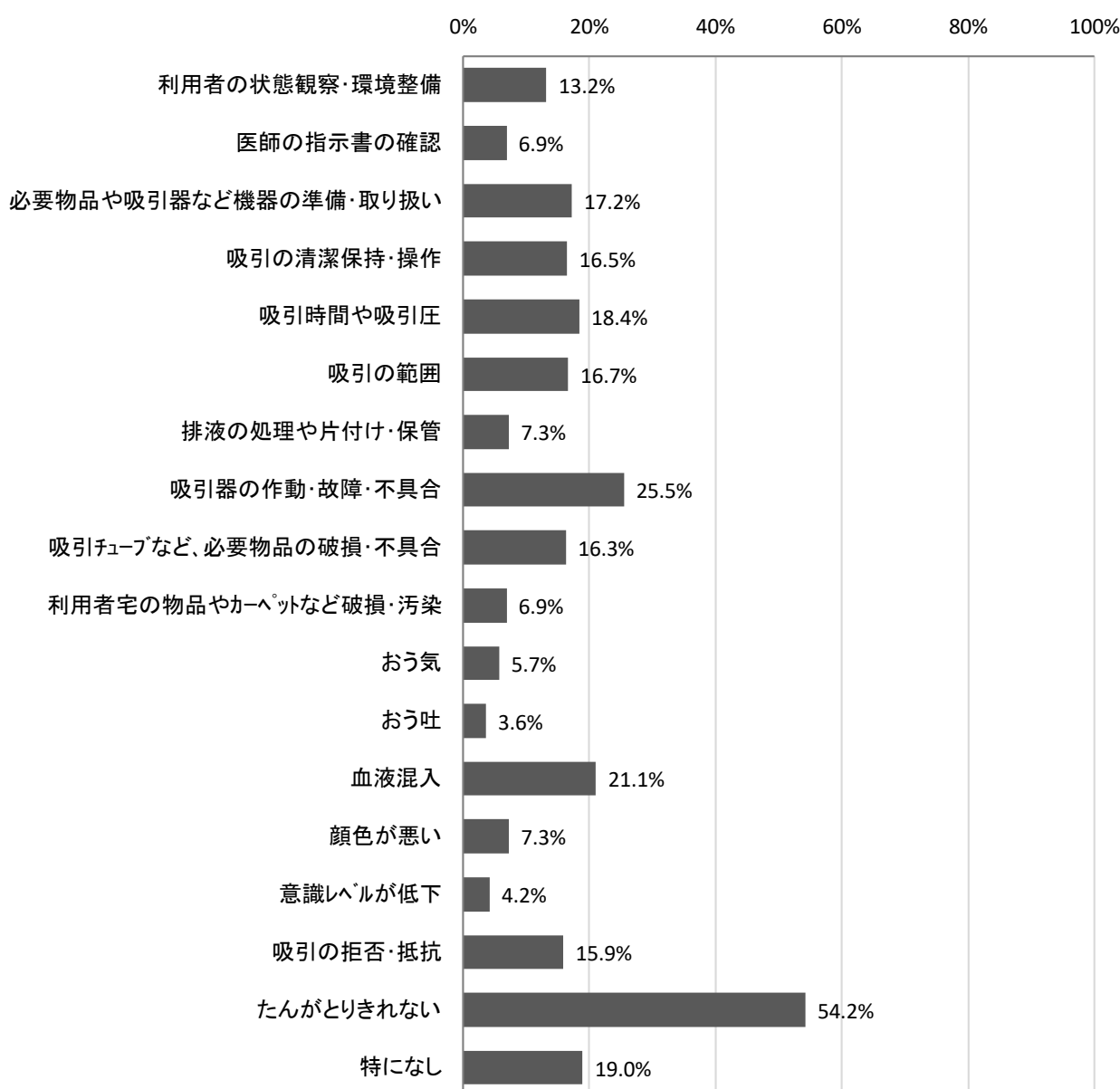
喀痰吸引等の実施に関して遭遇したことがある出来事やトラブルは、喀痰吸引では「たんがとりきれない」が 54.2%と最も高く、次いで「吸引器の作動・故障・不具合」が 25.5%、「血液混入」が 21.1%であった。

経管栄養では「特になし」が 30.2%と最も高く、次いで「栄養剤の漏れ」が 20.6%、「栄養剤の注入の操作」が 17.3%であった。

図表 2-149 喀痰吸引等の実施に関して遭遇したことがある出来事やトラブル（複数回答）

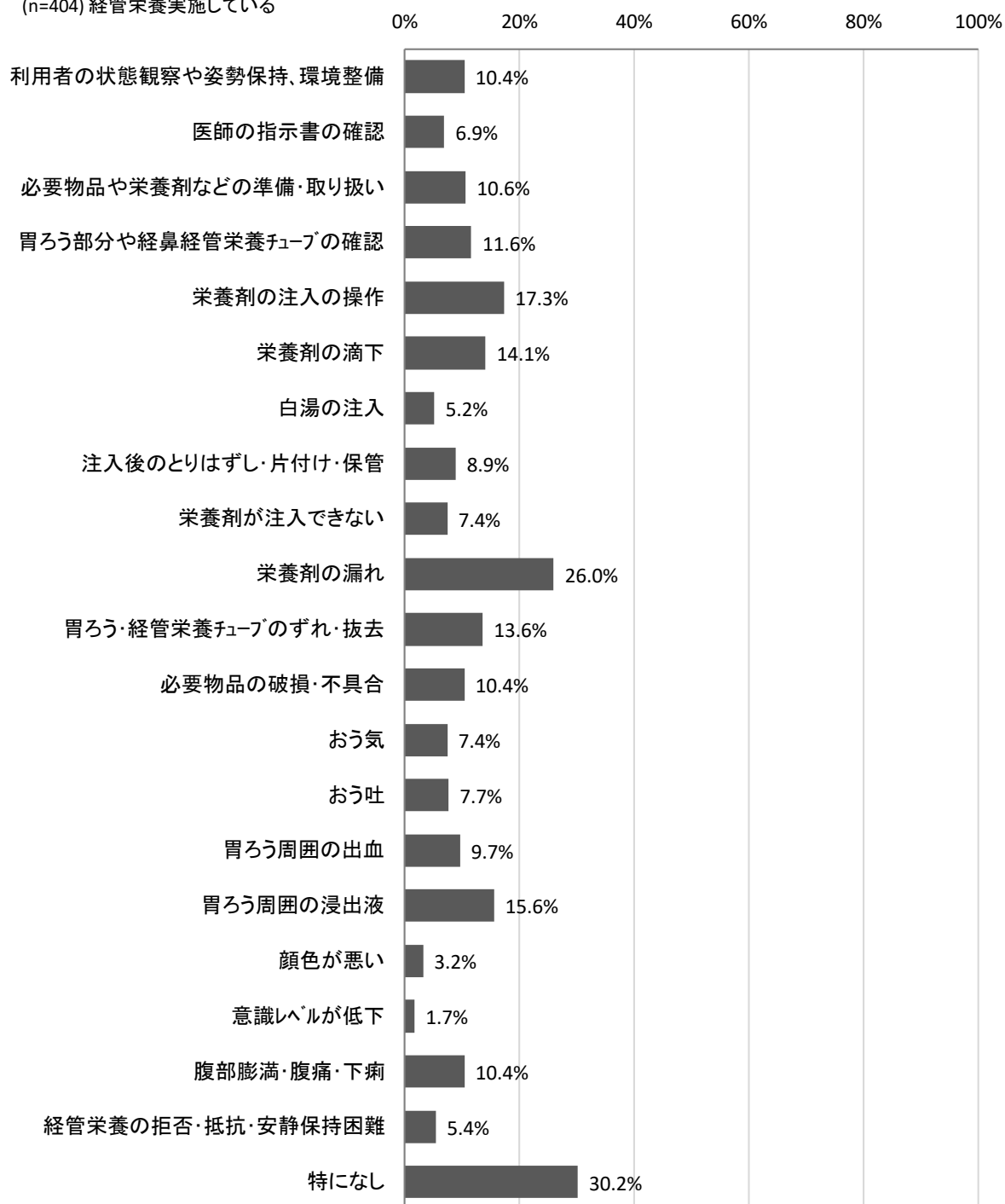
<喀痰吸引>

(n=522) 喀痰吸引実施している



<経管栄養>

(n=404) 経管栄養実施している

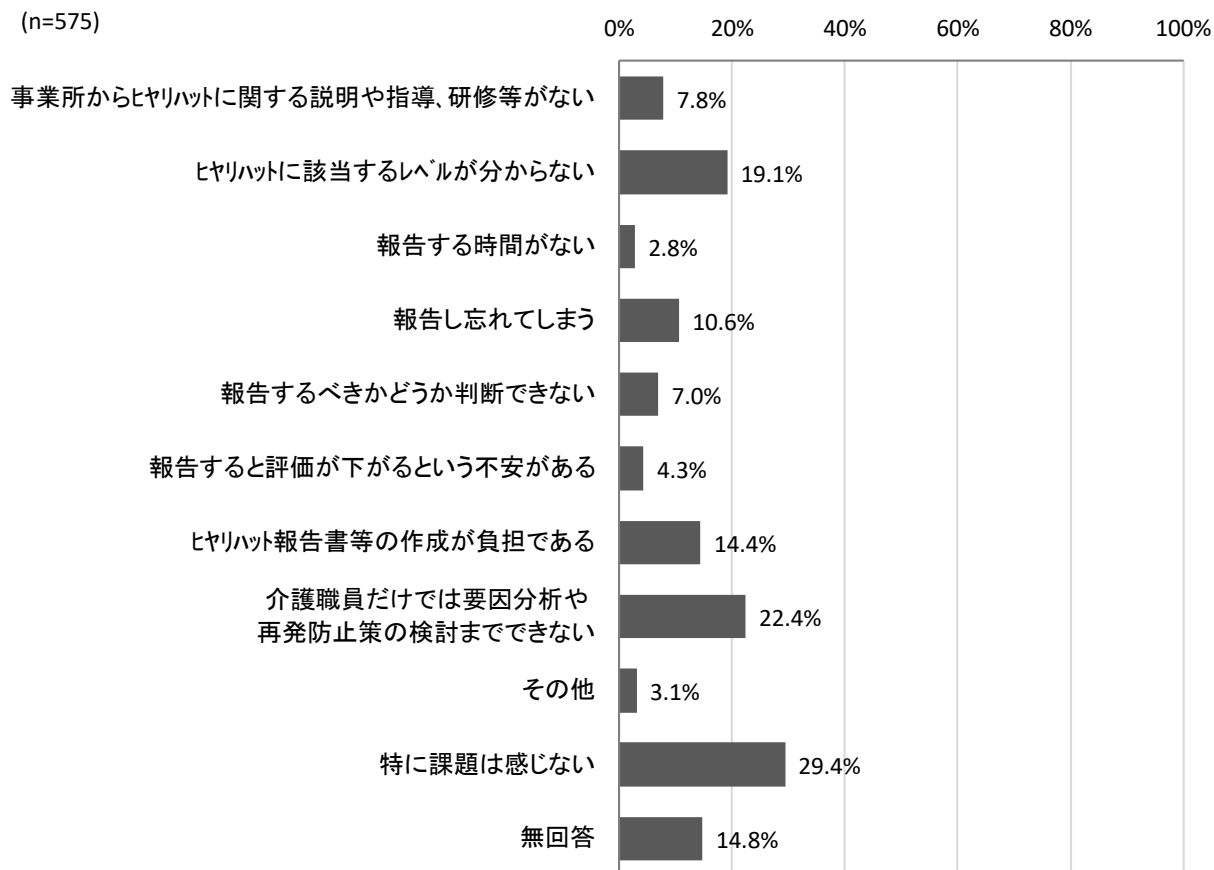


⑦ Q9 ヒヤリハット全般において感じていること

ヒヤリハット全般において感じていることは「特に課題は感じない」が 29.4%と最も高く、次いで「介護職員だけでは要因分析や再発防止策の検討までできない」が 22.4%、「ヒヤリハットに該当するレベルか分からない」が 19.1%であった。

ヒヤリハットの遭遇経験の有無別にみたところ、遭遇なしの介護職員では、「特に課題を感じていない」割合が高くなっていた。

図表 2-150 ヒヤリハット全般において感じていること（複数回答）



図表 2-151 ヒヤリハットの遭遇経験の有無別 ヒヤリハット全般において感じていること（複数回答）

	合計	Q9 喀痰吸引等のヒヤリハット全般において感じていること										
		事業所からヒヤリハットに関する説明や指導、研修等がない	ヒヤリハットに該当するレベルが分からない	報告する時間がない	報告し忘れてしまう	報告するべきかどうか判断できない	報告すると評価が下がるという不安がある	ヒヤリハット報告書等の作成が負担である	介護職員だけでは要因分析や再発防止策の検討までできない	その他	特に課題は感じない	無回答
全体	575	45	110	16	61	40	25	83	129	18	169	85
	100.0%	7.8%	19.1%	2.8%	10.6%	7.0%	4.3%	14.4%	22.4%	3.1%	29.4%	14.8%
ヒヤリハットに遭遇経験なし	131	8	23	0	9	6	3	15	27	4	51	19
	100.0%	6.1%	17.6%	0.0%	6.9%	4.6%	2.3%	11.5%	20.6%	3.1%	38.9%	14.5%
ヒヤリハットに遭遇経験あり	423	37	84	16	51	33	22	65	99	14	116	53
	100.0%	8.7%	19.9%	3.8%	12.1%	7.8%	5.2%	15.4%	23.4%	3.3%	27.4%	12.5%

⑧ Q10 喀痰吸引等のヒヤリハットを防ぐために工夫している取組など

図表 2-152 喀痰吸引等のヒヤリハットを防ぐために工夫している取組など（自由回答、抜粋）

<何かあったら報告／相談する>

- ・ 気になっている事、心配な事、いつもと違う事があった時は小さな事でも報告する。
- ・ すぐにサービス提供管理者に報告する、ノート記入する。
- ・ 不安があれば家族様、事務所に早めの相談。
- ・ 気になった事があった時はだれにでもいいので話をしておく。
- ・ 訪問看護師さんにすぐに連絡・確認をしている。
- ・ 気になる事があったらご家族や事業所に報告を上げるようにしている。
- ・ いつもと違う時など「どうしよう」とか「こまりました」などある時は、常にご家族や事業所と連絡、相談ができる。
- ・ 清潔を第1に考え、迷ったらすぐ周囲や家族の方に聞く。
- ・ サービス終了後にすぐに報告する。
- ・ わからない事、不安な事は手技確認をして下さった看護師にすぐに聞くようにしている。
- ・ 全体的に何かあればすぐ上に報告し、また家族の方とも話をして実施しています。
- ・ 何でも報告すること（ヒヤリハットではなくても）。
- ・ 小さな事でも報告メールに記載している。
- ・ 訪看と同時に訪問しているので都度相談・報告している。
- ・ 小さな事でもインシデントレポートに残し、安全会議等で取り上げる。
- ・ 援助終了時、会社へ Tel を入れることになっています。

<指さし確認や声出し、利用者への声掛け等>

- ・ 指さし確認、声に出してすすめる。
- ・ 指差し確認と声かけ、説明しながら作業し確認して行っている。
- ・ 利用者様に確認しながら吸引を行っています
- ・ 手順一つ一つの確認、作業を丁寧に、利用者様の様子の確認忘れず。
- ・ 呼引圧など確認する物は指さしや声に出して確認

<自主練習／イメージトレーニング等>

- ・ 訪問前のイメージトレーニング。
- ・ 喀痰吸引等を実施する前に手順のイメージトレーニングを行っている。
- ・ 時々動画等で再確認。
- ・ 実施前に手順等の確認のイメージトレーニングを行い実施している。
- ・ 職員間で訪問して実施するまでにイメージトレーニングしている。
- ・ 頭の中でシミュレーションを何回かしている。

<他の職員等との情報共有／連携>

- ・ 状態変化、手順変化などは、口頭・SNS を利用し共有。
- ・ 他職種との情報共有を密にする。

- ・ 同利用者とのヘルパーと情報交換している
- ・ 担当者間の日頃の情報交換を綿密にする。
- ・ 職場内で情報を共有し、状態を常に把握を行うようにしています。
- ・ SNS を利用し、可能な限り早く共有するようにしている。
- ・ 利用者の変化、支援方法の変更、特記事項が生じた場合、関係するヘルパー全員、職種に連絡する。
- ・ 訪問看護、主治医への密な状況報告、吸引記録簿常備。
- ・ 喀痰吸引等時に急変や事故が起きた場合には、連絡網を活用し対応できる体制。
- ・ ナースや上司に相談したり連携をとったりしながら行っている。
- ・ 訪看との密な情報指示がある、家族の指示がある。
- ・ ヘルパー同士での情報共有、状態の変化に対してすぐ報告、ご家族からの情報も。
- ・ 多職種（訪問看護など）との連携を密にとっている。年 1 回訪看の指導を受けている。
- ・ 訪問看護との連携をとる用紙を作成し、利用者宅において確認してもらっている。
- ・ 利用者に関わっている介護職リーダーと（看護師等）連絡を密にとる。
- ・ リスク会議を 3 ヶ月に一度、他の事業所管理責任者等と行っている。
- ・ 注意点を何度も確認し、ご利用者の身体状況等も常に確認を行う。援助に入っているヘルパー同士で、情報を共有する。
- ・ どんなに細かい事も、担当ヘルパー間で情報を共有する。
- ・ 看護との連携。連絡ノートの活用（変更時の確認）

<フォローアップ研修等>

- ・ 看護職員による指導を半年に 1 回必ず行ってもらっている。
- ・ 年 2 回、安全委員会を実施し必ず実技（手技の確認）を行う。
- ・ 同行時間を多く取り、教える方も教わる方も大丈夫となるまで又、時折現場で責が同行しチェックする様になっている。
- ・ 定期的な研修と看護師を含めた実技指導。
- ・ 看護師の指導のもと人形を使った実技講習。
- ・ 疑問に思う所はすぐに看護師に確認し、指導してもらっています。
- ・ OJT を行ない吸引のレベルを上げている。
- ・ Q ちゃん人形を使って実践練習。
- ・ 手技や手順について定期的にすべての職員で再確認を行っている。
- ・ 現状の共通理解をとるよう情報交換、実技の再確認研修を行っている。
- ・ 内部カンファレンスで手順を確認する。
- ・ 訪問時都度機器作動や接続部のチェックを実施。
- ・ 訪看と連携を取り、必ず手技確認を毎回行っている。
- ・ 同行という形で、お互いの再確認の場を設けています。訪看に良く聞きます。
- ・ 毎年事業所にて研修を行い、再確認している。
- ・ 他の職員に引き継ぐ場合は、十分に時間をかけて手技を習得する。又、手技だけでなく、利用者の状態を把握できるようになるまで、訪問に同行する。
- ・ 会社にて、管理者（看護師）による研修を行っている

<手順書等の際確認>

- ・ 手順書を繰り返し確認し、実施する。訪問に間隔がある時は利用者の現況を確認する。
- ・ 喀痰吸引する前、再度手順書確認している。
- ・ 手技、手順など再確認をする。
- ・ 手順書の確認、手順・手技の確実な実行。
- ・ 各利用者のファイルを作り手順等、毎回確認している。
- ・ 月に一度の手順書の確認。様子観察は特に気を付けるようにしている。
- ・ 事前の確認（手順、利用者情報等）の徹底。

⑨ Q12 喀痰吸引等のヒヤリハット全般において、事業所に求めること

図表 2-153 喀痰吸引等のヒヤリハット全般において、事業所に求めること（自由回答）

<研修等の実施、参加>

- ・ 定期的な研修、集まってきたヒヤリハットについてのフィードバック。
- ・ 事業所内でも定期的に研修が必要だと思う。
- ・ 安全に対応できるマニュアルに沿った研修。
- ・ スキルアップ研修、セミナーをして頂きたい。
- ・ ヒヤリハットの多い事例についての研修。
- ・ 事業所内でも手技確認の研修。
- ・ 研修等を増やし、知識技術を高めたい。
- ・ 手技も慣れてくると自己流になってしまうところもあるので、事業所内でも研修・勉強等必要。
- ・ 定期的にヘルパーの手技をチェックし合える研修等の開催。
- ・ 管理者や責任者にも、喀痰吸引の勉強をしてほしい。
- ・ 医師による定期的勉強会等してほしい。
- ・ 外部研修に参加してみたい。
- ・ 年に1回でも定期的に研修を行って欲しい。

<事例集の作成>

- ・ ヒヤリハット集の作成。
- ・ ヒヤリハット事例集のようなものを配布してほしい（対処法含めて）。
- ・ 痰吸引のヒヤリハット事例集（一般的図書）を用意して欲しい。
- ・ 事例をまとめてヘルパーと共有する

<安全委員会、カンファレンスの開催>

- ・ 医師等も交えた安全委員会の開催。
- ・ 事例検討会を行っていききたい。
- ・ 定期的にかンファレンスを行う。

<報告様式／方法の改善>

- ・ 報告しやすさ、紙ベースでなくても報告できるものの導入、簡素化。
- ・ ヒヤリハットは聞き取りにして作成は事業所が行う。
- ・ 簡便な書類と簡便なミーティング。
- ・ 書式やすぐに記入できる方法、スタッフ間の共有の場を早急に検討が必要です。

<情報共有できる環境づくり>

- ・ スタッフ間での共有と今後の対応について話しあえる場。
- ・ なかなか時間がない中、あらためて時間をとることが後回しになってしまうので常にいつでもどこでも、その場で話し共有できるよう求める。

- ・ 情報共有しやすい環境作り。
- ・ 自身の担当していない利用者のヒヤリハットも共有できる場が欲しい。
- ・ 命にかかわる事なので、小さな事（トラブルになりそう）でも報告し、連携・改善を行っていく。
- ・ 他事業所との連携をとれる様、報告情報共有は必要。
- ・ 各利用者の日々変化する状態状況を教えて欲しい。
- ・ ヒヤリハット・事故報告書とも、検討・情報共有の機会を設けてほしい。

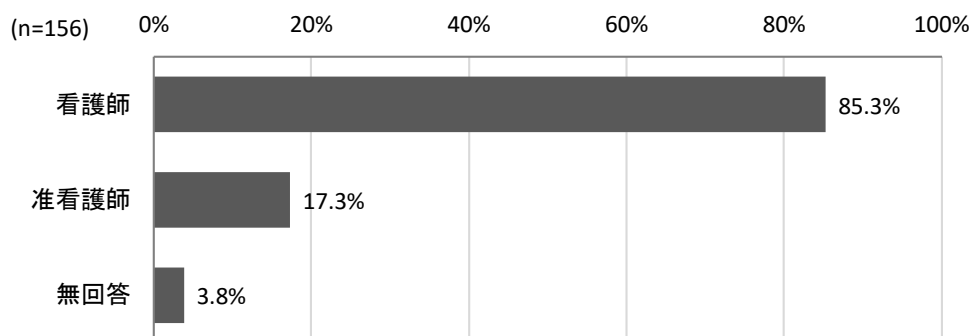
8. 介護職員による喀痰吸引等におけるヒヤリハット等に関する考え（看護職員票）

（1）基本属性

① Q1 保有資格

保有資格は、「看護師」が85.3%、「准看護師」が17.3%であった。

図表 2-154 保有資格（複数回答）



② Q2 看護職員としての通算経験年数、介護職員が提供する喀痰吸引等に関与している通算年数

喀痰吸引等の通算実施経験年数の平均は、4.8年であった。

「在宅」において喀痰吸引等を実施した利用者の実人数の平均は、3.5人であった。

図表 2-155 看護職員としての通算経験年数（数値回答）

	平均	最大値	最小値	標準偏差
n=146	22.9	56.9	2.0	11.2

図表 2-156 介護職員が提供する喀痰吸引等に関与している通算年数（数値回答）

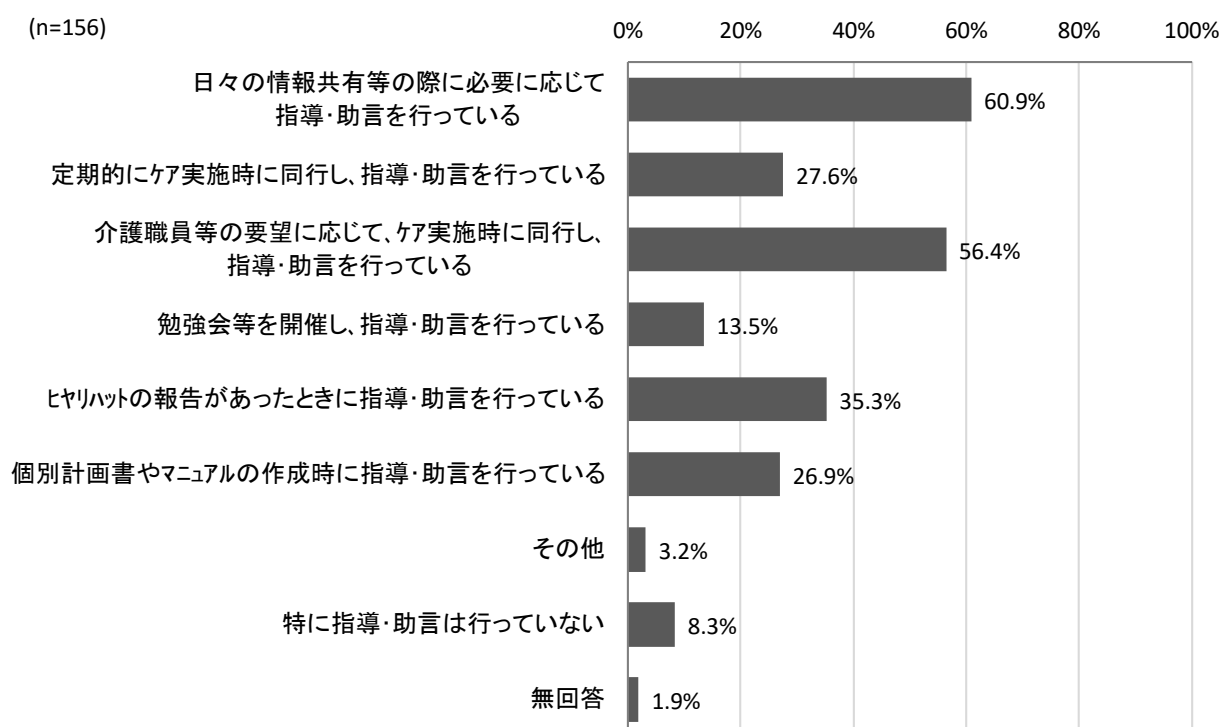
	平均	最大値	最小値	標準偏差
n=117	5.0	15.0	0.0	3.4

(2) 介護職員による喀痰吸引等の実施について

① Q3 喀痰吸引等を実施する介護職員に対して行っている指導・助言

喀痰吸引等を実施する介護職員に対して行っている指導・助言は、「日々の情報共有等の際に必要なに応じて指導・助言を行っている」が60.9%と最も高く、次いで「介護職員等の要望に応じて、ケア実施時に同行し、指導・助言を行っている」が56.4%、「ヒヤリハットの報告があった時に指導・助言を行っている」が35.3%であった。

図表 2-157 喀痰吸引等を実施する介護職員に対して行っている指導・助言（複数回答）

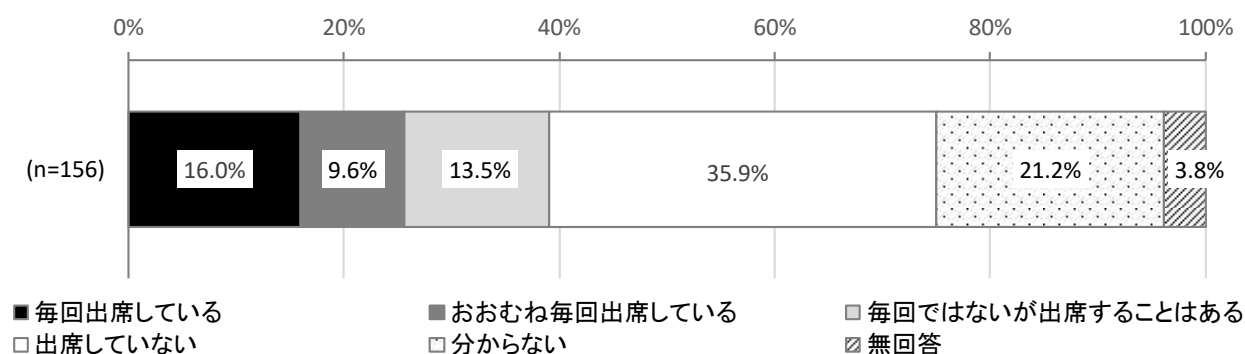


(3) 介護職員による喀痰吸引等のヒヤリハット等について

① Q4 調査票を配布された事業所で開催される喀痰吸引等にかかる安全委員会等への出席状況

調査票を配布された事業所で開催される喀痰吸引等にかかる安全委員会等への出席状況は、「出席していない」が35.9%と最も高く、次いで「分からない」が21.2%、「毎回出席している」が16.0%であった。

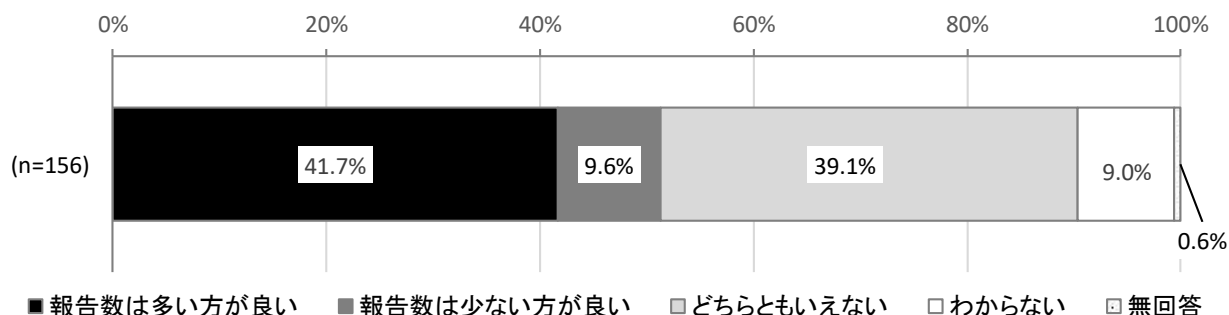
図表 2-158 調査票を配布された事業所で開催される
喀痰吸引等にかかる安全委員会等への出席状況（単数回答）



② Q5 ヒヤリハットの報告数に対する考え

ヒヤリハットの報告数に対する考えは、「報告数は多い方が良い」が41.7%と最も高く、次いで「どちらともいえない」が39.1%、「報告数は少ない方が良い」が9.6%であった。

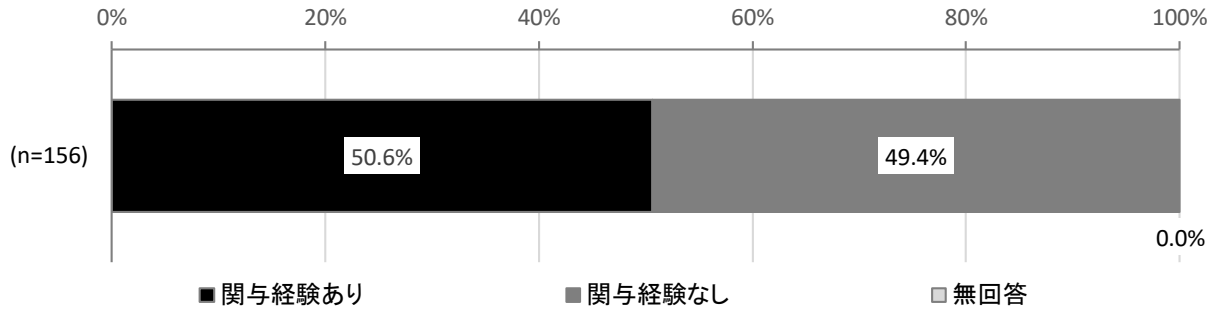
図表 2-159 ヒヤリハットの報告数に対する考え（単数回答）



③ Q6 介護職員からの相談や報告（口頭も含む）を受ける等により関与した経験の有無

ヒ介護職員からの喀痰吸引等のヒヤリハットについて相談や報告（口頭も含む）を受ける等により関与した経験の有無は、「関与経験あり」が50.6%、「関与経験なし」が49.4%であった。

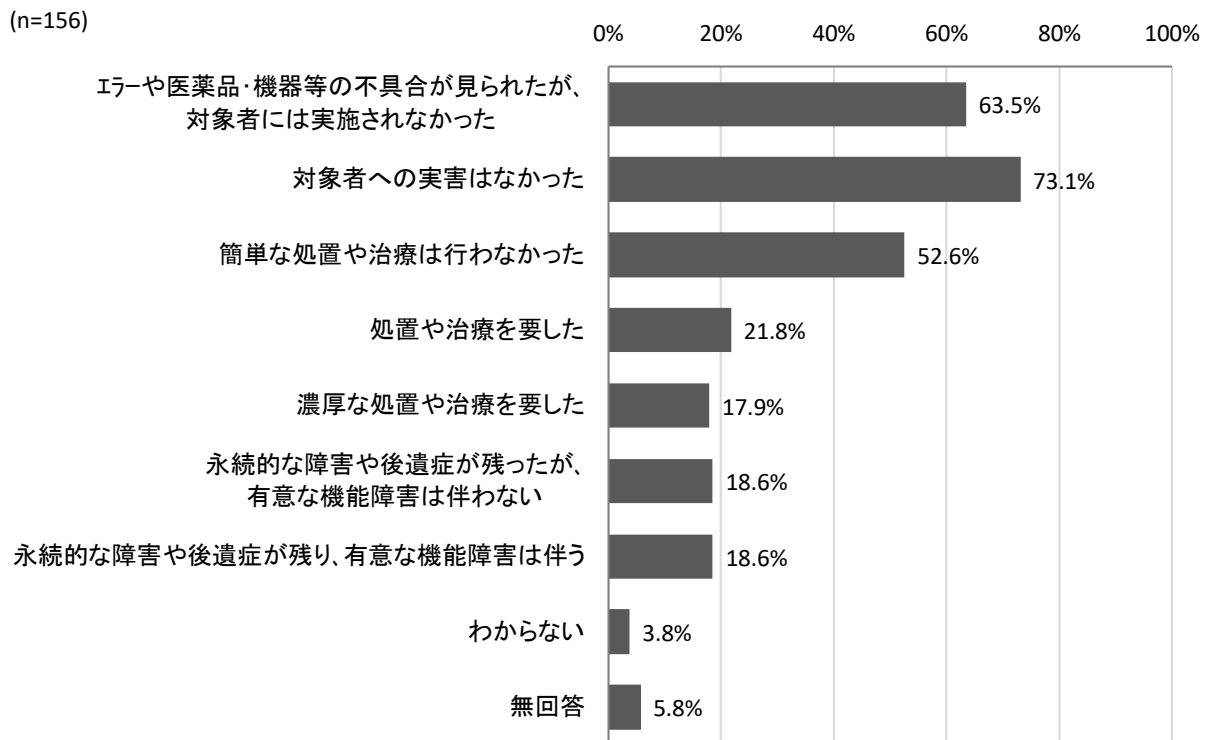
図表 2-160 介護職員からの喀痰吸引等のヒヤリハットについて
相談や報告（口頭も含む）を受ける等により関与した経験の有無（単一回答）



④ Q7 ヒヤリハットに該当すると考えるレベル

ヒヤリハットに該当すると考えるレベルは、「対象者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）」が73.1%と最も高く、次いで「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」が63.5%、「簡単な処置や治療は行わなかった（対象者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた）」が52.6%であった。

図表 2-161 ヒヤリハットに該当すると考えるレベル（複数回答）

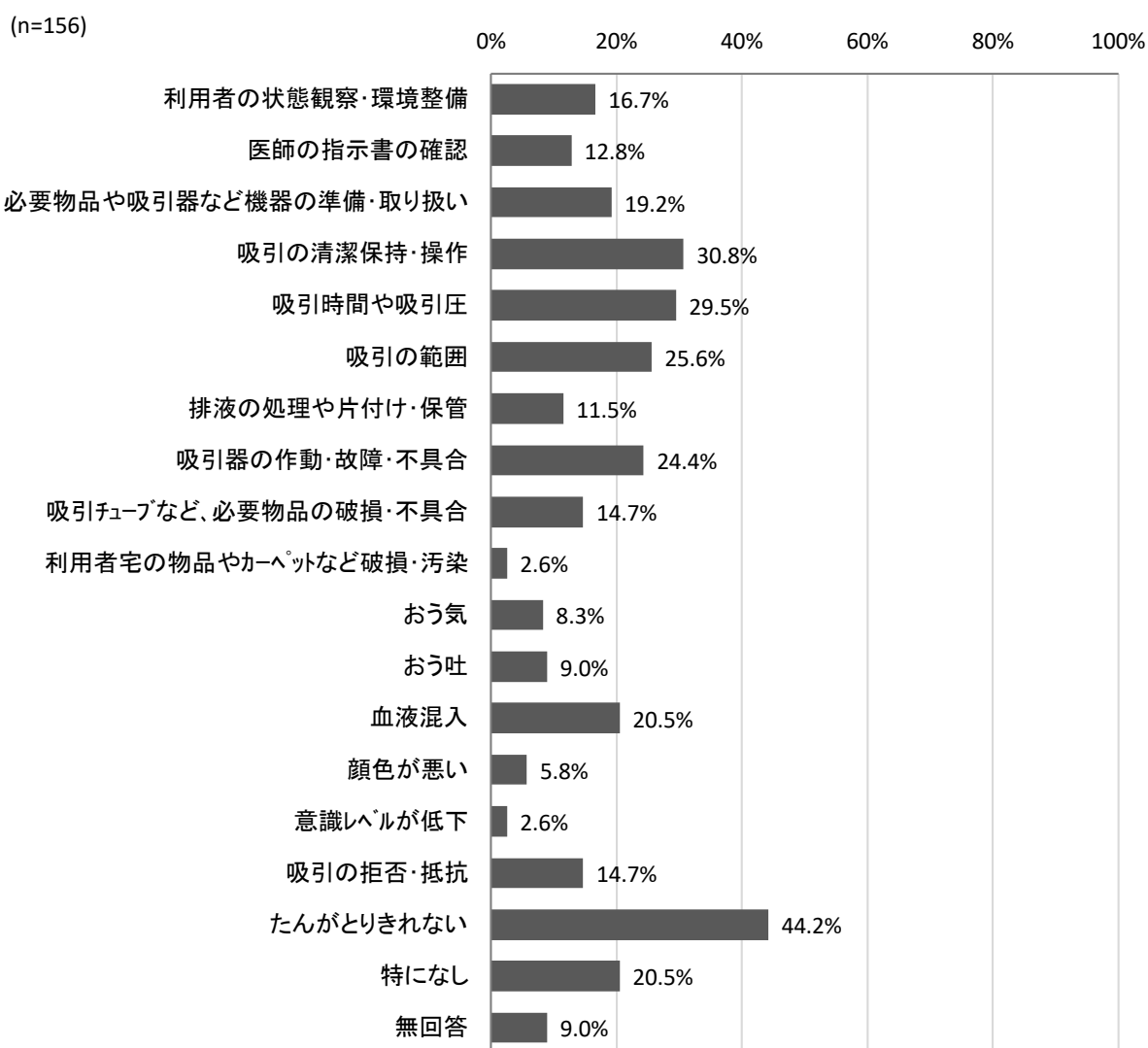


⑤ Q8 喀痰吸引等の実施に関して介護職員から報告・連絡を受けたことがある出来事やトラブル

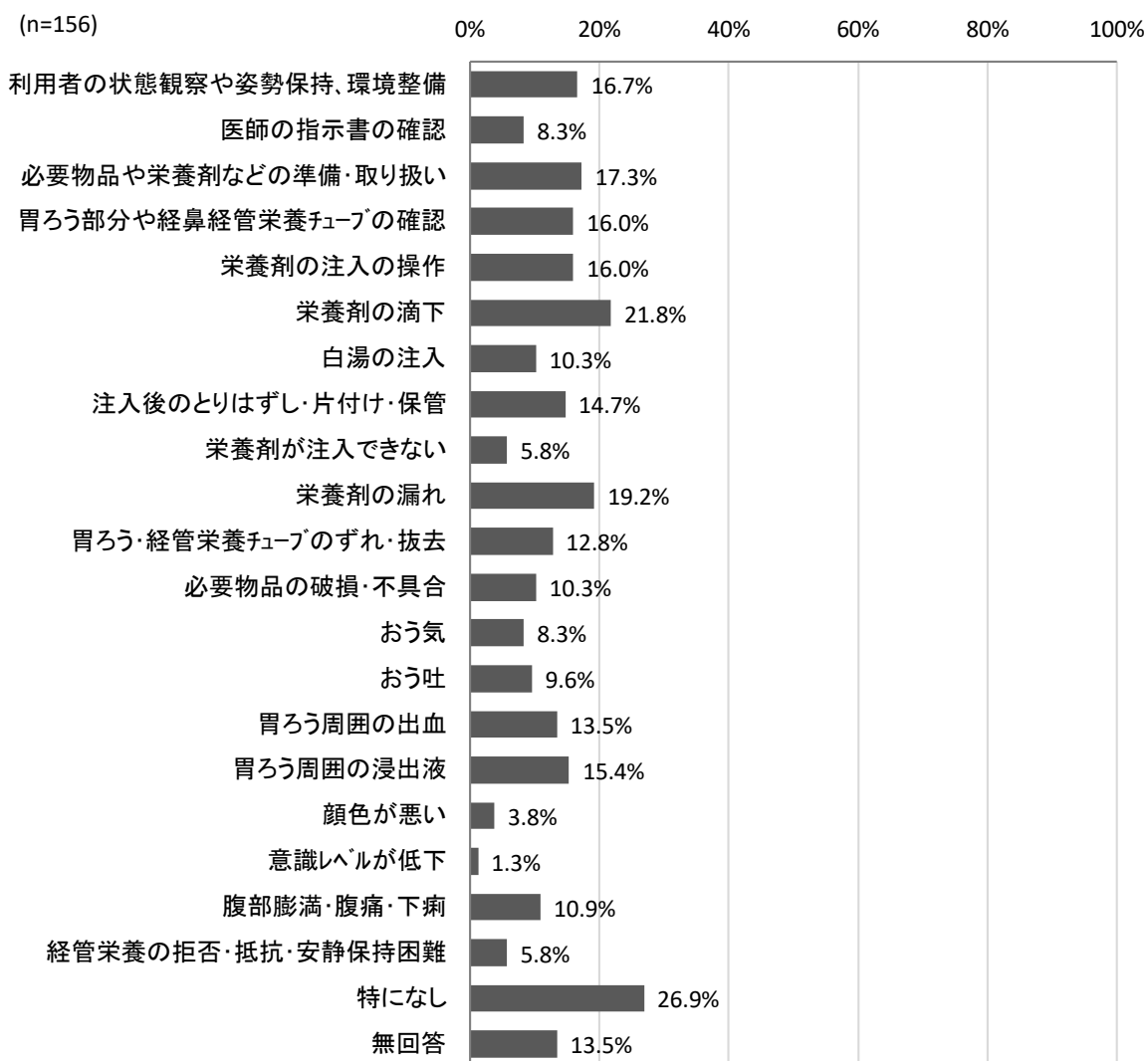
喀痰吸引等の実施に関して介護職員から報告・連絡を受けたことがある出来事やトラブルは、喀痰吸引では「たんがとりきれない」が44.2%と最も高く、次いで「吸引の清潔保持・操作」が30.8%、「吸引時間や吸引圧」が29.5%であった。

経管栄養では「特になし」が26.9%と最も高く、次いで「栄養剤の滴下」が21.8%、「栄養剤の漏れ」が19.2%であった。

図表 2-162 喀痰吸引等の実施に関して
介護職員から報告・連絡を受けたことがある出来事やトラブル（複数回答）
<喀痰吸引>



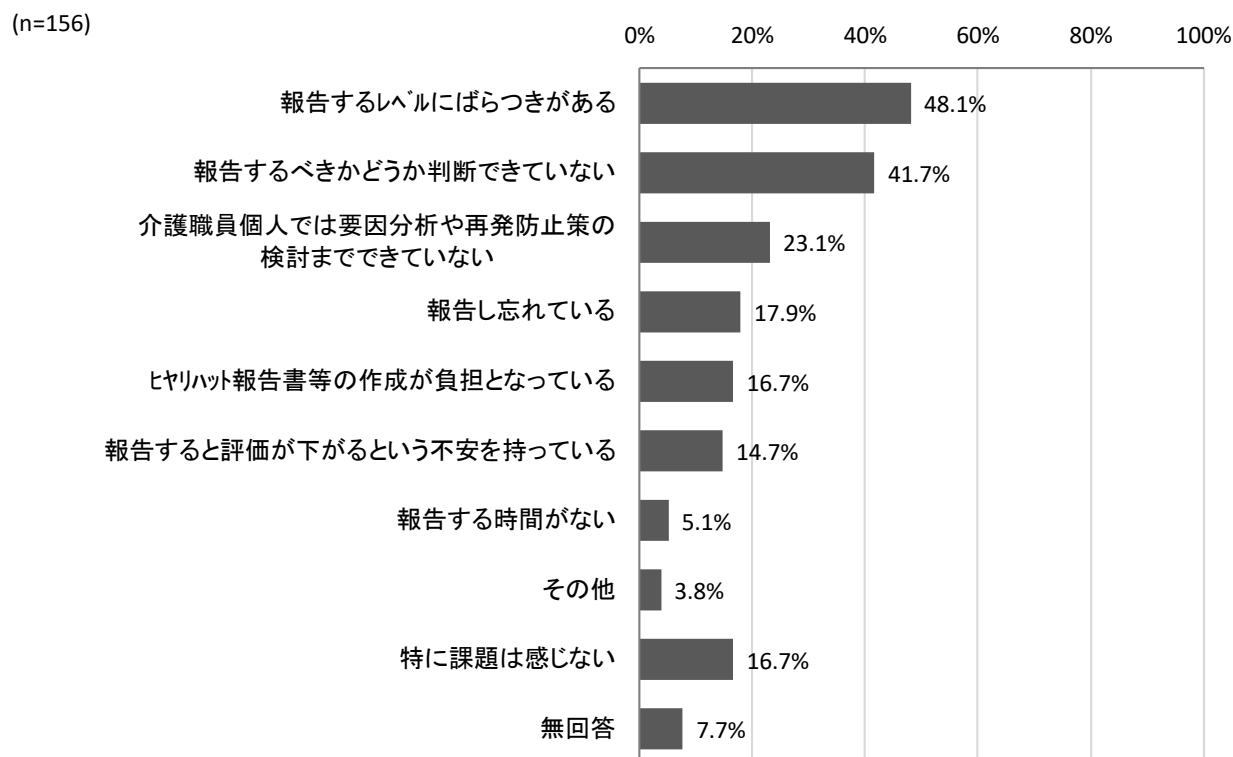
<経管栄養>



⑥ Q9 介護職員による喀痰吸引等のヒヤリハット全般について、看護職員から見て課題と感じる点

介護職員による喀痰吸引等のヒヤリハット全般について、看護職員から見て課題とを感じる点は、「報告するレベルにばらつきがある」が48.1%と最も高く、次いで「報告するべきかどうか判断できない」が41.7%、「介護職員個人では要因分析や再発防止策の検討までできない」が23.1%であった。

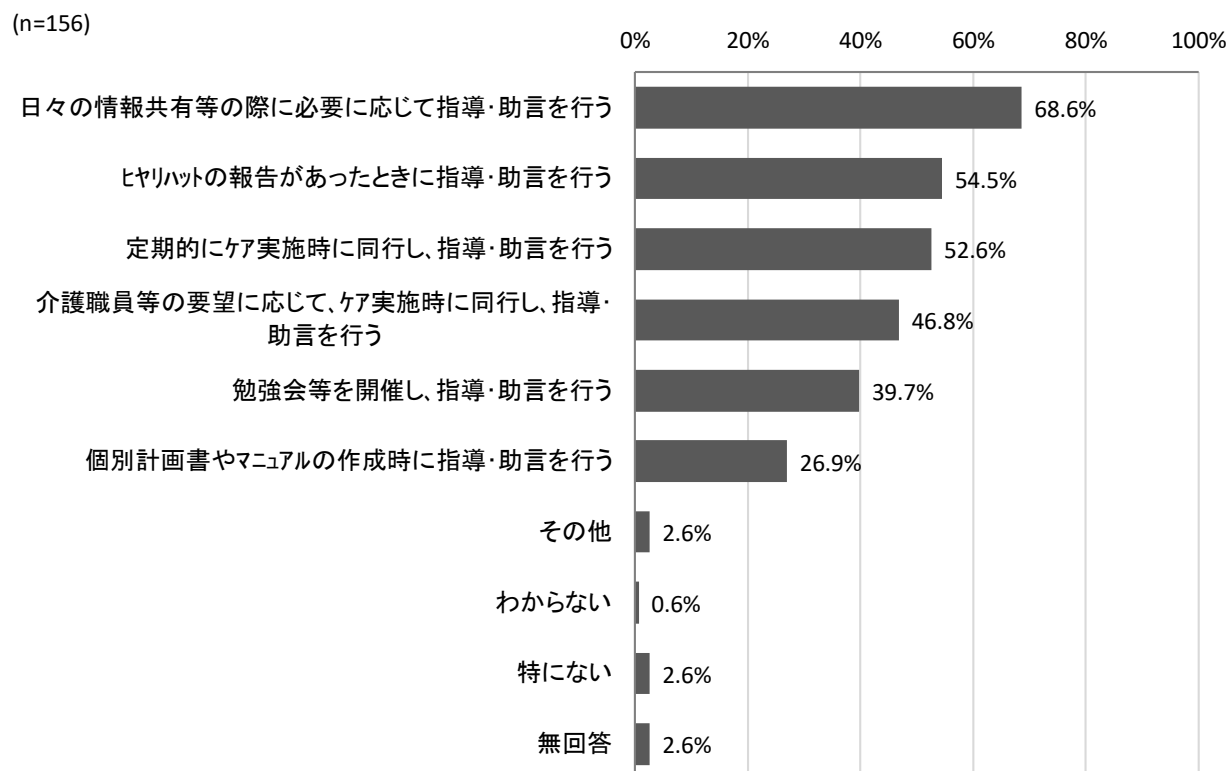
図表 2-163 介護職員による喀痰吸引等のヒヤリハット全般について、
看護職員から見て課題と感じる点（複数回答）



⑦ Q10 ヒヤリハットを効果的に防止するための関わり方にかかる考え

看護職員による喀痰吸引等のヒヤリハットについて、ヒヤリハットを効果的に防止するための看護職員としての関わり方にかかる考えは、「日々の情報共有等の際に必要なに応じて指導・助言を行う」が 68.6%と最も高く、次いで「ヒヤリハットの報告があったときに指導・助言を行う」が 54.5%、「定期的にケア実施時に同行し、指導・助言を行う」が 52.6%であった。

図表 2-164 ヒヤリハットを効果的に防止するための関わり方にかかる考え（複数回答）



第3章 ヒアリング調査結果

1. ヒアリング調査結果

(1) 事例Ⅰ 社会福祉法人訪問の家 さくら草

事業所名	実施日	実施方法
社会福祉法人訪問の家 さくら草	令和2年3月11日	電話

① 事業所の概要

i) 利用者の状況

- ・利用者は、訪問介護 98 名、居宅介護 24 名、重度訪問介護 30 名である。
- ・現在介護職員が喀痰吸引等を提供している利用者は 8 名である。そのうち 1 名は、障害福祉サービスの支給決定がある高齢者で、障害福祉制度における第 3 号研修を利用して介護職員を派遣している。2 名は在宅で居宅介護を利用されている重症心身障害児者で、家族が同居していることから実施する機会がほとんどない。あとの 5 名は、グループホームに入居されている重症心身障害児者であり、グループホーム（同法人）まで介護職員を派遣している。
- ・1 人の利用者に対して 7～8 名の介護職員が第 3 号研修を受講し、喀痰吸引等を実施している。

ii) 職員の状況

- ・さくら草の介護職員数は、実人数で 172 名、常勤換算で 94.2 名（2019 年 4 月 1 日時点で登録がある者）である。
- ・認定特定行為業務従事者等の人数は 60 名で、そのうち現在喀痰吸引等を実際に提供している人数は 49 名である。
- ・さくら草は登録研修機関であり、年に 1 回程度、自事業所で喀痰吸引等の研修を開催している。新たに介護職員を雇用した場合や、現在の利用者が新しい医療的ケアを必要とした場合に自事業所の開催のタイミングに合わなかった場合には、外部機関での第 3 号研修を受講する。

② 安全委員会について

i) 安全委員会設置の経緯

- ・当初事業所内で何か不具合や問題が起こると不定期に発動していた安全委員会を平成 29 (2017) 年頃に安全委員会のメンバーを新たに構成して設置し、月 1 回、委員会を開催している。
- ・以前は、個別のケースに対して関係者が集まり、ヒヤリハット等の発生要因や対応策などを協議していた。現在でも個別のケースに対して協議する機会を設けている。
- ・グループホーム利用者の医療的ケアに関するヒヤリハットが蓄積されており、振り返りの場を確保するため、安全委員会を設置した。また、認定証を有する介護職員数が増えており、重度訪問介護を中心に長時間にわたって報酬を請求していた実績から、医療的ケア等について振り返る機会が必要であった。
- ・また、同時期にグループホームの看護師が配属されたことも設置に至った 1 つのきっかけである。以前は、それぞれの利用者が利用している通所介護事業所の看護師のもとで、実地研修（第

3号研修)を実施していた。通所先で学んだ手技をグループホームで実施していたことで、ヒヤリハットを集約し検討する機会を持つことが困難であった。

ii) 安全委員会での参加者、協議内容

- ・安全委員会には、グループホームのサービス管理責任者や、事業所所長、看護師等が参加している。
- ・現在の安全委員会には、医師と当事者（利用者本人）は参加していない。安全委員会を開催し、委員会だけでは決めることが出来ない事項（例：注入のタイミングと施設全体のスケジュールとあわないこと）は、利用者の了承のもと、看護師と医師等で、直接確認する必要がある。
- ・現在の安全委員会は、事故やヒヤリハット等の振り返りよりも、手技の安全性を確保する方法を確認する場として機能している。
- ・医療的ケアに限らず、日々のケアや支援、活動に関して安全委員会で協議している。
- ・認定証を取得しているが、実際手技を行う機会が少ない介護職員への対応や、基礎研修まで修了している介護職員に対する実地研修の実施などを協議したことがある。
- ・安全委員会で協議した内容について、議事録は作成している。何か共有事項があれば、個別にメールや口頭で介護職員に伝達している。メールでの情報共有については、氏名などの個人情報に相当するものは伏せるなど、情報の取扱いに注意を払っている。

③ ヒヤリハット報告について

i) ヒヤリハットとアクシデントとの区別

- ・ヒヤリハット報告の件数は多い。訪問介護事業では、特に服薬に関するヒヤリハットやアクシデントが多く、その中に注入での服薬に関するヒヤリハットが含まれている。
- ・報告されたヒヤリハットは、ヒヤリハットのレベル、因子（個人／環境）を分析し、分析軸ごとにヒヤリハットの報告件数を把握している。
- ・利用者の財産や体調等に明らかな変化があった場合は、全てをアクシデントとして把握している。

ii) ヒヤリハット報告の基準

- ・現場の介護職員は、普段から利用者の様子を細かく観察し、医療的ケアに限らず、小さなことでも気づいたこと全てを報告する。医療的ケアに関することだけ報告するよう指導していない。
- ・例えば、胃ろうの周囲に漏れや皮膚変化があればすぐに報告するといった限定的な条件下での報告基準を別途定めているが、それ以外は普段の状態と比較して変化があるかどうかを報告するように伝えている。

iii) ヒヤリハットの報告方法

- ・ヒヤリハットが発生した場合、電話での報告が多く、事業所としてある程度状況を把握しており、事業所側からヒヤリハットの状況確認のため、あらためて連絡することは少ない。足りない情報があれば、ショートメール等で確認することはある。
- ・訪問介護事業所がグループホームの事務所と同建物内にあり、看護師とも連携がすぐ取れることで、介護職員がヒヤリハットを報告しやすい。何かあれば、電話やFAXで連絡が取れることを

介護職員に伝えている。

- ・介護職員が当たり前だと思っていることでも、第三者からみると気が付くことがある。定期的にサービス提供責任者が現場へ赴き、物品の置き方などアクシデントにつながりかねない危険因子を吸い上げている。
- ・口頭やマニュアルでの周知や、研修時にも指導しているが、介護職員によって手技の手順や方法の認識・解釈がばらつくことがある。介護職員本人からの報告より、サービス提供責任者や看護師といった第三者が現場でヒヤリハットを拾うことが多い。
- ・しかしながら、同性介助を基本としており、サービス提供責任者が現場を訪れても、異性の利用者の場合、身体介護におけるヒヤリハットを細かく確認することができず、見逃しているヒヤリハットの可能性を否定できない。
- ・家族やグループホーム職員といった普段手技を行っている方が、手技の安全性を理解することで、ヒヤリハットに気づくことができるのではないかと。
- ・以前、報告のタイミングを限定することでヒヤリハット報告件数が増加するのではないかと考え、退勤の連絡時に、何か変化があったかどうか報告を求めたことがある。しかしながら、退勤時には早く帰りたい気持ちが強く、報告する介護職員が少なかった。また、健康に関することを含めて報告事項が多く、聞き出すときりがない。グループホームの職員等にすでに報告しており、二度手間となってしまった。
- ・現在は、グループホームの職員に報告された内容が、訪問介護事業所まで連絡が入る体制としている。

iv) ヒヤリハット報告の様式

- ・①日時、②場所、③関係者、④出来事・内容を記載できる用紙と、記入後に提出する意見箱を用意している。口頭での報告があれば、記入しなくてよいこととしている。
- ・口頭での報告を含めて、事業所でヒヤリハットを蓄積する。
- ・紙やメールでの報告があっても、集約方法が難しい。グループホームでの手技が多いため、グループホーム職員が受け取ることは可能である。
- ・同じ介護職員ばかり紙でのヒヤリハット報告を受ける。報告件数が少ない職員ほど、実際に現場を確認するとヒヤリハットを発見できるのではないかと。

v) ヒヤリハットの意識

- ・事業所内だけで利用できる SNS を活用して、報告の義務や連絡・相談等について、情報共有している。
- ・利用者にとって安心して安全な生活を送るために、誰がヒヤリハット・アクシデントを起こしたかではなく、どうすればそうしたヒヤリハット等を防ぐことができるか、といった視点で分析するよう働きかけている。そうした意識を職員が持つことが難しいため、必要に応じて、外部の研修（例：セーフティマネジメント、マニュアル作り、アンガーマネジメント等）に参加してもらっている。
- ・外部の研修への参加は、2～3年前から実施している。何かあれば研修案内を回覧し、受講希望

も受け付けている。事業所が受講を勧めた研修については、業務として参加する。

④ ヒヤリハット事例の要因分析、再発防止策の検討について

i) 個別のヒヤリハット事例の要因分析、再発防止策の検討

- ・個別のヒヤリハットは、その都度、利用者の担当職員もしくはサービス管理責任者、関わった介護職員のサービス提供責任者、介護職員本人の3人は必ず参加して、ヒヤリハットの要因分析を行う。

ii) 蓄積したヒヤリハット事例の要因分析、再発防止策の検討

- ・5年以上前に設置されたセーフティマネジメント委員会で、医療的ケアの内容を含めて、全てのヒヤリハットが蓄積されている。
- ・全体のヒヤリハットとして、服薬や食事に関する事項が多く、その中で医療的ケアに関わることも含まれている。医療的ケアに関するヒヤリハットの件数は少ない。
- ・安全委員会に上がってくるヒヤリハットは月に2～3件程度である。
- ・件数が多いヒヤリハットについては、環境整備を検討・実施している。例えば、注入後30分間は体を動かさないため、グループホームでの生活の流れ（入浴等）を変えてもらうようグループホームと相談した。職員と看護師で相談して現場に反映することもあるが、タイミングが合えば、安全委員会でも検討することがある。
- ・再発防止策を検討し適宜実施しているところだが、後日、その防止策が適切に実施できているかまでは確認していない。決定した対策をリスト化しているわけではない。サービス提供責任者が現場に入る際に、対策を立てたことの実施状況を確認している。
- ・ヒヤリハットを分析し対策を講じた結果、ヒヤリハットが再発していない状況であり、防止策の実施状況を厳密に確認するまで至っていない。

iii) 課題

- ・蓄積したヒヤリハットの要因分析等をおこなう上で、実施しているヘルパーの心境や現場の状況の把握や当事者との接点を持つことが課題である。ヒヤリハットを分析し、その要因が個人（ヘルパー）に起因すると想定される場合、その時の心境や体調、技術など、細かな詳細まで全ての介護職員について把握しきれていない。

⑤ ヒヤリハット・アクシデントに対する職員への取組について

i) ヒヤリハットに関する研修等の実施状況

- ・今年度より、第3号研修を修了したが、しばらく医療的ケアの手技を行う機会に恵まれなかった介護職員や、数年現場を離れていた介護職員等を対象に、年に1回、看護師の指導の下、手技の振り返りを行う研修を実施している。
- ・久しぶりに手技が発生する可能性がある場合は、看護師が同行し、現場に入る前に手技の確認を行う。訪問後にも看護師から手技についてフィードバックがある。

ii) 活用方法

- ・把握したヒヤリハットは、手順書やマニュアルの見直しや、事業所内の研修材料への反映、訪問看護事業所との連携方法の見直しに活用している。
- ・手順書やマニュアルは1つにまとめており、そのマニュアルを更新することで、最新版のマニュアルが常に現場にあるような体制としている。更新した内容については、その都度、訪問看護師が介護職員に指導している。
- ・最近になって医療的ケアが必要になった利用者の手技で良い点は、既存の利用者の手技にも反映することがあり、その際にマニュアルを更新する場合がある。

- ・また、月に1回、介護職員向けのミーティング（1時間30分）を開催し、そのうち1時間で、情報共有やディスカッション等のスキルアップに資する内容を提供している。そのスキルアップの研修材料の1つとして、数か月に1回、医療的ケアに限らないヒヤリハット事例について、介護職員全員で振り返っている。
- ・研修に参加できなかった介護職員に対しては、事業所に立ち寄るタイミングで資料を渡すなどして、情報の共有を図っている。

- ・喀痰吸引等を実施する介護職員に限らず、全ての介護職員に対して、外部研修の受講を案内している。
- ・数年前に、喀痰吸引等を実施していない職員に対して、第3号研修などの仕組みや制度が始まった経緯、医療的ケアができるようになるまでのプロセス等を資料にまとめて、説明したことがある。

⑥ その他の課題等

i) 訪問看護事業所等の連携

- ・同法人グループホームの看護師（診療所からの出向者）が主な指導看護師であり、グループホーム利用者の受診時の付添や健康管理等を行っている。グループホームがある建物にさくら草があり、看護師と連携する際に手間は生じていない。
- ・しかしながら、医療的ケアを必要とする在宅の高齢者に関わっている関係者（訪問看護師含む）が集まり、医療的ケアに関して話し合う機会が持てない。手技に関して指導を受けているまでは、密な連携が取れているが、訪問看護事業所によっては訪問看護の時間をあわせて、手技を確認してもらえることがあるが、そういった機会を持てない事業所もある。現場単位でどこまで横のつながりが持てるかが難しい。
- ・利用者の健康状態については、訪問看護師から指示があり、電話で報告することはあるが、サービス提供責任者と訪問看護師が現場で顔を合わせる機会を持つことが困難である。
- ・訪問看護事業所によっては、現場だけでは対応が難しいような研修会や機器の説明会等を開いてくれるところがある。そうしたレスポンスがよい訪問看護事業所には、ケアマネジャーの配慮（場所の確保等）が行き届いている印象である。

ii) 第3号研修の受講促進

- ・近年、障害者等に対する社会の意識が変わりつつあると感じている。障害者総合支援法の条文に「合理的な配慮」といった文言が加わったことや、メディアで当事者の生活が報道されることなどから、制度が始まった頃より、支援しやすくなっている。
- ・一方で、手続きの負担感や、研修の受講費用は事業所が負担することなどは、制度開始時から変わらない。利用者にとって必要な研修であるため、介護職員に受講を依頼しており、2万円ほどの研修費（民間の研修機関にて受講の場合）は事業所で負担している。
- ・医療的ケアを担うことへの責任感や不安等から、研修の受講を断る介護職員に対しては、無理に第3号研修の受講を依頼することはない。介護職員の不安を解消するため、実際に現場の手技を見学してもらうなど、各職員のケアに対する理解やモチベーションを高める取組を行っている。
- ・第3号研修を受験する際、介護職員には、試験の受験といった負担が発生する。そうした負担も厭わないほど、利用者との関係性を深めることや、関係性を醸成するだけの期間が介護職員にとって必要である。
- ・上記のように、事業所として細やかな対応を行っても、利用者1名に対して少額しか請求ができない制度である。処遇改善費等を工面し、医療的ケアに対する手当を支給している。研修の受講など、本来の業務に含まれていないことに対応している介護職員を評価する制度設計となっていない。

(2) 事例Ⅱ 株式会社 ケアサポートたちばな

事業所名	実施日	実施方法
株式会社 ケアサポートたちばな	—	書面

① 事業所の概要

- ・利用者は、訪問介護 32 名である。
- ・2015 年 6 月に登録喀痰吸引等事業者の指定を受けた。現在、喀痰吸引等を必要とする利用者はいないが、事業者登録は継続している。
- ・介護職員数は、実人数で 7 名、常勤換算で 3 名である。
- ・認定特定行為業務従事者等の人数は、3 名である。

② 安全委員会について

- ・喀痰吸引等にかかる安全委員会として、新規の会議体を設置した。
- ・委員会には、事例ごとに異なるが、医師や、自事業所の介護職員、管理責任者、介護支援専門員などが参加していた。
- ・安全委員会は、問題が発生した際に不定期に開催する。頻度としては、年に 1 回未満程度である。

③ ヒヤリハット報告について

i) ヒヤリハットとアクシデントとの区別

- ・ヒヤリハットとアクシデントは明確に区別している。
- ・事前アンケートでは、ヒヤリハットに該当すると考えられるものとして、「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」から回答している。
- ・ヒヤリハット報告を奨励することで、介護職員からの詳細で、正直な報告を受けやすくなる。また、その詳細な報告があることで、今後の対策の検討が容易となっている。特にアクシデントが発生した場合には、状況を正確に記録することに注力している。
- ・ヒヤリハットとアクシデントの判断は、現場の介護職員にさせていない。「異常事態が生じなくとも、それにつながる危険性を本人が感じた場合には、サービス提供責任者に報告する」という基準を設けている。
- ・しかしながら、報告基準における「危険性」の判断を介護職員にゆだねており、その判断に個人差がある。介護職員によって、非常に軽微なヒヤリハットまで記録すべきか迷う場合があると聞くことがあり、事業所がヒヤリハットを把握する上での課題と認識している。
- ・ヒヤリハットの報告があり、記録を残す際に、サービス提供責任者や常勤職員等で、ヒヤリハットまたはアクシデントを判断している。
- ・以前、気管切開部がある利用者の気管カニューレに異物が混入したことがあり、アクシデントと捉える職員もいたが、何事もなく吸引で取り出すことができ、利用者本人の体調にも変化がなかったため、ヒヤリハットと判断したことがある。

ii) ヒヤリハットの報告方法

- ・発熱等の異常がみられない場合でも、体調の変化につながる可能性を感じた場合、直ちにサービス提供責任者に報告し、状況をメモするよう伝えている。ヒヤリハット報告を受け、事業所内で検討した後、ヒヤリハット事例として報告書を作成し、まとめて保管する。
- ・担当の介護職員が実施するプロセスを明確にし、詳細な検討を事業所内での打ち合わせで行うこととし、現場の介護職員にとってもわかりやすくなるよう工夫した。
- ・報告等の基準を明確にし、トラブルがあっても事業所が加入している保険（損害賠償保険）で対処可能であり、心配する必要がないことと、ヒヤリハット事例は報告することで利用者や職員等の安全性を高められ、利用者にとっても、事業所にとってもメリットがあることを、職員に周知できた。

iii) 職員からの報告について

- ・文章にまとめることに苦手意識がある介護職員がおり、文章を書きたがらないことがある。簡単なメモでできるだけ詳細に記載してもらい、サービス提供責任者が事例としてまとめる体制をとっている。
- ・職員からのヒヤリハット報告を円滑に行うためには、ヒヤリハットが報告されて良かったことを職員全員に伝えることや、ヒヤリハットに遭遇した当事者を責めない、批判しないことが特に重要である。

④ ヒヤリハット事例の要因分析、再発防止策の検討について

i) 個別のヒヤリハット事例の要因分析、再発防止策の検討

- ・個別のヒヤリハットは、発生当日の夕方頃に、サービス提供責任者を中心に常勤職員で、(1)なぜヒヤリハットが発生したか、(2)従来の方法にこだわらず、ヒヤリハットの再発防止策・改善方法を検討する。その後、ヒヤリハット発生から1か月以内に、ヒヤリハット事例報告書をまとめる。
- ・再発防止策の効果を確認するタイミングは定めていない。ヒヤリハット後の定期社内研修時に再発防止策の実施状況を確認している。

ii) 蓄積したヒヤリハット事例の要因分析、再発防止策の検討

- ・ヒヤリハット事例報告書は、ファイリングして保管している。
- ・前回の研修（半年から1年前）後に新たに追加されたヒヤリハットについては、事例概要、要因、対応策等をまとめた資料を用意し、社内研修時に、蓄積したヒヤリハットがなぜ起きたのか、対象方法は適切か、新しい工夫・改善がなされているかなどを職員と確認する。

⑤ ヒヤリハット・アクシデントに対する職員への取組について

- ・ヒヤリハットに関する研修は、1年に1回程度開催している。
- ・常勤、非常勤含めた全職員が参加し、1年間に発生したヒヤリハット事例について検討する。
- ・事業所内の研修材料としてヒヤリハット事例を活用することで、資格を有しない介護職員も含めて、ヒヤリハット事例やその対応策などの基礎知識を増やすことができた。また、介護職員全員が損害賠償保険への加入を把握しており、ヒヤリハットに遭遇しても、トラブルを隠さず、安心

して報告できる体制となっている。

(3) 事例Ⅲ 社会福祉法人桐仁会 特別養護老人ホームちようふ花園

事業所名	実施日	実施方法
社会福祉法人桐仁会 特別養護老人ホームちようふ花園	令和2年3月13日	電話

① ヒヤリハットに関する取組状況

i) 取組の背景

- ・重大事故1件に対して、軽微な事故が29件、ヒヤリハットが300件存在すると言われていたハインリッヒの法則に基づき、重大事故につながりかねないヒヤリハットの件数を増やす方法がないかといった声が挙がっていた。
- ・記入が難しい書式のヒヤリハット報告用紙で、介護職員自身がヒヤリハットだと認識していても、報告書への記入を止めてしまうケースがあった。そしていきなり事故報告書があがった際に、それ以前にヒヤリハット報告がなかったのか、体調の変化等に気づいていなかったのか、検討する必要があった。

ii) ヒヤリハット報告用紙の工夫

- ・ヒヤリハット報告がしやすくなるよう、報告用紙を7～8cm四方の用紙とした。記入事項として、入居者名、発見日時、発見者、状況のみ記載する(図1参照)。状況の欄には、「ベッドに移る際、車いすのブレーキをかけ忘れた」といった内容を記入する。
- ・発見者名の下には、各ユニットの職員名をあらかじめ記載し、ヒヤリハットを確認したらサインする欄を設け、職員間での情報共有を促進している。以前は、職員名とサイン欄は設けておらず、余白に職員がサインする形式としていたが、件数が増えてくると、サインを忘れる職員がいたことから、ヒヤリハット確認後に○をつける欄を追加した。
- ・介護職員は、報告用紙をメモ帳に挟んだりしながら、常に携帯し、ヒヤリハット報告をする工夫をしている。
- ・以前から小さい報告用紙を活用していたが、ヒヤリハット報告の件数が少なく、また、ヒヤリハット報告が上がっても、サイン漏れが多かった。報告用紙の書式の改善(職員名の追記)と、研修会や勉強会でヒヤリハット報告の基準について周知することで、ヒヤリハット報告件数を増やすことができた。
- ・対策を講じる前は、ヒヤリハットの意識が薄く、ヒヤリハット報告数が少ない一方で、事故報告だけ20件あった。1ユニットで1か月に119～282件のヒヤリハットが、1年後に2,272件(施設全体では9,596件)となった。

図 1 ヒヤリハット報告用紙の例

ヒヤリハット					
入居者名：					
発見日時： 年 月 日 時 分頃					
発見者名：					
○○	△△	◇◇	□□	●●	
状況					

(出所) ちょうふ花園ご提供資料

iii) ヒヤリハット報告の基準・報告に対する意識

- ・ヒヤリハットに気づく職員と気づけない職員がいる。ヒヤリハットの基準はあまりないと考えており、入居者が危ないようなヒヤッとした状況でなくても報告してよいとしている。例えば、10分から15分ほどで食事を終えていた入居者が、30分以上時間をかけて食事をした場合も、ヒヤリハットとして報告してよいと伝えている。
- ・「ヒヤリハット=気づき」として、報告の基準を伝えている。いつもと違う様子を日々ヒヤリハットとして蓄積すると、どの程度の期間、そうした変化があったかどうか振り返ることができ、前もって対策を立てることができる。また、気づいたことをヒヤリハットとして報告してもらくと、施設で利用するケアプランの安全面での対策や、援助項目などに反映することができる。

② ヒヤリハットの蓄積と共有

- ・ヒヤリハット報告用紙は、A4用紙（片面）に9枚以上貼ることができる。入居者ごとにヒヤリハットをA4用紙に張り付けて、ケース記録にファイリングする。
- ・職員は、出勤すると申し送り前に入居者ごとにヒヤリハットを確認し、目を通したものには○をつける仕組みにして、職員間の情報共有を促している。
- ・ヒヤリハットの職員間の確認には、細心の注意を払っており、各ユニットで工夫をしている。例えば、職員の目につきやすい中表紙にヒヤリハットを貼り、全職員のサインを確認後に、入居者ごとのページにヒヤリハットを分類するユニットがある。
- ・1か月ごとにヒヤリハット報告件数を各ユニットで集計し、施設全体で共有している。
- ・ちょうふ花園では、10人の入居者で1ユニットとし、計8ユニットで構成されている。蓄積したヒヤリハットは、ユニットごとにファイルで管理し、1か月ごとに、各ユニットで取りまとめる。他のユニットにも共有する必要があると思われるヒヤリハットについては、身体拘束廃止委

員会に報告し、施設全体で共有している。

- ・リスク委員会の委員(ユニットの責任者クラス)が共有すべきヒヤリハットの選定を行っている。ヒヤリハットの判断には、一定程度の経験が必要である。
- ・ヒヤリハット等を検討するリスク委員会では、必ず会議録を作成している。また、4カ所の施設の関係者が月1回集まり、ヒヤリハットやアクシデントを共有している。
- ・蓄積したヒヤリハットは、転倒・転落といった事故の事象によって分類している。
- ・よく報告があるヒヤリハットに関しては、当日勤務しているユニット職員3名以上で、再発防止策を検討する。
- ・ケアの提供方法の見直しが必要な場合、新たな対応方法を赤字で、サービス計画書(ケアプラン)に直接記入している。ユニットによっては、蛍光ペンなどで、特に危険なヒヤリハットを注意喚起するなど、工夫をしている。

③ ヒヤリハット事例の活用

i) 活用方法

- ・ヒヤリハットを蓄積することで、ブレーキのかけ忘れが目立つ入居者に対し、その場面でかけ忘れるのか、どういった声掛けをすれば本人がブレーキをかけるか、などの工夫を講じることができた。結果として、ブレーキのかけ忘れが減り、転倒等の事故を未然に防ぐことができた。
- ・月に100件以上ヒヤリハット報告があるユニットでは、それだけ気づきの力が強いという共通認識につながっている。また、新人職員への指導においても、経験豊富な職員の気づく視点を活用することができ、職員間の能力差や気づく視点の違いを互いに生かすことができている。

ii) 課題

- ・その場ですぐ記入ができるよう、報告用紙を小さくして、書式も工夫しているところだが、それでもタイムリーに記入できる介護職員は少ない。よい視点・気づきをもっている職員でも、勤務時間が終わると、ヒヤリハットの記入を忘れてしまうことがある。

(4) 事例Ⅳ 医療法人健育会 ケアセンターけやき

事業所名	実施日	実施方法
医療法人健育会 ケアセンターけやき	令和2年3月24日	電話

① ヒヤリハットに関する取組状況

i) 取組の背景

- ・インシデント報告書を毎月集計する中で、ヒヤリハットの報告件数に対し、レベル1～2のインシデント報告件数が多いことを懸念していた。レベル1～2のインシデントの発生を削減するためには、ヒヤリハット報告件数を増やす必要性を感じ、施設内で、ヒヤリハット報告に関するアンケートを実施した。
- ・アンケートは、安全対策委員会の委員で作成し、2016年5月頃、グループホームから通所介護、居宅介護まで、全職員を対象に実施した。全数回収かどうかは記憶が定かではないが、その結果、ヒヤリハット報告をしない理由として、「業務をしているうちに忘れてしまう」との回答が最も多かった。
- ・アンケートの結果を踏まえて、安全対策委員会で、10月までにヒヤリハット報告の記入忘れを0人にするという目標を定め、各部署の安全対策委員会メンバーが、それぞれの部署に働きかけた。

ii) 取組の内容

- ・ヒヤリハット報告件数を増やす取組内容を、安全対策委員会で検討した。
- ・まず、部署ごとにヒヤリハットの用紙を目につく場所に設置した。職員の目につくような場所に張り付けたこともあるが、現在は、職員が共通して利用する記録用ファイルや、介護記録と一緒に記録用紙を置き、何かあればすぐ記入できるようにしている。各職員が持ち歩いているわけではない。
- ・また、記録用紙（A4サイズ）の書式を書きやすいよう改善した。
- ・法人のインシデント報告書には、報告の基準が記載されており、ヒヤリハットに相当するインシデントレベル0は、「通常とは異なる思いがけない出来事が発生したが、適切に処理がなされたために心身への影響がなかった。しかしながら、事故につながる可能性が高いと判断された」であったが、インシデント報告書は、詳細に状況等を記入する必要があるため、記入に手間がかかり、ほとんどのヒヤリハットが報告されていなかったことから、現在の簡略化したフォーマットを作成した。
- ・簡略化したヒヤリハット報告書であっても、報告件数が伸びなかったため、さらに簡略化した記録用紙を作成した。
- ・また、今後の対策を検討するため、影響度レベル等を記入する欄を設けた。ルールがあったか、技術的な不足によって発生したのか、利用者にリスクが高い方か、といった区分を分けており、その区分と影響度レベルを報告する介護職員自身が判断して、記入する。
- ・記録用紙の設置場所の工夫や、書式の改善に加え、職員間での声掛けを強化した。終業時間に「ヒ

「ヒヤリハットなかったですか？書き忘れてないですか？」や、業務中に「今のはヒヤリハットだから書きましょう」と職員間で声を掛け合うよう促した。

- ・2016年10月までに記入を忘れる職員数を0人にすることができなかったが、5月時点で19人だった書き忘れとの回答が、10月時点で11人まで削減することができた。
- ・現在でも、研修や安全対策委員会等で、ヒヤリハット報告件数が少ないことや、ヒヤリハット報告がない部署があることなどを啓発している。伝えた直後は、報告体制が強化されるが、しばらく時間がたつと、職員の意識が薄れていく傾向がある。

iii) ヒヤリハット報告の基準

- ・ヒヤリハットの基準は、厚生労働省の影響度分類を基に作成した。
- ・ヒヤリハット報告のレベル影響度については、全職員に研修等を通し周知している。
- ・リスクマネジメントに関する研修を年に1回開催している。
- ・施設では、インシデント報告書を記入する機会が多く、日頃から職員はレベル影響度を目にする機会がある。

② ヒヤリハットの蓄積と再発防止策の検討

i) ヒヤリハットの蓄積

- ・報告されたヒヤリハットは、全てファイリングして蓄積している。全ての報告書をコピーしてそれぞれの現場で、報告書の原本は安全対策委員会で管理している。
- ・インシデントやヒヤリハットは、その利用者に関わる全職員に周知する。業務を行う前に、関わる利用者のヒヤリハットに目を通してしている。
- ・また確認した証拠として、報告書に職員のサイン欄を設けている。

ii) 再発防止策の検討

- ・インシデントレベル0やレベル1（例：あざ、擦り傷等）でインシデント報告書を作成し、件数が多いものや、重大事故につながる可能性が高いヒヤリハットについては、その都度、対策を検討することとしている。例えば、転倒リスクが高い利用者に対し、多職種で連携して、どのような環境整備が必要か等を協議している。また、安全対策委員会でもヒヤリハットの検討を行っている。
- ・早急な対応が必要とされる入居者の場合、安全対策委員会の委員、介護職員、看護師で対応を検討する。それ以外は、看護師にヒヤリハット報告を集約し、月1回の安全対策委員会で対策を検討する。
- ・ヒヤリハット報告件数が増えることで、重大インシデントの発生件数が減少傾向である。

図 ヒヤリハット報告書

ヒヤリハット報告書

		区分	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A' <input type="checkbox"/> B
発生日	H 年 月 日 ()	報告者	
発生時間	AM ・ PM 時 分頃		
発生場所			
利用者氏名	様		
内容			
原因→対策			

【原因・対策・区分】

組織に 起因する 事例	1. ルールがない 2. ルールが不備であった	⇒ ルールの作成と改定	A
職員に 起因する 事例	1. 技能不足のためルール通りに出来なかった 2. ルールに対する認識不足 3. ルールに従わなかった	⇒ ルール徹底のための教育 研修・訓練	A'
患者さん 個別事由 等に起因 する事例	1. 患者さん個別の事由	⇒ リスクがある患者さん に対する予防策	B

ケアセンターけやき

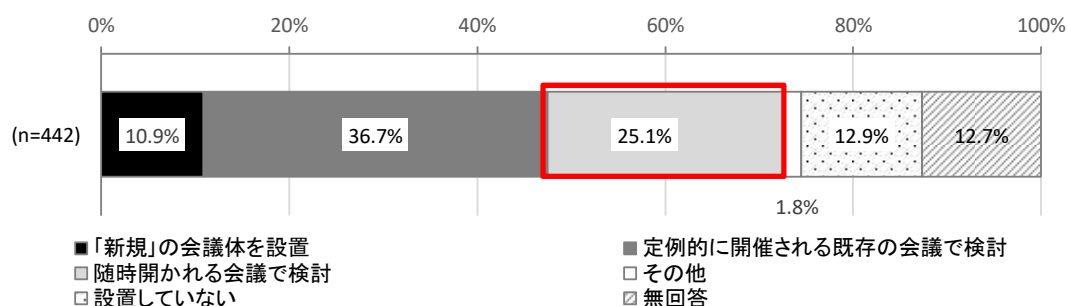
第4章 まとめ

1. 各論

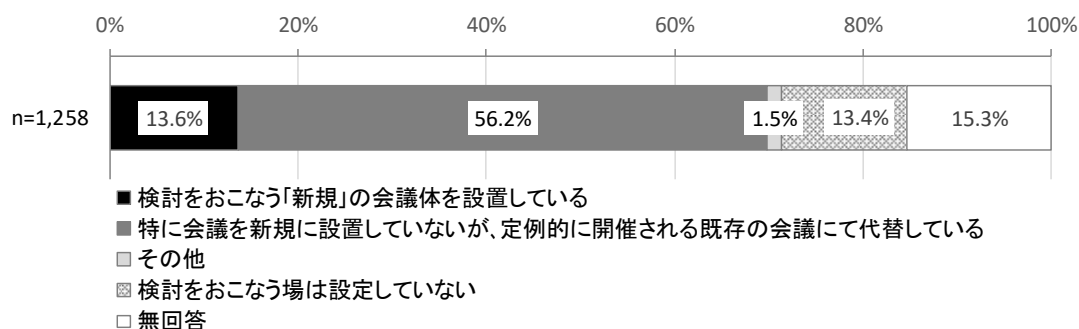
1. 安全委員会の実施状況

- ✓ 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、「定期的で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、「定期的で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



(参考) 昨年度調査の結果



図表 2 提供人数別 喀痰吸引等にかかる安全委員会等の設置状況

	合計	Q9 喀痰吸引等にかかる安全委員会等の設置状況					
		「新規」の 会議体を 設置	定例的に 開催され る既存の 会議で検 査	随時開か れる会議 で検討	その他	設置して いない	無回答
全体	442	48	162	111	8	57	56
	100.0%	10.9%	36.7%	25.1%	1.8%	12.9%	12.7%
2人以下	212	19	72	50	3	39	29
	100.0%	9.0%	34.0%	23.6%	1.4%	18.4%	13.7%
3人～5人	102	9	50	28	3	8	4
	100.0%	8.8%	49.0%	27.5%	2.9%	7.8%	3.9%
6人～10人	64	12	22	19	0	5	6
	100.0%	18.8%	34.4%	29.7%	0.0%	7.8%	9.4%
11人以上	43	8	17	12	0	2	4
	100.0%	18.6%	39.5%	27.9%	0.0%	4.7%	9.3%

図表 3 安全委員会等の設置状況別 安全委員会等への出席メンバー

	合計	Q9-1 安全委員会等への出席メンバー										無回答
		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 (認定特 定行為業	
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%
定例的に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%

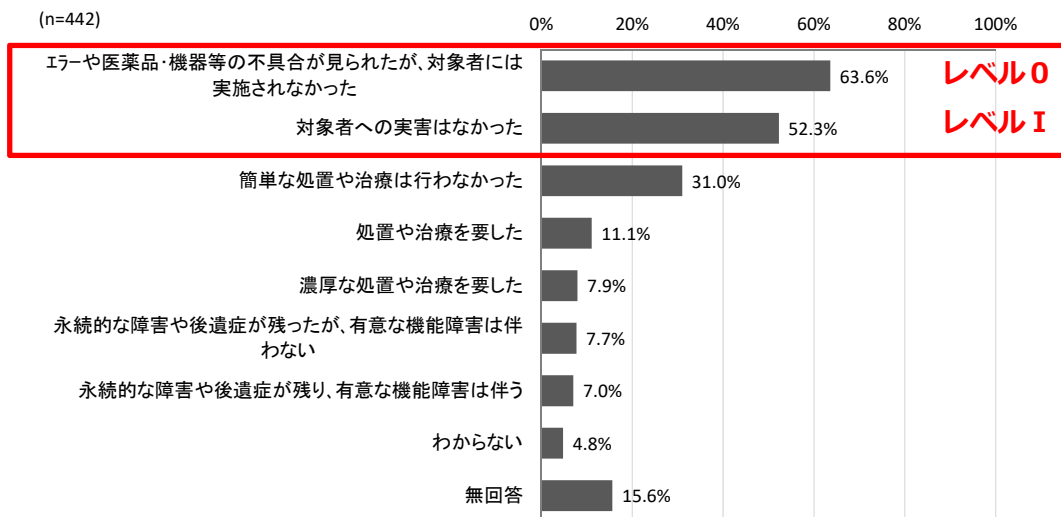
図表 4 安全委員会等の設置状況別 安全委員会等での検討内容

	合計	Q9-2 安全委員会等での検討内容													無回答
		喀痰吸引 等の実施 手順、方 法等に関 すること	ヒヤット事 例等の報 告の方 法、内容 に関する こと	ヒヤット事 例等の報 告の方 法、内容 に関する こと	安全性確 保に向け た従事者 へのフォ アアップ 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	
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%
定例的に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%

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 5 ヒヤリハットに該当すると考えるレベル



図表 6 ヒヤリハットとアクシデントの区別の実施状況別 ヒヤリハットに該当すると考えるレベル

	合計	Q11 ヒヤリハットに該当すると考えるもの								
		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	101	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	105	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	21	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%

3. 看護職員等の関与

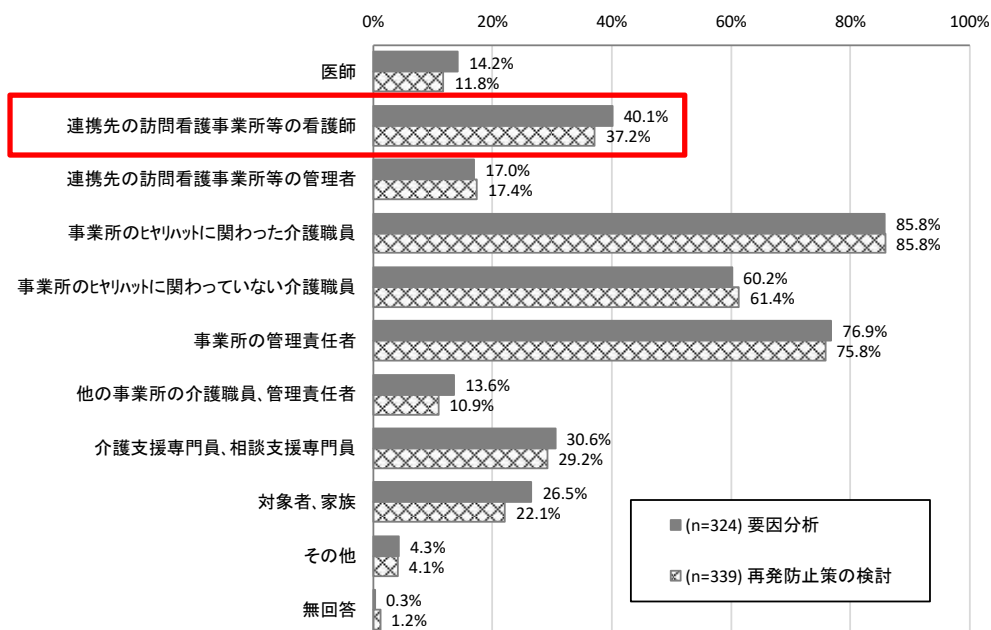
- ✓ 連携する看護職員等の関与状況をみると、安全委員会への出席については、「新規」会議体の設置、「定期的に開催される既存の会議で検討」では7割から8割の事業所で連携先の看護師が参加していると回答しており、関与の高さが伺われた。一方で、「随時開かれている会議で検討」では4割に届かず、看護師が関与できていない場合が多いことが明らかとなった。
- ✓ また、現場での関与状況として、「個別のヒヤリハット事例」の要因分析や再発防止策の検討の際の議論メンバーをみると、いずれも連携先の看護師の関与は約4割（医師は1割程度）となっており、医療職が入らない状況で要因分析や再発防止策の検討を行っている事業所が多く、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²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 7 安全委員会等への出席メンバー（再掲）

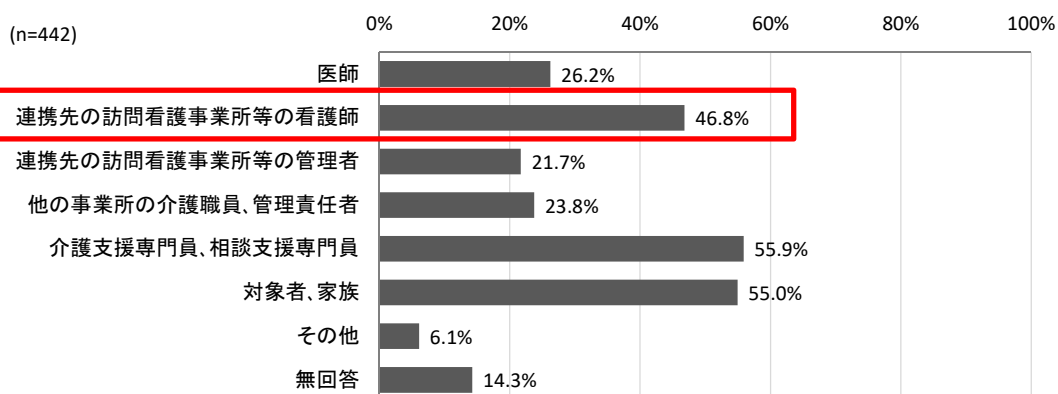
	合計	Q9-1 安全委員会等への出席メンバー										
		医師	連携先の訪問看護事業所等の看護師	連携先の訪問看護事業所等の管理者	事業所の介護職員(認定特定行為業)	事業所の介護職員(認定特定行為業)	事業所の管理責任者	他の事業所の介護職員、管理責任者	介護支援専門員、相談支援専門員	対象者、家族	その他	無回答
全体	329 100.0%	95 28.9%	204 62.0%	81 24.6%	248 75.4%	50 15.2%	218 66.3%	102 31.0%	178 54.1%	124 37.7%	27 8.2%	3 0.9%
「新規」の会議体を設置	48 100.0%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

² 社会福祉士及び介護福祉士法の一部を改正する法律の施行について（喀痰吸引等関係）、社援発 1111 第 1 号

図表 8 「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



図表 9 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



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 10 安全委員会の設置状況別 把握できていないヒヤリハットの有無

	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 11 ヒヤリハットとアクシデントの区別状況別 把握できていないヒヤリハットの有無

	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	442 100.0%	36 8.1%	156 35.3%	146 33.0%	18 4.1%	33 7.5%	53 12.0%
明確に区別している	101 100.0%	13 12.9%	42 41.6%	34 33.7%	4 4.0%	4 4.0%	4 4.0%
ある程度区別している	169 100.0%	14 8.3%	76 45.0%	52 30.8%	10 5.9%	14 8.3%	3 1.8%
特に区別していない	106 100.0%	8 7.5%	32 30.2%	50 47.2%	3 2.8%	7 6.6%	6 5.7%
わからない	21 100.0%	0 0.0%	3 14.3%	8 38.1%	1 4.8%	7 33.3%	2 9.5%

図表 12 ヒヤリハット報告の判断基準別 把握できていないヒヤリハットの有無

	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	442 100.0%	36 8.1%	156 35.3%	146 33.0%	18 4.1%	33 7.5%	53 12.0%
報告の判断は介護職員にさせていない	220 100.0%	19 8.6%	96 43.6%	72 32.7%	15 6.8%	13 5.9%	5 2.3%
報告の判断を介護職員に委ねている	103 100.0%	8 7.8%	38 36.9%	46 44.7%	0 0.0%	8 7.8%	3 2.9%
特に決まりはない	34 100.0%	2 5.9%	6 17.6%	14 41.2%	2 5.9%	8 23.5%	2 5.9%

図表 13 ヒヤリハットの把握方法のうち最も多い方法別 把握できていないヒヤリハットの有無

	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	442 100.0%	36 8.1%	156 35.3%	146 33.0%	18 4.1%	33 7.5%	53 12.0%
口頭の報告による把握	149 100.0%	11 7.4%	57 38.3%	55 36.9%	7 4.7%	14 9.4%	5 3.4%
メール、SNS等の報告による把握	41 100.0%	4 9.8%	20 48.8%	13 31.7%	2 4.9%	2 4.9%	0 0.0%
訪問介護記録や介護日誌等への記録	18 100.0%	0 0.0%	9 50.0%	8 44.4%	0 0.0%	1 5.6%	0 0.0%
報告用の記録用紙の報告による把握	69 100.0%	10 14.5%	32 46.4%	17 24.6%	1 1.4%	7 10.1%	2 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」でやり取りができて検討を行う割合が変化していることが把握できた。

図表 14 安全委員会の設置状況別 把握した「個別のヒヤリハット事例」の要因分析

	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	442 100.0%	190 43.0%	79 17.9%	120 27.1%	28 6.3%	25 5.7%	66 14.9%
「新規」の会議体を設置	48 100.0%	33 68.8%	1 2.1%	5 10.4%	3 6.3%	3 6.3%	3 6.3%
定例的に開催される既存の会議で検討	162 100.0%	76 46.9%	38 23.5%	51 31.5%	12 7.4%	7 4.3%	9 5.6%
随時開かれる会議で検討	111 100.0%	51 45.9%	22 19.8%	40 36.0%	9 8.1%	2 1.8%	6 5.4%
設置していない	57 100.0%	21 36.8%	12 21.1%	15 26.3%	2 3.5%	8 14.0%	9 15.8%

図表 15 ヒヤリハットに遭遇した際の対応マニュアルの有無別 把握した「個別のヒヤリハット事例」の要因分析

	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	442 100.0%	190 43.0%	79 17.9%	120 27.1%	28 6.3%	25 5.7%	66 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	225 100.0%	114 50.7%	50 22.2%	68 30.2%	14 6.2%	10 4.4%	9 4.0%
ヒヤリハットのみ作成している	79 100.0%	38 48.1%	13 16.5%	21 26.6%	4 5.1%	7 8.9%	7 8.9%
アクシデントのみ作成している	22 100.0%	9 40.9%	3 13.6%	10 45.5%	1 4.5%	0 0.0%	2 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	66 100.0%	25 37.9%	10 15.2%	17 25.8%	8 12.1%	8 12.1%	6 9.1%

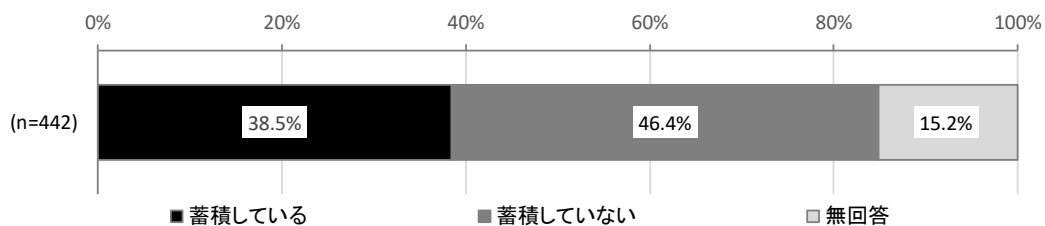
図表 16 ヒヤリハットの把握方法のうち最も多い方法別 把握した「個別のヒヤリハット事例」の要因分析

	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	442 100.0%	190 43.0%	79 17.9%	120 27.1%	28 6.3%	25 5.7%	66 14.9%
口頭の報告による把握	149 100.0%	81 54.4%	27 18.1%	35 23.5%	9 6.0%	6 4.0%	13 8.7%
メール、SNS等の報告による把握	41 100.0%	13 31.7%	12 29.3%	17 41.5%	1 2.4%	4 9.8%	1 2.4%
訪問介護記録や介護日誌等への記録内容	18 100.0%	6 33.3%	2 11.1%	6 33.3%	3 16.7%	2 11.1%	2 11.1%
報告用の記録用紙の報告による把握	69 100.0%	33 47.8%	12 17.4%	22 31.9%	3 4.3%	4 5.8%	2 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えてくる再発予防策、活用の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 17 ヒヤリハットの報告事例の蓄積状況



図表 18 ヒヤリハット記録用紙の規定の様式の有無別 ヒヤリハットの報告事例の蓄積状況

	合計	Q25 喀痰吸引等にかかるヒヤリ		
		蓄積している	蓄積していない	無回答
全体	442	170	205	67
	100.0%	38.5%	46.4%	15.2%
様式がある	363	162	176	25
	100.0%	44.6%	48.5%	6.9%
様式はない	37	8	28	1
	100.0%	21.6%	75.7%	2.7%

図表 19 喀痰吸引等を提供している利用者数別 ヒヤリハットの報告事例の蓄積状況

	合計	Q25 喀痰吸引等にかかるヒヤリ		
		蓄積して いる	蓄積して いない	無回答
全体	442	170	205	67
	100.0%	38.5%	46.4%	15.2%
2人以下	212	58	107	47
	100.0%	27.4%	50.5%	22.2%
3人～5人	102	43	54	5
	100.0%	42.2%	52.9%	4.9%
6人～10人	64	34	29	1
	100.0%	53.1%	45.3%	1.6%
11人以上	43	33	10	0
	100.0%	76.7%	23.3%	0.0%

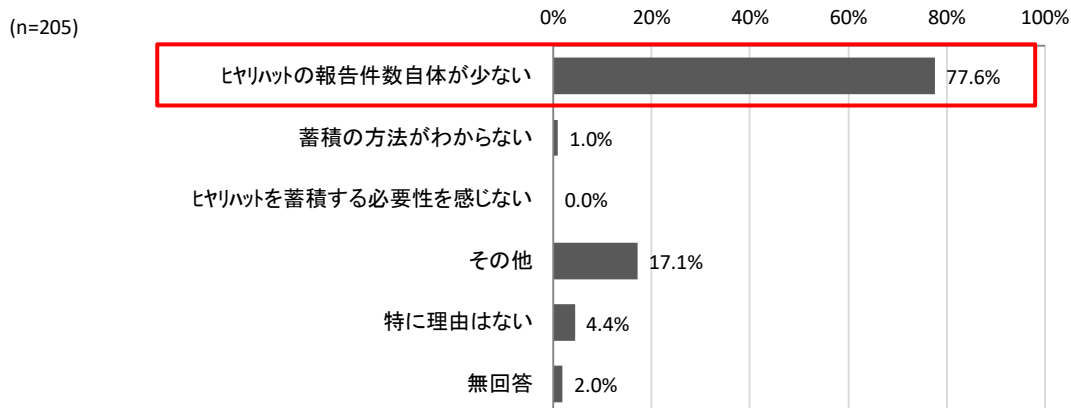
図表 20 安全委員会の設置状況別 ヒヤリハットの報告事例の蓄積状況

	合計	Q25 喀痰吸引等にかかるヒヤリ		
		蓄積して いる	蓄積して いない	無回答
全体	442	170	205	67
	100.0%	38.5%	46.4%	15.2%
「新規」の会議体を設置	48	23	23	2
	100.0%	47.9%	47.9%	4.2%
定例的に開催される既存の会議 で検討	162	77	76	9
	100.0%	47.5%	46.9%	5.6%
随時開かれる会議で検討	111	46	60	5
	100.0%	41.4%	54.1%	4.5%
設置していない	57	15	31	11
	100.0%	26.3%	54.4%	19.3%

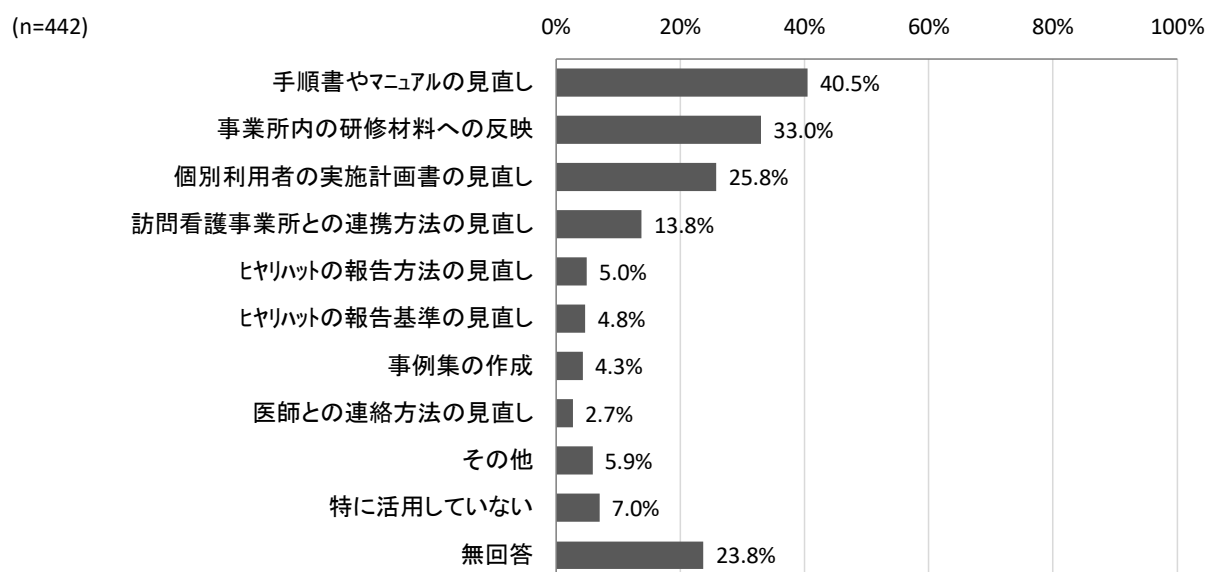
図表 21 個別のヒヤリハット事例についての要因分析別 ヒヤリハットの報告事例の蓄積状況

	合計	Q25 喀痰吸引等にかかるヒヤリ		
		蓄積して いる	蓄積して いない	無回答
全体	442	170	205	67
	100.0%	38.5%	46.4%	15.2%
すべての事例について要因分析 をおこなっている	190	99	86	5
	100.0%	52.1%	45.3%	2.6%
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	79	43	36	0
	100.0%	54.4%	45.6%	0.0%
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	120	57	61	2
	100.0%	47.5%	50.8%	1.7%
要因分析をおこなっていない	25	4	20	1
	100.0%	16.0%	80.0%	4.0%

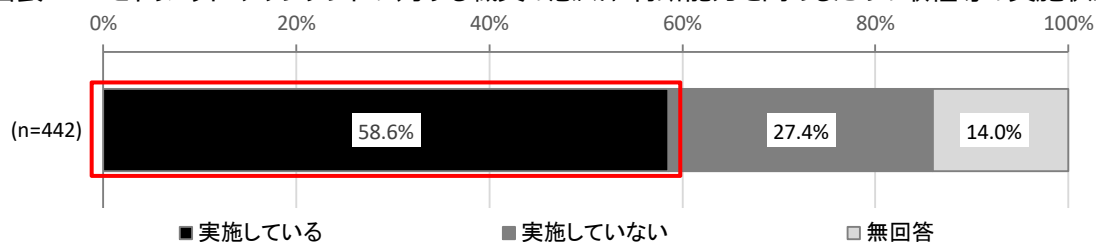
図表 22 ヒヤリハットの報告事例を蓄積していない理由



図表 23 把握したヒヤリハット事例の活用状況



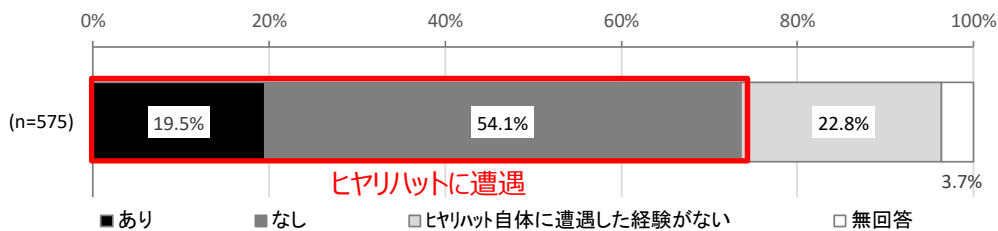
図表 24 ヒヤリハット・アクシデントに対する職員の意識や判断能力を高めるための取組等の実施状況



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 25 （事業所票）ヒヤリハットの報告に迷った経験



図表 26 （事業所票）ヒヤリハットに遭遇した際の対応マニュアルの有無別 ヒヤリハットの報告に迷った経験

	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どう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%
作成している	303	81	216	6
	100.0%	26.7%	71.3%	2.0%
作成していない	86	19	62	5
	100.0%	22.1%	72.1%	5.8%

※「ヒヤリハットに遭遇した経験がない」を除外して集計

※事業所票と紐づけられた410件を集計

図表 27 (事業所票) ヒヤリハットの報告基準の有無別 ヒヤリハットの報告に迷った経験

	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	410 100.0%	105 25.6%	287 70.0%	18 4.4%
取り決めている	274 100.0%	69 25.2%	199 72.6%	6 2.2%
取り決めていない	112 100.0%	30 26.8%	77 68.8%	5 4.5%

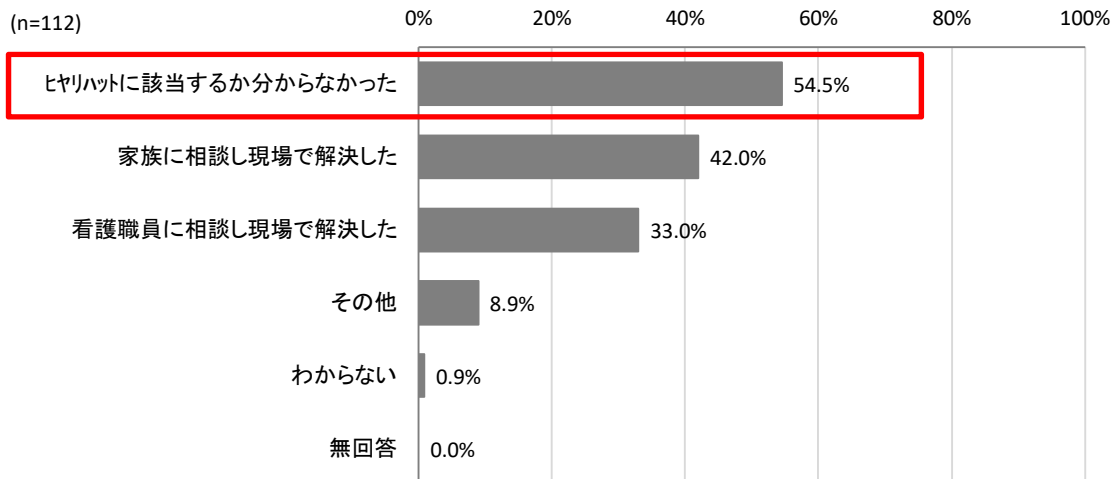
図表 28 (事業所票) ヒヤリハットの報告基準「有」_共有する際の表現別 ヒヤリハットの報告に迷った経験

	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	410 100.0%	105 25.6%	287 70.0%	18 4.4%
具体的な表現で説明している	123 100.0%	37 30.1%	84 68.3%	2 1.6%
抽象的な表現で説明している	121 100.0%	27 22.3%	90 74.4%	4 3.3%

図表 29 (事業所票) ヒヤリハットの報告の判断基準別 ヒヤリハットの報告に迷った経験

	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	410 100.0%	105 25.6%	287 70.0%	18 4.4%
報告の判断は介護職員にさせていない	208 100.0%	47 22.6%	155 74.5%	6 2.9%
報告の判断を介護職員に委ねている	122 100.0%	36 29.5%	81 66.4%	5 4.1%
特に決まりはない	31 100.0%	8 25.8%	23 74.2%	0 0.0%

図表 30 ヒヤリハットの報告に迷った理由



図表 31 (事業所票) ヒヤリハットの報告基準の有無別 迷った理由

	合計	Q6-1 事業所に報告するか否か迷った理由						
		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	非該当
全体	105	57	44	34	9	1	0	428
	100.0%	54.3%	41.9%	32.4%	8.6%	1.0%	0.0%	
取り決めている	69	39	28	19	6	1	0	282
	100.0%	56.5%	40.6%	27.5%	8.7%	1.4%	0.0%	
取り決めているない	30	16	12	14	1	0	0	122
	100.0%	53.3%	40.0%	46.7%	3.3%	0.0%	0.0%	

図表 32 (事業所票) ヒヤリハットの報告基準「有」共有する際の表現別 迷った理由

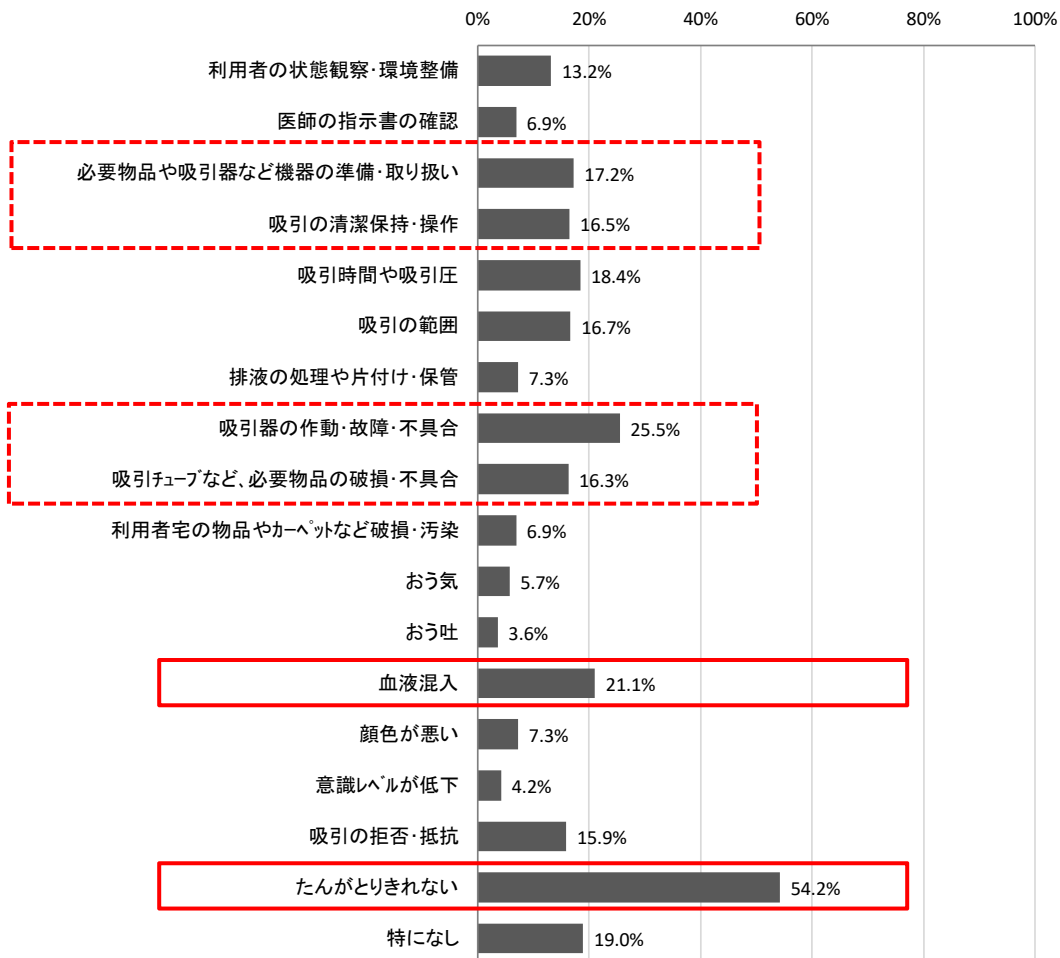
	合計	Q6-1 事業所に報告するか否か迷った理由						
		ヒヤリハットに該当するか分からなかった	家族に相談し現場で解決した	看護職員に相談し現場で解決した	その他	わからない	無回答	非該当
全体	105	57	44	34	9	1	0	428
	100.0%	54.3%	41.9%	32.4%	8.6%	1.0%	0.0%	
具体的な表現で説明している	37	19	17	9	3	0	0	123
	100.0%	51.4%	45.9%	24.3%	8.1%	0.0%	0.0%	
抽象的な表現で説明している	27	18	9	7	3	1	0	129
	100.0%	66.7%	33.3%	25.9%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

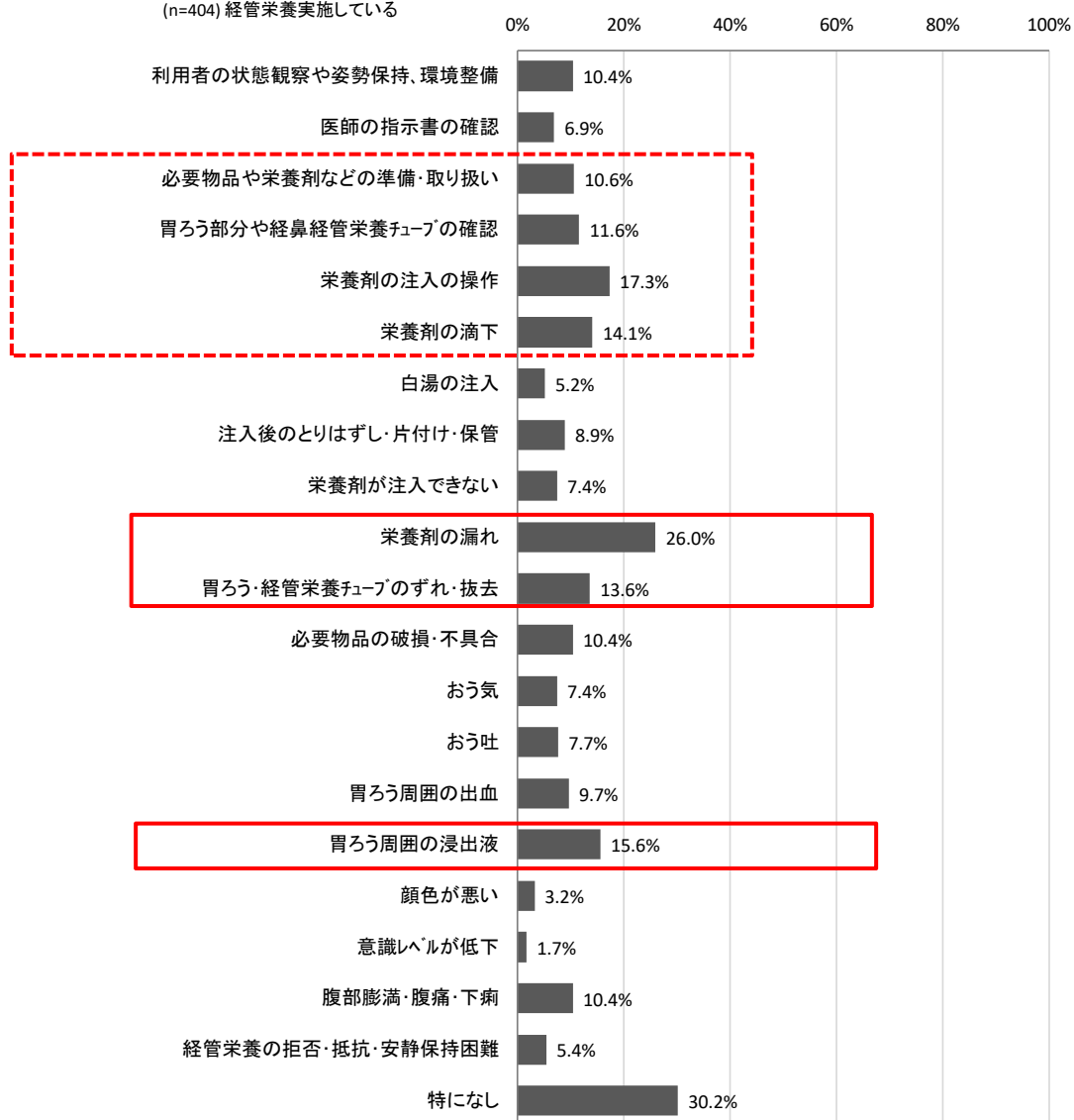
図表 33 (介護職員票) 遭遇したことがある出来事やトラブル<喀痰吸引>

(n=522) 喀痰吸引実施している



図表 34 (介護職員票) 遭遇したことがある出来事やトラブル<経管栄養>

(n=404) 経管栄養実施している

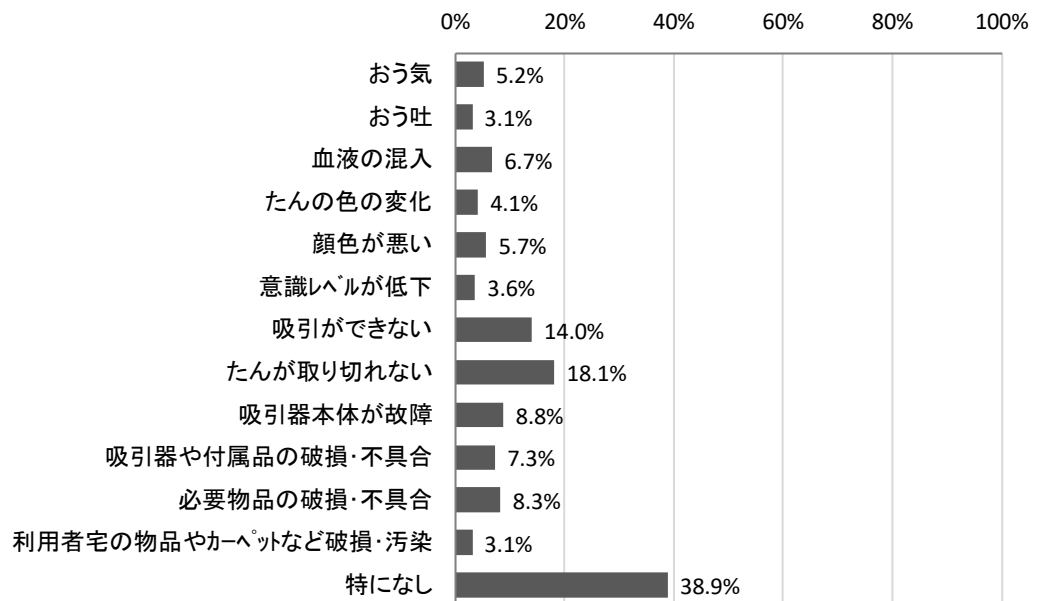


9. 過去に報告のあったヒヤリハット事例の利用者に生じた影響や変化とその要因

- ✓ また、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 35 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

(n=193)



※「該当する要因」または「生じた影響や変化」が無回答の事例は除外

図表 36 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に対する要因

<生じた影響や変化：吸引ができない（協力が得られないなど）、19 事例>

要因	件数	割合
必要物品や吸引機など機器の準備・取り扱い	8	42.1%
利用者の状態観察・環境整備	4	21.1%
吸引時間や吸引圧	4	21.1%
吸引の範囲（吸引チューブ挿入の長さ）	3	15.8%
医師の指示書の確認	1	5.3%
吸引機の作動・故障	1	5.3%
吸引前後の（想定外の）状態変化	1	5.3%
吸引の拒否・抵抗（理解・受け止め）	1	5.3%
その他	1	5.3%
合計	19	100.0%

<生じた影響や変化：たんが取り切れない、24 事例>

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・取り扱い	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%

<生じた影響や変化：必要物品の破損・不具合、10 事例>

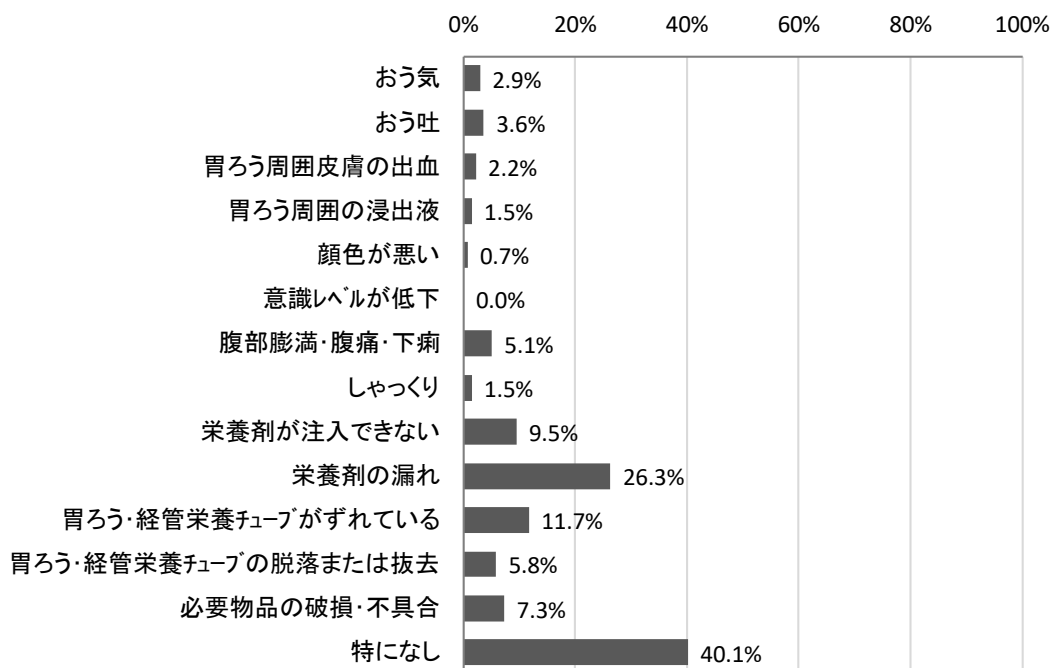
要因	件数	割合
吸引チューブなど、必要物品の破損・不具合	6	60.0%
その他	2	20.0%
吸引の清潔保持・操作	2	20.0%
利用者の状態観察・環境整備	1	10.0%
合計	10	100.0%

※「生じた影響や変化」で選択された項目が 1 つの事例のみ掲載

※「該当する要因」または「生じた影響や変化」が無回答の事例は除外

図表 37 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

(n=137)



※「該当する要因」または「生じた影響や変化」が無回答の事例は除外

図表 38 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に対する要因

<生じた影響や変化：栄養剤の漏れ、27 事例>

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・取り扱い	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%

※「生じた影響や変化」で選択された項目が1つの事例のみ掲載

※「生じた影響や変化」または「該当する要因」が回答の事例は除外

2. 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るとしているが、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。

【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「利用者には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。

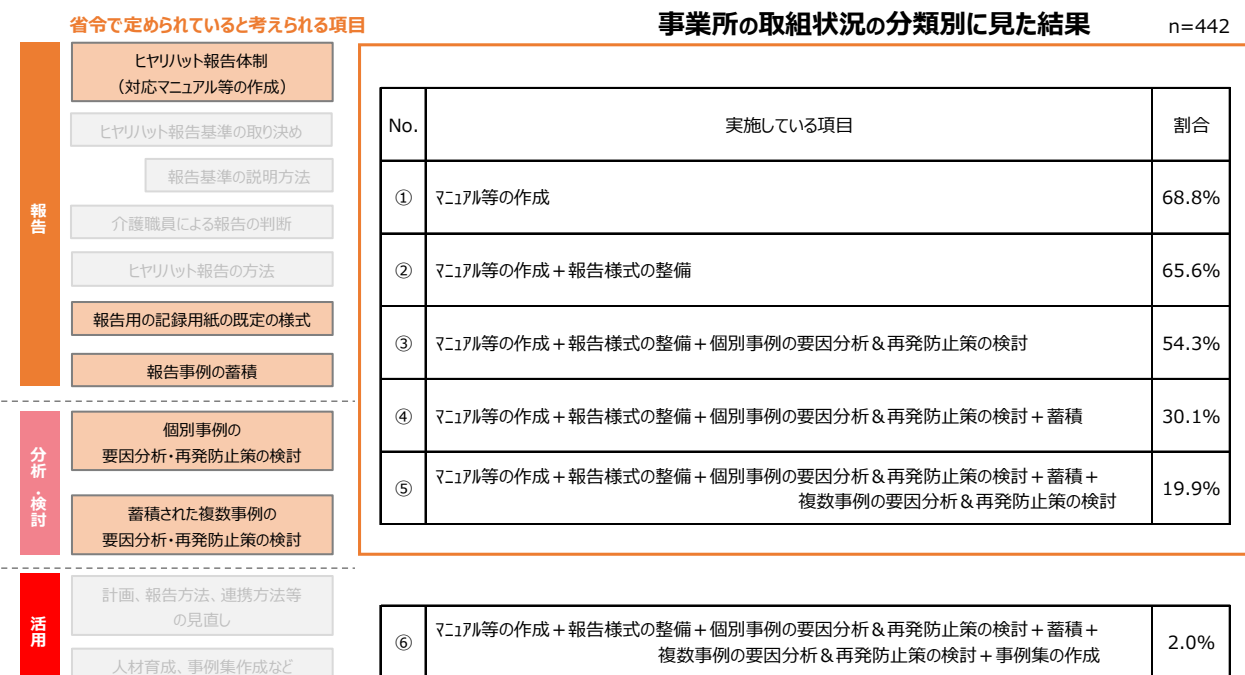
【目的に応じた研修の実施】

- 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。

【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。

3. 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)	①	マニュアル等の作成	68.8%
	ヒヤリハット報告基準の取り決め 追加			
	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			
分析 検討	報告事例の蓄積	②	マニュアル等の作成 + 報告基準の取り決め	53.8%
	個別事例の 要因分析・再発防止策の検討	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%
	蓄積された複数事例の 要因分析・再発防止策の検討	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%
活用	計画、報告方法、連携方法等 の見直し	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%
	人材育成、事例集作成など	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%
		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%

【資料編】

1. アンケート調査票

「介護職員による喀痰吸引等におけるヒヤリハット等に関するアンケート調査」

- 事業所調査
- 介護職員票
- 看護職員票

2. リーフレット案

1. アンケート調査票

介護職員による喀痰吸引等におけるヒヤリハット等に関するアンケート調査

【回答にあたっての注意事項】

- この調査票は、貴事業所の「事業所長」、「管理者」の方がご回答ください。
- 特に期日を明記している設問以外はすべて、**令和元年11月30日時点の状況**についてお答えください。
- 回答は、あてはまる番号を○印で囲んでください（各設問にて「1つに○」「いくつでも○」など回答数が指定されています）。
- 数字を回答する設問について、該当する人、回数、件数等がない場合は「0」と記入してください。
- 回答後は、同封の返信用封筒に封緘し、**令和元年1月10日（金）**までにご投函ください。

貴事業所のご連絡先をご記入ください

※ご回答いただいた内容についてお問い合わせ等をさせていただくことがございます。

法人名			
事業所名			
住所	都・道 府・県	市・区 町・村	
電話番号	(市外局番：)	—	
E-mail			

F 1 貴事業所における喀痰吸引等の提供状況（1つに○）

1. 提供している → **問1へ**
2. 現在対象者がおらず提供していないが事業者登録は継続中 → **問1へ**
3. 現在対象者はおらず事業者登録もおこなっていない → **調査は以上となります。**
同封の返信用封筒にてご返送ください。

1. 事業者属性（令和元年11月30日時点）

問1 サービス区分（**いくつでも○**）また、現在の利用者数もあわせてご記入ください。（**数字を記入**）
※喀痰吸引等が必要な利用者以外の利用者を含んだ利用者数をご記入ください。

- | | | | |
|-------------|----|---------------|----|
| 1. 訪問介護（利用者 | 名） | 3. 重度訪問介護（利用者 | 名） |
| 2. 居宅介護（利用者 | 名） | | |

問2 開設主体（1つに○）

- | | |
|-----------------------------|-------------------|
| 1. 地方公共団体（市区町村、広域連合、一部事務組合） | 4. 営利法人 |
| 2. 社会福祉法人 | 5. 特定非営利活動法人（NPO） |
| 3. 医療法人 | 6. その他（) |

問3 併設、または隣接している施設、事業所等（**いくつでも○**）

- | | |
|--------------|-------------|
| 1. 病院 | 5. 介護老人保健施設 |
| 2. 診療所 | 6. 介護老人福祉施設 |
| 3. 訪問看護事業所 | 7. その他（) |
| 4. 居宅介護支援事業所 | |

問4 登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）の指定を受けた時期（数字を記入）

登録喀痰吸引等事業者（登録特定事業者）の指定を受けた時期	西暦	年	月
------------------------------	----	---	---

2. 職員体制（令和元年 11 月 30 日時点）

問5 介護職員数（実人数と常勤換算数、それぞれ数字を記入）※常勤・非常勤の合計

実人数	常勤換算数
人	人

問6 ①：認定特定行為業務従事者等の人数（実際に提供しているかどうかは問わない）および、②：認定特定行為業務従事者等の人数のうち、現在喀痰吸引等を実際に提供している人数についてお答えください。（実人数を記入。該当者がいない場合は「0（ゼロ）」を記入）

	①：認定特定行為業務従事者等の人数（実人数） ※喀痰吸引等を実際に提供しているかどうかは問わない	②：左記のうち現在、喀痰吸引等を実際に提供している人数（実人数）
認定特定行為業務従事者等の合計	人	人

※認定特定行為業務従事者等：

認定特定行為業務従事者である第1号、第2号、第3号研修修了者、経過措置対象者、実務者研修の修了者で実地研修修了者に加え、養成施設における養成課程を修了した介護福祉士（平成29年1月以降国家試験合格者）を含めた者

3. 喀痰吸引等を提供している利用者の状況（令和元年 11 月 30 日時点）

問7 貴事業所の介護職員が喀痰吸引等を提供している①：利用者総数、②：①のうち喀痰吸引を提供している利用者数、③：①のうち経管栄養を提供している利用者数をお答えください。（実人数を記入、②喀痰吸引③経管栄養のいずれのケアも必要な利用者の場合は②③いずれも人数としてカウントしてください）

①介護職員が喀痰吸引等を提供している利用者	()人 ※いない場合は「0」と記入
②うち喀痰吸引を提供している利用者	()人 ※いない場合は「0」と記入
③うち経管栄養を提供している利用者	()人 ※いない場合は「0」と記入

4. 喀痰吸引等計画書

問8 認定特定行為業務従事者等が喀痰吸引等計画書を作成する際に関与している専門職等についてお答えください。(いくつでも○)

- | | |
|-----------------------------|---------------------|
| 1. 医師 | 7. サービス提供責任者 |
| 2. 連携先の訪問看護事業所等の看護師 | 8. 他の事業所の介護職員、管理責任者 |
| 3. 連携先の訪問看護事業所等の管理者 | 9. 介護支援専門員、相談支援専門員 |
| 4. 貴事業所の介護職員（認定特定行為業務従事者） | 10. その他（ ） |
| 5. 貴事業所の介護職員（認定特定行為業務従事者以外） | |
| 6. 貴事業所の管理責任者 | |

問8-1 （問8で「1. 医師」を選択した方のみ）

医師から説明を受けている事項（いくつでも○）

- | |
|--------------------------------|
| 1. 喀痰吸引等を実施する際の対象者個別の手技に関する留意点 |
| 2. 対象者に起こりうるリスク |
| 3. 対象者の疾病や障害の特徴 |
| 4. 医師や看護師等の医療職に連絡すべき状態像 |
| 5. 急変時の具体的な対応方法、役割 |
| 6. 災害発生時の具体的な対応方法、役割 |
| 7. その他（ ） |

問8-2 （問8で「2. 連携先の訪問看護事業所等の看護師」を選択した方のみ）

看護師から説明を受けている事項（いくつでも○）

- | |
|--------------------------------|
| 1. 喀痰吸引等を実施する際の対象者個別の手技に関する留意点 |
| 2. 対象者に起こりうるリスク |
| 3. 対象者の疾病や障害の特徴 |
| 4. 医師や看護師等の医療職に連絡すべき状態像 |
| 5. 急変時の具体的な対応方法、役割 |
| 6. 災害発生時の具体的な対応方法、役割 |
| 7. その他（ ） |

5. 喀痰吸引等にかかる安全委員会等

※ここでいう「安全委員会等」とは、喀痰吸引等にかかわる安全確保体制等について検討する目的で開催するものであり、認定特定行為業務従事者及び管理責任者、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（喀痰吸引等関係者会議）等の多職種から構成される場を指します。在宅の場合、他の委員会や会議（カンファレンス等）と合わせて開催される場合を含みます。

問9 喀痰吸引等にかかる安全委員会等の設置状況についてお答えください。（1つに〇）

1. 「新規」の会議体を設置している
2. 「1.」のように新規には設置していないが、定例的に開催される既存の会議（医療職等の多職種が参加するサービス担当者会議など）で検討している
3. 「1.」のような新規の会議の設置、「2.」のような定期的な多職種会議は実施していないが、随時開かれる会議（貴事業所内で実施される個別ケース会議など）で検討している
4. その他（)
5. 設置していない

問9-1 （問9で「1.」「2.」「3.」「4.」のいずれかを選択した方のみ）

安全委員会等への出席メンバー（いくつでも〇）※おのおの毎回出席している人

- | | |
|-----------------------------|---------------------|
| 1. 医師 | 6. 貴事業所の管理責任者 |
| 2. 連携先の訪問看護事業所等の看護師 | 7. 他の事業所の介護職員、管理責任者 |
| 3. 連携先の訪問看護事業所等の管理者 | 8. 介護支援専門員、相談支援専門員 |
| 4. 貴事業所の介護職員（認定特定行為業務従事者等） | 9. 対象者、家族 |
| 5. 貴事業所の介護職員（認定特定行為業務従事者以外） | 10. その他（) |

問9-2 （問9で「1.」「2.」「3.」「4.」のいずれかを選択した方のみ）

安全委員会等での検討内容（いくつでも〇）

1. 喀痰吸引等の実施手順、方法等に関すること
2. ヒヤリハット事例等の報告の方法、内容に関すること
3. ヒヤリハットの分析、対策検討に関すること
4. 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
5. 備品の衛生的な管理方法等に関すること
6. 感染予防や感染症発生時の対応等に関すること
7. 急変時の対応体制、対応方法等に関すること
8. 災害発生時の対応体制、対応方法等に関すること
9. 喀痰吸引等の研修、人材育成計画に関すること
10. 医師、看護師等との連携体制に関すること
11. 喀痰吸引等計画書の見直しに関すること
12. 対象者、家族への説明、同意の方法等に関すること
13. その他（)

6. 喀痰吸引等にかかるヒヤリハット・アクシデントについて

本セクションにおける「ヒヤリハット」や「アクシデント」は特に注意書きがない限り、「喀痰吸引等」に関するものについてお聞きするものです。

(1) ヒヤリハット・アクシデントに対する意識

問10 貴事業所では、「ヒヤリハット」と「アクシデント」を区別していますか。(1つに○)

- | | |
|---------------|--------------|
| 1. 明確に区別している | 3. 特に区別していない |
| 2. ある程度区別している | 4. わからない |

問11 以下のうち、ヒヤリハットに該当すると考えるものについて選択してください。(いくつでも○)

- | |
|--|
| 1. 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 |
| 2. 対象者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない） |
| 3. 簡単な処置や治療は行わなかった（対象者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた） |
| 4. 処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など） |
| 5. 濃厚な処置や治療を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など） |
| 6. 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 |
| 7. 永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害は伴う |
| 8. わからない |

(2) 喀痰吸引等にかかるヒヤリハット・アクシデントの報告

※ここでいう「報告」とは、事業所への（管理責任者やサービス提供責任者等に対する）報告を指しており、他事業所の専門職等（連携する看護職員等）への報告は除きます。また、報告書や記録用紙等による報告に限らず、口頭によるものを含みます。

ヒヤリハット・アクシデントの対応マニュアル等の作成状況

問12 介護職員がヒヤリハット・アクシデントに遭遇した際に、どのように対応するべきか（対処や報告の方法、報告の手順等）などを示した対応マニュアル等を作成していますか。（1つに○）

1. ヒヤリハット、アクシデント両方について作成している
2. ヒヤリハットのみ作成している
3. アクシデントのみ作成している
4. ヒヤリハット、アクシデントどちらも作成していない

ヒヤリハット・アクシデントの報告基準（ルール等）

問13 ヒヤリハット・アクシデントの報告基準（どのような出来事に遭遇したら報告するべきかといったルール等）について、事業所で取り決めていますか。（1つに○）

1. ヒヤリハット、アクシデント両方について取り決めている →問 13-1 へ
2. ヒヤリハットのみ取り決めている →問 13-1 へ
3. アクシデントのみ取り決めている →問 13-1 へ
4. ヒヤリハット、アクシデントどちらも取り決めていない →問 14 へ

問 13-1 （問 13 で「1.」「2.」「3.」を選択した方のみ）報告の基準（ルール等）を介護職員に共有する際に、具体的な表現で説明していますか。「①ヒヤリハット」と「②アクシデント」それぞれお答えください。（それぞれ 1つに○）

※問 13 で「2.」もしくは「3.」を回答した方は「①ヒヤリハット」「②アクシデント」のいずれかについてお答えください。

①	②	選択肢
		1. <u>具体的な表現で説明している</u> （事例などを用いて「〇〇が発生したら」「〇〇が故障したら」など）
		2. <u>抽象的な表現で説明している</u> （「危険だと感じたら」「いつもと何か違うと感じたら」など）
		3. その他（ ）

問 13-2 （問 13 で「1.」「2.」「3.」のいずれかを選択した方のみ）

事業所へ報告を求める内容・事象について、どのような方法で介護職員へ共有していますか。（いくつでも○）

- | | |
|--------------------------|--------------------|
| 1. 日常の業務において口頭で共有 | 3. 事業所内で実施する研修時に共有 |
| 2. 文書（マニュアル、業務手順書等）により共有 | 4. その他（ ） |

ヒヤリハット・アクシデントの報告における介護職員の判断基準

問14 介護職員による喀痰吸引等にかかるヒヤリハット・アクシデントの報告の判断基準について、「①ヒヤリハット」と「②アクシデント」それぞれお答えください。（それぞれ1つに○）

①	②	選択肢
		1. 報告の判断は介護職員にさせていない（ヒヤリハット・アクシデントだと介護職員が認識したもの（迷ったものも含め）すべてについて報告させている）
		2. 報告の判断を介護職員に委ねている（ヒヤリハット・アクシデントだと認識したもののうち、介護職員が報告するべきと判断したものについて報告させている）
		3. その他（ ）
		4. 特に決まりはない

ヒヤリハットの把握

問15 介護職員が遭遇したヒヤリハットについて、事業所として把握する方法は次のうちどれですか。以下①、②それぞれについてお答えください。

①：事業所として把握する方法（いくつでも○）、②：①のうち、最も多いもの（1つに○）

①	②	選択肢
		1. 口頭(電話含む)の報告による把握
		2. メール、SNS 等の報告による把握
		3. 訪問介護記録 (ICT 連携ツール含む) や介護日誌等への記録内容による把握
		4. 報告用の記録用紙(報告書等) の報告による把握
		5. その他 ()

問16 現在把握しているヒヤリハット以外に発生している（把握できていない）ヒヤリハットはありますか。（1つに○）

- | | |
|--------------|--------------|
| 1. かなりあると思う | 4. まったくないと思う |
| 2. まあまああると思う | 5. わからない |
| 3. ほとんどないと思う | |

ヒヤリハット・アクシデントの把握における課題

問17 介護職員が遭遇したヒヤリハット・アクシデントについて、事業所が把握する上で課題となっていること、困難に感じていることがあればお答えください。（自由記述）

ヒヤリハットの報告書等の様式の整備状況

問18 ヒヤリハット報告用の記録用紙（報告書等）の既定の様式はありますか。（1つに○）

- | | |
|----------|----------|
| 1. 様式がある | 2. 様式はない |
|----------|----------|

問18-1 （問18で「1. 様式がある」を選択した方のみ）

以下のうち、ヒヤリハット報告用の記録用紙（報告書等）の様式に盛り込まれている項目はどれですか。（いくつでも○）

- | | |
|--------------|---------------------------------|
| 1. 記入者氏名 | 8. 医師からのコメント欄 |
| 2. 出来事の発生状況 | 9. 看護職員からのコメント欄 |
| 3. 出来事への対応状況 | 10. 管理者からのコメント欄 |
| 4. 現場の見取り図 | 11. 貴事業所の安全管理責任者や安全委員会等からのコメント欄 |
| 5. 経過の記入欄 | 12. その他 () |
| 6. 発生要因 | |
| 7. 再発防止策の記入欄 | |

ヒヤリハットの報告内容の共有先

問19 事業所へ報告（口頭を含む）されたヒヤリハットの内容について、貴事業所以外に情報を共有する先についてお答えください。（いくつでも○）

- | | |
|---------------------|--------------------|
| 1. 医師 | 5. 介護支援専門員、相談支援専門員 |
| 2. 連携先の訪問看護事業所等の看護師 | 6. 対象者、家族 |
| 3. 連携先の訪問看護事業所等の管理者 | 7. その他 () |
| 4. 他の事業所の介護職員、管理責任者 | |

ヒヤリハットの報告における課題と工夫

問20 ヒヤリハットの報告全般における課題（いくつでも〇）

1. 職員が多忙であり、報告書作成に割く時間が確保できない
2. 直行直帰などの職員は対面でのやり取りができない
3. 現場で看護職員や家族と相談し解決した場合に報告が上がってこない
4. 報告の基準が職員間で統一されていない
5. 報告の方法が職員間で統一されていない
6. 積極的に報告する職場の雰囲気醸成されない
7. 報告をおこなう職員に偏りが生じている
8. 報告用の記録用紙や報告書の様式を統一できていない
9. 報告された事例が記録として蓄積できていない
10. その他（)
11. 特に課題はない

問21 ヒヤリハットの報告を円滑におこなえるようにするための工夫や取組（いくつでも〇）

1. 積極的な報告を促す職場の雰囲気づくりをしている
2. ヒヤリハットを報告した職員へのフォロー体制を確保している(フォローアップ等をしている)
3. 記録用紙や報告書の様式を簡素化し、記入者の負担軽減をおこなっている
4. 日常的にヒヤリハット報告の意義や重要性を伝達している
5. ヒヤリハット報告にかかるマニュアル等を作成し、報告基準や手順を明確化している
6. ヒヤリハットの報告基準や手順にかかる研修を実施している
7. ヒヤリハット報告から得られた知見（要因分析結果や再発防止策等）を共有している
8. その他（)
9. 特に工夫はしていない

(3) 喀痰吸引等にかかる「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

※ここでいう「個別のヒヤリハット事例」の要因分析や再発防止の検討とは、介護職員から報告のあったヒヤリハットについて、その場で対応策等を検討（別途、そのヒヤリハットについてケース会議や多職種も含めた会議等にて検討する場合を含む）を行うことを指します。

「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

問22 把握した「個別のヒヤリハット事例」について、要因分析をおこなっていますか。（いくつでも〇）

1. すべての事例について要因分析をおこなっている
2. 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
3. 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
4. その他（)
5. 要因分析をおこなっていない

問22-1 （問22で「1.」「2.」「3.」のいずれかを選択した方のみ）

「個別のヒヤリハット事例」の要因分析をおこなう際に議論する主なメンバーについてお答えください。（いくつでも〇）

1. 医師
2. 連携先の訪問看護事業所等の看護師
3. 連携先の訪問看護事業所等の管理者
4. 貴事業所のヒヤリハットに関わった介護職員
5. 貴事業所のヒヤリハットに関わっていない介護職員
6. 貴事業所の管理責任者
7. 他の事業所の介護職員、管理責任者
8. 介護支援専門員、相談支援専門員
9. 対象者、家族
10. その他（)

問23 「個別のヒヤリハット事例」について、**再発防止策の検討**をおこなっていますか。(いくつでも○)

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 1. すべての事例について再発防止策の検討をおこなっている | 3. 利用者への影響が大きい事例のみ再発防止策の検討をおこなっている |
| 2. 発生頻度の多い事例についてのみ再発防止策の検討をおこなっている | 4. その他 () |
| | 5. 再発防止策の検討をおこなっていない |

問23-1 (問23で「1.」「2.」「3.」のいずれかを選択した方のみ)

「個別のヒヤリハット事例」の再発防止策の検討をおこなう際に議論する主なメンバーについてお答えください。(いくつでも○)

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| 1. 医師 | 6. 貴事業所の管理責任者 |
| 2. 連携先の訪問看護事業所等の看護師 | 7. 他の事業所の介護職員、管理責任者 |
| 3. 連携先の訪問看護事業所等の管理者 | 8. 介護支援専門員、相談支援専門員 |
| 4. 貴事業所のヒヤリハットに関わった介護職員 | 9. 対象者、家族 |
| 5. 貴事業所のヒヤリハットに関わっていない介護職員 | 10. その他 () |

問23-2 (問23で「1.」「2.」「3.」のいずれかを選択した方のみ)

検討した「個別のヒヤリハット事例」の再発防止策が有効に実施されているかについて、一定期間経過後に確認していますか。(1つに○)

- | | |
|-----------|------------|
| 1. 確認している | 2. 確認していない |
|-----------|------------|

問24 (問22で「1.」「2.」「3.」、問23で「1.」「2.」「3.」のいずれかを選択した方のみ)

「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をおこなった結果について記録を残していますか。(1つに○)

- | | |
|--------------------|--------------|
| 1. すべてについて記録を残している | 3. 記録を残していない |
| 2. 内容によっては記録を残している | |

(4) 喀痰吸引等にかかる「蓄積した複数のヒヤリハット事例」の要因分析や再発防止策の検討

※ここでいう「蓄積した複数のヒヤリハット事例」の要因分析や再発防止策の検討とは、介護職員から報告のあったヒヤリハットを蓄積・管理し、**ヒヤリハットの発生の傾向や複数事例に共通した要因、再発防止策の検討を行うこと**を指します。

ヒヤリハットの報告事例の蓄積状況

問25 喀痰吸引等にかかるヒヤリハットの報告事例の蓄積状況 (1つに○)

- | | |
|-----------|---------------------|
| 1. 蓄積している | 2. 蓄積していない ⇒ 問25-2へ |
|-----------|---------------------|

問25-1 (問25で「1.蓄積している」を選択した方のみ)

ヒヤリハットの報告事例の蓄積方法についてお答えください。(いくつでも○)

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 1. 記録用紙・報告書をファイリングしている | 4. ヒヤリハットの 要因別に 集計または分類している |
| 2. ヒヤリハット事例の一覧表を作成している | |
| 3. ヒヤリハットの 内容別に 集計または分類している | 5. その他 () |

問25-2 (問25で「2.蓄積していない」を選択した方のみ)

ヒヤリハットの報告事例を蓄積していない理由についてお答えください。(いくつでも○)

- | | |
|----------------------|------------|
| 1. ヒヤリハットの報告件数自体が少ない | 4. その他 () |
| 2. 蓄積の方法がわからない | 5. 特に理由はない |

「蓄積した複数のヒヤリハット事例」の要因分析

問26 「蓄積した複数のヒヤリハット事例」について、要因分析をおこなっていますか。(1つに○)

- | | |
|-----------------|------------------|
| 1. 要因分析をおこなっている | 2. 要因分析をおこなっていない |
|-----------------|------------------|

問 26-1 (問 26 で「1. 要因分析をおこなっている」を選択した方のみ)

「蓄積した複数のヒヤリハット事例」の要因分析をおこなう際に議論する主なメンバーについてお答えください。(いくつでも○)

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| 1. 医師 | 6. 貴事業所の管理責任者 |
| 2. 連携先の訪問看護事業所等の看護師 | 7. 他の事業所の介護職員、管理責任者 |
| 3. 連携先の訪問看護事業所等の管理者 | 8. 介護支援専門員、相談支援専門員 |
| 4. 貴事業所のヒヤリハットに関わった介護職員 | 9. 対象者、家族 |
| 5. 貴事業所のヒヤリハットに関わっていない介護職員 | 10. その他 () |

問 26-2 (問 26 で「1. 要因分析をおこなっている」を選択した方のみ)

貴事業所ではどのように分析をおこなっていますか。具体的にご記入ください。(自由記述)

--

問 26-3 (問 26 で「2. 要因分析をおこなっていない」を選択した方のみ)

「蓄積した複数のヒヤリハット事例」の要因分析をおこなっていない理由についてお答えください。(いくつでも○)

- | | |
|-----------------------------|-------------------------|
| 1. 要因分析をおこなう余裕がない(時間や職員不足等) | 4. 要因分析をおこなえるほどの報告件数がない |
| 2. 要因分析の方法がわからない | 5. その他 () |
| 3. 要因分析の必要性を感じない | 6. 特に理由はない |

「蓄積した複数のヒヤリハット事例」の再発防止策の検討

問27 「蓄積した複数のヒヤリハット事例」について再発防止策の検討をおこなっていますか。(1つに○)

- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1. 再発防止策の検討をおこなっている | 2. 再発防止策の検討をおこなっていない |
|---------------------|----------------------|

問 27-1 (問 27 で「1. 再発防止策の検討をおこなっている」を選択した方のみ)

「蓄積した複数のヒヤリハット事例」の再発防止策の検討をおこなう際に議論する主なメンバーについてお答えください。(いくつでも○)

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| 1. 医師 | 6. 貴事業所の管理責任者 |
| 2. 連携先の訪問看護事業所等の看護師 | 7. 他の事業所の介護職員、管理責任者 |
| 3. 連携先の訪問看護事業所等の管理者 | 8. 介護支援専門員、相談支援専門員 |
| 4. 貴事業所のヒヤリハットに関わった介護職員 | 9. 対象者、家族 |
| 5. 貴事業所のヒヤリハットに関わっていない介護職員 | 10. その他 () |

問 27-2 (問 27 で「1. 再発防止策の検討をおこなっている」を選択した方のみ)

検討した再発防止策が有効に実施されているか、一定期間経過後に確認していますか。(1つに○)

- | | |
|-----------|------------|
| 1. 確認している | 2. 確認していない |
|-----------|------------|

問 27-3 (問 27 で「2. 再発防止策の検討をおこなっていない」を選択した方のみ)

「蓄積した複数のヒヤリハット事例」の再発防止策の検討をおこなっていない理由についてお答えください。(いくつでも○)

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| 1. 再発防止策の検討をおこなう余裕がない(時間や職員不足等) | 4. 再発防止策の検討をおこなえるほどの報告件数がない |
| 2. どのように再発防止策の検討をおこなえばよいかわからない | 5. その他 () |
| | 6. 特に理由はない |

「蓄積した複数のヒヤリハット事例」の要因分析や再発防止策の検討をおこなう上での課題や工夫

問28 「蓄積した複数のヒヤリハット事例」の要因分析や再発防止策の検討をおこなう上で課題となっていること、困難に感じていることについてお答えください。(自由記述)

問29 「蓄積した複数のヒヤリハット事例」の要因分析や再発防止策の検討をおこなう際に事業所として特に工夫している点等があればお答えください。(自由記述)

(5) 喀痰吸引等にかかるヒヤリハット事例の活用

把握したヒヤリハット事例の活用方法

問30 把握したヒヤリハット事例をどのように活用していますか。(いくつでも○)

- | | |
|--------------------|----------------------|
| 1. 手順書やマニュアルの見直し | 6. 医師との連絡方法の見直し |
| 2. 個別利用者の実施計画書の見直し | 7. 訪問看護事業所との連携方法の見直し |
| 3. ヒヤリハットの報告方法の見直し | 8. 事例集の作成 |
| 4. ヒヤリハットの報告基準の見直し | 9. その他 () |
| 5. 事業所内の研修材料への反映 | 10. 特に活用していない |

問31 事業所の安全管理の面で特に効果のあった活用方法があれば、具体的な効果も含めてご記入ください。(自由記述)

(6) ヒヤリハット・アクシデント(喀痰吸引等に限定しない)に対する意識

ヒヤリハットの報告数に対する考え

問32 ヒヤリハット(喀痰吸引等に限定しない)の報告数に対する考えについてお答えください。(1つに○)

- | | |
|----------------|--------------|
| 1. 報告数は多い方が良い | 3. どちらともいえない |
| 2. 報告数は少ない方が良い | 4. わからない |

問 32-1 (問32で「1. 報告数は多い方が良い」、「2. 報告数は少ない方が良い」を選択した方のみ) そのように考える理由についてお答えください。(自由記述)

過去の喀痰吸引にかかるヒヤリハット事例

問36 過去に把握した「**喀痰吸引**」にかかるヒヤリハットのうち、よく発生したものや印象的なものについて **3つまで**お答えください (**自由記述**)

また、記入したヒヤリハット事例について「A. 該当する要因」と「B. 生じた影響や変化」を下の表より選択してください。 (**いくつでも選択可**)

【喀痰吸引のヒヤリハット事例】

【事例①】 <ヒヤリハットの内容>	
A. 該当する要因 (1~12のうち、あてはまる番号を記入)	
B. 生じた影響や変化 (1~13のうち、あてはまる番号を記入)	

【事例②】 <ヒヤリハットの内容>	
A. 該当する要因 (1~12のうち、あてはまる番号を記入)	
B. 生じた影響や変化 (1~13のうち、あてはまる番号を記入)	

【事例③】 <ヒヤリハットの内容>	
A. 該当する要因 (1~12のうち、あてはまる番号を記入)	
B. 生じた影響や変化 (1~13のうち、あてはまる番号を記入)	

【A. 該当する要因】

<手技や手順の不備・不足・間違いに関すること> 1. 利用者の状態観察・環境整備 2. 医師の指示書の確認 3. 必要物品や吸引器など機器の準備・取り扱い 4. 吸引の清潔保持・操作 5. 吸引時間や吸引圧 6. 吸引の範囲(吸引チューブ挿入の長さ) 7. 排液の処理や片付け・保管	<機器・物品自体のトラブルに関すること> 8. 吸引器の作動・故障 9. 吸引チューブなど、必要物品の破損・不具合 <利用者自身の状態に関すること> 10. 吸引前後の(想定外の)状態変化 11. 吸引の拒否・抵抗(理解・受け止め) 12. その他
--	--

【B. 生じた影響や変化】

<利用者の状態変化> 1. おう気 2. おう吐 3. 血液の混入(出血) 4. たんの色の変化 5. 顔色が悪い 6. 意識レベルが低下 7. 吸引ができない(協力が得られないなど) 8. たんが取り切れない	<機器・物品・環境など> 9. 吸引器本体が故障(作動停止・不具合) 10. 吸引器や付属品の破損・不具合 11. 必要物品(吸引チューブや保管用の物品など)の破損・不具合 12. 利用者宅の物品やカーペットなど破損・汚染 <特になし> 13. 特になし
---	---

過去の経管栄養にかかるヒヤリハット事例

問37 過去に報告された「**経管栄養**」にかかるヒヤリハットのうち、よく発生したものや印象的なものについて

3つまでお答えください (**自由回答**)

また、記入したヒヤリハット事例について「A. 該当する要因」と「B. 生じた影響や変化」を下の表より選択してください。 (**いくつでも選択可**)

【経管栄養のヒヤリハット事例】

【事例①】 <ヒヤリハットの内容>	
A. 該当する要因 (1~13のうち、あてはまる番号を記入)	
B. 生じた影響や変化 (1~14のうち、あてはまる番号を記入)	

【事例②】 <ヒヤリハットの内容>	
A. 該当する要因 (1~13のうち、あてはまる番号を記入)	
B. 生じた影響や変化 (1~14のうち、あてはまる番号を記入)	

【事例③】 <ヒヤリハットの内容>	
A. 該当する要因 (1~13のうち、あてはまる番号を記入)	
B. 生じた影響や変化 (1~14のうち、あてはまる番号を記入)	

【A. 該当する要因】

<u><手技や手順の不備・不足・間違いに関すること></u>		<u><機器・物品自体のトラブルに関すること></u>	
1. 利用者の状態観察や姿勢保持、環境整備	2. 医師の指示書の確認	9. 栄養剤の保管・管理	10. 必要物品の破損・不具合
3. 必要物品や栄養剤などの準備・取り扱い	4. 利用者の胃ろう部分または経鼻経管栄養チューブの確認	<u><利用者自身の状態に関すること></u>	
5. 栄養剤の注入の操作(チューブの配置・接続)	6. 栄養剤の滴下(注入時間や速度)	11. 経管栄養前中後の(想定外の)状態変化	12. 経管栄養の拒否・抵抗・安静保持困難(理解・受け止め)
7. 白湯の注入	8. 注入後のとりはずし・片付け・保管	13. その他	

【B. 生じた影響や変化】

<u><利用者の状態変化></u>		<u><経管栄養自体への影響></u>	
1. おう気	2. おう吐	9. 栄養剤が注入できない	10. 栄養剤の漏れ
3. 胃ろう周囲皮膚の出血	4. 胃ろう周囲の浸出液	11. 胃ろう・経管栄養チューブがずれている	12. 胃ろう・経管栄養チューブの脱落または抜去
5. 顔色が悪い	6. 意識レベルが低下	13. 必要物品の破損・不具合	
7. 腹部膨満・腹痛・下痢	8. しゃっくり	<u><特になし></u>	
		14. 特になし	

アンケート調査は以上で終了です。ご協力ありがとうございました。
同封の返信用封筒(切手不要)にて、1月10日(金)までに投函してください

介護職員による喀痰吸引等におけるヒヤリハット等に関するアンケート調査

【調査の趣旨とご協力のお願い】

- ◎この調査は、介護職員による喀痰吸引等の提供におけるヒヤリハット等に関する対応方法や対応上の課題等を把握し、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情報を収集することを目的としています。
- ◎この調査票は、実際に現場に関わっている介護職員や看護職員の方を対象としており、介護職員による喀痰吸引等の提供におけるヒヤリハット等に関する対応方法や対応上の課題等について、それぞれの専門職の立場からのご意見をお伺いするものです。(別途、事業所の管理者を対象とした調査も実施します)
- ◎調査の趣旨をご理解いただき、回答へのご協力をお願いいたします。

【回答にあたっての注意事項】

- ◎回答は、**現在、喀痰吸引等を実施している介護職員の方（認定特定行為業務従事者等 ※）**がご記入ください。
※経過措置対象者、養成課程を修了した介護福祉士（平成29年1月以降国家試験合格者）を含みます。
- ◎記入が終わった調査票は、**長3封筒（クラフト）に入れ封緘し**、貴事業所の担当の方にお渡しください。

1. あなたの保有資格、経験年数等について

問1 保有資格（いくつでも○）

- | | |
|---------------------|------------|
| 1. 介護福祉士 | 3. 看護師・保健師 |
| 2. 1. 以外の介護・障害関連の資格 | 4. その他（ ） |

問2 喀痰吸引等の通算実施経験年数、「在宅」において喀痰吸引等を実施した利用者の実人数（数字を記入）

喀痰吸引等の通算実施経験年数 ※	年	か月
「在宅」において喀痰吸引等を実施した利用者の実人数		人

※平成24年4月1日より前の実施及び経過措置対象者としての実施期間を含む

2. 介護職員による喀痰吸引等の実施について

問3 実施している行為についてお答えください。（いくつでも○）

- | | |
|-----------------------------|-----------------------|
| 1. 喀痰吸引_口腔内 | 5. 経管栄養_胃ろう又は腸ろう |
| 2. 喀痰吸引_鼻腔内 | 6. 経管栄養_経鼻経管栄養 |
| 3. 喀痰吸引_気管カニューレ内部 | 7. 半固形化栄養剤の使用 (5.のうち) |
| 4. 人工呼吸器装着者への実施 (1.2.3.のうち) | |

3. 喀痰吸引等のヒヤリハット等について

問4 喀痰吸引等にかかる安全委員会等への出席状況についてお答えください。（1つに○）

※ここでいう「安全委員会等」とは、喀痰吸引等にかかわる安全確保体制等について検討する目的で開催するものであり、認定特定行為業務従事者及び管理責任者、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の多職種から構成される場。他の委員会や会議と合わせて開催される場合を含む。

- | | |
|---------------------|------------|
| 1. 毎回出席している | 4. 出席していない |
| 2. ほとんど毎回出席している | 5. 分からない |
| 3. 毎回ではないが出席することはある | |

問5 ヒヤリハットの報告数に対する考えについてお答えください。（1つに○）※「報告」には口頭を含む

- | | |
|----------------|--------------|
| 5. 報告数は多い方が良い | 7. どちらともいえない |
| 6. 報告数は少ない方が良い | 8. わからない |

問6 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はありますか。（1つに○）

- | | | |
|-------|-------|-----------------------|
| 1. あり | 2. なし | 3. ヒヤリハット自体が遭遇した経験がない |
|-------|-------|-----------------------|

問6-1（問6で「1.あり」を選択した方のみ）迷った理由は何ですか。（いくつでも○）

- | | |
|------------------------|-----------|
| 1. ヒヤリハットに該当するか分からなかった | 4. その他（ ） |
| 5. わからない | |

- 2. 家族に相談し現場で解決した
- 3. 看護職員に相談し現場で解決した

問7 以下のうち、ヒヤリハットに該当すると考えるものはどれですか。(いくつでも)

- 1. 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
- 2. 対象者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）
- 3. 簡単な処置や治療は行わなかった（対象者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた）
- 4. 処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など）
- 5. 濃厚な処置や治療を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など）
- 6. 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
- 7. 永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害は伴う
- 8. わからない

問8 喀痰吸引等の実施に関して、あなたが遭遇したことがある出来事やトラブル（原因の所在に関わらず）は何ですか。「喀痰吸引」「経管栄養」それぞれについてお答えください。(いくつでも)

【喀痰吸引】

- | <手技や手順の不備・不足・間違いに関すること> | <機器・物品・環境のトラブルに関すること> |
|-------------------------|------------------------------|
| 1. 利用者の状態観察・環境整備 | 8. 吸引器の作動・故障・不具合 |
| 2. 医師の指示書の確認 | 9. 吸引チューブなど、必要物品の破損・不具合 |
| 3. 必要物品や吸引器など機器の準備・取り扱い | 10. 利用者宅の物品やカーペットなど破損・汚染 |
| 4. 吸引の清潔保持・操作 | <利用者の状態に関すること> |
| 5. 吸引時間や吸引圧 | 11. おう気 12. おう吐 13. 血液混入(出血) |
| 6. 吸引の範囲(吸引チューブ挿入の長さ) | ① 顔色が悪い 15. 意識レベルが低下 |
| 7. 排液の処理や片付け・保管 | 16. 吸引の拒否・抵抗(理解・受け止め) |
| | 17. たんがとりきれない |
| | <特になし> 18. 特になし |

【経管栄養】

- | <手技や手順の不備・不足・間違いに関すること> | <機器・物品のトラブルに関すること> |
|--------------------------|------------------------------|
| 1. 利用者の状態観察や姿勢保持、環境整備 | 9. 栄養剤が注入できない 10. 栄養剤の漏れ |
| 2. 医師の指示書の確認 | 11. 胃ろう・経管栄養チューブのずれ・抜去 |
| 3. 必要物品や栄養剤などの準備・取り扱い | 12. 必要物品の破損・不具合 |
| 4. 胃ろう部分や経鼻経管栄養チューブの確認 | <利用者の状態に関すること> |
| 5. 栄養剤の注入の操作(チューブの配置・接続) | 13. おう気 14. おう吐 15. 胃ろう周囲の出血 |
| 6. 栄養剤の滴下(注入時間や速度) | 16. 胃ろう周囲の浸出液 17. 顔色が悪い |
| 7. 白湯の注入 | 18. 意識レベルが低下 19. 腹部膨満・腹痛・下痢 |
| 8. 注入後のとりはずし・片付け・保管 | 20. 経管栄養の拒否・抵抗・安静保持困難 |
| | <特になし> 21. 特になし |

問9 喀痰吸引等のヒヤリハット全般において感じていることについてお答えください。(いくつでも) ※「報告」には口頭を含む

- 1. 事業所からヒヤリハットに関する説明や指導、研修等がない
- 2. ヒヤリハットに該当するレベルが分からない
- 3. 報告する時間がない
- 4. 報告し忘れてしまう
- 5. 報告するべきかどうか判断できない
- 6. 報告すると評価が下がるという不安がある
- 7. ヒヤリハット報告書等の作成が負担である
- 8. 介護職員だけでは要因分析や再発防止策の検討までできない
- 9. その他 ()
- 10. 特に課題は感じない

問10 喀痰吸引等のヒヤリハットを防ぐために工夫している取組などありましたらご記入ください。(自由記述)

問11 喀痰吸引等のヒヤリハット全般において、事業所に求めることについてご記入ください。(自由記述)

--

介護職員による喀痰吸引等におけるヒヤリハット等に関するアンケート調査

【調査の趣旨とご協力のお願い】

- ◎この調査は、介護職員による喀痰吸引等の提供におけるヒヤリハット等に関する対応方法や対応上の課題等を把握し、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情報を収集することを目的としています。
- ◎この調査票は、実際に現場に関わっている介護職員や看護職員の方を対象としており、介護職員による喀痰吸引等の提供におけるヒヤリハット等に関する対応方法や対応上の課題等について、それぞれの専門職の立場からのご意見をお伺いするものです。(別途、事業所の管理者を対象とした調査も実施します)
- ◎調査の趣旨をご理解いただき、回答へのご協力をお願いいたします。

【回答にあたっての注意事項】

- ◎回答は、**現在、介護職員による喀痰吸引等の提供プロセスに関わっている看護職員の方**がご記入ください。
- ◎回答済の調査票は、**長3封筒(クラフト)に入れ封緘し**、貴事業所もしくは連携先の事業所の担当の方にお渡しください。

1. あなたの保有資格、経験年数等について

問1 保有資格 (いくつでも○)

1. 看護師	2. 准看護師
--------	---------

問2 看護職員としての通算経験年数、介護職員が提供する喀痰吸引等に関与している通算年数 (数字を記入)

看護職員としての通算経験年数	年	か月
介護職員が提供する喀痰吸引等に関与している通算年数	年	か月

2. 介護職員による喀痰吸引等の実施について

問3 喀痰吸引等を実施する介護職員に対して行っている指導・助言 (いくつでも○)

1. 日々の情報共有等の際に必要なに応じて指導・助言を行っている	5. ヒヤリハットの報告があったときに指導・助言を行っている
2. 定期的にケア実施時に同行し、指導・助言を行っている	6. 個別計画書やマニュアルの作成時に指導・助言を行っている
3. 介護職員等の要望に応じて、ケア実施時に同行し、指導・助言を行っている	7. その他 ()
4. 勉強会等を開催し、指導・助言を行っている	8. 特に指導・助言は行っていない

3. 喀痰吸引等のヒヤリハット等について

問4 本調査票を配布された事業所において開催される喀痰吸引等にかかる安全委員会等への出席状況 (1つに○)

※ここでいう「安全委員会等」とは、喀痰吸引等にかかわる安全確保体制等について検討する目的で開催するものであり、認定特定行為業務従事者及び管理責任者、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の多職種から構成される場。他の委員会や会議と合わせて開催される場合を含む。

1. 毎回出席している	4. 出席していない
2. おおむね毎回出席している	5. 分からない
3. 毎回ではないが出席することはある	

問5 ヒヤリハットの報告数に対する考え (1つに○)

1. 報告数が多い方が良い	3. どちらともいえない
---------------	--------------

2. 報告数は少ない方がよい	4. わからない
----------------	----------

問6 介護職員から喀痰吸引等のヒヤリハットについて相談や報告（口頭も含む）を受ける等により関与した経験はありますか。（1つに○）

1. 関与経験あり	2. 関与経験なし
-----------	-----------

問7 以下のうち、ヒヤリハットに該当すると考えるものはどれですか。（いくつでも○）

1. 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
2. 対象者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）
3. 簡単な処置や治療は行わなかった（対象者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた）
4. 処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など）
5. 濃厚な処置や治療を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など）
6. 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
7. 永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害は伴う
8. わからない

問8 喀痰吸引等の実施に関して、介護職員から報告・連絡を受けたことがある出来事やトラブル（原因の所在に関わらず）は何ですか。「喀痰吸引」「経管栄養」それぞれについてお答えください。（いくつでも○）

【喀痰吸引】

<p><手技や手順の不備・不足・間違いに関すること></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者の状態観察・環境整備 2. 医師の指示書の確認 3. 必要物品や吸引器など機器の準備・取り扱い 4. 吸引の清潔保持・操作 5. 吸引時間や吸引圧 6. 吸引の範囲(吸引チューブ挿入の長さ) 7. 排泄の処理や片付け・保管 	<p><機器・物品・環境のトラブルに関すること></p> <ol style="list-style-type: none"> 8. 吸引器の作動・故障・不具合 9. 吸引チューブなど、必要物品の破損・不具合 10. 利用者宅の物品やカーペットなど破損・汚染 <p><利用者の状態に関すること></p> <ol style="list-style-type: none"> 11. おう気 12. おう吐 13. 血液混入(出血) ① 顔色が悪い 15. 意識レベルが低下 18. 吸引の拒否・抵抗(理解・受け止め) 19. たんがとりきれない <p><特になし> 18. 特になし</p>
--	---

【経管栄養】

<p><手技や手順の不備・不足・間違いに関すること></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者の状態観察や姿勢保持、環境整備 2. 医師の指示書の確認 3. 必要物品や栄養剤などの準備・取り扱い 4. 胃ろう部分や経鼻経管栄養チューブの確認 5. 栄養剤の注入の操作（チューブの配置・接続） 6. 栄養剤の滴下（注入時間や速度） 7. 白湯の注入 8. 注入後のとりはずし・片付け・保管 	<p><機器・物品のトラブルに関すること></p> <ol style="list-style-type: none"> 9. 栄養剤が注入できない 10. 栄養剤の漏れ 11. 胃ろう・経管栄養チューブのずれ・抜去 12. 必要物品の破損・不具合 <p><利用者の状態に関すること></p> <ol style="list-style-type: none"> 13. おう気 14. おう吐 15. 胃ろう周囲の出血 16. 胃ろう周囲の浸出液 17. 顔色が悪い 18. 意識レベルが低下 19. 腹部膨満・腹痛・下痢 20. 経管栄養の拒否・抵抗・安静保持困難 <p><特になし> 21. 特になし</p>
--	---

問9 介護職員による喀痰吸引等のヒヤリハット全般について、看護職員から見て課題と感じる点（いくつでも○）

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 報告するレベルにばらつきがある 2. 報告する時間がない 3. 報告し忘れてる 4. 報告するべきかどうか判断できていない 5. 報告すると評価が下がるという不安を持っている | <ol style="list-style-type: none"> 6. ヒヤリハット報告書等の作成が負担となっている 7. 介護職員個人では要因分析や再発防止策の検討までできていない 8. その他（ ） 9. 特に課題は感じない |
|--|--|

問10 介護職員による喀痰吸引等のヒヤリハットについて、看護職員としてどのように関わることができればヒヤリハットを効果的に防止できると考えますか。（いくつでも○）

- | | |
|-------------------------|---------------------------|
| 1. 日々の情報共有等の際に必要な応じて指導・ | 5. ヒヤリハットの報告があったときに指導・助言を |
|-------------------------|---------------------------|

助言を行う	行う
2. 定期的にケア実施時同行し、指導・助言を行う	6. 個別計画書やマニュアルの作成時に指導・助言を行う
3. 介護職員等の要望に応じて、ケア実施時同行し、指導・助言を行う	7. その他（ ）
4. 勉強会等を開催し、指導・助言を行う	8. わからない
	9. 特になし

2. リフレット案

「喀痰吸引」でよく起こるヒヤリハット等は？

現場の介護職員は「喀痰吸引」の提供において様々な出来事やトラブルに遭遇しています。

例えば

「血液混入」「顔色が悪い」など

--> ① **医療職と相談・対応すべき内容**

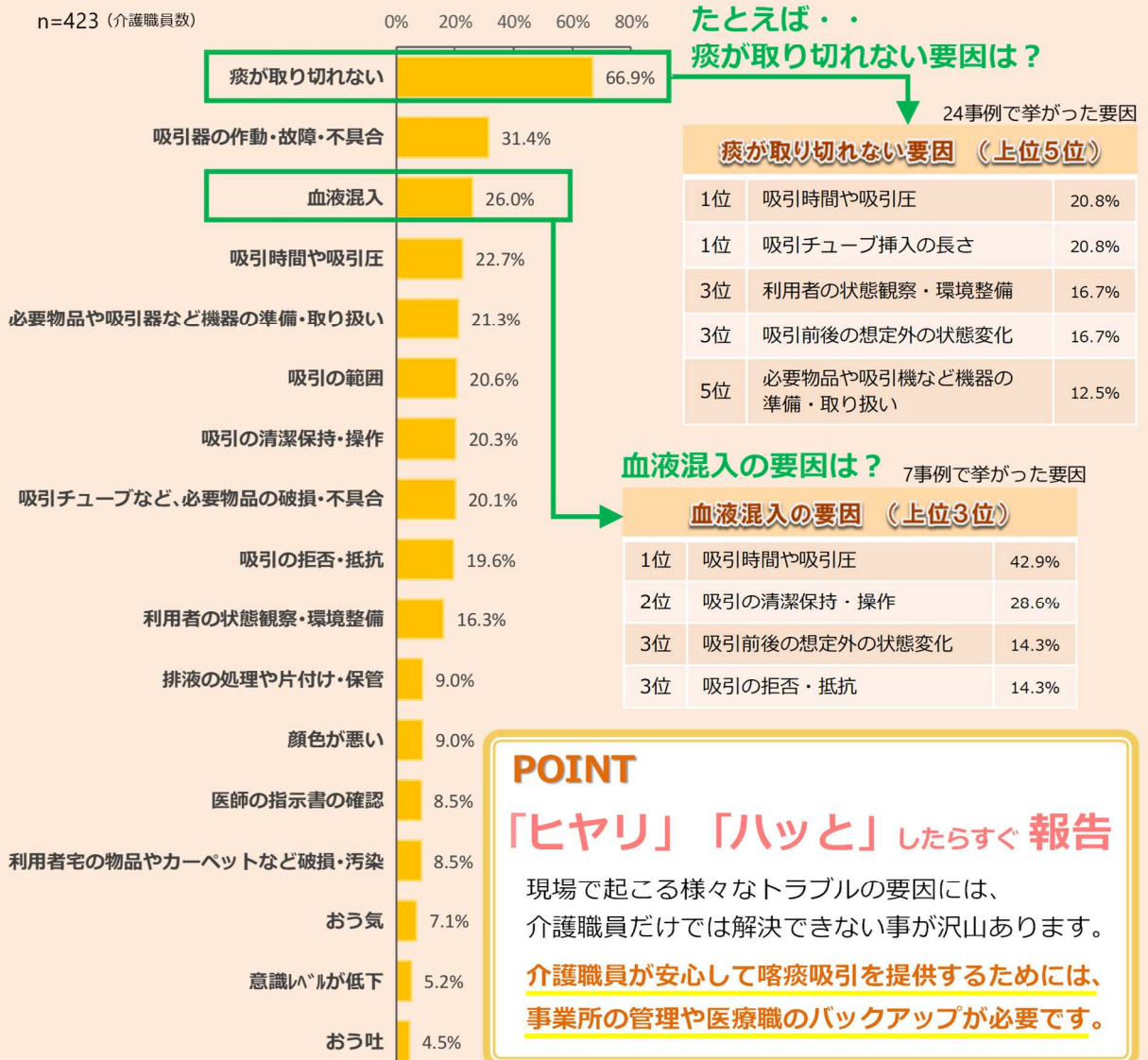
「吸引の清潔保持・操作」など

--> ② **衛生管理に関する内容**

「吸引器の作動・故障・不具合」など

--> ③ **機器・物品の管理に関する内容**

喀痰吸引の提供において過去に遭遇したことがある出来事やトラブル



出典：令和元年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「介護職員による喀痰吸引等におけるヒヤリハット等に関するアンケート調査」
(令和元年11月30日時点調査) 【左図：介護職員票※】 【右表：事業所票】
※表示している割合は「特になし」の回答を除外して算出した数値

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究事業

報告書

令和2年3月

発行 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

住所 〒105-8501 東京都港区虎ノ門5-11-2 オランダヒルズ森タワー

電話：03-6733-1024

FAX：03-6733-1028