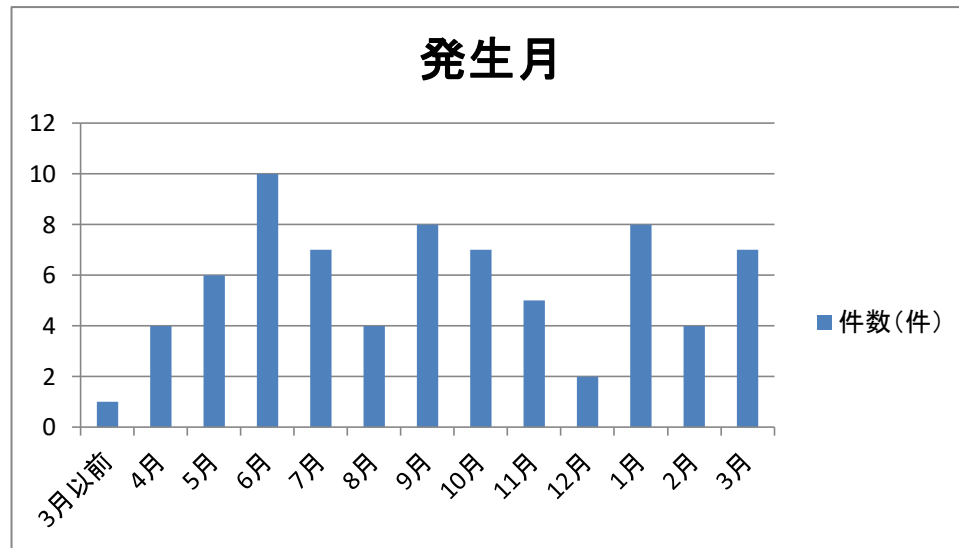


令和3年度 介護サービス事業者等における事故報告（集計・分析結果）について

令和3年4月1日から令和4年3月31日までの期間に報告のあった事故報告についての集計結果となります。
今後の事業運営及び介護事故防止に御活用ください。

1. 事故発生月

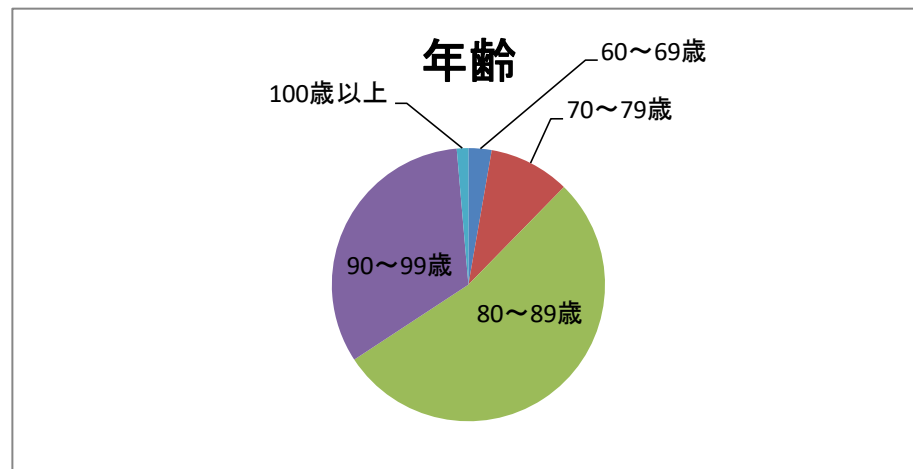
発生月	件数 (件)	構成比
3月以前	1	1.37%
4月	4	5.48%
5月	6	8.22%
6月	10	13.70%
7月	7	9.59%
8月	4	5.48%
9月	8	10.96%
10月	7	9.59%
11月	5	6.85%
12月	2	2.74%
1月	8	10.96%
2月	4	5.48%
3月	7	9.59%
合計	73	100.00%



【コメント】
発生月では、6月が10件と最も多く、次いで9月と1月が8件となっています。

2. 年齢

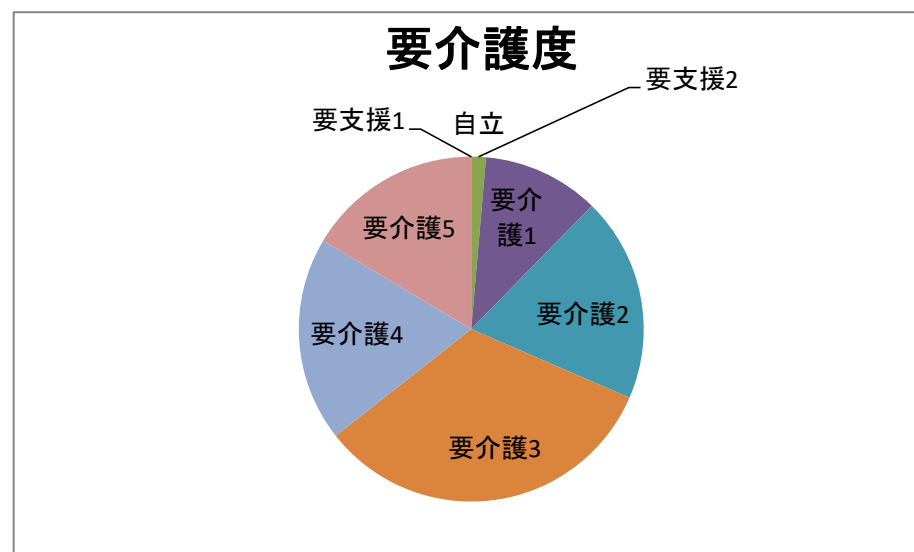
年齢	件数 (件)	構成比
60～69歳	2	2.74%
70～79歳	7	9.59%
80～89歳	39	53.42%
90～99歳	24	32.88%
100歳以上	1	1.37%
合計	73	100.00%



【コメント】
年齢は、80歳代が最も多く53.42%となっています。次いで、90歳代となっており、80歳以上で割合は87.67%となっています。

3. 要介護度

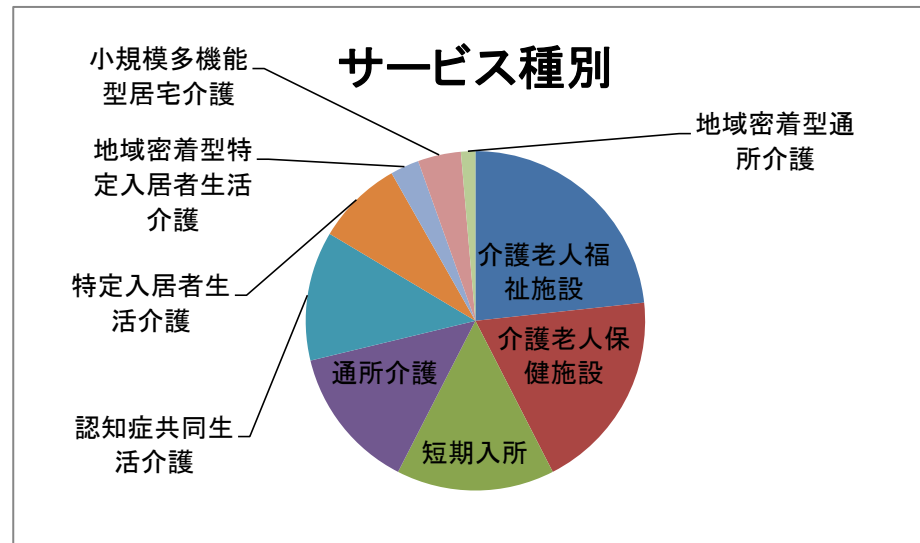
要介護度	件数 (件)	構成比
自立	0	0.00%
要支援1	0	0.00%
要支援2	1	1.37%
要介護1	8	10.96%
要介護2	14	19.18%
要介護3	24	32.88%
要介護4	14	19.18%
要介護5	12	16.44%
合計	73	100.00%



【コメント】
要介護度は、要介護3が最も多く32.88%となっています。次いで、要介護2と要介護4が19.18%となっている。一方、自立、要支援1の利用者は0%で、要支援2が1割程度となっています。

4. サービス種別

サービス種別	件数 (件)	構成比
介護老人福祉施設	17	23.29%
介護老人保健施設	14	19.18%
短期入所	11	15.07%
通所介護	10	13.70%
認知症共同生活介護	9	12.33%
特定入居者生活介護	6	8.22%
地域密着型特定入居者生活介護	2	2.74%
小規模多機能型居宅介護	3	4.11%
地域密着型通所介護	1	1.37%
合計	73	94.52%

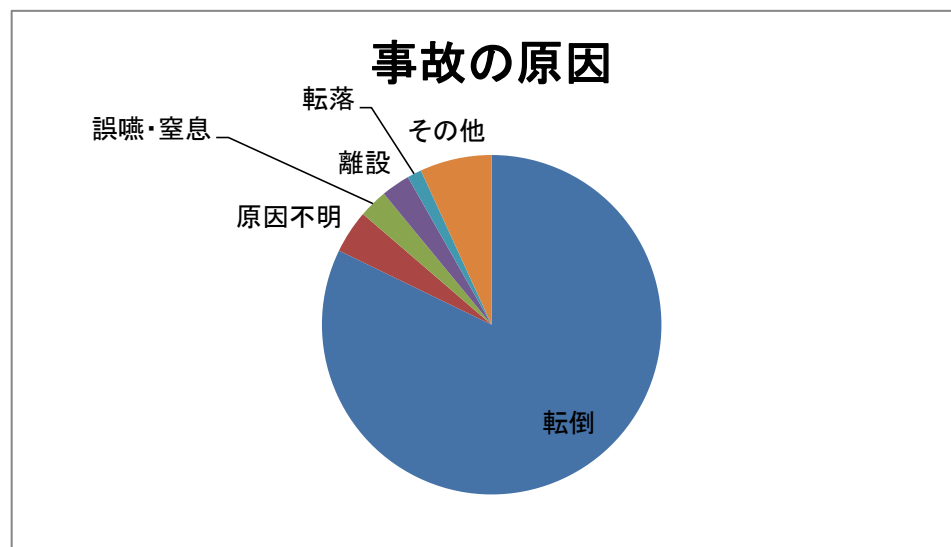


【コメント】

サービス種別ごとの件数では、介護老人福祉施設が23.29%で最も多く、次いで介護老人保健施設が19.18%となっている。入所・入居施設が多くなっている。

5. 事故の原因

事故の原因	件数 (件)	構成比
転倒	60	82.19%
原因不明	3	4.11%
誤嚥・窒息	2	2.74%
離設	2	2.74%
転落	1	1.37%
その他	5	6.85%
合計	73	100.00%

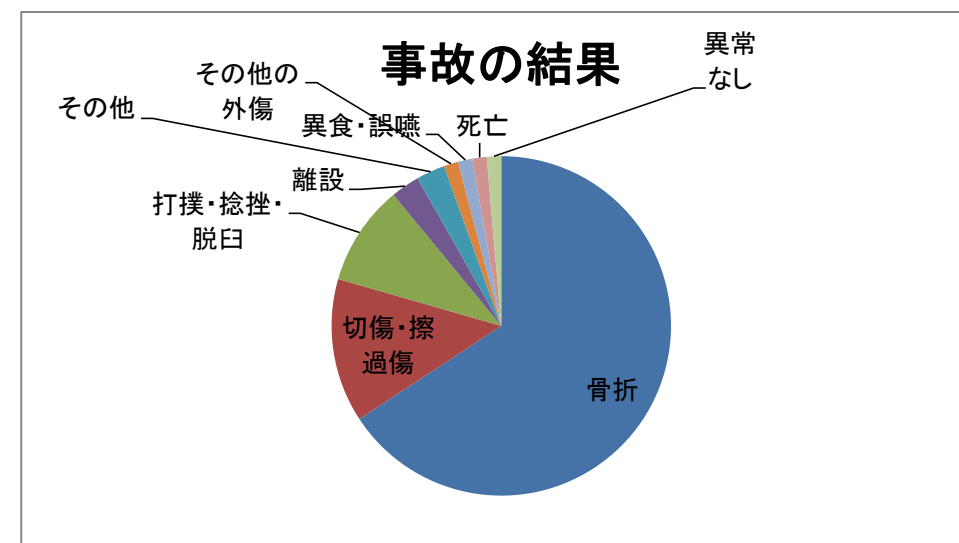


【コメント】

事故の原因は、転倒が82.19%となっており、これらの多くは職員の付き添いのない時間帯に発生していますが、付き添い時に職員が目を離した際に発生した事案も散見されています。

6. 事故の結果

事故内容	件数 (件)	構成比
骨折	48	65.75%
切傷・擦過傷	10	13.70%
打撲・捻挫・脱臼	7	9.59%
離設	2	2.74%
その他	2	2.74%
その他の外傷	1	1.37%
異食・誤嚥	1	1.37%
死亡	1	1.37%
異常なし	1	1.37%
合計	73	100.00%

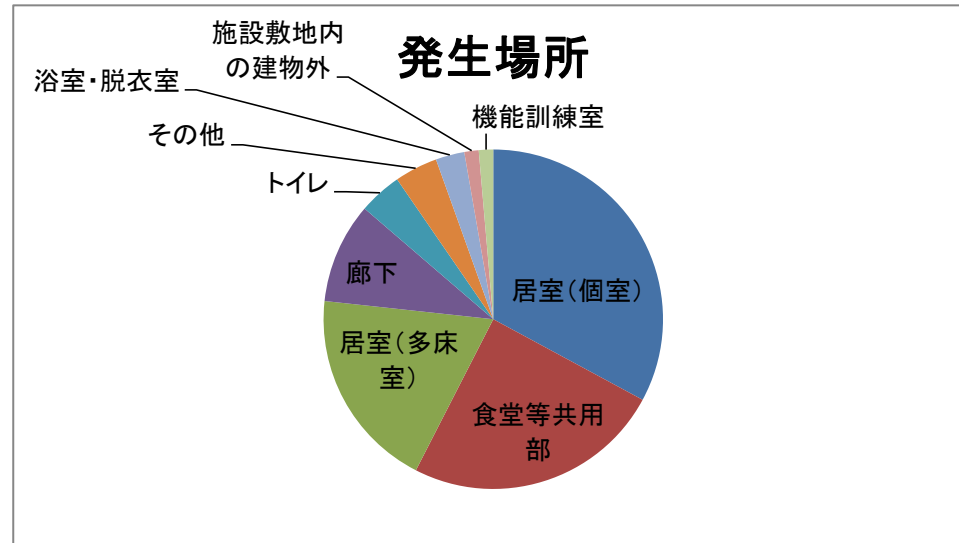


【コメント】

事故の結果は、事故の8割が転倒であることから、骨折が最も多く65.75%となっている。その他は、「職員の不祥事（過失）」と「肺炎」となっている。「死亡」は、昼食中の誤嚥による意識喪失から救急搬送後の死亡となっている。「その他の外傷」は脳挫傷・急性硬膜下血腫となっている

7. 発生場所

発生場所	件数 (件)	構成比
居室 (個室)	24	32.88%
食堂等共用部	18	24.66%
居室 (多床室)	14	19.18%
廊下	7	9.59%
トイレ	3	4.11%
その他	3	4.11%
浴室・脱衣室	2	2.74%
施設敷地内の建物外	1	1.37%
機能訓練室	1	1.37%
	73	100.00%

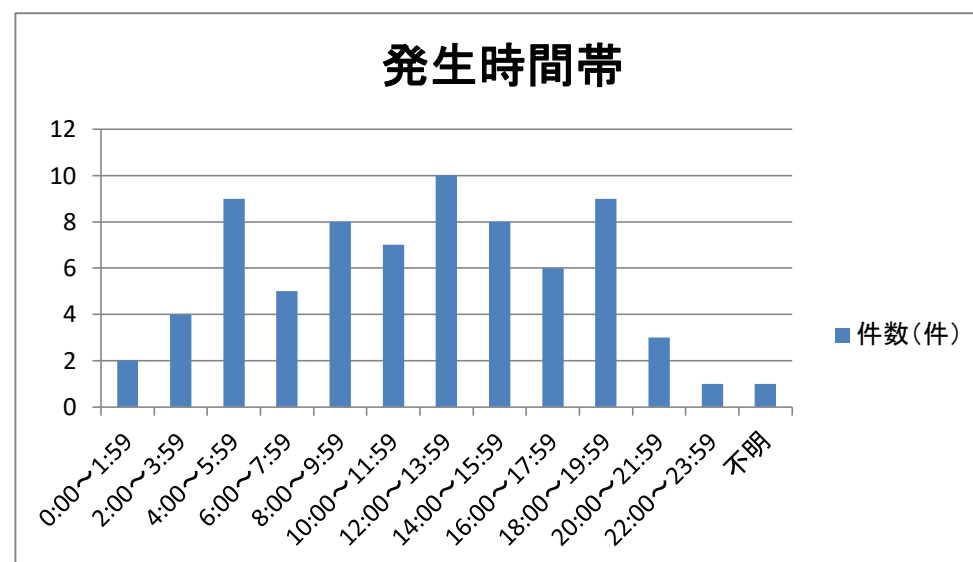


【コメント】

発生場所は、居室(個室)が32.88%と最も多く、次いで食堂等共用部が24.66%となっている。居室の個室と多床室を合わせると、52.06%となり、半数を超える。

8. 発生時間帯

発生時間	件数 (件)	構成比
0:00~1:59	2	2.74%
2:00~3:59	4	5.48%
4:00~5:59	9	12.33%
6:00~7:59	5	6.85%
8:00~9:59	8	10.96%
10:00~11:59	7	9.59%
12:00~13:59	10	13.70%
14:00~15:59	8	10.96%
16:00~17:59	6	8.22%
18:00~19:59	9	12.33%
20:00~21:59	3	4.11%
22:00~23:59	1	1.37%
不明	1	1.37%
合計	73	100.00%



【コメント】

発生時間帯は、12:00~13:59が10件で最も多く、次いで4:00~5:59と18:00~19:59が9件となっている。早朝の起床時、昼食や夕食時の移動を伴う活動時間帯に事故が多く発生していることがわかる。

9. 発生時間帯×発生場所

	居室 (個室)	食堂等共用部	居室 (多床室)	廊下	トイレ	その他	浴室・脱衣室	施設敷地内の建物外	機能訓練室	総計	構成比
0:00~1:59	2									2	2.74%
2:00~3:59	1		2	1						4	5.48%
4:00~5:59	7		1	1						9	12.33%
6:00~7:59	3	2								5	6.85%
8:00~9:59	1	1	3		1	1	1			8	10.96%
10:00~11:59		4	1			1	1			7	9.59%
12:00~13:59		9	1							10	13.70%
14:00~15:59	1		1	2	2	1		1		8	10.96%
16:00~17:59	2	1	1	1					1	6	8.22%
18:00~19:59	4		3	1				1		9	12.33%
20:00~21:59	1		1	1						3	4.11%
22:00~23:59	1									1	1.37%
不明	1									1	1.37%
合計	24	17	14	7	3	3	2	2	1	73	100.00%
構成比	32.88%	23.29%	19.18%	9.59%	4.11%	4.11%	2.74%	2.74%	1.37%		

【コメント】

発生時間と発生場所をクロス集計したものです。居室と食堂等共用部での発生が多いことがわかります。また、早朝・深夜帯では、居室以外での発生はほぼありません。

10. 事故の原因×発生場所

	居室 (個室)	食堂等 共用部	居室 (多床室)	廊下	トイレ	その他	浴室・ 脱衣室	施設敷地内 の建物外	機能訓練 室	総計	構成比
転倒	23	12	9	7	3	3	2		1	60	82.19%
原因不明		1	2							3	4.11%
誤嚥・窒息		2								2	2.74%
離設		2								2	2.74%
転落								1		1	1.37%
その他	1	1	3							5	6.85%
合計	24	18	14	7	3	3	2	1	1	73	100.00%
構成比	32.88%	24.66%	19.18%	9.59%	4.11%	4.11%	2.74%	1.37%	1.37%		

【コメント】

事故原因と発生場所をクロス集計したものです。転倒の多くは居室、食堂等共用部、廊下で多く発生していることがわかります。事故原因の種別が多く発生している場所は食堂共用部であることがわかります。

11. 事故の原因×事故の結果

	骨折	切傷・ 擦過傷	打撲・ 捻挫・ 脱臼	離設	その他	その他の 外傷	異食・ 誤嚥	死亡	異常なし	総計	構成比
転倒	42	10	6			1			1	60	82.19%
原因不明	3									3	4.11%
誤嚥・窒息							1	1		2	2.74%
離設				2						2	2.74%
転落	1									1	1.37%
その他	2		1		2					5	6.85%
合計	48	10	7	2	2	1	1	1	1	73	100.00%
構成比	65.75%	13.70%	9.59%	2.74%	2.74%	1.37%	1.37%	1.37%	1.37%		

【コメント】

事故原因と事故の結果をクロス集計したものです。転倒事案のうち、そのほとんどが骨折であることがわかります。高齢者の転倒は、骨折リスクが高いことがわかります。また、誤嚥・窒息により死亡事案が発生しています。

12. 介護事故の発生事例

サービス種別	事故の原因	事故の概要	再発防止の取組み (例)
介護老人福祉施設	転倒	訪室すると居室掃き出し窓付近で右下に倒れている。カーテンを閉めに来て転倒。	カーテンの締め方、開け方に気を付ける。特に朝に同室者に声をかけることが多くみられるため、行動(危険行為)に注意する。今まで以上に声をかける。声かけを行い、本人の意向を伺い、本人の意向に沿えるように努める。ポータブルの中身を自分で廃棄することがある為、中身を確認しこまめに廃棄する。退院後本人の状態を把握し、その状態に応じた対応策を再度検討する。年度初めであり、施設異動で共有出来ていなかった細かい部分での情報の把握を徹底する。
介護老人保健施設	転倒	リハビリ機能訓練室に設置されている蓋拭きゴミ箱のペダルを踏もうと片足をあげた際に、体制を崩して転倒した。	リハビリ機能室へ蓋無しのゴミ箱を設置し、自立している利用者であっても、転倒リスクがあることを考慮し、見守りを強化することをユニットで統一、情報共有し常に転倒の予測をしながらケアをしていくことを各部署へ発信し、職員への意識付けを図る。
短期入所	転倒	入浴の声がかかり移動中ふらつかれ、横にあった椅子にもたれかかる。職員も近くにはいたが間に合わずイスへもたれかかってしまう。	職員全体で再発防止の話し合いを行う。転倒リスクの高い方は安定しているように見えてもいつふらつきがあるか分からない為、腕持ち介助を行うようにする。ふらついたときに周りのものにぶつからないよう、歩いて頂く場所をテーブルやイスからできるだけ離れた場所にする。
通所介護	その他(連絡ミス)	10:00来所時、体温37.2℃。11:00微熱(37.3℃)があるためシャワー浴、全身軟膏処置を行う。15:00 体温38.8℃ご自宅へ。15:30 ご家族へ発熱の連絡。翌日入院。	連絡ミス、コミュニケーション不足が大きな原因と思われるため、今後は37.0℃以上ある場合にはご家族に連絡し、利用を継続するかを確認する。利用開始前に、疾患や薬、かかりつけ医、ご自宅での生活状況、ご家族の状況など利用者様の基本情報は全職員で共有する。急変時、体調不良時に連絡ができる連絡先を確保し、なにかあればすぐに相談できる環境を作る。A事業所では、当日の状況説明と問題点、今後の対策について話し合いました。事故発生防止委員会で今回の内容と今後の対策を話し合う。リスクマネジメントの研修会を行う。
認知症共同生活介護	転倒	1階廊下にて転倒される。1階トイレにて排泄後、自力歩行にて廊下を歩行された際、ふらつき転倒、その際に左ひじを負傷された。	自発的な行動をされる利用者であったとしても、職員が見守りを十分に行うよう努める。また、行動を制御することは出来ないが、目の届かない場所に利用者がある場合(居室内やトイレなど)の行動を察知することが出来るような環境作りに努める。手すりの設置については各利用者の居室の扉にあたる部分なので、今後検討していく。
特定入居者生活介護	不明	職員が訪室すると床に座った状態の本人様を発見する。	日頃から、ささいな事でも頼んで頂ける様にコミュニケーションをしっかりと取る。業務の合間にモニターを確認し、何もないことを確認してから次の業務に移る。NCを壁や手摺り等に設置する等、改善を行い、落下の防止に努める。
地域密着型特定入居者生活介護	転倒	大きな音がし向かうと居室ベッド前で倒れているA様を発見する。右後頭部より出血確認する。	○月○日カンファレンスを行い事故についての話し合いを行った。転倒を見越しての家具配置や見守り強化をスタッフ間で共有する。
小規模多機能型居宅介護	転倒	朝食後、A様の右膝に皮膚剥離と内出血を発見する。右手甲にも内出血がみられる。夜間の着衣パジャマに血液付着があることから居室内での転倒かと思われる。	身体機能維持のため自己にて歩行が可能であれば継続していく。認知症の進行から歩行中も落ち着かない行動になるため不安のある際は、声かけ見守り、付き添いを行っていく。居室内にもセンサーを設置と訪室回数を増やして様子観察を行う。認知症状が進行しており日々、変化があるため職員間での情報の共有を行っていく。

地域密着型通所介護	転倒	<p>被害者がデイルーム内での手作業（折り紙）中に、立って折り紙を整理していたところ、突然「あっ」と声を上げバランスを崩したため、スタッフが声に気づいて駆け付けたものの、間に合わず、後から転倒し臀部を床で打撲。</p>	<p>被害者が立位の場合は、同様の事故を防止するため、職員が必ず手が届く距離で見守りを行う。被害者が立ち上がる際に、職員に声掛けなどしていただくよう、都度被害者に依頼し、習慣化を図る。被害者の挙動をよく観察するとともに、職員間の連携を密にして、危険要因の低減・解消を図る。上記3項目については、当面重点的に取り組み、都度検証・評価・対応等を行う。今回の被害者以外の利用者については、立位時・歩行時の危険要因を抽出し、これに対して対策を講じることにより、事故防止に努める。（〇月〇日の会議で各利用者の危険要因と対策等を決定済み、今後は毎月の定例会議で継続して評価等を行う予定。）</p>
-----------	----	---	--

【コメント】
上記は、令和3年度に報告のあった介護事故のうち、特徴的な事例をピックアップしたものです（一部、個人や事業所が特定できる箇所をAと表記しています。）事故が生じた際にはすみやかに必要な措置を講じるとともに、その事故の状況及び処置について適切に記録を行ってください。家族等への連絡が遅れることで、事業所への不信感につながるケースも少なくありません。事故について、ご家族等から市に相談がくるケースの多くは家族等とのコミュニケーション不足と思われます。連絡先の再確認など徹底をお願いします。
また、事故の原因（本人要因、職員要因、環境要因など）を究明し、再発防止策を講じてください。

再発防止の検討にあたっては
①「適切な介護を行う」等の漠然とした内容ではなく、事故原因を踏まえた具体的な内容を盛り込んでください。
②再発防止策は職員会議や職員研修等を通じて、職員間で周知徹底することとしてください。
③必要に応じ各事業者独自の事故防止マニュアルについても、適宜見直しを行い、再発防止の内容を反映させてください。

※事故報告書について
第1報は少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出をお願いします。
また、7から9をご記入いただいた事故報告（最終報告）のご提出もよろしくお願いいたします。