

**令和4年度
介護保険事業者における事故報告
集計・分析結果
(令和4年4月1日～令和5年3月31日分)**

男鹿市介護サービス課

介護保険施設等における事故等の報告について

- ▶ 介護保険指定事業者及び基準該当サービス事業者について、サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずることとされています。

介護事故報告の目的

- ▶ 市が事業所から報告された介護事故情報を収集・分析・公表し、広く介護保険施設等に対し、安全対策に有用な情報を共有することで、今後の事業運営ならびに事故の発生防止・再発防止及び介護サービスの改善やサービスの質の向上につなげていきます。

報告対象について

① サービス提供中の利用者の負傷、死亡事故又は行方不明の発生

医師（施設の勤務医、配置医を含む）の診断を受け、投薬、処置等何らかの治療が必要となった事故（例：骨折、打撲、捻挫、脱臼、切傷、火傷、意識不明など）

② 食中毒及び感染症の発生

③ 役・職員の交通事故・法令違反・不祥事等の発生

④ 地震・風水害や火災などによる被害の発生

※「サービス提供中」とは、送迎、通院等の間の事故も含むものです。また、居宅の通所・入所サービス及び施設サービスにおいては、利用者が事業所内にいる間は、「サービス提供中」に含まれます。

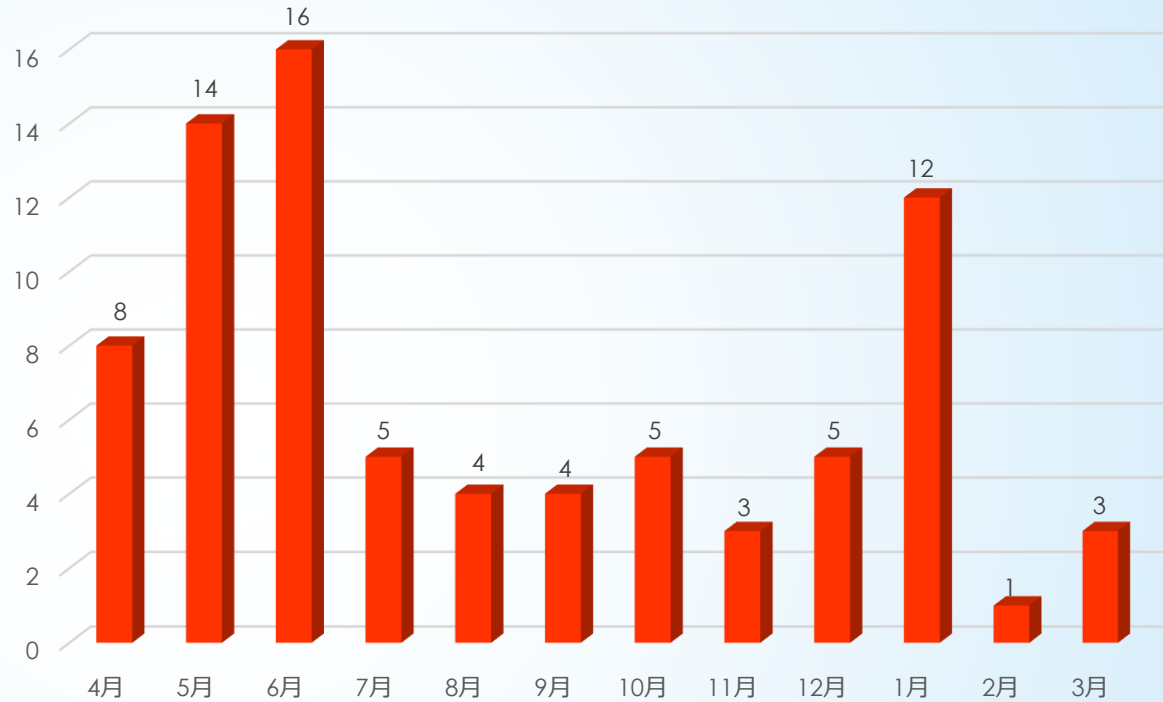
※利用者の自己過失による事故であっても、①に該当する場合は報告対象となります。

※原因が利用者の疾病によるものと明らかな場合は報告は不要ですが、後日利用者家族等とトラブルや損害賠償事故に発展する恐れや、発展した場合は報告対象となります。

※サービス提供中の事故により第三者が死亡、重篤状態となった場合も報告対象となります。

【発生月別】

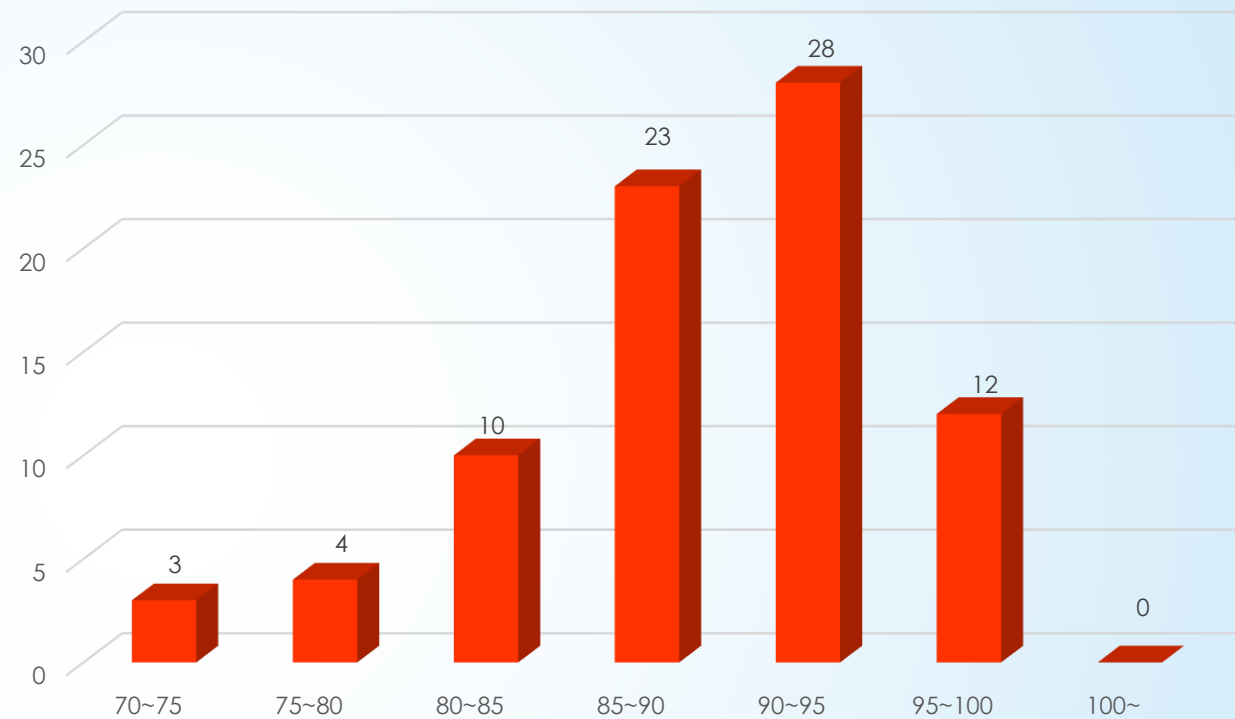
月	月別計	構成比
4月	8	10%
5月	14	18%
6月	16	20%
7月	5	6%
8月	4	5%
9月	4	5%
10月	5	6%
11月	3	4%
12月	5	6%
1月	12	15%
2月	1	1%
3月	3	4%
総計	80	100%



発生月では6月が1番多く16件（20%）、次いで5月が14件（18%）、1月が12件（15%）となっている。

【年齢別】

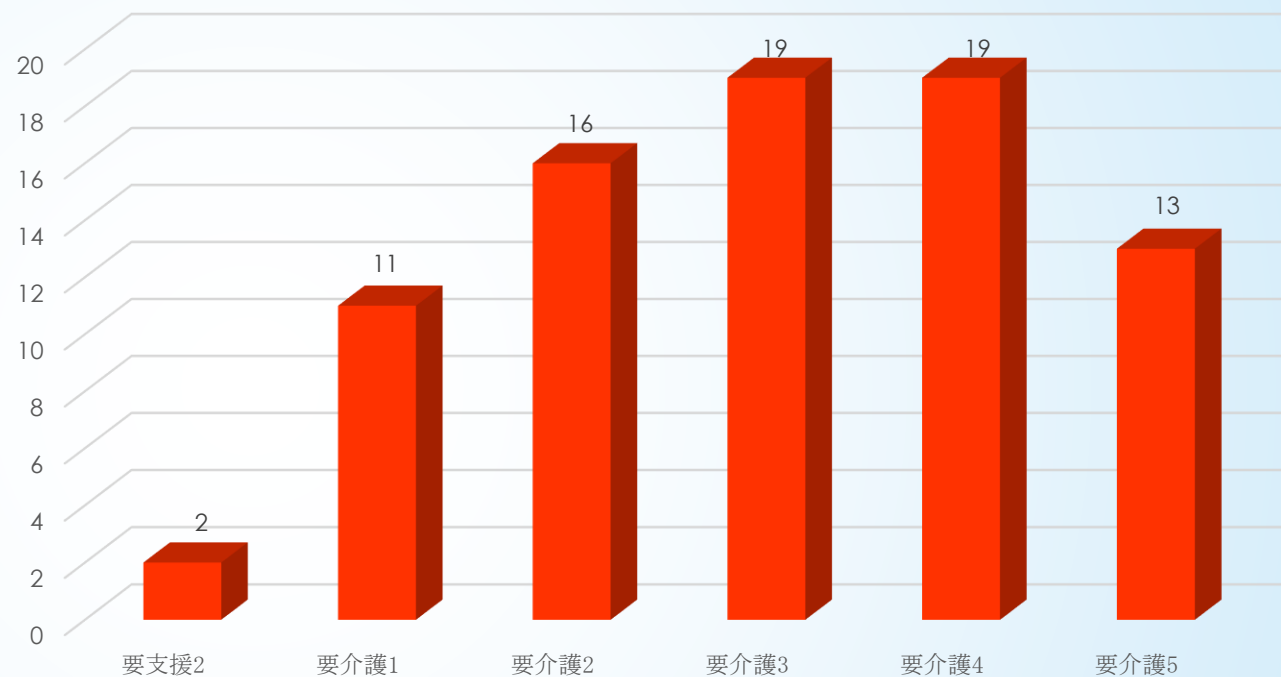
年齢帯	年齢帯別計	構成比
70～75	3	4%
75～80	4	5%
80～85	10	13%
85～90	23	29%
90～95	28	35%
95～100	12	15%
100～	0	0%
総計	80	100%



年齢別では、90～95歳が28件（35%）で一番多く、次いで85～90歳が23件（29%）となっている。

【介護度別】

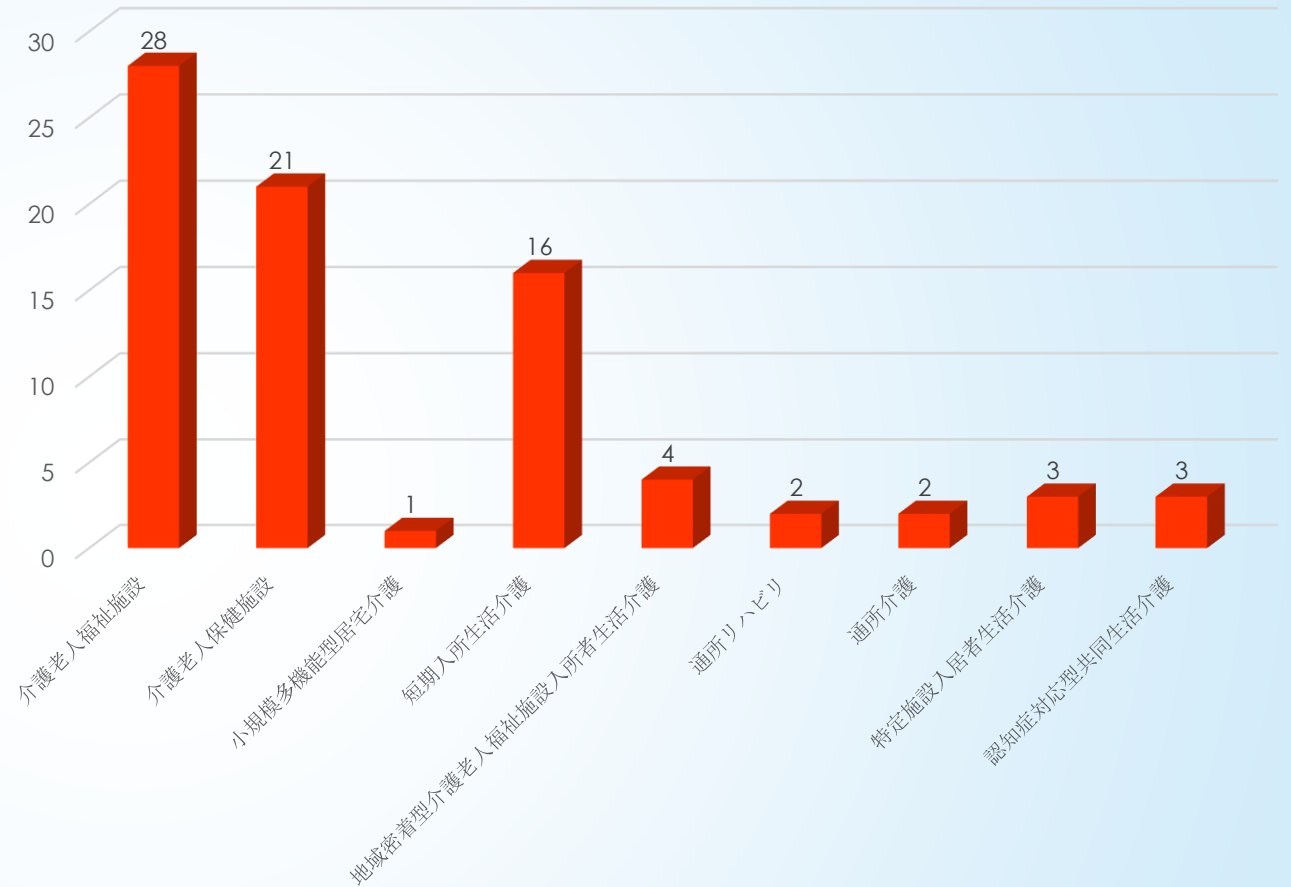
介護度	件数	構成比
要支援2	2	3%
要介護1	11	14%
要介護2	16	20%
要介護3	19	24%
要介護4	19	24%
要介護5	13	16%
総計	80	100%



介護度別では、要介護3・4が同数の19件（24％）で一番多く、次いで要介護2が16件（20％）となっている。

【サービス別】

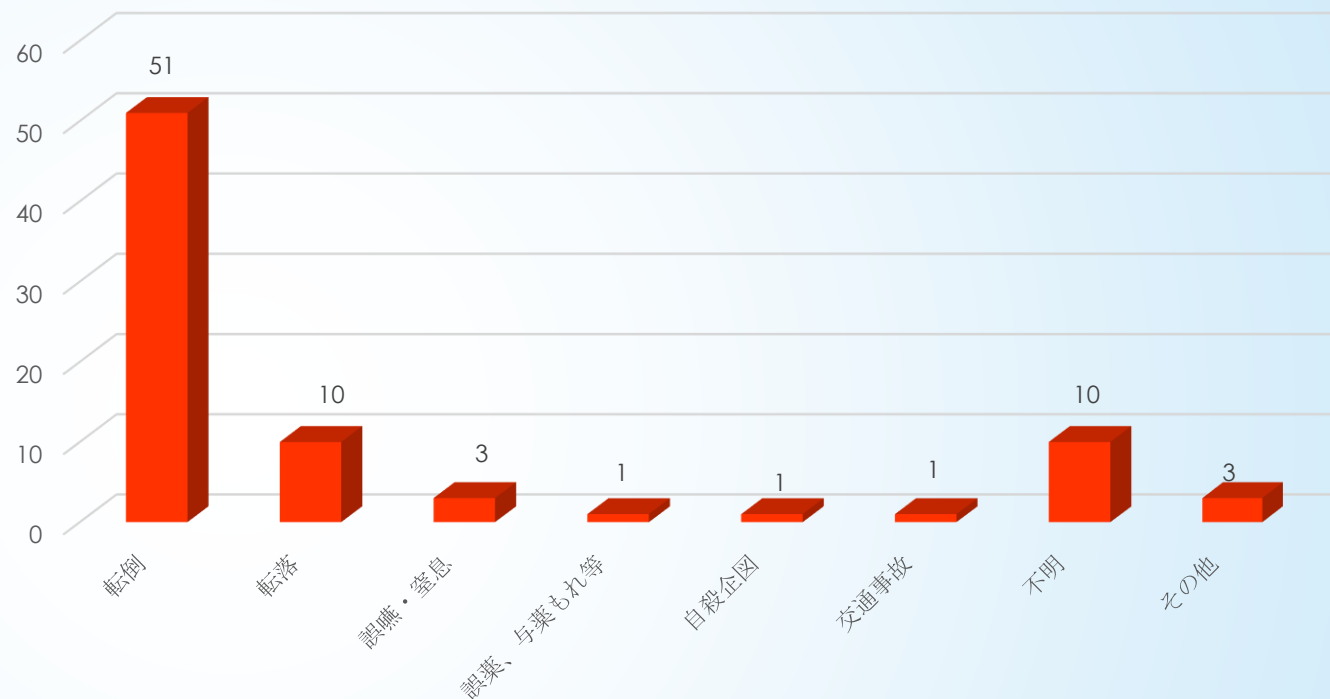
サービス種類	件数	構成比
介護老人福祉施設	28	35%
介護老人保健施設	21	26%
小規模多機能型居宅介護	1	1%
短期入所生活介護	16	19%
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	4	5%
通所リハビリ	2	3%
通所介護	2	2%
特定施設入居者生活介護	3	4%
認知症対応型共同生活介護	3	4%
総計	80	100%



サービス別では、介護老人福祉施設が28件（35%）で一番多く、次いで介護老人保健施設が21件（26%）、短期入所生活介護が16件（19%）となっている。

【原因別】

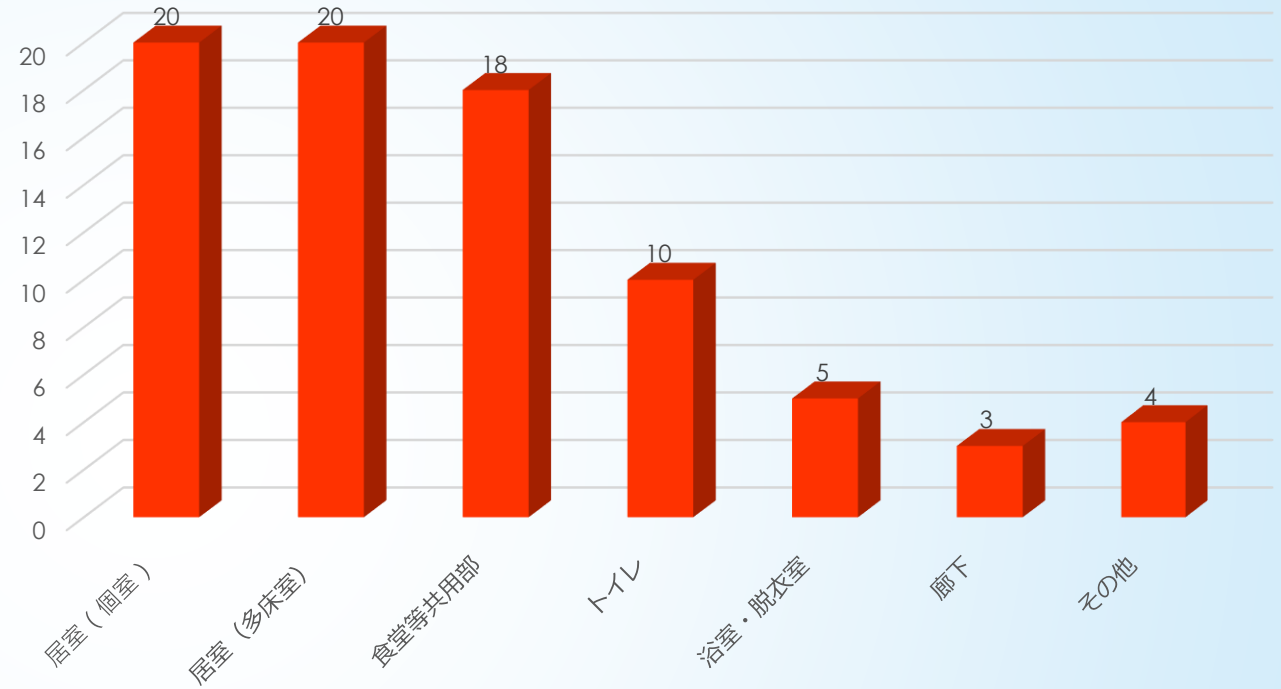
原因	件数	構成比
転倒	51	64%
転落	10	13%
誤嚥・窒息	3	4%
誤薬、与薬もれ等	1	1%
自殺企図	1	1%
交通事故	1	1%
不明	10	13%
その他	3	4%
総計	80	100%



原因別では、転倒が51件（64%）で一番多く、次いで転落と不明が10件（13%）、その他が3件（4%）となっている。不明について、発見のタイミングは入浴介助時、食事・水分介助時、トイレ誘導・おむつ交換時となっている。その他の内容は、自傷行為、原因不明の骨折、ベッド柵への接触となっている。

【発生場所別】

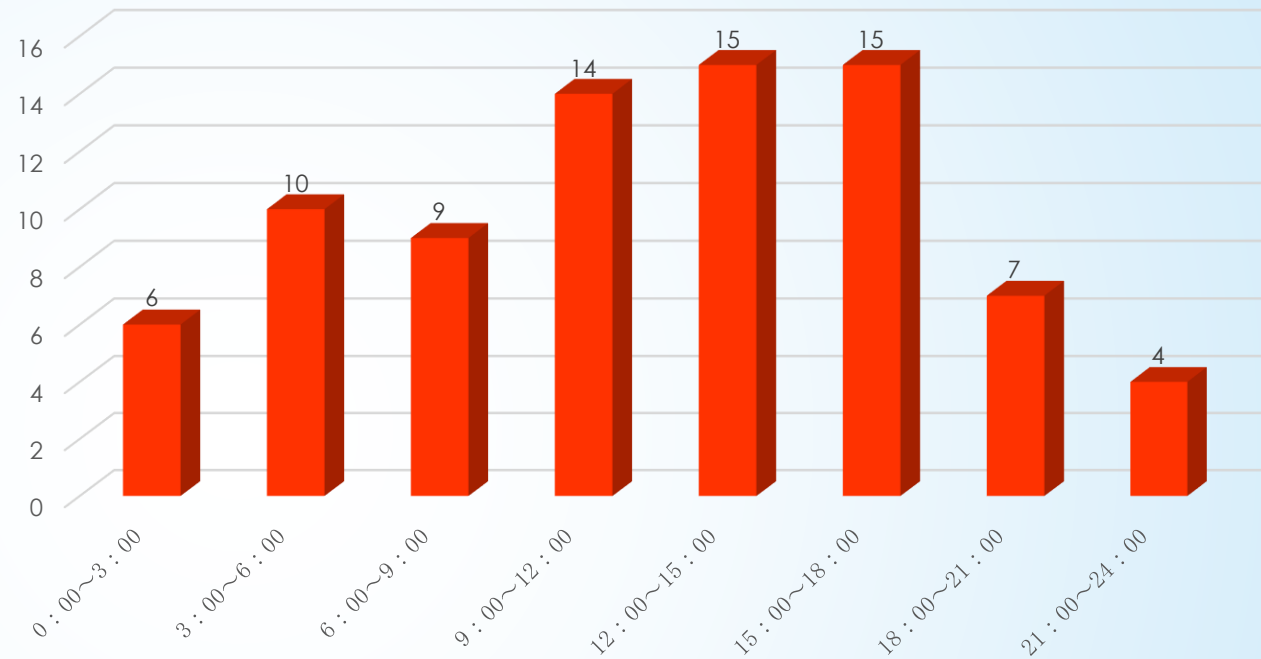
発生場所	件数	構成比
居室（個室）	20	25%
居室（多床室）	20	25%
食堂等共用部	18	23%
トイレ	10	13%
浴室・脱衣室	5	6%
廊下	3	4%
その他	4	5%
総計	80	100%



発生場所別では、居室（個室）（多床室）がそれぞれ20件（25%）で一番多く、次いで食堂等共用部が18件（23%）、トイレが10件（13%）となっている。その他の内容は、送迎車内、発生場所不明となっている。

【時間帯別】

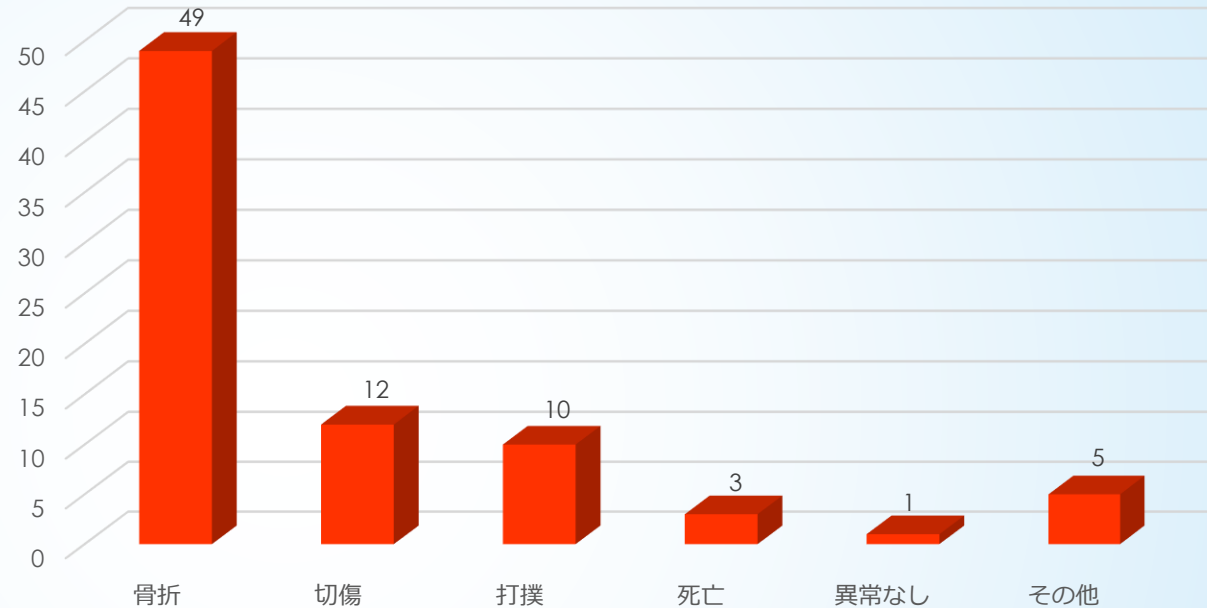
時間帯	時間帯別計	構成比
0 : 00 ~ 3 : 00	6	8%
3 : 00 ~ 6 : 00	10	13%
6 : 00 ~ 9 : 00	9	11%
9 : 00 ~ 12 : 00	14	18%
12 : 00 ~ 15 : 00	15	19%
15 : 00 ~ 18 : 00	15	19%
18 : 00 ~ 21 : 00	7	9%
21 : 00 ~ 24 : 00	4	5%
総計	80	100%



時間帯別では、12 : 00 ~ 15 : 00 並びに 15 : 00 ~ 18 : 00 が 15 件 (19%) で一番多く、次いで 9 : 00 ~ 12 : 00 が 14 件 (18%)、3 : 00 ~ 6 : 00 が 10 件 (13%) となっている。

【結果別】

結果	件数	構成比
骨折	49	61%
切傷	12	15%
打撲	10	13%
死亡	3	4%
異常なし	1	1%
その他	5	6%
総計	80	100%



結果別では、骨折が49件（61%）で一番多く、次いで切傷が12件（15%）、打撲が10件（13%）となっている。その他の内容は、誤嚥・裂傷・誤薬による意識障害となっている。

【時間帯×場所別】 クロス集計

時間帯	居室（個室）	居室（多床室）	食堂等共用部	トイレ	浴室・脱衣室	廊下	その他	総計
0：00～3：00	4	2						6
3：00～6：00	4	3		1	1		1	10
6：00～9：00	2	4	3					9
9：00～12：00	3	2		4	4		1	14
12：00～15：00	4	3	5			2	1	15
15：00～18：00	2	2	8	3				15
18：00～21：00	1		2	2		1	1	7
21：00～24：00		4						4
総計	20	20	18	10	5	3	4	80

時間帯にかかわらず居室での発生が多くなっている。また、午前中に入浴介助やトイレ誘導等を行っている際に発生した事案や、食事中やその前後に食堂・廊下などの共用部での発生事案がみられる。

【原因×場所】 クロス集計

原因	居室（個室）	居室（多床室）	食堂等共用部	トイレ	浴室・脱衣室	廊下	その他	総計
転倒	12	11	15	10	1	2		51
転落	4	4				1	1	10
誤嚥・窒息		1	2					3
誤薬、与薬もれ等			1					1
自殺企図		1						1
交通事故							1	1
不明	2	3			3		2	10
その他	2				1			3
総計	20	20	18	10	5	3	4	80

居室での転倒が最も多くなっている（23件）。

誤嚥・窒息は食堂等共用部での発生が、転倒・転落は居室・食堂共用部のほか廊下での発生もみられる。

その他については、スタッフルーム前での転落、送迎時の交通事故、どこで負傷したか明らかでない骨折となっている。

【原因×結果】 クロス集計

原因 \ 結果	骨折	切傷	打撲	死亡	異常なし	その他	総計
転倒	34	8	7			2	51
転落	4	3	2			1	10
誤嚥・窒息				2		1	3
誤薬、与薬もれ等						1	1
自殺企図				1			1
交通事故					1		1
不明	10						10
その他	1	1	1				3
総計	49	12	10	3	1	5	80

転倒については骨折が最も多く、誤嚥・窒息は死亡が2件、その他（誤嚥性肺炎疑い）が1件となっている。
事故原因が不明な事案は骨折が10件となっている。

【介護度×結果】 クロス集計

介護度	骨折	切傷	打撲	死亡	異常なし	その他	総計
要支援2		1			1		2
要介護1	8	2		1			11
要介護2	13	1	2				16
要介護3	11	2	3	1		2	19
要介護4	12	1	3	1		2	19
要介護5	5	5	2			1	13
総計	49	12	10	3	1	5	80

骨折・切傷・打撲において要介護2～4の方の割合が多くなっている。

【結果×場所】 クロス集計

発生場所	骨折	切傷	打撲	死亡	異常なし	その他	総計
居室（個室）	12	3	3			2	20
居室（多床室）	13	4	1	2			20
食堂等共用部	12		3	1		2	18
トイレ	1	4	2			1	8
浴室・脱衣室	5						5
廊下	2	1					3
その他	4		1		1		6
総計	49	12	10	3	1	5	80

居室における事故が半数を占めている。
食事中やその前後の動作からの事故の割合が高くなっている。
居室における死亡事故は、居室での食事中が2件であった。

事故の再発防止にあたって

- ・ 事故発生の際には、利用者・家族に対して正確かつ迅速に報告できるよう「事故の状況」「事故に際して採った処置」について、第三者にも事実が明確にわかるよう詳細な記録を時系列で残すこと、利用者・家族に対して理解と納得が得られるよう説明することが重要です。
- ・ 再発防止に向けて、研修の実施・マニュアルの作成・事故防止対策委員会の設置・ヒヤリハットの活用・職員間の情報共有が重要です。勤務時間が不規則な職員も受講できるよう研修を複数回開催したり、マニュアルの定期的な見直しなどを行い、事業所全体としてケアの質の向上に努めることが求められます。
- ・ 事故の根本的な要因を理解するために、利用者の個別状況の把握・環境的要因・職員側の要因などに分類し、備品配置の見直し・マニュアルの見直し・教育を充実させるなどの解決策に導くことが再発防止に繋がります。
- ・ 事業所は、事故報告は職員の処罰を目的としたものではないことや、客観的で正確な事実の報告が重要であることを職員に十分浸透させ、**報告しやすい組織を作ることが**大切です。