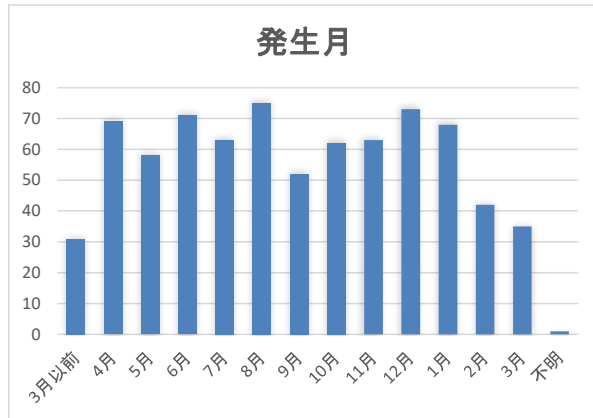


令和2年度 介護サービス事業者等における事故報告(集計・分析結果)について

令和2年4月1日から令和3年3月31日までの期間に、西宮市に報告のあった介護サービス事業所、老人福祉施設等における事故報告書の集計結果を公表します。今後の事業運営及び介護事故防止にご活用下さい。

1. 発生月

発生月	件数	構成比
3月以前	31	4.1%
4月	69	9.0%
5月	58	7.6%
6月	71	9.3%
7月	63	8.3%
8月	75	9.8%
9月	52	6.8%
10月	62	8.1%
11月	63	8.3%
12月	73	9.6%
1月	68	8.9%
2月	42	5.5%
3月	35	4.6%
不明	1	0.1%
合計	763	100.0%



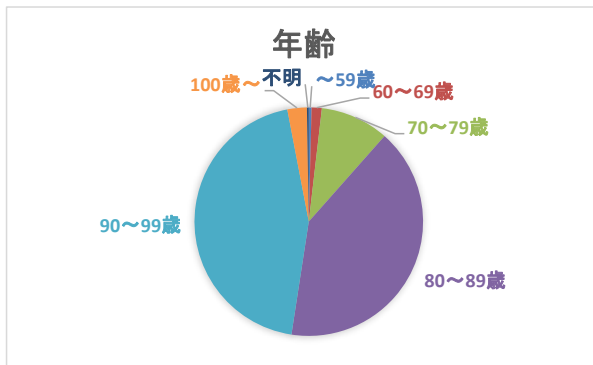
(コメント)

発生月別では、8月が75件と最も多く、次いで12月が73件となっています。

なお、3月以前に発生した事故の報告が4月以降になされているケースも散見されます。事故が発生した場合は、すみやかに西宮市まで報告をお願いします。

2. 年齢

年齢	件数	構成比
～59歳	3	0.4%
60～69歳	11	1.4%
70～79歳	74	9.7%
80～89歳	312	40.9%
90～99歳	340	44.6%
100歳～	21	2.8%
不明	2	0.3%
合計	763	100.0%



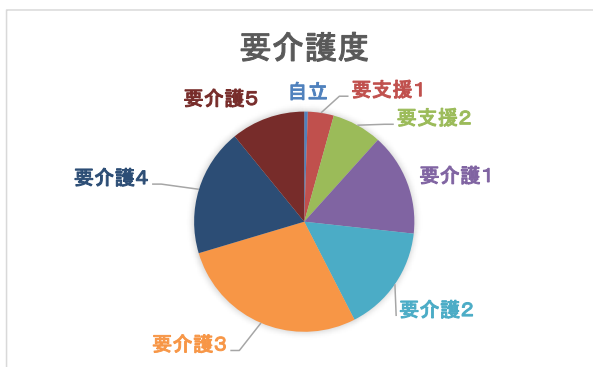
(コメント)

90歳以上の利用者でほぼ半数を占めています。次いで80歳代も40.9%となっています。

一方で、70歳代より若い年齢層では1割程度にとどまっています。

3. 要介護度

要介護度	件数	構成比
自立	4	0.5%
要支援1	29	3.8%
要支援2	56	7.3%
要介護1	115	15.1%
要介護2	120	15.7%
要介護3	213	27.9%
要介護4	143	18.7%
要介護5	83	10.9%
合計	763	100.0%



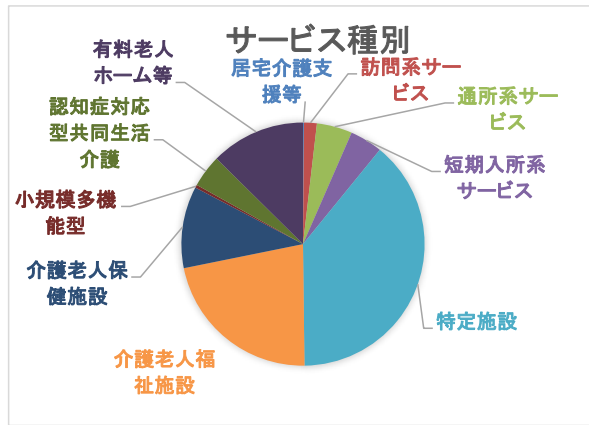
(コメント)

要介護3が最も多く(27.9%)、次いで要介護4(18.7%)、要介護2(15.7%)の順で多くなっています。

一方、要支援(1、2)の利用者の事故は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	構成比
居宅介護支援等	1	0.1%
訪問系サービス	13	1.7%
通所系サービス	36	4.7%
短期入所系サービス	33	4.3%
特定施設	297	38.9%
介護老人福祉施設	168	22.0%
介護老人保健施設	83	10.9%
小規模多機能型	3	0.4%
認知症対応型共同生活介護	33	4.3%
有料老人ホーム等	96	12.6%
合計	763	100.0%

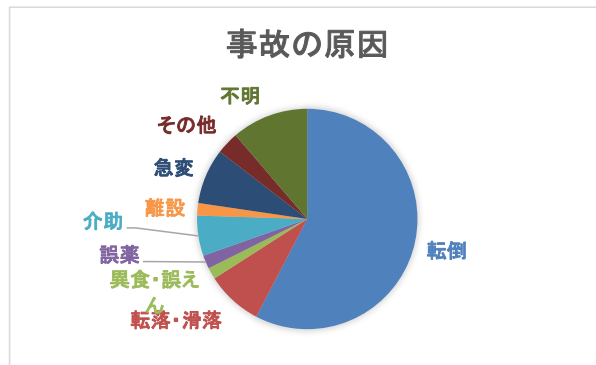


(コメント)

サービス種別ごとの件数は、本市では特定施設が最も多くなっています(38.9%)。これは、軽微な事案でも報告対象としている特定施設が比較的多いことが影響していると考えられます。次いで介護老人福祉施設(22.0%)、有料老人ホーム等(特定施設除く)(12.6%)の順となっています。

5. 事故の原因

事故の原因	件数	構成比
転倒	440	57.7%
転落・滑落	63	8.3%
異食・誤えん	13	1.7%
誤薬	15	2.0%
介助	45	5.9%
離設	14	1.8%
急変	62	8.1%
その他	25	3.3%
不明	86	11.3%
合計	763	100.0%

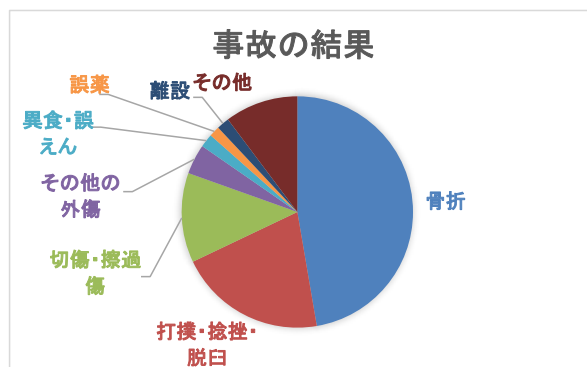


(コメント)

事故の原因としては、転倒が最も多く(57.7%)、また転落・滑落も多く発生しています(8.3%)。これらの多くは職員の付き添いが無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	構成比
骨折	351	46.0%
打撲・捻挫・脱臼	153	20.1%
切傷・擦過傷	93	12.2%
その他の外傷	31	4.1%
異食・誤えん	14	1.8%
誤薬	11	1.4%
離設	13	1.7%
その他	76	10.0%
異常なし	21	2.8%
合計	763	100.0%

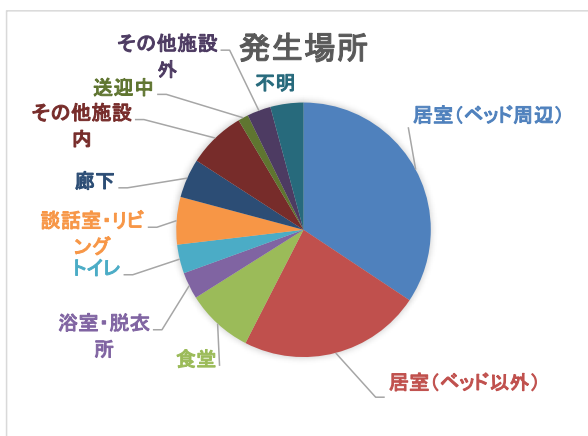


(コメント)

事故による結果は、「骨折」が46.0%、次いで「打撲・捻挫・脱臼」が20.1%、「切傷・擦過傷」が12.2%の順となります。なお「その他」の内容としては、病状の急変等による緊急対応や、利用者間のトラブルなどが含まれます。また、「異常なし」とは、転倒等が発生したものの結果的に外傷等がなかった事案となります。

7. 発生場所

発生場所	件数	構成比
居室(ベッド周辺)	262	34.3%
居室(ベッド以外)	177	23.2%
食堂	65	8.5%
浴室・脱衣所	26	3.4%
トイレ	28	3.7%
談話室・リビング	46	6.0%
廊下	38	5.0%
その他施設内	56	7.3%
送迎中	10	1.3%
その他施設外	23	3.0%
不明	32	4.2%
合計	763	100.0%

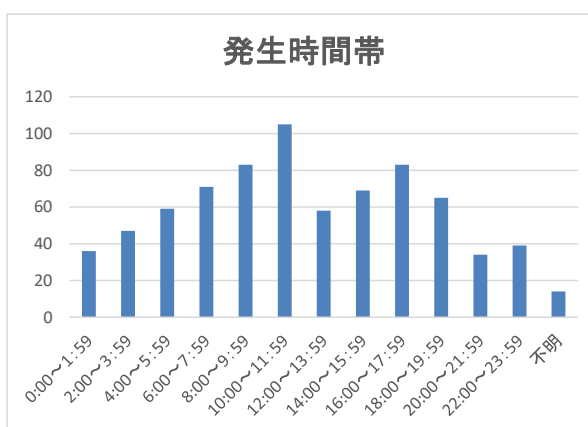


(コメント)

事故の発生・発見場所は、居室内が半数以上を占めています。その中でも、ベッド周辺の割合が高くなっています。利用者が起床後、自ら行動を起こそうとして転倒等につながった事案が多く報告されています。

8. 発生時間帯

発生時間	件数	構成比
0:00～1:59	36	4.7%
2:00～3:59	47	6.2%
4:00～5:59	59	7.7%
6:00～7:59	71	9.3%
8:00～9:59	83	10.9%
10:00～11:59	105	13.8%
12:00～13:59	58	7.6%
14:00～15:59	69	9.0%
16:00～17:59	83	10.9%
18:00～19:59	65	8.5%
20:00～21:59	34	4.5%
22:00～23:59	39	5.1%
不明	14	1.8%
合計	763	100.0%



(コメント)

事故発生の時間帯としては、利用者の活動する機会の多い午前中や、夕方が多くなっています。また、深夜の時間帯で発生した事案は、多くが介護職員の付き添いのない場面で発生しています。一方で、発生時刻が不明という事案も一定数発生しています。

9. 発生時間帯×発生場所

	居室 (ベッド 周辺)	居室 (ベッド 以外)	食堂	浴室・ 脱衣所	トイレ	談話室・ リビ ング	廊下	その他 施設内	送迎 中	その他 施設外	不明	総計	構成 比
0:00～1:59	20	12			1		1	1		1		36	4.7%
2:00～3:59	15	18	1		1	1	5	5		1		47	6.2%
4:00～5:59	29	20		1	1	1	2	2		2	1	59	7.7%
6:00～7:59	30	14	8		1	6	2	4		1	5	71	9.3%
8:00～9:59	24	14	9	6	5	8	4	5	4	2	2	83	10.9%
10:00～11:59	29	20	6	13	3	5	7	9		5	8	105	13.8%
12:00～13:59	17	10	12	1	5	4	2	4		1	2	58	7.6%
14:00～15:59	19	15	3	4	7	7	4	5	2	2	1	69	9.0%
16:00～17:59	19	11	18	1	2	7	6	7	4	4	4	83	10.9%
18:00～19:59	27	13	6		1	3	3	8		2	2	65	8.5%
20:00～21:59	11	18	1		1		1	2				34	4.5%
22:00～23:59	18	12	1			3	1	2		2		39	5.1%
不明	4					1		2			7	14	1.8%
総計	262	177	65	26	28	46	38	56	10	23	32	763	100.0%
構成比	34.3%	23.2%	8.5%	3.4%	3.7%	6.0%	5.0%	7.3%	1.3%	3.0%	4.2%	100.0%	

(コメント)

上記は事故の発生時間帯と発生場所をクロス集計したものです。

時間帯に関わらず居室での発生が多く、利用者が多くの時間を居室で過ごしていることが推測されます。

また、早朝・深夜帯に居室以外で発生した事故は、利用者が一人で行動しようとした事案が多く報告されています。

10. 事故の原因×発生場所

	居室 (ベッド 周辺)	居室 (ベッド 以外)	食堂	浴室・ 脱衣所	トイレ	談話室・ リビ ング	廊下	その他 施設内	送迎 中	その他 施設外	不明	総計	構成 比
転倒	110	143	38	10	20	31	33	38	4	10	3	440	57.7%
転落・滑落	36	6	4	2	4	4	3	3			1	63	8.3%
介助	28		2	7				5	1		2	45	5.9%
異食・誤えん	1	2	5			2	1	2				13	1.7%
誤薬	2	3	6			2					2	15	2.0%
離脱	1	1								12		14	1.8%
その他	8	2	1	1		1	1	4	5		2	25	3.3%
急変	37	11	3	2	1	3		3			2	62	8.1%
不明	39	9	6	4	3	3		1		1	20	86	11.3%
総計	262	177	65	26	28	46	38	56	10	23	32	763	100.0%
構成比	34.3%	23.2%	8.5%	3.4%	3.7%	6.0%	5.0%	7.3%	1.3%	3.0%	4.2%	100.0%	

(コメント)

上記は、事故の発生原因とその発生場所をクロス集計したものです。

転倒は、居室内で特に多く発生しています。職員の目の届かない場面で、利用者自身で行動を起こそうとした結果、発生するケースが多くなっています。居室以外の施設内の転倒についても、一人で過ごされている時に多く発生しています。

また、事故原因が不明である事案も、発見場所は居室内が多くを占めています。

11. 事故の原因×事故の結果

	骨折	打撲・捻挫・脱臼	切傷・擦過傷	その他の外傷	異食・誤えん	誤薬	離設	その他	異常なし	総計	構成比
転倒	240	117	56	11		2		1	13	440	57.7%
転落・滑落	29	19	8	1					6	63	8.3%
介助	17	7	16	5						45	5.9%
異食・誤えん					13					13	1.7%
誤薬						9		6		15	2.0%
離設							13	1		14	1.8%
その他	4	1	7	6				7		25	3.3%
急変				1	1			59	1	62	8.1%
不明	61	9	6	7				2	1	86	11.3%
総計	351	153	93	31	14	11	13	76	21	763	100.0%
構成比	46.0%	20.1%	12.2%	4.1%	1.8%	1.4%	1.7%	10.0%	2.8%	100.0%	

(コメント)

上記は、事故の発生原因とその結果をクロス集計したものです。

転倒の事案のうち、半数以上が骨折につながっています。高齢者の転倒は骨折リスクが非常に高いことが分かります。

また、原因が不明である骨折も61件発生しています。

12. サービス種別×事故の原因

	転倒	転落・滑落	介助	異食・誤えん	誤薬	離設	その他	急変	不明	総計	構成比
居宅介護支援等	1									1	0.1%
訪問系サービス	1		3		3	1	1	2	2	13	1.7%
通所系サービス	21	3	4	1			3	3	1	36	4.7%
短期入所系サービス	19	3	1				2	3	5	33	4.3%
特定施設	182	14	11	8	8		11	39	24	297	38.9%
介護老人福祉施設	78	23	17	3	2		7	2	36	168	22.0%
介護老人保健施設	53	13	7		1			1	8	83	10.9%
小規模多機能型	2								1	3	0.4%
認知症対応型共同生活介護	23	5	2	1		2				33	4.3%
有料老人ホーム等	60	2			1	11	1	12	9	96	12.6%
総計	440	63	45	13	15	14	25	62	86	763	100.0%
構成比	57.7%	8.3%	5.9%	1.7%	2.0%	1.8%	3.3%	8.1%	11.3%	100.0%	

(コメント)

上記は、サービス種別と事故の発生原因をクロス集計したものです。

介護老人福祉施設、介護老人保健施設においては、介助中の事故発生が全体の件数に比してやや多く、病状急変時の緊急対応が少なくなっています。見守りや介助の機会が多いことによる傾向と考えられます。一方で、発生原因が不明の事案も多くみられているため、各施設における事故原因の調査・分析をよりの確に行うことが望まれます。

有料老人ホーム等においては、病状急変時の緊急対応や離設の発生が多く、見守りの空白の時間が多く発生していることが推測されます。

13. 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)
訪問入浴介護	介助	介助用浴槽への移動時、普段は移譲用ボードを使っていたが機材不足のためネット担架を使用、右足に負荷がかかり骨折した。	・機材の使用方法について全職員に研修を行い、介助マニュアルに記載する。介助マニュアルは月1回のミーティング時に確認を行う。 ・介助する現場においても、複数の職員で相互に確認を行って使用することを徹底する。
通所介護	転倒	自宅送迎時、送迎車から下りた後の階段で転倒。雨天で、介助者が傘や荷物を持っていたため、ふらついた利用者を支えきれなかった。	・送迎車と居宅及び事業所との間における転倒に備え、利用者が目的地に帰着して安全な状態が確保されるまで、介助職員は原則として手に荷物を持たないこととする。 ・荒天日の送迎時には傘を使用しないこととし、レインコートの着用を協力を求める。
短期入所生活介護	介助	介助者1名でベッドから車いすに移乗する際、車いすのフットレスト装着部の突起に利用者の左腿が接触したまま身体を動かし、裂傷した。	・移乗介助を2名で行う体制を徹底するため、手薄な時間帯の介助職員をフロアごとに1名増員する。 ・施設で使用している全ての車いすの再点検を行い、負傷につながりやすい突起部分にカバーをつける等の対応を行う。
短期入所生活介護	転倒	利用者が便座に座って排便中、職員が介助用品を取りにその場を離れたが、その間に利用者が便座から離れて床に尻もちをつき、肋骨を骨折した。	・トイレ見守り中はその場を離れないこと、離れなければならない事情があれば他の職員に依頼することを職員ミーティングで再確認する。 ・排泄介助に必要な物品を入れて運べるワゴンを購入し、空白の時間を無くす。
介護老人福祉施設	その他(体動)	入所者の睡眠時、体動によりベッドの柵に足が当たり皮膚の剥離が発生。柵に保護材はあったがクッション性が低いものだった。	・ベッド柵の保護材を柔らかいものに代える。 ・体動の大きい利用者のベッド柵の横にクッションを設置し、接触による怪我を防止する。 ・体動の大きい利用者への夜間巡回の頻度を増やし、姿勢やポジショニングの確認を行う。
介護老人福祉施設	転落	廊下を車いすで移動中に、入居者の足がフットレストから落ちて床に接触、急ブレーキとなり前のめりに膝から転落し骨折。レッグサポートのマジックテープが劣化していた。	車いすのレッグサポートをマジックテープからボタンに変更し、外れ易さを解消する。 ・車いす移乗時、操作中にフットレストから足が落ちないように常に確認を行う。 ・車いすの適切な操作方法について、職員研修の内容に盛り込む。
介護老人福祉施設	異食	深夜の廊下で、利用者がおむつのバットを喉に詰めている所を巡回職員が発見。オムツのポリマーが喉につまり呼吸困難に陥った。	・異食が見られる利用者について、夜間帯のおむつには小型のバットは使用せず、また不眠時には布おむつを使用する。 ・夜間徘徊している利用者積極的に声かけを行い、異変にすみやかに気付く体制を取る。
介護老人保健施設	転倒	認知症があり、独歩で常に施設内を徘徊している利用者が、自分の靴を踏みながら歩くなどにより転倒を繰り返した。	・PTカンファレンスを行い、利用者には適切な靴に交換する。 ・ふらつきの原因となる内服薬の処方について、主治医に相談する。 ・転倒リスクが高いことをフロア職員間で共有し、見守りを強化する。利用者自身の疲労による転倒も考えられるため、時折休息を促す。
認知症対応型共同生活介護	離脱	玄関の電子錠に不具合がありロックがかからず、同じ入居者が2日続けて自身で外出。2度も市外の警察署で保護された。	・玄関の電子錠を修繕する。 ・玄関チャイムを設置し、チャイムが鳴った場合は必ず職員が状況確認を行う体制をとる。 ・夜間施錠について、毎日複数の職員で確認を行う。 ・帰宅願望のある入居者については、深夜の巡回頻度を増やし見守りを強化する。

(コメント)

上記は、令和2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(一部改変しています)。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下さい。また、事故の原因を究明し、再発防止策を講じて下さい。

再発防止策の検討にあたっては、以下の点に留意して下さい。

- 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下さい。
- ②再発防止策は職員会議や職員研修等を通じ、必ず職員間で周知徹底することとして下さい。
- ③必要に応じ事故防止マニュアルについても見直しを行い、再発防止策の内容を反映させて下さい。