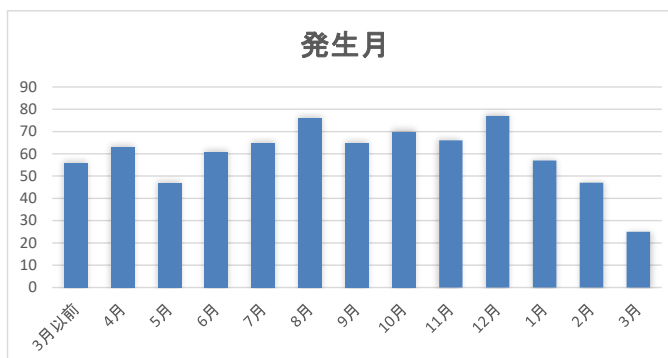


# 令和3年度 介護サービス事業者等における事故報告(集計・分析結果)について

令和3年4月1日から令和4年3月31日までの期間に、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。  
報告については年度ごとに集計し、次年度に公表を行います。

## 1. 発生月

発生月	件数	構成比
3月以前	56	7.2%
4月	63	8.1%
5月	47	6.1%
6月	61	7.9%
7月	65	8.4%
8月	76	9.8%
9月	65	8.4%
10月	70	9.0%
11月	66	8.5%
12月	77	9.9%
1月	57	7.4%
2月	47	6.1%
3月	25	3.2%
合計	775	100.0%

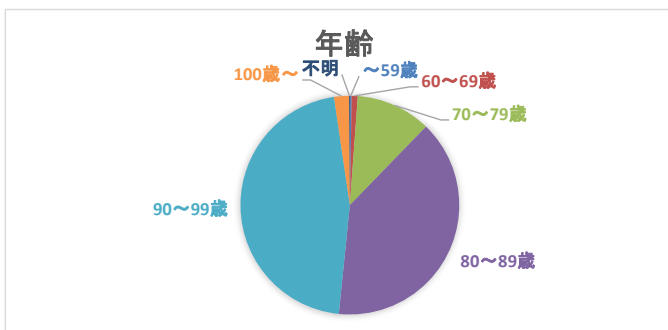


(コメント)

発生月別では、12月が77件と最も多く、次いで8月が76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、発生から数ヶ月経過後に報告される事例もありました。

## 2. 年齢

年齢	件数	構成比
～59歳	2	0.3%
60～69歳	7	0.9%
70～79歳	86	11.1%
80～89歳	305	39.4%
90～99歳	357	46.1%
100歳～	17	2.2%
不明	1	0.1%
合計	775	100.0%

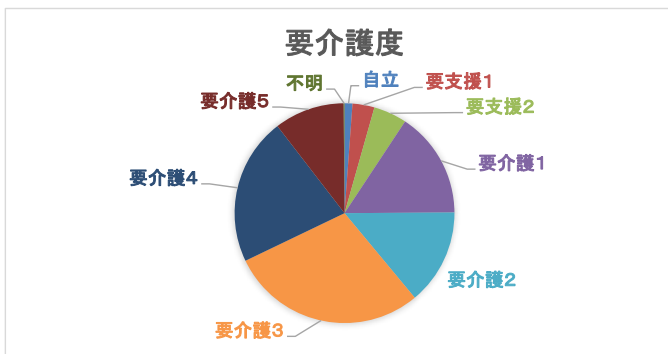


(コメント)

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39.4%となっています。  
一方で、80歳未満の年齢層では1割程度にとどまっています。  
前年度と傾向はほぼ変わりません。

## 3. 要介護度

要介護度	件数	構成比
自立	9	1.2%
要支援1	25	3.2%
要支援2	38	4.9%
要介護1	121	15.6%
要介護2	109	14.1%
要介護3	224	28.9%
要介護4	168	21.7%
要介護5	80	10.3%
不明	1	0.1%
合計	775	100.0%

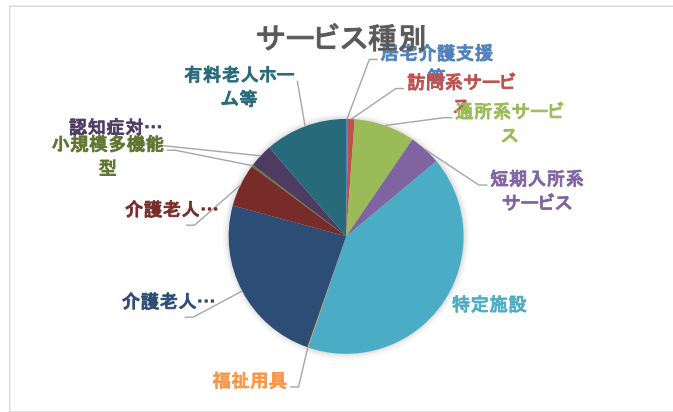


(コメント)

要介護3が最も多く(28.9%)、次いで要介護4(21.7%)、要介護1(15.6%)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	2	0.3%
訪問系サービス	7	0.9%
通所系サービス	65	8.4%
短期入所系サービス	34	4.4%
特定施設	320	41.3%
福祉用具	1	0.1%
介護老人福祉施設	185	23.9%
介護老人保健施設	46	5.9%
小規模多機能型	2	0.3%
認知症対応型共同生活介護	25	3.2%
有料老人ホーム等	88	11.4%
合計	775	100.0%

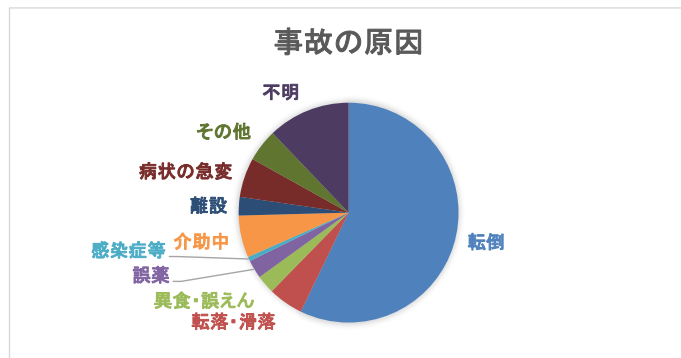


(コメント)

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(41.3%)。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(23.9%)、有料老人ホーム等(特定施設除く)(11.4%)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	443	57.2%
転落・滑落	40	5.2%
異食・誤えん	21	2.7%
誤薬	21	2.7%
感染症等	5	0.6%
介助中	48	6.2%
離設	21	2.7%
病状の急変	45	5.8%
その他	37	4.8%
不明	94	12.1%
合計	775	100.0%

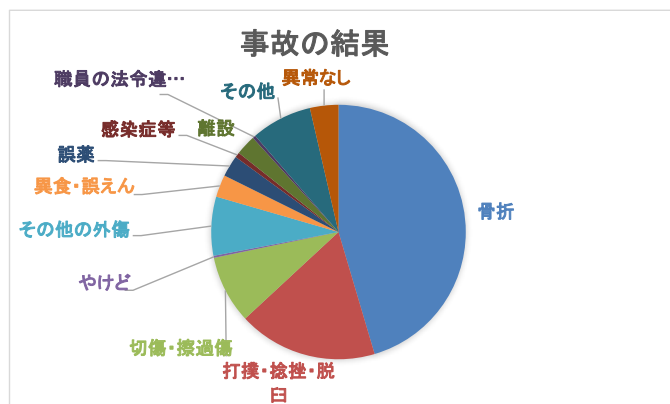


(コメント)

事故の原因としては、転倒が最も多い状況です(57.2%)。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れた際に発生した事案も多く報告されています。

#### 6. 事故の結果

事故内容	件数	構成比
骨折	352	45.4%
打撲・捻挫・脱臼	137	17.7%
切傷・擦過傷	67	8.6%
やけど	2	0.3%
その他の外傷	58	7.5%
異食・誤えん	22	2.8%
誤薬	21	2.7%
感染症等	5	0.6%
離設	20	2.6%
職員の法令違反、不祥事	3	0.4%
その他	60	7.7%
異常なし	28	3.6%
合計	775	100.0%

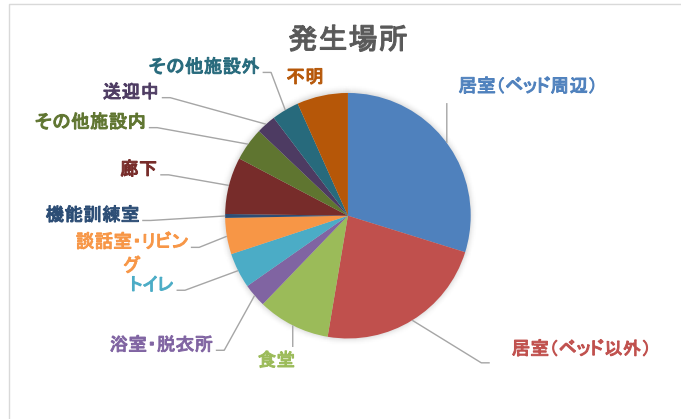


(コメント)

事故による結果は、「骨折」が45.4%、次いで「打撲・捻挫・脱臼」が17.7%、「切傷・擦過傷」が8.6%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)	231	29.8%
居室(ベッド以外)	177	22.8%
食堂	74	9.5%
浴室・脱衣所	24	3.1%
トイレ	36	4.6%
談話室・リビング	37	4.8%
機能訓練室	4	0.5%
廊下	58	7.5%
その他施設内	34	4.4%
送迎中	20	2.6%
その他施設外	28	3.6%
不明	52	6.7%
合計	775	100.0%

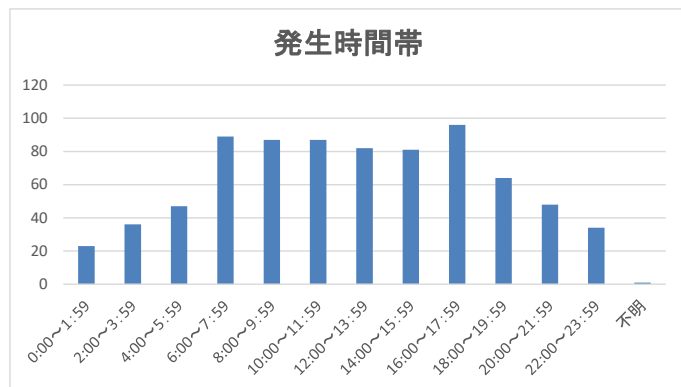


(コメント)

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	23	3.0%
2:00~3:59	36	4.6%
4:00~5:59	47	6.1%
6:00~7:59	89	11.5%
8:00~9:59	87	11.2%
10:00~11:59	87	11.2%
12:00~13:59	82	10.6%
14:00~15:59	81	10.5%
16:00~17:59	96	12.4%
18:00~19:59	64	8.3%
20:00~21:59	48	6.2%
22:00~23:59	34	4.4%
不明	1	0.1%
合計	775	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。

## 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	機能訓練室	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	12	7			1	1		1			1		23	3.0%
2:00~3:59	18	12	1		2			1				2	36	4.6%
4:00~5:59	19	13			4	1		7			1	2	47	6.1%
6:00~7:59	33	24	5			4		11	2		1	9	89	11.5%
8:00~9:59	20	16	7	7	3	2		7	7	6	3	9	87	11.2%
10:00~11:59	21	21	7	7	3	5	2		4	3	4	10	87	11.2%
12:00~13:59	10	17	16	1	7	5	1	9	4	2	4	6	82	10.6%
14:00~15:59	16	12	6	7	6	10		7	5	1	6	5	81	10.5%
16:00~17:59	21	16	15	2	4	6	1	5	8	8	8	2	96	12.4%
18:00~19:59	16	17	16		3	2		6	2			2	64	8.3%
20:00~21:59	26	12	1		2	1		3	1			2	48	6.2%
22:00~23:59	18	10			1			1	1			3	34	4.4%
不明	1												1	0.1%
総計	231	177	74	24	36	37	4	58	34	20	28	52	775	100.0%
構成比	29.8%	22.8%	9.5%	3.1%	4.6%	4.8%	0.5%	7.5%	4.4%	2.6%	3.6%	6.7%	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	機能訓練室	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	150	106	41	6	27	28	1	52	19	5	7	1	443	57.2%
転落・滑落	5	25	3	2		3		1	1				40	5.2%
介助	2	19	2	10	5	1	1	2	3	2	1		48	6.2%
異食・誤えん		2	17			2							21	2.7%
誤薬	1	9	7						3		1		21	2.7%
離設									2		19		21	2.7%
感染症等		1							1			3	5	0.6%
病状の急変	5	32	2		1	2	1		2				45	5.8%
その他	8	7	2				1	1	2	13		3	37	4.8%
不明	6	30		6	3	1		2	1			45	94	12.1%
総計	177	231	74	24	36	37	4	58	34	20	28	52	775	100.0%
構成比	22.8%	29.8%	9.5%	3.1%	4.6%	4.8%	0.5%	7.5%	4.4%	2.6%	3.6%	6.7%	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。

## 11. 事故の原因×事故の結果

	骨折	打撲・捻挫・ 脱臼	切傷・擦過傷	やけど	その他の外傷	異食・誤えん	誤薬	離設	感染症等	法令違反等	その他	異常なし	総計	構成比
転倒	260	104	43		23						1	12	443	57.2%
転落・滑落	19	10	3		3							5	40	5.2%
介助	16	4	14		9	1				1	2	1	48	6.2%
異食・誤えん						21							21	2.7%
誤薬							21						21	2.7%
離設								20				1	21	2.7%
感染症等									5				5	0.6%
病状の急変											45		45	5.8%
その他		7	5	2	4					2	8	9	37	4.8%
不明	57	12	2		19						4		94	12.1%
総計	352	137	67	2	58	22	21	20	5	3	60	28	775	100.0%
構成比	45.4%	17.7%	8.6%	0.3%	7.5%	2.8%	2.7%	2.6%	0.6%	0.4%	7.7%	3.6%	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、原因が不明である外傷(骨折・打撲・切傷・その他の外傷等)も90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	介助中	異食・誤えん	誤薬	離設	感染症等	病状の急変	その他	不明	総計	構成比
居宅介護支援等									2		2	0.3%
訪問系サービス	1		2		2			1	1		7	0.9%
通所系サービス	30	1	9			7	1	3	13	1	65	8.4%
短期入所系サービス	24	2	1	3				2		2	34	4.4%
特定施設	185	14	14	13	14	4		34	10	32	320	41.3%
福祉用具									1		1	0.1%
介護老人福祉施設	92	14	16	5	2		1	2	7	46	185	23.9%
介護老人保健施設	32	5	4		1				1	3	46	5.9%
小規模多機能型	1									1	2	0.3%
認知症対応型共同生活介護	19	1	1						2	2	25	3.2%
有料老人ホーム等	59	3	1		2	10	3	3		7	88	11.4%
総計	443	40	48	21	21	21	5	45	37	94	775	100.0%
構成比	57.2%	5.2%	6.2%	2.7%	2.7%	2.7%	0.6%	5.8%	4.8%	12.1%	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。

### 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)
通所リハビリテーション	転倒(事業所内)	トイレに行こうとする際、リハビリ機器の間を通り抜けようとし、機器の支柱につまづき転倒した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リハビリ機器を事業所内の動線から離れた場所に設置する。</li> <li>・リハビリ機器の支柱に注意喚起の案内を付ける。</li> <li>・職員全体で相互に確認し、見守りを行う。</li> </ul>
通所介護	転落(静養ベッド)	静養ベッドから利用者がひとりで降りようとして、転落した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・静養室のカーテンの開閉を見直し、職員からの死角ができないようにする。</li> <li>・体力の低下が目立っており、適切な状態の把握を行う。</li> <li>・自ら動いたら鈴が鳴るようにし、直ぐに職員が気付くことができる体制を作る。</li> </ul>
通所介護	転倒(送迎車内)	車両内でフックで固定していた車椅子がフックがずれ、車椅子ごと転倒した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・フックの固定位置に固定シールを貼る。</li> <li>・乗降時フックの固定、シートベルト、車椅子のブレーキをダブルチェックで確認する。</li> <li>・移動中は同乗の職員が常に確認を行う。</li> </ul>
通所リハビリテーション	転倒(配膳車との接触)	委託業者がエレベーターから食器の配膳車を下す際、歩行中の利用者とは接触し、転倒した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・配膳の作業場所を固定し、ビニールテープで区分けする。</li> <li>・配膳車や台車の使用時は声掛けを行い注意喚起をする。</li> <li>・事業所内の危険箇所を洗い出し、職員に周知する。</li> </ul>
特定施設入居者生活介護	指の挟圧(送迎者乗車時)	入所者がシートベルトを締めようとしていた最中に、職員がスライドドアを閉めてしまい、入所者がスライドドアに指を挟んでしまった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者の乗車時には次のルールを守ることを全職員で周知徹底する。</li> <li>①入居者が安全に乗車したことを確認</li> <li>②シートベルトが着用されていることを確認</li> <li>③安全を確認しながらドアを閉める</li> <li>④職員が乗車</li> </ul>
特定施設入居者生活介護	誤薬	他の入所者の薬を誤って服用させてしまった。もう一人の職員が気付き、すぐに声掛けをしたが、間に合わなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・服薬前のダブルチェックを徹底する。</li> <li>・目視での氏名確認のほか、服薬される方の隣での読み上げ確認も実施する。</li> </ul>
有料老人ホーム	転倒(車椅子)	不穏な状態となった利用者が、食堂にて見守り職員が不在の状態では車椅子から立ち上がろうとするも、体を支えきれず転倒した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食堂では職員が常に利用者を視野に入れておくようにする。</li> <li>・不穏な状態のときは、気分転換のため、職員が同行し施設内散歩を行う。</li> <li>・精神的な安定を図るため、興味のある写真集の提供や、気の合う入居者との会話を促す。</li> </ul>
サービス付き高齢者向け住宅	離脱	夕食のため居室へ訪問するも不在。防犯カメラを確認すると単独で外出したことが判明。その後、近隣のマンション管理人より保護した旨の連絡があった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外出時は事務所へ声掛けをするよう利用者へ再度説明する。</li> <li>・GPS付の靴を使用するなど、早期発見ができる環境整備を提案する。</li> <li>・西宮市認知症SOSメールに登録を行う。</li> </ul>
介護老人福祉施設	転倒(排泄介助時)	居室での排泄介助の際、利用者にはタンスに掴まって立ってもらい、職員は左手で利用者の身体を支え、右手で排泄カートを取ろうとしたところ、利用者のふらつきを支えきれなくなり、転倒させてしまった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当該利用者は下肢筋力の低下のため、ベッド上で排泄介助を行うこととなっていた。介助方法のフロア全体への情報共有を徹底する。</li> <li>・排泄介助に限らず、タンスに掴まってもらうのは危険であるため、手すりを用意するほか、職員への危険予知教育を徹底して行う。</li> </ul>
介護老人福祉施設	転倒(杖の未使用)	夜間、普段は杖を使用している利用者が、杖を使用せずに廊下まで出歩き転倒した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・出歩く際には必ず杖を使用するよう声掛けするほか、杖が手に取りやすい場所にあるか常に確認する。</li> <li>・普段から足の運動や散歩を行い、下肢筋力の強化を図る。</li> </ul>
介護老人保健施設	転落(ベッドへの移乗)	利用者が車椅子からベッドに移る際に、車椅子の左側ブレーキがかかっておらず、バランスを崩して転倒した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居室内の目につく場所に、ベッドに移る際にはナースコールをするよう記載した表示板を設置する。</li> <li>・ベッドサイドにセンサーマットを設置し、様子確認を強化する。</li> </ul>
介護老人保健施設	転倒(シルバーカー)	利用者がトイレに行こうとシルバーカーで方向転換をしようとしたところ、バランスを崩し転倒した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・停車中のシルバーカーの方向転換をしようとする無理な操作をしたことにより発生した。居室に停車中のシルバーカーの向きについて頻繁に確認を行う。</li> <li>・居室内の動線を広く確保し、転倒しにくい環境整備を行う。</li> </ul>

#### (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。