

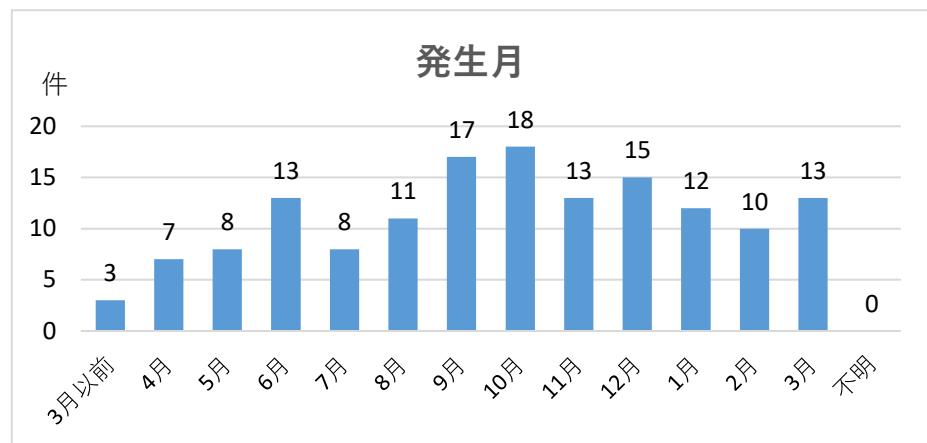
令和2年度 介護保険事業者等における事故報告(集計・分析結果)について

令和3年9月 鎌ヶ谷市

令和2年4月1日から令和3年3月31日までの間に、鎌ヶ谷市に報告のあった介護事業所、介護老人福祉施設等における事故報告を集計、分析しました。今後の事業運営及び介護事故防止にご活用ください。

1. 発生月

発生月	件数	構成比
3月以前	3	2.0%
4月	7	4.7%
5月	8	5.4%
6月	13	8.8%
7月	8	5.4%
8月	11	7.4%
9月	17	11.5%
10月	18	12.2%
11月	13	8.8%
12月	15	10.1%
1月	12	8.1%
2月	10	6.8%
3月	13	8.8%
不明	0	0.0%
合計	148	100.0%

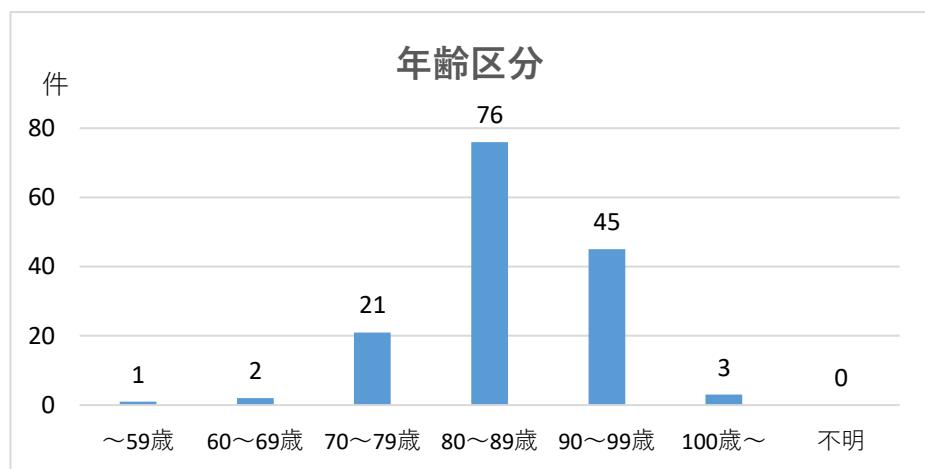


(コメント)

事故の発生月別では、10月が18件(12.2%)と最も多く、次いで9月が17件(11.5%)となっています。1年を通してみると、下半期(10月～3月)の事故が多い状態です。事故が発生した場合は、速やかに鎌ヶ谷市まで報告をお願いします。

2. 年齢区分

年齢区分	件数	構成比
～59歳	1	0.7%
60～69歳	2	1.4%
70～79歳	21	14.2%
80～89歳	76	51.4%
90～99歳	45	30.4%
100歳～	3	2.0%
不明	0	0.0%
合計	148	100.0%

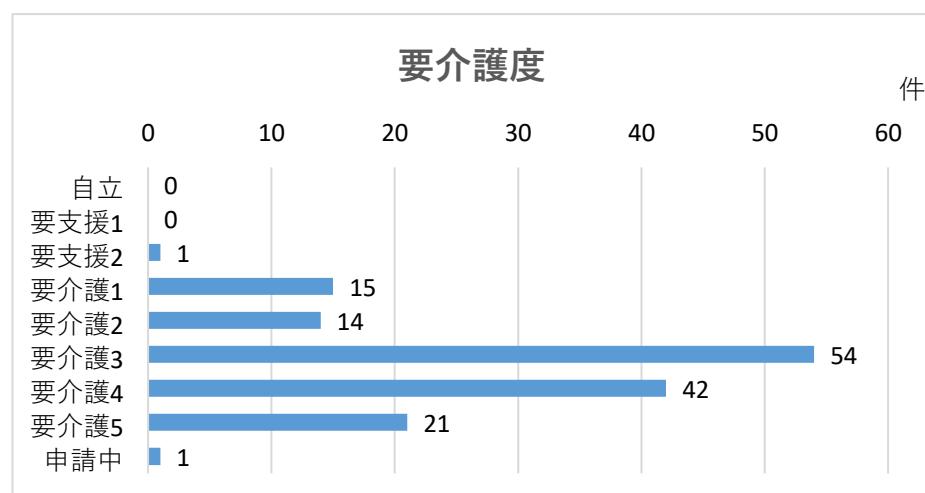


(コメント)

年齢別では、80～89歳の利用者でほぼ半数(76件、51.4%)を占めています。次いで90～99歳の45件(45件、30.4%)となっています。

3. 要介護度

要介護度	件数	構成比
自立	0	0.0%
要支援1	0	0.0%
要支援2	1	0.7%
要介護1	15	10.1%
要介護2	14	9.5%
要介護3	54	36.5%
要介護4	42	28.4%
要介護5	21	14.2%
申請中	1	0.7%
合計	148	100.0%

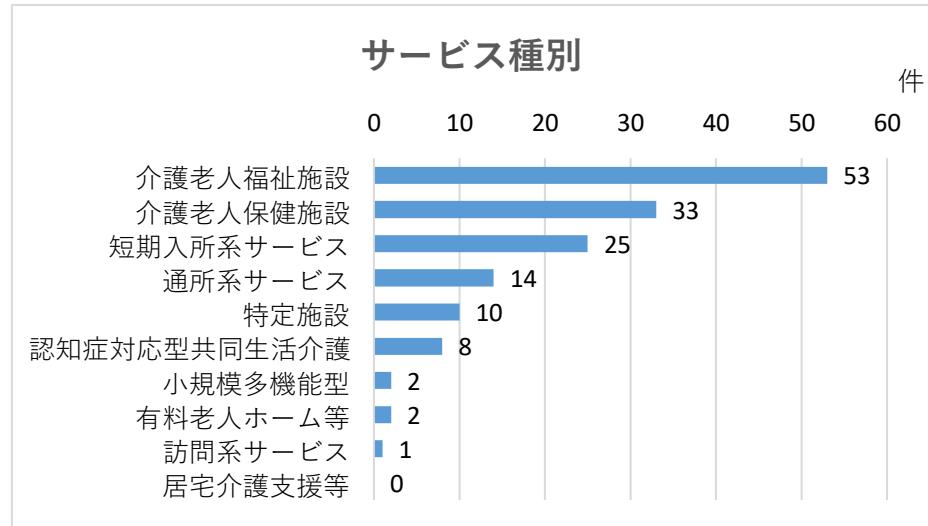


(コメント)

要介護度別では、要介護3が最も多く(54件、36.5%)、次いで要介護4(42件、28.4%)の順で多くなっています。一方、要介護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
介護老人福祉施設	53	35.8%
介護老人保健施設	33	22.3%
短期入所系サービス	25	16.9%
通所系サービス	14	9.5%
特定施設	10	6.8%
認知症対応型共同生活介護	8	5.4%
小規模多機能型	2	1.4%
有料老人ホーム等	2	1.4%
訪問系サービス	1	0.7%
居宅介護支援等	0	0.0%
合計	148	100.0%

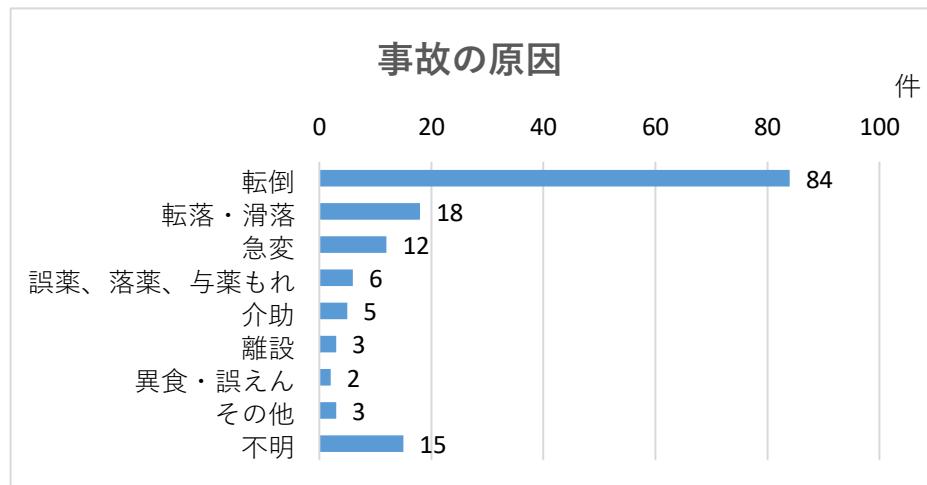


(コメント)

市へ提出のあった事故報告のうち、最も届け出件数が多かったサービス種別は、介護老人福祉施設の53件(35.8%)でした。続いて介護老人保健施設の33件(22.3%)、短期入所系サービス(25件、16.9%)の順となっています。また、入所系サービスと在宅系サービスに分けてみると、入所系サービスでの事故が133件(89.9%)、在宅系サービスが15件(10.1%)と圧倒的に入所系サービスでの事故が多くなっています。

5. 事故の原因

事故の原因	件数	構成比
転倒	84	56.8%
転落・滑落	18	12.2%
急変	12	8.1%
誤薬、落薬、与薬もれ	6	4.1%
介助	5	3.4%
離設	3	2.0%
異食・誤えん	2	1.4%
その他	3	2.0%
不明	15	10.1%
合計	148	100.0%

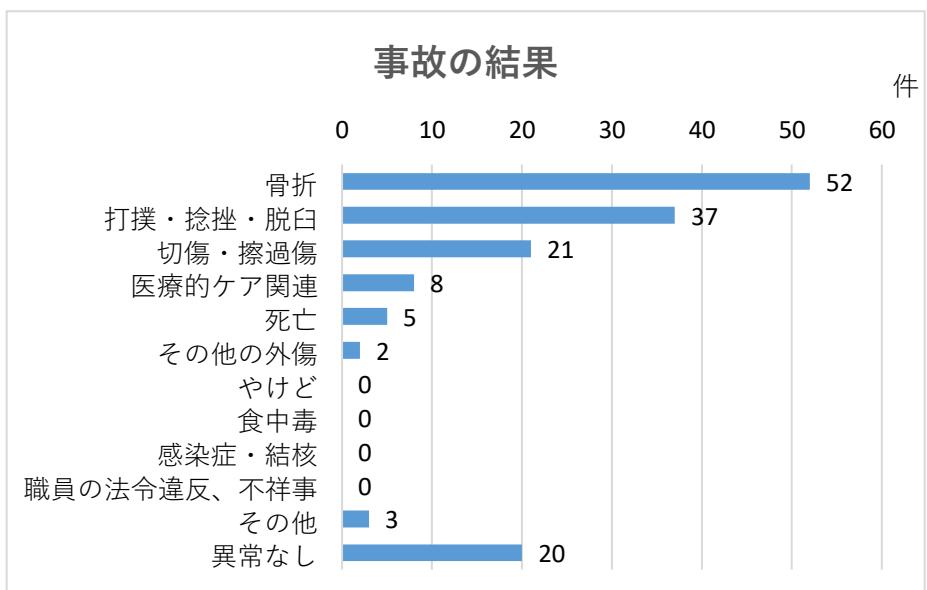


(コメント)

事故の原因をみると、転倒が突出して多く(84件、56.8%)、次いで転落・滑落が多く発生しています(18件、12.2%)。また、原因が不明の事案も全体の1割弱となっています(15件、10.1%)。

6. 事故の結果

事故の結果	件数	構成比
骨折	52	35.1%
打撲・捻挫・脱臼	37	25.0%
切傷・擦過傷	21	14.2%
医療的ケア関連	8	5.4%
死亡	5	3.4%
その他の外傷	2	1.4%
やけど	0	0.0%
食中毒	0	0.0%
感染症・結核	0	0.0%
職員の法令違反、不祥事	0	0.0%
その他	3	2.0%
異常なし	20	13.5%
合計	148	100.0%

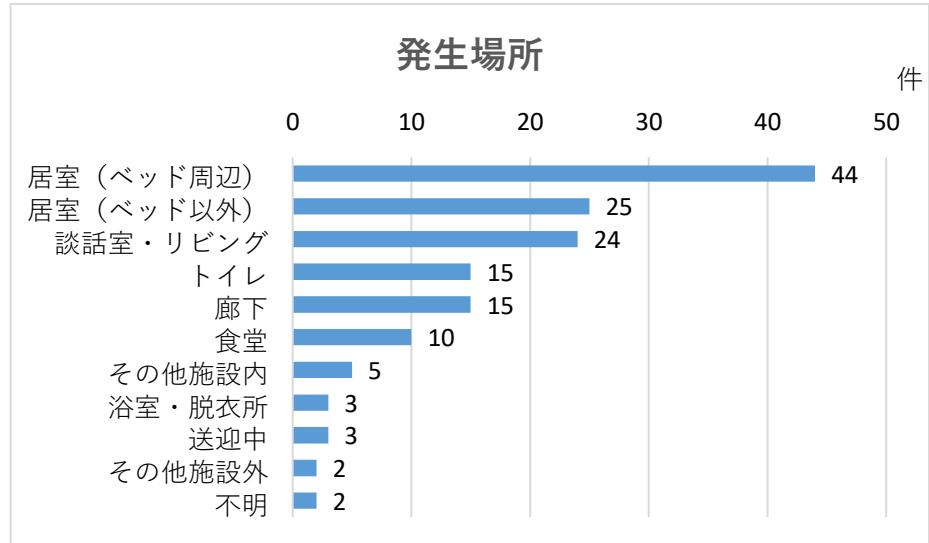


(コメント)

事故による結果は、骨折が52件(35.1%)、次いで打撲・捻挫・脱臼が37件(25.0%)、切傷・擦過傷が21件(14.2%)の順となっています。なお、その他の内容としては、一過性の意識消失、歩行困難などが含まれます。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)	44	29.7%
居室(ベッド以外)	25	16.9%
談話室・リビング	24	16.2%
トイレ	15	10.1%
廊下	15	10.1%
食堂	10	6.8%
その他施設内	5	3.4%
浴室・脱衣所	3	2.0%
送迎中	3	2.0%
その他施設外	2	1.4%
不明	2	1.4%
合計	148	100.0%

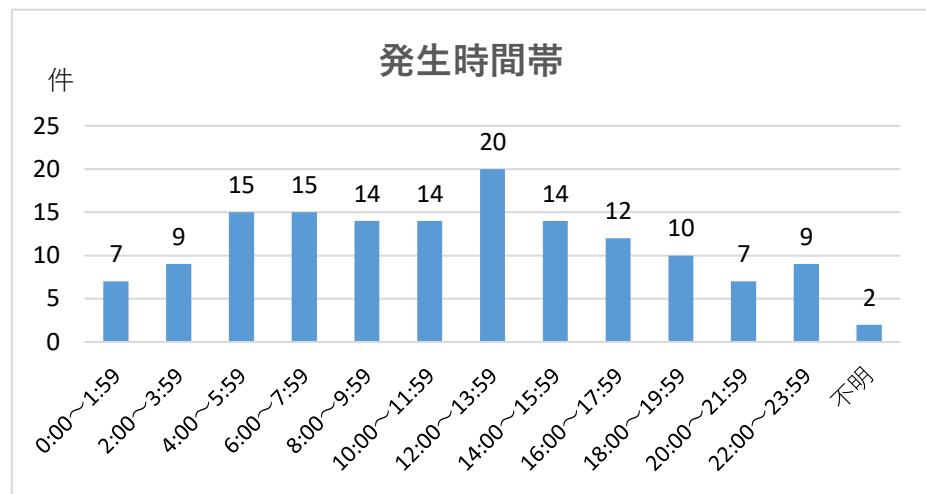


(コメント)

事故の発生・発見場所は、居室内が半数を占めています(69件、46.6%)。その中でも、ベッド周辺の割合が高くなっています。次いで、談話室・リビングが24件(16.2%)でした。

8. 発生時間帯

発生時間	件数	構成比
0:00~1:59	7	4.7%
2:00~3:59	9	6.1%
4:00~5:59	15	10.1%
6:00~7:59	15	10.1%
8:00~9:59	14	9.5%
10:00~11:59	14	9.5%
12:00~13:59	20	13.5%
14:00~15:59	14	9.5%
16:00~17:59	12	8.1%
18:00~19:59	10	6.8%
20:00~21:59	7	4.7%
22:00~23:59	9	6.1%
不明	2	1.4%
合計	148	100.0%



(コメント)

事故の発生時間帯別では、利用者が日中活動している昼間(12:00~14:00)が20件(13.5%)と多く、次いで就寝・起床時間帯(4:00~5:59、6:00~8:00)がそれぞれ15件(10.1%)となっています。職員が手薄となる夜間帯の事故も多いですが、起床直後や日中食事を終えた後の事故も多い結果となっています。

9. 発生時間帯 × 発生場所

	居室 (ベッド周 辺)	居室 (ベッド以 外)	談話室・リビング	トイレ	廊下	食堂	その他施設内	浴室・脱衣所	送迎中	その他施設外	不明	総計 (件)	構成比
0:00～1:59	3	2		1						1		7	4.7%
2:00～3:59	6			2		1						9	6.1%
4:00～5:59	4	5		2	3	1						15	10.1%
6:00～7:59	7	3	2		1	2						15	10.1%
8:00～9:59	3	3	1	2		1	1		2		1	14	9.5%
10:00～11:59	2	4	4	2	1			1				14	9.5%
12:00～13:59	4		6	3	3	3	1					20	13.5%
14:00～15:59	4	1	5	3				1				14	9.5%
16:00～17:59	4	2	2			1	1		1	1		12	8.1%
18:00～19:59	3	1	2		2	1		1				10	6.8%
20:00～21:59	1		2		3		1					7	4.7%
22:00～23:59	3	4			1		1					9	6.1%
不明					1						1	2	1.4%
総計(件)	44	25	24	15	15	10	5	3	3	2	2	148	100.0%
構成比	29.7%	16.9%	16.2%	10.1%	10.1%	6.8%	3.4%	2.0%	2.0%	1.4%	1.4%	100.0%	

(コメント)

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、さらに早朝・深夜帯に発生した事故では、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。次いで多いのは昼間の談話室・リビングでの発生が多く、利用者が食事、または団らんしている途中で事故が起きていることがわかります。

10. 事故の原因 × 発生場所

	居室 (ベッド周 辺)	居室 (ベッド以 外)	談話室・リビング	トイレ	廊下	食堂	その他施設内	浴室・脱衣所	送迎中	その他施設外	不明	総計 (件)	構成比
転倒	17	19	16	12	12	4	2	1	1			84	56.8%
転落・滑落	10	1	2		2	1	1		1			18	12.2%
不明	8	1	2	1				1			2	15	10.1%
急変	6	1	2	1		1		1				12	8.1%
誤薬、落葉、与薬もれ		2				3	1					6	4.1%
介助	3			1					1			5	3.4%
その他		1			1					1		3	2.0%
離設			1				1			1		3	2.0%
異食・誤えん			1			1						2	1.4%
総計(件)	44	25	24	15	15	10	5	3	3	2	2	148	100.0%
構成比	29.7%	16.9%	16.2%	10.1%	10.1%	6.8%	3.4%	2.0%	2.0%	1.4%	1.4%	100.0%	

(コメント)

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。職員の目が届かない場面で、利用者自身が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、談話室・リビング、トイレ、廊下等で発生していることがわかります。

また、事故原因が不明である事案も、発見場所は居室内が半数を占めています。

11. 事故の原因×事故の結果

	骨折	打撲・捻挫・脱臼	切傷・擦過傷	医療的ケア関連	死亡	その他の外傷	その他	異常なし	総計（件）	構成比
転倒	36	23	14	1			1	9	84	56.8%
転落・滑落	6	6	4			1		1	18	12.2%
急変				4	5		2	1	12	8.1%
誤薬、落薬、与薬もれ								6	6	4.1%
介助	2	2				1			5	3.4%
離設								3	3	2.0%
異食・誤えん				2					2	1.4%
その他	1		1	1					3	2.0%
不明	7	6	2						15	10.1%
総計（件）	52	37	21	8	5	2	3	20	148	100.0%
構成比	35.1%	25.0%	14.2%	5.4%	3.4%	1.4%	2.0%	13.5%	100.0%	

(コメント)

事故の発生原因とその診断結果をクロス集計したものです。
 転倒の事案のうち、ほぼ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わかります。
 事故原因が不明である事案も、骨折、打撲・捻挫・脱臼がほとんどです。
 また、急変による死亡原因は、意識喪失、腫瘍破裂、急性心不全などでした。

12. サービス種別×事故の原因

	転倒	転落・滑落	急変	誤薬、落薬、与薬もれ	介助	離設	異食・誤えん	その他	不明	総計（件）	構成比
介護老人福祉施設	36	4	3		2			1	7	53	35.8%
介護老人保健施設	18	4	1		1		1	1	7	33	22.3%
短期入所系サービス	11	6	4		1	1	1		1	25	16.9%
通所系サービス	6	2	3	1	1	1				14	9.5%
特定施設	7	1		2						10	6.8%
認知症対応型共同生活介護	5			2		1				8	5.4%
小規模多機能型	1			1						2	1.4%
有料老人ホーム等		1	1							2	1.4%
訪問系サービス								1		1	0.7%
総計（件）	84	18	12	6	5	3	2	3	15	148	100.0%
構成比	56.8%	12.2%	8.1%	4.1%	3.4%	2.0%	1.4%	2.0%	10.1%	100.0%	

(コメント)

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・保健施設においては、転倒が多い反面、急変時の緊急対応が少ない状況です。日頃から見守りや介助の機会が多いことによると考えられます。一方で、発生原因が不明の事案も多いため、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。
 また、ショートステイなどの短期入所系サービスにおいては、他のサービス種別と比較して症状急変が多く、見守りの空白時間が多く発生していることが推察されます。

13. 介護事故の発生事例と再発防止対策

(1) 転倒 84件

転倒の内容	負傷等の状況	再発防止対策
トイレ前の廊下で「ドン」と音がしたため、確認すると、左側臥位で倒れているところを発見した。	脳出血(急性硬膜下血腫) (入院治療)	・ふらつきがあり、転ぶリスクが高いときは状態の共有をする。 ・歩行補助具の徹底を伝える。
トイレに座らせたあと、他入居者の介助をしながら、時折トイレ内の様子を確認。数回目の確認時に右側に大きく傾いているところを発見した。	右橈骨骨折 (シーネ固定)	・トイレ見守り中はその場を離れないこと。 ・短時間であってもその場を離れる場合は、他職員に対応を依頼するなど、職員ミーティングで再確認する。
職員を呼ぶ声が聞こえたため訪室すると、居室前廊下で左前額より裂傷、出血しているところを発見した。	切傷・擦過傷 (左額を3針縫合)	・行動抑制はできないため、本人の行動を尊重しながらコミュニケーションを図る。

(2) ベッド・車椅子・トイレからの転落・滑落 18件

転落・滑落の内容	負傷等の状況	再発防止対策
本人が居室内トイレ使用后、ベッドに四つん這いで上がる際に踏み外して膝から床へ滑り落ちた。	大腿骨骨折 (入院治療)	・転落防止のベッド低床など、居宅環境を整備し、動線の確認・確保をする。
車椅子を自走時、前方に重心を置きバランスを崩して転落した。頭部より出血確認、四肢の脱力が見られたため救急搬送した。	脊椎損傷 (入院治療)	・移乗動作・リスクマネジメントの研修を実施する。 ・車椅子移動の際には見守りを行い、座面の座り方など安全を確認したうえで自走を促す。

(3) 急変 12件

急変の内容	負傷等の状況	再発防止対策
労作時に呼吸困難感あり。翌日もトイレの立位時息切れ喘鳴あり、血中酸素飽和濃度75～81%だったため、家族に連絡し、救急搬送した。	エコノミー症候群、尿路感染症 (入院治療)	・普段と様子が違う場合はこまめに観察を行うなど、異変にすみやかに気づく体制をとる。
9時50分、自席にて顔色不良の状態を職員が気づき、声掛けするが、反応なし。家族に10分から15分おきに連絡を試みるが連絡が取れず、本人了承のもと救急搬送した。家族と連絡が取れたのは15時10分だった。	一過性の意識喪失 (経過観察)	・利用者の状態の把握に努める。 ・利用者や家族への説明責任があることから、家族や第三者にも事実が明確に分かるように時系列に詳細な記録を残す。 ・緊急時の連絡方法や連絡先の再確認に努める。

(4) 誤薬、落薬、与薬もれ 6件

薬を正しく服薬できなかったものについて「誤薬・落薬・与薬もれ」としています。報告ではいずれも異常なしでしたが、正しく服薬できなかったり、他の利用者が間違えて服薬したりすることで、重大な事故につながることもあります。誤薬を防ぐためには、事前準備段階での確認、複数回の確認、複数職員での確認が有効です。

(5) 介助中の事故 5件

介助中の事故の内容	負傷等の状況	再発防止対策
通所デイから帰宅するため送迎車に乗り込む際に、膝折れして踏み台を踏み外した。また、事業所帰着後、家族から玄関の前で転んだとの連絡があった。	左脛に皮下出血、左足指と足底に内出血、痛み、腫脹あり。 (経過観察)	・歩行が不安定な場合は、送迎車と居宅及び事業所の間での転倒の可能性を念頭に置いて、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常に確認を行う。
不穏状態で下着の交換を拒否し、便座から勢いよく立ち上がった際に、脇腹が手すりにぶつかった。	肋骨骨折 (保存療法)	・介護抵抗がある方は時間をおいて対応し、高齢者はちょっとした力で骨折してしまうことを念頭において介助する。

(6) 離設 3件

施設からの「離設」による事故報告は3件あり、幸い警察等との連携で無事に保護できましたが、発見が遅くなると重大な事故につながってしまいます。日々の利用者の行動を把握し、変わった様子等があれば情報共有しながらの対応が重要です。

(7) 異食・誤えん 2件

「異食・誤えん」による事故報告は2件あり、いずれも食事前・食事後の口腔ケアに伴うもので、医療措置により異物(入れ歯、ガーゼ)を取り出すことができました。一人ひとりの口腔ケア・入れ歯の管理確認はもちろん、認知症等により誤飲をする恐れのある利用者に対しては、危険性のあるものを近くに置かない等のリスクマネジメントが重要です。

(8) その他 3件

「その他」の事故には、利用者間のトラブル、サービス範囲外の事故などが含まれています。冬場はノロウイルスやインフルエンザ等の感染症が拡大します。現在は新型コロナウイルス感染症が拡大していますので、事業所内での感染症対策の徹底が重要です。日常のケアを行う上で必要な感染対策の知識や手技の習得などに努めてください。

(9) 原因不明 15件

原因不明の事故の内容	負傷等の状況	再発防止対策
トイレ誘導時に、声掛けにてスムーズに車椅子から便座に座ることができたが、立ち上がる際に痛みを訴えた。	大腿骨頸部骨折 (入院治療)	・負担がかかったり、勢いよく座ることにより骨折する可能性もあるため、移動・移乗時は丁寧に2人介助で行う。
臥床介助の際に、右第3指が右に曲がっているのを発見した。	右第3中手骨骨折 (シーネ固定、経過観察)	・本人は車椅子を自操。目の届かないところで車輪に巻き込まれた可能性もあるため、施設内で使用している全ての車椅子の再点検を行い、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。
日中時に、排せつ介助のため訪室するとベッドに臥床している状態で目の周りに腫脹を発見した。	左目頭内出血、左目周囲に腫脹 (経過観察)	・ベッド柵にぶつけた可能性があるため、ベッド柵の保護材を柔らかいものに替える、ベッド柵の横にクッションを置くなど、あらゆる可能性を考えて対応をする。

(コメント)

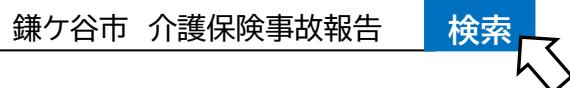
令和2年度に報告のあった介護事故のうち、特徴的な事例をピックアップしたものです(一部改変しています)。事故が生じた際には、すみやかに必要な措置を講じるとともに、その事故の状況及び措置について適切に記録をつけるようにしてください。また、事故の原因を究明し、再発防止策を講じてください。

事故の再発防止にあたっては、以下の点を心がけてください。

- ①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、報告したこと自体を評価するなど、職員が報告しやすい組織をつくるのが大切です。
- ②事故の原因や再発防止策について、事業所全体で話し合い、共有することが事故の再発防止につながります。
- ③「注意する」といった漠然とした対応策ではなく、根本的原因を理解し解決できるよう、具体的な対策を盛り込んでください。
- ④備品配置の見直し、マニュアルの見直し、教育を充実させる等の解決策に導いてください。

<事故報告書の提出について>

鎌ヶ谷市へ提出する事故報告書の様式は、ホームページに掲載しています。



個人情報の取扱いについて慎重を期すため、事故報告書の提出はFAXやメールではなく、郵送・持参のいずれかの方法でご提出ください。

(1) 鎌ヶ谷市高齢者支援課 介護保険係 電話047-445-1380
〒273-0195 鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷2-6-1

※感染症が疑われる場合は、保健所感染症対策課(電話043-238-9974)へ
食中毒が疑われる場合は、保健所食品安全課(電話043-238-9935)へご連絡願います。

(2) 被保険者の属する保険者(鎌ヶ谷市の場合は(1)のみでよい。)