

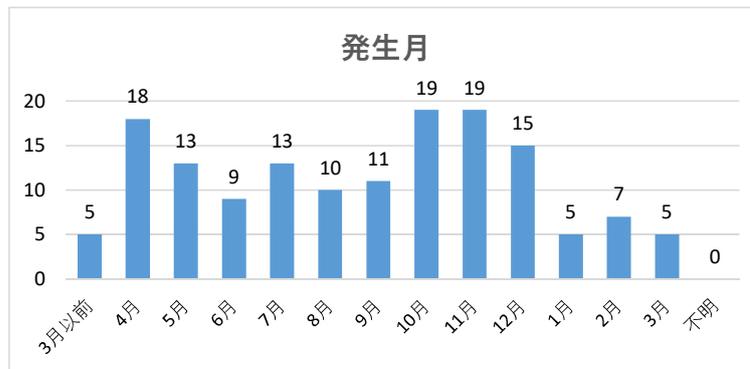
令和3年度 介護保険事業者等における事故報告(集計・分析結果)について

令和4年5月 鎌ヶ谷市

令和3年4月1日から令和4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	5	3.4%
4月	18	12.1%
5月	13	8.7%
6月	9	6.0%
7月	13	8.7%
8月	10	6.7%
9月	11	7.4%
10月	19	12.8%
11月	19	12.8%
12月	15	10.1%
1月	5	3.4%
2月	7	4.7%
3月	5	3.4%
不明	0	0.0%
合計	149	100.0%

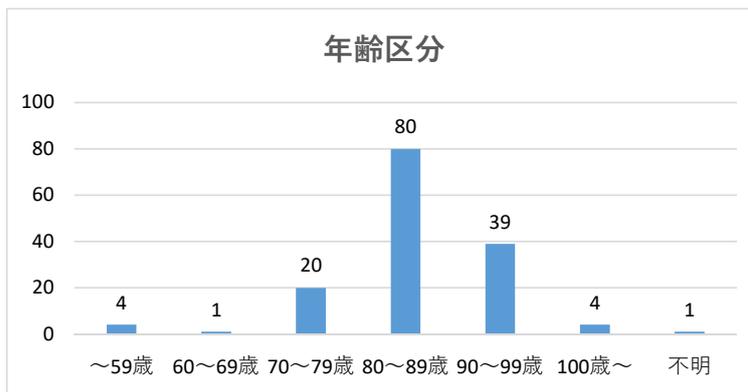


(コメント)

事故の発生月別では、10月、11月が19件(12.8%)と最も多く、次いで4月が18件(12.1%)となっています。1年を通してみると、第3四半期(10月～12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	4	2.7%
60～69歳	1	0.7%
70～79歳	20	13.4%
80～89歳	80	53.7%
90～99歳	39	26.2%
100歳～	4	2.7%
不明	1	0.7%
合計	149	100.0%

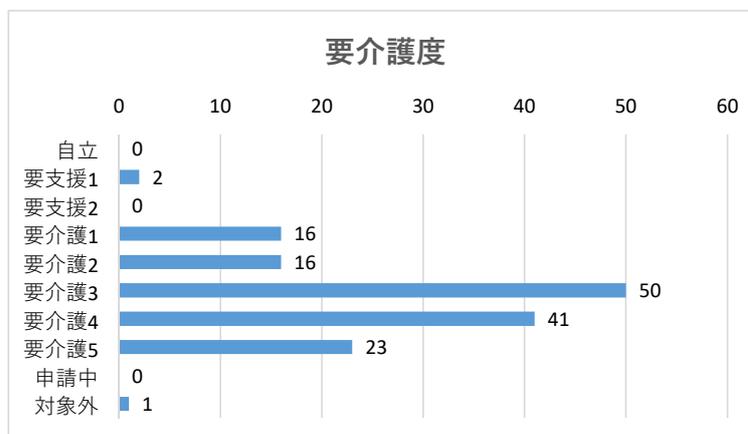


(コメント)

年齢別では、80～89歳の利用者でほぼ半数(80件、53.7%)を占めています。次いで90～99歳の39件(26.2%)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	2	1.3%
要支援2	0	0.0%
要介護1	16	10.7%
要介護2	16	10.7%
要介護3	50	33.6%
要介護4	41	27.5%
要介護5	23	15.4%
申請中	0	0.0%
対象外	1	0.7%
合計	149	100.0%

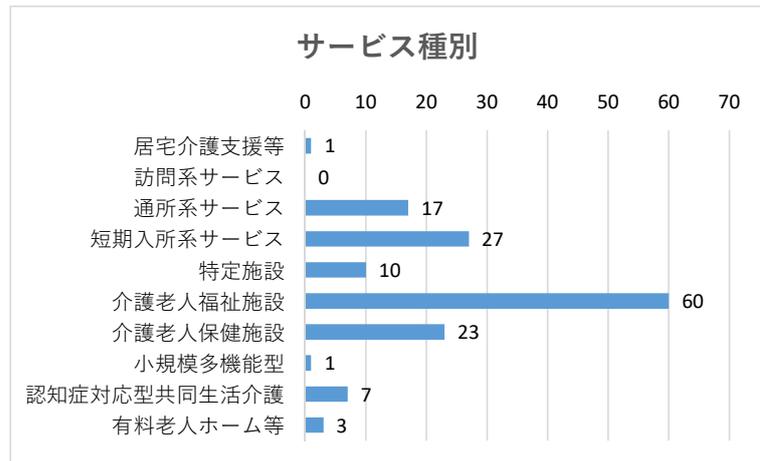


(コメント)

要介護度別では、要介護3が最も多く(50件、33.6%)、次いで要介護4(41件、27.5%)の順で多くなっています。一方、要介護1、要介護2の利用者の事故はそれぞれ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	0.7%
訪問系サービス	0	0.0%
通所系サービス	17	11.4%
短期入所系サービス	27	18.1%
特定施設	10	6.7%
介護老人福祉施設	60	40.3%
介護老人保健施設	23	15.4%
小規模多機能型	1	0.7%
認知症対応型共同生活介護	7	4.7%
有料老人ホーム等	3	2.0%
合計	149	100.0%

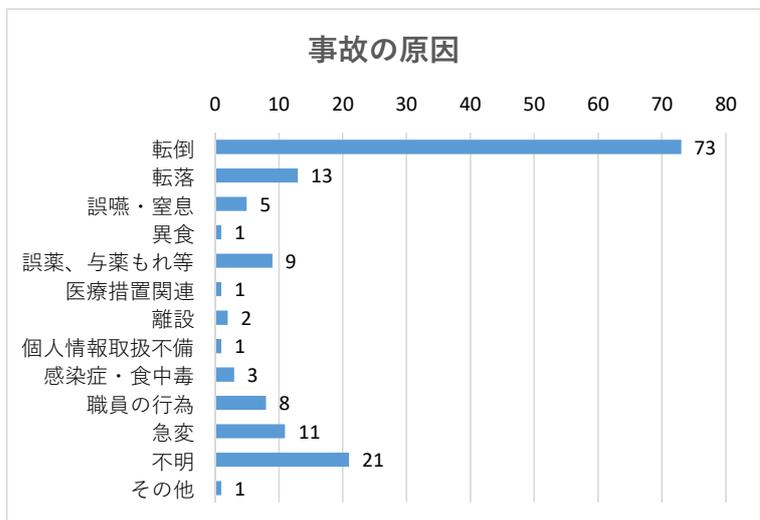


(コメント)

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60件(40.3%)でした。続いて短期入所系サービスの27件(18.1%)、介護老人保健施設(23件、15.4%)の順となっています。また、施設系サービスと在宅系サービスに分けてみると、施設系サービスでの事故が104件(69.8%)、在宅系サービスが45件(30.2%)と施設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	73	49.0%
転落	13	8.7%
誤嚥・窒息	5	3.4%
異食	1	0.7%
誤薬、与薬もれ等	9	6.0%
医療措置関連	1	0.7%
離設	2	1.3%
個人情報取扱不備	1	0.7%
感染症・食中毒	3	2.0%
職員の行為	8	5.4%
急変	11	7.4%
不明	21	14.1%
その他	1	0.7%
合計	149	100.0%

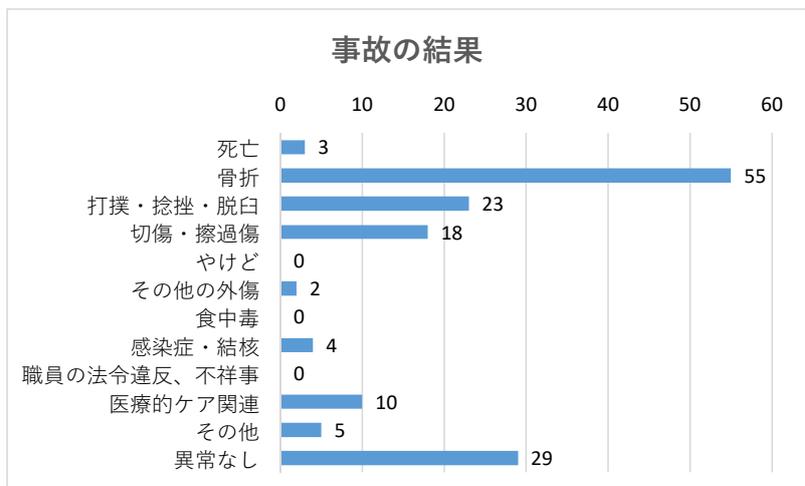


(コメント)

事故の原因をみると、転倒がずば抜けて多く(73件、49.0%)、次いで転落・滑落が多く発生しています(13件、8.7%)。また、原因が不明の事案も比較的多くなっています(21件、14.1%)。

6. 事故の結果

事故の結果	件数	構成比
死亡	3	2.0%
骨折	55	36.9%
打撲・捻挫・脱臼	23	15.4%
切傷・擦過傷	18	12.1%
やけど	0	0.0%
その他の外傷	2	1.3%
食中毒	0	0.0%
感染症・結核	4	2.7%
職員の法令違反、不祥事	0	0.0%
医療的ケア関連	10	6.7%
その他	5	3.4%
異常なし	29	19.5%
合計	149	100.0%

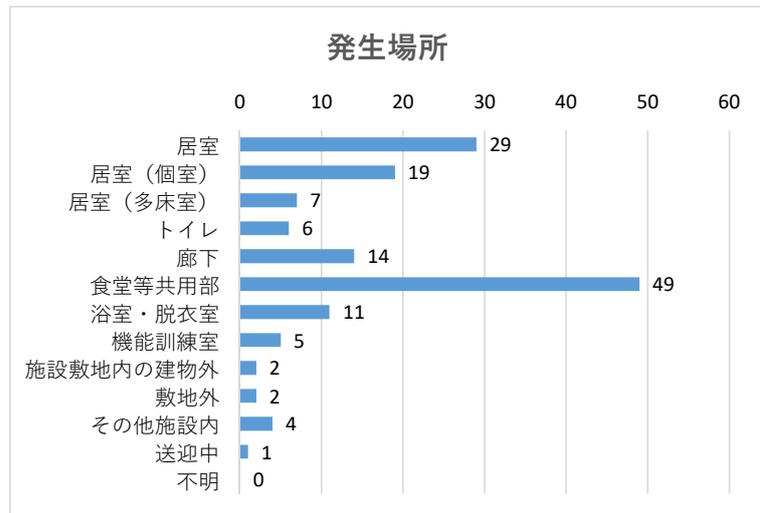


(コメント)

事故による結果は、転倒事故によるものが多いため、骨折が55件(36.9%)、次いで打撲・捻挫・脱臼が23件(15.4%)、切傷・擦過傷が18件(12.2%)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。なお、死亡は心臓発作、感染症からの容態悪化による心停止となっています。

7. 発生場所

発生場所	件数	構成比
居室	29	19.5%
居室(個室)	19	12.8%
居室(多床室)	7	4.7%
トイレ	6	4.0%
廊下	14	9.4%
食堂等共用部	49	32.9%
浴室・脱衣室	11	7.4%
機能訓練室	5	3.4%
施設敷地内の建物外	2	1.3%
敷地外	2	1.3%
その他施設内	4	2.7%
送迎中	1	0.7%
不明	0	0.0%
合計	149	100.0%

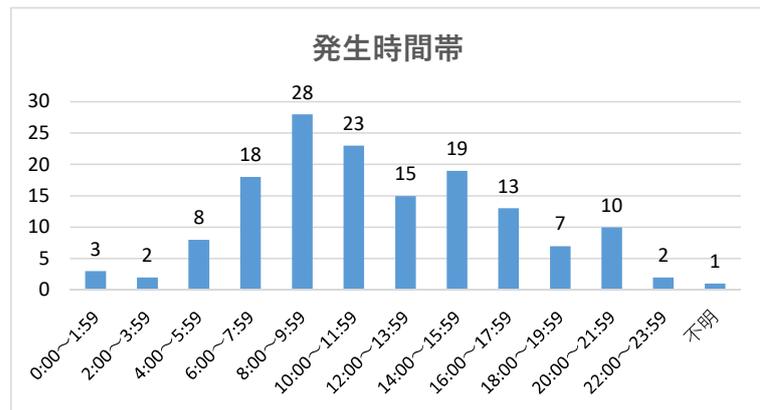


(コメント)

事故の発生・発見場所は、居室(個室・多床室合計)が55件(36.9%)、食堂等共用部が49件(32.9%)となり2つで約7割を占めています(104件、69.8%)。その他、廊下14件(9.4%)、浴室、脱衣室11件(7.4%)となっています。

8. 発生時間帯

発生時間帯	件数	構成比
0:00~1:59	3	2.0%
2:00~3:59	2	1.3%
4:00~5:59	8	5.4%
6:00~7:59	18	12.1%
8:00~9:59	28	18.8%
10:00~11:59	23	15.4%
12:00~13:59	15	10.1%
14:00~15:59	19	12.8%
16:00~17:59	13	8.7%
18:00~19:59	7	4.7%
20:00~21:59	10	6.7%
22:00~23:59	2	1.3%
不明	1	0.7%
合計	149	100.0%



(コメント)

事故の発生時間帯別では、朝(8:00~9:59)が28件(18.8%)と多く、次いで朝~昼の時間帯(10:00~11:59)が23件(15.4%)となっています。これは、起床直後の事故や食事時の誤嚥・異業、食事前後の移動中の事故により、この時間帯が多くなっています。

9. 発生時間帯×発生場所

	居室	居室(個室)	居室(多床室)	トイレ	廊下	食堂等共用部	浴室・脱衣室	機能訓練室	施設敷地内の建物外	敷地外	その他施設内	送迎中	総計	構成比
0:00~1:59	3												3	2.0%
2:00~3:59		1		1									2	1.3%
4:00~5:59	3	2			3								8	5.4%
6:00~7:59	4	6	1		1	6							18	12.1%
8:00~9:59	4	3		3		14		1	1		1		28	18.8%
10:00~11:59	2			1	3	8	6	3					23	15.4%
12:00~13:59	3	3	1		3	4					1		15	10.1%
14:00~15:59	2			1	1	8	5	1			1		19	12.8%
16:00~17:59	1	1			2	6			1	1	1		13	8.7%
18:00~19:59	3	1	1			2							7	4.7%
20:00~21:59	3	2	4			1							10	6.7%
22:00~23:59	1				1								2	1.3%
不明										1			1	0.7%
総計	29	19	7	6	14	49	11	5	2	2	4	1	149	100.0%
構成比	19.5%	12.8%	4.7%	4.0%	9.4%	32.9%	7.4%	3.4%	1.3%	1.3%	2.7%	0.7%	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。また、朝～昼間の食堂等共用部での発生が多く、利用者が食事中、またはその前後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	居室(個室)	居室(多床室)	トイレ	廊下	食堂等共用部	浴室・脱衣室	機能訓練室	施設敷地内の建物外	敷地外	その他施設内	送迎中	総計	構成比
転倒	14	12	4	4	13	22	3		1				73	49.0%
転落	2	3			1	4	2				1		13	8.7%
誤嚥・窒息						5							5	3.4%
異食						1							1	0.7%
誤薬・与薬もれ等	1	2				5					1		9	6.0%
医療措置関連		1											1	0.7%
離脱						1				1			2	1.3%
個人情報取扱不備											1		1	0.7%
感染症・食中毒	2		1										3	2.0%
職員の行為	1		1			2	1	1		1	1		8	5.4%
急変	1					4		4	1			1	11	7.4%
その他							1						1	0.7%
不明	8	1	1	2		5	4						21	14.1%
総計	29	19	7	6	14	49	11	5	2	2	4	1	149	100.0%
構成比	19.5%	12.8%	4.7%	4.0%	9.4%	32.9%	7.4%	3.4%	1.3%	1.3%	2.7%	0.7%	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、食堂等共用部、廊下、トイレ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

	死亡	骨折	打撲・捻挫・脱臼	切傷・擦過傷	その他の外傷	感染症・結核	医療的ケア関連	その他	異常なし	総計	構成比
転倒		33	13	14	1		2		10	73	49.0%
転落	1	4	4	2			1		1	13	8.7%
誤嚥・窒息							3		2	5	3.4%
異食									1	1	0.7%
誤薬、与薬もれ等									9	9	6.0%
医療措置関連						1				1	0.7%
離設				1					1	2	1.3%
個人情報取扱不備								1		1	0.7%
感染症・食中毒	1					2				3	2.0%
職員の行為		2	1		1			2	2	8	5.4%
急変	1					1	4	2	3	11	7.4%
不明		15	5	1						21	14.1%
その他		1								1	0.7%
総計	3	55	23	18	2	4	10	5	29	149	100.0%
構成比	2.0%	36.9%	15.4%	12.1%	1.3%	2.7%	6.7%	3.4%	19.5%	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、死亡原因は、急変による心臓発作、転落後の心臓発作、感染症からの容態悪化による心停止でした。

12. サービス種別×事故の原因

	転倒	転落	誤嚥・窒息	異食	誤薬、与薬もれ等	医療措置関連	離設	個人情報取扱不備	感染症・食中毒	職員の行為	急変	不明	その他	総計	構成比
居宅介護支援等								1						1	0.7%
通所系サービス	5	1								1	9	1		17	11.4%
短期入所系サービス	17	1	1		1					2	2	2	1	27	18.1%
特定施設	4	1			4								1	10	6.7%
介護老人福祉施設	31	6	3	1	2				2	4		11		60	40.3%
介護老人保健施設	10	4	1			1			1			6		23	15.4%
小規模多機能型						1								1	0.7%
認知症対応型共同生活介護	5				1		1							7	4.7%
有料老人ホーム等	1						1			1				3	2.0%
総計	73	13	5	1	9	1	2	1	3	8	11	21	1	149	100.0%
構成比	49.0%	8.7%	3.4%	0.7%	6.0%	0.7%	1.3%	0.7%	2.0%	5.4%	7.4%	14.1%	0.7%	100.0%	0.7%

(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。
 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も、転倒が多い状態であり、従業員・利用者お互いが慣れていない環境における見守りや介助を的確に行うことが望まれます。

13. 介護事故の発生事例と再発防止対策

(1) 転倒 73件

転倒(介助中のものを除く)の内容	負傷等の状況	再発防止対策
居室より「助けて」と声がしたため駆けつけると、自室ベッド脇床に側臥位で転倒。	頭頂部打撲	・居室内センサーの設置の検討 ・L字柵設置の検討 ・安全な移乗スペースの確保を行う。
人を呼ぶ声が聞こえたため訪室すると、ベッド脇の床に仰向けに倒れている本人を発見。	第12腰椎圧迫骨折	部署内において安全な介助方法について周知徹底を行う。事故対策委員会において、検討を行い再発防止に努める。自立動作中であっても、安全な行動をとっていただけるよう、声掛けを行い、必要に応じて介助を行う。
共同トイレの中からドアを叩く音がしたのでかけつけると、体を右下にして転倒しているのを発見。	左大腿骨骨折	普段自立歩行でトイレに向かっている方で、トイレに向かった後に声をかけ対応していたが、今後は夜間の眠りスキャン反応時やトイレの際は誘導を行う。

(2) ベッド・車椅子・トイレからの転落・滑落 13件

転落・滑落の内容	負傷等の状況	再発防止対策
リビングから「ドン！」と音がしたため、他居室で介助中だった職員が駆けつけると、リビングテーブルの椅子から転落。	数か月は慢性硬膜下血腫に注意	・転倒リスクが高い方がリビングにいて、複数職員がいる場合、1人は必ず見守り介助を行う。
ストレッチャー浴後、ズボンを履かせる際下肢を少し持ち上げると左側へ傾き始め、滑落した。	創部挫創のため3針縫合	拘縮の強い利用者を介助する際は二人介助で対応する。

(3) 急変 12件

急変の内容	負傷等の状況	再発防止対策
機能訓練での集団体操の際、左に傾きが見られ気になって声掛けすると意識を失っていた。	一時的な意識の消失	今回発見も早く対応もスムーズにできていた。今後も体調変動や事故に備えずに動けるようスタッフ間での役割分担を再度協議・検討。今後も様々なケースを想定し、重篤なケースにつながらないよう、スタッフ一同尽力していく。
壁を支えに立っているのを発見。歩行し始める様子がなかったので声掛けすると、顔面蒼白で反応不良。そのうち膝折れ状態となり、意識喪失。	起立性貧血・神経性失神	来所時の健康観察や立ち上がり見守り・声掛けして急変した際に早期に対応する。

(4) 誤薬、落薬、与薬もれ 9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 8件

介助中の事故の内容	負傷等の状況	再発防止対策
起床希望のため、ベッドから車椅子へ移乗する際、麻痺側の左側から鈍い音が聞こえ、同時に痛みの訴えがあった。	左上腕骨骨折	・移乗方法の統一化を図り、拘縮・麻痺のある利用者についても、介助者が負担にならないような移乗方法を安心・安全に行う。
食事介助中、左耳から出血しているのを発見した。	その他の外傷	耳垢が気になった時は看護職員に報告し、介護職員の判断で耳かきを行わない。外耳は優しく慎重に拭き取り、奥の掃除を介護職員は行わない。

(6) 離設 2件

施設からの「離設」による事故報告は2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・誤嚥 6件

「異食・誤嚥」による事故報告は6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 1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 21件

原因不明事故の内容	負傷等の状況	再発防止対策
起床介助の際、左目周囲に腫脹と内出血を発見。	左目周囲に腫脹と内出血	・日中夜間を通して多動の際、どのような動きがあるのか様子観察を行い、どう対応したら転倒を防げるかを他部署もふまえて検討していく。
朝食後のトイレ誘導時、主が「痛い、痛い」と右手首を押さえており、確認すると少し腫れと熱感あり。	右橈骨骨折。シーネ固定で保存療法	手すりを掴むように誘導する時に手首だけを掴むのではなく、肘と手首を押さえ、スタッフの介助する力を分散させ対応する。
入浴介助の際、左足ふくらはぎに内出血があるのを発見。	左足ふくらはぎに内出血	車椅子で過ごされるときは、タオルとクッションを使用し、フットレストから足が外れないようにする。が生じは、両足の交差解消、拘縮緩和ができるよう、足の拘縮に見合うクッションを購入。移乗の際は2人介助とする。

(コメント)

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。

https://www.city.kamagaya.chiba.jp/kenko-fukushi/kaigohoken/kaigo_jigyousya/jikohoukoku.html

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