

令和 7 年度

介護保険事業者における事故報告
集計・分析結果



江東区介護保険課

令和7年度 介護保険事業者における事故報告集計について

江東区介護保険事業者における事故報告の取扱要領に基づき、令和7年4月1日から令和8年3月31日までの期間内に事故報告のあったものを集計・分析した。

第1 令和7年度 事故報告集計結果まとめ

1 事故報告の目的

介護サービス等の提供により事故が発生した場合に、速やかにサービス提供事業者から保険者に事故報告をすることにより、賠償を含めた事故の速やかな解決及び再発防止に資することを目的とする。

2 区へ報告する事故内容

(1) 介護サービス等（送迎、通院等も含む）の提供によるけが等

- ・死亡事故
- ・転倒・転落に伴う骨折や出血（縫合が必要な外傷）
- ・火傷、誤嚥、異食、誤与薬等
- ・利用者同士のトラブル、無断外出、交通事故等

(2) 感染症、食中毒又は疥癬の発生

- ・1～5類の感染症（5類の定点把握を除く）、指定感染症
- ・新型インフルエンザ等感染症
- ・新感染症

(3) 従業員の法令違反や不祥事等、利用者の処遇に影響があるもの

(4) 利用者等との間で、苦情やトラブル等の問題が発生する可能性があるもの

(5) 震災、風水害及び火災等の災害により介護サービスに影響する重大な事故

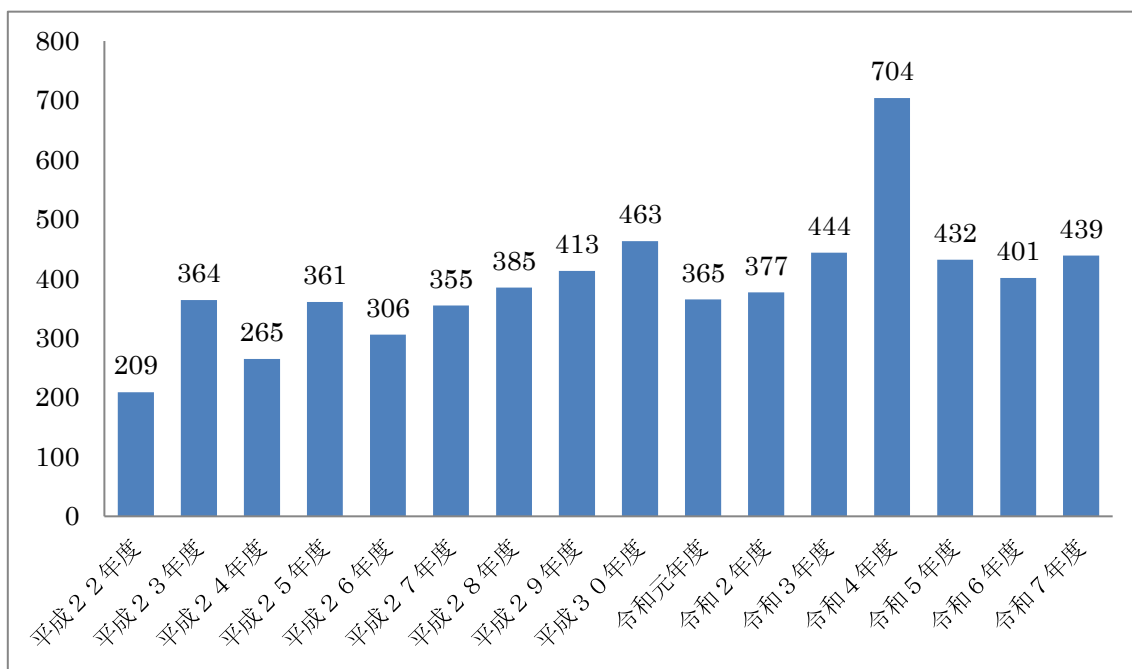
3 事故報告件数の推移

令和7年度中に区へ提出のあった事故報告書は439件であった。

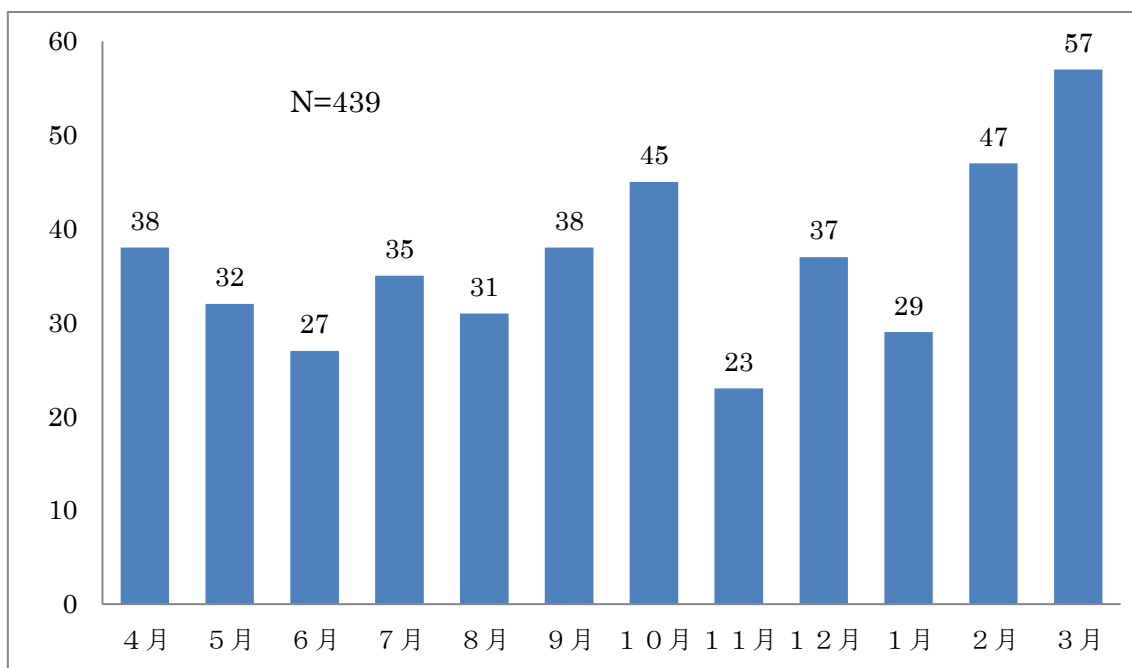
前年度の401件から38件増加した（グラフ1）。

また、月別届出件数は、3月が最も多く57件、11月が最も少なく23件であった（グラフ2）。

グラフ1 事故報告届出件数の年度推移



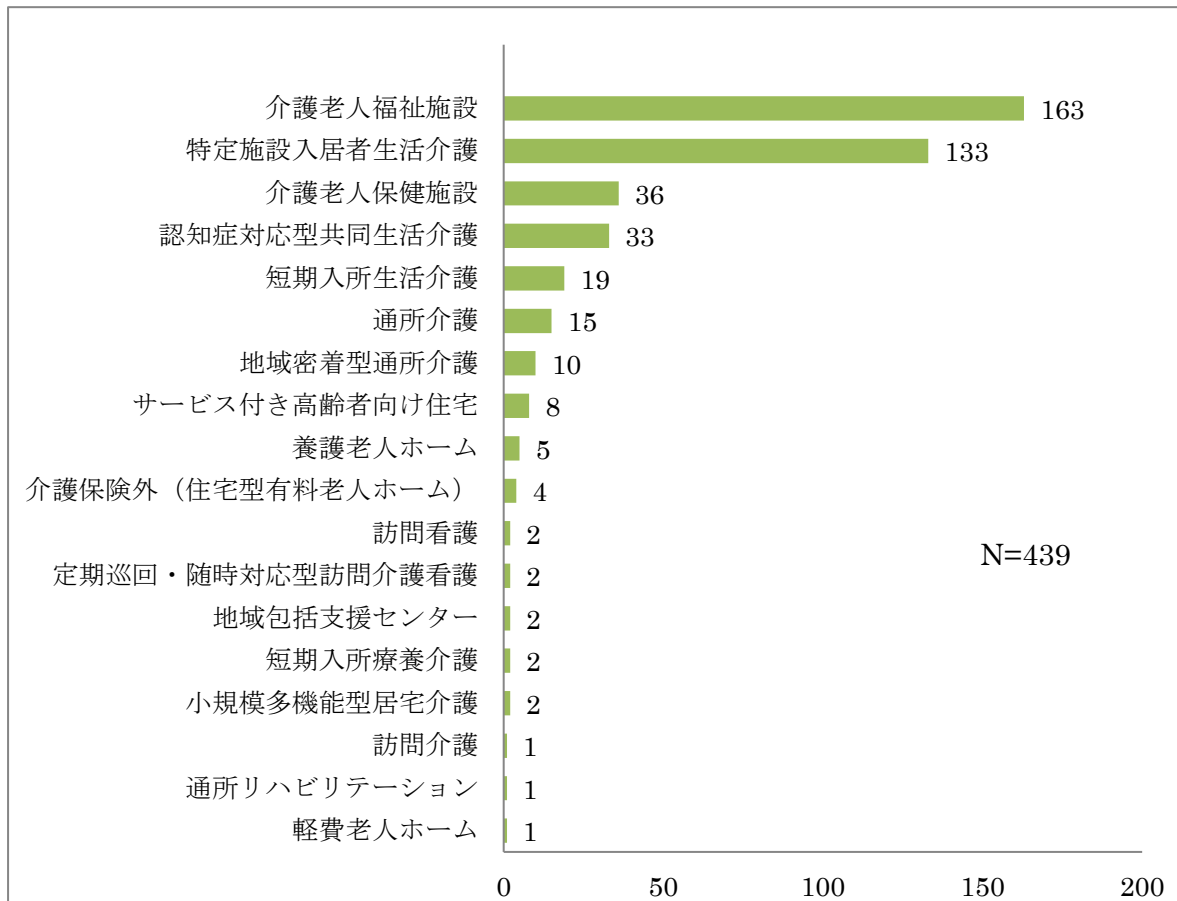
グラフ2 事故報告届出件数の月別推移



4 サービス種別別事故報告届出件数

区へ提出のあった事故報告のうち、最も届出件数が多かったサービス種別は介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の163件（37.1%）であった。続いて特定施設入居者生活介護（介護付有料老人ホーム等）の133件（30.3%）であった。

サービス種別別事故報告届出件数



5 事故の内容

(1) 事故種別

最も多かった事故種別は、「転倒（介助中以外）」で 226 件であった。

事故種別	令和 7 年度	
	件数	割合 (%)
転倒（介助中以外）	226	51.5%
原因不明	41	9.3%
感染症	37	8.4%
転落（介助中以外）	23	5.2%
転倒（介助中）	15	3.4%
誤嚥・異食	10	2.3%
転落（介助中）	9	2.1%
交通事故	9	2.1%
法令違反・不祥事	5	1.1%
徘徊・離脱	3	0.7%
誤与薬	1	0.2%
その他	60	13.7%
合計	439	100%

※各表の割合及び構成比は、小数点第二位を四捨五入しているため、合計欄の数値が一致しない場合がある。

(2) サービス種別別事故種別

事故報告届出件数が多い 6 つのサービス種別について、全てにおいて「転倒」が最も多かった。

サービス種別別事故種別

事故種別 サービス種別	転倒	転落	誤嚥 異食	感染症	誤与薬	法令違反 ・不祥事	交通事 故	徘徊 ・ 離脱	原因 不明	その他	合計	構成比
介護老人福祉施設	69	10	3	30	0	0	1	1	28	21	163	37.1%
特定施設入居者 生活介護	80	11	4	5	0	1	0	0	7	25	133	30.3%
介護老人福祉施設	28	1	0	1	0	0	0	0	4	2	36	8.2%
認知症対応型共 同生活介護	22	5	0	0	0	1	0	0	2	3	31	7.5%
短期入所生活介護	13	2	0	0	1	0	0	0	0	3	19	4.3%
通所介護	10	1	1	1	0	0	0	2	0	0	15	3.4%
上記以外	20	2	2	0	0	3	8	0	1	6	42	9.6%
合計	241	32	10	37	1	5	9	3	41	60	439	100%

6 事故の結果

(1) 事故結果別

事故結果別に分類すると、最も多かったものは「骨折」で 291 件 (66.3%)、続いて「出血」で 51 件 (11.6%) であった。

事故結果	令和 7 年度	
	件数	割合 (%)
骨折	291	66.3%
出血	51	11.6%
疥癬	29	6.6%
死亡	16	3.6%
コロナウイルス	8	1.8%
体調悪化	8	1.8%
異常なし	7	1.6%
その他	29	6.6%
合計	439	100%

※感染症事故については 12 頁に記載

(2) サービス種別別事故結果

事故報告届出件数が多い 6 つのサービス種別について、全てにおいて「骨折」が最も多かった。

サービス種別別事故結果

事故結果 サービス種別	死亡	骨折	出血	体調悪化	感染症	異常なし	その他	合計	構成比
介護老人福祉施設	4	113	11	1	30	2	2	163	37.1%
特定施設入居者生活介護	8	82	20	6	5	0	12	133	30.3%
介護老人保健施設	1	32	1	0	1	0	1	36	8.2%
認知症対応型共同生活介護	0	25	6	1	0	0	1	31	7.5%
短期入所生活介護	0	12	5	0	0	1	1	19	4.3%
通所介護	1	7	4	0	1	2	0	15	3.4%
上記以外	2	22	4	0	0	2	12	42	9.6%
合計	16	291	51	8	37	7	29	439	100%

7 事故結果と原因

事故結果の原因（事故種別）で最も多かったものは、「転倒による骨折」で 204 件であった。

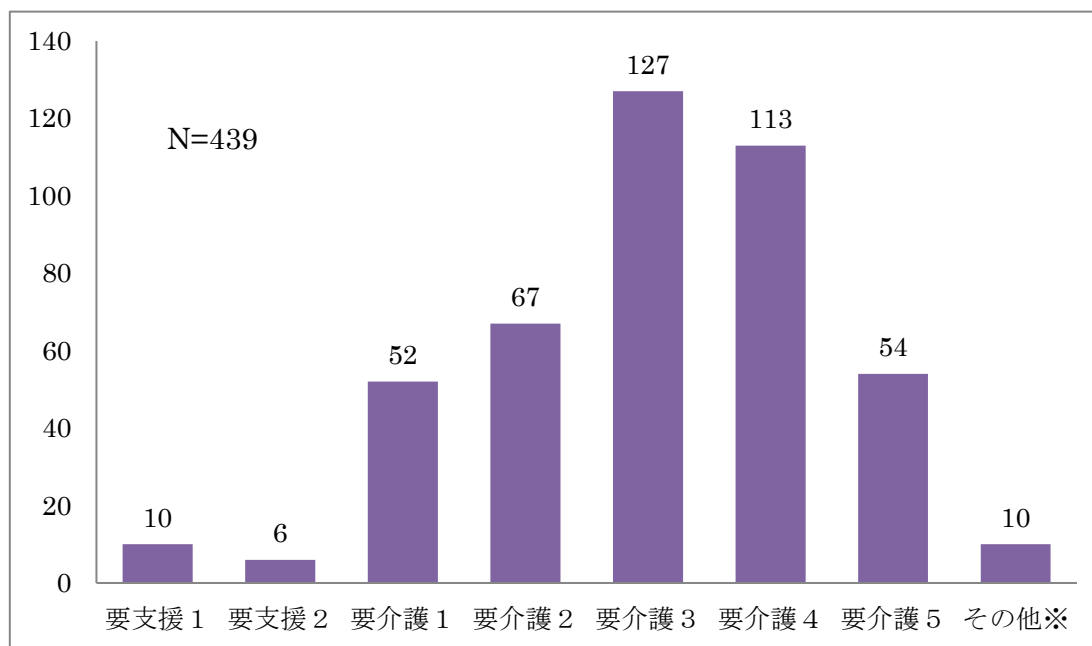
原因別事故結果

原因（事故種別） 事故結果	転倒	転落	誤嚥 異食	感染症	誤与薬	法令違 反・不 祥事	徘徊・ 離脱	交通 事故	原因 不明	その他	合計	構成比
死亡	1	1	2	0	0	0	0	0	0	12	16	3.6%
骨折	204	18	0	0	0	0	0	2	40	27	291	66.3%
出血	32	13	0	0	0	0	0	0	0	6	51	11.6%
体調悪化	0	0	4	0	0	0	0	0	0	4	8	1.8%
感染症	0	0	0	37	0	0	0	0	0	0	37	8.4%
異常なし	0	0	0	0	1	0	3	3	0	0	7	1.6%
その他	4	0	4	0	0	5	0	4	1	11	29	6.6%
合計	241	32	10	37	1	5	3	9	41	60	439	100%

8 要介護度別・年齢別事故件数

要介護度別事故件数では、要介護 3 の 127 件（28.9%）が最も多く、続いて要介護 4 の 113 件（25.7%）であった。

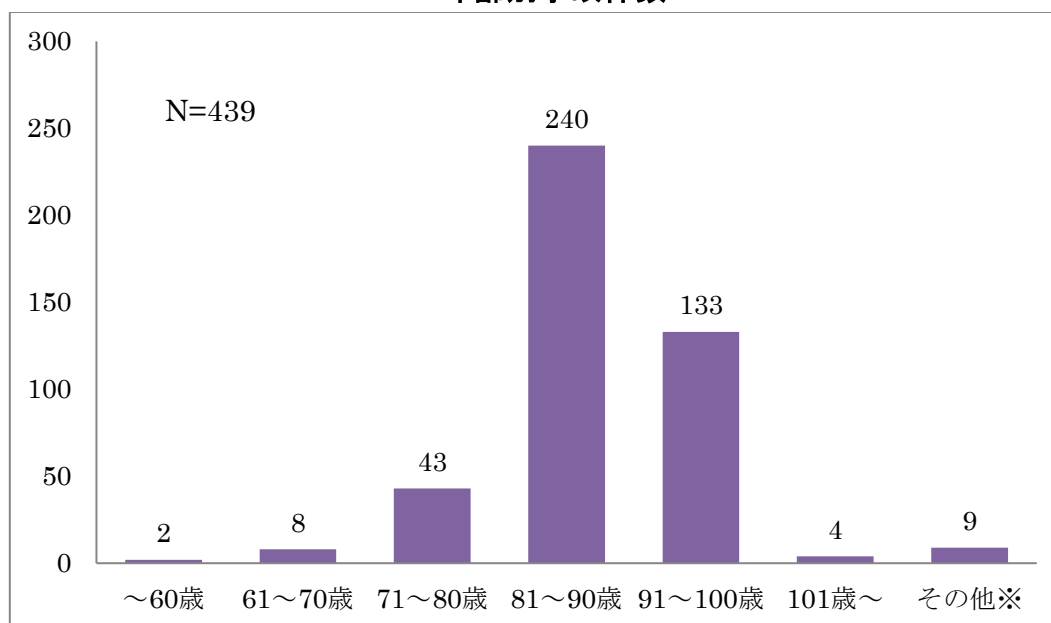
要介護度別事故件数



※感染症等の事故報告で 1 件に複数の対象者が含まれるものは、「その他」とした。

年齢別事故件数では、「その他」を除けば 81～90 歳の 240 件（54.7%）が最も多く、続いて 91～100 歳の 133 件（30.3%）であった。

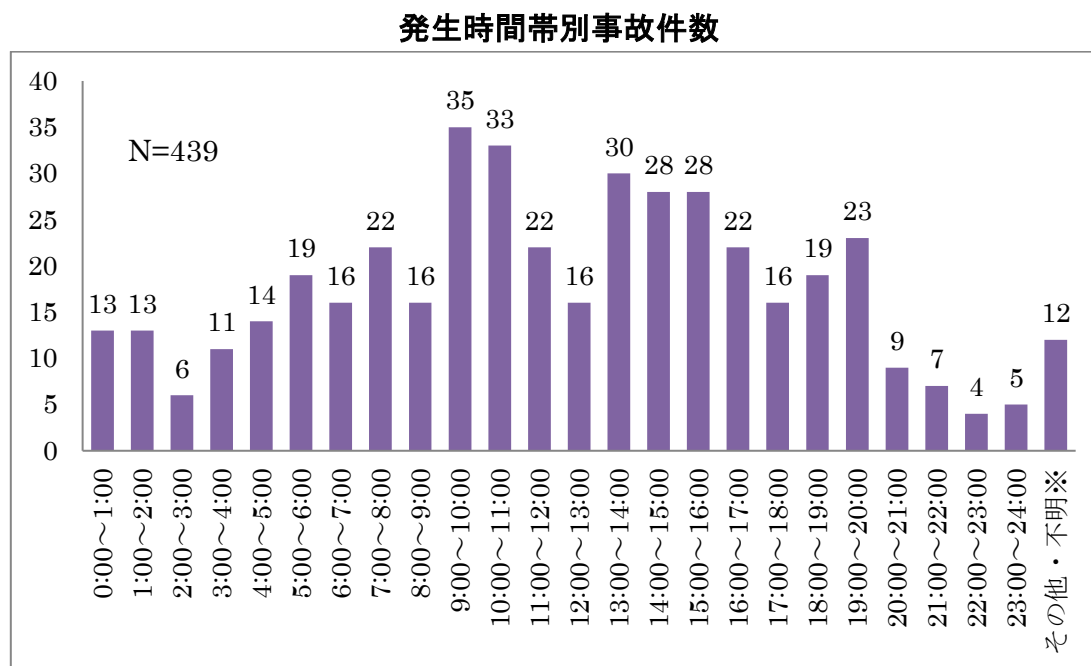
年齢別事故件数



※感染症等の事故報告で 1 件に複数の対象者が含まれるものは、「その他」とした。

9 発生時間帯別事故件数

発生時間帯別事故件数では、「その他・不明」を除けば「9:00～11:00」が 35 件（8.0%）で最も多く、続いて「10:00～11:00」の 33 件（7.5%）であった。



※感染症等の事故報告で1件に複数の対象者が含まれるものは、「その他・不明」とした。

10 発生場所別事故件数

最も多かった事故発生場所は、「不明」を除けば「利用者居室」の 221 件（50.3%）、続いて「食堂」の 64 件（14.6%）であった。

発生場所		件数	構成比
入所・通所施設	居室内	221	50.3%
	食堂	64	14.6%
	廊下	26	5.9%
	共用トイレ	25	5.7%
	浴室	17	3.9%
	その他施設内	5	1.1%
	リビングルーム・フロア	2	0.5%
屋外		15	3.4%
利用者宅		1	0.2%
不明		33	7.5%
その他		30	6.8%
合計		439	100%

※感染症等の事故報告で1件に複数の対象者が含まれるものは、「その他」とした。

第2 事故状況分析

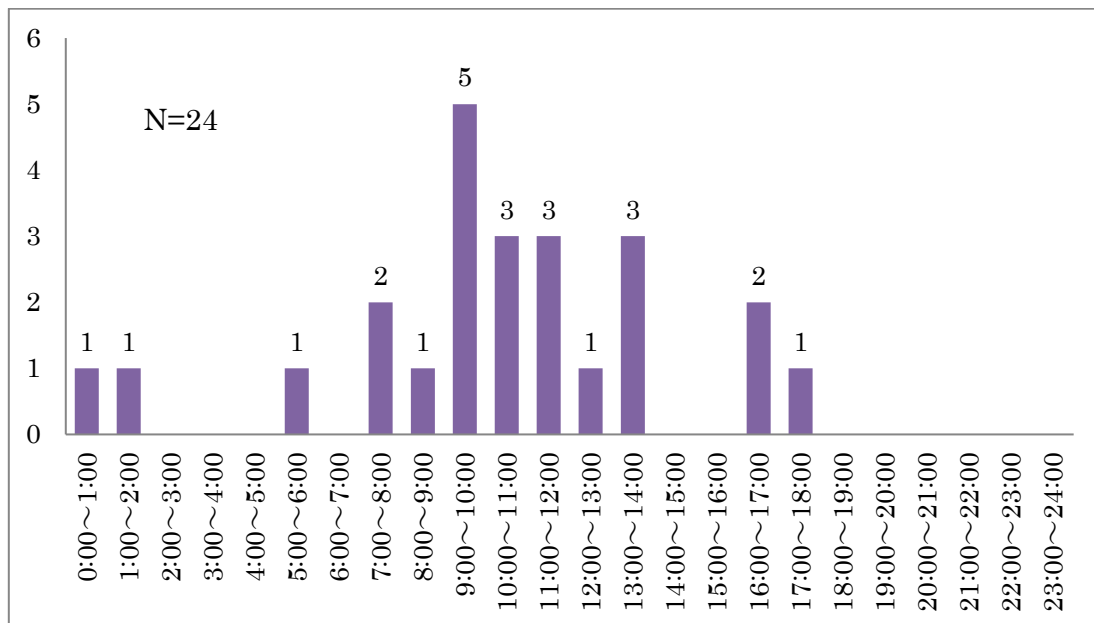
1 転倒・転落事故

(1) 介助中の事故

① 発生時間

介助中の転倒・転落事故について、最も発生の多かった時間帯は、「9:00～10:00」で5件、続いて「10:00～11:00」、「11:00～12:00」、「13:00～14:00」、で3件であった。

発生時間別転倒・転落事故件数



② 事例

	事故の内容	負傷等の状況
1	リハビリ室にてマシントレーニングを実施後に、他のリハビリメニューを行うために移動するために、歩行開始した際にレッグプレスのキャスターにつまずき、転倒。リハビリスタッフが付いていたが、少し目を離した時に転倒してしまった。	顔面骨折
2	ご自宅への送迎時に玄関前の階段下降後に、ロフトランド杖を持ち替えた際に介助者の手が離れ、歩き始めた際に膝折れを起こし前方へ転倒。	右大腿骨頸部骨折
3	デイケア利用後大型車で自宅送迎時、車が到着、停止後立ち上がりステップを1段ずつ後ろ向き状態で降りていたところ、右側に体がぐらつき、介助者が支えるも支えきれず転倒。	右上腕骨近位端骨折・右大腿骨転子部骨折
4	入浴後、下衣の更衣を終わらし車椅子に乗って頂いた状態で上衣の更衣をしようとしていたが、より介助しやすい様に車椅子を右にスライドさせた際に車椅子からずり落ち、左眼瞼上部を床にぶ	左眼上裂傷・頭部打撲

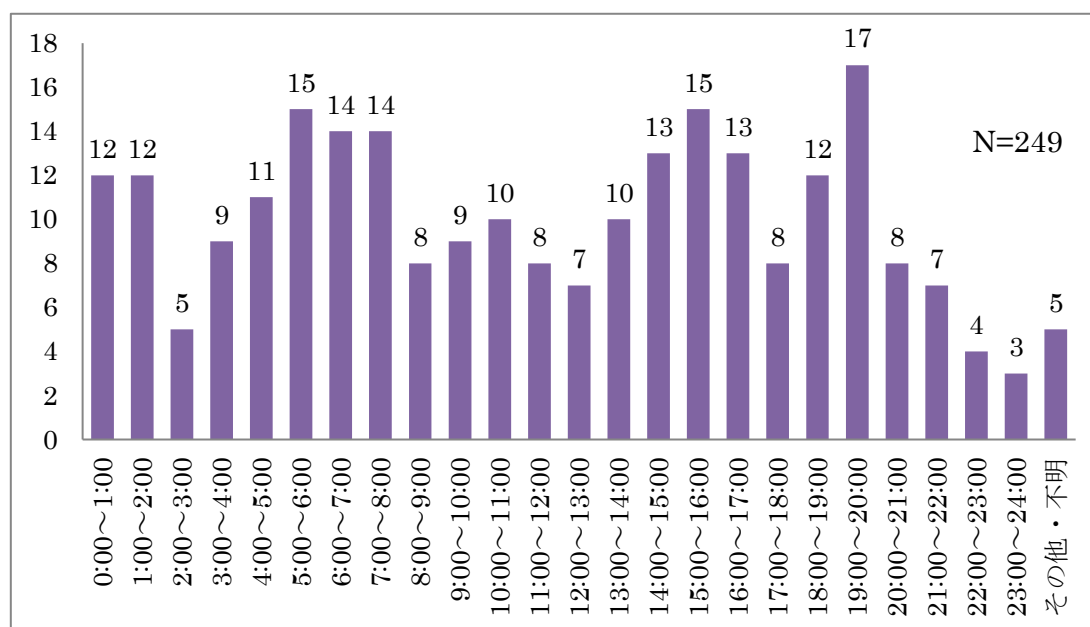
	つけてしまう。スライドした際は左右のフットレストとアームレストを外し、後輪を持ち上げ移動させた為、不安定になっていた。	
5	入浴の為、シルバーカーを押しながら脱衣所に行った。脱衣所の椅子に座る為シルバーカーより近くの手すりに掴まろうとしたが掴み損ねて尻もちをつかれる。職員は後ろから付き添っていたが少し離れていた為、間に合わなかった。	左大腿骨転子部骨折

(2) 介助中以外の事故

① 発生時間

介助中以外の転倒・転落事故について、最も発生の多かった時間帯は、「19:00～21:00」で17件、続いて「5:00～6:00」「15:00～16:00」で15件であった。

発生時間別転倒・転落事故件数



② 事例

	事故の内容	負傷等の状況
1	トイレに入るため方向転換した際に、ふらつき、転倒した	左大腿骨頸部骨頭骨折
2	居室の電気や鍵が気になり、ベッドから起き上がり歩行して転倒。	右大腿骨頸部骨折
3	車いすから離れて立ち上がり、うつ伏せに転倒した。	左肘上腕骨遠位端骨折
4	水分摂取されている時、椅子からバランス崩し転倒。	右側頭部切創

5	扉を勢い良く閉め、扉の手すりを離れた直後バランスを崩し転倒。	額、頭頂部打撲、 左手第2指裂創、 左手背擦過
---	--------------------------------	-------------------------------

2 死亡事故

(1) サービス種別別件数

特定施設入居者生活介護が8件で最も多かった。

サービス種別	令和7年度	
	件数	割合 (%)
特定施設入居者生活介護	8	50.0%
介護老人福祉施設	4	25.0%
介護老人保健施設	1	6.3%
通所介護	1	6.3%
訪問介護	1	6.3%
養護老人ホーム	1	6.3%
合計	16	100%

(2) 死亡事故の原因

死亡事故の原因（事故種別）で、「その他」を除けば「誤嚥・異食」で2件だった。

原因（事故種別）	令和7年度	
	件数	割合 (%)
誤嚥・異食	2	12.5%
転倒（介助中以外）	1	6.3%
転落（介助中以外）	1	6.3%
その他	12	75.0%
合計	16	100%

(3) 再発防止策

「誤嚥・異食」の再発防止策としては、「見守りが出来る体制を整えてから食事

を提供する。」等が挙げられていた。

「転倒（介助中以外）」の再発防止策としては、「排尿や排便の間隔をつかみ、適切な時間帯での適切なお手伝いができるように巡回をしていく」が挙げられていた。

「転落（介助中以外）」の再発防止策としては、「床対応としてレイアウトを利用者の様子を踏まえ検討する」が挙げられていた。

「その他」については、「ストレッチャー移乗前に衣類等を着衣介助しやすい所に準備する。」「ベルトの調整は、利用者本人が浮かないように都度調整を行う。」等が挙げられていた。

3 感染症

（１）発生件数

疥癬が 29 件で最も多かった。

感染症名	令和 7 年度	
	件数	割合 (%)
疥癬	29	78.4%
コロナウイルス	8	21.6%
合計	37	100%

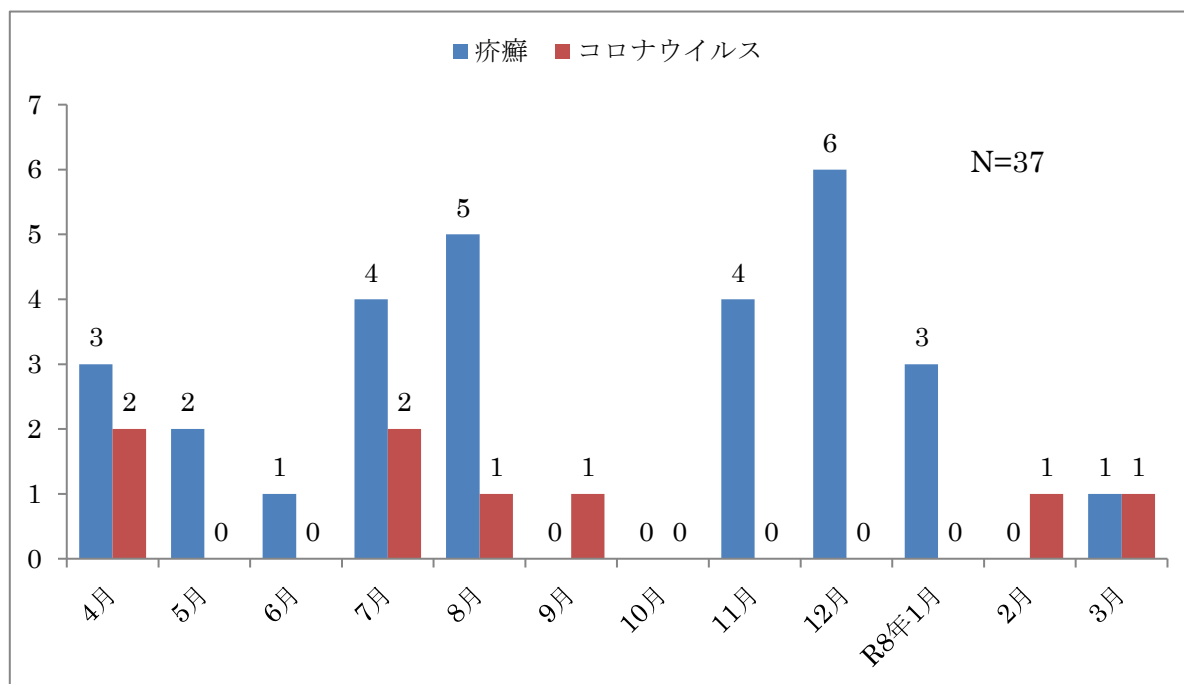
（２）サービス種別別発生件数

コロナウイルス感染症の発生は、介護老人福祉施設、特定施設入居者生活介護が最も多く 3 件だった。

サービス種別 感染症名	令和 7 年度			
	疥癬	コロナウイルス	合計	割合 (%)
介護老人福祉施設	27	3	30	81.1%
特定施設入居者生活介護	2	3	5	13.5%
介護老人保健施設	0	1	1	2.7%
通所介護	0	1	1	2.7%
合計	29	8	37	100%

※感染した利用者が複数のサービスを利用している場合、いずれか 1 つの事業所から事故報告を受けている。ここでは、報告のあった事業所のサービス種別で集計している。

(3) 発生月別件数



第3 再発防止に向けて

1 説明責任と記録

(1) 説明責任

介護サービス事業者には、介護事故を防ぐため、あらかじめ予想されるリスクについて事前に利用者へ説明・理解してもらう「リスクの説明責任」と、介護事故が発生した場合、利用者・家族に対して迅速に報告する「事故発生時の説明責任」が求められる。利用者・家族に理解と納得を得られるよう説明することが重要である。

(2) 記録の重要性

介護事故が発生した場合、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。利用者・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、詳細な記録を時系列で残すことが重要である。

2 事故防止のための体制づくり

事故再発防止に向けて、①介護事故に関する研修の実施、②マニュアルの作成と周知、③職員間の情報共有、④利用者の行動パターンの把握、⑤事故防止対策委員会の設置、⑥ヒヤリハットの作成、⑦感染症予防対策等が介護サービス事業者に求められる。

(1) 研修の実施

採用時のみならず経験を積んだ職員にも新たな知識を習得させるため、事業所は計画的に研修を実施することが求められる。その際、勤務時間が不規則な非常勤職

員も受講できるよう複数回開催することや、外国人の職員も理解できるよう工夫することが望ましい。また、外部研修に参加する機会を設けるとともに、参加した職員から他の職員へ研修内容を共有することも重要である。

なお、介護老人福祉施設及び介護老人保健施設においては、事故発生防止のための指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育（年2回）を開催するとともに、新規採用時には必ず事故発生防止の研修を実施しなければならない。

◆主な研修例

- ・各種ケア研修（食事介助、更衣介助、入浴介助、排泄介助、服薬介助等）
- ・認知症研修
- ・感染症対策研修
- ・高齢者虐待防止研修
- ・個人情報保護研修
- ・個別事例検討研修

（２）マニュアルの作成

マニュアルを作成する目的には、事故の未然防止・再発防止だけではなく、事故発生時及び緊急時に迅速で適切な対応ができる体制を整えることも含まれる。また、マニュアルは一度作ったら終わりではなく、定期的に内容をチェックし必要に応じて更新することも大切である。マニュアルを活用し、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る。

◆主なマニュアル例

- ・各種ケアマニュアル（食事介助、更衣介助、入浴介助、排泄介助、服薬介助等）
- ・認知症対応マニュアル
- ・事故発生時対応マニュアル
- ・ケア提供記録作成マニュアル
- ・非常災害対策マニュアル

（３）職員間の情報共有

＜事故の分析と再発防止対策＞

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、報告したこと自体を評価する等、職員が報告しやすい組織を作ることが大切である。客観的で正確な事実の報告によって分析・検討された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繋がる。

＜根本的な原因理解と解決策＞

事故が発生した時は「注意する」といった対応策ではなく、根本的な原因を理解し、解決することが必要である。根本的な原因を探る際は、利用者の個別状況、環境面の要因、職員全員に共通の要因、当該職員個人の要因等に分類し、備品配置の

見直し、マニュアルの見直し、教育を充実させる等の解決策に導くことが望ましい。

根本的な要因	改善の方策
利用者の個別状況	利用者の行動把握、環境整備等
環境面の要因	備品配置の見直し、施設改修等
職員全員に共通の要因	マニュアルの見直し等
職員個人の要因	教育の充実、スキルチェック等

（４）利用者の行動パターンの把握

高齢者が生活する際に、あらかじめ予想されるリスクの有無や程度を利用者ごとに評価し、事故の予防措置を講じておくことが大切である。利用者の行動パターンを把握し、事業所内で共有することで、事故を未然に防ぐことができる。共有方法の例として、ケア会議等の会議や休暇の職員の代わりに勤務する職員への申し送り、ユニットケアの記録管理、訪問介護の手順書への記載、通所介護の当日の利用者のリスク共有等が挙げられる。

（５）事故防止検討委員会の設置

介護老人福祉施設・介護老人保健施設等においては、事故防止検討委員会を設置しなければならない。介護事故記録を収集・分析し、介護事故発生の防止及び再発防止のための対策を検討する委員会であり、幅広い職種（例えば、施設長（管理者）、事務長、医師、看護職員、介護職員、支援相談員）により構成し、構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、専任の安全対策を担当する者を決めておくことが必要である。

なお、委員会は、他の委員会と独立して設置・運営することが必要であり、責任者はケア全般の責任者であることが望ましい。

また、委員会に施設外の安全対策の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。

（６）ヒヤリハットの活用

＜ハインリッヒの法則＞

1:29:300 の法則。「1 件の重大な事故・災害の背後には、29 件の軽微な事故・災害があり、その背景には 300 件のヒヤリハットがある」という労働災害に対する経験則の一つ。アメリカの損害保険会社の技術・調査部に勤務していたハーバート・ウィリアム・ハインリッヒが、1929 年に出版した論文の中で発表したことから「ハインリッヒの法則」と呼ばれており、重大な事故の発生を防ぐためには、ささいなミスや不注意などを見逃さず、その時点で対策を講じることが有効であるという考えに繋がる。

介護の現場において、「転びそうになった」、「誤飲しそうになった」等事故に繋がりにそうになった出来事についてヒヤリハットを記録し、分析・検討することに

より、重大な事故を未然に防止し、事故の予測能力を高めることができる。

（７）感染症予防対策

介護サービス事業者には今後も基本的な感染防止対策を行い、利用者に必要なサービスを継続的に提供することが求められる。厚生労働省から発出されている手引き等を以下にまとめたので、これらを活用し、引き続き感染対策を徹底することが重要である。

○ 介護現場における感染対策の手引き

介護現場で必要な感染症の知識や対応方法などを記載している。介護職員の方においては、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のための手引きとして、介護施設・事業所の施設長・管理者の方においては、その役割と感染管理体制の構築のための手引きとして活用いただくことを想定している。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001149870.pdf>



○ 介護職員のための感染対策マニュアル

手引きの内容を概略したもの（それぞれ全 20 ページ）。

（施設系） <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001199341.pdf>

（通所系） <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001199342.pdf>

（訪問系） <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001199343.pdf>

（施設系）



（通所系）



（訪問系）



○ 感染症発生時の業務継続ガイドライン

各施設・事業所において、新型コロナウイルス感染症が発生した場合の対応やそれらを踏まえて平時から準備・検討しておくべきことを、サービス類型に応じた業務継続ガイドラインとして整理している。

<https://www.mhlw.go.jp/content/001073001.pdf>



○ 施設内療養時の対応の手引き

病床等のひっ迫の状況などにより、やむを得ず施設内療養を行う場合における感染対策の参考となるよう、手引きとしてまとめている。

<https://www.mhlw.go.jp/content/000783412.pdf>



○ 介護職員等のための感染対策動画「そうだったのか！感染対策」

介護職員等向けに、新型コロナウイルス感染症の対策を分かりやすくまとめた動画を作成し、厚生労働省のYouTubeに公表している。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_kou_reisha/douga_00006.html



○ 事例集

これまでに新型コロナウイルス感染症の感染者が発生した介護施設・事業所等での対応等から、今後の対応の参考になると考えられる事例について、事例内容に加え、同様の事例が起こった場合の「対応策の例」、「事例からの学び」等をまとめている。

<https://www.mhlw.go.jp/content/000750414.pdf>



○ 机上訓練

シミュレーションに関しては、実際に行ってみることで気づくことも多く、様々な場面を想定して議論や訓練を行うことが重要だが、その際の参考資料としての机上訓練シナリオ。

(入所系) <https://www.mhlw.go.jp/content/001263088.pdf>

(通所系) <https://www.mhlw.go.jp/content/001263071.pdf>

(訪問系) <https://www.mhlw.go.jp/content/001263072.pdf>

(居宅系) <https://www.mhlw.go.jp/content/001263080.pdf>

(入所系)



(通所系)



(訪問系)



(居宅系)



○ 業務継続計画（BCP）作成支援に関する研修動画

感染症が発生した場合であっても、介護サービスが安定的・継続的に提供されることが重要であることから、介護施設・事業所における業務継続計画（BCP）の作成を支援するために研修動画を作成している。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_kou_reisha/douga_00002.html



- 上記の手引き等を含め、介護事業所等向けの新型コロナウイルス感染症対策等に関する情報が下記ページにまとめられている。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_kour_eisha/taisakumatome_13635.html



3 まとめ

事故報告は、事故が発生した際の対応や、その後の同様の事故に対する再発防止策の検討・見直しを喚起することに重点を置くものであり、事業者の責任を追及するものではない。事故報告書の区への届出の必要性については浸透してきているものの、一部に認識不足である事業所も見受けられる状況である。

引き続き、事故報告書の提出についてホームページや運営指導等で周知し、介護サービス事業者の事故に対する感受性を高め、サービスの質の向上を支援していくことが区の責務であると考える。

<事故報告書の提出について>

江東区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.koto.lg.jp/210106/2020jikohoukokusyo.html>

電子申請フォームにてご提出ください。