

令和4年度

介護保険事業者における事故報告
集計・分析結果



江東区福祉課

令和4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4年4月1日から令和5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4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

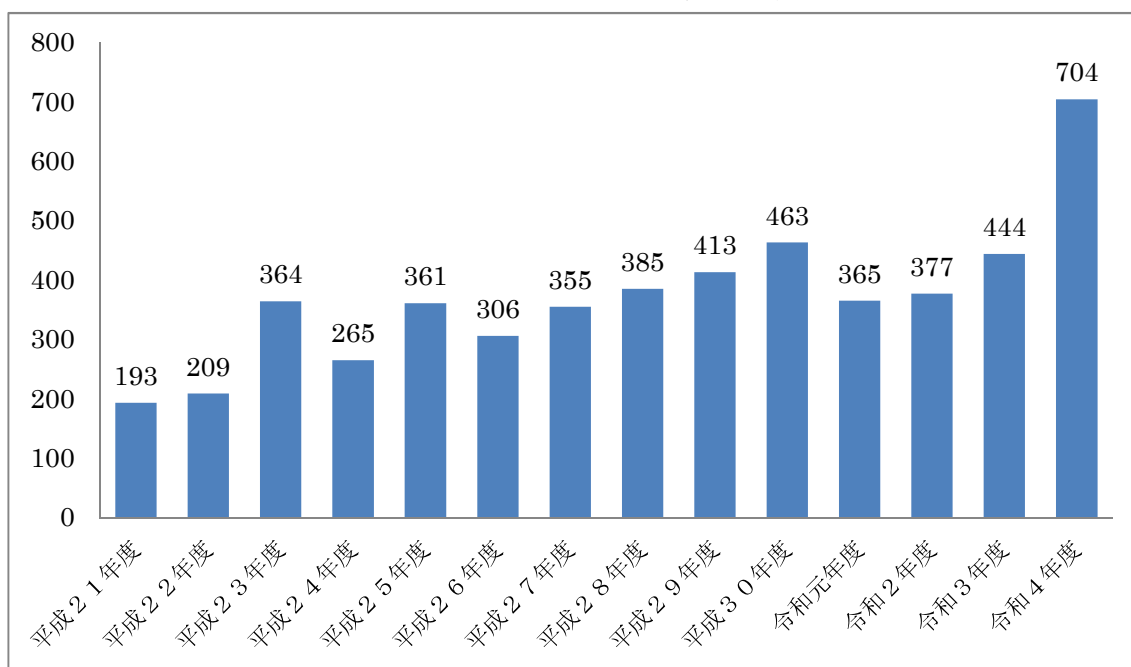
3 事故報告件数の推移

令和4年度中に区へ提出のあった事故報告書は704件であった。

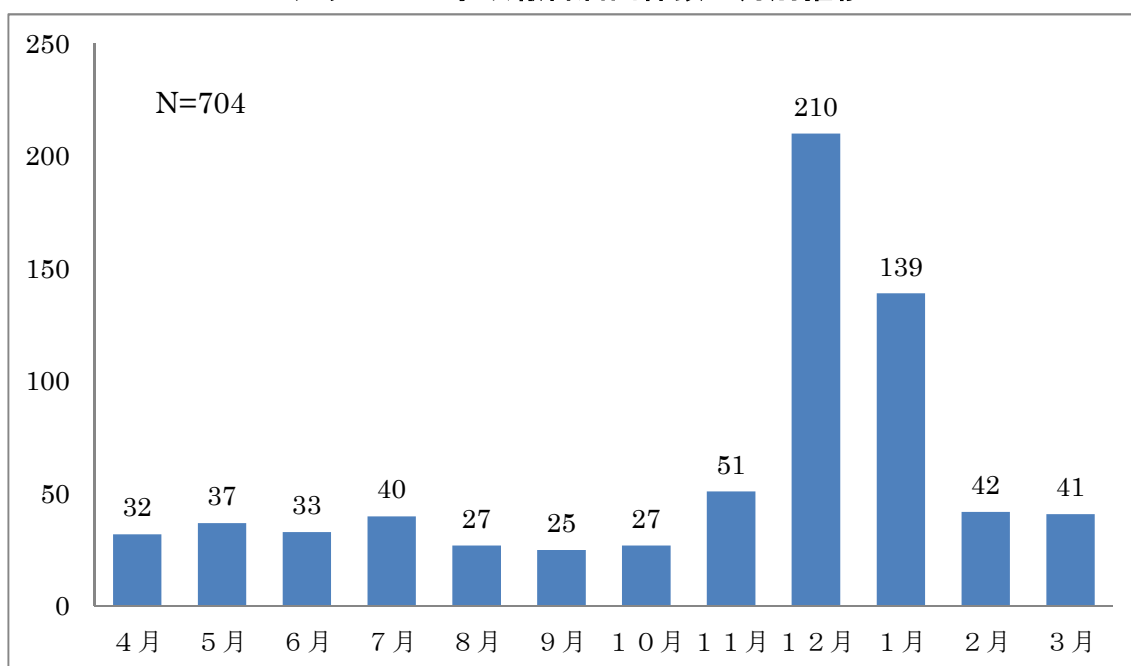
前年度の444件から260件増加した(グラフ1)。これは感染症の報告件数が例年より多かったことによるものである。

また、月別届出件数は、12月が最も多く210件、9月が最も少なく25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



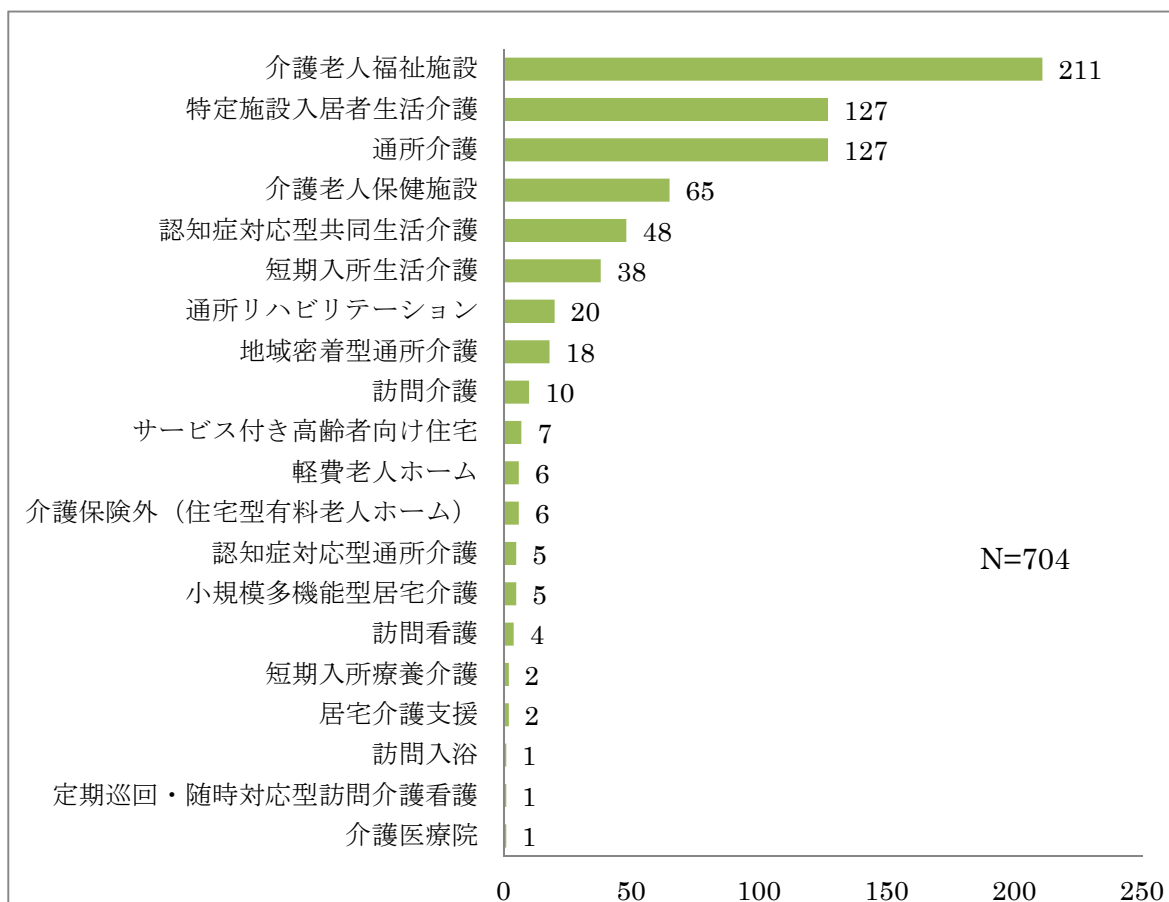
グラフ2 事故報告届出件数の月別推移



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211件（30.0%）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）と通所介護で127件（18.0%）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、「感染症」で393件であった。

事故種別	令和4年度	
	件数	割合 (%)
転倒 (介助中)	21	3.0%
転倒 (介助中以外)	195	27.7%
転落 (介助中)	5	0.7%
転落 (介助中以外)	8	1.1%
誤嚥・異食	6	0.9%
感染症	393	55.8%
誤与薬	2	0.3%
無断外出	2	0.3%
法令違反・不祥事	1	0.1%
利用者同士のトラブル	2	0.3%
交通事故	0	0%
震災・風水害等災害	0	0%
原因不明	42	6.0%
その他	27	3.8%
合計	704	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、介護老人福祉施設では「感染症」が最も多く、特定施設入居者生活介護では「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	無断 外出	法令違 反・不 祥事	利用者同 士のトラ ブル	原因 不明	そ の 他	合 計	構 成 比
介護老人福祉施設	53	7	4	115	1	0	1	0	20	10	211	30.0%
特定施設入居者生活 介護	87	1	2	25	0	0	0	1	7	4	127	18.0%
通所介護	11	2	0	110	0	1	0	0	0	3	127	18.0%
介護老人保健施設	21	0	0	32	0	1	0	0	7	4	65	9.2%
認知症対応型共同生 活介護	22	0	0	20	0	0	0	1	4	1	48	6.8%
短期入所生活介護	13	1	0	22	0	0	0	0	1	1	38	5.4%
上記以外	9	2	0	69	1	0	0	0	3	4	88	12.5%
合計	216	13	6	393	2	2	1	2	42	27	704	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「感染症」で 393 件 (55.8%)、続いて「骨折」で 250 件 (35.5%) であった。

事故結果	令和 4 年度	
	件数	割合 (%)
死亡	7	1.0%
骨折	250	35.5%
出血	32	4.5%
体調悪化	4	0.6%
感染症	393	55.8%
その他	18	2.6%
合計	704	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、「感染症」を除くと全てにおいて「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	その他	合計	構成比
介護老人福祉施設	2	86	3	1	115	4	211	30.0%
特定施設入居者生活介護	1	79	16	2	25	4	127	18.0%
通所介護	0	14	0	0	110	3	127	18.0%
介護老人保健施設	1	27	2	0	32	3	65	9.2%
認知症対応型共同生活介護	1	18	7	0	20	2	48	6.8%
短期入所生活介護	1	13	2	0	22	0	38	5.4%
上記以外	1	13	2	1	69	2	88	12.5%
合計	7	250	32	4	393	18	704	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、「感染症」で 393 件であった。続いて「転倒による骨折」が 184 件であった。

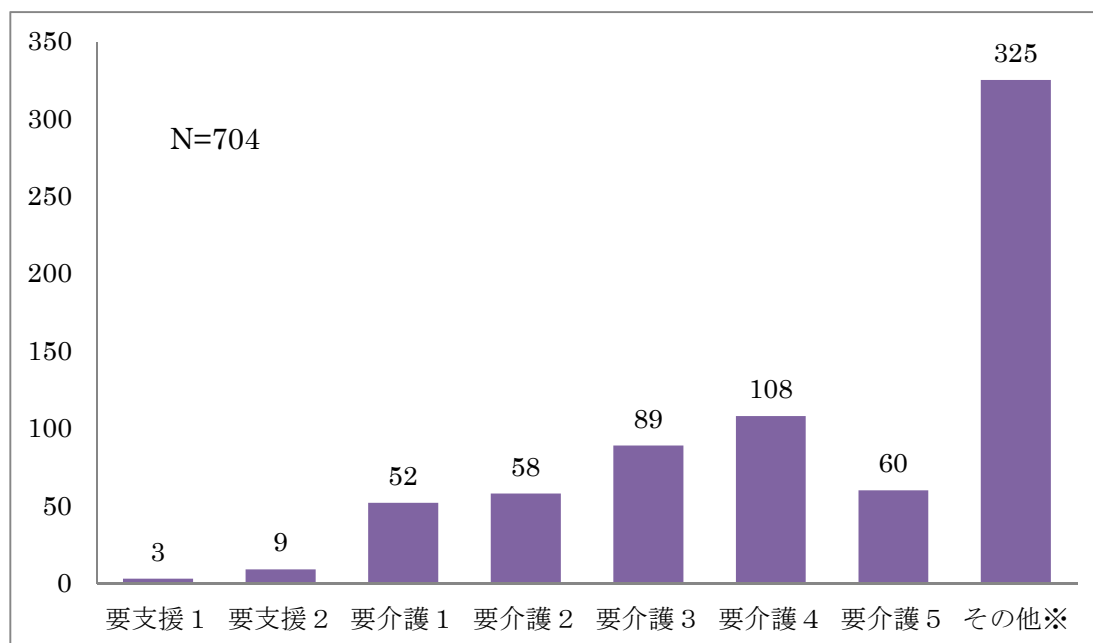
事故種別別事故結果

原因（事故種別） 事故結果	転倒	転落	誤嚥 異食	感染 症	誤与 薬	無断 外出	法令違 反・不 祥事	利用 者同 士の トラ ブル	原因 不明	その他	合計	構成 比
死亡	2	0	2	0	0	0	0	0	1	2	7	1.0%
骨折	184	11	0	0	0	1	0	1	39	14	250	35.5%
出血	27	1	0	0	0	1	0	0	2	1	32	4.5%
体調悪化	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	4	0.6%
感染症	0	0	0	393	0	0	0	0	0	0	393	55.8%
その他	3	1	2	0	0	0	1	1	0	10	18	2.6%
合計	216	13	6	393	2	2	1	2	42	27	704	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、「その他」を除けば要介護4の108件（15.3%）が最も多く、続いて要介護3の89件（12.6%）であった。

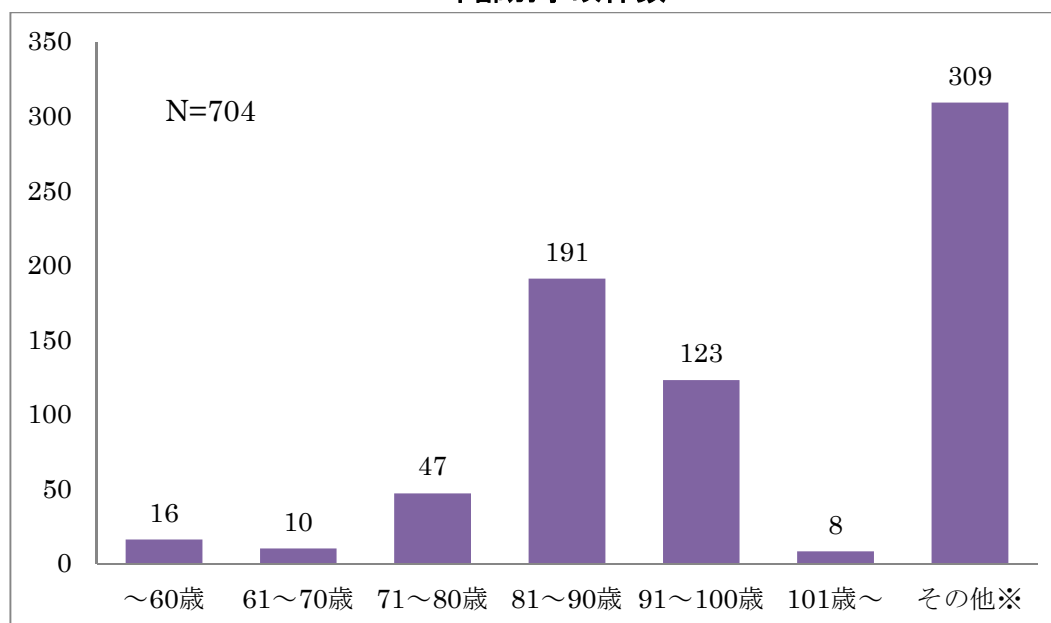
要介護度別事故件数



※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191件（27.1%）が最も多く、続いて91～100歳の123件（17.5%）であった。

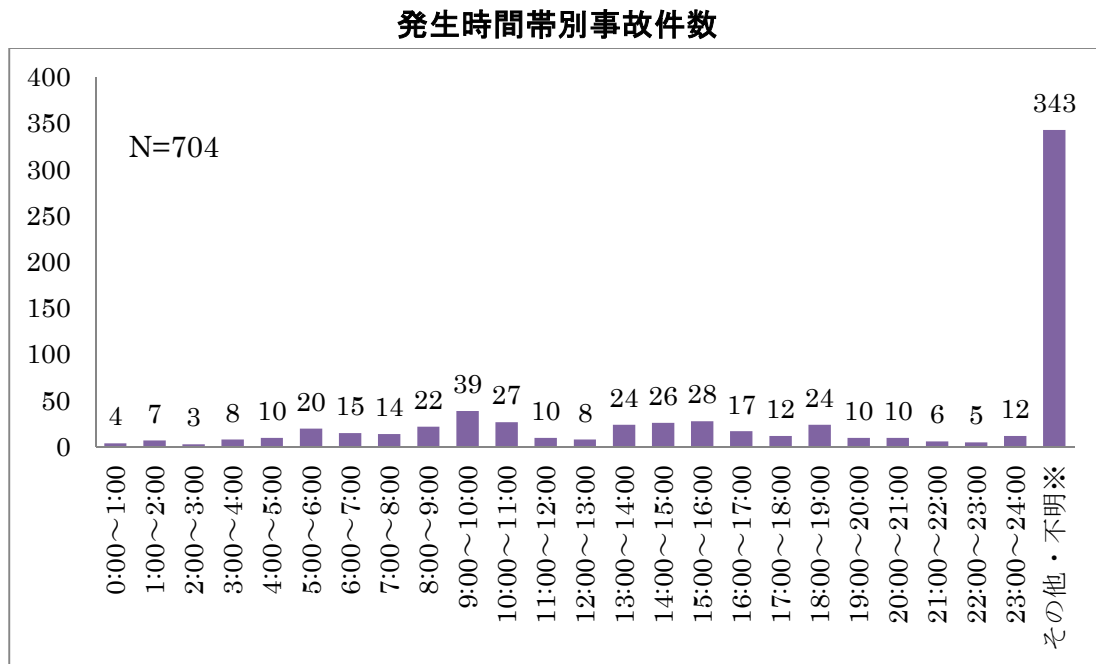
年齢別事故件数



※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「9:00～10:00」が39件（5.5%）で最も多く、続いて「15:00～16:00」の28件（4.0%）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、「その他・不明」を除けば「利用者居室」の194件（27.6%）、続いて「食堂」の51件（7.2%）であった。

発生場所別事故件数

発生場所		件数	構成比
入所・通所施設	利用者居室	194	27.6%
	食堂	51	7.2%
	廊下	26	3.7%
	その他施設内	17	2.4%
	共用トイレ	12	1.7%
	浴室	9	1.3%
	リビングルーム・フロア	4	0.6%
屋外	8	1.1%	
利用者宅	5	0.7%	
不明	41	5.8%	
その他	337	47.9%	
合計		704	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

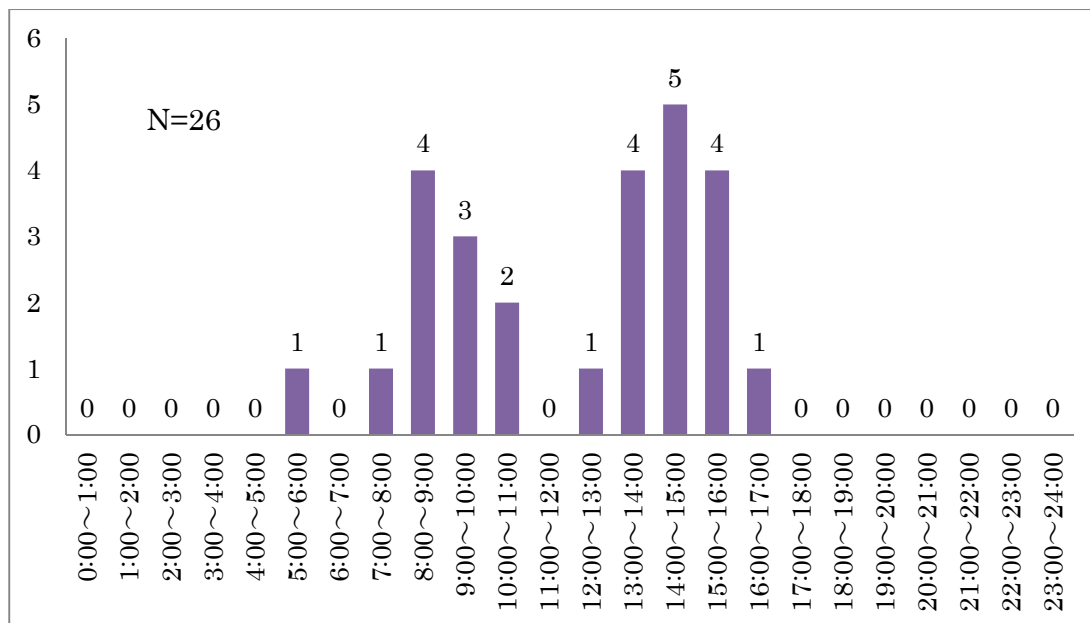
1 転倒・転落事故

(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、「14:00～15:00」で5件、続いて「8:00～9:00」、「13:00～14:00」、「15:00～16:00」で各4件であった。

発生時間別転倒・転落事故件数



② 事例

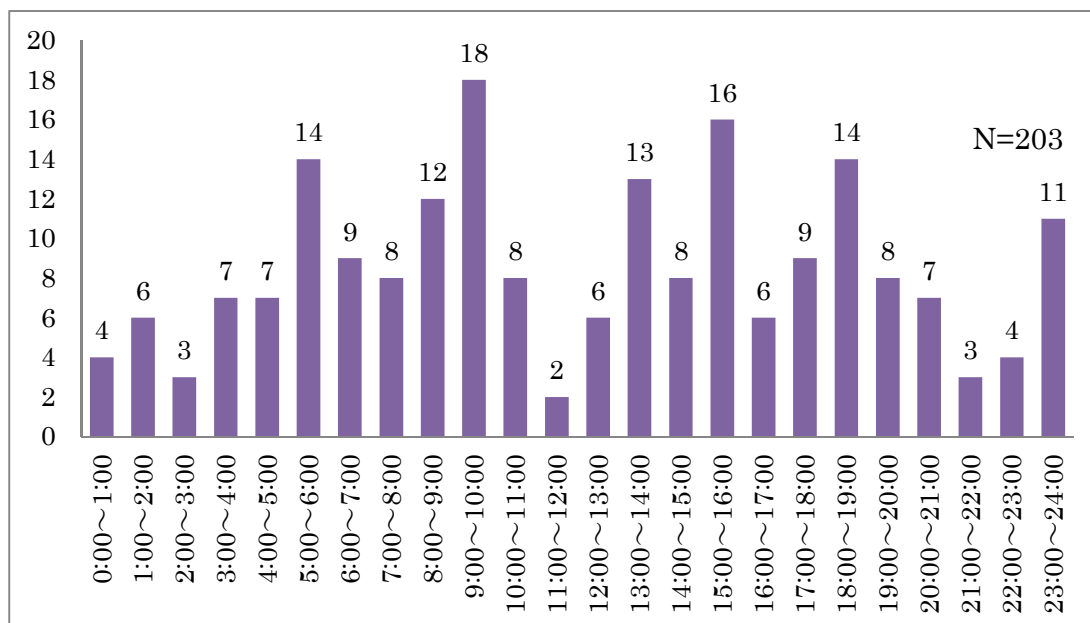
	事故の内容	負傷等の状況
1	職員が付き添って散歩。始めは勢いよく歩いていたが、突然歩くのが止まり、前傾姿勢から脱力したようになり、職員が抱えきれずに転倒した。	右大腿骨転子部骨折
2	入浴時、車いすからストレッチャーへタオル移乗介助を行っていた際にバランスを崩し、左脇腹が車いすにぶつかってしまった。	左肋骨(11番)骨折
3	デイサービスの迎え、介助して移動中、段差に足を引っ掛け転倒した。	右親指骨折
4	右半身麻痺のある利用者が機能訓練室にて歩行訓練中、右前方に右肩、側頭部が先につくような形で転倒した。機能訓練指導員が後方にいたが、支えきれなかった。	右3・4番肋骨骨折
5	ヘルパーが入浴介助で訪問。脱衣所の前で4点杖に持ち替え移動し、脱衣所から浴室に入り2～3歩移動した所で、左手に持っていた杖の先が滑ってしまい右膝をついて立ち上がれなくなった。	右膝膝蓋骨、右脛骨ひび

(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、「9:00～10:00」で18件、続いて「15:00～16:00」で16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	トイレに入る際に、手すりを掴もうとするが、掴み損ねて後方に臀部より転倒した。	胸椎腰椎圧迫骨折
2	身体機能個別リハビリ終了時、自身で靴を履こうと右下肢を組もうとした際、前方にかがみバランスを崩し、車いすより転落した。	右上腕骨頸部骨折
3	夕食後、車椅子に乗車して食堂で過ごしていた。トイレのため立ち上がり、職員が気づき近寄るが間に合わず、転倒した。	左大腿骨大転子骨折
4	トイレから出て来た後、廊下の真ん中で車いすから立ち上り、ズボンを上げようとした際にバランスを崩し、左臀部から崩れるように転倒した。	左大転子上部骨折
5	ユニット内キッチンにて朝食用の箸やスプーンの準備の手伝いをしていた際、方向転換しようとしてバランスを崩し転倒した。	右肘骨折

2 死亡事故

(1) サービス種別別件数

介護老人福祉施設が2件で最も多かった。

サービス種別	令和4年度	
	件数	割合 (%)
介護老人福祉施設	2	28.6%
介護老人保健施設	1	14.3%
短期入所生活介護	1	14.3%
特定施設入居者生活介護	1	14.3%
認知症対応型共同生活介護	1	14.3%
訪問介護	1	14.3%
合計	7	100%

(2) 死亡事故の原因

死亡事故の原因（事故種別）で最も多かったものは、「誤嚥・異食」、「転倒（介助中以外）」、「その他」で各2件だった。

原因（事故種別）	令和4年度	
	件数	割合 (%)
誤嚥・異食	2	28.6%
転倒（介助中以外）	2	28.6%
原因不明	1	14.3%
その他	2	28.6%
合計	7	100%

(3) 再発防止策

「誤嚥・異食」の再発防止策としては、「食事中に咽込み等がみられた際は無理せず一旦中断し、それでも困難な場合は食事を中止する」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、「交流スペースを設け、他者と触れ合う時間や機会を提供する」、「申し送りや研修を通してどのスタッフも同じ対応が出来るよう情報共有を行う」等が挙げられていた。

3 感染症

(1) 発生件数

新型コロナウイルス感染症が 369 件で最も多かった。

感染症名	令和 4 年度	
	件数	割合 (%)
新型コロナウイルス	369	93.9%
疥癬	23	5.9%
結核	1	0.3%
合計	393	100%

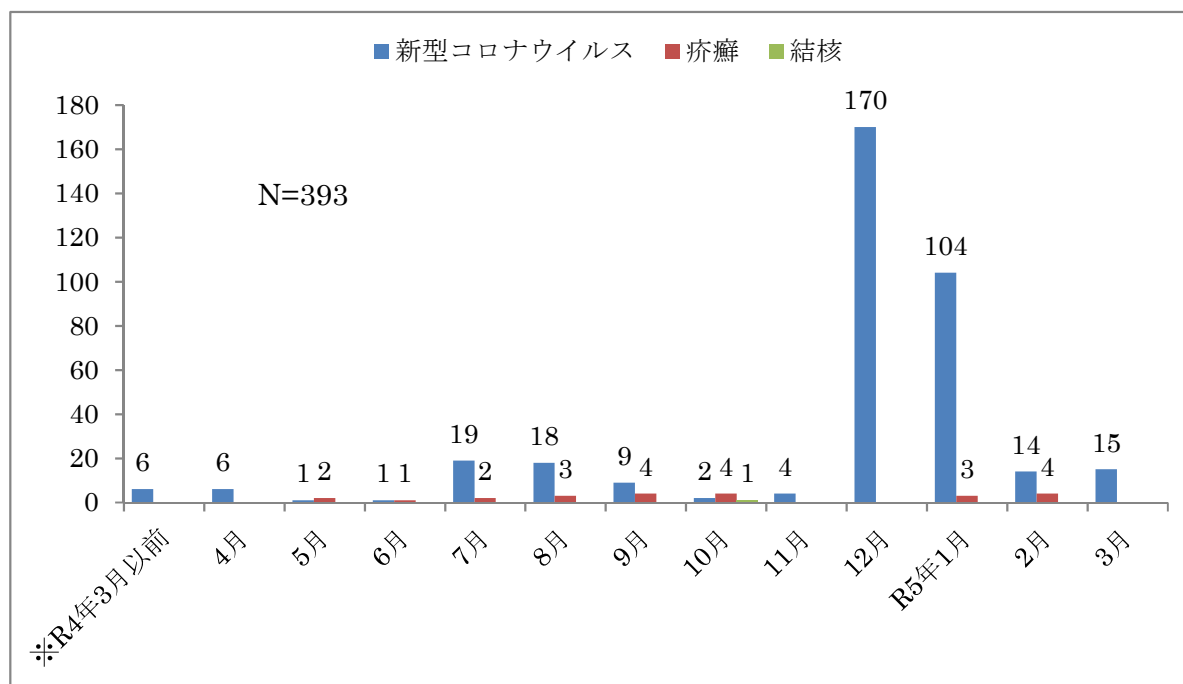
(2) サービス種別別発生件数

新型コロナウイルス感染症の発生は、通所介護が最も多く 110 件だった。

サービス種別	感染症名	令和 4 年度				
		新型コロナ ウイルス	疥癬	結核	合計	割合 (%)
介護老人福祉施設		93	22	0	115	29.3%
通所介護		110	0	0	110	28.0%
介護老人保健施設		32	0	0	32	8.1%
特定施設入居者生活介護		25	0	0	25	6.4%
短期入所生活介護		22	0	0	22	5.6%
認知症対応型共同生活介護		19	1	0	20	5.1%
通所リハビリテーション		19	0	0	19	4.8%
地域密着型通所介護		16	0	0	16	4.1%
訪問介護		5	0	1	6	1.5%
認知症対応型通所介護		5	0	0	5	1.3%
軽費老人ホーム		5	0	0	5	1.3%
その他		18	0	0	18	4.6%
合計		369	23	1	393	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



※事故報告書受付日が令和4年度であるものを集計に含んでいる。

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など、職員が報告しやすい組織をつく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

介護現場に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/12300000/001048002.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/12300000/000678255.pdf>

(通所系) <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000678256.pdf>

(訪問系) <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000678257.pdf>

(施設系)



(通所系)



(訪問系)



○ 新型コロナウイルス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/12300000/001049996.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_koureisha/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>



○ 机上訓練シナリオ

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。

<https://www.mhlw.go.jp/content/000678401.pdf>



○ 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_koureisha/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、事業者の責任を追究するものではない。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ます。

<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>

電子メールまたは郵便でご提出ください。

メールアドレス：kaigojiko@city.koto.lg.jp