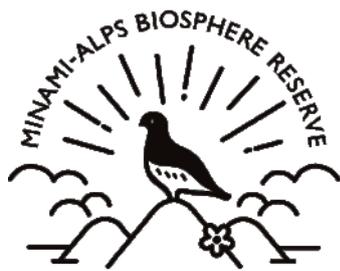


過去3年間の介護保険サービス提供中の
事故発生に係る報告書の集計及び分析



南アルプス
ユネスコエコパーク

南アルプス市は、自然と共生した
まちづくりを進めています。

南アルプス市

保健福祉部介護保険担当

○背景と目的

本市の高齢化率（南アルプス市全人口に占める65歳以上の人の割合）は令和3年3月31日時点で27.71%であり、おおむね4人に1人が高齢者となっている。要介護及び要支援認定を受けている被保険者（以下、「認定者」という。）の数も年々増加しており、介護サービスの需要が高まってきている。デイサービスやショートステイ、特別養護老人ホームなど様々な介護サービスを利用する認定者が増える一方、介護保険サービス提供中に発生する事故件数も年々増加している。

本調査では、提出された「介護保険サービス提供中の事故発生に係る報告書」の内容を分析し、提示することで、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。

○市へ報告する事故対象事業者及び介護保険サービスと報告範囲

1 事故報告の対象となる事業者及び介護保険サービス

次の①②の事業者（以下「事業者という。」）が行う介護保険適用サービスとする。

- ① 山梨県知事又は甲府市長が指定又は許可する居宅サービス事業者、介護保険施設又は介護予防サービス事業者
- ② 県内の市町村が指定する地域密着型サービス事業者、地域密着型介護予防サービス事業者、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者又は基準該当居宅サービス事業者

2 報告の範囲

- ① サービスの提供中に利用者にケガ又は死亡事故が発生した場合（注1～4）
- ② 従業者の法令違反・不祥事等の発生（注5）
- ③ その他、報告が必要と認められる事故の発生

（注1） 「サービスの提供中」とは送迎等の間も含む。通所、短期入所及び施設サービスにおいては、利用者等が事業所内にいる間は、「サービスの提供中」に含むものとする。

（注2） ケガとは、原則として、内外部の医療機関で受診を要した場合とする。

（注3） 事業者の過失の有無は問わない。（利用者の自己過失によるケガであっても、注2に該当する場合は報告すること）

（注4） 利用者が、事故発生から、ある程度の期間を経てから死亡した場合についても、速やかに市町村に報告書を再提出すること。

（注5） 利用者の処遇に影響があるもの（例：利用者等からの預かり金の横領、送迎時等の交通事故等）については報告すること。

○対象

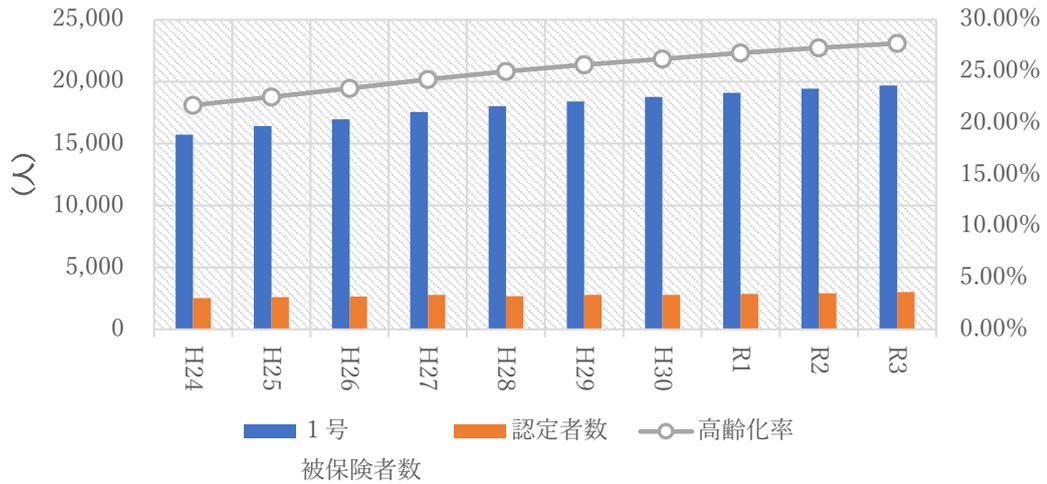
平成30年度～令和2年度の「介護保険サービス提供中の事故発生に係る報告書」

○結果

1、1号被保険者と認定者数の推移

令和3年3月31日時点で1号被保険者数は19,709人、そのうち介護認定を取得している割合（認定率）は15.36%である。1号被保険者数は増加傾向であるが、認定率は15%付近で推移しており、認定者数の増加が続いている。

図1. 1号被保険者数と認定者数、高齢化率の推移（基準日3/31時点）

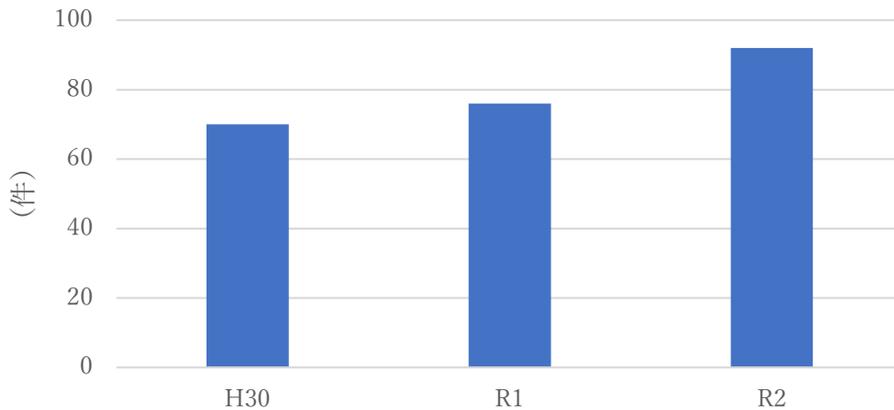


2、事故届出件数の推移

令和2年中の事故発生件数は92件で、前年よりも16件増加している。事故発生件数は3年間連続で増加した。

月別では7月が最も多く、次いで11月、2月の発生件数が多くなる傾向があった。

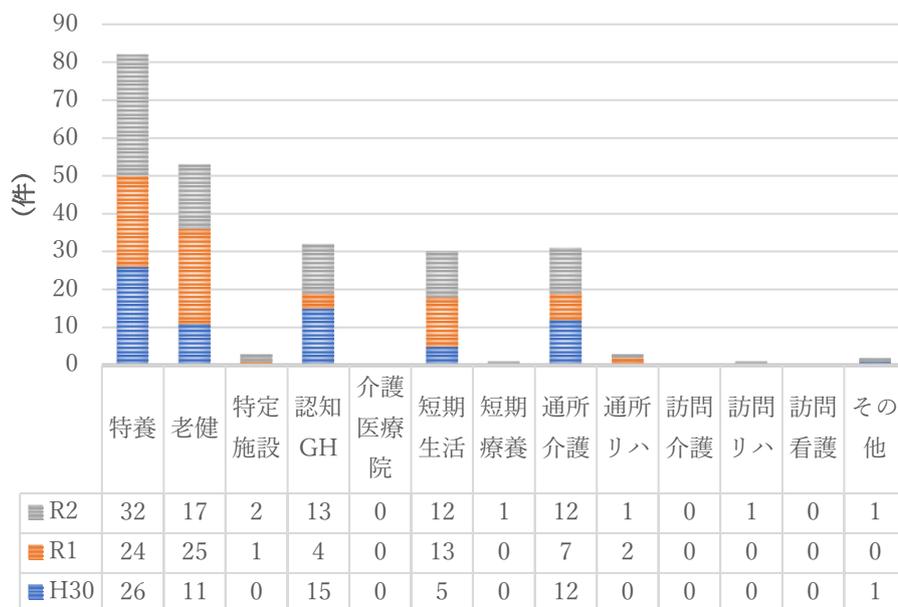
図2. 事故報告届出件数の推移



3、サービス種別別事故報告件数

本市の場合、施設サービス事業所からの報告件数が多く、特に特別養護老人ホームからの報告件数が最多となっていた。

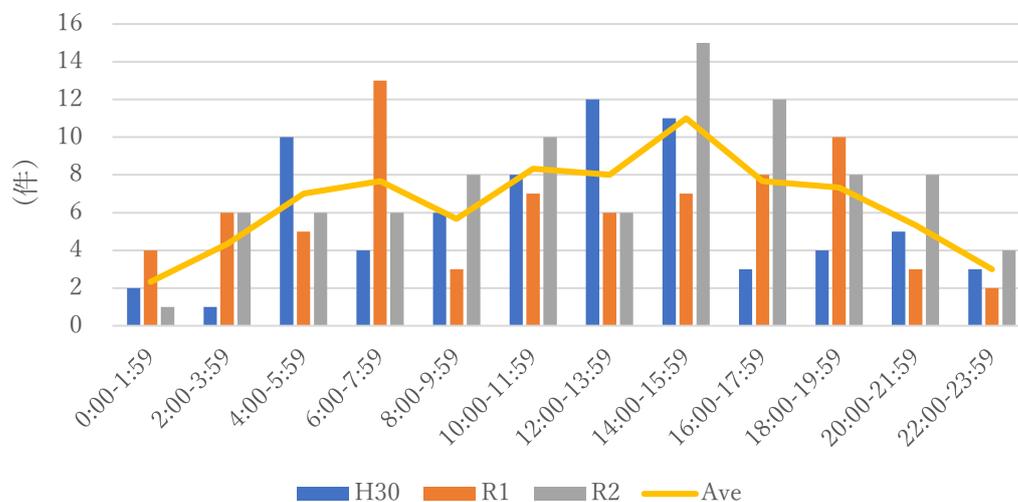
図3. サービス種別別事故報告書届出件数



4、事故発生時間帯別報告件数

時間帯別で見ると、年度によりばらつきが見えるものの、14時～18時前までの時間帯と4時から8時前までの時間帯に事故発生件数が多くみられた。

図4. 時間帯別事故発生件数



令和元年度の発生件数と山梨県全域での数値と比較してみても、起床時間である 6 時から 8 時前の時間帯において事故発生件数が増加する傾向にあった。

図5.令和元年度施設サービス・非施設サービス
事故発生時間帯別報告件数

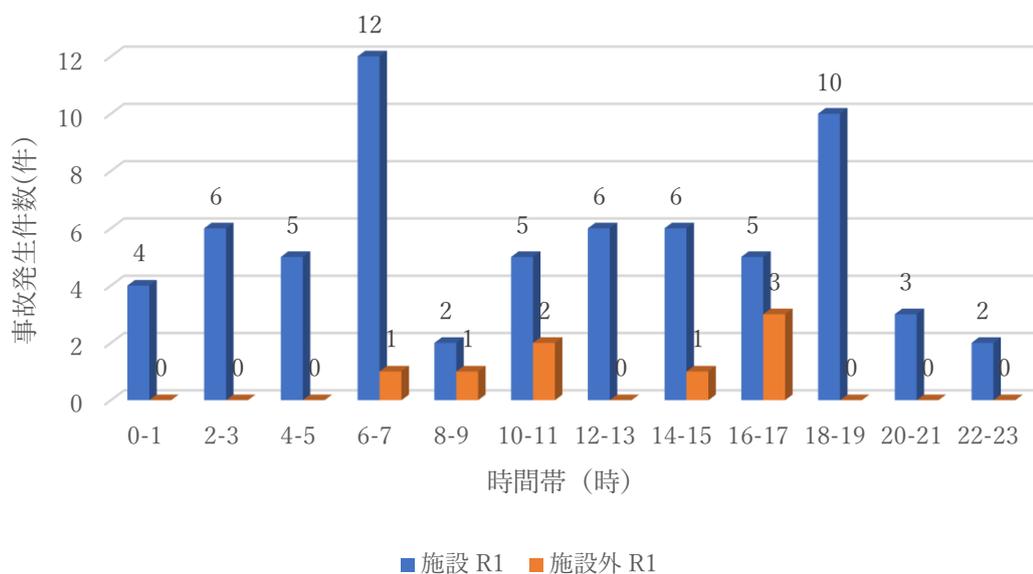
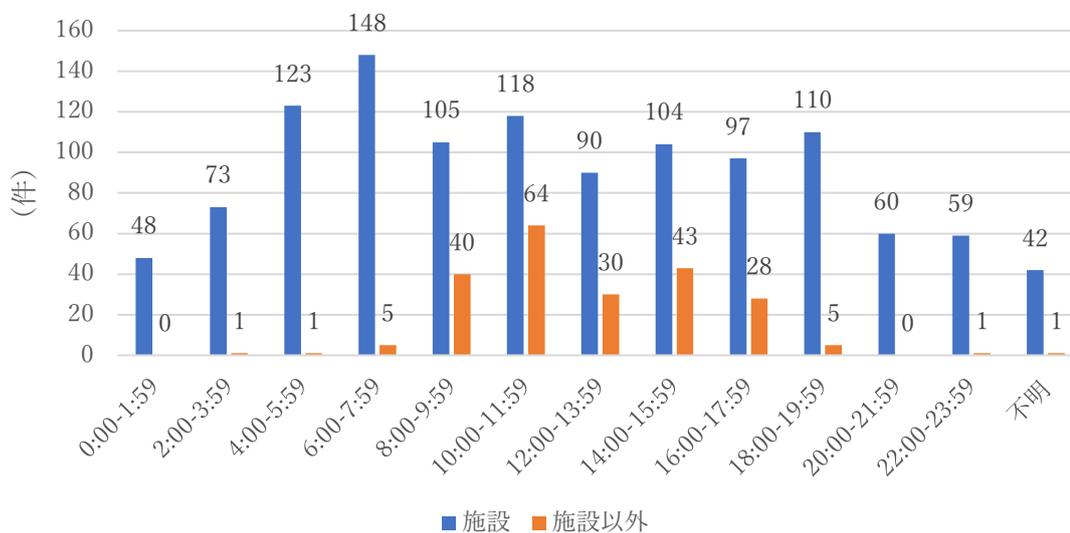


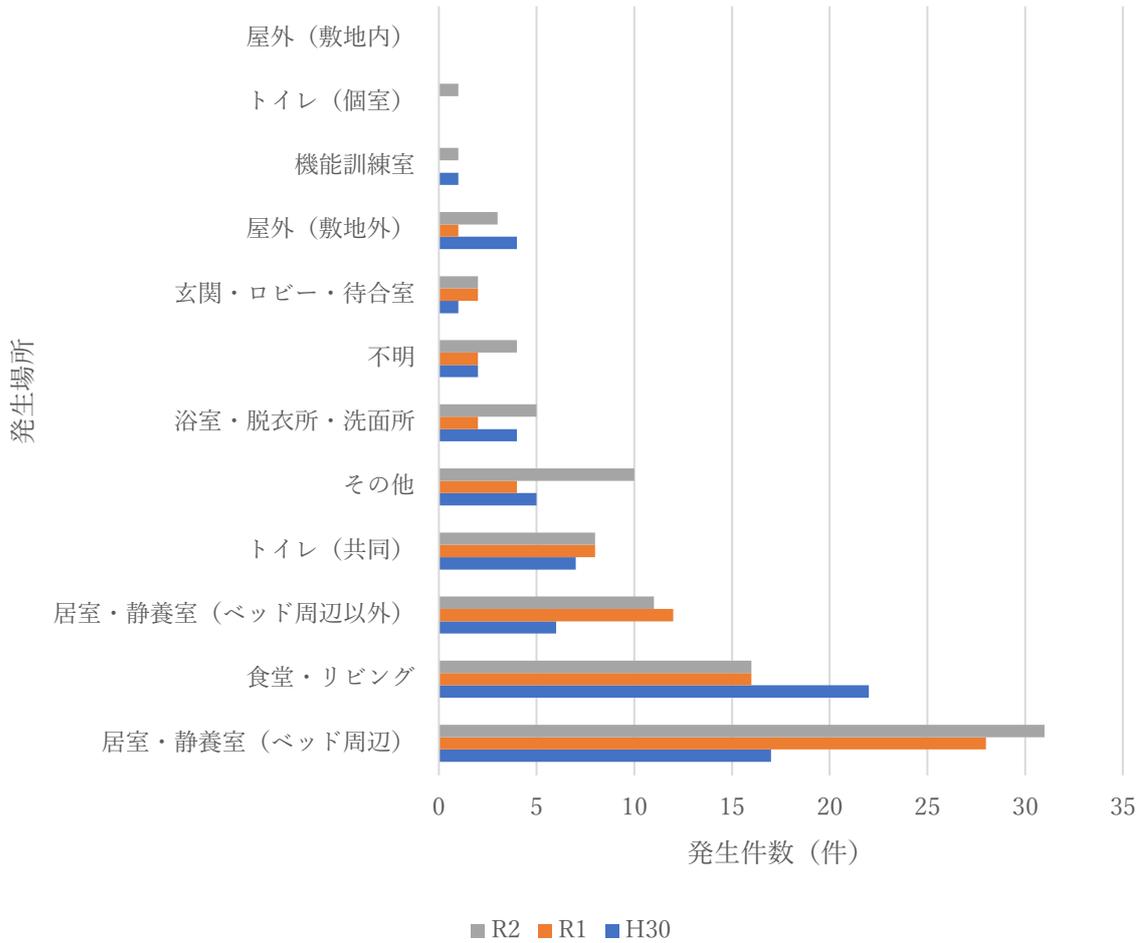
図6.令和元年度山梨県全域事故発生時間帯別報告件数



5、事故発生場所

事故発生場所は、居室のベッド周辺が多く、次いで食堂や共同トイレなどの共有スペースでの多発する傾向にあった。

図7. 事故発生場所



6、事故内容

(1) 事故種別

事故内容は転倒による骨折がもっと多く、次いで転倒による打撲・捻挫・脱臼、裂傷・擦過傷の報告が多かった。骨折箇所は大腿骨や大腿骨転子部など下肢部の骨折が多かった。

令和2年度は転倒による骨折によって14人が入院し、17人が通院による治療を受けた。平成30年度からの3年間で転倒や転落による死亡事故は発生していない。死亡事故については令和元年に1件、令和2年には3件の誤嚥による事故が発生した。

表1. 事故種別ごとの発生件数(件)

事故種別		H30	R1	R2
転倒	骨折	16	26	31
	打撲・捻挫・脱臼	9	10	11
	裂傷・擦過傷	6	1	10
	その他	3	2	3
	不明	0	1	1
転落	骨折	2	2	1
	打撲・捻挫・脱臼	3	4	2
	裂傷・擦過傷	0	1	1
	その他	0	1	1
	不明	0	0	0
溺水		0	0	0
誤嚥		2	1	2
誤薬		2	0	1
交通事故		4	0	1
過失・違反		0	0	0
その他		22	0	0

(2) 介護度別

要介護3の被保険者の事故発生件数が過去3年度においても多かった。平成30年度は34.29%、令和元年は34.21%、令和2年は40.22%を占めていた。要支援認定者の事故発生件数は例年少なかった。

表2. 介護度別の事故発生件数 (件)

介護度	H30	R1	R2
要支援1	0	0	1
要支援2	2	0	0
要介護1	7	4	14
要介護2	13	17	10
要介護3	24	26	37
要介護4	16	17	21
要介護5	8	11	9

(3) 事例

①	情報	年齢／90歳 性別／女性 介護度／要介護3 サービス種別／介護老人保健施設 発生時刻／20：40	事故種別	転倒
	事故内容	居室を訪問したところベットサイドで転倒しているところを発見する。トイレへ行こうとして滑って転倒したと話す。	負傷等の状況	左大腿骨骨折
②	情報	年齢／80歳 性別／男性 介護度／要介護3 サービス種別／認知症対応型共同生活介護 発生時刻／18：25	事故種別	転倒
	事故内容	夕食後、口腔ケアの介助時、洗面台に移送して歯ブラシを渡した後に職員がコップの準備をしている間に、左側に歩き始め、そのまま転倒してしまった。	負傷等の状況	左大腿部警部骨折

③	情報	年齢／85歳 性別／女性 介護度／要介護3 サービス種別／通所介護 発生時刻／15：25	事故種別	誤嚥
	事故内容	おやつ（白玉あずき）を配膳。その後苦しそうな姿を職員が発見し、口腔内の挿入もできず、みぞおち下部圧迫・背中叩くも異物除去できなかった。	負傷等の状況	心肺停止 【その後死亡】
④	情報	年齢／90歳 性別／女性 介護度／要介護2 サービス種別／介護老人保健施設 発生時刻／18：36	事故種別	転倒 福祉用具利用（シルバーカー）
	事故内容	他利用者を介助中に叫び声が聞こえ向かってみると、本人が転倒しており、様子を伺うと車いすを利用中の利用者が移動しようとしてバックしたところ接触してしまったとのこと。	負傷等の状況	右手首骨折
⑤	情報	年齢／100歳 性別／女性 介護度／要介護4 サービス種別／介護老人福祉施設 発生時刻／11：50	事故種別	誤薬
	事故内容	昼食後、他利用者の薬を誤って内服させてしまった。（抗うつ剤・鎮静剤）	負傷等の状況	受診し様子観察したが異常はなかった

○考察

(1) サービス種別

介護サービス提供時間が長い施設サービスは事故発生報告が多かった。特別養護老人ホームのように要介護3以上の入居者が多い施設では特に報告件数が多かった。結果6(2)に示した通り、要介護3の事故発生率が特に高く、本来ならば手引きでの移動・移乗が必要な方が、就寝時間中にトイレなどに起き、ナースコールを鳴らさずご自身でトイレに行こうとして介護ベッドから転落したり、転倒してしまうケースが多く見受けられた。

(2) 発生時間帯と発生場所

時間帯別でみると夜間帯での事故発生件数が多く、特に起床時である6時～8時前と就寝直後の18時～20時前が多かった。夜間帯での事故の場合は、ほとんどのケースがベッド周辺での転落・転倒によるもので、行動の目的のほとんどが排泄であった。山梨県全体で見ても、同様の時間帯で事故発生件数が多くみられることから、この時間帯での事故防止対策を強化する必要がある。事故発見時はすでに転倒・転落している状態での発見が多く、再発防止に向けての取り組みについてはセンサーマットの設置、環境の整備、見守りの強化などの事例が多かった。

また日中では食堂・リビングなどの共有スペースでの福祉用具を使用中の事故が多く見受けられ、歩行器を使用した歩行中の転倒や、車いす使用中のずり落ちなどが多かった。福祉用具の利用については、適宜モニタリングを行い、被保険者の身体状況に適した用具を選定するとともに、止まる際のブレーキの確認や不具合や故障箇所がないかを確認していただきたい。

(3) 事故内容

事故内容は転倒による骨折が最も多く、特に夜間の排尿・排便の際にトイレに行こうとして転倒してしまうケースが多かった。また、靴を正しく履いておらず転倒してしまうケースも多いので、履物を脱げにくく履きやすいものに変えるなど、身に着けるものを変更することで防げる事故もあった。

転落による事故の場合、打撲で済むケースについては、施設側で不穏な行動があるときには低床ベッドに切り替えたり、床に柔らかいマットを敷いたりなど環境整備に事前に取り組まれている例が多く見受けられた。

○再発防止に向けて

1、説明責任と記録

(1) 説明責任

介護保険サービス事業者は、介護事故を防ぐためにあらかじめ予想されるリスクについて事前に利用者（家族）に向けて説明及び理解してもらうための「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。

(2) 記録

介護事故の状況・事故に際してとった処置については記録し、保存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、たとえ第三者にも事実が明確にわかるように、時系列に詳細な記録を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、介護事故に関する研修の実施・マニュアルの作成及び周知・職員間の情報共有・利用者の行動パターンの把握・事故防止対策委員会の設置・ヒヤリハットの作成・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

新たな知識の習得のため、事業所は定期的に研修を行うことが求められている。不規則な勤務や非常勤職員も受講できるように複数回開催したり、外国人の職員でも理解できるように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、研修に参加していない他の職員へも研修内容を共有し、新たな事例、対応方法の習得に努めていただきたい。

(2) マニュアルの作成

事故の未然の防止・再発防止だけではなく、事故発生時や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めて作成をお願いしたい。また、定期的にマニュアルは見直し・更新を行い職員間での認識の統一に努めていただきたい。

福祉用具にかかわる重大事故については消費者庁のホームページに掲載されているところである。厚生労働省でも福祉用具ヒヤリハット事例集としてまとめられているものがあるので確認していただき、マニュアル整備に役立てていただきたい。

<消費者庁・消費者安全>

https://www.caa.go.jp/policies/policy/consumer_safety/

<NITE 製品事故情報・リコール情報>

<https://www.nite.go.jp/jiko/jikojobou/index.html>

<公益財団法人テクノエイド協会 福祉用具ヒヤリハット情報>

<http://www.techno-aids.or.jp/hiyari/index.php>

<厚生労働省・福祉用具ヒヤリハット事例集 2019>

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000620595.pdf>

(3) 職員間の情報共有

事業所は、事故報告が職員への処罰を目的としたものではなく、客観的で正確な事実の報告が重要であることを、職員に十分に説明し、報告しやすい組織づくりに努めていただきたい。また、得られた報告については速やかに調査・分析・再発防止に向けた取り組みについて事業所全体で話し合い、共有することで事故防止につながる。安全管理の責任上、再発防止に向けての取り組みについては即時に行うことが望ましい。

再発防止に向けての取り組みについては、単に「見守りを強化する」といった対策ではなく、根本的な原因を理解し解決することが必要である。そのためには、利用者の身体状況や認知度、行動パターンなど利用者の個別状況、居室やリビング、共同トイレなどの環境整備、職員全体に共有すべき事項、当該職員個人が注意すべき事項に分類し、備品配置の見直し、教育を充実させる等の解決策に導くことが望ましい。

(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適切である。共有方法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あげられる。

(5) 事故防止対策委員会の設置

令和6年3月までに、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対策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、今後の対策について検討する委員会である。委員会の設置によって、事故に関する情報が収集しやすい体制ができる。一般職員のみならず、管理者・生活相談員・介護支援専門員等あらゆる職種の従業者が参加することで、組織として事故防止対策を立てることが出来る。

<介護保険最新情報 Vol.942>

<https://www.wam.go.jp/gyoseiShiryou-files/documents/2021/0322093842627/ksvol.942.pdf>

(6) ヒヤリハットの活用

介護現場で起こった、「転びそうになった」、「落ちそうになった」、「誤飲しそうになった」等、介護事故につながりそうな出来事についてヒヤリハットを記録し、分析・検討することで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出来る。

(7) 感染症予防対策

インフルエンザや新型コロナウイルス等、十分な感染対策を行い利用者に必要なサービスを継続的に提供できるように、感染症対策についてもマニュアルの整備し、感染予防から利用者が感染した場合、職員が感染した場合などあらゆるケースを想定して、発生時に迅速に対応できる体制づくりを行っていただきたい。

<介護事業所等における新型コロナウイルス感染症への対応等について>
厚生労働省ホームページを確認してください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00089.html

○まとめ

本分析は、以前に発生した事故について見直し、事故が発生しやすい時間帯、場所、要因等の理解を深め、今後の事故再発防止に向けての検討やマニュアルの見直しを喚起するものであって、事業所の責任を追及するものではない。事故報告書の届出についてはある程度認知はされているものの、一部認識不足の事業者も見受けられるのが実情である。

事業者においては再度、山梨県が定めた「介護保険サービス提供中の事故発生に係る取扱要領」を確認していただき、事故発生時には速やかに第一報、事故内容について事業所内で協議の上再発防止に向けた取り組みを記載して最終報告について提出をお願いしたい。

今後とも本市の福祉事業にご理解・ご協力をいただきながら、サービス提供の質の向上にともに努めていくことが南アルプス市としての責務だと考える。

●事故報告書提出先●

南アルプス市役所 介護福祉課 介護保険担当

〒400-0395 南アルプス市小笠原376

メール : kaigo@city.minami-alps.lg.jp

ファックス : 055-282-6189

●事故報告書の様式について●

南アルプス市のホームページに掲載されています。

<https://www.city.minami-alps.yamanashi.jp/docs/2134.html>

※R4.4.1 報告分より市独自の様式に変更しましたのでご注意ください。

●介護保険サービス提供中の事故発生に係る取扱要領●

山梨県ホームページに掲載されています。

https://www.pref.yamanashi.jp/ch-hokenf/chouju_kyoutsuukijyun.html