

令和3年度 介護サービス事業者における事故報告の集計結果について

令和3年度4月1日から令和4年3月31日までの期間に、播磨町に報告のあった介護サービス事業者における事故報告書の集計結果を公表します。今後の事業運営及び事故防止にご活用ください。

報告については年度ごとに集計し、次年度に公表を行います。

1. 発生月

発生月	件数
3月以前	0
4月	1
5月	4
6月	3
7月	0
8月	1
9月	3
10月	4
11月	2
12月	3
1月	2
2月	3
3月	0
合計	26

(コメント)

発生月ごとの集計では、5月、10月の事故件数が最も多くなっています。

2. 年齢

年齢	件数
70歳～79歳	2
80歳～89歳	9
90歳～99歳	15
合計	26

(コメント)

90歳以上の利用者の事故が半数以上を占めている一方で、80歳未満の利用者の事故は1割程度にとどまっています。

利用者が高齢となるほどに事故が起きやすいという傾向があります。

3. 要介護度

要介護度	件数
要支援1	0
要支援2	1
要介護1	3
要介護2	4
要介護3	4
要介護4	10
要介護5	4
合計	26

(コメント)

要介護4の利用者の事故が最も多く、要介護1～3及び5の利用者の事故件数はほぼ同数となっています。

要支援の利用者の事故は1件のみとなっています。

4. サービス種別

サービス種別	件数
介護老人福祉施設	11
地域密着型介護老人福祉施設	1
短期入所生活介護	1
有料老人ホーム（特定施設）	2
小規模多機能型居宅介護	2
認知症対応型共同生活介護	4
通所介護	5
合計	26

（コメント）

サービス種別ごとの集計では、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）における事故が最も多くなっています。次いで通所介護、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の順となっています。

5. 事故の種別（原因）

事故種別	件数
転倒	15
転落	1
誤嚥・窒息	1
異食	0
誤薬、与薬もれ等	0
医療処置関連	0
不明	2
その他	7
合計	26

（コメント）

転倒事故が全体の半数を超えており、そのほとんどが利用者の骨折に繋がっています。

なお、「その他」の内容には、病状の急変等による緊急対応や、送迎中の車両事故等が含まれます。

6. 事故の結果（診断）

事故種別	件数
切傷・擦過傷	2
打撲・捻挫・脱臼	1
骨折	17
異常なし	4
その他	2
合計	26

（コメント）

「骨折」が全体の半数を超えています。

なお、「その他」の内容には、窒息や、持病の悪化による入院が含まれます。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無かった事案となります。

7. 発生（発見）場所

発生場所	件数
居室（個室）	10
居室（多床室）	2
トイレ	1
廊下	1
食堂等共用部	5
浴室・脱衣室	3
機能訓練室	1
施設敷地内の建物外	0
敷地外	2
その他	1
合計	26

（コメント）

事故の発生（発見）場所は、「居室（個室）」が最多で、利用者が起床後に自ら行動を起こそうとして転倒等に繋がった事案が多く報告されています。

次に多いのが「食堂等共用部」で、利用者が食後又は休憩中に、自ら立ち上がろうとして転倒した事案が多く報告されています。

8. 発生時間帯

発生場所	件数
00:00~1:59	3
2:00~3:59	0
4:00~5:59	4
6:00~7:59	2
8:00~9:59	3
10:00~11:59	1
12:00~13:59	4
14:00~15:59	3
16:00~17:59	1
18:00~19:59	4
20:00~21:59	1
22:00~23:59	0
2:00~3:59	0
不明	0
合計	26

(コメント)

事故の発生時間帯で見ると、利用者が活動し始める早朝や、昼食・夕食の時間帯の事故が多くなっています。その多くが、介護職員の付き添いがない場面で発生しています。

9. 発生時間帯×発生場所【クロス集計】

	(個室)	(多居室)	トイレ	廊下	食堂等 共用部	脱衣室・ 浴室	訓練室 機能	施設敷地内 の建物外	敷地外	その他	総計
00:00~1:59	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3
2:00~3:59	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4:00~5:59	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	4
6:00~7:59	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
8:00~9:59	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	3
10:00~11:59	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
12:00~13:59	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	4
14:00~15:59	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	3
16:00~17:59	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
18:00~19:59	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4
20:00~21:59	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
22:00~23:59	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2:00~3:59	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
総計	10	2	1	1	5	3	1	0	2	1	26

(コメント)

上記は事故の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、利用者が多くの時間を居室で過ごしており、事故発生のリスクが高まりやすいことが分かります。

また、次に多い食堂等共用部での事故は、朝食・昼食・夕食の時間帯に多いことが確認できます。

10. 事故種別×発生場所【クロス集計】

	(個室)	(多居室)	トイレ	廊下	食堂等 共用部	脱衣室・ 浴室	訓練 機能 室	施設敷地内 の建物外	敷地外	その他	総計
転倒	5	0	1	1	4	2	1	0	0	1	15
転落	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
誤嚥・窒息	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
異食	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
誤薬、与薬もれ等	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医療処置関連	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
不明	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
その他	2	1	0	0	1	1	0	0	2	0	7
総計	10	2	1	1	5	3	1	0	2	1	26

(コメント)

上記は事故種別と発生場所をクロス集計したものです。

転倒による事故が、居室内及び食堂等共用部で多く発生しています。付き添いの介護職員がいない、又は目を離れた場面で、利用者自身で行動を起こそうとした結果、転倒するケースが多くなっています。

11. 事故種別×事故結果【クロス集計】

	擦切 過傷 傷	脱臼 捻挫 打撲	骨折	異常なし	その他	総計
転倒	1	0	13	1	0	15
転落	0	0	1	0	0	1
誤嚥・窒息	0	0	0	0	1	1
異食	0	0	0	0	0	0
誤薬、与薬もれ等	0	0	0	0	0	0
医療処置関連	0	0	0	0	0	0
不明	0	0	2	0	0	2
その他	1	1	1	3	1	7
総計	2	1	17	4	2	26

(コメント)

上記は事故種別とその結果をクロス集計したものです。

転倒による事故は、そのほとんどが骨折に繋がっています。高齢者の転倒は骨折リスクが非常に高いことが分かります。また、原因不明の骨折事案も数件発生しています。

12. サービス種別×事故種別【クロス集計】

	転倒	転落	窒息・誤嚥	異食	与薬・誤薬等	医療処置 関連	不明	その他	総計
介護老人福祉施設	7	1	1	0	0	0	0	2	11
地域密着型介護老人福祉施設	1	0	0	0	0	0	0	0	1
短期入所生活介護	0	0	0	0	0	0	1	0	1
有料老人ホーム（特定施設）	0	0	0	0	0	0	1	1	2
小規模多機能型居宅介護	1	0	0	0	0	0	0	1	2
認知症対応型共同生活介護	4	0	0	0	0	0	0	0	4
通所介護	2	0	0	0	0	0	0	3	5
総計	15	1	1	0	0	0	2	7	26

（コメント）

上記はサービス種別と事故種別をクロス集計したものです。

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）等の入所・入居施設では、利用者が居室で多くの時間を過ごされるため、室内で転倒するリスクが高いことが分かります。

13. 事故の発生事例

サービス種別	事故種別	発生場所	事故の概要	再発防止策（例）
介護老人福祉施設	転倒	居室	ポータブルトイレから起き上がった際に転倒。夜間帯で配置職員が少なく、介助途中でその場を離れ、他入所者の対応に入ってしまった。	排泄介助中に他入居者からナースコールがあった場合、基本的にその場から離れないこととし、もし離れなければならない状況があれば、本人に一度ベッドに戻っていただき他者対応後に改めて対応する。
介護老人福祉施設	転倒	浴室	移乗にあたった職員の片足が浴室と脱衣場の間の溝蓋を踏み滑ったために後ろ向きに転倒し、職員が下になってかばうように床へ倒れた。	足場が滑りやすいかしっかりと環境整備や目視での安全確認をする。利用者の体重が重い場合や立位不安定な場合などは無理をせず、臨機応変に複数の職員による介助を行っていく。
認知症対応型共同生活介護	転倒	食堂等 共用部	日常的に自身での移動が可能な人のため、移動の初動時の状況に対して距離のある状況で見守っているだけの状態だった。	移動自立であっても初動時の見守り介助の体制を職員に周知する。
通所介護	転倒	機能 訓練室	機能訓練実施中、場所移動のために歩行した際にバランスを崩して転倒。普段は自立歩行しており、注意深く見守りができていなかった。	自立歩行の人にも、より細かく注意喚起の声掛けを行い、移動時は少人数で移動してもらうようにする。機能訓練時は担当職員との連携をより強化し、移動時等は見守り・介助のフォローを行う。
小規模多機能型居宅介護	転倒	食堂等 共用部	左足がテーブルに引っ掛かり転倒。靴のかかとを踏んだ状態であったのに、声掛けができていなかった。フロア柱の後ろの席で死角になっていたため、察知できなかった。	死角にならないような机の配置にする。入所者が靴のかかとを踏んでいないかの確認を怠らないようにする。

（コメント）

上記は、令和3年度中にあった事故報告の事例を抜粋したものです（内容は一部省略）。

事故発生時はすみやかに必要な措置を講じるとともに、事故の状況及び処置について適切に記録を行ってください。

また、事故の発生要因を究明し、再発防止策を講じてください。

再発防止策の検討にあたっては、以下の点に留意してください。

- ①「適切な介護を行う」等の漠然とした内容ではなく、事故原因を踏まえた具体的な内容を盛り込んでください。
- ②再発防止策は職員会議や職員研修等を通じ、必ず職員間で周知徹底することとってください。