

令和5年度 介護サービス事故発生状況報告（まとめ）

本報告は、令和5年度中（R5.4.1～R6.3.31）に介護保険の事業者において、介護サービスの利用中に発生した利用者等の事故について、事業者から鹿児島市に提出のあった「指定介護サービス事業者事故報告書」（以下「事故報告書」という。）の内容に関して集計を行ったものです。

事故報告書は、事故が発生した場合に医療機関の受診を要したものなどを、介護サービス事業者から保険者である鹿児島市へ報告するものです。

したがって、本報告の集計値が介護サービス事業者において発生した事故のすべてに関するものではないことをご了承ください。

※割合は端数の関係で100%とならない場合がございます。

1 令和5年度 事故報告書受付件数

計 **924件**（R5.4.1～R6.3.31受付分）

2 サービス事業者ごとの事故報告件数

	サービス事業所（サービス種別）	令和5年度件数	割合	（参考）令和4年度件数
訪問	訪問介護	6	0.6%	4
	訪問入浴介護	1	0.1%	0
	訪問看護	2	0.2%	1
	訪問リハビリ	0	0.0%	0
	居宅療養管理指導	0	0.0%	0
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	5	0.5%	3
通所	通所介護（地域密着型を含む）	73	7.9%	96
	通所リハビリテーション	27	2.9%	33
	認知症対応型通所介護	2	0.2%	0
施設 入所	ショートステイ（短期生活・短期療養）	46	5.0%	25
	特定施設入居者生活介護（地域密着型を含む）	66	7.1%	67
	介護老人福祉施設（地域密着型を含む）	317	34.3%	316
	介護老人保健施設	98	10.6%	117
	介護療養型医療施設	0	0.0%	0
	介護医療院	4	0.4%	4
	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	253	27.4%	280
その他	小規模多機能型居宅介護	19	2.1%	11
	看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）	3	0.3%	4
	居宅介護支援事業所	0	0.0%	3
	福祉用具貸与	0	0.0%	0
	総合事業（訪問型・通所型）	2	0.2%	0
	合計	924	100.0%	965

3 事故発生時間帯別件数

事故発生時間帯	件数	割合
0:00～3:00	48	5.2%
3:00～6:00	80	8.7%
6:00～9:00	132	14.3%
9:00～12:00	206	22.3%
12:00～15:00	141	15.3%
15:00～18:00	144	15.6%
18:00～21:00	113	12.2%
21:00～24:00	58	6.3%
時間帯不明	2	0.2%
合計	924	100.0%

※時間帯の集計は、3時間単位で集計を行っています。

4 事故発生場所別件数

事故発生場所	件数	割合(%)
居室・病室	462	50.0%
廊下	55	6.0%
食堂	159	17.2%
浴室・脱衣所	64	6.9%
トイレ	68	7.4%
ホール、フロア、リビング	11	1.2%
その他施設内	42	4.5%
施設敷地内	9	1.0%
施設外	16	1.7%
乗降・乗車中	12	1.3%
自宅	10	1.1%
不明	10	1.1%
その他	6	0.6%
合計	924	100.0%

5 事故発生場所と発生時間帯（クロス集計）

発生場所 発生 時間帯	居室・病室	廊下	食堂	浴室・脱衣所	トイレ	ホール・リビング	その他施設内	敷地内	施設外	乗降・乗車中	自宅	不明	その他	計
0:00 ~ 3:00	42	3	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	48
3:00 ~ 6:00	67	3	3	0	5	0	0	0	0	0	0	2	0	80
6:00 ~ 9:00	68	10	29	1	13	2	1	2	2	0	0	1	3	132
9:00 ~ 12:00	67	9	32	48	12	3	17	0	2	6	8	2	0	206
12:00 ~ 15:00	53	10	25	6	12	3	15	6	5	2	0	3	1	141
15:00 ~ 18:00	59	9	41	9	5	3	4	1	6	4	1	1	1	144
18:00 ~ 21:00	59	7	25	0	17	0	3	0	1	0	0	1	0	113
21:00 ~ 24:00	46	4	2	0	3	0	2	0	0	0	0	0	1	58
時間帯不明	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
合計	462	55	159	64	68	11	42	9	16	12	10	10	6	924

6 事故の原因

事故の原因	件数	割合
転倒	506	54.8%
転落	113	12.2%
失神	1	0.0%
誤飲、誤嚥、誤薬	35	3.8%
交通事故	9	1.0%
食事	0	0.0%
食中毒	0	0.0%
感染	4	0.2%
介助時	61	6.6%
不明	101	10.9%
その他	94	10.2%
合計	924	100.0%

7 けが等の状況

けが等の状況	件数	割合 (%)
骨折	298	32.3%
打撲、捻挫、脱臼	273	29.5%
切傷、裂傷、擦過傷	87	9.4%
皮膚剥離	32	3.5%
やけど	1	0.1%
誤嚥	10	1.1%
行方不明	5	0.5%
内出血	3	0.3%
異常なし	161	17.4%
経過観察	0	0.0%
その他	54	5.8%
合計	924	100.0%

8 けがの原因及びその状況（クロス集計）

けが等の状況 原因	骨 折	打撲、 捻挫、 脱臼	切傷、 裂傷、 擦過傷	皮 膚 剥 離	や け ど	誤 嚥	行 方 不 明	内 出 血	異 常 な し	経 過 観 察	そ の 他	合 計
転倒	193	171	51	5	0	1	0	2	62	0	21	506
転落	28	54	14	2	0	0	0	0	9	0	6	113
失神	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
誤飲、誤 嚥、誤薬	0	0	0	0	0	9	0	0	26	0	0	35
交通 事故	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	9
食 事	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
食中毒	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
感 染	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
介助時	16	13	14	9	1	0	0	0	3	0	5	61
不 明	49	25	5	10	0	0	0	1	5	0	6	101
そ の 他	12	10	3	6	0	0	5	0	47	0	11	94
合計	298	273	87	32	1	10	5	3	161	0	54	924

9 具体的な事例及び再発防止策

今年度、報告のあった事故報告書の中で再現性・実用性の高い再発防止策を実施している事例を紹介いたします。各事業所にて活用できる部分について検討していただくことを期待します。

ケース 1	送迎中の交通事故
事故概要	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者送迎中に交差点へ進入する際、対向車両と接触した。 ・当該利用者は病院受診・検査を行い、事故に起因する所見は認められなかった。
事故の原因分析	<p>【職員要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・周辺状況の把握が不十分なまま交差点へ進入した。 ・利用者送迎中であり心理的な余裕がなく、慌ててしまった。 ・「~だろう」という主観的な判断で行動した。 <p>【環境要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・信号のない交差点であり、見通しが悪い場所であった。
再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・送迎計画の見直しを行い、時間に余裕を持った計画を作成する。 ・送迎ルートにはなるべく大きな道路を選定し、事故リスクの軽減を図る。 ・送迎危険箇所マップを作成し、全職員で危険箇所の共有し、通行を最小限に抑えるように努める。 ・目視での確認に加えて、指差し確認まで確実に行う。
実施後の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・送迎計画(出発時間の変更・送迎の順番や組み合わせを変更し、狭い道路をなるべく使用しないルートの作成等)の見直しを実施し、再発することなく継続できている。 ・危険箇所については全職員で共有できており、新たに危険箇所が発生したときは迅速に共有するよう心掛けている。 ・上記の変更を行ったことで、運転手も時間的・心理的の両面で余裕を持つことができ、送迎に従事できている。

ケース 2	食事中の誤嚥事故
事故概要	<ul style="list-style-type: none"> ・食事中に当該利用者が顔面蒼白で脱力している状態を発見する。 ※当該利用者は自立接種である。 ・当該利用者は緊急搬送後、死亡。
事故の原因分析	<p>【職員要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・窒息を確認後、腹部突き上げ法やハイムリック法が迅速に実施できなかった。 ・吸引の失敗後、緊急搬送の連絡を迅速に行うことができなかった。 ・医療行為を行える看護職員が現場を離れる場面があった。 ・食事時間を複数名で対応できる場合、役割を明確に分けて配置できていなかった。 <p>【環境要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・吸引を車椅子上で実施したこと。(床等に臥床できなかった。)
再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・複数名で職員配置できる場合、1人を食事介助と見守り担当・1人を配膳担当と明確に役割化する。 ・全職員で急変トレーニングを実施する。(窒息時の緊急対応や看護職員と介護職員の連携・医療機関等への連絡訓練等) ・心臓マッサージの手順を再確認する。(普通救命講習を受講) ・他のフロアからの応援体制の構築と対応訓練を実施する。
実施後の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・複数名で対応できる場合は、明確に役割化した職員配置での対応を継続しており未然に防ぐことができている。 ・急変トレーニングを実施し、危機意識をもち、業務に就くことができている。 ・上記の再発防止策に加えて、利用者への働きかけとして、朝・昼・夕に口腔体操を取り入れ、嚥下能力の維持に取り組んでいる。(職員配置になるべく影響がないようDVD等を活用あり)また、口腔体操が実施できない利用者については、職員が積極的に声掛けを行い、発語の機会を設けたり、水分補給を促したりしながら、再発防止に努めているとのこと。 ・上記の急変トレーニング以外にも複数回、普通救命講習や緊急対応の訓練の機会を設定し、事業所のみならず法人内で統一された取り組みとなるよう意識して取り組んでいるとのこと。

ケース 3	入浴中の事故
事故概要	<ul style="list-style-type: none"> ・当該利用者(入浴動作は自立)に対し、入浴を提供していた。その後当該利用者を確認するために、浴室へ向かうと、浴槽内にて意識の無い状態で発見。 ・当該利用者は緊急搬送後、死亡。
事故の原因分析	<p>【職員要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入浴動作が自立していたため、入浴途中で安否確認は行ったものの、見守り・確認が不十分であった。 ・見守りや確認の手順について、明確なルールがなかった。 ・当該利用者へのアセスメント不足（出来ること・出来ないことの把握や本人の思い等）から利用者ごとへの適切な対応方法等が確立できていなかった。 <p>【環境要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入浴中であるのかどうかの把握が容易に確認できる状態でなかった。
再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・見守り等について、明確にルール化するため、入浴時マニュアル(見守り方法・入浴可否の判断条件・入浴の準備や入浴中の手順等を記載)を作成する。 ・利用者への十分なアセスメントの実施や、本人・家族への連携体制を確保し、理解・同意を得られるような対応方法の提案等を行う。 ・入浴中であるかどうか一目で確認できるように、「入浴中」と書かれた掲示物の掲示場所を変更。 ・入浴開始時間と入浴経過時間の示す時計を設置。 ・作成した入浴時マニュアルを脱衣場へ設置。
実施後の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・以前も様々なルールを定めて実施していたが、ルールを決定した意図や背景を理解しないまま行動していることがあった。 ・職員同士で活発な声掛けが行われており、声掛けから気づきが生まれ、それが更なる声掛けにつながっており、一人一人の意識に変化がみられる。 ・今回の様々な策の実施について、新たに当事業所で勤務する職員に対しても、意図や背景を含めて継承していくことで意識付けを行っていくことが重要だと考える。

10 まとめ

事故報告書による令和5年度中の介護サービス事業者におけるサービス利用中の事故の発生状況としては、施設等利用者の居室内における転倒を原因とした骨折事故が最も多く報告されており、これは例年と同様の結果となっています。

しかし、報告件数は年々減少傾向にあり、各事業所が事故予防のために様々な対策に取り組んでいる成果であると考えます。

今後も事故発生を未然に予防するため、利用者の生活状態を把握し、職員間での綿密な情報共有、介助者のスキルアップが重要であると考えます。

また、事故報告書は、事業者の責任を追及するものではなく、事故が発生した際の対応や同様の事故に対する事業所内での再発防止対策や手順等の見直しを検討・実施することが最大の目的と考えます。

よって、この「介護サービス事故発生状況報告(まとめ)」の結果を参考に、今後の事業所内におけるサービス提供の際の事故発生に係る未然防止対策となることを期待します