

令和2年度 介護事故・ヒヤリハットの発生状況調査の 集計・分析結果



青森県南部町

令和4年3月

1. 令和2年度介護事故・ヒヤリハットの発生状況調査

目的

- 事業所から報告された介護事故・ヒヤリハット情報を活用し、サービスの質の向上につなげる仕組みを有効に運営するうえでの現状の課題やニーズを把握する。
- 事業所における事故の概要や発生時の対応、原因分析、再発防止策などの情報を把握し、集計・分析等を行う。

対象事業所

居宅介護支援	居宅介護支援
地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護、看護小規模多機能型居宅介護
居宅サービス	訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、福祉用具貸与
施設サービス	介護老人福祉施設、介護老人保健施設
高齢者向け住宅	有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅

結果を公表

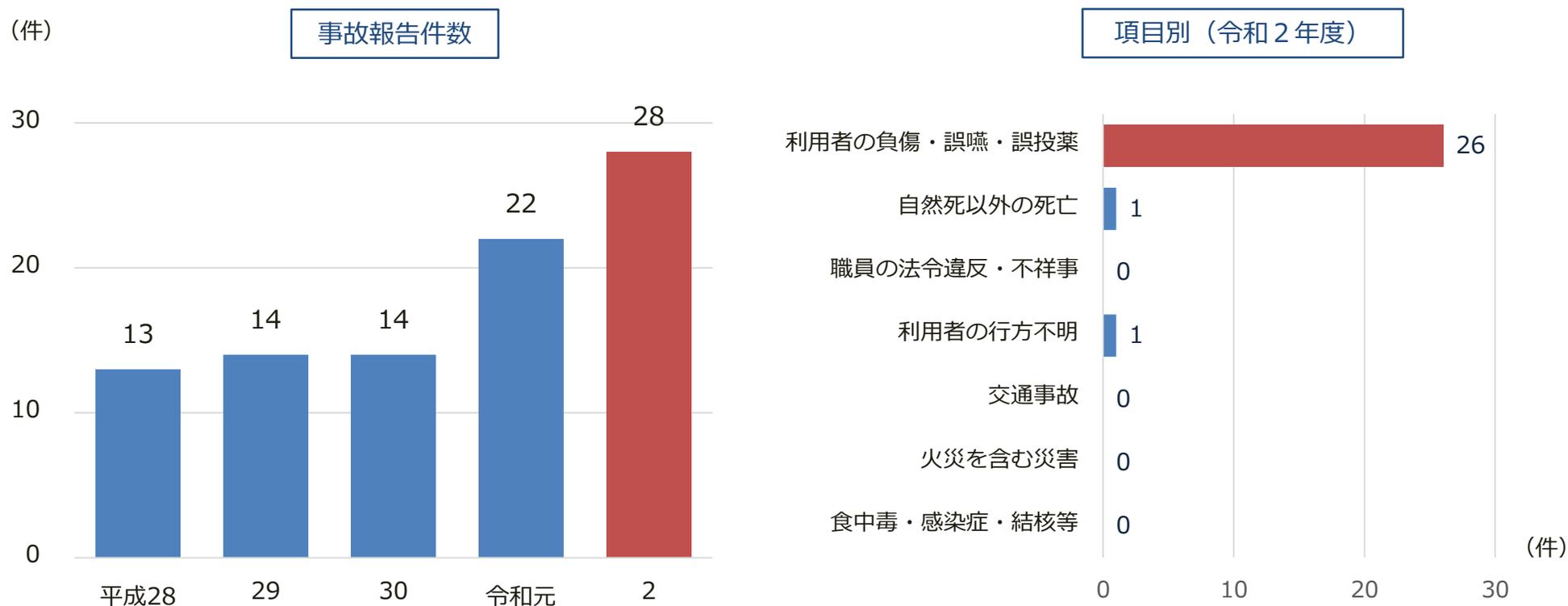
事業所の研修会
や集団指導で情
報を共有化

事故やトラブル
の再発を防ぐ

① 保険者（市町村）への事故報告件数

事故発生の際、事業所には、保険者（市町村）、利用者家族へ報告することが介護保険制度によって義務付けられています。

令和2年度の事故報告件数は28件で、前年度より6件増加しました。項目別では、利用者の負傷・誤嚥・誤投薬が26件で最も多く、次いで自然死以外の死亡、利用者の行方不明が1件でした。



【参考】 保険者（市町村） への事故報告の義務

報告が必要となる事故

- 1 サービス提供中の利用者のケガや死亡事故
※原則、医療機関で治療または入院したもの
- 2 感染症、食中毒、結核
- 3 利用者の行方不明
- 4 従業員の法令違反、不祥事
- 5 災害によりサービス提供に影響する重大事故
- 6 その他報告が認められる事故が発生した場合

報告手順

- 1 第一報を利用者の家族等に連絡するとともに、保険者に対して事故報告書により報告（遅くとも5日以内）する。
- 2 その後、状況の変化等必要に応じて、追加の報告を行う
- 3 事故の原因分析や再発防止策をまとめ、報告書により報告する。

(第1号様式)
事故報告書（事業者一南部町）

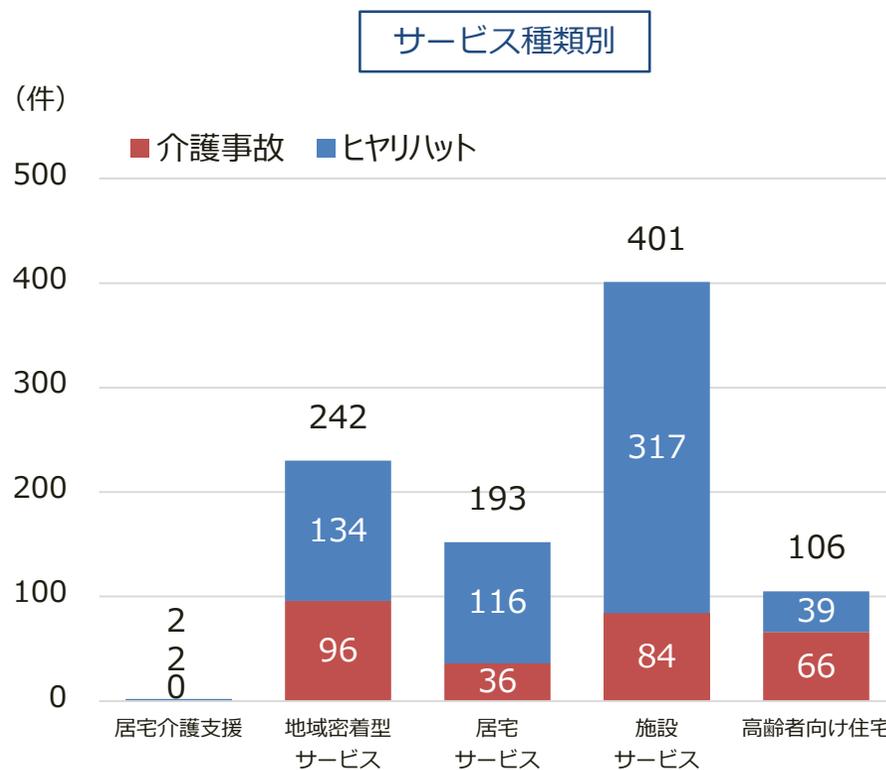
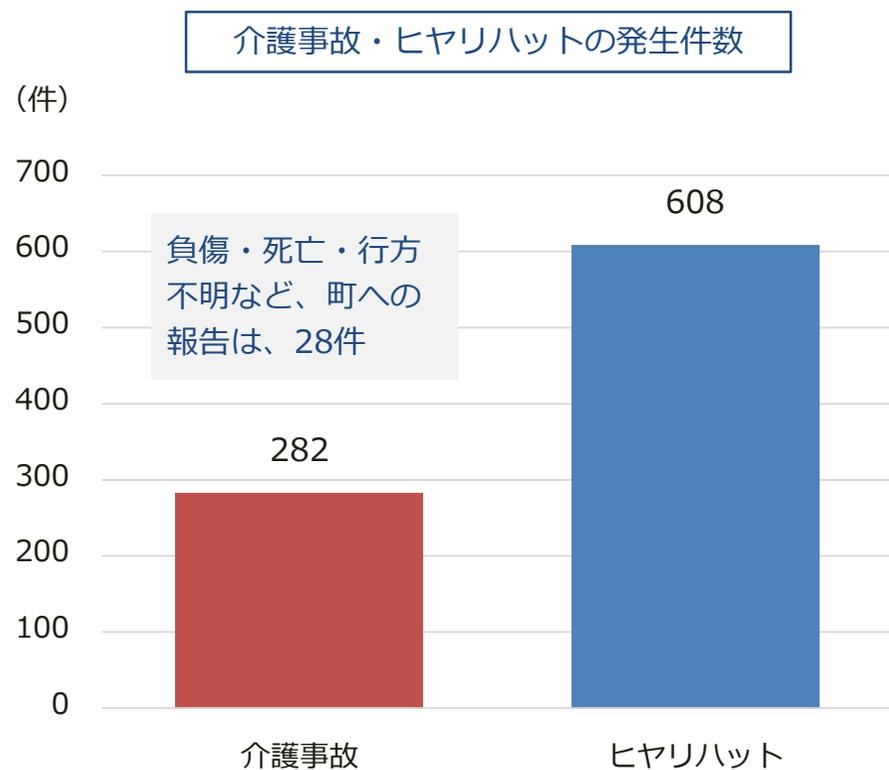
※第1報は、少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、事故発生後遅くとも、遅くとも5日以内を目途に提出すること。
※選択項目については該当する項目をチェックし、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること。

第1報 第 報 最終報告 提出日: 西暦 年 月 日

1 事故状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 事故(外傷・怪状)、自他殺や迷惑行為 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他()					
	死亡に至った場合 死亡年月日	西暦	年	月	日		
2 事業所の概要	法人名						
	事業所(施設)名					事業所番号	
	〒一七六番別						
3 対象者	所在地						
	氏名・年齢・性別	氏名	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
	〒一七六番別	西暦	年	月	日	所得者	
	住所	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> その他()					
	身体状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護5
発生日時	西暦	年	月	日	時	分(24時間表記)	
4 事故の概要	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室(個室) <input type="checkbox"/> 居室(多件室) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 排気調理室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外 <input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> その他()					
	事故の種類	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 異物 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬・生薬おれ等 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)					
	発生時状況、事故内容の詳細						
	その他 特記すべき事項						
5 事故発生時の対応	発生時の対応						
	通知方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)の対応 <input type="checkbox"/> 事故(外傷・怪状) <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他()					
	通知先	医療機関名					医療機関名(電話番号)
	診断名						
	診断内容	<input type="checkbox"/> 切傷、擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・挫傷・脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(部位:) <input type="checkbox"/> その他()					
検査、処置等の概要							

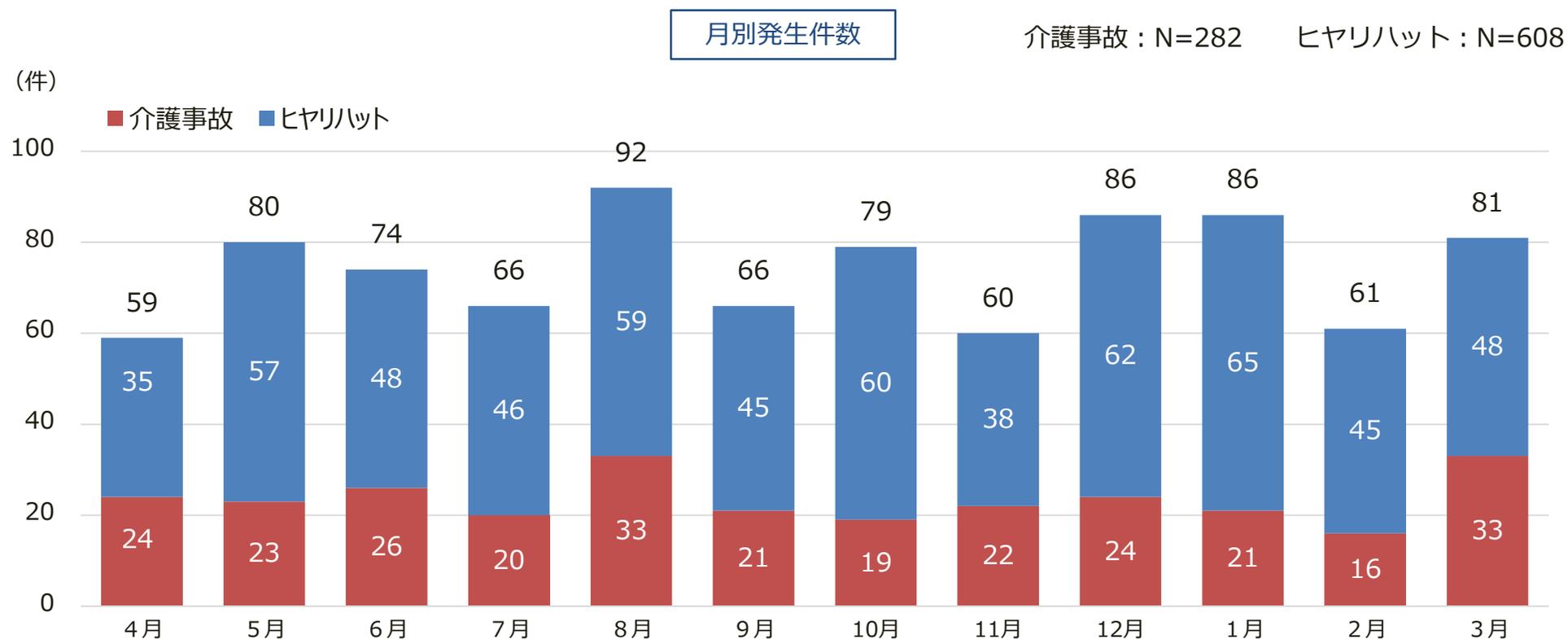
② 介護事故・ヒヤリハットの発生件数

令和2年度の介護事故は282件（うち町への報告は28件）、ヒヤリハットは608件でした。サービス種類別の合計は、施設サービスが401件で最も多く、次いで地域密着型サービスが242件、居宅サービスが193件でした。



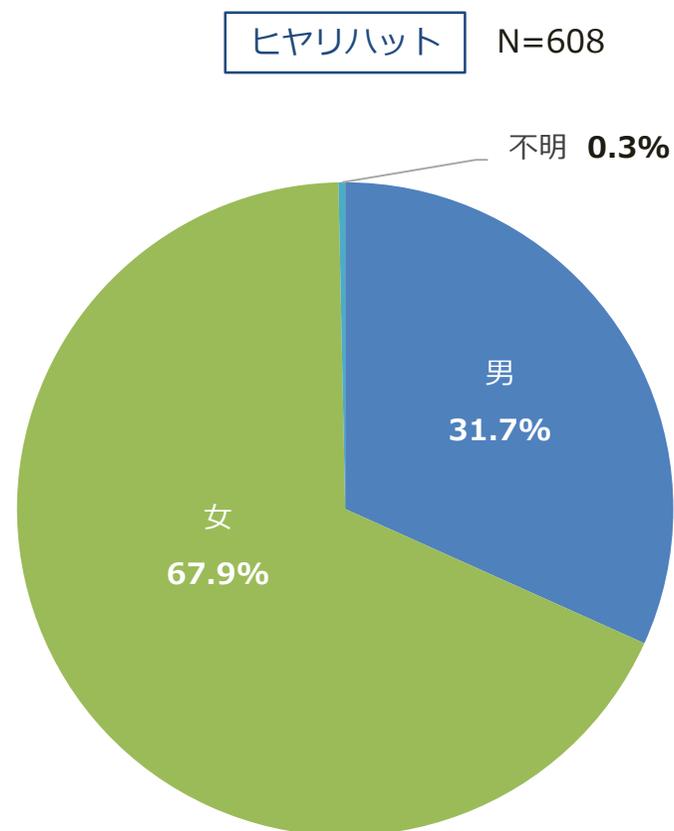
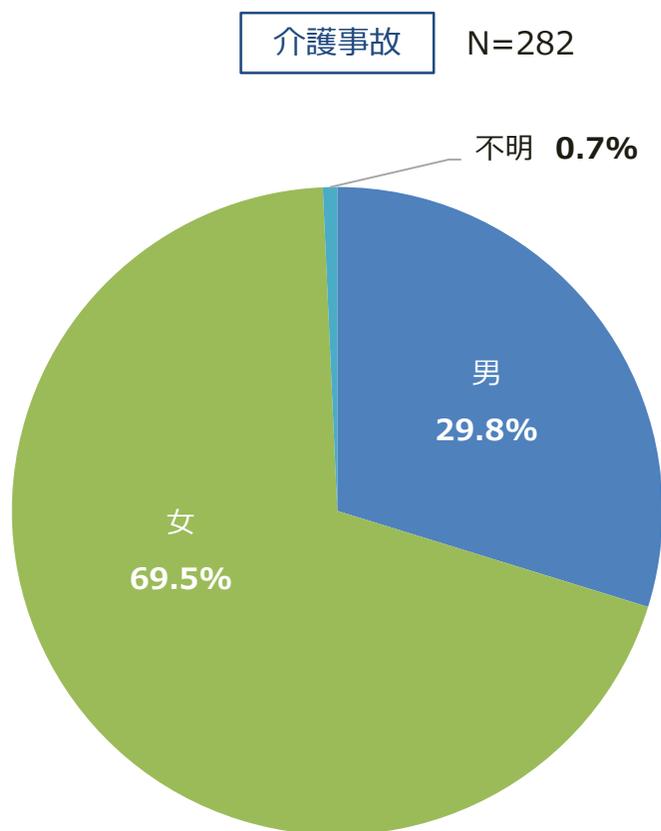
③ 月別発生件数

介護事故・ヒヤリハットを合わせた月別発生件数は、8月が92件で最も多く、次いで12月と1月が86件でした。内訳は、介護事故は8月と3月が33件で最も多く、次いで6月が26件でした。ヒヤリハットは1月が65件で最も多く、次いで12月が65件でした。



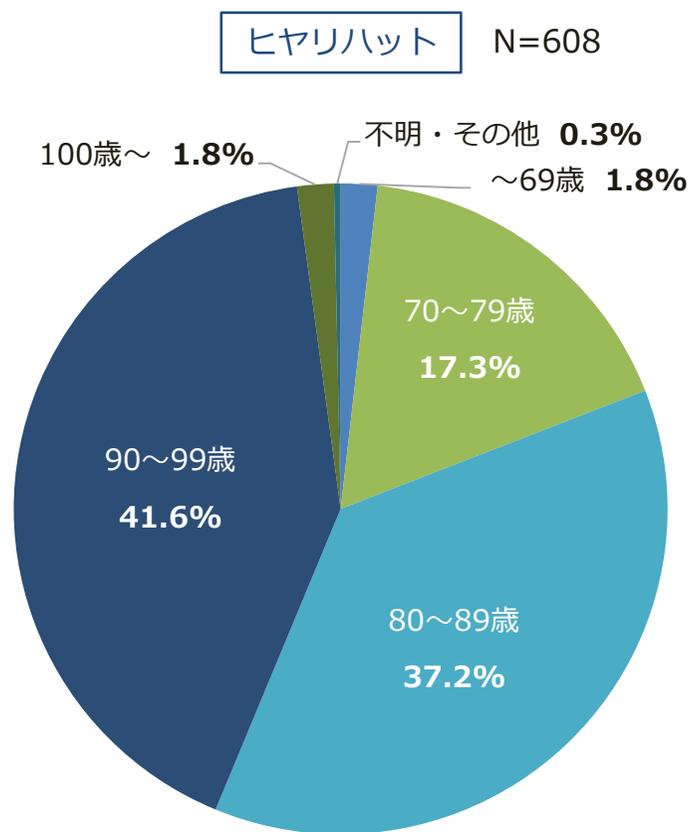
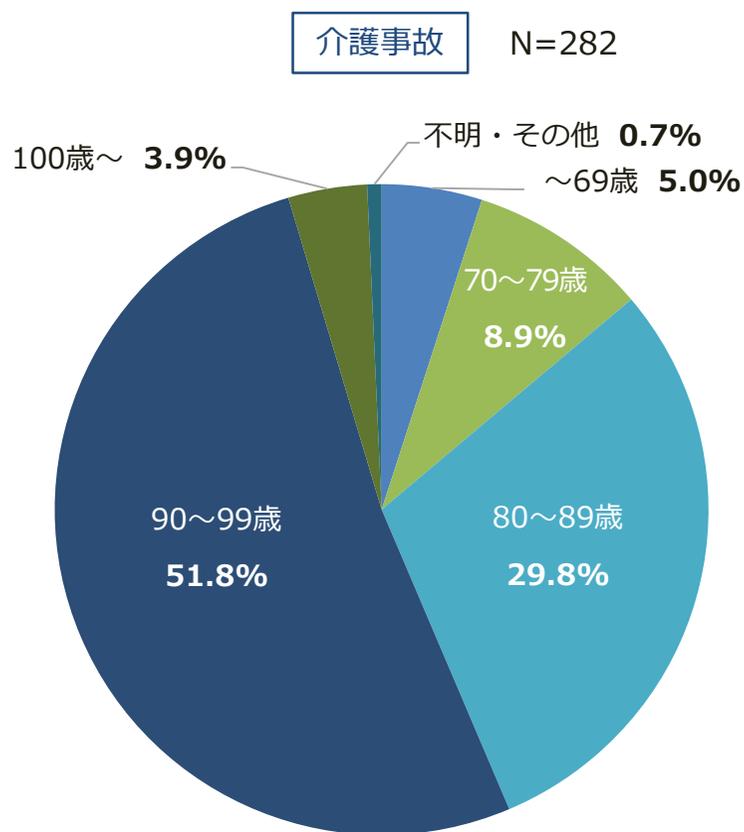
④ 性別

介護事故は、男性が29.8%、女性が69.5%、ヒヤリハットは、男性が31.7%、女性が67.9%で、いずれも女性の割合が高くなっています。



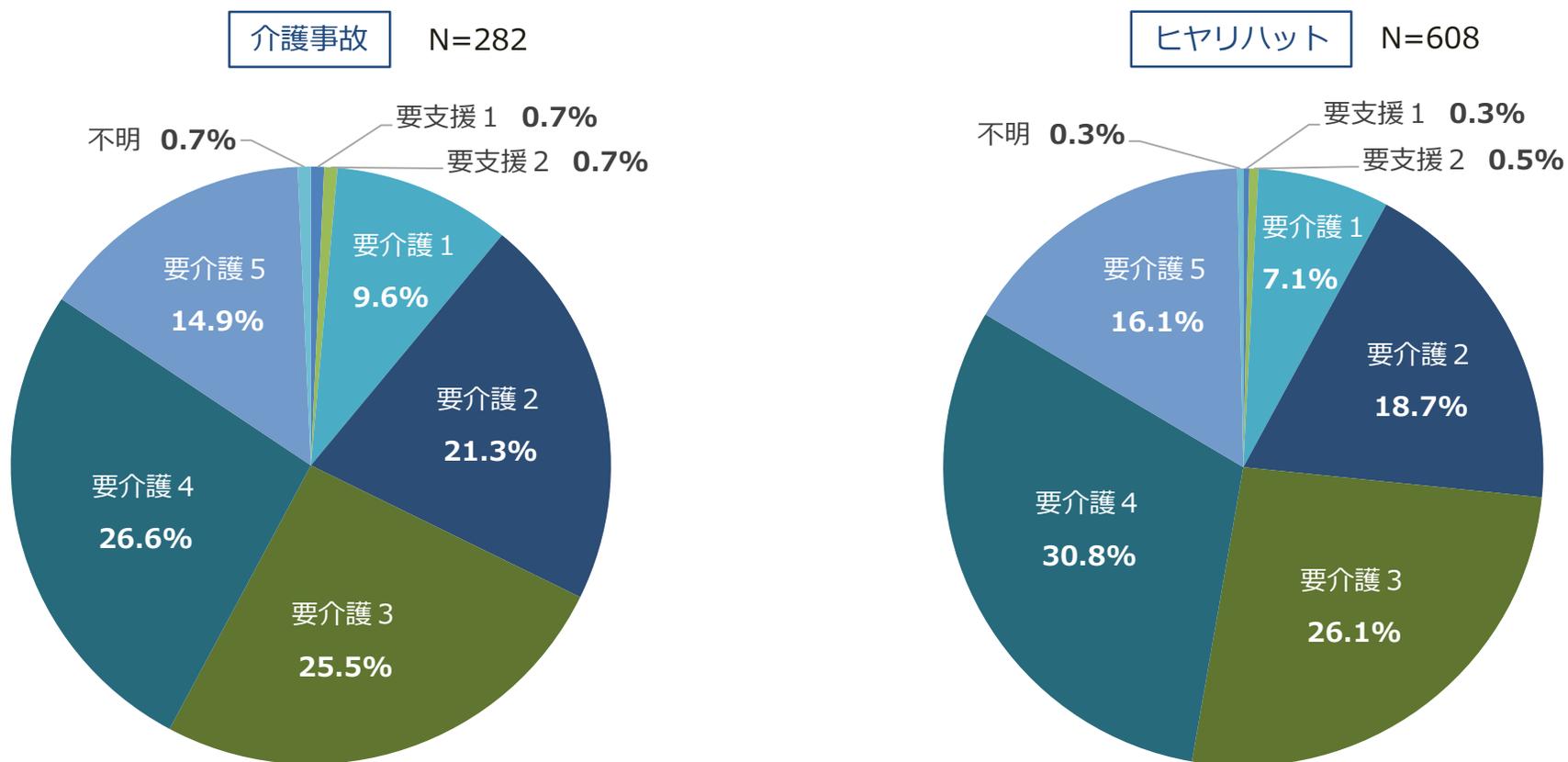
⑤ 年齢別

介護事故は、90～99歳が51.8%で最も多く、次いで80～89歳が29.8%でした。ヒヤリハットは、90～99歳が41.6%で最も多く、次いで80～89歳が37.2%でした。いずれも80歳以上で介護事故・ヒヤリハットの確率が高くなっています。



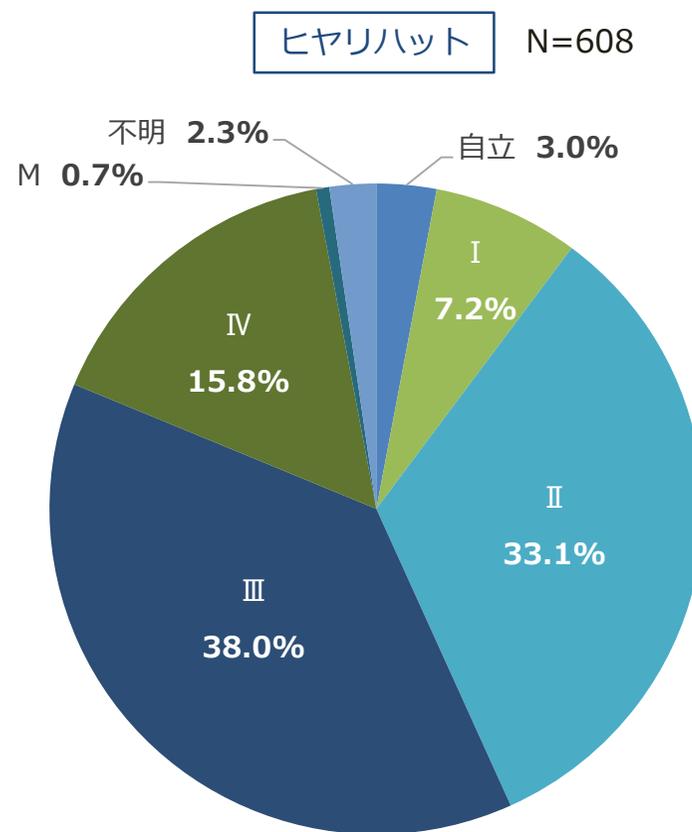
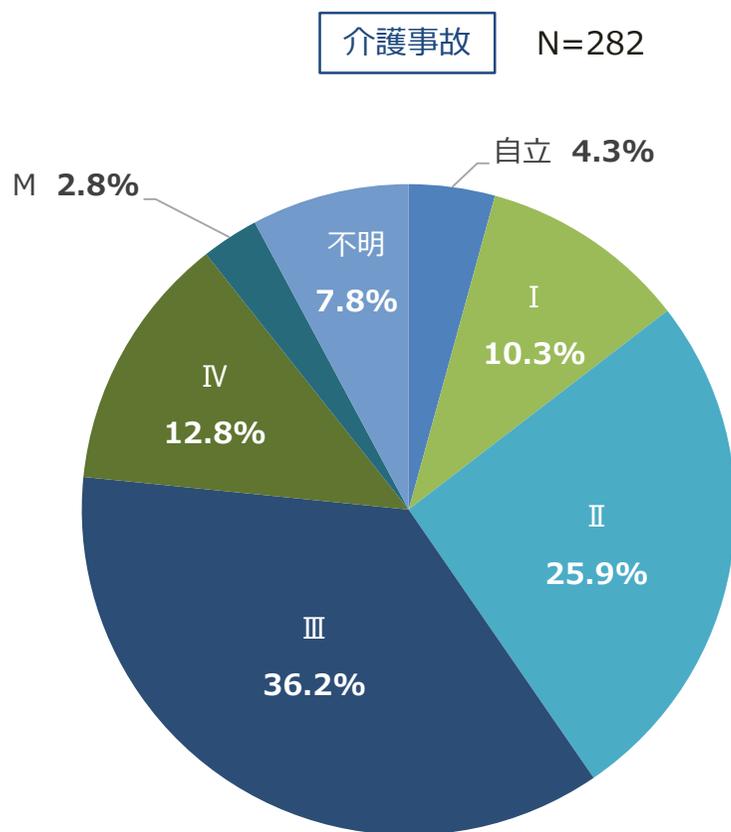
⑥ 要介護度別

介護事故は、要介護4が26.6%で最も多く、次いで要介護3が25.5%でした。ヒヤリハットは、要介護4が30.8%で最も多く、次いで要介護3が26.1%でした。いずれも要介護3、要介護4の割合が高くなっています。



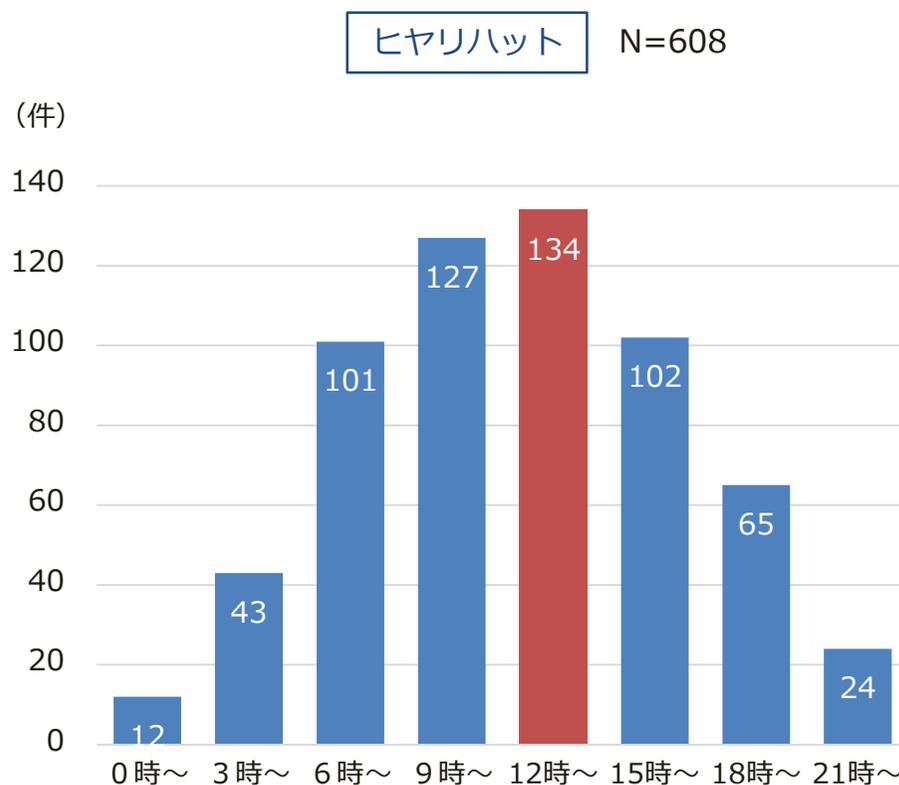
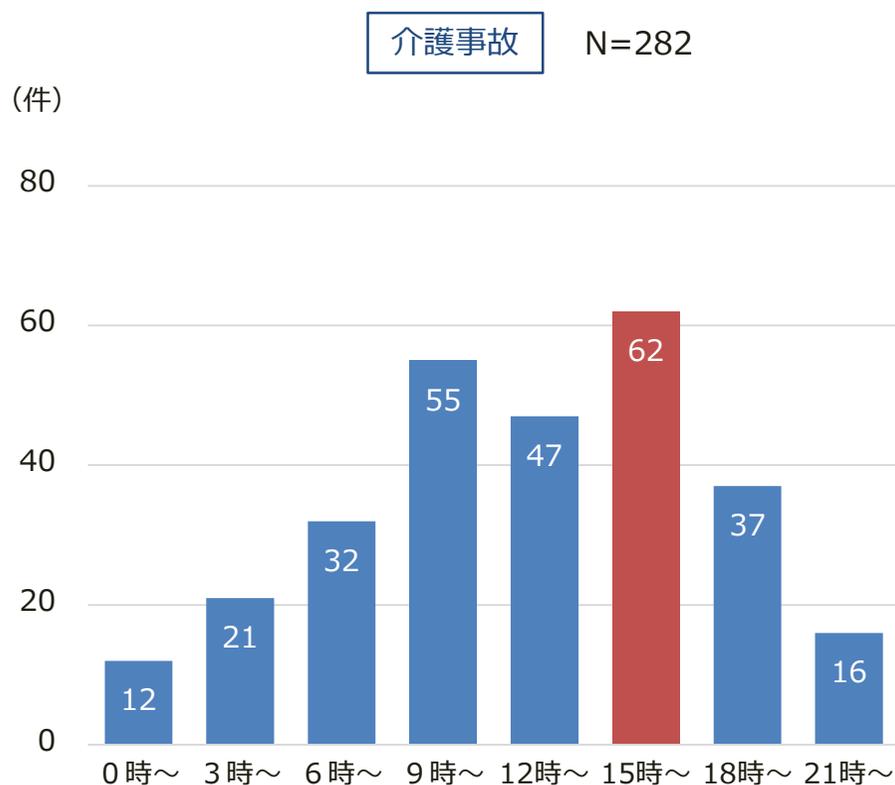
⑦ 認知症高齢者日常生活自立度判定基準別

介護事故は、Ⅲが36.2%で最も多く、次いでⅡが25.9%でした。ヒヤリハットは、Ⅲが38.0%で最も多く、次いでⅡが33.1%でした。いずれもⅡ、Ⅲの割合が高くなっています。



⑧ 発生時間帯別

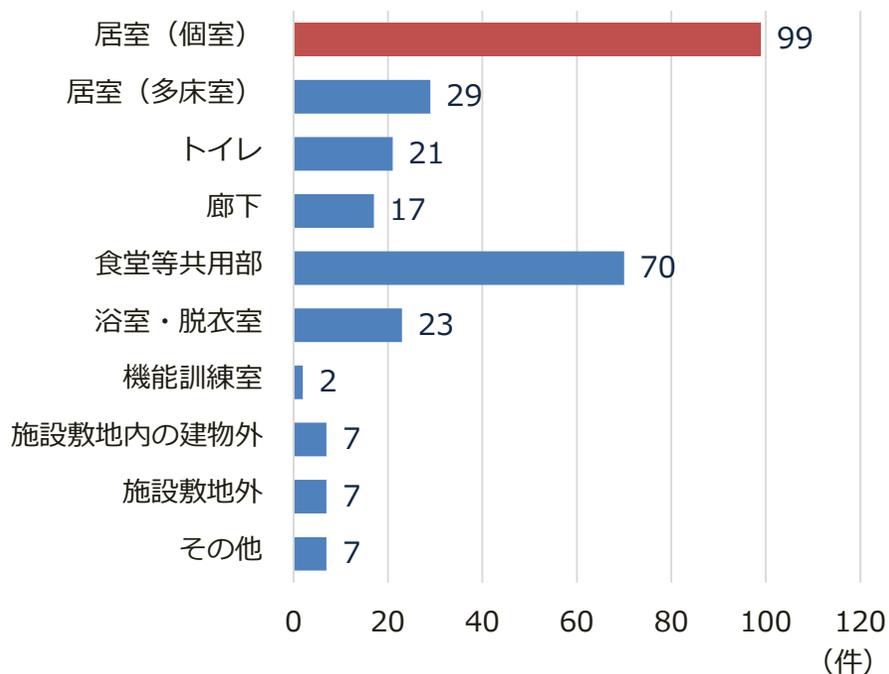
介護事故は、15～18時が62件で最も多く、次いで9～12時が55件でした。ヒヤリハットは、12～15時が134件で最も多く、次いで9～12時までが127件でした。いずれも利用者が活動する9～18時までの発生が多くなっています。



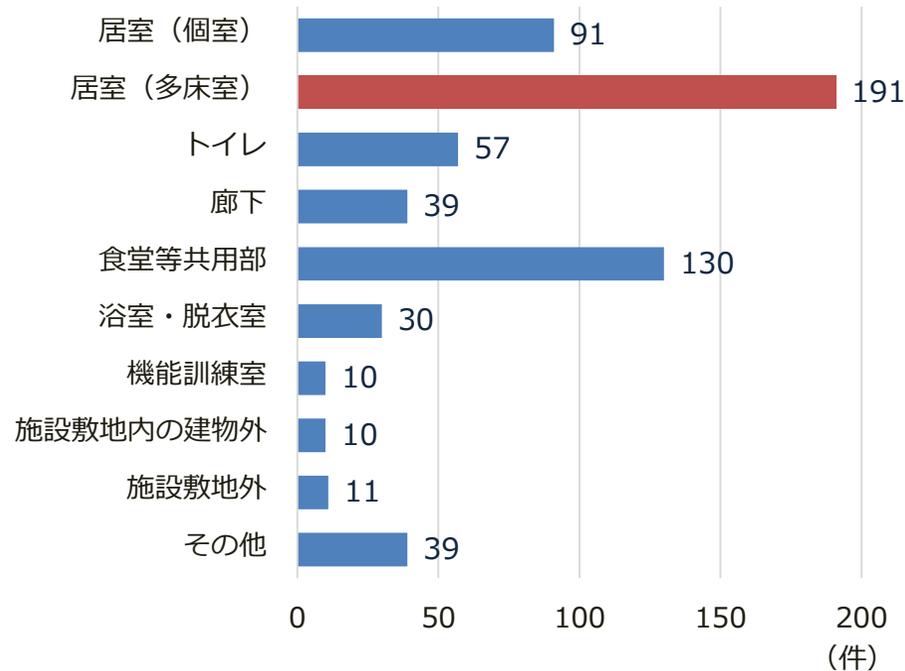
⑨ 発生場所

介護事故は、居室（個室）が99件で最も多く、次いで食堂等共用部が70件でした。ヒヤリハットは、居室（多床室）が191件で最も多く、次いで食堂等共用部が130件でした。いずれも、居室と食堂等共用部での発生が多くなっています。

介護事故 N=282

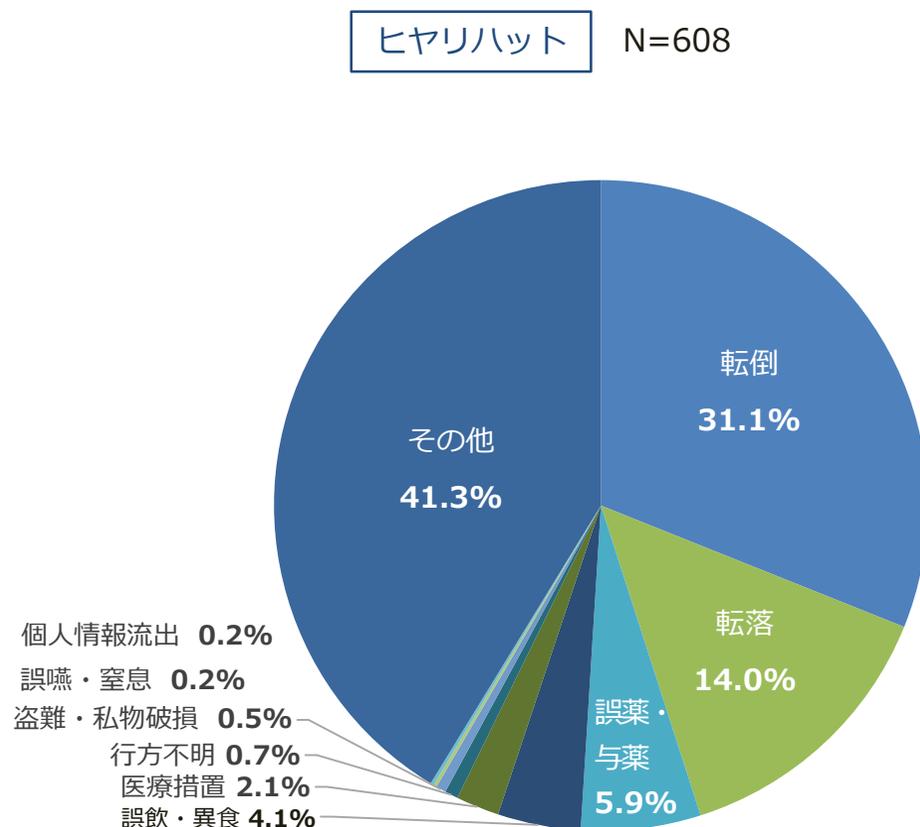
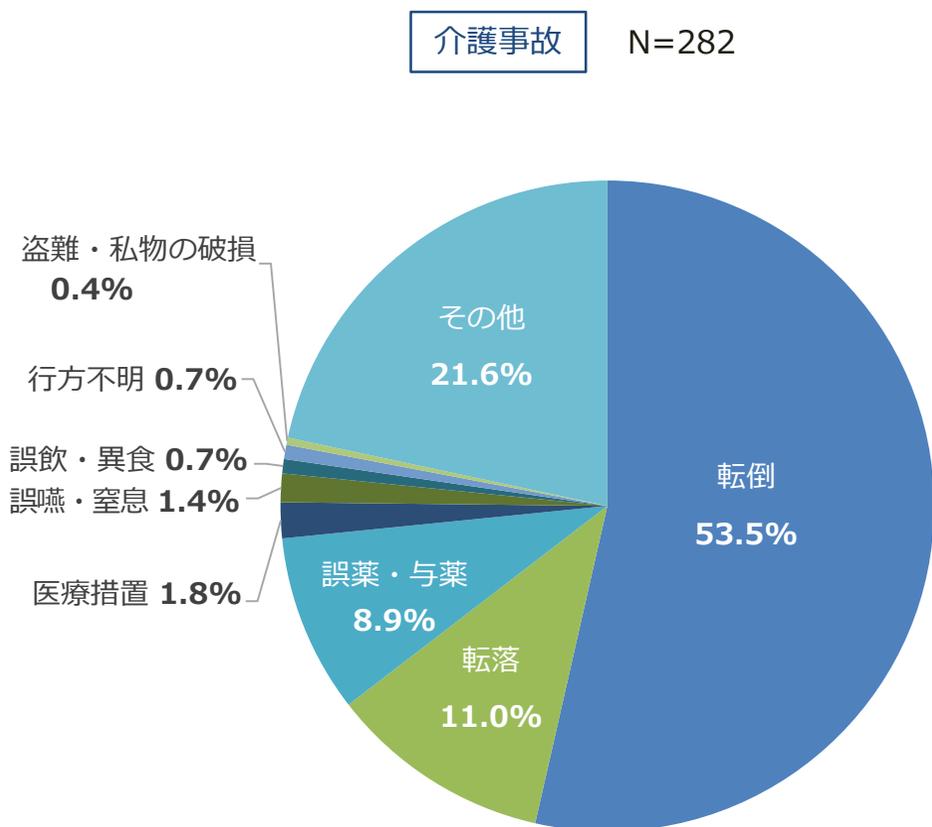


ヒヤリハット N=608



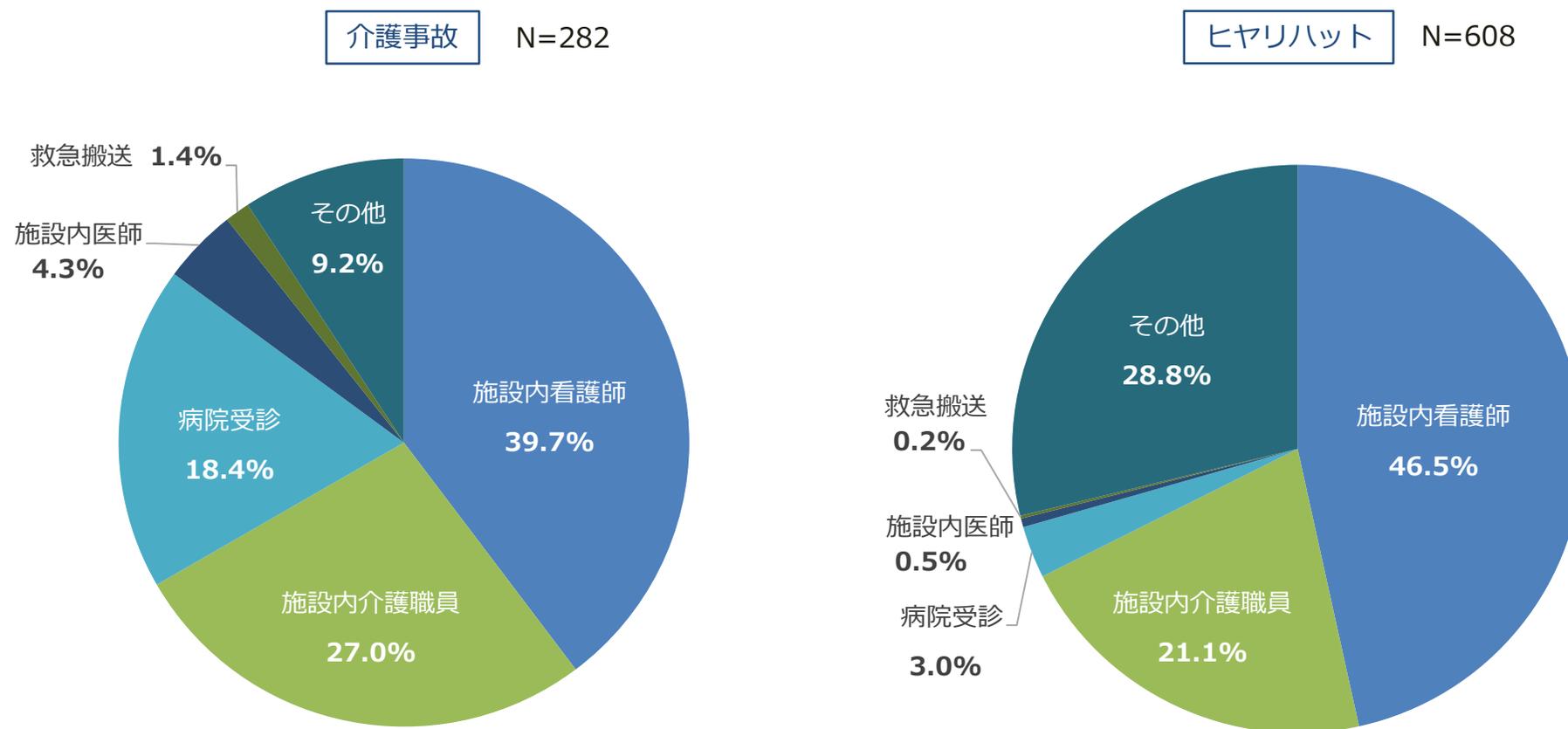
⑩ 事故の種別

介護事故は、転倒が53.5%で最も多く、次いで転落が11.0%でした。ヒヤリハットは、転倒が31.1%で最も多く、次いで転落が14.0%でした。いずれも転倒、転落の割合が高くなっています。



⑪ 事故発生時の受診方法

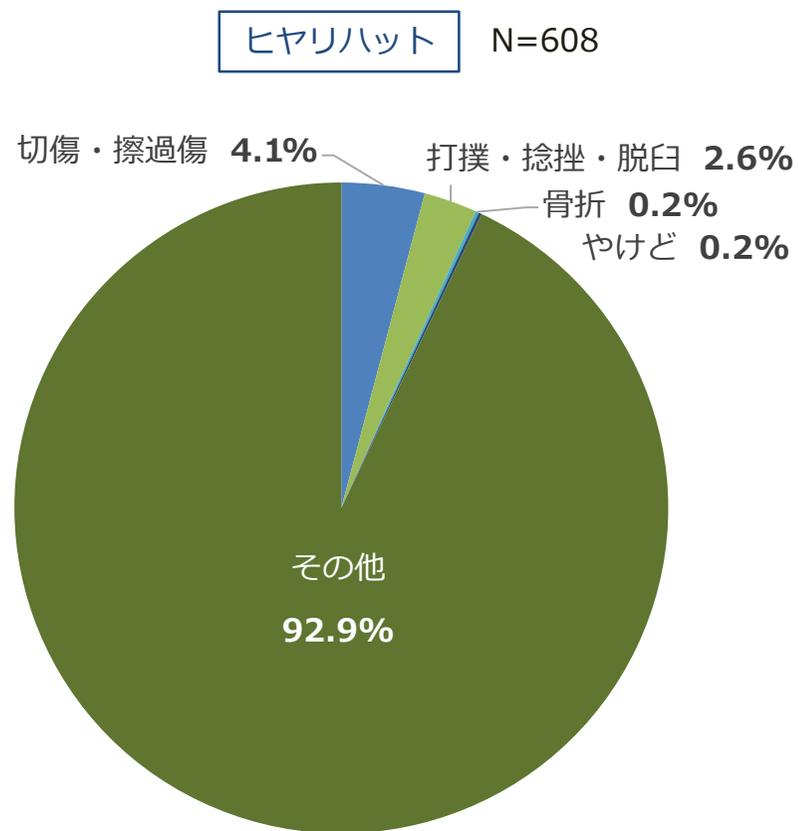
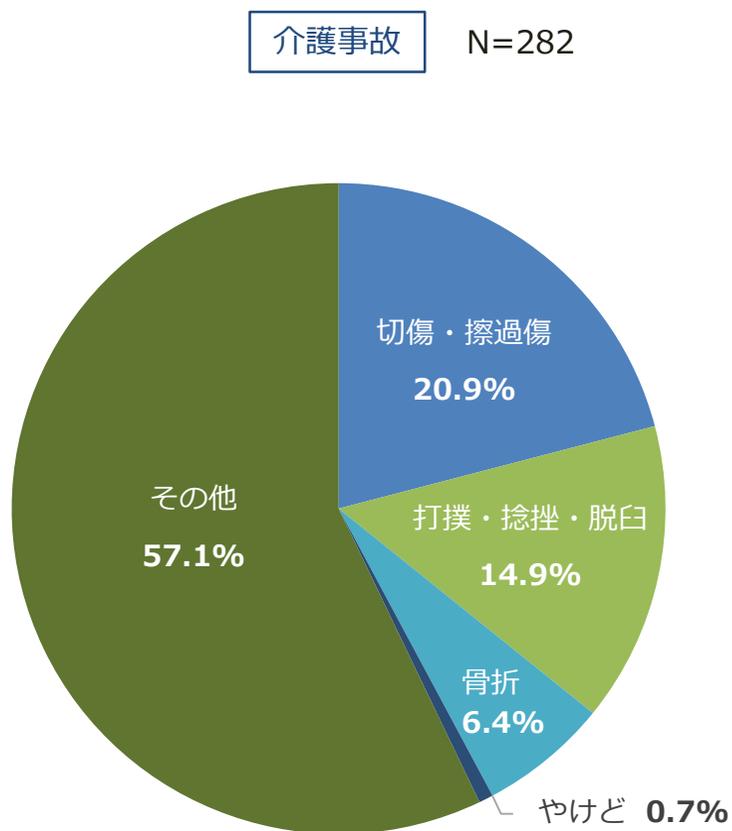
介護事故は、施設内看護師が39.7%で最も多く、次いで施設内介護職員が27.0%でした。ヒヤリハットは、施設内看護師が46.5%で最も多く、次いで施設内介護職員が21.1%でした。いずれも施設内看護師、施設内介護職員の割合が高くなっています。



資料：令和2年度介護事業所・高齢者向け住宅における介護事故・ヒヤリハットの発生状況調査（福祉介護課）

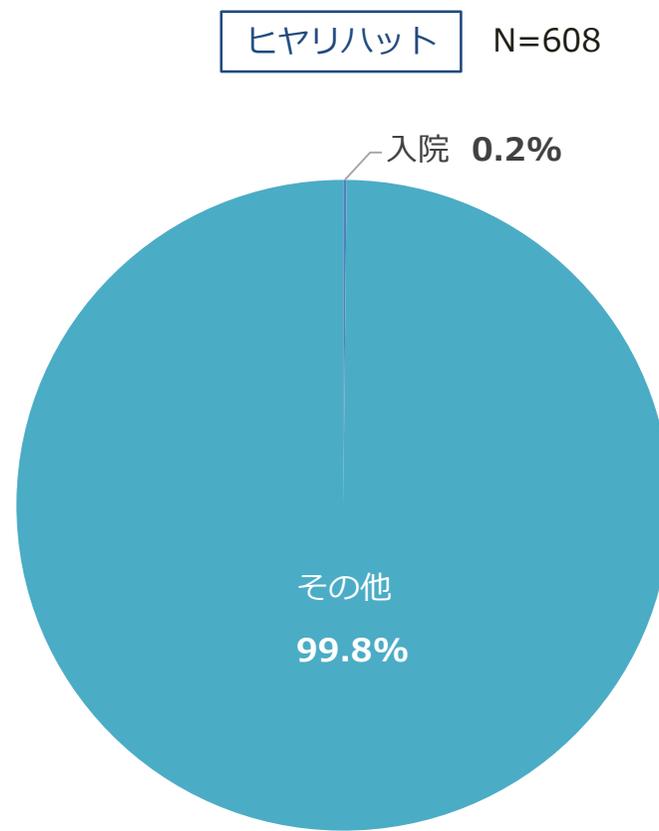
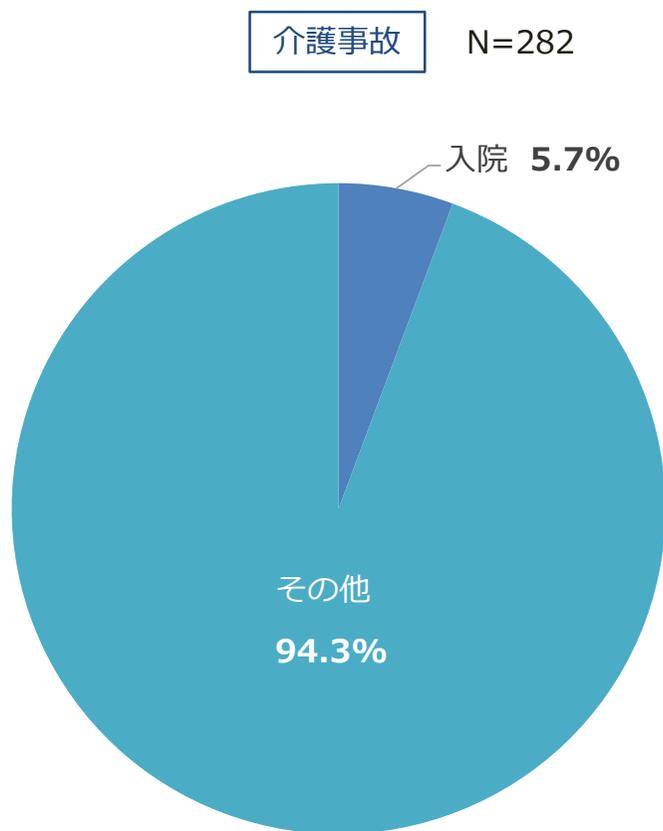
⑫ 診断内容

介護事故は、切傷・擦過傷が20.9%で最も多く、次いで打撲・捻挫・脱臼が14.9%でした。ヒヤリハットは、切傷・擦過傷が4.1%で最も多く、打撲・捻挫・脱臼が2.6%でした。いずれも切傷・擦過傷、打撲・捻挫・脱臼の割合が高くなっています。



⑬ 事故状況の程度

介護事故は、入院が5.7%、その他が94.3%でした。ヒヤリハットは、入院が0.2%、その他が99.8%でした。死亡件数は、ありませんでした。

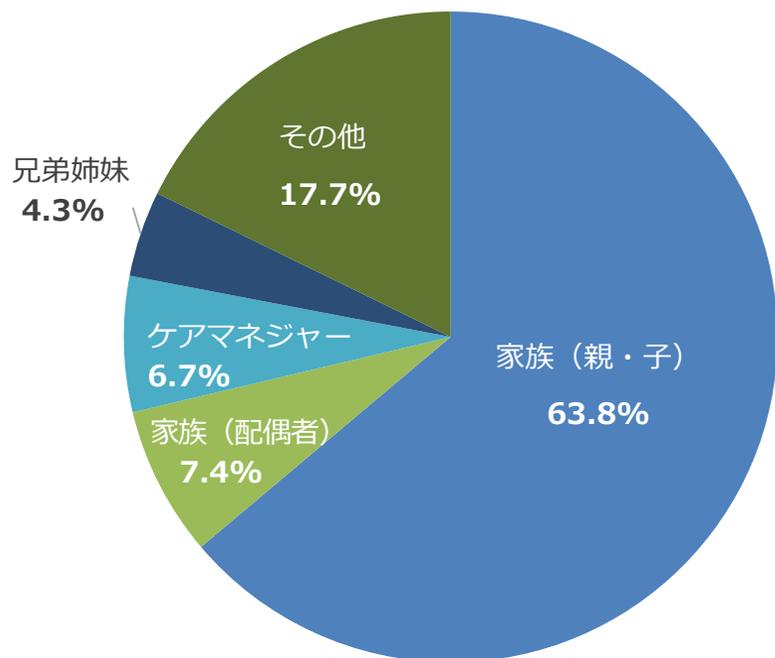


⑭ 家族等への報告

介護事故は、家族（親・子）が63.8%で最も多く、次いで家族（配偶者）が7.4%でした。ヒヤリハットは、家族（親・子）が25.3%で最も多く、次いでケアマネジャーが4.3%でした。いずれも家（親・子）の割合が高くなっています。

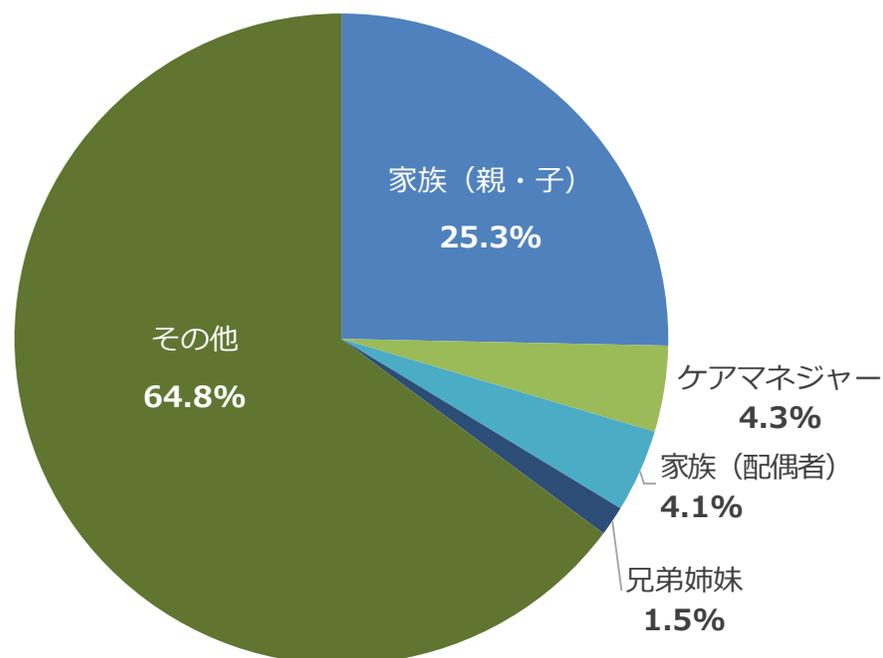
介護事故

N=282



ヒヤリハット

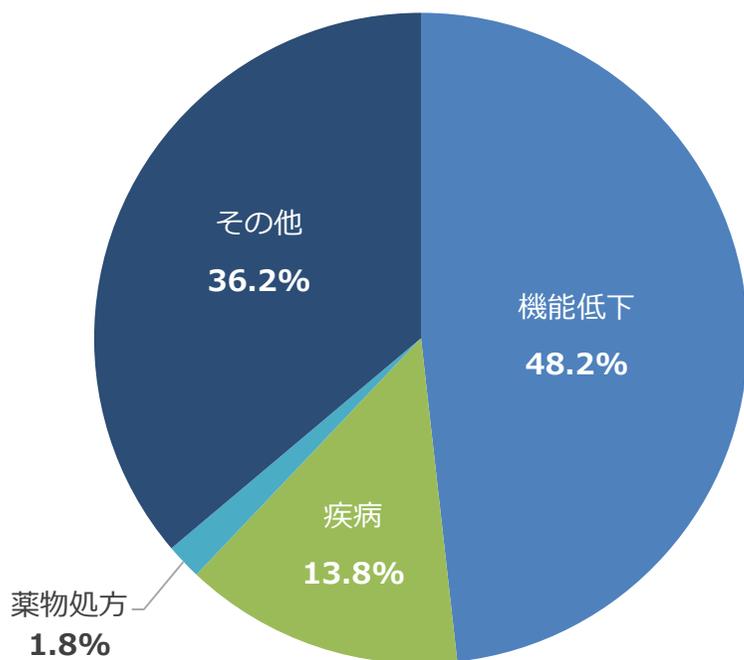
N=608



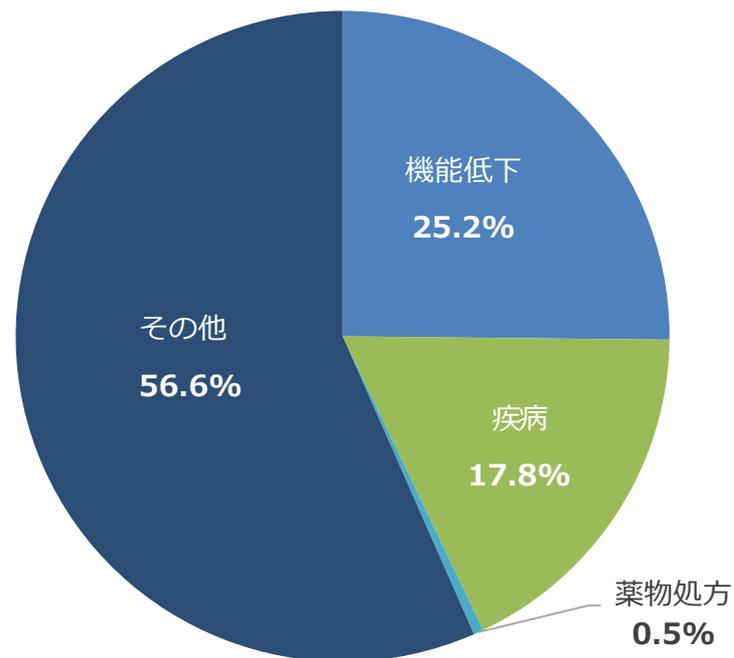
⑮ 原因分析（本人要因）

介護事故は、機能低下が48.2%で最も多く、次いで疾病が13.8%でした。ヒヤリハットは、機能低下が25.2%で最も多く、次いで疾病が17.8%でした。いずれも機能低下と疾病の割合が高くなっています。

介護事故 N=282



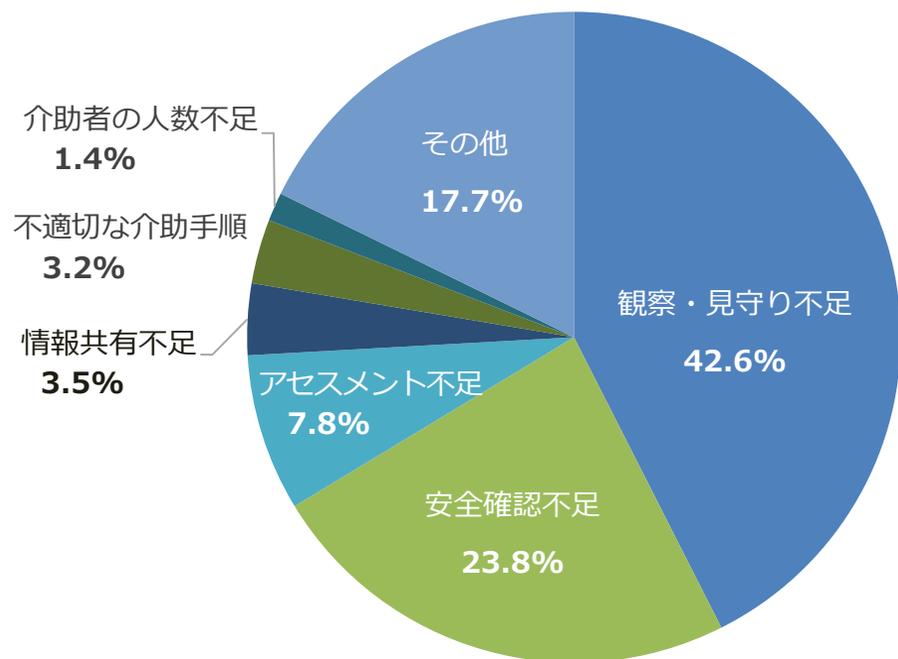
ヒヤリハット N=608



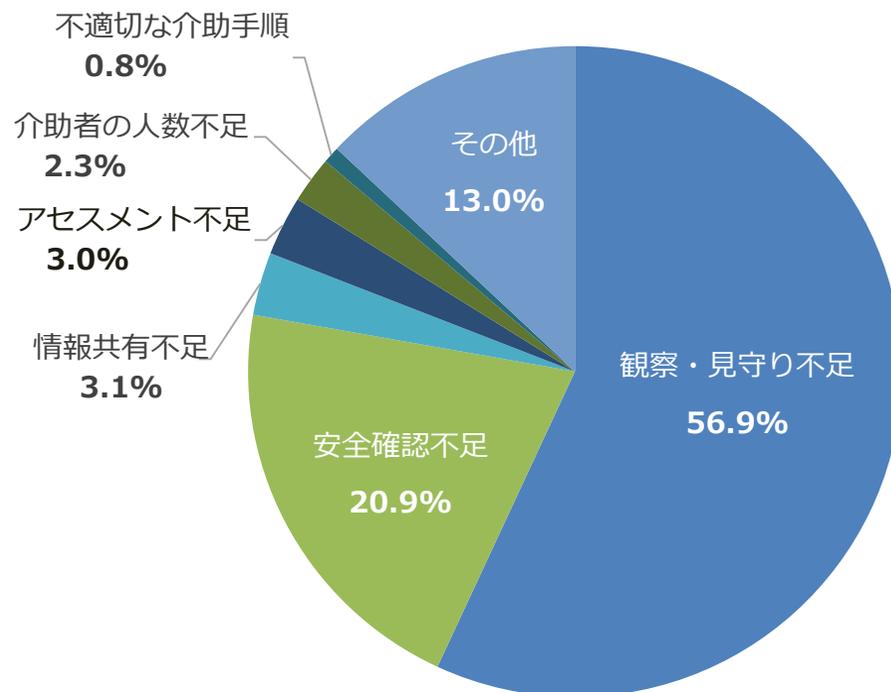
①⑥ 事故原因（職員要因）

介護事故は、観察・見守り不足が42.6%で最も多く、次いで安全確認不足が23.8%でした。ヒヤリハットは、観察・見守り不足が56.9%で最も多く、次いで安全確認不足が20.9%でした。いずれも観察・見守り不足と安全確認不足の割合が高くなっています。

介護事故 N=282

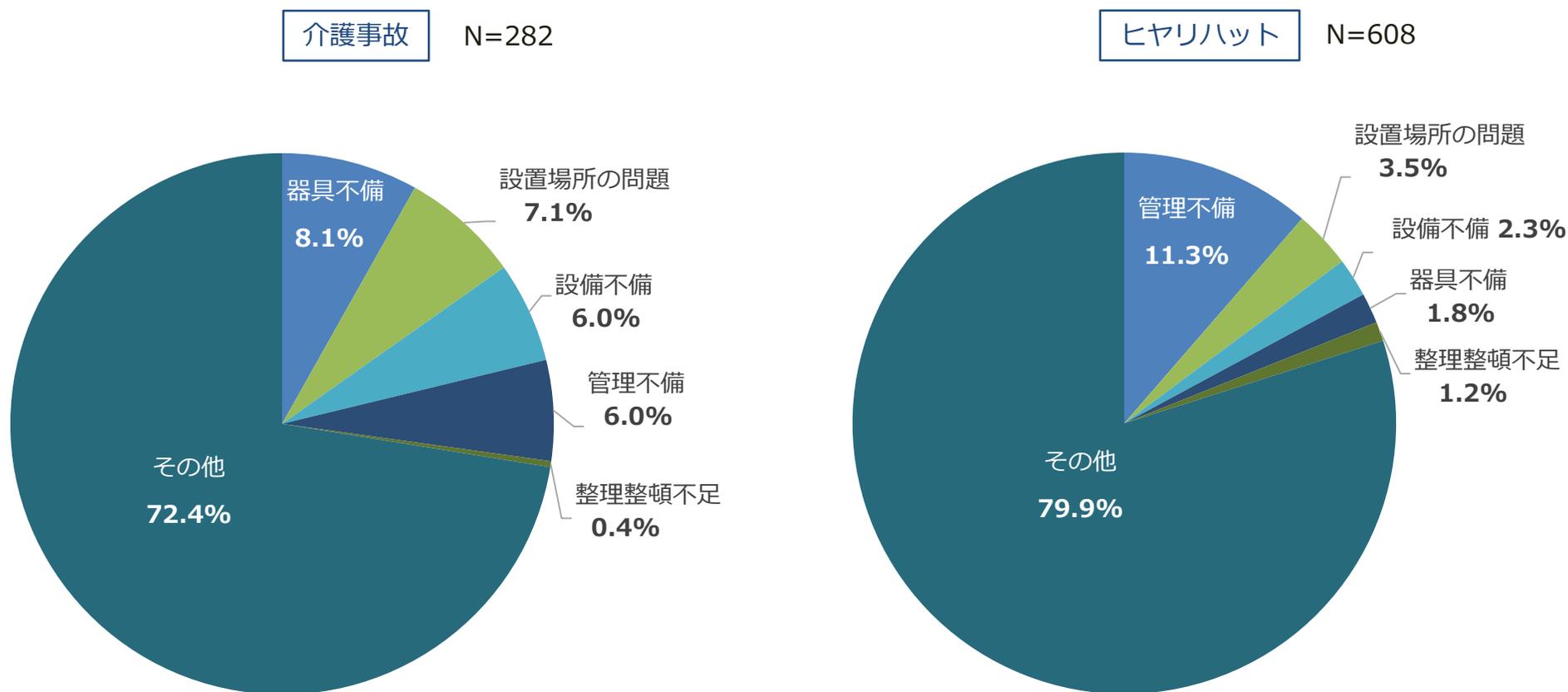


ヒヤリハット N=608



⑰ 事故原因（環境要因）

介護事故は、器具不備が8.1%で最も多く、次いで設置場所の問題が7.1%でした。ヒヤリハットは、管理不備が11.3%で最も多く、次いで設置場所の問題が3.5%でした。

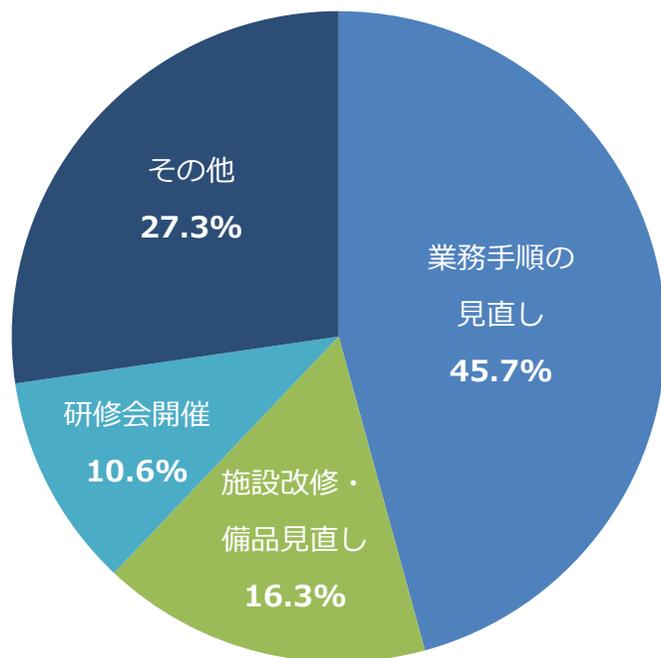


⑱ 再発防止策

介護事故は、業務手順の見直しが45.7%で最も多く、次いで施設改修・備品見直しが16.3%でした。ヒヤリハットは、業務手順の見直しが40.5%で最も多く、次いで施設改修・備品見直しが12.8%でした。いずれも業務手順の見直し、施設改修・備品見直しの割合が高くなっています。

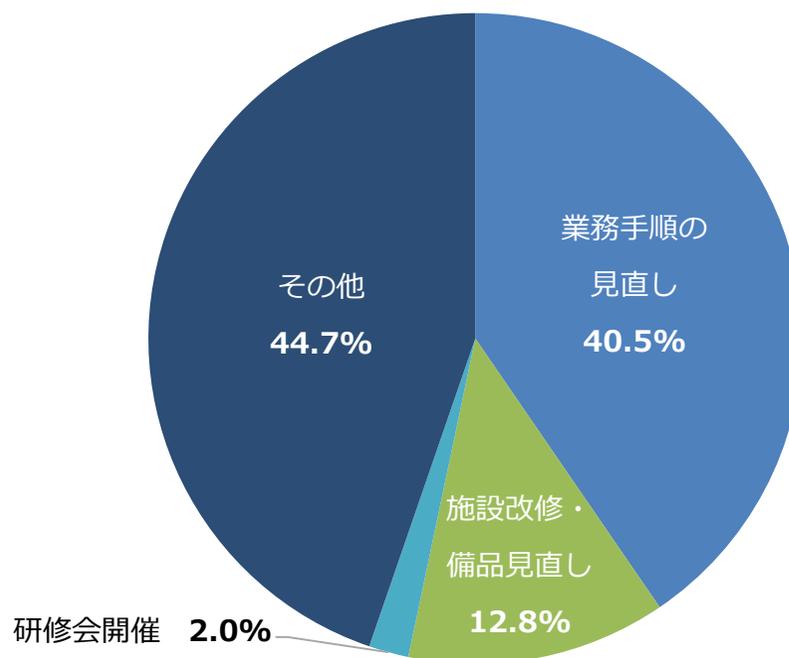
介護事故

N=282



ヒヤリハット

N=608



2. 介護における安全の確保とリスクマネジメント

安心できる介護サービスを提供するために、介護の仕事において安全の確保は重要な課題です。事故が起こる前に事故の芽を見つけることが必要です。

介護事故とは

明確な定義はありませんが、一般的には、利用者が介護サービスを利用している間に発生する事故を言い、「転倒」「転落」「誤嚥・窒息」「誤飲・異食」「誤薬・与薬」「医療処置関連」「行方不明」などがあります。

ヒヤリハットとは

事故には至らなかったものの、あと一歩で重大な事故につながりそうで「ヒヤリとした」「ハッとした」出来事のことを言います。このヒヤリハット体験を集めることで、事故が起こりやすいパターンや環境など、事故が起こる要因を見つけて対策を立てることができます。

(参考) ハインリッヒの法則

事故を防ぐために、知っておきたい考え方が「ハインリッヒの法則」です。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、事故には至らなかったが職員が、「ヒヤリ」としたり「ハッ」とした経験が300件もあるという法則です。



① 事故・トラブル対応の原則

どんなに注意していても、事故やトラブル、クレームは発生します。万が一、事故やトラブルが起こってしまったら、その後の対応が非常に大切です。ここで対応を誤ると、訴訟問題に発展することがあります。

トラブルが起こったら、原因究明と過失の有無を判断してから対応を検討しなければなりません。これらの手順を踏まずに、自己判断で利用者に安易な約束をしたり、状況を放置したりしてしまうと、トラブル解決の妨げになるばかりでなく、新たなトラブルを生んでしまうことになりかねません。

事故対応後の流れ

1 事実の把握と利用者家族への説明

- ・ 事実確認を速やかに行い、事実に基づいた報告をする。
- ・ 事故発生の第一報以外の報告は、原則書面で行う。
- ・ 家族への報告は、必ず責任者が行う。

2 改善策の検討と実践

- ・ 事故後、早いうちに職員間で情報を共有する。
- ・ 検討した改善策は、家族に対してきちんと説明する。

3 誠意ある対応

- ・ 事業所の責任がある場合、ない場合を問わず、利用者に苦痛を与えてしまったことに対して誠意ある対応を行う。

② ヒヤリハット報告書

ヒヤリハット報告書は、組織全体で事故を未然に防ぐために記録するもので、職員個人の責任を追及するものではありません。

報告書には、①事故には至らないものの職員が「ヒヤリ」としたり、「ハッ」とした経験や、②事故には至らず、事故の一手手前で防ぐことができた状況について記録します。

報告書の内容と記録

記載項目は、できるだけ必要最低限にとどめます。項目内容は、利用者名、発生日時、発生場所、発生状況（事故が起こりそうになった状況）、ヒヤリハットの原因、家族への連絡、説明内容、今後の対策などです。発生状況（事故が起こりそうになった状況）については、5W1Hを基本に具体的に記録します。

■ヒヤリハット報告書の記載内容（一例）

ヒヤリハット報告書	
	報告年月日 △年○月○日
	報告者氏名 ○○ ○○
氏名	○○ ×× 男 年齢 80歳
発生日時	△年○月○日（○） ○時○分頃
発生場所	食堂
発生状況	ご飯を食べ終え、一人で食堂内を歩いているときに、滑ってバランスを崩し転びそうになったが、その場に居合わせた○○職員が体を支えたため、大事には至らなかった。体に変化はなく、痛がっている様子もなく、「大事に至らず」と管理者に報告。
原因	隣に座っていた利用者○○様が誤ってお茶を床にこぼし、その際十分に拭き取れず床が濡れていたため、滑ってバランスを崩した。
家族への連絡	管理者、主任と協議した結果、体に変化や問題はなかったため、家族への説明は必要なしと判断した。
今後の対策	床が濡れていたらしっかりと拭き取り、拭いた後は、職員数名で確認をする。

施設長、管理者のほか、全職員に回覧し情報共有する

※事業所の様式も確認してみましょう。

③ 事故報告書

事故報告書は、事故を起こした職員の責任を問うことではなく、その事故を組織全体の問題として受け止め、職員間で課題を共有化し、事故原因の究明や再び繰り返さないよう再発防止に努めることにあります。

一連の経過記録（ケース記録に記載）

ケース記録には、事故の発生からその後の対応や処置、治療などが終結するまで一連の経過を的確に記録します。また家族への連絡や説明、要望などについても併せて記録します。

報告書の内容と記録

記載項目は、利用者名、発生日時、発生場所、事故の種類、発生状況、略図、発生直後の対応及び処置、事故原因、利用者・家族への説明内容及び要望、今後の対策などです。

■ 事故報告書の記載内容（一例）

事故報告書	
	報告年月日 △年○月○日
	報告者氏名 ○○ ○○
氏名	○○ ×× 女 年齢 92歳
発生日時	△年○月○日（○） ○時○分頃
発生場所	居室（個室）
事故の種類	転落（目撃していない）
発生状況	夜間、一人でトイレに行こうとしてベッドから転落。
発生直後の原因	「ドスン」という音がして、介護職員の○○が居室に入ると、利用者が転落しているのを発見した。痛みの有無を確認したところ、「右足首に少し痛みがある」と返答があった。○○看護師に連絡し、状況を説明。腫れやあざ、内出血のような痕などは見られないため、経過観察とした。
事故原因	居室が暗い中、一人で立ち上がろうとしたため。
家族への連絡	家族（長男の妻）に電話で状況を説明し、謝罪した。家族からは「迷惑をかけてすみませんでした。今後よろしくお願ひします」との話があった。（○月○日○時○分）
今後の対策	手すりや家具が近い場所にベッドを移動し、一人で立ち上がる時に手すりなどをつかめるようにする。

施設長、管理者のほか、全職員に回覧し情報共有する

※事業所の様式も確認してみましょう。

④ 再発防止に向けて (1)

1 説明責任と記録

(1) 説明責任

事業者には、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、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」が求められます。

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す。

(2) 記録の重要性

事故が発生した場合、事故の状況及び発生時の対応について記録しなければなりません。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わかるように、時系列に詳細な記録が残すことが重要です。

2 事故防止のために体制づくり

(1) 事故防止対応マニュアルの作成

事故防止対応マニュアルを作成し、あらかじめ事故発生時の利用者の生命・身体の保護の方法、職員の役割分担、緊急連絡網の整備等について定めておき、すべての職員に周知徹底しておくことが重要です。

また、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す。

(2) 研修の実施

事業所は、すべての職員に対して、事故防止マニュアルを周知徹底するとともに、その内容について理解を深め、介護サービスの現場で実践できるように、計画的に研修を行う必要があります。勤務時間が不規則な非常勤職員でも受講できるよう複数回開催することが望ましいです。

④ 再発防止に向けて (2)

2 事故防止のために体制づくり

(3) 風通しのよい職場づくり

事故防止対策は、すべての職員で取り組むことが大切です。また、管理者等と職員の連携がたいへん重要となります。

日頃から、管理者等は、職員の声に耳を傾け、現場の課題等を明らかにしておくとともに、どのような対応策が考えられるか、現場の意見を聞きながら、職員と共に対応策を構築していくことが求められます。

また、各職員も、一人で介助方法等について判断せず、管理者や他の職員等に相談するよう心がけるようにしましょう。

3 職員間の情報共有

(1) 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、職員が報告しやすい組織をつくることが大切です。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つながります。

(2) 根本的な原因理解と解決策

事故が発生した場合、根本的な原因を理解し解決することが必要です。根本的な原因を探る際は、利用者の本人要因、職員要因、環境要因等に分類し、備品配置の見直しや業務手順書へ反映させます。

④ 再発防止に向けて (3)

4 利用者の行動パターンを把握し情報共有

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毎に評価し、事故の予防措置を講じておくことが大切です。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ます。

5 利用者及びその家族とのコミュニケーション

介護サービスの利用契約時においては、利用者及びその家族に十分な情報を提供し、その同意を得ることが義務付けられていますが、事業所からの一方的な説明で終わるのではなく、双方向のコミュニケーションの場としてとらえ、予測されるリスクについても事前に説明し、十分に理解してもらうことが重要です。

6 事故防止対策委員会の設置

介護老人福祉施設・介護老人保健施設等は、事故防止対策委員会を設置しなければなりません。

事故記録を収集・分析し、それに基づいて今後の対策について決定する委員会であり、この委員会を設置することで、事故に関する情報が集まりやすい体制ができます。

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できます。

介護の現場においては、利用者の心身の状況や利用者を取り巻く状況はさまざまであります。また、事業所内での生活環境や設備等も異なるものですが、介護事故の防止は、個々の事業所における日常的な取組みや意識、さらには発生時・発生後の適切な対応が重要です。

事業所におかれましては、今回報告された事故・ヒヤリハットの情報を活用し、現状の課題やニーズ等を把握し、利用者の生活環境の改善や介護サービスの質の向上が図られる取組みをお願いします。