

令和4年度 第1回南部町介護保険運営協議会

報告事項 7

令和3年度介護事故・ヒヤリハットの発生状況調査の 集計・分析結果について

日時 令和4年11月10日（木） 午後6時

場所 南部町健康センター 集団指導室

南部町介護保険運営協議会

令和3年度介護事故・ヒヤリハットの発生状況調査

調査の目的

- 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（67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、小規模多機能型居宅介護、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

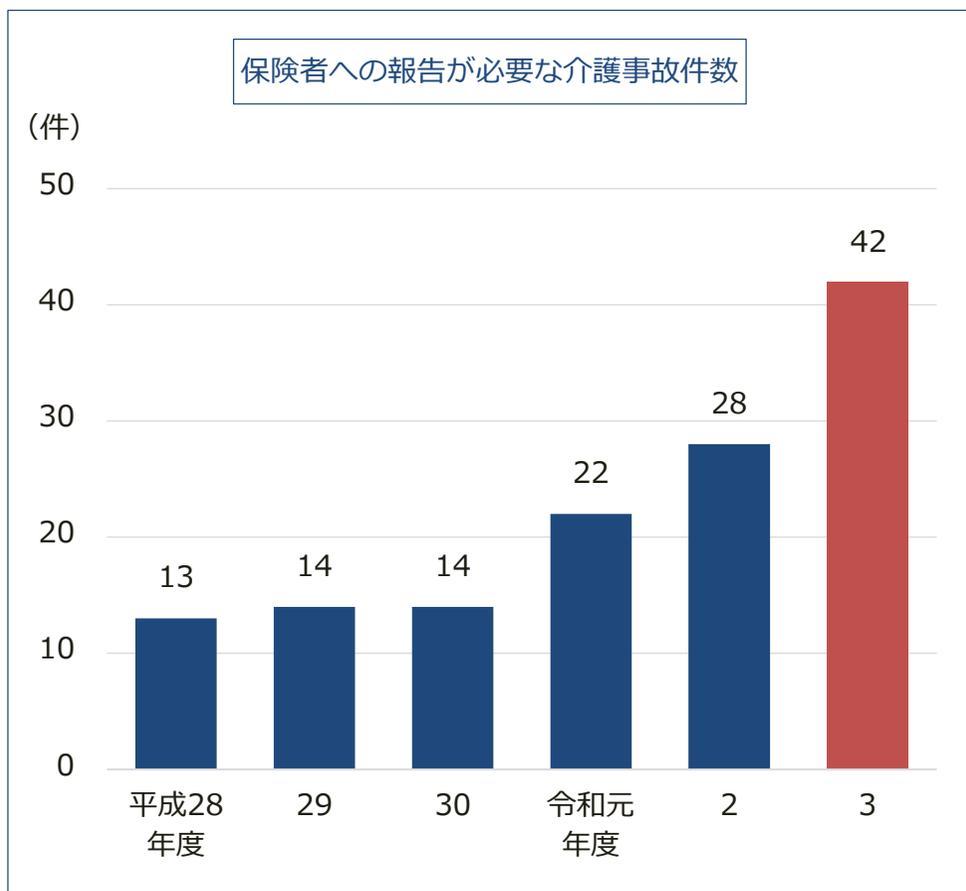
集計・分析結果

1

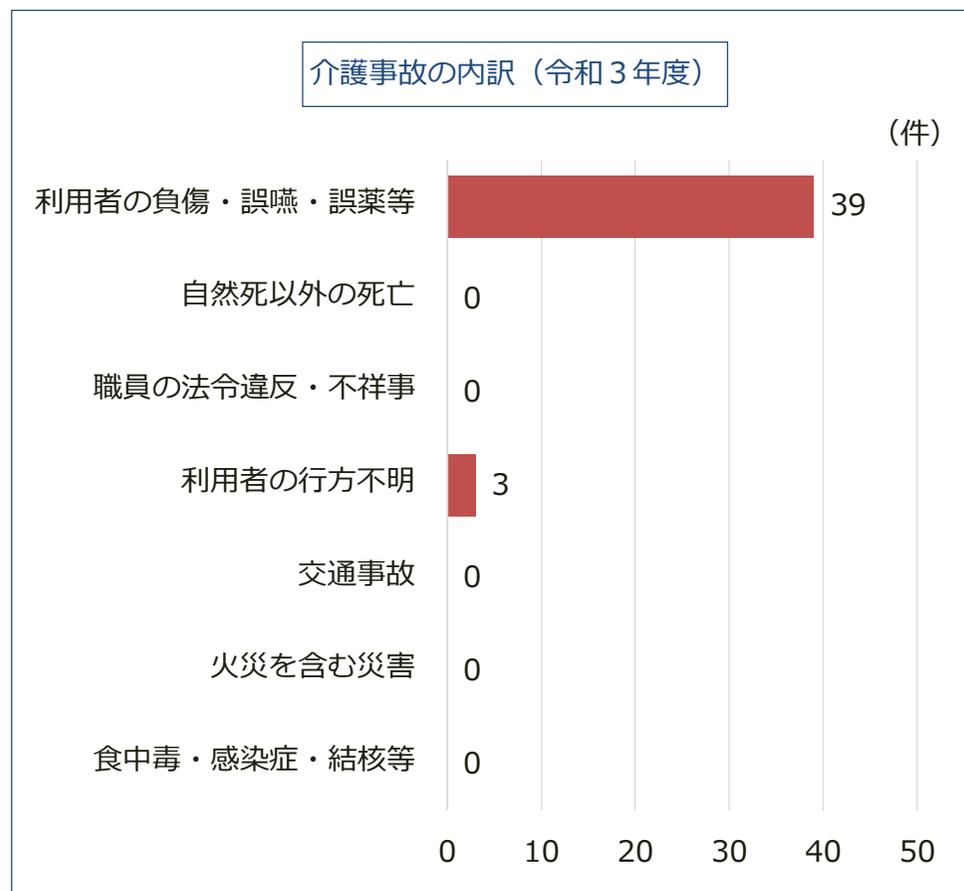
1-2 保険者への報告が必要な介護事故件数

保険者への報告が必要な介護事故件数は42件で、前年度（28件）より14件増加した。内訳は、「利用者の負傷、誤嚥、誤薬等」（39件）が最も多く、次いで「利用者の行方不明」（3件）である。

回答：すべての事業所【n=67】



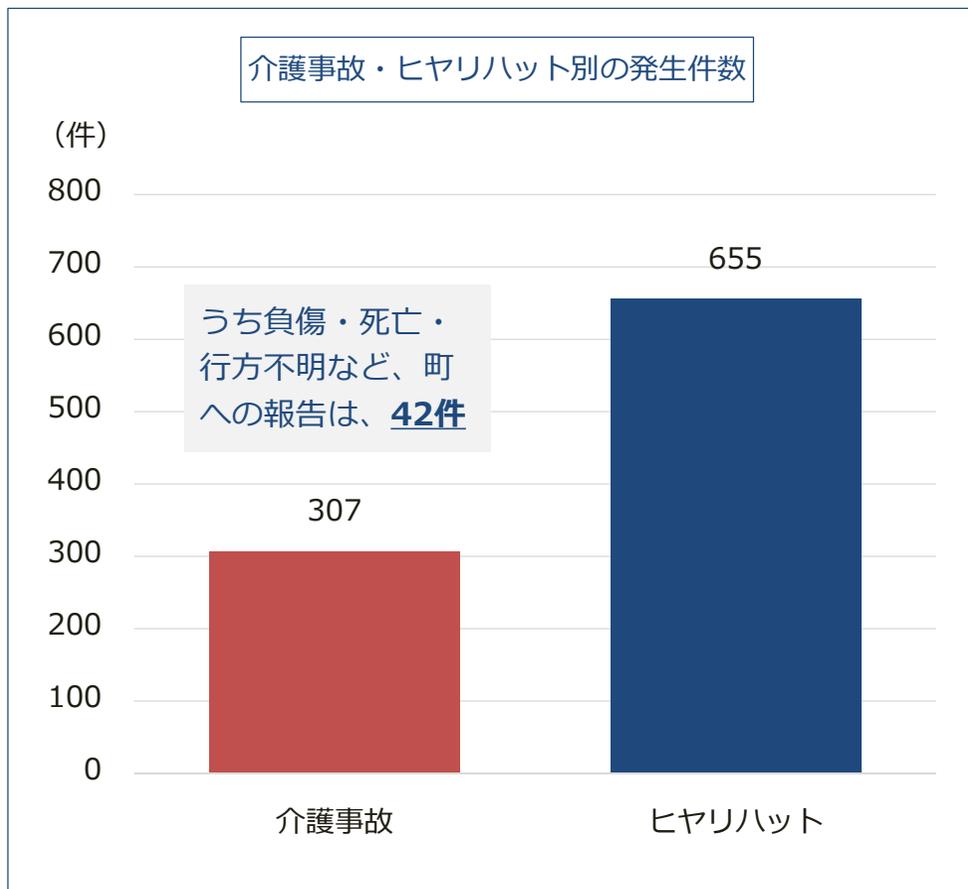
回答：すべての事業所【n=67】



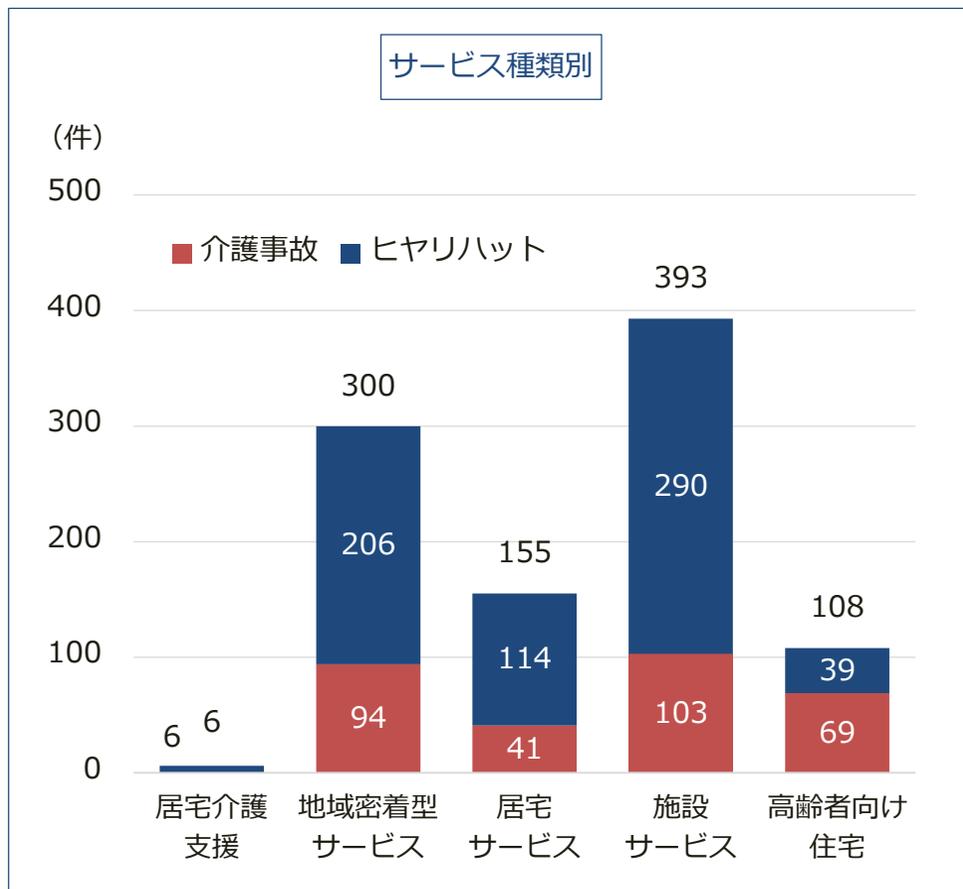
1-3 介護事故・ヒヤリハット別の発生件数

介護事故は307件で前年度（282件）より25件増加、ヒヤリハットは655件で前年度（608件）より47件増加した。サービス種類別では「施設サービス」が393件（うち介護事故103件）で最も多い。

回答：すべての事業所【n=67】



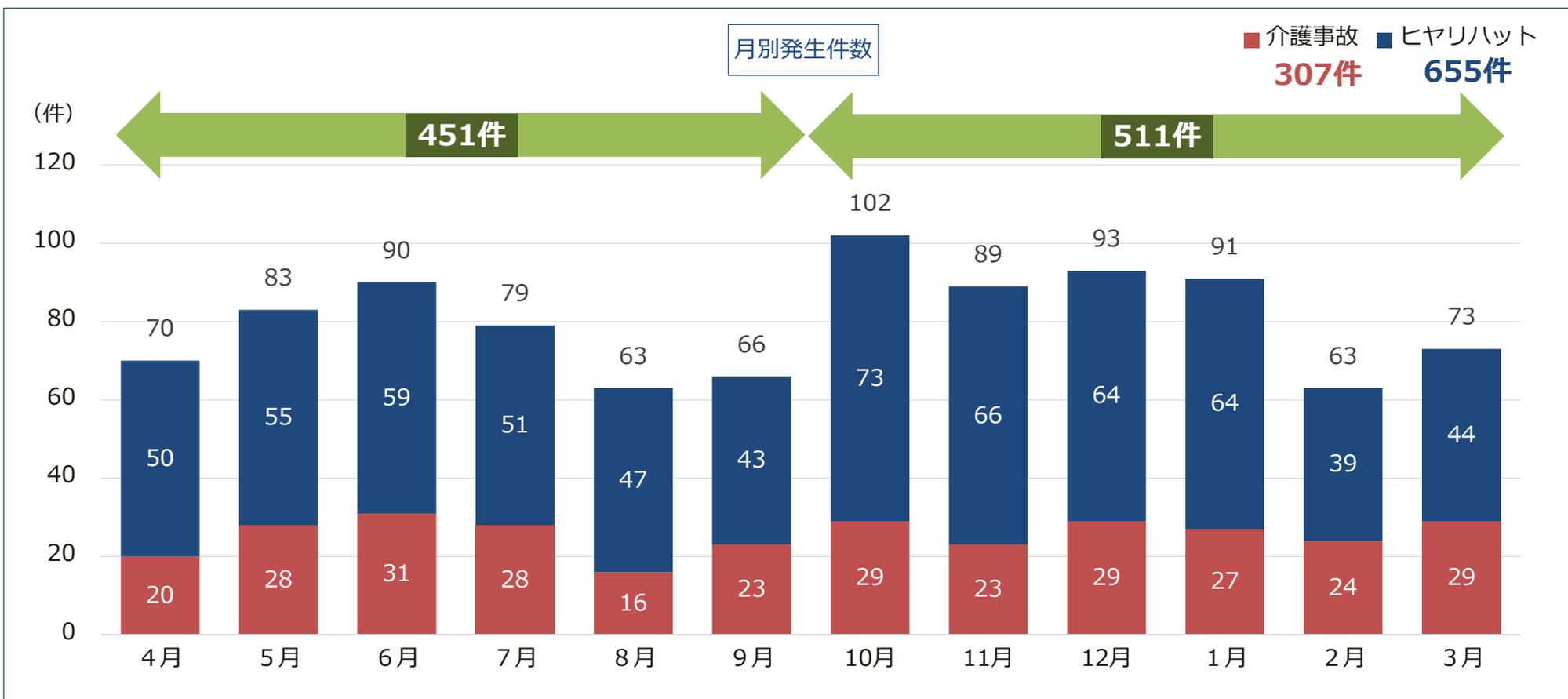
回答：すべての事業所【n=67】



1-4 月別発生件数

介護事故とヒヤリハットを合わせた月別発生件数は10月（102件）が最も多く、次いで12月（93件）、1月（91件）である。「4月～9月」（451件）より「10月～3月」（511件）の発生件数が多い。

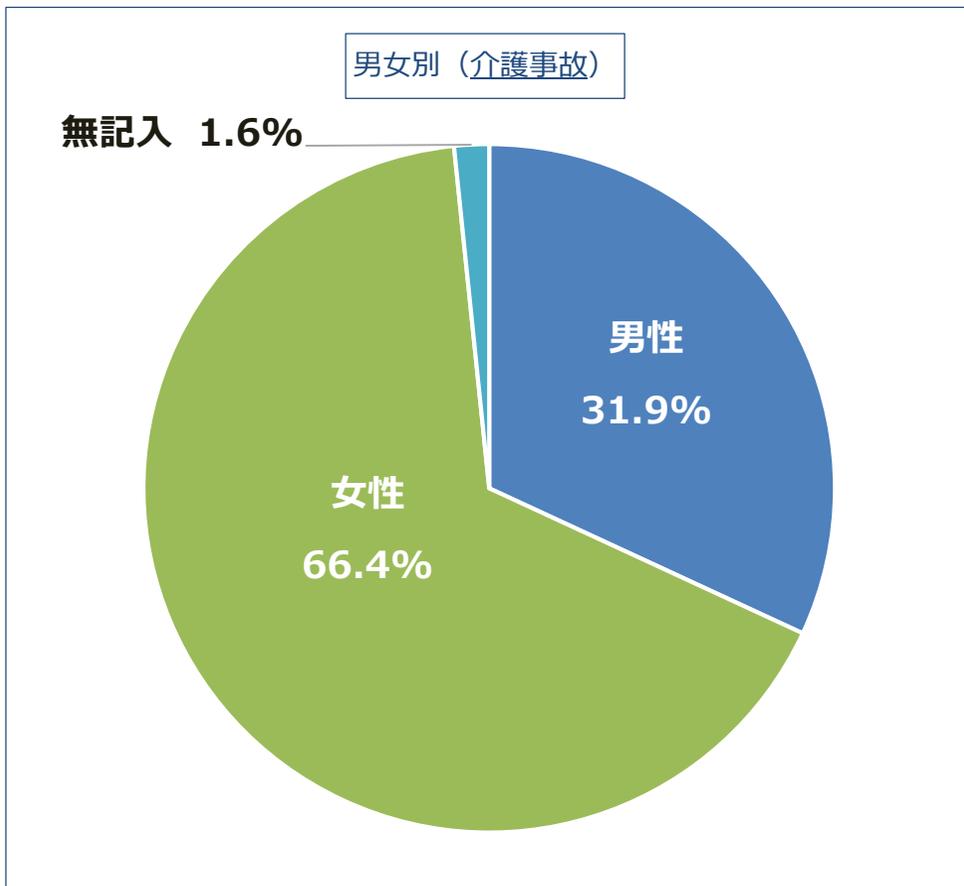
回答：すべての事業所【n=67】



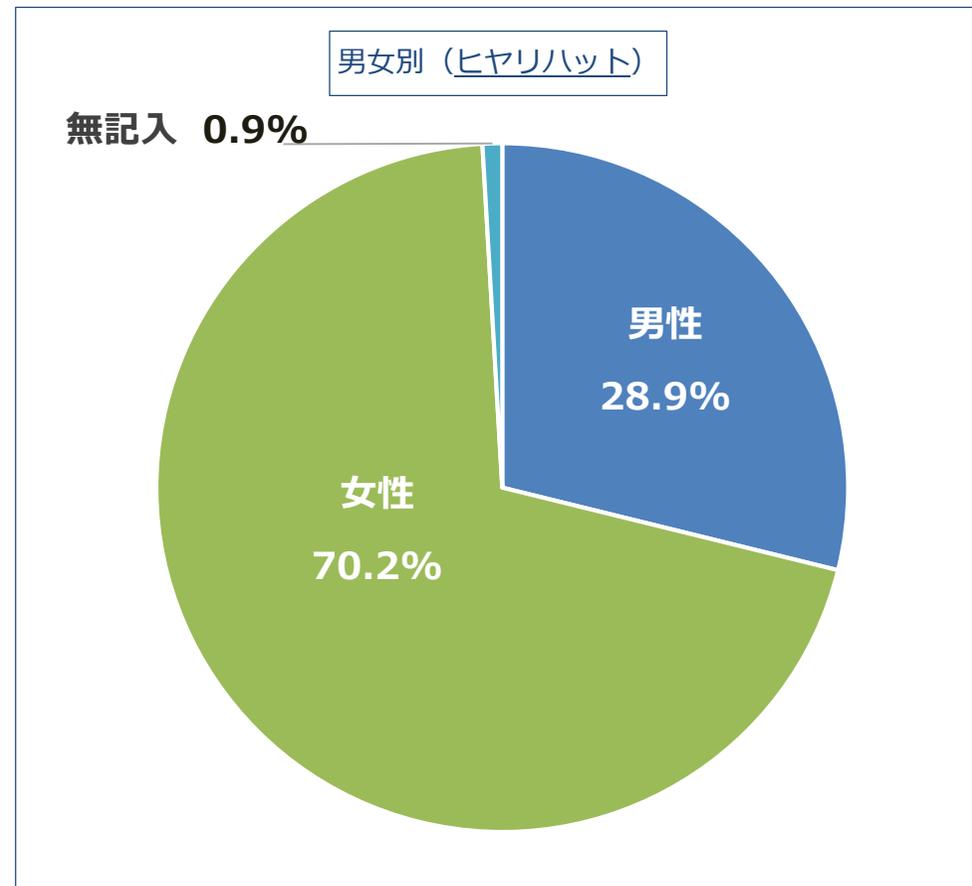
1-5 男女別

男女別では、介護事故は男性31.9%、女性66.4%、ヒヤリハットは男性28.9%、女性70.2%でいずれも女性の割合が高い。（参考：令和4年3月末時点の認定者数 男性318人、女性849人）

回答：介護事故【n=307】



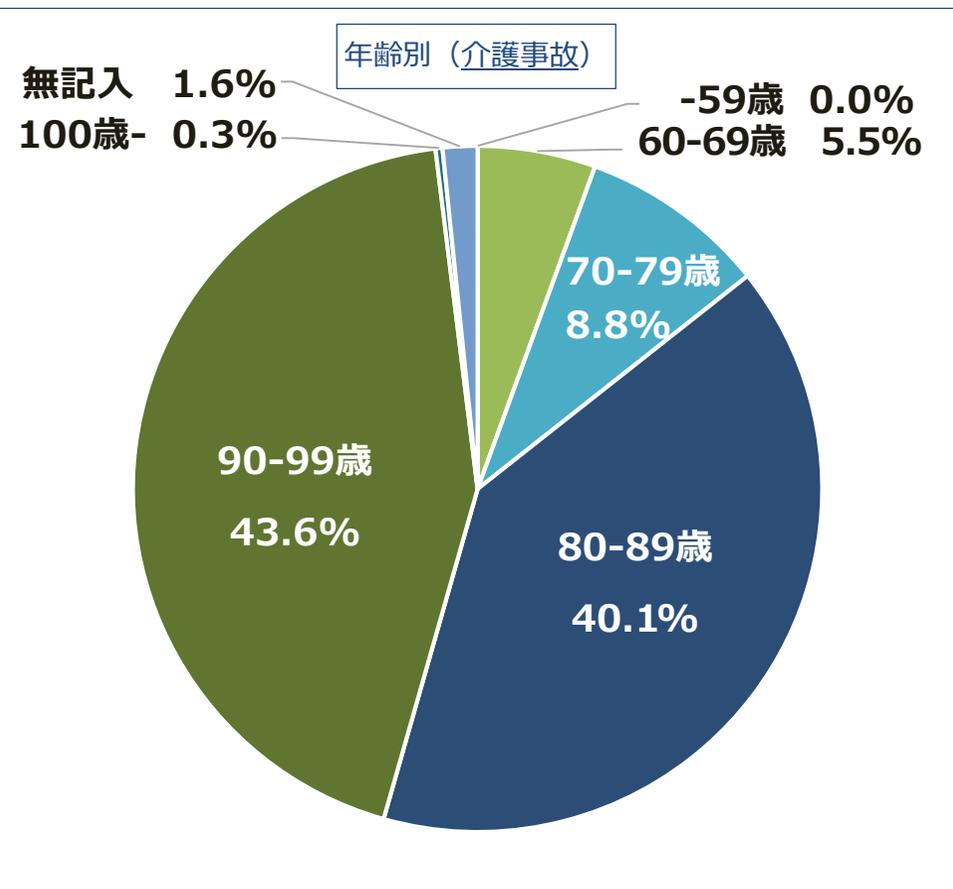
回答：ヒヤリハット【n=655】



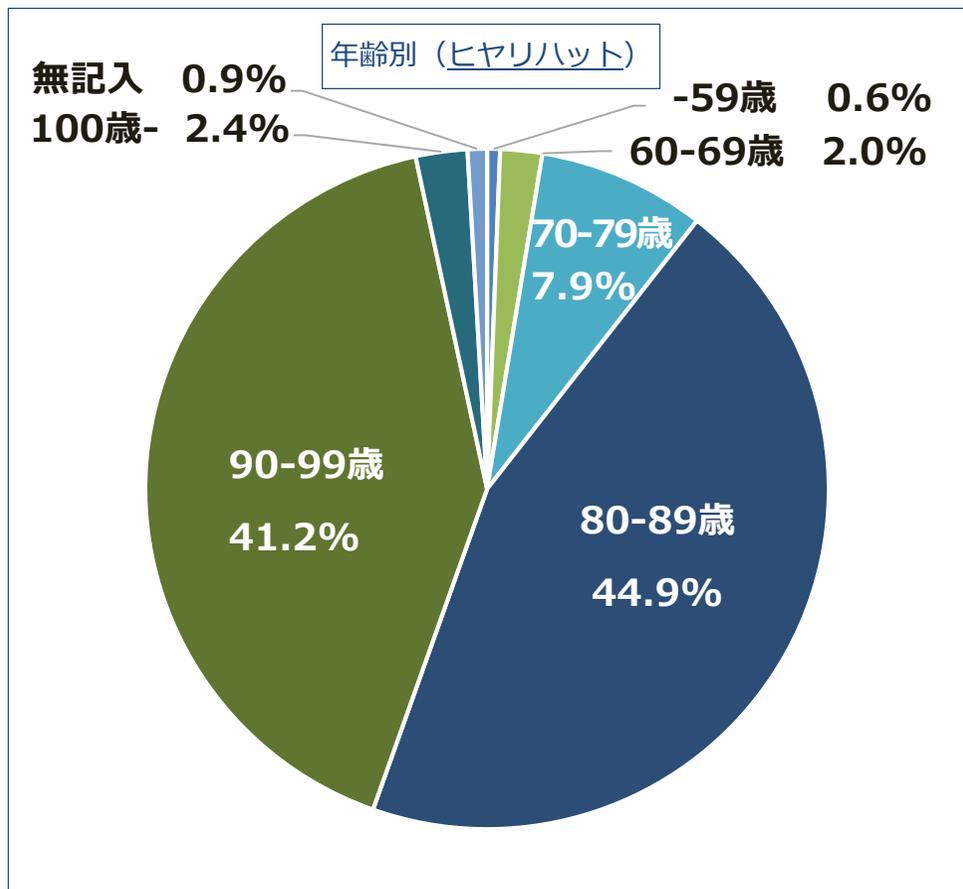
1-6 年齢別

介護事故は「90-99歳」（43.6%）が最も高く、次いで「80-89歳」（40.1%）である。
ヒヤリハットは「80-89歳」（44.9%）が最も高く、次いで「90-99歳」（41.2%）である。

回答：介護事故【n=307】



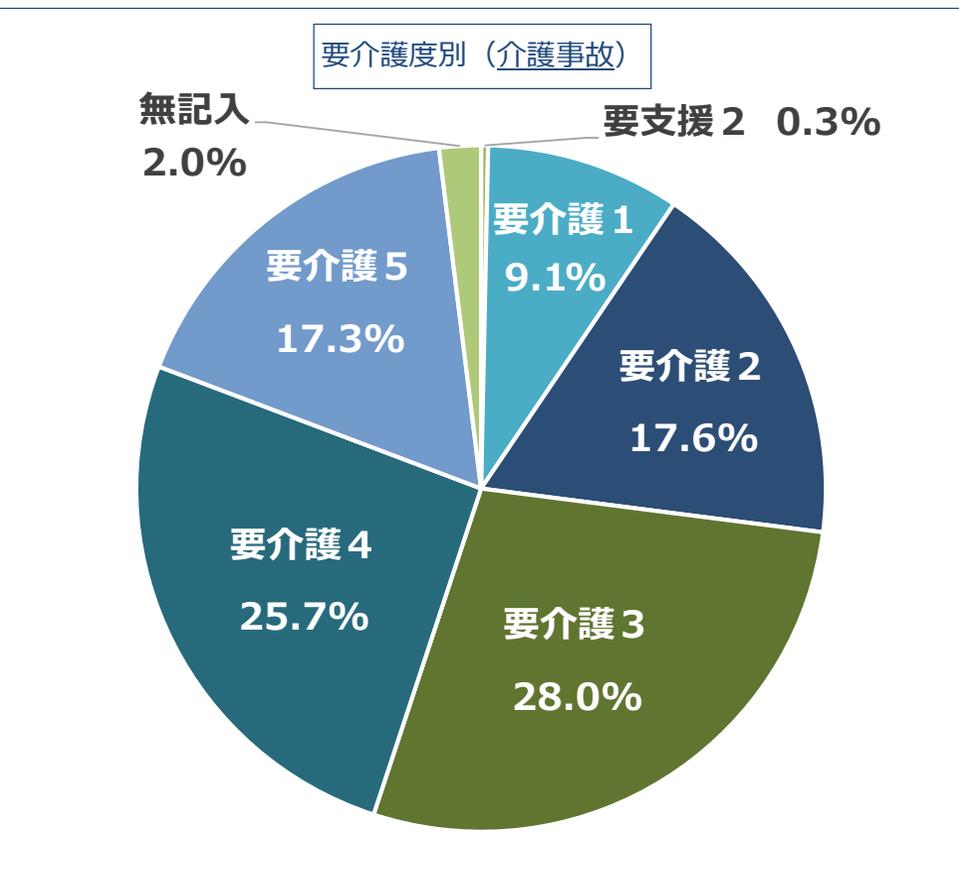
回答：ヒヤリハット【n=655】



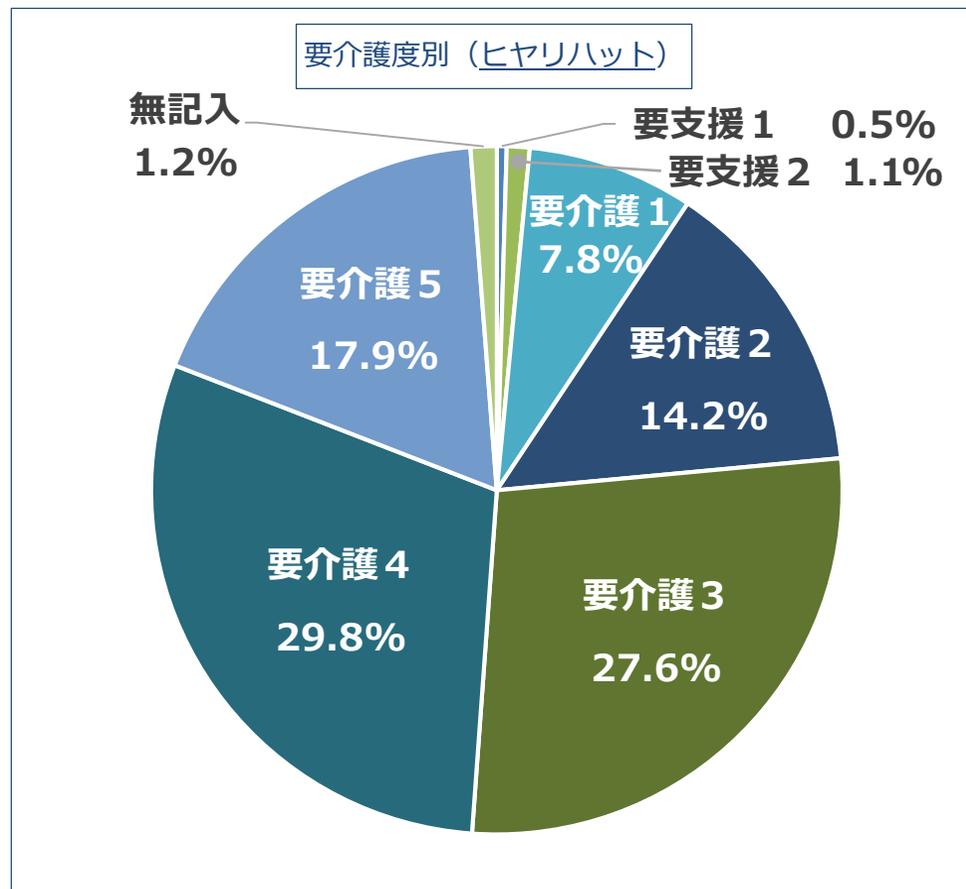
1-7 要介護度別

介護事故は「要介護3」（28.0%）が最も高く、次いで「要介護4」（25.7%）である。
ヒヤリハットは「要介護4」（29.8%）が最も高く、次いで「要介護3」（27.6%）である。

回答：介護事故【n=307】



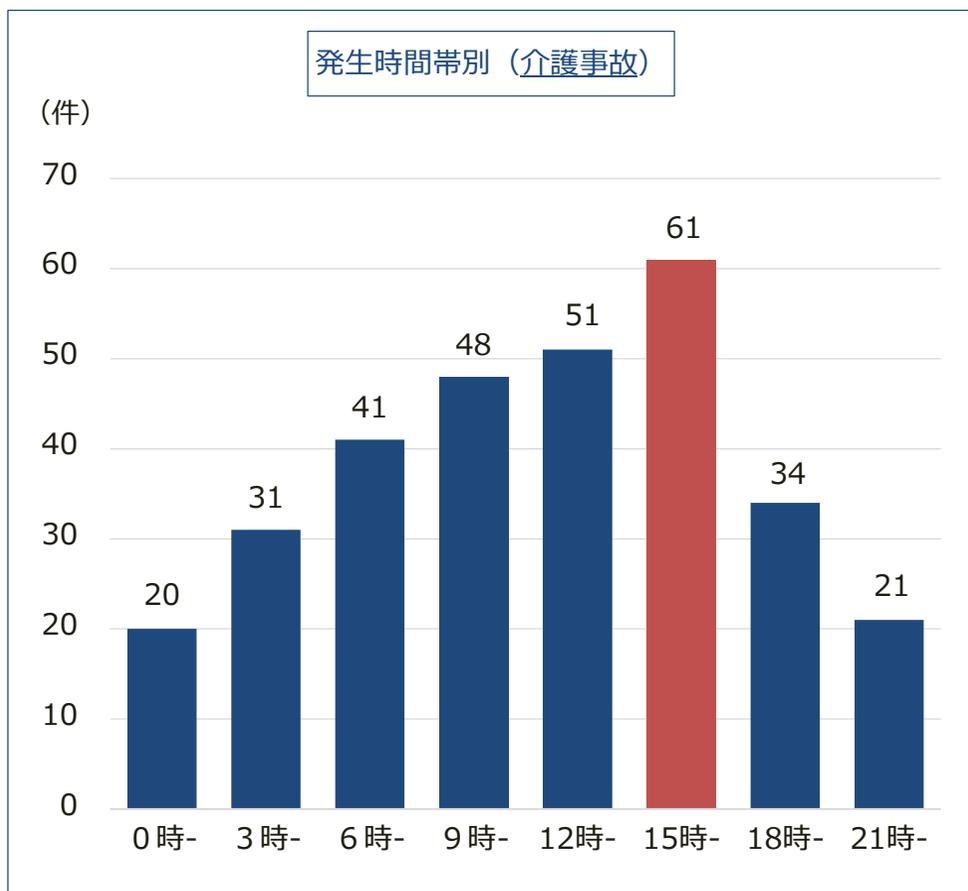
回答：ヒヤリハット【n=655】



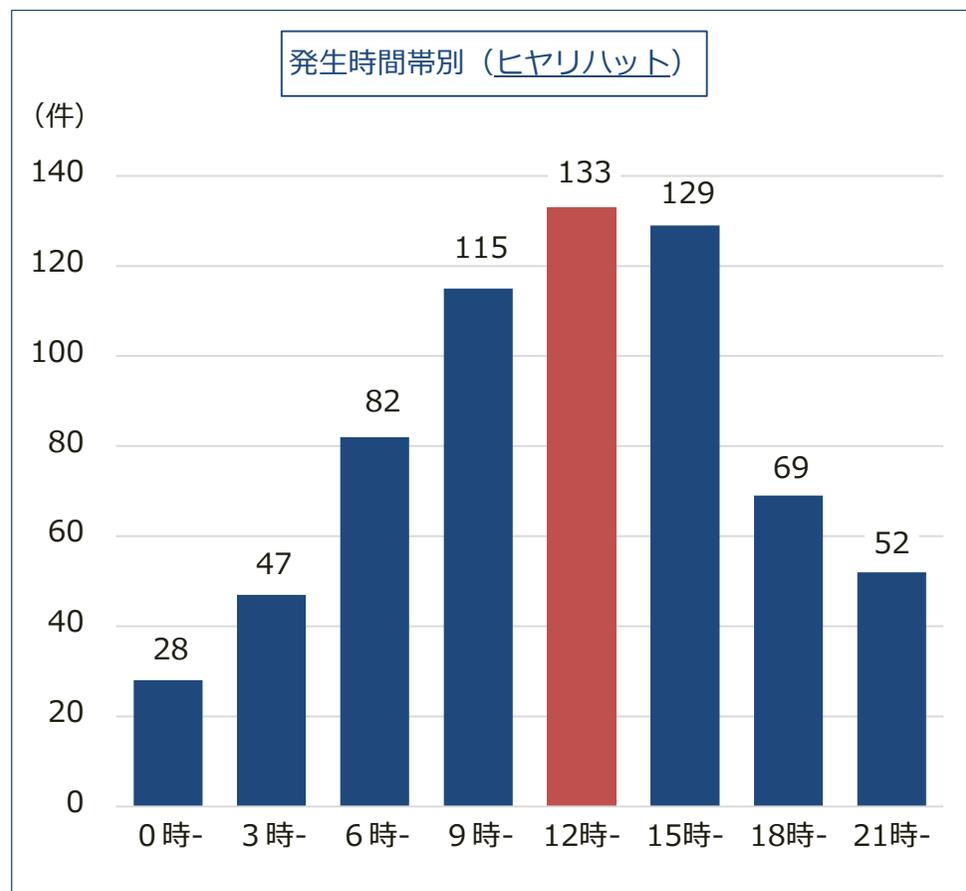
1-8 発生時間帯別

介護事故は「15-18時」（61件）が最も多く、次いで「12-15時」（51件）である。
ヒヤリハットは「12-15時」（133件）が最も多く、次いで「15-18時」（129件）である。

回答：介護事故【n=307】



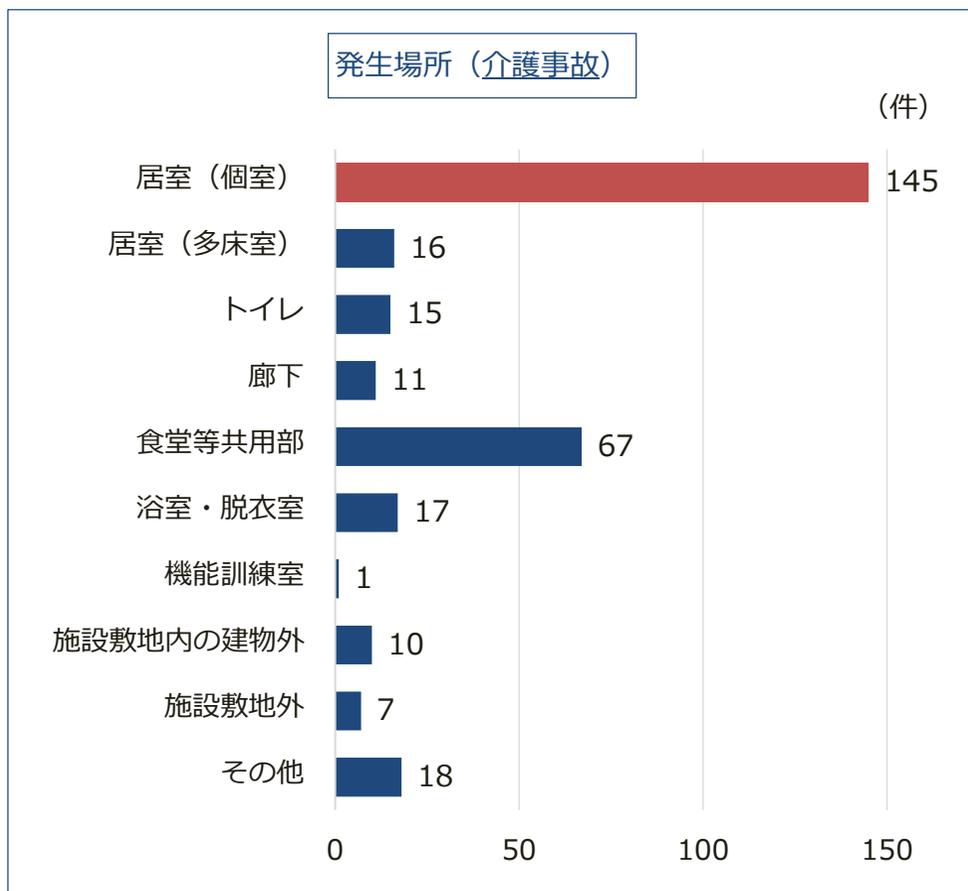
回答：ヒヤリハット【n=655】



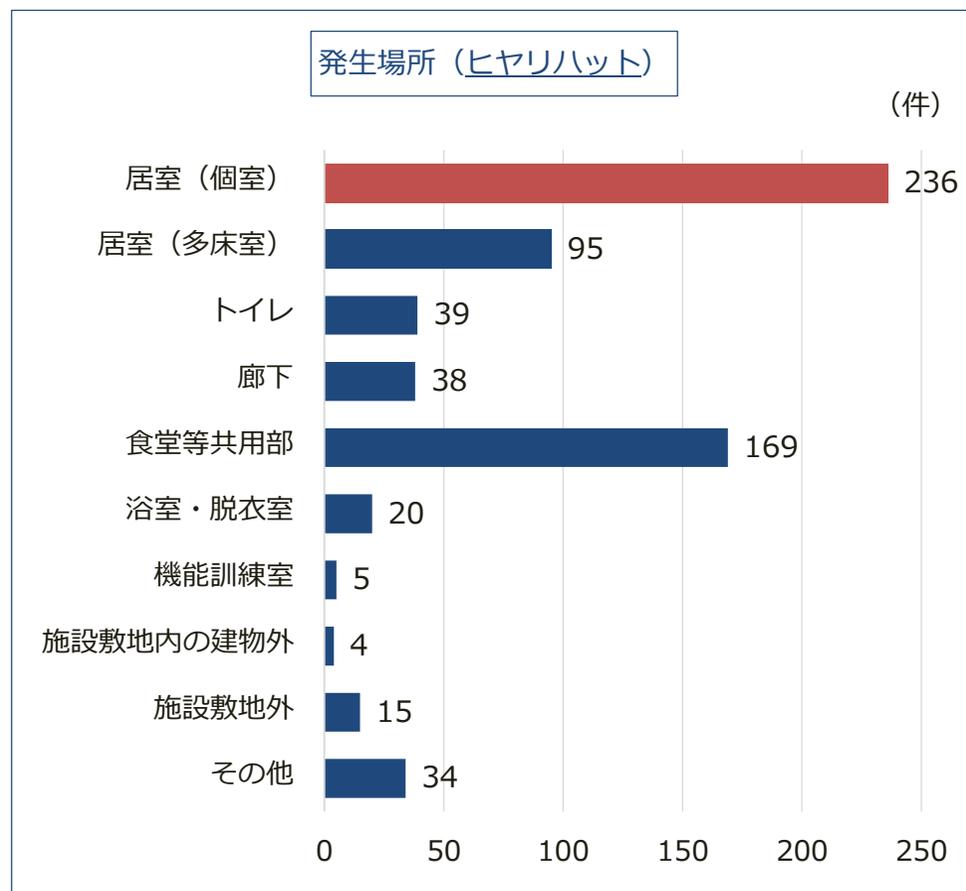
1-9 発生場所

介護事故は「居室（個室）」（145件）が最も多く、次いで「食堂等共用部」（67件）である。ヒヤリハットも同じく「居室（個室）」（236件）が最も多く、次いで「食堂等共用部」（169件）である。

回答：介護事故【n=307】



回答：ヒヤリハット【n=655】

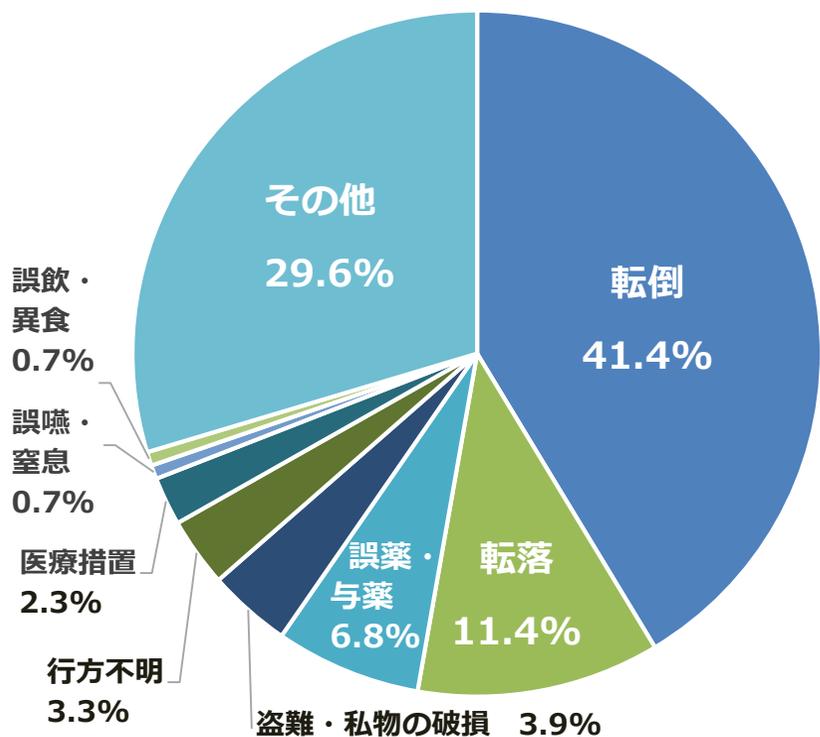


1-10 事故の種別

介護事故は「転倒」（41.4%）が最も高く、次いで「転倒」（11.4%）である。ヒヤリハットも同じく「転倒」（23.4%）が最も高く、次いで「転落」（15.4%）である。

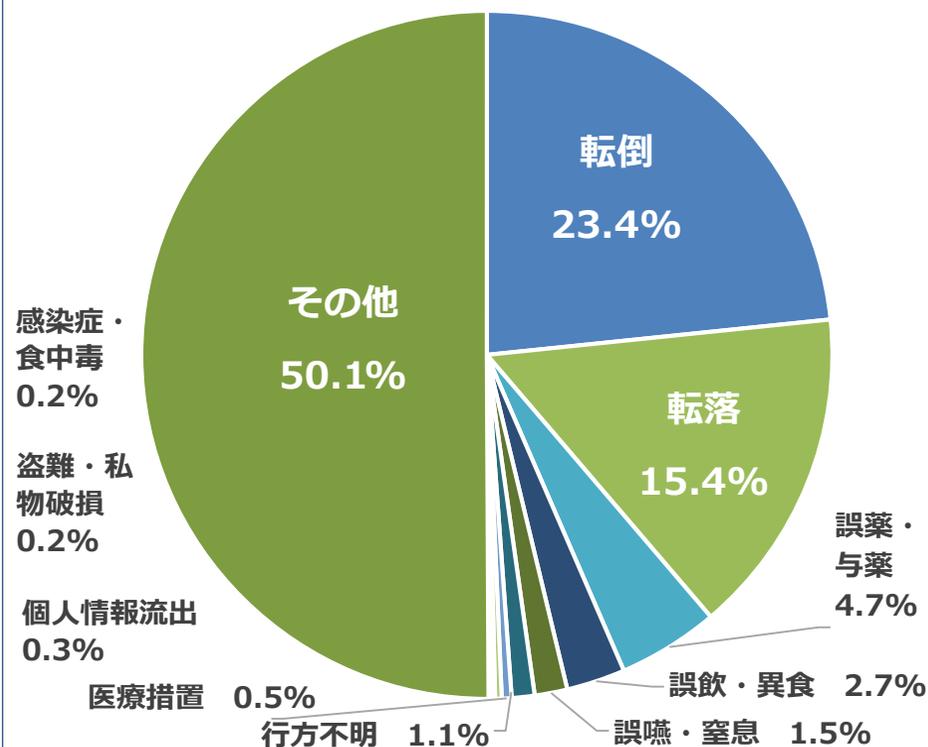
回答：介護事故【n=307】

事故の種別（介護事故）



回答：ヒヤリハット【n=655】

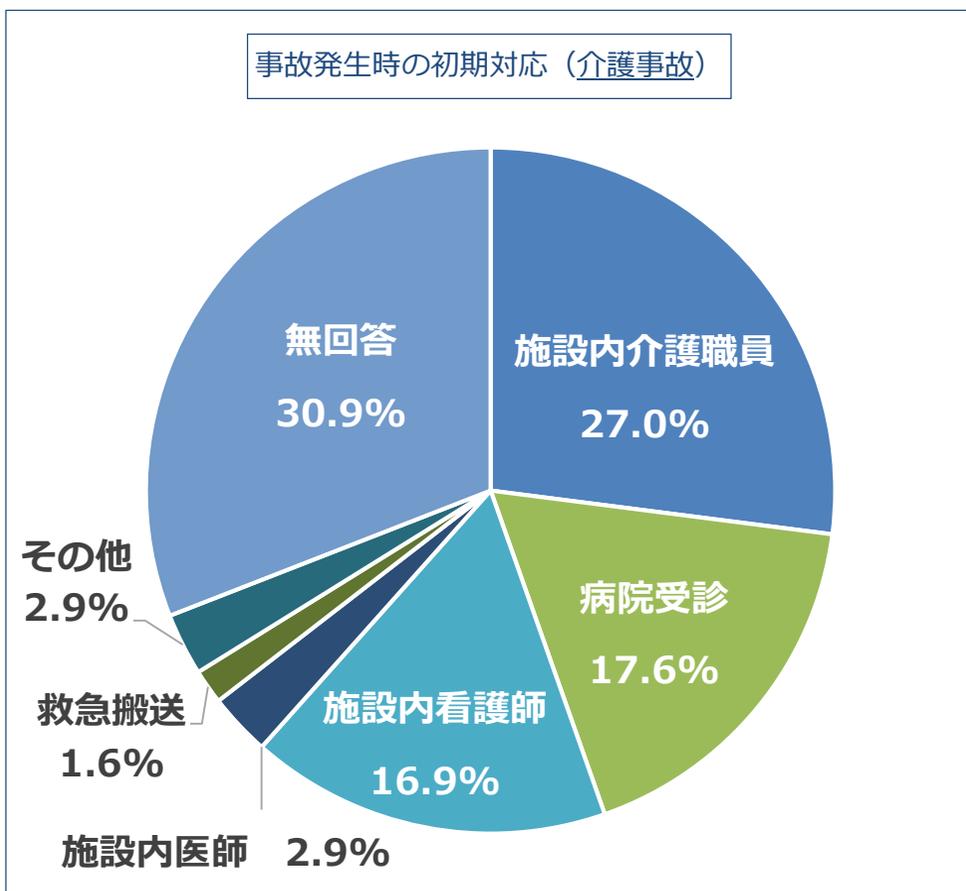
事故の種別（ヒヤリハット）



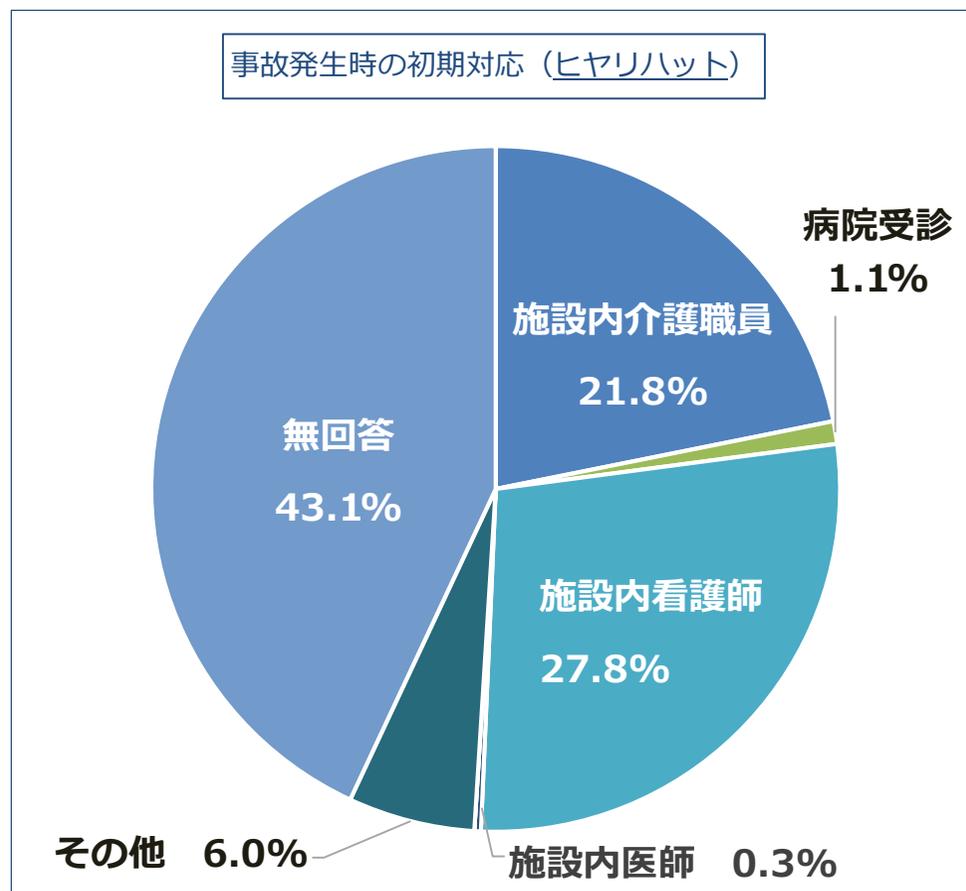
1-11 事故発生時の初期対応

介護事故は「施設内介護職員」(27.0%)が最も高く、次いで「病院受診」(17.6%)である。ヒヤリハットは「施設内看護師」(27.8%)が最も高く、次いで「施設内介護職員」(21.8%)である。

回答：介護事故【n=307】



回答：ヒヤリハット【n=655】

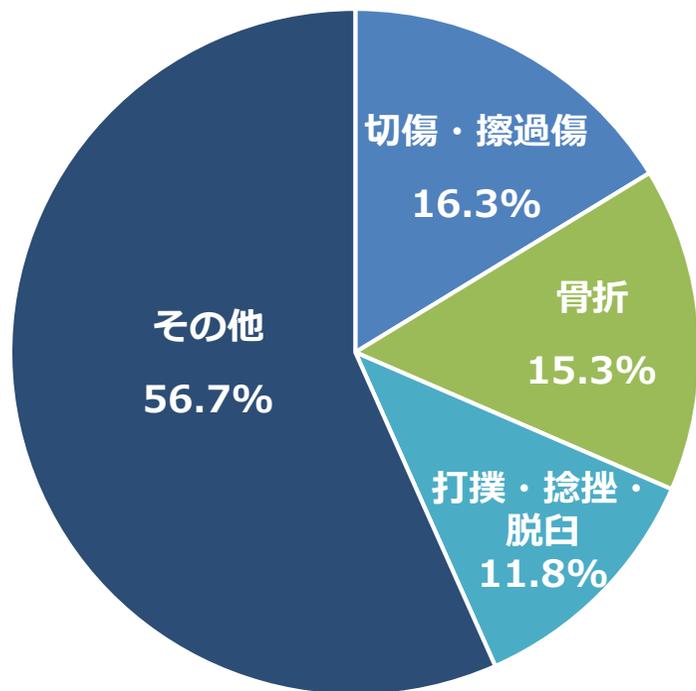


1-12 診断内容

介護事故は「切傷・擦過傷」（16.3%）が最も高く、次いで「骨折」（15.3%）である。ヒヤリハットは「切傷・擦過傷」（3.6%）が最も高く、次いで「打撲・捻挫・脱臼」（2.4%）である。

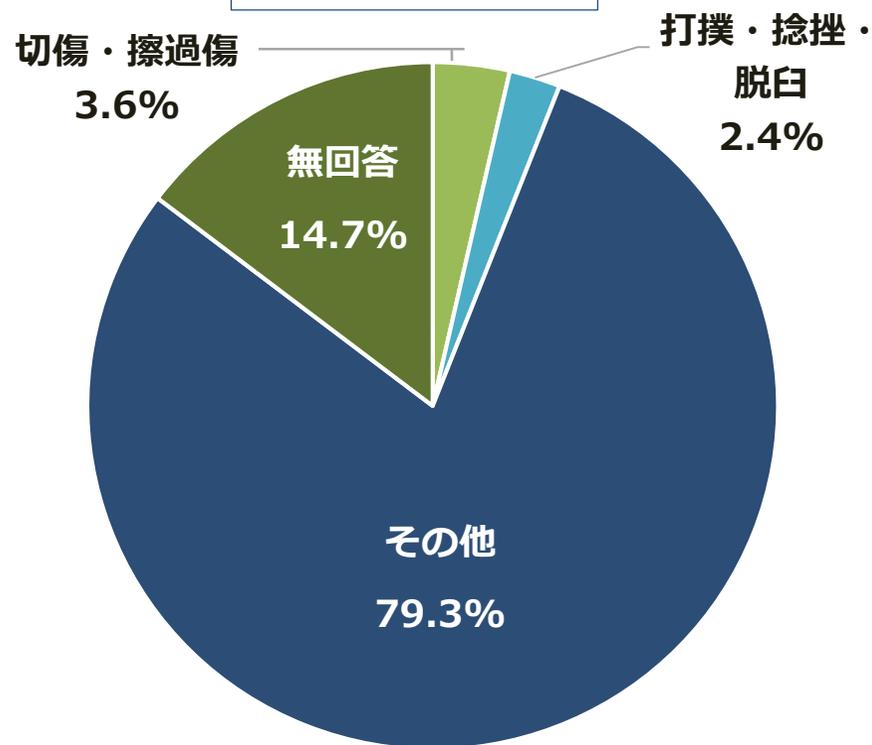
回答：医療機関・事業所等で医師、看護師が対応した件数【n=203】

診断内容（介護事故）



回答：事業所内の看護師、介護職員が対応した件数【n=334】

診断内容（ヒヤリハット）



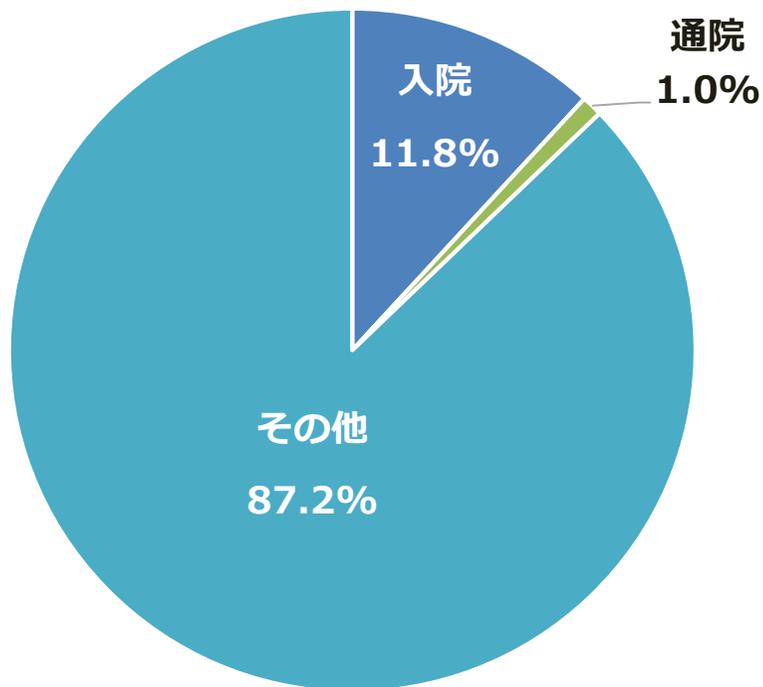
1-13 事故状況の程度

介護事故で「入院」した人は11.8%、「通院」した人は1.0%である。ヒヤリハットは「入院」「通院」した人はなく、施設や事業所の看護師や介護職員が応急措置で対応した。

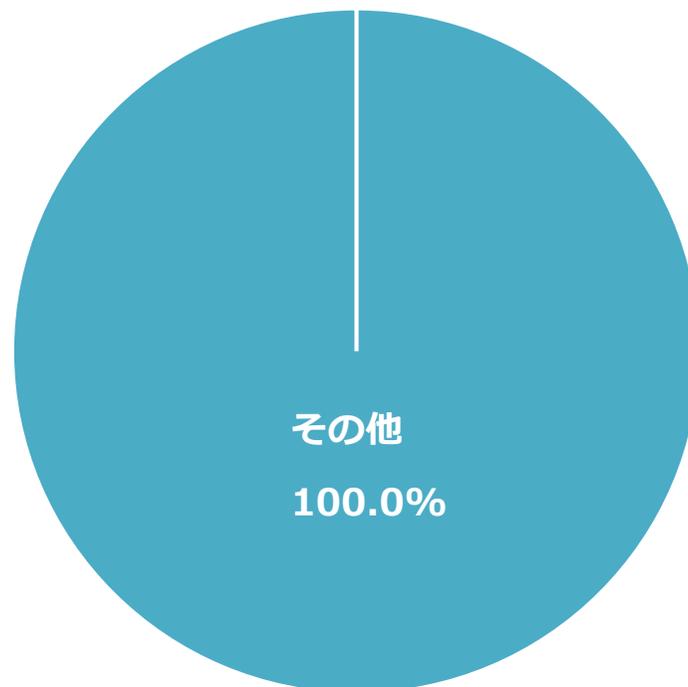
回答：医療機関・事業所等で医師、看護師が対応した件数【n=203】

回答：事業所内の看護師、介護職員が対応した件数【n=334】

事故状況の程度（介護事故）



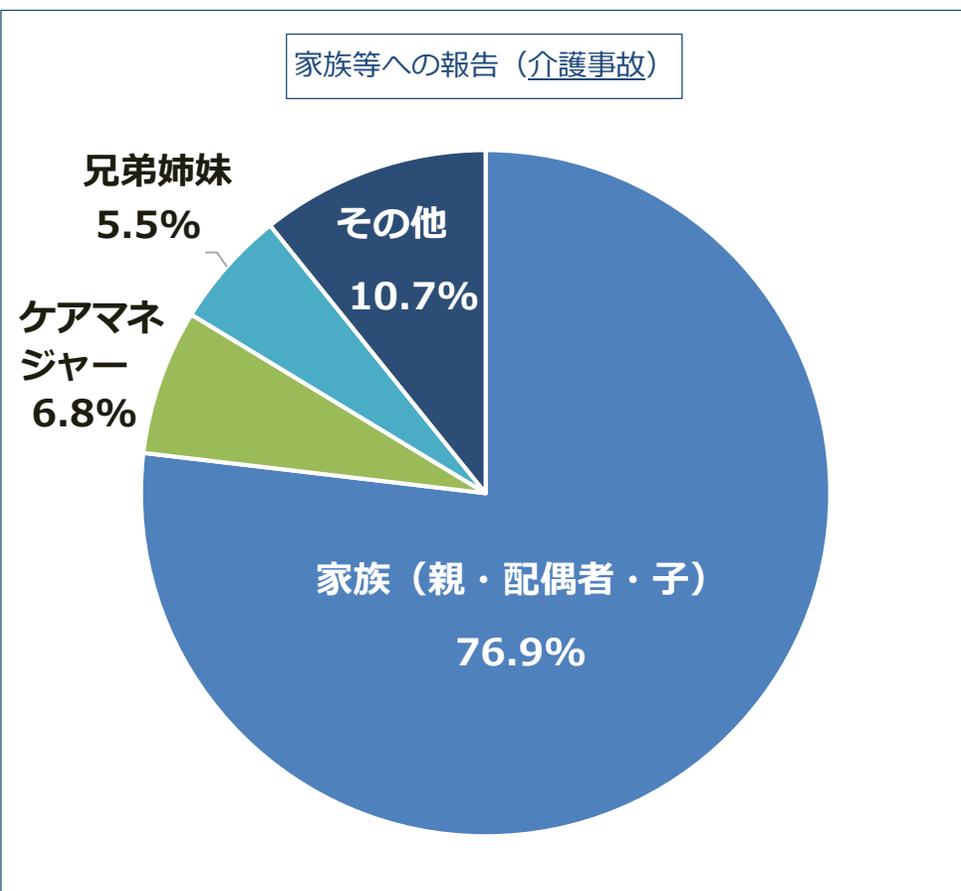
事故状況の程度（ヒヤリハット）



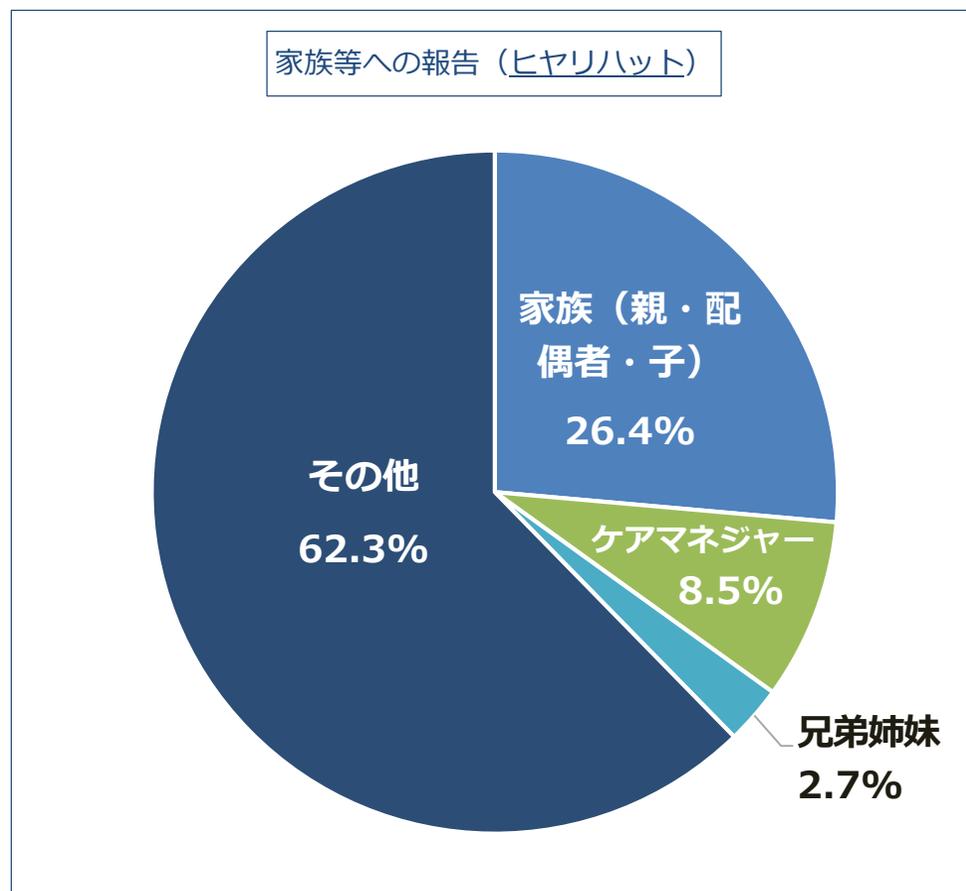
1-14 家族等への報告

介護事故は「家族（親・配偶者・子）」（76.9%）が最も高く、次いで「ケアマネジャー」（6.8%）である。ヒヤリハットも「家族（親・配偶者・子）」（26.4%）が最も高いが、報告していない割合も高い。

回答：介護事故【n=307】



回答：ヒヤリハット【n=655】

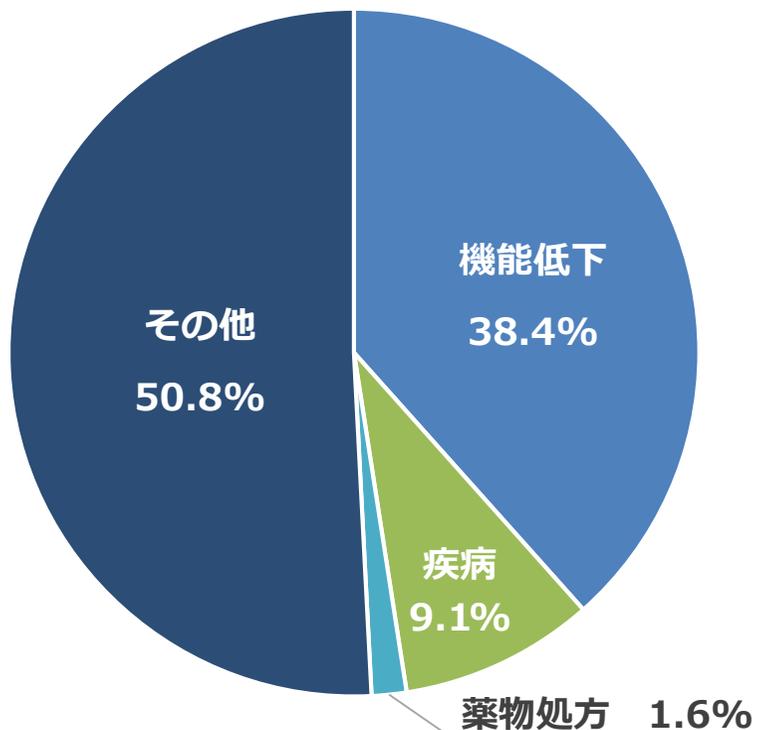


1-15 原因分析（本人要因）

介護事故は「機能低下」（38.4%）が最も高く、次いで「疾病」（9.1%）である。ヒヤリハットも同じく「機能低下」（28.7%）が最も高いが、介護事故と比較して割合は低い。

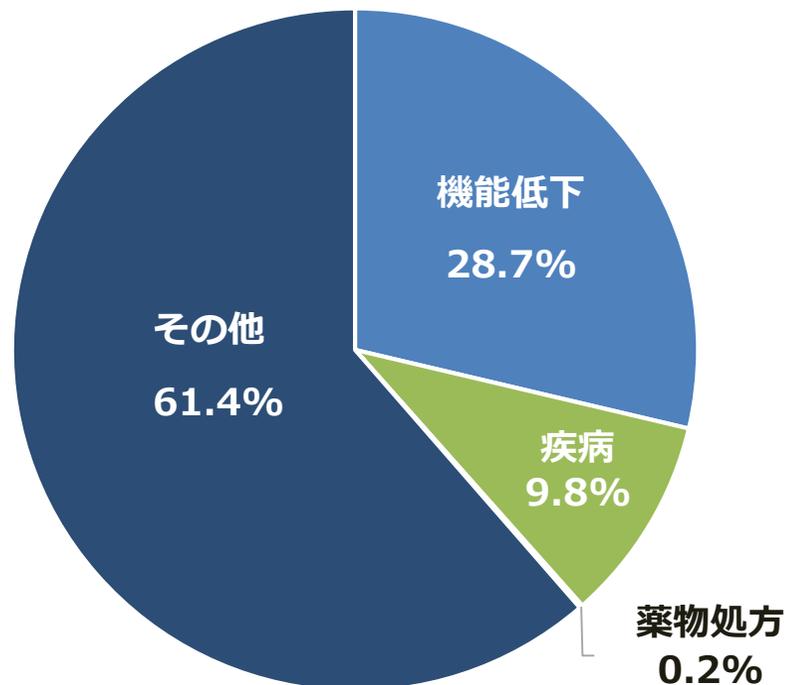
回答：介護事故【n=307】

原因分析（本人要因）（介護事故）



回答：ヒヤリハット【n=655】

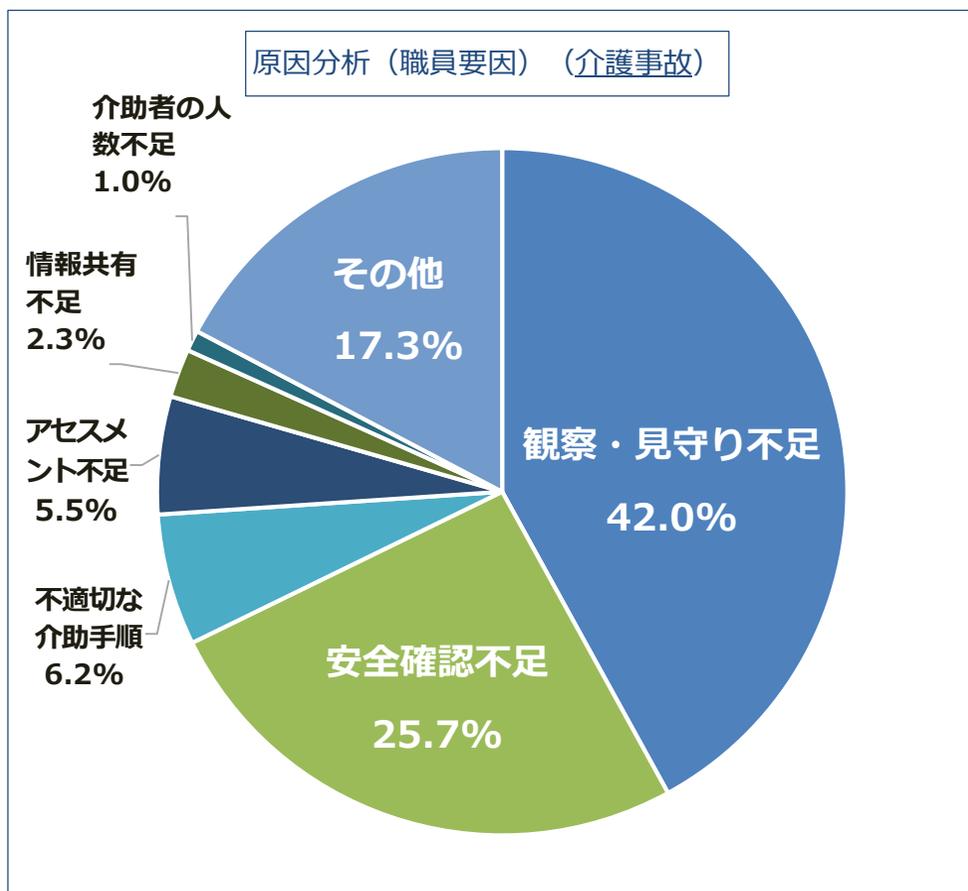
原因分析（本人要因）（ヒヤリハット）



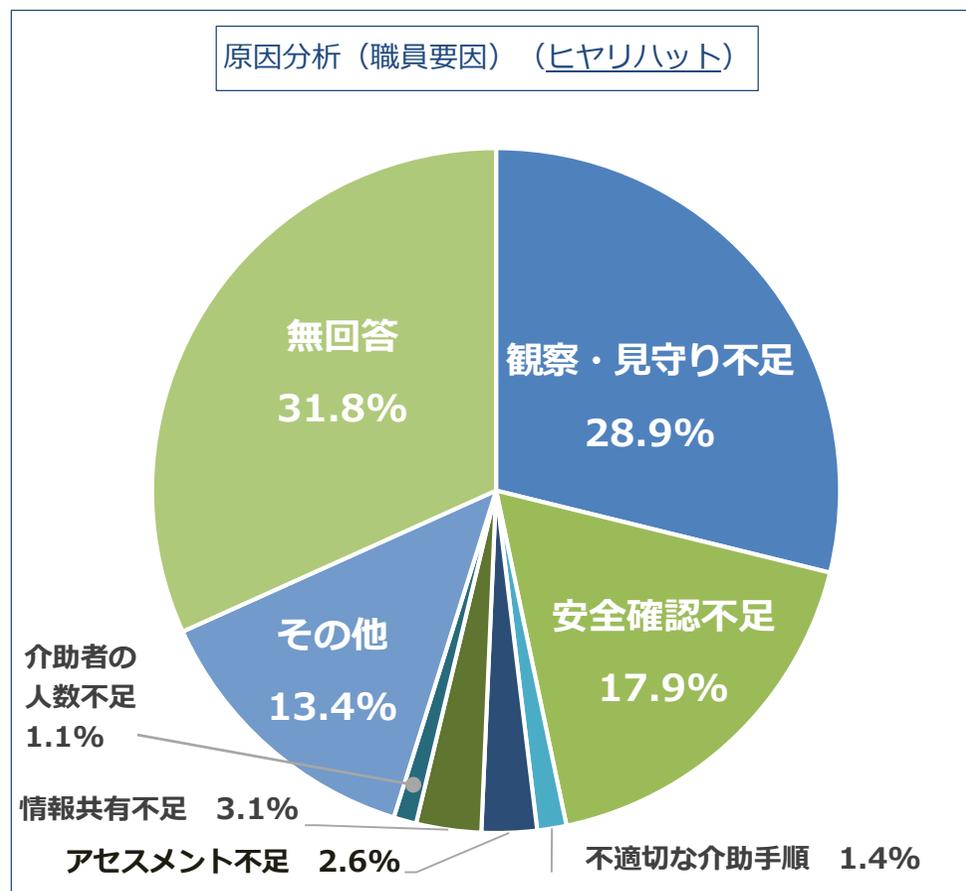
1-16 原因分析（職員要因）

介護事故は「観察・見守り不足」（42.0%）が最も高く、次いで「安全確認不足」（25.7%）である。ヒヤリハットも同じく「観察・見守り不足」（28.9%）が最も高い。

回答：介護事故【n=307】



回答：ヒヤリハット【n=655】

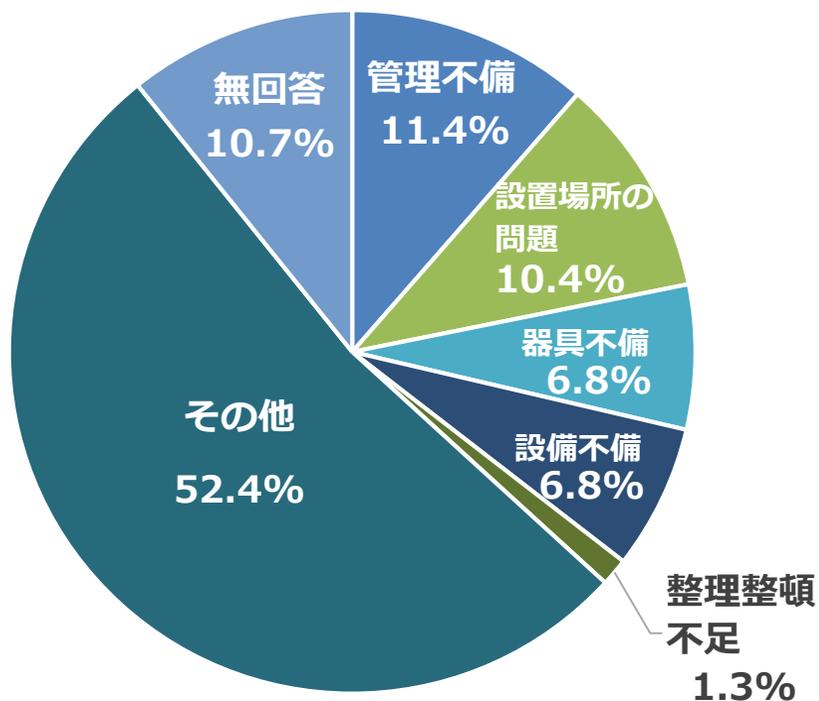


1-17 原因分析（環境要因）

介護事故は「管理不備」（11.4%）が最も高く、次いで「設置場所の問題」（10.4%）である。
ヒヤリハットも同じく「管理不備」（8.9%）が最も高い。

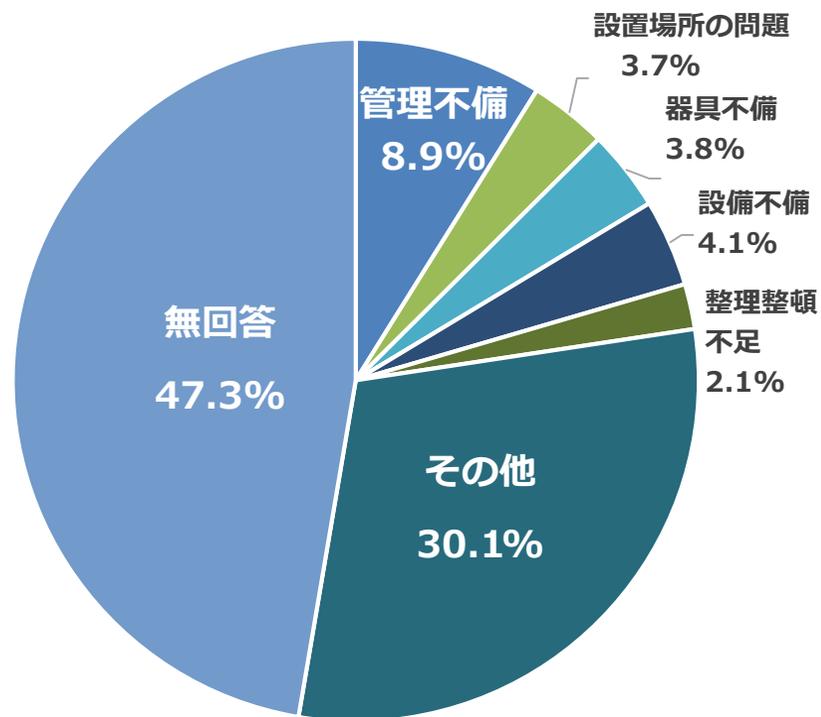
回答：介護事故【n=307】

原因分析（環境要因）（介護事故）



回答：ヒヤリハット【n=655】

原因分析（環境要因）（ヒヤリハット）

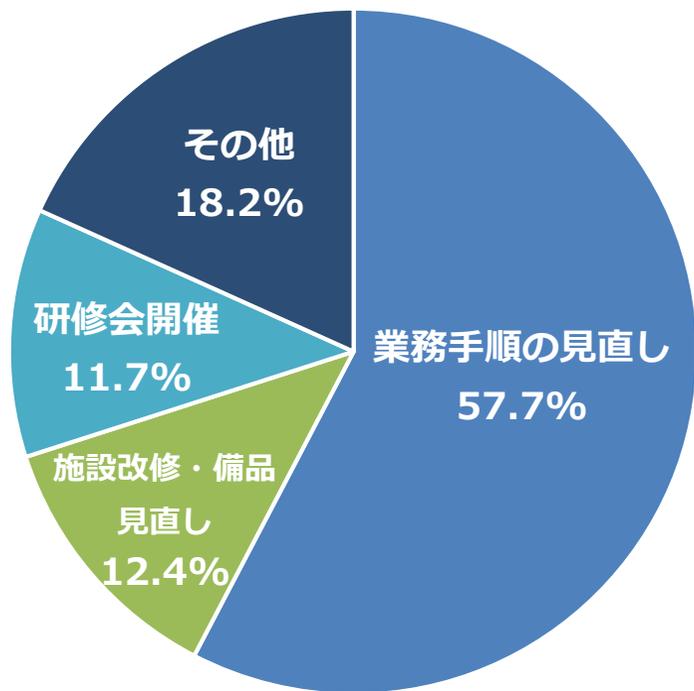


1-18 再発防止策

介護事故は「業務手順の見直し」(57.7%)が最も高く、次いで「施設改修・備品見直し」(12.4%)である。ヒヤリハットも同じく「業務手順の見直し」(31.6%)が最も高い。

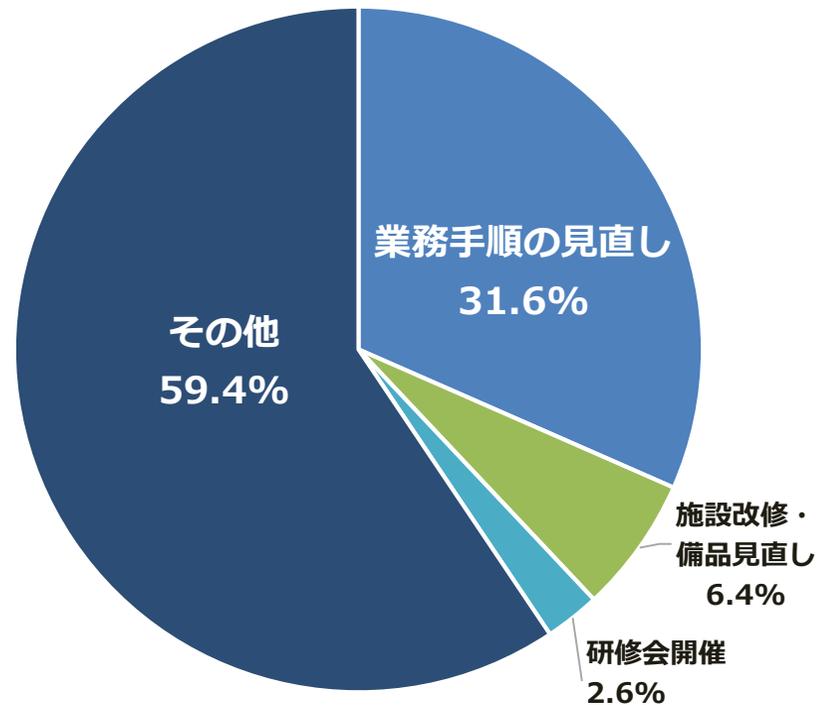
回答：介護事故【n=307】

再発防止策（介護事故）



回答：ヒヤリハット【n=655】

再発防止策（ヒヤリハット）



介護事故防止対応 マニュアルの作成

2

- 集計・分析結果を介護サービス事業所に情報提供します。
- サービス提供による事故防止に関するマニュアルを作成し、万が一事故が発生した場合には、迅速かつ適正に対応できるよう指導します。

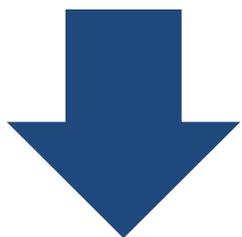
介護現場のヒヤリハット

介護現場のヒヤリハットとは

事故の一手手前にある「ヒヤリ」「ハツ」とするような状況のこと

●ヒヤリハット体験や事例を集めることで

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る



未然に防ぐためには

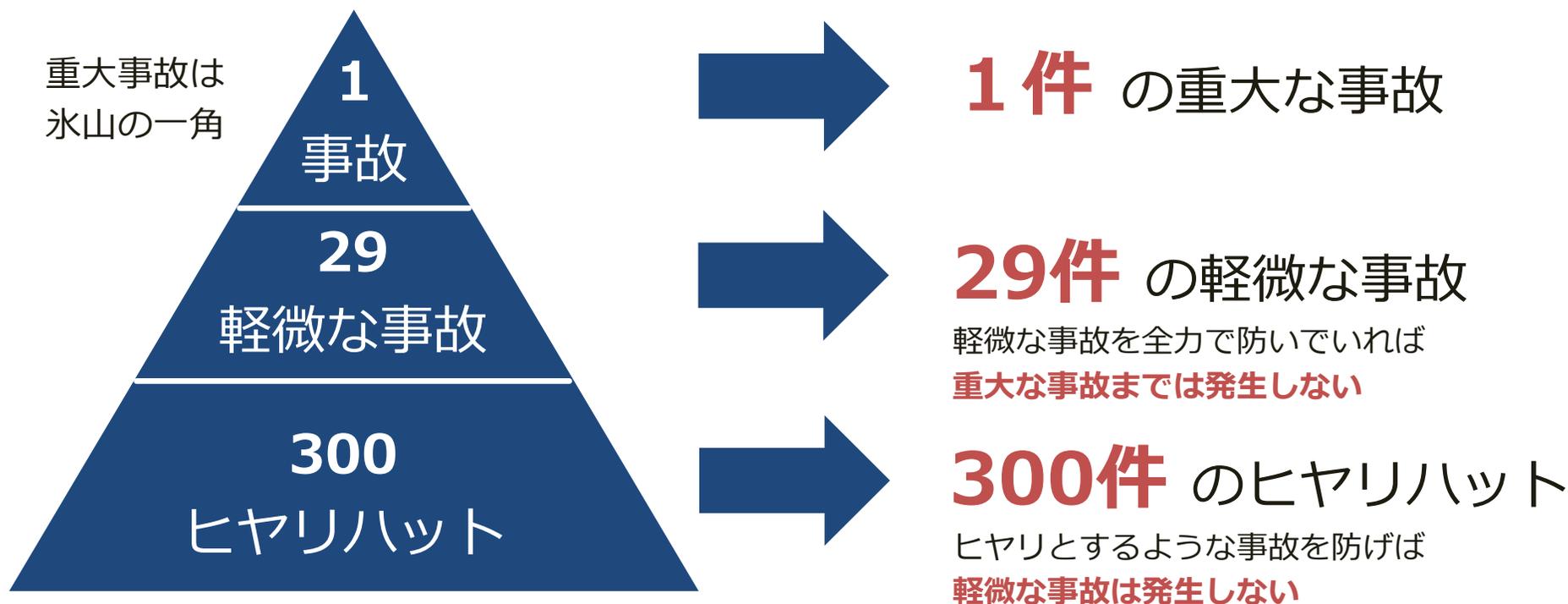
- 1 ヒヤリハット報告書を書く
- 2 ヒヤリハットの事例を検証する

事例を報告書としてあげていくことで、**未然に事故を防げる**ようになる

ヒヤリハットの状況を減らすことで、**介護現場の事故を減らせる**可能性がある

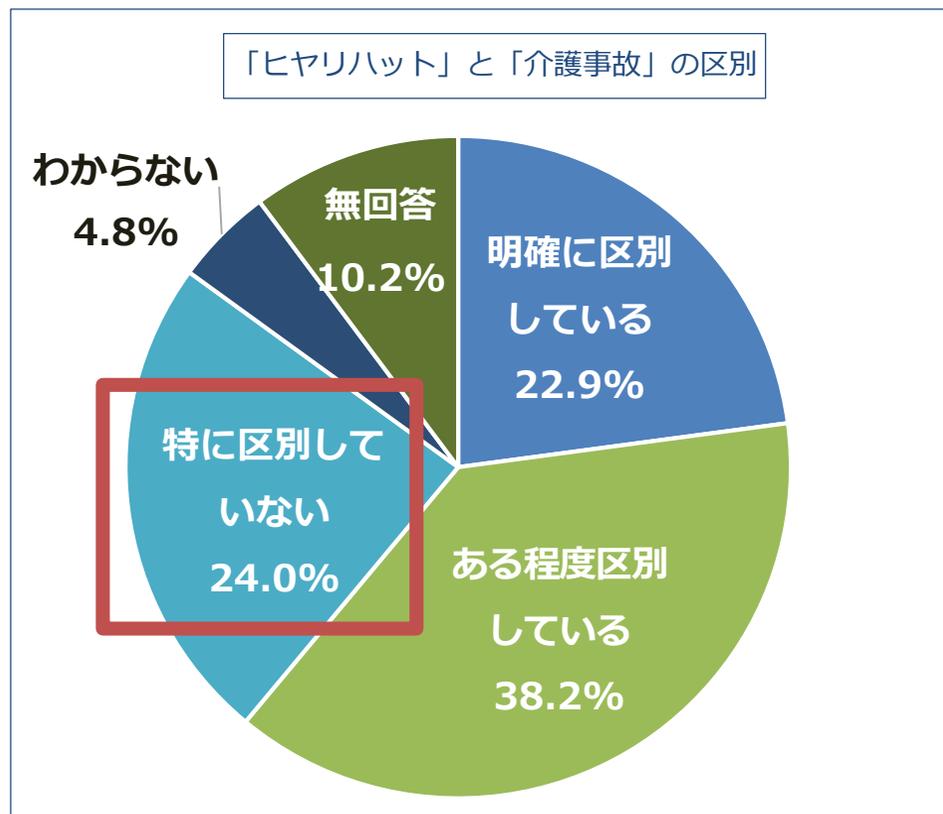
ハインリッヒの法則

1 件の重大な事故・災害の背景には、29件の軽微な事故がある
さらにその裏には、300件のヒヤリハットがある



事業所で求められるリスクマネジメント

三菱UFJリサーチ&コンサルティングが行った調査結果によると、ヒヤリハットと介護事故の区別は、「明確に区別している」(22.9%)、「ある程度区別している」(38.2%)と約6割の事業所で区別されていた。一方「特に区別していない」事業所は24.0%であった。



約4分の3の事業所で

「明確に区別していない」



「ヒヤリハット」と「介護事故」を
明確に区別する必要

三菱UFJリサーチ&コンサルティング「喀痰吸引等の安全な実施の推進に関する調査研究事業報告書」(令和2年3月)

事故発生の防止のための指針・マニュアル

事業所の「事故の定義」を決める

- 介護事故とヒヤリハットとの間に、明確な区分はない
- 各事業所で独自に基準（ルール）を作る必要がある

【確認】指針・マニュアル等に記載されている事項

- 介護事故防止に関する基本理念や考え方
- 介護事故防止のための委員会や組織体制
- 介護事故防止における各職種役割
- 介護事故防止のための職員研修
- 事故発生直後の具体的な対応手順
- ヒヤリハット発生後の具体的な対応手順
- 発生した事故の原因研究や再発防止策の検討
- 発生したヒヤリハットの原因研究や再発防止策の検討
- 発生した介護事故やヒヤリハット等の全体の傾向の分析
- 自治体（保険者）への報告手順
- 事故報告書の記載方法

介護事故の分類 ①

事故の種類	基準・発生状況など
転倒・転落	「利用者自らの行為によって起こる転倒・転落」と「介護者の介助ミス等によって起こる転倒・転落」に分けられる。 転倒・転落したら、ケガがなくても「転倒・転落事故」として取り扱う。
誤嚥	食堂での最も多い事故が「誤嚥」である。食事が喉につまり呼吸困難となったら「誤嚥事故」として取り扱う。自力で飲み下すなど職員の処置が必要なかった場合は「ヒヤリハット」として取り扱う。
誤薬	介護事故の中で最も単純ミスによる事故である。与薬マニュアルを作成し、その内容を与薬の職員に徹底させることが、事故予防となる。処方薬を配る前の二重、三重のチェック体制と、薬の置き場を工夫することが重要である。
異食・誤飲	異食・誤飲行為は、居室のありとあらゆる場所で起こる。食用でないものを口に入れた時点で「異食・誤飲事故」として取り扱う。体に害がない物で、すぐに吹き出した場合は「ヒヤリハット」として取り扱う。
溺水	浴槽内でお湯に浸かっているときは、浮力等が働き、身体が不安定になる。お風呂で頭部まで沈んで溺れ、職員の処置が行われた場合は「溺水事故」として取り扱う。それ以前は「ヒヤリハット」として取り扱う。

介護事故の分類 ②

事故の類型	基準・発生状況など
やけど	ガスコンロの火やポットから出る熱湯は、高熱をもっていることから、一瞬触れるだけでもやけどに至る。職員の処置が行われた場合は「やけど事故」として取り扱う。
介護中の骨折・ あざ・外傷	介護中に利用者が骨折、あざ、外傷を負った場合、「事故」として取り扱う。高齢者は、骨や筋力、反射神経が衰えていることが多いため、移乗、寝返りなどの日常の動作や介助で骨折することもある。
原因不明の骨折・ あざ・外傷	原因がわからなくても、利用者に骨折、あざ、外傷があることが判明した時点で、「事故」として取り扱う。原因が明確に特定できない場合であっても、その事業所内で起こった以上、管理体制が問われることになる。
利用者同士の トラブル	利用者同士が蹴ったり殴ったり取っ組み合いをして、他者に対して物理的な暴力を振るった場合、「暴力事故」として取り扱う。利用者の精神的機能の低下により、感情のコントロールが困難になっていることが原因である。
徘徊・離脱	認知症の「周辺症状」と呼ばれる症状の一つで、事業所から外に出てひとり歩きすること。利用者が本来過ごしている場所から職員が気付かない間に外出した場合、「徘徊・施設事故」として取り扱う。

介護事故の分類 ③

事故の種類	基準・発生状況など
感染症・食中毒	高齢者は加齢に伴い、免疫や代謝機能などの自浄作用が低下するほか、皮膚組織がしぼみ、感染しやすい状態になる。食中毒は命にかかわることもあるので、日常的にウイルスに意識を向けて、適切な対応を行う。
個人情報漏えい	個人情報保護法または、医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドラインに従い適正に取扱う必要がある。USBメモリーや書類の紛失、FAX誤送信は「個人情報漏えい事故」として取扱う。
利用者の所有物を紛失・破損	利用者の所有物を紛失・破損させてしまう物損事故も「介護事故」に含まれる。受入れ時の持ち物チェックリストを作成し、利用者や家族と相互確認することが重要である。
交通事故	利用者の送迎中に交通事故が起きた場合、事故自体は軽微であっても、中にいる利用者がケガをするおそれがある。シートベルトの着用状況や車いすの固定など、事業所側の対応や責任が問われる場合もある。
その他	ケアプラン間違いによる経済損害賠償、事業所職員の法令違反・不祥事、サービス提供に影響する重大事故、災害の発生（火災、震災、風水害）など

ヒヤリハットが起こる原因 ①

1 利用者自身の原因

- 認知症や足が不自由であることで、利用者個人の状態による事故が起こる可能性が高まる
- 認知症や足が不自由との理由で起こる事故の多くは、「転倒・転落事故」である
- 特に認知症の方は肉体的な衰えというよりも平衡感覚に異常をきたしているおそれが高く、事故に繋がるケースとなっている



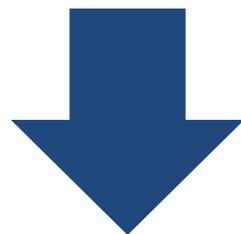
事故を防ぐためには

利用者の性質をしっかりと把握する必要がある

ヒヤリハットが起こる原因 ②

2 事業所の環境の原因

- 介護現場のヒヤリハットの中には、施設そのものであったり、福祉用具などといった物的要因による事故もある
- 例えば、「浴室の床が滑りやすく転倒事故を起こしかけた」「介護ベッドの高さが適切ではなかったために移乗する際に転落した」「玄関の出入口で転倒した」など



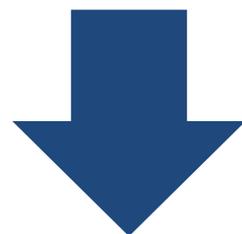
事故を防ぐためには

- ・ ヒヤリハットが起こりやすい場所を、利用者と一緒に確認する
- ・ 場合によっては、事業所内の生活環境や福祉用具を改善する

ヒヤリハットが起こる原因 ③

3 支援する介護職員の原因

- 介護職員も人間であるため、支援にあたる際の心身の状態によって、ヒヤリハットが起こる場合もある
- 例えば、「残業が多く、睡眠時間が不足している」「多忙なあまり、体調が優れない」「職場や家庭の問題で、イライラしている」などは、利用者の些細な変化を見逃しやすく、事故の発生リスクが高まる



事故を防ぐためには

介護職員の体調管理に注意して、ヒヤリハットを防ぐ

介護事故・トラブル対応の原則

- 万が一、事故やトラブルが起きてしまったら、その後の対応が大切である
- 対応を誤ると、訴訟問題に発展することもある

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
 - 事業所の法的責任の有無を問わず、利用者に誠意ある対応を行う

介護事故が発生したときにやるべきこと ①

事業所側

① 事業所内の報告

当事者職員から相談員や事業所の管理者（責任者）に対して報告

※保険者や関係機関への第1報も忘れずに

④ 利用者の生活復帰のための会議

利用者の生活復帰のために事業所は何かができるか話合う

⑤ 事故状況の再検証

現場検証を行い、事故の状況を正確に把握し、冷静に分析する

利用者の家族への対応

② 事業所から家族へ連絡（1次報告）

相談員もしくは事業所の管理者（責任者）から家族に連絡（1次報告）

③ 事故直後の様子を家族へ説明

家族に事故発生状況など、現状で明らかになっていることを説明

介護事故が発生したときにやるべきこと ②

事業所側

⑥ 事故報告書の作成

事故の状況を正確に把握し、冷静に分析して報告書を作成する

⑦ 保険者等へ事故報告書の提出

保険者や関係機関に事故報告書を提出する

⑧ 保険会社への報告

事業所が契約している保険会社に連絡する

利用者の家族への対応

⑨ 家族へ説明（最終報告）

これまでの事故の経緯や利用者の容態、再発防止策、賠償などを説明

個人情報情報の漏えいは重大事故

介護現場における事故とは、対人・対物だけではなく、利用者の個人情報外部に漏えいしてしまうことも重大な事故になる

情報漏えい
事例

ファックスを誤送信し 他人にご利用者の情報を漏えいしてしまった。

忙しかったので、送信前に送付状と送る内容を確認しないまま、直接ファックス番号を入力して送ったところ、違う宛先に送信してしまった。



事故防止に向けて

ファックス番号は必ず短縮番号に登録し、登録の際はダブルチェックが大切。直接送る場合も、別の人に確認してもらいましょう。また、送付状と送る内容が合っているか、**送信前の確認を徹底しましょう。**

事故を未然に防ぐ取り組み

事故を**未然**に防ぐことが重要

介護事業所には、ご利用者の身体的なことやご家庭の事情など、とても個人的な情報を扱っています。情報には継続的に蓄積するものや共有を求められる内容が多く、取り扱いには厳重な注意が必要です。

- ✓ **情報持出しルール**を決めて守る
- ✓ 情報保管箇所には**必ず施錠**する
- ✓ 外部接続可能な**端末は限定**する
- ✓ ファックス**送信先の確認**を徹底
- ✓ **ID、パスワード**による**管理の徹底**



事故から学ぶということ

介護現場で発生した事故の情報を収集し有効に活用するにあたっては、以下のような基本的な考え方を前提とし、関係者の共通認識とすることが重要である。

- 1 高齢者の生活の場において、事故は何時でもどこでも起こりえる**
- 2 事故から学び、再発防止・サービスの質の向上に繋げる**
- 3 事故後は、組織体制・ケア手順に見直し等、具体的な対応が重要**
- 4 事故の防止に向けた関係者全体の目標の共有、理解の促進が必要**

まとめ

介護事故が発生した場合には、適切に対応できるか否かは、日頃からの取組みがしっかり行われているかどうかにかかっています。日頃から、組織全体としてサービスの質の向上を基本的な視点に捉えたリスクマネジメントの取組みを実践している事業所では、介護事故が発生した場合でも的確に対応することが可能となります。

事業所におかれましては、

- ① 今回報告された事故・ヒヤリハットの情報を活用し
- ② 現状の課題やニーズ等を把握し
- ③ 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。