

介護事業者等事故報告に関する 現状分析と課題、今後の展望

令和8年4・5月分版

事故報告とは

- 介護保険施設等における事故報告は、法令上の義務であり、事故の原因を分析し、今後同じような事故が発生しないように対策をするための起点となります。
- 事故報告書は、事故の事実を正確に記録し、本市へ報告するとともに、施設内での再発防止策の検討に活用する重要な文書です。
- 事故報告書の記載内容は、2024年に厚生労働省が「事故報告書の標準様式」を公開し、本市では標準様式を使用して、介護保険施設等から事故発生時の報告を受けています。
- 事故報告書の標準様式では、事故の状況を「いつ・どこで・誰が・何をしていたときに・どのような事故が起きたか」を5W1Hで具体的かつ客観的に記載し、報告する内容となっています。

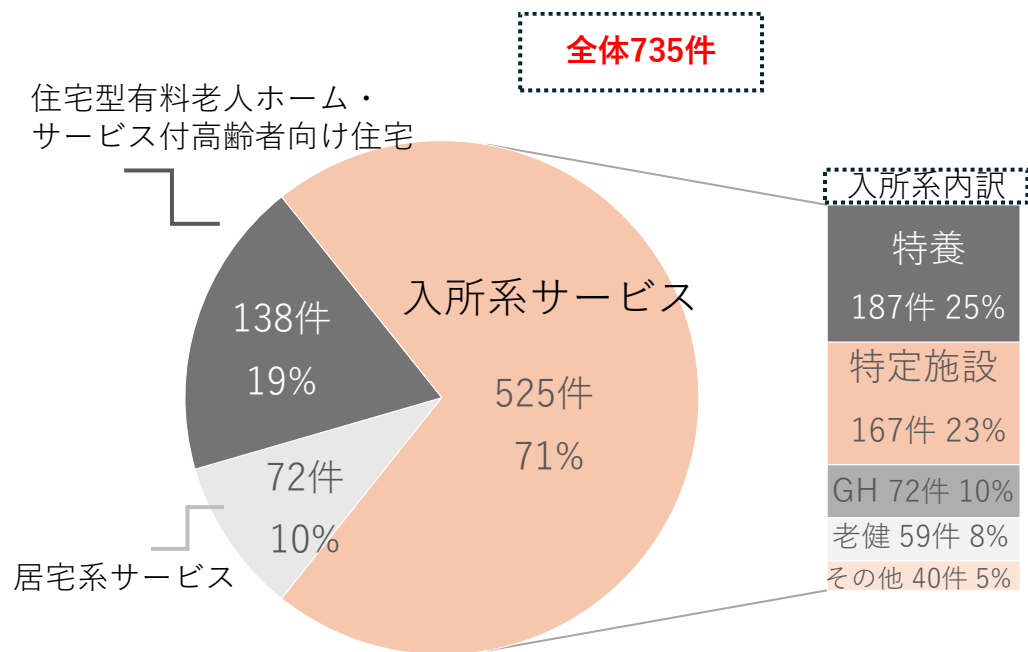
報告すべき事案・範囲

- サービス提供中における死亡事故及び負傷等を報告します。（送迎・通院等の外出時の事故も含む）
※死亡事故は、死因に疑義や紛争の恐れがあるもの。負傷等は、骨折・縫合等で入院または受診したもの。
- その他、震災、風水害及び火災等によりサービスの提供に影響するもの、法令違反・個人情報流出・医薬品事故・行方不明等も報告対象となります。（感染症及び食中毒は、各区保健福祉センターへ報告）

報告件数の推移

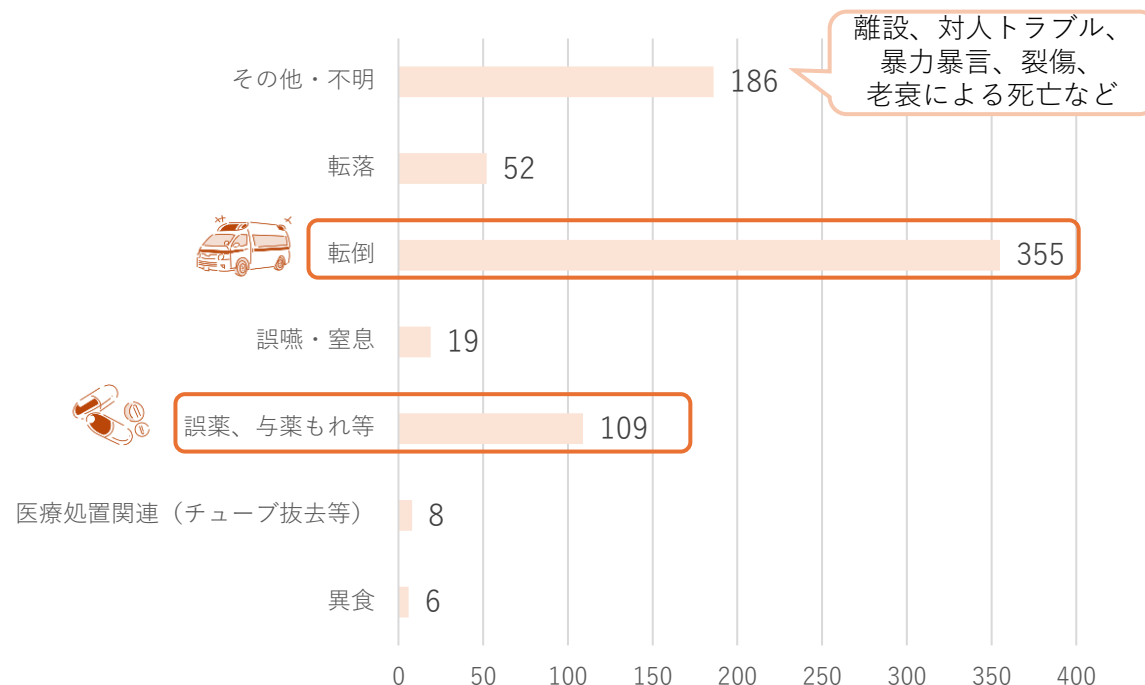
令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	
3,747	4,330	4,681	4,805	4,839	(件)

サービス種別報告件数



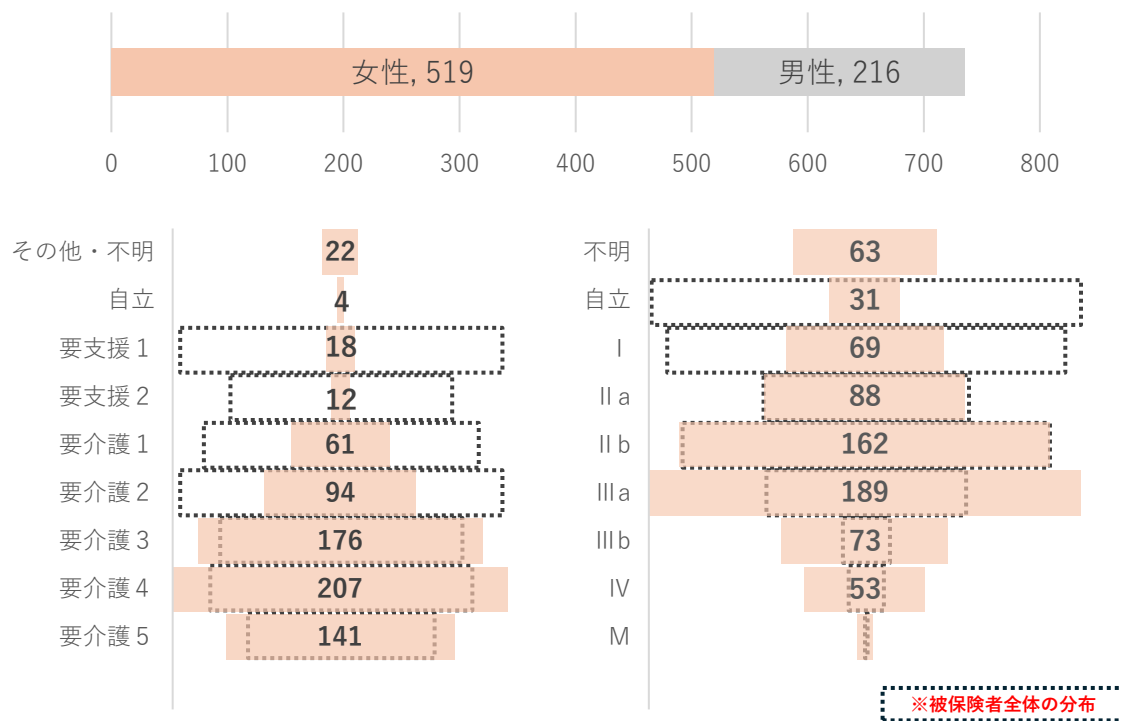
- ▶ 約7割が入所系サービスからで、特養や特定施設からが多い。
- ▶ 居宅系サービスは事業所数に対し、事故報告件数が最も少ない。
- ▶ サービス提供中時間の短さや、1対1の濃密なケア体制等の違いが要因となっている可能性。

事故の種類別報告件数



- ▶ 全体735件中、半数近くが「転倒」の事故。
- ▶ 「転倒」の次に多いのが「誤薬・与薬もれ等」。
- ▶ その他・不明の分類件数が多すぎるため、細分化を要検討。

対象者の基本属性（性・要介護度・認知症自立度）



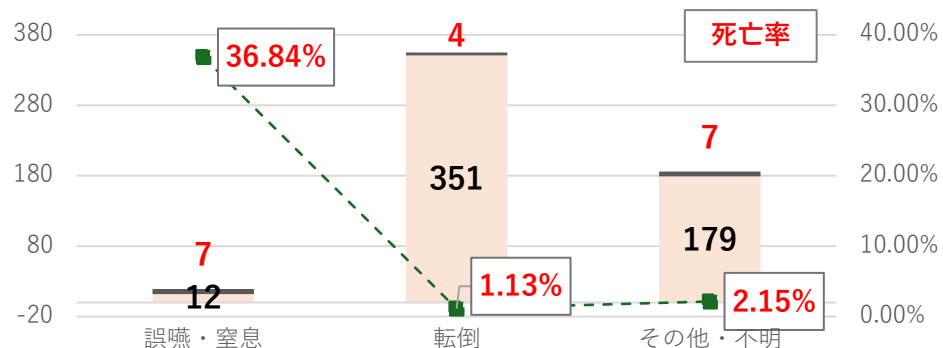
- ▶ 約7割が女性。施設系サービスからの報告が多いため、母集団自体が在宅維持が困難になった高齢女性に偏っている傾向にある。
- ▶ 要介護3以上及び認知症自立度II a～III bが全体の7割以上を占める。II a～III bは特に転倒・転落・徘徊等の介護事故が発生しやすい層。

事故の種類別に見た対象者の年齢層

	最大	平均	最小	標準偏差
事故全体	105	86.42	41	8.78
その他・不明	99	85.16	50	9.89
転落	100	85.33	54	7.75
転倒	105	87.34	41	7.74
誤嚥・窒息	99	81.95	60	9.84
誤薬・与薬漏れ等	104	87.13	57	8.94
医療処置関連（チューブ抜去等）	95	80.29	43	16.49
異食	96	86.50	75	7.14

- ▶ 全体の平均年齢は86.42歳ときわめて高い。
- ▶ 中でも転倒と誤薬・与薬漏れ等の平均年齢が高く標準偏差7～8台と狭い年齢層にリスクが集中しており、施設系サービスを利用する超高齢者に対して一律で講じるべき安全対策といえる。
- ▶ 一方、誤嚥・窒息は平均が81.95歳と他の事故と比較して約5歳若い段階からピークが始まっている。他の事故より広い範囲の対象者について予防策が必要な可能性がある。

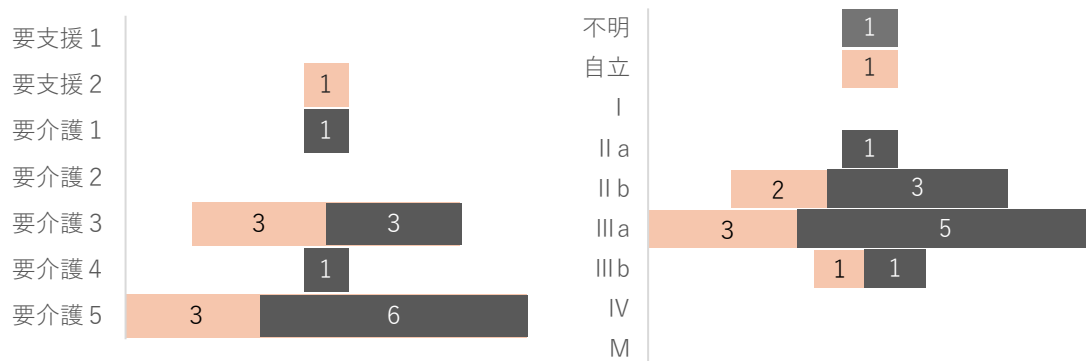
事故原因別の死亡率



▶ 誤嚥・窒息は、4～5分で脳死・心停止に至るため、死亡率が高い。

死亡事故の対象者の基本属性等

女性 7名、男性 11名 計18名（平均年齢：86.83歳）



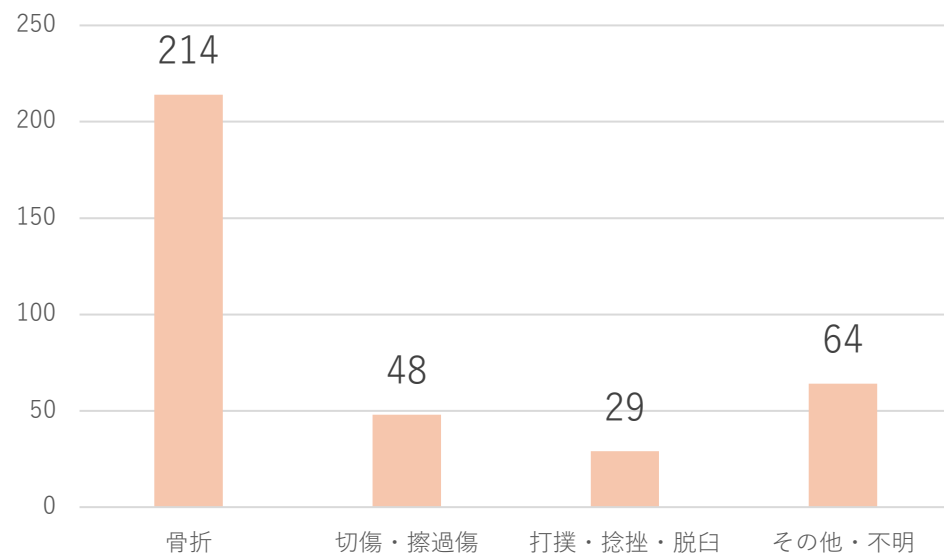
- ▶ 男性の窒息死亡事故の多さ（7件中6件が男性）が男女比を逆転させている。
▶ 平均年齢は全体と大差ないが、死亡事故は要介護5や認知症自立度IIIa以降の最重度層が死亡事故ではボリュームゾーンとなる。

死亡事故の要因と再発防止策

	事故の要因	再発防止策
誤嚥・窒息	・ アセスメントでは嚥下機能や摂取動作の自立度高い。 ・ 嚥下機能低下により食事形態があていなかった。 ・ 居室内での食事で様子が見えなかった等による対応の遅れ。 ・ 食事時の姿勢や麻痺等の個人要因。	・ 自立度のアセスメントの見直し。 ・ 食事形態の見直し。 ・ 全職員でのスタッフ配置、応急処置動作等の再確認 ・ 介助用器具や福祉用具の見直し。 ・ 食事後のギャジアップの徹底
転倒	・ 対象者の既往歴（病状の悪化） ・ トイレや居室等で外から状況が見えず発見が遅れた。 ・ 深夜徘徊 ・ 睡眠剤の投与。 ・ センサーの故障	・ 状態観察の徹底 ・ 見守り強化 ・ 転倒事故予防に関する研修 ・ センサー修理・点検

- ▶ 誤嚥・窒息については、過去のデータや見かけ上の自立度に引きずられ、実際の機能低下を見落とすといったアセスメント上のギャップが、事故の発生につながっている可能性がある。
- ▶ 転倒については、プライバシーを配慮した空間内や人員が手薄になる時間帯に生じており、そのような視覚や空白の時間帯を、人とテクノロジーでどう埋めていくかといった本質的な課題が示唆される。

転倒事故後の診断結果



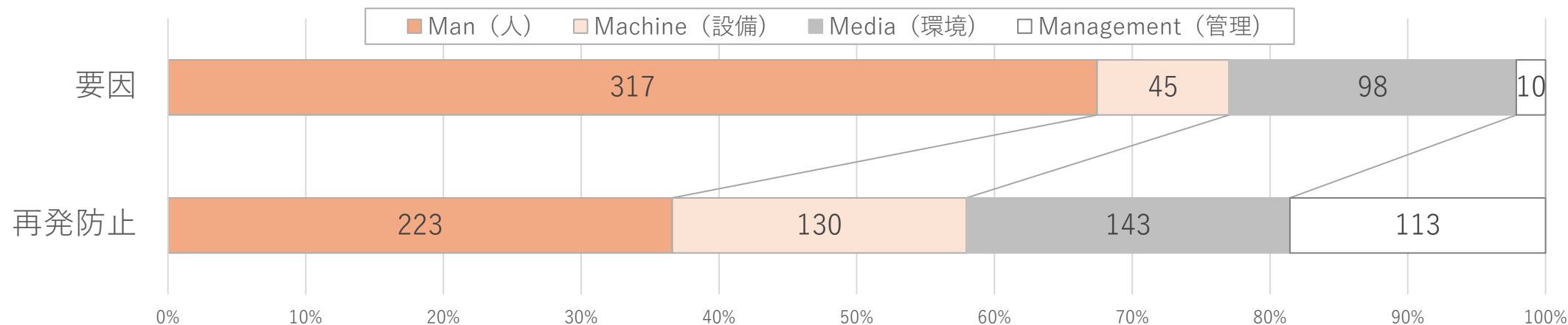
- ▶ 報告された転倒事故（355件）の半数以上が骨折の診断を受けている。
- ▶ 急激なADL低下等を防ぐためにも、転倒事故の予防と再発防止が必要。

転倒事故の発生場所別タイムライン分析

	居室	食堂等共用部	廊下	トイレ	浴室・脱衣室	機能訓練室	敷地外その他
00:00-03:00	35	0	5	3	0	0	0
03:00-06:00	30	2	3	6	1	0	2
06:00-09:00	31	16	2	7	0	0	0
09:00-12:00	19	6	5	5	9	1	7
12:00-15:00	16	11	2	5	5	1	3
15:00-18:00	16	12	9	2	0	0	5
18:00-21:00	19	9	5	0	0	0	2
21:00-00:00	29	2	5	0	0	0	2

- ▶ 特に夜勤帯等の従業者が少ない時間帯での転倒が多い。
- ▶ 居室やトイレは従業者から見えづらい場所であり、発見も遅れやすい。

転倒事故における事故の要因と再発防止策の4 M分析（複数該当あり）



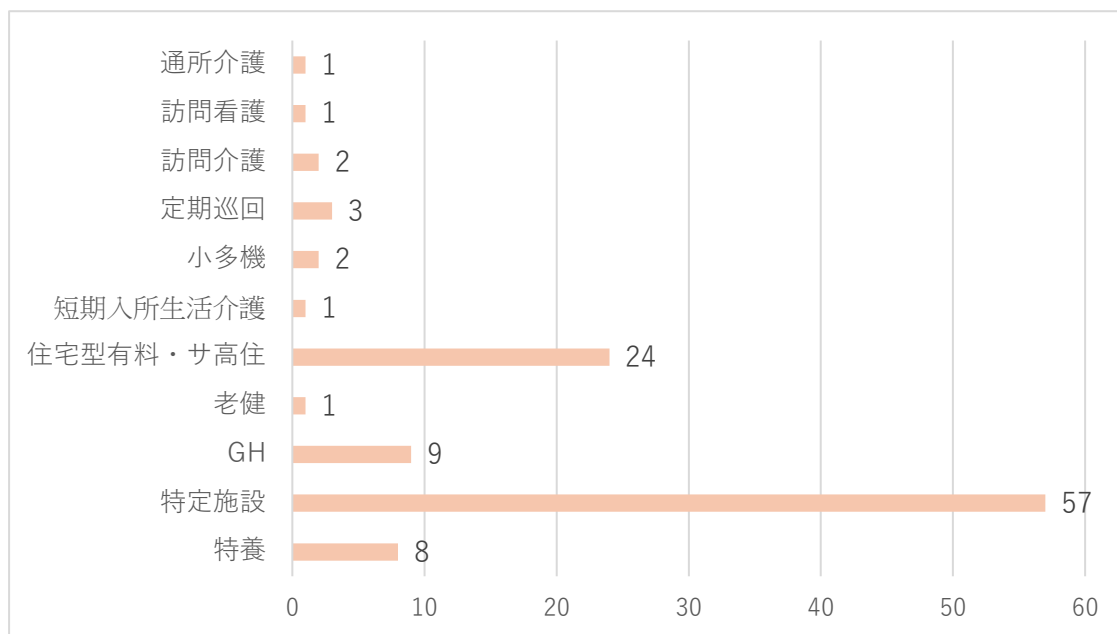
【要因】

- ▶ 転倒事故355件中、大多数が「Man（人）」が要因と認識。中でも従業者側ではなく利用者側のADLや自力動作に関する記述が多かった。
- ▶ 次いで「Media（環境）」が多く、施設の導線や照明、床のすべりやすさや人員配置（見守り環境）に構造的な欠陥がある可能性が示唆されている。

【再発防止】

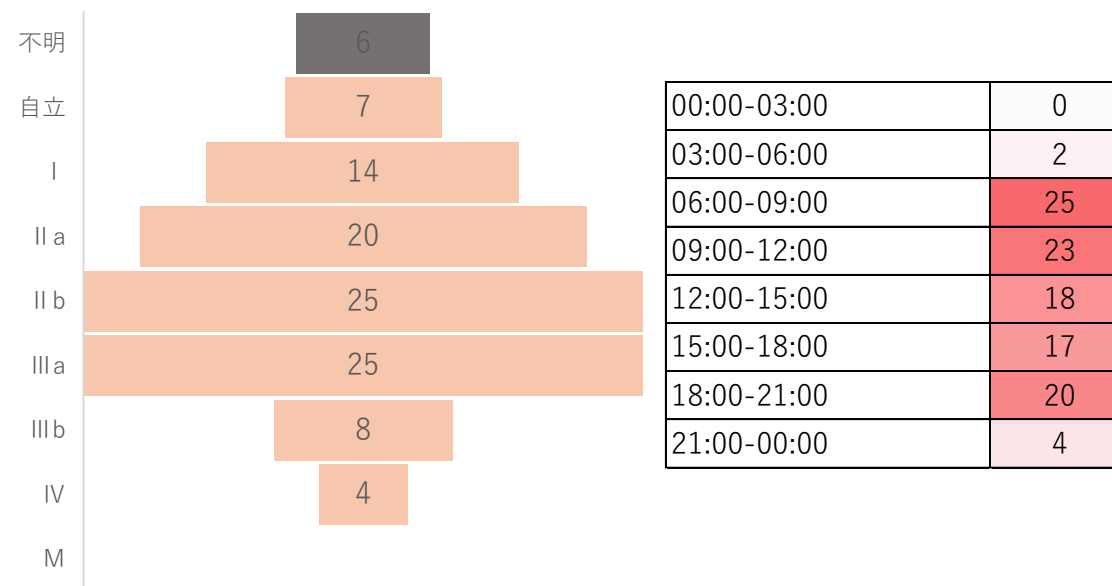
- ▶ 本来、「Man（人）」要因であっても、他の3Mの視点を中心に対策を検討すべきであるが、「転倒」が利用者の個別特性に左右される影響からか、「Man（人）」に偏った再発防止策（「ナースコールを押してもらうよう声かけを行っていく」等）の記述が多い。
- ▶ とりわけ、要介護度が高い者の転倒は、介助時に生じる可能性が高いことや、骨折による腫脹・熱感、疼痛の訴え等の症状が出現してはじめて気づき、そもそもの原因がわからない場合も想定されるため、要介護度が低い者のそれとは区別して再発防止策を検討すべきではないか。
- ▶ 「Machine（設備）」の割合が大きく増加しており、「環境は変えられないから、離床センサーや見守りカメラに頼るしかない」という現場の現状が示唆されている可能性がある。
- ▶ センサー依存は介護の質低下や職員の疲弊を招く可能性もあるため、要介護度の高い者には根本的な見守り環境や導線の再検討、要介護度の比較的低い者にはアセスメント不足や生活リハビリによる身体機能へのアプローチ不足が生じていないかを検証すべきではないか。

誤薬・与薬漏れのサービス種別報告件数



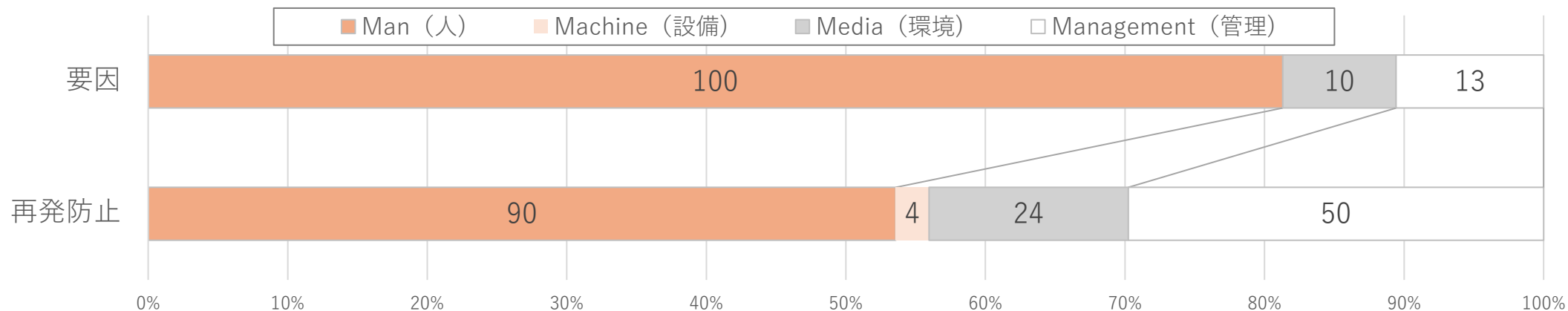
- ▶ 報告された誤薬・与薬漏れ109件のうち、7割が住宅型有料・サ高住、特定施設での発生である。
- ▶ 医療従事者と介護従事者の配置バランス、人員体制の違い等の構造的な問題が原因である可能性が示唆されている。

誤薬・与薬漏れの認知症自立度別報告件数・発生時間



- ▶ 全体よりも認知症自立度が高い層が厚い傾向にあり、自立度の高さによる管理の曖昧さが誤薬に影響している可能性がある。
- ▶ 食事の前後の服薬となるため、発生時間帯は日勤時間帯が多いが、人員は夜間より多くとも、ケアが重なり、介助者が最も多忙な時間帯でもある。
- ▶ 発生件数はほぼ等分に分散していることから、どの時間帯でも「配薬の仕組み」が属人的であるというオペレーション・エラーの構造が示唆されている。

誤薬・与薬もれ事故における事故の要因と再発防止策の4 M分析（複数該当あり）



【要因】

- ▶ 109件中、9件を除く100件が「Man（人）」が要因と認識。中でも「ダブルチェックを忘れていた」「飲み込み確認ができていなかった」という記述が多かった。

【再発防止】

- ▶ 従業者側の要因を排除すれば、理論上0件にすることも可能である事故であると期待されるところ、原因と再発防止を「Man（人）」とし続ける限り、精神論の対策「以後きをつけます」に終始してしまう可能性が高いのではないか。
- ▶ 一定の事業所では「Management（管理）」の対策に目を向けられているのは良い傾向であり、今の流れを加速させ、「ダブルチェックに専念する時間帯や体制の仕組み化」や「服薬支援システムの導入」など、人を責めずに構造的な問題を解決する文化への転換を促すべきではないか。

今後の展望

- ▶ 簡易な記述統計により、現行の事故報告書の在り方自体の課題や介護現場が抱えている問題について、一定の予測が得られた。
- ▶ さらに、今回得られた一定の予測について、客観性を確保しつつエビデンスを担保するため、より高度な分析（自由記述データのテキストマイニング分析などの質的分析、多変量解析による量的分析）を大阪公立大学と連携して実施することを目指し、現場のオペレーション改善に直結する知見や、具体的な政策提言等につながる知見を得るための検討を進めていく。

【参考：大阪公立大学との連携による共同研究等が実施される場合のスケジュール】

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	申込	マッチング	調整開始	対話			調査・研究（随時情報連携）				報告

分析結果の活用案

- ▶ 集団指導での活用や、指定時研修への導入
 - データの可視化による行動変容を促す。事故のベンチマークとして全体の状況について公表し、事故報告における要因分析と再発防止策の在り方について解説することで、介護現場における事故のPDCAサイクルを改善する。
- ▶ IT導入支援事業等への誘導や、国家予算要望への応用
 - 誤薬事故が多い、あるいはリスクが高い事業者に対し、ピンポイントにIT導入支援事業等の案内（指導時のチラシ配架）等を行う。また、詳細分析によって新たな知見が得られた場合は、新たな報酬加算や事業者向け補助金の創設等の要望案に繋げる。
- ▶ 情報公表制度の調査依頼事業者への個別カルテ進呈
 - 情報公表制度の調査依頼があった事業者に対し、事故報告の分析を行った個別カルテを進呈する。