令和6年度　宮崎市介護保険施設等における事故発生状況報告

本報告は、令和6年度中（R6.4.1~R7.3.31）の介護サービス利用中に発生した利用者等の事故について、宮崎市に提出のあった事故報告書の内容に関し、集計を行ったものです。今後の事業運営及び介護事故防止のためにご参照下さい。
事故の再発防止は、「①直接的な原因への対策」「②情報共有とアセスメントの強化」「③施設全体としての組織的な取り組み」の3つの柱で進めることが非常に重要であると考えております。

※本報告においてはサービス種類を次の通り分類しています。

●入所系；特養(地域密着型含む)・老健・介護医療院・短期生活・短期療養・特定施設・グループホーム・市外
●居宅系；入所系以外の介護サービス

１．令和6年度　事故報告書受付件数

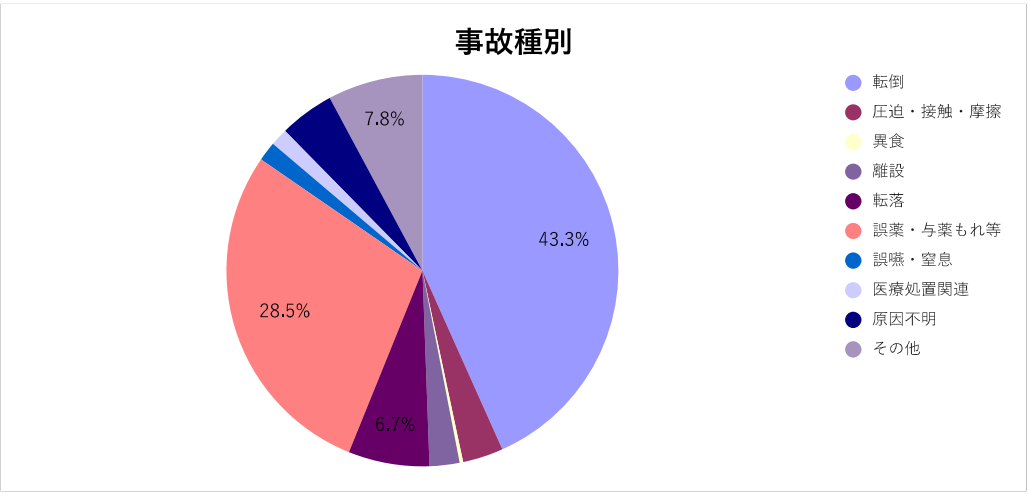
計　688　件

２．事故種別の状況

最も多い事故は『転倒』で、居宅系・入所系とも事故受付件数全体の４０%を超えています。
次に多いのが、『誤薬・与薬漏れ等』で、施設系で29%、居宅系で28%となっています。

１）全体

事故種別	令和6年度	
	件数（件）	割合（%）
転倒	298	43%
圧迫・接触・摩擦	23	3%
異食	2	0%
離設	17	2%
転落	46	7%
誤薬・与薬もれ等	196	28%
誤嚥・窒息	11	2%
医療処置関連	10	1%
原因不明	31	5%
その他	54	8%
計	688	100%



２）入所系

事故種別	令和6年度	
	報告件数	割合（%）
転倒	225	42%
圧迫・接触・摩擦	18	3%
異食	1	0%
離設	14	3%
転落	34	6%
誤薬・与薬もれ等	154	29%
誤嚥・窒息	10	2%
医療処置関連	9	2%
原因不明	29	5%
その他	46	9%
計	540	100%

３）居宅系

事故種別	令和6年度	
	件数（件）	割合（%）
転倒	73	49%
圧迫・接触・摩擦	5	3%
異食	1	1%
離設	3	2%
転落	12	8%
誤薬・与薬もれ等	42	28%
誤嚥・窒息	1	1%
医療処置関連	1	1%
原因不明	2	1%
その他	8	5%
計	148	100%

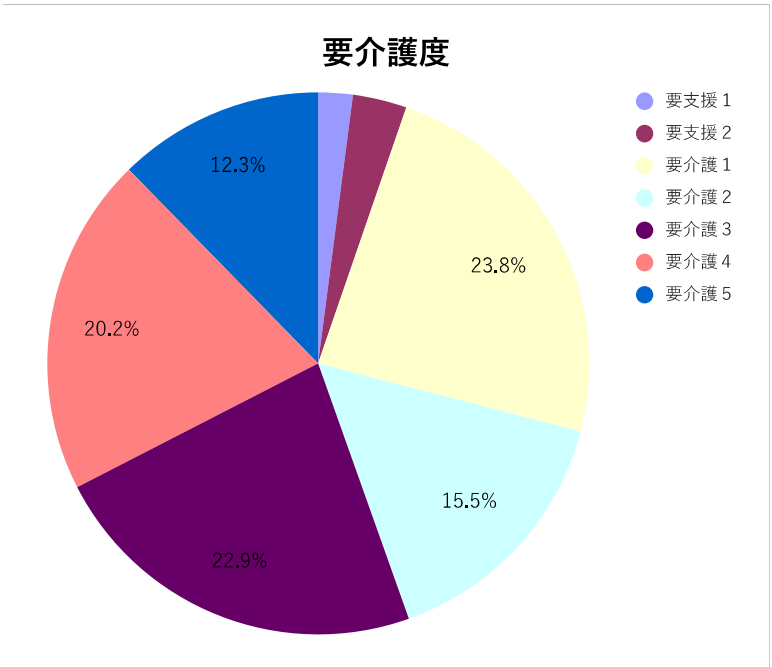
３．要介護度の状況

居宅系で『要介護1』の事故受付件数が31%と際立っています。

１）全体

要介護度	令和6年度	
	件数（件）	割合（%）
要支援１	14	2%
要支援２	22	3%
要介護１	162	24%
要介護２	106	16%
要介護３	156	23%
要介護４	138	20%
要介護５	84	12%
計	682	100%

※要介護度不明6件



２）入所系

要介護度	令和6年度	
	件数（件）	割合（%）
要支援１	11	2%
要支援２	12	2%
要介護１	116	22%
要介護２	72	13%
要介護３	129	24%
要介護４	120	22%
要介護５	75	14%
計	535	100%

※要介護度不明5件あるため、受付件数より少なくなっている

３）居宅系

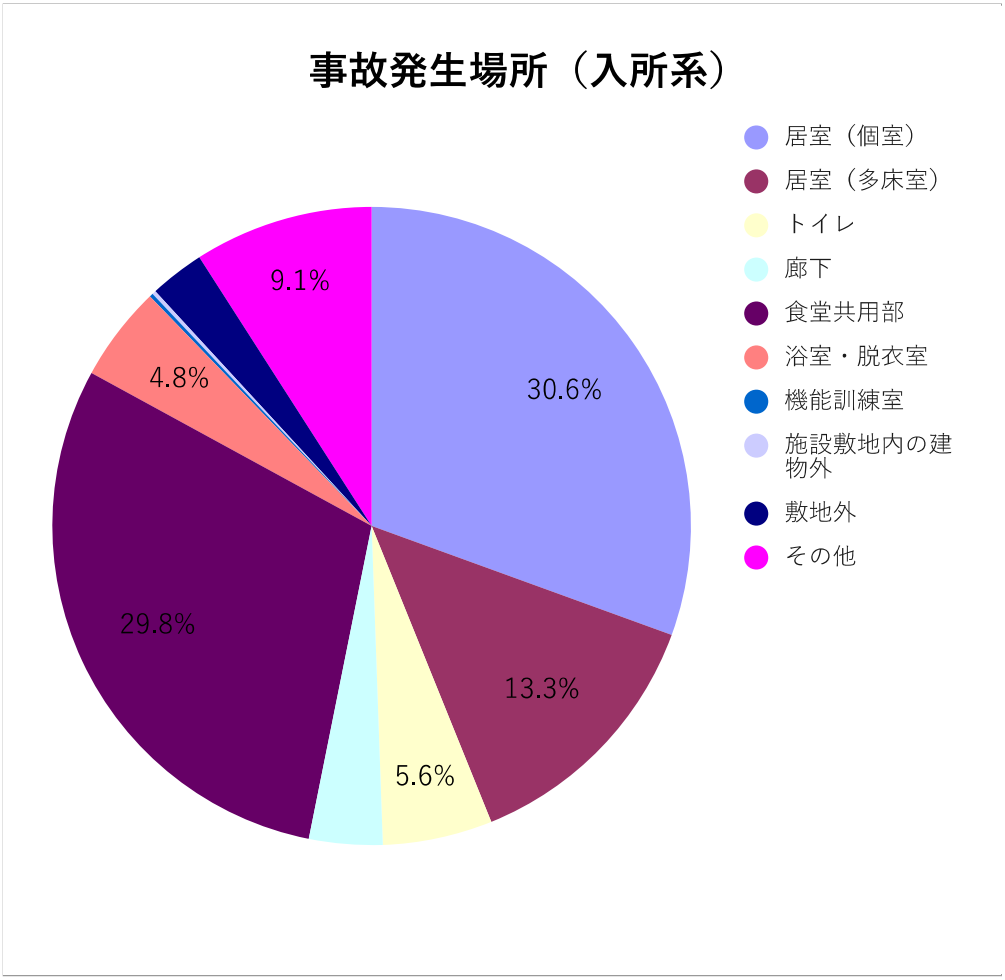
要介護度	令和6年度	
	件数（件）	割合（%）
要支援１	3	2%
要支援２	10	7%
要介護１	46	31%
要介護２	34	23%
要介護３	27	18%
要介護４	18	12%
要介護５	9	6%
計	147	100%

※要介護度不明1件あるため、受付件数より少なくなっている

４．事故発生場所の状況（入所系）

『居室（個室）』31%、『食堂共用部』30%と発生件数が多くなっていま

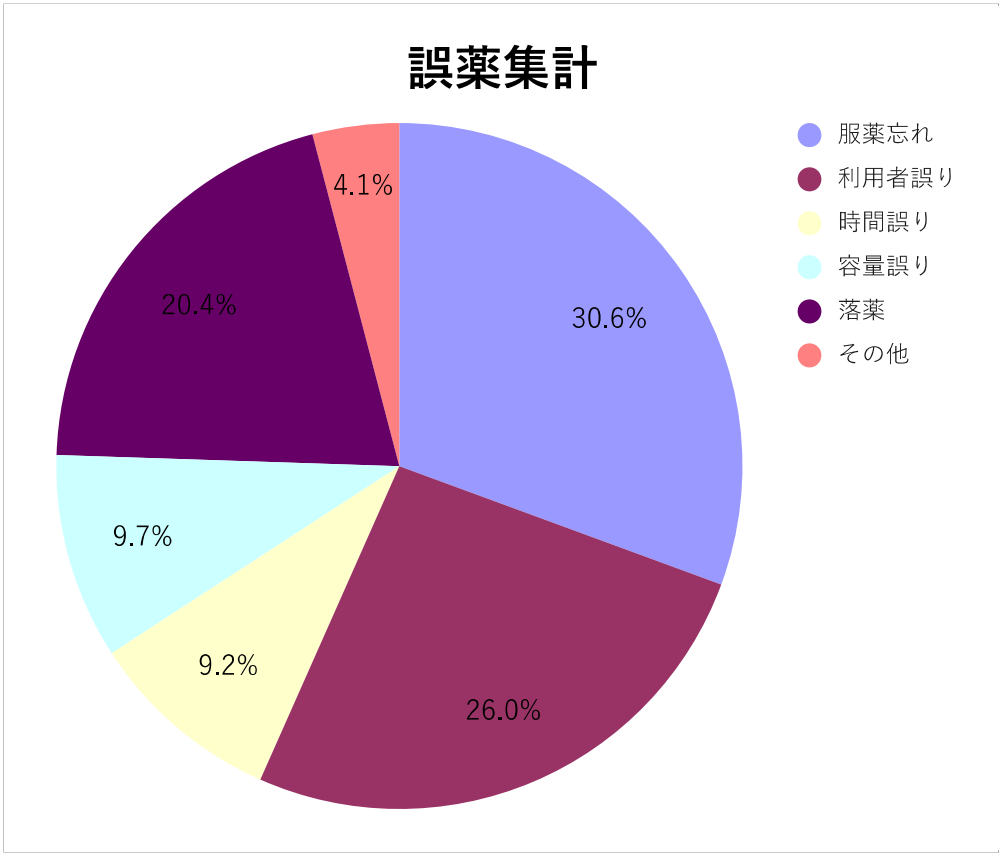
事故発生場所	令和6年度	
	件数（件）	割合（%）
居室（個室）	165	31%
居室（多床室）	72	13%
トイレ	30	6%
廊下	20	4%
食堂共用部	161	30%
浴室・脱衣室	26	5%
機能訓練室	1	0%
施設敷地内の建物外	1	0%
敷地外	15	3%
その他	49	9%
計	540	100%



5．誤薬の状況

『服薬忘れ』31%、『利用者誤り』26%と、発生件数が多くなっています。

誤薬種類	令和6年度	
	件数（件）	割合（%）
服薬忘れ	60	31%
利用者誤り	51	26%
時間誤り	18	9%
容量誤り	19	10%
落薬	40	20%
その他	8	4%
誤薬総計	196	100%



６．発生時間別事故集計（入所系）

（１）入所系

朝のケアが重なる6時台8時台の事故発生が多くなっています。

時間帯	事故種別											
	転倒	圧迫・接触・摩擦	異食	離設	転落	誤薬・与薬もれ等	誤嚥・窒息	医療処置関連	原因不明	その他	合計	割合％
0 時台	7	0	0	0	0	0	0	1	0	0	8	1%
1 時台	5	0	0	0	1	1	0	1	0	1	9	2%
2 時台	6	0	0	0	2	0	0	0	0	1	9	2%
3 時台	7	0	0	0	1	0	0	0	0	0	8	1%
4 時台	13	2	0	0	0	1	0	0	0	1	17	3%
5 時台	14	1	0	0	1	0	0	2	1	0	19	4%
6 時台	24	0	0	0	4	1	0	0	4	4	37	7%
7 時台	14	1	0	1	2	10	0	0	0	2	30	6%
8 時台	4	3	0	1	1	32	1	0	3	3	48	9%
9 時台	5	2	0	0	3	12	1	0	4	3	30	6%
10 時台	10	3	0	0	1	7	0	1	2	2	26	5%
11 時台	5	2	0	0	1	17	0	0	1	2	28	5%
12 時台	8	2	0	1	1	14	3	0	0	1	30	6%
13 時台	9	0	0	2	3	6	0	0	2	3	25	5%
14 時台	14	1	1	0	4	5	0	0	1	7	33	6%
15 時台	19	0	0	2	0	3	1	2	2	4	33	6%
16 時台	4	0	0	2	0	7	0	0	1	0	14	3%
17 時台	8	0	0	2	2	13	3	0	3	2	33	6%
18 時台	10	1	0	1	2	11	0	1	1	4	31	6%
19 時台	9	0	0	2	2	9	1	1	0	1	25	5%
20 時台	11	0	0	0	2	1	0	0	2	1	17	3%
21 時台	6	0	0	0	0	1	0	0	0	1	8	1%
22 時台	6	0	0	0	0	1	0	0	0	1	8	1%
23 時台	7	0	0	0	1	1	0	0	0	2	11	2%
合計	225	18	1	14	34	153	10	9	27	46	537	100%

※時間帯不明3件あり

発生時間度別事故集計（居宅系）

（２）居宅系

朝の送迎後、入浴、日中活動、帰りの送迎など業務が重なる午前8時から午後4時台を通して業務が慌ただしくなり、事故の発生が多くなっています。

時間帯	事故種別											
	転倒	圧迫・接触・摩擦	異食	離設	転落	誤薬・与薬もれ等	誤嚥・窒息	医療処置関連	原因不明	その他	合計	割合％
0 時台	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1%
1 時台	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1%
2 時台	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
3 時台	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
4 時台	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1%
5 時台	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2%
6 時台	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1%
7 時台	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3	2%
8 時台	4	1	0	0	1	5	0	0	0	0	11	7%
9 時台	10	0	0	0	1	3	0	0	1	1	16	11%
10 時台	6	2	0	1	3	3	0	0	0	0	15	10%
11 時台	8	0	0	1	2	2	0	0	1	1	15	10%
12 時台	4	0	0	0	0	10	0	1	0	0	15	10%
13 時台	6	0	0	0	2	3	0	0	0	1	12	8%
14 時台	7	2	0	0	1	0	1	0	0	0	11	7%
15 時台	8	0	1	1	0	5	0	0	0	3	18	12%
16 時台	7	0	0	0	0	4	0	0	0	2	13	9%
17 時台	2	0	0	0	1	4	0	0	0	0	7	5%
18 時台	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
19 時台	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
20 時台	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2%
21 時台	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
22 時台	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
23 時台	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
合計	72	5	1	3	12	42	1	1	2	8	147	100%

※時間帯不明1件あり

7．介護事故の発生事例　（※例）

下記は、令和6年度に報告のあった介護事故のうち、報告頻度の高い事例をピックアップしたものです。（個人情報保護のため一部改変しています。）
事故が生じた際には速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、事故の原因を究明し、再発防止策を講じてください。
※事故は人的要因と環境要因が複合的に作用して発生することがほとんどであり、効果的な再発防止のためには両側面からのアプローチが不可欠です。

（1）主な要因が人的要因による事故

サービス種別	事故の原因	事故の概要	再発防止の取組み（例）
特定施設入居者生活介護等	転倒	①座位保持はできるが移乗に介助がいる方。普段、居室のトイレを利用する際、コールを鳴らす指示が通らないためセンサーマットをベット下からトイレに移動させていた。事故当日、センサーマットを移動し忘れていた。 ②似たような事故で介助後にセンサーマットをベットサイドに戻すことを忘れて転倒に至った事故が複数あり。	○センサーマットを設置する際に指差し、声出しをする。 ○全職員に申し送り時に周知する。 ○定位置に戻すことを、移乗介助の一部として手順に組み込む。例えば、「ベットへの臥床介助→排泄確認→清拭→衣類調整→センサーマットを定位置に戻す」のように、明確なチェック項目にする。 ○ダブルチェック体制を導入する。
老人保健施設	その他	右上肢麻痺による廃用性の萎縮性脱力のある方。移乗介助する際に右腕を巻き込んでしまい、回旋ストレスがかかり右上腕骨骨折に至った。夜間に不穏があり急遽部屋移動を行った際にベットがこれまでと反対向きになっていた。	○ベット移動を行う際、本人の状態を考慮しておこなう。 ○移乗の際、麻痺側を意識しておこなう。 ○麻痺のある利用者の移乗は最後まで2人でおこなう。
老人保健施設・短期入所生活介護等	誤薬	①似た名前の方に誤って服薬介助してしまった。 ②与薬もれ（朝、預かっていた内服を忘れていた）。 ③服薬忘れ（薬のセットをし忘れていた）。	○内服セットの際は6R（正しい患者、正しい薬物、正しい目的、正しい用量、正しい方法、正しい時間）を指差し、声出しに出して行う。 ○短期入所ご利用連絡帳に、朝・昼・夕・就寝前の内服の欄を作る、利用開始時にわかりやすいよう薬袋に時間帯をクリップ留めをする。
老人保健施設等	転落	①日頃より車椅子上で前傾姿勢になることがある方。車椅子背面に身体をつけずに移動していたところ顔面より床に転落、顔面打撲に至った事故。大丈夫であろうという認識の元、介助を行っていた。 ②リクライニング車椅子を使用する意味の理解が足りていなかったことによる車いすからの転落事故。	○リクライニング車椅子の正しい知識の習得と理解深化に努める。 ○専門家（理学療法士等）にリクライニング車椅子の利用方について研修してもらう。 ○理学療法士にリクライニングの調整を実施してもらう。 ○背面に身体がついていない状態では動かさない。 ○座面クッションに滑りやすい座布団は使用しない。
老人福祉施設	転落	普段から身体の傾きや前傾姿勢があるため、常時本人の身体を手で支えながら移動することにしていたが、他入居者の動きに気を取られ、車椅子を方向転換した際に前方へ転落し前額部裂創に至った事故。	○身体の傾きや前傾姿勢の要因分析: なぜ傾くのか（筋力低下、麻痺、認知機能の影響など）を専門職（理学療法士、作業療法士など）と連携して詳細に評価し、福祉用具や介助方法の再検討をおこなう。 ○移動する前に本人の姿勢を確認、修正する。 ○「ながら作業」の危険性を強調し、「移動介助中は利用者に集中する」という意識を徹底する。

老人福祉施設	転落	①車椅子のフットレストの差込が甘く、ロックがかかっていない状態のまま移動したことでフットレストが外側に開き、ゆっくり膝から床に落ち大転子部骨折に至った事故。 ②足をフットレストから降ろす癖のある入居者の方。車椅子のフットレストから足が落ちてしまい、ホールと廊下の境のレールに足が引っかかり車椅子より転落した事故。（ホールと廊下の境目にわずかな段差がある）	○車椅子移動の前に必ずフットレストに足が乗っているか指差し確認を徹底する。 ○車椅子のフットレストにサポートベルトをつける。 ○靴の選択: 滑りにくく、足にフィットする靴を選び、脱げにくいように配慮する。
老人福祉施設	圧迫・接触・摩擦	普段から二人介助にて更衣介助をおこなっている方。他のチーム職員との更衣介助中、いつもと違う健側側から先に通す方法で行っていたが、指摘や教授することなしに漫然とした介助を行なってしまった際に上腕骨部骨折に至った事故。	○「上肢の可動域制限がある方」「骨折リスクが高い方」「体位変換時に注意が必要な方」など、特定の利用者に対する注意事項や介助手順を明確にする。 ○作成したマニュアルは、全職員に配布・共有し、定期的な読み合わせをおこなう。 ○各利用者のケアプランに、更衣介助時の具体的な注意点を詳細に記載する。 ○介助は「二人で行っているから大丈夫」ではなく、「二人で行っているからこそ、お互いが安全に配慮し、責任を共有する」という意識を徹底する。
通所介護	転倒・転落	車椅子の方による通所介護送迎時の事故 ①乗車対応の際に介助者が固定ベルトが届かないため一瞬助手席側へ移動した際、利用者が前方を蹴るように足を伸ばしたことにより後方へバランスを崩し転倒に至った事故。 ②普段はシートベルトをしているが、偶々着用するのを忘れていた。本人のシートベルト未装着により車椅子より滑落した事故。	○二人で乗車対応をしていく。 ○固定ベルトが届きやすい介助者の立ち位置や身体の向きを事前に確認し、手順に組み込む。 ○会社全体で情報共有し、介助方法の統一をおこなっていく。 ○「届かないから少しだけ」という安易な判断が事故につながる、常に最悪の事態を想定する（危険予知トレーニング（KYT）の実施） ○リスクマネジメントにおける研修や勉強会を実施する。 ○マニュアル作成後にPDCAサイクルを実施する。 ○運転前の指差し呼称の実施を義務付ける。 ○送迎時間の幅を設けて余裕のある送迎業務を確立する。
老人保健施設・認知症対応型共同生活介護・特定施設入居者生活介護等	窒息	夕食時、普段通り全介助にて食事提供していた。9割ほど摂取後、口の動きが止まり、咀嚼や嚥下をしなくなる。声掛けや嚥下を促すと、職員の方にゆっくり顔を向けられるが咀嚼や嚥下をされない。徐々に口唇チアノーゼが出てきたために看護師要請。タッピング開始するも顔面蒼白。窒息事故。 ＊本人から何かしらの訴えがあったのかもしれないが、見落としてしまった可能性がある。 ＊本人の訴えがなくいつもと同じ状態であったために、体調の変化に気づけなかった可能性がある。	○未然防止策： 入居者の状態に合わせた適切な食形態、食事姿勢、食事介助方法等に関する研修を実施し、職員の知識と技術の向上を図る。 ○直前防止策： 入居者の日常的な状態観察を徹底し、倦怠感、反応の鈍化、食欲不振等、「いつもと違う」兆候を早期に発見できる体制を構築する。 ○損害軽減策： 緊急時の吸引場所、タッピング方法、心肺蘇生法、報告方法等を定期的に確認し、職員の対応能力を維持・向上させる。 ○食後の口腔ケアの徹底: 食事のあと、すぐに口腔ケアを行う。口の中に残った食べかす（食物残渣）が、後から気管に入り窒息や誤嚥性肺炎の原因になることを防ぐ。 ○食後の姿勢保持: 食後すぐに横になると、胃からの逆流や口腔内の食物残渣が気管に流れ込む危険がある。最低でも30分は座った姿勢や、上半身を起こした姿勢を保持する。 ○窒息発見時、急変時のマニュアルを作成しておく。 ○全職員に対し心肺蘇生の手技を確認しておく。

（２）主な要因が環境要因による事故

事故の原因分析「環境要因」にチェックがあったもの。

サービス種別	事故の原因	事故の概要	再発防止の取組み（例）
特定施設入居者生活介護等	転倒	①脱げやすく滑りやすいスリッパを履いており居室内で転倒。 ②離床時に靴を履いておらず、靴下のみであった、また、起床直後でふらつきやすい状態であった事による転倒。	○入居者の履いている靴を定期的に確認する。 ○声かけと確認: 離床する際には、「靴（室内履き）を履きましょう」と声をかけ、履いたことを確認する習慣をつける。
短期入所生活介護・特定施設入居者生活介護等	離設	①外出願望が強く居室ではなく事務所にて過ごしていた。職員が電話対応をしている間に事務所付近の玄関から外へ出た事による離設。 ②木造平屋造りでどこの居室からも外に出られる環境になっており居室の窓から離設。他の方の居室に入られることはなかったため安心していた。 ③ホールで見守りを行っていたが施設内に死角があり、出入りする様子が確認しずらい状況であったことによる離設。	○落ち着きが見られないときは職員一人が同行するか、職員間で声を掛け合いながら常に所在確認をする。 ○家族へ連絡を行い、本人と直接話をすることで安心してもらう。 ○レクリエーション参加を促したり、洗濯たたみなど本人の興味のあることを一緒に行い「家に帰る」という気持ちを他のことに向ける。 ○居室を職員の目の届きやすいお部屋に移動していただく。
特定施設入居者生活介護	転倒・転落	センサーコールを使用していたが、動きが早くなっておりセンサーが反応してからの対応では遅くベット横に転落していた。	○より早期に検知できるセンサーの導入・変更 ○訪室頻度の見直し。特に夜間や利用者が活動的になる時間帯の訪室頻度を上げ、直接的な見守りの機会を増やす。
老人保健施設等	誤薬	配薬カートを新たに導入し使用を開始したばかりであったため、内服セットの方法や確認が統一されていなかった。内服が、朝・夕であったものを、朝・昼・夕でセットしそのまま内服させてしまった。	○新たなものを導入した際は必ずセット方法や確認方法を統一した方法で行う。 ○ダブルチェックを行う。 ○集中できる時間に内服セットを行う。
老人福祉施設等	転倒	①コールマット中継器の電源が切れており、対応ができず転倒に至った事故。 ②センサーの発報音が小さく、居室で業務をしていると聞こえづらいことによる対応の遅れによる事故。	○専門業者による定期的なメンテナンスを実施し、機器の老朽化や不具合を早期に発見する。 ○本人が触る可能性もあるため、本人の目に触れないように設置する。 ○各業務の開始時、終了時、および定時の巡回時に、コールマット中継器の電源ランプが点灯しているか、正常に作動しているかを目視で確認し、チェックリストに記録する。 ○業務を見直し、ホールに見守りができる職員が一人はいる環境をつくる。 ○コール音を見直し、音量・ブザーの内容を変更する。

認知症対応型共同生活介護等	転倒	コール対応が重なりすぐに駆け付けることができず、その間に転倒していた。	○状況把握と優先順位付け: 全てのコール内容を把握し、緊急性や危険度に応じて対応の優先順位を瞬時に判断する。 ○情報共有と連携:「誰が」「どこへ」「何をしに行くのか」をスタッフ間で明確に共有し、役割分担をする。 ○一人で抱え込まない: 応援を要請することをためらわず、チーム全体で対応にあたる。 ○利用者の状態や小さな変化などに気づくことができるように、夜間帯に転倒リスクが高い利用者の巡回を増やす。
認知症対応型共同生活介護等	原因不明	①日中ホールで過ごされている時に右手の甲に内出血を発見。原因不明の第四指骨折に至った事故。原因として、移乗の際に車いすの手すりやベット柵などのどこかに指が引っかかってしまった可能性が考えられた。 ②痛みの訴えがあり立ち上がりができず、病院受診し腓骨高原骨折の診断。ベット柵の隙間より足が出ていても無理に起き上がろうとされることがあるため、その際に足に負荷が加わった可能性がある。	○移乗介助をはじめる際には必ず手足の位置や身体の姿勢などを二人で確認する。 ○必要に応じて、クッション材やカバーで保護する。 ○危険箇所のリストアップと共有: 点検で発見された危険箇所を写真付きでリスト化し、職員全員が視覚的にリスクを認識できるようにする。