令和5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5年度中（R5.4.1~R6.3.31）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て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。

※本報告では、次のとおり、サービス種類を分類しています。
●入所系＝特養（地域密着型含む）・老健・介護療養型・医療院・ショートステイ・特定施設・グループホーム
●居宅系＝入所系以外の介護サービス

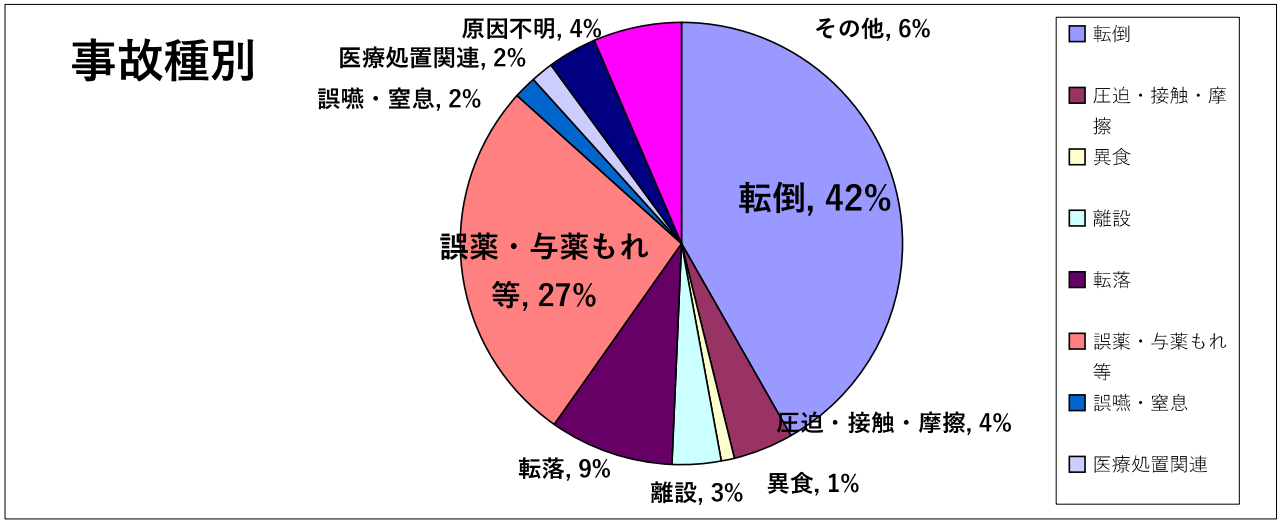
1．令和5年度　事故報告書受付件数　　計 728 件

2．事故種別の状況

最も多い事故は『転倒』で、入所系・居宅系ともに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、入所系で26.5％、居宅系で28.3％となっています。

1）全体

事故種別	令和5年度	
	件数（件）	割合（%）
転倒	304	41.8%
圧迫・接触・摩擦	32	4.4%
異食	7	1.0%
離設	26	3.6%
転落	66	9.1%
誤薬・与薬もれ等	196	26.9%
誤嚥・窒息	12	1.6%
医療処置関連	12	1.6%
原因不明	26	3.6%
その他	47	6.5%
計	728	100%



2）入所系

事故種別	令和5年度	
	報告件数	割合（%）
転倒	228	41.6%
圧迫・接触・摩擦	22	4.0%
異食	4	0.7%
離設	17	3.1%
転落	57	10.4%
誤薬・与薬もれ等	145	26.5%
誤嚥・窒息	11	2.0%
医療処置関連	11	2.0%
原因不明	25	4.6%
その他	28	5.1%
計	548	100%

3）居宅系

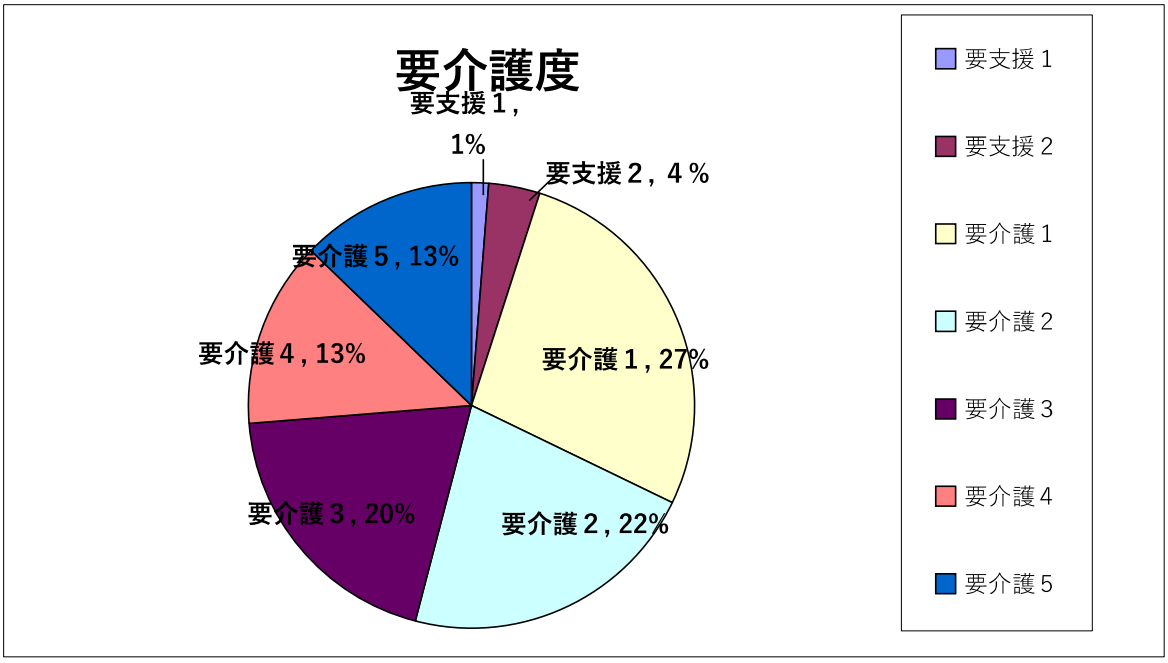
事故種別	令和5年度	
	件数（件）	割合（%）
転倒	76	42.2%
圧迫・接触・摩擦	10	5.6%
異食	3	1.7%
離設	9	5.0%
転落	9	5.0%
誤薬・与薬もれ等	51	28.3%
誤嚥・窒息	1	0.6%
医療処置関連	1	0.6%
原因不明	1	0.6%
その他	19	10.6%
計	180	100%

３．要介護度の状況

入所系・居宅系ともに『要介護１～3』の方の事故件数が半数以上を占めています。居宅系では、『要介護１』の方の事故件数が39.4％と際立っています。

１）全体

要介護度	令和5年度	
	件数（件）	割合（%）
要支援１	9	1.2%
要支援２	27	3.7%
要介護１	198	27.2%
要介護２	159	21.8%
要介護３	143	19.6%
要介護４	98	13.5%
要介護５	93	12.8%
不明	1	0.1%
計	728	100%



２）入所系

要介護度	令和5年度	
	件数（件）	割合（%）
要支援１	5	0.9%
要支援２	21	3.8%
要介護１	127	23.2%
要介護２	107	19.5%
要介護３	125	22.8%
要介護４	84	15.3%
要介護５	79	14.4%
不明	0	0.0%
計	548	100%

３）居宅系

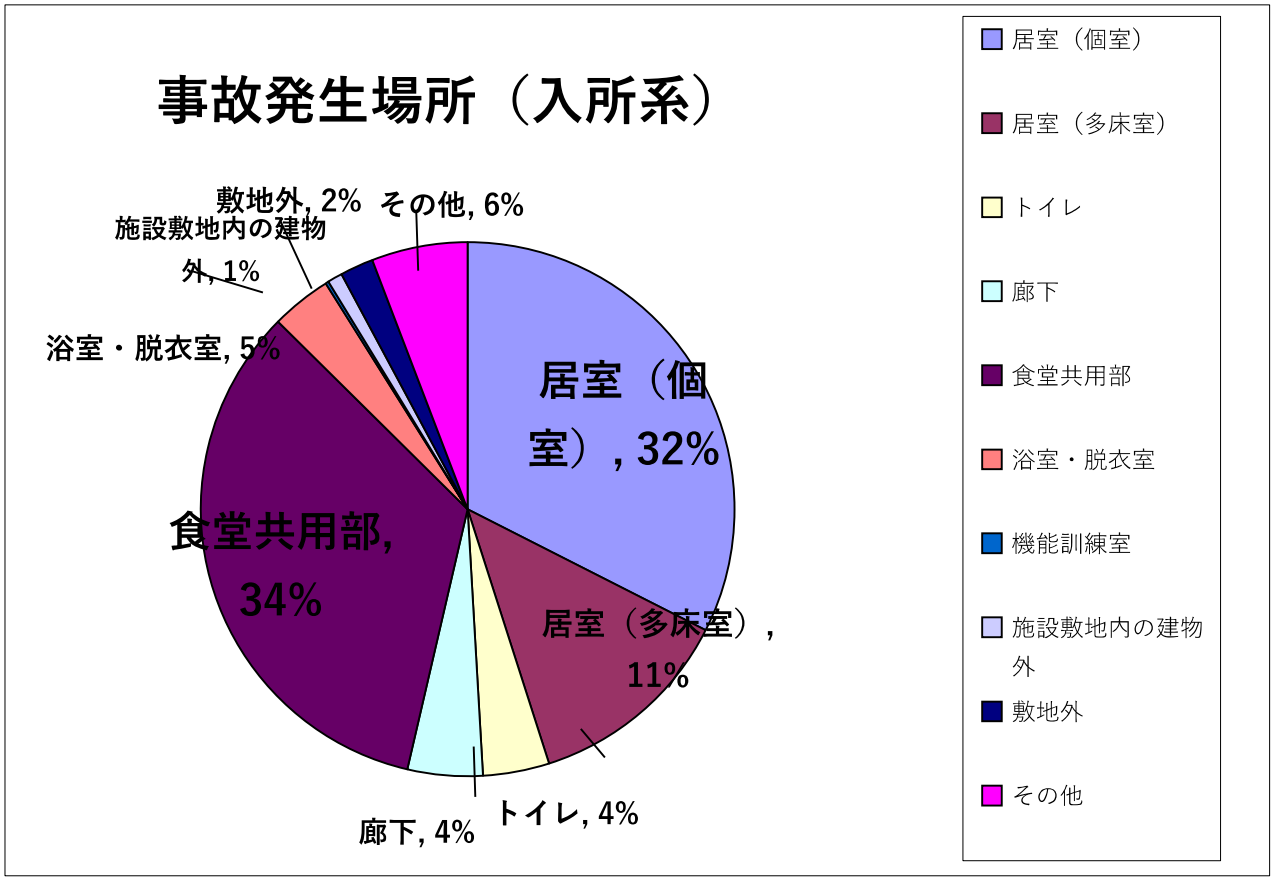
要介護度	令和5年度	
	件数（件）	割合（%）
要支援１	4	2.2%
要支援２	6	3.3%
要介護１	71	39.4%
要介護２	52	28.9%
要介護３	18	10.0%
要介護４	14	7.8%
要介護５	14	7.8%
不明	1	0.6%
計	180	99%

４．事故発生場所の状況（入所系）

事故の発生・発見場所は『居室（個室）』32.5%、『食堂共用部』33.8%と件数が多くなっています。

利用者が起床後自ら行動を起こそうとして転倒につながった事案が多く報告されています。

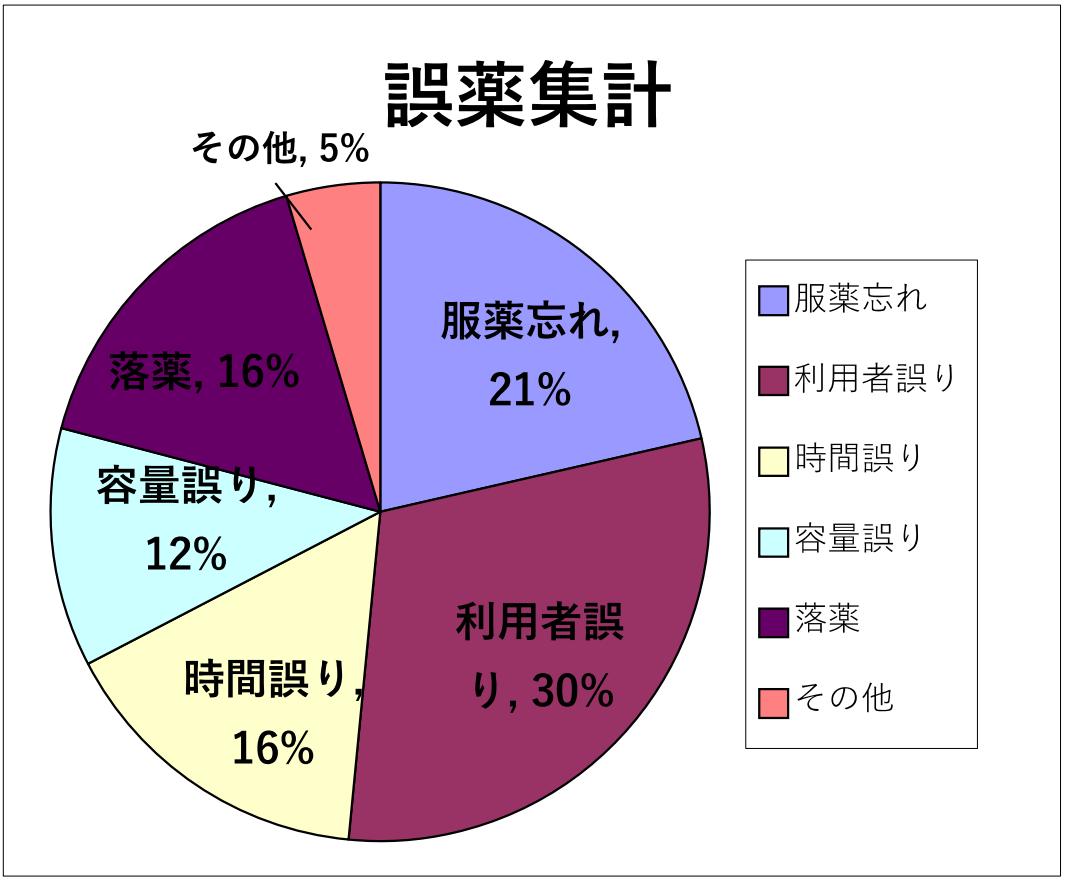
事故発生場所	令和５年度	
	件数（件）	割合（%）
居室（個室）	178	32.5%
居室（多床室）	69	12.6%
トイレ	22	4.0%
廊下	25	4.6%
食堂共用部	185	33.8%
浴室・脱衣室	20	3.6%
機能訓練室	1	0.2%
施設敷地内の建物外	5	0.9%
敷地外	11	2.0%
その他	32	5.8%
計	548	100%



5．誤薬の状況

『服薬忘れ』21.4%、『利用者誤り』30.1%と、発生件数が多くなっています。

誤薬種類	令和5年度	
	件数（件）	割合（%）
服薬忘れ	42	21.4%
利用者誤り	59	30.1%
時間誤り	31	15.8%
容量誤り	23	11.7%
落薬	32	16.3%
その他	9	4.6%
誤薬総計	196	100%



６．発生時間別事故集計

（１）入所系

全ての時間帯において事故の発生がみられます。発生割合で比較すると、全体では６時台が最も高く、転倒事故では５時台～７時台が高い状況となっています。

時間帯	事故種別										合計	割合%
	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		
0 時台	9	0	0	0	1	0	0	0	1	0	11	2%
1 時台	9	0	0	1	0	2	0	1	1	0	14	3%
2 時台	3	0	0	1	2	0	0	0	0	0	6	1%
3 時台	4	0	0	0	1	0	0	1	1	2	9	2%
4 時台	16	0	0	0	2	0	0	0	0	0	18	3%
5 時台	21	0	0	1	2	1	0	0	1	0	26	5%
6 時台	17	2	0	0	5	7	0	0	3	2	36	7%
7 時台	18	2	1	1	3	8	0	0	1	1	35	6%
8 時台	3	0	0	1	4	18	2	0	2	2	32	6%
9 時台	4	0	0	0	2	9	0	0	3	2	20	4%
10 時台	12	3	0	2	3	8	1	2	1	0	32	6%
11 時台	10	1	0	1	5	12	2	0	1	2	34	6%
12 時台	7	0	0	2	2	8	3	1	0	1	24	4%
13 時台	11	3	0	0	3	7	0	2	1	1	28	5%
14 時台	10	3	0	1	3	7	0	0	2	3	29	5%
15 時台	12	3	0	1	1	4	1	0	0	2	24	4%
16 時台	13	0	2	0	2	12	0	2	2	1	34	6%
17 時台	7	1	0	1	1	17	2	0	1	2	32	6%
18 時台	11	3	0	2	6	8	0	1	0	4	35	6%
19 時台	5	0	0	1	2	5	0	0	2	2	17	3%
20 時台	7	0	1	0	2	4	0	0	0	0	14	3%
21 時台	3	0	0	1	2	1	0	0	0	1	8	1%
22 時台	5	1	0	0	2	3	0	1	0	0	12	2%
23 時台	10	0	0	0	1	2	0	0	0	0	13	2%
不明	1	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	1%
合計	228	22	4	17	57	145	11	11	25	28	548	100%

（2）居宅系

入所系と異なり、事故発生の時間帯がサービス提供時間に限られるため、9時台～１５時台の事故発生が高い状況です。入所系と同様、転倒事故が最も多く報告されています。

時間帯	事故種別										合計	割合%
	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		
0 時台	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
1 時台	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
5 時台	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
6 時台	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1%
7 時台	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3	2%
8 時台	3	0	0	0	0	4	0	0	0	0	7	4%
9 時台	7	1	0	0	0	10	0	0	0	1	19	11%
10 時台	7	1	0	2	1	3	0	0	0	9	23	13%
11 時台	10	1	1	0	2	4	0	1	0	2	21	12%
12 時台	6	2	1	1	1	11	0	0	0	0	22	12%
13 時台	9	0	1	3	1	4	0	0	0	2	20	11%
14 時台	17	2	0	0	0	2	0	0	0	1	22	12%
15 時台	8	3	0	3	2	4	1	0	0	2	23	13%
16 時台	4	0	0	0	1	2	0	0	0	1	8	4%
17 時台	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	1%
18 時台	1	0	0	0	0	2	0	0	0	1	4	2%
19 時台	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
20 時台	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	1%
21 時台	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1%
22 時台	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1%
23 時台	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1%
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
合計	76	10	3	9	9	51	1	1	1	19	180	100%

7．介護事故の発生事例 （※例）

下記は、令和5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。

（1）主な要因が人的要因による事故

事故の原因分析「本人要因」「職員要因」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）
介護老人福祉施設	圧迫・接触・摩擦	更衣介助時に起こった事故。 左半身麻痺の方。被る形の肌着を着衣させる際に頭から通し、その後左腕を通した際に左肘付近にポキッと言う音が聞かれた。左前腕骨折の診断。	・着るときは麻痺側から腕を通す。患側から着ることで患部に負担をかけずスムーズに更衣介助が行える。会議や研修で情報共有しケアの方法を統一する。 ・麻痺や拘縮の強い方には前開きの肌着、上着を準備し、着用する。
介護老人福祉施設	転落	排泄介助時の事故。 「まだでらんですわ。」と言われたため「またきますね。」と伝えた。30秒程経過したところで、「誰か来てくださーい。」と声が聞こえたため見に行くと、便座より転落し、床に右側臥位で横たわっているのを発見。胸椎圧迫骨折の診断。普段、排泄後にコールを鳴らされる方。	・事故当日、体調不良があった。普段と体調が違った時は想定外の行動をされる可能性があることを意識する。 ・コールの紐を手に取ってもらい、コールを鳴らすよう声をかけてから離れる。
介護老人福祉施設	転倒	起床介助を行なうために訪室すると、ベットの下に横たわっているところを発見。「トイレに行こうとしたらこけた。」と話された。センサーマットを設置していたが、線が抜けていた。左踵骨骨折の診断。	・訪室時、センサーマット反応の確認を行う ・覚醒時にセンサーマットのスイッチを触っていることもあるので、みえない所へ置く。 ・眠前薬を服用されているが不眠が見られるため、服用時間の変更を検討する。
通所介護	転倒	送迎時、通所介護施設玄関先での転倒。 帰りの送迎のため、職員が一人ずつ送迎車に案内していた。利用者が一人で送迎車に乗るため玄関まで移動した際にふらつき左側臥位に転倒。左大腿部骨折の診断。	・施設内歩行は安定しており見守りはしていなかった。 ・職員を近くに配置していなかったことが要因と考えられるため、見守り職員を配置する。 ・また、毎月の定例会で転倒防止に対する声かけをし、見守りを徹底していく。
通所介護	転倒	送迎時、自宅玄関先での転倒。 職員が利用者の腕を支えながら、自宅のドアを抑え後ろ向きになって誘導していた。後ろ向きに進んでいたが、2段の段差があり職員が足を踏み外してしまい後方に転倒。利用者は職員の上に覆いかぶさるように転倒。両膝の打撲、擦過傷の診断。	・送迎に携わる利用者の自宅環境は事前に確認、把握し、起こりうる危険を予測し対応する。 ・朝礼時や申し送り簿、全体ミーティング時に危険予測、ヒヤリハットをスタッフ間で周知し共有する。
介護老人福祉施設	転落	ストレッチャー上での更衣時、安全バーをせず、足元側に置いていた衣類を取ろうと目を離した際にストレッチャーから落下した事故。頭部が床に接触、前頭部血腫の診断。 また、介護職員が落下時にとっさに支えようとし下肢への負荷がかかり右大腿骨頚部骨折に至った。（離れる際には安全バーをあげるという入浴マニュアルが遵守できていなかった。）	・ストレッチャー上での介助は職員2名で対応する。離れる場合はもう一名の職員に声掛けをし安全バーを設置して離れる。 ・目視による外傷確認だけではなく、実際に手足を動かして痛みの有無を確認し異常があれば早期受診に繋げる。

認知症対応型共同生活介護	離設	重度の認知症があり帰宅願望が強い。夜間、施錠中に鍵を開錠し離設。他の入居者対応をしており、玄関センサーのチャイム音に気づかなかった。発見時怪我等はなかった。	・見守り強化、職員同士の声かけによる連携。 ・利用者の行動を先読みする。 ・周辺症状(BPSD)の要因として考えられる事を家族と共有し、対応していく。 ・居室に自宅を感じられるものや私物がほとんどないため家族に相談し持ってきていただく。 ・運営推進会議等を活用し第三者を交えてケース検討していく。
介護老人保健施設等	誤薬・与薬漏れ	苗字が同じ方、氏名が一文字違いの方への誤薬 ※同様の事故多数あり。	・同じ苗字の方の薬箱は離してセットする。 ・与薬時は手に持った時、内服介助する前、介助後にフルネームを読み上げ、指差し確認を実行する。
介護老人福祉施設	転倒	車いす自走可能な方。車いすのブレーキかけ忘れにより利用者が車いすを支持し立ち上がろうとした際に転倒。	・職員が訪室の度に車いすのブレーキ確認を行う。 ・車いすのブレーキに関する注意喚起案内を利用者・職員の見える箇所に貼る。
介護老人福祉施設	誤嚥・窒息	食事介助時、声かけにうつろな感じであったがギャッジアップし姿勢を整えたところ開眼したため食事介助をおこなった。4割ほど摂取したところで口を開けなくなったため中止。その後口腔ケアの準備をしていた最中に顔面蒼白。誤嚥による窒息。	・いつもと体調が異なるときには複数で状態確認を行う。 ・食前に口腔マッサージ、唾液腺マッサージをおこなう。 ・嚥下機能が落ちてきており誤嚥リスクが高まっていることの説明を適宜ご家族に行う。 ・多職種間で食事内容、食事介助方法、食事介助時の観察項目等に対して協議する。 ・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）
認知症対応型共同生活介護等	離設	1、入居して間もない方。注意して動向を見守っていたが、他の利用者を介助している間に外に出られていた。 施設全体がL字型の構造で目が届きにくかった。 2、換気のために窓だけでなく職員出入り口も開放していた。	・他フロアの職員にも周知し、早期に対応できる体制をとる。 ・時間を決めて職員付き添いのもと散歩を行う。 ・入居して生活のリズムが落ち着くまで見守り強化する。 ・換気は窓の開放、及び換気扇にて行う。
認知症対応型共同生活介護等	転倒	1、入浴時、浴室の床をきちんと洗い流せておらず足を滑らせて転倒。 2、浴室から脱衣所の椅子への移動時、足を滑らせて転倒。体が濡れており、床も濡れているため滑りやすい状態であった。 ※同様の事故あり。	・床が滑らないように石鹸の泡などないかしっかり確認する。 ・浴室へ誘導する前に床の状態を確認する。細目に拭く。 ・脱衣所にゴムマット等を敷き滑りにくくする。 ・浴室から脱衣所の椅子までの移動距離を最小にする。
認知症対応型共同生活介護等	誤薬・与薬漏れ	夕食後の薬を服薬後、職員が空袋を捨てる前にチェックしたところ、朝食後の薬を服薬していた。時間誤り。 朝、昼、夕食後薬保管箱が近距離において保管してあった。 ※同様の事故あり	・朝、昼、夕の薬箱の保管を別々の場所にし、ホールにはその時に使用する薬箱しか持ち込まないようにする。 ・服薬介助の担当職員以外の職員は服薬介助に入らない。
認知症対応型共同生活介護等	離設・転倒	1、人の出入りが分かるようにセンサーを設置しているが音が小さく気づかなかった。 2、ベットセンサーコールがOFFになっていた。 3、端末の音量が半分のところで設定してあった。また、ベットの高さが最低床（25cm）ではなく低床（33cm）であった。 ※同様の事故あり。	・定期的にセンサー音をチェックする。また、センサーコールがONになっているか確認する。 ・センサーのメンテナンスや、必要に応じて修理依頼を早めに行う。 ・臥床時にはベットの高さを最低床にする。 ・職員会議や申し送り帳にて情報共有を図る。
認知症対応型共同生活介護等	転倒	（日中帯に訪問マッサージを受けており）センサーマットがベット下に入っていたが、職員がセンサーマットがベット下に入っていることに誰も気づいていなかった。 ※同様の事故あり。	・普段と違う方の訪室があった際には、帰られた後、必ずセンサーマットが適切な位置にあるか確認し、調整する。
認知症対応型共同生活介護等	圧迫・接触・摩擦	着衣介助時、伸びない衣類（上着）を着せようとして手を握り少し強めに引いたことにより、手の甲を皮膚剥離させてしまった。 ※同様の事故あり	・伸縮性や拘縮に配慮した衣類を準備してもらう。 ・皮膚剥離を起こしやすい皮膚状態であることを認識する。 ・入居者に触れるときに点ではなく、面で触れるようにする。 ・着脱時やオムツ交換など利用者に負担がかかりそうな際には職員2名にて対応する。
特定施設入居者生活介護等	転倒	1、水筒を手に持ち歩こうとされた際に転倒。転倒時、室内履きのスリッパを使用されており滑りやすい状況にあった。 2、立ち上がり時に足元が滑り転倒。滑り止めつき靴下を履いていたが、足裏の滑り止めが風化していた。 3、入居して間もない方。履物が紐靴やスリッパで、かかとを踏んで歩行していたため歩行が安定していなかった。	・滑りにくい靴を履いていただく。 ・滑り止め靴下の交換時期を家族へ知らせる。 ・介護シューズを準備してもらう。 ・下肢筋力を鍛えるためのリハビリを行う。

特定施設入居者生活介護等	転倒	利用者が普段使用するものがタンスの一番下に入っていた。取ろうとして転倒。 ※同様の事故あり	・物を取るとき、特に下の方にあるものはナースコールを押していただく。 ・利用者と一緒に、普段使用する物品の確認をし、手の届く範囲に置くようにする。 ・本人も交えて居室の整理を行う。
介護老人保健施設等	転倒	1、ベットから居室トイレ間の動線が方向転換が必要であり遠回りとなり転倒につながった。 2、杖を使用されているが、ベットから洗面台間（居室の中央付近）に支持物がなく転倒。 ※同様の事故あり。	・夜間は居室が暗いため最短距離でトイレへ移動できるようレイアウトの変更を行う。状態が悪い時はポータブルトイレを使用するなど工夫する。 ・ベットの位置を変更。居室内歩行時に支持物があるように突っ張り棒が設置できないか検討。 ・自立者は特に夜間帯の行動や、靴の履き方などの観察を行い職員間で情報共有を行い、利用者への指導を行う。
介護老人福祉施設等	転倒	手引き歩行中、利用者が近くに置いてあったポータブルトイレに手を伸ばしそのまま転倒。	・ポータブルトイレは日中片付け、臥床の際設置する。 ・手引き歩行方法を理学療法士に指導してもらい、介護職員への周知を行う。これまでは利用者の前から行っていたが、利用者の斜め後ろに立ち、介護者の右手は本人の右手の下から支え、左手は本人の腋窩付近を支えて移動介助を行う。
通所介護等	転倒	歩行訓練中、足がもつれ転倒。動線上に障害物があった。	・訓練のコースを決め、障害物（マッサージ機、椅子や机）のないところで行う。 ・不要な障害物（マッサージ機、椅子や机）は片づける。