

平成 22 年度

介護施設における介護サービスに関連する事故の実態及び対応策の
あり方に関する調査研究事業

自治体における介護事故情報の活用事例集

事故から学ぶ

— 事故情報の有効活用のポイント —

目次

1. 背景と目的	2
1.1 事例集作成の経緯と目的	2
1.2 想定する読者及び活用方法	2
2. 事故情報活用についての基本的な考え方	3
2.1 事故から学ぶということ	3
2.2 事業者、市区町村、都道府県の役割について	4
3. 全国の自治体における事故情報活用の現状と課題	6
4. 事故情報活用の手順とポイント	8
4.1 事故情報の収集から活用までの標準的な流れ	8
4.2 事故情報活用の各プロセスにおけるポイント及び検討事項	9
5. 事例紹介	11
5.1 北海道	12
5.2 神奈川県	16
5.3 香川県	20
5.4 世田谷区	24
5.5 土佐市	28
5.6 北九州市	32

1. 背景と目的

1.1 事例集作成の経緯と目的

近年、安全・安心に対する国民全体の意識が高まる中、介護サービスについても安全の確保やサービスの質の向上が大きな課題となっており、介護サービスにおける質の確保のためのしくみづくりが求められています。

平成 20 年度には「高齢者介護施設における介護事故の実態及び対応策のあり方に関する調査研究事業」の一環として、全国規模で介護事故等の情報を収集・分析するための簡易ツールを開発しました。また、平成 21 年度には市区町村、都道府県における現状の事故報告制度を把握し、全国規模での効率的かつ効果的な事故情報の報告・活用のしくみについて検討しました。これらの調査研究を通して、事業者からの市区町村への事故報告は指定基準に定められているものの、報告された事故事例の取扱いについては個々の市区町村や都道府県によってばらつきがあることや、全体として十分に有効活用できていない実態が明らかになりました。

そこで平成 22 年度は、市区町村及び都道府県において、介護施設から報告された事故情報を活用しサービスの質の向上につなげるしくみを有効に運用する上での現状の課題やニーズを把握するとともに、先進的な取組み事例を収集し、事故情報の円滑かつ適切な活用に向けた関係者の理解と取組みを支援することを目的して事例集を作成しました¹。

1.2 想定する読者及び活用方法

この事例集は、市区町村や都道府県において、（主に高齢者介護施設における）介護事故の情報の集約や事故の防止対策に携わる関係者の方々に活用していただくことを想定し、積極的・先進的な取組みを行う 3 都道府県、3 市区町村の事例をご紹介します。

これらの事例を参考に、例えば、

- ・ どのような事故情報をどのように収集すればよいか【事故情報の収集手順】
- ・ 収集した事故情報をどのような観点で確認すればよいか【報告内容チェックの観点】
- ・ 事故情報をもとにどのように施設に働きかければよいか【施設への指導、支援の方法】
- ・ 事故の事例情報や集計・分析結果は市区町村、都道府県全体の事故防止にどのように役立てることができるか【データや集計結果の活用方法】
- ・ どのように活用すれば、効果が期待できるか【効果的な活用のためのポイント】

など、具体的な検討に役立てていただければ幸いです。

ただし、その地域の事情は個々に異なります。市区町村・都道府県の規模、市区町村と都道府県の関係、施設数、構成や利用者層などにもそれぞれ特徴があります。他の地域で効果をあげている取組みの基本的な考え方を参考にして、地域の特性に応じて地域にふさわしい取組みを推進することが重要であると考えられます。

¹ 調査の詳細は、「介護施設における介護サービスに関連する事故の実態及び対応策のあり方に関する調査研究事業 報告書平成 23 年 3 月 株式会社三菱総合研究所」をご参照ください。

2. 事故情報活用についての基本的な考え方

2.1 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す。

○ 高齢者の生活の場において、事故は何時でも何処でも起こります。

高齢者の生活の中では、さまざまな場面で事故が起こることが想定されます。事故を完全に防ぐことは難しく、例えば、転倒防止のために「歩く」ことを制限したり、誤嚥防止のために「食べる」ことを諦めるのは本末転倒といえるでしょう。高齢者のその人らしい生活とその生活上でのリスクについて、ご利用者、ご家族を含めた関係者が共有することが重要です。

○ 事故から学び、再発の防止・サービスの質の向上につなげましょう。

万一、事故が起きてしまった場合、その事故の情報は事故の再発を防止するための貴重な情報となります。原因や対策、教訓を広く共有し、有効に活用しましょう。

事故の内容によっては不可避なもの、当事者が責任を負うべきものもありますが、再発防止につなげるためには、当事者や事業者等の過失の有無や責任の追及を目的とせず、客観的な事実に基づいて情報を収集し事故に至った原因を分析することが大切です。事故から学ぶことで、再発の防止、さらにはサービスの質の向上に役立てることができません。

また、事故後の適切・迅速な対応により、被害が最小限になり、更なるトラブルの発生を防ぎ、ご利用者・ご家族との良好な関係の維持・強化につなげることもできます。

○ 事故後は、組織体制・ケア手順の見直し等、具体的な対応が重要です。

事故の中でも、ケアの手順の誤りやスキル不足によって発生した事故は、高齢者の生活を支えるサービス提供者として防ぐことができるものであり、特に有効な対策が求められます。「気を付ける」「見守りを強化する」という形式的な対策ではなく本質的な対策を導くためには、表面だけではなく背景にある要因を分析し、組織体制やケア手順の見直しなど、組織の仕組みとして事故を防止し、サービスの質を向上させる具体的な対策が必要です。

○ 事故の防止に向けた関係者全体の目標の共有、理解の促進が必要です。

行政と事業者は、それぞれの立場から高齢者の生活の支援という共通の目的に向かって連携して取り組むという「協働」の姿勢が重要です。

また、ご利用者・ご家族も、高齢者の「生活の場」における事故のリスクや、防止策の考え方に対する正しい理解のもとで、ともに利用者を支えるという意識を持つことが必要です。

2.2 事業者、市区町村、都道府県の役割について

介護事故の防止においては、個々の事業者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。しかしながら現状では、事業者の取組みのレベルには差が大きいことが調査結果からも明らかになっています。市区町村、都道府県では、多様なレベルにある事業者に対して、事故防止のための適切な取組みを支援、促進するためにそれぞれの立場から働きかけを行うことが求められます。

【事業者の役割】

高齢者の安心・安全な生活を支えるため、職員ひとりひとりによる適切なサービス提供を目指します。事故が発生してしまった場合は、迅速かつ適切にご利用者・ご家族への対応が求められます。また、現場ならではの観点から事故の要因を分析し、手順書や体制、ケアプランの見直し等、再発防止策の検討を行います。

【市区町村の役割】

事故が発生し、事業所の運営、管理において改善すべき課題を有する事業者に対しては、一般には市区町村が個別に指導や助言などを行い、問題の解決を支援する役割が求められます。さらに、個別事業者への対応のみではなく、集約された情報をもとに市区町村内の各事業者に対して事故防止に資する情報提供や研修、集団指導を行うことや、重大事例や緊急性の高い事例等が発生した場合などに一斉に注意喚起を行うことも、事業所における事故防止の取組みを支援する有効な方法です。

【都道府県の役割】

都道府県では、必要に応じて指定権者としての立場から指導・監査等、事業者への働きかけを行います。各市区町村あるいは個別事業者から提出され、都道府県内に集約されている情報を活用して個々の事業者の事故防止の取組みに役立つ形で提供するほか、研修や集団指導の開催、あるいは市区町村による開催について、人的・技術的支援を行うことなどが想定されます。

図表 2-1 介護事故情報の収集・活用における役割と機能分担の考え方

	役割	求められる機能
事業者	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の安全、安心な生活の支援 ・事故防止、ケアの質向上の組織的取組 ・職員ひとりひとりの安全に対する意識啓発 	<ul style="list-style-type: none"> ・適切なサービス提供 ・事故発生後の利用者・家族への適切な対応 ・事故原因の分析、防止対策検討・実施・評価 ・安全で確実なケアのための手順書の策定 ・利用者の状況に適したケアプラン見直し
市区町村	<ul style="list-style-type: none"> ・市区町村内の事業所の指導 ・利用者・家族とのトラブル発生時の対応 ・個別および全体の事業所のケアの質向上支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・事業者への助言（個別事例の実態把握・事故要因分析、効果的な対策の助言など）※1 ・市区町村内の事故の傾向把握とフィードバック ・重要事例の把握と注意喚起 ・集団指導、研修会等の開催
都道府県	<ul style="list-style-type: none"> ・都道府県下の介護事業所 ・事業者の指導・監査 ・事業所のサービスレベル向上 ・市区町村による取組の支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・事業者への指導・監査 ※2 ・都道府県内の事故の傾向把握 ・都道府県内の重要事例の把握と注意喚起 ・市区町村への上記に関する情報提供 ・集団指導、研修開催・市区町村研修の支援等

※1 介護保険法では、指定基準により事業者からの市区町村への事故報告は義務付けられているが、報告を受けた市区町村の対応については、明確に定められていない。ただし、第二十三条「文書の提出等」第四十八条「施設介護サービス費の支給」を根拠として、事業者に働きかけを行うことは可能であり、市区町村の積極的な対応が求められる。

※2 介護保険法では、都道府県は事業者の指定、勧告・命令、指定の取消しの権限を有する。また、都道府県の責務として介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な助言及び適切な援助をしなければならないとされている（第五条）。

3. 全国の自治体における事故情報活用の現状と課題

都道府県・市区町村へのアンケート調査により把握された、事故情報活用の現状と課題を以下にご紹介します。²

図表 3-1 アンケート調査概要

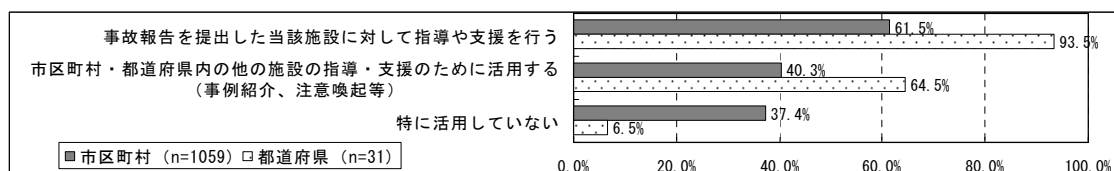
調査対象	全国の市区町村(広域連合)・都道府県
調査方法	郵送による調査票配布・回収
調査期間	2010年9月～10月
回収状況	市区町村1059件(65.4%) 都道府県 37件(78.7%)
調査項目	<ul style="list-style-type: none"> ・事故情報の活用の目的 ・事故情報活用の具体的な方法・内容 ・事故情報活用の効果 ・事故情報活用の課題 ・事故情報活用への意向・意識 など

「介護事故情報を活用していない」と回答した都道府県は1割未満、市区町村は約4割であり、多くの自治体では何らかの形で事故情報を活用しています。

都道府県及び市区町村ともに、事故報告を提出した施設への対応としては、記載内容の不備の確認が中心であり、対応が適切でない施設への指導・支援、対策立案への助言をしている自治体は少なく、指導・支援を行ったあと、再発防止のための取組みの実施状況を確認している自治体はごく少数でした。都道府県・市区町村内の他の施設への指導・支援については、都道府県では約65%が集計結果等に基づき傾向を示して施設の注意を促しています。市区町村では約3割が事故事例として紹介しています。

介護事故情報を活用する際の課題については、「施設によって事故報告の内容にばらつきがある」という施設側の課題と、「活用するための基準やしくみが明確でない」という行政側の制度上の課題があることがわかりました。

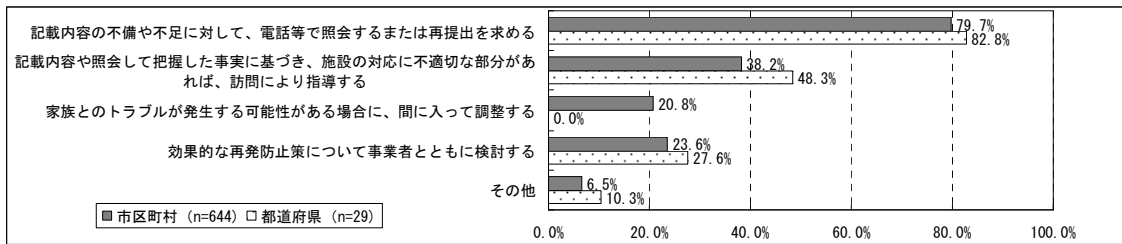
図表 3-2 介護事故情報の活用状況<複数回答>



- ・ 9割以上の都道府県、6割以上の市区町村で当該施設への指導・支援を実施
- ・ 「特に活用していない」と回答した市区町村は約4割

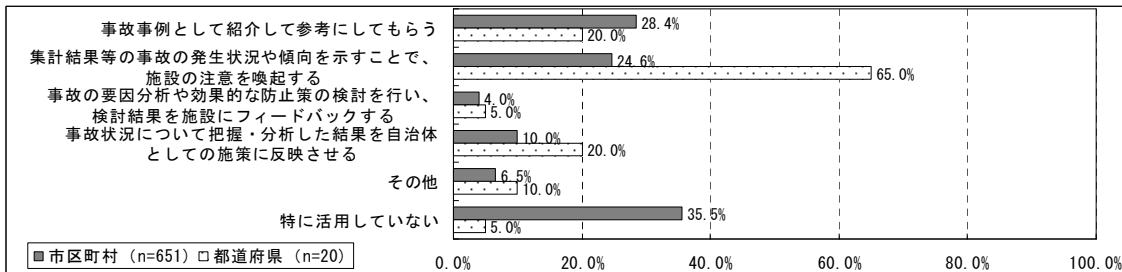
² 調査内容及び調査結果の詳細については「平成22年度介護施設における介護サービスに関連する事故の実態及び対応策のあり方に関する調査研究事業」報告書をご参照ください。

図表 3-3 事故報告を提出した施設に対する指導・支援の内容<複数回答>



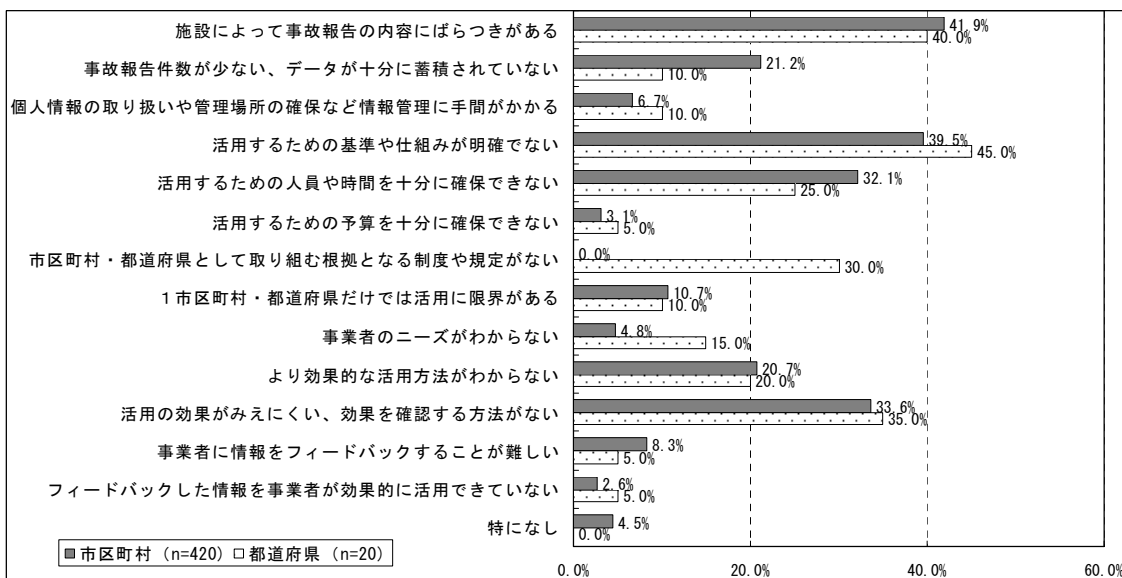
- ・ 都道府県、市区町村とも約 8 割が記載内容の不備に対して照会または再提出を求める
- ・ 施設の対応が不適切な場合に訪問して指導するという回答は半数以下
- ・ 再発防止策を検討するという都道府県、市区町村は 3 割弱

図表 3-4 都道府県・市区町村内の他の施設も含めた指導・支援の内容<複数回答>



- ・ 集計結果に基づき事故の傾向を示して注意を喚起している都道府県は 65.0%
- ・ 事例として紹介、施策に反映している都道府県は 2 割
- ・ 特に活用していない市区町村が全体の約 3 分の 1、事例として紹介する市区町村は約 3 割

図表 3-5 活用に際しての課題<複数回答>



- ・ 都道府県、市区町村ともに約 4 割が、施設による報告内容のばらつき、活用の基準・しくみの不明確さを課題としている
- ・ 効果の見えにくさ、確認方法がないことについても 3 割以上が課題としている

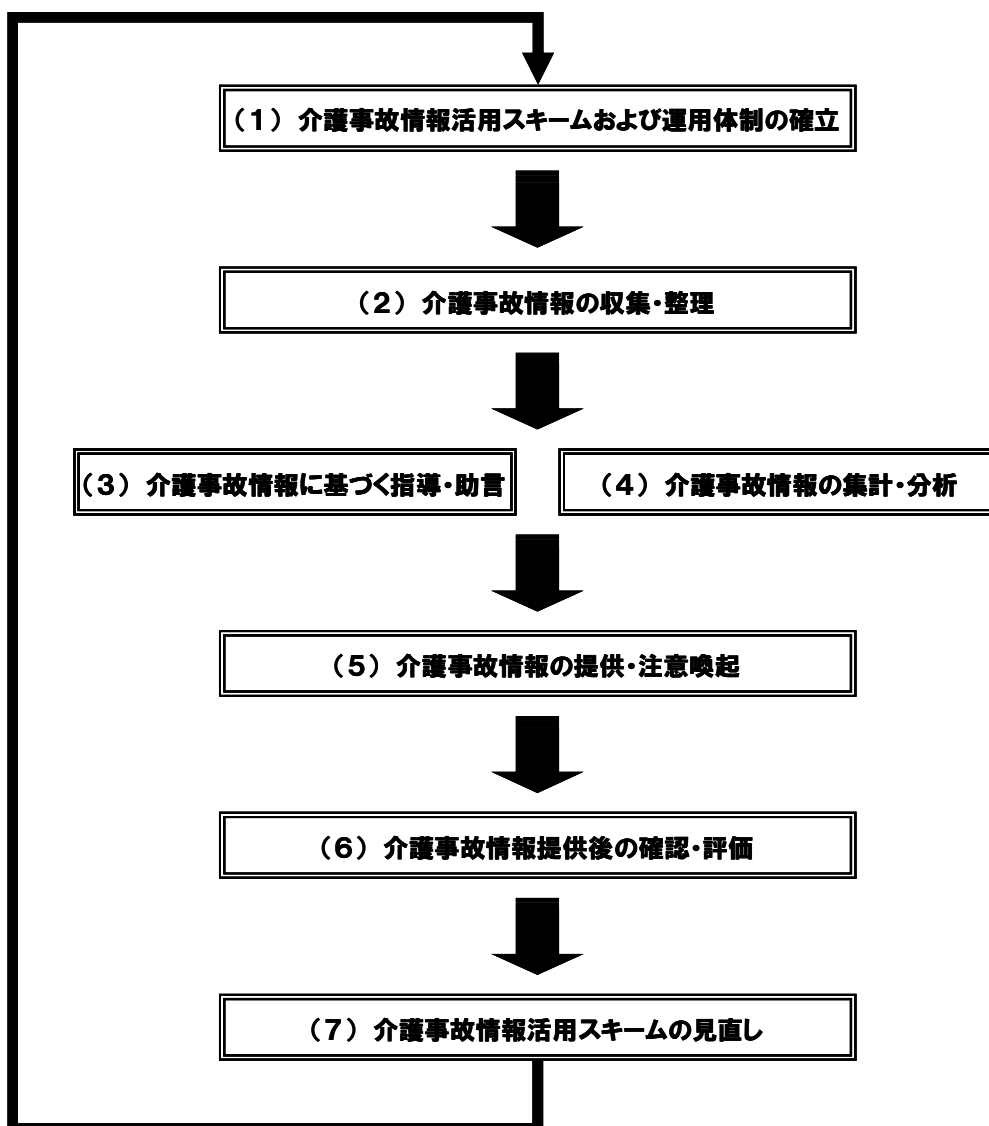
4. 事故情報活用の手順とポイント

4.1 事故情報の収集から活用までの標準的な流れ

ここでは調査結果に基づいて、市区町村・都道府県における介護事故情報活用の手順（標準的な流れ）を整理しました。

事業者から報告された事故情報を有効に活用するためには、収集する事故情報の質・精度の担保、事故情報活用の目的に合ったチェックポイントや分析方法の設定、分析結果をフィードバックするためのルートの確保が特に重要となります。また、適宜、事故情報活用スキームの見直しを行い、実態に合わせて改善していくことも大切です。

図表 4-1 事故情報活用の手順



4.2 事故情報活用の各プロセスにおけるポイント及び検討事項

ここでは、前項に示した「事故情報の収集から活用までの標準的な流れ」に沿って、検討のポイントを示します。

(1) 介護事故情報活用スキーム及び運用体制の確立

介護事故情報を活用の枠組みを構築するにあたっては、まず自治体としての目標・方針を明確化し、実施体制を整備することが大切です。

<検討事項>

- ・ 目標、方針、(特に重視する目標)等 (例:有料老人ホームのサービス質向上 等)
- ・ 活用目的 (例:指導のための検討資料作成、集計結果から傾向を把握し注意喚起 等)
- ・ 実施体制 (担当部署の設置、人員配置、必要に応じて専門職の参画 等)

(2) 介護事故情報の収集・整理

介護事故情報の収集にあたっては、収集する事故情報の質・精度を担保することが特に重要です。そのためには、対象とする事故の範囲を明確にし、報告書様式で用いられる用語の定義づけが必要です。また、事業者による報告の有無や内容のばらつきをなくし、一定レベルの質の報告を促すための工夫(周知、研修など)も大切です。

<検討事項>

- ・ 取扱要領・要綱 (収集する事故の範囲、報告ルート、報告期限、報告様式 記入例等)
- ・ 報告制度の周知方法 (例:説明会・研修会・連絡会等で周知、パンフレット配布、HP 掲載等)
- ・ 情報管理ルール (保管形態、保管期間、管理者・利用(閲覧)者 等)
- ・ データベースの構築 (電子化(入力、PDF化等)、表計算・統計ソフト等の活用 等)
- ・ 収集データの精度管理手段 (チェック機能、補足・修正、用語定義、記入例作成 等)

(3) 介護事故情報に基づく指導・助言

事業者から報告された介護事故情報に基づき適切な指導・助言を行うためには、まず報告書の情報からきちんと事実を読み取ることが大切です。また、担当者個人の考え方や力量によらず、適切に指導・助言を行うための仕組みづくりも重要なポイントです。あらかじめ報告書のチェックや指導・助言の視点を整理しマニュアルを用意しておくとうりです。また、必要に応じて一定期間経過後に対策の実施状況や効果など確認するなど、長期的な観点から指導・助言を行う場合もあります。

<検討事項>

- ・ 報告書記載内容の確認方法 (チェックの視点、手順 等)
- ・ 助言・指導方法 (対象、方法、手順 等)
- ・ 再発防止策実施状況の確認手段 (方法、頻度、逸脱時の措置 等)

(4) 介護事故情報の集計・分析

介護事故情報の集計・分析には、蓄積されたデータを統計的に分析する観点と、個別事例の要因を掘り下げて分析する観点があります。統計的な分析を行う場合には、着目する情報項目で集計し傾向を把握します。また個別事例の分析には、一般に事故分析に用いられる手法を適用することにより、客観的・体系的な視点から分析を行うことができます。専門的な分析を行う場合には専門職の担当者を配置する、あるいは分析に関するガイドライン等を作成するなどの工夫をしている自治体もあります。

<検討事項>

- ・ 集計項目、集計方法（例：サービス種別、時間帯別等のクロス集計、経時比較等）
- ・ 分析項目、分析方法（例：SHELや4M4E、VTA等の手法を用いた分析 等）
- ・ 分析手法、集計手法の習得（ガイドラインの作成、研修の実施 等）

(5) 介護事故情報の提供・注意喚起

介護事故の事例や集計・分析結果を介護の現場に役立つ形で提供することが介護事故情報活用において最も重要なポイントです。提供する情報内容を検討するとともに、提供ルートをきちんと確保する必要があります。

<検討事項>

- ・ 提供先の設定（例：利用者、事業者、市区町村、都道府県 等）
- ・ 情報提供ルート・媒体（例：集団指導、業種別連絡会・勉強会、通知、パンフレット、email、HP、FAX等）
- ・ 提供内容（例：個別事例、集計結果、分析結果およびそれらに基づく事故防止や事故対応策に資する情報）

(6) 介護事故情報提供後の確認・評価

介護事故情報活用の効果を評価することは、現行のスキームを見直す上でも重要です。明確な指標や基準を設定するのは容易ではありませんが、事故報告の状況等から事業者の取組みや意識の変化等を定期的にモニタリングするのもひとつの手段と考えられます。

<検討事項>

- ・ 情報提供効果の評価方法（指標、基準、頻度 等）
- ・ 情報提供効果の確認方法（例：事業者への照会、集計数値のモニタリング 等）

(7) 介護事故情報活用スキームの見直し

現行のスキームを見直し、よりよい事故情報活用スキームを構築していくことが重要です。また、(6)での評価結果以外にも、他の自治体での取組みを参考にするなど、色々な情報を活用することが大切です。

<検討事項>

- ・ 見直しの方法（手順、頻度 等）
- ・ 改善、修正の方法（手順、時期、根拠等）

5. 事例紹介

ここでは、介護事故情報の活用や関係者間の連携において積極的・先進的な取り組みを行っている以下の3都道府県、3市区町村の取り組みを紹介します。³

【都道府県】

都道府県名	①人口 ⁴ ・ ②高齢化率 ⁵	施設数 ⁶ ※	事故報告数 ⁷ ※	特徴
北海道	①554万人 ②23.6%	290施設	1,107件	<ul style="list-style-type: none"> ・総合振興局・振興局を介し情報収集 ・重大事例はケアプラン等も提出を求めて分析 ・集計結果をHPに掲載
		104施設	2件	
		172施設	564件	
		221施設	274件	
神奈川県	①892万人 ②19.2%	298施設	3,606件	<ul style="list-style-type: none"> ・県の標準例をHPに掲載 ・市を通して情報収集 ・集計結果を市へフィードバック
		48施設	46件	
		172施設	1,535件	
		373施設	3,040件	
香川県	①100万人 ②24.9%	77施設	433件	<ul style="list-style-type: none"> ・県下の様式・基準の統一化を目指す ・市町から情報収集
		43施設	6件	
		50施設	98件	
		39施設	112件	

※上から介護老人福祉施設、介護療養型医療施設、介護老人保健施設、有料老人ホームの順に記載しています。

【市区町村】

市町村名	①人口 ⁸ ・ ②高齢化率 ⁹	施設数 ⁶ ※	事故報告数 ⁷ ※	特徴
世田谷区	①841,165人 ②16.9% ※65歳以上人口： 142,197人	18施設	93件	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者・障害者・子供のサービスにおける事故・苦情を一括して扱う部署を設置
		2施設	7件	
		7施設	35件	
		45施設	245件	
土佐市	①30,011人 ②27.1% ※65歳以上人口： 8,146人	1施設	43件	<ul style="list-style-type: none"> ・事故情報のDB化 ・集計ソフトの開発
		1施設		
		1施設		
		0施設		
北九州市	①993,525人 ②22.2% ※65歳以上人口： 220,985人	44施設	380件	<ul style="list-style-type: none"> ・要因分析の実施 ・事業者へ分析結果をフィードバック ・集計結果をHPに掲載
		16施設	66件	
		35施設	287件	
		36施設	177件	

※上から介護老人福祉施設、介護療養型医療施設、介護老人保健施設、有料老人ホームの順に記載しています。

³ アンケート調査結果に基づき、事故情報活用を積極的に活用している自治体、特に当該施設への指導・支援のみならず、他施設への情報提供も含めた活用を行っている自治体を対象にヒアリング調査を実施し、取り組みの詳細を把握しました。

⁴ 統計で見る都道府県のすがた 2010 より（データ：平成 20（2008）年）。

⁵ 統計で見る都道府県のすがた 2010 より（データ：平成 20（2008）年）。

⁶ WAM-NET の介護事業者情報より（平成 23 年 2 月 28 日現在）。なお、有料老人ホームは、「サービス種類＝特定施設」の施設数を記載しています。

⁷ アンケート調査結果より（平成 22 年 9 月実施）、神奈川県は平成 21 年度実績。

⁸ 統計で見る区町村のすがた 2010 より（データ：平成 17（2005）年）

⁹ 統計で見る区町村のすがた 2010 より（データ：平成 17（2005）年）（65 歳以上人口／人口×100）

5.1 北海道

ポイント

- 総合振興局・振興局を介し、道が施設から全件を情報収集している。
- 重大な事故とその他の事故に区別し、重大な事故についてはケアプランやアセスメント表、現場見取り図等も提出を求めて、ケアの提供実態と事故の発生状況について確認している。
- 指導権限をもつ北海道が報告書の妥当性等を確認することで、サービスの質の向上が期待できる。
- 事業者指導の際、報告すべき事故が発生した場合に報告が行われているかを確認し、必要に応じて指導を行っている。

事故情報活用の目的・基本方針

- 事故発生時における対応や、事故発生要因分析、再発防止策の実効性等を検証し、入所者又は利用者に対するサービスの質の向上及び施設・事業所の運営の適正化を図る。
- 都道府県への報告について法令上義務付けはないが、北海道では指導権限を有する事業所に対し報告を求め、サービスの質の向上等を図ることとしている。
- 近年制度を変更したことから経年比較が困難な状況にあるため、今後は基本的には制度を変えず、経年比較を可能とする方針。

実施体制

- 道に設置されている各総合振興局及び振興局の担当課が事故報告の窓口となり、報告書のチェック、事業者への指導・助言、事故件数等の集計業務を担当。
- 本庁は各総合振興局及び振興局から提出された報告書及び集計結果を集約し、集計・分析結果をHP等に掲載。

報告の基準

- 対象事業所：道が指導権限を有する事業所
- 報告範囲：
 - I. 重大な事故等【直ちに概要を報告し、7日以内に文書で報告】
 - ① 入所者等の死亡事故
 - ② 役・職員の不法行為（預かり金着服・横領等）
 - ③ 入所者等に対する虐待（不適切な処遇（疑）を含む）
 - ④ 入所者等の不法行為

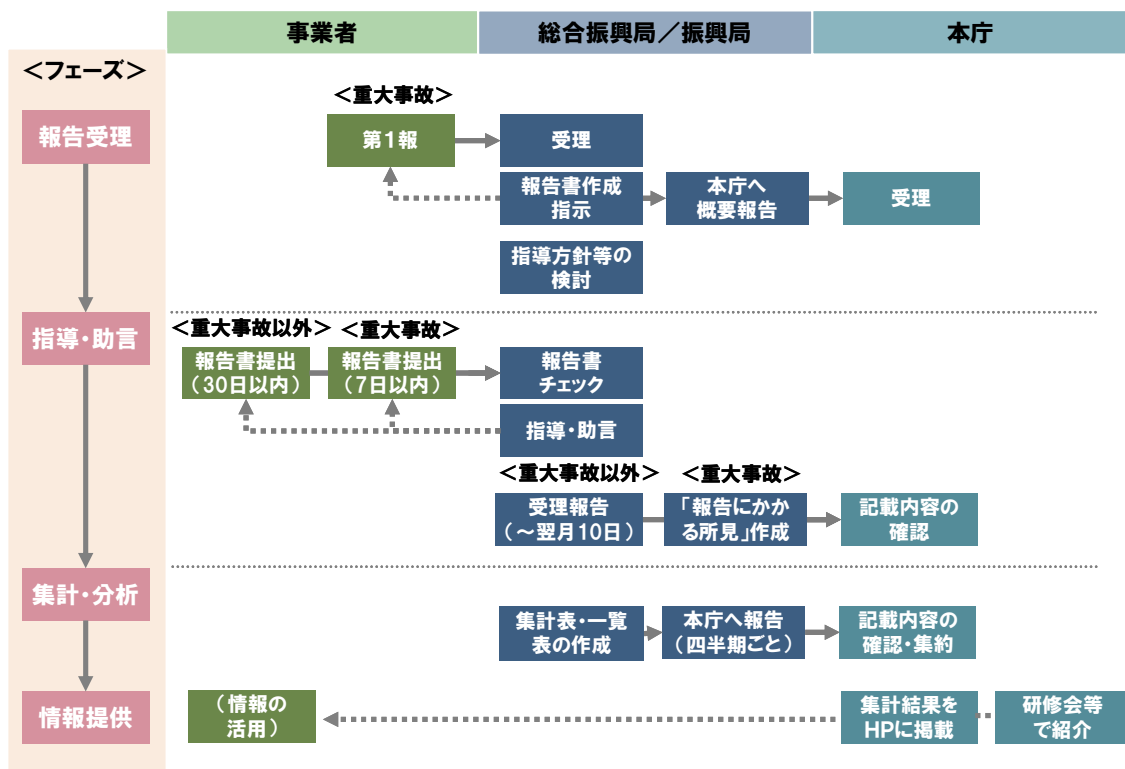
- ⑤ 入所者等の失踪・行方不明（現在も捜査中のもの）
- ⑥ その他①～⑤以外の事項で、テレビ・新聞等で報道された事案（報道される可能性のある事案を含む）

II. 上記以外の事故【事故発生後（又は事故発覚後）30日以内に報告】

- ① 入所者等の骨折、打撲、裂傷等で、医療機関への入院・通院を要したもの
- ② 入所者等の誤飲、誤食、誤嚥及び誤薬
- ③ 無断外出（見つかった場合）
- ④ その他報告が必要と認められるもの（交通事故等）

注）・入所者等が病気により死亡した場合であっても、死因等に疑義が生じる可能性のあるときは報告すること。
 ・在宅の通所・短期入所サービス及び施設サービスにおいては、利用者が施設等にいる間に限る。

実施手順



様式・マニュアル等

① 事故報告要領：社会福祉施設等における事故等発生時の報告事務取扱要領¹⁰

北海道では、生活保護法、老人福祉法、障害者自立支援法、児童福祉法、社会福祉法、売春防止法及び介護保険法の規定に基づく施設及び事業所で共通した報告手順、報告書様式を採用している。

¹⁰ <http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/sus/shafukujikoyoryo.htm>

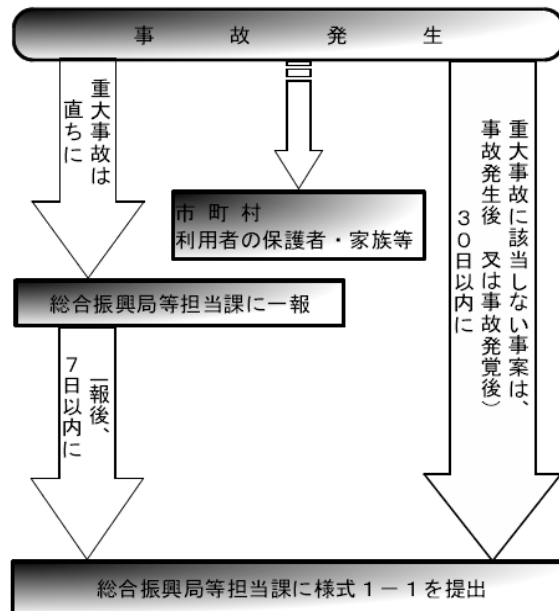
② 事故報告書：事故等発生状況報告書¹¹

<p>1. 事故等が発生した施設・事業所</p> <p>2. 事故等の分類</p> <p>3. 事故等の概要</p> <p>4. 事故等の発生日時・場所</p> <p>5. 施設等が事故等を認知した日時及び家族への対応等</p> <p>6. 被害者等の状況</p> <p>7. 当該事故関係者の状況 (職員については略歴を添付)</p> <p>8. 施設・事業所の対応</p> <p>9. 事故の原因分析及び再発防止策</p> <p>10. 前回事故発生日</p>	<p>※報告書様式（一部）</p> <p>報告様式 1-1</p> <p style="text-align: center;">事故等発生状況報告書</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>〇〇（総合振興局又は振興局）長 様</p> <p style="text-align: right;">法人所在地 法人名称 代表者氏名</p> <p>1 事故等が発生した施設・事業所 (1) 種 別 (2) 名 称 (3) 所在地</p> <p>2 事故等の分類 該当する□にチェックを入れること</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">利用者無関係に關するもの</th> <th style="text-align: center;">施設・事業所及び従業員に關するもの</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 死亡事故</td> <td><input type="checkbox"/> 不法行為</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 虐待</td> <td><input type="checkbox"/> 無断外出</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 失踪・行方不明</td> <td><input type="checkbox"/> その他</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 骨折・打撲・裂傷等</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 誤飲・誤食・誤嚥・誤薬</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">その他</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 事件報道が行われた場合等</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> その他必要と認められる場合</td> </tr> </tbody> </table> <p>3 事故等の概要</p>	利用者無関係に關するもの	施設・事業所及び従業員に關するもの	<input type="checkbox"/> 死亡事故	<input type="checkbox"/> 不法行為	<input type="checkbox"/> 虐待	<input type="checkbox"/> 無断外出	<input type="checkbox"/> 失踪・行方不明	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 骨折・打撲・裂傷等		<input type="checkbox"/> 誤飲・誤食・誤嚥・誤薬			その他		<input type="checkbox"/> 事件報道が行われた場合等		<input type="checkbox"/> その他必要と認められる場合
利用者無関係に關するもの	施設・事業所及び従業員に關するもの																		
<input type="checkbox"/> 死亡事故	<input type="checkbox"/> 不法行為																		
<input type="checkbox"/> 虐待	<input type="checkbox"/> 無断外出																		
<input type="checkbox"/> 失踪・行方不明	<input type="checkbox"/> その他																		
<input type="checkbox"/> 骨折・打撲・裂傷等																			
<input type="checkbox"/> 誤飲・誤食・誤嚥・誤薬																			
	その他																		
	<input type="checkbox"/> 事件報道が行われた場合等																		
	<input type="checkbox"/> その他必要と認められる場合																		

重大事故の場合は、報告書のほかに以下の書類を参考資料として提出する。

- ① 利用者のケアプラン、支援計画、アセスメント表
- ② 事故発生時の現場見取り図
- ③ 法人内部及び施設等において事故の対応を協議した会議録
- ④ 食事に関する事故等については被害者の栄養計画

事 故 報 告 フ ロ ー 図



※1 道立施設は直接、本庁所管課（局）に報告すること。
 ※2 本庁が所管している施設・事業所については、本庁担当課・局へ直接報告すること。
 ※3 施設・事業所は、各法令・通知等に基づき別途、道、市町村及び利用者の保護者・家族へ報告を要するものがあること。

各総合振興局等担当課は、各事業者が提出した「事故等発生状況報告書」の内容に不備がある場合は、必要な指導・助言を行う。また、重大事故については、内容を精査し「事故等発生状況報告書に係る所見」（事故の概要、再発防止策の妥当性、施設等に対する指導内容や今後の対応等を記入する書式）を作成した上で、報告書とあわせて本庁に報告する。

さらに「事故等発生状況報告書」の記載内容に基づき、「社会福祉施設事故報告件数集計表」及び「事故報告一覧表」を作成し、本庁に各四半期の最終月の翌々月 15 日までに報告する。

本庁は、各総合振興局等担当課が提出した報告様式の記載内容の整合性を適宜確認しながら集約を行う。

情報提供

事故報告の集計・分析結果をホームページに掲載している¹²。

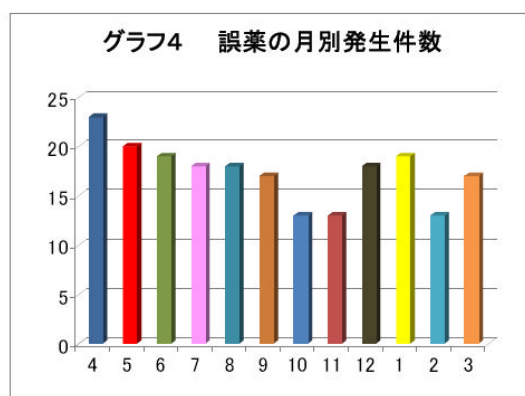
また、北海道社会福祉協議会が開催する高齢者施設の施設長等を対象とする研修会等で説明し、注意喚起している。

今後は、個別の事故について、事故の原因や再発防止の取組み等をまとめた事故事例集を作成する予定である。

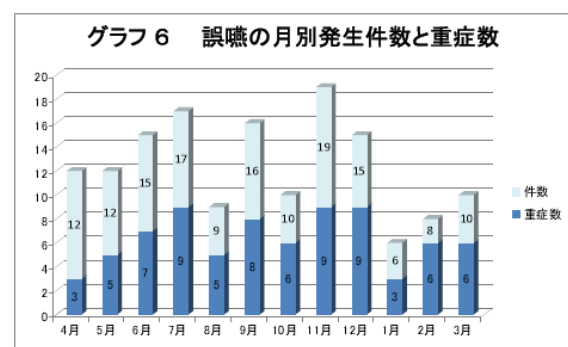
<集計項目>

事故の内容、月別発生件数、内容別月別発生件数、誤嚥の月別発生件数と重症化の割合、骨折と打撲における受傷部位、施設別発生件数、年度比較など

※集計例 1：誤薬の月別発生件数



※集計例 2：誤嚥の月別発生件数と重症数



¹² 平成 21 年度 老人施設等事故報告 集計・分析結果

<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/NR/rdonlyres/1D32D981-C338-4034-B4E3-ADA49EB92705/O/21jikosyuukei.pdf>

5.2 神奈川県

ポイント

- 保険者機能を強化するため、市町村の取組みをサポートしていくのが今後の都道府県の役割であると認識して、取組みを実践している（市町村がお互いに情報共有できるような場の提供、市町村間の目線合わせやとりまとめを行うことなど）
- 特に、有料老人ホームについては、これまで市町村との関わりがなかったため、はじめのうちは県のノウハウを市町村に伝えていく必要がある。
- 現状では市町村や報告主体である事業者の捉え方にばらつきがあり、データの精度が良いとは言えないので、仮に事業者に公表する場合には誤解を与えないような発信の仕方が必要である。

事故情報活用の目的・基本方針

- 県下の市町村それぞれの基準・フォーマットが統一されていなかったため、標準例として報告の基準及び報告書のフォーマットを提示した。
- ただし、あくまで市区町村の考えを優先。標準例は各市区町村が独自の基準等を制定するまでのあいだ活用するためのものという位置づけ。
- 事故の再発防止及びサービスの質の向上を目的として事故情報を収集し、集計結果を市区町村にフィードバックしている。
- 事業者に対しては、事業者自身のため（=再発防止、スキルアップにつながる）に事故報告制度があるということを伝えている。

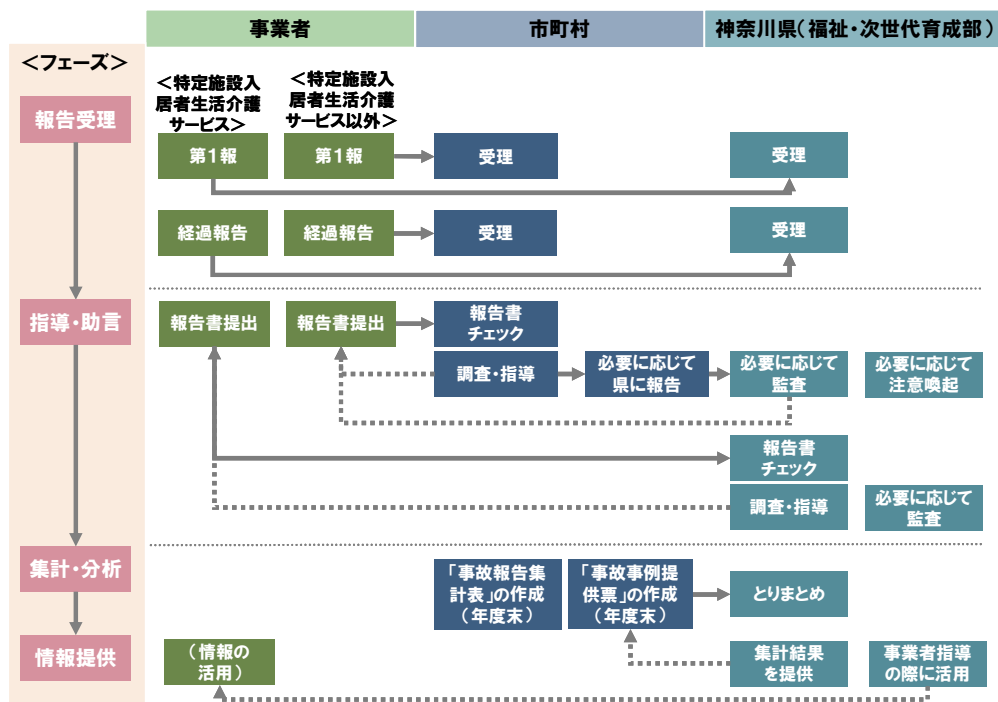
実施体制

- 事故報告の集計、とりまとめについては介護保険課監査グループ（1名）が担当
- 実地指導は、介護保険課指導グループ（15名）、高齢施設課（数名）及び県下9の保健福祉事務所（18名）が担当
- 施設に対するクレーム対応や報告書の管理は高齢施設課が担当
- 監査については、介護保険課監査グループ（5名）が担当

報告の基準

- ▶ 監査が必要な重大事故については市区町村から報告、有料老人ホームについては事業者から県に直接報告
 - 次の事業者が行う介護保険適用サービスとする。
 - (1) 指定介護保険事業者
 - (2) 基準該当サービス事業者
- ▶ 報告範囲：標準例
 - (1) サービスの提供による、利用者のケガ又は死亡事故の発生
 - (注1) 「サービスの提供による」とは送迎・通院等の間の事故も含む。また、在宅の通所・入所サービス及び施設サービスにおいては、利用者が事業所内にいる間（サービス終了後に送迎を待っている間を含む）は、「サービスの提供中」に含まれるものとする。ただし、利用者が乗車していない場合は除く。
 - (注2) ケガの程度については、医療機関で受診を要したものを原則とする。
 - (注3) 事業者側の過失の有無は問わない（利用者の自己過失による事故であっても、注2に該当する場合は報告すること）。
 - (注4) 利用者が病気等により死亡した場合であっても、死因等に疑義が生じる可能性があるとき（トラブルになる可能性があるとき）は、所管課へ報告すること。
 - (注5) 利用者が、事故によるケガが原因で後日死亡に至った場合は、事業者は速やかに、所管課へ連絡し、報告書を再提出すること。
 - (2) 食中毒及び感染症、結核の発生
 - (注) 食中毒、感染症、結核について、サービス提供に関して発生したと認められる場合は、所管課へ報告すること。なお、これらについて関連する法に定める届出義務がある場合は、これに従うこと。
 - (3) 職員（従業者）の法令違反・不祥事等の発生
 - 利用者の処遇に影響があるもの（例：利用者からの預かり金の横領、個人情報の紛失など）については報告すること。

実施手順



様式・マニュアル等

① 事故報告書：（事業者向け）

「介護情報サービス かながわ¹³」のHPに事故報告の方法、事故報告取り扱い要領（標準例）、事故報告様式（標準例）を掲載。横浜市の要領・様式も合わせて掲載している。

・ 事故報告の方法：

特定施設入居者生活介護サービス以外の場合は市区町村に報告する。報告を受けた市区町村は「介護保険適用サービスにおける事故報告に係る情報提供取組要領」に従い、指定基準違反などが事故の原因となっているようなケースなど県の対応が必要と思われる事故事例を県に報告する。特定施設入居者生活介護サービスの場合は直接県が報告を受ける。

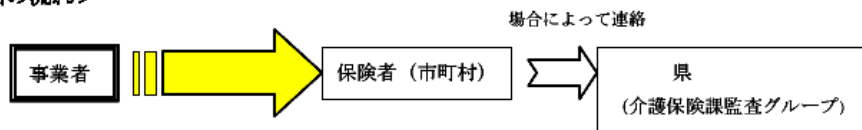
※事故報告の方法（特定施設入居者生活介護を除くサービス用）（一部）

介護保険事業者の事故報告書の提出方法（H18年度～）

【特定施設入居者生活介護除くサービス用】

介護保険サービス事業者は、事故発生時には、市町村へ報告することが義務づけられています。

<提出の流れ>



<提出先の保険者>

該当する利用者の保険者及び事業所所在地の市町村

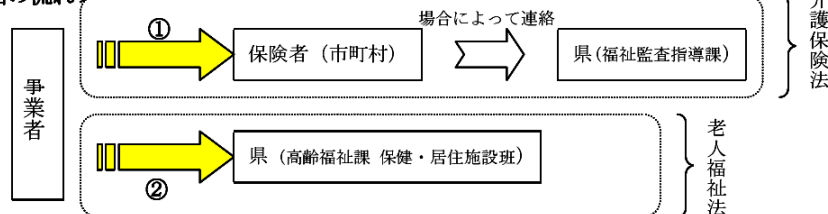
※事故報告の方法（特定施設入居者生活介護サービス用）（一部）

介護保険事業者の事故報告書の提出方法（H18年度～）

【特定施設入居者生活介護用】

特定施設入居者生活介護事業所は、①介護保険法に基づき市町村へ報告する ②老人福祉法の有料老人ホームとして県に報告することが義務づけられています。

<提出の流れ>



- ・ 事故報告書様式：<http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/60/lib.asp?topid=12>

¹³<http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/>

（社）かながわ福祉サービス振興会（<http://www.kanafuku.jp/>）によって運営されるサイト

② 「介護保険適用サービスにおける事故報告に係る情報提供取組要領」：(市町村向け)

県内の事故の発生状況を把握、周知することで事業者の事故防止の取組みを支援・促進するため、また県として必要な対応を迅速に行うために、県内市町村に県への情報提供を求めている。

報告内容として「統計情報等」と「県の対応が必要な事故の情報提供」をあげ、それぞれ県としての情報の活用方法を示している。統計情報には①事故件数、②事故事例があり、それぞれ報告様式を定めている(下記参照)。

※事故報告集計表(一部)

様式1 介護保険サービス事業者 事故報告集計表(平成 月 ~ 年 月分)

市町村名: (1/2)

利用者のケガ	利用者のケガ										合計 (件数)	左記のうち死亡に 達した数(人数)	
	骨折	打撲・捻挫・脱臼	切傷・擦傷	異食・誤えん	やけど	その他の外傷	食中毒	感染症・結核	職員の法令違反・不祥事	その他			
① 居宅介護支援	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
② 訪問介護	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
③ 介護予防訪問介護	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
④ 訪問入浴介護	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
⑤ 介護予防訪問入浴介護	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
⑥ 訪問看護	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
⑦ 介護予防訪問看護	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
⑧ 訪問リハビリテーション	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
⑨ 介護予防訪問リハビリテーション	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

＜事例選定の視点・事由＞

- ・ 他事業者に周知することで同様の事故発生防止に効果があると思われる事例
 - ・ 事故の再発防止策として講じた対応の効果があったと思われる事例
 - ・ 事業者の対応が不適切であり、指導した事例
 - ・ 指定基準違反が原因と思われるもの
 - ・ 事故により利用者が死亡したもの
- 等

※事故事例提供票(一部)

様式2 事故事例提供票(市町村→県)

平成 年 月 日

情報提供市町村名

(複選)
 周知により事故防止に効果がある事例 再発防止策として効果があった事例 事業者の対応が不適切であり、指導した事例

情報提供する理由
(複数選択可)

<input type="checkbox"/> 指定基準違反が原因と思われる事故	<input type="checkbox"/> 利用者への身体拘束が原因と思われる事故
<input type="checkbox"/> 利用者が死亡した事故	<input type="checkbox"/> 職員の不祥事または法令違反が原因と思われる事故
<input type="checkbox"/> 特異な事由が原因となっている事故	<input type="checkbox"/> 情報提供により同様の事故が防止できるとと思われる事故

サービス種類
(事故が発生したサービス)

事故の種類
(複数場合は、もっとも重症のもの)

<input type="checkbox"/> 骨折	<input type="checkbox"/> やけど	<input type="checkbox"/> 感染症・結核
<input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼	<input type="checkbox"/> その他の外傷	<input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事
<input type="checkbox"/> 切傷・擦傷	<input type="checkbox"/> 食中毒	<input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 異食・誤えん		

(発生時刻、発生場所及び原因となった事由も含めて、できるだけ具体的に記載してください。)

事故の内容

情報提供

- 各市町村から提供された集計結果を全県分とりまとめ、各市町村に情報提供している。
- 各市町村から提供された事故事例のうち、事故の再発防止等を促すため適当と判断される事例をとりまとめ、各市町村に情報提供している(とりまとめの際は情報提供市町村名が特定できないように配慮)。

5.3 香川県

ポイント

- 重大事故や事故後の状況が不明瞭なケースについては、再発防止策が適切に行われているかを市町・事業者で電話で確認。さらに必要であれば指導・監査を実施。
- 県が事業者と直接連絡をとることで、より事業所の実態を把握しやすくなり、また指導も適切に行えるというメリットがある。
- 普段から市町や事業者とコミュニケーションをとり、信頼関係を築くことが重要。
- 市区町村の役割は、保険者として個別事例にタイムリーに適切な対応をすることであると考える。
- 県の役割は広い視野に立ってサービス事業者全体の問題点を見つけ、改善していくことである。統計をとることだけが目的ではなく、報告書から問題点を見つけ、事業者適切に指導する必要がある。

事故情報活用の目的・基本方針

- 事業者が市町との連携を円滑に行い、事故に対する適切な対応や再発防止策を講じるとともに、介護サービスの安全と質の向上を図ることを目的としている。
- 県として事故に関する統計を取る必要性を感じていたが、市町で様式・基準が統一されていなければ正確な統計にならない。そこで、市町と協議し、平成20年に県として事故発生時の報告マニュアル及び報告書の様式を作成した。
- 事故報告の様式等については市町の裁量に任せているが、極力県の基準・様式を使用するよう働きかけている。今後、県下で統一したいと考えている。

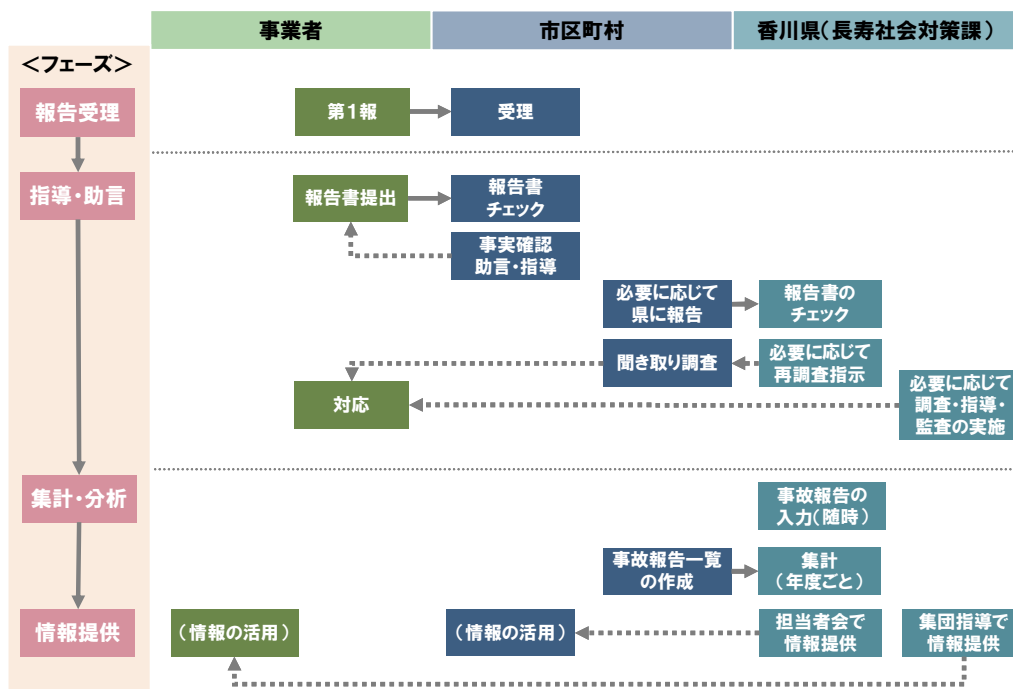
実施体制

- 長寿社会対策課の5つのグループのうち、基盤整備グループ、サービス指導グループ、介護人材グループの3つのグループから2名ずつ介護事故の担当者を設けている（保健師2名または保健師と事務1名ずつ）。
- 基盤整備グループが施設サービスを、サービス指導グループが居宅サービスを、介護人材グループが軽費老人ホームをそれぞれ担当。
- 担当するサービス種別の報告書データを入力するほか、報告書をもとに市町・事業者への問合せを行っている。

報告の基準

- 「①事業者が市町に報告を行う範囲」「②市町が県に報告する範囲」を定めている。
- 報告範囲：
 - ①「医療機関で受診を要したもの」あるいは「死亡したもの」（事業者の過失の有無は問わない）、「職員の不祥事」
 - ②「入院治療を要したもの」「死亡したもの」「身体拘束や虐待が事故の原因となつていられるもの」「指定基準違反の恐れがあるもの」「職員の不祥事」「他の事業者事例として情報提供することで同様な事故の発生防止に寄与すると思われるもの」

実施手順



様式・マニュアル等

- ① 事故報告書：「かがわ介護保険情報ネット¹⁴」上に報告マニュアルとともに事故報告様式（エクセル形式）を掲載。

報告マニュアルでは、報告の活用目的について明記し、過失の有無の判断に用いるためではないことを明言している。マニュアルには、報告する事故の範囲や報告のフロー図、報告の活用方法等について記載している。また、報告書様式も掲載している。

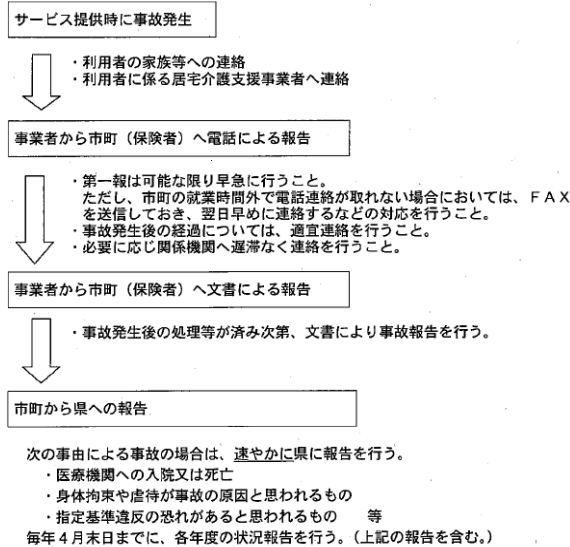
¹⁴ <http://www.pref.kagawa.lg.jp/choju/kaigo/>

※報告の活用等について（引用）

県において報告内容を取りまとめ、介護サービスの安全の確保と質の向上のための基礎資料として活用する。なお、当該報告は事業者の事故に対する過失の有無を判断するためのものではない。

※報告のフロー図

【報告のフロー図】



※報告書様式（詳細は下記URL参照）

様式例(各市町の様式でも可)
介護保険事業者 事故報告書（事業者→市町） 平成 年 月 日

1	事業者の概要	法人名 事業所(施設)名 事業所番号 所在地 電話番号 FAX番号 記載者職氏名 サービス種類 (事故が発生したサービス) <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 居宅介護管理指導 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> その他()
2	対象者	氏名・年齢・性別 年齢: 性別: 要介護度: 被保険者番号 サービス提供開始日 年 月 日 住 所 保 険 者 名
3	事故の概要	発生日時 発生場所 事故の種類 (複数の場合は、 マウスで複数の画いもの) <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 感染症・結核 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 興奮・誤えん 死亡に至った場合はその死亡年月日: 平成 年 月 日
4	事故発生時の対応	対応の仕方 治療した医療機関 (医療機関名、住所、電話番号等) 治療の概要 連絡済の関係機関
5	事故発生後の対応	利用者の状況 (病状、入院の有無、その他の利用者の状況及び、家族への報告、説明の内容) 損害賠償等の状況 再発防止に向けての今後の取り組み (できるだけ具体的に記載すること)

注)記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付してください。

- ・ 報告マニュアル：下記URL参照

<http://www.pref.kagawa.lg.jp/choju/kaigo/jigyosya/risk-management/images/jikohoukoku.pdf>

- ・ 報告書様式：下記URL参照

<http://www.pref.kagawa.lg.jp/choju/kaigo/jigyosya/risk-management/images/jikohoukoku.xls>

② 事故報告一覧（別紙様式）：

市町は事業者からあげられた事故報告の一覧表を作成する（毎年4月末）。作成した事故報告一覧を県に提出する。

※事故報告一覧（別紙様式）（一部）

（別紙様式）

平成 年度事故報告一覧

市町名（ ）

NO.	受付年月日	事業所名	利用者の状況		事故発生の状況				事故後の経過等	備考
			年齢	性別	月日	時間	場所	種類（内容）		

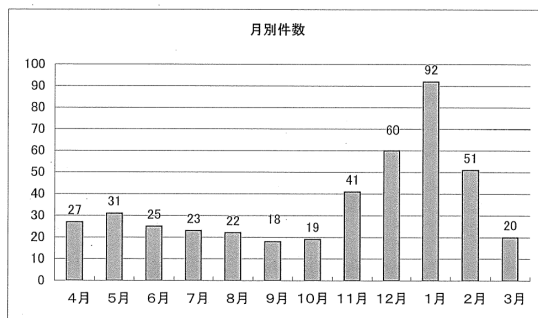
情報提供

報告された事故情報については、年度ごとに集計する。集計結果は担当者会等で市町にフィードバックするとともに、集団指導等で事業者にもフィードバックしている。集団指導はサービス種別ごとに行うため、サービス種別ごとにフィードバックする内容を変えている。

＜集計項目＞

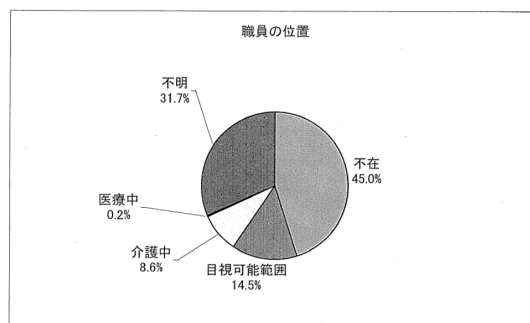
市町村別事故件数・割合／法人組織別事故件数・割合／発生月別事故件数・割合／年齢別事故件数・割合／性別事故件数・割合／施設別事故件数・割合／施設種別事故件数・割合／発生場所別事故件数・割合／事故内容¹⁵別事故件数・割合／事故種別¹⁶事故件数・割合／職員の位置¹⁷別事故件数・割合

※集計例 1：発生月別事故件数



* 月別件数では1月92件(21.4%)、12月60件(14.0%)、2月51件(11.9%)と冬季に多くっており、全体の約半数を占めている。

※集計例 2：職員の位置別事故割合



* 事故が発生した時の職員の位置は、45%が不在だが、目視可能範囲も14.5%ある。

15 転倒、転落、誤嚥、異食など
 16 骨折、外傷、打撲、死亡など
 17 事故が発生した際職員がいた場所

5.4 世田谷区

ポイント

- 事故報告書をチェックする視点として、①事故の種類に基づくチェック、②事故の経緯に沿ったチェック、③事故の背後に重大事態が潜んでいないか、④事故報告書の記入・提出に関するチェック、の4つを掲げている。
- ①については、体制や手順をきちんと守ることにより防ぐことができる事故か否かという視点で事故を類型化。体制や手順をきちんと守ることにより防ぐことができる事故については、事故後の適切な対応ももちろんではあるが、特に事故原因の究明及び再発防止策の検討・実施が重要となる。
- 事故の背後にある要因（組織として機能していない、基準違反、介護者のレベルが低い等）を見出し、適切に指導・助言していくことが重要。
- 集計結果からわかることは少ないと考えている。まずは個別に点検し指導助言に活かすこととし、次いで事例集の作成等による役立つ事例の共有に力を入れている。

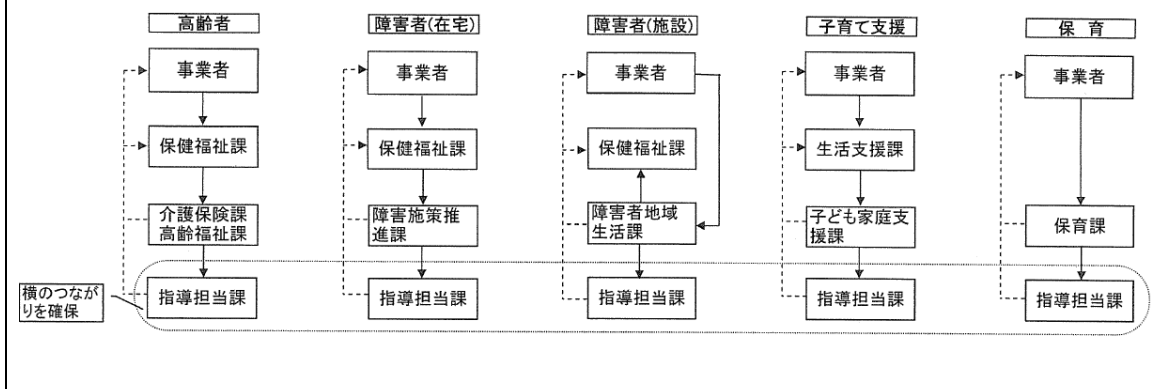
事故情報活用の目的・基本方針

- 区民が安全で質の高い保健福祉サービスを安心して利用できる環境を整備するため、区（保健福祉領域）は、苦情・事故・評価・指導によるサービスの質の確保・向上を目指している。
- サービスの質の向上についての基本的な考え方として、事業者・区民・行政それぞれが協働して取り組むべきであるとしている。
- ヒヤリハットや事故について、広い視野に立って多角的に原因を究明することで多くの知見を引き出し、事故対応の改善や再発防止に役立てることが重要である。そのためには事故情報を共有し、事故事例を集計・分析した成果を事業者にフィードバックするしくみが必要となる。

実施体制

- 区内に5箇所設置してある保健福祉課の窓口が事業者から報告を受ける。
- 保健福祉課から本庁所管課である介護保険課及び高齢福祉課へ報告があげられる。
- さらに、本庁所管課から指導担当課へ報告があげられる（指導担当課は高齢者だけでなく、福祉や子供サービス事業所での事故、苦情等を一括して扱っている）。

※実施体制



報告の基準

- 対象事業所：

保健福祉サービスを自らの事業として又は区からの委託を受けて行う事業者。
- 報告範囲：「医師の診断・加療を受けたもの、個人情報流出など区民に被害が大きいもの、その他施設長が区に報告する必要があると判断したもの。」
 - (1) 介護サービス提供による利用者のけがや死亡事故等（以下「けが等」という。）

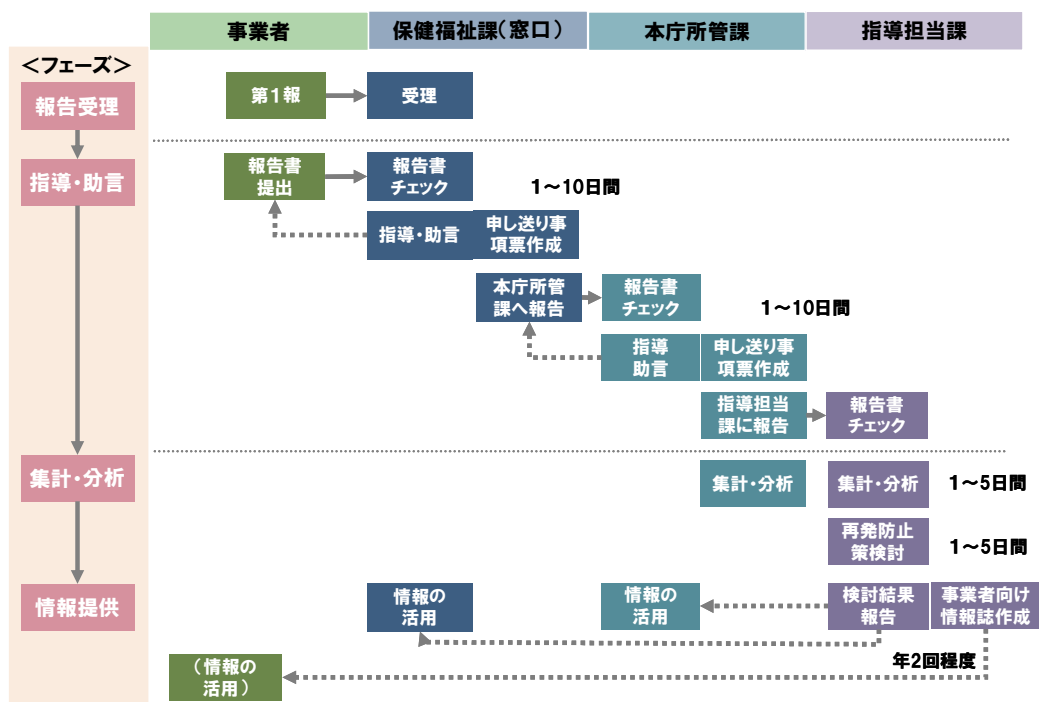
けが等とは、死亡事故のほか、外傷、誤えん、異食、誤与薬等のうち医療機関において治療（施設内における医療処置を含む。）又は入院したものをいう。ただし、擦過傷や打撲など比較的軽易なものは除く。

なお、「サービス提供」には、送迎及び通院等を含めるものとする。
 - (2) 介護サービス提供により、利用者の住居、家財、所持品等に損害を及ぼし、損害賠償責任が発生又は発生するおそれのあるもの。
 - (3) 利用者のなかから感染症（結核及び疥癬を含む）又は食中毒の患者が発生し、他の利用者へのサービス提供に影響するおそれのあるもの。

なお、感染症とは、結核及び疥癬のほか、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成 10 年法律第 114 号）に規定するもののうち、1 類感染症から 5 類感染症（5 類感染症の定点把握感染症を除く。）、指定感染症及び新感染症をいう。
 - (4) 従業員の法令違反及び不祥事等のうち、利用者へのサービス提供に影響するおそれのあるもの。

（例）利用者からの預かり金の横領、送迎時の交通事故など
 - (5) その他、特に保険者から報告を求められたもの。

実施手順



様式・マニュアル等

① 事故報告書：下記 URL 参照

http://www.city.setagaya.tokyo.jp/O30/pdf/15853_1.xls

なお、HP には報告書の記入方法及び記入例も掲載している。

② 事故報告チェックマニュアル：

報告書をチェックする際の、窓口・本庁所管課それぞれの視点やポイントを記載。

- ・ 事故報告チェック手順書（窓口用）：保健福祉課が事業者からの報告書をチェックするためのマニュアル。
- ・ 事故報告チェック手順書（本庁所管課用）：本庁所管課が事業者からの報告書をチェックするためのマニュアル。

③ 申し送り事項票

①窓口（保健福祉課）→本庁所管課、②本庁所管課→本庁所管課それぞれの段階で報告書写しとともに申し送り事項票を添付する。本庁所管課あるいは本庁所管課に報告すべき特記事項を申し送り事項票に記入する。

情報提供

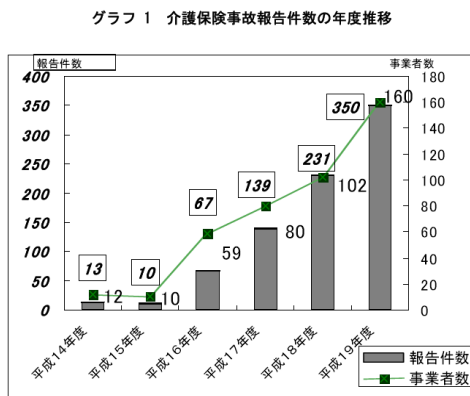
① 集計結果：

集計結果を年に一度とりまとめ、介護保険事業者向け情報としてHPに掲載している¹⁸。

<集計項目>

サービス種別事故報告件数・構成比／年齢と要介護度における分布／事故発生要因／傷病部位別事故内容件数／要介護度別事故内容／発生時間帯別報告件数／発生場所／時間帯による事故発生場所／発生時の本人状況別報告件数

※集計例1：事故件数の年度推移



※集計例2：年齢別要介護度別事故件数

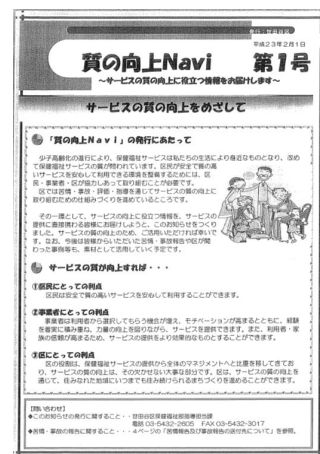
表2 年齢層別要介護度別事故報告件数（クロス集計）

年齢(当時)	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	総計
50歳代							1		1
60歳代					1	1		1	4
70歳代	2	1	6	7	8	19	11		54
80歳代	3	4	20	26	45	32	18		148
90歳代	1	3	8	17	30	38	25		122
100歳以上				2	1	2	4		9
その他・不明								12	12
総計	6	8	34	53	85	93	59	12	350

② 事業者向け情報：「質の向上Navi」

平成23年からサービスの向上に役立つ情報を掲載した「質の向上Navi」という事業者向けニュースを刊行・配布。第1号では質の向上の重要性、事業者・区民：区の役割分担を示し、事故報告制度の周知を図った。

年に2回程度、人員配置の変更等で事故が起りやすい時期に配布して注意喚起を図る予定。



¹⁸ <http://www.city.setagaya.tokyo.jp/030/d00015853.html>

5.5 土佐市

ポイント

- 再発防止策の実施状況について、実地指導や電話等で確認。特に重大事故の場合は気に留めて確認するよう努めている。
- 日ごろの事業者とのコミュニケーションの中で確認するよう心がけている。したがってコミュニケーションを密にすることが重要。
- 平成21年事業¹⁹において開発された介護事故情報収集ツールをベースに、土佐市独自の集計ソフトを開発。期間等の条件を指定するとエクセル上に集計結果が出力されるようマクロを組んだもの。
- 集計結果は、地域密着型サービス運営委員会や地域包括支援センター運営協議会で情報提供している。今後はデータを蓄積し、集計結果をHP等で公表することも考えている。

事故情報活用の目的・基本方針

- どのようなサービス種別でどのような事故が発生しているのか、あるいはどの時間帯に起こっているのか実態を把握し、事故防止のための対策を講じるために事故情報を収集・分析している。

実施体制

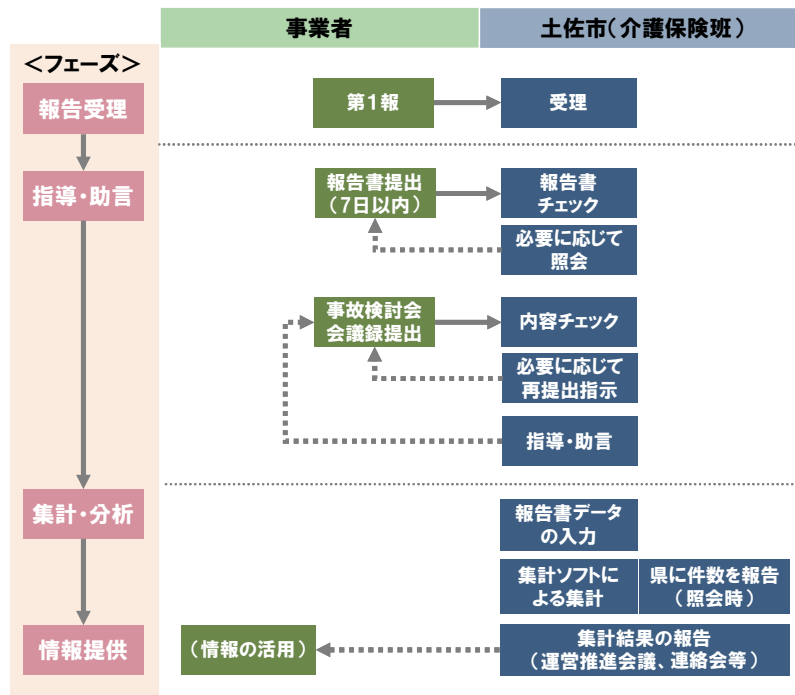
- 報告書のデータ入力作業は担当者1人で実施

報告の基準

- 高知市の基準及び様式を参考に土佐市独自の基準を設定
- 対象事業所：介護保険指定事業者及び基準該当サービス事業者が行なう介護保険適用サービス
- 報告範囲：医療機関へ受診を要した事故
 - (1) サービスの提供による利用者のけが又は死亡事故の発生
 - (2) 食中毒及び感染症、結核の発生
 - (3) 施設管理・運営上の事故やトラブルの発生
 - (4) その他、報告が必要と認められる事故の発生

¹⁹ 「高齢者介護施設における介護事故の実態及び対応策のあり方に関する調査研究事業」平成22年3月 三菱総合研究所

実施手順



様式・マニュアル等

- ① 報告書：高知市の様式を参考に作成。HP上には掲載していない（紙ベースで事業者に配布）。
- ② 介護事故検討会会議録：事故の原因分析及び再発防止策の検討結果を事業者が報告。（事業者に事故防止への意識を高めてもらうことが狙い。）

※介護事故検討会会議録（一部）

報告様式 土佐市長 様 提出日 平成 年 月 日

介護事故検討会会議録

開催状況	平成 年 月 日	時 分 ~ 時 分	場 所:
	司会:		記録:
	出席者	管 理 者 事 務 長 サービス提供責任者	介護支援専門員 介 護 職 員 関 係 職 員
検討内容	平成 年 月 日 発生した介護保険事故について 利用者: 氏 ・行政報告 有(介護事故報告書 月 日提出) ・ 無 *他への行政報告(市町村名: 担当部署: 報告日: 年 月 日)		
原因分析	事故発生状況の再記入は不要		
	利用者の状態 サービス内容 職員(当事者) 設備・実地 業務(運営)体制等		

<記入項目>

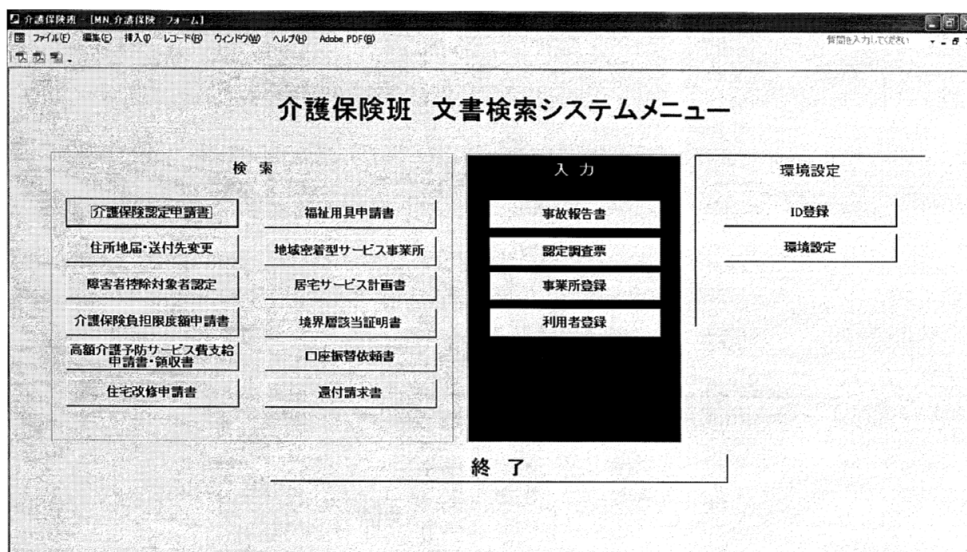
- 開催状況
- 検討内容
- 原因分析（利用者の状態／サービス内容／職員（当事者）／設備・環境面／業務（運営）体制等）
- 今後の対応方針
- 今後の再発防止策

③ 事故情報収集・集計ソフト：

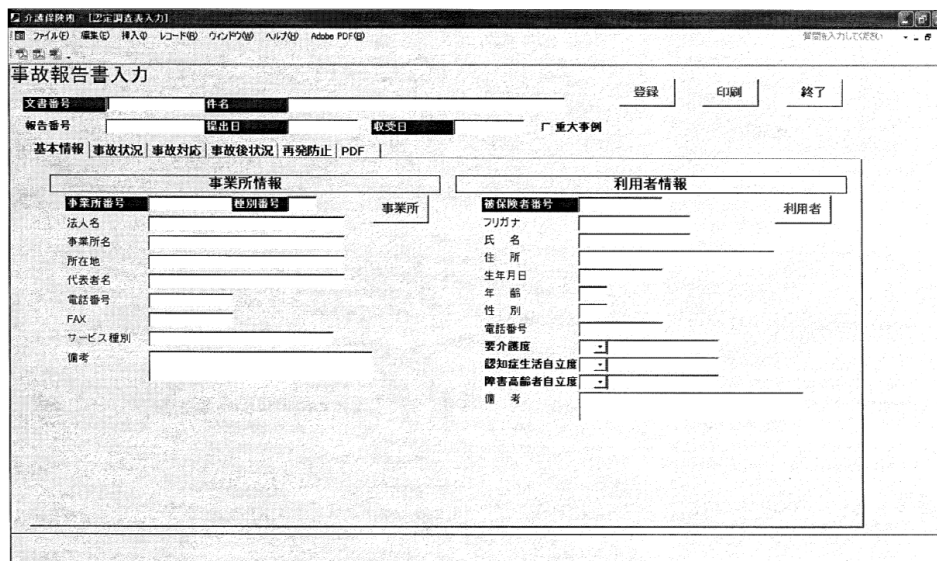
平成 21 年度事業において開発された介護事故情報収集ツール²⁰をもとに、土佐市独自の事故情報収集・集計ソフトを開発。

報告書及び検討会会議録の内容を入力している。ただし、選択肢で入力可能なもの以外の要因分析や再発防止策等については労力を軽減するため入力省略し、PDF 化した報告書及び検討会会議録を添付している。

※トップ画面（一部）



※事故報告書入力画面（一部）



²⁰ 「高齢者介護施設における介護事故の実態及び対応策のあり方に関する調査研究事業」（平成 21 年度）報告書概要版：http://www.mri.co.jp/NEWS/press/2009/2011855_1435.html

情報提供

① 集計結果：

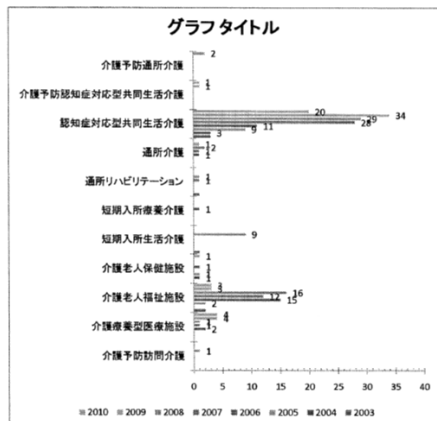
データベースからエクセル上に集計結果が出力される。以下の項目について集計している。詳細な要因分析はしていないが、集計結果から事故の傾向等を把握している。

<集計項目>

- ・ サービス種別の事故報告件数
- ・ 事業所別の事故報告件数（全年度別、単年度）
- ・ 事業所別の事故種類
- ・ 事業所別の発生場所
- ・ 事業所別の要介護度
- ・ 年齢層要介護度別事故報告件数
- ・ 事故発生要因
- ・ 発生場所別件数
- ・ 報告書提出時点での利用者の現況
- ・ 事故発生時間帯における事故発生場所

※集計例1：サービス種別事故報告件数

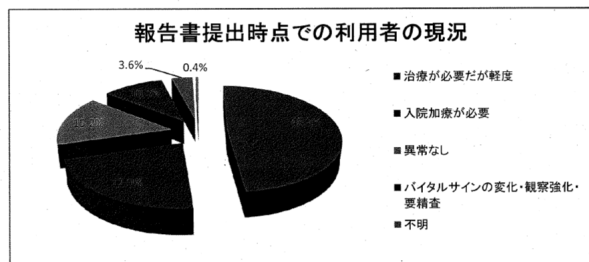
サービス種別の事故報告件数	年度										合計
サービス種別	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	合計		
介護予防訪問介護									1		
介護療養型医療施設				2	1	1	4	4	12		
介護老人福祉施設	2		2	15	12	16	3	3	53		
介護老人保健施設		1	1		1				4		
短期入所生活介護	1					9			10		
短期入所療養介護					1				1		
通所リハビリテーション	1				1	1			3		
通所介護				1	1	2	1		5		
認知症対応型共同生活介護	3	3	9	11	28	29	34	20	137		
介護予防認知症対応型共同生活介護							1	1	2		
介護予防通所介護								2	2		
合計	7	4	12	29	45	59	43	31	230		



※集計例2：報告書提出時点での利用者の現況

報告書提出時点での利用者の現況

現在の状況	データ	
	件数	比率
治療が必要だが軽度	108	48.4%
入院加療が必要	49	22.0%
異常なし	34	15.2%
バイタルサインの変化・観察強化・要精査	23	10.3%
不明	8	3.6%
後遺障害が残る障害あるいは死亡	1	0.4%
総計	223	100.0%



5.6 北九州市

ポイント

- 提出された個別事例に対して、4M4E 分析法をベースにした手法で要因分析を実施している。主観に左右されないためには決まったフレームに当てはめながら考えることが有効。極力、主観・推測は入れず、書類等の物証から利用者や市民の感覚で理解できるような分析を心がけている。
- 実際は民事上の過失がないと思われる事故も多い。しかし、過失がないことと介護事故を防ぐことは別次元の話である、という認識が重要である。
- 事業者は、介護事故の防止対策、取組み事例等に対する情報を求めている。
- 事故情報の活用を係員レベルで終わらせず、係員レベルで集計・分析した結果を課内に提示することで、保険者レベルで情報共有するべきである。管轄課が自分たちの施策に活かせるようなデータベースを作ることが重要である。
- 現状を把握・分析して議論するためには、幅広い人が議論できるきっかけ・ベースとなるようなデータが必要である。
- 市は利用者にとって一番身近な存在であり、細かな指導ができる立場である。市民が安心してサービスを利用できるようにするために、事故の再発防止・啓発に努めるのが市の役割であると考えている。

事故情報活用の目的・基本方針

- 介護保険法の運営基準にあるように、保険者として事故報告を受けることが市区町村の役割である。それに加えて、高齢者の尊厳、介護サービスの質の向上の観点から、保険者として事故の分析や注意喚起、再発防止策の指導を行うことが市の役割であると考えている。
- 事故報告書から得られる情報を分析することで事故予防の対策を講じることは可能である。事故の再発防止に向けた検討を行うことで、現状の問題点が改善され介護サービスの質が向上し、高齢者の生活の質を高めることに繋がると考えている。
- 事故の指導は運営基準に基づいた指導が基本である。一義的な目的は事故の再発防止の観点であり、事故が発生した際の民事上の過失を追及するための調査ではない。事故の再発防止のため、原因分析・対策が必要であることを事業者伝えていく。

実施体制

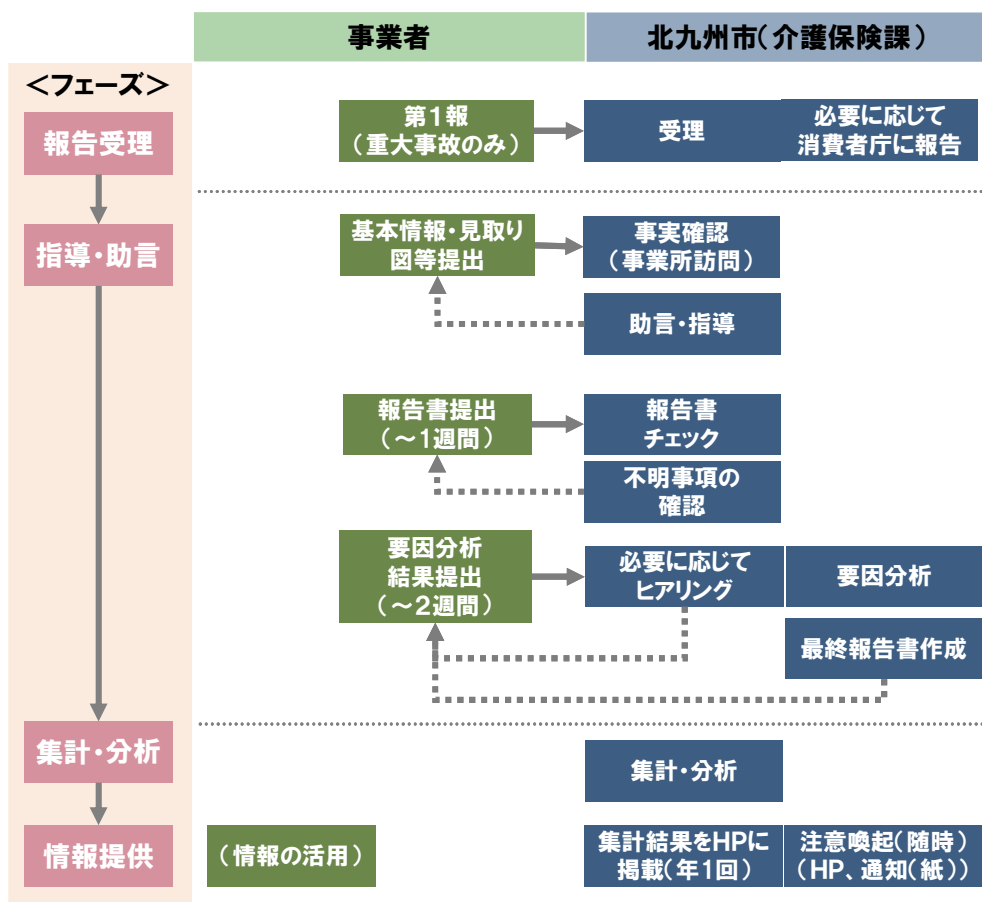
- 基本的に係長と担当者の2名で要因分析を実施。
- 事故報告は本庁が直接受けている。区役所などを介していないため、情報の一元化が容易である。複数の担当者が介在しないため、情報に対する感度や認識がぶれない。

報告の基準

➤ 報告範囲²¹：

- ・介護サービスの提供による利用者のケガ又は死亡事故
 - ※ ケガの程度については、原則として医療機関において受診（施設内における受診を含む）をしたものとする。（治療の有無は問わない）
 - ※ 報告対象は、施設内で実際に介助時の場合のみに限らない。
- ・食中毒、感染症、結核等の発生
- ・職員の法令違反、不祥事のうち、サービス提供に関連して発生したもの又は利用者の処遇に影響があるもの。
- ・その他報告が必要と認められる事故
 - ※ 事業所側の過失の有無は問わない。利用者の過失によるケガの場合でも受診をした場合は報告。

実施手順



²¹ <http://www.city.kitakyushu.jp/file/23020500/shinseisho/iiko/taio2104.pdf>

様式・マニュアル等

① 事故報告書：下記 URL 参照

<http://www.city.kitakyushu.jp/file/23020500/shinseisho/jiko/jikohokoku2104.doc>

※平成 23 年 4 月から：<http://www.city.kitakyushu.lg.jp/files/000022010.doc>

② 要因分析（事業者）：事故報告書詳細別紙

以下の項目について、事業者が詳細を記入する。

（※冷静かつ客観的に事故の要因分析する機会を提供することが狙い）

①アセスメント（解決すべき課題の把握）／②ケアプラン上でのニーズ（解決すべき課題の把握）／③ケアプラン上・個別計画でのケアの内容（課題解決のためのサービス内容）／④ケアのマニュアル／⑤当日のケアの状況／⑥問題点（要因）（当日のケアに対する問題点）／⑦対策（事故の要因となったケアについて新たに講じた対策）／検証（検証結果）

※事故報告書詳細（一部）

事故報告書詳細別紙（ 年 月 日 / 対象者 / 事故の種類 ）

アセスメント	ケアプラン上でのニーズ	ケアプラン上、個別計画でのケアの内容	ケアのマニュアル	当日のケアの状況	問題点（要因）	対策	検証	備考
<p>●解決すべき課題の把握（利用者・家族の要望）フェイスシート等活用</p> <p>※当日の状況に限らず、すべてを記載すること。</p>	<p>●解決すべき課題の把握（自立を阻害する要因等）</p> <p>※当日の状況に限らず、すべてを記載すること。</p>	<p>●課題を解決するためのサービス内容</p> <p>※当日の状況に限らず、すべてを記載すること。</p>	<p>●サービス内容に対するケアのマニュアル</p> <p>※当日の状況に限らず、すべてを記載すること。</p>	<p>●当日のケアの状況</p> <p>※事故前後については分類まで詳細に記載すること。</p>	<p>●当日のケアに対する問題点（事故の要因となるケアでなかったかどうか等）</p> <p>※本人の状態像からアセスメントが、十分に成されていたかどうか。</p> <p>※マニュアル通り且つ事故の要因となるケアと考えられなければ、「問題無し」「マニュアル通り実施」等を記載。</p>	<p>●事故の要因となったケアについて、施設（事業所）として新たに講じた対策を記載。</p>	<p>●施設（事業所）として新たに講じた対策について検証を実施し、その結果を記載。</p>	

③ 要因分析（市区町村）：死亡介護事故における確認事項

- ・ 必須項目：死因・入所（利用年月日）・病歴・処方箋・死亡直前のケアプラン・死亡直前のアセスメント・公安による検案の有無・死亡近辺での体調不良や入退院
- ・ 誤嚥：食事の場合メニューと食事形態・従来からの嚥下障害の程度
- ・ 溺水：浴室内の見取り図と人員の配置図
- ・ 異食：事故現場の物品配置図
- ・ 転倒：転倒現場の見取り図と人員の配置図・転倒直後の発見状況の詳細・転倒後から病院搬送までの経過・従前からの転倒歴及びその対策
- ・ 転落：転落現場の見取り図・事故現場での安全配慮の過不足
- ・ 事業者の救命法の手技・当該事故関連マニュアルの有無
- ・ 処理経過、問題点及び課題、改善点及び導き出される結論

情報提供

① 最終報告書（市区町村）：介護サービスに係る死亡事故における報告

以下のア、イ、ウ及び事業者へのヒアリング結果等を踏まえ、以下の項目について報告書を作成する。市としての分析結果を事業者にフィードバックする。

<p>ア. 事故の概要</p> <p>イ. 関係事項（背景）</p> <p>ウ. 原因（要因）</p> <p style="padding-left: 20px;">事業者報告・市の分析結果</p> <p>エ. 今後の対策・改善点</p> <p style="padding-left: 20px;">事業者報告・市の分析結果</p>	<p>※介護サービスに係る死亡事故における報告（一部）</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">原因(要因)</p> <p style="text-align: center;"><事業者報告></p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: center;"><市の分析結果></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;">今後の対策・改善点</p> <p style="text-align: center;"><事業者報告></p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: center;"><市の分析結果></p> </div>
---	--

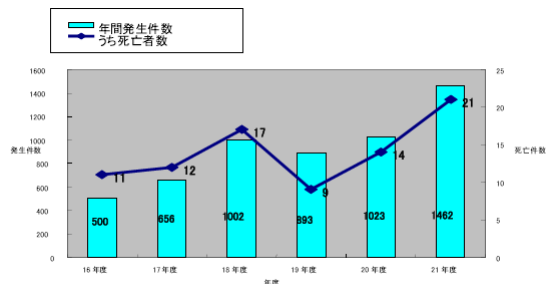
② 集計結果²²：「平成 21 年度北九州市介護サービス事故報告のまとめ」

事故情報の集計・分析結果を年に一度とりまとめ、市の HP 上に掲載（「介護保険者向け情報」）。

※集計例 1：サービス種別事故発生率

サービス種別	一月平均の事故件数 ※1	利用者数 (実人数) (人/月) ※2	事故発生率 ※3	平成 20 年 度(参考) ※4	対前年 度増減 率 ※4
介護老人福祉施設	32	3,347	0.95%	0.69%	38%増
介護老人保健施設	24	2,857	0.84%	0.52%	62%増
特定施設入居者生活介護	15	1,880	0.79%	0.65%	22%増
介護療養型医療施設	6	1,083	0.55%	0.25%	120%増
小規模多機能型居宅介護	1	184	0.54%		
認知症対応型共同生活介護	23	1,447	1.59%	1.15%	38%増
通所介護(認知症対応型 含む)	14	11,439	0.12%	0.07%	71%増
通所リハビリテーション	1	4,233	0.02%	0.04%	50%減

※集計例 2：発生件数年次推移（6 年間）



²² <http://www.city.kitakyushu.jp/file/23020500/event/kenshu/21jikomatome100801.pdf>

※平成 23 年 4 月から：<http://www.city.kitakyushu.lg.jp/files/000041338.pdf>

「介護施設における介護サービスに関連する事故の実態及び対応策のあり方に関する調査研究」
委員会

委員名簿

<委 員>

(五十音順・敬称略)

小島 誉寿 神奈川県保健福祉局 福祉・次世代育成部 介護保険課長

高野 範城 弁護士

鳥海 房枝 特別養護老人ホーム清水坂あじさい荘 総合ケアアドバイザー

◎ 村岡 裕 社会福祉法人依田窪福祉会 常務理事・本部事務局長

安永もと子 世田谷区保健福祉部指導担当課 課長

(◎：委員長)

<事 務 局>

株式会社三菱総合研究所 人間・生活研究本部

平成 22 年度介護施設における介護サービスに関連する事故の実態
及び対応策のあり方に関する調査研究事業
自治体における介護事故情報の活用事例集
事故から学ぶ ― 事故情報の有効活用のポイント―

この事業は、平成 22 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）により実施したものです。

平成 23 年 3 月発行

発行 株式会社 三菱総合研究所 人間・生活研究本部

〒100-8141 東京都千代田区永田町二丁目 10 番 3 号

EL:03-6705-6024 FAX: 03-5157-2143

不許複製