

平成 30 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査  
(平成 30 年度調査)

(6) 介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方  
についての調査研究事業

報 告 書

(案)



介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方について  
の調査研究事業  
報 告 書

■ 目 次 ■

調査検討組織設置要綱

調査概要

第 1 部 事業実施概要 .....	1
1. 調査の目的 .....	1
2. 事業実施方法 .....	1
第 2 部 回収状況 .....	8
第 3 部 調査結果 .....	9
第 1 章 施設票の結果 .....	9
第 1 節 施設の基本情報 .....	9
1. 所在地 .....	9
2. 運営主体 .....	11
3. 介護報酬上の届出 .....	12
4. 居室区分 .....	13
5. 入所定員数 .....	14
6. 併設サービス .....	14
7. 入所者数 .....	16
8. 要介護度別入所者構成 .....	16
第 2 節 職員体制 .....	17
1. 施設長の経験年数 .....	17
2. 施設長の保有する資格 .....	18
3. 介護事故防止に対する施設長の取り組み姿勢 .....	20
4. 職員体制 .....	21
第 3 節 施設のマネジメント体制 .....	30
1. ISO 等のマネジメントシステムの導入状況 .....	30
2. 自治体以外の者からのマネジメントに関する指導・助言 .....	31
3. 介護事故以外の不測の事態を想定した行動計画の策定状況 .....	33
4. 防災訓練の実施状況 .....	35
第 4 節 介護事故予防の体制 .....	36
1. 事故発生の防止のための指針の作成状況 .....	36
2. 指針に基づくマニュアル等について .....	55
3. 事故発生の防止のための委員会の設置状況 .....	60
4. 介護事故防止のための研修 .....	76
5. 施設における介護事故の把握状況 .....	85

6. 市区町村への報告対象とする介護事故の範囲 .....	104
7. 施設内での「ヒヤリ・ハット」への対応 .....	128
8. 利用者・家族からのクレーム対応 .....	132
9. 利用者・家族からのクレーム状況 .....	137
10. 介護事故防止に向けた対策等について .....	141
第2章 市区町村票の結果 .....	143
第1節 市区町村概要 .....	143
1. 市区町村概要 .....	143
第2節 介護老人福祉施設・介護老人保健施設からの事故報告について .....	147
1. 介護老人福祉施設・介護老人保健施設からの事故報告として求めている範囲 .....	147
2. 介護事故について報告を定めている場合の内容 .....	148
3. 介護老人福祉施設と介護老人保健施設からの報告を受ける部署 .....	188
第3節 市区町村から都道府県への報告制度 .....	189
1. 報告制度の有無 .....	189
第4節 施設から報告を受けた介護事故情報の活用、対応状況 .....	190
1. 施設から報告された介護事故情報の活用状況 .....	190
2. 介護事故が発生した場合の施設への対応 .....	193
第3章 都道府県票の結果 .....	200
第1節 都道府県の概要 .....	200
1. 都道府県内の施設数 .....	200
第2節 都道府県内の介護老人福祉施設・介護老人保健施設での事故情報の収集状況 .....	201
1. 都道府県内の施設で発生した事故情報の収集状況 .....	201
2. 市区町村から都道府県への報告 .....	203
3. 事業者から都道府県への報告 .....	224
4. 報告された介護事故情報の集計・分析 .....	245
5. 都道府県が実施する研修等について .....	246
6. 事故発生施設への実地検証 .....	247
第4章 インタビュー調査の結果 .....	249

調査票

# 介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての 調査研究事業の調査検討組織 設置要綱

## 1. 設置目的

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社は介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業の調査を実施するにあたり、調査設計、調査票の作成、調査の実施、集計、分析、検証、報告書の作成等の検討を行うため、以下のとおり介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業の調査検討組織（以下、「調査検討組織」という。）を設置する。

## 2. 実施体制

- (1) 本調査検討組織は、大阪大学大学院福井小紀子教授を委員長とし、その他の委員は以下のとおりとする。
- (2) 委員長が必要があると認めるときは、本調査検討組織において、関係者から意見を聴くことができる。

## 3. 調査検討組織の運営

- (1) 調査検討組織の運営は三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社が行う。
- (2) 前号に定めるもののほか、本調査検討組織の運営に関する事項その他必要な事項については、本調査検討組織が定める。

介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業  
の調査検討組織 委員等

委員長	福井 小紀子（大阪大学大学院 医学系研究科 教授）
副委員長	小坂 健（東北大学大学院 歯学研究科 教授）
委員	石田 路子（NPO 法人 高齢社会をよくする女性の会 理事、名古屋学芸大学 看護学部 教授）
委員	久保 祐子（日本看護協会 看護開発部 看護業務・医療安全課課長）
委員	児玉 安司（新星総合法律事務所 弁護士）
委員	近藤 辰比古（全国老人福祉施設協議会 総務・組織委員会 指導監査対応室室長）
委員	島田 千穂（東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム 介護・エンドオブライフ研究 研究副部長）
委員	鈴木 和夫（神奈川県 相模原市 健康福祉局保険高齢部高齢政策課 高齢政策課長）
委員	田中 綾（特別養護老人ホーム グルメ杵屋社会貢献の家 施設長）
委員	深堀 浩樹（慶應義塾大学 看護医療学部 教授）
委員	山田 恭（岐阜県 健康福祉部 次長）

（敬称略、50音順）

## 【オブザーバー】

- 厚生労働省 老謙局 高齢者支援課 課長補佐 橋本 圭司
- 厚生労働省 老健局 高齢者支援課 係長 小笠 智樹
- 厚生労働省 老健局 高齢者支援課 主査 藤原 里美
- 厚生労働省 老健局 高齢者支援課 係員 村上 祥千



## (6) 介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

### 1. 調査の目的

介護老人福祉施設については、今後、入所者の重度化や医療ニーズへの対応に伴うリスクの増大が考えられ、平成30年度介護報酬改定に関する審議報告書においても、「施設でどのようなリスクが発生しており、そのリスクにどのように対応しているかなど、その実態を把握した上で、介護事故予防のガイドライン等も参考に、運営基準や介護報酬上どのような対応を図ることが適切なかを検討すべきである。」と指摘されている。

平成30年度は、①介護老人福祉施設における介護事故等のリスクマネジメント及び②自治体への介護事故等の報告に関する実態把握を行うとともに、入所者が安全で安心した生活を送れるような施設の安全管理体制や自治体との連携の在り方等を検討する。

### 2. 検証のポイント

- ① 介護老人福祉施設における安全管理体制（介護事故防止のための指針の作成状況、事故防止検討委員会の設置状況、研修の実施状況等）の実態を明らかにすること
- ② 介護事故等について、介護老人福祉施設から市区町村への報告件数や報告方法等について検証すること
- ③ 市区町村（都道府県）において、介護老人福祉施設で発生した事故等の情報収集、活用状況等の実態を把握すること

### 3. 調査対象

- ① 介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設
- ② 都道府県、市区町村

### 4. 調査項目

（介護老人福祉施設調査）

- ・安全管理体制（介護事故防止のための指針、事故発生の防止のための検討委員会、安全対策担当者、研修等）
- ・利用者・家族からのクレーム対応体制
- ・市区町村への介護事故等の報告状況等

（市区町村調査）

- ・介護老人福祉施設で発生した事故報告の範囲
- ・介護事故について報告を求めている内容
- ・介護老人福祉施設から報告された情報の活用状況等

（都道府県調査）

- ・都道府県内の介護老人福祉施設で発生した介護事故情報の収集状況
- ・介護事故について報告を求めている内容
- ・市区町村等から報告された情報の活用状況等



## 第1部 事業実施概要

### 1. 調査の目的

介護老人福祉施設については、今後、入所者の重度化や医療ニーズへの対応に伴うリスクの増大が考えられ、平成30年度介護報酬改定に関する審議報告書においても、「施設でどのようなリスクが発生しており、そのリスクにどのように対応しているかなど、その実態を把握した上で、介護事故予防のガイドライン等も参考に、運営基準や介護報酬上どのような対応を図ることが適切なのかを検討すべきである。」と指摘されている。

平成30年度は、①介護老人福祉施設における介護事故等のリスクマネジメント及び②自治体への介護事故等の報告に関する実態把握を行うとともに、入所者が安全で安心した生活を送れるような施設の安全管理体制や自治体との連携の在り方等を検討することとし、以下を調査目的として設定した。

- (1)介護老人福祉施設における安全管理体制（事故発生の防止のための指針や委員会、事故の認識・把握・分析）の実態を明らかにすること
- (2)介護事故等について、介護老人福祉施設から市区町村への報告件数や報告方法等について検証すること
- (3)市区町村（都道府県）において、介護老人福祉施設で発生した事故等の情報収集や活用状況等の実態を把握すること

### 2. 事業実施方法

#### (1) 調査検討組織の設置と開催状況

介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業を実施するに当たり、調査設計、調査票の作成、調査の実施、集計、分析、検証、報告書の作成等の検討を行うため、以下のとおり、介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業の調査検討組織（以下、「調査検討組織」という。）を設置した。

調査検討組織の運営は、三菱UFJリサーチ&コンサルティングが行った。

#### ① 構成委員

##### ○委員長

福井 小紀子（大阪大学大学院 医学系研究科 教授）

##### ○副委員長

小坂 健（東北大学大学院 歯学研究科 教授）

##### ○委員（五十音順、敬称略）

石田 路子（NPO法人 高齢社会をよくする女性の会 理事、名古屋学芸大学 看護学部 教授）

久保 祐子（日本看護協会 看護開発部 看護業務・医療安全課課長）

児玉 安司（新星総合法律事務所 弁護士）

近藤 辰比古(全国老人福祉施設協議会 総務・組織委員会 指導監査対応室室長)

島田 千穂(東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム  
介護・エンドオブライフ研究 研究副部長)

鈴木 和夫(神奈川県 相模原市 健康福祉局保険高齢部高齢政策課 高齢政策課長)

田中 綾(特別養護老人ホーム グルメ杵屋社会貢献の家 施設長)

深堀 浩樹(慶應義塾大学 看護医療学部 教授)

山田 恭(岐阜県 健康福祉部 次長)

#### ○オブザーバー

厚生労働省 老健局 高齢者支援課

課長補佐

橋本 圭司

係長

小笠 智樹

主査

藤原 里美

係員

村上 祥千

## ② 開催状況

### <第1回>

○日時：平成30年9月3日(月) 13時30分～15時30分

○場所：三菱UFJリサーチ&コンサルティング

(議題)

- ・事業の概要について
- ・調査票素案について
- ・面接調査について
- ・その他

### <第2回>

○日時：平成29年9月21日(金)

(議題)

- ・調査票案について
- ・面接調査案について

### <第3回>

○日時：平成31年1月28日(月) 18時00分～20時15分

○場所：三菱UFJリサーチ&コンサルティング

(議題)

- ・面接調査の結果
- ・その他

### <第4回>

○日時：平成31年2月15日(金) 14時00分～16時15分

○場所：フクラシア八重洲

(議題)

- ・報告書案について
- ・その他

## (2) 調査実施概要

### ① 郵送調査

#### 1) 調査対象

##### i) 介護老人福祉施設調査

【母集団】

平成 30 年 6 月分の介護報酬請求があった、全国の介護老人福祉施設 7,862 事業所および地域密着型介護老人福祉施設 2,213 事業所（計 10,075 事業所）

【発出数】

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設の各母集団の 4 分の 1 の抽出率で系統抽出（災害救助法適用地に所在する施設を除く、計 2,519 事業所）

##### ii) 市区町村調査

【母集団】

全国の市区町村 1,741 か所

（平成 30 年 10 月時点の地方公共団体情報システム機構掲載情報に基づく）

【発出数】

全数調査

##### iii) 都道府県調査

【母集団】

全国の 47 か所

【発出数】

全数調査

#### 2) 調査実施方法

郵送配付、郵送回収

#### 3) 調査期間

平成 30 年 10 月 26 日～平成 30 年 11 月 15 日

ただし、回収状況を勘案し、12 月 17 日回収分までを有効票として取り扱った。

#### 4) 主な調査項目

##### i) 施設調査

- ・安全管理体制（介護事故防止のための指針、事故発生の防止のための検討委員会、安全対策担当者、研修等）
- ・利用者・家族からのクレーム対応体制
- ・市区町村への介護事故等の報告状況等

##### ii) 市区町村調査

- ・介護老人福祉施設で発生した事故報告の範囲
- ・介護事故について報告を求めている内容
- ・介護老人福祉施設から報告された情報の活用状況等

##### iii) 都道府県調査

- ・都道府県内の介護老人福祉施設で発生した介護事故情報の収集状況
- ・介護事故について報告を求めている内容
- ・市区町村等から報告された情報の活用状況等

※市区町村調査、都道府県調査においては、介護老人保健施設の事故に関する情報収集状況についても併せて調査を行った。

#### ② インタビュー調査

郵送調査の内容を補足し、介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設のリスクマネジメントや事故報告等の実態をより詳しく把握するために、インタビュー調査を実施する。

対象は、自治体（都道府県・市区町村・広域連合）と介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設とした。

具体的な対象地域・施設は、調査研究組織の委員からの推薦地域・施設、および郵送調査の結果を参考に、地域や事業形態等に配慮し、抽出した。

インタビューを行った結果は事例ごとにとりまとめた。

#### 1) 調査対象

インタビュー調査は、自治体 12 団体（都道府県 3、政令市 2、中核市 2、その他の市・区 3、町 1、広域連合 1）、介護老人福祉施設 9 施設に対して、実施した。

### インタビュー調査の対象

	種別	地方
1	都道府県	東北地方
2	都道府県	東海北陸地方
3	都道府県	九州地方
4	政令市	近畿地方
5	政令市	関東信越地方
6	中核市	東海北陸地方
7	中核市	関東信越地方
8	その他の市	東北地方
9	その他の市	中国四国地方
10	特別区	関東信越地方
11	町	九州地方
12	広域連合	九州地方

	種別	所在地
1	介護老人福祉施設	関東信越地方（政令市）
2	介護老人福祉施設	近畿地方（政令市）
3	介護老人福祉施設	関東信越地方（中核市）
4	介護老人福祉施設	関東信越地方（中核市）
5	介護老人福祉施設	東北地方（その他の市）
6	介護老人福祉施設	関東信越地方（特別区）
7	介護老人福祉施設	東海北陸地方（町）
8	介護老人福祉施設（地域密着型）	関東信越地方（政令市）
9	介護老人福祉施設（地域密着型）	九州地方（その他の市・広域連合）

## 2) 調査方法

対面での半構造化インタビュー調査

## 3) 調査項目

### i) 都道府県

(ア) 介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設での事故情報の収集について

- 事故情報の収集方法（市区町村からか、事業者からか／等）
- その根拠
- 報告対象の範囲
- いつから収集を始めたか、経緯等

(イ) 特に、介護事故やヒヤリ・ハット等の事故の報告について

(a) 施設からの報告状況

- (市区町村から、または事業者からの別に) 介護事故の報告手順・報告内容等の有無、ある場合にはその詳しい内容等
- (b) 事故発生後の(報告後の)対応
  - 介護事故が発生した施設への実地検証の実施状況
- (c) 情報の活用状況
  - 介護事故情報の活用状況(予防策の周知、研修等)
  - 報告を義務付けている背景・目的
  - 事故報告にあたっての課題
- (ウ) 介護事故防止のための研修について
  - 介護事故防止のため研修の有無、実施状況、参加者の状況等
- (エ) その他、事故報告等に関するご意見等

## ii) 市区町村

- (ア) 介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設での事故情報の収集について
  - 報告対象の範囲
  - いつから収集を始めたか、経緯等
- (イ) 特に、介護事故やヒヤリ・ハット等の事故の報告について
  - (a) 施設からの報告状況
    - 介護事故の報告手順・報告内容等の有無、ある場合にはその詳しい内容等
    - 平成 29 年度の介護事故等の報告件数
    - 市から県への報告について
  - (b) 事故発生後の(報告後の)対応
    - 介護事故が発生した施設への対応(事実確認や検証等)
  - (c) 情報の活用状況
    - 介護事故情報の活用状況(予防策の周知、研修等)
    - 報告を義務付けている背景・目的
    - 事故報告にあたっての課題
  - (ウ) その他、事故報告等に関するご意見等

## iii) 介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設

- (ア) 施設の概要
  - 基本情報
- (イ) 介護事故予防における体制について
  - 介護事故予防における体制整備のきっかけ
  - 介護事故防止のための指針・マニュアルの作成・改訂の進め方、活用状況の実際、問題点・課題
  - 事故防止検討委員会の設置・開催状況、1回あたりの議論時間、議論の活発さ
  - 専任の安全対策担当者の職種、業務、役割、日常業務の中での安全対策業務の

進め方

- 研修の実施状況、受講者の感想、外部への派遣への関心・実際
- (ウ) 介護事故やヒヤリ・ハットの施設内での把握状況、自治体への報告状況について
- 施設内での介護事故やヒヤリ・ハットの把握状況
  - 市区町村や都道府県への報告状況
  - 介護事故やヒヤリ・ハットに関する把握、報告に関する課題
- (エ) 利用者・家族からのクレームへの対応体制について
- 利用者・家族からのクレームへの対応体制の整備状況、実際の利用者・家族からのクレームへの対応状況、問題点・課題等

## 第2部 回収状況

介護老人福祉施設票の回収数は1,188件、回収率47.2%、市区町村票の回収数は1,195件、回収率68.6%、都道府県票の回収数は46件、回収率97.9%であった。

図表 2-1 回収状況

調査票名	母集団	発出数	回収数	回収率	有効回収数	有効回収率
介護老人福祉施設 (施設票)	10,075	2,519	1,188	47.2%	1,164	46.2%
市区町村票	1,741	1,741	1,195	68.6%	1,173	67.4%
都道府県票	47	47	46	97.9%	46	97.9%

## 第3部 調査結果

### 第1章 施設票の結果

#### 第1節 施設の基本情報

##### 1. 所在地

都道府県別の発送数、回収状況は下表のとおりであった。都道府県別発送数の構成比と回収数の構成比に特に差は認められなかった。

図表 3-1-1 都道府県別発送数・回収数

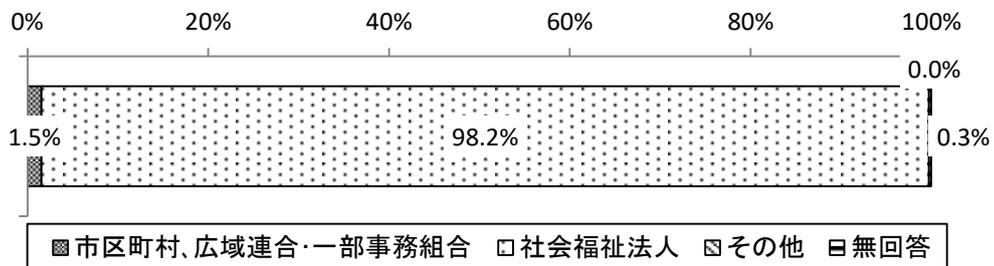
都道府県	発送数	構成比	回収数	構成比	回収率
北海道	0	0.0%	0	0.0%	-
青森県	42	1.7%	29	2.5%	69.0%
岩手県	51	2.0%	32	2.7%	62.7%
宮城県	55	2.2%	33	2.8%	60.0%
秋田県	44	1.7%	27	2.3%	61.4%
山形県	46	1.8%	22	1.9%	47.8%
福島県	56	2.2%	25	2.1%	44.6%
茨城県	78	3.1%	35	3.0%	44.9%
栃木県	59	2.3%	24	2.1%	40.7%
群馬県	62	2.5%	26	2.2%	41.9%
埼玉県	131	5.2%	51	4.4%	38.9%
千葉県	122	4.8%	49	4.2%	40.2%
東京都	165	6.6%	72	6.2%	43.6%
神奈川県	120	4.8%	45	3.9%	37.5%
新潟県	81	3.2%	51	4.4%	63.0%
富山県	37	1.5%	25	2.1%	67.6%
石川県	32	1.3%	16	1.4%	50.0%
福井県	30	1.2%	13	1.1%	43.3%
山梨県	29	1.2%	14	1.2%	48.3%
長野県	63	2.5%	35	3.0%	55.6%
岐阜県	20	0.8%	14	1.2%	70.0%
静岡県	85	3.4%	37	3.2%	43.5%
愛知県	113	4.5%	50	4.3%	44.2%
三重県	61	2.4%	25	2.1%	41.0%
滋賀県	32	1.3%	17	1.5%	53.1%
京都府	42	1.7%	22	1.9%	52.4%
大阪府	158	6.3%	55	4.7%	34.8%
兵庫県	95	3.8%	41	3.5%	43.2%
奈良県	29	1.2%	10	0.9%	34.5%
和歌山県	29	1.2%	9	0.8%	31.0%
鳥取県	7	0.3%	2	0.2%	28.6%
島根県	32	1.3%	15	1.3%	46.9%
岡山県	6	0.2%	3	0.3%	50.0%
広島県	11	0.4%	7	0.6%	63.6%
山口県	39	1.5%	16	1.4%	41.0%
徳島県	18	0.7%	13	1.1%	72.2%
香川県	30	1.2%	14	1.2%	46.7%
愛媛県	24	1.0%	14	1.2%	58.3%
高知県	13	0.5%	9	0.8%	69.2%
福岡県	91	3.6%	40	3.4%	44.0%
佐賀県	18	0.7%	5	0.4%	27.8%
長崎県	52	2.1%	28	2.4%	53.8%
熊本県	66	2.6%	33	2.8%	50.0%
大分県	34	1.3%	11	0.9%	32.4%
宮崎県	30	1.2%	12	1.0%	40.0%
鹿児島県	64	2.5%	34	2.9%	53.1%
沖縄県	17	0.7%	4	0.3%	23.5%
合計	2,519	100.0%	1,164	100.0%	46.2%

注) 災害救助法適用地は調査票の発送を行っていない。なお、北海道は全域が対象であったため発送0件であった。

## 2. 運営主体

運営主体は「社会福祉法人」が 98.2%であり、「市区町村、広域連合・一部事務組合」が 1.5%であった。

図表 3-1-2 運営主体(回答件数 1,164)



※法人種別及の比率は、母集団と概ね相違なく、偏りがないことを確認した。

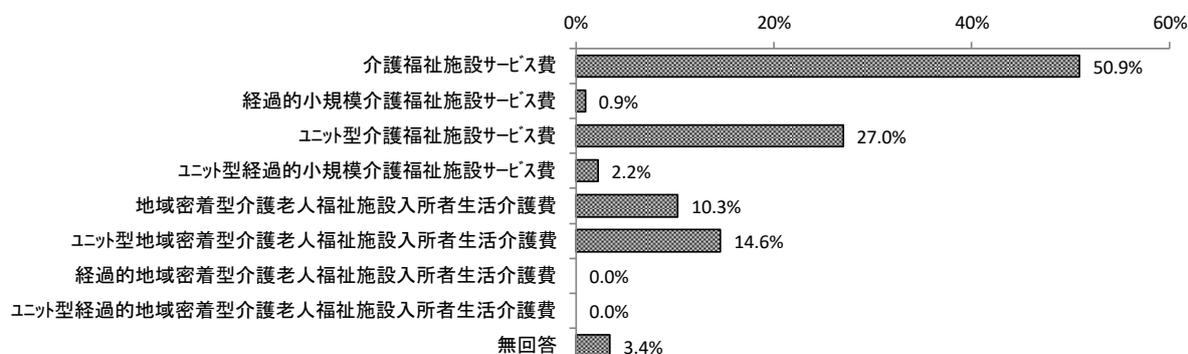
(参考：母集団の法人構成)

運営主体	件数	構成比
市区町村、広域連合・一部事務組合	286	2.8%
社会福祉法人	9,757	96.8%
その他	32	0.3%
合計	10,075	100.0%

### 3. 介護報酬上の届出

介護報酬上の届出は「介護福祉施設サービス費」が50.9%であり、「ユニット型介護福祉施設サービス費」が27.0%であった。

図表 3-1-3 介護報酬上の届出（複数回答）（回答件数 1,164）



なお、施設種別の該当施設数は下表のとおりであった。

図表 3-1-4 介護報酬上の届出（施設種類別）

種別		該当施設数	割合
介護老人福祉施設 (広域型)	以下のいずれかを選択（複数回答） 介護福祉施設サービス費 経過的小規模介護福祉施設サービス費 ユニット型介護福祉施設サービス費 ユニット型経過的小規模介護福祉施設サービス費	837	71.9%
地域密着型 介護老人福祉施設	以下のいずれかを選択（複数回答） 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費 ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費 経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費 ユニット型経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費	254	21.8%
複数回答	上記のうち、介護老人福祉施設に該当する選択肢と、 地域密着型介護老人福祉施設に該当する選択肢の両方を選択	39	3.4%
無回答		34	2.9%
全体		1,164	100.0%

※介護老人福祉施設と地域密着型介護老人福祉施設の比率は、母集団と概ね相違なく、偏りが無いことを確認した。

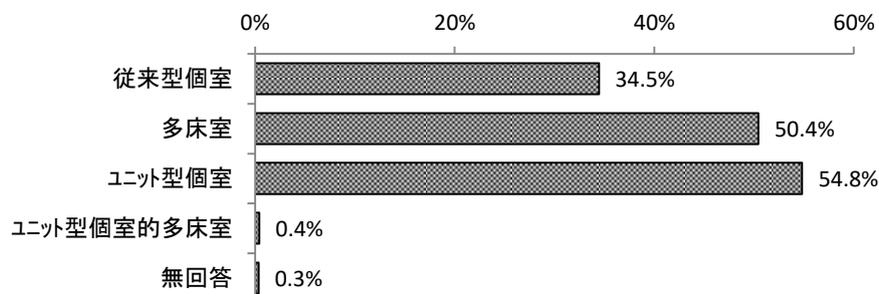
（参考：母集団の施設種類別構成）

施設種別	件数	構成比
介護老人福祉施設	7,862	78.0%
地域密着型介護老人福祉施設	2,213	22.0%
合計	10,075	100.0%

#### 4. 居室区分

居室区分は「ユニット型個室」が 54.8%であり、「多床室」が 50.4%であった。

図表 3-1-5 居室区分（複数回答）（回答件数 1,164）



図表 3-1-6 居室区分（施設種類別）

		合計	居室区分				
			従来型個室	多床室	ユニット型個室	ユニット型個室的多床室	無回答
全体		1,164 100.0%	401 34.5%	587 50.4%	638 54.8%	5 0.4%	4 0.3%
種別	介護老人福祉施設 (広域型)	837 100.0%	352 42.1%	511 61.1%	359 42.9%	2 0.2%	4 0.5%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	17 6.9%	26 10.5%	221 89.1%	0 0.0%	0 0.0%
	複数回答施設	39 100.0%	21 53.8%	32 82.1%	33 84.6%	1 2.6%	0 0.0%
	無回答	40 100.0%	11 27.5%	18 45.0%	25 62.5%	2 5.0%	0 0.0%

## 5. 入所定員数

1 施設あたりの入所定員数は、平均 62.8 人であった。

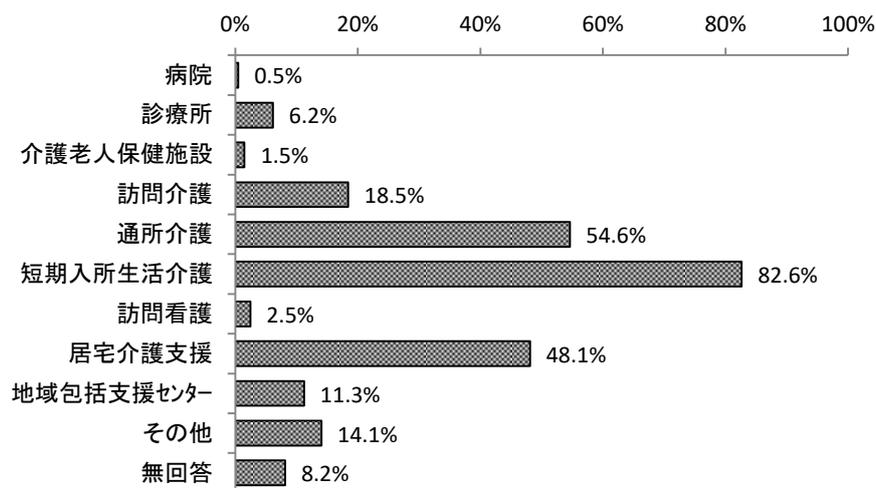
図表 3-1-7 入所定員数

		回答 件数	平均値 (人)
全体		1,031	62.8
種別	介護老人福祉施設(広域型)	736	73.4
	地域密着型介護老人福祉施設	224	26.9
	複数回答施設	36	69.3
	無回答	35	62.4

## 6. 併設サービス

併設サービスは「短期入所生活介護」が 82.6%であり、「通所介護」が 54.6%であった。

図表 3-1-8 併設サービス（複数回答）(回答件数 1,164)



図表 3-1-9 併設サービス（施設種類別）

		合計	併設サービス					
			病院	診療所	介護老人保健施設	訪問介護	通所介護	短期入所生活介護
全体		1,164 100.0%	6 0.5%	72 6.2%	18 1.5%	215 18.5%	636 54.6%	962 82.6%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	5 0.6%	64 7.6%	14 1.7%	167 20.0%	508 60.7%	741 88.5%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	1 0.4%	6 2.4%	1 0.4%	26 10.5%	79 31.9%	150 60.5%
	複数回答施設	39 100.0%	0 0.0%	1 2.6%	2 5.1%	16 41.0%	28 71.8%	37 94.9%
	無回答	40 100.0%	0 0.0%	1 2.5%	1 2.5%	6 15.0%	21 52.5%	34 85.0%

		合計	併設サービス（続き）				
			訪問看護	居宅介護支援	地域包括支援センター	その他	無回答
全体		1,164 100.0%	29 2.5%	560 48.1%	131 11.3%	164 14.1%	95 8.2%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	22 2.6%	459 54.8%	109 13.0%	88 10.5%	43 5.1%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	5 2.0%	60 24.2%	11 4.4%	65 26.2%	47 19.0%
	複数回答施設	39 100.0%	2 5.1%	24 61.5%	6 15.4%	3 7.7%	1 2.6%
	無回答	40 100.0%	0 0.0%	17 42.5%	5 12.5%	8 20.0%	4 10.0%

## 7. 入所者数

1 施設あたりの入所者数は平均 61.5 人であった。

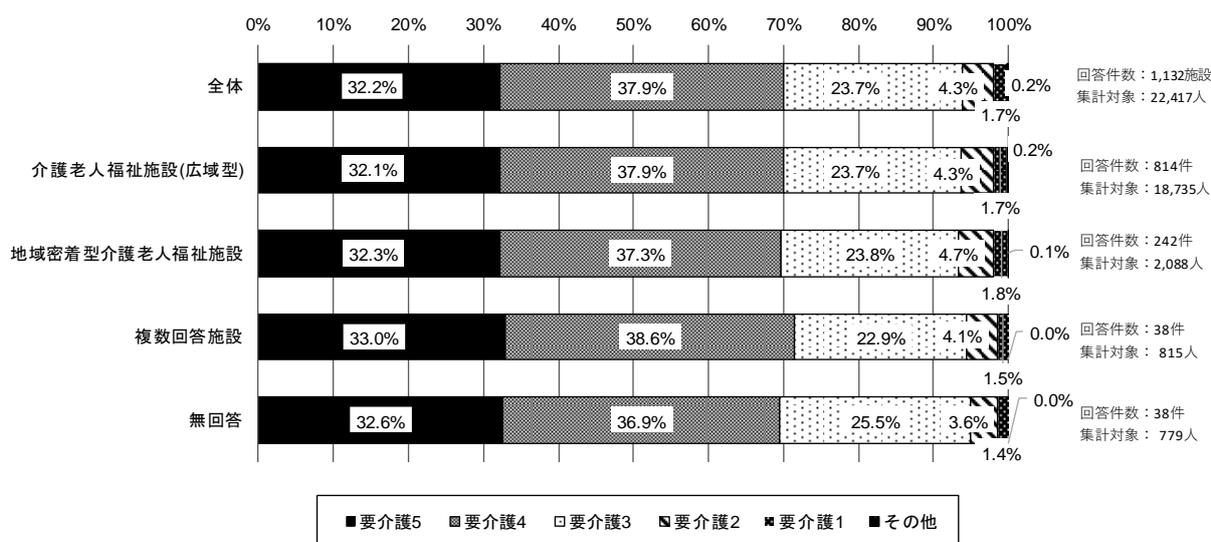
図表 3-1-10 入所者数

		回答件数	平均値 (人)
全体		1,132	61.5
種別	介護老人福祉施設(広域型)	814	71.6
	地域密着型介護老人福祉施設	242	26.7
	複数回答施設	38	65.1
	無回答	38	62.9

## 8. 要介護度別入所者構成

要介護度別内訳は、「要介護4」が 37.9%、「要介護5」が 32.2%であった。

図表 3-1-11 要介護度別入所者構成（施設種類別）

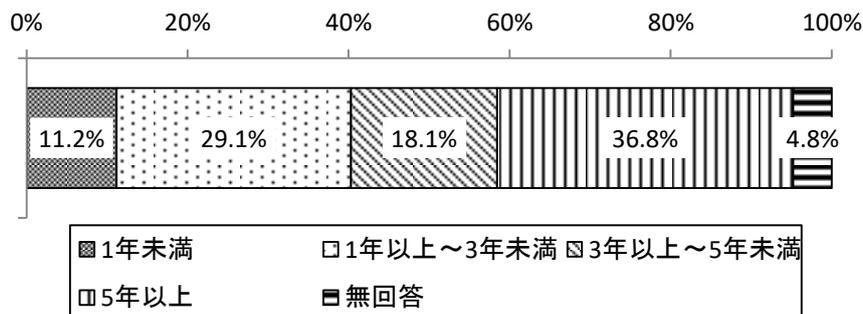


## 第2節 職員体制

### 1. 施設長の経験年数

施設長の経験年数は「5年以上」が36.8%であり、「1年以上～3年未満」が29.1%であった。平均経験年数は5.9年であった。

図表 3-1-12 施設長の経験年数の分布(回答件数 1,164)



図表 3-1-13 施設長の経験年数の分布（施設種類別）

		回答件数	施設長の経験年数の分布				
			1年未満	1年以上～3年未満	3年以上～5年未満	5年以上	無回答
全体		1,164 100.0%	130 11.2%	339 29.1%	211 18.1%	428 36.8%	56 4.8%
種別	介護老人福祉施設 (広域型)	837 100.0%	99 11.8%	226 27.0%	131 15.7%	338 40.4%	43 5.1%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	24 9.7%	84 33.9%	64 25.8%	66 26.6%	10 4.0%
	複数回答施設	39 100.0%	2 5.1%	11 28.2%	7 17.9%	17 43.6%	2 5.1%
	無回答	40 100.0%	5 12.5%	18 45.0%	9 22.5%	7 17.5%	1 2.5%

図表 3-1-14 施設長の経験年数

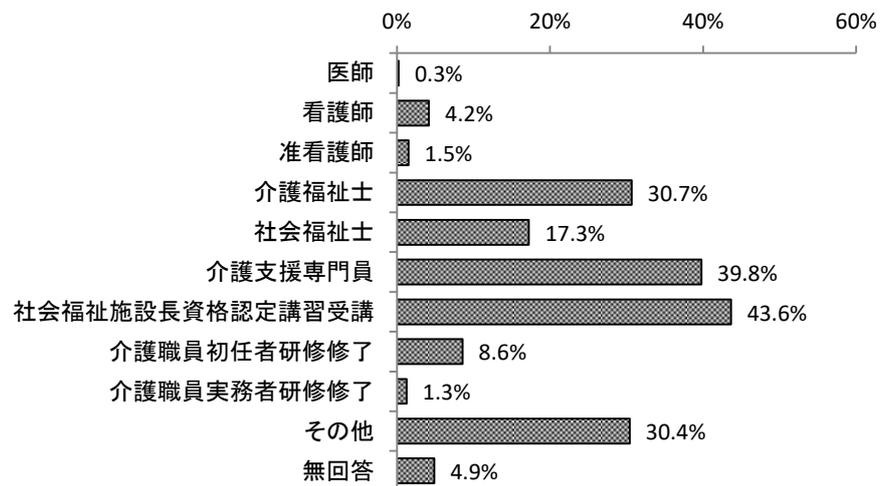
		回答件数	平均値 (年)
全体		1,108	5.9
種別	介護老人福祉施設(広域型)	794	6.5
	地域密着型介護老人福祉施設	238	4.0
	複数回答施設	37	7.5
	無回答	39	2.8

## 2. 施設長の保有する資格

施設長の保有する資格は「社会福祉施設長資格認定講習受講」が 43.6%であり、「介護支援専門員」が 39.8%であった。

「その他」は、「社会福祉主事」等であった。

図表 3-1-15 施設長の保有する資格（複数回答）（回答件数 1,164）



図表 3-1-16 施設長の保有する資格（施設種類別）

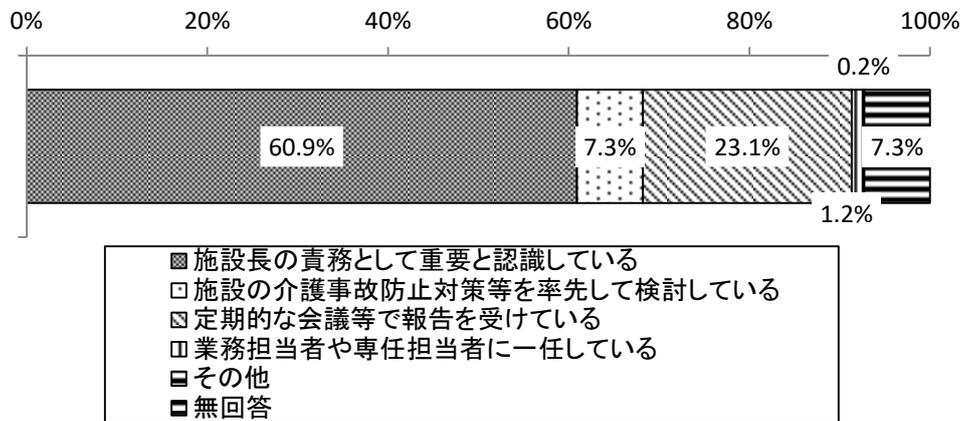
		合計	施設長の保有する資格					介護支 援専門 員
			医師	看護師	准看護 師	介護福 祉士	社会福 祉士	
全体		1,164 100.0%	3 0.3%	49 4.2%	18 1.5%	357 30.7%	201 17.3%	463 39.8%
種 別	介護老人福祉施 設(広域型)	837 100.0%	3 0.4%	36 4.3%	10 1.2%	250 29.9%	148 17.7%	332 39.7%
	地域密着型介護 老人福祉施設	248 100.0%	0 0.0%	13 5.2%	7 2.8%	84 33.9%	41 16.5%	102 41.1%
	複数回答施設	39 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.6%	9 23.1%	5 12.8%	14 35.9%
	無回答	40 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	14 35.0%	7 17.5%	15 37.5%

		合計	施設長の保有する資格（続き）				無回答
			社会福 祉施設 長資格 認定講 習受講	介護職 員初任 者研修 修了	介護職 員実務 者研修 修了	その他	
全体		1,164 100.0%	508 43.6%	100 8.6%	15 1.3%	354 30.4%	57 4.9%
種 別	介護老人福祉施 設(広域型)	837 100.0%	372 44.4%	67 8.0%	10 1.2%	254 30.3%	38 4.5%
	地域密着型介護 老人福祉施設	248 100.0%	98 39.5%	31 12.5%	4 1.6%	75 30.2%	13 5.2%
	複数回答施設	39 100.0%	19 48.7%	1 2.6%	1 2.6%	12 30.8%	1 2.6%
	無回答	40 100.0%	19 47.5%	1 2.5%	0 0.0%	13 32.5%	5 12.5%

### 3. 介護事故防止に対する施設長の取り組み姿勢

介護事故防止に対する施設長の取り組み姿勢は「施設長の責務として重要と認識している」が60.9%であり、「定期的な会議等で報告を受けている」が23.1%であった。

図表 3-1-17 介護事故防止に対する施設長の取り組み姿勢(回答件数 1,164)



図表 3-1-18 介護事故防止に対する施設長の取り組み姿勢（施設種類別）

	施設種類	合計	介護事故防止に対する施設長の取り組み姿勢					
			施設長の責務として重要と認識している	施設の介護事故防止対策等を率先して検討している	定期的な会議等で報告を受けている	業務担当者や専任担当者に一任している	その他	無回答
	全体	1,164	709	85	269	14	2	85
		100.0%	60.9%	7.3%	23.1%	1.2%	0.2%	7.3%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	837	510	58	192	12	2	63
		100.0%	60.9%	6.9%	22.9%	1.4%	0.2%	7.5%
	地域密着型介護老人福祉施設	248	151	20	59	1	0	17
		100.0%	60.9%	8.1%	23.8%	0.4%	0.0%	6.9%
	複数回答施設	39	21	3	12	0	0	3
		100.0%	53.8%	7.7%	30.8%	0.0%	0.0%	7.7%
	無回答	40	27	4	6	1	0	2
		100.0%	67.5%	10.0%	15.0%	2.5%	0.0%	5.0%

## 4. 職員体制

### (1) 常勤換算職員数

職員体制（常勤換算数）は下表のとおりであった。

図表 3-1-19 職員体制（常勤換算）全体（回答件数 1,067）

常勤換算職員数	平均値 (人)
医師	0.2
看護職員	4.0
看護師	2.4
准看護師	1.6
機能訓練指導員	0.8
うち、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	0.3
介護職員	29.3
うち、介護福祉士	18.0
うち、認定特定行為を実施できる介護職員	7.1
介護支援専門員	1.3
生活相談員	1.4
栄養士・管理栄養士	1.2
その他	3.9

図表 3-1-20 職員体制（常勤換算）介護老人福祉施設(広域型)（回答件数 780）

常勤換算職員数	平均値 (人)
医師	0.2
看護職員	4.6
看護師	2.7
准看護師	1.8
機能訓練指導員	0.9
うち、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	0.3
介護職員	33.2
うち、介護福祉士	20.6
うち、認定特定行為を実施できる介護職員	8.3
介護支援専門員	1.4
生活相談員	1.5
栄養士・管理栄養士	1.3
その他	4.6

図表 3-1-21 職員体制（常勤換算）地域密着型介護老人福祉施設（回答件数 218）

常勤換算職員数	平均値 (人)
医師	0.1
看護職員	2.1
看護師	1.2
准看護師	0.8
機能訓練指導員	0.4
うち、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	0.1
介護職員	14.9
うち、介護福祉士	8.7
うち、認定特定行為を実施できる介護職員	2.4
介護支援専門員	0.9
生活相談員	0.9
栄養士・管理栄養士	0.8
その他	1.4

図表 3-1-22 職員体制（常勤換算）施設種別複数回答施設（回答件数 35）

常勤換算職員数	平均値 (人)
医師	0.2
看護職員	4.5
看護師	2.7
准看護師	1.8
機能訓練指導員	0.7
うち、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	0.2
介護職員	31.8
うち、介護福祉士	19.7
うち、認定特定行為を実施できる介護職員	9.0
介護支援専門員	1.5
生活相談員	1.7
栄養士・管理栄養士	1.3
その他	4.8

図表 3-1-23 職員体制（常勤換算）施設種別無回答施設（回答件数 34）

常勤換算職員数	平均値 (人)
医師	0.2
看護職員	4.3
看護師	2.7
准看護師	1.5
機能訓練指導員	1.0
うち、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	0.3
介護職員	30.0
うち、介護福祉士	17.3
うち、認定特定行為を実施できる介護職員	6.4
介護支援専門員	1.3
生活相談員	1.5
栄養士・管理栄養士	1.3
その他	3.9

(2) 常勤職員数（実人数）

常勤職員数は、下表のとおりであった。

図表 3-1-24 職員体制（常勤者・実人数） 全体（回答件数 1,042）

常勤・実人数	平均値（人）
医師	0.0
看護職員	3.3
看護師	2.0
准看護師	1.3
機能訓練指導員	0.9
うち、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	0.3
介護職員	25.6
うち、介護福祉士	16.8
うち、認定特定行為を実施できる介護職員	6.9
介護支援専門員	1.6
生活相談員	1.5
栄養士・管理栄養士	1.2
その他	2.9

図表 3-1-25 職員体制（常勤者・実人数） 介護老人福祉施設(広域型)（回答件数 762）

常勤・実人数	平均値（人）
医師	0.0
看護職員	3.7
看護師	2.2
准看護師	1.5
機能訓練指導員	1.0
うち、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	0.3
介護職員	28.8
うち、介護福祉士	19.2
うち、認定特定行為を実施できる介護職員	8.1
介護支援専門員	1.7
生活相談員	1.6
栄養士・管理栄養士	1.3
その他	3.3

図表 3-1-26 職員体制（常勤者・実人数） 地域密着型介護老人福祉施設（回答件数 210）

常勤・実人数	平均値 (人)
医師	0.0
看護職員	1.9
看護師	1.1
准看護師	0.8
機能訓練指導員	0.6
うち、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	0.2
介護職員	13.4
うち、介護福祉士	8.1
うち、認定特定行為を実施できる介護職員	2.4
介護支援専門員	1.2
生活相談員	1.2
栄養士・管理栄養士	1.0
その他	1.3

図表 3-1-27 職員体制（常勤者・実人数） 複数回答施設（回答件数 36）

常勤・実人数	平均値 (人)
医師	0.1
看護職員	3.7
看護師	2.2
准看護師	1.5
機能訓練指導員	1.0
うち、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	0.2
介護職員	26.5
うち、介護福祉士	17.8
うち、認定特定行為を実施できる介護職員	8.8
介護支援専門員	1.8
生活相談員	1.8
栄養士・管理栄養士	1.4
その他	3.3

図表 3-1-28 職員体制（常勤者・実人数） 無回答施設（回答件数 34）

常勤・実人数	平均値 (人)
医師	0.1
看護職員	3.2
看護師	2.1
准看護師	1.1
機能訓練指導員	1.1
うち、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	0.3
介護職員	26.1
うち、介護福祉士	16.6
うち、認定特定行為を実施できる介護職員	6.1
介護支援専門員	1.5
生活相談員	1.6
栄養士・管理栄養士	1.4
その他	2.9

### (3) 非常勤職員数（実人数）

非常勤職員数は、下表のとおりであった。

図表 3-1-29 職員体制（非常勤・実人数）（回答件数 1,042）

非常勤・実人数	平均値 (人)
医師	1.4
看護職員	1.6
看護師	0.9
准看護師	0.7
機能訓練指導員	0.4
うち、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	0.1
介護職員	7.8
うち、介護福祉士	2.5
うち、認定特定行為を実施できる介護職員	0.5
介護支援専門員	0.1
生活相談員	0.0
栄養士・管理栄養士	0.1
その他	2.5

図表 3-1-30 職員体制（非常勤・実人数） 介護老人福祉施設(広域型)（回答件数 762）

非常勤・実人数	平均値 (人)
医師	1.4
看護職員	1.8
看護師	1.0
准看護師	0.7
機能訓練指導員	0.4
うち、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	0.2
介護職員	9.0
うち、介護福祉士	2.9
うち、認定特定行為を実施できる介護職員	0.6
介護支援専門員	0.1
生活相談員	0.0
栄養士・管理栄養士	0.1
その他	3.0

図表 3-1-31 職員体制（非常勤・実人数） 地域密着型介護老人福祉施設（回答件数 210）

非常勤・実人数	平均値 (人)
医師	1.0
看護職員	0.8
看護師	0.4
准看護師	0.3
機能訓練指導員	0.3
うち、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	0.1
介護職員	3.6
うち、介護福祉士	1.2
うち、認定特定行為を実施できる介護職員	0.1
介護支援専門員	0.1
生活相談員	0.0
栄養士・管理栄養士	0.1
その他	0.8

図表 3-1-32 職員体制（非常勤・実人数） 複数回答施設（回答件数 36）

非常勤・実人数	平均値 (人)
医師	1.2
看護職員	1.4
看護師	0.9
准看護師	0.5
機能訓練指導員	0.3
うち、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	0.1
介護職員	8.7
うち、介護福祉士	2.0
うち、認定特定行為を実施できる介護職員	0.3
介護支援専門員	0.2
生活相談員	0.0
栄養士・管理栄養士	0.1
その他	2.7

図表 3-1-33 職員体制（非常勤・実人数） 無回答施設（回答件数 34）

非常勤・実人数	平均値 (人)
医師	1.5
看護職員	2.0
看護師	1.1
准看護師	0.8
機能訓練指導員	0.4
うち、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	0.2
介護職員	8.0
うち、介護福祉士	2.7
うち、認定特定行為を実施できる介護職員	0.4
介護支援専門員	0.0
生活相談員	0.0
栄養士・管理栄養士	0.0
その他	2.6

#### (4) 看護職員と介護職員のうち派遣職員の人数

看護職員、介護職員における派遣職員（実人数）の人数は、看護職員で平均 0.1 人、介護職員で平均 0.8 人であった。

図表 3-1-34 看護職員のうち派遣職員の人数

		回答 件数	平均値 (人)
全体		1,138	0.1
種別	介護老人福祉施設(広域型)	819	0.2
	地域密着型介護老人福祉施設	242	0.0
	複数回答施設	39	0.1
	無回答	38	0.3

図表 3-1-35 介護職員のうち派遣職員の人数

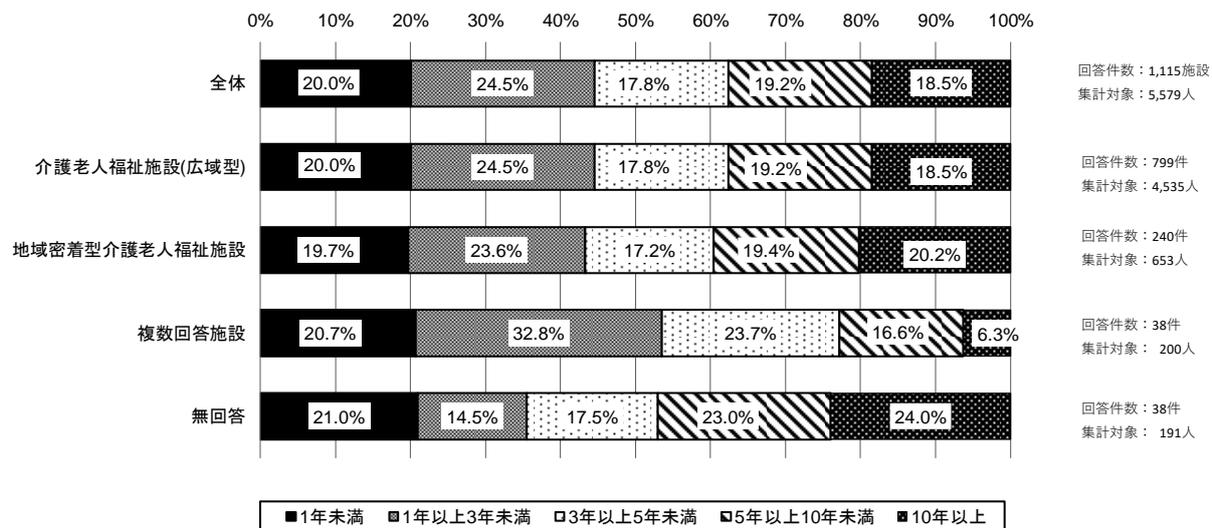
		回答件数	平均値 (人)
全体		1,138	0.8
種別	介護老人福祉施設(広域型)	819	0.9
	地域密着型介護老人福祉施設	242	0.5
	複数回答施設	39	1.2
	無回答	38	1.8

(5) 看護職員と介護職員の勤続年数別構成

① 看護職員

看護職員の勤続年数別構成は、「1年以上3年未満」が24.5%、「1年未満」が20.0%であった。

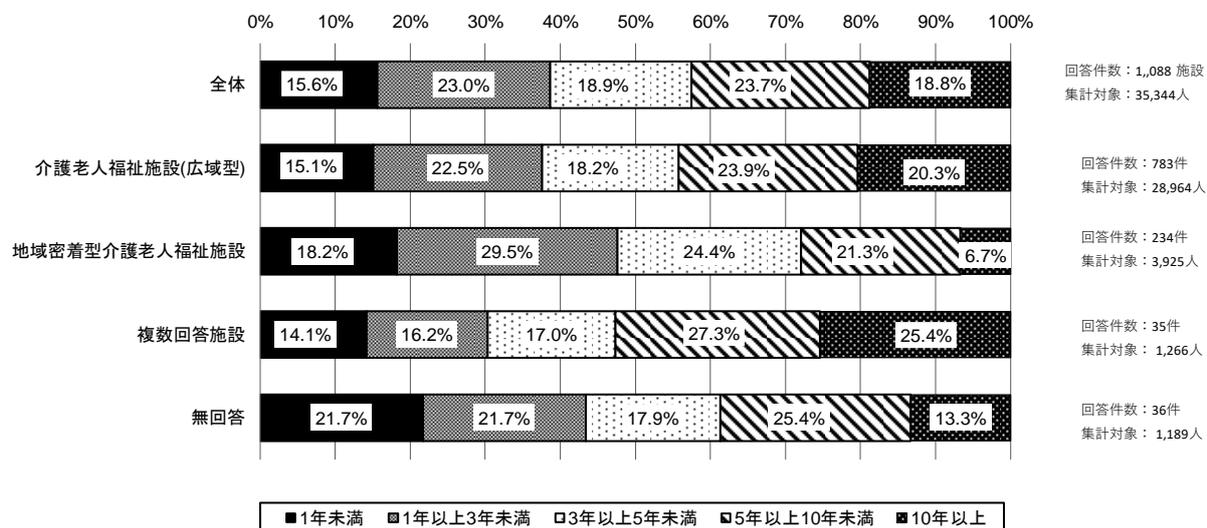
図表 3-1-36 看護職員の勤続年数別構成（施設種類別）



## ② 介護職員

介護職員の勤続年数別構成は、「5年以上10年未満」が23.7%、「1年以上3年未満」が23.0%であった。

図表 3-1-37 介護職員の勤続年数別構成（施設種類別）

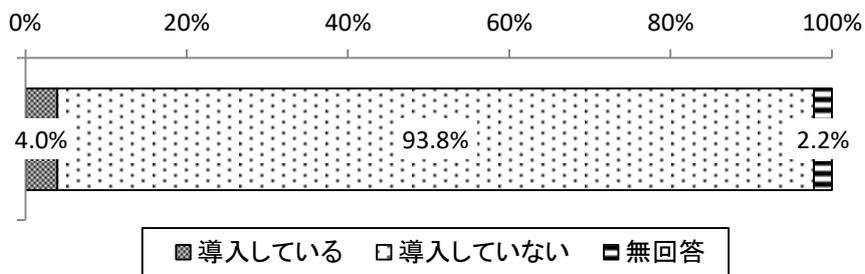


### 第3節 施設のマネジメント体制

#### 1. ISO等のマネジメントシステムの導入状況

ISO等のマネジメントシステムの導入状況は「導入している」が4.0%であった。

図表 3-1-38 ISO等のマネジメントシステムの導入状況(回答件数 1,164)



図表 3-1-39 ISO等のマネジメントシステムの導入状況（施設種類別）

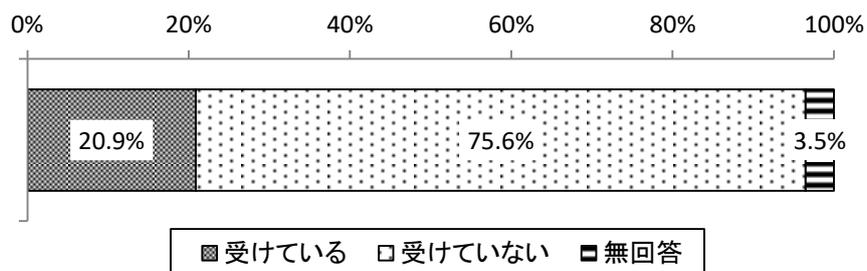
		合計	ISO等のマネジメントシステムの導入状況		
			導入している	導入していない	無回答
全体		1,164 100.0%	46 4.0%	1,092 93.8%	26 2.2%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	37 4.4%	787 94.0%	13 1.6%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	5 2.0%	237 95.6%	6 2.4%
	複数回答施設	39 100.0%	3 7.7%	35 89.7%	1 2.6%
	無回答	40 100.0%	1 2.5%	33 82.5%	6 15.0%

## 2. 自治体以外の者からのマネジメントに関する指導・助言

### (1) 自治体以外の者からのマネジメントに関する指導・助言の有無

自治体以外の者にマネジメントに関する指導・助言を受けているかは「受けている」が20.9%であった。

図表 3-1-40 自治体以外の者にマネジメントに関する指導・助言を受けているか  
(回答件数 1,164)



図表 3-1-41 自治体以外の者にマネジメントに関する指導・助言を受けているか  
(施設種類別)

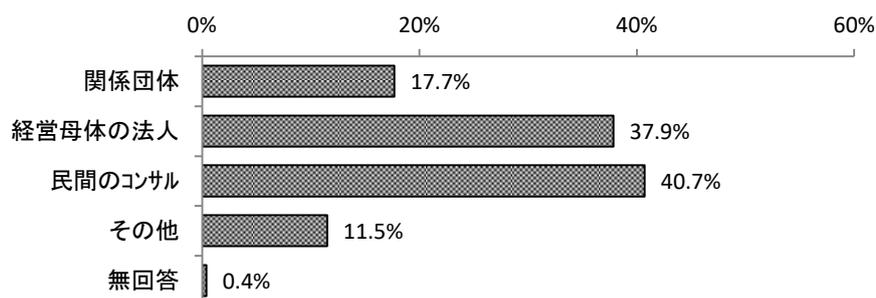
	種別	合計	自治体以外の者にマネジメントに関する指導・助言を受けているか		
			受けている	受けていない	無回答
	全体	1,164 100.0%	243 20.9%	880 75.6%	41 3.5%
	介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	180 21.5%	630 75.3%	27 3.2%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	47 19.0%	193 77.8%	8 3.2%
	複数回答施設	39 100.0%	10 25.6%	28 71.8%	1 2.6%
	無回答	40 100.0%	6 15.0%	29 72.5%	5 12.5%

(2) 自治体以外の者でマネジメントに関する指導・助言を行っている者

指導・助言を「受けている」場合、自治体以外の者でマネジメントに関する指導・助言を行っている者は「民間のコンサル」が 40.7%であり、「経営母体の法人」が 37.9%であった。

「その他」は、「監査法人」、「第三者評価機関」等であった。

図表 3-1-42 自治体以外の者でマネジメントに関する指導・助言を行っている者  
(複数回答) (回答件数 243)



図表 3-1-43 自治体以外の者でマネジメントに関する指導・助言を行っている者  
(施設種類別)

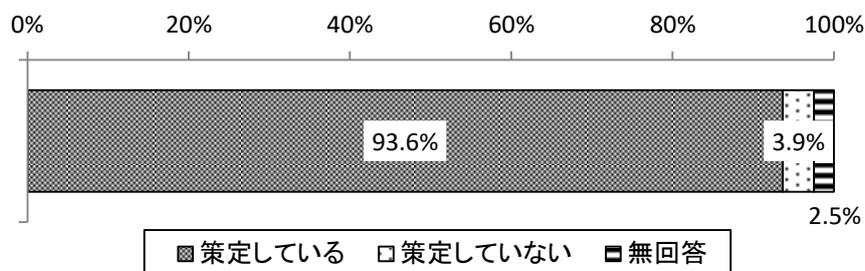
		合計	自治体以外の者でマネジメントに関する指導・助言を行っている者				
			関係団体	経営母体の法人	民間のコンサル	その他	無回答
種別	全体	243 100.0%	43 17.7%	92 37.9%	99 40.7%	28 11.5%	1 0.4%
	介護老人福祉施設 (広域型)	180 100.0%	35 19.4%	64 35.6%	75 41.7%	19 10.6%	1 0.6%
	地域密着型介護老人福祉施設	47 100.0%	8 17.0%	18 38.3%	17 36.2%	7 14.9%	0 0.0%
	複数回答施設	10 100.0%	0 0.0%	4 40.0%	5 50.0%	1 10.0%	0 0.0%
	無回答	6 100.0%	0 0.0%	6 100.0%	2 33.3%	1 16.7%	0 0.0%

### 3. 介護事故以外の不測の事態を想定した行動計画の策定状況

#### (1) 行動計画の策定状況

「介護事故だけでなく感染症等の不測の事態を想定した行動計画」の策定状況は、「策定している」が93.6%であった。

図表 3-1-44 不測の事態を想定した行動計画の策定状況(回答件数 1,164)



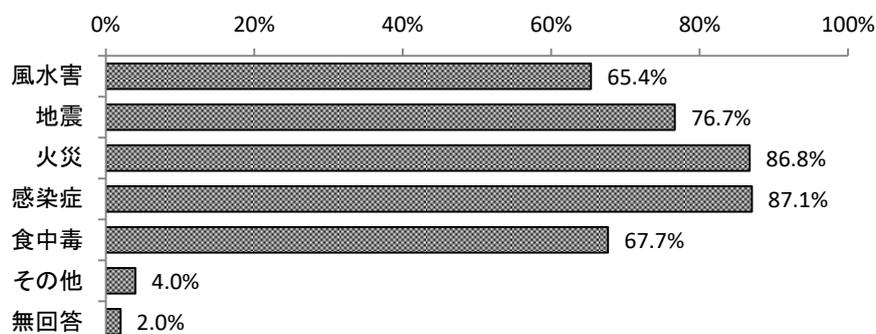
図表 3-1-45 不測の事態を想定した行動計画の策定状況（施設種類別）

		合計	不測の事態を想定した行動計画の策定状況		
			策定している	策定していない	無回答
全体		1,164 100.0%	1,090 93.6%	45 3.9%	29 2.5%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	782 93.4%	32 3.8%	23 2.7%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	236 95.2%	10 4.0%	2 0.8%
	複数回答施設	39 100.0%	36 92.3%	2 5.1%	1 2.6%
	無回答	40 100.0%	36 90.0%	1 2.5%	3 7.5%

## (2) 策定している不測の事態を想定した行動計画

不測の事態を想定した行動計画を「策定している」とした施設が策定している行動計画の内容は、「感染症」が87.1%であり、「火災」が86.8%であった。

図表 3-1-46 策定している不測の事態を想定した行動計画（複数回答）（回答件数 1,090）



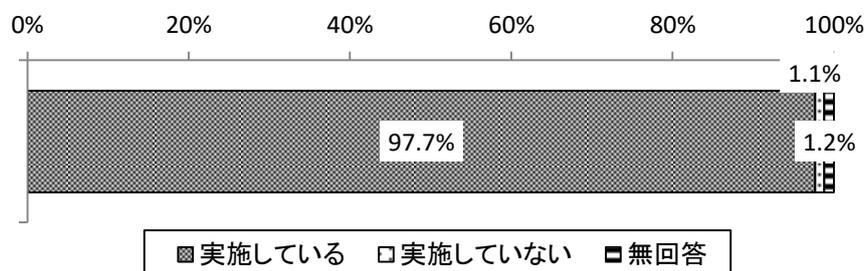
図表 3-1-47 策定している不測の事態を想定した行動計画（施設種類別）

		合計	策定している不測の事態を想定した行動計画						
			風水害	地震	火災	感染症	食中毒	その他	無回答
種別	全体	1,090 100.0%	713 65.4%	836 76.7%	946 86.8%	949 87.1%	738 67.7%	44 4.0%	22 2.0%
	介護老人福祉施設(広域型)	782 100.0%	512 65.5%	600 76.7%	679 86.8%	682 87.2%	532 68.0%	33 4.2%	16 2.0%
	地域密着型介護老人福祉施設	236 100.0%	153 64.8%	180 76.3%	205 86.9%	204 86.4%	153 64.8%	7 3.0%	6 2.5%
	複数回答施設	36 100.0%	28 77.8%	28 77.8%	32 88.9%	31 86.1%	27 75.0%	2 5.6%	0 0.0%
	無回答	36 100.0%	20 55.6%	28 77.8%	30 83.3%	32 88.9%	26 72.2%	2 5.6%	0 0.0%

#### 4. 防災訓練の実施状況

防災訓練の実施状況は「実施している」が97.7%であった。

図表 3-1-48 防災訓練の実施状況(回答件数 1,164)



図表 3-1-49 防災訓練の実施状況（施設種類別）

		合計	防災訓練の実施状況		
			実施している	実施していない	無回答
全体		1,164 100.0%	1,137 97.7%	13 1.1%	14 1.2%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	817 97.6%	8 1.0%	12 1.4%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	242 97.6%	5 2.0%	1 0.4%
	複数回答施設	39 100.0%	39 100.0%	0 0.0%	0 0.0%
	無回答	40 100.0%	39 97.5%	0 0.0%	1 2.5%

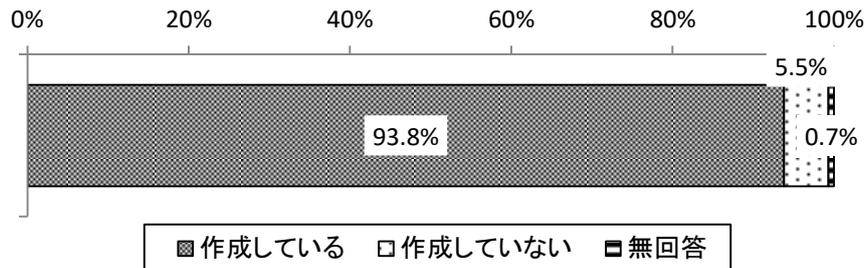
## 第4節 介護事故予防の体制

### 1. 事故発生の防止のための指針の作成状況

#### (1) 事故発生の防止のための指針の作成状況

事故発生の防止のための指針は、「作成している」が93.8%であった。

図表 3-1-50 事故発生の防止のための指針の作成状況(回答件数 1,164)



図表 3-1-51 事故発生の防止のための指針の作成状況(施設種類別)

		合計	事故発生の防止のための指針の作成状況		
			作成している	作成していない	無回答
全体		1,164 100.0%	1,092 93.8%	64 5.5%	8 0.7%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	782 93.4%	50 6.0%	5 0.6%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	236 95.2%	9 3.6%	3 1.2%
	複数回答施設	39 100.0%	39 100.0%	0 0.0%	0 0.0%
	無回答	40 100.0%	35 87.5%	5 12.5%	0 0.0%

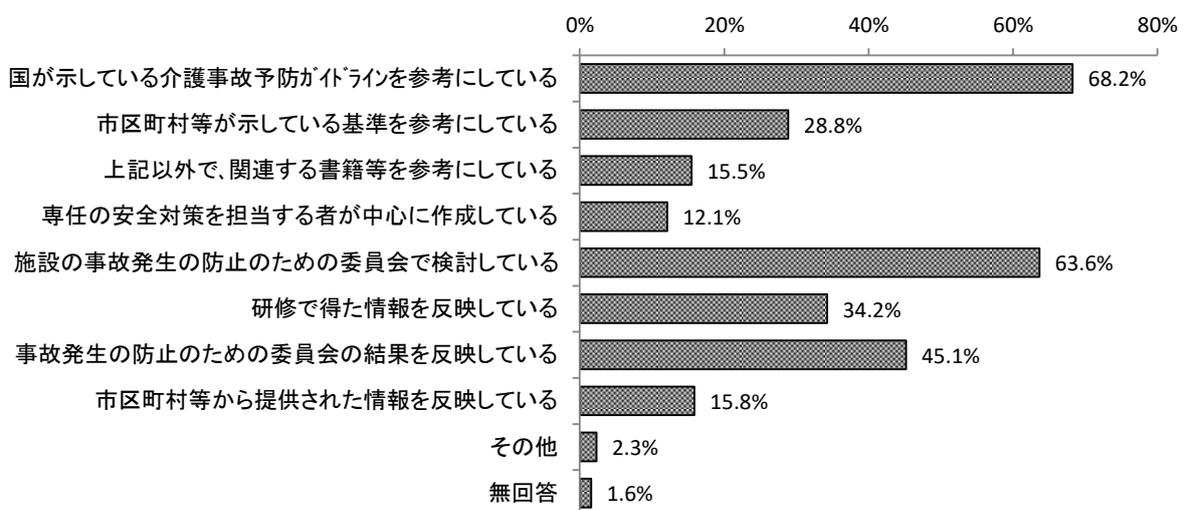
## (2) 指針を作成している施設の状況

事故発生の防止のための指針を「作成している」とした施設における状況は以下の通りであった。

### ① 事故発生の防止のための指針の作成プロセス

事事故発生の防止のための指針の作成プロセスは、「国が示している介護事故予防ガイドラインを参考にしている」が 68.2%であり、「施設の事故発生の防止のための委員会で検討している」が 63.6%であった。

図表 3-1-52 事故発生の防止のための指針の作成プロセス（複数回答）（回答件数 1,092）



図表 3-1-53 事故発生の防止のための指針の作成プロセス（施設種類別）

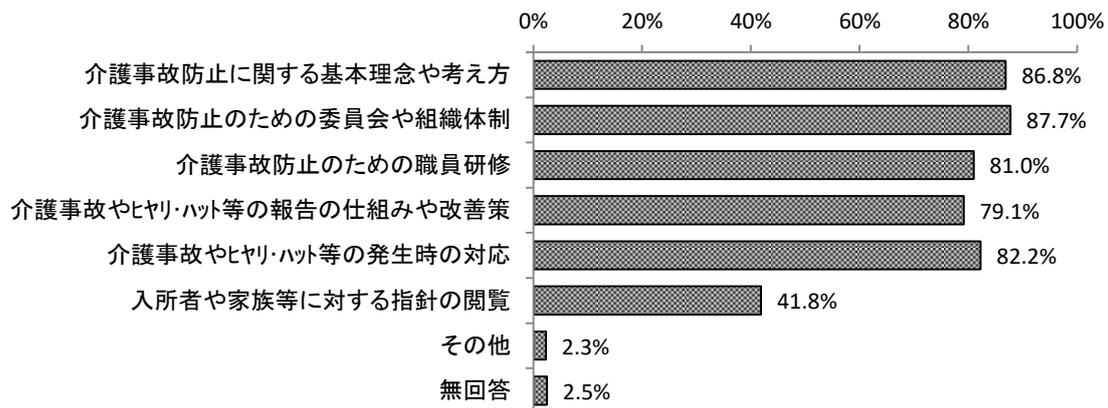
		合計	事故発生の防止のための指針の作成プロセス					研修で 得た情報 を反映して いる
			国が示 している 介護事 故予防 ガイド ライン を参考 にして いる	市区町 村等が 示して いる基 準を参 考にし ている	左記以 外で、 関連す る書籍 等を参 考にし ている	専任の 安全対 策を担 当する 者が中 心に作 成して いる	施設の 事故発 生の防 止のた めの委 員会で 検討し ている	
全体		1,092 100.0%	745 68.2%	315 28.8%	169 15.5%	132 12.1%	695 63.6%	374 34.2%
種 別	介護老人福祉施設（広域型）	782 100.0%	547 69.9%	229 29.3%	123 15.7%	98 12.5%	503 64.3%	272 34.8%
	地域密着型介護老人福祉施設	236 100.0%	154 65.3%	71 30.1%	37 15.7%	22 9.3%	144 61.0%	76 32.2%
	複数回答施設	39 100.0%	23 59.0%	7 17.9%	6 15.4%	10 25.6%	23 59.0%	15 38.5%
	無回答	35 100.0%	21 60.0%	8 22.9%	3 8.6%	2 5.7%	25 71.4%	11 31.4%

		合計	事故発生の防止のための指針の作成プロセス （続き）			
			事故発 生の防 止のた めの委 員会の 結果を 反映し ている	市区町 村等か ら提供 された 情報を 反映し ている	その他	無回答
全体		1,092 100.0%	493 45.1%	173 15.8%	25 2.3%	17 1.6%
種 別	介護老人福祉施設（広域型）	782 100.0%	350 44.8%	116 14.8%	19 2.4%	9 1.2%
	地域密着型介護老人福祉施設	236 100.0%	103 43.6%	45 19.1%	5 2.1%	2 0.8%
	複数回答施設	39 100.0%	25 64.1%	6 15.4%	1 2.6%	3 7.7%
	無回答	35 100.0%	15 42.9%	6 17.1%	0 0.0%	3 8.6%

② 事故発生の防止のための指針に記載されている事項

事故発生の防止のための指針に記載されている事項は「介護事故防止のための委員会や組織体制」が 87.7%であり、「介護事故防止に関する基本理念や考え方」が 86.8%であった。

図表 3-1-54 事故発生の防止のための指針に記載されている事項（複数回答）  
(回答件数 1,092)



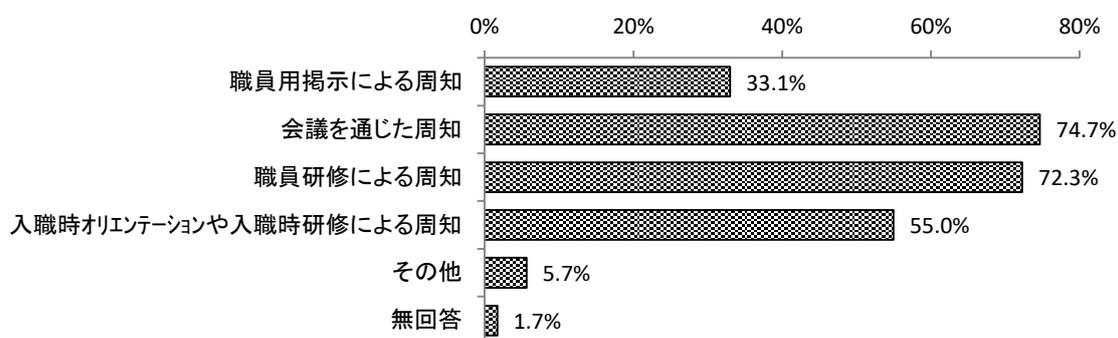
図表 3-1-55 事故発生の防止のための指針に記載されている事項（施設種類別）

	合計	事故発生の防止のための指針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	介護事故防止のための職員研修	介護事故やヒヤリ・ハット等の報告の仕組みや改善策	介護事故やヒヤリ・ハット等の発生時の対応	入所者や家族等に対する指針の閲覧	その他	無回答	
全体	1,092 100.0%	948 86.8%	958 87.7%	884 81.0%	864 79.1%	898 82.2%	457 41.8%	25 2.3%	27 2.5%	
種別	介護老人福祉施設(広域型)	782 100.0%	689 88.1%	700 89.5%	647 82.7%	624 79.8%	643 82.2%	329 42.1%	17 2.2%	13 1.7%
	地域密着型介護老人福祉施設	236 100.0%	200 84.7%	199 84.3%	179 75.8%	183 77.5%	196 83.1%	95 40.3%	6 2.5%	8 3.4%
	複数回答施設	39 100.0%	32 82.1%	31 79.5%	32 82.1%	32 82.1%	32 82.1%	22 56.4%	0 0.0%	3 7.7%
	無回答	35 100.0%	27 77.1%	28 80.0%	26 74.3%	25 71.4%	27 77.1%	11 31.4%	2 5.7%	3 8.6%

### ③ 事故発生の防止のための指針の職員への周知方法

事故発生の防止のための指針の職員への周知方法は「会議を通じた周知」が74.7%であり、「職員研修による周知」が72.3%であった。

図表 3-1-56 事故発生の防止のための指針の職員への周知方法（複数回答）（回答件数1,092）



図表 3-1-57 事故発生の防止のための指針の職員への周知方法（施設種類別）

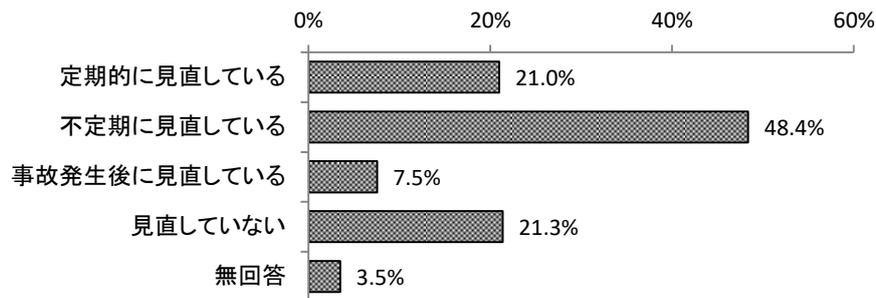
		合計	事故発生の防止のための指針の職員への周知方法					無回答
			職員用 掲示に よる周 知	会議を 通じた 周知	職員研 修によ る周知	入職時 オリエン テーションや 入職時 研修によ る周知	その他	
全体		1,092 100.0%	361 33.1%	816 74.7%	790 72.3%	601 55.0%	62 5.7%	19 1.7%
種 別	介護老人福祉施設（広域型）	782 100.0%	264 33.8%	592 75.7%	569 72.8%	438 56.0%	51 6.5%	9 1.2%
	地域密着型介護老人福祉施設	236 100.0%	78 33.1%	167 70.8%	169 71.6%	118 50.0%	9 3.8%	6 2.5%
	複数回答施設	39 100.0%	11 28.2%	31 79.5%	29 74.4%	23 59.0%	1 2.6%	2 5.1%
	無回答	35 100.0%	8 22.9%	26 74.3%	23 65.7%	22 62.9%	1 2.9%	2 5.7%

#### ④ 事故発生の防止のための指針の見直し

##### 1) 見直しの有無

事故発生の防止のための指針の見直しは「不定期に見直している」が 48.4%であり、「見直していない」が 21.3%であった。

図表 3-1-58 事故発生の防止のための指針の見直し（複数回答）（回答件数 1,092）



図表 3-1-59 事故発生の防止のための指針の見直し（施設種類別）

		合計	事故発生の防止のための指針の見直し				
			定期的に見直している	不定期に見直している	事故発生後に見直している	見直していない	無回答
全体		1,092 100.0%	229 21.0%	528 48.4%	82 7.5%	233 21.3%	38 3.5%
種別	介護老人福祉施設（広域型）	782 100.0%	161 20.6%	396 50.6%	58 7.4%	156 19.9%	27 3.5%
	地域密着型介護老人福祉施設	236 100.0%	52 22.0%	101 42.8%	16 6.8%	62 26.3%	6 2.5%
	複数回答施設	39 100.0%	10 25.6%	14 35.9%	7 17.9%	6 15.4%	3 7.7%
	無回答	35 100.0%	6 17.1%	17 48.6%	1 2.9%	9 25.7%	2 5.7%

## 2) 定期的に見直しをしている場合

事故発生の防止のための指針を「定期的に見直している」と回答した施設の見直し状況は以下の通りであった。

### i) 見直し頻度

「定期的に見直している」と回答した施設における見直し頻度は、平均 1.2 年ごとであった。

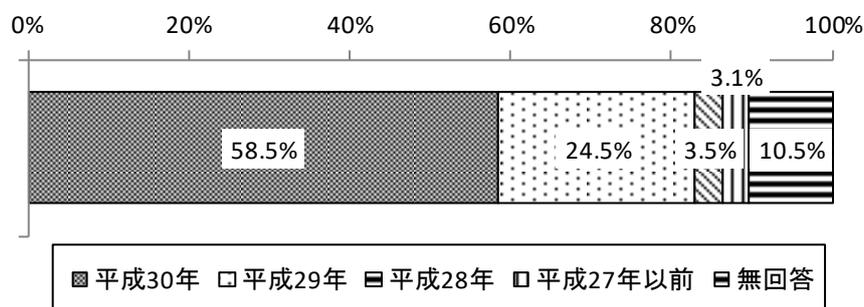
図表 3-1-60 見直し頻度

		回答 件数	平均 (年)
全体		198	1.2
種別	介護老人福祉施設(広域型)	138	1.2
	地域密着型介護老人福祉施設	45	1.1
	複数回答施設	9	1.2
	無回答	6	1.5

### ii) 最近の見直し時期

最近の見直し年度は、「平成 30 年度」が 58.5%、「平成 29 年度」が 24.5%であった。

図表 3-1-61 最近の見直し年（回答件数 229）



図表 3-1-62 最近の見直し年（施設種類別）

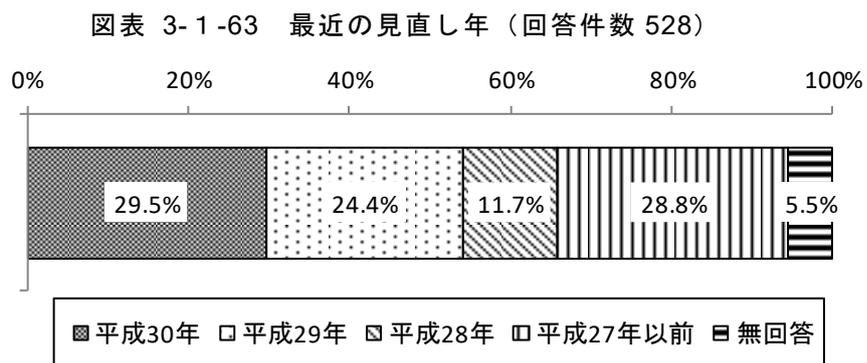
		合計	最近の見直し年				
			平成 30 年	平成 29 年	平成 28 年	平成 27 年以前	無回答
全体		229 100.0%	134 58.5%	56 24.5%	8 3.5%	7 3.1%	24 10.5%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	161 100.0%	93 57.8%	38 23.6%	7 4.3%	5 3.1%	18 11.2%
	地域密着型介護老人福祉施設	52 100.0%	32 61.5%	13 25.0%	1 1.9%	2 3.8%	4 7.7%
	複数回答施設	10 100.0%	5 50.0%	3 30.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 20.0%
	無回答	6 100.0%	4 66.7%	2 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

### 3) 不定期に見直しをしている場合

事故発生の防止のための指針を「不定期に見直している」と回答した施設の見直し状況は以下の通りであった。

#### i) 最近の見直し年

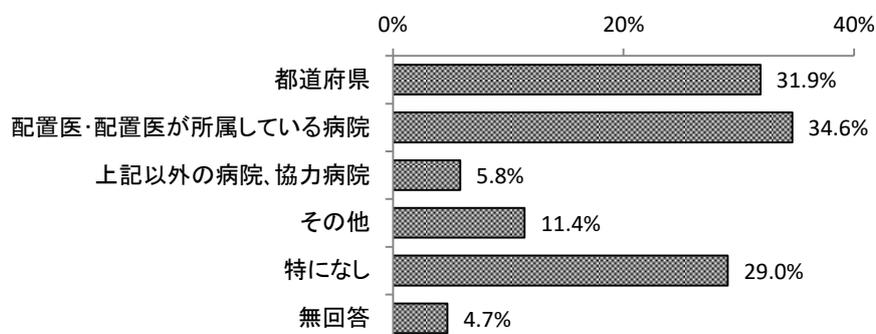
「不定期に見直している」と回答した施設における最近の見直し年は、平成30年が29.5%、平成27年以前が28.8%であった。



### (3) 事故発生時の市区町村・家族以外の報告先

事故発生時の市区町村・家族以外の報告先は「配置医・配置医が所属している病院」が34.6%であり、「都道府県」が31.9%であった。

図表 3-1-64 事故発生時の市区町村・家族以外の報告先（複数回答）（回答件数 1,164）



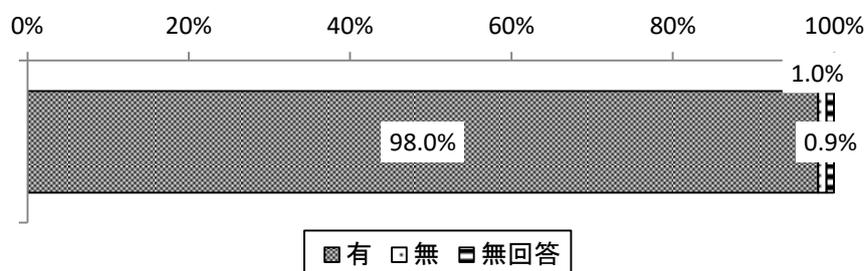
図表 3-1-65 事故発生時の市区町村・家族以外の報告先（施設種類別）

		合計	事故発生時の市区町村・家族以外の報告先					
			都道府県	配置医・配置医が所属している病院	上記以外の病院、協力病院	その他	特になし	無回答
全体		1,164 100.0%	371 31.9%	403 34.6%	68 5.8%	133 11.4%	338 29.0%	55 4.7%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	289 34.5%	276 33.0%	49 5.9%	102 12.2%	240 28.7%	36 4.3%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	51 20.6%	106 42.7%	11 4.4%	24 9.7%	77 31.0%	11 4.4%
	複数回答施設	39 100.0%	17 43.6%	13 33.3%	4 10.3%	4 10.3%	10 25.6%	4 10.3%
	無回答	40 100.0%	14 35.0%	8 20.0%	4 10.0%	3 7.5%	11 27.5%	4 10.0%

#### (4) 損害賠償保険の加入の有無

損害賠償保険の加入の有無は「有」が 98.0%であった。

図表 3-1-66 損害賠償保険の加入の有無(回答件数 1,164)



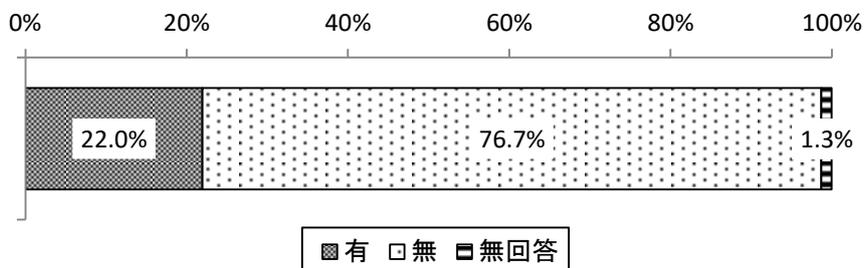
図表 3-1-67 損害賠償保険の加入の有無(施設種類別)

		合計	損害賠償保険の加入の有無		
			有	無	無回答
全体		1,164 100.0%	1,141 98.0%	12 1.0%	11 0.9%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	822 98.2%	7 0.8%	8 1.0%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	243 98.0%	4 1.6%	1 0.4%
	複数回答施設	39 100.0%	38 97.4%	0 0.0%	1 2.6%
	無回答	40 100.0%	38 95.0%	1 2.5%	1 2.5%

(5) 過去 1 年間に損害賠償請求を受けたことの有無

過去 1 年間に損害賠償請求を受けたことの有無は「有」が 22.0%であった。

図表 3-1-68 過去 1 年間に損害賠償請求を受けたことの有無(回答件数 1,164)



図表 3-1-69 過去 1 年間に損害賠償請求を受けたことの有無(施設種類別)

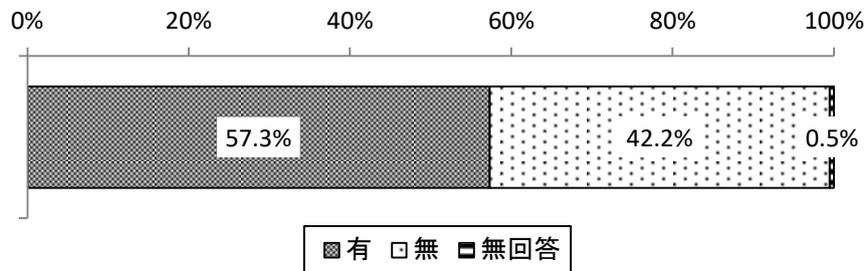
		合計	過去 1 年間に損害賠償請求を受けたことの有無		
			有	無	無回答
全体		1,164 100.0%	256 22.0%	893 76.7%	15 1.3%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	197 23.5%	627 74.9%	13 1.6%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	40 16.1%	207 83.5%	1 0.4%
	複数回答施設	39 100.0%	9 23.1%	30 76.9%	0 0.0%
	無回答	40 100.0%	10 25.0%	29 72.5%	1 2.5%

(6) 介護事故防止に向けた入所者ごとのリスク評価

① 介護事故防止に向けた入所者ごとのリスク評価の有無

介護事故防止に向けた入所者ごとのリスク評価の有無は「有」が 57.3%であった。

図表 3-1-70 介護事故防止に向けた入所者ごとのリスク評価の有無(回答件数 1,164)



図表 3-1-71 介護事故防止に向けた入所者ごとのリスク評価の有無(施設種類別)

		合計	介護事故防止に向けた入所者ごとのリスク評価の有無		
			有	無	無回答
全体		1,164 100.0%	667 57.3%	491 42.2%	6 0.5%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	483 57.7%	349 41.7%	5 0.6%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	141 56.9%	106 42.7%	1 0.4%
	複数回答施設	39 100.0%	18 46.2%	21 53.8%	0 0.0%
	無回答	40 100.0%	25 62.5%	15 37.5%	0 0.0%

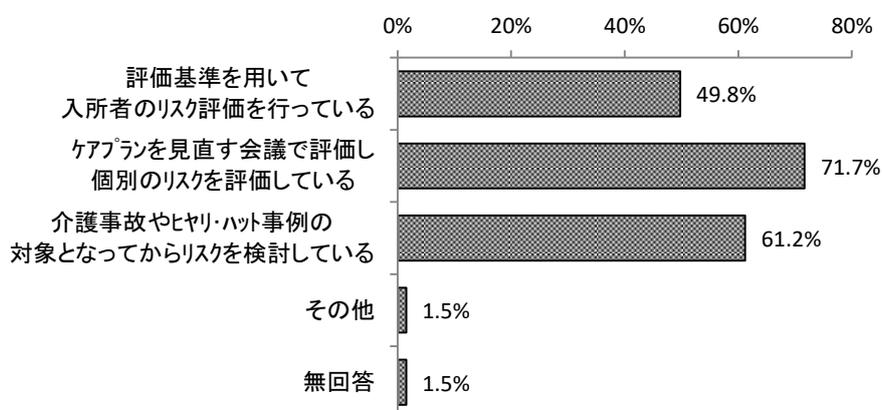
## ② リスク評価の詳細

リスク評価「有」と回答した施設において、リスク評価の詳細は以下の通りであった。

### 1) 介護事故防止に向けた入所者ごとのリスク評価の方法

介護事故防止に向けた入所者ごとのリスク評価の方法は「ケアプランを見直す会議で評価し個別のリスクを評価している」が 71.7%であり、「介護事故やヒヤリ・ハット事例の対象となつてからリスクを検討している」が 61.2%であった。

図表 3-1-72 介護事故防止に向けた入所者ごとのリスク評価の方法（複数回答）  
(回答件数 667)



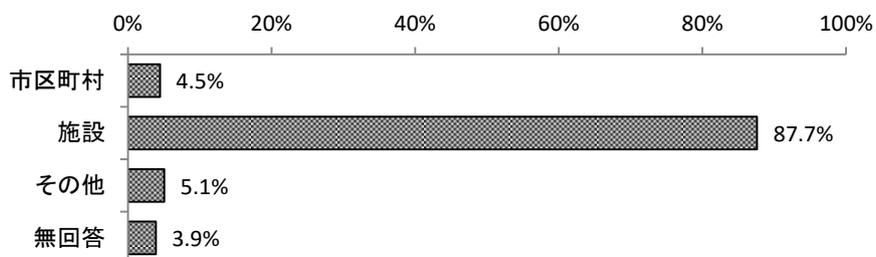
図表 3-1-73 介護事故防止に向けた入所者ごとのリスク評価の方法（施設種類別）

		合計	介護事故防止に向けた入所者ごとのリスク評価の方法				
			評価基準を用いて入所者のリスク評価を行っている	ケアプランを見直す会議で評価し個別のリスクを評価している	介護事故やヒヤリ・ハット事例の対象となつてからリスクを検討している	その他	無回答
全体		667 100.0%	332 49.8%	478 71.7%	408 61.2%	10 1.5%	10 1.5%
種別	介護老人福祉施設（広域型）	483 100.0%	246 50.9%	336 69.6%	302 62.5%	6 1.2%	6 1.2%
	地域密着型介護老人福祉施設	141 100.0%	65 46.1%	112 79.4%	84 59.6%	3 2.1%	0 0.0%
	複数回答施設	18 100.0%	13 72.2%	16 88.9%	11 61.1%	1 5.6%	0 0.0%
	無回答	25 100.0%	8 32.0%	14 56.0%	11 44.0%	0 0.0%	4 16.0%

i) 評価基準を定めている者

「評価基準を用いて入所者のリスク評価を行っている」と回答した施設において評価基準を定めているのは、「施設」が 87.7%であり、「その他」が 5.1%であった。

図表 3-1-74 評価基準を定めている者（複数回答）（回答件数 332）



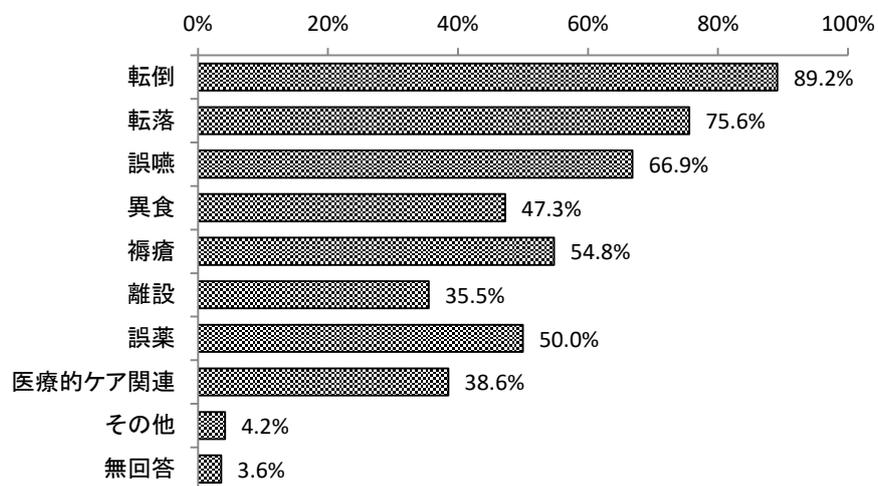
図表 3-1-75 評価基準を定めている者（施設種類別）

		合計	評価基準を定めている者			
			市区町村	施設	その他	無回答
全体		332 100.0%	15 4.5%	291 87.7%	17 5.1%	13 3.9%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	246 100.0%	13 5.3%	214 87.0%	13 5.3%	9 3.7%
	地域密着型介護老人福祉施設	65 100.0%	0 0.0%	59 90.8%	3 4.6%	3 4.6%
	複数回答施設	13 100.0%	1 7.7%	12 92.3%	1 7.7%	0 0.0%
	無回答	8 100.0%	1 12.5%	6 75.0%	0 0.0%	1 12.5%

ii) 評価基準を定めているリスク

評価基準を定めているリスクは、「転倒」が 89.2%であり、「転落」が 75.6%であった。

図表 3-1-76 何のリスクに対する評価基準か（複数回答）（回答件数 332）



図表 3-1-77 何のリスクに対する評価基準か（施設種類別）

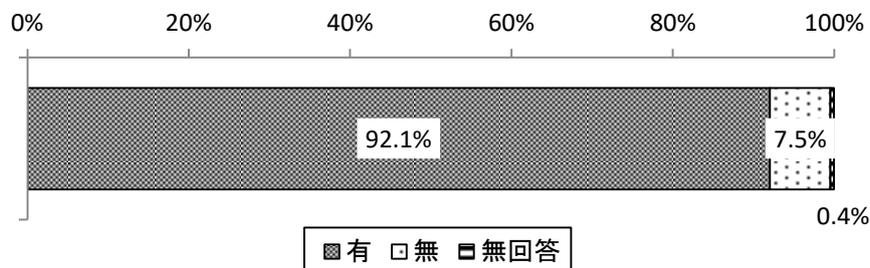
		合計	何のリスクに対する評価基準か					
			転倒	転落	誤嚥	異食	褥瘡	離設
全体		332 100.0%	296 89.2%	251 75.6%	222 66.9%	157 47.3%	182 54.8%	118 35.5%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	246 100.0%	217 88.2%	181 73.6%	159 64.6%	113 45.9%	130 52.8%	87 35.4%
	地域密着型介護老人福祉施設	65 100.0%	59 90.8%	52 80.0%	46 70.8%	33 50.8%	38 58.5%	21 32.3%
	複数回答施設	13 100.0%	13 100.0%	12 92.3%	11 84.6%	9 69.2%	10 76.9%	8 61.5%
	無回答	8 100.0%	7 87.5%	6 75.0%	6 75.0%	2 25.0%	4 50.0%	2 25.0%

		合計	何のリスクに対する評価基準か（続き）			
			誤薬	医療的ケア関連	その他	無回答
全体		332 100.0%	166 50.0%	128 38.6%	14 4.2%	12 3.6%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	246 100.0%	119 48.4%	94 38.2%	13 5.3%	9 3.7%
	地域密着型介護老人福祉施設	65 100.0%	33 50.8%	24 36.9%	0 0.0%	2 3.1%
	複数回答施設	13 100.0%	10 76.9%	8 61.5%	1 7.7%	0 0.0%
	無回答	8 100.0%	4 50.0%	2 25.0%	0 0.0%	1 12.5%

## 2) 入所者家族とのリスク共有の有無

入所者家族とのリスク共有の有無は「有」が 92.1%であった。

図表 3-1-78 入所者家族とのリスク共有の有無(回答件数 667)



図表 3-1-79 入所者家族とのリスク共有の有無（施設種類別）

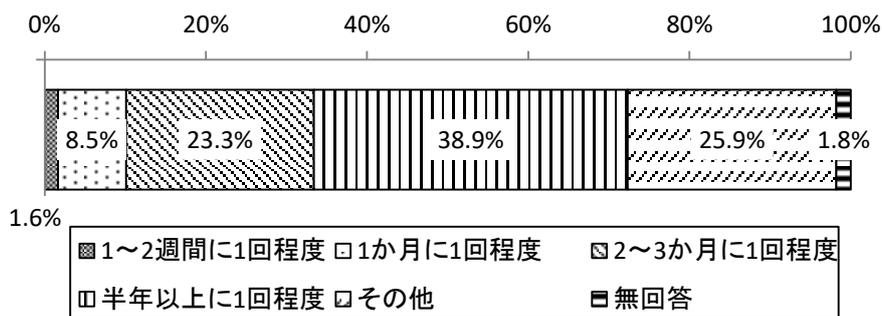
		合計	入所者家族とのリスク共有の有無		
			有	無	無回答
全体		667 100.0%	614 92.1%	50 7.5%	3 0.4%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	483 100.0%	448 92.8%	32 6.6%	3 0.6%
	地域密着型介護老人福祉施設	141 100.0%	129 91.5%	12 8.5%	0 0.0%
	複数回答施設	18 100.0%	15 83.3%	3 16.7%	0 0.0%
	無回答	25 100.0%	22 88.0%	3 12.0%	0 0.0%

入所者家族とのリスク共有「有」と回答した施設でのリスク共有の実際は以下の通りであった。

i) リスク共有の平均的な頻度

リスク共有の平均的な頻度は「半年以上に1回程度」が38.9%であり、「その他」が25.9%であった。

図表 3-1-80 リスク共有の平均的な頻度(回答件数 614)



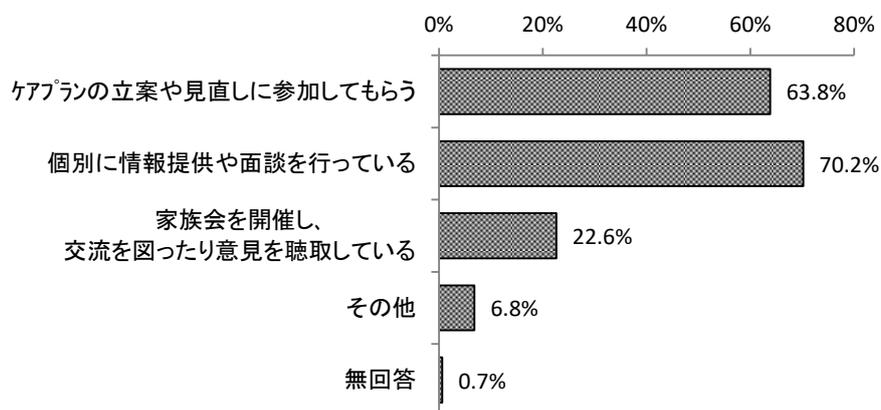
図表 3-1-81 リスク共有の平均的な頻度(施設種類別)

		合計	リスク共有の平均的な頻度					無回答
			1~2週間に1回程度	1か月に1回程度	2~3か月に1回程度	半年以上に1回程度	その他	
全体		614	10	52	143	239	159	11
		100.0%	1.6%	8.5%	23.3%	38.9%	25.9%	1.8%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	448	7	40	106	170	117	8
		100.0%	1.6%	8.9%	23.7%	37.9%	26.1%	1.8%
	地域密着型介護老人福祉施設	129	2	9	32	51	34	1
		100.0%	1.6%	7.0%	24.8%	39.5%	26.4%	0.8%
	複数回答施設	15	0	2	1	9	3	0
		100.0%	0.0%	13.3%	6.7%	60.0%	20.0%	0.0%
	無回答	22	1	1	4	9	5	2
		100.0%	4.5%	4.5%	18.2%	40.9%	22.7%	9.1%

ii) リスク共有の方法

リスク共有の方法は「個別に情報提供や面談を行っている」が70.2%であり、「ケアプランの立案や見直しに参加してもらう」が63.8%であった。

図表 3-1-82 リスク共有の方法（複数回答）（回答件数 614）



図表 3-1-83 リスク共有の方法（施設種類別）

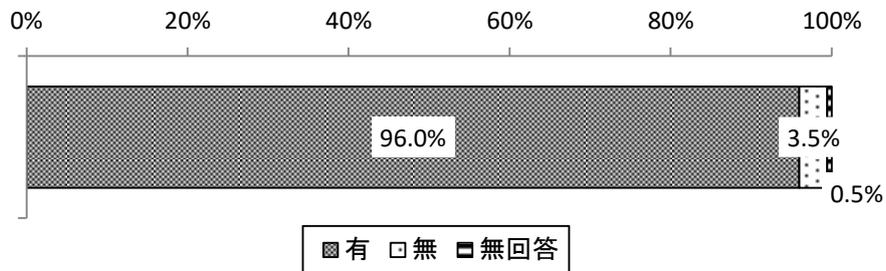
		合計	リスク共有の方法				
			ケアプランの立案や見直しに参加してもらう	個別に情報提供や面談を行っている	家族会を開催し、交流を図ったり意見を聴取している	その他	無回答
全体		614 100.0%	392 63.8%	431 70.2%	139 22.6%	42 6.8%	4 0.7%
種別	介護老人福祉施設（広域型）	448 100.0%	293 65.4%	319 71.2%	99 22.1%	27 6.0%	2 0.4%
	地域密着型介護老人福祉施設	129 100.0%	80 62.0%	88 68.2%	28 21.7%	11 8.5%	0 0.0%
	複数回答施設	15 100.0%	9 60.0%	14 93.3%	6 40.0%	1 6.7%	0 0.0%
	無回答	22 100.0%	10 45.5%	10 45.5%	6 27.3%	3 13.6%	2 9.1%

## 2. 指針に基づくマニュアル等について

### (1) マニュアルの有無

指針に基づくマニュアル等の有無は「有」が 96.0%であった。

図表 3-1-84 指針に基づくマニュアル等の有無(回答件数 1,092)



図表 3-1-85 指針に基づくマニュアル等の有無（施設種類別）

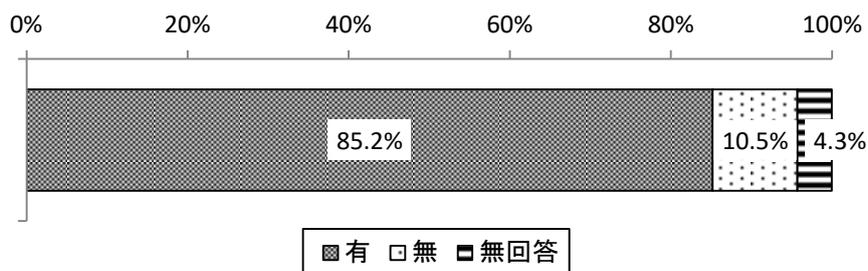
		合計	指針に基づくマニュアル等の有無		
			有	無	無回答
全体		1,092 100.0%	1,048 96.0%	38 3.5%	6 0.5%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	782 100.0%	749 95.8%	28 3.6%	5 0.6%
	地域密着型介護老人福祉施設	236 100.0%	225 95.3%	10 4.2%	1 0.4%
	複数回答施設	39 100.0%	39 100.0%	0 0.0%	0 0.0%
	無回答	35 100.0%	35 100.0%	0 0.0%	0 0.0%

マニュアル「有」と回答した施設の状況は以下の通りであった。

① 事故発生時の市区町村への報告手順についての記載の有無

事故発生時の市区町村への報告手順についての記載の有無は「有」が 85.2%であった。

図表 3-1-86 事故発生時の市区町村への報告手順についての記載の有無(回答件数 1,048)



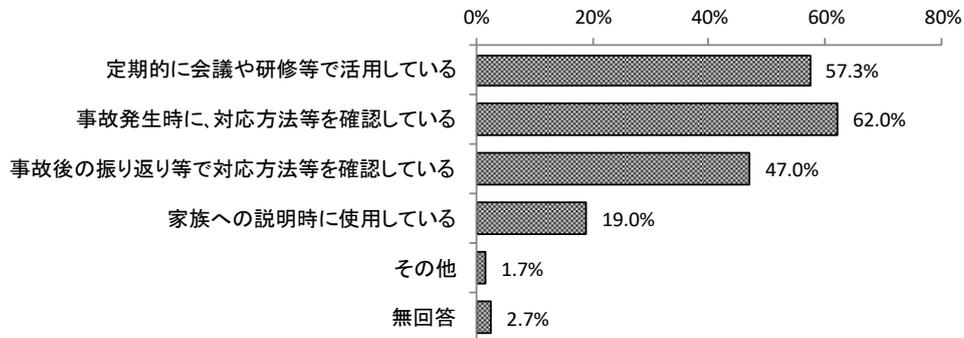
図表 3-1-87 事故発生時の市区町村への報告手順についての記載の有無（施設種類別）

		合計	事故発生時の市区町村への報告手順についての記載の有無		
			有	無	無回答
全体		1,048 100.0%	893 85.2%	110 10.5%	45 4.3%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	749 100.0%	640 85.4%	77 10.3%	32 4.3%
	地域密着型介護老人福祉施設	225 100.0%	189 84.0%	28 12.4%	8 3.6%
	複数回答施設	39 100.0%	35 89.7%	3 7.7%	1 2.6%
	無回答	35 100.0%	29 82.9%	2 5.7%	4 11.4%

## ② 指針に基づくマニュアル等の活用状況

指針に基づくマニュアル等の活用状況は「事故発生時に、対応方法等を確認している」が62.0%であり、「定期的に会議や研修等で活用している」が57.3%であった。

図表 3-1-88 指針に基づくマニュアル等の活用状況（複数回答）（回答件数 1,048）



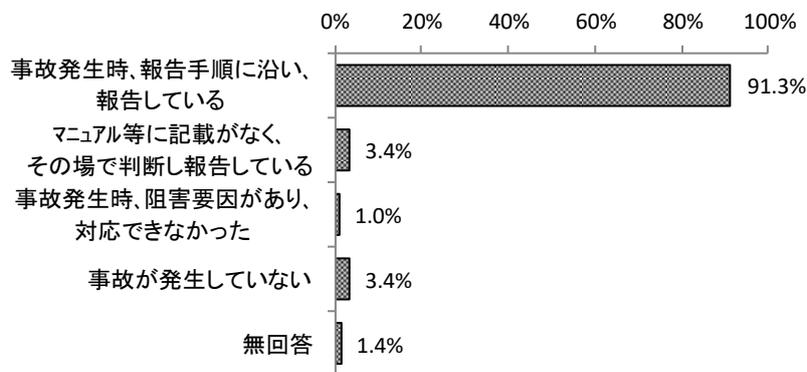
図表 3-1-89 指針に基づくマニュアル等の活用状況（施設種類別）

		合計	指針に基づくマニュアル等の活用状況					無回答
			定期的に会議や研修等で活用している	事故発生時に、対応方法等を確認している	事故後の振り返り等で対応方法等を確認している	家族への説明時に使用している	その他	
全体		1,048 100.0%	601 57.3%	650 62.0%	493 47.0%	199 19.0%	18 1.7%	28 2.7%
種別	介護老人福祉施設（広域型）	749 100.0%	433 57.8%	466 62.2%	360 48.1%	145 19.4%	13 1.7%	20 2.7%
	地域密着型介護老人福祉施設	225 100.0%	122 54.2%	136 60.4%	102 45.3%	37 16.4%	2 0.9%	6 2.7%
	複数回答施設	39 100.0%	27 69.2%	28 71.8%	20 51.3%	12 30.8%	2 5.1%	0 0.0%
	無回答	35 100.0%	19 54.3%	20 57.1%	11 31.4%	5 14.3%	1 2.9%	2 5.7%

### ③ 直近の介護事故発生時の対応状況

直近の介護事故発生時の対応状況は「事故発生時、報告手順に沿い、報告している」が91.3%であり、「事故が発生していない」が3.4%であった。

図表 3-1-90 直近の介護事故発生時の対応状況（複数回答）（回答件数 1,048）



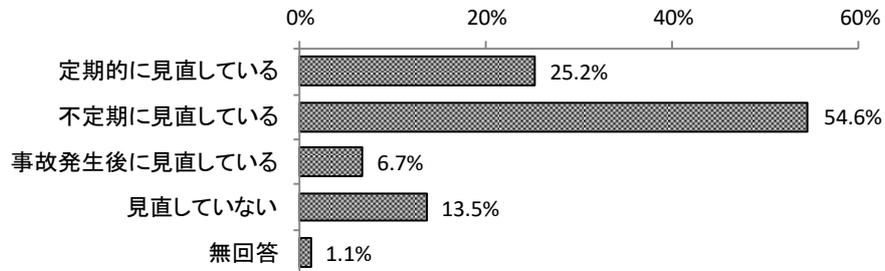
図表 3-1-91 直近の介護事故発生時の対応状況（施設種類別）

		合計	直近の介護事故発生時の対応状況				
			事故発生時、報告手順に沿い、報告している	マニュアル等に記載がなく、その場で判断し報告している	事故発生時、阻害要因があり、対応できなかった	事故が発生していない	無回答
全体		1,048 100.0%	957 91.3%	36 3.4%	11 1.0%	36 3.4%	15 1.4%
種別	介護老人福祉施設（広域型）	749 100.0%	687 91.7%	30 4.0%	8 1.1%	19 2.5%	11 1.5%
	地域密着型介護老人福祉施設	225 100.0%	203 90.2%	5 2.2%	2 0.9%	14 6.2%	2 0.9%
	複数回答施設	39 100.0%	38 97.4%	1 2.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	無回答	35 100.0%	29 82.9%	0 0.0%	1 2.9%	3 8.6%	2 5.7%

#### ④ 指針に基づくマニュアル等の見直し

指針に基づくマニュアル等の見直しは「不定期に見直している」が 54.6%であり、「定期的に見直している」が 25.2%であった。

図表 3-1-92 指針に基づくマニュアル等の見直し（複数回答）（回答件数 1,048）



図表 3-1-93 指針に基づくマニュアル等の見直し（施設種類別）

		合計	指針に基づくマニュアル等の見直し				
			定期的に見直している	不定期に見直している	事故発生後に見直している	見直していない	無回答
全体		1,048 100.0%	264 25.2%	572 54.6%	70 6.7%	142 13.5%	12 1.1%
種別	介護老人福祉施設（広域型）	749 100.0%	187 25.0%	410 54.7%	56 7.5%	98 13.1%	10 1.3%
	地域密着型介護老人福祉施設	225 100.0%	55 24.4%	122 54.2%	10 4.4%	38 16.9%	0 0.0%
	複数回答施設	39 100.0%	8 20.5%	26 66.7%	4 10.3%	1 2.6%	0 0.0%
	無回答	35 100.0%	14 40.0%	14 40.0%	0 0.0%	5 14.3%	2 5.7%

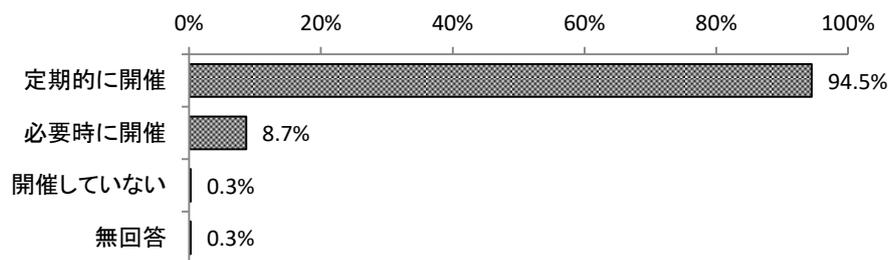
### 3. 事故発生の防止のための委員会の設置状況

#### (1) 事故発生の防止のための委員会の開催状況

##### ① 開催状況

事故発生の防止のための委員会の開催状況は「定期的開催」が 94.5%であり、「必要時に開催」が 8.7%であった。

図表 3-1-94 事故発生の防止のための委員会の開催状況（複数回答）（回答件数 1,164）



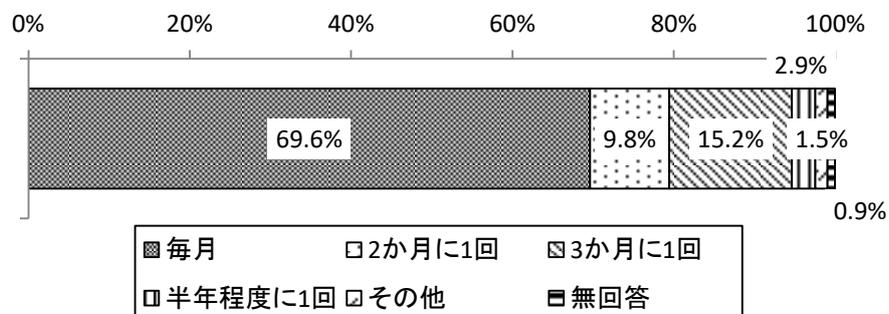
図表 3-1-95 事故発生の防止のための委員会の開催状況（施設種類別）

		合計	事故発生の防止のための委員会の開催状況			
			定期的開催	必要時に開催	開催していない	無回答
全体		1,164 100.0%	1,100 94.5%	101 8.7%	3 0.3%	3 0.3%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	799 95.5%	67 8.0%	1 0.1%	1 0.1%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	226 91.1%	27 10.9%	2 0.8%	1 0.4%
	複数回答施設	39 100.0%	37 94.9%	3 7.7%	0 0.0%	0 0.0%
	無回答	40 100.0%	38 95.0%	4 10.0%	0 0.0%	1 2.5%

## ② 開催頻度

「定期的に開催」する場合、事故発生の防止のための委員会の開催頻度は「毎月」が69.6%であり、「3か月に1回」が15.2%であった。

図表 3-1-96 事故発生の防止のための委員会の開催頻度(回答件数 1,100)



図表 3-1-97 事故発生の防止のための委員会の開催頻度（施設種類別）

		合計	事故発生の防止のための委員会の開催頻度					無回答
			毎月	2か月に1回	3か月に1回	半年程度に1回	その他	
全体		1,100 100.0%	766 69.6%	108 9.8%	167 15.2%	32 2.9%	17 1.5%	10 0.9%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	799 100.0%	568 71.1%	77 9.6%	114 14.3%	20 2.5%	13 1.6%	7 0.9%
	地域密着型介護老人福祉施設	226 100.0%	142 62.8%	27 11.9%	42 18.6%	10 4.4%	3 1.3%	2 0.9%
	複数回答施設	37 100.0%	27 73.0%	2 5.4%	6 16.2%	2 5.4%	0 0.0%	0 0.0%
	無回答	38 100.0%	29 76.3%	2 5.3%	5 13.2%	0 0.0%	1 2.6%	1 2.6%

### ③ 委員会の開催状況の詳細

事故発生の防止のための委員会を「定期的に開催」または「必要時に開催」と回答した施設での委員会の開催状況は以下の通りであった。

#### 1) 平成 29 年度の開催回数

事故発生の防止のための委員会の平成 29 年度の開催回数は、平均 10.1 回であった。

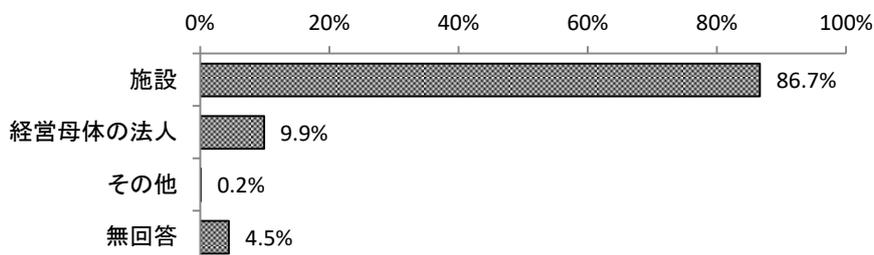
図表 3-1-98 平成 29 年度の「事故発生の防止のための委員会」開催回数

		回答 件数	平均値 (回)
全体		1,125	10.1
種別	介護老人福祉施設(広域型)	810	10.4
	地域密着型介護老人福祉施設	242	9.2
	複数回答施設	39	10.0
	無回答	34	10.6

#### 2) 事故発生の防止のための委員会の設置単位

事故発生の防止のための委員会の設置単位は「施設」が 86.7%であり、「経営母体の法人」が 9.9%であった。

図表 3-1-99 事故発生の防止のための委員会の設置単位（複数回答）（回答件数 1,158）



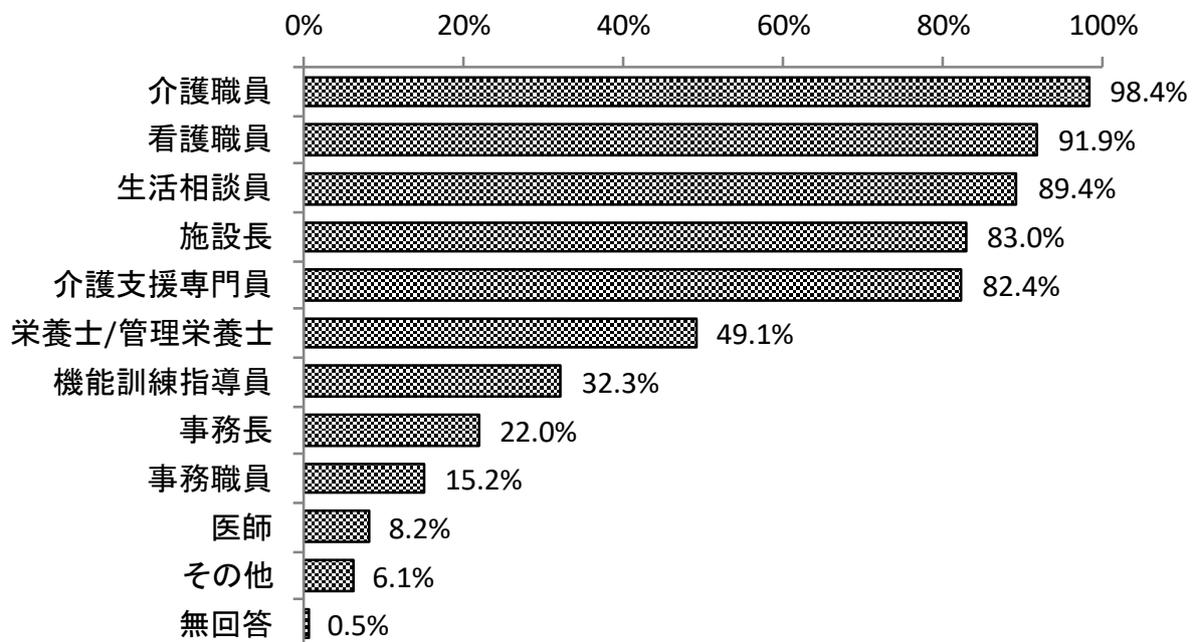
図表 3-1-100 事故発生の防止のための委員会の設置単位

		合計	事故発生の防止のための委員会の設置単位			
			施設	経営母体 の法人	その他	無回答
全体		1,158	1,004	115	2	52
		100.0%	86.7%	9.9%	0.2%	4.5%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	835	722	84	2	37
		100.0%	86.5%	10.1%	0.2%	4.4%
	地域密着型介護老人福祉施設	245	212	23	0	13
		100.0%	86.5%	9.4%	0.0%	5.3%
	複数回答施設	39	35	4	0	1
		100.0%	89.7%	10.3%	0.0%	2.6%
	無回答	39	35	4	0	1
		100.0%	89.7%	10.3%	0.0%	2.6%

### 3) 構成メンバー

構成メンバーは「介護職員」が 98.4%であり、「看護職員」が 91.9%であった。

図表 3-1-101 構成メンバー（複数回答）（回答件数 1,158）



図表 3-1-102 構成メンバー（施設種類別）

		合計	構成メンバー					栄養士 /管理 栄養士
			介護職 員	看護職 員	生活相 談員	施設長	介護支 援専門 員	
全体		1,158 100.0%	1,139 98.4%	1,064 91.9%	1,035 89.4%	961 83.0%	954 82.4%	569 49.1%
種 別	介護老人福祉施 設(広域型)	835 100.0%	824 98.7%	768 92.0%	759 90.9%	695 83.2%	685 82.0%	422 50.5%
	地域密着型介護 老人福祉施設	245 100.0%	238 97.1%	228 93.1%	204 83.3%	198 80.8%	201 82.0%	101 41.2%
	複数回答施設	39 100.0%	39 100.0%	36 92.3%	38 97.4%	35 89.7%	33 84.6%	22 56.4%
	無回答	39 100.0%	38 97.4%	32 82.1%	34 87.2%	33 84.6%	35 89.7%	24 61.5%

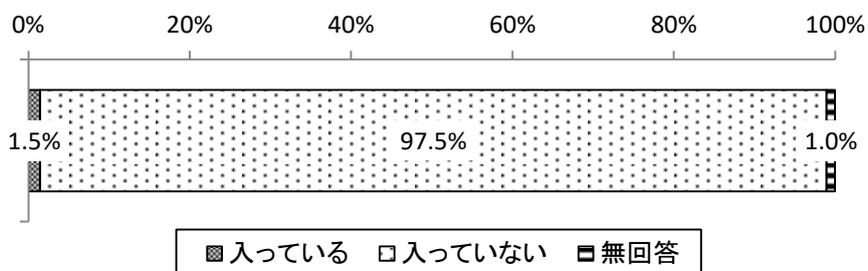
		合計	構成メンバー（続き）					無回答
			機能訓 練指導 員	事務長	事務職 員	医師	その他	
全体		1,158 100.0%	374 32.3%	255 22.0%	176 15.2%	95 8.2%	71 6.1%	6 0.5%
種 別	介護老人福祉施 設(広域型)	835 100.0%	304 36.4%	193 23.1%	141 16.9%	66 7.9%	52 6.2%	3 0.4%
	地域密着型介護 老人福祉施設	245 100.0%	50 20.4%	41 16.7%	23 9.4%	22 9.0%	14 5.7%	2 0.8%
	複数回答施設	39 100.0%	9 23.1%	15 38.5%	5 12.8%	4 10.3%	2 5.1%	0 0.0%
	無回答	39 100.0%	11 28.2%	6 15.4%	7 17.9%	3 7.7%	3 7.7%	1 2.6%

#### 4) 構成メンバーにおける外部有識者の有無

構成メンバー内に外部有識者は「入っている」が 1.5%であった。

入っている場合の職種は、「第三者委員」、「看護師」等であった。

図表 3-1-103 構成メンバー内の外部有識者の有無(回答件数 1,158)



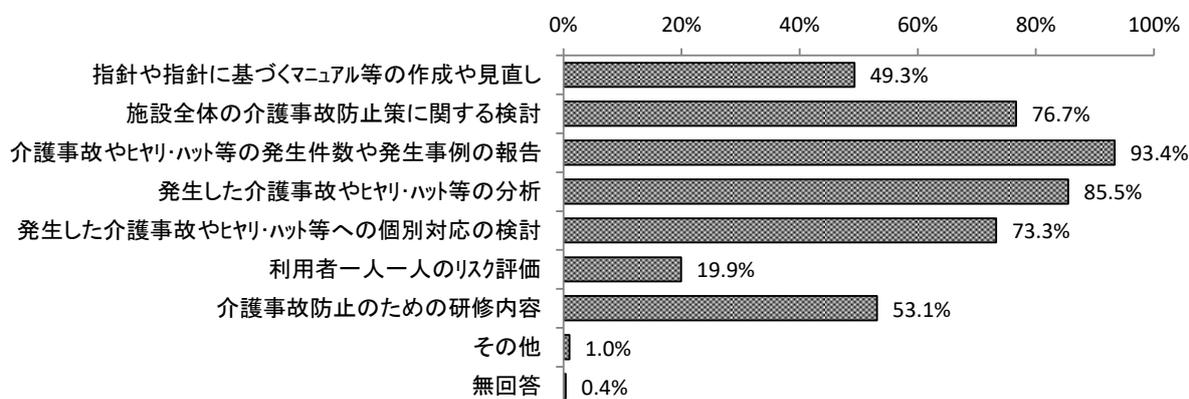
図表 3-1-104 構成メンバー内の外部有識者の有無（施設種類別）

		合計	構成メンバー内の外部有識者の有無		
			入っている	入っていない	無回答
全体		1,158 100.0%	17 1.5%	1,129 97.5%	12 1.0%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	835 100.0%	11 1.3%	815 97.6%	9 1.1%
	地域密着型介護老人福祉施設	245 100.0%	4 1.6%	239 97.6%	2 0.8%
	複数回答施設	39 100.0%	2 5.1%	36 92.3%	1 2.6%
	無回答	39 100.0%	0 0.0%	39 100.0%	0 0.0%

### 5) 委員会での検討事項

委員会での検討事項は「介護事故やヒヤリ・ハット等の発生件数や発生事例の報告」が93.4%であり、「発生した介護事故やヒヤリ・ハット等の分析」が85.5%であった。

図表 3-1-105 委員会での検討事項（複数回答）（回答件数 1,158）



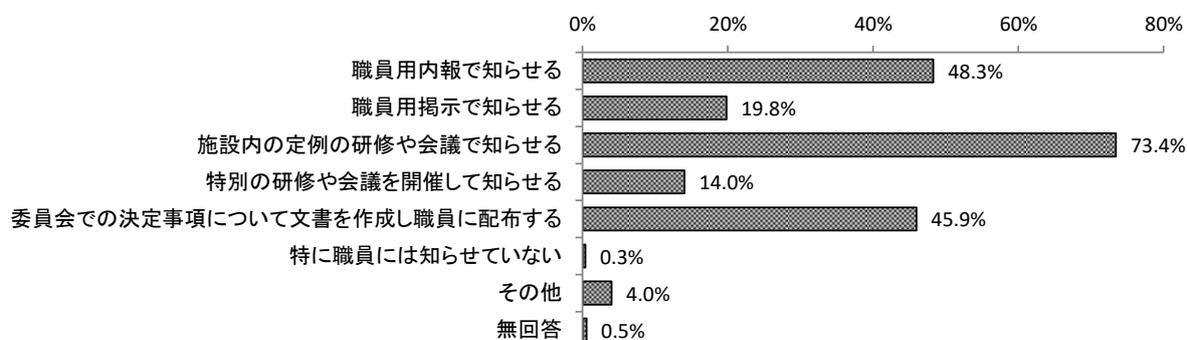
図表 3-1-106 委員会での検討事項（施設種類別）

	合計	委員会での検討事項									
		指針や指針に基づくマニュアル等の作成や見直し	施設全体の介護事故防止策に関する検討	介護事故やヒヤリ・ハット等の発生件数や発生事例の報告	発生した介護事故やヒヤリ・ハット等の分析	発生した介護事故やヒヤリ・ハット等への個別対応の検討	利用者一人一人のリスク評価	介護事故防止のための研修内容	その他	無回答	
全体	1,158 100.0%	571 49.3%	888 76.7%	1,081 93.4%	990 85.5%	849 73.3%	231 19.9%	615 53.1%	12 1.0%	5 0.4%	
種別	介護老人福祉施設（広域型）	835 100.0%	419 50.2%	636 76.2%	780 93.4%	717 85.9%	620 74.3%	164 19.6%	449 53.8%	10 1.2%	3 0.4%
	地域密着型介護老人福祉施設	245 100.0%	114 46.5%	189 77.1%	227 92.7%	208 84.9%	169 69.0%	52 21.2%	126 51.4%	1 0.4%	1 0.4%
	複数回答施設	39 100.0%	19 48.7%	31 79.5%	38 97.4%	32 82.1%	31 79.5%	7 17.9%	24 61.5%	0 0.0%	0 0.0%
	無回答	39 100.0%	19 48.7%	32 82.1%	36 92.3%	33 84.6%	29 74.4%	8 20.5%	16 41.0%	1 2.6%	1 2.6%

## 6) 委員会での決定事項の周知の有無・方法

委員会での決定事項の周知の有無・方法は「施設内の定例の研修や会議で知らせる」が73.4%であり、「職員用内報で知らせる」が48.3%であった。

図表 3-1-107 委員会での決定事項の周知の有無・方法（複数回答）（回答件数 1,158）



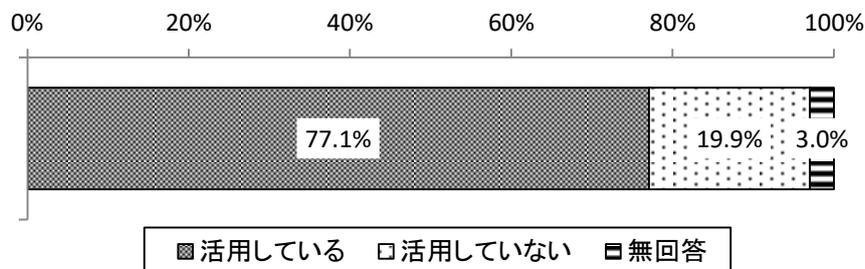
図表 3-1-108 委員会での決定事項の周知の有無・方法（施設種類別）

		合計	委員会での決定事項の周知の有無・方法							
			職員用内報で知らせる	職員用掲示で知らせる	施設内の定例の研修や会議で知らせる	特別の研修や会議を開催して知らせる	委員会での決定事項について文書を作成し職員に配布する	特に職員には知らせていない	その他	無回答
全体		1,158 100.0%	559 48.3%	229 19.8%	850 73.4%	162 14.0%	532 45.9%	4 0.3%	46 4.0%	6 0.5%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	835 100.0%	395 47.3%	175 21.0%	608 72.8%	118 14.1%	388 46.5%	3 0.4%	35 4.2%	4 0.5%
	地域密着型介護老人福祉施設	245 100.0%	124 50.6%	48 19.6%	176 71.8%	38 15.5%	104 42.4%	1 0.4%	9 3.7%	1 0.4%
	複数回答施設	39 100.0%	18 46.2%	3 7.7%	30 76.9%	2 5.1%	23 59.0%	0 0.0%	2 5.1%	0 0.0%
	無回答	39 100.0%	22 56.4%	3 7.7%	36 92.3%	4 10.3%	17 43.6%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.6%

## (2) 施設外の情報収集状況

「施設外の介護事故や安全強化に関する情報を収集し、自施設の事故防止に活用しているか」については、「活用している」が77.1%であった。

図表 3-1-109 施設外の情報を収集し、自施設の事故防止に活用しているか(回答件数 1,164)



図表 3-1-110 施設外の情報を収集し、自施設の事故防止に活用しているか（施設種類別）

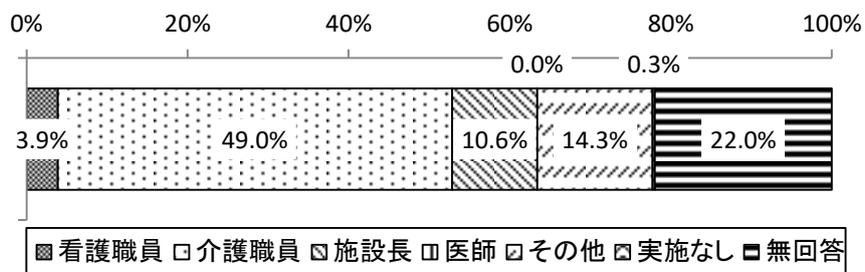
		合計	施設外の情報を収集し、自施設の事故防止に活用しているか		
			活用している	活用していない	無回答
全体		1,164 100.0%	897 77.1%	232 19.9%	35 3.0%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	650 77.7%	162 19.4%	25 3.0%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	183 73.8%	59 23.8%	6 2.4%
	複数回答施設	39 100.0%	33 84.6%	5 12.8%	1 2.6%
	無回答	40 100.0%	31 77.5%	6 15.0%	3 7.5%

### (3) 安全管理に関する業務の主な実施者

#### ① 事故予防対策の立案

事故予防対策の立案の主な実施者は、「介護職員」が 49.0%であり、「その他」が 14.3%であった。

図表 3-1-111 主な実施者:事故予防対策の立案(回答件数 1,164)



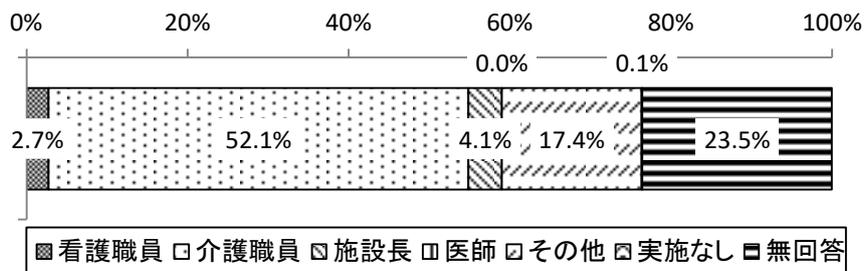
図表 3-1-112 主な実施者:事故予防対策の立案（施設種類別）

		合計	主な実施者:事故予防対策の立案						
			看護職員	介護職員	施設長	医師	その他	実施なし	無回答
全体		1,164 100.0%	45 3.9%	570 49.0%	123 10.6%	0 0.0%	167 14.3%	3 0.3%	256 22.0%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	31 3.7%	410 49.0%	80 9.6%	0 0.0%	123 14.7%	3 0.4%	190 22.7%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	13 5.2%	119 48.0%	36 14.5%	0 0.0%	32 12.9%	0 0.0%	48 19.4%
	複数回答施設	39 100.0%	1 2.6%	17 43.6%	5 12.8%	0 0.0%	10 25.6%	0 0.0%	6 15.4%
	無回答	40 100.0%	0 0.0%	24 60.0%	2 5.0%	0 0.0%	2 5.0%	0 0.0%	12 30.0%

② 入所者の転倒やヒヤリ・ハット等の事例の把握・分析

入所者の転倒やヒヤリ・ハット等の事例の把握・分析の主な実施者は、「介護職員」が52.1%であり、「その他」が17.4%であった。

図表 3-1-113 主な実施者:入所者の転倒やヒヤリ・ハット等の事例の把握・分析(回答件数 1,164)



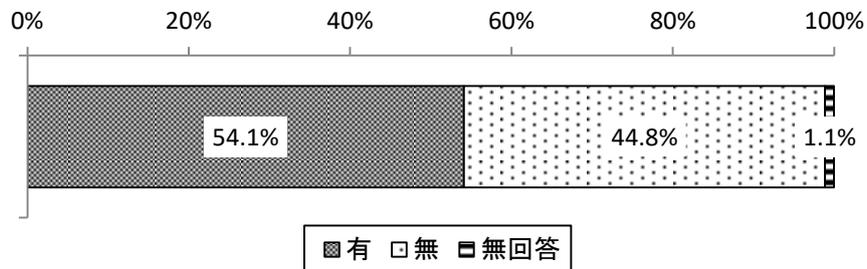
図表 3-1-114 主な実施者:入所者の転倒やヒヤリ・ハット等の事例の把握・分析 (施設種類別)

		合計	主な実施者:入所者の転倒やヒヤリ・ハット等の事例の把握・分析						
			看護職員	介護職員	施設長	医師	その他	実施なし	無回答
全体		1,164 100.0%	32 2.7%	607 52.1%	48 4.1%	0 0.0%	202 17.4%	1 0.1%	274 23.5%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	21 2.5%	446 53.3%	29 3.5%	0 0.0%	140 16.7%	1 0.1%	200 23.9%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	11 4.4%	124 50.0%	14 5.6%	0 0.0%	48 19.4%	0 0.0%	51 20.6%
	複数回答施設	39 100.0%	0 0.0%	18 46.2%	3 7.7%	0 0.0%	9 23.1%	0 0.0%	9 23.1%
	無回答	40 100.0%	0 0.0%	19 47.5%	2 5.0%	0 0.0%	5 12.5%	0 0.0%	14 35.0%

(4) 事故発生防止委員会で専任の安全対策を担当する者

事故発生防止委員会で専任の安全対策を担当する者の有無は「有」が 54.1%であった。

図表 3-1-115 事故発生防止委員会で専任の安全対策を担当する者の有無(回答件数 1,164)



図表 3-1-116 事故発生防止委員会で専任の安全対策を担当する者の有無（施設種類別）

		合計	事故発生防止委員会で専任の安全対策を担当する者の有無		
			有	無	無回答
全体		1,164 100.0%	630 54.1%	521 44.8%	13 1.1%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	459 54.8%	371 44.3%	7 0.8%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	124 50.0%	120 48.4%	4 1.6%
	複数回答施設	39 100.0%	24 61.5%	15 38.5%	0 0.0%
	無回答	40 100.0%	23 57.5%	15 37.5%	2 5.0%

専任の安全対策の担当者が「有」と回答した施設の状況は以下の通りであった。

① 専任の安全対策を担当する者の人数

専任の安全対策を担当する者の人数は、平均 4.2 人であった。

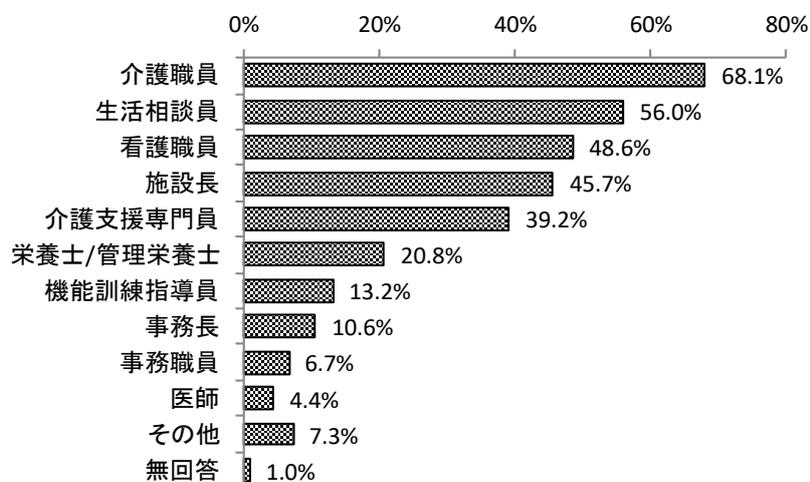
図表 3-1-117 専任の安全対策を担当する者の人数

		回答件数	平均値 (人)
全体		606	4.2
種別	介護老人福祉施設(広域型)	442	4.3
	地域密着型介護老人福祉施設	121	3.5
	複数回答施設	23	4.9
	無回答	20	5.6

② 専任の安全対策を担当する者の職種

専任の安全対策を担当する者の職種は「介護職員」が 68.1%であり、「生活相談員」が 56.0%であった。

図表 3-1-118 専任の安全対策を担当する者の職種（複数回答）(回答件数 630)



図表 3-1-119 専任の安全対策を担当する者の職種（施設種類別）

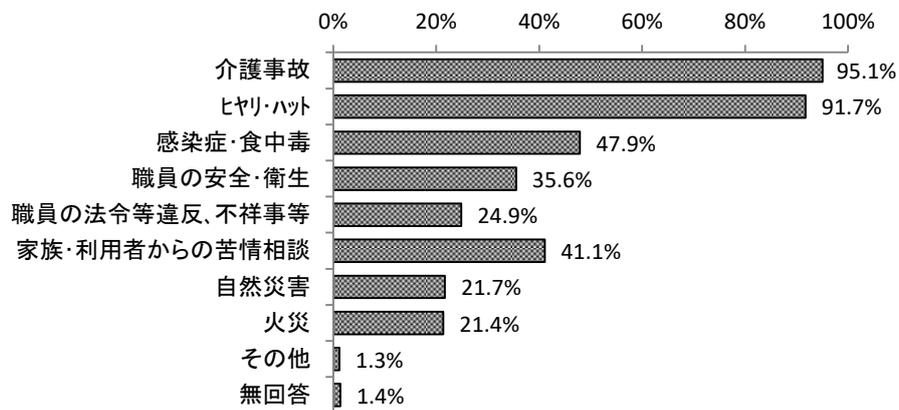
		合計	専任の安全対策を担当する者の職種					栄養士 /管理 栄養士
			介護職 員	生活相 談員	看護職 員	施設長	介護支 援専門 員	
全体		630 100.0%	429 68.1%	353 56.0%	306 48.6%	288 45.7%	247 39.2%	131 20.8%
種 別	介護老人福祉施 設(広域型)	459 100.0%	319 69.5%	260 56.6%	226 49.2%	210 45.8%	173 37.7%	99 21.6%
	地域密着型介護 老人福祉施設	124 100.0%	77 62.1%	66 53.2%	56 45.2%	55 44.4%	50 40.3%	20 16.1%
	複数回答施設	24 100.0%	15 62.5%	12 50.0%	12 50.0%	12 50.0%	12 50.0%	6 25.0%
	無回答	23 100.0%	18 78.3%	15 65.2%	12 52.2%	11 47.8%	12 52.2%	6 26.1%

		合計	専任の安全対策を担当する者の職種（続き）					無回答
			機能訓 練指導 員	事務長	事務職 員	医師	その他	
全体		630 100.0%	83 13.2%	67 10.6%	42 6.7%	28 4.4%	46 7.3%	6 1.0%
種 別	介護老人福祉施 設(広域型)	459 100.0%	69 15.0%	53 11.5%	34 7.4%	22 4.8%	39 8.5%	2 0.4%
	地域密着型介護 老人福祉施設	124 100.0%	8 6.5%	4 3.2%	5 4.0%	5 4.0%	5 4.0%	2 1.6%
	複数回答施設	24 100.0%	3 12.5%	6 25.0%	1 4.2%	0 0.0%	1 4.2%	1 4.2%
	無回答	23 100.0%	3 13.0%	4 17.4%	2 8.7%	1 4.3%	1 4.3%	1 4.3%

### ③ 専任の安全対策を担当する者が担当する業務

専任の安全対策を担当する者が担当する業務は「介護事故」が 95.1%であり、「ヒヤリ・ハット」が 91.7%であった。

図表 3-1-120 専任の安全対策を担当する者が担当する業務（複数回答）（回答件数 630）



図表 3-1-121 専任の安全対策を担当する者が担当する業務（施設種類別）

		合計	専任の安全対策を担当する者が担当する業務					
			介護事故	ヒヤリ・ハット	感染症・食中毒	職員の安全・衛生	職員の法令等違反、不祥事等	家族・利用者からの苦情相談
全体		630 100.0%	599 95.1%	578 91.7%	302 47.9%	224 35.6%	157 24.9%	259 41.1%
種別	介護老人福祉施設（広域型）	459 100.0%	435 94.8%	415 90.4%	220 47.9%	163 35.5%	109 23.7%	180 39.2%
	地域密着型介護老人福祉施設	124 100.0%	121 97.6%	121 97.6%	60 48.4%	42 33.9%	33 26.6%	58 46.8%
	複数回答施設	24 100.0%	22 91.7%	21 87.5%	11 45.8%	11 45.8%	10 41.7%	11 45.8%
	無回答	23 100.0%	21 91.3%	21 91.3%	11 47.8%	8 34.8%	5 21.7%	10 43.5%

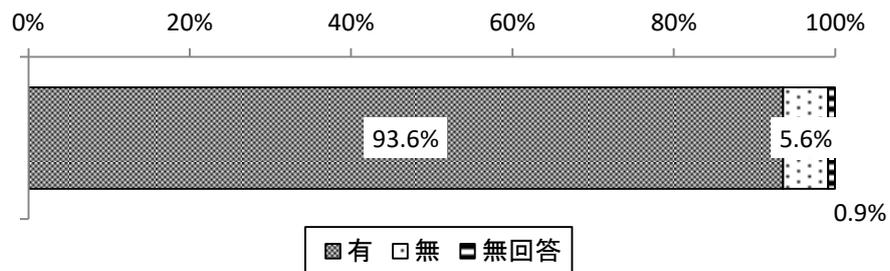
		合計	専任の安全対策を担当する者が担当する業務（続き）			
			自然災害	火災	その他	無回答
全体		630 100.0%	137 21.7%	135 21.4%	8 1.3%	9 1.4%
種別	介護老人福祉施設（広域型）	459 100.0%	96 20.9%	94 20.5%	5 1.1%	6 1.3%
	地域密着型介護老人福祉施設	124 100.0%	29 23.4%	27 21.8%	3 2.4%	1 0.8%
	複数回答施設	24 100.0%	8 33.3%	9 37.5%	0 0.0%	1 4.2%
	無回答	23 100.0%	4 17.4%	5 21.7%	0 0.0%	1 4.3%

#### 4. 介護事故防止のための研修

##### (1) 職員に対する介護事故防止のための施設内での研修の有無

職員に対する介護事故防止のための施設内での研修の有無は「有」が 93.6%であった。

図表 3-1-122 職員に対する介護事故防止のための施設内での研修の有無(回答件数 1,164)



図表 3-1-123 職員に対する介護事故防止のための施設内での研修の有無（施設種類別）

		合計	職員に対する介護事故防止のための施設内での研修の有無		
			有	無	無回答
全体		1,164 100.0%	1,089 93.6%	65 5.6%	10 0.9%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	791 94.5%	40 4.8%	6 0.7%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	224 90.3%	21 8.5%	3 1.2%
	複数回答施設	39 100.0%	37 94.9%	1 2.6%	1 2.6%
	無回答	40 100.0%	37 92.5%	3 7.5%	0 0.0%

## (2) 研修の詳細

職員に対する介護事故防止のための施設内での研修が「有」と回答した施設の状況は以下の通りであった。

### ① 平成 29 年度の開催回数

職員に対する介護事故防止のための研修の平成 29 年度の開催回数は、平均 3.1 回であった。

図表 3-1-124 平成 29 年度の平均開催回数

		回答 件数	平均値 (回)
全体		1,073	3.1
種別	介護老人福祉施設(広域型)	780	3.1
	地域密着型介護老人福祉施設	222	2.7
	複数回答施設	37	3.8
	無回答	34	2.6

### ② 研修の延べ時間

研修の延べ時間は、平均 6.6 時間であった。

図表 3-1-125 平成 29 年度の研修の延時間

		回答 件数	平均値 (時間)
全体		1,062	6.6
種別	介護老人福祉施設(広域型)	773	6.9
	地域密着型介護老人福祉施設	219	4.7
	複数回答施設	37	3.5
	無回答	33	13.5

### ③ 受講者数(延べ人数)

研修の受講者延べ人数は、平均 52.6 人であった。

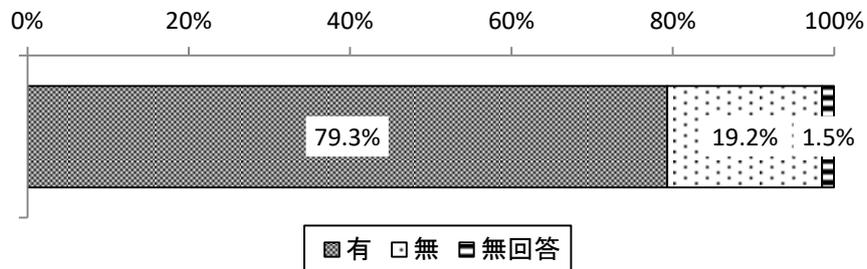
図表 3-1-126 平成 29 年度の研修の延受講者数

		回答 件数	平均値 (人)
全体		1,029	52.6
種別	介護老人福祉施設(広域型)	751	58.6
	地域密着型介護老人福祉施設	209	33.5
	複数回答施設	35	47.9
	無回答	34	42.4

#### ④ 入職時研修の有無

入職時研修の有無は「有」が79.3%であった。

図表 3-1-127 入職時研修の有無(回答件数 1,089)



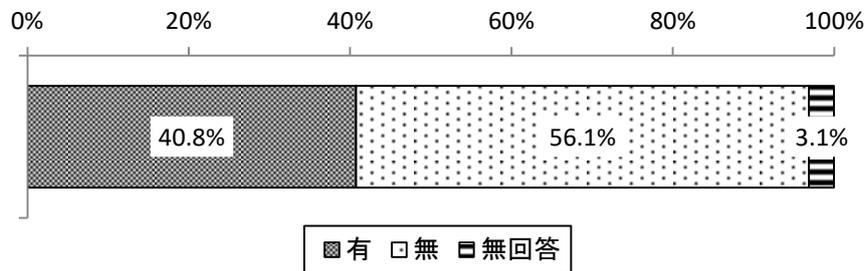
図表 3-1-128 入職時研修の有無（施設種類別）

		合計	入職時研修の有無		
			有	無	無回答
全体		1,089 100.0%	864 79.3%	209 19.2%	16 1.5%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	791 100.0%	640 80.9%	140 17.7%	11 1.4%
	地域密着型介護老人福祉施設	224 100.0%	166 74.1%	56 25.0%	2 0.9%
	複数回答施設	37 100.0%	32 86.5%	5 13.5%	0 0.0%
	無回答	37 100.0%	26 70.3%	8 21.6%	3 8.1%

⑤ フロア、ユニット毎の研修開催の有無

フロア、ユニット毎の研修開催の有無は「有」が40.8%であった。

図表 3-1-129 フロア、ユニット毎の研修開催の有無(回答件数 1,089)



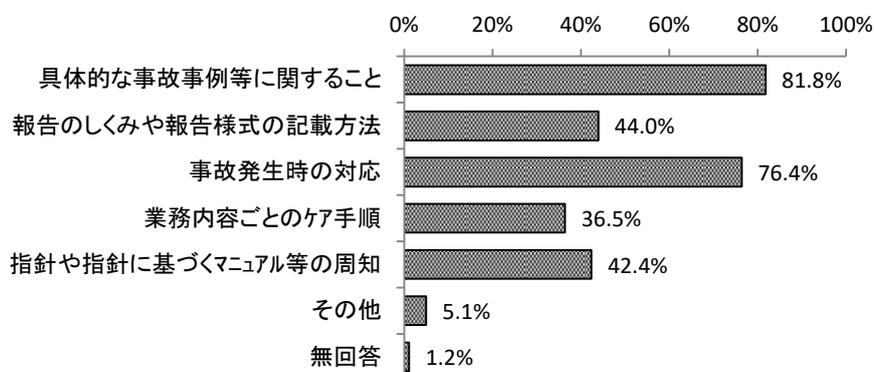
図表 3-1-130 フロア、ユニット毎の研修開催の有無（施設種類別）

		合計	フロア、ユニット毎の研修開催の有無		
			有	無	無回答
全体		1,089 100.0%	444 40.8%	611 56.1%	34 3.1%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	791 100.0%	318 40.2%	447 56.5%	26 3.3%
	地域密着型介護老人福祉施設	224 100.0%	88 39.3%	131 58.5%	5 2.2%
	複数回答施設	37 100.0%	22 59.5%	15 40.5%	0 0.0%
	無回答	37 100.0%	16 43.2%	18 48.6%	3 8.1%

⑥ 研修内容として該当するもの

研修内容として該当するものは「具体的な事故事例等に関すること」が 81.8%であり、「事故発生時の対応」が 76.4%であった。

図表 3-1-131 研修内容として該当するもの（複数回答）（回答件数 1,089）



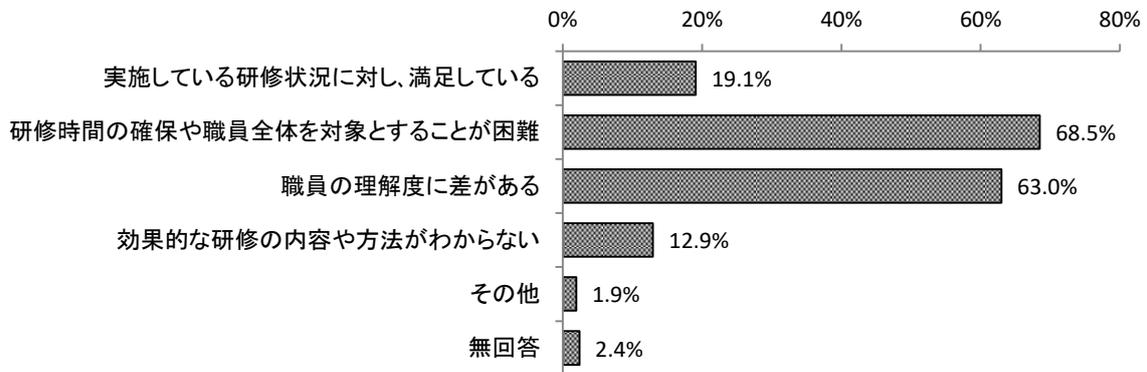
図表 3-1-132 研修内容として該当するもの（施設種類別）

		合計	研修内容として該当するもの						
			具体的な事故事例等に関すること	報告のしくみや報告様式の記載方法	事故発生時の対応	業務内容ごとのケア手順	指針や指針に基づくマニュアル等の周知	その他	無回答
全体		1,089 100.0%	891 81.8%	479 44.0%	832 76.4%	397 36.5%	462 42.4%	55 5.1%	13 1.2%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	791 100.0%	652 82.4%	353 44.6%	606 76.6%	282 35.7%	332 42.0%	43 5.4%	8 1.0%
	地域密着型介護老人福祉施設	224 100.0%	180 80.4%	96 42.9%	167 74.6%	85 37.9%	98 43.8%	11 4.9%	2 0.9%
	複数回答施設	37 100.0%	30 81.1%	19 51.4%	33 89.2%	18 48.6%	21 56.8%	0 0.0%	0 0.0%
	無回答	37 100.0%	29 78.4%	11 29.7%	26 70.3%	12 32.4%	11 29.7%	1 2.7%	3 8.1%

⑦ 研修の実施状況に対する評価

研修の実施状況に対する評価は、「研修時間の確保や職員全体を対象とすることが困難」が68.5%であり、「職員の理解度に差がある」が63.0%であった。

図表 3-1-133 研修の実施状況に対する評価（複数回答）（回答件数 1,089）



図表 3-1-134 研修の実施状況に対する評価（施設種類別）

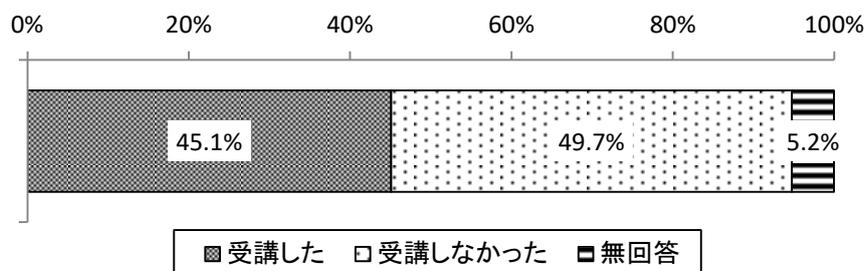
		合計	研修の実施状況に対する評価					無回答
			実施している研修状況に対し、満足している	研修時間の確保や職員全体を対象とすることが困難	職員の理解度に差がある	効果的な研修の内容や方法がわからない	その他	
全体		1,089 100.0%	208 19.1%	746 68.5%	686 63.0%	141 12.9%	21 1.9%	26 2.4%
種別	介護老人福祉施設（広域型）	791 100.0%	148 18.7%	552 69.8%	504 63.7%	97 12.3%	14 1.8%	13 1.6%
	地域密着型介護老人福祉施設	224 100.0%	47 21.0%	148 66.1%	140 62.5%	37 16.5%	5 2.2%	8 3.6%
	複数回答施設	37 100.0%	7 18.9%	22 59.5%	21 56.8%	3 8.1%	2 5.4%	2 5.4%
	無回答	37 100.0%	6 16.2%	24 64.9%	21 56.8%	4 10.8%	0 0.0%	3 8.1%

### (3) 外部の研修の受講状況

#### ① 介護事故防止に関する外部研修の受講の有無

平成 29 年度に、職員が職務として介護事故防止に関する外部の研修を受講したかをたずねたところ、「受講した」が 45.1%であった。

図表 3-1-135 介護事故防止に関する外部研修受講の有無（平成 29 年度）（回答件数 1,164）



図表 3-1-136 介護事故防止に関する外部研修受講の有無（平成 29 年度）（施設種類別）

		合計	平成 29 年度の職員の介護事故防止に関する外部研修受講		
			受講した	受講しなかった	無回答
全体		1,164 100.0%	525 45.1%	578 49.7%	61 5.2%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	406 48.5%	391 46.7%	40 4.8%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	89 35.9%	149 60.1%	10 4.0%
	複数回答施設	39 100.0%	19 48.7%	14 35.9%	6 15.4%
	無回答	40 100.0%	11 27.5%	24 60.0%	5 12.5%

## ② 外部研修の詳細

外部研修を「受講した」と回答した施設の状況は以下の通りであった。

### 1) 受講人数

外部研修の受講人数は、平均 3.5 人であった。

図表 3-1-137 外部研修の受講人数

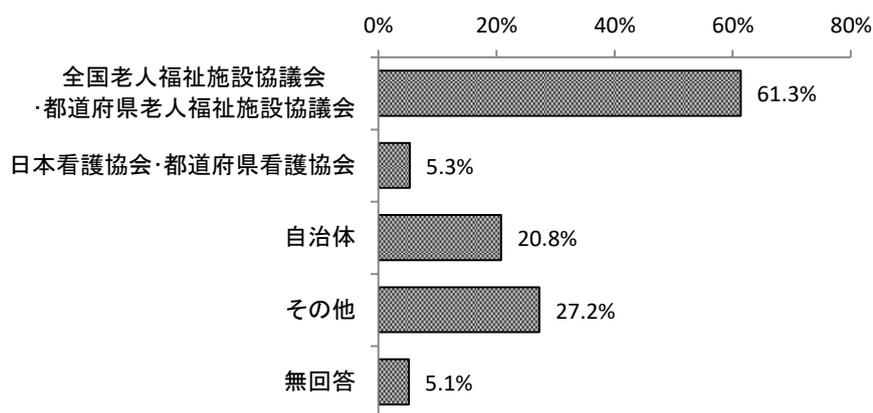
		回答 件数	平均値 (人)
全体		494	3.5
種別	介護老人福祉施設(広域型)	379	3.7
	地域密着型介護老人福祉施設	85	2.6
	複数回答施設	19	3.1
	無回答	11	2.5

## 2) 外部研修の主催者

外部研修の主催者は「全国老人福祉施設協議会・都道府県老人福祉施設協議会」が61.3%であり、「その他」が27.2%であった。

「その他」の主な内容は、「社会福祉協議会」、「民間損害保険会社」等であった。

図表 3-1-138 外部研修の主催者（複数回答）（回答件数 525）



図表 3-1-139 外部研修の主催者（施設種類別）

		合計	外部研修の主催者				
			全国老人福祉施設協議会・都道府県老人福祉施設協議会	日本看護協会・都道府県看護協会	自治体	その他	無回答
全体		525 100.0%	322 61.3%	28 5.3%	109 20.8%	143 27.2%	27 5.1%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	406 100.0%	256 63.1%	24 5.9%	78 19.2%	106 26.1%	22 5.4%
	地域密着型介護老人福祉施設	89 100.0%	49 55.1%	2 2.2%	24 27.0%	27 30.3%	3 3.4%
	複数回答施設	19 100.0%	9 47.4%	1 5.3%	4 21.1%	8 42.1%	2 10.5%
	無回答	11 100.0%	8 72.7%	1 9.1%	3 27.3%	2 18.2%	0 0.0%

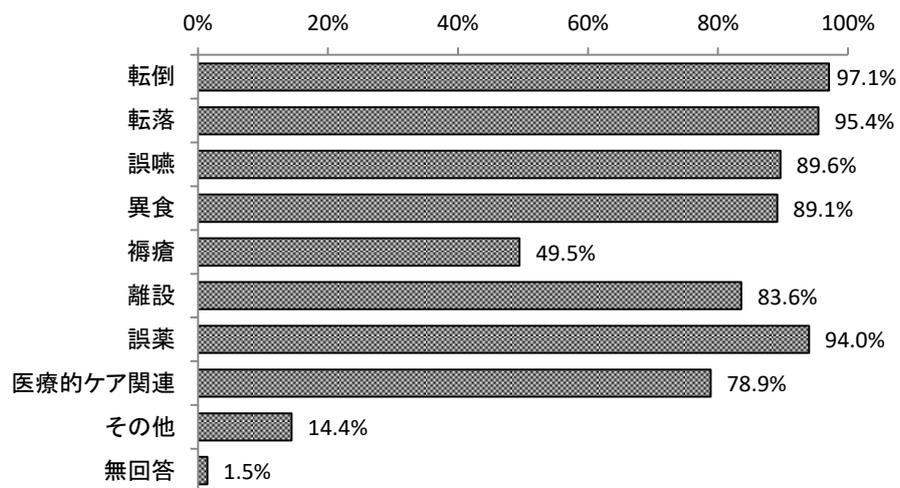
## 5. 施設における介護事故の把握状況

### (1) 介護事故として取り扱う事故の種別

施設において介護事故として取り扱う事故の種別は、「転倒」が97.1%であり、「転落」が95.4%であった。

「その他」の主な内容は、「なし（事故の種別について特に定められていない）」、「外傷」等であった。

図表 3-1-140 介護事故として取り扱う事故の種別（複数回答）（回答件数 1,164）



図表 3-1-141 介護事故として取り扱う事故の種別（施設種類別）

		合計	介護事故として取り扱う事故の種別					離設
			転倒	転落	誤嚥	異食	褥瘡	
全体		1,164 100.0%	1,130 97.1%	1,111 95.4%	1,043 89.6%	1,037 89.1%	576 49.5%	973 83.6%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	812 97.0%	804 96.1%	750 89.6%	749 89.5%	417 49.8%	699 83.5%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	242 97.6%	234 94.4%	223 89.9%	219 88.3%	118 47.6%	209 84.3%
	複数回答施設	39 100.0%	39 100.0%	37 94.9%	34 87.2%	35 89.7%	21 53.8%	33 84.6%
	無回答	40 100.0%	37 92.5%	36 90.0%	36 90.0%	34 85.0%	20 50.0%	32 80.0%

		合計	介護事故として取り扱う事故の種別 (続き)			
			誤薬	医療的 ケア関 連	その他	無回答
全体		1,164 100.0%	1,094 94.0%	918 78.9%	168 14.4%	17 1.5%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	783 93.5%	674 80.5%	131 15.7%	13 1.6%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	239 96.4%	186 75.0%	30 12.1%	1 0.4%
	複数回答施設	39 100.0%	37 94.9%	29 74.4%	5 12.8%	0 0.0%
	無回答	40 100.0%	35 87.5%	29 72.5%	2 5.0%	3 7.5%

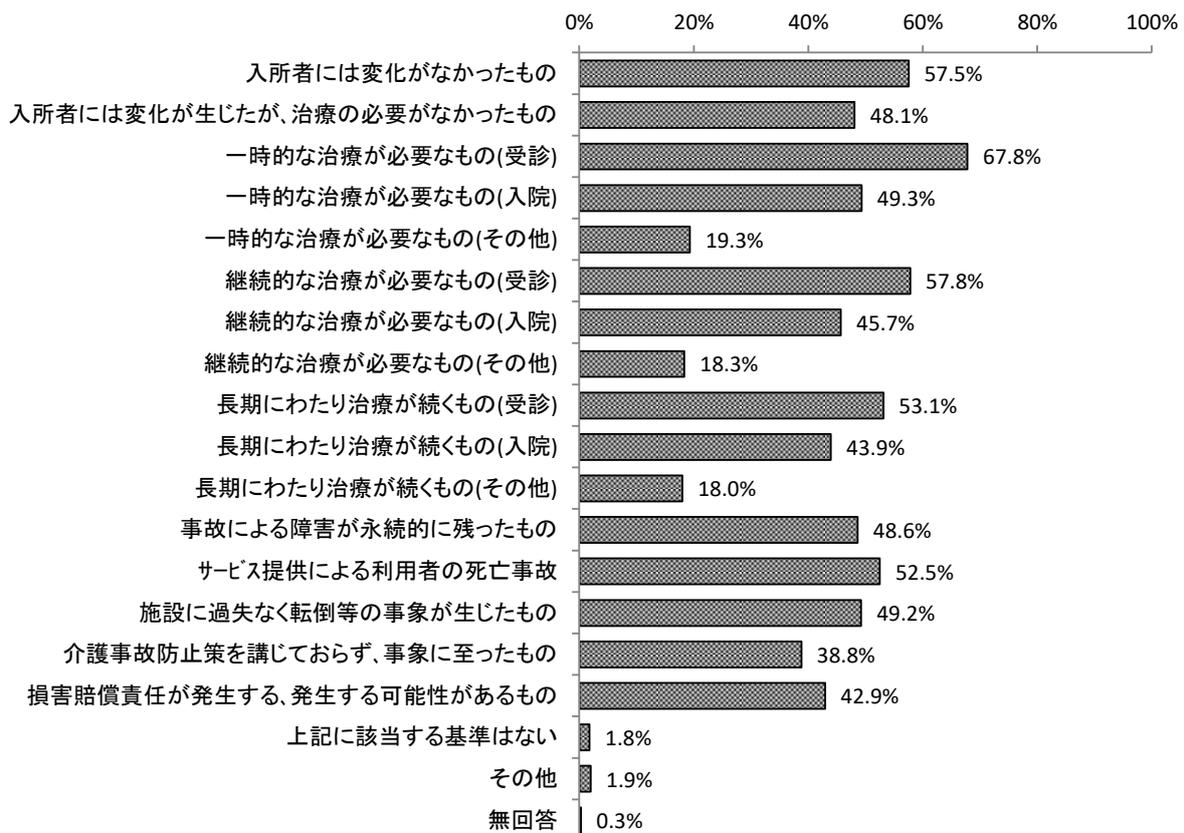
## (2) 事故の種別ごとの介護事故として取り扱う「被害状況の範囲」

介護事故として取り扱う場合に、事故の種別ごとに、介護事故として取り扱う被害状況の範囲は、以下の通りであった。

### ① 転倒

転倒は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が48.1%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が67.8%であった。

図表 3-1-142 被害状況の範囲:転倒（複数回答）（回答件数 1,130）



図表 3-1-143 被害状況の範囲:転倒（施設種類別）

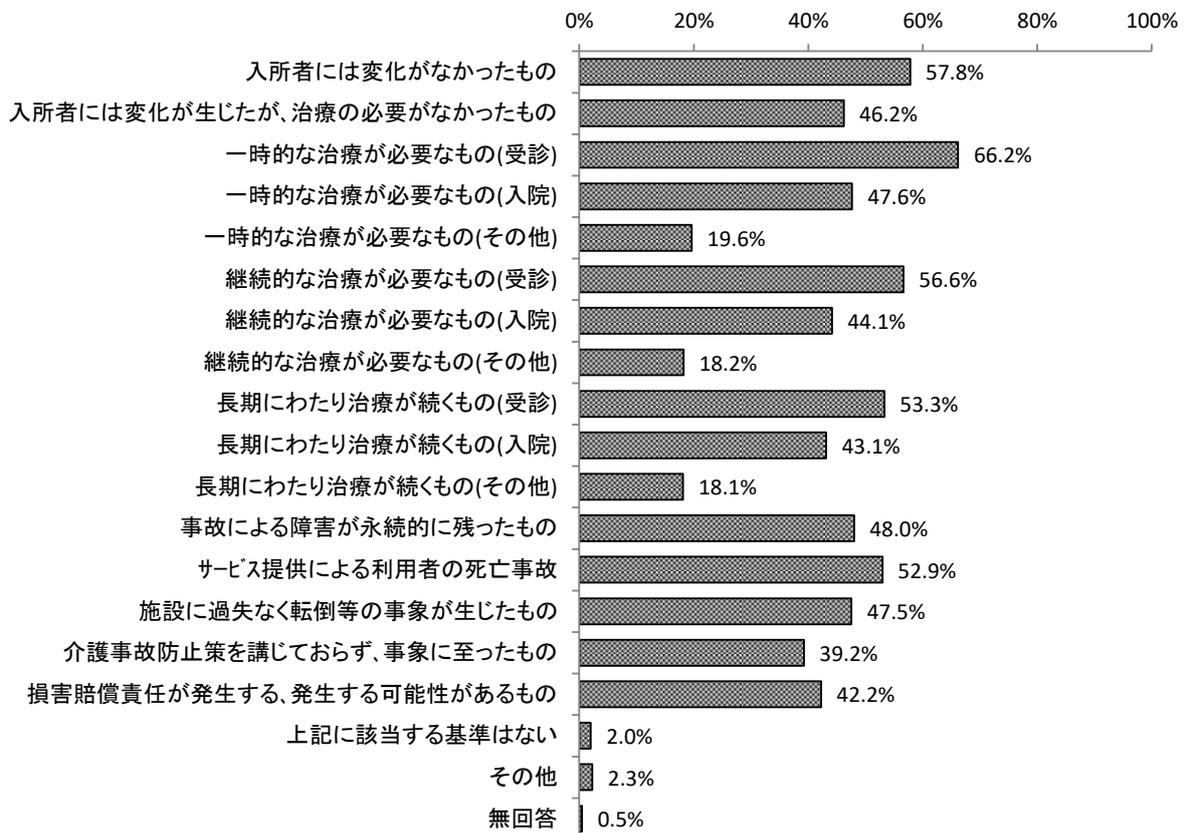
		合計	被害状況の範囲:転倒										
			入所者には変化がなかったもの	入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの	一時的な治療が必要なもの(受診)	一時的な治療が必要なもの(入院)	一時的な治療が必要なもの(その他)	継続的な治療が必要なもの(受診)	継続的な治療が必要なもの(入院)	継続的な治療が必要なもの(その他)	長期にわたり治療が続くもの(受診)	長期にわたり治療が続くもの(入院)	長期にわたり治療が続くもの(その他)
全体		1,130 100.0%	650 57.5%	543 48.1%	766 67.8%	557 49.3%	218 19.3%	653 57.8%	516 45.7%	207 18.3%	600 53.1%	496 43.9%	203 18.0%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	812 100.0%	460 56.7%	392 48.3%	546 67.2%	399 49.1%	162 20.0%	467 57.5%	373 45.9%	152 18.7%	431 53.1%	359 44.2%	150 18.5%
	地域密着型介護老人福祉施設	242 100.0%	149 61.6%	119 49.2%	166 68.6%	120 49.6%	44 18.2%	138 57.0%	108 44.6%	43 17.8%	126 52.1%	103 42.6%	41 16.9%
	複数回答施設	39 100.0%	22 56.4%	14 35.9%	27 69.2%	17 43.6%	4 10.3%	23 59.0%	15 38.5%	4 10.3%	20 51.3%	15 38.5%	4 10.3%
	無回答	37 100.0%	19 51.4%	18 48.6%	27 73.0%	21 56.8%	8 21.6%	25 67.6%	20 54.1%	8 21.6%	23 62.2%	19 51.4%	8 21.6%

		合計	被害状況の範囲:転倒（続き）							無回答
			事故による障害が永続的に残ったもの	サービス提供による利用者の死亡事故	施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの	介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの	損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの	左記に該当する基準はない	その他	
全体		1,130 100.0%	549 48.6%	593 52.5%	556 49.2%	438 38.8%	485 42.9%	20 1.8%	22 1.9%	3 0.3%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	812 100.0%	395 48.6%	418 51.5%	405 49.9%	316 38.9%	353 43.5%	13 1.6%	20 2.5%	3 0.4%
	地域密着型介護老人福祉施設	242 100.0%	114 47.1%	134 55.4%	114 47.1%	94 38.8%	101 41.7%	4 1.7%	2 0.8%	0 0.0%
	複数回答施設	39 100.0%	17 43.6%	18 46.2%	18 46.2%	11 28.2%	16 41.0%	2 5.1%	0 0.0%	0 0.0%
	無回答	37 100.0%	23 62.2%	23 62.2%	19 51.4%	17 45.9%	15 40.5%	1 2.7%	0 0.0%	0 0.0%

## ② 転落

転落は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が46.2%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が66.2%であった。

図表 3-1-144 被害状況の範囲:転落（複数回答）（回答件数 1,111）



図表 3-1-145 被害状況の範囲:転落 (施設種類別)

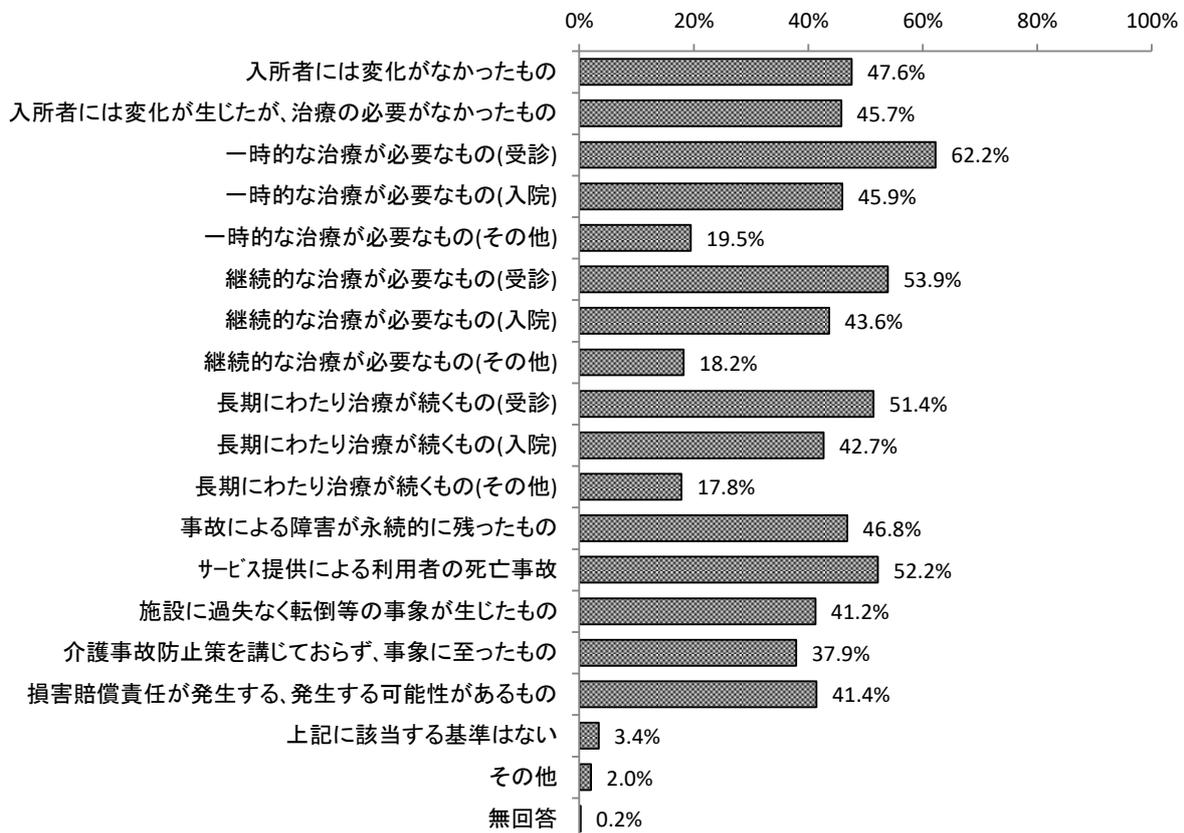
		合計	被害状況の範囲:転落										
			入所者には変化がなかったもの	入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの	一時的な治療が必要なもの(受診)	一時的な治療が必要なもの(入院)	一時的な治療が必要なもの(その他)	継続的な治療が必要なもの(受診)	継続的な治療が必要なもの(入院)	継続的な治療が必要なもの(その他)	長期にわたり治療が続くもの(受診)	長期にわたり治療が続くもの(入院)	長期にわたり治療が続くもの(その他)
全体		1,111 100.0%	642 57.8%	513 46.2%	735 66.2%	529 47.6%	218 19.6%	629 56.6%	490 44.1%	202 18.2%	592 53.3%	479 43.1%	201 18.1%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	804 100.0%	461 57.3%	374 46.5%	526 65.4%	379 47.1%	163 20.3%	451 56.1%	354 44.0%	148 18.4%	427 53.1%	347 43.2%	148 18.4%
	地域密着型介護老人福祉施設	234 100.0%	144 61.5%	108 46.2%	161 68.8%	113 48.3%	43 18.4%	133 56.8%	103 44.0%	42 17.9%	124 53.0%	101 43.2%	41 17.5%
	複数回答施設	37 100.0%	19 51.4%	13 35.1%	23 62.2%	16 43.2%	4 10.8%	20 54.1%	13 35.1%	4 10.8%	18 48.6%	12 32.4%	4 10.8%
	無回答	36 100.0%	18 50.0%	18 50.0%	25 69.4%	21 58.3%	8 22.2%	25 69.4%	20 55.6%	8 22.2%	23 63.9%	19 52.8%	8 22.2%

		合計	被害状況の範囲:転落 (続き)							無回答
			事故による障害が永続的に残ったもの	サービス提供による利用者の死亡事故	施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの	介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの	損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの	左記に該当する基準はない	その他	
全体		1,111 100.0%	533 48.0%	588 52.9%	528 47.5%	436 39.2%	469 42.2%	22 2.0%	25 2.3%	5 0.5%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	804 100.0%	383 47.6%	415 51.6%	386 48.0%	315 39.2%	343 42.7%	15 1.9%	22 2.7%	3 0.4%
	地域密着型介護老人福祉施設	234 100.0%	111 47.4%	132 56.4%	107 45.7%	93 39.7%	96 41.0%	5 2.1%	3 1.3%	0 0.0%
	複数回答施設	37 100.0%	17 45.9%	18 48.6%	16 43.2%	11 29.7%	15 40.5%	2 5.4%	0 0.0%	1 2.7%
	無回答	36 100.0%	22 61.1%	23 63.9%	19 52.8%	17 47.2%	15 41.7%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.8%

### ③ 誤嚥

誤嚥は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 45.7%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 62.2%であった。

図表 3-1-146 被害状況の範囲:誤嚥（複数回答）（回答件数 1,043）



図表 3-1-147 被害状況の範囲:誤嚥（施設種類別）

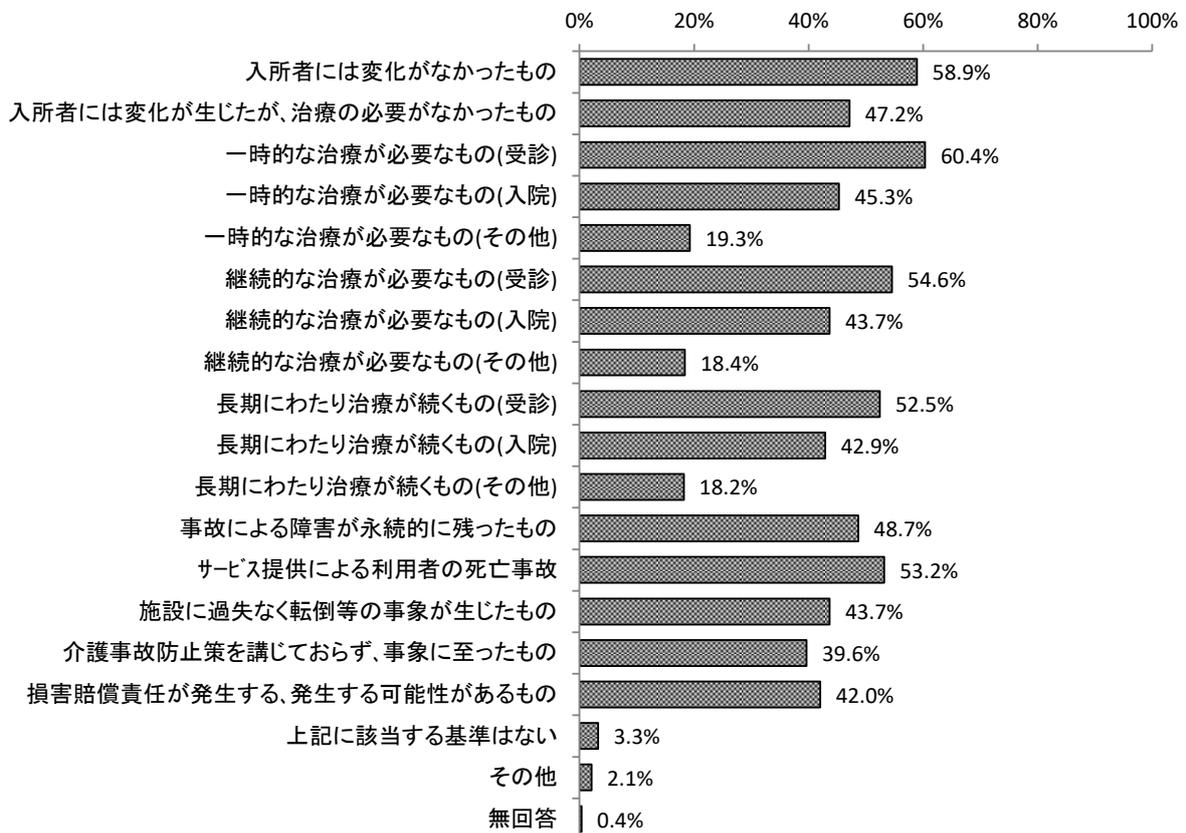
		合計	被害状況の範囲:誤嚥										
			入所者には変化がなかったもの	入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの	一時的な治療が必要なもの(受診)	一時的な治療が必要なもの(入院)	一時的な治療が必要なもの(その他)	継続的な治療が必要なもの(受診)	継続的な治療が必要なもの(入院)	継続的な治療が必要なもの(その他)	長期にわたり治療が続くもの(受診)	長期にわたり治療が続くもの(入院)	長期にわたり治療が続くもの(その他)
全体		1,043 100.0%	496 47.6%	477 45.7%	649 62.2%	479 45.9%	203 19.5%	562 53.9%	455 43.6%	190 18.2%	536 51.4%	445 42.7%	186 17.8%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	750 100.0%	351 46.8%	348 46.4%	465 62.0%	341 45.5%	154 20.5%	403 53.7%	330 44.0%	143 19.1%	385 51.3%	324 43.2%	139 18.5%
	地域密着型介護老人福祉施設	223 100.0%	112 50.2%	98 43.9%	134 60.1%	102 45.7%	37 16.6%	117 52.5%	95 42.6%	35 15.7%	112 50.2%	92 41.3%	35 15.7%
	複数回答施設	34 100.0%	16 47.1%	14 41.2%	23 67.6%	16 47.1%	4 11.8%	19 55.9%	12 35.3%	4 11.8%	17 50.0%	11 32.4%	4 11.8%
	無回答	36 100.0%	17 47.2%	17 47.2%	27 75.0%	20 55.6%	8 22.2%	23 63.9%	18 50.0%	8 22.2%	22 61.1%	18 50.0%	8 22.2%

		合計	被害状況の範囲:誤嚥（続き）							無回答
			事故による障害が永続的に残ったもの	サービス提供による利用者の死亡事故	施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの	介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの	損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの	左記に該当する基準はない	その他	
全体		1,043 100.0%	488 46.8%	544 52.2%	430 41.2%	395 37.9%	432 41.4%	35 3.4%	21 2.0%	2 0.2%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	750 100.0%	350 46.7%	385 51.3%	316 42.1%	285 38.0%	316 42.1%	24 3.2%	19 2.5%	2 0.3%
	地域密着型介護老人福祉施設	223 100.0%	101 45.3%	120 53.8%	87 39.0%	85 38.1%	88 39.5%	8 3.6%	2 0.9%	0 0.0%
	複数回答施設	34 100.0%	16 47.1%	17 50.0%	12 35.3%	9 26.5%	14 41.2%	2 5.9%	0 0.0%	0 0.0%
	無回答	36 100.0%	21 58.3%	22 61.1%	15 41.7%	16 44.4%	14 38.9%	1 2.8%	0 0.0%	0 0.0%

#### ④ 異食

異食は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が47.2%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が60.4%であった。

図表 3-1-148 被害状況の範囲:異食（複数回答）（回答件数 1,037）



図表 3-1-149 被害状況の範囲:異食（施設種類別）

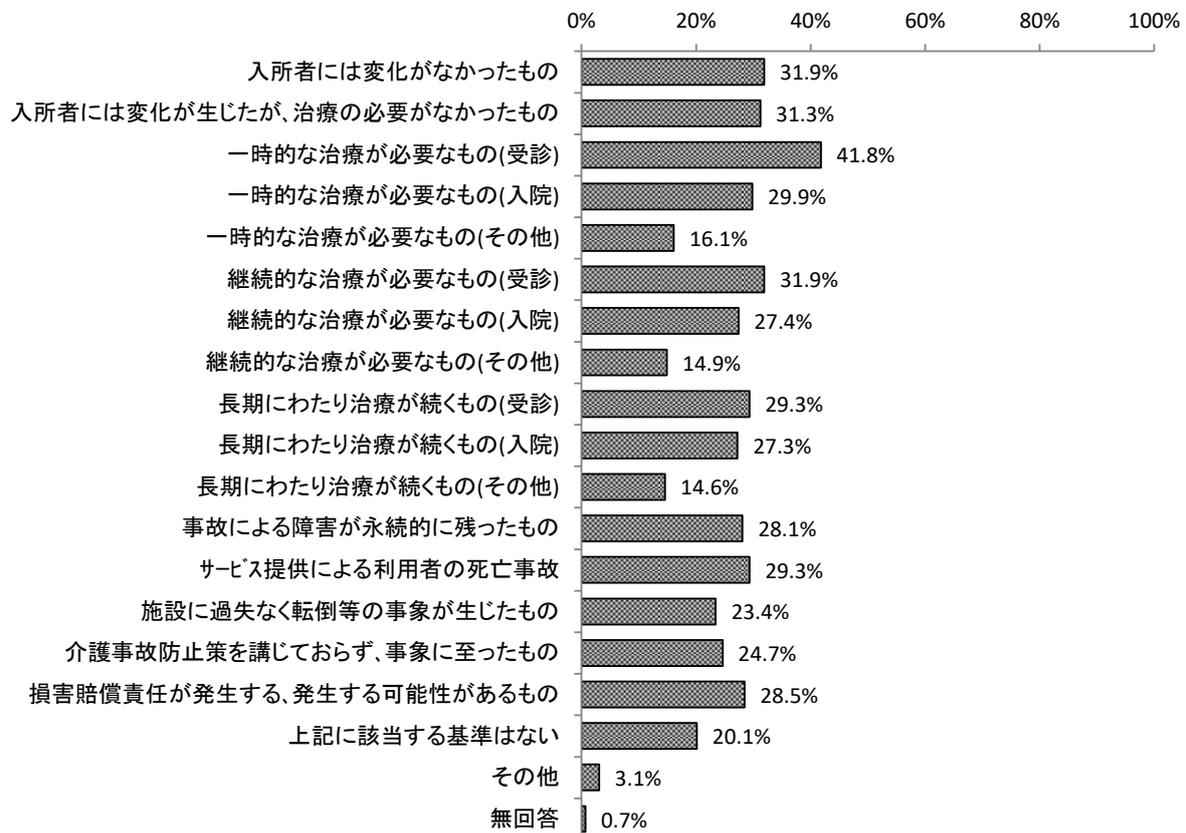
		合計	被害状況の範囲:異食										
			入所者には変化がなかったもの	入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの	一時的な治療が必要なもの(受診)	一時的な治療が必要なもの(入院)	一時的な治療が必要なもの(その他)	継続的な治療が必要なもの(受診)	継続的な治療が必要なもの(入院)	継続的な治療が必要なもの(その他)	長期にわたり治療が続くもの(受診)	長期にわたり治療が続くもの(入院)	長期にわたり治療が続くもの(その他)
全体		1,037 100.0%	611 58.9%	489 47.2%	626 60.4%	470 45.3%	200 19.3%	566 54.6%	453 43.7%	191 18.4%	544 52.5%	445 42.9%	189 18.2%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	749 100.0%	445 59.4%	357 47.7%	452 60.3%	337 45.0%	150 20.0%	406 54.2%	328 43.8%	142 19.0%	392 52.3%	325 43.4%	140 18.7%
	地域密着型介護老人福祉施設	219 100.0%	128 58.4%	101 46.1%	128 58.4%	99 45.2%	38 17.4%	117 53.4%	94 42.9%	37 16.9%	113 51.6%	91 41.6%	37 16.9%
	複数回答施設	35 100.0%	21 60.0%	15 42.9%	22 62.9%	15 42.9%	4 11.4%	20 57.1%	13 37.1%	4 11.4%	18 51.4%	12 34.3%	4 11.4%
	無回答	34 100.0%	17 50.0%	16 47.1%	24 70.6%	19 55.9%	8 23.5%	23 67.6%	18 52.9%	8 23.5%	21 61.8%	17 50.0%	8 23.5%

		合計	被害状況の範囲:異食（続き）							無回答
			事故による障害が永続的に残ったもの	サービス提供による利用者の死亡事故	施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの	介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの	損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの	左記に該当する基準はない	その他	
全体		1,037 100.0%	505 48.7%	552 53.2%	453 43.7%	411 39.6%	436 42.0%	34 3.3%	22 2.1%	4 0.4%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	749 100.0%	365 48.7%	392 52.3%	335 44.7%	298 39.8%	322 43.0%	23 3.1%	20 2.7%	2 0.3%
	地域密着型介護老人福祉施設	219 100.0%	102 46.6%	120 54.8%	90 41.1%	85 38.8%	85 38.8%	9 4.1%	2 0.9%	1 0.5%
	複数回答施設	35 100.0%	17 48.6%	18 51.4%	13 37.1%	12 34.3%	15 42.9%	2 5.7%	0 0.0%	0 0.0%
	無回答	34 100.0%	21 61.8%	22 64.7%	15 44.1%	16 47.1%	14 41.2%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.9%

### ⑤ 褥瘡

褥瘡は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 31.3%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 41.8%であった。

図表 3-1-150 被害状況の範囲:褥瘡（複数回答）（回答件数 576）



図表 3-1-151 被害状況の範囲:褥瘡（施設種類別）

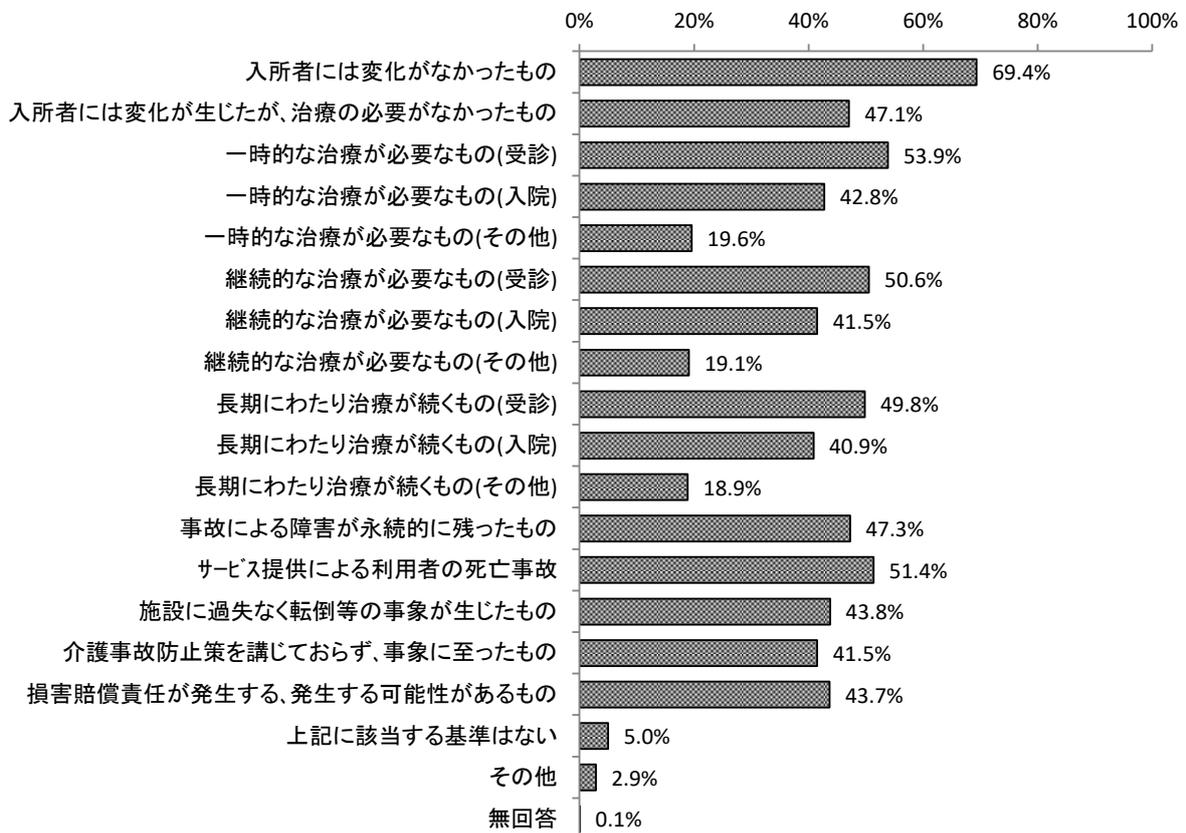
		合計	被害状況の範囲:褥瘡										
			入所者には変化がなかったもの	入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの	一時的な治療が必要なもの(受診)	一時的な治療が必要なもの(入院)	一時的な治療が必要なもの(その他)	継続的な治療が必要なもの(受診)	継続的な治療が必要なもの(入院)	継続的な治療が必要なもの(その他)	長期にわたり治療が続くもの(受診)	長期にわたり治療が続くもの(入院)	長期にわたり治療が続くもの(その他)
全体		576 100.0%	184 31.9%	180 31.3%	241 41.8%	172 29.9%	93 16.1%	184 31.9%	158 27.4%	86 14.9%	169 29.3%	157 27.3%	84 14.6%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	417 100.0%	133 31.9%	129 30.9%	170 40.8%	121 29.0%	70 16.8%	128 30.7%	115 27.6%	64 15.3%	120 28.8%	115 27.6%	63 15.1%
	地域密着型介護老人福祉施設	118 100.0%	38 32.2%	39 33.1%	54 45.8%	38 32.2%	17 14.4%	41 34.7%	33 28.0%	16 13.6%	35 29.7%	32 27.1%	15 12.7%
	複数回答施設	21 100.0%	6 28.6%	7 33.3%	8 38.1%	5 23.8%	2 9.5%	6 28.6%	2 9.5%	2 9.5%	5 23.8%	2 9.5%	2 9.5%
	無回答	20 100.0%	7 35.0%	5 25.0%	9 45.0%	8 40.0%	4 20.0%	9 45.0%	8 40.0%	4 20.0%	9 45.0%	8 40.0%	4 20.0%

		合計	被害状況の範囲:褥瘡（続き）							無回答
			事故による障害が永続的に残ったもの	サービス提供による利用者の死亡事故	施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの	介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの	損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの	左記に該当する基準はない	その他	
全体		576 100.0%	162 28.1%	169 29.3%	135 23.4%	142 24.7%	164 28.5%	116 20.1%	18 3.1%	4 0.7%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	417 100.0%	114 27.3%	118 28.3%	100 24.0%	98 23.5%	121 29.0%	84 20.1%	16 3.8%	3 0.7%
	地域密着型介護老人福祉施設	118 100.0%	34 28.8%	38 32.2%	27 22.9%	32 27.1%	31 26.3%	22 18.6%	2 1.7%	1 0.8%
	複数回答施設	21 100.0%	7 33.3%	6 28.6%	4 19.0%	5 23.8%	7 33.3%	4 19.0%	0 0.0%	0 0.0%
	無回答	20 100.0%	7 35.0%	7 35.0%	4 20.0%	7 35.0%	5 25.0%	6 30.0%	0 0.0%	0 0.0%

## ⑥ 離設

離設は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 47.1%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 53.9%であった。

図表 3-1-152 被害状況の範囲:離設（複数回答）（回答件数 973）



図表 3-1-153 被害状況の範囲:離設（施設種類別）

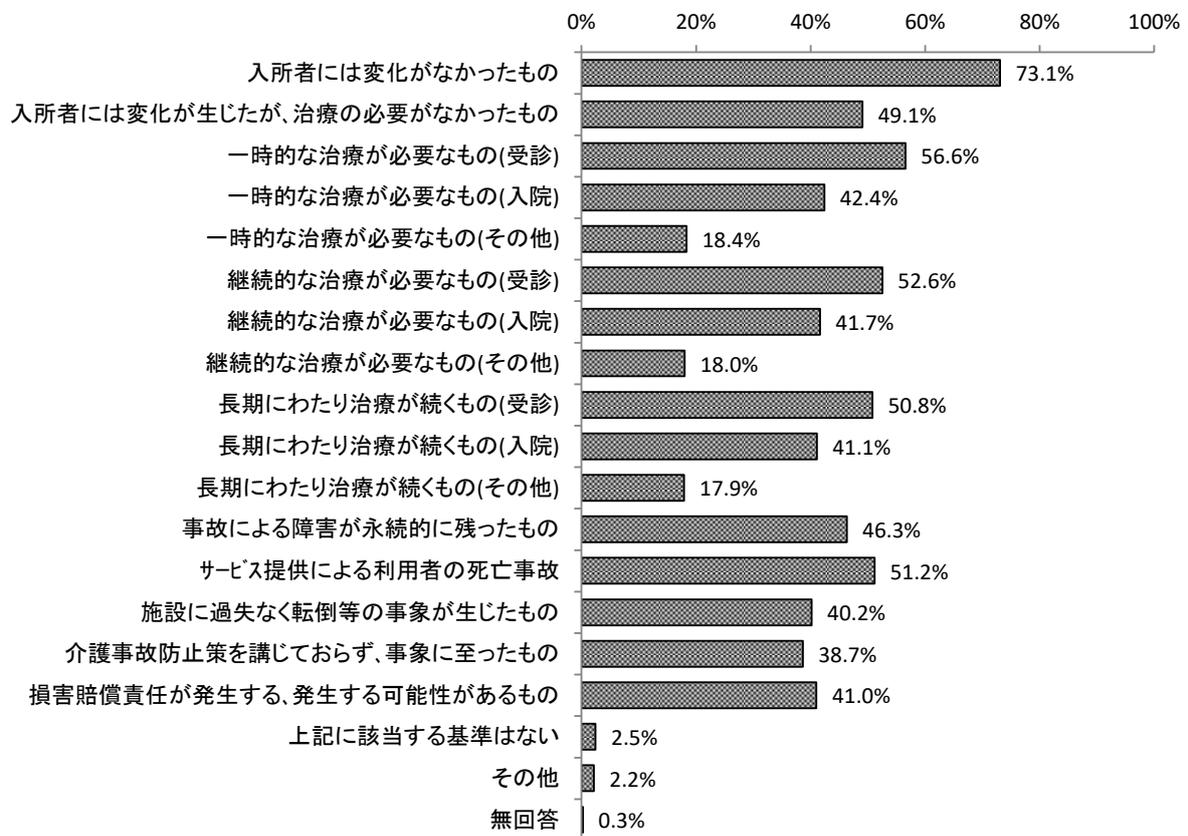
		合計	被害状況の範囲:離設										
			入所者には変化がなかったもの	入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの	一時的な治療が必要なもの(受診)	一時的な治療が必要なもの(入院)	一時的な治療が必要なもの(その他)	継続的な治療が必要なもの(受診)	継続的な治療が必要なもの(入院)	継続的な治療が必要なもの(その他)	長期にわたり治療が続くもの(受診)	長期にわたり治療が続くもの(入院)	長期にわたり治療が続くもの(その他)
全体		973 100.0%	675 69.4%	458 47.1%	524 53.9%	416 42.8%	191 19.6%	492 50.6%	404 41.5%	186 19.1%	485 49.8%	398 40.9%	184 18.9%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	699 100.0%	487 69.7%	330 47.2%	373 53.4%	298 42.6%	140 20.0%	351 50.2%	292 41.8%	136 19.5%	349 49.9%	291 41.6%	135 19.3%
	地域密着型介護老人福祉施設	209 100.0%	146 69.9%	99 47.4%	116 55.5%	90 43.1%	39 18.7%	106 50.7%	86 41.1%	38 18.2%	103 49.3%	84 40.2%	38 18.2%
	複数回答施設	33 100.0%	22 66.7%	12 36.4%	14 42.4%	10 30.3%	4 12.1%	15 45.5%	9 27.3%	4 12.1%	13 39.4%	7 21.2%	3 9.1%
	無回答	32 100.0%	20 62.5%	17 53.1%	21 65.6%	18 56.3%	8 25.0%	20 62.5%	17 53.1%	8 25.0%	20 62.5%	16 50.0%	8 25.0%

		合計	被害状況の範囲:離設（続き）							無回答
			事故による障害が永続的に残ったもの	サービス提供による利用者の死亡事故	施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの	介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの	損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの	左記に該当する基準はない	その他	
全体		973 100.0%	460 47.3%	500 51.4%	426 43.8%	404 41.5%	425 43.7%	49 5.0%	28 2.9%	1 0.1%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	699 100.0%	333 47.6%	356 50.9%	310 44.3%	289 41.3%	308 44.1%	35 5.0%	21 3.0%	1 0.1%
	地域密着型介護老人福祉施設	209 100.0%	93 44.5%	108 51.7%	90 43.1%	89 42.6%	89 42.6%	12 5.7%	5 2.4%	0 0.0%
	複数回答施設	33 100.0%	14 42.4%	14 42.4%	11 33.3%	10 30.3%	14 42.4%	2 6.1%	1 3.0%	0 0.0%
	無回答	32 100.0%	20 62.5%	22 68.8%	15 46.9%	16 50.0%	14 43.8%	0 0.0%	1 3.1%	0 0.0%

## ⑦ 誤薬

誤薬は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が49.1%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が56.6%であった。

図表 3-1-154 被害状況の範囲:誤薬（複数回答）（回答件数 1,094）



図表 3-1-155 被害状況の範囲:誤薬（施設種類別）

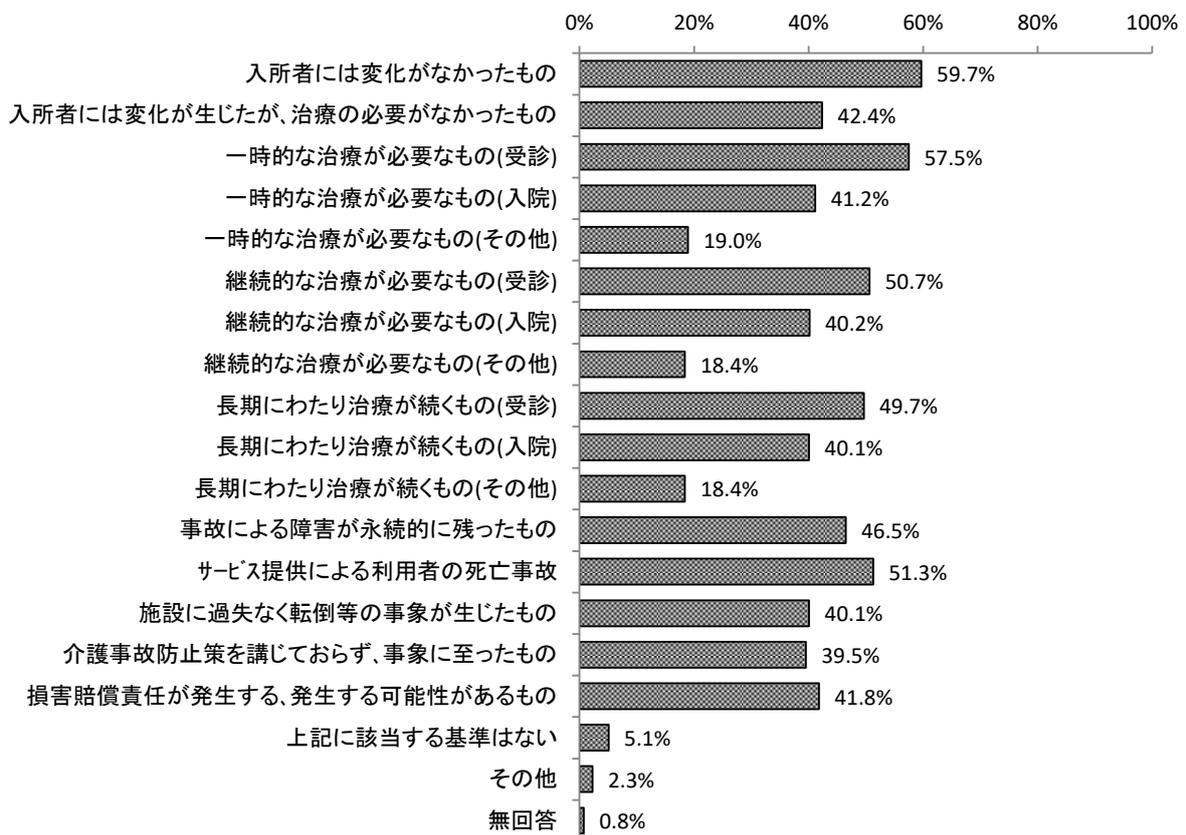
		合計	被害状況の範囲:誤薬										
			入所者には変化がなかったもの	入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの	一時的な治療が必要なもの(受診)	一時的な治療が必要なもの(入院)	一時的な治療が必要なもの(その他)	継続的な治療が必要なもの(受診)	継続的な治療が必要なもの(入院)	継続的な治療が必要なもの(その他)	長期にわたり治療が続くもの(受診)	長期にわたり治療が続くもの(入院)	長期にわたり治療が続くもの(その他)
全体		1,094 100.0%	800 73.1%	537 49.1%	619 56.6%	464 42.4%	201 18.4%	575 52.6%	456 41.7%	197 18.0%	556 50.8%	450 41.1%	196 17.9%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	783 100.0%	569 72.7%	397 50.7%	443 56.6%	335 42.8%	148 18.9%	413 52.7%	330 42.1%	145 18.5%	402 51.3%	329 42.0%	143 18.3%
	地域密着型介護老人福祉施設	239 100.0%	181 75.7%	108 45.2%	134 56.1%	99 41.4%	41 17.2%	123 51.5%	98 41.0%	40 16.7%	117 49.0%	94 39.3%	41 17.2%
	複数回答施設	37 100.0%	26 70.3%	13 35.1%	18 48.6%	11 29.7%	4 10.8%	17 45.9%	11 29.7%	4 10.8%	16 43.2%	11 29.7%	4 10.8%
	無回答	35 100.0%	24 68.6%	19 54.3%	24 68.6%	19 54.3%	8 22.9%	22 62.9%	17 48.6%	8 22.9%	21 60.0%	16 45.7%	8 22.9%

		合計	被害状況の範囲:誤薬（続き）							無回答
			事故による障害が永続的に残ったもの	サービス提供による利用者の死亡事故	施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの	介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの	損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの	左記に該当する基準はない	その他	
全体		1,094 100.0%	507 46.3%	560 51.2%	440 40.2%	423 38.7%	449 41.0%	27 2.5%	24 2.2%	3 0.3%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	783 100.0%	368 47.0%	400 51.1%	326 41.6%	307 39.2%	328 41.9%	18 2.3%	21 2.7%	2 0.3%
	地域密着型介護老人福祉施設	239 100.0%	104 43.5%	122 51.0%	88 36.8%	90 37.7%	92 38.5%	7 2.9%	2 0.8%	1 0.4%
	複数回答施設	37 100.0%	16 43.2%	16 43.2%	12 32.4%	11 29.7%	16 43.2%	2 5.4%	1 2.7%	0 0.0%
	無回答	35 100.0%	19 54.3%	22 62.9%	14 40.0%	15 42.9%	13 37.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

### ⑧ 医療的ケア関連

医療的ケア関連（点滴抜去、チューブ抜去、機器トラブル等）は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が42.4%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が57.5%であった。

図表 3-1-156 被害状況の範囲:医療的ケア関連（複数回答）（回答件数 918）



図表 3-1-157 被害状況の範囲:医療的ケア関連 (施設種類別)

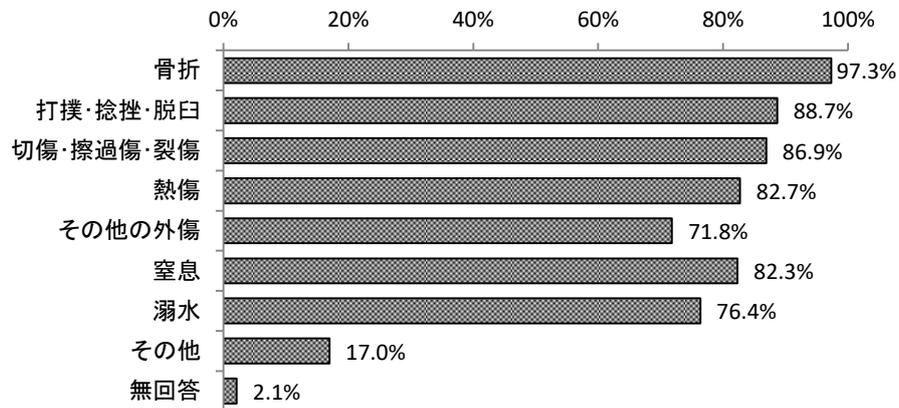
		被害状況の範囲:医療的ケア関連											
		合計	入所者には変化がなかったもの	入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの	一時的な治療が必要なもの(受診)	一時的な治療が必要なもの(入院)	一時的な治療が必要なもの(その他)	継続的な治療が必要なもの(受診)	継続的な治療が必要なもの(入院)	継続的な治療が必要なもの(その他)	長期にわたり治療が続くもの(受診)	長期にわたり治療が続くもの(入院)	長期にわたり治療が続くもの(その他)
全体		918 100.0%	548 59.7%	389 42.4%	528 57.5%	378 41.2%	174 19.0%	465 50.7%	369 40.2%	169 18.4%	456 49.7%	368 40.1%	169 18.4%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	674 100.0%	403 59.8%	289 42.9%	381 56.5%	274 40.7%	132 19.6%	340 50.4%	271 40.2%	128 19.0%	335 49.7%	270 40.1%	128 19.0%
	地域密着型介護老人福祉施設	186 100.0%	118 63.4%	77 41.4%	112 60.2%	81 43.5%	34 18.3%	95 51.1%	78 41.9%	33 17.7%	92 49.5%	78 41.9%	33 17.7%
	複数回答施設	29 100.0%	13 44.8%	11 37.9%	14 48.3%	7 24.1%	3 10.3%	13 44.8%	6 20.7%	3 10.3%	13 44.8%	7 24.1%	3 10.3%
	無回答	29 100.0%	14 48.3%	12 41.4%	21 72.4%	16 55.2%	5 17.2%	17 58.6%	14 48.3%	5 17.2%	16 55.2%	13 44.8%	5 17.2%

		被害状況の範囲:医療的ケア関連 (続き)								
		合計	事故による障害が永続的に残ったもの	サービス提供による利用者の死亡事故	施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの	介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの	損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの	左記に該当する基準はない	その他	無回答
全体		918 100.0%	427 46.5%	471 51.3%	368 40.1%	363 39.5%	384 41.8%	47 5.1%	21 2.3%	7 0.8%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	674 100.0%	314 46.6%	343 50.9%	276 40.9%	269 39.9%	286 42.4%	33 4.9%	17 2.5%	4 0.6%
	地域密着型介護老人福祉施設	186 100.0%	86 46.2%	98 52.7%	73 39.2%	72 38.7%	74 39.8%	11 5.9%	3 1.6%	2 1.1%
	複数回答施設	29 100.0%	13 44.8%	13 44.8%	9 31.0%	10 34.5%	13 44.8%	3 10.3%	1 3.4%	0 0.0%
	無回答	29 100.0%	14 48.3%	17 58.6%	10 34.5%	12 41.4%	11 37.9%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.4%

### (3) 介護事故として取り扱う被害の種類

介護事故として取り扱う被害の種類は「骨折」が 97.3%であり、「打撲・捻挫・脱臼」が 88.7%であった。

図表 3-1-158 介護事故として取り扱う被害の種類（複数回答）（回答件数 1,164）



図表 3-1-159 介護事故として取り扱う被害の種類（施設種類別）

		合計	介護事故として取り扱う被害の種類								
			骨折	打撲・捻挫・脱臼	切傷・擦過傷・裂傷	熱傷	その他の外傷	窒息	溺水	その他	無回答
全体		1,164 100.0%	1,133 97.3%	1,032 88.7%	1,012 86.9%	963 82.7%	836 71.8%	958 82.3%	889 76.4%	198 17.0%	25 2.1%
種別	介護老人福祉施設（広域型）	837 100.0%	816 97.5%	741 88.5%	727 86.9%	690 82.4%	600 71.7%	693 82.8%	650 77.7%	155 18.5%	19 2.3%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	245 98.8%	221 89.1%	220 88.7%	211 85.1%	182 73.4%	205 82.7%	186 75.0%	26 10.5%	1 0.4%
	複数回答施設	39 100.0%	36 92.3%	35 89.7%	31 79.5%	30 76.9%	27 69.2%	29 74.4%	25 64.1%	7 17.9%	1 2.6%
	無回答	40 100.0%	36 90.0%	35 87.5%	34 85.0%	32 80.0%	27 67.5%	31 77.5%	28 70.0%	10 25.0%	4 10.0%

## 6. 市区町村への報告対象とする介護事故の範囲

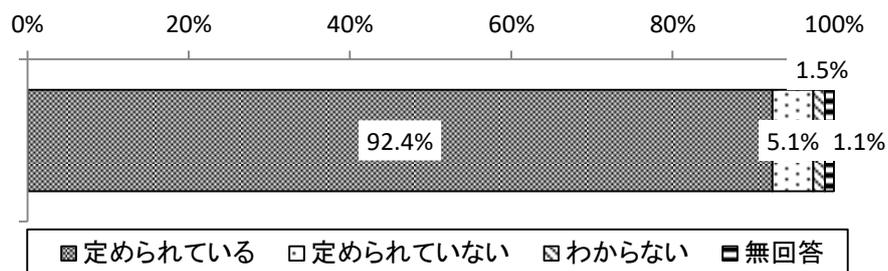
### (1) 市区町村への報告対象の範囲

介護事故が起こった場合の市区町村への報告に関して、以下の項目について定められているかをたずねた。

#### ① 市区町村への報告対象の範囲

市区町村への報告対象の範囲は、「定められている」が92.4%であった。

図表 3-1-160 市区町村への報告対象の範囲(回答件数 1,164)



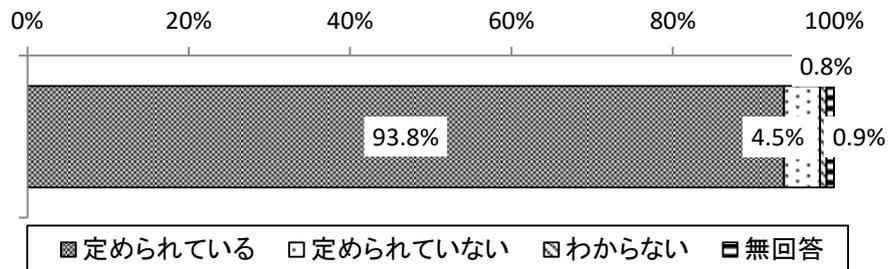
図表 1-161 市区町村への報告対象の範囲（施設種類別）

		市区町村への報告対象の範囲				
		合計	定められている	定められていない	わからない	無回答
全体		1,164 100.0%	1,075 92.4%	59 5.1%	17 1.5%	13 1.1%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	771 92.1%	44 5.3%	14 1.7%	8 1.0%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	232 93.5%	12 4.8%	1 0.4%	3 1.2%
	複数回答施設	39 100.0%	38 97.4%	0 0.0%	1 2.6%	0 0.0%
	無回答	40 100.0%	34 85.0%	3 7.5%	1 2.5%	2 5.0%

② 市区町村への報告様式・書式

市区町村への報告様式・書式は「定められている」が 93.8%であった。

図表 3-1-162 市区町村への報告様式・書式(回答件数 1,164)



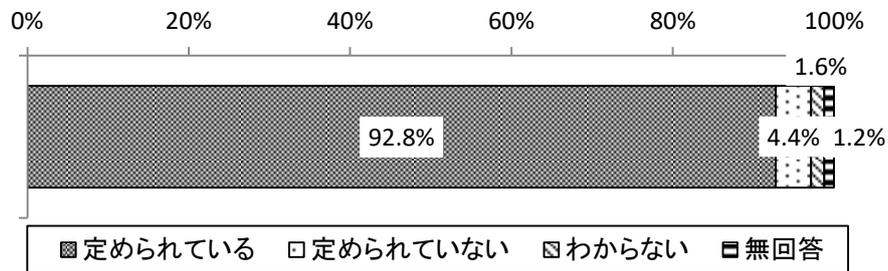
図表 3-1-163 市区町村への報告様式・書式（施設種類別）

		合計	市区町村への報告様式・書式			
			定められている	定められていない	わからない	無回答
全体		1,164 100.0%	1,092 93.8%	52 4.5%	9 0.8%	11 0.9%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	790 94.4%	34 4.1%	7 0.8%	6 0.7%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	229 92.3%	15 6.0%	1 0.4%	3 1.2%
	複数回答施設	39 100.0%	35 89.7%	3 7.7%	1 2.6%	0 0.0%
	無回答	40 100.0%	38 95.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 5.0%

### ③ 市区町村への報告手順・要領

市区町村への報告手順・要領は「定められている」が 92.8%であった。

図表 3-1-164 市区町村への報告手順・要領(回答件数 1,164)



図表 3-1-165 市区町村への報告手順・要領（施設種類別）

		合計	市区町村への報告手順・要領			
			定められている	定められていない	わからない	無回答
全体		1,164 100.0%	1,080 92.8%	51 4.4%	19 1.6%	14 1.2%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	774 92.5%	40 4.8%	15 1.8%	8 1.0%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	234 94.4%	7 2.8%	3 1.2%	4 1.6%
	複数回答施設	39 100.0%	36 92.3%	2 5.1%	1 2.6%	0 0.0%
	無回答	40 100.0%	36 90.0%	2 5.0%	0 0.0%	2 5.0%

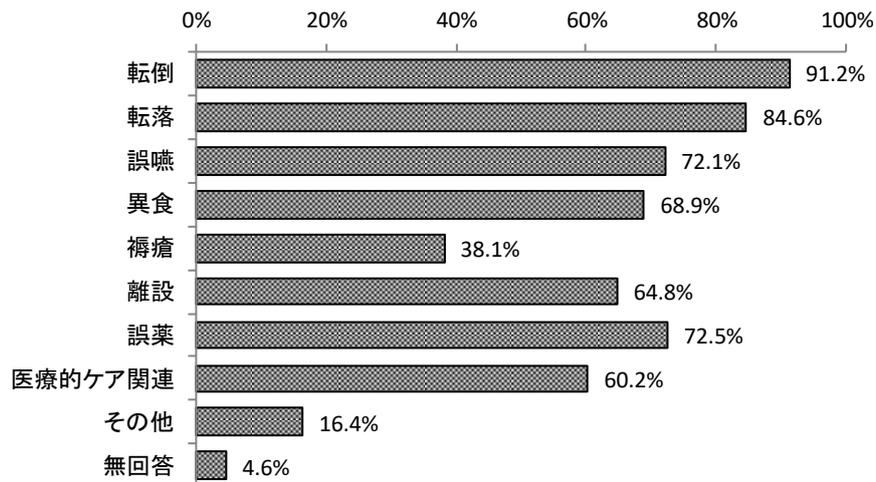
## (2) 報告している介護事故の種別

### ① 市区町村へ介護事故として報告している事故の種別

市区町村へ介護事故として報告している事故の種別は、「転倒」が 91.2%であり、「転落」が 84.6%であった。

「その他」の主な内容は、「骨折」、「なし（事故の種別について、特に定められていない）」等であった。

図表 3-1-166 報告している介護事故の種別（複数回答）（回答件数 1,164）



図表 3-1-167 報告している介護事故の種別（施設種別）

		合計	市区町村に報告している介護事故の種別					
			転倒	転落	誤嚥	異食	褥瘡	離設
全体		1,164 100.0%	1,062 91.2%	985 84.6%	839 72.1%	802 68.9%	444 38.1%	754 64.8%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	767 91.6%	719 85.9%	617 73.7%	592 70.7%	334 39.9%	555 66.3%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	224 90.3%	202 81.5%	166 66.9%	162 65.3%	82 33.1%	151 60.9%
	複数回答施設	39 100.0%	38 97.4%	32 82.1%	28 71.8%	24 61.5%	14 35.9%	25 64.1%
	無回答	40 100.0%	33 82.5%	32 80.0%	28 70.0%	24 60.0%	14 35.0%	23 57.5%

		合計	市区町村に報告している介護事故の種別（続き）			
			誤薬	医療的ケア関連	その他	無回答
全体		1,164 100.0%	844 72.5%	701 60.2%	191 16.4%	54 4.6%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	622 74.3%	522 62.4%	147 17.6%	40 4.8%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	171 69.0%	135 54.4%	32 12.9%	10 4.0%
	複数回答施設	39 100.0%	27 69.2%	23 59.0%	6 15.4%	0 0.0%
	無回答	40 100.0%	24 60.0%	21 52.5%	6 15.0%	4 10.0%

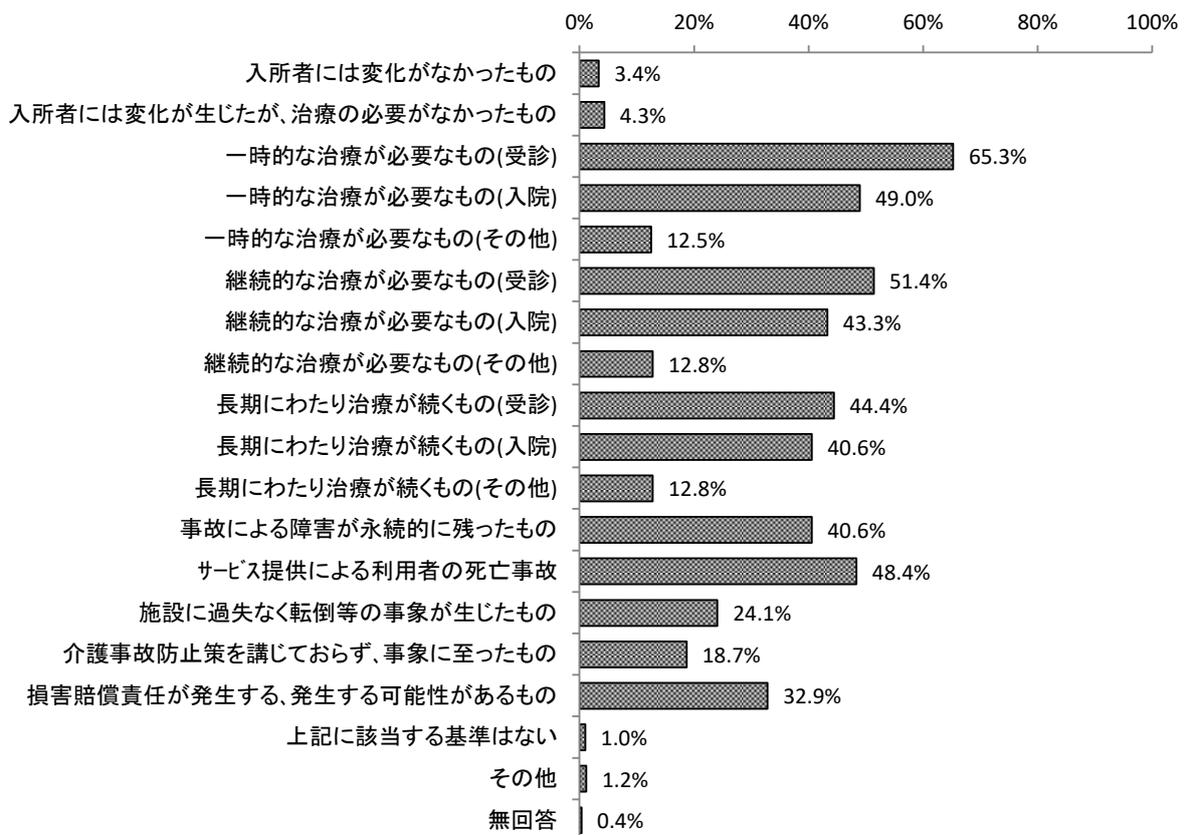
## ② 事故の種別ごとの介護事故として報告する「被害状況の範囲」

市区町村へ介護事故として報告している事故がある場合、事故の種別ごとの報告対象とする被害状況の範囲は、以下の通りであった。

### 1) 転倒

転倒は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 4.3%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 65.3%であった。

図表 3-1-168 市区町村へ報告する被害状況の範囲：転倒（複数回答）（回答件数 1,062）



図表 3-1-169 市区町村へ報告する被害状況の範囲：転倒（施設種類別）

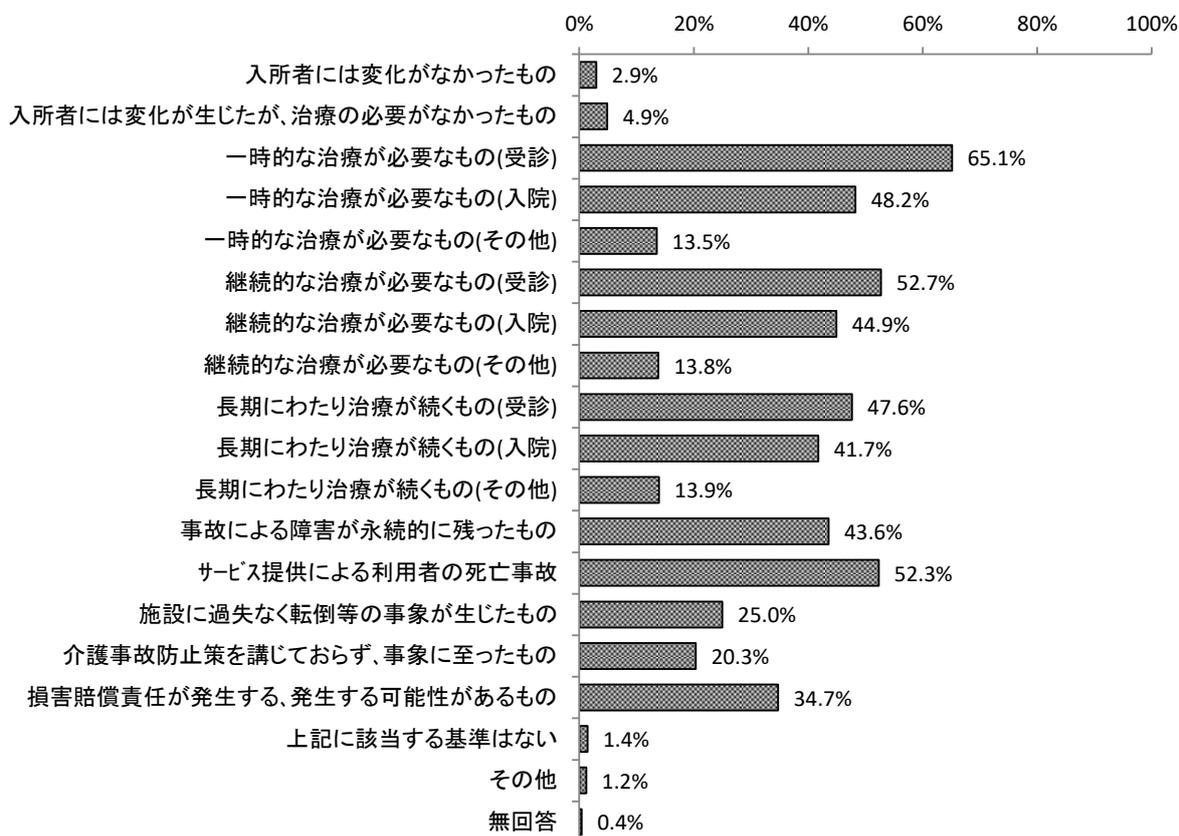
		市区町村へ報告する被害状況の範囲：転倒											
		合計	入所者には変化がなかったもの	入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの	一時的な治療が必要なもの（受診）	一時的な治療が必要なもの（入院）	一時的な治療が必要なもの（その他）	継続的な治療が必要なもの（受診）	継続的な治療が必要なもの（入院）	継続的な治療が必要なもの（その他）	長期にわたり治療が続くもの（受診）	長期にわたり治療が続くもの（入院）	長期にわたり治療が続くもの（その他）
全体		1,062 100.0%	36 3.4%	46 4.3%	693 65.3%	520 49.0%	133 12.5%	546 51.4%	460 43.3%	136 12.8%	472 44.4%	431 40.6%	136 12.8%
種別	介護老人福祉施設（広域型）	767 100.0%	19 2.5%	28 3.7%	501 65.3%	376 49.0%	96 12.5%	404 52.7%	336 43.8%	104 13.6%	344 44.9%	314 40.9%	105 13.7%
	地域密着型介護老人福祉施設	224 100.0%	10 4.5%	11 4.9%	149 66.5%	106 47.3%	28 12.5%	104 46.4%	90 40.2%	26 11.6%	95 42.4%	87 38.8%	25 11.2%
	複数回答施設	38 100.0%	4 10.5%	4 10.5%	23 60.5%	17 44.7%	4 10.5%	19 50.0%	15 39.5%	2 5.3%	15 39.5%	12 31.6%	2 5.3%
	無回答	33 100.0%	3 9.1%	3 9.1%	20 60.6%	21 63.6%	5 15.2%	19 57.6%	19 57.6%	4 12.1%	18 54.5%	18 54.5%	4 12.1%

		市区町村へ報告する被害状況の範囲：転倒（続き）								
		合計	事故による障害が永続的に残ったもの	サービス提供による利用者の死亡事故	施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの	介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの	損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの	左記に該当する基準はない	その他	無回答
全体		1,062 100.0%	431 40.6%	514 48.4%	256 24.1%	199 18.7%	349 32.9%	11 1.0%	13 1.2%	4 0.4%
種別	介護老人福祉施設（広域型）	767 100.0%	315 41.1%	369 48.1%	189 24.6%	147 19.2%	252 32.9%	6 0.8%	9 1.2%	2 0.3%
	地域密着型介護老人福祉施設	224 100.0%	85 37.9%	109 48.7%	51 22.8%	38 17.0%	73 32.6%	4 1.8%	4 1.8%	1 0.4%
	複数回答施設	38 100.0%	13 34.2%	17 44.7%	7 18.4%	7 18.4%	13 34.2%	1 2.6%	0 0.0%	0 0.0%
	無回答	33 100.0%	18 54.5%	19 57.6%	9 27.3%	7 21.2%	11 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.0%

## 2) 転落

転落は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 4.9%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 65.1%であった。

図表 3-1-170 市区町村へ報告する被害状況の範囲：転落（複数回答）（回答件数 985）



図表 3-1-171 市区町村へ報告する被害状況の範囲：転落（施設種類別）

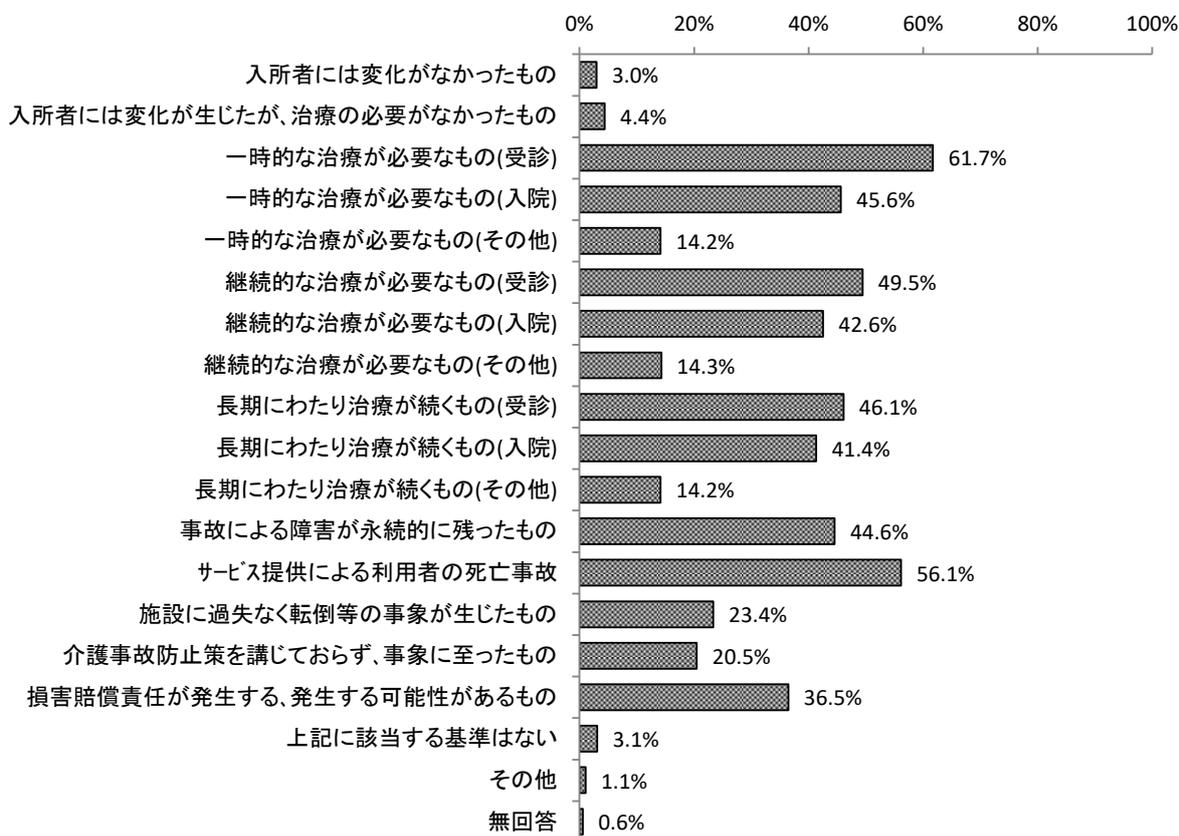
		市区町村へ報告する被害状況の範囲：転落											
		合計	入所者には変化がなかったもの	入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの	一時的な治療が必要なもの（受診）	一時的な治療が必要なもの（入院）	一時的な治療が必要なもの（その他）	継続的な治療が必要なもの（受診）	継続的な治療が必要なもの（入院）	継続的な治療が必要なもの（その他）	長期にわたり治療が続くもの（受診）	長期にわたり治療が続くもの（入院）	長期にわたり治療が続くもの（その他）
全体		985 100.0%	29 2.9%	48 4.9%	641 65.1%	475 48.2%	133 13.5%	519 52.7%	442 44.9%	136 13.8%	469 47.6%	411 41.7%	137 13.9%
種別	介護老人福祉施設（広域型）	719 100.0%	18 2.5%	31 4.3%	467 65.0%	346 48.1%	96 13.4%	384 53.4%	323 44.9%	104 14.5%	339 47.1%	299 41.6%	105 14.6%
	地域密着型介護老人福祉施設	202 100.0%	7 3.5%	10 5.0%	137 67.8%	93 46.0%	27 13.4%	97 48.0%	86 42.6%	25 12.4%	96 47.5%	83 41.1%	25 12.4%
	複数回答施設	32 100.0%	2 6.3%	4 12.5%	19 59.4%	14 43.8%	4 12.5%	19 59.4%	13 40.6%	2 6.3%	15 46.9%	11 34.4%	2 6.3%
	無回答	32 100.0%	2 6.3%	3 9.4%	18 56.3%	22 68.8%	6 18.8%	19 59.4%	20 62.5%	5 15.6%	19 59.4%	18 56.3%	5 15.6%

		市区町村へ報告する被害状況の範囲：転落（続き）								
		合計	事故による障害が永続的に残ったもの	サービス提供による利用者の死亡事故	施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの	介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの	損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの	左記に該当する基準はない	その他	無回答
全体		985 100.0%	429 43.6%	515 52.3%	246 25.0%	200 20.3%	342 34.7%	14 1.4%	12 1.2%	4 0.4%
種別	介護老人福祉施設（広域型）	719 100.0%	311 43.3%	368 51.2%	178 24.8%	147 20.4%	247 34.4%	8 1.1%	8 1.1%	2 0.3%
	地域密着型介護老人福祉施設	202 100.0%	86 42.6%	110 54.5%	51 25.2%	38 18.8%	70 34.7%	5 2.5%	4 2.0%	1 0.5%
	複数回答施設	32 100.0%	13 40.6%	17 53.1%	7 21.9%	7 21.9%	13 40.6%	1 3.1%	0 0.0%	1 3.1%
	無回答	32 100.0%	19 59.4%	20 62.5%	10 31.3%	8 25.0%	12 37.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

### 3) 誤嚥

誤嚥は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 4.4%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 61.7%であった。

図表 3-1-172 市区町村へ報告する被害状況の範囲：誤嚥（複数回答）（回答件数 839）



図表 3-1-173 市区町村へ報告する被害状況の範囲：誤嚥（施設種類別）

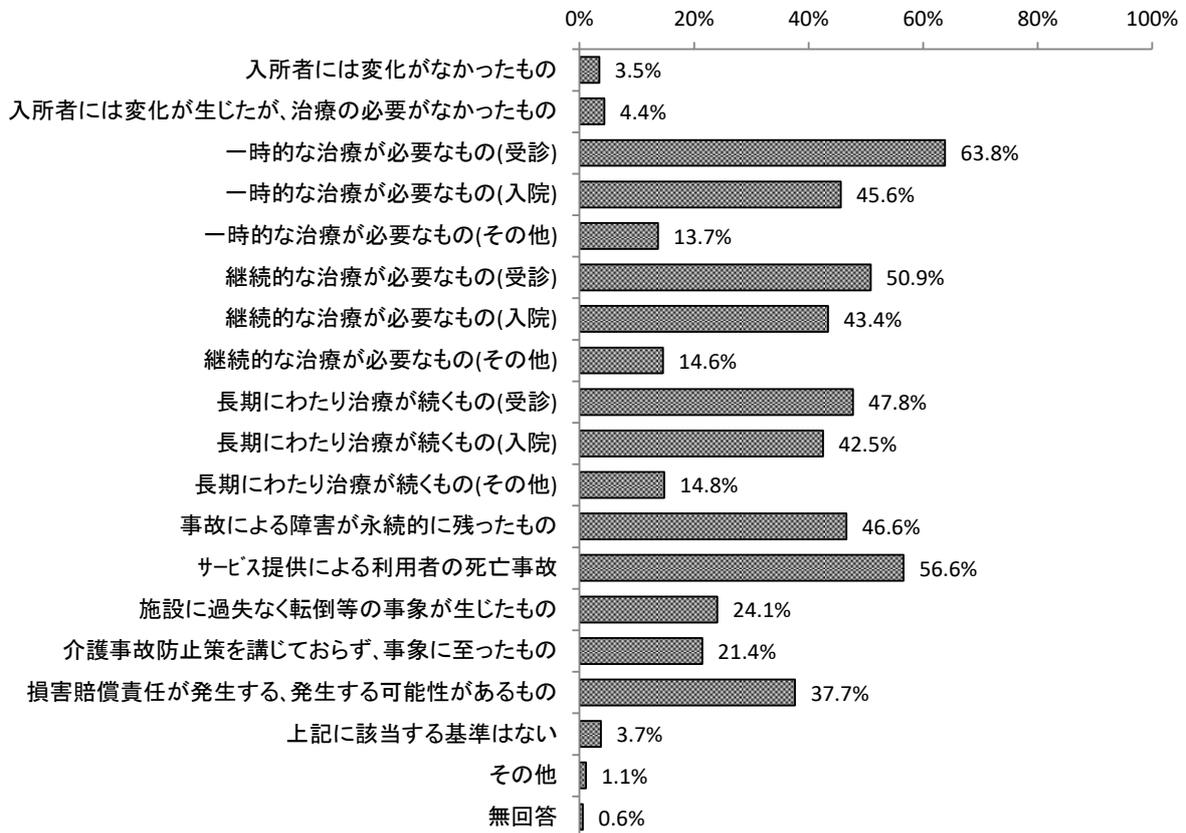
		市区町村へ報告する被害状況の範囲：誤嚥											
		合計	入所者には変化がなかったもの	入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの	一時的な治療が必要なもの（受診）	一時的な治療が必要なもの（入院）	一時的な治療が必要なもの（その他）	継続的な治療が必要なもの（受診）	継続的な治療が必要なもの（入院）	継続的な治療が必要なもの（その他）	長期にわたり治療が続くもの（受診）	長期にわたり治療が続くもの（入院）	長期にわたり治療が続くもの（その他）
全体		839 100.0%	25 3.0%	37 4.4%	518 61.7%	383 45.6%	119 14.2%	415 49.5%	357 42.6%	120 14.3%	387 46.1%	347 41.4%	119 14.2%
種別	介護老人福祉施設（広域型）	617 100.0%	13 2.1%	24 3.9%	377 61.1%	277 44.9%	87 14.1%	305 49.4%	264 42.8%	95 15.4%	283 45.9%	257 41.7%	93 15.1%
	地域密着型介護老人福祉施設	166 100.0%	7 4.2%	8 4.8%	109 65.7%	76 45.8%	23 13.9%	78 47.0%	67 40.4%	19 11.4%	77 46.4%	65 39.2%	20 12.0%
	複数回答施設	28 100.0%	1 3.6%	2 7.1%	16 57.1%	12 42.9%	4 14.3%	16 57.1%	10 35.7%	2 7.1%	13 46.4%	10 35.7%	2 7.1%
	無回答	28 100.0%	4 14.3%	3 10.7%	16 57.1%	18 64.3%	5 17.9%	16 57.1%	16 57.1%	4 14.3%	14 50.0%	15 53.6%	4 14.3%

		市区町村へ報告する被害状況の範囲：誤嚥（続き）								
		合計	事故による障害が永続的に残ったもの	サービス提供による利用者の死亡事故	施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの	介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの	損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの	左記に該当する基準はない	その他	無回答
全体		839 100.0%	374 44.6%	471 56.1%	196 23.4%	172 20.5%	306 36.5%	26 3.1%	9 1.1%	5 0.6%
種別	介護老人福祉施設（広域型）	617 100.0%	272 44.1%	337 54.6%	143 23.2%	125 20.3%	224 36.3%	16 2.6%	6 1.0%	3 0.5%
	地域密着型介護老人福祉施設	166 100.0%	74 44.6%	100 60.2%	41 24.7%	33 19.9%	59 35.5%	8 4.8%	2 1.2%	2 1.2%
	複数回答施設	28 100.0%	12 42.9%	17 60.7%	5 17.9%	7 25.0%	12 42.9%	1 3.6%	0 0.0%	0 0.0%
	無回答	28 100.0%	16 57.1%	17 60.7%	7 25.0%	7 25.0%	11 39.3%	1 3.6%	1 3.6%	0 0.0%

#### 4) 異食

異食は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が4.4%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が63.8%であった。

図表 3-1-174 市区町村へ報告する被害状況の範囲：異食（複数回答）（回答件数 802）



図表 3-1-175 市区町村へ報告する被害状況の範囲：異食（施設種類別）

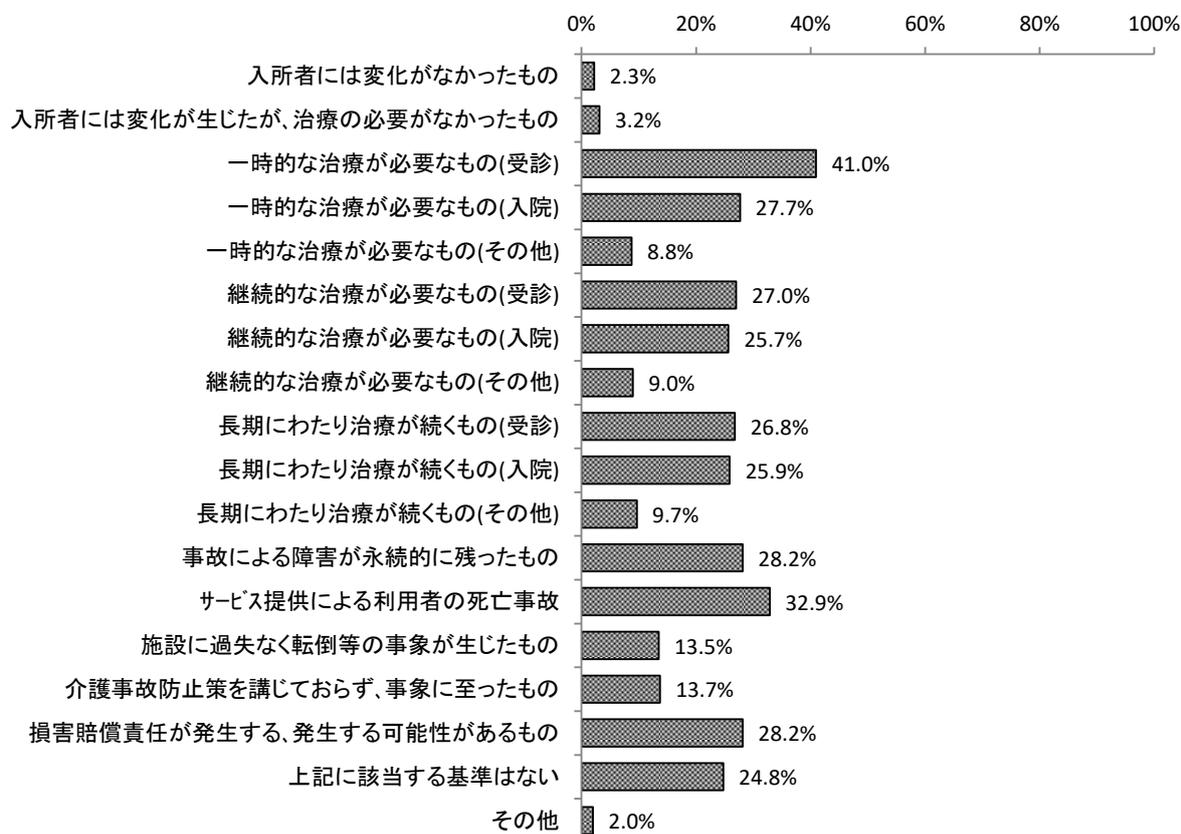
		市区町村へ報告する被害状況の範囲：異食											
		合計	入所者には変化がなかったもの	入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの	一時的な治療が必要なもの（受診）	一時的な治療が必要なもの（入院）	一時的な治療が必要なもの（その他）	継続的な治療が必要なもの（受診）	継続的な治療が必要なもの（入院）	継続的な治療が必要なもの（その他）	長期にわたり治療が続くもの（受診）	長期にわたり治療が続くもの（入院）	長期にわたり治療が続くもの（その他）
全体		802 100.0%	28 3.5%	35 4.4%	512 63.8%	366 45.6%	110 13.7%	408 50.9%	348 43.4%	117 14.6%	383 47.8%	341 42.5%	119 14.8%
種別	介護老人福祉施設（広域型）	592 100.0%	17 2.9%	24 4.1%	374 63.2%	264 44.6%	81 13.7%	304 51.4%	256 43.2%	92 15.5%	282 47.6%	251 42.4%	93 15.7%
	地域密着型介護老人福祉施設	162 100.0%	5 3.1%	7 4.3%	109 67.3%	75 46.3%	22 13.6%	76 46.9%	69 42.6%	19 11.7%	76 46.9%	69 42.6%	20 12.3%
	複数回答施設	24 100.0%	1 4.2%	2 8.3%	14 58.3%	11 45.8%	3 12.5%	13 54.2%	9 37.5%	2 8.3%	12 50.0%	8 33.3%	2 8.3%
	無回答	24 100.0%	5 20.8%	2 8.3%	15 62.5%	16 66.7%	4 16.7%	15 62.5%	14 58.3%	4 16.7%	13 54.2%	13 54.2%	4 16.7%

		市区町村へ報告する被害状況の範囲：異食（続き）								
		合計	事故による障害が永続的に残ったもの	サービス提供による利用者の死亡事故	施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの	介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの	損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの	左記に該当する基準はない	その他	無回答
全体		802 100.0%	374 46.6%	454 56.6%	193 24.1%	172 21.4%	302 37.7%	30 3.7%	9 1.1%	5 0.6%
種別	介護老人福祉施設（広域型）	592 100.0%	273 46.1%	324 54.7%	141 23.8%	126 21.3%	221 37.3%	20 3.4%	7 1.2%	3 0.5%
	地域密着型介護老人福祉施設	162 100.0%	75 46.3%	98 60.5%	41 25.3%	33 20.4%	60 37.0%	8 4.9%	2 1.2%	2 1.2%
	複数回答施設	24 100.0%	12 50.0%	16 66.7%	4 16.7%	6 25.0%	11 45.8%	1 4.2%	0 0.0%	0 0.0%
	無回答	24 100.0%	14 58.3%	16 66.7%	7 29.2%	7 29.2%	10 41.7%	1 4.2%	0 0.0%	0 0.0%

## 5) 褥瘡

褥瘡は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 3.2%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 41.0%であった。

図表 3-1-176 市区町村へ報告する被害状況の範囲：褥瘡（複数回答）（回答件数 444）



図表 3-1-177 市区町村へ報告する被害状況の範囲：褥瘡（施設種類別）

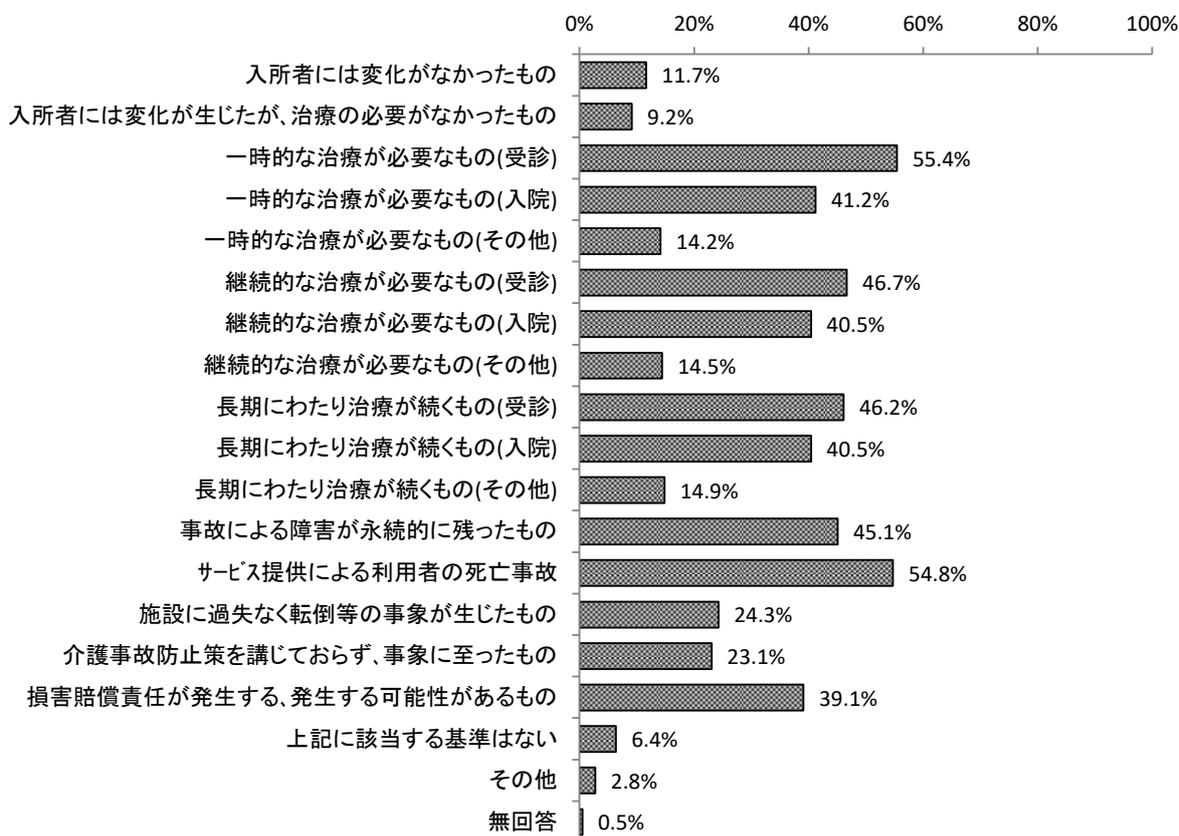
		合計	市区町村へ報告する被害状況の範囲：褥瘡										
			入所者には変化がなかったもの	入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの	一時的な治療が必要なもの（受診）	一時的な治療が必要なもの（入院）	一時的な治療が必要なもの（その他）	継続的な治療が必要なもの（受診）	継続的な治療が必要なもの（入院）	継続的な治療が必要なもの（その他）	長期にわたり治療が続くもの（受診）	長期にわたり治療が続くもの（入院）	長期にわたり治療が続くもの（その他）
全体		444 100.0%	10 2.3%	14 3.2%	182 41.0%	123 27.7%	39 8.8%	120 27.0%	114 25.7%	40 9.0%	119 26.8%	115 25.9%	43 9.7%
種別	介護老人福祉施設（広域型）	334 100.0%	4 1.2%	8 2.4%	136 40.7%	88 26.3%	29 8.7%	86 25.7%	84 25.1%	32 9.6%	84 25.1%	83 24.9%	34 10.2%
	地域密着型介護老人福祉施設	82 100.0%	2 2.4%	3 3.7%	38 46.3%	24 29.3%	8 9.8%	24 29.3%	22 26.8%	6 7.3%	25 30.5%	24 29.3%	7 8.5%
	複数回答施設	14 100.0%	1 7.1%	2 14.3%	3 21.4%	4 28.6%	0 0.0%	4 28.6%	2 14.3%	0 0.0%	4 28.6%	2 14.3%	0 0.0%
	無回答	14 100.0%	3 21.4%	1 7.1%	5 35.7%	7 50.0%	2 14.3%	6 42.9%	6 42.9%	2 14.3%	6 42.9%	6 42.9%	2 14.3%

		合計	市区町村へ報告する被害状況の範囲：褥瘡（続き）							無回答
			事故による障害が永続的に残ったもの	サービス提供による利用者の死亡事故	施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの	介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの	損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの	左記に該当する基準はない	その他	
全体		444 100.0%	125 28.2%	146 32.9%	60 13.5%	61 13.7%	125 28.2%	110 24.8%	9 2.0%	0 0.0%
種別	介護老人福祉施設（広域型）	334 100.0%	91 27.2%	105 31.4%	46 13.8%	46 13.8%	89 26.6%	84 25.1%	6 1.8%	0 0.0%
	地域密着型介護老人福祉施設	82 100.0%	24 29.3%	30 36.6%	11 13.4%	10 12.2%	26 31.7%	20 24.4%	2 2.4%	0 0.0%
	複数回答施設	14 100.0%	5 35.7%	6 42.9%	1 7.1%	2 14.3%	6 42.9%	3 21.4%	0 0.0%	0 0.0%
	無回答	14 100.0%	5 35.7%	5 35.7%	2 14.3%	3 21.4%	4 28.6%	3 21.4%	1 7.1%	0 0.0%

## 6) 離設

離設は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 9.2%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 55.4%であった。

図表 3-1-178 市区町村へ報告する被害状況の範囲：離設（複数回答）（回答件数 754）



図表 3-1-179 市区町村へ報告する被害状況の範囲：離設（施設種類別）

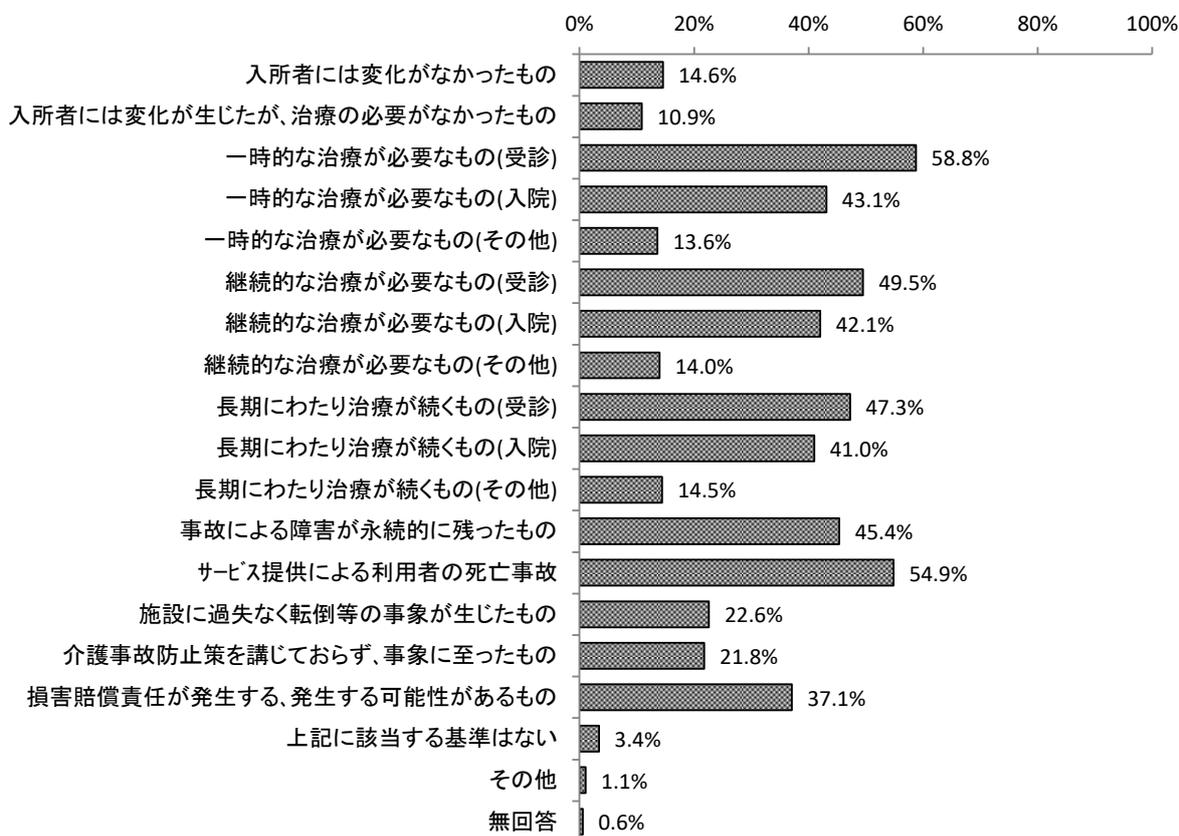
		市区町村へ報告する被害状況の範囲：離設											
		合計	入所者には変化がなかったもの	入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの	一時的な治療が必要なもの（受診）	一時的な治療が必要なもの（入院）	一時的な治療が必要なもの（その他）	継続的な治療が必要なもの（受診）	継続的な治療が必要なもの（入院）	継続的な治療が必要なもの（その他）	長期にわたり治療が続くもの（受診）	長期にわたり治療が続くもの（入院）	長期にわたり治療が続くもの（その他）
全体		754 100.0%	88 11.7%	69 9.2%	418 55.4%	311 41.2%	107 14.2%	352 46.7%	305 40.5%	109 14.5%	348 46.2%	305 40.5%	112 14.9%
種別	介護老人福祉施設（広域型）	555 100.0%	64 11.5%	53 9.5%	298 53.7%	227 40.9%	77 13.9%	259 46.7%	223 40.2%	83 15.0%	254 45.8%	222 40.0%	85 15.3%
	地域密着型介護老人福祉施設	151 100.0%	19 12.6%	11 7.3%	95 62.9%	63 41.7%	22 14.6%	68 45.0%	60 39.7%	20 13.2%	71 47.0%	64 42.4%	21 13.9%
	複数回答施設	25 100.0%	0 0.0%	1 4.0%	12 48.0%	8 32.0%	3 12.0%	12 48.0%	8 32.0%	2 8.0%	11 44.0%	7 28.0%	2 8.0%
	無回答	23 100.0%	5 21.7%	4 17.4%	13 56.5%	13 56.5%	5 21.7%	13 56.5%	14 60.9%	4 17.4%	12 52.2%	12 52.2%	4 17.4%

		市区町村へ報告する被害状況の範囲：離設（続き）								
		合計	事故による障害が永続的に残ったもの	サービス提供による利用者の死亡事故	施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの	介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの	損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの	左記に該当する基準はない	その他	無回答
全体		754 100.0%	340 45.1%	413 54.8%	183 24.3%	174 23.1%	295 39.1%	48 6.4%	21 2.8%	4 0.5%
種別	介護老人福祉施設（広域型）	555 100.0%	246 44.3%	294 53.0%	132 23.8%	129 23.2%	213 38.4%	42 7.6%	16 2.9%	4 0.7%
	地域密着型介護老人福祉施設	151 100.0%	69 45.7%	91 60.3%	40 26.5%	33 21.9%	59 39.1%	5 3.3%	3 2.0%	0 0.0%
	複数回答施設	25 100.0%	12 48.0%	14 56.0%	5 20.0%	6 24.0%	13 52.0%	1 4.0%	1 4.0%	0 0.0%
	無回答	23 100.0%	13 56.5%	14 60.9%	6 26.1%	6 26.1%	10 43.5%	0 0.0%	1 4.3%	0 0.0%

## 7) 誤薬

誤薬は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 10.9%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 58.8%であった。

図表 3-1-180 市区町村へ報告する被害状況の範囲：誤薬（複数回答）（回答件数 844）



図表 3-1-181 市区町村へ報告する被害状況の範囲：誤薬（施設種類別）

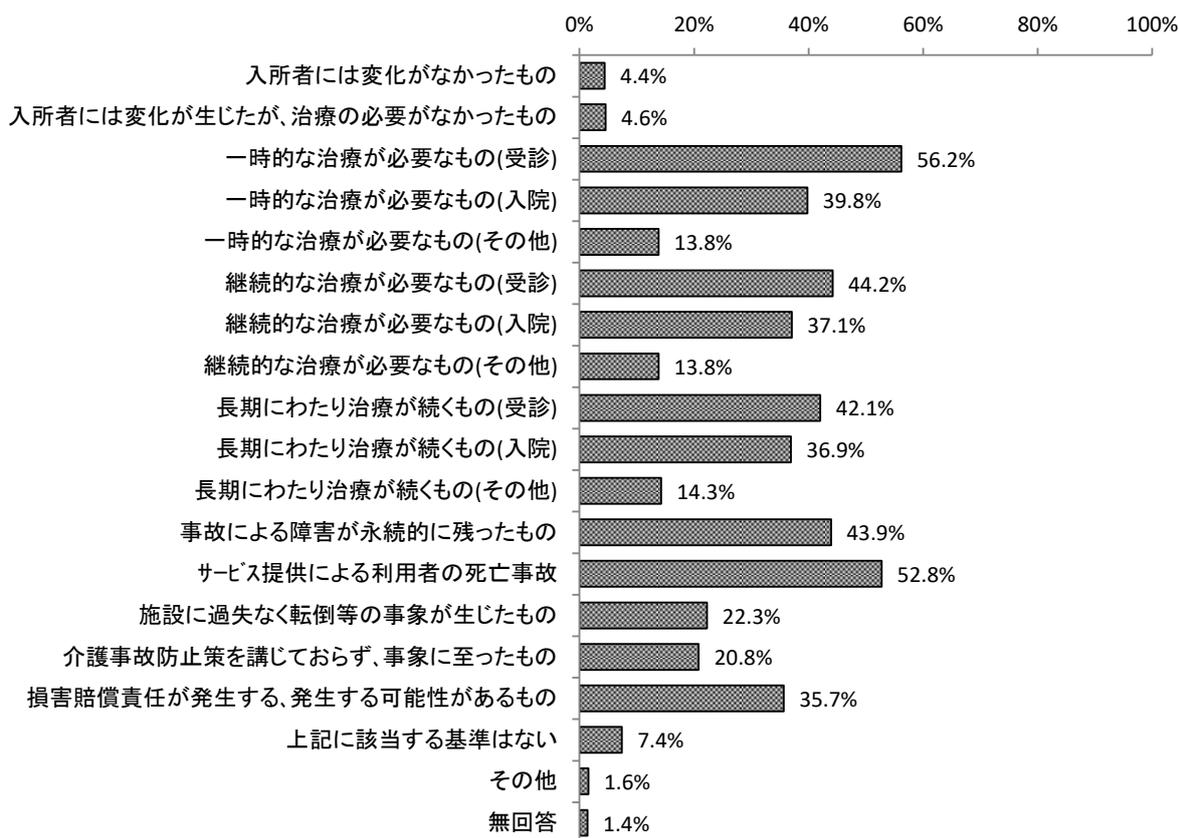
		市区町村へ報告する被害状況の範囲：誤薬											
		合計	入所者には変化がなかったもの	入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの	一時的な治療が必要なもの（受診）	一時的な治療が必要なもの（入院）	一時的な治療が必要なもの（その他）	継続的な治療が必要なもの（受診）	継続的な治療が必要なもの（入院）	継続的な治療が必要なもの（その他）	長期にわたり治療が続くもの（受診）	長期にわたり治療が続くもの（入院）	長期にわたり治療が続くもの（その他）
全体		844 100.0%	123 14.6%	92 10.9%	496 58.8%	364 43.1%	115 13.6%	418 49.5%	355 42.1%	118 14.0%	399 47.3%	346 41.0%	122 14.5%
種別	介護老人福祉施設（広域型）	622 100.0%	85 13.7%	65 10.5%	366 58.8%	268 43.1%	83 13.3%	307 49.4%	261 42.0%	90 14.5%	292 46.9%	255 41.0%	93 15.0%
	地域密着型介護老人福祉施設	171 100.0%	26 15.2%	18 10.5%	104 60.8%	71 41.5%	24 14.0%	80 46.8%	68 39.8%	21 12.3%	80 46.8%	68 39.8%	22 12.9%
	複数回答施設	27 100.0%	3 11.1%	2 7.4%	10 37.0%	9 33.3%	3 11.1%	15 55.6%	10 37.0%	2 7.4%	13 48.1%	9 33.3%	2 7.4%
	無回答	24 100.0%	9 37.5%	7 29.2%	16 66.7%	16 66.7%	5 20.8%	16 66.7%	16 66.7%	5 20.8%	14 58.3%	14 58.3%	5 20.8%

		市区町村へ報告する被害状況の範囲：誤薬（続き）								
		合計	事故による障害が永続的に残ったもの	サービス提供による利用者の死亡事故	施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの	介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの	損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの	左記に該当する基準はない	その他	無回答
全体		844 100.0%	383 45.4%	463 54.9%	191 22.6%	184 21.8%	313 37.1%	29 3.4%	9 1.1%	5 0.6%
種別	介護老人福祉施設（広域型）	622 100.0%	281 45.2%	333 53.5%	140 22.5%	135 21.7%	229 36.8%	22 3.5%	7 1.1%	3 0.5%
	地域密着型介護老人福祉施設	171 100.0%	77 45.0%	100 58.5%	40 23.4%	36 21.1%	63 36.8%	6 3.5%	1 0.6%	2 1.2%
	複数回答施設	27 100.0%	11 40.7%	14 51.9%	4 14.8%	6 22.2%	11 40.7%	1 3.7%	1 3.7%	0 0.0%
	無回答	24 100.0%	14 58.3%	16 66.7%	7 29.2%	7 29.2%	10 41.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

## 8) 医療的ケア関連

医療的ケア関連（点滴抜去、チューブ抜去、機器トラブル等）は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が4.6%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が56.2%であった。

図表 3-1-182 市区町村へ報告する被害状況の範囲：医療的ケア関連（複数回答）（回答件数 701）



図表 3-1-183 市区町村へ報告する被害状況の範囲：医療ケア関連（施設種類別）

		市区町村へ報告する被害状況の範囲：医療的ケア関連											
		合計	入所者には変化がなかったもの	入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの	一時的な治療が必要なもの（受診）	一時的な治療が必要なもの（入院）	一時的な治療が必要なもの（その他）	継続的な治療が必要なもの（受診）	継続的な治療が必要なもの（入院）	継続的な治療が必要なもの（その他）	長期にわたり治療が続くもの（受診）	長期にわたり治療が続くもの（入院）	長期にわたり治療が続くもの（その他）
全体		701 100.0%	31 4.4%	32 4.6%	394 56.2%	279 39.8%	97 13.8%	310 44.2%	260 37.1%	97 13.8%	295 42.1%	259 36.9%	100 14.3%
種別	介護老人福祉施設（広域型）	522 100.0%	22 4.2%	23 4.4%	294 56.3%	204 39.1%	70 13.4%	226 43.3%	186 35.6%	73 14.0%	217 41.6%	189 36.2%	76 14.6%
	地域密着型介護老人福祉施設	135 100.0%	5 3.7%	5 3.7%	80 59.3%	55 40.7%	21 15.6%	60 44.4%	55 40.7%	19 14.1%	59 43.7%	55 40.7%	19 14.1%
	複数回答施設	23 100.0%	0 0.0%	1 4.3%	7 30.4%	7 30.4%	3 13.0%	11 47.8%	7 30.4%	2 8.7%	9 39.1%	5 21.7%	2 8.7%
	無回答	21 100.0%	4 19.0%	3 14.3%	13 61.9%	13 61.9%	3 14.3%	13 61.9%	12 57.1%	3 14.3%	10 47.6%	10 47.6%	3 14.3%

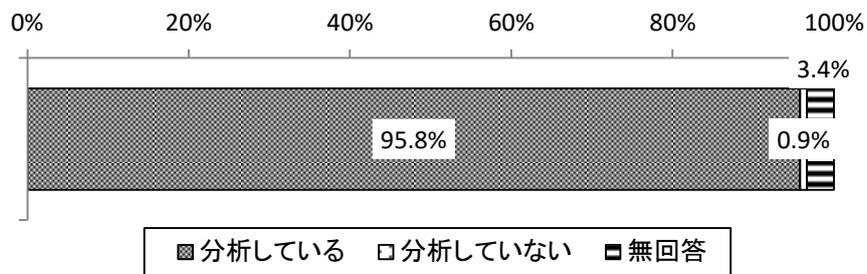
		市区町村へ報告する被害状況の範囲：医療的ケア関連（続き）								
		合計	事故による障害が永続的に残ったもの	サービス提供による利用者の死亡事故	施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの	介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの	損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの	左記に該当する基準はない	その他	無回答
全体		701 100.0%	308 43.9%	370 52.8%	156 22.3%	146 20.8%	250 35.7%	52 7.4%	11 1.6%	10 1.4%
種別	介護老人福祉施設（広域型）	522 100.0%	224 42.9%	263 50.4%	112 21.5%	107 20.5%	183 35.1%	40 7.7%	9 1.7%	7 1.3%
	地域密着型介護老人福祉施設	135 100.0%	61 45.2%	80 59.3%	34 25.2%	28 20.7%	48 35.6%	8 5.9%	1 0.7%	3 2.2%
	複数回答施設	23 100.0%	11 47.8%	13 56.5%	4 17.4%	5 21.7%	11 47.8%	3 13.0%	1 4.3%	0 0.0%
	無回答	21 100.0%	12 57.1%	14 66.7%	6 28.6%	6 28.6%	8 38.1%	1 4.8%	0 0.0%	0 0.0%

### (3) 発生した介護事故の分析状況

#### ① 介護事故の分析の有無

発生した介護事故の分析の有無は「分析している」が 95.8%であった。

図表 3-1-184 発生した介護事故の分析の有無(回答件数 1,164)



図表 3-1-185 発生した介護事故の分析の有無（施設種類別）

		合計	発生した介護事故の分析の有無		
			分析している	分析していない	無回答
全体		1,164 100.0%	1,115 95.8%	10 0.9%	39 3.4%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	810 96.8%	5 0.6%	22 2.6%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	233 94.0%	4 1.6%	11 4.4%
	複数回答施設	39 100.0%	35 89.7%	1 2.6%	3 7.7%
	無回答	40 100.0%	37 92.5%	0 0.0%	3 7.5%

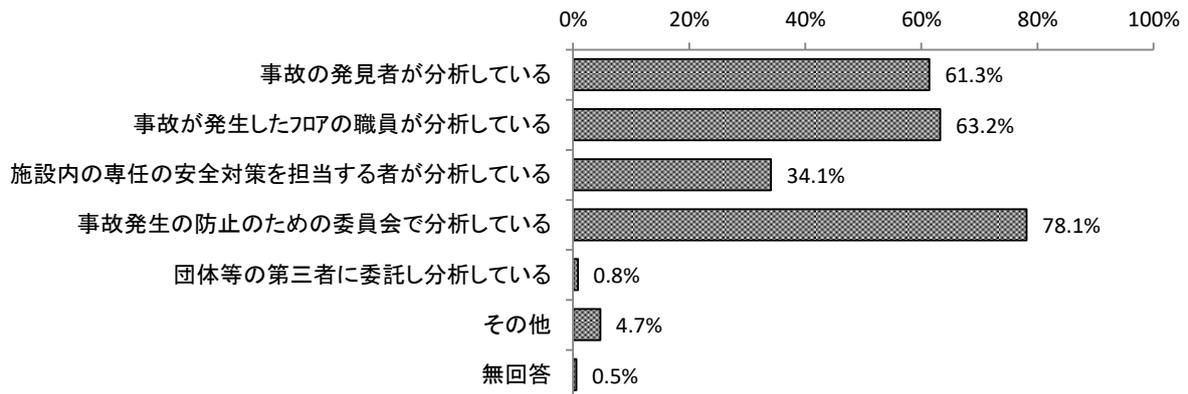
## ② 介護事故の分析者等

介護事故について「分析している」と回答した施設に、分析者等についてたずねた。

### 1) 分析者

発生した介護事故の分析者は「事故発生の防止のための委員会で分析している」が78.1%であり、「事故が発生したフロアの職員が分析している」が63.2%であった。

図表 3-1-186 発生した介護事故の分析者（複数回答）（回答件数 1,115）



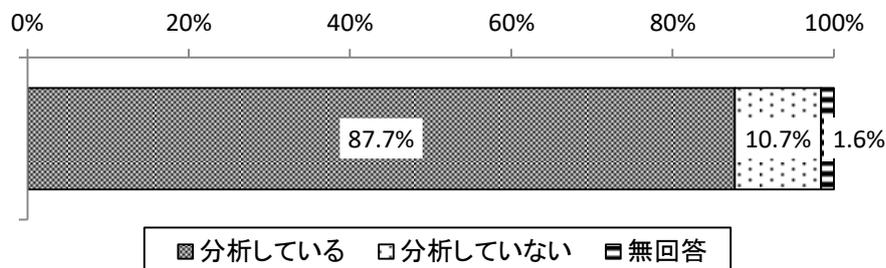
図表 3-1-187 発生した介護事故の分析者（施設種類別）

		合計	発生した介護事故の分析者						
			事故の発見者が分析している	事故が発生したフロアの職員が分析している	施設内の専任の安全対策を担当する者が分析している	事故発生の防止のための委員会で分析している	団体等の第三者に委託し分析している	その他	無回答
全体		1,115 100.0%	684 61.3%	705 63.2%	380 34.1%	871 78.1%	9 0.8%	52 4.7%	6 0.5%
種別	介護老人福祉施設（広域型）	810 100.0%	488 60.2%	508 62.7%	285 35.2%	638 78.8%	5 0.6%	37 4.6%	2 0.2%
	地域密着型介護老人福祉施設	233 100.0%	148 63.5%	153 65.7%	76 32.6%	175 75.1%	3 1.3%	13 5.6%	2 0.9%
	複数回答施設	35 100.0%	22 62.9%	20 57.1%	11 31.4%	29 82.9%	1 2.9%	2 5.7%	1 2.9%
	無回答	37 100.0%	26 70.3%	24 64.9%	8 21.6%	29 78.4%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.7%

## 2) 施設の責任や問題になるか否かの分析の有無

施設の責任や問題になるか否かの分析の有無は「分析している」が 87.7%であった。

図表 3-1-188 施設の責任や問題になるか否かの分析の有無(回答件数 1,115)



図表 3-1-189 施設の責任や問題になるか否かの分析の有無（施設種類別）

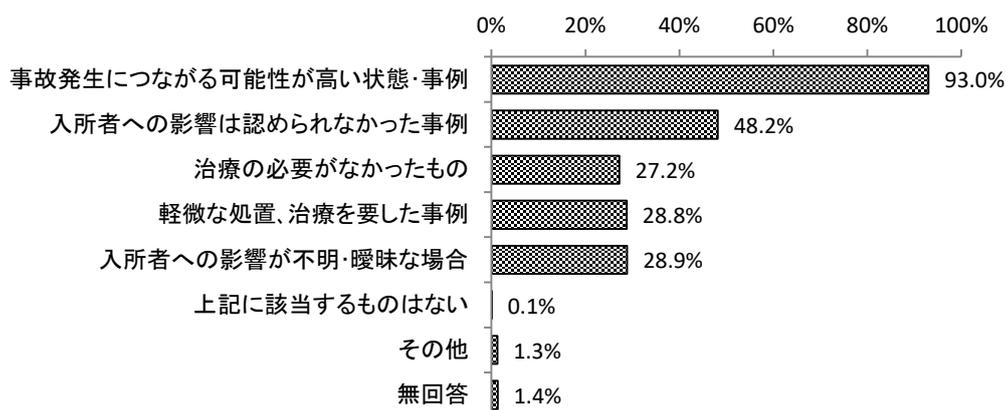
		合計	施設の責任や問題になるか否かの分析の有無		
			分析している	分析していない	無回答
全体		1,115 100.0%	978 87.7%	119 10.7%	18 1.6%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	810 100.0%	696 85.9%	97 12.0%	17 2.1%
	地域密着型介護老人福祉施設	233 100.0%	215 92.3%	17 7.3%	1 0.4%
	複数回答施設	35 100.0%	34 97.1%	1 2.9%	0 0.0%
	無回答	37 100.0%	33 89.2%	4 10.8%	0 0.0%

## 7. 施設内での「ヒヤリ・ハット」への対応

### (1) 施設内で報告対象とする範囲

施設内で報告対象とする範囲は「事故発生につながる可能性が高い状態・事例」が93.0%であり、「入所者への影響は認められなかった事例」が48.2%であった。

図表 3-1-190 施設内で報告対象とする範囲（複数回答）（回答件数 1,164）



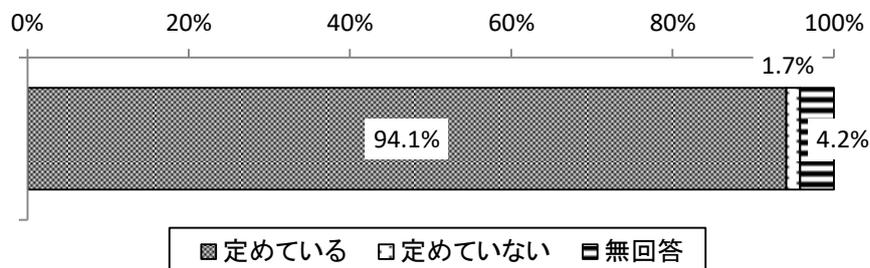
図表 3-1-191 施設内で報告対象とする範囲（施設種類別）

種別	施設種類	合計	施設内で報告対象とする範囲							
			事故発生につながる可能性が高い状態・事例	入所者への影響は認められなかった事例	治療の必要がなかったもの	軽微な処置、治療を要した事例	入所者への影響が不明・曖昧な場合	左記に該当するものはない	その他	無回答
	全体	1,164 100.0%	1,083 93.0%	561 48.2%	317 27.2%	335 28.8%	336 28.9%	1 0.1%	15 1.3%	16 1.4%
種別	介護老人福祉施設（広域型）	837 100.0%	781 93.3%	411 49.1%	232 27.7%	245 29.3%	245 29.3%	0 0.0%	13 1.6%	11 1.3%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	234 94.4%	117 47.2%	63 25.4%	65 26.2%	66 26.6%	0 0.0%	1 0.4%	1 0.4%
	複数回答施設	39 100.0%	36 92.3%	19 48.7%	13 33.3%	14 35.9%	13 33.3%	1 2.6%	0 0.0%	0 0.0%
	無回答	40 100.0%	32 80.0%	14 35.0%	9 22.5%	11 27.5%	12 30.0%	0 0.0%	1 2.5%	4 10.0%

(2) ヒヤリ・ハットについて施設内で報告する様式

ヒヤリ・ハットについて施設内で報告する様式は「定めている」が 94.1%であった。

図表 3-1-192 ヒヤリ・ハットについて施設内で報告する様式(回答件数 1,164)



図表 3-1-193 ヒヤリ・ハットについて施設内で報告する様式（施設種類別）

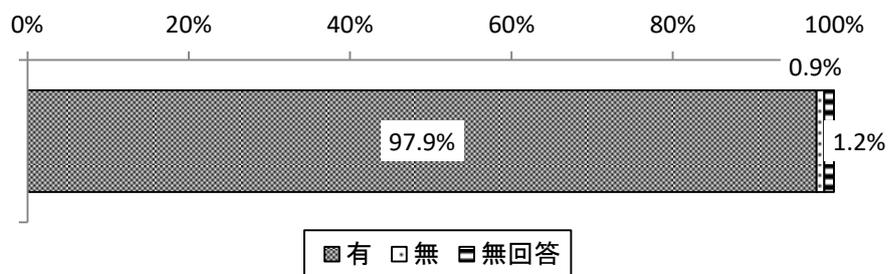
		合計	ヒヤリ・ハットについて施設内で報告する様式		
			定めている	定めていない	無回答
全体		1,164 100.0%	1,095 94.1%	20 1.7%	49 4.2%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	786 93.9%	17 2.0%	34 4.1%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	234 94.4%	3 1.2%	11 4.4%
	複数回答施設	39 100.0%	39 100.0%	0 0.0%	0 0.0%
	無回答	40 100.0%	36 90.0%	0 0.0%	4 10.0%

### (3) ヒヤリ・ハットについて施設内での対応の取り決め

#### ① 取り決めの有無

ヒヤリ・ハットについて施設内での対応の取り決めは「有」が 97.9%であった。

図表 3-1-194 ヒヤリ・ハットについて施設内での対応の取り決め(回答件数 1,164)



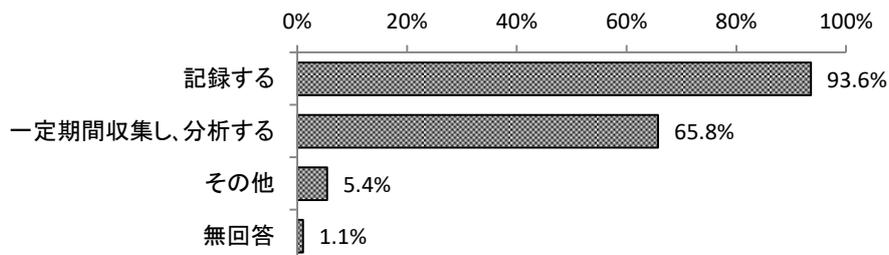
図表 3-1-195 ヒヤリ・ハットについて施設内での対応の取り決め（施設種類別）

	合計	ヒヤリ・ハットについて施設内での対応の取り決め		
		有	無	無回答
全体	1,164 100.0%	1,139 97.9%	11 0.9%	14 1.2%
介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	818 97.7%	10 1.2%	9 1.1%
地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	245 98.8%	1 0.4%	2 0.8%
複数回答施設	39 100.0%	39 100.0%	0 0.0%	0 0.0%
無回答	40 100.0%	37 92.5%	0 0.0%	3 7.5%

② 施設内での対応の取り決めの内容

取り決めが「有」の場合、ヒヤリ・ハットについて施設内での対応の取り決めの内容は「記録する」が 93.6%であり、「一定期間収集し、分析する」が 65.8%であった。

図表 3-1-196 ヒヤリ・ハットについて施設内での対応の取り決めの内容（複数回答）（回答件数 1,139）



図表 3-1-197 ヒヤリ・ハットについて施設内での対応の取り決めの内容（施設種類別）

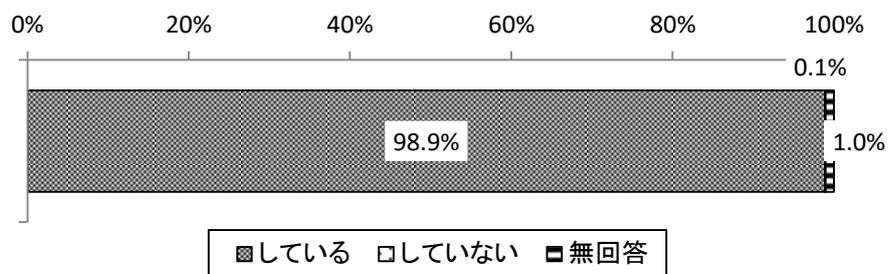
		合計	ヒヤリ・ハットについて施設内での対応の取り決めの内容			
			記録する	一定期間収集し、分析する	その他	無回答
全体		1,139 100.0%	1,066 93.6%	749 65.8%	62 5.4%	12 1.1%
種別	介護老人福祉施設（広域型）	818 100.0%	765 93.5%	540 66.0%	43 5.3%	8 1.0%
	地域密着型介護老人福祉施設	245 100.0%	228 93.1%	162 66.1%	18 7.3%	3 1.2%
	複数回答施設	39 100.0%	38 97.4%	23 59.0%	0 0.0%	1 2.6%
	無回答	37 100.0%	35 94.6%	24 64.9%	1 2.7%	0 0.0%

## 8. 利用者・家族からのクレーム対応

### (1) 利用者・家族からのクレーム対応の窓口の設置

利用者・家族からのクレーム対応の窓口の設置は「している」が 98.9%であった。

図表 3-1-198 利用者・家族からのクレーム対応の窓口の設置(回答件数 1,164)



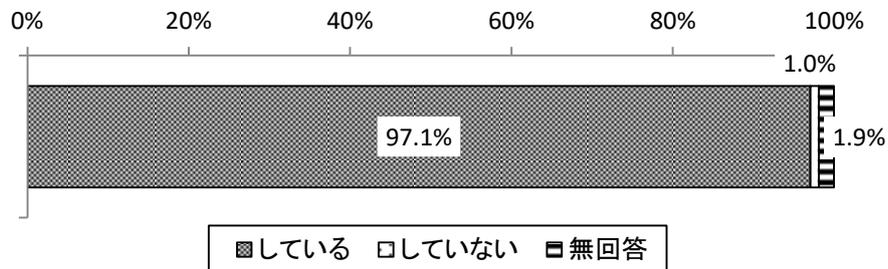
図表 3-1-199 利用者・家族からのクレーム対応の窓口の設置（施設種類別）

		合計	利用者・家族からのクレーム対応の窓口の設置		
			している	していない	無回答
全体		1,164 100.0%	1,151 98.9%	1 0.1%	12 1.0%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	831 99.3%	0 0.0%	6 0.7%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	245 98.8%	0 0.0%	3 1.2%
	複数回答施設	39 100.0%	38 97.4%	1 2.6%	0 0.0%
	無回答	40 100.0%	37 92.5%	0 0.0%	3 7.5%

## (2) 利用者・家族からのクレーム対応の体制の構築

利用者・家族からのクレーム対応の体制の構築は「している」が97.1%であった。

図表 3-1-200 利用者・家族からのクレーム対応の体制の構築(回答件数 1,164)



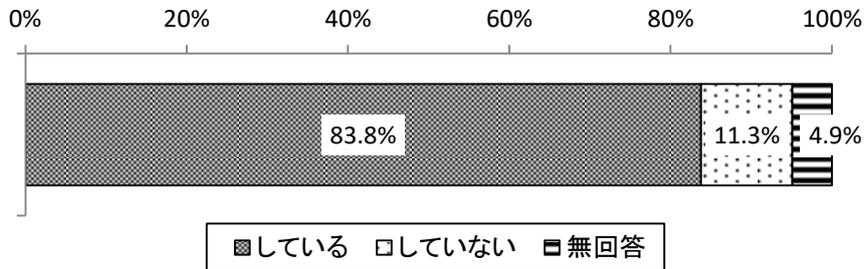
図表 3-1-201 利用者・家族からのクレーム対応の体制の構築（施設種類別）

	合計	利用者・家族からのクレーム対応の体制の構築		
		している	していない	無回答
全体	1,164 100.0%	1,130 97.1%	12 1.0%	22 1.9%
介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	817 97.6%	10 1.2%	10 1.2%
地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	239 96.4%	1 0.4%	8 3.2%
複数回答施設	39 100.0%	38 97.4%	0 0.0%	1 2.6%
無回答	40 100.0%	36 90.0%	1 2.5%	3 7.5%

### (3) 対応マニュアルの作成状況

対応マニュアルの作成状況は「している」が 83.8%であった。

図表 3-1-202 対応マニュアルの作成状況(回答件数 1,164)



図表 3-1-203 対応マニュアルの作成状況（施設種類別）

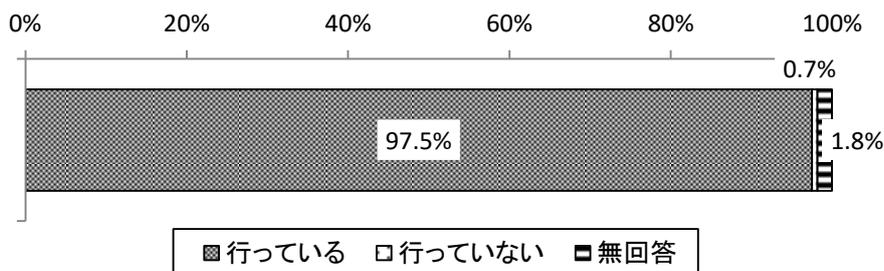
		合計	対応マニュアルの作成状況		
			している	していない	無回答
全体		1,164 100.0%	975 83.8%	132 11.3%	57 4.9%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	694 82.9%	105 12.5%	38 4.5%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	215 86.7%	20 8.1%	13 5.2%
	複数回答施設	39 100.0%	36 92.3%	3 7.7%	0 0.0%
	無回答	40 100.0%	30 75.0%	4 10.0%	6 15.0%

(4) 入所者や家族への相談窓口の案内・周知

① 相談窓口の案内・周知実施状況

入所者や家族への相談窓口（施設外も含む）の案内・周知は「行っている」が97.5%であった。

図表 3-1-204 入所者や家族への相談窓口の案内・周知(回答件数 1,164)



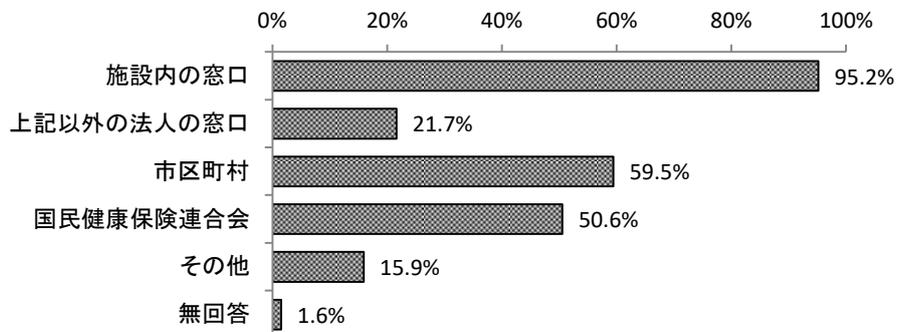
図表 3-1-205 入所者や家族への相談窓口の案内・周知（施設種類別）

		合計	入所者や家族への相談窓口の案内・周知		
			行っている	行っていない	無回答
全体		1,164 100.0%	1,135 97.5%	8 0.7%	21 1.8%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	818 97.7%	4 0.5%	15 1.8%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	243 98.0%	3 1.2%	2 0.8%
	複数回答施設	39 100.0%	38 97.4%	1 2.6%	0 0.0%
	無回答	40 100.0%	36 90.0%	0 0.0%	4 10.0%

## ② 相談窓口として案内する場所

案内・周知を「行っている」場合、入所者や家族に相談窓口として案内する場所は「施設内の窓口」が95.2%であり、「市区町村」が59.5%であった。

図表 3-1-206 入所者や家族に相談窓口として案内する場所（複数回答）（回答件数 1,135）



図表 3-1-207 入所者や家族に相談窓口として案内する場所（施設種類別）

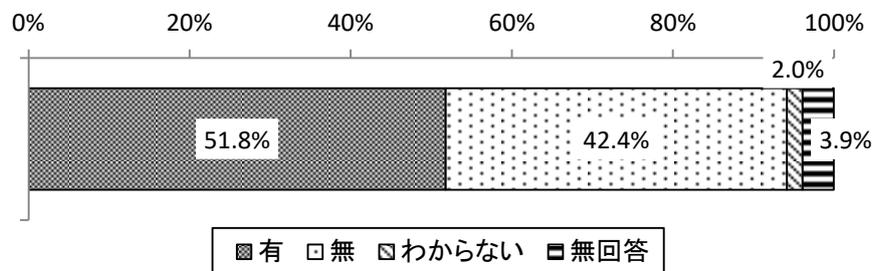
		合計	入所者や家族に案内する場所					無回答
			施設内の窓口	上記以外の法人の窓口	市区町村	国民健康保険連合会	その他	
全体		1,135	1,081	246	675	574	181	18
		100.0%	95.2%	21.7%	59.5%	50.6%	15.9%	1.6%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	818	778	180	499	425	132	14
		100.0%	95.1%	22.0%	61.0%	52.0%	16.1%	1.7%
	地域密着型介護老人福祉施設	243	232	55	142	119	40	1
		100.0%	95.5%	22.6%	58.4%	49.0%	16.5%	0.4%
	複数回答施設	38	35	3	12	10	4	3
		100.0%	92.1%	7.9%	31.6%	26.3%	10.5%	7.9%
	無回答	36	36	8	22	20	5	0
		100.0%	100.0%	22.2%	61.1%	55.6%	13.9%	0.0%

## 9. 利用者・家族からのクレーム状況

### (1) クレームの有無

利用者・家族からのクレームの有無は「有」が51.8%であった。

図表 3-1-208 利用者・家族からのクレームの有無(回答件数 1,164)



図表 3-1-209 利用者・家族からのクレームの有無（施設種類別）

		合計	利用者・家族からのクレームの有無			
			有	無	わからない	無回答
全体		1,164 100.0%	603 51.8%	493 42.4%	23 2.0%	45 3.9%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	466 55.7%	318 38.0%	19 2.3%	34 4.1%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	100 40.3%	141 56.9%	1 0.4%	6 2.4%
	複数回答施設	39 100.0%	18 46.2%	18 46.2%	2 5.1%	1 2.6%
	無回答	40 100.0%	19 47.5%	16 40.0%	1 2.5%	4 10.0%

## (2) クレームの件数

クレームが「有」と回答した施設のうち、平成30年4月から9月までのクレーム件数について回答があった施設のクレーム件数は、平均3.1件であった。

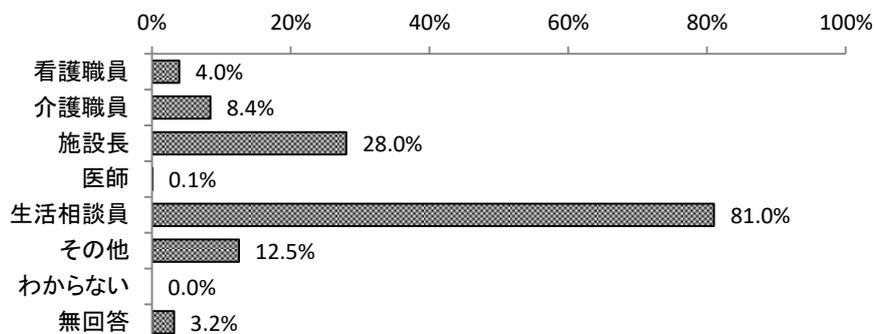
図表 3-1-210 クレームの件数（平成30年4月～9月）

		回答 件数	平均値 (件)
	全体	556	3.1
種別	介護老人福祉施設(広域型)	431	3.2
	地域密着型介護老人福祉施設	93	2.5
	複数回答施設	16	4.0
	無回答	16	2.4

### (3) 利用者・家族からのクレームに主に対応する者

利用者・家族からのクレームに対応する者は「生活相談員」が 81.0%であり、「施設長」が 28.0%であった。

図表 3-1-211 利用者・家族からのクレームに対応する者（複数回答）（回答件数 1,164）



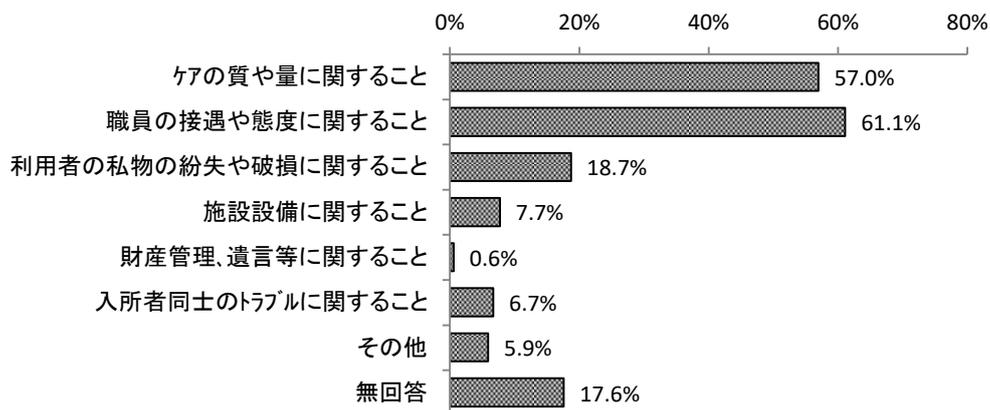
図表 3-1-212 利用者・家族からのクレームに対応する者（施設種類別）

		合計	利用者・家族からのクレームに対応する者							
			看護職員	介護職員	施設長	医師	生活相談員	その他	わからない	無回答
全体		1,164 100.0%	46 4.0%	98 8.4%	326 28.0%	1 0.1%	943 81.0%	146 12.5%	0 0.0%	37 3.2%
種別	介護老人福祉施設(広域型)	837 100.0%	35 4.2%	72 8.6%	216 25.8%	1 0.1%	693 82.8%	114 13.6%	0 0.0%	24 2.9%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	7 2.8%	18 7.3%	92 37.1%	0 0.0%	186 75.0%	22 8.9%	0 0.0%	8 3.2%
	複数回答施設	39 100.0%	3 7.7%	8 20.5%	14 35.9%	0 0.0%	31 79.5%	6 15.4%	0 0.0%	2 5.1%
	無回答	40 100.0%	1 2.5%	0 0.0%	4 10.0%	0 0.0%	33 82.5%	4 10.0%	0 0.0%	3 7.5%

#### (4) クレームの内容について多いもの（上位3つ）

クレームの内容について多いもの（上位3つ）は「職員の接遇や態度に関すること」が61.1%であり、「ケアの質や量に関すること」が57.0%であった。

図表 3-1-213 クレームの内容について多いもの（上位3つまでを複数回答）（回答件数1,164）



図表 3-1-214 クレームの内容について多いもの（施設種類別）

		合計	クレームの内容について多いもの（上位3つ）							
			ケアの質や量に関すること	職員の接遇や態度に関すること	利用者の私物の紛失や破損に関すること	施設設備に関すること	財産管理、遺言等に関すること	入所者同士のトラブルに関すること	その他	無回答
全体		1,164 100.0%	663 57.0%	711 61.1%	218 18.7%	90 7.7%	7 0.6%	78 6.7%	69 5.9%	205 17.6%
種別	介護老人福祉施設（広域型）	837 100.0%	500 59.7%	527 63.0%	178 21.3%	76 9.1%	4 0.5%	57 6.8%	46 5.5%	133 15.9%
	地域密着型介護老人福祉施設	248 100.0%	127 51.2%	136 54.8%	24 9.7%	8 3.2%	2 0.8%	15 6.0%	17 6.9%	58 23.4%
	複数回答施設	39 100.0%	18 46.2%	24 61.5%	13 33.3%	5 12.8%	1 2.6%	4 10.3%	4 10.3%	4 10.3%
	無回答	40 100.0%	18 45.0%	24 60.0%	3 7.5%	1 2.5%	0 0.0%	2 5.0%	2 5.0%	10 25.0%

## 10. 介護事故防止に向けた対策等について

### (1) これまでに実施した介護事故防止に向けた対策や取組で効果をあげたもの

これまでに実施した介護事故防止に向けた対策や取組で効果をあげたものについて自由記載でたずねたところ、「センサー類の利用」、「ヒヤリ・ハットの分析」、「マニュアルの整備・見直し」、「研修の実施」、「機器類の見直し」等があげられた。

図表 3-1-215 これまでに実施した介護事故防止に向けた対策や取組で効果をあげたもの

自由記載抜粋
<p>(センサー類の利用)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● センサーベッドやセンサーマットを導入し、自力での離臥床が危険な方の早期発見が出来た。</li><li>● 夜間帯、訪室、巡回見守りだけでは対応しきれなかった認知症利用者の転倒、転落事故が、離床センサー機器の導入によって格段に減少した。しかし、昨今、センサ類の使用が、身体拘束の対象になるか否かの議論も研修会等で盛んに取り上げられており、その点について、人権と安全の狭間で常に悩んでいる。はたして、センサ機器類の使用が人権問題にどの程度抵触するのか、明確な答えが欲しいところです。</li><li>● センサーコールの種類を増やして、リスクが高い入所者ごとに、用途別に使用することで、転倒事故を減らすことができた。介護主任が実技研修をしたことで適切な介助ができるようになった。</li></ul>
<p>(ヒヤリ・ハットの分析)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● ヒヤリハット報告書提出及び事故発生後、全職員からなる再発予防に向けた対応策の検討と実施による意識改革。</li><li>● ヒヤリのケースを、職員全体に周知できるよう、報告会を設け、より沢山の情報をうける為に積極的に、報告書の作成をすすめ全てに対応策をあげている。</li><li>● ヒヤリハット報告書の目直し。(書式を個人別に分け、解かりやすくした。)</li></ul>
<p>(マニュアルの整備・見直し)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 施設側に問題があると分析した事故については、速やかに周知し、マニュアル・手順の見直しを行い職員会議等で研修やシュミレーションを行うことで、再発防止を行っている。</li><li>● 事故発生の原因、状況を分析した上でのマニュアルの改正と周知。</li></ul>
<p>(研修の実施)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● K Y T 研修。ご利用者のアセスメントを多職種協働で、行うことで多角的に見ることができ、引いては、介護事故防止にもつながっています。</li><li>● 全職員を対象にK Y T トレーニングを実施、危険箇所や場面をみつける意識をもつことで事故を未然に防止することに繋がった。</li><li>● 急変時の緊急対応について、職員を主として研修を行ったところ、以前に比べスムーズに対応できるようになった。</li><li>● 施設内での研修時に事故防止委員会が中心となって行う事例検討。</li><li>● 機能訓練指導員による安全な移乗介助の研修</li></ul>
<p>(機器類の見直し)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 介護移乗用リフトの導入により、女性介護職員でも、円滑な移乗が可能となった。</li><li>● 今年度はノーリフトケアに重きを置き、持ち上げない介護と福祉用具活用で行っており、トランス時の事故はほぼない状況である。</li></ul>

## (2) 介護事故防止のための施設の課題

介護事故防止のための施設の課題について自由記載でたずねたところ、「人手不足・多忙」、「ヒヤリ・ハットや事故の分析不足」、「職員の意識・能力の向上」等があげられた。

自由記載抜粋
<p>(人手不足・多忙)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 職員が不足する土・日曜日（介護職以外の職員は原則休）において、多動、不穏者の見守りが不十分になりやすく、対応が難しい。</li><li>● 夜間、29名の入居者様を2名の夜勤者が対応。忙しい時間帯の業務体制をどうしていくか。</li><li>● 夜間帯に於ける職員体制が少人数であり、対応が難しい事があり、事前の対応マニュアルに沿った対応ができない事もあります。</li><li>● マンパワーの充足→センサー等の機器だけでは全ては対応できず、生活スタイルからの早めのアプローチによる事故予防についても結局はマンパワーが必要。</li></ul>
<p>(ヒヤリ・ハットや事故の分析不足)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 報告書の改善策に対する評価がうまくいかず、同じケースが再発している。</li><li>● 事故後の対策検討・経過把握・対策の見直しが不十分。</li><li>● 要因分析に深みがない</li><li>● 事故発生後の要因分析と改善策の検討が十分に行えていない。</li><li>● 事故分析を徹底し、対策項目別のマニュアルの整備を図りたい。</li></ul>
<p>(職員の意識・能力の向上)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 職員一人一人のリスクに対する意識の向上と状況により予測し得る危険の察知能力の向上。</li><li>● 職員によりヒヤリハット・事件事例に対する認識の違い。</li><li>● 新人職員が多くなっている為、周知まで時間がかかる事。</li><li>● 事前の気づき、予測における職員のスキルアップ。</li><li>● 日々の生活の中で、転倒はあるものと考えている。いかに重大な転倒になる前に気づき、対応をできるかのみきわめが課題。</li><li>● 職員の教育、マニュアルの遵守がなかなかできない。</li></ul>

## 第2章 市区町村票の結果

### 第1節 市区町村概要

#### 1. 市区町村概要

##### (1) 所在地

都道府県別の発送数、回収状況は次表のとおりであった。都道府県別発送数の構成比と回収数の構成比に特に差は認められなかった。

図表 3-2-1 都道府県別回収状況

都道府県	発送数	構成比	回収数	構成比	回収率
北海道	179	10.3%	110	9.4%	61.5%
青森県	40	2.3%	26	2.2%	65.0%
岩手県	33	1.9%	21	1.8%	63.6%
宮城県	35	2.0%	23	2.0%	65.7%
秋田県	25	1.4%	20	1.7%	80.0%
山形県	35	2.0%	24	2.0%	68.6%
福島県	59	3.4%	35	3.0%	59.3%
茨城県	44	2.5%	38	3.2%	86.4%
栃木県	25	1.4%	22	1.9%	88.0%
群馬県	35	2.0%	25	2.1%	71.4%
埼玉県	63	3.6%	49	4.2%	77.8%
千葉県	54	3.1%	45	3.8%	83.3%
東京都	62	3.6%	49	4.2%	79.0%
神奈川県	33	1.9%	27	2.3%	81.8%
新潟県	30	1.7%	25	2.1%	83.3%
富山県	15	0.9%	9	0.8%	60.0%
石川県	19	1.1%	13	1.1%	68.4%
福井県	17	1.0%	12	1.0%	70.6%
山梨県	27	1.6%	20	1.7%	74.1%
長野県	77	4.4%	38	3.2%	49.4%
岐阜県	42	2.4%	32	2.7%	76.2%
静岡県	35	2.0%	33	2.8%	94.3%
愛知県	54	3.1%	41	3.5%	75.9%
三重県	29	1.7%	18	1.5%	62.1%
滋賀県	19	1.1%	13	1.1%	68.4%
京都府	26	1.5%	16	1.4%	61.5%
大阪府	43	2.5%	32	2.7%	74.4%
兵庫県	41	2.4%	33	2.8%	80.5%
奈良県	39	2.2%	22	1.9%	56.4%
和歌山県	30	1.7%	19	1.6%	63.3%
鳥取県	19	1.1%	9	0.8%	47.4%
島根県	19	1.1%	11	0.9%	57.9%
岡山県	27	1.6%	18	1.5%	66.7%
広島県	23	1.3%	17	1.4%	73.9%
山口県	19	1.1%	10	0.9%	52.6%
徳島県	24	1.4%	11	0.9%	45.8%
香川県	17	1.0%	13	1.1%	76.5%
愛媛県	20	1.1%	15	1.3%	75.0%
高知県	34	2.0%	14	1.2%	41.2%
福岡県	60	3.4%	31	2.6%	51.7%
佐賀県	20	1.1%	9	0.8%	45.0%
長崎県	21	1.2%	15	1.3%	71.4%
熊本県	45	2.6%	31	2.6%	68.9%
大分県	18	1.0%	15	1.3%	83.3%
宮崎県	26	1.5%	14	1.2%	53.8%
鹿児島県	43	2.5%	28	2.4%	65.1%
沖縄県	41	2.4%	20	1.7%	48.8%
無回答	—	—	2	0.2%	—
全体	1,741	100.0%	1,173	100.0%	67.4%

注) 市区町村と、当該市区町村が加盟する広域連合の双方から回答があった場合も回答数に含んでいる。

## (2) 市区町村の種別

回答市区町村のうち、「政令指定都市・中核市」は 5.8%、「その他の市・特別区」は 50.7%であった。「町・村」は 41.9%であった。

図表 3-2-2 回答市区町村の種別

市区町村種別	回答市区町村数	構成比
市・特別区	663	56.5%
政令指定都市・中核市	68	5.8%
その他の市・特別区	595	50.7%
その他の市・特別区で人口 10 万人以上（中都市）	186	15.9%
その他の市・特別区で人口 10 万人未満（小都市）	409	34.9%
町・村	491	41.9%
人口 1 万人以上	250	21.3%
人口 1 万人未満	230	19.6%
広域連合	14	1.2%
無回答	5	0.4%
計	1,173	100.0%

注) 市区町村種別の概要（出所：総務省地方財政白書をもとに記載）

- ・政令指定都市：地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 252 条の 19 第 1 項の指定を受けた人口 50 万以上の市（平成 30 年度時点で 20 市）をいう。政令指定都市では、都道府県が処理するとされている事務の全部又は一部を特例として処理することができる。
- ・中核市：地方自治法第 252 条の 22 第 1 項の指定を受けた市（平成 30 年度時点で 54 市。）をいう。人口 20 万以上の市について、当該市からの申出に基づき政令で指定される。中核市では、都道府県が処理するとされている事務の特例として政令指定都市が処理することができる事務のうち、都道府県が処理するほうが効率的な事務その他中核市において処理することが適当でない事務以外の事務の全部又は一部を特例として処理することができる。
- ・人口 10 万以上の市：中都市として分類される。
- ・人口 10 万人未満の市：小都市として分類される人口 10 万人未満の市をいう。
- ・特別区：地方自治法第 281 条第 1 項の規定による、東京都の区のこと。上表では、市と同様の区分により人口 10 万人以上/未満に分類し、掲載している。
- ・広域連合：地方自治法第 284 条第 3 項の規定による、都道府県、市町村、特別区等が、広域にわたり処理することが適切であると認めるものに関し、広域にわたる総合的な計画を策定し、処理するために設ける団体のこと。

### (3) 市区町村内の施設数

#### ① 介護老人福祉施設

回答市区町村に所在する介護老人福祉施設数（地域密着型を含む）は平均 7.6 件であった。

図表 3-2-3 市区町村内の介護老人福祉施設（地域密着型含む）

介護老人福祉施設数		回答 市区町村数	合計値 (件)	平均値 (件)
全体		1,172	8,854	7.6
種 別	政令指定都市・中核市	68	2,839	41.8
	その他の市・特別区	600	4,620	7.7
	町村	490	1,105	2.3
	町村（人口1万人以上）	249	697	2.8
	町村（人口1万人未満）	230	391	1.7
	広域連合	14	290	20.7

#### ② 介護老人保健施設

回答市区町村に所在する介護老人保健施設数は平均 3.1 件であった。

図表 3-2-4 市区町村内の介護老人保健施設

介護老人福祉施設数		回答 市区町村数	合計値 (件)	平均値 (件)
全体		1,171	3,651	3.1
種 別	政令指定都市・中核市	68	1,292	19.0
	その他の市・特別区	599	1,885	3.1
	町村	490	337	0.7
	町村（人口1万人以上）	249	249	1.0
	町村（人口1万人未満）	230	92	0.4
	広域連合	14	137	9.8

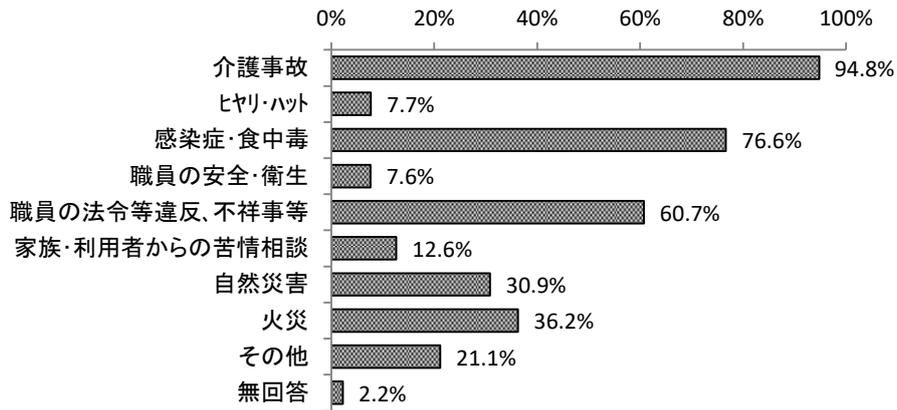
## 第2節 介護老人福祉施設・介護老人保健施設からの事故報告について

### 1. 介護老人福祉施設・介護老人保健施設からの事故報告として求めている範囲

事故報告として求めている範囲は「介護事故」が94.8%であり、「感染症・食中毒」が76.6%であった。

「その他」の主な内容は、「報告が必要と認められるもの」「交通事故」等であった。

図表 3-2-5 事故報告として求めている範囲（複数回答）（回答件数 1,173）



図表 3-2-6 事故報告として求めている範囲（市区町村種別）

	合計	事故報告として求めている範囲										
		介護事故	ヒヤリ・ハット	感染症・食中毒	職員の安全・衛生	職員の法令等違反、不祥事等	家族・利用者からの苦情相談	自然災害	火災	その他	無回答	
全体	1,173 100.0%	1,112 94.8%	90 7.7%	899 76.6%	89 7.6%	712 60.7%	148 12.6%	362 30.9%	425 36.2%	248 21.1%	26 2.2%	
種別	政令指定都市・中核市	68 100.0%	68 100.0%	2 2.9%	63 92.6%	6 8.8%	58 85.3%	10 14.7%	19 27.9%	28 41.2%	29 42.6%	0 0.0%
	その他の市・特別区	600 100.0%	594 99.0%	31 5.2%	513 85.5%	45 7.5%	413 68.8%	78 13.0%	203 33.8%	236 39.3%	139 23.2%	1 0.2%
	町・村	491 100.0%	436 88.8%	55 11.2%	310 63.1%	38 7.7%	231 47.0%	59 12.0%	136 27.7%	157 32.0%	79 16.1%	25 5.1%
	広域連合	14 100.0%	14 100.0%	2 14.3%	13 92.9%	0 0.0%	10 71.4%	1 7.1%	4 28.6%	4 28.6%	1 7.1%	0 0.0%

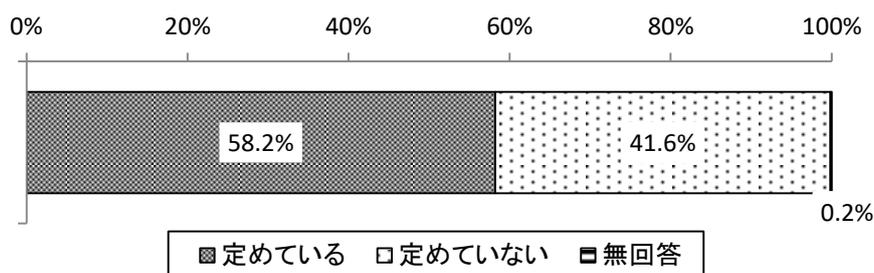
## 2. 介護事故について報告を定めている場合の内容

### (1) 市区町村へ報告する介護事故の範囲

#### ① 市区町村へ報告する介護事故の範囲の定め

市区町村へ報告する介護事故の範囲の定めは「定めている」が 58.2%であった。

図表 3-2-7 市区町村へ報告する介護事故の範囲の定め(回答件数 1,112)



図表 3-2-8 市区町村へ報告する介護事故の範囲の定め(市区町村種別)

		合計	市区町村へ報告する介護事故の範囲の定め		
			定めている	定めていない	無回答
全体		1,112 100.0%	647 58.2%	463 41.6%	2 0.2%
種別	政令指定都市・中核市	68 100.0%	62 91.2%	6 8.8%	0 0.0%
	その他の市・特別区	594 100.0%	411 69.2%	182 30.6%	1 0.2%
	町・村	436 100.0%	163 37.4%	272 62.4%	1 0.2%
	広域連合	14 100.0%	11 78.6%	3 21.4%	0 0.0%

## ② 市区町村へ報告する介護事故の状況

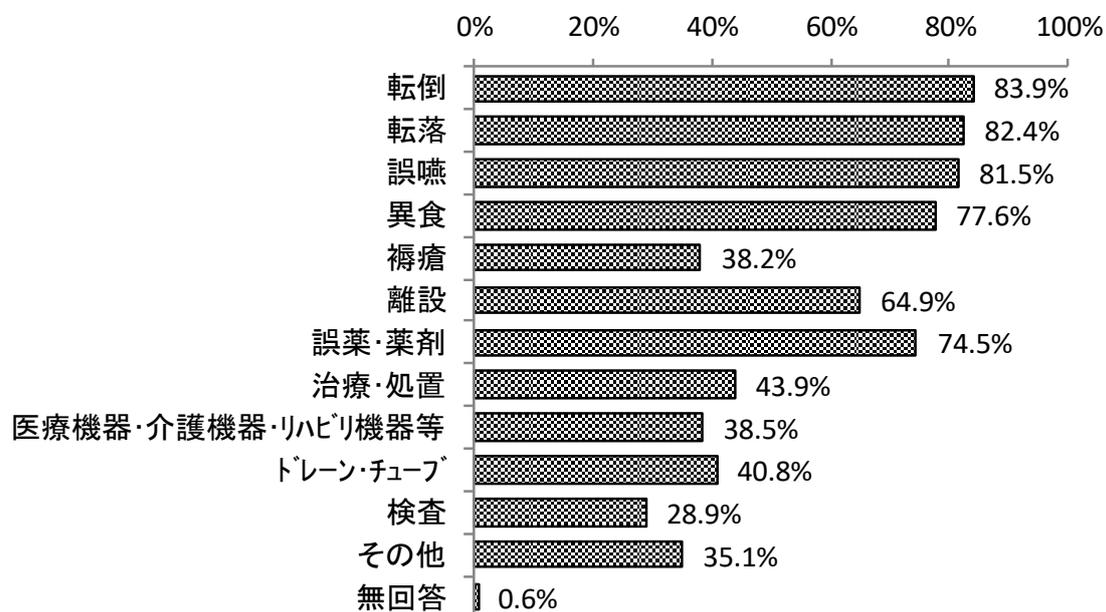
市区町村へ報告する介護事故の範囲を「定めている」と回答した場合、報告の状況は以下の通りであった。

### 1) 報告対象の事故の種別

報告対象の事故の種別は「転倒」が83.9%であり、「転落」が82.4%であった。

「その他」の主な内容は、「なし（事故の種別について特に定められていない）」であった。

図表 3-2-9 報告対象の事故の種別（複数回答）（回答件数 647）



図表 3-2-10 報告対象の事故の種別（市区町村種別）

		合計	報告対象の事故の種別						誤薬・ 薬剤
			転倒	転落	誤嚥	異食	褥瘡	離設	
全体		647 100.0%	543 83.9%	533 82.4%	527 81.5%	502 77.6%	247 38.2%	420 64.9%	482 74.5%
種別	政令指定都 市・中核市	62 100.0%	53 85.5%	52 83.9%	54 87.1%	54 87.1%	28 45.2%	50 80.6%	50 80.6%
	その他の 市・特別区	411 100.0%	350 85.2%	343 83.5%	335 81.5%	318 77.4%	155 37.7%	274 66.7%	316 76.9%
	町・村	163 100.0%	130 79.8%	128 78.5%	130 79.8%	121 74.2%	62 38.0%	88 54.0%	108 66.3%
	広域連合	11 100.0%	10 90.9%	10 90.9%	8 72.7%	9 81.8%	2 18.2%	8 72.7%	8 72.7%

		合計	報告対象の事故の種別（続き）					無回答
			治療・ 処置	医療 機器・ 介護 機器・ リハビリ 機器 等	ドレ ン・チュー ブ	検査	その 他	
全体		647 100.0%	284 43.9%	249 38.5%	264 40.8%	187 28.9%	227 35.1%	4 0.6%
種別	政令指定都 市・中核市	62 100.0%	33 53.2%	30 48.4%	31 50.0%	26 41.9%	24 38.7%	0 0.0%
	その他の 市・特別区	411 100.0%	175 42.6%	158 38.4%	170 41.4%	114 27.7%	146 35.5%	2 0.5%
	町・村	163 100.0%	72 44.2%	59 36.2%	58 35.6%	46 28.2%	56 34.4%	2 1.2%
	広域連合	11 100.0%	4 36.4%	2 18.2%	5 45.5%	1 9.1%	1 9.1%	0 0.0%

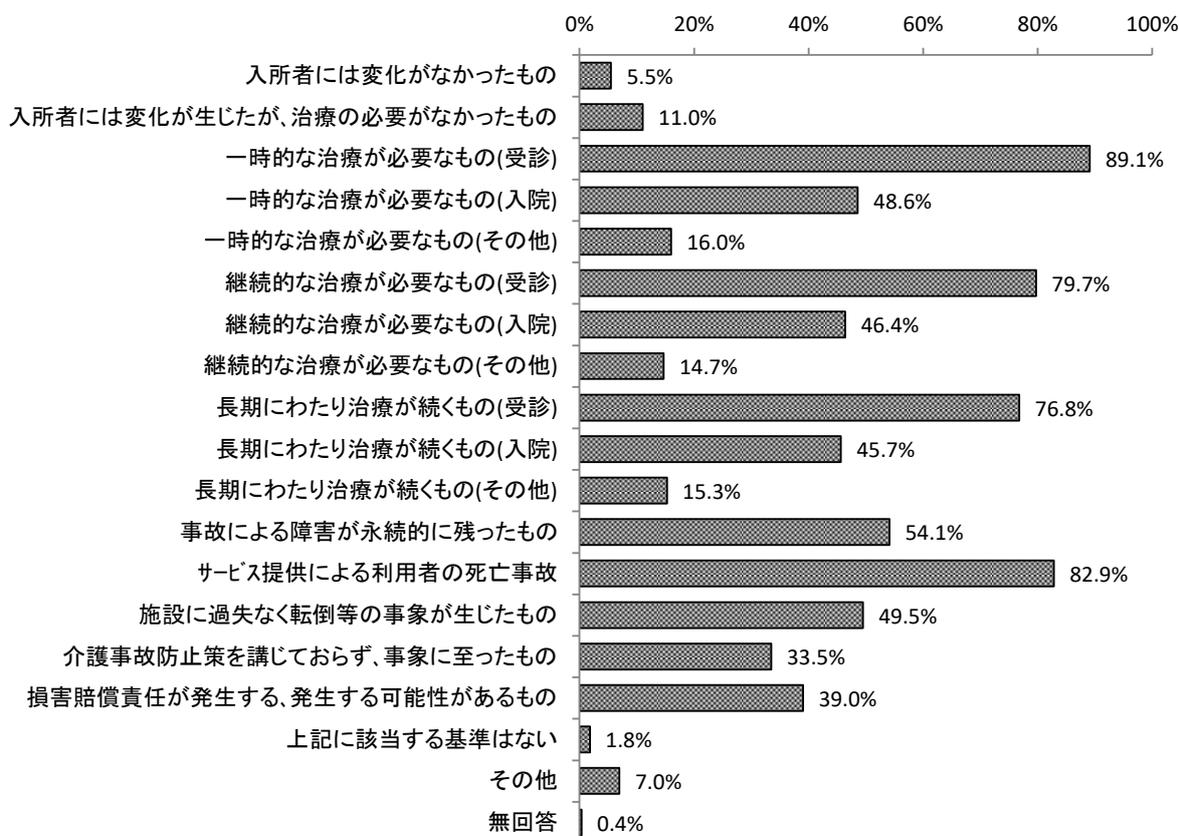
## 2) 事故の種別ごとの報告対象とする被害状況の範囲

報告対象の事故を定めがある場合、事故の種別ごとの報告対象とする被害状況の範囲は、以下の通りであった。

### i) 転倒

転倒は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 11.0%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 89.1%であった。

図表 3-2-11 被害状況の範囲：転倒（複数回答）（回答件数 543）



図表 3-2-12 被害状況の範囲：転倒（市区町村種別）

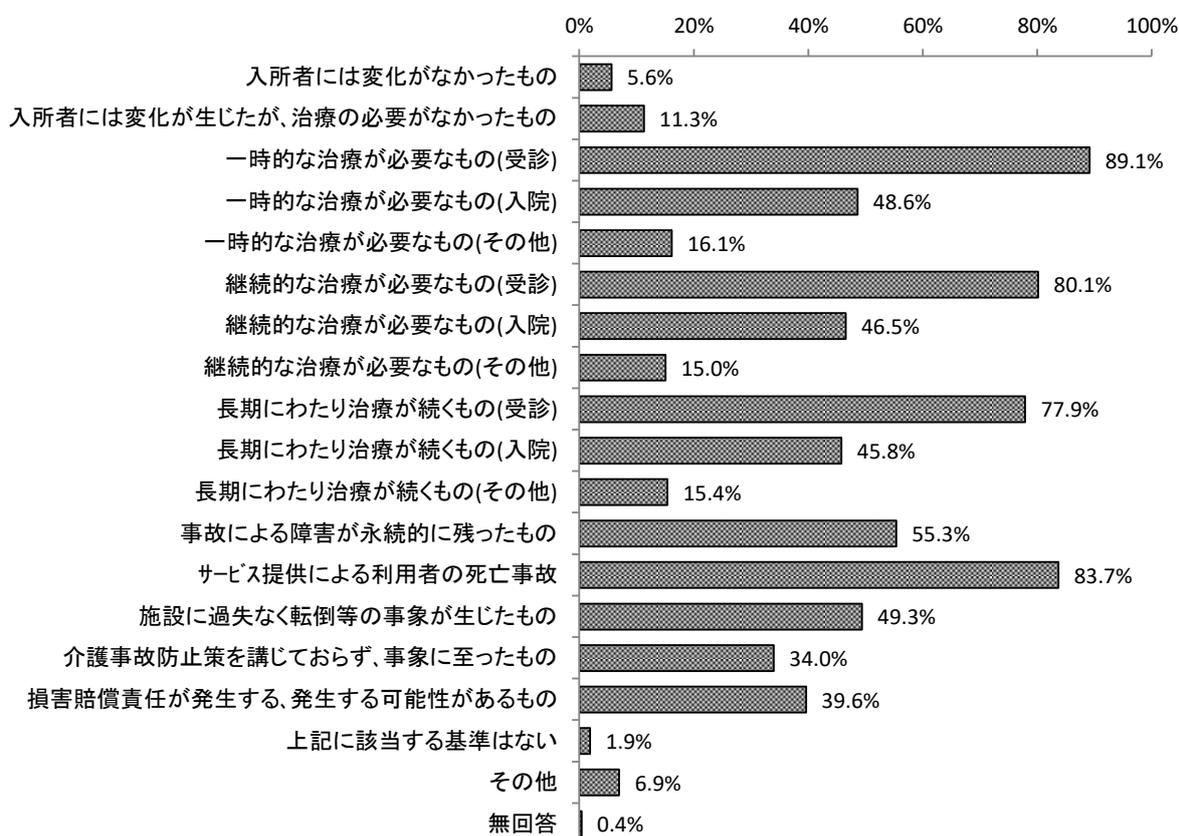
種別	合計	被害状況の範囲：転倒											
		入所者には変化がなかったもの	入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの	一時的な治療が必要なもの（受診）	一時的な治療が必要なもの（入院）	一時的な治療が必要なもの（その他）	継続的な治療が必要なもの（受診）	継続的な治療が必要なもの（入院）	継続的な治療が必要なもの（その他）	長期にわたり治療が続くもの（受診）	長期にわたり治療が続くもの（入院）	長期にわたり治療が続くもの（その他）	
全体	543 100.0%	30 5.5%	60 11.0%	484 89.1%	264 48.6%	87 16.0%	433 79.7%	252 46.4%	80 14.7%	417 76.8%	248 45.7%	83 15.3%	
種別	政令指定都市・中核市	53 100.0%	0 0.0%	2 3.8%	43 81.1%	32 60.4%	9 17.0%	46 86.8%	33 62.3%	9 17.0%	44 83.0%	32 60.4%	9 17.0%
	その他の市・特別区	350 100.0%	20 5.7%	41 11.7%	319 91.1%	174 49.7%	61 17.4%	289 82.6%	167 47.7%	55 15.7%	277 79.1%	163 46.6%	58 16.6%
	町・村	130 100.0%	10 7.7%	17 13.1%	113 86.9%	53 40.8%	15 11.5%	89 68.5%	47 36.2%	14 10.8%	88 67.7%	49 37.7%	14 10.8%
	広域連合	10 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	9 90.0%	5 50.0%	2 20.0%	9 90.0%	5 50.0%	2 20.0%	8 80.0%	4 40.0%	2 20.0%

種別	合計	被害状況の範囲：転倒（続き）								
		事故による障害が永続的に残ったもの	サービス提供による利用者の死亡事故	施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの	介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの	損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの	左記に該当する基準はない	その他	無回答	
全体	543 100.0%	294 54.1%	450 82.9%	269 49.5%	182 33.5%	212 39.0%	10 1.8%	38 7.0%	2 0.4%	
種別	政令指定都市・中核市	53 100.0%	31 58.5%	48 90.6%	25 47.2%	11 20.8%	19 35.8%	1 1.9%	9 17.0%	0 0.0%
	その他の市・特別区	350 100.0%	198 56.6%	298 85.1%	181 51.7%	125 35.7%	144 41.1%	5 1.4%	20 5.7%	1 0.3%
	町・村	130 100.0%	59 45.4%	95 73.1%	58 44.6%	43 33.1%	46 35.4%	3 2.3%	9 6.9%	1 0.8%
	広域連合	10 100.0%	6 60.0%	9 90.0%	5 50.0%	3 30.0%	3 30.0%	1 10.0%	0 0.0%	0 0.0%

## ii) 転落

転落は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 11.3%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 89.1%であった。

図表 3-2-13 被害状況の範囲：転落（複数回答）（回答件数 533）



図表 3-2-14 被害状況の範囲：転落（市区町村種別）

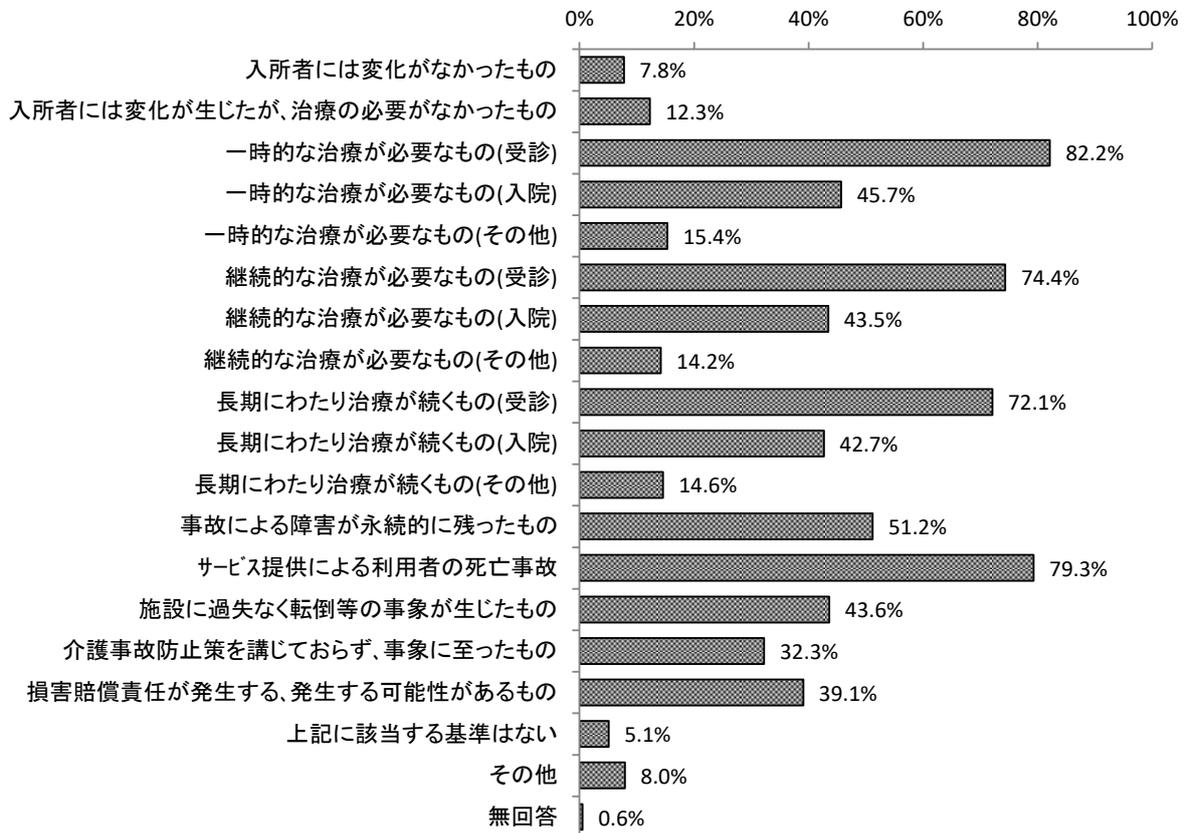
種別	合計	被害状況の範囲：転落											
		入所者には変化がなかったもの	入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの	一時的な治療が必要なもの（受診）	一時的な治療が必要なもの（入院）	一時的な治療が必要なもの（その他）	継続的な治療が必要なもの（受診）	継続的な治療が必要なもの（入院）	継続的な治療が必要なもの（その他）	長期にわたり治療が続くもの（受診）	長期にわたり治療が続くもの（入院）	長期にわたり治療が続くもの（その他）	
全体	533 100.0%	30 5.6%	60 11.3%	475 89.1%	259 48.6%	86 16.1%	427 80.1%	248 46.5%	80 15.0%	415 77.9%	244 45.8%	82 15.4%	
種別	政令指定都市・中核市	52 100.0%	1 1.9%	3 5.8%	42 80.8%	32 61.5%	9 17.3%	45 86.5%	33 63.5%	9 17.3%	44 84.6%	32 61.5%	9 17.3%
	その他の市・特別区	343 100.0%	19 5.5%	39 11.4%	313 91.3%	170 49.6%	60 17.5%	285 83.1%	164 47.8%	55 16.0%	276 80.5%	161 46.9%	57 16.6%
	町・村	128 100.0%	10 7.8%	18 14.1%	111 86.7%	52 40.6%	15 11.7%	88 68.8%	46 35.9%	14 10.9%	87 68.0%	47 36.7%	14 10.9%
	広域連合	10 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	9 90.0%	5 50.0%	2 20.0%	9 90.0%	5 50.0%	2 20.0%	8 80.0%	4 40.0%	2 20.0%

種別	合計	被害状況の範囲：転落（続き）								
		事故による障害が永続的に残ったもの	サービス提供による利用者の死亡事故	施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの	介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの	損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの	左記に該当する基準はない	その他	無回答	
全体	533 100.0%	295 55.3%	446 83.7%	263 49.3%	181 34.0%	211 39.6%	10 1.9%	37 6.9%	2 0.4%	
種別	政令指定都市・中核市	52 100.0%	31 59.6%	47 90.4%	24 46.2%	11 21.2%	19 36.5%	1 1.9%	9 17.3%	0 0.0%
	その他の市・特別区	343 100.0%	198 57.7%	296 86.3%	177 51.6%	124 36.2%	144 42.0%	5 1.5%	19 5.5%	1 0.3%
	町・村	128 100.0%	60 46.9%	94 73.4%	57 44.5%	43 33.6%	45 35.2%	3 2.3%	9 7.0%	1 0.8%
	広域連合	10 100.0%	6 60.0%	9 90.0%	5 50.0%	3 30.0%	3 30.0%	1 10.0%	0 0.0%	0 0.0%

### iii) 誤嚥

誤嚥は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 12.3%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 82.2%であった。

図表 3-2-15 被害状況の範囲：誤嚥（複数回答）（回答件数 527）



図表 3-2-16 被害状況の範囲：誤嚥（市区町村種別）

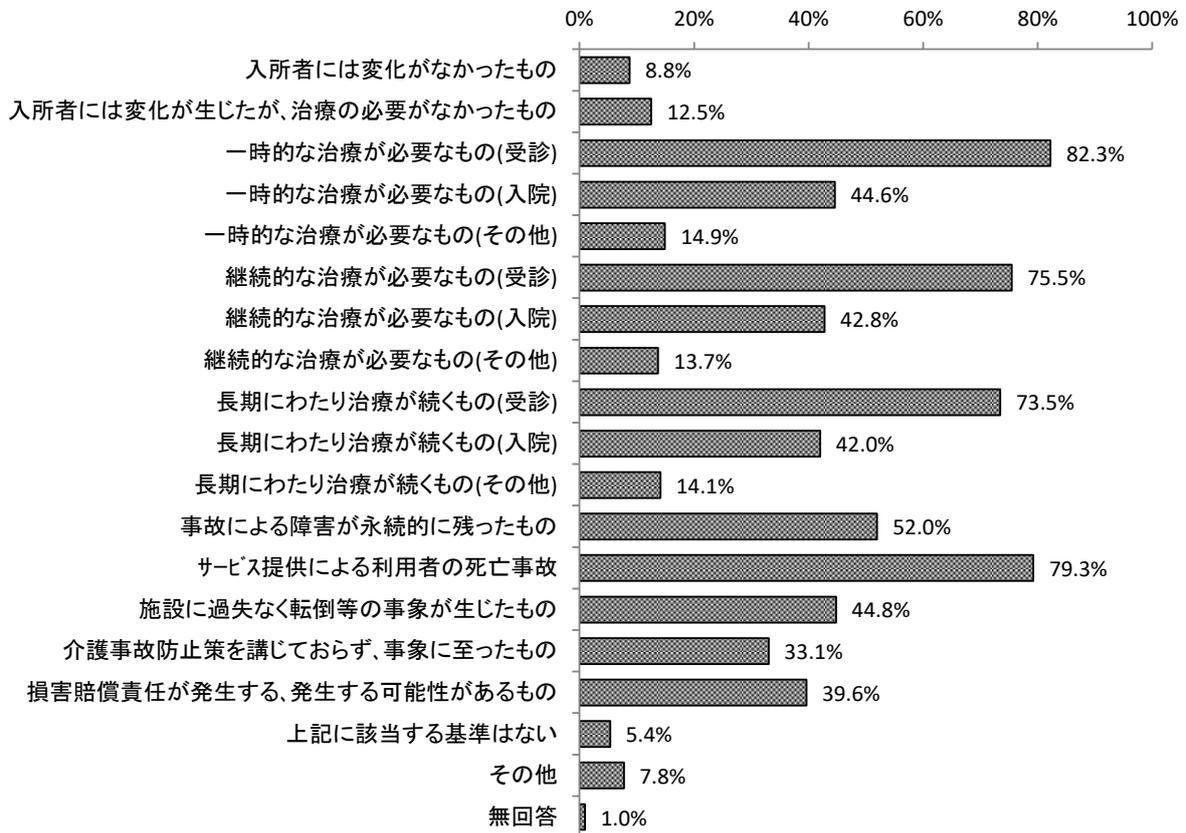
		合計	被害状況の範囲：誤嚥										
			入所者には変化がなかったもの	入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの	一時的な治療が必要なもの（受診）	一時的な治療が必要なもの（入院）	一時的な治療が必要なもの（その他）	継続的な治療が必要なもの（受診）	継続的な治療が必要なもの（入院）	継続的な治療が必要なもの（その他）	長期にわたり治療が続くもの（受診）	長期にわたり治療が続くもの（入院）	長期にわたり治療が続くもの（その他）
全体		527 100.0%	41 7.8%	65 12.3%	433 82.2%	241 45.7%	81 15.4%	392 74.4%	229 43.5%	75 14.2%	380 72.1%	225 42.7%	77 14.6%
種別	政令指定都市・中核市	54 100.0%	4 7.4%	7 13.0%	46 85.2%	32 59.3%	9 16.7%	47 87.0%	33 61.1%	9 16.7%	45 83.3%	32 59.3%	9 16.7%
	その他の市・特別区	335 100.0%	25 7.5%	40 11.9%	287 85.7%	156 46.6%	57 17.0%	267 79.7%	150 44.8%	52 15.5%	257 76.7%	146 43.6%	54 16.1%
	町・村	130 100.0%	12 9.2%	18 13.8%	95 73.1%	50 38.5%	13 10.0%	73 56.2%	43 33.1%	12 9.2%	73 56.2%	44 33.8%	12 9.2%
	広域連合	8 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 62.5%	3 37.5%	2 25.0%	5 62.5%	3 37.5%	2 25.0%	5 62.5%	3 37.5%	2 25.0%

		合計	被害状況の範囲：誤嚥（続き）							無回答
			事故による障害が永続的に残ったもの	サービス提供による利用者の死亡事故	施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの	介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの	損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの	左記に該当する基準はない	その他	
全体		527 100.0%	270 51.2%	418 79.3%	230 43.6%	170 32.3%	206 39.1%	27 5.1%	42 8.0%	3 0.6%
種別	政令指定都市・中核市	54 100.0%	32 59.3%	48 88.9%	23 42.6%	11 20.4%	19 35.2%	1 1.9%	9 16.7%	0 0.0%
	その他の市・特別区	335 100.0%	183 54.6%	281 83.9%	156 46.6%	118 35.2%	141 42.1%	12 3.6%	22 6.6%	1 0.3%
	町・村	130 100.0%	50 38.5%	83 63.8%	47 36.2%	38 29.2%	43 33.1%	13 10.0%	10 7.7%	2 1.5%
	広域連合	8 100.0%	5 62.5%	6 75.0%	4 50.0%	3 37.5%	3 37.5%	1 12.5%	1 12.5%	0 0.0%

#### iv) 異食

異食は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 12.5%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 82.3%であった。

図表 3-2-17 被害状況の範囲：異食（複数回答）（回答件数 502）



図表 3-2-18 被害状況の範囲：異食（市区町村種別）

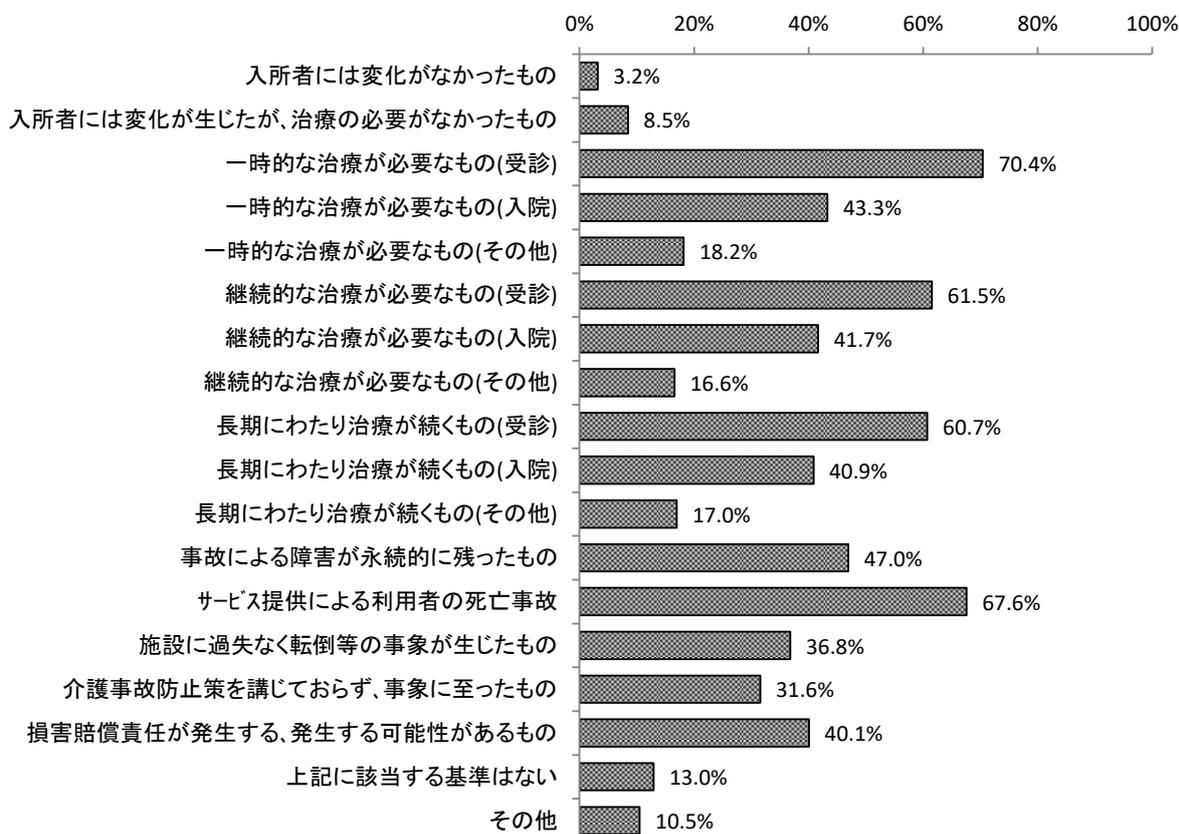
種別	合計	被害状況の範囲：異食											
		入所者には変化がなかったもの	入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの	一時的な治療が必要なもの（受診）	一時的な治療が必要なもの（入院）	一時的な治療が必要なもの（その他）	継続的な治療が必要なもの（受診）	継続的な治療が必要なもの（入院）	継続的な治療が必要なもの（その他）	長期的にわたり治療が続くもの（受診）	長期的にわたり治療が続くもの（入院）	長期的にわたり治療が続くもの（その他）	
全体	502 100.0%	44 8.8%	63 12.5%	413 82.3%	224 44.6%	75 14.9%	379 75.5%	215 42.8%	69 13.7%	369 73.5%	211 42.0%	71 14.1%	
種別	政令指定都市・中核市	54 100.0%	5 9.3%	7 13.0%	45 83.3%	32 59.3%	9 16.7%	46 85.2%	33 61.1%	9 16.7%	44 81.5%	32 59.3%	9 16.7%
	その他の市・特別区	318 100.0%	26 8.2%	40 12.6%	274 86.2%	147 46.2%	53 16.7%	257 80.8%	142 44.7%	48 15.1%	249 78.3%	139 43.7%	50 15.7%
	町・村	121 100.0%	13 10.7%	16 13.2%	88 72.7%	42 34.7%	12 9.9%	70 57.9%	37 30.6%	11 9.1%	71 58.7%	38 31.4%	11 9.1%
	広域連合	9 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	6 66.7%	3 33.3%	1 11.1%	6 66.7%	3 33.3%	1 11.1%	5 55.6%	2 22.2%	1 11.1%

種別	合計	被害状況の範囲：異食（続き）								
		事故による障害が永続的に残ったもの	サービス提供による利用者の死亡事故	施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの	介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの	損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの	左記に該当する基準はない	その他	無回答	
全体	502 100.0%	261 52.0%	398 79.3%	225 44.8%	166 33.1%	199 39.6%	27 5.4%	39 7.8%	5 1.0%	
種別	政令指定都市・中核市	54 100.0%	31 57.4%	48 88.9%	23 42.6%	11 20.4%	19 35.2%	1 1.9%	9 16.7%	0 0.0%
	その他の市・特別区	318 100.0%	179 56.3%	267 84.0%	153 48.1%	117 36.8%	139 43.7%	12 3.8%	20 6.3%	3 0.9%
	町・村	121 100.0%	47 38.8%	76 62.8%	45 37.2%	36 29.8%	39 32.2%	13 10.7%	9 7.4%	2 1.7%
	広域連合	9 100.0%	4 44.4%	7 77.8%	4 44.4%	2 22.2%	2 22.2%	1 11.1%	1 11.1%	0 0.0%

## v) 褥瘡

褥瘡は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 8.5%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 70.4%であった。

図表 3-2-19 被害状況の範囲：褥瘡（複数回答）（回答件数 247）



図表 3-2-20 被害状況の範囲：褥瘡（市区町村種別）

	合計	被害状況の範囲：褥瘡											
		入所者には変化がなかったもの	入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの	一時的な治療が必要なもの（受診）	一時的な治療が必要なもの（入院）	一時的な治療が必要なもの（その他）	継続的な治療が必要なもの（受診）	継続的な治療が必要なもの（入院）	継続的な治療が必要なもの（その他）	長期にわたり治療が続くもの（受診）	長期にわたり治療が続くもの（入院）	長期にわたり治療が続くもの（その他）	
全体	247 100.0%	8 3.2%	21 8.5%	174 70.4%	107 43.3%	45 18.2%	152 61.5%	103 41.7%	41 16.6%	150 60.7%	101 40.9%	42 17.0%	
種別	政令指定都市・中核市	28 100.0%	0 0.0%	1 3.6%	15 53.6%	13 46.4%	7 25.0%	17 60.7%	14 50.0%	7 25.0%	16 57.1%	13 46.4%	7 25.0%
	その他の市・特別区	155 100.0%	5 3.2%	13 8.4%	116 74.8%	71 45.8%	29 18.7%	105 67.7%	69 44.5%	26 16.8%	102 65.8%	67 43.2%	27 17.4%
	町・村	62 100.0%	3 4.8%	7 11.3%	42 67.7%	22 35.5%	8 12.9%	29 46.8%	19 30.6%	7 11.3%	31 50.0%	20 32.3%	7 11.3%
	広域連合	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%

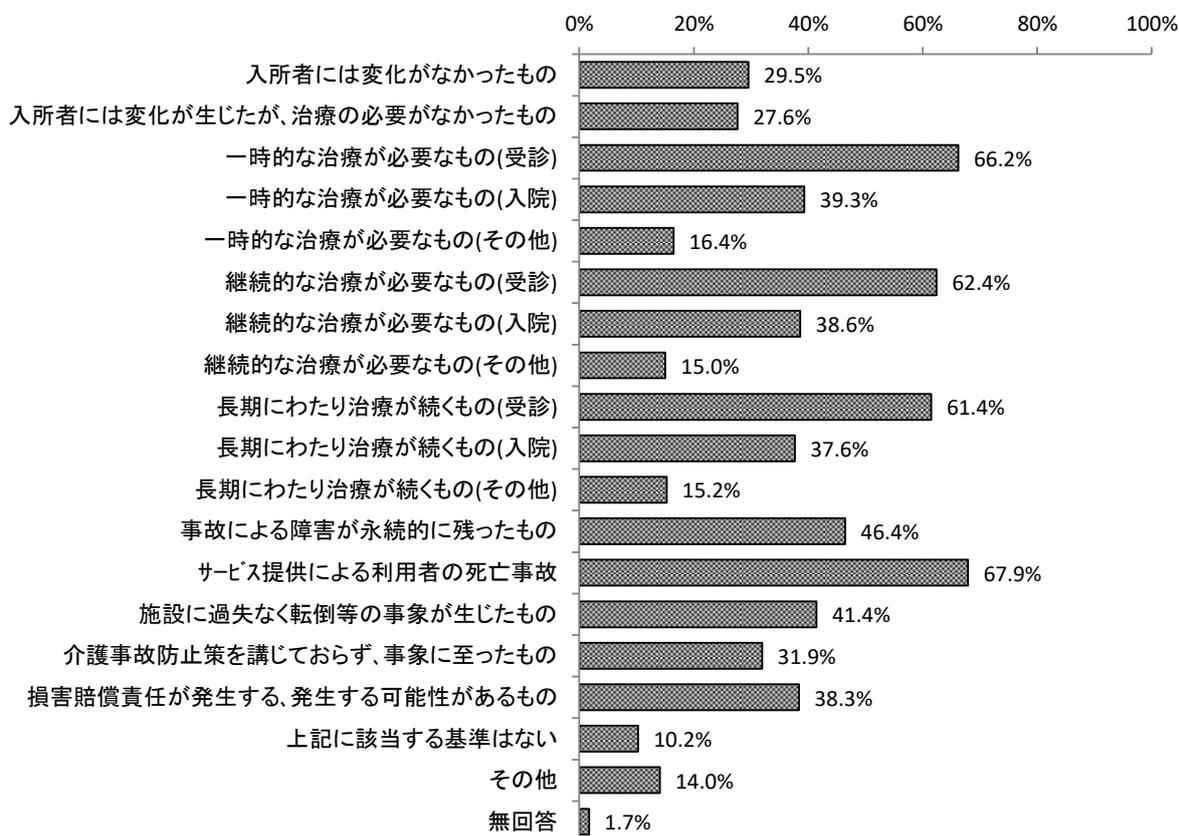
	合計	被害状況の範囲：褥瘡（続き）								
		事故による障害が永続的に残ったもの	サービス提供による利用者の死亡事故	施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの	介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの	損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの	左記に該当する基準はない	その他	無回答	
全体	247 100.0%	116 47.0%	167 67.6%	91 36.8%	78 31.6%	99 40.1%	32 13.0%	26 10.5%	0 0.0%	
種別	政令指定都市・中核市	28 100.0%	12 42.9%	21 75.0%	8 28.6%	3 10.7%	8 28.6%	4 14.3%	6 21.4%	0 0.0%
	その他の市・特別区	155 100.0%	78 50.3%	111 71.6%	61 39.4%	55 35.5%	64 41.3%	19 12.3%	14 9.0%	0 0.0%
	町・村	62 100.0%	24 38.7%	33 53.2%	21 33.9%	19 30.6%	26 41.9%	9 14.5%	6 9.7%	0 0.0%
	広域連合	2 100.0%	2 100.0%	2 100.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%



vi) 離設

離設は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 27.6%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 66.2%であった。

図表 3-2-21 被害状況の範囲：離設（複数回答）（回答件数 420）



図表 3-2-22 被害状況の範囲：離設（市区町村種別）

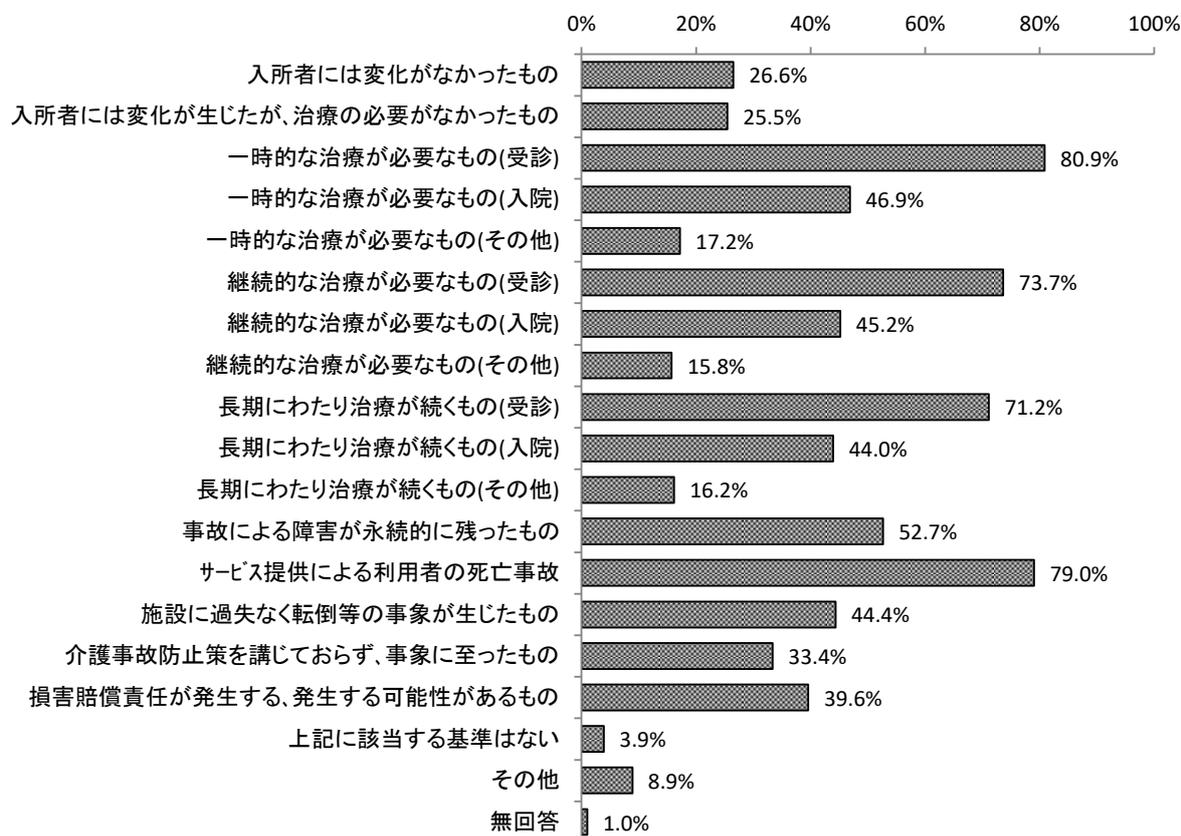
種別	合計	被害状況の範囲：離設											
		入所者には変化がなかったもの	入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの	一時的な治療が必要なもの（受診）	一時的な治療が必要なもの（入院）	一時的な治療が必要なもの（その他）	継続的な治療が必要なもの（受診）	継続的な治療が必要なもの（入院）	継続的な治療が必要なもの（その他）	長期にわたり治療が続くもの（受診）	長期にわたり治療が続くもの（入院）	長期にわたり治療が続くもの（その他）	
全体	420 100.0%	124 29.5%	116 27.6%	278 66.2%	165 39.3%	69 16.4%	262 62.4%	162 38.6%	63 15.0%	258 61.4%	158 37.6%	64 15.2%	
種別	政令指定都市・中核市	50 100.0%	15 30.0%	13 26.0%	30 60.0%	26 52.0%	8 16.0%	32 64.0%	27 54.0%	8 16.0%	31 62.0%	26 52.0%	8 16.0%
	その他の市・特別区	274 100.0%	88 32.1%	79 28.8%	185 67.5%	105 38.3%	49 17.9%	178 65.0%	104 38.0%	43 15.7%	174 63.5%	101 36.9%	44 16.1%
	町・村	88 100.0%	18 20.5%	21 23.9%	57 64.8%	30 34.1%	9 10.2%	46 52.3%	27 30.7%	9 10.2%	48 54.5%	28 31.8%	9 10.2%
	広域連合	8 100.0%	3 37.5%	3 37.5%	6 75.0%	4 50.0%	3 37.5%	6 75.0%	4 50.0%	3 37.5%	5 62.5%	3 37.5%	3 37.5%

種別	合計	被害状況の範囲：離設（続き）								
		事故による障害が永続的に残ったもの	サービス提供による利用者の死亡事故	施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの	介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの	損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの	左記に該当する基準はない	その他	無回答	
全体	420 100.0%	195 46.4%	285 67.9%	174 41.4%	134 31.9%	161 38.3%	43 10.2%	59 14.0%	7 1.7%	
種別	政令指定都市・中核市	50 100.0%	25 50.0%	33 66.0%	18 36.0%	9 18.0%	16 32.0%	4 8.0%	15 30.0%	0 0.0%
	その他の市・特別区	274 100.0%	130 47.4%	195 71.2%	115 42.0%	91 33.2%	105 38.3%	30 10.9%	33 12.0%	2 0.7%
	町・村	88 100.0%	35 39.8%	51 58.0%	36 40.9%	31 35.2%	37 42.0%	9 10.2%	10 11.4%	4 4.5%
	広域連合	8 100.0%	5 62.5%	6 75.0%	5 62.5%	3 37.5%	3 37.5%	0 0.0%	1 12.5%	1 12.5%

vii) 誤薬・薬剤

誤薬・薬剤は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 25.5%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 80.9%であった。

図表 3-2-23 被害状況の範囲：誤薬・薬剤（複数回答）（回答件数 482）



図表 3-2-24 被害状況の範囲：誤薬・薬剤（市区町村種別）

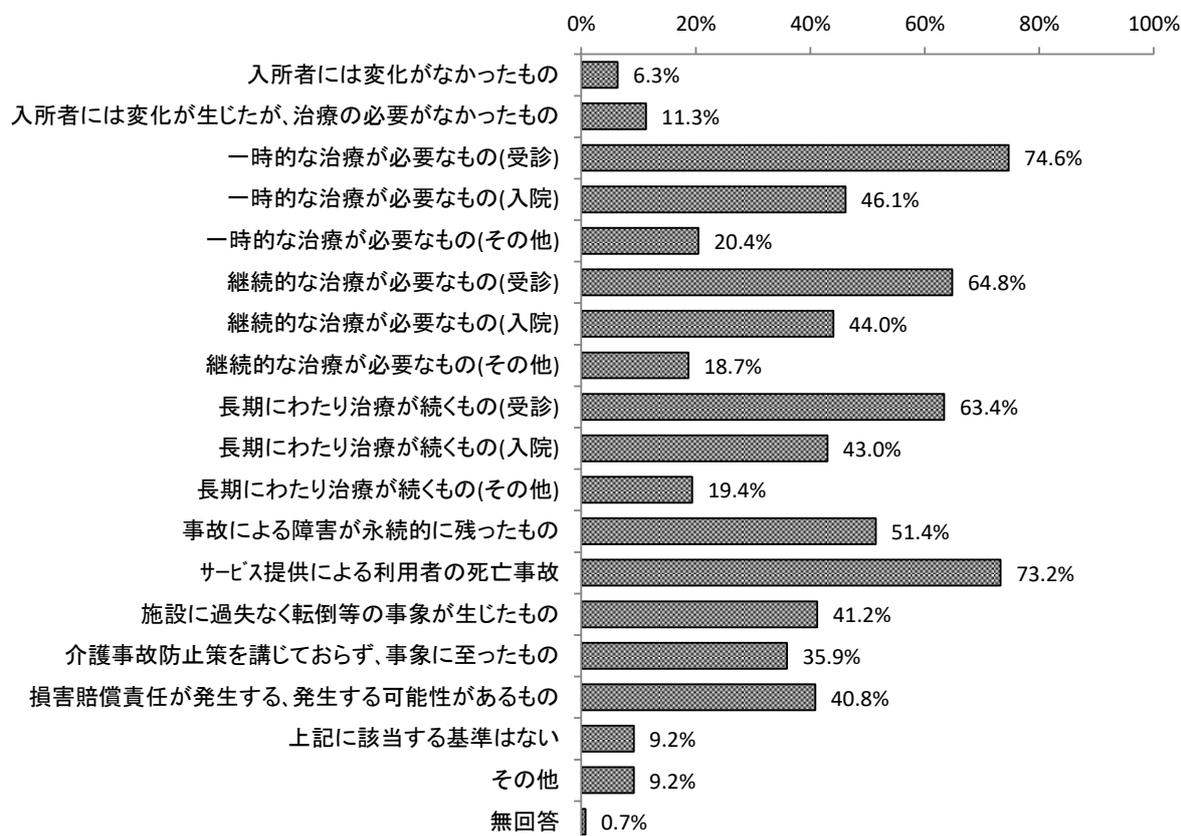
種別	合計	被害状況の範囲：誤薬・薬剤											
		入所者には変化がなかったもの	入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの	一時的な治療が必要なもの（受診）	一時的な治療が必要なもの（入院）	一時的な治療が必要なもの（その他）	継続的な治療が必要なもの（受診）	継続的な治療が必要なもの（入院）	継続的な治療が必要なもの（その他）	長期にわたり治療が続くもの（受診）	長期にわたり治療が続くもの（入院）	長期にわたり治療が続くもの（その他）	
全体	482 100.0%	128 26.6%	123 25.5%	390 80.9%	226 46.9%	83 17.2%	355 73.7%	218 45.2%	76 15.8%	343 71.2%	212 44.0%	78 16.2%	
種別	政令指定都市・中核市	50 100.0%	13 26.0%	13 26.0%	36 72.0%	31 62.0%	9 18.0%	37 74.0%	32 64.0%	9 18.0%	36 72.0%	31 62.0%	9 18.0%
	その他の市・特別区	316 100.0%	90 28.5%	86 27.2%	265 83.9%	147 46.5%	59 18.7%	246 77.8%	144 45.6%	53 16.8%	235 74.4%	139 44.0%	55 17.4%
	町・村	108 100.0%	24 22.2%	23 21.3%	83 76.9%	44 40.7%	12 11.1%	66 61.1%	38 35.2%	11 10.2%	67 62.0%	39 36.1%	11 10.2%
	広域連合	8 100.0%	1 12.5%	1 12.5%	6 75.0%	4 50.0%	3 37.5%	6 75.0%	4 50.0%	3 37.5%	5 62.5%	3 37.5%	3 37.5%

種別	合計	被害状況の範囲：誤薬・薬剤（続き）								
		事故による障害が永続的に残ったもの	サービス提供による利用者の死亡事故	施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの	介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの	損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの	左記に該当する基準はない	その他	無回答	
全体	482 100.0%	254 52.7%	381 79.0%	214 44.4%	161 33.4%	191 39.6%	19 3.9%	43 8.9%	5 1.0%	
種別	政令指定都市・中核市	50 100.0%	27 54.0%	40 80.0%	20 40.0%	10 20.0%	18 36.0%	4 8.0%	10 20.0%	0 0.0%
	その他の市・特別区	316 100.0%	177 56.0%	260 82.3%	148 46.8%	113 35.8%	132 41.8%	8 2.5%	24 7.6%	4 1.3%
	町・村	108 100.0%	45 41.7%	75 69.4%	42 38.9%	35 32.4%	38 35.2%	6 5.6%	8 7.4%	1 0.9%
	広域連合	8 100.0%	5 62.5%	6 75.0%	4 50.0%	3 37.5%	3 37.5%	1 12.5%	1 12.5%	0 0.0%

viii) 治療・処置

治療・処置は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 11.3%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 74.6%であった。

図表 3-2-25 被害状況の範囲：治療・処置（複数回答）（回答件数 284）



図表 3-2-26 被害状況の範囲：治療・処置（市区町村種別）

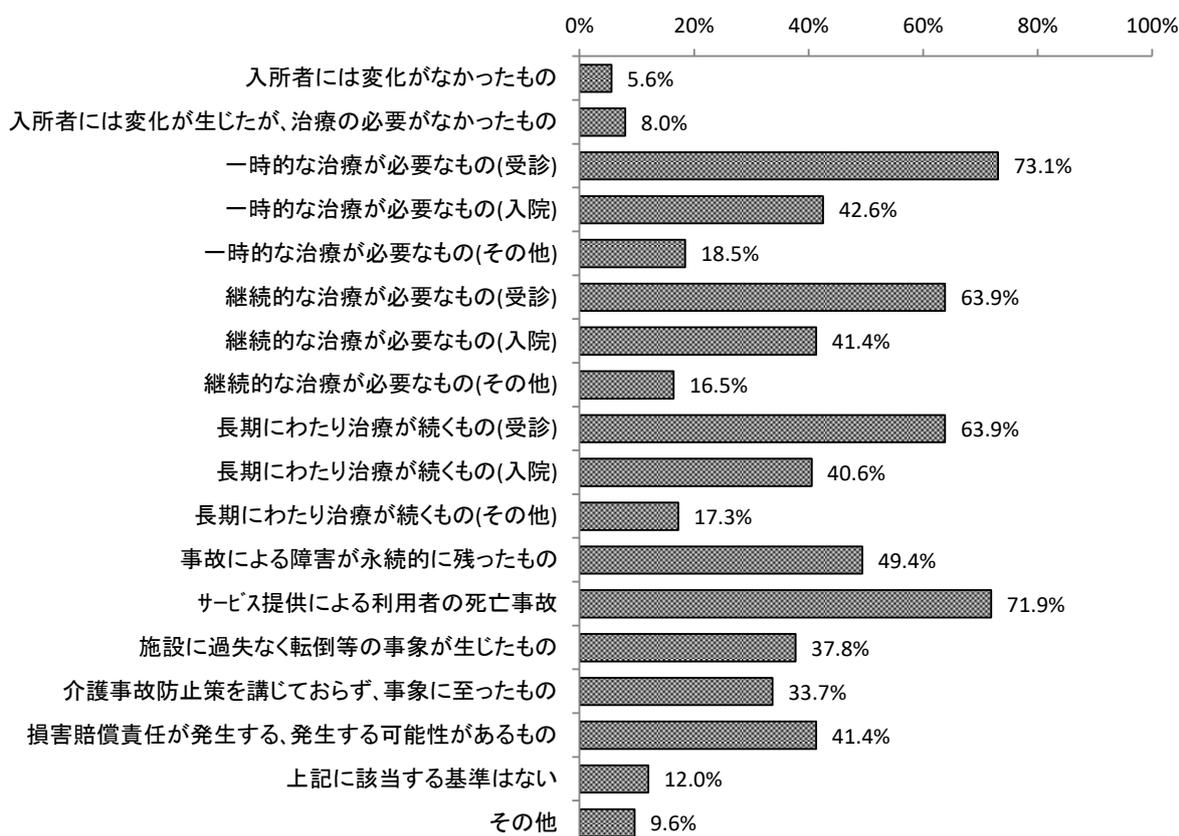
種別	合計	被害状況の範囲：治療・処置											
		入所者には変化がなかったもの	入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの	一時的な治療が必要なもの（受診）	一時的な治療が必要なもの（入院）	一時的な治療が必要なもの（その他）	継続的な治療が必要なもの（受診）	継続的な治療が必要なもの（入院）	継続的な治療が必要なもの（その他）	長期にわたり治療が続くもの（受診）	長期にわたり治療が続くもの（入院）	長期にわたり治療が続くもの（その他）	
全体	284 100.0%	18 6.3%	32 11.3%	212 74.6%	131 46.1%	58 20.4%	184 64.8%	125 44.0%	53 18.7%	180 63.4%	122 43.0%	55 19.4%	
種別	政令指定都市・中核市	33 100.0%	2 6.1%	4 12.1%	21 63.6%	19 57.6%	9 27.3%	23 69.7%	20 60.6%	9 27.3%	22 66.7%	19 57.6%	9 27.3%
	その他の市・特別区	175 100.0%	9 5.1%	18 10.3%	139 79.4%	84 48.0%	35 20.0%	125 71.4%	81 46.3%	31 17.7%	120 68.6%	78 44.6%	33 18.9%
	町・村	72 100.0%	7 9.7%	10 13.9%	51 70.8%	27 37.5%	13 18.1%	35 48.6%	23 31.9%	12 16.7%	37 51.4%	24 33.3%	12 16.7%
	広域連合	4 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 25.0%	1 25.0%	1 25.0%	1 25.0%	1 25.0%	1 25.0%	1 25.0%	1 25.0%	1 25.0%

種別	合計	被害状況の範囲：治療・処置（続き）								
		事故による障害が永続的に残ったもの	サービス提供による利用者の死亡事故	施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの	介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの	損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの	左記に該当する基準はない	その他	無回答	
全体	284 100.0%	146 51.4%	208 73.2%	117 41.2%	102 35.9%	116 40.8%	26 9.2%	26 9.2%	2 0.7%	
種別	政令指定都市・中核市	33 100.0%	20 60.6%	26 78.8%	9 27.3%	5 15.2%	10 30.3%	3 9.1%	6 18.2%	0 0.0%
	その他の市・特別区	175 100.0%	94 53.7%	135 77.1%	78 44.6%	69 39.4%	75 42.9%	16 9.1%	12 6.9%	1 0.6%
	町・村	72 100.0%	30 41.7%	44 61.1%	29 40.3%	27 37.5%	30 41.7%	6 8.3%	8 11.1%	1 1.4%
	広域連合	4 100.0%	2 50.0%	3 75.0%	1 25.0%	1 25.0%	1 25.0%	1 25.0%	0 0.0%	0 0.0%

ix) 医療機器・介護機器・リハビリ機器等

医療機器・介護機器・リハビリ機器等は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 8.0%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 73.1%であった。

図表 3-2-27 被害状況の範囲：医療機器・介護機器・リハビリ機器等（複数回答）（回答件数 249）



図表 3-2-28 被害状況の範囲：医療機器・介護機器・リハビリ機器等（市区町村種別）

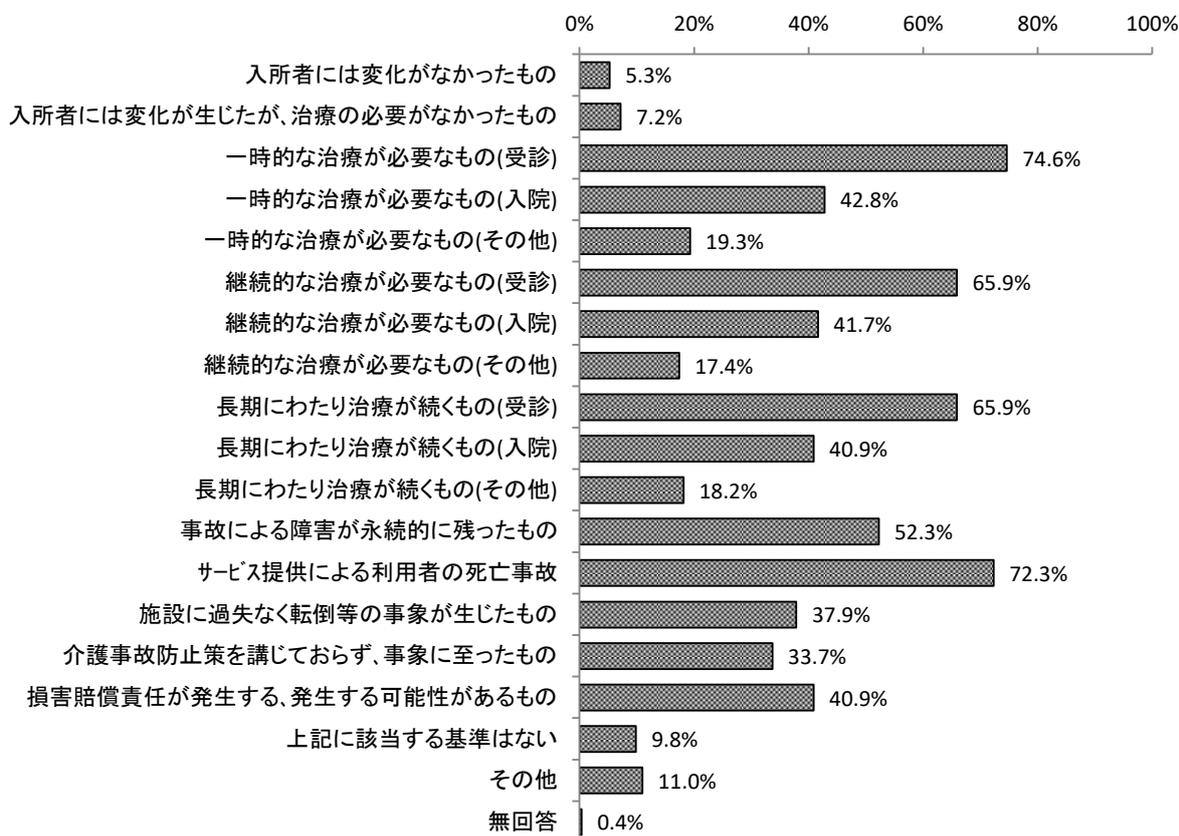
種別	合計	被害状況の範囲：医療機器・介護機器・リハビリ機器等											
		入所者には変化がなかったもの	入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの	一時的な治療が必要なもの（受診）	一時的な治療が必要なもの（入院）	一時的な治療が必要なもの（その他）	継続的な治療が必要なもの（受診）	継続的な治療が必要なもの（入院）	継続的な治療が必要なもの（その他）	長期にわたり治療が続くもの（受診）	長期にわたり治療が続くもの（入院）	長期にわたり治療が続くもの（その他）	
全体	249 100.0%	14 5.6%	20 8.0%	182 73.1%	106 42.6%	46 18.5%	159 63.9%	103 41.4%	41 16.5%	159 63.9%	101 40.6%	43 17.3%	
種別	政令指定都市・中核市	30 100.0%	0 0.0%	1 3.3%	18 60.0%	16 53.3%	8 26.7%	20 66.7%	17 56.7%	8 26.7%	19 63.3%	16 53.3%	8 26.7%
	その他の市・特別区	158 100.0%	8 5.1%	13 8.2%	123 77.8%	67 42.4%	28 17.7%	108 68.4%	66 41.8%	23 14.6%	107 67.7%	64 40.5%	25 15.8%
	町・村	59 100.0%	6 10.2%	6 10.2%	40 67.8%	22 37.3%	9 15.3%	30 50.8%	19 32.2%	9 15.3%	32 54.2%	20 33.9%	9 15.3%
	広域連合	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%

種別	合計	被害状況の範囲：医療機器・介護機器・リハビリ機器等（続き）								
		事故による障害が永続的に残ったもの	サービス提供による利用者の死亡事故	施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの	介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの	損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの	左記に該当する基準はない	その他	無回答	
全体	249 100.0%	123 49.4%	179 71.9%	94 37.8%	84 33.7%	103 41.4%	30 12.0%	24 9.6%	0 0.0%	
種別	政令指定都市・中核市	30 100.0%	17 56.7%	23 76.7%	7 23.3%	4 13.3%	9 30.0%	3 10.0%	6 20.0%	0 0.0%
	その他の市・特別区	158 100.0%	82 51.9%	120 75.9%	65 41.1%	59 37.3%	67 42.4%	19 12.0%	12 7.6%	0 0.0%
	町・村	59 100.0%	23 39.0%	36 61.0%	22 37.3%	21 35.6%	27 45.8%	7 11.9%	6 10.2%	0 0.0%
	広域連合	2 100.0%	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%

### x) ドレーン・チューブ

ドレーン・チューブは「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が7.2%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が74.6%であった。

図表 3-2-29 被害状況の範囲：ドレーン・チューブ（複数回答）（回答件数 264）



図表 3-2-30 被害状況の範囲：ドレーン・チューブ（市区町村種別）

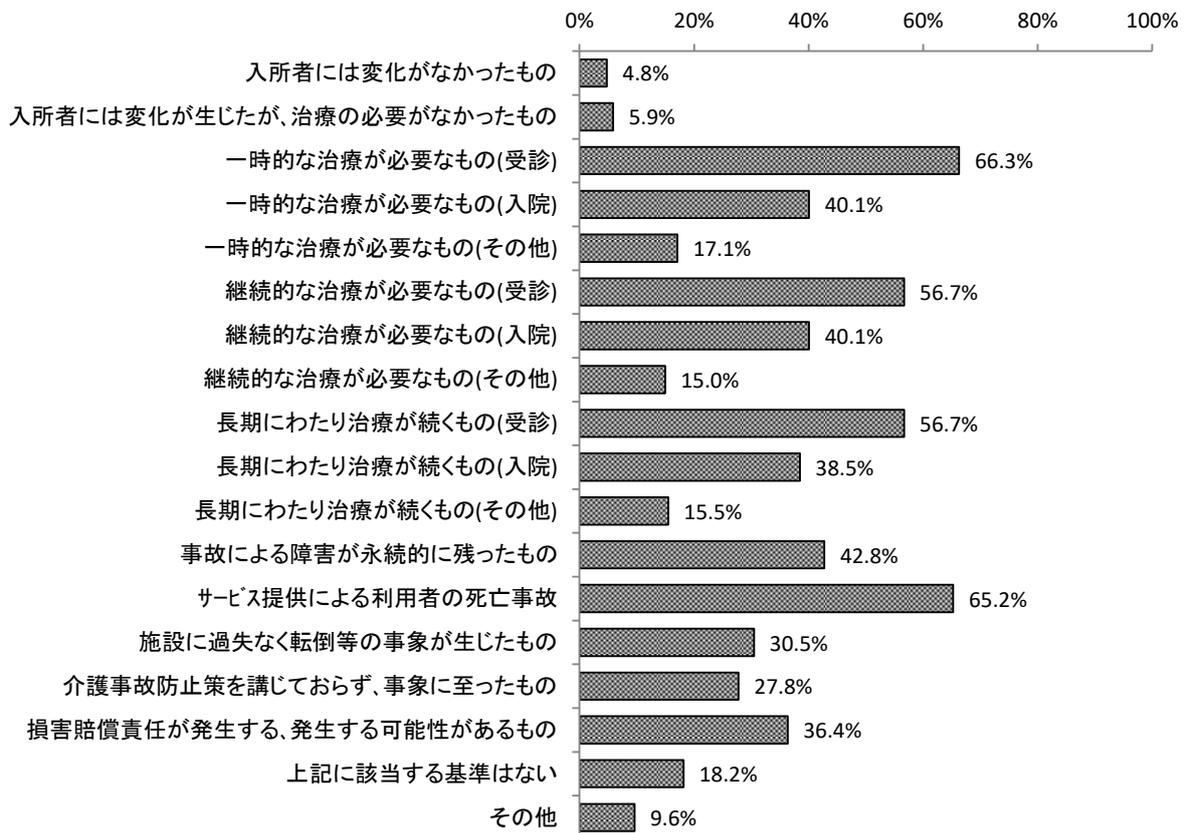
種別	合計	被害状況の範囲：ドレーン・チューブ											
		入所者には変化がなかったもの	入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの	一時的な治療が必要なもの（受診）	一時的な治療が必要なもの（入院）	一時的な治療が必要なもの（その他）	継続的な治療が必要なもの（受診）	継続的な治療が必要なもの（入院）	継続的な治療が必要なもの（その他）	長期にわたり治療が続くもの（受診）	長期にわたり治療が続くもの（入院）	長期にわたり治療が続くもの（その他）	
全体	264 100.0%	14 5.3%	19 7.2%	197 74.6%	113 42.8%	51 19.3%	174 65.9%	110 41.7%	46 17.4%	174 65.9%	108 40.9%	48 18.2%	
種別	政令指定都市・中核市	31 100.0%	1 3.2%	1 3.2%	20 64.5%	16 51.6%	8 25.8%	21 67.7%	17 54.8%	8 25.8%	20 64.5%	16 51.6%	8 25.8%
	その他の市・特別区	170 100.0%	8 4.7%	14 8.2%	133 78.2%	75 44.1%	33 19.4%	119 70.0%	73 42.9%	28 16.5%	119 70.0%	72 42.4%	30 17.6%
	町・村	58 100.0%	5 8.6%	4 6.9%	40 69.0%	20 34.5%	8 13.8%	30 51.7%	18 31.0%	8 13.8%	31 53.4%	18 31.0%	8 13.8%
	広域連合	5 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 80.0%	2 40.0%	2 40.0%	4 80.0%	2 40.0%	2 40.0%	4 80.0%	2 40.0%	2 40.0%

種別	合計	被害状況の範囲：ドレーン・チューブ（続き）								
		事故による障害が永続的に残ったもの	サービス提供による利用者の死亡事故	施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの	介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの	損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの	左記に該当する基準はない	その他	無回答	
全体	264 100.0%	138 52.3%	191 72.3%	100 37.9%	89 33.7%	108 40.9%	26 9.8%	29 11.0%	1 0.4%	
種別	政令指定都市・中核市	31 100.0%	18 58.1%	24 77.4%	9 29.0%	6 19.4%	11 35.5%	2 6.5%	6 19.4%	0 0.0%
	その他の市・特別区	170 100.0%	92 54.1%	130 76.5%	69 40.6%	62 36.5%	71 41.8%	16 9.4%	16 9.4%	1 0.6%
	町・村	58 100.0%	24 41.4%	34 58.6%	21 36.2%	20 34.5%	25 43.1%	7 12.1%	7 12.1%	0 0.0%
	広域連合	5 100.0%	4 80.0%	3 60.0%	1 20.0%	1 20.0%	1 20.0%	1 20.0%	0 0.0%	0 0.0%

xi) 検査

検査は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 5.9%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 66.3%であった。

図表 3-2 -31 被害状況の範囲：検査（複数回答）（回答件数 187）



図表 3-2-32 被害状況の範囲：検査（市区町村種別）

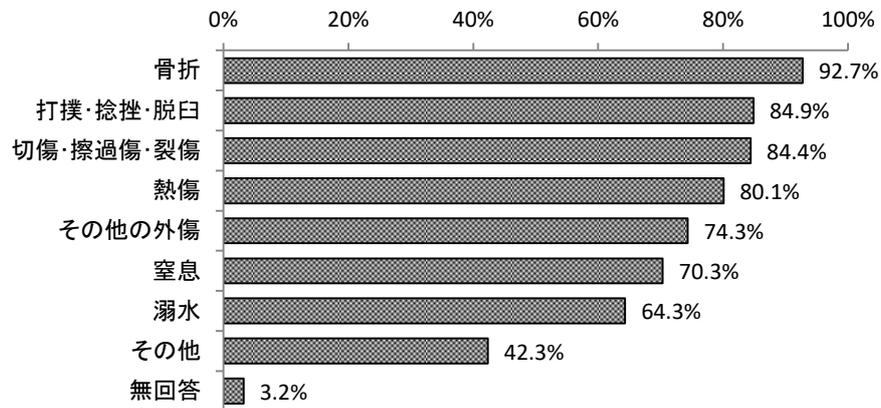
種別	合計	被害状況の範囲：検査											
		入所者には変化がなかったもの	入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの	一時的な治療が必要なもの（受診）	一時的な治療が必要なもの（入院）	一時的な治療が必要なもの（その他）	継続的な治療が必要なもの（受診）	継続的な治療が必要なもの（入院）	継続的な治療が必要なもの（その他）	長期にわたり治療が続くもの（受診）	長期にわたり治療が続くもの（入院）	長期にわたり治療が続くもの（その他）	
全体	187 100.0%	9 4.8%	11 5.9%	124 66.3%	75 40.1%	32 17.1%	106 56.7%	75 40.1%	28 15.0%	106 56.7%	72 38.5%	29 15.5%	
種別	政令指定都市・中核市	26 100.0%	0 0.0%	1 3.8%	15 57.7%	13 50.0%	7 26.9%	16 61.5%	14 53.8%	7 26.9%	15 57.7%	13 50.0%	7 26.9%
	その他の市・特別区	114 100.0%	4 3.5%	6 5.3%	80 70.2%	45 39.5%	18 15.8%	68 59.6%	45 39.5%	14 12.3%	68 59.6%	43 37.7%	15 13.2%
	町・村	46 100.0%	5 10.9%	4 8.7%	29 63.0%	17 37.0%	7 15.2%	22 47.8%	16 34.8%	7 15.2%	23 50.0%	16 34.8%	7 15.2%
	広域連合	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

種別	合計	被害状況の範囲：検査（続き）								
		事故による障害が永続的に残ったもの	サービス提供による利用者の死亡事故	施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの	介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの	損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの	左記に該当する基準はない	その他	無回答	
全体	187 100.0%	80 42.8%	122 65.2%	57 30.5%	52 27.8%	68 36.4%	34 18.2%	18 9.6%	0 0.0%	
種別	政令指定都市・中核市	26 100.0%	13 50.0%	19 73.1%	6 23.1%	3 11.5%	7 26.9%	3 11.5%	6 23.1%	0 0.0%
	その他の市・特別区	114 100.0%	50 43.9%	77 67.5%	35 30.7%	35 30.7%	43 37.7%	22 19.3%	8 7.0%	0 0.0%
	町・村	46 100.0%	17 37.0%	26 56.5%	16 34.8%	14 30.4%	18 39.1%	8 17.4%	4 8.7%	0 0.0%
	広域連合	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%

### ③ 報告対象とする事故の被害の種類

報告対象とする事故の被害の種類は「骨折」が92.7%であり、「打撲・捻挫・脱臼」が84.9%であった。

図表 3-2-33 報告対象とする事故の被害の種類（複数回答）（回答件数 647）



図表 3-2-34 報告対象とする事故の被害の種類（市区町村種別）

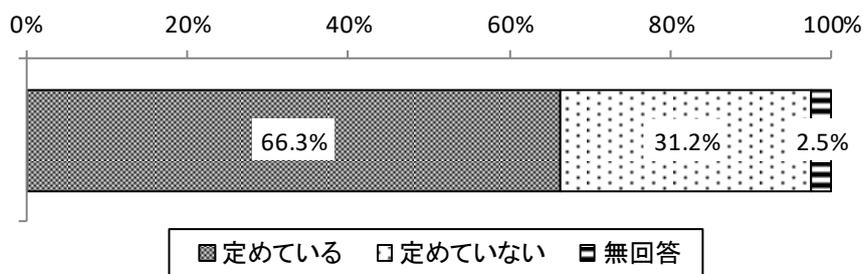
		合計	報告対象とする事故の被害の種類								
			骨折	打撲・ 捻挫・ 脱臼	切傷・ 擦過 傷・裂 傷	熱傷	その他 の外傷	窒息	溺水	その他	無回 答
全体		647 100.0%	600 92.7%	549 84.9%	546 84.4%	518 80.1%	481 74.3%	455 70.3%	416 64.3%	274 42.3%	21 3.2%
種 別	政令指 定都 市・中 核市	62 100.0%	59 95.2%	52 83.9%	53 85.5%	53 85.5%	49 79.0%	50 80.6%	46 74.2%	38 61.3%	0 0.0%
	その他 の市・ 特別区	411 100.0%	381 92.7%	350 85.2%	350 85.2%	335 81.5%	313 76.2%	295 71.8%	268 65.2%	187 45.5%	13 3.2%
	町・村	163 100.0%	150 92.0%	138 84.7%	134 82.2%	122 74.8%	111 68.1%	103 63.2%	94 57.7%	43 26.4%	8 4.9%
	広域連 合	11 100.0%	10 90.9%	9 81.8%	9 81.8%	8 72.7%	8 72.7%	7 63.6%	8 72.7%	6 54.5%	0 0.0%

(2) 施設から市区町村への報告様式・書式

① 報告様式・書式の定め

報告様式・書式の定めは「定めている」が 66.3%であった。

図表 3-2-35 報告様式・書式の定め(回答件数 1,112)



図表 3-2-36 報告様式・書式の定め（市区町村種別）

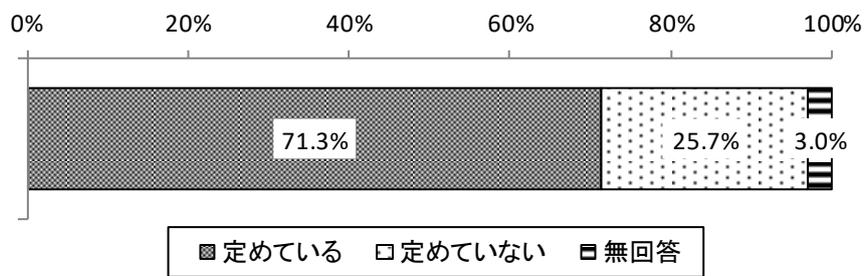
		合計	報告様式・書式の定め		
			定めている	定めていない	無回答
全体		1,112 100.0%	737 66.3%	347 31.2%	28 2.5%
種別	政令指定都市・中核市	68 100.0%	66 97.1%	2 2.9%	0 0.0%
	その他の市・特別区	594 100.0%	454 76.4%	128 21.5%	12 2.0%
	町・村	436 100.0%	205 47.0%	215 49.3%	16 3.7%
	広域連合	14 100.0%	12 85.7%	2 14.3%	0 0.0%

② 施設に報告を求めている項目の定め

1) 報告を求めている項目の定め

報告を求めている項目の定めは「定めている」が 71.3%であった。

図表 3-2-37 報告を求めている項目の定め(回答件数 1,112)



図表 3-2-38 報告を求めている項目の定め（市区町村種別）

		合計	報告を求めている項目の定め		
			定めている	定めていない	無回答
全体		1,112 100.0%	793 71.3%	286 25.7%	33 3.0%
種別	政令指定都市・中核市	68 100.0%	68 100.0%	0 0.0%	0 0.0%
	その他の市・特別区	594 100.0%	477 80.3%	103 17.3%	14 2.4%
	町・村	436 100.0%	235 53.9%	182 41.7%	19 4.4%
	広域連合	14 100.0%	13 92.9%	1 7.1%	0 0.0%

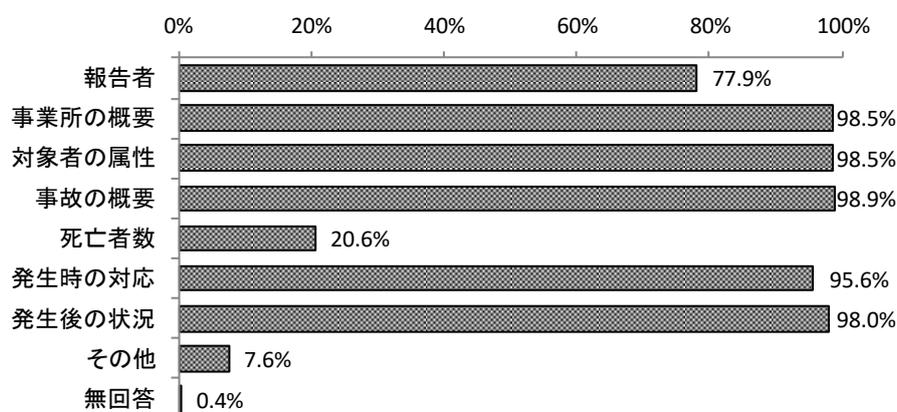
## 2) 定めている内容

報告を求めている項目を「定めている」と回答した市区町村において、定めている内容は以下の通りであった。

### i) 報告を定めている項目

報告を定めている項目は「事故の概要」が 98.9%であり、「事業所の概要」、「対象者の属性」がそれぞれ 98.5%であった。

図表 3-2-39 報告を定めている項目（複数回答）（回答件数 793）



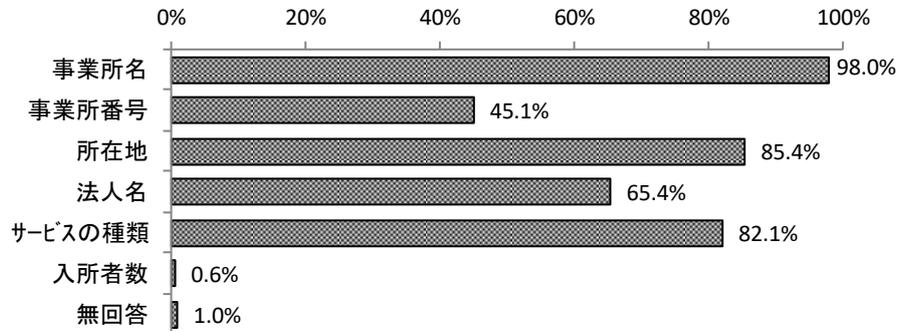
図表 3-2-40 報告を定めている項目（市区町村種別）

	合計	報告を定めている項目									
		報告者	事業所の概要	対象者の属性	事故の概要	死亡者数	発生時の対応	発生後の状況	その他	無回答	
全体	793 100.0%	618 77.9%	781 98.5%	781 98.5%	784 98.9%	163 20.6%	758 95.6%	777 98.0%	60 7.6%	3 0.4%	
種別	政令指定都市・中核市	68 100.0%	53 77.9%	68 100.0%	68 100.0%	68 100.0%	9 13.2%	61 89.7%	67 98.5%	9 13.2%	0 0.0%
	その他の市・特別区	477 100.0%	382 80.1%	470 98.5%	472 99.0%	471 98.7%	98 20.5%	457 95.8%	469 98.3%	33 6.9%	2 0.4%
	町・村	235 100.0%	173 73.6%	230 97.9%	228 97.0%	232 98.7%	53 22.6%	227 96.6%	228 97.0%	18 7.7%	1 0.4%
	広域連合	13 100.0%	10 76.9%	13 100.0%	13 100.0%	13 100.0%	3 23.1%	13 100.0%	13 100.0%	0 0.0%	0 0.0%

ii) 事業所の概要

報告を定めている項目が「事業所の概要」の場合、その内容は、「事業所名」が 98.0% であり、「所在地」が 85.4%であった。

図表 3-2-41 事業所の概要（複数回答）（回答件数 781）



図表 3-2-42 事業所の概要（市区町村種別）

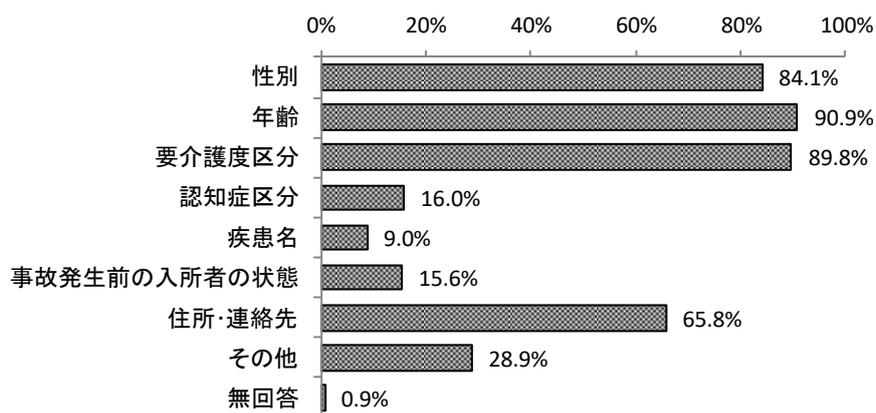
		合計	事業所の概要						
			事業所名	事業所番号	所在地	法人名	サービスの種類	入所者数	無回答
全体		781 100.0%	765 98.0%	352 45.1%	667 85.4%	511 65.4%	641 82.1%	5 0.6%	8 1.0%
種別	政令指定都市・中核市	68 100.0%	67 98.5%	39 57.4%	62 91.2%	55 80.9%	67 98.5%	0 0.0%	0 0.0%
	その他の市・特別区	470 100.0%	460 97.9%	205 43.6%	406 86.4%	301 64.0%	391 83.2%	5 1.1%	4 0.9%
	町・村	230 100.0%	226 98.3%	101 43.9%	188 81.7%	147 63.9%	174 75.7%	0 0.0%	3 1.3%
	広域連合	13 100.0%	12 92.3%	7 53.8%	11 84.6%	8 61.5%	9 69.2%	0 0.0%	1 7.7%

### iii) 対象者の属性

報告を定めている項目が「対象者の属性」の場合、その内容は、「年齢」が90.9%であり、「要介護度区分」が89.8%であった。

「その他」の主な内容は「被保険者番号」等であった。

図表 3-2-43 対象者の属性（複数回答）（回答件数 781）



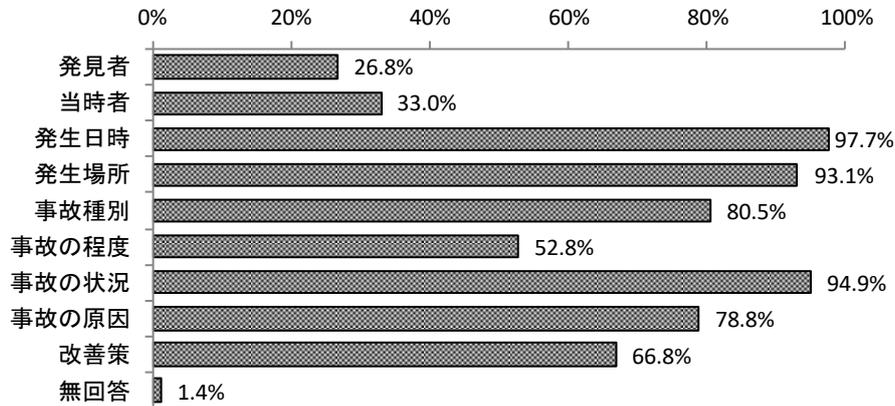
図表 3-2-44 対象者の属性（市区町村種別）

		対象者の属性									
		合計	性別	年齢	要介護度区分	認知症区分	疾患名	事故発生前の入所者の状態	住所・連絡先	その他	無回答
全体		781 100.0%	657 84.1%	710 90.9%	701 89.8%	125 16.0%	70 9.0%	122 15.6%	514 65.8%	226 28.9%	7 0.9%
種別	政令指定都市・中核市	68 100.0%	61 89.7%	62 91.2%	65 95.6%	17 25.0%	5 7.4%	11 16.2%	43 63.2%	29 42.6%	0 0.0%
	その他の市・特別区	472 100.0%	398 84.3%	431 91.3%	423 89.6%	62 13.1%	42 8.9%	66 14.0%	315 66.7%	158 33.5%	3 0.6%
	町・村	228 100.0%	190 83.3%	209 91.7%	201 88.2%	46 20.2%	23 10.1%	41 18.0%	148 64.9%	35 15.4%	3 1.3%
	広域連合	13 100.0%	8 61.5%	8 61.5%	12 92.3%	0 0.0%	0 0.0%	4 30.8%	8 61.5%	4 30.8%	1 7.7%

iv) 事故の概要

報告を定めている項目が「事故の概要」の場合、その内容は、「発生日時」が 97.7% であり、「事故の状況」が 94.9%であった。

図表 3-2 -45 事故の概要（複数回答）（回答件数 784）



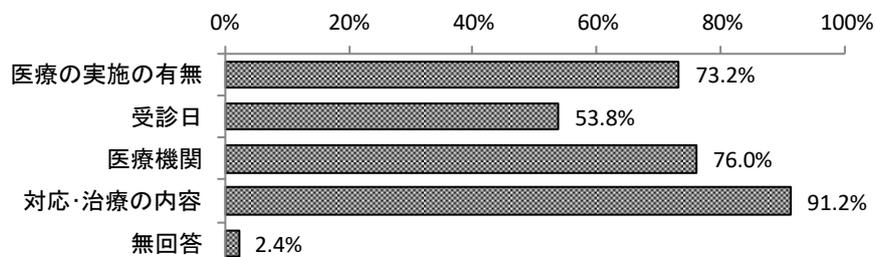
図表 3-2 -46 事故の概要（市区町村種別）

	合計	事故の概要										
		発見者	当時者	発生日時	発生場所	事故種別	事故の程度	事故の状況	事故の原因	改善策	無回答	
全体	784 100.0%	210 26.8%	259 33.0%	766 97.7%	730 93.1%	631 80.5%	414 52.8%	744 94.9%	618 78.8%	524 66.8%	11 1.4%	
種別	政令指定都市・中核市	68 100.0%	15 22.1%	22 32.4%	67 98.5%	65 95.6%	60 88.2%	41 60.3%	64 94.1%	61 89.7%	49 72.1%	0 0.0%
	その他の市・特別区	471 100.0%	118 25.1%	161 34.2%	465 98.7%	444 94.3%	382 81.1%	232 49.3%	456 96.8%	374 79.4%	316 67.1%	3 0.6%
	町・村	232 100.0%	74 31.9%	72 31.0%	222 95.7%	209 90.1%	180 77.6%	137 59.1%	212 91.4%	174 75.0%	151 65.1%	7 3.0%
	広域連合	13 100.0%	3 23.1%	4 30.8%	12 92.3%	12 92.3%	9 69.2%	4 30.8%	12 92.3%	9 69.2%	8 61.5%	1 7.7%

v) 発生時の対応

報告を定めている項目が「発生時の対応」の場合、その内容は、「対応・治療の内容」が 91.2%であり、「医療機関」が 76.0%であった。

図表 3-2-47 発生時の対応（複数回答）（回答件数 758）



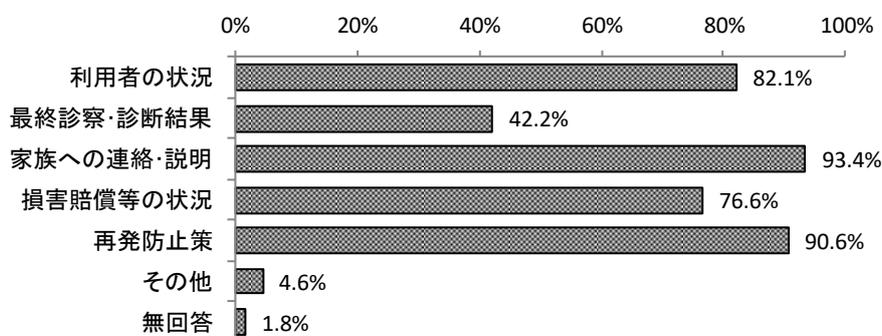
図表 3-2-48 発生時の対応（市区町村種別）

	合計	発生時の対応					
		医療の実施の有無	受診日	医療機関	対応・治療の内容	無回答	
全体	758 100.0%	555 73.2%	408 53.8%	576 76.0%	691 91.2%	18 2.4%	
種別	政令指定都市・中核市	61 100.0%	42 68.9%	34 55.7%	51 83.6%	56 91.8%	0 0.0%
	その他の市・特別区	457 100.0%	334 73.1%	238 52.1%	355 77.7%	419 91.7%	8 1.8%
	町・村	227 100.0%	172 75.8%	131 57.7%	162 71.4%	204 89.9%	9 4.0%
	広域連合	13 100.0%	7 53.8%	5 38.5%	8 61.5%	12 92.3%	1 7.7%

vi) 発生後の状況

報告を定めている項目が「発生後の状況」の場合、その内容は、「家族への連絡・説明」が93.4%であり、「再発防止策」が90.6%であった。

図表 3-2-49 発生後の状況（複数回答）（回答件数 777）



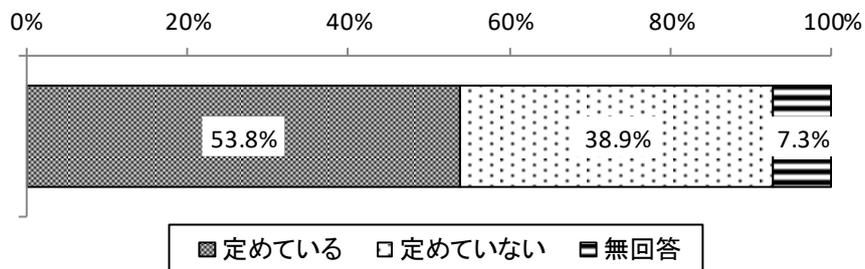
図表 3-2-50 発生後の状況（市区町村種別）

		発生後の状況							
		合計	利用者の状況	最終診察・診断結果	家族への連絡・説明	損害賠償等の状況	再発防止策	その他	無回答
	全体	777 100.0%	638 82.1%	328 42.2%	726 93.4%	595 76.6%	704 90.6%	36 4.6%	14 1.8%
種別	政令指定都市・中核市	67 100.0%	55 82.1%	27 40.3%	65 97.0%	55 82.1%	65 97.0%	5 7.5%	0 0.0%
	その他の市・特別区	469 100.0%	389 82.9%	202 43.1%	442 94.2%	374 79.7%	429 91.5%	26 5.5%	4 0.9%
	町・村	228 100.0%	186 81.6%	94 41.2%	208 91.2%	158 69.3%	200 87.7%	5 2.2%	9 3.9%
	広域連合	13 100.0%	8 61.5%	5 38.5%	11 84.6%	8 61.5%	10 76.9%	0 0.0%	1 7.7%

### ③ 報告手順・要領の定め

施設から市区町村への報告手順・要領の定めは「定めている」が 53.8%であった。

図表 3-2-51 報告手順・要領の定め(回答件数 1,112)



図表 3-2-52 報告手順・要領の定め（市区町村種別）

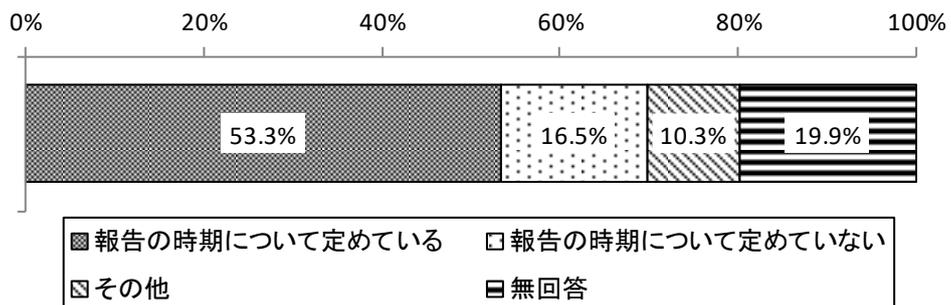
		合計	報告手順・要領の定め		
			定めている	定めていない	無回答
全体		1,112 100.0%	598 53.8%	433 38.9%	81 7.3%
種別	政令指定都市・中核市	68 100.0%	53 77.9%	6 8.8%	9 13.2%
	その他の市・特別区	594 100.0%	382 64.3%	173 29.1%	39 6.6%
	町・村	436 100.0%	156 35.8%	248 56.9%	32 7.3%
	広域連合	14 100.0%	7 50.0%	6 42.9%	1 7.1%

#### ④ 介護事故発生後の施設から市区町村への報告時期に関するルール

##### 1) 報告時期に関するルール

介護事故発生後の施設から市区町村への報告時期に関するルールについて、「報告の時期について定めている」が 53.3%であり、「報告の時期について定めていない」が 16.5%であった。

図表 3-2-53 報告時期に関するルール(回答件数 1,112)



図表 3-2-54 報告時期に関するルール（市区町村種別）

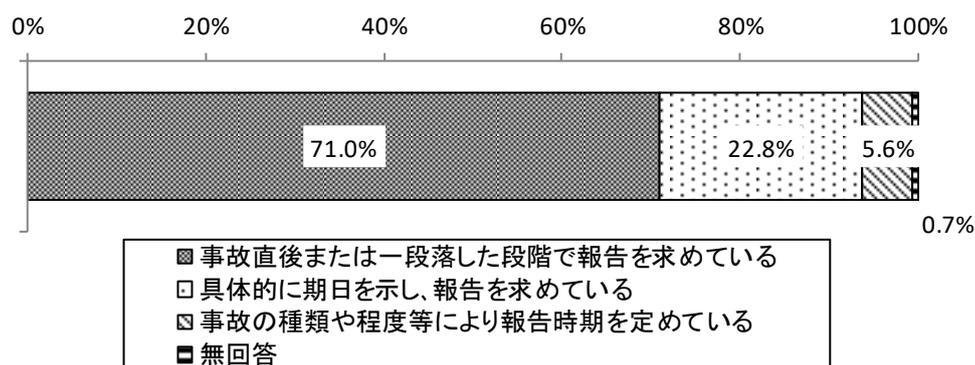
		報告時期に関するルール				
		合計	報告の時期について定めている	報告の時期について定めていない	その他	無回答
全体		1,112 100.0%	593 53.3%	183 16.5%	115 10.3%	221 19.9%
種別	政令指定都市・中核市	68 100.0%	48 70.6%	8 11.8%	12 17.6%	0 0.0%
	その他の市・特別区	594 100.0%	356 59.9%	90 15.2%	70 11.8%	78 13.1%
	町・村	436 100.0%	181 41.5%	83 19.0%	33 7.6%	139 31.9%
	広域連合	14 100.0%	8 57.1%	2 14.3%	0 0.0%	4 28.6%

## 2) 報告時期の定めがある場合

### i) 報告時期

「報告の時期について定めている」とした 593 市区町村における報告時期は、「事故直後または一段落した段階で報告を求めている」が 71.0%であり、「具体的に期日を示し、報告を求めている」が 22.8%であった。

図表 3-2-55 報告時期について(回答件数 593)



図表 3-2-56 報告時期について (市区町村種別)

		合計	報告時期について			
			事故直後 または一 段落した 段階で報 告を求め ている	具体的に 期日を示 し、報告を 求めている	事故の種 類や程度 等により 報告時期 を定めて いる	無回答
全体		593 100.0%	421 71.0%	135 22.8%	33 5.6%	4 0.7%
種 別	政令指定都市・中核市	48 100.0%	25 52.1%	19 39.6%	4 8.3%	0 0.0%
	その他の市・特別区	356 100.0%	264 74.2%	76 21.3%	15 4.2%	1 0.3%
	町・村	181 100.0%	127 70.2%	38 21.0%	13 7.2%	3 1.7%
	広域連合	8 100.0%	5 62.5%	2 25.0%	1 12.5%	0 0.0%

ii) 具体的な期日の定めがある場合

「具体的に期日を示し、報告を求めている」とした市区町村における具体的な報告期日は、1回の場合は平均 8.6 日以内、2 回以上の場合は第 1 報を平均 5.7 日以内、最終報告を平均 17.9 日以内であった。

図表 3-2-57 報告が 1 回の場合の期日

		回答 市区町村数	平均値 (日以内)
全体		84	8.6
種別	政令指定都市・中核市	8	8.3
	その他の市・特別区	53	8.5
	町・村	21	9.4
	広域連合	2	5.0

図表 3-2-58 報告が 2 回以上の場合の期日

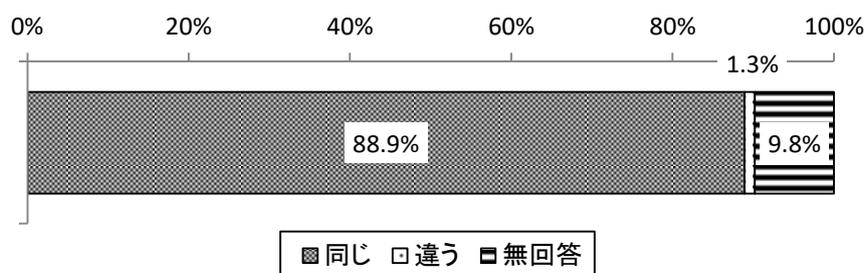
第 1 報		回答 市区町村数	平均値 (日以内)
全体		62	5.7
種別	政令指定都市・中核市	9	4.3
	その他の市・特別区	32	6.7
	町・村	20	4.7
	広域連合	1	7.0

最終報告		回答 市区町村数	平均値 (日以内)
全体		48	17.9
種別	政令指定都市・中核市	8	21.5
	その他の市・特別区	19	16.3
	町・村	20	17.3
	広域連合	1	30.0

### 3. 介護老人福祉施設と介護老人保健施設からの報告を受ける部署

介護老人福祉施設と介護老人保健施設からの報告を受ける部署は「同じ」が 88.9%であった。

図表 3-2-59 介護老人福祉施設と介護老人保健施設からの報告を受ける部署  
(回答件数 1,173)



図表 3-2-60 介護老人福祉施設と介護老人保健施設からの報告を受ける部署（市区町村種別）

		合計	介護老人福祉施設と介護老人保健施設からの報告を受ける部署		
			同じ	違う	無回答
全体		1,173 100.0%	1,043 88.9%	15 1.3%	115 9.8%
種別	政令指定都市・中核市	68 100.0%	62 91.2%	2 2.9%	4 5.9%
	その他の市・特別区	600 100.0%	539 89.8%	7 1.2%	54 9.0%
	町・村	491 100.0%	431 87.8%	6 1.2%	54 11.0%
	広域連合	14 100.0%	11 78.6%	0 0.0%	3 21.4%

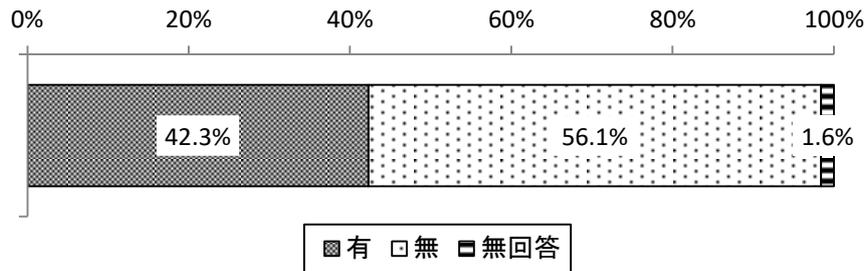
### 第3節 市区町村から都道府県への報告制度

#### 1. 報告制度の有無

##### (1) 報告制度の有無

都道府県への報告制度の有無は「有」が42.3%であった。

図表 3-2-61 都道府県への報告制度の有無(回答件数 1,173)



図表 3-2-62 都道府県への報告制度の有無（市区町村種別）

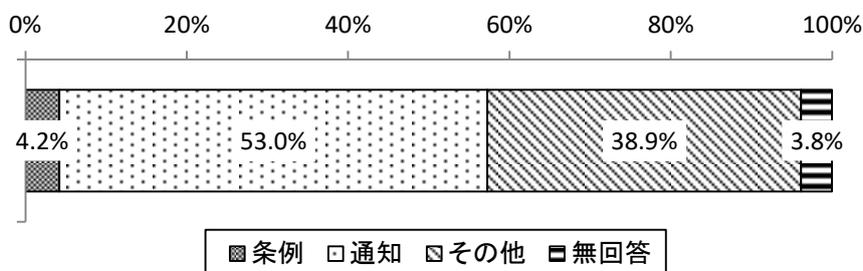
		合計	都道府県への報告制度の有無		
			有	無	無回答
全体		1,173 100.0%	496 42.3%	658 56.1%	19 1.6%
種別	政令指定都市・中核市	68 100.0%	25 36.8%	43 63.2%	0 0.0%
	その他の市・特別区	600 100.0%	284 47.3%	312 52.0%	4 0.7%
	町・村	491 100.0%	179 36.5%	298 60.7%	14 2.9%
	広域連合	14 100.0%	8 57.1%	5 35.7%	1 7.1%

## (2) 都道府県への報告の根拠

都道府県への報告制度を「有」と回答した市区町村における、都道府県への報告の根拠は、「通知」が53.0%であり、「その他」が38.9%であった。

「その他」の主な内容は、「要領」であった。

図表 3-2-63 都道府県への報告の根拠(回答件数 496)



図表 3-2-64 都道府県への報告の根拠（市区町村種別）

		合計	都道府県への報告の根拠			
			条例	通知	その他	無回答
全体		496 100.0%	21 4.2%	263 53.0%	193 38.9%	19 3.8%
種別	政令指定都市・中核市	25 100.0%	1 4.0%	10 40.0%	14 56.0%	0 0.0%
	その他の市・特別区	284 100.0%	10 3.5%	154 54.2%	109 38.4%	11 3.9%
	町・村	179 100.0%	10 5.6%	94 52.5%	68 38.0%	7 3.9%
	広域連合	8 100.0%	0 0.0%	5 62.5%	2 25.0%	1 12.5%

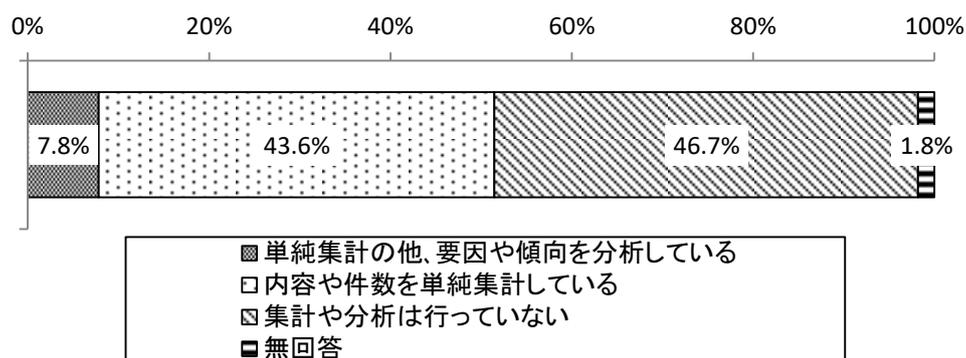
## 第4節 施設から報告を受けた介護事故情報の活用、対応状況

### 1. 施設から報告された介護事故情報の活用状況

#### (1) 報告された介護事故情報の集計・分析の有無

施設から報告された介護事故情報の集計・分析の有無は、「集計や分析は行っていない」が46.7%であり、「内容や件数を単純集計している」が43.6%であった。

図表 3-2-65 報告された介護事故情報の集計・分析の有無(回答件数 1,173)



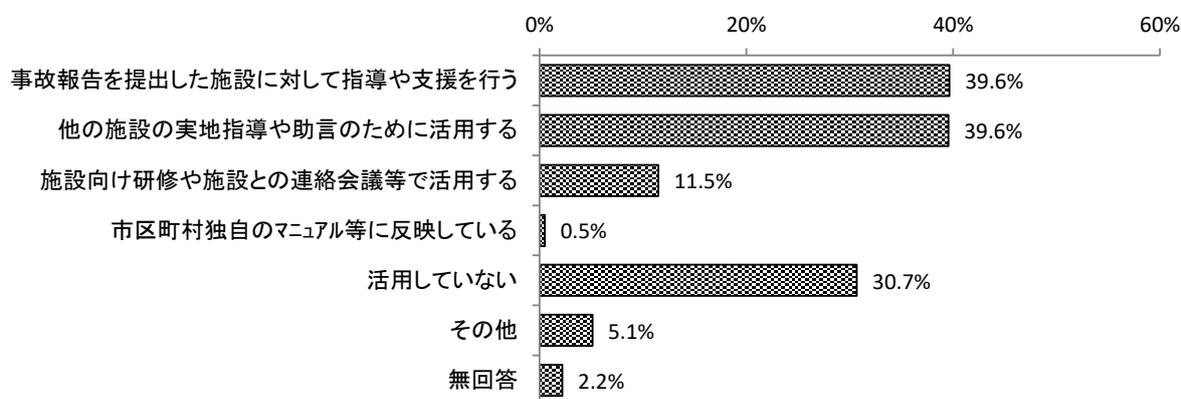
図表 3-2-66 報告された介護事故情報の集計・分析の有無（市区町村種別）

		合計	報告された介護事故情報の集計・分析の有無			
			単純集計の他、要因や傾向を分析している	内容や件数を単純集計している	集計や分析は行っていない	無回答
全体		1,173 100.0%	92 7.8%	512 43.6%	548 46.7%	21 1.8%
種別	政令指定都市・中核市	68 100.0%	18 26.5%	42 61.8%	8 11.8%	0 0.0%
	その他の市・特別区	600 100.0%	53 8.8%	322 53.7%	222 37.0%	3 0.5%
	町・村	491 100.0%	21 4.3%	137 27.9%	315 64.2%	18 3.7%
	広域連合	14 100.0%	0 0.0%	11 78.6%	3 21.4%	0 0.0%

## (2) 介護事故情報の活用状況

介護事故情報の活用状況は「事故報告を提出した施設に対して指導や支援を行う」、  
「他の施設の実地指導や助言のために活用する」がそれぞれ 39.6%であった。

図表 3-2-67 介護事故情報の活用状況（複数回答）（回答件数 1,173）



図表 3-2-68 介護事故情報の活用状況（市区町村種別）

	合計	介護事故情報の活用状況							
		事故報告を提出した施設に対して指導や支援を行う	他の施設の実地指導や助言のために活用する	施設向け研修や施設との連絡会議等で活用する	市区町村独自のマニュアル等に反映している	活用していない	その他	無回答	
全体	1,173 100.0%	465 39.6%	464 39.6%	135 11.5%	6 0.5%	360 30.7%	60 5.1%	26 2.2%	
種別	政令指定都市・中核市	68 100.0%	43 63.2%	41 60.3%	15 22.1%	2 2.9%	7 10.3%	8 11.8%	0 0.0%
	その他の市・特別区	600 100.0%	263 43.8%	301 50.2%	84 14.0%	1 0.2%	136 22.7%	33 5.5%	3 0.5%
	町・村	491 100.0%	155 31.6%	115 23.4%	34 6.9%	3 0.6%	215 43.8%	17 3.5%	23 4.7%
	広域連合	14 100.0%	4 28.6%	7 50.0%	2 14.3%	0 0.0%	2 14.3%	2 14.3%	0 0.0%

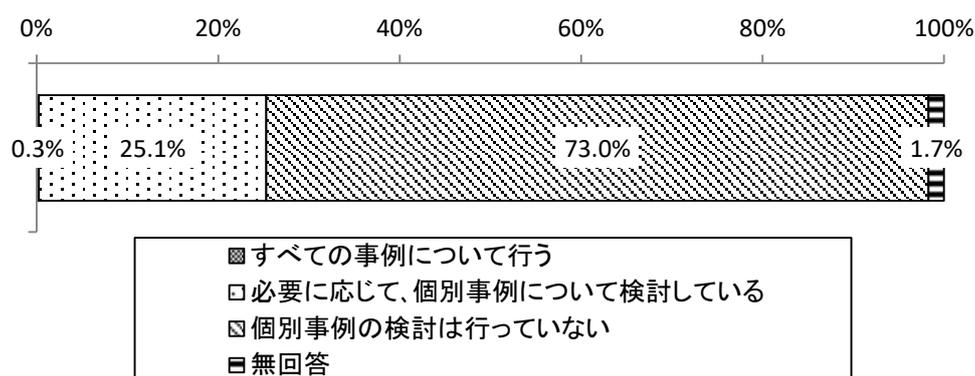
## 2. 介護事故が発生した場合の施設への対応

### (1) 個別事例について検証をする会議等

#### ① 会議等の有無

個別事例について検証をする会議等の有無は「個別事例の検討は行っていない」が73.0%であり、「必要に応じて、個別事例について検討している」が25.1%であった。

図表 3-2-69 個別事例について検証をする会議等の有無(回答件数 1,173)



図表 3-2-70 個別事例について検証をする会議等の有無（市区町村種別）

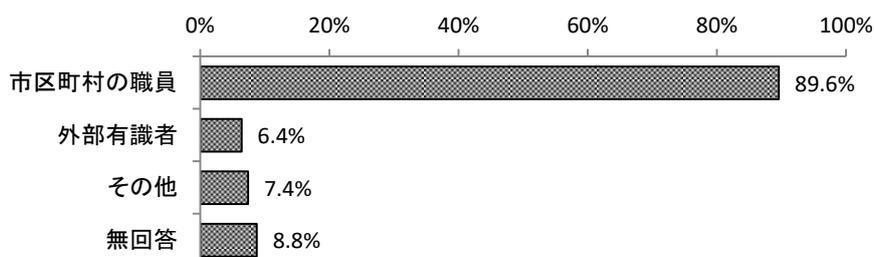
		合計	個別事例について検証をする会議等の有無			
			すべての事例について行う	必要に応じて、個別事例について検討している	個別事例の検討は行っていない	無回答
全体		1,173 100.0%	3 0.3%	294 25.1%	856 73.0%	20 1.7%
種別	政令指定都市・中核市	68 100.0%	0 0.0%	29 42.6%	39 57.4%	0 0.0%
	その他の市・特別区	600 100.0%	2 0.3%	148 24.7%	447 74.5%	3 0.5%
	町・村	491 100.0%	1 0.2%	114 23.2%	359 73.1%	17 3.5%
	広域連合	14 100.0%	0 0.0%	3 21.4%	11 78.6%	0 0.0%

## ② 会議等のメンバー

個別事例を検証する会議等を「すべての事例について行う」または「必要に応じて検討している」と回答した市区町村における、会議等のメンバーは「市区町村の職員」が89.6%であり、「その他」が7.4%であった。

「その他」のメンバーは、「当該施設職員」、「都道府県の職員」等であった。

図表 3-2-71 会議等のメンバー（複数回答）（回答件数 297）



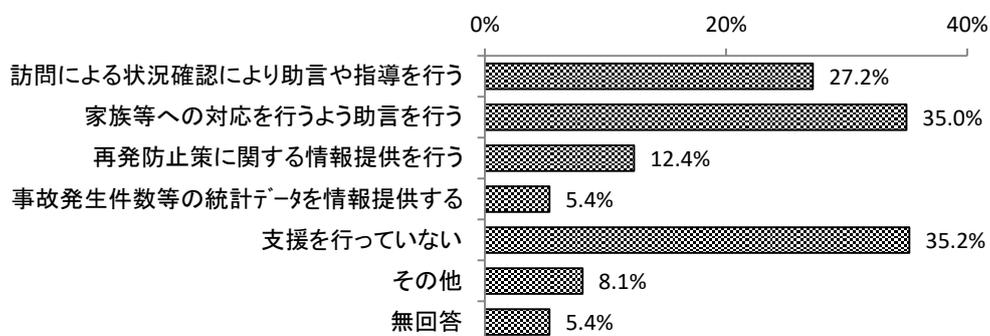
図表 3-2-72 会議等のメンバー（市区町村種別）

		会議等のメンバー				
		合計	市区町村の職員	外部有識者	その他	無回答
全体		297 100.0%	266 89.6%	19 6.4%	22 7.4%	26 8.8%
種別	政令指定都市・中核市	29 100.0%	28 96.6%	0 0.0%	1 3.4%	0 0.0%
	その他の市・特別区	150 100.0%	134 89.3%	7 4.7%	11 7.3%	14 9.3%
	町・村	115 100.0%	101 87.8%	12 10.4%	9 7.8%	12 10.4%
	広域連合	3 100.0%	3 100.0%	0 0.0%	1 33.3%	0 0.0%

## (2) 施設への支援の内容

施設への支援の内容は「支援を行っていない」が 35.2%であり、「家族等への対応を行うよう助言を行う」が 35.0%であった。

図表 3-2-73 施設への支援の内容（複数回答）（回答件数 1,173）



図表 3-2-74 施設への支援の内容（市区町村種別）

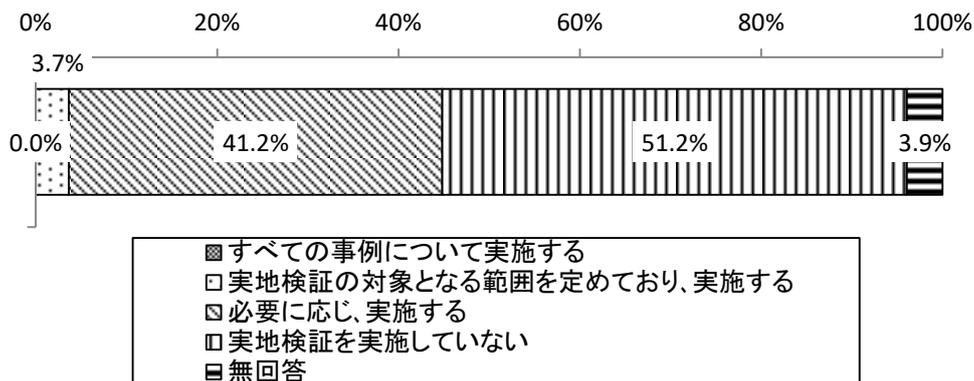
		施設への支援の内容							
		合計	訪問による状況確認により助言や指導を行う	家族等への対応を行うよう助言を行う	再発防止策に関する情報提供を行う	事故発生件数等の統計データを情報提供する	支援を行っていない	その他	無回答
全体		1,173 100.0%	319 27.2%	410 35.0%	145 12.4%	63 5.4%	413 35.2%	95 8.1%	63 5.4%
種別	政令指定都市・中核市	68 100.0%	35 51.5%	39 57.4%	14 20.6%	10 14.7%	11 16.2%	7 10.3%	0 0.0%
	その他の市・特別区	600 100.0%	173 28.8%	241 40.2%	82 13.7%	46 7.7%	177 29.5%	53 8.8%	24 4.0%
	町・村	491 100.0%	108 22.0%	126 25.7%	48 9.8%	5 1.0%	219 44.6%	34 6.9%	39 7.9%
	広域連合	14 100.0%	3 21.4%	4 28.6%	1 7.1%	2 14.3%	6 42.9%	1 7.1%	0 0.0%

### (3) 実地検証

#### ① 実地検証の有無

実地検証の有無は「実地検証を実施していない」が 51.2%であり、「必要に応じ、実施する」が 41.2%であった。

図表 3-2-75 実地検証の有無(回答件数 1,173)



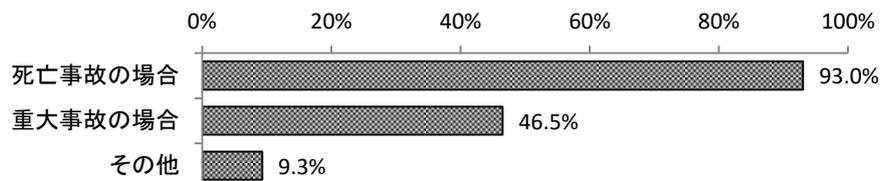
図表 3-2-76 実地検証の有無（市区町村種別）

		合計	実地検証の有無				
			すべての事例について実施する	実地検証の対象となる範囲を定めており、実施する	必要に応じ、実施する	実地検証を実施していない	無回答
全体		1,173 100.0%	0 0.0%	43 3.7%	483 41.2%	601 51.2%	46 3.9%
種別	政令指定都市・中核市	68 100.0%	0 0.0%	6 8.8%	38 55.9%	24 35.3%	0 0.0%
	その他の市・特別区	600 100.0%	0 0.0%	26 4.3%	266 44.3%	290 48.3%	18 3.0%
	町・村	491 100.0%	0 0.0%	11 2.2%	173 35.2%	279 56.8%	28 5.7%
	広域連合	14 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	6 42.9%	8 57.1%	0 0.0%

## ② 実地検証の対象範囲

「実地検証の対象となる範囲を定めており、実施する」と回答した市区町村における実地検証の対象範囲は、「死亡事故の場合」が 93.0%であり、「重大事故の場合」が 46.5%であった。

図表 3-2-77 実地検証の対象範囲（複数回答）（回答件数 43）

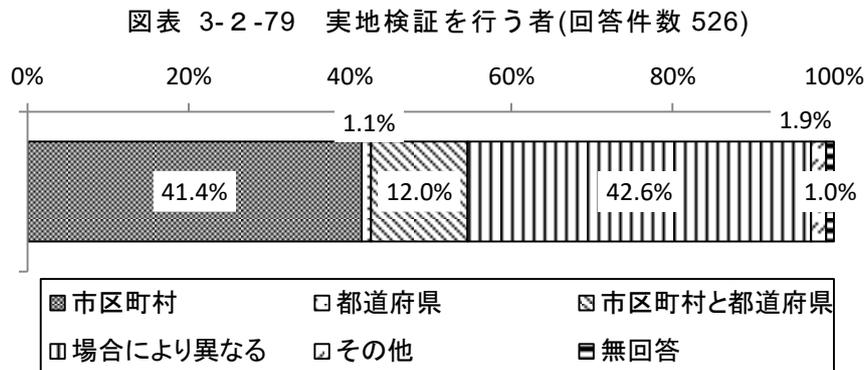


図表 3-2-78 実地検証の対象範囲（市区町村種別）

		実地検証の対象範囲				
		合計	死亡事故の場合	重大事故の場合	その他	無回答
全体		43 100.0%	40 93.0%	20 46.5%	4 9.3%	0 0.0%
種別	政令指定都市・中核市	6 100.0%	6 100.0%	2 33.3%	0 0.0%	0 0.0%
	その他の市・特別区	26 100.0%	25 96.2%	9 34.6%	3 11.5%	0 0.0%
	町・村	11 100.0%	9 81.8%	9 81.8%	1 9.1%	0 0.0%
	広域連合	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

### ③ 実地検証を行う者

実地検証について、「実地検証の対象となる範囲を定めており、実施する」(43 市区町村)、「必要に応じ、実施する」(483 市区町村)のいずれかを回答した市区町村(計 526 市区町村)において実地検証を行う者は、「場合により異なる」が 42.6%であり、「市区町村」が 41.4%であった。



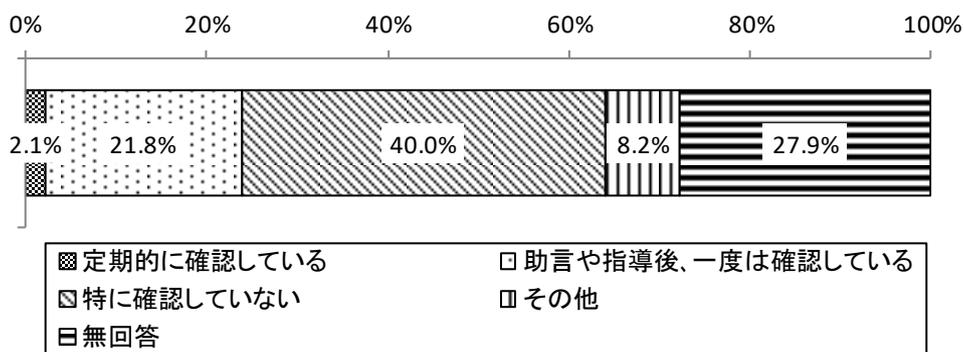
図表 3-2-80 実地検証を行う者(市区町村種別)

		合計	実地検証を行う者					
			市区町村	都道府県	市区町村と都道府県	場合により異なる	その他	無回答
全体		526 100.0%	218 41.4%	6 1.1%	63 12.0%	224 42.6%	10 1.9%	5 1.0%
種別	政令指定都市・中核市	44 100.0%	40 90.9%	0 0.0%	0 0.0%	4 9.1%	0 0.0%	0 0.0%
	その他の市・特別区	292 100.0%	104 35.6%	3 1.0%	39 13.4%	136 46.6%	6 2.1%	4 1.4%
	町・村	184 100.0%	73 39.7%	3 1.6%	23 12.5%	80 43.5%	4 2.2%	1 0.5%
	広域連合	6 100.0%	1 16.7%	0 0.0%	1 16.7%	4 66.7%	0 0.0%	0 0.0%

#### (4) 再発防止の取組が行われているかの確認

施設への支援や実施検証を行っている場合、当該施設において再発防止の取組が行われているかの確認は、「特に確認していない」が40.0%であり、「助言や指導後、一度は確認している」が21.8%であった。

図表 3-2-81 再発防止の取組が行われているかの確認(回答件数 854)



図表 3-2-82 再発防止の取組が行われているかの確認（市区町村種別）

	合計	再発防止の取組が行われているかの確認				
		定期的 に確認 している	助言や 指導後、 一度は 確認し ている	特に確 認して いない	その他	無回答
全体	854 100.0%	18 2.1%	186 21.8%	342 40.0%	70 8.2%	238 27.9%
種別						
政令指定都市・中核市	60 100.0%	4 6.7%	23 38.3%	20 33.3%	6 10.0%	7 11.7%
その他の市・特別区	468 100.0%	8 1.7%	109 23.3%	182 38.9%	50 10.7%	119 25.4%
町・村	315 100.0%	5 1.6%	53 16.8%	134 42.5%	14 4.4%	109 34.6%
広域連合	11 100.0%	1 9.1%	1 9.1%	6 54.5%	0 0.0%	3 27.3%

## 第3章 都道府県票の結果

### 第1節 都道府県の概要

#### 1. 都道府県内の施設数

都道府県に所在する施設数は、介護老人福祉施設は平均 212.0 件、介護老人保健施設は平均 89.2 件であった。

図表 3-3-1 都道府県内の施設数

	回答 都道府県数	合計値 (件)	平均値 (件)
介護老人福祉施設数 (地域密着型を含む)	46	9,752	212.0
介護老人保健施設数	46	4,105	89.2

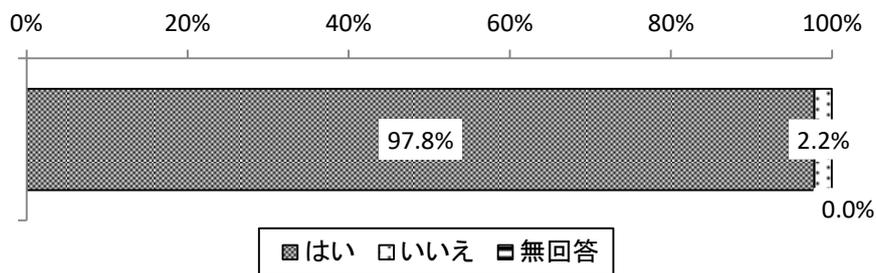
## 第2節 都道府県内の介護老人福祉施設・介護老人保健施設での事故情報の収集状況

### 1. 都道府県内の施設で発生した事故情報の収集状況

#### (1) 事故情報収集の有無

都道府県内の施設で発生した事故情報の収集状況については、「はい(収集している)」が97.8%であった。

図表 3-3-2 都道府県内の施設で発生した事故情報の収集状況(回答件数 46)



事故情報の収集の理由を自由記載でたずねたところ、「事故防止の取組みへの支援・促進等を図るため」、「事故情報を把握し、実地指導への活用を図るため」等があげられた。

図表 3-3-3 事故情報の収集の理由(自由記載、抜粋)

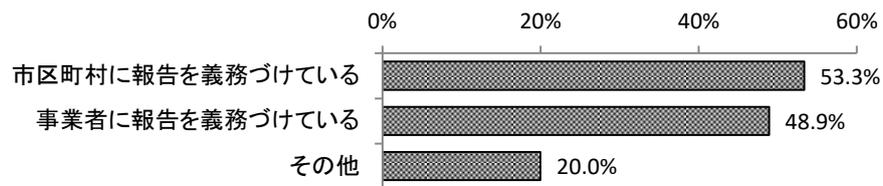
自由記載抜粋
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 事故防止の取組みへの支援・促進等を図るため</li> <li>● 事故の発生の把握及びその再発を防止するため</li> <li>● 基準条例に「事故が発生した場合は速やかに市町村・入所者の家族等に連絡を行う」とあり、等に県が含まれると解釈しているため</li> <li>● 事故情報を把握し、実地指導への活用を図るため</li> <li>● 指定基準に違反する恐れがあると判断される事案を把握するため。</li> <li>● 消費者安全法により地方公共団体から消費者庁への通知が義務付けられたため</li> <li>● 利用者の利益保護・事案の速やかな収束</li> </ul>

## (2) 事故情報の収集方法

事故情報を収集していると回答した都道府県における、事故情報の収集方法は「市区町村に報告を義務づけている」が 53.3%であり、「事業者に報告を義務づけている」が 48.9%であった。

「その他」の主な内容は、「市区町村から任意で受領している」等であった。

図表 3-3-4 事故情報の収集方法（複数回答）（回答件数 45）



## 2. 市区町村から都道府県への報告

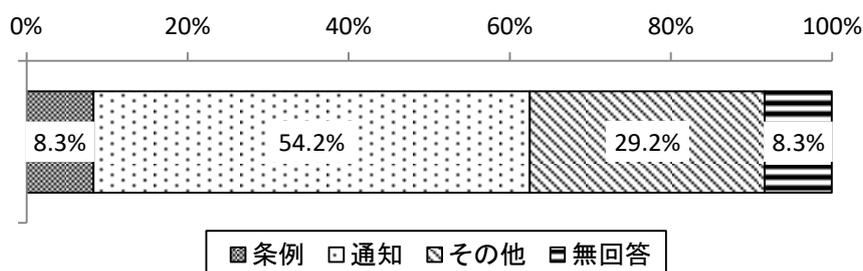
市区町村に報告を義務づけていると回答した 24 都道府県における市区町村から都道府県への報告の詳細は、以下の通りであった。

### (1) 報告の根拠

市区町村に報告を義務づけている根拠は「通知」が 54.2%であり、「その他」が 29.2%であった。

「その他」の主な内容は、「マニュアル」、「要領」等であった。

図表 3-3-5 【市区町村からの報告】報告を義務づけている根拠(回答件数 24)

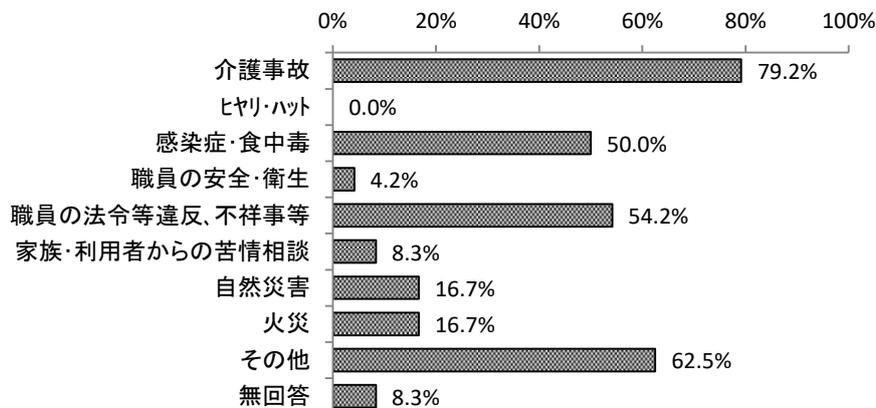


### (2) 市区町村に報告を求めている事故

市区町村に報告を求めている事故は「介護事故」が 79.2%であり、「その他」が 62.5%であった。

「その他」の主な内容は、「報告が必要と認められる事故」、「身体拘束や虐待が原因となっていると思われるもの」等であった。

図表 3-3-6 【市区町村からの報告】報告を求めている事故（複数回答）(回答件数 24)

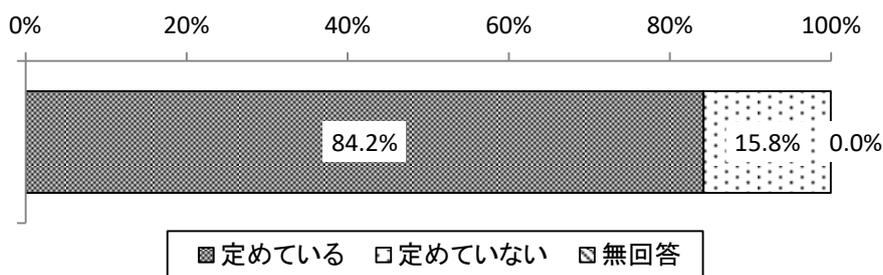


### (3) 市区町村から都道府県への報告内容等

#### ① 介護事故の範囲の定め

介護事故について、都道府県が市区町村に報告を求めている場合、市区町村が都道府県へ報告する介護事故の範囲について、「定めている」が 84.2%であった。

図表 3-3-7 【市区町村からの報告】都道府県へ報告する介護事故の範囲の定め(回答件数 19)

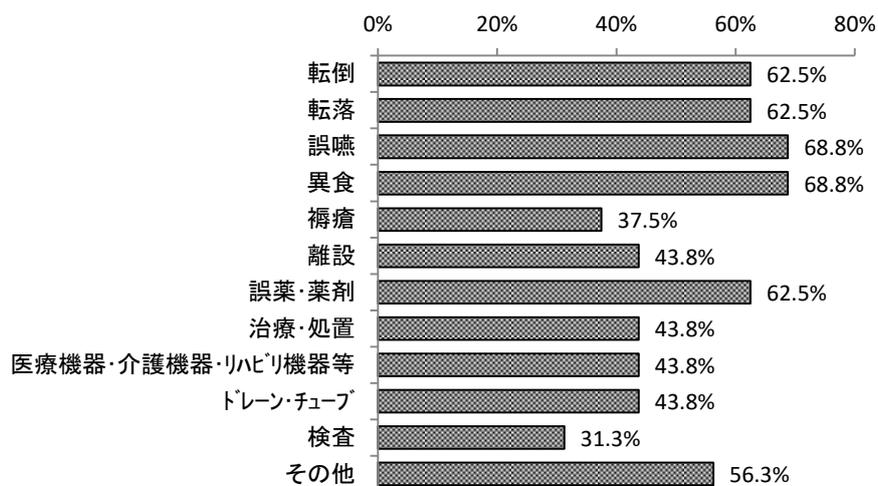


#### ② 報告対象とする介護介護事故の種別

市区町村から都道府県へ報告する介護事故の範囲を「定めている」とした都道府県における報告対象の介護事故の種別は、「誤嚥」、「異食」がそれぞれ 68.8%であった。

「その他」の主な内容は、「なし（事故の種別について、特に定められていない）」等であった。

図表 3-3-8 【市区町村からの報告】報告対象の事故の種別（複数回答）(回答件数 16)



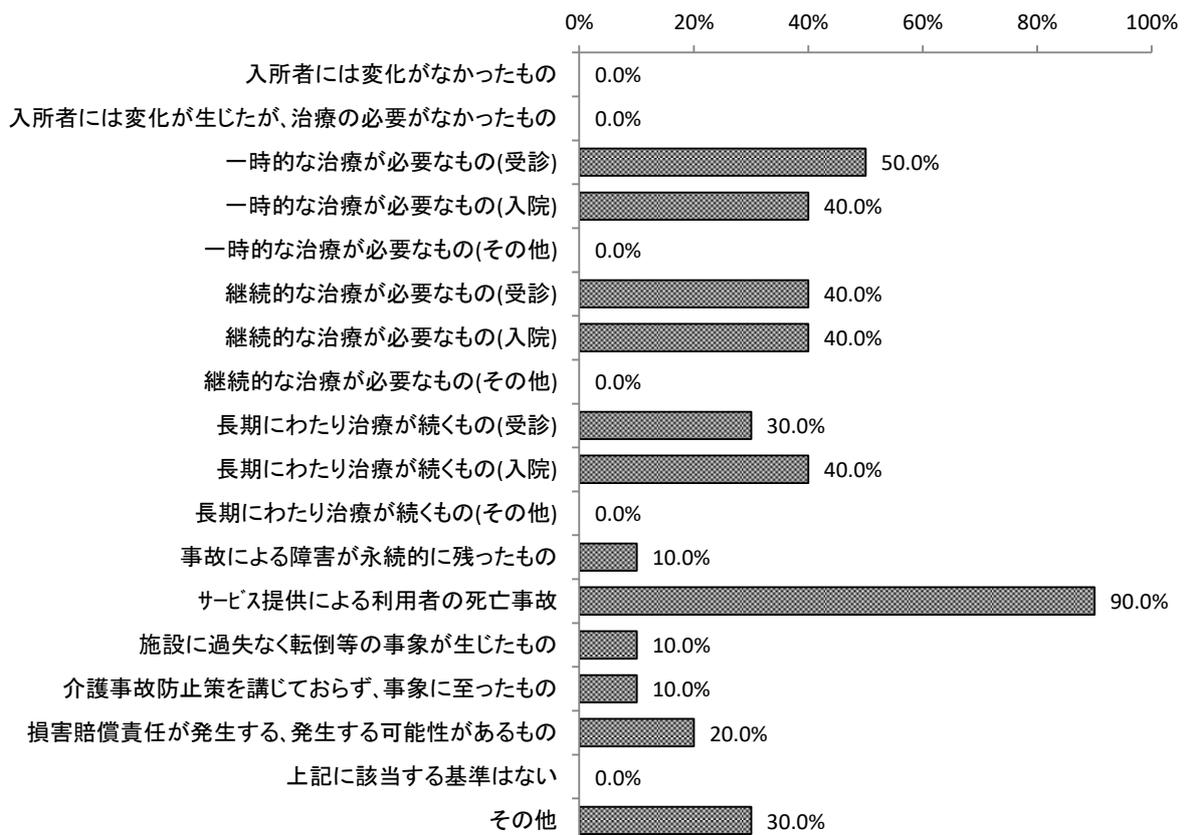
### ③ 事故種別ごとの報告対象とする被害状況の範囲

報告対象とする事故の定めがある場合、事故種別ごとの報告対象とする被害状況の範囲は、以下の通りであった。

#### 1) 転倒

転倒は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 0.0%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 50.0%であった。

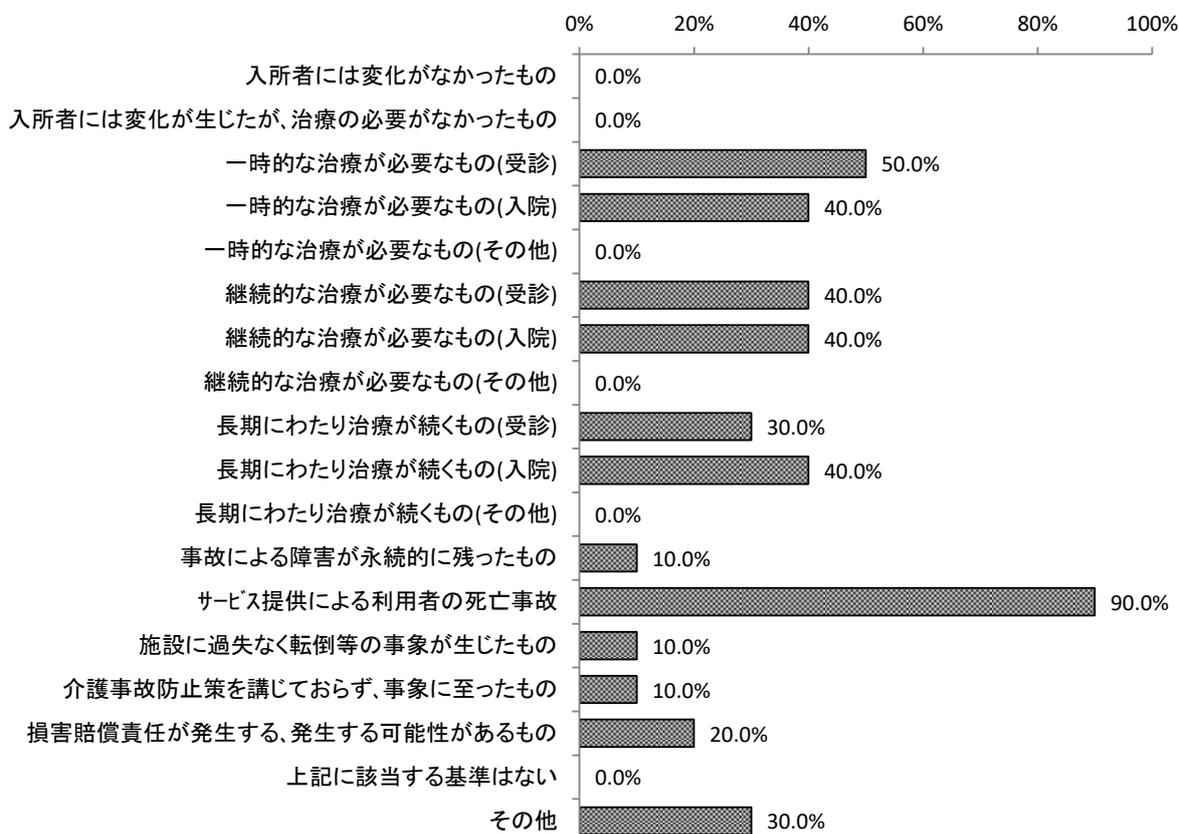
図表 3-3-9 【市区町村からの報告】被害状況の範囲：転倒（複数回答）（回答件数 10）



## 2) 転落

転落は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 0.0%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 50.0%であった。

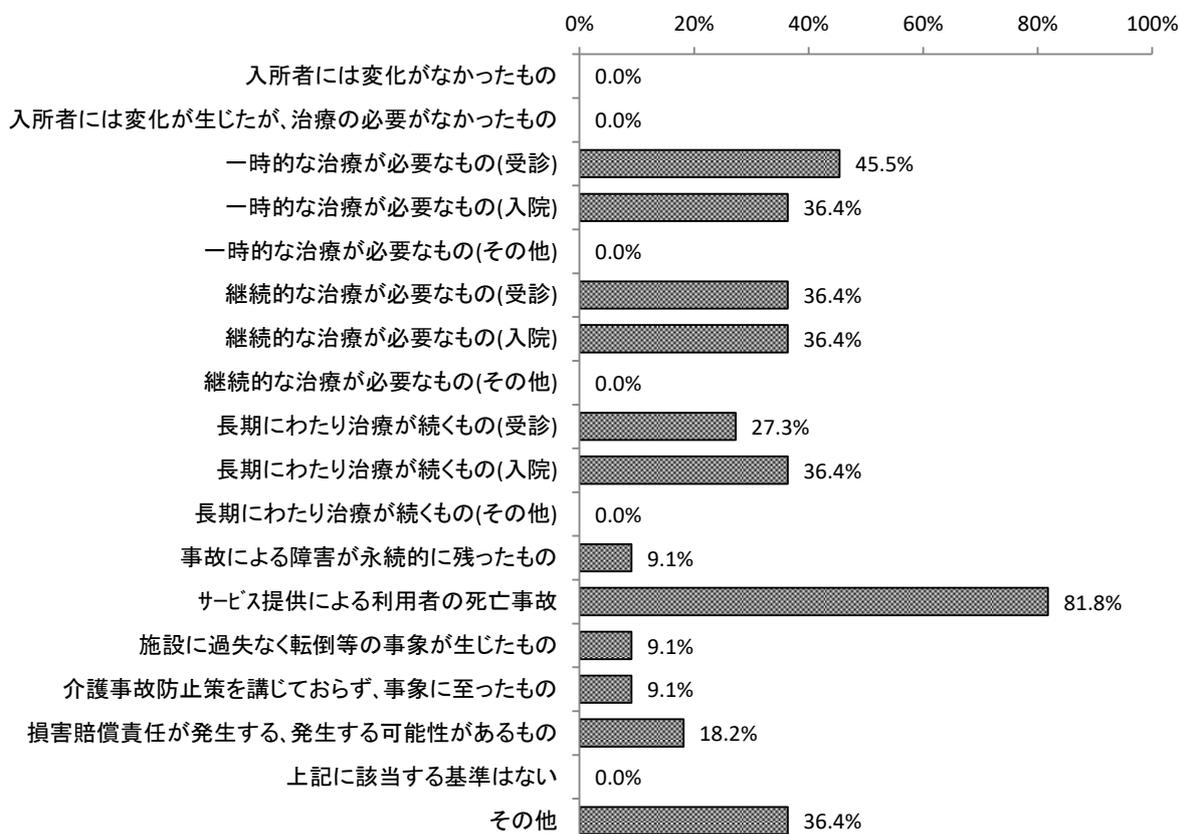
図表 3-3-10 【市区町村からの報告】被害状況の範囲：転落（複数回答）（回答件数 10）



### 3) 誤嚥

誤嚥は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 0.0%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 45.5%であった。

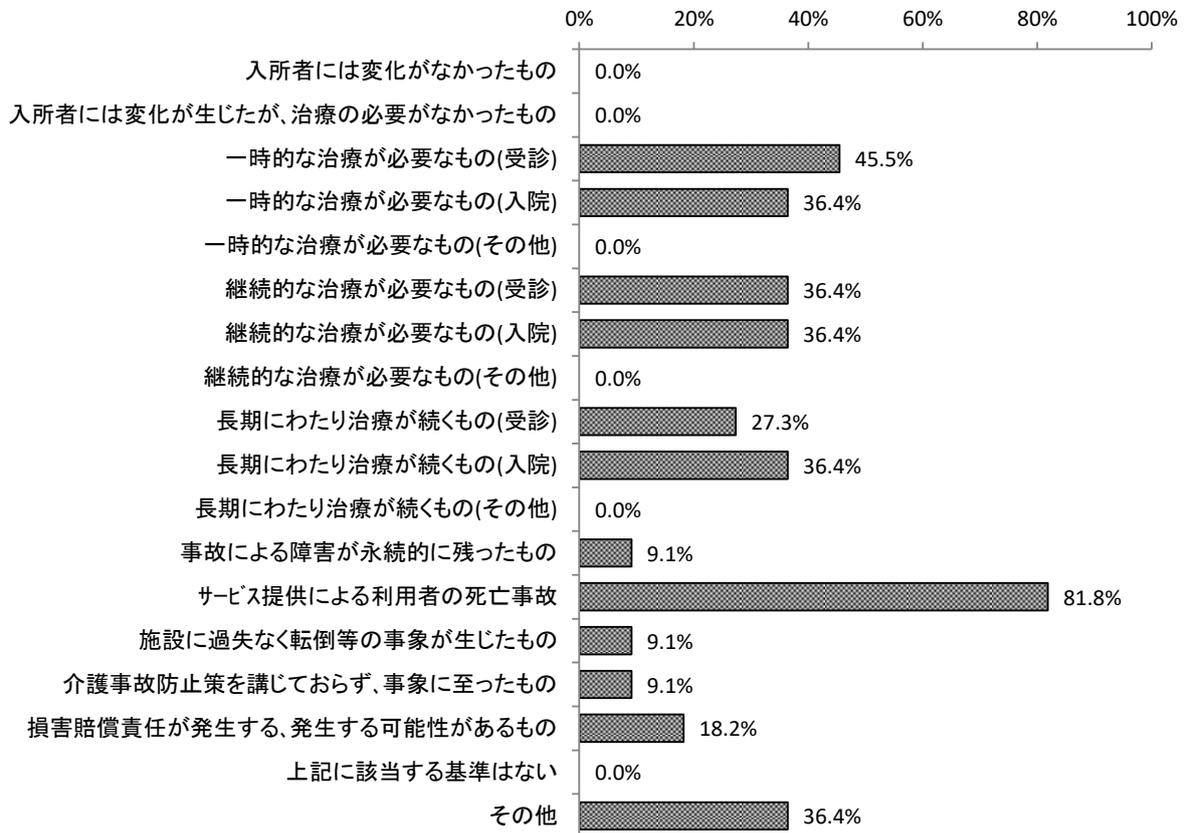
図表 3-3-11 【市区町村からの報告】被害状況の範囲：誤嚥（複数回答）（回答件数 11）



#### 4) 異食

異食は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 0.0%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 45.5%であった。

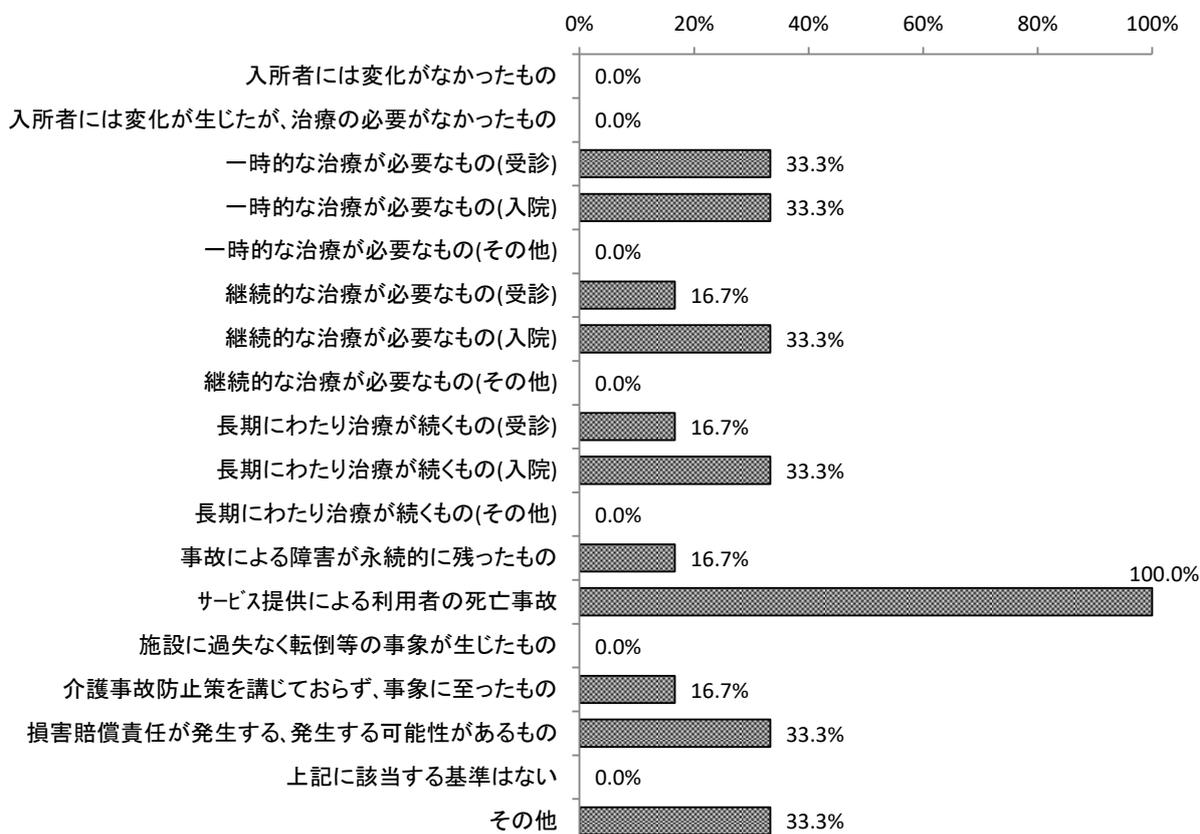
図表 3-3-12 【市区町村からの報告】被害状況の範囲：異食（複数回答）（回答件数 11）



## 5) 褥瘡

褥瘡は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 0.0%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 33.3%であった。

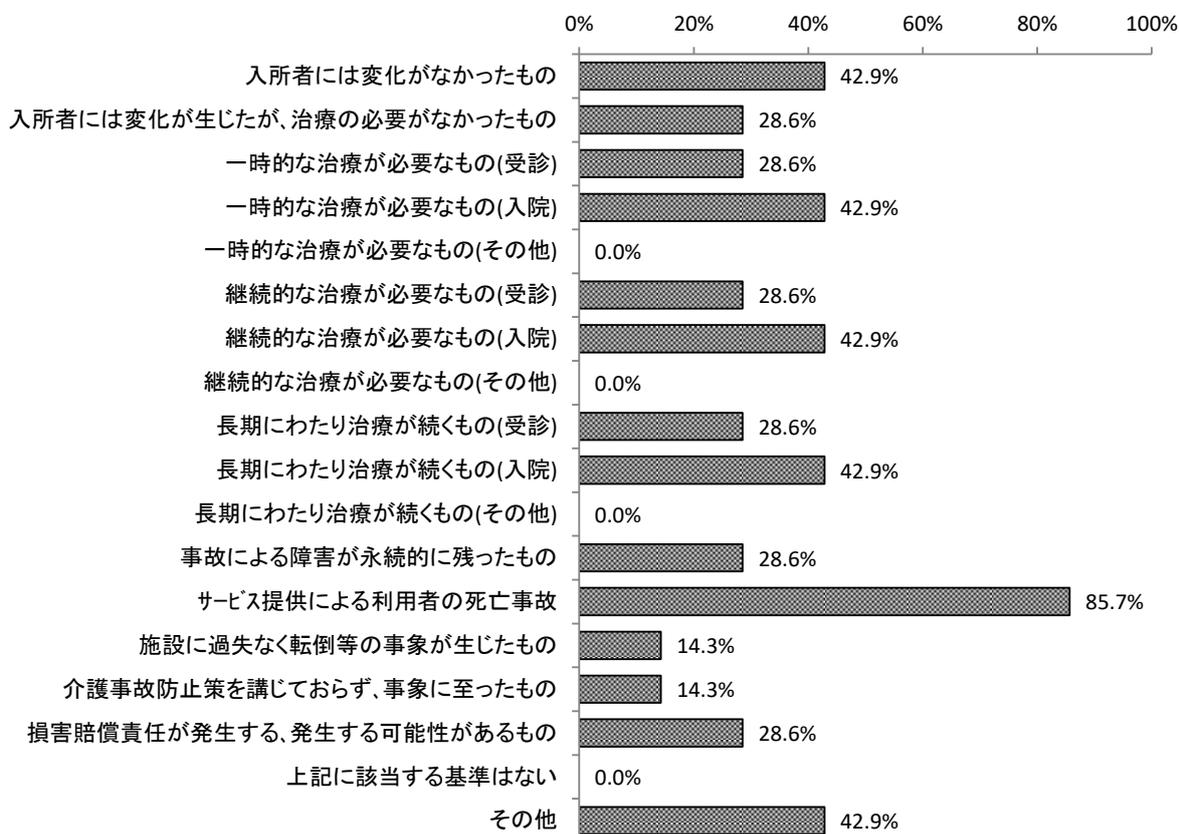
図表 3-3-13 【市区町村からの報告】被害状況の範囲：褥瘡（複数回答）(回答件数 6)



## 6) 離設

離設は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 28.6%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 28.6%であった。

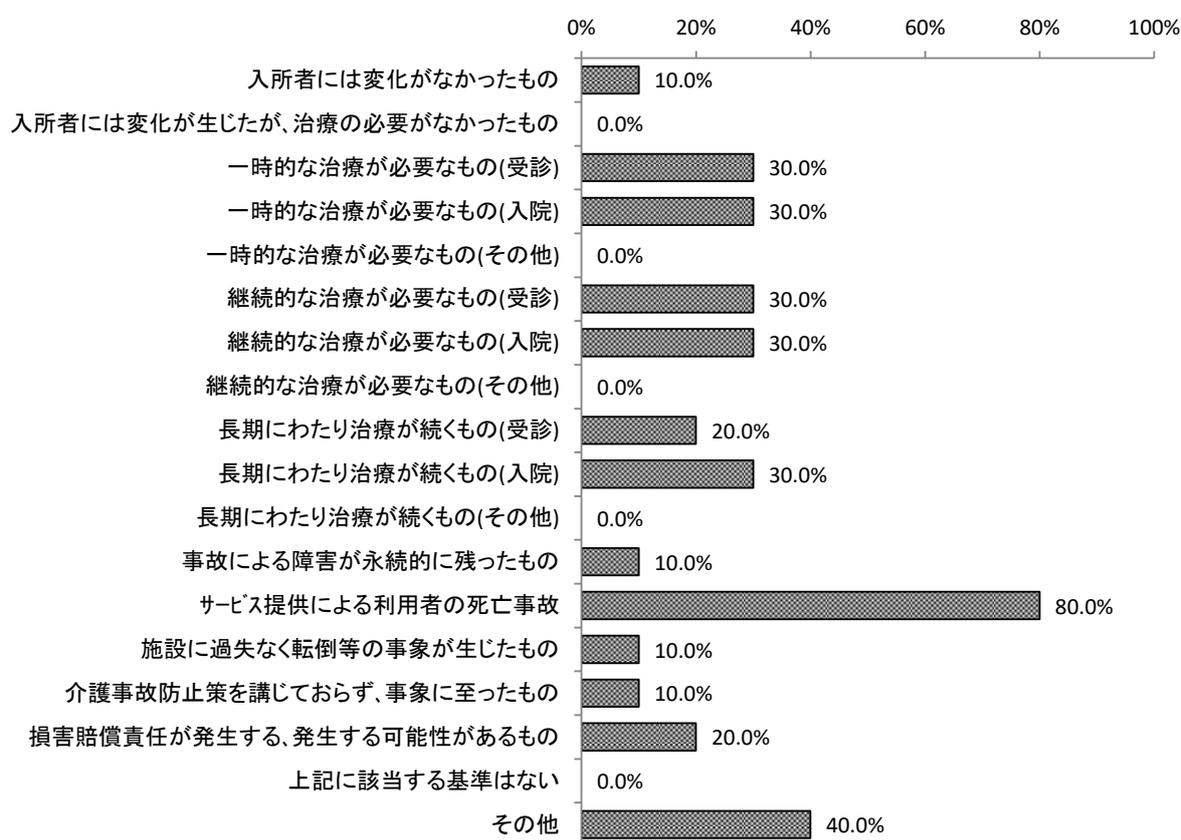
図表 3-3-14 【市区町村からの報告】被害状況の範囲：離設（複数回答）（回答件数 7）



## 7) 誤薬・薬剤

誤薬・薬剤は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 0.0%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 30.0%であった。

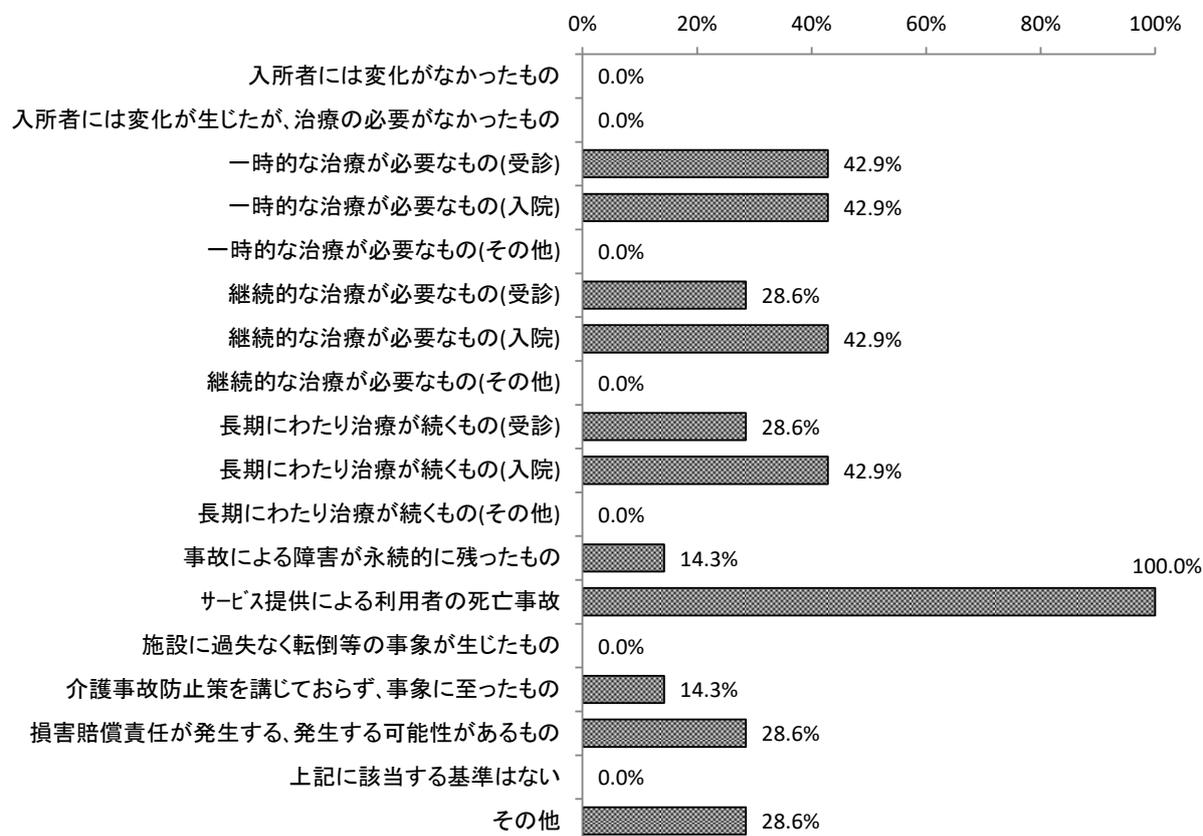
図表 3-3-15 【市区町村からの報告】被害状況の範囲：誤薬・薬剤（複数回答）（回答件数 10）



## 8) 治療・処置

治療・処置は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 0.0%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 42.9%であった。

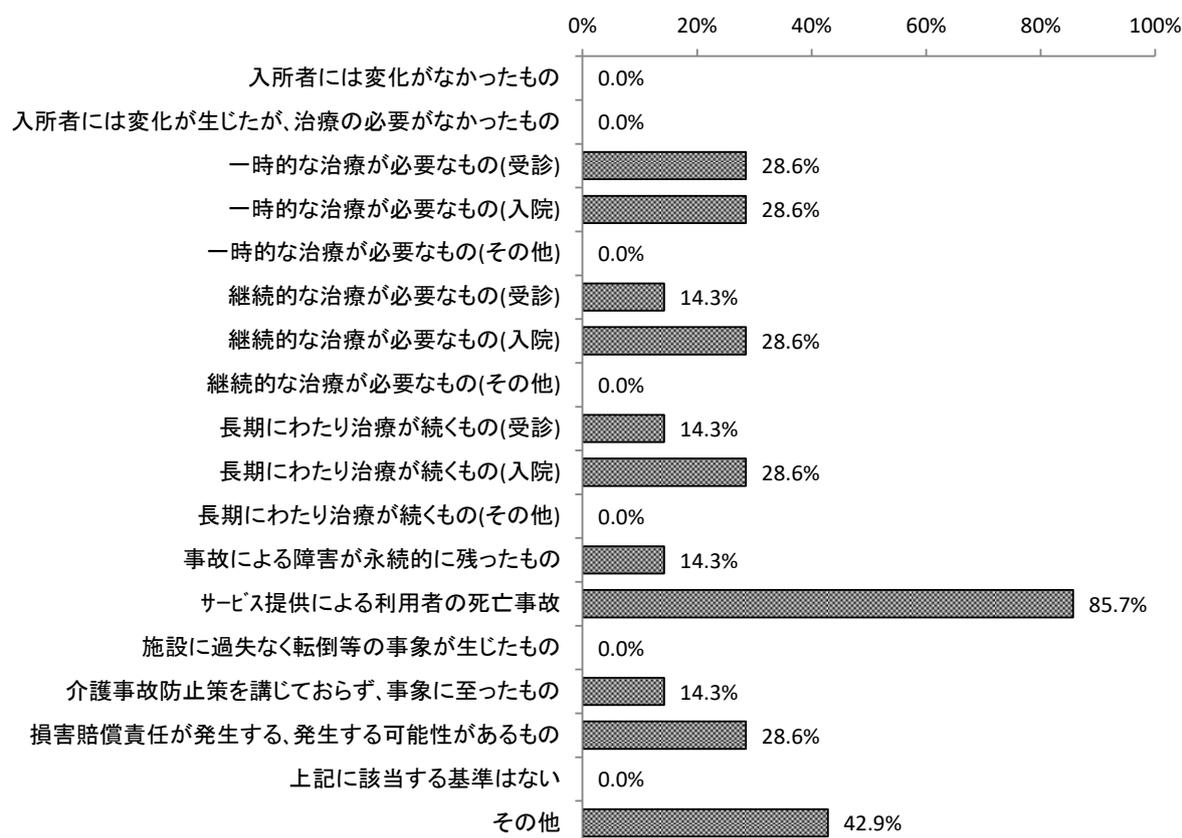
図表 3-3-16 【市区町村からの報告】被害状況の範囲：治療・処置（複数回答）（回答件数 7）



### 9) 医療機器・介護機器・リハビリ機器等

医療機器・介護機器・リハビリ機器等は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が0.0%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が28.6%であった。

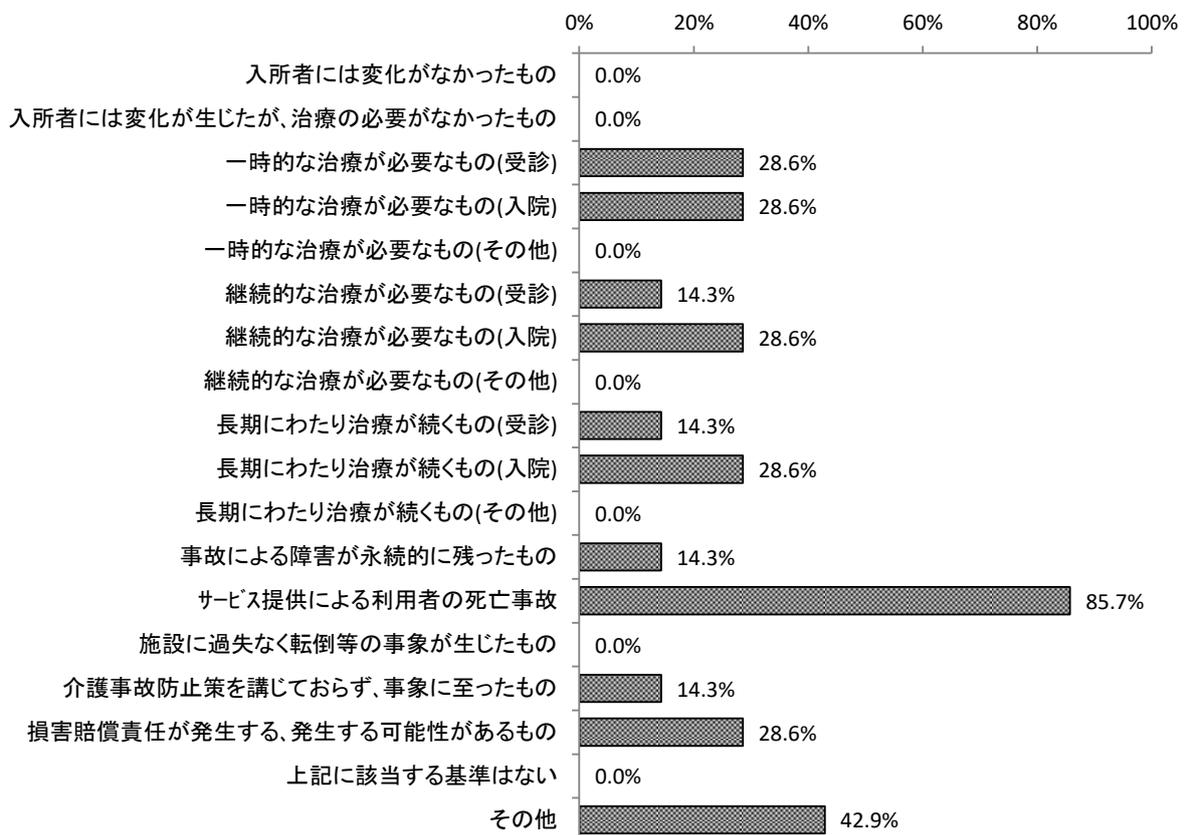
図表 3-3-17 【市区町村からの報告】被害状況の範囲：医療機器・介護機器・リハビリ機器等（複数回答）（回答件数 7）



## 10) ドレーン・チューブ

ドレーン・チューブは「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が0.0%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が28.6%であった。

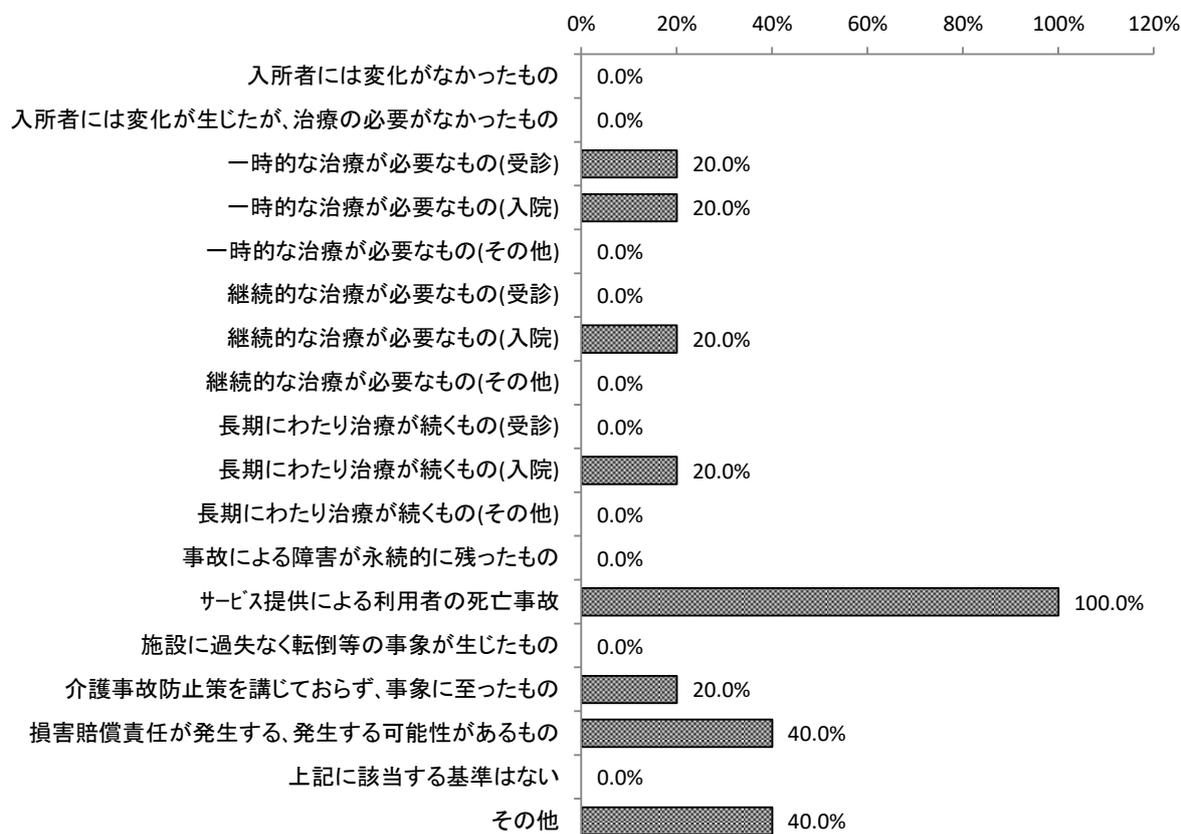
図表 3-3-18 【市区町村からの報告】被害状況の範囲：ドレーン・チューブ（複数回答）  
(回答件数 7)



## 11) 検査

検査は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 0.0%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 20.0%であった。

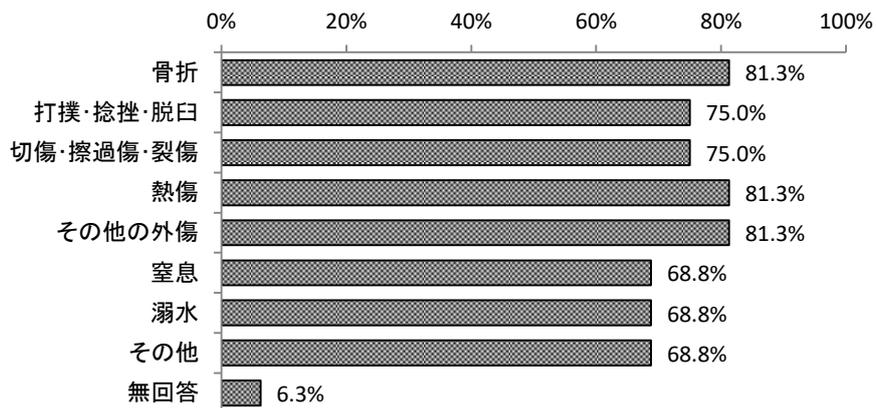
図表 3-3-19 【市区町村からの報告】被害状況の範囲：検査（複数回答）（回答件数 5）



#### ④ 市区町村からの報告対象とする事故の被害の種類

市区町村からの報告対象とする事故の被害の種類は「骨折」、「熱傷」、「その他の外傷」がそれぞれ 81.3%であった。

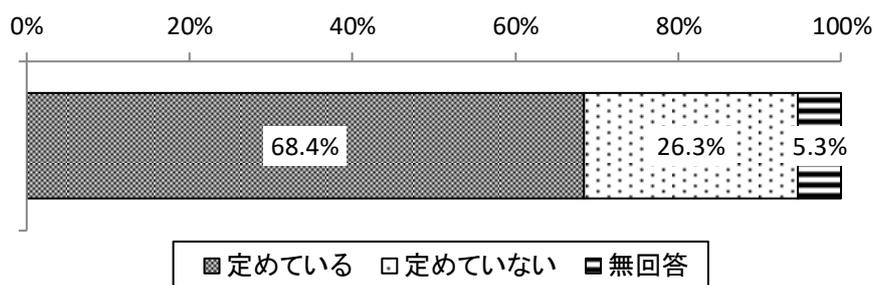
図表 3-3-20 【市区町村からの報告】報告対象とする事故の被害の種類（複数回答）（回答件数 16）



#### (4) 市区町村からの報告様式・書式の定め

市区町村から都道府県への報告様式・書式の定めは、「定めている」が 68.4%であった。

図表 3-3-21 【市区町村からの報告】報告様式・書式の定め(回答件数 19)

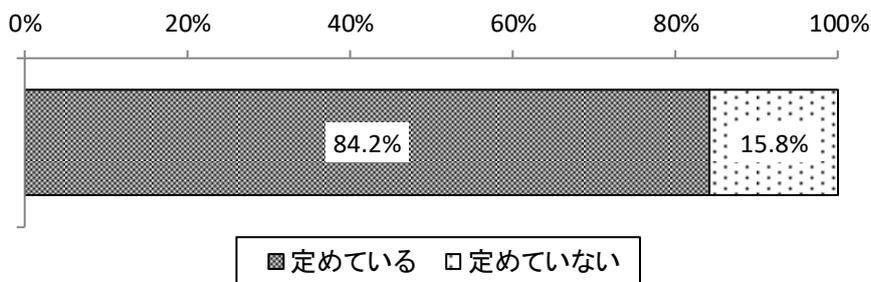


## (5) 市区町村に報告を求める項目

### ① 報告を求める項目の定め

市区町村に報告を求める項目は、「定めている」が84.2%であった。

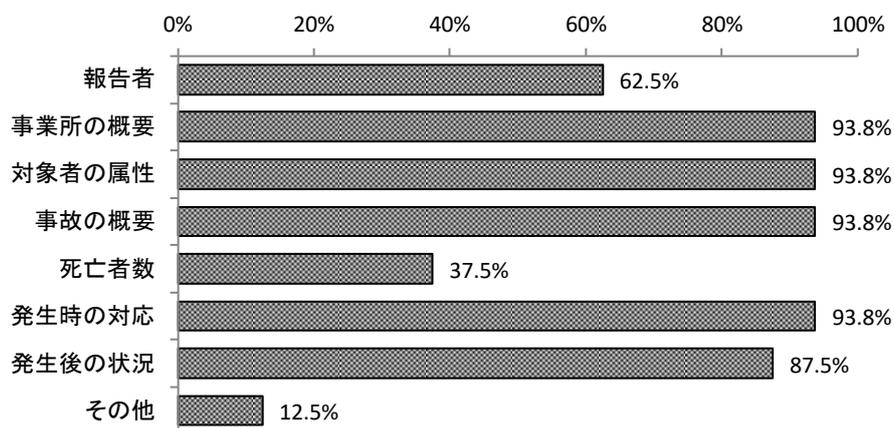
図表 3-3-22 【市区町村からの報告】報告を求める項目の定め(回答件数 19)



### ② 報告を定めている項目

市区町村に報告を求める項目を「定めている」と回答した17都道府県において、市区町村からの報告を定めている項目は「事業所の概要」、「事故の概要」がそれぞれ93.8%であった。

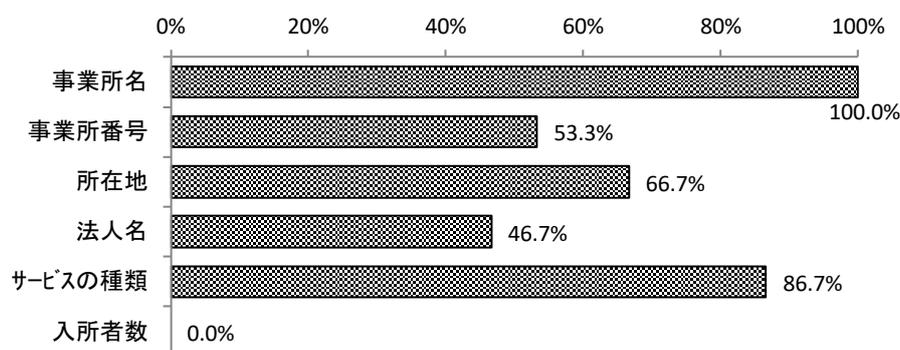
図表 3-3-23 【市区町村からの報告】報告を定めている項目（複数回答）(回答件数 16)



### 1) 事業所の概要について定めている項目

報告を定めている項目が「対象者の属性」の場合、その内容は、「事業所の概要」を報告項目として「定めている」とした都道府県において、市区町村から報告を求めている内容は、「事業所名」が100.0%であり、「サービスの種類」が86.7%であった。

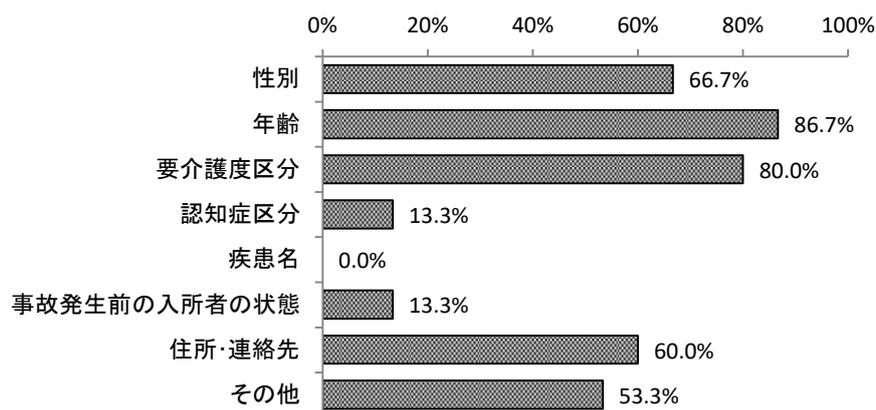
図表 3-3-24 【市区町村からの報告】事業所の概要（複数回答）（回答件数 15）



### 2) 対象者の属性について定めている項目

「対象者の属性」を報告項目として「定めている」とした都道府県において、市区町村から報告を求めている内容は、「年齢」が86.7%であり、「要介護度区分」が80.0%であった。

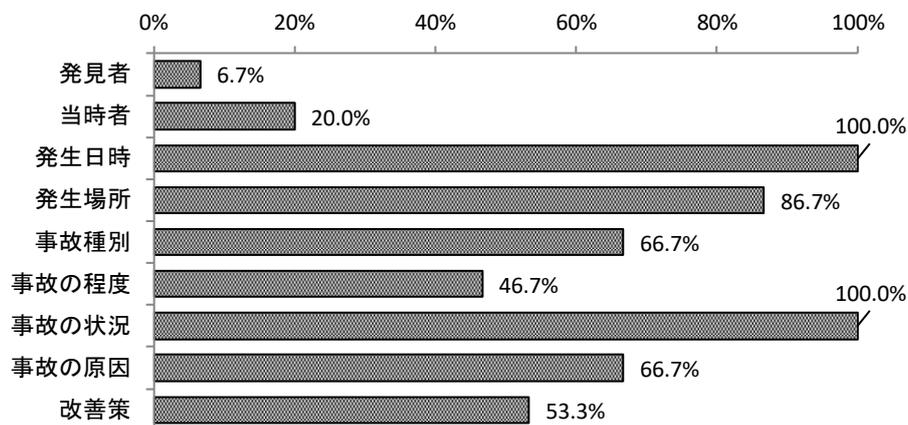
図表 3-3-25 【市区町村からの報告】対象者の属性（複数回答）（回答件数 15）



### 3) 事故の概要について定めている項目

「事故の概要」を報告項目として「定めている」とした都道府県において、市区町村から報告を求めている内容は、「発生日時」、「事故の状況」がそれぞれ 100.0%であった。

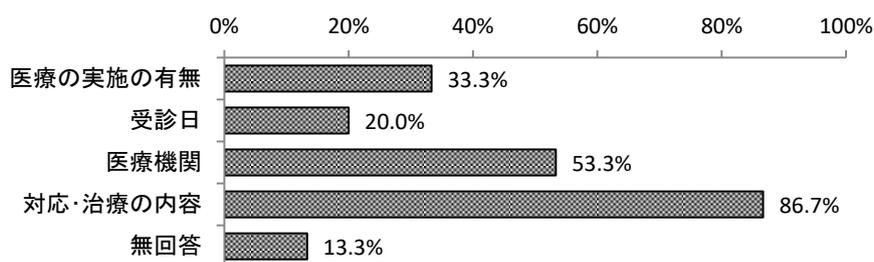
図表 3-3-26 【市区町村からの報告】事故の概要（複数回答）(回答件数 15)



### 4) 発生時の対応について定めている項目

「発生時の対応」を報告項目として「定めている」とした都道府県において、市区町村から報告を求めている内容は、「対応・治療の内容」が 86.7%であり、「医療機関」が 53.3%であった。

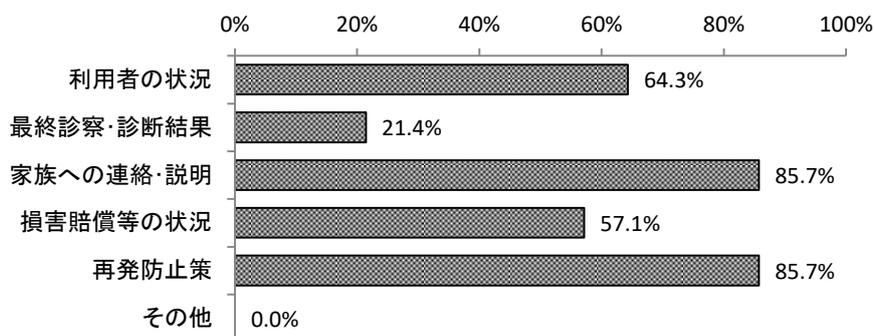
図表 3-3-27 【市区町村からの報告】発生時の対応（複数回答）(回答件数 15)



### 5) 発生後の状況について定めている項目

「発生後の状況」を報告項目として「定めている」とした都道府県において、市区町村から報告を求めている内容は、「家族への連絡・説明」、「再発防止策」がそれぞれ 85.7%であった。

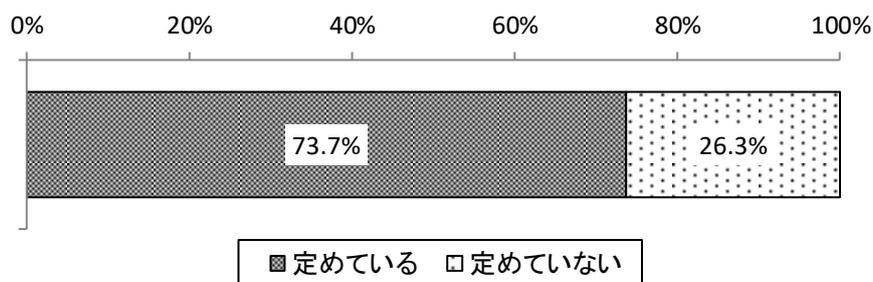
図表 3-3-28 【市区町村からの報告】発生後の状況（複数回答）（回答件数 14）



### (6) 市区町村からの報告手順・要領の定め

市区町村から都道府県への報告手順・要領について、「定めている」が 73.7%であった。

図表 3-3-29 【市区町村からの報告】報告手順・要領の定め(回答件数 19)

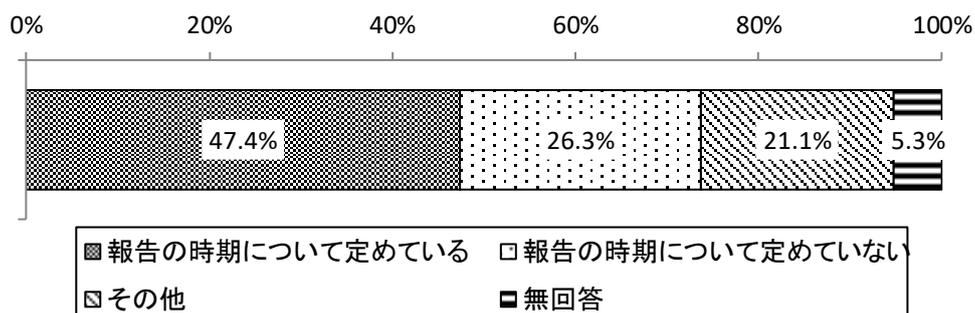


## (7) 報告時期に関するルール

### ① 報告時期に関する定め

介護事故発生後の市区町村から都道府県への報告時期に関する定めについて、「報告の時期について定めている」が47.4%であり、「報告の時期について定めていない」が26.3%であった。

図表 3-3-30 【市区町村からの報告】報告時期に関する定め(回答件数 19)

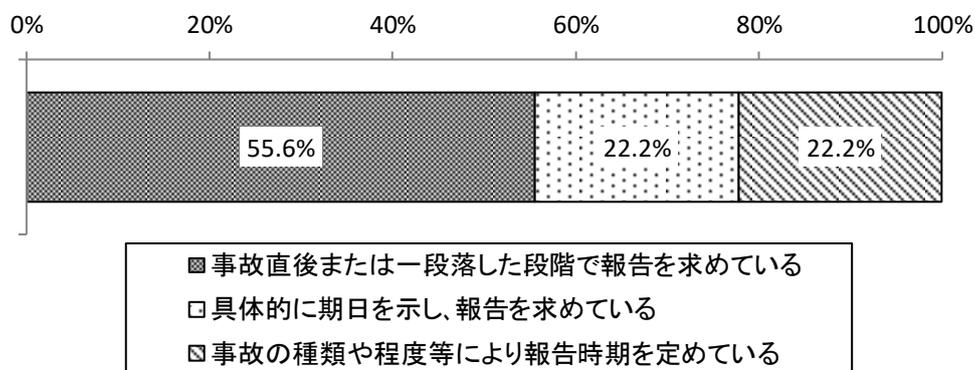


### ② 報告の時期等

#### 1) 報告時期

市区町村からの報告時期について「定めている」とした都道府県における事故報告の時期は、「事故直後または一段落した段階で報告を求めている」が55.6%であり、「事故の種類や程度等により報告時期を定めている」が22.2%であった。

図表 3-3-31 【市区町村からの報告】報告時期について(回答件数 9)



## 2) 具体的に期日を示している場合の期日

「具体的に期日を示し、報告を定めている」と回答した2都道府県うち、報告期日に関する回答があったのは1都道府県であった。当該都道府県における報告期日は、報告回数は1回、期日は10日以内であった。

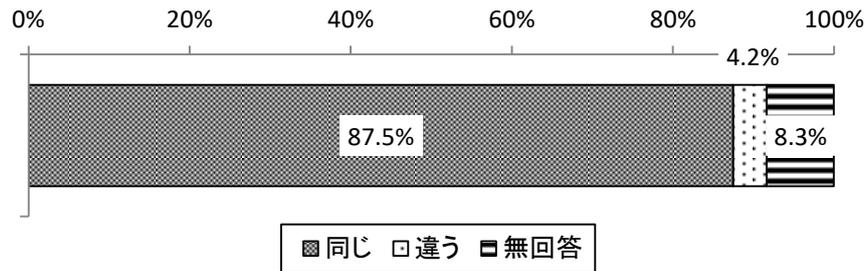
図表 3-3-32 報告が1回の場合の期日

	回答 都道府県数	平均値 (日以内)
報告期日	1	10.0

(8) 介護老人福祉施設と介護老人保健施設の事故について市区町村からの報告を受ける部署

介護老人福祉施設と介護老人保健施設の事故について、市区町村からの報告を受ける部署は「同じ」が 87.5%であった。

図表 3-3-33 【市区町村からの報告】介護老人福祉施設と介護老人保健施設からの報告を受ける部署(回答件数 24)



### 3. 事業者から都道府県への報告

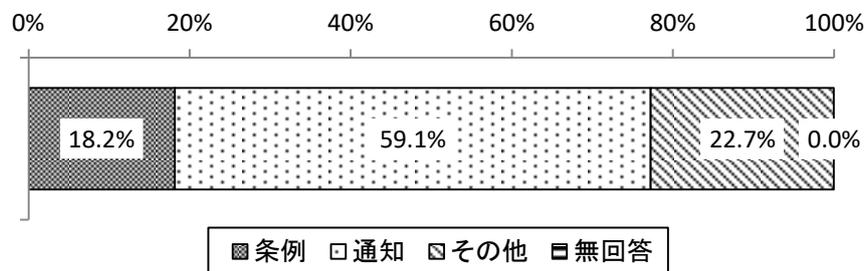
事業者に報告を義務づけていると回答した 22 都道府県における事業者から都道府県への報告の詳細は、以下の通りであった。

#### (1) 報告の根拠

事業者に報告を義務づけている根拠は「通知」が 59.1%であり、「その他」が 22.7%であった。

「その他」の主な内容は、「介護保険事業者における事故発生時の報告取扱い要領」、「集団指導(行政指導)」等であった。

図表 3-3-34 【事業者からの報告】報告を義務づけている根拠(回答件数 22)

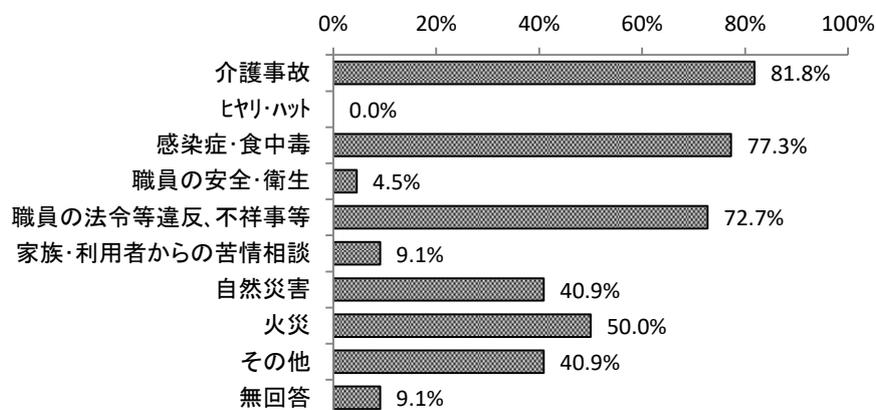


#### (2) 事業者に報告を求めている事故

事業者から都道府県への報告を求めている事故は「介護事故」が 81.8%であり、「感染症・食中毒」が 77.3%であった。

「その他」の主な内容は、「緊急性・重大性の高い事故」、「利用者の家財等へ損害を与えた場合」等であった。

図表 3-3-35 【事業者からの報告】報告を求めている事故（複数回答）(回答件数 22)

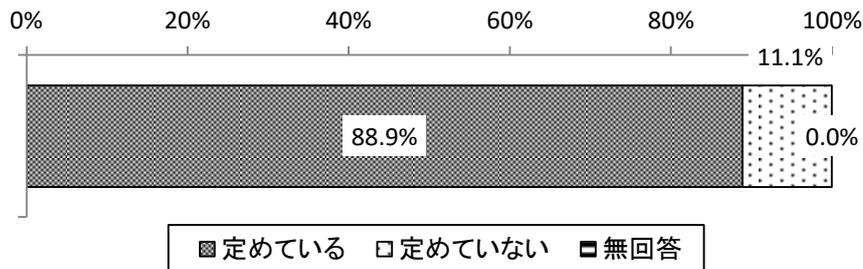


### (3) 事業者から都道府県への報告内容等

#### ① 介護事故の範囲の定め

事業者から都道府県へ報告する介護事故の範囲は、「定めている」が 88.9%であった。

図表 3-3-36 【事業者からの報告】都道府県へ報告する介護事故の範囲の定め(回答件数 18)

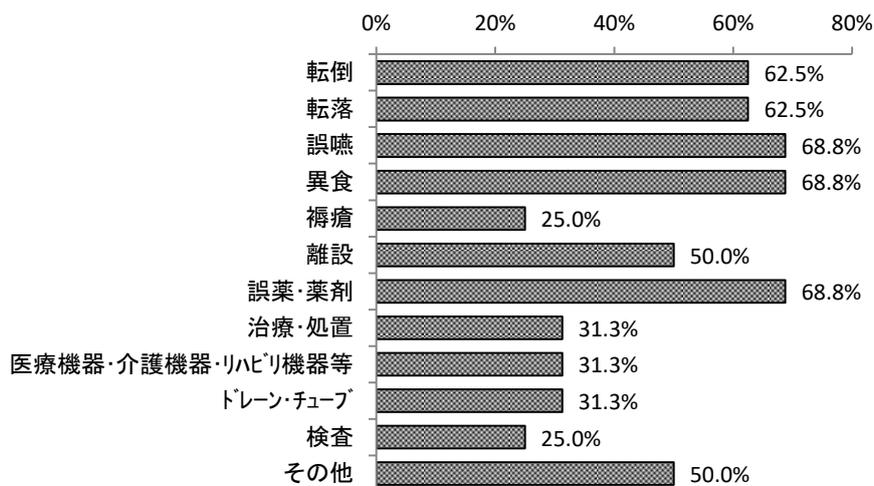


#### ② 報告対象とする介護事故の種別

事業者から都道府県へ報告する介護事故の範囲について「定めている」とした 16 都道府県において報告対象としている事故の種別は、「誤嚥」、「異食」、「誤薬・薬剤」がそれぞれ 68.8%であった。

「その他」の主な内容は、「なし（事故の種別について特に定められていない）」、「交通事故」等であった。

図表 3-3-37 【事業者からの報告】報告対象の事故の種別（複数回答）(回答件数 16)



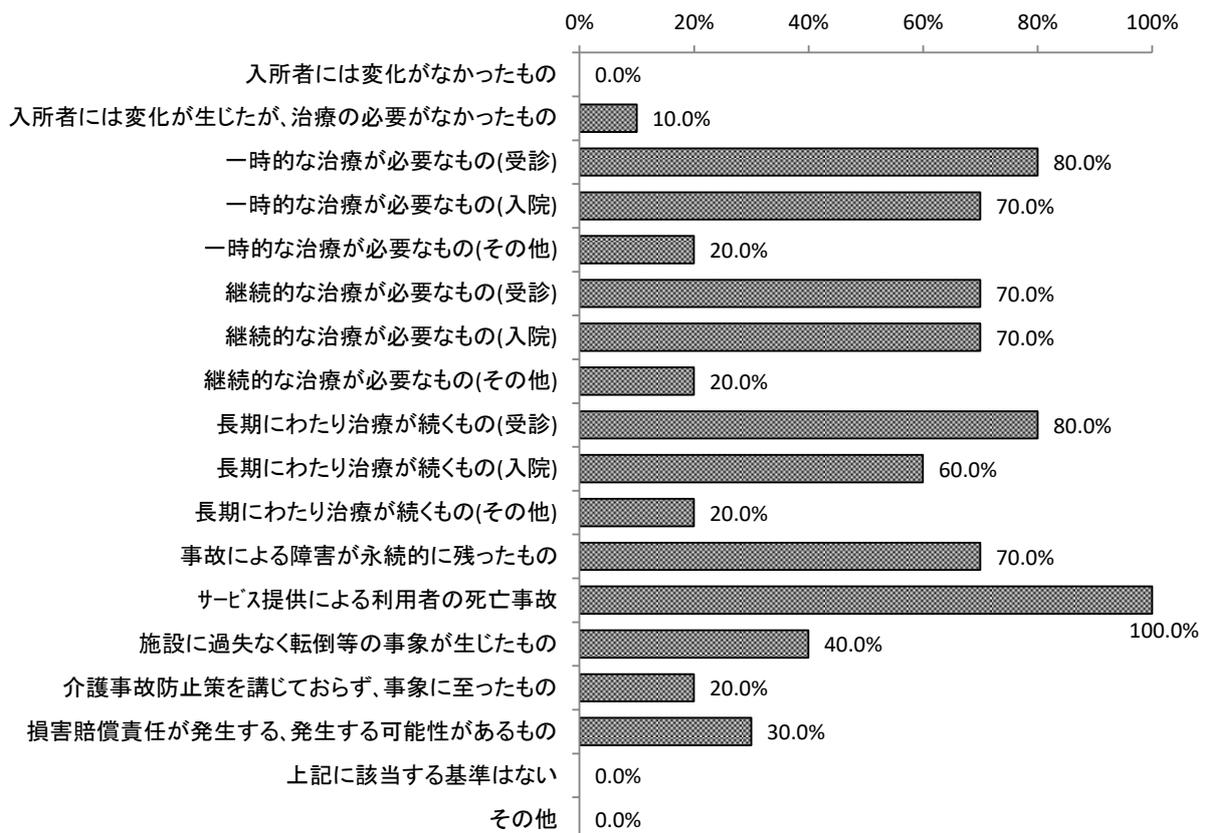
### ③ 事故種別ごとの報告対象とする被害状況の範囲

報告対象とする事故の定めがある場合、事故種別ごとの報告対象とする被害状況の範囲は、以下の通りであった。

#### 1) 転倒

転倒は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 10.0%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 80.0%であった。

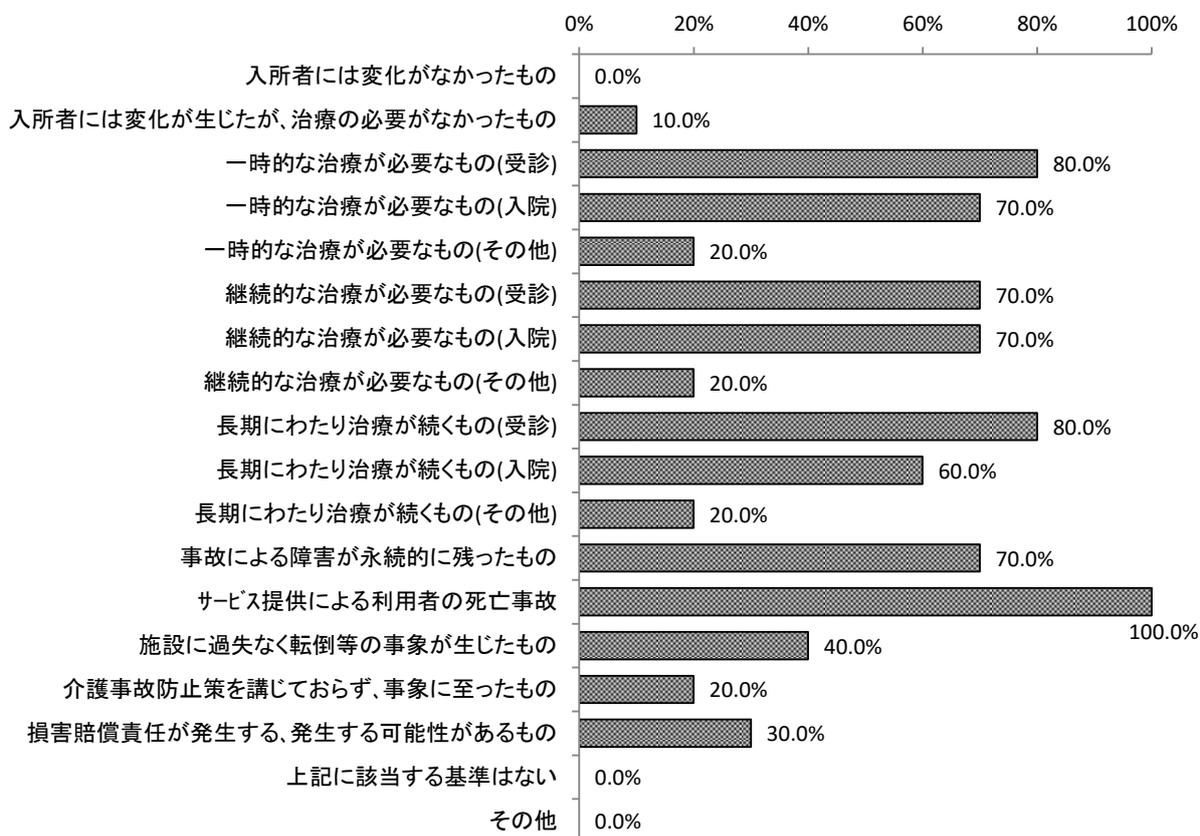
図表 3-3-38 【事業者からの報告】被害状況の範囲：転倒（複数回答）（回答件数 10）



## 2) 転落

転落は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 10.0%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 80.0%であった。

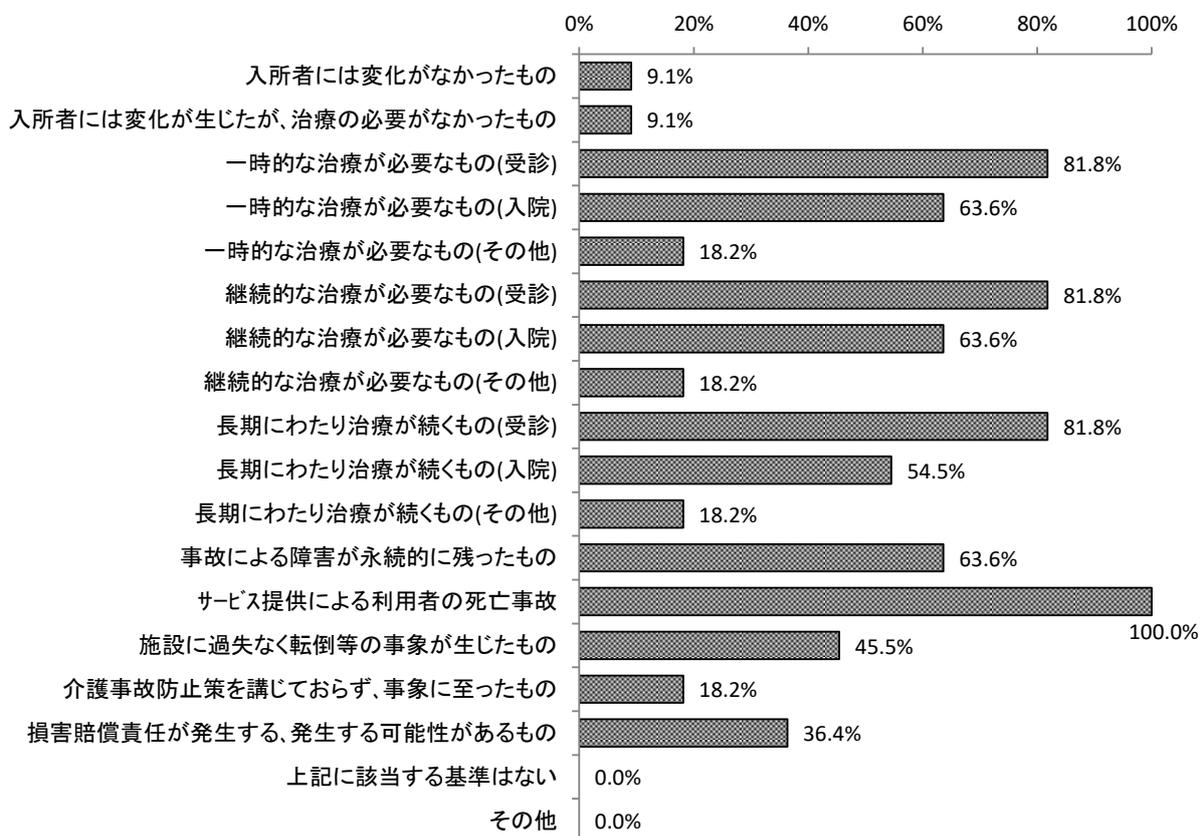
図表 3-3-39 【事業者からの報告】被害状況の範囲：転落（複数回答）（回答件数 10）



### 3) 誤嚥

誤嚥は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 9.1%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 81.8%であった。

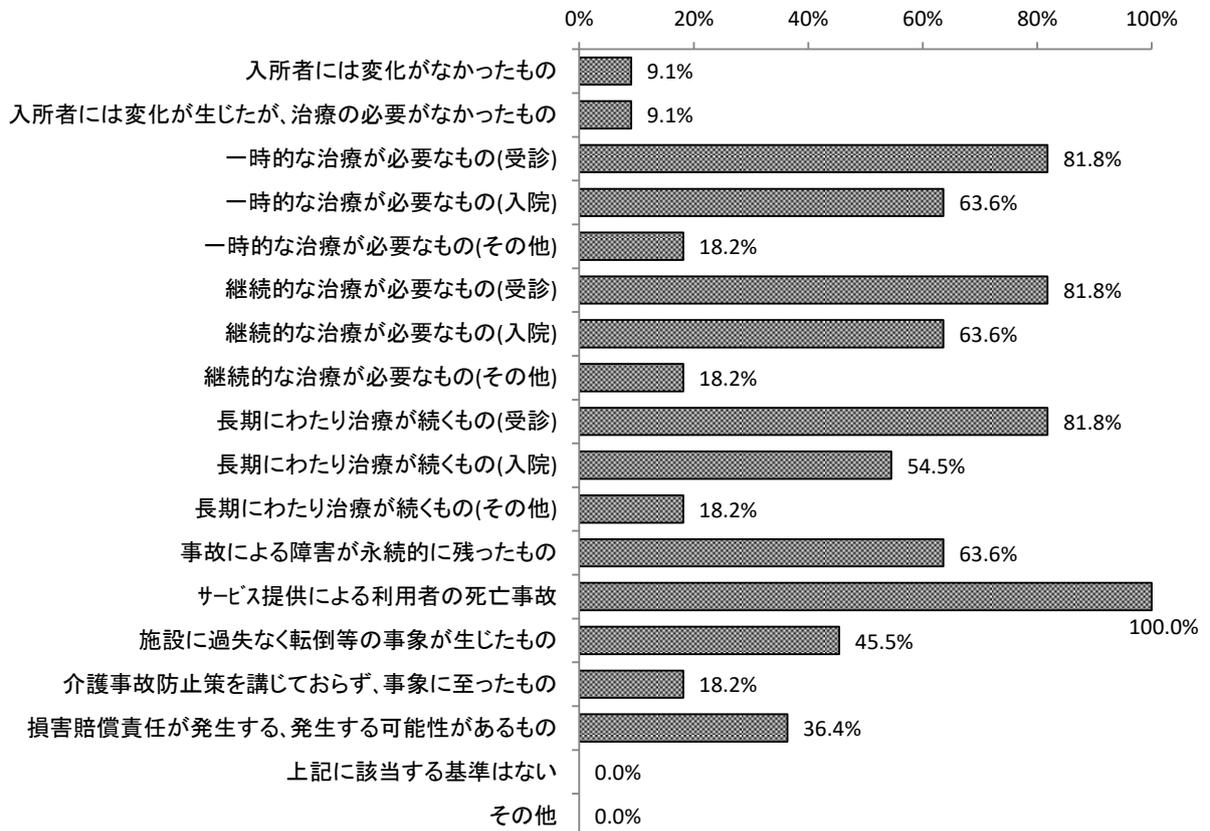
図表 3-3-40 【事業者からの報告】被害状況の範囲：誤嚥（複数回答）（回答件数 11）



#### 4) 異食

異食は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 9.1%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 81.8%であった。

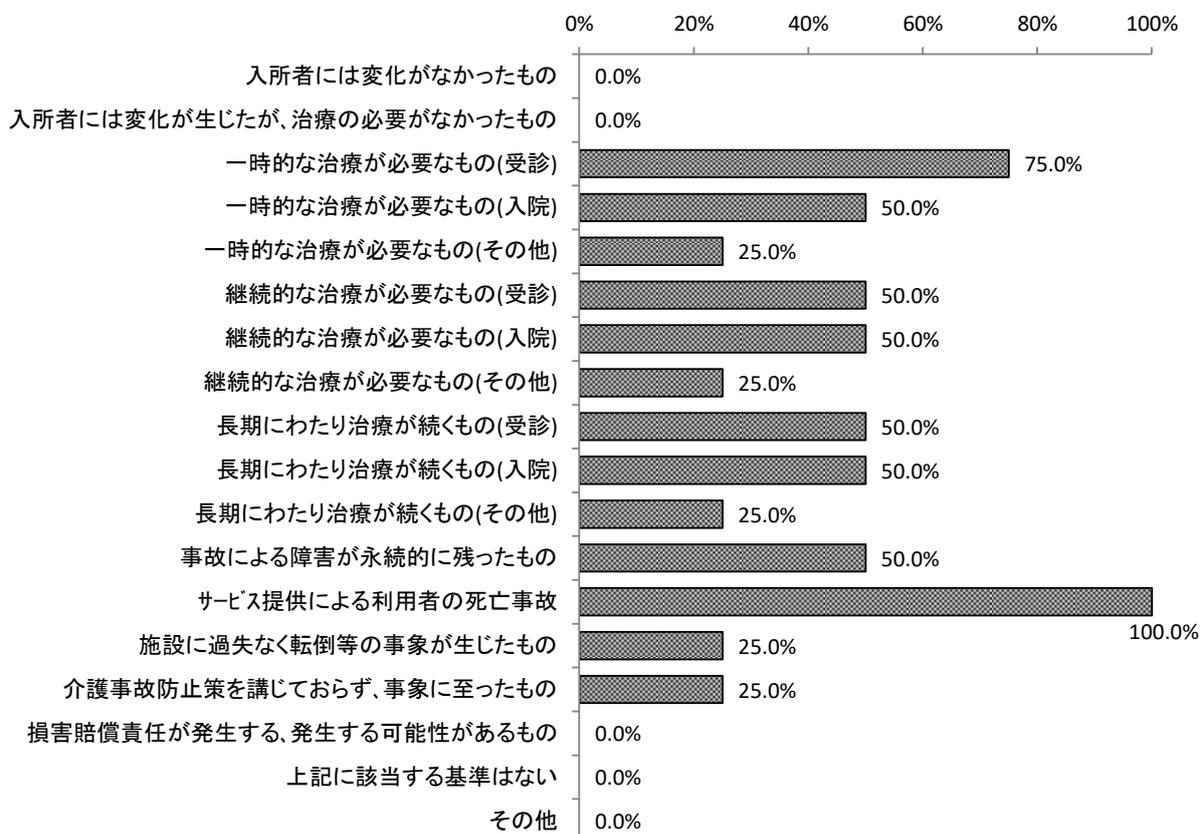
図表 3-3-41 【事業者からの報告】被害状況の範囲：異食（複数回答）（回答件数 11）



## 5) 褥瘡

褥瘡は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 0.0%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 75.0%であった。

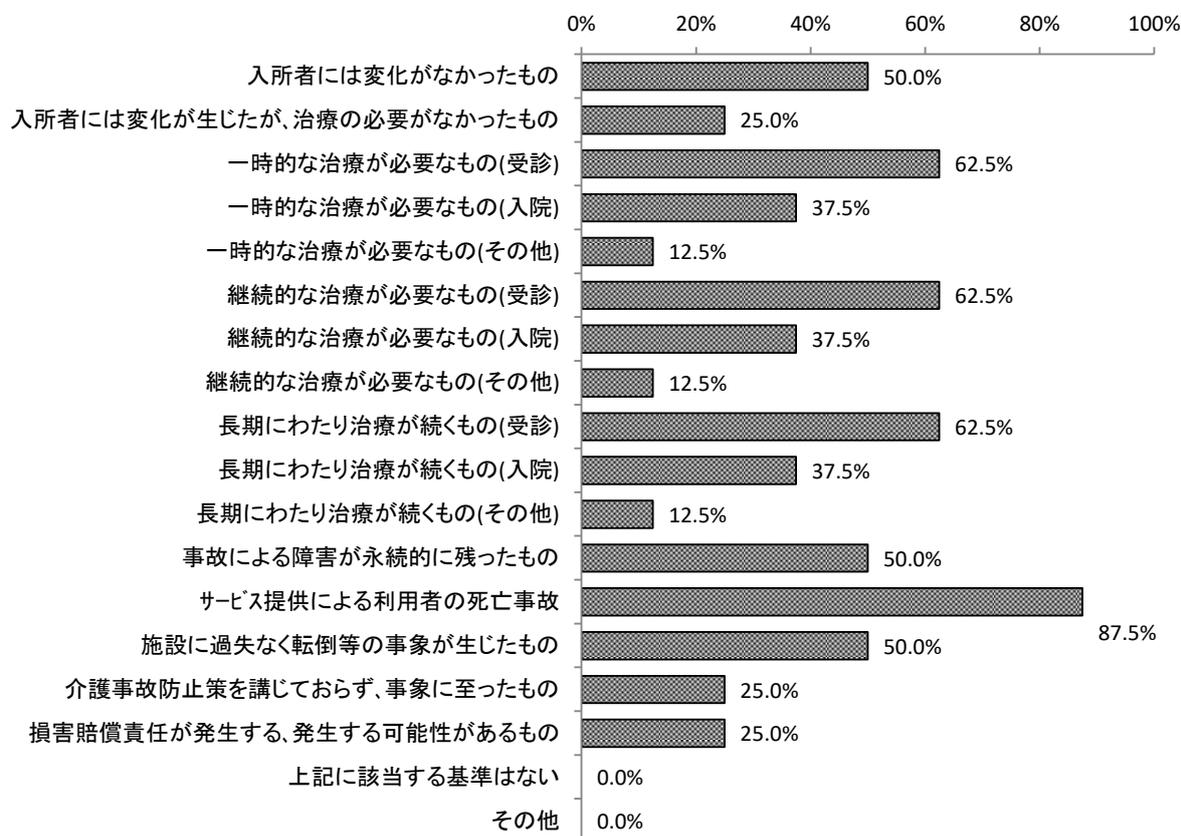
図表 3-3-42 【事業者からの報告】被害状況の範囲：褥瘡（複数回答）（回答件数 4）



## 6) 離設

離設は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 25.0%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 62.5%であった。

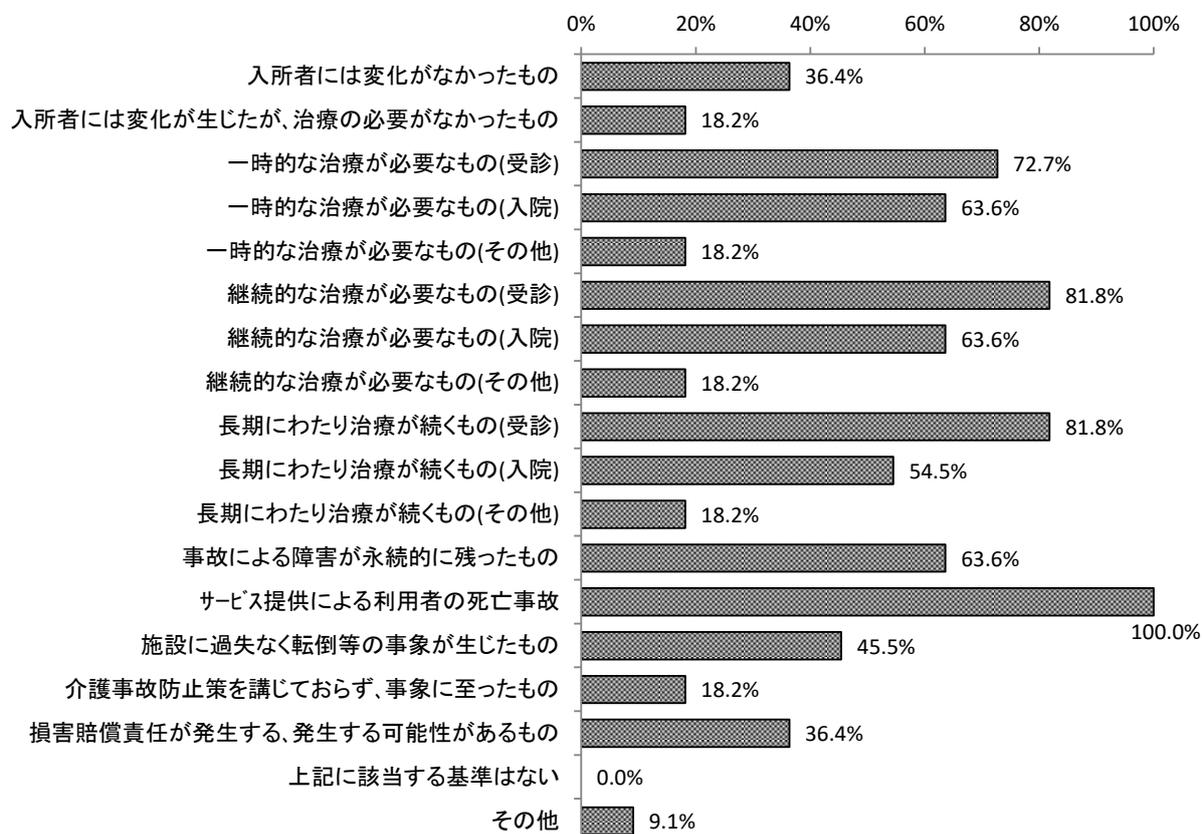
図表 3-3-43 【事業者からの報告】被害状況の範囲：離設（複数回答）（回答件数 8）



## 7) 誤薬・薬剤

誤薬・薬剤は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 18.2%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 72.7%であった。

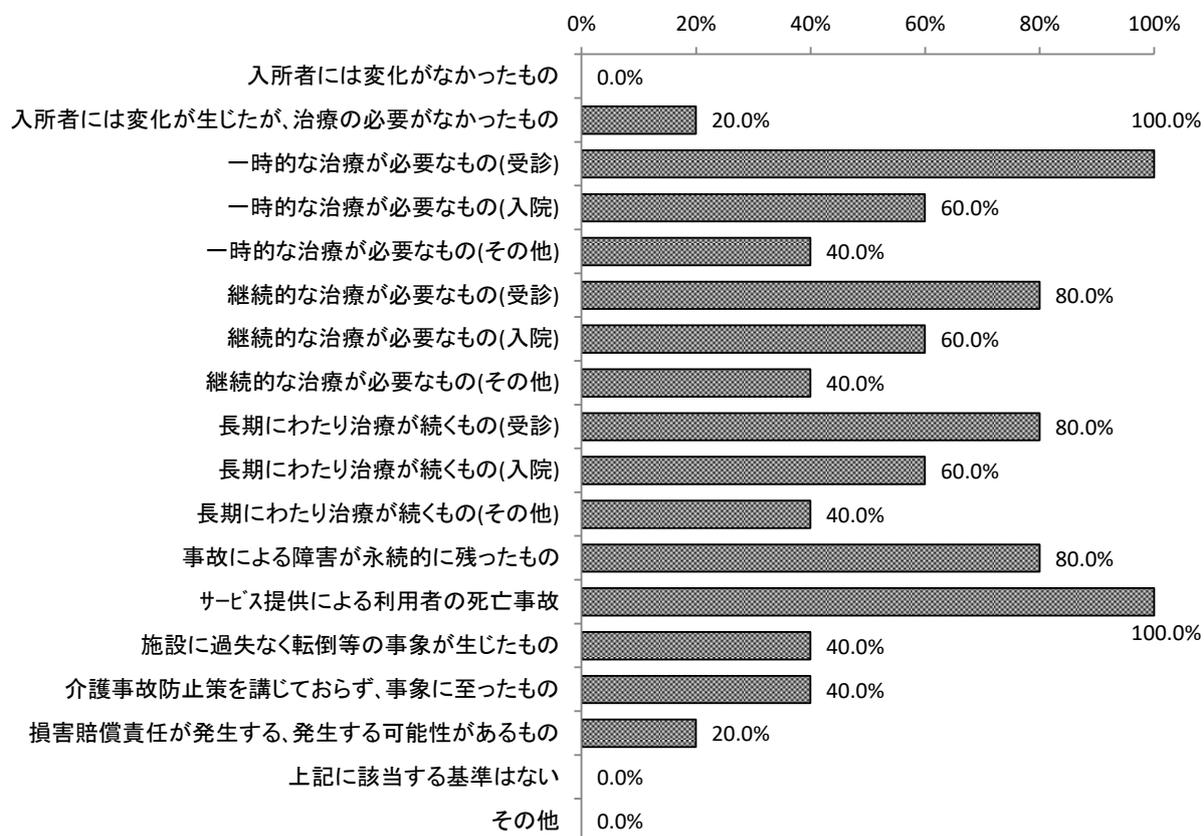
図表 3-3-44 【事業者からの報告】被害状況の範囲：誤薬・薬剤（複数回答）（回答件数 11）



## 8) 治療・処置

治療・処置は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 20.0%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 100.0%であった。

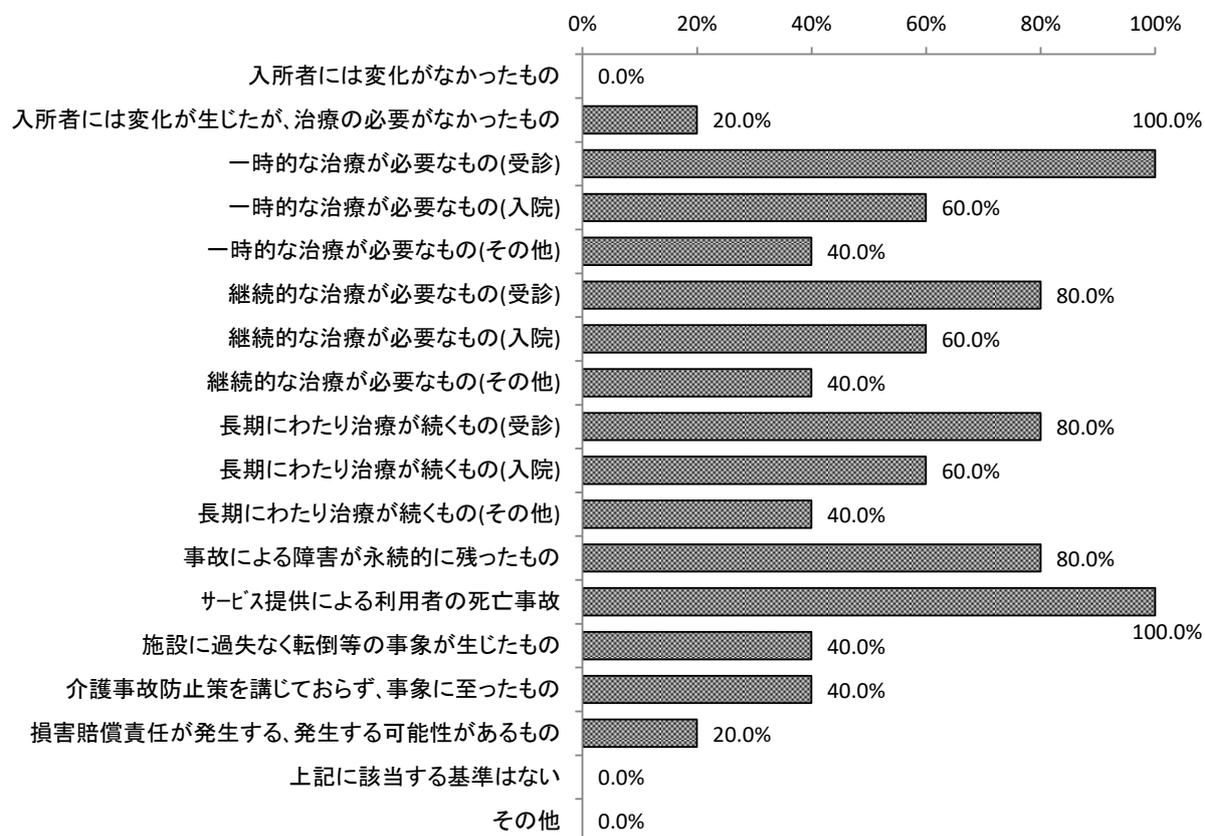
図表 3-3-45 【事業者からの報告】被害状況の範囲：治療・処置（複数回答）（回答件数 5）



### 9) 医療機器・介護機器・リハビリ機器等

医療機器・介護機器・リハビリ機器等は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 20.0%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 100.0%であった。

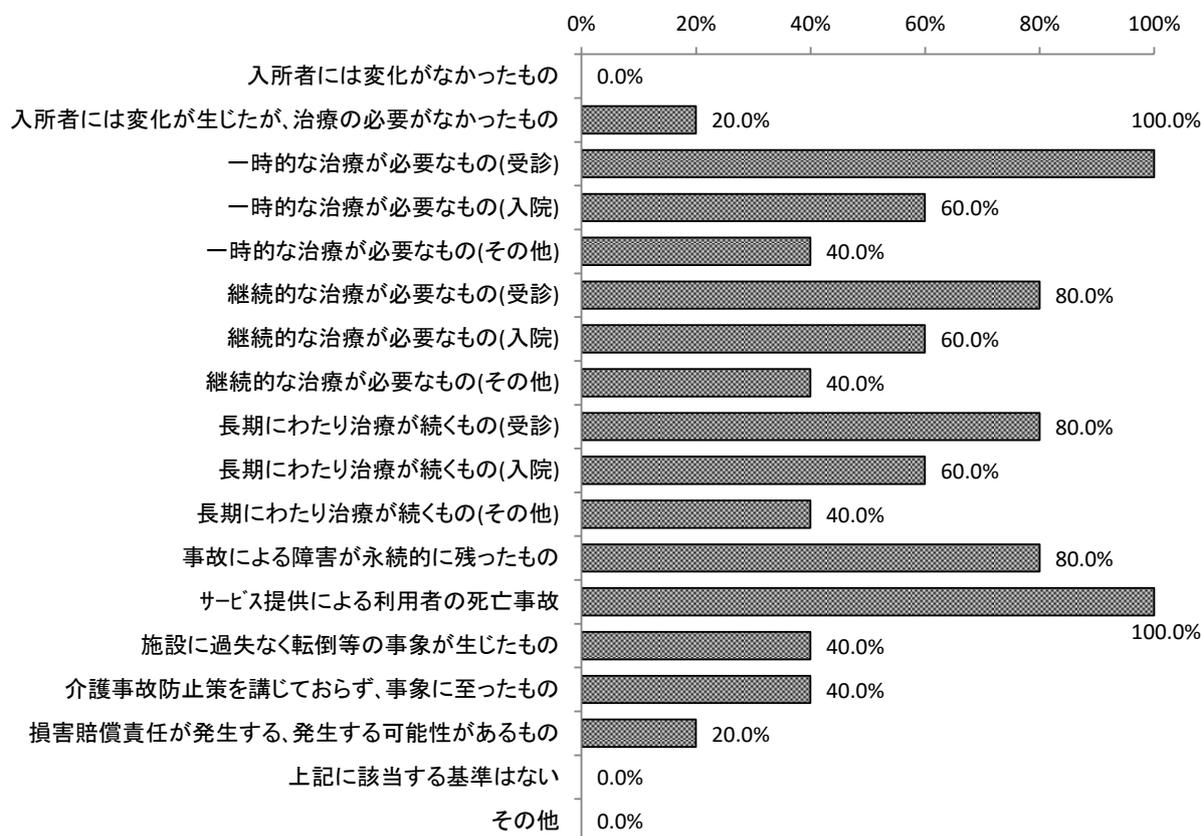
図表 3-3-46 【事業者からの報告】被害状況の範囲：医療機器・介護機器・リハビリ機器等（複数回答）（回答件数 5）



## 10) ドレーン・チューブ

ドレーン・チューブは「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が20.0%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が100.0%であった。

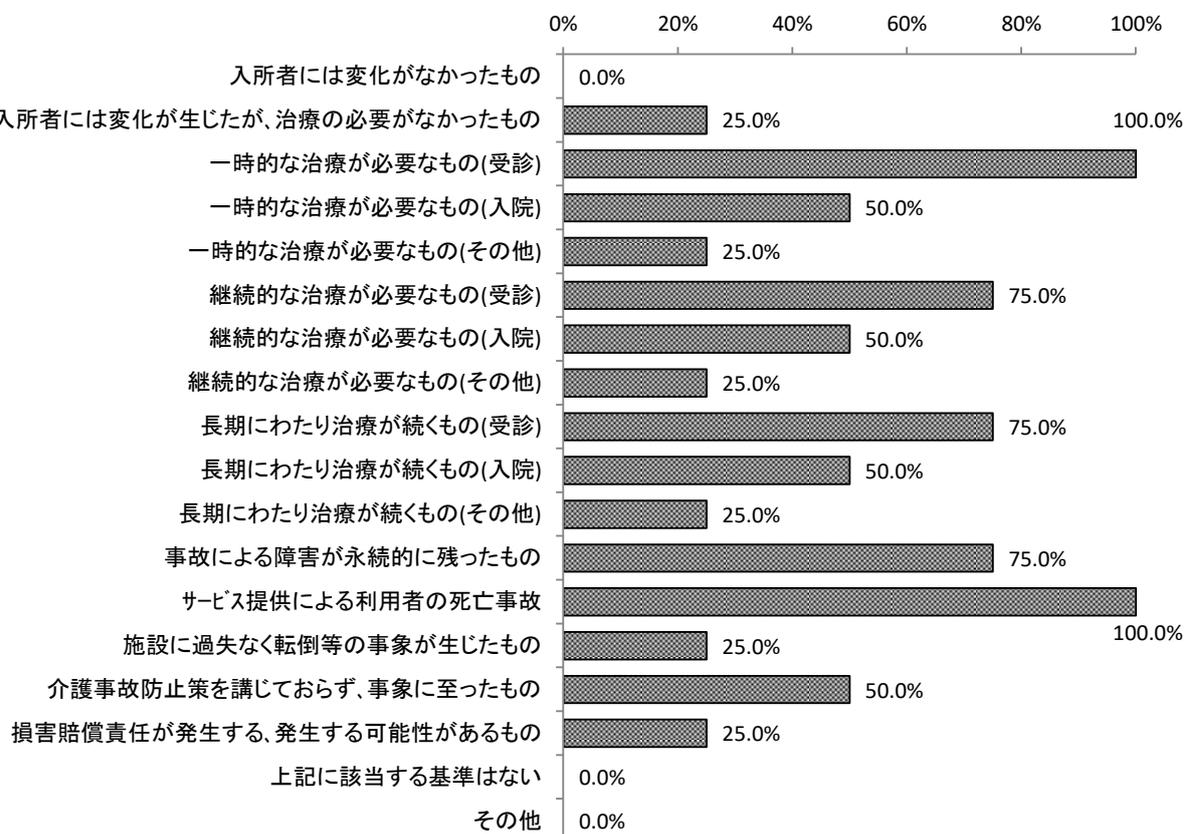
図表 3-3-47 【事業者からの報告】被害状況の範囲：ドレーン・チューブ（複数回答）（回答件数 5）



## 11) 検査

検査は「入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの」が 25.0%、「一時的な治療が必要なもの（受診）」が 100.0%であった。

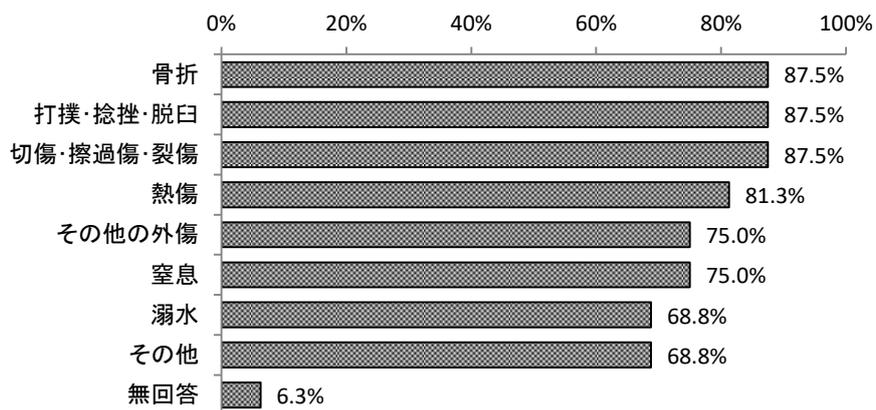
図表 3-3-48 【事業者からの報告】被害状況の範囲：検査（複数回答）（回答件数 4）



④ 事業者からの報告対象とする事故の被害の種類

事業者からの報告対象とする事故の被害の種類は「骨折」、「打撲・捻挫・脱臼」、「切傷、擦過傷、裂傷」がそれぞれ 87.5%であった。

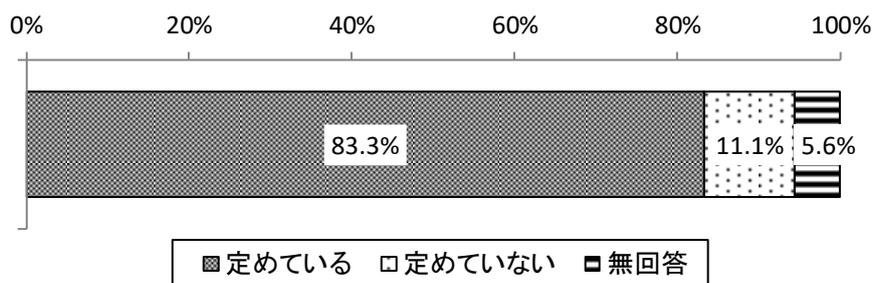
図表 3-3-49 【事業者からの報告】報告対象とする事故の被害の種類（複数回答）（回答件数 16)



(4) 事業者からの報告様式・書式の定め

事業者から都道府県への報告様式・書式は、「定めている」が 83.3%であった。

図表 3-3-50 【事業者からの報告】報告様式・書式の定め(回答件数 18)

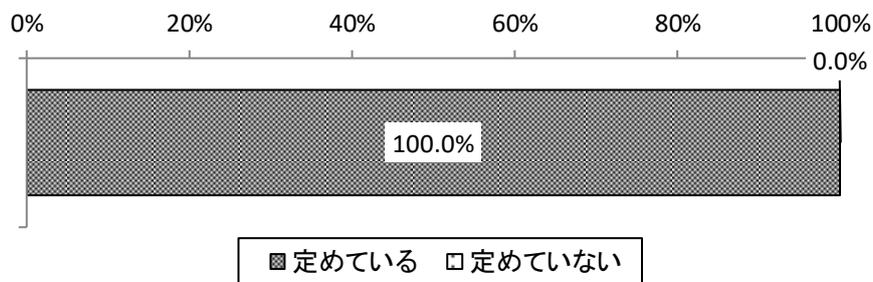


## (5) 事業者から報告を求める項目

### ① 報告を求める項目の定めの有無

事業者からの報告を求める項目の定めは「定めている」が 100.0%であった。

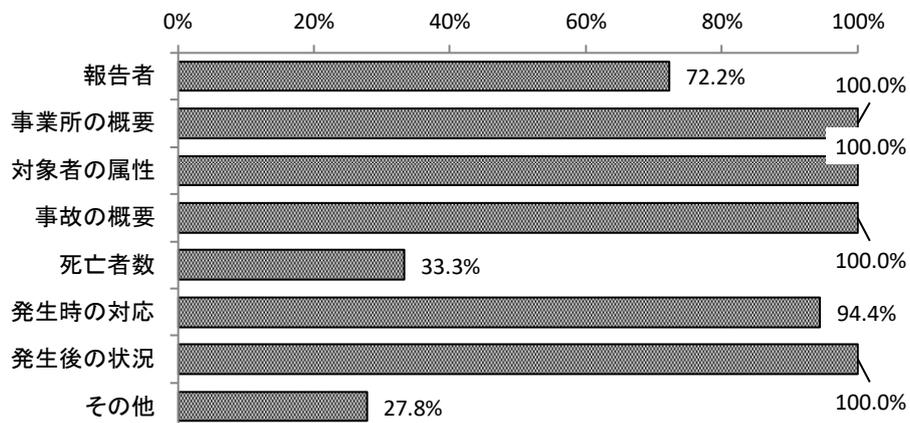
図表 3-3-51 【事業者からの報告】報告を求める項目の定め(回答件数 18)



### ② 事業者から報告を定めている項目

事業者からの報告を求める項目について「定めている」とした 18 都道府県が定めている項目は、「事業所の概要」、「対象者の属性」、「事故の概要」、「発生後の状況」がそれぞれ 100.0%であった。

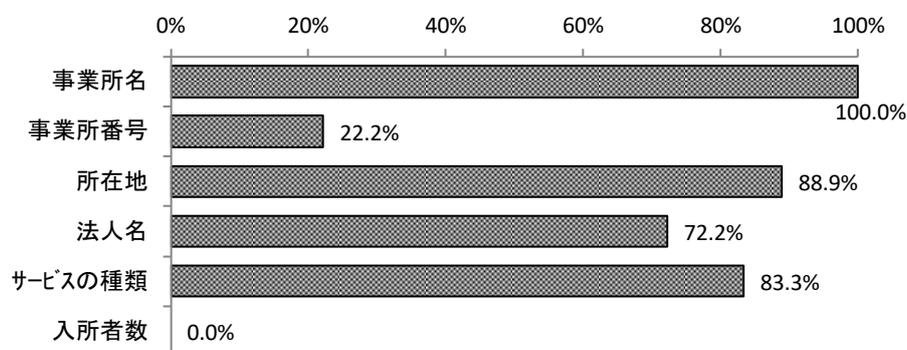
図表 3-3-52 【事業者からの報告】報告を定めている項目（複数回答）(回答件数 18)



## 1) 事業所の概要

「事業所の概要」についての項目を「定めている」とした都道府県における報告内容は、「事業所名」が100.0%であり、「所在地」が88.9%であった。

図表 3-3 -53 【事業者からの報告】事業所の概要（複数回答）（回答件数 18）

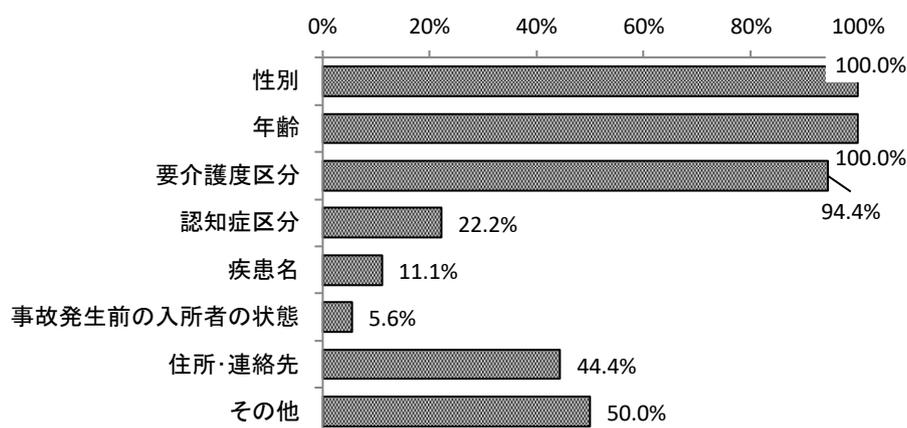


## 2) 対象者の属性

「対象者の属性」についての項目を「定めている」とした都道府県における報告内容は、「性別」、「年齢」がそれぞれ100.0%であり、「要介護度区分」が94.4%であった。

「その他」の主な内容は、「被保険者番号」であった。

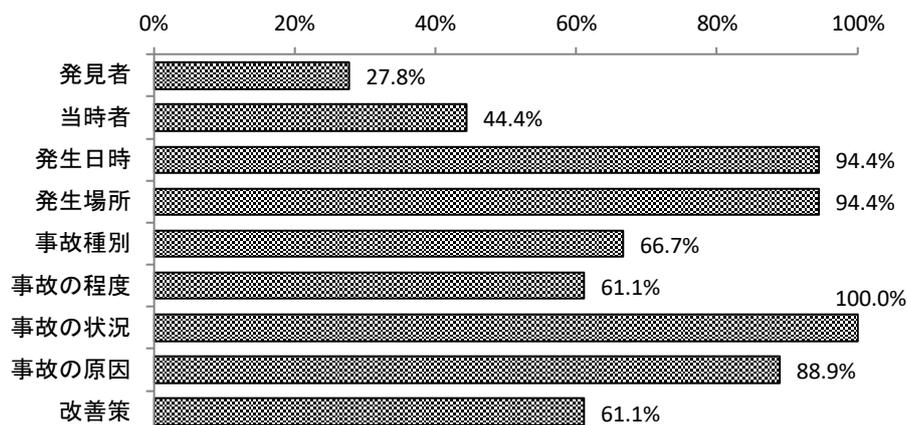
図表 3-3 -54 【事業者からの報告】対象者の属性（複数回答）（回答件数 18）



### 3) 事故の概要

「事故の概要」についての項目を「定めている」とした都道府県における報告内容は、「事故の状況」が100.0%であり、「発生日時」、「発生場所」がそれぞれ94.4%であった。

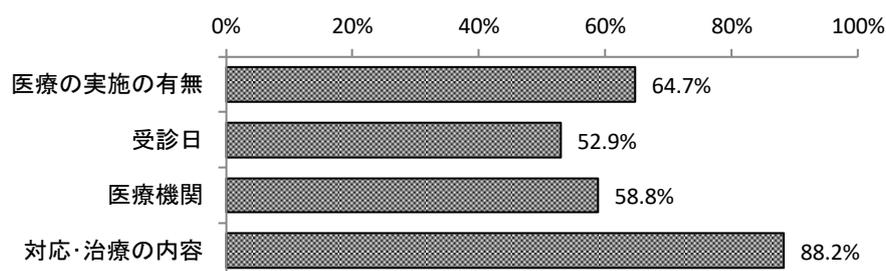
図表 3-3-55 【事業者からの報告】事故の概要（複数回答）（回答件数 18）



### 4) 発生時の対応

「発生時の対応」についての項目を「定めている」とした都道府県における報告内容は、「対応・治療の内容」が88.2%であり、「医療の実施の有無」が64.7%であった。

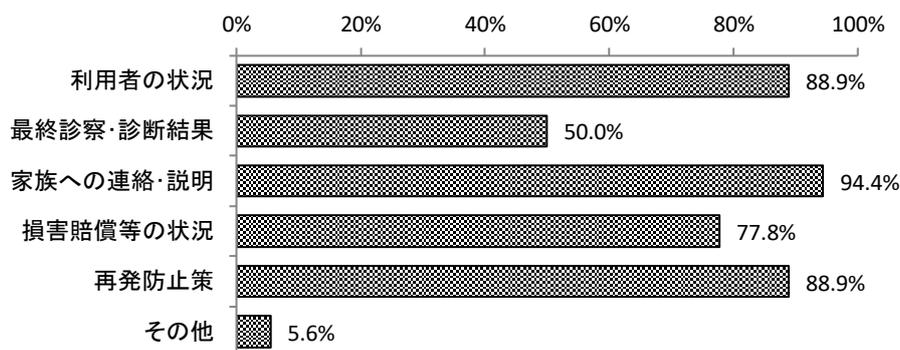
図表 3-3-56 【事業者からの報告】発生時の対応（複数回答）（回答件数 17）



### 5) 発生後の状況

「発生後の状況」についての項目を「定めている」とした都道府県における報告内容は、「家族への連絡・説明」が94.4%であり、「利用者の状況」、「再発防止策」がそれぞれ88.9%であった。

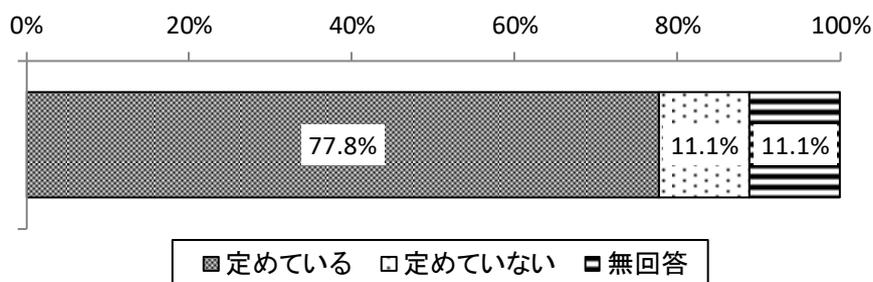
図表 3-3-57 【事業者からの報告】発生後の状況（複数回答）（回答件数 18）



### (6) 事業者からの報告手順・要領の定め

事業者から都道府県への報告手順・要領は「定めている」が77.8%であった。

図表 3-3-58 【事業者からの報告】報告手順・要領の定め(回答件数 18)

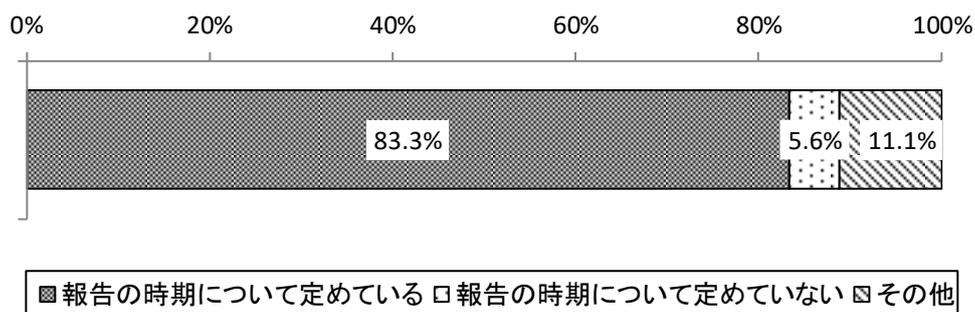


## (7) 報告時期に関するルール

### ① 報告時期に関するルール

事業者から都道府県への報告時期に関する定めは「報告の時期について定めている」が83.3%であり、「その他」が11.1%であった。

図表 3-3-59 【事業者からの報告】報告時期に関する定め(回答件数 18)

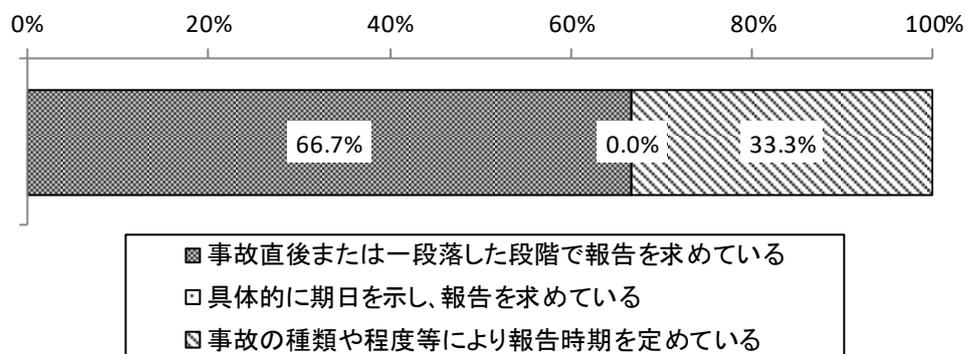


### ② 報告の時期等

#### 1) 報告時期

事業者からの報告時期について「定めている」とした都道府県における事故報告の時期は、事業者からの報告について「報告の時期について定めている」とした都道府県における報告時期は、「事故直後または一段落した段階で報告を求めている」が66.7%であり、「事故の種類や程度等により報告時期を定めている」が33.3%であった。

図表 3-3-60 【事業者からの報告】報告時期について(回答件数 15)



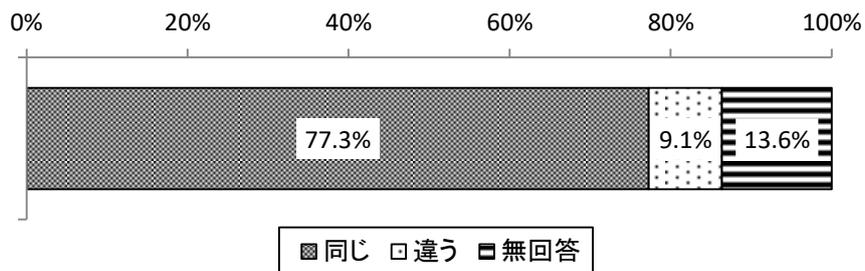
## 2) 具体的に期日を示している場合の期日

当該設問は上記設問で「具体的に期日を示し、報告を求めている」を選択した場合のみ回答対象となるが、該当する回答はなかった。

(8) 介護老人福祉施設と介護老人保健施設からの事故について、事業者から報告を受け  
る部署

介護老人福祉施設と介護老人保健施設の事故について、事業者から報告を受け  
る部署は「同じ」が 77.3%であった。

図表 3-3 -61 【事業者からの報告】介護老人福祉施設と介護老人保健施設からの報告を受  
ける部署(回答件数 22)

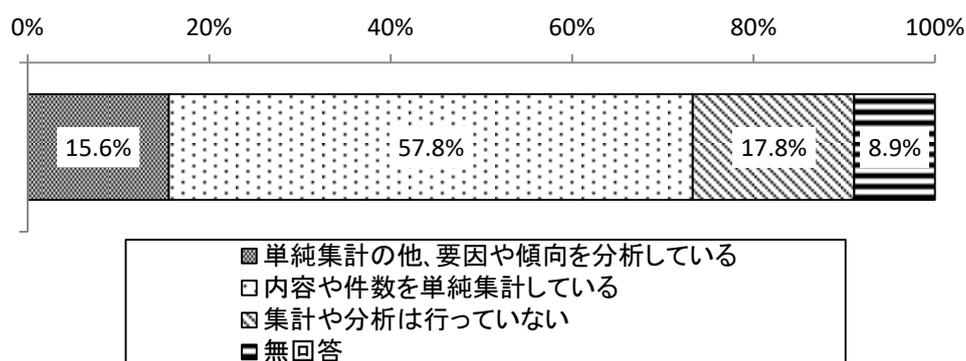


#### 4. 報告された介護事故情報の集計・分析

##### (1) 介護事故情報の集計・分析の有無

都道府県内の施設で発生した事故情報を収集している 45 都道府県における、報告された介護事故情報の集計・分析の有無は、「内容や件数を単純集計している」が 57.8%であり、「集計や分析は行っていない」が 17.8%であった。

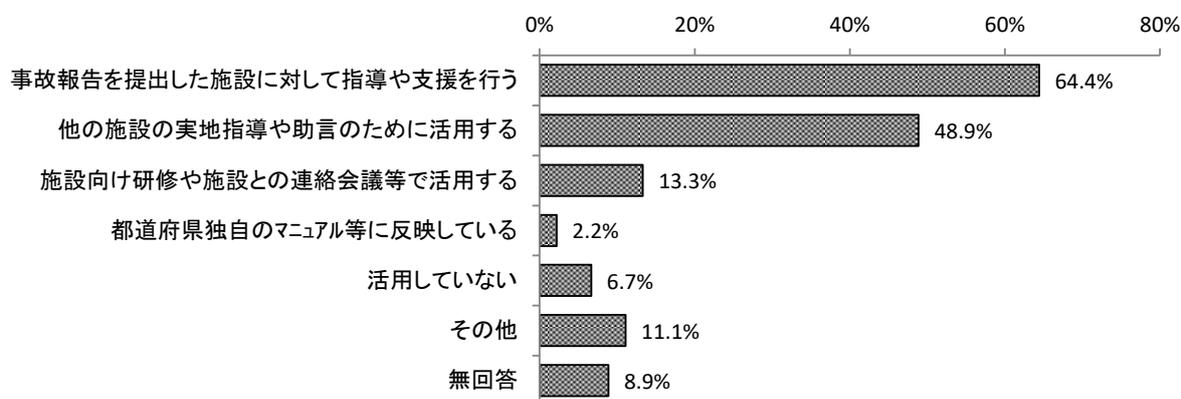
図表 3-3 -62 報告された介護事故情報の集計・分析の有無(回答件数 45)



## (2) 介護事故情報の活用状況

介護事故情報の活用状況は、「事故報告を提出した施設に対して指導や支援を行う」が64.4%であり、「他の施設の実地指導や助言のために活用する」が48.9%であった。

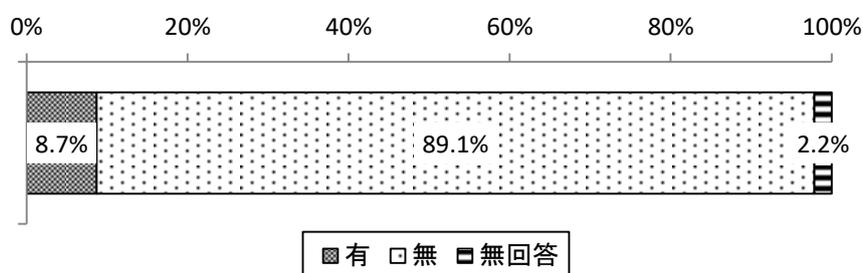
図表 3-3-63 介護事故情報の活用状況（複数回答）（回答件数 45）



## 5. 都道府県が実施する研修等について

介護事故防止のための研修の有無は「有」が8.7%であった。

図表 3月3-64 介護事故防止のための研修の有無(回答件数 46)



介護事故防止のための研修が「有」の場合、研修の詳細は以下のとおりであった。

### ① 研修の開催回数と受講者数（平成 29 年度）

介護事故防止のための研修が「有」の都道府県における研修開催回数は平均 3.3 回、延受講者数は平均 125.0 人であった。

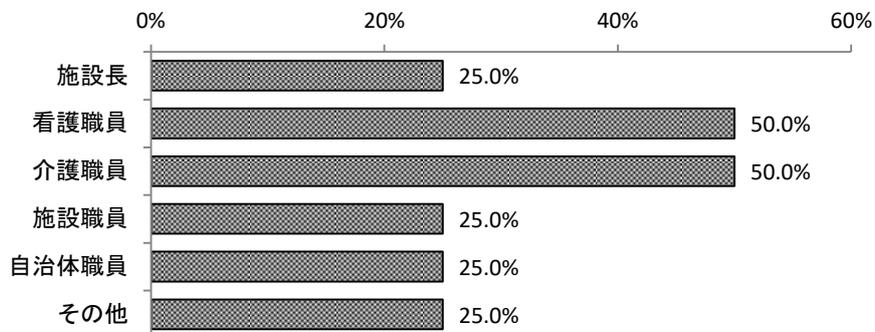
図表 3-3-65 平成 29 年度の開催回数と受講者数

	回答 都道府県数	平均値
開催回数（回）	4	3.3
延受講者数（人）	4	125.0

## ② 研修の対象者

研修の対象者は「看護職員」、「介護職員」がそれぞれ 50.0%であった。

図表 3-3-66 研修の対象者（複数回答）（回答件数 4）

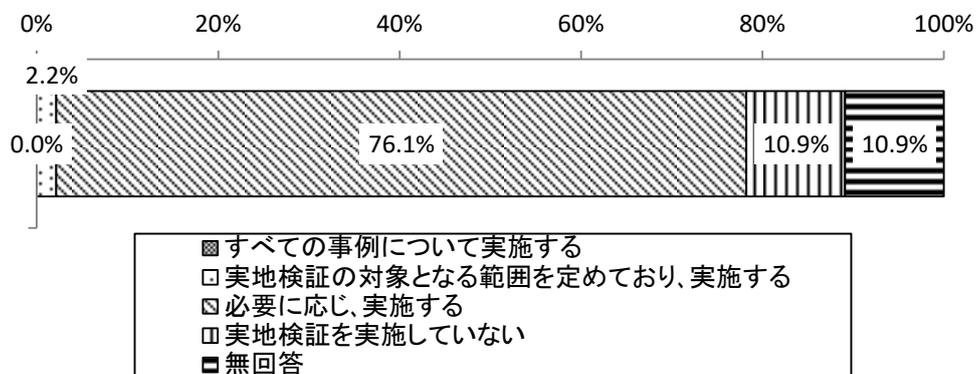


## 6. 事故発生施設への実地検証

### (1) 検証の実施有無

事故発生施設への実地検証の有無は「必要に応じ、実施する」が 76.1%であり、「実地検証を実施していない」が 10.9%であった。

図表 3-3-67 事故発生施設への実地検証の有無(回答件数 46)

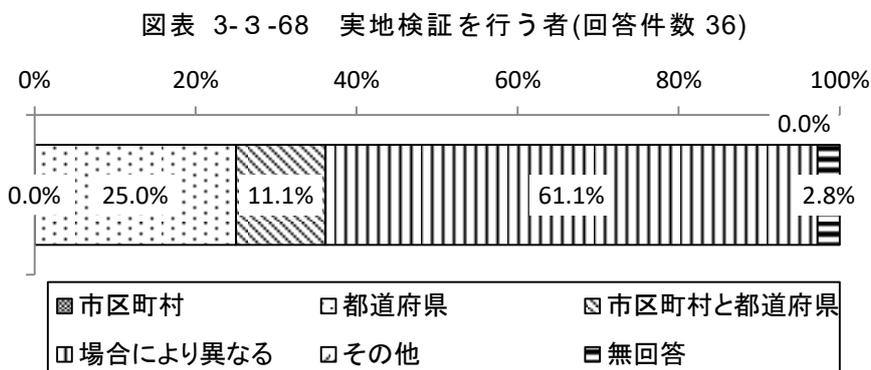


## (2) 実地検証の対象範囲

「実地検証の対象となる範囲を定めており、実施する」と回答した都道府県は 1 都道府県のみであり、該当都道府県における実地検証の対象範囲は、「死亡事故の場合」であった。

## (3) 実地検証を行う者

実地検証を行う場合、実地検証を行う者は「場合により異なる」が 61.1%であり、「都道府県」が 25.0%であった。



## 第4章 インタビュー調査の結果

インタビュー結果の概要は、表のとおりであった。

## 都道府県調査（面接調査）の結果の概要

自治体		A	B
事故情報の収集について	事故情報の収集経路・根拠・目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故情報について、事業者（県指定の事業者のみ）に対し、県へ直接の報告を義務付けている。</li> <li>・消費者安全法により、地方公共団体から消費者庁への通知が義務付けられたことに基づく。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス提供中の事故について施設から県に直接、報告書を提出している。</li> <li>・「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営等に関する基準を定める条例」、「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営等に関する要綱」、「介護保険施設等における事故発生の防止及び発生時の対応マニュアル」、「介護保険施設等における事故等発生時の報告事務取扱要領」に基づく。</li> </ul>
	報告対象の範囲	<ul style="list-style-type: none"> <li>・①重大事故②その他の事故に分け、報告書提出を求めている。</li> <li>①重大事故：死亡、重篤状態、一定程度の後遺障害、一酸化炭素中毒、行方不明、火災、自然災害</li> <li>②その他の事故：医療上の治療を受けた場合、物品の破損等で死亡、重篤状態を発生させる恐れがあるもの、第三者による建物損壊、盗難など</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・以下を報告対象としている。</li> <li>1) サービス提供中の利用者の事故等（医療機関を受診又は入院に限る）</li> <li>2) 虐待案件（疑いがあるものも含む）</li> <li>3) 火災</li> <li>4) 入所者等の行方不明</li> <li>5) 法人役員・職員の法令違反・不祥事等</li> </ul>
	体制整備の経緯等（収集開始時期、経緯等）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険制度開始時より、基準省令に記載の「市町村等」という文言を、「県、市町村等へ」報告を求める形に変更して県の条例を制定し、事業者に対し、県に対する介護事故報告を求めてきた。これは、介護老人福祉施設の指定権者として、事故報告を受けることは当然だと考えていたためである。</li> <li>・平成 21 年に消費者庁より、消費者に対するサービス提供中の事故について、県が報告を求められるようになった。消費者安全法に基づく報告を県が消費者庁に行うために、施設から県に対して報告することと整理し、報告の内容について、改めて検討した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故報告の収集自体は従前より実施していたが、昨年度県内で介護事故（死亡例、虐待例）が発生したことから有識者会議で検討し、平成 30 年 10 月に「報告事務取扱要領」改正を行った。</li> </ul>
介護事故・ヒヤリハット等の報告について	報告対象の範囲	<ul style="list-style-type: none"> <li>・上記①重大事故、②その他の事後が発生した場合、事業所に対して、市町村に提出した事故報告の写しを直接、県に提出するように依頼している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・上記事故報告に該当する事故が発生した場合、事業所から県に報告</li> <li>・ただし、県内中核市所在の事業所は対象外</li> </ul>
	報告手順と内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重大事故があった場合には、当日・あるいは翌営業日に電話またはファックスで事業所から第一報を連絡している。</li> <li>・重大事故の詳細および、その他の事故報告は、7 日以内に報告書を事業所から提出している。</li> <li>・提出方法については、直接持参にこだわらず、電話・ファックス・郵送等、事業所にとって提出しやすい方法で提出してもらっている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス提供中の事故のうち、重大事故（重症・死亡）、虐待（疑いを含む）は発生（発見）から 24 時間以内に第 1 報を報告、1 週間以内に第 2 報を報告。その他は 1 週間以内に報告している。</li> </ul>
	国への報告	<ul style="list-style-type: none"> <li>・消費者安全法に基づき、サービス提供中の事故について、県から消費者庁に報告し、その写しを厚生労働省にも提供している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国への報告ルートは特にない。</li> </ul>

C
<ul style="list-style-type: none"> <li>・基準省令に基づき、事故発生時は事業者から保険者（市町村）に連絡を行うことという整理になっていることから、県の「介護保険指定事業者における事故発生時報告取扱要領（標準例）」を定め、保険者に対し、介護事故報告を収集する様式を示している。</li> <li>・県内の保険者から、原則として四半期に一度件数の報告を受けることとしている。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・「介護保険指定事業者における事故発生時の報告取扱要領（標準例）」定める報告対象は以下のとおり。</li> <li>①介護保険サービス提供中の利用者のケガまたは死亡事故の発生</li> <li>②食中毒及び感染症、結核の発生</li> <li>③職員（従業者）の法令違反・不祥事等の発生</li> <li>④その他、報告が必要と認められる事故等の発生</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成 13 年に、基準省令に基づいた形で、「介護保険指定事業者における事故発生時報告取扱要領（標準例）」を定めた。</li> <li>・基準省令上、連絡する事故の範囲及び方法等の具体的な取扱が定められていないため、各事業者の履行を確保するとともに、連絡する事故の範囲及び方法等について、各保険者間での統一性を図ることを目的として、各保険者に対し、同要領を参考として管内の指定事業者等に対する指導を行うように求めた。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・上記基準に該当する事故件数について、保険者から事故の種別とサービスの種類ごとの件数の報告を受けている。</li> <li>・報告対象とするケガの程度については、保険者毎に設定されているが、最低でも、入院加療が必要な傷害以上のものについては報告を求めている。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故後の事業者からの報告手続きは、各保険者に委ねているが、第一報は電話またはFファクシミリで速やかに報告することや、事故への対応が終了するまで保険者に状況を報告することを想定している。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・「死亡」「治療に 30 日以上要する負傷・疾病」などの重大事故については、消費者安全法に基づき、消費者庁及び厚生労働省に通知する必要があるが、これまでのところ、県から国に対して報告をした実績はない。</li> </ul>

自治体		A	B
事故発生後の対応	対応の体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要がある場合には、実地検証等を行うが、特にその基準等は定めていない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケースバイケースだが、あまりに同じような事故が続くようであれば、任意の実地指導を実施している。</li> </ul>
	施設への指導等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重過失のようなケース、虐待が疑われるようなケースについては、実地検証をしている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故件数が多い場合は、通常3年に1度の実地指導を続けて実施するなどの方針を県内各地域の県事務所に伝え、対応している。</li> </ul>
情報の活用状況	報告の集計方法等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・集計・分析を実施している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故報告は、月ごとに集計・分析している。</li> </ul>
	施設への周知方法等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年に一度の介護保険施設等集団指導資料に、介護事故報告の集計・分析結果を掲載している。</li> <li>・県内の施設から報告を受け、消費者庁に報告、公表された事故の概要についても事例として集団指導の際に紹介をしている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今後集団指導の中で事故の傾向についてはお知らせしていくようにしたいと考えている。</li> </ul>
	市町村との共有方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村に報告されたものの写しを受け取っているため特に市町村に情報提供は行っていない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・マニュアル、報告書様式を市町村へ周知し、情報共有を行っている。</li> <li>・施設から県に提出される報告書様式に、市町村への報告実施有無もチェックが入るようになっており、市町村への報告状況は確認できるようになっている。</li> </ul>
	活用にあたっての課題	—	—
研修	介護事故防止のための研修について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特に実施していない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成31年1月以降に、介護事故防止研修の開催を予定している。</li> </ul>
ご意見等	事故報告の在り方について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・基準省令にある、施設からの報告義務のある対象が、保険者としての市町村なのか、指定権者としての市町村なのか不明。政令市・中核市、広域連合等の指定権者・保険者が都道府県や市町村以外にある場合もあり、どこが報告を受けるべきなのか、国の方で一度整理してほしい。</li> <li>・事故発生後、最終的にどうなったか、というのは事故処理報告を必ず出してください、とは説明しているが、最初の報告だけして終わり、という事業所もある。</li> <li>・事故後のフォローが課題であると考えている。</li> </ul>	—

C
<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故報告を提出した当該施設に対して指導や支援を行っている。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・実地検証については実施していないのが実態だが、運営基準違反が想定されるような場合には、実地指導や監査等を行うこととしている。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・原則として四半期に一度、所定の様式にて件数の報告を受けている。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・県が指定権者として行う実地指導の際、施設内部でヒヤリハットや介護事故について記録に残し、報告が必要なものについては、保険者に報告するように指導を行っている。</li> <li>・毎年必ずというわけではないが、集団指導の際、個別テーマとして介護事故を取り上げることもある。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町や広域連合への情報共有等は特に実施していない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・当県では、事故報告があった場合に、結果の分析や、その情報を活用することがなかなかできていないのが実情である。</li> <li>・もし、県として集計し、施設への指導等に活用するのであれば、現状の事故種別の件数での把握だけでなく、それ以外の詳細な情報についても収集するなどしなくてはならないが、そこまで検討ができていないのが現状である。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・特に実施していない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・基準省令では、どこからが「事故」なのかの判断基準が示されておらず、どのような取扱をすべきなのか、判断に迷ったり悩んだりすることが多い。基準を統一することも検討してほしい。</li> </ul>

# 市区町村調査（面接調査）の結果の概要

## 【政令市・中核市】

自治体		D	E
区分		政令指定都市	政令指定都市
事故情報の収集について	事故情報の収集経路・その根拠・目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故が生じた場合、施設は各区保健福祉センター担当者に報告。区役所から福祉局高齢者施策部介護保険課に報告される。</li> <li>・「介護保険事業所等での事故発生時の報告等の取扱いについて」の中で、事故報告の対象、報告フロー、様式等を取りまとめている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当市所在の事業所で事故が発生した場合、事業者が事故報告書を市に提出している。</li> <li>・市民が利用している市外の事業所にも報告を求めている。</li> </ul>
	報告対象の範囲	<ul style="list-style-type: none"> <li>・以下を対象としている。</li> <li>(1)サービス提供中における死亡事故及び負傷等</li> <li>(2)その他サービス提供に関連して発生したと認められる事故で報告が必要と判断されるもの</li> <li>ア 震災、風水害及び火災等の災害により、サービスの提供に影響するもの。</li> <li>イ 感染症及び食中毒〔区保健福祉センター保健業務担当（各区により担当名は異なる）へ届け出たもの〕</li> <li>ウ 利用者の処遇に影響がある事件等。</li> <li>職員（従業者）の法令違反・個人情報流出・医薬品の事故・行方不明 等</li> <li>エ その他報告が必要と判断されるもの。</li> <li>・負傷等については、骨折及び縫合が必要な外傷等により入院及び医療機関受診を要したものを対象とする。</li> <li>・それ以外においても家族等との間でトラブルが生じているか、あるいは生じる可能性があるかと判断されるもの等を対象とする。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・以下を対象としている。</li> <li>(1)利用者が受傷または死亡に至る事故の発生（受傷の程度は、医療機関に受診した場合を原則とする。事故発生からある程度の期間を経たからの死亡、死因に疑義がある場合も含む）</li> <li>(2)誤薬の発生</li> <li>(3)食中毒及び感染症（結核等）の発生</li> <li>(4)職員（従業者）の法令違反及び不祥事等の発生</li> </ul>
	体制整備の経緯	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成23年度までは都道府県が介護老人福祉施設を所管していたが、平成24年度以降所管が市へ移ったことによる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成19年7月に要領を整備した。</li> </ul>
報告事故について 介護事故・ヒヤリハット等の	報告対象の範囲  ※市外被保険者・市外施設利用の市内被保険者の取り扱いについても含む	<ul style="list-style-type: none"> <li>・上記報告対象範囲に該当する事故を報告。ヒヤリハットは特に報告は求めている。</li> <li>・報告書上の事故種類は12種類（死亡、転倒・転落、急病、誤嚥・誤飲、誤薬、介護ミス、暴力行為、行方不明、法令違反・不祥事、虐待、事業所等の事故（火災等）、交通事故、その他）。</li> <li>・対象入所者が施設所在市被保険者の場合、住民登録のある区に報告している。</li> <li>・対象入所者が他自治体の被保険者の場合は、その保険者の定めによるところとするとしており、施設は対象入所者の保険者自治体へ報告を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・上記報告対象範囲に該当する事故を報告。ヒヤリハットは特に報告は求めている。</li> </ul>

F	G
中核市	中核市
<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故については、事業者から市へ事故報告書を用いて報告することとしている。</li> <li>・「老人福祉施設及び老人居宅生活支援事業等における事故・事件発生時の報告取り扱い基準」による。</li> <li>・市の被保険者が市外施設で事故にあった場合：現状は、市外施設から報告書の提出の要不要の問い合わせがあった場合は、提出を求めているが、「取り扱い基準」に特に規定していないため提出は任意となっている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当市に所在する施設から、事故情報を収集している。</li> <li>・事故情報の収集については、基準省令を準用する形で市の内規を定めている。介護保険法の事故報告の基準に基づいて運用している。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・以下を対象としている。</li> <li>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</li> <li>2)食中毒及び感染症、疥癬の発生</li> <li>3)職員（従業者）の法令違反・不祥事の発生</li> <li>4)その他、報告が必要と認められる事故・事件の発生</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・以下を対象としている。事故の種類に関わらず、医療機関（※診療所含む）を受診したものについてはすべて報告してもらうようにしている。</li> <li>ア 介護サービス提供時に発生した傷病等の事故で、他の医療機関を受診した場合</li> <li>イ 介護サービス提供など業務遂行により発生または請求された損害賠償事故</li> <li>ウ 食中毒及び感染症等が発生した場合</li> <li>エ その他必要と認められるもの（被保険者家族とのトラブルになっているもの、その後の経過）</li> <li>オ 火災、自然災害等により介護サービスの提供に支障を生じる場合</li> <li>カ 従業者の不祥事等により、利用者の処遇に影響があるもの（個人情報漏洩、横領等）</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成 16 年度末に初めて「取り扱い基準」を策定した。この基準を平成 17 年度以降運用している。直近では平成 28 年 3 月に改正を行った。</li> <li>・平成 16 年以前にも報告は行われていたが、様式等は定められていなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成 24 年度に介護老人福祉施設の指定権限が県から当市に委譲されたことに合わせて、平成 24 年度から事故情報を収集することにした。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・上記「取り扱い基準」に該当する事故について、報告書様式にて施設から市に報告される。</li> <li>・報告書上の事故種別は 9 種類（骨折、打撲・捻挫・脱臼、異食・誤嚥、切傷・擦過傷、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）。</li> <li>・受診を要さないレベルのものは、事業所のヒヤリハットとして施設に把握してもらうこととしており、市への報告は求めている。</li> <li>・事故の対象者が市外被保険者の場合も市内事業者の事故報告として当市に報告がされるので、対象者の保険者市町村にも報告するように事業所に伝えている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当市に所在する施設に入所している他市町村の被保険者の事故について、保険者である他市町村に対して連携することはしていない。</li> <li>・ヒヤリハットは、市への報告は求めているが、実地指導で施設のヒヤリハット報告書の綴りを確認し、施設内において再発防止に活かしているかを確認している。</li> </ul>

自治体		D	E
区分		政令指定都市	政令指定都市
介護事故・ヒヤリハット等の報告について	報告手順・内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設は市所定の事故報告の様式に記載し、各区保健福祉センターに報告することとしている。重篤な事故の場合は、様式の提出と並行して電話連絡があることもある。</li> <li>途中経過でも構わないので、第1報・第2報・第3報と適宜連絡をするように施設には伝えている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>事故発生から1週間以内に「第一報」を出し、事故が収束したら「最終報告」を提出するように施設に依頼しているが、1週間を超えてから提出してくる施設の方が多いのが実態である。</li> </ul>
	都道府県への報告・国の報告	<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県への報告は行っていない。</li> <li>有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（有料該当）、特定施設入居者生活介護の事業所での死亡事例は、毎月、厚生労働省へ報告をしている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1年に1度、県からの依頼があり、事故の件数について報告している。</li> <li>国からの通知に基づき、利用者死亡など重大事故については、消費者庁に報告し、その写しを厚労省にも提出している。</li> </ul>

F	G
中核市	中核市
<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業者から市への第1報（電話又はファクシミリで速やかに）の後、事故・事件の処理の区切りがついた時点で報告している。</li> <li>・第1報の「速やかに」の期間は、社会通念に照らして最大限の努力をして可能な範囲としている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・死亡又は重体に至った事故の場合のみ、電話報告をしてもらうようになっている。</li> <li>・その他、事故発生から7日以内に報告をしてもらうようになっている。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故報告は基本的には当市で完結しており、県に報告する取り決めにはなっていない。ただし、高齢者虐待関係は、高齢者虐待防止法の規定により別途報告することとなっている。</li> <li>・有料老人ホームの場合国に重要事故を報告するよう通知が出されているが、介護老人福祉施設の場合は無い。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・県高齢者福祉課から毎年4~5月頃に照会が来るため、事故件数を取りまとめ、報告をしている。</li> </ul>

自治体		D	E
事故発生後の対応	対応方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要に応じて、現地確認、電話・文書による確認をしている。</li> <li>・虐待関係のうち、緊急対応の必要性があるものは48時間以内に対応している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・報告書内容を確認して、疑義がない場合には、事故報告書の提出を受けて、保管している。</li> <li>・報告された事故について疑義があったり、施設としての対応に問題があったりすれば、電話連絡をして、確認している。</li> </ul>
	施設への指導等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要に応じて、事故の状況を確認するため、現地確認や実地指導を行うほか、電話や文書による確認をしている。事故の内容によっては区役所等と連携しながら対応している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故の内容が重大なものであれば、施設から市に来てもらう、あるいは、市からその施設に出向く、ということもあるが、実地検証まで行うようなケースはほとんどない。</li> <li>・集団指導の際に確認している。</li> </ul>
情報の活用状況	報告の集計方法等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各施設からの報告は、毎月集計をしたうえで、年に1度、情報を取りまとめている。</li> <li>・提出された事故報告を事故原因別に分類、グラフ化している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・収集した介護事故情報について、公的に発表することは行っていない。</li> </ul>
	施設への周知方法等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・集団指導を年2回、実地指導は年間を通じて実施しており、事故対応マニュアルの整備などはこのタイミングで指導している。集団指導は、当市内にある介護保険事業所の管理者が対象である。(一部のみなし指定の施設は対象外)</li> <li>・他の事業所での事例を紹介する場合は、施設名を伏せ、プライバシーに配慮のうえで伝えることがある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要があれば、年に1回の集団指導の際、取り上げて各施設に注意を促す。</li> </ul>
	活用にあたっての課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在、集団指導等において事故原因別の集計情報を提供しているが、より詳細な情報の提供が今後の課題である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当市は政令指定都市であるので、施設の指定権者として、事故報告を受け、施設に対して指導をすることができる。一方で、町村の場合には保険者ではあるが指定権者でないため、指導をするのは指定権者である県となり、介護事故報告をどのように活用すればよいのかが明確ではない。</li> </ul>
研修	介護事故防止のための研修について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前掲の集団指導などの場を通じて、事故防止に関する事項について指導をしている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修は、市では行っていない。集団指導のときに必要性があれば、事故対応についても取り上げるようにしている。</li> </ul>
	ご意見等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故とヒヤリハットを混同したり、取り違えたりしている施設も多い。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ヒヤリハットと事故との区別について、介護職員一人ひとりにまで意識が浸透されていないことも多い。</li> <li>・当市は政令指定都市として指定権者と保険者双方の側面を有しているために問題とはならないが、事故報告を受けるべき立場は保険者なのか指定権者なのかについては、一度整理してもらえた方がよいかもしれない。</li> </ul>
	その他	—	—

F	G
<ul style="list-style-type: none"> <li>他課と連携が必要なものの場合は連携し、対応する（感染症事例について保健所と連携 等）。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>実地検証について、課内でのルールについて整備を進めつつあるところ。報告を受けた職員によって、実地検証が必要かどうかの判断がぶれないようにすることが目的である。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>同じような事故を繰り返す事業所には実地指導を含め状態確認を行うことがある（例えば、誤嚥発生の頻度が高い施設や、複数の利用者に疥癬が発生した施設等）。</li> </ul>	<p>—</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>報告書に関しては、係内で回覧のうえ、課長決裁としている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>毎年、全事業所を対象に行う集団指導の際に、前年度の事故報告の結果を集計している。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>年1回の集団指導講習会（全事業所が対象）の中で、重大事故が発生した場合の注意事項について伝えている。当該講習会には、施設管理者等が参加する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>集団指導時に、発生が多かった事故類型について説明をし、注意喚起を促している。</li> <li>重大な事故があった場合には、メールアドレスを登録している介護事業者には、メール配信も行っている。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>市役所内の部署が縦割りの部分があり、情報共有がしきれないことがあるのが課題である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険法では、保険者と指定権者のどちらで事故報告を受けるのかがはっきりしない。当市の場合、指定権者として報告を受け、指導等で改善を図る、という位置づけである。このため、市外の施設に入所している被保険者の事故については必ずしも報告を受けていない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>前述の集団指導時の指導・注意喚起以外には研修は行っていない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>集団指導の際に、多い事故類型について取り上げる程度であり、研修は実施していない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>意識が高く、事故報告を積極的に出す施設がある一方、報告を定めてあるとおりに出していない施設も存在している模様である。報告を積極的にしている施設は、ケア全体の質が高い印象がある。</li> <li>事故報告を怠った場合のペナルティがなく、不正請求などと異なり、指定取り消しなどの対象にはならない。施設に質問された場合は「基準違反になる」と伝えてはいるものの、実際には具体的な処分や罰則があるわけではない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護事故報告については、統一的なルールがなく、試行錯誤の結果、当市ではこのような方法に落ち着いているので、常に不安に思っている部分がある。</li> <li>地域特性も活かしつつ、標準的なルールを示してもらえるとよいのではないかと。</li> <li>事故報告についてスムーズに上げてくる事業所と報告が滞っている事業所とだと、対応がよい事業者の方が事故報告にも積極的な傾向がある。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>虐待事例について、暴力であれば把握できるが、言葉によるものだと把握しづらく、事業者の自主性に任せるしかない状況は課題として認識している。</li> <li>利用者から施設職員への暴力、セクハラなどもあり、そういったものを把握できるのかは気になっているところである。施設側から、利用者から被害を受けたという相談を受けることがある。</li> </ul>	<p>—</p>

【その他の市(政令市・中核市以外)・特別区・町・広域連合】

自治体		H	I
区分		その他の市	市
事故情報の収集について	事故情報の収集経路・その根拠・目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市内の介護老人福祉施設と地域密着型の介護老人福祉施設から市に対して、事故報告書を提出してもらうことになっている。</li> <li>・地域密着型サービス以外では、施設に対する指導等はできないが、保険者として、利用者保護の観点から、報告を受けている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当市の被保険者が入所している介護老人福祉施設から生活相談員が介護保険法に沿った形で報告してもらう。</li> <li>・地域密着型サービスについては、新規指定の場合に、報告の仕方や様式を提示している。</li> </ul>
	報告対象の範囲	<ul style="list-style-type: none"> <li>・①重大・重篤事故②その他の事故に分け、報告書提出を求めている。</li> <li>①重大事故：死亡、重篤状態、一定程度の後遺障害、一酸化炭素中毒、行方不明、火災、自然災害</li> <li>②その他の事故：医療上の治療を受けた場合、物品の破損等で死亡、重篤状態を発生させる恐れがあるもの、第三者による建物損壊、盗難など</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市所定の事故報告書では、「骨折、打撲・捻挫・脱臼、切り傷・擦過傷、異食・誤飲、やけど、その他の外傷、食中毒、感染症・結核、職員の法令違反等、その他職員の法令違反」を類型として定めている。</li> <li>・県国保連作成の事故発生時のマニュアルを参考に、報告する事故の範囲を整理している。</li> <li>・マニュアルでは、介護保険事業者は保険者の介護保険担当課に対し、以下の場合に報告することを求めている。 <ul style="list-style-type: none"> <li>(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</li> <li>(2) 食中毒及び感染症等の発生</li> <li>(3) 職員(従業者)の法令違反・不祥事等</li> <li>(4) その他、報告が必要と認められる事故</li> </ul> </li> <li>・(1)のケガの程度については、「外部の医療機関で受診を要したものを原則とする」とマニュアルで定めているが、さらに、市独自でインシデント・アクシデント報告書のレベル分類マニュアルを作成している。</li> </ul>
	体制整備の経緯	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険制度が始まって以来(平成12年から)、報告を求めている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険施行時から収集を開始した。</li> </ul>
介護事故・ヒヤリハットの報告について	<p>報告対象の範囲</p> <p>※市外被保険者・市外施設利用の市内被保険者の取り扱いについても含む</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・上記①重大事故、②その他の事後が発生した場合、施設から市に対して、事故報告書を提出してもらうことになっている。</li> <li>・ヒヤリハットについては、市への報告を求めている。</li> <li>・他市町村に所在する介護老人福祉施設でおきた事故で、利用者が当市民の場合には、当市に写しを提出してもらう。逆に、市内の施設でも利用者が他市町村の被保険者の場合、資料の写しが届けてもらうようにする。(被保険者の住所地のある市に写しを提出)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・① 介護事故 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の場合かつ、アクシデントレベル分類3_②～レベル5(外部の医療機関を受診し、何らかの治療が必要となった場合、等)について報告を求めている。</li> <li>・② ヒヤリハット 公的報告義務はなく、施設内で報告書類を作成・管理してもらっている。</li> </ul>

J	K	L
特別区	町	広域連合
<ul style="list-style-type: none"> <li>区内事業所から報告書による報告により事故情報を収集している。</li> <li>「介護保険事業者等における事故発生時の報告取り扱い要領」に基づく。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護事故が発生した場合、施設から福祉課へ報告を提出してもらっている。</li> <li>「介護保険指定事業者等における事故発生時の報告取り扱い要領（標準例）」に基づく。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設から「広域連合 給付課指導係」へ事故情報を直接報告している。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>以下を対象としている。 事業者の責任の有無にかかわらず、介護サービス等の提供に伴い発生した事故とし、次の1) および2) に該当するもの</li> <li>1) 原因等が次のいずれかに該当する場合：ア 身体不自由または認知症等に起因 イ 施設の設定等に起因 ウ 感染症、食中毒または疥癬の発生 エ 地震等の自然災害、火災または交通事故 オ 職員、利用者または第三者の故意または過失による行為/それらが疑われる場合 カ 原因が特定できない場合</li> <li>2) 次のいずれかに該当する被害または影響が生じた場合 ア 利用者または第三者が死亡、けが等、身体的または精神的被害を受けた場合 イ 利用者または第三者が経済的損失を受けた場合 ウ 利用者が加害者となった場合 エ サービス提供時間中に利用者が行方不明となり、外部に協力を求めた場合 オ その他、事業者のサービス提供に重大な支障を伴う場合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>以下を対象としている。</li> <li>①サービスの提供中の利用者のケガ又は死亡事故の発生</li> <li>②食中毒及び感染症、結核の発生</li> <li>③職員（従業員）の法令違反・不祥事等の発生、</li> <li>④その他、報告が必要と認められる事故等の発生</li> <li>・特に、家族とのトラブルがある場合には、必ず事故報告をもらっている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>以下を対象としている。</li> <li>①サービスの提供による利用者のけが又は死亡事故その他重大な人身事故の発生</li> <li>②食中毒及び感染症、結核の発生</li> <li>③職員（従業員）の法令違反、不祥事等の発生</li> <li>④その他報告が必要と認められる事故の発生</li> <li>・医療機関を受診した場合には、事故の原因を問わず、報告対象としている。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>東京都が平成16年に策定した雛形に、当区独自の内容を加え策定した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>平成20年に根拠となる標準例を定めた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>平成18年に介護保険が開始されたころから、事故報告を受ける体制を構築してきた。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>上記要領に定められた事故を報告対象としている。</li> <li>対象とする事故の具体的基準について施設から問い合わせがあった場合は「外部医療機関を受診した場合」と説明している。</li> <li>事故対象者が区外自治体の被保険者である場合や、区外施設で当区の被保険者が事故にあった場合についても報告を受けている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>上記要領に定められた事故を報告対象としている。事故の範囲は特に限定をしていない。軽微なものまで報告してもらおうとは考えていない。</li> <li>被保険者が町外の施設に入所している場合、保険者として事故報告を受理しても、事故が起きた施設に対し、指導等を行うことができないため、受理するのみである。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>上記該当の事故</li> <li>事故の種別は特段限定していない。ヒヤリハットのような内容でも施設が報告すべき、重大と考えている事項は全て報告してもらおうよう、依頼している。一般的には、利用者が医療機関を受診した場合は、介護事故として報告してもらおうことが多い。</li> <li>報告対象は、地域密着型のみであり、広域型は対象としていない。</li> </ul>

自治体		H	I
介護事故・ヒヤリハット等の報告について	報告手順・内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重大事故の場合には、第一報を即日提供するように求めている。</li> <li>・それ以外の事故については、事故発生後、7日以内に報告を求めている。</li> <li>・事故報告を行った後、事故の終了報告書の提出も求めている。終了報告のタイミングは施設の判断による。</li> <li>・直接持参して提出してもらっている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故内容と状況を口頭（電話）やメール等により、早急に報告をしてもらうように指導している。</li> <li>・文書による報告は概ね2週間以内くらいを目途に提出してもらっている。</li> <li>・必ずしもすべての事故について事業所から報告してもらっているわけではない。</li> <li>・家族からの苦情・相談があって初めてそのような事故が起きたことが判明する場合もある。事故報告書が提出されているかどうか確認し、報告がなければ、報告書を速やかに提出するよう求めている。</li> </ul>
	都道府県への報告・国への報告	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市から県への報告は行っていない。施設は市への報告と同時に、県に対して、市への報告書の写しを提出している。</li> <li>・消費者庁に報告が必要な事案が発生すれば、当市から国に報告している。（これまで発生なし）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市から県への報告は行っていない。これまで報告をあげた実績もない。</li> <li>・虐待があった場合には、県に対して報告義務があるので、報告をしている。</li> <li>・市から直接国に報告する場合には、県に相談して方向性を示してもらってから報告することになる。（これまで発生なし）</li> </ul>
事故発生後の対応	対応方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今までのところ、介護事故を起こしたことについて、事実確認や検証まで行ったケースは特にない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・何度も似た事故を起こすような施設で再発防止策が不十分と市が判断した場合には、事故報告書を受理せず、提出しなおしてもらったこともある。</li> <li>・当市は指定権者ではないため介護老人福祉施設へは実地指導はしていない。</li> <li>・その他のグループホーム等の地域密着型サービスについては、実地指導の際にヒヤリハットがあるかどうかを確認している。</li> <li>・実地指導は、各サービス別に時期が異なるが、概ね3年毎には施設に訪問している。</li> </ul>
	施設への指導等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・明らかな介護中の事故で、指導が必要な案件については実地検証を行う。</li> <li>・広域型のサービスについては、市の方では報告書の提出は受け、内容確認はしているが、それを受けての検証は行っておらず、県が実施している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域密着型のサービスについては、実地指導や毎年の集団指導を行っているが、介護老人福祉施設については、指定権者である県が指導を行っている。</li> </ul>
情報の活用状況	報告の集計方法等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・集団指導の際の注意喚起に用いるため、集計している。（地域密着型のみ対象）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・単純集計を行っているにとどまる。</li> <li>・フィードバックは特段していない。当市は指定権者ではなく介護老人福祉施設に対して指導する権限がないため、行えていない。</li> <li>・平成26年度に要介護施設従事者による虐待の通報があり、その際に研修を実施したことはあるが、介護事故に関して研修を行った実績はない。</li> </ul>
	施設への周知方法等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護事故報告について、年度末の事業所への集団指導の際に集計結果を活用し、注意喚起を行っている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故報告があった事業者に対して、事故が多いなどと伝えることはあるが、当市は指定権者ではないため、周知する機会がない。</li> </ul>

J	K	L
<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故報告の最初の受付は各福祉事務所で行っている。先にケアマネ等を通じて地域包括支援センターが事故を把握した場合には福祉事務所へ情報提供をお願いしている。</li> <li>・また、報告書は各福祉事務所に提出いただき、写しを介護保険課に送付している。</li> <li>・施設からの報告までの期間は、事故発生後医療機関を受診し、当日中に報告書を記入、1週間以内に提出としている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・死亡事故は施設から電話で一報の上、様式記入後に持参提出してもらっている。</li> <li>・軽微な事故については、持参ではなくメールで担当者宛に送るよう、依頼している。</li> <li>・報告時期は「速やかに」と定めている。施設からは翌日あるいは当日などに報告してもらっており、概ね一週間以内にはすべて報告をしてもらっている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故発生後、速やかに事故報告書を提出するように依頼している。</li> <li>・提出方法は、原則、直接持参としている。提出の際に事業所側に事故の情報について聞き取り、より詳しく状況を把握するためである。</li> <li>・当広域連合管轄外の施設から当連合被保険者に関する事故報告が届くこともあるが、特に当該施設に対して指導等を行う権限がないため、その場合は受理するのみである。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・以前は介護保険課が東京都へ報告していたが、4~5年前から報告の要請がなくなり、その後は報告していない。</li> <li>・虐待や苦情については報告義務があるため、都に報告している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運営基準に違反している場合、県に報告することとなっているが、そのような事例はこれまでにない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・県へ介護事故の報告はしていない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括支援センターで判断しきれない案件については、福祉事務所が対応する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故報告書が提出された後、報告書の内容や報告書に記載されていない事項についても聞き取りを行い、内容を確認している。</li> <li>・記載内容が不十分な場合、詳細を確認したい場合は、施設の職員を町に呼び出して事実関係を確認している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護事故報告書受取時に、疑義がある場合には、報告書に記載されていない内容についても職員が事業者に対して聞き取りをしている。</li> <li>・重大な事故については、必要に応じて職員が実地検証に行っている。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故報告内容により、事業所への訪問指導を実施。場合によって、介護保険課と連携して事業所への改善指導を行う。</li> <li>・事故報告を受けてから、訪問対応を行うかについては、事故報告書の内容や家族からのヒアリング内容を基に判断する。1日2~3件報告がなされるが、うち月1~2件程度が訪問対象となる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・町の管轄下の施設は少ないので、施設の規模により対応を変えている。複数施設を運営している法人の施設であれば、再発防止策もきちんと検討されているケースが多いので、特に指導はしないが、地域密着型施設しか運営していない法人の場合は、再発防止策の妥当性を確認し、必要があれば見直しを求めるようにしている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故に関する指導は、実地指導の際にも行っている。1施設当たり、少なくとも4~5年に1回は実地指導が行われている。</li> <li>・重大な事故を起こしたり、事故に対する対応が不適切であったりする施設に対しては、毎年あるいは1~2年に1回程度実地指導するようにしている。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・概要としてエクセルでのデータベース化をしており、都度出せる状況ではあるが、定期的な報告書作成等はしていない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故報告の分析や集計は特に実施していない。</li> <li>・事故報告が提出された際、他の施設で類似の事故が過去にあった場合、その旨情報を提供し、施設同士で情報交換をすることを勧めることもある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護老人福祉施設を含む、すべての事業所から寄せられた事故報告書は、一週間に一回、課内で回覧している。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・集団指導の場などで周知を行っている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故の件数が少ないこともあり、ことあるごとにメールを配信したり、直接伝えたりと、1件1件、個別に情報発信をしている。</li> <li>・集団指導の際には、施設の管理者・職員どうしで互いに議論する場を設け、情報交換する場も設けている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故内容とその対応方法等を他の施設へ展開するようなことはできていないが、実地指導で類似事例があった場合は施設名を伏せ、事例を紹介している。</li> </ul>

自治体		H	I
情報の活用状況	用にあつた課題	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当市は規模も小さく、介護事故の報告件数が少ないため、傾向や対策を考えることは難しい。ヒヤリハットまで分析すれば、起こり易い時間帯（早朝など）や職員体制について示唆を与えることができる分析ができるのかもしれないが、当市が単独でそこまで行うのは難しい。</li> <li>・県や近隣の市町村と介護事故に特化した形での連携は行えていない。</li> <li>・他市町村に所在する施設での事故について報告を受けたとしても、当市がその施設に対して指導等を行うことはできないので、ただ報告を受けるしかできない。</li> </ul>
研修	介護事故防止のための研修について	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実施していない。</li> </ul>
ご意見等	事故報告の在り方についてのご意見、課題等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・どのような事故の場合に、市に対して報告してもらおうか、その線引きが難しい。事業所の方で隠すと、利用者家族から市への通報があった場合、市からの行政指導の対象となりうるので、できる限り軽微なものであっても報告してもらおうような意識付けをしているが、それでよいのか、悩むところもある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護事故の発生状況等については、市町村レベルだけではなく、ある程度広域的に対応した方がよいのではないかと思います。一つの市だけでは、介護事故情報の収集も不十分になり、そのデータを活用していくことが難しい。</li> <li>・県は指定権者であるが、保険者ではないので、介護事故の報告は、重大な事故以外は受け付けていない。しかし、政令市・中核市ではない一般の市だと介護老人福祉施設に対して指導することができない。県の方で事故防止に向けた対策をするなど、介護事故報告を活用してもらった方がよいのではないかと思います。</li> <li>・国や県としては、介護事故の範囲については市町村で判断して決めてよいというが、市町村が独自に判断するのは難しいこともある。参考となる基準を示してもらった方が判断に迷わなくて済む。</li> </ul>
	その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・消費者庁に報告すべき案件とそうでない案件との差を明確にできないか。消費者庁報告事項が報道で大きく取り上げられると、逆に介護事故報告を真面目に行ってくれている事業者に対して、マイナスの結果になるのではないか。</li> </ul>	—

J	K	L
<p>・当区では、保険者機能を持つ介護保険課と、事業所対応を行う福祉事務所で業務が分担されていることや、事故報告数が多いこともあり、報告を指導に活用することは十分にはできていない面もある。</p>	<p>—</p>	<p>・事故報告を受ける担当者が毎年代わるため、統一的な運用ができていない。国から、どのように事故報告を受け付けるべきか、活用すべきに関する指針等があると、対応方法を統一できる。</p>
<p>—</p>	<p>・町内に県の研修で講師をしている職員が所属する事業所があり、定期的に研修を行っている。同じような介護事故を続けて起こしている施設には、研修受講を指導し、町職員が、対象者の研修参加を確認している。</p>	<p>・研修等は、特に実施していない。</p>
<p>・介護老人保健施設は、あまり事故報告がなされていないのではないかと感じている。施設の性質としてリハビリ機能があり、介護老人福祉施設よりも事故が起こりやすい可能性があること、介護老人福祉施設待機で介護老人福祉施設の入居者が同じぐらいの要介護度の方が利用していることも併せて考えると、介護老人福祉施設と同程度の頻度で事故が発生している可能性はあると思われるが、老人保健施設からの報告は少ない印象である。</p>	<p>・町という小さな保険者である為、1施設1施設丁寧に、実地指導を行うことができる。          ・事故を防止することは重要だが、施設内での行動を厳しく指導しすぎると職員行動を抑制することにもなるため、どこまで事故報告を厳密に求めるかは悩ましいところでもある。          ・義務として、形だけの事故報告は意味がないと考えている。          ・介護事故報告において何を事故というのかについて最低限の定義が欲しい。</p>	<p>・施設は『事故報告を提出すると、ペナルティを課されるのではないかと』と考えている可能性がある。実地指導の際に、事故報告を提出したからといって施設の不利益にはしないから、提出するように依頼をしているが十分に浸透しておらず、施設から事故報告が十分に出てきていない。この点は課題だと考えている。          ・施設内で事故と認識しながら、広域連合に提出しないことが散見される。          ・施設は職員数も少なく、介護事故報告を提出が、事故発生から一定程度の時間経過後になったり、そもそも事故報告を提出していなかったりすることもある。人材不足により、事業所側が非常に忙しいのも伝わってくるので、その点にも考慮しつつ、事故報告を提出してもらえようにしたい。</p>
<p>・事故報告として最も多いのは、有料老人ホームの居室内での転倒である。重大事故発生時に都への報告義務があることや、民間企業による運営が多く、法人として行政への手続きや報告をしっかりとっておきたいという意向が強いことから、積極的に報告が行われているようである。</p>	<p>—</p>	<p>—</p>

## 【介護老人福祉施設(広域型)】

施設		1	2
自治体区分		政令指定都市	政令指定都市
施設類型		多床室・従来型個室、ユニット型	多床室・従来型個室
定員数		従来型 54 人、ユニット型 40 人	84 人
介護事故予防体制について	体制概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>専任の事故対策委員を組織している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リスクマネジメント委員会を設置。介護職員、介護支援専門員、生活相談員で構成している。(昨年度は看護職員や管理栄養士も入っていたが、現在は入っていない)</li> <li>リスクマネジメント委員会とは別に、施設長、マネジメント層が集まる「特養会議」を設置している。</li> </ul>
	介護事故防止に係る担当者/委員会の活動内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>事故対策委員は毎年辞令を交付して、職責を明らかにしたうえで任命。職種としては、看護職員、介護職員。</li> <li>事故対策委員会は事業所単位で開催しており、毎月 60 分程度、事故の件数や内容、再発防止策等について検討。</li> <li>法人全体会議でも報告を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リスクマネジメント委員会は毎月開催し、1 回の会議は 1 時間程。</li> <li>特養会議では、各委員会からの情報を確認し、施設としての体制変更、ルール見直し等の意思決定を行う。</li> </ul>
	指針・マニュアル	<ul style="list-style-type: none"> <li>事故防止マニュアルを策定している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>事故やヒヤリハットに関する指針やマニュアルを整備。</li> <li>マニュアル集は電子化し、常に、最新版を確認できるようにしている。</li> </ul>
	体制・指針・マニュアル等整備の経緯、見直し状況等	<ul style="list-style-type: none"> <li>マニュアルにオンコールに対応する職員の一覧表が掲載されており、職員の体制や嘱託医の対応可能範囲による変更が必要であるため、毎年見直しを行っている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>指針は、「年に 1 度は見直しをしよう」としているが、実際には変更することはほぼない。マニュアルも同様である。</li> <li>当施設では 10 年ほど前から司法修習生の実習受け入れを行っており、司法修習生を受入れるタイミングで、施設の事故対応処理や連絡フローの内容を確認・見直しをしている。</li> </ul>
	研修状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>法人全体で年 3 回「マスター研修」を実施(全職員対象)。この研修では、栄養士や看護師による研修と合わせ、事故防止研修(介護職員担当)を実施している。</li> <li>マスター研修を受講すると、研修手当を出し、研修を受講したという認定証を発行している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護事故防止に関する研修を年に 2 回程度実施している。</li> <li>誤嚥に関する研修を行っており、職員は年に 1 度、必ず受講することになっている。この研修を受講しないと、食事介助をしてはいけないというルールとしている。</li> </ul>
ヒヤリハット・介護事故情報の施設内での把握について	報告対象の範囲	<ul style="list-style-type: none"> <li>何かがあれば、幅広く報告をしてもらう。これにより、事故・ヒヤリハットに対する意識を高める狙いもある。異食やしりもちをついたような場合も事故・ヒヤリハットとして報告をしてもらっている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>事故とヒヤリハットを報告対象としている。</li> <li>「事故 / ヒヤリハット」の区分けが難しいので、薬に関する事項は、全て事故として扱っている。</li> </ul>
	報告手順、様式等	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設内で事故が起きた場合には、24 時間以内に事故報告を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>事故の報告様式と、ヒヤリハットの報告様式は別々である。事故の報告様式は、市へ提出する様式と同じ様式で管理している。ヒヤリハットは、市には報告する必要はないので、内部で検討した様式を活用している。</li> <li>顧問弁護士や損害賠償保険会社にも連絡を入れる。</li> </ul>
	報告内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>事故報告書については、打撲、擦過傷、皮下出血、皮膚剥離、切傷、火傷、気分不快、その他、の各状態についてチェックをする欄を設けている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(市の事故報告書様式は、事故種別をチェックし、事故の概要、対応等を自由記載する形式。事故種別は、死亡、転倒・転落、急病、誤嚥・誤飲、介護ミス、誤薬、暴力行為、行方不明、法令違反・不祥事等、虐待、事業所等の事故(火災等)、交通事故、その他。)</li> </ul>
	収集情報の活用状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護事故報告の対象や報告書の内容についても事故防止委員会が話し合って検討し、情報を共有するようにしている。</li> </ul>	—

3	4
中核市	中核市
従来型個室	多床室
60人	80人
<ul style="list-style-type: none"> <li>・同じ建物内の事業所全体で安全委員会を組織している。</li> <li>・各事業所・フロアで委員を選出しており、構成メンバーは、施設長・事務長・医師・介護職員・生活相談員・看護職員各1名である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故予防委員会を組織している。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月、委員会を開催している。</li> <li>・前月のヒヤリハット、事故について状況把握、予防策の検討、指針見直し等。</li> <li>・委員会内容については、委員から各職場に共有している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月、委員会を開催している。</li> <li>・前月のヒヤリハット、事故について状況把握、予防策の検討、指針見直し等</li> <li>・議事録を数日以内に共有するほか、全職員が参加する会議の場等で職員への周知を行っている。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・指針を策定している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指針・マニュアルを制定</li> <li>・マニュアルは従前はファイルを入職時に一式渡していたが、現在はイントラネットで確認できる。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・指針については安全委員会で年1回程度見直している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故予防委員会で見直しを行っている。見直しが必要な個所については職員からの意見を反映させている。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設内研修、施設外研修を受講している。</li> <li>・施設内研修は必修、施設外研修は、他職員への波及効果を考慮して人選している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修を重視しており、事務職も含め研修を必須としている。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者に「通常の状態ではない」事象があれば、ほとんど「事故」としており、ヒヤリハットと区分せずに報告をする運用としている。</li> <li>・事故の定義については、5年程前、事故防止委員会においてどこまでを事故として取り扱うべきか議論し、職員主体で策定した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通常の状態でない事象が発生した場合はヒヤリハットとして報告対象としている。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設所定の報告様式により報告。施設様式は、自治体報告に利用できる様式となっている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設所定の報告書により報告している。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・報告書の記載事項は、発生日時、場所、バイタルサイン、外傷の状況、事故概要、対応状況、発生時の見取図、事故区分、時系列対応、職員所在状況、看護判断、再発防止策、ご家族対応。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・報告書は、表面に発生日時、場所、事故種類、利用者状況、事故内容、外傷の場合の部位図示、事故後の対応、バイタルサイン、発生原因と対応策を記載。外部受診した場合、家族への連絡状況、受診結果を裏面に記載している。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護事故・ヒヤリハットの把握と再発防止策の検討については、継続的に行っている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・統計をとり、職員の事故予防に活用するとともに、家族にも年次報告を行っている。</li> </ul>

施設		1	2
自治体への報告について	報告先	・施設所在市に報告している。	・利用者の保険者に対して報告している。(所在地の政令市にすべてを報告するわけではない)
	報告対象範囲	・一定以上の重大な事故について報告している。受診をしても、剥離等、軽微なものであったら、市へは報告しない。	・被保険者の自治体によって報告様式は異なるので保険者のHP等で様式を確認し、都度対応している。
	報告手順	・自治体所定の様式、手順にて報告している。	・自治体所定の様式にて報告する。 ・相談員が区役所に持参することとなっている。
利用者・家族とのコミュニケーション	苦情・相談窓口	・相談員が中心となって対応しているが、総合施設長(管理者)が最終的には対応している。	・原則、相談員が対応。家族等とのトラブルになり、対応が困難な場合に施設管理者が対応する。
	その他クレーム、問題発生時の対応体制	—	—
事故報告に関する課題等	事故報告の課題認識等	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今はどうしても時間を作ることができないが、今後はヒヤリハットや事故が生じた際の対応方法を統一化していきたい。</li> <li>・市の報告様式は記入する項目が多く、記入は大変である。項目から選択等、様式を工夫してほしい。分析ができるような様式に変更してほしい。</li> <li>・市への報告後、フィードバックがないので、不安になる。報告内容を活用し、現場に活かす使い方をしてほしい。</li> <li>・報告する際の基準があいまい。どんな時に報告すべきか、どのような事象は報告しなくともよいのか、等が曖昧である。</li> </ul>
	その他見意等	・事故が元でクレームにつながるような場合には、クレームがあることで職場の士気が下がってしまうことがある。気を付けていても起きてしまうような事故で、職員の対応が間違っていたとは言えないケースでも、クレームがあると、職員が委縮してしまい、退職を申し出ることもあり得る。人材難であるので、クレームにより、職員が退職してしまうようなことにならないようにしたいと考えている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故やヒヤリハットに関する指針やマニュアルは整備しているものの、十分に活かされているというわけではないようにも思っている。</li> <li>・最近では、保険会社からお見舞金での解決を勧められることもある。スタッフ負担軽減のためにも早くお見舞金を早く払ったほうが良いとのことであるが、何にでも見舞金をだしていると、家族や入居者から、必要以上に請求されてしまうおそれがある。起こった事象を冷静に見極め分析し、適切に対応したい。</li> </ul>

3	4
<ul style="list-style-type: none"> <li>施設所在市に報告している。</li> <li>市外の利用者については、必要に応じて対応している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設所在地市に報告している。</li> <li>市外の利用者については、保険者市町村にも報告を行っている。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>自治体の定める基準に該当する事故を報告している。(外部医療機関を受診したもの)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自治体の定める基準に該当する事故を報告している。(外部医療機関を受診したもの)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>重大事故については電話等で第1報をいれている。</li> <li>自治体所定の様式にて報告している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>重大事故については電話等で第1報をいれている。</li> <li>自治体所定の様式にて報告している。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>生活相談員が主に対応している。</li> <li>施設長を解決責任者として利用者や家族に周知しており、その他、市の相談窓口も案内している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活相談員が主に対応している。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者所有物の破損、紛失等については別途報告している。(始末書の形式)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者所有物の破損、紛失等については別途報告している。</li> </ul>
<p>—</p>	<p>—</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>想定外の事故が発生することもあり、利用者家族への説明に苦慮することがある。</li> <li>事故の原因は、歩行できない利用者が、何とか動こうとしたために起こっていることも多く、身体拘束が認められない中、最低限の職員体制で施設を運営しているため、どこまで事故を減らせるかは課題であると感じている。</li> <li>人員配置上、外部研修に出す職員の時間確保を行うことが難しい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者が自分でやりたい、他人に迷惑をかけたくないという思いが事故につながってしまうことがある。利用者の気持ちを大切に、行動抑制とまらない安全対策を講じる必要がある。センサーマットも拘束であると言われるが、完全にゼロにすることは難しい。</li> </ul>

施設	1	2
特徴的な取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「マスター研修」を全部受講すると、研修手当を出し、研修を受講したという認定証を発行している。</li> <li>「マスター研修」には事故防止研修として、KYT（危険予測トレーニング）研修も含まれる。</li> <li>・危険予測に関する意識が低いと思われる職員については、何度でも KYT（危険予測トレーニング）研修に参加させている。意識が変われば、事故は減少するはずであるので、研修を受講させることは重要だと考えている。</li> <li>・ヒヤリハット報告書は通常の紙を用い、事故報告書は、赤い厚紙を用いることで、報告書を一目見ただけで、事故とヒヤリハットとを分けて認識することができる工夫をしている。</li> <li>・ヒヤリハット報告書は、時系列ではなく、ヒヤリハットが起きた利用者ごとにファイリングしている。ヒヤリハット報告書を見れば、利用者の状態の変化等に伴い、特定の利用者にヒヤリハットが増えているのが一目でわかるように工夫をしている。ヒヤリハットが増えている利用者に対しては、人員を厚く配置するなど、事故削減に向けた対策にも活用することができている。また、ヒヤリハットが増えていることについての職員間の引継ぎにも役立っている。</li> </ul>	—

3	4
<ul style="list-style-type: none"> <li>・最近、防犯目的で施設内に防犯カメラを導入した。事故発生時の映像を確認することで、これまで把握できなかった事故の状況把握にも活用しているが、画像の情報をすべて開示することが適切かどうかについては悩ましく(利用者間のトラブルなどが明らかになってしまう場合もあるため)、今後の検討課題と認識している。</li> <li>・事故発生時の映像取り扱いについては今後指針にも盛り込む方針である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故報告書及びヒヤリハット報告書は年に1回開催する家族会において、集計結果を開示し、ご家族のご意見をうかがうことにしている。</li> </ul>

施設	5	
自治体区分	その他の市	
施設類型	広域型	
定員数	60人	
介護事故予防体制について	体制概要	・事故防止及び身体拘束廃止委員会を設置。基本的に月1回開催し、多職種が参加している。
	介護事故防止に係る担当者/委員会の活動内容	・事故防止委員会では、予測予知に重点を置いて協議を行っている。実際に起きた事故について、事前に防げたのかを確認している。所要時間は1時間程度である。 ・事故防止委員会は基本的に施設ごとに実施しているが、必要がある場合には、3施設合同で委員会も行う。 ・専任の安全対策担当者として、介護課長を任命。施設を取り巻くリスクを包括的に把握し、事故対応だけでなく、事前リスクも視野に入れて現場の中心となってリスクマネジメントを行うことが役割である。
	指針・マニュアル	・事故発生防止のためのマニュアルを策定している。
	体制・指針・マニュアル等整備の経緯、見直し状況等	・事故発生防止のためのマニュアルは、同一法人が運営する介護老人保健施設のマニュアルを基に作成した。 ・事故防止委員会にて検討し、1年に1回～2年に1回程度は改訂している。
	研修状況	・法人として新規採用職員研修、中途採用職員研修、3年次職員研修を実施している。 ・施設内職員による事故防止対策研修も実施している。
ヒヤリハット・介護事故情報の施設内での把握	報告対象の範囲	・事故防止委員会で話し合っ、どのようなレベルで事故とヒヤリハットを切り分けるかを検討している。 ・自治体への報告より広範囲で事故として施設内では報告している(怪我はなかった場合や-薬の飲み忘れ等)。 ・3センチ以内の表皮剥離はヒヤリハットとして扱っている。
	報告手順、様式等	・法人の報告書様式により報告している。
	報告内容	—
	収集情報の活用状況	・朝・昼のカンファレンスにより、全部署で情報共有を行っている。事故状況によっては、今後の対策の妥当性を再確認し、各専門職と協議を行っている。

6	7
特別区	町
広域型	広域型
30人	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人全体で「リスクマネジメント委員会」を設置しており、各事業・職種の代表者14名から構成されている。月1回委員会を開催している。</li> <li>・各事業所に「事故防止検討委員会」を設置。介護係長を委員長（リスクマネジャー）とし、施設長および各職種で構成。会議は月1回開催している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故対応・クレーム対応を協議する場として、「幹部会」と「リスク管理委員会」とがあり、いずれも理事長がマネジメントしている。</li> <li>・幹部会（理事長以下8名で構成）の下に各委員会を設置しており、委員会の中の1つが「リスク検討委員会」である。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・リスクマネジメント委員会では、各事業所から提出された事故報告についてのレベル判定・分析を行い、月次の経営会議上で苦情報告・事故報告の共有を行っている。また、3か月ごとに分析を行い、「リスクマネジメント委員会ニュース」を年3回発行し、全職員に配布している。</li> <li>・リスクマネジメント委員会で分析・報告した内容は、委員会委員により、現場でも共有されている。</li> <li>・テーマを決め、リスクマネジメント委員会による施設巡回も実施する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「リスク管理委員会」でヒヤリハットや事故の状況報告や対応策の検討、マニュアルの改訂に関する議論を行っている。そこで議論した内容を「幹部会」に上げている。</li> <li>・「幹部会」と「リスク管理委員会」にはいずれも理事長がメンバーとして入っており、迅速に意思決定、対応する体制をとっている。理事長のほか、施設長・看護師・介護福祉士等、複数の職種がかかわっている。外部の専門家も「リスク管理委員会」メンバーとなっている。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・運営法人の全事業所で、共通の「事故防止及び事故発生時の対応指針」と報告書様式を用いている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「事故防止に関する指針」を作成（法人が運営するすべての事業所に適用）</li> <li>・指針とは別に「社会福祉施設等内事故・事件等対応マニュアル」を作成しており、こちらの内容に基づいて、日常の運営を行っている。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の「事故防止及び事故発生時の対応指針」については、リスクマネジメント委員会で随時見直しを行っている。現在の版は、近日中に改定予定となっている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「事故防止に関する指針」の内容を変更したことはないが、毎年、指針の内容を確認している。マニュアルは不定期ではあるが、状況変化に合わせて見直しを行っている。直近では平成30年3月に改訂した。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・入職時と定期（毎月）に研修を実施している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新人研修のなかで「事故発生時に対する対応について」「ヒヤリハットに関する事例について」等を実施している。</li> <li>・消防署が実施している「安全研修」や、保健所が実施している「感染症予防対策研修」等にも参加している。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者への影響度合い（損害の程度）により、レベル0~レベル4に分けて把握し、報告対象としている。</li> <li>・レベル0はヒヤリハット、レベル4は治療が必要なレベルである。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各施設でヒヤリハットや事故を定義している。</li> <li>・些細なことでも、ヒヤリハット、事故として、報告している。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人独自の事故報告書様式により報告。報告書様式は介護ソフトに搭載の様式をカスタマイズして策定したもの。</li> <li>・ヒヤリハットと事故報告は書式のタイトルが異なるが内容は同様のもの。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故および、ヒヤリハットは、パソコン（専用システムを導入）上で管理</li> <li>・システム上で事故内容を入力し、入力した内容は職員全員が閲覧できるようになっている。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者、発生年月日</li> <li>・損害の程度 レベル1：ひやり・はっとしたが事故にはならなかった レベル2：施設内で対処・処置した レベル3：受診や検査、物品修理が必要になった レベル4：治療が必要。物品使用不可となった</li> <li>・事故所見 1)ルール違反による事故、2)ミスが原因で起きる事故、3)基本的な対策・技術で防止可能な事故、4)防止に高度な知識・技術が必要な事故、5)不可抗力な事故</li> <li>・事故の種類 ・発生状況・要因、今後の対策</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故管理システムには、以下を入力している。 <ul style="list-style-type: none"> <li>-日付・時間</li> <li>-報告者</li> <li>-対象者</li> <li>-区分（事故、ヒヤリハット、等）</li> <li>-種類（転倒、外傷、等）</li> <li>-報告内容（発生時の状況、経緯、対応状況、等）</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・報告書を基に、法人全体で事故内容を集計・分析。細かくデータ化し、昨年対比や施設対比などの側面から3ヵ月毎に介護係長会で分析している。</li> <li>・分析内容については、リスクマネジメント委員会からのニュースとして全職員に年3回発信。現場がやっていることが、事故防止につながっていると実感してもらうことが重要であると認識している。</li> </ul>	—

施設		5
自治体への報告について	報告先	・施設所在の市および県。
	報告対象範囲	・当施設を所管する市・県においては、事故の後、障害が残ったものだけを報告してほしいとされている。
	報告手順	・市及び県に対し、市指定の書式を提出して報告を行っている。 ・ある程度状況が収束後、「終了報告」を提出。市では、提出した事故の終了報告について確認している模様であり、終了報告書を出していないと、市から連絡がくる。
利用者・家族とのコミュニケーション	苦情・相談窓口	・クレーム対応責任者は、事故対策責任者である介護課長。
	その他クレーム、問題発生時の対応体制	・苦情については、受け付けた者が一次的に対応し、謝罪等が必要になった場合には、責任者である介護課長が責任をもって対応している。 ・苦情報告書を作成し、全部署に周知している。 ・介護課長が状況を確認後、対策会議を速やかに開催し、問題分析及び今後の対応について検討し、周知を図っている。検討した内容についてはご家族にお伝えしている。
事故報告に関する課題等	事故報告についての課題認識等	・報告書は、一週間以内に出してほしい、と市からは言われているが、報告書を作成するのに時間がかかってしまい、事故からある程度日が経ってから報告することになっている点は課題。
	その他ご意見等	・事故防止委員会でマニュアルの内容を検討し、その後、各ユニット会議で読み合わせをしているが、職員に浸透しているか不安もある。実際、新人職員や異動職員への周知が徹底されておらず、マニュアルを確認しておけば事故にならなかった、というような事案もいくつかはある。オリエンテーション時にマニュアルを用いて説明をしているが、中身まで十分に職員が理解できるようにすることは課題だと感じている。
特徴的な取り組み		・事故のうち、皮下出血報告書（3 cm×3センチ以内）を別途用意している。原因不明のものも含めて、あざができるような場合は非常に多いため、簡素化した書式を準備し、業務負荷の軽減を図っている。 ・現在、当施設では、介護の際の記録について ICT 化を推進しようとしており、事故防止に関連する書式について、どのようなものをシステムに載せるかも話し合っているところである。

6	7
<ul style="list-style-type: none"> <li>施設所在区福祉事務所。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設所在の町と県事務所。</li> <li>所在地町以外の自治体が保険者である利用者の場合は、県（振興局）と町に報告すると同時に、入居者の保険者である自治体にも報告している。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>区の基準（利用者または第三者が死亡、けが等、身体的または精神的被害を受けた場合）に該当するもの。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「県介護保険施設等における事故等発生時の報告事務取扱要領」の報告基準に該当するもの（医療機関を受診または入院）。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>区所定の事故報告書様式により報告している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>県指定の様式により報告している。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>クレーム対応はサービス向上委員会が担当している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>全てのクレームの内容を理事長が集約し、理事長が率先して対応するようにしている。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>クレームのうち、「要望」についてはケアプランに反映させ、「苦情」については組織として対応するようにしている。</li> <li>クレーム内容も、事故報告と同様に情報収集と分析を実施している。</li> </ul>	—
<ul style="list-style-type: none"> <li>法人の現在の事故報告書様式は記載項目が多く、情報として拾い切れていないヒヤリハットが存在しているのではないかと考えている。</li> <li>より簡便に報告ができるよう、ヒヤリハットを見かけた際に、その場で簡単に記入できる報告様式を作成中である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>職員の確保が難しい中、また、勤務負荷の軽減が求められている中で、効率よく、ヒヤリハットや事故の内容をとりまとめることが課題である。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>職員が事故を経験すると、それが離職にもつながるので、事故防止は職員を守る意味でも非常に重要である。</li> <li>利用者や家族から職員に対する「ハラスメント被害」も非常に課題になっていると感じる。介護士は利用者からの罵声まではなんとか耐えられても、殴られてしまうとそれが決定打になって離職してしまうこともある。暴力行為については病気だからといって片づけてはいけないのではないか。また、ご家族からのパワハラも課題となっている。</li> <li>今後の課題としてBCPを認識している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ある程度のマニュアルを整備し、マニュアルに基づき日々活動しているが、大きな震災等が生じた場合の対策が不十分であると感じている。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>広義のリスクマネジメントの実施 利用者対応に関するアンケート調査を実施し、モニタリングを行っている。具体的な質問内容としては「利用者との友達感覚で接していないか」、「プライバシーに配慮しているか」といった項目を把握している。</li> <li>外部有識者からのコンサルテーション -外部有識者にコンサルテーションや対応アドバイスを受けており、事故事例勉強会での講義や、事故・ヒヤリハットの事例相談、社内報への執筆を依頼している。 -ケアアドバイザー事業を実施しており、毎月、外部から専門家（認知症ケアの専門家）を招いて、ケアプラン内容・接遇・環境（整理整頓含む）の評価、対応策の検討を実施している。</li> <li>施設の設備・環境整備 -福祉用具について点検項目を設定し、用具の状況と使う人の両面からアセスメントを実施している。 -施設独自に、インカムを導入している（法人内の他の施設も一部導入済）。ユニット型の場合、夜勤時は各ユニットに最低1人の配置となり、職員が1人となる時間が長いので、起こったことをリアルタイムで共有するために導入した。職員間の連絡が効率化され、行方不明者や火災発生時、不審者侵入時等にも迅速対応が可能になる効果があると考えている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設内委員会活動を施設ホームページ上で紹介している。</li> <li>日頃における家族との関わり合い・信頼関係の構築が大事となってくる。当施設では、家族会があり、毎月誕生日会を企画している。その場で、入居者・家族・職員が触れ合い、情報交換を行うようにしている。</li> </ul>

## 【地域密着型介護老人福祉施設】

施設		8	9
自治体区分		政令市	その他の市（広域連合）
施設類型		地域密着型（サテライト型）	地域密着型
定員数		29人	20人
介護事故予防体制について	体制概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・拠点として事故対策委員会を設置し、月1回開催している。</li> <li>・現場の介護職員・看護職員・生活相談員・介護支援専門員で構成され、通所介護管理者が委員長を務めている。施設長も可能なときには参加している。</li> <li>・運営推進会議でも、事故の発生状況について報告している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域密着型のほか、同じ建物内の広域型介護老人福祉施設、短期入所施設と一体で事故防止委員会を組織した。</li> <li>・地域密着型施設としては、運営推進会議でも事故報告を取り上げている。</li> </ul>
	介護事故防止に係る担当者/委員会の活動内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前月の事故の事例の発表や、事故及びヒヤリハットの件数を共有・検討し、再発防止策について取り上げている。</li> <li>・事故防止委員会での討議内容の周知のために、会議の議事録を全職員で回覧している。法人に対しても議事録を提出し、内容を報告している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特に介護事故専任の担当者は設置していない。</li> </ul>
	指針・マニュアル	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故防止の指針、マニュアルを策定している。</li> <li>・マニュアルは連絡マニュアルに近い内容としている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国の指針に則った事故防止指針を策定している。</li> <li>・ISO9001を取得した。</li> </ul>
	体制・指針・マニュアル等整備の経緯、見直し状況等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故防止の指針について、平成30年に市から指摘を受け見直しを実施している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故防止指針は、国からの指導内容改定タイミングで見直しを行っている</li> <li>・ISO監査は、通常年1回のところ、年2回受けることで緊張感を保つようにしている。</li> </ul>
	研修状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入職時オリエンテーションでマニュアル周知を実施している。</li> <li>・年に2回、事故対策の勉強会という位置づけで、本体の施設と合同で研修を実施している。</li> <li>・月に1回、法人主催の研修もあり、研修テーマとして事故対策を扱うこともある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入職時研修、施設全体での研修（年1回）、フロア別研修を実施している。</li> <li>・外部講師による介護事故研修も実施している。</li> </ul>
	情報ヒヤリハットの施設内での介護事故	報告対象の範囲	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故とヒヤリハットは別様式で報告を行っている。</li> <li>・事故については、「事故発生報告書」、「事故経過報告書」を設定している。</li> </ul>
	報告手順、様式等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設内定められた様式にて報告書を作成し、施設長に回覧している。</li> <li>・ヒヤリハットはヒヤリハット報告書（介護事故報告書がA4で1枚のところ、A4半分の分量に簡素化）に記入し、提出している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護事故、ヒヤリハットそれぞれ報告様式を設定している。</li> <li>・部長決裁時に、事故防止対策が記述されているか確認の上承認となる。</li> </ul>

施設		8	9
握 につ いて	ヒヤリハット・介護事故情報の施設内での把握について	<p>報告内容</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事故発生報告書には下記を記載している。発生日時、発生区分（フロア）、発生場所、事故種別（転倒、転落、誤嚥・誤飲、異食、暴行、自虐行為、施設内徘徊、紛失・盗難、器物破損、車両事故、その他）、身体の状況、身体の部位、発生時の状況・事故内容、対応状況、受診有無、家族への連絡日時、身体発生部位の図示</li> <li>・事故経過報告書は、上記事故発生報告書と共通の項目に加え、対応後の利用者・家族の反応、事故原因分析と対策、今後の予防対策、施設長からの指示、時系列での経過を記載している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・報告書には下記を記載している。</li> <li>1)発生日</li> <li>2)状況</li> <li>3)処置</li> <li>4)原因の特定、</li> <li>5)類似の出来事の有無→有の場合防止策、</li> <li>6)今回事案の再発防止策</li> </ul>
	収集情報の活用状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・データベースとしてまでは管理していないが、提出された事故報告書・ヒヤリハット報告書は、紙ファイルに挟んで保存し、事故報告書・ヒヤリハット報告書の件数や内容については、毎月取りまとめて、事故対策委員会に資料として出し、検討している。</li> <li>・事故事例の集計・分析を行っているが、分析結果を活用して事故防止や業務改善につなげられているかという自信がない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故内容については、運営推進会議や家族会開催時に報告を行っている。</li> </ul>
自治体への報告について	報告先	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設所在市。</li> <li>・市外保険者の利用者の場合も、施設所在市に報告する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・広域連合。</li> </ul>
	報告対象の範囲	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関を受診したら必ず報告している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関の受診を基準に報告している。</li> </ul>
	報告手順	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故が起きたときの第一報と、事故について解決した段階での最終報告書と二段階で報告している。</li> <li>・市の窓口施設長が赴いて、直接確認してもらいながら提出している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・広域連合指定の様式に記入、提出している。</li> </ul>
利用者・家族とのコミュニケーション	苦情・相談窓口	<ul style="list-style-type: none"> <li>・クレームを実際に受け付けることが一番多いのは生活相談員・介護支援専門員。介護業務に関しては、各ユニットのリーダーに対して家族が訴える場合もある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重要事項説明書で相談員、市町村、国保連・社会福祉協議会を相談窓口として明記している。</li> <li>・事故が発生した場合、家族へは、受診しなくても報告するようにしている家族が面会にきて初めて事故について知る、という状況は避けるべきと考えている。</li> </ul>
	その他クレーム、問題発生時の対応体制	<p>—</p> <p>※介護内容や施設等に対する要望については、月5～6件程度あるが、昨年度はクレームとして認識する内容のものはなかった。</p>	<p>—</p>
課題等	事故報告についての課題等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員によって、どのような事案をヒヤリハットとして取り上げるべきかにバラツキがある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故のうわべの原因ではなく、もっと掘り下げて原因追及したいとは考えているが、職員の業務負担も考えると、あまり追及ができない状況もある。事故報告書を作成、決裁するのにあまりにも時間がかかると、事故報告が提出されにくくなってしまふ。</li> </ul>

施設		8	9
事故報告に関する課題等	報告の認識	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員によって、どのような事案をヒヤリハットとして取り上げるべきかにバラツキがある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故のうわべの原因ではなく、もっと掘り下げて原因追及したいとは考えているが、職員の業務負担も考えると、あまり追及ができない状況もある。事故報告書を作成、決裁するのにあまりにも時間がかかると、事故報告が提出されにくくなってしまふ。</li> </ul>
	その他意見等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒、施設外徘徊等について、事故防止のためにどのようにすべきかについて、定型化が困難だと感じているが、近年は新規に採用した職員の中に、マニュアルがないと働けないという職員も増えているので、整備については検討したいと考えている。</li> <li>・一方で、マニュアルに書いていないことについては職員がやらなくてよい、と考えられるも避けたく、実際の業務に本当に役立つマニュアルを策定するのは非常に困難だと考えている。</li> <li>・介護職員の人材確保が難しいのが実情であり、ユニットに必要な職員を配置するだけでも困難なほどであるので、当施設が単独で外部の研修に職員を参加させることはほぼ不可能な状態である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故件数は減ってきているが、自分で動いてけがをしてしまう人が減ったためであると認識している。その年の入居者の状態により、事故の内容が変わる。</li> <li>・抱えない介護を目指し、本人の残存能力を使って移乗したりしてもらうようにすると、けがが増える場合もある。</li> </ul>
	特徴的な取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ヒヤリハット報告書は、介護事故報告書がA4で1枚のところ、A4半分の分量に簡素化している。以前の書式を改善し、できるだけ簡素化した。項目を選択してチェックし、必要がある場合に限って自由に記入するような形式にすることで職員の業務負担を減らし、報告しやすくしている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故について家族にもオープンにして協力をもらうようにしている。夜間のトイレ介助時中に他のコールが鳴り対応したところ事故が発生した事例があったことから、夜間のトイレ対応時は他のコールが鳴っても離れないというルールを制定し、ご家族にも説明し、理解いただいた。</li> <li>・運営推進会議で地域密着型における事故報告についても取り上げている。</li> <li>・運営推進会議で事故報告を取り上げたのは、運営推進会議の開催頻度が高く毎回の議題設定に苦労したということがきっかけであった。しかし実際に取り上げてみると、施設の状況について地域関係者や家族と共有するのに非常に有効であったため、施設全体に拡大して定期的実施することになった。</li> <li>・地域密着型介護老人福祉施設としての運営推進会議がきっかけとなり、地域との協力関係ができてきている。また、地域の民生委員などにも施設運営に協力いただいている。具体的には、地域と協力して認知症の行方不明者捜索を行う体制構築や、夜間避難訓練への自治会の協力など。</li> </ul>

第 17 回社会保障審議会介護給付費分科会介護報酬改定検証・研究委員会において、介護事故による死亡の報告件数に関連して、報告内容の基準にバラツキがある中で単に集計された数字を記載することは適切ではない等の意見が出されたことから、以下については本調査結果として採用しない。

- ・施設から市区町村へ報告した介護事故の件数及び介護事故による死亡事故件数
- ・介護老人福祉施設（含む地域密着型）及び介護老人保健施設からの介護事故の報告件数及び介護事故による死亡事故件数
- ・市区町村から都道府県へ報告した件数
- ・介護老人福祉施設（含む地域密着型）及び介護老人保健施設での介護事故について、市区町村から受けた報告件数
- ・介護老人福祉施設（含む地域密着型）及び介護老人保健施設での介護事故について、事業者から受けた報告件数

# 調 査 票

平成 30 年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）  
 介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業  
**介護老人福祉施設票**

※本調査票は、貴施設の施設長の方がご記入ください。なお記入にあたっては必要に応じて各ご担当者に確認のうえご記入ください。  
 ※回答の際は、あてはまる番号や記号を○で囲んでください。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に「複数回答可」と記載しています。  
 ※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入ください。分からない場合は「-」とご記入ください。  
 ※調査時点は、平成30年10月3日または、質問に記載している期間とします。  
 ※本調査では、主に、介護事故、ヒヤリ・ハットを対象としてお伺いします。

1. 貴施設の概要についてお伺いします。

(1) 基本情報についてお伺いします。

1) 所在地	( ) 都・道・府・県						
2) 運営主体	1 市区町村、広域連合・一部事務組合		2 社会福祉法人				
	3 その他 ( )						
3) 開設年	西暦 ( ) 年						
4) 介護報酬上の届出 (複数回答可)	1 介護福祉施設サービス費						
	2 経過的な小規模介護福祉施設サービス費						
	3 ユニット型介護福祉施設サービス費						
	4 ユニット型経過的な小規模介護福祉施設サービス費						
	5 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費						
	6 ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費						
	7 経過的な地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費						
	8 ユニット型経過的な地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費						
5) 居室区分 (複数回答可)	1 従来型個室		2 多床室				
	3 ユニット型個室		4 ユニット型個室的多床室				
6) 入所定員数(短期入所生活介護を除く)						( ) 人	
7) 併設サービス(複数回答可)	1 病院		2 診療所		3 介護老人保健施設		
	4 訪問介護		5 通所介護		6 短期入所生活介護		
	7 訪問看護		8 居宅介護支援		9 地域包括支援センター		
	10 その他 ( )						
8) 要介護度別 入所者数(短期 入所生活介護 の利用者を除く)	要介護5	要介護4	要介護3	要介護2	要介護1	その他	合計
	人	人	人	人	人	人	人

(2) 職員体制についてお伺いします。

9) 施設長の経験年数(現施設での施設長としての経験年数)	( ) 年
10) 施設長の保有する 資格(複数回答可)	1 医師 2 看護師 3 准看護師 4 介護福祉士 5 社会福祉士
	6 介護支援専門員 7 社会福祉施設長資格認定講習受講
	8 介護職員初任者研修修了(またはホームヘルパー2級)
	9 介護職員実務者研修修了(またはホームヘルパー1級)
	10 その他 ( )



11) 貴施設の介護事故防止に対する施設長の取り組み姿勢についてお伺いします。 (主なもの1つを選択)	1 施設の介護事故防止の取組みは、施設長の責務として重要と認識している 2 施設の介護事故防止対策等を率先して検討している 3 施設の安全管理に関する業務担当者や専任の安全対策を担当する者に任せているが、定期的な会議等で報告を受けている 4 施設の安全管理に関する業務担当者や専任の安全対策を担当する者に一任している 5 その他 ( )
--	--

12) 貴施設の職員体制についてお伺いします。職種ごとの職員の常勤換算数および常勤・非常勤別の実人数をご記入ください。※常勤換算数は「職員の1週間の勤務延時間÷貴施設において常勤の職員が勤務すべき1週間の時間数」で計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。配置がある場合で得られた結果が0.1に満たない場合は0.1と記入してください

	①常勤換算数	②実人数	
		常勤者	非常勤者
医師	.		
看護師	.		
准看護師	.		
機能訓練指導員	.		
うち、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	.		
介護職員	.		
うち、介護福祉士	.		
うち、認定特定行為を実施できる介護職員 (認定証の交付を受けた職員および経過措置により実施できる職員等)	.		
介護支援専門員	.		
生活相談員	.		
栄養士・管理栄養士	.		
その他	.		

13) 看護職員と介護職員について、上記 12)②のうち、派遣職員の人数をご記入ください。	看護職員 人	介護職員 人
---	-----------	-----------

14) 看護職員(看護師・准看護師)と介護職員について、貴施設での勤続年数別の人数をご記入ください。					
	1年未満	1年以上3年未満	3年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上
看護職員	人	人	人	人	人
介護職員	人	人	人	人	人

(3) 貴施設のマネジメント体制等についてお伺いします。

15) ISO等のマネジメントシステムを導入していますか。	1 導入している ⇒ 具体的に ( ) 2 導入していない
16) 自治体以外の者にマネジメントに関する指導・助言を受けていますか。	1 受けている ⇒ a 関係団体 b 経営母体の法人 c 民間のコンサル d その他 ( ) 2 受けていない
17) 介護事故だけでなく感染症等の不測の事態を想定した行動計画を策定していますか。	1 策定している ⇒ a 風水害 b 地震 c 火災 d 感染症 e 食中毒 f その他 ( ) 2 策定していない
18) 防災訓練を実施していますか。	1 実施している    2 実施していない

2. 介護事故予防の体制についてお伺いします。

(1) 事故発生の防止のための指針※等についてお伺いします。

(※「指針」とは、基準省令35条第1項一号(事故発生の防止及び発生時の対応)に定める指針であり、基本的な方針を定めたものを指します)

19)貴施設では事故発生の防止のための指針を作成していますか。	1 作成している 2 作成していない
19)で「1 作成している」の場合にご回答ください。	
<b>① 事故発生の防止のための指針の作成プロセス ※複数回答可</b>	
1 国が示している「特別養護老人ホームにおける介護事故予防ガイドライン」を参考にしている 2 市区町村等が示している基準を参考にしている 3 上記1、2以外で、関連する書籍等を参考にしている 4 専任の安全対策を担当する者が中心に作成している 5 施設の事故発生の防止のための委員会で検討している 6 研修で得た情報を反映している 7 介護事故やヒヤリ・ハット発生後に開催された施設の事故発生の防止のための委員会の結果を反映している 8 市区町村等から提供された情報を反映している 9 その他 ( )	
<b>② 事故発生の防止のための指針に記載されている事項 ※複数回答可</b>	
1 介護事故防止に関する基本理念や考え方                      2 介護事故防止のための委員会や組織体制 3 介護事故防止のための職員研修                      4 介護事故やヒヤリ・ハット等の報告の仕組みや改善策 5 介護事故やヒヤリ・ハット等の発生時の対応                      6 入所者や家族等に対する指針の閲覧 7 その他 ( )	
<b>③ 事故発生の防止のための指針の職員への周知方法 ※複数回答可</b>	
1 職員用掲示による周知                      2 会議を通じた周知 3 職員研修による周知                      4 入職時オリエンテーションや入職時研修による周知 5 その他 ( )	
<b>④ 事故発生の防止のための指針は見直していますか。1番、最近の見直しの時期を教えてください。</b>	
1 定期的に見直している⇒( )年毎(最終見直し：平成( )年) 2 不定期に見直している⇒最終見直し 平成( )年 3 事故発生後に見直している 4 見直していない	
<b>20)事故発生時の市区町村・家族以外の報告先を教えてください。 ※複数回答可</b>	
1 都道府県                      2 配置医・配置医が所属している病院                      3 左記2以外の病院、協力病院 4 その他 ( )                      5 特になし	
21)損害賠償保険の加入の有無	1 有    2 無
22)過去1年間に損害賠償請求を受けたことの有無	1 有    2 無
23)介護事故防止に向けた入所者ごとのリスク評価の有無 ※事故発生後にリスク評価をした場合も含む	1 有    2 無
23)で「1 有」の場合にご回答ください。	
<b>①リスク評価の方法 (複数回答可)</b>	1 評価基準を用いて入所者のリスク評価を行っている ⇒評価基準を誰が定めていますか a 市区町村    b 施設    c その他 ( ) ⇒何のリスクに対する評価基準ですか a 転倒    b 転落    c 誤嚥    d 異食    e 褥瘡    f 離設 g 誤薬    h 医療的ケア関連(点滴抜去、チューブ抜去、機器トラブル等) i その他 ( ) 2 ケアプランを見直す会議で評価し個別のリスクを評価している 3 介護事故やヒヤリ・ハット事例の対象となつてからリスクを検討している 4 その他 ( )



⑤委員会での検討事項 (複数回答可)	1 指針や指針に基づくマニュアル等の作成や見直し 2 施設全体の介護事故防止策に関する検討 3 介護事故やヒヤリ・ハット等の発生件数や発生事例の報告 4 発生した介護事故やヒヤリ・ハット等の分析 5 発生した介護事故やヒヤリ・ハット等への個別対応の検討 6 利用者一人一人のリスク評価 7 介護事故防止のための研修内容 8 その他 ( )
⑥委員会での決定事項の周知の有無・方法 (複数回答可)	1 職員用内報で知らせる 2 職員用掲示で知らせる 3 施設内の定例の研修や会議で知らせる 4 特別の研修や会議を開催して知らせる 5 委員会での決定事項について文書を作成し職員に配布する 6 特に職員には知らせていない 7 その他 ( )
26)施設外の介護事故や安全強化に関する情報を収集し、施設の事故防止に活用していますか。	1 活用している 2 活用していない
27)安全管理に関する業務の主な実施者(それぞれ、主な実施者1つに○)	
①事故予防対策の立案	1 看護職員 2 介護職員 3 施設長 4 医師 5 その他(職種: ) 6 実施なし
②入所者の転倒やヒヤリ・ハット等の事例の把握・分析	1 看護職員 2 介護職員 3 施設長 4 医師 5 その他(職種: ) 6 実施なし
28) 事故発生の防止のための委員会において、専任の安全対策を担当する者の有無	1 有 2 無
28)で「1 有」の場合にご回答ください。	
①専任の安全対策を担当する者の人数 ( )人	
②職種(複数回答可)	
1 施設長 2 事務長 3 医師 4 看護職員 5 介護職員 6 介護支援専門員 7 機能訓練指導員 8 栄養士/管理栄養士 9 生活相談員 10 事務職員 11 その他 ( )	
③担当する業務(複数回答可)	
1 介護事故 2 ヒヤリ・ハット 3 感染症・食中毒 4 職員の安全・衛生 5 職員の法令等違反、不祥事等 6 家族・利用者からの苦情相談 7 自然災害 8 火災 9 その他 ( )	

(4) 介護事故防止のための研修(平成29年度実績)についてお伺いします。

(※「介護事故防止のための研修」とは、基準省令35条第1項三号に定めるものを指します)

29) 貴施設における職員に対する介護事故防止のための施設内での研修の有無	1 有 2 無
29)で「1 有」の場合にご回答ください。	
①平成29年度の開催回数	( )回
②研修の延べ時間	( )時間
③受講者数(延べ人数)	( )人
④入職時研修の有無	1 有 2 無
⑤フロア、ユニット毎の研修開催の有無	1 有 2 無
⑥研修内容として該当するもの(複数回答可)	1 具体的な事故事例等に関すること 2 報告のしくみや報告様式の記載方法 3 事故発生時の対応 4 業務内容ごとのケア手順(実技) 5 指針や指針に基づくマニュアル等の周知 6 その他 ( )

⑦研修の実施状況に対する評価(複数回答可)	1 実施している研修状況(開催頻度や研修内容等)に対し、満足している 2 研修時間を確保することや職員全体を対象とすることが困難である 3 職員の理解度に差がある 4 効果的な研修の内容や方法がわからない 5 その他( )
30)平成29年度に、職員が職務として介護事故防止に関する「外部」の研修を受講しましたか。	1 受講した →受講人数( )人 →研修主催者(複数回答可) a 全国老人福祉施設協議会・都道府県老人福祉施設協議会 b 日本看護協会・都道府県看護協会 c 自治体 d その他( ) 2 受講しなかった

(5) 貴施設における「介護事故」や「ヒヤリ・ハット」についてお伺いします。

1) 貴施設では、「介護事故」を施設内でどのように認識・把握しているかお伺いします。

31)貴施設では「介護事故」をどのように認識していますか。「介護事故」として取り扱う「事故の種別」の番号に○をつけ、種別ごとに「介護事故」として取り扱う「被害状況の範囲」(選択肢は以下の枠内)を選んでください。

事故の種別 (↓番号に○、複数回答可)	被害状況の範囲(複数回答可)
1 転倒	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
2 転落	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
3 誤嚥	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
4 異食	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
5 褥瘡	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
6 離設	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
7 誤薬	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
8 医療的ケア関連(点滴抜去、チューブ抜去、機器トラブル等)	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
9 その他( )	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12
その他( )	1 2 3a 3b 3c 4a 4b 4c 5a 5b 5c 6 7 8 9 10 11 12

【選択肢】

介護事故として取り扱う被害状況の範囲(複数回答可)
1 事象が起きたが、入所者には変化がなかったもの
2 事故により、入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの
3 事故のため一時的な治療が必要となったもの a 医療機関の受診を要したもの b 入院を要したもの c その他
4 事故のため継続的な治療が必要となったもの a 医療機関の受診を要したもの b 入院を要したもの c その他
5 事故により長期にわたり治療が続くもの a 医療機関の受診を要したもの b 入院を要したもの c その他
6 事故による障害が永続的に残ったもの
7 サービス提供による利用者の死亡事故
8 施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの
9 介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの
10 損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの
11 1~10に該当する基準はない
12 その他( )

32)介護事故として取り扱う被害の種類 (複数回答可)	1 骨折	2 打撲・捻挫・脱臼	3 切傷・擦過傷・裂傷	4 熱傷
	5 その他の外傷	6 窒息	7 溺水	8 その他

2) 貴施設から市区町村へ報告している「介護事故」についてお伺いします。

33)介護事故が起こった場合の市区町村への報告に関して、以下の項目について施設で定められているか回答してください。※市区町村が定めたものに従う場合も含む

①市区町村への報告対象の範囲	1 定められている	2 定められていない	3 わからない
②市区町村への報告様式・書式	1 定められている	2 定められていない	3 わからない
③市区町村への報告手順・要領	1 定められている	2 定められていない	3 わからない

34)介護事故による死亡事故件数(平成 29 年度実績) 件

35)貴施設で「介護事故」として市区町村に報告している「事故の種別」の番号に○をつけ、種別ごとに「介護事故として報告する被害状況の範囲」(選択肢は上記、31)と共通、前頁枠内)を選んでください。

事故の種別 (↓番号に○、複数回答可)	介護事故として報告する被害状況の範囲(複数回答可)																	
1 転倒	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12
2 転落	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12
3 誤嚥	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12
4 異食	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12
5 褥瘡	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12
6 離設	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12
7 誤薬	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12
8 医療的ケア関連(点滴抜去、チューブ抜去、機器トラブル等)	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12
9 その他 ( )	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12
その他 ( )	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12

36)施設から市区町村へ報告した介護事故の件数(平成 29 年度実績)

転倒	転落	誤嚥	異食	褥瘡	離設	誤薬	医療的ケア関連(点滴抜去、チューブ抜去、機器トラブル等)	その他	合計
件	件	件	件	件	件	件	件	件	件

37)発生した介護事故を分析していますか。 1 分析している 2 分析していない

① 「1 分析している」の場合:誰が分析していますか。(複数回答可)	1 事故の発見者(報告書の作成者)が分析している
	2 事故が発生したフロアの職員が分析している
② 施設の責任や問題になるか否かを分析していますか。	3 施設内の専任の安全対策を担当する者が分析している
	4 事故発生の防止のための委員会で分析している
	5 団体等の第三者に委託し分析している
	6 その他 ( )

1 分析している 2 分析していない

3) 貴施設では「ヒヤリ・ハット」をどのように対応しているかお伺いします。

38)施設内で報告対象とする範囲 (複数回答可)	1 事故等は発生していないが、事故発生につながる可能性が高い状態・事例 2 事故等が発生したが、入所者への影響は認められなかった事例 3 事故等により入所者に変化が生じ、診察や検査が必要となったが、治療の必要がなかったもの 4 事故等の発生により入所者への影響が発生し、軽微な処置、治療を要した事例(ただし、軽微な処置・治療とは、消毒、シップ、鎮痛剤投与等とする) 5 事故等が発生したが、入所者への影響が不明・曖昧な場合 6 1～5に該当するものはない 7 その他 ( )
39)ヒヤリ・ハットについて、施設内で報告する様式は定めていますか。	1 定めている 2 定めていない
40)ヒヤリ・ハットについて、施設内での対応に取り決めはありますか。	1 有 →取り決めの内容(複数回答可) a 記録する b 一定期間収集し、分析する c その他 ( ) 2 無

3. 利用者・家族からのクレームへの対応体制についてお伺いします。

(1) 利用者・家族からのクレームへの対応体制についてお伺いします。

41)利用者・家族からのクレーム対応の窓口を施設内に設置していますか。	1 している 2 していない
42)利用者・家族からのクレーム対応の体制を構築していますか。	1 している 2 していない
43)対応マニュアルは作成していますか。	1 している 2 していない
44)入所者や家族へ相談窓口(施設外も含む)の案内・周知を行っていますか。	1 行っている→案内する場所(複数回答可) a 施設内の窓口      b a以外の法人の窓口 c 市区町村          d 国民健康保険連合会 e その他 ( ) 2 行っていない

(2) 利用者・家族からのクレームについてお伺いします。

45)利用者・家族からのクレームの有無、件数 (平成30年4月～9月)	1→有 ( )件 2 無 3 わからない
46)主に誰が対応しますか。	1 看護職員 2 介護職員 3 施設長 4 医師 5 生活相談員 6 その他(職種: ) 7 わからない
47)クレームの内容について多いもの3つまで (複数回答可)	1 ケアの質や量に関する事      2 職員の接遇や態度に関する事 3 利用者の私物の紛失や破損に関する事      4 施設設備に関する事 5 財産管理、遺言等に関する事      6 入所者同士のトラブルに関する事 7 その他 ( )

4. 最後に自由にご記入ください。

48)これまでに実施した介護事故防止に向けた対策や取組で効果をあげたものを自由にご記入ください。
49)介護事故防止のための施設の課題を自由にご記入ください。

記入内容についてお伺いする場合があります。施設名と連絡先をご記入ください。

施設名		電話番号	
-----	--	------	--

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、返送用の封筒に入れ(切手は不要です)、ポストに投函してください。ご協力ありがとうございました。







5. 施設から報告を受けた介護事故情報の活用状況等についてお伺いします。

(1) 介護事故情報の活用状況

12)報告された介護事故情報の集計・分析の有無	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 単純集計の他、要因や傾向を分析している</li> <li>2 内容や件数を単純集計している</li> <li>3 集計や分析は行っていない</li> </ol>
13)介護事故情報を活用していますか (複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 事故報告を提出した当該施設に対して指導や支援を行う</li> <li>2 市区町村内の他の施設の実地指導や助言のために活用する(事例紹介、注意喚起等)</li> <li>3 定例で実施している市区町村内の施設向けの研修や市区町村内の施設との連絡会議等で活用する</li> <li>4 市区町村独自のマニュアル等に反映している</li> <li>5 活用していない</li> <li>6 その他( )</li> </ol>

(2) 介護事故が発生した施設への対応

14)個別事例について検証をする会議等の有無	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 すべての事例について行う</li> <li>2 必要に応じて、個別事例について検討している</li> <li>3 個別事例の検討は行っていない</li> </ol>
14)で、「1 すべての事例について行う」または「2 必要に応じて、個別事例について検討している」場合、会議等のメンバー ※複数回答可	
1 市区町村の職員    2 外部有識者    3 その他( )	
15)施設への支援の内容 (複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 施設への訪問による状況確認により助言や指導を行う</li> <li>2 家族等への対応を行うよう助言を行う</li> <li>3 他施設での事例や取組等の再発防止策に関する情報提供を行う</li> <li>4 事故発生件数等の統計データを情報提供する</li> <li>5 支援を行っていない</li> <li>6 その他( )</li> </ol>
16)実地検証の有無	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 すべての事例について実施する</li> <li>2 実地検証の対象となる範囲を定めており、実施する  <math>\rightarrow</math>範囲(複数回答可) <ol style="list-style-type: none"> <li>a 死亡事故の場合</li> <li>b 重大事故の場合</li> <li>c その他( )</li> </ol> </li> <li>3 必要に応じ、実施する</li> <li>4 実地検証を実施していない</li> </ol>
16)で「1」「2」「3」を選んだ場合:実地検証を行う者	
1 市区町村    2 都道府県    3 市区町村と都道府県    4 場合により異なる 5 その他( )	
(施設への支援や実地検証を行っている場合にご回答ください。) 17)施設への支援や実地検証を行ったあと、当該施設において再発防止のための取組が行われているか、確認していますか。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 定期的に確認している</li> <li>2 助言や指導後、一度は確認している</li> <li>3 特に確認していない</li> <li>4 その他( )</li> </ol>

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、返送用の封筒に入れ(切手は不要です)、ポストに投函してください。ご協力ありがとうございました。

記入内容についてお伺いする場合があります。ご担当部署名と連絡先をご記入ください。

部署名		電話番号	
-----	--	------	--

平成 30 年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）  
 介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業  
 都道府県票

- ※本調査票は、市区町村から報告された介護事故を取り扱う方がご記入ください。  
 ※回答の際は、あてはまる番号や記号を○で囲んでください。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に「複数回答可」と記載しています。  
 ※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入ください。  
 分からない場合は「-」とご記入ください。  
 ※調査時点は、平成 30 年 10 月 3 日または、質問に記載している期間とします。

都道府県名			
貴都道府県内の介護老人福祉施設数(含む地域密着型)		貴都道府県内の介護老人保健施設数	

1. 都道府県内の介護老人福祉施設・介護老人保健施設での事故情報の収集についてお伺いします。

1)都道府県内の施設で発生した事故情報を収集していますか。	1 はい⇒理由（ ⇒どのように収集していますか（複数回答可） a 市区町村に報告を義務づけている→2-1をご記入ください b 事業者に報告を義務づけている→2-2をご記入ください c その他（ 2 いいえ（⇒設問4.に進んでください）
-------------------------------	--

2-1. 設問1)で選択肢の「a 市区町村に報告を義務づけている」に○をつけた場合にご回答ください。

(1) 市区町村から都道府県への報告の内容等についてお伺いします。

2)市区町村に報告を義務づけている根拠	1 条例	2 通知	3 その他（
3)どのような事故について報告を求めていますか。（複数回答可）	1 介護事故	2 ヒヤリ・ハット	3 感染症・食中毒 4 職員の安全・衛生
	5 職員の法令等違反、不祥事等	6 家族・利用者からの苦情相談	7 自然災害
	8 火災	9 その他（	



か。

6) 市区町村に報告を求める項目を定めていますか。	1 定めている 2 定めていない
6)で「1 定めている」場合、定めている項目 ※複数回答可	
1 報告者 2 事業所の概要 →a 事業所名 b 事業所番号 c 所在地 d 法人名 e サービスの種類 f 入所者数 3 対象者の属性 →a 性別 b 年齢 c 要介護度区分 d 認知症区分 e 疾患名 f 事故発生前の入所者の状態 g 住所・連絡先 h その他 ( ) 4 事故の概要 →a 発見者 b 当事者 c 発生日時 d 発生場所 e 事故種別 f 事故の程度 g 事故の状況 h 事故の原因 i 改善策 5 死亡者数 6 発生時の対応 →a 医療の実施の有無 b 受診日 c 医療機関 d 対応・治療の内容 7 発生後の状況 →a 利用者の状況 b 最終診察・診断結果 c 家族への連絡・説明 d 損害賠償等の状況 e 再発防止策 f その他 ( ) 8 その他 ( )	
7)市区町村から都道府県への報告手順・要領を定めていますか。	1 定めている 2 定めていない
8)介護事故発生後の市区町村から都道府県への報告時期に関するルール	1 報告の時期について定めている a 事故直後または一段落した段階で報告を求めている b 具体的に期日を示し、報告を求めている ・ 1回 : ( )日以内 ・ 2回以上 : 第1報告 : ( )日以内 最終報告 : ( )日以内 c 事故の種類や程度等により報告時期を定めている 2 報告の時期について定めていない 3 その他 ( )

(3) 平成 29 年度の介護老人福祉施設 (含む地域密着型)・介護老人保健施設での介護事故について、市区町村から受けた報告件数をお伺いします。(※事業者から直接受けた報告は含みません)

	介護老人福祉施設 (含む地域密着型)		介護老人保健施設	
	報告があった施設数	合計件数	報告があった施設数	合計件数
9)サービス提供中の介護事故による「死亡」の報告件数	施設	件	施設	件
10)サービス提供中の介護事故による「死亡」以外の介護事故の報告件数	施設	件	施設	件

11) 介護老人福祉施設の事故と介護老人保健施設の事故の報告を受ける部署は同じですか	1 同じ 2 違う
--	--------------

2-2. 設問1) で選択肢の「b 事業者に報告を義務づけている」に○をつけた場合にご回答ください。

(1) 事業者から都道府県への報告の内容や手順等についてお伺いします。

12)事業者に報告を義務づけている根拠	1 条例	2 通知	3 その他 ( )
13)どのような事故について報告を求めていますか。(複数回答可)	1 介護事故	2 ヒヤリ・ハット	3 感染症・食中毒
	4 職員の安全・衛生	5 職員の法令等違反、不祥事等	
	6 家族・利用者からの苦情相談	7 自然災害	8 火災
	9 その他 ( )		

(2)「介護事故」について報告を求めている場合、その内容についてお伺いします。

14)施設で介護事故が起こった場合、事業者から都道府県へ報告する介護事故の範囲について定めていますか。	1 定めている	2 定めていない																
14)で「1 定めている」場合: ①「報告対象の事故の種別」の番号に○をつけ、種別ごとに「報告対象の被害状況の範囲」(選択肢は下の枠内)を選んでください。																		
報告対象の事故の種別 (↓番号に○、複数回答可)	報告対象の被害状況の範囲 (複数回答可)																	
1 転倒	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12
2 転落	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12
3 誤嚥	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12
4 異食	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12
5 褥瘡	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12
6 離設	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12
7 誤薬・薬剤	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12
8 治療・処置	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12
9 医療機器・介護機器・リハビリ機器等	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12
10 ドレーン・チューブ	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12
11 検査	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12
12 その他 ( )	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12
その他 ( )	1	2	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6	7	8	9	10	11	12

【選択肢】

報告対象の被害状況の範囲(複数回答可)
1 事象が起きたが、入所者には変化がなかったもの
2 事故により、入所者には変化が生じたが、治療の必要がなかったもの
3 事故のため一時的な治療が必要となったもの a 医療機関の受診を要したもの b 入院を要したもの c その他
4 事故のため継続的な治療が必要となったもの a 医療機関の受診を要したもの b 入院を要したもの c その他
5 事故により長期にわたり治療が続くもの a 医療機関の受診を要したもの b 入院を要したもの c その他
6 事故による障害が永続的に残ったもの
7 サービス提供による利用者の死亡事故
8 施設に過失なく転倒等の事象が生じたもの
9 介護事故防止策を講じておらず、事象に至ったもの
10 損害賠償責任が発生する、発生する可能性があるもの
11 1～10 に該当する基準はない
12 その他 ( )





