

(2) 介護保険施設のリスクマネジメントに関する調査研究事業 (結果概要)(案)

(2). 介護保険施設のリスクマネジメントに関する調査研究事業

1. 調査の目的

- 介護保険施設のリスクマネジメントについて、令和3年度介護報酬改定では、安全対策に係る体制評価を行い、標準的な事故報告の様式について周知を行うこととした。あわせて、令和3年度介護報酬改定に関する審議報告では、事故の発生予防・再発防止の推進の観点から、報告内容の分析や有効活用等についてどのような対応を図ることが適当なのか、今後検討していくこととされた。
- 本調査の目的は、介護現場における標準的な事故報告様式の活用状況、報告されている事故情報の内容等に関する実態把握を行うとともに、報告された事故情報の分析や活用のあり方についての検討に資する基礎資料を得ることである。
- なお、ここでいう「介護事故」とは、施設側の責任の有無や、過誤か否かは問わず、死亡に至った事例や何らかの治療が必要となった事例等を指すものであることに留意する必要がある。

2. 調査方法

- 介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院は、郵送により送付する依頼状に記載されたURLとパスワードによりアンケート画面にアクセスし回答。Web回答が困難な事業所は、郵送により回答。
- 市区町村・都道府県は、電子メールに記載されたURLとパスワードによりアンケート画面にアクセスし回答。Web回答が困難な自治体は、メール送付により回答。

調査対象	母集団	抽出方法※1	発出数	回収数※2	回収率	有効回収率※2
介護老人福祉施設	8,340	無作為抽出	3,800	1,600(1)	42.1%	42.1%
介護老人保健施設	4,226	無作為抽出	1,550	540(0)	34.8%	34.8%
介護医療院	671	悉皆	653	253(1)	38.7%	38.7%
市区町村	1,718	悉皆	1,687	801(4)	47.5%	47.5%
都道府県	47	悉皆	47	47(11)	100%	100%

※1 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院については、災害救助法の適用地域に所在している事業所を除き抽出した

※2 括弧内の数値はWeb回答以外の回収の件数

※3 設問によっては未回答があるため、設問ごとに集計対象回答数は異なる

(2). 介護保険施設のリスクマネジメントに関する調査研究事業

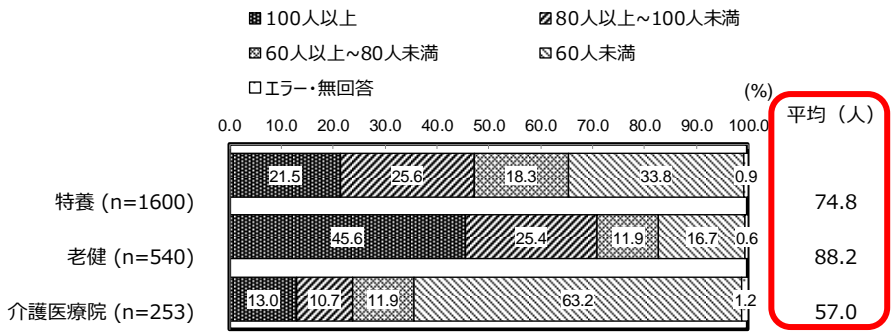
(ア) 事故の発生予防・再発防止に向けた施設体制・取組

3. 調査結果概要

【施設基本情報(特養票:問3、7、老健票:問3、7、11、介医療院票:問3、7、8、10)】

- 平均入所定員数は、特養で74.8名、老健で88.2名、介護医療院で57.0名であった。
- 従来型個室がある施設は、特養で41.4%、老健で75.0%、介護医療院で65.6%であった。
- 介護医療院の施設類型はI型(療養機能強化型)が65.2%であった。
- 老健の運営主体は医療法人が75.0%であり、介護医療院の運営主体は医療法人が89.3%であった。

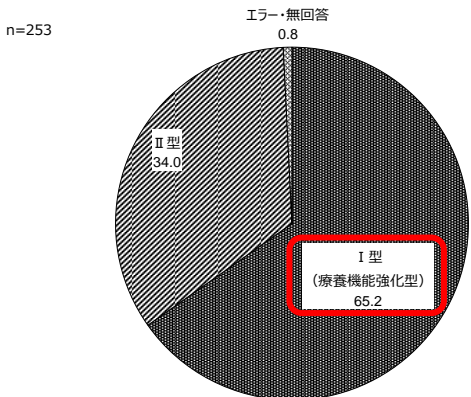
図表1 入所定員数



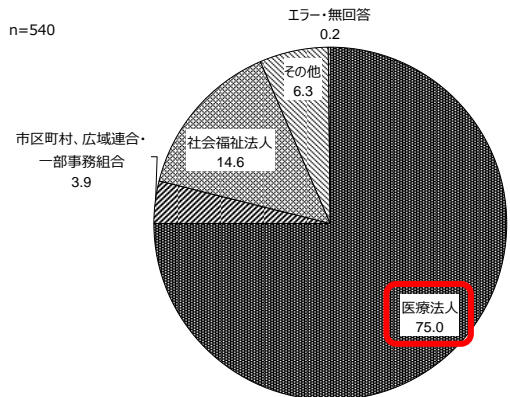
図表2 居室区分

	単位 (%)		
	特養 (n=1600)	老健 (n=540)	介護医療院 (n=253)
従来型個室	41.4	75.0	65.6
多床室	58.6	87.6	93.7
ユニット型個室	47.3	12.0	1.2
ユニット型個室の多少室	0.5	0.7	0.4

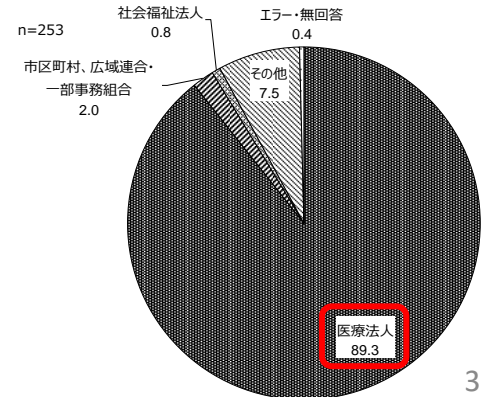
図表3 施設類型(介護医療院)



図表4 運営主体(介護老人保健施設)



図表5 運営主体(介護医療院)



(2). 介護保険施設のリスクマネジメントに関する調査研究事業

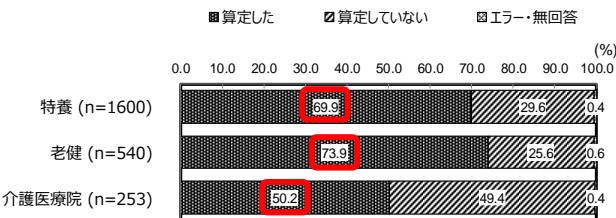
(ア) 事故の発生予防・再発防止に向けた施設体制・取組

3. 調査結果概要

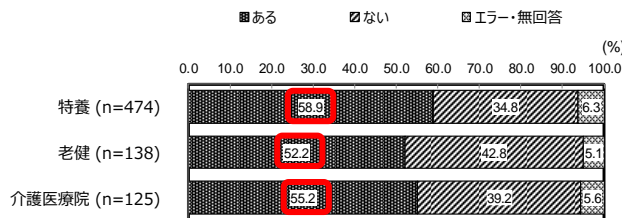
【安全対策体制加算の算定状況、安全管理体制未実施減算の該当状況(特養票:問10、12~14、老健票:問13、15~17、介医療票:問12、14~16)】

- 安全対策体制加算の算定は、特養で69.9%、老健で73.9%、介護医療院で50.2%であった。
- 安全対策体制加算を未算定の事業所のうち、同加算の届出意向がある事業所は、特養で58.9%、老健で52.2%、介護医療院で55.2%であった。
- 安全対策体制加算を取得しない理由が「外部の研修を受けた担当者を配置できない」である施設は、特養で24.1%、老健で44.9%、介護医療院で48.8%であった。
- 安全対策体制加算を未算定の事業所のうち、安全管理体制未実施減算に該当する事業所は、特養で1.5%、老健で2.9%、介護医療院で5.6%であった。
- 安全管理体制未実施減算で満たすことができなかった運営基準は「安全対策担当者の設置」が最も多かった。

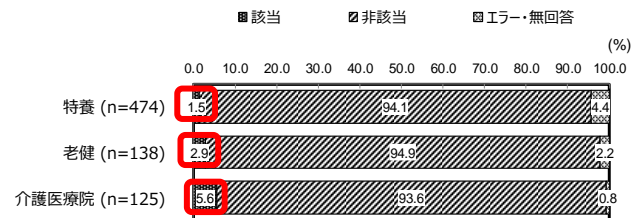
図表6 安全対策体制加算の算定有無



図表7 安全対策体制加算の届出意向



図表8 安全管理体制未実施減算の該当有無



図表9 安全対策体制加算を算定しない理由・課題(複数回答)

	特養 (n=474)	老健 (n=138)	介護医療院 (n=125)
加算の意義や必要性が感じられない	12.2	2.9	4.8
外部の研修を受けた担当者を配置できない	24.1	44.9	48.8
施設内に安全対策部門を設置できない	5.9	8.0	8.0
算定の要件は満たしているが、算定すると利用者の金額負担が増えてしまう	17.7	13.8	11.2
人件費等のコストが加算額に見合わない	21.7	18.1	25.6
職員の労務負担が増えるため、加算の算定に取り組む余裕がない	35.9	35.5	34.4
安全対策体制加算があるのを知らない、又は加算の算定に必要な要件がわからない	6.8	5.8	6.4
その他	16.0	8.7	10.4

図表10 安全管理体制未実施減算で満たすことができなかった運営基準(複数回答)

	特養 (n=7)	老健 (n=4)	介護医療院 (n=7)
介護事故発生防止のための指針の整備	1	0	1
介護事故が発生した場合等における報告を行う体制の整備	1	1	1
介護事故報告の分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制の整備	1	1	0
介護事故発生防止のための委員会(テレビ電話装置等を使用した場合も含む)の定期的な実施	1	0	0
介護事故発生防止のための研修の定期的な実施	3	0	2
上記1~5の措置を適切に実施するための安全対策担当者の設置	3	3	3

(2). 介護保険施設のリスクマネジメントに関する調査研究事業

(ア)事故の発生予防・再発防止に向けた施設体制・取組

3. 調査結果概要

【安全管理対策部門の役割、人数、所属する職員の職種(特養票:問11、老健票:問14、介医療院票:問15)】
 ○安全対策部門に看護職員が所属する施設は、特養で85.7%、老健で90.2%、介護医療院で96.9%であった。
 ○安全対策部門に所属する職員の人数(定員数100名あたり)は、特養で15.4名、老健で15.2名、介護医療院で23.4名であった。
 ○安全対策部門が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を行っている施設は、特養で73.5%、老健で73.2%、介護医療院で78.0%であった。

図表11 施設内の安全対策部門に所属する職員の職種(複数回答)

	単位 (%)		
	特養 (n=1119)	老健 (n=399)	介護医療院 (n=127)
施設長	83.6	72.7	70.1
事務長	20.4	58.4	59.1
医師	9.2	58.9	74.8
看護職員	85.7	90.2	96.9
介護主任(介護リーダー)	77.1	73.2	48.8
現場リーダー(フロア/ユニットリーダー)	52.1	34.1	15.0
現場職員	51.9	55.6	38.6
介護支援専門員	77.2	65.4	48.8
機能訓練指導員	34.9		
リハビリテーション専門職	5.9	85.0	68.5
栄養士/管理栄養士	45.9	44.9	59.1
生活相談員	83.6		
薬剤師		5.5	55.1
歯科衛生士		1.3	6.3
支援相談員		67.2	25.2
事務職員	19.8	32.1	50.4
その他	11.2	6.8	15.0

図表12 安全対策部門に所属する職員の人数

	平均所属人数(人) (定員数100名あたり)
特養 (n=1068)	15.4
老健 (n=381)	15.2
介護医療院 (n=125)	23.4

図表13 施設に設置されている安全対策部門の役割(複数回答)

	特養 (n=1119)	老健 (n=399)	介護医療院 (n=127)
指針や指針に基づくマニュアル等の作成や見直し	81.6	82.2	86.6
介護事故発生の防止のための委員会(リスクマネジメント委員会もしくは安全事故対策委員会等)の開催や資料作成	92.8	92.7	90.6
施設全体の介護事故防止策に関する検討	86.6	84.0	88.2
介護事故やヒヤリ・ハット等の発生件数や発生事例の収集・整理	88.3	89.2	94.5
発生した介護事故やヒヤリ・ハット等の全体の傾向の分析	78.2	78.2	74.8
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	73.5	73.2	78.0
利用者一人一人のリスク評価	25.1	32.3	36.2
介護事故防止のための研修の企画	73.6	76.9	75.6
施設の安全対策に関する外部情報の入手	41.4	44.1	48.0
施設の安全対策に関する施設内の定期・不定期的見回り	34.9	44.6	58.3
その他	0.9	1.0	0.8

(2). 介護保険施設のリスクマネジメントに関する調査研究事業

(ア) 事故の発生予防・再発防止に向けた施設体制・取組

3. 調査結果概要

【安全対策担当者の職種、人数、役割(特養票:問15、16、老健票:問18、19、介医療院票:問17、18)】

○安全対策担当者に看護職員が含まれる施設は、特養では23.1%、老健では50.0%、介護医療院では88.5%であった。特養では生活相談員が含まれることが最も多く49.4%であった。

○安全対策担当者のうち最も中心を担っている職種は、特養・老健では介護職員でありそれぞれ33.3%、30.0%、介護医療院では看護職員であり64.8%であった。

○安全対策担当者の人数(定員100名あたり)は、特養で5.4名、老健で6.2名、介護医療院で18.1名であった。

○安全対策担当者が「介護事故報告の分析を通じた改善策の周知・指導」の役割を担っている施設は、特養で76.1%、老健で73.3%、介護医療院で86.2%であった。

図表14 安全対策担当者の職種(複数回答)

	特養 (n=1600)	老健 (n=540)	介護医療院 (n=253)
施設長	36.5	26.9	43.1
事務長	8.5	29.6	39.1
医師	1.9	21.1	53.0
看護職員	23.1	50.0	88.5
介護主任(介護リーダー)	44.7	43.5	34.0
現場リーダー(フロア/ユニットリーダー)	23.0	14.1	5.9
現場職員	17.1	21.9	21.7
介護支援専門員	36.1	33.1	37.5
機能訓練指導員	10.0		
リハビリテーション専門職	1.9	39.3	41.9
栄養士/管理栄養士	9.6	14.4	36.0
生活相談員	49.4		
薬剤師		1.9	31.6
歯科衛生士		0.2	3.6
支援相談員		33.5	15.4
事務職員	5.9	16.5	29.2
その他	8.9	5.4	13.4

図表15 安全対策担当者のうち最も中心を担っている職種

	特養 (n=1600)	老健 (n=540)	介護医療院 (n=253)
施設長	15.4	3.5	4.3
事務長	1.9	9.6	4.3
医師	0.1	0.4	8.3
看護職員	2.2	22.2	64.8
介護職員	33.3	30.0	5.5
介護支援専門員	8.6	6.3	2.4
機能訓練指導員	1.4		
リハビリテーション専門職	0.2	8.5	2.0
栄養士/管理栄養士	0.1	0.0	0.4
生活相談員	24.7		
薬剤師		0.0	0.0
歯科衛生士		0.0	0.0
支援相談員		8.1	0.0
事務職員	0.9	2.6	0.8
その他	5.3	3.1	3.2

図表16 安全対策担当者の人数

	平均所属人数(人) (定員数100名あたり)
特養 (n=1539)	5.4
老健 (n=522)	6.2
介護医療院 (n=240)	18.1

図表17 安全対策担当者の役割(複数回答)

	特養 (n=1600)	老健 (n=540)	介護医療院 (n=253)
安全管理に関する組織体制の構築や職員の役割分担の整理	65.3	67.8	73.9
介護事故発生防止のための指針・マニュアルの作成	71.8	72.2	82.2
介護事故発生防止のための委員会の運営	83.8	81.3	85.8
介護事故発生防止のための研修の運営	73.1	69.3	79.1
施設の安全管理に関する情報収集(他施設の介護事故防止策事例など)	60.2	60.7	63.6
自治体へ提出する事故報告書の記載	53.8	51.5	60.9
自治体への事故報告書の提出	55.8	51.5	59.3
介護事故やヒヤ/ハットの発生数の整理	70.7	73.1	84.2
発生した介護事故やヒヤ/ハットの原因調査・分析	76.9	76.1	90.1
介護事故報告の分析を通じた改善策の周知・指導	76.1	73.3	86.2
その他	0.9	0.9	0.8

(2). 介護保険施設のリスクマネジメントに関する調査研究事業

(ア) 事故の発生予防・再発防止に向けた施設体制・取組

3. 調査結果概要

【事故発生の防止のための指針・マニュアル等について、記載されている事項、活用状況、見直し状況(特養票:問17~19、老健票:問20~22、介医療院票:問19~21)】

○指針・マニュアル等に、「発生した介護事故の原因究明や再発防止策の検討」について記載している施設は、特養で76.9%、老健で68.9%、介護医療院で77.5%であった。

○指針・マニュアル等の活用状況について、「定期的に会議や研修等で活用している施設は、特養で61.6%、老健で50.0%、介護医療院で56.1%であった。

○指針・マニュアル等を定期的に見直している施設は、特養で31.3%、老健で30.9%、介護医療院で37.5%であった。

図表18 事故発生の防止のための指針・マニュアル等に記載されている事項
(複数回答)

	単位 (%)		
	特養 (n=1600)	老健 (n=540)	介護医療院 (n=253)
介護事故防止に関する基本理念や考え方	93.5	88.1	92.9
介護事故防止のための委員会や組織体制	93.3	90.6	90.9
介護事故防止における各職種への役割	72.5	58.0	64.4
介護事故防止のための職員研修	83.4	78.9	85.8
介護事故発生直後の具体的な対応手順	85.4	84.3	83.4
ヒヤリ・ハット発生後の具体的な対応手順	65.8	73.5	81.0
発生した介護事故の原因究明や再発防止策の検討	76.9	68.9	77.5
発生したヒヤリ・ハットの原因究明や再発防止策の検討	65.3	63.0	78.3
発生した介護事故やヒヤリ・ハット等の全体の傾向の分析	52.5	48.1	59.7
自治体への報告手順	55.2	52.2	66.4
事故報告書の記載方法	47.0	53.3	67.2
入所者・家族等による指針の閲覧	46.6	38.9	43.9
行政からの通知・事務連絡の引用や添付	19.4	21.9	31.2
入居者の尊厳の保持、身体拘束廃止に関する事項	41.1	43.7	57.3
その他	0.8	1.3	3.6
指針・マニュアル等を作成していない	0.3	0.9	0.8

図表19 事故発生の防止のための指針・マニュアル等の活用状況(複数回答)

	単位 (%)		
	特養 (n=1600)	老健 (n=540)	介護医療院 (n=253)
入職時オリエンテーションや入職時研修で活用している	65.1	60.9	67.2
定期的に会議や研修等で活用している	61.6	50.0	56.1
職員が手に取れるようフロアごとに設置し、いつでも確認できるようにしている	67.9	73.5	77.9
介護事故発生時に、対応方法等を確認している	51.9	52.6	69.2
介護事故発生後の振り返り等で対応方法等を確認している	42.8	40.2	49.8
家族への説明時に使用している	15.6	13.3	19.0
その他	1.6	0.2	0.4
活用できていない	4.4	4.8	2.8
指針・マニュアル等を作成していない	0.3	0.9	1.6

図表20 事故発生の防止のための指針・マニュアル等の見直し状況(複数回答)

	単位 (%)		
	特養 (n=1600)	老健 (n=540)	介護医療院 (n=253)
定期的に見直している	31.3	30.9	37.5
不定期に見直している	56.1	59.4	54.5
介護事故発生後に見直している	7.4	8.3	14.2
指針・マニュアル等を作成したばかりのため見直しはまだ必要ない	4.1	3.3	4.3
見直していない	7.3	5.0	3.2
指針・マニュアル等を作成していない	0.3	1.1	1.6

(2). 介護保険施設のリスクマネジメントに関する調査研究事業

(ア) 事故の発生予防・再発防止に向けた施設体制・取組

3. 調査結果概要

【事故発生の防止のための委員会について、開催状況、設置単位、検討事項、決定事項の職員への周知方法(特養票:問20、21、老健票:問23、24、介医療院票:問22、23)】

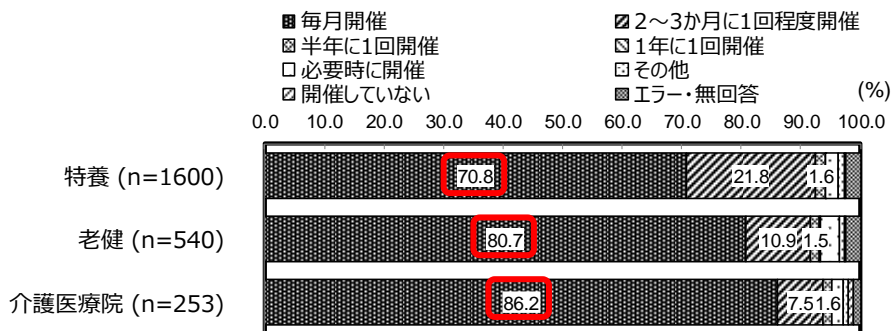
○委員会を「毎月開催している」施設は、特養で70.8%、老健で80.7%、介護医療院で86.2%であった。

○委員会を「施設内」で設置している施設は、特養で89.4%、老健で90.3%、介護医療院で56.5%であった。

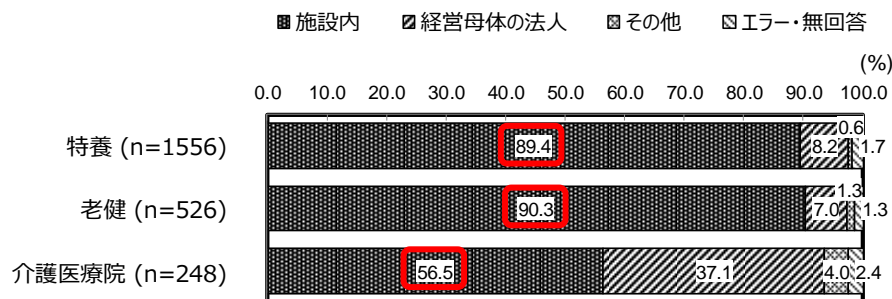
○委員会で「発生した介護事故やヒヤリ・ハット等の全体の傾向の分析」を行っている施設は、特養で79.2%、老健で76.6%、介護医療院で73.4%であった。

○委員会での決定事項を職員へ「施設内の定例研修や会議」を通じて周知している施設は、特養で74.8%、老健で65.0%、介護医療院で66.9%であった。

図表21 事故発生防止のための委員会の開催状況



図表22 事故発生防止のための委員会の設置単位



図表23 事故発生防止のための委員会での検討事項(複数回答)

	特養 (n=1556)	老健 (n=526)	介護医療院 (n=248)
指針や指針に基づくマニュアル等の作成や見直し	56.4	56.8	63.3
施設全体の介護事故防止策に関する検討	82.5	78.3	75.4
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	94.0	96.0	95.2
発生した介護事故やヒヤリ・ハット等の全体の傾向の分析	79.2	76.6	73.4
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	74.3	75.3	73.4
利用者一人一人のリスク評価	25.0	26.4	21.4
介護事故防止のための研修内容	62.3	56.5	60.5
その他	0.4	0.8	0.4

図表24 事故発生防止のための委員会での決定事項の職員への周知方法(複数回答)

	特養 (n=1556)	老健 (n=526)	介護医療院 (n=248)
シフト交代時の業務連絡(朝礼等)を通じて周知	42.7	50.0	60.9
施設内の定例の研修や会議を通じて周知	74.8	65.0	66.9
特別の研修や会議を開催し、その場を通じて周知	21.6	19.8	17.7
文書(紙媒体)の配布・回覧・掲示による周知	78.3	78.9	78.6
デジタルツール(メール、グループウェア等)による周知	23.4	21.5	19.0
その他	1.0	0.6	0.8
職員への周知は行っていない	0.0	0.0	0.0

(2). 介護保険施設のリスクマネジメントに関する調査研究事業

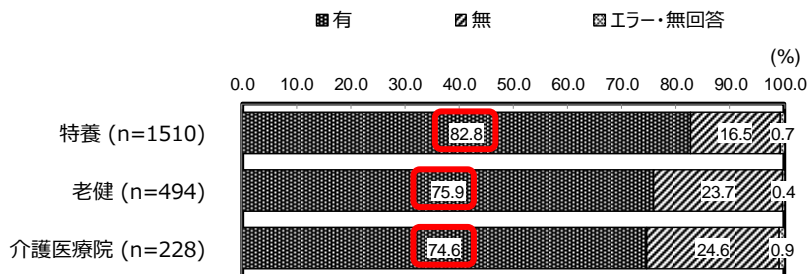
(ア) 事故の発生予防・再発防止に向けた施設体制・取組

3. 調査結果概要

【介護事故防止のための研修について、入職時研修の有無、講師、研修内容、実施に対する課題(特養票:問23、26~28、老健票:問26、29~31、介護医療院票:問25、28~30)】

- 介護事故防止のための入職時研修がある施設は、特養で82.8%、老健で75.9%、介護医療院で74.6%であった。
- 介護事故防止のための研修の講師について、特養および老健では介護主任がそれぞれ43.4%、45.3%と最も割合が高く、介護医療院では看護師が71.9%であった。
- 研修で具体的な介護事故事例の分析を行う施設は、特養で63.2%、老健で63.6%、介護医療院で57.9%であった。
- 課題として「研修の講師を行う職員の負担が大きい」と感じている施設は、特養で42.0%、老健で45.7%、介護医療院で49.1%であった。

図表25 入職時研修の有無



図表26 介護事故防止のための研修の講師(複数回答)

	特養 (n=1510)	老健 (n=494)	介護医療院 (n=228)
施設長	17.6	7.7	7.9
事務長	1.9	11.1	7.9
医師	0.6	5.9	20.2
看護職員	19.4	44.5	71.9
機能訓練指導員	9.1	1.6	1.3
リハビリテーション専門職	2.8	38.5	17.1
介護主任(介護リーダー)	43.4	45.3	17.1
現場リーダー(フロア/ユニットリーダー)	37.9	30.2	11.0
介護のリスクマネジメントが専門の外部講師	9.4	8.5	2.6
医療安全が専門の外部講師	2.1	3.4	14.5
法学が専門の外部講師	0.6	0.6	0.9
他の分野が専門の外部講師	3.2	2.0	6.6
その他	37.2	22.5	23.7

図表27 介護事故防止のための研修の内容(複数回答)

	特養 (n=1510)	老健 (n=494)	介護医療院 (n=228)
介護事故やヒヤリ・ハット等の定義	48.7	44.7	46.5
介護事故やヒヤリ・ハット等を報告する意義	47.8	46.6	53.1
介護事故やヒヤリ・ハット等の報告の仕組みや報告様式の記載方法	42.6	44.9	46.1
指針や指針に基づくマニュアル等の周知	37.5	28.1	36.0
介護事故やヒヤリ・ハット等の発生時の対応	67.9	65.8	60.1
業務内容ごとのケア手順(実技含む)	28.2	24.1	30.3
具体的な介護事故事例の分析	63.2	63.6	57.9
グループワークを通じたケーススタディ	34.8	33.2	18.9
施設の特性や特定の入居者に関するリスクの評価・周知	17.1	17.8	14.9
行政からの通知・事務連絡の内容の解説	10.3	9.7	13.2
その他	6.4	5.7	9.2

図表28 介護事故防止のための研修の実施に対する課題(複数回答)

	特養 (n=1510)	老健 (n=494)	介護医療院 (n=228)
効果的な研修の内容や方法に関する情報が得られない	15.8	16.4	21.5
研修の講師を行う職員の負担が大きい	42.0	45.7	49.1
研修時間を確保することや日時の調整が困難	61.7	59.1	55.7
非常勤職員の研修受講率が低いなど、職員全体を対象にすることが困難	34.3	30.8	18.9
職員の理解度に差がある	54.4	49.8	44.3
職員の理解度を評価することが困難	37.8	42.3	36.8
研修内容が実践に生かされていない	25.1	26.5	17.1
管理者にとって、研修を継続的に企画・開催する実務的負担が大きい	15.0	19.8	23.2
その他	4.2	3.2	5.7
特に課題はない	2.6	3.4	2.6

(2). 介護保険施設のリスクマネジメントに関する調査研究事業

(ア) 事故の発生予防・再発防止に向けた施設体制・取組

3. 調査結果概要

【施設内でヒヤリ・ハットとして報告対象とする範囲、介護事故およびヒヤリ・ハットの分析方法、原因分析および再発防止策を主に担当している職種(特養票:問31、34、35、老健票:問34、37、38、介護医療院票:問33、36、37)】

○「介護事故等は発生していないが、介護事故発生につながる可能性が高い事例」を施設内でヒヤリ・ハットとして報告対象としている施設は、特養で93.4%、老健で89.6%、介護医療院で90.1%であった。

○「介護事故やヒヤリ・ハット等の件数を、事故の種別ごとに整理し、傾向を把握している」施設は、特養で68.4%、老健で74.1%、介護医療院で70.0%であった。

○事故やヒヤリ・ハットの情報を基に原因分析および再発防止策の検討を主に担当している職種について、最も割合が高かったのは、特養では介護主任で69.4%、老健・介護医療院では看護職員でそれぞれ76.5%、96.8%であった。

図表29 施設内でヒヤリ・ハットとして報告対象とする範囲(複数回答)

	特養 (n=1600)	老健 (n=540)	介護医療院 (n=253)
介護事故等は発生していないが、介護事故発生につながる可能性が高い事例	93.4	89.6	90.1
介護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	50.8	59.3	81.8
介護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事例	29.9	45.2	73.5
介護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	33.8	43.9	75.9
介護事故等が発生したが、自治体への報告対象として定められていない事例	25.8	36.9	59.3
その他	2.1	1.1	2.8
報告対象にしているものはない	0.4	0.0	1.2

図表30 介護事故やヒヤリ・ハットの情報の分析方法(複数回答)

	特養 (n=1600)	老健 (n=540)	介護医療院 (n=253)
介護事故やヒヤリ・ハット等の個別ケースについて、発生状況を時系列に整理している	58.5	58.7	65.2
介護事故やヒヤリ・ハット等の個別ケースについて、その原因や対応を掘り下げて分析している	68.1	67.2	77.9
介護事故やヒヤリ・ハット等の件数を集計している	90.0	89.8	84.6
介護事故やヒヤリ・ハット等の件数を、事故の種別ごと(転倒・誤嚥等)に整理し、傾向を把握している	68.4	74.1	70.0
介護事故やヒヤリ・ハット等の件数を、入居者の特性ごと(要介護度・認知症高齢者日常生活自立度等)に整理し、傾向を把握している	16.1	24.6	17.8
介護事故やヒヤリ・ハット等の件数を、事故が発生した施設内の場所ごと(居室・トイレ等)に整理し、傾向を把握している	51.8	52.8	35.6
介護事故やヒヤリ・ハット等の件数を、事故が発生した時間帯ごとに整理し、傾向を把握している	49.8	53.5	35.6
その他	0.6	1.7	0.8
分析していない	1.3	0.4	0.8

図表31 事故やヒヤリ・ハットの情報を基に原因分析および再発防止策の検討を主に担当している職種(複数回答)

	特養 (n=1573)	老健 (n=537)	介護医療院 (n=250)
施設長	38.3	26.6	31.6
事務長	6.7	21.8	25.2
医師	1.7	21.8	42.4
看護職員	53.6	76.5	96.8
介護主任(介護リーダー)	69.4	67.2	33.2
現場リーダー(フロア/ユニットリーダー)	54.5	36.5	12.4
現場職員	48.4	50.8	32.0
介護支援専門員	57.0	44.9	35.6
機能訓練指導員	21.8		
リハビリテーション専門職	3.7	60.5	40.4
栄養士/管理栄養士	20.3	21.2	26.0
生活相談員	66.8		
薬剤師		3.2	26.0
歯科衛生士		1.7	2.4
支援相談員		39.9	9.2
事務職員	5.9	12.1	21.6
その他	6.9	3.9	6.8
分析していない	0.0	0.0	0.0

(2). 介護保険施設のリスクマネジメントに関する調査研究事業

(ア) 事故の発生予防・再発防止に向けた施設体制・取組

3. 調査結果概要

【介護事故やヒヤリ・ハットの情報の活用、介護事故防止に向けた対策や取組で効果をあげたもの、事故防止のための施設の課題(特養票:問36~38、老健票:問39~41、介医療院票:問38~40)】

○「介護事故やヒヤリ・ハット等の原因や対応等に着眼し、事故防止のための施設全体のルールを策定している」施設は、特養で40.5%、老健で43.7%、介護医療院で53.8%であった。

○「発生した介護事故の原因究明や再発防止策の検討」の効果が高かった施設は、特養で76.1%、老健で68.7%、介護医療院で58.9%であった。

○「業務多忙のため組織的な対策を検討する時間が確保できない」ことを課題と感じている施設は、特養で36.9%、老健で44.6%、介護医療院で36.8%であった。

図表32 介護事故やヒヤリ・ハットの情報の活用状況(複数回答)

	単位 (%)		
	特養 (n=1600)	老健 (n=540)	介護医療院 (n=253)
介護事故やヒヤリ・ハット等の原因や対応等に関する分析結果等を、委員会等を通して職員に周知している	92.8	92.6	93.3
介護事故やヒヤリ・ハット等の原因や対応等に着眼し、事故防止のための施設全体のルールを策定している	40.5	43.7	53.8
介護事故やヒヤリ・ハット等の原因や対応等に着眼し、事故発生の防止のためのマニュアルを改訂している	30.8	32.8	49.0
介護事故やヒヤリ・ハット等の原因等に着眼し、他の利用者一人一人のリスク評価や事故防止策の策定を行っている	44.4	44.3	38.3
介護事故やヒヤリ・ハット等の情報についてホームページ等で公表している	2.4	1.5	2.4
その他	1.5	0.7	0.4
介護事故やヒヤリ・ハット等の情報の活用を行っていない	0.8	0.2	1.2

図表34 事故防止のための施設の課題(複数回答)

	単位 (%)		
	特養 (n=1600)	老健 (n=540)	介護医療院 (n=253)
介護事故発生のための指針が現場に浸透していない	29.5	27.0	22.5
介護事故発生に関するマニュアルの記載内容が現場に浸透していない	29.9	32.6	26.9
事故発生防止のための委員会が十分に機能していない	17.3	15.7	7.9
施設内の安全対策部門が十分に機能していない	12.3	12.8	10.7
施設内の安全対策部門の業務に対する職員の協力が十分でない	9.7	9.6	6.3
安全対策担当者の能力が不足している	7.0	8.0	5.9
職員の介護技術が不足している	36.8	26.3	21.3
業務多忙のため組織的な対策を検討する時間が確保できない	36.9	44.6	36.8
介護事故発生防止のための研修の成果が出ていない	19.6	17.6	13.8
人手不足により利用者の安全確保が難しい	38.5	46.5	31.6
介護事故やヒヤリ・ハット等の分析方法がわからない	2.9	4.3	1.2
介護事故やヒヤリ・ハット等を分析する時間がない	11.5	12.2	11.9
施設のリスクマネジメントについて非常勤職員へ周知できていない	12.8	10.4	6.3
その他	5.5	4.3	6.7
課題はない	3.5	2.6	7.9

図表33 介護事故防止に向けた対策や取組で効果をあげたもの(複数回答3つまで)

	単位 (%)		
	特養 (n=1600)	老健 (n=540)	介護医療院 (n=253)
介護事故に関する施設全体の研修の実施	41.1	39.1	41.1
介護事故に関するフロア、ユニットごとの研修の実施	14.9	9.1	7.9
介護事故に関する研修(施設外)への参加	9.9	7.0	9.1
指針・マニュアル等の整備・見直し	10.3	11.7	16.6
発生した介護事故の原因究明や再発防止策の検討	76.1	68.7	58.9
発生したヒヤリ・ハットの原因究明や再発防止策の検討	50.2	52.8	62.5
発生した介護事故やヒヤリ・ハット等の全体の傾向の分析	24.1	35.4	34.8
他施設の介護事故防止策事例などの情報収集	4.4	4.8	6.3
見守り支援機器等の導入や機器・用具等の見直し	31.4	29.1	22.9
その他	1.1	0.6	0.8
効果をあげたものはない	0.9	2.4	0.4
介護事故防止の対策は実施していない	0.1	0.0	0.0

(2). 介護保険施設のリスクマネジメントに関する調査研究事業

(ア) 事故の発生予防・再発防止に向けた施設体制・取組

3. 調査結果概要

【介護事故防止や再発防止に関して、市区町村から得ている支援、得られると有用な支援、事故報告にあたり感じている課題(特養票:問46~48、老健票:問49~51、介護医療院票:問48~50)】

○「市区町村からの支援は得ていない」施設は、特養で57.3%、老健で62.6%、介護医療院で61.7%であった。

○市区町村から「他施設での再発防止策に関する事例や取組等の情報提供」が得られると有用だと考える施設は、特養で57.2%、老健で55.4%、介護医療院で51.8%であった。

○「介護事故報告を行っても市区町村からのフィードバックを得られない」ことを課題と感じている施設は、特養で34.9%、老健で35.2%、介護医療院で23.3%であった。

図表35 市区町村から得ている支援(複数回答)

	特養 (n=1600)	老健 (n=540)	介護医療院 (n=253)	単位 (%)
施設で発生した介護事故の対応(家族対応等)にかかる助言	15.6	14.4	8.7	
施設で発生した介護事故の原因分析にかかる助言	7.5	5.4	4.0	
施設で発生した介護事故の再発防止策にかかる助言	10.9	10.2	8.3	
自治体内の介護事故の集計・分析結果の共有・説明	7.6	4.6	5.5	
自施設と他施設での介護事故発生状況の比較に関するフィードバック	2.1	2.2	3.2	
自施設に類似した施設で発生した介護事故の集計結果の提供	2.6	4.1	1.2	
他施設での再発防止策に関する事例や取組等の情報提供	7.7	6.7	7.5	
自施設の介護事故発生状況に適した外部研修の案内	11.8	9.4	8.7	
自施設の介護事故発生状況に適した施設内研修にかかる助言	2.6	2.4	2.4	
自施設の介護事故発生状況に適した体制構築にかかる助言	2.1	2.4	1.2	
自施設の介護事故発生状況に適したマニュアルの提供	1.9	2.0	1.6	
その他	1.3	1.5	4.0	
市区町村からの支援は得ていない	57.3	62.6	61.7	

図表36 市区町村から得られると有用な支援(複数回答)

	特養 (n=1600)	老健 (n=540)	介護医療院 (n=253)	単位 (%)
施設で発生した介護事故の対応(家族対応等)にかかる助言	32.7	37.0	36.0	
施設で発生した介護事故の原因分析にかかる助言	20.0	19.6	19.4	
施設で発生した介護事故の再発防止策にかかる助言	27.6	26.7	28.9	
自治体内の介護事故の集計・分析結果の共有・説明	25.9	25.7	27.3	
自施設と他施設での介護事故発生状況の比較に関するフィードバック	33.8	33.3	25.3	
自施設に類似した施設で発生した介護事故の集計結果の提供	29.2	34.6	32.0	
他施設での再発防止策に関する事例や取組等の情報提供	57.2	55.4	51.8	
自施設の介護事故発生状況に適した外部研修の案内	34.3	34.6	36.8	
自施設の介護事故発生状況に適した施設内研修にかかる助言	18.2	20.7	24.5	
自施設の介護事故発生状況に適した体制構築にかかる助言	12.2	14.1	10.7	
自施設の介護事故発生状況に適したマニュアルの提供	20.9	26.3	21.3	
その他	1.4	1.5	0.4	
市区町村からの支援は必要ない	4.4	3.3	3.6	
わからない	7.2	10.2	13.4	

図表37 施設から市区町村への事故報告にあたり感じている課題(複数回答)

	特養 (n=1600)	老健 (n=540)	介護医療院 (n=253)	単位 (%)
介護事故の事実確認に時間がかかる	27.9	25.9	17.0	
市区町村指定の事故報告書の作成に慣れていない	8.5	15.6	19.4	
施設内で利用している事故報告書から市区町村指定の事故報告書への転記が手間である	36.0	32.8	27.3	
自治体担当者によって介護事故報告の基準に違いがある	7.5	11.1	6.3	
事故1件について複数の自治体に報告する際に、複数の事故報告書を作成しなければならない	14.4	15.7	11.1	
事故報告書の提出に時間がかかる(郵送提出・持ち込み提出等)	17.2	19.8	14.6	
介護事故報告を行っても市区町村からのフィードバックを得られない	34.9	35.2	23.3	
その他	3.2	3.7	4.3	
特に無い	21.9	22.6	36.4	

(2). 介護保険施設のリスクマネジメントに関する調査研究事業

(ア)事故の発生予防・再発防止に向けた施設体制・取組

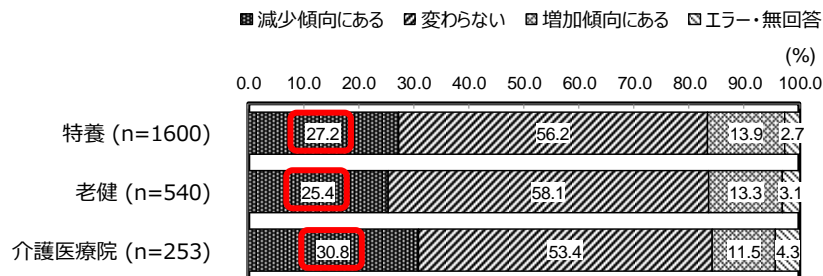
3. 調査結果概要

【介護事故件数の直近5年間の傾向、介護事故件数が減少した要因として考えられるもの(特養票:問45、老健票:問48、介医療院票:問47)】

○「介護事故件数が直近5年間で減少傾向にある」と回答した施設は、特養で27.2%、老健で25.4%、介護医療院で30.8%であった。

○介護事故件数が減少した要因として「発生した介護事故の原因究明や再発防止策の検討」が考えられると回答した施設は、特養で70.6%、老健で61.3%、介護医療院で64.1%であった。

図表38 介護事故件数の直近5年間の傾向



図表39 介護事故件数が減少した要因として考えられるもの(複数回答)

	特養 (n=435)	老健 (n=137)	介護医療院 (n=78)
安全対策担当者の配置	14.3	25.5	15.4
介護事故に関する研修(施設外)への参加	12.4	14.6	11.5
介護事故発生防止のための指針・マニュアル等の整備・見直し	17.2	19.0	17.9
介護事故発生防止のための委員会の設置・運営	32.4	27.0	25.6
介護事故に関する施設全体の研修の実施	33.8	36.5	30.8
介護事故に関するフロア、ユニットごとの研修の実施	14.7	10.2	7.7
発生した介護事故の原因究明や再発防止策の検討	70.6	61.3	64.1
発生したヒヤリ・ハットの原因究明や再発防止策の検討	60.9	56.9	69.2
発生した介護事故やヒヤリ・ハット等の全体の傾向の分析	33.1	35.8	35.9
他施設の介護事故防止策事例などの情報収集	6.9	5.8	11.5
見守り支援機器等の導入や機器・用具等の見直し	39.5	36.5	17.9
入居者属性の変化	23.7	19.0	17.9
職員体制の変化(人数・スキル等)	17.2	20.4	11.5
安全対策に対する職員の意識・自覚の高まり	37.7	35.0	43.6
新型コロナウイルスの影響	9.4	11.7	2.6
その他	5.7	6.6	2.6
わからない	1.4	0.7	0.0

(2). 介護保険施設のリスクマネジメントに関する調査研究事業

(イ) 施設から自治体への事故報告ルールの実態及び課題

3. 調査結果概要

【施設から市区町村への報告様式・書式(市区町村票:問8・10)】

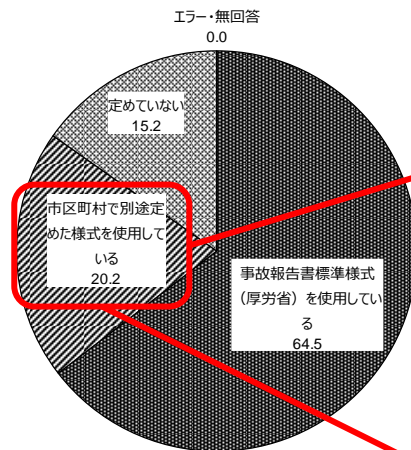
○施設から市区町村への報告様式・書式について、事故報告標準様式(厚労省)を使用している市区町村が64.5%、別途定めた様式を使用している市区町村が20.2%、様式・書式を定めていない市区町村が15.2%であった。

○別途定めた様式を使用している市区町村のうち、事故報告標準様式(厚労省)への移行予定がある市区町村は29.0%であった。

○別途定めた様式を使用している市区町村において、事故報告書標準様式(厚労省)を使用していない理由について、「これまで同じ様式で介護事故に関するデータを蓄積してきたため」が35.2%であった。

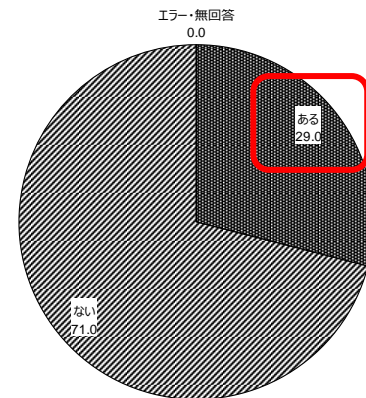
図表40 施設から市区町村への報告様式・書式

n=801



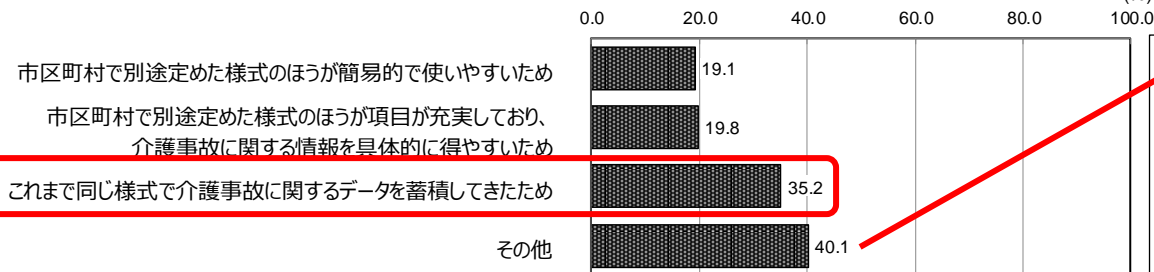
図表41 事故報告標準様式(厚労省)への意向予定

n=162



図表42 事故報告書標準様式(厚労省)を使用していない理由
(複数回答)

n=162



その他の自由記載(主なもの)

- ・ 県が定めた様式・書式を使用しているため
- ・ 様式を規定している要綱の改正が済んでいないため
- ・ レイアウトは異なるものの、事故報告書標準様式(厚労省)と内容はほとんど変わらないため
- ・ 事故報告書標準様式(厚労省)は集計・分析に必要な項目が不足しているため

(2). 介護保険施設のリスクマネジメントに関する調査研究事業

(イ)施設から自治体への事故報告ルールの実態及び課題

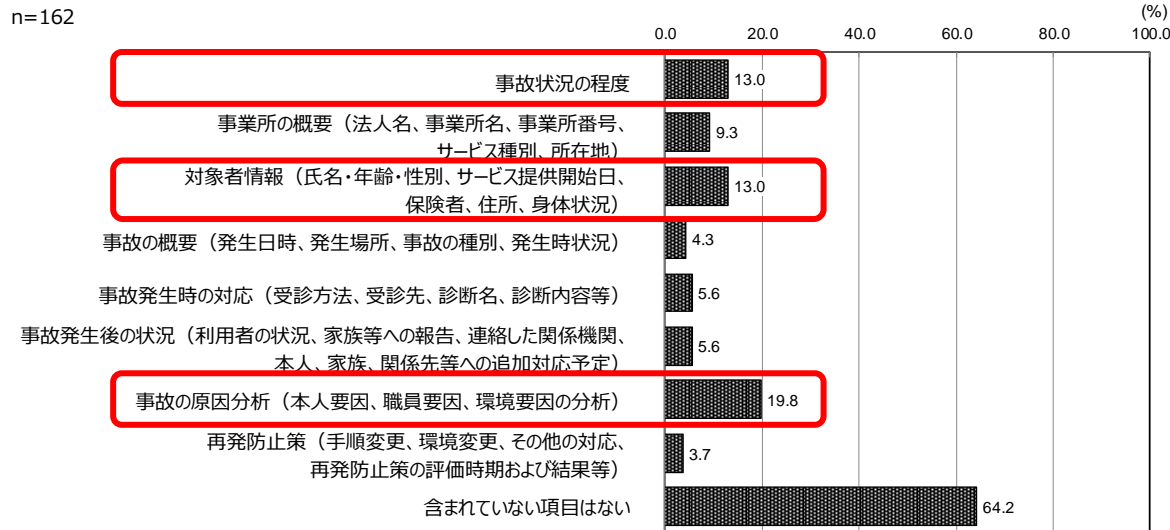
3. 調査結果概要

【市区町村で別途定めた様式・書式(市区町村票:問10)】

○事故報告書標準様式(厚労省)に含まれている項目のうち、市区町村で別途定めた様式・書式に含まれていない項目について、事故の原因分析が19.8%、事故状況の程度、対象者情報がともに13.0%であった。

○事故報告書標準様式(厚労省)に含まれている項目以外で、市区町村で別途定めた様式・書式に含まれている項目について、損害賠償等の状況、緊急搬送の有無、事故防止委員会の開催状況等がみられた。

図表43 市区町村で別途定めた様式・書式に含まれていない項目(複数回答)



図表44 市区町村で別途定めた様式・書式に含まれている項目(自由記載)

- 損害賠償等の状況
- 損害賠償保険利用の有無
- 緊急搬送の有無
- 事故発生時の詳細図の添付
- 事故防止委員会の開催状況
- 事故防止委員会の議事録の添付
- 職員等への周知方法や周知完了した日
- 事故の種別に「離設」「食中毒」「感染症」「法令違反・不祥事・虐待等」の追加
- 事故報告の遅延理由

(2). 介護保険施設のリスクマネジメントに関する調査研究事業

(イ) 施設から自治体への事故報告ルールの実態及び課題

3. 調査結果概要

【施設から市区町村への報告における介護事故の範囲、時期、方法、担当部門(市区町村票:問7、11~13)】

○報告する介護事故の範囲を「定めている」という回答は73.2%であった。

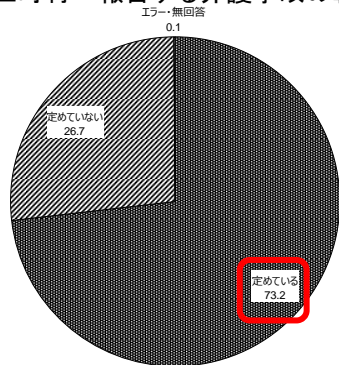
○「死亡に至った事故」は95.9%、「医師の診断を受け投薬、処置等何らかの治療が必要となった事故」は96.6%の市区町村で報告対象となっていた。

○報告時期の定めについては、「3~5日以内での報告を求めている」が56.6%であった。

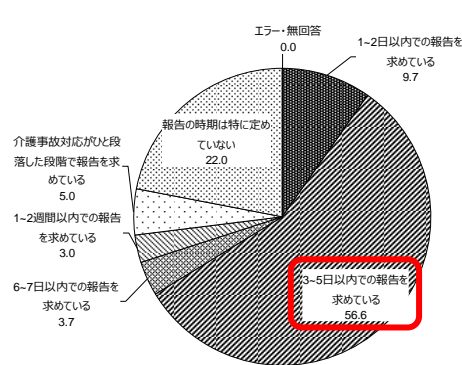
○報告方法の定めは第一報、第二報、最終報それぞれ「電子メール」が42.8%、43.1%、45.6%、「郵送」が33.6%、40.0%、47.9%、「窓口手渡し」が39.1%、43.4%、51.7%であった。

○介護保険施設と、その他の介護サービス事業所から報告された介護事故を取り扱う部門・担当職員が同じ自治体は96.8%であった。

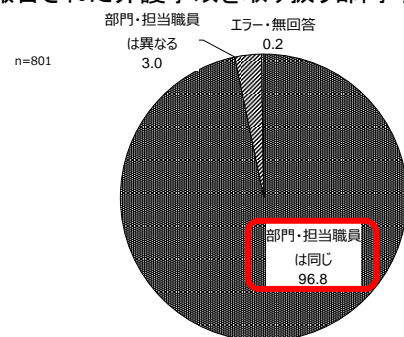
図表45 市区町村へ報告する介護事故の範囲の定め



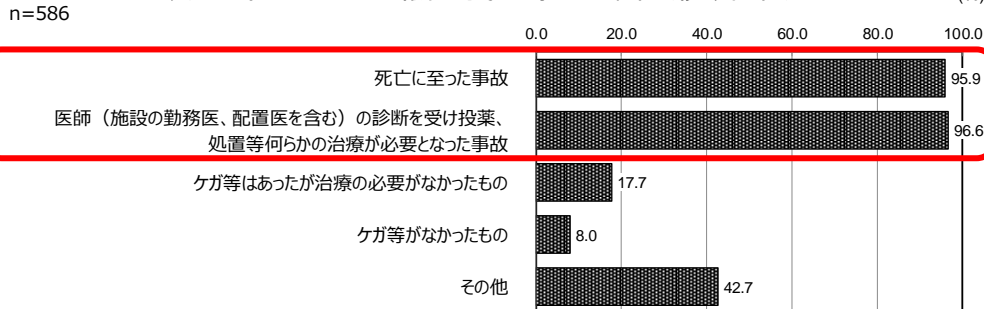
図表46 市区町村への報告時期の定め



図表47 介護保険施設と、その他の介護サービス事業所から報告された介護事故を取り扱う部門・担当職員



図表48 市区町村への報告対象の事故の範囲(複数回答)



図表49 市区町村への報告方法(複数回答) 単位 (%)

報告方法	第一報 (n=801)	第二報 (n=801)	最終報 (n=801)
電子メール	42.8	43.1	45.6
電話	40.7	12.1	6.7
郵送	33.6	40.0	47.9
FAX	28.5	25.0	22.2
窓口手渡し	39.1	43.4	51.7
Web上の申請システム	1.6	1.7	1.6
その他	1.9	2.0	2.1
報告を求めていない	1.4	5.6	2.0
報告方法を定めていない	30.0	34.2	31.3

(2). 介護保険施設のリスクマネジメントに関する調査研究事業

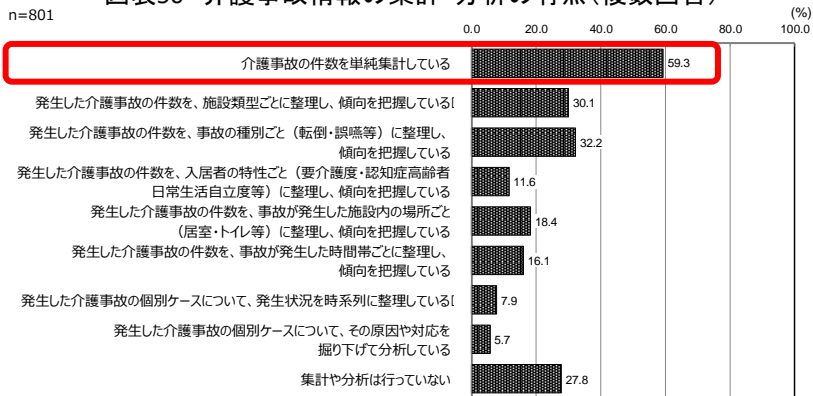
(ウ)自治体による事故情報分析・活用における実態及び課題

3. 調査結果概要

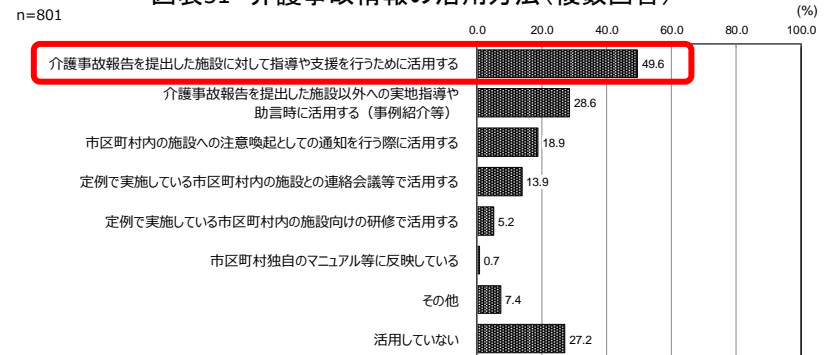
【市区町村における介護事故発生情報の集計・分析・活用の有無および課題、施設に対する支援(市区町村票:問19~21、24)】

- 集計・分析の有無については、「介護事故の件数を単純集計している」が59.3%であった。
- 活用方法は、「介護事故報告を提出した施設に対して指導や支援を行うために活用する」が49.6%であった。
- 集計・分析・活用における課題は、「集計・分析を行う人的余裕がない」が57.6%であった。
- 施設に対する支援は、「施設で発生した介護事故の再発防止策にかかる助言」が38.1%、「施設で発生した介護事故の対応にかかる助言」が34.7%であった。

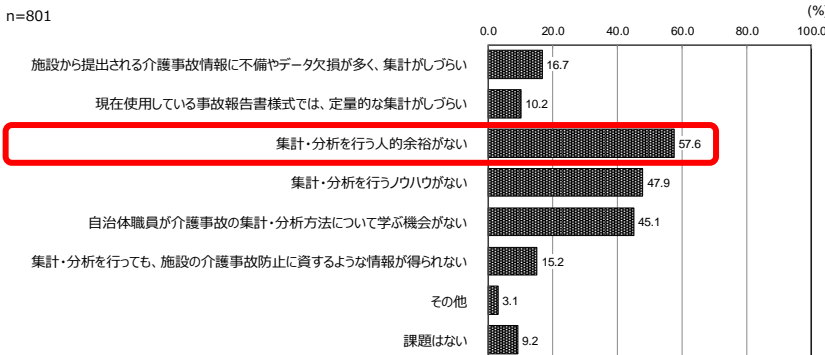
図表50 介護事故情報の集計・分析の有無(複数回答)



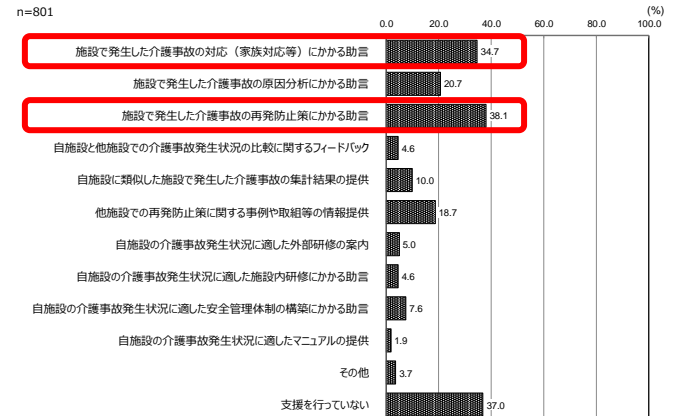
図表51 介護事故情報の活用方法(複数回答)



図表52 介護事故情報の集計・分析・活用における課題(複数回答)



図表53 施設に対する支援(複数回答)



(2). 介護保険施設のリスクマネジメントに関する調査研究事業

(ウ)自治体による事故情報分析・活用における実態及び課題

3. 調査結果概要

【介護事故報告の集計・分析・活用における都道府県から市区町村への支援、得られると有用な支援(市区町村票:問30、31)】

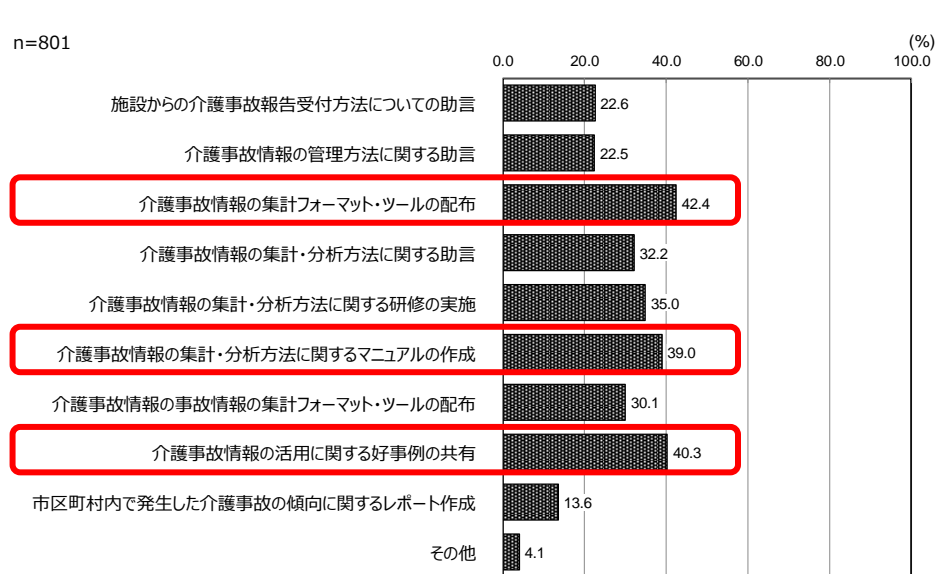
○介護事故報告の集計・分析・活用について「都道府県から支援を得ていない」市区町村が76.4%であった。

○都道府県から得られると有用な支援は、「介護事故情報の集計フォーマット・ツールの配布」が42.4%、「介護事故情報の活用に関する好事例の共有」が40.3%、「介護事故情報の収集・分析方法に関するマニュアルの作成」が39.0%であった。

図表54 事故報告の集計・分析・活用における都道府県からの支援(複数回答)



図表55 事故報告の集計・分析・活用において都道府県から得られると有用な支援(複数回答)



(2). 介護保険施設のリスクマネジメントに関する調査研究事業

(ウ)自治体による事故情報分析・活用における実態及び課題

3. 調査結果概要

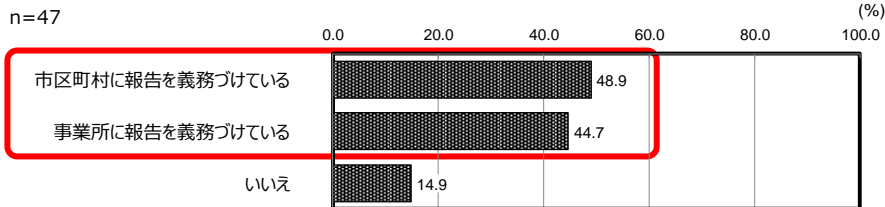
【都道府県における介護事故発生情報の収集および集計・分析の有無、活用方法(都道府県票:問7、24、25)】

○「市区町村に報告を義務づけている」が48.9%、「事業所に報告を義務づけている」が44.7%であった。

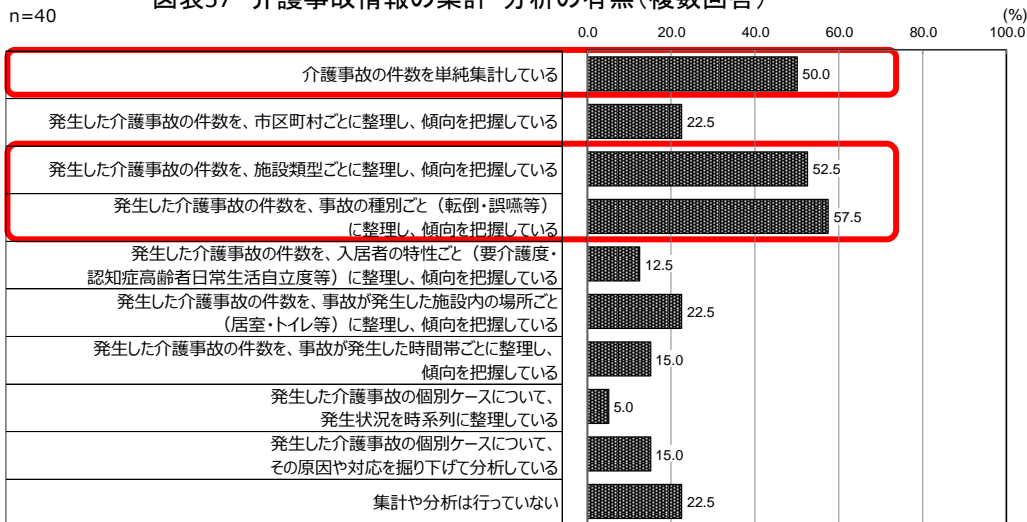
○介護事故情報の集計・分析の有無については、「発生した介護事故の件数を、事故の種別ごとに整理し、傾向を把握している」が57.5%、「発生した介護事故の件数を、施設類型ごとに整理し、傾向を把握している」が52.5%、「介護事故の件数を単純集計している」が50.0%であった。

○介護事故情報の活用方法は、「介護事故報告を提出した施設に対して指導や支援を行うために活用する」が70.0%であった。

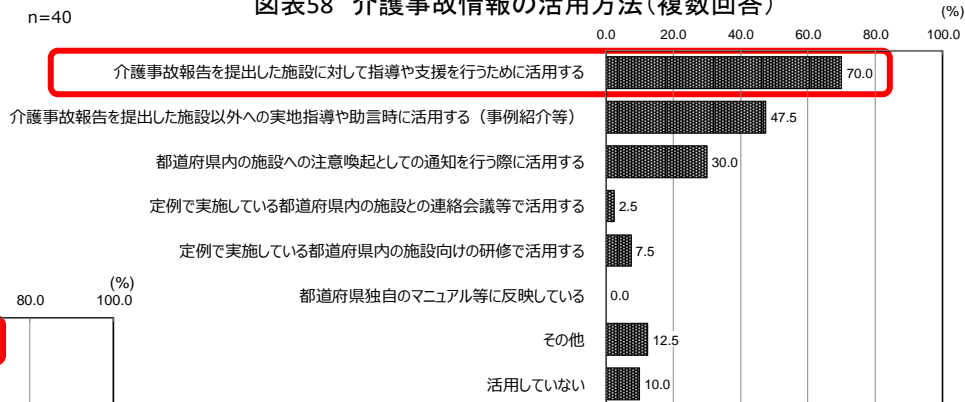
図表56 都道府県内で発生した事故情報の収集(複数回答)



図表57 介護事故情報の集計・分析の有無(複数回答)



図表58 介護事故情報の活用方法(複数回答)



(2). 介護保険施設のリスクマネジメントに関する調査研究事業

(ウ)自治体による事故情報分析・活用における実態及び課題

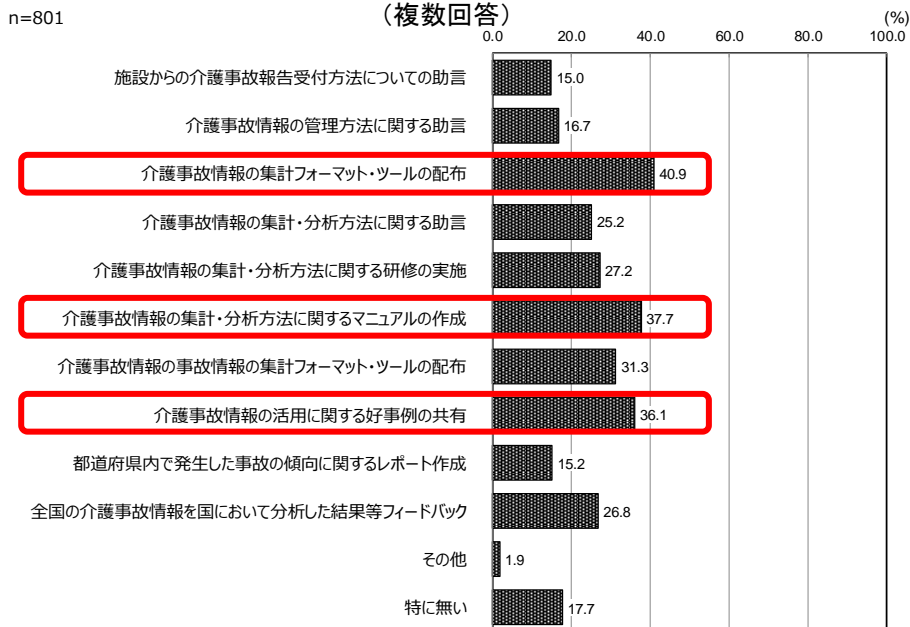
3. 調査結果概要

【介護施設のリスクマネジメントに関する国に対する要望(市区町村票:問32、都道府県票:問32)】

○市区町村の国に対する要望は、「介護事故情報の集計フォーマット・ツールの配布」が40.9%、「介護事故情報の集計・分析に関するマニュアルの作成」が37.7%、「介護事故情報の活用に関する好事例の共有」が36.1%であった。

○都道府県の国に対する要望は、「介護事故情報の活用に関する好事例の共有」が59.6%、「介護事故情報の集計フォーマット・ツールの配布」が51.1%、「全国の介護事故情報を国において分析した結果等のフィードバック」が48.9%であった。

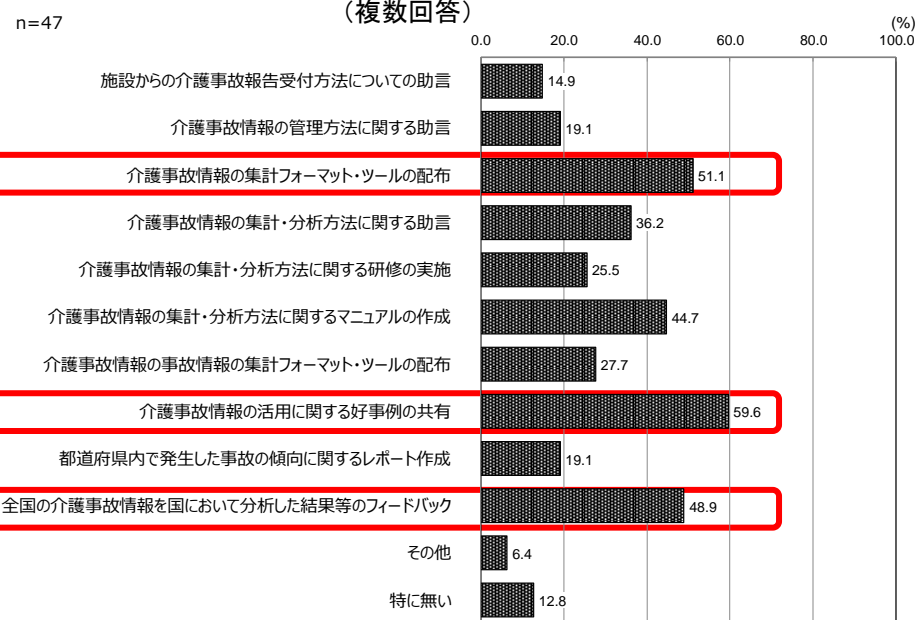
図表59 【市区町村】介護施設のリスクマネジメントにおける国への要望



その他の自由記載(主なもの)

- ・ 報告を要する事故範囲の明確化と統一
- ・ 事故報告の簡素化
- ・ 施設が報告しやすく、市町村等が集計分析を実施しやすくするための情報共有システムの提供
- ・ 事業所に向けたリスクマネジメントに対する意識改革と基本的考え方の周知・修得
- ・ 事故を減らすための研修資料の提供
- ・ 事故報告における市区町村への役割の明確化

図表60 【都道府県】介護施設のリスクマネジメントにおける国への要望



その他の自由記載

- ・ 介護施設等のデータ入力による事故報告および集計
- ・ 集団指導等への活用が可能な事故報告システムの提供