

# 令和7年度 介護サービス事故発生状況報告（まとめ）

本報告は、令和7年度中（R7.4.1～R8.3.31）に介護保険の事業者において、介護サービスの利用中に発生した利用者等の事故について、事業者から鹿児島市に提出のあった「指定介護サービス事業者事故報告書」（以下「事故報告書」という。）の内容に関して集計を行ったものです。

事故報告書は、事故が発生した場合に医療機関の受診を要したものを、介護サービス事業者から保険者である鹿児島市へ報告するものです。

したがって、本報告の集計値が介護サービス事業者において発生した事故のすべてに関するものではないことをご了承ください。

※割合は端数の関係で100%とならない場合がございます。

## 1 令和7年度 事故報告書受付件数

計 **963件**（R7.4.1～R8.3.31受付分）

## 2 サービス事業者ごとの事故報告件数

	サービス事業所（サービス種別）	令和7年度件数	割合	（参考）令和6年度件数
訪問	訪問介護	4	0.4%	4
	訪問入浴介護	0	0.0%	0
	訪問看護	1	0.1%	4
	訪問リハビリ	0	0.0%	0
	居宅療養管理指導	0	0.0%	0
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	7	0.7%	2
通所	通所介護（地域密着型を含む）	89	9.2%	56
	通所リハビリテーション	31	3.2%	19
	認知症対応型通所介護	0	0.0%	1
施設 入 所	ショートステイ（短期生活・短期療養）	48	5.0%	12
	特定施設入居者生活介護（地域密着型を含む）	49	5.1%	80
	介護老人福祉施設（地域密着型を含む）	313	32.5%	328
	介護老人保健施設	106	11.0%	105
	介護医療院	5	0.5%	3
	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	261	27.1%	300
そ の 他	小規模多機能型居宅介護	29	3.0%	23
	看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）	15	1.6%	15
	居宅介護支援事業所	1	0.1%	0
	福祉用具貸与	1	0.1%	0
	総合事業（訪問型・通所型）	3	0.3%	0
	合 計	963	100.0%	952

### 3 事故発生時間帯別件数

事故発生時間帯	件数	割合
0:00～3:00	73	7.6%
3:00～6:00	101	10.5%
6:00～9:00	131	13.6%
9:00～12:00	188	19.5%
12:00～15:00	174	18.1%
15:00～18:00	140	14.5%
18:00～21:00	88	9.1%
21:00～24:00	68	7.1%
合計	963	100.0%

※時間帯の集計は、3時間単位で集計を行っています。

### 4 事故発生場所別件数

事故発生場所	件数	割合(%)
居室(個室)	345	35.8%
居室(多床室)	132	13.7%
トイレ	78	8.1%
廊下	74	7.7%
食堂等共用部	186	19.3%
浴室・脱衣室	47	4.9%
機能訓練室	7	0.7%
施設敷地内の建物外	13	1.3%
敷地外	28	2.9%
利用者宅	22	2.3%
不明	5	0.5%
その他	26	2.7%
合計	963	100.0%

## 5 事故発生場所と発生時間帯（クロス集計）

発生 時間帯	発生場所												計
	居室 （個室）	居室 （多居室）	ト イ レ	廊 下	食 堂 等 共 用 部	浴 室 ・ 脱 衣 室	機 能 訓 練 室	施 設 敷 地 内 の 建 物 外	敷 地 外	利 用 者 宅	不 明	そ の 他	
0:00 ~ 3:00	37	21	6	6	2	0	0	0	0	0	0	1	73
3:00 ~ 6:00	53	24	7	9	6	1	0	1	0	0	0	0	101
6:00 ~ 9:00	58	15	5	12	28	0	0	1	2	9	0	1	131
9:00 ~ 12:00	51	14	10	9	39	38	1	5	6	5	2	8	188
12:00 ~ 15:00	37	16	21	16	52	6	6	2	9	1	2	6	174
15:00 ~ 18:00	27	15	16	11	41	2	0	4	11	6	1	6	140
18:00 ~ 21:00	38	15	9	5	17	0	0	0	0	1	0	3	88
21:00 ~ 24:00	44	12	4	6	1	0	0	0	0	0	0	1	68
合 計	345	132	78	74	186	47	7	13	28	22	5	26	963

## 6 事故の原因

事故の原因	件 数	割 合
転倒	570	59.2%
転落	125	13.0%
誤嚥・窒息	18	1.9%
異食	1	0.1%
誤薬・与薬もれ等	41	4.3%
医療処置関連(チューブ抜去等)	18	1.9%
感染症	3	0.3%
法令違反・不祥事	4	0.4%
徘徊・離脱	7	0.7%
不明	69	7.2%
その他	107	11.1%
合計	963	100.0%

## 7 けが等の状況

けが等の状況	件数	割合 (%)
切傷、裂傷、擦過傷	103	10.7%
打撲、捻挫、脱臼	335	34.8%
骨折	302	31.4%
誤嚥	18	1.9%
誤薬	41	4.3%
皮膚剥離	26	2.7%
やけど	2	0.2%
経過観察	29	3.0%
異常なし	65	6.7%
その他	42	4.4%
合計	963	100.0%

## 8 けがの原因及びその状況 (クロス集計)

けが等の状況 原因	切傷、裂傷、擦過傷	打撲、捻挫、脱臼	骨折	誤嚥	誤薬	皮膚剥離	やけど	経過観察	異常なし	その他	合計
転倒	72	240	214	0	0	5	0	18	14	7	570
転落	13	62	27	0	0	1	0	8	9	5	125
誤窒息	0	0	0	18	0	0	0	0	0	0	18
異食	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
誤薬もれ	0	0	0	0	41	0	0	0	0	0	41
医療処置関連	0	0	0	0	0	0	0	0	17	1	18
感染症	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
法令違反 不祥事	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	4
徘徊	2	1	0	0	0	0	0	0	4	0	7
不明	2	15	38	0	0	4	0	0	2	8	69
その他	14	16	23	0	0	16	2	3	17	16	107
合計	103	335	302	18	41	26	2	29	65	42	963

## 9 具体的な事例及び再発防止策

令和7年度中に報告のあった事故の事例及び再発防止策を紹介します。各事業所にて活用できる部分について検討していただくことを期待します。

	誤嚥事故
事故概要	本人（A氏）全介助で食事を摂取。「お腹いっぱいになりましたか」の問いかけに「まだ食べたいです」の答えあり、飲み込みを確認後、その場を離れ、栄養補給ゼリーを準備し、全介助にて摂取。再度飲み込みを確認し、その場を離れ服薬準備を行う。服薬介助後、飲み込みを確認し、残りのトロミ水を介助で口に入れる。口の端からトロミが出てきて、いつもと違うことに介助者が気付く。
事故の原因分析	<p>【本人要因】</p> <p>日によって気力、気分の低下がみられ、自発的な動きや筋力の減少、ADLの低下がみられていた。普段から食事中のむせ込みがあり、随時、咳込みや痰の排出を促し、吐き出してもらっていた。普段食事は、見守り、一部介助だが、当日は全介助。</p> <p>【職員要因】</p> <p>A氏に声をかけながら自力での食事を促したが、皿やスプーンを握ることができなかったため、食事介助を行う。姿勢について、頸部がやや屈折していたが、いつもより介助中のむせ込みも少なかったため、咽頭反射の衰えに気付きづらかった。食事介助中に他利用者の対応のため、やむを得ず席を離れることがあったが、その際は飲み込みを確認した後に席を離れ、離れている際もA氏に目を配っていた。</p>
再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介助時の声かけや飲み込みの確認をしっかり行う。</li> <li>・日常の小さな変化を記録に残し、共有する。</li> <li>・<u>食事に関わらず姿勢に気を配る（食事以外でも唾液や少量の水分でも誤嚥の可能性があるため）</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>★食事摂取時は、頸部はやや屈折、足裏は床につけ肘関節、股関節、足首の角度は90度</li> <li>★姿勢が崩れている時は理由を探りそれに合った対応を行う（眠い、疲れ、病気、老化、痛み、脱水、低栄養、薬、椅子があていない等）</li> </ul> </li> <li>・「食べたくない」時の原因を探り、<u>食事を強制しない。本人のその時の状況に合わせた声かけや食事時間の調整、献立の工夫を行う（何だったら食べられそうか、いつだったら食べられそうか、お腹がすいたら教えてほしい、等）</u></li> <li>・食事介助の際は必ず座って行き、食事介助時はその場を離れない。やむを得ず離れる際は声かけをし、飲み込みを確認してから他の職員に引き継ぎ離れる。</li> <li>・<u>食事介助は周りの利用者の状態が落ち着いているときに余裕をもって集中して行う。</u></li> </ul>
実施後の状況	上記再発防止策を継続し、当該事故発生以降、同様の事故は発生していない。常に利用者の姿勢に気を配り、食事介助時において利用者から離れる際は、他職員の引継ぎを確実に行うことで、利用者から目を離す時間を無くし、誤嚥事故発生防止に努めている。

## 10 まとめ

令和7年度中の介護サービス事業者におけるサービス利用中の事故の発生状況としては、例年同様、施設等利用者の居室内における転倒を原因とした事故が最も多く報告されていますが、昨年度と比較して施設における事故の件数自体は減少しており、一方で通所サービス事業所による事故報告が増加しています。

転倒の可能性に対する認識がやや不十分であり、結果として安全確保への意識に緩みが生じたことが原因で発生している事故が多く、安全確保に向けた意識向上と、事前のリスク把握の徹底が事故発生防止のための課題として挙げられます。

また、事故の経緯としては他利用者対応中に発生しているものが多く、複数の対応が同時に求められる場面において、安全確保への配慮が難しくなる状況がうかがえます。このような状況を踏まえ、職員間での声かけや連携の工夫、優先順位の整理等により、対応が重なる場面での安全確保のあり方について検討していただくことが重要と考えます。

介護サービス利用中の事故を防止するためには職員間での綿密な情報共有や介助者のスキルアップ、利用者の状況にあわせた環境の整備等が不可欠です。この「介護サービス事故発生状況報告（まとめ）」が今後の事業所内での事故発生防止に役立てられることを期待します。