

令和 8 年(2026 年)10 月 13 日
つくば市福祉部介護保険課

令和 7 年度 介護保険事業所等における事故報告集計結果の公表について

令和 7 年 4 月 1 日から令和 8 年 3 月 31 日までの期間に、介護保険事業者等からつくば市に報告のあった事故報告について集計結果を公表します。

1 集計結果

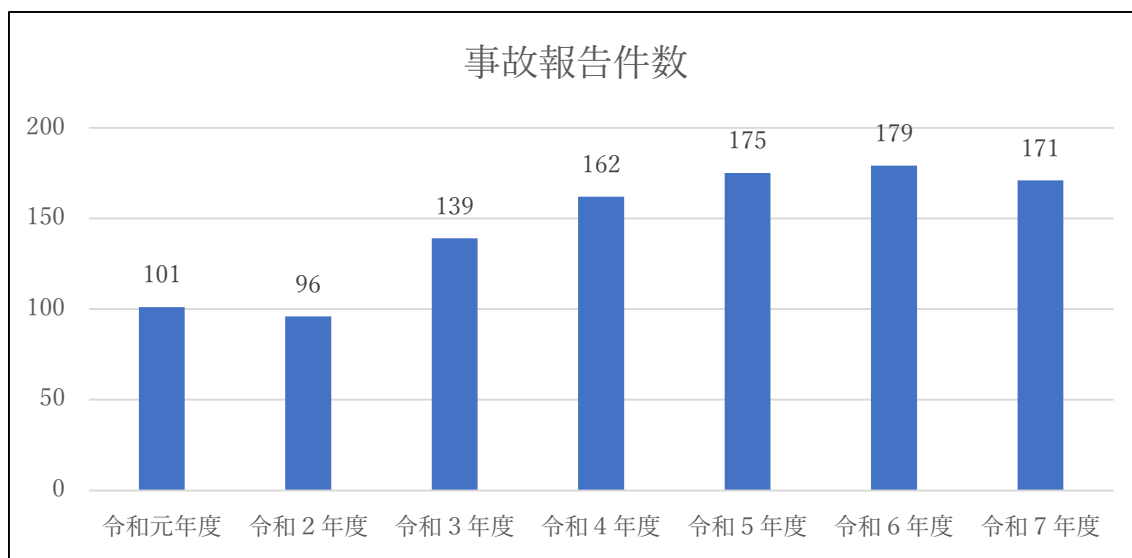
期間	令和 7 年 4 月 1 日から令和 8 年 3 月 31 日
総報告件数	186 件（うち市内事業所 174 件、市外事業所 12 件）
報告件数	171 件（うち市内事業所 157 件、市外事業所 12 件）

※総報告件数：続報(第 2 報、最終報告等)を含む件数。第 1 報後、必要に応じて状況の変化等が報告される。

※報告件数：対象期間内につくば市に報告のあった件数。同一事故で複数の負傷者が発生し、個々人の報告がされたケースも 1 件と数えているため、同一事故が重複した件数となっている。

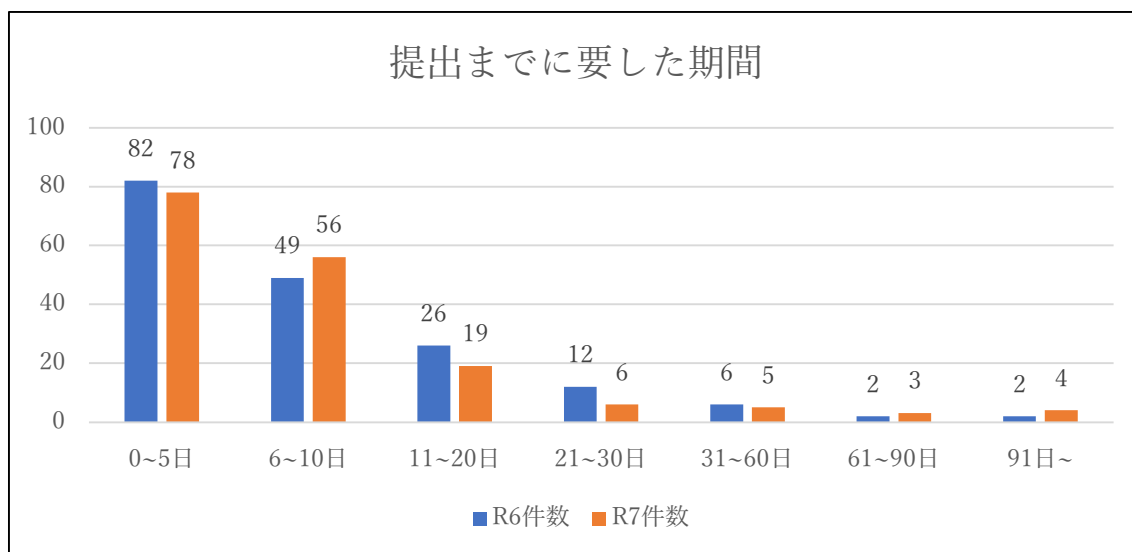
2 事故報告件数

令和7年度の事故報告件数は171件であり、過去3年間の平均（約175件）と同水準で推移しています。



3 事故報告書の提出までに要した期間

報告書の提出期間については、全体の約9割（89.5％）が事故発生から20日以内に提出されています。しかし、「事故発生から5日以内」という原則を遵守できている割合は、R7年度で45.6％（78件）にとどまっており、半数以上の事案で遅延が発生しています。原因分析に時間を要する場合であっても、まずは第一報を5日以内に提出するよう、引き続き徹底をお願いいたします。

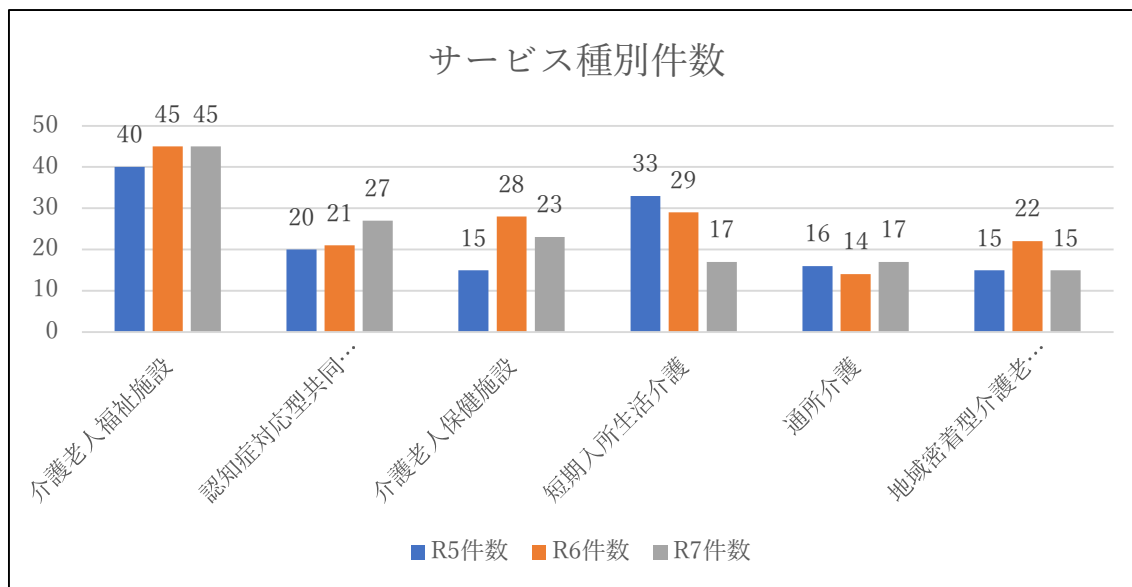


※第1報は遅くとも事故発生後5日以内を目安に報告することとされています。

※提出までに長期間を要した事案については、運営指導の際の指摘による遡及提出や、昨年度の報告漏れが判明し遅延提出となったものが含まれます。

4 サービス種別別件数

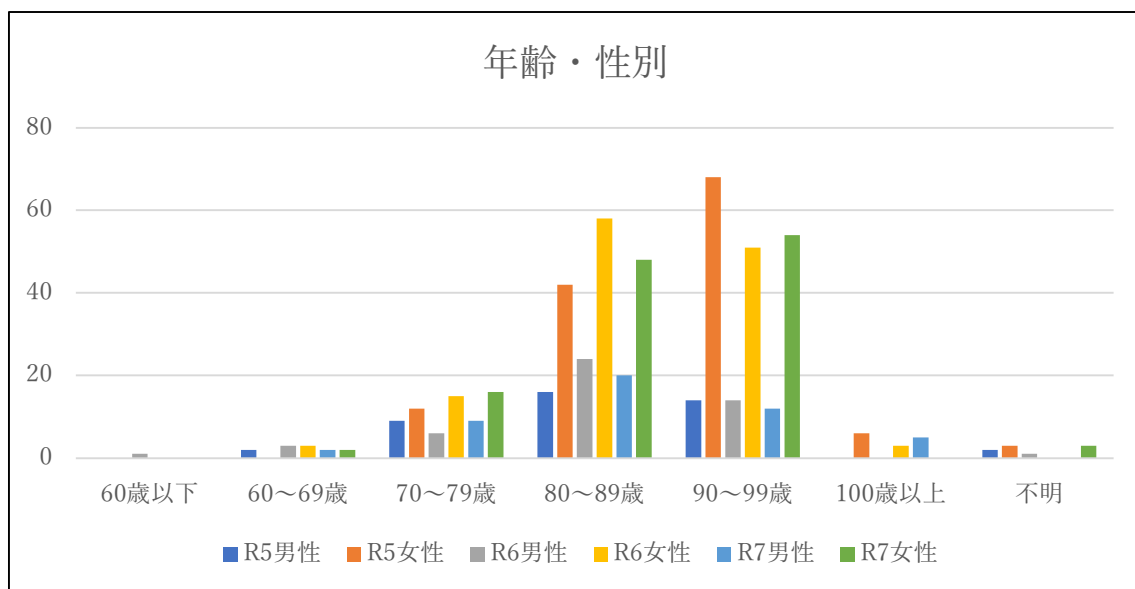
入所系は 24 時間体制のため総数が最多で、夜間の移乗や排泄時の転倒・骨折が顕著です。一方、通所介護は滞在時間に比して件数が多く、リスクが送迎や集団移動の際に集中しています。自宅庭での転倒や離設など、不安定な環境下での安全確保と、送迎時の見守り体制の強化が課題と考えます。



※年間 10 件以上の報告があった施設をグラフ化しています。

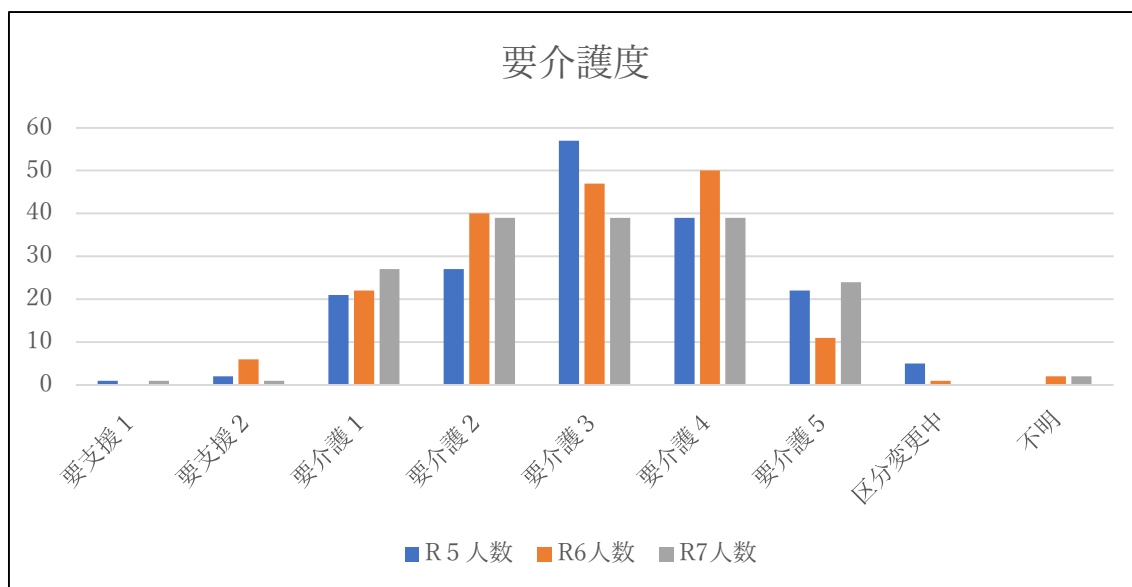
5 年齢・性別

事故件数は、利用者の大半を占める 80～90 代に集中する傾向があります。この層は非常に骨折しやすく、わずかな転倒でも重大事故に直結するため、身体機能の低下を考慮した安全対策の強化が求められます。



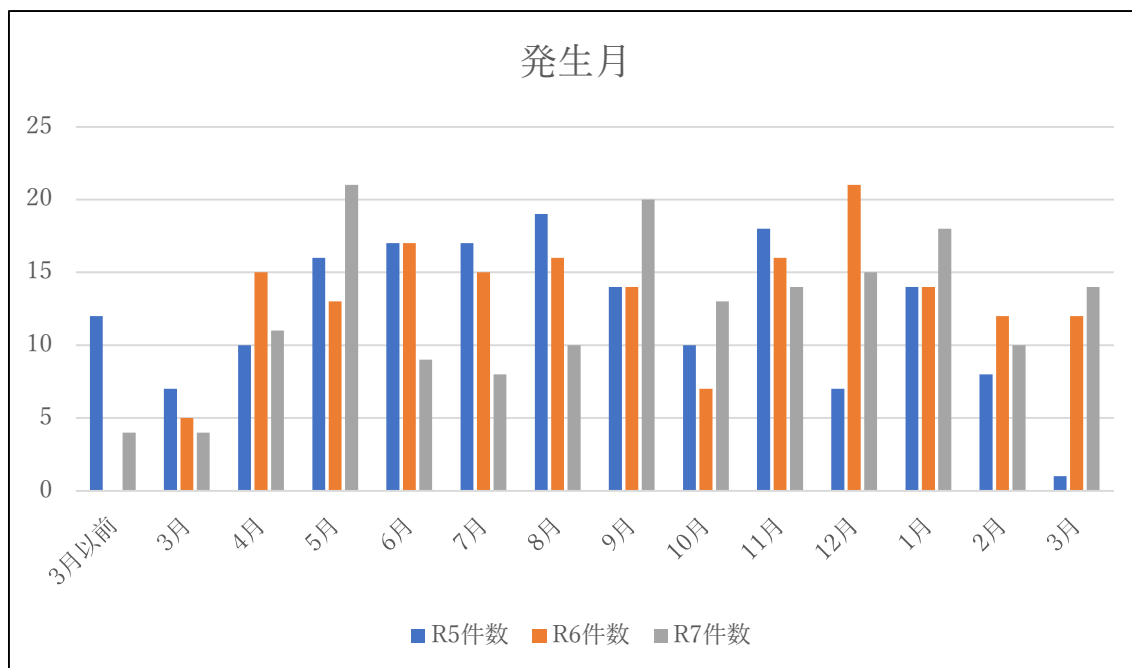
6 要介護度

要介護2～4が事故の約7割を占める傾向は例年通りです。要介護5はR7年度に増加していますが、R6年度が一時的に減少したことによる反動と推測され、中長期的には例年並みの水準で推移しています。数値の変動に左右されず、重度者への安全な介助手順の遵守など、介護度に応じたリスク管理の継続が重要だと考えます。



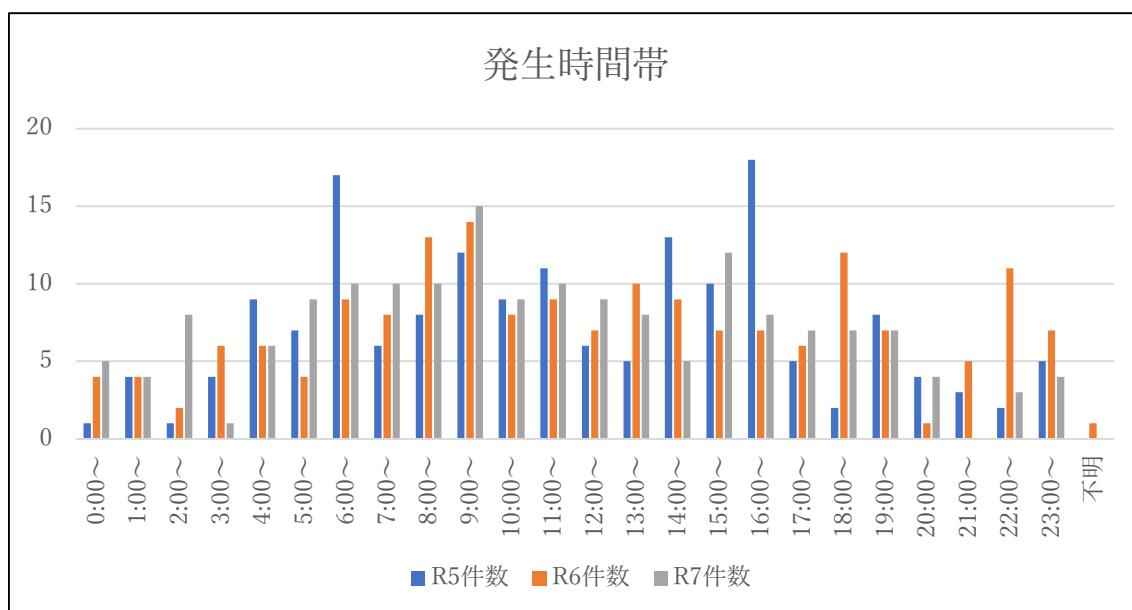
7 発生月

5月は環境に慣れた利用者が機能低下を自覚せず「一人で動ける」と誤認し、トイレへの移動や単独歩行中の転倒が多発しています。ここに新体制下の職員の習熟度不足が重なり、介助ミスや見守りの隙を誘発しています。8～9月は脱水や不眠が意識低下を引き起こし、膝折れ等の転倒を誘発しているようです。11～1月は寒さによる拘縮と年末年始に伴う一時的な「見守り体制の不備」が生じた事案も見受けられました。



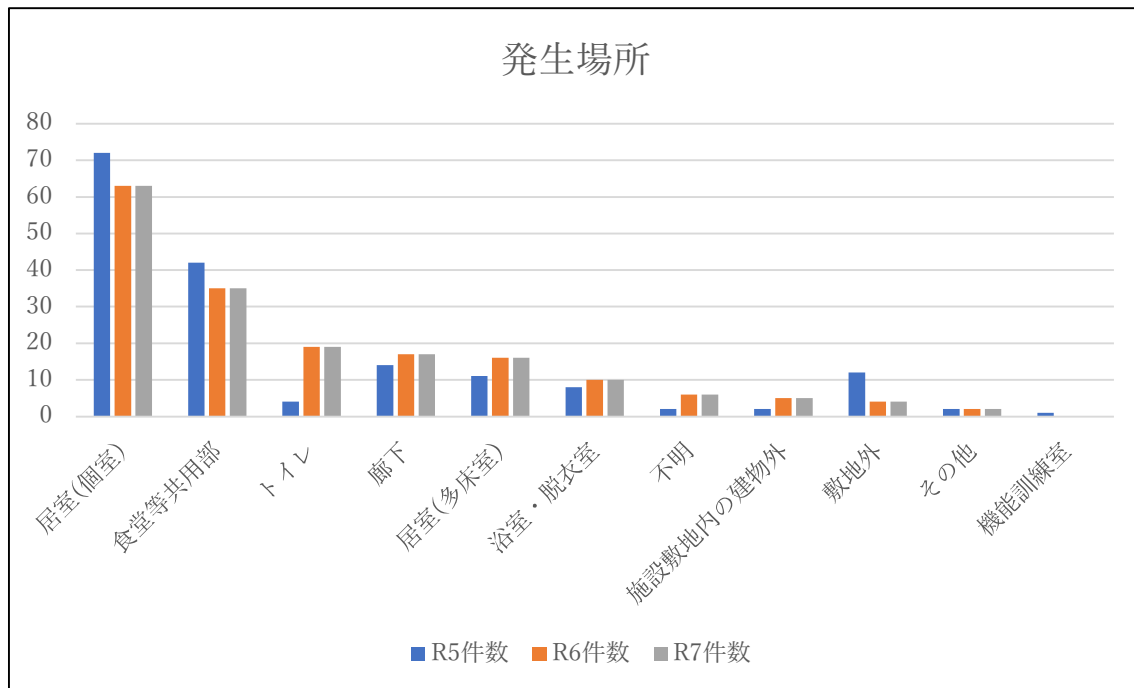
8 発生時間帯

発生時間帯は9時台が最多で、R7年度は15件発生しています。この時間は朝食後の移動、トイレや入浴介助、送迎の到着対応など多くの業務が重なり、職員の手が回りにくくなるタイミングです。食堂での移動中やトイレ・浴室での介助中、さらに送迎車の乗降口などで事故が多発しています。多忙な時間帯こそ職員間の連携を密にし、優先順位を明確にした見守り体制が必要だと考えます。



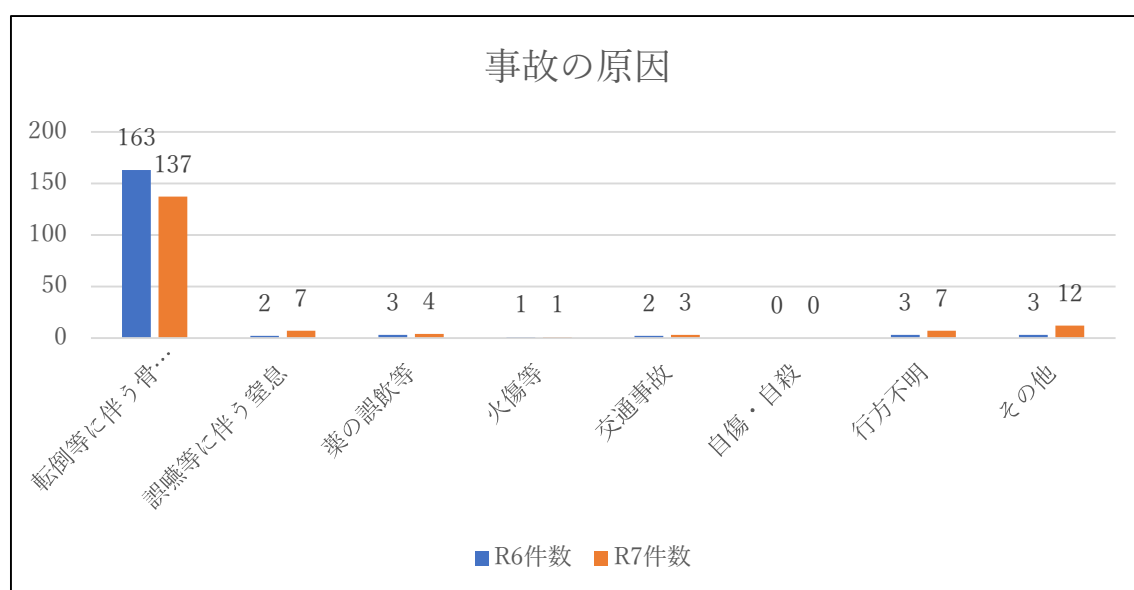
9 発生場所

発生場所は、一人の時間となる「個室」が最多で全体の約35%を占め、食堂等の共用部が続きます。多床室を含む「居室」での発生は全体の約半数に及び、巡回外の時間帯における転倒が目立ちます。トイレや浴室等、動作の節目で介助を要する場所での事故も発生しており、死角へのセンサー活用と見守り強化が不可欠です。



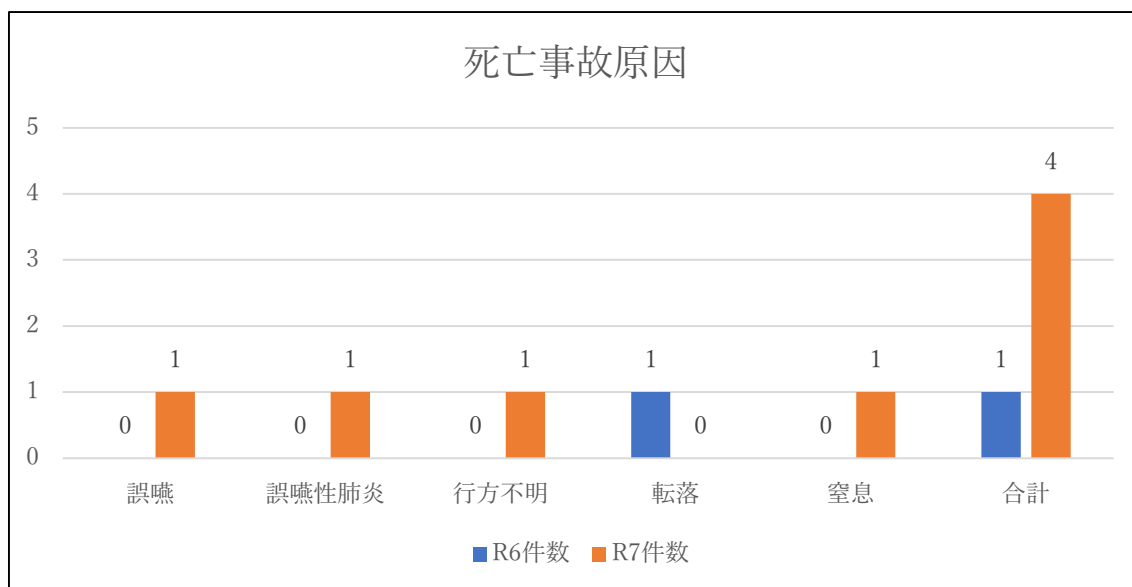
10 事故の原因

令和7年度は、主因である「転倒等に伴う骨折・打撲や出血」の対策が進む一方で、「誤嚥・窒息」「行方不明」「その他」の3項目が増加しています。その他の具体的な事故については、カテーテルの接続確認不足や摩擦による皮膚裂傷、拘縮部位への過負荷による骨折等です。これらは職員の観察力や確認手順の遵守によって防げる可能性が高い事案です。今後は転倒等防止に加え、食事中的見守りや施設出入口の管理が重要だと考えます。



11 死亡事故

死亡事案はR7年度に4件発生し、うち3件が誤嚥、誤嚥性肺炎、窒息といった「摂食・嚥下」に関連するものでした。R6年度の1件から増加しており、食事中的見守り強化が急務です。年度により要因は変動しますが、R7は嚥下リスクの高さが浮き彫りとなりました。



12 事例

事故の原因	事故の内容	再発防止策
転倒等に伴う骨折・打撲や出血	場面：トイレへの移動時、ベッドからの起き上がり時、歩行中のふらつきによるものが大半 負傷部位：大腿骨頸部骨折、上腕骨骨折、頭部打撲による皮下血腫など。 要因：「自分は歩ける」という過信や、認知症による危険認知の低下、夜間の覚醒不良など。	環境：離床センサー（マット・赤外線）の設置、ベッドを最低床にする、衝撃緩和マットの敷設 介助：移乗時の2人介助の徹底、見守り頻度の向上、L字柵の活用 福祉用具：滑り止め靴下の導入、ヒッププロテクターの着用検討、歩行器の選定
誤飲等に伴う窒息	食事中に食べ物（お粥、副食、カリフラワー等）を詰まらせ、顔面蒼白・呼吸停止に陥るケース 食事以外では、認知症による異食（おしぼりの誤飲）による窒息も発生している。	食事形態：食事形態の見直し（ペースト化、とろみの強化）、一口量を減らす指導 観察：食事中の常時見守りの徹底、配膳順序の工夫（介助が必要な方を優先） 対応：救急法（ハイムリック法、吸引）の訓練、異食リスクのある物の除去
薬の誤飲等	他入居者の薬を誤って服用させてしまったケース 朝食後の薬を前日の就寝前に飲ませる等の時間間違いなど。	確認の徹底：配薬時の「氏名・薬の種類」の復唱確認、本人による氏名の発話確認 運用の見直し：薬袋のカラー配色による時間識別、ダブルチェックの形式化、配薬ボックスの置き場所変更
火傷等	面会に来た家族が作った熱いスープを、利用者がベッド上でこぼしてしまい腹部に熱傷を負ったケース	家族連携：持ち込み飲食の際の職員への相談と、介助の必要性について家族へ再周知

		環境：ベッド上での食事の際、オーバーテーブルの安定性と座位姿勢の確認を徹底
交通事故	送迎車をバックさせる際に門柱や壁に接触 信号のない交差点で自転車と衝突	基本動作：バック時の「降車しての後方確認」の徹底、同乗職員による誘導 意識向上：焦りによる前方不注意を防ぐための運行スケジュール管理、ドラレコ映像を用いた職員研修
行方不明	認知症による帰宅願望があり、職員の隙をついて玄関や居室窓から外へ出てしまうケース 発見が遅れ、施設から数キロ先で保護されたり、最悪の場合は施設外で心肺停止状態で発見された事案もある。	ハード面：玄関の自動ドアのスイッチ位置変更、窓の二重ロック設置、GPS 端末の携行 ソフト面：離設リスクのある方の情報共有（写真付きリスト）、玄関通過時のアラーム確認、不在時の即時検索マニュアルの整備
その他	医療器具トラブル：移乗時にバルーンカテーテルを引っ掛けて自己抜去・尿道出血 清拭時の怪我：皮膚が脆弱な利用者に対し、強く拭きすぎて表皮剥離を発生させた。 置き去り：送迎車内に利用者を残したまま職員が退勤してしまった重大インシデント	手順遵守：移乗前のチューブ類接続確認の指差し呼称、送迎終了後の「車内全席の目視確認」の義務化 技術向上：皮膚脆弱者への愛護的介助の研修、新任職員への指導強化

※自傷・自殺は該当事例がないため、未記載

13 事故の発生防止・再発防止のために

(1) 事故報告について

事故報告は、発生した事故や対応を検証し、事故の発生防止・再発防止を目的としており、事業者の指導や責任追及を目的としたものではありません。事故報告書の作成を通じて、事故の原因分析、事例検討や再発防止策の実施状況・検証等にご活用いただくとともに、事業所内で情報共有をしていただき、事故の発生防止・再発防止に役立てていただければと思います。今後も事故発生時の早急なご報告にご協力くださいますようお願いいたします。

○提出書類：事故報告書 国の標準様式をご使用ください。

※令和6年度に様式を改定しております。別添の事故報告書様式をご使用ください。

○判断基準：つくば市では、報告が必要となる事故の判断基準を示しております。別添の判断基準をご確認ください。

○提出方法：メール、窓口持参、郵送にてご提出を受付けております。

・令和6年度の様式改定に伴い、集計ツールを用いた分析を行うため、原則メールでご提出をお願いいたします。その際はExcelファイルで添付ください。

○提出目安：事故発生後遅くとも5日以内を目安にご提出ください。第1報は1から6までを記載し、7から9については第2報としてご報告いただくことも可能です。

※感染症の集団発生時は、集団発生報告書をご使用ください。報告基準や様式はつくば保健所ホームページをご確認ください。

(2) 再発防止策の評価

再発防止策として、事故の原因分析を基に事故の再発を防止するための対応策を講じていただいているところですが、再発防止策を実施したものの、新たな事故が発生してしまったケースも報告されています。事故報告書の記載事項にもあるように再発防止策の取り組みの効果等の評価をお願いいたします。また、新たな事故が発生した場合は、第2報以降続報としてご報告ください。

(3) マニュアルの確認・見直し

事故対応マニュアル等各種マニュアルを作成し、ご活用いただいているところですが、マニュアルに記載のある手順を怠ってしまったことが原因のケースもあり、特に誤薬事故で多く報告されています。ミーティングや委員会を活用し、マニュアルの定期的な確認と見直しをお願いいたします。

(4) 行政サービスの活用

認知症の方とご家族向けに「つくば市認知症高齢者等 SOS ネットワーク事業」があります。

①事前登録制度

事前にネットワークに登録することで、行方不明になった際に迅速に対応できるようにします。

②おでかけ見守りシール（在宅の方のみ対象）

二次元バーコードのついたシールを発見者が読み取ると、保護者に通知が届きます。

③行方不明時の情報提供

行方不明になった際に、認知症メールまたは FAX で行方不明情報を配信します。

詳しくは下記 URL をご参照ください。

<https://www.city.tsukuba.lg.jp/soshikikarasagasu/fukushibuchiiki-hokatsushienka/gyomuannai/2/1/1001346.html>

問合せ・提出先

つくば市福祉部介護保険課 施設係

〒305-8555 つくば市研究学園一丁目 1 番地 1

TEL 029-883-1111(内線 1260)

FAX 029-868-7534

E-mail hmc021@city.tsukuba.lg.jp