

令和3年度

障害福祉サービス事業所等における事故等の状況

I. 令和3年度事故報告の状況

- 1 事故報告件数及び事故内容
 - (1) サービス別事故報告件数
 - (2) 事故内容別の状況
- 2 骨折・打撲における受傷部位
- 3 ケガ等の発生場所
- 4 月別事故発生件数
- 5 死亡事故の状況
- 6 事故の事例と再発防止の取組
 - (1) 障がい者サービス
 - (2) 障がい児サービス
 - (3) その他

II. 年度比較

- 1 事故報告件数
- 2 事故内容
- 3 死亡事故

<参考> 事故情報の活用等について

(※長野市・松本市所管の事業所は含まない)

長野県健康福祉部障がい者支援課

I. 令和3年度事故報告の状況

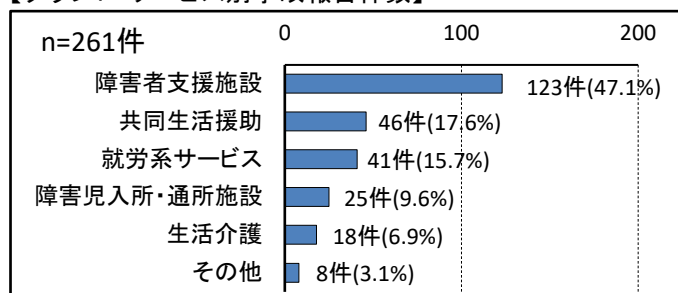
1 事故報告件数及び事故内容

(1) サービス別事故報告件数

令和3年度の事故報告は261件でした。サービス別では、障害者支援施設が123件(47.1%)で最も多く、次いで、共同生活援助(グループホーム)46件(17.6%)、就労系サービス41件(15.7%)の順となっています。

就労系サービスの報告件数は前年度と比較して約1.5倍になっています。

【グラフ1 サービス別事故報告件数】



(2) 事故内容別の状況

事故内容で最も多かったのは「打撲^{※1}」の125件(47.9%)で、次いで「骨折^{※2}」76件(29.1%)、「誤嚥^{※3}」13件(5.0%)の順となっています。

サービスごとの傾向としては、「障害者支援施設」では、打撲^{※1}や骨折^{※2}も多くみられますが、誤嚥の割合が他のサービスよりも高くなっています。

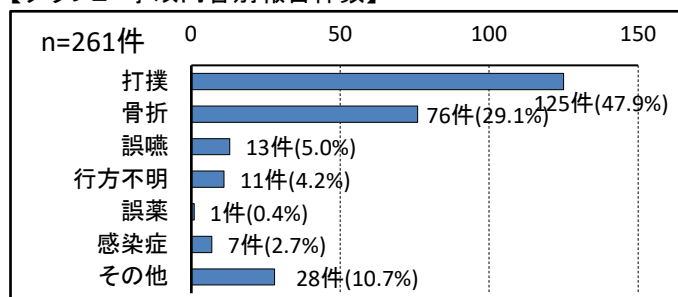
「共同生活援助(グループホーム)」では、行方不明の割合が他のサービスよりも高くなっています。

「就労系サービス」では、作業中の事故のほか、お昼休みや送迎時の事故がみられます。

「障害児入所・通所施設」では、レクリエーション中の事故のほか、アレルギー物質の摂取や道路への飛び出しによる事故がみられます。

なお、「感染症」7件のうち6件は、新型コロナウイルス関係のものです。

【グラフ2 事故内容別報告件数】



【表1 サービス別事故報告件数及び事故の内容】

(単位：件)

種別	打撲 ^{※1}	骨折 ^{※2}	誤嚥 ^{※3}	行方不明	誤薬	感染症	その他 ^{※4}	計	構成比
障害者支援施設	52 (42.3%)	41 (33.3%)	9 (7.3%)	3 (2.4%)	1 (0.8%)	2 (1.6%)	15 (12.2%)	123	47.1%
共同生活援助	16 (34.8%)	17 (37.0%)	2 (4.3%)	5 (10.9%)	0 (-)	1 (2.2%)	5 (10.9%)	46	17.6%
就労系サービス	32 (78.0%)	5 (12.2%)	0 (-)	2 (4.9%)	0 (-)	0 (-)	2 (4.9%)	41	15.7%
障害児入所・通所施設	15 (60.0%)	3 (12.0%)	1 (4.0%)	1 (4.0%)	0 (-)	1 (4.0%)	4 (16.0%)	25	9.6%
生活介護	7 (38.9%)	7 (38.9%)	1 (5.6%)	0 (-)	0 (-)	2 (11.1%)	1 (5.6%)	18	6.9%
その他	3 (37.5%)	3 (37.5%)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	1 (12.5%)	1 (12.5%)	8	3.1%
計	125 (47.9%)	76 (29.1%)	13 (5.0%)	11 (4.2%)	1 (0.4%)	7 (2.7%)	28 (10.7%)	261	

※1 打撲:打撲の他、裂傷、創傷、虫さされなどを含む。(以下同じ)

※2 骨折:骨折の他、腱断裂など全治1か月以上の重傷を含む。(以下同じ)

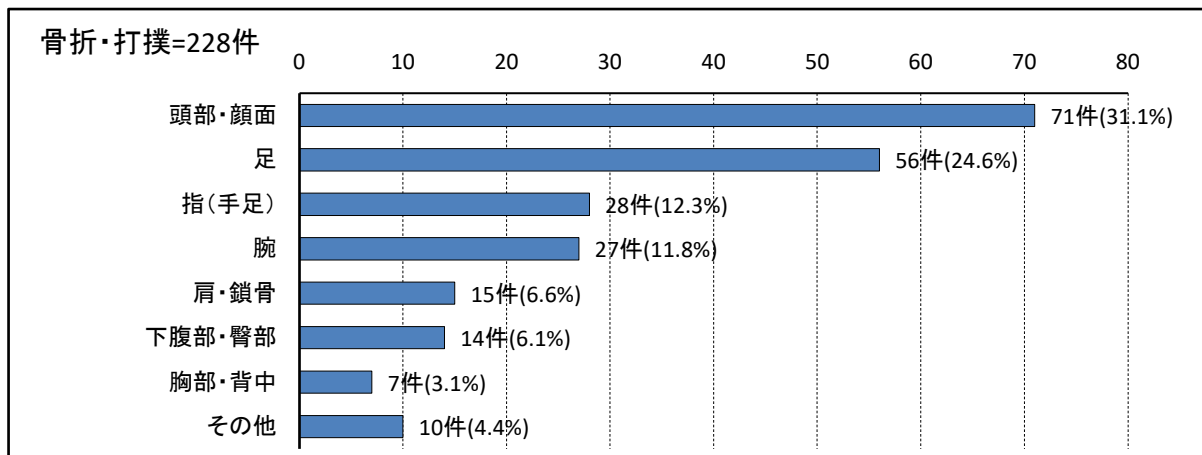
※3 誤嚥:誤嚥の他、誤飲、異食、食物アレルギーを含む。(以下同じ)

※4 その他:交通事故、個人情報漏洩、預かり金の不適切処理、火災 等

2 骨折・打撲における受傷部位

骨折と打撲における受傷部位は、「頭部・顔面」が71件(31.1%)と最も多く、次いで「足」56件(24.6%)、「指(手足)」28(12.3%)の順となっています。

【グラフ3 受傷部位】



※複数の部位を受傷した事例があるため、表1の打撲・骨折に係る報告件数(201件)とは一致しない

3 ケガ等の発生場所

事故のうち、ケガ等(246件)の発生場所は、「事業所内(建物内)」が184件(74.8%)、「事業所外(敷地内)」が17件(6.9%)、「その他(就労先、外出先等)」が45件(18.3%)となっています。送迎時の事故は5件報告されています。

【表2 ケガ等の発生場所】 (単位: 件、%)

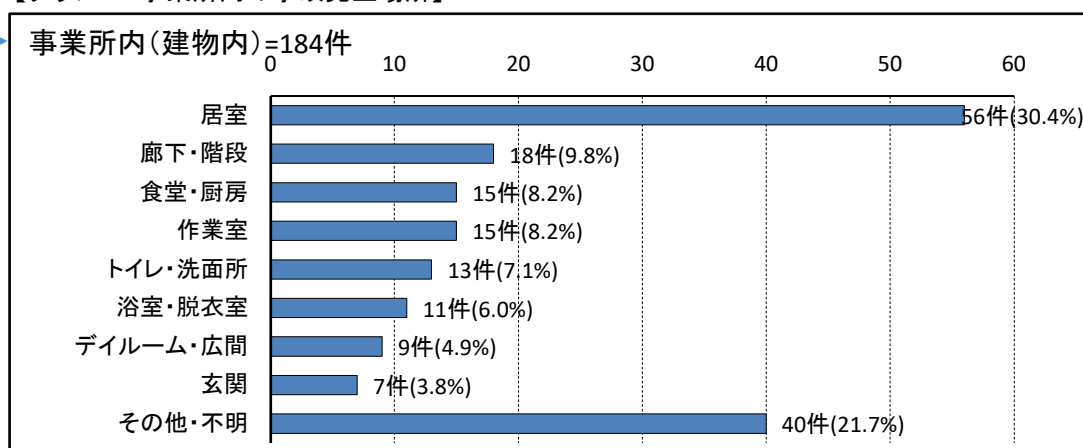
区分	件数	構成比
事業所内(建物内)	184	74.8
事業所外(敷地内)	17	6.9
その他・不明	45	18.3
合計	246	100.0

その他: 病院、施設外就労先、公園、外出先 等

○ 事業所内(建物内)の詳細

「居室」が56件(30.4%)で最も多く、次いで、「廊下・階段」が18件(9.8%)、「食堂・厨房」が15件(8.2%)の順となっています。

【グラフ4 事業所内の事故発生場所】



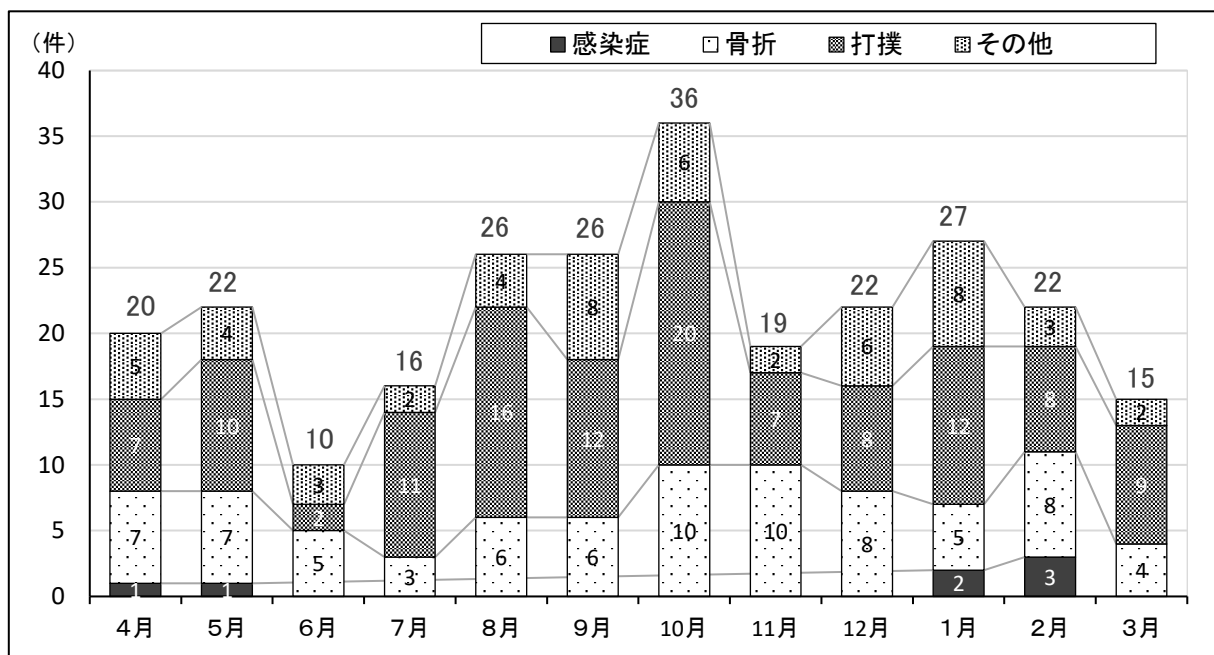
4 月別事故発生件数

事故の発生件数は、10月が36件と最も多く、6月が10件と最も少なくなっています。季節性インフルエンザ(感染症)の報告は1件もありませんでした。

【表3・グラフ5 月別事故発生件数】

(単位：件)

区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
感染症	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	3	0	7
骨折	7	7	5	3	6	6	10	10	8	5	8	4	79
打撲	7	10	2	11	16	12	20	7	8	12	8	9	122
その他	5	4	3	2	4	8	6	2	6	8	3	2	53
合計	20	22	10	16	26	26	36	19	22	27	22	15	261



5 死亡事故の状況

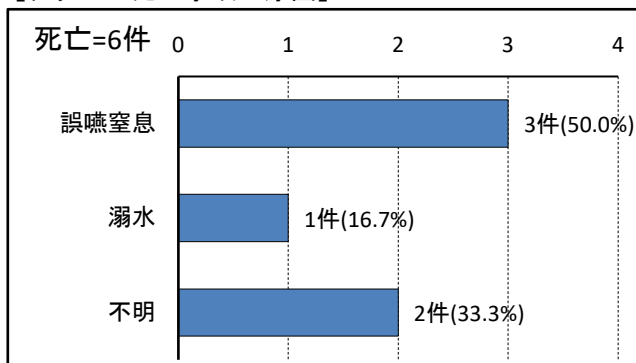
事故報告のうち、死亡事故は6件で、事故報告に占める割合は2.3%でした。死亡の原因は、誤嚥窒息3件(50.0%)が最も多くなっています。

(事故性のない老衰、がん等による病死の報告は除いて集計)

【表4 死亡事故の割合】 (単位：件、%)

区分	件数	
	件数	構成比
死亡事故	6	2.3
死亡事故以外の事故	255	97.7
合計	261	100.0

【グラフ6 死亡事故の原因】



6 事故の事例と再発防止の取組

報告内容を要約して記載

(1) 障がい者サービス

① 骨折・打撲

	事故の概要	サービス種別	発生時間帯	事故発生場所	事故の原因	再発防止の取組
1	作業室の椅子に座り、椅子ごと身体を前後に動かしていたところ、勢い余って後ろに倒れ、後ろに置かれていた机の角に後頭部を打ち、出血。	施設入所支援	日中	作業室	・転倒前、落ち着きがなく多動。転倒直前も椅子をがたがた揺らしていた。	・椅子を撤去し、ソファに変更。 ・机は置き場所を変更。
2	・陰部のカテーテル挿入部から出血(夜間、ウロバッグ内にオレンジ色がかかった尿が排出されていた)	施設入所支援	夜	居室	・車いすからベッドへ移乗する際、ウロバッグを車いすから外すことを忘れてしまったため、引っ張られてしまった。 ・ウロバッグが車いすの背面部にかけてあり、移乗時に車いすをティルトすると視界から隠れてしまった。	・車いす左側の手すり部分(移乗時に必ず手すりを上下する側)にS字フックを付け、そこにバッグをかけて分かりやすくした。
3	利用者Aの排泄介助をしていたところ、奥のトイレから利用者Bがでてきたことから、その動線を確認するために車椅子を移動させていると、トイレの手すりにつかまって立っていた利用者Aが尻もちをついて骨折。	施設入所支援	日中	トイレ	・利用者Aは立位が可能であるため、少しの時間であればそのまま立っていられると過信し、車椅子を移動して他者の通行を優先してしまった。	・同時に複数名を対象とした介助はせずに順番に対応する。 ・状況により他職員の応援を要請する。
4	世話人がスマホの使い方を話したあとに、利用者が壁を叩き、左手骨折。	共同生活援助	夜間	階段	・世話人からの、本人の気持ちを無視した不適切な声掛け。	・本人の気持ちを無視した不適切な声掛けは、行動の改善につながらないだけでなく、このようなケガにつながってしまうことを、世話人と再確認した。 ・研修の機会を設け、支援の質の向上を図っていく。
5	枝豆の脱穀作業中、機械に引っかかった枝豆の枝を除去しようとした際に、左手がベルトに巻き込まれそうになり、左手及び左腕を負傷。	就労継続支援A型	日中	作業場	・詐病手順や注意事項を口頭のみで伝えていたので、しっかりと理解が得られていなかった。	・機械にアクリル板を設置。 ・基本的には機械運転中の異物撤去作業はしない。手順を文章化して明示する
6	卓上丸鋸による薪の切断作業中、電源を落とし、台の上の木材をしまおうとしたときに、惰性で回転していた刃に手が当たり指を浅く切った。	就労継続支援A型	日中	施設外就労先	・事故が起きた作業の前に行っていた危険な作業が終わって安堵してしまい、次の作業中に事故が発生した。	・作業開始前の安全確認と周囲確認指導の徹底。 ・作業が途中で変わる場合は休憩をいれつつ安全確認と周囲確認の指導。

7	利用者Aが送迎車両に乗り込む際、後部座席のスライドドアを開けるため、ピラーに左手を添えていたが、助手席に既に乗車していた利用者Bがそれに気づかずドアを閉めたため、利用者Aの左手が挟まれ受傷。	就労継続支援B型	日中	駐車場	・支援員が、利用者Aの乗車時の動作を把握できていなかった	・利用者の乗降時の動作確認を行い、把握する。 ・運転手は、乗車時は利用者が降り終えたことを確認し、ドアを閉めることを伝えた上で閉め、降車時も同様に全員降車するのを確認してから最後にドアを閉める。
---	-------------------------------------------------------------------------------------------------	----------	----	-----	------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------

② 誤嚥・異食・アレルギー

	事故の概要	サービス種別	発生時間帯	事故発生場所	事故の原因	再発防止の取組
1	外部業者から提供のあった行事食を食べて誤嚥・窒息し、チアノーゼ状態に陥る。	施設入所支援	日中	食堂	・外部業者からの提供食の硬さや大きさの把握ができていなかった。 ・本人に口の中に物を詰め込む動作があることについて情報共有がされておらず、しっかりと見守りができていなかった。	・外部業者からの提供食は安全なメニューを選ぶ。 ・利用者全体の席及び支援員の配置を見直し、見守りを強化するなど
2	トランプ・鈴・トイレトペーパーを食べてしまい、嘔吐。	施設入所支援	不明	不明	・利用者は目を離すとんでも口に入れてしまうので十分注意していたが、気づかない場面で起こってしまった。	・口に入らないような物での活動に切り替えるなど、個別活動内容を工夫していく方向で検討。 ・改めて職員で共有し、注意を払う。

③ 行方不明

	事故の概要	サービス種別	発生時間帯	事故発生場所	事故の原因	再発防止の取組
1	夕食時になっても、本人が外出先から戻らなかった。翌日、連絡がとれ、無事が確認された。	共同生活援助	夜間	事業所外	・隣室の騒音問題について、本人の納得のいく解決がなされていなかったため。	・トラブルについて、本人への説明、理解の確認を丁寧にを行った。 ・連絡せずに外泊することの影響について、わかるように伝えた。 ・外泊のときのルール決めを行った。 ・買い換えただけの携帯電話の使い方を本人と一緒に確認した。
2	朝食後、日中活動の場へ向かったはずが、そのまま行方不明となり、翌日、橋でうずくまっているところを発見された。	共同生活援助	日中	事業所外	・日中活動に行くことやグループホームにいることがストレスとなっていた模様。	・精神科のかかりつけ医と相談し、医療機関との連携を深めている。
3	食堂前の廊下を歩いているところを確認。その後食堂にいないため、居室や施設内を探すが見当たらず、行方不明となる。その後警察に保護された。	施設入所支援	日中	事業所外	・歩いて行った方向が家のある方向であったため、正月に帰省はされたものの、家に帰らなかったと推測される。	・あまり単独で外に出る利用者ではなかったため、確認不足になってしまった。今後、所在の確認を必ず行うようにしていく。 ・警察からは、服や靴に氏名だけでなく、施設名も入れてもらえるよう連絡しやすいとの話があった。

④ 死亡

	事故の概要	サービス種別	発生時間帯	事故発生場所	事故の原因	再発防止の取組
1	職員から、食堂で利用者が椅子に座って変な恰好で寝ているとの連絡が入るが特に対応を指示せず放置し、その約1時間後、同職員が行った119番通報により病院に搬送されたが、意識は戻らず死亡が確認された。死因は誤嚥窒息。	共同生活援助	朝	食堂	<ul style="list-style-type: none"> このような事故が起こると思っていなかったので、普段から他の利用者より食事を食べ終わるのが遅いこの利用者を一人の状態にしてしまった。 様子がおかしいと連絡があったときに深刻に受け止めることができず放置してしまっただった。 	<ul style="list-style-type: none"> 第一発見者が即時に119番通報するよう表示し、徹底する。 定期的な会議を開き、リスクのある人を把握する。 職員は、食事の最後の人が食べ終わるのを見届けてから退所することを職員に徹底する。 関係者でリスク意識を高める努力をする。 緊急対応マニュアルを作成する。
2	入浴中の利用者に声をかけたものの返事がなかったため、浴室を確認すると、浴槽に沈んでいる利用者を発見。病院に搬送されたが、死亡が確認された。死因は溺死。	共同生活援助	夜	浴室	<ul style="list-style-type: none"> 入浴をせかせてはいけないという思いがあり、見守り時間が超過し発見が遅れた。 	<ul style="list-style-type: none"> 浴室の通話装置などの設置。 脱衣場の温度調整配慮(ヒートショック対策)。 見守りの時間を決めタイマーを使用する。 見守りカメラ等の設置検討。 職員の普通救命講習受講。など

(2) 障がい児サービス

	事故の概要	サービス種別	発生時間帯	事故発生場所	事故の原因	再発防止の取組
1	公園で鬼ごっこをしている最中、木の根に躓き、肩を下にして転倒し、肩の痛みと指先の痺れを訴えた。	放課後等デイサービス	日中	事業所外	<ul style="list-style-type: none"> 起伏のある公園での鬼ごっこは、けがの危険があったが、注意の声掛けが不十分だった。 	<ul style="list-style-type: none"> 遊ぶ場所の特徴を利用児とあらかじめ話し合い、注意を促す。
2	送迎準備時、職員が他児童の支援のためになくなった間に、先に車に乗って待っていた児童が行方不明になった。その後、近所の方に保護された。	放課後等デイサービス	日中	事業所外	<ul style="list-style-type: none"> 職員二人ばかりでないと歩行できない児童のため、運転職員が付き添ったため、見守り職員が一人もいない状況が生まれた。 車の助手席のドアから乗る用意をして開けたままにしていた。 	<ul style="list-style-type: none"> 運転手以外に見守りの職員を新たに配置した。
3	おやつ後、椅子の片付けを行うため、職員が手をつないで誘導しているときに転倒し、近くの木製棚の縁に頭をぶつけ、裂傷、出血。	児童発達支援	日中	食堂	<ul style="list-style-type: none"> 椅子を運ぶ場所は狭く、児童が歩くにはバランスが取り難い。 	<ul style="list-style-type: none"> 木製棚の縁にクッション材を張り保護した。 机と棚の間隔を広く開けた。 念のため床をよく拭いて、滑らないようにした。

(3) その他（障がい者・児サービス）

	事故の概要	サービス種別	発生時間帯	事故発生場所	事故の原因	再発防止の取組
1	利用者が歯磨きコップのようなもので、実習生の頭をたたいたが、外傷はなく、また脳にも異常はみられなかった。	施設入所支援	夜	デイルーム	<ul style="list-style-type: none"> ・実習生に利用者の特性を説明するとともに、その日の情緒の状態に応じて、実習生と利用者との距離間に配慮する必要があったと考える。 ・特に、この利用者は情緒面に波があり、この日は情緒不安定になり始めのような行動（大声等）が見られたので支援員間でも情報の共有はしていたものの、支援員が把握できないところで事故が起きてしまった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・改めて、個々の利用者の特性を実習生に伝える。 ・その日の利用者の情緒面や行動面の情報を実習生にも共有し、実習生対応支援員は細心の注意をはらって実習指導にあたってもらおう。
2	公園の駐車場へ駐車する際、職員がブレーキとアクセルを踏み間違え、車ごと2m下の川(水量は少量)へ転落。	放課後等デイサービス	日中	事業所外	<ul style="list-style-type: none"> ・ブレーキとアクセルの踏み間違え。 	<ul style="list-style-type: none"> ・送迎ルート、活動先の危険箇所の確認を全職員で行う。 ・交通安全研修を実施する。
3	送迎時に一時停止を無視した車両に追突されたが、けが等はなかった。	就労継続支援B型	日中	事業所外	<ul style="list-style-type: none"> ・優先車線を走行していたため、一時停止線のある相手方が止まると思い込んだ。 	<ul style="list-style-type: none"> ・公私を問わず、運転する際には被害者・加害者にならないように十分気を付けるよう、職員に周知。
4	公園から帰る途中、幹線道路を挟んだ向かい側にいた児童集団をみて道路に飛び出し、軽自動車と接触した。診察を受けたが、頭部肢体に打ち身、骨折、裂傷はなかった。	放課後等デイサービス	日中	事業所外	<ul style="list-style-type: none"> ・集団行動をすべきところ、職員がマンツーマンで対応したため単独行動になってしまった。 ・遅れて戻る際、しっかり手をつながなければならないところ、後ろからついて同行したため、向かいで名前を呼ばれたり手を振っている児童を見て思わず幹線道路に飛び出すのに対応できなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・全職員を緊急招集し、事故の経過報告をした後、個々の職員が行った事故原因の分析を基に、対応策、再発防止策を見直した。 ・利用している児童にも「交通安全教室」を一週間行い、実際に道路に出て歩行時の注意点を確認しながら実地指導を行った。

Ⅱ. 年度比較

1 事故報告件数

令和3年度の事故報告件数は、前年度に比べて10件増加しました。

【表5 事故報告件数の推移】

(単位：件)

年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
件数	222	248	251	261

※令和2年度分までは松本市(中核市)所管分を含んでいます

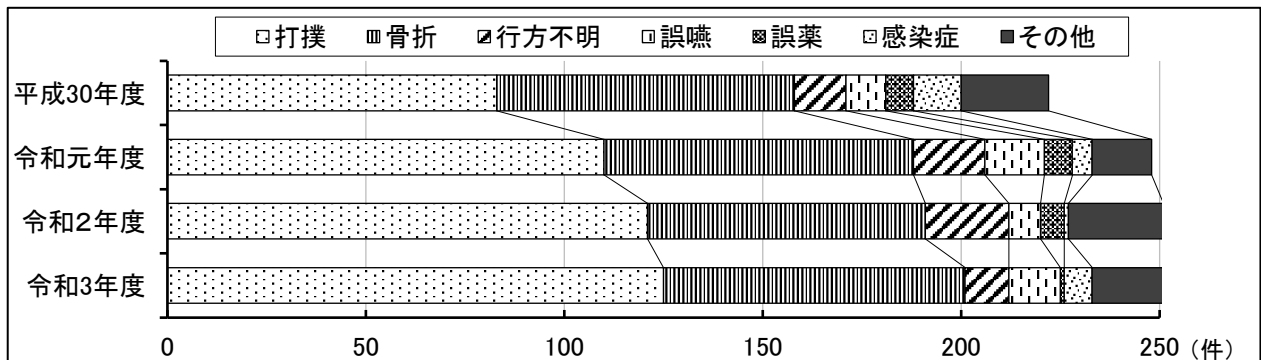
2 事故内容

令和3年度は前年度に比べて誤嚥の件数が増加しています。感染症の件数も増加していますが、ほぼ新型コロナウイルスに関する報告です。

【表6・グラフ7 事故内容別の推移】

(単位：件)

区 分	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	前年度比(%)
打 撲	83	110	121	125	103.3
骨 折	75	78	70	76	108.6
行方不明	13	18	21	11	52.4
誤 嚥	10	15	8	13	162.5
誤 薬	7	7	6	1	16.7
感 染 症	12	5	1	7	700.0
そ の 他	22	15	24	28	116.7
合 計	222	248	251	261	105.2



3 死亡事故

死亡事故の原因は、誤嚥・窒息が各年度とも上位となっています。

【表7 死亡事故原因の推移】

(単位：件)

区 分	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
誤嚥・窒息	4	3	2	3
心 疾 患	2	2	0	0
脳 疾 患	1	1	1	0
呼 吸 不 全	0	1	1	0
溺 水	0	0	1	1
自 殺	0	1	1	0
不 明	1	0	0	2
合 計	8	8	6	6

<参考> 事故情報の活用等について

基本的な視点

福祉サービスは利用者の日常生活全般に対する支援や発育の助長を促すことを目的に提供するものであることから、「歩く」「食べる」など、日常生活の様々な場面で常に事故が起こる可能性があります。事故を完全になくすことは困難であり、その人らしい生活とその生活上でのリスクを、利用者、家族を含めた関係者が共有することが重要です。

万一、事故が起きてしまった場合は、適切・迅速な事故対応をすることにより、被害を最小限に抑え、さらなるトラブルの発生を防ぎ、利用者や家族との良好な関係の維持・強化につなげることができます。

なお、ケアの手順の誤りや職員のスキル不足等によって生じた事故は、サービス提供者として防ぐことができるものであり、徹底した事後対策が求められます。

事故報告は個人や事業者の責任を追及するためではなく、事故の原因や対策、教訓を広く共有することで、再発の防止、さらにはサービスの質の向上に生かす視点で収集しています。

リスクマネジメント参考例

リスクマネジメント（危機管理）の具体的手法については、インターネットでも情報が得られますので、事業所における取組の参考としてください。

○厚生労働省

「福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する取組指針
～利用者の笑顔と満足を求めて～」（概要）

<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/03/s0328-1.html>

○公益財団法人介護労働安定センター

「イラストで見る介護事故事例集」

http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h30_kaigojiko_houkoku_panfu_20180420.pdf

○鹿児島県社会福祉協議会

「福祉サービスにおけるリスクマネジメントモデル」

http://www.kaken-shakyo.jp/riyoshien/unteki/28risk_management.pdf

事故等報告書の提出について

○障害福祉サービス事業所等における事故発生時の対応は、事業所指定基準条例等で定められています。

○サービス提供中に事故が発生した場合、「障害福祉サービス事業所等における事故等発生時の報告について」（平成29年3月10日付け28障第720号長野県健康福祉部障がい者支援課長通知）に基づき、すみやかに事故等報告書を提出してください。

<事故等報告様式の電子データ掲載場所>

長野県ホームページ>健康・医療・福祉>障がい者福祉>障害福祉サービス>障害福祉サービス事業者向け情報>障害福祉サービス事業者の皆さまへ>11.事故発生時の報告について

<https://www.pref.nagano.lg.jp/shogai-shien/kenko/shogai/shogai/joho/jigyosha/index.html#jiko>